

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โครงการ “อนาคตไทย” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กอายุ 6-25 ปี

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กอายุ 6-25 ปี โดยมุ่งหวังในการแก้ไขหรือลดขนาดความรุนแรงของปัญหาสำคัญที่บั่นทอนสุขภาวะเด็กในกลุ่มนี้ ได้แก่

- 1) การตั้งครรรณในวัยรุ่นและการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
- 2) ความรุนแรงต่อเด็ก
- 3) ปัญหาสุขภาพจิตใจในเด็กและเยาวชน
 - 3.1 โรคสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องการเรียนรู้ และออทิสติก
 - 3.2 การติดสารเสพติดในเยาวชน
 - 3.3 เด็กติดเกม

อย่างไรก็ตามเนื่องจากปัญหาข้างต้นมิใช่ “โรคหรือปัญหาสุขภาพ” ในความรู้สึกรู้สึกของบุคคลทั่วไปที่มักนึกถึงความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายหรืออวัยวะ ปัญหาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องด้านพฤติกรรมและการดำรงชีวิต จึงมิใช่เรื่องแปลกที่เด็กกลุ่มนี้รวมถึงผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กจะไม่ตระหนักว่าเป็นปัญหาหรือเห็นความจำเป็นของการรับบริการสุขภาพเพื่อคัดกรอง แก้ไขหรือบำบัดความผิดปกติเหล่านี้

ประกอบกับรากเหง้าของปัญหา(สาเหตุ)ที่บั่นทอนสุขภาวะของประชากรกลุ่มนี้มักมีได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหากแต่เป็นพหุปัจจัย ซึ่งส่งเสริมซึ่งกันและกันและผลักดันให้ปัญหามีความรุนแรงและซับซ้อน ทำให้ยากแก่การทำความเข้าใจหรืออธิบายอย่างตรงไปตรงมา ในหลายกรณีต้องอาศัยความเข้าใจทั้งกลไกในระดับสังคม ครอบครัว และบุคคล เพื่ออธิบายการเกิดขึ้นของปัญหาและหนทางที่ถูกต้องในการแก้ไขปัญหาย่างยั่งยืน

สุดท้ายประชากรวัยนี้ใช้เวลาส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในสถานศึกษา จึงเห็นได้ว่าข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะของประชากรในกลุ่มนี้จำเป็นต้องดำเนินงานร่วมกับสถาบันการศึกษาเพื่อให้มั่นใจได้ว่า มาตรการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ในส่วนต่อไปนี้คณะผู้วิจัยได้สรุปสาเหตุ สถานการณ์ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของปัญหาข้างต้น ทั้งนี้ผู้ที่สนใจสามารถพิจารณารายละเอียดเพิ่มเติมทั้งในส่วนของการทบทวนขนาดและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ การทบทวนบทเรียนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กในกลุ่มนี้ทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และไต้หวัน รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาถึงมาตรการที่มีประสิทธิภาพของการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้จัดลำดับความสำคัญจนนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังต่อไปนี้

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่เป็นผลมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ชี้ว่า อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราการจดทะเบียนเกิดระหว่างปี 2549-2553 ในหญิงอายุ 15-17 ปี เพิ่มขึ้นจาก 35 เป็น 38 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน และในหญิงอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 50 เป็น 52 รายต่อพันประชากรในวัยเดียวกัน¹ อย่างไรก็ตามไม่มีข้อมูลว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่แท้จริงเป็นเท่าไร รวมทั้งขาดข้อมูลเกี่ยวกับการทำแท้งที่ไม่ถูกกฎหมาย ซึ่งคาดว่าจะมีอยู่เป็นจำนวนมาก ในทางตรงกันข้าม การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มลดลง เช่น ความชุกของการติดเชื้อดังกล่าวในกลุ่มอายุ 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 และส่งผลกระทบต่อในหลายด้าน เช่น ด้านสุขภาพของแม่วัยรุ่นและทารก รวมทั้งผลต่อชีวิตครอบครัวและสังคม เช่น การต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ไม่สามารถหางานที่มีรายได้ดี ผลผลิตภาพต่ำทำให้รัฐจัดเก็บภาษีได้น้อย เกิดการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว บางรายเลือกที่จะทำแท้งหรือทอดทิ้งทารก ในภาพรวมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทยทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นมูลค่าถึง 3,088 พันล้านบาทต่อปี (มูลค่าปี 2554) สำหรับการติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นที่ทราบกันทั่วไปว่ายังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านไวรัสไปตลอดชีวิต และผู้ติดเชื้อยังได้รับผลกระทบด้านจิตใจและสังคม จากการแสดงความรังเกียจและการเลือกปฏิบัติ แม้จะไม่รุนแรงเท่ากับในระยะที่เริ่มมีการระบาดในประเทศไทย นอกจากนี้การที่รัฐต้องลงทุนในโครงการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้นทำให้เกิดมีค่าใช้จ่ายประมาณ 7,730 ล้านบาท ในปี 2553 และเพิ่มเป็น 9,920 ล้านบาท ในปี 2554 ในส่วนของการติดเชื้ออื่นๆ ทำให้เกิดผลกระทบที่ไม่รุนแรงนัก แต่ก็เป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ปรับปรุงระบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างหน่วยราชการ และระหว่างหน่วยราชการกับภาคส่วนอื่นๆ และชุมชน ในการแก้ไขปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีระบบติดตามประเมินผล รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจน
2. คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ร่วมกับมหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยด้านสุขภาพ พัฒนาระบบการประเมินมาตรการสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง เช่น วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และกลุ่มที่เคยตั้งครรภ์มาก่อน เพื่อ

¹ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การทบทวนสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย เพื่อใช้ประกอบการจัดทำ The State of Thailand Population Report (STPR 2013) on Adolescent Pregnancy. นนทบุรี 2556.

² คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์รอบปี พ.ศ. 2555: รายงานสถานการณ์โดยสรุป. 2555.

สนับสนุนข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความเป็นไปได้ และผลด้านอื่นๆ รวมทั้งให้มีการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลเหล่านั้น

3. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ ดำเนินการพัฒนา ศักยภาพของเด็กหญิงและวัยรุ่นหญิงอย่างจริงจัง เพื่อให้มีความรู้ และทักษะในการประกอบอาชีพ พึ่งพาตนเองได้ นอกจากนี้ยังมีเป้าประสงค์ให้วัยรุ่นหญิงเรียนหนังสืออยู่ในโรงเรียนนาน
4. กระทรวงศึกษาธิการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษา พัฒนาหลักสูตรให้ทันสมัย มีการกำกับ ติดตามประเมินผลการเรียนการสอน และแสวงหาแนวทางและกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผล พัฒนาทักษะให้กับ ครูที่สอนเพศศึกษา
5. กระทรวงสาธารณสุขพัฒนางานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น เพิ่มการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และการดูแลแม่วัยรุ่นและทารก โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การสนับสนุนในการขจัดปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากกฎระเบียบที่ทำให้วัยรุ่นรับบริการจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน
6. ปลุกฝังทัศนคติ ค่านิยมให้กับเด็กและวัยรุ่นชายให้ให้เกียรติผู้หญิง มีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง ด้วยการอบรมเลี้ยงดูโดยผู้ปกครองและการเรียนการสอนในโรงเรียน บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง โดยความร่วมมือจากคนในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงและการบังคับให้มีเพศสัมพันธ์

ความรุนแรงต่อเด็ก

“ความรุนแรง” ต่อเด็กจัดเป็นปัญหาสังคมที่นานาประเทศต่างให้ความสำคัญ ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบตั้งแต่ความรุนแรงทางกาย การล่วงละเมิดทางเพศ ความรุนแรงทางจิตใจไปจนถึงการละเลยทอดทิ้ง ความรุนแรงในเด็กและเยาวชนไทยที่ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นพาดหัวข่าวอยู่บ่อยครั้ง มักเป็นเรื่องของความรุนแรงภายในครอบครัวซึ่งโดยมากเป็นความรุนแรงทางร่างกาย (ร้อยละ 63)³ ส่วนการล่วงละเมิดทางเพศก็เป็นอีกปัญหาสำคัญ พบว่า สามในสี่ของเด็กที่มารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้ (8,518 ราย) เป็นผลจากความรุนแรงทางเพศ โดยผู้ที่กระทำความรุนแรงส่วนมากเป็นแฟนหรือเพื่อน⁴ และสุดท้ายคือปัญหาการชกต่อยหรือตบตีกันของนักเรียนทั้งในสถานศึกษาและในชุมชน พบว่า มีเด็กที่ถูกส่งเข้าสถานพินิจด้วยคดีที่เกี่ยวกับร่างกายทั้งสิ้น 4,086 คดี ทั่วประเทศ⁵

สาเหตุของความรุนแรงเกิดจากปัจจัยที่หลากหลายและมีหลายระดับตั้งแต่ปัจจัยระดับบุคคลไปจนถึงปัจจัยระดับสังคม ซึ่งโดยมากจะไม่ใช่เพียงแค่ปัจจัยเดียวที่เป็นชนวนก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรง ปัจจัยที่พบมาก เช่น พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาครอบครัวหย่าร้าง ขาดการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง การชักจูงจากเพื่อนฝูง การเสพสื่อเสี่ยงต่างๆ ที่นำเสนอความรุนแรงและสื่อลามกอนาจาร เป็นต้น พบว่าสาเหตุสำคัญของความรุนแรงในครอบครัว เกิดจากการเมาสุราและการ

³ สถิติจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวจำแนกตามประเภทความรุนแรง ปีพ.ศ. 2551-2555

⁴ สถิติจำนวนผู้มารับบริการในศูนย์พึ่งได้ ในปีพ.ศ. 2554

⁵ จำนวนคดีและร้อยละคดีที่เด็กและเยาวชนถูกจับกุมส่งสถานพินิจทั่วประเทศ จำแนกตามฐานความผิด ปีพ.ศ. 2555

เสพสารเสพติดเป็นหลัก ส่วนปัญหาครอบครัวก็เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่ถูกหยิบยกมาอย่างต่อเนื่อง พบว่า เด็กเพียงร้อยละ 87 คิดว่าครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งได้เมื่อมีปัญหา ซึ่งสะท้อนได้จากการใช้เวลากับครอบครัวของเด็กไทยในปัจจุบันที่มีแนวโน้มลดลง พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของเวลาของเด็กหมดไปกับสื่อไม่ว่าจะเป็นการดูโทรทัศน์/ภาพยนตร์ การเล่นเกมอินเทอร์เน็ตและการใช้โทรศัพท์ ส่วนระยะเวลาในการพูดคุยกับผู้ปกครองเฉลี่ยเพียง 1 ชั่วโมงต่อวันเท่านั้น⁶

ปัญหาความรุนแรงเป็นปัญหาสังคมที่ต้องการการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ซึ่งปัจจุบันมีกลไกการประสานงานในระดับชาติ แต่พบว่า บางหน่วยงานในระดับปฏิบัติยังขาดความเข้าใจในหน้าที่ของตนทำให้การกำหนดทิศทางการทำงานในระดับหน่วยงานนั้นๆ ขาดความชัดเจน ส่งผลให้หน่วยงานที่ต้องทำงานภายใต้หรือหน่วยงานที่ต้องทำงานร่วมกันไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลจัดการข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องความครบถ้วนของการลงข้อมูล ทำให้การรายงานไม่เป็นปัจจุบัน

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและแผนงานระดับชาติในเรื่องความรุนแรงผ่านการผลักดันกฎหมายต่างๆ และเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายผ่านสภาเด็ก แต่พบว่ามาตรการป้องกันความรุนแรงต่อเด็กที่มีอยู่ในปัจจุบันมักอยู่ในรูปแบบของมาตรการเชิงสื่อสารสาธารณะผ่านการรณรงค์หรือเป็นโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความรุนแรงของเด็กที่อยู่ภายใต้ระบบการศึกษา/ชุมชน และยังขาดการติดตามและประเมินผลโครงการที่เป็นรูปธรรม มีเพียงการประเมินผลในลักษณะการรายงานเป็นผลผลิตมากกว่าการรายงานเป็นผลลัพธ์ อีกทั้งไม่พบมาตรการในการป้องกันปัญหาความรุนแรงต่อเด็กภายใต้ขอบเขตของระบบสาธารณสุข ซึ่งมาตรการที่มีอยู่มักเน้นไปในเชิงรับโดยเป็นการดูแลและการเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เสนอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ร่วมกันพัฒนาระบบการสอบสวนสาเหตุความรุนแรง พร้อมพัฒนาระบบฐานข้อมูลเหยื่อความรุนแรงที่เชื่อมระหว่างสถานพยาบาลและหน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานีตำรวจ ศูนย์ช่วยเหลือสังคม เป็นต้น ซึ่งฐานข้อมูลนี้ไม่ควรเป็นเพียงการรวบรวมสถิติเท่านั้น แต่ควรเป็นฐานข้อมูลที่สามารถแจ้งเตือนในกรณีเกิดการความรุนแรงบ่อยครั้ง เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถใส่มาตรการการป้องกันความรุนแรงได้ทันทั่วถึง
2. เสนอให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักในการจัดให้มีการพัฒนาระบบการเยียวยาเหยื่อความรุนแรงที่มีประสิทธิภาพโดยให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านการแพทย์ การบำบัดฟื้นฟู และการดำเนินการทางกฎหมาย โดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิด

⁶ รายงานและบทวิเคราะห์สภาวการณ์เด็กไทยในรอบปี 2553-2554

แนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นมาตรฐาน ประชาชนทราบถึงแนวทางการปฏิบัติหากพบเห็นหรือ
ประสบกับความรุนแรง ทั้งนี้ควรมีการจัดทำแนวทางและอบรมสื่อมวลชนถึงวิธีการในการปฏิบัติงานและ
นำเสนอข่าวที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อเหยื่อและเกิดการ
ลอกเลียนแบบอีกด้วย

3. เสนอให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพ
สาธารณะแห่งประเทศไทย มีการสนับสนุนสื่อสร้างสรรค์ที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความรุนแรง
ต่อเด็กและเยาวชน พร้อมทั้งนำเสนอแนวทางการจัดการเมื่อเกิดปัญหา โดยสื่อดังกล่าวจะต้องเป็นสื่อที่
สามารถเข้าถึงกลุ่มเด็ก เยาวชน และบุคคลในสังคมได้จริง เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาพร้อมทั้ง
ทราบแนวทางการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ ควรมีการวางแผนการดำเนินงานด้านสื่อดังกล่าวอย่างเป็นระบบ
4. เสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาข้อมูลเชิงวิชาการมีการศึกษาวิจัยกลไกการดำเนินงานเชิงรุก
เพื่อป้องกันปัญหาความรุนแรง ที่มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมทั้ง
ทั้งหน่วยงานผู้สนับสนุนทุนวิจัยในการดำเนินโครงการป้องกันความรุนแรงมีข้อกำหนดในส่วนการติดตาม
และประเมินผลของโครงการที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพของโครงการ
เพื่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

ปัญหาสุขภาพจิตใจในเด็กและเยาวชน

ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ต่อผู้ป่วย เช่น มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติ
ขาดการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้มีโรคร่วมทางกายรุนแรง ถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรม
ทางสังคม ทำให้มีโอกาสดกงาน หรือได้งานที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ญาติ ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของ
ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ยังได้รับผลกระทบด้วย เช่น มีโอกาสเจ็บป่วยทางกายและจิต ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย
ด้านรักษาพยาบาล และชดเชยค่าเสียหายจากการกระทำผิดของผู้ป่วย รวมถึงถูกรังเกียจจากคนในชุมชน

ปัญหาสุขภาพจิตเกิดได้ในทุกเพศทุกวัย ถึงแม้ว่าจากการสำรวจทางระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตในคน
ไทย จะพบว่าเด็กและเยาวชน มีความชุกของปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าประชากรในวัยอื่นๆ อย่างไรก็ตาม
ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนมีลักษณะที่แตกต่างจากประชากรวัยอื่น ซึ่งส่งผลให้เกิดผลกระทบสำคัญ
ทั้งต่อผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง

โรคสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องการเรียนรู้ และออทิสติก

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ; ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก มี
ลักษณะความผิดปกติที่เด่นชัดคือ มีช่วงสมาธิสั้นกว่าปกติ (Inattentiveness) อยู่ไม่นิ่ง อยู่ไม่สุข ชุกชน
ผิดปกติ (Hyperactivity) หุนหันพลันแล่น ขาดการยับยั้งชั่งใจในการกระทำต่างๆ (Impulsivity)⁷ ส่วนความ
บกพร่องในทักษะการเรียนรู้ (Learning Disorder; LD) หมายถึง ความบกพร่องทางการเรียนรู้ แสดงออกมาใน

⁷ สุรรณี พุทธิศรี. Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorder. In: มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, editors. จิตเวชศาสตร์
รามาริบัติ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.

รูปของปัญหาด้านการอ่าน การเขียน การสะกดคำ การคำนวณ และเหตุผลเชิงคณิตศาสตร์⁸ และออทิสติก หมายถึงความบกพร่องใน 3 ด้านหลัก คือ ภาษาและการสื่อความหมาย การสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และพฤติกรรมและความสนใจแบบจำเพาะซ้ำเดิม⁹

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยและได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด พบประมาณร้อยละ 5-8 ของเด็กชั้นประถมศึกษา และมักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโอกาสสอบตกซ้ำชั้นหรือสำเร็จการศึกษาน้อยกว่าเด็กปกติ มีปัญหาด้านบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมซึ่งเมื่อโตขึ้นมีแนวโน้มการใช้สารเสพติด ลักขโมย หรือก่ออาชญากรรม และติดคุกเนื่องจากกระทำผิดกฎหมาย

ขณะที่ ทักษะการเรียนรู้พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 4-6 ในเด็ก 6-12 ปี¹⁰ ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้ไม่สามารถเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพด้วยวิธีการศึกษาปกติ ทั้งนี้ความบกพร่องทางการเรียนอาจจำแนกได้ตามปัญหาด้านทักษะ โดยพบความบกพร่องของทักษะการอ่านและเขียนได้บ่อยกว่าทักษะการคำนวณ ทั้งนี้ยังพบว่าร้อยละ 40-50 ของเด็กที่มีปัญหาความบกพร่องด้านการเรียนมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล

ส่วนออทิสติกพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นจาก 1.43 ต่อ 10,000 ผู้ป่วยนอกที่อายุต่ำกว่า 12 ปีในปี พ.ศ. 2540 เป็น 6.93 ต่อ 10,000 ในปี พ.ศ. 2545 กลุ่มอาการของออทิสติกมี 3 ประการคือ ความบกพร่องด้านการสื่อสาร การปรับตัวเข้ากับสังคมและจินตนาการ ส่งผลให้พัฒนาการและการเรียนรู้ที่ล่าช้า แต่อาการจะดีขึ้นหากได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้รวดเร็ว¹¹

จากการศึกษาต้นทุนต่อปี¹² ของโรคสมาธิสั้นในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2548 พบว่า มีต้นทุนความเจ็บป่วยประมาณ 14,600 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี ในขณะที่สหราชอาณาจักรพบว่าต้นทุนการดูแลเด็กที่มีภาวะออทิสติกประมาณ 16,200-63,000 ปอนด์ต่อปี¹³ โดยค่าใช้จ่ายของเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ผู้ปกครองจะน้อยกว่าเด็กที่อาศัยกับสถานดูแล โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกิดในภาคครัวเรือน เช่น การเลี้ยงดู การให้การช่วยเหลือ จะเห็นได้ว่าต้นทุนในการดูแลผู้มีภาวะบกพร่องดังกล่าวมีมูลค่าสูง¹⁴

ในปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตของเด็กไทย จึงดำเนินการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและภาวะบกพร่องการเรียนรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความก้าวหน้าทางการศึกษาของเด็กและเยาวชน แก่เด็กในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550

⁸ อัญชิตรา เศรษฐสิทธิ์, ศูนย์วิจัยการศึกษาเพื่อเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ. ร่วมคิดร่วมแก้ไขเด็กพิเศษ.

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

¹⁰ ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. ความผิดปกติทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. In: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, editors. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548

¹¹ อมรา สุนทรธาดา. ในอังกฤษบำบัดเด็กออทิสติกด้วยการดูวิดีโอในไทยบำบัดด้วยซ้ำ

http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceV/Download/Article_Files/Article17_AutismBritish.pdf

¹² Pelham WE, Foster M, Robb JA. The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Journal of Pediatric Psychology. 2007;32(6):711-727

¹³ Foundation for People with Learning Disabilities. The economic consequences of autism in the UK. 2007

¹⁴ Jarbrink K, Knapp M. The economic impact of autism in Britain. Autism. 2001;5(1):17-22.

เป็นต้นมา อย่างไรก็ตามโครงการดังกล่าวยังมีปัญหาเรื่องการควบคุมคุณภาพการคัดกรองและขาดความร่วมมือจากสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ตรวจยืนยัน รักษา และติดตามประเมินผล ทำให้มีเด็กนักเรียนจำนวนมากได้รับการคัดกรองแต่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกันพัฒนาระบบการคัดกรองที่โรงเรียนให้ประสิทธิภาพมากกว่าในปัจจุบัน โดยปรับปรุงคุณภาพของครูผู้คัดกรองให้มีความรู้และประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือคัดกรอง ติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ มีระบบการเชื่อมต่อประสานที่ดีกับสถานพยาบาลที่ต้องให้บริการตรวจยืนยันผลการคัดกรอง รักษา และติดตามผลการรักษา
2. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยควรกำหนดกรอบความรับผิดชอบแนวทางการวินิจฉัย การรักษา และติดตามสำหรับกุมารแพทย์และกุมารแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจนด้านนโยบายและการปฏิบัติ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องสำหรับประเทศไทย
3. ระบบหลักประกันสุขภาพควรพิจารณาถึงความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการสร้างแรงจูงใจสถานพยาบาลระดับต่างๆ พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการติดตามโรคสมาธิสั้น ความบกพร่องด้านการเรียนรู้และออทิสติก โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับกระทรวงศึกษาธิการ ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น
4. ควรเร่งสร้างความตระหนักให้กับผู้บริหารและสาธารณชนถึงความสำคัญและความคุ้มค่าของการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น ความบกพร่องด้านการเรียนรู้และออทิสติกในชั้นประถมศึกษา เพื่อให้ได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ปกครองในการวินิจฉัย ดูแล และรักษาโรคสมาธิสั้น

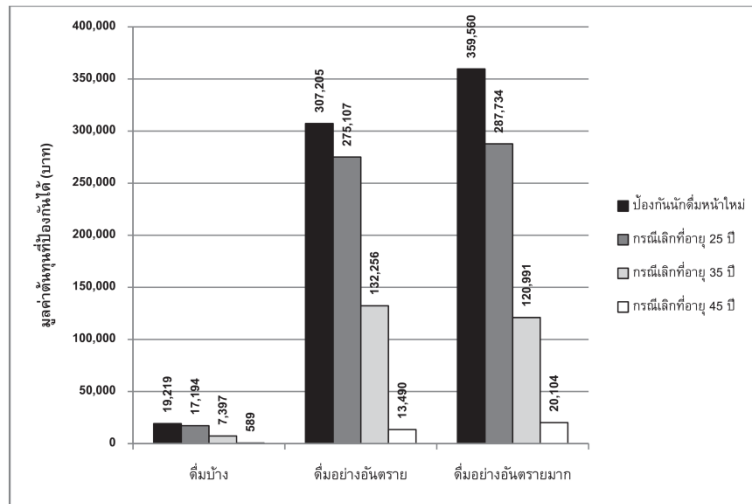
ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและเยาวชนหลายกรณีเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ทั้งประเภทที่ถูกกฎหมาย เช่น เหล้า บุหรี่¹⁵ และสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น ยาบ้า ไอซ์ เฮโรอีน โดยอย่างหลังเป็นสาเหตุชักนำให้เด็กและเยาวชนต้องเข้าไปเกี่ยวข้องหรือเป็นเครื่องมือให้กับกลุ่มอาชญากรรม

จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยพบว่าเยาวชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 49 โดยอายุของผู้เริ่มดื่มน้อยลงคืออายุ 6 ปี ในขณะที่สูบบุหรี่ร้อยละ 22 โดยพบว่ามีผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นประมาณ 5 แสนคน นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กและเยาวชนทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษามีการเสพยาเสพติดมากถึงร้อยละ 7.9 รองลงมาคือ ยาบ้า และไอซ์ โดยเด็กอายุต่ำสุดที่เริ่มเสพยาบ้ามีอายุ 7 ปี

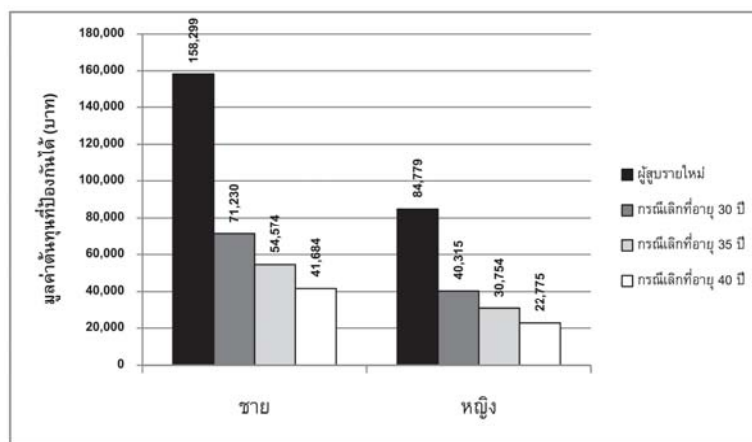
จากการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ประเมินว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการสูญเสียผลิตภาพโดยรวมจากการขาดงาน และสูญเสีย

¹⁵ รวมถึงยาเส้นหรือยาเส้นปรุงไม่ว่าจะมีใบยาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัสดุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัด

ประสิทธิภาพในการทำงานคิดเป็นเงินประมาณ 14,000 ล้านบาทต่อปี¹⁶ ซึ่งหากป้องกันมิให้เยาวชนกลายเป็นนักดื่มหน้าใหม่จะสามารถป้องกันความสูญเสียแก่ระบบเศรษฐกิจของประเทศได้ มูลค่า 20,000 บาทต่อคน (กรณีมีความรุนแรงของการดื่มในระดับต่ำ) ถึง 360,000 บาทต่อคน (กรณีมีความรุนแรงของการดื่มในระดับอันตรายมาก) เช่นเดียวกันในกรณีป้องกันมิให้เยาวชนกลายเป็นนักสูบบุหรี่หน้าใหม่จะสามารถป้องกันความสูญเสียแก่ระบบเศรษฐกิจของประเทศได้ 80,000 – 160,000 บาทต่อคน¹⁷ ทั้งนี้พบว่าหากไม่สามารถป้องกันเยาวชนมิให้เป็นนักดื่มหรือนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ได้ การช่วยเหลือให้เยาวชนที่เป็นนักดื่มหรือนักสูบบุหรี่อยู่แล้วยุติการดื่มหรือการสูบบุหรี่ได้ยิ่งเร็วจะเป็นการดีทั้งต่อสุขภาพและลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของสังคม ดังรูปที่ 1 และ 2



รูปที่ 1 มูลค่าผลได้ทางเศรษฐกิจในกรณีป้องกันนักดื่ม(แอลกอฮอล์) ที่ช่วงเวลาต่างๆ



รูปที่ 2 มูลค่าผลได้ทางเศรษฐกิจในกรณีป้องกันนักสูบบุหรี่(บุหรี่ย) ที่ช่วงเวลาต่างๆ

¹⁶ มนตรีธรรม์ ถาวรเจริญทรัพย์ ยศ ตีระวัฒน์นานนท์ อุษา ฉายเกล็ดแก้ว ชนิดา เลิศพิทักษ์พงษ์ จอมขวัญ โยธาสุมทร กรรณิการ์ ฐิติบุญสุวรรณ ประพัทธ์ นรมิตพิทักษ์กุล. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. นนทบุรี ตุลาคม 2551.

¹⁷ มนตรีธรรม์ ถาวรเจริญทรัพย์ ทิวารัตน์ วุฒิศรีย พัทธรา สิวหรวงศ์ นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร ปริญญาธิ บุณย์คำ วรัญญา รัตนวิภาพงษ์ และคณะ. การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ: การพัฒนาแนวทางการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาต้นทุนความเจ็บป่วย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. กรกฎาคม 2554. นนทบุรี

ขณะที่ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการใช้มาตรการทางด้านกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมการบริโภคสุรา บุหรี่ และสารเสพติด เช่น การกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ซื้อสุราและบุหรี่ ที่อายุ 18 ปี ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีระบบการคัดกรองในระดับประชากร¹⁸ และรักษาภาวะติดสุรา บุหรี่ และสารเสพติด สำหรับกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นวัยเริ่มต้นในการใช้สารเสพติดเหล่านี้

ข้อเสนอแนะ

1. นักวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนถึงรากเหง้าของปัญหาสารเสพติด (ทุกประเภท) ว่าเกิดจากหลายปัจจัยและสะท้อนถึงปัญหาอันซับซ้อนทางสังคม ดังนั้นการแก้ไขปัญหาก็จะสามารถดำเนินการให้ลุ่ลงได้โดยมาตรการใดมาตรการหนึ่ง การดำเนินงานพร้อมกันของหลายมาตรการที่มีหลักฐานว่าให้ประโยชน์หรือมีการประเมินและติดตามอย่างใกล้ชิดจึงเป็นหนทางที่ดีที่สุด ทั้งนี้มีการพิสูจน์ในหลายประเทศแล้วว่า การใช้มาตรการที่เข้มงวด เช่น การใช้บทลงโทษทางกฎหมายอย่างรุนแรง การตีตราบาปให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นมาตรการที่ไม่ได้ผล รังแต่จะทำให้ปัญหามีความซับซ้อนและแก้ไขยากมากขึ้น (กลายเป็นเครื่องมือของกลุ่มผู้มีอิทธิพลนอกระบบกฎหมาย เป็นต้น)
2. สถานพยาบาลในชุมชนโดยการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดโดยใช้เครื่องมือ Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)¹⁹ และให้การรักษาด้วยการให้คำแนะนำอย่างสั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน เพราะมีหลักฐานยืนยันอย่างชัดเจนว่าเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่า กล่าวคือมีต้นทุนในการดำเนินงานน้อยกว่า ประโยชน์ที่จะได้รับกลับมาในรูปของมูลค่าทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้ควรให้สถานพยาบาลปฐมภูมิทุกแห่งมีศักยภาพและใช้เครื่องมือ ASSIST ในการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดอย่างทั่วถึง
3. สถานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้ผู้ติดสารเสพติดที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการให้คำแนะนำอย่างสั้น แต่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนกว่า สามารถเข้าถึงบริการบำบัดรักษาได้อย่างทั่วถึงและไม่ถูกตีตราบาปหรือกลายเป็นเงื่อนไขที่ทำให้ได้รับโทษทางกฎหมาย ทั้งนี้ประสบการณ์ในหลายประเทศในยุโรปและแคนาดาได้พิสูจน์แล้วว่า การให้การรักษาดังกล่าวร่วมกับ harm reduction measures (เช่น การแจกกระบอกและเข็มฉีดยา) เป็นวิธีการที่มีประโยชน์ต่อสังคม กล่าวคือ ลดปัญหาอาชญากรรม ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สารเสพติด เช่น ลดการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี ทั้งนี้ สปสช. ควรจัดให้มียาหรือเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

¹⁸ การคัดกรองหมายถึงการซักถามหรือตรวจเบื้องต้นอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือโรค ของบุคคลซึ่งไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองมีความเสี่ยงหรือเป็นโรคนั้นแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน ลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค

¹⁹ ASSIST เป็นแบบคัดกรองประสบการณ์ในการดื่มสุราการใช้ ยาสูบ และสารเสพติดตัวอื่นๆ เช่น กัญชา โคเคน ยาบ้า ยาแก้ปวดประสาท ยาหลอนประสาท สารระเหย ฟีน และยาอื่นๆ

4. หน่วยงานผู้ให้ทุนวิจัย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สนับสนุน ประเมินผลและพัฒนาบริการเสริม นอกเหนือจากบริการในสถานพยาบาล เพื่อลดหรือแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติด เช่น บริการสายด่วนเลิก บุหรี่ สุรา หรือสารเสพติดอื่นๆ รวมถึงพัฒนานวัตกรรมเกี่ยวกับการให้การศึกษา ให้คำปรึกษา และ ให้บริการรักษาหรือเลิกใช้สารเสพติด ผ่านสื่อออนไลน์ที่กลุ่มเยาวชนเข้าถึงง่าย
5. ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนสนับสนุนมาตรการป้องกันในเยาวชนโดยผ่านระบบการศึกษา การ เข้าค่ายเยาวชน กิจกรรมทักษะชีวิต หรือลานกีฬา ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น เยาวชนในแหล่งชุมชนแออัด

เด็กติดเกม

ปัจจุบันยังไม่มีนิยามปัญหาการติดเกมอย่างเป็นทางการจากองค์กรในระดับชาติหรือนานาชาติ อย่างไรก็ตาม จากการประชุมเรื่อง “เด็กและเยาวชนติดเกม: แนวทางแก้ไข” ที่จัดโดยกรมสุขภาพจิตได้นิยาม “เด็กติด เกม” หมายถึง เด็กที่เล่นเกมไม่สนใจการเรียน เด็กที่ไม่รู้จักแบ่งเวลาให้เหมาะสม และเด็กที่เล่นเกมติดต่อกัน เป็นระยะเวลานานเกินความเหมาะสม นอกจากนี้ในบางรายหากหยุดเล่นเกมจะแสดงความไม่พอใจอย่างมาก หงุดหงิดและอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา²⁰ การติดเกมเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัย⁸⁴ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสังคม การเลี้ยงดูในครอบครัวและลักษณะของเด็ก

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติปี พ.ศ. 2555 พบว่าเด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 97 ใช้คอมพิวเตอร์/ อินเทอร์เน็ตใช้คอมพิวเตอร์อย่างน้อย 1-4 วันต่อสัปดาห์ โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 21 ใช้คอมพิวเตอร์/ อินเทอร์เน็ต 5-7 ต่อสัปดาห์²¹ นอกจากนี้จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตถึงสถานการณ์เด็กติดเกมมี แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในโดยระหว่างปี พ.ศ. 2549-2555 มีจำนวนเด็กติดเกมเพิ่มขึ้นถึงสามเท่าจาก ร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 14 หรือประมาณว่า เด็กทุกๆ 8 คน จะติดเกม 1 คน²² ทั้งนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ยืนยันว่าเด็กที่ติดเกมที่แฝงความรุนแรงจะมีพฤติกรรม ก้าวร้าว ทะเลาะวิวาทและใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น การ ติดเกมยังส่งผลเสียต่อการเข้าสังคมและมนุษย์สัมพันธ์ และผลทางสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน นอกจากนี้ปัจจุบัน เริ่มมีรายงานการเสียชีวิตจากการเล่นเกมมากเกินไปในหลายประเทศทั่วโลก ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากเมื่อ เทียบกับเด็กที่เล่นเกมทั้งหมดแต่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและแนวโน้มความรุนแรงในอนาคต

ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานให้ความสนใจและตระหนักว่าเด็กติดเกมจะเป็นปัญหาสำคัญในอนาคตของประเทศ แต่มาตรการที่มีการดำเนินการเป็นการรณรงค์ การจัดระเบียบเกี่ยวกับร้านอินเทอร์เน็ต รวมการจำกัดเวลาใช้ บริการของเด็ก ซึ่งมาตรการดังกล่าวไม่ได้รับความสนใจจากผู้ประกอบการและภาครัฐไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งหมดเนื่องจากร้านเกมมีมากกว่า 43,000 ร้านและปัจจุบันการเล่นเกมนอนไลน์สามารถเล่นได้ที่บ้านพัก อาศัย ดังนั้นมาตรการเหล่านี้จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาการติดเกมของเด็กได้ อีกทั้งผู้ประกอบการไม่ได้ให้

²⁰ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เด็กและเยาวชนติดเกม : แนวทางแก้ไข สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน: สำนักส่งเสริม และพิทักษ์เยาวชน สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2548.

²¹ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545

²² การศึกษาหาปัจจัยป้องกันการติดเกมในเด็กและวัยรุ่น. รู้หรือไม่ว่า? เด็ก 8 คน จะมี 1 คน ที่ "ติดเกม. นนทบุรี: สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556

ความสำคัญกับการเล่นเกมของเด็กที่เกิดจากความไม่ตระหนักถึงผลเสียของการติดเกมที่คิดว่าเมื่อโตขึ้นจะเลิกเล่นเกมไปเองและการติดเกมไม่น่าส่งผลเสียร้ายแรงในอนาคตต่อเด็ก

ข้อเสนอแนะ:

1. รัฐบาลกำหนดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบปัญหาเด็กและผู้ใหญ่ติดเกมในระดับชาติเช่นในหลายประเทศ ทั้งนี้หน่วยงานดังกล่าว ควรทำหน้าที่กำหนดนิยาม เกณฑ์การวินิจฉัย ฝ้าระวัง ประเมินผลกระทบ สร้างองค์ความรู้ถึง สาเหตุ ผลกระทบ ประเมินมาตรการแก้ไขปัญหาทั้งระดับบุคคลและระดับชาติเพื่อพัฒนาเป็นนโยบายต่อไปในอนาคต
2. จัดตั้งคลินิกรักษาผู้มีปัญหาติดเกมในรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา เพื่อรับมือกับปัญหาติดเกมที่จะรุนแรงมากขึ้นในอนาคต เพราะปัจจุบันมีผลวิจัยทางการแพทย์ยืนยันว่าการบำบัดทางจิตและพฤติกรรมสามารถลดปัญหาความรุนแรงของการติดเกม ทำให้หลายประเทศ เช่น เกาหลีใต้ เนเธอร์แลนด์ และสาธารณรัฐประชาชนจีน ได้จัดตั้งคลินิกรักษาผู้มีปัญหาติดเกม อย่างไรก็ตามรูปแบบคลินิكدังกล่าวได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับประเทศเหล่านี้ ในขณะที่ประเทศไทยไม่เคยมีการจัดตั้งคลินิกเหล่านี้ จึงความจำเป็นในการหารูปแบบและมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย