

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โครงการ “อนาคตไทย” เพื่อการสร้างเสริม สุขภาพเด็กและเยาวชนอายุ 6-25 ปี

เรื่องในเล่ม

04



การตั้งครรภ์ใน
วัยรุ่นและการติดเชื้อ
ทางเพศสัมพันธ์

08



ความรุนแรง

12



ปัญหา
สุขภาพจิต

13



โรคสมาธิสั้น ภาวะ
บกพร่องการเรียนรู้
และออทิสซึม

15



การติด
สารเสพติด

18



ติดเกม

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
Health Intervention and Technology Assessment Program



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โครงการ “อนาคตไทย” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชนอายุ 6-25 ปี

Policy brief

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กและเยาวชนอายุ 6-25 ปี โดยมุ่งหวังที่จะแก้ไขหรือลดขนาดและความรุนแรงของปัญหาสำคัญที่บั่นทอนสุขภาวะของประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การตั้งครกในวัยรุ่นและการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
- 2) ความรุนแรง
- 3) ปัญหาสุขภาพจิต
 - 3.1 โรคสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องการเรียนรู้ และออทิซึม
 - 3.2 การติดสารเสพติด
 - 3.3 ติดเกม

ปัญหาที่กล่าวข้างต้นส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางสังคมและการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และ/หรือมีการแสดงออกในรูปของพฤติกรรมที่ไม่ปกติ ซึ่งทำให้คนทั่วไปมองว่าปัญหาเหล่านี้ไม่ใช่ “โรคหรือปัญหาสุขภาพ” ที่มักจำกัดอยู่ที่ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายหรืออวัยวะ ดังนั้นจึงมีค่าใช้จ่ายที่คนในสังคมรวมถึงผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กจะไม่ตระหนักถึงความจำเป็นของบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา

นอกจากนี้ รากเหง้าของปัญหาที่บั่นทอนสุขภาวะของประชากรกลุ่มนี้มักมีได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหากแต่เป็นพหุปัจจัย ซึ่งส่งเสริมซึ่งกันและกันและผลักดันให้ปัญหามีความซับซ้อน ทำให้ยากแก่การทำความเข้าใจในหลายกรณีต้องอาศัยความเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ในระดับสังคม ครอบครัวยุค และบุคคล เพื่ออธิบายสาเหตุของปัญหาและหาหนทางที่ถูกต้องในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน



เนื่องจากเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในสถานศึกษา การสร้างเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินงานร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ โรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย รวมทั้งสถาบันการศึกษาอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามยังมีเด็กอีกจำนวนหนึ่งที่อยู่นอกระบบการศึกษา ดังนั้นมาตรการต่างๆ ที่จะใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชากรกลุ่มนี้ จึงต้องดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อให้มั่นใจได้ว่า มาตรการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชนนี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญ รวมทั้งมาตรการที่ดำเนินการในประเทศและต่างประเทศและเสนอมาตรการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหา ซึ่งมาตรการเหล่านี้ได้ผ่านการประชุมรับฟังความคิดเห็นของนักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญประกอบด้วย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ความรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิต (โรคสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องการเรียนรู้ ออทิสซึม) การติดสารเสพติด ติดเกม โภชนาการไม่เหมาะสม (โภชนาการพร่องและเกิน) อุบัติเหตุทางถนน และจมน้ำ ทั้งนี้ผู้ที่สนใจสามารถพิจารณารายละเอียดเพิ่มเติมทั้งในส่วนของการทบทวนและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ การทบทวนบทเรียนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของเด็กในกลุ่มนี้ทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และไต้หวัน รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาถึงมาตรการที่มีประสิทธิภาพของการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้จัดลำดับความสำคัญ จนนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ที่ www.hitap.net ในส่วนถัดไปคณะผู้วิจัยขอเสนอปัญหาสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญใน 3 ลำดับแรก โดยสรุปสาเหตุ ขนาดของปัญหา ผลกระทบทางเศรษฐกิจและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และมาตรการต่างๆ ดังนี้

1

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โครงการ “อนาคตไทย”
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชนอายุ 6-25 ปี



การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 19 ปี) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่เป็นผลมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ชี้ว่า อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราการจดทะเบียนเกิดระหว่างปี 2549-2553 ในหญิงอายุ 15-17 ปี เพิ่มขึ้นจาก 35 เป็น 38 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน และในหญิงอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 50 เป็น 52 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน¹ อย่างไรก็ตามไม่มีข้อมูลว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่แท้จริงเป็นเท่าไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้งที่ไม่ถูกกฎหมาย ซึ่งคาดว่าจะมีอยู่เป็นจำนวนมาก ในทางตรงกันข้าม การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มลดลง โดยความชุกของการติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ลดลงจากร้อยละ 1.0 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 0.4 ในปี 2554² ส่วนความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มหญิงที่มารับบริการฝากครรภ์อายุ 15-24 ปี ลดลงจากร้อยละ 0.5 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 0.4 ในปี 2552-2554

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ป้องกันและแก้ไขได้ยาก และส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น ด้านสุขภาพของแม่วัยรุ่นและทารก รวมทั้งผลต่อชีวิตครอบครัวและสังคม เช่น การต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ไม่สามารถหางานที่มีรายได้ดี ผลกระทบทำให้รัฐจัดเก็บภาษีได้น้อย เกิดการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว บางรายเลือกที่จะทำแท้งหรือทอดทิ้งทารก จากการประมาณการในภาพรวมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นมูลค่าถึง 3,088 ล้านบาทต่อปี (มูลค่าปี 2554) สำหรับการติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นที่ทราบกันทั่วไปว่ายังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านไวรัสไปตลอดชีวิตและผู้ติดเชื้อยังได้รับผลกระทบด้านจิตใจและสังคม จากการแสดงความรังเกียจและการเลือกปฏิบัติ แม้จะไม่รุนแรงเท่ากับในระยะที่เริ่มมีการระบาดในประเทศไทย นอกจากนี้การที่รัฐต้องลงทุน



- 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การทบทวนสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย เพื่อใช้ประกอบการจัดทำ The State of Thailand Population Report (STPR 2013) on Adolescent Pregnancy. นนทบุรี 2556.
- 2 คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์รอบปีพ.ศ. 2555: รายงานสถานการณ์โดยสรุป. 2555.

ในโครงการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้น ทำให้มีค่าใช้จ่ายประมาณ 7,730 ล้านบาท ในปี 2553 และเพิ่มเป็น 9,920 ล้านบาท ในปี 2554 ในส่วนของการติดเชื้ออื่นๆ ทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่รุนแรงนัก แต่ก็เป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น การติดเชื้อหนองเทียม (Chlamydia)



ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- 1) ปรับปรุงระบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างหน่วยราชการ และภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชน และชุมชน โดยมีแผนปฏิบัติงานระดับประเทศและระดับจังหวัดจัดตั้งระบบติดตามประเมินผล รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานตามนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกระทรวงต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารรวมทั้งฐานข้อมูลเพื่อรองรับการดำเนินนโยบายดังกล่าว
- 2) พัฒนาระบบการประเมินนโยบายและมาตรการสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อสนับสนุนข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความเป็นไปได้ และผลด้านอื่นๆ ให้กับผู้บริหารได้ใช้ประกอบการตัดสินใจคัดเลือกมาตรการและออกแบบโครงการที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรดำเนินการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีการนำบทเรียนและประสบการณ์ในพื้นที่หนึ่งไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินโครงการและกิจกรรมในอีกพื้นที่หนึ่ง
- 3) ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของเด็กหญิงและวัยรุ่นหญิงอย่างจริงจัง เพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้เติบโตขึ้นอย่างเห็นคุณค่าของตนเอง อ่านออกเขียนได้ มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการประกอบอาชีพ พึ่งพาตนเองได้ และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในสังคม การที่จะเป็นเช่นนี้ได้จำเป็นต้องใช้ทั้งมาตรการทางกฎหมายและมาตรการทางสังคมที่เกิดผลกับผู้ปกครอง ตัววัยรุ่นเอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน และผู้ประกอบการภาคเอกชน โดยมีเป้าประสงค์ให้วัยรุ่นหญิงเรียนหนังสืออยู่ในโรงเรียนนานที่สุด และชะลอการแต่งงานออกไป รวมทั้งจัดหาทุนสำหรับการประกอบอาชีพอิสระหรือจัดหางานอื่นๆ ที่เหมาะสมให้ทำในชุมชนและท้องถิ่นที่วัยรุ่นอาศัยอยู่

- 4) แสวงหาแนวทางและกลยุทธ์ใหม่ๆ ในการสอนเพศศึกษา และพัฒนางานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคม จัดอุปสรรคต่างๆ เช่นที่เกิดจากกฎระเบียบเรื่องสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการประกันสุขภาพ โดยให้กลุ่มวัยรุ่นทั้งในและนอกโรงเรียน ได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และเปิดโอกาสให้วัยรุ่นตัดสินใจเลือกใช้บริการเหล่านั้นด้วยตนเอง หลังจากได้รับคำปรึกษาและข้อมูลอย่างรอบด้าน เพิ่มการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และการดูแลแม่วัยรุ่นและทารก โดยการจัดการกับปัจจัยทางกายภาพ เช่น อาคารสถานที่ ระยะเวลาและรูปแบบการจัดบริการ และปัจจัยด้านทัศนคติและบรรทัดฐานทางสังคม
- 5) บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง โดยความร่วมมือจากคนในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง ป้องกันการล่วงละเมิดและบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งหาวิธีการจัดการปัจจัยที่สนับสนุนหรือเอื้อให้เกิดความรุนแรง เช่น ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควบคุมการนำเสนอบทความ คำพูด ภาพที่ไม่เหมาะสมผ่านสื่อมวลชน เป็นต้น นอกจากนี้ควรปลูกฝังทัศนคติ ค่านิยมให้เด็กและวัยรุ่นชาย เพื่อไม่ให้กระทำรุนแรงต่อผู้หญิง ด้วยการอบรมเลี้ยงดูโดยผู้ปกครองและการเรียนการสอนในโรงเรียน



2

ความรุนแรง



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โครงการ “อนาคตไทย”
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชนอายุ 6-25 ปี



ความรุนแรง

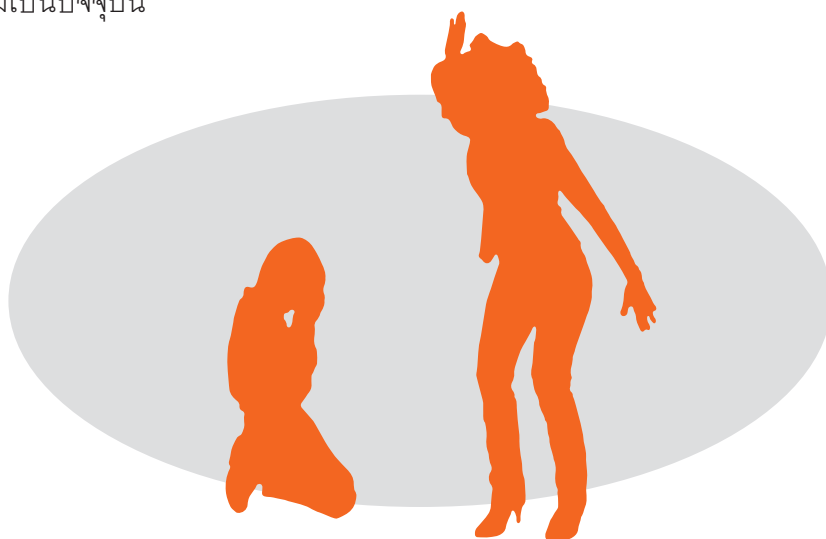
“ความรุนแรง” ต่อเด็กและเยาวชนจัดเป็นปัญหาสังคมที่นานาประเทศต่างให้ความสำคัญ ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบตั้งแต่ ความรุนแรงทางกาย การล่วงละเมิดทางเพศ ความรุนแรงทางจิตใจไปจนถึง การละเลยทอดทิ้ง ความรุนแรงในเด็กและเยาวชนไทยที่ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นพาดหัวข่าวอยู่บ่อยครั้ง มักเป็นเรื่องของความรุนแรงภายในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นความรุนแรงทางร่างกาย (ร้อยละ 63)³ ส่วนการล่วงละเมิดทางเพศก็เป็นอีกปัญหาที่สำคัญ พบว่า สามในสี่ของเด็กที่มาใช้บริการที่ศูนย์พึ่งได้ (8,518 ราย) เป็นผลจากความรุนแรงทางเพศโดยผู้ที่กระทำความรุนแรงส่วนมากเป็นคู่รักหรือเพื่อน⁴ และสุดท้ายคือปัญหาการทะเลาะวิวาทของนักเรียนทั้งในสถานศึกษาและในชุมชน โดยในปี 2555 มีเด็กที่ถูกส่งเข้าสถานพินิจด้วยคดีที่เกี่ยวกับการทำร้ายร่างกายทั้งสิ้น 4,086 คดี ทั่วประเทศ⁵

ความรุนแรงเกิดจากปัจจัยที่หลากหลายและมีหลายระดับ ตั้งแต่ปัจจัยระดับบุคคลไปจนถึงปัจจัยระดับสังคม ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความรุนแรงมักมีมากกว่าหนึ่งปัจจัย เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ปัญหาครอบครัวหย่าร้างขาดการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง การชักจูงจากเพื่อน การเสขสื่อกที่นำเสนอความรุนแรงและสื่อลามกอนาจาร เป็นต้น โดยพบว่าสาเหตุสำคัญของความรุนแรงในครอบครัว ได้แก่ การเมาสุราและการใช้สารเสพติดส่วนปัญหาครอบครัวก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของความรุนแรง โดยพบว่า เด็กเพียงร้อยละ 87 คิดว่าครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งได้เมื่อมีปัญหา ในขณะที่เด็กใช้เวลากับครอบครัวน้อยลง และมีเวลาในการพูดคุยกับผู้ปกครองเฉลี่ยเพียง 1 ชั่วโมงต่อวันเท่านั้น ในขณะที่เด็กใช้เวลามากกว่าครึ่งหนึ่งไปกับสื่อไม่ว่าจะเป็นการดูโทรทัศน์/ภาพยนตร์ การเล่นอินเทอร์เน็ตและการใช้โทรศัพท์⁶



- 3 ศูนย์ข้อมูลความรุนแรงต่อเด็ก สตรี และความรุนแรงในครอบครัว. สถิติจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวจำแนกตามประเภทความรุนแรง พ.ศ. 2551–2555. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 4 สำนักบริหารการสาธารณสุข. สถิติจำนวนผู้มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ พ.ศ. 2554. กระทรวงสาธารณสุข
- 5 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. จำนวนคดีและร้อยละคดีที่เด็กและเยาวชนถูกจับกุมส่งสถานพินิจฯ ทั่วประเทศ จำแนกตามฐานความผิด พ.ศ. 2555
- 6 โครงการพัฒนาเครือข่ายการจัดการเชิงพื้นที่ในการวิเคราะห์สถานการณ์และขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน. รายงานและบทวิเคราะห์สถานการณ์เด็กไทยในรอบปี 2553–2554. สถาบันรามจิตติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2556.

ปัญหาความรุนแรงเป็นปัญหาสังคมที่ต้องการการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาจากทุกภาคส่วน แม้ในปัจจุบันมีกลไกการทำงานในระดับชาติ แต่บางหน่วยงานในระดับปฏิบัติยังขาดความเข้าใจในหน้าที่ของตนทำให้ทิศทางการทำงานของหน่วยงานนั้นๆ ขาดความชัดเจน ส่งผลให้หน่วยงานที่ต้องทำงานภายใต้หรือหน่วยงานที่ต้องทำงานร่วมกันไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้มาตรการที่นำมาใช้มักอยู่ในรูปแบบของการสื่อสารสาธารณะผ่านการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กที่อยู่ในสถานศึกษาและภายในชุมชน หรือดำเนินมาตรการที่เน้นในเชิงรับ โดยการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ ขาดการติดตามและประเมินผลโครงการอย่างเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ดูแลจัดการข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ใช้ในการติดตามปัญหา พบว่ามีความไม่ครบถ้วนของข้อมูล และรายงานที่ไม่เป็นปัจจุบัน



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) กองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ร่วมกันพัฒนาระบบการสอบสวนสาเหตุความรุนแรง พร้อมพัฒนาระบบฐานข้อมูลเหยื่อความรุนแรงที่เชื่อมระหว่างสถานพยาบาลและหน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานีตำรวจ ศูนย์ช่วยเหลือสังคม เป็นต้น ซึ่งฐานข้อมูลนี้ไม่ควรเป็นเพียงการรวบรวมสถิติเท่านั้น แต่ควรเป็นฐานข้อมูลที่สามารถแจ้งเตือนในกรณีเกิดการความรุนแรงบ่อยครั้ง เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินมาตรการการป้องกันความรุนแรงได้ทัน่วงที
- 2) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรเป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาระบบการเยียวยาเหยื่อความรุนแรงที่มีประสิทธิภาพ มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านการแพทย์ การบำบัดฟื้นฟู และการดำเนินการทางกฎหมายโดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับประชาชนหากพบเห็นหรือประสบกับความรุนแรง

- 3) สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม (กสทช.) ควรมีมาตรการในการกำหนดให้ผู้ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ผ่านการอบรมอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเด็กและจิตวิทยาพัฒนาการเบื้องต้น ผนวกอยู่ในการรับรองสิทธิในการแพร่ภาพและกระจายเสียง พร้อมทั้งกำหนดบทลงโทษต่อผู้ ละเมิดสิทธิ
- 4) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากลไกการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อป้องกัน ความรุนแรงที่มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการติดตาม และประเมินผลโครงการ



3

ปัญหาสุขภาพจิต



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โครงการ “อนาคตไทย”
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กและเยาวชนอายุ 6-25 ปี



ป

ญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และต่อผู้ป่วย เช่น มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติ ขาดการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้มีโรคร่วมทางกายรุมเร้า ถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีโอกาสดกงาน หรือได้งานที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ญาติ ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้มีปัญาสุขภาพจิต ยังได้รับผลกระทบด้วย เช่น มีโอกาสเจ็บป่วยทางกายและจิต ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาล และชดเชยค่าเสียหายจากการกระทำผิดของผู้ป่วย รวมถึงถูกรังเกียจจากคนในชุมชน

ถึงแม้ว่าการสำรวจทางระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตในคนไทย จะพบว่าเด็กและเยาวชนมีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าประชากรในวัยอื่นๆ อย่างไรก็ตามปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนมีลักษณะที่แตกต่างจากประชากรวัยอื่น ซึ่งส่งผลให้เกิดผลกระทบสำคัญทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ปกครองและบุคคลรอบข้าง

3.1 โรคสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องการเรียนรู้ และออทิสซึม

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ; ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก มีลักษณะความผิดปกติที่เด่นชัดคือ มีช่วงสมาธิสั้นกว่าปกติ (Inattentiveness) อยู่ไม่นิ่ง อยู่ไม่สุข ขุกชนผิดปกติ (Hyperactivity) หนัสนพลันเล่น ขาดการยับยั้งชั่งใจในการกระทำต่างๆ (Impulsivity)⁷ ส่วนความบกพร่องในทักษะการเรียนรู้ (Learning Disorder; LD) หมายถึงความบกพร่องทางการเรียนรู้แสดงออกมาในรูปของปัญหาด้านการอ่านการเขียนการสะกดคำการคำนวณ และเหตุผลเชิงคณิตศาสตร์⁸ และออทิสซึม หมายถึงความบกพร่องใน 3 ด้านหลัก คือ ภาษาและการสื่อความหมาย การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และพฤติกรรมและความสนใจแบบจำเพาะซ้ำเดิม⁹

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยและได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด พบประมาณร้อยละ 5 ของเด็กชั้นประถมศึกษาและพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 3 เท่า¹⁰ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโอกาสสอบตกซ้ำชั้นหรือสำเร็จการศึกษาช้ากว่าเด็กปกติ มีปัญหาด้านบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมซึ่งเมื่อโตขึ้นมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติด ลักขโมย หรือก่ออาชญากรรม และติดคุกเนื่องจากกระทำผิดกฎหมาย

7 สุรวณี พุทธิศรี. Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorder. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.

8 อัญชิรา เศรษฐสิทธิ์, ศูนย์วิจัยการศึกษาเพื่อเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ. ร่วมคิดร่วมแก้ไขเด็กพิเศษ.

9 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994

10 Wacharasindhu A., Panyayong B. Psychiatric disorders in Thai school-aged children: I Prevalence. J Med Assoc Thai 2002; 85 Suppl 1:S125–36.

ในขณะที่ความบกพร่องด้าน (หรือของ) ทักษะการเรียนรู้พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 6-10 ในเด็ก 6-12 ปี¹¹ ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้ไม่สามารถเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพด้วยวิธีการศึกษาปกติ ทั้งนี้ความบกพร่องทางการเรียนอาจจำแนกได้ตามปัญหาด้านทักษะ โดยพบความบกพร่องของทักษะการอ่านและเขียนได้บ่อยกว่าทักษะการคำนวณ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 40-50 ของเด็กที่มีปัญหาความบกพร่องด้านการเรียนมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล

ส่วนออทิซึมนั้น ในปี 2545 พบอุบัติการณ์ประมาณ 7 ต่อ 10,000 ผู้ป่วยนอกที่อายุต่ำกว่า 12 ปี กลุ่มอาการของออทิซึมมี 3 ประการคือ ความบกพร่องด้านการสื่อสาร การปรับตัวเข้ากับสังคมและจินตนาการ ส่งผลให้มีพัฒนาการและการเรียนรู้ที่ล่าช้า แต่อาการจะดีขึ้นหากได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้รวดเร็ว¹²

จากการศึกษาต้นทุนต่อปีของโรคสมาธิสั้นในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2548 พบว่า มีต้นทุนความเจ็บป่วยประมาณ 14,600 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี¹³ ในขณะที่ในสหราชอาณาจักรมีต้นทุนการดูแลเด็กที่มี ภาวะออทิซึมประมาณ 16,200-63,000 ปอนด์ต่อคนต่อปี¹⁴ ค่าใช้จ่ายของเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ผู้ปกครองจะน้อยกว่าเด็กที่อาศัยกับสถานดูแล ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกิดในภาคครัวเรือน เช่น การเลี้ยงดู การให้การช่วยเหลือ



ในปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของเด็กไทย จึงดำเนินการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและภาวะบกพร่องการเรียนรู้ ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อความก้าวหน้าทางการศึกษาของเด็กและเยาวชน โดยคัดกรองเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตามโครงการดังกล่าวมีปัญหาเรื่องการควบคุมคุณภาพการคัดกรองและขาดความร่วมมือจากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ตรวจยืนยันรักษา และติดตามประเมินผล ทำให้มีเด็กนักเรียนจำนวนมากได้รับการคัดกรองแต่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม¹⁵

11 ลัดดา เหมาะสุวรรณ. สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย อายุ 6-12 ปี. ใน วันดี นิงสานนท์, วินัดดา ปิยะศิลป์, สมิตร์ สุตรา, นันทา อ่วมกุล, รัตโนทัย พลัฏฐการ, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, บรรณานิกร. สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. มปป.

12 อมรา สุนทรธาดา. ในอังกฤษบำบัดเด็กออทิสติกด้วยการตุ๋นวิดีโอในไทยบำบัดด้วยช้าง. สืบค้นจาก http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceV/Download/Article_Files/Article17_AutismBritish.pdf

13 Pelham WE, Foster M, Robb JA. The economic impact of attention-defect/hyperactivity disorder in children and adolescents. Journal of Pediatric Psychology. 2007;32(6):711-727

14 Foundation for People with Learning Disabilities. The economic consequences of autism in the UK. 2007

15 ภาสุรี แสงคุณนิช และคณะ. การคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนรู้ในโรงเรียน. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. 2554.

ข้อเสนอแนะ

- 1) กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกันพัฒนาระบบการคัดกรองที่โรงเรียนให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากกว่าในปัจจุบันโดยพัฒนาศักยภาพของครูผู้คัดกรองให้มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือคัดกรอง ติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ มีระบบการเชื่อมต่อประสานที่ดีกับสถานพยาบาลที่ต้องให้บริการตรวจยืนยันผลการคัดกรอง รักษา และติดตามผลการรักษา
- 2) ระบบหลักประกันสุขภาพควรพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการสร้างแรงจูงใจสถานพยาบาลระดับต่างๆ ให้พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการติดตามโรคสมาธิสั้น ความบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับกระทรวงศึกษาธิการ ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น

3.2 การติดสารเสพติด

ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนหลายกรณีเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ทั้งประเภทที่ถูกกฎหมาย เช่น เหล้า บุหรี่¹⁶ และสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น ยาบ้า ไอซ์ เฮโรอีนโดยอย่างหลังเป็นสาเหตุชักนำให้เด็กและเยาวชนต้องเข้าไปเกี่ยวข้องหรือเป็นเครื่องมือให้กับกลุ่มอาชญากร

จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยพ.ศ. 2551-2 พบว่าเด็กอายุ 15-25 ปี มีความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 49¹⁷ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2554 พบเด็กอายุ 15-18 ปี และ อายุ 19-24 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 9 และ 22 ตามลำดับ โดยพบว่ามีผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นประมาณ 6 แสนคนจากปี 2552¹⁸ นอกจากนี้จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์พบเด็กอายุ 12-24 ปีทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษาระบุว่า มีการเสพยาบ้ามากถึงร้อยละ 7.9 รองลงมาคือยาบ้า และ ไอซ์ โดยเด็กอายุต่ำสุดที่เริ่มเสพยาบ้ามีอายุ 7 ปี¹⁹

16 รวมถึงยาเส้นหรือยาเส้นปรุงไม่ว่าจะมีใบยาแห้งหรือยาอัดเคี้ยวหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัสดุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัด

17 วิชัย เอกพลากร และคณะ การสำรวจสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. 2551-2

18 สำนักงานสถิติแห่งชาติ โครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. 2554

19 สำนักวิจัยเอแบคโพล. รายงานตัวเลขผลประมาณการจำนวนเด็กและเยาวชนที่ใช้ยาเสพติดทั่วประเทศ กรณีศึกษาตัวอย่างอายุ 12 - 24 ปี ทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา.2554.

จากการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปี 2550 พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกกลุ่มอายุทำให้เกิดการสูญเสียผลิตภาพโดยรวมจากการขาดงาน และสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานคิดเป็นเงินประมาณ 45,000 ล้านบาทต่อปี²⁰ ซึ่งหากป้องกันมิให้เยาวชนกลายเป็นนักดื่มหน้าใหม่จะสามารถป้องกันความสูญเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศคิดเป็นมูลค่า 20,000 – 360,000 บาทต่อคนขึ้นกับระดับความรุนแรงของการดื่ม เช่นเดียวกันในกรณีป้องกันมิให้เยาวชนกลายเป็นนักสูบบุหรี่หน้าใหม่จะสามารถป้องกันความสูญเสียทางเศรษฐกิจได้ 80,000 – 160,000 บาทต่อคน²¹ นอกจากนี้พบว่าหากไม่สามารถป้องกันเยาวชนมิให้เป็นนักดื่มหรือนักสูบบุหรี่ใหม่ได้ การช่วยเหลือให้เยาวชนที่เป็นนักดื่มหรือนักสูบบุหรี่อยู่แล้วยุติการดื่มหรือการสูบบุหรี่ได้ยิ่งเร็วจะเป็นการดีทั้งต่อสุขภาพและลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของสังคม

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการใช้มาตรการทางด้านกฎหมายในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด เช่น การกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ซื้อสุราและบุหรี่ ที่อายุ 18 ปี ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีระบบการคัดกรองในระดับประชากร²² ทำให้เด็กและเยาวชนเข้าไม่ถึงการบำบัดเมื่อเริ่มติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด ซึ่งเป็นวัยเริ่มต้นในการใช้สารเสพติดเหล่านี้

ข้อเสนอแนะ

- 1) เนื่องจากรากเหง้าของปัญหาสารเสพติด (ทุกประเภท) เกิดจากหลายปัจจัยและสะท้อนถึงปัญหาอันซับซ้อนทางสังคม ดังนั้นการแก้ไขปัญหาก็จะสามารถดำเนินการให้ลุล่วงได้โดยมาตรการใด มาตรการหนึ่ง การดำเนินงานพร้อมกันของหลายมาตรการที่มีหลักฐานว่าให้ประโยชน์หรือมีการประเมินและติดตามอย่างใกล้ชิดจึงเป็นหนทางที่ดีที่สุด ทั้งนี้มีการพิสูจน์ในหลายประเทศแล้วว่า การใช้มาตรการที่แข็งแกร่ง เช่น การใช้บทลงโทษทางกฎหมายอย่างรุนแรง การตีตราบาปให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นมาตรการที่ไม่ได้ผล แต่จะทำให้ปัญหามีความซับซ้อนและแก้ไขยากมากขึ้น (กลายเป็นเครื่องมือของกลุ่มผู้มีอิทธิพลที่ทำผิดกฎหมาย เป็นต้น)



20 กรรณิการ์ สิริบุญสุวรรณและคณะ ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการขาดงานและการสูญเสียประสิทธิภาพขณะทำงานจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.2552;3(1):102-12.

21 มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์และคณะ.การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ: การพัฒนาแนวทางการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาต้นทุนความเจ็บป่วย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.2554

22 การคัดกรองหมายถึงการซักถามหรือตรวจเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือโรค ของบุคคลซึ่งไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองมีความเสี่ยงหรือเป็นโรคนั้นแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค

- 2) สถานพยาบาลในชุมชนโดยการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการค้นหาผู้ที่ใช้สารเสพติดโดยใช้เครื่องมือ Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)²³ และให้การรักษาด้วยการให้คำแนะนำอย่างสั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน เพราะมีหลักฐานยืนยันอย่างชัดเจนว่าเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่า²⁴ กล่าวคือมีต้นทุนในการดำเนินงานน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับกลับมาในรูปของมูลค่าทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้ควรพัฒนาเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลปฐมภูมิทุกแห่งให้มีศักยภาพในการใช้เครื่องมือ ASSIST เพื่อค้นหาผู้ที่ใช้สารเสพติดในชุมชนอย่างทั่วถึง
- 3) สำหรับผู้ติดสารเสพติดบางรายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนกว่าการให้คำแนะนำอย่างสั้น สถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรร่วมกันพัฒนาระบบบริการเพื่อช่วยให้คนกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้อย่างทั่วถึงและไม่ถูกตีตราบาปหรือกลายเป็นเงื่อนไขที่ทำให้ได้รับโทษทางกฎหมาย ทั้งนี้ประสบการณ์ในหลายประเทศในยุโรปและแคนาดาได้พิสูจน์แล้วว่า การให้การรักษาดังกล่าวร่วมกับ harm reduction measures (เช่น การแจกกระบอกและเข็มฉีดยา) เป็นวิธีการที่มีประโยชน์ต่อสังคมกล่าวคือ ลดปัญหาอาชญากรรม ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สารเสพติด เช่น ลดการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี สปสช. ควรจัดให้มียาหรือเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์
- 4) หน่วยงานผู้ให้ทุนวิจัย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ให้การสนับสนุนทุนวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลบริการเสริมนอกเหนือจากบริการในสถานพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติด เช่น บริการสายด่วนเลิกบุหรี่ สุรา หรือสารเสพติดอื่นๆ รวมถึงพัฒนานวัตกรรมเกี่ยวกับการให้การศึกษาคำปรึกษา และให้บริการรักษาหรือเลิกใช้สารเสพติด ผ่านสื่อออนไลน์ที่กลุ่มเยาวชนเข้าถึงง่าย
- 5) ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนสนับสนุนมาตรการป้องกันในเยาวชนโดยผ่านระบบการศึกษา การเข้าค่ายเยาวชน กิจกรรมทักษะชีวิต หรือลานกีฬา ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น เยาวชนในแหล่งชุมชนแออัด

23 ASSIST เป็นแบบคัดกรองประสบการณ์ในการดื่มสุราการใช้ ยาสูบ และสารเสพติดตัวอื่นๆ เช่น กัญชาโคเคน ยาบ้า ยาหล่อมประสาท ยาหลอนประสาท สารระเหยฝิ่น และยาอื่นๆ

24 วรวิทย์ จันทรสถาพรจิตและคณะ.การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการตรวจคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุราร่วมกับการบำบัดอย่างย่อ.โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. 2555

3.3 ติดเกม

ปัจจุบันยังไม่มีนิยามปัญหาการติดเกมอย่างเป็นทางการจากองค์กรในระดับชาติหรือนานาชาติ อย่างไรก็ตามจากการประชุมเรื่อง “เด็กและเยาวชนติดเกม: แนวทางแก้ไข” ที่จัดโดยกรมสุขภาพจิตได้ให้คำนิยาม “เด็กติดเกม” ว่าเป็นเด็กที่เล่นเกมไม่สนใจการเรียน เด็กที่ไม่รู้จักแบ่งเวลาให้เหมาะสม และเด็กที่เล่นเกมติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเกินความเหมาะสม นอกจากนี้ในบางรายหากหยุดเล่นเกมจะแสดงอาการไม่พอใจอย่างมาก หงุดหงิดและอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา²⁵ การติดเกมเกิดจากหลายปัจจัยซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสังคม การเลี้ยงดูในครอบครัวและลักษณะของเด็ก



จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2555 พบว่าเด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 97 ใช้คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ตอย่างน้อย 1-4 วันต่อสัปดาห์ โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 21 ใช้คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต 5-7 ต่อสัปดาห์²⁶ นอกจากนี้จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตถึงสถานการณ์เด็กติดเกมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องใน โดยระหว่างปี 2549-2555 มีจำนวนเด็กติดเกมเพิ่มขึ้นถึงสามเท่าจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 14 หรือประมาณว่า เด็กทุกๆ 8 คน จะติดเกม 1 คน²⁷ ทั้งนี้มีหลักฐานเชิง

ประจักษ์ยืนยันว่าเด็กที่ติดเกมที่แฝงความรุนแรงจะมีพฤติกรรม ก้าวร้าว ทะเลาะวิวาทและใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น การติดเกมยังส่งผลเสียต่อการเข้าสังคมและมนุษย์สัมพันธ์ และผลทางสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน นอกจากนี้ปัจจุบันเริ่มมีรายงานการเสียชีวิตจากการเล่นเกมมากเกินไปในหลายประเทศทั่วโลก ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับเด็กที่เล่นเกมทั้งหมดแต่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและแนวโน้มความรุนแรงในอนาคต

ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานให้ความสนใจและตระหนักว่าเด็กติดเกมจะเป็นปัญหาสำคัญในอนาคตของประเทศแต่มาตรการที่มีการดำเนินการเป็นการรณรงค์ การจัดระเบียบเกี่ยวกับร้านอินเทอร์เน็ต รวมการจำกัดเวลาใช้บริการของเด็ก ซึ่งมาตรการดังกล่าวไม่ได้รับความสนใจจากผู้ประกอบการและภาครัฐไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมดเนื่องจากร้านเกมมีมากกว่า 43,000 ร้านและปัจจุบันการเล่นเกมออนไลน์สามารถเล่นได้ที่บ้านพักอาศัย ดังนั้นมาตรการเหล่านี้จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาการติดเกมของเด็กได้ อีกทั้งผู้ประกอบการไม่ได้ให้ความสำคัญกับการเล่นเกมของเด็กที่เกิดจากความไม่ตระหนักถึงผลเสียของการติดเกมที่คิดว่าเมื่อโตขึ้นจะเลิกเล่นเกมไปเองและการติดเกมไม่น่าส่งผลเสียร้ายแรงในอนาคตต่อเด็ก

25 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เด็กและเยาวชนติดเกม : แนวทางแก้ไข.2548.

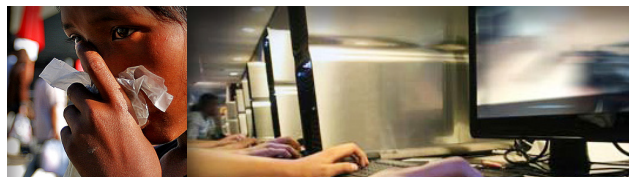
26 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545

27 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.การศึกษาหาปัจจัยป้องกันการติดเกมในเด็กและวัยรุ่น. รู้หรือไม่? เด็ก 8 คน จะมี 1 คน ที่ ติดเกม.2556

ข้อเสนอแนะ

- 1) รัฐบาลกำหนดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบปัญหาเด็กและผู้ใหญ่ติดเกมในระดับชาติเช่นเดียวกับในหลายประเทศ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย เสนอการวินิจฉัย เฝ้าระวัง ประเมินผลกระทบ สร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของปัญหาการติดเกมรวมทั้งประเมินมาตรการแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งระดับบุคคลและระดับชาติเพื่อพัฒนาเป็นนโยบายต่อไปในอนาคต
- 2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรติดตามและควบคุมร้านเกม ให้ปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 พฤศจิกายน 2547 และกฎกระทรวงว่าด้วยการอนุญาตและการประกอบกิจการร้านวีดีทัศน์พ.ศ. 2552 หมวด 2 ที่ต้องการควบคุมและแก้ไขปัญหาดังกล่าว
- 3) จัดตั้งคลินิกรักษาผู้มีปัญหาติดเกมในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา เพื่อรับมือกับปัญหาการติดเกมที่มีแนวโน้มว่าจะรุนแรงมากขึ้นในอนาคต เนื่องจากมีผลวิจัยทางการแพทย์ยืนยันว่าการบำบัดทางจิตและพฤติกรรมสามารถลดความรุนแรงของการติดเกม ทำให้หลายประเทศ เช่น เกาหลีใต้ เนเธอร์แลนด์ และสาธารณรัฐประชาชนจีน จัดตั้งคลินิกรักษาผู้มีปัญหาติดเกมที่มีความเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย





โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ต.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-590-4374-5 โทรสาร 02-590-4369

Website: www.hitap.net E-mail: hitap@hitap.net



HITAP



HITAP_THAI



HITAP THAI



HITAPNET



HITAPTHAILAND

