

## ภาวะการตายและความยืนยาวของชีวิตประชากรไทย

ปราโมทย์ ประสาทกุล

บทมา ว่าพัฒนางศ์

ปัจจุบันนี้ ดูเหมือนว่าการเพิ่มจำนวนประชากรจะไม่เป็นประเด็นที่น่าตื่นเต้นเหมือนในอดีตเมื่อ 30 – 40 ปี ที่ผ่านมามากแล้ว ในอดีตประชากรไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วจนน่าวิตก ประชากรไทยได้เพิ่มขึ้นจากประมาณ 30 ล้านคนในปี พ.ศ. 2508 มาเป็น 60 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2539 ซึ่งเท่ากับประชากรได้ใช้เวลาเพียงประมาณ 30 ปีในการเพิ่มจำนวนเป็นสองเท่าตัว ช่วงเวลาสองสามทศวรรษหลังถึงพุทธกาล (พ.ศ. 2500) ประชากรไทยเพิ่มขึ้นปีละเกือบล้านคน ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มที่สูงมาก จนยอมรับกันทุกฝ่ายว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ รัฐบาลได้ประกาศนโยบายประชากรเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2513 โดยมีเป้าหมายที่จะชะลออัตราเพิ่มประชากร และได้กำหนดให้โครงการวางแผนครอบครัวเป็นมาตรการสำคัญที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โครงการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง ภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้อัตราเพิ่มประชากรได้ลดต่ำลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วย

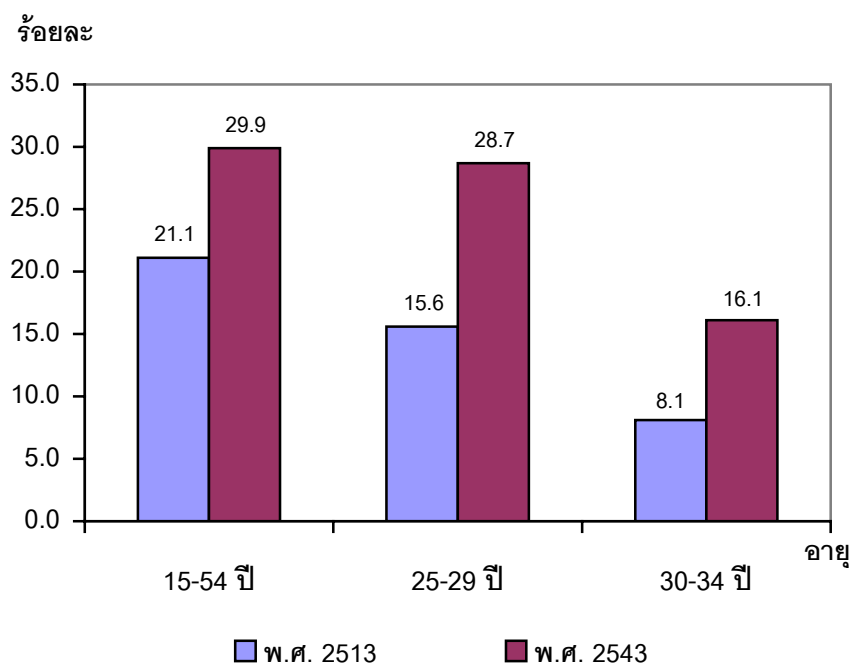
ในรอบ 4 – 5 ปีที่ผ่านมา อัตราเพิ่มประชากรไทยสูงไม่ถึงร้อยละ 1 ต่อปี เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนประชากรของประเทศไทยยังอยู่ที่หลัก 60 ล้านต้น ๆ มานานหลายปีแล้ว เมื่อปี พ.ศ. 2539 ประชากรไทยมีจำนวนครบ 60 ล้านคน มาถึงในปี พ.ศ. 2549 หรือ 10 ปีผ่านไป ประชากรไทยก็ยังมีจำนวนไม่ถึง 63 ล้านคนอยู่นั่นเอง ถ้าไม่นับแรงงานต่างชาติที่ทะลักเข้ามาในประเทศไทยมากมายจนยากที่จะนับจำนวนได้ครบถ้วนแล้ว ประชากรไทยก็น่าจะยังอยู่ที่จำนวน 60 ล้านเศษ ๆ ไม่เกิน 65 ล้านคนไปอีกนาน และอาจไม่มีวันที่จำนวนประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นจนถึงหลัก 70 ล้านคนก็เป็นได้

### เด็กไทยเกิดน้อยลง

ก่อนจะกล่าวถึงเรื่อง “การตาย” และ “ความยืนยาวของชีวิต” สมควรที่จะได้เริ่มต้นด้วยการทบทวนเรื่องเกี่ยวกับ “การเกิด” ของประชากรไทยเสียก่อน ในทางประชากรศาสตร์ ทั้งการเกิดและการตายถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของประชากร ประชากรในช่วงเวลาหนึ่งและในพื้นที่หนึ่งจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามธรรมชาติ คือไม่นับรวมการย้ายถิ่นของประชากรย่อมขึ้นอยู่กับความสมดุลระหว่างองค์ประกอบทั้งสอง คือ การเกิดและการตายนี้ ถ้าในแต่ละช่วงเวลา คนเกิดมากกว่าคนตาย จำนวนประชากรในพื้นที่นั้นก็เพิ่ม และในทางกลับกัน ถ้าคน

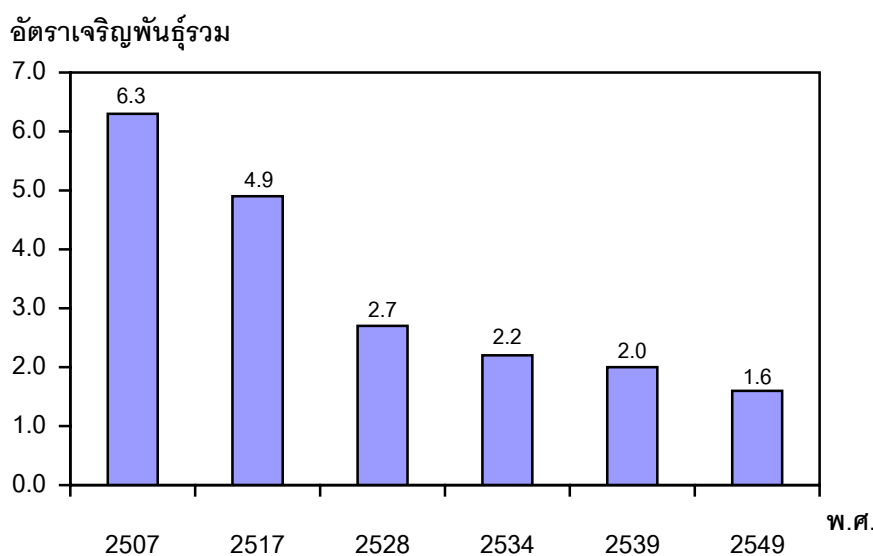
เกิดน้อยกว่าคนตาย ประชากรก็จะลดลง ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2506 ถึง พ.ศ. 2526 เป็นช่วงที่มีเด็กไทยเกิดใหม่ปีละเกินล้านคน เราได้เรียกเด็กรุ่นที่เกิดในช่วง 20 ปีนี้ว่า “ประชากรรุ่นเกิดล้าน” ในปีพ.ศ. 2549 นี้ ประชากรรุ่นเกิดล้านอยู่ในช่วงวัยทำงาน อายุระหว่าง 23 – 43 ปี และผู้หญิงของ “ประชากรรุ่นเกิดล้าน” กำลังอยู่ในวัยมีบุตร โดยเฉพาะผู้หญิงในช่วงอายุ 20 – 29 ปี กำลังอยู่ในช่วงวัยที่จะมีบุตรได้มากที่สุด

“ประชากรรุ่นเกิดล้าน” นี้แต่งงานช้าลง เมื่อ พ.ศ. 2513 ผู้หญิงไทยมีอายุแรกสมรสโดยเฉลี่ยเพียง 22 ปี และผู้ชายไทยแต่งงานครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 25 ปี อีก 30 ปีต่อมา ในปี พ.ศ.2543 อายุแรกสมรสได้เลื่อนสูงขึ้นเป็น 24 ปี สำหรับผู้หญิง และ 27 ปีสำหรับผู้ชาย ในปี พ.ศ. 2543 นี้ สตรีไทยที่อยู่เป็นโสด ไม่แต่งงานมีสัดส่วนที่สูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2513 ผู้หญิงไทยอายุ 15-54 ปี ที่ไม่แต่งงานมีอยู่ร้อยละ 21 สัดส่วนสตรีที่ไม่แต่งงานได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ใน ปี พ.ศ. 2543 สตรีรุ่นเกิดล้านไม่แต่งงานเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น ในสตรีอายุ 25 – 29 ปี ในปี พ.ศ. 2543 (เกิด พ.ศ. 2514 – 2518) ไม่แต่งงานร้อยละ 29 เทียบกับสตรีในกลุ่มอายุเดียวกันในปี พ.ศ. 2513 (เกิด พ.ศ. 2484 – 2489) ที่ไม่แต่งงานเพียงร้อยละ 16 หรือสตรีอายุ 30 – 34 ในปี พ.ศ.2543 (เกิด พ.ศ. 2509 – 2514) ยังไม่แต่งงานร้อยละ 16 ซึ่งมากกว่าสตรีอายุเดียวกัน เมื่อ พ.ศ. 2513 ที่ไม่แต่งงานเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น (รูป 1)



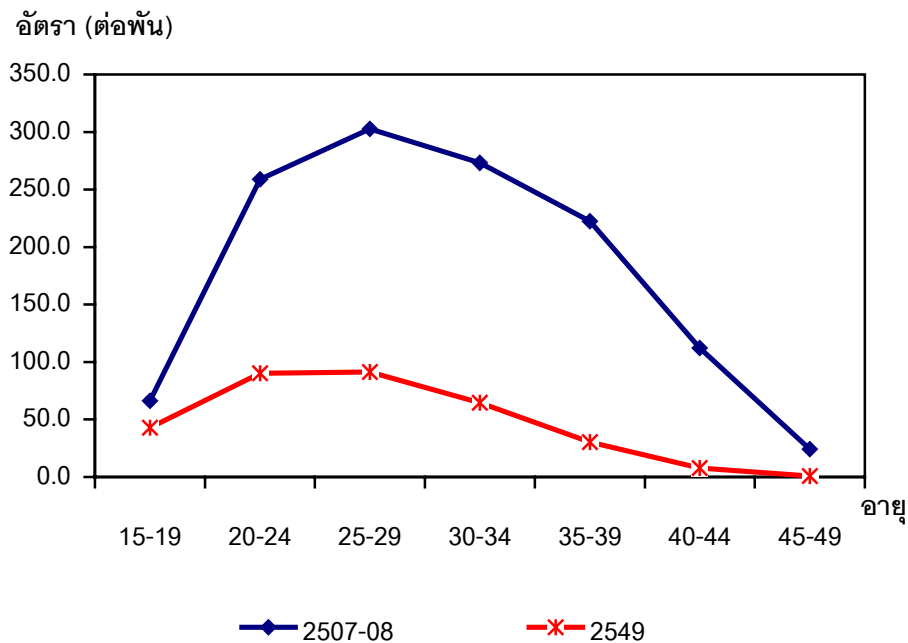
รูป 1: ร้อยละของสตรีไทยที่ไม่แต่งงาน, พ.ศ. 2513 และ 2543

ภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยได้ลดต่ำลงอย่างมากในรอบสองสามทศวรรษที่ผ่านมา ถ้าเราดู “อัตราเจริญพันธุ์รวม” ซึ่งหมายถึง จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดวัยมีบุตรของตน พบว่าสตรีไทยเมื่อปี พ.ศ. 2507 มีอัตราเจริญพันธุ์รวมหรือบุตรเฉลี่ยประมาณ 6 คน การสำรวจในปี พ.ศ. 2539 พบว่า สตรีไทยมีจำนวนบุตรเฉลี่ยลดลงเหลือเพียง 2 คน และยิ่งลดต่ำลงไปอีกเหลือเพียง 1.6 คนในปี พ.ศ. 2549 (รูป 2)



รูป 2: อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทย พ.ศ. 2507 - 2548

ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยลดลงอย่างมากในทุกกลุ่มอายุ การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากรในปี พ.ศ. 2507 – 08 แสดงภาวะเจริญพันธุ์รายอายุของสตรีไทยว่ามีอัตราที่สูงมากในกลุ่มอายุ 20 – 39 ปี อัตราเจริญพันธุ์สูงสุดอยู่ที่กลุ่มอายุ 25 – 29 ปี ซึ่งสูงเกินกว่า 300 ต่อสตรี 1,000 คน อัตราเจริญพันธุ์รายอายุในปี พ.ศ. 2549 ได้ลดลงไม่ถึง 100 ต่อสตรี 1,000 คน ในทุกกลุ่มอายุ อัตราเจริญพันธุ์รายอายุสูงสุดอยู่ที่กลุ่มอายุ 20 – 24 ปี และ 25 – 29 ปี ซึ่งมีอัตราเพียงประมาณ 75 ต่อประชากร 1,000 คน (รูป 3)



แหล่งข้อมูล: 1. รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2507 – 2508, สำนักงานสถิติแห่งชาติ  
2. “แนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย” (ปีทมา และ ปราโมทย์, 2548)

### รูป 3: อัตราเจริญพันธุ์รายอายุของสตรีไทย, 2507-08 และ 2509

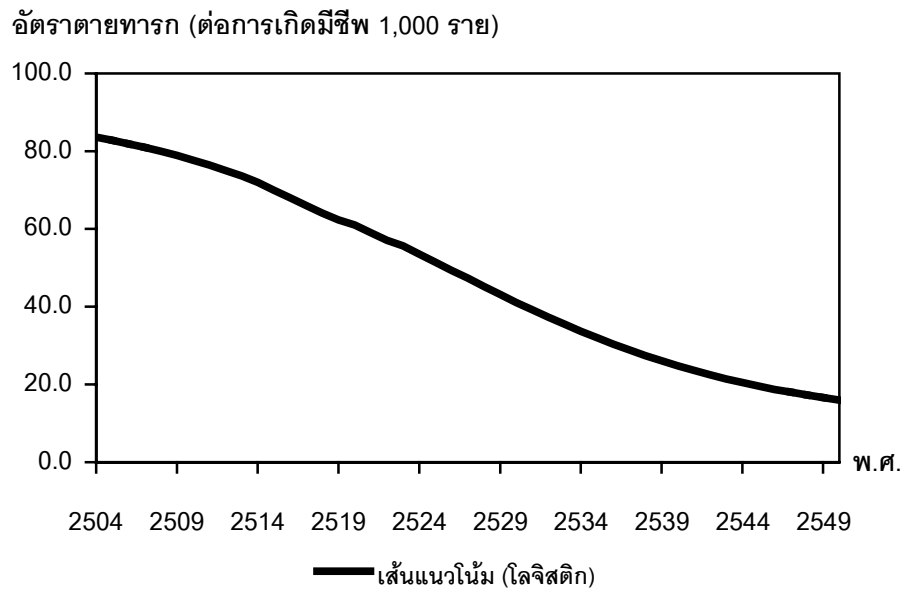
ภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดต่ำลงในรอบ 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา เป็นผลเนื่องมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของประเทศ คนไทยรุ่นใหม่ต้องแข่งขันกันในการทำงานและการเลี้ยงชีพ สตรีไทยมีสถานภาพทางสังคมสูงขึ้นไปกว่าเดิมมาก ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมหลาย ๆ อย่าง ทำให้คนไทยแต่งงานช้าลง ผู้หญิงอยู่เป็นโสดมากขึ้น และคู่สมรสที่แต่งงานแล้วก็มีลูกกันน้อยลง อัตราเกิดของประชากรไทยจึงได้ลดลงจากที่เคยสูงกว่า 30 ต่อประชากร 1,000 คนเมื่อ 30 ปีที่แล้วเพียง 13 – 14 ต่อ ประชากร 1,000 คนเท่านั้น เด็กเกิดใหม่ในประเทศไทยที่เคยมีจำนวนสูงกว่าล้านคนในแต่ละปี ได้ลดต่ำลงเหลือเพียงเกิดปีละ 8 แสนคนเท่านั้นในปัจจุบัน

## ภาวะการตายของประชากรไทย การเปลี่ยนผ่านทางประชากรของประเทศไทย

เมื่อได้เห็นภาพแนวโน้มการเกิดของประชากรไทยแล้ว เราจะมาดูแนวโน้มขององค์ประกอบ การเปลี่ยนแปลงประชากรที่คู่ไปกับการเกิด นั่นคือการตาย ในอดีตกาลประชากรไทยอยู่ในสภาพที่มีความสมดุลระหว่างการเกิดและการตาย ทั้งอัตราเกิดและตายแต่ละปีอยู่ในระดับสูงใกล้เคียงกัน อัตราเกิดสูงเพราะผู้คนนิยมมีลูกกันมาก ความคิดเรื่องการวางแผนครอบครัวหรือคุมกำเนิดยังไม่เกิดขึ้นในสังคมไทย ผู้หญิงแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย เมื่อแต่งงานแล้วก็มักไปตามธรรมชาติตลอด วัยเจริญพันธุ์ของตน

อัตราตายสูงเพราะการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่เจริญ การตั้งครุภร์และคลอดกระทำตามแบบประเพณีที่ปฏิบัติกันมาแต่ดั้งเดิม การปลูกฝีฉีดยาสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้แก่เด็กก็ยังไม่แพร่หลายเหมือนสมัยปัจจุบัน ทารกตายตั้งแต่แรกคลอด หรือเมื่ออายุยังไม่ครบขวบด้วยอัตราที่สูงมาก แต่ละปีมีทารกตายก่อนอายุครบขวบเกินกว่าร้อยละ 10 ของการเกิดมีชีพ ประชากรในวัยอื่น ๆ ก็มีอัตราตายสูง ด้วยโรคติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญ เนื่องจากการสาธารณสุขและสุขภาพของประเทศไทยยังไม่พัฒนา เชื้อโรคจึงแพร่ระบาดไปได้อย่างอย่างรวดเร็ว บางปีเมื่อเกิดโรคระบาดขึ้น ก็จะมีคนตายเป็นจำนวนมาก อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยในอดีตเมื่อ 100 ปีก่อนจึงไม่ยืนยาว คนไทยมีชีวิตรโดยเฉลี่ยไม่เกิน 50 ปี

อัตราตายของประชากรไทยได้ลดลงอย่างมากภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (หลัง พ.ศ. 2488) เมื่อสงครามโลกสงบลง ได้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศมากขึ้น วิชาการความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขก็ได้ก้าวหน้าไปอย่างมากในประเทศพัฒนาแล้ว ประเทศไทยได้เปิดรับความรู้ วิชาการทางด้านนี้จากประเทศพัฒนาแล้ว สุขภาพอนามัยของประชากรไทยดีขึ้นอย่างรวดเร็ว การตายของประชากรได้ลดลงอย่างเห็นได้ชัด “อัตราตายทารก” ลดลงจากที่เกินกว่า 100 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย เหลือประมาณ 80 รายในปี พ.ศ. 2504 และมีแนวโน้มลดลงจนต่ำกว่า 20 รายในปี พ.ศ. 2549 (รูป 4) อายุขัยเฉลี่ยของประชากรได้เพิ่มสูงขึ้นจากไม่ถึง 50 ปี ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นประมาณ 60 ปีในปี พ.ศ. 2507



หมายเหตุ: ประมาณโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม จากข้อมูล 1) การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร 2) สำมะโนประชากรและเคหะ 3) โครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย 4) ทะเบียนราษฎร

#### รูป 4: แนวโน้มอัตราตายทารกของประเทศไทย

การที่อัตราตายลดลงอย่างมากภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนเป็นปัญหาอย่างที่เราเรียกกันว่า “ระเบิดประชากร” ปัญหานี้เกิดขึ้นเมื่ออัตราเกิดยังคงอยู่ในระดับสูง ในขณะที่อัตราตายได้ลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว เกิดเป็นช่องว่างระหว่างอัตราเกิดและตาย ที่ทำให้ “อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ” ในช่วงเวลานั้นอยู่ในระดับที่สูงมาก ช่วงพุทธศวรรษที่ 2500 อัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยสูงเกินกว่าร้อยละ 3 ต่อปี อัตราเพิ่มสูงขนาดนี้สามารถทำให้ประชากรเพิ่มจำนวนเป็นสองเท่าตัวได้ภายในเวลาเพียง 23 ปีเท่านั้น

การพัฒนาประเทศทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยลดต่ำลงอย่างรวดเร็วตามหลังการลดลงของการตาย อัตราเกิดได้ลดลงอย่างมากจนมาอยู่ที่ระดับที่ค่อนข้างคงตัวแล้ว และอาจลดต่ำลงไปกว่านี้ได้อีกเพียงเล็กน้อยเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงประชากรในระยะต่อไปจึงขึ้นอยู่กับอัตราตายเป็นสำคัญ ต่อไปนี้ ภาวะการตายจะมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร เช่นเดียวกับบทบาทของภาวะเจริญพันธุ์ที่เคยทำให้เกิด “ระเบิด ประชากร” ในอดีต

## ประชากรไทยตายปีละเท่าไร

หากพูดกันด้วยตัวเลขโดยประมาณแล้ว ในรอบ 4 – 5 ปีที่ผ่านมา มีเด็กเกิดใหม่ในประเทศไทยปีละ 8 แสนคน ในขณะที่ “น่าจะ” มีคนตายปีละประมาณ 4 แสน 5 หมื่นคน และดังนั้นประเทศไทยจะมีประชากรเพิ่มขึ้นอันเป็นผลมาจากมีคนเกิดมากกว่าคนตาย ปีละประมาณ 3 แสน 5 หมื่นคน

ตรงที่กล่าวว่าประเทศไทย “น่าจะ” มีคนตายปีละประมาณ 4 แสน 5 หมื่นคนนั้น สืบเนื่องมาจากความขัดแย้งกันของ “ตัวเลขคาดประมาณ” กับข้อมูลที่ได้จากหลักฐานการทะเบียนราษฎรตามรายงานของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย การตายที่ได้จดทะเบียนรับใบมรณบัตรใน พ.ศ. 2547 มี 3 แสน 8 หมื่นราย และในปีก่อนหน้านั้น มีการจดทะเบียนตายอยู่ในราว 3 แสนกว่ารายต่อปี จึงเป็นที่น่าสงสัยว่าจำนวนตายจากหลักฐานการทะเบียนราษฎรน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง หมายความว่ามีการตายในประเทศไทยอยู่อีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้มาจดทะเบียนหรือที่เรียกว่า “ตกจด” จากระบบทะเบียนราษฎรของประเทศ

ในเรื่องความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนการตายในประเทศไทย การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากรที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทุก ๆ กลางปีสำมะโนประชากรได้รายงานความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนตายดังต่อไปนี้

พ.ศ. 2508 – 09	59 %
พ.ศ. 2518 – 19	59 %
พ.ศ. 2528 – 29	78 %
พ.ศ. 2538 – 39	95 %

การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากรครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2538 – 39 รายงานว่าการจดทะเบียนตายมีความสมบูรณ์สูงถึงร้อยละ 95 หรือในทางกลับกันมีการตายที่ตกจดทะเบียนเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น นับว่าเป็นอัตราความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนชีพที่สูงมาก อย่างไรก็ตาม มีข้อสงสัยเกี่ยวกับระเบียบวิธีที่ได้มาซึ่งข้อมูลในการคำนวณอัตราณ์ของการสำรวจฯ ครั้งหลังสุด การสำรวจในปี พ.ศ. 2538 – 39 ใช้คำถามเดียวถามตัวอย่างว่า “การตายนั้นได้ไปจดทะเบียนหรือไม่” เป็นไปได้ว่าผู้ตอบอาจเข้าใจว่าการได้แจ้งต่อกำนันผู้ใหญ่บ้าน หรือการได้ไปรับรองการตายจากโรงพยาบาล หมายถึงการตายนั้นได้จดทะเบียนแล้ว ดังนั้น อัตราความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนตายที่ได้จากคำตอบต่อคำถามเดี่ยวนี้อาจสูงกว่าความเป็นจริง

ความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนตายเป็นเรื่องที่น่าสนใจมาก เพราะเกี่ยวข้องกับคุณภาพข้อมูลที่จะนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการคำนวณดัชนีตัวชี้วัดด้านสุขภาพอนามัยอื่น ๆ การศึกษาความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนตาย “ในโครงการเฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี”<sup>1/</sup> ได้เทียบรายชื่อคนตายที่พบจากการสำรวจในหมู่บ้านตัวอย่าง ระหว่างปี 2543 – 2547 กับรายชื่อคนตายที่ไปจดทะเบียนขอมรณบัตร พบว่าอัตราการตกจดทะเบียนตายเท่ากับร้อยละ 12

ในขณะเดียวกัน การศึกษาความสมบูรณ์ของทะเบียนตายโดยใช้ข้อมูลจากสำมะโนประชากร พ.ศ. 2533 กับ พ.ศ. 2543 และใช้วิธีการทางประชากรศาสตร์มาประมาณอัตราการตกจดทะเบียนราษฎรของทั้งประเทศ<sup>2/</sup> พบว่าในช่วงระหว่างปีสำมะโนทั้งสองครั้งนี้ อัตราการตกจดทะเบียนตายสูงถึงร้อยละ 20

เมื่อดูตัวเลขจำนวนประชากรจากทะเบียนราษฎรของประเทศไทยในรอบหลายปีที่ผ่านมาจะสังเกตเห็นว่าประชากรไทยเพิ่มจำนวนขึ้นน้อยมากในแต่ละปี ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรประเทศไทยมีประชากรครบ 60 ล้านคนในปี พ.ศ. 2539 จากปีนั้นมาจนถึงปี พ.ศ. 2549 เป็นเวลา 10 ปีแล้ว ประชากรของประเทศไทยก็ยังย่ำอยู่ที่จำนวน 62 – 63 ล้านคน เพิ่มขึ้นเพียงไม่กี่ล้านคนเท่านั้น กระทรวงมหาดไทย ประกาศว่า ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 ประเทศไทยมีประชากร 62.9 ล้านคน แต่ในปี ต่อมา ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ตัวเลขจำนวนประชากรของประเทศไทยกลับลดลงเหลือ 61.9 ล้านคน กระทรวงมหาดไทยได้มีหมายเหตุไว้ที่ทำยประกาศว่า “จำนวนประชากรที่ลดลงเนื่องมาจากการปรับแก้ข้อมูล ดัดข้อมูลของบุคคลที่ซ้ำกันออก และคัดชื่อคนที่ตายแล้วแต่ยังไม่ได้จำหน่ายออกจากระบบทะเบียนออกไป” (สืบค้นจาก [http://www.dopa.go.th/stat/y\\_stat47.html](http://www.dopa.go.th/stat/y_stat47.html) เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2549) ดังนั้น ถ้าดูการเพิ่มขึ้นของประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรแล้ว พอจะเชื่อได้ว่าประชากรเพิ่มจำนวนไม่มากนักในแต่ละปี อาจเพิ่มปีละประมาณ 3 แสนคนเท่านั้น

<sup>1/</sup> โครงการเฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี หรือ Kanchanaburi Demographic Surveillance System (KDSS) เป็นระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของประชากรในพื้นที่ศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จำนวน 100 หมู่บ้าน/ชุมชนอาคาร ซึ่งกระจายอยู่ทั่วทั้ง 13 อำเภอ ของจังหวัดกาญจนบุรี ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2/</sup> การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรค (Setting Priorities Using Information on Cost-Effectiveness (SPICE): Information Policy Choices and Health System Reform in Thailand) ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขไทยกับมหาวิทยาลัยควีนส์แลนด์ ออสเตรเลีย



ปกติแล้ว การจดทะเบียนเกิดจะมีความสมบูรณ์มากกว่าการจดทะเบียนตาย เพราะคนต้องการใบเกิดหรือสูติบัตรไว้เป็นหลักฐานทางกฎหมายที่สำคัญในอนาคต มีการศึกษาพบว่า การจดทะเบียนเกิดในประเทศไทยมีน้อยมาก ที่อาจตกจุดไปบ้างในตอนแรกก็มักเป็นเพียงการจดทะเบียนล่าช้าไปเท่านั้น ต่างกับการที่ไม่จดทะเบียนตาย ผลตามมาของการไม่จดทะเบียนตาย อาจน้อยกว่าการไม่จดทะเบียนเกิด โดยเฉพาะเมื่อการตายนั้นไม่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางกฎหมาย ดังนั้น จำนวนเกิดที่จดทะเบียน จึงน่าจะถูกต้องใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากกว่าจำนวนตาย ถ้าเกิดปีละ 8 แสนคน และประชากรเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 3 แสนกว่าคน จำนวนที่หายไปปีละประมาณ 4 – 5 แสนคนก็คือจำนวนคนที่ตาย จึงพูดในตอนก่อนหน้าว่า *“ปัจจุบันนี้ ประเทศไทยน่าจะมียอดตายปีละประมาณ 4 แสน 5 หมื่นคน”*

### จำนวนคนตายที่ไม่ได้จดทะเบียน

เมื่อประมาณว่าปัจจุบันมีคนไทยตายปีละประมาณ 450,000 คน แต่ทะเบียนราษฎรรายงานว่ามีคนมาจดทะเบียนตายไม่ถึง 400,000 คน (เช่นในปี พ.ศ. 2547 จำนวนตายตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรเท่ากับ 380,000 ราย) แสดงว่ามีการตายจำนวนหนึ่งซึ่งอาจมากถึง 7 - 8 หมื่นรายในแต่ละปี ที่ไม่ได้มาจดทะเบียน และชื่อของคนตายเหล่านั้นอาจยังคงอยู่ในฐานะผู้มีชีวิตตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร จึงไม่น่าประหลาดใจที่ระบบทะเบียนราษฎรจะมีการคัดรายชื่อคนตาย และรายชื่อที่ซ้ำกันออกเสียบ้างในบางปี

คำถามที่ว่าทำไมการตายจำนวนหนึ่งในประเทศไทย จึงมิได้มีการจดทะเบียน หรือไม่ได้มีการจำหน่ายชื่อผู้ตายออกจากระบบทะเบียน คำตอบที่น่าจะเป็นไปได้มีดังต่อไปนี้

1. การตายในวัยเด็ก โดยเฉพาะทารกที่เกิดมาไม่นาน และยังไม่ได้จดทะเบียนเกิด ดังนั้นเมื่อทารกยังไม่ได้จดทะเบียนเกิด จึงไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องจดทะเบียนเมื่อตาย อย่างไรก็ตามจำนวนทารกตายที่ไม่ได้จดทะเบียนนี้จะหมายถึง จำนวนเกิดตกจดทะเบียนด้วย ดังนั้น จึงไม่รวมอยู่ในการตาย 7 – 8 หมื่นรายที่ไม่ได้มาจดทะเบียน

2. การตายจำนวนหนึ่งไม่มีการจดทะเบียนเพราะไม่มีญาติไปจดทะเบียนให้ หรือไม่มีใครเห็นความสำคัญของการไปจดทะเบียนขอใบมรณบัตร

3. การตายที่ญาติผู้ตายมิได้ดำเนินการจดทะเบียนให้ครบถ้วนตามขั้นตอน อาจมีการตายบางรายที่ญาติผู้ตายได้แจ้งผู้ช่วยนายทะเบียน ซึ่งได้แก่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และได้รับ *“ใบแจ้งตาย”* มาแล้ว หรือการตายในโรงพยาบาล ที่ญาติได้รับ *“ใบรับรองการตาย”* มาแล้ว แต่ญาติผู้ตายไม่ได้นำใบแจ้งตาย หรือ ใบรับรองการตายนั้นไปเป็นหลักฐานดำเนินการจดทะเบียนขอใบมรณบัตร

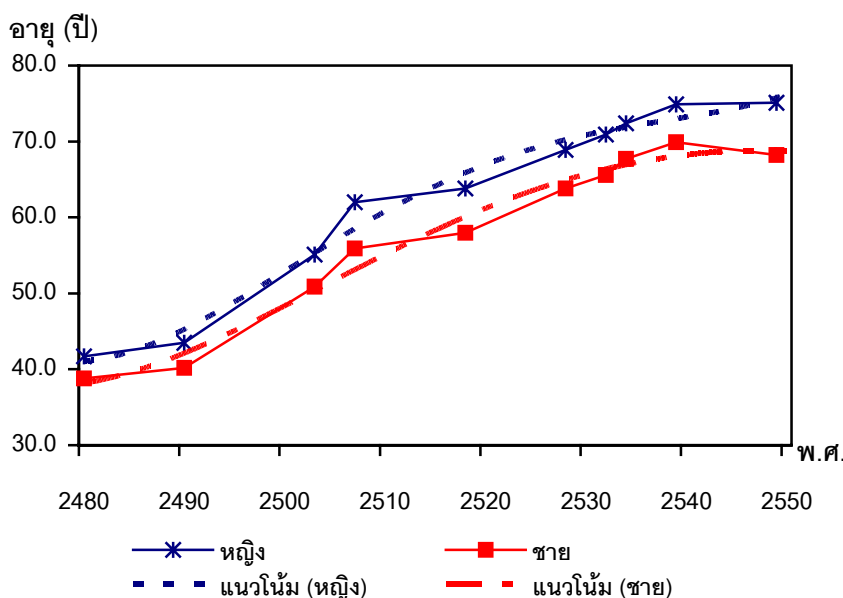
ที่สำนักทะเบียนอำเภอหรือเทศบาลในชั้นตอนต่อไป ชื่อของผู้ตายจึงยังไม่ได้ถูกจำหน่ายออกจากระบบทะเบียน

4. การตายบางรายอาจไม่มีผู้ใดดำเนินการจดทะเบียนให้ เนื่องจากไม่มีใครรู้หรือมีหลักฐานยืนยันว่าได้มีการตายนั้น อย่างเช่น ผู้ย้ายถิ่นที่ไปตายนอกเขตพื้นที่ที่อยู่ของตน บางรายอาจไม่มีหลักฐานแสดงว่าเป็นใคร ทางบ้านจึงไม่ได้รับรู้การตายของบุคคลนั้น

## ความยืนยาวชีวิตของประชากรไทย

ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์ สาธารณสุข และสุขภาพสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้ช่วยให้การตายในวัยทารก และเด็กลดลง โรคระบาด หรือโรคติดต่อที่เคยผลาญชีวิตคนลงครวระมาก ๆ ได้ลดน้อยลง ชีวิตของคนไทยได้ยืนยาวขึ้น

“อายุขัยเฉลี่ย” ของประชากร ซึ่งเป็นดัชนีคำนวณได้จากตารางชีพได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ในช่วง 40-50 ปี ที่ผ่านมา อายุขัยเฉลี่ยนับตั้งแต่แรกเกิด จากที่เคยต่ำกว่า 50 ปี เมื่อ 50 ปีก่อน ได้เพิ่มสูงขึ้นจนมาอยู่ที่ประมาณ 70 ปี ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ในรอบ 10 - 20 ปีที่ผ่านมา นี้ ดูเหมือนอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยจะชะลอตัว คือ เกือบไม่เพิ่มขึ้นเลย และอาจจะลดลงด้วยซ้ำ โดยเฉพาะอายุขัยเฉลี่ยของประชากรชาย (รูป 5)



แหล่งข้อมูล: 1. พ.ศ. 2480, 2490, 2503: Rungpitarangsi (1974)

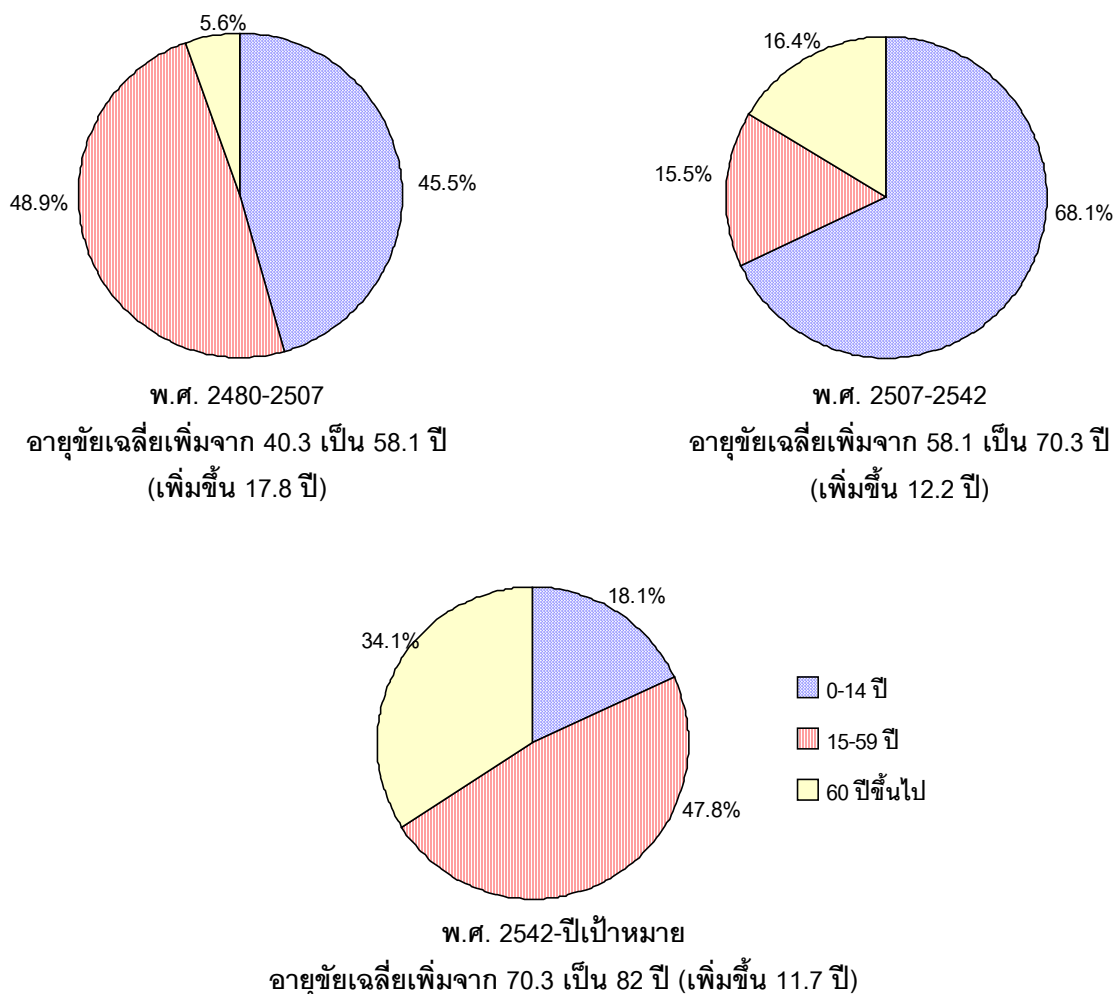
2. พ.ศ. 2507-2508, 2517-2519, 2528-2529, 2532, 2534, 2538-2539: รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

3. พ.ศ. 2549 ประมาณโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล

รูป 5: แนวโน้มของอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย

อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงเกือบศตวรรษที่ผ่านมา เป็นผลมาจากการลดลงของอัตราการตายของประชากรกลุ่มวัยต่าง ๆ ในช่วงแรก อายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากอัตราการตายในวัยทารกและเด็ก และในวัยแรงงานลดลงเป็นส่วนสำคัญ ตัวอย่างเช่น ในช่วงต้นของ “การเปลี่ยนผ่านทางประชากร” ของประเทศไทย อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มจาก 40 ปี ในปี พ.ศ. 2480 มาเป็น 58 ปีในปี พ.ศ. 2507 คือเพิ่มขึ้นถึง 18 ปี เป็นผลมาจากการที่อัตราการตายในวัย 15 – 59 ลดลงร้อยละ 49 และการลดลงของอัตราการตายของทารกและเด็ก (0 – 14 ปี) ร้อยละ 46 ในช่วงต่อมา อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 58 ปีในปี พ.ศ. 2507 เป็น 70 ปีในปี พ.ศ. 2542 ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 68 ของการเพิ่มขึ้นในช่วงนี้เป็นผลมาจากการลดลงของการตายในวัยทารกและเด็ก

ในอนาคตข้างหน้า หากระดับเป้าหมายให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยสูงขึ้นไปถึง 82 ปี การลดอัตราการตายของประชากรวัยแรงงาน อายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี ก็ยังจะเป็นส่วนสำคัญถึงร้อยละ 48 แต่การลดอัตราการตายในประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะมีส่วนมากขึ้นถึงร้อยละ 34 หากจะทำให้ อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยสูงขึ้นถึงเป้าหมายในอุดมคติที่ได้วางไว้ (รูป 6)



แหล่งข้อมูล: ปราโมทย์ และ อุทัยทิพย์, 2546

### รูป 6: การกระจายร้อยละของอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากการลดอัตราตายวัยต่าง ๆ

ในปัจจุบันนี้ ประชากรไทยนับตั้งแต่แรกเกิดคาดว่าจะมีชีวิตรอดต่อไปอีกโดยเฉลี่ยประมาณ 71 ปี ผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 75 ปี และผู้ชาย 68 ปี อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยถูกระทบโดยการตายในวัยทารกอย่างมาก ปัจจุบันอัตราตายทารกอยู่ที่ประมาณ 20 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ถ้าหากเราสามารถลดอัตราตายทารกนี้ให้เหลือต่ำพอๆกับในประเทศพัฒนาแล้ว คือประมาณ 5 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายแล้ว อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 1 ปี 4 เดือน การตายตั้งแต่เยาว์วัย ดึงให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรต่ำลงมากทีเดียว

โรคติดเชื้อ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยสั้นลงอย่างมาก ถ้าไม่มีโรคติดเชื้ออย่างเช่น วัณโรคปอด ปอดบวม เอดส์ รวมทั้งโรคติดเชื้ออื่น ๆ อายุขัยเฉลี่ยของผู้ชายจะเพิ่มอีกถึง 3 ปี เป็น 71 ปี และผู้หญิงเพิ่มอีก 2 ปี 7 เดือน เป็น 77 ปี หากนับเฉพาะโรคเอดส์เพียงอย่างเดียว ถ้าสามารถขจัดโรคนี้ได้ อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 8 เดือน โดยจะเพิ่มอายุขัยของผู้ชายมากกว่าของผู้หญิง อายุขัยเฉลี่ยของผู้ชายจะเพิ่มขึ้นประมาณ 10 เดือน และของผู้หญิงเพิ่มประมาณ 7 เดือน (ตาราง 1)

สาเหตุการตายที่ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรลดลงอย่างมากอีกสาเหตุหนึ่ง คือ อุบัติเหตุการจราจร ถ้าหากไม่มีการตายด้วยอุบัติเหตุการจราจรแล้ว อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 7 เดือน โดยเพิ่มอายุขัยของผู้ชายมากขึ้นถึง 11 เดือน เพิ่มของผู้หญิงอีกเพียง 2 เดือนกว่า ๆ เท่านั้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่ผู้ชายโดยเฉพาะในวัยแรงงานตายมากกว่าผู้หญิงอย่างมากจากอุบัติเหตุการจราจรนี้

ตาราง 1: อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุที่เพิ่มขึ้น ถ้าไม่มีหรือลดสาเหตุการตายบางสาเหตุ พ.ศ. 2546

สาเหตุการตาย	ชาย		หญิง	
	อายุขัยเฉลี่ย	เพิ่มขึ้น (ปี)	อายุขัยเฉลี่ย	เพิ่มขึ้น (ปี)
รวมทุกสาเหตุการตาย	67.5		74.6	
ถ้าไม่มี				
เอดส์	68.4	0.8	75.2	0.6
อุบัติเหตุจราจร	68.4	0.9	74.9	0.2
ความดันโลหิตสูง	67.6	0.1	74.8	0.1
โรคหัวใจ	68.0	0.4	75.0	0.3
โรคหัวใจหลอดเลือด	68.2	0.7	75.2	0.6
โรคติดเชื้อ (ทุกชนิด)	70.7	3.1	77.2	2.6
ถ้าลดอัตราตายทารกให้ต่ำลง	68.8	1.3	76.0	1.3

## ประชากรไทยกำลังกลายเป็นประชากรสูงวัย

ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์และการที่ผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ได้ทำให้เกิดปรากฏการณ์ทางประชากรที่ไม่เคยเป็นมาก่อน นั่นคือ ประชากรไทยมีอายุสูงขึ้นอย่างมาก จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อ 40 กว่าปีก่อน ข้อมูลจากสำมะโนประชากร พ.ศ. 2503 แสดงว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอยู่ไม่ถึงร้อยละ 5

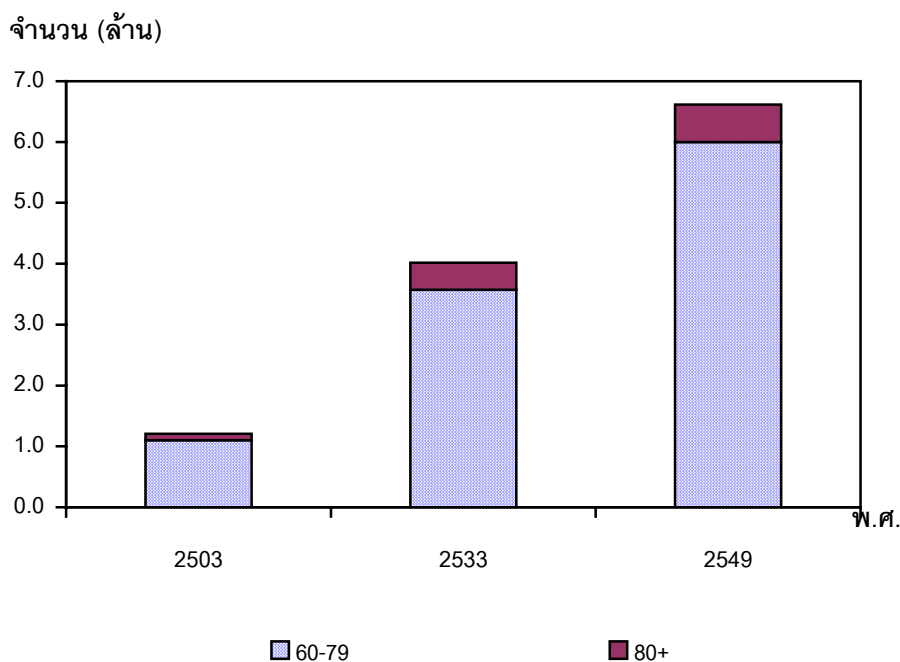
หรือเป็นจำนวนประมาณ 1.3 ล้านคนเท่านั้น ในปี พ.ศ. 2549 นี้ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึง ร้อยละ 10 หรือเป็นจำนวนประมาณ 6.2 ล้านคน เท่ากับว่าในรอบ 46 ปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 ถึง 2549 ประชากรสูงอายุได้เพิ่มขึ้นถึง 3.8 เท่า หรือเฉลี่ยเพิ่มร้อยละ 8 ต่อปี

การที่ประชากรมีชีวิตยืนยาวขึ้น ทำให้ประชากรที่ยิ่งสูงวัยจะยิ่งเพิ่มเร็วขึ้น ถ้าเราแบ่งประชากรสูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ **ผู้สูงวัยวัยต้น** หรือผู้มีอายุ 60 –79 ปี และ **ผู้สูงอายุวัยปลาย** คือ ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มเร็วยิ่งขึ้นไปอีก ในปี พ.ศ. 2503 ประชากรสูงอายุวัยปลายน่าจะมีอยู่ประมาณ 1 แสนคน แต่ในปี พ.ศ. 2549 ประชากรวัยนี้มีอยู่มากถึง 6 แสนกว่าคน เท่ากับเพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า หรือเพิ่มปีละประมาณร้อยละ 13 (รูป 7)

ใน "กลุ่มปลายสุด" ของผู้สูงอายุวัยปลาย คือ ผู้ที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป ซึ่งในที่นี้จะขอเรียกว่า "ศตวรรษิกชน" หรือ "คนร้อยปี" ยิ่งน่าจะเพิ่มเร็วยิ่งขึ้นไป น่าเสียดายที่ประเทศไทยขาดข้อมูลจำนวนศตวรรษิกชนที่เชื่อถือได้ จึงไม่สามารถดูแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงสุดได้อย่างชัดเจน เราทำได้เพียงแต่การประมาณ และดูการเพิ่มในทางทฤษฎีเท่านั้น

ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2548 จำนวนผู้มีอายุ 100 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีอยู่ 27,460 คน เป็นผู้ชาย 11,457 คน และผู้หญิง 16,003 คน ทั้งนี้ไม่รวม "คนที่เกิดปีไทย" อีกจำนวน 246,034 คน (สืบค้นจาก <http://www.dopa.go.th> เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2549) ซึ่งจะต้องมีอีกจำนวนไม่น้อยที่อายุถึง 100 ปี อย่างไรก็ตามตัวเลขนี้ก็ดูจะสูงเกินจริง เพราะมีคนร้อยปีตามทะเบียนบางรายเสียชีวิตไปแล้วแต่ชื่อยังคงค้างอยู่ในทะเบียน

ในปี พ.ศ. 2548 เมื่อสำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจประชากรฐานในรอบแรกเมื่อกลางปี พ.ศ. 2548 (สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th>) ทำให้ประมาณได้ว่ามีประชากรอายุเกิน 100 ปีอยู่ราว 8,098 คน (ชาย 2,768 คน หญิง 5,330 คน) ถ้าประมาณว่า ในปี พ.ศ. 2503 มีคนร้อยปีอยู่ในประเทศไทยไม่เกิน 500 คน เท่ากับจำนวนศตวรรษิกชนเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2503 ถึง 2548 ถึง 15 เท่า หรือเฉลี่ยเพิ่มปีละมากกว่าร้อยละ 30



รูป 7: จำนวนผู้สูงอายุวัยต้นและวัยปลาย พ.ศ. 2503 – 2549

## บทสรุป

ในช่วงเวลาเกือบศตวรรษที่ผ่านมา ภาวะการตายของประชากรไทยได้ลดลง โดยเฉพาะการตายในวัยทารกและเด็ก คนไทยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ในแง่ของนโยบายหรือเป้าหมายของรัฐโดยส่วนรวมแล้ว คงต้องเน้นความพยายามที่จะทำให้ประเทศไทยมีชีวิตยืนยาวยิ่งขึ้นไปอีก โดยหามาตรการที่จะช่วยให้การตายก่อนวัยอันสมควรลดน้อยลง นโยบายหรือโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะการตายจะมีประสิทธิภาพได้ก็ต้องอาศัยข้อมูลการตายที่ถูกต้องสมบูรณ์ ระบบทะเบียนราษฎรของประเทศไทยเป็นแหล่งข้อมูลการตายที่สำคัญที่สุด หากได้มีการแก้ไขปรับปรุงให้ข้อมูลการตายที่จดทะเบียนให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นแล้ว ข้อมูลจากแหล่งนี้ก็จะช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรไทย โดยเฉพาะในด้านสุขภาพอนามัยได้เป็นอย่างมาก

การปรับปรุงคุณภาพข้อมูลการตายจากระบบทะเบียนราษฎรเป็นเรื่องที่ต้องปรึกษาหารือและวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างหลายฝ่าย ทั้งผู้เกี่ยวข้องกับงานทะเบียนราษฎรโดยตรง ผู้ใช้ข้อมูล และนักวิชาการ คงต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้คำตอบชัดเจนเกี่ยวกับระดับของปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของการตกจดทะเบียนตาย จากนั้น ควรที่จะได้นำผลของการศึกษาดังกล่าวมาร่วมกันคิดพิจารณาหามาตรการที่จะส่งเสริมให้การจดทะเบียนตายมีความครบถ้วนสมบูรณ์ขึ้น

นอกจากการปรับปรุงข้อมูลการตายจากระบบทะเบียนราษฎรแล้ว การตั้งเป้าหมายอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยในอนาคตก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่บทความนี้ต้องการจะชี้ให้เห็น คำถามจึงอาจมีว่า “เราควรตั้งเป้าหมายให้ประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเท่าไรจึงจะดี”

มีแนวโน้มสากลว่าคนเราจะมีอายุยืนยาวขึ้น ในประเทศพัฒนาแล้วได้มีการคิดค้น และพัฒนาวิทยาการที่จะทำให้คนมีอายุยืนยิ่งขึ้น ขึ้นไปอีก สำหรับประเทศไทย การพัฒนาประเทศด้านต่าง ๆ ล้วนมุ่งให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งน่าจะมีผลทำให้คนไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นไปอีกเช่นกัน

ปัจจุบัน ญี่ปุ่นและสวีเดนนับเป็นประเทศที่ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยสูงสุด อายุขัยเฉลี่ยของชาวญี่ปุ่นสูงถึง 82 ปี โดยผู้ชาย 79 ปี และผู้หญิง 85 ปี ชาวสวีเดนก็มีอายุขัยเฉลี่ยสูงใกล้เคียงกับญี่ปุ่น ประเทศในยุโรปตะวันตกส่วนใหญ่มีอายุขัยเฉลี่ยใกล้เคียงกับ 80 ปี

เมื่อพิจารณาอายุขัยเฉลี่ยของประชากรในประเทศต่างๆ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้วเราจะมองเห็นแนวโน้มว่า ถ้าประเทศไทยพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมต่อไป จนมีเงื่อนไขและสภาพใกล้เคียงกับประเทศพัฒนาแล้วในปัจจุบัน การที่อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยจะสูงขึ้นไปถึงประมาณ 80 ปี ก็น่าจะเป็นไปได้ ดังนั้นจึงน่าที่จะตั้งเป้าหมายอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยไว้ที่ 80 ปี เพื่อเป็นธงให้เกิดความพยายามที่จะไปถึง โดยให้ผู้ชายมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 77- 78 ปี และผู้หญิงประมาณ 82- 83 ปี

สมมุติว่า ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายว่าจะให้ประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยที่ 80 ปี นโยบายเกี่ยวกับการสาธารณสุขของประเทศก็จะต้องมุ่งเน้นที่ จะลดการตายก่อนวัยอันควร การตายในวัยทารกและเด็กเป็นกลุ่มแรกที่จะต้องลดให้ได้โดยผ่านงานอนามัยแม่และเด็ก ทำอย่างไรที่จะให้เด็กเกิดใหม่ปีละประมาณ 8 แสนคนได้เกิดอย่างมีคุณภาพ และมีชีวิตรอดผ่านพ้นวัยทารกและเด็ก ต้องพยายามลดการตายจากโรคติดเชื้อลงให้เหลือน้อยที่สุด สาเหตุการตายอีก 2 สาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ เอดส์ และอุบัติเหตุจราจร ถ้าลดอัตราการตายจากทั้งสองสาเหตุสำคัญนี้ให้เหลือน้อยที่สุดได้ก็จะช่วยให้เป้าหมายอายุขัยเฉลี่ยที่ 80 ปีเป็นไปได้มากที่สุดทีเดียว ในขณะที่สาเหตุการตายอื่น ๆ ก็ต้องพยายามลดให้ต่ำลงทั้งหมด โดยเฉพาะในหมู่ประชากรที่มีอายุน้อย หรือยังอยู่ในวัยที่ไม่ควรตาย เท่ากับว่าเราต้องพยายามผลักดันการตายของประชากรให้อยู่ในช่วงสูงวัย หรือให้ตายเมื่อถึงวัยอันควรให้มากที่สุด



## เอกสารอ้างอิง

- ปราโมทย์ ประสาทกุล และอุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ. 2546. **ผลของการเปลี่ยนแปลงการตาย รายอายุต่อการเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทย**. ในสมาคมนักประชากรไทย. เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2546 20 – 21 พฤศจิกายน 2546 (หน้า 47 – 72).
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. 2548. **แนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย**. ในสมาคมนักประชากรไทย. เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2548 17 – 18 พฤศจิกายน 2548 (หน้า 41 – 54).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. มปป. **รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2507 – 2508**.
- \_\_\_\_\_. มปป. **รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2517 – 2519**.
- \_\_\_\_\_. มปป. **รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2528 – 2529**.
- \_\_\_\_\_. มปป. **รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2532**.
- \_\_\_\_\_. มปป. **รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2534**.
- \_\_\_\_\_. มปป. **สำมะโนประชากร พ.ศ. 2513**.
- \_\_\_\_\_. มปป. **สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523**.
- \_\_\_\_\_. มปป. **สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533**.
- \_\_\_\_\_. 2545. **สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543**.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, วรชัย ทองไทย และ พิลิป เกสต์. 2539. **การสำรวจภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Rungpitarangsi, B. 1974. **Mortality trends in Thailand: Estimates for the period 1937 – 1970**. Bangkok: Institute of Population Studies, Chulalongkorn University. Paper No. 10.

# ประชากรไทยในอนาคต

## บทนำ ว่าพัฒนาวงศ์

### ปราโมทย์ ประสาทกุล

บทความนี้จะ ได้กล่าวถึงภาพของประชากรไทยในอนาคตว่าจะมีลักษณะเป็นอย่างไร ลักษณะประชากรไทยในอนาคตได้จากการฉายภาพประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ต่อไปอีก 30 ปี ข้างหน้าจนถึงปี พ.ศ. 2578 ดำเนินการโดย คณะทำงานฉายภาพประชากร ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

### ทำความเข้าใจกับการฉายภาพประชากรชุดใหม่

การฉายภาพประชากรคือการคาดประมาณประชากรในอนาคต สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มีคณะทำงานฉายภาพประชากร ซึ่งทำหน้าที่คาดประมาณประชากรของประเทศไทย พิมพ์เผยแพร่ออกมาเป็นระยะ ๆ ปรับแก้การคาดประมาณนั้นเมื่อมีข้อมูลใหม่ รวมทั้งคำนวณหาตัวชี้วัดที่แสดงสถานการณ์ด้านประชากรเป็นประจำปี

การฉายภาพประชากรชุดใหม่นี้ คณะทำงานฉายภาพประชากรฯ ได้เริ่มต้นจาก “ประชากรฐาน” คือ ประชากรปี พ.ศ. 2548 ซึ่งปรับจำนวนรวมตามข้อมูลจากทะเบียนราษฎรล่าสุด และปรับโครงสร้างอายุตามผลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากรรอบแรกในปี พ.ศ. 2548 จากนั้นได้ใช้ “วิธีคาดประมาณประชากรตามโคฮอร์ต (รุ่นอายุ) ที่เปลี่ยนแปลงไปตามองค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงประชากร” (Cohort – component method) หลักการของวิธีนี้ คือ จำนวนประชากรแต่ละรุ่นอายุจะเปลี่ยนแปลงไปแต่ละปีตามองค์ประกอบของการเปลี่ยนแปลงประชากร 3 ด้าน อันได้แก่ การเกิด การตาย และการย้ายถิ่น เมื่อเวลาผ่านไปในแต่ละปี ประชากรแต่ละรุ่นอายุจะลดลงไปเพราะมีการตาย และเพิ่มขึ้นเพราะมีการเกิด นอกจากนั้นหากมีการย้ายเข้า ประชากรจะเพิ่มขึ้น และหากมีการย้ายออก ประชากรก็จะลดลง ดังนั้นการฉายภาพประชากรจึงอาศัยการตั้งข้อสมมุติว่าต่อไปในอนาคตนั้น การเกิด การตาย และการย้ายถิ่นแต่ละปีควรเป็นเท่าไร

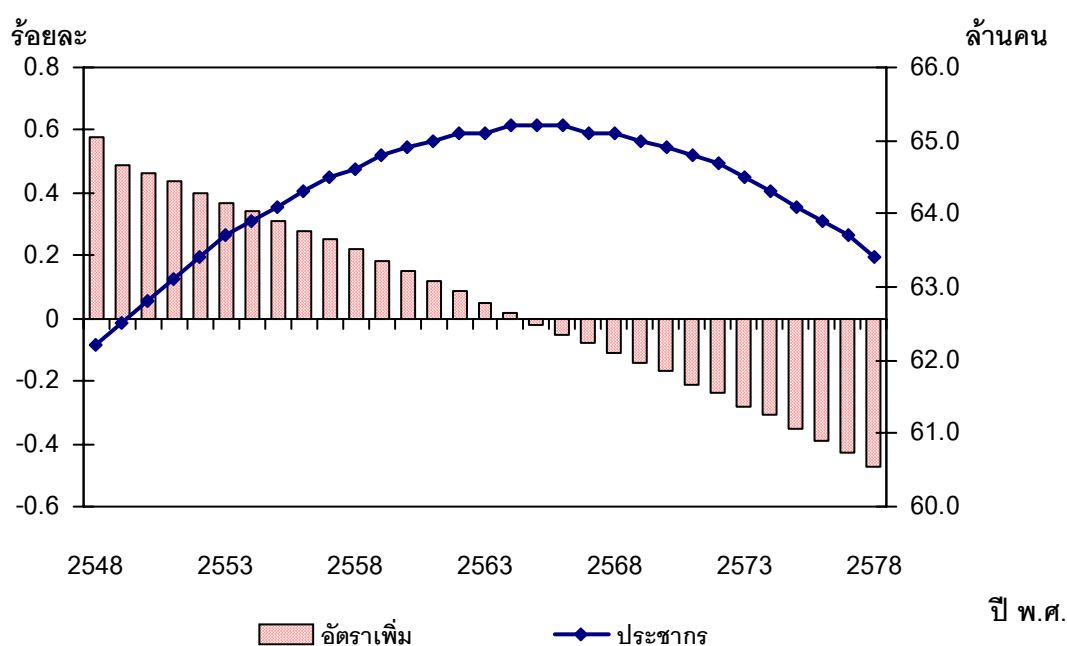
ในการฉายภาพประชากร คณะทำงานฉายภาพประชากรฯ ได้ตั้งข้อสมมุติว่าในอนาคต การเกิดหรือภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยจะยังคงลดลงไปอีก โดยที่จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดด้วยเจริญพันธุ์ของตนจะลดลงจาก 1.65 คนในปี พ.ศ. 2548 เป็น 1.45 คน ในปี พ.ศ. 2568 และกลุ่มสตรีที่ให้กำเนิดบุตรสูงสุด (อัตราเกิดรายอายุ) ค่อย ๆ เปลี่ยนจากกลุ่มอายุ 20 – 24 ปีในปี พ.ศ. 2548 เป็นกลุ่มอายุ 25 – 29 ปี ในปี พ.ศ. 2568 และเมื่อหลังจากปี พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป ได้ตั้งข้อสมมุติว่าภาวะเจริญพันธุ์ทั้งจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดด้วยเจริญพันธุ์และอัตราเกิดรายอายุคงที่

ในเรื่องการตาย คณะทำงานฉายภาพประชากรฯ ได้ตั้งข้อสมมุติว่าความยืนยาวชีวิตของประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นไปอีก เริ่มจากในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีฐาน อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายเท่ากับ 68 ปี และของผู้หญิงเท่ากับ 75 ปี ได้มีข้อสมมุติว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นแนวโน้มเส้นตรง ในระยะยาวอีก 50 ปีข้างหน้าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายจะเพิ่มเป็น 75 ปี ส่วนผู้หญิงจะเพิ่มเป็น 80 ปี

สำหรับองค์ประกอบสุดท้ายคือการย้ายถิ่นนั้น คณะทำงานฉายภาพประชากรฯ ได้สมมุติให้การย้ายถิ่นระหว่างประเทศที่ถูกต้องตามกฎหมายของประชากรไทยมีน้อยมากจนไม่ส่งผลกระทบต่อจำนวนและโครงสร้างประชากรมากนัก หมายความว่า การฉายภาพประชากรชุดนี้มีได้รวมการย้ายถิ่นของแรงงานที่เข้าหรือออกจากประเทศไทยโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย

### การเพิ่มขึ้นของประชากรไทยช้าลงแต่ผู้สูงอายุกลับเพิ่มเร็วขึ้น

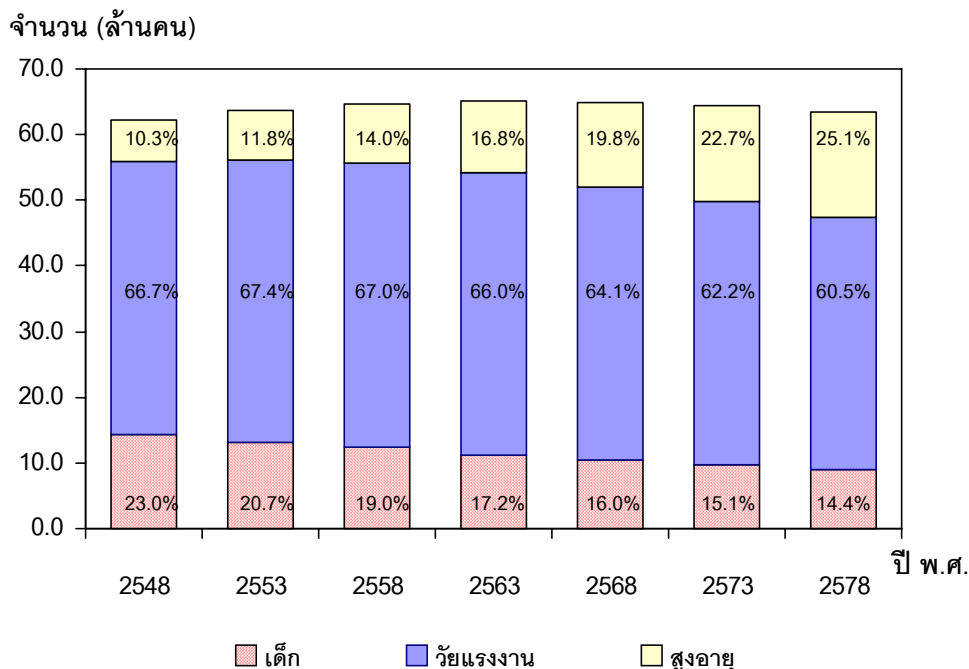
เมื่อกลางปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีฐานของการฉายภาพ ประเทศไทยมีประชากร 62.2 ล้านคน หนึ่งปีถัดไป ประมาณได้ว่าประชากรไทย ณ กลางปี 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 62.5 ล้านคน เท่ากับว่าหนึ่งปีมีคนเพิ่มขึ้น 3 แสนคนเศษ คิดเป็นอัตราเพิ่มประชากรร้อยละ 0.6 ต่อปี การเพิ่มของประชากรไทยยังคงเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต แต่เป็นการเพิ่มที่ช้าลง แต่ละปีอัตราเพิ่มประชากรค่อย ๆ ลดลง ๆ ในปี พ.ศ. 2565 ดูเหมือนว่าจะเป็นปีที่ประชากรไทยถึงจุดอิมมิตัว อัตราเกิดจะอยู่ในระดับใกล้เคียงกับอัตราตาย ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรใกล้เคียงกับศูนย์ จำนวนเกิดในแต่ละปีพอ ๆ กับจำนวนตาย จากการฉายภาพประชากรชุดนี้แสดงว่าประชากรไทยจะถึงจุดอิมมิตัวที่จำนวนประมาณ 65 ล้านคนในราวปี พ.ศ. 2565 หลังจากนั้น เป็นไปได้ว่าอัตราเพิ่มประชากรจะติดลบคือต่ำกว่าศูนย์บ้างเล็กน้อย ทำให้จำนวนประชากรแต่ละปีลดลง



รูป 1 อัตราเพิ่มและจำนวนประชากร, พ.ศ. 2548 – 2578

การที่ประชากรไทยในอนาคตเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ จนอิมมิตัวแล้วลดลงนั้น เป็นผลเนื่องมาจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดต่ำลงและคนไทยมีชีวิตยืนยาวขึ้นอีก ลักษณะเช่นนี้ทำให้โครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัดเจน หากดูที่จำนวนประชากร เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2548 – 2578 จะมีจำนวนลดลงจาก 14 ล้าน (ร้อยละ 23 ของประชากรทั้งหมด) เหลือ 9 ล้านคนเศษ (ร้อยละ 14) ส่วนประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15 – 59 ปี) นั้นมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย กล่าวคือในช่วง พ.ศ. 2548 – 2558 จำนวนจะเพิ่มขึ้นจาก 41 ล้าน เป็น 43 ล้านคน หลังจากนั้นจะลดจำนวนลงเหลือ 38 ล้านคนในปี พ.ศ. 2578 อาจกล่าวได้ว่าจำนวนประชากรวัยแรงงานในอนาคตอีก 30 ปีข้างหน้าเกือบไม่เปลี่ยนแปลงเลยก็ได้ อย่างไรก็ตาม การที่จำนวนประชากรวัยเด็กจะลดลงอย่างมากจะมีผลทำให้จำนวนประชากรในวัยเรียน (อายุ 6 – 21 ปี) ลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 16 ล้านคนในปี พ.ศ. 2548 เป็น 11 ล้านคนในปี พ.ศ. 2578

สำหรับประชากรกลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คนกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ ในปี พ.ศ. 2548 มีประชากรสูงอายุอยู่ 6 ล้านคนเศษ (ร้อยละ 10) เมื่อถึงปี พ.ศ. 2578 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 16 ล้านคน (ร้อยละ 25) เท่ากับเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัวในเวลาราว ๆ 30 ปีเท่านั้น



รูป 2 จำนวนประชากรวัยต่าง ๆ พ.ศ. 2548 – 2578

### สังคมไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น จะก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญที่มีผลต่อสังคมไทยอย่างมากนั่นคือ การมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นจากจำนวนเด็กที่ลดลงในขณะที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกประมาณ 15 ปีข้างหน้า จำนวนเด็กจะพอ ๆ กับผู้สูงอายุ และหลังจากนั้นจะเกิดปรากฏการณ์มีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก

เราอาจใช้ “ดัชนีผู้สูงอายุ” (Ageing index) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างจำนวนเด็กกับผู้สูงอายุ ดัชนีผู้สูงอายุ เป็นอัตราส่วนของจำนวนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ต่อจำนวนประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 100 คน ตามความหมายนี้ ดัชนีผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุกี่คนต่อเด็ก 100 คน ถ้าดัชนีมีค่าต่ำกว่า 100 แสดงว่ามีเด็กมากกว่าผู้สูงอายุ และในทางกลับกัน ถ้าดัชนีมีค่าสูงกว่า 100 ก็แสดงว่ามีผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก

ตาราง 1 ดัชนีผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2548 – 2578

ปี พ.ศ.	ประชากร (ล้านคน)			ดัชนีผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุ/เด็ก 100 คน)
	ทั้งหมด	วัยเด็ก	ผู้สูงอายุ	
2548	62.2	14.3	6.4	45.0
2553	63.7	13.2	7.5	57.0
2558	64.6	12.3	9.0	73.4
2563	65.1	11.2	11.0	98.0
2568	65.1	10.4	12.9	123.6
2573	64.5	9.8	14.6	149.9
2578	63.4	9.1	15.9	174.4

ตาราง 1 แสดงแนวโน้มของดัชนีผู้สูงอายุ หรืออัตราส่วนผู้สูงอายุต่อเด็ก 100 คน “ดัชนีผู้สูงอายุ” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา ความจริงแนวโน้มเช่นนี้ไม่ใช่เพิ่งเกิดเร็ว ๆ นี้ หากแต่เกิดมานานแล้ว เช่น ในปี พ.ศ. 2503 และ 2513 มีผู้สูงอายุเพียง 11 คนต่อเด็ก 100 คน เมื่อถึงปี พ.ศ. 2548 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ดัชนีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 45 อีก 5 ปีถัดไป ผู้สูงอายุมีจำนวนเกินกว่าครึ่งของจำนวนเด็กแล้ว ดัชนีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมากในช่วงปี พ.ศ. 2548 – 2553 และ 2553 – 2558 นั้น คือประมาณเกือบร้อยละ 6 ต่อปี แต่ในช่วง พ.ศ. 2558 – 2563 ดัชนีผู้สูงอายุยิ่งเพิ่มเร็วมาก คือสูงถึงร้อยละ 7 ต่อปี หลังจากช่วงนี้ไปแล้ว อัตราเพิ่มของดัชนีผู้สูงอายุลดลงมาอยู่ที่ประมาณร้อยละ 4 – 5 ต่อปี

ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2564 เป็นช่วงเวลาที่ยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุเท่ากับ 100 หมายความว่าช่วงเวลานี้ประเทศไทยมีประชากรวัยเด็กเท่า ๆ กับผู้สูงอายุ หลังจากปี พ.ศ. 2564 ไปแล้วประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็กต่อไปเรื่อย ๆ ปรากฏการณ์ที่มีผู้สูงอายุมากกว่าเด็กเช่นนี้จะไม่สามารถย้อนกลับได้อีกเลย ดังเช่นเหตุการณ์ที่ประเทศพัฒนาแล้วทั้งหลายประสบมาก่อนหน้าประเทศไทย

### รูปแบบการพึ่งพิงเปลี่ยนไป

โครงสร้างประชากรสะท้อนให้เห็นลักษณะการพึ่งพิงกันระหว่างประชากรกลุ่มอายุต่าง ๆ เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป ลักษณะการพึ่งพิงกันก็เปลี่ยนไปด้วย การแสดงระดับของการพึ่งพิงระหว่างประชากรกลุ่มอายุต่าง ๆ นิยมใช้ดัชนีที่เรียกว่า “อัตราส่วนพึ่งพิง” (Dependency ratio) เป็นตัวชี้วัด

“อัตราส่วนพึ่งพิง” คืออัตราส่วนระหว่างประชากรเด็กและประชากรสูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน ในการคำนวณอัตราส่วนนี้ ประชากรวัยเด็กคือประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี ประชากรสูงอายุคือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป และประชากรวัยทำงานคืออายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี ดัชนีนี้มีข้อสมมุติว่าประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุต้องพึ่งพิง (ทางเศรษฐกิจ) ประชากรวัยทำงาน

อัตราส่วนพึ่งพิงตามความหมายข้างต้นนั้นเป็น “อัตราส่วนพึ่งพิงรวม” (Total dependency ratio) คือรวมผู้พึ่งพิงทั้งที่เป็นเด็กและผู้สูงอายุ อัตราส่วนพึ่งพิงยังสามารถจำแนกตามประเภทของผู้ที่ต้องพึ่งพิงเป็น 2 ประเภท คือ อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็ก (Youth dependency ratio) และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา (Old-age dependency ratio) อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กเป็นจำนวนเด็กต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน 100 คน ส่วนอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรานั้น เป็นจำนวนผู้สูงอายุต่อผู้ที่อยู่ใน

วัยทำงาน 100 คนเช่นกัน ค่าของอัตราส่วนพึ่งพิงทั้งหลายเหล่านี้ยังสูงย่อมแสดงถึงมีจำนวนผู้ที่ต้องพึ่งพิงมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ทำงานนั่นเอง

ในอดีต ประเทศไทยเคยประสบกับสถานการณ์ที่มีเด็กจำนวนมากเมื่อเทียบกับประชากรวัยทำงาน เช่น จากสำมะโนประชากรปีต่าง ๆ พบว่า ค่าอัตราส่วนพึ่งพิงรวมเท่ากับ 85 หมายความว่า มีผู้ต้องพึ่งพิง (เด็กและผู้สูงอายุ) 85 คน ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (วัยแรงงาน) 100 คน จากนั้นค่าอัตราส่วนพึ่งพิงได้เพิ่มเป็น 93 ต่อ 100 ในปี พ.ศ. 2513 อัตราส่วนพึ่งพิงรวมที่สูงเนื่องจากคนไทยในช่วงเวลานั้นยังมีลูกมากทำให้มีประชากรวัยเด็กมาก ต่อมาประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราเกิด ทำให้มีเด็กเกิดน้อยลง ส่งผลให้ค่าอัตราส่วนพึ่งพิงที่เคยสูงเกือบ 100 นั้นลดต่ำลง ดังเช่นในปี พ.ศ. 2543 ค่าอัตราส่วนพึ่งพิงรวมได้ลดลงเหลือ 51 และจะลดลงไปอีกจนเหลือ 48 ในปี พ.ศ. 2553 หลังจากนั้นคาดว่าอัตราส่วนพึ่งพิงรวมจะกลับสูงขึ้นอีกจนถึง 65 ในปี พ.ศ. 2578

การที่ค่าอัตราส่วนพึ่งพิงกลับเพิ่มสูงขึ้นหลังจากที่ได้ลดลงอย่างต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 40 ปีเป็นเพราะจำนวนประชากรสูงอายุได้เพิ่มมากขึ้นนั่นเอง ด้วยเหตุนี้ เมื่อพิจารณาแยกระหว่างอัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กและวัยชราแล้ว ก็พบว่าอัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กได้ลดลงอย่างมากและต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 จนถึง พ.ศ. 2578 ในขณะที่อัตราส่วนพึ่งพิงวัยชราได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาเดียวกันนั้น จึงอาจสรุปได้ว่าแนวโน้มรูปแบบการพึ่งพิงจะเปลี่ยนจากการพึ่งพิงของเด็กเป็นส่วนใหญ่ มาสู่การพึ่งพิงของผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ (ตาราง 2)

ตาราง 2 อัตราส่วนพึ่งพิงรวม อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็ก และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชรา พ.ศ. 2503 – 2578

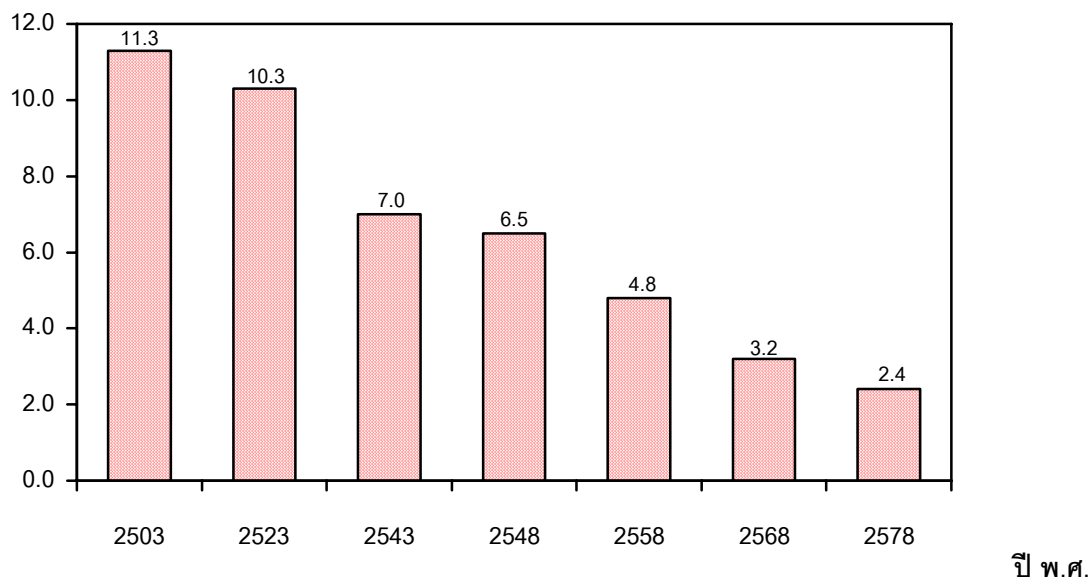
ปี พ.ศ.	อัตราส่วนพึ่งพิง		
	รวม	วัยเด็ก	วัยชรา
2503	85.2	80.0	5.2
2513	92.9	87.0	5.9
2523	72.0	65.9	6.1
2533	51.3	44.2	7.0
2543	51.2	36.9	14.4
2548	49.9	34.4	15.5
2558	49.3	28.4	20.9
2568	55.9	25.0	30.9
2578	65.2	23.7	41.4

หมายเหตุ: อัตราส่วนพึ่งพิงของปี พ.ศ. 2503 – 2543 คำนวณจากสำมะโนประชากร และของปี พ.ศ. 2548 – 2578 คำนวณจากการฉายภาพประชากร

ดัชนีอีกตัวหนึ่งที่จะแสดงให้เห็นถึงอัตราส่วนของจำนวนคนในวัยแรงงาน (อายุ 15 – 59 ปี) ต่อผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 1 คน ได้แก่ “อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ” (Potential support ratio: PSR) แนวความคิดของอัตราส่วนนี้คือ คนในวัยทำงานเป็นผู้ที่มีศักยภาพที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ จึงมีความหมายว่าผู้สูงอายุคนหนึ่งจะมีผู้ที่สามารถช่วยเหลือดูแลสักกี่คน

เมื่อ 40 กว่าปีก่อน ในปี พ.ศ. 2503 อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุสูงมาก มีคนวัยทำงานถึง 12 คนที่ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุเพียง 1 คน อัตราส่วนนี้ได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง และในอีก 30 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุไทยแต่ละคนจะมีคนวัยทำงานที่อาจจะช่วยในการดูแลค้ำจุนเพียง 2 คนเท่านั้น

อัตราส่วนค้ำจุนผู้สูงอายุ  
(วัยแรงงาน/ผู้สูงอายุ 1 คน)



รูป 3 อัตราส่วนค้ำจุนผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2503 – 2578

### สรุป

ประชากรไทยในอนาคตเพิ่มช้าลงไปเรื่อย ๆ อีกไม่เกิน 20 ปีข้างหน้า อัตราเพิ่มของประชากรไทยจะใกล้เคียงกับศูนย์ และอาจเป็นไปได้ว่าอัตราเพิ่มประชากรลดลงไปจนต่ำกว่าศูนย์หรือติดลบ จำนวนประชากรไทยใกล้จะถึงจุดคงตัวแล้ว เมื่ออัตราเพิ่มประชากรใกล้เคียงกับศูนย์ ประชากรก็จะมีจำนวนคงตัวที่ประมาณ 65 ล้านคน ในแต่ละปี ประชากรไทยจะไม่เพิ่มหรือลดไปจากจำนวนนี้มากนัก ประชากรไทยมีจำนวนคงตัวในระยะเวลาก่อนหน้านี้เพียงประมาณ 15 ปีเท่านั้น

ในขณะที่จำนวนประชากรไทยกำลังเพิ่มช้าลงนั้น ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรอย่างใหญ่หลวง เมื่ออัตราเกิดลดต่ำลงอย่างมากและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น สังคมไทยจึงกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด แต่ในอีก 30 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด หรือมีจำนวนมากถึง 16 ล้านคน เมื่อถึงเวลานั้น ประชากรสูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าประชากรวัยเด็กเสียอีก

สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้ลักษณะการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจจะหว่างประชากรวัยต่าง ๆ เปลี่ยนไป เดิมมีประชากรวัยเด็กที่พึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากกว่าผู้สูงอายุ แต่ในอนาคตอันใกล้จะมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากกว่าเด็ก อัตราส่วนระหว่างประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุจะลดลงจนเหลือเพียง 2 ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในอีก 30 ปีข้างหน้า

การเปลี่ยนแปลงประชากรไทยในอนาคตได้ก่อให้เกิดนโยบายหลายประการ

(1) การที่เด็กเกิดใหม่แต่ละปีมีแนวโน้มลดน้อยลงในอนาคตจะทำให้รัฐไม่ต้องกังวลเรื่องปริมาณและสามารถมุ่งเน้นที่คุณภาพของเด็กเกิดใหม่ โดยเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็กได้มากยิ่งขึ้น

(2) เช่นเดียวกับประชากรเด็ก ประชากรในวัยศึกษาเล่าเรียนมีแนวโน้มลดลง รัฐจะสามารถเน้นคุณภาพของการศึกษาได้ยิ่งขึ้น

(3) แม้จำนวนประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มที่จะไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในอนาคต แต่ความต้องการแรงงานในระบบเศรษฐกิจของประเทศอาจมีเพิ่มขึ้น “การนำเข้า” แรงงานจากต่างประเทศอาจเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นการจัดการแรงงานข้ามชาติให้เป็นระบบที่ดีจึงเป็นเรื่องที่ควรได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่ง

(4) ประชากรยิ่งมีอายุมากยิ่งขึ้นเพิ่มเร็ว สังคมไทยกำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ มาตรการและโครงการที่จะเป็นสวัสดิการให้ประชากรสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องชีวิตความเป็นอยู่ทั่วไป หรือเรื่องสุขภาพอนามัย ควรที่จะได้เริ่มกันตั้งแต่วันนี้ และจะต้องพัฒนาไปให้ทันกับการเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุในอนาคต

### เอกสารอ้างอิง

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2549. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548 – 2568,

มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. มปป. สัมมะโนประชากร พ.ศ. 2503.

\_\_\_\_\_. มปป. สัมมะโนประชากร พ.ศ. 2513.

\_\_\_\_\_. มปป. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523.

\_\_\_\_\_. มปป. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533.

\_\_\_\_\_. 2545. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543.



# การตาย และการเจ็บป่วยจากการทำงาน<sup>1</sup>

โยธิน แสงดี<sup>2</sup>

ปิยวัฒน์ เกตุวงศา<sup>3</sup>

วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์<sup>4</sup>

ศุทธิดา ชนวนวัน<sup>5</sup>

## นำเรื่อง

การให้ความสำคัญระหว่างอาชีพ การตาย และการเจ็บป่วยเริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อ Benjamin Compertz เจ้าของหนังสือที่ฝ่ายสถิติสำนักงานประกันชีวิตชาวอังกฤษเริ่มต้นคิดกฎแห่งการตาย เมื่อค.ศ. 1825 ที่พิจารณาความยืนยาว ชีวิตมนุษย์วิเคราะห์จากประชากรวัยแรงงานอายุ 20 ปี ถึง 60 ปี ผู้มีอาชีพต่างกัน และพบว่าโอกาสการตายและความยืนยาวชีวิตแตกต่างกันด้วย พร้อมกับให้ข้อสังเกตในสังคมที่มีการอุตสาหกรรม บุคคลแต่ละอาชีพจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายจากโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อแตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ในปัจจุบันจะเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างประเทศในระบบโลกล้วนผูกพันไม่เพียงแต่การสนับสนุนด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ การแพทย์ แต่ขยายไปถึงความร่วมมือทางการค้า อุตสาหกรรม การลงทุน และการสงคราม เช่น ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาประเทศไทยขณะนี้เน้นไปที่การเป็นศูนย์กลางผลิตสินค้าส่งออก อาทิ อุตสาหกรรมยานยนต์ ส่วนประกอบ คอมพิวเตอร์และอิเล็กทรอนิกส์ ศูนย์รวมการซ่อมเครื่องบิน การเดินเรือ สิ่งทอ เป็นต้น

ตามแนวคิดจุดศูนย์รวมทางเศรษฐกิจและสังคมในทฤษฎีระบบโลกของ Immanuel Wallerstein ( Taylor,2000 ; Goldfrank,2000 ) ที่อาศัยแนวคิดทฤษฎีพึ่งพา ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ประกอบการต่างประเทศมาลงทุนเพราะมีทรัพยากรและกำลังแรงงานที่มีความสามารถ ที่ตั้งของประเทศอยู่ในยุทธศาสตร์ทางการผลิตและการค้าอย่างเหมาะสม มีท่าเทียบเรือและสนามบินนานาชาติที่ได้มาตรฐานสามารถส่งออกผลิตภัณฑ์สู่ต่างประเทศได้สะดวก มีการตั้งองค์กรส่งเสริมอย่างเป็นระบบ ผลสะท้อนทางบวกคือ ประชากรทำงานภาคอุตสาหกรรมและบริการมากขึ้น มีการจัดการอย่างเป็นระบบตามแนวคิดทุนนิยม สอดคล้องกับที่ Emile Durkhiem (1887) วางหลักว่า มีการกำหนดบทบาทของบุคคลในการทำงานเพื่อแบ่งปันความรับผิดชอบ เช่นเดียวกัน Karl Marx (1841) ได้ระบุถึงชนชั้นในองค์กรการผลิตว่ามีบุคคลอยู่ 3 ชั้นชั้น คือ ผู้ประกอบการที่เป็นเจ้าของอุตสาหกรรม หรือบุคคลที่เป็นนักวิชาการ นายแพทย์ ผู้พิพากษา ฯลฯ ที่เรียกว่า “White Collar” ขณะที่ผู้ทำหน้าที่ด้านบริการเรียกว่า Blue Collar ส่วนกรรมกรเรียกว่า Brown Collar บุคคลที่ต้องทำงานตามหน้าที่มีการกำหนดบทบาทเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามความสามารถและมีมือ

ประเทศไทยส่งเสริมการลงทุนที่เน้นความเป็นเลิศทางอุตสาหกรรม แบ่งเขตอุตสาหกรรมกระจายไปตามการพัฒนา แต่กระจุกตัวอยู่ที่กรุงเทพฯ จังหวัดปริมณฑล และภาคกลาง ส่วนภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ยังไม่แพร่หลาย ในการลงทุนผู้ประกอบการต้องปฏิบัติตามกฎหมายแรงงานจะถือว่ามิมีมาตรการในการป้องกันตนเองที่

<sup>1</sup> ขอขอบพระคุณ คุณสุเมธนา พลคง นักวิชาการสถิติ 7 ว สำนักงานกองทุน เงินทดแทน และคุณภาคินี พวงพนมรัตน์ นักวิชาการสถิติ 7 ว กองวิจัยและพัฒนาสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup> เจ้าหน้าที่วิชาการ ประจำโครงการการบริหารกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>4</sup> นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรประชากรศาสตร์ชุมชน (นานาชาติ) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>5</sup> เจ้าหน้าที่วิชาการ ประจำโครงการการบริหารกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สอดคล้องกับทฤษฎีการป้องกันตนเอง (Self Defense Theory) ซึ่งระบุว่า “ บุคคลต้องป้องกันทรัพย์สินชีวิต เอกสิทธิ์ของตน ตามที่มีสิทธิในการกระทำและป้องกันให้ดีที่สุด หากไม่กระทำจะถูกผู้อื่นทำลายสิทธิ ” แนวคิดนี้ Hobes ได้เสนอในหนังสือ Leviathan ปี ค.ศ. 1651 ว่า “ การป้องกันสิทธิของตนเองเป็นเรื่องที่รัฐ และบุคคลต้องมีหน้าที่ปฏิบัติ ” กล่าวอีกนัยหนึ่ง เพื่อให้การอุตสาหกรรมดำเนินด้วยความก้าวหน้า ผู้ประกอบการจะเน้นปฏิบัติตามกฎหมาย ในทำนองเดียวกัน ลูกจ้างต่างมีแนวทางในการป้องกันตนเอง อาทิ การจัดตั้งองค์กรลูกจ้าง สมาชิกลูกจ้างเพื่อป้องกันสิทธิของตน ฯลฯ ในด้านกฎหมายสังคมไทยตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงานเป็นอย่างยิ่ง นอกจากพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติวัสดุอันตราย พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติส่งเสริมคุณรูปสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 ยังมีประกาศ กฎกระทรวงต่าง ๆ อีกมากส่งเสริมให้มีการทำงานอย่างปลอดภัย

บทความนี้มีเป้าหมายวิเคราะห์สถานการณ์การตายและการเจ็บป่วยจากการทำงานที่มีคำถามว่า ในประเภทการผลิตจะมีการประสพภัยจากการทำงานที่จำแนกตามระดับความรุนแรงตามหลักเกณฑ์สำนักงานกองทุนเงินทดแทน ได้แก่ การตาย การทุพพลภาพ การสูญเสียอวัยวะ การหยุดงานเกินกว่า 3 วัน และการหยุดงานน้อยกว่า 3 วันอย่างไร? และที่ตั้งของแหล่งอุตสาหกรรมและบริการจะมีผลต่อการตายและการเจ็บป่วยหรือไม่? เพราะข้อสันนิษฐานในการวิเคราะห์คือ หากตั้งอยู่ในศูนย์กลางการผลิตที่มีการใช้เครื่องจักรมาก คาดว่าจะมีการเจ็บป่วยและการตายจากการทำงานมาก นอกจากนี้ปัจจุบันมีการส่งเสริมอุตสาหกรรมมาก จึงมีความจำเป็นที่วิเคราะห์ถึงการตายและการเจ็บป่วยจากการทำงานว่ามีระดับของความรุนแรงอย่างไร? ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นประโยชน์ชี้ให้เห็นว่า อุตสาหกรรมประเภทใด และ/หรือลักษณะงานเช่นไร ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ

แหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่ใช้มาจากรายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ระหว่าง พ.ศ. 2518 ถึงปัจจุบัน ที่มีจำนวนลูกจ้างในข่ายคุ้มครอง 7,386,825 คน เพราะต้องการสะท้อนว่าเมื่อวิเคราะห์แรงงานในระบบของกองทุนเงินทดแทน ยังมีการประสพอันตรายจากการทำงานในระดับตามที่ปรากฏ หากพิจารณาในมุมตรงกันข้ามที่เป็นผู้ใช้แรงงานนอกระบบไม่มีการดูแลด้านความปลอดภัยอย่างใกล้ชิด คาดว่าจะมีอัตราการสูญเสียมากกว่านี้ อนึ่ง สำหรับข้อมูลระยะทางระหว่างจังหวัดที่ตั้งอุตสาหกรรมและบริการนำมาจากการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ขณะเดียวกันข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศมาจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

### อัตราการเปลี่ยนแปลงของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) กับอัตราการเปลี่ยนแปลงของการประสพภัย

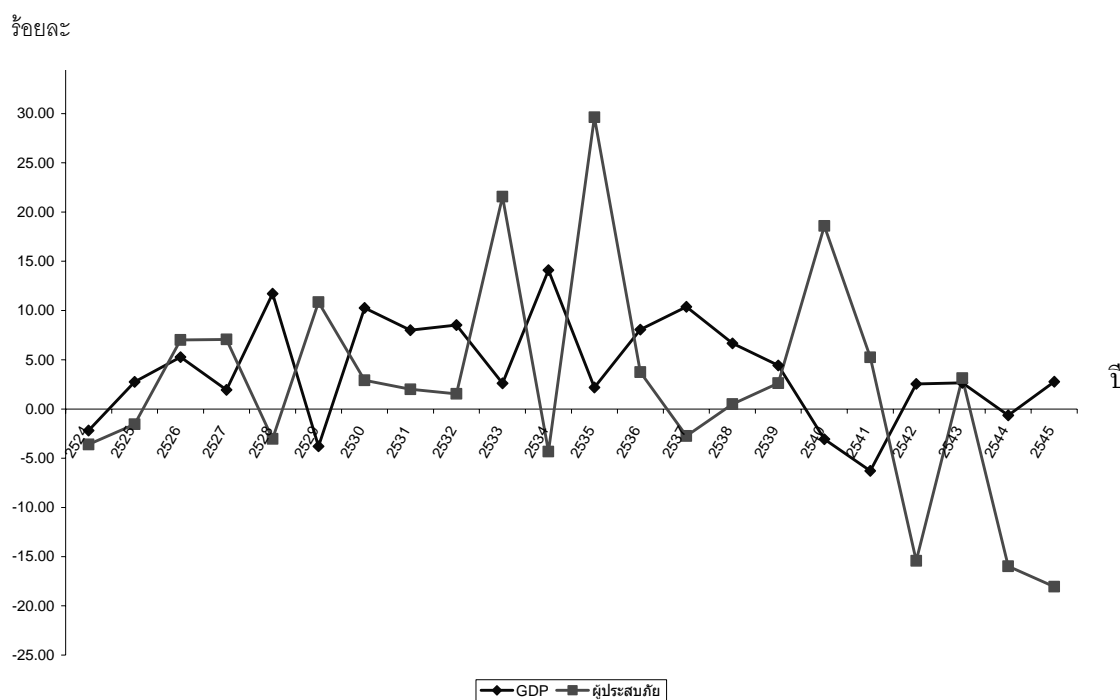
การพัฒนาประเทศที่ใช้อุตสาหกรรมนำหน้าเกษตรกรรม นำมาสู่การเพิ่มขึ้นของรายได้ประชากรอย่างรวดเร็ว เพราะมีการจ้างงานนอกครัวเรือน แรงงานมีรายได้มั่นคงนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การเจ็บป่วยและการตายจากสาเหตุภายนอกจะมากขึ้น โรคเหล่านี้ได้แก่ อุบัติเหตุ การเจ็บป่วยจากการทำงาน โรคเกี่ยวกับการผิดปกติของอวัยวะที่เกิดจากการสะสมสารพิษ ฝุ่นละออง ของเสียที่ได้รับขณะทำงาน ที่สำคัญในช่วงการเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรม การเจ็บป่วยและการตายจากการทำงานจะมากขึ้น เพราะเป็นการเปลี่ยนนิสัยการทำงานจากสังคมเกษตรที่ใช้อุปกรณ์แบบง่ายสู่สังคมใช้เครื่องจักรมีความเร็วและระบบควบคุมโดยไฟฟ้า

ขณะเดียวกันการลงทุนเพื่อความปลอดภัยในการทำงานพบว่า มีสหสัมพันธ์กับผลิตภัณฑ์ที่นำไปสู่กำไร หากภาวะเศรษฐกิจดีผู้ประกอบการจะมีพลัง และมีทุนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภัย ถือว่าเป็นการลดอุปสรรคในระบบการผลิต ส่งผลดีต่อการลงทุน เมื่อมาตรการของฝ่ายผลิตมีมาตรฐาน มีการใช้อย่างได้ผลนำมาสู่อัตราการประสพภัยที่ลดลง เพราะแรงงานป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยหรือเสียชีวิต เนื่องจากอัตราประโยชน์สูงสุดที่เป็นกำไรคือการมีงานมั่นคง มีรายได้

แน่นอน และมีสุขภาพแข็งแรง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเปลี่ยนแปลงของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศกับอัตราการเปลี่ยนแปลงของการประสพภัยพบว่า มีสหสัมพันธ์ในทางลบ หมายความว่า เมื่อภาวะเศรษฐกิจดีมีอัตราการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น อัตราการเปลี่ยนแปลงของการประสพภัยจะลดลง เพราะคาดว่าน่าจะมาจากการทุ่มเทในระบบความปลอดภัยในการทำงานของนายจ้างเพื่อให้กระบวนการผลิตมีประสิทธิภาพสูงสุด ไม่ต้องก่อให้เกิดความสูญเสียในด้านโอกาสการผลิตที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อมีการเจ็บป่วยจากการทำงาน

ในทางตรงกันข้ามหากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำนำมาสู่ผลกำไรที่ลดลง ทำให้มาตรการป้องกันหย่อนยาน เนื่องจากนายจ้างไม่ลงทุนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน เพราะต้องการประหยัดต้นทุน ในขณะที่สถานะการจ้างของลูกจ้างอยู่ในภาวะที่ไม่มั่นคงจึงยินยอมทำงานในภาวะเสี่ยงประสพภัยมากขึ้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่ามีทิศทางสหสัมพันธ์ที่ค้นพบนี้แสดงถึงมิติที่ดีต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศต่อไปนั่นคือ ควรเน้นไปที่ความมั่นคงในการพัฒนาเศรษฐกิจให้มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรมีการสะดุด ดังรูป 1 ที่แสดงสหสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและอัตราการประสพภัยจากการทำงานในประเทศไทยปี พ.ศ. 2524 – 2545

รูป 1 อัตราการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและอัตราการเปลี่ยนแปลงการประสพภัย พ.ศ. 2524 - 2545



ที่มา : สร้างโดยใช้ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2524 - 2545

### ประเภทกิจการ : การตาย และการเจ็บป่วย

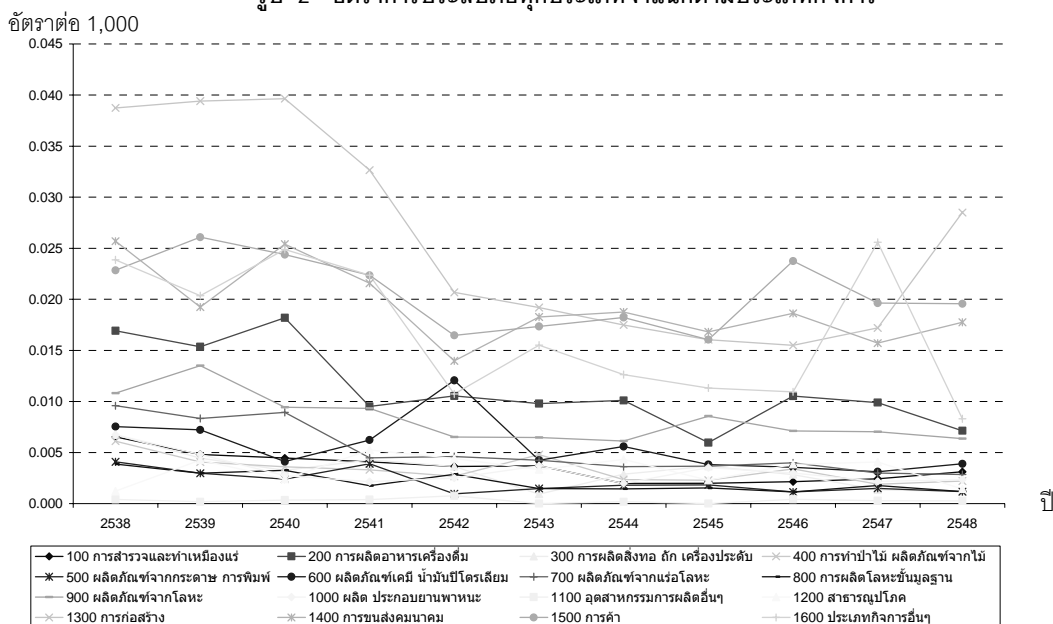
เนื่องจากการติดตามเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางด้านการตายและการเจ็บป่วยจากการทำงาน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจะถือปฏิบัติตามประเภทกิจการที่จำแนกไว้ตามมาตรฐานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน ดังนั้นเพื่อให้บทความนี้เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการหาแนวทาง เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานที่สามารถป้องกันได้อย่างเหมาะสม ได้ทำการจำแนกประเภทกิจการเพื่อให้สอดคล้องกับที่สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน กำหนดไว้ 16 กิจการ ตามรหัสต่อไปนี้

รหัส	ประเภทกิจการ
100	การสำรวจและทำเหมืองแร่
200	การผลิตอาหารและเครื่องดื่ม
300	การผลิตสิ่งทอ ถัก เครื่องประดับ
400	การทำป่าไม้ ผลิตภัณฑ์จากไม้
500	ผลิตภัณฑ์จากกระดาษ การพิมพ์
600	ผลิตภัณฑ์เคมีและน้ำมันปิโตรเลียม

รหัส	ประเภทกิจการ
700	ผลิตภัณฑ์จากแร่โลหะ
800	การผลิตโลหะขั้นมูลฐาน
900	ผลิตภัณฑ์จากโลหะ
1000	ผลิต ประกอบยานพาหนะ
1100	อุตสาหกรรมการผลิตอื่นๆ
1200	สาธารณูปโภค
1300	การก่อสร้าง
1400	การขนส่งคมนาคม
1500	การค้า
1600	ประเภทกิจการอื่นๆ

ขณะที่การตายและการเจ็บป่วยวัดจากความร้ายแรง เช่น การตาย ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะบางส่วน หยุดงานเกิน 3 วัน และหยุดงานไม่เกิน 3 วัน แล้วคำนวณอัตราการประสบนับตรงกับแรงงานที่เป็นสมาชิกของกองทุนเงินทดแทนด้วยการปรับฐานต่อแรงงาน 1,000 คน ผลการวิเคราะห์พบว่าการประสบนับมีแนวโน้มลดลงค่อนข้างช้า (รูป 2)

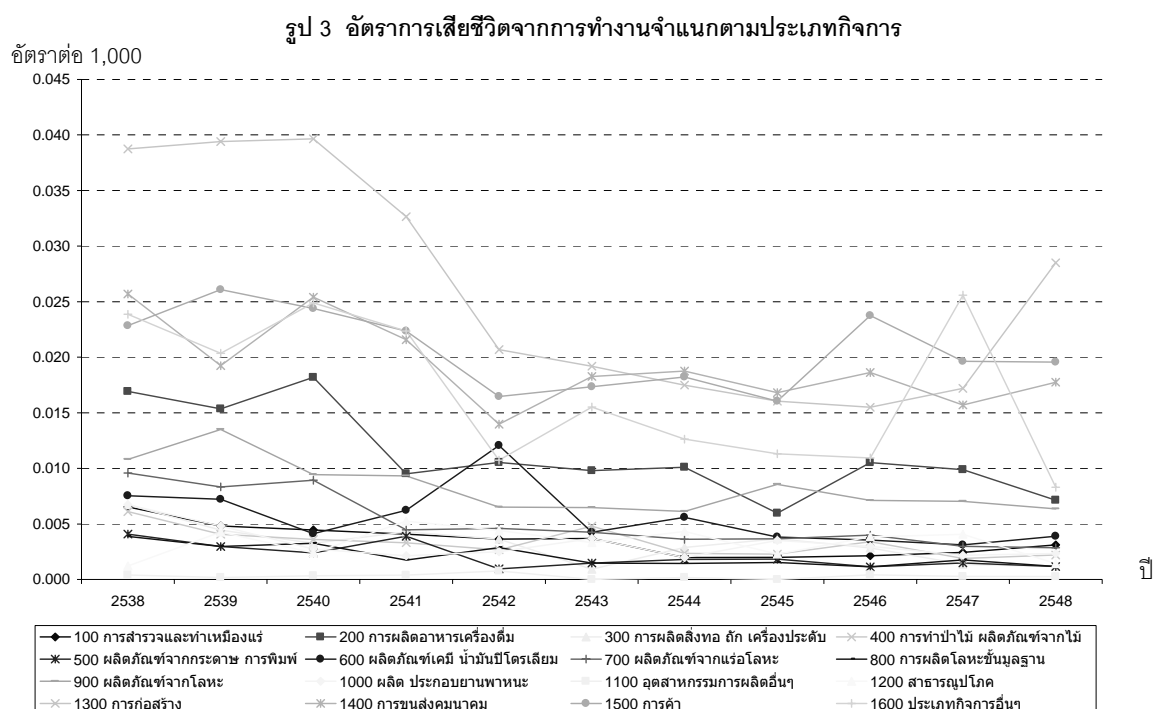
รูป 2 อัตราการประสบนับทุกประเภทจำแนกตามประเภทกิจการ



ที่มา : สร้างโดยใช้ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2538 - 2548

### ภาวะการตายตามประเภทกิจการ

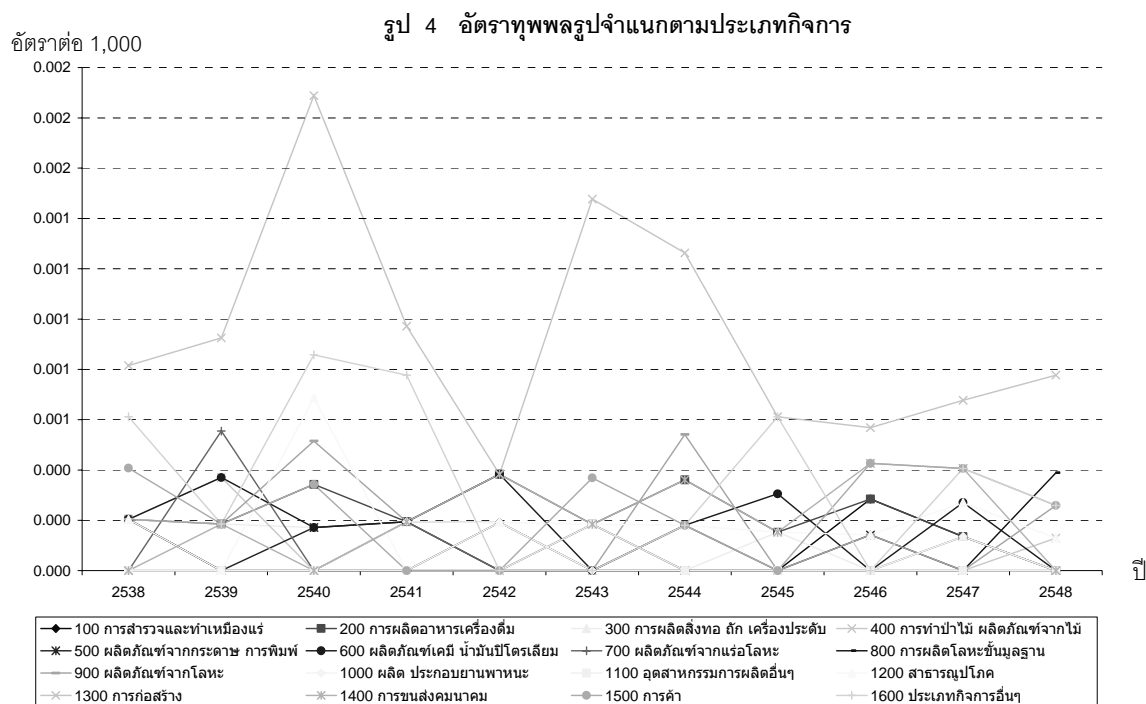
เมื่อพิจารณาถึงการตายพบว่า ในรูปรวมตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2538 เกือบทุกกิจการมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง และเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มกิจการที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตายสูง เช่น ผลิตภัณฑ์เคมี น้ำมันปิโตรเลียม ผลิตภัณฑ์จากแร่โลหะ การผลิตโลหะขั้นพื้นฐาน ผลิตภัณฑ์จากโลหะ ผลิตภัณฑ์ประกอบยานพาหนะ อุตสาหกรรมการผลิตอื่น ๆ สาธารณูปโภค การผลิตสิ่งทอ ถักเครื่อง ประดับ และกลุ่มการผลิตอาหารเครื่องดื่มนั้น มีอัตราการตายค่อนข้างต่ำ เพราะอยู่ในลักษณะที่มีความเสี่ยงต่อการประสพภัยสูง นายจ้างมีมาตรการป้องกันการประสพอันตรายเคร่งครัด และลูกจ้างปฏิบัติตาม เพราะตระหนักถึงภาวะเสี่ยง ในทางตรงกันข้ามเมื่อพิจารณาถึงประเภทกิจการที่มีภาวะการตายสูงจะพบว่า การก่อสร้าง การขนส่ง คมนาคม และการค้า ( อาทิ บริการติดตั้งแบบไฟฟ้า บริการรักษาความปลอดภัย บริการวิศวกรรม เทคนิค ฯลฯ ) ยังมีอัตราการเสียชีวิตจากการทำงานที่สูงกว่า ดังรูป 3



ที่มา : สร้างโดยใช้ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2538 - 2548

### ภาวะทุพพลรูปตามประเภทกิจการ

รูป 4 พบว่าทุกกิจการมีทิศทางของการเพิ่มขึ้นและลดลงที่กระเพื่อม หมายความว่า เมื่อพิจารณากลับไปถึงการตายที่ลดลงนั้นคือ สามารถแก้ปัญหาการตายได้ แต่ภาวะทุพพลรูปยังปรากฏอยู่ เพราะเป้าหมายสูงสุดของการป้องกันคือ ไม่มีการตายและการเจ็บป่วยเกิดขึ้น กิจการที่มีอัตราทุพพลรูปในระดับสูง คือ การก่อสร้าง ข้อสังเกตหนึ่งที่อาจนำมาอธิบายได้คือ มาตรการที่ใช้ในการกำกับดูแลความปลอดภัยในการทำงานที่ย่อนยาน หรืออุปกรณ์ไม่ได้มาตรฐาน

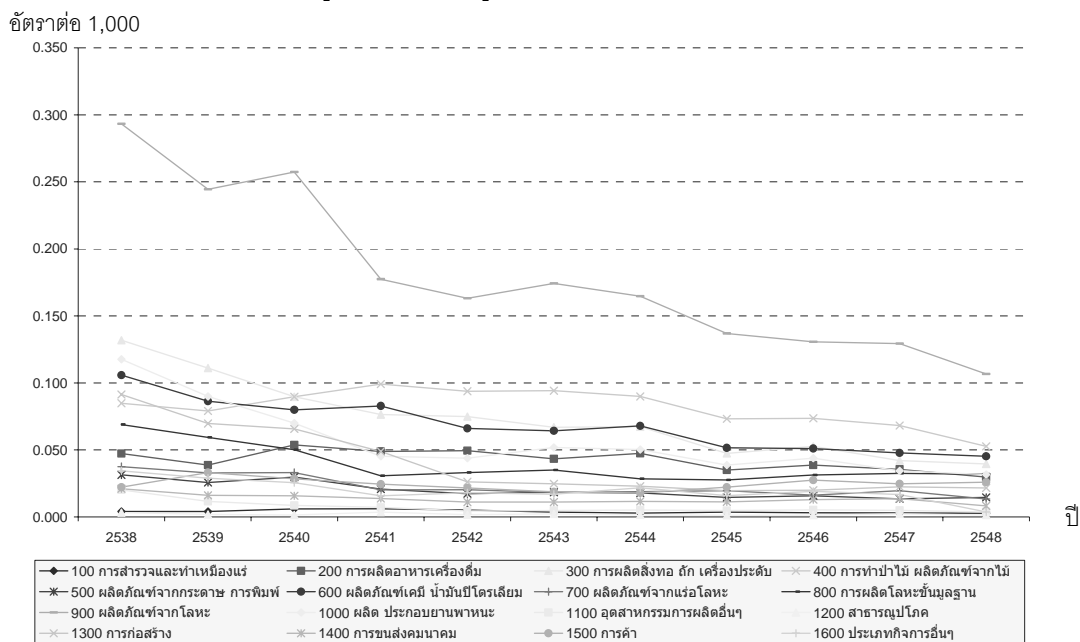


ที่มา : สร้างโดยใช้ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2538 - 2548

### ภาวะการสูญเสียอวัยวะบางส่วนตามประเภทกิจการ

เกือบทั้งหมดของประเภทกิจการมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ระดับของการลดลงค่อนข้างช้า ที่น่าสนใจคือประเภทกิจการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์จากโลหะที่มีอัตราการลดลงค่อนข้างเร็ว แต่เปรียบเทียบกับประเภทอื่นพบว่า ยังมีอัตราการสูญเสียอวัยวะสูงสุด รองลงมาคือ กิจการก่อสร้าง ดังรูป 5

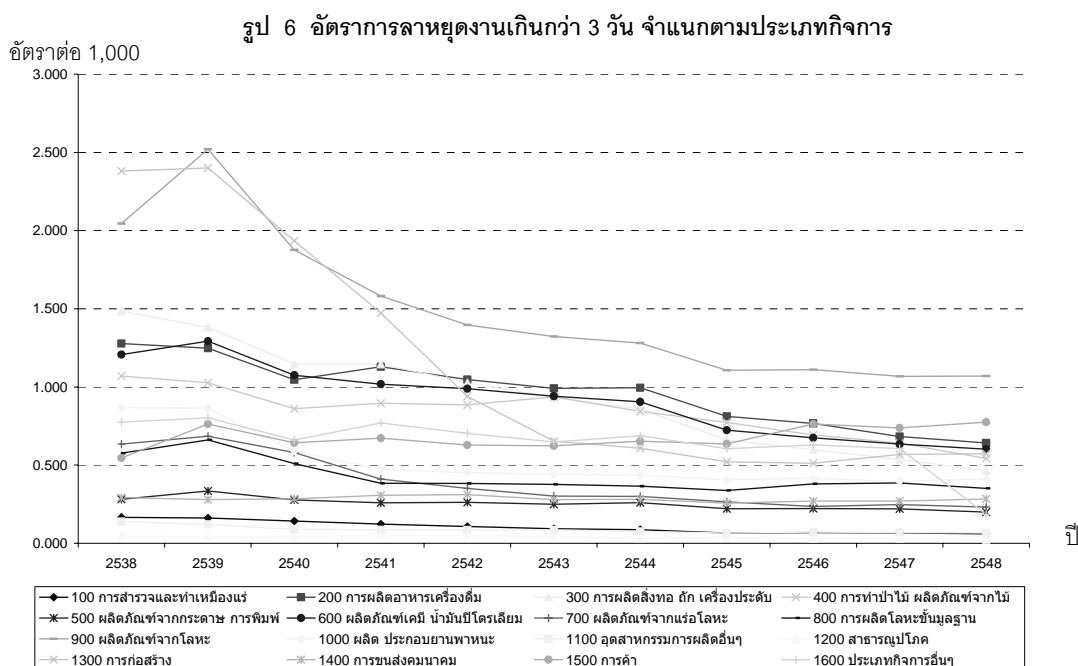
รูป 5 อัตราการสูญเสียอวัยวะจำแนกตามประเภทกิจการ



ที่มา : สร้างโดยใช้ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2538 - 2548

### ภาวะการหยุดงานเกินกว่า 3 วัน ตามประเภทกิจการ

การหยุดงานเกินกว่า 3 วัน ถือว่าเป็นดัชนีวัดการเจ็บป่วยที่อาจสะท้อนได้ว่า อุบัติเหตุมีความรุนแรง แต่ไม่ส่งผลต่อการสูญเสียอวัยวะ ทูพพลรูป หรือตาย แต่อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังได้ เมื่อวิเคราะห์พบว่าการผลิตผลิตภัณฑ์จากโลหะ การผลิตอาหารเครื่องดื่ม ผลิตภัณฑ์เคมี น้ำมันปิโตรเลียม มีอัตราที่สูงแม้ว่าจะลดลงก็ตาม ขณะที่กิจการอื่นๆ ลดลง ดังรูป 6



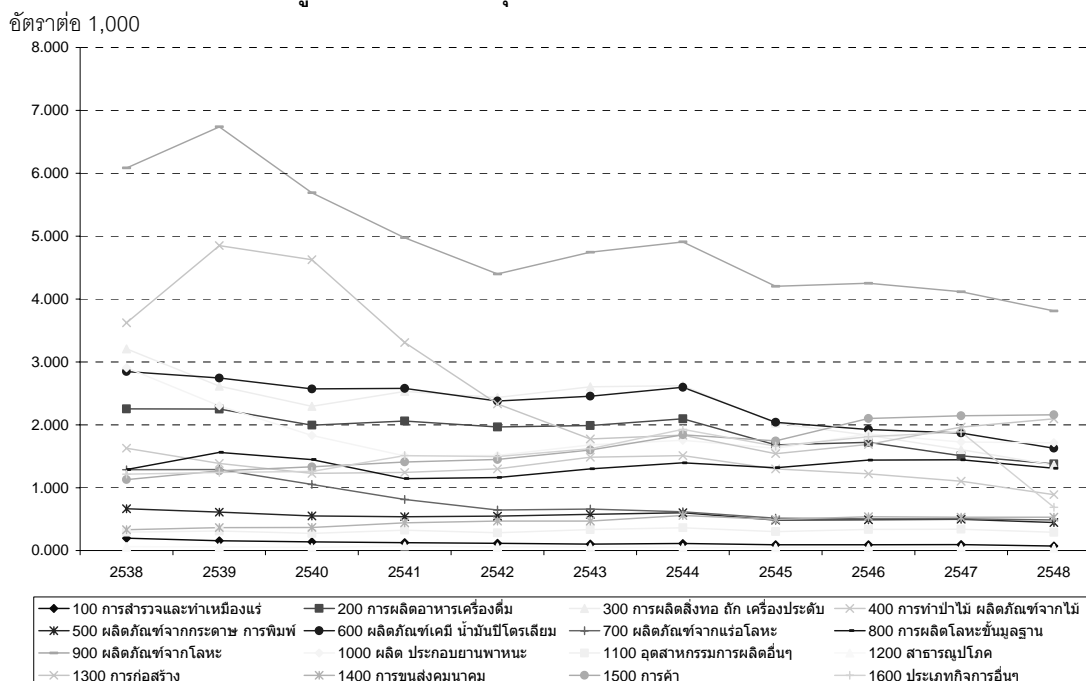
ที่มา : สร้างโดยใช้ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2538 - 2548

### ภาวะการหยุดงานไม่เกิน 3 วัน ตามประเภทกิจการ

แม้ว่าการลาหยุดงานไม่เกิน 3 วัน เป็นดัชนีเบื้องต้นที่ระบุว่า อุบัติเหตุจากการทำงานไม่รุนแรง แต่พิจารณาถึงภาวะทางจิตใจที่เกิดขึ้นอาจประเมินค่าไม่ได้กับการสูญเสีย เช่น การตกใจ การวิตกกังวล กับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาจเป็นการสะสมในร่างกาย เมื่อวิเคราะห์พบว่า ยังมีเหตุการณ์เกิดขึ้นเป็นประจำ จะเห็นว่าความชุกของอุบัติเหตุที่มีผลต่อการลาหยุดน้อยกว่า 3 วันเกือบทุกประเภทลดลงอย่างช้า ๆ ที่สำคัญการลดลงของผลิตภัณฑ์จากโลหะค่อนข้างเร็ว แม้ว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าประเภทอื่น แต่ที่น่าสนใจคือ ประเภทกิจการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ การค้า ดังรูป 7 อนึ่ง หากวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างอัตราการลาหยุดงานน้อยกว่า 3 วัน จำแนกตามประเภทกิจการกับอัตราการลาหยุดงานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป (ตามรูป 6) จะเห็นว่าอัตราการลาหยุดงานน้อยกว่า 3 วัน ที่จำแนกตามประเภทกิจการสูงกว่าถึง 2 เท่า ข้อสังเกตที่อาจจะนำมาอธิบายได้คือ ยังคงมีการประสบภัยเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ แต่ระดับของความรุนแรงมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ



รูป 7 อัตราการลาหยุดงานน้อยกว่า 3 วัน และประเภทกิจการ



ที่มา : สร้างโดยใช้ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2538 - 2548

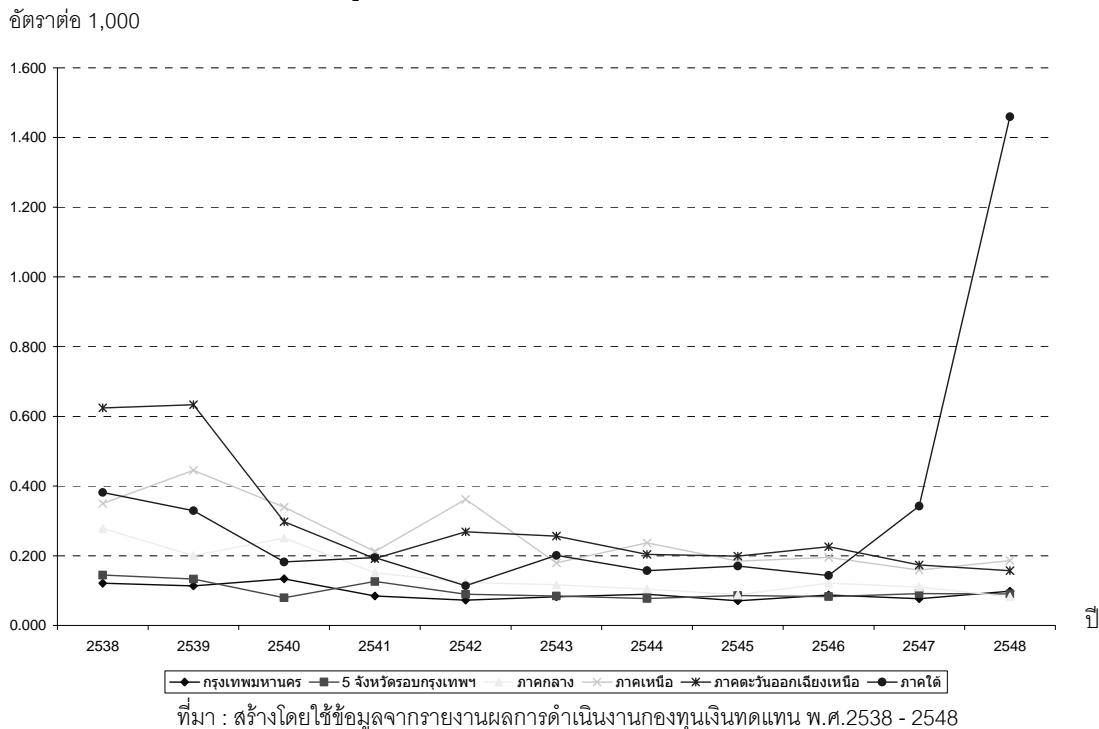
## ภาคและระยะทางจากศูนย์กลางอุตสาหกรรมและบริการกับการตายและการเจ็บป่วย

### ก.ภาค

#### 1. ภาวะการตาย

หากพิจารณาที่ตั้งของอุตสาหกรรมและบริการ อาจกล่าวได้ว่า น่าจะมีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเองให้ปลอดภัย ความประมาท ข้อสันนิษฐานเชื่อว่า ผู้ประกอบการของกิจการที่ตั้งอยู่ในแต่ละภาค รวมทั้งเจ้าหน้าที่ดูแลให้ ความรู้ น่าจะมีผลต่อการหาแนวทางในการป้องกันการประสพภัยที่แตกต่างกัน เมื่อแบ่งภาคออกเป็น กรุงเทพมหานคร จังหวัดปริมณฑล ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ พบว่าในด้านภาวะการตายมีความแปรปรวนเกิดขึ้นในวัยที่ต่างกัน เช่นมีแนวโน้มลดลงในกรุงเทพมหานคร จังหวัดปริมณฑล และภาคกลาง ข้อสังเกตที่นำมาอธิบายคือ มีการดำเนินกิจการมานาน นายจ้าง และลูกจ้างมีความคุ้นเคยกับมาตรการป้องกันการประสพภัย อยู่ใกล้ศูนย์กลางสถานรักษาพยาบาลที่ทันสมัย ส่วนภาคอื่น ๆ เช่น ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ อัตราการตายยังอยู่ในระดับสูง ดังรูป 8

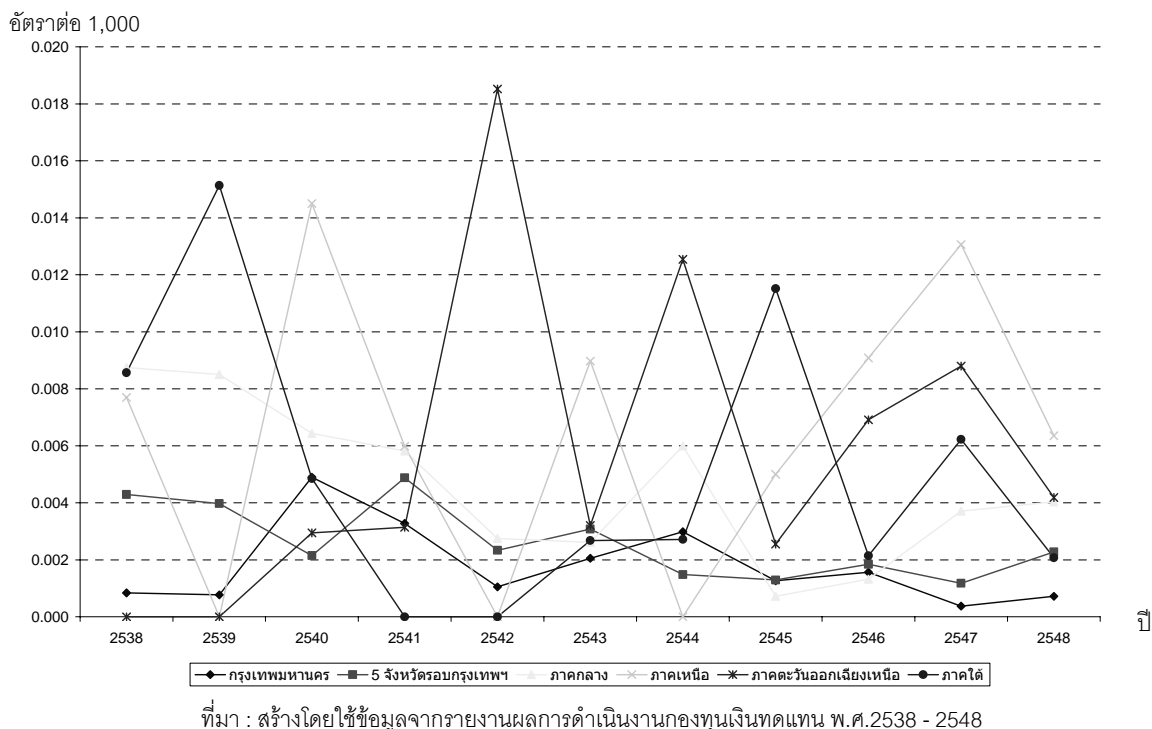
รูป 8 อัตราการตายจากการทำงานจำแนกตามภาค



## 2. ภาวะทุพพลรูป

ภาวะทุพพลรูป แนวเส้นกราฟมีการขึ้นลงไม่สม่ำเสมอ สะท้อนว่ามาตรการที่ใช้กำกับให้มีการปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณการทำงานทั้งฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง ทั้งการติดตาม ตรวจสอบ ของเจ้าหน้าที่อาจไม่เคร่งครัด ซึ่งพบชัดเจนในพื้นที่อุตสาหกรรมและบริการใหม่ อาทิ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อเสนอแนะที่ควรพิจารณา ร่วมกับการตายคือ การตายในเขตกรุงเทพมหานคร จังหวัดปริมณฑล และภาคกลางลดลง ขณะที่ภาวะทุพพลรูปก็ลดลงเช่นกัน แต่ในภาคเหนือ และภาคใต้ อัตราทุพพลรูปยังคงกระเพื่อม แสดงว่า หากแรงงานผู้ประสบภัยรอดชีวิต แต่โอกาสทุพพลรูปจะมีสูง นั่นคือ มีมาตรการในการช่วยชีวิตที่ดีขึ้น แต่ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลรูป ดังรูป 9

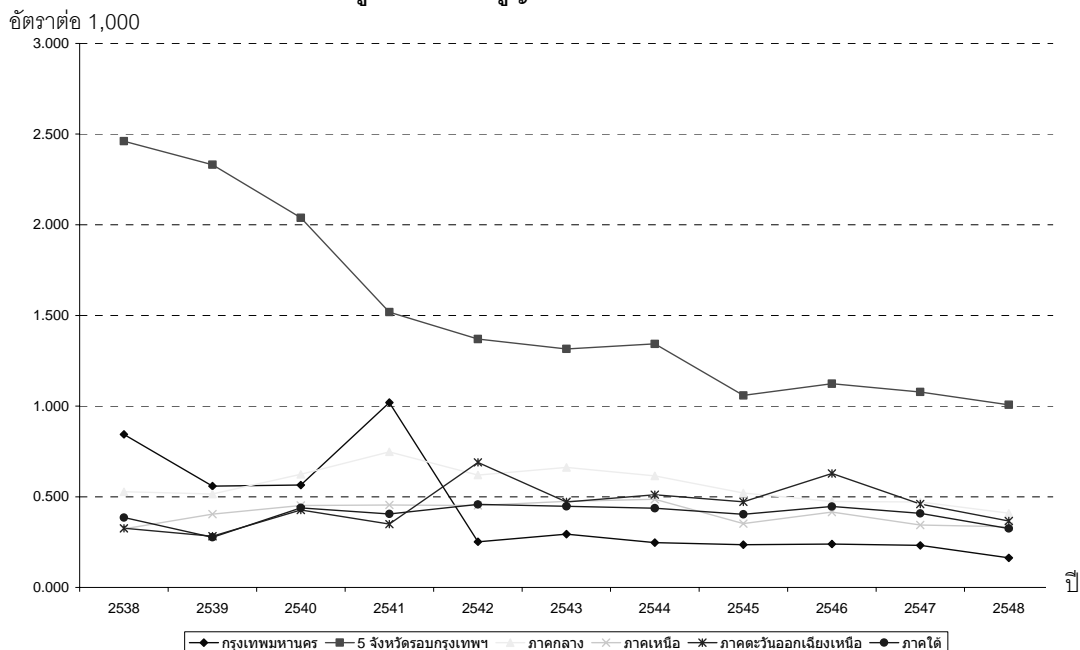
รูป 9 อัตราทุพพลรูปจำแนกตามภาค



### 3. ภาวะสูญเสียอวัยวะบางส่วนของร่างกาย

จะพบมากในจังหวัดปริมณฑล ที่มีอัตราการลดลงอย่างมาก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือ มีอัตราในระดับสูงกว่ากรุงเทพฯ ดังรูป 10

รูป 10 อัตราสูญเสียอวัยวะจำแนกตามภาค

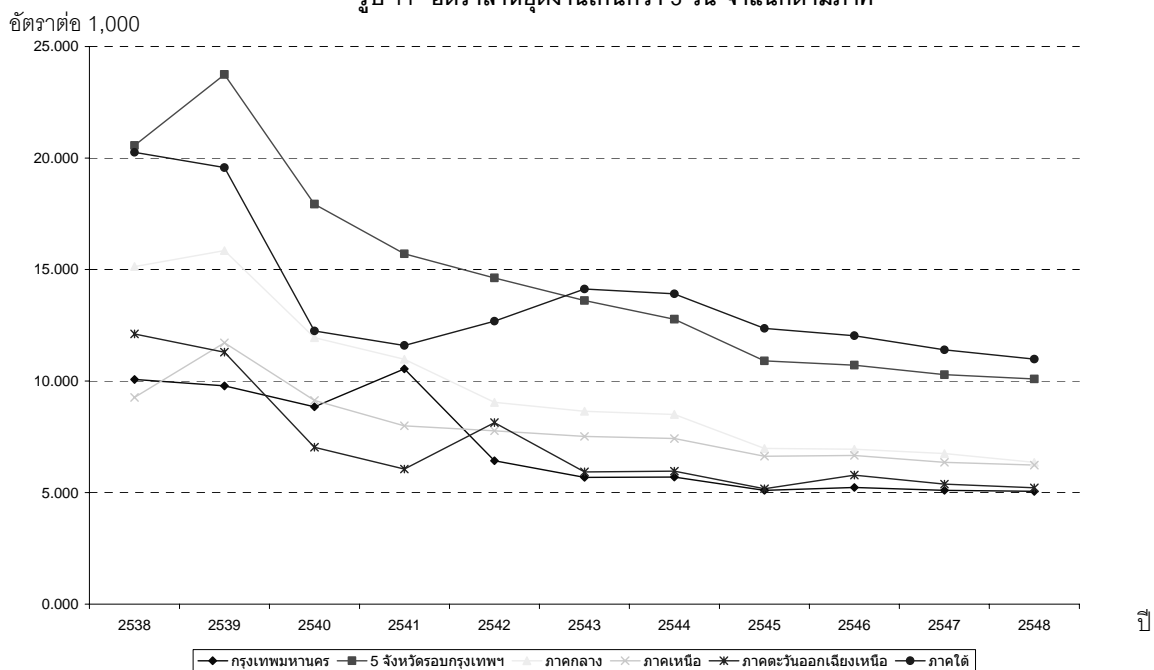


ที่มา : สร้างโดยใช้ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2538 - 2548

### 4. ภาวะลาหยุดงาน

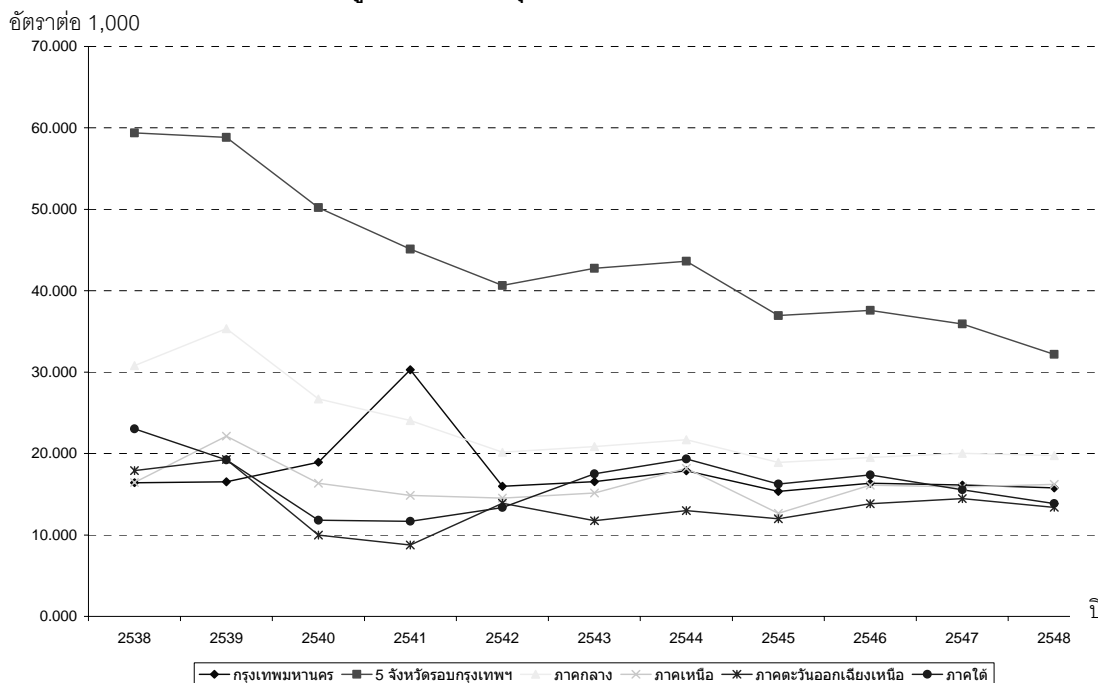
การหยุดงานเกินกว่า 3 วัน และน้อยกว่า 3 วัน พบมากในภาคใต้ ที่น่าสนใจคือ กลุ่มของจังหวัดปริมณฑลยังมีอัตราที่สูงแม้ว่าจะลดลงก็ตามจึงคิดว่าควรมีการดูแลมาตรฐานการป้องกันการประสพภัยให้มากขึ้น เพราะอาจมีผลสะสมป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลในทางลบต่อสุขภาพของแรงงานในอนาคตได้ รูป 11 และรูป 12 แสดงอัตราการหยุดงานเกินกว่า 3 วัน และน้อยกว่า 3 วัน

รูป 11 อัตราลาหยุดงานเกินกว่า 3 วัน จำแนกตามภาค



ที่มา : สร้างโดยใช้ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2538 - 2548

รูป 12 อัตราลาหยุดน้อยกว่า 3 วัน จำแนกตามภาค



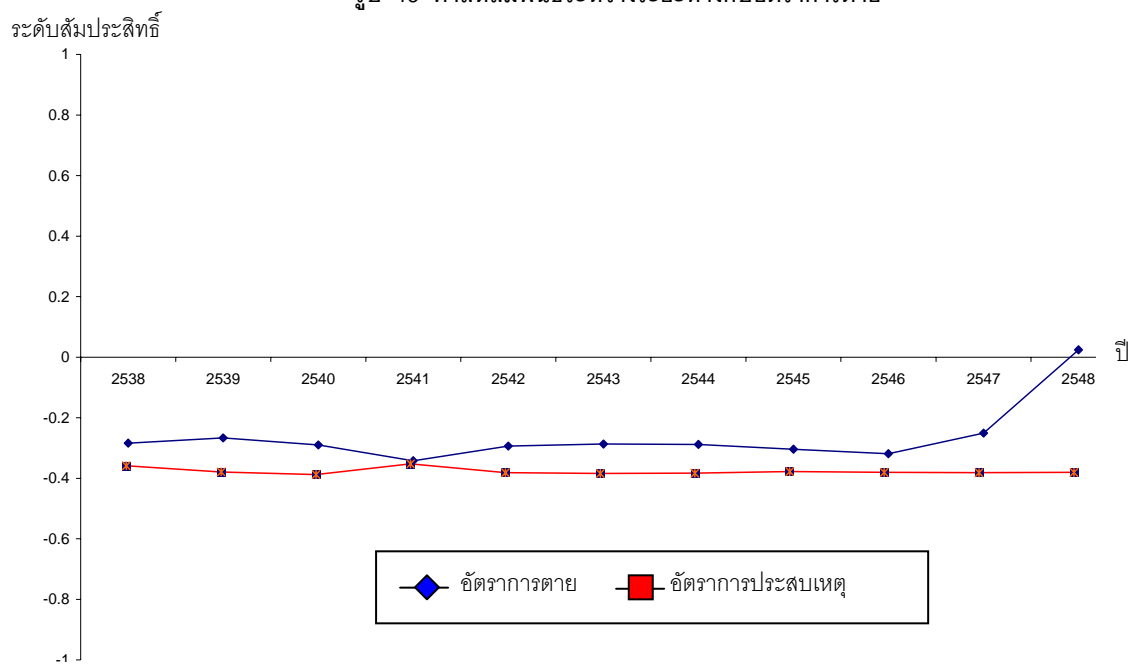
ที่มา : สร้างโดยใช้ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2538 - 2548

อนึ่ง หากเปรียบเทียบอัตราการลาหยุดงานที่มากกว่า 3 วัน และน้อยกว่า 3 วัน จะพบว่าอัตราการลาหยุดงานน้อยกว่า 3 วัน จะมีมากกว่าการลาระยะยาวที่มากกว่า 3 วัน ถึง 2 เท่า และลดลงตามลำดับ จนกระทั่งประมาณปี พ.ศ. 2543 ทั้ง 2 อัตราเริ่มแนวโน้มที่ค่อนข้างคงที่ทั้งในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ข้อสังเกตหนึ่งคือ การลาหยุดแม้ว่าจะไม่เปลี่ยนแปลงในทิศทางลดลงมากนักแต่ระดับของความรุนแรงที่เป็นการตาย ทุพพลรูป และสูญเสียอวัยวะมีมาก

### ข.ระยะทาง

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วกันว่า อุตสาหกรรมและบริการส่วนใหญ่ตั้งที่กรุงเทพฯและจังหวัดปริมณฑลเพราะมีการกำหนดเป็นเขตอุตสาหกรรมในพื้นที่เหล่านี้ หากพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างระยะทางที่วัดเป็นกิโลเมตรถึงจังหวัดที่เป็นแหล่งตั้งอุตสาหกรรมนั้น ๆ กับอัตราการประสพภัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 ถึง 2548 พบว่า มีค่าเป็นลบ ( $r = -0.267$  :  $sig = 0.02$ ) หมายความว่า อัตราความรุนแรงของการประสพภัยจากการทำงานเกิดขึ้นมากในจังหวัดใกล้กับจุดศูนย์กลางอุตสาหกรรมและบริการ ซึ่งได้แก่ กรุงเทพฯ และจังหวัดปริมณฑล ที่น่าสนใจคือ แนวโน้มค่าสหสัมพันธ์ระหว่างระยะทางกับอัตราการตายมีทิศทางที่จะเปลี่ยนไปทางบวก (รูป 13) หมายความว่าในปีถัดไปการตายจากการทำงานน่าจะมีมากขึ้นในจังหวัดที่ไกลจากกรุงเทพฯ อาทิ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ที่สอดคล้องกับการกระจายอุตสาหกรรมสู่ภาคต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชากรมีงานทำ จึงควรเน้นให้ความรู้ด้านความปลอดภัยจากการทำงานในพื้นที่เหล่านี้ ทั้งในระดับของผู้ประกอบการ ลูกจ้าง เจ้าหน้าที่ รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน รูป 13 แสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างระยะทางและอัตราการตาย

รูป 13 ค่าสัมพัทธ์ระหว่างระยะทางกับอัตราการตาย



ที่มา : สร้างโดยใช้ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2538 – 2548 และการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2548

### อายุกับการประสพภัยจากการทำงาน

ในทุกประเภทกิจการ ผู้ประสพภัยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เมื่อพิจารณาจากอัตราส่วนการตายอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 20 ถึง 39 ปี อาจเกิดขึ้นจากความประมาทเพราะมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง เป็นวัยที่ชอบความเสี่ยงกล้าทำทายนอกจากนี้จะเห็นว่าร้อยละของการสูญเสียอวัยวะบางส่วนพบมากในแรงงานเด็กที่มีอายุระหว่าง 13 ถึง 14 ปี (ดูตาราง 1)

ตาราง 1 การกระจายร้อยละของผู้ประสพภัยในการทำงาน จำแนกตามความรุนแรงและกลุ่มอายุ และอัตราส่วนการตายรายอายุ ปี พ.ศ.2547

กลุ่มอายุ	ตาย	ทุพพลรูป	สูญเสียอวัยวะ	หยุดงานเกิน 3 วัน	หยุดงานไม่เกิน 3 วัน	รวม	อัตราส่วนการตาย <sup>1</sup>
น้อยกว่า 12	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.000
13 - 14	0.0	0.0	66.7	0.0	33.3	100.0	0.000
15 - 17	0.5	0.0	2.5	27.4	69.5	100.0	0.016
18 - 19	0.2	0.0	1.9	24.6	73.3	100.0	0.036
20 - 24	0.3	0.0	1.6	22.5	75.6	100.0	0.170
25 - 29	0.3	0.0	1.5	22.4	75.7	100.0	0.210
30 - 34	0.4	0.0	1.8	24.0	73.8	100.0	0.175
35 - 39	0.5	0.0	1.8	25.9	71.7	100.0	0.139
40 - 44	0.5	0.0	1.8	29.5	68.2	100.0	0.098
45 - 49	0.8	0.0	2.2	30.3	66.7	100.0	0.082
50 - 54	0.8	0.0	2.7	32.0	64.5	100.0	0.044
55 - 59	1.0	0.1	2.9	32.9	63.2	100.0	0.021
60 ขึ้นไป	1.0	0.0	2.7	37.7	58.6	100.0	0.008

<sup>1</sup> คำนวณจาก จำนวนการตายในแต่ละกลุ่มอายุ / จำนวนการตายรวม

ที่มา : คำนวณจากข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2547

### อวัยวะที่ประสบอันตรายและระดับความรุนแรง

ข้อมูลจากจากรายการ 2 ซึ่งว่าอัตราส่วนการตายจะพบมากในกรณีที่แรงงานที่มีการบาดเจ็บหลายส่วนในร่างกาย รองลงมาคือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับศีรษะ หน้า แก้ม คิ้ว คาง คอ ออก และอวัยวะในช่องอก ที่เป็นอวัยวะส่วนบน ขณะที่ภาวะทุพพลภาพพบมากเมื่อเหตุการณ์เกิดกับกระดูกสันหลัง เพราะน่าจะมาจากระบบประสาท และการสูญเสียอวัยวะ เช่น มือ และนิ้วมือ สอดคล้องกับการใช้ถุงมือ ในงานที่ต้องใกล้ชิดกับเครื่องจักรและการผลิตโลหะ

ตาราง 2 การกระจายร้อยละของผู้ประสบภัย จำแนกตามความร้ายแรงและอวัยวะที่ได้รับอันตรายและอัตราส่วนการตายตามอวัยวะที่ได้รับอันตราย ปี พ.ศ.2547

อวัยวะที่ได้รับอันตราย	ตาย	ทุพพล รูป	สูญเสีย อวัยวะ	หยุดงาน เกิน 3 วัน	หยุดงาน ไม่เกิน 3 วัน	รวม	อัตราส่วน การตาย <sup>1</sup>
1. ศีรษะ	1.0	0.0	0.1	13.8	85.1	100.0	0.091
2. ตา	0.0	0.0	0.2	3.7	96.1	100.0	0.000
3. จมูก	0.0	0.0	0.0	22.4	77.6	100.0	0.000
4. หู	0.0	0.0	9.6	11.2	79.1	100.0	0.000
5. ปาก ฟัน ขากรรไกร และส่วน ต่างๆ ในช่องปาก	0.0	0.0	0.0	12.9	87.1	100.0	0.000
6. หน้า แก้ม คิ้ว คาง คอ	0.3	0.0	0.0	12.6	87.0	100.0	0.019
7. ไหล่ สะบัก รักแร้	0.0	0.0	0.5	28.6	70.8	100.0	0.001
8. แขน ศอก ข้อศอก	0.0	0.0	0.6	24.2	75.2	100.0	0.001
9. ข้อมือ	0.0	0.0	1.1	30.3	68.6	100.0	0.000
10. มือ ง่ามนิ้วมือ	0.0	0.0	0.9	27.2	71.9	100.0	0.001
11. นิ้วมือ	0.0	0.0	4.7	34.7	60.5	100.0	0.000
12. ออกและอวัยวะในช่องอก	1.0	0.0	0.4	15.4	83.3	100.0	0.019
13. ท้องและอวัยวะในช่องท้อง	1.4	0.0	0.2	34.7	63.7	100.0	0.008
14. ซี่โครง ขาโยโครง ลำตัว	0.8	0.0	0.3	27.6	71.3	100.0	0.013
15. เหว	0.0	0.0	0.0	18.2	81.8	100.0	0.000
16. หลัง	0.0	0.0	0.0	16.6	83.4	100.0	0.000
17. กระดูกสันหลัง	0.4	1.4	0.7	72.3	25.2	100.0	0.001
18. สะโพก กระดูกเชิงกราน	0.4	0.0	0.4	29.3	70.0	100.0	0.003
19. อวัยวะเพศ	0.0	0.0	3.4	33.1	63.6	100.0	0.000
20. ขา หน้าแข้ง น่อง	0.0	0.0	0.5	27.7	71.8	100.0	0.002
21. เข่า หัวเข่า	0.0	0.0	0.2	28.4	71.5	100.0	0.000
22. ข้อเท้า ตาตุ่ม	0.0	0.0	0.5	37.4	62.1	100.0	0.000
23. เท้า สันเท้า ง่ามนิ้วเท้า	0.0	0.0	0.3	29.2	70.5	100.0	0.000
24. นิ้วเท้า	0.0	0.0	1.4	34.7	63.9	100.0	0.000
25. บาดเจ็บหลายส่วน บาดเจ็บ ตามร่างกาย	5.9	0.1	1.1	36.7	56.2	100.0	0.840
26. ระบบหมุนเวียนโลหิต	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	0.000
99. อื่นๆ	0.2	0.0	0.2	4.9	94.6	100.0	0.001

<sup>1</sup> คำนวณจาก จำนวนการตายในแต่ละอวัยวะที่ได้รับอันตราย / จำนวนการตายรวม

ที่มา : คำนวณจากข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2547

### เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย

ประเด็นนี้พบว่า เมื่อพิจารณาจากอัตราส่วนการตายจะเกิดจากยานพาหนะมากที่สุด ขณะที่การสูญเสียอวัยวะเกิดจากการใช้เครื่องจักร การทำงานกับวัตถุระเบิด ไฟฟ้าและอุปกรณ์ไฟฟ้าสำหรับการลาหยุดงานมากกว่า 3 วัน และน้อยกว่า 3 วัน มีการกระจายแตกต่างกัน จากตาราง 3 อาจสรุปได้ว่า สิ่งที่กำหนดโดยบุคคลที่อาจเกิดจากความประมาท เลินเล่อ ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เพราะอัตราส่วนการตายพบมากในยานพาหนะ อาคาร หรือสิ่งก่อสร้าง รวมทั้งไฟฟ้าและอุปกรณ์ไฟฟ้าที่เป็นการป้องกันโดยปัจเจกบุคคลนั้น ๆ ด้วยตนเอง

ตาราง 3 การกระจายร้อยละของผู้ประสบภัยจำแนกตามความร้ายแรงและสิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย และอัตราส่วนการตายตามสิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย ปี พ.ศ. 2547

สิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย	ตาย	ทุพพลรูป	สูญเสียอวัยวะ	หยุดงานเกิน 3 วัน	หยุดงานไม่เกิน 3 วัน	รวม	อัตราส่วนการตาย <sup>1</sup>
1. เครื่องมือ	0.0	0.0	1.6	26.4	72.0	100.0	0.000
2. เครื่องจักร	0.2	0.0	7.6	41.1	51.2	100.0	0.053
3. อาคารหรือสิ่งก่อสร้าง	1.4	0.0	0.6	38.0	60.0	100.0	0.125
4. วัตถุหรือสิ่งของ	0.0	0.0	0.8	19.4	79.8	100.0	0.056
5. ท่าทางการทำงาน และการยกของ	0.0	0.0	0.1	14.2	85.7	100.0	0.001
6. ยานพาหนะ	4.5	0.1	1.3	43.8	50.3	100.0	0.482
7. วัตถุระเบิด (ยกเว้นก๊าซ)	0.0	0.0	2.4	59.5	38.1	100.0	0.000
8. ก๊าซ	2.5	0.0	1.5	37.1	58.9	100.0	0.008
9. หม้อไอน้ำและถังความดัน	0.0	0.0	0.0	37.5	62.5	100.0	0.000
10. ไฟฟ้าและอุปกรณ์ไฟฟ้า	3.9	0.1	2.1	32.1	61.8	100.0	0.117
13. ภัยธรรมชาติ	84.9	0.0	0.0	3.8	11.3	100.0	0.105
14. เชื้อโรค	1.3	0.0	0.0	2.6	96.1	100.0	0.001
15. คนหรือสัตว์	1.3	0.0	0.6	18.1	80.0	100.0	0.019
99. อื่นๆ	3.9	0.0	2.0	33.3	60.8	100.0	0.002
<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>0.4</b>	<b>0.0</b>	<b>1.8</b>	<b>24.5</b>	<b>73.3</b>	<b>100.0</b>	<b>1.000</b>

<sup>1</sup> คำนวณจาก จำนวนการตายในแต่ละสิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย / จำนวนการตายรวม

ที่มา : คำนวณจากข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2547

### ประเภทกิจการกับอัตราส่วนการตาย

ในการตรวจสอบการตายที่เกิดจากการประกอบอาชีพ กิจการการค้ามีอัตราส่วนการตายมากที่สุด รองลงมาคือ การก่อสร้าง และการขนส่ง (ดูตาราง 4 )

ตาราง 4 จำนวนผู้เสียชีวิต จำแนกตามประเภทกิจการ พ.ศ. 2545 – 2548  
อัตราส่วนการตายจำแนกตามประเภทกิจการ และลำดับที่ของอัตราส่วนการตาย

ประเภทกิจการ	2545	2546	2547	2548	อัตราส่วนการตาย <sup>1</sup> (ทั้ง 4 ปี)	ลำดับที่
100 การสำรวจและทำเหมืองแร่	13	15	18	24	0.022	12
200 การผลิตอาหารเครื่องดื่ม	39	74	73	55	0.077	5
300 การผลิตสิ่งทอ ถัก เครื่องประดับ	24	20	10	9	0.020	13
400 การทำป่าไม้ ผลิตภัณฑ์จากไม้	15	24	14	17	0.022	11
500 ผลิตภัณฑ์จากกระดาษ การพิมพ์	12	8	11	9	0.013	14
600 ผลิตภัณฑ์เคมี น้ำมันปิโตรเลียม	25	25	23	30	0.033	7
700 ผลิตภัณฑ์จากแร่โลหะ	24	28	22	22	0.031	8
800 การผลิตโลหะขั้นมูลฐาน	10	8	13	9	0.013	15
900 ผลิตภัณฑ์จากโลหะ	56	50	52	49	0.066	6
1000 ผลิต ประกอบยานพาหนะ	23	21	16	18	0.025	10
1100 อุตสาหกรรมการผลิตอื่นๆ	0	3	2	2	0.002	16
1200 สาธารณูปโภค	15	27	30	11	0.027	9
1300 การก่อสร้าง	105	109	127	220	0.180	2
1400 การขนส่งคมนาคม	110	131	116	137	0.158	3
1500 การค้า	105	167	145	151	0.182	1
1600 ประเภทกิจการอื่นๆ	74	77	189	64	0.129	4
รวม	650	787	861	827	1.000	

<sup>1</sup>คำนวณจาก จำนวนผู้เสียชีวิตในประเภทกิจการทั้ง 4 ปี / จำนวนการตายรวม

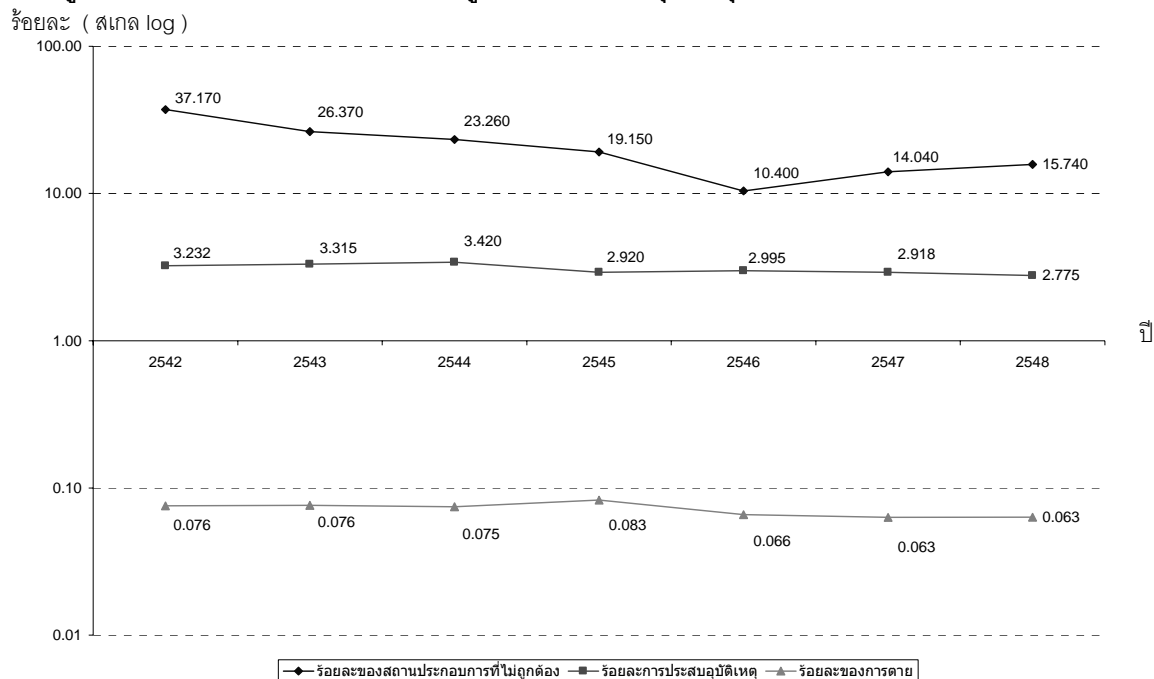
ที่มา : คำนวณจากข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2547

### การตรวจสอบสถานประกอบการกับสถานการณ์การประสพภัย

จากรูป 14 จะเห็นว่าร้อยละของสถานประกอบการที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องตามมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานมีการลดลงอย่างช้าและต่อเนื่อง แต่เพิ่มขึ้นในอีก 2 ปี สุดท้าย เช่นเดียวกันกับการลดลงของอัตราตายที่มีน้อยมากเช่นกัน เป็นที่น่าสนใจว่าการประสพภัยที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับการป้องกันตนเองของลูกจ้างว่าเคร่งครัดตามกฎหมายบรรณในการทำงานหรือไม่ หรือเกิดจากมาตรการในการกำกับ ดูแลความปลอดภัยในการทำงานของนายจ้างกันแน่



รูป 14 ร้อยละของสถานประกอบการที่ไม่ถูกต้อง การประสบอุบัติเหตุ และการตาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 - 2548



ที่มา : คำนวณจากข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ.2542-2548

### สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์การประสพภัยจากการทำงานจะเห็นว่า กิจกรรมที่มีผลต่อการตายมาก คือ การค้า การก่อสร้าง การขนส่งคมนาคม ขณะที่กิจกรรมที่มีผลต่อภาวะทุพพลรูป คือ การก่อสร้าง กิจกรรมที่มีผลต่อการสูญเสียอวัยวะ คือ การผลิตภัณฑ์โลหะ รองลงมาคือ การก่อสร้าง แต่ที่มีการหยุดงานเกินกว่า 3 วัน คือ ประเภทผลิตภัณฑ์จากโลหะ และการผลิตอาหารเครื่องดื่ม ส่วนกิจกรรมที่มีผลต่อการหยุดงานน้อยกว่า 3 วันทีคาดว่า เป็นแนวทางไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังในอาชีพต่อไปคือ การผลิตภัณฑ์โลหะ

ในประเด็นของที่ตั้งอุตสาหกรรม และความห่างจากศูนย์กลางการผลิตของประเทศ ภาคที่เป็นเขตอุตสาหกรรมและบริการใหม่มีอัตราตายสูงคือ ภาคเหนือ รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ที่สำคัญในอดีตระยะทางมีสหสัมพันธ์ในทางลบกับอัตราความประสพภัย แต่ในปัจจุบันกลับพบว่า แนวโน้มมีทิศทางเชิงไปทางบวกกับอัตราการประสพภัย จึงขอเสนอแนะว่า ทั้งในภาครัฐและเอกชน ผู้ประกอบการ ลูกจ้าง บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านอาชีวอนามัย ต้องกวดขันให้เคร่งครัดในระเบียบและกฎหมายที่ว่าด้วยความปลอดภัยในการทำงาน ลูกจ้างต้องปฏิบัติตามข้อบังคับว่าด้วยการทำงานโดยไม่ประมาท

### เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มปป. *ความรู้ในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ*.

กรุงเทพฯ : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

\_\_\_\_\_. 2547. รายงานสถิติ จำนวนโรงงานและคนงานจำแนกตามขนาดและประเภทอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2546. กรุงเทพฯ : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค.

\_\_\_\_\_. 2548. รายงานสถานการณ์อาชีวอนามัย ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพในประเทศไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค.

\_\_\_\_. 2547. รายงานสถิติที่เกี่ยวข้องกับโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2546. กรุงเทพฯ : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค.

\_\_\_\_. มปป. สรุปย่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค.

กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. 2538. สถิติงานประกันสังคมประจำปี 2538.

กรุงเทพฯ : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม.

\_\_\_\_. 2539. สถิติงานประกันสังคมประจำปี 2539. กรุงเทพฯ : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม.

\_\_\_\_. 2540. สถิติงานประกันสังคมประจำปี 2540. กรุงเทพฯ : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม.

กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. 2541. สถิติงานประกันสังคมประจำปี 2541.

กรุงเทพฯ : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม.

\_\_\_\_. 2542. สถิติงานประกันสังคมประจำปี 2542. กรุงเทพฯ : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม.

กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. 2543. สถิติงานประกันสังคมประจำปี 2543.

กรุงเทพฯ : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม.

\_\_\_\_. 2544. สถิติงานประกันสังคมประจำปี 2544. กรุงเทพฯ : กองวิชาการและแผนงาน สำนักงานประกันสังคม.

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. 2548. รายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน ปี 2547. กรุงเทพฯ : สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

Caldwell, C. J. 2001. Population Health in Transition. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol.79(2): 159-170.

Hummer, A. R. & Rogers, G. R. & Eberstein, W. I., 1998. Sociodemographic Differentials in Adult Mortality : A Review of Analytic Approaches. *Population and Development Review*. Vol.24(3): 553-578.

Kreager, P. 1991. Early Modern Population Theory : A Reassessment. *Population and Development Review*. Vol.17(2): 207-226.

Kunitz, J. S. 1987. Explanations and Ideologies of Mortality Patterns. *Population and Development Review*. Vol.13(3): 379-404.

Omran, R. A. 1972. The Epidemiologic Transition a Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. (49): 509-537.

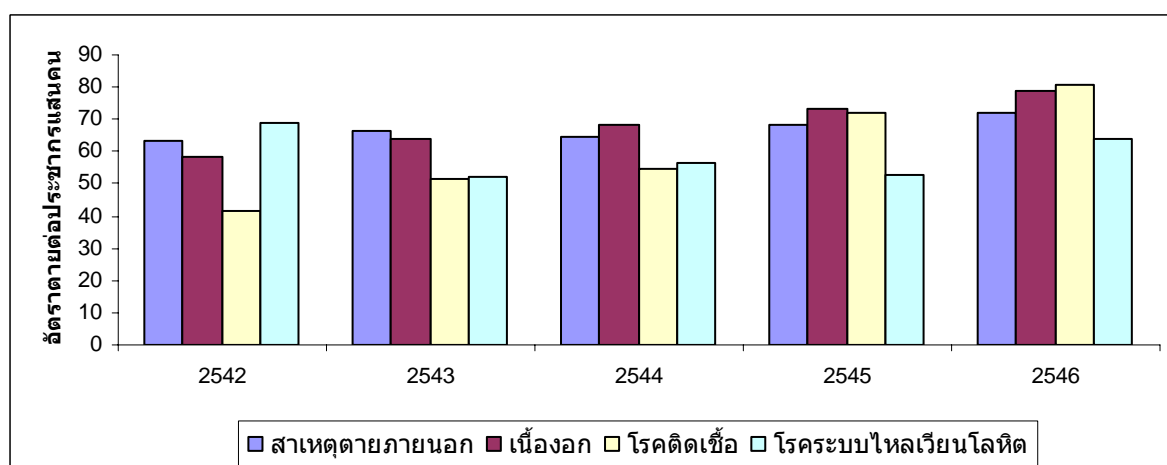
Olshansky, J. S. and Carnes, A. B. 1997. Ever Since Gompertz. *Demography*. Vol.34(1): 1-15.

## จับตาการตายสาเหตุภายนอกของประชากรต่างวัย

อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์ และ สุภรต์ จรัสสิทธิ์

ข้อมูลการตายเป็นดัชนีชี้วัดอย่างหนึ่ง que แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศไทย ในหลายปีที่ผ่านมา พบว่าอัตราตายต่อประชากรพันคนพบต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ 10-14 ปี ขณะที่ ประชากรตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นไปด้วย(กระทรวงสาธารณสุข) ทั้งนี้ข้อมูลการตายจะถูกระบุสาเหตุการตายไว้โดยกระทรวงสาธารณสุขใช้บัญชีจำแนกโรคระหว่าง ประเทศ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 หรือที่เรียกกันว่า รหัส ICD-10 ในการกำหนดสาเหตุการตาย ทำให้ทราบ ได้ว่า การตายที่เกิดจากสาเหตุภายนอกมีอัตราการตายต่อประชากรแสนคนในระดับที่ค่อนข้างสูงใน แต่ละปี และเคยขึ้นเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ในปี 2543 (ดูรูป 1) แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2546 การ ตายจากโรคติดเชื้อก็เพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนหนึ่งมาจากการตายจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ขณะเดียวกัน การตายจากเนื้องอกก็เพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน แม้ว่าการตายจากสาเหตุตายภายนอกไม่มี แนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงหลังก็ตาม แต่ก็ไม่มีท่าทีลดลงเช่นกัน ทั้งนี้ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการตายจากสาเหตุ ภายนอกส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ป้องกันได้ นั้นแสดงให้เห็นว่า คนไทยยังใช้ชีวิตอย่างประมาทอยู่

รูป 1 อัตราตายต่อประชากรแสนคน จำแนกตามลำดับของกลุ่มสาเหตุการตาย 4 กลุ่มแรก พ.ศ. 2542-2546



ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สาเหตุการตายหลักที่ทำให้คนไทยตายจากกลุ่มสาเหตุภายนอกได้แก่ อุบัติเหตุขนส่ง อุบัติเหตุ เกี่ยวกับน้ำ ฆ่าตัวตาย และถูกฆ่าตาย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า อุบัติเหตุขนส่งที่เป็น อุบัติเหตุจราจรทางบก ร้อยละ 90 เกิดในประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา ผู้ตายส่วนใหญ่จะเป็น คนเดินเท้า คนขี่จักรยาน คนขี่มอเตอร์ไซด์ และผู้โดยสารรถยนต์รับจ้าง (WHO, 2004) ในประเทศ

ศรีลังกาจะพบว่า ช่วงอายุตั้งแต่ 5-64 ปี จะตายจากอุบัติเหตุมากที่สุด จนมาถึงวัยรุ่นตอนต้นอายุ 15-24 ปี ที่การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุที่สำคัญในกลุ่มอายุนี้ด้วย จนถึงช่วงอายุ 45-64 ปี ที่การตายจากการฆ่าตัวตายลดลง แต่จะเป็นการตายจากโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่มีจำนวนการตายสูงขึ้น (Abeykoon, 2005) ในปี 2534 ประเทศศรีลังกาเคยเป็นประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในโลกคือ 47 คนต่อประชากรแสนคน ประชากรที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และอายุ 65 ปีขึ้นไป

สำหรับประเทศไทย ในแต่ละกลุ่มอายุจะตายจากสาเหตุการตายภายนอกที่แตกต่างกัน บทความนี้นำเสนอข้อมูลการตายจากสาเหตุภายนอกตั้งแต่ปี 2539-2547 อัตราตายที่จะกล่าวถึงตลอดในบทความจะเป็น อัตราตายต่อประชากรแสนคน เพื่อให้เข้าใจตรงกัน

### อย่ากระพริบตา การตายด้วยสาเหตุภายนอกของกลุ่มประชากรวัยหนุ่มสาว และวัยทอง

ข้อมูลการตายด้วยสาเหตุภายนอก ซึ่งเป็นข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2539 ถึง พ.ศ. 2547 ของสำนักนโยบายแผนและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า แม้ว่าอัตราตายด้วยสาเหตุภายนอกจะระหว่างช่วงทศวรรษที่ผ่านมาจะลดลงแล้วก็ตาม แต่อัตราตายนั้นก็ยังขึ้น ๆ ลง ๆ สิ่งที่เกิดขึ้นได้ คือ กลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีอัตราการตายจากสาเหตุภายนอกแตกต่างกันด้วย (ดูตาราง 1)

ตาราง 1 อัตราการตายด้วยสาเหตุการตายภายนอกทั้งหมด จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2539-2547

กลุ่มอายุ	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
0-14	25.6	18.7	17.6	20.5	22.6	21.8	26.1	24.7	27.3
15-29	116.8	93.1	65.6	82.4	82.6	79.6	88.3	99.0	97.5
30-59	83.3	70.3	60.4	77.7	81.3	78.3	76.2	79.0	74.7
60 ปี+	69.9	56.3	52.3	72.3	79.7	80.1	80.2	76.0	81.4
<b>รวม</b>	<b>75.8</b>	<b>61.5</b>	<b>49.7</b>	<b>63.5</b>	<b>66.4</b>	<b>64.4</b>	<b>68.4</b>	<b>71.7</b>	<b>70.7</b>

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

จากตาราง 1 ประชากรถูกแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มวัยเด็ก (0-14 ปี) กลุ่มวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว (15-29 ปี) กลุ่มวัยผู้ใหญ่ (30-59 ปี) และกลุ่มวัยทอง (60 ปีขึ้นไป) การจำแนกกลุ่มอายุดังกล่าวเนื่องจาก การตายในแต่ละกลุ่มอายุนั้นน่าจะมีสาเหตุการตายที่แตกต่างกัน เนื่องจากพฤติกรรมในแต่ละกลุ่มวัยอายุที่มีความแตกต่างกันออกไป เช่น กลุ่มเด็กเป็นวัยที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ การตายจากอุบัติเหตุที่ไม่ได้ตั้งใจ ได้แก่ ตกน้ำ ส่วนกลุ่มวัยรุ่น เป็นวัยที่มีพฤติกรรมชอบเสี่ยงก็จะมี การตายอุบัติเหตุเนื่องจากความประมาทเกิดขึ้นมากกว่า เป็นต้น

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มอายุ 15-29 ปี หรือ กลุ่มประชากรวัยหนุ่มสาว มีอัตราการตายด้วยสาเหตุภายนอกค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ สิ่งที่น่าสนใจอีกประการคือ กลุ่มวัยทอง (60 ปีขึ้นไป) ควรเป็นกลุ่มที่จับตามองด้วย เนื่องจากมีอัตราการตายด้วยสาเหตุภายนอกเป็นอันดับสองต่อจากกลุ่มวัยหนุ่มสาว

ในภาพรวม แม้ว่ากลุ่มวัยหนุ่มสาว และวัยทองจะเป็นกลุ่มที่ต้องถูกจับตามองในเรื่องการตายด้วยสาเหตุภายนอก แต่สิ่งที่ต้องตรวจสอบต่อไปนี้คือ แล้วสาเหตุการตายภายนอกอะไรบ้างกระทบต่อประชากรในแต่ละกลุ่มอายุ

### จับตาสาเหตุการตายภายนอกตามกลุ่มประชากรต่างวัย

#### อุบัติเหตุเกี่ยวกับน้ำสำคัญที่สุดในกลุ่มวัยเด็ก

การตายด้วยอุบัติเหตุเกี่ยวกับน้ำ (พลัดตก จมน้ำ) นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2539 เห็นชัดเจนว่า กลุ่มวัยเด็กมีอัตราการตายสูงกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น (ตาราง 2)

ตาราง 2 อัตราตายด้วยอุบัติเหตุเกี่ยวกับน้ำจำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539-2547

กลุ่มอายุ	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
0-14	8.5	7.6	7.4	7.8	8.9	9.2	11.2	10.5	10.7
15-29	4.7	3.7	3.4	3.4	4.0	4.0	4.0	4.2	4.1
30-59	5.1	4.3	3.9	4.0	5.5	5.3	5.6	5.5	5.9
60 ปี+	6.2	6.9	4.9	5.6	8.6	7.8	8.4	8.0	8.1
<b>รวม</b>	<b>6.0</b>	<b>5.3</b>	<b>4.8</b>	<b>5.0</b>	<b>6.3</b>	<b>6.2</b>	<b>6.7</b>	<b>6.6</b>	<b>6.7</b>

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายจากอุบัติเหตุเกี่ยวกับน้ำนั้นแต่ละปัจจัยแตกต่างกันขึ้นกับโครงสร้างสิ่งแวดล้อม วิธีการดูแลเด็ก และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นที่ ความแตกต่างของปัจจัยเหล่านี้ทำให้วิธีป้องกันให้ได้ผลนั้นมีความแตกต่างกันตามไปด้วย ผลการศึกษาในเด็กกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2542 (ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก, 2546) พบว่า ร้อยละ 94 ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่จมน้ำตาย เกิดเหตุในบ้าน รอบบ้าน และเขตชุมชนละแวกบ้าน ซึ่งการตายจากการจมน้ำนี้มาจากความเผลอเรอของผู้ดูแล รวมถึงความไม่คิดว่าละแวกบ้านจะอันตรายต่อเด็กจากสถานการณ์เหล่านี้ พบว่าเด็กจะตายในที่เกิดเหตุโดยที่ไม่ได้รับการปฐมพยาบาลหรือนำส่งโรงพยาบาลมีถึงร้อยละ 29 อย่างไรก็ตามเกือบครึ่งหนึ่งของเด็กที่ตายจากอุบัติเหตุจากน้ำได้รับการ

ช่วยเหลือ การปฐมพยาบาลและนำส่งโรงพยาบาล และเกือบทั้งหมดที่ได้รับการปฐมพยาบาลก่อนนำส่งโรงพยาบาลนั้นเป็นการปฐมพยาบาลที่ผิดวิธี เช่น จับอุ้มพาดบ่ากระโดด วิ่งรอบสนาม วางบนกระทะ แล้วรีดน้ำออก เป็นต้น ดังนั้นหากให้ความรู้ในเรื่องปฐมพยาบาลเบื้องต้น จัดให้มีการฝึกอบรมปฐมพยาบาล การปฏิบัติการกู้ชีพเบื้องต้น แก่ผู้ปกครองของเด็กโดยเฉพาะกับผู้ดูแลเด็กจะช่วยลดจำนวนการตายด้วยอุบัติเหตุจมน้ำได้ถึงครึ่งหนึ่ง

### อุบัติเหตุขนส่งมาแรง โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและหนุ่มสาว

อุบัติเหตุขนส่งเป็นสาเหตุการตายภายนอกที่สำคัญของประชากรวัยหนุ่มสาว (ดูตาราง 3 ประกอบ)

ตาราง 3 อัตราตายด้วยอุบัติเหตุขนส่ง จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539-2547

กลุ่มอายุ	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
0-14	7.9	4.9	3.6	5.1	6.0	5.4	6.0	5.2	5.6
15-29	48.2	35.9	19.4	27.5	30.5	29.8	34.1	34.3	33.0
30-59	29.2	23.6	15.0	22.3	24.9	24.6	22.7	21.0	19.9
60 ปี+	21.9	17.1	13.3	18.4	22.4	21.3	18.8	16.6	17.3
<b>รวม</b>	<b>28.1</b>	<b>21.4</b>	<b>13.1</b>	<b>18.9</b>	<b>21.3</b>	<b>20.8</b>	<b>21.5</b>	<b>20.4</b>	<b>19.8</b>

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ อันเป็นผลจากการดำเนินนโยบายการกระตุ้นเศรษฐกิจระดับรากหญ้า โดยเฉพาะนโยบายการเงินที่ผ่อนคลาย (อัตราดอกเบี้ยต่ำ) และมาตรการภาษีเพื่อเพิ่มอำนาจซื้อของประชาชน ทำให้ประชาชนมีอำนาจในการใช้จ่ายซื้อสินค้าสูงขึ้น โดยเฉพาะยอดจำหน่ายรถจักรยานยนต์โดยรวมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่หลังวิกฤตเศรษฐกิจ เป็นต้นมา ทำให้อัตราตายจากอุบัติเหตุจมน้ำอยู่ในระดับเกือบคงที่ในแต่ละปี คือที่ระดับ 1 ใน 5 ของสาเหตุการตายจะเกิดจากสาเหตุการตายจากอุบัติเหตุจมน้ำ การเพิ่มขึ้นของจำนวนยานพาหนะเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน การศึกษาของ นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ ชี้ว่าปัจจัยเสี่ยงในวัยรุ่นที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุยานยนต์ คือ การเป็นนักขับมือใหม่ การมีความชอบพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย การใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้ยาเสพติดก่อนการขับขี่ และการไม่นิยมใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย ทั้งหมดกวนิภัยและเข็มขัดนิรภัย เพราะว่าอุบัติเหตุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ดังนั้นความคิดที่ว่า การเดินทางไปใกล้ๆ แค่นี้ ไม่จำเป็นต้องใส่หมวกนิรภัย หรือคาดเข็ม

ชนิดนิรภัย จึงเป็นความประมาทที่ไม่ควรมองข้าม นอกจากอุบัติเหตุจากรถยนต์และรถจักรยานยนต์ อุบัติเหตุจากรถจักรยานก็เกิดขึ้นเช่นกัน (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, 2546) ดังนั้นในประเทศพัฒนาแล้วจึงมีการจัดทางจักรยานแยกออกจากถนน และจากสถานการณ์ภาวะราคาน้ำมันที่ขึ้นสูงนี้ทำให้รัฐบาลชุดปัจจุบันมีมาตรการที่จะสร้างทางสำหรับรถจักรยานเช่นกัน มาตรการดังกล่าวนี้ นอกจากจะเป็นการสนับสนุนให้คนไทยหันมาใช้รถจักรยานแทนการใช้รถที่ต้องใช้น้ำมันแล้ว ยังเป็นมาตรการความปลอดภัยแก่ผู้ใช้รถจักรยานด้วย

### เป้าระวางฆ่าตัวตายของวัยผู้ใหญ่ วัยทอง รวมถึงวัยหนุ่มสาวตอนปลาย

ในเรื่องการฆ่าตัวตาย แม้ว่าข่าวการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นจะปรากฏออกมาให้เห็นบ่อยครั้งมาก แต่ก็พบว่า อัตราการตายจากการฆ่าตัวตายของวัยหนุ่มสาวในช่วง 2-3 ปีหลัง ได้ลดลงมาก และดูเหมือนว่าในปัจจุบันอัตราการตายของวัยผู้ใหญ่และวัยทองกลับสูงกว่าวัยหนุ่มสาวเสียอีก (ตาราง 4)

ตาราง 4 อัตราตายด้วยฆ่าตัวตาย จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539-2547

กลุ่มอายุ	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
0-14	0.0	0.0	0.4	0.4	0.0	0.3	0.5	0.3	0.2
15-29	12.2	10.7	12.4	12.7	12.1	10.4	10.2	8.1	7.7
30-59	9.7	9.2	10.5	11.1	11.2	10.4	9.9	9.5	9.3
60 ปี+	8.1	6.7	8.0	9.7	9.2	9.7	10.1	9.5	9.1
<b>รวม</b>	<b>7.6</b>	<b>6.9</b>	<b>8.1</b>	<b>8.6</b>	<b>8.4</b>	<b>7.7</b>	<b>7.9</b>	<b>7.1</b>	<b>6.9</b>

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

กล่าวคือ เมื่อสิ้นสุด พ.ศ. 2547 คือ อัตราตายของวัยหนุ่มสาวลดลงเหลือเพียง 7.7 ราย ขณะที่วัยผู้ใหญ่ (30-59 ปี) อยู่ที่ 9.3 ราย และวัยทองอยู่ที่ 9.1 ราย ลักษณะเช่นนี้เหมือนกับต่างประเทศที่คนฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอายุมากขึ้น อาจจะเป็นเนื่องมาจากความเครียดในการทำงานของกลุ่มผู้ใหญ่ และความเหงาในวัยสูงอายุ การศึกษาของ นพ.มานิช หล่อตระกูล (2541) พบว่า ช่วงอายุที่พบการฆ่าตัวตายมีจำนวนมากอยู่ในวัยตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตาย คือ การอยู่โดดเดี่ยว คู่สมรสเสียชีวิต กังวลใจด้านการเงิน และสุขภาพไม่สมบูรณ์ดังแต่ก่อน รวมถึงปัญหาสุขภาพจิตที่พบในกลุ่มวัยสูงอายุจำนวนมาก และการศึกษาในชุมชนแออัดจังหวัดกาญจนบุรี พบว่ามีผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถึงร้อยละ 60 ขณะที่สังคมกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แนวโน้มการฆ่าตัวตายในวัยสูงอายุน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นสังคมควรที่จะวางแผนดำเนินการป้องกันในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุนี้ ให้อยู่ในสังคมด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี

แม้ว่าอัตราการตายด้วยการฆ่าตัวตายของประชากรวัยหนุ่มสาวจะมีแนวโน้มที่ลดลงจนในที่สุดต่ำกว่าประชากรวัยผู้ใหญ่และวัยทอง แต่ เมื่อแยกพิจารณาประชากรวัยหนุ่มสาวเป็นกลุ่มอายุ 5 ปี (ตารางที่ 5) พบว่า แนวโน้มอัตราการตายด้วยการฆ่าตัวตายของประชากรอายุ 15-19 ปี ค่อนข้างต่ำ (4.0 ราย) นั้น แสดงว่า กลุ่มวัยรุ่นตอนต้นไม่ใช่กลุ่มที่เสี่ยงต่อการตายด้วยการฆ่าตัวตาย แต่กลุ่มที่เสี่ยงกลับเป็น กลุ่มหนุ่มสาวตอนปลาย (อัตราการตายด้วยการฆ่าตัวตายของกลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 25-29 ปี สูงถึงระดับ 8.0 และ 9.0 ราย ตามลำดับในปี พ.ศ. 2547)

ตารางที่ 5 อัตราตายด้วยฆ่าตัวตายของกลุ่มวัยรุ่นและหนุ่มสาว จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539-2547

กลุ่มอายุ	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
15-19	9.5	8.1	8.9	8.4	7.5	5.6	6.4	5.0	4.7
20-24	13.6	11.7	13.6	13.7	13.7	12.1	11.2	10.4	8.0
25-29	12.8	12.2	14.7	16.0	15.1	13.4	12.5	10.0	9.9

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาที่ผ่านมาหลายแหล่ง (มาโนช หล่อตระกูล 2541; จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน 2546; ธีระ สิ้นเดชาวิทย์ และประโมทย์ ประสาทกุล 2548) พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างอายุ 20-39 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีคู่ครอง วัยรุ่นอยู่ในรอยต่อของการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ วัยนี้เป็นวัยที่เริ่มรับผิดชอบด้วยตนเองทั้งในด้านการงานและชีวิตคู่ เป็นวัยที่มีความขัดแย้งระหว่างแนวคิดส่วนตัวกับสิ่งที่ถูกปลูกฝังมาในวัฒนธรรมหรือประเพณี ปัจจัยที่กระตุ้นมีตั้งแต่ตงาน ป่วยเป็นโรคจิตเภท ปัญหาความน้อยใจ คนใกล้ชิดดูดำ หรือว่ากล่าว ปัญหาผิดหวังในความรักหรือหึงหวง และปัญหาโรคเรื้อรังหรือพิการเสียโฉม ติดสารเสพติด โดยวิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตายคือ การผูกคอต การกินสารเคมี ยิงตัวตาย และอื่นๆ เช่น กระโดดตึกตาย จุดไฟเผาตัวเอง ใช้มีดบาดคอ ใช้ไฟฟ้าชอต เป็นต้น



## กลุ่มวัยรุ่นและหนุ่มสาวเสี่ยงจากการถูกฆ่าตาย

สำหรับการถูกฆ่าตายของประชากรวัยรุ่นและหนุ่มสาว แม้จะไม่ใช่สาเหตุการตายภายนอกที่สำคัญ แต่อัตราการถูกฆ่าตัวตายของกลุ่มอายุนี้สูงกว่าประชากรทุกวัย คือ สูงที่ระดับ 7.6 ขณะที่อัตราการถูกฆ่าตายของประชากรผู้ใหญ่ อยู่ที่ระดับ 6.1 กลุ่มวัยทอง และเด็กอยู่ที่ระดับ 2.9 และ 0.3 ตามลำดับ (ตาราง 6)

ตาราง 6 อัตราตายด้วยการถูกฆ่าตาย จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539-2547

กลุ่มอายุ	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
0-14	0.6	0.5	1.0	1.0	1.1	0.6	0.7	0.6	0.3
15-29	7.9	6.6	6.2	7.8	5.5	6.0	6.0	10.0	7.6
30-59	9.7	9.0	10.1	11.2	9.0	9.7	7.9	11.0	6.1
60 ปี+	4.1	3.7	4.1	5.3	4.0	3.9	3.4	3.7	2.9
<b>รวม</b>	<b>6.2</b>	<b>5.6</b>	<b>6.1</b>	<b>7.0</b>	<b>5.6</b>	<b>5.8</b>	<b>5.3</b>	<b>7.7</b>	<b>4.9</b>

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2539-2543 แนวโน้มอัตราการถูกฆ่าตายของประชากรกลุ่มวัยรุ่นและหนุ่มสาวลดลง แต่ กลับเพิ่มสูงอีกครั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน พ.ศ. 2546 นอกจากนี้สังเกตได้ว่า ในช่วง 2-3 ปี ที่ผ่านมา การถูกฆ่าตายของประชากรวัยรุ่นตอนปลาย(20-24 ปี) และตอนต้น (15-19 ปี) มีอัตราเพิ่มของการตายรวดเร็วมาก จนประชากรสองกลุ่มอายุนี้มีอัตราตายด้วยการถูกฆ่าตายสูงกว่าประชากรกลุ่มอายุ 25-29 ปี ซึ่งก่อนหน้านี้เคยมีอัตราตายที่สูงกว่ามาก่อน (ตาราง 7)

ตาราง 7 อัตราตายด้วยการถูกฆ่าตายของวัยรุ่นและหนุ่มสาว จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539-2547

กลุ่มอายุ	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547
15-19	5.1	4.4	3.4	5.2	3.4	3.9	4.7	8.8	7.8
20-24	8.6	6.9	6.2	8.6	6.2	6.6	6.6	11.7	8.7
25-29	9.8	8.5	9.1	9.5	7.0	7.5	6.5	10.7	6.4

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การตายจากการถูกฆ่าตาย จากฐานข้อมูลมรณบัตรของกระทรวงมหาดไทย (วีรพล กุลบุตร 2540) พบวิธีการฆาตกรรม คือ การยิง การใช้วัตถุมีคม และการทำให้จมน้ำ หรือถ่วงน้ำ จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บของสำนักกระบาดวิทยา (ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ และวันสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, 2544) พบว่า สถานที่พบการถูกฆาตกรรมมากที่สุด คือ บ้านและบริเวณบ้าน พบมากถึงร้อยละ 28-75

เช่นกันกับข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (อ้างในวีรพล กุลบุตร, 2540) ที่พบเหตุการณ์ฆาตกรรม ในบริเวณบ้านมากเช่นกัน รวมถึงการฆาตกรรมบริเวณสถานที่ราชการด้วย การฆาตกรรมส่วนใหญ่จะใช้ อาวุธ คือ ปืน มีด หรือของแข็งมีคม เป็นต้น สาเหตุส่วนใหญ่ที่เกิดการฆาตกรรมมาจากการทะเลาะกัน ร้อยละ 15 และการแก้แค้นร้อยละ 7

## สรุป

ผลการวิเคราะห์สรุปได้ว่า ในการพิจารณาสาเหตุการตายภายนอกทั้งหมด ประชากรทุกวัย (ยกเว้นวัยเด็ก) เสี่ยงต่อการตายด้วยอุบัติเหตุขนส่งมากที่สุด รัฐบาลจะต้องให้ความสนใจอย่างมาก เพราะประชากรทุกกลุ่มอายุ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตายประเภทนี้ และดูเหมือนว่าแนวโน้มนี้ยังคงดำเนินต่อไป โดยเฉพาะในประชากรวัยรุ่นและหนุ่มสาว (15-29 ปี) ซึ่งกำลังเติบโตไปเป็นผู้ผลิตแรงงานหลัก ของประเทศ การควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวชกต่อย และการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควรเป็น มาตรการที่ยังต้องมีความเข้มงวดอยู่ เพื่อลดอุบัติเหตุด้านการขนส่งลง

สำหรับการฆ่าตัวตายก็เป็นสาเหตุการตายภายนอกอีกประเภทหนึ่งที่น่าสนใจรองจากอุบัติเหตุขนส่ง อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จพบในกลุ่มวัยหนุ่มสาวคือ กลุ่มประชากรอายุ 25-29 ปี และกลุ่ม ประชากรอายุ 20-24 ปี ตามลำดับ นอกจากนี้อัตราตายด้วยการฆ่าตัวตายของประชากรวัยผู้ใหญ่ (30-59 ปี) ในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงไม่มากนัก ดังนั้นอัตราตายด้วยการฆ่าตัวตายของ ประชากรวัยผู้ใหญ่จึงต้องจับตามองอยู่ วัยทอง (60 ปีขึ้นไป) ก็เป็นอีกกลุ่มที่รัฐบาลจะต้องจับตามองให้ มากขึ้นในเรื่องการฆ่าตัวตาย เพราะพบว่า ประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปาน กลางซึ่งเป็นระดับที่ต้องเฝ้าระวัง ในช่วงเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา นับว่าวัยทองมีอัตราเพิ่มในการฆ่าตัวตาย สำเร็จสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ

จากข้อมูลการฆ่าตัวตายที่พบในทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่วัยหนุ่มสาว จนถึงวัยทอง ทำให้การส่งเสริม การป้องกันด้านสภาวะจิตใจ น่าที่จะเป็นวิธีที่ควรดำเนินการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเร่งด่วน เนื่องจากสังคมปัจจุบันเป็นสังคมที่มีความรุนแรงในการแข่งขันเพื่อความอยู่รอดสูง ความเครียดอัน เนื่องมาจากการแข่งขันจึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมาตรการการป้องกันด้านสภาวะจิตใจ ได้ดำเนินการ น่าที่จะป้องกันปัญหาเรื่องการถูกฆ่าตายได้อีกด้านหนึ่ง

สิ่งที่ต้องกล่าวในที่นี้คือ แม้ว่าอุบัติเหตุเกี่ยวกับน้ำเป็นสาเหตุการตายของประชากรวัยเด็ก ค่อนข้างสูงก็ตาม แต่จากข้อมูลของศูนย์วิจัยเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บใน เด็กชี้ว่า เด็กที่ตายจากการปฐมพยาบาลผิดวิธีมีค่อนข้างสูง ดังนั้นหากมีการประชาสัมพันธ์ในเรื่อง ความรู้ที่ถูกต้องในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก็จะลดอัตราการตายอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุจากน้ำได้ มากทีเดียว

## หนังสืออ้างอิง

- Abeykoon, A.T.P.L.. 2005. "Maternal and adult mortality in Sri Lanka". Emerging issues of health and mortality in the Asian and Pacific Region Asian Population Studies Series No. 163 (2005): 97-108.
- World Health Organization. 2004. World report on road traffic injury prevention. [Online] เข้าถึงได้จาก ([http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world\\_report/en/](http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/en/))
- จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูนและคณะ. Epidemiology of Suicide Inpatients at Psychiatric Hospitals. บทความใน การประชุม The 1<sup>st</sup> Asia Pacific Regional Conference of The International Association for Suicide Prevention (IASP) in conjoint with The Royal College of Psychiatrists of Thailand ในหัวข้อเรื่อง Suicide Prevention through Collaboration: Asia Pacific Perspectives ระหว่าง วันที่ 6-8 ตุลาคม 2547 ณ โรงแรมอิมพีเรียล คิวินปาร์ค กรุงเทพมหานคร
- ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ และวนัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์. 2544. "การบาดเจ็บและตายจากการถูกทำร้ายในประเทศไทย". พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ธีระ สิ้นเดชาวิทย์ และปราโมทย์ ประสาทกุล "การฆ่าตัวตายของประชากรไทย : การวิเคราะห์ข้อมูลจากการจดทะเบียนตาย พ.ศ. 2547. ในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2548. วันที่ 17-18 พฤศจิกายน 2548 โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล. 2541. "แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย: แง่มุมทางเพศและช่วงวัย". ในวารสาร สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 43(1): 2-13.
- วีรพล กุลบุตร. 2540. "การฆ่าตัวตาย แนวโน้ม/ ทฤษฎี การป้องกันและแก้ไข". เอกสารวิชาการป้องกัน อาชญากรรมและการควบคุมแหล่งอบายมุข.
- ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. "สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและความรุนแรงใน เด็กไทย ปี 2542-2545". [Online] เข้าถึงได้จาก ([http://www.csip.org/csip/Expert/?page=stat\\_42-45](http://www.csip.org/csip/Expert/?page=stat_42-45))
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2546. "สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546". กรุงเทพฯ: สำนัก นโยบายและยุทธศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.
- อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์." อุบัติเหตุจราจร: เหตุการณ์การตายในวัยรุ่นไทย" หมอชาวบ้าน ปีที่ 25 (สิงหาคม 2546) : 13-14.

# ชีวิตและความตายในทัศนะของพุทธศาสนา

## ชาย โปธิสิตา<sup>1</sup>

บทความนี้ต้องการแสดงทัศนะต่อชีวิตและความตายจากมุมมองของพุทธศาสนา แม้ว่าเรื่องของชีวิตและความตายจะเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของโลก แต่คนส่วนมากก็มักไม่เข้าใจธรรมชาติที่แท้จริงของมัน เป็นเหตุให้ไม่สามารถกำหนดท่าทีและการกระทำที่ถูกต้องในเรื่องที่สำคัญนี้ได้ ผลที่ตามมาอาจเป็นความทุกข์ในระดับต่างๆ หรืออย่างน้อยก็ไม่สามารถได้รับประโยชน์ที่พึงได้ จากการเกิดมามีชีวิตในฐานะคนคนหนึ่ง

ในการนำเสนอต่อไปนี้ เบื้องต้นจะเป็นการกล่าวถึงทัศนะของพุทธศาสนาที่เกี่ยวกับชีวิต จากนั้นจะกล่าวถึงมุมมองเกี่ยวกับความตายและทัศนะที่เราควรมีต่อเรื่องความตาย ทั้งนี้ โดยอาศัยการค้นคว้าจากเอกสารที่มีท่านผู้รู้ได้ค้นคว้าเรียบเรียงไว้ก่อนหน้า ผู้อ่านโปรดเข้าใจว่า การค้นคว้าที่ลึกซึ้งควรจะได้อาศัยหลักฐานจากพระไตรปิฎกโดยตรง แต่นั่น ถ้าทำได้ก็คงต้องใช้เวลาและความพยายามมากกว่าที่ผู้เขียนมีในขณะนี้

### ชีวิตในทัศนะของพุทธศาสนา

#### ชีวิตคืออะไร

พุทธศาสนาองสิ่งทั้งหลาย (รวมทั้งชีวิตและสิ่งอื่นๆ) ว่าเป็นสิ่งที่เกิดจากการมีส่วนประกอบต่างๆ มารวมกันเข้า และมีความสัมพันธ์แบบอิงอาศัยซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องและความอิงอาศัยกันนี้นับว่าเป็นคุณสมบัติสำคัญ เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่และดำเนินไปได้ หมายความว่า ถ้าจะให้ชีวิตเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และดำเนินต่อไปได้ ส่วนประกอบต่างๆ เหล่านั้นจะต้องไม่ใช่สักแต่ว่ามา “กองรวม” กันอยู่ โดยไม่มีความเกี่ยวเนื่องแบบอิงอาศัยกันเท่านั้น แต่ต้องมีความเชื่อมโยงและถ้อยที่ถ้อยอาศัยกันและกันอย่างเหมาะสมด้วย

โดยเหตุที่ชีวิตเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และดำเนินไปได้ เพราะอาศัยการประกอบกันเข้าของส่วนต่างๆ ดังกล่าวมา พุทธศาสนาจึงถือว่า ตัวตนที่แท้จริง ของสิ่งที่เรียกว่าชีวิตนั้น “ไม่มี” เพราะ *ประการแรก* ตัวสิ่งที่ถือว่าเป็นชีวิตนั้น มาจากการรวมกันของส่วนประกอบต่างๆ และ *ประการที่สอง* แม้ส่วนประกอบต่างๆ ที่มารวมกันเข้าเป็นชีวิตนั่นเอง แต่แต่ละส่วนก็เป็นผลมาจากการมีส่วนประกอบอื่นๆ มารวมกันเข้าเช่นเดียวกัน ดังนั้น สิ่งที่เราเรียกว่า ส่วนประกอบแต่ละส่วนนั้น แท้จริงแล้วก็ไม่ได้มีตัวตนของมันจริงๆ เป็นแต่เพียงการประกอบกันเข้าอย่างเหมาะสมของส่วนต่างๆ เท่านั้น

ถ้าจะอุปมาชีวิตในทัศนะเช่นนี้ ก็คงเหมือนกับสิ่งที่เราเรียกว่า “รถ” ซึ่งเกิดจากการนำเอาส่วนประกอบต่างๆ หลายส่วนมารวมกันเข้า โดยที่แต่ละส่วนมีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน และทำงานสัมพันธ์กันเป็นระบบ การดำรงอยู่ของความเป็น “รถ” และการทำหน้าที่ของมัน ขึ้นอยู่กับส่วนประกอบหรือชิ้นส่วนต่างๆ และขึ้นอยู่กับลักษณะของความสัมพันธ์ต่อกันของส่วนประกอบเหล่านั้นด้วย เมื่อใดที่เราแยกเอาส่วนประกอบทั้งหมดออกจากกัน สิ่งที่เราเรียกว่า “รถ” ก็ไม่มี มีแต่ส่วนประกอบแต่ละส่วนเท่านั้น ซึ่งก็ไม่ใช่ “รถ” และส่วนประกอบแต่ละส่วนนั้นเล่าก็มีส่วนประกอบย่อยของมันอีก

---

<sup>1</sup> รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

### ส่วนประกอบสำคัญของชีวิต

ในทัศนะของพุทธศาสนา สิ่งที่เราเรียกว่า “ชีวิต” มีองค์ประกอบใหญ่ ๒ ส่วน คือ ส่วนที่เป็นรูปธรรม กับส่วนที่เป็นนามธรรม อย่างที่เราเข้าใจกันทั่วไปว่า เป็นเรื่องของกายกับเรื่องของจิต องค์ประกอบใหญ่ทั้งสองส่วนนี้ รวมอยู่ในสิ่งที่เรียกว่า **ขันธ ๕** (The Five Aggregates) ซึ่งประกอบด้วย **รูป เวทนา สัญญา สังขาร และ วิญญาณ**<sup>2</sup>

ความหมายของส่วนทั้ง ๕ ตามแนวที่พระธรรมปิฎก (ปัจจุบันคือ พระพรหมคุณาภรณ์) ให้ไว้ในหนังสือ *พุทธธรรม* (ฉบับดั้งเดิม, ๒๕๔๔) มีดังนี้

**รูป (Corporeality)** คือ ส่วนประกอบที่เป็นด้านกายภาพหรือด้านรูปธรรมทั้งหมด โดยสรุปก็คือ ร่างกาย (เนื้อหนังมังสา) และพฤติกรรมทั้งหมดของร่างกาย หรือจะกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า คือ ส่วนที่เป็นสสารและพลังงานฝ่ายวัตถุ พร้อมทั้งคุณสมบัติและพฤติกรรมต่างๆ ของสสารและพลังงานเหล่านั้น

**เวทนา (Feeling)** คือ ส่วนที่เป็นความรู้สึก ซึ่งเกิดจากการได้สัมผัสผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง ๕ และทางใจ ความรู้สึกนั้นอาจมีหลากหลาย เช่น ความรู้สึกร้อน หนาว อบอุ่น เจ็บปวด ผ่อนคลาย ฯลฯ กล่าวรวมๆ ได้ว่า เป็นความรู้สึกสุข ทุกข์ หรือเฉยๆ คือ ไม่สุข ไม่ทุกข์

**สัญญา (Perception)** คือ การกำหนดรู้ การจำได้ และการแยกแยะความแตกต่างของสิ่งที่รับเข้ามาทางประสาทสัมผัสต่างๆ ได้ เป็นอาการที่ใจรับรู้และสามารถบอกได้ว่าสิ่งนั้นๆ เป็นอะไร อันเป็นเหตุให้จำสิ่งนั้นๆ ได้ เช่น จำรูปร่าง สี เสียง กลิ่น รส สัมผัส และอาการต่างๆ ได้

**สังขาร (Mental Formation)** คำว่า สังขาร ในกรณีนี้ไม่ได้หมายถึงเรื่องของร่างกายที่เป็นเนื้อหนัง คือ ไม่ใช่ส่วนที่เป็นรูปธรรมหรือกายภาพ อย่างที่เราเข้าใจกันทั่วไป แต่เป็นเรื่องของจิตหรือเกี่ยวกับจิตมากกว่า ความหมายในที่นี้จึงหมายถึง “สภาพที่ปรุงแต่งจิต” ให้มีลักษณะต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นฝ่ายดี ฝ่ายชั่ว หรือเป็นกลางๆ (ไม่ดี ไม่ชั่ว) ก็ได้ ทั้งนี้ โดยมี *เจตนา* เป็นตัวนำ กล่าวอย่างง่ายๆ สังขารนี้คือ ความนึกคิด ซึ่งอาจจะเป็นด้านดี ไม่ดี หรือเป็นกลางๆ ก็ได้

**วิญญาณ (Consciousness)** ในที่นี้ก็ไม่ใช่อย่างเดียวกับสิ่งที่คนเชื่อกันทั่วไปว่า เป็นสิ่งที่มีอยู่ในตัวคนเมื่อยังมีชีวิต และเมื่อตายแล้วก็ล่องลอยไปในภพภูมิต่างๆ แต่วิญญาณในที่นี้ หมายถึง *การรับรู้อารมณ์ (object)* โดยผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง ๕ และทางใจ คือ รู้โดยผ่านทาง การเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การได้ลิ้มรส การรับสัมผัสทางกาย และการรู้อารมณ์ทางใจ

จะสังเกตว่า ในส่วนประกอบทั้ง ๕ ที่กล่าวข้างต้นนั้น ส่วนที่เป็นรูปธรรมหรือกายภาพ มีอยู่เฉพาะในขันธ ๕ ข้อที่ ๑ (*รูป*) เพียงข้อเดียวเท่านั้น ที่เหลืออีก ๔ ข้อ คือ *เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ* นั้น เป็นส่วนที่เราอาจนิยามว่าเป็นนามธรรม

ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น *ขันธ* หรือส่วนประกอบแต่ละส่วน ก็มีส่วประกอบย่อยของมันอีก จำนวนมากบ้าง น้อยบ้าง ตามลักษณะของ *ขันธ* ข้อนั้นๆ ตัวอย่างเช่น *รูป* หรือส่วนประกอบที่จัดว่าเป็นส่วนกายภาพนั้น มีส่วนประกอบย่อยลงไปอีกถึง ๒๔ อย่าง ในจำนวนนี้ ส่วนประกอบที่เราคุ้นเคยกันโดยมากคือ เรื่องของธาตุทั้ง ๔ (ดิน น้ำ ลม ไฟ ซึ่งเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “*มหาภูตรูป*”) อันได้แก่ *ปฐวีธาตุ* (ธาตุดิน, solid element) คือ บรรดาสิ่งที่มีสภาพเป็นของแข็ง กินเนื้อที่ *อาโปธาตุ* (ธาตุน้ำ, fluid element) คือ ของเหลวหรือสภาวะที่ดูดซึม *เตโชธาตุ* (ธาตุไฟ, element of heat or radiation) คือ อุณหภูมิหรือสภาวะที่แผ่ความร้อน และ *วาโยธาตุ* (ธาตุลม, element of vibration) คือ สภาวะที่เคลื่อนไหว (พระธรรม

<sup>2</sup> ชื่อเหล่านี้ แม้จะไม่ใช้คำแปลใหม่ในภาษาไทย แต่ก็โปรดเข้าใจว่า โดยมากความหมายที่ใช้ในทางพุทธศาสนาไม่ใช่อย่างเดียวกับที่เราเข้าใจกันทั่วไปเสียทีเดียว

ปิฎก, ๒๕๔๖: ๙๓) ส่วนประกอบย่อยอื่นๆ มีอยู่อีกมากมาย จะไม่นำมากล่าวในที่นี้ เพราะเห็นว่าเป็นรายละเอียดที่เกินกว่าวัตถุประสงค์ของบทความนี้<sup>3</sup>

ชีวิตที่ประกอบด้วยชั้น ๕ นี้ เป็นชีวิตในระดับที่คนทั่วไปมักไม่ได้สังเกตเห็น หรือไม่ได้ตระหนัก เพราะการดำเนินไปและการทำหน้าที่ของส่วนประกอบแต่ละส่วน เป็นกระบวนการที่ละเอียดอ่อน สังเกตรู้ได้ยาก แม้การทำหน้าที่ของส่วนที่เป็นรูปธรรม เช่น การทำงานของอวัยวะภายในบางส่วน เราแทบไม่สามารถสังเกตได้เลย เพราะทุกอย่างดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติ ต่อเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับอวัยวะส่วนนั้นๆ เราจึงจะสามารถสังเกตได้ หรือใส่ใจอยากจะทำหน้าที่ของส่วนที่เป็นนามธรรมก็ได้

อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปเราไม่ได้เข้าใจหรือมองเห็นชีวิตในความหมายที่ว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่จากการประกอบกันเข้าของส่วนต่างๆ ดังกล่าวมานี้ แต่เข้าใจหรือมองเห็นชีวิตเฉพาะในความหมายด้านปฏิบัติมากกว่า คือ ส่วนใหญ่เรารู้ชีวิตหรือตระหนักในการมีอยู่ของชีวิตเมื่อได้สัมผัสกับโลกภายนอกมากกว่า ชีวิตของคนเราสัมพันธ์กับโลกภายนอกโดยผ่านระบบ ๒ ระบบ คือ ระบบที่เป็นประตูแห่งการรับรู้ และ ระบบที่เป็นประตูแห่งการแสดงออก

ระบบแรก (ระบบการรับรู้) ประกอบด้วยช่องทางการรับรู้ ๖ ช่องทาง (เรียกว่า "ทวารทั้งหก" ก็ได้) คือ ตา เป็นช่องสำหรับรับรู้รูปหรือสี และทวารตรวงของวัตถุสิ่งของต่างๆ หู รับรู้เสียง จมูก รับรู้กลิ่น ลิ้น รับรู้รส กาย รับรู้การสัมผัส และ ใจ รับรู้อารมณ์ต่างๆ ช่องทางทั้งหมดนี้ พุทธศาสนาเรียกว่า "อายตนะ" แปลว่า "ช่องทางเชื่อมต่อให้เกิดความรู้หรือการรับรู้"

ระบบที่สอง (ระบบการแสดงออก) นั้น ประกอบด้วยช่องทางหลัก ๓ ช่องทาง คือกาย วาจา และ ใจ รูปแบบของการแสดงออกที่เราคุ้นเคยกันดีโดยผ่านช่องทางทั้งสามนี้ คือ การทำ การพูด และการคิด หรือกายกรรม วาจากรรม และ มโนกรรม นั่นเอง

ถ้าพิจารณาให้ดีจะเห็นว่า ทั้งช่องทางการรับรู้และช่องทางการแสดงออก ต่างก็ขึ้นอยู่กับชั้น ๕ เพราะถ้าไม่มีการรวมกันเข้าของชั้น ๕ (นั่นคือไม่มีชีวิต) ช่องทางเหล่านี้ก็ไม่มีได้

ชีวิตในส่วนที่เกี่ยวกับการสัมผัสกับโลกภายนอก โดยการรับรู้และการแสดงออก ผ่านช่องทางต่างๆ ดังกล่าวมานี้ คือ ชีวิตที่คนทั่วไปตระหนักรู้ ทั้งนี้เพราะ วันหนึ่งๆ ตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนหลับไปในตอนกลางคืน สิ่งที่เราประจักษ์แก่ตัวเรา มีแต่เรื่องที่เราสัมผัสกับโลกภายนอกด้วยการรับเข้ามา หรือมิฉะนั้นก็แสดงออกไป โดยผ่านทางช่องทางต่างๆ ทั้งนี้จนดูเหมือนว่าส่วนที่สัมผัสกับโลกภายนอกนี้ คือส่วนที่เป็นชีวิตจริงและสำคัญที่สุด แต่แท้จริงแล้วนี่เป็นเพียงส่วนเดียวเท่านั้น

ควรกล่าวตรงกันว่า ความรู้สึกว่ามีตัวตน ความรู้สึกว่าเป็นเรา เป็นตน เกิดขึ้นได้จากการที่ชั้น ๕ (ชีวิต) มีการติดต่อกับโลกภายนอกเป็นสำคัญ กล่าวคือ เมื่อมีการรับรู้สิ่งต่างๆ ผ่านช่องทาง (อายตนะ, ทวาร) ทั้ง 6 ดังกล่าวมา เราย่อมเกิดความรู้สึก หรือมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเหล่านั้น เช่น เกิดความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ รัก โกรธ สุข ทุกข์ ฯลฯ ขึ้นอยู่กับลักษณะการรับอารมณ์ในขณะที่เกิดการสัมผัสกับสิ่งนั้นๆ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นจะก่อให้เกิดความอยาก (ตัณหา) ในลักษณะต่างๆ ตามมา คือ อยากได้ อยากมี อยากเป็น ในสิ่งที่ตัวเองยังไม่ได้ยังไม่มีหรือยังไม่เป็น (กามตัณหา) เมื่อได้ หรือมี หรือเป็นสมใจแล้วก็อยากให้สิ่งที่ตัวเองได้ มี และเป็นนั้นคงอยู่นานๆ (ภวตัณหา) หรือมิฉะนั้นก็อยากให้ตัวเองพ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (วิภวตัณหา) (พระธรรมปิฎก, ๒๕๔๖; ศ. เสฐียรพงษ์ วรรณปก, ติดต่อส่วนตัว ๑๑ เมษายน ๒๕๔๙) เมื่อได้สิ่งที่ชอบ สิ่งที่ทำให้เป็นสุข ความรู้สึกก็จะพัฒนาไปเป็นความยึดมั่นถือมั่น อยากครอบครองสิ่ง

<sup>3</sup> ชีวิตในส่วนที่เป็นชั้น ๕ นี้ ถ้าว่าตามหลักวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ก็คงจะได้แก่บรรดาส่วนที่เป็นชีวเคมี และส่วนที่จิต ซึ่งทั้งหมดประกอบกันเป็นระบบอันละเอียดอ่อนและซับซ้อน

นั้นๆ (นั่นคือเกิด อุปาทาน) ในขั้นนี้ขั้น ๕ (ชีวิต) ก็กลายเป็นขั้น ๕ ที่ประกอบด้วยอุปาทาน (อุปาทานขั้น) ไม่ใช่ขั้น ๕ บริสุทธิ์อีกต่อไป และนี่คือชีวิตของปุถุชนอย่างเราๆ ท่านๆ ทั่วไป

ข้อเท็จจริงของชีวิตก็คือ เป็นไปไม่ได้ที่จะไม่เข้าไปสัมพันธ์กับโลกภายนอกเลย เมื่อมีการเกี่ยวข้องกับโลกภายนอก ก็มักจะมีเรื่องของตัณหาและอุปาทานตามมา ก็อะไรล่ะ ที่จะทำให้ชีวิตไม่ตกอยู่ในกระแสแห่งตัณหาและอุปาทานซึ่งเป็นที่มาแห่งทุกข์? ในเรื่องนี้พุทธศาสนาชี้ทางว่า ควรฝึก “มองสิ่งทั้งหลายตามภาวะล้วนๆ ของมัน หรือตามสภาพวิสัย (objective) คือ มองเห็นสิ่งทั้งหลาย “ตามที่มันเป็น” ไม่เอาตัณหาอุปาทานเข้าไปจับ อันเป็นเหตุให้มองเห็นตามที่อยากหรือไม่อยากให้มันเป็น อย่างที่เรียกว่าสทวิสัย (subjective)” (พระธรรมปิฎก, ๒๕๔๔: ๒๕)

ที่กล่าวมาทั้งหมดในส่วนนี้ มีสาระสำคัญเพียงประเด็นเดียว นั่นคือ ชีวิตในทัศนะของพุทธศาสนา เป็นผลของการที่ส่วนประกอบห้าส่วน (ขั้น ๕) มารวมกันเข้า โดยมีความสัมพันธ์แบบอิงอาศัยกันอย่างสอดประสาน ส่วนประกอบทั้งห้านี้ มีทั้งส่วนที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ชีวิตในความหมายนี้อาจกล่าวว่า เป็นชีวิตบริสุทธิ์ คือ ยังไม่มีเรื่องอื่นจากภายนอก หรือแม้แต่เรื่องของความรู้สึกว่าเป็นตัวเรา เข้ามาเกี่ยวข้อง

แต่ชีวิตในมุมมองนี้ ไม่ใช่ชีวิตที่คนส่วนมากเข้าใจกัน คนส่วนมากเข้าใจชีวิตหรือมองเห็นชีวิตในด้านที่เข้าไปสัมพันธ์กับโลกภายนอก โดยผ่านช่องทางแห่งการรับรู้ และช่องทางแห่งการแสดงออกหลายช่องทาง ดังได้กล่าวมาแล้ว

### ชีวิตเป็นอย่างไร

ทัศนะที่ถือว่า ชีวิตเป็นผลมาจากการมีส่วนต่างๆ มาประกอบกันเข้า และแต่ละส่วนก็มีส่วนประกอบย่อยของตนอีกมากมายนั้น สะท้อนแนวคิดสำคัญของพุทธศาสนาที่เกี่ยวกับโลกและชีวิตว่า สิ่งทั้งหลายที่เราบัญญัติเรียกว่า คน สัตว์ สิ่งของต่างๆ นั้น ไม่ได้มีอยู่ เป็นอยู่ โดยตัวของมันเอง แต่ มีอยู่ เป็นอยู่ เพราะมีปัจจัยต่างๆ มาประกอบกันเข้า หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ มีอยู่เป็นอยู่ โดยอิงอาศัยสิ่งอื่น ไม่ใช่ด้วยตัวของมันเอง ข้อนี้แปลต่อไปได้ว่า สิ่งทั้งหลายนั้น เป็นทั้งผลที่เกิดมาจากสิ่งอื่น และในขณะที่เดียวกันตัวมันเองก็เป็นเหตุปัจจัยของสิ่งอื่นด้วย เพราะมีสภาพเช่นนี้เอง สิ่งทั้งหลาย ไม่ว่าจะคน สัตว์ หรือสิ่งของ ล้วนไม่มีตัวตนของมันอย่างเป็นอิสระ นี่เป็นสัจธรรมหรือเป็นกฎสากลที่เป็นจริงกับทุกสิ่งในโลกนี้

ทัศนะที่ว่า การมีอยู่เป็นอยู่ของสิ่งทั้งหลาย เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องแบบอิงอาศัยกันเช่นนี้ ตรงกับหลักธรรมในพุทธศาสนา เรื่อง *ปัจจุสมุปบาท*<sup>4</sup> (The Dependent Origination) ซึ่งว่าด้วย การเกิดการดับของสิ่งทั้งหลาย ว่ามีปัจจัยเป็นเหตุ ทำนองว่า “เพราะมีสิ่งนี้ สิ่งนี้จึงเกิดขึ้น และเพราะสิ่งนี้ไม่มี สิ่งนี้จึงดับไป” ความหมายเดียวกันนี้จะกล่าวเสียใหม่ในทางกลับกันก็ได้ว่า “การที่สิ่งนี้เกิดก็เพราะมีสิ่งนี้ และการที่สิ่งนี้ดับไปก็เพราะไม่มีสิ่งนี้” สิ่งนี้ ตัวแรกนั้น ถ้ากล่าวแบบวิทยาศาสตร์ก็คือ อะไรก็ได้ที่เป็นเหตุเป็นปัจจัยให้สิ่งอื่นเกิดขึ้น หรือมีอยู่เป็นอยู่ได้ นั่นเอง

กล่าวในแง่ของชีวิต การที่ชีวิตเกิดขึ้นและดำรงอยู่ ก็เพราะอาศัยปัจจัยต่างๆ ที่เหมาะสมมารวมกัน ปัจจัยเหล่านั้น มีทั้งที่เป็นปัจจัยภายใน (ทั้งรูปธรรมและนามธรรม) และปัจจัยภายนอก (คือเรื่องของ รูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส และอารมณ์ที่เกิดในใจ)

ในทางปฏิบัติทัศนะเช่นนี้ของพุทธศาสนาเป็นการปฏิเสธความเชื่อที่ว่า ชีวิตเป็นสิ่งที่ถูกสร้างโดยอำนาจเหนือธรรมชาติ ในทัศนะของพุทธศาสนา ชีวิตไม่ได้ถูกสร้างแบบนั้น แต่ชีวิตเกิดมาจากการมีปัจจัยหลายอย่างประกอบกันเข้า

<sup>4</sup> ในคำสอนของท่าน พุทธทาสภิกขุ ท่านมักใช้คำว่า *อิทัปปัจจยตา* (Conditionality) ซึ่งเป็นชื่อหนึ่งของ *ปัจจุสมุปบาท* โดยรูปคำ *ปัจจุสมุปบาท* แปลว่า “การประชุมปัจจัยของสิ่งเหล่านี้” ส่วน *อิทัปปัจจยตา* แปลว่า “ภาวะที่มีอันนี้ เป็นปัจจัย”

อย่างเหมาะสม ไม่มีอำนาจเหนือธรรมชาติที่มาสร้างชีวิต ไม่ว่าจะเรียกอำนาจนั้นว่า พระผู้เป็นเจ้า พระพรหม หรือเรียกชื่อเป็น อย่างอื่นก็ตาม

นอกจากอิงอาศัยสิ่งอื่นและไม่มีตัวตนเป็นอิสระแล้ว สิ่งทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นคน สัตว์ หรือสิ่งของก็ตาม ยังมีอยู่ เป็นอยู่ ในรูปของ กระแส นั่นคือทุกสิ่งทุกอย่างล้วนดำรงอยู่ หรือเป็นไป ในรูปของกระบวนการ ที่มี การเกิด และ การดับ สลับกันไปอย่างต่อเนื่องไม่ขาดสาย การเกิดดับของส่วนประกอบทั้งห้าของชีวิต (ขันธ ๕) นั้นก็เช่นเดียวกัน แต่นี้เป็น กระบวนการที่ละเอียด ยากที่จะสังเกตได้ทันในแต่ละขณะ จึงดูเหมือนว่าชีวิตในแต่ละขณะนั้น เป็นสภาพที่คงที่ ไม่เปลี่ยนแปลง แต่ความจริงแล้ว นี่คือการเกิดการเกิดดับที่สลับกันไปไม่ขาดสาย

ผู้รูปร่างท่านอุปมากระบวนการเกิด-ดับ สลับกันไปเช่นนี้ในชีวิตว่า เหมือนกับกระบวนการลุกไหม้ของตะเกียง แสง ตะเกียงที่เรามองเห็นลูกสว่าง(เสมือนว่า)คงที่อยู่ นั้น เป็นผลมาจากปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน กล่าวคือ ในตัวมันเองก็มี น้ำมันและไส้ตะเกียง นอกตัวมันออกไปก็มีเรื่องของก๊าซออกซิเจน และประกายไฟที่มาจุดให้ติด เปลวไฟที่ติดและลุกไหม้ อยู่ นั้น ปรากฏให้เห็นเสมือนว่าเป็นสิ่งที่คงที่ แต่ที่จริง ในเปลวไฟของตะเกียงนั้น มีการ เกิดดับ เกิดดับ เกิดดับ...ของไฟที่ ไหม้ออกของน้ำมันและไส้ตะเกียงแต่ละอนุ สลับและต่อเนื่องกันไป ตราบเท่าที่น้ำมันและไส้ตะเกียงนั้นยังมีอยู่ เมื่อไฟไหม้ ที่อนุหนึ่งก็จะเกิดเปลวไฟสว่างอยู่ (ช่วงนี้นับเป็นการเกิดขึ้น และดำรงอยู่) แต่เมื่ออนุนั้นถูกไฟไหม้หมด แสงสว่างจากการ ไหม้ออกนั้นก็หมดไป (ช่วงนี้เป็นการดับ) ถ้าน้ำมันและไส้ตะเกียงยังไม่หมด (ยังคงมีเหตุปัจจัยอยู่) ก็จะมีเชื้อใหม่ถูกไหม้ ต่อไปอีก โดยนัยนี้ กระบวนการ เกิดดับ เกิดดับ เกิดดับ... ก็จะต่อเนื่องกันไป กระบวนการนี้เป็นไปไม่ขาดสายและรวดเร็ว จนยากที่จะสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงในรูปของการเกิด-ดับที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะได้ ภาพที่เราเห็นจึงเป็นอะไรที่คงที่ อย่างน้อยก็ชั่วเวลาหนึ่ง

การดำรงอยู่ของชีวิตที่เราเห็นก็เป็นเช่นเดียวกัน

### ชีวิตเป็นเช่นนี้

สภาวะที่มีความเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ ทำให้สิ่งทั้งหลายมีธรรมชาติไม่เที่ยงแท้ ความไม่เที่ยงแท่นั้น นำไปสู่สภาพที่ ขัดแย้ง กัดดัน หรือบีบคั้นในตัวเอง สภาพเช่นนี้ สำหรับชีวิตถือว่าเป็นสภาพที่ทนได้ยาก หรือเป็นสิ่งที่พุทธศาสนาเรียกว่า “ทุกข์” นี่นับว่าเป็นกฎธรรมชาติที่เป็นสากล

ลักษณะสำคัญของกฎธรรมชาติที่กล่าวมาข้างต้นก็คือ (๑) ความเปลี่ยนแปลง (๒) ความขัดแย้งอันก่อให้เกิด สภาพที่ทนได้ยาก และ (๓) ความปราศจากตัวตนอย่างอิสระ พุทธศาสนาเรียกสิ่งนี้ว่า สามัญลักษณะ (The Common Characteristics) สิ่งทั้งหลายรวมทั้งชีวิตมนุษย์และตกอยู่ภายใต้กฎธรรมชาตินี้ ไม่มีข้อยกเว้น ชาวพุทธรู้จักกฎธรรมชาติ อันนี้ว่า เป็นกฎแห่ง อนิจจัง ทุกขัง และ อนัตตา แต่ในคัมภีร์พุทธศาสนา ท่านเรียกว่า อนิจจตา ทุกขตา และ อนัตตตา บางที่เราอ้างถึงลักษณะทั้ง ๓ ประการนี้ว่า ไตรลักษณ์ คือลักษณะ หรือสภาพ ที่สิ่งทั้งหลายมีเหมือนๆ กัน พระธรรมปิฎก (๒๕๔๔ : ๖๐) ให้ความหมายของลักษณะทั้ง ๓ นี้ ไว้ดังนี้:

**อนิจจตา** (Impermanence) คือ ความไม่เที่ยง ความไม่คงที่ ความไม่คงตัว ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อมสลายไป

**ทุกขตา** (Conflict) ความเป็นทุกข์ คือภาวะที่ถูกบีบคั้นด้วยการเกิดขึ้นแล้วสลายไป ภาวะที่กัดดัน ผืนและขัดแย้งอยู่ในตัว อันเนื่องจากการที่ปัจจัยที่ปรุงแต่งให้มีสภาพอย่างนั้นเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถให้คงอยู่ในสภาพเดิมได้

**อนัตตตา** (Soullessness หรือ Non-Self) ความเป็นอนัตตา คือความไม่ใช่ตัวตน ความไม่ใช่ตัวตนแท้จริง ที่จะสั่งบังคับให้เป็นไปตามที่ต้องการได้

ที่กล่าวมานี้ ถ้าถามว่า “ชีวิต” ในทัศนะของพุทธศาสนาเป็นอย่างไร ก็ตอบสั้นๆ ได้ว่า ชีวิต เป็นสิ่งที่เกิดจากเหตุ ปัจจัยอื่นมาประกอบกันเข้า ไม่มีตัวตนที่เป็นอิสระ ดำเนินไปในลักษณะของกระแสการเปลี่ยนแปลง อันมีการเกิดดับ



สลับกันไปเป็นลักษณะสำคัญ ด้วยสภาพที่อิงอาศัยปัจจัยอื่น และด้วยลักษณะที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ชีวิตจึงมีสภาพที่ขัดแย้ง กัดกัด และทนได้ยาก กฎธรรมชาติของชีวิต จึงเป็นกฎแห่งความไม่มีตัวตน ไม่เที่ยงแท้ และเป็นทุกข์

เพื่อเป็นการสนับสนุนสิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดในหัวข้อนี้ ขอยกเอาข้อความบางส่วนจากพระไตรปิฎกมาแสดง ในคัมภีร์สังยุตตนิกาย ชันทวารวรรค (พระไตรปิฎกฉบับภาษาบาลี เล่มที่ ๑๗ ข้อ ๑๒๗-๑๒๙ หน้า ๘๒-๘๔) พระพุทธเจ้าทรงแสดงสามัญญลักษณะของขันธ ๕ (คือชีวิต) แก่ภิกษุสาวกด้วยการสนทนา ความตอนหนึ่งว่า:

ภิกษุทั้งหลาย เธอทั้งหลายมีความเห็นเป็นไฉน? รูป เที่ยงหรือไม่เที่ยง?

“ไม่เที่ยง พระเจ้าข้า”

ก็สิ่งใดไม่เที่ยง สิ่งนั้นเป็นทุกข์หรือเป็นสุข?

“เป็นทุกข์ พระเจ้าข้า”

ก็สิ่งใดไม่เที่ยง เป็นทุกข์ มีความแปรปรวนไปเป็นธรรมดา ควรหรือที่จะเฝ้าเห็นสิ่งนั้นว่า นั่นของเรา เราเป็นนั่น นั่นเป็นตัวตนของเรา?

“ไม่ควรเห็นอย่างนั้น พระเจ้าข้า”

(ตรัสถามเช่นนี้ทีละอย่างๆ จนถึงขันธ ๕ ข้อสุดท้าย คือ วิญญาณ แล้วทรงสรุปว่า)

ภิกษุทั้งหลาย เพราะเหตุนั้นแล รูป... เวทนา...สัญญา...สังขาร...วิญญาณ อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งที่บีบอดีต อนาคต และปัจจุบัน ทั้งภายในและภายนอก หยาบหรือละเอียด เลวหรือประณีต ทั้งที่ไกลและที่ใกล้ ทั้งหมดนั้น เธอทั้งหลายพึงเห็นด้วยปัญญาอันถูกต้องตามที่มันเป็นว่า “นั่นไม่ใช่ของเรา เราไม่ใช่ นั่นไม่ใช่ตัวตนของเรา”

(ข้อความจากพระไตรปิฎกที่ยกมาข้างต้น คัดมาจากการแปลถอดความโดย พระธรรมปิฎก,

๒๕๔๔: ๖๒)

### ความตายในทัศนะของพุทธศาสนา

ถ้าเข้าใจชีวิตในทัศนะของพุทธศาสนาดังที่กล่าวมาข้างต้น เรื่องความตายก็เป็นสิ่งที่เข้าใจได้ไม่ยาก โดยเฉพาะความตายในความหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิต แต่ก็มี ความหมายอื่นของความตายที่ควรทราบด้วยเหมือนกัน ดังนั้น ในที่นี้จะพูดถึงความตาย ๒ ประเภท คือ ความตายของชีวิต หรือตายทางร่างกาย กับความตายโดยที่ยังไม่สิ้นลมหายใจ อาจเรียกว่าเป็นความตายทางจิตใจ ท่านพุทธทาสภิกขุ มักเรียกว่าเป็น *การตายก่อนตาย*

### ความตายในรูปของการเปลี่ยนแปลง

พุทธศาสนาเชื่อว่า ชีวิตมีอยู่ เป็นอยู่ เพราะมีปัจจัยต่างๆ มาประกอบกันอย่างเหมาะสม และปัจจัยสำคัญก็คือ ขันธ ๕ ดังที่ได้แสดงมาแล้ว ตามความเชื่อนี้ ความตายก็เป็นอะไรอื่นไปไม่ได้นอกจากคือความสิ้นไปแห่งปัจจัยเหล่านั้น หรือมิฉะนั้นก็เป็นการประกอบส่วนที่ผิดเพี้ยนไป อันเกิดจากความไม่เที่ยงและความไม่มีตัวตนของปัจจัยเหล่านั้น นี่เป็นหลักกว้างๆ ที่อิงอยู่กับหลักกรรมเรื่อง *ไตรลักษณ์* และหลักกรรมเรื่อง *ปฏิจสมุปบาท* หรือ *อิทัปปัจจยตา* ที่ว่าด้วยความ เป็นเหตุเป็นผลแบบอิงอาศัยกันของสิ่งทั้งหลาย ทำนองว่า เมื่อสิ่งนี้มี สิ่งนี้จึงเกิดขึ้น, เมื่อสิ่งนี้ไม่มี สิ่งนี้จึงดับไป

ความสิ้นไปแห่งเหตุปัจจัยนั้น อาจมองว่าเป็นเพียงมิติหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา แม้ในขณะที่ชีวิตยังมีอยู่ ความเปลี่ยนแปลงนี้ คือกระบวนการที่ทั้งความเกิดและความดับ เกิดต่อเนื่องสลับกันไป มองในแง่นี้ ในชีวิตก็มีทั้งการเกิดการดับอยู่ตลอดเวลา การเกิดและการดับ ในลักษณะเช่นนี้ไม่ได้ทำให้ชีวิตหมดไป คือ ไม่ตาย ในความหมายที่เข้าใจกันทั่วไป แต่ก็แน่นอนว่าย่อมทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปได้ทั้งในด้านรูปธรรมและนามธรรม ดังจะเห็นได้

จากการที่หน้าตาและร่างกายของเราเปลี่ยนไปตามกาลเวลา ถ้าถือว่าเป็นการตาย นี่ก็คือการตายจากสภาวะหนึ่งแล้วไปเกิดในอีกสภาวะหนึ่ง เช่น จากเด็กเล็กเป็นวัยรุ่น เป็นผู้ใหญ่ และเป็นคนชรา เป็นต้น ในความตายแบบนี้เหตุปัจจัยแห่งชีวิตไม่ได้หมด และชีวิตก็ไม่ได้อันตรธานไปจริงๆ เพียงแต่เปลี่ยนแปลงสภาวะไปเท่านั้น

แต่ถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงชนิดที่ทำให้สิ่งที่เป็นเหตุปัจจัยของชีวิตหมดไป ก็ถือว่าเป็นความตาย ตามหลักความเชื่อในพุทธศาสนา ความเปลี่ยนแปลงของเหตุปัจจัยที่ทำให้ชีวิตหมดไป (คือตาย) อาจเกิดได้ในกรณีต่อไปนี้ (พระมหาบุญมี มาลาวิชโร, ๒๕๔๗; พระครูชฎิล เมธังกูโร, ๒๕๔๔)

๑. **สิ้นอายุขัย (อายุขัยมรณะ)** คือ ตายเพราะสิ้นอายุ ซึ่งเป็นไปตามกฎธรรมชาติของสรรพสิ่งที่เกิดมา กล่าวคือ ทุกสิ่งตกอยู่ในกฎแห่งการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และดับไป ชีวิตของมนุษย์ที่เกิดมานั้น แม้จะไม่มีโรคภัยหรือเหตุอื่นให้เสียชีวิตไปก่อนวัยอันควร ก็ดำรงอยู่ได้ชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ถ้าจะเปรียบก็คงจะเหมือนชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ชิ้นหนึ่ง ซึ่งมีอายุการใช้งานจำกัดอยู่ระยะหนึ่ง เมื่อพ้นจากนั้นไป ชิ้นส่วนนั้นก็หมดสภาพ คือไม่สามารถทำหน้าที่ของมันได้ต่อไป ชีวิตของคนเราก็คคล้ายกัน นั่นคือมีอายุขัยที่จำกัด นอกจากนี้ อายุขัยของคนเรายังไม่เท่ากัน และเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย<sup>5</sup> ขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยที่สนับสนุนและเอื้ออำนวยหลายด้าน เช่น ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และรูปแบบตลอดจนพฤติกรรมกรรมการดำรงชีวิต เป็นต้น

การตายเพราะสิ้นอายุขัยนั้น อาจเปรียบได้กับตะเกียงที่ไส้หมด แม้น้ำมันจะยังเหลืออยู่ แต่ก็ไม่สามารถจะให้เปลวไฟที่มีแสงสว่างต่อไปได้

๒. **สิ้นกรรม (กัมมัทธานุชาตมรณะ)** คือ ตายเพราะสิ้นกรรม กรรมนั้นคือการกระทำซึ่งมีผลสืบเนื่องตามมา (consequences) อาจเป็นกรรมที่ทำในอดีต ซึ่งอาจไกลออกไปจนถึงในอดีตชาติ หรืออาจเป็นกรรมที่ทำในปัจจุบัน เช่น การดูแลอนามัยเป็นต้น และอาจเป็น *กุศลกรรม* หรือ *อกุศลกรรม* ก็ได้ ขึ้นอยู่กับว่าการกระทำที่ได้ทำลงไปนั้นเป็นฝ่ายดีหรือไม่ดี กรรมที่ทำไว้นั้นมีหน้าที่ช่วยสนับสนุนรูปและนาม (ชีวิต) ในภพที่เราเกิดมา เมื่อผลกรรมสิ้นไป ชีวิตก็สิ้นไป เปรียบเหมือนตะเกียงที่น้ำมันหมด แม้ไส้ตะเกียงจะยังเหลืออยู่ เปลวไฟและแสงสว่างก็หมดไป

๓. **สิ้นทั้งอายุและกรรม (อุภยัทธานุชาตมรณะ)** คือ ทั้งอายุขัยและกรรม สิ้นไปในเวลาเดียวกัน การตายในกรณีเช่นนี้จะเห็นได้เช่น การตายของผู้สูงอายุที่แก่หง่อม รูปและนาม (ร่างกายและจิตใจ) หมดสภาพ อีกทั้งกรรม คือ การกระทำที่จะเป็นแรงสนับสนุนให้รูปและนามทำหน้าที่ของมัน ก็หมดไป เปรียบเหมือนตะเกียงที่ทั้งน้ำมันและไส้หมดไปด้วยกัน

๔. **มีเหตุหรือกรรมอย่างอื่นมาตัดรอน (อุปัจเจกมรณะ)** ทำให้ชีวิตสิ้นไปกะทันหัน ทั้งที่หน้าจะอยู่ต่อไปได้ ในกรณีนี้ ทั้งอายุและกรรมยังไม่หมด แต่เกิดเหตุทำให้เสียชีวิตกะทันหัน เช่น การตายด้วยอุบัติเหตุ หรือโรคระบาดเฉียบพลันร้ายแรง ท่านเปรียบเทียบการตายในกรณีเช่นนี้เหมือนกับตะเกียงที่ทั้งน้ำมันและไส้ยังคงมีอยู่ แต่ไฟดับไปเพราะเหตุอื่น เช่น มีลมพัดมาแรง (เหตุภายนอก) จนทำให้เปลวไฟดับไป เป็นต้น

ไม่ว่าความตายจะเกิดขึ้นในกรณีใด สิ่งที่เหมาะสมกันก็คือ ในทุกกรณีล้วนมีเหตุปัจจัยที่สามารถอธิบายได้ และความตายในทุกกรณีเป็นเรื่องความเปลี่ยนแปลง

### ความตายกับเรื่องของชาติหน้า

เรื่องความตายกับชาติหน้า เป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจของคนจำนวนมาก และเป็นข้อกังวൽที่คนทั่วไปติดใจ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าพุทธศาสนาจะไม่ได้ปฏิเสธเรื่องของชาติหน้า และเรื่องการตายแล้วเกิด แต่ก็ไม่ได้ให้ความสำคัญแก่เรื่องนี้มากเหมือนกับเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตในโลกนี้ ในหนังสือ *พุทธธรรม* (ฉบับปรับปรุงและขยายความ, ๒๕๒๙:

<sup>5</sup> เช่นในปัจจุบันคนไทยมีอายุขัยโดยเฉลี่ย ๗๐ ปี (๖๘ สำหรับเพศชาย และ ๗๔ ปีสำหรับเพศหญิง)

๑๙๙) อันเป็นงานค้นคว้าหลักคำสอนในพระพุทธศาสนาที่ลุ่มลึกที่สุดเท่าที่มีอยู่ในประเทศไทยปัจจุบัน พระราชมุนี (ปัจจุบันคือ พระพรหมคุณาภรณ์) ผู้รจนา กล่าวไว้ว่า:

“บาลีชั้นเดิม (หมายถึงพระไตรปิฎก – ผู้เขียน) คือพระสูตรทั้งหลาย กล่าวบรรยายเรื่องชาติก่อน ชาติหน้า นรก สวรรค์ วัณฺณน้อย โดยมากท่านเพียงเอ่ยถึงหรือกล่าวถึงเท่านั้น แสดงถึงอัตราส่วนของการให้ความสนใจแก่เรื่องนี้ว่า มีเพียงเล็กน้อย ในเมื่อเทียบกับคำสอนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในโลก หรือข้อปฏิบัติจำพวก ศีล สมาธิ ปัญญา”

หลักฐานในคัมภีร์พุทธศาสนา ไม่ได้ปฏิเสธเรื่องตายแล้วเกิด หรือเรื่องชาติหน้า ดังจะเห็นได้จากคำสอนเรื่อง ปฏิจสุมุบบาท ที่สามารถสรุปเพื่อตอบคำถามนี้ได้ว่า ถ้าตราบใด ที่ยังมีเหตุปัจจัยอยู่ แม้ตายแล้ว ก็ยังเกิดใหม่ได้อีก เหตุปัจจัยของการเกิดใหม่นั้นส่วนหนึ่งเกี่ยวกับเรื่องกรรมและผลของกรรมในรูปแบบต่างๆ (รายละเอียดเรื่องนี้อยู่นอกเหนือวัตถุประสงค์ของบทความนี้ จึงขอเว้นไม่กล่าวถึงในที่นี้)

ประเด็นที่ต้องการเน้นในที่นี้คือ ในทัศนะของพุทธศาสนา การให้ความสนใจในเรื่องของชาติหน้า มีประโยชน์น้อย เพราะถึงคัมภีร์จะกล่าวไว้อย่างไร เรื่องนี้ก็ไม่สามารถพิสูจน์ได้ด้วยประสบการณ์ตรงของใคร เนื่องจากคนที่ประสบกรรมด้วยการตายจริงๆ เขาก็ตายไปแล้ว ไม่สามารถกลับมาบอกเล่าประสบการณ์ของเขาให้คนที่ยังมีชีวิตอยู่รู้ได้ว่าตายไปแล้วเกิดใหม่หรือไม่ สิ่งที่คุณที่ยังมีชีวิตอยู่ทำได้ดีที่สุด ก็แค่เชื่อหรือไม่เชื่อตามที่กล่าวไว้ในคัมภีร์ หรือตามที่คนอื่นชี้แจงไว้เท่านั้น แต่การเชื่อหรือไม่เชื่อ ก็เป็นคนละเรื่องกับความจริง เพราะว่าความเชื่อนั้น ถึงอย่างไรก็เป็นเพียงความเชื่อเท่านั้น ไม่ใช่สิ่งที่จะถือว่าเป็นความจริง ถ้าความจริงปรากฏว่าตายแล้วเกิด ถึงใครจะเชื่อหรือไม่เชื่อ ความจริงอันนี้ก็เป็นความจริงอยู่นั่นเอง

สรุปว่า การตายแล้วเกิดนั้น ถึงแม้จะเป็นไปได้ ก็ไม่ใช่สิ่งที่เราจะสามารถพิสูจน์ในเชิงประจักษ์ได้ในชีวิตนี้ (นอกจากจะทดลองตายดูเอง แต่นั่นก็ยิ่งเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ถึงเป็นไปได้พุทธศาสนาหรือศาสนาไหนๆ ก็ไม่เคยสอนให้ทำ) ต่างจากการทำความดีหรือความชั่วในชาตินี้ ซึ่งเราสามารถทดลองและประจักษ์ผลได้แม้ในชาติปัจจุบัน ดังนั้น การหมกมุ่นครุ่นคิด และมุ่งพิสูจน์ว่าตายแล้วเกิดหรือไม่ จึงเป็นสิ่งที่เปล่าประโยชน์ในทัศนะของพุทธศาสนา เพียงคิดจะทำก็ผิดแล้ว เนื่องจากการตายแล้วเกิด ไม่ใช่สิ่งที่พิสูจน์ได้ด้วยการคิด หรือการหาเหตุผลเชิงตรรกะ หากไปมัวเสียเวลาคิดเพื่อพิสูจน์เรื่องตายแล้วเกิดหรือไม่ ก็จะไม่ต่างอะไรกับการมุ่งใช้ตำรายาเพื่อพิสูจน์กลิ่น หรือใช้เหรียญเพื่อพิสูจน์รส จะทำสักกี่ครั้งก็เปล่าประโยชน์ (พระราชมุนี, ๒๕๒๙)

อย่างไรก็ตาม การเชื่อในเรื่องชาติหน้า หรือเรื่องตายแล้วเกิดนั้น ในตัวของมันเองก็ไม่ใช่สิ่งที่เสียหาย ตราบเท่าที่ความเชื่อนั้นมีผลทำให้เกิดทำที่ละพฤติกรรมที่ถูกต้อง ถ้าเชื่อว่าต้องทำดีในชีวิตนี้เพื่ออันสูงส่งแห่งกรรมจะได้ส่งผลให้เป็นความดี ทั้งแก่ตนและคนอื่น ทั้งในชีวิตนี้และชีวิตในชาติหน้า ก็ยังพอนับได้ว่าถูกต้อง แต่ถ้าหมกมุ่นแต่ในเรื่องของชาติหน้า ถึงขนาดที่ว่าทำดีอะไรขึ้นมาก็มุ่งผลที่จะได้ในชาติหน้าอย่างเดียวนั้น พุทธศาสนาไม่สนับสนุน เพราะนั่นเท่ากับเป็นการมุ่งหากำไร หรือทำดีเพื่อหวังค่ากำไร การทำความดีแบบหวังค่ากำไรนั้น ไม่ว่าจะเพื่อชีวิตในชาตินี้หรือในชาติหน้า ก็ไม่ถูกต้องนั้น

โดยสรุป จะเชื่อว่าตายแล้วเกิด หรือตายแล้วไม่เกิด ก็ไม่สำคัญ ที่สำคัญกว่าก็คือ อย่าให้ความเชื่อเช่นนั้น มาเป็นอุปสรรคต่อการทำชาติปัจจุบันให้ดีที่สุด ในเรื่องนี้ ท่านพุทธทาสภิกขุ กล่าวไว้อย่างแหลมคมและตรงประเด็นว่า:

“...ชาวพุทธเรา เขามัวถามว่า ตายแล้วเกิดใหม่หรือไม่ อะไรไปเกิด ไปเกิดอย่างไร ช่วยบอกที นั่นคือเป็นเรื่องที่ไม่ต้องรู้ เรื่องคนโง่ เรื่องบ้า มันไม่ต้องรู้ รู้แต่ว่าที่นี้จะต้องทำอะไรต่างหากเล่า จะต้องรู้ว่าที่นี้เดี๋ยวนี้จะต้องทำอะไร แล้วทำให้ถูกต้องก็พอแล้ว แล้วมันจะเกิดผลดี มันจะไม่เกิดก็เป็นผลดี มันจะเกิดด้วยอะไรก็ยังไม่เป็นผลดีอยู่ เพราะว่าเราทำถูกต้องที่นี้และเดี๋ยวนี้แล้ว ...ก็

เป็นอันว่าทำให้ถูกต้องที่นี้และเดี๋ยวนี้มันก็เพียงพอ มันจะเกิดหรือไม่เกิดก็ตามใจมันเถอะ มันมีแต่ผลดีทั้งนั้น”

(จากคำบรรยายเรื่อง การบำเพ็ญบารมีที่ถูกแนวทาง ของ พุทธทาสภิกขุ อ้างใน พระคุณฐิติ เมธังกูโร, ๒๕๔๔: ๗)

## ตายก่อนตาย

หัวข้อนี้ก็บอกชัดอยู่แล้วว่า นี่ไม่ใช่การตายเพราะสิ้นชีวิตหรือเพราะหมดลมหายใจ แต่เป็นกลวิธีที่จะดำเนินชีวิตอย่างไม่ต้องให้ความตายมาเป็นปัญหาบารกวน ไม่ต้องหวาดกลัวความตาย และเป็นการทำให้ชีวิตที่ยังไม่ตายนั้น เป็นชีวิตที่มีคุณค่า สามารถเข้าถึงแก่นของการมีชีวิตอย่างแท้จริง ท่านพุทธทาสภิกขุ ใช้คำนี้ในการสอนธรรมของท่าน แต่ท่านได้เริ่มใช้มาตั้งแต่เมื่อไรนั้น ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจน

การตายก่อนตาย มีความหมาย ๒ อย่าง คือ หมายถึงการตายจากความดีหรือความชั่ว อย่างหนึ่ง และอีกอย่างหนึ่งคือ การพิจารณาเห็นความตายว่าเป็นสิ่งธรรมดาของชีวิต และตัวเราหรือใครๆ ก็ตามไม่สามารถจะได้รับการยกเว้นจากความตายไปได้ การพิจารณาเช่นนี้เป็นการเจริญ *มรณสติ* ผู้ที่เจริญมรณสติถึงที่สุดแล้ว จะเป็นผู้ที่ไม่วิตกกังวลหรือหวาดกลัวต่อความตาย ในทางจิตใจสามารถอยู่เหนือความตาย หรือเปรียบเสมือนว่าได้ตายในทางจิตวิญญาณไปก่อนแล้ว ก่อนที่ความตายจริงๆ ของชีวิตจะมาถึง

ในระดับจริยธรรมพื้นฐาน การตายจากความดี คือ ไม่มีความดีอะไรเหลืออยู่เลย เป็นการตายทั้งเป็น รูปแบบหนึ่งเป็นสิ่งที่ไม่มี ส่วนการตายจากความชั่ว หมายถึง การละกรรมชั่วได้ ชีวิตก็มีค่า ยิ่งละได้มากชีวิตก็ยิ่งมีค่ามาก แม้ตายไปแล้วก็เสมือนว่ายังไม่ตาย

ในระดับที่สูงขึ้นไปเหนือจริยธรรม การตายก่อนตาย หมายถึง การละกิเลสส่วนที่เป็นความยึดมั่นถือมั่น จนเข้าถึงภาวะที่ “ไม่มีตัวตน” คือ ว่าง (*สุญญตา*) ในความหมายที่ท่านพุทธทาสภิกขุย้ำเสมอ ในขั้นนี้ บุคคลได้ยกระดับจิตสูงขึ้น จนข้ามพ้นความยึดมั่นด้วยอำนาจแห่งกิเลสคือ โภคะ โทสะ และโมหะ และค้นหาทั้งปวง มองเห็นและเข้าใจชีวิตอย่างที่มันเป็น ไม่เอาความรู้สึกอยาก หรือความยึดมั่นใดๆ เข้าไปจับ

ท่านพุทธทาสภิกขุสอนว่า การที่จะเข้าถึง *ความตายก่อนตาย* ได้ ต้องศึกษาและปฏิบัติตามหลัก *อิทัปปัจจยตา* (คือ *ปฏิจจสมุปบาท*) จนรู้แจ้งในความจริงที่ว่า สิ่งทั้งหลายต่างอิงอาศัยกัน เกิดขึ้น ดำรงอยู่ และดับไป เพราะสิ่งนี้มี สิ่งนี้จึงมีได้ ไม่มีอะไรที่เป็นได้ มีได้ ด้วยตัวมันเอง จึงไม่ควรยึดว่าเป็นตัวตน เพราะในสภาวะที่เป็นจริงนั้น ไม่มีสิ่งที่เรียกว่าตัวตน สิ่งทั้งหลายล้วนว่างจากการมีตัวตน ไม่มี “ตัวกู” “ของกู” ผู้ที่พิจารณาเห็นและเข้าถึงสภาวะเช่นนี้ จะเป็นผู้ที่ไม่ห่วงไหวในความตาย มองความตายว่าเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลง มองสรรพสิ่งว่ามันเป็นเช่นนั้น ชีวิตและความตายก็เป็นเช่นนั้น (*ตถตา*)

## สรุป

เราจะเข้าใจชีวิตและความตายในทัศนะของพุทธศาสนาได้ชัดเจน ถ้าเริ่มต้นจากเรื่องของ *อิทัปปัจจยตา* (*ปฏิจจสมุปบาท*) และ *ไตรลักษณ์* *อิทัปปัจจยตา* คือ กฎแห่งการเกิดและการดับของสิ่งทั้งหลายที่ขึ้นอยู่กับการเกิด เพราะเหตุปัจจัยให้เกิด ชีวิตจึงมีได้ เพราะเหตุปัจจัยดับไป ชีวิตจึงดับ (ตาย) เหตุปัจจัยที่ใกล้ชิดของชีวิตก็คือ เรื่องของ *ขันธ์ ๕* ซึ่งกล่าวโดยสรุปได้แก่เรื่องของสิ่งที่เป็นรูปธรรม และสิ่งที่เป็นนามธรรม หรือที่เราเข้าใจกันง่ายๆ ว่า กายกับจิต ส่วนประกอบเหล่านี้เอง แต่ละอย่างก็มีเหตุปัจจัยอันเป็นที่มาของมันอีกทีหนึ่ง ชีวิตเป็นกระบวนการที่ส่วนต่างๆ มา

สัมพันธ์แบบอิงอาศัยกัน ถ้าส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนที่มาประกอบกันเข้านั้นหายไป สิ่งที่ยังอาศัยส่วนเหล่านั้นเป็นอยู่ ก็หายไปด้วย (ในภาษาทางพุทธศาสนาคือ “ดับไป”) ชีวิตและความตายก็เป็นเช่นนั้น

กฎแห่งความสัมพันธ์แบบอิงอาศัยกันของกระบวนการชีวิตนี้ มีคุณสมบัติที่อาจถือว่าเป็นสังขธรรมอยู่ 3 ประการ เรียกว่า *ไตรลักษณ์* หรือ*สามัญลักษณ์* คือในเมื่อการมีชีวิตอาศัยเหตุปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งแต่ละอย่างก็มีเหตุปัจจัยมาจากสิ่งอื่นอีกทีหนึ่ง ชีวิตจึงมีธรรมชาติไม่เที่ยงแท้ (*อนิจจัง*) คำว่า “ไม่เที่ยง” ในความหมายของพุทธศาสนา นอกจากจะบ่งนัยว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาแล้ว ยังหมายถึงการไม่สามารถกำหนดหรือบังคับให้เป็นไปตามอำนาจของผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั้นด้วย (*อนัตตา*) และความเปลี่ยนแปลงก็ดี การไม่สามารถบังคับหรือควบคุมให้เป็นไปได้ตามใจของผู้เป็นเจ้าของก็ดี (เช่น ไม่อยากให้แก่ มันก็แก่, ไม่อยากสูญเสีย มันก็สูญเสีย, ไม่อยากตาย มันก็ตาย ฯลฯ) แม้จะเป็นกฎธรรมชาติ แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่รับได้ยาก ทนได้ยาก บีบคั้น ฯลฯ นั่นคือเป็นทุกข์ (*ทุกขัง*) กฎสากลอันนี้พระพุทธเจ้าทรงค้นพบและเปิดเผยแก่ชาวโลก (พระพุทธเจ้าไม่ได้ทรงสร้างกฎนี้ แต่ทรงเป็นผู้ค้นพบเท่านั้น)

*เราเรียนรู้อะไรได้บ้างจากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้น?*

*ประการแรก* ไม่ว่าเราจะชอบหรือไม่ชอบก็ตาม ธรรมชาติและกฎธรรมชาติของชีวิตที่กล่าวมานี้ ก็ไม่มีทางเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างอื่นไปได้ เช่น ไม่มีใครที่เกิดมาแล้วไม่แก่และไม่ตาย เป็นต้น ดังนั้น ทางที่จะไม่ให้ทุกข์กับเรื่องของความตายมากเกินไปก็คือ ต้อง “ทำใจ” นี่เป็นการกล่าวแบบทั่วไป ในทางพุทธศาสนาการ “ทำใจ” มีความหมายที่ลึกซึ้ง เริ่มตั้งแต่การทำความเข้าใจและความเห็นในเรื่องธรรมชาติของชีวิตให้ถูกต้อง ว่าจริงๆ แล้วมันเป็นอย่างไร (*สัมมาทิฐิ*) ไปจนถึงการละตัณหา (ความทะยานอยากทั้งหลายทั้งปวง) และอุปาทาน (การยึดติดในตัวตนและในสิ่งที่น่าใคร่น่าปรารถนาทั้งหลาย) ทำได้เช่นนี้ ชีวิตจะเป็นทุกข์น้อยลง “ทำใจ” ได้มากเท่าไร ก็ทุกข์น้อยเท่านั้น และมีโอกาสที่จะถึงจุดที่ท่านพุทธทาสภิกขุเรียกว่า เป็น “ตายก่อนตาย” ได้ด้วย คือ ตายจากความยึดมั่นถือมั่นใน ตัวกู ของกู แล้วตั้งแต่ยังไม่หมดลมหายใจ ในสภาพจิตเช่นนั้น แม้ความตายจริงๆ จะเกิดขึ้น ก็ไม่ได้มีความหมายอะไรมากไปกว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างหนึ่งเกิดขึ้น นั่นคือ มองความตายว่า “มันเป็นเช่นนั้น” (*ตถตา*) เท่านั้น

*ประการที่สอง* *อิทัปปัจจยตา* และ *ไตรลักษณ์* ซึ่งเป็นกฎสากลแห่งชีวิตและธรรมชาตินั้น สามารถนำมาใช้เพื่อปรับปรุงชีวิตนี้ให้ดียิ่งๆ ขึ้นได้ในทุกทาง แม้ในเรื่องที่เกี่ยวกับคุณภาพของชีวิตและความมีอายุยืน (ยืดเวลาของชีวิตให้ยาวออกไป) อันเป็นเรื่องที่นักประชากรศาสตร์และนักวิทยาศาสตร์สุขภาพทั่วไปให้ความสนใจ ก็เป็นไปได้อีก

*อิทัปปัจจยตา* นั่นคือ กฎแห่งการอิงอาศัยกันของเหตุปัจจัยต่างๆ ทำนองว่า เพราะสิ่งนี้มี สิ่งนี้จึงมี ฯลฯ นักวิทยาศาสตร์สุขภาพ และนักพัฒนาสังคม เป็นต้น อาจหยิบเอาข้อนี้มาเป็นหลักในการทำงานเพื่อบรรลุจุดหมายว่า จะต้องสร้างเหตุปัจจัยอะไร จึงจะนำไปสู่การมีชีวิตที่มีคุณภาพ และความมีชีวิตยืนยาวของประชาชนทั่วไปได้ (ต้องทำสิ่งนี้ให้มี สิ่งนี้จึงจะมีได้)

ส่วนหลักแห่ง*ไตรลักษณ์* ที่ว่าด้วยความเปลี่ยนแปลงนั้น เราต้องทำความเข้าใจให้ถูกต้อง ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้อย่างไรสองทางเสมอ คือ อาจจะไปในทางที่ดีขึ้นหรือเสื่อมลงก็ได้ ดังนั้น ถ้าจะใช้หลักนี้ให้เป็นประโยชน์ ก็ต้องมุ่งสร้างเหตุปัจจัยที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น พุทธแบบ *อิทัปปัจจยตา* ก็คือ ต้องทำสิ่งนี้ (เหตุปัจจัยอันจะนำไปสู่ความเจริญ) แล้วสิ่งนี้ (ความเจริญ) จึงจะมี โดยนัยนี้ กฎแห่ง*ไตรลักษณ์* จึงไม่ใช่สิ่งที่จะทำให้เราอ้อมอ้อมเท้า หรือรอให้ความเปลี่ยนแปลงเป็นฝ่ายกระทำต่อเราแต่ฝ่ายเดียว นั่นคือ ไม่ยอมมอบอำนาจต่อความเปลี่ยนแปลงความจริง การที่สิ่งทั้งหลายมีการเปลี่ยนแปลงนั้นก็ก็เป็นสิ่งที่ดี เพราะเป็นการเปิดโอกาสให้เราสามารถพลิกสิ่งที่ไม่ดีให้กลับดีได้ ประเด็นหลักอยู่ที่ต้องสร้างปัจจัยและเงื่อนไขที่จะนำไปสู่สิ่งที่ดีให้ได้

*ประการที่สาม* การมองให้ทะลุว่า ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง คือ มีการเกิดขึ้น ดำรงอยู่และดับไปเป็นธรรมดา นั้น จะทำให้เราตั้งอยู่ในความไม่ประมาท ด้วยความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องนี้ เราจะได้เตือนตนให้เร่งทำสิ่งที่ดีที่ควรทำ ไม่ ผัดผ่อนหรืออ้างเหตุว่ายังมีเวลาในชีวิตอีกมาก ความตายยังอยู่ใกล้ไกล ฯลฯ แล้วไม่ลงมือทำกิจที่ควรทำ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การมีท่าทีที่ถูกต้องในเรื่องชีวิตและความตายโดยนัยที่กล่าวมานี้ จะช่วยให้เราพลิกวิกฤตเป็นโอกาสได้

เรื่องของชีวิตและความตายในทัศนะของพุทธศาสนา มีสาระโดยสังเขปดังได้วิชันามาจะนี้แล

### เอกสารอ้างอิง

พระครูฐิติ เมธังกูโร. ๒๕๔๔. “ปาฐกถาเรื่อง ความตายในทัศนะของพุทธทาสภิกขุ,” ใน *ความตายในทัศนะของพุทธทาสภิกขุ*. เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย (รวบรวม). กรุงเทพฯ: เค็ดดีไทย.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). ๒๕๔๔. *พุทธธรรม* (ฉบับเดิม), (พิมพ์ครั้งที่ ๑๐). กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). ๒๕๔๖. *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์*, (พิมพ์ครั้งที่ ๑๑). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระมหานูญมี มาลาวชิโร. ๒๕๔๗. *พระพุทธศาสนากับความตาย*. กรุงเทพฯ: ดอกหญ้าวิชาการ จำกัด.

พระราชวรมุณี (ประยุทธ์ ปยุตโต). ๒๕๒๙. *พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ*, (พิมพ์ครั้งที่ ๓). กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์.

## สึนามิ : การตายและบาดเจ็บจากพื้นที่ พิมลพรรณ อิศรภักดี<sup>1</sup>

เหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิเข้าถล่มพื้นที่ 6 จังหวัดชายฝั่งอันดามันเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 ผ่านพ้นไปเป็นเวลากว่าปีครึ่งแล้วก็ตาม แต่ความเสียหายที่เกิดแก่ชีวิตและทรัพย์สินของผู้คน ยังคงไม่ลดเลือนไปจากความทรงจำของหลายๆ คน ทั้งที่ประสบด้วยตนเอง และที่รับรู้จากข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ ในหลายประเทศทั่วโลก ที่สำคัญผู้ประสบภัยในหลายพื้นที่ยังถูกเคราะห์ซ้ำกรรมช้ำตามมาอีกหลายระลอก ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์แผ่นดินไหวครั้งใหญ่ที่เกิดขึ้นมาอีกในวันที่ 28 มีนาคม 2548 หรือแผ่นดินยุบตัวที่พบในจังหวัดระนองเป็นแนวยาวราว 1 กิโลเมตร และจังหวัดชายฝั่งอื่น ๆ รวมถึงชาวลี้ภัย คำทำนายของโหร ก็ทำให้ประชาชนใน 6 จังหวัดภาคใต้ยังแตกตื่นหนีภัยทุกครั้งที่มีการเกิดแผ่นดินไหวในประเทศใกล้เคียง นอกจากนี้ ยังมีปัญหาความช่วยเหลือที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างแท้จริง ในหลายพื้นที่ผู้ประสบภัยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิต รวมทั้งมีปัญหาขัดแย้งในเรื่องการทำมาหากินและสิทธิในที่ดิน ปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องและทันเวลา อาจเป็นเสมือนการสะสมความร้อนของภูเขาไฟที่อาจปะทุขึ้นมาเมื่อใดก็ได้

### ความสูญเสีย

โศกนาฏกรรมที่เกิดจากแผ่นดินไหว ณ เกาะสุมาตรา ประเทศอินโดนีเซีย ขนาดความรุนแรง 9.0 ริกเตอร์ ต้นเหตุของคลื่นยักษ์สูง 30 เมตร ที่ประเทศอินโดนีเซีย และ 5 เมตร ที่ประเทศไทย ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตกว่า 228,600 คน และมีผู้สูญหายกว่า 40,000 คน ใน 13 ประเทศ (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้เสียชีวิต และผู้สูญหาย

จำนวนผู้เสียชีวิตและสูญหาย		
ประเทศ	ผู้เสียชีวิต	สูญหาย
อินโดนีเซีย	173,981	6,245
ศรีลังกา	38,195	23,000+
อินเดีย	10,744	5,669
ไทย *	5,395	2,817
โซมาเลีย	150+	-
พม่า	59	7,000
มัลดีฟ	82	26
มาเลเซีย	68-74	-
แทนซาเนีย	10	-
ซีเชลล์	1-3/10	-
บังคลาเทศ	2	-
เคนยา	1	-
อัฟริกาใต้	2	-
<b>รวม</b>	<b>228,705+</b>	<b>44,757+</b>

ที่มา : <http://www.phukettsunami.com/thai/index.html> สำหรับข้อมูลประเทศไทยได้ปรับให้ตรงกับข้อมูล

จากรายงานของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ณ วันที่ 5 ก.ย. 2548

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เมื่อมองย้อนไปดูความสูญเสียของประเทศไทยอันเนื่องมาจากคลื่นยักษ์ “สึนามิ” ข้อมูลจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย รายงาน ณ วันที่ 5 กันยายน 2548 (ยังไม่รวมข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องจากการพิสูจน์ในภายหลัง) พบว่าความเสียหายเกิดขึ้นใน 6 จังหวัดด้านทะเลอันดามัน ได้แก่ กระบี่ ตรัง พังงา ภูเก็ต ระนอง และสตูล จำนวน 25 อำเภอ/กิ่งอำเภอ 94 ตำบล 404 หมู่บ้าน มีประชาชนได้รับความเสียหาย 12,815 ครัวเรือน รวม 58,550 คน ประเมินค่าความสูญเสียหลายแสนล้านบาท

ยอดรวมตัวเลขผู้เสียชีวิตในประเทศไทยมีจำนวน 5,395 คน แยกเป็นผู้เสียชีวิตชาวไทยจำนวน 2,059 คน เป็นชาวต่างชาติ 2,436 คน ยังมีอีก 900 คนที่ระบุสัญชาติไม่ได้ ส่วนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีจำนวนทั้งสิ้น 8,457 คน แยกเป็นคนไทย 6,065 คน ชาวต่างชาติ 2,392 คน อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูญหายจากเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิทั้งสิ้น 2,817 คน แยกเป็นคนไทย 1,921 คน ชาวต่างชาติ 896 คน หากรวมยอดผู้เสียชีวิตกับยอดผู้สูญหาย สรุปได้ว่าน่าจะมีผู้เสียชีวิตรวมแล้วไม่ต่ำกว่า 8,000 คน และข้อมูล ณ วันที่ 16 ธันวาคม 2548 มีศพประมาณร้อยละ 85 ได้กลับไปสุสานครบถ้วน ส่วนที่เหลือรอการพิสูจน์บุคคลอีก 805 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ของจำนวนผู้เสียชีวิต (พงศศิริพันธ์ ศรีบัณฑิตมงคล 2548)

จังหวัดที่มีประสบภัยรุนแรงที่สุดคือ จังหวัดพังงา ครอบคลุม 66 หมู่บ้าน 18 ตำบล ใน 6 อำเภอ ประชาชนได้รับความเดือดร้อนจำนวน 19,509 คน 4,394 ครอบครัวย โดยอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา เป็นพื้นที่ที่ประสบเหตุมากที่สุด มีผู้เสียชีวิตเฉพาะพื้นที่นี้จำนวน 4,225 คน และบาดเจ็บ 5,597 คน ผู้เสียชีวิตที่เป็นผู้มีถิ่นฐานในอำเภอตะกั่วป่ามีจำนวน 562 คน และสูญหาย 492 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา 2548)

ตาราง 2 จำนวนผู้เสียชีวิต บาดเจ็บ และสูญหายจากภัยพิบัติคลื่นยักษ์สึนามิเมื่อ 26 ธันวาคม 2547 ใน 6 จังหวัด

จังหวัด	คนไทย			ต่างชาติ			เสียชีวิตไม่สามารถระบุสัญชาติได้
	เสียชีวิต	บาดเจ็บ	สูญหาย	เสียชีวิต	บาดเจ็บ	สูญหาย	
พังงา	1,389	4,344	1,428	2,114	1,253	305	722
กระบี่	357	808	329	203	568	240	161
ภูเก็ต	151	591	256	111	520	364	17
ระนอง	153	215	9	6	31	0	0
ตรัง	3	92	1	2	20	0	0
สตูล	6	15	0	0	0	0	0
รวม	2,059	6,065	2,023	2,436	2,023	909	900

หมายเหตุ : ข้อมูลกรณีรับแจ้งสูญหายได้ผ่านการตรวจสอบเบื้องต้น ณ วันที่ 5 กันยายน 2548 โดยตัดรายชื่อแจ้งซ้ำซ้อน และกลับภูมิลำเนาเดิม / บาดเจ็บ / เสียชีวิต / พบตัว

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศผู้ประสบภัยฯ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย

### ผู้เสียชีวิตจากเหตุสึนามิเป็นเพศใดและมีอายุเท่าใด

แม้มีการรายงานยอดจำนวนผู้เสียชีวิตชาวไทยว่ามีมากถึง 2,059 ราย แต่ข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ถึงลักษณะทางประชากรของผู้เสียชีวิตชาวไทยได้คือ ข้อมูลจากมรณบัตร โดยกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขรวบรวมได้เพียง 1,233 ราย พบว่าผู้เสียชีวิตเป็นเพศชาย 557 คน และเพศหญิง 676 คน หรือร้อยละ 45.2 และ 54.8 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราส่วนเพศ (จำนวนเพศชาย : เพศหญิง 100 คน) เท่ากับ 82 และยังพบว่าในเกือบทุกกลุ่มอายุ เพศหญิงตายมากกว่าเพศชาย

ข้อมูลจากมรณบัตรพบว่าในกลุ่มผู้เสียชีวิตครั้งนี้ เป็นประชากรในวัยแรงงาน (15-59 ปี) หลายร้อยคน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกือบร้อยละ 10 และเกือบ 1 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตเป็นวัยหนุ่มสาว อายุ 20-29 ปี ที่จะกำลังแรงงานที่



สำคัญของประเทศ แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล กุมารแพทย์ กล่าวว่า การที่ผู้หญิงและเด็กเสียชีวิตจากเหตุการณ์คลื่นสึนามิ ถล่มมาก เป็นเพราะความสามารถทางร่างกายและการตัดสินใจต่ำ (ผู้จัดการออนไลน์ 5 พฤษภาคม 2548)

ตาราง 3 การกระจายร้อยละ จำนวนและอัตราส่วนเพศของผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ  
จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ	ชาย*		หญิง		อัตราส่วนเพศ ชาย : หญิง 100 คน
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	
0-4	9.2	51	9.8	66	77
5-9	5.8	32	5.0	34	94
10-14	2.3	13	2.4	16	81
15-19	5.8	32	4.7	32	100
20-24	10.6	59	14.1	95	62
25-29	11.7	65	12.6	85	76
30-34	9.2	51	8.0	54	94
35-39	8.8	49	10.5	71	69
40-44	8.8	49	8.6	58	85
45-49	7.7	43	6.8	46	93
50-54	6.8	38	4.6	31	123
55-59	3.6	20	3.1	21	95
60-64	2.7	15	3.4	23	65
65-69	3.4	19	2.2	15	127
70+	3.5	20	4.3	29	69
<b>รวม</b>	<b>100.0</b>	<b>556</b>	<b>100.0</b>	<b>676</b>	<b>82</b>

ที่มา : กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

\* เพศชายไม่ทราบอายุ 1 ราย

### ผู้เสียชีวิตชาวไทยมาจากที่ไหนบ้าง

ผู้ประสบภัยจากเหตุการณ์สึนามิ ไม่เพียงเฉพาะประชาชนใน 6 จังหวัดภาคใต้เท่านั้น แต่ยังมีประชาชนและครอบครัวในภูมิภาคอื่นๆ อีกจำนวนหนึ่งที่ได้รับผลกระทบสูญเสียบุคคลในครอบครัว จากการวิเคราะห์ข้อมูลในมรณบัตร โดยจำแนกผู้เสียชีวิตตามภูมิลำเนาเดิมแล้วพบว่า ผู้เสียชีวิตจำนวนมากมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในจังหวัดอื่นๆ เช่น กรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจเป็นนักท่องเที่ยวที่มาพักผ่อนบริเวณเขาหลัก จังหวัดพังงา เกาะพีพี จังหวัดกระบี่ และหาดป่าตอง จังหวัดภูเก็ต (ดูตาราง 4) นอกจากนี้ยังพบว่ามาจากจังหวัดอื่นๆ ในภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นผลจากการย้ายถิ่นของแรงงานไปสู่แหล่งท่องเที่ยวและแหล่งจ้างงานสำคัญ ทั้งในด้านการก่อสร้างและธุรกิจบริการ และพบว่ามาจากจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ บุรีรัมย์ นครราชสีมา นครพนม อุตรดิตถ์ และผู้เสียชีวิตที่มีภูมิลำเนาเดิมที่จังหวัดอื่นๆ ในภาคใต้ที่มีจำนวนมากคือ นครศรีธรรมราช

ตาราง 4 จำนวนผู้เสียชีวิตที่มีภูมิลำเนาเดิมในจังหวัดประสภักดิ์และผู้เสียชีวิตที่มาจากจังหวัดอื่น  
จำแนกตามจังหวัดประสภักดิ์และเพศ

จังหวัด ประสภักดิ์	ผู้เสียชีวิตที่มีภูมิลำเนา เดิมในจังหวัดประสภักดิ์		ผู้เสียชีวิตภูมิลำเนา เดิมในจังหวัดอื่น	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
พังงา	225	281	112	115
กระบี่	39	41	38	39
ภูเก็ต	48	75	23	31
ระนอง	57	70	7	12
สตูล	2	4	0	0
ตรัง	6	8	0	0
<b>รวม</b>	<b>377</b>	<b>479</b>	<b>180</b>	<b>197</b>

เมื่อเปรียบเทียบโครงสร้างทางอายุของผู้เสียชีวิตที่มีภูมิลำเนาเดิมในและนอกพื้นที่ประสภักดิ์ พบว่ามีความแตกต่างกันคือ กว่าร้อยละ 85 ของผู้เสียชีวิตที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ 6 จังหวัดประสภักดิ์ อยู่ในช่วงวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี ในขณะที่ผู้มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในที่ประสภักดิ์มีสัดส่วนของผู้ที่เสียชีวิตอยู่ในวัยทำงานไม่ถึงร้อยละ 70 แต่มีสัดส่วนของผู้เสียชีวิตวัยเด็ก (0-14 ปี) ถึงร้อยละ 20 และวัยชรา (60 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 11 (ตาราง 5)

ตาราง 5 การกระจายร้อยละของผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ  
จำแนกตาม กลุ่มอายุ ภูมิลำเนาเดิม และเพศ\*

กลุ่มอายุ	ภูมิลำเนาเดิมในจังหวัด ประสภักดิ์ 6 จังหวัด		ภูมิลำเนาเดิมนอก จังหวัดประสภักดิ์ 6 จังหวัด	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
0-4	10.6	11.7	6.1	5.1
5-9	8.0	5.8	1.1	3.0
10-14	3.2	2.9	0.6	1.0
15-19	4.8	3.5	7.8	7.6
20-24	9.3	12.7	13.4	17.3
25-29	9.3	11.3	16.8	15.7
30-34	9.3	7.3	8.9	9.6
35-39	7.4	10.6	11.7	10.2
40-44	8.0	6.5	10.6	13.7
45-49	7.7	6.9	7.8	6.6
50-54	7.2	5.0	6.1	3.6
55-59	4.0	4.0	2.8	1.0
60-64	2.9	3.8	2.2	2.5
65-69	4.2	2.7	1.7	1.0
70+	4.2	5.3	2.3	2.0
<b>รวม</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
<b>จำนวน</b>	<b>377</b>	<b>479</b>	<b>179</b>	<b>197</b>

\* เพศชายไม่ทราบอายุ 1 ราย

## บาดแผลจากพื้นที่

หลังเหตุการณ์ หน่วยงานต่างๆ ได้เข้าไปช่วยเหลือผู้ประสบภัย ทั้งด้านสุขภาพกาย การฟื้นฟูสภาพจิตใจ และความเป็นอยู่ พร้อมๆ กับความพยายามฟื้นฟูอุตสาหกรรมท่องเที่ยวของ 6 จังหวัดให้กลับคืนสู่สภาพเดิม เป็นเรื่องที่น่ายินดีว่า นับตั้งแต่เกิดเหตุการณ์คลื่นยักษ์ถล่ม มีผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตหลังเกิดเหตุเพียง 5 ราย จากโรคปอดอักเสบ 2 ราย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย ผู้ป่วยเบาหวานและเกิดอุจจาระร่วง 1 ราย และเด็กอุจจาระร่วง 1 ราย ผลจากการเฝ้าระวังยังไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือโรคที่จะระบาดในวงกว้าง เช่น ท้องร่วงรุนแรงเฉียบพลัน บาดแผลติดเชื้อ หรือโรคที่มีแหล่งกำเนิดจากแหล่งน้ำ เช่น มาลาเรีย ไข้เลือดออก อย่างไรก็ตาม เกือบจะเกิดขึ้น ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีเพียงอาการอ่อนเพลีย ท้องเสีย เป็นไข้บ้าง เล็กๆ น้อยๆ ไม่รุนแรงมากนัก (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2548)

## สุขภาพจิต : บาดแผลที่ยังต้องการเยียวยา

ผลกระทบทางสุขภาพที่อาจจะเป็นปัญหามากกว่าโรคระบาดก็คือ สภาพจิตใจของประชาชน ไม่ว่าจะเป็กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง ได้แก่ ผู้ที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียทรัพย์สิน ที่อยู่อาศัย ไม่ได้ได้รับความยุติธรรมจากการได้รับความช่วยเหลือที่ไม่เท่าเทียม และกลุ่มที่ไม่ได้ประสบภัยโดยตรง ได้แก่ ญาติ ผู้ใกล้ชิดของผู้เสียชีวิตหรือสูญหาย รวมทั้งกลุ่มผู้ให้ความช่วยเหลือ ที่อ่อนล้าและมีความขัดแย้ง

จากการประเมินปัญหาสุขภาพจิตผู้ประสบภัยในช่วง 8 สัปดาห์หลังเหตุการณ์สิ้นนามีร่วมกันระหว่างศูนย์ความร่วมมือด้านเอดส์ประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ประสบภัยจังหวัดพังงามีปัญหาความเครียดรุนแรงภายหลังเกิดเหตุวิกฤต (Post Traumatic Stress Disorder :PTSD) ในสัดส่วนที่สูงที่สุด โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงประมาณร้อยละ 12 และผู้ที่อาศัยในชุมชน ร้อยละ 7 มีอาการ PTSD ส่วนผู้ที่อยู่ในชุมชนจังหวัดกระบี่และภูเก็ต พบเพียงร้อยละ 3 สำหรับปัญหาซึมเศร้าพบว่ามีขึ้นกับผู้ประสบภัยที่อาศัยในศูนย์พักพิง และผู้ที่อาศัยในชุมชนจังหวัดพังงา ร้อยละ 30 และร้อยละ 20 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ที่อยู่ในชุมชนจังหวัดกระบี่และภูเก็ต มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 10 (van Griensven et al., 2006) ส่วนกลุ่มผู้ประสบภัยที่เป็นเด็ก พบปัญหาความเครียดรุนแรงภายหลังเกิดเหตุวิกฤต หรือ PTSD ของเด็กในจังหวัดพังงา ร้อยละ 13 เด็กในจังหวัดภูเก็ตและกระบี่ ร้อยละ 8 ส่วนภาวะซึมเศร้า พบร้อยละ 10 และ ร้อยละ 7 ตามลำดับ (Thienkrua et al. 2006)

เมื่อมีการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ 6 จังหวัดที่ประสบภัย 9 เดือนหลังเกิดเหตุการณ์ พบว่า ผู้ประสบภัยมีอาการทางจิตสูงถึง 9,131 รายป่วยทางจิตขั้นรุนแรง 362 ราย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าพบถึงร้อยละ 29 รองลงมาเป็นโรคพีทีเอสดี (PTSD) หรือความผิดปกติทางจิตภายหลังเกิดเหตุวิกฤต พบร้อยละ 23 ผู้คิดฆ่าตัวตายมีร้อยละ 9 ติดสารเสพติดเพื่อดับความทุกข์ใจร้อยละ 6 และอีกร้อยละ 3 มีความเศร้าโศกอย่างมาก ร้องไห้บ่อยๆ นอนไม่หลับ โหยหาบุคคลที่เสียชีวิต และไม่ต้องการเห็นสิ่งที่ย้ำเตือนให้คิดถึงผู้ตาย ซึ่งผู้ประสบภัยจะคงยังเห็นภาพติดตา ตื่นกลัวเวลาที่ได้ยินหรือเห็นสิ่งที่เตือนให้ระลึกถึงเหตุการณ์ นอนไม่หลับ ผื่นร้าย บางครั้งระแวงระวังสะดุ้งผวา ใจสั่น อึดอัดไม่สบายใจ โดยเฉพาะได้ยินข่าวแผ่นดินไหว ส่วนใหญ่พบในผู้หญิงมากกว่าชายประมาณ 2 เท่าตัว ทั้งนี้เนื่องจากสภาพจิตใจของผู้หญิงมีความอ่อนไหวกว่าผู้ชาย (<http://www.bangkokbiznews.com/2005/09/06/>)

จากข้อมูลการช่วยเหลือและฟื้นฟูทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัยธรณีพิบัติของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2547-4 ม.ค. 2549 พบว่า มีผู้ประสบเหตุการณีสึนามิใน 6 จังหวัดภาคใต้เข้ารับปรึกษาและบำบัดจำนวน 18,402 ราย เป็นการบำบัดด้วยยาทางจิต รับคำปรึกษาแนะนำ และตรวจสุขภาพ โดยผู้ป่วยบางรายเข้ารับบริการมากกว่า 1 อย่าง และอาจมากกว่า 1 ครั้ง หากพิจารณารายจังหวัดแล้ว จังหวัดพังงาซึ่งประสบภัยมากที่สุด มีผู้เข้ารับการรักษาและบำบัด

มากเป็นอันดับหนึ่ง คือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้ามารับบริการรวมทุกจังหวัด รองลงมาคือจังหวัดกระบี่ ภูเก็ต ระนอง สตูล และตรัง (ดูตาราง 6)

ตาราง 6 จำนวนผู้รับบริการและครั้งของการรับบริการช่วยเหลือและฟื้นฟูทางจิตใจ  
จำแนกตามชนิดของการรับบริการและจังหวัด 26 ธันวาคม 2547 - 4 มกราคม 2549

จังหวัด	จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	ชนิดของการให้บริการ(ครั้ง)		
		บำบัดด้วยยา ทางจิต	การให้คำปรึกษา แนะนำ	ตรวจสอบสุขภาพ
พังงา	9336	2931	9354	2821
กระบี่	3664	839	3799	1114
ภูเก็ต	2600	634	2669	833
ระนอง	1484	178	1364	316
สตูล	704	273	226	458
ตรัง	614	6	594	156
<b>รวม</b>	<b>18,402</b>	<b>4,861</b>	<b>18,006</b>	<b>5,698</b>

หมายเหตุ: ผู้ป่วย 1 รายรับบริการมากกว่า 1 อย่าง และอาจมากกว่า 1 ครั้ง

ที่มา : หน่วยบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [http://www.dmh.go.th/dmh/mcc/dmh\\_tsunami](http://www.dmh.go.th/dmh/mcc/dmh_tsunami)

อย่างไรก็ตาม หลังจากเหตุการณ์ผ่านไป 1 ปี แม้ผู้ที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจ จะได้รับการบำบัดจนเริ่มมีอาการดีขึ้น ปัญหาทางจิตใจได้คลี่คลายลงบ้างแล้ว แต่ก็ยังมีผู้ประสบภัยอีกหลายคนที่ยังต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่อง เพราะจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่า ยังมีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากจิตใจอีกประมาณ 10% ที่ยังมีภาวะเครียดอยู่ ส่วนคนที่ยังมีความวิตกกังวลคิดเป็นอัตราส่วน 1 ต่อ 4 และคนที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าคิดเป็นอัตราส่วน 1 ต่อ 7 และคนที่มีความเครียดรุนแรง (พีทีเอสดี) คิดเป็น 1 ต่อ 20 (เดลินิวส์ 22 ธันวาคม 2548)

### ภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

นอกเหนือจากความโศกเศร้าเสียใจที่ต้องสูญเสียคนรัก คนในครอบครัวไปแล้ว ผู้ประสบภัยหลายคนมีอาการซึมเศร้า เครียด คิดถึงแต่เรื่องเก่าๆ เกี่ยวกับคลื่นยักษ์ เกิดอาการภาพหลอน ชั่วขณะ บางคนกลัวถึงขั้นที่ไม่กล้ามองทะเล และจะเกิดอาการผวาทุกครั้งที่ได้ยินเสียงคลื่น บางคนคิดอยากฆ่าตัวตาย แม้ว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจะกังวลว่าเหยื่อจากคลื่นยักษ์สึนามิมีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เพราะหลังเกิดเหตุการณ์ในช่วง 2-3 เดือนแรก มีหลายหน่วยงานเข้าช่วยเหลือให้กำลังใจ แต่ในระยะนี้การเยี่ยมเยียนให้กำลังใจลดน้อยลงไป ประกอบกับการช่วยเหลือของราชการล่าช้าไปบ้าง จึงทำให้ผู้ประสบภัยคิดว่าตัวเองต้องต่อสู้อย่างโดดเดี่ยว อนาคตไม่แน่นอน จึงเกิดความเครียดและคิดฆ่าตัวตาย

อย่างไรก็ตาม รายงานอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของเหยื่อสึนามิหลัง เกิดขึ้นเพียง 1 รายเท่านั้น เป็นชายหนุ่มอายุเพียง 18 ปี อาศัยอยู่ที่บ้านน้ำเค็ม ตำบลบางม่วง อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเสียหายรุนแรงมาก โดยสันนิษฐานว่าเด็กหนุ่มผู้นี้มีความเครียดจากการที่สูญเสียมารดาและน้องสาววัย 6 ขวบในเหตุการณ์สึนามิ และในขณะนั้นยังไม่พบศพของมารดา รวมทั้งบิดายังมีปัญหารื่องกรมสิทธิ์ที่ดินกับบริษัทเอกชน

ภัยต่อเนื่องเหตุสึนามิหนุ่มวัย 18 ปี เกิดอาการเครียดจัดเสียแม่กับน้องสาวไปกับคลื่นทะเลล้งัดตีสันใจผูกคอตาย กับต้นสน จุดที่คลื่นยักษ์โถมใส่ ริมหาดบางหม้อ บ้านน้ำเค็ม พ่อผู้ตายเผลอ หลังเกิดเหตุร้าย ลูกชายไม่เป็นอันกินอันนอน ซึมเศร้า ถามคำตอบคำ กระทั่งมาด่วนจากไป เชื้อสาเหตุมาจากคลื่นสึนามิกลืนชีวิตแม่กับน้องสาว แม้เวลาผ่านไปหลายเดือนแต่ก็ยังลืมไม่ลง

(เดลินิวส์ 21 พฤษภาคม 2548)

นอกจากนี้ มีรายงานว่าผู้ประสบภัยมีพฤติกรรมที่เรียกว่า “ฆ่าตัวตายทางอ้อม” โดยหันไปใช้สารเสพติด และของมีนเมา เช่น สุรา เข้ามาแก้ไขภาวะวิตกกังวลของตัวเอง ซึ่งเชื่อว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจะยิ่งบานปลาย เพราะนอกจากกลุ่มคนเหล่านี้ขาดความเชื่อมั่นแล้ว ยังต้องเจอปัญหาหามรุ่งหามค่ำ ี่ส่งผลต่อสุขภาพจิต เช่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต และการช่วยเหลือของภาครัฐที่อาจไม่ทั่วถึง หรือไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ทั้งในเรื่องบ้านพักและอาชีพ ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือผู้ประสบภัยบางคนไม่รู้ว่าตัวเองมีปัญหาทางสุขภาพจิต หรือบางคนแม้จะทราบว่ามีปัญหา แต่ก็ไม่ยอมมาพบแพทย์เพื่อปรึกษา ทำให้เกิดความยากลำบากในการติดตามและรักษา

แพทย์หญิงเบญจพร ปัญญา ยง ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต จ.พังงา กล่าวว่า “จากการเก็บข้อมูลด้วยการสอบถามพบว่าผู้ประสบภัยไม่กล้ายอมรับว่าติดสุราเพิ่มมากขึ้น แต่จากการลงเยี่ยมในพื้นที่พักอาศัยทั้งในบริเวณบ้านพักถาวรที่สร้างขึ้นใหม่ และบ้านพักชั่วคราวตามศูนย์พักพิงต่างๆ หรือในบริเวณร้านค้าใกล้เคียง พบว่าในช่วงเย็นมีการจับกลุ่มดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับผู้ดื่มมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เนื่องจากในรายที่สูญเสียครอบครัวและทรัพย์สินไป ไม่รู้จะทำไปเพื่ออะไร บางรายมีความคิดที่ว่าถ้าจะตายก็ไม่เสียตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายในอนาคตได้ อย่างไรก็ตาม การดื่มสุราก็มีนัยสำคัญว่าเป็นการทำร้ายร่างกาย ไม่รักตัวเอง และฆ่าตัวตายทางอ้อม” (ข่าวสด 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2548)

### เด็กกำพร้า : ผลกระทบจากคลื่นยักษ์สึนามิ

ในกลุ่มเด็กที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ ต้องพลัดพรากจากผู้ปกครอง ญาติ บิดา มารดา ต้องกลายมาเป็นเด็กกำพร้า จากการสำรวจข้อมูลของกระทรวงศึกษาธิการ (ข้อมูล ณ วันที่ 11 กันยายน 2548 ) พบว่า มีเด็กกำพร้าและสูญเสียผู้ปกครองทั้งสิ้นจำนวน 1,671 ราย โดยจังหวัดพังงามีจำนวนเด็กกำพร้ามากที่สุด 747 ราย รองลงมา จังหวัดภูเก็ต 175 ราย กระบี่ 127 ราย และระนอง 97 ราย นอกจากนี้ยังมีจังหวัดอื่นๆ กระจายไปทุกภาคทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 58 จังหวัด

มีเด็กจำนวนกว่า 500 คน ที่อาศัยในจังหวัดอื่นๆ โดยเฉพาะจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ครั้งนี้ด้วย เนื่องจากการย้ายถิ่นของผู้ปกครองเข้ามาทำงานในภาคใต้ ทำให้นักเรียนหลายร้อยคนต้องสูญเสียบิดามารดาหรือบุคคลที่รับผิดชอบครอบครัวไป ซึ่งประสบปัญหาขาดรายได้มาจนเจือครอบครัว โดยเฉพาะจังหวัดบุรีรัมย์มีเด็กกำพร้าจากเหตุการณ์นี้ 31 คน เพราะมีแรงงานเดินทางไปทำงานที่ภาคใต้ ประมาณ 1,000 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพช่างก่อสร้างและกรรมกร สำหรับจังหวัดอื่นๆ ในภาคอีสาน ที่มีจำนวนเด็กกำพร้าได้รับผลกระทบมาก รองลงมา ได้แก่ จังหวัดหนองคาย นครพนม อุดรธานี หนองบัวลำภู และในภาคใต้เองก็มีจังหวัดอื่นๆ ที่มีเด็กได้รับผลกระทบจำนวนมาก ได้แก่ นครศรีธรรมราชและสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่ามิดีเด็กกำพร้าอันเนื่องมาจากคลื่นยักษ์สึนามิ จำนวน 70 และ 24 คนตามลำดับ

ตาราง 7 จำนวนเด็กกำพร้าที่สูญเสียบิดา มารดา ผู้ปกครอง 10 จังหวัดแรก

ลำดับ	จังหวัด	รวม	บิดา เสียชีวิต	มารดา เสียชีวิต	ผู้ปกครอง เสียชีวิต	บิดา/มารดา เสียชีวิต	บิดา/มารดา/ ผู้ปกครอง สูญหาย
1	พังงา	747	202	347	111	54	33
2	ภูเก็ต	175	75	68	17	11	4
3	กระบี่	127	70	40	7	5	5
4	ระนอง	97	44	27	8	13	5
5	กรุงเทพฯ	83	31	35	4	10	3
6	นครศรีธรรมราช	70	31	26	5	5	3
7	ตรัง	39	18	16	4	1	0
8	บุรีรัมย์	31	12	13	3	2	1
9	หนองคาย	26	4	17	0	5	0
10	สุราษฎร์ธานี	24	8	13	3	0	0
	จังหวัดอื่นๆ	252	88	103	16	39	6
	รวม	1671	583	705	178	145	60

ที่มา : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศฯ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ <http://www.mis12.moe.go.th/tsunami/>

นับจนถึงปัจจุบันถึงแม้เหตุการณ์จะผ่านมาหลายเดือน เด็กและเยาวชนจำนวนมากก็ยังไม่ลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ยังคงมีอาการซึมเศร้าเมื่ออยู่ตามลำพัง ดังคำบอกเล่าของเด็กหญิงจากบ้านน้ำเค็ม ตำบลบางม่วง อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ซึ่งต้องสูญเสียบิดามารดาที่รักไปในเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ

“หนูไหว้พระภาวนาขอให้เจอสพแม่ หนูเคยฝันว่าแม่มาหา เรียกชื่อหนูแล้วหนูก็ตื่นขึ้นมา หนูอยากให้แม่มาหาอีก ก่อนนอนหนูจะคิดถึงแม่ เพราะเคยนอนกับแม่ทุกคืน แม่ไม่ได้อยู่กับเรา ก็ไม่มีคนดูแลเอาใจใส่เราเหมือนเดิม”

หนูยังทำใจไม่ได้ ผ่านมา 6 เดือนแล้ว หนูยังจำเหตุการณ์ติดตา หนูฝันว่าพ่อกับแม่มาอดหนูแม่บอกว่าสบายดี แล้วเขาก็หายไป (ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์โพสทูเดย์ อ่างในเอกสารประกอบการประชุมเวทีสาธารณะการฟื้นฟูชีวิตชุมชนหลังภัยพิบัติคลื่นยักษ์สึนามิ 25-26 กันยายน 2548)

อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมของผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้น อาจไม่รุนแรงและยืดเยื้อมากนัก ดังที่ผู้แทนองค์การยูนิเซฟเปิดเผย งานวิจัย “นานาชาติของเด็กรับผลกระทบเกี่ยวกับชีวิตและความช่วยเหลือในการบรรเทาภัยพิบัติจากสึนามิ” โดยสอบถามตัวอย่างวัย 8-17 ปี จำนวน 1,633 คน ใน 4 ประเทศ ได้แก่ ไทย (ภูเก็ตและพังงา) อินโดนีเซีย ศรีลังกา และอินเดีย ซึ่งในส่วนของประเทศไทย เด็กกว่า 1,400 คน ต้องกลายเป็นเด็กกำพร้า ในขณะที่อีกกว่า 50,000 คน สูญเสียครูอันเป็นที่รัก หรือโรงเรียนได้รับความเสียหาย เด็กเกือบทุกคนในพื้นที่แถบอันดามันที่ได้รับผลกระทบจากสึนามิ รู้สึกเศร้าใจ เพราะสูญเสียครอบครัว เพื่อน ที่อยู่อาศัย และรายได้ของครอบครัว แต่ถึงแม้จะยังโศกเศร้ากับความสูญเสียอันยิ่งใหญ่ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่เด็กในประเทศไทยยังมองโลกในแง่ดี และมีความหวังมากที่สุดเกี่ยวกับอนาคต เด็กเกือบ 3 ใน 4 ของจำนวนทั้งหมด 400 คน ที่ร่วมตอบคำถามของการวิจัยในประเทศไทย บอกว่าพวกเขา รู้สึกมีความสุขในช่วงเวลาว่าง เกือบครึ่งหนึ่งบอกว่าพวกเขารู้สึกพอใจ และเด็กส่วนมาก (ร้อยละ 83) บอกว่าพวกเขาหวังว่าอนาคตจะดีขึ้น (ผู้จัดการออนไลน์ 22 ธันวาคม 2548)

## ส่งท้าย

เหตุการณ์สึนามิ แม้วานไปกว่าปีครึ่ง การให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยยังแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ปัญหาหลายๆ ประการยังไม่ได้รับการแก้ไข มีปัญหาอุปสรรคต่างรูปแบบ หลายพื้นที่กำลังฟื้นฟูชุมชนและชีวิต มีหลายหน่วยงานองค์กรเข้าไปสนับสนุน ความทุกข์ของผู้ประสบภัยหลายคนยังไม่จางหายแม้จะมีที่อยู่อาศัย หลายคนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการทำมาหากิน การปรับตัวสู่ชุมชนใหม่ นอกจากนี้แล้วปัญหาครอบครัว ผู้หญิงถูกทุบตีทำร้ายจากสามี เนื่องจากความเครียดจากภาวะยากลำบากในการทำงานและปัญหาสังคม ปัญหาเหล่านี้คงต้องได้รับการช่วยเหลือจากทุกภาคส่วน อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ใ้ว่าจะแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยการใช้เพียง “เงิน” หรือ “ยา” เพื่อบำบัดเท่านั้น และที่สำคัญขออย่าให้เขาเหล่านั้นถูก “ลืม” ให้เผชิญกับปัญหาด้วยตนเอง

## เอกสารอ้างอิง

- พงศรัตน์ ศรีบัณฑิตมงคล. 2548. จากวันนั้นถึงวันนี้...ประมวลเหตุการณ์การจัดการศพที่เสียชีวิตในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครบรอบ 1 ปี เหตุการณ์สึนามิ โรงแรมรอยัลภูเก็ต ซิตี้ จังหวัดภูเก็ต วันที่ 22 ธันวาคม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา. 2548. รายงานการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้ประสบภัยคลื่นยักษ์สึนามิ. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. 2548. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 : 28 มกราคม
- ไม่ปรากฏชื่อผู้เขียน. 2548. เด็ก..ชีวิต ความหวัง บาดแผลทางใจหลังคลื่นยักษ์สึนามิ. เอกสารประกอบการประชุมเวทีสาธารณะการฟื้นฟูชีวิตชุมชนหลังภัยพิบัติคลื่นยักษ์สึนามิ : สิ่งท้าทายยุทธศาสตร์และข้อเสนอทางนโยบาย โรงแรมมารีไทม์ปาร์คแอนด์สไปร์สอร์ท จังหวัดกระบี่ 25-26 กันยายน.
- “สึนามิกลืนชีวิตแม่และเด็กสูงเพราะการตัดสินใจต่ำ” ผู้จัดการออนไลน์ 5 พฤษภาคม 2548
- “สึนามิ’ตามหลอน หม่อมขวัญคอยตามแม่-น้อง ซึมเศร้าไม่อาจตัดใจ ซ้ำทั่วโลก” เดลินิวส์ 21 พฤษภาคม 2548
- “แฉเหยื่อสึนามิตัดหลังอม สอซึมเศร้า-ฆ่าตัวตาย สธ.ตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพจิต” ข่าวสด 12 กรกฎาคม พ.ศ.2548
- “เผย 1 ปีเหยื่อสึนามิไม่แยบปีเงินช่วยเหลือ-เครื่องมืทำกิน” ผู้จัดการออนไลน์ 22 ธันวาคม 2548
- <http://www.phukettsunami.com/thai/index.html> (พิพิธภัณฑ์คลื่นยักษ์สึนามิ จังหวัดภูเก็ต ประเทศไทย)
- <http://www.mis12.moe.go.th/tsunami> (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศฯ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ)
- [http://www.dmh.go.th/dmhmc/dmh\\_tsunami](http://www.dmh.go.th/dmhmc/dmh_tsunami) (หน่วยบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)
- <http://www.disaster.go.th> (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศผู้ประสบภัยฯ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย)
- van Griensven, Frits and others. 2006. *Rapid Assessment of Post-Tsunami Mental Health Problems among Adults in Southern Thailand.*
- Thienkrua, Warunee and others. 2006. *Tsunami-Related Post-Traumatic Stress Disorder and Depression among Children in Southern Thailand.*

# “ความตาย” ในแนวคิดทาง “เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม”

บ็องปอนด์ รักอำนาจกิจ<sup>1</sup>

พิริยะ ผลพิรุฬห์<sup>2</sup>

*We live as if we were not going to die*

Zygmunt Bauman

## นำเรื่อง

การตายเป็นส่วนหนึ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของชีวิตมนุษย์ แม้จะมีการตัดสินใจอย่างรอบคอบในทุกด้านแล้วก็ตาม ในการศึกษาความตาย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาทางด้านจิตวิทยา ออกตได้ เร็งค์ (Otto Rank 1941) ศิษย์เอกคนหนึ่ง ของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) กล่าวว่า การตายเป็นความกลัวพื้นฐานของมนุษย์ที่นำมาซึ่งการเริ่มต้นของ ศาสนาที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ การค้นคว้าหาความหมายของการมีชีวิตอยู่ ตลอดจนการจัดระเบียบในสังคมทั้งหลายเพื่อ หลีกเลี่ยงการตาย

เศรษฐศาสตร์เป็นศาสตร์ที่กล่าวถึง “ทางเลือก” (Making Choices) อันเกิดจากการตัดสินใจภายใต้ทรัพยากรที่ มีอยู่อย่างจำกัด (Limited Resources) เพื่อตอบสนองต่อความพึงพอใจสูงสุด (Utility Maximization) โดยคำนึงถึงสัง ฆกรรมเบื้องต้นของชีวิตมนุษย์ คือ “เกิด” “แก่” “เจ็บ” และ “ตาย” การศึกษาทางด้านเศรษฐศาสตร์กระแสหลักนิยมอธิบาย การตัดสินใจของมนุษย์เชิงเศรษฐกิจ (Economic Decision Making) รวมไปถึงพฤติกรรมสังคมในการดำรงชีวิตอย่าง สอดคล้องต่อสังฆกรรมทั้งสิ้น ปัจจุบัน นักเศรษฐศาสตร์ให้ความสำคัญกับสาขาที่เรียกว่า “เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม” (Behavioral Economics) มากขึ้น ซึ่งอธิบายพฤติกรรมตัดสินใจต่างๆของมนุษย์ ที่อยู่นอกเหนือสมมติฐานของทฤษฎี เศรษฐศาสตร์แบบดั้งเดิม ที่กล่าวไว้เพียงว่ามนุษย์เป็นสัตว์เศรษฐกิจ โดยนักเศรษฐศาสตร์สาขานี้อาศัยแนวคิดทางด้าน จิตวิทยาเข้ามาใช้อธิบายร่วมด้วย ดังงานของ Robin (1998) ที่พยายามศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ที่เบี่ยงเบนไปจากข้อ สมมติฐานที่แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ได้ตั้งไว้

การนำแนวคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์เพื่ออธิบายความตายนั้นยังไม่มีการศึกษาเท่าที่ควร และ ยังเป็นที่ ถกเถียงกันในหมู่นักเศรษฐศาสตร์ว่า มนุษย์จะวางแผนสำหรับทางเลือกต่างๆในการดำรงชีพ (Planning Horizontal Ends) จนเสียชีวิต หรือขยายให้รวมถึงระยะเวลาหลังการตายด้วย นอกจากนี้ ประเด็นสำคัญในการวางแผนชีวิตก็คือ เรา ไม่สามารถที่จะทราบได้เลยว่าตนเองจะเสียชีวิตเมื่อไหร่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ทำให้การตัดสินใจทางเศรษฐศาสตร์ต่อเรื่อง ความตายนั้นไม่ได้รับการสนใจเท่าที่ควร

นักเศรษฐศาสตร์ในอดีต ไม่ได้นำความตายมาเป็น “หนึ่งทางเลือก” ในการดำรงชีวิต แต่พยายามค้นหาเครื่องมือ ที่ช่วยให้มนุษย์อายุยืนยาว และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข เช่น การพัฒนาระบบสาธารณสุข การลดความเสี่ยงประเภท ต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ ความตายยังเป็นตัวชี้วัดระดับการพัฒนาของคนในสังคม เช่น อัตราการเสียชีวิตของเด็กและ ทารก หรืออัตราการตายของมารดา รวมทั้งอายุขัยเฉลี่ยแรกเกิด เป็นต้น ซึ่งตัวบ่งชี้ถึงความอยู่ดีมีสุขในด้านต่างๆ เป็นต้น

การศึกษาประเด็นทางเศรษฐศาสตร์กับความตาย จำเป็นต้องเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิทยากับความตาย ขณะที่พฤติกรรมของมนุษย์ถูกกำหนดจากสติสัมปชัญญะและสภาพจิตใจในช่วงนั้น ซึ่งในบางครั้งอาจเป็นการตัดสินใจที่

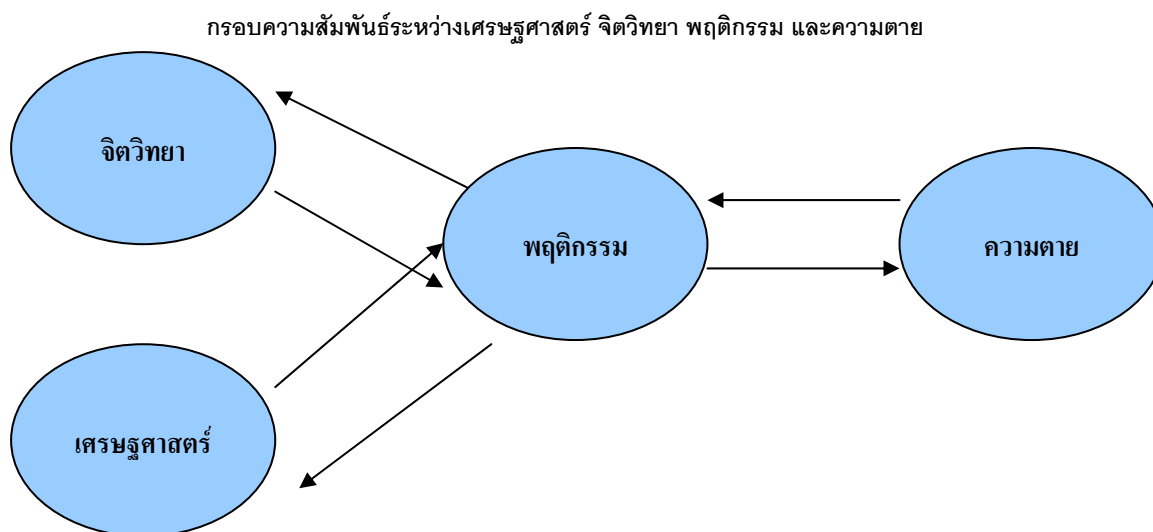
<sup>1</sup> สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์



ผิดพลาด ยกตัวอย่างเช่น วัยรุ่นส่วนใหญ่รับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน แต่วัยรุ่นจำนวนมากเลือกที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และส่งผลให้มีปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น การตั้งครรภ์ก่อนเวลาอันควร และการติดเชื้อโรคติดต่อที่ร้ายแรง ซึ่งจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นเหล่านั้นไม่ได้เลือกทางเลือก (ไม่ใช้ถุงยางอนามัย) ที่ทำให้เกิดภัยอันตรายและการเสียชีวิตมากขึ้น

ในทางเศรษฐศาสตร์เรียก “ทางเลือก” และ “พฤติกรรม” เหล่านี้เป็น “พฤติกรรมที่ไม่มีเหตุมีผล” (Irrational Behavior) และเป็นทางเลือกที่มีความเสี่ยง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานเดิมในแบบจำลองเศรษฐศาสตร์ที่ศึกษาการตัดสินใจผลิตและบริโภคสิ่งต่างๆ ดังนั้น การที่นักเศรษฐศาสตร์จะอธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับความตาย (Thanatology) จำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิทยากับความตาย ดังแสดงในรูปข้างล่างนี้



### ความตายในมุมมองทางจิตวิทยา

ในทางจิตวิทยามีการศึกษาประเด็นความตายกันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะการอธิบายถึงสาเหตุ ความสัมพันธ์ และผลที่ตามมาจากอารมณ์ทางลบของมนุษย์ที่สัมพันธ์กับความตาย (เช่น ความกลัว ความกระวนกระวายใจ หรือความเศร้าโศกเสียใจ) Kubler-Ross (1969) อธิบายไว้ว่า ความรู้สึกทางลบต่างๆ ของมนุษย์ที่เกิดขึ้นจากการเสียชีวิต (ไม่ว่าจะกับตนเองหรือกับคนที่ตนเองรัก) เป็นความรู้สึกปฏิเสธความจริง (Denial Characteristics)

การศึกษาวิจัยเรื่องความตายทางด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์เริ่มขึ้นตั้งแต่ในช่วงกลางคริสต์ทศวรรษที่ 70 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความกระวนกระวายใจที่เกิดขึ้นจากความตาย (Death-Anxiety) โดยใช้แบบสอบถาม ได้ข้อสรุปว่า ในคนที่อายุน้อยมีระดับความกระวนกระวายใจที่เกิดขึ้นจากความตายสูงกว่า และต่ำลงในช่วงวัยกลางคนจนถึงวัยชรา (Forther and Neimeyer 1999) อย่างไรก็ตาม มีงานศึกษาจำนวนไม่มากนักอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อความตาย เช่น Kopp and Pullen (2002) พบว่า บุคคลที่เลือกซื้อสินค้าที่ต้องใช้เมื่อเสียชีวิตแล้ว (End-of-Life Good) เช่น ประกันชีวิต มักมีระดับความกังวลใจที่เกี่ยวข้องกับการตายมากกว่า และเป็นการตัดสินใจที่ยากกว่าการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าทั่วไป เช่น บ้าน หรือรถยนต์ ซึ่งสะท้อนความรู้สึก “ปฏิเสธความตาย” หรือ “ปฏิเสธระยะเวลาที่จำกัด” ก่อนที่ความตายจะมาถึง

นักเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม เช่น Becker (1973) ได้เสนอ “ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความรู้สึกหวาดกลัว” (Terror-Management Theory) โดยพยายามศึกษาถึงการบริหารจัดการใจเพื่อลดระดับของความหวาดกลัวที่เกิดขึ้นจาก

ความตาย เช่น การเพิ่มความมั่นใจในตนเอง Greenbert และคณะ (1990, 2000) พบว่า การพยายามอธิบายการตายว่าเป็นสังขารธรรมในชีวิตที่มนุษย์ต้องยอมรับ ทำให้บุคคลที่กำลังเผชิญกับความตายสามารถรักษาระดับความกระวนกระวายใจได้ดีกว่าการบอปปยเพียงที่จะพูดเรื่องความตาย เช่น การที่หมอเลือกบอกคนไข้ว่าเป็นโรคมะเร็งและจะเสียชีวิตอย่างแน่นอน และพยายามช่วยให้คนไข้ยอมรับความจริง จะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจต่อคนไข้น้อยกว่าการพูดให้กำลังใจโดยไม่บอกความจริงและปล่อยให้คนไข้เผชิญกับความจริงในภายหลัง

การศึกษาทางด้านจิตวิทยากับความตาย จึงเน้นถึงระดับการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ ซึ่งนักจิตวิทยาเชื่อมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของมนุษย์ และนำไปสู่การตัดสินใจต่างๆตามมา

### ความตายในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์

แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์มักจะไม่นำประเด็นความตายเข้ามาพิจารณาในการตัดสินใจ การตายและอายุขัยของบุคคลหนึ่งๆ ถูกกำหนดให้เป็นข้อสมมุติ (assumption) ในแบบจำลองพฤติกรรม การที่มนุษย์ “เลือกที่จะเสียชีวิต” มีต้นทุนทางด้านจิตใจที่สูงอย่างมหาศาล ในภาพรวมแล้ว ความตายเป็นการสูญเสีย ดังนั้น การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตก่อนวัยควร และการที่มนุษย์ไม่ยอมให้คนที่รักเสียชีวิตสะท้อนถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่ไม่อยากตาย เพราะ “ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ที่เกิดขึ้นจากการตาย” (Economic Cost of Death) ที่เกิดขึ้นกับบุคคล ครอบครัว และสังคม มีทั้งต้นทุนทางจิตใจ (Psychic Cost) และต้นทุนทางการเงิน (Financial Cost) ที่ประมาณค่าไม่ได้

ดังนั้นเศรษฐศาสตร์จึงไม่ได้มองว่าการตายเป็นทางเลือก แต่มองว่าเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้น และมนุษย์พยายามที่จะหลีกเลี่ยง โดยพิจารณาว่า การตายเป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์ แต่มีโทษมหาศาล ยกเว้นในบางสาขาอาชีพ (เช่น สัปเหร่อ หรือช่างทำโลงศพ) ที่รับประโยชน์จากการเสียชีวิต ทำให้คนที่มีเหตุผล (Rational Persons) เลือกที่จะหลีกเลี่ยงปัจจัยหรือภัยคุกคามต่างๆ ที่นำมาซึ่งความตาย โดยนักเศรษฐศาสตร์ อธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เลือกนำตัวเองเข้าไปเสี่ยงกับความตาย (เช่น การคิดฆ่าตัวตาย การเสพยาเสพติด หรือการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน) ว่า เกิดจากทัศนคติต่อความเสี่ยงและความระมัดระวังของแต่ละคน และเรียกบุคคลที่เลือกที่จะตายโดยไม่พิจารณาต้นทุนที่สูงซึ่งเกิดจากความตายว่าเป็น “คนที่ไม่มีความมีเหตุผล” (Irrational Persons)

สาเหตุอีกประการหนึ่งที่นักเศรษฐศาสตร์ไม่นำประเด็นความตายเข้ามาพิจารณาในการตัดสินใจก็คือ มนุษย์ไม่สามารถรู้ได้ว่าเสียชีวิตเมื่อใด การไม่รู้เปรียบเสมือนกับการขาดข้อมูลสำคัญในการตัดสินใจต่างๆ ในการใช้ชีวิต การผลิต และการบริโภค และอยู่บนพื้นฐานของการคาดประมาณ

อย่างไรก็ตาม เมื่อนำแนวคิดทางด้านเศรษฐศาสตร์ที่ว่าด้วยเรื่องของ “การวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์” (Cost-Benefit Analysis) มาพิจารณา พบว่า สามารถอธิบายถึงการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับความตายได้ เช่น นาย ก. อายุ 15 ปี รู้ว่าจะเสียชีวิตเมื่ออายุ 20 ปี นาย ก. อาจเลือกไม่เรียนหนังสือ ไม่ทำงาน ใช้เวลาส่วนใหญ่กับการประกอบกิจกรรมที่สร้างความสุขให้กับตนเองมากที่สุด เช่น การเที่ยวเตร่ เพราะคิดว่าการเรียนหนังสือและการทำงานเป็น “ต้นทุน” (Cost) อย่างหนึ่ง ซึ่งได้รับประโยชน์ (Benefit) ในช่วงอายุมากกว่า 20 ปี ซึ่งนาย ก. ไม่มีชีวิตอยู่แล้ว

เมื่อพิจารณาต้นทุนที่เกิดจากการตาย สามารถจำแนกได้ 3 ประการ **ต้นทุนอย่างแรก** เกิดขึ้นกับบุคคลที่เสียชีวิต เศรษฐศาสตร์มองว่าความตายเป็นการเสียโอกาสที่จะมีความสุขกับการใช้ชีวิต ดังนั้นความตายจึงมี “ต้นทุนค่าเสียโอกาส” (Opportunity Cost) สูง เพราะการมีชีวิตอยู่ไม่ว่าจะมีความสุขมากหรือน้อย ถือเป็นประโยชน์ (benefits) ทั้งสิ้น ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่เลือกที่จะตาย นักเศรษฐศาสตร์ได้อธิบายว่า ประโยชน์ส่วนบุคคลที่แท้จริงจากการมีชีวิตอยู่ขึ้นอยู่กับว่าคุณค่าของตนเองมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นไปได้ที่บุคคลบางกลุ่มอาจมองว่าการมีชีวิตอยู่เป็นต้นทุนที่สูงเช่นเดียวกัน (และอาจสูงกว่าการเลือกเสียชีวิต)

ปัจจัยสำคัญในการพิจารณาต้นทุนที่เกิดจากการตายที่มีการศึกษากันมากในทางเศรษฐศาสตร์ คือทัศนคติเรื่องความตายของแต่ละบุคคล โดยผลกระทบของการเลือกใช้ชีวิตที่เหลือนั้นอยู่กับ “ระดับการยอมรับและความเข้าใจ” (Sophistication) การตายของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่มนุษย์ “ปฏิเสธความเป็นจริง” (Denial) ว่าตนเองจะเสียชีวิตและไม่สามารถทำใจยอมรับการตายที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ Kopczuk and Slemrod (2002) ได้ทำการศึกษาถึงความแตกต่างของบุคคล พบว่า “บุคคลที่ปฏิเสธความเป็นจริง” (Forward-Naïve Person) มีแนวโน้มที่จะบริโภคต่ำกว่าบุคคลที่ยอมรับว่าตนจะเสียชีวิต (Forward-Sophisticated Person) ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มทำให้เกิดต้นทุนการจัดสรรทรัพยากรที่บิดเบือน (Misallocation of Resource) ในตลาดที่มากกว่า ดังนั้น เมื่อนำกรณีศึกษาของนาย ก. มาพิจารณาว่าเป็นทางเลือกที่เหมาะสมหรือไม่โดยดูรูปแบบของการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการบริโภค (Pattern of Lifetime Consumption) ของนาย ก. จะพบว่า นาย ก. เป็นผู้ที่มีทัศนคติต่อการเสียชีวิตในลักษณะที่ยอมรับความเป็นจริง และนาย ก. เลือกที่จะจัดสรรทรัพยากรทั้งหมดที่มีเพื่อตอบสนองความต้องการในชีวิตที่เหลือนั้นของตน

นอกจากนี้ Rainey และ Epting (1977) ยังพบว่า บุคคลที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการตายจะเป็นบุคคลที่มีการจัดการบริหารทรัพยากรได้ดีกว่า และมีพฤติกรรมที่มีความรอบคอบกว่าบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการตาย เช่น มีการวางแผนการจัดการกับศพ การทำนิติกรรมล่วงหน้าที่เกี่ยวข้องกับการตายของตน ตลอดจนการเลือกซื้อประกันชีวิต ได้ดีกว่า

**ต้นทุนอย่างที่สอง** เกิดขึ้นในลักษณะของผลกระทบภายนอก โดยที่การตายของบุคคลหนึ่งได้ส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย ตัวอย่างเช่น การเสียชีวิตของหัวหน้าครอบครัวที่เป็นหลักในการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว จะเกิดต้นทุนภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว สมาชิกคนอื่นๆ ต้องรับภาระเมื่อหัวหน้าครอบครัวเสียชีวิต เครื่องมือที่ลดความเสี่ยงต่างๆ เช่น การซื้อประกันชีวิต อาจช่วยลดผลกระทบจากการตายอยู่บ้าง แต่ผลกระทบภายนอกยังคงมีอยู่ในระดับสูงหลังการตาย Hurd และ Wise (1989) ได้อธิบายว่า การเสียชีวิตของหัวหน้าครอบครัวที่เป็นผู้ชาย จะส่งผลทำให้มาตรฐานการครองชีพของครอบครัวนั้นลดลง เมื่อนำมาเทียบกับเส้นความยากจนพบว่า ทำให้ครอบครัวนั้นยากจนลงด้วย นอกจากนี้ ยังมีการคาดประมาณว่า การเสียชีวิตของสามีทำให้มาตรฐานการครองชีพของภรรยาตกลงประมาณร้อยละ 25 หรือมากกว่า ขณะที่ Bernheim และคณะ (2001) ได้พบว่าการซื้อประกันไม่ได้ช่วยทำให้ครอบครัวที่หัวหน้าครอบครัวเสียชีวิตนั้น ประสบปัญหาทางการเงินน้อยลงแต่อย่างใด โดยเฉพาะกับครอบครัวที่เพิ่งแต่งงานใหม่หรือครอบครัวที่สามีและภรรยาอายุยังไม่มาก

**ต้นทุนอย่างสุดท้าย** ที่เกิดจากความตายสะท้อนถึงการสูญเสียทรัพยากรบุคคลในสังคมที่ประมาณค่าไม่ได้ (Invaluable Human Resource) นักเศรษฐศาสตร์ได้พยายามคาดประมาณ “มูลค่าชีวิตเชิงสถิติ” (Value of Statistical Life หรือ VSL) โดยคำนึงถึงความสำคัญของทรัพยากรบุคคลในการพัฒนาประเทศ ซึ่งอธิบายว่า ค่า VSL จะสูงสุดในกลุ่มของคนทำงานวัยหนุ่มสาว (28-32 ปี) และลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุและคนชรา มี VSL ต่ำกว่าช่วงอายุอื่นๆ และค่า VSL ลดลงอย่างรวดเร็ว จากผลของการวิจัยโดยคำนวณหาค่า VSL ของคนงานในภาคอุตสาหกรรมของสหรัฐอเมริกา พบว่า ในแต่ละช่วงอายุจะมีค่า VSL ที่ต่างกัน ดังที่แสดงในตารางข้างล่าง

ตารางมูลค่าของชีวิตเชิงสถิติของแรงงานในประเทศสหรัฐอเมริกาจำแนกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	มูลค่าของชีวิตเชิงสถิติ (VSL)	
	(ล้านเหรียญสหรัฐ)	(ล้านบาท)*
18-22	\$3.13	125.20
23-27	\$4.14	165.60
28-32	\$5.76	230.40
33-37	\$5.68	227.20
38-42	\$4.83	193.20
43-47	\$3.63	145.20
48-52	\$3.12	124.80
53-57	\$2.85	114.00
58-62	\$2.51	100.40

\* 1 เหรียญสหรัฐมีค่าเท่ากับ 40 บาท

ที่มา: Aldy J. and Viskusi K. 2003.

VSL มีความสำคัญสำหรับผู้วางนโยบายเพื่อ “ลดความเสี่ยง” (Risk Reduction) ต่างๆ เช่น ความเสี่ยงจากการทำงาน ความเสี่ยงจากท้องถนน และใช้มากในธุรกิจประกันชีวิต เพื่อคำนวณหาค่าเบี้ยประกันภัย ค่าสินไหมทดแทน หรือนำมาใช้คำนวณในระบบประกันสังคมประเภทต่างๆ เมื่อนำแนวคิด VSL มาวิเคราะห์ความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (อย่างกรณีของคลื่นยักษ์สึนามิหรือการถล่มของตึกเวิร์ลเทรด) จะเห็นได้ว่าเป็นการสูญเสียที่มีมูลค่ามหาศาล

### สรุป

แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม ที่พิจารณาความตายในฐานะเป็นทางเลือกหนึ่งเป็นการต่อยอดทางวิชาการให้ศาสตร์การวิเคราะห์เชิงจิตวิทยาซึ่งมีประโยชน์ในการเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น และจำเป็นที่จะต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาการศึกษาที่เกี่ยวกับความตายทางด้านจิตวิทยาและสังคมศาสตร์ เนื่องจากเศรษฐศาสตร์ยังเป็นแนวคิดเพื่อการตัดสินใจภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเพื่อตอบสนองต่อความพึงพอใจสูงสุด โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์เป็นสำคัญ ซึ่งต้นทุนและประโยชน์จากความตายนั้นยังคงเป็นประเด็นถกเถียงในวงวิชาการต่างๆ อยู่

### เอกสารอ้างอิง

- Aldy, J. and Viskusi K. 2003. “Age Variation in Workers’s Value of Statistical Life, NBER Working Paper No. 10199.
- Becker, Ernest. 1973. *The Denial of Death*, New York: Free Press.
- Fortner, Barry V. and Neimeyer, Robert A. 1999. “Death Anxiety in Older Adults: A Quantitative Review”. *Death Studies*. 23(5): 387-411.
- Bernheim, Douglas B., Carmen, Katherine Grace, Gokhale, Jagadeesh, and Kotlikoff, Lurence J. 2001. “The Mismatch between Life Insurance Holdings and Financial Vulnerabilities: Evidence from the Survey of Consumer Finances”, *NBER Working Paper No.8544*, Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Greenberg, J, Arndt, J., Simon, L., Pyszczynski, T., and Solomon, S. 2000. “Proximal and Distal Defenses in Response to Reminders of One’s Mortality: Evidence of a Temporal Sequence”. *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 26: 91-99.

- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Rosenblatt, A., Veeder, M., Kirkland, S., and Lyon, D. 1990. "Evidence for Terror Management Theory II. The Effects of Mortality Salience Reactions to Those Who Threaten or Bolster the Cultural Worldview", *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol.58: 308-318.
- Hurd, Michael D. and Wise, David. 1989. "The Wealth and Poverty of Widows: Assets Before and After the Husband's Death" in David Wise, Editor: 177-199. *The Economics of Aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kubler-Ross, Elisabeth (1969) *on Death and Dying*, New York: Mcmillan.
- Kopp, Steven W. and Pullen, Brian K. 2002. "Death Attitudes and Consumer Behavior: Purchasing 'End of Life' Goods". University of Arkansas, mimeo.
- Rabin, Matthew. 1998. "Psychology and Economics". *Journal of Economic Literature*. Vol. 8: 19-28.
- Rainey, L. C. and Epting, F.R. 1977. "Death Threat Constructions in the Student and the Prudent." *Omega: Journal of Death and Dying*. Vol.1: 19-28.

# การตายกับรายได้ครัวเรือน

แคทลีน ฟอร์ด<sup>1</sup>

บั้งปอนด์ รักอำนวยกิจ<sup>2</sup>

ชินุทัทัย กาญจนะจิตรา<sup>3</sup>

## นำเรื่อง

เมื่อมีสมาชิกในครัวเรือนเสียชีวิตลงย่อมเกิดผลกระทบต่อสมาชิกในครัวเรือนคนอื่นๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น อาจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (Rugalema, 1999; Yamano and Jane, 2004) เกิดการโยกย้ายถิ่นฐานของสมาชิกในครัวเรือน (Urassa et al., 2001) หรือครัวเรือนนั้นๆ อาจสิ้นสุดลง (Dissolution) (Hosegood, Nuala, Herbst, and Timaeus, 2004) การที่ครัวเรือนที่มีสมาชิกเสียชีวิตและเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอาจมีสาเหตุจากการขาดรายได้จากสมาชิกที่เสียชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลผู้เสียชีวิตขณะป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการจัดงานศพให้กับผู้ตายด้วย

การศึกษาลักษณะของการตายต่อครัวเรือนที่กล่าวอ้างมาข้างต้น ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจมาจากการที่ประชากรในวัยทำงานในอัฟริกาเสียชีวิตจากโรคเอดส์เป็นจำนวนมาก ทำให้มีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสมาชิกอื่นๆ ของครัวเรือน แต่สำหรับในภูมิภาคเอเชียแล้ว การศึกษาถึงผลกระทบของการตายต่อสถานะครัวเรือนยังไม่ได้มีการศึกษามากนัก สาเหตุส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่โรคเอดส์ไม่เป็นปัญหาร้ายแรงของประเทศในภูมิภาคเอเชีย และการเก็บข้อมูลจากประชากรอย่างต่อเนื่องระยะยาว (Longitudinal หรือ Panel data) มีไม่มากนักที่จะทำให้สามารถวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงได้ การศึกษาในรายงานฉบับนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตายของสมาชิกในครัวเรือน รายได้ครัวเรือน และการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือน โดยใช้ข้อมูลจากโครงการกาญจนบุรี ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นระบบเฝ้าระวังทางประชากร (Demographic Surveillance System) โดยศึกษาความแตกต่างในด้านอายุ สถานะของผู้ตายในครัวเรือน รายได้ และระดับความยากจนของครัวเรือน

## วิธีการศึกษาและแหล่งข้อมูล

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากโครงการกาญจนบุรี ซึ่งเป็นโครงการเฝ้าระวังทางประชากรโครงการแรกในประเทศไทย โครงการนี้ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และเป็นโครงการที่มีคลังข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพในระดับบุคคล ครัวเรือน และชุมชน ทุกปี ตั้งแต่ปี 2543 ถึงปี 2547 การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจปี 2544 และ 2545 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2548)

กาญจนบุรีเป็นจังหวัดในภูมิภาคตะวันตกของไทย และเป็นจังหวัดที่มีชายแดนติดกับประเทศพม่าเป็นแนวยาวซึ่งทำให้เป็นจังหวัดที่ประกอบด้วยประชากรหลายเชื้อชาติ มีแรงงานย้ายถิ่นทั้งที่มีการจดทะเบียนและไม่มีการจดทะเบียนเป็นจำนวนมาก และเป็นจังหวัดที่ไม่ห่างไกลจากกรุงเทพมหานครมากนัก มีอุตสาหกรรมในพื้นที่ที่หลากหลาย ขณะเดียวกันก็เป็นจังหวัดที่มีความสำคัญทางด้านการเกษตร โดยเฉพาะการทำไร่ และยังมีแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของ

<sup>1</sup> ศาสตราจารย์ผู้เชี่ยวชาญชาวต่างประเทศ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> อาจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ไทยเป็นจำนวนมาก ในส่วนพื้นที่ศึกษาของโครงการกาญจนบุรี ประกอบด้วย 100 หมู่บ้าน ที่ทำการคัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนความหลากหลายทางประชากรในจังหวัด ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

การสำรวจข้อมูลทุกรอบของโครงการกาญจนบุรี ใช้แบบสอบถามใน 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ครัวเรือน และชุมชน โดยมีคำถามในแบบสอบถามที่เป็นทั้งคำถามเดิมและคำถามใหม่ในแต่ละปีที่สำรวจ การศึกษานี้ เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูล 2 ระดับ คือ ระดับครัวเรือน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลลักษณะของสมาชิกในครัวเรือน การใช้ที่ดิน และการทำการเกษตร การพึ่งพาอาศัยระหว่างสมาชิกในครัวเรือน การย้ายถิ่น และการตาย โดยผู้ตอบคำถามเป็นตัวแทนของครัวเรือน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นหัวหน้าครัวเรือน และข้อมูลในระดับบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากสมาชิกครัวเรือนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

(1) การตาย การตายของสมาชิกในครัวเรือนใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามครัวเรือนในปี 2545 ซึ่งมีคำถามว่าในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา มีการตายของสมาชิกในครัวเรือนนั้นๆ หรือไม่ และหากมีการตายเกิดขึ้นจะมีการบันทึกข้อมูลอายุเพศ สาเหตุการตาย และสถานที่ตายของผู้ตายด้วย ทั้งนี้ มีการบันทึกข้อมูลผู้ตายไม่เกิน 3 คน ในหนึ่งครัวเรือน

(2) รายได้ครัวเรือน ได้จากคำนวณรวมรายได้บุคคลในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาของสมาชิกครัวเรือนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป แต่หากสมาชิกในครัวเรือนไม่สามารถระบุรายได้เฉพาะของตน การบันทึกรายได้จะเป็นรายได้ของครัวเรือน บทความนี้ใช้รายได้ครัวเรือนในกรณีที่มีการระบุรายได้ครัวเรือน ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลรายได้ครัวเรือน ใช้การรวมรายได้บุคคลของสมาชิกในครัวเรือนแทนรายได้ครัวเรือน โดยพบว่า มีครัวเรือนประมาณร้อยละ 10 ที่ไม่ระบุรายได้ครัวเรือน นอกจากนี้ เนื่องจากรายได้ครัวเรือนมีการกระจายตัวค่อนข้างสูง จึงมีการแบ่งรายได้ครัวเรือนเป็นทศภาค (Decile) และเบญจภาค (quintile) ในการวิเคราะห์บางส่วนของการศึกษานี้

ข้อมูลรายได้ครัวเรือนที่ใช้ศึกษา ได้จากรายได้ครัวเรือนในปี 2544 และ 2545 ซึ่งการสำรวจทั้งสองรอบใช้คำถามถึงรายได้ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา โดยรายได้ครัวเรือนในปี 2544 เป็นรายได้ครัวเรือนก่อนที่มีการตาย และรายได้ครัวเรือนในปี 2545 เป็นรายได้ครัวเรือนหลังการตาย ครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าเบญจภาคที่ 1 (1<sup>st</sup> quintile) ถือว่าเป็นครัวเรือนที่ยากจน

(3) หัวหน้าครัวเรือน สถานะของหัวหน้าครัวเรือนเป็นการระบุโดยสมาชิกในครัวเรือนที่ตอบแบบสอบถาม

(4) ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือน หมายถึง ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครัวเรือนแต่ละคนกับหัวหน้าครัวเรือน เช่น เป็นภรรยา บุตร หลาน เป็นต้น โดยการระบุบทบาทความสัมพันธ์ของผู้ตาย จะเชื่อมโยงข้อมูลการตายในปี 2545 กับข้อมูลความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือนในปี 2544 เพื่อให้ได้บทบาทความสัมพันธ์ของผู้ตายกับหัวหน้าครัวเรือนที่แท้จริงก่อนที่ผู้ตายจะเสียชีวิต

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยเชิงซ้อนร่วมด้วยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญเชิงสถิติใช้ค่า p ที่ต่ำกว่า 0.05

## ข้อค้นพบ

### ผลการศึกษาด้านสถิติเชิงพรรณนา

จากการศึกษา พบว่า การตายของสมาชิกที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนมีส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับสมาชิกอื่นๆ คือ มีสัดส่วนถึงร้อยละ 41 จากจำนวนการตายทั้งหมด 239 ราย ในขณะที่การตาย ร้อยละ 16 เป็นสามีหรือภรรยาของหัวหน้าครัวเรือน ร้อยละ 14 เป็นบุตรสาว/บุตรชายของหัวหน้าครัวเรือน และประมาณร้อยละ 19 เป็นบิดา มารดา หรือพ่อตา แม่ยาย (ตาราง 1)

ตาราง 1: จำนวนและร้อยละของผู้ตายจำแนกตามบทบาทและความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือนในปี 2545

บทบาทและความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือน	จำนวน	ร้อยละ
หัวหน้าครัวเรือน	98	41.0
ภรรยา /สามี	39	16.3
บิดา	14	5.9
มารดา	17	7.1
พ่อตา/แม่ยาย	14	5.9
บุตรชาย/บุตรสาว	33	13.8
หลาน	3	1.3
พี่น้อง	4	1.7
บุตรเขย	1	0.4
บุตรสะใภ้	1	0.4
หลาน	2	0.8
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	4	1.7
ญาติอื่นๆ	8	3.3
ผู้อาศัยที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.4
รวม	239	100.0

เมื่อวิเคราะห์การตายของสมาชิกครัวเรือนที่มีระดับรายได้แตกต่างกัน พบว่า ระดับรายได้ไม่มีผลต่อการเสียชีวิตของสมาชิกในครัวเรือน ตาราง 2 แสดงร้อยละของครัวเรือนที่มีการตายและที่ไม่มีการตายในปี 2545 จำแนกตามรายได้ครัวเรือนในปี 2544 พบว่า อัตราส่วนของครอบครัวที่มีการตายต่อครอบครัวทั้งหมด จำแนกตามทศภาครายได้ อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 1.4 ถึง 2.8



ตาราง 2: การกระจายของครัวเรือนจำแนกตามการตายของสมาชิกในครัวเรือนในปี 2545  
และ ทศภาครายได้ครัวเรือน (income deciles) ในปี 2544

ทศภาครายได้ครัวเรือนในปี 2544	ครัวเรือนที่ไม่มีการตาย (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่มีการตาย (ร้อยละ)	รวมร้อยละ	จำนวนรวม
1	97.9	2.1	100	866
2	97.3	2.7	100	1,006
3	98.3	1.7	100	646
4	97.5	2.5	100	1,307
5	97.8	2.2	100	855
6	98.6	1.4	100	1,002
7	98.2	1.8	100	1,097
8	97.7	2.3	100	1,000
9	98.0	2.0	100	1,011
10	98.0	2.0	100	983
ไม่ระบุรายได้	97.2	2.8	100	1,238

การตายที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นการตายของผู้สูงอายุและประชากรวัยทำงาน โดยประมาณร้อยละ 50 ของการตายทั้งหมดเป็นการตายของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 40 เป็นการตายของผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี การตายของผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี มีเพียง 15 รายเท่านั้น (ตาราง 3)

ตาราง 3: จำนวนและร้อยละของผู้ตายจำแนกตามอายุในปี 2545

อายุ (ปี)	จำนวน	ร้อยละ
< 5	8	3.3
5-14	7	2.9
15-24	5	2.1
25-59	98	41.0
>= 60	120	50.2
ไม่ระบุอายุ	1	0.4
รวม	239	100.0

การเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือนอาจเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วย และตาย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ สมาชิกในครัวเรือนอาจต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ครัวเรือนขาดรายได้ มีการใช้จ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาล และเมื่อเสียชีวิตก็สูญเสียรายได้จากผู้ตาย รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการจัดงานศพ ตาราง 4 เปรียบเทียบรายได้เฉลี่ยครัวเรือนในปี 2544 และปี 2545 ของครัวเรือนที่มีการตายและครัวเรือนที่ไม่มีการตายในปี 2545 พบว่า ครัวเรือนที่มีการตายเกิดขึ้นเป็นครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่าครัวเรือนที่ไม่มีการตายทั้งในปี 2544 และปี 2545

ตาราง 4: เจลี่ยรายได้ครัวเรือนจำแนกตามการตายของสมาชิกครัวเรือน

รายได้ เจลี่ย	ครัวเรือนที่มีการตายในปี	ครัวเรือนที่ไม่มีการตายในปี	ครัวเรือน ทั้งหมด
	2545	2545	
2544	82,869	125,617	124,689
2545	84,119	113,947	113,299

ตาราง 5 แสดงการเปลี่ยนแปลงรายได้ของครัวเรือนที่มีการตายและครัวเรือนที่ไม่มีการตาย พบว่าครัวเรือนที่มีการตายมีแนวโน้มที่จะมีรายได้ลดลงหลังจากการเสียชีวิตของสมาชิกในครัวเรือน กล่าวคือ ร้อยละ 59 ของครัวเรือนที่มีการตายของสมาชิกในครัวเรือนมีรายได้ลดลงในปี 2545 โดยเปรียบเทียบกับประมาณร้อยละ 51 ของครัวเรือนที่ไม่มีการตายเกิดขึ้นที่มีรายได้ลดลง และประมาณร้อยละ 52 ของครัวเรือนทั้งหมดมีรายได้ลดลงจากปี 2544 ถึง 2545

ตาราง 5: การกระจายของครัวเรือน (ร้อยละ) จำแนกตามการเปลี่ยนแปลงรายได้และการตายในปี 2545

การเปลี่ยนแปลง รายได้	ครัวเรือนที่มีการตาย ในปี 2545	ครัวเรือนที่ไม่มีการตาย ในปี 2545	ครัวเรือน ทั้งหมด
รายได้ลดลงจากปี 2544	59.4	51.4	51.6
รายได้เพิ่มขึ้นจากปี 2544	40.6	48.6	48.4
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวนครัวเรือน	217	9,892	10,109

นอกจากการตายจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือนแล้ว อายุของผู้ตาย บทบาทในครัวเรือนและความสัมพันธ์ของผู้ตายกับหัวหน้าครัวเรือนมีผลกระทบต่อรายได้ครัวเรือนด้วย ตาราง 6 แสดงค่าเจลี่ยรายได้ครัวเรือนในปี 2544 และ 2545 จำแนกตามบทบาทและความสัมพันธ์ของผู้ตายกับหัวหน้าครัวเรือนในปี 2544 พบว่า ในกรณีที่หัวหน้าครัวเรือนที่อยู่ในวัยชราเสียชีวิต รายได้ครัวเรือนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก จากปี 2544 (จาก 62,000 บาท เป็น 116,000 บาท) แต่รายได้ครัวเรือนลดลงในกรณีที่ผู้เสียชีวิตเป็นหัวหน้าครัวเรือนที่อยู่ในวัยทำงาน (จาก 52,000 บาท เป็น 44,000 บาท) ซึ่งอาจสะท้อนถึงการสูญเสียบุคคลที่เป็นหลักในการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เปรียบเทียบกับการสูญเสียสมาชิกของครอบครัวที่อยู่ในวัยชราที่ต้องการการดูแลจากสมาชิกอื่นๆ โดยการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการทำงานและทำให้สูญเสียรายได้ การเสียชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุนั้นๆ อาจทำให้ผู้ดูแลมีเวลาเพิ่มขึ้นในการหารายได้ให้กับครัวเรือน

นอกจากนี้ การตายของสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือนด้วยเช่นกัน การเสียชีวิตของภรรยาหรือสามีของหัวหน้าครัวเรือนมีผลให้รายได้ครัวเรือนเพิ่มขึ้น (จาก 53,000 บาท เป็น 75,000 บาท) และพบว่า รายได้ครัวเรือนลดต่ำลงในปี 2545 ในกรณีที่มีการตายของสมาชิกอื่นๆ<sup>4</sup> สำหรับครัวเรือนที่ไม่มีผู้เสียชีวิตระหว่างปี 2544 ถึง 2545 พบว่า รายได้ครัวเรือนลดต่ำลงในปี 2545 (จาก 126,000 บาท เป็น 113,000 บาท)

<sup>4</sup> แม้ว่าจำนวนผู้ตายที่เป็นบุคคลอื่นมีสัดส่วนไม่มากนัก

ตาราง 6: ค่าเฉลี่ยรายได้ครัวเรือนปี 2544 และ 2545

จำแนกตามบทบาทและความสัมพันธ์ของผู้ตายกับหัวหน้าครัวเรือนในปี 2544

บทบาทและความสัมพันธ์ของผู้ตาย	รายได้ครัวเรือนปี 2544	รายได้ครัวเรือนปี 2545	จำนวน
หัวหน้าครัวเรือน*	57,432	84,229	*98
อายุ 25-59 ปี	51,705	43,611	41
อายุ >= 60 ปี	61,826	115,630	55
สามี/ภรรยา	53,315	75,022	39
บิดา	216,521	157,201	14
มารดา	125,927	123,774	17
พ่อตา/แม่ยาย	114,056	94,001	14
บุตรชาย/บุตรสาว	104,115	60,258	33
บุคคลอื่นๆ	78,890	113,947	24
ไม่มีการตายในปี 2545	125,617	113,947	10772
* มีหัวหน้าครัวเรือนที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปีสองคน			

ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น อายุของผู้ตายมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือน ตาราง 7 แสดงรายได้ครัวเรือนจำแนกตามอายุของผู้ตาย พบว่า รายได้ครัวเรือนเพิ่มขึ้นหลังจากการตายในกรณีที่ผู้ตายอยู่ในวัยสูงอายุ วัยเด็ก และวัยระหว่าง 15 ถึง 24 ปี แต่หากผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยทำงาน (25-59 ปี) รายได้ครัวเรือนลดลงหลังการตาย (จาก 79,000 บาท เป็น 46,000 บาท)

ตาราง 7: ค่าเฉลี่ยรายได้ครัวเรือนจำแนกตามอายุของผู้ตายในปี 2545\*

อายุของผู้ตาย	รายได้ครัวเรือนปี 2544	รายได้ครัวเรือนปี 2545	จำนวนรวม
< 5	46,208	63,000	8
5-14	55,771	69,257	7
15-24	33,320	71,300	5
25-59	79,104	45,996	98
>= 60	92,423	118,764	120
ครัวเรือนที่ไม่มีการตาย	125,617	113,947	10,772

เมื่อศึกษาผลกระทบของการตายของหัวหน้าครัวเรือนต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือนจำแนกตามระดับรายได้ก่อนการตาย พบว่า ในครัวเรือนที่ยากจน และไม่ยากจน (แบ่งโดยใช้รายได้ต่ำกว่าเบญจภาคี 1 และสูงกว่าเบญจภาคี 1) เมื่อมีการตายของหัวหน้าครัวเรือนที่อยู่ในวัยทำงาน ทำให้รายได้ครัวเรือนลดลงมากกว่าการตายของสมาชิกอื่นๆ แต่หากผู้ตายเป็นผู้สูงอายุ ผลกระทบของการลดลงของรายได้จะมีต่อครัวเรือนยากจนมากกว่าครัวเรือนไม่ยากจน โดยหากมีการตายของสมาชิกที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนที่อยู่ในวัยทำงาน ร้อยละ 77 ของครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าเบญจภาคี 1 จะมีรายได้ลดลงในปี 2545 ซึ่งเป็นสัดส่วนใกล้เคียงกับครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่า มีรายได้ลดลงในปี 2545 แต่ในกรณีที่ผู้ตายซึ่งเป็นหัวหน้าครัวเรือนที่อยู่ในวัยชรา พบว่า ร้อยละ 50 ของครัวเรือนที่ยากจน มีรายได้ลดลง ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 8 ของครัวเรือนที่ไม่ยากจน มีรายได้ลดลง

ตาราง 8: การเปลี่ยนแปลงรายได้ของครัวเรือน (ร้อยละ) ที่มีหัวหน้าครัวเรือนเสียชีวิต  
จำแนกตามอายุของผู้ตายและระดับรายได้ครัวเรือน

ผู้ตาย	รายได้ในปี 2544 ต่ำกว่าเบญจภาคที่ 1			รายได้ในปี 2544 สูงกว่าเบญจภาคที่ 1		
	รายได้ลดลงในปี	รายได้เพิ่มขึ้นในปี	รวม	รายได้ลดลงในปี	รายได้เพิ่มขึ้นในปี	รวม
	2545	ปี 2545		ปี 2545	ปี 2545	
หัวหน้าครัวเรือน	74.0	26.0	100.0	21.0	79.0	100.0
อายุ 25-59 ปี	77.4	22.6	100.0	70.7	29.3	100.0
อายุ $\geq$ 60 ปี	50.0	50.0	100.0	7.69	92.3	100.0

#### การวิเคราะห์แบบถดถอยเชิงซ้อนของการตายต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือน

เมื่อนำข้อมูลข้างต้นมาประมวลวิเคราะห์โดยใช้สถิติแบบถดถอยเชิงซ้อน เพื่อคาดประมาณผลกระทบของการตายต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือนระหว่างปี 2544 และ 2545 โดยควบคุมระดับรายได้ และใช้แบบจำลอง 3 แบบ แบบจำลองที่ 1 ใช้ตัวแปรตาม 2 ตัวแปรคือ (1) มีการตายในครัวเรือนระหว่างปี 2544 ถึง 2545 และ (2) ระดับรายได้ครัวเรือนในปี 2544 (ทศภาค) พบว่าทั้งสองตัวแปรมีความสำคัญทางสถิติ โดยครัวเรือนที่มีการตายมีโอกาสที่จะมีรายได้น้อยลงในปี 2545 มากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีการตายน้อยละ 12 (ดูตาราง 9)

แบบจำลองที่ 2 แสดงผลกระทบของ (1) การตายของผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน และ (2) การตายของเด็กหรือการตายของผู้สูงอายุ ต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือน พบว่าการตายของผู้ที่อยู่ในวัยทำงานมีผลทำให้รายได้ครัวเรือนลดลงหลังการตาย โดยครัวเรือนที่มีการตายของผู้ที่อยู่ในวัยทำงานมีโอกาสที่จะมีรายได้ครัวเรือนลดลงมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีการตายเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 19 สำหรับการตายของเด็กหรือการตายของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แบบจำลองที่ 3 แสดงผลกระทบของ (1) การตายของผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน และ (2) การตายของผู้สูงอายุ และ (3) การตายของเด็กหรือการตายของผู้ที่อยู่ในวัย 5-14 ปี ได้ผลการวิเคราะห์คล้ายกับผลที่ได้จากแบบจำลองที่ 2 คือ การตายของผู้ที่อยู่ในวัยทำงานเท่านั้นที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 9: ค่าสัมประสิทธิ์จากการวิเคราะห์แบบถดถอยเชิงซ้อนของการตาย  
ต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือนระหว่างปี 2544 และ 2545

ตัวแปรอิสระ	แบบจำลองที่ 1	แบบจำลองที่ 2	แบบจำลองที่ 3
มีการตายในครัวเรือนในปี 2545	-0.12***	-	-
ไม่มีการตายในครัวเรือนในปี 2545	กลุ่มอ้างอิง	-	-
การตายของสมาชิกวัยทำงาน	-	-0.19***	-
การตายของสมาชิกวัยเด็กหรือผู้สูงอายุ	-	-0.07	-
ไม่มีการตายของสมาชิกครัวเรือนในปี 2545	-	กลุ่มอ้างอิง	-
การตายของสมาชิกวัยทำงาน	-	-	-0.19***
การตายของสมาชิกวัยเด็กหรือ 15-24 ปี	-	-	-0.10
การตายของผู้สูงอายุ	-	-	-0.06
ไม่มีการตายของสมาชิกครัวเรือนในปี 2545	-	-	กลุ่มอ้างอิง
ทศภาครายได้ครัวเรือนปี 2544	-0.05***	-0.05***	-0.05***
ค่า F	425.8***	284.9***	213.7***
ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ ( $R^2$ )	0.08	0.08	0.08

จำนวนครัวเรือน	9,371	9,371	9,371
----------------	-------	-------	-------

\*\*\* มีนัยสำคัญเชิงสถิติที่  $\alpha = 0.01$ .

## สรุป

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลครัวเรือนเพื่อหาความสัมพันธ์ของการตายของสมาชิกในครัวเรือนกับรายได้ครัวเรือน โดยมีข้อค้นพบประการแรก คือ **ไม่มีความแตกต่างของการตายของสมาชิกในครัวเรือนที่มีรายได้แตกต่างกัน** คือพบว่าครัวเรือนที่มีรายได้ในทศภาคต่างๆ มีการตายเกิดขึ้นในร้อยละที่ใกล้เคียงกัน

ข้อค้นพบประการที่สอง คือ **อายุและบทบาทความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือนของผู้ตายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือน** โดยการตายของหัวหน้าครัวเรือนที่อยู่ในวัยทำงานมีผลทำให้รายได้ครัวเรือนลดลง ในขณะที่การตายของสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของรายได้ครัวเรือน นอกจากนี้ พบว่าครัวเรือนที่มีระดับรายได้น้อย มีโอกาสที่จะมีรายได้ลดลงหลังจากมีการตายของหัวหน้าครัวเรือนที่อยู่ในวัยสูงอายุมากกว่าครัวเรือนที่มีรายได้มากกว่า

ผลกระทบของการตายต่อรายได้นี้ อาจสะท้อนสถานะแรงงานและสุขภาพของผู้ตายก่อนเสียชีวิต ซึ่งหากสมาชิกในครัวเรือนต้องดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต อาจทำให้มีเวลาในการหารายได้ให้กับครัวเรือนน้อยลง หลังจากที่บุคคลที่ได้รับการดูแลเสียชีวิตลง รายได้ครัวเรือนอาจเพิ่มขึ้นเพราะผู้ดูแลมีเวลามากขึ้นในการหารายได้ เนื่องจากไม่มีภาระการดูแลผู้ป่วยอีกต่อไป ในขณะที่เดียวกัน หากผู้ตายเป็นสมาชิกครัวเรือนที่เป็นหลักในการหารายได้ให้กับครัวเรือน รายได้ครัวเรือนอาจลดลงหลังการตายเนื่องจากครัวเรือนขาดรายได้หลัก

ข้อค้นพบประการที่สามจากการศึกษา พบว่า **ขนาดของการเปลี่ยนแปลงรายได้ขึ้นกับอายุของผู้ตาย โดยการตายของผู้ที่อยู่ในวัยทำงานเท่านั้นที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ครัวเรือนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ**

โดยสรุป การศึกษานี้แสดงผลกระทบของการตายต่อรายได้ครัวเรือน การตายของสมาชิกในครัวเรือนอาจส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนนั้นๆ ซึ่งผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นมีช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ตาย คือ หากผู้ตายเป็นเด็กหรือผู้สูงอายุ ผลกระทบส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นก่อนการตาย เพราะสมาชิกอื่นต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา แต่หากผู้ตายอยู่ในวัยทำงาน ผลกระทบส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นหลังการตาย โดยที่ครัวเรือนจะสูญเสียรายได้หลักของครัวเรือนไป โดยผลกระทบดังกล่าวจะมีมากกว่าในครัวเรือนที่ยากจนกว่า และขนาดของผลกระทบอาจขึ้นอยู่กับลักษณะของการตายที่เกิดขึ้นว่า การตายดังกล่าวเป็นการตายแบบเฉียบพลันหรือเป็นการตายหลังจากการป่วยที่ยาวนาน ซึ่งภาครัฐอาจต้องเข้ามามีส่วนในการช่วยลดผลกระทบของการตายต่อสถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในช่วงเวลาดังกล่าวเพื่อช่วยครัวเรือนในการปรับตัวจากการที่มีรายได้ที่เปลี่ยนไป

## เอกสารอ้างอิง

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2548. รายงานสำรวจข้อมูลพื้นฐานรอบ 5. โครงการกาญจนบุรี. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

Hosegood, V, McGrath, N, Herbst, K and Timaeus I.M. 2004. The impact of adult mortality on household dissolution and migration in rural South Africa. *AIDS*. Vol.18(6): 1585-1590.

Institute for Population and Social Research. 2003. *Report of Baseline Round 3, Kanchanaburi Project*. Nakhon Pathom: IPSR Mahidol University.

- Rugalema, G. 1999. It is not only the loss of labor: HIV/AIDS, loss of household assets, and household livelihood in Bukoba district , Tanzania. In *AIDS and Africa Smallholder Agriculture*. Edited by Mutangadura G, Jackson H, Mukurazita G. Harare: 20-34. SFAIDS.
- Yamano, Tand Jayne, TS, 2004. Measuring the impact of working age adult mortality on small scale farm households in Kenya. *World Development*. Vol. 32(1): 91-118
- Urassa, M, Boerma, JT, Isingo. R, Nugalula, J, Ng'weshemi, J, Mwaluko, G et al. 2001. The impact of AIDS on mortality and household mobility in rural Tanzania, *AIDS*. Vol.15(5): 2017-2023.

# ความสุขบนความพอเพียง: ความมั่นคงในบั้นปลายชีวิต<sup>1</sup>

รศรินทร์ เกรย์<sup>2</sup>

บึงปอนด์ รักอำนวยกิจ<sup>3</sup>

ศรินันท์ กิตติสุขสถิตย์<sup>4</sup>

“ความสุข” ของคนไทยเป็นเป้าหมายหลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2548 – 2551) ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง เช่นเดียวกับแผนพัฒนาฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 ที่เสนอว่าความสุขเริ่มจากระดับบุคคล ก่อนและขยายวงกว้างไปยังครอบครัว ชุมชน และสถาบันต่าง ๆ และ ระดับประเทศตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2548)

แนวคิดการพัฒนาประเทศโดยให้ความสำคัญกับความสุขมากกว่าการให้ความสำคัญกับความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเพียงด้านเดียว ซึ่งริเริ่มโดยพระราชอาทิบดี จิกเม ซิงเย วังชุก (Jigma Singye Wang Chuk) กษัตริย์แห่งประเทศภูฐาน ได้ถูกนำไปอภิปรายอย่างกว้างขวางในหลายภูมิภาค (เจษณี สุขจิตติการ 2547) สำหรับในประเทศไทย นายแพทย์ประเวศ วะสี (2548) ได้เสนอแนวคิด ความอยู่เย็นเป็นสุขของสังคมไทย ซึ่งรวมมิติทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและจิตใจไว้ด้วย โดยที่มุมมองทางเศรษฐกิจ เน้นไปที่มีปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตแบบพอเพียง

ความสุขเป็นความรู้สึกองค์รวมเชิงอัตวิสัย (Subjective) อาจเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา สุขภาพเป็นผลมาจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในเป็นเรื่องของจิตใจ เช่น การมีความสุข เนื่องจากการมีศีลธรรม สมานทิ หรือปัญญา ความรู้สึกพอเพียง ไม่โลภ (พระธรรมปิฎก มปป.) และความสุขซึ่งเป็นผลพวงมาจากปัจจัยภายนอก เช่น มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีครอบครัวอบอุ่น การมีสุขภาพดี (ประเวศ วะสี 2548)

ความสุขเป็นยอดปรารถนาของทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะประชากรสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่เปราะบางและพึ่งพิงผู้อื่น มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากคนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ในปัจจุบันนี้คนไทยเมื่อมีอายุ 55 ปี จะมีชีวิตอยู่ได้อีกต่อไปโดยเฉลี่ย 23 ปีสำหรับผู้ชาย และ 27 ปีสำหรับผู้หญิง (Prasartkul and Rakchanyaban 2002) ตัวชี้วัดนี้ทางประชากรศาสตร์เรียกว่า อายุขัยเฉลี่ยเมื่ออายุ 55 ปี หรือใช้สัญลักษณ์  $e_{55}$  ซึ่งในชีวิตที่เหลืออยู่นี้ ถ้าผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอาจมีชีวิที่ยืนยาวไปกว่านี้ เนื่องจากสุขภาพกาย และสุขภาพใจไม่สามารถแยกจากกันได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ ทั้งปัจจัยภายนอก หรือสภาวะแวดล้อม และปัจจัยภายในทางด้านจิตใจของแต่ละบุคคล

## ความสุข: ความหมาย

ความสุขในทางพระพุทธศาสนา เกิดจากความสุขที่สัมพันธ์กับปัจจัยภายนอก และ ความสุขจากปัจจัยภายใน ความสุขจากปัจจัยภายนอก คือ ความสุขจากวัตถุที่สามารถเป็นเจ้าของได้ เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค

<sup>1</sup> คณะผู้เขียน ขอขอบคุณ รศ. ดร. อนุชาติ พวงสำลี สำหรับแนวคิดการทำวิจัยเกี่ยวกับความสุข รศ. ดร. วรชัย ทองไทย สำหรับคำแนะนำที่มีคุณค่าอย่างยิ่งที่ทำให้บทความนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และดร. อัมมาร สยามวาลา สำหรับข้อเสนอแนะ และคำแนะนำ สำหรับชุดข้อคำถามเกี่ยวกับการวัดความสุข

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup> อาจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>4</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

รดยนต์ ความสุขจากปัจจัยภายในหรือจิตวิญญาณเกิดจาก การปรุงแต่ง การฝึกจิต การนั่งสมาธิ ซึ่งจิตที่มีการฝึกฝนดีแล้ว จะสามารถมีภูมิต้านทานต่อความทุกข์จากปัจจัยภายนอก (พระธรรมปิฎก มปป.)

ความสุขที่เป็นผลมาจากปัจจัยภายนอก หรือทั่วไปใช้คำว่า “ความอยู่ดีมีสุข” หรือ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งเป็นรูปธรรม และวัดเชิงภาวะวิสัย (Objective) ดัชนีที่ใช้ในปัจจุบันเป็นการวัดองค์ประกอบความสุขจากปัจจัยภายนอก เช่น สุขภาพ ระดับการศึกษา การทำงาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สภาพครอบครัวความเป็นอยู่ สภาพความเป็นอยู่ในชุมชน (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2548) ศ. นพ. ประเวศ วะสี (2548) ได้ใช้คำว่า “ความอยู่เย็นเป็นสุข” เป็นภาพสะท้อนของสังคมที่มีความสุขจากองค์รวมของทั้งปัจจัยภายนอกและภายใน

ความสุขในทางจิตวิทยา เป็นความรู้สึกรวมทางอารมณ์ ที่แต่ละบุคคลตัดสินว่ามีความสุขมากหรือน้อย ซึ่งขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตที่กำลังดำเนินอยู่ ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และทัศนคติที่มีต่อการดำเนินชีวิต หลักการวิธีคิด ประสบการณ์ชีวิตอาจมีทั้งที่ก่อให้เกิดความสุข และความทุกข์ และระดับของความสุขและความทุกข์ขึ้นอยู่กับเราจะจดจำประสบการณ์ชีวิตนั้นได้มากหรือน้อย (Alexandrova 2005)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา เชื่อว่าระดับของความสุขของแต่ละบุคคลเป็นลักษณะที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมและเป็นคุณลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ตลอดชีวิต ดังนั้นเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในช่วงต่างๆ ก็จะไปเพิ่มหรือลดระดับความสุขที่คงที่อยู่แล้ว อยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่ง เมื่อระยะเวลาผ่านไป ระดับความสุขก็จะกลับไปเท่าเดิม (Kahneman 1999; Csikszentmihalyi and Jeremy 2003)

### ความสุข: มาตรฐานวัด

ดังที่ได้กล่าวไว้ว่า ระดับความสุขขึ้นอยู่กับหลายๆ องค์ประกอบ การสร้างดัชนี (มาตรฐานวัด) ที่มีหลายองค์ประกอบทำได้ 2 แบบคือ 1) จากองค์ประกอบต่างๆ แล้วรวมเป็นดัชนีมวรวม (Composite index) หรือ 2) จากความรู้สึกรวมก่อน ซึ่งจะเป็นคำถามเดียว แล้วจึงพิจารณาองค์ประกอบ

สำหรับประเทศไทยมีการพัฒนาตัวชี้วัดความสุขทั้งสองแบบ ในแบบแรก อยุทธ ขจรธรรม และคณะ (2543) ได้เก็บข้อมูลองค์ประกอบของความสุขก่อน และหาค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชากรที่ศึกษา ซึ่งค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละองค์ประกอบไม่เท่ากัน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้หาค่าดัชนีมวรวมความอยู่ดีมีสุขโดยรวมจากองค์ประกอบต่างๆ เช่นเดียวกันแต่ให้ค่าถ่วงน้ำหนักแต่ละองค์ประกอบเท่ากัน สำหรับการพัฒนาดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index –HDI) ขององค์การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ใช้ทั้งสองแบบ (Irala and Gil 1999)

สำหรับวิธีการที่สอง ซึ่งเป็นการใช้คำถามเดียว สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ได้ศึกษาถึงความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว โดยสอบถามถึงระดับความสุข ตั้งแต่ระดับ 1-10 (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว 2548) สำหรับโลกตะวันตกให้ความสำคัญกับคำถามเดียว (Hird 2003; World Data Base of Happiness: <http://www.eur.nl/fsw/happiness/>) โดยมีระดับความสุขต่างกันออกไปตั้งแต่ 4 ถึง 5 ระดับ และ 0-10. สำหรับคำถามเดียว เช่น เมื่อพิจารณาจากทุกสิ่งทุกอย่างรวมกัน ท่านมีความรู้สึกพอใจในชีวิตอย่างไรในปัจจุบัน (How satisfied are you with your life, all things considered?) คำตอบมี 4 ระดับ ตั้งแต่ พอใจมาก จนถึงไม่พอใจเลย (Kohler et al 2005)

ในการศึกษาครั้งนี้ การวัดความสุขได้ใช้คำถามเดียว คือ “ตอนนี้ท่านมีความรู้สึกอย่างไร” ไม่มีคำถามที่มีความหมายในเชิงบวก เช่น พอใจ หรือ ความสุข ในคำถาม เพราะทุกคนมีความทุกข์และความสุข สุขมากคือทุกข์น้อย โดยให้ผู้ตอบสัมภาษณ์มองภาพยิ้ม คำตอบมีระดับ 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10 โดยที่ 0 หมายถึง มีความทุกข์



มากที่สุด 5 หมายถึง ไม่สุขไม่ทุกข์ 10 หมายถึง มีความสุขมากที่สุด และในคำถามถัดไป ถามว่า “สาเหตุที่ท่านตอบคำถามตามข้อ (ระดับความสุข) เพราะอะไร” โดยตอบได้ 3 คำตอบเป็นปลายเปิดเรียงตามระดับความสำคัญ

นอกจากนี้ยังมีคำถามในชุดความสุขอีกสองคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกในอนาคต คือ “ในอนาคตต่อไปข้างหน้า ท่านคิดว่าท่านจะมีความรู้สึกอย่างไร” คำตอบเหมือนกับความรู้สึกในปัจจุบัน และคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจต่อความรู้สึกนั้นว่าจะเกิดขึ้นจริงในอนาคต

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุข

ในงานวิจัยความสุขของผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสุข ได้แก่ สถานะทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม การเกื้อหนุนทางสังคมหรือการมีเครือข่ายทางสังคม (Pinquart and Soren 2000) และปัจจัยทางด้านครอบครัว แต่ตัวแปรเฉพาะเรื่องมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินพอเพียง มีโรคเรื้อรังน้อย และได้รับความเกื้อหนุนทางสังคมมากกว่ามีความรู้สึกหดหู่น้อยกว่า (Chi 1995) การมีญาติพี่น้องมาก มีการศึกษามากกว่า มีรายได้มากกว่า มีความพอใจในรูปแบบการอยู่อาศัย มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญต่อความพอใจในชีวิต (Ho et al 1995) แต่บางการศึกษาพบว่า รายได้เท่ากันที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสุขของผู้สูงอายุ (Li 1995) หรือพบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัว และสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญ (Meng and Xiang 1997) และการได้รับบำนาญ การดูแลสุขภาพ ขนาดของครอบครัวและรูปแบบการอยู่อาศัย เป็นปัจจัยสำคัญต่อความพอใจในชีวิต (Pei and Pillai 1999)

ความสุขทางใจของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ในสังคมตะวันตกซึ่งเป็นสังคมแบบปัจเจกชนนิยม (Individualistic Society) ความสุขของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ การพึ่งพาตนเองได้ การควบคุมสถานการณ์ การพัฒนาตน ความพึงพอใจในชีวิต การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง (Ryff 1989) สำหรับความสุขของผู้สูงอายุไทย ซึ่งอยู่ในรูปแบบสังคมตะวันออกที่มีลักษณะสังคมรวมหมู่ (Collective Society) เน้นการพึ่งพาอาศัยกัน พบว่าผู้สูงอายุไทยมีแนวคิดเกี่ยวกับความสุขใน 5 มิติ คือ 1) ความสามัคคีปรองดอง ของครอบครัวและเพื่อนบ้าน 2) การพึ่งพาอาศัยกันและกันระหว่างผู้สูงอายุและลูกหลาน รวมถึง เพื่อนบ้าน และชุมชน 3) ความสงบสุขและการยอมรับ หรือการทำใจให้มีความสุข ซึ่งเป็นผลมาจากศาสนา 4) การได้รับความเคารพ นับถือ และ 5) ความเบิกบาน การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนวัยเดียวกัน การไปวัด (จิราพร และคณะ 2543; Ingersoll-Dayton et al. 2004)

### แหล่งข้อมูล

บทความนี้ใช้ข้อมูลจากโครงการวิจัยบูรณาการเพื่อแก้ปัญหาความยากจนอย่างมีส่วนร่วมในภาคตะวันตก: การพัฒนาตัวชี้วัดความสุข ในจังหวัดชัยนาท พ. ศ. 2548 ซึ่งเป็นการสำรวจโดยมีการเลือกตัวอย่างแบบ Stratified two stage sampling โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อให้เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดได้ มีครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างทั้งสิ้น 1,440 ครัวเรือน ประชากรอายุ 55 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.8 ของประชากรทั้งหมด ในการศึกษาเรื่องความสุข เลือกเฉพาะผู้ตอบคำถามเองเท่านั้น (ร้อยละ 90.4) ทำให้เหลือประชากรอายุ 55 ปีขึ้นไปจำนวน 1,036 คน เนื่องจากมีการเอนเอียงในคำตอบของผู้สูงอายุวัยปลายมากกว่า 80 ปีขึ้นไป<sup>5</sup> ดังนั้นจึงใช้ เฉพาะข้อมูลผู้สูงอายุ 55-80 ปี จำนวน 986 คน และทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ข้อมูลที่ใช้เป็นค่าที่ได้ถ่วงน้ำหนักแล้ว

<sup>5</sup> เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของความสุขจำแนกตามอายุ พบว่ามีความแปรปรวนในช่วงชีวิตวัยปลายสูง ทั้งสองด้านทั้งทุกข์มากที่สุด และมีมีความสุขมากที่สุด ซึ่งน่าจะเกิดจากการเอนเอียงจากการคิดสรร ถึงแม้ว่าข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลที่ตอบเองเท่านั้น แต่ผู้สูงอายุในวัยปลายที่ที่

ในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ ใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยเชิงซ้อน (Multiple regression analysis) ตัวแปรตามคือระดับของความสุข ซึ่งเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย อายุ เพศ หนี้สิน ครอบครัว สุขภาพ สภาวะแวดล้อมทางสังคม ทรัพย์สินที่มีอยู่ และความรู้สึกพอใจ โดยที่อายุเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ส่วนตัวแปรอื่นๆ เป็น dummy variable

### ผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทและความสุข

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยของความสุข จำแนกตามตัวแปรที่ใช้ในสมการถดถอยเชิงซ้อน พบว่าค่าเฉลี่ยความสุขของทุกตัวแปรอยู่ระหว่าง 4.8 – 7.0 โดยที่ค่าเฉลี่ยในภาพรวมของประชากรอายุ 55-80 ปี มีค่า 5.7 ซึ่งอาจแสดงถึงอิทธิพลของศาสนาพุทธเกี่ยวกับการเดินทางสายกลางไม่สุดขั้วไปทางใดทางหนึ่งของคนไทย

ตาราง 1: การกระจายร้อยละ ค่าเฉลี่ยความสุข ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ จำนวน  
จำแนกตามลักษณะของประชากรอายุ 55-80 ปี (N=986)

ลักษณะของประชากร	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย ความสุข	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	จำนวน
<b>อายุ</b>				
55-59	29.2	5.8	2.026	288
60-64	19.8	5.6	1.939	195
65-69	22.6	5.7	1.966	223
70-74	14.6	5.5	1.910	144
75-80	13.8	5.6	2.166	136
<b>เพศ</b>				
ชาย	41.2	5.8	1.909	406
หญิง	58.8	5.5	2.051	580
<b>การมีหนี้สิน</b>				
ไม่มี	68.6	5.7	2.034	676
มี และไม่คิดว่าเป็นภาระ	9.3	5.9	1.802	92
มี เป็นภาระหนักพอสมควร	13.2	5.6	1.677	130
มี และภาระหนัก/หนักมาก	8.9	4.8	2.169	87
<b>ครอบครัว</b>				
อยู่กับบุตรและญาติ/และคนอื่นๆที่ไม่ใช่ญาติ	32.3	5.8	1.835	319
กับคู่สมรส/และญาติ/และคนอื่นๆที่ไม่ใช่ญาติ	44.7	5.6	2.008	440
อยู่คนเดียว	13.1	5.7	2.231	130
อยู่กับคนอื่นๆที่ไม่ใช่ญาติ	9.9	5.2	2.090	97
<b>สุขภาพ</b>				
ได้ทำกิจกรรม	65.0	5.9	1.939	641
พอทำได้อย่างน้อย 1 กิจกรรม	12.0	5.4	1.918	118
ทำไม่ได้เลยอย่างน้อย 1 กิจกรรม	23.0	5.2	2.103	227
<b>สภาวะแวดล้อมทางสังคม</b>				
ดี	34.5	6.1	2.047	341
ปานกลาง	48.4	5.6	1.810	477

ความสามารถตอบคำถามนี้เองได้ อาจเนื่องมาจากการใช้คำถามนำของพนักงานสัมภาษณ์ว่า “สุขมากที่สุด” หรือ “ทุกข์มากที่สุด” ดังนั้นในการวิเคราะห์ครั้งนี้จึงใช้ข้อมูลของผู้สูงอายุระหว่าง 55-80 ปี

ต่ำ	17.1	4.9	2.154	168
<b>การมีทรัพย์สิน</b>				
มีเครื่องใช้ในครอบครอง (4 อย่าง)	2.2	7.0	2.046	21
มีเครื่องใช้ในครอบครอง (3 อย่าง)	7.2	6.5	1.704	71
มีเครื่องใช้ในครอบครอง (2 อย่าง)	18.4	6.2	1.881	182
มีเครื่องใช้ในครอบครอง (1 อย่าง)	24.9	5.8	1.879	246
ไม่มีเครื่องใช้ในครอบครอง	47.2	5.2	2.011	465
<b>ความพอเพียง (ความยากจนเชิงเปรียบเทียบ)</b>				
ไม่ยากจน	45.7	6.4	1.931	451
ยากจนพอ ๆ กับเพื่อนบ้าน	26.1	5.5	1.710	257
ยากจนกว่าเพื่อนบ้าน	28.2	4.6	1.861	278
<b>รวม</b>	<b>100.0</b>	<b>5.7</b>	<b>1.997</b>	<b>986</b>

หมายเหตุ: **สภาวะแวดล้อมทางสังคม** หมายถึง ความเห็นที่เกี่ยวกับ/ ความรู้สึกกัน/ ความร่วมมือช่วยเหลือกัน/ ความไว้น้ำใจกัน/ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ในชุมชนหรือละแวกบ้านที่อยู่อาศัย  
**เครื่องใช้ในครอบครอง** 4 อย่างประกอบด้วยอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เครื่องเสียง / เครื่องซักผ้า/ เครื่องปรับอากาศ / รถกระบะ หรือ รถเก๋ง

ผู้สูงอายุ 55-80 ปี เป็นหญิงมากกว่าชาย สัดส่วนของหญิงคิดเป็นร้อยละ 58 สำหรับภาวะหนี้สินนั้น พิจารณาจากภาวะหนี้สินในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าประมาณร้อยละ 69 ไม่กู้เงิน ประมาณร้อยละ 9 ถึงแม้จะกู้เงินแต่ไม่คิดว่าเป็นภาระ ในขณะที่ ร้อยละ 13 กู้เงินและคิดว่าเป็นภาระพอสมควร อีกประมาณร้อยละ 9 กู้เงินและเป็นภาระหนักมาก ค่าเฉลี่ยของความสุขสูงใกล้เคียงกันในกลุ่มที่ไม่กู้เงิน และถึงแม้จะกู้เงินแต่ไม่คิดว่าเป็นภาระ และผู้ที่กู้เงินและคิดว่าเป็นภาระพอสมควร ในขณะที่ผู้ที่กู้เงินและคิดว่าเป็นภาระหนักมากมีความสุขน้อยกว่ากลุ่มที่กล่าวมาแล้วมาก และต่ำกว่าระดับมาตรฐานเฉลี่ย (4.8)

สำหรับในด้านครอบครัวของกลุ่มประชากรที่ใช้ศึกษานั้น ประมาณร้อยละ 32 มีบุตรอยู่ด้วย และอาจจะมีคู่สมรสหรือญาติอื่น ๆ อยู่ด้วย ร้อยละ 45 อยู่กับคู่สมรสและอาจมีญาติอื่น ๆ ด้วย (ยกเว้นบุตร) ที่เหลืออยู่คนเดียว (ร้อยละ 13) หรืออยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ (ร้อยละ 10) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ค่าเฉลี่ยของความสุขสูงที่สุดเป็นไปตามความคาดหมายคือ ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรมีค่าเฉลี่ยความสุขสูงที่สุด แต่ใกล้เคียงกับผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติ (อาจมีคู่สมรส แต่ไม่มีลูกอยู่ด้วย) หรืออยู่คนเดียว แต่จะมีความสุขน้อยกว่ามาก ถ้าอยู่กับ “คนอื่น” ที่ไม่ใช่ญาติ

ประชากรส่วนใหญ่มีสถานะสุขภาพดี สถานะสุขภาพประเมินจากการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 5 อย่าง ได้แก่ การลุกนั่งยองๆ การยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม เดินระยะทาง 1 กิโลเมตร เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น เดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือคนเดียว ถ้าทำกิจกรรมทั้ง 5 อย่างได้เองโดยไม่มีความลำบาก ถือว่ามีสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 65 ถ้าทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งพอได้บ้าง ไม่ต้องมีคนช่วย แต่มีความลำบาก ถือว่ามีสุขภาพปานกลาง (ร้อยละ 12) ถ้าไม่สามารถทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้ด้วยตัวเอง ต้องมีคนช่วย ถือว่ามีสุขภาพไม่ดี (ร้อยละ 23) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีที่สุดมีความสุขมากที่สุด

ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในสภาวะแวดล้อมทางสังคมดีพอประมาณ สภาวะแวดล้อมทางสังคมในชุมชนพิจารณาจากความเห็นเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมในชุมชนหรือละแวกบ้านที่อยู่อาศัย ได้แก่ ความรู้สึกกัน ความร่วมมือช่วยเหลือกันในชุมชน ความไว้น้ำใจกันระหว่างเพื่อนบ้าน ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ถ้ามีองค์ประกอบเหล่านี้ดี จัดว่าประชากรอยู่ในสภาวะแวดล้อมทางสังคมที่ดี คิดเป็นร้อยละ 35 สภาวะแวดล้อมทางสังคมดีพอประมาณ (ร้อยละ 48) คือมีความร่วมมือช่วยเหลือกันในชุมชนบ้าง มีความไว้น้ำใจกันระหว่างเพื่อนบ้านพอสมควร ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินมีพอประมาณ สภาวะแวดล้อมในชุมชนที่ต่างคนต่างอยู่ มีความกังวลมากในเรื่องความปลอดภัยในชีวิตและ

ทรัพย์สิน คิดเป็นร้อยละ 17 ค่าเฉลี่ยของความสุขสูงสุดเป็นไปตามความคาดหมาย คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมทางสังคมที่ดี

การศึกษาครั้งนี้ตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การมีเครื่องใช้ในครอบครอง 4 อย่าง คือ เครื่องเสียง เครื่องซักผ้า เครื่องปรับอากาศ และ รถบรรทุกเล็ก/รถกระบะ/รถตู้/รถเก๋ง พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีของใช้ดังกล่าวเลย ร้อยละ 25 มีเพียง 1 อย่าง มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่มี ครบทั้ง 4 อย่าง ความสุขมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับฐานะอย่างชัดเจน โดยที่ผู้ที่มีเครื่องใช้ในครอบครองครบทั้ง 4 อย่างมีค่าความสุขโดยเฉลี่ยสูงสุด ถึง 7 จากคะแนนเต็ม 10

สำหรับความพอใจ ใช้ข้อมูลในเชิงเปรียบเทียบความรู้สึกเกี่ยวกับฐานะของตนเองกับเพื่อนบ้าน พบว่า ร้อยละ 46 คิดว่าตนเองไม่ยากจน ประชากรที่คิดว่าตนเองยากจนพอๆกับเพื่อนบ้าน และยากจนมากกว่าเพื่อนบ้านมี สัดส่วนใกล้เคียงกัน ประมาณร้อยละ 26 และ 28 ตามลำดับ และผู้ที่คิดว่าตนเองไม่ยากจนเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนบ้านมีค่าเฉลี่ยความสุขสูงสุด โดยมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างชัดเจนเช่นเดียวกัน

การขาดความพอใจ ขาดความพอใจ หรือ ความพอดี อาจนำไปสู่ภาวะที่ไม่มีความสุขได้ เช่น คนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเท่าเทียมกัน บางคนอาจจะมีความสุขมาก สุขน้อย หรือมีความสุข ด้วยความที่ไม่มีความสุข มีความอยากได้เพิ่มมากขึ้น ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าผู้ที่มีฐานะเท่ากันแต่มีระดับความสุขไม่เท่ากันดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ที่มีฐานะยากจนที่สุดถ้าพิจารณาจากการที่ไม่มีของใช้ในครอบครองเลย มีระดับความรู้สึกแตกต่างกันไป มีทั้งทุกข์มากที่สุด และมีความสุขมากที่สุดด้วยเหมือนกัน หรือผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีที่สุดก็มีความสุขแตกต่างกันไป โดยที่โดยเฉลี่ยแล้วผู้ที่มีฐานะดีกว่ามีความสุขมากกว่า เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ที่ได้คะแนน “0” หรือ “ มีความทุกข์มากที่สุด” เป็นกลุ่มที่ไม่มีของใช้ในครอบครองเลย หรือมีเพียงหนึ่งอย่างเท่านั้น ในขณะที่กลุ่มที่มีของใช้ในครอบครองทั้งสิ้นอย่าง “มีความสุขที่สุด” หรือได้คะแนน “ 10” มีถึงร้อยละ 9

ตาราง 2: การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความสุข และการมีของใช้ในครอบครอง

ระดับความสุข	การมีของใช้ในครอบครอง					รวม
	ไม่มี	1 อย่าง	2 อย่าง	3 อย่าง	4 อย่าง	
0 มีความทุกข์มากที่สุด	3.2	1.6	0.0	0.0	0.0	1.9
1-2	5.6	2.0	1.6	0.0	4.5	3.5
3-4	13.7	8.1	7.1	5.6	0.0	10.2
5 ไม่สุขไม่ทุกข์	49.1	46.3	39.6	36.1	13.6	44.9
6-7	16.7	22.4	25.3	26.4	36.4	20.9
8-9	7.3	14.6	20.3	29.2	36.4	13.8
10 มีความสุขมากที่สุด	4.3	4.9	6.0	2.8	9.1	4.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

หมายเหตุ: เครื่องใช้ในครอบครอง 4 อย่างประกอบด้วยอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เครื่องเสียง / เครื่องซักผ้า / เครื่องปรับอากาศ/ รถกระบะ หรือ รถเก๋ง

### ผลการวิเคราะห์แบบถดถอยเชิงซ้อน

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสุข โดยการวิเคราะห์แบบถดถอยเชิงซ้อนประกอบด้วย แบบจำลอง 7 แบบ แบบจำลองที่ 1 ประกอบด้วยตัวแปรทางด้านประชากร คือ อายุ และ เพศ แบบจำลองที่ 2-7 การเพิ่มตัวแปรในแต่ละแบบจำลอง เรียงลำดับตามความสำคัญของเหตุผลที่ตอบระดับของความความรู้สึก ณ ปัจจุบัน ได้แก่ ทางด้านเศรษฐกิจ

(การมีหนี้สิน) ครอบครัวยุทธศาสตร์ สุขภาพ สภาวะแวดล้อมทางสังคม การมีทรัพย์สิน และความพอเพียง เพื่อวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของระดับความสุขเมื่อเพิ่มองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบ โดยพิจารณาค่าเปรียบเทียบสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ ( $R^2$ ) ของแต่ละแบบจำลอง

ตารางที่ 3: ความถดถอยเชิงซ้อน (Multiple regression analysis) ของระดับความสุขของประชากรอายุ 55-80 ปี (N=986)

ตัวแปร	แบบจำลอง 1		แบบจำลอง 2		แบบจำลอง 3		แบบจำลอง 4		แบบจำลอง 5		แบบจำลอง 6		แบบจำลอง 7	
	$\beta$		$\beta$		$\beta$		$\beta$		$\beta$		$\beta$		$\beta$	
ค่าคงที่	5.930		5.544		5.359		4.030		3.479		2.450		2.507	
อายุ	-0.006	ns	-0.013	ns	-0.016	ns	-0.001	ns	-0.002	ns	0.010	ns	0.007	ns
<b>เพศ</b>														
ชาย	0.271		0.260		0.244	ns	0.079	ns	0.053	ns	0.026	ns	0.004	ns
หญิง #														
<b>การมีหนี้สิน</b>														
ไม่กู้ยืมเงิน			0.949		0.951		0.926		0.881		0.822		0.551	
กู้เงินและไม่คิดว่าเป็นภาระ			1.021		1.031		0.972		0.846		0.714		0.313	ns
กู้เงินและเป็นภาระหนักพอสมควร			0.737		0.731		0.666		0.628		0.599		0.519	
กู้เงินและเป็นภาระหนักมาก #														
<b>ครอบครัว</b>														
อยู่กับบุตร/และญาติ/และคนอื่นๆที่ไม่ใช่ญาติ					0.568		0.550		0.575		0.647		0.127	ns
กับคู่สมรส/และญาติ/และคนอื่นๆที่ไม่ใช่ญาติ					0.301	ns	0.292	ns	0.315	ns	0.212	ns	0.125	ns
อยู่คนเดียว					0.457	ns	0.430	ns	0.493	ns	0.210	ns	0.613	
อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ#														
<b>สุขภาพ</b>														
ทำได้ทุกกิจกรรม							0.695		0.628		0.572		0.445	
พอทำได้อย่างน้อย 1 กิจกรรม							0.180	ns	0.141	ns	0.138	ns	0.036	ns
ทำไม่ได้เลยอย่างน้อย 1 กิจกรรม#														
<b>สถานะแวดล้อมทางสังคม</b>														
ดี									1.119		1.148		0.942	
ปานกลาง									0.602		0.627		0.472	
ต่ำ#														
<b>การมีทรัพย์สิน</b>														
เครื่องใช้ในครอบครอง (4 อย่าง)											1.845		1.202	
เครื่องใช้ในครอบครอง (3 อย่าง)											1.232		0.819	
เครื่องใช้ในครอบครอง (2 อย่าง)											1.121		0.762	
เครื่องใช้ในครอบครอง (1 อย่าง)											0.628		0.289	ns
ไม่มีเครื่องใช้ในครอบครอง#														
<b>ความพอใจเพียง (ความยากจนเชิงเปรียบเทียบ)</b>														
ความรู้สึกไม่ยากจน													1.447	
ความรู้สึกยากจนพอ ๆ กับเพื่อนบ้าน													0.767	
ความรู้สึกยากจนกว่าเพื่อนบ้าน#														
สัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R <sup>2</sup> )	0.005		0.023		0.03		0.05		0.09		0.14		0.22	
Adjusted R <sup>2</sup>	0.003		0.018		0.02		0.04		0.08		0.13		0.21	

**หมายเหตุ:** สภาวะแวดล้อมทางสังคม หมายถึง ความเห็นที่เกี่ยวกับ ความรู้จักกัน/ ความร่วมมือช่วยเหลือกัน/ ความไว้น้ำใจกัน/ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ในชุมชนหรือละแวกบ้านที่อยู่อาศัย เครื่องใช้ในครอบครอง 4 อย่าง ประกอบด้วยอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เครื่องเสียง เครื่องซักผ้า เครื่องปรับอากาศ รถกระบะ หรือ รถเก๋ง ตัวแปรทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น ns # หมายถึง ตัวแปรอ้างอิง (Reference group)

อายุและเพศไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อความสุขของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุเป็นไปตามความคาดหมาย คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ครอบครัวยุภาพ สภาวะแวดล้อมทางสังคม และจิตใจมีอิทธิพลต่อระดับความสุข โดยที่ปัจจัยทางด้านจิตใจ ความพอใจ หรือความพอใจในฐานะทางเศรษฐกิจของตนเอง มีความสำคัญมากที่สุด เมื่อพิจารณาค่าเปรียบเทียบสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ

ผู้ที่ไม่กู้ยืมเงิน และผู้ที่ยืมเงินและคิดว่าเป็นภาระหนักพอสมควรมีความสุขมากกว่าผู้ที่ยืมเงินและคิดว่าเป็นภาระหนักมาก ทางด้านครอบครัวนั้น ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร หรือผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความสุขมากกว่าผู้ที่อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ทางด้านสุขภาพนั้น ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีในการดำรงชีวิตประจำวัน

ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าการอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่มีความไว้น้ำใจกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีความสุขมากกว่าชุมชนที่มีลักษณะที่ด้อยกว่า โดยผู้ที่มีทรัพย์สินมากที่สุด (วัดจากการมีทรัพย์สินในครอบครอง 4 อย่างคือ เครื่องเสียง เครื่องซักผ้า เครื่องปรับอากาศ รถกระบะ หรือ รถเก๋ง) มีความสุขมากที่สุด และมีความสุขรองลงไปสำหรับผู้ที่มีทรัพย์สินน้อยกว่าตามลำดับ

สำหรับตัวแปรทางด้านความพอใจเพียงนั้น พบว่าเมื่อฐานะทางเศรษฐกิจคงที่หรือเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะวัดจากภาระหนี้สิน หรือ การมีทรัพย์สิน ผู้ที่รู้สึกว่าการมีคนในบ้านมีความสุขน้อยที่สุด ผู้ที่รู้สึกว่าการมีคนในบ้านมีความสุขมากที่สุด ผู้ที่รู้สึกว่าการมีคนในบ้านพอ ๆ กับเพื่อนบ้านมีความสุขรองลงไป

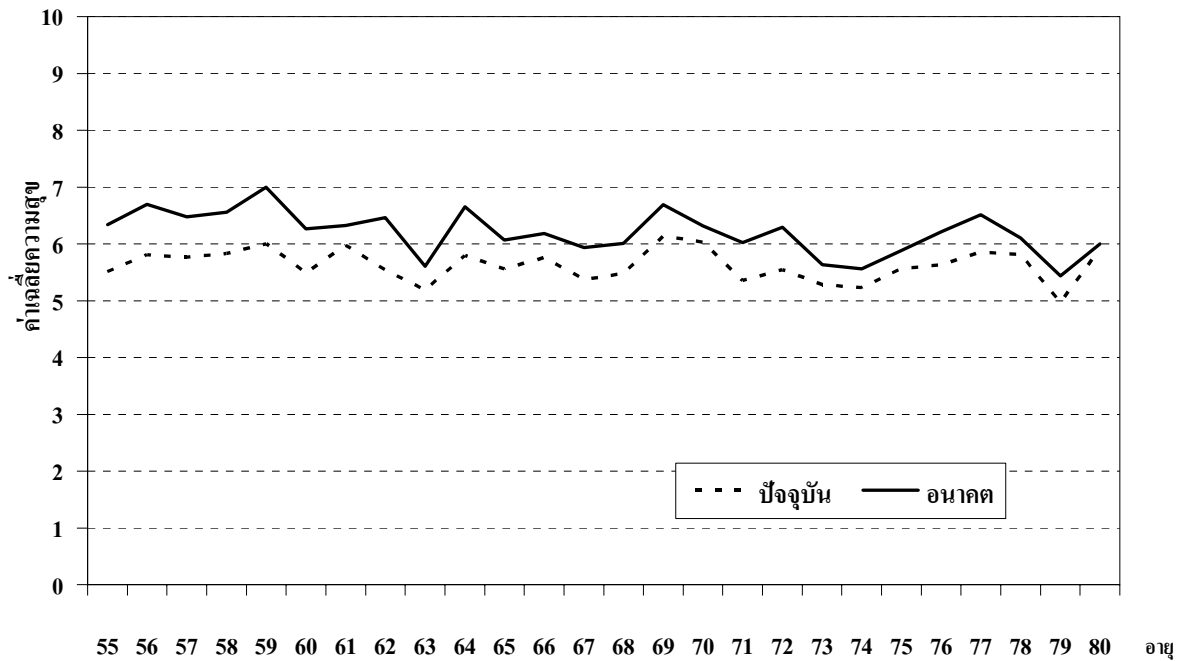
การเปลี่ยนแปลงของสัมประสิทธิ์การตัดสินใจของแบบจำลองสุดท้ายที่เพิ่มตัวแปรเกี่ยวกับความพอใจเพียงมากที่สุด คือ .8 รองลงไปแต่มีความใกล้เคียงกันคือแบบจำลองที่ 6 ที่เพิ่มตัวแปรเกี่ยวกับการมีทรัพย์สิน (เปลี่ยนแปลง .5) ในขณะที่แบบจำลองอื่นเปลี่ยนแปลงเพียง .01-.04 เท่านั้น แสดงให้เห็นความสำคัญที่มากที่สุดของตัวแปรกลุ่มดังกล่าวในการอธิบายระดับของความสุขของผู้สูงอายุ

### **สรุปและอภิปราย: ความสุขบนความพอใจ**

จากงานวิจัยชิ้นนี้พบว่า ความสุขเป็นสิ่งที่วัดได้ในเชิงปริมาณ และระดับของความสุขขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก ซึ่งไม่ใช่ตัวเงินอย่างเดียว ประกอบด้วย การไม่มีหนี้สิน/มีหนี้สินแต่ไม่เป็นภาระ การมีทรัพย์สินไว้ในครอบครอง การมีครอบครัวอบอุ่น ได้อยู่กับลูก การมีสุขภาพดี การอยู่ในชุมชนที่มีความไว้น้ำใจกันช่วยเหลือกัน และมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เห็นได้ชัดถึงมิติด้านจริยธรรมของการอยู่ร่วมกันและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะเป็นการวิเคราะห์ระดับบุคคล แต่ผลลัพธ์ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญในระดับครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนด้วย ซึ่งปัจจัยภายนอกนี้อาจทำให้เกิดขึ้นได้ง่ายกว่าความสุขที่มาจากภายในจิตใจของตนเอง หรือความสามารถในการ “ทำใจ” ให้เกิด ความรู้สึกพอใจเพียงพอใจในสิ่งที่ตนเองมี พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากหรือน้อยในการศึกษานี้

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีมุมมอง หรือทัศนคติในทางบวกต่อชีวิตในอนาคตในทุกอายุ ดังเห็นได้จาก ค่าเฉลี่ยความสุขในอนาคตที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยความสุขในปัจจุบัน (รูป 1) และมีความมั่นใจมาก (ร้อยละ 38) มั่นใจปานกลาง (ร้อยละ 45) ต่อความรู้สึkdังกล่าว

รูป 1 ค่าเฉลี่ยความสุขในปัจจุบัน และอนาคต



ปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาหนี้สิน (จากคำถามปลายเปิด) เป็นปัจจัยที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบว่า มีความสำคัญเป็นลำดับแรกต่อระดับความสุข ความยากจนทำให้เกิดความทุกข์ การวัดความยากจนทำได้หลายแบบ เช่นการวัดจากรายได้ หรือการมีหนี้สิน แต่ที่ตรงกับใจชาวบ้านมากที่สุดคือ ความยากจนเชิงเปรียบเทียบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำต่ำสูงอย่างชัดเจน (สมชัย จิตสุชน 2544) ในงานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าผู้สูงอายุที่ตอบว่าไม่ยากจนเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนบ้านถึงแม้จะมีฐานะเท่าเทียมกับเพื่อนบ้าน มีความสุขมากที่สุด และจากข้อมูลการสำรวจเดียวกันนี้พบว่าเกือบทุกคน (ร้อยละ 99.7) ตอบว่าที่มีความรู้สึกเช่นนั้นเพราะมีความพอเพียงและสมถะ ความรู้สึกพอเพียง เป็นปัจจัยภายในจิตใจ ที่ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือนโยบายใดๆ จากภาครัฐ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรจะมีจิตใจให้มีความพอเพียง และมีความคาดหวังต่อชีวิตในอนาคตในทางบวก จะมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลายชีวิต และจะไม่ตายในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่

### เอกสารอ้างอิง

- จิราพร เกศพิชญาวัดหนา จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย ยุพิน อังสุโรจน์ และเบนิท อิงกาซอล-เดตัน. 2543. "ความ ผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ". ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน หน้า 21-28.
- เจษณี สุขจิรัตติกาล (ผู้แปล). 2547. *ความสุขมวลรวมประชาชาติ มุ่งสู่กระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ภูฐานศึกษา. (แปลจาก Gross National Happiness Towards an Asian Network for New Paradigms for Development by the Center for Buthan Studies).



- ประเวศ วะสี. 2548. *มรรค 12 สูประเทศไทยอยู่เย็นเป็นสุข ถ้าปรารถนาความอยู่เย็นเป็นสุข ก็ต้องใช้ดัชนีวัดความอยู่เย็นเป็นสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- พระธรรมปิฎก. มปป. *ความสุข 5 ชั้น* จาก <http://www.Budpage.com/ba32.shtml>
- ยงยุทธ ขจรธรรม และคณะ. 2543. *กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดความสุขของประชาชนชาวไทย*. เอกสารอัดสำเนา รายงานการวิจัยเสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. 2548. *ความอยู่ดีมีสุขด้านชีวิตครอบครัว*. เอกสารประกอบการจัดสัมมนาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2548 ระหว่างวันที่ 7-8 กรกฎาคม.
- สมชัย จิตสุชน. 2544. *ความยากจนคืออะไร วัดได้อย่างไร*. เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการประจำปี 2544 เรื่อง ยุทธศาสตร์การขจัดปัญหาความยากจน วันที่ 24-25 พฤศจิกายน 2544 โรงแรมแอมบาสเดอร์ ซิตี้ จอมเทียน ชลบุรี.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2548. *ยุทธศาสตร์แผน 10. จดหมายข่าว ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 เดือนธันวาคม*.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2548. *รวมตัวชี้วัดเกี่ยวกับความอยู่เย็นเป็นสุข*. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาสุขภาพแห่งชาติปี 2548.
- Alexandrova, Anna. 2005. Subjective well-being and Kahneman's objective happiness. *Journal of Happiness Studies*. Vol. 6: 301-324.
- Chi, I. 1995. Mental Health of the old-old in Hong Kong. *Clinical Gerontologist* . Vol. 15: 31-44.
- Csikszentmihalyi, M. and H. Jeremy. 2003. Happiness in everyday life: the use of experience sampling. *Journal of Happiness* . Vol. 4 (2): 185-189.
- Hird, S. 2003. What is well being? A Brief Review of Current Literature and Concepts. *NHS Health Scotland*. April.
- Ho, S-C., J. Woo, U. Lau, S-G. Chan, Y-K. Yuen, Y-K. Chan and I. Chi. 1995. Life satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 43: 252-255.
- Ingersoll-Dayton, Berit, Chanpen Saengtienchai, Jiraporn Kespichyawattana and Yupin Aungsueroach 2004. Measuring psychological well-being: insights from Thai elders. *The Gerontological Society of America*. Vol. 44: 596-604.
- Irala, Teresa G. del valle and Carmen Puerta Gil. 1999. *New Methodologies for Calculating the HDI*. Paper presented in the First Global Forum on Human Development, July 29-31 . New York : United Nations.
- Prasartkul, Pramote and Uthaitip Rakchanyaban. 2002. *Estimated Generation Life Tables for Thailand of Five-Year Birth Cohorts: 1900-2000*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Kahneman, D., E. Diener, and N Schwarz (eds.). 1999. *Well-being: the Foundations of Hedonic Psychology*. New Yourk: Russell Sage Foundation.
- Kohler, Hans-Peter, Jere R. Beherman and Axel Skytthe. 2005. Partner + Children = Happiness ? The effects of partnerships and fertility on well-being. *Population and Development Review*. Vol. 31:407-444.
- Li, L. 1995. Subjective well being of Chinese urban elderly. *International Review of Modern Sociology*. Vol. 25: 17-26.
- Meng, C. and M. Xiang. 1997. Factors influencing the psychological well-being of elderly people: A 2 year follow-up study. *Chinese Medical Health Journal*. Vol.11: 273-275.
- Pei, X. and V. K. Pillai. 1999. Old age support in China: the role of the state and family. *International Journal of Aging and Human Development*. Vol.49:197-212.
- Pinquart, M. and S. Sorensen. 2000. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later-life. *Psychology and Aging* . Vol.15:187-244.
- Ryff, C. D. 1989. Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 57:1069-1081.
- World Data Base of Happiness Continuous Register of Scientific Research on Subjective Appreciation of Life, Erasmus University Rotterdam. [<http://www.eur.nl/fsw/happiness/>]

# ผลกระทบของการเสียชีวิตของบุตรต่อความมั่นคงของชีวิตสมรสของคนไทย

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์<sup>1</sup>

ธอมัส แบลร์<sup>2</sup>

ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์<sup>3</sup>

## นำเรื่อง

ในบริบทของสังคมไทย ครอบครัวเป็นหน่วยที่สำคัญที่สุดของสังคมและเป็นรากฐานสำคัญอย่างยิ่งของ “ความมั่นคงของมนุษย์” ครอบครัวที่ต้องต่อสู้เพื่อความมั่นคงและชีวิตที่มีความสุขตามอัตภาพ อาจต้องพบกับชะตากรรมของการสูญเสียครั้งใหญ่ ๆ หลายครั้งก็เป็นได้ การสูญเสียสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องใหญ่เรื่องหนึ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งอาจเกิดจากการเสียชีวิตของสมาชิก และการล้มเหลวของชีวิตสมรส ซึ่งนำไปสู่การหย่าร้างหรือแยกทางกัน โดยทั่วไปสังคมมักมุ่งหวังที่จะรักษาความมั่นคงของมนุษย์ไว้ให้ถึงที่สุด ในสังคมแบบดั้งเดิมมีวิธีการและค่านิยมที่ช่วยให้ครอบครัวกลับมาเป็นปึกแผ่นให้มากที่สุด เมื่อการตายเกิดขึ้นก็จะมีพิธีกรรมให้ครอบครัวหันมาสร้างความแน่นแฟ้นยิ่งขึ้น เมื่อมีการหย่าหรือแยกกันอยู่ บางสังคมก็อาจมีค่านิยมที่ไม่ขัดแย้งกับการแต่งงานใหม่ หรือบางแห่งก็อาจมีค่านิยมของการมีคู่ครองได้หลายคน กล่าวได้ว่าสังคมเหล่านี้อาจจรรโลงค่านิยมแบบสนับสนุนการเกิด (pro-natal) เพื่อแก้ไขปัญหาการมีบุตรยาก หรือการตายของทารกที่อาจมีระดับสูงในอดีต ยุทธศาสตร์เพื่อการอยู่รอดของครอบครัวเหล่านี้ ช่วยจรรโลงการเติบโตอย่างต่อเนื่องของประชากร ขณะเดียวกันก็เอื้อให้เกิดการอยู่ดีมีสุขของคนในสังคมทุก ๆ คนด้วย

ถ้าเคราะห์ซ้ำกรรมชดมีอยู่จริง หรือที่ฝรั่งเขาว่าความโชคร้ายไม่ได้มาครั้งเดียว (Misfortune never comes singly) ชะตากรรมของการตายของบุตร และชะตากรรมของการแตกแยกของครอบครัวก็อาจมาพร้อมกัน หรือในเวลาใกล้เคียงกัน ชะตากรรมสองประการนี้มีความเกี่ยวข้องกันหรือไม่ เป็นประเด็นปัญหาที่บทความนี้ต้องการศึกษาให้ถ่องแท้ยิ่งขึ้น ความเกี่ยวข้องกันดังกล่าว เชื่อได้ว่าเกิดขึ้นจริงและเป็นประเด็นทางสังคมซึ่งมีพื้นฐานมาจากหลักการด้านจิตวิทยาของการสูญเสียและแตกแยก การศึกษาเรื่องนี้จากข้อมูลข้อเท็จจริงในประเทศไทย ยังไม่ได้มีการทำกันมาก่อนอย่างลึกซึ้ง และไม่มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และเชิงปริมาณที่มากพอในระดับประเทศมาก่อน

## การเสียชีวิตของบุตรและผลกระทบต่อความมั่นคงของชีวิตสมรส : สรุปรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การสูญเสียบุตรก่อให้เกิดความเศร้าโศกมากที่สุดที่มนุษย์จะประสบและได้ติดตัวไปตลอดชีวิต (Katz, 1983) ความเศร้านี้จะมากกระทบกับชีวิตสมรสได้สองประการ ในทางบวก ความทุกข์จากการตายของบุตร อาจทำให้ครอบครัวช่วยกันทำมาหากินมากขึ้น แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น ส่วนในทางลบ มันอาจทำให้เกิดความสั่นคลอน ความรู้สึกผิด การโทษซึ่งกันและกัน รวมถึงความต้องการบุตรทดแทน ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นอันตรายกับชีวิตสมรสทั้งสิ้น ความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียบุตรที่ส่งผลต่อการแตกแยกหรือแน่นแฟ้นขึ้นของชีวิตสมรส มีการทำวิจัยไว้มากมายในภูมิภาคอเมริกาเหนือ งานวิจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นงานทางด้านจิตวิทยา สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ศาสตร์ในการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยาและ

<sup>1</sup> ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> ผู้เชี่ยวชาญชาวต่างประเทศ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

จิตวิญญาณ การพยาบาลศาสตร์ และแนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาด้านชีวิตสมรส งานเหล่านี้เน้นที่ความเศร้าโศก ซึ่งเกิดขึ้นกับพ่อแม่ของบุตรที่ตาย (Marmer, 1995)

Miller (2003) กล่าวว่า เมื่อลูกตาย คือ ยามที่พ่อกับแม่ต้องการกันและกันมากที่สุด แต่ปรากฏว่า พ่อกับแม่ กลับมักต้องห่างกันออกไปพร้อมด้วยการแยกตัว เปล่าเปลี่ยวและเครียด และ Finkbeiner (1996) ชี้ว่าคู่สมรสกลับ ละเลยกันและกัน เพราะรู้สึกว่าตนสามารถดูแลเพียงตนเองได้เท่านั้น ไม่สามารถไปช่วยกันและกันได้ ส่วนผู้มี ประสบการณ์จริง ให้ความเห็นว่า ความเศร้าโศกเป็นเรื่องทางใครทางมันที่ต้องเดินไปเพียงลำพัง (Curtin, 2001)

มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่า การหย่าหรือแยกกัน เกิดขึ้นมากเป็นปกติ เมื่อคู่สมรสได้สูญเสียบุตรของตน (Johansen, 1988; Kachoyanos and Selder, 1993; Levang, 1998; Sanders 1998; Schiff, 1977; Schwab, 1998) ในการรวบรวมการศึกษาผลที่ครอบคลุมทั่วประเทศภาวะการเสียชีวิตของลูก Schiff (1977) ระบุว่า ร้อยละ 90 ของคู่สมรส เริ่มมีปัญหาครอบครัวหลังจากลูกตายไปได้เพียง 2-3 เดือน ขณะที่ Sanders (1998) สรุปว่า ร้อยละ 75-90 ของการ สมรสได้รับผลกระทบและเกิดปัญหาครอบครัวที่รุนแรง หลังจากบุตรเสียชีวิตลง ในสถานการณ์ดังกล่าวนี้ มีผู้ศึกษา พบว่าทำให้เกิดการหย่าร้างได้ ร้อยละ 24 – 70 เลยทีเดียว (Finkbeiner, 1996)

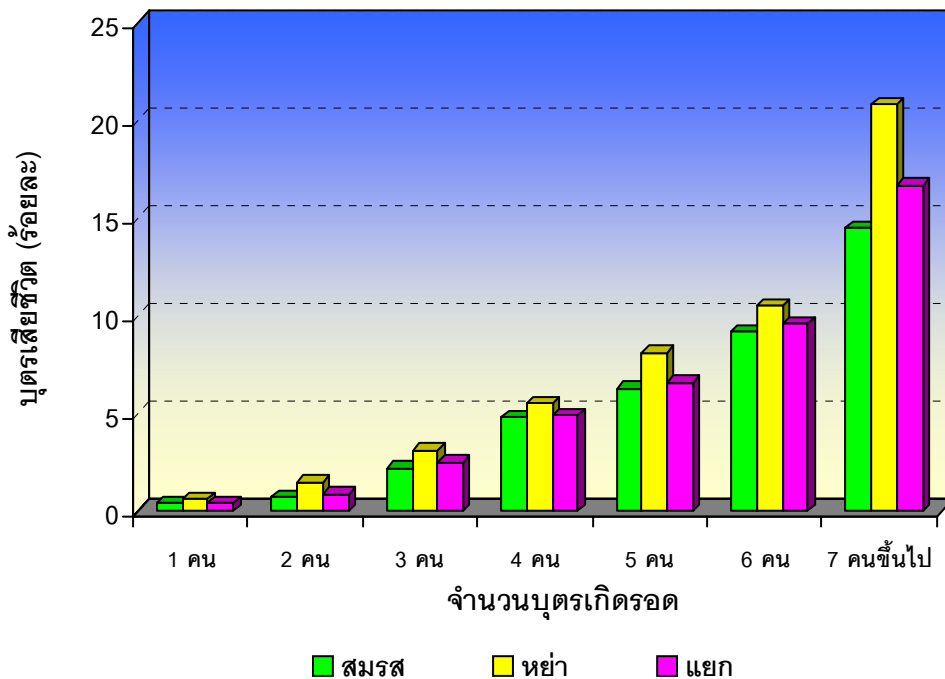
ในทางตรงข้าม การศึกษาที่ไม่ได้มองภาพลบในรายงานของ “The Compassionate Friends” กลับเห็นว่ามี เพียง ร้อยละ 12 เท่านั้นที่ลงเอยด้วยการหย่าร้าง อีกร้อยละ 72 ยังคงแต่งงานอยู่หลังจากบุตรเสียชีวิตลง การที่คู่สมรสที่มี บุตรเสียชีวิตหันมาพยายามรักษาชีวิตแต่งงานของตนไว้ เพราะเกรงจะมีปัญหาเหมือนที่มีผู้กล่าวขานกันดังกล่าว ดังนั้น แม้มีสัญญาณของปัญหา คู่สมรสก็พยายามแก้ไขด้วยวิธีบำบัดด้านจิตวิทยาสมัยใหม่ เพราะเป็นวิธีที่มีการพัฒนา มากในสังคมอเมริกาเหนือปัจจุบัน (Hardt and Carrol, 1999)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับประเทศไทย โครงการสมัยใหม่ที่เอื้ออำนวยให้เกิดความสมานฉันท์ในครอบครัว ยัง ไม่ได้มีชัดเจนในเรื่องนี้เสียทีเดียว วัฒนธรรมเก่า ๆ อาจมีบ้างที่คอยประสานครอบครัวให้อบอุ่นจากการเสียชีวิตของ สมาชิกในครอบครัว แต่วัฒนธรรมดังกล่าวมีแนวโน้มว่าจะเจือจางลง วิธีการสมัยใหม่ ไม่ว่าด้านจิตวิทยาบำบัด หรือด้าน การรณรงค์รักษารอบครอบครัว ยังไม่มีแผนงานเฉพาะเจาะจงในการแก้ปัญหาเช่นนี้ การเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างการ ตายของบุตร และความไม่มั่นคงในชีวิตสมรส จึงควรค่าแก่การศึกษาอย่างน้อยเพื่อเป็นการเริ่มต้น ความเข้าใจถึงผลของ สถานการณ์ของครอบครัวไทยที่มีลูกตาย ในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ได้แก่ ศาสนา หรือชาติพันธุ์ ก็อาจชี้ให้เห็นประเด็นทาง สังคมและวัฒนธรรมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในสังคมไทยขณะนี้ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ด้วยระบบทุนนิยม การค้า เสรีและโลกาภิวัตน์ ระบบการเอื้ออาทรแก่กันและกันที่ต้องพัฒนาขึ้นใหม่ เพื่อปกป้องครอบครัว จึงมีความจำเป็นยิ่ง

### **การเสียชีวิตของบุตรและความมั่นคงของชีวิตสมรส: ข้อค้นพบจากสำมะโนประชากร**

ในการสำรวจสำมะโนประชากรแต่ละครั้งนั้น จะมีข้อถามเกี่ยวกับสถานภาพสมรสของสมาชิกในครัวเรือน รวมทั้งมีการถามเกี่ยวกับจำนวนบุตรเกิดรอดทั้งหมด และจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตของผู้หญิงที่เคยสมรส จากคำถาม ดังกล่าว เราสามารถนำมาศึกษาจำนวนบุตรที่เสียชีวิตจำแนกตามสถานภาพสมรสได้ เช่น เมื่อนำข้อมูลร้อยละ 20 ของสำ มะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 มาวิเคราะห์ โดยศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้หญิงอายุ 15 – 59 ปี ที่สมรส หย่า และแยก พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานภาพสมรส สัดส่วนบุตรเสียชีวิตเมื่อเทียบกับบุตรเกิดรอดทั้งหมดของผู้หญิงหย่า แยก สูงกว่าของสตรีสมรส ไม่ว่าจะจะมีบุตรเกิดรอดกี่คนก็ตาม นอกจากนั้นยังพบว่า ยิ่งสตรีที่มีบุตรเกิดรอดจำนวนมาก ความ แตกต่างของสัดส่วนบุตรเสียชีวิตระหว่างสตรีสมรสกับสตรีที่หย่า ยิ่งเห็นเด่นชัดขึ้น (รูป 1)

รูป 1: ร้อยละของบุตรเสียชีวิตจำแนกตามสถานภาพสมรสของสตรี และจำนวนบุตรเกิดรอด (สำมะโนประชากร พ.ศ. 2543)



เนื่องจากข้อมูลจากสำมะโนประชากรมีลักษณะเป็นข้อมูลแบบตัดขวาง รายละเอียดที่เก็บบันทึกได้ คือ ข้อมูล ณ เวลาที่ทำการสัมภาษณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการเสียชีวิตของบุตรกับสถานภาพสมรสของสตรีจากข้อมูลเช่นนี้ จึงอาจเป็นไปได้ในสองทาง คือ เหตุการณ์การเสียชีวิตของบุตรเกิดขึ้นก่อนเหตุการณ์การหย่าร้าง หรือแยกกันอยู่สตรีที่สมรสในทางกลับกัน ก็อาจเป็นไปได้ที่เหตุการณ์การหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ของสตรีที่สมรสเกิดขึ้นก่อนการที่สตรีมีบุตรเสียชีวิตในที่นี้ คณะผู้เขียนต้องการศึกษาว่า เมื่อมีการเสียชีวิตของบุตรนำมาสู่การแตกแยกของชีวิตสมรสจริงหรือไม่ จึงเลือกศึกษาเฉพาะสตรีอายุ 30 – 34 ปี กำลังสมรส หรือ หย่า-แยก และมีบุตรเกิดรอดไม่เกิน 2 คน เพราะเชื่อว่าสตรีในวัยนี้มีบุตรที่อายุไม่มาก หากมีการตายของบุตรซึ่งโดยส่วนใหญ่มักเกิดในช่วงขวบปีแรกของชีวิต หากสถานภาพสมรสของสตรีเป็นหย่า-แยก ซึ่งมักเกิดภายหลังแต่งงานมาหลายปี ก็เป็นไปได้ที่การมีบุตรตายเกิดขึ้นก่อนการหย่า-แยกนั้น

วิธีการศึกษาว่าเมื่อมีการเสียชีวิตของบุตรนำมาสู่การหย่า-แยก หรือไม่นั้น จะใช้การวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว โดยมีจำนวนบุตรเกิดรอด สัดส่วนบุตรเสียชีวิต อายุ และการศึกษา เป็นตัวแปรอิสระ ส่วนการหย่า-แยก เป็นตัวแปรตาม และทำการแยกวิเคราะห์ระหว่างสตรีไทย สตรีเชื้อสายจีน สตรีที่นับถือศาสนาพุทธ สตรีมุสลิมใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา นราธิวาส ปัตตานี และสตูล) สตรีมุสลิมนอกพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และสตรีที่นับถือศาสนาคริสต์ พบว่า ระหว่างสตรีไทยกับสตรีเชื้อสายจีน เมื่อสตรีเหล่านี้มีอายุ การศึกษา และจำนวนบุตรเกิดรอดเหมือนกันหรือเท่ากันแล้ว สตรีไทยเมื่อมีสัดส่วนบุตรเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจะมีโอกาสที่หย่า-แยกเพิ่มขึ้นด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบเหตุการณ์เช่นนี้ในสตรีเชื้อสายจีน นอกจากนั้น ระหว่างสตรีที่นับถือศาสนาต่าง ๆ พบว่าโอกาสของการหย่า-แยกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อสตรีที่นับถือศาสนาพุทธและสตรีมุสลิมใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีสัดส่วนบุตรเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สำหรับสตรีมุสลิมทั่วไปและสตรีที่นับถือศาสนาคริสต์ การที่สัดส่วนบุตรเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับโอกาสการหย่า-แยก (ตาราง 1)

กล่าวโดยสรุป ข้อมูลจากสำมะโนประชากรชี้ว่า การสูญเสียบุตรมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการแตกแยกของชีวิตสมรส ทั้งนี้ในกลุ่มประชากรเชื้อชาติไทยและกลุ่มประชากรที่นับถือศาสนาพุทธ และอิสลามในสี่จังหวัดภาคใต้ แต่ข้อเท็จจริงยังไม่ยืนยันในกลุ่ม ประชากรเชื้อสายจีน และกลุ่มประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามที่อยู่นอกสี่จังหวัดภาคใต้ และศาสนาคริสต์ ซึ่งประชากร 3 กลุ่มหลังนี้ อาจมีจำนวนไม่มากพอในการศึกษาโดยข้อมูลร้อยละ 20 นี้ และ ควรเป็นกรณีศึกษาในโอกาสต่อไป

ตาราง 1: ค่าสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ( $\beta$ ) ของการมีบุตรเสียชีวิตกับการหย่า-แยก

ลักษณะ	เชื้อสาย		ศาสนา			
	ไทย	จีน	พุทธ	อิสลาม (4 จังหวัด ชายแดนภาคใต้)	อิสลาม (ทั่วไป)	คริสต์
จำนวนบุตรเกิดรอด	-0.802***	-0.524***	-0.810***	-0.947***	-0.814***	-1.297***
สัดส่วนบุตรเสียชีวิต	0.179**	49.716	0.214**	0.701*	-0.329	-33.409
อายุ	0.039***	0.641***	0.041***	-0.013	0.041**	0.115***
การศึกษา	-0.153***	-0.543**	0.154***	-0.488***	-0.150***	-0.410***

\*\*\* ระดับนัยสำคัญ 0.01

\*\* ระดับนัยสำคัญ 0.05

\* ระดับนัยสำคัญ 0.10

### อภิปรายสู่องค์ความรู้ใหม่ เชิงสังคม และวัฒนธรรม

จากความสัมพันธ์เชิงประจักษ์ที่ได้พิสูจน์ให้เห็นจากการใช้ข้อมูลสำมะโนประชากร ซึ่งมีความครอบคลุมระดับชาติ ข้อที่ควรคำนึงที่ตามมากลับดูเหมือนจะมีคำถามมากกว่าคำตอบ การเข้าใจให้ลึกซึ้งถึงผลกระทบของการสูญเสียบุตรที่มีต่อความไม่มั่นคงของการสมรส ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมอีกมากมายที่รออยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อะไรคือกลไกสำคัญที่ทำให้การสูญเสียบุตรมีผลรุนแรงไปจนถึงความแตกร้างในคู่สมรส ยังเป็นปัญหาที่ต้องการการศึกษาเชิงประจักษ์เพิ่มเติม ตัวแปรกลางระหว่างการสูญเสียบุตรและความแตกร้างในชีวิตสมรส คืออะไรบ้าง ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมอะไรที่อยู่เบื้องหลังพลังกระทบดังกล่าว ควรได้นำมาอภิปรายและศึกษาต่อไป

จากการศึกษาเชิงวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าวนี้ ในอเมริกาเหนือ ตัวแปรแทรกกลางที่สำคัญคือ “ความเศร้าโศก” และ “วิธีจัดการกับความเศร้าโศก” Miller (2003) ได้รวบรวมงานวิจัยต่าง ๆ และสรุปสาเหตุของผลกระทบดังกล่าวไว้ว่า การขาดความเข้าใจซึ่งกันและกันของคู่สมรส เรื่องความเศร้าโศกของแต่ละคนที่ไม่เหมือนกัน ตลอดจนกระบวนการแสดงออกของความเศร้าโศกที่ไม่เหมือนกัน และวิธีการขจัดความทุกข์โศกจากการตายของบุตรที่แตกต่างกันระหว่างฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ในประเด็นบทบาททางเพศมีส่วนสำคัญยิ่งในการซ้ำเติมปัญหาให้มากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น ความเป็นพ่อแม่เป็นเรื่องยากอยู่แล้ว เมื่อลูกเสียชีวิตลงยิ่งทำให้เกิดความไม่มั่นคงในชีวิตและเกิดความกังวล (Gudmundsdottir, 2000) จากการศึกษาพบว่า ความเศร้าโศกเรื่องนี้กินเวลายาวนาน อย่างน้อย 2 ถึง 5 ปี กว่าความทุกข์อย่างรุนแรงจะเริ่มเบาบางลง (Cole, 2000) ความเศร้ามักกล่าวอาจทวีความรุนแรงขึ้นอีกในปีที่ 3 หรือ 4 (Katz, 1983) ความแตกต่างของปฏิกิริยาของสามีและภรรยา ส่งผลอย่างสำคัญต่อรูปแบบและระยะเวลาของความเศร้าโศก และในการขจัดความเศร้าโศกที่กินเวลานานนี้ให้หมดไป

ตัวอย่างในเรื่องเหล่านี้ Miller ได้มาจากการบอกเล่าของคู่สมรสเอง กล่าวคือ ในมุมมองของสามีคิดว่าตนเองไม่ควรแสดงความเศร้าโศกและควรคอยปกป้องภรรยา แต่จะมีความลำบากใจอย่างยิ่งเมื่อเห็นภรรยามีความโศกเศร้าและไม่สามารถจะช่วยเหลือภรรยาให้ความเสียใจเบาบางลงได้ สามีกลับมีความทุกข์ใจมากขึ้นไปอีกเมื่อไม่สามารถจะเยียวยาความทุกข์ของภรรยาได้ แต่มุมมองของภรรยากลับเป็นตรงข้าม ภรรยาจะมีความรู้สึกโกรธที่สามีจะพยายามหลีกเลี่ยงความทุกข์โศกเหล่านั้น หรือพยายามปฏิเสธการแสดงออกของความเศร้า ทั้งสองฝ่ายจึงไม่มีอารมณ์ร่วมหรือไม่อาจอยู่เสนอคอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือให้กันและกันได้ เพราะไม่สามารถสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุจากความแตกต่างในบทบาทเพศของคนทั้งสอง ความระคายเคืองต่อกันกับเหตุการณ์ในอดีตจึงก่อตัวขึ้นมาเรื่อย ๆ

นอกจากนั้น ความอึดอัดคับข้องใจที่ก่อตัวขึ้น ทำให้สามีเริ่มสูญเสียความใกล้ชิดทางเพศกับภรรยา (loss of sexual intimacy) และกลัวการถูกปฏิเสธทางเพศ (feeling of sexual rejection) สำหรับภรรยาเองหรือสามีก็ตามที่ยังมีความเศร้าโศกอยู่ ก็จะมีอีกฝ่ายหนึ่งเป็นเพียงผู้เตือนความจำ (constant reminder) ให้นึกถึงบุตรที่ตายไปอยู่ตลอดเวลาเท่านั้นเอง

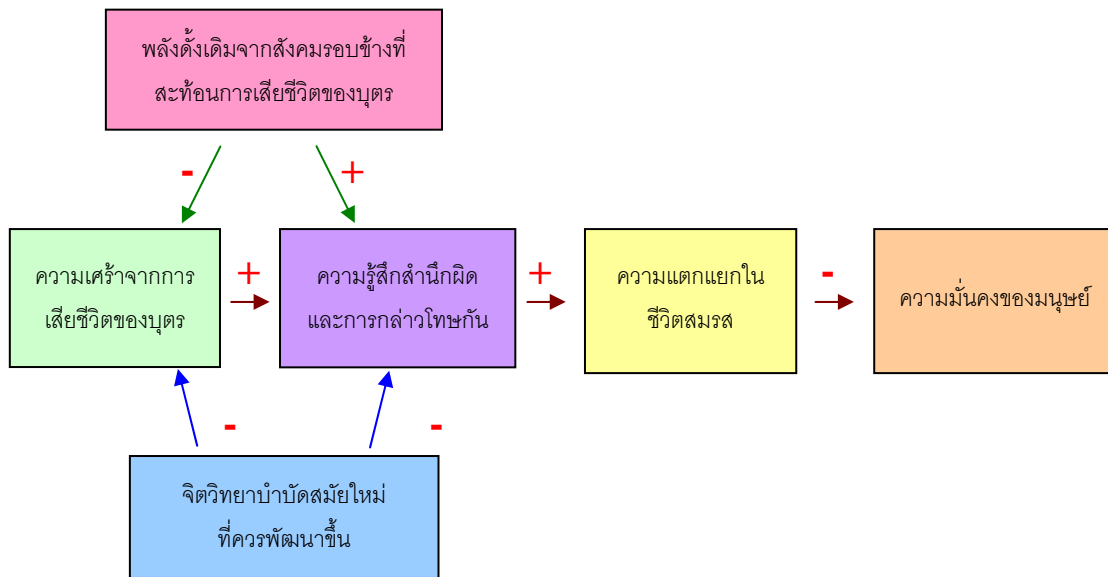
ความเศร้าโศกที่แก้ไขยากและแก้ไขได้ไม่เหมือนกันนี้ มีความรุนแรงทวีคูณขึ้นไปอีกเมื่อถูกซ้อนด้วยปัญหา “การกล่าวโทษตนเอง หรือการกล่าวโทษซึ่งกันและกัน” บริบทของการเสียชีวิตของบุตรในลักษณะใดลักษณะหนึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกของการสูญเสียที่เลวร้ายแตกต่างกัน (Brotherson, 2000) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าบุตรตายเพราะความผิดพลาดของคนใดคนหนึ่ง โดยมีความรู้สึกผิดและการกล่าวโทษกันเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย (Hardt and Carroll, 1999)

ความรู้สึกผิด หรือการกล่าวโทษตนเอง และการกล่าวโทษซึ่งกันและกันซึ่งอาจจะจริงหรือคิดไปเองก็ตาม อาจไม่ใช่เรื่องทางจิตวิทยาเท่านั้น แต่เป็นเรื่องค่านิยม บทบาททางเพศ และเป็นเรื่องของสังคมที่สำคัญด้วย สังคมรอบข้างอาจกดดันโดยตรงหรือโดยอ้อมให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรับผิดชอบเป็นพิเศษ ผู้หญิงอาจจะถูกคาดหวังจากสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบการตายของบุตรในวัยแรกเกิดมากกว่าผู้ชาย เป็นต้น ค่านิยมที่ทำให้เกิดความรู้สึกผิด อาจทำให้ปัญหาในการต่อสู้กับความทุกข์โศกยากขึ้นไปอีก

พลังของสังคม อาจมีได้ทั้งบวกและลบ ในการแก้ปัญหาความทุกข์โศกดังกล่าว พลังในทางบวกได้แก่การให้กำลังใจและช่วยเหลือให้ครอบครัวมีความแน่นแฟ้นยิ่งขึ้น และลดความเศร้าโศกลง ขณะเดียวกัน พลังในทางลบก็อาจซ้ำเติมความรู้สึกผิดในการเลี้ยงดูแลบุตร หรือกดดันให้มีการกล่าวโทษกันว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความผิด หรือมีความรับผิดชอบ ความกดดันเหล่านี้อาจไม่ใช่ทางตรง แต่อาจเป็นค่านิยมดั้งเดิมที่กำหนดบทบาทของชายและหญิงไม่เหมือนกัน ไม่ว่าจะเป็นค่านิยมด้านวัฒนธรรม หรือด้านศาสนาก็ตาม

จากข้ออภิปรายเหล่านี้ เราอาจพิจารณารอบการศึกษาได้ตามรูป 2 การศึกษาผลกระทบของการเสียชีวิตของบุตรที่มีต่อความแตกแยกในชีวิตสมรส ซึ่งจะนำไปสู่ความไม่มั่นคงของชีวิตมนุษย์ จะมีผลได้โดยผ่านตัวแปรกลางสำคัญคือ ความรู้สึกกล่าวโทษตนเอง และการกล่าวโทษซึ่งกันและกันของคู่สมรส ตามรูปแบบการศึกษานี้ การเกิดผลกระทบดังกล่าวมีความแตกต่างกันในลักษณะสังคม วัฒนธรรม และศาสนาที่แตกต่างกันด้วย ในสังคมที่มีโครงสร้างจริงจังดังกล่าวเป็นลักษณะดั้งเดิม คริสต์ และอิสลามสูง ถึงแม้จะช่วยบรรเทาความเศร้าโศกและชะตากรรมของคู่สมรสได้โดยการให้ความอบอุ่นและกำลังใจกับสมาชิกของครอบครัวได้เป็นอย่างดี แต่ในขณะเดียวกันสังคมนี้ ก็มีความคาดหวังด้านบทบาททางเพศ และการให้ความสำคัญกับการเกิดสูง จึงมีค่านิยมที่อาจเพิ่มการสำนึกผิดการกล่าวโทษตนเอง และการกล่าวโทษซึ่งกันและกันได้มาก นำไปสู่ความไม่สำเร็จในการประคองชีวิตสมรสนั้นได้ กล่าวคือ ค่านิยมได้กดดันให้เกิดความแตกแยกในชีวิตสมรสได้ด้วยเช่นเดียวกัน

รูป 2: กรอบการศึกษาผลกระทบของการเสียชีวิตของบุตรต่อความแตกแยกในชีวิตสมรส และความไม่มั่นคงของชีวิตมนุษย์



ปัจจุบันสังคมสมัยใหม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหานี้อย่างจริงจัง เพื่อแก้ไขความแตกแยกในครอบครัวดังกล่าว โลกสังคมตะวันตก ได้พัฒนาแนวทางและสถาบันด้านจิตวิทยาบำบัด และการให้คำปรึกษาในครอบครัวในเรื่องเหล่านี้ขึ้นอย่างมากมาย (Brownley, 2004) ประเด็นสำคัญและวิธีการของการพัฒนาการบำบัดดังกล่าว ได้แก่ การสร้างความตั้งใจจริงของคู่สมรสทั้งสองคนในการแก้ปัญหาพร้อมกัน การเปิดรับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อน การเข้าใจการแสดงออกของความเศร้าโศกของกันและกันที่อาจไม่เหมือนกัน การจัดเวลาให้กันและกันทุกวันมากกว่าการแยกกันอยู่อย่างเงียบและโดดเดี่ยว การเข้าใจความระคายเคืองที่อาจเกิดขึ้นได้และความพร้อมจะขอโทษกันอยู่เสมอ การให้อภัยและไม่กล่าวโทษ ตลอดจนไม่จมอยู่กับความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตนเองเป็นเวลานาน การพบปะคู่สมรสที่มีปัญหาคล้ายกัน การเข้าพบนักจิตวิทยาบำบัดหรือผู้ให้คำปรึกษา การสวดมนต์ตามหลักศาสนา การประกอบพิธีกรรมให้กับบุตรที่เสียชีวิตไป ซึ่งจะทำให้สามีมีโอกาสได้แสดงออกด้วยการกระทำมากกว่าการแสดงความรู้สึก ซึ่ง เป็นลักษณะธรรมชาติของสามีอยู่แล้ว การอาสาตนเองและใช้เวลาเพื่อผู้อื่น และการส่งเสริมให้มีการหัวเราะร่วมกัน ซึ่ง จะรักษาสมดุลย์ของความสัมพันธ์ได้ดีที่สุด และโดยสรุปการสร้างการสื่อสารต่อกันระหว่างสามีและภรรยาเป็นสิ่งสำคัญที่สุด (Schildaus, 1997)

การเริ่มนำวิธีการเหล่านี้เข้ามาประยุกต์ในสังคมไทย มีความจำเป็นอย่างยิ่งและจะสำเร็จได้ ต้องอาศัยข้อมูลและความรู้ในเรื่องนี้อย่างรอบด้านมากขึ้น การศึกษาในเรื่องนี้ต่อไปอย่างจริงจังจึงควรได้รับการสนับสนุน โดยเฉพาะการ เรียนรู้ลักษณะสังคมไทยในกลุ่ม เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรมต่าง ๆ กัน มีความจำเป็นอย่างมากในการที่จะทำ ให้แนวทางความช่วยเหลือแก่สังคมไทยกลุ่มต่าง ๆ จะได้ผลอย่างเต็มที่ในทุกบริบท ทั้งนี้เพื่อความมั่นคงของครอบครัว และ ความมั่นคงของมนุษย์ในสังคมไทยทุกหมู่กลุ่มจะได้รับการจรรโลงไว้ในที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

- Brotherson, S. E. 2000. *Parental accounts of a child's death: Influences on parental identity and behavior*. Unpublished doctoral dissertation, Oregon State University.
- Brownley, M. 2004. *Growing a strong marriage after the loss of a child*. Retrieved March 29, 2006, from [http://www.solveyourproblem.com/artman/publish/article\\_391.shtml](http://www.solveyourproblem.com/artman/publish/article_391.shtml)
- Cole, J. A. 2000. *Parental bereavement: An investigation of the short-term and long-term effects*. Unpublished doctoral dissertation, Fairleigh Dickinson University.
- Cooley, S. R. 1996. *In their own words: An analysis of personal narratives from father's perspectives on the death of a child*. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Curtin, J. (Writer). 2001. *Our grieving hearts: Stories of parental bereavement*. Montreal, Canada: Kaos Worlds Films, Inc.
- Finkbeiner, Ann K. 1996. *After the death of a Child: Living with Loss Through the Years*. New York: The Free Press.
- Gudmundsdottir, M. 2000. *When the world of the family is shattered: Narratives of loss and healing practices after the sudden death of a child*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco.
- Hardt, M., and Carroll, D. 1999, July 26, 2005. Bereaved parents and divorce, sept/oct. *Bereavement Magazine* Retrieved March 23, 2006, from [http://www.healingheart.net/bereaved\\_parents\\_&\\_divorce1.htm](http://www.healingheart.net/bereaved_parents_&_divorce1.htm)
- Johansen, B. B. 1988. Parental grief over the death of a child. *Loss, Grief & Care: A Journal of Professional Practice*. Vol.2(3/4): 143-153.
- Kachoyeanos, M., and Selder, F. E. 1993. Life transitions of parents at the unexpected death of a school-aged and older child. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol. 8(1): 41-49.
- Levang, Elizabeth. 1998. *When men grieve: Why men grieve differently and how you can help*, Fairview Press (Minneapolis, Minn.)
- Marmar, M. A. (1995). *Parental loss of a child: A comparison of sudden illness, accident, or the suicidal death of a child*. The Wright Institute.
- Miller, M. K. (2003). The "impossible grief": Working with couples who have lost a child [Electronic Version]. *Currents: New Scholarship in the Human Services*. Retrieved March 23, 2006 from [http://webapps2.ucalgary.ca/~socialwk/Currents/articles/articles/megan\\_miller/main.htm](http://webapps2.ucalgary.ca/~socialwk/Currents/articles/articles/megan_miller/main.htm).
- Sanders, C. M. (1998). *How to survive the loss of a child: Filling the emptiness and rebuilding your life*. Rocklin, CA: Prima Publishing.
- Schiff, Harriet Sarnoff, *The Bereaved Parent*, New York: Crown publishers, (1997).
- Schwab, R. (1998). A Child's Death and Divorce: Dispelling the Myth. *Death Studies*, 22(5), 445-468.



# ฐานข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ – การใช้ประโยชน์และแนวโน้มสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป วาสนา อิมเอม<sup>1</sup>

ฐานข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในประเทศไทยเชื่อมโยงกับรายงานการป่วย โดยมีการจัดเก็บข้อมูลทั่วประเทศ ตามระบบการเฝ้าระวังโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการระบาด คือ ในปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมาแล้ว แม้ว่าการรายงานจะล่าช้า และไม่ครอบคลุม ทำให้ฐานข้อมูลไม่ทันสมัย และมีข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง แต่ข้อมูลที่มีอยู่ก็สามารถนำมาใช้ ติดตามแนวโน้ม และสถานการณ์ของการป่วย การเสียชีวิต โดยการวิเคราะห์ แยกตาม เพศ อายุ อาชีพ ปัจจัยเสี่ยง และ ตามจังหวัดที่รายงานได้ ฐานข้อมูลที่มีอยู่จะเป็นประโยชน์มากขึ้น ถ้าได้รับการปรับปรุงให้ระบบรายงานทันสมัยและครบถ้วน ซึ่งจะช่วยให้การวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ ทั้งด้านการป้องกัน และ จัดการรักษายาบาล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

## 1. นำเรื่อง

การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยปรากฏขึ้นก่อนประเทศส่วนใหญ่ในทวีปเอเชีย คือ เริ่มจากการพบผู้ป่วยรายแรกใน พ.ศ. 2527 หลังจากนั้น 4-5 ปี จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (Symptomatic HIV) ก็เริ่มปรากฏต่อสังคมมากขึ้น ต่อมาในช่วง พ.ศ. 2537-2538 รายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ก็เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในแถบจังหวัดภาคเหนือตอนบน รายงานตัวเลขสะสมผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ช่วงระหว่าง พ.ศ. 2527-2540 มีจำนวน 38,272 คน และตัวเลขสะสมจนถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2549 มีสูงขึ้นไปหนึ่งเท่าตัวเป็น 82,317 คน (สำนักโรคติดต่อ 2549) ซึ่งน่าจะเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จำนวนมากไม่เปิดเผยตัว ตัวเลขที่ได้จากการคาดประมาณล่าสุดบ่งชี้ว่าใน พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมสูงถึง 1.07 ล้านคน และจำนวนสะสมผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์รวม 510,000 คน มีคนวัยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ 560,000 คน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นเด็กและผู้ใหญ่จำนวน 17,000 คน และมีผู้ใหญ่จำนวน 37,000 คน ที่เป็นเอดส์ที่ปรากฏอาการเจ็บป่วย (Peerapatapanokin 2006) ทั้งนี้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในชายและหญิงไทย ที่มีอายุระหว่าง 25-44 ปี ตามด้วยการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุในผู้ชายและด้วยโรคมะเร็งในผู้หญิง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ 2546)

ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพิ่มเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ให้ครอบคลุมทั่วถึง ทำให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นจากประมาณสามพันราย ใน พ.ศ. 2544 เป็น กว่าสี่หมื่นรายใน พ.ศ. 2547 ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตยืนยาวขึ้นกว่าเดิม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2548 ได้มีการกำหนดนโยบายระดับชาติ เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อปีลงครึ่งหนึ่ง ภายใน พ.ศ. 2551 นโยบายทั้งสองประการนี้ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินโรค ลดอัตราการป่วย การเสียชีวิต และอาจจะทำให้รูปแบบการระบาดของเอชไอวีและเอดส์ ในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป

บทความนี้นำเสนอสถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในประเทศไทย โดยชี้ให้เห็นลักษณะข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ที่จัดเก็บอยู่ว่าจุดอ่อน จุดแข็ง ของฐานข้อมูลแต่ละชุดอย่างไร และอภิปรายถึงความเป็นไปได้ในการปรับปรุง และเชื่อมโยงเรื่องนี้กับพฤติกรรมทางเพศของคนรุ่นใหม่ que เปลี่ยนไป ตามด้วยรายละเอียดของนโยบายระดับชาติ

<sup>1</sup> อติตรองศาสตราจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2539-2549) ปัจจุบันเป็นผู้ช่วยผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ประจำประเทศไทย

ที่ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในอนาคต โดยการประมวลข้อมูลที่ได้จากรายงานทางระบาดวิทยา รายงานพฤติกรรมเพศและสังคม ตลอดจนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ทำยสุดเป็นข้อเสนอ ต่อแนวทางการดำเนินงาน การศึกษาวิจัยและนโยบายที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ที่ควรจะดำเนินการต่อไป

## 2. ฐานข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์

แม้ลักษณะการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีจะมีการเปลี่ยนแปลงไป การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในปัจจุบันยัง แสดงภาพการระบาดในอดีต ในลักษณะวิ่งตามหลังพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปประมาณสิบปี ตามคำมัธยฐานการฟักตัวของ โรค (Median incubation period) ซึ่งเป็นช่วงเวลาเฉลี่ยที่คาดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเริ่มทยอยป่วย และจะสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ได้หลังจากที่ติดเชื้อ ระยะเวลาดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์แต่ละคน ย่อมขึ้นอยู่กับภาวะภูมิคุ้มกัน ที่ดี การได้รับกำลังใจและการประคับประคองจากครอบครัว ที่สำคัญ คือ การเข้าถึงการรักษาและได้รับยาต้านไวรัส อย่างต่อเนื่อง แม้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จะมีความล่าช้า ไม่สามารถใช้เป็นภาพสะท้อนพฤติกรรมที่ นำไปสู่การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีที่เปลี่ยนไปในปัจจุบัน แต่ข้อมูลเรื่องการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มีความสำคัญ ที่ควรได้รับความสนใจและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดการแก้ไขปัญหาเอดส์มากขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะใน ด้านการเตรียมโครงสร้าง และพัฒนาการรักษาพยาบาล ตลอดจนการลดผลกระทบที่เกิดจากเอดส์ เนื่องจากเป็น ฐานข้อมูลสำคัญที่จะบ่งบอกผลกระทบของโรคเอดส์ต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในระดับต่างๆ ที่คนไทยกำลัง เผชิญหน้าอยู่ในขณะนี้ ในส่วนของการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์นั้น มีฐานข้อมูลและข้อสังเกตที่เกี่ยวข้องดังนี้

### 2.1 ฐานข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังที่ได้จากการรายงานผู้ป่วย<sup>2</sup>

ระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยเอดส์โดยการรายงานผู้ป่วย เป็นระบบแรกที่น่ามาใช้ในการติดตามสถานการณ์โรค เอดส์ตั้งแต่ต้น พ.ศ. 2527 โดยมุ่งหวังที่จะรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการทุกรายด้วยวิธีการลงทะเบียนผู้ป่วย ที่มารับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน เมื่อตรวจพบว่าเป็นเอดส์หรือเป็นผู้ติดเชื้อที่ปรากฏอาการ ในช่วงปีแรกๆ ของระบบการเฝ้าระวังมีการรายงานตัวเลขผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic HIV infected persons) ด้วย แต่ถูกยกเลิกไปใน พ.ศ. 2535 (Im-em 1999) ตามแบบฟอร์ม 506/1 และ 507/1 ที่บันทึกข้อมูลโดยพยาบาลประจำ หอผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่เวชระเบียนของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน รายงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ ข้อมูลแสดงผลเป็นภาพระดับจังหวัดหรือระดับภาคได้ โดยศูนย์ข้อมูลระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รวบรวมข้อมูลแสดงผลเป็นภาพระดับชาติ สรุปเป็นรายงานเดือนละครั้ง ข้อมูลที่แสดงผลเกี่ยวกับการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ในระบบเฝ้าระวังนี้ประกอบด้วย ตัวเลขสะสมและตัวเลขรายปีของผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิต จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ พฤติกรรมเสี่ยง จังหวัดที่รายงาน จำนวนผู้ตายตามปีที่เริ่มป่วย จำนวนผู้ป่วยตายตามปีที่เสียชีวิต อัตราตายตามปีที่เริ่ม ป่วย และอัตราตายตามปีที่เสียชีวิต

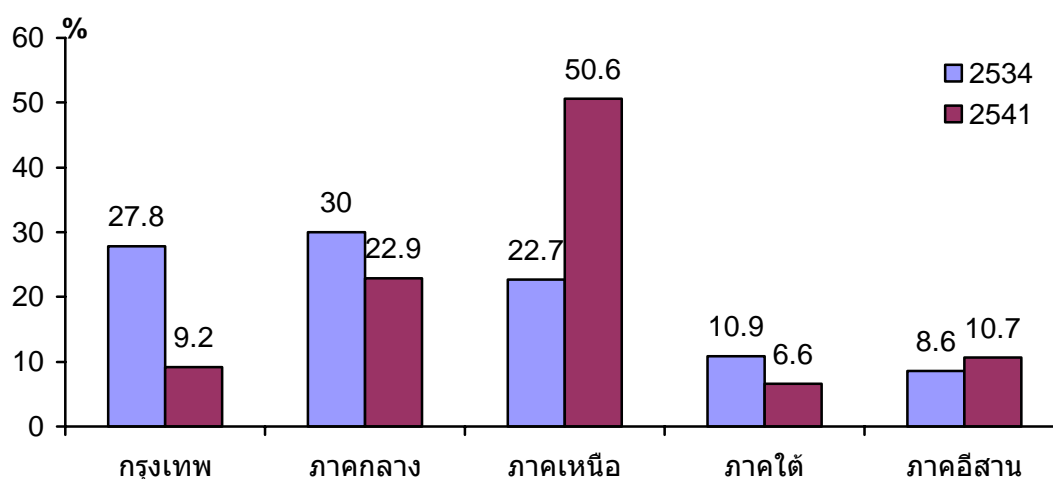
แม้ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังด้วยวิธีการรายงานผู้ป่วยนี้มีตัวเลขต่ำกว่าความเป็นจริง จุดแข็งของฐานข้อมูล ระบบนี้ยังถูกมองข้ามและถูกนำมาใช้ประโยชน์น้อยเกินไป ทั้งที่ตัวแปรต่างๆ ที่จัดเก็บในระบบเฝ้าระวังนี้มีรายละเอียดที่ สามารถใช้สะท้อนให้เห็นภาพสถานการณ์จากฐานตัวเลขแท้จริง ไม่ได้เกิดจากตัวเลขที่ได้จากการคาดประมาณ ซึ่งความ ถูกต้องจะขึ้นอยู่กับคุณภาพของข้อมูล และสมมุติฐานที่ใช้ในการกำหนดฉากจำลอง (Scenario) ต่างๆ หรืออีกนัยหนึ่ง อาจกล่าวได้ว่า ฐานข้อมูลในระบบการเฝ้าระวัง โดยการรายงานผู้ป่วยสามารถให้รายละเอียดที่มีประโยชน์ เกี่ยวกับ

<sup>2</sup> แหล่งข้อมูลจาก สุรสิทธิ์ ธิโนยสวรคยงกูร (มปป.) และ Im-em, 1999

สถานการณ์และแนวโน้ม จากข้อมูลจริงที่ฐานข้อมูลอื่นไม่มีรายละเอียดเทียบเท่า แม้ว่ายอดตัวเลขแท้จริงจากระบบการเฝ้าระวังแบบนี้ยังต่ำกว่าความเป็นจริงมากก็ตาม แต่ความสำคัญของฐานข้อมูลนี้ สามารถนำมาชี้สภาพเหตุการณ์ในระดับภาค จังหวัด หรืออำเภอได้ แม้จำนวนตัวเลขผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในระดับดังกล่าวยังอยู่ในระดับไม่สูงมาก

รูป 1 สะท้อนให้เห็นประโยชน์ของฐานข้อมูลนี้ที่ให้รายละเอียดได้ในระดับย่อยกว่าระดับชาติ แสดงข้อมูลเชื่อมโยงรายงานตัวเลขสะสมผู้ติดเชื้อที่ปรากฏอาการใน พ.ศ. 2534 และรายงานตัวเลขสะสมผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ใน พ.ศ. 2541 จำแนกตามภาค เห็นได้ว่าครั้งหนึ่งของยอดผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ใน พ.ศ. 2541 นั้น มาจากภาคเหนือ ขณะที่ตัวเลขสะสมผู้ติดเชื้อเอชไอวีของภาคนี้เมื่อ 7 ปีก่อนหน้าอยู่ในลำดับที่ 3 รองจากกรุงเทพ และภาคกลาง ความแตกต่างของข้อมูลดังกล่าวน่าจะเกิดจากการเคลื่อนย้ายของผู้ติดเชื้อที่ย้ายกลับภูมิลำเนา เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในที่สุด อาจสันนิษฐานได้ว่าในช่วงยุคแรกที่มีการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อที่ไม่ปรากฏอาการนั้น พบผู้ติดเชื้อในถิ่นที่ทำงานประกอบอาชีพจำนวนมาก แต่เมื่อเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต คนเหล่านี้จะย้ายกลับภูมิลำเนาเดิมของตนที่จะได้รับการดูแลระดับประคองจากครอบครัวเครือญาติ

รูป 1 ร้อยละการกระจายของผู้ติดเชื้อที่ไม่ปรากฏอาการในปี 2534 และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในปี 2541 จำแนกตามภาค

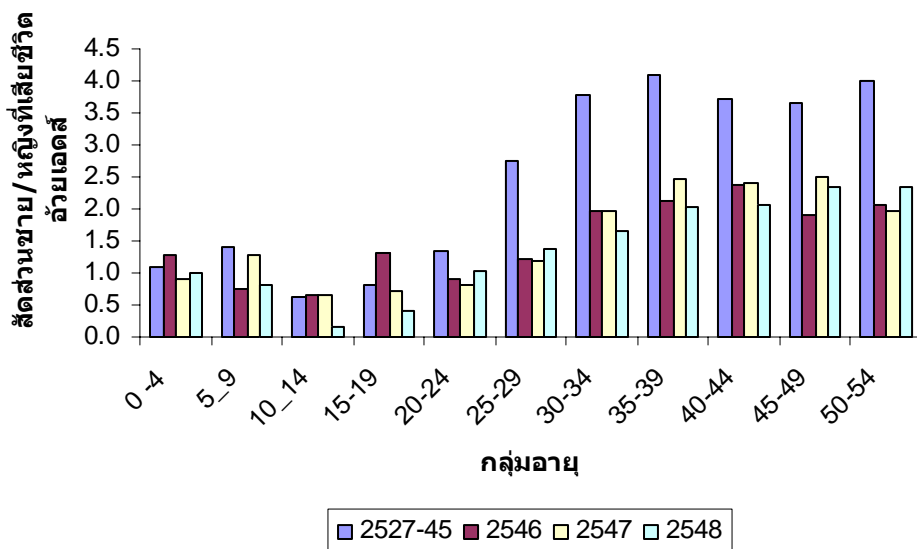


**หมายเหตุ** จำนวนสะสมผู้ติดเชื้อที่ไม่ปรากฏอาการในปี 2534 เท่ากับ 27,375 ราย และจำนวนสะสมผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในปี 2541 จำนวนเท่ากับ 41,776 ราย

**ที่มา:** สมบัติ แทนประเสริฐสุข 2534 และรายงานสถานการณ์เอดส์ โดย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2541

รูป 2 แสดงอัตราส่วนชายต่อหญิงของจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 พบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในผู้ชายสูงกว่าในผู้หญิง 2-3 เท่าตัว และเกิดขึ้นมากที่สุดในคนช่วงวัย 30 ปีเศษ แต่ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้น จากจำนวนผู้ชายที่เสียชีวิตมากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่าก็ลดลงเหลือเพียงเท่าๆ เท่านั้นใน พ.ศ. 2548 จากยอดรวมการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ที่มีจำนวนทั้งสิ้น 82,197 คน

รูป 2 อัตราส่วนชายต่อหญิงของจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุและปีที่เสียชีวิต

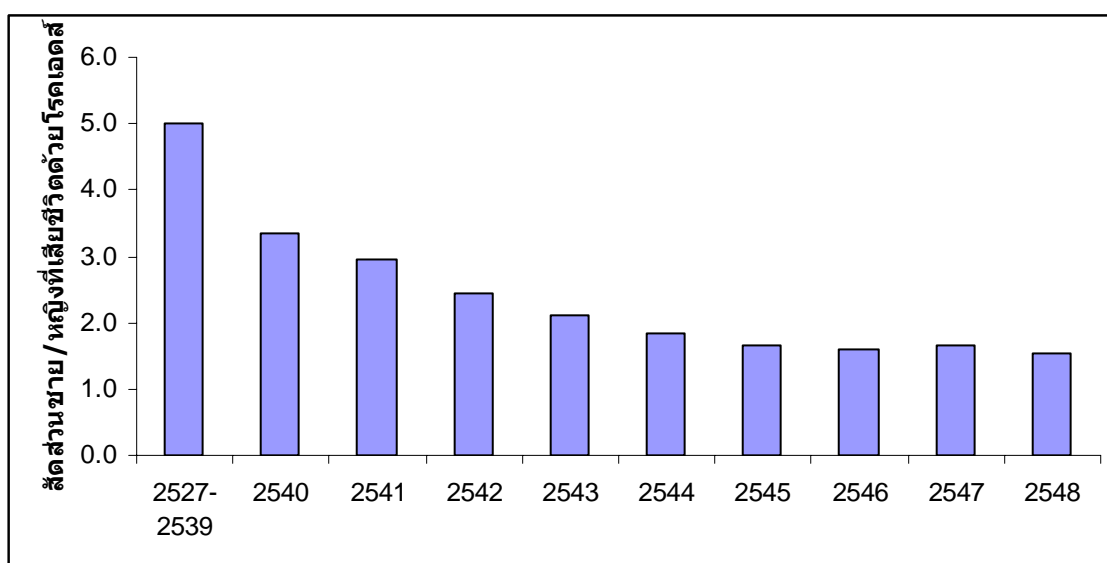


ที่มา: จำนวนจากรายงานสถานการณ์เอดส์รายเดือน สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2527-2548.

รูป 3 แสดงอัตราส่วนการเสียชีวิตชายต่อหญิงจากเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ได้จากรายงานการเสียชีวิตด้วยเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 85 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด น่าสังเกตว่าในช่วง พ.ศ. 2527-2539 อัตราส่วนการเสียชีวิตเป็นชาย 5 คนต่อหญิง 1 คน แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันอัตราส่วนนี้ลดลงเหลือประมาณ 2 ต่อ 1

สาเหตุการตายจากเอดส์ลำดับถัดมา คือ เกิดจากการใช้ยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้น (ร้อยละ 5) การติดเชื้อจากมารดา (ร้อยละ 4) และสาเหตุอื่นๆ (ร้อยละ 6) ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จากรับเลือดมีจำนวนน้อยมากเพียง 19 ราย เท่านั้น จะเห็นว่าแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในผู้หญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแม้ว่าการเสียชีวิตในผู้ชายจะยังคงมีมากกว่าก็ตาม

รูป 3 อัตราส่วนชายต่อหญิงของจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จากเพศสัมพันธ์จำแนกตามปีที่เสียชีวิต



ที่มา: จำนวนจากรายงานสถานการณ์เอดส์รายเดือน สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2527-2548.

## 2.2 ฐานข้อมูลจากการคาดประมาณ

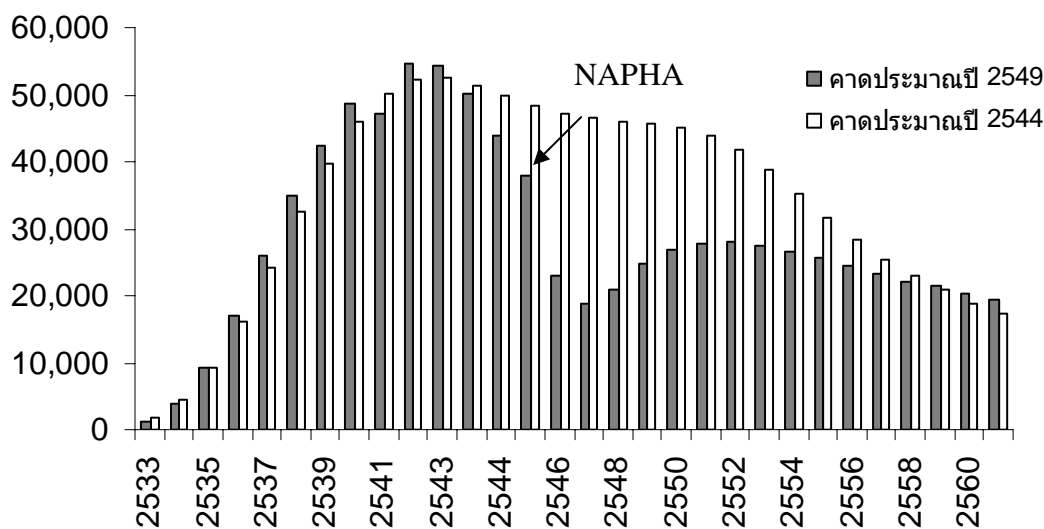
การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการกำหนดนโยบาย และวางแผน รวมถึงการติดตามประเมินผล แต่ทั้งนี้ความแม่นยำของตัวเลขที่ได้จากการคาดประมาณนั้นขึ้นอยู่กับฐานประชากรและข้อสมมุติฐานที่กำหนด การคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทยครั้งล่าสุด คือ พ.ศ. 2544 และ 2549 ทั้งสองครั้งโดยใช้ the Asian Epidemic Model (AEM) ซึ่งเป็นการจำลองจากทัศนเชิงกระบวนการ โดยการคาดประมาณใน พ.ศ. 2549 มีข้อมูลที่ป้อนเข้าไปในแบบจำลอง ดังนี้ (Brown and Peerapatanapokin 2006)

1. ขนาดของกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงในแต่ละปี คือ ชายที่ซื้อบริการทางเพศ หญิงบริการทางเพศทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (Injecting Drug Users) ชายรักชาย (MSM) และชายที่ขายบริการทางเพศ (Male Sex Workers)
2. ช่วงระยะเวลาที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
3. พฤติกรรมทางเพศของประชากรที่มีความเสี่ยงสูงในแต่ละปี คือ ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันระหว่างกลุ่มต่างๆ และการใช้ถุงยางอนามัย
4. พฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดฉีดและพฤติกรรมทางเพศของผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ได้แก่ ความถี่ของการฉีด ร้อยละของการใช้เข็มร่วมกัน ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ประเภทต่างๆ
5. ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง และอัตราการทำขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศของผู้ชาย
6. การปรับข้อมูลตามสมมุติฐานที่ใช้ในฉากทัศน์ต่างๆ เพื่อความเที่ยง (validation) ของข้อมูลโดยดูจากความน่าจะเป็นในการแพร่การติดเชื้อ (probability of transmission) ปัจจัยร่วมกับการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การขลิบอวัยวะเพศ และระดับความชุกของการติดเชื้อของประชากรแต่ละกลุ่ม

ทั้งนี้การคาดประมาณใน พ.ศ. 2549 นั้น AEM Model ได้ปรับไปจากเดิมโดยเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับชายรักชาย และการให้ยาต้านไวรัสเข้าไปด้วย เนื่องจากพบข้อมูลล่าสุดว่าความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มชายรักชายอยู่ในระดับสูงมาก นอกจากนี้การคาดประมาณดังกล่าวยังประมวลข้อมูลจากพื้นฐานข้อมูลที่มีอยู่ล่าสุด ซึ่งช่วยสะท้อนความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีที่เปลี่ยนไป ไม่ว่าจะเป็นการมีพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนที่เปลี่ยนไป การใช้ถุงยางอนามัย มีแนวโน้มลดลงและใช้ไม่สม่ำเสมอ และการกำหนดนโยบายเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ (National Access to Retroviral Program for People Living with HIV/AIDS – NAPHA) (Brown and Peerapatanapokin 2006)

ในส่วนของข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ที่ได้จากการคาดประมาณนั้นเชื่อว่าโครงการบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติจะทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในแต่ละปีลดลง กล่าวได้ว่าโครงการนี้จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตอยู่ได้ยาวนานขึ้นตามที่แสดงในรูป 4

รูป 4 จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์รายปีระหว่าง พ.ศ. 2533-2025  
เปรียบเทียบข้อมูลการคาดประมาณด้วย AEM Model ใน พ.ศ. 2544 และ 2549



ที่มา: Thai Working Group 2001 และ Brown and Peerapatanapokin 2006

### 2.3 ฐานข้อมูลจากมรณบัตร

เมื่อมีผู้เสียชีวิต กฎหมายไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2452 กำหนดว่าเจ้าบ้านหรือผู้พบคนตายต้องแจ้งต่อนายทะเบียนท้องถิ่นภายใน 24 ชั่วโมงนับตั้งแต่เวลาตายหรือเวลาที่พบศพเพื่อออกใบมรณบัตร ความครอบคลุมของการแจ้งตายตามมรณบัตรนี้ อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 94.8 ใน พ.ศ. 2538-2539 (Im-em 1999) สาเหตุการตายจากมรณบัตรนี้มีการจัดหมวดหมู่ตามการจัดกลุ่มโรคตาม International Classification of Diseases (ICD-10) ฐานข้อมูลนี้สามารถนำมาใช้บ่งชี้สถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ได้ในสองรูปแบบดังนี้

**รูปแบบที่ 1** จากการจัดบันทึกสาเหตุการตายในใบมรณบัตร แต่ความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายมีความคลาดเคลื่อนสูงมากเนื่องจากประมาณหนึ่งในสามของการเสียชีวิตเท่านั้นที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาล ซึ่งสาเหตุการตายถูกบันทึกโดยแพทย์ ส่วนการเสียชีวิตที่เกิดนอกสถานพยาบาลนั้นถูกบันทึกโดยนายทะเบียนท้องถิ่น เช่น ผู้ใหญ่บ้านหรือเจ้าหน้าที่อนามัย ทำให้สาเหตุการตายที่ถูกบันทึกมีความคลาดเคลื่อนสูง ทั้งนี้พบว่าเพียงร้อยละ 30 ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เท่านั้นที่ได้รับการบันทึกสาเหตุการตายว่าเกิดจากโรคเอดส์ (Rangsin 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของแพทย์หญิงจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2546) และปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ (Pramote Prasartkul et. al 2006) ที่ทำการศึกษาด้วยวิธี verbal autopsy ที่พบว่าสาเหตุการตายด้วยโรคเอดส์นั้นไม่ได้รับการบันทึกไว้ อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2543<sup>4</sup> ได้มีการกำหนดให้การชันสูตรศพที่เกิดนอกโรงพยาบาล ต้องมีแพทย์เป็นผู้ดำเนินการและระบุสาเหตุการตาย

<sup>4</sup> พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ว่าด้วยการชันสูตรพลิกศพ มาตรา 150 ลงวันที่ 30 ธ.ค. 2542 มีผลบังคับใช้ 27 เมษายน 2543

ในมรณบัตร แต่ยังคงขาดความชัดเจนว่าการปฏิบัติดังกล่าวทำให้ความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตายมีความถูกต้องมากขึ้นเพียงใด

รูปแบบที่ 2 เป็นการศึกษาดูแนวโน้มการเสียชีวิตที่มีเพิ่มขึ้นโดยไม่คำนึงถึงสาเหตุการตาย (ดู Garenne et al. 1996; 1997) การศึกษาของ Van Griensven และคณะ (2541) ใช้ฐานข้อมูลจากการจดทะเบียนตายจาก 6 จังหวัด คำนวณอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี back calculation of HIV incidence เพื่อคาดประมาณการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในระดับจังหวัด และงานวิจัยของวาสนา อิมเอม (Im-em 1999) ที่คำนวณอัตราการตายรายอายุและเพศที่ปรับการจดทะเบียนตาย เพื่อแสดงสถานการณ์การตายด้วยโรคเอดส์ในระดับจังหวัด นอกจากนี้ยังมีกรณีวิเคราะห์การตายจากฐานข้อมูลมรณบัตรที่คำนวณเป็นอัตราการตาย และอัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Hernandez-Giron et al. 2002; พินิจ ฟ้า อำนวยผล และ ปัทมา ว่าพัฒนางศ์ 2549)

### 3. ข้อจำกัดของฐานข้อมูล<sup>5</sup>

**ขาดความจำเป็นของข้อมูลในระดับพื้นที่** การที่ประเทศไทยอยู่กับการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์เป็นระยะเวลานาน ทำให้ความต้องการฐานข้อมูลเพื่อจัดการและแก้ไขปัญหาเอดส์ จำต้องมีความจำเป็นและความหลากหลายของข้อมูลมากกว่าที่เป็นอยู่ ฐานข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลเป็นภาพระดับชาติ ขณะที่หลายปีที่ผ่านมารัฐบาลมีนโยบายกระจายอำนาจการบริหารสู่ท้องถิ่น ทำให้การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน ไม่ว่าจะ เป็นบุคลากรหรืองบประมาณมีความจำเป็นในแต่ละจังหวัดมากขึ้น

ดังกล่าวแล้วในเบื้องต้นว่า ฐานข้อมูลโรคเอดส์เกี่ยวกับการเสียชีวิต จะสามารถนำไปใช้วางแผนเพื่อจัดการกับผลกระทบของการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ได้ โดยเฉพาะการจัดการในระดับจังหวัด แต่ฐานข้อมูลที่มีอยู่ยังขาดการชี้วัดที่บ่งชี้ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่เชื่อมโยงกับเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จึงยังบอกไม่ได้ว่าตัวแปร เช่น สภาพความยากจน ความเป็นเมือง หรือการอพยพย้ายถิ่น หรือแม้แต่ความแตกต่างของพื้นที่ในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคเอดส์อย่างไร ผู้ป่วยเอดส์ที่ปรากฏอาการเกือบ 40,000 คน ที่มีในปัจจุบันนั้นกระจายตัวอยู่ในพื้นที่ใดบ้าง และควรได้รับความช่วยเหลือจากการบริหารจัดการในพื้นที่อย่างไร ทั้งนี้ผลการศึกษาเรื่องความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพของประเทศทางยุโรป ซึ่งการตายเป็นหัวข้อหนึ่งของการศึกษา พบว่าอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทั้งในเรื่องอัตราการตายรวมและอัตราการตายรายสาเหตุนั้นมีสูงมากขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษา ระดับรายได้และลักษณะอาชีพต่ำ โดยความแตกต่างดังกล่าวพบในผู้ชายมากกว่าในผู้หญิง (Mackenbach 2006)

**ระบบการเฝ้าระวังที่มีอยู่เดิมไม่ถูกปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง** แม้การเฝ้าระวังตามรายงานผู้ป่วยเป็นฐานข้อมูลแรกที่มีการจัดเก็บข้อมูลตั้งแต่ต้นและจัดเก็บอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยรวบรวมจัดเก็บจากฐานข้อมูลย่อยจากระดับจังหวัด แต่ข้อจำกัดที่ความครอบคลุมของการรายงานยังอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้รายงานขาดความเข้าใจระบบการรายงานและขาดการประสานงานของผู้เกี่ยวข้องับระบบฐานข้อมูลนี้ ทำให้การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลนี้ถูกมองข้ามและถูกนำไปใช้ประโยชน์อย่างผิวเผิน สิ่งที่เราควรจะมีการดำเนินการ คือ การทบทวนระบบการเฝ้าระวัง โดยต้องศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อนและโอกาสในการเพิ่มศักยภาพของระบบนี้ ให้สามารถใช้เป็นฐานข้อมูล

<sup>5</sup> ในที่นี้จะมุ่งที่ข้อจำกัดของฐานข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมฐานข้อมูลเรื่องโรคเอดส์ทั้งหมดซึ่งจะมีขอบเขตเนื้อหาที่กว้างกว่านี้

หนึ่งที่น่าเชื่อถือมากขึ้น เช่นเดียวกับฐานข้อมูลเอดส์อื่นๆ ยังคงมีนวัตกรรมของการจัดเก็บข้อมูลใหม่ๆ ที่ปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์เอดส์ที่เปลี่ยนไปไม่มาก เช่น การกำหนดนิยามตัวชี้วัดที่จัดเก็บให้ชัดเจนทันต่อเหตุการณ์ขึ้น มีการเพิ่มตัวแปรที่จัดเก็บ หรือยกเลิกการจัดเก็บ ตัวแปรที่ไม่เคยถูกนำไปวิเคราะห์ใช้ เป็นต้น

**ขาดการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลเพื่อความเที่ยงภายนอก (external validity)** ฐานข้อมูลระบบการเฝ้าระวังโรคเอดส์ที่มีอยู่นั้นถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน ดังนั้นเมื่อจัดเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลาหนึ่ง ข้อมูลที่ได้รับจากฐานข้อมูลที่ต่างกัน ย่อมสะท้อนให้เห็นภาพของความสอดคล้องของสถานการณ์ที่มีความเหมือนหรือมีความต่าง ที่สามารถอธิบายได้จากฐานคิดการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังหรือระบบฐานข้อมูลเหล่านั้นขึ้นมา ตัวอย่างเช่น ในส่วนของแนวโน้ม และสถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ หรือการกระจายตัวของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ที่จำแนกออกตามอายุ เพศ และปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การติดเชื้อนั้น มีข้อมูลที่สามารถศึกษารายละเอียดได้ทั้งจากการเฝ้าระวังจากระบบการรายงานผู้ป่วย และจากวิธีการคาดประมาณตามที่กล่าวไปแล้ว จึงควรจะมีการตรวจทานทิศทางความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลที่ต่างกัน

#### 4. พฤติกรรมทางเพศของคนรุ่นใหม่

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการระบาดในกลุ่มประชากรทั่วไป ไม่ใช่การแพร่ระบาดที่จำกัดตัวอยู่เฉพาะกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงเท่านั้น สาเหตุที่นำไปสู่การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจบริการทางเพศ เป็นการติดเชื้อที่แพร่จากชายสูภรรยาหรือคนรักที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม ช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมาคนไทยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์มากขึ้น คนจำนวนมากเริ่มมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย มีความตระหนักรู้และตื่นตัวที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มากขึ้น ผู้ชายส่วนหนึ่งเลิกใช้บริการทางเพศ อีกส่วนหนึ่งลดความถี่ของการใช้บริการทางเพศ และอีกบางส่วนใช้วิธีการเลือกสถานบริการ และคู่ที่จะมีความสัมพันธ์ทางเพศด้วยมากขึ้น อัตราการใช้ถุงยางกับหญิงบริการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว แม้จะเกิดความกังวลว่าในขณะนี้ระดับการใช้ถุงยางน้อยลงกว่าเดิม อันเป็นผลมาจากความระมัดระวังตัวของคนไทยต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีน้อยลง รวมทั้งนโยบายการใช้ถุงยางยังขาดความต่อเนื่อง ขาดนวัตกรรมสิ่งใหม่ๆ ที่จะสามารถให้ระดับการใช้ถุงยางยังคงอยู่ในระดับสูงและกระจายการใช้สู่กลุ่มอื่นๆ นอกเหนือจากความสัมพันธ์ทางเพศจากการซื้อขายบริการ อีกทั้งยังมีงบประมาณจำกัดต่างไปจากช่วงยุคแรกๆ ที่มีความตื่นตัวรุนแรงทำให้ใช้ถุงยางกันอย่างเข้มข้น โดยพบว่า การใช้ถุงยางครั้งล่าสุดของหญิงบริการนั้นลดลงเหลือเพียงร้อยละ 87 และการใช้ถุงยางสม่ำเสมอกับคู่ลักษณะอื่นๆ นั้นยังอยู่ในระดับต่ำมาก<sup>6</sup>

ในช่วงเวลาทศวรรษที่คนไทยมีความตื่นตัวสูงเรื่องโรคเอดส์นั้น รูปแบบพฤติกรรมที่สะท้อนความสัมพันธ์ทางเพศของคนไทยรุ่นใหม่ได้เปลี่ยนโฉมหน้า ถูกชักจูงเชื่อมโยงไปกับกระแสบริโภคนิยมของคนไทยที่เบ่งบานขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กรุ่นใหม่ที่มีพฤติกรรมทางเพศต่างจากคนในรุ่นพ่อแม่มาก การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ของเยาวชนรุ่นใหม่มักเกิดขึ้นระหว่างคนรักหรือคู่ชั่วคราวชั่วคราว มากกว่าที่จะมีประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกระหว่างผู้ชายกับหญิงบริการแบบเดิมๆ ก่อนที่จะมีความตื่นตัวเรื่องโรคเอดส์ ความสัมพันธ์ทางเพศแบบชั่วคราวชั่วคราว ไม่มีการผูกมัดระยะยาว มีเพิ่มขึ้น เปลี่ยนรูปแบบเป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางเพศแบบต่างตอบแทน (transactional sex) หรือ

<sup>6</sup> ข้อมูลจาก นายแพทย์วิวัฒน์ พิระพัฒน์โกศล- โครงการ A<sup>2</sup> - (AIDS Policy and Advocacy Project) พฤษภาคม 2549.



การมีเพศสัมพันธ์เชิงพึงพาแต่ไม่ผูกมัด ระหว่างผู้ที่มีพลังอำนาจทางเศรษฐกิจสังคมต่างกัน หรือแม้แต่การที่ปัจจุบัน ผู้หญิงส่วนหนึ่งกลายเป็นกลุ่มผู้ซื้อบริการทางเพศจากผู้ขายเองก็ตาม<sup>7</sup>

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศของคนไทยดังกล่าว ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อมูลล่าสุดระดับชาติที่จะสามารถใช้สะท้อนสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง<sup>8</sup> แต่ข้อบ่งชี้ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยประกอบกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเพศของเยาวชนจากหลายพื้นที่ ล้วนบ่งบอกโฉมหน้าที่เปลี่ยนไปของพฤติกรรมเพศของคนไทยรุ่นใหม่ (ฤทธาเดช เกิดวิชัย และคณะ 2549; รายงานสุขภาพคนไทย 2547-2549; Frits van Griensven 2001) ไม่ว่าจะเป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของเยาวชนทั้งหญิงและชายที่มีประสบการณ์ทางเพศ การมีคู่นอนจำนวนมากขึ้นหรือการเปลี่ยนคู่นอน การใช้ชีวิตคู่อยู่กินร่วมกันของเยาวชนที่อยู่ในวัยเรียน การเปิดกว้างมากขึ้นต่อวิถีชีวิตและความหลากหลายทางเพศที่ปรากฏชัดขึ้นในสังคมไทย การขายบริการทางเพศแบบแอบแฝงที่มีรูปแบบซับซ้อนขึ้น เปลี่ยนจากการซื้อขายบริการทางเพศที่ต้องพึ่งพิงเจ้าของสถานบริการ เป็นการทำงานแบบอิสระไม่ขึ้นกับใคร

จุดเปลี่ยนทางพฤติกรรมเพศดังกล่าว ทำให้เกิดข้อห่วงใยของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานด้านเอดส์ว่า ประเทศไทยอาจจะหวนคืนสู่การแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรุนแรงอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งอาจจะกลายเป็นรูปแบบที่มีอัตราการแพร่ระบาดรุนแรงกว่าเดิม จนไม่สามารถใช้มาตรการและกลยุทธ์ที่เคยใช้ได้ผลแบบเดิม มาใช้จัดการกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไป ความห่วงใยดังกล่าวกลายเป็นข้อท้าทายสำหรับผู้ทำงานเอดส์ที่ต้องขับเคลื่อนให้คนไทยเกิดความตระหนักในสังคมระดับกว้างอีกครั้งหนึ่ง ว่าประเทศไทยจะสามารถเผชิญหน้ากับการจัดการกับปัญหาเอดส์ท่ามกลางความผันผวนของตัวแปรทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่เปลี่ยนไปได้อย่างไร

## 5. นโยบายรัฐที่ส่งผลต่อสถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์

ปัจจุบันมีนโยบายระดับชาติที่สำคัญสองเรื่อง ที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนโฉมหน้าของสถานการณ์เอดส์ของประเทศไทย ได้แก่ โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ และนโยบายเพื่อบรรลุเป้าหมายการป้องกันและแก้ไขปัญหามาตรึงอย่างครอบคลุม (Universal Access to Prevention, Care and Treatment)

### 5.1 โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ

ปลาย พ.ศ. 2543 กรมควบคุมโรคได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการ และติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ติดเชื้อที่เคยและไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน รวมทั้งหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใน พ.ศ. 2544 จำนวนการให้ยาด้านไวรัสเป็นแบบโควตาจำนวนผู้ป่วย 3,000 คน จากโรงพยาบาล 109 แห่ง ในสองปีถัดมาจำนวนผู้ได้รับยาด้านไวรัสเพิ่มขึ้นเป็น 13,000 ราย และ 28,000 ราย ต่อมาใน พ.ศ. 2547 การให้ยาด้านไวรัสได้ขยายเป็นนโยบายแห่งชาติ ไม่ใช่การให้บริการแบบโควตาตามเดิม มีเป้าหมายให้การรักษาแก่ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์จำนวน 40,000 รายครอบคลุมทุกโรงพยาบาล และใน พ.ศ. 2548 เพิ่มจำนวนเป็น 120,000 รายทั่วประเทศ มีอัตราความสม่ำเสมอใน

<sup>7</sup> ประเด็นดังกล่าวได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมการประชุมเพื่อพิจารณารายละเอียดของร่างแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 และการจัดทำรายละเอียดแผนงานโรคเอดส์ระดับชาติ-ภาพรวมเพื่อบรรลุเป้าหมาย Universal Access towards Prevention, Treatment, Care and Support on HIV/AIDS by 2010 ที่จัดขึ้นระหว่าง 15-19 พฤษภาคม 2549 ที่จังหวัดระยอง

<sup>8</sup> การสำรวจพฤติกรรมทางเพศของประชากรไทยที่เป็นการสำรวจประชากรระดับชาตินั้นมีการดำเนินการไปแล้วสองครั้ง โดยข้อมูลล่าสุดเป็นการเก็บข้อมูลใน พ.ศ. 2539 จึงไม่สามารถใช้ข้อมูลบ่งชี้ความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมเพศที่เปลี่ยนโฉมหน้าไป สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล อยู่ระหว่างการดำเนินการสำรวจระดับชาติครั้งที่ 3 ในปี 2549

การรับยาในกลุ่มผู้ใหญ่เฉลี่ยร้อยละ 83.3 และ กลุ่มเด็กเฉลี่ยร้อยละ 90.7 (กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ 2548) และมีแนวโน้มการให้การรักษาด้านไวรัสเอดส์ เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายหลักประกันสุขภาพ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานโครงการนี้ พบว่างบประมาณส่วนใหญ่ มุ่งใช้สำหรับการจัดเวชภัณฑ์ยาด้านไวรัสเอดส์ ขาดการจัดทำให้มีค่าปรึกษาอย่างเหมาะสม ว่าทำอย่างไรจึงจะทำให้ผู้ที่ใช้ยา มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องและใช้อย่างต่อเนื่อง ผู้ที่ได้รับยาด้านไวรัสเอดส์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีวิถีชีวิตอย่างสอดคล้อง ผลการดำเนินงานโครงการเข้าถึงยาด้านไวรัสแห่งชาติของสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 10 พบว่าอัตราการมารับยาต่อเนื่องในกลุ่มผู้ใหญ่ยังต่ำ ยังไม่มีระบบยาส่งฟรี เพื่อเปลี่ยนยาให้กับผู้ที่เกิดดื้อยาหรือแพ้ยา บางครั้งพบปัญหาบริหารจัดการคลังยา ทำให้ขาดแคลนยาด้านไวรัสเอดส์ส่งผลกระทบต่อภารกิจยาต่อเนื่อง ความครอบคลุมของการรักษา และป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสยังไม่ครอบคลุมทุกโรคที่สำคัญและทุกโรงพยาบาล พบแนวโน้มการรักษาที่ล้มเหลวมีมากขึ้น โดยที่ศักยภาพของห้องปฏิบัติการ ไม่สามารถวินิจฉัยความล้มเหลวของการรักษาและการตรวจหาเชื้อดื้อยาได้ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์มากขึ้น ในด้านบุคลากรนั้นมีภาระงานเพิ่มจากการมีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบมากขึ้น มีการหมุนเวียนแพทย์ที่ทำการรักษาบ่อย บุคลากรขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยมีปัญหา ระบบการรายงานข้อมูลไม่สมบูรณ์และล่าช้า และยังขาดกลไกการพัฒนาองค์กรชุมชน เพื่อให้มีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดการเข้าถึงการบริการยาด้านไวรัสเอดส์อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง (กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ 2548)

ในด้านการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินผลนั้น มีการบันทึกตามแบบบันทึกผลการติดตามดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก ผู้บันทึกได้แก่ แพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาล โดยผู้ที่รับผิดชอบจะตรวจสอบรายละเอียดจัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจัดส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ตัวแปรที่จัดเก็บได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการได้รับยา พฤติกรรมการป้องกัน ผลตรวจห้องปฏิบัติการ และการป่วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ข้อดีของฐานข้อมูลนี้ เป็นการบันทึกข้อมูลรายบุคคลจากสถานที่รับบริการรักษา อย่างไรก็ตามการมีนโยบายขยายความครอบคลุมของการเข้าถึงการรักษา นี้ ย่อมเป็นแรงจูงใจให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เข้าหาการรักษาเพิ่มขึ้นกว่าเดิมมาก เป็นเหตุผลสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ควรจะพัฒนาระบบการเฝ้าระวังจากการรายงานผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเชื่อมโยงของฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิมด้วย นอกเหนือจากการแนะนำระบบการจัดเก็บข้อมูลรูปแบบใหม่ๆ ขึ้นมาซึ่งอาจทำให้เกิดการจัดเก็บข้อมูลที่แยกส่วน และเพิ่มภาระงานให้แก่เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติในที่สุด (สุรศักดิ์ ๓ ในยสวรรณคดียากร มปป.)

มีการคาดการณ์ถึงผลการดำเนินงานของโครงการนี้ ว่าจะส่งผลทำให้จำนวน (คาดประมาณ) ผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลง หากสถานการณ์และข้อกำหนดต่างๆ เกิดขึ้นจริงตามที่กำหนดไว้ในฉากทัศน์ต่างๆ ตามที่นำเสนอรายละเอียดไปแล้วเบื้องต้น

## 5.2 การขยายโครงการป้องกันและรักษาโรคเอดส์อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

ในการประชุมสุดยอด (World Summit) เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2548 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศเป้าหมาย การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างครอบคลุมภายในพ.ศ. 2553 (Universal Access to Prevention, Treatment, Care and Support Services by 2010) ประเทศไทยได้สนองตอบนโยบายดังกล่าว จากกระบวนการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ได้ตั้งเป้าหมายการป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวีว่าจะลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในสามปีข้างหน้า เป้าหมายดังกล่าวมีฐานข้อมูลที่ประมวลจากคณะทำงานโครงการเอดส์ควอร์ (A<sup>2</sup>) จำลองฉากทัศน์ด้วย AEM Projection ซึ่งให้ผลว่าใน พ.ศ. 2548 การติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นรวมจำนวนทั้งสิ้น 16,500 รายจำแนกออกกรายกลุ่ม คือ ร้อยละ 48 จากการแพร่การติดเชื้อเอชไอวีจากผู้ติดเชื้อซึ่ง

ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายสูบบุหรี่คุณอน ร้อยละ 22 ในกลุ่มชายรักชายและชายขายบริการ ร้อยละ 12 ในกลุ่มชายลูกค้าหญิงบริการ ร้อยละ 7 จากการมีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งคราว และอีกร้อยละ 7 ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และที่เหลืออีกร้อยละ 4 ในหญิงบริการ และกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ต้องขัง ผู้ย้ายถิ่นทั้งนี้ได้มีการกำหนดเป้าหมายว่าภายใน พ.ศ. 2553 นี้จะมีการลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่จากจำนวนประมาณปีละ 10,000 ราย ให้เหลือเพียงครึ่งหนึ่ง (เอกสารอัดสำเนาจัดทำโดยโครงการ A<sup>2</sup>)

ข้อท้าทายที่เกิดขึ้นคือ การเชื่อมโยงนโยบายสู่การดำเนินการ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายนั้นได้จริง ท่ามกลางกระแสการแปรเปลี่ยนรูปแบบการระบาด และความจริงที่ว่า รัฐบาลให้การสนับสนุนทรัพยากรด้านเอดส์ลดลง การดำเนินงานเพื่อตอบสนองนโยบายดังกล่าว เริ่มใน พ.ศ. 2549 ได้แก่ การจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องจากภาครัฐ เอกชนและองค์กรชุมชนจำนวนกว่า 150 คน ที่จังหวัดระยองในวันที่ 15-19 พฤษภาคม 2549 เพื่อร่วมกันพิจารณาวางแผนปฏิบัติการและวางแผนประมาณการความต้องการทรัพยากร เพื่อบรรลุเป้าหมายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างครอบคลุมภายใน พ.ศ. 2553 ความพยายามดังกล่าว หากทำให้เกิดเป็นผลได้จริง ย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในอนาคต อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อคำถามในด้านการพิสูจน์ผลตามเป้าหมายที่กำหนดลดการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งในอีกสามปีข้างหน้า คำถามเฉพาะคือฐานข้อมูลที่จะใช้ติดตามและประเมินผล ควรถูกพัฒนาขึ้นอย่างไร

## 6. ข้อเสนอแนะ

จากการประมวลสถานการณ์และฐานข้อมูลเกี่ยวกับการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ที่นำเสนอไปแล้วนั้น ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะต่อแนวทางการดำเนินการดังต่อไปนี้<sup>9</sup>

- **ทบทวนสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบฐานข้อมูลโรคเอดส์ที่มีอยู่** เนื้อหาที่นำเสนอในบทความนี้ ช่วยสะท้อนให้เห็นภาพส่วนหนึ่งของการขาดความเชื่อมโยงของฐานข้อมูลเอดส์ โดยเฉพาะในส่วนของ การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ซึ่งยังมีฐานข้อมูลโรคเอดส์อีกหลายระบบที่เกี่ยวข้องกับแผนงานของแต่ละองค์กร หรือเกี่ยวกับตัวชี้วัดเชิงปฏิบัติการของกระทรวงต่างๆ ที่ควรได้รับการทบทวนเพื่อสังเคราะห์บูรณาการเชื่อมโยงฐานข้อมูลเหล่านี้อย่างเป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อนของการจัดเก็บข้อมูลที่แยกส่วนอยู่เป็นอยู่ เนื่องจากงานเอดส์เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ไม่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น จึงควรมีการทบทวนโดยพิจารณาจากมุมมองความต้องการใช้ข้อมูลจากผู้ใช้ในกระทรวงอื่นร่วมด้วย และการทบทวนนี้ควรพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะเชื่อมโยงฐานข้อมูลเอดส์กับการจัดเก็บข้อมูลทะเบียนราษฎร และฐานข้อมูลเชิงพัฒนาอื่นๆ เช่น ฐานข้อมูล จปฐ. หรือข้อมูลจากการสำรวจต่างๆ ที่จัดทำขึ้นโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น การสำรวจความยากจน การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ เป็นต้น โดยการทบทวนนี้ ควรมีทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด หรือท้องถิ่น ซึ่งมีความสนใจและได้รับทรัพยากรมากขึ้น แต่ฐานข้อมูลเอดส์ในระดับจังหวัด และท้องถิ่น ยังขาดการพัฒนาเท่าที่ควร ยังไม่สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ได้
- **พัฒนาศักยภาพการจัดเก็บข้อมูลระดับพื้นที่ด้วยระบบเฝ้าระวังจากการรายงานผู้ป่วย** เนื่องจากฐานข้อมูลเอดส์อื่นๆ ที่มีอยู่ ยังไม่สามารถใช้สะท้อนภาพความหลากหลายของสถานการณ์เอดส์ในแต่ละพื้นที่

<sup>9</sup> ข้อมูลส่วนหนึ่งเป็นข้อสรุปที่ได้จากการประชุมเพื่อร่วมพิจารณาวางแผนปฏิบัติการและวางแผนประมาณการความต้องการทรัพยากรเพื่อบรรลุเป้าหมายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างครอบคลุมภายในปี 2553 ระหว่าง 15-19 พฤษภาคม 2549 ที่จังหวัดระยอง เป็นผลจากการประชุมกลุ่มย่อยที่วิเคราะห์และวิพากษ์ยุทธศาสตร์การติดตาม ประเมินผล กำกับงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์โดยผู้เข้าร่วมประชุมจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและองค์กรทุน

ได้ จึงควรพัฒนาศักยภาพระบบการเฝ้าระวังด้วยการรายงานผู้ป่วยซึ่งพื้นฐานข้อมูลที่ถูกนำมาใช้เป็นระบบแรกจนถึงปัจจุบัน พัฒนาการน่าเชื่อถือและความครอบคลุมของฐานข้อมูลนี้ โดยศึกษาจากบทเรียนที่ผ่านมาของการจัดเก็บข้อมูล เช่น อาจทำการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของการจัดการข้อมูลระบบนี้ที่ดำเนินงานโดยผู้รับผิดชอบแต่ละระดับในพื้นที่ต่างๆ เพื่อสังเคราะห์ว่าจะสามารถพัฒนาฐานข้อมูลนี้ให้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ได้มากกว่าเดิมอย่างไร ทำการศึกษาข้อจำกัดและเพิ่มตัวแปรที่ควรจัดเก็บเพื่อใช้แสดงภาพรวมสถานการณ์ในระดับประเทศ และตัวแปรเฉพาะที่จัดเก็บสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

- **พัฒนาการนำเสนอข้อมูลเอดส์ให้เกิดพลังผลักดันเชิงนโยบายโดยเฉพาะระดับท้องถิ่น** ผลที่ได้จากการพัฒนาศักยภาพระบบการจัดเก็บข้อมูลเอดส์ให้เข้มแข็งขึ้นโดยเฉพาะในระดับจังหวัด น่าจะช่วยสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรที่จัดเก็บข้อมูล และผู้กำหนดนโยบายในแต่ละพื้นที่ให้สามารถเชื่อมโยงมองเห็นความเคลื่อนไหวและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์เอดส์ในพื้นที่ของตน ช่วยเสริมบทบาทให้ข้อมูลเอดส์ได้ถูกนำไปใช้พิจารณาเป็นส่วนหนึ่งของแผนจังหวัดได้ ที่ผ่านมานั้นการนำเสนอข้อมูลเอดส์ที่มีอยู่ไม่สามารถใช้สร้างความสนใจและความเข้าใจแก่ผู้กำหนดนโยบายจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้กำหนดนโยบายระดับจังหวัด ที่ต้องให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาอื่นๆ ของจังหวัด ทำให้ความสนใจเรื่องเอดส์เป็นงานรองลงไป จึงควรมีการพัฒนาให้เห็นศักยภาพของการใช้ข้อมูลเอดส์ในงานพัฒนาดังกล่าว
- **พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านเอดส์และศักยภาพบุคลากร** ทบทวนสิ่งที่มีอยู่และลดความซ้ำซ้อน และปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังทางพฤติกรรมและสภาพสังคม/การเมืองที่เปลี่ยนไปเพื่อให้การจัดการกับปัญหาเอดส์ทันต่อความเปลี่ยนแปลงของบ้านเมืองมากขึ้น
- **แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญกับประเทศเพื่อนบ้าน** โดยเฉพาะการใช้ผลเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ เพื่อเฝ้าระวังติดตามความชุกการติดเชื้อเอชไอวี (HIV sentinel surveillance) การใช้ผลสำรวจเฝ้าระวังพฤติกรรม (behavioural surveillance survey) ร่วมกับการศึกษา และรายงานการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ นายแพทย์ชัยยศ คุณานุสนธิ์ จากกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) และ รศ. ดร. วรชัย ทองไทย จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาอ่านตรวจทานต้นฉบับและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการนำเสนอ บทความนี้

#### เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักงานควบคุมโรคที่ 10. 2548. บทสรุปสำหรับผู้บริหารเรื่องโรคเอดส์.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. 2546. รายงานผลการศึกษาศาเหตุการตายของประชากรไทยที่เสียชีวิตใน 1 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2542 ใน 16 จังหวัดของประเทศไทย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. 2546. "สาเหตุการตายที่สำคัญในวัยรุ่น". *หมอชาวบ้าน*. 25(295) พฤศจิกายน 2546.
- ขึ้นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. 2547. *สุขภาพคนไทย 2546*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- พินิจ พ้าอำนวยการ และ บัณฑิต ว่าพัฒนางศ์. 2549. "ความแตกต่างของการตายระหว่างพื้นที่". *สถานการณ์สุขภาพประเทศไทยฉบับที่ 1*. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข.
- ฤาเดช เกิดวิชัย และ คณะ. 2549. *ทบทวนแผนป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา*. บทความในชุดเอกสารการทบทวนแผนป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ฉบับที่ 9 รวบรวมโดย พญ. เพชรศรี ศิรินิรันดร์ (เอกสารัดสำเนา).

- วาสนา อิมเอม และชื่อนฤทัย กาญจนะจิตธา. 2549. ร่างรายงานการทบทวนช่วงครึ่งแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 - บทสังเคราะห์ภาพรวมของประเทศ. บทความในชุดเอกสารการทบทวนแผนป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ฉบับที่ 9 รวบรวมโดย พญ. เพชรศรี ศิรินิรันดร์ (เอกสารจัดสำเนา).
- สมบัติ แทนประเสริฐสุข. 2534. สถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย. รายงานนำเสนอในการประชุมโรคเอดส์แห่งชาติครั้งที่ 1, หน้า 134-160.
- สุรศักดิ์ ธิโนยสวรกรยางกูร. มปป.. ระบบฐานข้อมูลเรื่องโรคเอดส์. (เอกสารจัดสำเนา).
- สำนักกระบวนวิชา. 2549. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อมีอากรในประเทศไทย - เมษายน, 2549.
- Brown, T. and W. Peerapakorn. 2006. *Thailand Projection 2005-2025: An Application of the Asian Epidemic Model*. Power Point Presentation to UN Theme Group Meeting, May 23.
- Hernandez-Giron, C et al.. 2002. "AIDS mortality trends in Mexico, 1988-1997". *Salud Publica de Mexico*. Vol.44(3): 207-212.
- Im-em, Wassana. 1999. *Mortality trends and levels to verify the AIDS epidemic in Thailand: Analysis from death registration statistics, 1984-1997*. Publication Number 239. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Mackenbach, JP. 2006. *Health Inequalities: Europe in Profile*. An independent, expert report commissioned to the UK Presidency of the EU.
- Prasartkul, Pramote, Yawarat Porapakham and Pattama Vapattanawong. 2006(forthcoming) . *Death of a verbal autopsy tool for investigating cause of death : the Kanchanaburi project*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Rangsin, R. et al., 1994. *AIDS as the leading cause of death in Phayao province*. Thailand 3<sup>rd</sup> International Conference on AIDS in Asia and the Pacific.
- Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. 2001. *Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2000-2020*. Division of AIDS.
- Van Griensven, Frits et al. 2001. "Rapid Assessment of Sexual Behavior, Drug Use, Human Immunodeficiency Virus, and Sexually Transmitted Diseases in Northern Thai Youth Using Audio-Computer-Assisted Self-Interviewing and Noninvasive Specimen Collection". *Pediatrics*. Vol.108(1): e13
- Way, PO. 2003. *The Future of Adult Mortality under the AIDS Threat: Estimation and Projecting Incidence; Projecting Mortality with HIV/AIDS*. A paper presented at the workshop on HIV/AIDS and adult mortality in developing countries. New York: UN Secretariat.

# ความรุนแรงและความตายภายใต้นโยบายรัฐ : กรณีสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

กฤตยา อาชวนิจกุล<sup>1</sup>

กุลภา วจนสาระ<sup>2</sup>

และ หทัยรัตน์ เสียงดัง<sup>3</sup>

บทความนี้พยายามทำความเข้าใจความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ด้วยการย้อนทวนประวัติศาสตร์ของรัฐปัตตานี จากที่เคยเป็นรัฐอิสระจนกระทั่งถูกล้อมรวมเป็นส่วนหนึ่งของรัฐที่ใหญ่กว่าอย่างสยาม สู่อุณหภูมิความไม่มั่นคงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทยในปัจจุบัน ผู้คนในดินแดนเหล่านี้ต้องเผชิญกับความรุนแรงเชิงนโยบายจากรัฐไทยมาหลายทศวรรษ นับแต่การผสมกลมกลืนด้วยวัฒนธรรมไทยนิยม นโยบายรัฐนิยมที่ควบคุมพฤติกรรมในชีวิตประจำวันอย่างขัดแย้งกับหลักศรัทธาทางศาสนา ไปจนถึงการไม่ได้รับความเป็นธรรมและการถูกเลือกปฏิบัติ อันเกิดจากอคติที่ไม่เข้าใจอัตลักษณ์ที่หลากหลายได้ของผู้คนในสังคม

ที่รุนแรงที่สุดในความรู้สึกของผู้คนก็คือ การที่เจ้าหน้าที่ของรัฐใช้อำนาจกระทำรุนแรง ผ่านการซ้อม ฆ่า ยัดเยียดข้อหา สอบสวนทรมานชาวบ้าน การโต้ตอบต่อความรุนแรงข้างต้นปรากฏออกมาหลายรูปแบบ และนำไปสู่ความรุนแรงในลักษณะตาต่อตาฟันต่อฟัน ลงท้ายด้วยความตายของผู้คนตัวเล็ก ๆ จำนวนไม่น้อย ตัวเลขของเหตุการณ์และจำนวนผู้เสียชีวิตใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่สูงมากในช่วง 2-3 ปีนี้ ส่งสัญญาณให้สังคมไทยต้องพิจารณาถึงความรุนแรงและความตายที่เกิดขึ้นจากนโยบายและการใช้อำนาจของผู้ปกครองเหล่านั้นอย่างระมัดระวัง

หากสังคมไทยไม่สามารถคลี่คลายปัญหาความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่กล่าวได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดแห่งยุคสมัย ความรุนแรงนี้ก็คงจะกัดกร่อนชีวิตคนบนผืนแผ่นดินนี้ไปอีกจำนวนมาก ยากที่จะคาดคะเน บาดแผลทางใจที่ฝังลึกของผู้คนที่ญาติพี่น้องสูญเสียจากเหตุการณ์ดังกล่าว จะยิ่งส่งผลให้ความสันติสุขที่เราปรารถนาหายากขึ้นในสังคมไทยเรื่อย ๆ

## 1. จากประวัติศาสตร์รัฐปัตตานีสู่ความไม่มั่นคงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ดินแดน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นส่วนหนึ่งของอาณาจักรที่เรียกว่า ปัตตานี หรือ ฟากูอนี หรือ ปัตตานี ซึ่งเป็นอาณาจักรอิสระอยู่บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออกของแหลมมลายูที่อยู่ระหว่างสองอารยธรรม คือพุทธและมุสลิม การเป็นรัฐอิสระในท่ามกลางอาณาจักรน้อยใหญ่ใกล้เคียง ทำให้รัฐปัตตานีมีปฏิสัมพันธ์กับดินแดนใกล้เคียงในลักษณะต่าง ๆ กันไป ทั้งในลักษณะที่ได้รับผลกระทบจากการขยายอิทธิพลจากอาณาจักรใกล้เคียงที่ใหญ่กว่าอย่างมะละกา มัชปาหิต ยะโฮร์ ศรีวิชัย สยาม ฯลฯ ซึ่งในบางขณะรัฐอิสระอย่างปัตตานีต้องปรับเปลี่ยนตัวเอง ยอมอ่อนน้อมให้กับการกดขี่ข่มเหงของอาณาจักรที่ใหญ่กว่าเหล่านั้น โดยเฉพาะสยาม ด้วยการส่งบรรณาการให้บ้างเพื่อการอยู่อย่างสงบ ในบางขณะก็แข็งขันต่ออำนาจครอบงำของสยามเพื่อการอยู่อย่างอิสระ ประคับประคองเอกราชของตัวเอง ในอีกทางหนึ่ง รัฐอิสระอย่างปัตตานีก็มีปฏิสัมพันธ์กับเมืองท่าใหญ่น้อย ไม่ว่าจะเป็น จีน ญี่ปุ่น อินเดีย อาหรับ และยุโรป ในลักษณะที่เป็นคู่ค้าทาง

<sup>1</sup> รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> นักวิจัยอิสระ

<sup>3</sup> เจ้าหน้าที่วิชาการ ประจำโครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ทะเล แลกเปลี่ยนสินค้าและวัฒนธรรมระหว่างกัน สิ่งเหล่านี้เองที่เป็นพื้นฐานของอัตลักษณ์ร่วมของผู้คนที่เรียกตัวเองว่า มลายูมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ในทางประวัติศาสตร์นั้น อาณาจักรหรือนครรัฐหนึ่ง ๆ อาจเกิดขึ้นและล่มสลายลงท่ามกลางบริบทความสัมพันธ์กับอาณาจักรหรือนครรัฐใกล้เคียง โดยเฉพาะเมื่ออาณาจักรใหญ่ที่เจริญรุ่งเรืองเริ่มเสื่อมลง บรรดาเมืองชายขอบต่าง ๆ ก็พัฒนาตัวรุ่งเรืองเข้มแข็งขึ้นเป็นศูนย์อำนาจใหม่ เป็นวัฏจักรของการช่วงชิงและแผ่อิทธิพลเหนือดินแดน เช่นเดียวกับความสัมพันธ์ระหว่างนครรัฐปัตตานีและรัฐสยาม ที่ผ่านการต่อสู้ ปรายปราม และแข็งเมืองมาหลายครั้งหลายหน จนกระทั่งถูกผนวกรวมเป็นส่วนหนึ่งของรัฐชาติไทยปัจจุบันในที่สุด

## 2. เมื่อรัฐปัตตานีถูกกลืนกลายเป็น 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในประวัติศาสตร์รัฐชาติไทย

หากพิจารณาย้อนกลับศึกษาความเป็นมาของดินแดน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ อันเป็นส่วนหนึ่งของรัฐปัตตานีในอดีต พบว่าเป็นดินแดนที่มีพัฒนาการด้านอารยธรรมสำคัญที่น่าสนใจ แบ่งได้เป็น 3 ช่วง คือ

(1) **สมัยราชอาณาจักรลังกาสุกะ** (ราวพุทธศตวรรษที่ 7- พ.ศ. 2043) ลังกาสูกะปรากฏชื่อในพงศาวดารกรุงศรีอยุธยาฉบับวันวลิต (ฟอนพลีต) ชาวฮอลันดา ระบุว่าอยู่ห่างจากเมืองปัตตานีสมัยนั้น (บ้านกรือเซะ อำเภอเมืองปัตตานี) ไปทางตอนเหนือของลำน้ำปัตตานี คือบริเวณเมืองโบราณ ที่อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี (ปัจจุบัน)<sup>4</sup> ลังกาสูกะในสมัยนั้นเป็นเมืองท่าอิสระ ดูแลเส้นทางการค้าจากตะวันออกไปยังตะวันตกผ่านทางคอคอคคะ การเป็นเมืองท่าค้าขายทางทะเลทำให้ลังกาสุกะมีความสัมพันธ์กับชนต่างถิ่นต่างเชื้อชาติ ต่างศาสนา ต่างภาษา มีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม รับเอาอารยธรรมฮินดู-ชวา หรือฮินดู-พุทธเข้ามาในสังคมมลายู ก่อนจะรับเอาอารยธรรมอิสลามเข้ามาในเวลาต่อมา

(2) **ปัตตานีดารุสสะลาม หรือนครแห่งสันติภาพ** (พ.ศ. 2043-2351) เป็นยุคที่รัฐปัตตานีรับอารยธรรมอิสลามจากมะละกาซึ่งเป็นศูนย์กลางการค้าที่รุ่งเรือง ในสมัยกษัตริย์ราชวงศ์ศรีวังสา ต่อมาในสมัยของสุลต่าน อิสมาเอลชาฮ์ มีการย้ายพระนครโกตา มหลิฮัย (หรือลังกาสุกะ) มาสร้างพระนครใหม่ขึ้นที่หมู่บ้านกรือเซะ ในท้องที่ปัตตานีปัจจุบัน เรียกว่า "ปัตตานี ดารุสสะลาม" (นครแห่งสันติ)<sup>5</sup> นับแต่นั้นมา ปัตตานีก็ปรากฏขึ้นในฐานะนครรัฐที่มีความสัมพันธ์กับผู้คนหลากหลายวัฒนธรรม เพราะเป็นเมืองท่าค้าขายสำคัญ มีการผสมผสานทางวัฒนธรรมค่อนข้างสูง เนื่องจากเชื่อมโยงโลกตะวันตก ทั้งโปรตุเกส อังกฤษ ฮอลันดา เปอร์เซีย อาหรับ กับโลกตะวันออก คือจีน ญี่ปุ่น อินเดีย และชวา เป็นต้น

หากมองในแง่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐปัตตานีกับสยามในช่วงนี้ อยุธยาได้พยายามส่งกองทัพเข้ามายึดครองปัตตานีหลายครั้งหลายหนด้วยกัน เนื่องจากเป็นยุคที่ปัตตานีเจริญรุ่งเรืองมากจากการค้าขายทางทะเลกับชาวต่างประเทศ เช่น ในสมัยพระนเรศวรมหาราช (พ.ศ. 2146) พระเจ้าปราสาททอง (พ.ศ. 2175) เป็นต้น มีทั้งการร่วมมือพึ่งพากันยกทัพไปช่วยอยุธยาตีพม่า (พ.ศ. 2092) ในขณะเดียวกันก็มีการดำเนินการทางการทูตเพื่อฟื้นฟูสันติภาพระหว่างรัฐ โดยราชินีแห่งปัตตานีส่งบุษยามัสหรือดอกไม้เงินดอกไม้ทอง<sup>6</sup> ให้อยุธยา

การส่งบรรณาการเช่นนี้ถูกตีความจากฝั่งสยามว่าเป็นการยอมเป็นเมืองประเทศราช และอ้างอำนาจอธิปไตยเหนือปัตตานีและรัฐมลายูอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นเคดาห์ (ไทรบุรี) กลันตัน ตรังกานู และเปอร์ลิส โดยให้มีผู้ปกครองของตัวเอง มี

<sup>4</sup> <http://www.pattanitoday.com/htm/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=6>

<sup>5</sup> <http://www.pattanitoday.com/htm/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=7>

<sup>6</sup> ส่งให้ทุก 3 ปี ดอกไม้ทองที่ว่ามีขนาดลำต้นสูง 2 ศอก 4 นิ้ว มีกิ่ง 4 ชั้น รวม 5 ชั้นทั้งยอด มีใบ 270 ใบ ดอกไม้เป็นทอง 17 ดอก ดอกไม้เงินมีใบ 258 ใบ มีดอกไม้เงิน 17 ดอก (<http://www.pattanitoday.com/htm/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=6>)

สุลต่าน มีกฎหมาย ศาสนา และวัฒนธรรมของตัวเองได้ ในสมัยรัชกาลที่ 1 เมื่อราชวงศ์จักรีแห่งสยามมีอำนาจเข้มแข็ง มีการส่งกองทัพไปปราบรัฐปัตตานี (พ.ศ. 2328 และ 2334) และกวาดต้อนผู้คนมาয়ังกรุงเทพฯ แบ่งเป็นกลุ่มก้อนให้ไปอยู่ในที่ต่าง ๆ โดยแต่งตั้งขุนนางมลายูเป็นเจ้าเมืองปัตตานี และแต่งตั้งคนไทยเป็นข้าหลวงควบคุมการปกครองอีกชั้นหนึ่ง เพื่อให้รัฐปัตตานีอ่อนแอลง ไม่คิดกบฏแข็งเมืองต่อสยามอีก

(3) การผนวกรัฐปัตตานีเป็นส่วนหนึ่งของอาณาจักรสยาม (พ.ศ. 2351) หลังจากรัชกาลที่ 1 ขยายอำนาจมาเหนือสุลต่านและเจ้าเมืองท้องถิ่น มีการแข็งขึ้นต่อต้านอำนาจครอบงำของสยามเป็นระยะๆ ตั้งแต่สมัยสุลต่านมูหัมมัด (พ.ศ. 2329) ตีงู ลามิตดิน (พ.ศ. 2334) และดาโต๊ะ ปิงกาลัย (พ.ศ. 2351) ภายหลังสงครามครั้งที่สามนี้ สยามปรับโครงสร้างการปกครองเมืองปัตตานี แบ่งแยกเป็น 7 หัวเมือง คือ ปัตตานี ยะลา ยะหริ่ง ะระแงะ ราหิมัน สายบุรี และหนองจิก ขึ้นกับสงขลา ทั้งยังกวาดต้อนผู้คนและทรัพยากรเข้าไปในกรุงเทพฯ และหัวเมือง เพื่อไม่ให้หัวเมืองมลายูก่อการแข็งเมืองได้อีก

เจ้าเมืองในแต่ละเมืองได้รับการแต่งตั้งโดยตรงจากรัฐสยามในกรุงเทพฯ มีการย้ายชาวไทยพุทธเข้าไปอยู่ในเจ็ดหัวเมืองเหล่านี้ เพื่อสร้างสมดุลอำนาจในเชิงเชื้อชาติ และป้องกันการคุกคามจากชาวพื้นเมืองที่ไม่พอใจ ซึ่งเกิดความขัดแย้งระหว่างประชาชนใน 7 หัวเมืองกับรัฐสยามเป็นระยะ ๆ เจ้าเมืองบางคนได้แอบสะสมอาวุธและผู้คนไว้เพื่อก่อการแข็งขึ้นกับรัฐสยาม ในสมัยรัชกาลที่ 3 เองก็เกิดสงครามกบฏเอกราชปัตตานีขึ้นอีกในไทรบุรีเมื่อ พ.ศ. 2374-2375 ก่อนจะขยายไปยังหัวเมืองทั้งเจ็ด หลังสงคราม รัฐสยามได้ใช้นโยบายแบ่งแยกแล้วปกครอง แบ่งเคดาห์ (ไทรบุรี) ออกเป็น 4 เขตคือ เปอรลิส สตุล ไทรบุรี และกะบังปาสุ ให้แต่ละเขตปกครองตนเอง แต่ให้ขึ้นต่อเมืองนครศรีธรรมราช หัวเมืองมลายูจึงอ่อนแอลง (อิมรอน มะลูลีม 2538: 54-55)

ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 5 (พ.ศ. 2444) ได้เปลี่ยนระบบการปกครองจากระบบหัวเมืองประเทศราช<sup>7</sup> มาเป็นระบบมณฑลเทศาภิบาล ออกข้อบังคับที่เรียกว่า “กฎข้อบังคับสำหรับปกครองบริเวณเจ็ดหัวเมือง ร.ศ.120” กำหนดวิธีการปกครองและตำแหน่งหน้าที่ราชการในหัวเมืองทั้งเจ็ด ให้มีหน่วยบริหารของตัวเองที่เรียกว่ามณฑล มีผู้ปกครองมณฑลตามคำสั่งจากกรุงเทพฯ หรือเจ้าเมืองนครศรีธรรมราช ยกเลิกความเป็นอิสระและอำนาจปกครองหัวเมืองท้องถิ่นของบรรดาเจ้าเมือง เจ้าเมืองต่าง ๆ จึงไม่พอใจ พวกกันคัดค้านการกำหนดอาณาเขตที่สยามอธิบายว่าเพื่อไม่ให้ถูกรุกรานจากต่างชาติ ว่าเป็นการตัดขาดจากโลกของมลายูมุสลิมและหมายถึงการสูญเสียดินแดน สูญเสียอำนาจการปกครอง ถูกบังคับให้เป็นดินแดนของสยาม แม้จะมีการร้องทุกข์ต่อกงสุลอังกฤษที่สิงคโปร์ เพื่อให้เข้ามาช่วยแทรกแซงยับยั้ง แต่ไม่เป็นผล ในปีต่อมา (พ.ศ. 2445) สยามได้ออกกฎบังคับให้ใช้ระบบการปกครองแบบใหม่ มีการเก็บภาษีอากร แต่บรรดาหัวเมืองทั้ง 7 พวกกันปฏิเสธ พระยารัษฎานุประดิษฐ์มหิศรภักดีหรือตั้งภูบาลยอดแก้ว เจ้าเมืองปัตตานีมลายูมุสลิมคนสุดท้ายที่ปกครองปัตตานี ถูกจับถอดยศในข้อหาพยายามก่อการขบถ ถูกส่งไปคุมขังที่พิษณุโลกจนถึงปี พ.ศ. 2448 ก่อนจะไปอยู่รัฐกลันตันมาเลเซียในที่สุด

ในสมัยรัชกาลที่ 6 มีการแบ่งอาณาเขตการปกครองภาคใต้ใหม่ (พ.ศ. 2450) โดยการปรับ 7 หัวเมืองให้เหลือเพียง 4 หัวเมือง คือ ปัตตานี ยะลา สายบุรี และระแงะ รวมอยู่ในเขตมณฑลหนึ่ง มีการยกเลิกเมืองสายบุรีในพ.ศ. 2475

<sup>7</sup> นิธิ เอียวศรีวงศ์เรียกว่าระบบราชาธิราช หมายถึงระบอบที่มีราชาธิราชเป็นใหญ่เหนือแว่นแคว้นจำนวนมาก ซึ่งมีพระราชอำนาจของตัวเอง ประชาชนไม่เข้าราชฎาโดยตรงของราชาธิราช แต่หากเป็นข้าของราชาในแว่นแคว้นต่าง ๆ ซึ่งสวามิภักดิ์ต่อราชาธิราชอีกทีหนึ่ง (นิธิ เอียวศรีวงศ์ 2548:12)



จนกระทั่งพ.ศ. 2476 ก็มีประกาศจัดระเบียบราชการบริหาร ยกเลิกการตั้งเจ้าเมือง แต่งตั้งผู้นำท้องถิ่นจากกระทรวงมหาดไทย มณฑลปัตตานีจึงแบ่งออกเป็น 3 จังหวัด คือปัตตานี ยะลา นราธิวาส ถึงปัจจุบัน

ในระหว่างช่วงเปลี่ยนผ่านเหล่านี้ เกิดเหตุการณ์ต่อต้านการครอบนำของรัฐสยามหลายลักษณะด้วยกัน ตั้งแต่การต่อต้านขัดขืนเจียบ ๆ ไปจนถึงการก่อการไม่สงบขึ้นในที่ต่าง ๆ เช่น การไม่ยอมเสียภาษีให้กับรัฐบาลที่ไม่ใช่มุสลิม เนื่องจากเชื่อว่าเป็นเรื่องฮาราม (ถูกสั่งห้าม) การเผาที่ทำกรรัฐบาลในพ.ศ. 2453 กรณีกบฏฮัจญีบูลาพ.ศ. 2454 การเผาที่ว่ากรอำเภอยะลา พ.ศ. 2463 และการประท้วงไม่ยอมจ่ายภาษีที่ดินที่บ้านน้ำใส จ.ปัตตานีในพ.ศ. 2465 เป็นต้น

### 3. สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ท่ามกลางวัฒนธรรมแบบไทยนิยมในประวัติศาสตร์การสร้างชาติ

หากพิจารณาการก่อตัวของรัฐสยาม ซึ่งช่วงชิงดินแดนและผนวกรวมเอาผู้คนในที่ต่าง ๆ สถาปนาขึ้นเป็นรัฐชาติ และประเทศไทยในปัจจุบันแล้วจะเห็นว่า นโยบายที่รัฐสยามใช้มาตลอดก็คือการผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรม โดยใช้วัฒนธรรมหลวงของชาวไทยภาคกลางเป็นวัฒนธรรมร่วม และสร้างชุมชนทางวัฒนธรรมดังกล่าวขึ้นมาเป็นรัฐชาติ ซึ่งพยายามรวมและกดทับทุกความแตกต่างให้อยู่รวมภายใต้ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

**การสร้างประวัติศาสตร์ชาติด้วยการใช้วัฒนธรรมแบบไทยนิยม กำหนดคนในชาติให้กลายเป็นไทยเหมือน ๆ กัน** ในสมัยจอมพลป. พิบูลสงคราม โดยเฉพาะการประกาศนโยบายรัฐนิยม 12 ฉบับ<sup>8</sup> พระราชบัญญัติปฏิรูปวัฒนธรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2483 พระราชกำหนดวัฒนธรรมซึ่งประชาชนชาวไทยต้องปฏิบัติตาม พ.ศ. 2484 จนถึงการจัดตั้งสภาวัฒนธรรมแห่งชาติในพ.ศ. 2485 และการใช้กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยครอบครัวและมรดกแทนกฎหมายอิสลาม ล้วนสร้างความรู้สึกละแวกแตกต่างให้กับคนต่างชาติพันธุ์ในประเทศอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นระเบียบที่ออกมาควบคุมและกำหนดวิถีการดำเนินชีวิต กำกับพฤติกรรมประจำวันของผู้คนในหลายด้าน ทั้งยังกำหนดบทลงโทษหากฝ่าฝืน ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนชื่อนามสกุลให้เป็นแบบไทย ให้เรียนและสื่อสารด้วยภาษาไทย ห้ามใช้ภาษามลายูในการติดต่อราชการ ห้ามเรียนคัมภีร์อัลกุรอาน ส่งเสริมการนับถือพุทธศาสนา กำหนดการแต่งกายแบบสุภาพชนที่ต้องสวมหมวก ใส่ถุงเท้าและรองเท้า ห้ามสวมใส่ธง ห้ามใช้ผ้าคลุมศีรษะ และห้ามกินหมาก เป็นต้น

ข้อกำหนดต่าง ๆ นี้ ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ทำให้ชาวมลายูมุสลิมในภาคใต้รู้สึกถูกจำกัดเสรีภาพ บังคับให้ปรับเปลี่ยนจารีตของตัวเองเพื่อที่จะเป็นไทย และยิ่งสะสมความรู้สึกไม่พอใจในหมู่ชนมากขึ้น เนื่องจากการใช้กฎหมายโลกมากำกับแบบแผนชีวิตที่เคยดำเนินไปอย่างเคร่งครัดภายใต้กฎหมายอิสลาม ซึ่งหลายอย่างเป็นวิถีปฏิบัติที่ขัดกับหลักศรัทธาทางศาสนาและวัฒนธรรมอิสลามอย่างสิ้นเชิง ดังปรากฏในงานเขียนของ อิมรอน มะลูลีม (2538: 141) ดังนี้

เรื่องที่ทำให้ประชาชนในท้องถิ่นรู้สึกเดือดร้อนที่สุดก็คือ การที่รัฐบาลไทยมาควบคุมชีวิตประจำวันมากขึ้น ภาษาศาสนา และคุณค่าทางวัฒนธรรมของพวกเขาได้ตกไปอยู่ภายใต้อำนาจของรัฐบาลมากขึ้น และรัฐนั้นมีคนที่เป็น “กาเฟร” (ผู้ไม่ศรัทธา) ครอบครองอยู่ ยิ่งกว่านั้นการต้องสูญเสียการปกครองตนเองไปก็มีความหมายเป็นพิเศษแก่ชาวไทยมาเลย์ ซึ่งเคยมีชีวิตอยู่ภายใต้กฎหมายอิสลาม (ชาวีระฮะ) ดังนั้น การสูญเสียการปกครองตนเองไป และการที่กฎหมาย

<sup>8</sup> รัฐนิยม 12 ฉบับที่ประกาศใช้สมัยจอมพลป. พิบูลสงคราม ได้แก่ 1. เรื่องการใช้ชื่อประเทศ ประชาชน และสัญชาติ (24 มิ.ย. 2482) 2. เรื่องการป้องกันภัยที่บังเกิดแก่ชาติ (3 ก.ค. 2482) 3. เรื่องการเรียกชื่อชาวไทย (2 ส.ค. 2482) 4. เรื่องการเคารพธงชาติ เพลงชาติ และเพลงสรรเสริญพระบารมี (8 ก.ย. 2482) 5. เรื่องให้ชาวไทยพยายามใช้เครื่องอุปโภคบริโภคที่มีกำเนิดหรือทำขึ้นในประเทศไทย (1 พ.ย. 2482) 6. เรื่องทำนองและเนื้อร้องเพลงชาติ (10 ธ.ค. 2482) 7. เรื่องชักชวนให้ชาวไทยร่วมกันสร้างชาติ (21 มี.ค. 2483) 8. เรื่องเพลงสรรเสริญพระบารมี (26 เม.ย. 2483) 9. เรื่องภาษาและหนังสือไทยกับหน้าที่พลเมืองดี (24 มิ.ย. 2483) 10. เรื่องการแต่งกายของประชาชนชาวไทย (15 ม.ค. 2484) 11. เรื่องกิจประจำวันของคนไทย (8 ก.ย. 2484) 12. เรื่องการช่วยเหลือคุ้มครองเด็ก คนชรา หรือคนทุพพลภาพ (28 ม.ค. 2485)

ศาสนาถูกแทนที่ด้วยกฎหมายทางโลก จึงทำให้คนเหล่านั้นรู้สึกว่าจะไม่ได้ทำหน้าที่ทางศาสนาซึ่งตนควรจะทำ...การต่อต้านการปกครองของไทยตั้งแต่ต้นนั้น มีมาในรูปแบบของการลุกฮือเรื่องศาสนา โดยพยายามจะปลดปล่อยอำนาจทางการเมืองของต่างชาติ (ไทย) ออกไปจากอาณานิคมบริเวณนั้น...

แม้ว่ารัฐบาลชุดต่อมาของนายปรีดี พนมยงค์ พยายามยกเลิกกฎหมายที่ขัดแย้งกับจารีตปฏิบัติของชาวมุสลิมในเวลาต่อมา ด้วยการประชุมสภาที่ พ.ร.ก. ว่าด้วยการศาสนูปถัมภ์ฝ่ายอิสลาม พ.ศ. 2488 ให้การช่วยเหลือคุ้มครองและอุปถัมภ์กิจการศาสนาของชาวมุสลิม จัดตั้งสถาบันทางศาสนา มีตำแหน่งจุฬาราชมนตรี มีคณะกรรมการกลางอิสลาม ขึ้นมาทำหน้าที่ดูแลและอำนวยการปฏิบัติราชการของชาวมุสลิม จัดตั้งสถาบันการศึกษาคือ อิสลามวิทยาลัยแห่งประเทศไทย เป็นต้น รวมทั้งใช้กฎหมายอิสลามและอนุญาตให้โต๊ะครูสอนภาษามลายู อาหรับ และศาสนาอิสลามได้ในพ.ศ. 2489 แต่ก็ไม่สามารถบรรเทาความรู้สึกเป็นปฏิปักษ์ของชาวมุสลิมที่ไม่พอใจได้ เนื่องจากกลายเป็นการเข้าไปควบคุมบทบาทของผู้นำทางศาสนาของชาวมลายูมุสลิมอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น และเป็นการนำเอานโยบายที่รัฐทำกับศาสนาจักรหรือคณะสงฆ์มาปรับใช้กับชาวมลายูมุสลิม (สุรินทร์ พิศสุวรรณ 2525: 10) และยังคงมีความเคลื่อนไหวในลักษณะของการเรียกร้องสิทธิในการปกครองตัวเองเรื่อยมา ดังปรากฏในข้อเรียกร้อง 7 ข้อของอัญญาสุหลง ประธานกรรมการอิสลามประจำจังหวัดปัตตานี ที่ได้ยื่นต่อรัฐบาลหลวงธำรงนาวาสวัสดิ์ เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2490<sup>9</sup> ผ่านทางคณะกรรมการสอดส่องภาวการณ์ใน 4 จังหวัดภาคใต้ ซึ่งกลายเป็นผู้นำกลุ่มต่อต้านนโยบายของรัฐบาลในเวลาต่อมา

**ในช่วงพ.ศ. 2490-2491 นี้ นับเป็นปีที่เกิดเหตุการณ์ปะทะกันระหว่างฝ่ายรัฐบาลและชาวมลายูมุสลิมอย่างรุนแรงหลายกรณีด้วยกัน นับแต่กรณีการจับกุมอัญญาสุหลง ในวันที่ 10 มกราคม 2490 ด้วยข้อกล่าวหาว่าวางแผนแบ่งแยกดินแดน นำมาสู่การจับกลุ่มประท้วงของชาวบ้าน ก่อให้เกิดการปะทะและจลาจลขึ้นหลายพื้นที่ในปัตตานีและนราธิวาสอย่างต่อเนื่อง แม้จะย้ายคดีไปพิจารณาที่นครศรีธรรมราช กรณีรุนแรงที่สุดคือที่หมู่บ้านดุซงญอ จ.นราธิวาส คดีของเขาศาลสั่งยกฟ้องคดีแบ่งแยกดินแดน ถูกจำคุก 7 ปีในข้อหาโจมตีรัฐบาล และได้รับการปล่อยตัวในปี 2495 หลังจากจำคุกอยู่ 3 ปีครึ่ง แต่หายตัวไปพร้อมกับลูกชายคนโตในเดือนสิงหาคม 2497 พร้อมกับข่าวลือว่าถูกตำรวจในสมัยพล.ต.อ.เผ่า ศรียานนท์ นำตัวไปถ่วงน้ำในทะเลสาบสงขลา นับเป็นปางเส้นสุดท้ายของการปะทะความไม่พอใจ**

กรณี "บะลุกาสาเมาะ" ซึ่งเกิดขึ้นที่ปัตตานีในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2490 เมื่อตำรวจคนหนึ่งถูกโจรยิงเสียชีวิตที่หมู่บ้านบะลุกาสาเมาะ ตำรวจกลุ่มหนึ่งจึงเข้าไปยังหมู่บ้านนั้น สอบสวนทรมานชาวบ้าน และกล่าวหาพวกเขาว่าสมคบกับโจร จากนั้นก็เผาหมู่บ้านเสียสิ้น ทำให้ชาวบ้าน 25 ครอบครัวไร้ที่อยู่อาศัย (ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ 2547)

ขณะเดียวกันก็มีผลกระทบของการเมืองระหว่างประเทศที่แบ่งเป็นฝักฝ่าย และภาวะยากลำบากทางเศรษฐกิจและสังคมในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 บวกกับเมื่อจอมพลป. พิบูลสงครามกลับมาเป็นนายกรัฐมนตรีอีกครั้งในพ.ศ. 2491 สถานการณ์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ก็พัฒนาไปสู่ความรุนแรง เมื่อเกิดเหตุการณ์ดุซงญอขึ้น สาเหตุสำคัญก็เนื่องจากการถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจากเจ้าหน้าที่ทางการที่คอร์รัปชัน ใช้อำนาจในทางคดี และมีอคติทางชาติพันธุ์และปฏิบัติต่อชาวมุสลิมในฐานะที่เป็น "คนอื่น" หรือเป็นพลเมืองชั้นสอง รองจากชาวไทยพุทธ

<sup>9</sup> ได้แก่ (1) ขอให้ปกครอง 4 จังหวัดนี้เป็นแคว้นหนึ่ง โดยมีผู้ดำรงตำแหน่งอย่างสูงให้มีอำนาจในการศาสนาอิสลาม มีอำนาจแต่งตั้งและปลดข้าราชการออกได้ ผู้ดำรงตำแหน่งนี้ต้องเป็นมุสลิมใน 4 จังหวัด (2) การศึกษาในชั้นประถมต้นจนถึงชั้นประถม 7 ให้มีการศึกษาภาษามลายูตลอด (3) ภาษาที่เก็บได้ให้ใช้ภายใน 4 จังหวัดนี้เท่านั้น (4) ในจำนวนข้าราชการทั้งหมดขอให้มีข้าราชการชาวมลายูร้อยละ 80 (5) ขอให้ใช้ภาษามลายูควบกับภาษาไทยเป็นภาษาราชการ (6) ให้คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดมีเอกสิทธิ์ออกระเบียบเกี่ยวกับการปฏิบัติการศึกษาอิสลามโดยความเห็นชอบของผู้มีอำนาจสูงสุด (7) ให้ศาลรับพิจารณาตามกฎหมายอิสลามแยกจากศาลจังหวัด มีโต๊ะกาดี (กอฎีหรือโต๊ะโต๊ะยุติธรรม) ตามสมควร และมีเสถียรภาพในการพิจารณาชี้ขาด (เฉลิมเกียรติ ขุนทองเพชร 2548: 87)

**เหตุการณ์ลุกขึ้นสู้ที่ดุขงญอน**เป็นการปะทะด้วยอาวุธระหว่างตำรวจกับชาวบ้านมลายูมุสลิม จำนวนประมาณ 2,000 คน ที่หมู่บ้านดุขงญอน อ.ระแงะ จ.นราธิวาส โดยฝ่ายตำรวจยิงปืนไปยังชาวบ้านที่กำลังมีงานบุญกันอยู่ จากนั้นเจ้าหน้าที่กลัวชาวบ้านจะตอบโต้จึงถอยกำลังกลับไปยังต้นยางมีส แต่รายงานไปยังหน่วยเหนือว่ามีกองโจรชาวมลายูจำนวน 1,000 คนกำลังเตรียมก่อการกบฏ จึงมีการเสริมกำลังตำรวจ 60 คน ที่ต้นยางมีส ขณะที่ชาวบ้านดุขงญอนเตรียมพร้อมเผชิญหน้ากับตำรวจ มาร่วมชุมนุมกันที่สุเหร่าและที่บ้านของโต๊ะเปรัก ซึ่งเป็นปอเนาะอยู่ในหมู่บ้าน มีการประกอบพิธีกรรมสร้างขวัญและกำลังใจสำหรับการต่อสู้ ชาวบ้านใช้อาวุธเท่าที่มี ทั้งปืน มีด ดาบ ขณะที่ฝ่ายทางการมีการส่งกำลังอาวุธ ทั้งเครื่องบินรบ เรือรบกลางทะเลบางลำที่เทียบท่าเรือ พร้อมส่งทหารมาสมทบกับกำลังตำรวจ และเกิดการปะทะกันในวันที่ 28 เมษายน 2491 การต่อสู้เริ่มจากฝ่ายตำรวจสยามเข้าบุกโจมตีชาวมลายู การต่อสู้ครั้งนี้ดำเนินไป 36 ชั่วโมง ชาวบ้านก็ยอมแพ้ **ผลการต่อสู้ทำให้ชาวมลายู ทั้งที่เป็นสตรี ผู้ชรา และทารก เสียชีวิตเกือบ 400 คน ส่วนตำรวจสยามเสียชีวิตประมาณ 30 คน** (ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ 2547)

และตามมาด้วยการที่ชาวมุสลิมหลายพันคนอพยพเข้าไปอยู่ในมาเลเซีย ก่อตั้งขึ้นเป็นสมาคมชาวมลายูแห่งมาบัตตานี หรือ GAMPAR เพื่อช่วยเหลือคนไทยในจังหวัดชายแดนภาคใต้ และเรียกร้องอิสระในการปกครองตัวเอง เหตุการณ์นองเลือดที่ดุขงญอนนี้ถูกเรียกว่า เป็นสัญลักษณ์ของการต่อต้านรัฐบาลที่สำคัญที่สุดสำหรับประวัติศาสตร์ยุคใหม่ของชาวมลายูมุสลิมทางภาคใต้ของไทย (สุรินทร์ พิศสุวรรณ 2525: 18) ถือเป็นโศกนาฏกรรมครั้งยิ่งใหญ่ในประวัติศาสตร์ของชาวมลายูในการเรียกร้องความยุติธรรมและความอิสรภาพ (อิบรอฮีม ชุกรี 2541: 54 อ้างใน ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ 2547) ภายหลังมีการสร้างอนุสาวรีย์เป็นรูปกระสุนปืน ตั้งอยู่ที่สถานีตำรวจภูธรเมือง จ.นราธิวาส ซึ่งกลายเป็นสัญลักษณ์หรือเป็นตัวแทน สะท้อนความจริงของความชอบธรรมในการใช้ความรุนแรงที่รัฐกระทำต่อฝ่ายชาวบ้านมลายูมุสลิม และในความเป็นไปได้ที่จะใช้ความรุนแรงในพื้นที่นี้เหมือนไม่มีวันสิ้นสุด (ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ 2547)

หลังเหตุการณ์ที่ดุขงญอน รัฐบาลจอมพลป. พิบูลสงครามได้ออกนโยบายด้านต่าง ๆ สำหรับชาวมลายูมุสลิม ได้แก่ การให้หยุดราชการในวันศุกร์ สนับสนุนการศึกษา ใช้หลักสูตรพิเศษสอนภาษามลายูและศาสนาในโรงเรียนชั้นประถม ฯลฯ แต่ก็ไม่ได้ทำให้ความตึงเครียดของสถานการณ์ขัดแย้งในจังหวัดชายแดนภาคใต้น้อยลงแต่อย่างใด ยังคงมีการสังหารชาวมุสลิมโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจทหาร นำไปสู่การชุมนุมประท้วงต่อต้านรัฐบาลในช่วงพ.ศ. 2518-2519 และยังคงการจับกุมดำเนินคดีด้วยข้อหาบ่อนทำลายชาติ แบ่งแยกดินแดนอยู่เสมอมา เช่น การจับกุมหะยีอาหมีน โต๊ะมีนา ลูกชายคนที่ 2 ของหะยีสุหลงในปี 2504 จับกุมครูเปาะสู วาแมติซากับพวกอีก 28 คนในข้อหา กบฏแบ่งแยกดินแดนในปี 2518 เป็นต้น

นอกจากปัญหาเรื่องความไม่เท่าเทียมในการปฏิบัติและการกดขี่ข่มเหง ซึ่งแสดงออกผ่านสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมต่าง ๆ แล้ว ภายใต้แนวคิดเรื่องชาติ ที่หมายถึงชุมชนทางวัฒนธรรม จังหวัดชายแดนภาคใต้มีอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมย่อยของตัวเอง ซึ่งแตกต่างจากคนส่วนใหญ่ ความรู้สึกผูกพันในแง่ของการใช้วัฒนธรรมชาติไทยร่วมกันของชาวมลายูมุสลิมก็ยิ่งน้อยลง เพราะใกล้ชิดและเป็นชุมชนทางวัฒนธรรมเดียวกันกับชาวมุสลิมในมาเลเซียและประเทศมุสลิมอื่น ๆ มากกว่า เหล่านี้จึงเป็นที่มาของความรู้สึกแปลกแยก ต้องการเป็นอิสระจากการครอบงำทางวัฒนธรรมชาติของไทย และนำมาซึ่งข้อเรียกร้องขอเป็นอิสระปกครองตัวเองของจังหวัดชายแดนภาคใต้ และก่อตัวเป็นกลุ่มขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อแบ่งแยกดินแดนหลากหลายกลุ่มในที่สุด

รัฐบาลในยุคต่อมาของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ และจอมพลถนอม กิตติขจร ที่แม้จะกำหนดนโยบายพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเป็นด้านหลัก แต่ก็ยังคงดำเนินนโยบายผสมกลมกลืนทางวัฒนธรรมต่อชนกลุ่มน้อย ผ่านโครงการ

พัฒนาต่าง ๆ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ไม่ว่าจะเป็นโครงการพัฒนาการศึกษา ออกกฎหมายให้ปอเนาะลดบทบาทเป็นเพียงโรงเรียนราษฎร์สอนศาสนาอิสลาม กำหนดหลักสูตรเป็นแบบแผนเดียวกันทั่วประเทศ ยกเลิกการเรียนภาษามลายู เปลี่ยนโครงสร้างประชากรด้วยการจัดตั้งนิคมสร้างตนเองพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นโครงการนำพลเมืองจากภาคต่าง ๆ โดยเฉพาะอิสานเข้าไปตั้งถิ่นฐาน ทั้งที่ชาวมุสลิมในพื้นที่ไม่ได้รับการจัดสรรที่ดินทำกินแต่อย่างใด และ **ลักษณะใช้ความรุนแรงในลักษณะตาต่อตา-ฟันต่อฟัน ยังคงเกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ มิเคยหยุดสืบเนื่องมาจนปัจจุบันนับตั้งแต่ที่รัฐสยามพยายามกลืนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของพวกเขาให้กลายเป็นไทย** เพียงเพราะอยู่ในผืนดินที่ขีดแบ่งความเป็นประเทศให้กับผู้คน ซึ่งไม่สามารถใช้แบ่งแยกอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์-วัฒนธรรมได้

**ความพยายามทำให้เป็นหนึ่งเดียวกันดังกล่าว ดูเหมือนจะยิ่งแยกชาวมลายูมุสลิมให้ห่างไปมากยิ่งขึ้น และยังกลายเป็นการก่อการที่รุนแรงมากขึ้น** เช่น ในสมัยของรัฐบาลคึกฤทธิ์ ปราโมช เกิดกรณีนาวิกโยธินที่ตั้งด่านหน้าวัดเชิงเขา อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส ฆ่าชาวบ้านมุสลิม 5 คน ทั้งลงแม่น้ำสายบุรี ศพมาติดที่สะพานกอตอข้ามแม่น้ำสายบุรี จ.ปัตตานีปลายปี 2518 ก่อให้เกิดความแค้นในหมู่ประชาชน มีการจัดตั้งศูนย์พิทักษ์ประชาชน เพื่อเรียกร้องขอความเป็นธรรมจากรัฐบาล นำไปสู่การชุมนุมของชาวมุสลิมนับแสนเรียกร้องให้จับคนร้ายมาลงโทษ และให้ถอนทหารออกไปจาก 3 จังหวัดภาคใต้

ในระหว่างนี้ กลุ่มเคลื่อนไหวแบ่งแยกดินแดนและแนวร่วมต่าง ๆ ก็ยังคงปฏิบัติการอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการวางระเบิดตามสถานที่ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรงแรม สถานีตำรวจ โรงเรียน เส้นทางรถไฟ จนถึงสมัยของรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ก็ได้กำหนดนโยบายแก้ไขปัญหახบวนการแบ่งแยกดินแดนและขบวนการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ด้วยการจัดตั้งศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.)<sup>10</sup> เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่โดยคำนึงถึงความยุติธรรมมากขึ้น เช่น สะสางปัญหาการอุ้มฆ่า เป็นเวทีการแสดงข้อคับข้องใจของชาวมุสลิม ปรับทัศนคติ และขจัดปัญหาคอรัปชั่นทุกรูปแบบในวงราชการ และจัดตั้งกองบัญชาการผสมพลเรือน ตำรวจ ทหารที่ 43 (พตท.43) มีอำนาจหน้าที่ในการปราบปรามการก่อการร้ายทุกรูปแบบ รวมทั้งคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 66/23 ที่มีแนวคิดยอมรับการดำรงอยู่ของอีกฝ่าย ลดเงื่อนไขที่สร้างความยุติธรรมต่าง ๆ ในสังคมเพื่อไม่ให้พลังการสนับสนุนพรรคคอมมิวนิสต์ขยายวงกว้างออกไป และยอมรับอดีตศัตรูให้เป็นผู้หลงผิดเท่านั้น เป็นการปฏิบัติต่อศัตรูในฐานะมิตร

แนวทางปฏิบัติงานด้านการเมืองควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานด้านการทหาร และการผนึกกำลังระหว่างพลเรือน ตำรวจ ทหารนี้ทำให้เหตุการณ์ลดความรุนแรงลงมาก แม้จะมีเหตุการณ์ไม่สงบเกิดขึ้นบ้างเป็นระยะ ๆ ก็ตาม เช่น การเดินขบวนประท้วงเรื่องมัสยิดกรือเซะ (2534) การเผาโรงเรียนถึง 34 แห่งในจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส<sup>11</sup> การดักยิง

<sup>10</sup> เป็นองค์การสำคัญในการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงมหาดไทย ตั้งขึ้นตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 8/2524 ลงวันที่ 20 มกราคม 2524 ในรัฐบาลสมัยพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ตั้งอยู่ที่ อ.เมือง จ.ยะลา มีวัตถุประสงค์หลัก คือ ขจัดปัญหาที่สะสมมาในอดีต ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีความขัดแย้งในแนวคิดทางศาสนาและวัฒนธรรม โดยใช้ภาษาไทยและภาษามลายูในการสื่อสารความเข้าใจ ใช้หลักการจิตวิทยาในการเรียนรู้และลดความหวาดระแวงซึ่งกันและกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐและประชาชนชาวมุสลิม ส่งพัฒนาสาธารณูปโภค อาชีพ และการศึกษาของคนในท้องถิ่นให้ทัดเทียมกับจังหวัดอื่น ๆ และรักษาความเป็นธรรมในสังคมมุสลิมในกรณีที่เจ้าหน้าที่รัฐประพฤติโดยมิชอบ ในขณะที่เดียวกันก็ทำหน้าที่รักษาความสงบเรียบร้อยภายในพื้นที่ เพื่อเป็นการสร้างความปลอดภัยและความมั่นคงในการดำรงชีวิตของประชาชนโดยมีกองบัญชาการผสมพลเรือน ตำรวจ ทหารที่ 43 หรือที่รู้จักกันในนามของ พตท. 43 ปฏิบัติงานควบคู่ไปด้วย (<http://www.sbpac.moi.go.th/policy1.html> สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2549)

<sup>11</sup> 10 โรงเรียนในปัตตานี 11 โรงเรียนในยะลา และ 13 โรงเรียนในนราธิวาส ในเดือนสิงหาคม 2536 มีการจับกุมผู้ต้องสงสัยซึ่งได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นแพะรับบาป แต่ศาลตัดสินปล่อยตัวให้พ้นข้อหาเนื่องจากพยานหลักฐานไม่เพียงพอ

รถไฟสายสุโขทัย-กรุงเทพฯ (2536) การลอบวางระเบิดรถไฟที่อ.จะนะ (2535) เรือตำรวจน้ำ สะพานเดชาอนุชิตที่ บัดตานี (2536) ร้านหนังสือที่อ.หาดใหญ่ และรถไฟที่สงขลา (2537) วางเพลิงรถไฟขบวนสุโขทัย-กรุงเทพฯ ที่ นราธิวาส (2539) เป็นต้น

#### 4. ความรุนแรงและความตายใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในสถานการณ์ปัจจุบัน (พ.ศ. 2540-2549)

- **ความรุนแรงในช่วงพ.ศ. 2540-2545**

หลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ 2540 ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ยังคงมีการลอบยิง ปะทะกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ สร้างความเสียหายให้กับทรัพย์สินทางราชการและเอกชนต่อเนื่องและเพิ่มมากขึ้น จากที่เกิดเหตุการณ์รุนแรง 42 ครั้งในปี 2539 เป็น 83 ครั้งในปี 2540 และ 139 ครั้งในปี 2541 ในช่วงปี 2540-2545 นี้การก่อการมีลักษณะเป็นการวางเพลิง ทำลายรถสิบล้อ รถแบ็คโฮ รถเกรด รถบดถนน เพื่อไม่ให้มีการสร้างงาน สร้างเส้นทางคมนาคม สาธารณูปโภคต่างๆ ในพื้นที่ นอกจากนี้ก็มีการก่อวินาศกรรมประชาชนด้วยการทำลายทรัพย์สิน เรียกว่าคุ้มครอง แจกใบปลิวต่อต้านรัฐบาลและ ข้าราชการ เหตุการณ์ความรุนแรงยังคงเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็น 107 ครั้งในปี 2542 ปี 2543 เกิดความรุนแรงนับได้ 32 ครั้ง และ 114 ครั้งในปี 2544 ตลอดช่วง 3 ปีนี้ สมาชิกผู้เคยก่อความไม่สงบทั้งกลุ่มพูโลใหม่ และกลุ่มบีอาร์เอ็นต่างเข้ามาอบตัว และร่วมเป็นสมาชิกโครงการผู้ร่วมพัฒนาชาติไทย

ขณะที่เหตุการณ์รุนแรงในภาคใต้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น รัฐบาลกลับประกาศยุติการทำงานของ ศอ.บต. และ พตท.43 ลงตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2545 ทั้งที่เป็นสองหน่วยงานรัฐบาลไม่ติดอาวุธที่อยู่ใกล้ขีดขามุสลิมภาคใต้มากที่สุด ทั้งยังเข้าใจว่าเหตุการณ์ทั้งหมดเป็นฝีมือของขบวนการแบ่งแยกดินแดนที่เคลื่อนไหวเพียง 60-70 คน และประกาศว่าจะ ทำลายล้างโจรที่เหลือภายในระยะเวลา 3 เดือน แนวคิดและการตัดสินใจของรัฐบาลเช่นนี้สวนทางกับประชาชนและ หน่วยงานในพื้นที่อย่างมาก สถานการณ์ยิ่งเลวร้ายลงเมื่อจังหวัดยะลาได้จัดงานครบรอบ 212 ปี เมืองยะลาในเดือน กันยายน 2545 ท่ามกลางความไม่เห็นด้วยในการอ้างอิงทางประวัติศาสตร์ของปัญญาชนมุสลิม กลุ่ม “นักต่อสู้แห่ง แผ่นดิน” ได้แจกใบปลิวให้กับชาวจังหวัดยะลา บัดตานี นราธิวาส ห้ามเข้าร่วมงานทั้งกลางวันและกลางคืน โดยไม่รับรอง ความปลอดภัย เพราะถือว่าเป็นการเฉลิมฉลองชัยชนะเหนือรัฐมลายูปัตตานีที่ต้องสูญเสียอำนาจอธิปไตย และมีการ ทำลายธงชาติไทยเกือบร้อยผืนที่ปักไว้ริมถนนสายปัตตานี-ยะลา ในปี 2545 เกิดเหตุการณ์รุนแรงขึ้น 82 ครั้ง และ 84 ครั้ง ในปี 2546 ก่อนจะเลวร้ายมากขึ้นในปีต่อมา

- **ความไม่สงบที่รุนแรงทวีคูณในช่วงพ.ศ. 2546-2549**

ทันทีที่รัฐบาลพ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตรประกาศยุบ ศอ.บต. และ พตท.43 ในวันที่ 1 พฤษภาคม 2545 ซึ่งเป็นกลไก ที่สร้างความสมดุลให้กับการบริหารราชการในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ก่อให้เกิดเสียงคัดค้านการยุบหน่วยงาน ดังกล่าวจากประชาชนจำนวนมาก เนื่องจากเกิดความไม่มั่นใจที่จะให้ตำรวจซึ่งไม่เป็นมิตรกับประชาชนมากนัก ดูแล ความสงบในพื้นที่เพียงหน่วยงานเดียว การถอนกำลังทหารกลับที่ตั้งเป็นการเปิดพื้นที่ให้ผู้ก่อการกลับมาเคลื่อนไหว ในพื้นที่ และทางราชการไม่มีข่าวกรองเนื่องจากถูกตัดขาดจากชาวบ้าน ภายหลังจากการยุบหน่วยงานทั้งสอง **สถานการณ์ ความไม่สงบได้ทวีความรุนแรงขึ้น** สวนทางกับคำประกาศของพ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตรที่ระบุว่า “ไม่มีใจก่อการร้ายแล้ว พวกที่เหลือเป็นแค่โจรกระจอก” นำไปสู่การตั้งคำถามกับนโยบายของภาครัฐต่อการแก้ไขปัญหาความไม่สงบใน จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ผ่านมา ทั้งการใช้นโยบายการทหารนำการเมือง การถอนทหารออกให้ตำรวจดูแลความสงบ

เรียบง่ายเพียงหน่วยเดียว การประกาศกฎอัยการศึก พุทธกรรมและการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่รัฐที่รังแกประชาชน การละเมิดสิทธิมนุษยชน ไปจนถึงนโยบายภายใต้ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรี และการบริหารจัดการแบบชื้อโอ

เมื่อไม่มี คอ.บ.ต. คอยให้ความเป็นธรรมกับชาวบ้าน ความรุนแรงจึงปรากฏขึ้นรายวัน โดยเฉพาะข่าวการอุ้มฆ่าชาวบ้านประมาณ 100 คนในปี 2545-2546 ระหว่างการสืบหาผู้ต้องหาคดีวางระเบิดสถานีรถไฟหาดใหญ่ รวมทั้งการประกาศใช้กฎอัยการศึกตั้งแต่ 5 มกราคม และพ.ร.ก.ต่อต้านการก่อการร้ายตั้งแต่วันที่ 12 สิงหาคม 2546 ยิ่งทำให้ชาวบ้านเกิดความหวาดผวาระวังหน้าอย่างหนัก จนเกิดข่าวลือเรื่องโจรนิินจา<sup>12</sup> ซึ่งไปตอกผลึกด้วยการรุมกระที่บตำรวจนอกเครื่องแบบนายหนึ่งทีไปด้อม ๆ มอง ๆ ตามหมู่บ้านจนเสียชีวิต เมื่อชาวบ้านไม่ไว้วางใจทางราชการจึงหันไปเป็นแนวร่วมกับโจรก่อการร้าย เปิดยุทธการโบไม้วัง ดักยิงตำรวจ วางระเบิดป้อมและจุดตรวจเพื่อล้างแค้น ขณะเดียวกันก็มีการจับกุมพ.ว.มหาชาติ เวตาไอ้และพวก 4 คนในคดีเจไอ ซึ่งมีนายสมชาย นีละไพจิตรรับว่าความให้ ก่อนจะหายตัวไปไม่ก็เดือนต่อมา

หมอกควันแห่งความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ดำเนินต่อเนื่องเรื่อยมาตั้งแต่ปี 2546 แต่มาเข้มข้นยิ่งขึ้นชัดเจนมากในช่วงต้นปี 2547 และนำไปสู่สถานการณ์ที่รุนแรงขึ้นอย่างยิ่งตลอดปี 2547-2548 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน โดยที่ฝ่ายรัฐไม่สามารถระงับได้ ดังนี้

#### (1) สถานการณ์ความรุนแรงในระหว่างปี 2547

กองบัญชาการตำรวจภูธรภาค 9 สรุปสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ตลอดปี 2547 ว่า มีเหตุร้ายเกิดขึ้น 919 ครั้ง เป็นเหตุเกี่ยวข้องกับความไม่สงบ 496 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53 ของเหตุร้ายที่เกิดขึ้น สำหรับพื้นที่เกิดเหตุมากที่สุดคือที่จังหวัดนราธิวาส 455 ครั้ง รองลงมาคือปัตตานี 276 ครั้ง และยะลา 183 ครั้ง (ผู้จัดการรายวัน 2548) นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ชี้ว่าเฉพาะปี 2547 เพียงปีเดียวเกิดเหตุการณ์รุนแรงบ่อยครั้งกว่าที่เคยเกิดขึ้นใน 10 ปีก่อนหน้านั้นรวมกันถึง 1.7 เท่าตัว (ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี 2548)

โดยเริ่มจากเหตุการณ์ปล้นปืนกว่า 400 กระบอก จากกองพันทหารพัฒนาที่ 4 อ.เจาะไอร้อง จ.นราธิวาส ในวันที่ 4 มกราคม ทำให้ทหารเสียชีวิต 4 ศพ มีการลอบเผาโรงเรียนเกือบ 20 แห่งพร้อมกันใน 11 อำเภอของจ.นราธิวาส แมทท์ภาคที่ 4 จึงประกาศใช้กฎอัยการศึกในบางพื้นที่ ท่ามกลางกระแสความไม่เห็นด้วยของประชาชน

หลังเหตุการณ์ปล้นปืน **รัฐบาลทักษิณใช้วิธีแข่งกร้าวในการจับกุมผู้ก่อการและค้นหาปืน** ทั้งการจับคน อุ้มคนมาสอบปากคำในทางลับ ใช้กำลังเข้าปิดล้อมตรวจค้นสถานที่ต่าง ๆ และบ้านผู้ต้องสงสัย ตั้งข้อหาก่อความไม่สงบ รวมทั้งการใช้วิธีการรุนแรงให้รับสารภาพ ทั้งทางกายภาพและทางศาสนา ซึ่งเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อหน้าต่อตาคนจำนวนมาก ยิ่งทำให้ชาวมุสลิมรู้สึกถึงความอยุติธรรมและการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียม และยิ่งทวีความรู้สึกคับแค้นที่สะสมอยู่

แม้รัฐบาลทักษิณจะหาทางแก้ปัญหาภาคใต้ด้วยนโยบายใช้เศรษฐกิจนำความมั่นคง โดยการประกาศว่า "จะใช้เวลาประมาณ 3 ปีต่อเนื่อง เพื่อเปลี่ยน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้เป็นจังหวัดที่จะมีการท่องเที่ยว มีการลงทุน มีศักยภาพ มีงานทำ มีระบบที่คนจะมีการศึกษาดีขึ้นกว่านี้" (มติชนสุดสัปดาห์ 20-26 กุมภาพันธ์ 2547) พร้อมกับอนุมัติงบกลางปี 2547 จากเงินสำรองจ่ายเพิ่มกรณีฉุกเฉินประมาณ 700 ล้านบาท ดำเนินโครงการ 75 โครงการ แต่การก่อการใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ก็ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการลอบวางเพลิง การลอบยิงทำร้าย การวางระเบิด

<sup>12</sup> เป็นคำร่ำลือว่าเหตุปล้น ฆ่า ช่มชืดในยามค่ำคืนเกิดขึ้นจากการกระทำของโจรนิินจา ซึ่งสามารถเหาะเหินระหว่างต้นยาง และหายตัวได้สร้างความหวาดกลัวให้กับชาวบ้านในพื้นที่ จนกระทั่งตั้งเวรยามลาดตระเวนเพื่อรักษาความปลอดภัยของหมู่บ้าน กรณีรุมประชาทัณฑ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่ชาวบ้านอ.ระแงะ จ.นราธิวาส กว่า 3,000 คนปิดล้อมและรุมประชาทัณฑ์ตชด. 2 นาย ถึงแก่ความตาย พร้อมทั้งทำร้ายร่างกายตำรวจนายหนึ่งได้รับบาดเจ็บสาหัส เมื่อ 26 เมษายน 2546 เนื่องจากเข้าใจว่าเป็นโจรนิินจา

โดยมีผู้เสียชีวิตทั้งชาวบ้าน เจ้าหน้าที่รัฐ และผู้นำศาสนา ท่ามกลางความพยายามคลี่คลายสถานการณ์ของรัฐบาลด้วยการดำเนินนโยบายตอบโต้ความรุนแรง เช่น ประกาศกฎอัยการศึก พุ่มกำลังปราบปราม โดยเฉพาะการบุกค้นโรงเรียน ปอเนาะด้วยการอ้างความชอบธรรมเรื่องการจัดระเบียบโรงเรียนปอเนาะ กลายเป็นอีกหนึ่งชนวนของความขัดแย้ง เป็นเหตุให้ศูนย์อิสลามประจำ 3 จังหวัดภาคใต้ออกแถลงการณ์เมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2547 ประกาศยุติบทบาทในการให้ความร่วมมือกับทางราชการในการแก้ปัญหาภาคใต้ (มติชนสุดสัปดาห์ 13-19 กุมภาพันธ์ 2547)

เหตุการณ์หนึ่งที่กระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของชาวมุสลิมอย่างยิ่งก็คือ กรณีการหายตัวไปอย่างไร้ร่องรอยของนายสมชาย นีละไพจิตร ประธานชมรมนักกฎหมายมุสลิม ผู้รับทำคดีเกี่ยวกับปัญหาความไม่สงบเรียบร้อยใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้หลายคดี ตั้งแต่คืนวันที่ 11 มีนาคม 2547 ท่ามกลางเสียงวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นวิธีการจัดการปัญหาของตำรวจเอง

ในช่วงเวลานี้ นายจาตุรนต์ ฉายแสง รองนายกรัฐมนตรี ได้รับมอบหมายจากนายกรัฐมนตรีให้ทำหน้าที่รับฟังปัญหาจากชาวบ้านในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้รูปแบบของประชาคม 3 จังหวัด ได้ผลเป็น **“แผนได้สันติสุข”** เสนอวิธีแก้ปัญหาด้วยสันติวิธี 7 ประการ<sup>13</sup> เมื่อต้นเดือนเมษายน 2547 พร้อมทั้งย้ำว่า **“เจ้าหน้าที่รัฐต้องยกเลิกการใช้ความรุนแรงในพื้นที่อย่างเด็ดขาด โดยเฉพาะการล้อมของตำรวจที่สร้างความไม่พอใจให้ประชาชนในพื้นที่มาก”** แต่ นายกรัฐมนตรีตัดสินใจสั่งเลื่อนการพิจารณาแผนดังกล่าวออกไปอย่างไม่มีกำหนด (มติชนสุดสัปดาห์ 16-22 เมษายน 2547)

เหตุการณ์ที่กลายเป็นตัวเร่งอุณหภูมิต่อในพื้นที่ภาคใต้เกิดขึ้นเมื่อ 28 เมษายน 2547 มีการบุกโจมตีเจ้าหน้าที่ในระยะเวลาไล่เลี่ยกัน 11 จุด มีผู้เสียชีวิตถึง 108 คน ในจำนวนนี้เป็นเจ้าหน้าที่รัฐเพียง 1 คน **เหตุการณ์รุนแรงที่สุดเกิดขึ้นที่มัสยิดกรือเซะ** เมื่อฝ่ายตำรวจได้ใช้ปืนและอาวุธหนักยิงตอบโต้กลุ่มผู้ก่อความไม่สงบ ซึ่งเข้าไปหลบซ่อนตัวในมัสยิดกรือเซะ จนมีผู้เสียชีวิตเฉพาะในมัสยิดถึง 32 คน **ความรุนแรงและความตายที่กรือเซะถูกตั้งคำถามต่อนโยบายเชิงปฏิบัติที่ละเมิดสิทธิมนุษยชนของเจ้าหน้าที่** และถูกตั้งคำถามจากนานาชาติ โดยเฉพาะจากกลุ่มโลกมุสลิม ทำให้รัฐบาลต้องแต่งตั้ง “คณะกรรมการอิสระไต่สวนข้อเท็จจริงกรณีเหตุการณ์มัสยิดกรือเซะ” เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2547 ได้ข้อสรุปว่า การตัดสินใจใช้กำลังและความรุนแรงเข้ายุติสถานการณ์ของเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะการใช้ระเบิดสังหารขว้างเข้าไปภายในมัสยิดถึง 8 ลูก ถือว่าเกินกว่าเหตุ (คณะกรรมการอิสระไต่สวนข้อเท็จจริงกรณีเหตุการณ์มัสยิดกรือเซะ 2547)

<sup>13</sup> ได้แก่ (1) ยกเลิกการจัดระเบียบโรงเรียนปอเนาะ แต่ให้รัฐส่งเสริมและสนับสนุนโรงเรียนปอเนาะแทน เพราะจังหวัดปัตตานี เป็นศูนย์กลางการเผยแพร่ศาสนาอิสลามในภูมิภาคนี้มาหลายร้อยปี (2) จ้างและบรรจุคนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 3 พันคนเข้ามาเป็นครูโดยจะไม่รับคนนอกพื้นที่เข้ามาโดยเด็ดขาด (3) ไม่ยกเลิกบุคคลสองสัญชาติซึ่งมีจำนวนแสนกว่าคน โดยส่วนใหญ่เป็นคนไทยที่เข้าไปทำงานในมาเลเซียและสร้างรายได้เข้ารัฐปีละกว่าหนึ่งพันล้านบาท บุคคลเหล่านี้รัฐบาลมาเลเซียได้ออกใบอนุญาตทำงาน จำนวนคนที่มีปัญหาไม่กี่คนเท่านั้น (4) ออกกฎหมายนิรโทษกรรมผู้ที่ถูกกล่าวหา ก่อนวันที่ 5 มกราคม 2547 และรัฐต้องหาอาชีพให้ทำ (5) ยกเลิกการส่งตำรวจจากส่วนกลางและทหารพรานลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่ เพราะเจ้าหน้าที่ด้านความมั่นคงจากส่วนกลางไม่เข้าใจในวัฒนธรรมมุสลิม และเข้าไปสร้างปัญหามาก แต่ให้มีการส่งเสริมการตั้งกองกำลังรักษาความปลอดภัยในหมู่บ้านจากประชาชนในพื้นที่ขึ้นมาแทน โดยให้เจ้าหน้าที่รัฐเป็นผู้ฝึกสอนและควบคุม (6) ยกเลิกกฎอัยการศึกในบางพื้นที่ หากพื้นที่ใดยังต้องการความคุ้มครองจากทหารก็ให้คงกฎอัยการศึกไว้ หากพื้นที่ใดไม่ต้องการก็ให้ยกเลิกกฎอัยการศึก (7) ให้จัดทำโครงการต่างๆ ในการพัฒนา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ภายใต้งบประมาณ 1.2 หมื่นล้านบาท ขึ้นมาใหม่ และเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมร่างแผนพัฒนาพื้นที่ด้วย

- **การชุมนุมที่ตากใบกับปริศนาความตาย 85 ศพ**

เพียง 6 เดือนหลังจากเหตุการณ์ที่มีสยิดกรือเฮะ ก็เกิดเหตุการณ์ที่ไม่มีใครคาดคิดอีกครั้งเมื่อ 25 ตุลาคม 2547 ชาวบ้านนับพันมาชุมนุมกันที่หน้าสถานีตำรวจภูธร อ.ตากใบ จ.นราธิวาส เรียกร้องให้ปล่อยตัวผู้รักษาความปลอดภัยหมู่บ้านที่ถูกจับกุมจำนวน 6 คน เหตุการณ์ชุมนุมบานปลายและนำไปสู่การยิงปืนและแก๊สน้ำตาสาละยกลุ่มผู้ชุมนุม ทำให้มีผู้เสียชีวิตที่เกิดเหตุ 6 คน ถูกจับอีก 300 คน แต่การแถลงข้อเท็จจริงในวันถัดมากลับปรากฏว่ามียอดผู้เสียชีวิตรวมถึง 85 คน และถูกจับกุมมากถึง 1,300 คน จำนวนผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นนี้อีก 79 คนนี้ยังทำให้สถานการณ์เลวร้ายลงถึงขีดสุด เนื่องจากเสียชีวิตระหว่างการเคลื่อนย้ายจากสม.อ ตากใบไปยังค่ายอิงคยุทธบริหาร จ.ปัตตานี

ปริศนาแห่งความตายที่ตากใบจึงสะท้อนวิกฤตการณ์การละเมิดสิทธิมนุษยชนในประเทศไทยอีกครั้ง มีการเรียกร้องให้สอบสวนด้วยการแต่งตั้งคณะกรรมการอิสระสอบสวนข้อเท็จจริงกรณีเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบที่ อ. ตากใบ จ. นราธิวาส ได้ข้อสรุปว่า มีความบกพร่องในการขนย้ายผู้ถูกจับจนเกิดการเสียชีวิตคารบรทุกเพราะขาดอากาศหายใจ ซึ่งนำไปสู่การสอบสวนทางวินัยนายทหาร 3 นายในเวลาต่อมา โดยมีคำสั่งให้ย้ายเข้ามาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิกองทัพบก

เหตุการณ์ตากใบส่งผลให้เกิดความคิดเห็นที่หลากหลายและแตกต่างกันอย่างสุดขั้วจนนำวิตก นักวิชาการจากทั่วประเทศจำนวน 144 คนลงชื่อถึงนายกรัฐมนตรี เรียกร้องให้ทบทวนนโยบายและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาด้วยสันติวิธีและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม นำไปสู่การแต่งตั้งคณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ ในเดือนมีนาคม 2548 มีนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นประธาน นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นรองประธาน มีกรรมการที่มาจากทุกภาคส่วนของสังคมรวม 50 คน

## (2) สถานการณ์ไฟใต้ปีพ.ศ. 2548-2549 บนแนวทางสมานฉันท์และพ.ร.ก.ฉุกเฉิน

ตลอดปี 2548 ต่อเนื่องถึงกลางปี 2549 สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคใต้ คือปัตตานี ยะลา นราธิวาส และบางพื้นที่ในจังหวัดสงขลา ยังคงรุนแรงและคุกรุ่นอยู่ตลอดเวลา แม้รัฐบาลจะประกาศปรับแผนรับมือกับสถานการณ์ไฟใต้เป็นระยะๆ ดูเหมือนว่าความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ได้หยั่งรากลึกจนนำหวันวิตก ปี 2548 รัฐบาลเลือกเดินสองแนวทางในการแก้ปัญหานี้ คือการแต่งตั้งคณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ และการประกาศพระราชกำหนดสถานการณ์ฉุกเฉิน และทั้งสองแนวทางยังไม่อาจหยุดยั้งเปลวไฟที่ยังคงลุกโชนในภาคใต้ได้

นอกจากนี้ รัฐบาลยังคงกำหนดนโยบายแก้ปัญหาด้วยการใช้อนุมัติเงินงบประมาณจำนวนมากให้กับพื้นที่ ด้วยแนวคิดที่เชื่อว่าหากเศรษฐกิจดีการก่อการก็จะน้อยลง ไม่ว่าจะเป็มาตรการจัดสรรงบประมาณตามพื้นที่หมู่บ้าน 3 สี คือ แดง เหลือง เขียว<sup>14</sup> เมื่อกลางเดือนกุมภาพันธ์ 2548 การเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการปราบปรามผู้ชุมนุมที่ อ.ตากใบ จ.นราธิวาส เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2547 ในวงเงิน 30 ล้านบาท หรือการตั้ง "กองพลทหารราบที่ 15" ประจำการถาวรใน 3 จังหวัดภาคใต้แบบเต็มอัตราศึก โดยทุ่มงบประมาณจำนวนสูงถึง 16,770 ล้านบาท ซึ่งถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าการใช้มาตรการเด็ดขาดแบบ "รัฐทหาร" นี้เป็นแนวคิดของรัฐบาลอื่น ๆ ที่ประสบปัญหาการเรียกร้องแยกดินแดนหรือความไม่สงบ เช่น เม็กซิโก สเปน ไอร์แลนด์ไอร์แลนด์ และฟิลิปปินส์ และได้พัฒนาไปสู่การต่อสู้ที่รุนแรงยิ่งขึ้นโดยไม่มีทีท่าว่าจะจบลงอย่างสงบสันติได้ (มารค ตามไท 2546)

<sup>14</sup> โดยหมู่บ้านสีแดงจะไม่ได้รับงบประมาณเลย หมู่บ้านสีเหลืองมีปัญหาน้อย ต้องแก้ไขปัญหา และหมู่บ้านสีเขียวไม่มีปัญหา รัฐบาลจะเพิ่มงบประมาณให้ ต่อมา กองอำนวยการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กอ.สสส.จชต.) ออกแถลงการณ์ว่าหมู่บ้านสีแดง คือหมู่บ้านที่มีแกนนำผู้เกี่ยวข้องกับการก่อความไม่สงบ เจ้าหน้าที่จะเร่งเข้าทำความเข้าใจและขจัดเงื่อนไขอย่างเร่งด่วน หมู่บ้านสีเหลือง คือหมู่บ้านที่ไม่มีความชัดเจนของแกนนำและผู้เกี่ยวข้องกับการก่อความไม่สงบ และหมู่บ้านสีเขียว คือหมู่บ้านที่เป็นปกติสุข



ปฏิริยาตอนนโยบายดังกล่าวคือ เสียงระเบิดที่ตั้งขึ้นในเวลาไล่เลี่ยกันรวม 3 จุดในพื้นที่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา คือ สนามบิน โรงแรม และห้างสรรพสินค้า ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 1 คน บาดเจ็บ 73 คน เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2548 ยังไม่ทันที่ กอส.จะเริ่มต้นปฏิบัติหน้าที่ รัฐบาลจึงได้สั่งปรับโครงสร้างองค์กรใหม่เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ภาคใต้ให้กระชับและจับใจมากยิ่งขึ้น โดยให้ พล.ท.ชัชวาลย์ กัลยาณี แม่ทัพภาคที่ 4 ควบเก้าอี้ผู้อำนวยการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ผอ.สสส.จชต.) ไปพร้อมกัน

ระหว่างที่ กอส.ลงพื้นที่ พบปะร่วมรับฟังปัญหาและความรู้สึกนึกคิดของชาวบ้านมุสลิม ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากความไม่สงบในเหตุการณ์ก่อการร้าย และเรียกร้องให้เปิดเผยผลสอบเหตุการณ์ทั้งที่ก่อเหตุและตกไป เพื่อสร้างความมั่นใจให้พี่น้องชาวมุสลิมมิให้เกิดความหวาดระแวงและหวาดกลัวเจ้าหน้าที่รัฐ และรัฐต้องยอมรับและแก้ไขความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ภายใต้แนวคิดที่เรียกร้องคนในชาติให้ยอมรับความแตกต่างทางศาสนาและวัฒนธรรม สอนทางกับการจัดการเชิงนโยบายของรัฐบาลที่ตัดสินใจออกพ.ร.ก.การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน<sup>15</sup>

เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2548 หลังเกิดเหตุการณ์โจมตีและก่อวินาศกรรมทั่วประเทศกลางเมืองยะลาพร้อมกัน 23 จุด ทั้งการวางระเบิดเสาไฟฟ้าแรงสูงทำให้ไฟฟ้าดับทั้งเมือง โจมตีเจ้าหน้าที่ตำรวจหลายจุด รวมทั้งวางระเบิดย่านการค้า ทำให้มีผู้เสียชีวิต 2 คน บาดเจ็บ 17 คน การออกพ.ร.ก.ฉบับนี้ทำให้เกิดปฏิริยาในเชิง “คัดค้าน” อย่างกว้างขวาง ในที่สุดก็มีการยื่นข้อเสนอมติ 14 ข้อของ กอส. ต่อรัฐบาลเพื่อให้นำไปใช้ควบคู่กับการมี พ.ร.ก.ฉบับดังกล่าว (กรุงเทพฯธุรกิจ วันที่ 18 กรกฎาคม 2548) ซึ่งต่อมาในรายงานฉบับสมบูรณ์ของ กอส. ได้ปรับปรุงเป็นข้อเสนอการแก้ไขปัญหาความรุนแรงด้วยความสมานฉันท์สำหรับสังคมไทย เน้นการแก้ไขใน 4 ระดับ คือระดับบุคคล โครงสร้าง วัฒนธรรม และกระบวนการยุติธรรม (คณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ 2549: 59-94)

เหตุการณ์ที่สะท้อนผลของนโยบายจัดการด้วยความเบ็ดเสร็จเด็ดขาดของรัฐก็คือ เหตุการณ์ที่กลายเป็น “ฝันร้าย” แห่งปี 2548 ของคนไทยทั่วประเทศ เกิดขึ้นในคืนวันที่ 20 กันยายน 2548 เมื่อคนร้ายใช้อาวุธสงครามยิงถล่มร้านน้ำชากลางหมู่บ้านเล็กๆ ที่ชื่อ ต้นหยงลิ้ม อ.ระแงง จ.นราธิวาส มีชาวบ้านเสียชีวิต 2 คน บาดเจ็บ 4 คน เป็นที่มาของการจับนักวิทยุอินทจากค่ายจุฬารัตน์ 2 นายคือ เรือโทวินัย นาคนบุตร และพันจ่าเอกคำร ทองเอียด ซึ่งเป็นที่คุ้นเคยของคนในหมู่บ้านเป็นตัวประกัน ด้วยความเข้าใจผิดว่าเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และถูกรุมทำร้ายจนเสียชีวิตในวันต่อมา

ตามมามีเหตุรุนแรงที่เกิดขึ้นกลางดึกของวันที่ 16 ตุลาคม 2548 ที่วัดพรหมประสิทธิ์ อ.ปะนาเระ จ.ปัตตานี เมื่อคนร้ายบุกเข้าไปฆ่าพระภิกษุและลูกศิษย์วัดรวม 3 ศพ พร้อมกับวางเพลิงเผาโบสถ์และกุฏิเสียหายหนึ่งหลัง ความแค้นที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งการรุมประณามจากหลายฝ่าย ทั้งสื่อมวลชน นักวิชาการ นักการเมือง กอส. คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ คณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย และ กอ.สสส.จชต. สถานการณ์ก็กลายเป็นการเผชิญหน้าระหว่างต่างศาสนา รัฐบาลทักษิณจึงต่ออายุการบังคับใช้ พ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ ออกไปถึงวันที่ 19 มกราคม 2549 ด้วยเหตุผลว่าฝ่ายก่อความไม่สงบพยายามสร้างความเสียหายให้เจ้าหน้าที่ ทำลายความน่าเชื่อถือของภาครัฐในการคุ้มครองประชาชนผู้บริสุทธิ์ ต่อมาในเดือนมกราคม 2549 กฎหมายฉบับนี้ก็ได้รับการต่ออายุอีกสามเดือน หลังจากใช้บังคับแล้วหกเดือน ท่ามกลางการวิพากษ์วิจารณ์ว่าการประกาศใช้ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน ไม่ได้ช่วยให้สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ลดน้อยลงแต่อย่างใด

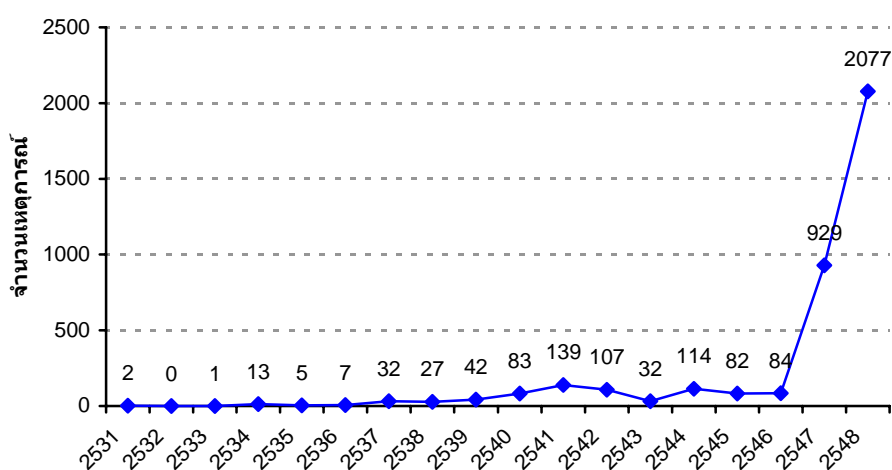
<sup>15</sup> ยกเลิกการใช้กฎอัยการศึกใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พร้อมแต่งตั้ง พล.ต.อ.ชิตชัย วรรณสถิตย์ เป็นประธานกรรมการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน สั่งการแทนนายกรัฐมนตรี และระบุว่าพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นดินแดนที่มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรง

นอกจากนี้ ความรุนแรงของสถานการณ์ยังส่งผลให้ครูใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ขอย้ายออกนอกพื้นที่ราว 2,700 คน กระทรวงศึกษาธิการจึงต้องผลิตเสื้อเกาะแจกจ่าย ส่วนพระสงฆ์ก็ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่คุ้มครองความปลอดภัย ขณะออกบิณฑบาต และปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางศาสนาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น เวียนเทียนในเวลากลางวัน ท่ามกลางใบปลิวข่มขู่สร้างความหวาดกลัวต่อประชาชนในพื้นที่จนต้องหยุดงานและปิดร้านในวันศุกร์ตามที่ระบุไว้ในใบปลิว และเหตุการณ์ที่สร้างผลกระทบและเกือบบานปลายเป็นข้อขัดแย้งระหว่างประเทศก็คือ การเดินทางข้ามแดนไปยังรัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย เพื่อขอลี้ภัยของคนไทย 131 คนจาก จ.นราธิวาส ระหว่างปลายเดือนสิงหาคมถึงต้นเดือนกันยายน โดยความกลัวจะถูกเจ้าหน้าที่ไทยทำร้าย ขณะที่รัฐบาลไทยระบุว่าคนไทยบางคนในกลุ่มดังกล่าวถูกศาลจังหวัดนราธิวาสออกหมายจับในฐานะผู้ต้องหาก่อความไม่สงบในภาคใต้ ซึ่งจนถึงปัจจุบัน (มิถุนายน 2549) ก็ยังไม่มีความชัดเจนในกรณีนี้ แม้จะมีข่าวหลายครั้งว่าคนไทยกลุ่มนี้จะเดินทางกลับประเทศไทย

## 5. มองความรุนแรงและความตายของคนไทยจากสถานการณ์ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จากสถานการณ์ก่อการร้ายที่ยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ส่วนหน้า (ศปก.ตร.สน.) เปิดเผยสถิติความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ตลอด 2 ปีเต็ม (2547-2548) พบว่า ปี 2548 มีความรุนแรงเกิดขึ้นมากกว่าปี 2547 จำนวน 480 ครั้ง กล่าวคือ ปี 2547 มีคดีความมั่นคงเกิดขึ้น 975 ครั้ง ปี 2548 เกิดขึ้น 1,455 ครั้ง (ผู้จัดกรรรายวัน 5 มกราคม 2549) ส่งผลให้จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บของปี 2548 สูงกว่าปี 2547 มาก คือจำนวนผู้เสียชีวิตในปี 2547 มี 389 คน ปี 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 546 คน และผู้บาดเจ็บปี 2547 มี 564 คน และเพิ่มสูงถึง 1,103 คน ในปี 2548 น่าสังเกตว่า จำนวนสถานการณ์ความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วง พ.ศ. 2574-2548 (ดูรูป 1) แต่สถานการณ์ 2 ปีนี้ จำนวนตำรวจบาดเจ็บ/ตายลดลง ขณะที่ทหารบาดเจ็บมากขึ้นตายลดลง แต่ประชาชนทั้งบาดเจ็บและตายเพิ่มขึ้นมาก (ดูรูป 2)

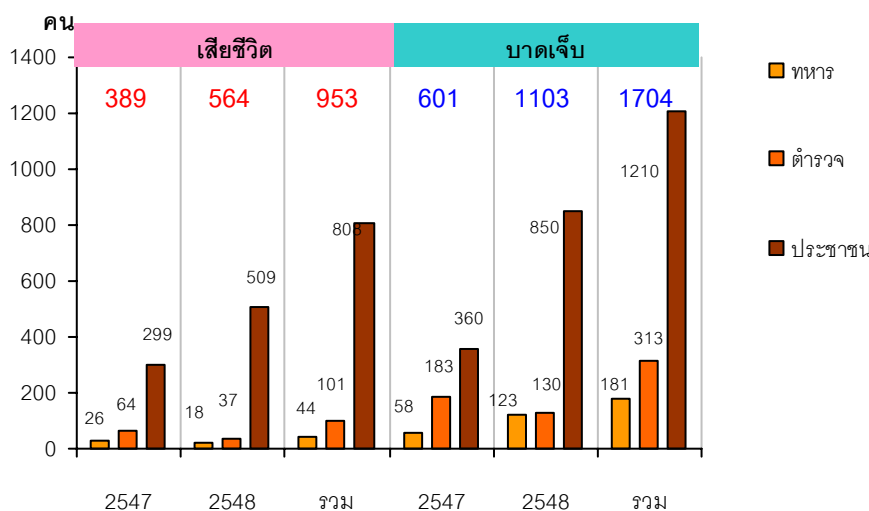
รูป 1 จำนวนสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ. 2531-2548



### ที่มา

1. ตัวเลขในปี 2531-2535 รวบรวมโดย คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี สรุปเหตุการณ์จาก "ฐานข้อมูลสถานการณ์ก่อความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้" <<http://www.geocities.com/bluesing2001/situation.htm>>
2. ตัวเลขในปี 2536-2546 จาก ศรีสมภาพ จิตต์ภิรมย์ศรี 2548ข.
3. ตัวเลขปี 2547-2548 จาก กฤตยา อาชวนิจกุล, กุลภา วจนสาระ และหทัยรัตน์ เสียงดัง 2549. (คำนวณจากรายงานเหตุการณ์ความไม่สงบของกองบัญชาการตำรวจภูธร ภาค 9).

รูป 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บ จากเหตุการณ์ความไม่สงบในชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ. 2547-2548



ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล, กุลภา วจนสาระ และหทัยรัตน์ เสียงดัง 2549. (คำนวณจากรายงานเหตุการณ์ความไม่สงบของกองบัญชาการตำรวจภูธร ภาค 9).

ตาราง 1 สรุปเหตุการณ์ความไม่สงบและความรุนแรง  
ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี 2547-2548

ลำดับ	เหตุการณ์	จำนวนครั้ง	
		2547	2548
1	ยิง	518	904
2	ทำร้าย	51	52
3	วางเพลิง	227	308
4	วางระเบิด	75	238
5	ปล้นอาวุธปืน	25	140
6	ชุมนุมประท้วง	2	-
7	ก่อกวนทำลายธงชาติ	31	422
8	ฆ่าตัดคอ	-	12
9	จับเป็นตัวประกัน	-	1
	<b>รวม</b>	<b>929</b>	<b>2077</b>

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล, กุลภา วจนสาระ และหทัยรัตน์ เสียงดัง 2549.

(นับจัดกลุ่มจากรายงานเหตุการณ์ความไม่สงบรายเดือนของกองบัญชาการตำรวจภูธร ภาค 9).

จากภาพและรายละเอียดในตารางข้างต้น แสดงสัดส่วนของจำนวนเหตุการณ์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่พุ่งสูงขึ้นหลายเท่าตัวนับแต่ปี 2546 เป็นต้นมา สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่สังคมไทยต้องตระหนักและตั้งคำถามต่อแนวทางการจัดการปัญหาของรัฐบาลอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ตัวเลขข้างต้นเป็นเสียงสะท้อนถึงความล้มเหลวของการดำเนินนโยบายของรัฐ ที่เกิดจากโลกทัศน์ที่คับแคบ ไม่อาจเข้าใจความแตกต่างทางวิถีชีวิตของผู้คนได้อย่างที่ควรจะเป็น รูปแบบของเหตุการณ์ ไม่ว่าจะเป็นการวางเพลิงโรงเรียน ทำร้ายข้าราชการ ฯลฯ สะท้อนการตอบโต้ในเชิงสัญลักษณ์ต่อรัฐบาล ที่จัดการปัญหาความขัดแย้งด้วยการเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายที่สร้างเสริมความรุนแรงและนำมาซึ่งความตายตลอดมา

## ข้อเสนอจาก กอส.

รายงานการดำเนินงานของกอส. ได้สรุปข้อเสนอต่อรัฐบาลและสาธารณชน แบ่งออกเป็น 7 หัวเรื่องด้วยกัน ที่สำคัญได้แก่ ข้อเสนอให้มีการตรา **พ.ร.บ. สันติสมานฉันท์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้** (พ.ร.บ.ดับไฟใต้) เพื่อตั้ง 3 องค์การ คือ ศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ สภาพัฒนาพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และกองทุนสนับสนุนการเยียวยาและสมานฉันท์ มีข้อเสนอในเรื่องความยุติธรรมและสิทธิมนุษยชน ด้วยการจัดตั้ง **คณะกรรมการส่งเสริมและอำนวยความสะดวกยุติธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้** เน้นให้มีภาคประชาสังคมเป็นองค์ประกอบ ซึ่งกรม. เห็นชอบเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2549 มีนายอุกฤษ มงคลนาวิน อธิบดีประธานรัฐสภา เป็นประธาน และคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยสิทธิเสรีภาพและความยุติธรรม มีนายกระมล ทองธรรมชาติ อธิบดีประธานศาลรัฐธรรมนูญ เป็นประธาน องค์ประกอบของคณะกรรมการ 2 ชุดนี้มีมาจากภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ แตกต่างจากข้อเสนอของกอส.

นอกจากนี้ กอส. ยังร่วมมือกับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และสหภาพนิสิตนักศึกษา **สมานฉันท์ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้**<sup>16</sup> เพื่อให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย ต่อมาศูนย์ฯ ได้ร่วมมือกับสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม พิสูจน์และติดตามผู้สูญหายจากเหตุการณ์ไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีจำนวนมาก สร้างผลกระทบให้กับครอบครัวผู้สูญหายอย่างใหญ่หลวง นอกจากนี้ก็มีข้อเสนอและมาตรการลดความรุนแรงและการใช้สันติวิธี ด้วยการตั้งคณะกรรมการสันติสุขชุมชนเพื่อเป็นตัวกลางระหว่างประชาชนและภาครัฐบาล ทั้งยังมีข้อเสนอในเรื่องของการสนับสนุนอิสลามศึกษาให้เท่าเทียมสายสามัญ สนับสนุนการใช้ภาษามลายู และการตั้งกองทุนสมานฉันท์แห่งชาติ เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่สงบ เป็นต้น (คณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ 2549)

## สรุป

หากไล่เรียงสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตผู้คนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ อย่างสัมพันธ์กับการก่อตัวเป็นรัฐชาติไทย ภาพที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังคือ การที่ผู้คนในพื้นที่เหล่านั้นมีชีวิตอยู่ร่วมกับความรุนแรงมานานหลายทศวรรษ สิ่งที่เจ็บปวดก็คือเป็นความรุนแรงที่มองไม่เห็น เนื่องจากดำรงอยู่อย่างชอบธรรมภายใต้แนวนโยบายเชิงปฏิบัติของรัฐ และไม่เคยถูกตั้งคำถามหรือตรวจสอบในมิติที่ก่อให้เกิดความรุนแรงและความตายได้เลย

สาเหตุที่มาของความรุนแรงมีรากเหง้ามาจากการถูกเลือกปฏิบัติ ถูกละเมิดสิทธิ โดยเฉพาะทางศาสนา ไม่ได้รับความยุติธรรม เป็นพลเมืองชายขอบ ทั้งหมดนี้เพียงเพราะเป็นมลายูมุสลิม ที่ศูนย์กลางอำนาจรัฐไม่เคยไว้วางใจ และมองประชาชนในพื้นที่นั้นอย่างคลางแคลงใจตลอดมา อย่างไรก็ตาม ปฏิเสธไม่ได้ว่ามีกลุ่มคนในพื้นที่จำนวนหนึ่งที่ลุกขึ้นได้ต่อต่อรัฐเป็นระยะๆ หลายครั้งหลายหนการลุกขึ้นได้กลับนี้เป็นทั้งผลโดยตรงมาจากความรุนแรงและความขัดแย้งที่เกิดปะจักษ์ต่อหน้าต่อตา และเป็นผลสะสมมาจากความรุนแรงเชิงนโยบายที่เกิดขึ้นตลอดมาหลังการก่อตัวของรัฐชาติไทย สำหรับการก่อความไม่สงบที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบันเชื่อกันว่าเป็นการกระทำของหลายกลุ่มบุคคล ด้วยสาเหตุ นานาประการประกอบกัน (ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี 2548)

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นเสียงเรียกร้องให้สังคมไทยต้องเรียนรู้ที่จะเข้าใจถึงเบื้องหลังของปรากฏการณ์ความรุนแรงที่นำมาซึ่งความตายให้มากขึ้น จำนวนตัวเลข ลักษณะของเหตุการณ์ อัตราการตาย ฯลฯ

<sup>16</sup> ศูนย์ฯมีกระบวนการทำงาน 3 ขั้นตอน คือ (1) รับแจ้งคนหาย โดยสหภาพนิสิตนักศึกษาภาค 9 (2) ภาครตรวจพิสูจน์ศพ เริ่มจากศพนิรนาม 300 ศพที่ถูกฝังอยู่ในสุสานแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี ซึ่งคาดว่าส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติก่อน จากนั้นก็เริ่มพิสูจน์ศพใหม่ที่มีการแจ้งเข้ามา และ (3) ติดตามว่าผู้ตายคือใคร

แสดงนัยในทางประชากรศาสตร์การเมือง ที่นักประชากรและสถาบันทางประชากรต่างๆ ควรอธิบายให้กับสังคมไทยได้ ตระหนักถึงความรุนแรงและความตายที่เกิดขึ้นภายใต้นโยบายรัฐ

รัฐชาติไทยควรจะต้องยอมรับความจริงที่ว่า ไม่มีชาติใดที่มีความเป็นเนื้อเดียวกันของผู้คน ไม่ว่าจะเป็นทาง ประวัติศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม และในฐานะรัฐชาติที่มีบทบาทหน้าที่จัดการเรื่องราวสาธารณะของสังคม ไม่เพียงแต่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจสิ่งที่เรียกว่า อัตลักษณ์เชิงซ้อนของกลุ่มวัฒนธรรมย่อยต่าง ๆ และเคารพอัตลักษณ์ของผู้คนที่หลากหลาย แต่ยังจำเป็นต้องกระจายอำนาจการปกครอง รวมถึงการเปิดพื้นที่ทางการเมืองในระบบ ประชาธิปไตยอย่างมีส่วนร่วม (ซึ่งมากกว่าการไปหย่อนบัตรเลือกตั้ง) อย่างเสมอภาคเท่าเทียมต่อประชาชนทุกหมู่เหล่า แนวทางเหล่านี้นอกจากสร้างเสริมความชอบธรรมในการบริหารประเทศต่อรัฐแล้ว ยังเป็นพื้นฐานของการก่อให้เกิดความ สมานฉันท์ที่เรากำลังเรียกร้องกันอยู่ในขณะนี้

### เอกสารอ้างอิง

"ทัพเหยี่ยวตีปีก 'พิราบอ้อย' จ่อย 'แผนสันติได้' ลม นิโรหะ - ถอน ตร.แท้ง". *มติชนสุดสัปดาห์* (16-22 เมษายน 2547)

"แม่ัว' ชูเศรษฐกิจดับไฟใต้ ก้าวย่างที่ต้องระวัง ห่วง 'ซูว์ตูลุเหนือจิตใจ' ไม่อาจตั้งไทยมุสลิมยื่นเคียงข้างรัฐ". *มติชนสุดสัปดาห์* (20-26 กุมภาพันธ์ 2547)

"1 ปีภาคใต้เกิดเหตุร้าย 919 ครั้ง". *ผู้จัดการรายวัน* (7 มกราคม 2548). <<http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=948000002838&Keyword=919>>.

"แผนดับไฟใต้ - ไฟยิงชน 'ผู้นำอิสลาม' บอยคอต จับตา 'จิว - ธรรมรักษ์' ลูกบ้าเที่ยวล่าสุด". *มติชนสุดสัปดาห์* (13-19 กุมภาพันธ์ 2547) *กรุงเทพธุรกิจ* วันที่ 18 กรกฎาคม 2548

คณะกรรมการอิสระไต่สวนข้อเท็จจริงกรณีเหตุการณ์มัสยิดกรือเซะ. 2547. รายงาน คณะกรรมการอิสระไต่สวนข้อเท็จจริงกรณีเหตุการณ์มัสยิดกรือเซะ ภาคแรก. กรุงเทพฯ: เอกสารอัดสำเนา.

คณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ. 2549. *เอาชนะความรุนแรงด้วยพลังสมานฉันท์*. กรุงเทพฯ: สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี.

คณะกรรมการอิสระสอบสวนข้อเท็จจริงกรณีมีผู้เสียชีวิตในเหตุการณ์อำเภอดงไจ้ จังหวัดนราธิวาส. 2547. รายงาน คณะกรรมการอิสระสอบสวนข้อเท็จจริงกรณีมีผู้เสียชีวิตในเหตุการณ์อำเภอดงไจ้ จังหวัดนราธิวาส. กรุงเทพฯ: เอกสารอัดสำเนา.

เฉลิมเกียรติ ขุนทองเพชร. 2548. *หะยีสุหลง อับดุลกาเดร์ กบฏ...หรือวีรบุรุษแห่งสี่จังหวัดภาคใต้*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน.

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. 2547. *ความรุนแรงกับการจัดการ "ความจริง": ปัตตานีในรอบกึ่งศตวรรษ*. รายงานการวิจัย โครงการการวิจัยจัดการความจริงในสังคมไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. เอกสารอัดสำเนา.

นิธิ เที่ยวศรีวงศ์. 2548. *ประวัติศาสตร์ชาติ บัญญาชน*. กรุงเทพฯ: มติชน.

ใบปลิวเคลื่อนไหวโจมตี "212ปี" เป็อนอดีตยะลา. *นสพ.ไฟท์สงขลา*. 16-22 กันยายน 2545. <<http://www.pattanitoday.com/html/modules.php?name=News&file=article&sid=70>>

ผู้จัดการรายวัน วันที่ 5 มกราคม 2549

มารค ตามไท. 2546. *จังหวัดชายแดนภาคใต้ : บททดสอบปัญญาทางการเมืองการปกครองของประเทศไทย*. (บทความเขียนให้ราชบัณฑิตยสถาน เพื่อตีพิมพ์ในหนังสือเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในวโรกาสที่มีพระชนมายุ 75 พรรษา).

ศรีสมภพ จิตร์ภิรมย์ศรี 2548ก. "หนึ่งปีหนึ่งทศวรรษความรุนแรงชายแดนภาคใต้: ปริศนาของปัญหาและทางออก" *รัฐศาสตร์สาร*. ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 หน้า 79-90.

ศรีสมภพ จิตต์ภิรมย์ศรี 2548ข. ความรุนแรงเชิงโครงสร้างหรือโครงสร้างความรุนแรงในจังหวัดชายแดนใต้ : สถานการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในรอบ 2 ปี (พ.ศ.2547-2548). รายงานนำเสนอต่อ กอส. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ, 2549

สุรินทร์ พิศสุวรรณ. 2525. *นโยบายประสมประสานชาวมาเลย์มุสลิมในประเทศไทยสมัยรัตนโกสินทร์*. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (เอกสารประกอบการสัมมนา สองทศวรรษรัตนโกสินทร์: ความเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย)

อิบรอฮีม ชุกรี. 2541. *ประวัติราชอาณาจักรมลายูปัตตานี*. หะสัน หมัดหมาน, มะหามะซากี เจ๊ะหะ และ ดลมนรจน บากา (แปลและเรียบเรียง). ปัตตานี: โครงการจัดตั้งสถาบันสมุทรรัฐเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.

อิมรอน มะลูลีม. 2538. *วิเคราะห์ความขัดแย้งระหว่างรัฐบาลไทยกับมุสลิมในประเทศไทย: กรณีศึกษากลุ่มมุสลิมในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้*. กรุงเทพฯ: อิสลามิคอะเคเดมี.

# ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการตาย

ศรินันท์ กิตติสุขสถิต<sup>1</sup>

และ วณิชพล มหาอาชา<sup>2</sup>

## บทนำ

นับเป็นเรื่องน่าติดตาม เมื่อนำเอาวัฒนธรรมไทยที่เกี่ยวข้องกับงานศพมาเกี่ยวพันกับธุรกิจต่าง ๆ เช่น ธุรกิจการขายหีบศพ ธุรกิจการขายพวงหรีด ธุรกิจการจัดเลี้ยงอาหารในงานศพ และธุรกิจบริการจัดงานศพแบบครบวงจร บทความนี้มีวัตถุประสงค์เสนอภาพการพัฒนาและความเชื่อมโยงของการจัดงานศพตามวัฒนธรรมประเพณี “ไทยพุทธ” ในสังคมเมืองกับธุรกิจบริการที่เกี่ยวข้องกับการตาย โดยวิเคราะห์ความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ระดับลึกผู้ประกอบการธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการจัดงานศพในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 ได้แก่ ผู้ประกอบการผลิตและขายหีบศพ พวงหรีด ดอกไม้จันทน์ และอาหารในงานศพ รวมทั้งความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ระดับลึกพระภิกษุในวัด เขตกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ ยังได้อ้างอิงองค์ความรู้ที่ได้จากเอกสารงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับธุรกิจงานศพของบริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด เมื่อปี พ.ศ. 2540 ด้วย

## ธุรกิจบริการที่เกี่ยวข้องกับการตาย

การจัดงานศพถือเป็นวัฒนธรรมที่ปฏิบัติสืบต่อกันมายาวนาน เป็นประเพณีปฏิบัติที่ผู้อยู่กระทำให้กับผู้ตาย เพื่อแสดงความเคารพรักและอาลัย ให้เกียรติและสำนึกในบุญคุณ และยกย่องผู้ตายเป็นครั้งสุดท้าย การจัดงานศพโดยทั่วไปแล้ว ต้องมีการซื้อโลงบรรจุศพ มีการสวดศพที่วัด มีการจัดหาดอกไม้ประดับหน้าศพ พวงหรีด จัดเตรียมอาหารและเครื่องดื่มแก่ผู้มาร่วมงานศพ หลังจากนั้นเป็นพิธีการเผาศพ ซึ่งในการจัดการดังกล่าว ล้วนต้องอาศัยธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการตายทั้งสิ้น ที่เด่นชัดที่สุดคือ ธุรกิจการผลิตและขายหีบศพ ซึ่งในแต่ละปี สามารถสร้างรายได้ต่ำกว่าพันล้านบาทต่อปี (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2540) ขณะเดียวกัน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ธุรกิจการผลิตและขายพวงหรีด ก็สร้างรายได้ต่ำกว่าหลักร้อยล้านบาทขึ้นไปต่อปี และก่อให้เกิดการจ้างงานอย่างต่อเนื่อง ในบทความนี้จะนำเสนอภาพธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการตาย รวม 4 ประเภท ดังต่อไปนี้

### 1. ธุรกิจการผลิตและขายหีบศพ

หีบศพที่ขายทั่วไปมี 3 ประเภท ได้แก่ หีบศพไทย หีบศพจีน และหีบศพคริสต์ **วัสดุที่ใช้ในการผลิตหีบศพทั่วไป** นิยมใช้ไม้ยางมากที่สุด ร้อยละ 35 รองลงมาได้แก่ ไม้อัด ร้อยละ 20 เนื่องจากเป็นไม้แปรรูปที่เข้ามาทดแทนความต้องการไม้ยาง และยังเป็นวัสดุส่งเสริมสิ่งแวดล้อมและลดการอนุรักษ์ป่าไม้ ญาติผู้เสียชีวิตบางรายต้องการหีบศพที่ทำจากเนื้อไม้ที่สวยงามและทนทาน ผู้ผลิตจึงใช้ไม้สักซึ่งมีราคาค่อนข้างแพง มาทำหีบศพถึงร้อยละ 18 ในการผลิตหีบศพจีน ผู้ผลิตร้อยละ 13 นิยมใช้ไม้จำปา ส่วนผู้ผลิตที่เหลืออีกจากร้อยละ 2 นิยมผลิตหีบศพที่ทำจากไม้หลากหลายชนิด เช่น ไม้ทุเรียน ไม้จิว หรือไม้ขนุน เป็นต้น (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2540)

**รูปแบบของหีบศพ** จากการสำรวจ พบว่า ผู้ประกอบการธุรกิจขายหีบศพ ร้อยละ 86 ผลิตหีบศพที่มีรูปแบบเป็นทรงสี่เหลี่ยมคล้ายคอกัน ต่างกันเพียงลวดลายไทยประดับหีบศพที่วิจิตรงดงาม อย่างไรก็ตาม ผู้ประกอบการธุรกิจขายหีบศพ ร้อยละ 14 มีการผลิตรูปแบบหีบศพแตกต่างจากร้านอื่น ๆ โดยรับทำหีบศพตามสั่ง ส่วนใหญ่เป็นหีบศพที่มีราคาแพง อาทิ

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรประชากรศาสตร์ชุมชน (นานาชาติ) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

หีบมุกที่มีลวดลายสวยงามราคาประมาณ 120,000-200,000 บาท และหีบศพติดแอร์ ทำด้วยเหล็กสแตนเลส มีเครื่องควบคุมอุณหภูมิภายใน ซึ่งสามารถปรับอุณหภูมิได้ต่ำสุดถึง 0 องศาเซลเซียส ราคา "หีบศพติดแอร์" นี้อยู่ระหว่าง 30,000-60,000 บาท นิยมใช้ในแถบจังหวัดภาคกลาง เช่น อุดรธานี และพิจิตร เป็นต้น จากการสัมภาษณ์พบว่า แนวคิด "หีบศพติดแอร์" นี้ เกิดจาก ร้านสุริยาหีบศพ สาขาพวานนง เป็นผู้คิดและผลิตเป็นเจ้าแรก เพื่อบริการให้กับวัดในชนบทห่างไกลที่ไม่สะดวกในการเดินทางสำหรับการชดยกันศพเน่าเปื่อยเร็ว

**ขนาดของหีบศพ**ขึ้นอยู่กับขนาดร่างกายของศพ โดยทั่วไปยาวมาตรฐาน 1.80 เมตร และกว้างตั้งแต่ 18 นิ้ว 20 นิ้ว และ 22 นิ้ว ตามลำดับ ถ้าต้องการความกว้างมากกว่า 22 นิ้ว ญาติผู้เสียชีวิตต้องสั่งทำเป็นกรณีพิเศษ ทั้งนี้ราคาขึ้นอยู่กับขนาด ชนิดของไม้ที่นำมาผลิตหีบศพ ตลอดจนลวดลายที่ปรากฏอยู่บนหีบศพอีกด้วย

**ราคาของหีบศพ** ผู้ประกอบการรายใหญ่ที่ทำธุรกิจการผลิตและจำหน่ายหีบศพเป็นเวลากว่า 3 ทศวรรษ ระบุว่า ปัจจุบัน หีบศพชนิดถูกมีราคาอยู่ระหว่าง 800-1,500 บาท หีบศพชนิดแพงมีราคาอยู่ระหว่าง 4,500-8,000 บาท โดยทั่วไปนิยมขายเป็นชุด (package) คือ ขายหีบศพควบกับบริการเบื้องต้น ซึ่งหมายถึง การชดยกันเน่า การแต่งตัวให้ศพ และการเคลื่อนย้ายศพไปวัด การขายแบบชุดนี้ กรณีหีบศพชนิดราคาถูกพร้อมบริการ ราคาโดยทั่วไปประมาณ 2,500-3,500 บาท ถ้าเป็นหีบศพชนิดแพงมีราคาตั้งแต่ 6,000 บาทจนถึงหมื่นบาทขึ้นไป

**ความนิยมในการผลิตและขายหีบศพ** จากผลการสำรวจ ร้านขายหีบศพ ร้อยละ 93 นิยมขายหีบศพมากกว่า 2 ประเภทขึ้นไป ส่วนที่เหลือร้อยละ 7 ขายเฉพาะหีบศพไทยเพียงอย่างเดียว สำหรับความนิยมของผู้ซื้อหีบศพ พบว่าญาติผู้เสียชีวิต ซื้อหีบศพไทยมากที่สุด ร้อยละ 39 รองลงมา ร้อยละ 36 ซื้อหีบศพจีน แตกต่างกันไปเพียงเล็กน้อย แม้ว่าสนนราคาหีบศพจีนจะแพงกว่าหีบศพไทยมากก็ตาม

**ความมั่นคงของธุรกิจการผลิตและขายหีบศพ** กล่าวกันว่า ธุรกิจการผลิตและขายหีบศพนั้นเป็นธุรกิจที่ไม่มีวันตาย เนื่องจากเป็นธุรกิจจำเป็นและเป็นที่ต้องการ โดยเห็นได้ว่า ตั้งแต่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจปีพ.ศ. 2539 เป็นต้นมา แม้ภาวะเศรษฐกิจจะฝืดเคือง หลากหลายธุรกิจต่างประสบปัญหาในการดำเนินงานอย่างทั่วหน้าและต่อเนื่อง บ้างอยู่ได้ด้วยสายป่านของแหล่งทุนและการแข่งขันที่รุนแรง บ้างถูกผลกระทบอย่างหนักหน่วงจนต้องปิดกิจการลงถาวร เช่น ธุรกิจเสื้อผ้าสิ่งทอ ธุรกิจอาหารบางประเภท แตกต่างจาก "ธุรกิจขายหีบศพ" ที่ไม่ได้รับผลกระทบ หากพิจารณาจากอัตราการตายของคนไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เช่น ในปีพ.ศ. 2539 มีทั้งสิ้น 314,307 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 จากปีพ.ศ. 2538 ที่มีจำนวน 298,468 คน เมื่อพิจารณาราคาขายหีบศพโดยเฉลี่ยประมาณ 4,500 บาทต่อโลง ธุรกิจขายหีบศพในปีพ.ศ. 2539 สร้างรายได้ที่มีมูลค่าไม่น้อยกว่า 1,400 ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจุบัน ซึ่งมีประมาณการจำนวนคนตายปีพ.ศ. 2549 คือ 450,000 คน (ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ 2549) ด้วยราคาหีบศพเฉลี่ย 4,500 บาทต่อโลง ธุรกิจขายหีบศพในปัจจุบันสร้างรายได้มูลค่าอย่างต่ำประมาณ 2,000 ล้านบาท

นอกจากนี้ ธุรกิจดังกล่าวยังเป็นการส่งเสริมธุรกิจโรงงานอุตสาหกรรมและธุรกิจครัวเรือนอีกด้วย กล่าวคือ ร้านขายหีบศพในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑลเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 67) ส่วนใหญ่เป็น **ร้านที่ผลิตและขายเอง** ที่เหลืออีกร้อยละ 33 เป็น **ร้านค้าปลีก** ซึ่งรับสินค้าจากผู้ผลิตรายใหญ่มาขาย (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2540) เมื่อนำมาเทียบเคียงกับจำนวนการตายของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน สามารถบ่งชี้ได้ว่า ความต้องการและความจำเป็นในการผลิตและใช้หีบศพ เพิ่มมากขึ้นตามจำนวนผู้เสียชีวิต ธุรกิจนี้จึงต้องการแรงงานในการผลิต ทั้งแรงงานฝีมือและแรงงานไร้ฝีมือ เกิดกระแสเศรษฐกิจหมุนเวียนทั้งการผลิต การขาย และการจ้างงาน สำหรับผู้ประกอบการขนาดเล็ก การผลิตหีบศพอาจจัดเป็นอุตสาหกรรมภายในครอบครัว เงินลงทุนของผู้ประกอบการมากน้อยขึ้นอยู่กับทำเลที่ตั้ง และขนาดของหน้าร้านเป็นสำคัญ



## 2. ธุรกิจเกี่ยวเนื่องกับการสวดและเผาศพ

เมื่อมีผู้เสียชีวิตในครอบครัว คำถามลำดับต้น ๆ ของญาติผู้เสียชีวิตคือ เกณฑ์ในการเลือกวัดที่ใช้สวดและเผาศพ ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่าง ๆ ในกรงาน ซึ่งญาติผู้เสียชีวิตต้องคำนึงถึงอย่างเหมาะสมกับฐานะของตน โดยมีการสำรวจหลักเกณฑ์ดังกล่าวไว้ ใน พ.ศ. 2540 (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2540) ดังนี้

**ก. การเลือกวัดที่ใช้ในการสวดอภิธรรมและเผาศพ** หลักเกณฑ์ที่ญาติผู้เสียชีวิต มักใช้พิจารณาในการตัดสินใจเคลื่อนย้ายศพไปตั้งสวดอภิธรรมในวัดที่เหมาะสม ได้แก่

“กรณีผู้เสียชีวิตที่ประกอบคุณงามความดี” และหากได้รับ “พระราชทานเพลิงศพ” ญาติมิตรของผู้เสียชีวิตมักประกอบพิธีสวดอภิธรรมและพระราชทานเพลิงศพใน “วัดหลวง” เป็นส่วนใหญ่

“กรณีผู้เสียชีวิตที่รับราชการเป็นตำรวจ ทหาร หรือข้าราชการอื่น ๆ” ญาติจะนำศพไปตั้งสวดอภิธรรมที่ “วัดในสังกัด” เช่น ฌาปนกิจสถานของตำรวจที่วัดตรีศกพิศพ ฌาปนกิจสถานของทหารอยู่ที่วัดโสมนัสวิหาร เป็นต้น

“กรณีทั่วไป” ญาติมักเลือก “วัดใกล้บ้าน” ที่ช่วยร่นระยะเวลาการเดินทาง และประหยัดค่าใช้จ่าย

**ข. ค่าใช้จ่ายในการสวดอภิธรรมและเผาศพ** โดยทั่วไปได้แก่

1) **ค่าบำรุงในการสวดอภิธรรม** กรณีวัดขนาดเล็กทั่วไป มักกำหนดอัตราค่าศาลา 500 บาทต่อคืน ส่วนวัดขนาดใหญ่ มักเรียกเก็บค่าบำรุงเพิ่มขึ้นเท่าตัวคือประมาณ 1,000 บาทต่อคืน นอกเหนือจากนี้ หากศาลาติดเครื่องปรับอากาศ จะมีค่าบำรุงสูงถึง 2,500 บาทต่อคืน *ค่าธรรมสังฆ* วัดส่วนใหญ่มีบริการ “โกดังเก็บศพ” ภายในบริเวณวัด โดยบริจาคเป็นค่าบำรุงวัดประมาณ 500-1,000 บาทต่อศพ

2) **ค่าบำรุงในการเผาศพ** ประกอบด้วย *ค่าเมรุ* ส่วนใหญ่ประมาณ 500-1,000 บาท *ค่าเผาศพ* กรณีเผาแบบเตาถ่านทางวัดจะเรียกค่าบำรุงประมาณ 250-300 บาท กรณีเผาด้วยน้ำมันมีราคาแพงกว่า คือประมาณ 500-1,000 บาท

3) **ค่าตอบแทนสัปเหร่อ** เฉลี่ยวันละ 50 บาท ส่วนในวันเผาผู้ที่เผาศพจะมีรายได้ประมาณ 300 บาท สำหรับรายได้ของสัปเหร่อ วัดเล็กๆ จะมีรายได้เพียง 1,500-3,000 บาทต่อเดือน แตกต่างจากสัปเหร่อวัดกลางกรุงที่มีรายได้ค่อนข้างดี เช่น วัดขนาดใหญ่ในเขตกรุงเทพฯ ย่านหัวลำโพง หากตั้งสวดอภิธรรม 2 วัน สัปเหร่อจะมีรายได้ถึง 1,200 บาท/งาน สวด 3 วัน สัปเหร่อจะมีรายได้ 1,500 บาท/งาน ถ้าเดือนไหนงานชุก สัปเหร่อตามวัดขนาดใหญ่ในเมืองใหญ่ อาจมีรายได้ถึง 10,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป โดยได้จากเจ้าภาพงานศพเป็นสำคัญ

**ข้อสังเกตที่น่าสนใจ** คืออาชีพ “สัปเหร่อ” เป็นบุคคลที่จำเป็นและสำคัญที่สุดในการทำพิธีเผาศพ เนื่องจากมีหน้าที่ตั้งแต่การเคลื่อนย้ายศพเข้ามาในบริเวณวัด จนกระทั่งส่งศพขึ้นบนเตาเผา ซึ่งเป็นงานบริการที่ค่อนข้างหนักและเหนื่อย และต้องการมืออาชีพที่สมัครใจ สัปเหร่อในอดีตจะตั้งมั่นอยู่ในศีล ยึดถือธรรมะเป็นหลักในการดำเนินชีวิต โดยเชื่อว่าสัปเหร่อมักมี “คาถา” พิเศษสำหรับป้องกันตัว หรือสยบวิญญาณร้าย (ศูนย์วิจัยกสิกร, 2540) อย่างไรก็ตาม อาชีพสัปเหร่อไม่อยู่ในความนิยม เนื่องจากสังคมไทยถือว่า เป็นอาชีพที่ไม่เป็นมงคลทำให้มีจำนวนน้อย จนเกรงว่าอาจนำไปสู่การขาดแคลนผู้สืบทอดวิธีการจัดการศพและการถ่ายทอดคาถาพิเศษ จึงควรปลูกฝังให้เกิดทัศนคติด้านบวกในการประกอบอาชีพสัปเหร่อ ซึ่งเป็นอยู่คู่กับธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการตาย พร้อมทั้งยกระดับให้เป็นที่ยอมรับของสังคมไทย เช่น อาจมีเรียกขานอาชีพนี้ใหม่ จาก “สัปเหร่อ” เป็น “อาจารย์เมรุ” หรือก่อตั้งเป็น “ชมรมอาจารย์เมรุ” เพื่อรวบรวมบุคลากรที่ทำอาชีพนี้มาเป็นผู้ฝึกสอนคนรุ่นต่อไป รวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมการสืบทอดอาชีพสัปเหร่อให้กับคนรุ่นหลัง

อย่างไรก็ตาม **ค่าใช้จ่ายในการสวดอภิธรรมและเผาศพ** ซึ่งได้จากการพูดคุยระดับลึกเจ้าหน้าที่ประจำวัดขนาดใหญ่และขนาดกลางในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล (พ.ศ. 2549) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการ *สวดอภิธรรม ค่าธรรมสังฆ และค่าเมรุ* ยังคงเท่ากับค่าใช้จ่ายในปีพ.ศ. 2540 ส่วนค่าใช้จ่ายที่ปรับตัวไปบ้างนั้น ได้แก่ *ค่าเผาศพ* แบบใช้เตา

ถ่านเสียค่าบำรุงเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว คือประมาณ 500-600 บาท ส่วนการเผาด้วยน้ำมัน ประมาณ 1,500 บาท ขึ้นอยู่กับราคาน้ำมันในตลาด ส่วนค่าตอบแทนสัปเหร่อ คิดเฉลี่ยวันละ 100 บาท ปรับขึ้นจากปี 2540 ที่ได้วันละ 50 บาท สำหรับค่าตอบแทนของผู้ที่ทำหน้าที่ในการเผาศพ พบว่าไม่เปลี่ยนแปลงจากเมื่อปีพ.ศ. 2540 คือประมาณ 300 บาท

4) **ค่าดอกไม้ประดับหีบศพและเมรุ** แตกต่างกันตามประเภทดอกไม้ ทั่วไปราคาประมาณ 2,000-5,000 บาท อย่างไรก็ตาม พบว่า ญาติผู้ตายที่มีฐานะร่ำรวยบางรายให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ เพราะเชื่อว่า ความสวยงามของดอกไม้ประดับหีบศพในงานสวดอภิธรรม นอกจากจะเชิดชูผู้เสียชีวิตอย่างสมเกียรติสมฐานะและชาติตระกูลแล้ว ยังแสดงความมั่นคงและมั่งคั่งของครอบครัวอีกด้วย ดังที่ปรากฏในข่าวสังคมของบุคคลในวงสังคมชั้นสูงที่มีราคาการจัดดอกไม้อยู่ที่หลักแสนบาท ซึ่งเป็นที่นิยมของบุคคลในวงสังคมชั้นสูงของกรุงเทพฯ ไม่น้อย

5) **ค่าอาหารจัดเลี้ยงในงานศพ** โดยทั่วไปประมาณ 2,000-5,000บาทต่อคืน

6) **ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด** ได้แก่ ค่าสายสิญจน์ ผ้าขาว ค่าปัจจัยถวายพระในแต่ละคืนที่สวดอภิธรรม ค่าดอกไม้จันทน์ รวมทั้งค่าของระลึกร่างในงานเผาศพ รวมทั้งสิ้นเฉลี่ยประมาณ 2,000-5,000 บาท

#### **ประมาณการค่าใช้จ่ายในการสวดอภิธรรมและเผาศพโดยเฉลี่ยต่อ 1 ราย**

จากรายงานของบริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด เมื่อปี พ.ศ. 2540 พบว่า ค่าใช้จ่ายอย่างต่ำในกรณีตั้งสวดอภิธรรมและเผาศพ 3 วัน ประมาณ 12,000–15,000 บาท กรณี 5 วันประมาณ 16,000–20,000 บาท และกรณี 7 วันประมาณ 20,000 บาทขึ้นไป (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2540)

อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์ระดับลึกพระภิกษุในวัดขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับประมาณการค่าใช้จ่ายในการสวดอภิธรรมและเผาศพแบบครบวงจร โดยรวมการสวดอภิธรรม ดอกไม้จัดหน้าศพ พวงหรีด ดอกไม้จันทน์ ค่าเตาเผา ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด เฉลี่ยต่อ 1 ราย ณ ปัจจุบัน (พ.ศ. 2549) พบว่า ในวัดขนาดเล็ก มีค่าใช้จ่ายประมาณวันละ 3,000–5,000 บาท (3 วัน ประมาณ 9,000–15,000 บาท กรณี 5 วัน ประมาณ 15,000–25,000 บาท และกรณี 7 วัน ประมาณ 21,000-35,000 บาท) วัดขนาดกลาง มีค่าใช้จ่ายประมาณวันละ 8,000-9,000 บาท (3 วัน ประมาณ 24,000-27,000 บาท กรณี 5 วัน ประมาณ 40,000-45,000 บาท และ กรณี 7 วัน ประมาณ 56,000- 63,000 บาท) และวัดขนาดใหญ่ มีค่าใช้จ่ายอย่างต่ำประมาณวันละ 10,000 บาท (3 วัน ประมาณ 30,000 บาท กรณี 5 วัน ประมาณ 50,000 บาท และ กรณี 7 วัน ประมาณ 70,000 บาทขึ้นไป) (ดูตาราง 1 และ ตาราง 2)

**ตาราง 1 ประมาณการค่าใช้จ่ายในการสวดอภิธรรมและเผาศพโดยเฉลี่ยต่อ 1 ราย ปี พ.ศ. 2540**

ค่าใช้จ่ายในการสวดอภิธรรมและเผาศพ โดยเฉลี่ยต่อ 1 ราย	บาท
3 วัน	12,000 – 15,000
5 วัน	16,000 – 20,000
7 วัน	20,001 ขึ้นไป

ที่มา: ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2540

ตาราง 2 ประมาณการค่าใช้จ่ายในการสวดอภิธรรมและเผาศพโดยเฉลี่ยต่อ 1 ราย ปีพ.ศ. 2549

ค่าใช้จ่ายในการสวดอภิธรรม และเผาศพโดยเฉลี่ยต่อ 1 ราย	3 วัน (บาท)	5 วัน (บาท)	7 วัน (บาท)
วัดขนาดเล็ก	9,000 – 15,000	15,000 – 25,000	21,000 – 35,500
วัดขนาดกลาง	24,000 – 27,000	40,000 – 45,000	56,000 – 63,000
วัดขนาดใหญ่	30,000+	50,000+	70,000+

ที่มา: ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และ วณิชพล มหาอาษา, สัมภาษณ์ระดับลึก, 2549

**ประเด็นเกี่ยวเนื่องที่น่าสนใจของธุรกิจเกี่ยวกับการตาย** และการเลือกใช้วัดที่ใช้จัดงานศพ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ระดับลึกผู้ผลิตและขายหีบศพรายหนึ่ง ระบุว่า ปัจจุบัน วัดซึ่งเป็นที่ยอมรับในการสวดพระอภิธรรมและเผาศพในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่ใกล้เคียง มีพัฒนาการของ**ธุรกิจต่อเนื่องแบบครบวงจร** ให้บริการแก่ญาติผู้เสียชีวิต ได้แก่ การจัดหาหีบศพตามประเภทที่ตกลง การแต่งตัวศพ การฉีดยากันศพเน่า การเคลื่อนย้ายศพไปวัด รวมถึงรูป เทียน สายสิญจน์ และผ้าขาว หลังจากนั้น ร้านขายหีบศพจะส่งต่อให้ไปรับบริการจากผู้ดูแลศาลาของวัดที่จัดงาน เข้าสู่พิธีการตามประเพณีการสวดและเผาศพ

การรับบริการช่วงนี้ ญาติของผู้เสียชีวิตเพียงแต่เตรียมค่าใช้จ่ายตามที่ตกลงกันไว้เท่านั้น โดยผู้ดูแลศาลาวัดจะเป็นผู้จัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ในพิธีการสวดอภิธรรม จัดเตรียมพิธีการรดน้ำศพ (ถ้ามี) การจัดดอกไม้หน้างาน การจัดพวงหรีด เครื่องถวายพระ ดอกไม้จันทน์ อาหารว่าง และของที่ระลึก จนกระทั่งเก็บหรือเผาศพ

พัฒนาการของธุรกิจดังกล่าวนี้ ผู้ผลิตและขายหีบศพให้ความเห็นว่า เกิดจากสถานการณ์โดยทั่วไปของญาติผู้เสียชีวิตที่กำลังตกอยู่ในความโศกเศร้าเสียใจ และไม่ได้มีการเตรียมตัวในการจัดงานศพ เมื่อมาติดต่อกับ วัดจะให้คำปรึกษาและแนะนำกระบวนการจัดงานศพทั้งหมด เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลศาลาสวดศพจึงเกิดแนวคิดให้บริการจัดงานศพแบบครบวงจร ตลอดจนแนะนำข้าวของเครื่องใช้จำเป็นต่าง ๆ ที่ใช้ในการจัดงานศพตามระดับราคาที่ต้องการ ซึ่งช่วยลดความยุ่งยากให้แก่ญาติผู้เสียชีวิตได้มาก จนเป็นที่นิยม เป็นทั้งรายได้หลักและรายได้เสริมให้กับผู้เกี่ยวข้องอย่างเป็นล่ำเป็นสัน และมีแนวโน้มที่จะเป็นอาชีพที่มั่นคงต่อไป

**ธุรกิจต่อเนื่องและธุรกิจครบวงจรเกี่ยวกับการตายนี้** นับเป็นพัฒนาการจากผู้ประกอบการผลิตและขายหีบศพ โดยเฉพาะที่ประกอบธุรกิจต่อเนื่อง เช่น รับทำหน้าที่เชิญศพ การแต่งหน้าแต่งตัวเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ศพ ขายเครื่องใช้ในงานศพ รับจัดดอกไม้ ขายเป็นพวงหรีด จัดอาหารว่าง และรับทำพิธีรดน้ำศพ เป็นต้น (ศุภนิยวิจักขณกรไทย 2540) เห็นได้ว่า มีเครือข่ายการแตกย่อยไปสู่ธุรกิจอื่น ๆ กล่าวคือ เมื่อมีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะติดต่อให้ผู้ประกอบธุรกิจการผลิตและขายหีบศพเป็นผู้ให้บริการ ทั้งนี้ ผู้ประกอบการได้บริจาครายได้ส่วนหนึ่งบำรุงโรงพยาบาล ก่อนจะส่งต่อไปยังผู้ดูแลศาลาวัดที่ใช้เป็นสถานที่ในการสวดอภิธรรมและเผาศพต่อไป

### 3. ธุรกิจพวงหรีด ดอกไม้จันทน์ ของระลึกในงานเผาศพ

จากการสอบถามเจ้าหน้าที่รัฐหลายหน่วยงาน ถึงจำนวนร้านขายพวงหรีดในกรุงเทพมหานคร พบว่าไม่มีข้อมูล เนื่องจากไม่มีการเก็บข้อมูลร้านขายพวงหรีดและดอกไม้โดยเฉพาะ แต่เป็นการจดทะเบียนการค้ารวมทุกประเภท อย่างไรก็ตาม จากการพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญรายหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้นำและดำเนินกิจการมานาน ประมาณการได้ว่า วัดทั่ว ๆ ในกรุงเทพมหานครจะมีร้านขายพวงหรีดตั้งอยู่หน้าวัด ประมาณ 3 ร้าน รวมทั้งร้านที่ขายดอกไม้เป็นหลักแต่มีบริการเสริมใน

การจัดดอกไม้เป็นพวงหรีดอีกประมาณ 2-3 ร้าน ดังนั้น หากนำจำนวนวัดที่มีทั่วกรุงเทพมหานคร ประมาณ 400 วัด<sup>3</sup> มาคำนวณ จะได้จำนวนร้านดอกไม้ที่ทำธุรกิจเกี่ยวกับพวงหรีดและดอกไม้ที่ใช้ในงานศพ ประมาณ 2,400 ร้าน

**พวงหรีด**ทั่วไป มี 3 ประเภท ได้แก่ พวงหรีดที่ทำจากดอกไม้สด พวงหรีดที่ทำจากดอกไม้แห้ง และพวงหรีดที่ใช้วัสดุผ้าขนหนูมาเป็นตัวหรีด ราคาพวงหรีดประเภทดอกไม้สดมีราคาเฉลี่ยสูงที่สุด คือ 500-3,000 บาท ซึ่งเป็นที่นิยมมากที่สุด รองลงมาเป็นพวงหรีดแบบดอกไม้ประดิษฐ์หรือดอกไม้แห้ง ราคา 500-1,500 บาท สำหรับพวงหรีดที่ทำด้วยวัสดุผ้าเป็นพวงหรีดที่มีผู้นิยมน้อยที่สุดและมีราคาต่ำที่สุดคือ 300-1,500 บาท

จากการพูดคุยกับผู้ประกอบการธุรกิจพวงหรีด เห็นได้ว่า การผลิตพวงหรีด เป็นธุรกิจที่สร้างงานให้แก่ชุมชน ทั้งยังมั่นคงและสร้างรายได้อย่างต่อเนื่องอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นการจ้างงานของเกษตรกรชาวไร่ ชาวนา ในการปลูกและตัดไม้ดอกไม้ การจ้างแรงงานในการจัดทำตกแต่งพวงหรีด การจ้างแรงงานในการขนส่งพวงหรีดไปตามวัดต่าง ๆ เป็นต้น ผู้ประกอบการรายหนึ่ง ให้ข้อมูลว่า ธุรกิจการผลิตและขายพวงหรีดมีเงินหมุนเวียนในตลาดเป็นหลักพันล้านบาทต่อปี สอดคล้องกับข้อมูลจากหนังสือพิมพ์สยามธุรกิจ ระบุว่า ตลาดร้านดอกไม้ของประเทศไทยในปัจจุบันมีมูลค่าประมาณ 7.5 พันล้านบาท แบ่งเป็น ดอกไม้สด 1.2 พันล้านบาท ดอกไม้จัดส่งถึงบ้าน 2 พันล้านบาท และพวงหรีด 4.3 พันล้านบาท ราคาของพวงหรีดในปัจจุบัน มีตั้งแต่หลักร้อยไปจนถึงหลักพัน หากเป็นร้านดอกไม้ในเขตเมือง ก็จะมีบริการส่งถึงงาน และพวงหรีดดอกไม้สดยังคงเป็นประเภทที่ได้รับความนิยมมากที่สุด<sup>4</sup>

พัฒนาการของการผลิตพวงหรีดที่น่าสนใจเกิดขึ้นเมื่อประมาณ 2 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2547) กล่าวคือ ผู้ก่อตั้งบริษัท เนื่อนานบุญ จำกัด ได้สร้างทางเลือกใหม่ให้กับสังคม โดยการผลิต “กล่องนาบุญ” ซึ่งเป็นพวงหรีดรูปแบบใหม่ออกสู่ตลาด ใช้เป็นตัวแทนแสดงความอาลัยให้กับผู้ที่เสียชีวิต จุดเด่นของ “กล่องนาบุญ” สามารถนำไปใช้ประโยชน์ด้านการศึกษาดูอย่างดี เนื่องจากบรรจุอุปกรณ์ เครื่องใช้ของนักเรียนอยู่ภายใน เช่น กระเป๋านักเรียน สมุด ปากกา ดินสอสี เทียน ไม้บรรทัด อุปกรณ์เครื่องเขียน เครื่องกีฬา เป็นต้น ราคาประมาณ 1,000-2,500 บาท ยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม<sup>5</sup> การผลิตพวงหรีดในรูปแบบ “กล่องนาบุญ” เกิดจากแนวคิดที่ว่าเป็นการทำบุญร่วมกันเป็นครั้งสุดท้าย ระหว่างผู้ส่ง (ผู้ส่ง) ผู้ที่จากไป (ผู้ตาย) และเจ้าภาพ (ครอบครัว ญาติ พี่น้องของผู้ที่จากไป) และเป็นการทำทานให้กับผู้ที่ยากไร้และด้อยโอกาส เนื่องจาก 10% ของมูลค่า “กล่องนาบุญ” ทางผู้ผลิตได้นำไปบริจาคให้กับมูลนิธิชัยพัฒนาในพระบรมราชูปถัมภ์<sup>6</sup> การส่ง “กล่องนาบุญ” แทนพวงหรีดดอกไม้ อาจมีแนวโน้มเป็นที่นิยมในอนาคต เนื่องจากผู้ผลิต ได้มีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ผู้มาซื้อตั้งข้อความตามนี้ “ส่งพวงหรีดไปก็เศร้าเสียเปล่า ส่ง “กล่องนาบุญ” ดีกว่าเขาไปบริจาคได้ด้วย”

**ดอกไม้จันทร์** ไม่ได้เป็นธุรกิจขนาดใหญ่ โดยทั่วไป มีการผลิตดอกไม้จันทร์แบบโบราณ ซึ่งมีความสวยงามและประณีตมาก แต่มีราคาแพง อีกรูปแบบหนึ่งเป็นแบบทั่ว ๆ ไป ที่มีความประณีตและสวยงามน้อยกว่าและราคาถูกกว่ามาก การทำดอกไม้จันทร์ในชุมชนชนบทนั้น พบว่า ได้รับการส่งเสริมจากรัฐให้เป็นอาชีพเสริมรายได้ที่ส่งเสริมภูมิปัญญาไทย เสริมรายได้แก่สตรีและเด็กในครัวเรือนชนบท เน้นการใช้ทรัพยากรพื้นบ้านให้เป็นประโยชน์ และยังส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนของใช้ที่จำเป็นระหว่างหมู่บ้านเนื่องในประเพณีต่าง ๆ เช่น หมู่บ้านที่มีกลุ่มสตรีประดิษฐ์มาลัยดินหอมเพื่อใช้เป็นของชำร่วยในงานแต่งงาน ขณะที่กลุ่มสตรีอีกหมู่บ้านหนึ่งทำดอกไม้จันทร์ เมื่อมีงานศพหรืองานแต่งงานเกิดขึ้น ทั้ง

<sup>3</sup> ประเทศไทยมีศาสนาที่สำคัญคือ ศาสนาพุทธ และ ปัจจุบันมีวัดในพุทธศาสนาประมาณ 30,000 วัดทั่วประเทศ และประมาณ 400 วัดในเขตกรุงเทพมหานคร มีพระสงฆ์ออกพรรษาประมาณ 278,000 รูป (<http://www.geocities.com/Nashville/Opry/3009/history/009.htm>)

<sup>4</sup> <http://www.siamturakit.com>

<sup>5</sup> <http://www.nabun.co.th/box.html>

<sup>6</sup> <http://www.siamturakit.com>

สองหมู่บ้านสามารถแลกเปลี่ยนของข้าว่วยเพื่อใช้ในกิจกรรมของงานแต่ละประเพณีได้ นับเป็นการส่งเสริมการใช้วัสดุพื้นบ้านที่ทำในชุมชน เป็นอาชีพเสริมรายได้ และทำให้เกิดเครือข่ายอาชีพในชุมชนอีกด้วย (อมรา สุนทรธาดา และ ศิริรินทร์ กิตติสุขสถิต 2546)

**ของที่ระลึกในงานศพ** ในที่นี้หมายถึง หนังสือที่ระลึกในงานศพ ซึ่งถ้าเจ้าภาพมีเวลาเพียงพอ เจ้าภาพจะสั่งพิมพ์หนังสืองานศพ เป็นชีวิตประวัติของผู้เสียชีวิตและคำอาลัยจากญาติสนิทมิตรสหาย รวมถึงเกร็ดความรู้ต่าง ๆ แจกจ่ายเป็นที่ระลึกแก่ผู้มาร่วมในงานศพ ราคาทั่วไปอยู่ระหว่าง เล่มละ 20-200 บาท ขึ้นอยู่กับความต้องการของเจ้าภาพ ธุรกิจการพิมพ์หนังสืองานศพในปัจจุบัน มีการจัดรูปเล่มสวยงามและน่าอ่าน นับเป็นธุรกิจหนึ่งที่ทำรายได้ต่อเนื่องให้กับผู้ประกอบการโรงพิมพ์

#### 4. ธุรกิจการจัดเลี้ยงอาหารในงานศพ

การจัดเลี้ยงอาหารแก่ผู้มาช่วยงานรวมถึงผู้มางานสวดอภิธรรมศพนั้น พบว่า เป็นภาระที่สร้างความกังวลและไกล่เกลี่ยให้กับเจ้าภาพเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น จึงมีผู้ประกอบการให้บริการทำ “อาหารหม้อ” ซึ่งหมายถึง อาหารคาวเช่น ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ กระจ่างปลา ข้าวต้มทรงเครื่อง เป็นต้น และ “อาหารกล่อง” ได้แก่ ของว่างที่บรรจุมาในกล่องกระดาษ ประกอบด้วย ขนมปัง คุกกี้หรือขนมไทย เช่น ขนมชั้น หรือขนมสาลี เป็นต้น พร้อมทั้งเครื่องดื่มบรรจุกล่อง นำมาให้บริการแก่ผู้มาร่วมในงานสวดอภิธรรมศพ ปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่นิยมเลี้ยง “อาหารกล่อง” มากกว่าเลี้ยง “อาหารหม้อ”

จากการไปร่วมงานสวดอภิธรรมศพปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานครหรือพื้นที่ใกล้เคียง เห็นได้ว่า วัฒนาการของ “อาหารกล่อง” นับเป็นธุรกิจที่เติบโตก้าวหน้า มีโอกาสสร้างรายได้ให้กับผู้ประกอบการอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ประกอบการที่ทำธุรกิจประเภทนี้อยู่แล้ว จากการสัมภาษณ์ระดับลึกผู้ประกอบการ “อาหารกล่อง” พบว่า มีการแข่งขันค่อนข้างสูง เนื่องจากเป็นที่นิยมของเจ้าภาพ และมักจะสั่งซื้อจากผู้ประกอบการอาหารประเภทขนมปังรายใหญ่ ดังนั้น ผู้ผลิตรายย่อยหรือรายใหม่จึงต้องคิดค้นให้ “อาหารกล่อง” สามารถแข่งขันในตลาด โดยยึดหลัก กล่องบรรจุอาหารต้องสวยงามดูมีราคา อาหารในกล่องต้องอร่อยชวนรับประทาน และราคาไม่สูงเกินกว่าที่เจ้าภาพจะรับได้ ราคา “อาหารกล่อง” โดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 25 บาท – 200 บาท ต่อกล่อง และยังส่งจำนวนมากราคาจะยิ่งถูกลง

#### บทส่งท้าย

ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการตาย สามารถพัฒนาให้เกิดอาชีพแก่ผู้ที่มีชีวิตอยู่ได้อย่างหลากหลาย สร้างรายได้ในแต่ละปีเป็นจำนวนเงินมหาศาล ในปีหนึ่ง ๆ มากกว่าพันล้านบาท และมีแนวโน้มเติบโตและกระจายไปสู่เมืองใหญ่ทั่วประเทศ แม้จะถูกมองว่าเป็นการทำมาหากินบนความโศกเศร้าของผู้อื่น แต่ก็เป็ธุรกิจบริการที่ไม่ได้กระตุ้นให้มีการตายเพิ่มขึ้น ไม่ต้ออาศัยกลยุทธ์ทางการตลาดสร้างยอดขาย ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการตายเป็นเรื่องปกติ ธรรมดา และจำเป็นต้องมี เป็นกิจกรรมบริการที่สร้างอาชีพได้ เกิดการกระจายรายได้ ส่งเสริมภูมิปัญญาไทยพื้นบ้าน และเกิดเครือข่ายชุมชนในชนบท

มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการตายได้ฉันใด ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการตายก็ต้องดำเนินและพัฒนาต่อไปฉันนั้น การส่งเสริมหรือสนับสนุนธุรกิจดังกล่าว นอกเหนือจากเพื่อให้เกิดความมั่นคงและมั่นคงทั้งในระดับประเทศ ชุมชน ครัวเรือน และผู้คนหลากหลายกลุ่มในสังคมไทยแล้ว ควรเน้นถึงความจำเป็นและพอเพียงทั้งผู้ให้และผู้ให้บริการ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ดังคำพังเพยที่ว่า “คนตายขายคนเป็น”

### เอกสารอ้างอิง

ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. ภาวะการตายและความยืนยาวของชีวิตประชากรไทย ใน *ประชากรและสังคม 2549 ภาวะการตาย...ภาพสะท้อนความมั่นคงทางประชากร*. กฤตยา อาชวนิจกุล และวรชัย ทองไทย บรรณาธิการ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. 2540. ธุรกิจงานศพ : คนตายสงบ เจ้าภาพสะท้อน. *กระแสทรรศน์รายเดือน*, 30 มิถุนายน

อมรา สุนทรธาดา และ ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, 2547. *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การส่งเสริมความเป็นผู้นำเชิงเศรษฐกิจของสตรีชนบท: กรณีการมีส่วนร่วมกิจกรรมอาชีพเสริมในจังหวัดกาญจนบุรี* เอกสารวิชาการ โครงการกาญจนบุรี, นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

# วาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตาย

อมรา สุนทรธาดา<sup>1</sup>

หทัยรัตน์ เสียงดัง<sup>2</sup>

ข้าพเจ้าขอปฏิญาณตนว่าจะไม่ให้คำแนะนำหรือการรักษาใดๆ อันเป็นการทำลายชีวิตผู้ป่วยแม้ร้องขอ  
Hippocratic Oath

## บทนำ

ปรากฏการณ์ “การุณยฆาต” เป็นเรื่องใหม่และยังไม่มีเป็นที่ยอมรับในสังคมไทย เมื่อเปรียบเทียบกับบางประเทศในวัฒนธรรมตะวันตก เช่น เนเธอร์แลนด์<sup>3</sup> เบลเยียม ออสเตรเลีย และอังกฤษ เป็นต้น ความคิดเห็นหลากหลายเกี่ยวกับการจัดการชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่หมดหนทางเยียวยาให้หายจากการเจ็บป่วย และมีคุณภาพชีวิตเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ มีศักดิ์ศรี ล้วนมีเหตุผลที่รับฟังได้ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นมุมมองทางการแพทย์ ศาสนา สังคม และความชอบธรรมทางกฎหมาย บทความนี้เป็นการนำเสนอความคิดเห็นต่อสภาวะที่มนุษย์เผชิญกับวาระสุดท้ายแห่งชีวิต ด้วยพยาธิสภาพที่สิ้นหวังและเกินกว่าจะเยียวยาและมีคุณภาพชีวิตในภาวะปกติแล้ว มนุษย์มีสิทธิที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน โดยเลือกที่จะตายได้ด้วยเงื่อนไขอะไรได้บ้าง

## กระบวนทัศน์การุณยฆาต ในวัฒนธรรมตะวันตก

การุณยฆาต หรือ Euthanasia เป็นภาษากรีก ประกอบด้วยคำศัพท์ 2 คำ คือ eu หมายถึง good และ thanatos หมายถึง death แปลรวมความว่า ตายดี ตายสงบ<sup>4</sup>

แนวคิดตะวันตกสำหรับ การุณยฆาต มีข้อพิจารณา 3 ประการ คือ<sup>5</sup>

1. เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บปวดทรมานอย่างแสนสาหัส
2. สิทธิส่วนบุคคลที่จะยุติชีวิตลง
3. บุคคลไม่ควรจะถูกบังคับให้ยืดชีวิตออกไปในสภาพที่ช่วยตนเองไม่ได้ และไร้การรับรู้ทางสมอง

<sup>1</sup> รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> เจ้าหน้าที่วิชาการประจำโครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup> รัฐสภาประเทศเนเธอร์แลนด์ประกาศรับรองกฎหมาย มาตรา 41 เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2544 ว่าด้วยการให้สิทธิผู้ป่วยขอปลิดชีพได้ ตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย โดยแพทย์ไม่มีความผิด (สืบค้นจาก <http://www.euthanasia.com/page4.html> 11 กุมภาพันธ์ 2549)

<sup>4</sup> สืบค้นจาก <http://www.buddhism.siamindustry.com/index2.html> วันที่ 10 เมษายน 2549

<sup>5</sup> The World Medical Association มีสมาชิก 82 ประเทศ ที่ร่วมออกโรดคัดค้านการทำ การุณยฆาต (Mercy Killing)

การุณยฆาต ปัจจุบันใช้กันอยู่ 2 ความหมาย คือ แพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการปลิดชีพด้วยตนเองตามการร้องขอ (active euthanasia) ด้วยการเตรียมอุปกรณ์ให้ เช่น เข็มฉีดยาพิษเข้าเส้นเลือด หน้ากากดมยา หรือการให้ยาในปริมาณเกินมาตรฐาน (overdose) ผ่านสายน้ำเกลือ เป็นต้น การุณยฆาต อีกประเภทหนึ่งคือ การที่แพทย์ทำให้ผู้ป่วยตายด้วยการถอดอุปกรณ์ช่วยเหลือการหายใจ โดยได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย ญาติ หรือพยาน รับผิดชอบต่อกฎหมาย (passive euthanasia) (สืบค้นจาก <http://www.nswrtl.org.au/latestreleases/100730.html> วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2549) อย่างไรก็ตามยังมีข้อถกเถียงกันอยู่ว่า การุณยฆาต ในความหมายที่ถูกต้องควรมีขอบเขตอย่างไร นักวิชาการบางกลุ่มคัดค้าน passive euthanasia และไม่ถือว่าเป็น การุณยฆาต เพราะผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอความตายด้วยตนเอง

ถ้าหากพิจารณาทั้ง 3 เงื่อนไขในเชิงลึกแต่ละกรณีแล้ว จะเห็นว่า กรณีที่บุคคลอยู่ในภาวะที่เจ็บปวดทรมานอย่างแสนสาหัส โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในสภาพที่มีชีวิตอยู่ด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้มีลมหายใจ หรือไม่รับรู้ความเจ็บปวดด้วยการใช้ยาระงับความเจ็บปวดทรมาน ข้อโต้แย้งก็คือ เราจะใช้เทคโนโลยีเอาชนะความเจ็บปวดทรมานได้มากน้อยเพียงไรและนานเพียงใด ภายใต้เงื่อนไขอะไรบ้าง เราจะแยกแยะระหว่างความเจ็บปวดทรมานที่บุคคลหนึ่งกำลังเผชิญอยู่และต้องการหลุดพ้น โดยที่ไม่กดดันทางอารมณ์ หรืออยู่ในภาวะซึมเศร้า ทุกครั้งที่ลืมตาตื่นขึ้นมาพบสภาพที่เจ็บปวดทรมานและเลือกที่จะตายในแต่ละวัน กับความเห็นทางการแพทย์ที่วินิจฉัยว่าบุคคลนั้นๆ ยังมีโอกาสที่จะเยียวยา และมีชีวิตต่อไปได้อีกระยะหนึ่งได้อย่างไร

ความเห็นประการที่ 2 ที่ว่าบุคคลควรมีสติที่จะยุติชีวิตในสภาวะที่พร้อมและสมัครใจ ต่อกรณีนี้ “สิทธิที่จะตาย” ต้องไม่ถูกหยิบยื่นให้กับผู้อื่น นอกจากผู้ที่เป็นเจ้าของชีวิตจะร้องขอเท่านั้น เงื่อนไขนี้จะมีช่องว่างทันทีหากผู้ที่ยิบยื่นความตายให้บุคคลอื่นใช้ดุลยพินิจส่วนตัวตัดสินว่า บุคคลนั้นๆ หมดหนทางที่จะเยียวยาได้จากสภาพทรมานทุกขัทรมาณ เพราะเป็นการล่อแหลมต่อการใช้ “การุณยฆาต” ฟุ่มเฟือยเกินไป

“การุณยฆาต” ในแนวคิดที่ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยไม่ควรจะถูกบังคับให้ยุติชีวิตออกไปในสภาพที่ช่วยตนเองไม่ได้ และไร้การรับรู้ทางสมอง การยึดชีวิตไว้ถือเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยหรือไม่ เราจะมีทางเลือกอย่างไรบ้าง สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะ “ฟื้นไม่ได้ ตายไม่ลง”<sup>6</sup> จะถือว่าเป็นการยึดชีวิตโดยที่ผู้ป่วยไม่ปรารถนาจะทนกับภาวะทรมานนั้นอีกต่อไปหรือไม่ (ทั้งที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และไร้การรับรู้) ทางออกที่มีอยู่ในปัจจุบัน คือ การให้สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย อยู่ในสภาพที่พร้อมตายอย่างมีศักดิ์ศรี สงบ และมีสติ โดยมีคนรักรอบข้างที่ยอมรับการจากไปอย่างมีสติและเห็นความตายเป็นธรรมชาติ แนวคิดในชีควัฒนธรรมตะวันตกเช่นนี้เป็นที่มาของการจัดหาสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย<sup>7</sup> (hospice หรือ in-home hospice) ให้เตรียมตัวตายอย่างมีศักดิ์ศรี และตายอย่างมีสติ ปราศจากการยึดชีวิตไว้ด้วยเทคโนโลยีต่างๆ

**การุณยฆาต** ถูกนำไปปฏิบัติอย่างกว้างขวางในหลายประเทศ อาทิ รัฐบาลเบลเยียมประกาศออกกฎหมาย เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2545 มีผลบังคับใช้วันที่ 23 กันยายน 2545 อนุญาตเฉพาะผู้ป่วยผู้ใหญ่ และให้มีผลบังคับใช้กับผู้ป่วยเด็กในอีก 2 ปีต่อมาแต่ยังมีข้อโต้แย้งว่า แพทย์จะมีสิทธิ์กระทำการุณยฆาตหากที่มื่อการสมองตายได้หรือไม่ ในปี พ.ศ. 2548 มีกฎหมายรองรับให้เภสัชกรและแพทย์สามารถจำหน่ายและใช้อุปกรณ์การทำการุณยฆาตได้ “การุณยฆาตสำเร็จรูป” ดังกล่าว ชื่อขายกันในสนนราคาประมาณ 2,000 บาท ประกอบด้วย ยากล่อมประสาท เช่น Barbiturate และยาประเภทดมให้หมดสติ เป็นต้น

ในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ กฎหมายเปิดช่องให้พิจารณาได้ว่า แพทย์สามารถกระทำการุณยฆาตได้โดยไม่ผิดกฎหมาย ตราบใดที่มีหลักฐานพิสูจน์ได้ว่าไม่มีมูลเหตุที่ “จงใจทำให้ผู้อื่นตาย”

ประเทศเนเธอร์แลนด์ออกกฎหมายรองรับ การุณยฆาต ตั้งแต่ปี 2539 และพบว่าสถิติการตายประมาณ 9.1% ของการตายทั้งหมดต่อปี เกิดจาก การุณยฆาต (2,300 ราย สมัครใจตาย และ 400 ราย ตายเพราะแพทย์ลงมือเอง และ 1,040 ราย ถูกการุณยฆาตโดยผู้ป่วยไม่มีส่วนรับรู้หรือให้ความยินยอม) นอกจากนี้กฎหมายยังเปิดกว้างให้ผู้ป่วยอายุ 12-16 ปี มีสิทธิร้องขอ การุณยฆาต ได้ โดยพ่อแม่หรือญาติให้คำยินยอม<sup>8</sup>

<sup>6</sup> รายละเอียดเพิ่มเติมจากบทความเรื่อง ‘ชีวิตแลกชีวิต’ ของนายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์ ตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน วันที่ 1 ตุลาคม 2548

<sup>7</sup> แนวคิดการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการจัดสถานที่ดูแล เริ่มในประเทศอังกฤษ เมื่อ พ.ศ. 2510 โดย Dame Cicely Saunders เป็นผู้ก่อตั้ง ในสหรัฐอเมริกา จัดตั้งเมื่อ พ.ศ. 2517

<sup>8</sup> สืบค้นจาก <http://www.euthanasia.com/page4.html> วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2549



ในประเทศออสเตรเลีย เฉพาะ Northern Territory เท่านั้น ที่มีกฎหมายรองรับให้แพทย์สามารถกระทำ **การุณยฆาต** ได้ ทั้งในกรณีที่มีผู้ป่วยเองและญาติผู้ป่วยร้องขอ (passive euthanasia) หรือกรณีที่แพทย์มีส่วนช่วยเหลือในการเตรียมอุปกรณ์เพื่อปลิดชีพตามความต้องการของผู้ป่วย และกระทำด้วย **“น้ำมือ”** ของผู้ป่วยเอง (active euthanasia) แต่ภายหลังที่มีเหตุการณืผู้ป่วย 4 ราย ปลิดชีพตนเองด้วยอุปกรณ์ที่ติดตั้งโดยแพทย์ (passive euthanasia) รัฐบาลกลางจึงได้สั่งยกเลิกกฎหมายทันทีในปี พ.ศ. 2540

กรณีของประเทศออสเตรเลีย **การุณยฆาต** กลายเป็นธุรกิจที่น่าสะพรึงกลัว นายแพทย์ Phillip Nitschke ผู้รณรงค์ให้ **การุณยฆาต** กระทำได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย คิดวิธี **การุณยฆาต** เอาไว้ให้เป็นทางเลือก เช่น โปรแกรมสำเร็จรูป death-by-laptop ประกอบด้วย สายยางต่อกับเข็มฉีดยาที่บรรจุยาระงับความรู้สึก เช่น Barbiturate ที่ฉีดเข้าทางเส้นเลือดดำ อุปกรณ์ดังกล่าวจะทำงานพร้อมกับโปรแกรมที่บรรจุใน Laptop เมื่อผู้ป่วยตอบคำถาม ครบ 3 คำถามที่ปรากฏบนจอ การทำงานของโปรแกรมจะเริ่มทันที

คำถามที่สร้างไว้ในโปรแกรม คือ

1. ท่านต้องการเดินเครื่องฉีดสารพิษเพื่อตาย กดปุ่ม “ใช่”
2. ท่านพร้อมที่จะตาย กดปุ่ม “ใช่”
3. ท่านต้องการให้ฉีดสารพิษเข้าเส้นเลือดภายใน 15 วินาที กดปุ่ม “ใช่”

ด้วยวิธีดังกล่าว นายแพทย์ Phillip สรุปว่า แพทย์ไม่ได้ลงมือฆ่าผู้ป่วย แต่เป็นการตายที่ผู้ป่วยตัดสินใจเอง นายแพทย์ Phillip ไม่หยุดยั้งความคิดของเขาเพียงเท่านั้น เขาได้พัฒนาโปรแกรม **การุณยฆาต** ที่ผู้ป่วยสั่งได้ผ่าน Internet เพื่อให้ **การุณยฆาต** ทำได้เร็วยิ่งขึ้นและไม่ต้องมีผู้เกี่ยวข้องมาก สนนราคาอยู่ที่ 2,500 บาท นอกจากนี้ ยังมีอุปกรณ์อื่นๆ อีก เช่น หน้ากากบรรจุคาร์บอนมอนอกไซด์เป็นวิธีง่ายกว่าการใช้เข็มฉีดยาพิษเข้าเส้นเลือดดำ และเหมาะสำหรับผู้ป่วยอายุมากขึ้น ไม่มีใครหยุดยั้งการคิดวิธี **การุณยฆาต** ของนายแพทย์ Phillip ได้ เครื่องมือตัวใหม่ถูกเผยแพร่ใน Internet มากขึ้น แม้แต่วิธีการสำหรับให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงโดยผ่าน Internet ในปี 2547 นายแพทย์ Phillip คิดค้น **“ยาเพื่อเป็นนิรันดร์”** ในราคา 5,000 บาท สามารถเก็บไว้ในตู้เย็นพร้อมหยิบออกมาใช้เมื่ออยากตาย

เป็นที่น่าสังเกตว่า ชาวที่ปรากฏตามสื่อต่างๆ บุคลากรทางการแพทย์ที่หยิบยื่น **“การุณยฆาต”** ให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายตัวอย่างกรณีของบุรุษพยาบาลวัย 27<sup>9</sup> ในสหรัฐอเมริกา ทำสถิติ **“การุณยฆาต”** ผู้ป่วยรวม 29 ราย เขาถูกศาลตัดสินประหารชีวิต แต่รออุทธรณ์ ซึ่งญาติผู้ตายไม่เห็นด้วยกับกระบวนการยุติธรรม ตัวเขาเองคัดค้านการตัดสินของศาล และคิดว่าตนทำหน้าที่การเป็นบุรุษพยาบาลได้อย่างดีที่สุดแล้ว ขณะศาลอ่านคำพิพากษา เขาตะโกนด่าทอผู้พิพากษาตลอดเวลา จนเจ้าหน้าที่ต้องเอาแผ่นพลาสติกปิดปากเขาไว้ นายแพทย์ Jack Devorkian จากมิชิแกนทำการุณยฆาตรวม 40 ราย เขาถูกถอนใบอนุญาตวิชาชีพและถูกตัดสินว่าไม่ได้ทำผิด ในประเทศอังกฤษนายแพทย์ Harold Shipman สังหารผู้ป่วยวาระสุดท้ายรวมถึง 215 ราย<sup>10</sup> ญาติผู้ป่วยร้องเรียนศาลให้พิจารณาคดีเอาผิดเขาให้ถึงที่สุด เพราะลงความเห็นว่า เขาฆ่าผู้ป่วยด้วยความเคยชินมากกว่าจะเป็น **“การุณยฆาต”**

<sup>9</sup> The New York Times หน้า 2 วันที่ 11 มีนาคม 2549

<sup>10</sup> สืบค้นจาก <http://www.news.bbc.co.uk/1/2135604.stm> วันที่ 24 กันยายน 2548

## การุณยฆาตตามหลักศาสนา : การเชื่อมโยงและการเห็นต่าง

**กระบวนทัศน์แนวพุทธ** พุทธปรัชญาเน้นการสอนให้มองทุกอย่างทางโลกเป็นความจริง เพราะทุกสิ่งล้วนเป็น อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา เปลี่ยนแปลง ไม่คงทน และไม่มีตัวตนให้ติดยึด ทุกข์ สุข เป็น ของคู่กัน หมุนเวียนกันเข้ามาในชีวิต ชีวิตและความตายเชิงพุทธปรัชญาถือว่าเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา ให้เผชิญกับความตายอย่างไม่หวั่นไหวและ ยอมรับสภาพ คือ การเตรียมตัวตายอย่างมีสติตนเอง ภาวะการตายคือ การละสังขาร สติที่จะ “ถูกฆ่าให้ตาย” หรือ “สติที่จะฆ่าตัวตาย” (จะด้วยมีผู้อื่นช่วยเหลือหรือไม่ก็ตาม) เป็นการละเมตวัณธรรมว่าด้วยชีวิตตามกฎแห่งธรรมชาติ ของคนไทยหรือไม่ เพราะพุทธศาสนาให้ความสำคัญการละสังขาร คือ การตายอย่างสงบ อย่างมีสติ ดังที่ ท่านพุทธทาส ได้กล่าวไว้ว่า ถ้าเราฝันความตายในวาระสุดท้ายของชีวิตก็เสมือนว่า เรายอมรับ “ตายดี – ตายเป็น” ให้เป็น “ตายลำบาก – ตายทรมาน - ตายโหง”<sup>11</sup>

**กระบวนทัศน์แนวคริสต์** ศาสนาคริสต์ เน้นแนวคิดเรื่องชีวิต 2 ระดับ คือ ระดับดิน (กายภาพ – ชีวภาพ) และ ระดับลมหายใจ<sup>12</sup> คริสตศาสนิกชน เชื่อว่าชีวิตมิได้สิ้นสุดเพราะสภาวะธรรมชาติ (เกิด พัฒนา ชรา ป่วยไข้ และสิ้นสุด) แต่ชีวิตมีสภาวะนิรันดร์ หมายถึงเมื่อมนุษย์สิ้นสุดสภาวะทางกายที่เป็นธรรมชาติก็จะเปลี่ยนผ่านไปสู่ “จิตวิญญาณ” คือ การได้ใกล้ชิดกับพระเจ้า คริสตศาสนิกชนจึงฝังศพเพื่อคืนร่างสู่ดิน ในฐานะที่มาแห่งชีวิต และส่งผ่าน “จิตวิญญาณ” สู่มหาสมุทรแห่งชีวิต ความเชื่อในจุดเปลี่ยนผ่านจากชีวิตกายสู่ชีวิตจิตวิญญาณ มีพลังต่อวิถีคิดของการมองชีวิตและให้คุณค่าชีวิตต่อการ ดำเนินชีวิตของมนุษย์ตามนัยแห่งคริสต์ ซึ่งถ้าเชื่อมโยงกับ การุณยฆาต ก็จะมีข้อถกเถียงว่าใครควรมีสติที่จะเป็นผู้หยิบยื่นการเปลี่ยนผ่านแห่งชีวิต

**กระบวนทัศน์แนวอิสลาม** ความเชื่อของศาสนาอิสลามในเรื่องกำเนิดและการสิ้นสุดชีวิต กล่าวไว้ว่า ความ ตายตามบัญญัติศาสนาจะยังไม่เกิดขึ้นจริงจนกว่าวิญญาณจะออกจากร่างกาย และสิ่งที่จะเกิดตามมาก็คือ อวัยวะต่างๆ ในร่างกายหยุดทำงาน สิ่งที่แสดงว่า ชีวิตสิ้นสุดแล้วนั้นถือตามเงื่อนไขว่า ให้ใช้เครื่องหมายและสัญลักษณ์ต่างๆ ของความ ตายที่ผู้คนรู้จัก หรืออาศัยการตรวจภายนอกโดยคณะแพทย์ ในกรณีที่ไม่มีปรากฏเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ที่จะใช้แยก **คนเป็น** ออกจาก **คนตาย** ได้<sup>13</sup> แนวคิดที่พิจารณาอาการสมองตายมาเป็นหลักตามศาสนา มีข้อร่วมพิจารณา 2 ประการ คือ คณะแพทย์ลงความเห็นว่าการสมองตายทั้งหมด ให้ถือว่าเป็นคนตาย โดยมีข้อพิจารณาย่อยๆ อีก 5 เงื่อนไข<sup>14</sup> คือ

- หมดความรู้สึกอย่างสมบูรณ์ โดยไม่อาจหายจากอาการหมดความรู้สึกนั้นได้อีกต่อไป
- ประสบอุบัติเหตุ เลือดตกในสมอง สมองบวม
- ไม่สามารถหายใจได้เอง ต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจ
- หมดความรู้สึกโดยไม่ได้เกิดจากสิ่งมีเนื้อมา ยาเสพติด ดื่มยาพิษ อากาศไตวาย
- ไม่มีอาการตอบสนองจากก้านสมอง รวมทั้งการวัดคลื่นสมอง เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีคลื่นใดๆ และ ไม่มีการ หมุนเวียนโลหิตในสมอง ด้วยการถ่ายภาพเอ็กซเรย์เส้นเลือดสมอง

<sup>11</sup> อ่านเพิ่มเติมรายละเอียดใน นันทน อินทนนท์ ‘สติที่จะตาย’ ใน *ตายอย่างมีศักดิ์ศรี* มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุง 24 กันยายน 2545) สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

<sup>12</sup> สุวรรณา สถาอานันท์, 2539 ‘ชีวิตและความตายตามคติคริสต์ศาสนา’ ใน *มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย*. นายแพทย์ประสาน ต่างใจ บรรณาธิการวิชาการ ธนพรธร สติสุนทร บรรณาธิการเรื่อง. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์คบไฟ.

<sup>13</sup> มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 2548. *แนวคิดทางศาสนาอิสลามเกี่ยวกับการวิจัยทางการแพทย์สมัยใหม่*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

<sup>14</sup> มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 2548. *เพ็งอ้าง*.

ดังนั้น ศาสนาอิสลามใช้เกณฑ์ที่ว่าผู้ป่วยที่สมองตายเป็นคนตายแล้วตามบัญญัติศาสนา ไม่ว่าจะยังหายใจได้ โดยเครื่องช่วยหายใจ หรือเซลล์บางตัวในร่างกายยังมีชีวิตอยู่ก็ตาม

### ข้อโต้แย้งในสังคมไทย สิทธิที่จะตาย คืออะไร

การตื่นตัวเรื่องสิทธิการตายในสังคมไทยกลายเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น หากนับจากความพยายามที่จะผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 6 ปีที่ผ่านมา จะเห็นว่า ปัจจุบันมีกลุ่มต่างๆ เกิดขึ้นหลายกลุ่ม อาทิ กลุ่มพุททิกา ที่ประกอบด้วยสมาชิกจากหลากหลายกลุ่มอาชีพที่สนใจการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายในมิติ กาย-จิต-สังคมมากขึ้น และเห็นว่า การแพทย์แบบประคับประคอง (palliative care) ให้ผู้ป่วยวาระสุดท้ายเผชิญกับการเจ็บปวดทรมานน้อยที่สุดเป็นสิ่งที่การแพทย์สมัยใหม่ควรศึกษาอย่างรอบคอบ

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยสิทธิการตาย มาตรา 24 ระบุไว้ว่า

“บุคคล มีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาที่เป็นไปเพื่อการยืดชีวิตในวาระสุดท้ายในชีวิตของตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” โดยมีคำชี้แจงว่าเพื่อให้บุคคลมีสิทธิเลือกตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ในบั้นปลายของชีวิต โดยไม่ยืดชีวิต หรือถูกแทรกแซงการตายเกินความจำเป็น และเพื่อไม่ให้เป็นการทรมาน ด้าน โดยให้มีสิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้า<sup>15</sup> (Living will) ในร่างพ.ร.บ. นี้ ไม่ได้กล่าวถึงการให้แพทย์มีสิทธิ์ฆ่าผู้ป่วยด้วยความสงสาร (การุณยฆาต) และไม่ได้กล่าวถึงการให้แพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายด้วยการจัดหาอุปกรณ์ปลิดชีพให้ผู้ป่วย

มาตรา 10 ระบุว่า ‘บุคคล มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน’ มาตรฐานในกรณีวินิจฉัย ภาวะสมองตายของแพทย์สภา<sup>16</sup> มีดังนี้

1. กระทำด้วยคณะแพทย์ ไม่น้อยกว่า 3 คน คือ แพทย์เจ้าของผู้ป่วย และแพทย์สาขาประสาทวิทยา หรือแพทย์สาขาประสาทศัลยแพทย์ (ถ้ามี)
2. ต้องไม่ประกอบด้วยแพทย์ผู้ทำการปลูกถ่ายอวัยวะนั้น
3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ได้รับมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร จะต้องร่วมเป็นผู้รับรองการวินิจฉัยสมองตายเป็นผู้รับรองการตาย

### การุณยฆาต : ทางเลือกเพื่อความมั่นคงของมนุษยชาติหรือไม่

ถ้าเรามองความตายเป็นเรื่องกฎธรรมชาติ เกิดหนเดียว ตายหนเดียว ก็ดูเหมือนว่า “การุณยฆาต” เป็นเรื่องเข้าใจง่ายขึ้น แต่ในทางปฏิบัติไม่ง่ายอย่างที่คิด ตราบดที่การให้คุณค่าของสิ่งมีชีวิตบนโลกนี้ต่างกัน ถ้าหากเราลั่นกระสุนใส่ม้าแข่งที่พลาดท่าประสพอุบัติเหตุซัดขาหักในการแข่งขัน มนุษย์ไม่รู้สึกผิดอะไร แต่กลับคิดว่าช่วยให้ม้าแข่งตายโดยไม่เจ็บปวดทรมาน แต่สำหรับชีวิตมนุษย์ เราพอใจที่จะมองต่างมุมว่าผู้ป่วยวาระสุดท้ายอาจมีโอกาสรอดชีวิตได้ด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อนและราคาสูง เรามักจะคิดว่าต้องช่วยคนที่เรารักให้ถึงที่สุด แม้ว่ากรียืดชีวิตออกไปอีกช่วงระยะเวลาสั้นๆ ให้ความรู้สึกที่ดีและเป็นการได้ทำอะไรสักอย่างหนึ่งให้กับบุคคลที่เราไม่อยากให้จากไป

<sup>15</sup> พินัยกรรมชีวิต (Living will) มีข้อโต้แย้งเชิงกฎหมาย เพราะ “พินัยกรรม” จะส่งผลต่อเมื่อเจ้าของพินัยกรรมสิ้นชีวิตแล้วเท่านั้น

<sup>16</sup> อ่านเพิ่มเติมรายละเอียดข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการวินิจฉัยสมองตายได้จาก “มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย” นายแพทย์ประสาน ต่างใจ บรรณานุกรมวิชาการ ธนพรรณ สิทธิสุนทร บรรณานุกรมเรื่อง, 2539 กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์คบไฟ.

ข้อโต้แย้งเกี่ยวกับ “การถ่มยาฆาต” ในมิติเชิงเศรษฐศาสตร์นั้น ชีวิตมนุษย์ถูกเทียบค่าเป็นตัวเงิน ถ้าเราจะต้องดูแลผู้ป่วยที่มีสภาพที่เรียกว่า “ผักถาวร” (persistent vegetative state) คือ มีชีวิตอยู่ได้ด้วยการให้อาหารและน้ำผ่านเครื่องช่วย ถ้าตั้งสายเครื่องช่วยออกผู้ป่วยก็จะตาย ในแง่นี้ มีความคิดเห็นแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ เมื่อผู้ป่วยหมดหนทางรักษาให้หายจะมีประโยชน์ประการใดที่รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีต้นทุนสูง ในขณะที่ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากรอความช่วยเหลือ และมีโอกาสรอดชีวิตได้มากกว่า โดยเฉพาะเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะเบียดแทรกเข้ามาในกระบวนการรักษาพยาบาล ถ้าด้วยเหตุผลนี้เรากำลังแลกชีวิตกับชีวิตไซหรือไม หรือในอีกมุมมองหนึ่ง เรามองเห็นประโยชน์ในทางการแพทย์สมัยใหม่หรือไม่ ผู้มีวิชาชีพแพทย์มีโอกาสทดลองวิธีการ เครื่องมือที่ทันสมัยเพื่อให้มนุษย์มีชีวิตยืนยาวต่อไปได้ แต่เมื่อสุดความสามารถแล้ว ผู้มีวิชาชีพแพทย์ก็พร้อมที่จะเป็น “ยมทูตชุดขาว” สิ่งที่ทำหายเราอยู่คือการแยกแยะระหว่างวิทยาศาสตร์และจริยศาสตร์ เทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่โน้มน้าวให้เราต้องการยืดชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ ด้วยวิธีการให้อาหาร ให้อุณหภูมิ และรักษาระบบการหมุนเวียนของโลหิตให้ทำงาน ซึ่งผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ในสภาพที่เรียกว่า ‘จะตายก็ไม่ตาย จะเป็นก็ไม่เป็น’<sup>17</sup> มีชีวิตได้อีกหลายเดือน หรือนานนับปี โดยต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมากเพียงเพื่อให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าได้ ‘ได้หนึ่งดูตาย’ ปลดปล่อยผู้ป่วยตาย

ในสภาพการณ์เช่นนี้ ชวนให้คิดได้ว่า การยืดชีวิตคนตายเอาไว้ด้วย “พันธนาการทางการแพทย์” เป็นการเสียทรัพย์ เสียเวลา เสียเตียงคนไข้ของโรงพยาบาล<sup>18</sup> ที่ยังมีผู้ป่วยรายอื่นๆ มีสิทธิที่จะใช้ได้หรือไม่ ถ้ามองในแง่ของความมั่นคงแห่งมนุษยชาติ เราจะแปลเจตนาตรงนั้นอย่างไร จะกล่าวได้ใหม่ว่า คนที่ตายแล้ว (ยังอยู่ได้เพราะมีเครื่องช่วยชีวิต) ก็ต้องเป็นคนตาย และควรหยิบยื่นโอกาสและทรัพยากรให้กับผู้ที่มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่า จะถือเป็นกระบวนการความมั่นคงของมนุษยชาติได้หรือไม่

ผู้เขียนเคยมีประสบการณ์ตรงจากการใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2 ราย ที่เสียชีวิตด้วยมะเร็งต่อมลูกหมากและเอดส์ ในกรณีวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ ภรรยาเป็นผู้ขอร้องแพทย์ให้ดึงเครื่องช่วยหายใจออก เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องทรมานอีกต่อไป หลังจากที่เวียนเข้าออกโรงพยาบาลอยู่หลายครั้ง รวมทั้งการดูแลรักษาอย่างดีที่บ้าน โดยมีถึงอ็อกซิเจนวางไว้ข้างเตียงผู้ป่วยตลอดเวลา เมื่อผู้เขียนมีโอกาสพูดคุยกับภรรยา ได้รับคำตอบว่า ในช่วงที่ผู้ป่วยอาการไม่ทรุดหนัก ผู้ป่วยสนใจดูแลรักษาตนเองดีมาก มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ในระยะหลังที่มีอาการรู้สึกตัวบ้างเป็นบางครั้ง และต้องนอนอยู่โรงพยาบาลจนถึงอายุนั้น ภรรยาดูแลใกล้ชิดมาก และถึงเลื่อยุณานที่จะบอกแพทย์ให้หยุดการรักษาด้วยเหตุผลว่า

**“เขาเป็นคนรักตัวเองมาก ไม่อยากตาย ดูแลตนเองดี เลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุด ที่แพงที่สุด เท่าที่จะได้รับคำแนะนำจากคนรู้จัก เขาคงไม่อยากตายจริงๆ”**

กรณีที่สอง ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากมีระยะเวลารักษาดัวยาระยะสุดท้ายสั้นมาก ประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยมีสติดีมาก และกล้าเผชิญกับความตายอย่างสงบและมีสติ ในระยะก่อนสิ้นใจ ผู้ป่วยมีอาการทรมานทรมานมาก ขอผ่าซุบน้ำเช็ดตัว

<sup>17</sup> พระไพศาล วิสาโล 2545 ‘ความตาย ประตูลุสภาวะใหม่’ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ และ พจนี กริชไกรวรรณ. บรรณาธิการ. มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ.

<sup>18</sup> จากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ในปีงบประมาณ 2543 พบว่าต้นทุนบริการของผู้ป่วยใน เฉลี่ย 15,185.68 บาท ต่อราย และ 2,30,051.91 บาท ต่อราย สำหรับผู้ป่วยหนักและ ICU (ดาวฤกษ์ สิ้นสุวนิช และคณะ ช่างใน ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. 2546. รายงานผลการศึกษา : โครงการทบทวนกระบวนการทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ในสหรัฐอเมริกา ประมาณว่า ร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยทั่วประเทศเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะ 6 เดือนสุดท้ายของชีวิต (สืบค้นจาก <http://www.budnet.info/notedead/notedead9.htm> วันที่ 3 เมษายน 2549 )

ตลอดเวลา และบ่นว่าร้อนมาก หายใจหอบและเหนื่อย เนื่องจากมีอาการน้ำท่วมปอด ระยะเวลาสุดท้ายผู้ป่วยรู้สึกตัวบ้างในบางเวลา แต่สิ่งที่ผู้เขียนสังเกตเห็นได้ชัดเจนคือ ผู้ป่วยพยายามดึงสายยางเครื่องช่วยหายใจออกอยู่ตลอดเวลา จนญาติต้องขอร้องให้พยาบาลมัดแขนมัดมือเอาไว้กับขอบเตียง เพราะคิดว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สิดูไม่รู้สึกตัว ไม่รู้สึก แต่ผู้เขียนกลับคิดว่า ผู้ป่วยคงอยากพ้นสภาพความทรมานจากการเจ็บปวด มากกว่าเหตุผลอื่นใด

จากกรณีตัวอย่างผู้ป่วยสองรายนี้ สิ่งที่เราน่าพิจารณาก็คือ ชีวิตและความตายเป็นของใคร ใครเป็นผู้กำหนดว่าจะตายเมื่อไร อย่างไร ให้สมกับความเป็นมนุษย์ กรณีศึกษาแรก รักชีวิตไม่ยอมตาย ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่สองพร้อมที่จะตายอย่างสงบและทรมานน้อยที่สุด

## บทสรุป

ถ้าเราจะประมวลแนวคิดหลักว่าด้วยวาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตาย รวม 3 มิติ<sup>19</sup> คือ มิติด้านชีวการแพทย์ ซึ่งให้ความสำคัญกับกลไกการทำงานทางกายภาพเป็นหลัก แยกความตายและร่างกายออกจากกัน มิติด้านกาย-จิต-สังคม ให้ความสำคัญด้านจิตใจ ครอบครัวยุติธรรม ให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาด้วย โดยมีมาตรการทางการแพทย์ให้การช่วยเหลือ เพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และมิติสุดท้าย คือ มิติด้านจิตวิญญาณ ให้ความสำคัญว่าชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ไม่มีอะไรเป็นตัวตนถาวรและความตายไม่ใช่สิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง

เมื่อร้อยเรียงมิติการมองชีวิตและความตายดังกล่าวแล้ว สังคมไทยอาจมีแนวทางปฏิบัติเรื่องวาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตายได้ตรงและสอดคล้องกับกระบวนการและหลักประกันความมั่นคงแห่งมนุษยชาติได้อย่างลงตัว ไม่เกิดความขัดแย้งระหว่างวิทยาศาสตร์และจริยศาสตร์เหมือนสังคมตะวันตก คนไทยจะเตรียมตัวอย่างไรที่จะมองชีวิตและการสิ้นสุดชีวิต ให้แนบเนียนกับหลักคำสอนของพุทธศาสนา ให้พิจารณาทุกอย่างเป็นอนิจจัง การเลือกที่จะตายเมื่อเผชิญกับภาวะสุดท้ายแห่งชีวิตควรถือหลักปัจเจกเหตุการณ์เฉพาะหน้าบ้างที่ทำให้คนที่จากไปก็สงบและมีศักดิ์ศรี ในขณะที่ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ ไม่รู้สึก “สูญเสีย” สิ่งที่เป็นที่รัก หรือ “สิ้นสุดภาวะ” ที่จะดูแล เพราะความรู้สึกทั้งสองประการนี้แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง และมีนัยต่อการยอมรับ “การุณยฆาต” ในสังคมไทยอย่างยิ่ง

## เอกสารอ้างอิง

โครงการชีวจริยธรรมกับการวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่. 2548. แนวคิดทางศาสนาครีสตนิยายคาทอลิกและโปรเตสแตนต์เกี่ยวกับ การวิจัยทางการแพทย์สมัยใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

โครงการชีวจริยธรรมกับการวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่. 2548. แนวคิดทางศาสนาอิสลามเกี่ยวกับการวิจัยทางการแพทย์สมัยใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ.

ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ. 2546. กระบวนการค้นคว้าเรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพ. รายงานวิจัยส่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นันทน อินทนนท์. 2545. ‘สิทธิที่จะตาย’ ใน ตายอย่างมีศักดิ์ศรี มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

พระไพศาล วิสาโล. 2545. ‘ความตาย ประตูลู่สู่สภาวะใหม่’ ใน มิติสุขภาพ: กระบวนการค้นคว้าเพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นางลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ และ พจนี กริชไกรวรรณ. บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สันต์ หัตถิรัตน์ ‘ชีวิตแลชีวิต’ มติชนรายวัน วันที่ 1 ตุลาคม 2548.

สุวรรณา สถาอนันท์. 2539. ‘ชีวิตและความตายตามคตินิคริสตศาสนา’ ใน มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย นายแพทย์ประสาน ต่างใจ บรรณาธิการวิชาการ ธนพรรณ สิทธิสุนทร บรรณาธิการเรื่อง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คบไฟ.

<http://www.nswrtl.org.au/latestreleases/100730.html>

<sup>19</sup> ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ 2546 “โครงการทบทวนกระบวนทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพ” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

<http://www.euthanasia.com/page4.html>

<http://www.buddhism.siamindustry.com/index2.html>

<http://www.budnet.info/notedead/notedead9.htm>

The New York Times หน้า 2 วันที่ 11 มีนาคม 2549

## ครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว: วิกฤตความมั่นคงที่หลีกเลี่ยงได้ ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต<sup>1</sup>

โลกปัจจุบันกำลังจับตามองสถานการณ์ของครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว (Single Parent Family) ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของครอบครัว จากครอบครัวที่ประกอบด้วยพ่อแม่และลูก มาสู่ครอบครัวที่ไม่มีพ่อและแม่ครบถ้วน สาเหตุที่ทำให้เกิดครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากการหย่าร้างหรือแยกทางกันของคู่สามีภรรยาที่มีลูกอายุไม่เกิน 18 ปี ซึ่งเด็กที่อยู่ในวัยนี้ ในประเทศสหรัฐอเมริกา และ ออสเตรเลีย กฎหมายกำหนดให้ยังต้องได้รับการดูแลและเลี้ยงดูจากพ่อและแม่ รวมทั้งเกิดจากในครอบครัวมีการสูญเสียพ่อหรือแม่จากการตายและมีลูกที่ยังต้องได้รับการเลี้ยงดู หรือเกิดจากการมีลูกของแม่ที่ไม่ได้แต่งงานหรือไม่มีสามีรับผิดชอบ เป็นต้น

ในช่วงสองคริสทศวรรษที่ผ่านมา เมื่ออัตราการหย่าร้างหรือแยกทางกันของคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นของเด็กที่เป็นลูกนอกสมรส จึงทำให้จำนวนครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวเพิ่มมากขึ้นด้วย ที่สำคัญคือแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว มีความคล้ายคลึงเป็นทิศทางเดียวกันในหลายประเทศ กล่าวคือ ค.ศ. 1998 ในสหรัฐอเมริกา มีสัดส่วนของครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวสูงที่สุด ถึงร้อยละ 34 รองลงมา ได้แก่ แคนาดา ร้อยละ 22 ออสเตรเลีย ร้อยละ 20 และ เดนมาร์ก ร้อยละ 19 (Kinnear :1999) นอกเหนือจากการหย่าร้างหรือแยกทางกันของสามีและภรรยาที่ทำให้เพิ่มจำนวนครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวแล้ว ในสถานการณ์โลกปัจจุบัน ยังพบว่ามหันตภัย เช่น สึนามิ และ มหาวาตภัย รวมถึงภัยจากสงครามและการก่อการร้ายในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการเพิ่มจำนวนของครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

(<http://www.wvtsunami.org/1yr/1yearStories.html>, 2549)

ครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวในยุคโลกาภิวัตน์ จึงเป็นประเด็นร้อนที่นักวิจัยหลากหลายสาขาและผู้เกี่ยวข้องเพิ่มความใส่ใจมากขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากวิกฤตของการเป็นครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวที่ผ่านมา มีทิศทางเป็นผลลบต่อความมั่นคงในการเจริญเติบโตของลูกที่อยู่ในครอบครัวลักษณะดังกล่าว

### มุมมองต่อครอบครัวที่มีแม่หรือพ่อคนเดียว

ครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวในปัจจุบัน มีลักษณะหนึ่งของครอบครัวเดี่ยว และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีทฤษฎีและงานวิจัยหลากหลายระบุว่า การเป็นครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว ทำให้ครอบครัวเกิดความไร้ระเบียบและไม่มั่นคง มักก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบแก่สมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กที่อยู่ในครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวจะมีผลกระทบมากที่สุด (ฉันทนา บุญอาจ, 2539) ในสังคมตะวันตกมักมีสมมุติฐานว่า เด็กที่เติบโตในครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวมักมีอนาคตที่มีดมน มีการศึกษาวิจัยในสหรัฐอเมริกา พบว่า ครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวมีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำกว่าครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ ในขณะเดียวกัน ครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวมีเวลาใกล้ชิดลูก หรือทำกิจกรรมในเรื่องการศึกษาร่วมกันกับลูกน้อยกว่าครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ (Penn State University, 2001)

สิ่งที่น่าเป็นห่วงมากที่สุด คือ การเติบโตของเด็กที่อยู่ในครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว เนื่องจากในความเป็นจริงแล้ว ลูกต้องการทั้งพ่อและแม่ เมื่อลูกไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากการเจริญเติบโตในครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวได้ แม่หรือพ่อที่เป็นครอบครัวลักษณะนี้จึงต้องทำหน้าที่ของทั้งพ่อและแม่ในเวลาเดียวกันให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

**ความสนใจในการศึกษาระหว่างพ่อคนเดียวหรือแม่คนเดียว** การศึกษาของ Wurzel (1995) ระบุว่า โดยทั่วไปแล้วครอบครัวแม่คนเดียวเป็นที่สนใจของการศึกษาวิจัยมากกว่าครอบครัวพ่อคนเดียว เนื่องจากเมื่อมีการหย่าร้างหรือเกิดการพลัดพรากของพ่อหรือแม่ในครอบครัว ส่วนมากพ่อจะสูญหายไปจากครอบครัวในลักษณะนี้มากกว่าแม่ ขณะเดียวกันแม่มักได้รับสิทธิในการเลี้ยงดูลูกมากกว่าพ่อในกรณีที่มีการฟ้องร้องในศาล เนื่องจากศาลวินิจฉัยได้ว่า สัญชาติฐานของความเป็นแม่ มักให้ความอบอุ่นและให้ความเอาใจใส่ลูกมากกว่าสัญชาติฐานของความเป็นพ่อ ปรากฏการณ์เช่นนี้ ได้รับการตอกย้ำจากแนวโน้มทางด้านประชากร ที่รายงานว่า ในโลกปัจจุบันมีครัวเรือนที่มีแม่เป็นหัวหน้าครัวเรือนมากถึงประมาณ 1 ใน 3 และแม่เหล่านี้ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการหย่าร้างและมองว่าการหย่าร้างเป็นเรื่องธรรมดา (<http://issues.families.com/single-parent-families-1515-1523-iemf>)

นอกจากนี้ ยังเริ่มมีงานวิจัยเกี่ยวกับ โอกาสและทางเลือกในด้านเศรษฐกิจของครอบครัวแม่คนเดียว เช่น โอกาสในการได้เข้าทำงานและหรือโอกาสในการดำรงตำแหน่งที่มีความก้าวหน้าในอาชีพ แต่ก็ยังคงให้ความสนใจเกี่ยวกับประเด็นการปรับตัว และการเลี้ยงดูลูกของครอบครัวพ่อคนเดียวด้วยเช่นกัน เนื่องจากการเป็นครอบครัวพ่อคนเดียวทำให้พ่อมีโอกาสในการดูแลและใกล้ชิดลูกมากขึ้น รวมทั้งมีโอกาสในการบริหารจัดการเกี่ยวกับเรื่องอาหารการกิน การดูแลความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านที่อยู่อาศัย ทำให้พ่อที่อยู่ในครอบครัวพ่อคนเดียวมีความรับผิดชอบต่อครอบครัวมากขึ้น (Wurzel ,1995)

**ผลกระทบที่แตกต่างกันของครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว** สิ่งที่น่าติดตามในการวิจัยอีกประเด็นหนึ่ง คือ ผลกระทบของการเป็นครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว จะมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไรในสังคมวัฒนธรรมหรือประเทศที่มีความแตกต่างกัน ประเด็นนี้จึงเป็นคำถามวิจัยที่ทำทนายอย่างยิ่ง การศึกษาในสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่มีสัดส่วนของครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวสูงที่สุดในโลก พบว่าเด็กนักเรียนอายุ 9 ปี ที่กำลังเรียนระดับ 3 หรือ 4 จาก 25 ประเทศ ที่เข้าร่วมโครงการ 'The Third International Math and Science' เมื่อทำการเลือกนักเรียนจากประเทศอุตสาหกรรม 10 ประเทศ ที่มีลักษณะของวัฒนธรรมและประเพณีที่คล้ายคลึงกัน (10 ประเทศ ได้แก่ แคนาดา นอร์เวย์ ไอร์แลนด์ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย สก็อตแลนด์ อังกฤษ และ ไอร์แลนด์) จากทั้งหมด 25 ประเทศ และนำมาศึกษาเปรียบเทียบกับเด็กของสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับการเรียนวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ ผลการศึกษาเปรียบเทียบครั้งนี้ พบว่าเด็กในครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวใน 10 ประเทศดังกล่าว ได้รับผลกระทบในทางลบของการเรียนทั้ง 2 วิชา น้อยกว่า เด็กในครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวในสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้เพราะว่า ทั้ง 10 ประเทศดังกล่าว ให้ความสำคัญอย่างเข้มงวดเกี่ยวกับนโยบายครอบครัวที่สนับสนุนและส่งเสริมด้านสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ทางการเงิน ทุนสงเคราะห์เกี่ยวกับเด็ก และการให้แม่สามารถลาหยุดงานได้หลังคลอดโดยได้รับค่าจ้าง เป็นต้น

**แหล่งประโยชน์ของครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว** ยังมีรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับประเด็นครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว ที่ระบุถึงโครงสร้างใหม่ของครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวว่า แม่หรือพ่อในครอบครัวลักษณะนี้ต้องได้รับการส่งเสริมจากแหล่งประโยชน์ครอบครัวที่ครอบครัวลักษณะนี้สามารถนำมาใช้จัดสรร เพื่อดำรงครอบครัวให้อยู่ในสังคมได้ต่อไป แหล่งประโยชน์ครอบครัวดังกล่าว หมายถึง แม่หรือพ่อคนเดียวควรมี**ภาวะสุขภาพที่แข็งแรงและสภาพจิตใจมีความพร้อม และมีพลังงานเต็มเปี่ยม**ในการจัดการกับปัญหา **มีความเชื่อในสิ่งที่ดี** ซึ่งความเชื่อในสิ่งที่ดีจะทำให้แม่หรือพ่อคนเดียวมองโลกในแง่ดีและเกิดความหวังในการคิดหาหนทางเพื่อจัดการกับปัญหา **มีทักษะในการแก้ปัญหาได้** ตรงตามความเป็นจริง ซึ่งทำให้แม่หรือพ่อคนเดียวสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสม แม่หรือพ่อคนเดียวต้อง**มีทักษะด้านสังคม** **มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร** และมีสัมพันธภาพเข้ากับบุคคลอื่นได้ดี **มีแรงสนับสนุนทางสังคม** รวมถึงมี**แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ** เช่น การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นทุนสำรอง หรือมีผู้ช่วยเหลือเรื่องการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ในการ



ประกอบการลงทุนหรืออาชีพใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวใช้ในการเผชิญภาวะเครียด (McCubbin, อ้างใน ปัทมา ทัพเสริ์ฟไท , 2534:30-32)

**วิกฤตความมั่นคงของครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวที่หลีกเลี่ยงได้** โดยแรกเริ่มนั้นครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวต้องยอมรับว่า ตนเองมีความเครียดและเชื่อมั่นในตัวเองเพิ่มมากกว่าเดิม ต้องฝึกทักษะในการมีเหตุมีผล และฟังความคิดเห็นของลูก ไม่ทำโทษลูกด้วยการตีหรือทำร้ายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องยอมรับว่าสิ่งที่ลูกชอบคือสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความใส่ใจ และแสดงให้เห็นว่าตัวเองกำลังโกรธลูกด้วยเหตุใด ในขณะเดียวกัน เด็กที่เจริญเติบโตในครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว เริ่มมีการปรับตัวและปรับวิถีชีวิตของการเป็นลูกในครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว ตลอดจนได้มีการเจริญเติบโตภายใต้นโยบายครอบครัวที่เข้มแข็ง ทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนสวัสดิการทางด้านการศึกษาและสังคมที่พร้อมและพอเพียง นโยบายและการปฏิบัติเหล่านี้ ทำให้เด็กได้รับผลกระทบน้อยมากในการเจริญเติบโตภายใต้ครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว จึงกล่าวได้ว่า แม่หรือพ่อคนเดียว ต้องมีการบริหารจัดการเกี่ยวกับวิกฤตความมั่นคงในครอบครัวลักษณะเช่นนี้ด้วยตนเอง และต้องอาศัยการสนับสนุนจากนโยบายหรือมาตรการการคุ้มครองของรัฐ หรือของชุมชนประกอบกันด้วย

### สรุป

การเป็นครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวในโลกปัจจุบัน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องอันเป็นผลมาจากสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และความรุนแรงของผลกระทบการเป็นครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ทั้งตัวแม่หรือพ่อและลูกในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก จากผลการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นของครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว ในบริบทที่แตกต่างกันทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของการเป็นครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียว ซึ่งว่าการหลีกเลี่ยงวิกฤตของการเป็นครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวในโลกปัจจุบันนั้น สามารถทำได้ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ และในบางสังคมบางประเทศ ผลกระทบที่เป็นปัญหาดังกล่าวยังได้รับการเยียวยาจากแหล่งประโยชน์ของ ชุมชน สังคม และหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม ประเด็นการศึกษาวิจัยในทำนองนี้ ยังพบน้อยมากในสังคมไทย ขณะที่สังคมไทยเอง ก็ตกอยู่ในกระแสการเปลี่ยนแปลงนี้เช่นกัน จากสถิติการจดทะเบียนหย่าร้าง ระหว่าง พ.ศ. 2520 - 2540 ซึ่งสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ คือมีการเพิ่มมากขึ้นถึงเกือบ 3 เท่าตัว สถิตินี้ยังไม่รวมถึงการหย่าร้างที่ไม่ได้จดทะเบียนหรืออย่างไม่เป็นทางการ และการแยกทางหรือละทิ้งกัน รวมถึงปัญหามารดาอกสมรสที่เพิ่มมากขึ้นในสังคมไทย และจากปัญหาดังกล่าวพบว่าสิทธิในการดูแลลูกนั้น 90 เปอร์เซ็นต์ของคู่หย่าร้าง ลูกมักอยู่กับแม่ ซึ่งสามารถประมาณการจำนวนครอบครัวแม่คนเดียวในประเทศไทย โดยพิจารณาจากสถิติจำนวนครัวเรือนที่มีหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หญิงซึ่งมีจำนวน 3,989,000 ครัวเรือน คิดเป็น ร้อยละ 26 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด

กล่าวโดยสรุป ประเด็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวในสถานการณ์ของโลกปัจจุบัน จึงเป็นประเด็นท้าทาย ทั้งนี้ เพื่อนำผลการวิจัยไปสนับสนุนนโยบายครอบครัวในสังคมนั้น ๆ และเป็นส่งเสริมแหล่งประโยชน์ของครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวให้ดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ดังนั้นแล้ว ความเป็นครอบครัวแม่หรือพ่อคนเดียวในยุคโลกาภิวัตน์ ก็ไม่เป็นอุปสรรคในการเลี้ยงดูลูกให้เจริญเติบโตได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งยังสามารถหลีกเลี่ยงวิกฤตความมั่นคงของครอบครัวที่ขาดพ่อหรือขาดแม่ได้อีกด้วย

### เอกสารอ้างอิง

- ฉันทนา บุญอาจ. 2539. *การให้ความคุ้มครองกรณีสงเคราะห์บุตรภายใต้ระบบความมั่นคงทางสังคมในประเทศไทย*. สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ .
- ปัทมา ทัพเสรีณีไท. 2534. *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนตัว การสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญภาวะความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่*. ปริญญาานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Department of Public Information, Penn State University, USA, 2001. Single Parenthood Disadvantages U.S. Children in Math and Science, *Press Release - August 21*, Department of Public Information <http://issues.families.com/single-parent-families-1515-1523-iemf>, 21 เมษายน 2549
- Kinnear, 1999. Single-Parent Families – Family.com. [issues.families.com/ single-parent-families-1515-1523-iemf](http://issues.families.com/single-parent-families-1515-1523-iemf) - 21k
- Wurze, J. Barbara 1995. *Growing Up In Single Parent Families*. Family and Consumer Sciences, Ohio State University Extension Fact Sheet, HYG-5291-95, 12 เมษายน 2549.

# การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว: ความเชื่อหรือคตินกระแสนิยม? ภาณี วงษ์เอก<sup>1</sup>

นักวิทยาศาสตร์ นิยามคำว่า **มนุษย์คือ “สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม”** นมแม่เป็นอาหารที่ถูกนำไปใช้เลี้ยงทารกตามความเชื่อทางวัฒนธรรมที่หลากหลาย เช่น พุทธศาสนา เชื่อว่าทารกแรกเกิดมีพฤติกรรมบางอย่างที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ไม่มีการดัดแปลง หรือเรียนรู้มาก่อน เช่น การใช้ปากดูด การกระพริบตา การหัวเราะ การร้องไห้ และการหันศีรษะ เป็นต้น เมื่อศตวรรษที่ 6 ก่อนคริสตกาล ชาวอิสราเอล เชื่อว่าควรให้ทารกแรกเกิดดูดนมจากเต้าก่อนที่จะตัดสายสะดือหรืออย่างช้าภายใน 24 ชั่วโมง ส่วนศาสนาอิสลาม ในคัมภีร์กุรอ่านแนะนำให้ผู้ดูแลทารกจากเต้าเป็นเวลา 2 ปีเต็ม เมื่อ 1550 ก่อนคริสตกาล ชาวอียิปต์ มีบันทึกไว้ในตำรากุมารเวชศาสตร์ ทำด้วยเยื่อไม้ปาปิรุส “เพื่อมีน้ำนมสำหรับลูกดูด จะต้องทำให้กระดูกแม่อบอุ่นด้วยอาหารปลาในน้ำมัน พร้อมถนอมด้วยน้ำมันที่หลังด้วย” ชาวอินเดีย มีพิธีวันให้นมลูกจากแม่ นม โดยแม่จะต้องไม่สาวหรือแก่เกิน (ประสงค์ ตูจินดา 2536)

ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19-20 (ค.ศ. 1850-1930) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ทั้งในยุโรปและสหรัฐอเมริกา มีระบบการเมืองแบบประชาธิปไตย และระบบเศรษฐกิจอุตสาหกรรม คนย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานในเมือง และอาศัยอยู่อย่างแออัดอยู่ในสังคมเมือง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มทารกในช่วง ค.ศ. 1860-1861 พบว่าอัตราตายทารกสูงมากในยุโรป (สวีเดน 141:1000 สก๊อตแลนด์ 149:1000 อังกฤษ 170:1000 และฝรั่งเศส 223:1000) ทำให้ประเทศเหล่านี้ต้องหาวิธีในการลดอัตราตายทารก เช่น การจัดหาสถานเลี้ยงเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ออกกฎหมายห้ามส่งเด็กกลับไปชนบทเพื่อให้แม่เลี้ยง (แพร่หลายในกลุ่มผู้มีฐานะดีเป็นการลดภาระแม่) ตั้งคลินิกซังน้ำหนักเด็ก และตรวจสุขภาพเด็ก พร้อมให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการ แนะนำให้ฆ่าเชื้อในนมก่อนการบริโภค ต่อมาการอยู่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สะดวก จึงมีการตั้ง “สถานที่เก็บนมแม่ หรือ ธนาคารนมแม่”

ในสหรัฐอเมริกา เมื่อมีการคิดค้นนมผสมเลี้ยงทารก ทำให้ธนาคารนมแม่ได้รับความนิยมน้อยลง ขณะเดียวกันมีการศึกษาวิจัยพบว่านมแม่มีภูมิคุ้มกันสูงและยังมีประโยชน์อื่นๆอีกมากต่อมารดาและทารก ทำให้กระแสความนิยมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลับคืนมาใหม่ และเมื่อมีการวิจัยพบว่าเชื้อโรคบางอย่างสามารถผ่านทางน้ำนมแม่ได้ เช่น เชื้อเอชไอวี และเชื้อ Hepatitis ธนาคารนมแม่จึงสลายไปในที่สุด

ต่อมาใน ค.ศ. 1981 (พ.ศ. 2524) องค์การอนามัยโลก ซึ่งขณะนั้นมีสมาชิกราว 150 ประเทศ และองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ได้ยอมรับกติกาและหลักเกณฑ์ว่าด้วยการโฆษณา และจำหน่ายอาหารทดแทนนมแม่และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes) โดยเสนอแนะผ่านกระทรวงสาธารณสุขของนานาประเทศเพื่อถือปฏิบัติ กติกาและหลักเกณฑ์ดังกล่าวมีสาระสำคัญในการยับยั้งการโฆษณาอาหารทดแทนนมแม่และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง โดยให้นานาประเทศจัดให้มีการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เป็นช่วงเวลาเกือบศตวรรษแล้ว ที่มีผลการวิจัยออกมายืนยันอย่างต่อเนื่องถึงประโยชน์ของนมแม่ในการป้องกันการตั้งครรภ์หลังคลอดจนถึง 6 เดือน ว่ามีประสิทธิผลถึงร้อยละ 98 โดยมีเงื่อนไขสำคัญ คือ แม่จะต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ให้อาหารอย่างอื่น เนื่องจากการดูดนมของทารกอย่างสม่ำเสมอจะทำให้แม่ไม่มีไซตอก ซึ่งทำให้แม่ยังไม่มีประจำเดือนหลังคลอด จากผลการศึกษาเหล่านี้นำมาสู่การประชุมผู้เชี่ยวชาญนานาชาติ ที่เมืองเบลลาจีโอ ประเทศ

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

อิตาลี เมื่อเดือนสิงหาคม ค.ศ. 1988 โดยที่ประชุมมีความเห็นพ้องต้องกันนำมาสู่นโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียวเพื่อการคุมกำเนิด (ชั่วคราว) แบบธรรมชาติ (Trussell and Santow; Rejoinder Kennedy et al; Labbok ,1991)

วาระสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังได้ปรากฏขึ้นอีกครั้งหนึ่งใน ค.ศ. 1990 เมื่อองค์การอนามัยโลก และองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ได้ร่วมมือกันรับรองประกาศ “The Innocenti declaration” เพื่อปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สาระสำคัญของประกาศนี้เรียกร้องให้ทุกประเทศพัฒนานโยบาย ระดับชาติเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กำหนดเป้าหมายอย่างเหมาะสม และจัดวางระบบการติดตามและผลการ ปฏิบัติงานอย่างมีระบบ พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัด เช่น อัตราทารกที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยื่นออกจากโรงพยาบาล ผลจากการทำงานต่อเนื่องของทั้งสององค์กร ใน ค.ศ. 1991 เริ่มมีการดำเนินโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก (The Baby-friendly Hospital Initiative) เพื่อให้แน่ใจได้ว่าหน่วยงานที่ต้องดูแลแม่และเด็กทุกๆ แห่งได้ดำเนินงาน สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย่างจริงจัง ตั้งแต่เริ่มโครงการมามีโรงพยาบาลมากกว่า 15,000 แห่ง จาก 134 ประเทศ ที่ได้รับรางวัลในการเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก และในหลายประเทศที่ทางโรงพยาบาลได้รับเกียรติ บัตรดังกล่าว เพื่อเป็นเกียรติแก่โรงพยาบาลที่มีแม่จำนวนมากเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วยังเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเด็ก มีสุขภาพดีขึ้นด้วย ([http://www.unicef.org/media/media\\_27854.html](http://www.unicef.org/media/media_27854.html))

สำหรับประเทศไทยในฐานะสมาชิกของ WHO และ UNICEF ได้ตอบสนองนโยบายและรับหลักการที่ได้รับการ ยืนยันในที่ประชุมต่างๆ มาประยุกต์ใช้ ในโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับ เรื่องนี้อย่างจริงจัง และได้กำหนดให้ “เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” เป็นงานสำคัญลำดับต้น ในแผนนโยบาย สาธารณสุข อาหารและโภชนาการ แห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (2520-2524)

ดังนั้น ใน พ.ศ. 2525 ได้มีคณะแพทย์ (3 คน) และพยาบาลชุดแรกของไทย (1 คน) จากคณะแพทยศาสตร์และศิริ ราชพยาบาล ได้เดินทางไปเข้ารับอบรมหลักสูตร **การศึกษาการจัดการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่** (The Lactation Management Education Programme) ที่ Wellstart เมือง Sandiego สหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นสถาบันที่มีชื่อเสียงและ ชำนาญการในเรื่องดังกล่าว หลังจากได้รับการอบรมมาคณะแพทย์ และพยาบาลชุดนี้ ได้จัดการอบรมหลักสูตรดังกล่าว ให้กับคณะแพทย์ และพยาบาล จากโรงพยาบาล 9 แห่งในกรุงเทพฯ ต่อมาหลายหน่วยงานให้ความสนใจ และ กระทรวงสาธารณสุขและคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลจึงได้ร่วมมือกันจัดการอบรมในระดับภาคทั่วประเทศ มี จำนวน 250 โรงพยาบาลส่งผู้เข้ารับการอบรม

เมื่อบุคลากรได้รับการอบรมและพร้อมที่จะเริ่มปฏิบัติการ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการ “การรณรงค์การ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่” (พ.ศ. 2525-2529) เป็นระยะเวลา 5 ปี ติดต่อกัน พร้อมกับการยกร่างกฎหมายและหลักเกณฑ์ว่าด้วย การโฆษณา และจำหน่ายอาหารทดแทนนมแม่และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง และได้นำมาประกาศใช้ใน พ.ศ. 2527 การ รณรงค์อย่างเดียวยังช่วยในการเพิ่มพูนความรู้ ให้กับแม่ แต่ไม่สามารถช่วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแม่ได้ ยกเว้น จะมีมาตรการอื่นๆ ทางสังคมมาสนับสนุน เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชน หรือมีมาตรการบังคับใช้กฎหมายและหลักเกณฑ์ ว่าด้วยการโฆษณาฯ ให้เข้มงวดขึ้น (Vong-ek ,2000)

แม้ว่าประเทศไทยได้ดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่เกือบสองทศวรรษ แต่การเพิ่มอัตรา ทารกที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังได้นานถึง 4 เดือนเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก (UNICEF,2005) เนื่องจากการเจริญเติบโต ทางเศรษฐกิจทำให้แม่ไม่มีเวลาที่จะอยู่เพื่อเลี้ยงดูลูกได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับกฎหมายการลาคลอดใน 145 ประเทศ ให้ สิทธิมารดาลาคลอดเพียง 12-14 สัปดาห์ (Esterisk and Menon ,1996) ดังนั้น วาระสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพใน ศตวรรษที่ 21 เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีที่กระแสโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมชุมชน การแสวง

หาความร่วมมือจากเอกชน ประชาคม พันธมิตร และเครือข่ายต่างๆ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก็น่าจะเป็นหนึ่งในกระแสนิยมที่เข้าไปอยู่ในพลวัตของการสร้างเสริมสุขภาพ ในประเทศไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ให้ทุนสนับสนุน ในการจัดตั้งศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย โดยมี “กลุ่มนมแม่” ซึ่งเกิดจากพลังรักของคุณแม่อาสาที่เห็นคุณค่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และต้องการส่งเสริมให้เด็กไทยได้รับคุณค่าสูงสุดจากน้ำนมแม่ โดยมีกลุ่มแพทย์และผู้เชี่ยวชาญในด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้การสนับสนุน” (สายธารรัก, 2548) ศูนย์นี้ได้ดำเนินกิจกรรมหลากหลายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้มีประสบการณ์ตรงในการให้คำปรึกษาปัญหาแก่กันและกัน ที่สำคัญที่สุด คือ คุณพ่อได้เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนี้ด้วย

จากที่ได้กล่าวมาแล้วแต่ตอนต้น การขับเคลื่อนกระแสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้น ด้วยการรณรงค์ หรือชี้ให้เห็นประโยชน์เป็นเรื่องยาก เป็นเรื่องที่จะต้องเริ่มจากจุดเล็กๆ และเหนียวแน่น และต้องการการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน พร้อมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและความเป็นจริง จึงจะทำให้มีกระแสแรงพอที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในกลุ่มแม่

อาจมีผู้โต้แย้งว่ากระแสนิยมนี้ เป็นของพ่อและแม่ที่เป็น “คนเมือง” แต่ในความเป็นจริงแล้ว ความรัก ความผูกพันของพ่อและแม่มีอยู่ใน “มนุษย์” ไม่ว่าจะ “หญิง หรือ ชาย” “ชนบท หรือ เมือง” “จน หรือ รวย” “ผิวดำ หรือ ผิวดาว” “ตะวันออก หรือ ตะวันตก” “กำลังพัฒนา หรือ พัฒนาแล้ว” และความเชื่อตามวัฒนธรรม เป็นความจริงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ตามที่กล่าวไว้ข้างต้น ดังนั้น ไม่ว่าจะมีความเชื่อตามวัฒนธรรม หรือกระแสนิยม ต่างมีเป้าหมายร่วมกัน คือ ต้องการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นให้สูงที่สุด เพราะเห็นว่านมแม่เป็นสิ่งที่ประโยชน์ทั้งมารดาและทารก ดังนั้นทุกภาคส่วนควรร่วมมือกันอย่างเหนียวแน่น และเข้มแข็ง ในการขับเคลื่อนคลื่นลูกนี้ต่อไปเพื่อควมมีสุขภาพดี ทั้งกาย จิต ปัญญา สังคม จิตวิญญาณ ของประชากรโลกตัวน้อยๆ โดยไม่ทำให้เขาเหล่านี้ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตายตั้งแต่ยังเล็กๆ

### เอกสารอ้างอิง

- ประสงค์ ตูจินดา. 2536. *วิวัฒนาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัจจัยในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. เอกสารประกอบการฝึกอบรมเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข โครงการสายสัมพันธ์แม่-ลูก เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กระทรวงสาธารณสุข.
- วีระพงษ์ ฉัตรานนท์. 2536. *ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. เอกสารประกอบการฝึกอบรมเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข โครงการสายสัมพันธ์แม่-ลูก เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กระทรวงสาธารณสุข.
- สายธารรัก. 2548. *จุลสารสำหรับผู้สนใจเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปีที่ 3 (1) มกราคม 2548* สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ
- Esterisk. 1988. The cultural context of infant feeding. In *Breastfeeding and child health spacing: Cross cultural perspectives*. B. Winikoff, M.A. Castel and V.H. Laukaran, Editors: 187-202. Croom Helm. London.
- Esterisk and Menon . 1996. *Being Mother-Friendly: A practical guide for working women and breastfeeding*. World Alliance fro Breastfeeding Action. Penang, Malaysia.
- [http://www.unicef.org/media/media\\_27854.html](http://www.unicef.org/media/media_27854.html)

Vong-Ek, Panee. 1990. *Patterns of maternal beliefs affecting the duration of breastfeeding in the central and the northeast of Thailand*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Vong-Ek, Panee. 2000. *Individual versus structural perspectives on breastfeeding behaviours in Thailand: Towards a new model of breastfeeding promotion*. Unpublished PhD Dissertation, University of Exeter, U.K.

Trussell and Santow; Rejoinder Kennedy et al; Lobbok 1991. Is the Bellagio consensus statement on the use of contraception sound public-health policy? *Health Transition Review*. Vol 1(1) April.

# ประชากรญี่ปุ่นลดลง ทำไมรัฐบาลญี่ปุ่นต้องตื่นตัว กาญจนา ตั้งชลทิพย์<sup>1</sup>

ข่าวจำนวนประชากรในประเทศญี่ปุ่นเริ่มลดลงเมื่อต้นปี พ.ศ. 2549 เป็นข่าวที่ทั้งรัฐบาลญี่ปุ่นและสื่อจะตื่นตูมมากเป็นพิเศษ เพราะจากสำมะโนประชากรญี่ปุ่นที่สำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2548 พบผลเบื้องต้นว่า ประชากรญี่ปุ่นลดลงเร็วกว่าที่คาดไว้ 1 ปี และมีการคาดประมาณว่า หากยังไม่สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้ ในอีก 94 ปี ข้างหน้า หรือ ในปี พ.ศ. 2643 ประชากรจะลดลงไปครึ่งหนึ่ง คือ จะเหลือเพียง 60 ล้านคน ซึ่งน้อยกว่าประเทศไทยขณะนี้<sup>2</sup>

การลดลงของประชากรส่วนหนึ่ง เป็นผลจากจำนวนคนตายที่มีมากกว่าจำนวนเด็กเกิดใหม่ มีตัวเลขแสดงการลดลงของประชากร เช่นใน ปี พ.ศ. 2547 มีเด็กเกิดใหม่ 1.111 ล้านคน ขณะที่คนตาย 1.029 ล้านคน จึงเป็นปีแรกที่เกิดตามธรรมชาติลดลงต่ำกว่า 100,000 คน และล่าสุด คือใน พ.ศ. 2548 ญี่ปุ่นมีจำนวนเด็กเกิดใหม่ 1.07 ล้านคนเท่านั้น ขณะที่คาดว่าจะมีจำนวนคนตายมากขึ้น<sup>3</sup>

## ทำไมรัฐบาลญี่ปุ่นจึงตระหนักต่อสถานการณ์จำนวนประชากรลดลง

มีหลายปัจจัยที่ทำให้รัฐบาลญี่ปุ่นเกิดความรู้สึกตระหนักต่อสถานการณ์ทางประชากรของประเทศ โดยเฉพาะการที่ประชากรลดลง ข้อมูลที่จะนำเสนอจึงเป็นการชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ทางประชากรที่ส่งผลกระทบต่อลดลงของประชากรที่รวมถึงสถานการณ์ที่เด็กเกิดน้อยลง ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ตลอดจนการลดลงของคนวัยแรงงานที่มีแนวโน้มว่าจะลดลงอย่างมากในอนาคต

1. การลดลงของประชากรวัยแรงงาน (15-64 ปี) สิ่งที่รัฐบาลญี่ปุ่นกังวลมากที่สุด คือ การขาดแคลนประชากรวัยแรงงานในอนาคต เพราะหากพิจารณาโครงสร้างประชากร จากรูป 1 ชี้ว่า สัดส่วนประชากรวัยแรงงานที่มีอายุ 15-64 ปี จะลดลงจากร้อยละ 70 ของประชากรทั้งหมดใน พ.ศ. 2533 เหลือเพียง ร้อยละ 67 ใน พ.ศ. 2547 และมีการคาดประมาณว่า ในอีกประมาณ 50 ปีข้างหน้า คือใน พ.ศ. 2593 สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 54<sup>4</sup> ดังนั้นหากต้องการคงการเติบโตทางเศรษฐกิจเหมือนในปัจจุบัน ญี่ปุ่นจะต้องมีแรงงานของคนวัยแรงงานเพื่อมาทดแทนคนวัยแรงงานรุ่นปัจจุบันที่กำลังจะกลายเป็นคนสูงอายุในอนาคต

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

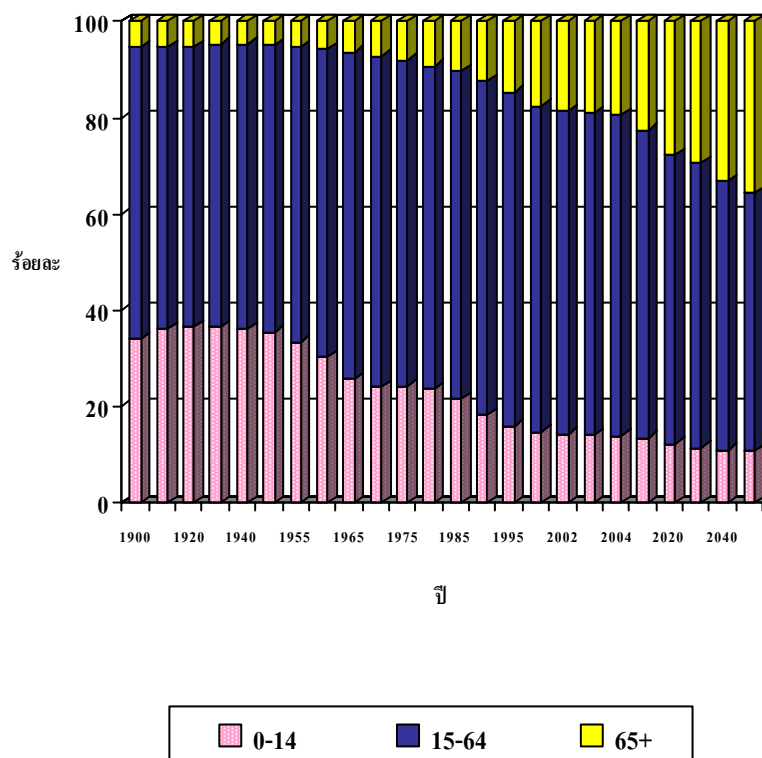
<sup>2</sup> มติชนรายวัน. 2549. ปีหน้าญี่ปุ่นเผชิญปัญหาใหญ่ประชากรลด มีคนแก่มากกว่าเด็ก. วันเสาร์ที่ 5 มกราคม 2549. หน้า 25.

<sup>3</sup> asahi.com. 2005. Population Drop May Have Already Started. December 17th. จาก website: <http://www.washi.com/english/Herald-asahi/TK200512170179.html>

<sup>4</sup> Statistical Handbook of Japan. 2004. จาก website: <http://www.stat.go.jp/english/data/handbook/c02cont.htm> 2/14/2006.

รูป 1

## การกระจายร้อยละของประชากรญี่ปุ่นจำแนกตามกลุ่มอายุ และปี



ที่มา: Statistical Handbook of Japan. 2004.

2. การลดลงของประชากรวัยเด็ก (0-14 ปี) การลดลงของประชากรวัยแรงงาน มีสาเหตุมาจากการลดลงของประชากรวัยเด็ก ดังปรากฏในรูป 1 ที่สะท้อนแนวโน้มการลดลงของประชากรวัย 0-14 ปี อย่างชัดเจน ในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา คือ ลดลงจากร้อยละ 24 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2518 เหลือเพียง ร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2547 และมีการคาดการณ์ว่า ในอีก 40-50 ปีข้างหน้า ประชากรกลุ่มนี้จะลดเหลือเพียงประมาณร้อยละ 11

ปัจจัยที่ทำให้ประชากรวัยเด็กลดลงในประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างญี่ปุ่น สาเหตุหลักๆมาจากจำนวนเด็กที่เกิดน้อยลงในแต่ละปี ทั้งนี้อัตราเกิด หรือจำนวนเด็กเกิดรอดชีพต่อประชากร 1,000 คน ในเวลา 1 ปี เริ่มลดลงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 จาก 17.1 คน เหลือเพียง 8.8 คน ในปี พ.ศ. 2547 นอกจากนี้ แนวโน้มของอัตราเจริญพันธุ์รวม<sup>5</sup> ก็ได้ลดลงจาก 1.91 ในปี พ.ศ. 2518 เหลือเพียง 1.29 ในปี พ.ศ. 2547<sup>6</sup>

อัตราเกิดที่ลดน้อยลง ย่อมส่งผลให้จำนวนประชากรวัยแรงงานในอนาคตน้อยลง เพราะเด็กที่เกิดใหม่ต้องเข้าแทนที่ประชากรวัยแรงงานในอนาคต คิดง่าย ๆ ก็คือ ถ้าปีนี้เด็กเกิดน้อย ในอีก 25 ปีข้างหน้าเด็กกลุ่มนี้ที่จะเติบโตเป็นประชากรวัยแรงงานที่อายุ 25 ปีก็จะลดน้อยลงด้วย

การเกิดที่น้อยลงมีหลายสาเหตุ ได้แก่ การอยู่เป็นโสดมากขึ้น การแต่งงานที่ช้าลง การแต่งงานแต่ไม่มีลูกทั้งที่ตั้งใจ หรือไม่ตั้งใจ หรือความต้องการมีลูกที่น้อยลงของคู่สมรส ด้วยมักเห็นว่าการแต่งงาน และการมีลูกเป็นอุปสรรคต่อ

<sup>5</sup> หมายถึงจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่ผู้หญิงคนหนึ่งจะให้กำเนิดตลอดด้วยเจริญพันธุ์ของตน ซึ่งเป็นตัววัดแนวโน้มการลดลงของการเกิดได้ดีเช่นกัน

<sup>6</sup> Statistical Handbook of Japan. 2004. อ้างแล้ว.



ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน นอกจากนี้ ยังมีเรื่องของค่าใช้จ่ายที่คู่สมรสต้องใช้ตั้งแต่ตอนตั้งครรภ์ การคลอด ในการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งจะสูงมาก<sup>7</sup>

การอยู่เป็นโสดที่เพิ่มขึ้น ดูได้จากอัตราการแต่งงานที่ลดลง ในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีเพียง 5.7 คนต่อประชากร 1,000 คนเท่านั้นที่แต่งงาน การแต่งงานที่ช้าลงของประชากรก็เป็นปัจจัยของการเกิดที่น้อยลงเช่นกัน โดยพบว่า อายุเฉลี่ยของการสมรสครั้งแรกทั้งผู้ชายและผู้หญิงนั้นได้เพิ่มขึ้นมาตลอด ในปี พ.ศ. 2547 ผู้ชายเพิ่มเป็นอายุ 29.6 ปี ขณะที่ผู้หญิงเพิ่มเป็นอายุ 27.8 ปี<sup>8</sup>

**3. การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ (65+ ปี)** เป็นอีกหนึ่งความกังวลของรัฐบาล สัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังที่ปรากฏในรูป 1 ว่า ในปี พ.ศ. 2547 ประชากรสูงอายุมีจำนวนรวมถึง 24.9 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไปถึง 1 ล้านคน การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุนั้นจะเร็วกว่าประเทศทางตะวันตก หรือแม้แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา ดังตัวอย่างของการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 นั้น ประเทศสวีเดน ใช้เวลา 85 ปี ประเทศอิตาลีใช้เวลา 61 ปี ขณะที่ประเทศฝรั่งเศสต้องใช้เวลาราว 115 ปี

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้จำนวนผู้สูงอายุญี่ปุ่นเพิ่มขึ้นเร็วกว่าประเทศอื่น มาจากการที่คนญี่ปุ่นทั้งชายและหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยที่สูงมาก นอกจากนี้มีการคาดประมาณว่า ในปี พ.ศ. 2557 สัดส่วนผู้สูงอายุญี่ปุ่นจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 หรือคิดง่ายๆ ก็คือ ในจำนวนประชากรญี่ปุ่น 5 คน จะเป็นผู้สูงอายุ 1 คน<sup>9</sup>

จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการดูแลประชากรกลุ่มนี้ในอนาคต โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากอัตราการพึ่งพิงทางประชากร (dependency ratio) พบว่าในปี พ.ศ. 2547 เท่ากับ 50.1 หมายความว่า ประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-64 ปี) 1 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุและเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 50 คน หรือถ้าคิดเฉพาะอัตราพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ก็จะเท่ากับ 29.2<sup>10</sup>

ในปัจจุบันญี่ปุ่นเริ่มประสบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุแล้ว และมีการดำเนินการแก้ไขปัญหา เช่น การจ้างแรงงานต่างชาตินำเข้ามาช่วยดูแล ตลอดจนการหาที่พักอาศัยในต่างประเทศให้ผู้สูงอายุพำนัก เป็นต้น

### ความตระหนักในสถานการณ์ประชากรลดลงของรัฐบาล

เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2548 นายจุนชิโร โคอิซุมิ นายกรัฐมนตรีได้แต่งตั้งรัฐมนตรีหญิงชื่อ คูนิโกะ อิโนูกุชิ มาดูแลปัญหานี้โดยเฉพาะ ขณะเดียวกันก็มีการปรับโครงสร้างแรงงานใหม่ด้วยการปรับอายุเกษียณราชการจาก 60 ปี เป็น 65 ปี อีกทั้งยังปรับแรงงานลูกจ้างชั่วคราวเป็นพนักงานประจำ<sup>11</sup> นอกจากนี้ นายจิโร คาวาซากิ รัฐมนตรีสุขภาพ แรงงาน และ

<sup>7</sup> Julian Chapple. 2004. *The Dilemma Posed by Japan's Population Decline*. จาก website:

<http://www.japanesestudies.org.uk/discussionpapers/Chapple.html> [12/28/2005].

<sup>8</sup> Statistical Handbook of Japan. 2004. อ้างแล้ว.

<sup>9</sup> Statistical Handbook of Japan. 2004. อ้างแล้ว.

<sup>10</sup> Statistical Handbook of Japan. 2004. อ้างแล้ว.

<sup>11</sup> มติชนรายวัน. วันที่ 5 มกราคม 2549 อ้างแล้ว.

สวัสดิการสังคม ยังให้สัมภาษณ์ว่า ทางรัฐบาลจะเพิ่มเงินช่วยเหลือค่าเลี้ยงดูเด็ก เนื่องจากค่าใช้จ่ายของแต่ละครอบครัว ในการเลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เพิ่มขึ้นทุกปี

ภาคเอกชนญี่ปุ่นเองก็ช่วยเหลือแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นการเพิ่มประชากร เช่น ในปี พ.ศ. 2543 บริษัทรถยนต์โตโยต้า ร่วมกับเมืองอิกิดา ให้เงินรางวัลแก่ครอบครัวที่มีลูกคนที่ 4 เป็นจำนวนเงินสูงถึง 200,000 เยน หรือ ประมาณ 5 แสนกว่าบาท แต่ก็ไม่ได้ผล<sup>12</sup>

## ทางออกของปัญหา

มีนักวิชาการที่สนใจศึกษาสถานการณ์ประชากรญี่ปุ่น เล็งเห็นปัญหาการขาดแคลนประชากรวัยแรงงานในอนาคต และได้เสนอแนวทางแก้ไขไว้ 2 แนวทางคือ<sup>13</sup>

1. **การเพิ่มอัตราการเกิด** ด้วยการโน้มน้าวใจให้ประชากรญี่ปุ่นมีบุตรมากขึ้น มีความพยายามสร้างแรงจูงใจ โดยสนับสนุนให้การทำงานเอื้ออำนวยต่อการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุด เช่น การให้บริษัทอนุญาตให้ทั้งผู้หญิงและผู้ชายสามารถหยุดงานเพื่อเลี้ยงดูบุตร การสร้างศูนย์เลี้ยงดูเด็กใกล้ๆ สถานีรถไฟ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก การปรับปรุงสวัสดิการทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวที่ต้องเลี้ยงดูเด็ก เป็นต้น แต่ก็พบว่า นโยบายข้างต้นส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการเกิดน้อยมาก

2. **การเพิ่มจำนวนประชากรโดยเพิ่มจำนวนผู้ย้ายถิ่นเข้า** ด้วยมองว่านโยบายผลักดันการเพิ่มอัตราการเกิดนั้นไม่ได้ผล ขณะที่ในอนาคตจะเกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานอย่างแน่นอน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความเติบโตทางเศรษฐกิจของญี่ปุ่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นหากต้องการดำรงความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของญี่ปุ่นอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ก็ต้องคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นโยบายการนำเข้าแรงงานต่างชาติเป็นวิธีการที่จะช่วยแก้ปัญหาได้ โดยต้องสร้างให้มีบรรยากาศที่เป็นมิตรกับผู้เข้ามา แต่นโยบายนี้คงนำไปปฏิบัติได้ยาก เพราะมีผู้คัดค้านมาก ด้วยความกลัวว่าจะทำให้เกิดความไม่บริสุทธิ์ของเชื้อชาติ และกลัวปัญหาอื่นๆ ที่จะติดตามมา

จึงมีข้อเสนอว่าน่าจะสนับสนุนการเข้ามาของคนต่างชาติที่มีเชื้อสายญี่ปุ่น แต่ได้อพยพไปอยู่ในประเทศอื่น (foreigners of Japanese descent) เพราะยังให้ความรู้สึกผูกพันทางเชื้อชาติอยู่บ้าง (ethnic tie) ซึ่งอาจทำให้ง่ายต่อการปรับตัวของผู้ย้ายเข้ามา และการยอมรับของคนญี่ปุ่น

<sup>12</sup> Wordpress.org. 2004. Declining Birth Rates: No Easy Answers Around the World to Population Decline. October 15. จาก website: [http://www.worldpress.org/print\\_article.cfm?article\\_id=2099&dont=yes](http://www.worldpress.org/print_article.cfm?article_id=2099&dont=yes)

<sup>13</sup> Chapple, 2004. ข้างแล้ว.

# อายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์ยืนยาวสูงสุดสักกี่ปี?

อารีย์ พรหมไม้<sup>1</sup>

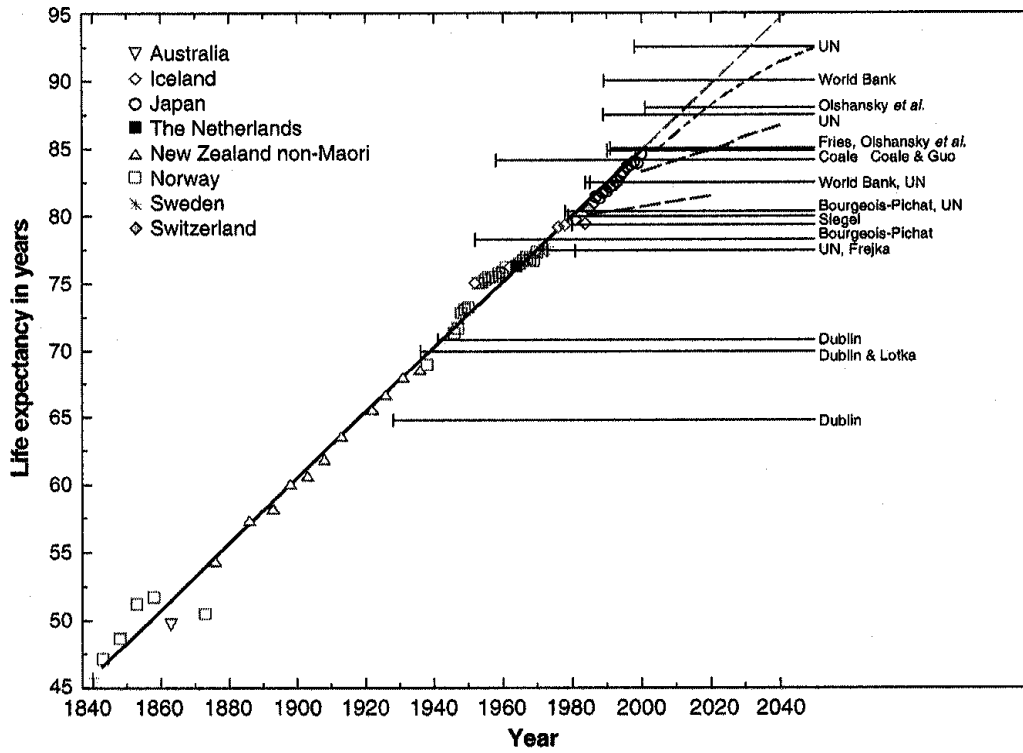
อายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์ที่ยืนยาวขึ้นตลอดระยะเวลาสองศตวรรษที่ผ่านมา นับได้ว่าเป็นความสำเร็จอย่างใหญ่หลวงของมวลมนุษยชาติที่ใครก็คงปฏิเสธได้ยาก จากหลักฐานทางประชากรเท่าที่มีปรากฏทำให้เชื่อได้ว่า ในสมัยอดีตกาลนั้นมนุษย์น่าจะมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 25 ปีเท่านั้น แต่ในราวตอนต้นคริสตศตวรรษที่ 20 อายุขัยเฉลี่ยได้เพิ่มขึ้นประมาณเท่าตัวเป็น 50 ปี โดยเฉพาะในหมู่ประชากรของประเทศอุตสาหกรรม แต่ชาวประเทศโลกที่สามส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในทวีปแอฟริกาแล้วอายุขัยเฉลี่ยยังไม่ถึง 40 ปี ในปัจจุบันนี้ประชากรของประเทศอุตสาหกรรมมีอายุขัยเฉลี่ยสูงถึง 80 ปี ซึ่งชาวญี่ปุ่นได้ครองแชมป์ของการมีอายุขัยเฉลี่ยที่สูงที่สุดในโลก (Wilmoth 1997) หรืออาจกล่าวได้ว่า ตลอดช่วงเวลาดังกล่าวอายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์เพิ่มขึ้นปีละประมาณสามเดือน หรือทศวรรษละประมาณ 2 ปี 6 เดือน (Oeppen and Vaupel 2002)

ปรากฏการณ์ทางประชากรดังกล่าวมาแล้วนี้ ได้จุดประกายความสนใจในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญบางคนเมื่อประมาณยี่สิบกว่าปีซ้อนหลัง ในบรรดาผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ซึ่งส่วนใหญ่มีความเชี่ยวชาญด้านคณิตศาสตร์ เช่น John R. Wilmoth, James W. Vaupel, Jim Oeppen, Shripad Tuljapurkar, Nan Li และ Carl Boe ได้เริ่มทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางประชากรย้อนหลังและพัฒนารูปแบบการศึกษาต่าง ๆ ออกมา และมีผลงานตีพิมพ์ออกมาเป็นระยะ พวกเขาได้ตั้งข้อสงสัยพร้อมกับเปิดประเด็นคำถามที่ย้ำถึงข้อสงสัยที่ว่า จะเป็นไปได้หรือไม่ที่อายุขัยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นไปได้เรื่อยๆ หรืออีกนัยหนึ่ง อายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์ยังห่างไกลขีดจำกัดสูงสุด (upper limit)

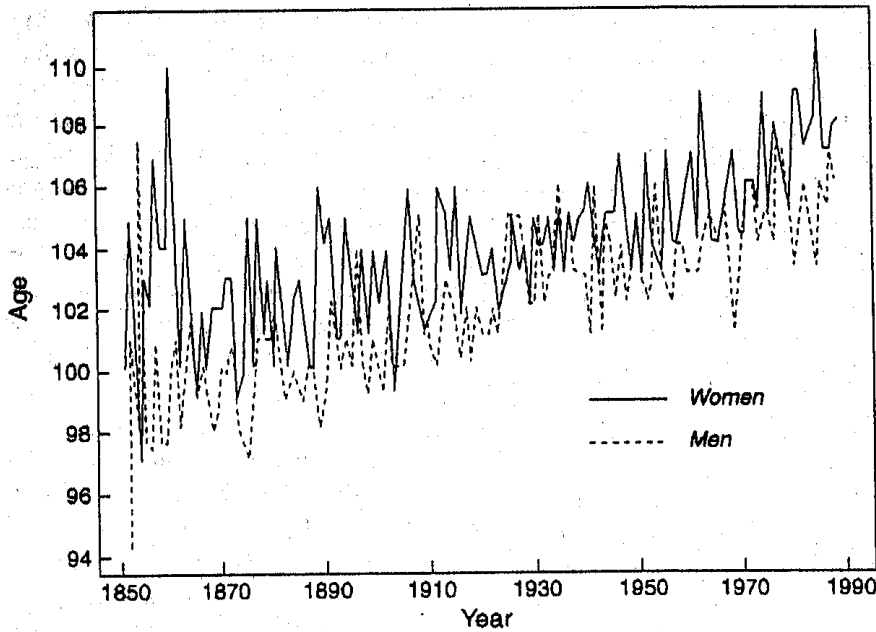
## จริงหรือที่อายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์ยังห่างไกลขีดจำกัดสูงสุด

**หลักฐานทางประชากร** Oeppen and Vaupel (2002) ได้นำเสนอผลการศึกษาโดยใช้ข้อมูลประชากรของหลายประเทศที่มีระบบการบันทึกข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น ประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย อังกฤษ และญี่ปุ่น เป็นต้น โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติใช้โมเดลทางคณิตศาสตร์ เพื่อศึกษาลักษณะและแบบแผนการตายในอดีต แล้วนำไปคำนวณหรือคาดประมาณระดับและแนวโน้มของการตายในอนาคต ได้พบปรากฏการณ์ที่น่าสนใจอย่างมากกล่าวคือ สตรีมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลากว่า 160 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราเพิ่มโดยเฉลี่ย 3 เดือนต่อปี จากหลักฐานพบว่าในปี ค.ศ. 1840 (พ.ศ. 2383) สตรีชาวสวีเดนมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 45 ปี การเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยมีลักษณะเป็นกราฟเส้นตรง และปัจจุบันนี้อายุขัยเฉลี่ยของสตรีในประเทศอุตสาหกรรมโดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นมีอายุขัยเฉลี่ยสูงสุดถึงประมาณ 85 ปีแล้ว ในผู้ชายก็พบว่าอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับผู้หญิงแต่มีระดับที่ต่ำกว่า ซึ่งช่องว่างอายุขัยเฉลี่ยของชายและหญิงอยู่ที่ประมาณ 2 ถึง 6 ปี (รูป 1 และ 2) โดยอายุขัยเฉลี่ยยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นต่อไปอีก

<sup>1</sup> อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



รูป 1 บันทึกอายุขัยของสตรีในประเทศอุตสาหกรรมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1840 และการฉายภาพอายุขัยในอนาคต  
 ที่มา : Jim Oeppen and James W. Vaupel. 2002. (Figure 1).



รูป 2 อายุมากที่สุดของชาวสวีเดนเมื่อเสียชีวิตจากรายงานการตายของทั้งชายและหญิง, 1851-1990  
 ที่มา : Wilmoth and Lundstrom (1996: 69) อ้างใน Wilmoth (1997: 46).

การศึกษาแนวโน้มการตายของประชากรโดย Tuljapurkar และคณะ (2000) ในกลุ่มประเทศจีเจ็ด คือ แคนาดา ฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลี ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา พบว่ามีแบบแผนการตายที่คล้ายกันทั้ง 7 ประเทศ โดยมีอัตราการตายลดลงอย่างคงที่ที่ทบทวนและต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 เป็นต้นมา

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Vaupel (1998) ที่ใช้ข้อมูลทั้งจากประเทศอุตสาหกรรมและประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ พบว่าการตายของประชากรวัยสูงอายุลดลงอย่างมากและมีแนวโน้มที่จะลดลงอีก ดังตัวอย่าง อัตราตายของสตรีที่มีวัย 80 และ 90 ปีชาวอังกฤษและเวลส์ ฝรั่งเศส สวีเดน และญี่ปุ่นลดลงจาก 180 คนต่อประชากร 1,000 คนในปี ค.ศ. 1950 เป็น 90 คนต่อประชากร 1000 คนในปี ค.ศ. 1995

หลักฐานทางประชากรในประเทศแถบสแกนดิเนเวีย (ตาราง 1) แสดงให้เห็นว่าอัตราการตายได้ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจนนในแต่ละกลุ่มอายุ ผลจากการที่อัตราการตายในประชากรสูงอายุลดลงทำให้การเพิ่มของประชากรสูงอายุเป็นไปอย่างรวดเร็ว จากสถิติประชากรอายุ 100 ปีในประเทศที่มีระบบบันทึกข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้พบว่าอัตราการเพิ่มประชากรสูงอายุวัย 100 ปีขึ้นไปโดยเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 8 ต่อปี ที่ผ่านมามีความเข้าใจเป็นอย่างดีว่าทำไมอัตราการตายในเด็กจึงลดลง แต่ความรู้และเข้าใจการลดลงของการตายในผู้สูงอายุยังมีน้อยมาก

**ตาราง 1** ร้อยละของอัตราการตายกึ่งกลางของสตรีรุ่นหกสิบปี เจ็ดสิบปี แปดสิบปี เก้าสิบปี และร้อยปี ชาวเดนมาร์ก ฟินแลนด์ นอร์เวย์ และสวีเดน ในระหว่าง ค.ศ. 1930-1949 และ 1989-1993

ช่วงค.ศ.	อายุ (ปี)				
	60-69	70-79	80-89	90-99	100+
1930-1949	2.4	6.4	16.1	33.9	70.1
1989-1993	1.1	3.1	9.1	23.4	48.5
ความต่าง	1.3	3.3	7.0	10.5	21.6

ที่มา: Kannisto et al. (1994) อ้างใน Vaupel (1998)

นอกจากหลักฐานทางประชากรที่กล่าวมาแล้ว ยังมีอีกหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้เชี่ยวชาญหลายคนเชื่อว่ามนุษย์น่าจะมียาวที่ยืนยาวเพิ่มขึ้น ได้แก่ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมของมนุษย์ และในอนาคตรในเรื่องของชีวประชากรศาสตร์ (biodemography) ที่คาดว่าจะมีบทบาทสำคัญต่อความยืนยาวของชีวิตมนุษย์ในอนาคต

**หลักฐานทางชีววิทยา** ข้อจำกัดของชีวภาพมนุษย์เป็นหลักการที่ยอมรับกันทั่วไป และมีอิทธิพลต่อการแสวงหาความรู้ในสาขาต่าง ๆ รวมทั้งสาขาประชากรศาสตร์ บนสมมติฐานด้านข้อจำกัดทางชีววิทยานี้เอง จึงมีการคาดประมาณว่ามนุษย์จะมีอายุขัยเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ 85 ปี หรือมีช่วงอายุของชีวิตที่ 100 ปีเท่านั้น (Olshansky et al. 1990; Olshansky et al. 2001) แต่ในปัจจุบันเส้นสูงสุดของชีวิตได้ขยับขึ้นไปอยู่ที่ 100 หรือ 110 ปี (Riley 2001) โดยมีการฟันธงว่ามนุษย์น่าจะมียาวได้ไม่เกิน 150 ปี (Olshansky et al. 1990)

การตายเป็นสัจธรรมของโลกหรือธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต ที่ทุกชีวิตจะต้องถึงจุดจบโดยปราศจากข้อยกเว้น ข้อจำกัดด้านชีวภาพที่ยืนยันกันมาโดยตลอดของนักชีววิทยาว่ามนุษย์และสัตว์อื่น ๆ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระภาพ ร่างกายและการทำหน้าที่ของระบบในร่างกายตามอายุ และ มีความเสื่อมถอยเป็นลำดับ โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ความ

ชราภาพ ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะของร่างกายด้อยลงไปเรื่อย ๆ Carnes และคณะ (2003: 39) ได้ศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบที่สำคัญต่อชีวิตมนุษย์ไว้ 8 ระบบ พบว่าเมื่อมนุษย์ย่างเข้า 80 ปีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงเหลือเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น

จากการศึกษาอื่นก็พบการเปลี่ยนแปลงทางสรีระภาพของผู้สูงอายุ เช่น ความสามารถในการรับออกซิเจนของร่างกายลดลง (Astrand 1960) ความดันเลือดเพิ่มขึ้น (Lakatta 1979) ปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจลดลงจากการสูญเสียน้ำในร่างกาย (Goldman 1970) เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เชื่อกันว่าอายุขัยของมนุษย์มีขีดจำกัดแน่นอน Carnes และคณะ (2003) สนับสนุนแนวคิดที่ว่า อายุขัยของมนุษย์จะหยุดอยู่ที่ขีดจำกัดสูงสุด บนข้อโต้แย้งทางชีววิทยาและยังยกประเด็นของการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของสาเหตุการตายที่เกิดขึ้น จากเดิมที่สาเหตุการตายส่วนใหญ่เป็นสาเหตุจากปัจจัยภายนอก เช่น เกิดจากการติดเชื้อและพยาธิ แต่ในปัจจุบันสาเหตุการตายส่วนใหญ่เป็นสาเหตุจากปัจจัยภายใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจ หลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน

จึงเป็นไปได้ยากที่แนวโน้มการตายในอนาคตจะมีแบบแผนดังที่ปรากฏในอดีต อีกประการหนึ่งการเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องในศตวรรษที่ผ่านมา เกิดจากการลดลงของการตายในเด็กเป็นส่วนใหญ่ คงเป็นการยากมากที่จะเกิดปรากฏการณ์ช้ารอยในอนาคตในประชากรวัยสูงอายุที่มีอัตราตายต่ำอยู่แล้ว

## สรุป

การยอมรับถึงข้อจำกัดทางชีววิทยาทำให้แนวคิดเกี่ยวกับขีดจำกัดของอายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์เป็นที่รับรู้กันมานาน แม้แต่ในแวดวงนักประชากรที่การคำนวณอายุขัยเฉลี่ย ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญทางประชากรก็ยังมีข้อสมมติฐานที่ตั้งอยู่บนแนวคิดของขีดจำกัดของอายุขัยเฉลี่ยมาโดยตลอด แต่หลักฐานทางประชากรที่มีการนำเสนอเมื่อไม่นานมานี้ได้ชี้ให้เห็นแล้วว่า ขณะนี้อายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์ยังน่าจะอยู่ห่างไกลจากขีดจำกัดสูงสุดอยู่มาก ไม่ใช่จะไม่ขีดจำกัดเลย เพียงแต่ว่าปัจจุบันนี้เรายังไม่สามารถสังเกตได้เท่านั้นเอง คำถามที่สำคัญเร่งด่วนและน่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้กำหนดนโยบายจึงควรให้ความสำคัญที่จะค้นหาว่า มนุษย์ได้บรรลุถึงจุดที่เป็นขีดจำกัดสูงสุดทางชีววิทยาต่อการยืนยาวของชีวิตแล้วหรือยัง จะได้ช่วยให้มีการศึกษาที่จะพัฒนาองค์ความรู้ด้านความยืนยาวของชีวิตซึ่งปัจจุบันนี้ยังมีน้อยมาก

## เอกสารอ้างอิง

- Astrand, I. 1960. Aerobic work capacity in men and women with special reference to age. *Acta Physio Scan.* 49(169): 1092.
- Carnes, Bruce A. S. Jay Olshansky, and Douglas Grahn. 2003. Biological evidence for limits to the duration of life, *Biogerontology.* 4: 31-45.
- Goldman, R.J. 1970. Speculations on vascular changes with age. *J Am Geriatr Soc.* 18: 765-779.
- Kannisto, Vaino. 1994. *Development of oldest-old mortality, 1950-1990.* Odense, Denmark: Odense University Press.
- Lakatta, E. 1979. Alterations in cardiovascular system that occur in advanced age. *Fed Proc.* 38: 163-167.
- Oeppen, Jim and James W. Vaupel. Broken Limits to Life Expectancy, *Science.* 2002, vol 296, 10 May, pp 1029-1031.
- Riley, James C. 2001. *Rising Life Expectancy: A Global History.* Cambridge University Press.

Tuljapurkar, Shripad, Nan Li and Carl Boe. 2000. A universal pattern of mortality decline in the G7 countries.

*Nature*. June, vol. 405. [www.nature.com](http://www.nature.com).

Wilmoth, John R. 2000. *In Search of Limits. Between Zeus and the Salmon: Biodemography of longevity*.

<http://www.nap.edu/openbook/0309057876/html/38.html>. 1997, The National Academy of Sciences.

# นโยบายปลอดบุหรี่ สู้ชนะเพราะผลงานวิจัย<sup>1</sup>

## วรรษัย ทองไทย<sup>2</sup>

นโยบายที่ไม่ส่งเสริมให้สูบบุหรี่ ดูเหมือนจะเป็นนโยบายที่แพร่หลายระดับโลกไปแล้ว เกือบทุกสัปดาห์เราจะได้ข่าวว่า เมืองหนึ่งหรือประเทศหนึ่งได้ออกกฎหมายหรือมีนโยบายไม่ส่งเสริมให้สูบบุหรี่ นับตั้งแต่ห้ามโฆษณาบุหรี่ซึ่งเป็นมาตรการเบื้องต้น ไปจนถึงห้ามสูบบุหรี่ในอาคารสาธารณะ จนถึงมาตรการขั้นสุดท้ายคือ ห้ามสูบบุหรี่ในพื้นที่ทุกแห่ง ยกเว้นในบ้านตนเองเท่านั้น เรียกว่าทำให้ปลอดบุหรี่ไปเลย

แต่นโยบายไม่ส่งเสริมให้สูบบุหรี่นี้ จะว่าไปแล้วก็เพิ่งเกิดขึ้นไม่ถึงร้อยปีนี่เอง ขณะที่ประวัติศาสตร์อันยาวนาน นับพันปีก่อนหน้านี้ เป็นเรื่องของ การส่งเสริมให้สูบบุหรี่

### ยุคเริ่มแรก

การสูบบุหรี่ในอดีตนั้น ไม่ได้เหมือนกับที่เราเห็นในปัจจุบัน เพราะเมื่อเอ่ยคำว่า “บุหรี่” เราก็มักจะนึกถึงใบยาสูบที่ทำเป็นเส้นเล็ก ๆ มวนอยู่ในกระดาษสีขาวและขายเป็นซอง<sup>3</sup> ซึ่งก็ไม่ผิดนักเพราะปัจจุบันคนส่วนใหญ่ทั่วโลกนิยมสูบบุหรี่ชนิดนี้ การสูบบุหรี่ชนิดอื่นได้แก่ “ซิการ์” คือใบยาสูบที่มวนด้วยใบยาสูบเอง หรือ “ไปป์” คือใบยาสูบที่ต้องสูบด้วยอุปกรณ์หรือใบยาสูบที่มวนด้วยใบจากหรือใบไม้อื่น

ถึงแม้ว่าใบยาสูบจะมีมานานพร้อมกับมนุษย์ แต่โลกเพิ่งรู้จักเมื่อโคลัมบัสได้รับใบยาสูบเป็นของขวัญจากชาวพื้นเมืองในทวีปอเมริกาเหนือเมื่อปลายคริสต์ศตวรรษที่ 15 นี้เอง อย่างไรก็ตาม การสูบบุหรี่ได้แพร่หลายไปทั่วโลกในคริสต์ศตวรรษที่ 16 โดยพวกกลาสีเรือ ทำให้เริ่มเพาะปลูกใบยาสูบในเมืองท่าต่าง ๆ ซึ่งในสมัยแรกเป็นเพียงแปลงเล็ก ๆ จากนั้นจึงขยายใหญ่ขึ้นจนกลายเป็นพืชเศรษฐกิจในเวลาต่อมา

### ยุคผูกขาด

ราวต้นคริสต์ศตวรรษที่ 17 ประเทศสเปนอนุญาตให้ใบยาสูบปลูกได้ในบางพื้นที่ของอาณานิคมเท่านั้น นับเป็นนโยบายแรกเกี่ยวกับบุหรี่ คือ นโยบายผูกขาดการผลิต ส่วนในประเทศอังกฤษการนำใบยาสูบเข้าประเทศก็ผูกขาดโดยกษัตริย์อังกฤษเช่นกัน ดังนั้นนโยบายการผูกขาดการผลิตหรือจำหน่ายยาสูบโดยรัฐ จึงเป็นนโยบายแรกที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ของเกือบทุกประเทศทั่วโลก ไม่เว้นแม้แต่ประเทศไทยที่ได้ตั้งโรงงานยาสูบเพื่อผูกขาดการผลิตบุหรี่เหมือนกันในปี ค.ศ. 1943 (พ.ศ. 2486)

### ยุคเฟื่องฟู

ในช่วงแรกการสูบบุหรี่นิยมสูบด้วยไปป์ ซึ่งนิยมยืนยาวเกือบสองศตวรรษ ในช่วงนี้หลายรัฐในสหรัฐอเมริกาถึงกับใช้ใบยาสูบแทนเงินตราเลยทีเดียว ใบยาสูบจึงเป็นต้นกำเนิดของคำว่า “พืชเงินตรา (cash crop)” ต่อจากยุคสูบไปป์ก็เป็นที่นิยมของการสูบซิการ์ ซึ่งเป็นที่นิยมกันมากในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19 และเป็นช่วงเวลาเดียวกันที่เริ่มนิยมสูบยา

<sup>1</sup> ข้อมูลสืบค้นจาก [www.tobacco.org/resources/history](http://www.tobacco.org/resources/history) [2006 May 14] และ [www.cnn.com/US/9705/tobacco/history/index.html](http://www.cnn.com/US/9705/tobacco/history/index.html) [2006 May 14]

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup> ภาษาอังกฤษเรียกว่า cigarette ซึ่งภาษาไทยไม่มีชื่อเรียกโดยเฉพาะ แต่เรียกรวมกันหมดว่า “บุหรี่”



เส้นที่มวนด้วยกระดาษมากขึ้น แต่ก็ยังไม่แพร่หลายนัก จนกระทั่งมีการผลิตบุหรี่ด้วยเครื่องจักรในรัฐเวอร์จิเนีย ในปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 ทำให้การสูบบุหรี่แพร่หลายอย่างรวดเร็ว และเป็นต้นกำเนิดของอุตสาหกรรมบุหรี่ในเวลาต่อมา

อุตสาหกรรมบุหรี่มีลักษณะกึ่งผูกขาด เพราะมีโรงงานผลิตบุหรี่เพียงไม่กี่รายที่ควบคุมการผลิตทั้งหมดในแต่ละประเทศ สำหรับประเทศที่เป็นตลาดเสรี เช่น สหรัฐอเมริกา คานาดา หรืออังกฤษ โรงงานบุหรี่ย่อย ๆ จะถูกควบรวมกิจการจนเหลือเพียง 2-3 บริษัท ส่วนในประเทศที่ยังไม่เป็นตลาดเสรี รัฐก็จะตั้งโรงงานผลิตบุหรี่เสียเอง ด้วยเห็นว่าเป็นอุตสาหกรรมที่มีแต่ขยายตัวตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น เพราะใครก็ตามที่เริ่มสูบบุหรี่ก็มักจะติดและสูบบุหรี่จนตลอดชีวิต

อุตสาหกรรมบุหรี่ที่มีสหรัฐอเมริกาเป็นหัวหอกนี้ มีอิทธิพลมากในการกำหนดทิศทางทางการบริโภคบุหรี่ของโลก<sup>4</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นทวีคูณ ทั้งนี้เพราะทหารที่กลับจากสมรภูมิก่อทั้งหมัดติดบุหรี่จากการรอกินันทนาการของบริษัทบุหรี่นั่นเอง

นอกจากนี้ การผลิตคิดค้นบุหรี่ยี่ห้อใหม่เฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้หญิง วัยรุ่น หรือกลุ่มอาชีพ รวมทั้งการโฆษณาในกลุ่มนั้น ๆ ก็เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการขยายฐานผู้บริโภคบุหรี่ให้มากยิ่งขึ้น

### ยุคโทษของบุหรี่

ตั้งแต่กลางคริสต์ศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา ผลเสียต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่เริ่มเป็นที่ปรากฏชัดขึ้นเรื่อยๆ โดยมีงานวิจัยเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ออกมาเป็นระยะๆ แต่ที่เป็นที่กล่าวขวัญคือ รายงานของนักวิจัยชาวเยอรมันในปี ค.ศ. 1930 ที่เสนอว่า มะเร็งกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กันในทางสถิติ แต่เนื่องจากสถิติยังเป็นวิชาใหม่ในเวลานั้น ผลวิจัยนี้จึงไม่กระทบต่อการสูบบุหรี่ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1952 เมื่อวารสาร Reader Digest ได้ตีพิมพ์บทความเรื่อง มะเร็งจากกล่อง (Cancer by Carton) ทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการตื่นกลัว และส่งผลให้ยอดขายบุหรี่ลดลงเป็นครั้งแรก

ในอีก 2 ปีต่อมา อุตสาหกรรมบุหรี่ก็ได้จัดตั้ง “สภาวิจัยอุตสาหกรรมบุหรี่” ขึ้น เพื่อสกัดกั้นไม่ให้ยอดขายบุหรี่ลดลง โดยผลงานของสภาวิจัยนี้คือ การวิจัยตลาดอย่างเข้มข้น รวมทั้งบิดเบือนผลวิจัย เพื่อให้เห็นว่าโทษของการสูบบุหรี่ไม่ได้ร้ายแรงอย่างที่คิด พร้อมกันนั้นก็ผลิตและโฆษณาบุหรี่เพื่อสุขภาพ คือ บุหรี่กั้นกรอง และบุหรี่ที่มีทาร์ต่ำ (low tar) อย่างกว้างขวาง อันมีผลทำให้ยอดขายบุหรี่ที่ลดลงกลับเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนเป็นที่สังเกตเห็นได้โดยทั่วไป ทำให้ประชาชนเริ่มตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ ประกอบกับผลการวิจัยที่มีออกมาอย่างต่อเนื่องกลับแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่ไม่ได้มีผลต่อสุขภาพเฉพาะตัวผู้สูบเท่านั้น ผู้คนรอบข้างที่ได้สูดควันบุหรี่ก็ได้รับผลร้ายเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ด้วยเช่นกัน

ถึงแม้ว่ารัฐบาลในหลายประเทศได้มองเห็นถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของประชากร รวมทั้งต้องเสียงบประมาณเพิ่มขึ้นเพื่อรักษาผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถถอนนโยบายต่อต้านการสูบบุหรี่ได้ ทั้งนี้เพราะอิทธิพลที่มีอยู่อย่างมากมายของอุตสาหกรรมบุหรี่ในขณะนั้น

สาเหตุสำคัญที่ทำให้นโยบายลดสูบบุหรี่ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากอุตสาหกรรมบุหรี่ คือการฟ้องร้องของผู้ป่วยหรือญาติของผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ เพื่อเรียกค่าเสียหายจากบริษัทบุหรี่ รวมทั้งการฟ้องร้องของรัฐหลายรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อชดเชยงบประมาณที่รัฐต้องเสียไปจากการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะนรายแรกได้ฟ้องคดีเมื่อปี ค.ศ. 1954 และรัฐมิสซิสซิปปีเป็นรัฐแรกที่ฟ้องบริษัทบุหรี่เมื่อปี ค.ศ. 1994

<sup>4</sup> การบริโภคบุหรี่ รวมการใช้ผลิตภัณฑ์จากใบยาสูบทุกชนิด เช่น ยาเส้นสำหรับอม หรือสูบไปป์ หรือซิการ์

งานวิจัยอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องที่เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ ทำให้รัฐบาลตระหนักถึงผลเสียที่เกิดขึ้นกับประชากร ซึ่งมีแต่จะเพิ่มมากขึ้นจนถึงกับมากกว่ารายได้ที่รัฐเก็บจากภาษีบุหรี่เสียอีก จึงมีผลส่งให้เกิดเป็นนโยบายที่มุ่งลดการบริโภคบุหรืลง โดยเริ่มจากห้ามจำหน่าย ห้ามโฆษณา ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ไปจนถึงนโยบายปลอดบุหรี่ในที่สุด

### นโยบายห้ามจำหน่าย

ต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 กฎหมายคุ้มครองสวัสดิภาพของเด็กในหลายประเทศ ได้เพิ่มการห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี เข้าไปด้วย เพราะเชื่อว่าเด็กที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราจะแคะแกระน แต่ในบางประเทศ เช่น คานาดา ถึงแม้จะมีกฎหมายก็ไม่มีการบังคับใช้ จนกระทั่งถึงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 20 นี้เองที่กฎหมายเริ่มศักดิ์สิทธิ์ขึ้น เมื่ออุตสาหกรรมบุหรี่ให้ความร่วมมือ

### นโยบายห้ามโฆษณา

กลางคริสต์ศตวรรษที่ 20 เริ่มมีข้อห้ามไม่ให้โฆษณาบุหรี่มีข้อความที่อ้างถึงผลดีต่อสุขภาพ และต่อมาก็ได้มีกฎหมายควบคุมการโฆษณาและสลากสินค้าออกมา อันเป็นจุดเริ่มต้นของคำเตือนเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ที่พิมพ์อยู่ข้างซองบุหรี่

ในปี ค.ศ. 1965 รัฐสภาอังกฤษออกกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ในโทรทัศน์ และในปี ค.ศ. 1970 สหรัฐอเมริกาจึงออกกฎหมายห้ามโฆษณาในวิทยุและโทรทัศน์ ต่อมาการห้ามโฆษณาได้ขยายไปสู่สิ่งตีพิมพ์ ในสนามกีฬา รวมทั้งห้ามโฆษณาแก่เยาวชน ห้ามโฆษณาขายตรง และแจกฟรีด้วย ในต้นคริสต์ศตวรรษที่ 21 หรือยุคปัจจุบันนี้ อังกฤษถึงกับออกกฎหมายห้ามโฆษณาทุกประเภท โดยรวมถึงการตั้งแสดงสินค้าเพื่อขายด้วย ซึ่งประเทศไทยก็มีกฎหมายลักษณะนี้เช่นกัน

### นโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

ผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูดควันบุหรี่ย่อมได้รับอันตรายจากควันบุหรืเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ ทำให้มีการผลักดันนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะขึ้น ในช่วงแรกเป็นเรื่องของการจัดให้มีที่สำหรับผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่แยกออกจากกัน เช่น รถโดยสาร ตู้รถไฟ เครื่องบิน โรงแรมหรือร้านอาหาร อย่างไรก็ตามควันบุหรืก็ยังสามารถลอยจากฝั่งผู้สูบบุหรี่มายังฝั่งผู้ไม่สูบบุหรี่ได้

ต่อมาก็มีข้อกำหนดให้จัดห้องสูบบุหรี่ไว้เป็นการเฉพาะ เช่น ในสนามบิน หรือตู้รถไฟบางตู้ และในขั้นสุดท้ายก็ห้ามสูบบุหรี่ในพื้นที่ทั้งหมดของอาคาร สำหรับประเทศไทยได้ออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่บนรถโดยสารในเมือง เมื่อปี ค.ศ. 1975 (พ.ศ. 2518) และต่อมาในปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) ก็ได้ออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ภายในอาคารทั่วประเทศ

### นโยบายปลอดบุหรี่

นโยบายปลอดบุหรี่เป็นนโยบายที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะทั้งหมด ไม่ว่าจะอยู่ในอาคารหรือไม่ก็ตาม กล่าวคือจะห้ามเป็นบริเวณไป เช่น กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการของประเทศไทยที่เพิ่งออกเมื่อต้นปีนี้ เป็นต้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่จะสูบได้ก็แต่ในบ้านหรือในสถานที่ที่ได้รับอนุญาตบางแห่งเท่านั้น เช่น ร้านขายยาสูบ บาร์ หรือไนท์คลับ

## นโยบายระดับโลก: วันปลอดบุหรี่

ใน ค.ศ. 1970 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศต่อต้านการสูบบุหรี่อย่างเป็นทางการครั้งแรก ต่อจากนั้นมาก็มีรายงานเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพพอกมามากมายจนในปี ค.ศ. 1988 จึงได้เริ่มให้มี “วันปลอดบุหรี่” ขึ้น และกำหนดให้วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปีเป็น “วันปลอดบุหรี่”

## สรุป

งานวิจัยทำให้เกิดความรู้ในเรื่องโทษของการสูบบุหรี่ อันมีผลผลักดันให้เกิดนโยบายปลอดบุหรี่ขึ้น แต่นโยบายเพียงอย่างเดียวก็ไม่สามารถทำให้สังคมปลอดบุหรี่ได้ ถ้าประชาชนไม่มีปัญญา คือ มีความคิดอยากเลิก หรือไม่ต้องการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

น่าคิดว่า “นโยบายปลอดบุหรี่” เน้นไปที่การสูบบุหรี่เท่านั้น แต่ขณะนี้การอมยาเส้นเริ่มเป็นที่นิยมมากขึ้น และมีการโฆษณาอย่างกว้างขวาง ดังนั้นนักวิจัยในเรื่องสุขภาพคงยังต้องทำงานหนักกันอีกต่อไป