



มหาวิทยาลัยมหิดล  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม



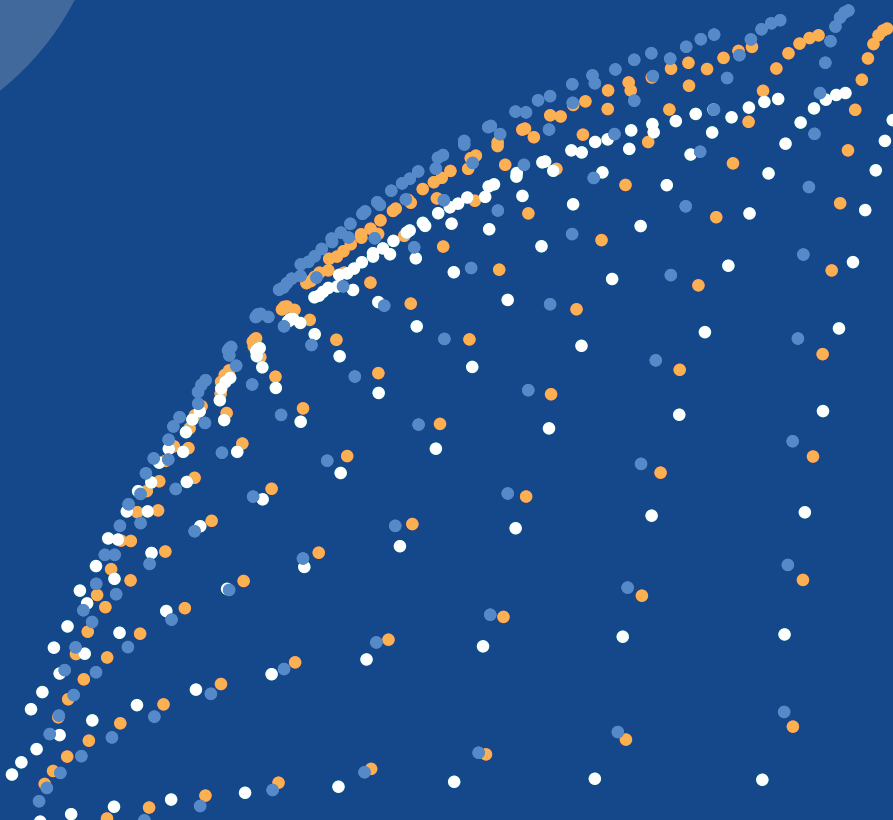
การประชุมวิชาการระดับชาติ  
ประชากรและสังคม 2565

ครั้งที่ 16

# C VID-19

การฟื้นตัวและโอกาส  
ของประชากรและสังคม

Resilience and Opportunity  
of Population and Society





มหาวิทยาลัยมหิดล  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม





มหาวิทยาลัยมหิดล  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

# COVID-19

## การฟื้นตัวและโอกาส ของประชากรและสังคม

---

การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 16  
“ประชากรและสังคม 2565”  
วันศุกร์ที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

## ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

โควิด-19: การฟื้นตัวและโอกาสของประชากรและสังคม. กรุงเทพฯ : พิทูเอส เพลท, 2565.

84 หน้า

1.ประชากร 2. โควิด(โรค) – แ่งสังคม. I. ภูวฤทธิ์ วงศ์วิรัตน์ , ผู้วาดภาพประกอบ. II. ชื่อเรื่อง.  
304.6

ISBN 978-616-443-703-6

เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 570

บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	นางสาวกัญญา อภิพรชัยสกุล
	อาจารย์ ดร.นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์	นางสาวพอลตา บุญยติธนะ
	อาจารย์ ดร.ภัทรภรณ์ จิงเลิศศิริ	นางสาวอรรพรรณ คำดี

พิมพ์ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2565

จำนวนพิมพ์ 200 เล่ม

ปก/ รูปเล่ม นาย ภูวฤทธิ์ วงศ์วิรัตน์

จัดทำเนื้อหาและรับผิดชอบการพิมพ์โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์ที่ หจก.พิทูเอส เพลท

72 ซอยสังคมสงเคราะห์ 24 แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว กทม. 10230

E-Book สำหรับดาวน์โหลดหนังสือ :

<https://ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-688.pdf>



## คำนำ

ตลอดช่วงระยะเวลากว่า 2 ปี (พ.ศ. 2563-2565) ที่ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและปรับตัวของประชากรและสังคมไทยในหลากหลายมิติเพื่อรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้น ในแง่มุมหนึ่ง โควิด-19 อาจเป็น “วิกฤต” ที่นำพาผลกระทบทางลบและความยากลำบากให้เกิดขึ้นต่อชีวิตและความอยู่ดีมีสุขของคนไทยในทุกมิติ แต่ขณะเดียวกัน ทุกวิกฤตย่อมมาพร้อมกับ “โอกาส” ขึ้นอยู่กับว่าเราสามารถปรับตัว และมองหาโอกาสที่ซ่อนอยู่ในวิกฤตนั้นได้หรือไม่

สำหรับ ประชากรและสังคม 2565 ซึ่งเป็นการจัดประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 16 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดหัวข้อการประชุมเป็นเรื่อง “โควิด-19: การฟื้นตัวและโอกาสของประชากรและสังคม” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์และเผยแพร่องค์ความรู้ มุมมองทางวิชาการและข้อค้นพบสำคัญจากงานวิจัยของสถาบันฯ ในประเด็นด้านประชากรและสังคมมิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 รวมถึงภาพในอนาคตต่อการฟื้นตัวและโอกาสของประชากรและสังคมไทย

เอกสารวิชาการฉบับนี้ รวมบทสรุปงานวิจัย (research brief) ที่นำเสนอในการประชุมประชากรและสังคม 2565 ภายใต้การทำงานของ 6 กลุ่มงานวิจัยหลักของสถาบันฯ ประกอบด้วย 1) สังคมไทยกับการเปลี่ยนแปลงประชากรและครอบครัว 2) ภาวะสูงวัยของประชากร 3) เพศวิถี เพศภาวะ อนามัยเจริญพันธุ์ และเอชไอวี เอ็ดส์ 4) ประชากร สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ 5) การย้ายถิ่น ความเป็นเมืองและแรงงาน และ 6) เรียบยวีวิจัย การวิจัยติดตามและประเมินผล

สถาบันฯ ขอขอบคุณคณาจารย์ นักวิจัย และบุคลากรสายสนับสนุนทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการจัดทำและเรียบเรียงเนื้อหา ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. เฉลิมพล แจ่มจันทร์ ประธานคณะทำงานจัดการประชุม ขอขอบคุณประธานและคณะทำงาน 6 กลุ่มงานวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาพิจารณาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเนื้อหาแต่ละบทความในเอกสารให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ ขอขอบคุณทุกการสนับสนุน ความร่วมแรงร่วมใจทำให้การประชุมฯ และเอกสารฉบับนี้ เกิดขึ้นและสำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

เอกสารฉบับนี้ เป็นผลงานทางวิชาการที่เป็นความภาคภูมิใจของชาวสถาบันวิจัยประชากรและสังคมทุกคน เรามุ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การประชุมวิชาการประชากรและสังคม 2565 “โควิด-19: การฟื้นตัวและโอกาสของประชากรและสังคม” และเนื้อหาทั้งหมดที่จัดทำในเอกสาร จะเป็นประโยชน์ต่อวงการวิชาการ แก่นักวิจัย นักศึกษา นักปฏิบัติการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนคนไทยทุกๆ คน

รองศาสตราจารย์ ดร. อารี จำปากลาย  
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม



# กำหนดการประชุมวิชาการระดับชาติ ประชากรและสังคม 2565 ครั้งที่ 16

08.30 - 09.00 น.  
09.00 - 09.15 น.

ลงทะเบียน  
กล่าวต้อนรับและกล่าวรายงาน  
รศ.ดร.อารี จำปาคล้าย  
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล  
เปิดการประชุม  
ศ.นพ.บรรจง มไหสวริยะ  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

09.15 - 10.30 น.

เวทีเสวนา  
จุดเน้นการวิจัยด้านประชากรและสังคมหลังโควิด-19  
วิทยากรร่วมเสวนา  
1. ดร.วีภารัตน์ ตีอ่อง  
ผู้อำนวยการสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ  
2. ดร.ประกาศิต ภายสิทธิ์  
รองผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ  
3. ดร.ภูมิกฤษณ์ย์ ทองเยี่ยมมาก  
รักษาการผู้อำนวยการสถาบันวิจัยเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (วสศ.)  
กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา  
4. ผศ.ดร.แพรว ศิริศักดิ์ดีแท้  
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจการพัฒนา ววน. ด้านสังคม สิ่งแวดล้อมเชิงพื้นที่  
และลดความเหลื่อมล้ำ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม

10.30 - 10.40 น.  
10.40 - 11.20 น.

พักรับประทานอาหารว่าง  
ผลกระทบจากโควิด-19 ต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคมไทย  
ผู้นำเสนอ

1. ศ.ดร.ปัทมา วาฬนวงค์
2. รศ.ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร
3. Lect. Dr. Dyah Anantalia Widyastari

11.20 - 12.00 น.

มติ เพศ: มุมมองจากงานวิจัยในช่วงสถานการณ์โควิด-19  
ผู้นำเสนอ

1. ผศ.ดร.ดุสิตา พึ่งสำราญ
2. ว่าที่ร้อยตรี นิพนธ์ ดาราวุฒิปาประภรณ์
3. คุณณภัทร ครุภโย
4. คุณพงษ์ศักดิ์ สฤกษ์กนิษฐ์

12.00 - 13.00 น.  
13.00 - 13.50 น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน  
ความเป็นธรรมกับสังคมสูงวัยไทยในยุคโควิด-19  
ผู้นำเสนอ

1. รศ.ดร.นพ.ตะวันชัย จีระประมุขพิทักษ์
2. รศ.ดร.ศุภศิธา ชวนวัน
3. อ.ดร.ณภัช สิวนกุล
4. รศ.ดร.จงจิตต์ ฤทธิรงค์
5. Lect. Dr. Truc Ngoc Hoang Dang

13.50 - 14.30 น.

นโยบายการทดแทนประชากร: การบริหารจัดการด้านการย้ายถิ่น การให้ถิ่นที่อยู่ถาวร  
และการแปลงสัญชาติไทย  
ผู้นำเสนอ

1. ศ.เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์
2. รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์
3. รศ.ดร.สุรียพร พันธุ์
4. รศ.ดร.สุภารัตน์ นุสิกะวงศ์
5. ผศ.ดร.สิทธกรินทร์ นิยมศิลป์

14.30 - 14.40 น.  
14.40 - 15.30 น.

พักรับประทานอาหารว่าง  
กิน อยู่ ยับร่างกาย: ชีวิตวิถีใหม่ในยุคโควิด-19  
ผู้นำเสนอ

1. อ.ดร.บุรเทพ โชครณาบุกุล
2. ผศ.ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา
3. คุณณัฐจิรา ทองเจริญชูพงษ์

15.30 - 16.10 น.

การปรับตัวในระเบียบวิธีวิจัยด้านสังคมศาสตร์ในยุคโควิด-19  
ผู้นำเสนอ

1. รศ.ดร.มนสิการ กาญจนะจิตรา
2. คุณณนุสรณ์ โพธารินทร์
3. Lect. Dr. Truc Ngoc Hoang Dang

16.10 - 16.30 น.

สรุปและปิดการประชุม

● **วิทยากรเวทีเสวนา จุดเน้นการวิจัยด้านประชากรและสังคมหลังโควิด-19**



ดร.วิภารัตน์ ด้อออง  
สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)



ดร.ประกาศิต กายะสิทธิ์  
สำนักงานกองทุนสนับสนุน  
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



ดร.ภูมิศรันย์ ทองเลี่ยมมาก  
กองทุนเพื่อความเสมอภาค  
ทางการศึกษา (กสศ.)



ผศ.ดร.แพรว ศิริศักดิ์ตาเก็ง  
สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม  
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สทว.)

● **ผู้ดำเนินรายการเวทีเสวนา**



รศ.ดร.สุชาดา กวีสิทธิ์  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

● **ผู้นำเสนอ**



ค.ดร.นิตยา วาพัฒนาวงศ์



รศ.ดร.นุเบศร์ สมุทรจักร



Lect. Dr. Dyah  
Anantalia Widyastari



ผศ.ดร.ดุสิตา พึ่งสำราญ



ว่าที่ร้อยตรี พิพนธ์  
ดาราวัฒน์มาประเสริฐ



นภัทร ครุฑไทย



พงษ์ศักดิ์ สกุลาภักดิ์



รศ.ดร.นพ.ตะวันชัย  
จิระบุษย์พิทักษ์



รศ.ดร.ศุภิศา ชวนวัน



อ.ดร.นพภัช สันวาทกุล



รศ.ดร.จงจิตต์ ฤทธิรงค์



Lect. Dr. Truc Ngoc  
Hoang Dang



ศุ.เกียรติคุณ ดร. อภิชาติ  
จารีรสฤทธิรงค์



รศ.ดร.เดลินพา แจ่มจันทร์



รศ.ดร.สุรย์พร พันธุ์



รศ.ดร.สุดารัตน์ นุสึกะวงค์



ผศ.ดร.สิทธีรอนงค์  
นิยมศิลป์



อ.ดร.นรเทพ ไชโรคนนกุล



รศ.ดร.ปิยะวัฒน์  
เทเวธงศา



คุณณัฐจิรา  
ทองเจริญชูพงษ์



คุณรุ่งโรจน์ ปะไธส



รศ.ดร.มนสิการ  
กาญจนะจิตตรา



คุณณนุสรณ์ ไพราพันธ์



Lect. Dr. Truc Ngoc  
Hoang Dang

# Key Message

## ผลกระทบจากโควิด-19 ต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคมไทย

“ การฟื้นตัวจากผลกระทบของโควิด-19 ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคมไทย ขึ้นอยู่กับความไวต่อการรับรู้ของรัฐบาลต่อปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรในภาพรวมและพฤติกรรมของประชากรในระดับบุคคล หากรัฐบาลสามารถออกแบบนโยบายให้รองรับและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ทั้งในมุมมองสังคมสูงวัยเด็กเกิดน้อย และประชากรวัยแรงงานขาดแคลนได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะกลายเป็นโอกาสให้รัฐบาลได้หันมามุ่งเน้นการพัฒนาในมิติด้านคุณภาพประชากรเพื่อทดแทนปริมาณที่จะค่อยๆ ลดน้อยลง ตลอดจนออกแบบนโยบายเพื่อส่งเสริมศักยภาพของประชากรที่คงอยู่ ให้สามารถรับมือและมีวิถีชีวิตที่มีคุณภาพในโลกวิถีใหม่ที่อาจเต็มไปด้วยความผันผวนและการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ”

อ่านต่อหน้า 14

### มิติ “เพศ”: มุมมองจากงานวิจัยในช่วงสถานการณ์โควิด-19

“ การขับเคลื่อนทางสังคมในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ที่ปรากฏชัดเจนและเป็นที่น่าสนใจและรับรู้ของสังคมเป็นอย่างมาก คือ การขับเคลื่อนในประเด็นสิทธิของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ในช่วงสถานการณ์เคลื่อนไหวทางสังคมเหล่านี้ ได้เปิดให้เห็นความหลากหลายที่มีอยู่ในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศเพิ่มมากขึ้น การสำรวจโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมที่จัดทำขึ้นในช่วงสถานการณ์โควิด-19 นี้เช่นกัน มีข้อมูลที่สะท้อนถึงความหลากหลายในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศด้วยเช่นกัน ซึ่ง “มิติ” ในเรื่องเพศนั้นเป็นแนวคิดที่ซับซ้อน การขาดความแม่นยำ ความละเอียดอ่อนในการศึกษา และความเข้าใจ รวมถึงการยอมรับข้อเท็จจริงในลักษณะของความหลากหลายทางเพศของประชากรอาจเป็นอุปสรรคในการกำหนดกฎหมาย นโยบายบริการและการคุ้มครองทางสังคมที่สอดคล้องเหมาะสม ”

อ่านต่อหน้า 28

### ความเป็นธรรมกับสังคมสูงวัยไทยในยุคโควิด-19

“ ในขณะที่สังคมไทยพยายามจะเร่งฟื้นตัวจากวิกฤตโควิด-19 ทั้งภาครัฐและภาคสังคมควรใช้โอกาสอันดีนี้ในการส่งเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ ของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เป็นมิตรและครอบคลุมต่อคนทุกวัย รวมไปถึงการเร่งเตรียมความพร้อมและให้ความรู้ทั้งในแง่เศรษฐกิจ สุขภาพ และการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อกลุ่มคนที่กำลังจะกลายเป็น “ผู้สูงอายุในอนาคต” (future older persons) ซึ่งอาจมีความคาดหวังและรูปแบบการดำรงชีวิตที่แตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบัน ”

อ่านต่อหน้า 36



## นโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากร: การบริหารจัดการด้านการย้ายถิ่น การให้ถิ่นที่อยู่ถาวรและการแปลงสัญชาติไทย

“ แม้ว่าภาวะระบาดของโควิด-19 จะก่อให้เกิดวิกฤตทางด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจที่ไม่อาจประเมินได้ แต่ในอีกด้านหนึ่ง วิกฤตที่เกิดขึ้นได้ผลักดันให้ทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงวิถีคิด ทักษะคน นโยบาย กฎระเบียบ และพฤติกรรมในด้านต่างๆ ซึ่งรวมถึงประเด็นเรื่องการย้ายถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากร ในยุคสังคมสูงอายุ ประเทศไทยจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายระยะยาวในการคัดสรรบุคลากรที่จะให้มาพำนักอาศัยและทำงานในประเทศไทย ทั้งในแง่จำนวนและคุณสมบัติต่างๆ โดยสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของสังคมและบริหารจัดการด้านการย้ายถิ่นกับคนกลุ่มต่างๆ เช่น ราษฎรที่ไม่มีสัญชาติไทย แรงงานข้ามชาติ ลูกของแรงงานข้ามชาติ ผู้ลี้ภัยและผู้พำนักระยะยาวจากต่างประเทศ อย่างเหมาะสม ดังนั้น นโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากร: การบริหารจัดการด้านการย้ายถิ่น การให้ถิ่นที่อยู่ถาวรและการแปลงสัญชาติไทยอาจเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยสร้างโอกาสและฟื้นฟูประเทศไทยในยุคหลังโควิด-19 ”

อ่านต่อหน้า 52

## กิน อยู่ ชัยปรางกาย: ชีวิตวิถีใหม่ในยุคโควิด-19

“ การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้สร้างความเหลื่อมล้ำด้านการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและความมั่นคงทางอาหารในประชากรไทยบางกลุ่มอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มผู้ที่ไม่มียารายได้ ผู้สูงอายุ และผู้ว่างงาน ที่พบว่า มีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต่ำกว่าประชากรกลุ่มอื่น นอกจากนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ยังพบว่า มีความไม่มั่นคงทางอาหารในระดับรุนแรงเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับการศึกษาน้อย และมีหนี้สินจึงเป็นความจำเป็นที่ภาครัฐและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ต้องเร่งให้ความสำคัญกับการมีนโยบายและกลไกสนับสนุนให้ประชากรกลุ่มนี้สามารถปรับตัวได้พร้อมกับประชากรกลุ่มอื่นๆ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการฟื้นฟูประเทศ ให้ประชากรกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติเร็วยิ่งขึ้น ”

อ่านต่อหน้า 64

## การปรับตัวในระเบียบวิธีวิจัยด้านสังคมศาสตร์ ในยุคโควิด-19

“ วิกฤตโควิด-19 เป็นตัวเร่งให้เกิดการปรับตัวครั้งใหญ่ของแวดวงการทำงานวิจัย ทำให้นักวิจัยต้องปรับตัวและค้นหาแนวทางใหม่ๆ เพื่อสร้างงานวิจัยที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การฟื้นตัวจากวิกฤตโควิด-19 สิ่งสำคัญที่นักวิจัยต้องคำนึงถึง ได้แก่ การรักษาคุณภาพของงานวิจัย การคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย และความไม่เท่าเทียมที่อาจเพิ่มขึ้น โอกาส นักวิจัยควรใช้วิกฤตโควิด-19 นี้เป็นโอกาสในการพัฒนางานวิจัย ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น รวมถึงพัฒนาตนเองให้มีความยืดหยุ่น และสามารถปรับตัวได้เมื่อเกิดวิกฤต มีกระบวนการสะท้อนคิดในเชิงวิพากษ์อย่างสม่ำเสมอเพื่อสามารถตรวจสอบความถูกต้องในระเบียบวิธีวิจัยที่ตนเลือกใช้ในการดำเนินการวิจัยอย่างมีคุณภาพต่อไป ”

อ่านต่อหน้า 72

# Key Message

## *Impact of COVID-19 in Thai Population and Society*

“Resilience in response to the impacts of COVID-19 in Thai population and society depends on the government’s perceived sensitivity to the potential problems. These challenges include changes in the overall population structure and behaviors of the population at the individual level. The Thai government needs to design policies to support and respond to the anticipated changes that are looming. These include the rapid ageing of the population, declining fertility, and shortages in the working-age population. There is little time to waste in addressing these challenges. The need for change is an opportunity for governments to focus on developing the population quality dimension to replace the declining quantity, and implement policies to enhance the potential of the population to be able to cope and have a quality lifestyles in a new normal that may be fraught with volatility and rapid, unpredictable change. ”

---

## *The Gender Dimensions Perspectives from Research during the Covid Pandemic*

“ The social mobilization activity during the Covid-19 epidemic in Thailand that vastly attracted public attention was the advocacy for rights of the sexually diverse groups. This movement opens the eyes of society to the reality of the sexually diverse in its midst. The survey of IPSR during the period of epidemic spread of Covid-19 generated data which shine a spotlight on the sexual diversity, as well as demonstrate how the “gender dimension” is a complex concept. The lack of precision and thoroughness in research, understanding, including acknowledging the reality of gender diversity of the population, can be a hindrance to the formulation of appropriate laws, policies, services, and social protections for the sexually diverse groups of the population. ”

---

## *Equity and Thailand’s Ageing Society in the COVID-19 Era*

“ While Thai society is trying to speed up recovery from the COVID-19 crisis, both the government and social sectors should use this opportunity to promote fair access to essential services of older persons through the use of digital technology that is user-friendly and inclusive to people of all ages. This includes accelerating preparations and education in terms of the economy, health, and social participation for the group of people who are about to become “future older persons” who may have different expectations and lifestyles from the current cohort of older persons. ”

### *Replacement Migration Policy: Migration Management and Pathway to Residency and Thai Citizenship*

“ Although the Covid-19 pandemic is certainly a health and socio-economic crisis of mammoth proportions, the calamity has required the government, private sector, and the public to adapt and adjust their way of thinking, perhaps leading to a paradigm shift in certain areas. For example, Covid-19 has forced a re-examination of immigration law and policies around the world. One dimension of this re-think is the concept of “replacement migrant” to fill gaps caused by the dwindling numbers of indigenous working-age men and women in ageing societies. Thailand could develop a social participatory process and a proper migration management for different groups of population, e.g., stateless persons, migrant workers and their children, refugees, and long-stay foreigners. Therefore, replacement migration policy, migration management, and pathway to residency and Thai citizenship could be the instruments that create opportunity and revitalize Thailand after the pandemic. ”

---

### *Eat, Live and Body Movement: New Normal in the COVID-19 Crisis*

“ The COVID-19 epidemic has created significant disparities in sufficient physical activity and food security across the spectrum of the Thai population, but especially the lower-income, older persons and the unemployed. In addition, among persons age 60 years or older, there was also severe food insecurity, particularly those age 80 years or over, living in the Northeastern region, with less education, and in debt. It is imperative that the government and other stakeholders place greater priority on introducing policies and mechanisms to support this vulnerable population to adapt so there is less inequality with other population groups, as that will have a positive effect on the revival of the country, and allow society to adapt to the ‘new normal’ lifestyle faster. ”

---

### *Adaptation of Social Science Research Methodologies in the Era of COVID-19*

“ The COVID-19 crisis has become a catalyst for a major adjustment in academia, forcing researchers to adapt and find new approaches to continuously create quality research. In recovering from the destruction and restrictions of COVID-19 pandemic, the important things researchers need to consider include maintaining the quality of research, research ethics, and the risk of increased inequality during a pandemic. Accordingly, researchers should use the COVID-19 crisis as an opportunity to increase quality and efficiency of research, including practicing flexibility and adaptation in the event of such a calamity. There should be a constant critical reflection process to be able to verify the correctness of a chosen research methodology in conducting further quality research. ”

# สารบัญ

คำนำ

5

01

ผลกระทบจากโควิด-19  
ต่อการเปลี่ยนแปลงทาง  
ประชากรและสังคมไทย

14

02

มีติ “เพศ”: มุมมองจาก  
งานวิจัยในช่วง  
สถานการณ์โควิด-19

28

03

ความเป็นธรรมกับสังคม  
สูงวัยไทยในยุคโควิด-19

36



<b>04</b>	<b>นโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทน ประชากร: การบริหารจัดการด้าน การย้ายถิ่นการให้ถิ่นที่อยู่ถาวรและ การแปลงสัญชาติไทย</b>	<b>52</b>
-----------	---	-----------

<b>05</b>	<b>กิน อยู่ ขยับร่างกาย: ชีวิตวิถีใหม่ในยุคโควิด-19</b>	<b>64</b>
-----------	---	-----------

<b>06</b>	<b>การปรับตัวในระยะเบียดวิธีวิจัย ด้านสังคมศาสตร์ ในยุคโควิด-19</b>	<b>72</b>
-----------	---	-----------



01

# ผลกระทบจากโควิด-19 ต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และสังคมไทย

( กลุ่มงานวิจัย 1 : สังคมไทยกับการเปลี่ยนแปลงประชากรและครอบครัว )

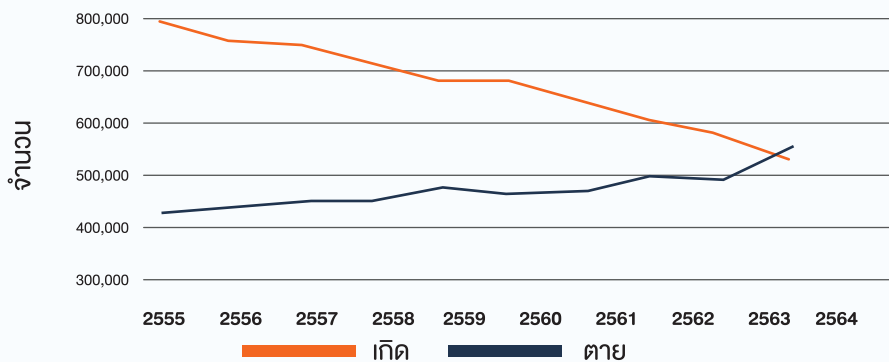
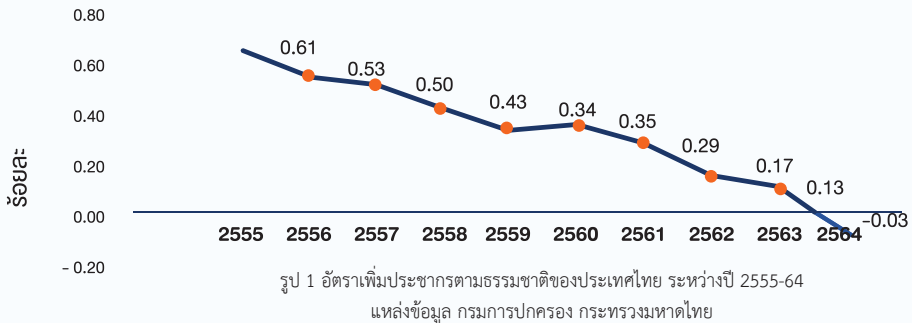


# การฟื้นตัวจากผลกระทบของโควิด-19

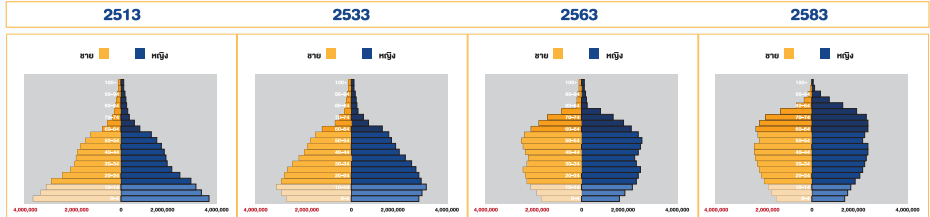
## ความนำ

ท่ามกลางประเด็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรไทยที่กำลังก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ที่ถูกกล่าวถึงอย่างแพร่หลาย ทว่าเมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เริ่มต้นในช่วงปลายปี 2562 เรื่องของสังคมสูงวัยก็เริ่มจางหายไปแทนที่ด้วยข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับตัวเลขจำนวนผู้ป่วย และจำนวนผู้เสียชีวิตรายวันที่ถูกสื่อสารตลอดช่วงระยะเวลากว่า 2 ปี ที่ผ่านมาพร้อมพ่วงมาด้วยความวิตกกังวลหวาดกลัวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรไทย

ในภาพรวมระดับสังคม หากจะพิจารณาถึงผลกระทบจากโควิด-19 ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในสังคมไทยเชื่อว่าความคิดแรกๆ ที่หลายท่านผุดขึ้นในความคิดคือ “จำนวนคนตายที่เพิ่มสูงขึ้น” จากสถานการณ์การแพร่ระบาด แต่ในความเป็นจริงยังคงมีอีกปัจจัยที่สำคัญคือ “จำนวนคนเกิดที่ลดลง” ที่เข้ามาเป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศ ซึ่งหากพิจารณาจากรูป 1 และ 2 จะเห็นได้ว่า จำนวนการเกิดของประชากรไทยมีการลดลงอย่างต่อเนื่องจากที่เคยอยู่ที่ประมาณ 600,000 – 800,000 คนต่อปี ทว่าในปี 2563 เกิดจุดหักเหสำคัญที่ทำให้จำนวนการเกิดลดลงมากกว่าปกติมาอยู่ที่จำนวนน้อยกว่า 600,000 คน ขณะที่จำนวนตายก็เพิ่มขึ้นอย่างมาก ส่งผลให้อัตราเพิ่มประชากรตามธรรมชาติ (natural population growth rate) อยู่ในอัตรานegative (-0.03 ในปี 2564) นับเป็นปรากฏการณ์ด้านการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในสังคมไทยที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนหน้านี้ (กรมการปกครอง, 2565)



ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ซึ่งสามารถเห็นได้อย่างเป็นรูปธรรมจากรูปทรงของพีระมิตประชากรในปี 2563 ที่เปลี่ยนแปลงไปมากจากอดีต โดยเห็นได้ว่า เมื่อราว 50 ปีก่อน ทรงของพีระมิตจะเป็นแบบฐานกว้าง อันแสดงถึงสัดส่วนของประชากรวัยเด็กที่มีมากกว่าวัยอื่นๆ กระทั่งในปัจจุบัน โครงสร้างประชากรของประเทศไทย ได้เปลี่ยนจากสังคมเยาว์วัยเป็นสังคมผู้สูงวัยโดยสมบูรณ์ สถานการณ์ดังกล่าวนับเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งชี้ให้เห็นถึงสัญญาณของการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากร ที่ดูจะมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วกว่าที่คาดประมาณไว้อยู่ไม่น้อย



รูป 3 พีระมิตประชากรไทย พ.ศ. 2513, 2533, 2563, และ 2583

แหล่งที่มา: พีระมิตประชากร พ.ศ.2513 และ 2533 สร้างจากข้อมูลประชากรในสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2513 2533, สำนักงานสถิติแห่งชาติ; พีระมิตประชากร พ.ศ.2563 และ 2583 สร้างจาก ข้อมูลประชากรในการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 (ฉบับปรับปรุง), สศช.

## เมื่อจำนวนคนตาย แซงหน้าจำนวนเด็กเกิดใหม่

“ปี 2564 มีเด็กเกิดใหม่ราว 5.4 แสนคน ลดลงมากกว่าครึ่งกว่าที่เคยเกิดเมื่อ 50 ปีก่อน แสดงให้เห็นว่า จำนวนเด็กเกิดใหม่ต่ำมากเป็นประวัติการณ์ และปี 2564 เป็นปีแรกที่จำนวนเด็กเกิดน้อยกว่าคนตาย ซึ่งคนตายในปี 2564 มีจำนวน 5.6 แสนคน เท่ากับว่า ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มประชากรเกิดหักลบตาย ติดลบ” ศ.เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล (สำนักข่าวอิศรา, 2565)

สถานการณ์การเกิดน้อยลงของประชากรอย่างผิดปกตินี้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก กระทั่งองค์การยูนิเซฟได้ออกมาประกาศอย่างชัดเจนในรายงาน Preventing a lost decade: Urgent action to reverse the devastating impact of COVID-19 on children and young people เมื่อเดือนธันวาคม 2564 ว่า การแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นอุปสรรคจุดรั้งความก้าวหน้าในหลายด้านที่สะสมมาหลายทศวรรษ โดยปัญหาดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อเด็กๆ อย่างรุนแรง และกลายเป็นวิกฤตที่หนักหนาสาหัสที่สุดในประวัติศาสตร์ 75 ปีของยูนิเซฟ ไม่ว่าจะเป็นด้านความยากจน สุขภาพ การเข้าถึงการศึกษา โภชนาการ การคุ้มครองเด็ก และสุขภาพจิตของเด็ก (UNICEF, 2021)



## ผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

สำหรับในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน เด็กและเยาวชนเป็นกลุ่ม “ผู้ถูกกำหนด” ที่แทบจะไม่สามารถดูแลเลือกหรือกำหนดแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเองได้ ตั้งแต่ขั้นตอนของการถูกเลือกให้เกิดมาหรือไม่เติบโตมาภายใต้รูปแบบการเลี้ยงดูเช่นไร ตลอดจนลักษณะหรือรูปแบบการใช้ชีวิตในบริบทแวดล้อม ด้วยเหตุนี้ บทความนี้จึงได้ทำการรวบรวมผลการศึกษาวิจัย 3 เรื่อง ที่สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบจากโควิด-19 ที่มีผลต่อการปรับตัวและพฤติกรรมของประชากรวัยเด็กและเยาวชนมาโดยเฉพาะ โดยใน เรื่องที่ 1 ได้หยิบยกตัวอย่างเรื่องการปรับตัวต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ให้เห็นว่าเยาวชนวัยรุ่นสามารถปรับตัวและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันเชื้อได้มากน้อยเพียงใด ขณะที่เรื่องที่ 2 เป็นการสะท้อนผลของการปรับตัว และผลกระทบจากการเรียนออนไลน์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่น่าสนใจของกลุ่มเด็กและเยาวชนซึ่งประเด็นดังกล่าวนี้ นับเป็นประเด็นที่สังคมต่างถกเถียงกันอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับผลกระทบในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น จากนั้นปิดท้ายกับเรื่องที่ 3 ที่จะสะท้อนให้ทราบถึงผลกระทบของโควิด-19 ที่มีต่อสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนว่าเป็นอย่างไร ประชากรกลุ่มนี้ได้รับการดูแลและบริการในด้านดังกล่าวอย่างไรบ้าง ทั้งนี้ ข้อมูลจากงานศึกษาวิจัยทั้ง 3 เรื่องจะช่วยชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรที่ถูกคาดหวังให้เป็นอนาคตเพื่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่สังคมไทยอยู่ในภาวะเกิดน้อยเช่นนี้

### เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2565). สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ.

<http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx> สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565

สำนักข่าวอิสรา. (2565). เด็กไทยเกิดใหม่ปี 64 ต่ำสุดในประวัติศาสตร์ เหตุโควิดทำยอดตายพุ่งแซง-คนไม่ยอมมีลูก.

<https://www.isranews.org/article/isranews-scoop/106341-isranews-news-29.html> สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565

UNICEF. (2021). Preventing a lost decade: Urgent action to reverse the devastating impact of COVID-19 on children and young people. <https://www.unicef.org/reports/unicef-75-preventing-a-lost-decade> สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565

# การปรับตัวบนโลกที่เต็มไปด้วยโควิด-19 ของวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี กลุ่มหนึ่ง

การปฏิบัติตามมาตรการเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 พวกเขาทำได้อย่างเคร่งครัดเพียงใด  
ปีหมา ว่าพัฒนาวงศ์, อารี จำปากลาย, อักษรภักดิ์ หลักทอง, กษมา ยาโทะ

เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ขึ้น หนึ่งในประเด็นที่ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคระบาดให้ความพยายามในการดำเนินการ คือ การรณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการด้านการป้องกันเชื้ออย่างเคร่งครัด ทั้งในเรื่องของการกักตัวอยู่ที่บ้านในช่วงแรก การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล การพบปะสังสรรค์ ตลอดจนการสวมหน้ากากอนามัยและการใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ เป็นต้น ซึ่งแนวทางการปฏิบัติต่างๆ นี้ เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวหากจะทำให้เป็นกิจวัตร หนึ่งในประเด็นที่น่าสนใจคือ แล้วในกลุ่มประชากรวัยเด็กและเยาวชนที่ด้วยธรรมชาติยังเต็มไปด้วยความสนุกสนาน และต้องการใช้ชีวิตอย่างอิสระนั้น จะสามารถปรับตัวและปฏิบัติตามแนวทางต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด ข้อมูลส่วนหนึ่งจากโครงการวิจัยเรื่อง “ผลกระทบระยะยาวของการย้ายถิ่นที่หลากหลายของพ่อแม่ที่มีต่อการเปลี่ยนผ่านสู่วัยรุ่น: กรณีศึกษาประเทศไทย” ได้ทำการสอบถามข้อมูลกับประชากรวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 13-18 ปี ด้วยข้อคำถาม 11 ข้อที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และมีข้อค้นพบที่น่าสนใจดังนี้

## ข้อค้นพบ

เมื่อจำแนกคำถามทั้ง 11 ข้อเป็นสองกลุ่ม คือ พฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง และพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ ขณะที่มีสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (ตาราง 1) พบว่า ในเรื่องของพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง ซึ่งได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมรวมกลุ่มหรือกิจกรรมสังสรรค์ การสัมผัสผู้ป่วยที่มีอาการหวัด การเข้าไปยังสถานที่แออัดหรือที่มีคนเยอะ และเดินทางเข้าไปในพื้นที่ที่มีการระบาด ในช่วงแรกของการระบาด ภาพรวม มีวัยรุ่นเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเหล่านี้คิดเป็นร้อยละ 18.1, 3.1, 17.3 และ 4.7 ตามลำดับ ร้อยละของวัยรุ่นเป้าหมายที่ยังคงมีพฤติกรรมเช่นนี้ในช่วงหลังได้เพิ่มสูงขึ้นในทุกพฤติกรรม สำหรับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัตินั้น พฤติกรรมที่มีวัยรุ่นเป้าหมายปฏิบัติในช่วงแรกของการระบาดเกินกว่าร้อยละ 90 คือ ใส่หน้ากากอนามัยหรือ หน้ากากผ้าทุกครั้งที่อยู่นอกบ้าน (ร้อยละ 96.9) เลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ (ร้อยละ 92.3) ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ เจลแอลกอฮอล์ หรือสเปรย์แอลกอฮอล์ หลังสัมผัสจุดเสี่ยงเป็นประจำ (ร้อยละ 91.5) และ แยกของใช้ส่วนตัว และไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่นทุกครั้ง (ร้อยละ 90.7) วัยรุ่นเป้าหมายร้อยละ 80.4 รักษาระยะห่าง และหลีกเลี่ยง/อยู่ห่างจากผู้อื่นมากกว่า 1-2 เมตร ทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน ร้อยละ 76.0 ออกจากบ้านหรือใช้รถสาธารณะเมื่อจำเป็นเท่านั้นและร้อยละ 75.7 หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก หู โดยไม่จำเป็น พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติทั้งหมดนี้ วัยรุ่นเป้าหมายกลับประเพณี/ปฏิบัติลดลงในช่วงหลังของการระบาด ดังนั้นจากพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงที่กลับเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติที่กลับลดลง แสดงถึงความย่อหย่อนหรือความละเลยต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเท่ากับเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ของวัยรุ่นเป้าหมาย

เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งจากโครงการวิจัยเรื่อง “ผลกระทบระยะยาวของการย้ายถิ่นที่หลากหลายของพ่อแม่ที่มีต่อการเปลี่ยนผ่านสู่วัยรุ่น: กรณีศึกษาประเทศไทย” ที่ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปี 2563 จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ทำการศึกษาเกี่ยวกับวัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปี จำนวน 387 ราย ในเรื่องของการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าว ในสองช่วงเวลา ช่วงแรกระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2563 ช่วงหลังตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนตุลาคม 2564 วัยรุ่นเป้าหมายที่ศึกษาเป็นกลุ่มเป้าหมายเดิมของโครงการ Child Health and Migrant Parents in South-East Asia ที่ดำเนินการในปี 2551 (เป็นการติดตามครัวเรือนเป้าหมายเดิม)

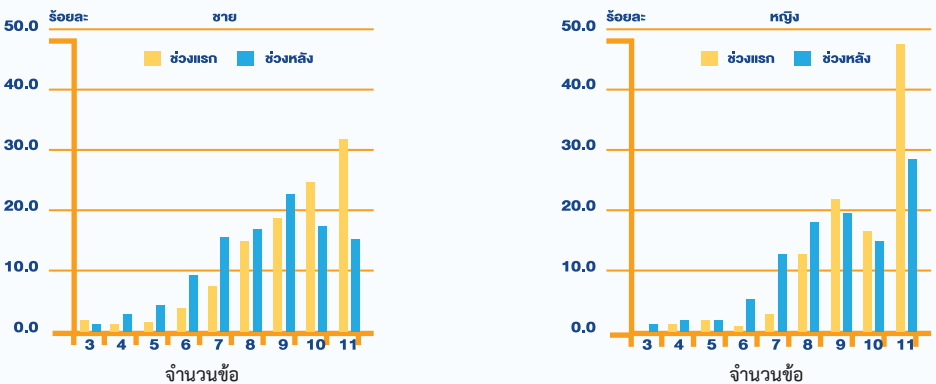
เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า วัยรุ่นเป้าหมายชายประพุดติหรือปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ต่ำกว่าวัยรุ่นเป้าหมายหญิงในทุกพฤติกรรม ขณะเดียวกัน การประพุดติหรือปฏิบัติตัวของผู้วัยรุ่นเป้าหมายทั้งชายและหญิงในช่วงหลังของการแพร่ระบาดก็ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับช่วงแรกของการระบาด(ดูตาราง 1 ประกอบ)

ตาราง 1 ร้อยละวัยรุ่นเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยง/ป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำแนกตามเพศและภาพรวม

พฤติกรรม	ชาย			หญิง			รวม		
	1st period	Latter period	Risk	1st period	Latter period	Risk	1st period	Latter period	Risk
	เข้าร่วมกิจกรรมรวมกลุ่ม/กิจกรรมสังสรรค์	22.0	43.6	↑	14.4	36.8	↑	18.1	40.1
การสัมผัสผู้ปวที่มีอาการหวัด	4.8	5.9	↑	1.5	2.5	↑	3.1	4.1	↑
เข้าไปยังสถานที่แออัด หรือที่มีคนเยอะ	18.3	37.1	↑	16.4	38.5	↑	17.3	37.7	↑
เดินทางไปในพื้นที่ที่มีการระบาด	5.9	7.5	↑	3.5	2.5	↓	4.7	4.9	↑
ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ เจลแอลกอฮอล์ หรือสเปรย์แอลกอฮอล์ หลังสัมผัสผู้เสี่ยงเป็นประจำ	91.4	85.0	↑	91.5	91.0	↑	91.5	88.1	↑
หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก หู โดยไม่จำเป็น	71.0	67.2	↑	80.1	77.1	↑	75.7	72.4	↑
ใส่หน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้าทุกครั้งที่อยู่นอกบ้าน	94.6	83.3	↑	99.0	92.0	↑	96.9	87.9	↑
รักษาระยะห่าง และหลีกเลี่ยง/ อยู่ห่างจากผู้อื่นมากกว่า 1-2 เมตร ทุกครั้งที่อยู่นอกบ้าน	74.2	56.5	↑	86.1	66.7	↑	80.4	61.8	↑
ออกจากบ้าน หรือใช้รถสาธารณะเมื่อจำเป็นเท่านั้น	74.2	72.6	↑	77.6	72.6	↑	76.0	72.6	↑
แยกของใช้ส่วนตัว และไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่นทุกครั้ง	90.3	86.0	↑	91.0	87.6	↑	90.7	86.8	↑
เลือกทานอาหารที่ร้อน หรือปรุงสุกใหม่ๆ	92.5	90.9	↑	92.0	92.0	↔	92.3	91.5	↑
<b>จำนวน</b>	<b>186</b>			<b>201</b>			<b>387</b>		

หมายเหตุ: ช่วงแรก หมายถึงช่วงเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2563, ช่วงหลัง หมายถึงช่วงเดือนมกราคม 2564 - ตุลาคม 2564

เมื่อพิจารณาจำนวนข้อของพฤติกรรมที่วัยรุ่นเป้าหมายประพุดติหรือปฏิบัติตัวถูกต้อง จากจำนวนข้อทั้งหมด 11 ข้อ วัยรุ่นเป้าหมายปฏิบัติถูกต้องต่ำสุด 3 ข้อและสูงสุดครบทุกข้อทั้งในสองช่วงของการระบาด แต่สัดส่วนของการปฏิบัติตัวถูกต้อง 10 และ 11 ข้อของวัยรุ่นเป้าหมายชายได้ลดลงในการระบาดช่วงหลัง ส่วนวัยรุ่นเป้าหมายหญิงมีการปฏิบัติตัวถูกต้อง 9, 10 และ 11 ข้อ ลดลงในช่วงหลังของการระบาด (ดูรูป 4 ประกอบ)



รูป 4 ร้อยละวัยรุ่นเป้าหมาย จำแนกตามจำนวนข้อพฤติกรรมทั้งหมด (ความเสี่ยงและควรทำ) ที่ปฏิบัติถูกต้อง หมายเหตุ: ช่วงแรก หมายถึงช่วงเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2563, ช่วงหลัง หมายถึงช่วงเดือนมกราคม 2564 - ตุลาคม 2564



นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติตัว ในที่นี้เป็นารเปรียบเทียบจากจำนวนข้อที่ปฏิบัติถูกต้องในแต่ละช่วงของการระบาด ถ้าจำนวนข้อที่ปฏิบัติถูกต้องในช่วงหลังมากกว่าในช่วงแรก เรียกว่ามีพฤติกรรมดีขึ้น ในทางกลับกัน หากจำนวนข้อที่ปฏิบัติถูกต้องในช่วงหลังน้อยกว่าในช่วงแรก เรียกว่ามีพฤติกรรมแย่ลง และถ้าจำนวนข้อที่ปฏิบัติถูกต้องในช่วงหลังเท่ากับในช่วงแรก จะหมายถึงพฤติกรรมคงเดิม ผลการวิเคราะห์ยังสนับสนุนว่าพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในช่วงหลังเมื่อเทียบกับช่วงแรกของการระบาดของวัยรุ่นเป้าหมายนั้นแย่ลง เพราะจะเห็นว่าราวครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.7) ของวัยรุ่นเป้าหมายทั้งหมดมีพฤติกรรมที่แย่ลงขณะที่ร้อยละ 35.4 พฤติกรรมคงเดิม มีเพียงร้อยละ 11.9 ที่พฤติกรรมดีขึ้น ลักษณะการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวเช่นนี้ไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างวัยรุ่นเป้าหมายชายและหญิง

## ข้อสรุป

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 วัยรุ่นอายุ 13 – 18 ปี กลุ่มหนึ่ง ปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างเคร่งครัดในระดับหนึ่งเท่านั้น วัยรุ่นชายปฏิบัติตัวตามมาตรการน้อยกว่าวัยรุ่นหญิง การปฏิบัติตัวตามมาตรการฯ ในระยะหลังมีน้อยกว่าในระยะแรก ซึ่งอาจแสดงถึงความย่อหย่อนหรือความไม่ตระหนักของการปฏิบัติตัวที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปในวัยรุ่นกลุ่มนี้

# การปิดสถานศึกษาในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 วิธีการเรียนแบบใดที่เหมาะสมกับนักเรียนไทยมากที่สุด

Dyah Anantalia Widyastari และ ปิยวัฒน์ เกตุวงศา  
( แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ )

ด้วยมาตรการการกักตัวและการปิดสถานศึกษา ก่อให้เกิดสัญญาณเตือนเกี่ยวกับระดับความเครียดและวิตกกังวลของเด็กและเยาวชน งานวิจัยต่างๆ รายงานระดับความวิตกกังวลและความเครียดของเยาวชนซึ่งเกิดจากการใช้วิธีการเรียนรู้ทางเลือกแบบบังคับ ความเบื่อหน่ายจากกิจวัตรประจำวันที่ซ้ำซากจำเจ และความเหงาเนื่องจากขาดปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนฝูง (Chaabane et al., 2021; Harjule et al., 2021; Viner. et al., 2021) รวมถึงรายงานการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Bruni et al., 2021; Chaabane et al., 2021; Guo et al., 2021; Lim et al., 2021; Velde et al., 2020) การเรียนออนไลน์อาจถูกมองว่าเป็นแนวทางใหม่ในการศึกษาและถือเป็นวิธีการที่เป็นไปได้มากที่สุดสำหรับการจัดการศึกษาในช่วงวิกฤตที่ยืดเยื้อ แต่คำถามสำคัญคือ วิธีการดังกล่าวเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนักเรียนไทยหรือไม่ ในบรรดาทางเลือกการเรียนรู้ที่มีอยู่ ทางเลือกใดบ้างที่จะสนับสนุนและเปิดโอกาสแก่เด็กและเยาวชนไทยได้บรรลุผลทั้งในด้านวิชาการและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีไปพร้อมๆ กัน

## ข้อค้นพบที่สำคัญ

*ในช่วงระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 สองในสามของนักเรียนไทย (66.4%) ต้องเปลี่ยนจากห้องเรียนแบบดั้งเดิมที่โรงเรียนเป็นการเรียนออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบ ขณะที่ 6.9% ใช้วิธีการเรียนออนไลน์บางส่วน 23.6% ใช้วิธีการรับใบงานและการบ้านไปทำที่บ้าน และอีก 3.1% เท่านั้นที่สามารถกลับมาเรียนในห้องเรียนแบบเดิมได้*

การเรียนออนไลน์แบบเต็มรูปแบบเหมาะสมที่สุดกับนักเรียนในระดับมัธยมศึกษา และนักเรียนที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและสิ่งอำนวยความสะดวกสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ ทั้งนี้สำหรับนักเรียนที่เผชิญข้อจำกัดในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตจะได้รับการจัดให้เรียนด้วยระบบทีวีทางไกลผ่านดาวเทียม (DLTV) ในขณะที่การเรียนแบบรับใบงาน และการบ้านไปทำที่บ้าน ถูกใช้สำหรับกลุ่มเด็กนักเรียนที่เป็นเด็กเล็กที่ไม่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ หรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล และสำหรับกลุ่มนักเรียนที่สามารถกลับไปเรียนที่โรงเรียนตามเดิมนั้นจะมีเพียงเฉพาะกลุ่มเด็กนักเรียนที่โรงเรียนตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ได้รับการรับรองแล้วว่าเป็นพื้นที่ที่ปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 แล้วเท่านั้น

*นักเรียนไทยประมาณ 32.8% ประสบปัญหาความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงรุนแรงอันเนื่องมาจากการปิดสถานศึกษา และการนำวิธีการเรียนรู้ต่างๆ มาใช้*

การเปลี่ยนจากห้องเรียนแบบดั้งเดิมเป็นรูปแบบต่างๆ ที่ถูกดำเนินการในช่วงการปิดสถานศึกษา ได้สร้างความกดดันให้เยาวชนต้องปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าคนรุ่นใหม่ในปัจจุบันอาจจะเก่งกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ที่มีเทคโนโลยีดิจิทัล แต่การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ได้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการซึมซับเนื้อหาทางวิชาการและทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น

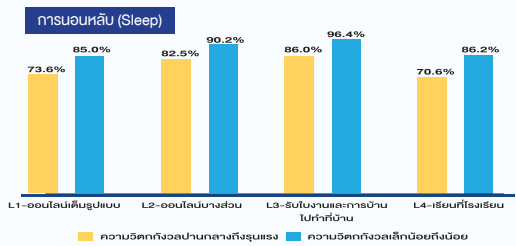
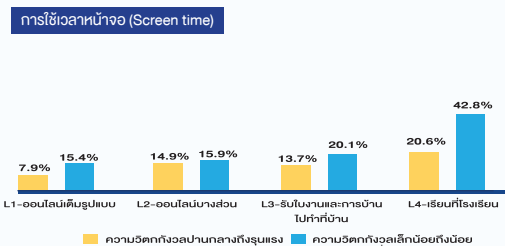
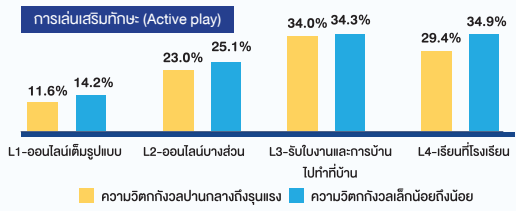
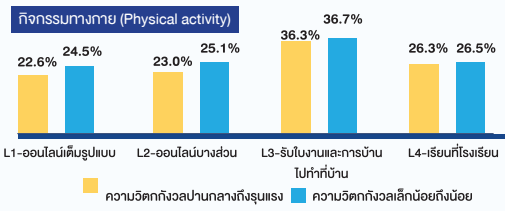
*จากข้อมูลพบว่า นักเรียนที่เรียนออนไลน์แบบเต็มรูปแบบและบางส่วนเป็นกลุ่มนักเรียนที่ประสบปัญหาความวิตกกังวลจากการปิดสถานศึกษามากกว่านักเรียนกลุ่มอื่นๆ*

การเรียนออนไลน์เพิ่มความเสี่ยงต่อความวิตกกังวลจาก 1) โอกาสที่จำกัดในการอภิปรายกับครู และเพื่อนร่วมห้องรวมถึงการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิชาที่ต้องฝึกฝนหรือคำนวณ (เช่น คณิตศาสตร์ ฟิสิกส์) 2) นักเรียนต้องเรียนรู้ผ่านหน้าจอออนไลน์วันละ 5-6 ชั่วโมง ทำให้บางคนมีอาการอ่อนล้าทางร่างกาย และการมองเห็นอย่างไม่ต้องสงสัย 3) การได้รับการบ้านหรืองานที่มอบหมายเพิ่มขึ้นกว่าการเรียนปกติ

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มนักเรียนที่ต้องเรียนออนไลน์ พบว่า นักเรียนที่ใช้วิธีการเรียนที่โรงเรียนมีโอกาสที่จะมีความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงรุนแรงน้อยกว่าถึง 37.8% (OR 0.6; p-value 0.021) ทั้งนี้ เนื่องจากการเข้าเรียนในชั้นเรียนช่วยให้นักเรียนได้มีปฏิสัมพันธ์ทางตรงกับครู และกลุ่มเพื่อน และได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ สำหรับวิชาที่ต้องการคำแนะนำ หรือการอภิปรายอย่างเข้มข้น ในทำนองเดียวกัน นักเรียนที่รับใบงาน หรือรับการบ้านไปทำที่บ้านเป็นกลุ่มที่มีความยืดหยุ่นในการจัดการเวลาและตารางเรียนที่มากกว่าและมีความวิตกกังวลที่น้อยกว่า ในขณะที่การเรียนที่โรงเรียนต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างครูกับนักเรียนเป็นอย่างมาก ในทางตรงกันข้าม การเรียนทางไกลในรูปแบบออฟไลน์กระตุ้นให้ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมปฏิสัมพันธ์ในระหว่างการจัดตารางการเรียนรู้ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ในเรื่องดังกล่าวนี้จะเป็นปัจจัยป้องกันนักเรียนไม่ให้เกิดความวิตกกังวลระหว่างการปิดสถานศึกษา

**ความวิตกกังวลที่เกิดจากการปิดสถานศึกษาสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพ (กิจกรรมทางกาย, ออกมาเล่น, เวลาหน้าจอ และการนอนหลับ)**

การเปลี่ยนจากห้องเรียนแบบดั้งเดิมเป็นการเรียนทางไกล หรือการเรียนออนไลน์ทำให้นักเรียนมีเวลาในการใช้หน้าจอมากขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 393 นาทีต่อวัน (SD 235, CI 387-399) โดยกลุ่มนักเรียนที่เรียนออนไลน์แบบเต็มรูปแบบเป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาเฉลี่ยสูงที่สุด (421 นาที) และการเรียนออนไลน์แบบบางส่วน (385 นาที) ทั้งนี้ ในระหว่างที่สถานศึกษาปิดนี้ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของนักเรียนทั้งในเรื่องของกิจกรรมทางกาย การเล่นเสริมทักษะและการนอน สัดส่วนของนักเรียนที่มีกิจกรรมทางกายและการเล่นที่เพียงพอตามคำแนะนำในกลุ่มนักเรียนที่มีความวิตกกังวลเล็กน้อยถึงน้อยจะสูงกว่ากลุ่มนักเรียนที่มีความวิตกกังวลปานกลางถึงรุนแรง (28.0% และ 24.7% ตามลำดับ) ในทำนองเดียวกัน นักเรียนที่มีความวิตกกังวลปานกลางถึงรุนแรง มีโอกาสที่จะมีการนอนเพียงพอ ตามคำแนะนำน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ (0.6; p-value <0.001)



รูป 5 ร้อยละของนักเรียนที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก จำแนกตามวิธีการเรียนและระดับความวิตกกังวล

การศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่า ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นระหว่างวิธีการเรียนรู้และความวิตกกังวลเป็นเรื่องที่ไม่ควรละเลย เนื่องจากมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนในหลายด้าน สัดส่วนของนักเรียนที่มีกิจกรรมทางกายเฉลี่ย 60 นาทีต่อวัน ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก พบว่าสูงที่สุดในกลุ่มนักเรียนที่ใช้วิธีการเรียนแบบรับใบงานและการบ้านไปทำที่บ้านและยังเป็นกลุ่มที่มีระดับความกังวลอยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกับกลุ่มนักเรียนที่กลับเข้าไปเรียนที่โรงเรียน ที่มีความกังวลในระดับน้อย และมีโอกาสในการเล่นเพื่อส่งเสริมทักษะสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ รายละเอียดดังปรากฏในรูป 5

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลกระทบอันไม่พึงประสงค์จากการเรียนออนไลน์ที่มีต่อนักเรียนไทยทั้งระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา นั้น เป็นเรื่องจำเป็นที่รัฐบาลจะต้องทำการประเมินผลและออกแบบกระบวนการเรียนรู้ที่มีความเหมาะสมและเพื่อป้องกันการสูญเสียการเรียนรู้และผลร้ายที่จะเกิดขึ้นกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทั้งนี้กลยุทธ์ส่งเสริมการศึกษาระหว่างช่วงวิกฤต ในอนาคตควรพิจารณาถึงการลดระยะเวลาการเรียนออนไลน์และให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้เชิงรุกที่ประยุกต์ให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายควบคู่ไปด้วยเพื่อป้องกันความวิตกกังวล และการกระตุ้นและคงระดับพฤติกรรมทางสุขภาพ ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและครอบครัว (พ่อแม่/ผู้ปกครอง) ที่สามารถมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงการออกแบบโปรแกรมการเรียนรู้และกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ให้บรรลุผลด้านการศึกษาและสุขภาพที่ต้องการ

## การฟื้นตัวและโอกาส

แม้ว่าการเรียนออนไลน์อาจถูกมองว่าเป็นแนวทางที่เป็นไปได้มากที่สุดที่จะนำมาเป็นทางเลือกแทนการจัดการเรียนการสอนแบบดั้งเดิมที่โรงเรียนในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างไรก็ตาม วิธีการดังกล่าวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความวิตกกังวลและพฤติกรรมด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนไทย วิธีการเรียนรู้แบบออฟไลน์ (การรับใบงานและการบ้านไปทำที่บ้าน) เปิดโอกาสให้นักเรียนได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามข้อเสนอแนะได้มากยิ่งขึ้น ตลอดจนลดความเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกได้

### เอกสารอ้างอิง

- Bruni, O., Malorgio, E., Doria, M., Finotti, E., Spruyt, K., Melegari, M. G., Villa, M. P., & Ferri, R. (2021). Changes in sleep patterns and disturbances in children and adolescents in Italy during the Covid-19 outbreak. *Sleep Medicine*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.02.003>
- Chaabane, S., Doraiswamy, S., Chaabane, K., Mamtani, R., & Cheema, S. (2021). The Impact of COVID-19 School Closure on Child and Adolescent Health: A Rapid Systematic Review. *Children*, 8(5), 415. [https://mdpi-res.com/d\\_attachment/children/children-08-00415/article\\_deploy/children-08-00415.pdf](https://mdpi-res.com/d_attachment/children/children-08-00415/article_deploy/children-08-00415.pdf)
- Guo, Y.-f., Liao, M.-q., Cai, W.-l., Yu, X.-x., Li, S.-n., Ke, X.-y., Tan, S.-x., Luo, Z.-y., Cui, Y.-f., & Wang, Q. (2021). Physical activity, screen exposure and sleep among students during the pandemic of COVID-19. *Scientific reports*, 11(1), 1-11.
- Harjule, P., Rahman, A., & Agarwal, B. (2021). A cross-sectional study of anxiety, stress, perception and mental health towards online learning of school children in India during COVID-19. *Journal of Interdisciplinary Mathematics*, 24(2), 411-424.
- Lim, M. T. C., Ramamurthy, M. B., Aishworiya, R., Rajgor, D. D., Tran, A. P., Hiriyyur, P., Kunaseelan, S., Jabri, M., & Goh, D. Y. T. (2021). School closure during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic—Impact on children’s sleep. *Sleep Medicine*, 78, 108-114.
- Velde, G. t., Lubrecht, M., Arayess, M., van Loo, C., & Vreugdenhil, M. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Physical Activity Behaviour and Screen Time in Dutch Children During and After School Closures. Available at SSRN 3714619.
- Viner, R. M., Russell, S., Saullé, R., Croker, H., Stansfield, C., Packer, J., Nicholls, D., Goddings, A.-L., Bonell, C., & Hudson, L. (2021). Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: a systematic review. *MedRxiv*.

## ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบและบริการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม สำหรับเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย

ภูเบศร์ สมุทรจักร, ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์, ฌปนภัช สัจจนกุล, กัญญาพัชร สุทธิเกษม,  
บุรเทพ โชคนานกุล, อุดมลักษณ์ ราชมสมบัติ, นฤมล เจริญใจ, ทิพวรรณ ศิริสัมพันธ์  
(แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ)

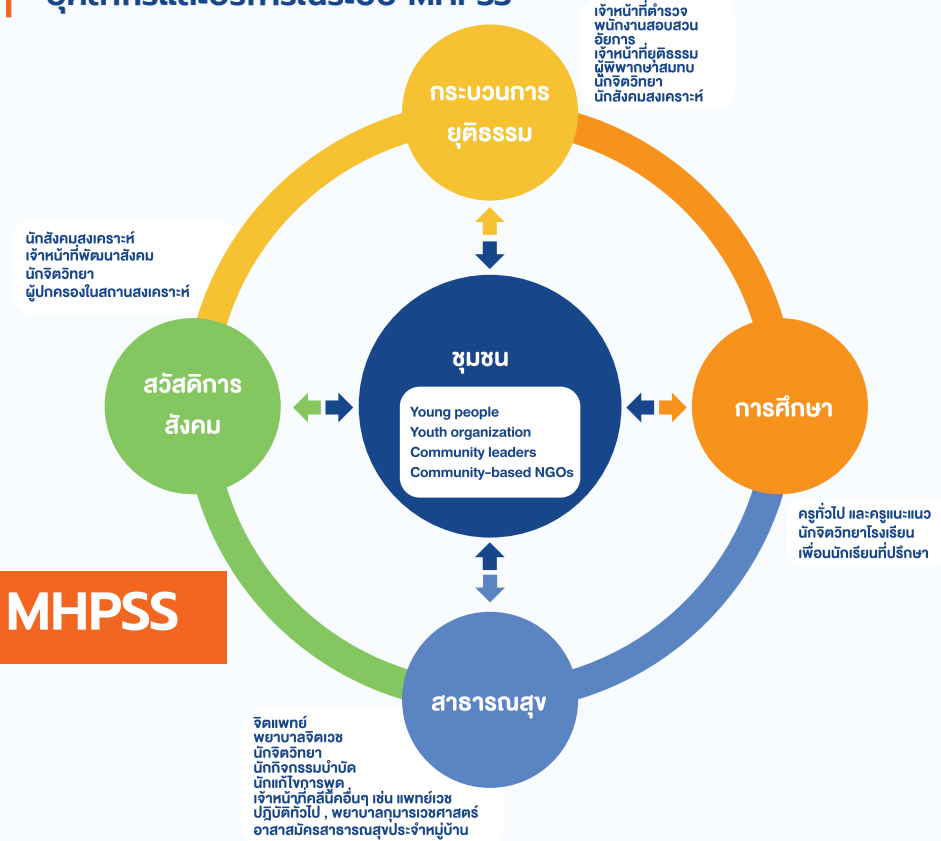
ผลกระทบทางตรงของโควิด-19 ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพกาย เศรษฐกิจ การขาดการเชื่อมต่อทางสังคม หรือการศึกษาที่หยุดชะงักลง สุดท้ายแล้วทั้งหมดล้วนแต่มาลงที่ผลต่อสุขภาพจิตที่เสื่อมถอย (Equitable Education Fund, 2022; Institute for Health Metrics and Evaluation, 2022) ในปี 2564 กรมสุขภาพจิตรายงานว่ามีวัยรุ่นร้อยละ 28 มีความเครียดสูง ในขณะที่ร้อยละ 32 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า และร้อยละ 22 มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย การสำรวจโดยยูนิเซฟในปี 2563 ยังรายงานว่าเด็กและเยาวชน 7 ใน 10 คน มีสุขภาพจิตที่แย่ลง เนื่องจากสภาวะการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 (UNICEF Thailand, 2020) โดยเฉพาะความกังวลเกี่ยวกับ รายได้ครัวเรือน การศึกษา การศึกษาในอนาคต และการจ้างงาน ซึ่งจริงๆ แล้ว แม้กระทั่งก่อนการระบาดของโควิด-19 เด็กและวัยรุ่นไทยก็ประสบกับภาวะสุขภาพจิตที่ย่ำแย่อยู่แล้ว (UNICEF East Asia and Pacific Regional Office, 2020) โดยมีการรายงานว่าเด็กและเยาวชนไทยอายุ 10-19 ปีมีความผิดปกติทางจิตและการทำร้ายตนเองเป็นร้อยละ 15 ของภาวะโรคทั้งหมด และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับสามของการเสียชีวิตในเด็กอายุ 15-19 ปี (Department of Health, 2022)

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนในระบบและบริการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (Mental Health and Psychosocial Support Systems and Services: MHPSS) ของประเทศไทยทั้งหมด 23 ราย จำแนกเป็นการสัมภาษณ์ผู้ที่มาจากภาครัฐ 17 ราย ประกอบด้วย ภาคสุขภาพ (4) การศึกษา (5) สวัสดิการสังคม (2) กระบวนการยุติธรรม (4) และสวัสดิการสังคม (2) นอกจากนี้ ยังมีการสัมภาษณ์ตัวแทนจากองค์กรเยาวชน 4 ราย และตัวแทนจากองค์กรนอกภาครัฐที่ไม่แสวงหาผลกำไรอีก 2 ราย ดำเนินการสัมภาษณ์ตั้งแต่เดือนสิงหาคม – กันยายน 2565 ผ่านแอปพลิเคชัน Zoom เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขอ้างอิง COA เลขที่ 2021/06-141





# บุคลากรและบริการในระบบ MHPSS



รูป 6 บุคลากรและบริการในระบบ MHPSS

MHPSS ประกอบด้วยปฏิบัติการ 3 ลำดับชั้นหลัก ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน และการให้บริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะด้านในการให้บริการในภาคส่วนต่างๆ ภาคสาธารณสุข ซึ่งเป็นภาคหลักในการให้การรักษามีบุคลากรที่หลากหลาย อาทิ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา รวมทั้งอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน บุคลากรในภาคการศึกษาอย่างเช่น ครูแนะแนว นักจิตวิทยาโรงเรียน นักเรียนเพื่อนที่ปรึกษา ซึ่งล้วนแต่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพจิตแบบองค์รวม ทั้งโรงเรียนปฏิบัติหน้าที่เชื่อมโยงกันระหว่างครู นักเรียน และผู้ปกครอง บุคลากรในภาคสวัสดิการสังคม เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม นักจิตวิทยา และผู้คุ้มครองในสถานสงเคราะห์ บุคลากรในภาคกระบวนการยุติธรรมเช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่สืบสวนสอบสวน เจ้าหน้าที่ศาล นอกจากนี้ยังมีกลุ่มเด็กและเยาวชนซึ่งปัจจุบันเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่เด็กและเยาวชนด้วยกันมากขึ้น ในช่องทางที่หลากหลาย

## ข้อค้นพบที่สำคัญ

การระบาดของโควิด-19 ส่งผลทางลบต่อสถานการณ์สุขภาพจิตและระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตสังคมของเด็กและวัยรุ่น 4 ประการได้แก่ **ประการแรก** ผลกระทบทางลบต่อสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปกครองที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ และรายได้ต่ำ ซึ่งสร้างความตึงเครียดให้กับสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด รวมถึงตัวเด็กด้วย **ประการที่สอง** คือการเรียนออนไลน์ซึ่งแต่เดิมควรเป็นช่องทางการเรียนเสริม แต่กลับต้องกลายเป็นช่องทางการเรียนหลักที่จำกัดให้เด็กต้องเรียนคนเดียวที่บ้าน บางคนอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานานมาก ความเบื่อหน่ายจากการจำกัดการพบปะสังสรรค์ทางกายกับเพื่อนๆ ระยะเวลาการเรียนออนไลน์ที่ยืดเยื้อ และการมอบหมายงานจำนวนมากได้เพิ่มความตึงเครียดให้กับเด็กอย่างมาก **ประการที่สาม** จากเหตุผลประการแรก และประการที่สอง มีรายงานว่าความรุนแรงในครอบครัวได้เพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดใหญ่ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวเปิดเผยว่า มีเหตุความรุนแรงในครอบครัวราว 200 รายต่อเดือน เพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนโควิด-19 ประมาณร้อยละ 42 **ประการที่สี่** มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมทำให้โครงการความริเริ่มต่างๆ เพื่อการพัฒนา MHPSS ของภาคส่วนต่างๆ หยุดชะงักลง ทำให้เกิดความล่าช้าในความก้าวหน้าของระบบฯ

## ข้อเสนอแนะ

แม้ที่สุดแล้ว ประเทศไทยจะประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น แต่การดำเนินชีวิต และความเป็นไปในสังคมก็ไม่อาจกลับไปสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนเกิดโควิด-19 บริการสุขภาพจิตและโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคลากรในระบบ MHPSS ต้องได้รับการยกระดับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับ MHPSS จะต้องพิจารณาทางเลือกอื่นเพื่อการให้การสนับสนุนและบริการดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการใช้แพลตฟอร์มออนไลน์และดิจิทัล เพื่อให้การสนับสนุนและบริการแก่เด็กและวัยรุ่นต่อไป ความแพร่หลายและการเข้าถึงแพลตฟอร์มออนไลน์และดิจิทัลที่สูงมากในแทบทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนเปิดโอกาสให้พวกเขามีส่วนร่วมมากขึ้น และง่ายขึ้นในการระบุแจ้งปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรก เทคโนโลยีออนไลน์สามารถนำมาใช้เพื่อสนับสนุนการให้คำปรึกษา การอ้างอิงตนเอง การดูแลสุขภาพจิต การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรในรูปแบบที่สามารถตอบโต้และแลกเปลี่ยนกันได้ รวมทั้งการบรรจุเนื้อหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตเข้าไปในหลักสูตรการเรียนออนไลน์ แพลตฟอร์มเหล่านี้ยังสามารถใช้ในการฝึกอบรมแก่บุคลากร MHPSS ในภาคส่วนต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องอาศัยอุปกรณ์ และการเรียนการสอนขั้นสูงเพื่อเสริมหรือลดเซกปฏิบัติ การต่างๆ ที่เคยต้องทำแบบตัวต่อตัว นอกจากนี้ MHPSS ยังต้องแสวงหาการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของคนหนุ่มสาวเพื่อขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเหล่านี้้อย่างชำนาญเพื่อเข้าถึงเด็กและวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ



## ระดับภาพรวมของสังคม

จะเห็นได้ว่าโควิด-19 มีบทบาทในฐานะ “ตัวเร่ง” ให้การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างทางประชากรเปลี่ยนแปลงไปบนทิศทางและแนวโน้มเดิม แต่เพิ่มความเร็วของการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น นั่นคือ การเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยระดับสุดยอดของประเทศไทย อาจเกิดขึ้นเร็วกว่าที่คาดการณ์ไว้ โดยโควิด-19 ได้ทำให้เกิดการเสียชีวิตส่วนเพิ่มที่มาจากโรคระบาดแม้จะเป็นในระยะสั้นแต่มีผลโดยตรงต่อการลดจำนวนประชากร ขณะที่สถานการณ์การเกิดที่น้อยกว่าปกติ ซึ่งจากการคาดการณ์อาจเป็นไปได้ทั้งผลกระทบในระยะสั้นหรืออาจก่อให้เกิดทิศทางการลดลงในระยะยาวเนื่องจากการเลื่อนระยะเวลาการมีบุตรของคู่สมรสที่ถูกขยับออกไปตามผลกระทบทางเศรษฐกิจที่ฝืดเคือง เป็นต้น โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดปรากฏการณ์ที่สำคัญทางประชากรคือ จำนวนการเกิดที่น้อยลงเป็นประวัติการณ์ในรอบ 50 ปี รวมถึงอัตราการเพิ่มประชากรของประเทศไทยที่อยู่ในระดับติดลบในปัจจุบัน

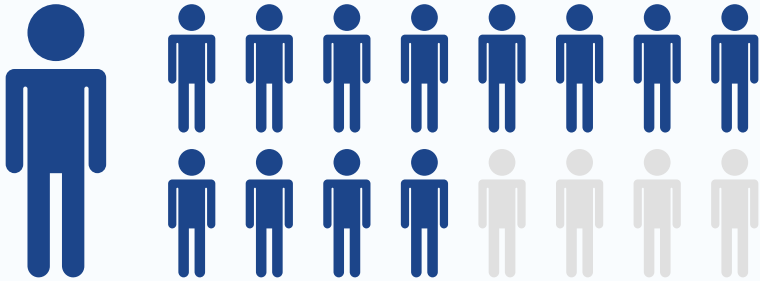
## ระดับพฤติกรรมทางประชากร

จากผลการศึกษาเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยเด็กและเยาวชนทั้ง 3 เรื่องในบทความนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่า เด็กและเยาวชนประสบความยากลำบากในการปรับตัวต่อการปฏิบัติตนตามมาตรการด้านการป้องกันโควิด-19 ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านวิถีชีวิตโดยตรง ตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนที่สุดคือ การที่เด็กและเยาวชนต้องปรับวิธีการเรียนจากที่โรงเรียนมาเป็นเรียนที่บ้านผ่านกระบวนการออนไลน์ ทำให้ขาดซึ่งกระบวนการพัฒนาการด้านสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ทางตรงทั้งกับเพื่อนและบุคคลอื่นภายนอกครอบครัว รวมไปถึงพัฒนาการทางด้านอารมณ์ ทำให้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางสุขภาพกายและจิตใจอย่างเห็นได้ชัด

ผลกระทบต่างๆ เหล่านี้ทั้งในระดับภาพรวมของสังคม และระดับพฤติกรรมทางประชากร เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีการศึกษาในรายละเอียดอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ทราบถึงแนวโน้มและสิ่งที่เป็นผลตามมาในระยะกลางและระยะยาว กระบวนการออกแบบวางแผนเพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์ข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้ถูกดำเนินการผ่านการใช้ข้อมูลและองค์ความรู้เป็นฐานในการตัดสินใจ

### เอกสารอ้างอิง

- Equitable Education Fund (April 18, 2022). “Community Isolation for Mother and Child”, Retrieved from <https://research.eef.or.th/panyimhouse/> on May 14, 2022.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). Global Burden of Disease study 2019. Retrieved from <https://www.healthdata.org/covid> on May 14, 2022.
- Department of Mental Health Thailand (2022). Suicide report 2022. Retrieved from <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/> on May 14, 2022.
- UNICEF East Asia and Pacific Regional Office (2020). A Snapshot: UNICEF’s approach to mental health during COVID-19 in East Asia and the Pacific. Bangkok: EAPRO.
- UNICEF Thailand (2020). Volunteer as a youth counselor with Lovicare Station. Retrieved from <https://iam.unicef.or.th/opportunities/YMB1cdoanE> on May 14, 2022.



02

## มิติ “เพศ”: มุมมองจากงานวิจัยในช่วงสถานการณ์โควิด-19

( กลุ่มงานวิจัย 3 : เพศวิถี เพศสภาวะ อนามัยเจริญพันธุ์และเอชไอวี เอ็ดส์ )

ดุสิตา พึ่งสำราญ<sup>1</sup>

นิพนธ์ ดารารุฒิมมาปกรณ์<sup>2</sup>

ณภัทร ครุฑไทย<sup>3</sup>

พงษ์ศักดิ์ สกุลทักษิณ<sup>4</sup>

ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา การขับเคลื่อนประเด็นทางสังคมของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศดูเหมือนจะมีความชัดเจนมากขึ้นและมีพื้นที่มากขึ้นไม่ว่าจะเป็นพื้นที่ในโลกโซเชียลมีเดียและช่องทางสื่อสารมวลชนอื่นๆ และต้องยอมรับว่า ถึงแม้ในช่วงเกือบ 3 ปีที่ประเทศไทยและทั่วโลกต้องตกอยู่ในภาวะชะงักงันด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสชนิดใหม่หรือโควิด-19 แต่ด้วยสถานการณ์การเมืองที่มีความเข้มข้นในประเทศ การขับเคลื่อนทางสังคมของกลุ่มต่างๆ ก็เป็นส่วนหนึ่งของการเคลื่อนไหวทางการเมืองด้วย

กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศได้ปลุกกระแสเรียกร้องในประเด็นต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการให้มีการยอมรับในเพศสภาพที่หลากหลาย (gender recognition) ตามกฎหมาย การเรียกร้องสิทธิในการเปลี่ยนคำนำหน้าชื่อตามเพศสภาพ หรือการขับเคลื่อนกฎหมายเพื่อการสมรสระหว่างคู่รักเพศเดียวกัน หรือการสมรสเท่าเทียม เป็นต้น และในกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ผ่านมานี้เอง เราก็ได้รับรู้สิ่งใหม่ๆ ในความหลากหลายทางเพศเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) ที่แตกต่างไปจากสิ่งที่สังคมไทยคุ้นเคยมาก่อน จากเดิมที่รู้จักแยก กระจแยกหรือสาวประเภทสอง ทอม ดี หญิงรักหญิง ไบเซ็กชวล และในคำย่อภาษาอังกฤษว่า LGBT แต่ในช่วง 1-2 ปีนี้ เราได้มีโอกาสรู้จักคำใหม่ๆ จากการขับเคลื่อนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น Non-binary ซึ่งยังไม่มีคำแปลภาษาไทยที่เหมาะสมแต่เมื่อเขียนภาษาไทยก็ใช้ทับศัพท์ว่า นอนไบনারี ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศที่ไม่ยึดกับกรอบของการมีสองเพศคือชายกับหญิงเป็นพื้นฐาน หรือ agender หมายถึง ผู้ที่ไม่ต้องการหรือไม่มีอัตลักษณ์ทางเพศใดๆ เป็นต้น ดังนั้น ในช่วงที่ผ่านมา เราจะได้เห็นการใช้อักษรย่อ LGBTQIN+ หรือ LGBTIQAN+ โดยเครื่องหมาย + หรือพลัส ด้านท้ายเป็นสัญลักษณ์ว่า ยังคงมีอัตลักษณ์ทางเพศอยู่อีกหลายรูปแบบมากที่ยังไม่สามารถระบุได้หมดในชุดคำย่อนี้

---

<sup>1</sup>อาจารย์ประจำ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

<sup>2</sup>นักวิจัยผู้ชำนาญการพิเศษ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

<sup>3</sup>นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรประชากร สุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ (หลักสูตรนานาชาติ) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

<sup>4</sup>นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรวิจัยประชากรและสังคม (หลักสูตรไทย) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม



เมื่อปี 2551 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม จัดประชุมประชากรกลางปีและได้นำเสนอประเด็น “มิติเพศ” ในประชากรและสังคม มีการนำเสนอผลงานวิจัยที่สะท้อนความหมายของคำว่า “เพศ” ที่แตกต่างกันอย่างน้อย ความหมาย ได้แก่ **เพศสรีระ** หรือ เพศกำหนดตามสรีระร่างกาย **เพศสถานะ (gender)** หรือ ภาวะแห่งเพศที่ถูกประกอบสร้างทางสังคม ภาวะของความเป็นเพศที่เลื่อนไหลไปตามบริบทของชีวิต และ **เพศวิถี** หมายถึง วิถีชีวิตทางเพศ วิถีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนาและการแสดงออกทางเพศ ความคิดเกี่ยวกับคู่อภิสิทธิ์ คู่ชีวิตและรูปแบบของการมีเพศสัมพันธ์ (กฤตยา และ กาญจนา, 2551) และท่ามกลางกระแสการขับเคลื่อนของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ มีความเข้มข้นหลายประเด็นดังที่กล่าวข้างต้น การประชุมประชากรกลางปีของสถาบันฯ ในปี 2565 บทความนี้ จึงขอเสนอเกี่ยวกับ “มิติเพศ” อีกครั้ง โดยเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สะท้อนถึงอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีที่พบในการสำรวจที่เกิดขึ้นในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ตั้งแต่ปี 2563 ถึง 2565



ที่มา: Prachatai.com

คณะผู้เขียนมีการทำงานสำรวจและกิจกรรมโครงการในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศทั้งหมด 3 งานด้วยกัน และเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 การสำรวจข้อมูลจึงใช้วิธีสำรวจแบบออนไลน์ทั้งหมด ได้แก่ (1) การสำรวจผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจต่อเยาวชนภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย ดำเนินงานภายใต้คณะทำงานกลุ่มย่อยด้านเยาวชนขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งการสำรวจที่ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มี ผศ.ดร.มาร์ก เฟลด์แคร์ เป็นหัวหน้าโครงการ (เมษายน-กรกฎาคม 2563) (2) การสำรวจออนไลน์เกี่ยวกับประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ สนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (มกราคม 2564) และ (3) การศึกษาอัตลักษณ์และรูปแบบของความหลากหลายทางเพศ พฤติกรรมด้านสุขภาพ พฤติกรรมทางเพศ และความต้องการบริการสุขภาพของผู้มีความหลากหลายทางเพศ ด้วยการ**สำรวจข้อมูลออนไลน์** (กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2565) ข้อมูลจากการสำรวจทั้ง 3 งานนี้ แสดงให้เห็นถึงอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีของผู้ตอบแบบสำรวจ ซึ่งคณะผู้เขียนต้องการชี้ให้เห็นว่า การออกแบบเครื่องมือในการเก็บข้อมูลมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้สามารถสะท้อนถึงความเป็นจริงของความหลากหลายทางเพศได้ การตั้งคำถามเกี่ยวกับ “เพศ” ของผู้ร่วมการศึกษาจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึง “มิติ” ที่มีความเกี่ยวเนื่องกันตั้งแต่เพศ สรีระเพศ สถานะและรสนิยมทางเพศด้วยนั่นเอง



ที่มา: Spectrum



ที่มา: เพจ จิมเจอรี่ Jim's Journey

# การสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19

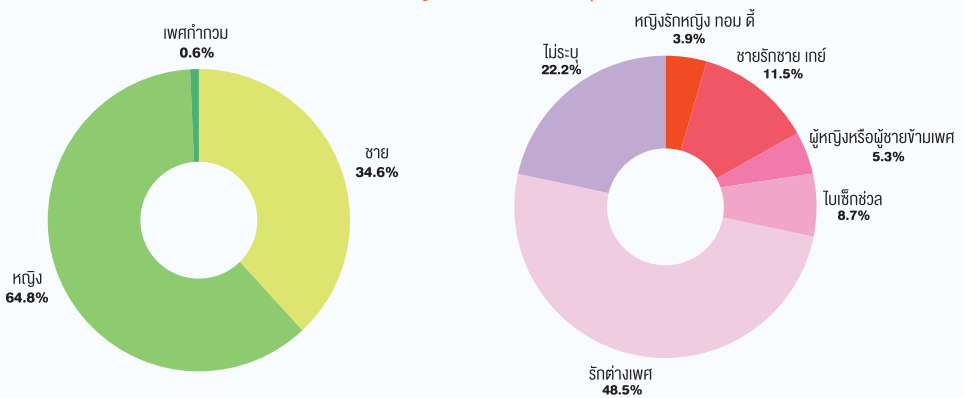
ที่มีต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชนอายุ 15-30 ปี

(เมษายน-กรกฎาคม 2563)

ในช่วงที่สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงไปทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย มีการสำรวจผลกระทบที่เกิดจากการระบาดของไวรัสชนิดใหม่นี้ในประชากรหลายกลุ่ม ประเด็นหลักของการสำรวจมักจะเป็นเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษาและสุขภาพในแง่มุมต่างๆ กันไป และมีการสำรวจหนึ่งที่น่าสนใจงานภายใต้คณะทำงานกลุ่มย่อยด้านเยาวชนขององค์การสหประชาชาติได้ทำ **การสำรวจออนไลน์ ในประชากร 6 กลุ่ม เพื่อประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเยาวชนในประเทศไทยภายใต้สถานการณ์วิกฤติโควิด-19 หนึ่งในชุดสำรวจนี้คือ เยาวชนทั่วไป จำนวน 823 คน (เก็บข้อมูลระหว่าง 11 มิถุนายน – 12 กรกฎาคม 2563) เป็นการสำรวจที่มีประเด็นคำถามเกี่ยวกับเพศวิถีของเยาวชนและผลกระทบที่เกิดขึ้นในสถานการณ์โควิด-19**

การสำรวจนี้มีคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศ แบ่งเป็น เพศกำเนิด (ตัวเลือกคำตอบ: หญิง ชาย เพศกำกวม) และ เพศวิถีในปัจจุบัน (ตัวเลือกคำตอบ: (1) หญิงรักหญิง ทอม ดี (2) ชายรักชาย เกย์ (3) ผู้หญิงหรือผู้ชายข้ามเพศ (4) ไบเซ็กชวล (5) รักต่างเพศ และ (6) ไม่ต้องการระบุ) อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่า **ตัวเลือกคำตอบสำหรับคำถาม เพศวิถี จะมีความกำกวมอยู่ระหว่าง เพศสภาวะ (gender) กับ เพศวิถี (sexual orientation)** นอกจากนี้ ยังมีคำถามว่า “ในช่วง 3-4 เดือนที่ผ่านมาในสถานการณ์โควิด-19 คุณมีหรือได้ใช้ชีวิตกับแฟนหรือคู่เป็นคนเพศเดียวกัน (LGBT) ด้วยหรือไม่”

ในภาพรวม การสำรวจนี้พบว่า ประมาณ ร้อยละ 30 ของผู้ตอบแบบสำรวจ ระบุว่า ตนมีเพศวิถีอื่นๆ ที่ไม่ใช่รักต่างเพศ และมีประมาณร้อยละ 22 ที่ไม่ต้องการระบุคำตอบในเรื่องนี้ (รูปที่ 1) และที่น่าสนใจคือ ในกลุ่มของคนที่ไม่ต้องการระบุคำตอบในข้อนี้ (181 คน) นั้น ร้อยละ 22 ที่ได้ตอบคำถามว่า ใช้ชีวิตกับแฟนหรือคู่เป็นคนเพศเดียวกันในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ตัวเลือกคำตอบในข้อเพศวิถีที่แบบสำรวจนี้กำหนดไว้ ไม่ตรงหรือสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ตอบแบบสำรวจกลุ่มนี้ให้นิยามตนเอง

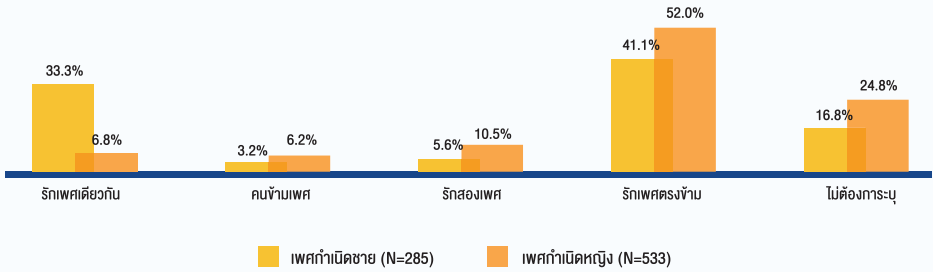


รูป 1 ข้อมูลเพศกำเนิดและเพศวิถี จากการสำรวจเยาวชนทั่วไป (เมษายน-กรกฎาคม 2563)

และเมื่อจำแนกตามเพศกำเนิดพบว่า กว่าร้อยละ 33 ของเพศกำเนิดชาย และเกือบร้อยละ 7 ของเพศกำเนิดหญิง ระบุว่า เป็นคนรักเพศเดียวกัน ด้วยคำตอบ หญิงรักหญิง ทอม ดี ชายรักชาย เกย์ ในขณะที่ สัดส่วนของเพศกำเนิดหญิงที่ระบุว่า รักสองเพศ มากกว่าในกลุ่มเพศกำเนิดชาย เกือบเท่าตัวคือ ร้อยละ 10 และประมาณร้อยละ 6

นอกจากนั้น มีความน่าสนใจมากขึ้นตรงที่ การสำรวจนี้ พบว่ามีเพศกำเนิดหญิงที่เป็นบุคคลข้ามเพศด้วยถึงร้อยละ 6 ซึ่งเข้าใจว่า ผู้หญิงที่ข้ามเพศเป็นผู้ชาย หรือเรียกว่า ชายข้ามเพศ ยิ่งค่อนข้างเป็นเรื่องใหม่ สำหรับสังคมไทย ทั้งในแง่ของการวิจัยและการให้บริการที่เกี่ยวข้องต่างๆ (รูปที่ 2)

### เพศวิถี จำแนกตามเพศกำเนิด



รูป 2 เพศวิถี จำแนกตามเพศกำเนิดของผู้ตอบแบบสำรวจ

รายงานการสำรวจออนไลน์เกี่ยวกับประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ภายใต้ โครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

การสำรวจนี้เป็นการสำรวจออนไลน์ เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 3 กันยายน – 4 ตุลาคม 2563 พบว่า มีกลุ่มประชากรให้ความสนใจและเข้ามาตอบแบบสอบถามของโครงการฯ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศเข้าร่วมตอบแบบสอบถามของโครงการได้สมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้มีจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 454 ราย

ในภาพรวม การศึกษานี้มีผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่จัดอยู่ในกลุ่มหญิง ได้แก่ หญิงรักหญิง เลสเบียน ดี ทอม ร้อยละ 24.9 (113 คน) ในขณะที่กลุ่มชาย ได้แก่ เกย์ สาวประเภทสอง กะเทย ร้อยละ 67.4 (306 คน) และผู้ที่ระบุคำตอบอื่นๆ ได้แก่ ไบเซ็กชวล นอนไบนารี (non-binary) อะเซ็กชวล (asexual) ผู้หญิงข้ามเพศและผู้ชายข้ามเพศ ร้อยละ 7.7 (35 คน) อย่างไรก็ตาม แบบสำรวจนี้ไม่มีคำถามเกี่ยวกับเพศกำเนิดของผู้ตอบ



รูป 3 อັตลักษณ์ทางเพศ ณ ปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถาม



**การศึกษาอัตลักษณ์และรูปแบบของความหลากหลายทางเพศ พฤติกรรมด้านสุขภาพ พฤติกรรมทางเพศ และความต้องการบริการสุขภาพของผู้มีความหลากหลายทางเพศ ด้วยการศึกษาวิจัยออนไลน์**

การสำรวจนี้เป็นการสำรวจออนไลน์อีกครั้งที่คณะผู้เขียนได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์โควิด-19 โดยได้เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2565 โดยใช้สิ่งที่เรียนรู้เพิ่มเติมจากกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เข้าร่วมในกระบวนการทำงานโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ และได้เพิ่มคำถามที่จะทำความเข้าใจความหลากหลายทางเพศให้มากขึ้น โดยมีคำถามในเรื่องเพศกำเนิด อัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) ณ ปัจจุบัน การแสดงออกทางเพศ (Gender expression) และที่ผ่านมาในอดีต และเพศหรืออัตลักษณ์ทางเพศของคนที่เป็นคู่แฟน คนรัก หรือคนที่มีความสัมพันธ์คบหาด้วย (Intimate partner) โดยการสำรวจนี้ได้เพิ่มตัวเลือกคำตอบหลักสำหรับอัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) ได้แก่ ชาย หญิง ทอม ดี หญิงรักหญิง เกย์ หญิงข้ามเพศ/กะเทย/สาวประเภทสอง ชายข้ามเพศ เควียร์ (Queer) นอนไบนารี (Non-binary) คนตรงเพศ (cisgender) ไม่มีเพศ (agender) หรือไม่มีอัตลักษณ์ทางเพศ และอื่นๆ



รูป 4: อัตลักษณ์ทางเพศ ณ ปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากการสำรวจล่าสุดนี้ ได้พบข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- เพศกำเนิดหญิง ระบุ อัตลักษณ์ทางเพศ เป็นเกย์ชาย คือ ผู้หญิงที่ข้ามเพศมาเป็นผู้ชายและอาจจะมีรสนิยมผู้ชายหรือคนที่มีความหลากหลายทางเพศ
- ผู้ที่ระบุอัตลักษณ์เป็นผู้ชาย อาจไม่มีเพศกำเนิดเป็นชาย เช่นเดียวกับที่ผู้ที่ระบุอัตลักษณ์เป็นผู้หญิง อาจไม่ได้มีเพศกำเนิดเป็นเพศหญิง เช่นกัน
- ผู้มีความหลากหลายทางเพศจำนวนหนึ่ง นิยามอัตลักษณ์ทางเพศของตัวเองเป็น เควียร์ (Queer) นอนไบนารี (Non-binary) คนตรงเพศ (cisgender) ไม่มีเพศ (agender) หรือไม่มีอัตลักษณ์ทางเพศและอื่นๆ
- อัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีของคน มีความเคลื่อนไหวได้ตลอดช่วงชีวิต ผู้เข้าร่วมการสำรวจนี้ อย่างน้อย 1 ใน 4 ระบุว่าเคยมีอัตลักษณ์ทางเพศและเพศวิถีที่แตกต่างไปจากปัจจุบัน



## สรุป

การสำรวจแรกซึ่งมีตัวเลือกคำตอบที่จำกัดกว่า ทำให้มีจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจเลือกคำตอบว่า "ไม่ต้องการระบุ" เป็นจำนวนมาก ซึ่งในคำถามต่อมาก็ได้แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มที่ไม่ต้องการระบุนี้เอง ก็เปิดเผยว่า มีรูปแบบความสัมพันธ์ในชีวิตแบบคนรักเพศเดียวกัน ในขณะที่อีกสองการสำรวจ ที่ได้เพิ่มตัวเลือกและข้อความเพื่อทำความเข้าใจ "มิติ" เพศของผู้ตอบแบบสำรวจ ก็ทำให้ได้เห็นภาพความหลากหลายทางเพศที่แตกต่างออกไปจากการสำรวจแรกได้

เพศ ประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ ได้แก่ เพศกำเนิด (biological sex) เพศสรีระ (physical sex) อัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) เพศวิถีหรือรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) มิติเหล่านี้มีผลกระทบทั้งทางทฤษฎีและการปฏิบัติจัดการกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ข้อมูลจากการสำรวจออนไลน์ทั้ง 3 ครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะยังไม่มียุทธศาสตร์ที่มุ่งเลือกเพื่อให้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ แต่จากการสำรวจในกลุ่มเยาวชนทั่วไปและพบว่า กว่า 50% ไม่ใช่กลุ่มคนที่รักเพศตรงข้าม (non-heterosexual) หรือเรียกว่าเป็นกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ ไม่เพียงแต่สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศอาจจะไม่ใช่คนกลุ่มน้อยหรือชายขอบในแง่ของขนาดประชากรอีกต่อไป นอกจากนี้ การสำรวจอีก 2 ครั้งที่มีการเพิ่มคำถามเพื่อตรวจสอบความหลากหลายทางเพศให้ชัดเจนมากขึ้น ก็ทำให้เห็นว่า ในความเป็นจริงนั้น เครื่องหมายบวก หรือ พลัส ในคำย่อ LGBTIQAN+ นั้นมีความเหมาะสมแล้ว การศึกษาที่พยายามทำความเข้าใจในเรื่องนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งคาดว่า อาจจะมีถึงกว่า 30 ลักษณะของความหลากหลายทางเพศอยู่ในสังคม (Campo-Arias, 2010)

นอกจากนั้น ยังจำเป็นต้องทำความเข้าใจว่า อัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) เพศวิถีหรือรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) อาจมีความไม่สอดคล้องกับรูปแบบของพฤติกรรมทางเพศ (sexual behavior) ของแต่ละคน บางคนระบุว่า ตัวเองเป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศอย่างชัดเจน อาจจะไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับคนเพศเดียวกันเสมอไป และไม่มียุทธศาสตร์ คือ เมื่อผู้ชายไม่จำเป็นต้องคุยกับผู้หญิงแล้ว เกย์ก็ไม่จำเป็นต้องคุยกับเกย์ หรือทอมก็ไม่จำเป็นต้องคุยกับดีเสมอไปด้วยเช่นกัน และโดยสาระสำคัญเช่นนี้ การจัดการบริการสุขภาพจึงต้องพิจารณาจากข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของผู้มีความหลากหลายทางเพศเพื่อประเมินความเสี่ยงและความต้องการบริการเป็นหลักเพื่อให้เป็นบริการที่มีความเท่าเทียม (equity) ได้อย่างแท้จริง



สรุปว่า “มิติ” ในเรื่องเพศเป็นแนวคิดที่ซับซ้อน การขาดความแม่นยำในการศึกษาและความเข้าใจ รวมถึงการยอมรับข้อเท็จจริงในลักษณะของความหลากหลายทางเพศของประชากร อาจเป็นอุปสรรคในการกำหนดกฎหมาย นโยบาย บริการและการคุ้มครองทางสังคมที่สอดคล้องเหมาะสม การศึกษาวิจัยทางด้านประชากรและสังคม ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในประเด็นใดก็ตาม ควรมีความละเอียดอ่อนและเพิ่มความเข้าใจในการวัดหรือเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ “เพศ” ของกลุ่มตัวอย่างโดยสะท้อนมิติที่สำคัญต่างๆ เหล่านี้

#### เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา อาชวนิจกุล และ กาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ). (2551). ประชากรและสังคม 2551: มิติ “เพศ” ในประชากรและสังคม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนนต์ดี ทินนาม โกสม โอมพรนิววัฒน์ และ รัตนา ด้ายดี. (2564). ยุทธศาสตร์สุขภาพะ LGBTQIN+ ในประเทศไทย. นครปฐม : สมาคมเพศวิถีศึกษา. รายงานสรุป ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจต่อเยาวชนภายใต้สถานการณ์โควิด 19 ในประเทศไทย <https://thailand.unfpa.org/th/covid-19-impact-surveys>
- รายงานการสำรวจออนไลน์เกี่ยวกับประเด็นความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ
- Campo-Arias, A. (2010). Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colombia Médica*, 41(2), 179-185.



มหาวิทยาลัยมหิดล  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

03

# ความเป็นธรรมกับ สังคมสูงวัยไทยใน ยุคโควิด-19

( กลุ่มงานวิจัย 2 : ภาวะสูงวัยของประชากร )

# ความเป็นธรรมกับสังคมสูงวัยไทย ในยุคโควิด-19

สังคมไทยพยายามจะเร่งฟื้นตัวจากวิกฤตโควิด-19 ทั้งภาครัฐและภาคสังคม ควรใช้โอกาสอันดีนี้ในการส่งเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ



## สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ( complete aged society )

ในปี 2565 ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และอีกเพียงไม่ถึง 10 ปีข้างหน้า จะก้าวสู่การเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (super-aged society) คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด แต่ในช่วงกว่าสองปีที่ผ่านมาตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 เกิดขึ้นในประเทศไทย วิกฤตดังกล่าวได้สร้างความยากลำบากให้กับประชาชนคนไทย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในทุกมิติ ทั้งในแง่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการเสียชีวิต การเข้าถึงบริการ ความมั่นคงด้านรายได้และการมีงานทำ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมทางสังคมและการอยู่อาศัย กล่าวได้ว่าโควิด-19 ได้เพิ่มความทุกข์ยากให้กับผู้สูงอายุไทยต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่เปราะบางมากยิ่งขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา

# MIPAA

## แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องการสูงวัย

ประเทศไทยมีกรอบแนวคิดเชิงนโยบายในระดับระหว่างประเทศต่อการพัฒนาเรื่องผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ “การสูงวัยอย่างมีพลัง”(Active Ageing) “การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ” (Healthy Ageing) และ “การสูงวัยในถิ่นที่อยู่” (Ageing in Place) ในขณะที่เดียวกันในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและการสูงวัยในประเทศยังได้นำกรอบแนวคิดทั้งสามประเด็นของ “แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องการสูงวัย” (Madrid International Plan of Action on Ageing : MIPAA) มาใช้ในการออกแบบนโยบาย และขับเคลื่อนการดำเนินงานในประเทศ ทิศทางทั้งสามเสาหลักของ MIPAA ได้แก่

### (Madrid International Plan of Action on Ageing : MIPAA)

- (1) ผู้สูงวัยกับการพัฒนา
- (2) การสูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาพ
- (3) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม

#### เสาหลักที่ 1

ผู้สูงวัย  
กับการพัฒนา

#### เสาหลักที่ 2

การสูงวัย  
อย่างสุขภาพดี  
และมีสุขภาพ

#### เสาหลักที่ 3

การสร้าง  
สภาพแวดล้อม  
ที่เกื้อหนุน  
เหมาะสม

3 เสาหลัก

ของแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องการสูงวัย

สถานการณ์โควิด-19 ทำให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุและการสูงวัยในประเทศไทย รวมถึงทุกประเทศทั่วโลกต่างประสบกับความท้าทายครั้งสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการต่างๆ ของผู้สูงอายุในช่วงวิกฤตโควิด-19

ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ดังนั้นในเอกสารนี้จึงสรุปและรวบรวมผลการวิจัยซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคมที่สอดคล้องต่อทั้งสามประเด็นหลักตามกรอบแนวคิดของ MIPAA ไม่ว่าจะเป็น

เรื่อง ความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดย รศ.ดร.นพ.ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ รศ.ดร.สุรีย์พร พันพึ้ง

เรื่อง การเข้าถึงบริการทางสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว: ปัญหาและความท้าทายในการจัดบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ โดย รศ.ดร.ศุทธิดา ขาววัน

เรื่อง การเข้าถึงมาตรการความช่วยเหลือภาครัฐของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในสถานการณ์โควิด-19

โดย อ.ดร.ณภัช สัจจนกุล

นอกจากนี้ สถาบันฯ ยังมีงานศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดเรื่องการสูงวัยอย่างมีพลังที่สนใจศึกษา ผู้สูงอายุในอนาคต ในเรื่อง ความคาดหวังของประชากรวัยแรงงานในวัยสูงอายุ โดย รศ.ดร.จงจิตต์ ฤทธิรงค์ และ รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์

และการศึกษาเรื่อง การลงทุนในการศึกษาของบุตรหลานเพื่อเป็นช่องทางลดการทารุณกรรมผู้สูงอายุ: หลักฐานเชิงประจักษ์จากเวียดนาม

โดย Dr. Truc Ngoc Hoang Dang

# ความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร

ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และ สุรียพร พันพิง

## ความเป็นมา

สภาพความเป็นเมืองมีผลต่อสุขภาพประชากรและความไม่เท่าเทียมทางด้านสุขภาพในเขตเมือง แม้แต่ในเมืองใหญ่ของประเทศพัฒนาแล้ว เช่น Glasgow ในประเทศสหราชอาณาจักร มีความแตกต่างด้านอายุคาดเฉลี่ยถึง 17.6 ปี ระหว่างผู้ที่อาศัยในชุมชน Greater Govan (65.4 ปี) กับชุมชน Pollokshields West (83 ปี) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัยหลายด้าน เช่น ความยากจน สภาพเศรษฐกิจ พฤติกรรมสุขภาพ ยาเสพติด ความรุนแรง ฯลฯ ซึ่งมีแนวโน้มพบได้สูงกว่าในชุมชนที่มีอายุคาดเฉลี่ยต่ำ (GCPH, 2021)

ในปี 2008-2009 องค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มศึกษาความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพโดยรวมมีอกับเมืองใหญ่ 17 เมืองใน 10 ประเทศทั่วโลก (ไม่รวมประเทศไทย) (WHO, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายที่ 3 ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) คือการทำให้เกิดการสร้างหลักประกันการมีสุขภาพะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะมีผลกระทบมากที่สุดกับกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ โดยมีแนวโน้มจะรุนแรงขึ้นในประเทศไทยเนื่องจากประชากรสูงวัยมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุในประชากรทั้งหมดสูงที่สุด

## การศึกษาปัญหาสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ เช่น รายได้ การเข้าถึงสวัสดิการต่างๆ ของรัฐ และความต้องการต่างๆ ที่ไม่ได้รับการตอบสนองสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 6,352 คน ที่อาศัยอยู่ใน 13 เขตของกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุประสบกับความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ ที่หลากหลายระหว่างเขต เช่น สัดส่วนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดต่างๆ การเข้าถึงบริการทางด้านต่างๆ ของรัฐและระดับเศรษฐกิจฐานะ

ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ฐานะเศรษฐกิจและสังคมของระหว่างชุมชนและเขตต่างๆ ของกรุงเทพฯ และยังมีแนวโน้มที่จะพบความไม่เท่าเทียมในมิติหนึ่งที่สัมพันธ์กับมิติอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงมีแนวโน้มที่จะรายงานถึงปัญหารายได้ไม่เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวันและความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงมีแนวโน้มที่จะรายงานถึงผลกระทบของการดูแลผู้สูงอายุต่อรายได้และการต้องออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุ



## ความไม่เท่าเทียม เรื่องความเจ็บป่วย

สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อย (โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน) มีแนวโน้มพบในสัดส่วนที่สูงในชุมชนที่ระดับ เศรษฐฐานะโดยเฉลี่ยต่ำเป็นชุมชนแออัดและรายงานว่ามีรายได้ในครัวเรือนไม่เพียงพอ สำหรับสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต่ำที่สุดพบในชุมชนบ้านจัดสรรที่มีเศรษฐกิจฐานะดีและมีผู้ที่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการจำนวนมาก นอกจากนี้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนต่างๆ ยังเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสัดส่วนของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

## ความไม่เท่าเทียมเรื่องของ การเข้าถึงสิทธิและ สวัสดิการในการรักษา พยาบาล

ในเรื่องการเข้าถึงเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเบี้ยคนพิการ เขตที่มีผู้สูงอายุรายงานว่ามีสิทธิหลักในการรักษาพยาบาลคือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีเบี้ยยังชีพและเบี้ยพิการในสัดส่วนที่สูงที่สุด คือ เขตที่มีลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม ซึ่งมีสัดส่วนของผู้ย้ายถิ่นค่อนข้างน้อยจึงทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่เข้าถึงสิทธิและสวัสดิการได้โดยไม่ยุ่งยาก

## ผลกระทบต่อผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เขตที่รายงานว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านการเงินในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงที่สุดคือเขตที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องหรือพิการประเภทใดประเภทหนึ่งสูงและมีลักษณะเป็นชุมชนแออัด เขตที่รายงานว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบด้านการเงินในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่ำที่สุดคือเขตที่มีเศรษฐกิจฐานะโดยเฉลี่ยค่อนข้างดี





## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางสูงเรื่องความเป็นอยู่ทางสังคม และสุขภาพตัวเลขความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ ที่ผู้สูงอายุประสบระหว่างชุมชนและเขตอาจช่วยให้ผู้บริหารและผู้อาศัยในเขตต่างๆ ของกรุงเทพฯ มีเป้าหมายในการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และหามาตรการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างชุมชนและเขต

แนวทางหนึ่งคือการมีระบบสวัสดิการสังคมและบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมประชากรที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพและสังคมที่หลากหลาย ทุกกลุ่มและทุกสิทธิสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีประสิทธิผลมาตรการในระยะสั้นส่วนหนึ่งอาจทำได้โดยการดำเนินการเชิงรุกโดยช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เปราะบางสามารถเข้าถึงสิทธิสวัสดิการต่างๆ และการดูแลที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ เช่น การมีผู้จัดการรายกรณี หรือ case manager ที่ดูแลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด ผูกอบรมและจ้างคนในชุมชนมาดูแลหรือเป็นผู้จัดการผู้สูงอายุเพื่อทำหน้าที่เสริมอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรสาธารณสุข

การใช้ดิจิทัลแพลตฟอร์มเพื่อเอื้อให้ผู้จัดการรายกรณีดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง สิ่งเหล่านี้สามารถอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงระบบการดูแลและสวัสดิการต่างๆ ได้ดีกว่าปล่อยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวจัดการโดยลำพัง

ในระยะยาวการจัดการความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพควรจัดการกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพตลอดทั้งช่วงชีวิต (life course approach) ตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึงชราภาพโดยการลงทุนเพื่อจัดการกับปัจจัยต่างๆ ในช่วงแรกของชีวิตน่าจะมีประสิทธิผลดีกว่าและคุ้มค่ากว่าการจัดการเมื่อเข้าสู่ระยะปลายของชีวิตแล้ว

### แหล่งข้อมูล

สุรียพร พันพิง, วรณี หุตะแพทย์, วิภาพร จารุเรืองไพศาล, ณัฐณิชา ลอยฟ้า, ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, มาลี สันสุวรรณ และ ศรินันท์ กิตติสุขสถิต. (2565). โครงการจัดการชุดข้อมูลทางสังคมและสุขภาพของประชาชนราย เขตของ กรุงเทพมหานคร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

### เอกสารอ้างอิง

GCPH. (2021). Health in a Changing City: Glasgow. The Glasgow Centre for Population Health. [https://www.gcph.co.uk/publications/996\\_health\\_in\\_a\\_changing\\_city\\_glasgow\\_2021](https://www.gcph.co.uk/publications/996_health_in_a_changing_city_glasgow_2021)

WHO. (2010). Urban Health Equity Assessment and Response Tool USER MANUAL. Kobe.



# การเข้าถึงบริการทางสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว ปัญหาและความท้าทายในการจัดบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ

ศุทธิดา ขวนวัน

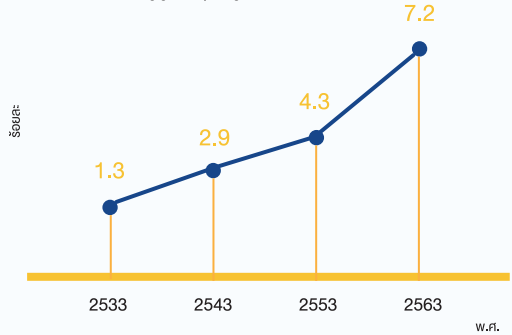
ในอนาคตคาดว่า ครั้วเรือนไทยมากกว่าครึ่งจะมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ประชากรกลุ่มนี้ถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้าไม่ถึงบริการทางสังคมเนื่องจากการอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการเดินทางไปรับบริการทางสังคมหรือการไม่มีผู้ดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเมื่อสังคมไทยเริ่มกลายเป็นสังคมไร้ลูกหลาน คู่หนุ่มสาวมีค่านิยมในการแต่งงานช้าลง ไม่ต้องการมีบุตรหรือเลือกที่จะอยู่เป็นโสด สัดส่วนผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ยิ่งส่งผลให้ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมากขึ้น การจัดบริการทางสังคมให้กับประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

“ครั้วเรือนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว” มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วมาก จากที่มีสัดส่วนเพียงแค่ร้อยละ 1.3 ในปี 2533 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.2 ในปี 2563

ครั้วเรือนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

“ครั้วเรือนผู้สูงอายุหรือครั้วเรือนที่มีสมาชิกทุกคนมีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ด้วยกัน รวมถึงอยู่ตามลำพังคนเดียว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด”

สัดส่วนครั้วเรือนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว พ.ศ.2533 - 2563



ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2534, 2544, 2554, 2564)

จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครั้วเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติในช่วงปี 2533-2563 ชี้ให้เห็นว่าครั้วเรือนผู้สูงอายุมีเพียงร้อยละ 3.4 เท่านั้น และได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.1 ในปี 2563 หรือเพิ่มขึ้นประมาณเกือบ 5 เท่าในช่วง 3 ทศวรรษ



## ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ

ประมาณร้อยละ 26 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวทั้งหมด “ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา”

ปัญหานี้ถือเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวโดยไม่มีลูกหลานดูแล ทำให้เลือกที่จะไม่ไปรับการรักษา หรือจ้างวานผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน ให้ช่วยพาไปโรงพยาบาล ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างไม่ต่อเนื่อง โรงพยาบาลมีระบบบริการส่งยาผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งอาจพบปัญหาผู้สูงอายุไม่ได้รับยาหรือได้รับไม่ครบตามที่เคยได้รับอยู่ประจำจึงต้องเดินทางไปรับยาด้วยตนเองอีกครั้ง จะเห็นได้ว่า “ผู้สูงอายุที่อยู่ตัวคนเดียวจริงๆ โดยไม่มีลูกหลานญาติที่น้องเลย ถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่กำลัง ประสบกับภาวะความยากลำบาก” ที่จะเข้าถึงระบบบริการทางสังคมต่างๆ ได้ด้วยตนเองในวัยที่อายุมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย : สนับสนุน “บริการอาสาสมัครในชุมชนในฐานะผู้ช่วยเหลือ (helper)” และ “บริการรับส่งผู้สูงอายุในรูปธุรกิจเพื่อสังคมสุขวัย (social enterprise)” โดยเป็นการดำเนินงานของคนในชุมชน เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ครอบคลุม และเท่าเทียม



## การอยู่คนเดียวทำให้เกิดความรู้สึก

“กังวล เหงา ซึมเศร้า และต้องการคนไปมาหาสู่”

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวมีแนวโน้มรู้สึกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับคนอื่น และยังมีอายุมากขึ้น ยิ่งมีความรู้สึกกังวลและซึมเศร้าเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่มีความรู้สึกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ผลจากการศึกษาสะท้อนว่า การอยู่ตามลำพังคนเดียวอย่างแท้จริงแบบไร้ญาติขาดมิตร ส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุในเรื่องความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวเมื่อไม่มีใครอาศัยอยู่ด้วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่มีความต้องการให้มีคนแวะเวียนมาหาบ้าง เนื่องจากมีความกังวลและกลัวว่าหากเป็นอะไรไปจะไม่มีใครทราบ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย : “ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไร้ญาติขาดมิตร สุขภาพไม่ดี หรือติดเตียง” เป็นประชากรกลุ่มที่ภาครัฐควรให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกและจะต้องนำบริการเข้าไปหาผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัย สนับสนุนระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และการดูแลผู้สูงอายุโดยเพื่อนบ้าน อาสาสมัคร และชุมชน



## ทิศทาง การจัดบริการเพื่อลด ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางสังคม

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว ถูกจัดว่าเป็นผู้สูงอายุกลุ่มแรกๆ ที่ควรได้รับความช่วยเหลือ และการดูแลในการเข้าถึงบริการทางสังคมในมิติต่างๆ ทั้งทางด้านสุขภาพ จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีโปรแกรมการดูแลเป็นพิเศษสำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังคนเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลในเรื่องจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างมีอิสระและอยู่ในสภาพที่สามารถดูแลตนเองได้เป็นระยะเวลานานที่สุด

นอกจากนี้ “การจัดบริการทางสังคมต้องสามารถเคลื่อนเข้าไปหาผู้สูงอายุในที่อยู่อาศัย” สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว ที่ไม่สามารถออกมาใช้บริการได้ด้วยตนเองเนื่องจากภาวะทุพพลภาพ หรือติดเตียง ควรส่งเสริมให้มีอาสาสมัครในชุมชนและระบบเพื่อนบ้าน ด้วยการบูรณาการการทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชนทุกเพศทุกวัยในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นการส่งเสริมให้มีระบบการดูแลโดยชุมชน (community-based services)

ในขณะเดียวกันควรมี “ระบบบริการช่วยเหลือในการพาไป” สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวที่สามารถออกไปรับบริการทางสังคมหรือไปทำธุระ แต่ไม่มีคนพาไปเพราะไม่มีลูกหลานอาศัยอยู่ใกล้ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

### แหล่งข้อมูล

ศุทธิดา ชวนวัน, กาญจนา เทียนฉาย, ปิณณวัฒน์ เกื้อนกกลิ่น, สิทธิชาติ สมตา และ วิษญู ชูรัตน์. (2565). โครงการการเข้าถึงบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกันเพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

### เอกสารอ้างอิง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2534, 2544, 2554, 2564). การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533, 2543, 2553, 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.  
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

# การเข้าถึงมาตรการความช่วยเหลือภาครัฐ ของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในสถานการณ์โควิด-19

ณภัช สัจจกุล

## ความเป็นมา

วิกฤตโควิด-19 ไม่เพียงแต่สร้างความเสี่ยงต่อชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าประชากรกลุ่มวัยอื่นแต่ยังส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการ เครือข่ายสังคม รวมถึงการมีงานทำและรายได้ของผู้สูงอายุ ในสังคมไทยยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่ยังคงทำงาน สถานการณ์โควิด-19 ได้สร้างผลกระทบต่อมิติด้านการจ้างงานและการมีรายได้ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่มีจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 (39%) ของผู้สูงอายุไทยทั้งหมด

## ผลการศึกษา

จากการศึกษาผลกระทบของการใช้มาตรการปิดเมือง (lockdown) เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในช่วงปี 2563 ต่อการเข้าถึงบริการและสวัสดิการต่างๆ ของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย โดยเก็บข้อมูลจากประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จำนวน 808 คน ระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2563 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการใช้มาตรการปิดเมืองต่อรายได้ของครัวเรือนที่ร้อยละ 62 และผลกระทบต่อการจ้างงานของผู้มีรายได้หลักในครัวเรือนที่ร้อยละ 53 อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงของผลกระทบทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยต้องเจอ กลับมีความแตกต่างกัน เช่น ผลกระทบต่อรายได้ครัวเรือนมีแนวโน้มจะส่งผลกระทบมากกว่าต่อผู้ที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจอยู่แล้ว ผู้สูงอายุที่ระบุว่าไม่พอใจในสภาพที่อยู่อาศัยของตนเองมีแนวโน้มจะได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจมากกว่าผู้ที่ระบุว่าพอใจในสภาพที่อยู่อาศัยของตนเอง หรือในเรื่องการจ้างงาน พบว่า ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มได้รับผลกระทบต่อการจ้างงานน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ที่ร้อยละ 41 และ 53 ตามลำดับ ( $p < 0.05$ )

ภายหลังการใช้มาตรการปิดเมือง ภาครัฐได้มีมาตรการเพื่อช่วยเหลือเฉพาะหน้าแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในภาวะวิกฤตผ่านการจ่ายเงินเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (92.1%) ได้รับเงินช่วยเหลือจากภาครัฐ ทั้งกลุ่มที่ได้รับเงินจำนวน 5,000 บาทต่อเดือน เป็นเวลา 3 เดือน (51.1%) และกลุ่มที่ได้รับเงินจำนวน 1,000 บาทต่อเดือน เป็นเวลา 3 เดือน (42.0%) มีผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยร้อยละ 6.9 ที่ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือใดๆ เลยจากภาครัฐ กล่าวได้ว่า มาตรการความช่วยเหลือดังกล่าวของภาครัฐสามารถเข้าถึงผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบต่อรายได้ครัวเรือน เพราะผู้ที่ได้รับเงินเยียวยา 5,000 บาทต่อเดือน เป็นเวลา 3 เดือน มีโอกาสได้รับผลกระทบทางลบต่อรายได้ครัวเรือนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือถึง 3 เท่า ( $p < 0.05$ ) แม้จะมีอุปสรรคในการเข้าถึงมาตรการช่วยเหลือของรัฐบาล แต่การใช้มาตรการลักษณะดังกล่าวสามารถช่วยบรรเทาความเดือดร้อนต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจในช่วงโควิด-19 โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยได้ตรงกลุ่มเป้าหมายนั่นเอง

แม้สัดส่วนของผู้ที่ได้รับเงินช่วยเหลือทั้งสองกลุ่มข้างต้นจะไม่แตกต่างกันมากนัก แต่จำนวนเงินช่วยเหลือที่ได้รับกลับมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ต้องการรับเงินช่วยเหลือที่มีมูลค่าสูงกว่า (5,000 บาทต่อเดือน เป็นเวลา 3 เดือน) จะต้องลงทะเบียนผ่านทางช่องทางออนไลน์เท่านั้น ในขณะที่การเข้าถึงเงินช่วยเหลือที่มีมูลค่าต่ำกว่า (1,000 บาทต่อเดือน เป็นเวลา 3 เดือน) ไม่จำเป็นต้องลงทะเบียนใดๆ หรืออีกนัยหนึ่งคือเป็นผู้ที่ตกหล่นจากการลงทะเบียนออนไลน์นั่นเอง

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

แม้ผู้สูงอายุไทยจะสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้นในรอบกว่าทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในช่วงโควิด-19 ที่มีผู้ใช้บริการอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดแต่ความแตกต่างจากการเข้าถึงมาตรการความช่วยเหลือเนื่องในสถานการณ์โควิด-19 สะท้อนให้เห็นว่า สังคมไทยยังมี “การแบ่งแยกทางดิจิทัล” (digital divide) โดยผู้สูงอายุยังคงเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มจะเชื่อมต่อกับดิจิทัลน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มวัยอื่น

ในปี 2564 สหประชาชาติได้กำหนดประเด็นการรณรงค์เนื่องในวันผู้สูงอายุสากลเพื่อมุ่งสร้าง “ความเป็นธรรมทางดิจิทัลสำหรับคนทุกวัย” (Digital Equity for All Ages) การรณรงค์ดังกล่าวเรียกร้องให้รัฐบาลทั่วโลกมุ่งตระหนักถึงความเสี่ยงและความเปราะบางที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญในช่วงสถานการณ์โควิด-19 จากการศึกษาชิ้นนี้ชี้ให้เห็นว่า มีผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจำนวนมากยังคงประสบกับปัญหาการเข้าถึงสวัสดิการและการคุ้มครองทางสังคม เนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและดิจิทัล ดังนั้นภาครัฐควรพิจารณาเสริมสร้างกลไกการเข้าถึงมาตรการความช่วยเหลือต่างๆ ที่เป็นมิตรกับคนทุกวัยเพื่อให้เห็นใจว่ามาตรการความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจสามารถแก้ไขปัญหาความยากจนในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤต การเข้าถึงมาตรการความช่วยเหลือจากภาครัฐจึงไม่ควรกำหนดขั้นตอนหรือวิธีการลงทะเบียนที่ยุ่งยากซับซ้อน และควรคำนึงถึงผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาสทางสังคมที่อาจไม่มีทักษะและลงทะเบียนด้วยตนเองไม่ได้ หรือกระทั่งไม่มีอุปกรณ์ในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลไว้ในครอบครอง

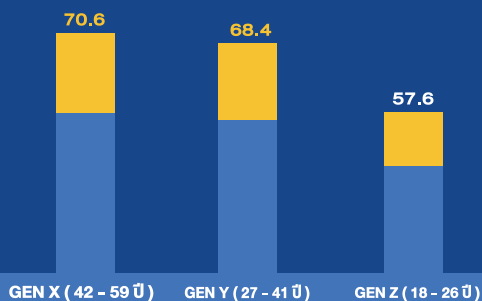
ตั้งแต่เกิดสถานการณ์โควิด-19 ขึ้นในสังคมไทย มีแอปพลิเคชันและดิจิทัลแพลตฟอร์มจำนวนมากที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยหน่วยงานภาครัฐ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการและมาตรการความช่วยเหลือต่างๆ จากภาครัฐได้ แม้แอปพลิเคชันเหล่านี้ของภาครัฐจะเกิดขึ้นจากความตั้งใจที่ดีของภาครัฐ แต่จำนวนผู้ใช้งานที่เป็นผู้สูงอายุยังมีสัดส่วนค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ แต่ละแอปพลิเคชันยังขาดการบูรณาการข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ซึ่งอาจไม่สอดคล้องต่อธรรมชาติการใช้งานโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ รวมไปถึงประชากรกลุ่มวัยอื่นๆ ที่ต้องการใช้แอปพลิเคชันเดียวที่มีบริการทุกอย่างที่จำเป็นรวมไว้อย่างครบวงจร

### แหล่งข้อมูล

ณปภัช สังวกุล, ณัฐณี สังวกุล, บุชราภรณ์ เลียงรัตนมัย, วรณิ หุตะแพทย์, วิภาพร จารุเรืองไพศาล และ สุรีย์พร พันพิง. (2564). โครงการการสำรวจความเป็นอยู่และ ความต้องการด้านบริการและการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนและมีรายได้น้อย ในช่วงระหว่างและหลังการปิดเมืองอันเนื่องมาจากการ แพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

# คนวัยแรงงานกับการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

จงจิตต์ ฤทธิรงค์ และ เฉลิมพล แจ่มจันทร์



ร้อยละของผู้ที่ตอบสุขภาพระดับ 7 ขึ้นไป  
(0 สุขภาพแย่มากที่สุด - 10 สุขภาพดีที่สุด)

## สถานการณ์การเตรียมพร้อม ของคนรุ่นใหม่

การสำรวจพบว่า 72% ของผู้ตอบแบบสอบถามอายุ 18-59 ปีจำนวน 1,734 คน ระบุว่าประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรวัยแรงงานกลุ่มนี้อาจยังไม่ได้ตระหนักถึงสถานการณ์การสูงวัยของสังคมไทย

1 ใน 5 ของผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้เตรียมตัวด้านสุขภาพเลย

เจนเอเรชั่น Z ซึ่งเป็นกลุ่มที่อายุน้อยที่สุด (18-26ปี) คิดว่าตนเองสุขภาพดีเพียง 57.6% เท่านั้น ซึ่งต่ำกว่าเจนเอเรชั่น X และ Y ที่อายุมากกว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของทุกรุ่นอายุ โดยเฉพาะเจนเอเรชั่น Y และ Z คือการกินอาหารรสจัด ทักผ่อนและออกกำลังกายไม่เพียงพอ หลายคนนอนดึกเพราะดูซีรีส์ หรือเล่นเกม

คนรุ่นใหม่ตระหนักถึงความสำคัญของการออมและต้องการมีอิสรภาพทางการเงิน ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุต้องการมีรายได้โดยไม่ต้องทำงานเอง (passive income) อย่างไรก็ตาม ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ “ออมเพื่อเก็บ” มากกว่า “ออมเพื่อลงทุน สร้างรายได้” จึงอาจไม่สามารถบรรลุเป้าหมายอิสรภาพทางการเงินได้ตามที่คาดหวัง ปัจจุบันเจนเอเรชั่น Z ออมแบบฝากธนาคารและเงินสด มากกว่า เจนเอเรชั่น X และ Y ซึ่งออมในรูปแบบประกันชีวิต กองทุนรวม กองทุนชุมชน หรือการลงทุนในอสังหาริมทรัพย์มากกว่า

## อิสรภาพทางการเงิน: สิ่งที่คุณ วัยแรงงานทุกรุ่นอายุคาดหวัง

- GEN X อยู่ในยุคที่ผลตอบแทนจากดอกเบี้ยสูง จึงทำงานหนักประหยัด อดออม เพื่อความมั่นคงหลังเกษียณอายุ
- GEN Y อยู่ในยุคเงินเฟ้อผลตอบแทนจากดอกเบี้ยต่ำ จึงทำงานเพื่อสร้างสุขในวันนี้และจัดสรรเงินลงทุนผลตอบแทนที่ได้คือความมั่นคงของชีวิต
- GEN Z อยู่ในยุคดิจิทัล ที่ริเริ่มก่อสำเร็จเร็ว - ลงทุนเร็วเกษียณก่อนเป้าหมายคืออิสรภาพทางการเงินก่อนวัยเกษียณคือความมั่นคงของชีวิต

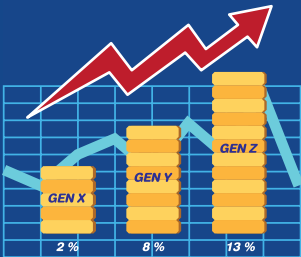
การสร้างครอบครัวไม่ใช่เป้าหมายของคนรุ่นใหม่ จึงไม่นิยมมีลูก 14% ของผู้ตอบแบบสอบถามต้องการพึ่งพารัฐหรือสถานสงเคราะห์ เพื่อให้มีคนดูแลในช่วงท้ายของชีวิต แนวโน้มเจนเอเรชั่น Y และ Z ต้องการพึ่งพารัฐหรือสถานสงเคราะห์สูงกว่าเจนเอเรชั่น X ในด้านผู้ดูแลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

# การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

## สุขภาพดีคือความมั่งคั่ง ยิ่งเริ่มเร็วยิ่งเพิ่มมูลค่า

มูลค่าจากการออกกำลังกายตั้งแต่อายุ 20 ปี ผู้ชายมีความคุ้มค่าด้านสุขภาพมูลค่า 1.6 ล้านบาท ผู้หญิง 3.7 ล้านบาท (Khanthavit A., 2016)

## การลงทุนรูปแบบดิจิทัล นิยมใน กลุ่มคนรุ่นใหม่



## สิทธิประโยชน์ของรัฐเพื่อผู้สูงอายุ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550  
มาตรา 12

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้”

การสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นการสร้างความมั่นคงทางการเงิน เพราะเมื่อสุขภาพดี จะมีค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาที่น้อยลง และสามารถทำงานสร้างรายได้ยาวนานขึ้น สถานที่ทำงานเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในสร้างเสริมสุขภาพะทั้งพฤติกรรม การบริโภค โดยจัดให้มีอาหารเพื่อสุขภาพในราคาที่ย่อมเยาและการส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มกิจกรรมให้เคลื่อนไหวหรือสร้างแรงจูงใจให้ออกกำลังกาย การตรวจร่างกายประจำปีช่วยให้พนักงานบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

คนรุ่นใหม่โดยเฉพาะเจนเนอเรชัน Z และ Y สนใจ “การออมเพื่อลงทุน” ในอสังหาริมทรัพย์ ตลาดหลักทรัพย์ ทำกิจการสังหาริมทรัพย์ รวมถึง บิตคอยน์ และยอมรับความเสี่ยงได้สูงกว่าเจนเนอเรชัน X ดังนั้นการให้ความรู้ด้านการจัดการเงิน ทรัพย์สิน และการลงทุนในรูปแบบที่หลากหลาย ตั้งแต่ในโรงเรียนและสถานที่ทำงานจะทำให้ นักเรียนนักศึกษาและผู้เริ่มต้นทำงาน ตระหนักและสามารถสร้างความมั่นคงทางการเงินเพื่ออนาคตในวัยสูงอายุ

ช่วงท้ายของชีวิตในวัยสูงอายุไม่อาจหลีกเลี่ยงสุขภาพที่เสื่อมถอยอาจต้องนอนติดเตียงหรือไม่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งเป็นชีวิตที่ไม่พึงปรารถนา ทุกคนจึงมีสิทธิแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2550 มาตรา 12 ผลสำรวจพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากในทุกวัย (77%) ไม่ต้องการเป็นภาระให้แก่ครอบครัวทั้งด้านผู้ดูแลและค่าใช้จ่าย จึงไม่ต้องการยืดชีวิตหากอยู่ในภาวะโคม่า และต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการทำเอกสารแสดงเจตนา หรือ ชีวิตเจตน์ (living will) เพื่อวางแผนวิธีการรักษาพยาบาลล่วงหน้า หรือยุติการรักษาพยาบาล

ในกรณีที่ตนเองไม่สามารถตัดสินใจได้ ดังนั้นจึงควรให้ความรู้ด้านสิทธิเพื่อการเลือกวิธีการรักษาได้ด้วยตนเองและเอกสารชีวิตเจตน์ เสมือนเป็นกฎหมายที่ทุกคนสามารถรับรู้ได้ตั้งแต่เด็ก แต่การมีสิทธิดำเนินเอกสารค่อยเริ่มทำเมื่อบรรลุนิติภาวะและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความประสงค์

## แหล่งข้อมูล

จงจิตต์ ฤทธิรงค์, เอลิมพล งามจันทร์, พิมลพรรณ นิตยธนา และ ณัฐนิชา ลอยฟ้า. (2565). โครงการความคาดหวัง การวางแผน และการเตรียมตัวของประชากรวัยทำงานต่างรุ่นอายุ และรูปแบบการอยู่อาศัยต่อชีวิตในวัยสูงอายุ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

## เอกสารอ้างอิง

Khanthavit A. (2016). The monetary value of physical exercise from the Thai population's perspective. Journal of Health Research, 30(2):83-9.



# การลงทุนด้านการศึกษามือสูงเพื่อเป็นช่องทางลดการทารุณกรรมผู้สูงอายุ : หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศไทย

Truc Ngoc Hoang Dang  
(แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ)

การทารุณกรรมผู้สูงอายุ เป็นหนึ่งในความกังวลใหม่ในบริบทของประชากรสูงอายุในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งยังคงไม่ได้รับการเปิดเผยและมีการรายงานจากทั่วโลกมากขึ้น (Yunus, Hairi, & Choo, 2019) โดยยังได้รับความสนใจน้อยกว่าการใช้ความรุนแรงต่อสตรีและเด็กในแง่ของการวิจัย รวมถึงนโยบายและมาตรการดูแล (Nelson, 2002)

Investing in children's education can reduce the risk of parents being abused, particularly for those who must remain with their children. In other words, there is a hidden cost of living with children in terms of abuse exposure at old age.

ในประเทศแถบเอเชีย คดีการทารุณกรรมผู้สูงอายุมักไม่ได้รับการรายงานเนื่องจากความอับอายและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียการสนับสนุนจากครอบครัวหรือการถูกแยกตัวออกจากชุมชน (Fraga Dominguez, Storey, & Glorney, 2021) ยิ่งไปกว่านั้น โดยเฉพาะในเอเชีย การทารุณกรรมผู้สูงอายุถูกบดบังด้วยข้อเท็จจริงที่ว่าในประเทศเหล่านี้ความกตัญญูต่อผู้สูงอายุเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีทางวัฒนธรรมที่สำคัญอย่างยิ่ง (Pang, 2000) ดังนั้นการถูกเปิดเผยว่ามีส่วนร่วมในการทารุณกรรมดังกล่าวจะเป็นที่น่าอายและควรปกปิดไว้

การศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่การทารุณกรรมผู้สูงอายุที่เกิดจากลูกหลานของพวกเขาในการอยู่ร่วมกัน ซึ่งเป็นหนึ่งในรูปแบบการอยู่อาศัยที่พบบ่อยที่สุดของผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชีย สมมติฐานของการศึกษานี้คือการลงทุนในการศึกษาของบุตรจะลดโอกาสที่จะถูกทารุณกรรมในภายหลังของผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบความเชื่อมโยงระหว่างระดับการศึกษาของบุตร (คนที่มีการศึกษาสูงที่สุด) กับการได้รับการทารุณกรรมทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ การศึกษานี้ใช้การสำรวจผู้สูงอายุในเวียดนาม พ.ศ. 2554 (Vietnam Aging Survey: VNAS, 2011) การวิเคราะห์สถิติด้วย probit regression การวัดผลการทารุณกรรมทางร่างกายและการล่วงละเมิดทางจิตใจอิงตาม Pillemer, Burnes, Riffin และ Lachs (2016) การทารุณกรรมทางกาย หมายถึง การเขย่าหรือตี ในขณะที่การทารุณกรรมทางจิตใจหมายถึงการโดนละเมิดอย่างน้อย 1 ใน 3 ด้าน (กล่าวคือ การพูดรุนแรง ไม่นอบน้อมทำให้พุดคุย และถูกละเลยในแง่ของการให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจของครอบครัวในเหตุการณ์สำคัญ) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ผลการศึกษาพบว่า ยิ่งบุตรมีการศึกษาสูง โอกาสที่ผู้สูงอายุจะถูกทำร้ายทางร่างกายและจิตใจในบ้านจะยิ่งลดลง ตัวอย่างเช่น เมื่อปัจจัยทำนายอื่นๆ คงที่ การมีบุตรที่สำเร็จการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยลดความเสี่ยงของการถูกทารุณกรรมทางร่างกาย และทางจิตใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.5 และ 3.6 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีบุตรสำเร็จการศึกษาน้อยกว่าระดับประถมศึกษา การมีบุตรสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น หรือประถมศึกษา ช่วยลดโอกาสที่ผู้สูงอายุจะถูกทำร้ายร่างกายได้ร้อยละ 15.1, 10.6 และ 11.8 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ผลการค้นพบนี้มีความสำคัญต่อปัญหาการทารุณกรรมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศแถบเอเชียและประเทศที่ประเพณีวัฒนธรรมเน้นสายสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดในครอบครัวที่พ่อแม่มีมักจะอาศัยอยู่กับลูกตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชราเช่นเดียวกับสถานการณ์ในเวียดนาม (Teerawichitchainan, Pothisiri, & Long, 2015) ในขณะที่การศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นว่าการอยู่กับลูกในวัยชราที่ดีกว่าการอยู่คนเดียวเพราะจะช่วยลดภาระในการรักษาโรค ลดความเหงา และเพิ่มความสุข (Kooshar, Yahaya, Hamid, Abu Samah, & Sedaghat Jou, 2012) งานวิจัยชิ้นนี้เผยให้เห็นต้นทุนแฝงที่ซ่อนอยู่กับลูกของตัวเองในแง่ของการทารุณกรรมผู้สูงอายุ ในขณะที่งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการลงทุนในการศึกษาของบุตรสามารถประกันความผาสุกและความปลอดภัยในวัยชราได้ (Mu & Du, 2015) การศึกษาครั้งนี้ช่วยเพิ่มความเข้าใจให้เห็นว่าการลงทุนในการศึกษาของบุตรยังสามารถลดความเสี่ยงของผู้ปกครอง ที่จะถูกทารุณกรรมเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องอยู่อาศัยกับลูกเมื่อเป็นผู้สูงอายุ

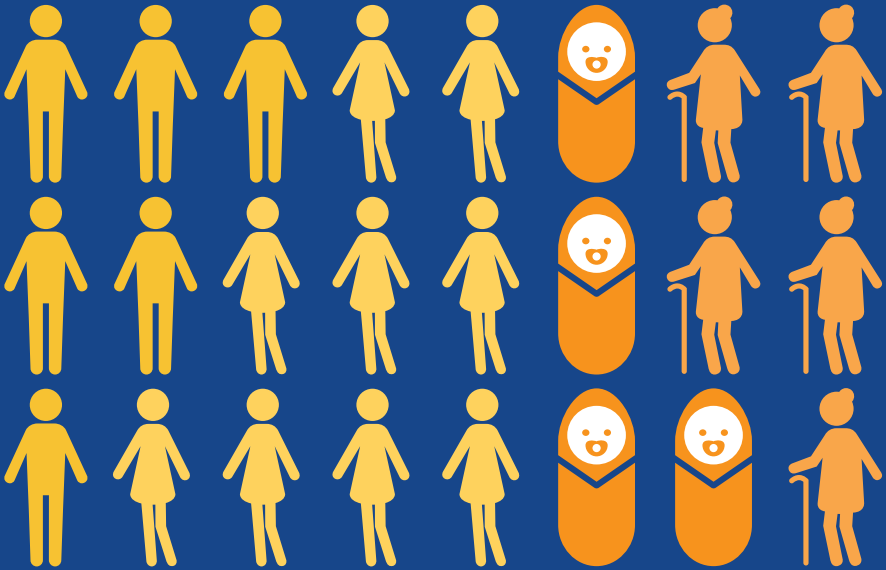
กล่าวโดยสรุป การลงทุนในการศึกษาของบุตรให้ประโยชน์ในระยะยาวแก่ผู้ปกครอง ไม่เพียงแต่ในแง่ของผลกำไรทางเศรษฐกิจและความมั่นคงทางการเงินเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความมั่นคงทางร่างกายและจิตใจในชีวิตภายหลังด้วย ผลการวิจัยนี้เป็นทางเลือกไปสู่การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการทารุณกรรมผู้สูงอายุโดยลูกหลานในเวียดนาม และยังสามารถใช้เป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทยที่มีอัตราการสูงอายุของประชากรเร็วกว่าเวียดนาม และมีลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวที่คล้ายคลึงกัน แต่ยังคงมีนโยบายที่ค่อนข้างจำกัดในการดูแลปัญหาการทารุณกรรมผู้สูงอายุ



วิกฤตโควิด-19 ได้สร้างความท้าทายที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนต่อมนุษยชาติและนำพาทักษะและความรู้ในแง่สุขภาพ การดำรงชีวิต สิทธิ และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุไทย วิกฤตโควิด-19 ได้สะท้อนให้เห็นว่าความเสี่ยงและความท้าทายที่เกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุไม่ใช่เรื่องใหม่แต่กลับเป็นตัวเร่งที่ทำให้สังคมรับรู้และมองเห็นปัญหาความไม่เป็นธรรมที่สะสมและเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไทยมาเป็นระยะเวลายาวนาน โดยเฉพาะต่อกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ที่ยังคงเข้าไม่ถึงบรรดาบริการ สวัสดิการ และการคุ้มครองทางสังคมที่เหมาะสมและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ในขณะที่สังคมไทยพยายามจะเร่งฟื้นตัวจากวิกฤตโควิด-19 ทั้งภาครัฐและภาคสังคมควรใช้โอกาสนี้ในการส่งเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ ของผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เป็นมิตรและครอบคลุมต่อคนทุกวัย รวมไปถึงการเร่งเตรียมความพร้อมและให้ความรู้ทั้งในแง่เศรษฐกิจ สุขภาพ และการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อกลุ่มคนที่กำลังจะกลายเป็น “ผู้สูงอายุในอนาคต” (future older persons) ซึ่งอาจมีความคาดหวังและรูปแบบการดำรงชีวิตที่แตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุในปัจจุบัน สังคมไทยควรพลิกวิกฤตโควิด-19 ครั้งนี้ให้กลายเป็นโอกาสในการสร้างสังคมที่เท่าเทียม เป็นธรรม และเอื้ออาทรต่อคนทุกวัย เพื่อไม่ให้สังคมนี้ต้องทอดทิ้งใครไว้ข้างหลังอีกต่อไป

### References

- Fraga Dominguez, S., Storey, J. E., & Glorney, E. (2021). Help-Seeking Behavior in Victims of Elder Abuse: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(3), 466-480. doi:10.1177/1524838019860616
- Kooshiar, H., Yahaya, N., Hamid, T. A., Abu Samah, A., & Sedaghat Jou, V. (2012). Living Arrangement and Life Satisfaction in Older Malaysians: The Mediating Role of Social Support Function. *PLoS ONE*, 7(8), e43125. doi:10.1371/journal.pone.0043125
- Mu, R., & Du, Y. (2015). Pension Coverage for Parents and Educational Investment in Children: Evidence from Urban China. *The World Bank Economic Review*, 31(2), 483-503. doi:10.1093/wber/lhv060
- Nelson, D. (2002). Violence against elderly people: a neglected problem. *The Lancet*, 360(9339), 1094. doi:10.1016/S0140-6736(02)11137-8
- Pang, W. (2000). Elder abuse: under-recognised and under-reported. *Singapore medical journal*, 41(12), 567-570. Retrieved from <http://www.smj.org.sg/sites/default/files/4112/4112e1.pdf>
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 56(Suppl\_2), S194-S205. doi:10.1093/geront/gnw004
- Teerawichitchainan, B., Pothisiri, W., & Long, G. T. (2015). How do living arrangements and intergenerational support matter for psychological health of elderly parents? Evidence from Myanmar, Vietnam, and Thailand. *Social Science & Medicine*, 136-137, 106-116. doi:10.1016/j.socscimed.2015.05.019
- Yunus, R. M., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 197-213. doi:10.1177/1524838017692798



04

## นโยบายการย้ายถิ่น เพื่อทดแทนประชากร

การบริหารจัดการด้านการย้ายถิ่นการให้ถิ่นที่อยู่ถาวรและการแปลงสัญชาติไทย  
( กลุ่มงานวิจัย 5 : การย้ายถิ่น ความเป็นเมืองและแรงงาน )

## สรุปเนื้อหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ ที่ประชากรกำลังจะลดลงอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันอัตราการเกิดได้ลดลงสวนทางกับอัตราการตายแล้ว โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่า ในปี 2564 มีเด็กเกิดใหม่เพียง 544,570 คนเท่านั้น ส่วนอัตราการตายในปีเดียวกันมีจำนวน 563,650 ราย นอกจากนี้ จำนวนประชากรวัยแรงงานก็มีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็ว โดยในปี 2560 ประเทศไทยมีกำลังแรงงาน หรือประชากรอายุ 15-59 ปี ประมาณ 42.8 ล้านคน แต่ในปี 2580 กำลังแรงงานของไทยจะลดลง เหลือประมาณ 36.3 ล้านคนเท่านั้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) ยิ่งไปกว่านั้น มีการคาดประมาณว่าเมื่อถึงปี ค.ศ. 2100 ประชากรของประเทศไทยจะลดลงไปกว่าครึ่งหนึ่งเหลือเพียงประมาณ 30 กว่าล้านคนเท่านั้น (Vollset et al., 2020) ด้วยเหตุนี้ นโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากร (replacement migration policy) รวมถึงการบริหารจัดการด้านการย้ายถิ่น และการบูรณาการทางสังคม จึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยชะลอการลดลงของประชากร แก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานได้ และลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากสังคมสูงอายุได้ระดับหนึ่ง

**คัลส์เตอร์วิจัยที่ 5 การย้ายถิ่น ความเป็นเมือง และแรงงาน** ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม จึงเห็นว่านโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากร: การบริหารจัดการด้านการย้ายถิ่น การให้ถิ่นที่อยู่ถาวรและการแปลงสัญชาติไทย เป็นประเด็นที่ควรหยิบยกขึ้นมาอภิปรายในการประชุมทางวิชาการประจำปี 2565 โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังการระบาดของโควิด-19 ที่ประเทศไทยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนมุมมองต่างๆ รวมถึงนโยบายด้านการย้ายถิ่นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยรวบรวมผลงานวิจัยมุมมองเชิงวิชาการและข้อคิดเห็นเชิงนโยบายจากคณาจารย์และนักวิจัยของสถาบันฯ ได้แก่ ศาสตราจารย์เกียรติคุณอภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์และคณะ รศ.ดร.สุรียพร พันพืงและคณะ รศ.ดร.สุดารัตน์ มุสิกวงค์และคณะ และ ผศ.ดร. สักกรินทร์ นิยมศิลป์ สรุปเนื้อหาสำคัญได้ ดังนี้

**ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์** ในบทความ เส้นทางสู่ “นโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากร” ได้ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มการลดลงของประชากรไทยอย่างรวดเร็วจากการเข้าสู่สังคมสูงวัย ดังนั้นไทยจึงควรริเริ่มนโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากรแต่เนิ่นๆ โดยเป็นนโยบายที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องในยามที่การแข่งขันแย่งชิงทรัพยากรมนุษย์ยังไม่สูงมากและประชากรไทยยังไม่ลดลงมากจนการบูรณาการทางสังคมเป็นเรื่องยาก โดยไทยควรให้สัญชาติไทยแก่ชาวต่างชาติเพื่อทดแทนจำนวนประชากร โดยทำงานเชิงรุก มีขั้นตอนและกฎเกณฑ์ที่ถูกต้องเหมาะสม ใช้หลักสิทธิมนุษยชนและมุมมองแบบสากล

ควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจและคัดสรรชาวต่างชาติทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยต้องมีการวางแผน ตั้งเป้าจำนวนชาวต่างชาติที่จะนำเข้ามาต่อปี อย่างน้อยปีละไม่ต่ำกว่า 100,000 คน ในช่วง 80 ปีข้างหน้า เพื่อทดแทนประชากรที่หายไปได้ราวร้อยละ 25 ซึ่งจะช่วยชะลอการลดลงของประชากรไม่ให้เร็วเกินไป จัดทำแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนและติดตามผลได้ รวมถึงการให้สัญชาติแก่ราษฎรในประเทศผู้ยังไม่ได้สัญชาติไทยด้วย ทั้งนี้ ไทยต้องก้าวข้ามอุปสรรคในเรื่อง xenophobia หรือ ความเกลียดกลัวต่างชาติ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการการคัดสรรประชากรต่างชาติ

**รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และคณะ ในงานวิจัยเรื่อง ลูกหลานแรงงานข้ามชาติ: สิทธิพลทางประชากรที่ไม่ควรมองข้าม** ทำการศึกษาผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 ที่มีต่อความเป็นอยู่ของเด็กข้ามชาติอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่เป็นลูกหลานแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านในประเทศไทย ในด้านสุขภาพ การศึกษา และการได้รับการคุ้มครองเด็กที่เหมาะสม ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ลูกหลานแรงงานข้ามชาติมีความเสี่ยงหลายประการ เช่น เด็กเล็กมีความเสี่ยงในด้านสุขภาพ โภชนาการ และการเลี้ยงดู เด็กวัยประถมมีความเสี่ยงในด้านพัฒนาการเรียนรู้และการศึกษา ส่วนเด็กมัธยมมีความเสี่ยงในโอกาสการศึกษา การละเมิดสิทธิหรือใช้ประโยชน์และพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากเด็กเหล่านี้จำนวนมากกำลังศึกษาหรือเคยศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียนของไทย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีความคุ้นเคยกับวัฒนธรรมและสังคมไทย มีแนวโน้มพำนักอาศัยและทำงานเมื่อเติบโตในประเทศไทยระยะยาว จึงเป็น **ทุนมนุษย์สำหรับการพัฒนาประเทศไทยในระยะยาวได้ ไทยจึงควรกำหนดนโยบายและกลไกที่เกี่ยวข้องในการดูแลการเข้าถึงสิทธิเด็กในด้านต่างๆ ทั้งการจดทะเบียนการเกิด การศึกษา และสุขภาพ รวมถึงการคุ้มครองเด็กจากความเสี่ยงและความปลอดภัย** ไม่ใช่เพียงเพื่อการคุ้มครองเด็ก หรือการสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิของเด็กแต่เป็นไปเพื่อโอกาสในการพัฒนาประเทศไทยในระยะยาวด้วย

**รศ.ดร.สุรียพร พันพั่ง และแมรีโรส จิเอซาร์ลัส ในงานวิจัยเรื่อง ผู้ลี้ภัยในเมืองกับการทดแทนกำลังแรงงานในสังคมไทย** เป็นการศึกษาเพื่อค้นหา ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นในช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิตผู้ลี้ภัยในเมือง โดยรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ระดับลึกผู้ลี้ภัยในเมือง 20 คน และผู้แทนองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้อง 14 คน ระหว่างตุลาคม ถึง ธันวาคม 2564 พบว่า ประเทศไทยมี “ผู้ลี้ภัยในเมือง (urban refugee)” ที่ตั้งใจเข้ามาขอสถานะ “ผู้ขอลี้ภัย (asylum seeker)” เพื่อไปตั้งรกรากในประเทศที่สาม ประมาณ 5,155 คน จากประมาณ 40 ประเทศทั่วโลก โดยอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเขตเมืองโดยรอบ ผู้ลี้ภัยในเมืองเหล่านี้หนีการถูกจับกุมหรือถูกคุกคามต่อชีวิตอันเนื่องมาจาก เชื้อชาติ ศาสนา การปกครอง รวมทั้งการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจนถึงปริญญาตรี ครึ่งหนึ่งอยู่ในประเทศไทยมากกว่า 10 ปี ผู้ลี้ภัยมีความจำเป็นต้องทำงานถึงแม้ว่าจะผิดกฎหมาย โดยไม่ได้ใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมไทยเท่าที่ควร ในขณะที่ปัจจุบันและอนาคตประเทศไทยจะประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงานฝีมือและกึ่งฝีมือ รัฐบาลควรใช้โอกาสนี้ออกมาตรการจ้างงานผู้ลี้ภัยในเมืองที่ได้การรับรองสถานะผู้ลี้ภัยจาก UNHCR ให้ทำงานและรับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ สอดคล้องกับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และกฎหมายแรงงาน

**รศ.ดร.สุตารัตน์ มุลิกวงษ์ และอดิศร เกิดมงคล ในงานวิจัยเรื่อง การสร้างหนี้เมื่อย้ายถิ่นภายใต้โควิด-19** ได้สำรวจข้อมูลแรงงานข้ามชาติซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวเมียนมาและกัมพูชา โดยใช้แบบสอบถาม ในประเด็นการเข้าถึงการดำเนินการตามมติ ครม. เรื่องแรงงานข้ามชาติ<sup>1</sup> ได้แก่ ขั้นตอนการดำเนินการที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการของแรงงานข้ามชาติและนายจ้าง ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ และภาระหนี้รวมทั้งการหักค่าจ้างเพื่อเรียกเก็บค่าดำเนินการจากแรงงานข้ามชาติ พบว่า ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนบัญชีรายชื่อแรงงานต่างด้าวทางออนไลน์เป็นขั้นตอนที่ต้องใช้การช่วยเหลือจากผู้อื่นมากที่สุด รองลงมาคือการตรวจหาเชื้อโควิด-19 การตรวจโรคต้องห้ามร้ายแรง และการยื่นขออนุญาตทำงานในระบบออนไลน์ ตามลำดับ สรุปว่า ความพยายามของกระทรวงแรงงานที่จะนำระบบออนไลน์มาใช้เพื่อทำให้เกิดความสะดวกในการขึ้นทะเบียนแรงงานข้ามชาติยังไม่เอื้อกับแรงงานข้ามชาติเท่าที่ควร โดยค่าใช้จ่ายตามมติคณะรัฐมนตรีมีค่าใช้จ่ายทั้งหมด 8,480 – 8,680 บาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพมากถึง 6,500 – 6,600 บาท เมื่อเทียบกับค่าจ้างต่อเดือนของแรงงานข้ามชาติแล้วถือว่าเป็นค่าใช้จ่าย

จ่ายที่สูง ไทยจึงควรมีการแก้ไขกฎระเบียบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อกำหนดที่สร้างภาระทางการเงินให้กับแรงงานข้ามชาติมากเกินไป จนทำให้แรงงานจำนวนมากไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดได้จนกลายเป็นแรงงานนอกระบบ หรือเกิดภาระหนี้ ประเทศไทยควรวางแนวทางให้แรงงานข้ามชาติย้ายถิ่นเข้ามาโดยราบรื่น เพื่อช่วยแก้ปัญหาการลดลงของประชากรในระยะยาว อันเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากรด้วย

**ผศ.ดร.ลักขรินทร์ นิยมศิลป์ กับบทวิเคราะห์เชิงนโยบาย เรื่อง โควิด-19 การปรับเปลี่ยนนโยบายวีซ่าระยะยาวของไทย**ชี้ให้เห็นว่า ภายหลังจากระบอบของโควิด-19 หลายประเทศรวมถึงประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนนโยบาย และกฎระเบียบเรื่องวีซ่าหลายประการ ประเทศไทยได้อนุมัติให้คนต่างชาติที่มีศักยภาพสูงเข้ามาผ่านระยะยาวในประเทศไทย โดยให้วีซ่าอายุ 10 ปี (LTR Visa) เพื่อดึงดูดผู้มีความมั่งคั่ง ผู้เกษียณอายุ ผู้ที่ต้องการทำงานจากประเทศไทย (remote workers และ digital nomads) และผู้มีทักษะเชี่ยวชาญพิเศษจากต่างประเทศ อันเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดเรื่อง การย้ายถิ่นเพื่อการทดแทน (replacement migration) แม้ว่าที่ผ่านมา ประเทศไทยจะมีวีซ่าระยะยาว ประเภทอื่นๆ มาแล้ว แต่ส่วนใหญ่เป็นวีซ่าที่เน้นกลุ่มนักท่องเที่ยว ผู้เกษียณอายุเป็นหลัก จะมีก็เพียง SMART Visa ที่อนุมัติโดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) ที่เน้นแรงงานที่มีทักษะ แต่ SMART Visa ไม่ประสบความสำเร็จ มีผู้ได้รับการอนุมัติไม่ถึงหนึ่งพันคน เนื่องจากมีข้อกำหนดมากมาย ไทยจึงควรบูรณาการเรื่องฐานข้อมูลแรงงานในอุตสาหกรรมเป้าหมายต่างๆ เพื่อกำหนดมาตรการเชิงรุกเพื่อดึงดูดแรงงานในสาขาที่ขาดแคลน โดยใช้ระบบการให้คะแนนในการขอวีซ่า (Points-based System) ตามคุณสมบัติต่างๆ เช่น การศึกษา ประสบการณ์ ผลงานสร้างสรรค์ และการเป็นเจ้าของสิทธิบัตร มีการกำหนดภารกิจแบบมุ่งเป้าที่ชัดเจนให้กับนโยบายวีซ่าแต่ละประเภท และกำหนดมาตรการและแนวทางต่างๆ ในเรื่องสิทธิความเป็นพลเมือง และการบูรณาการทางสังคม เพื่อให้นโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประสบความสำเร็จในระยะยาว

## ประเด็นวิเคราะห์วิจัยทั้ง 5 ประเด็น

### 1. เส้นทางสู่ “นโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากร”

อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์

#### ประชากรไทยจะลดลงครึ่งหนึ่งในศตวรรษที่ 21

ประชากรศาสตร์คือศาสตร์ที่ว่าด้วยขนาด โครงสร้าง การกระจายตัว และการเปลี่ยนแปลงประชากร อันเกิดจากองค์ประกอบสามอย่างคือ การเกิด การตายและการย้ายถิ่น ในอดีตประชากรจะทดแทนการตายด้วยการเกิด โดยเรามักจะเรียกการเกิดว่าคือการสืบพันธุ์ หรือการแพร่พันธุ์ (reproduction) โดยถือเป็นการทดแทนประชากรคนรุ่นเก่าด้วยคนรุ่นใหม่ (population replacement) และเรามักจะพูดถึง replacement level ที่เหมาะสม ว่าเราจะให้มีการเกิดเท่าไรจึงจะทดแทนประชากรรุ่นเก่าไว้ได้พอดี ซึ่งประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มาโดยตลอด

จนมาถึงปี 2564 เหตุการณ์สำคัญมากได้เกิดขึ้นในไทย เริ่มปรากฏการณ์ที่การตายมีมากกว่าการเกิด และผลการคาดประมาณประชากรที่ลดลงก็แสดงถึงความต่อเนื่องและจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ในทางประชากรศาสตร์ ถ้าจะมีการทดแทนการตาย ถ้าไม่ใช่ด้วยการเกิดก็ต้องด้วยการย้ายถิ่น การย้ายถิ่นลักษณะนี้ สหประชาชาติเรียกว่า การย้ายถิ่นเพื่อการทดแทน คือการย้ายถิ่นที่สามารถช่วยทดแทนประชากรที่หายไปจากการตาย เรียกว่า replacement migration ในปี ค.ศ. 2001 กองประชากรของสหประชาชาติ

(United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2001) ได้เสนอแนวทางของ replacement migration นี้ให้กับประเทศหลายประเทศในยุโรป อเมริกา ออสเตรเลีย รวมถึง ญี่ปุ่น และเกาหลี

สหประชาชาติได้ทำการคาดประมาณประชากรทั่วโลกพบว่า เมื่อสิ้นศตวรรษที่ 21 ประชากรของประเทศไทยจะลดลงเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดในโลก รองจากญี่ปุ่น (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019) และต่อมา Vollset et al. (2020) ได้ศึกษาเพิ่มเติมและคาดประมาณว่า เมื่อถึงปี ค.ศ. 2100 ประชากรของประเทศไทยจะลดลงไปกว่าครึ่งหนึ่งเหลือเพียงประมาณ 30 กว่าล้านคน หากไทยไม่ทำอะไรเลย ประชากรก็จะยิ่งลดลงไปอีกเรื่อยๆ อย่างรวดเร็ว

## Replacement Migration ก็ไม่อาจหลีกเลี่ยง

ในขณะที่ประชากรไทยลดลง ประชากรโลกยังคงมีอัตราเพิ่มขึ้นอยู่อีกช่วงหนึ่ง ประชากรที่มากขึ้นเหล่านี้จะทะลักเข้าสู่ประเทศไทยทางใดทางหนึ่ง แม้ไทยจะไม่มีนโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากร (replacement migration) ก็ตาม ประเทศไทยก็ควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เป็นลักษณะไร้ทิศทาง (unplanned) เช่นนี้ และทำการสร้างเสริมความมั่นคงทางประชากรด้วยมาตรการที่มีการวางแผนอย่างชัดเจน โดยควรเริ่มจากการจัดให้มีนโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากรเสียแต่เนิ่นๆ เพื่อทดแทนประชากรที่จะหายไป เริ่มจากการเปลี่ยนแปลงวิธีคิด (mindset) ต่อประเด็นการย้ายถิ่นเข้ามาในประเทศ (immigration) ให้เห็นว่าการย้ายถิ่นเข้ามาในประเทศ เป็นเรื่องบวกสำหรับประเทศ และให้คุณค่ากับทรัพยากรมนุษย์เหล่านี้อย่างจริงจัง มีการตั้งเป้า และมีแผนปฏิบัติการ (action plan) ที่จะนำเข้าและบูรณาการประชากรจากต่างประเทศเข้ามาเป็นคนไทย เนื่องจากประชากรต่างประเทศยังมีจำนวนมาก เราสามารถคัดสรรได้ ในอนาคตอาจต้องมีการแย่งชิงประชากรเหล่านี้กันมากขึ้นในเวทีโลก อีกประการหนึ่ง การนำเข้าประชากรจากต่างชาติในขณะที่ประเทศไทยยังมีประชากรเป็นจำนวนมาก การบูรณาการให้เขาเป็นคนไทยในสังคมไทยทำได้ง่ายกว่าการให้สัญชาติไทยแก่ชาวต่างชาติเพื่อทดแทนจำนวนประชากร จำเป็นต้องทำเชิงรุก โดยสามารถทำเป็นขั้นตอนและมีกฎเกณฑ์ที่มีความถูกต้องเหมาะสม ใช้หลักสิทธิมนุษยชน และความเป็นประชากรโลก (global citizenship) ทั้งนี้ต้องควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมของประชาชนคนไทยในการตัดสินใจและการคัดสรรชาวต่างชาติทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ขณะเดียวกันการดำเนินนโยบายนี้มีไว้เป็นการตั้งรับเพียงอย่างเดียว แต่ต้องทำเชิงรุกเข้าไปเสาะหา ชักจูง และซื้อใจชาวต่างชาติให้รู้สึกความเป็นบ้านในประเทศไทย กล่าวคือการมีแนวทางปฏิบัติ (pathway) ที่ดีและถูกต้องกับทุกคน ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจให้วีซ่าระยะยาวชนิดต่างๆ สิทธิการอยู่อาศัยระยะยาว การถือครองที่ดิน การประกอบอาชีพ และในที่สุดคือความเป็นคนไทย

## แผนระยะยาวและโอกาสสองประเทศไทย

ประชากรที่จะหายไปประมาณ 30 กว่าล้านคนนั้น ถ้าพิจารณาว่าในช่วง 80 ปีนี้ ถ้าเพียงจะทดแทนประมาณ 25% หรือประมาณ 8 ล้านคน เราจำเป็นต้องนำเข้าและคัดสรรเพื่อให้สัญชาติไทยเป็นจำนวนอย่างน้อยปีละ 1 แสนคน ข้อมูลในปัจจุบัน เบื้องต้นพบว่า เรามีราษฎรในประเทศ และบางส่วนที่เกิดในประเทศแต่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทยเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลประกาศสำนักทะเบียนกลาง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร จำนวนราษฎรผู้ไม่ได้สัญชาติไทย มีอยู่ 973,656 ราย และเพิ่มเป็น 975,663 รายในการประมวลผลเมื่อ 3 พฤษภาคม 2565 ในจำนวนนี้เป็นผู้ไม่สามารถระบุสัญชาติได้ 716,598 ราย ซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน 432,540 ราย (60.4%)

<sup>1</sup>Migrant Working Group ได้เก็บแบบสอบถามออนไลน์ 195 คน (45 ข้อ) ในเดือนมีนาคม-สิงหาคม โดยไม่มีการระบุชื่อ และมีการแจ้งให้ความยินยอมแล้ว



และผู้ไม่ได้สัญชาติไทย 279,431 ราย (39.0%) และบางส่วนเป็นผู้ไร้สัญชาติหรือถูกถอนสัญชาติ เรายังมีผู้ลี้ภัยเกือบ 100,000 คนในที่พักพิงชั่วคราว 9 แห่ง หลายคนเกิดในประเทศไทย และคาดประมาณได้ว่าเรามีบุตรของแรงงานข้ามชาติที่เกิดในประเทศไทยปีละประมาณ 30,000 คน ปรากฏการณ์นี้เป็นโอกาสไม่ใช่วิกฤต อาจเริ่มต้นด้วยการพิจารณาทรัพยากรบุคคลเหล่านี้ ด้วยการคลี่คลายกฎระเบียบเงื่อนไขการให้สัญชาติให้มีลักษณะครอบคลุม (inclusive) ยิ่งขึ้น

สำหรับประชากรที่อยู่ในระบบทะเบียนที่ไม่ใช่คนไทยและสามารถระบุสัญชาติได้ในช่วงเวลาเดียวกันมีจำนวน 259,065 ราย ประมาณ 200 สัญชาติ ส่วนใหญ่เป็นคนเอเชีย (82.5%) รองลงมาคือชาวยุโรป (13.4%) และอเมริกาเหนือ (2.6%) การกระจายตัวของชาวต่างชาติสัญชาติต่างๆ นี้ เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพิจารณาตั้งเป้า คัดสรรและจัดสรรโควต้าตามรายสัญชาติ ให้สอดคล้องกับแผนทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เหมาะสมและเห็นพ้องต้องกันในสังคมได้

### อุปสรรคที่ต้องก้าวข้าม

อุปสรรคสำคัญข้อหนึ่งของนโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากร คือ xenophobia หรือความเกลียดกลัวต่างชาติ การแก้ไขปัญหานี้ต้องทำด้วยการมีส่วนร่วมในกระบวนการคัดสรรประชากรต่างชาติของคนไทย โดยให้ประชาชนในพื้นที่ผู้มีส่วนได้เสียในฐานะเจ้าของประเทศ มีส่วนในการกำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่ต้น โดยมีประชาชนเป็นเจ้าของเส้นทาง หรือ pathway สู่นโยบายรับผู้ย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากรและสร้างความมั่นคงของชาติร่วมกัน

## 2. ลูกหลานแรงงานข้ามชาติ: สิทธิพลเมืองที่สมควรมองข้าม

เฉลิมพล แจ่มจันทร์ วาทีณี บุญชะลิกษ์ กัญญา อภิพรชัยสกุล ปันณวัฒน์ เกื้อนกลิน และ พงษ์ศักดิ์ หมื่นศักดิ์

โครงการ “การประเมินสถานการณ์เด็กข้ามชาติและผลกระทบจากโควิด-19” โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม สนับสนุนโดยโครงการ EU COVID-19 Response and Recovery Project ผ่านองค์กร ActionAid ประเทศไทย (กุมภาพันธ์ 2564 - มกราคม 2565) ทำการศึกษาผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 ที่มีต่อความเป็นอยู่ของเด็กข้ามชาติอายุต่ำกว่า 18 ปี ลูกหลานแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านในประเทศไทย ในด้านสุขภาพ การศึกษา และการได้รับการคุ้มครองเด็กที่เหมาะสมด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลใน 6 พื้นที่ศึกษา (กรุงเทพฯ สมุทรสาคร ชลบุรี ระนอง ตาก (อ.แม่สอดและเชียงใหม่))

### ภาพรวมผลกระทบโควิด-19 ต่อลูกหลานแรงงานข้ามชาติ



จากผลการศึกษา ข้อพิจารณาเชิงนโยบายภาพรวม ได้แก่ (1) กลไกและมาตรการเฉพาะหน้าในการติดตาม ประเมิน ฝ้าระวัง และช่วยเหลือบรรเทาผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 ที่มีต่อเด็ก ด้านสุขภาพ การศึกษา และคุ้มครองเด็ก (2) ระบบฐานข้อมูลเด็กข้ามชาติและบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (3) การพิจารณานโยบายระยะยาวที่ชัดเจนภายใต้แนวคิด replacement migration ในการจัดการดูแลเด็กข้ามชาติที่เป็นลูกหลานแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน

**ด้านสุขภาพ:** การแก้ปัญหาเดิมและพัฒนาวิถีใหม่ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับ นามแม่และเด็กแรกเกิด การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพสำหรับเด็ก การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) เพื่อส่งเสริมกำลังคนในการสนับสนุนบริการ

**ด้านการศึกษา:** มาตรการระยะกลางและระยะยาวในการส่งเสริมการจัดการศึกษาสำหรับเด็กข้ามชาติที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ความต้องการและเงื่อนไขของผู้เรียน (เด็กข้ามชาติและครอบครัวข้ามชาติ) ทั้งการศึกษาในระบบโรงเรียนไทย กศน. และศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติ

**ด้านการคุ้มครองเด็ก:** การสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิการจดทะเบียนการเกิดของเด็กทุกคน การพัฒนาโลกให้ความช่วยเหลือ ให้ความคุ้มครองเด็กในระดับพื้นที่ที่คำนึงถึงสถานะความเสี่ยงและความเปราะบางของเด็กข้ามชาติ

*“...ในมุมมองการทดแทนแรงงานภายในประเทศที่ลดลง ภายใต้แนวคิด replacement migration เราควรให้ความสำคัญและความสำคัญกับเด็กกลุ่มนี้ที่สามารถเป็นกำลังแรงงานขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศได้ในอนาคต ซึ่งจะทำให้นโยบายและกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเข้าถึงสิทธิในด้านต่างๆ ทั้งการจดทะเบียนการเกิด การศึกษา และสุขภาพ รวมถึงการคุ้มครองเด็กจากความเสี่ยงและความปลอดภัยในด้านต่างๆ มีความเป็นเอกภาพไปในทิศทางเดียวกัน ชัดเจนและมีแนวทางลงสู่ระดับการปฏิบัติในทุกเรื่องที่เป็นไปในเป้าหมายเดียวกัน...”*

### 3. ผู้ลี้ภัยในเมือง กับการทดแทนกำลังแรงงานในสังคมไทย

สุรียพร พันพิ่ง และแมรีเรส จีเอซาร์ลัส

#### สถานการณ์ผู้ลี้ภัยในเมือง

“ผู้ลี้ภัย (refugee)” หมายถึง บุคคลที่จำเป็นต้องอพยพไปยังประเทศอื่น มีสาเหตุจากความขัดแย้งทางการเมือง ศาสนา เชื้อชาติ สัญชาติ หรือประเด็นทางสังคม โดยผู้ลี้ภัยส่วนมากไม่สามารถเดินทางกลับประเทศต้นทางเนื่องจากความหวาดกลัวต่อการถูกจับกุมหรือการถูกคุกคามต่อชีวิต ผู้ลี้ภัยในประเทศไทยแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ “ผู้ลี้ภัย” อาศัยอยู่ในที่พักพิงชั่วคราวหรือค่ายผู้ลี้ภัยที่รัฐบาลไทยจัดทำให้ และมีสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (United Nations High Commissioner for Refugees: UNHCR)<sup>2</sup> ดูแลเรื่องการอุปโลก-บริโลก การศึกษา และการตั้งถิ่นฐานใหม่ในประเทศที่สาม ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ลี้ภัยใน 9 ค่าย บริเวณชายแดนไทย-เมียนมา จำนวน 91,363 คน (UNHCR, 2022) และ “ผู้ลี้ภัยในเมือง (urban refugee)” ที่ตั้งใจเข้ามาขอสถานะ “ผู้ขอลี้ภัย (asylum seeker)” เพื่อไปตั้งรกรากในประเทศที่สาม โดยมี UNHCR ช่วยดำเนินการ ขณะนี้มีจำนวน 5,155 คน จากประมาณ 40 ประเทศ ที่อาศัยในกรุงเทพมหานครและเขตเมืองโดยรอบ (UNHCR, 2021)

เนื่องจากประเทศไทยไม่ได้ลงนามเป็นภาคีสมาชิกกับอนุสัญญาว่าด้วยสถานภาพผู้ลี้ภัย พ.ศ. 2494 และพิธีสาร พ.ศ. 2510 อีกทั้งยังไม่มีกรอบกฎหมายระดับชาติสำหรับการคุ้มครองเฉพาะสำหรับ “ผู้ลี้ภัย” ดังนั้นผู้ลี้ภัยจึงต้องอยู่ภายใต้กฎหมายคนเข้าเมืองเช่นเดียวกับชาวต่างชาติอื่น ๆ นอกจากนี้เอกสารรับรองสถานะผู้ลี้ภัยที่ออกโดย UNHCR นั้นไม่ได้รับการรับรองจากรัฐไทย ส่งผลให้ผู้ลี้ภัยที่เข้าเมืองไม่ถูกกฎหมายหรือทำงานโดยไม่มีใบอนุญาตทำงาน มีความเสี่ยงที่จะถูกจับกุม กักกัน และถูกส่งกลับประเทศต้นทาง

## สรุปผลงานวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นในช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิตผู้ลี้ภัยในกรุงเทพมหานคร<sup>2</sup> โดยได้รวบรวมข้อมูลย้อนหลังในช่วงก่อนและระหว่างการอพยพ และหลังจากที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย ทำการสัมภาษณ์ระดับลึกจากผู้ลี้ภัยในเมือง 20 คนจากประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เอเชียใต้ ตะวันออกกลาง และแอฟริกา และผู้แทนจากองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 14 คน ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2564 การศึกษานี้พบว่า ผู้ลี้ภัยในเมืองมีปัญหาและอุปสรรคที่หลากหลาย ทั้งในเรื่องการเข้าเมือง ผิดกฎหมาย การอยู่เกินอายุวีซ่า การทำงาน สุขภาพและการศึกษาของเด็ก ในบทความนี้นำเสนอข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ลี้ภัยในเมืองเท่านั้น

ผู้ลี้ภัยในเมือง 20 คนนี้ ส่วนใหญ่ (80%) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ มัธยมศึกษาตอนปลายจนถึงจบปริญญาตรี มี 6 คนที่จบปริญญาตรี (5 คนมาจากประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษากลาง) ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่เมืองไทยมากกว่า 10 ปี และถึงแม้ว่าผู้ลี้ภัยในเมืองที่ได้การรับรองสถานะผู้ลี้ภัยจาก UNHCR จะได้รับเงินช่วยเหลือด้านที่พักต่อเดือนประมาณ 3,000 ถึง 5,400 บาท แต่ด้วยระยะเวลาที่ผู้ลี้ภัยในเมืองต้องรอการอนุมัติเดินทางไปประเทศที่สามารถยาวนานกว่าที่วางแผนไว้ โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโควิด-19 ทั่วโลก ทำให้ผู้ลี้ภัยต้องพยายามหางานทำถึงแม้จะทราบว่าจะไม่มีสิทธิทำงานในประเทศไทย โดยกลุ่มที่มีการศึกษาปานกลางถึงสูงใช้ภาษาอังกฤษได้ดีนั้น ส่วนใหญ่ได้ทำงานกับองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) สอนหนังสือ ล่าม อาสาสมัคร (ทำงานกับคริสตจักร, NGOs) หรือรับจ้างทั่วไป ซึ่งกลุ่มผู้ลี้ภัยเหล่านี้ไม่สามารถใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมไทยเท่าที่ควร

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในขณะที่ปัจจุบันและอนาคตประเทศไทยจะประสบปัญหาการขาดแคลนแรงงานมีฝีมือและกึ่งฝีมือ จึงเสนอให้รัฐบาลใช้โอกาสนี้ออกมาตรการจ้างงานผู้ลี้ภัยในเมืองที่ได้การรับรองสถานะผู้ลี้ภัยจาก UNHCR ให้ได้ทำงานและรับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ สอดคล้องกับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และกฎหมายแรงงานของประเทศไทย

<sup>2</sup>UNHCR มีหน้าที่ ให้ความคุ้มครอง และหาทางออกที่ยั่งยืนแก่ผู้ลี้ภัย มีหลักการ “ไม่ผลักตนกลับ” ไปยังประเทศที่ผู้ลี้ภัยต้องเผชิญกับภัยร้ายแรงต่อชีวิตหรืออิสรภาพ

<sup>3</sup>โครงการ “The Transitional Lives of Bangkok’s Urban Refugees” ดำเนินงานโดยนักวิจัย ของสถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย และ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



## 4. การสร้างหนี้เมื่อย้ายถิ่นภายใต้ COVID-19

สุทธาร์ตน์ มุสิกวงค์ และ อติศร เกิดมงคล

### การเก็บข้อมูลแรงงาน

แรงงานข้ามชาติที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถามในงานวิจัยนี้ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากประเทศเมียนมาและกัมพูชาเป็นหลัก แรงงานกลุ่มเป้าหมายที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะมีเอกสารแสดงตนเป็นบัตรประจำตัวคนไม่มีสัญชาติไทย (บัตรชมพู) เป็นหลัก จะมีบางส่วนที่มีเอกสารเป็นใบรับคำขออนุญาตทำงานหรือใบแทนใบอนุญาตทำงาน

### สรุปผลงานวิจัย

จากแบบสอบถามในครั้งนี้จะมุ่งไปตรงประเด็นในการเข้าถึงการดำเนินการตามมติ ครม. ขั้นตอนการดำเนินการที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการของแรงงานข้ามชาติและนายจ้าง ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ และภาระหนี้รวมทั้งการหักค่าจ้างเพื่อเรียกเก็บค่าดำเนินการจากแรงงานข้ามชาติ ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนบัญชีรายชื่อแรงงานต่างด้าวทางออนไลน์เป็นขั้นตอนที่ต้องใช้การช่วยเหลือจากผู้อื่นมากที่สุด (93 คน) รองลงมาคือ การตรวจหาเชื้อโควิด-19 (70 คน) การตรวจโรคต้องห้ามร้ายแรง (59 คน) และการยื่นขออนุญาตทำงานในระบบออนไลน์ (55 คน) ตามลำดับ

แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มีเพียงโทรศัพท์มือถือเท่านั้นที่สามารถดำเนินการในระบบออนไลน์ได้ ซึ่งการออกแบบระบบออนไลน์ที่ไม่เป็นมิตรกับผู้ใช้กลายเป็นภาระให้แก่ผู้ใช้จนต้องไปพึ่งพาให้ผู้อื่นดำเนินการให้ สำหรับเรื่องการดำเนินการตรวจสอบสุขภาพทั้งสองขั้นตอน คือ ตรวจหาเชื้อโควิด-19 และตรวจโรคต้องห้ามร้ายแรงที่เป็นอุปสรรครองลงมา ส่วนใหญ่พบปัญหาในเรื่องของสถานที่ตรวจที่เป็น โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ทำให้มีความยากลำบากในการเดินทางไปตรวจด้วยตัวเอง การขาดค่าประจำโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่สูง และที่สำคัญคือผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีภาระหนักขึ้นในช่วงเดือนเมษายน 2564 เป็นต้นมา ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากไม่สามารถดำเนินการตรวจโรคให้แก่แรงงานข้ามชาติได้ และมีบางส่วนที่ไม่สามารถดำเนินการได้จนต้องหลุดจากระบบการขึ้นทะเบียน แม้กระทรวงแรงงานจะมีการขยายระยะเวลาในการดำเนินการในสองขั้นตอนนี้ออกไปถึง 2 ครั้ง แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

สำหรับสาเหตุที่แรงงานข้ามชาติไม่สามารถดำเนินการขึ้นทะเบียน หรือไม่สามารถดำเนินการได้จนครบขั้นตอน ก็คือค่าใช้จ่ายที่แรงงานข้ามชาติหลายคนเห็นว่าแพงเกินไป และไม่มีรายได้มากพอในช่วงการขึ้นทะเบียน รองลงมาคือ แรงงานไม่มีเอกสารที่ใช้ในการขึ้นทะเบียน ตามมาด้วยการไม่รู้ขั้นตอนในการดำเนินการขึ้นทะเบียน และขั้นตอนที่ยุ่งยากเกินไป ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการในครั้งนี้จะ เป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพมากถึง 6,500 – 6,600 บาท โดยเป็นการใช้จ่ายที่เป็นค่าธรรมเนียมการขออนุญาตหรือเอกสารแสดงตนเพียง 1,980-2,080 บาทเท่านั้น หากคิดเฉพาะค่าใช้จ่ายตามมติคณะรัฐมนตรีจะมีค่าใช้จ่ายทั้งหมด 8,480 – 8,680 บาท

แต่จากการตอบแบบสำรวจของแรงงานข้ามชาติ พบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 10,000 บาท คิดเป็น 79.2% มีแรงงานข้ามชาติที่มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 10,000 บาท เพียง 20.8% เท่านั้น โดยแรงงานส่วนใหญ่จะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 10,001-13,000 บาท คิดเป็น 37.5% แรงงานที่มีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 13,001-16,000 บาท คิดเป็น 16.7% และมากกว่า 16,000 บาท คิดเป็น 25% ในขณะที่แรงงานที่จ่ายต่ำกว่าค่าจ้างตามมติคณะรัฐมนตรีคือ ต่ำกว่า 8,000 บาท มีทั้งหมด 16.1% มีแรงงานข้ามชาติที่มีค่าใช้จ่ายระหว่าง 8,001-10,000 บาทเพียง 4.2% เท่านั้น

## ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สถานการณ์โควิด-19 และกฎระเบียบที่สร้างปัญหาทำให้เกิดความเสี่ยงด้านการย้ายถิ่นที่ไม่ถูกกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อกำหนดที่สร้างภาระทางการเงินให้กับแรงงานข้ามชาติมากเกินไป จนทำให้แรงงานจำนวนมากไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดได้ จนกลายเป็นแรงงานนอกระบบ หรือเกิดภาระหนี้จนกระทบต่อคุณภาพชีวิตของแรงงาน ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมา ในทางตรงกันข้าม ประเทศไทยควรวางแผนทางให้แรงงานข้ามชาติย้ายถิ่นเข้ามาโดยราบรื่น เพื่อช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานและการลดลงของประชากรในระยะยาวอันเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากรด้วย

## 5. โควิด-19 กับการปรับเปลี่ยนนโยบายวีซ่าระยะยาวของไทย

### สักกรินทร์ นิยมศิลป์

### โควิด-19 กับการปรับเปลี่ยนนโยบายวีซ่า

ภายหลังการระบาดของโควิด-19 ประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนนโยบาย กฎหมายและกฎระเบียบเรื่องวีซ่าหลายประการ โดยเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2565 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้คนต่างด้าวที่มีศักยภาพสูงเข้ามาพำนักระยะยาวในประเทศไทย (long-term resident visa: LTR Visa) โดยมีอายุการตรวจลงตรา 10 ปี (สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี, 2565) ซึ่งเป็นการปรับนโยบายด้านการย้ายถิ่นใหม่จากการมุ่งนำเข้าแรงงานที่มีทักษะต่ำจากประเทศเพื่อนบ้านมาทำงานในระยะสั้น มาเป็นการดึงดูดผู้ย้ายถิ่นที่มีทักษะ และผู้ที่มีความมั่งคั่งให้มาพำนักระยะยาว อันเป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย การย้ายถิ่นเพื่อการทดแทน (replacement migration)

### วีซ่าระยะยาวของไทย

ปัจจุบัน ไทยมีนโยบายวีซ่าระยะยาวที่ริเริ่มโดยหลากหลายหน่วยงาน โดยมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน ดังนี้

1) วีซ่าระยะยาว 10 ปี (Long Stay O-X) เมื่อปี 2559 เป็นวีซ่าท่องเที่ยวประเภทหนึ่ง เน้นกลุ่มผู้เกษียณอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จากประเทศที่พัฒนาแล้ว 14 ประเทศเท่านั้น มีข้อกำหนดด้านการเงินค่อนข้างสูง เช่น เงินฝาก 3 ล้านบาท อีกทั้งมีข้อกำหนดต่างๆ เช่น ห้ามทำงาน จึงไม่ได้รับความนิยม

2) ในปี 2561 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) ได้ริเริ่ม SMART Visa ซึ่งมีระยะเวลาการตรวจลงตรา 4 ปี (ยกเว้นกลุ่ม Start-ups) เพื่อดึงดูดผู้เชี่ยวชาญทักษะสูงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ผู้บริหารระดับสูง นักลงทุน และผู้ประกอบการวิสาหกิจเริ่มต้น<sup>4</sup> แต่ไม่ประสบความสำเร็จ โดยมีผู้ได้รับการรับรองคุณสมบัติเพียง 741 รายเท่านั้น (กระทรวงแรงงาน, 2565)

<sup>4</sup>ครม. ได้เห็นชอบการดำเนินการ SMART Visa ตามมติคณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ (ยศ.) โดยให้ศูนย์บริการวีซ่าและใบอนุญาตทำงานของ สกท. (One Stop Service Center of Visa and Work Permit : OSS) เป็นหน่วยงานขับเคลื่อน SMART Visa

3) Thailand Privilege Card (Thailand Elite Card) เป็นนโยบายอำนวยความสะดวกให้กับนักท่องเที่ยวที่มีอำนาจซื้อและเดินทางมาไทยบ่อยครั้ง ถือเป็น Golden Visa ประเภทหนึ่ง จนถึงต้นปี 2565 มีสมาชิกบัตรราว 16,000 คน (ฐานเศรษฐกิจดิจิทัล, 17 กุมภาพันธ์ 2565)

4) สำหรับ LTR Visa (long-term resident visa) นั้น มีอายุการตรวจลงตรา 10 ปี สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) คาดว่าในช่วงปี 2565-2569 LTR Visa จะดึงดูดผู้ย้ายถิ่นราว 1 ล้านคน (WorkpointTODAY, 11 พฤษภาคม 2565) นโยบายวีซ่านี้จัดเป็นการย้ายถิ่นเพื่อการทดแทน (replacement migration) ที่ชัดเจนที่สุดของไทย

### **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย**

1) นโยบายวีซ่าระยะยาวของไทย ยังเน้นไปที่การหารายได้เข้าประเทศเป็นหลัก ยังไม่ให้ความสำคัญกับการย้ายถิ่นเพื่อการทดแทนแรงงานที่จะลดลงอย่างต่อเนื่อง ไทยจึงควรศึกษาและกำหนดแนวทางในเรื่อง การย้ายถิ่นเพื่อการทดแทน (replacement migration) อย่างจริงจัง โดยเน้นแรงงานที่มีทักษะ

2) ฐานข้อมูลเรื่องแรงงานกระจายไปหลายหน่วยงานและขาดการบูรณาการเรื่องข้อมูล จึงควรมีหน่วยงานที่รวบรวม วิเคราะห์ และศึกษาฐานข้อมูลด้านแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานทักษะสูงในสาขาอุตสาหกรรมต่างๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดมาตรการดึงดูดแรงงานที่มีทักษะกลุ่มต่างๆ ในเชิงรุก

3) ใช้ระบบการให้คะแนนในการขอวีซ่า (Points-based System) ตามคุณสมบัติต่างๆ เช่น อายุ คุณวุฒิการศึกษา ประสบการณ์ ความสามารถทางภาษา ผลงานประดิษฐ์และนวัตกรรม การครอบครองสิทธิบัตร เป็นต้น มากกว่ารายได้ของผู้สมัคร เพื่อให้สามารถดึงดูดคนหนุ่มสาวที่มีศักยภาพ

4) กำหนดภารกิจแบบมุ่งเป้าที่ชัดเจนให้กับนโยบายวีซ่าแต่ละประเภท เช่น SMART Visa ควรมุ่งดึงดูดแรงงานทักษะเพื่อป้อนให้กับอุตสาหกรรมเป้าหมาย ส่วน LTR Visa อาจเปิดกว้างกับผู้ที่มีทักษะที่หลากหลาย ผู้ที่ทำงานอิสระ และศิลปิน ส่วน Elite Card เน้นกลุ่มผู้มีความมั่งคั่งสูงและนักลงทุน เป็นต้น

5) นโยบายวีซ่าระยะยาวเพียงอย่างเดียวยังไม่สมบูรณ์ หากขาดเรื่องสิทธิความเป็นพลเมือง (Citizenship Rights) และการบูรณาการทางสังคม (Local integration) ไทยควรเปิดโอกาสให้ผู้ที่พักอาศัยระยะยาวสมัครเป็นผู้มีถิ่นพำนักถาวรในประเทศ (permanent resident) หรือขอสัญชาติไทย (Thai citizenship) ได้

### **โควิด-19 กับการฟื้นตัวและโอกาส**

การระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้ประเทศไทยต้องปรับนโยบายการย้ายถิ่น โดยริเริ่ม LTR Visa จึงเป็นสัญญาณอันดีว่า ประเทศไทยกำลังเริ่มยอมรับแนวคิดเรื่อง การย้ายถิ่นเพื่อการทดแทน (replacement migration) บ้างแล้ว อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกหลายมาตรการที่ประเทศไทยควรดำเนินการเพื่อชะลอผลกระทบจากการลดลงของประชากรวัยแรงงานในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงาน. (2565). รายงานการศึกษา เรื่อง นโยบายการดึงดูดและจูงใจแรงงานต่างชาติที่มีทักษะสูงให้ทำงานในประเทศไทยเพื่อเพิ่มผลิตภาพและพัฒนาเศรษฐกิจไทย. สืบค้นจาก <https://bit.ly/3uMWLzU>
- ฐานเศรษฐกิจดิจิทัล. (17 กุมภาพันธ์ 2565). อีลิทการ์ดเปิดบัตรใหม่ดึงดูดต่างชาติลงทุน30ล้านบาทแลกwork permit ทำงานในไทย. สืบค้นเมื่อ 14 พ.ค. 2565 จาก <https://www.thansettakij.com/business/514288>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. (2565). เห็นชอบแล้ว! วีซ่าระยะยาว (LTR Visa) ต่างชาติที่มีศักยภาพสูงยื่นขอวีซ่าระยะยาว 10 ปี ค่าธรรมเนียมครั้งเดียว 50,000 บาท. สืบค้นเมื่อ 14 พ.ค.2565. จาก <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/54429>
- แอมเนสตี้ อินเตอร์เนชั่นแนล. (ม.ป.ป.). ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2565 จาก <https://www.amnesty.or.th/our-work/hre/udhr/>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2001). Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations? vol. no. 206, United Nations, New York
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019: Highlights. ST/ESA/SER.A/423
- UNHCR. (2021). Fact Sheet: Thailand. สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2565 จาก [https://www.unhcr.org/th/wp-content/uploads/sites/91/2022/01/DRAFT\\_MCO-Factsheet\\_31-December-2021-4.pdf](https://www.unhcr.org/th/wp-content/uploads/sites/91/2022/01/DRAFT_MCO-Factsheet_31-December-2021-4.pdf)
- UNHCR. (2022). Thailand: Refugee Population Overview - February 2022. สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2565 จาก [https://www.unhcr.org/th/wpcontent/uploads/sites/91/2022/03/Thailand\\_Myanmar\\_Border\\_Refugee\\_Population\\_Overview\\_February2022.pdf](https://www.unhcr.org/th/wpcontent/uploads/sites/91/2022/03/Thailand_Myanmar_Border_Refugee_Population_Overview_February2022.pdf)
- Vollset, S. E., Goren, E., Yuan, C.-W., Cao, J., Smith, A. E., Hsiao, T., . . . Chalek, J. (2020). Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet, 396(10258), 1285-1306.
- WorkpointTODAY. (11 พฤษภาคม 2565). กรม.ไฟเขียวรับเกณฑ์วีซ่าระยะยาว 10 ปี ค่าธรรมเนียม 50,000 บาท. สืบค้นเมื่อ 14 พ.ค.2565 จาก <https://workpointtoday.com/ltr-visa/>



05

## กิน อยู่ ขยับร่างกาย : ชีวิตวิถีใหม่ ในยุคโควิด-19

( กลุ่มงานวิจัย 4 : ประชากร สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ )

สิรินทรยา พูลเกิด  
บุรเทพ โชคธนานุกูล  
ปิยวัฒน์ เกตุวงศา  
ณัฐจรีรา ทองเจริญชุงค์  
ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์  
สรัญญา สุจริตพงศ์



## บทสรุปผู้บริหาร

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนในสังคมไม่ทางใดก็ทางหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดผลกระทบเชิงลบจึงนำไปสู่การปรับตัวโดยใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่ อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการปรับตัวของแต่ละกลุ่มประชากรมีไม่เท่ากัน กลุ่มประชากรเปราะบางซึ่งมีข้อจำกัดทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมจึงได้รับผลกระทบรุนแรงกว่าและปรับตัวได้ช้ากว่า ดังเห็นได้จากข้อค้นพบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการมีกิจกรรมทางกายของแต่ละกลุ่มประชากรในช่วงการแพร่ระบาดฯ และการฟื้นตัวที่แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำหลังการระบาดของโรค กลุ่มประชากรวัยทำงานที่อยู่ในภาคบริการ ถึงแม้ดูเหมือนมีความสามารถในการปรับตัวได้ดี แต่จากผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่า มิติความสุขทางสุขภาพกายด้อยกว่าด้านอื่นๆ นอกจากนี้ข้อค้นพบจากการสำรวจยังชี้ให้เห็นว่า ส่วนของผู้สูงอายุวัยปลาย ผู้ที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับการศึกษาน้อย ผู้ที่มีหนี้สิน และทำหน้าที่ในการจัดหาอาหารให้ครอบครัวเกิดผลกระทบทางด้านอาหารรุนแรงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ

เพื่อแก้ปัญหาการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ภาครัฐโดยความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ต้องมีหน้าที่ในการสร้างบรรทัดฐานสังคมที่ไม่เนือยนิ่ง (active societies) โดยการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและการเห็นคุณค่าของการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน รวมทั้ง ต้องส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (active environments) และส่งเสริมโอกาสการมีกิจกรรมทางกายให้กับประชาชน (active people) สร้างและส่งเสริมการเข้าถึงโอกาสและโปรแกรมในการช่วยให้คนทุกกลุ่มให้มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ สำหรับคนทำงาน ภาครัฐควรกระตุ้นให้ทุกภาคส่วนส่งเสริมให้คนในองค์กร ให้มีกิจกรรมทางกายในระดับที่เหมาะสม (องค์การอนามัยโลก: มีกิจกรรมทางกาย 2 ครั้ง หรือ 75 นาทีต่อสัปดาห์)

ในด้านความมั่นคงทางอาหารภาครัฐควรมีบทบาทนำในการจัดทำข้อตกลงร่วมกันของหน่วยงานรัฐ ทุกกระทรวงและทุกระดับ (whole-of-government commitment) สร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วน เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบอาหารที่ส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการ และเอื้อต่อการพัฒนาเศรษฐกิจฐานราก นอกจากนี้ควรเน้นย้ำการพัฒนานโยบายอาหารของประเทศที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (leave no one behind) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเปราะบาง และให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำด้านอาหารและโภชนาการในประชากรทุกกลุ่ม พร้อมกันนี้ ควรปรับปรุงกฎหมาย นโยบาย ที่ทำให้ประชากรทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้ รวมทั้งควรมีกลไกติดตามสถานการณ์ความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการของประชากรไทย และกลุ่มประชากรเปราะบาง

## บทนำ

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้หลายประเทศทั่วโลกออกมาตรการล็อกดาวน์หรือปิดเมือง/ประเทศ เพื่อควบคุมหรือจำกัดการเดินทางของประชาชน ยกเลิกการทำกิจกรรมของประชาชนในพื้นที่สาธารณะ และเน้นให้ประชาชนกักตัวอยู่ที่บ้าน เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งการแพร่ระบาดดังกล่าว ประกอบกับการดำเนินมาตรการของภาครัฐ ส่งผลสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขยายเวลาการใช้มาตรการล็อกดาวน์และจำกัดการเดินทางกิจกรรม ที่ส่งผลกระทบต่อระยะยาวในหลายด้าน รวมถึงด้านสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ (Gill, Adenan, Ali, & Ismail, 2022)

หน่วยงานสหประชาชาติ เช่น UN DESA ได้รายงานถึงผลกระทบของการแพร่ระบาดฯ ต่อการดำเนินชีวิตของประชากรโลก ทั้งส่งผลให้ประชากรไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมนอกบ้านที่สร้างความกระฉับกระเฉงได้เหมือนแต่ก่อน ทำให้หลายคนมีแนวโน้มมีกิจกรรมทางกายลดลง ใช้เวลาหน้าจอมากขึ้น และมีแบบแผนการนอนที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งส่งผลให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและสมรรถภาพทางกายลดลง (United Nations, 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ครอบครัวที่มีรายได้น้อย ถือเป็นกลุ่มเปราะบางสำคัญที่ได้รับผลกระทบเชิงลบจากมาตรการล็อกดาวน์ที่ให้จำกัดตัวเองอยู่แต่ในบ้าน ด้วยประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มอาศัยอยู่ในที่พักที่ไม่ได้มาตรฐานและในพื้นที่แคบมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ซึ่งทำให้การมีกิจกรรมทางกายในช่วงการแพร่ระบาดฯ นี้ ทำได้ยากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ FAO WFP WHO และ UNICEF ยังได้ออกแถลงการณ์ร่วมกันถึงผลกระทบจากการแพร่ระบาดฯ ต่อความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการของประชากรโลกว่า ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงระบบอาหารทั้งระบบ (UNICEF, 2020) การแพร่ระบาดฯ นี้ทำให้เกิดการหยุดชะงักของระบบเศรษฐกิจและระบบอาหารทั่วโลก โดยกลุ่มประชากร

ที่ยากจนได้รับผลกระทบมากที่สุด โอกาสการถูกจ้างงานและหารายได้ที่ลดลงจากวิกฤตนี้ส่งผลให้ช่องว่างการเข้าถึงอาหารระหว่างกลุ่มประชากรยากจนและประชากรที่ร่ำรวยยิ่งกว้างขึ้น (Swinen, 2020)

สถานการณ์การแพร่ระบาดฯ ในประเทศไทยส่งผลให้ภาครัฐออกมาตรการล็อกดาวน์เช่นกัน ซึ่งมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อแพร่หลายมากที่สุด คือ การปิดประเทศ งดการเดินทาง โดยเฉพาะการท่องเที่ยวต่างประเทศ และการปิดสถานบันเทิงทั่วประเทศนอกจากนี้ รัฐบาลยังได้ประกาศมาตรการเคอร์ฟิวในตอนกลางคืนในช่วงที่มีการระบาดหนัก (Rajatanavin, Tuangratananon, Suphanchaimat, & Tangcharoensathien, 2021) มาตรการเหล่านี้ส่งผลให้โอกาสการมีกิจกรรมทางกายของประเทศไทยลดลงอย่างมาก และเพิ่มโอกาสการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากขึ้น โดยร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยในช่วงเวลาดังกล่าวลดลงถึงร้อยละ 19.1 (จากร้อยละ 74.6 ในปี 2562 (ก่อนการแพร่ระบาด) มาอยู่ที่ร้อยละ 55.5 ในปี 2563 (ช่วงการแพร่ระบาดปีแรก)) (ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และกรรณก พงษ์ประดิษฐ์, 2563) อย่างไรก็ตาม ในปี 2564 เมื่อภาครัฐได้มีการผ่อนคลายมาตรการและให้ประชาชนได้กลับมาใช้ชีวิตตามปกติ พบว่า ระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยในปี 2564 พื้นตัวกลับมาอยู่ที่ ร้อยละ 63.0 (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย, 2564) อย่างไรก็ตาม ยังคงมีประชากรหลายกลุ่มที่ยังคงจมตัวอยู่ในระดับการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอไม่สามารถฟื้นตัวกลับคืนมาได้ หรืออาจเรียกได้ว่ากำลังเผชิญความเหลื่อมล้ำในการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพออยู่ในปัจจุบัน

ในด้านความมั่นคงทางอาหารของประชากรไทย ในช่วงการแพร่ระบาดฯ จากการศึกษาของจินตนาและคณะในปี 2562 พบประมาณร้อยละ 3 ของครัวเรือนไทยที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาศัยอยู่ด้วยกำลังเผชิญกับความไม่มั่นคงทางอาหารโดยร้อยละ 92 และ 8 ของครัวเรือนที่กำลังเผชิญปัญหานี้ มีความไม่มั่นคงทางอาหารอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรงตามลำดับ โดยครัวเรือนที่มีฐานะร่ำรวยมากที่สุดมีโอกาสน้อยกว่าครัวเรือนที่ฐานะยากจนมากที่สุดที่จะพบกับความไม่มั่นคงทางอาหาร ขณะที่ครัวเรือนที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีระดับความรุนแรงของความไม่มั่นคงทางอาหารน้อยกว่าครัวเรือนที่อาศัยในเขตเทศบาล (Jankhotkaew, Chandrasiri, Charoensit, Vongmongkol, & Tangcharoensathien, 2022) นอกจากนี้ กว่ร้อยละ 70 ของครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาศัยอยู่ด้วย ในชุมชนชาติพันธุ์ในภาคเหนือ กำลังเผชิญกับความไม่มั่นคงทางอาหารเช่นกัน (Roesler, Smithers, Wangpakapattanawong, & Moore, 2019) ซึ่งความไม่มั่นคงทางอาหารนี้เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะทุพโภชนาการของประชากรไทย ซึ่งประเทศไทยยังไม่สามารถยุติภาวะทุพโภชนาการนี้ได้อย่างสิ้นเชิง การนำเสนอในหัวข้อ “กิน อยู่ ขยับร่างกาย: ชีวิตวิถีใหม่ในยุคโควิด-19” จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมวิถีชีวิตของประชากรไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมีกิจกรรมทางกายและความมั่นคงทางอาหาร พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำของการมีพฤติกรรมดังกล่าว โดยการนำเสนอได้เน้นทั้งกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มประชากรเฉพาะที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดฯ อย่างมาก (ได้แก่ วัยทำงาน และผู้สูงอายุ) และอภิปรายข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะนำไปสู่การปรับตัวหรือฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของประชากรไทยภายหลังการแพร่ระบาดฯ

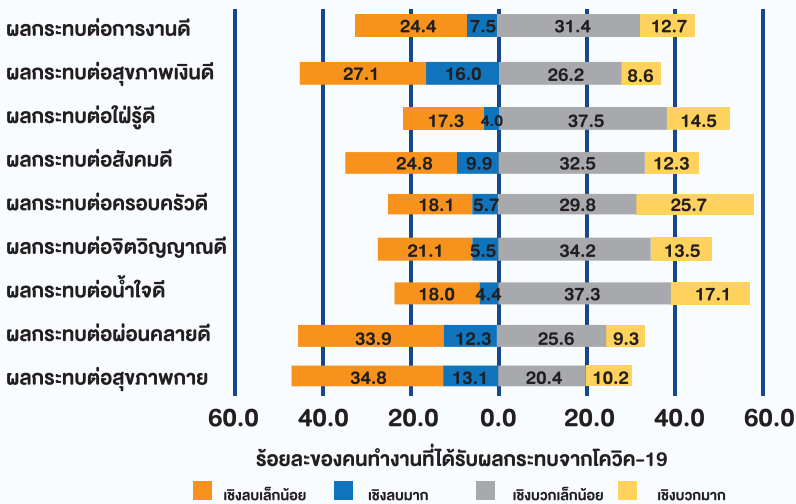
## | ข้อค้นพบ

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและระดับความมั่นคงทางอาหารของประชากรไทยอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประชากรบางกลุ่ม (เช่น ผู้ไม่มีรายได้ ผู้ว่างงาน ผู้มีการศึกษาน้อย ผู้มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุ และผู้มีหนี้สิน) ที่กำลังเผชิญกับความเหลื่อมล้ำของระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอที่ต่ำกว่าประชากรกลุ่มอื่น หรือมีระดับความไม่มั่นคงทางอาหารที่รุนแรงกว่าประชากรกลุ่มอื่น

จากผลการศึกษาของปิยวัฒน์ เกตุวงศา และ กรกนก พงษ์ประดิษฐ์ (2563) พบว่า ในภาพรวมมาตรการของภาครัฐในการควบคุมการแพร่ระบาดฯ ได้ขยายช่องว่างของความไม่เท่าเทียมกันในการมีกิจกรรมทางกาย ให้กว้างมากยิ่งขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดฯ ระลอกใหญ่ ในปี 2563 และฟื้นตัวขึ้นเล็กน้อยในช่วงปี 2564 อย่างไรก็ตาม เป็นการฟื้นตัวแบบไม่เท่าเทียมกัน มีความเหลื่อมล้ำในประชากรบางกลุ่ม ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบร้อยละการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอของประชากรไทย ภาพรวมเมื่อปี 2564 พบว่า ยังคงน้อยกว่าช่วงเวลาก่อนการแพร่ระบาดฯ (ปี 2562) อยู่ที่ร้อยละ 11.6 ขณะที่เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์จินี (Gini coefficient) ซึ่งเป็นค่าที่ใช้บ่งชี้ความเหลื่อมล้ำของระยะเวลาในการมีกิจกรรมทางกาย ระหว่างปี 2562-2564 พบว่า มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ จาก 0.416 ในปี 2562 เป็น 0.440 ในปี 2563 และเพิ่มขึ้นเป็น 0.487 ในปี 2564 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ค่าความแตกต่างสัมพัทธ์ของค่าสัมประสิทธิ์จินี พบว่า อยู่ที่ร้อยละ 5.7 เป็นร้อยละ 17.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบสถานการณ์การฟื้นตัวของประชากรกลุ่มต่างๆ พบว่า มีประชากรบางกลุ่มที่ยังคงมีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ หรือกล่าวได้ว่าเผชิญความเหลื่อมล้ำด้านารมีกิจกรรมทางกาย คือ กลุ่มประชากรที่เผชิญกับความเหลื่อมล้ำสูงที่สุด 5 อันดับ ประกอบด้วย (1) ผู้ที่ไม่มีรายได้ (2) ผู้ว่างงาน (3) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกแกบ้านที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (4) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ (5) ผู้มีรายได้น้อยกว่า 3,500 บาทต่อเดือน

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มวัยผู้ใหญ่อายุ 18-24 ปี ผู้ที่สำเร็จ การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ผู้ที่ไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมการณรงค์การมีกิจกรรมทางกาย และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคประจำตัว (อาทิ เบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็งทุกประเภท ภูมิแพ้/หอบหืด โรคไต หรือไขมันในหลอดเลือด) ก็มีความเสี่ยงสูงที่จะมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอเช่นกัน

แม้ว่ากลุ่มประชากรวัยทำงานไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่เผชิญกับความเหลื่อมล้ำสูงสุด แต่ยังคงได้รับผลกระทบทางสุขภาพกายด้วยเช่นกัน จากผลการสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กรระดับประเทศและองค์กรแห่งความสุขระดับประเทศของคนทำงาน ปี 2564 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจปี 2563 คะแนนความสุขของคนทำงานในปี 2564 เพิ่มขึ้นในทุกมิติ ยกเว้นมิติสุขภาพกายดีที่มีค่าคะแนนคงที่ และการแพร่ระบาดฯ ส่งผลกระทบเชิงลบต่อมิติความสุขคนทำงานมากกว่าส่งผลกระทบเชิงบวก โดยมิติความสุขที่พบว่าได้รับผลกระทบเชิงลบมากที่สุด คือ มิติสุขภาพกายดี ซึ่งมีสัดส่วนร้อยละของคนทำงานที่ได้รับผลกระทบเชิงลบเล็กน้อยจนถึงมาก ร้อยละ 47.9 (รูปที่ 1) ผลของการสำรวจดังกล่าวซึ่งแสดงถึงผลกระทบเชิงลบด้านสุขภาพกาย มีความสอดคล้องกับผลการสำรวจของศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่พบว่า ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทยในปี 2563 (รวมทั้งชายและหญิง) ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 55.5 ซึ่งจากเดิมเคยสูงถึงร้อยละ 74.6 ในปี 2563 (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกาย ประเทศไทย, 2564)



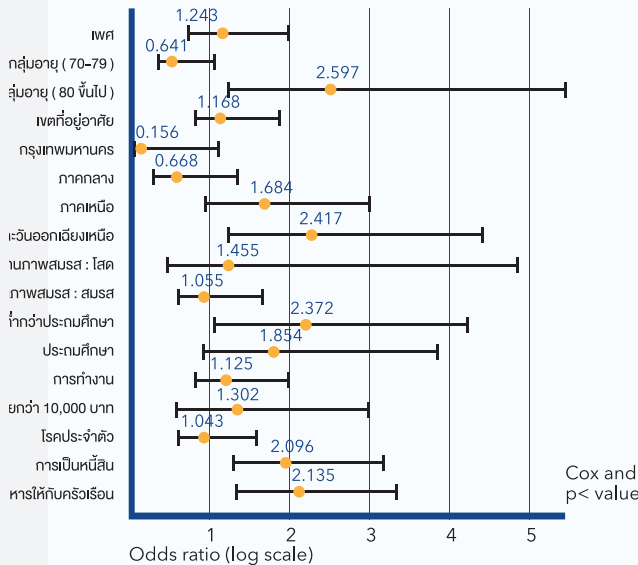
รูป 1 ค่าคะแนนผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ต่อความสุขคนทำงาน ปี พ.ศ. 2564 (ที่มา: การสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กร ระดับประเทศ ปี 2564)

ข้อค้นพบดังกล่าวมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ผลมาจากการบังคับใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน และการจำกัดเวลาการรอกนอกเคหสถาน (สำนักงานข่าวกรมประชาสัมพันธ์, 2564) รวมถึงมาตรการอยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ การปรับเปลี่ยนรูปแบบ วันและเวลาของคนทำงาน การงดใช้พื้นที่สาธารณะเป็นสถานที่ออกกำลังกาย เพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดฯ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเดินทางในชีวิตและการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน โดยเฉพาะประชากรในวัยทำงาน (อายุ 18-59 ปี) ในปี 2563 มีกิจกรรมทางกายเหลือเพียงร้อยละ 54.7 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ

ค่าคะแนนในปี 2562 พบว่า สูงถึงร้อยละ 74.6 รวมถึงการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงถึง 14.40 ชั่วโมงต่อวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชากรเพศหญิงที่ทำงานในออฟฟิศ ซึ่งมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเป็นระยะเวลาสูงถึง 14.42 ชั่วโมงต่อวัน (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย, 2564)

การแพร่ระบาดฯ ยังส่งผลกระทบต่อระดับความมั่นคงทางอาหารของประชากรไทยอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่มักมีความสามารถในการปรับตัวในยุควิกฤตินี้ได้ ชำกว่าประชากรกลุ่มอื่น จากผลการสำรวจความไม่มั่นคงทางอาหารของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 60 ปี ในปี 2563 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2564) โดยใช้แบบสอบถามสากล Food Insecurity Experience Scale: FIES พัฒนาโดย FAO เพื่อวัดระดับความไม่มั่นคงทางอาหารผ่านประสบการณ์ของสมาชิกในครัวเรือนในการเข้าถึงอาหาร พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อระดับความไม่มั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุไทยในช่วงการแพร่ระบาดฯ ได้แก่ อายุ ภูมิภาคที่อาศัย ระดับการศึกษา การมีหนี้สิน และบทบาทในการจัดหา/จัดซื้ออาหารให้กับครัวเรือน

กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มที่จะมีความไม่มั่นคงทางอาหารในระดับปานกลางถึงรุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น (กลุ่มอายุ 60-69 ปี) 2.60 เท่า ขณะที่ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโอกาสที่จะมีความไม่มั่นคงทางอาหารในระดับปานกลางถึงรุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภาคใต้ถึง 2.42 เท่า เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาดำกว่าประถมศึกษา มีโอกาสที่จะมีความไม่มั่นคงทางอาหารในระดับปานกลางถึงรุนแรง มากกว่าผู้สูงอายุที่จบมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า 2.37 เท่า นอกจากนี้ ในผู้สูงอายุที่มีหนี้สิน พบว่า มีโอกาสที่จะมีความไม่มั่นคงทางอาหารในระดับปานกลางถึงรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่มียหนี้สิน 2.10 เท่า และสำหรับผู้สูงอายุที่มีหน้าที่จัดหา/จัดซื้ออาหารให้กับครัวเรือนมีโอกาสที่จะมีความไม่มั่นคงทางอาหารในระดับปานกลางถึงรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้จัดหา/จัดซื้ออาหารให้กับครัวเรือน 2.14 เท่า (รูป 2)



รูป 2 การเปรียบเทียบความไม่มั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุที่ได้รับและไม่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ (ที่มา: การสำรวจสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย ปี 2564)

จากสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายและความมั่นคงทางอาหารของประชากรไทยข้างต้น ซึ่งให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในประชากรไทยบางกลุ่ม ซึ่งควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เพื่อช่วยให้ประชากรกลุ่มนี้มีความสามารถในการปรับตัวให้มีพฤติกรรมวิถีชีวิตที่ดีขึ้น ไปพร้อมกับประชากรกลุ่มอื่นๆ ได้ และจากข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าว ยังชี้ให้เห็นถึงช่องทางและโอกาสในการพัฒนาและปรับปรุงนโยบาย มาตราการ และการดำเนินงานของภาครัฐและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเร่งการฟื้นตัวของประชากรและการฟื้นฟูประเทศ ให้กลับมามีชีวิตตามปกติให้ได้เร็วที่สุด

## ข้อเสนอแนะ

### การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายในประชากรไทย

1. ภาครัฐ ภายใต้ความร่วมมือกับภาควิชาการและภาคประชาสังคม สร้างบรรทัดฐานสังคมที่ไม่เนือยนิ่ง (active societies) โดยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการเห็นคุณค่าของประโยชน์ของการทำกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ตามความสามารถในประชากรทุกกลุ่มอย่างเสมอภาคและทั่วถึง โดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่เหมาะสมตามยุคสมัย เช่น เครือข่ายสังคมออนไลน์ กลุ่มทางสุขภาพแบบออนไลน์ การสื่อสารผ่านบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เป็นต้น

2. ภาครัฐ ภายใต้ความร่วมมือกับภาควิชาการและภาคประชาสังคม ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย (active environments) โดยสร้างพื้นที่ทางกายภาพที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของประชากรในด้านต่างๆ และให้ประชากรทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงอย่างเท่าเทียมทั้งในการใช้ชีวิต โดยมุ่งเน้นให้เกิดความสะดวกและปลอดภัย อาทิ การบูรณาการของผังเมือง และการขนส่งนโยบายโดยการจัดลำดับความสำคัญ เพื่อเชื่อมต่อชุมชน ส่งเสริมการเดินทางปั่นจักรยาน และการใช้การขนส่งสาธารณะในชุมชนเมือง รอบเมือง และชนบท สวนสาธารณะขนาดเล็กใกล้บ้าน (Pocket park) ทางเดินเท้าภายในชุมชน ตลอดจนลานโล่งที่สามารถทำกิจกรรมได้

3. ภาครัฐ ภายใต้ความร่วมมือกับภาควิชาการและภาคประชาสังคม ส่งเสริมโอกาสการมีกิจกรรมทางกายให้กับประชาชน (active people) สร้างและส่งเสริมการเข้าถึงโอกาสและโปรแกรมในการช่วยให้คนทุกกลุ่ม สามารถมีกิจกรรมทางกายได้อย่างสม่ำเสมอ มีกิจกรรมต่างๆ ที่กระตุ้นให้เกิดการมีประสบการณ์ตรงของประชากรกลุ่มต่างๆ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาวะในด้านนั้นๆ ผ่านทางกิจกรรมที่หลากหลายตามความสนใจ การให้บริการด้านข้อมูลและข้อแนะนำในการปฏิบัติตน ตลอดจนการส่งเสริมชุดความรู้และแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายอย่างปลอดภัย เป็นต้น ทั้งนี้อาจให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกลุ่มผู้เคลื่อนไหวน้อย เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้มีรายได้น้อย ร่วมด้วย โดยให้ชุมชนเป็นฐานในการคิดริเริ่มกิจกรรม

## การสร้างความมั่นคงทางอาหารให้ประชากรไทย

1. ภาครัฐเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนให้เกิดข้อตกลงร่วมกันของหน่วยงานรัฐจากทุกกระทรวงและทุกระดับ (whole-of-government commitment) ให้มีเป้าหมายร่วมกันในการสร้างให้ประชากรไทยมีความมั่นคงทางอาหารมากขึ้น ซึ่งความมั่นคงทางอาหารของประชากรเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ประเทศบรรลุ SDGs ได้เร็วยิ่งขึ้นด้วย
2. ภาครัฐ ภายใต้ความร่วมมือกับภาควิชาการ ประชาสังคม และเอกชน ร่วมกันแปลงระบบอาหารที่ส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการ และเอื้อต่อการพัฒนาเศรษฐกิจฐานราก สร้างรายได้ให้เกษตรกรและคนในพื้นที่ เพื่อให้สามารถดำรงชีพแบบพึ่งพาตนเองได้
3. ภาครัฐ เน้นย้ำการพัฒนานโยบายอาหารของประเทศที่ต้องไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง (leave no one behind) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเปราะบาง โดยให้ความสำคัญกับการลดความเหลื่อมล้ำด้านอาหารและโภชนาการในประชากรทุกเพศวัย และระดับการศึกษา และปรับปรุงนโยบาย กฎหมาย รวมถึงสร้างกลไกสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยให้ประชากรสามารถเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง
4. ภาครัฐ ภายใต้ความร่วมมือกับภาควิชาการ ตัดตั้งกลไกติดตามสถานการณ์ความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการของประชากรไทย รวมถึงกลุ่มประชากรเปราะบาง และมีระบบรายงานผลส่งกลับให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### ข้อสรุป

ถึงแม้ในปัจจุบัน ประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ แต่วิถีชีวิตบางอย่างเปลี่ยนแปลงอย่างสิ้นเชิง กลายเป็นสิ่งที่เรียกว่าวิถีใหม่ วิถีชีวิตใหม่เหล่านี้หากเข้าใจอย่างถ่องแท้ สามารถเปลี่ยนเป็นโอกาสที่ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ทั้งนี้เมื่อทราบถึงสถานการณ์ผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มเปราะบางของสังคม และเข้าใจถึงลักษณะความเปราะบางที่เกิดขึ้น ภาครัฐ ผ่านการประสานความร่วมมือกับภาควิชาการและภาคประชาสังคมสามารถร่วมกันสร้างบรรทัดฐานใหม่ให้นำพาผู้สังคมผู้วัยที่ไม่เอนเอียง มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย ผู้คนมีความกระฉับกระเฉง รวมทั้งเสริมสร้างให้เกิดความมั่นคงด้านอาหาร เหล่านี้กลายเป็นวิถีทางใหม่ที่เป็นเกราะป้องกันในอนาคต หากเกิดวิกฤตอื่นที่รุนแรงเช่นนี้อีก และเป็นหลักประกันคุ้มครองกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบเหล่านี้มากกว่าประชากรกลุ่มอื่นให้ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างเสมอภาคกัน

### เอกสารอ้างอิง

- โครงการศึกษาวินิจฉัยวัตรกรรมสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรเพื่อนำไปสู่องค์กรสุขภาวะและความยั่งยืน (HAPPINOMETER). (2564). การสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กร ระดับประเทศ ปี 2564. นครปฐม: โครงการศึกษาวินิจฉัยวัตรกรรมสร้างเสริมสุขภาวะองค์กรเพื่อนำไปสู่องค์กรสุขภาวะและความยั่งยืน
- ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และ กรรณก พงษ์ประดิษฐ์ (บรรณาธิการ). (2563). พลังกิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤตโควิด-19: Regenerating physical activity in Thailand after COVID-19 pandemic. นครปฐม: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2564). การสำรวจแผนผังวัดติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี 2564. นครปฐม: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2564). การสำรวจสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย ปี 2564. นครปฐม: ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์. (2564). ประชากร ยกระดับมาตรการป้องกันโควิด -19 ให้สอดคล้องกับพื้นที่สีแดงเข้ม ปิดสถานที่เสี่ยง. <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG210803144407876>



มหาวิทยาลัยมหิดล  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม



06

## การปรับตัวในระยะเบียบวิธีวิจัย ด้านสังคมศาสตร์ ในยุคโควิด-19

( กลุ่มงานวิจัย 6 : ระยะเบียบวิธีวิจัย การวิจัยติดตามและประเมินผล )

พจนนา หันจางสิทธิ์  
มนสิการ กาญจนะจิตรา  
ดनुสรณ์ โพธารินทร์  
Truc Ngoc Hoang Dang



# การปรับตัวและโอกาส



การระบาดของโควิด-19 ส่งผลต่อการทำงานวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้คน ชุมชน และสังคม การระบาดของโควิด-19 ทำให้ต้องลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน และเพิ่มข้อจำกัดในการเดินทางเพื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่

ประเด็นความท้าทายในการดำเนินงานวิจัยในช่วงโควิด-19 คือ การเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ การได้ข้อมูลที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง หากทีมวิจัยไม่สามารถลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลได้ด้วยตนเอง อาจทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลจากประชากรบางกลุ่มได้ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบางที่เข้าถึงยากท่ามกลางวิกฤตโควิด-19 ประชากรกลุ่มนี้อาจถูกละเลยมากยิ่งขึ้น นำไปสู่ปัญหาความไม่เท่าเทียมที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความสำคัญต่อคุณภาพของข้อมูลโดยตรง เนื่องจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพต้องอาศัยความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย การได้ลงพื้นที่ ได้พบปะกับผู้คน จะช่วยสร้างความสัมพันธ์กับผู้คนในพื้นที่ และสร้างความไว้วางใจซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของงานวิจัย นอกจากนี้ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำเป็นต้องเข้าใจบริบททางสังคม และต้องสังเกตท่าทีต่างๆ ของผู้ร่วมวิจัยเพื่อประกอบการเก็บข้อมูลด้วย การไม่สามารถเดินทางไปยังพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลด้วยตนเอง จึงอาจส่งผลต่อความรู้สึกของข้อมูลในงานวิจัยเพื่อให้งานวิจัยดำเนินการต่อไปได้ภายใต้การระบาดของโควิด-19 งานวิจัยจึงต้องมีการปรับตัวของระเบียบวิธีวิจัยเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยมีแนวทาง ดังนี้

## 1. การใช้เทคโนโลยี

การปรับใช้เทคโนโลยี เป็นแนวทางที่ได้รับความนิยมแพร่หลายในการดำเนินงานวิจัยในช่วงการระบาดของโควิด-19 โดยปรับการเก็บข้อมูลให้ผ่านช่องทางออนไลน์แทนการเจอหน้า เช่น การสำรวจการสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสนทนากลุ่มผ่านระบบออนไลน์ ปัจจุบันมีช่องทางออนไลน์จำนวนมากที่ทำให้การเก็บข้อมูลออนไลน์เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น เช่น Zoom และ WebEx ที่เป็นที่ยอมรับในการสัมภาษณ์หรือจัดกลุ่มสนทนาออนไลน์ หรือ Google Forms ที่ทำให้การทำแบบสอบถามออนไลน์มีความสะดวกยิ่งขึ้น แสดงถึงการปรับตัวในระเบียบวิธีวิจัยแบบดั้งเดิมจากพื้นที่ทางกายภาพสู่วิธีการทางออนไลน์ ซึ่งมีความแตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม การเก็บข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์อาจไม่เหมาะสมสำหรับทุกกลุ่มประชากร แนวทางอื่นๆ เช่น การอัดวิดีโอ หรือ การบันทึกเสียง เป็นอีกทางเลือกที่อาจเข้าถึงกลุ่มประชากรได้กว้างกว่า โดยอาจใช้แอปพลิเคชันที่ผู้เข้าร่วมวิจัยคุ้นเคยดีอยู่แล้ว การศึกษาหนึ่งเลือกใช้ WhatsApp ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอัดข้อความเสียง ความยาว 10-15 นาที เพื่อบันทึกความคิดเห็นและประสบการณ์ในการทำงานของตนเองในช่วงโควิด-19 ส่งทีมผู้วิจัยทุก 2 สัปดาห์ (Gardner, 2020) ซึ่งสำหรับประชากรไทย อาจพิจารณาการใช้ LINE ที่มีการเข้าถึงอย่างแพร่หลายกว่า

แนวทางอื่นๆ เช่น digital ethnography สามารถเป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชากรที่สนใจในช่วงที่ยังไม่สามารถเดินทางได้ การเก็บข้อมูลภาคสนามแบบดิจิทัล สามารถรวบรวมข้อมูลในทุกรูปแบบที่อยู่บนเว็บไซต์ที่เป็นสาธารณะ เช่น ข้อความ วิดีโอ รูปภาพ พฤติกรรม ความสัมพันธ์ทางสังคม หรือเครือข่ายข้อมูล (Burrell, 2009) ผู้วิจัยสามารถเข้าไปสังเกตการณ์พฤติกรรมของผู้คนบนโลกออนไลน์ หรือเข้าไปมีส่วนร่วมในบทสนทนาหรือกิจกรรมต่างๆ ตั้งเพจ บล็อก กระทู้ หรือโพสต์ข้อความเพื่อรวบรวมความคิดเห็นต่างๆ ของคนบนโลกออนไลน์ แนวทางนี้อาจเหมาะสมกับประชากรที่คุ้นเคยกับการใช้อินเทอร์เน็ต และคุ้นชินกับการแสดงความคิดเห็นผ่านช่องทางโซเชียลมีเดียต่างๆ จึงอาจเหมาะสมสำหรับงานวิจัยในบางประเด็นและบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

งานศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ ได้เลือกใช้วิธี digital ethnography นี้เพื่อเข้าถึงความเข้าใจและการตีตราผู้ป่วยโควิด-19 ของกลุ่มแม่ โดยได้คัดเลือกกลุ่มออนไลน์ที่เรียกว่า “คาเฟ่คุณแม่” 15 กลุ่ม นักวิจัยได้รวบรวมและวิเคราะห์ข้อคิดเห็นที่กลุ่มแม่ได้แสดงเกี่ยวกับการเปิดเผยใหม่ไลน์ของผู้ติดเชื้อในกลุ่มออนไลน์เหล่านี้ทั้งสิ้น 3,729 ข้อความ ในช่วงมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งนักวิจัยสังเกตว่าความคิดเห็นเหล่านี้ มีการแสดงความคิดเห็นอย่างตรงไปตรงมาอย่างเป็นธรรมชาติ เนื่องจากสมาชิกใช้นามแฝง จึงสามารถปกป้องความเป็นส่วนตัวได้ และข้อความเหล่านั้นยังมีความยาวเพียงพอที่จะวิเคราะห์ว่าทฤษฎีที่เกิดขึ้นได้ ทำให้สามารถเข้าใจทัศนคติของสังคมต่อผู้ติดเชื้อในช่วงเวลานั้นได้ โดยไม่จำเป็นต้องลงสนามเพื่อไปเก็บข้อมูลตัวต่อตัว (Kim & Chung, 2021)

สำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ นักวิจัยสามารถหลีกเลี่ยงการเดินทางด้วยการใช้แบบสอบถามออนไลน์ หรือโทรศัพท์เพื่อสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยต้องคำนึงถึงการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย อาจพิจารณาใช้เครือข่ายเพื่อเข้าถึงกลุ่มที่ต้องการ

## 2. เพิ่มการร่วมมือกับนักวิจัยในพื้นที่

ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ทำให้การเดินทางไปยังพื้นที่ต่างๆ เพื่อเก็บข้อมูลเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น การร่วมมือกับนักวิจัยในพื้นที่ เช่น ทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยประจำจังหวัด สามารถเสริมงานวิจัยให้เข้มแข็งขึ้น จากการเพิ่มมุมมองจากคนในพื้นที่ ที่มีความคุ้นเคยกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมเป็นอย่างดี และยังช่วยลดการเดินทางที่ไม่จำเป็นในช่วงของการระบาด โดยที่ทีมวิจัยกลางควรมีหน้าที่หลักในการกำกับงานวิจัย และให้ทีมวิจัยท้องถิ่นเป็นผู้ช่วยในการเก็บข้อมูล ซึ่งนอกจากการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการท้องถิ่นแล้ว นักวิจัยควรพิจารณาการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการวิจัยให้มากขึ้นด้วย

หากพิจารณาแนวทางการร่วมมือกับนักวิจัยในพื้นที่ ควรพิจารณาปัจจัยสำเร็จ ได้แก่ การมีผู้นำการวิจัยที่เข้มแข็ง การมีทีมวิจัยท้องถิ่นที่รู้จักพื้นที่และวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นอย่างดี การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Wright & Harvey, 2020) นอกเหนือจากการปรับตัวในระเบียบวิธีวิจัยแล้ว การระบาดของโควิด-19 ยังนำไปสู่การปรับเปลี่ยนประเด็นในการทำวิจัยด้วย เช่น การจัดสรรงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพ หรือประเด็นความเหลื่อมล้ำกำลังเป็นจุดเน้นของงานวิจัยในยุคโควิด-19 โดยผู้เขียนได้นำเสนอกรณีศึกษาที่เป็นตัวอย่างจากงานวิจัยเพื่อแสดงระเบียบวิธีวิจัยในการศึกษาประเด็นเร่งด่วน 2 กรณีศึกษา ดังนี้

## กรณีศึกษา 1 ทางเลือกรูปแบบการทำวิจัยการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลด้วยโปรแกรม OneHealth Tool

Alternative research model: Cost-Effective Analysis with the OneHealth Tool

โปรแกรม OneHealth Tool เป็นเครื่องมือการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลทางสุขภาพ ซึ่งเป็นซอฟต์แวร์ที่ถูกออกแบบโดยกลุ่มคณะทำงานเกี่ยวกับการคิดต้นทุนที่มาจากหลายหน่วยงานในองค์การสหประชาชาติ (United Nations Inter-Agency Working Group on Costing: IAWG-Costing) ที่องค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนด้านเทคนิคแก่การพัฒนาเครื่องมือ เพื่อมุ่งเน้นใช้ในการวางแผนระดับชาติและการประเมินความต้องการทรัพยากรในการวางแผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพแห่งชาติในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (Inter Agency Working Group on Costing, 2013) การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลจะทำให้เห็นและทราบถึงโครงสร้างและแนวโน้มโดยรวมในการลงทุนด้านสุขภาพเพื่อให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่ดีของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทั้งยังต้องให้เพียงพอต่อความต้องการใช้ของประชากร OneHealth Tool จึงเป็นเสมือนการจำลองสถานการณ์ด้านสุขภาพเพื่อให้เห็นถึงราคา (ต้นทุน) และผลกระทบที่จะได้รับจากต้นทุนที่แตกต่างตามสถานการณ์เพื่อให้สามารถกำหนดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ กำหนดกลุ่มเป้าหมาย กำหนดทิศทางเพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการวางแผนระยะยาวอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิผลมากที่สุด โดยใช้การประเมินความคุ้มค่าของนโยบายมาตรการทางสุขภาพตามเทคนิคการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล ซึ่งสามารถวิเคราะห์ต้นทุนที่มีหน่วยเป็นเงินเทียบกับประสิทธิผลที่มีหน่วยทางสุขภาพ เช่น อัตราความชุก อัตราตาย ปีสุขภาพะ ของมาตรการและสามารถประเมินความคุ้มค่าของการดำเนินมาตรการได้ (World Health Organization et al., 2003)

ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ยืนยันกับการดำเนินการเชิงนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ที่เป็นผลผลิตการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลด้วยโปรแกรม OneHealth Tool จาก 2 มาตรการส่งเสริมสุขภาพดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล มาตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกายด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้นผนวกกับการให้บริการประจำ (Physical Activity Promotion by brief advice as part of routine care) เป็นมาตรการในระดับ Good buy intervention จากข้อแนะนำการนำมาปฏิบัติใช้ขององค์การอนามัยโลก ที่มีเป้าหมายไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคลด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้นเพื่อกระตุ้นและสร้างแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มมากขึ้น (World Health Organization, 2017) ซึ่งมีความยาก ท้าทาย และมีต้นทุนในการดำเนินมาตรการที่ผู้กำหนดนโยบายเห็นภาพของงบประมาณของต้นทุนและประสิทธิผลของการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนและพัฒนาต่อยอดการดำเนินมาตรการได้อย่างมีประสิทธิภาพในการหนุนนำให้ประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น หยั่งลึกในระดับบุคคลที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจากการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล พบว่าการดำเนินมาตรการส่งเสริมกิจกรรมทางกายด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้นในปัจจุบันนั้นสามารถลดความชุกของการขาดกิจกรรมทางกายในประชากรไทยได้จากร้อยละ 34.60 ในปี 2021 จะลดลงเหลือร้อยละ 32.70 ในปี 2030 ซึ่งคิดเป็นต้นทุนในการดำเนินมาตรการดังกล่าวอยู่ที่ประมาณ 3,194 บาทต่อการลดจำนวนผู้ที่ขาดกิจกรรมทางกายได้ 1 คน (ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และคณะ, 2564)

2. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล มาตรการส่งเสริมให้เลิกใช้ยาสูบด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้น (Offer help to quit tobacco use: Brief intervention) เป็นมาตรการที่สำคัญต่อสุขภาพแผนภูมิที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้สูบบุหรี่ เพราะการหยุดใช้ยาสูบได้ 20 นาทีจะช่วยทำให้ความดันเลือดลดลง และยังหยุดใช้ยาสูบนานเท่าไรยังเป็นผลดีต่อสุขภาพ โดยวิธีการของการช่วยเหลือแบ่งเป็น 3 แบบที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ การให้คำแนะนำแบบสั้น, การเปิดช่องทางโทรศัพท์ให้คำปรึกษาในคนที่ต้องการเลิก และการส่งข้อความไปตามเบอร์โทรศัพท์เพื่อให้คำแนะนำในการเลิกยาสูบ รวมไปถึงการใช้โคตินทดแทนในรายที่จำเป็นตามความเห็นของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (World Health Organization, 2003) จากการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล พบว่า ลักษณะของแนวโน้มของความชุกนั้นมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จากการดำเนินมาตรการ จากร้อยละ 17.40 ในปี 2021 จะลดลงเหลือร้อยละ 15.47 ในปี 2030 หรือคิดเป็นต้นทุนในการดำเนินมาตรการอยู่ที่ประมาณ 243 บาท ต่อการลดผู้สูบบุหรี่ได้ 1 คน (ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และคณะ, 2564)

จากผลการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล ด้วยโปรแกรม OneHealth Tool จาก 2 มาตรการดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การดำเนินมาตรการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันของประเทศไทยส่งผลต่อความผันแปรทั้งเชิงต้นทุนและประสิทธิผลที่เกิดขึ้นต่อความชุกของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งข้อมูลนี้เป็นภาพสะท้อนจากการวิเคราะห์ นอกจากจะแสดงให้เห็นถึงข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเพื่อวางแผนดำเนินการแล้ว ยังสะท้อนให้ทราบถึงงบประมาณค่าใช้จ่ายในกรณีที่ต้องตัดสินใจดำเนินการว่าควรกำหนดไว้มากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ส่งผลต่อข้อจำกัดในด้านงบประมาณมากยิ่งขึ้น เนื่องจาก



ต้องจัดสรรงบประมาณเร่งด่วนในการบริหารจัดการในส่วนต่างๆ เพื่อให้สถานการณ์โควิด-19 คงที่มากที่สุด ซึ่งส่งผลกระทบต่อแผนดำเนินงานในมาตรการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ที่ดำเนินการอยู่ ดังนั้น การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล ด้วยโปรแกรม OneHealth Tool จะสามารถทำให้เห็นภาพของ ต้นทุนว่ามีส่วนใดบ้างที่ควรจัดสรรงบประมาณให้มีประสิทธิผลที่จะเกิดขึ้นในแต่ละมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่มีในปัจจุบัน เพื่อจัดลำดับความสำคัญถึงกลยุทธ์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ โดยการแทรกแซงช่องว่างการลงทุนและช่วยให้สามารถเปรียบเทียบต้นทุนกับทรัพยากรทางการเงินที่มีอยู่ ซึ่งช่วยอำนวยความสะดวกในการสร้างสถานการณ์จำลองและลำดับความสำคัญ เพื่อการขยายภาพของความจำเป็นในการเสริมสร้างระบบสำหรับกรวางแผนระยะยาวอย่างยั่งยืนและกำหนดนโยบายของระบบสุขภาพได้อย่างมีทิศทางและมีประสิทธิผลสูงที่สุด ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าข้อมูลที่เก็บข้อมูลที่เป็นข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ จะสามารถฉายภาพให้เห็นถึงข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายได้เป็นอย่างดี

## กรณีศึกษา 2 การวิเคราะห์โดยวิธี แยกส่วนประกอบ

Alternative research model: Decomposition analysis

(แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ)

นักประชากรศาสตร์ มักไม่ได้ให้ความสนใจที่เน้นในเรื่องความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจตาม คุณลักษณะทางประชากรมากนัก การศึกษาส่วนใหญ่ทางด้านประชากรศาสตร์มักเป็นเพียงการอธิบายถึง ปัจจัยกำหนด (Determinant) ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย หรือการหาความสัมพันธ์ระหว่างสอง คุณลักษณะของประชากร การที่จะได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาขาประชากรและสังคมวิทยาที่น่าเชื่อถือ นั้น มีการแข่งขันที่สูงขึ้นในด้านคุณภาพการวิจัย ตลอดจนระเบียบวิธีการวิจัยใหม่ๆ สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอเสนอการวิเคราะห์โดยวิธีแยกส่วนประกอบ (Decomposition analysis) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์ ด้วยวิธีนี้จะให้คำตอบเชิงลึกของการมีส่วนร่วมของแต่ละตัวแปรอิสระในโมเดล เมื่อเทียบกับการวิเคราะห์ การถดถอยแบบดั้งเดิม เนื่องจากวิธีการดังกล่าวประเมินความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง กับคุณลักษณะทางประชากร การวิเคราะห์โดยวิธีแยกส่วนประกอบ (Decomposition analysis) มักใช้ ในการวิจัยทางเศรษฐศาสตร์ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยขอแนะนำให้นักวิจัยด้านประชากรศาสตร์และ สังคมศาสตร์ใช้วิธีการวิจัยนี้ เนื่องจากช่วยให้ปรับเปลี่ยนตัวแปรในการวิเคราะห์ได้อย่างยืดหยุ่น ทำให้นัก วิจัยสามารถประเมินความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับปัญหาประชากรโดยเฉพาะได้

การวิเคราะห์โดยวิธีแยกส่วนประกอบ (Decomposition analysis) มีข้อดีที่สำคัญสามประการ ประการแรก เราอาจวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง เราสามารถวิเคราะห์ปัจจัย กำหนด (Determinant) ของพฤติกรรมหรือคุณลักษณะทางประชากรที่เราสนใจ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ การถดถอยอื่นๆ ประการที่สอง โดยการใช้ดัชนีการวัดการกระจุกตัว (Concentration Index) เราสามารถ ทราบได้ว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวในโมเดลส่งผลต่อตัวแปรตามมากน้อยเพียงใด (โดยการหารด้วยสัดส่วน 100 เปอร์เซ็นต์ของตัวแปรทั้งหมดในโมเดล) เราจึงสามารถชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลกระทบสูงและเสนอ เป็นนโยบายได้ ประการที่สาม เราสามารถวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่สะท้อนความเหลื่อมล้ำระหว่างคนรวย กับคนจน (โดยดัชนีบวกละจะเป็นตัวแทนของคนรวย และดัชนีเชิงลบจะเป็นตัวแทนของคนจน)

เพื่อช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจคำอธิบายได้อย่างรวดเร็วและสามารถอภิปรายผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ โดยวิธีแยกส่วนประกอบได้ หัวข้อถัดไปจะนำเสนอการศึกษาที่ใช้การวิเคราะห์โดยวิธีแยกส่วนประกอบโดยสังเขป เพื่ออธิบายความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าของชาวเมียนมาร์และชาวเวียดนาม การศึกษานี้วัดอาการซึมเศร้าโดยอิงจากคำถามทั่วไปห้าข้อซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด Center for Epidemiologic Studies Depression (CESD) และแบบสำรวจสุขภาพแบบสั้น 36 ข้อ (Radloff, 1977; Ware & Sherbourne, 1992) ประกอบด้วย การวัดความรู้สึกเชิงบวก ได้แก่ ความสุข และความรู้สึกเชิงลบ สี่ประการ ได้แก่ ความไม่ยอมอาหาร ความเหงา ความซึมเศร้า และการนอนหลับยาก โดยคำตอบแบ่งเป็น 0 (ไม่เลย) 1 (บางครั้ง) และ 2 (บ่อยครั้ง/ส่วนใหญ่)

การศึกษานี้ใช้ดัชนีการวัดการกระจุกตัว (Concentration Index) และการวิเคราะห์โดยวิธีแยกส่วนประกอบของดัชนีการวัดการกระจุกตัว เพื่อวัดความเหลื่อมล้ำของทั้งสองประเทศและวัดว่าปัจจัยกำหนดทางสังคมแต่ละตัวนั้นส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำเท่าไรในแต่ละประเทศ การวิจัยด้วยวิธีการวิเคราะห์นี้สามารถสนับสนุนงานวิจัยประเด็นต่างๆ ซึ่งที่ผ่านมา มีงานวิจัยหลายชิ้นในเวียดนามและเมียนมาร์ ที่ศึกษา



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า (Bich et al., 2019; Dao, Nguyen, Nguyen, & Nguyen, 2018; Giang, Nguyen, & Tran, 2019; Sasaki et al., 2021; Vu et al., 2019; Yamada, Yoshikawa และ Matsushima, 2020) แต่ผลการศึกษา ก็ยังไม่สามารถอธิบายชี้ชัดถึงปัจจัยกำหนดเหล่านี้ได้ การวิเคราะห์โดยวิธีแยกส่วนประกอบของดัชนีการวัดการกระจุกตัวจึงสามารถ

ตอบใจที่ยังช่องว่างการวิจัยนี้ได้ โดยไม่เพียงแต่วัดระดับของความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้า แต่ยังสามารถอธิบายถึงผลของปัจจัยแต่ละตัวต่อความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นได้อีกด้วย ผลการศึกษา พบว่า ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเวียดนาม คือ รายได้ (47.4%) และการสนับสนุนทางการเงินจากลูก (14.6%) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความเหลื่อมล้ำที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเวียดนามจะลดลง 47.4% ถ้ารายได้ถูกกระจายเท่าๆ กันในทุกกลุ่มรายได้ เช่นเดียวกับในประเทศเมียนมาร์ รายได้ (89.7%) และการสนับสนุนทางการเงินจากลูก (4.6%) ก็เป็นปัจจัยกำหนดสำคัญในการอธิบายความเหลื่อมล้ำที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุทั้งในประเทศเวียดนามและเมียนมาร์ที่รู้สึกถึงผลกระทบด้านลบของรายได้ที่น้อย ผู้สูงอายุที่ได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า โดยภาวะซึมเศร้ำดังกล่าวจะกระจุกตัวอยู่ในหมู่นครยมากกว่า คนจน ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังก็มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ำมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่นในบ้าน และระดับภาวะซึมเศร้ำในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียววันนั้นจะกระจุกตัวในกลุ่มคนจนมากกว่าคนรวย

จึงอาจกล่าวได้ว่า การวิเคราะห์โดยวิธีแยกส่วนประกอบ (Decomposition analysis) ไม่เพียงแต่ประเมินปัจจัยกำหนด (Determinant) ของคุณลักษณะทางประชากร แต่ยังสามารถแสดงสัดส่วนของปัจจัยกำหนดแต่ละตัวที่ส่งผลต่อประชากรในโมเดลด้วย นอกจากนี้ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น วิธีการวิเคราะห์นี้สามารถวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจกับคุณลักษณะทางประชากร ดังนั้นเมื่อเชื่อมโยงกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ช่องว่างระหว่างคนรวย คนจน และความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจ คาดว่าจะกว้างขึ้นเนื่องจากความไม่แน่นอนเกี่ยวกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจภายในประเทศ ดังนั้น การประยุกต์ใช้การวิเคราะห์โดยวิธีแยกส่วนประกอบ (Decomposition analysis) สามารถช่วยสนับสนุนการศึกษาเพื่อสะท้อนการฟื้นตัวและโอกาสของประชากรกลุ่มเสี่ยง และสามารถเสนอเป็นนโยบายที่เหมาะสมสำหรับประชากรเป้าหมายแต่ละกลุ่มได้ ด้วยเหตุนี้ นักประชากรศาสตร์และนักสังคมศาสตร์ จึงควรเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากวิธีการวิเคราะห์โดยวิธีแยกส่วนประกอบ (Decomposition analysis) เพื่อสามารถประเมินผลในเชิงลึกได้

## การฟื้นตัวและโอกาส

วิกฤตโควิด-19 นี้ เป็นตัวเร่งให้เกิดการปรับตัวครั้งใหญ่ของแวดวงการทำงานวิจัย วิกฤตครั้งนี้ย่อมไม่ใช่ครั้งสุดท้าย ในอนาคตอาจมีวิกฤตในรูปแบบอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นภัยธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม หรือเหตุุ่นวายทางการเมือง ที่ทำให้งานวิจัยต้องปรับตัวและค้นหาแนวทางใหม่ๆ เพื่อสร้างงานวิจัยที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากวิกฤตโควิด-19 ครั้งนี้ สามารถสะท้อนการฟื้นตัวและโอกาสในด้านระเบียบวิธีวิจัยได้ ดังนี้

**“การฟื้นตัว สิ่งสำคัญที่นักวิจัยต้องคำนึงถึง ในการฟื้นตัวในช่วงเวลาแห่งวิกฤต ได้แก่ การรักษาคุณภาพของงานวิจัย การคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย และความไม่เท่าเทียมที่อาจเพิ่มขึ้น”**

วิกฤตครั้งนี้ ส่งผลให้นักวิจัยได้สำรวจและเรียนรู้รูปแบบการวิจัยที่แตกต่างและหลากหลายมากขึ้น โดยมีบทเรียนที่สำคัญหลายด้าน ดังนี้

ในด้านของคุณภาพวิจัย พบว่าการปรับรูปแบบการวิจัยเป็นรูปแบบออนไลน์มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีสำหรับการสนทนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์ออนไลน์ ได้แก่ ความสะดวก ทั้งในด้านเวลาและสถานที่ ผู้ร่วมวิจัยมีแนวโน้มที่จะรู้สึกสบายใจและปลอดภัยในบ้านหรือพื้นที่ของตนเอง จึงอาจมีแนวโน้มในการแบ่งปันความคิดเห็นมากกว่า (Dodds & Hess, 2021) นอกจากนี้ การจัดการสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์ออนไลน์ใช้ทั้งเงินและเวลาน้อยกว่าการสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว

ข้อเสียของการเก็บข้อมูลออนไลน์ คือ การขาดมิติความสัมพันธ์ระหว่างคน ที่จะช่วยในการสร้างความเชื่อใจ และความสัมพันธ์ที่ดี ที่จะช่วยในการพูดคุยหรือเปิดใจในประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนที่สำคัญ การดำเนินงานวิจัยผ่านออนไลน์จะสามารถเข้าถึงเฉพาะกลุ่มที่มีความพร้อม จึงมีความเสี่ยงในด้านการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นตัวแทนประชากร

ในด้านจริยธรรม การดำเนินงานวิจัยออนไลน์ จะมีข้อท้าทายในการปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากผู้ร่วมวิจัยไม่อาจทราบได้ว่าจะมีผู้อื่นที่สามารถฟังบทสนทนาระหว่างผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัยหรือไม่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่ชัดเจน เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ร่วมวิจัยในความเป็นส่วนตัวของการสนทนา การเก็บรักษาไฟล์ที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ข้อมูล (Palys & Atchinson, 2012; Tiidenberg, 2018) นอกจากนี้ ยังมีข้อควรพิจารณาในด้านจริยธรรม เนื่องจากการดำเนินงานวิจัยในช่วงเวลาที่ยากลำบาก ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจได้รับผลกระทบมากจากการระบาดของโควิด-19 ทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ผู้วิจัยจึงต้องพิจารณาแนวทางเพื่อไม่ให้เป็นการรบกวนหรือเพิ่มภาระให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยในช่วงเวลาวิกฤตเช่นนี้ และในบางกรณี อาจต้องพิจารณาเลื่อนหรือยกเลิกการวิจัย

สุดท้าย คือบทเรียนด้านความเท่าเทียม การใช้รูปแบบออนไลน์นั้น ไม่เหมาะสมสำหรับทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่เข้าถึงยาก การปรับไปใช้รูปแบบออนไลน์จึงอาจทำให้ประชากรบางกลุ่มถูกละเลยไป ในระยะสั้น นักวิจัยอาจต้องพิจารณารูปแบบอื่นที่เหมาะสม เช่น การใช้เครือข่ายในพื้นที่ ในการเข้าถึงกลุ่มเหล่านี้ หรืออาจต้องพิจารณาเลื่อนงานวิจัยออกไป จนกว่าจะสามารถลงสนทนาได้อีกครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่ากลุ่มเปราะบางจะไม่ถูกละเลย

ในโอกาส นักวิจัยควรใช้วิกฤตโควิด-19 นี้ เป็นโอกาสในการพัฒนางานวิจัย ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น







วิกฤตครั้งนี้ ทำให้งานวิจัยจำนวนมากจำเป็นต้องเปลี่ยนจากวิธีการดั้งเดิมที่ต้องเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เป็นการเก็บข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ นักวิจัยจึงควรใช้โอกาสนี้ในการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลระหว่างการดำเนินงานวิจัยออนไลน์เปรียบเทียบกับการเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง สำหรับการสนทนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์ในบางหัวข้อการวิจัยหรือกลุ่มประชากร อาจพบว่าการใช้ช่องทางออนไลน์มีความคุ้มค่าอย่างชัดเจน และควรดำเนินต่อไปแม้จะไม่มีผลกระทบของโควิด-19 แล้วก็ตามแต่ในบางหัวข้อการวิจัยหรือกลุ่มประชากรอาจพบว่าต้นทุนที่ลดไม่คุ้มค่ากับการเสียโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนั้น วิกฤตครั้งนี้ควรเป็นโอกาสในการเรียนรู้ความเหมาะสมในการใช้ช่องทางออนไลน์ เพื่อพัฒนางานวิจัยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นวิกฤตครั้งนี้ อาจเป็นโอกาสในการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการทำงานวิจัย ทั้งนักวิชาการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่มีบทบาทในการดำเนินการวิจัยมากขึ้น และนักวิจัยอาจพิจารณาปรับบทบาท เป็นที่ปรึกษาให้กับทีมวิจัยท้องถิ่นตามความเหมาะสม เพื่อเพิ่มพลังให้กับนักวิจัยในพื้นที่

ในระยะยาว ควรผลักดันให้มีการแบ่งปันข้อมูลการวิจัยเพิ่มขึ้นในอนาคต เพื่อให้ นักวิจัยสามารถใช้ข้อมูลจากการศึกษาอื่นๆ ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาต่อยอด หากนักวิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลวิจัยจากการศึกษาอื่นๆ และนำมาวิเคราะห์ในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมต่างๆ ได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องใช้เวลาและทรัพยากรในการลงสนามเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

ท้ายที่สุด วิกฤตครั้งนี้ควรเป็นโอกาสให้นักวิจัยได้พัฒนาตนเอง ให้มีความยืดหยุ่น และสามารถปรับตัวได้เมื่อเกิดวิกฤต นักวิจัยควรมีกระบวนการสะท้อนคิดในเชิงวิพากษ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อสามารถตรวจสอบความถูกต้องในระเบียบวิธีวิจัยที่ตนเลือกใช้ ในการดำเนินการวิจัยอย่างมีคุณภาพต่อไป

- Bich, N. N., Dung, N. T. T., Vu, T., Quy, L. T., Tuan, N. A., Binh, N. T. T., . . . Anh, L. V. (2019). Dementia and associated factors among the elderly in Vietnam: a cross-sectional study. *International journal of mental health systems*, 13(1), 57. doi:10.1186/s13033-019-0314-7
- Burrell, J. (2009). The field site as a network: A strategy for locating ethnographic research. *Field methods*, 21(2), 181-199.
- Dao, A. T. M., Nguyen, V. T., Nguyen, H. V., & Nguyen, L. T. K. (2018). Factors Associated with Depression among the Elderly Living in Urban Vietnam. *BioMed research international*, 2018, 2370284. doi:10.1155/2018/2370284
- Dodds, S., & Hess, A. C. (2021). Adapting research methodology during COVID-19: Lessons for transformative service research. *Journal of Service Management*, 32(2), 203–217. <https://doi.org/10.1108/JOSM-05-2020-0153>
- Gardner, B. (2020). ‘Challenges of doing research in a pandemic: reframing, adapting and introducing qualitative methods’. Blog. *International Journal of Social Research Methodology* [available at <https://ijsrm.org/2020/06/17/challenges-of-doing-research-in-a-pandemic-reframing-adapting-and-introducing-qualitative-methods/>]. เข้าถึง: 12 พฤษภาคม 2565.
- Giang, L. T., Nguyen, T. T., & Tran, N. T. T. (2019). Factors Associated with Depression among Older People in Vietnam. *Journal of Population and Social Studies [JPSS]*, 27(2), 181-194. Retrieved from <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jpss/article/view/153039/129692>
- Inter Agency Working Group on Costing. (2013). Using the OneHealth tool for planning and costing a national disease control programme. Retrieved from [https://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Using\\_the\\_OneHealth\\_tool\\_for\\_planning\\_and\\_costing\\_a\\_programme\\_April2013\\_ca.pdf](https://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Using_the_OneHealth_tool_for_planning_and_costing_a_programme_April2013_ca.pdf):[https://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Using\\_the\\_OneHealth\\_tool\\_for\\_planning\\_and\\_costing\\_a\\_programme\\_April2013\\_ca.pdf](https://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Using_the_OneHealth_tool_for_planning_and_costing_a_programme_April2013_ca.pdf)
- Kim, E. S., & Chung, J. B. (2021). Korean mothers’ morality in the wake of COVID-19 contact-tracing surveillance. *Social Science & Medicine*, 270, 113673.
- Palys, T., & Atchison, C. (2012). Qualitative research in the digital era: Obstacles and pportunities. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(4), 352–367. <https://doi.org/10.1177%2F160940691201100404>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale:A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Sasaki, Y., Shobugawa, Y., Nozaki, I., Takagi, D., Nagamine, Y., Funato, M., . . . Win, H. H. (2021). Association between depressive symptoms and objective/subjective socioeconomic status among older adults of two regions in Myanmar. *PLoS ONE*, 16(1), e0245489-e0245489.doi:10.1371/journal.pone.0245489
- Tiidenberg, K. (2018). Ethics in digital research. In E. Flick (Ed.), *The Sage handbook of qualitative data collection* (pp. 466–479). Sage Publications.
- Vu, H. T. T., Lin, V., Pham, T., Pham, T. L., Nguyen, A. T., Nguyen, H. T., . . . Nguyen, T. T. H. (2019). Determining risk for depression among older people residing in Vietnamese rural settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2654.
- Ware, J. E. J., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- World Health Organization. (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control. In Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). TECHNICAL BRIEFING-PHYSICAL INACTIVITY INTERVENTIONS FOR THE APPENDIX 3 OF THE GLOBAL ACTION PLAN FOR NON-COMMUNICABLE DISEASE.
- World Health Organization., Baltussen, R. M. P. M., Adam, T., Tan-Torres Edejer, T., Hutubessy, R. C. W., Acharya, A., . . . Who, C. (2003). Making choices in health : WHO guide to cost-effectiveness analysis / edited by T. Tan-Torres Edejer ... [et al]. In Geneva: World Health Organization.
- Wright, K. and Harvey, K. (2020). Research in Global Health Emergencies: Ethical Issues (Short Report). London: Nuffield Council on Bioethics.
- Yamada, H., Yoshikawa, K., & Matsushima, M. (2020). Geriatric Depressive Symptoms in Myanmar: Incidence and Associated Factors. *Journal of Applied Gerontology*, 39(11), 1230-1239. doi:10.1177/0733464819879605
- ปิยวัฒน์ ฤตวงศ์ และคณะ. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการ : วิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยโปรแกรม OneHealth Tool. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

## ผู้ทรงคุณวุฒิ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์  
รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ตั้งชลทิพย์  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร พันพิ่ง  
รองศาสตราจารย์ ดร.อมรา สุนทรธาดา  
รองศาสตราจารย์ ดร.อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม

## บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์  
อาจารย์ ดร.นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์  
อาจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ จึงเลิศศิริ  
นางสาวกัญญา อภิพรชัยสกุล  
นางสาวพอลดา บุญยศิริณะ  
นางสาวอรรวรรณ คำดี

## คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ

### กลุ่มงานวิจัย 1 สังคมไทยกับการเปลี่ยนแปลงประชากรและครอบครัว

รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา  
นางวรรณี หุตะแพทย์

### กลุ่มงานวิจัย 2 ภาวะสูงวัยของประชากร

อาจารย์ ดร.ณปภัช สัจจนกุล  
รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภธิดา ชวนวัน  
นางสาวกาญจนา เทียนลาย

### กลุ่มงานวิจัย 3 เพศวิถี เพศภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ และเอชไอวี เอดส์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตุลิตา พึ่งสำราญ  
ว่าที่ร้อยตรี นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์

### กลุ่มงานวิจัย 4 ประชากร สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิรินทรยา พูลเกิด  
นางสาวกัญญาพัชร สุทธิเกษม

### กลุ่มงานวิจัย 5 การย้ายถิ่น ความเป็นเมืองและแรงงาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สักรินทร์ นิยมศิลป์  
นางสาววิภาพร จารุเรืองไพศาล

### กลุ่มงานวิจัย 6 ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยติดตามและประเมินผล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พจนา หันจางสิทธิ์  
นางสาวกมลชนก ขำสุวรรณ



# สารประชากร

## มหาวิทยาลัยมหิดล

Mahidol Population Gazette

ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2565 (ปีที่ 31: มกราคม 2565)

	ประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2565 (1 กรกฎาคม)		
	ชาย	หญิง	รวม
1. จำนวนประชากรทั้งประเทศ (หน่วยเป็นพัน)	31,933	34,278	66,211
2. จำนวนประชากรแยกตามที่อยู่อาศัย (หน่วยเป็นพัน)			
เขตเมือง (ประชากรที่อยู่ในเขตเทศบาล และเมืองทุกประเภท)	19,059	20,497	39,556
เขตชนบท (ประชากรที่อยู่นอกเขตเมือง)	12,869	13,786	26,655
3. จำนวนประชากรแยกตามภาค (หน่วยเป็นพัน)			
กรุงเทพมหานคร	4,009	4,337	8,346
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ)	9,514	10,179	19,693
ภาคเหนือ	5,222	5,660	10,882
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	8,693	9,369	18,062
ภาคใต้	4,490	4,738	9,228
4. จำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ (หน่วยเป็นพัน)			
ประชากรวัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี)	5,353	5,093	10,446
ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี)	21,087	21,644	42,731
ประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	5,493	7,541	13,034
ประชากรสูงอายุ (65 ปีขึ้นไป)	3,492	5,185	8,677
ประชากรก่อนวัยเรียน (0-5 ปี)	1,888	1,787	3,675
ประชากรวัยเรียน (6-21 ปี)	6,442	6,162	12,604
สตรีวัยเจริญพันธุ์ (15-49 ปี)		16,129	
5. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด			ชาย 73.6 ปี
(จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าบุคคลที่เกิดมาแล้วจะมีชีวิตต่อไปอีกกี่ปี)			หญิง 80.7 ปี
6. อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี			ชาย 18.3 ปี
(จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าผู้ที่อายุ 60 ปีจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี)			หญิง 23.7 ปี
7. อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 80 ปี			ชาย 6.1 ปี
(จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าผู้ที่อายุ 80 ปีจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี)			หญิง 8.6 ปี
8. อัตราชีพ			
อัตราเกิด (ต่อประชากรพันคน)			8.2
อัตราตาย (ต่อประชากรพันคน)			7.9
อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (ร้อยละ)			0.0
อัตราตายทารก (ต่อการเกิดมีชีพพันราย)			7.6
อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพพันราย)			10.9
9. อัตราเจริญพันธุ์รวม			
(จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดด้วยเจริญพันธุ์ของตน)		1.21	
10. อัตราคุมกำเนิด (ร้อยละ)		73.0	
11. ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุเท่านั้น (ร้อยละ)			13.8