

รายงานการทบทวนนโยบาย

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับเด็กโตและเยาวชน

ในประเทศ แคนาดา สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักรบราซิลใหญ่
และไอร์แลนด์เหนือ ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และไต้หวัน

ภายใต้โครงการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคสำหรับเด็กโตและเยาวชน



รายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กโตและ
เยาวชน ในประเทศ แคนาดา สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ
ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และไต้หวัน

ภายใต้โครงการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำหรับเด็กโตและเยาวชน

เสนอ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

กันยายน 2556

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1	ความเป็นมา
1.	บทนำ
2.	วิธีการศึกษา
3.	ภูมิภาค/ ประเทศที่ทำการศึกษา
4.	เอกสารอ้างอิง
บทที่ 2	การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและ เยาวชน: ประเทศแคนาดา
1.	บทนำ
2.	วิธีการศึกษา
3.	ข้อมูลทั่วไปของประเทศแคนาดา
4.	ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศแคนาดา
5.	หน่วยงานด้านสาธารณสุขของแคนาดา
6.	โรคและ/หรือระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน
7.	นโยบายด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของแคนาดา
8.	บทเรียนจากการทบทวนการส่งเสริมสุขภาพในแคนาดา
9.	เอกสารอ้างอิง
	ภาคผนวก
บทที่ 3	การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและ เยาวชน: ประเทศสหรัฐอเมริกา
1.	บทนำ
2.	วิธีการศึกษา
3.	ข้อมูลทั่วไปของประเทศสหรัฐอเมริกา
4.	ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา
5.	หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของเด็กและเยาวชน
6.	ภาวะโรค/ ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพ และนโยบาย/ มาตรการที่สำคัญ
7.	ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย
8.	เอกสารอ้างอิง
	ภาคผนวก
บทที่ 4	การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและ เยาวชน: ประเทศสหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ
1.	บทนำ
2.	วิธีการศึกษา
3.	ข้อมูลทั่วไป
4.	ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ
5.	ภาวะโรค/ ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในประเทศ และนโยบาย/ มาตรการที่

	หน้า
สำคัญ	
6. บทสรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย	109
7. เอกสารอ้างอิง	110
ภาคผนวก	115
บทที่ 5 การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและ เยาวชน: ประเทศออสเตรเลีย	
1. บทนำ	116
2. วิธีการศึกษา	116
3. ข้อมูลทั่วไป	116
4. ระบบการเงิน การคลัง การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ และ งบประมาณสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	117
5. ภาระโรคของปัญหาสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย รวมทั้งปัญหาสุขภาพในกลุ่มเด็ก และเยาวชน	119
6. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย รวมทั้งปัญหาสุขภาพในกลุ่ม เด็กและเยาวชน	121
7. นโยบายและมาตรการระดับประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค ของเด็กและเยาวชน	132
8. บทสรุปและบทเรียนจากการทบทวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ เด็กและเยาวชนในประเทศออสเตรเลีย	146
9. เอกสารอ้างอิง	148
บทที่ 6 การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและ เยาวชน: ประเทศญี่ปุ่น	
1. บทนำ	154
2. วิธีการศึกษา	154
3. ข้อมูลทั่วไป	154
4. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ	155
5. ภาระโรค/ ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพ	156
6. นโยบายและมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	159
7. บทเรียนจากการทบทวนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น	169
8. เอกสารอ้างอิง	170
บทที่ 7 การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและ เยาวชน: ประเทศไต้หวัน	
1. บทนำ	173
2. วิธีการศึกษา	173
3. ข้อมูลทั่วไป	173
4. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ	174
5. ภาระโรค/ ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพ	176

	หน้า
6. นโยบายและมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	182
7. บทเรียนจากการทบทวนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไต้หวัน	190
8. เอกสารอ้างอิง	192

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2-1	ร้อยละของการตั้งครุฑของกลุ่มเยาวชนในแต่ละปี จำแนกตามอายุ	9
2-2	ร้อยละของการทำแท้งของกลุ่มเยาวชนในแต่ละปี จำแนกตามอายุ	9
2-3	ร้อยละของการทำแท้งของแต่ละกลุ่มอายุ	10
2-4	อัตราการฆ่าตัวตายของเด็กและเยาวชนในประเทศแคนาดาจำแนกตามปี	11
2-5	ความชุกของการผิดปกติของสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนแคนาดา	12
2-6	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชน	13
2-7	สาเหตุการตายของเด็กและเยาวชนเนื่องจากการบาดเจ็บ 3 ลำดับแรกจำแนกตามกลุ่มอายุ	15
2-8	จำนวนเหยื่อของความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในปี พ.ศ. 2551	16
2-9	ประมาณการงบประมาณสำหรับ the National Anti-Drugs Strategy	24
2-10	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ดัชนีชี้วัด และกลุ่มเป้าหมายของ the National Anti-Drugs Strategy	25
4-1	ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับสุขภาพของสหราชอาณาจักร	80
4-2	ผลลัพธ์ 5 ตัวตามนโยบาย Every Child Matte	92
4-3	มาตรฐาน 11 ตัวตาม NSF 2004	93
4-4	ลักษณะของการบริการใน Healthy Child Programme	95
4-5	ความชุกของการสูบบุหรี่ในประเทศต่างๆ ของสหราชอาณาจักร ปีพ.ศ. 2553	104
5-1	ข้อมูลประมาณของภาระโรคประเทศออสเตรเลีย ปีพ.ศ.2546 และ พ.ศ.2553	119
5-2	มูลค่าความสูญเสียปีสุขภาวะในแต่ละช่วงอายุ ปีพ.ศ.2546	120
5-3	สาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายและเพศหญิง อายุ 0-14 ปี	120
5-4	สาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายและเพศหญิง อายุ 15-44 ปี	121
5-5	อัตราหญิงวัยรุ่นที่ให้กำเนิดทารกต่อวัยรุ่นหญิง 1,000 คน ในปีพ.ศ.2544-2554	122
5-6	อัตราหญิงวัยรุ่นที่ให้กำเนิดทารกในแต่ละอายุ ตั้งแต่อายุ 15-19 ปี	123
5-7	เด็กอายุ 5-17 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนในปีพ.ศ.2538 และปีพ.ศ.2551-2552	123
5-8	ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในกลุ่มคนอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในปีพ.ศ.2538 และปีพ.ศ.2551-2552	124
5-9	อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการบาดเจ็บในเด็กแต่ละช่วงอายุ ปีพ.ศ.2551-2553	124
5-10	อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการจมน้ำในเด็กแต่ละช่วงอายุ ปีพ.ศ.2551-2553	125
5-11	อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการถูกฆาตกรรมในเด็กแต่ละช่วงอายุ ปีพ.ศ.2552-2553	125
5-12	อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บในเด็กและเยาวชนแต่ละช่วงอายุ	126
5-13	อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการอุบัติเหตุทางถนนในเด็กและเยาวชนแต่ละช่วงอายุ	126
5-14	จำนวนเด็กและเยาวชนที่เข้าโรงพยาบาลเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บในแต่ละช่วงอายุ	128
5-15	การเสียชีวิตและการเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บในเด็กและเยาวชนอายุ 12-24 ปี	128

ตารางที่		หน้า
5-16	ร้อยละของเด็กชั้นมัธยมศึกษาที่สูบบุหรี่ในแต่ละช่วงอายุ	129
5-17	การวัดขนาดการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงต่างๆ	130
5-18	ความชุกของปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนอายุ 16-24 ปี ในปีพ.ศ.2550	131
6-1	จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำแนกตามอายุและชนิดของยานพาหนะ	158
6-2	จำนวนเด็กที่เสียชีวิตจากการถูกใช้ความรุนแรงจำแนกรายปี	158
6-3	เป้าหมายของการมีภาวะน้ำหนักที่เหมาะสมของเด็กและเยาวชน	162
7-1	คาดการณ์จำนวนประชากรได้หัววัน	174
7-2	ค่าใช้จ่าย personal health care จำแนกตามอายุ	175
7-3	สาเหตุและอัตราการเสียชีวิตของประชากรอายุระหว่าง 5-14 ปี	176
7-4	สาเหตุและอัตราการเสียชีวิตของประชากรอายุระหว่าง 15-24 ปี	177
7-5	จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV/ AIDS จำแนกตามอายุ	178
7-6	สาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของเด็กอายุ 0-19 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ	182

สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
2-1	ความเชื่อมโยงของหน่วยงานและความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพของแคนาดา	21
2-2	รายละเอียดของกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ของ National Anti-Drug Strategy	27
4-1	Years lived with disability in the UK by cause and age in 2010	82
4-2	Diagnosis rate of STIs in younger (16-24) and older adults (25-44) in UK, 1998 – 2007	83
4-3	กระบวนการให้บริการในโครงการ C Card	85
4-4	ความชุกของโรคอ้วนในเด็กอายุระหว่าง 2-15 ปี จำแนกตามเพศ	88
4-5	ความชุกของโรคอ้วนในผู้มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำแนกตามเพศ	88
4-6	Life cycle of a gang member	103
4-7	Tobacco control actions across the Nuffield Ladder of public health interventions	106
7-1	แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียน junior, senior และ vocational high school	180
7-2	จำนวนนักเรียน junior, senior และ vocational high school ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่	180
7-3	อัตราการสูดดมควันบุหรี่ในโรงเรียนของนักเรียน junior, senior และ vocational high school	181

บทที่ 1

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชน

1. บทนำ

เด็กและเยาวชนเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของประเทศ จากข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2552¹ ประเทศไทยมีเด็กอายุ 6-12 ปี จำนวนประมาณ 5.91 ล้านคน เด็กอายุ 13-17 ปี จำนวน 4.85 ล้านคน และเด็กอายุ 18-25 ปี จำนวน 7.46 ล้านคน และคาดว่าโครงสร้างประชากรเด็กมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิผล ดังนั้น การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพของเด็กและเยาวชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เด็กและเยาวชนมีสุขภาพที่ดี และเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่จะเป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต

แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559¹ ได้ให้นิยามไว้ว่า เด็ก หมายถึง ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และเยาวชน หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18-25 ปี โดยแผนพัฒนาฯ มีเป้าหมายหลักด้านสุขภาพในการให้เด็กและเยาวชนมีความแข็งแรงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต แม้ว่าสถานการณ์ด้านสุขภาพของเด็กไทยจะได้รับการดูแลและมีมาตรการจากภาครัฐเพื่อลดปัญหาต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง บางปัญหาพบจำนวนลดลง เช่น ปัญหาทุพโภชนาการ ปัญหาโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน แต่ปัญหาสุขภาพบางอย่างยังมีจำนวนคงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงเป็นปัญหาเพิ่มขึ้น เช่น ปัญหาโภชนาการเกิน ปัญหาการตั้งครรภ์ในเด็กและเยาวชน เป็นต้น

จากการทบทวนปัญหาสุขภาพเบื้องต้นของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) พบรายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552² และ Global burden of disease ปี ค.ศ.2004³ ได้สรุปปัญหาด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนที่สำคัญ ได้แก่ อนามัยเจริญพันธุ์ ภาวะโภชนาการ การบาดเจ็บ การใช้สารเสพติด และปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะของเด็กและเยาวชนสูง จึงควรมีการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง โดยในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพนี้ จำเป็นต้องใช้มาตรการหรือนโยบายทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อจัดการปัญหาอย่างยั่งยืน นโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชน การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้ประชาชนสามารถควบคุมและพัฒนาสุขภาพให้มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยมีการจัดการสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย⁴ ซึ่งจัดได้ว่าเป็นการลงทุนที่มีต้นทุนต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากปัญหาสุขภาพเกิดจากพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน

อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจในการดำเนินมาตรการหรือนโยบายต่างๆ ควรต้องมีข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ โดยรายงานฉบับนี้จะทำการทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชนของต่างประเทศ เพื่อศึกษาถึงนโยบาย มาตรการ ผลการดำเนินการ และบทเรียนต่างๆ ของการดำเนินงานตามนโยบายของประเทศนั้นๆ ซึ่งแต่ละประเทศจะมีระบบสุขภาพและระบบการจัดการที่แตกต่างกันไป ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาประกอบการพิจารณาคัดเลือกนโยบายหรือมาตรการเพื่อประยุกต์กับระบบสุขภาพของประเทศไทย จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชนไทยต่อไป

2. วิธีการศึกษา

2.1 แหล่งข้อมูลและการสืบค้น

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นจะมาจากแหล่งสำคัญ ดังนี้

1. ฐานข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในประเทศนั้นๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ หน่วยงานรับผิดชอบด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น
2. ฐานข้อมูลขององค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น องค์การอนามัยโลก องค์กรพัฒนาและร่วมมือทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
3. รายงานการวิจัย หรือบทความในวารสารวิชาการ ที่แสดงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ หรือการดำเนินนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน

การสืบค้นจากแหล่งข้อมูลดังกล่าวมีการใช้คำสืบค้นหลัก ดังนี้ health policy, health promotion, youth, adolescent, teenager, childhood, health problem, ชื่อประเทศที่ทบทวน

2.2 กรอบการทบทวน

การทบทวนนี้จะศึกษาถึงนโยบายและมาตรการในระดับชาติของประเทศนั้นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนที่มีช่วงอายุ 6-25 ปี ใช้การทบทวนตามลักษณะปัญหาด้านสุขภาพที่มีการจัดลำดับความสำคัญของประเทศไทย โดยจะศึกษาเฉพาะเอกสาร หรือรายงานที่มีการเผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ มีรายละเอียดในการทบทวน ดังนี้

1. ระบบการเงิน การคลัง การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ และงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. ข้อมูลภาระโรคและ/หรือระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในประเทศที่ทบทวน รวมทั้งปัญหาสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน
3. นโยบายและมาตรการระดับประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและเยาวชน ที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน
4. เหตุผลที่กำหนดหรือเลือกนโยบายและมาตรการตามข้อ 3 และ 4 เช่น ขนาดหรือความสำคัญของปัญหาหรือผลกระทบ ความสามารถของระบบบริการ ความสนใจของผู้บริหารของนโยบายหรือประชาชนในสังคม และความคุ้มค่าของมาตรการที่ใช้ในการแก้ปัญหาในประเทศนั้นๆ
5. หน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินนโยบายและมาตรการตามข้อ 3 และ 4
6. ระบบการติดตามประเมินผลนโยบายและมาตรการตามข้อ 3
7. ผลการดำเนินงานในแต่ละมาตรการตามข้อ 3 และ 4 (ถ้ามี)

3. ภูมิภาค/ ประเทศที่ทำการทบทวน

ในการทบทวนนโยบายและมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มเด็กและเยาวชนนี้ได้ทำการศึกษาทบทวนในประเทศต่างๆ จำนวน 6 ประเทศ ได้แก่ แคนาดา สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ไต้หวัน สหราชอาณาจักร และ ออสเตรเลีย เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมในเบื้องต้นได้ทบทวนการดำเนินงานของประเทศในภูมิภาคต่างๆ ให้ครอบคลุมหลากหลายภูมิภาค และพบว่า ประเทศต่างๆ เหล่านี้มีนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่

ค่อนข้างประสบความสำเร็จ โดยส่วนหนึ่งเป็นประเทศที่มีการทบทวนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว 4 ประเทศ ได้แก่ แคนาดา สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ไต้หวัน ซึ่งเป็นตัวแทนของประเทศที่มีรายได้ประชาชาติระดับกลางไปจนถึงระดับสูงในทวีปอเมริกา และทวีปเอเชีย และในการทบทวนนโยบายและมาตรการครั้งนี้ ได้เพิ่มประเทศในทวีปยุโรป และทวีป ออสเตรเลีย คือ สหราชอาณาจักร และ ออสเตรเลีย อีก 2 ประเทศ ที่มีผลการดำเนินนโยบายด้านการ สร้างเสริมสุขภาพของเด็กและเยาวชนที่เด่นชัด เพื่อให้มีความครอบคลุมในภูมิภาคที่หลากหลายมากขึ้น

4. เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2554-2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2554.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552, 2555.
3. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011; 377(9783): 2093-102.
4. World Health Organization. Health promotion, 2013.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
(accessed 4 Oct 2013)

บทที่ 2

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชน: ประเทศแคนาดา

ภญ.รศ.ระพีพรรณ ฉลองสุข
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

1. บทนำ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีความคุ้มค่าสำหรับการดูแลสุขภาพของประชาชน รูปแบบที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพก็มีหลากหลาย ตั้งแต่ปี 2547 ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับนโยบายในการการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคด้วยการมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 แต่ประชาชนตลอดจนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขยังไม่ให้ความสำคัญในการปฏิบัติอย่างจริงจัง หรือเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ประเทศแคนาดาเป็นประเทศหนึ่งที่มีนโยบายและกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลลัพธ์เป็นที่ประจักษ์ ดังนั้นการทบทวนแนวทางปฏิบัติของประเทศแคนาดา น่าจะให้กรอบแนวคิดในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย ทั้งในส่วนภาคีรัฐบาลและภาคประชาชนได้บ้างพอสมควร โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชน

2. วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้วิธีการทบทวนเอกสารทั้งที่เป็นนโยบาย กฎหมาย รายงานวิจัย โครงการต่างๆ จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ

แหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้า

1. ฐานข้อมูล PubMed
2. website:
 - 2.1. Government of Canada (<http://www.canada.gc.ca/>)
 - 2.2. Public safety Canada (<http://www.publicsafety.gc.ca>)
 - 2.3. Health Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca>)
 - 2.4. The Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca>)
 - 2.5. Statistics Canada (<http://www.statcan.gc.ca>)
 - 2.6. WHO (<http://www.euro.who.int>)
3. ฐานข้อมูลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

คำสำคัญ (key words) ที่ใช้ค้นข้อมูล ได้แก่

child, children, youth, teenage, adolescence, prevention, promotion, healthy, health policy, injury, Canada

3. ข้อมูลทั่วไปของประเทศแคนาดา

แคนาดาเป็นสหพันธรัฐที่ประกอบด้วย 10 รัฐ (provinces) และ 3 เขตปกครอง (territories) แม้ว่ามีรัฐบาลสหพันธ์ (รัฐบาลกลาง; Federal government) ทำหน้าที่บริหารประเทศ กำหนดนโยบายหลักสำหรับการบริหารราชการ และกระจายอำนาจให้แก่แต่ละรัฐ/ เขตปกครองมีอิสระในการบริการงานภายในรัฐ รัฐกับเขตปกครองมีสถานะในการบริหารเหมือนกันแต่ความแตกต่างที่สำคัญ คือ แหล่งที่มาของอำนาจสำหรับรัฐ

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กและเยาวชน | แคนาดา

และเขตปกครอง โดยกฎหมายรัฐธรรมนูญของแคนาดา กำหนดอำนาจให้กับรัฐ (provinces) โดยตรง แต่อำนาจของเขตปกครองถูกกำหนดโดยกฎหมายของสหพันธรัฐ ดังนั้น รัฐบาลกลาง จึงมีอำนาจโดยตรงในการควบคุมดูแลเขตปกครอง (territories) ในขณะที่รัฐบาลของรัฐ (provinces) นั้นจะมีอำนาจและสิทธิในการปกครองตนเองมากกว่า¹ ในพ.ศ. 2554 แคนาดา มีประชากรทั้งสิ้น 34,880.5 พันคน² ซึ่งจำแนกเป็นผิวขาวและชนพื้นเมือง (Aboriginal Population) คนชนพื้นเมืองแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ the First Nations (North American Indian), Métis, และ Inuit populations ในปี พ.ศ. 2549 ชนพื้นเมืองมีจำนวน 1,172,785 คน คิดเป็นร้อยละ 3.89 ของประชากรทั้งประเทศ และมีอัตราการเพิ่มที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนผิวขาว³⁻⁴

เยาวชนและวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีประมาณร้อยละ 23 โดยกลุ่มที่อายุ 10 – 14 ปี มีจำนวน 1.9 ล้านคน อายุ 15 – 19 ปี มีจำนวน 2.2 ล้านคน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2553) ในปี พ.ศ. 2549 สัดส่วนของประชากรพื้นเมือง (อายุน้อยกว่า 25 ปี) มีร้อยละ 48 และการเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ⁵

4. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศแคนาดา

เนื่องจากระบบสุขภาพของประเทศแคนาดาเป็นสวัสดิการสังคมที่รัฐบาลประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้นสำหรับประชาชนทุกคน (universal coverage) ตามที่บัญญัติไว้ใน Canada Health Act⁶ โดยการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐและเขต ซึ่งต่างมีอิสระในการดำเนินการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตความรับผิดชอบของตนเอง ในขณะที่รัฐบาลกลาง (Federal government) มีบทบาทในการเสนอวิสัยทัศน์และชี้แนะแนวนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ชักชวนให้องค์กรรัฐที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ และชั่งจูงให้องค์กรอื่นที่มีหน่วยงานของรัฐรับไปดำเนินการ โดยใช้ระบบการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานที่ตรงกับนโยบายของรัฐบาลกลาง เพื่อให้แผนงานด้านสุขภาพของรัฐบาลกลางบรรลุเป้าหมาย⁷⁻⁸ ดังนั้นการให้บริการสุขภาพของแต่ละรัฐและเขตการปกครองจึงบริการพื้นฐานเหมือนกันแต่บางรัฐหรือบางเขตปกครองอาจให้บริการสุขภาพบางประเภทเพิ่มเติมแตกต่างจากรัฐอื่นๆ เช่น จำนวนประเภทของวัคซีนพื้นฐานสำหรับให้บริการเด็กและเยาวชนในแต่ละรัฐมีความแตกต่างกัน⁹ ตัวอย่างขอบเขตงานด้านสุขภาพพื้นฐานที่รัฐบาลกลางมีนโยบายให้การสนับสนุนงบประมาณ เช่น การวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ (health research) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) สารสนเทศด้านสุขภาพ (health information) การป้องกันและควบคุมโรค (disease prevention and control) โครงการสร้างเครือข่ายระบบสุขภาพของรัฐและเขตการปกครองต่างๆ¹⁰

ในพ.ศ. 2556 Health Canada ได้กำหนดขอบเขตของการให้ทุนโครงการด้านสุขภาพทั้งในรูปแบบเงินช่วยเหลือ (grant) และ การทำโครงการร่วม (contribution programs) 4 ด้าน¹¹ ดังนี้

1. การปรับระบบบริการของหน่วยงาน
2. การจัดลำดับประเด็นสุขภาพระดับชาติที่ยังไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบโดยตรง
3. โครงการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion programs) ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการผลักดันให้สำเร็จ
4. โครงการวิจัยซึ่งเป็นข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพสำหรับการพัฒนาความรู้ หรือการออกนโยบาย/โครงการต่างๆ

กล่าวอีกนัยหนึ่ง ขอบเขตการรับผิดชอบในด้านสุขภาพที่แตกต่างระหว่างของรัฐบาลกลางกับของรัฐและเขตปกครอง คือ รัฐบาลกลางรับผิดชอบในสุขภาพ (Health) ของประชาชนในความหมายที่กว้าง อัน

ได้แก่ การรับผิดชอบในการทำให้ประชาชนมีสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี แต่รัฐและเขตปกครองรับผิดชอบในการจัดระบบบริการสุขภาพให้กับประชาชน¹²

5. หน่วยงานด้านสาธารณสุขของแคนาดา

*Health Canada*¹³

Health Canada เป็นหน่วยงานกลางของรัฐบาลแคนาดาที่รับผิดชอบในการช่วยประชาชนของแคนาดาในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเอง (helping the people of Canada maintain and improve their health) Health Canada เชื่อว่าการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ (prevention and health promotion) จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนในระยะยาว ด้วยเหตุนี้ Health Canada จึงให้การสนับสนุนและส่งเสริมการทำงานวิจัยของหน่วยงานต่างๆ ทั้งที่เป็นงานวิจัยในประเทศ หรือ ต่างประเทศ เพื่อที่จะหาแนวทางของระบบสุขภาพที่ดีและยั่งยืนในอนาคต

เป้าหมายของ Health Canada (Health Canada's goal) คือการทำให้ประเทศแคนาดาเป็นประเทศที่มีประชาชนมีสุขภาพที่ดีที่สุดในโลก ดังนั้นเพื่อให้บรรลุซึ่งเป้าหมายดังกล่าว การดำเนินงานจึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลงานวิจัยที่มีคุณภาพสูง (relies on high-quality scientific research) การให้คำปรึกษากับประชาชนในการเลือกแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับความจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพในระยะยาว (long-term health care need) การสื่อสารข้อมูล (communicates information) เกี่ยวกับการป้องกันโรคเพื่อป้องกันประชาชนจากความเสี่ยงต่างๆ ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (avoidable risks) การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง อาทิเช่น การออกกำลังกาย (physical activity) มีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ (eating well)

ผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์ (strategic outcome) ของ Health Canada ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ คือ ประชาชนแคนาดาได้รับข้อมูล และได้รับการป้องกันจากความเสี่ยงซึ่งสัมพันธ์กับอาหาร สินค้า สารต่างๆ ตลอดจนสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพ และประชาชนได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ทำให้สุขภาพดี (the benefits of healthy eating)

จากผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์นี้ Health Canada คาดหวังว่าจะทำให้ประชาชนมีความเข้าใจในปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของแต่ละคน อาทิเช่น เงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม (environmental conditions) โภชนาการ (nutrition) อันจะนำไปสู่การลด เลิกการสูบบุหรี่และการใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย (illicit drugs)¹⁴

หน่วยงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของรัฐมนตรี Health Canada¹⁵ ได้แก่

1. Canadian Centre on Substance Abuse
2. Canadian Institutes of Health Research
3. Canadian Northern Economic Development Agency
4. Disease Surveillance On-Line
5. Hazardous Materials Information Review Commission
6. Patented Medicine Prices Review Board
7. Pesticides and Pest Management
8. Public Health Agency of Canada

Public Health Agency of Canada (PHAC)

Public Health Agency of Canada เป็นหน่วยงานของรัฐภายใต้การกำกับของรัฐบาลกลาง สังกัด Health Canada ก่อตั้งขึ้นในปีพ.ศ.2547 เพื่อบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพโดยตรง (ฝ่ายปฏิบัติการ) มีเป้าหมายในการนำเสนอแนะนโยบายสุขภาพ การสนับสนุนข้อมูลความรู้ และการพัฒนาสมรรถนะองค์กร เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบสุขภาพที่ยั่งยืนขึ้นในแคนาดา เน้นการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ (Health Promotion) และความปลอดภัย (Health Safety) และลดภาวะคุกคามต่างๆ ของชาวแคนาดา ผ่านบทบาทการเป็นผู้นำประสานเครือข่าย สร้างและผลักดันให้เกิดนวัตกรรมในงานส่งเสริมสุขภาพ โดยทำงานใกล้ชิดร่วมกับรัฐ/ เขตปกครองท้องถิ่น และภาคีความร่วมมือต่างๆ

งานด้านการป้องกันที่ PHAC ให้ความสำคัญ คือ การป้องกันโรคเรื้อรัง (chronic diseases) รวมทั้งโรคมะเร็ง (cancer) และโรคหัวใจ (heart disease) การป้องกันการบาดเจ็บ (injuries)¹⁶

Division of Childhood and Adolescence

Division of Childhood and Adolescence เป็นหน่วยงานภายใต้ PHAC ที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย การสนับสนุนเงินทุน การวิจัยและวิเคราะห์โครงการที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเด็กชาวแคนาดา¹⁷

6. โรคและ/หรือระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน

ในประเทศแคนาดา¹⁷ ได้กำหนดช่วงวัยต่าง ๆ เพื่อการกำหนดนโยบายและดำเนินกิจกรรมต่างๆดังนี้

ทารก (Infancy)	มีช่วงอายุ	ตั้งแต่เกิดถึง 2 ปี
วัยเด็ก (Childhood)	มีช่วงอายุ	3 -12 ปี
เด็ก (Children)	มีช่วงอายุ	5-11 ปี
เยาวชน (Youth)	มีช่วงอายุ	12-17 ปี
วัยรุ่น (Adolescence)	มีช่วงอายุ	13-19 ปี

การทบทวนนโยบายครั้งนี้มีกรอบการทบทวนในปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้

1. อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้านสังคม การใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย การใช้เครื่องมือที่มีแอลกอฮอล์และ บุหรี่ ข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่นของประเทศแคนาดา มีดังนี้

1.1 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากข้อมูลการสำรวจนักเรียนระดับชั้น 11 ใน ปีพ.ศ. 2545 พบว่า อายุเฉลี่ยที่นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 14.1 ปี สำหรับนักเรียนหญิง คือ 14.5 ปี กลุ่มที่ระบุว่าไม่มีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดร้อยละ 5 - 10 ไม่ได้มีการป้องกันการคุมกำเนิดโดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลของการไม่ป้องกันว่า “ไม่ได้ตั้งใจที่จะมีเพศสัมพันธ์” ร้อยละ 25 ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและร้อยละ 50 ใช้ถุงยางอนามัย¹⁸

ในแคนาดาช่วงปี พ.ศ. 2537 - 2546 อัตราการตั้งครรภ์ของเยาวชนมีแนวโน้มลดลงจาก 48.8 ต่อประชากร 1,000 คน เป็น 27.1 ต่อประชากร 1000 คน อัตราการตั้งครรภ์สูงสุดของกลุ่มเยาวชน คือช่วงอายุ 18-19 ปีในกลุ่มนี้บางส่วนเป็นการตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า แม้ว่าอัตราการตั้งครรภ์ช่วงอายุ 15-17 ปี ค่อนข้างต่ำแต่ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ¹⁹

ในปี พ.ศ. 2537 จำนวนวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีจำนวน 47,800 คน และร้อยละ 45 สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง วัยรุ่นช่วงอายุ 18-19 ปีให้กำเนิดทารกที่ไม่ใช่บุตรคนแรกมีจำนวนประมาณร้อยละ 20 วัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวที่มีรายได้น้อย มีอัตราการตั้งครรภ์สูงกว่าวัยรุ่นของครอบครัวที่มีรายได้สูงถึง 5 เท่า²⁰ การสำรวจพบว่าร้อยละ 60 ของเยาวชนเร่ร่อนเคยตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้งและร้อยละ 33 ของกลุ่มที่ตั้งครรภ์ยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง¹⁹

จากข้อมูลพ.ศ. 2539 - 2548 ของ Statistics Canada พบว่า กลุ่มเยาวชนที่ตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 18 - 19 ปีมีประมาณร้อยละ 5 - 6 ของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละปี มีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 2-1) และมีอัตราการทำแท้งร้อยละ 10 - 12 ของกลุ่มที่ทำแท้งในแต่ละปี (ตารางที่ 2-2) โดยกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี มากกว่าครึ่งมีการทำแท้ง²¹⁻²² (ตารางที่ 2-3)

ตารางที่ 2-1 ร้อยละของการตั้งครรภ์ของกลุ่มเยาวชนในแต่ละปี จำแนกตามอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	พ.ศ.									
	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
ต่ำกว่า 15	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
15 - 17	3.3	3.2	3.2	3.0	2.9	2.8	2.5	2.3	2.3	2.2
15 - 19	9.0	8.9	9.1	8.9	8.7	8.3	7.9	7.4	7.1	6.8
18 - 19	5.8	5.7	5.9	5.9	5.8	5.5	5.4	5.1	4.8	4.6
ต่ำกว่า 20	9.2	9.1	9.3	9.0	8.8	8.4	8.0	7.5	7.2	6.9
ทุกช่วงอายุ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ที่มา: Statistics Canada. Pregnancy Outcomes 2005. Catalogue no. 82-224-X 2008: 9

ตารางที่ 2-2 ร้อยละของการทำแท้งของกลุ่มเยาวชนในแต่ละปี จำแนกตามอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	พ.ศ.									
	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
ต่ำกว่า 15	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3
15 - 17	7.5	7.3	7.2	6.9	7.0	6.8	6.1	5.6	6.0	5.8
15 - 19	19.3	19.0	19.6	19.6	19.4	18.8	18.1	17.0	16.9	16.6
18 -19	11.8	11.7	12.2	12.7	12.4	12.0	12.0	11.4	11.0	10.8
ต่ำกว่า 20	19.8	19.5	20.0	20.0	19.8	19.2	18.4	17.3	17.2	16.9
ทุกช่วงอายุ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ที่มา : Statistics Canada. Pregnancy Outcomes 2005. Catalogue no. 82-224-X 2008: 9

ตารางที่ 2-3 ร้อยละของการทำแท้งของแต่ละกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ(ปี)	พ.ศ.									
	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
ต่ำกว่า 15	68.1	67.6	69.8	71.2	69.6	76.2	71.7	73.5	71.7	68.6
15 - 17	52.1	54.2	53.6	53.4	56.7	58.3	57.3	56.2	57.7	56.5
15 - 19	48.4	50.4	51.0	51.1	53.0	53.8	54.2	53.3	53.6	52.6
18 -19	46.3	48.3	49.3	50.0	51.1	51.6	52.8	51.9	51.6	50.8
ต่ำกว่า 20	48.7	50.7	51.3	51.4	53.2	54.2	54.4	53.5	53.8	52.8
ทุกช่วงอายุ	22.6	23.6	23.7	23.3	23.8	23.7	23.7	23.2	22.4	21.6

ที่มา : Statistics Canada. Pregnancy Outcomes 2005. Catalogue no. 82-224-X 2008: 9

1.2 การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

ประเทศแคนาดาใช้จำนวนการติดเชื้อ Chlamydia เป็นดัชนีชี้วัดสุขอนามัยด้านเพศสัมพันธ์อย่างหนึ่งของวัยรุ่น เพราะในแคนาดากำหนดให้การติดเชื้อ Chlamydia เป็นโรคทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections; STI) ที่หน่วยงานต่างๆ ต้องจัดทำรายงาน เนื่องจากการติดเชื้อ Chlamydia เป็นโรคที่ต้องรักษา หากไม่รักษาจะเกิดอาการแสดงออกอย่างอื่นตามมาซึ่งส่งผลให้ต้องมารับบริการจากหน่วยงานสาธารณสุข²³ ในปีพ.ศ. 2538 มีรายงานว่าเยาวชนหญิง (อายุ 15 - 19 ปี) ติดเชื้อ Chlamydia จำนวน 37,551 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนที่สูงเป็น 9 เท่าของสัดส่วนการติดเชื้อ Chlamydia ทั้งประเทศ การรักษาการติดเชื้อ Chlamydia คิดเป็นมูลค่าปีละ 123 ล้านดอลลาร์ มีรายงานวิจัยว่าเยาวชนร้อยละ 45 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัยมีแนวโน้มลดลงเมื่อมีการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานเพิ่มขึ้น^{20,22}

2. ภาวะโภชนาการ (Nutrition)

ภาวะโภชนาการ (Nutrition) ของเยาวชนในประเทศแคนาดา ได้แก่ **ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน²**

ในปีพ.ศ. 2547 เด็กและเยาวชนช่วงอายุ 2 - 17 ปีร้อยละ 26 มีภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) หรืออ้วน (obese) และร้อยละ 8 จัดอยู่ในกลุ่มอ้วน ในรอบ 25 ปีที่ผ่านมากลุ่มเยาวชน (12 - 17 ปี) มีอัตราการเพิ่มของภาวะน้ำหนักเกินมากกว่า 2 เท่า²⁵ จากการสำรวจกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่นในช่วงพ.ศ.2543/ 2544 และพ.ศ.2550/ 2551 พบว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 12 - 17 ปี มีพฤติกรรมที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ อาทิเช่น ร้อยละ 50 มีการบริโภคผัก ผลไม้ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย กลุ่มอายุ 15 -17 ปี ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ²⁶ ในปีพ.ศ. 2552 - 2554 การสำรวจโดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าเด็กอายุ 5 - 17 ปี ร้อยละ 32 มีภาวะน้ำหนักเกินถึงอ้วน²⁷

การมีน้ำหนักเกินในวัยเด็กเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่ดี และการเกิดโรคเรื้อรัง อาทิเช่น โรคหัวใจ เบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ได้แก่

1.1 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

เด็กและเยาวชนของแคนาดาร้อยละ 20 มีปัญหาในการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีต่อสุขภาพ²⁴ นักเรียนชายในระดับชั้น 6 -10 ที่ออกกำลังกายวันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์มีเพียงร้อยละ 56 - 64 และร้อยละ 39 - 56 สำหรับเด็กหญิง แต่จำนวนเด็กที่ออกกำลังกายมีปริมาณเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2545 (ร้อยละ 49) แต่พบว่าเมื่อเด็กเรียนในระดับสูงขึ้นเด็กมีแนวโน้มในการใช้เวลาออกกำลังกายลดลง

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กและเยาวชน | แคนาดา

เด็กร้อยละ 60 ใช้เวลาในการดูโทรทัศน์วันละ 2 ชั่วโมงขึ้นไป เด็กกว่าครึ่งที่ใช้เวลาในการเล่นเกมวันละ 2 ชั่วโมงขึ้นไป²⁴ ในปีพ.ศ. 2548 เด็กและเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 71 ใช้เวลาว่างในการดูโทรทัศน์ โดยเด็กผู้ชายดูโทรทัศน์เฉลี่ยวันละ 2.6 ชั่วโมง เด็กผู้หญิงดูโทรทัศน์เฉลี่ยวันละ 2.2 ชั่วโมง²⁸

รายงานปัจจัยเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนของเด็กที่รัฐบาลใช้ประกอบการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ²⁹ คือ เด็กแคนาดาร้อยละ 26 ที่เดินหรือปั่นจักรยานไปโรงเรียน ร้อยละ 70 ไม่มีกิจกรรมที่เคลื่อนไหวร่างกายหลังกลับจากโรงเรียน ร้อยละ 37 ที่มีกิจกรรมการเล่นแบบกระฉับกระเฉงกับผู้ปกครอง

1.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 จนถึง 2549 ในแต่ละวันเด็กนักเรียนส่วนใหญ่บริโภคผลไม้และผักเฉลี่ยวันละ 1 ครั้ง (serving) ซึ่งเป็นปริมาณที่น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (วันละ 6 – 8 ครั้ง) แต่การบริโภคของหวาน และการดื่ม non-diet soft drinks มีแนวโน้มลดลง จากข้อมูลการสำรวจปีพ.ศ.2552-2553 พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่ละเลยการรับประทานอาหารเช้า โดยกลุ่มผู้หญิงที่ครอบครัวมีเศรษฐกิจที่ไม่ดี³⁰ รายงานปัจจัยเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนของเด็กที่รัฐบาลใช้ประกอบการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ²⁹ คือ มีเด็กและเยาวชนเพียงร้อยละ 49 ที่รับประทานอาหาร ผลไม้มากกว่าวันละ 5 ครั้ง เด็กๆ รับประทานอาหารจานด่วน (fast food) ผ่านการโฆษณาทางโทรทัศน์ประมาณ 50 ครั้งต่อเดือน

3. สุขภาพจิต (Mental health)

มีรายงานประมาณการว่าเด็กร้อยละ 14% (ในแคนาดาประมาณ 1.1 ล้านคน) ที่แสดงอาการทางคลินิกของความผิดปกติสุขภาพจิต³¹ ประเทศแคนาดามีโครงการ The Health Behavior in School-aged Children study (HBSC) เป็นโครงการสำรวจสุขภาพของของกลุ่มเยาวชน (อายุ 11 - 15 ปี) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 รายงานผลการสำรวจสุขภาพจิต (Mental health) ในปี พ.ศ. 2553 ของกลุ่มเยาวชน³² พบว่านักเรียนร้อยละ 33.8 มีปัญหาด้านอารมณ์ในระดับสูง ร้อยละ 35.8 มีปัญหาด้านพฤติกรรมในระดับมาก นอกจากนี้การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในกลุ่มเยาวชนแคนาดาอายุ 10 – 24 ปี และมีอัตราเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี (ตารางที่ 2-4) โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนของ First Nations and Inuit communities³³

ตารางที่ 2-4 อัตราการฆ่าตัวตายของเด็กและเยาวชนในประเทศแคนาดาจำแนกตามปี (พ.ศ.)

อายุ (ปี)	พ.ศ.				
	2524	2534	2539	2540	2541
1-14	0.7	0.6	0.7	0.9	2.2
15-19	12.7	13.8	11.5	12.9	12.5

ตารางที่ 2-5 ความชุกของการผิดปกติของสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนแคนาดา³³

ลักษณะของความผิดปกติ	ประมาณการความชุก (%)	ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนประชากร	จำนวนคนที่ผิดปกติ
Any anxiety disorder	6.4	5 - 17	5,318,000	340,000
Attention-deficit hyperactivity disorder	4.8	4 - 17	5,675,000	272,000
Conduct disorder	4.2	4 - 17	5,675,000	238,000
Any depressive disorder	3.5	5 - 17	5,318,000	186,000
Substance abuse	0.8	9 - 17	3,774,000	30,000
Pervasive developmental disorders	0.3	5 - 15	4,477,000	13,000
Obsessive-compulsive disorder	0.2	5 - 15	4,477,000	9,000
Any eating disorder	0.1	5 - 15	4,477,000	4,000
Tourette syndrome	0.1	5 - 15	4,477,000	4,000
Schizophrenia	0.1	9 - 13	2,104,000	2,000
Bipolar disorder	< 0.1	9 - 13	2,104,000	< 2,000
Any disorder	14.3	4 - 17	5,675,000	811,000

กล่าวโดยรวมเด็กและเยาวชนของแคนาดาประมาณร้อยละ 10–20 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต กลุ่มอายุ 12 – 19 ปีจำนวน 3.2 ล้านคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า มูลค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพจิตของกลุ่มเด็กและเยาวชนสูงเป็นอันดับสอง รองจากมูลค่ารักษาการบาดเจ็บ ในปีพ.ศ. 2550 อัตราการฆ่าตัวตายในเยาวชนอายุ 10 – 14 ปี มีจำนวน 1.6 ต่อประชากร 100,000 คน และในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี มีจำนวน 8.3 ต่อประชากร 100,000 คน⁵ Lil Tonmyr และคณะ³⁴ รายงานว่าสภาวะซึมเศร้า/ วิตกกังวลของเด็กอายุ 11 – 15 ปี มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการใช้สารเสพติดของเด็ก (child’s substance abuse) สุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็ก (primary caregiver’s mental health issues) การได้รับการดูแลอารมณ์เด็กแบบผิดๆ (emotional maltreatment)

4. การใช้สารเสพติด/ บุหรี่/ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

4.1 การใช้สารเสพติด

จากข้อมูลการสำรวจเยาวชนอายุ 15 – 24 ปี จำนวน 3,989 คน ในพ.ศ. 2553 พบว่าความชุกของการสูบบุหรี่ในช่วงปีก่อนให้ข้อมูลของเยาวชนกลุ่มนี้มีร้อยละ 25.1 ซึ่งลดลงจากปีพ.ศ. 2547 (ร้อยละ 37.0) แต่เป็นอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ที่สูงกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ (ร้อยละ 7.9) ถึง 3 เท่า อายุของเยาวชนที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ยังคงที่มาตลอด 6 ปีที่ผ่านมา คือ เฉลี่ย 15.7 ปี ร้อยละ 7.0 ของเยาวชนให้ข้อมูลว่ามีการใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ชนิด ในกลุ่ม cocaine/ crack, speed, ecstasy, hallucinogens (ไม่รวม salvia) หรือ heroin แม้อัตราการใช้สารเสพติดจะลดลงจากปีพ.ศ. 2547 (ร้อยละ 11.3) แต่เป็นอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ที่สูงกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ (ร้อยละ 0.8) ถึง 9 เท่า⁵

มีรายงานการศึกษาในเยาวชนที่ศึกษาในระดับชั้น 10 ระหว่างปีพ.ศ. 2532-2533³⁵ พบว่า การสูบบุหรี่ของเด็กกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับ การสูบบุหรี่ การเข้าโรงเรียน

4.2 การสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน

วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงทั้งทางสภาพร่างกายและด้านสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ รวมถึงภาวะเครียดและกังวล จากการสำรวจช่วงปีพ.ศ. 2533-2541 พบว่าร้อยละ 82 ของกลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่ทุกวัน (daily smokers) เคยใช้กัญชาตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 18 มีการใช้กัญชา แสดงถึงความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับการใช้กัญชา (Spearman rank-order correlations = .53)³⁶

ตารางที่ 2-6 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชน

กลุ่ม-ช่วงอายุ	ปี พ.ศ.		
	2554	2553	2544
15-19 ปี	12%* (มีวัยรุ่นประมาณ 256,000 คน)	12%*	22%*
อัตราผู้ที่ยังสูบบุหรี่ -ชาย	13%**		
อัตราผู้ที่ยังสูบบุหรี่ - หญิง	11%**		
อัตราผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน	6%**		
เฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน(มวน)	11.7**		
Smoking occasionally	6%**		
15-17 ปี	8%*(มีวัยรุ่นประมาณ 102,000 คน)	8%*	
อัตราผู้ที่ยังสูบบุหรี่ -ชาย	8%**		
อัตราผู้ที่ยังสูบบุหรี่ - หญิง	7%**		
อัตราผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน	4%**		
เฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน(มวน)	11.0%**		
18-19 ปี	18%*(มีวัยรุ่นประมาณ 155,000 คน)	18%*	29%*
อัตราผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน	9%**		
เฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน(มวน)	12.2%**		
อัตราผู้ที่สูบเป็นครั้งคราว	9%**		
20-24 ปี	21%* (มีวัยรุ่นประมาณ 509,000)	22%*	32%*
อัตราผู้ที่ยังสูบบุหรี่ -ชาย	26%**		
อัตราผู้ที่ยังสูบบุหรี่ - หญิง	17%**		
อัตราผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวัน	14%	15%*	24%*
เฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน(มวน)	11.9%**		

หมายเหตุ * ร้อยละของประชากรทั้งหมด

** ร้อยละของแต่ละกลุ่มช่วงอายุ

ในปีพ.ศ. 2544 ความชุกของการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปพบร้อยละ 25 แต่เมื่อแคนาดาเริ่มดำเนินโครงการ The Federal Tobacco Control Strategy (FTCS) ในพ.ศ. 2550 ได้มีการสำรวจประเมินโครงการทุกปี และผลการสำรวจครั้งล่าสุด ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนธันวาคม 2554 พบว่าอัตราความชุกของการสูบบุหรี่คือ ร้อยละ 17 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 14 ที่มีการสูบบุหรี่ทุกวัน (smoking daily) มีร้อยละ 4 ที่สูบบุหรี่ในบางโอกาส กลุ่มผู้ชายสูบบุหรี่ (ร้อยละ 20) มากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 15) โดยเฉลี่ยการสูบบุหรี่ของพลเมืองแคนาดาประมาณวันละ 14.4 มวน British Columbia เป็นรัฐที่มี

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กและเยาวชน | แคนาดา

กลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปสูบบุหรี่น้อยสุด (ร้อยละ 14) Quebec เป็นรัฐที่มีกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปสูบบุหรี่มากที่สุด (ร้อยละ 20) Ontario เป็นรัฐที่มีการบริโภคบุหรี่เฉลี่ยต่ำที่สุด (13.6 มวนต่อวัน) New Brunswick เป็นรัฐที่มีการบริโภคบุหรี่เฉลี่ยสูงสุด (16.3 มวนต่อวัน)³⁷

จากการศึกษาของ Hana Saab และ Matthew King เมื่อปีพ.ศ. 2551 พบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มนักเรียนระดับชั้น 9 และชั้น 10 เคยสูบบุหรี่ โดยร้อยละ 5 เริ่มลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 11 ปี ร้อยละ 16 ของนักเรียนชายและร้อยละ 18 ของนักเรียนหญิงเริ่มลองสูบบุหรี่เมื่ออายุ 12 – 14 ปี³⁸ แต่ข้อมูลปีพ.ศ. 2554 พบว่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มสูบบุหรี่ คือ 16 ปีและสูบบุหรี่เป็นประจำเมื่ออายุ 18 ปี เยาวชนในครอบครัวรายได้ต่ำมีสัดส่วนการสูบบุหรี่สูงกว่าเยาวชนในครอบครัวที่มีรายได้สูง³⁹

จากข้อมูลรายงานแสดงให้เห็นแนวโน้มการลดลงของผู้สูบบุหรี่ (แบบดั้งเดิม) รายใหม่ แต่อย่างไรก็ดีพบการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์สูบบุหรี่ในรูปแบบอื่นๆ เช่น

- Water-pipe Tobacco ในปีพ.ศ. 2554 มีรายงานการเคยใช้ Water-pipe Tobacco เพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากปีพ.ศ. 2549 ทั้งในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (จากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 8) และ กลุ่มเยาวชน (อายุ 15 – 19 ปี) (จากร้อยละ 6 เป็นร้อยละ 12) ด้วยเชื่อว่ามีอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่าบุหรี่รูปแบบเดิม³⁷

- ผลิตภัณฑ์บุหรี่ที่ไร้ควัน (smokeless tobacco products) จากรายงานการสำรวจการใช้บุหรี่ของชาวแคนาดาในปีพ.ศ. 2551 พบว่าร้อยละ 1 ของกลุ่มเยาวชน (อายุ 15 – 19 ปี) และร้อยละ 1 ของกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 20 – 24 ปี) มีการใช้ ST (SPIT TOBACCO) ในช่วง 30 วันก่อนการให้ข้อมูล⁴⁰ กลุ่มเยาวชนที่เป็นนักกีฬาที่พบการใช้ ST อย่างแพร่หลาย⁴¹ แต่จำนวนการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ที่ไร้ควันในปีพ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 8) และ กลุ่มเยาวชน (อายุ 15 – 19 ปี) (ร้อยละ 5) กลุ่มเยาวชนที่สูบบุหรี่ในรัฐ Ontario ให้ข้อมูลว่าแหล่งที่มาของบุหรี่สำหรับสูบได้แก่ เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 58) จากร้านค้า ร้านขายของชำ ห้างสรรพสินค้า ปิมน้ำมัน (ร้อยละ 17) โดยกลุ่มเยาวชนที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เชื่อว่าสามารถหาบุหรี่มาสูบได้ง่าย ตรงข้ามกับกลุ่มเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่เชื่อว่าหาบุหรี่มาสูบเป็นเรื่องยาก⁴²

4.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ใน พ.ศ. 2545 มูลค่าความเสียหายที่เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีทั้งสิ้น 14.6 พันล้านเหรียญ จำแนกเป็นมูลค่าทางตรงของรักษาพยาบาล 3.3 พันล้านเหรียญ และ 3.1 พันล้านเหรียญสำหรับการบังคับใช้กฎหมาย⁴³ จากการสำรวจนักเรียนระดับชั้น 7 – 11 ในปีพ.ศ. 2545 พบว่าในช่วงอายุ 12 – 15 ปีเป็นช่วงที่เยาวชนส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 60 - 70) เริ่มทดลองดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และบางคนดื่มจนเมา¹⁸

กลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลดลงจากปีพ.ศ. 2547 (จากร้อยละ 82.9 เหลือร้อยละ 71.5) อายุของเยาวชนที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ยังคงที่มาตลอด 6 ปีที่ผ่านมา คือ เฉลี่ย 15.9 ปี ร้อยละ 12.8 ของกลุ่มเยาวชนที่อายุน้อยกว่า 15 ปีให้ข้อมูลว่าได้รับอันตรายจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วงปีก่อนให้ข้อมูลซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากกว่าการให้ข้อมูลของกลุ่มที่อายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 4.3)⁵ การสำรวจการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้หญิงในปีพ.ศ. 2547 พบว่า กลุ่มอายุ 18 – 19 ปี มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วงปีที่ผ่านมาร้อยละ 90.7 และหญิงที่มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วงปีที่ผ่านมาอย่างหนัก เป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 15 – 19 ปีถึงร้อยละ 7.8⁴⁴

5. การบาดเจ็บ (Injury) การใช้ความรุนแรง (Violence)

5.1. การบาดเจ็บในกลุ่มเยาวชน

ในปีพ.ศ. 2551 มีรายงานว่าปัญหาสุขภาพของเยาวชนแคนาดาที่พบมาก คือ การบาดเจ็บ โดยนักเรียนระดับชั้น 6 - 10 ร้อยละ 48 ให้ข้อมูลว่าในรอบปีที่ผ่านมาต้องเข้ารับการรักษาเนื่องจากการบาดเจ็บอย่างน้อย 1 ครั้งและในจำนวนนี้มีร้อยละ 16 ที่เป็นการรักษาต้องพักค้างคืนในโรงพยาบาล นอกจากนี้อัตราการบาดเจ็บที่มากจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (ทั้งกลุ่มชายและหญิง) สาเหตุหลักของการบาดเจ็บ คือการเล่นกีฬาทั้งที่โรงเรียน (ร้อยละ 16 - 43) และที่บ้าน (ร้อยละ 17 - 35)⁴⁵ สถิติการบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ต้องเข้ารับการรักษาแผนกฉุกเฉินสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี (ร้อยละ 68) รองลงมาคือกลุ่ม อายุ 15 - 19 ปี (ร้อยละ 55) มูลค่าการรักษารักษาการบาดเจ็บทั้งทางตรงและทางอ้อมของกลุ่มนี้ประมาณปีละ 5.1 พันล้านเหรียญ สาเหตุหลักของการบาดเจ็บในกลุ่มนี้มาจากการเล่นกีฬาและกิจกรรมสันทนาการ (recreation activities) ทั่วๆ ทั่วส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่สามารถคาดคะเนการบาดเจ็บล่วงหน้าและป้องกันได้⁴⁶ ข้อมูลการบาดเจ็บของเด็กอายุ 11-15 ปี จากฐานข้อมูล the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program (CHIRPP) ในช่วง วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2540 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2540 พบว่าสถานที่ที่เด็กได้รับบาดเจ็บมาก 3 ลำดับแรก คือ พื้นที่ในการเล่นกีฬา บ้านและ พื้นที่ของสถาบันการศึกษาเรียงตามลำดับ⁴⁷

ตารางที่ 2-7 สาเหตุการตายของเด็กและเยาวชนเนื่องจากการบาดเจ็บ 3 ลำดับแรกจำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ(ปี)	อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3
ต่ำกว่า 1	หายใจไม่ออก (54%)	รถชน (18%)	จมน้ำ (15%)
1 - 4	รถชน (22%)	จมน้ำ (21%)	หายใจไม่ออก (19%)
5 - 9	รถชน (58%)	จมน้ำ, ล้ม, ไฟไหม้ (แต่ละสาเหตุ 6%)	หายใจไม่ออก (5%)
10 - 14	รถชน (55%)	จมน้ำ (13%)	ล้ม (7%)
15 - 19	รถชน (71%)	ได้รับสารพิษ (7%)	จมน้ำ (6%)

ที่มา: Yanchar N.L, Warda L.J, Fuselli P. Canadian Paediatric Society Injury Prevention Committee. Child and youth injury prevention: A public health approach. Paediatr Child Health 17(9): 511

จากรายงานสถิติการตายของอุบัติเหตุการจราจรในแคนาดาพบว่าประมาณร้อยละ 2 เป็นการตายจากอุบัติเหตุรถจักรยานถูกชน ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 94 เป็นกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34 ถูกชนในเวลากลางคืน⁴⁸ สาเหตุของการบาดเจ็บจนถึงแก่ชีวิตที่พบบ่อยในกลุ่มเด็กและเยาวชนพื้นเมืองอายุน้อยกว่า 10 ปี คือ ไฟไหม้ และอุบัติเหตุรถยนต์ สำหรับกลุ่มอายุ 10 - 19 ปี คือ อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์และการจมน้ำ⁴⁹ การบาดเจ็บก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจของแคนาดาในแต่ละปีเป็นจำนวนไม่น้อย เช่น ในปี พ.ศ. 2547 มูลค่าความเสียหายทั้งสิ้น 19.8 พันล้านเหรียญ (ร้อยละ 54 เป็นค่าใช้จ่ายทางตรง) จำนวนคนที่ได้รับบาดเจ็บจากการได้รับบาดเจ็บมีทั้งสิ้น 13,667 คน ต้องพิการตลอดชีพ 5,023 คน สาเหตุการบาดเจ็บที่มีมูลค่าความเสียหายสูงสุด คือ การฆ่าตัวตาย/ การทำร้ายร่างกายของเยาวชนกลุ่มอายุ 15-24⁵⁰

5.2 การใช้ความรุนแรง (Violence)

จากการสำรวจ International Youth Survey ซึ่งเยาวชนเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านอาชญากรรมของตนเอง (self-reported crimes) พบว่าร้อยละ 37 ระบุว่าตนเองมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดทาง

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กและเยาวชน | แคนาดา

อาญา โดยเด็กชายร้อยละ 30 มีพฤติกรรมที่รุนแรง ในขณะที่เด็กหญิงที่มีพฤติกรรมรุนแรงเพียงร้อยละ 15 ข้อมูลจากตำรวจพบว่าในปีพ.ศ. 2553 กลุ่มอายุที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำผิดอาญาสูงคือ ช่วง 12 - 18 ปี โดยสูงสุดอายุ 18 ปี⁵ พฤติกรรมก้าวร้าวที่แสดงออกในรูปการข่มเหงหรือรังแกผู้อื่น (Bullying) เป็นรูปแบบหนึ่งของการแสดงออกซึ่งการต่อต้านสังคม (antisocial behavior) ซึ่งพฤติกรรมนี้พบมากในเด็กชายและจำนวนเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่อายุสูงขึ้น ตรงกันข้ามกับเด็กหญิงพบพฤติกรรมนี้ลดลงในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น¹⁸

ในประเด็นการบาดเจ็บและการใช้ความรุนแรงนี้ เยาวชนเป็นได้ทั้งผู้กระทำและผู้ถูกกระทำ (ใช้ความรุนแรงต่อผู้อื่น) หรือเยาวชนเป็นผู้ถูกกระทำได้ จากข้อมูลสถิติของตำรวจ⁵¹ พบว่าปีพ.ศ. 2551 จากจำนวนเหยื่อของความรุนแรงทั้งหมดเป็นเยาวชนกลุ่มอายุ 12 - 17 ปีร้อยละ 15.9 โดยร้อยละ 80.1 ของกลุ่มนี้ถูกทำร้ายร่างกาย ในขณะที่กลุ่มอายุ 3 -11 ปี ที่ตกเป็นเหยื่อของการกระทำรุนแรงมี ร้อยละ 5.1 ของจำนวนเหยื่อทั้งหมดแต่ส่วนใหญ่ของเด็กกลุ่มนี้ (ร้อยละ 30.1) ถูกล่อลวงละเมิดทางเพศ (ตารางที่ 2-8) ในปีพ.ศ. 2553 เยาวชนอายุต่ำกว่า 17 ปี จำนวน 18,710 คนเป็นเหยื่อของความรุนแรงในครอบครัว โดยเป็นผู้เด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย⁵²

ตารางที่ 2-8 จำนวนเหยื่อของความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในปีพ.ศ. 2551 จากข้อมูลสถิติของตำรวจ จำแนกตามประเภทของความรุนแรง

ประเภทของความรุนแรง	จำนวนเหยื่อของความรุนแรง						
	รวมทุกอายุ	3 -11 ปี			12 - 17 ปี		
	ราย	ราย	%	Rate*	ราย	%	Rate*
รวมทั้งหมด (ราย)	259,355	13,265	5.1	406	41,163	15.9	1,594
ความผิดเกี่ยวกับเพศ(Sexual offences)(ราย)	20,394	3,993	19.6	122	6,920	33.9	268
(%)	7.9	30.1			16.8		
การทำร้ายร่างกาย(Physical assault) (ราย)	236,056	665	0.3	20	32,978	14.0	1,277
(%)	91.0	5.0			80.1		

*เป็นอัตราส่วนที่คิดต่อจำนวนเด็กและเยาวชน (อายุ 0 - 17 ปี) 100,000 คน

ที่มา: Statistics Canada. Family Violence in Canada: A Statistical Profile. Catalogue no. 85-224-X, 2011: 45 -48.

7. นโยบายด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของแคนาดา

การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของแคนาดาดำเนินการตามกรอบของกฎบัตร Ottawa พ.ศ. 2529 และ Bangkok Charter for Health Promotion พ.ศ. 2548 โดยมีกรอบกิจกรรมหลัก 5 ประการ⁵³⁻⁵⁴ คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ และกฎหมายที่ป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ
2. การสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. สนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็ง การสร้างพันธมิตรในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ
4. พัฒนาทักษะของคน สร้างผู้นำในด้านการส่งเสริมสุขภาพ
5. ปรับระบบบริการสาธารณสุข

นอกจากนี้ประเทศแคนาดาได้มีการประกาศกฎบัตร Toronto พ.ศ. 2545 เพื่อเป็นทิศทางสำหรับงานด้านสาธารณสุข โดยให้ความสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ⁵⁵

แม้รัฐบาลแคนาดา มีนโยบายส่งเสริมและป้องกันโรค แต่ก็มีผู้เสนอความเห็นโต้แย้งในนโยบายนี้ในบางประเด็น อาทิเช่น การใช้งบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ โครงการส่งเสริมสุขภาพต้องสอดคล้องกับแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (particular populations) ต้องไม่เป็นในลักษณะโครงการเดียวที่ใช้กับทุกคน ทุกกลุ่มเป้าหมาย (universally) นอกจากนี้จากบทเรียนการส่งเสริมสุขภาพในสหรัฐอเมริกาพบว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับงบประมาณที่ใช้ไปทั้งหมด ดังนั้นรัฐบาลแคนาดาจึงต้องทำการสำรวจความเห็นของประชาชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำนโยบาย⁵⁶ แต่อย่างไรก็ดี Richard C. Mitchell⁵⁷ ได้วิเคราะห์นโยบายการส่งเสริมสุขภาพของแคนาดาว่าเป็นนโยบายที่ภาครัฐดำเนินการในลักษณะที่ไม่คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของเยาวชน

ปีพ.ศ. 2548 รัฐบาลแคนาดาได้ประกาศนโยบายสุขภาพโดยรวมที่มุ่งเน้นการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ (Health Prevention and Health Promotion) ทั้งในระดับรัฐบาลกลาง รัฐ และเขตปกครอง⁵⁸ โดยกำหนดให้การป้องกันเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพของระบบสุขภาพของแคนาดาและเนื่องจากการมีสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยทางด้านสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ จึงถือเป็นความรับผิดชอบของชาวแคนาดาทุกคน หน่วยงานทุกภาคส่วนทั้งฝ่ายรัฐและเอกชน เพื่อนำพานโยบายส่งเสริมสุขภาพของแคนาดาให้รู้ตื้นและสุขภาพที่ดีของทุกคน⁵⁹

หลักการที่สำคัญๆ ในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของกลุ่มเด็กและเยาวชน

จากรายงานการวิจัยพบว่าประสบการณ์ที่เด็กและเยาวชนได้รับจากโรงเรียนและบ้าน มีความสัมพันธ์มากกับการหล่อหลอมพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก⁶⁰ ดังนั้นบ้านและโรงเรียนจึงเป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้กับกลุ่มเด็กและเยาวชน⁶¹⁻⁶²

นโยบายและมาตรการระดับประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและเยาวชน

โครงการส่งเสริมสุขภาพของ Health Canada ส่วนใหญ่เป็นโครงการกว้างๆ ที่มุ่งเน้น ผู้ใหญ่ (adult) เป็นสำคัญ โครงการสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับสุขภาพของกลุ่มเด็กและเยาวชนมีน้อยหรือแทบจะไม่มีเลย แต่จะไปพบในโครงการของหน่วยงานอื่นๆ เช่น Department of Indian and Northern Affairs, Human Resources and Social Development Canada, the Department of Canadian Heritage (Sport Canada), the Department of Justice, Environment Canada, the Department of Public Works and Government Services (amongst others)⁶³ แต่ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2547 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายและแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับเด็กในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพอนามัย⁶⁴

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ที่ Health Canada ดำเนินการในปัจจุบัน (พ.ศ. 2556)⁶⁵ ได้แก่

1. Child Health กลุ่มเป้าหมายเน้นที่เด็ก
2. Family Violence Prevention กลุ่มเป้าหมายคือสมาชิกในครัวเรือน
3. Healthy Pregnancy and Infancy กลุ่มเป้าหมายเน้นที่ทารกและหญิงตั้งครรภ์
4. Healthy Living กลุ่มเป้าหมายเน้นที่พฤติกรรมมารับประทาน การออกกำลังกาย (physical activity) และ ภาวะน้ำหนักเกิน
5. Injury Prevention กลุ่มเป้าหมายเน้นที่การบาดเจ็บต่อร่างกายทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ

6. Mental Health กลุ่มเป้าหมายเน้นที่การสร้างสุขภาพจิตเชิงบวก (positive mental health) คือการสร้างความรู้สึก การคิด และการกระทำต่างๆ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถที่จะใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขและเผชิญปัญหาที่ท้าทายได้

7. Obesity กลุ่มเป้าหมายเน้นที่เด็ก
8. Physical Activity กลุ่มเป้าหมายเน้นที่โรงเรียน บ้าน และที่ทำงาน
9. Population Health กลุ่มเป้าหมายเน้นที่ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ
10. Rural Health กลุ่มเป้าหมายเน้นที่ประชาชนในชนบท
11. Seniors Health กลุ่มเป้าหมายเน้นที่ผู้สูงอายุ

จากรายงานของ Leitch KK.⁶⁶ ที่เสนอต่อรัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพในปี พ.ศ. 2550 สรุปประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนที่ต้องได้รับการแก้ไข ได้แก่ การบาดเจ็บ ภาวะอ้วน และสุขภาพจิต เพื่อให้ประเทศแคนาดาเป็นประเทศที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดีที่สุดในโลก โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. การจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติในการป้องกันการบาดเจ็บ (Developing a National Injury Prevention Strategy)
2. การลดภาวะอ้วน (childhood obesity)
3. ปรับปรุงระบบให้บริการสุขภาพจิตสำหรับเด็กและเยาวชน
4. ทำการติดตามศึกษาสุขภาพของกลุ่มนี้เพื่อจักได้เข้าใจในปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชน
5. จัดตั้งหน่วยงานสำหรับให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กและเยาวชน

เป้าหมายสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน (อายุระหว่าง 5-19 ปี) ตามที่รัฐบาลแคนาดาประกาศว่าจะดำเนินการให้บรรลุภายใน ปีพ.ศ. 2558 ได้แก่

- เด็กและเยาวชนมีอัตราการเดินเพิ่มขึ้นจาก 11,500 ก้าวต่อวัน เป็น 14,500 ก้าวต่อวัน (เท่ากับเดินเพิ่มขึ้น 30 นาทีต่อวัน)
- เพิ่มเป้าหมายร้อยละ 20 จากเป้าหมายของปีก่อน ในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารคุณภาพ และควบคุมน้ำหนัก

นโยบายในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนของแคนาดา

1. อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)

ในปัจจุบันการทำแท้งในแคนาดาไม่ใช่เรื่องต้องห้ามตามกฎหมายอาญา แต่การใช้ยา methotrexate and misoprostol, mifepristone (RU-486) เพื่อทำแท้งเป็นการกระทำต้องห้ามตามกฎหมายในแคนาดา การทำแท้งอาจถูกจำกัดตาม Canada Health act ดังนั้นการควบคุมการทำแท้งในแต่ละรัฐ/ เขตปกครองจึงแตกต่างกันไป แต่การทำแท้งในโรงพยาบาลเป็นสิทธิประโยชน์หนึ่งที่ได้รับจาก Medicare

Health Canada ได้จัดตั้ง Centres of Excellence for Women's Health Program ในปีพ.ศ. 2539 เพื่อเป็นองค์กรดูแลนโยบายสุขภาพของผู้หญิงโดยอาศัยข้อมูลการวิจัยเป็นแนวทาง และ Health Canada ได้ร่วมมือกับ Planned Parenthood Federation of Canada (PPFC) พัฒนาชุดฝึกอบรมโครงการให้การศึกษาเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นสำหรับเป็นคู่มือให้กับนักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข⁶⁷ อาทิเช่น หนังสือ Positive Thinking: A Sex-positive Approach to HIV/AIDS Education,

หนังสือ Sexual & Reproductive Health Counselling Guidelines, หนังสือ Youth Talk Back: Sex, Sexuality & Media Literacy และหนังสือ Finding Our Way: A Sexual & Reproductive Health Sourcebook for Aboriginal Communities

ภายใต้ National AIDS Strategy of Health Canada ได้มีความร่วมมือระหว่าง Health Canada กับ Council of Ministers of Education พัฒนาหลักสูตร The Skills for Healthy Relationships สำหรับโรงเรียนระดับมัธยม (junior high school students) เพื่อให้ความรู้ ทักษะ และทักษะที่จำเป็นสำหรับพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

ในปีพ.ศ. 2539/ 2540 มีการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์กระจายทั่วทั้งประเทศ นับเป็นก้าวแรกในการสนับสนุนสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ (sexual health) ศูนย์เหล่านี้ทำหน้าที่ในการประสานงานเพื่อส่งต่อหญิงที่ต้องการทำแท้งให้ไปรับบริการในโรงพยาบาล จัดหาเงินทุน (the Norma Scarborough Emergency Fund) เพื่อให้หญิงใช้ในการเดินทางไปรับบริการทำแท้งในพื้นที่ห่างไกลจากชุมชนของตนเนื่องจากไม่อยากจะให้คนในชุมชนรับรู้ หรืออาจเนื่องจากหาค่าบริการทำแท้งในชุมชน⁶⁸

Health Canada ได้ร่วมมือกับ the Cape Breton Wellness Centre ทำโครงการนำร่องสำหรับกลุ่มเยาวชน โดยให้เยาวชนที่สนใจมาร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ (sexual health information) แต่ใช้เรื่องสุขภาพจิตเป็นตัวนำเข้าไปสู่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนทั้งชายและหญิง²⁰

ปีพ.ศ. 2551 Public Health Agency of Canada ได้จัดทำคู่มือสำหรับประชาชนแคนาดาเกี่ยวกับเพศศึกษา (Canadian Guidelines for Sexual Health Education) โดยมีหลักการว่าประชาชนทุกคนสามารถได้รับทราบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเพศศึกษา อย่างเหมาะสมกับช่วงอายุ สอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี โดยเคารพต่อสิทธิของแต่ละบุคคล⁶⁹ ตัวอย่างสื่อในการให้สุขศึกษาเรื่องเพศศึกษา สำหรับ ผู้ปกครอง นักการศึกษา โรงเรียน เช่น Sexual health education in the schools: Questions & Answers ของ Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN) ซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก Public Health Agency of Canada⁷⁰

The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada ได้จัดทำแนวทางเกี่ยวกับการป้องกัน Human Papillomavirus (the national clinical guideline on HPV)⁷¹ ซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญคือ

- รัฐและเขตปกครองต่างๆ ควรสนับสนุนงบประมาณภาครัฐในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ฐานข้อมูลการให้วัคซีน HPV ควรรวมเข้ากับฐานข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อจะได้ใช้ประเมินประโยชน์ของวัคซีนในภาพรวม
- โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรมีกลยุทธ์ใหม่ และมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มที่มีอัตราการคัดกรองต่ำ เช่นผู้หญิงชนพื้นเมือง ผู้ที่เพิ่งเข้ามาตั้งหลักแหล่งในแคนาดา คนสูงวัย
- ต้องแนะนำให้คนที่ติดเชื้อ HPV หรืออยู่ในระยะสัมพันธ์กับเชื้อ HPV เลิกสูบบุหรี่
- ควรให้วัคซีน ป้องกัน HPV types 16 and 18 แก่ผู้หญิงในช่วงอายุ 9 - 26 ปี เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กและเยาวชน | แคนาดา

ทั้งนี้ ปีพ.ศ. 2550 รัฐบาลกลางประกาศว่าในอีก 3 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2553) รัฐบาลจะจัดสรรงบประมาณจำนวน \$300-ล้านเหรียญ สำหรับการให้วัคซีน HPV แต่บางรัฐ เช่น Nova, Scotia, Prince Edward Island, Newfoundland and Labrador และ Ontario ได้เริ่มโครงการให้วัคซีน HPV กับพลเมืองของตนตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2551⁷² แต่กลุ่มเยาวชนเป้าหมายในการให้วัคซีนของแต่ละรัฐยังมีความแตกต่างกัน⁷³

2. ภาวะโภชนาการ (Nutrition)

นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาด้านโภชนาการเป็นกลยุทธ์หนึ่งภายใต้ The Pan-Canadian Healthy Living Strategy ซึ่งรูปแบบหนึ่งที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนประสบความสำเร็จ คือ การมีวิธีปฏิบัติที่ดี (Best Practice) เป็นตัวอย่างให้โรงเรียนได้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม⁷⁴

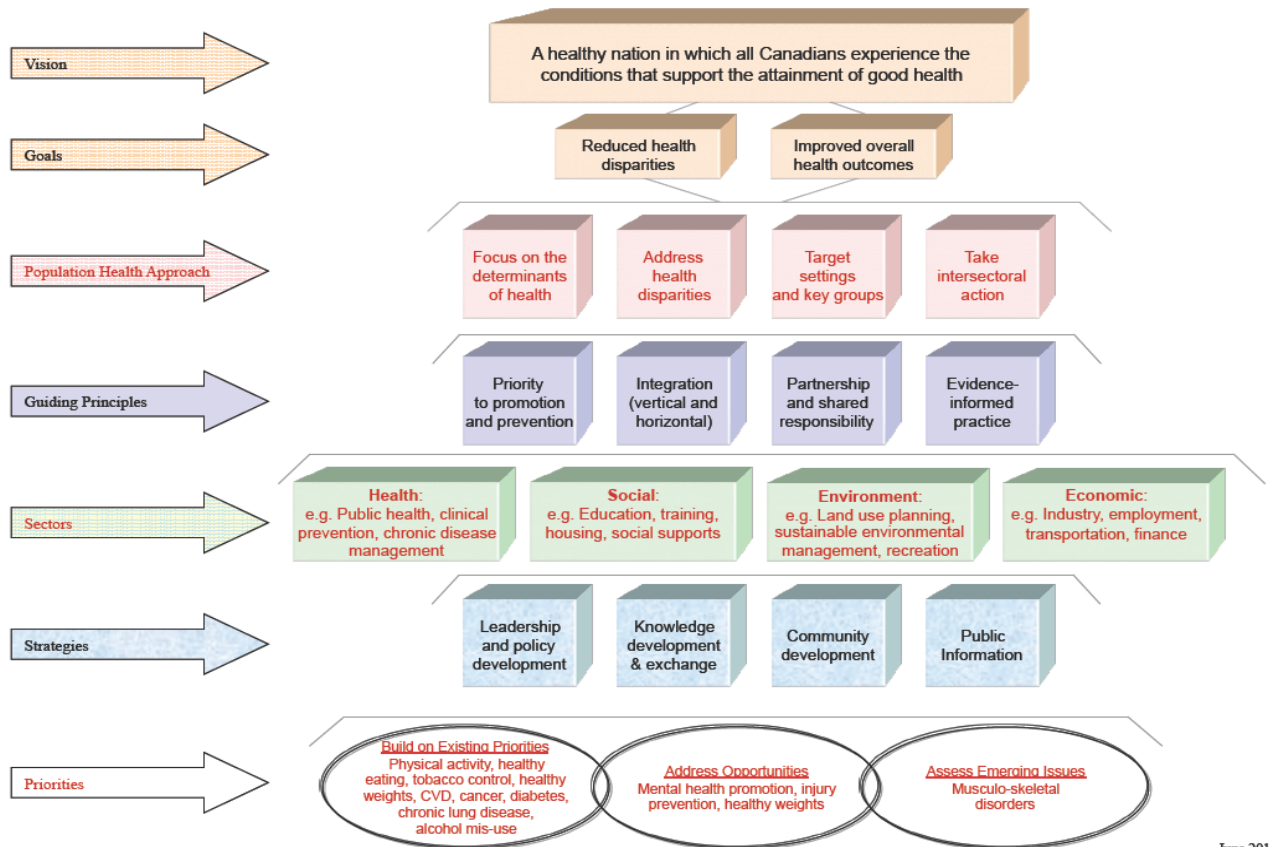
The Pan-Canadian Healthy Living Strategy⁷⁵⁻⁷⁶

ยุทธศาสตร์นี้เกิดจากความเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้บริหารของหน่วยงานสุขภาพของรัฐบาลกลาง รัฐ และเขตปกครอง (ยกเว้น Quebec) ในปีพ.ศ. 2545 ที่จะร่วมมือกันในการดำเนินการให้ประชาชนแคนาดาได้ดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีในอนาคต ดังนั้นกรอบของยุทธศาสตร์จึงมุ่งเน้นการป้องกันโรคเรื้อรังและการส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อาทิเช่น การออกกำลังกาย (physical inactivity) และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (unhealthy eating) โดยการทำงานร่วมกันกับพันธมิตรทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐภาคเอกชน และภาคประชาชน ทั้งหน่วยงานสุขภาพและหน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (“non-health” sectors) ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ได้มีการจัดตั้งคณะทำงาน 4 ชุด ได้แก่ คณะทำงานด้านประชาสัมพันธ์ (Social Marketing/ Public Information Working Group) คณะทำงานด้านการจัดลำดับปัญหาและวัตถุประสงค์ของการแก้ปัญหา (Priorities and Objectives Working Group) คณะทำงานด้านวิจัยและการติดตามเฝ้าระวัง (Research and Surveillance Working Group) และคณะทำงานด้านเงินทุน (Intersectoral Fund Working Group) ซึ่งสมาชิกของแต่ละชุดประกอบด้วยทุกภาคส่วน ซึ่งยุทธศาสตร์ได้เริ่มดำเนินการในปีพ.ศ. 2548 พร้อมทั้งประกาศการใช้ยุทธศาสตร์ป้องกันเป็นแนวทางนำในการดำเนินการ⁷⁷ กลุ่มเป้าหมาย คือพลเมืองของแคนาดาทั้งหมด โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่อยู่ห่างไกลในชนบท

กรอบการดำเนินงานเริ่มต้นของยุทธศาสตร์ คือ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (healthy eating) ซึ่งสัมพันธ์กับการมีน้ำหนักที่เหมาะสม (healthy weights) โดยมีเป้าหมายว่าในปีพ.ศ. 2558 ประชาชนแคนาดา มีการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มีน้ำหนักที่เหมาะสม เพิ่มขึ้นร้อยละ 20

ในปี พ.ศ. 2553 ยุทธศาสตร์ขยายกรอบการดำเนินงานไปในด้านการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน ส่งเสริมสุขภาพจิต (mental health promotion) และการป้องกันการบาดเจ็บ (injury prevention)

Strengthened Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy Framework (PCHLS)



June 2010

รูปที่ 2-1 ความเชื่อมโยงของหน่วยงานและความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานภายใต้ยุทธศาสตร์สุขภาพของแคนาดา

หน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการของยุทธศาสตร์นี้มี 4 ส่วนคือ

1. ภาคสุขภาพ (Health sector) เช่น งานสาธารณสุข (public health) งานคลินิกป้องกัน (clinical prevention) งานดูแลโรคเรื้อรัง (chronic disease management)
2. ภาคสังคม (Social sector) เช่น งานการศึกษา (education) งานฝึกอบรม (training) งานด้านที่อยู่อาศัย (housing) การสนับสนุนทางสังคม (social supports)
3. ภาคสิ่งแวดล้อม (Environment sector) เช่น งานวางแผนการใช้พื้นที่ (land use planning) การจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน (sustainable environmental management) งานสันทนาการ (recreation)
4. ภาคเศรษฐกิจ (Economic sectors) เช่น อุตสาหกรรม (industry) การจ้างงาน (employment) การขนส่ง (transportation) และการเงินการคลัง (finance)

ตัวอย่างการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนภายใต้ยุทธศาสตร์ The Pan-Canadian Healthy Living Strategy นี้ เช่น

1) **Healthy Eating**⁷⁸ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ คือ การยกระดับรูปแบบและพฤติกรรมมารับประทานที่ดีต่อสุขภาพปรับปรุงทางเลือกในการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ รวมทั้งการเข้าถึงอาหารสุขภาพและความสามารถในการซื้อหาอาหารสุขภาพ (รายละเอียดในภาคผนวก 1)

2) **Physical Activity**^{76, 78} ซึ่งมีวัตถุประสงค์ คือ การสนับสนุน การให้ความช่วยเหลือในการออกกำลังกาย รวมถึงการเข้าถึงอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย และเพิ่มโอกาสที่จะได้ออกกำลังกาย โดยอายุ เพศ ระดับชั้นการศึกษาและรายได้ไม่เป็นอุปสรรคสำหรับการออกกำลังกาย (รายละเอียดในภาคผนวก 2)

3) **โครงการความร่วมมือในการประสานงาน (Cross-Sector Collaboration)**⁷⁸

วัตถุประสงค์ คือ เพิ่มความร่วมมือในการทำงาน ความเข้าใจ และการวางแผนร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานสุขภาพและหน่วยงานที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ (“non-health” sectors) (รายละเอียดในภาคผนวก 3)

ภายใต้ยุทธศาสตร์ The Pan-Canadian Healthy Living Strategy นี้ได้มีกรอบปฏิบัติงานร่วมระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐ และเขตปกครองเพื่อส่งเสริมการให้เด็กมีน้ำหนักที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีที่โรงเรียนให้ส่งเสริมการพฤติกรรมกรบริโภคที่ดี พฤติกรรมกรออกกำลังกาย รวมทั้งการให้ความรู้ในด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กแก่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก⁸¹

ปีพ.ศ. 2545 Health Canada และ the Canadian Society for Exercise Physiology ได้ร่วมมือกันพัฒนาเอกสารแนวทางการออกกำลังกายสำหรับเด็กและเยาวชน 2 กลุ่ม คือกลุ่มอายุ 6 – 9 ปี และกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี⁷⁹

4) **Healthy Weights**⁸⁰

เนื่องจากเด็กอ้วนหรือมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ มีผลต่อสุขภาพในวัยทำงาน เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนและเป็นภาวะเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียความสามารถในการผลิตของเศรษฐกิจประเทศแคนาดา การแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ หรือโรคอ้วนไม่สามารถดำเนินการเฉพาะกับพฤติกรรมของเด็กเท่านั้น แต่ต้องดำเนินการกับครอบครัว และสังคมโดยรวมไปพร้อมๆ กัน เพราะปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ หรือโรคอ้วน มีหลายปัจจัยและสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน อาทิเช่น ปัจจัยทางชีวภาพ พฤติกรรม สังคม จิตวิทยา เทคโนโลยี สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม

วิสัยทัศน์ในการแก้ไขภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์หรือโรคอ้วนในเด็กและเยาวชน คือ ประเทศแคนาดาต้องเป็นประเทศที่ดูแลให้เด็กมีน้ำหนักที่ดีต่อสุขภาพ (healthy weights) เพื่อให้เด็กดำรงชีวิตอย่างมีความสุขที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ตัวชี้วัด Healthy Weights คือ ร้อยละของประชาชนอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 18.5 – 24.9⁷⁶

ภายใต้หลักฐานที่ว่าน้ำหนักของเด็กจะขึ้นกับการมีอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในราคาที่ซื้อหามารับประทานได้ ระดับการออกกำลังกายและการรับประทานที่ถูกต้องเมื่ออยู่ที่โรงเรียน การปกป้องเด็กจากอาหารที่มีส่วนประกอบประเภทไขมัน-เกลือ-น้ำตาลในปริมาณสูง การสร้างชุมชนที่สนับสนุนการใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง (active living) และความตระหนักถึง ความสำคัญในเรื่องการออกกำลังกาย การบริโภคที่ดีต่อสุขภาพของกลุ่มผู้ปกครองเด็กรวมทั้งผู้ดูแลเด็ก ดังนั้นกรอบการปฏิบัติงานในเรื่องเด็กอ้วนจึงแบ่งเป็น 3 กลยุทธ์คือ

กลยุทธ์ที่ 1 การจัดให้เรื่องเด็กอ้วนเป็นวาระแห่งชาติ โดยทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชนต้องตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องนี้เป็นอันดับแรกที่ต้องแก้ไข

กลยุทธ์ที่ 2 การประสานร่วมมือกัน (Coordinating efforts) ในประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 ในการสร้างสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมที่แวดล้อมของเด็ก ทั้งที่บ้าน โรงเรียน ให้เหมาะกับการออกกำลังกาย การรับประทานที่ดีต่อสุขภาพ

2.2. เร่งลงมือดำเนินการในการวิเคราะห์หาสาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์หรือโรคอ้วนในเด็ก และเยาวชนแต่เนิ่นๆ

2.3. อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยการเพิ่มจำนวนอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและช่องทางในการเข้าถึงอาหารกลุ่มนี้ ลดตลาดอาหารเด็กประเภทที่มีอุดมไปด้วย ไขมัน เกลือ น้ำตาล

กลยุทธ์ที่ 3 การประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงาน (Measuring and reporting on collective progress) เพื่อถอดบทเรียนหารูปแบบที่เหมาะสมของการดำเนินงาน

3. สุขภาพจิต (Mental health)

ขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพจิต คือการทำให้แต่ละคนสามารถที่จะมีสุขภาพจิตที่ดี หรือรักษาภาวะจิตที่ดีไว้ได้ การสร้างสภาวะแวดล้อมที่ลดอุปสรรคต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี การมีมุมมองด้านบวกต่อสุขภาพ แทนการคำนึงถึงแต่ความต้องการและความขาดแคลนและความต้องการ⁸¹ ในการทำงานด้านสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนแบ่งกิจกรรมตามกลุ่มเป้าหมายได้เป็น 3 กลุ่ม⁸² ดังนี้

1. การพัฒนาให้มีสุขภาพจิตที่ดี (promote Healthy development) เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในเด็กและเยาวชนทุกคน

2. การป้องกันภาวะผิดปกติของสุขภาพจิต (prevent Disorders) เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในเด็กและเยาวชนที่มีความเสี่ยง

3. การรักษาความผิดปกติของสุขภาพจิต (provide Treatment) เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในเด็กและเยาวชนที่มีความผิดปกติของสุขภาพจิต⁸¹

ในพ.ศ. 2553 the Mental Health Commission of Canada ได้รับทุนสนับสนุนจาก Health Canada ในการทำโครงการ Evergreen Framework ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนในแคนาดา⁸³ โดยโครงการนี้ได้วิเคราะห์ทิศทางกลยุทธ์ในการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพจิตของกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยประเด็นสำคัญ คือ

1. การสร้างความตระหนักในเรื่องสุขภาพจิต รมรงค์การต่อต้านการตีตรา (anti-stigma) ต้องใช้วิธีการที่พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพ และมีลักษณะที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ นักการศึกษา ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กและเยาวชน สาธารณชนทั่วไป เยาวชน ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลเด็กและเยาวชน และชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา และทำกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชุมชนของคนที่เมืองการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตต้องร่วมไปกับการแก้ไขปัญหาสังคมและการเมืองพร้อมๆกัน⁸⁴

2. มีแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนที่ให้บริการได้ครอบคลุม (a single-point-of-contact information service) การกระจายสื่อต่างๆ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง ไม่คิดมูลค่าและสาธารณชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย การมีหลักสูตรฝึกอบรมให้กับผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพจิต

การส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน ไม่เพียงมีผลโดยตรงต่อกลุ่มเด็กและเยาวชนเท่านั้นแต่ยังมีผลกระทบเป็นวงกว้างได้ด้วย เช่น การส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและเยาวชนของชนพื้นเมืองส่งผลต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ของคนในชุมชนพื้นเมืองด้วย⁸⁴

ในแผนเศรษฐกิจของประเทศ พ.ศ. 2555 Health Canada จัดสรรงบประมาณ 100 ล้านเหรียญต่อปี เพื่อสนับสนุนโครงการสุขภาพจิตในกลุ่มชนพื้นเมือง โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการทำให้สุขภาพจิตของประชาชนดีขึ้น การป้องกันและการรักษาการติดยาเสพติด และสนับสนุนกลยุทธ์ the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy⁸⁵ เพราะปัญหาการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นอาจป้องกันได้ด้วยการตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า เพื่อดูโอกาสของการเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย⁸⁶ แต่ Canadian Task Force on the Periodic Health Examination เสนอว่าควรยกเลิกการใช้แบบทดสอบเพื่อคัดกรองอาการซึมเศร้าที่ไม่ได้ดำเนินการโดยนักจิตวิทยา/ จิตแพทย์ เพราะไม่ได้ประโยชน์⁸⁷

ตัวอย่างโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต

Families & Schools Together (F&ST ออกเสียงว่า "FAST")⁸⁸

เป็นโครงการสำหรับครอบครัว เพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก หน้าที่ของครอบครัว เครือข่ายทางสังคมของครอบครัว ลดอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก

การเข้าร่วมของครัวเรือนเป็นไปตามความสมัครใจ และเด็กที่เข้าร่วมโครงการเป็นเด็กที่ครูหรือทางบ้าน ประเมินว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง

รูปแบบโครงการ เป็นการพบปะกันอาทิตย์ละ 2.5 ชั่วโมงเป็นเวลา 8 อาทิตย์ มีพิธีเปิดและพิธีปิดอย่างเป็นทางการ แต่ละครอบครัวผลัดเปลี่ยนกันทำอาหารมารับประทานในวันที่มาทำกิจกรรม กิจกรรมสำหรับครอบครัวที่ใช้ในโครงการได้รับการออกแบบมาเพื่อรองรับโครงสร้างของกิจกรรมอย่างชัดเจน ในการทำกิจกรรมจะมีช่วงเวลาให้แต่ละครอบครัวได้แสดงออกซึ่งการสนับสนุนกันและกัน มีช่วงเวลาของเด็กๆ โดยเฉพาะ และช่วงเวลาระหว่างผู้ปกครองและเด็กทำกิจกรรมตามที่ต้องการ วันปิดโครงการมีการพิธีฉลองการปิดโครงการและมอบใบประกาศนียบัตร

ภายหลัง 2 ปีมีโครงการต่อเนื่องสำหรับผู้ปกครองจะเป็นโครงการเข้มข้น 8 อาทิตย์ สำหรับให้ผู้ปกครอง มาพบปะกันเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อดำรงไว้ซึ่งเครือข่ายของผู้ปกครอง

ผลการประเมินโครงการพบว่า ทักษะทางสังคมของเด็กที่เข้าร่วมโครงการดีขึ้น เด็กลดการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เรียกร้องความสนใจและผลการเรียนของเด็กดีขึ้น จำนวนเด็กที่ต้องส่งไปเรียนที่โรงเรียนพิเศษ ลดลง

4. การใช้สารเสพติด/ บุหรี่/ แอลกอฮอล์

งบประมาณที่รัฐบาลแคนาดาประมาณการสำหรับใช้ในการลดและป้องกันการบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดอันนำมาซึ่งอันตรายต่อสังคม ภายใต้กลยุทธ์ the National Anti-Drugs Strategy ในช่วง ปีพ.ศ. 2555 – 2558 มีจำนวนไม่น้อยกว่าปีละ 100 ล้านเหรียญ (ตารางที่ 2-9) และกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ที่คาดหวังสำหรับแต่ละกิจกรรม⁸⁹ (ตารางที่ 2-10) ตารางที่ 2-9 ประมาณการงบประมาณสำหรับ the National Anti-Drugs Strategy

พ.ศ.2555-2556	พ.ศ.2556-2557	พ.ศ.2557-2558
131.0 ล้านเหรียญ	108.2 ล้านเหรียญ	108.2 ล้านเหรียญ

ตารางที่ 2-10 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ดัชนีชี้วัด และกลุ่มเป้าหมายของ the National Anti-Drugs Strategy

กิจกรรม/ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	ตัวชี้วัดการดำเนินงาน	กลุ่มเป้าหมาย
ลดระดับการใช้สารเสพติด/ บุหรี่/ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	อัตราการใช้สารเสพติด/ บุหรี่/ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	12% ของประชาชนแคนาดาที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 9% ของกลุ่มเด็กและเยาวชน (15-17 ปี)
	- อัตราความชุกของการบริโภคบุหรี่	
	- อัตราความชุกและจำนวนคนที่สูบบุหรี่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป	
	ระดับการใช้สารเสพติด (drug abuse)	
	- อัตราความชุกและจำนวนเยาวชนอายุ 15 ถึง 17 ปีที่ใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในทางที่ผิด	
	- อัตราความชุกและจำนวนเยาวชน อายุ 15 ถึง 24 ปีที่ใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย	
เพิ่มการปฏิบัติตามกฎหมาย Tobacco Acts และที่เกี่ยวข้อง, Controlled Drugs and Substances Acts และที่เกี่ยวข้อง	ร้อยละของสัดส่วนผู้ที่ปฏิบัติตามกฎหมาย ต่อผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย โดยจำแนกตามประเภทของกฎหมายและ ผลของการควบคุม	100%

นอกจากนี้รัฐบาลสนับสนุนโครงการ Marijuana Medical Access Program เพื่อควบคุมการเข้าถึงกัญชา และการพัฒนากัญชาให้ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์⁹¹

ตัวอย่างโครงการลดและป้องกันการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด

All Stars⁶²

All Stars เป็นโครงการเชิงพาณิชย์ภายใต้กลยุทธ์ the Adolescent Alcohol Prevention Trial (AAPT)

ประชากรเป้าหมาย : ทั่วไป นักเรียนระดับชั้น 4 และ 5 และกระตุ้นซ้ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 ปี สำหรับนักเรียนระดับชั้น 6 หรือ 7

พื้นที่ปฏิบัติการ: เป็นโครงการสำหรับปฏิบัติการในโรงเรียน และชุมชน

ทฤษฎีที่ใช้ในโครงการ : Cognitive – behavioral

ลักษณะของโครงการ:

มุ่งเน้น: เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ และกัญชา

เป้าหมาย: มี 5 ประการ คือ 1) สร้างบรรทัดฐานของพันธะสัญญา และแก้ไขความเชื่อที่คลาดเคลื่อนในกลุ่มเด็กและเยาวชน 2) กระตุ้นด้านจิตวิทยาให้เด็กเห็นความไม่สอดคล้องระหว่างการใช้สารเสพติดและรูปแบบการใช้ชีวิตที่พึงประสงค์ (desired lifestyles) 3) กระตุ้นให้เด็กให้คำมั่นโดยสมัครใจที่จะหลีกเลี่ยงการ

ใช้สารเสพติด 4) ส่งเสริมให้เด็กมีความผูกพันสังคม และ 5) กระตุ้นให้ความสนใจของผู้ปกครองที่มีต่อโครงการให้เป็นเชิงบวก

กิจกรรม: นักเรียนเรียนรู้อัตราความชุกและทัศนคติที่ผ่านการเล่นเกมต่างๆ การเข้าร่วมกิจกรรมที่ให้ความเห็น การเข้าร่วมการอภิปรายในกรอบที่กำหนด การทำให้เกิดข้อตกลงสาธารณะของกลุ่มนักเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมในอนาคตที่ตั้งใจกระทำ

เนื้อหา: บทเรียน 4 บท ที่เป็นการบอกกล่าวให้ทราบเกี่ยวกับสังคมและสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่นๆ เวลาที่ใช้ในแต่ละบทเรียนประมาณ 45 นาที และอีก 5 บทเรียน ที่ใช้ปรับการรับรู้ที่คลาดเคลื่อนในเรื่องความชุกและการยอมรับเกี่ยวกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่นๆ ในกลุ่มเพื่อนๆ

ระยะเวลาที่ใช้: ตามที่ระบุในแต่ละบทเรียน และกระตุ้นซ้ำใน 1 ปี

ผู้ที่นำกิจกรรมของโครงการ ต้องเป็นเจ้าของหน้าที่เฉพาะของโครงการที่ผ่านการฝึกอบรมในแต่ละหลักสูตรเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 อาทิตย์

ระยะเวลาที่ดำเนินโครงการ: ปีการศึกษา 2530 - 2531

แหล่งเงิน: ทุนสนับสนุนจาก National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

National Anti-Drug Strategy (NADS)⁹⁰

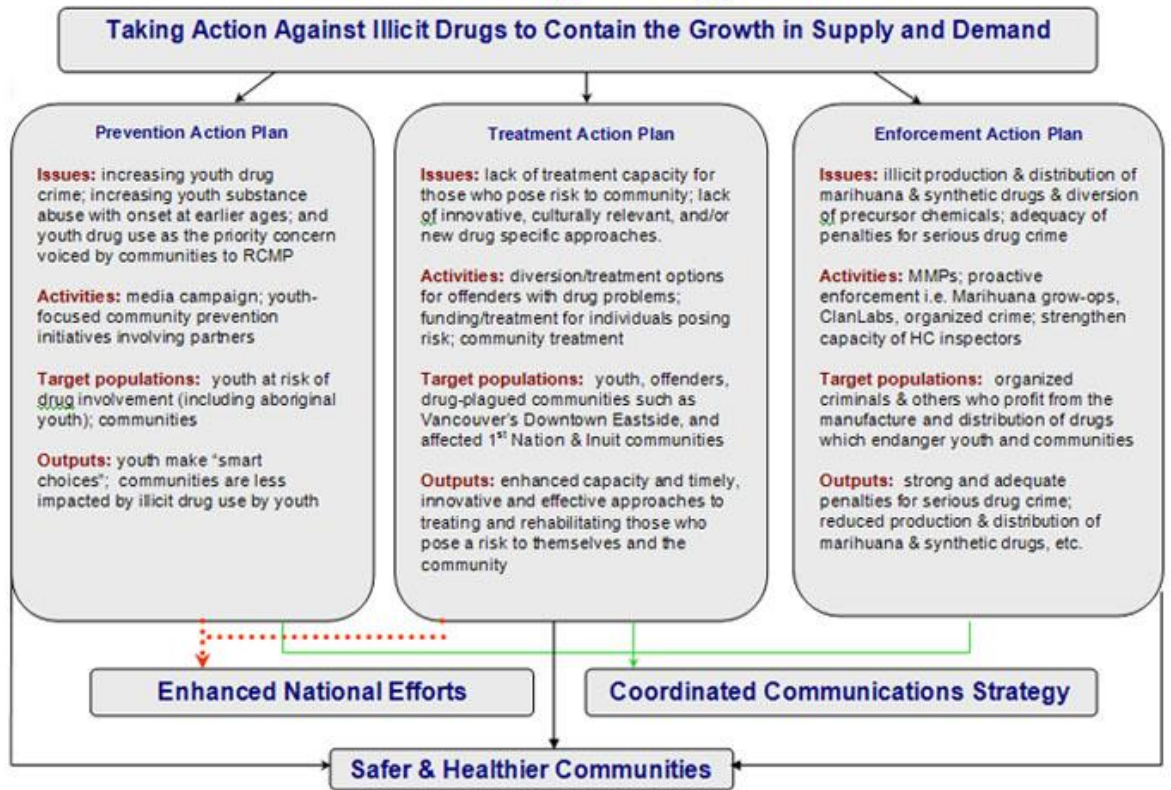
เจ้าของโครงการยุทธศาสตร์ชาติด้านการป้องกันยาเสพติด (The National Anti-Drug Strategy) คือ Department of Justice Canada โดยมุ่งในการป้องกันการติดยาเสพติด และการรักษาผู้ติดยา รวมทั้งการปราบปรามผู้ค้ายาเสพติด มีแผนปฏิบัติการ (action plan) 3 แผน คือ

1. แผนการป้องกันการใช้ยาเสพติด (The Prevention Action Plan) เน้นการป้องกันการใช้ในกลุ่มเด็กและเยาวชน รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณสำหรับแผนนี้เป็นจำนวนถึง \$30 million ภายใน 5 ปี

2. แผนการรักษาผู้ติดยา (The Treatment Action Plan) รวมถึงเยาวชนที่ต้องคดีอาญาและติดยาเสพติด

3. แผนการบังคับใช้กฎหมายในการปราบปรามการผลิตและการกระจายยาเสพติด (The Enforcement Action Plan) แผนนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับกลุ่มเด็กและเยาวชนโดยตรง

National Anti-Drug Strategy Overview



รูปที่ 2-2 รายละเอียดของกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ของ National Anti-Drug Strategy

แหล่งงบประมาณของ National Anti-Drug Strategy

1. Health Canada - **Drug Strategy Community Initiatives Fund (DSCIF)** สนับสนุนโครงการลดการใช้ยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนผ่านแผนการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ⁹¹

2. Department of Justice Canada - **Youth Justice Fund - Anti-Drug Component** สนับสนุนโอกาสในการรักษาผู้ติดยาเสพติดเพื่อช่วยบำบัดฟื้นฟู เยาวชนติดยาเสพติดที่ถูกดำเนินคดีในกระบวนการยุติธรรม โดยสนับสนุนโครงการที่สร้างเครือข่ายกับชุมชน (to create connections with community-based programs) ในการช่วยให้เยาวชนฉลาดในการเลือกใช้ชีวิต และต้านการใช้จ่ายยาเสพติดได้⁹²

3. Public Safety Canada – **National Crime Prevention Centre (NCPC)** สนับสนุนกิจกรรมการปฏิบัติงานป้องกันอาชญากรรมและการแลกเปลี่ยนความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติงาน มุ่งเน้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่ออาชญากรรม รวมถึง เด็กอายุ 7-12 ปี ที่เริ่มใช้สารเสพติดและแสดงพฤติกรรมต่อต้านสังคม (anti-social behavior) กลุ่มเยาวชน อายุ 13-17 ปีที่กำลังใช้สารเสพติดและมีพฤติกรรมเกเร⁹³

ตัวอย่างของการรณรงค์ผ่านสื่อสารมวลชน คือ Drugs Not 4 Me mass media campaign⁸⁹

โครงการป้องกันการใช้ยาเสพติดของเยาวชนโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานในการดำเนินโครงการ (School-Based Drug Prevention Programs)⁹⁴

เจ้าของโครงการ คือ Public Safety Canada's National Crime Prevention Centre (NCPC) โดยเป็นผู้จัดสรรทุนในการดำเนินงานตามโครงการ มีกรอบของการให้ทุน⁹⁵ ดังนี้

- *ประเภทของโครงการที่ขอรับทุน (For a grant)* ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ช่วยให้ชุมชนเรียนและประยุกต์การปฏิบัติการป้องกันอาชญากรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบของกิจกรรมในโครงการ เป็นได้ทั้งการสร้างเครื่องมือ (development or adaptation of tools) การประชุมสัมมนา (conferences) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshops) การฝึกอบรม (training) งบประมาณโครงการ ไม่เกินปีละ 200,000 เหรียญ สามารถทำโครงการขอติดต่อกันได้ไม่เกิน 3 ปี (งบประมาณไม่เกิน \$600,000)

- *ประเภทของโครงการที่ดำเนินกิจกรรม (For a contribution)* ต้องเป็นโครงการที่ดำเนินการเพื่อลดหรือป้องกันอาชญากรรมในชุมชน งบประมาณโครงการ ไม่เกินโครงการละ 2,500,000 เหรียญ ภายใน 5 ปี (ปีละไม่เกิน \$500,000) แต่มีเงื่อนไขว่าหน่วยงานหรือชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณสมทบด้วย

Project SUCCESS (Schools Using Coordinated Community Efforts to Strengthen Students)⁹⁶

เป็นโครงการที่ออกแบบพิเศษสำหรับกลุ่มเยาวชนที่มีเสี่ยงสูง ด้วยการฝึกอบรมมืออาชีพ (Project SUCCESS Counselor; PSC) ในโรงเรียนในการป้องกันการใช้สารเสพติดและการดูแลเบื้องต้น ลดปัจจัยเสี่ยงของการใช้สารเสพติด เพิ่มภูมิคุ้มกันต่อการต้านการใช้สารเสพติดให้กับเด็กและเยาวชน

กลุ่มเป้าหมาย คือ วัยรุ่นอายุ 14 -18 ปีในโรงเรียนที่ไม่ใช่สถานศึกษาทั่วไป โดยเฉพาะนักเรียนที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย ถึงปานกลาง สมาชิกในครอบครัวมีหลายชาติพันธุ์

โครงการประกอบด้วย :

- ชุดความรู้ในการป้องกัน (Prevention Education Series) ประกอบด้วย 8 บทเรียนในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันสารเสพติด ดำเนินการโดย PSC

- การให้คำปรึกษารายตัว (Individual and Group Counseling) ติดตามประเมินผลในโรงเรียน 8 - 12 ครั้ง โดยดำเนินการแบบรายตัวหรือเป็นกลุ่ม

- โครงการสำหรับผู้ปกครอง (Parent Programs) เป็นการให้ความรู้ผู้ปกครอง เพื่อให้เป็นพันธมิตรในการป้องกันการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชน

- การส่งต่อ (Referral) การส่งต่อสำหรับนักเรียนและผู้ปกครองที่ต้องการคำปรึกษาแบบเข้มข้นไปให้หน่วยงานที่เหมาะสมในชุมชน

Project Toward No Drug Abuse (TND)⁹⁶

เป็นโปรแกรมป้องกันแบบมีปฏิสัมพันธ์ (interactive program) เพื่อช่วยเด็กมัธยมปลาย (อายุ 14-19 ปี) ให้สามารถต้านการใช้สารเสพติดได้

ประเภทโครงการ เป็นโครงการในโรงเรียนที่ประกอบด้วยบทเรียนที่ใช้เวลา 40 - 50 นาที เนื้อหาประกอบด้วย ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการความเครียด ทักษะการเผชิญความเครียด วิธีการเลิกบุหรี่ การควบคุมตนเอง และกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจ ฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) การตัดสินใจ

รูปแบบการดำเนินการ การอภิปรายกลุ่ม การเล่นเกม แบบฝึกหัดผ่านการเล่นบทบาทสมมติ วีดิทัศน์
แผ่นงาน (student worksheets) เป็นเวลา 4 อาทิตย์

Promising Practices in Policing Substance Users⁹⁶

เป็นโครงการของ Public Safety Canada ที่ร่วมมือกับ Canadian Association of the Chiefs of Police Drug Abuse Committee ซึ่งประกอบด้วย ตำรวจบุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้ให้บริการด้านสังคม (social service providers) มาร่วมทำงานในการหาแนวทางปฏิบัติที่เข้าถึงกลุ่มที่ใช้สารเสพติด ในการดำเนินโครงการนี้กับกลุ่มเยาวชน ได้มีการเสนององค์ประกอบในการปฏิบัติ (Elements of Effective Practice) คือ ต้องเป็นการดำเนินงานที่ไม่เป็นรูปแบบทางการตามกระบวนการของยุติธรรมทั่วไป แต่เป็นการให้คำมั่นสัญญา ร่วมกันระหว่างเยาวชน ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแล รวมทั้งชุมชนในการที่จะป้องกันการใช้สารเสพติดในอนาคต ตัวอย่างของโครงการสำหรับเยาวชน (Model Examples) ได้แก่ Hamilton Youth Diversion Program; Wetaskiwin/ Hobbema Community Response Unit and their work with Aboriginal Youth Gangs; Adolescent Drug-Abuse Prevention and Treatment (ADAPT) Program, Fort Lauderdale, Florida.⁹⁷

ในปีพ.ศ. 2540 รัฐบาลกลางของแคนาดาได้ออกพระราชบัญญัติบุหรี่ (Tobacco Act) มีบทบัญญัติห้ามขาย หรือให้บุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี⁹⁸ แต่มี 6 รัฐและเขตปกครองที่ขยายข้อห้ามนี้ถึงอายุ 19 ปี ต่อมาในปีพ.ศ. 2552 ได้แก้ไขกฎหมายนี้เพื่อป้องกันบริษัทบุหรี่ทำการตลาดในกลุ่มเยาวชน กฎหมายนี้มีผลบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2553 โดยเพิ่มข้อบัญญัติการห้ามผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์บุหรี่ที่แต่งกลิ่น (flavoured tobacco products) ยกเว้นที่ใช้เมนทอลแต่งกลิ่น หรือใส่สารอื่นๆ เพิ่มเติมในบุหรี่ เช่น กาแฟ วิตามิน สารแต่งสี ห้ามการขายบุหรี่มวนเล็กหรือแกละของบุหรี่แบ่งขายน้อยกว่า 20 มวน ในขณะที่รัฐและเขตปกครองได้มีข้อห้ามเพิ่มเติมในการจำหน่ายบุหรี่แตกต่างกันไป เช่น ห้ามขายลูกอมบุหรี่ (candy cigarettes) เป็นต้น การสำรวจในภาพรวมพบว่าผู้ประกอบการค้าปลีกร้อยละ 86 ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามกฎหมาย⁹⁹ นอกจากการออกกฎหมายป้องกันการทำตลาดบุหรี่ต่อกลุ่มเยาวชนแล้ว Health Canada เริ่มบังคับให้แสดงคำเตือนอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพที่มีขนาดใหญ่บนฉลากของห่อบุหรี่ พร้อมทั้งจัดตั้งศูนย์ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ และทางอินเทอร์เน็ต⁸⁹

ในรัฐ Ontario ซึ่งเป็นรัฐที่มีสัดส่วนการสูบบุหรี่ของประชากรต่ำสุด ได้จัดให้มีบริการเลิกบุหรี่ (smoking cessation Services) สำหรับกลุ่มเยาวชน ซึ่งเยาวชนชายที่เข้ารับบริการร้อยละ 29 นิยมใช้ยาเพื่อเลิกบุหรี่ (pharmacotherapy aids) มากกว่าการปรับพฤติกรรม (behavioral aids) (ร้อยละ 5) ผลประเมินการจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อลดความชุกของการสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กและเยาวชนในพ.ศ. 2552 พบว่า สร้างความตระหนักในการป้องกันในโรงเรียนและชุมชน โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านทีวี ในโรงพยาบาลศูนย์ แผ่นป้ายขนาดใหญ่ สามารถเข้าถึงกลุ่มนักเรียนระดับชั้น 7 – 12 ได้มากกว่ากิจกรรมอื่นๆ⁴² นอกจากนี้รัฐ Ontario ยังมีกฎหมาย the Smoke-Free Ontario Act มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2549 โดยสาระสำคัญคือการจำกัดสถานที่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะหรือที่มีคนรวมตัวกันจำนวนมาก รวมทั้งในรถที่มีเด็กโดยสารอยู่ด้วย

Federal Tobacco Control Strategy (FTCS)¹⁰⁰

พันธกิจของยุทธศาสตร์นี้คือ ต้องการลดการตาย และการเกิดโรคที่เนื่องจากบุหรี่ ด้วยการป้องกัน คุ้มครอง การให้บริการเลิกบุหรี่ (quitting smoking) และการควบคุมผลิตภัณฑ์บุหรี่ (product regulation) เพื่อต่อสู้กับการระบาดของบุหรี่ (the tobacco epidemic)

เป้าหมายของยุทธศาสตร์ คือ การลดความชุกของการสูบบุหรี่ให้ได้ ร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2554 (จากร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2549) โดยเฉพาะการลดความชุกของการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน (15 – 17 ปี) ให้เหลือร้อยละ 9¹⁰⁰

แม้ว่า Health Canada เป็นเจ้าของยุทธศาสตร์นี้ แต่การดำเนินงานได้มีความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ในระดับประเทศ เช่น

Public Safety Canada (PS) เพื่อติดตามการค้าบุหรี่เถื่อนที่ผิดกฎหมาย

Royal Canadian Mounted Police (RCMP) เพื่อติดตามเปรียบเทียบปรับกรณีการกระทำผิดเกี่ยวกับบุหรี่

Office of the Director of Prosecutions (ODPP) เพื่อประสานข้อมูลอาชญากรรมและการค้าบุหรี่เถื่อนทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ

Canada Revenue Agency (CRA) เพื่อการจัดเก็บภาษีบุหรี่ และรายได้จากการผลิตและการขายบุหรี่

Canada Border Services Agency (CBSA) เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการค้าบุหรี่ทุกระดับทั้งในประเทศและต่างประเทศ

นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับหน่วยงานในระดับรัฐและเขตปกครองต่างๆ รวมทั้งภาคเอกชนที่ไม่หวังกำไร (non-governmental organizations; NGOs) ภาคการศึกษา หน่วยงานวิจัย และชุมชนงบประมาณของยุทธศาสตร์นี้ มีจำนวน \$326.6M (สำหรับการดำเนินการระหว่างปีพ.ศ. 2551-2552 ถึง 2554-2555)

5. การบาดเจ็บ (Injury) การใช้ความรุนแรง (Violence)

Canadian Pediatric Society และ Injury Prevention Committee¹⁰¹ ได้เสนอแนวทางในการลดการบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชน ดังนี้

- สนับสนุน pan-Canadian injury prevention (IP) strategy ที่มีความร่วมมือของฝ่ายต่างๆ อาทิ เช่น ผู้นำ ผู้ประสานเชิงนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานตามนโยบาย นักวิจัย หน่วยงานเฝ้าระวังภาครัฐ ภาคการศึกษา และการตลาดเชิงสังคม (social marketing)

- จัดตั้งหน่วยงานระดับชาติสำหรับประสานงานกลุ่มต่างๆ ที่นำกลยุทธ์ไปปฏิบัติทั่วประเทศ

- ให้ความรู้กับสาธารณชนเกี่ยวกับความเสี่ยงของการบาดเจ็บ และเสริมสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการตลาดเชิงสังคมและหลักสูตรต่างๆ ในโรงเรียน

- ผลักดันให้มีการนำ best practice ไปปฏิบัติ รวมทั้งออกกฎหมาย หรือนโยบายในลักษณะเดียวกันทั้งประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่นำมาซึ่งความเสี่ยงของการบาดเจ็บ เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สารเสพติด

- เพิ่มมาตรการบังคับใช้กฎหมายให้เข้มงวด

- สร้างสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับที่พักอาศัย การละเล่น และการเดินทางให้ปลอดภัยต่อเด็ก และเยาวชน

- สร้าง/ ปรับระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บให้ดีขึ้น เช่น ระบบการรายงานและป้องกันการบาดเจ็บของโรงพยาบาล (Canadian Hospital Injury Reporting and Prevention Program) ระบบรายงานการรักษา

ฉุกเฉิน (the National Ambulatory Care Reporting System) ทะเบียนการบาดเจ็บ (the National Trauma Registry) ฐานข้อมูลการตายจากการบาดเจ็บ (a national medical examiners death database)

รัฐบาลแคนาดาต้องการให้เด็กและเยาวชนมีความกระฉับกระเฉง สนุกกับการเล่นกีฬาแต่ในขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยด้วย ดังนั้นในปีพ.ศ. 2553 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณ 5 ล้านเหรียญสำหรับการดำเนินงาน 2 ปีในการสนับสนุนกิจกรรมที่ชุมชนมีส่วนร่วม (community-based activities) เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่ปลอดภัย (safe behaviors) ให้กับเด็กและเยาวชนในการป้องกันการบาดเจ็บจากกีฬาและกิจกรรมสันทนาการ¹⁰²

รัฐบาลแคนาดาได้มีกลยุทธ์เพื่อลดอัตราการตายและการบาดเจ็บร้ายแรงที่เนื่องจากอุบัติเหตุในท้องถนน (Canada's Road Safety Strategy; RSS) มาแล้วในปีพ.ศ. 2544 และ 2553 และกำหนด Canada's Road Safety Strategy (RSS) 2558 เพื่อให้ถนนในแคนาดาเป็นถนนที่ปลอดภัยที่สุดในโลก และกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของกลยุทธ์นี้ คือ กลุ่มคนขับที่อายุน้อย (16 - 24 ปี) เพราะจากข้อมูลการเฝ้าระวังในปีพ.ศ. 2552 รายงานว่า กลุ่มที่ขับรถเร็วและรถชนทำให้การตายนั้น ร้อยละ 40 มีอายุระหว่าง 16 - 24 ปี เยาวชนที่ประสบอุบัติเหตุจนถึงแก่ความตายร้อยละ 80 โดยสารมาในรถที่คนขับอยู่ในวัยเดียวกัน กลุ่มที่ขับรถเร็วจนเกิดอุบัติเหตุรถชนจนถึงแก่ความตายนั้นประมาณ 1 ใน 3 มีการดื่มสุรา อุบัติเหตุรถชนจนมีผู้ถึงแก่ความตายพบมากบนถนนในเขตเมืองเกี่ยวกับคนขับที่อายุน้อย ขับรถเร็วและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์⁴⁸

ตัวอย่างโครงการลดการบาดเจ็บ

The Active and Safe Physical Literacy Injury Prevention (PL-IP) Project¹⁰³⁻¹⁰⁴ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ คือ ทำให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของเด็กชาวแคนาดาดีขึ้น และ ลดความเสี่ยงการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย (รายละเอียดในภาคผนวก 4)

Graduated Driver Licensing (GDL) programs

¹⁰⁵

ในแคนาดา เยาวชนสามารถขอรับใบอนุญาตขับรถ (Graduated Driver Licensing) ได้แต่การป้องกันอันตรายจากการขับรถของนักขับมือใหม่ จึงมีการจำกัด อายุ ประเภทของถนนที่จราจร ช่วงเวลาที่ขับ (กลางวัน กลางคืน) ของนักขับมือใหม่ รวมทั้งการที่ต้องมีครูฝึก หรือ ผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดในการฝึกขับช่วงเริ่มต้น ซึ่งแตกต่างกันไปตามนโยบายของแต่ละรัฐ/ เขตปกครอง graduated driver licensing (GDL) programs เป็นโครงการฝึกนักขับมือใหม่ ก่อนขอรับใบอนุญาตขับซึ่งรถ เพื่อป้องกันและลดอันตรายจากนักขับมือใหม่¹⁰⁵ เช่น Ontario กำหนดให้เยาวชนอายุ ไม่ต่ำกว่า 16 ปี สามารถเข้าโครงการ graduated driver licensing (GDL) ระดับเบื้องต้น (Learner Stage) แต่ต้องผ่านการตรวจสอบระบบมองเห็น และวัดความรู้ กฎ เกี่ยวกับการขับขี่ การใช้ถนนอย่างปลอดภัยก่อน และหากอายุต่ำกว่า 19 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมโครงการ

อายุของอนุญาตให้ ในระดับนี้ต้องฝึกเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี ก่อนไปสู่ระดับกลาง (Intermediate Stage) ซึ่งควรฝึกไม่น้อยกว่า 24 เดือน ทั้งนี้ในแต่ละระดับจะได้ไปขับซึ่งคนละประเภท

Graduated Driver Licensing (GDL) programs เริ่มใน ปีพ.ศ. 2548 เป็นโครงการ สำหรับนักขับมือใหม่ ซึ่งทั่วไปจะเป็นเยาวชน หลักการของโครงการนี้ คือ นักขับมือใหม่จะขับรถได้ง่าย ปลอดภัย มีทักษะในการขับรถเพิ่มขึ้น ในสภาวะแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่ำ อาทิเช่น อายุคนขับต้องไม่ต่ำกว่า 16 ปี การมีคนที่ที่มีประสบการณ์ดูแลขณะขับ การใช้เข็มขัดนิรภัย ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ขับรถช่วงเวลาดึก ไม่ให้

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กและเยาวชน | แคนาดา

มีผู้โดยสารที่เป็นเยาวชนขณะขับ เป็นต้น รัฐ Ontario หากไม่เข้าร่วมโครงการ GDL จะขอรับใบอนุญาตขับที่
ได้เมื่ออายุ 21 ปี⁴⁸

8. บทเรียนจากการทบทวนการส่งเสริมสุขภาพในแคนาดา

ในการทบทวนการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในแคนาดา มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ในการกำหนดนโยบายต่างๆ รัฐบาลแคนาดาให้ความสำคัญกับข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลจากการวิจัย
มาก ตลอดจนมีการติดตามประเมินโครงการต่างๆอย่างสม่ำเสมอ

2. หน่วยงานภาครัฐทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่นมีการกำหนดนโยบายที่มาจากข้อมูลเชิง
ประจักษ์ และมีเป้าหมายที่ชัดเจนทั้งในระยะสั้นระยะยาว

3. ทุกโครงการกำหนดในแบบยุทธศาสตร์ คือ มีความชัดเจนทั้งกรอบการทำงาน ผู้รับผิดชอบโครงการ
พื้นที่ปฏิบัติการ แหล่งทุน การติดตามประเมินผล และ ตัวชี้วัด

4. การทำงานในการส่งเสริมสุขภาพของแคนาดามีลักษณะการทำงานเป็นทีมทั้งหน่วยงานใน
ภาครัฐบาล ระดับรัฐ/ เขตปกครอง ภาคเอกชน และชุมชน เช่น การทำงานร่วมของ หน่วยงาน Health
Canada (รับผิดชอบข้อมูลการสำรวจและรายงานผลการสำรวจด้านสุขภาพ) Statistics Canada's Client
Services, Special Surveys Division (รับผิดชอบข้อมูลดิบ และการวิเคราะห์ข้อมูล)

5. การสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพของรัฐบาล อยู่ในรูปเงินทุนทั้งหมดของโครงการ
(grant) และงบประมาณบางส่วน (contribution)

6. แคนาดามีระบบสารสนเทศที่ดีในการเก็บข้อมูล แสดงผล การเข้าถึงข้อมูลดิบต่างๆ ทำให้การวิจัย การ
วิเคราะห์ข้อมูลในชุดเดียวกันทำได้หลายมุมมองจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย

แต่อย่างไรก็ดีในการประเมินโครงการของรัฐบาลโดยนักวิชาการต่างๆ มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation strategy) เป็นจุดเด่นของโครงการส่งเสริม
สุขภาพในแคนาดาที่รัฐบาลแคนาดาให้ความสำคัญมาตั้งแต่ ยุค 1970 โดยในปี พ.ศ. 2523 รัฐบาลได้ทำ
โครงการ Health Promotion Contribution Program (HPCP) เพื่อเป็นการปฏิบัติการของกลยุทธ์การมี
ส่วนร่วมของชุมชน (community participation strategy) โดยโครงการนี้สนับสนุนเงินทุนสำหรับชุด
โครงการส่งเสริมสุขภาพทั้งระดับท้องถิ่น ระดับเขต และระดับประเทศ ทำให้ชุมชนมีทรัพยากรในการ
วิเคราะห์และแก้ปัญหสุขภาพภายในชุมชน แต่จากผลการประเมินโครงการ HPCP ใน ปีพ.ศ. 2532 พบว่า
โครงการ HPCP 100 โครงการนั้น ชุมชนมีส่วนร่วมปานกลาง ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินโครงการโดยรัฐบาล
เช่น ร้อยละ 41 เป็นการเข้าไปวางแผนโครงการ ร้อยละ 29 เป็นการเข้าไปปฏิบัติการ ร้อยละ 11 เป็นการเข้า
ไปประเมินโครงการ แสดงให้เห็นว่านโยบายในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมนั้นยังไม่บรรลุผลตามเจตนารมณ์
นอกจากนี้ระบบราชการมีผลต่อการขับเคลื่อนนโยบายที่ต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วม ทั้งในด้านการจัดลำดับ
ของปัญหาสำหรับการแก้ไข การจัดสรรเงินทุนสนับสนุน นอกจากนี้ความแตกต่างในด้านศักยภาพของชุมชน
ต้องได้รับการพิจารณาเป็นปัจจัยในการดำเนินการด้วย มิเช่นนั้นนโยบายในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมจะทำให้
เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการดูแลสุขภาพของแต่ละชุมชน¹⁰⁶

2. โครงการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเด็กและเยาวชนมีทั้งรูปแบบโครงการกว้างๆที่ใช้กับทุกโรงเรียนทั่ว
ทั้งประเทศ และโครงการพิเศษเฉพาะกลุ่ม หรือโครงการที่เน้นเฉพาะด้าน จากการศึกษา meta-analysis
พบว่าโครงการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับสารเสพติดสำหรับดำเนินการทั่วไปในโรงเรียน (universal school-based
drug education program) นั้นจะให้ผลลัพธ์ดีต้องเป็นโครงการที่ออกแบบให้นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการได้มี
ปฏิสัมพันธ์ (interactive programs) มากกว่าโครงการให้สุขศึกษาโดยวิทยากรอย่างเดียว และโครงการ

ลักษณะที่เน้นทักษะชีวิต (Comprehensive Life Skills programs) ให้ผลลัพธ์โดยรวมดีกว่า โครงการประเภทสร้างแรงจูงใจทางสังคม¹⁰⁷⁻¹⁰⁸

จากการศึกษา meta-analysis ของข้อมูลประสิทธิผลของ การดำเนินการโครงการป้องกันการใช้สารเสพติด สำหรับดำเนินการทั่วไปในโรงเรียน (universal school-based drug education program) ในช่วงปีพ.ศ. 2521 ถึง 2541 พบว่า โครงการที่เน้นทักษะชีวิต (Comprehensive Life Skills programs) จะให้นักเรียนระดับประถม (elementary school levels) และมัธยมปลาย (high school levels) ที่เข้าร่วมโครงการมีทักษะชีวิต (เช่นการสื่อสาร การกล้าแสดงออก การตัดสินใจ การเผชิญความเครียด การตั้งเป้าหมายชีวิต) ที่ดีกว่าโครงการประเภทสร้างแรงจูงใจทางสังคม (Social Influences programs) ระดับมัธยมต้น (middle school level) ไม่พบความแตกต่างระหว่างโครงการทั้ง 2 ลักษณะในการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับ บุหรี่ ภัยคุกคาม และสารเสพติดอื่น ยกเว้น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่พบว่า โครงการประเภทสร้างแรงจูงใจทางสังคม นอกจากมีประสิทธิผลที่ดีกว่า โครงการที่เน้นทักษะชีวิต ยังพบว่าทำให้ลดการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดได้ด้วย แต่ไม่มีผลต่ออัตราความชุกของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทั้งนี้เพราะโครงการที่เน้นทักษะชีวิตทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการ เช่น การสนับสนุนให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยไม่ช่วยลดการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างไม่ต้อง (alcohol abuse) ดังนั้น การตั้งเป้าหมาย ลด-ละ-เลิก การใช้สารเสพติดที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมในสังคมอาจจะไม่ใช่เป้าหมายที่เหมาะสม น่าจะเปลี่ยนเป็นการป้องกันการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและมุ่งที่อันตรายที่ได้รับจากการใช้สารเสพติดมากกว่า¹⁰⁹

3. นโยบายการส่งเสริมสุขภาพของแคนาดาในกลุ่มเด็กและเยาวชนในหลายๆ โครงการมีเจตนาที่ดีต่อกลุ่มเป้าหมาย แต่ในการปฏิบัติการในลักษณะที่เป็นข้อห้ามต่างๆ นั้น นักวิชาการวิเคราะห์ว่าเป็นนโยบายที่ละเมิดสิทธิมนุษยชนของเยาวชน⁵⁷

บทสรุป

นโยบายส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชนนั้น เป็นนโยบายที่มีกรอบการดำเนินการที่กว้าง นอกจากนี้สุขภาพที่ดีของเยาวชนยังเกี่ยวเนื่องมาจากสุขภาพในวัยเด็ก และส่งผลต่อสุขภาพในวัยทำงานและวัยสูงอายุตามลำดับด้วยดังนั้นการจัดทำกลยุทธ์และการปฏิบัติต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายๆหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชน โดยใช้ฐานข้อมูลเดียวกัน และมีเข็มมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับมีรายงานงานวิจัยเชิงประจักษ์ จึงจะก่อให้เกิดประสิทธิผลในการดำเนินงานและการมีสุขภาพที่ดีของเด็กและเยาวชน

9. เอกสารอ้างอิง

1. ประเทศแคนาดา. [cited on March 15, 2013] from <http://th.wikipedia.org/>
2. Government of Canada. Statistics Canada: Population by year, by province and territory [Date modified: 2012-09-27, cited on April 13, 2013.] from <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo02a-eng.htm>
3. Statistics Canada. Population Size and Growth of the Inuit and non-Aboriginal populations, Canada and Inuit regions, 1996 and 2006. [Date Modified: 2010-08-06, cited on April 13, 2013.] from <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-636-x/2008001/tab/tab1-eng.htm>
4. Statistics Canada. Population counts by Aboriginal identity, 2006. [Date Modified: 2010-06-21, cited on April 13, 2013.] from <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-636-x/2008001/tab/tab1-eng.htm>
5. Public safety Canada. A Statistical Snapshot of Youth at Risk and Youth Offending in Canada. [Date Modified: 2012-04-16, cited on April 13, 2013.] from http://www.publicsafety.gc.ca/res/cp/res/_fl/ssyr-eng.pdf
6. Health Canada. Canada Health Act – Annual Report 2011–2012. Cat.: H1-4/2012E [cited on March 15, 2013] from <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/index-eng.php>
7. อรสา ไชววิมล. รายงานการทบทวนการบริหารยุทธศาสตร์และนโยบายสุขภาพระดับชาติของประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และเกาหลีใต้. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) 16 เมษายน 2554
8. Braën A. Health and the Distribution of Powers in Canada. DISCUSSION PAPER NO.2. The Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002
9. MacDonald NE., Bortolussi R., Canadian Paediatric Society. A harmonized immunization schedule for Canada: A call to action Infectious Diseases and Immunization Committee Paediatr Child Health 16(1); 2011: 29-31.
10. Tiedemann M. The Federal Role in Health and Health Care. Publication No. 2011-91-E Ottawa, Canada, Library of Parliament. 2011: 3-4.
11. Health Canada. About Health Canada: Grants and contribution. 2013 [Date Modified: 2005-08-09, cited March 12, 2013] from <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/finance/contribution/index-eng.php>
12. Tiedemann M. The Federal Role in Health and Health Care. Publication No. 2011-91-E Ottawa, Canada, Library of Parliament. 2011: 1.
13. Health Canada About Health Canada.. [cited on March 10, 2013] from <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/index-eng.php#tphp>
14. Health Canada. 2012-2013 Report on Plans and Priorities. [cited on March 15, 2013] from <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/2012-2013/inst/shc/shc-eng.pdf> : 22
15. Library of Parliament. Federal Government: Table of Public Statutes and Responsible Ministers. [Revised on: 2013.03.15, cited on March 15, 2013] from

- <http://www.parl.gc.ca/Parlinfo/Compilations/FederalGovernment/MinisterialResponsibilities.aspx?Language=E>
16. Health Canada. Public Health Agency of Canada [cited on March 11, 2013] from <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/phac-aspc/index-eng.php>
 17. Health Canada. Public Health Agency of Canada: About Division of Childhood and Adolescence. 2013 [Date Modified: 2011-01-18, cited on March 12, 2013] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/about-apos/index-eng.php>
 18. Boyce W, Doherty M, Fortin C, MacKinnon D. Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study: Factors influencing knowledge, attitudes and behaviours. Council of Ministers of Education, Canada. 2003.
 19. Katharine K. The Youth Pathways Project (YPP): Street Involved Youth and Pregnancy. 2007 [cited on March 15, 2013] from www.tyss.org/temp/KatherineKing.pdf
 20. Health Canada. WOMEN AND SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH March 1999 - 2007 [cited on April 13, 2013] from http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/facts_sexual.pdf
 21. Statistics Canada. Pregnancy Outcomes 2005. Catalogue no. 82-224-X 2008: 9.
 22. Rotermann M. Trends in teen sexual behavior and condom use Health Reports, 19(3); 2008 • Statistics Canada, Catalogue no. 82-003-XP
 23. Sex Information and Education Council of Canada. ADOLESCENT SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN CANADA: A REPORT CARD IN 2004. The Canadian Journal of Human Sexuality. 13 (2); 2004: 81
 24. Ian J. "Healthy Living and Healthy Weight." *In Healthy Settings for Young People in Canada*. W. Boyce, M. King, & J. Roche (Editors). Ottawa, Ontario: The Public Health Agency of Canada, 2008
 25. Shields M. Overweight Canadian children and adolescents. Statistics Canada – Cat. No. 82-620-MWE. 2004
 26. Gadalla T.M. Unhealthy behaviours among Canadian adolescents: prevalence, trends and correlates. *Chronic Diseases and Injuries in Canada* 32(3); 2012: 156-163.
 27. Health Statistics Division Body mass index of Canadian children and youth, 2009 to 2011 Catalogue no.82-625-X Statistics Canada, 2012
 28. Kirstin Haley. How do teenagers spend their days? Matter of Fact No. 8, 2008
 29. Public Health Agency of Canada Overview: Actions Taken and Future Directions 2011 Curbing Childhood Obesity: A Federal, Provincial and Territorial Framework for Action to Promote Healthy Weights [Date Modified: 2011-11-25, cited on March 10, 2013] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/2011/hw-os-2011-eng.php>
 30. Currie C Zanotti C, Morgan A, et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study:

- international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6: 107 [cited on March 15, 2013] from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
31. Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM, McEwan K. Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: the state of the science and the art of the possible. *Can J Psychiatry* 47; 2002: 825–32.
 32. Public Health Agency of Canada. The Health of Canada's Young People: a mental health focus.[Date Modified: 2012-03-16, cited on March 19, 2013] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/hbsc-mental-mentale/summary-resume-eng.php>
 33. Austen P. Community Capacity Building and Mobilization in Youth Mental Health Promotion The Story of the Community of West Carleton. [cited on March 19, 2013] from <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/mhp/>
 34. Tonmyr L., Williams G, Hovdestad WE., Draca J. Anxiety and/or Depression in 10–15-Year-Olds Investigated by Child Welfare in Canada. *Journal of Adolescent Health* 48; 2011: 493–498.
 35. Strategic Policy and Systems Coordination Section Childhood and Youth Division. Trends IN THE Health OF Canadian Youth. 1989-90 [cited on March 12, 2013.] from <http://www.hcsc.gc.ca/hppb/childhood-youth/spsc.html>
 36. Strategic Policy and Systems Coordination Section Childhood and Youth Division . Health, Illness and Medication. In Trends in the Health of Canadian Youth. [Date Modified: 2013-01-25, cited on March 10, 2013] from http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/trends-tendances/pdf/youthtrends_e.pdf
 37. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) Summary of Annual Results for 2011 Ottawa (ON): Health Canada; 2010 [cited March 12, 2013] from: http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2011/ann_summary-sommaire-eng.php
 38. Saab H., King M. Health Risk Behaviours In Healthy Settings for Young People in Canada. W. Boyce, M. King, & J. Roche (Editors). Ottawa, Ontario: The Public Health Agency of Canada, 2008.
 39. Janz T. Current Smoking Trends Catalogue no. 82-624-X, 2012 [cited April 1, 2013] from <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11676-eng.pdf>
 40. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) 2008. Summary of annual results for 2008. Ottawa (ON): Health Canada; 2008 [modified 2010 Jan 22; cited 2011Jan 28]. from: http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2008/ann_summary-sommaire-eng.php

41. Skinner J.H.C., Bobbili S.J. Coaches' knowledge and awareness of spit tobacco use among youth athletes: results of a 2009 Ontario survey. *Chronic Diseases and Injuries in Canada* 32(3); 2012: 149 – 155.
42. Ontario Tobacco Research Unit. Indicators of Smoke-Free Ontario Progress. Monitoring and Evaluation Series, Vol. 14/15, No. 2. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit, Special Report, January 2010.: 23 - 24
43. Drug Strategy and Controlled Substances Programme. Reducing Alcohol-Related Harm in Canada: Toward a Culture of Moderation 2007 [cited on April 2, 2013] from <http://www.ccsa.ca/2007%20CCSA%20Documents/ccsa-023876-2007.pdf>
44. Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Selected Factors Associated with Alcohol Use Among Pregnant Women and Women of Child-bearing Age. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 32(8); 2010: s21.
45. Pickett W. "Injury and Physical Trauma." In *Healthy Settings for Young People in Canada*. W. Boyce, M. King, & J. Roche (Editors). Ottawa, Ontario: The Public Health Agency of Canada, 2008.
46. Public Health Agency of Canada. Fact Sheet Investing in child and youth injury prevention in sports and recreation [Date Modified: 2011-03-16, cited on April 13, 2013] from http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0316a-eng.php
47. Pickett W., Brison RJ., Mackenzie SG., Garner M., King MA, Greenberg, TL. Boyce WF. Youth injury data in the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program: do they represent the Canadian experience? *Injury Prevention* 6; 2000: 9–15
48. Government of Canada. Road Safety in Canada Cat. T46-54/1-2011E, 2011 [Date modified: 2011-12-19, cited on April 13, 2013] from <http://www.tc.gc.ca/eng/roadsafety/tp-tp15145-1201.htm#s33>
49. Banerji A., Canadian Paediatric Society. Preventing unintentional injuries in Indigenous children and youth in Canada First Nations, Inuit and Métis Health Committee. *Paediatr Child Health* 17(7); 2012: 393
50. SMARTRISK. The Economic Burden of Injury in Canada. SMARTRISK: Toronto, ON, 2009
51. Statistics Canada. Family Violence in Canada: A Statistical Profile. Catalogue no. 85-224-X, 2011: 45 -48.
52. Sinha M. Family violence in Canada: A statistical profile, 2010 Canada catalogue no. 85-002-X Statistics Canada, 2012
53. Family Health Teams. Guide to Health Promotion and Disease Prevention. Ontario 2006 [cited on March 25, 2013] from http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/fht/docs/fht_health_promotion2.pdf
54. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized

- World [cited on March 10, 2013] from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
55. Raphael D., Bryant T., Curry-Stevens A. Toronto charter outlines future health policy directions for Canada and elsewhere. HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL 19. (2); 2004: 269 – 273.
 56. Commission on the Future of Health Care in Canada. Sustainability of Canada's healthcare system. 2002 [cited on March 20, 2013] from http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Romonow_Commission_ENGLISH/Discussion_Paper_Sustainability_of_Canada_s_healthcare_system.sflb.ashx
 57. Mitchell RC. HUMAN RIGHTS AND HEALTH PROMOTION: A CANADA FIT FOR CHILDREN? International Journal of Child, Youth and Family Studies 3 & 4; 2011: 510-526 510
 58. Creating a Healthier Canada: Making Prevention a Priority: A Declaration on Prevention and Promotion from Canada's Ministers of Health and Health Promotion/Healthy Living. [cited on March, 10, 2013] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/index-eng.php>
 59. Glouberman S, Millar J. Evolution of the Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Systems in Canada. Am J Public Health 93(3); 2003: 388–392.
 60. Russell-Mayhew S., Arthur N., Ewashen C. Targeting Students, Teachers and Parents in a Wellness-Based Prevention Program in Schools. Eating Disorders, 15; 2007:159–181.
 61. Healthy settings for young people in Canada.[Date Modified: 2008-03-18, cited on March 12, 2013] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/yjc/index-eng.php>
 62. Health Canada. Preventing Substance Use Problems Among Young People A Compendium of Best Practices. Cat. No. H39-580/2001E, 2001: 27 [cited on April 13, 2013] from http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/prevent/young-jeune-eng.pdf
 63. Health Canada. Reaching for the Top: A Report by the Advisor on Healthy Children & Youth. [Date Modified: 2009-12-17, cited on March 10, 2013] <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/child-enfant/advisor-conseillere/index-eng.php#a7>
 64. Government of Canada. A CANADA FIT FOR CHILDREN. Catalogue No. SD13-4/2004E-PDF [cited on April 14, 2013] from http://www.canadiancrc.com/PDFs/Canadas_Plan_Action_April2004-EN.pdf
 65. Health Canada. Public Health Agency of Canada: Health Promotion. [Date Modified: 2013-01-25, cited on March 12, 2013] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/index-eng.php>
 66. Leitch KK. Reaching for the Top: A Report by the Advisor on Healthy Children & Youth. 2007 [cited on March 12, 2013] from <http://www.hc-sc.gc.ca>

67. The Canadian Federation for Sexual Health . Education and Training Reviewed Mar 2009 [cited on April 13, 2013] from http://www.cfsh.ca/files/Publications/parent-brochure_web_6pg.pdf
68. Canadians for Choice. 2011 Annual Report. [cited on April 2, 2013] from http://www.canadiansforchoice.ca/report_2011.pdf
69. Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN). Sexual health education in the schools: Questions & Answers (3rd edition) 2010 [cited on April 1, 2013] from http://www.sieccan.org/pdf/she_q&a_3rd.pdf
70. Sex Information and Education Council of Canada. Sexual health education in the schools: Questions & answers (3rd edition) The Canadian Journal of Human Sexuality. 18(1-2); 2009: 47-60.
71. SOGC. Canadian Consensus Guidelines on Human Papillomavirus. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 29(8) supplement 3, 2007
72. SOGC News Release August 2, 2007 [cited on April 13, 2013] from http://www.sogc.org/media/pdf/advisories/HPVGuideline_August07E.pdf
73. National Advisory Committee on Immunization (NACI). An Advisory Committee Statement (ACS): Update on Human Papillomavirus (HPV) Vaccines. CDR 38(January); 2012: ACS-1
74. Fung C, Kuhle S, Lu C, Purcell M, Schwartz M, Storey K, Veugelers PJ. From “best practice” to “next practice”: the effectiveness of school-based health promotion in improving healthy eating and physical activity and preventing childhood obesity. Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 9; 2012: 27.
75. Public Health Agency of Canada. 2005 Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy Executive Summary.[Date Modified: 2010-05-03. cited on March 10, 2013] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/sum-res-eng.php>
76. Public Health Agency of Canada. The 2007 Report on the Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy Executive Summary.[Date Modified: 2010-05-03, cited on March 10, 2013] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/pdf/pancan07-eng.pdf>
77. The Ministers of Health and of Health Promotion/Healthy Living of Canada. Creating a Healthier Canada: Making Prevention a Priority. [Modified: 2010-09-07, cited on March 10, 2013] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/index-eng.php>
78. Public Health Agency of Canada. 2005 Integrated Pan-Canadian Healthy Living Strategy: Appendix D: Policy and Program ~ Opportunities for Action.[Modified: 2010-09-01, cited on March 10, 2013] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/sum-res-eng.php>
79. Ian J. Physical activity guidelines for children and youth. Appl. Physiol. Nutr. Metab. 32;

- 2007: S109–S121.
80. Public Health Agency of Canada. Curbing Childhood Obesity: A Federal, Provincial and Territorial Framework for Action to Promote Healthy Weights.[Date Modified: 2011-11-25, cite March 12, 2013] from www.phac-aspc.gc.ca
 81. Pollett H. Mental Health Promotion: A Literature Review 2007 [cited on April 13, 2013] from <http://www.cmhanl.ca/pdf/Mental%20Health%20Promotion%20Lit.%20Review%20June%2018.pdf>
 82. Charlotte Waddell, Kimberley McEwan, Cody A Shepherd, David R Offord, Josephine M Hua. A Public Health Strategy to Improve the Mental Health of Canadian Children. *Can J Psychiatry* 2005;50:226–233.
 83. Kutcher S., McLuckie, A. Evergreen: A child and youth mental health framework for Canada. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada. 2010: 22-28
 84. Kirmayer L., Simpson C., Cargo M.. Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry* 11 (Supplement); 2003: S15-S23.
 85. Publishing and Depository Services Public Works and Government Services Canada. JOBS GROWTH AND LONG-TERM PROSPERITY: E C O N O M I C A C T I O N P L A N 2012. Cat. No.: F1-23/3-2012E, 2012: 173 [cited on March 10, 2013] from <http://www.budget.gc.ca/2012/plan/pdf/Plan2012-eng.pdf>
 86. Greydanus DE., Bacopoulou F., Tsalamanios E. Suicide in Adolescents: A Worldwide Preventable Tragedy. *Keio J Med* 58 (2); 2009 : 95 -102.
 87. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic health examination, 1990 update:2. Early detection of depression and prevention of suicide. *CAN MEDASSOCJ* 1990: 142(11): 1233-1337.
 88. Public Health Agency of Canada. BEST PRACTICE INTERVENTIONS.[Date Modified: 2012-05-22, cited on April 1, 2013] from <http://66.240.150.14/intervention/650/view-eng.html>
 89. Health Canada . 2012-13 Report on Plans and Priorities : 31 – 32. [cited on March 20, 2013] from <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/2012-2013/inst/shc/shc-eng.pdf>
 90. Evaluation Division Office of Strategic Planning and Performance Measurement. NATIONAL ANTI-DRUG STRATEGY IMPLEMENTATION EVALUATION Final Report. 2010 Department of Justice Canada. [Date Modified: 2012-11-21, cited on March 10. 2013] from <http://nationalantidrugstrategy.gc.ca/nads-sna.html>
 91. Health Canada. The Drug Strategy Community Initiatives Fund (DSCIF) - At a Glance. [Date Modified: 2013-02-26, cited on March 12, 2013] from <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-pps/drugs-drogues/dscif-ficsa/index-eng.php#af>
 92. Department of Justice Canada. Youth Justice Fund [Date Modified: 2012-11-09, cited March 14, 2013] from <http://www.justice.gc.ca/eng/pi/yj-jj/fund-fond/fund-fond.html>

93. Public Safety Canada. Public Safety Canada's National Crime Prevention Centre (NCPC)[Date Modified: 2012-09-13, cited on March 12, 2013] from <http://www.publicsafety.gc.ca/prg/cp/ncps-fndsndx-eng.aspx>
94. National Crime Prevention Centre (NCPC). SCHOOL-BASED DRUG ABUSE PREVENTION: PROMISING AND SUCCESSFUL PROGRAMS. Public Safety Canada Ontario 2009
95. Public Safety Canada's National Crime Prevention Centre (NCPC) Funding programs [cited on March 12, 2013] from <http://www.publicsafety.gc.ca/prg/cp/ncps-fndsndx-eng.aspx>
96. National Crime Prevention Centre. SCHOOL-BASED DRUG ABUSE PREVENTION: PROMISING AND SUCCESSFUL PROGRAMS. 2009 Catalogue number: PS4-73/2009E-PDF [cited on April 1, 2013] from http://www.publicsafety.gc.ca/res/cp/res/_fl/2009-01-drg-abs-eng.pdf
97. Public Safety Canada. Promising Practices in Policing Substance Users: A handbook of Integrated Models and Practices. [cited on April 1, 2013] from www.PublicSafety.gc.ca
98. Minister of Justice. Tobacco (Access) Regulations. March 4, 2013 [cited on April 1, 2013] from <http://laws-lois.justice.gc.ca>
99. Ontario Tobacco Research Unit. The Tobacco Control Environment: Ontario and Beyond. Monitoring and Evaluation Series Vol.15, No. 1. Youth Access to Tobacco Products: Monitoring Update. Toronto, ON: Ontario Tobacco Research Unit, November 19, 2009.
100. Treasury Board of Canada Secretariat. Federal Tobacco Control Strategy. [Modified: 2012-09-10, cited March 13, 2013] <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/about-apropos/role/federal/strateg-eng.php>
101. Yanchar NL., Warda LJ., Fuselli P., Canadian Paediatric Society, Injury Prevention Committee. Child and youth injury prevention: A public health approach. Paediatr Child Health 17(9); 2012: 511.
102. Public Health Agency of Canada. Fact Sheet Investing in child and youth injury prevention in sports and recreation [Date Modified: 2011-03-16, cited on April 13, 2013] from http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0316a-eng.php
103. Public Health Agency of Canada Fact Sheet Funding to Active and Safe for Life – Physical Literacy [Date Modified: 2012-08-28, cited on April 13, 2013] from http://www.phac-aspc.gc.ca/inj-bles/2012_0828-fs-fi-eng.php
104. Canadian Sport For Life . Active and Safe Physical Literacy and Injury Prevention <http://canadiansportforlife.ca/active-and-safe-physical-literacy-and-injury-prevention> April 13, 2013
105. Mayhew DR., Simpson HM., Singhal D. Best Practices for Graduated Driver Licensing in Canada. Traffic Injury Research Foundation. Ontario, 2005.

106. William F. Boyce. Influence of health promotion bureaucracy on community participation: a Canadian case study. *Health Promotion International*. 17(1); 2002: 61-68.
107. Social Influences programs., Tobler N., Stratton, H. Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention*,18(1); 1997: 71-128.
108. Tobler N., Roona M., Ochshorn P., Marshall D., Streke A., Stackpole, K. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20(4); 2000: 275-336.
109. Roona M., Streke A., Ochshorn P., Marshall D., Palmer A. Identifying Effective School-Based Substance Abuse Prevention Interventions [cited on March 20, 2013] from <http://silvergategroup.com/public/PREV2000/Roona.pdf>
110. Public Health Agency of Canada. BRINGING HEALTH TO THE PLANNING TABLE: A Profile of Promising Practices in Canada and Abroad. the Healthy Living Issue Group of the Pan-Canadian Public Health Network: 53. [cited on April 1, 2013] from <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/be-eb/pdf/Bringing-Health-PORTUGUESE.pdf>
111. Government of Canada. IMPROVING COOKING AND FOOD PREPARATION SKILLS: A Profile of Promising Practices in Canada and Abroad. Cat.: H164-123/2-2010E-PDF, 2010: 52 -56. [cited on April 1, 2013] from <http://www.healthcanada.gc.ca>

ภาคผนวก 1

Healthy Eating⁷⁸

วัตถุประสงค์ คือ การยกระดับรูปแบบและพฤติกรรมมารับประทานที่ดีต่อสุขภาพ ปรับปรุงทางเลือกในการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ รวมทั้งการเข้าถึงอาหารสุขภาพและความสามารถในการซื้อหาอาหารสุขภาพ

ตัวชี้วัด Healthy Eating คือ ร้อยละของประชาชนอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไประบุว่าบริโภคผักผลไม้บ่อยๆ

76

กิจกรรมในระยะสั้น (6-18 เดือน)

ครอบครัว: มุ่งมั่นในการส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพในแต่ละวัน และสนับสนุนการใช้ชีวิตที่มีชีวิตชีวา เช่นการออกกำลังกาย ลดระยะเวลาในการดูโทรทัศน์

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ(Health Professionals): ติดตามค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กและเยาวชนอย่างสม่ำเสมอ ให้คำปรึกษากับเด็ก เยาวชนและผู้ปกครองเกี่ยวกับโภชนาการ รวมทั้งให้ความรู้ด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องกับผู้ให้บริการสุขภาพของชุมชน (community health service providers)

ชุมชนและหน่วยงานเอกชนที่ไม่หวังกำไร (NGO): จัดโครงการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยง

หน่วยงานสุขภาพระดับจังหวัด/ เทศบาล(Provincial/ municipal/ health authorities): กำหนดนโยบายและมาตรฐานโภชนาการของโรงเรียน และผลักดันให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการเรื่องสุขภาพในโรงเรียน

หน่วยงานรัฐบาลกลาง: สนับสนุนความร่วมมือในการพัฒนาโครงการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคที่ตีรวมถึงการนำไปปฏิบัติจริงในแต่ละภาคส่วน

ภาคเอกชน: เพิ่มการให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับโภชนาการในฉลากอาหารที่จำหน่าย

กิจกรรมในระยะกลาง (18 – 60 เดือน)

ชุมชนและหน่วยงานเอกชนที่ไม่หวังกำไร (NGO): รับผิดชอบพัฒนาโปรแกรมการศึกษาสำหรับกลุ่มเป้าหมาย (ชนพื้นเมือง ผู้ที่มาจากถิ่นอาศัยใหม่ ผู้มีรายได้น้อย มารดาที่อายุน้อย คนสูงวัย) รวมทั้งการนำโปรแกรมไปใช้

หน่วยงานสุขภาพระดับจังหวัด/เทศบาล: รับผิดชอบในการประกันว่าร้านขายของชำมีการจำหน่ายอาหารสุขภาพที่ผู้มีรายได้น้อยสามารถซื้อหาไปรับประทานได้ สนับสนุนให้ชุมชนมีความมั่นคงทางอาหารสุขภาพ เช่น การมีส่วนร่วมครัวของชุมชน การเลี้ยงสัตว์ในชุมชนเพื่อให้ได้โปรตีน (coop kitchens)

หน่วยงานรัฐบาลกลาง: สรรวจแนวทางการให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงทางเลือกของอาหารสุขภาพ

ภาคเอกชน: นำเสนอผลิตภัณฑ์อาหารใหม่ๆ ที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพิ่มขึ้น (nutritional value)

ตัวอย่างโครงการส่งเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมรับประทานอาหาร

1. NEWFOUNDLAND AND LABRADOR: St. Francis School Greenhouse¹¹⁰

องค์กรที่เป็นผู้นำของโครงการ: Lower Trinity South Regional Development Association

พันธมิตรที่สำคัญ: Eastern School District, St. Francis School, Junior Achievement, Department of Health and Community Services, College of the North Atlantic, Service Canada

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กและเยาวชน | แคนาดา

ชุมชนที่ร่วมโครงการ: Harbour Grace, Newfoundland and Labrador

จำนวนประชากรในชุมชน: 3,074 คน

พื้นที่ดำเนินการ: ต่างจังหวัด

กลุ่มเป้าหมาย: เยาวชน ผู้ใหญ่

จุดเน้นของโครงการ: การบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ การตระหนักถึงการเกษตรกรรม การพัฒนาทักษะ

ระดับปฏิบัติการ: เฉพาะท้องถิ่นและเขต

รายละเอียดของโครงการ:

เริ่มแรกโครงการมีวัตถุประสงค์จะพัฒนาเด็กให้รู้จักการผู้ประกอบการธุรกิจผ่านการทดลองปฏิบัติจริงกับ The St. Francis Greenhouse ซึ่งเป็นผู้ทำธุรกิจด้านการเกษตรกรรม แต่ทางโรงเรียนเห็นว่าโครงการนี้น่าจะสามารถพัฒนาเป็นหลักสูตรการเป็นอยู่ด้วยสุขภาพดี (healthy living curriculum) จึงได้ขยายโครงการโดยให้เด็กๆ ได้มีส่วนร่วมในการเพาะปลูก ฝึติดิตตามการเติบโตผักที่ตนเองปลูก (หากเป็นนักเรียนต่างถิ่นสามารถติดตามการเติบโตของพืชที่ตนเองปลูกผ่าน webcams และ อินเทอร์เน็ต ของบริษัท) เก็บเกี่ยว ผักผลไม้ เตรียมอาหารสำหรับตนเอง ได้เรียนรู้ คุณค่าทางอาหารของพืชที่ปลูก ความสัมพันธ์ระหว่างพืช ผัก กับอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วบนโต๊ะอาหาร รวมทั้งอาหารว่างที่รับประทานระหว่างมื้อ ทำให้เด็กได้เรียนรู้พฤติกรรมบริโภคที่ดี

2. Newfoundland and Labrador: Food and Fun Camp Program¹¹¹

องค์กรที่เป็นผู้นำของโครงการ: Central Health

พันธมิตรที่สำคัญ: Twillingate/ New World Island Primary Health Care Community Advisory Committee, local school boards, schools and town councils, health care professionals, summer student programs, regional and provincial Wellness Coalitions and children and families of rural Newfoundland and Labrador communities Community Twillingate/ New World Island area of central Newfoundland and Labrador

พื้นที่ดำเนินการ: ชนบท ชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย: เด็กอายุ 8 – 10 ปีพร้อมครอบครัว

จุดเน้นของโครงการ: ความรู้และทักษะในการบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย

ระดับปฏิบัติการ: เฉพาะท้องถิ่นและเขต

รายละเอียดของโครงการ:

เนื่องจากต้องการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของเด็กในชุมชน ด้วยการให้เด็กได้เรียนรู้อย่างสนุกสนานเกี่ยวกับความสำคัญของการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย และห่างไกลบูหรี่ จึงได้จัดกิจกรรม ที่มีวัตถุประสงค์ดังนี้

- พัฒนาทักษะในการเตรียมและปรุงอาหาร
- การจัดการในเรื่องอาหารปลอดภัยเพื่อป้องกันอันตรายจากอาหารเป็นพิษ
- ทราบเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและสามารถประยุกต์ใช้กับอาหารในแต่ละมื้อได้
- มั่นใจในการปรุงอาหาร สามารถปรุงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้กับตนเองและครอบครัว

บริโภคได้

โดยการจัดโครงการเข้าค่ายระหว่างเด็กกับผู้ปกครองเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันในระยะ 5 วันวันละ 5 – 6 ชั่วโมงเกี่ยวกับการเตรียมอาหารจากพืชผักที่ปลูก

¹¹¹ การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ภาคผนวก 2

Physical Activity^{76,78}

วัตถุประสงค์ คือ การสนับสนุน การให้ความช่วยเหลือในการออกกำลังกาย รวมถึงการเข้าถึงอุปกรณ์สำหรับออกกำลังกาย และเพิ่มโอกาสที่จะได้ออกกำลังกาย โดยอายุ เพศ ระดับชั้นการศึกษา และรายได้ ไม่เป็นอุปสรรคสำหรับการออกกำลังกาย

ตัวชี้วัด Physical Activity คือ ร้อยละของประชาชนอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปมีการทำกิจกรรมที่กระฉับกระเฉง หรือมีการออกกำลังกาย⁷⁶

กิจกรรมในระยะสั้น (6-18 เดือน)

ครอบครัว: มุ่งมั่นในการส่งเสริมการบริโภคอาหารสุขภาพในแต่ละวัน และสนับสนุนการใช้ชีวิตที่มีชีวิตชีวา เช่นการออกกำลังกาย ลดการดูโทรทัศน์

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ: ให้ข่าวสารที่ชัดเจนและคงเส้นคงวากับผู้มารับบริการในการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคที่ดีต่อสุขภาพและการออกกำลังกาย

ชุมชนและหน่วยงานเอกชนที่ไม่หวังกำไร (NGO): จัดโครงการออกกำลังกายสำหรับชุมชนสำหรับกลุ่มเสี่ยง

หน่วยงานสุขภาพระดับจังหวัด/เทศบาล: เพิ่มโอกาสสำหรับการออกกำลังกาย ด้วยการปรับกฎ ระเบียบปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการออกกำลังกาย ควบคุมการวางแผนระดับท้องถิ่นเพื่อให้มีการออกกำลังกายปฏิบัติได้จริง

หน่วยงานรัฐบาลกลาง: วางแผนระยะยาวในการร่วมมือกับรัฐและเขตปกครองในการผสมผสานการสนับสนุน การออกกำลังกายและพฤติกรรมบริโภคที่ดีต่อสุขภาพ จัดทำแนวทางการออกกำลังกายสำหรับกลุ่ม ผู้พิการ

ภาคเอกชน: เพิ่มการให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับโภชนาการในฉลากอาหารที่จำหน่าย

กิจกรรมในระยะกลาง (18 – 60 เดือน)

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ: ฝึกอบรมเรื่องการออกกำลังกายและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอกับผู้ ให้บริการสุขภาพของชุมชน

หน่วยงานสุขภาพระดับจังหวัด/เทศบาล: ปรับปรุงผังชุมชนให้ส่งเสริม กระตุ้นการบริโภคที่ดี และการออกกำลังกายของสมาชิกในชุมชน เช่น สนามเด็กเล่นสาธารณะ สถานที่ทำงาน สวนสาธารณะ

หน่วยงานรัฐบาลกลาง: หาแนวทางการลดค่าใช้จ่ายบริการการออกกำลังกาย และช่วยเหลือการเข้าถึงโอกาสการ ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

ภาคเอกชน: ช่วยพัฒนาโครงการบริโภคอาหารที่ดี และการออกกำลังกาย รวมถึงการสนับสนุนการปฏิบัติตาม โครงการนั้นๆ

ภาคผนวก 3

โครงการความร่วมมือในการประสานงาน (Cross-Sector Collaboration)⁷⁸

วัตถุประสงค์ คือ เพิ่มความร่วมมือในการทำงาน ความเข้าใจ และการวางแผนร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานสุขภาพและหน่วยงานที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ (“non-health” sectors)

กิจกรรมในระยะสั้น (6-18 เดือน)

ชุมชนและหน่วยงานเอกชนที่ไม่หวังกำไร (NGO) รับผิดชอบในการนำการเคลื่อนไหวระดับรากหญ้า การผลักดันให้การบริโภคอาหารที่ดี และการออกกำลังกายเป็นวาระสาธารณะ (the public agenda) ที่สำคัญ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือการถอดบทเรียนการปฏิบัติที่ดี (best practices) โดยเฉพาะจากผลการประเมินแต่ละโครงการ

หน่วยงานรัฐบาลกลาง: สนับสนุนการวิจัย การเฝ้าระวัง การเปิดประเด็น การกำกับดูแล และการประเมินผล รวมทั้งจัดสรรการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานต่างๆที่จำเป็นสำหรับโครงการการบริโภคอาหารที่ดี และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ต้องทบทวนและจัดลำดับข้อเสนอที่ได้จากรายงานระดับชาติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

กิจกรรมในระยะกลาง (18 – 60 เดือน)

หน่วยงานรัฐบาลกลาง: รับผิดชอบในการศึกษาความเป็นไปได้ด้านการคลังที่ใช้ในการสนับสนุนการดำรงชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ (healthy living) เช่น ภาษี การให้เงินช่วยเหลือ หรือการสนับสนุนในด้านราคา เป็นต้น ตรวจสอบการควบคุมการโฆษณาและการตลาดที่ส่งผลต่อเด็ก เพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ

กิจกรรมในระยะยาว (ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป)

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ: จัดทำเครื่องมือสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น PAR-Q และ PAR-MED ให้ทันสมัย ให้บริการโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของการบริการสุขภาพ ทั้งในหน่วยงานของตน และในการปฏิบัติงานในชุมชน

ชุมชนและหน่วยงานเอกชนที่ไม่หวังกำไร (NGO): รับผิดชอบในการทำงานของอาสาสมัครระดับชาติให้ทำงานอย่างมีชีวิตชีวาไม่น่าเบื่อ เพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพ

หน่วยงานรัฐบาลกลาง: รับผิดชอบในการควบคุมนโยบายการใช้พื้นที่และการเดินทาง เพื่อส่งเสริมการเดินทางที่กระฉับกระเฉง สนับสนุนการออกแบบชุมชนรวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานของชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

ภายใต้ยุทธศาสตร์ The Pan-Canadian Healthy Living Strategy นี้ได้มีกรอบปฏิบัติงานร่วมระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐ และเขตปกครองเพื่อส่งเสริมการให้เด็กมีน้ำหนักที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีที่โรงเรียนให้ส่งเสริมการพฤติกรรมบริโภคที่ดี พฤติกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งการให้ความรู้ในด้านโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็กแก่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก⁸⁰

ภาคผนวก 4

The Active and Safe Physical Literacy Injury Prevention (PL-IP) Project¹⁰³⁻¹⁰⁴

เจ้าของโครงการคือ Canadian Sport for Life ได้รับการสนับสนุนจาก Canadian Sport Centre Pacific ได้ร่วมมือกับองค์กรต่างๆ คือ Canadian Parks and Recreation Association, Physical & Health Education Canada, Lakehead University, Sunnybrook Health Sciences Centre, the Play Safe Initiative, Respect Group Inc., the Sandbox Project, the BC Sport Agency and Sport Newfoundland and Labrador.

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. ทำให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของเด็กชาวแคนาดาดีขึ้น
2. ลดความเสี่ยงการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย

เป้าหมายของโครงการ

ลดการบาดเจ็บและสร้างกีฬาที่ปลอดภัยด้วยการเพิ่มคุณภาพของกีฬา และการออกกำลังกายด้วยการพัฒนาสื่อกิจกรรมสำหรับเด็ก (development of children's physical literacy)

ขอบเขตของโครงการนี้ คือ

- ข้อมูลการป้องกันการบาดเจ็บสำหรับเผยแพร่ในสื่อต่างๆ องค์กรเครือข่ายจัดทำ
- สนับสนุนให้มีการยอมรับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์กีฬาและอุปกรณ์เสริม ให้เหมาะสม ในกีฬา 30 ประเภท

- ทบทวนกฎ กติกาสำหรับกีฬา 4 ประเภท ได้แก่ soccer, lacrosse, rugby และ baseball เพื่อสร้างความตระหนักและป้องกันการบาดเจ็บ

กิจกรรมของโครงการ คือ

1. กำหนดระดับความรู้ และเครื่องมือสำหรับใช้ในการปฏิบัติงานของ ครูผู้ฝึกสอนกีฬา ผู้นำสันทนาการ (recreation activity planners) โรงเรียน สโมสรท้องถิ่น (local clubs) และองค์กรในชุมชนต่างๆ (community organizations)

2. กำหนดระดับการสร้างความตระหนักให้กับผู้ปกครองเกี่ยวกับประโยชน์ของสื่อที่จัดทำ

3. ตรวจสอบความรู้ในการป้องกันหรือลดการบาดเจ็บที่จัดทำขึ้นให้สามารถปฏิบัติได้จริงกับการเล่นกีฬาและทำกิจกรรมสันทนาการ

ตัวอย่างสื่อที่โครงการจัดทำขึ้น Canadian Sport For Life. Active and Safe - Physical Literacy and Injury Prevention <http://canadiansportforlife.ca/active-and-safe-physical-literacy-and-injury-prevention> April 13, 2013

สื่อสำหรับผู้ปกครอง

- CS4L Champions - CS4L Presentation Part 1A (Short)
- CS4L Champions - CS4L Presentation Part 1B (Long)

สื่อสำหรับครูฝึกกีฬา

- CS4L Developing Physical Literacy Session (Durability Training)
- PLAYfun (Physical Literacy Assessment for Youth - FUNdamentals)
- PLAYself (Physical Literacy Assessment for Youth - Self-Assessment)
- PLAYsimple - Coach (Physical Literacy Assessment for Youth for Coaches)

- CS4L Champions - CS4L Presentation Part 2A (Short)
 - CS4L Champions - CS4L Presentation Part 2B (Long)
- สื่อสำหรับคนทั่วไป*
- CS4L's Introduction to Physical Literacy
 - CS4L PL-IP Project Description
 - CS4L Physical Literacy and Injury Prevention Fact Sheet
 - CS4L Physical Literacy and Injury Prevention (how to) Guide for Clubs

บทที่ 3

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชน: ประเทศสหรัฐอเมริกา

ภก.ผศ.ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตร์อำนวยการ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

1. บทนำ

เด็กและเยาวชนเป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่สามารถบ่มเพาะพฤติกรรมต่างๆได้ โดยพฤติกรรมในช่วงวัยเรียน วัยรุ่นและเยาวชนจะนำไปสู่พฤติกรรมในช่วงวัยผู้ใหญ่หรือกลายเป็นพฤติกรรมตลอดชีวิตของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นการปลูกฝังพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยเฉพาะด้านสุขภาพตั้งแต่ช่วงวัยดังกล่าวจะทำให้เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพที่ดีในอนาคต ทำให้หลายๆประเทศรวมถึงประเทศสหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของช่วงวัยดังกล่าว

2. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการทบทวนเอกสารทั้งที่เป็นนโยบาย กฎหมาย รายงานการวิจัยและการศึกษาโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชนของประเทศสหรัฐอเมริกา

แหล่งข้อมูลที่ใช้ค้นคว้า

1. ฐานข้อมูล PubMed

2. website:

2.1. U.S. Department of Health and Human Services (<http://www.hhs.gov/>)

2.2. Centers for Disease Control and Prevention
(<http://www.cdc.gov/HealthyYouth/about/>)

2.3. National Center for Health Statistic (<http://www.cdc.gov/nchs/>)

2.4 Centers for Medicare and Medicaid Services (<http://www.cms.gov/>)

2.5. WHO (<http://www.euro.who.int>)

2.6 Substance Abuse and Mental Health Services Administration
(<http://www.samhsa.gov/>)

3. ฐานข้อมูลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) : ระบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา
คำสำคัญ (key words) ที่ใช้ค้นข้อมูล ได้แก่

Adolescence, Health Prevention, Health Promotion, Health Policy, United states, USA

3. ข้อมูลทั่วไปของประเทศสหรัฐอเมริกา

ข้อมูลจำนวนประชากรประเทศสหรัฐอเมริกาปีพ.ศ. 2553 พบว่ามีจำนวนประชากรทั้งหมด 313,914,040 คนเป็นเด็กอายุ 5 ถึง 9 ปี จำนวน 20,870,000 คน วัยรุ่นอายุ 10 -19 ปี (Adolescents)

จำนวน 40,906,000 คน และเยาวชน อายุ 20 ถึง 24 ปี (Young adults) จำนวน 21,525,000 คน คิดเป็นร้อยละ 27.1 ของประชากรทั้งประเทศสหรัฐอเมริกา¹ โดยคาดว่าในปีพ.ศ. 2563 ประชากรเด็กและวัยรุ่น (Adolescent) จะมีมากถึง 42.4 ล้านคนและเพิ่มเป็น 50 ล้านคนในปี 2583 ส่วนประชากรเยาวชน (Young adult) อายุ 20 – 24 ปี คาดว่าจะเพิ่มขึ้น 2.2 ล้านคนหรือ 11.5 % ในปีพ.ศ. 2563²

การบริการด้านสุขภาพ

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีระบบบริการด้านสุขภาพซึ่งเน้นหลักการของการประกันสุขภาพ (Health insurance) อย่างชัดเจน โดยภาคเอกชนจะมีบทบาทมากกว่าภาครัฐ และเป็นประเทศอุตสาหกรรมชั้นนำเพียงประเทศเดียวที่ยังไม่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage)³ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาครัฐมี 2 รูปแบบใหญ่ๆ คือ

Medicare เป็นระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง คุ้มครองประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ประชาชนที่อายุต่ำกว่า 65 ปีที่พิการ และประชาชนที่ป่วยเป็นโรคไตระยะสุดท้าย

Medicaid เป็นโครงการในระดับรัฐ อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลจากรัฐบาลกลาง (Federal) เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับครอบครัวหรือผู้ที่มีรายได้น้อยตามเกณฑ์ที่กำหนดรวมถึงเด็กในครอบครัวและผู้พิการบางอย่าง ระบบประกันสุขภาพ Medicaid นี้ รัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนดนโยบายหลัก โดยแต่ละรัฐบาลของแต่ละมลรัฐมีสิทธิในการพิจารณาการบริหารจัดการโปรแกรมของแต่ละรัฐได้ ตั้งแต่การกำหนดผู้ที่มีสิทธิที่จะรับบริการ ขอบเขตของบริการทางการแพทย์ และบริการด้านยา ดังนั้นความครอบคลุมของ Medicaid ในแต่ละรัฐจึงมีความแตกต่างกัน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเด็กและเยาวชนจะได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพจากภาครัฐผ่านระบบ Medicaid ในกรณีที่ครอบครัวมีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยในปีพ.ศ. 2555 มีเด็กอายุ 6 -17 ปี 16.42 ล้านคนและเยาวชนอายุ 18 - 25 ปี 4.83 ล้านคนได้รับสวัสดิการนี้⁴ ส่วนครอบครัวที่รายได้เกินกว่าที่กำหนด ผู้ปกครองจะต้องทำประกันสุขภาพเอกชนให้กับเด็กโตหรือเยาวชนเอง แต่อย่างไรก็ตามสำหรับเด็กและเยาวชนที่ครอบครัวมีรายได้น้อยกว่าที่จะได้รับการคุ้มครองในระบบ Medicaid แต่ผู้ปกครองไม่สามารถซื้อประกันเอกชนได้ จะได้รับการคุ้มครองโดย The State Children's Health Insurance Program (SCHIP) หรือที่เรียกว่า Children's Health Insurance Program (CHIP) ซึ่งเป็นโครงการประกันสุขภาพในระดับรัฐแต่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลางเช่นเดียวกับระบบ Medicaid

แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลการมีประกันสุขภาพของประชาชนปีพ.ศ. 2555 พบว่าวัยรุ่นอายุ 6 - 17 ปีที่ไม่มีประกันสุขภาพมีประมาณ 4.90 ล้านคน หรือร้อยละ 9.84 และเยาวชนอายุ 18 – 25 ปี ที่ไม่มีประกันสุขภาพมีประมาณ 7.65 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 25.38 ของประชากรกลุ่มดังกล่าว⁴

4. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาถือได้ว่าเป็นประเทศพัฒนาแล้วที่มีค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่น จากสถิติของ OECD⁵ ในปีพ.ศ. 2553 พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อคนต่อปี (Health expenditure per capita) ของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกามีมูลค่าเท่ากับ 8,233 เหรียญสหรัฐ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 17.6 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product, GDP) โดยในจำนวนนี้คิดเป็นค่ายาร้อยละ 11.9 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ โดยสัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชนเท่ากับ 48.2 ต่อ 51.8

การประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกาอาศัยระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลร่วมกับประกันสุขภาพภาคเอกชนซึ่งมีบทบาทอย่างมากต่อการให้บริการด้านสุขภาพ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ได้รับบริการผ่านระบบบริการที่จ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ (Provider) แบบจ่ายตามรายการ (Fee-for-service) และแหล่งเงินด้านสุขภาพที่มาจากภาษีทั่วไปผ่านระบบ Medicare, Medicaid และ SCHIP โดยเป็นผู้มีสิทธิภายใต้โปรแกรม Medicare 48.85 ล้านคน (เป็นผู้สูงอายุ 35.6 ล้านคน และ เป็นคนพิการ 6.5 ล้านคน) ค่าใช้จ่ายของระบบ Medicare ในปีพ.ศ. 2554 คิดเป็น 566.9 พันล้านเหรียญสหรัฐ ผู้มีสิทธิภายใต้โปรแกรม Medicaid 62.2 ล้านคน (เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 6.1 ล้านคน เป็นผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 21 ปี จำนวน 32.6 ล้านคน) โดยค่าใช้จ่ายในปีพ.ศ. 2554 คิดเป็น 432.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ และเป็นผู้มีสิทธิภายใต้โปรแกรมประกันสุขภาพสำหรับเด็ก (SCHIP) 9.2 ล้านคน ซึ่งมีค่าใช้จ่าย เท่ากับ 11.9 พันล้านเหรียญสหรัฐในปีพ.ศ. 2554⁶

5. หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของเด็กและเยาวชน

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของรัฐ ได้แก่ Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ซึ่งอยู่ภายใต้ Department of Health and Human Service CMS เป็นหน่วยงานที่บริหารจัดการแผนบริการสุขภาพ 2 แผนคือ Medicare และ Medicaid รวมถึง SCHIP

การดำเนินงานด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาจะประกอบด้วยหน่วยงานระดับประเทศและหน่วยงานระดับมลรัฐ โดยหน่วยงานระดับประเทศได้แก่ National Initiative to Improve Adolescent Health (NIAH or the National Initiative) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เกิดจากความร่วมมือระหว่าง Division of Adolescent and School Health, Centers for Disease Control and Prevention และ Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย การสนับสนุนทุนในการดำเนินงานและการวิจัย ส่วนหน่วยงานระดับรัฐจะเป็นหน่วยงานในการนำนโยบายไปปฏิบัติซึ่งอาจแตกต่างกันไปในวิธีการปฏิบัติซึ่งจะขึ้นกับบริบท รวมถึงปัญหาความรุนแรงด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานภาคเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรร่วมดำเนินการด้วย

นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์ข้อมูลและการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนซึ่งได้แก่ The National Adolescent and Young Adult Health Information Center (NAHIC) เป็นหน่วยงานที่เกิดจากความร่วมมือของ The National Adolescent Health Information and Innovation Center (NAHIIC) และ The Public Policy Analysis and Education Center for Adolescent and Young Adult Health (The Policy Center) มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย (California University, San Francisco)

โครงการ Healthy people

โครงการ Healthy people⁷ ซึ่งเป็นวาระแห่งชาติ (National agenda) กำหนดกลยุทธ์และมาตรการสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรค มุ่งเน้นการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีการกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาในการดำเนินการเป็นช่วงเวลาละ 10 ปี เริ่มตั้งแต่ปีค.ศ. 1990 จนถึงปัจจุบัน นโยบายหรือมาตรการระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและเยาวชนในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ถูกกำหนดไว้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Healthy people ด้วยโดยในโครงการ

Healthy people 2010 ได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สำคัญสำหรับเด็กและเยาวชน (Critical objective for Adolescents and Young Adults) 6 ด้าน 21 ตัวชี้วัดซึ่งได้แก่⁸

1. ด้านการเสียชีวิต (Mortality)
 - 1.1 ลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กและเยาวชนอายุ 10 – 24 ปี
2. ด้านการบาดเจ็บ (Unintentional injury)
 - 2.1 ลดการเสียชีวิตที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุทางถนนของเด็กและเยาวชนอายุ 15 – 24 ปี
 - 2.2 ลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บที่มีสาเหตุอุบัติเหตุทางถนนซึ่งสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนอายุ 15 – 24 ปี
 - 2.3 เพิ่มการใช้เข็มขัดนิรภัยของนักเรียนระดับชั้น 9 -12
 - 2.4 ลดสัดส่วนของเด็กโตและเยาวชนที่โดยสารรถยนต์ที่ผู้ขับขี่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับชั้น 9 - 12
3. ด้านปัญหาความรุนแรง (Violence)
 - 3.1 ลดอัตราการฆาตกรรม (homicides) ของเด็กและเยาวชนอายุ 10 -19 ปี
 - 3.2 ลดอัตราการทะเลาะวิวาทของนักเรียนระดับชั้น 9 - 12
 - 3.3 การพกพาอาวุธของเยาวชนของนักเรียนระดับชั้น 9 - 12
4. ด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด (Mental Health and substance abuse)
 - 4.1 ลดอัตราการฆ่าตัวตายของเด็กโตและเยาวชนของเด็กและเยาวชนอายุ 10 -19 ปี
 - 4.2 ลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายของเด็กโตและเยาวชนระดับชั้น 9 – 12 ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา
 - 4.3 ลดสัดส่วนการติดยาและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและวัยรุ่นอายุ 12 – 17 ปี
 - 4.4 ลดอัตราการใช้สารเสพติดเช่น กัญชาในช่วงเดือนที่ผ่านมาของเด็กและวัยรุ่นอายุ 12 – 17 ปี
 - 4.5 ลดสัดส่วนของเด็กและเยาวชนที่รู้สึกซึมเศร้าช่วงอายุ 4 – 17 ปี
 - 4.6 เพิ่มสัดส่วนของเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและได้รับการรักษาช่วงอายุ 4 – 17 ปี
5. อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)
 - 5.1 ลดอัตราการตั้งครรภ์ในเยาวชนของเด็กและวัยรุ่นอายุ 15 -17 ปี
 - 5.2 เพิ่มสัดส่วนของวัยรุ่นระดับชั้นเรียน 9 – 12 ซึ่ง
 - 5.2.1 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน
 - 5.2.2 หากเคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน แต่ปัจจุบันหยุดกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์
 - 5.2.3 หากปัจจุบันยังคงมีเพศสัมพันธ์ต้องใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์
 - 5.3 ลดการติดเชื้อ Chlamydia trachomatis ของวัยรุ่นอายุ 15 – 24 ปีในกลุ่มต่างๆดังนี้
 - 5.3.1 หญิงในคลินิกวางแผนครอบครัว
 - 5.3.2 หญิงในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - 5.3.3 ชายในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - 5.4 ลดจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วย HIV/ AIDS ของวัยรุ่นอายุ 13 – 24 ปี
6. การป้องกันโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ (Prevention of adult chronic diseases)
 - 6.1 ลดการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นระดับชั้นเรียน 9 – 12
 - 6.2 ลดสัดส่วนของเด็กหรือเยาวชนที่อ้วนหรือมีน้ำหนักเกินในระดับชั้นเรียน 9 – 12

6.3 เพิ่มสัดส่วนการออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที และมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ของเด็กและเยาวชนระดับชั้นเรียน 9 – 12

ผลการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและเยาวชนในโครงการ Healthy People 2010 พบว่าสามารถบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพที่สำคัญของเด็กและเยาวชน (Critical objective for Adolescents and Young Adults) เพียง 2 เป้าหมายเท่านั้น⁹ ซึ่งได้แก่ การลดสัดส่วนของเยาวชนที่ขับรถขณะมึนเมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการลดสัดส่วนของเยาวชนที่มีส่วนร่วมในการทะเลาะวิวาท ส่วนการลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กและเยาวชนพบว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตตามเป้าหมายได้เพียงกลุ่มอายุเดียวคือช่วงอายุ 10 - 14 ปี ส่วนกลุ่มอายุ 15 - 19 ปีมีแนวโน้มดีขึ้น ขณะที่กลุ่มอายุ 20 - 24 ปีมีแนวโน้มแย่ลง ส่วนผลลัพธ์สถานะทางสุขภาพ (Health status outcomes) เมื่อเทียบกับเมื่อสิ้นสุดโครงการ Healthy people 2010 พบว่า การตั้งครุฑของวัยรุ่นลดลงอย่างชัดเจน การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นลดลงอย่างชัดเจนเช่นเดียวกัน ส่วนการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะกัญชาลดลงเล็กน้อย การใช้เข็มฉีดยารักษาของวัยรุ่นมีมากขึ้น ขณะที่การออกกำลังกายไม่เปลี่ยนแปลงและพบว่าวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น⁹

สำหรับโครงการ Healthy People 2020 ซึ่งเป็นโครงการในช่วงปีพ.ศ. 2553 - 2563 มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ

- บรรลุเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ อายุยืนยาวโดยปราศจากโรค ความพิการหรืออุบัติเหตุที่ป้องกันได้และลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร
- มีความเสมอภาคทางสุขภาพ ขจัดความไม่เท่าเทียมและพัฒนาสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม
- สร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับทุกคน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต การพัฒนาด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทุกช่วงชีวิต

โดยโครงการ Healthy people 2020 ได้เพิ่มเติมวัตถุประสงค์สำหรับสุขภาพเด็กและเยาวชน (Adolescent health) ขึ้นมาโดยเฉพาะเนื่องจากสุขภาพของเด็กและเยาวชนจะนำไปสู่สุขภาพในช่วงวัยผู้ใหญ่ต่อไปในอนาคต โดยมีเป้าหมายและตัวชี้วัดสำหรับสุขภาพของเด็กโตและเยาวชน¹⁰ ดังนี้

1. การตรวจสุขภาพของวัยรุ่น
เพิ่มสัดส่วนของวัยรุ่นที่ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. กิจกรรมหลังเลิกเรียน
เพิ่มสัดส่วนของวัยรุ่นที่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมนอกหลักสูตรหรือกิจกรรมนอกห้องเรียน
3. การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใหญ่และเด็ก
เพิ่มสัดส่วนของวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่และผู้ดูแล
 - 3.1 เพิ่มสัดส่วนของวัยรุ่นที่มีผู้ปกครองหรือผู้ใหญ่ที่สามารถปรึกษาปัญหาต่างๆได้
 - 3.2 เพิ่มสัดส่วนของพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่วัยรุ่นมีส่วนร่วม
4. การพึ่งพาตนเองของเด็กและเยาวชน (อยู่ระหว่างการพัฒนา)
เพิ่มสัดส่วนของเด็กและเยาวชนในการเปลี่ยนจากการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นการพึ่งพาตนเองให้มากขึ้น
5. ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา
เพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของเด็กและเยาวชน

- 5.1 เพิ่มสัดส่วนของนักเรียนที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรปกติ 4 ปีภายหลังจากเรียนจบระดับ 9 เพิ่มสัดส่วนของนักเรียนพิการ (Disabilities) ที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตร
- 5.2 เพิ่มสัดส่วนของนักเรียนที่มีทักษะการอ่านสูงกว่าหรือเท่ากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของระดับชั้นเรียนที่กำลังศึกษาอยู่
 - 5.3.1 เพิ่มสัดส่วนของนักเรียนที่ศึกษาระดับชั้นที่ 4 ที่มีทักษะการอ่านสูงกว่าหรือเท่ากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
 - 5.3.2 เพิ่มสัดส่วนของนักเรียนที่ศึกษาระดับชั้นที่ 8 ที่มีทักษะการอ่านสูงกว่าหรือเท่ากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
 - 5.3.3 เพิ่มสัดส่วนของนักเรียนที่ศึกษาระดับชั้นที่ 12 ที่มีทักษะการอ่านสูงกว่าหรือเท่ากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
- 5.3 เพิ่มสัดส่วนนักเรียนที่มีทักษะทางคณิตศาสตร์สูงกว่าหรือเท่ากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของระดับที่กำลังศึกษาอยู่
 - 5.4.1 เพิ่มสัดส่วนของนักเรียนที่ศึกษาระดับชั้นที่ 4 ที่มีทักษะการอ่านสูงกว่าหรือเท่ากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
 - 5.4.2 เพิ่มสัดส่วนของนักเรียนที่ศึกษาระดับชั้นที่ 8 ที่มีทักษะการอ่านสูงกว่าหรือเท่ากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
 - 5.4.3 เพิ่มสัดส่วนของนักเรียนที่ศึกษาระดับชั้นที่ 12 ที่มีทักษะการอ่านสูงกว่าหรือเท่ากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
- 5.4 เพิ่มสัดส่วนนักเรียนที่เห็นว่าการเรียนที่โรงเรียนมีความสำคัญ
- 5.5 ลดการขาดเรียนเนื่องจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย
6. โครงการอาหารเช้าที่โรงเรียน (School breakfast program)
เพิ่มสัดส่วนของโรงเรียนที่มีโครงการอาหารเช้าที่โรงเรียน (School breakfast program)
7. ยาที่ผิดกฎหมายในโรงเรียน
ลดสัดส่วนของเด็กและเยาวชนที่ได้รับ ซ้ำหรือขายยาที่ผิดกฎหมายในโรงเรียน
8. ความปลอดภัยของนักเรียนในโรงเรียน
เพิ่มสัดส่วนของเด็กหรือเยาวชนที่ผู้ปกครองว่านักเรียนมีความปลอดภัยในโรงเรียน
9. การละเมิดทางเพศกับนักเรียน
เพิ่มสัดส่วนของโรงเรียนระดับประถมและมัธยมที่ห้ามการละเมิดทางเพศกับนักเรียน
10. เหตุการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนของรัฐบาล
ลดสัดส่วนของโรงเรียนรัฐบาลที่มีเหตุการณ์ความรุนแรง
11. การกระทำผิดของเยาวชนและการตกเป็นเหยื่อการก่ออาชญากรรม
ลดการกระทำผิดของเด็กและเยาวชน และการตกเป็นเหยื่อการก่ออาชญากรรม
 - 11.1 ลดอัตราการกระทำผิดของเด็กและเยาวชน
 - 11.2 ลดอัตราการกระทำผิดต่อทรัพย์สินของเด็กและเยาวชน
 - 11.3 ลดการรายงานการรวมกลุ่มมั่วสุมของเยาวชนในเมืองหรือพื้นที่ต่างๆ (อยู่ระหว่างการพัฒนา)

11.4 ลดอัตราการตกเป็นเหยื่อการก่ออาชญากรรมของเด็กและเยาวชน (อยู่ระหว่างการพัฒนา)

นโยบายการตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปีถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งประชาชน โดยเฉพาะสำหรับเด็กและเยาวชน เนื่องจากหากตรวจพบปัญหาทางสุขภาพหรือพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ก็จะเป็นบุคคลที่มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงและมีนิสัยและพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมในอนาคต การตรวจสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน (wellness checkup for adolescent) เป็นเป้าหมายหนึ่งของโครงการ Healthy people 2020 ซึ่งมีเป้าหมายเพิ่มร้อยละของเด็กและเยาวชนที่ได้รับการตรวจสุขภาพกายอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี เป็นร้อยละ 75.6 ในปีพ.ศ. 2563

การตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับเด็กหรือเยาวชนโดยปกติแล้วจะดำเนินการโดยกุมารแพทย์ (Pediatricians) จนอายุประมาณ 21 ปี แต่อย่างไรก็ตามเด็กและเยาวชนบางส่วนจะเข้ารับบริการจากแพทย์ประจำครอบครัว (Family practitioner) หรือแพทย์เฉพาะทางวัยรุ่น (Specialist in adolescent medicine) โดยการตรวจจะประกอบด้วย การตรวจร่างกายตามปกติ ได้แก่ การตรวจการทำงานของหัวใจ ปอด ระบบสืบพันธุ์ ผิวหนัง อวัยวะภายใน ระบบตอบสนองอัตโนมัติ (reflex) การมองและการได้ยิน และการตรวจปัสสาวะ รวมถึงประวัติการได้รับวัคซีนของเด็กหรือเยาวชนด้วย ซึ่งหากพบว่าเด็กหรือเยาวชนยังได้รับวัคซีนไม่ครบตามที่กำหนดก็จะดำเนินการให้วัคซีนนั้นกับผู้รับบริการ นอกจากนี้ในระหว่างการตรวจร่างกายประจำปี แพทย์จะสอบถามเกี่ยวกับอุบัติเหตุ พฤติกรรมต่างๆของเด็กหรือเยาวชน ว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนหรือไม่ เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ การทดสอบด้านความผิดปกติทางอารมณ์และภาวะทางจิต

การตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับเด็กและเยาวชน (Wellness checkup for adolescent)¹¹ ถือเป็นเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญตามโครงการ Healthy people 2020 ซึ่งจากข้อมูลในปี 2551 พบว่ามีเด็กอายุ 10 – 17 ปีร้อยละ 68.7 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ดังนั้นจึงตั้งเป้าหมายในการเพิ่มจำนวนร้อยละของเด็กและเยาวชนที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีให้สูงขึ้น โดยตั้งเป้าหมายให้เด็กหรือเยาวชน ได้รับการตรวจสุขภาพภายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 75.6 ในปีพ.ศ. 2563

6. ภาวะโรค/ ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพ และนโยบาย/ มาตรการที่สำคัญ

ภาวะโรคและระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพที่ดำเนินการทบทวนนโยบายและมาตรการประกอบด้วย 6 ปัญหาซึ่งได้แก่ อนามัยเจริญพันธุ์ ภาวะโภชนาการ อุบัติเหตุทางถนน ปัญหาความรุนแรง การใช้สารเสพติด บุหรี่หรือแอลกอฮอล์ และปัญหาด้านสุขภาพจิต ของเด็กและเยาวชน

1. อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)

การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบว่าร้อยละ 47.4 ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาเคยมีเพศสัมพันธ์และพบว่าร้อยละ 15.3 จะมีคู่นอนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป ในช่วงชีวิต ปีพ.ศ. 2554 พบว่าเกือบร้อยละ 40 ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เพิ่มความเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ในแต่ละปีประมาณครึ่งหนึ่งจะเป็นเด็กและเยาวชน¹²

การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นสามารถเปลี่ยนชีวิตและอนาคตของวัยรุ่นได้ โดยเฉพาะการตั้งครรรภ์ที่เกิดก่อนอายุ 20 ปีซึ่งมีผลต่อการสำเร็จการศึกษาและการได้งาน นอกจากนี้การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นยังมีผลโดยตรงต่อสุขภาพและภาระทางเศรษฐกิจของวัยรุ่นและเด็กที่เกิดมาอีกด้วย¹³ การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นของสหรัฐอเมริกา มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา¹⁴ โดยพบว่าในปีพ.ศ. 2554 มีจำนวนเด็กแรกเกิด 329,797 ที่มีมารดาเป็นวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี ซึ่งคิดเป็นอัตราการเกิดมีชีพ 31.3 ต่อ 1,000 ในช่วงอายุดังกล่าว โดยพบว่าอัตราการดังกล่าวลดลงประมาณร้อยละ 8.0 จากปี 2553 (ลดลง 11% ในวัยรุ่นหญิงอายุ 15 - 17 ปีและ 7% ในวัยรุ่นหญิงอายุ 18 - 19 ปี) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรณรงค์ป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พร้อมในช่วงที่ผ่านมา¹⁵ อย่างไรก็ตามในปีพ.ศ. 2553 มีวัยรุ่นที่ตั้งครรรภ์จำนวนกว่า 365,000 คน นอกจากนี้ยังพบว่าในวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรรภ์ดังกล่าวประมาณ 66,800 คน หรือร้อยละ 18.30 จะมีการตั้งครรรภ์ซ้ำในช่วงอายุที่เป็นวัยรุ่น

การดำเนินการของภาครัฐเพื่อลดปัญหาดังกล่าวได้แก่¹³

- การให้ทุนสนับสนุนหน่วยงานระดับรัฐหรือหน่วยงานต่างๆในการดำเนินโครงการในลักษณะเครือข่าย เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนวัยรุ่นที่ตั้งครรรภ์หรือมีลูก
- สนับสนุนการเยี่ยมบ้านหรือโครงการอื่นๆเพื่อป้องกันการตั้งครรรภ์ซ้ำและลดปัจจัยเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์
- รวบรวมและประเมินโครงการต่างๆ รวมถึงริเริ่มโครงการใหม่เพื่อลดปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่ที่มีปัญหา
- ช่วยเหลือและสนับสนุนข้อมูลหน่วยงานต่างๆในการนำโครงการที่ประสบความสำเร็จไปดำเนินการ

โครงการ Preventing Teen Pregnancy 2010 - 2015

โครงการ The President's Teen Pregnancy Prevention Initiative (TPPI)¹⁶ เป็นโครงการที่มุ่งเน้นลดการตั้งครรรภ์ของกลุ่มเด็กวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี โดยเฉพาะเชื้อสาย African American และ Hispanic/ Latino ซึ่งมีอัตราการตั้งครรรภ์และคลอดบุตรที่สูงที่สุดหรือคิดเป็นร้อยละ 60 ของวัยรุ่นทั้งหมด โดยมุ่งสนับสนุนโครงการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based and evidence-informed-program) เพื่อป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น

วัตถุประสงค์

1. ลดอัตราการตั้งครรรภ์และการคลอดบุตรของวัยรุ่นในพื้นที่เป้าหมาย
2. เพิ่มการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและโครงการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น
3. เพิ่มการประสานงานระหว่างโครงการป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นกับการบริการทางการแพทย์ในชุมชน
4. ให้ความรู้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องมาตรการที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อลดการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงข้อมูลความต้องการและทรัพยากรที่จำเป็นในชุมชนพื้นที่เป้าหมาย

องค์ประกอบหลักในการลดปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน : การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆในชุมชนในการสนับสนุนการแก้ปัญหาการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นอย่างยั่งยืน โดยการเสริมศักยภาพของสมาชิกและกลุ่มต่างๆในชุมชนด้วยการ

สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น การเผยแพร่ข้อมูล การร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในชุมชน

2. โครงการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ : การให้บริการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่เยาวชนที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยโปรแกรมที่มีหลักฐานและการพัฒนาวัยรุ่นเพื่อลดการตั้งครรภ์และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ
3. เพิ่มการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดและอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น: การให้บริการอย่างเป็นมิตรของคลินิกที่วัยรุ่นเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงการสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงานที่ดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับคลินิกกรณีพบวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในชุมชนเป้าหมาย
4. การให้ความรู้แก่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง: การให้ความรู้แก่พ่อแม่ ผู้นำและสมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับมาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและส่งเสริมบริการอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชน
5. การทำงานกับชุมชนที่มีความหลากหลาย: การสร้างความตระหนักของพันธมิตรต่างๆในชุมชนเกี่ยวกับการเชื่อมโยงระหว่างการตั้งครรภ์วัยรุ่นและปัจจัยทางสังคมสุขภาพ ด้วยการดำเนินโครงการที่มีสอดคล้องกับบริบทของภาษาและวัฒนธรรม

เป้าหมายของโครงการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับสำหรับวัยรุ่น

1. ลดอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นในชุมชนเป้าหมายร้อยละ 10
2. ลดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชนเป้าหมาย
3. เพิ่มจำนวนวัยรุ่นที่งดการมีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์ช้าลง
4. เพิ่มการใช้ถุงยางและวิธีการอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์

ผลที่คาดว่าจะได้รับสำหรับโครงการและชุมชน

1. เพิ่มจำนวนและร้อยละของวัยรุ่นในชุมชนเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. เพิ่มจำนวนและร้อยละของวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ในชุมชนเป้าหมายที่ได้รับการบริการทางการแพทย์
3. เพิ่มการนำมาตรการที่สนับสนุนบริการอนามัยเจริญพันธุ์ของรัฐ ท้องถิ่นและชุมชน โดยการให้ความรู้ที่มีข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (stakeholders)
4. เพิ่มศักยภาพของชุมชนเป้าหมายในการเลือก การปฏิบัติและการประเมินโครงการโดยใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วยการอบรมและการสนับสนุนทางเทคนิคข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์

การดำเนินโครงการ

TPPI ให้ทุนหน่วยงานต่างๆ เพื่อดำเนินการลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระยะเวลา 5 ปี โดยมีข้อตกลงคือ

1. จัดทำโครงการที่ยั่งยืนในชุมชนด้วยความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน
2. จัดการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ได้โครงการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยความช่วยเหลือของ The Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ

- The Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- Office of Adolescent Health (OAH), Department of Health and Human Services

มาตรการหรือโครงการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based-program) เพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ปีพ.ศ. 2554 The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy¹⁷ ได้รวบรวมโครงการหรือมาตรการต่างๆที่ดำเนินการเพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งถือว่าเป็นโครงการหรือมาตรการที่ประสบความสำเร็จโดยโครงการเหล่านั้นจะต้องบรรลุผลลัพธ์ที่สำคัญคือ การชะลอกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น เพิ่มการคุมกำเนิดรูปแบบต่างๆ ของวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยโครงการดังกล่าวสามารถจัดเป็นกลุ่มได้ดังนี้¹⁸

1. Curriculum-based education

การให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดของวัยรุ่น อาจเป็นส่วนหนึ่งของชั้นเรียนปกติหรือการสอนหลังเลิกเรียน โดยอาจสอนภายในโรงเรียนหรือศูนย์ชุมชน (community centers)

2. Service learning programs

โครงการเรียนรู้ผ่านการให้บริการในชุมชนหรือโรงเรียน โดยส่วนใหญ่จะให้บริการต่างๆของชุมชน เช่น การสอนหนังสือ การทำงานในบ้านพักคนชรา และสะท้อนประสบการณ์จากกิจกรรมที่ได้ดำเนินการผ่านการพูดคุยหรือการเขียน บางครั้งจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับวิธีการในการป้องกันการตั้งครรภ์และปัญหาต่างๆ

3. Youth development programs

โครงการเรียนรู้ผ่านรูปแบบที่หลากหลายโดยโครงการที่ประสบความสำเร็จจะเป็นโครงการที่ผสมผสานระหว่าง วิชาการ เพศศึกษา ศิลปะ กีฬา ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดการมีส่วนร่วมในการคิดและวางแผนในอนาคตของตนเอง

4. Parent programs

โครงการที่ดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและวัยรุ่น ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะเป็นการเพิ่มการพูดคุยระหว่างพ่อแม่กับลูกโดยเฉพาะหัวข้อเกี่ยวกับเรื่องเพศ ส่วนใหญ่แล้วโครงการลักษณะนี้จะดำเนินการในระดับชุมชนโดยเลือกครอบครัวเป้าหมาย

5. Community-wide programs

โครงการนี้จะดำเนินการในชุมชนและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการพูดคุยเรื่องสุขภาพระหว่างเยาวชน

โครงการที่มีรูปแบบที่หลากหลายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน นอกเหนือจากวัยรุ่นและผู้ปกครอง โดยโครงการอาจเป็นลักษณะกิจกรรมเพื่อความรู้สำหรับชุมชน หรือกิจกรรมด้านสุขภาพ (Health fairs) ภายในชุมชน

2. ภาวะโภชนาการ (Nutrition)

การบริโภคอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ข้อมูลความชุกของโรคอ้วนของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาโรคอ้วนในวัยเด็กได้เพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กและเยาวชน | สหรัฐอเมริกา

ในเด็กและสามเท่าในวัยรุ่น¹⁹ โดยจำนวนเด็กอายุ 6 - 11 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกาที่เป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจาก 7% ในปีพ.ศ. 2523 เป็นเกือบ 18% ในปีพ.ศ. 2553 เช่นเดียวกับจำนวนวัยรุ่นอายุ 12 -19 ปีซึ่งเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจาก 5% เป็น 18 % ในช่วงเวลาเดียวกัน และข้อมูลปีพ.ศ. 2553 พบว่าเด็กและวัยรุ่นมากกว่าหนึ่งในสามมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน^{19 20}

โรคอ้วนในวัยเด็กจะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว²⁰ โดยพบว่าเด็กและเยาวชนที่เป็นโรคอ้วนมีแนวโน้มความเสี่ยงสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น คอเลสเตอรอลสูงหรือความดันโลหิตสูง พบว่าเด็กอายุ 5 - 17 ปี ร้อยละ 70 ที่เป็นโรคอ้วนมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อยหนึ่งอย่าง²¹ เด็กหรือเยาวชนที่เป็นโรคอ้วนมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนาเป็นโรคเบาหวานได้ในอนาคต²² เด็กและเยาวชนที่เป็นโรคอ้วนมีความเสี่ยงมากขึ้นต่อปัญหากระดูก ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ รวมถึงปัญหาทางสังคมและทางจิตวิทยา เช่น ความมั่นใจในตนเองลดลง

ส่วนผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวพบว่า เด็กและเยาวชนที่เป็นโรคอ้วนมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจะมีความเสี่ยงมากขึ้นต่อปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่ เช่น โรคหัวใจ เบาหวานชนิดที่ 2 โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งหลายชนิด และโรคกระดูกพรุน

การปรับวิถีการดำเนินชีวิตรวมทั้งการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกายสามารถลดความเสี่ยงของการเป็นโรคอ้วนและโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ การรับประทานอาหารและพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนจะได้รับอิทธิพลจากหลายภาคส่วนรวมของสังคมทั้งครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานรับเลี้ยงเด็ก บุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงสื่อต่างๆด้วย โดยโรงเรียนมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะการสร้างสภาพแวดล้อมและการสนับสนุนนโยบายการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากสามารถสอนให้เด็กและเยาวชนได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย นอกจากนี้การรับประทานอาหารเข้าที่เหมาะสมจะช่วยพัฒนาการเรียนรู้ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความจำ ช่วยลดการขาดเรียนและมีภาวะอารมณ์ที่ดี

โรงเรียนมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยเด็กและเยาวชนในการปรับเปลี่ยนและดำรงพฤติกรรมรับประทานอาหารสุขภาพและการออกกำลังกายได้ ด้วยการสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์รวมถึงการดำเนินกิจกรรมทางกายต่างๆ โดยเปิดโอกาสให้นักเรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหารและการฝึกฝนพฤติกรรมที่เหมาะสมดังกล่าว²³ ซึ่งหน่วยงาน CDC ได้สร้างคู่มือสำหรับโรงเรียนในการดำเนินนโยบายและการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดีของเด็กและเยาวชน (School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity) ซึ่ง CDC ได้รวบรวมงานวิจัยหรือกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ (Best practice) ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการจัดกิจกรรมทางกายต่างๆภายในโรงเรียน ซึ่งเป็นข้อมูลจาก the Dietary Guidelines for Americans, the Physical Activity Guidelines for Americans และ the Healthy People 2020 ที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารและการดำเนินกิจกรรมทางร่างกายของเด็กและเยาวชน²⁴ แนวทางดังกล่าวนี้จะเป็นหลักการของโรงเรียนในการพัฒนา การดำเนินการ และประเมินผลนโยบายและการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและกิจกรรมทางร่างกายในโรงเรียน (School based) ซึ่งประกอบด้วย 9 แนวทาง (ภาคผนวก) ซึ่งแต่ละแนวทางจะประกอบด้วยชุดของกลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อช่วยโรงเรียนในการบรรลุเป้าหมายของแต่ละ

แนวทาง แต่อย่างไรก็ตามแต่ละกลยุทธ์อาจไม่เหมาะสมกับทุกโรงเรียนเนื่องจากอาจมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

รัฐบาลได้ผ่านกฎหมายซึ่งกำหนดให้หน่วยงานด้านการศึกษาของแต่ละพื้นที่ซึ่งเข้าร่วมโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนหรือโครงการโภชนาการสำหรับเด็กต้องจัดทำนโยบายโรงเรียนสุขภาพดี (local school wellness policy) ซึ่งส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและลดการเกิดโรคอ้วนในเด็ก โดยมีข้อกำหนดพื้นฐานดังนี้

1. กำหนดเป้าหมายสำหรับการส่งเสริมโภชนาการ การให้ความรู้ การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมของโรงเรียนอื่น ๆ ที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของนักเรียน
2. กำหนดแนวทางโภชนาการเพื่อส่งเสริมสุขภาพนักเรียนและลดโรคอ้วนในวัยเด็กสำหรับอาหารทุกชนิดที่มีอยู่ในโรงเรียน
3. อนุญาตให้ผู้ปกครอง นักเรียน ตัวแทนของหน่วยงานที่กำหนดอาหารในโรงเรียน ครูด้านสุขศึกษา ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในโรงเรียน คณะกรรมการโรงเรียน ผู้บริหารโรงเรียนและประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการพัฒนา ทบทวนและปรับปรุงนโยบายโรงเรียนสุขภาพดี
4. ประชาสัมพันธ์ให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทราบเกี่ยวกับสาระสำคัญและการดำเนินการตามนโยบายโรงเรียนสุขภาพดี
5. ติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อพิจารณาว่าโรงเรียนมีการดำเนินการตามนโยบายโรงเรียนสุขภาพดีและเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ผลการประเมินให้สาธารณชนทราบ

มาตรการอาหารในโรงเรียน

สนับสนุนให้โรงเรียนเพิ่มอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อนักเรียนนอกเหนือจากรายการอาหารปกติ ลดการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงในโรงเรียน จัดให้มีการจำหน่ายผักหรือผลไม้ควบคู่ไปกับการจำหน่ายอาหารอื่นๆ ทุกครั้ง ให้เด็กนักเรียนมีโอกาสเลือกรับประทานผัก ผลไม้หรือน้ำผลไม้ที่ตนเองชอบ โดยจัดให้มีรายการของผักและน้ำผลไม้มากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ไม่จำหน่ายอาหารที่ไม่มีประโยชน์เช่น มันฝรั่งทอดในโรงเรียน จัดให้มีอาหารจำพวกสลัดผักต่างๆ ในโรงเรียน

มาตรการเข้าถึงน้ำดื่มในโรงเรียน (Water Access in Schools)

โรงเรียนควรจัดบริการน้ำดื่มที่สะอาดและไม่เสียค่าใช้จ่าย²⁵ สำหรับนักเรียนเพื่อเป็นทางเลือกสำหรับนักเรียนทดแทนการดื่มน้ำหวานประเภทต่างๆ ซึ่งการดื่มน้ำเปล่าจะช่วยลดการสูญเสียและลดการได้รับพลังงานจากเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล อีกด้วย การดื่มน้ำอย่างเพียงพอจะช่วยให้เด็กและเยาวชนมีสุขภาพดีโดยเฉพาะด้านการจำ นอกจากนี้ น้ำดื่มที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์จะช่วยป้องกันการขาดฟลูออไรด์ของนักเรียนด้วย โดยโรงเรียนควรจัดให้มีตู้ น้ำสะอาดในห้องอาหารหรือบริเวณต่างๆ ภายในโรงเรียน

กิจกรรมออกกำลังกาย²⁶

การออกกำลังกายเป็นประจำของเด็กและเยาวชนจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงทั้งกระดูกและกล้ามเนื้อ ช่วยในการควบคุมน้ำหนัก ช่วยให้ผ่อนคลายความตึงเครียด เพื่อความมั่นใจในตนเองรวมถึงช่วยลดระดับความดันโลหิตและระดับคอเลสเตอรอล ซึ่งเด็กและเยาวชนอายุ 6 – 17 ปี ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 60 นาทีในแต่ละวัน แต่อย่างไรก็ตามผลจากการสำรวจในปีพ.ศ. 2554 พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาเพียงร้อยละ 29 ที่ออกกำลังกายอย่างน้อย 60 นาทีต่อวันและร้อยละ 31 ได้เรียนเกี่ยวกับการ

ออกกำลังกายทุกวัน โรงเรียนสามารถส่งเสริมการออกกำลังกายของนักเรียนได้หลากหลายทั้งการจัดการเรียนการสอน กีฬา กิจกรรมผ่อนคลาย เป็นต้น โดยควรจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสุขภาพและการออกกำลังกายสำหรับนักเรียนทุกระดับชั้นและส่งเสริมให้นักเรียนออกกำลังกายเป็นประจำ โดยอาจกำหนดเป็นกิจกรรมประจำวันของนักเรียน นอกจากนี้ควรร่วมมือกับชุมชนหรือหน่วยงานอื่นๆ ในการจัดให้มีการออกกำลังกายนอกโรงเรียนหรือการใช้ทรัพยากรในการออกกำลังกายร่วมกันอีกด้วย

3. อุบัติเหตุทางถนน (Road accident)

อุบัติเหตุทางรถยนต์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของวัยรุ่นอเมริกัน²⁷ ข้อมูลปีพ.ศ. 2553 พบว่าวัยรุ่นอายุ 16 - 19 ปี เสียชีวิตวันละ 17 รายจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ หรือประมาณ 2,700 คน และมากกว่า 282,000 คนได้รับบาดเจ็บและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล²⁷ ถึงแม้ว่าจำนวนประชากรวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15 - 24 ปีจะคิดเป็นประมาณร้อยละ 14 ของประชาชนทั้งประเทศ แต่มูลค่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ในช่วงอายุดังกล่าว คิดเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ 19 พันล้านเหรียญสหรัฐ หรือประมาณร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ทั้งหมด

เด็กและเยาวชนถือเป็นช่วงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถสูงสุด โดยพบว่าสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ถึง 4 เท่า โดยปัจจัยที่พบว่ามีความเสี่ยงมากที่สุดได้แก่ ไม่มีประสบการณ์ในการขับขี่รถยนต์ซึ่งพบว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงที่สุดในช่วงปีแรกของวัยรุ่นที่ได้รับใบอนุญาตขับขี่ การขับรถร่วมกับผู้โดยสารที่เป็นวัยรุ่นเช่นเดียวกัน การขับขี่ในช่วงเวลากลางคืนซึ่งพบว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่จะเกิดในช่วงกลางคืนทุกช่วงอายุ แต่พบว่าส่วนใหญ่เกิดกับวัยรุ่นมากที่สุด การไม่คาดเข็มขัดนิรภัยซึ่งเมื่อเทียบกับทุกช่วงอายุต่างๆ จะพบว่าวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้เข็มขัดนิรภัยต่ำที่สุดและสาเหตุอื่นๆ ที่รบกวนการขับขี่ เช่น การใช้โทรศัพท์ การพิมพ์ข้อความ การรับประทานอาหารระหว่างการขับขี่ เป็นต้น ดังนั้นประเทศสหรัฐอเมริกาจึงดำเนินมาตรการหรือนโยบายต่างๆ เพื่อลดปัญหาอุบัติเหตุทางรถยนต์ของวัยรุ่นดังนี้

มาตรการ Graduated driver licensing system (GDL)

มาตรการ Graduated driver licensing system (GDL) เป็นมาตรการที่มีแนวคิดว่าการได้รับใบขับขี่มิใช่เพียงผ่านการทดสอบเท่านั้นแต่เป็นการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติคล้ายกับการศึกษาเพื่อให้เป็นผู้ขับขี่รถยนต์ที่ดีในอนาคต ซึ่งมาตรการ Graduated driver licensing system (GDL) จะแบ่งระดับของใบอนุญาตเป็น 3 ระดับ

ระดับ 1 ใบอนุญาตประเภทผู้เรียนรู้ (Learner's permit)

- อายุขั้นต่ำ 14 - 16 ปี แตกต่างกันในแต่ละรัฐ (หากอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง)

- ผ่านการทดสอบสายตา กฎระเบียบการใช้ถนน
- การขับขี่จะต้องมีผู้ที่ได้รับใบอนุญาตถาวร (Full license) โดยสารไปด้วย

ระดับ 2 ใบอนุญาตชั่วคราว (Probationary license)

- ได้รับใบอนุญาตประเภทผู้เรียนรู้ (Learner's permit) มาแล้ว 1 - 2 ปี แตกต่างกันในแต่ละรัฐ
- ผ่านการทดสอบ
- ห้ามขับขี่ในช่วงเวลากลางคืน (22.00 - 05.00 น.) แตกต่างกันในแต่ละรัฐ

- จำกัดจำนวนผู้โดยสารวัยรุ่นไม่เกิน 1 คนหากวัยรุ่นเป็นผู้ขับขี่รถยนต์และไม่มีผู้ใหญ่โดยสารไปด้วย (ทั้งนี้ไม่รวมสมาชิกในครอบครัว)

ระดับ 3 ใบอนุญาตถาวร (Full license)

- อายุขั้นต่ำ 18 ปี
- ได้รับใบอนุญาตชั่วคราว (Probationary license) มาแล้ว 2 ปี
- ผ่านการทดสอบขั้นสูง (advanced road test)

นอกจากนี้ยังมีข้อห้ามสำหรับวัยรุ่นที่ขับขี่รถยนต์²⁸ ได้แก่ ห้ามใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับรถ รวมทั้งการโทรและการพิมพ์ข้อความ ห้ามวัยรุ่นขับรถโดยไม่คาดเข็มขัดนิรภัยซึ่งเป็นข้อกำหนดทั่วไปในการขับขี่รถยนต์ และห้ามมิให้วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 21 ปีขับรถหากพบว่ามีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดในระดับที่ตรวจวัดได้ ซึ่งเป็นมาตรการที่มาจาก Zero tolerance laws โดยระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood-alcohol content (BAC)) ตามมาตรการนี้อาจแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐตั้งแต่ 0 ถึง 0.02 % แตกต่างจากข้อกำหนดในผู้ขับขี่รถยนต์ช่วงวัยอื่นๆ ซึ่งกำหนดให้มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดไม่เกิน 0.08 %

ผลการดำเนินมาตรการ Graduated driver licensing system (GDL) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2537 ถึง 2547 พบว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ของวัยรุ่นลงได้ ร้อยละ 11 และ 19 ตามลำดับและสำหรับอายุ 16 ปีสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ลงได้ร้อยละ 38 และ ร้อยละ 40 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากมาตรการ Graduated driver licensing system (GDL) เป็นระบบที่ช่วยยืดระยะเวลาการได้รับใบขับขี่เต็มรูปแบบทำให้วัยรุ่นสามารถขับขี่ได้อย่างปลอดภัย²⁸

นโยบาย Parents Are the Key²⁹

นโยบาย Parents Are the Key เป็นโครงการรณรงค์ให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการดูแลวัยรุ่นให้เป็นผู้ขับขี่รถยนต์ที่ดี เนื่องจากมองว่าผู้ปกครองเป็นผู้ที่กำหนดการขับขี่รถยนต์ของวัยรุ่นได้ตั้งแต่การอนุญาตให้ขับรถ การจ่ายค่าน้ำมันรถยนต์ ดังนั้นหากผู้ปกครองมีการติดตามหรือดูแลการขับขี่รถยนต์ของวัยรุ่นก็จะช่วยลดอุบัติเหตุจากรถยนต์ลงได้ โดยผู้ปกครองอาจเพิ่มระยะเวลาที่วัยรุ่นจะต้องขับขี่รถยนต์ภายใต้การดูแลของผู้ปกครองออกไปมากกว่าที่มาตรการ Graduated driver licensing system (GDL) กำหนดไว้ ตั้งกฎเกณฑ์ในการขับขี่ร่วมกับวัยรุ่นภายในครอบครัวเช่น กำหนดจำนวนวัยรุ่นที่สามารถโดยสารรถยนต์หรือช่วงเวลากลางคืนที่ห้ามวัยรุ่นขับรถ รวมถึงการปฏิบัติตามกฎดังกล่าว

มาตรการ Protect the Ones You Love from Road-Traffic Injuries³⁰

จากสถิติพบว่าเด็กอายุแรกเกิดถึง 9 ปี ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์และต้องรับการรักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลประมาณ 150 คนทุกชั่วโมง และเด็กอายุตั้งแต่ 5 ถึง 19 ปี เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์มากกว่าอุบัติเหตุอื่นๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอุบัติเหตุทางรถยนต์เป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งผู้ปกครองเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดปัญหาดังกล่าวโดยการใช้เข็มขัดนิรภัย การใช้ที่นั่งที่ปลอดภัยสำหรับเด็กโดยเลือกให้เหมาะสมกับน้ำหนักและช่วงอายุของเด็ก

เด็กอายุน้อยกว่า 13 ปีควรนั่งที่เบาะหลังเนื่องจากเบาะหลังเป็นที่ปลอดภัยที่สุดในรถยนต์ และหากเป็นไปได้ควรนั่งตรงกลางของเบาะหลังของรถยนต์ นอกจากนี้ถุงลมนิรภัยเป็นอันตรายต่อเด็กเล็กนั่ง

อยู่ในที่นั่งด้านหน้า ดังนั้นจึงไม่ควรให้เด็กนั่งอยู่หน้าถูลมนิรภัย กรณีที่เด็กแรกเกิดถึง 2 ปีควรใช้ที่นั่งสำหรับเด็กและเพื่อความปลอดภัยควรนั่งแถวหลังของรถยนต์และนั่งหันหลัง

นอกจากนี้เด็กควรสวมหมวกนิรภัยที่เหมาะสมตลอดเวลาในระหว่างที่ขับซึ่รถจักรยาน รถจักรยานยนต์ สเก็ตบอร์ด (skateboard) รถสคูเตอร์ (scooter) หรือ สเก็ต (skates)

4. ความรุนแรง (Violence)

ความรุนแรงในเด็กและวัยรุ่น³¹ หมายถึงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายที่สามารถเริ่มต้นและดำเนินการต่อเนื่องในวัยผู้ใหญ่ เด็กและเยาวชนอาจจะเป็นผู้กระทำความผิดหรือเป็นเหยื่อของความรุนแรง ความรุนแรงในเด็กและเยาวชนรวมถึงพฤติกรรมต่างๆที่ก่อให้เกิดความรุนแรง เช่น การก่ออาชญากรรม การทำร้ายร่างกาย หรือ การข่มขู่ที่มีหรือไม่มีอาวุธ ซึ่งทำให้การได้รับบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต ซึ่งเป้าหมายสูงสุดคือการหยุดความรุนแรงเยาวชนก่อนที่จะเริ่ม

นักเรียนชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาประมาณร้อยละ 30 รายงานว่าเคยถูกรังแกและข่มขู่ในโรงเรียน เด็กอายุ 12 - 15 ปีเป็นกลุ่มที่มีอัตราการตกเป็นเหยื่อความรุนแรงสูงสุดเมื่อเทียบกับช่วงอื่นๆ นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีสังคมออนไลน์ที่แพร่หลายทำให้เพิ่มโอกาสในการเกิดความรุนแรงรูปแบบใหม่ๆ กับเด็กและเยาวชนทั้งการเป็นผู้ก่อให้เกิดความรุนแรงและการตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงซึ่งบางครั้งพบว่ามีความรุนแรงต่อสภาพจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบ³²

ผลการสำรวจทั่วประเทศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา พบว่าประมาณร้อยละ 6 ไม่ได้ไปโรงเรียนอย่างน้อย 1 วันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเพราะรู้สึกว่าการเดินทางไม่ปลอดภัยหรือการเดินทางไปและกลับจากโรงเรียนไม่ปลอดภัย (CDC 2010) เด็กและวัยรุ่นอายุ 10 - 24 ปี จำนวนเกือบ 700,000 คนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายร่างกาย (CDC 2009) และเฉลี่ยประมาณ 16 คนต่อวันจะเสียชีวิต (CDC 2009) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการสูญเสียทรัพย์สินสาธารณะ³¹ เนื่องจากปัญหาความรุนแรงของเด็กและเยาวชนถือเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาทางสุขภาพจิต ดังนั้นมาตรการจะกล่าวถึงในส่วนของสุขภาพจิต

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตสามารถรักษาได้ แต่การรักษาจะไม่สามารถเกิดขึ้นหากขาดประกันสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาได้ซึ่งการเข้ารับการรักษาจะช่วยลดปัญหาต่างๆที่ตามมา³³ ปัจจุบัน The Affordable Care Act เป็นกฎหมายที่ออกมาเพื่อขยายความคุ้มครองประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตมากขึ้นกว่า 30 ล้านคน ซึ่งประมาณการณ์ว่าประชาชนประมาณ 6 ถึง 10 ล้านคนมีอาการเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงการดำเนินการให้การประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private health insurance) มีการครอบคลุมสิทธิประโยชน์การเจ็บป่วยทางจิตด้วย

โครงการ The President's plan to protect our children and our communities by reducing gun violence³⁴

โครงการ The President's plan to protect our children and our communities by reducing gun violence ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีพ.ศ. 2557 โดยเป็นโครงการที่มุ่งลดปัญหาการใช้อาวุธปืนในการฆ่าผู้อื่นของเด็กและเยาวชนซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเกิดขึ้นภายในโรงเรียนโดยมีมาตรการที่ประกอบด้วย

1. การลดช่องโหว่ต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ป็นตกอยู่ในบุคคลที่อันตราย โดยมีการตรวจสอบประวัติของผู้ครอบครองอาวุธปืน รวมถึงประวัติอาชญากรรมของผู้จำหน่ายอาวุธปืนด้วย
2. ห้ามการจัดทำนิตยสารเกี่ยวกับสงครามและการใช้อาวุธเพื่อลดปัญหาการใช้ปืนในการก่ออาชญากรรม
3. ทำให้โรงเรียนมีความปลอดภัย ดำเนินการเพิ่มเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน จัดบริการด้านสุขภาพจิตโดย นักจิตวิทยาโรงเรียน นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำปรึกษา เพิ่มงบประมาณในการจัดหาเครื่องมือต่างๆรวมถึงการฝึกอบรมเพื่อป้องกันเหตุร้ายในโรงเรียน
4. การเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต เนื่องจากหากผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตอาจนำไปสู่การก่อความรุนแรงขึ้นได้ ดังนั้นจึงต้องเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตให้สะดวกมากขึ้นและให้ผู้ที่ มีปัญหาทางจิตได้รับการรักษา การจัดอบรมครูและผู้ที่มีการปฏิสัมพันธ์กับนักเรียนในการติดตามว่านักเรียน ที่ควรจะได้รับ的帮助เหลือและควรส่งต่อไปรับบริการด้านสุขภาพจิต และสร้างความมั่นใจว่านักเรียนที่มี ปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือพฤติกรรมจะได้รับการส่งต่อไปรับบริการที่เหมาะสม

5. การใช้สารเสพติด/ บุหรี่/ แอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยา รวมถึงบุหรี่ของเด็กและเยาวชนยังคงเป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญของประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากนี้การใช้สารเสพติดยังนำไปสู่การบาดเจ็บ ปัญหา ความรุนแรง การติดเชื้อ HIV และโรคติดต่ออื่นๆ³⁵

5.1 การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดในช่วงวัยรุ่นได้รับการยอมรับมากขึ้นว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและนำไปสู่การเกิดโรคต่างๆที่เกี่ยวข้อง³⁶ ข้อมูลจากการสำรวจของ หน่วยงานต่างๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกาประกอบด้วย the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), the National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) แสดงให้ เห็นว่าวัยรุ่นอายุ 17 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 59 – 71 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31 – 44 เคยใช้กัญชา และร้อยละ 4 – 6 เคยใช้โคเคน (Cocaine)³⁶ และจากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ร้อยละ 59.8 รายงาน ว่ามีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบางช่วงเวลา (ร้อยละ 42.5 ในเด็กวัยรุ่นอายุ 13 – 14 ปี ถึงร้อยละ 78.2 ในเยาวชนอายุ 17 – 18 ปี) ร้อยละ 47.1 ของเยาวชนอายุ 17 – 18 ปีมีการบริโภคเป็นประจำอย่าง น้อย 12 แก้วภายใน 1 ปี และร้อยละ 15.1 มีการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด (alcohol abuse with or without dependence) สำหรับโอกาสในการใช้สารที่ผิดกฎหมาย (illicit drugs) พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.2) รายงานว่าเคยมีโอกาสนในการใช้สารที่ผิดกฎหมาย ร้อยละ 39.2 ในกลุ่มเด็กอายุ 13 – 14 ปี และ ร้อยละ 81.4 ของกลุ่มเยาวชนอายุ 17 – 18 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 42.5 และร้อยละ 16.4 ของเยาวชน อายุ 17 – 18 เคยใช้สารเสพติดและเคยใช้ยาในทางที่ผิดตามลำดับ³⁶

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นหนึ่งในสารเสพติด (Substance abuse) ที่นิยมกันมากในกลุ่ม เยาวชนมากกว่าบุหรี่หรือสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย โดยพบว่ามากกว่า 1 ใน 5 ของเยาวชนเริ่มดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุ 13 ปี แม้ว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนที่มีอายุไม่ถึงเกณฑ์ตาม กฎหมาย (underage drinking) จะบริโภคแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้ใหญ่ทั้งปริมาณและความถี่ในการดื่มแต่ เมื่อเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ก็มีแนวโน้มที่จะดื่มอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าประมาณร้อยละ 11 ของนักเรียน

ระดับชั้นเรียนที่ 8 มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา และร้อยละ 3.6 ในกลุ่มดังกล่าวมีการดื่มในระดับที่อันตราย (drinking to intoxication) สำหรับในระดับชั้นเรียนที่สูงขึ้นจะมีแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากขึ้น โดยพบว่านักเรียนในระดับชั้นเรียนที่ 12 พบว่ามีการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 42 และร้อยละ 28.1 มีการดื่มในระดับที่อันตราย นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนชั้นมัธยมปลายประมาณร้อยละ 5.1 มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในโรงเรียนในช่วง 30 วันที่ผ่านมา³⁷

โครงการหรือมาตรการที่ดำเนินการเพื่อลดการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์³⁸

โครงการหรือมาตรการโดยรวม

National Substance Abuse Prevention Month³⁹ เป็นมาตรการที่ดำเนินการโดยมุ่งเน้นการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมายโดยการส่งเสริมความปลอดภัยและการมีสุขภาพดีในชุมชน ซึ่งการใช้สารเสพติดจะรวมถึงการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนที่ยังไม่ถึงเกณฑ์ (Underage drinking) การใช้ยาในทางที่ผิดทั้งยาที่จ่ายตามใบสั่งแพทย์ (Prescription) และยาที่สามารถซื้อได้ทั่วไป (Over the counter medication) ด้วย การดำเนินการจะมีการบริการแหล่งข้อมูลและวัสดุอุปกรณ์เพื่อป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมายทั้งในระดับบุคคลและสำหรับผู้ที่มีหน้าที่ (Prevention professionals)

National Registry of Effective Programs and Practices⁴⁰ เป็น website ที่สามารถค้นหาออนไลน์เกี่ยวกับวิธีการหรือมาตรการ (Intervention) มากกว่า 280 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการรักษาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด

Prevention Management Reporting and Training System เป็น website ที่บริการแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลและรายงานอย่างเป็นระบบ

Center for the Application of Prevention Technologies เป็นหน่วยงานที่ฝึกอบรมการดำเนินการตอบสนองที่เหมาะสมและมุ่งเน้นผลลัพธ์ และให้ความช่วยเหลือการป้องกันและลดการใช้สารเสพติดของประชาชนทุกกลุ่มอายุ

Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)⁴¹ เป็น website ของรัฐบาลเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มอาการ Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) ซึ่งเกิดจากการที่มารดาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะที่ตั้งครรภ์ ทำให้ลูกที่คลอดออกมามีความผิดปกติทั้งทางร่างกาย ปัญหาด้านพฤติกรรม และการเรียนรู้บางอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน รวมถึงให้วัสดุอุปกรณ์แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความตระหนักของการดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังให้บริการฝึกอบรม การช่วยเหลือด้านเทคนิคและบริการด้านวิชาการ

Drug-Free Workplace ของหน่วยงาน The Division of Workplace Programs (DWP) ให้บริการเพื่อดำเนินการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในที่ทำงานโดยเฉพาะสถานที่ของหน่วยงานภาครัฐ รวมถึงโครงการสถานที่ทำงานปลอดยาเสพติดและมีสุขภาพดี (drug-free and health/wellness workplace programs)

Native American Center for Excellence⁴² เป็นศูนย์ระดับประเทศที่ให้บริการข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับโครงการ นโยบายการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชนพื้นเมืองทั้งอินเดียนแดงและอลาสก้า (American Indian และ Alaska Native) รวมถึงบริการฝึกอบรมและการสนับสนุนด้านเทคนิคโครงการต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรกลุ่มดังกล่าว

Medication Assisted Treatment⁴³ เป็น website ที่รวบรวมการให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด โดยการใช้ยาร่วมกับการให้คำแนะนำ (Counseling) และพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapies) เพื่อรักษาความผิดปกติของการให้สารเสพติด รวมถึงการแนะนำหน่วยบริการที่ผู้ติดสารเสพติดสามารถไปรับบริการได้

Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) การบริการรักษาผู้ที่มีอาการผิดปกติจากการใช้สารเสพติดในลักษณะบูรณาการและครอบคลุม เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด และมีความเสี่ยงในการเกิดอาการผิดปกติ ซึ่งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จะเพิ่มโอกาสในการให้บริการรักษาอย่างรวดเร็วตั้งแต่ช่วงแรกแก่ผู้ใช้สารเสพติดที่ก่อนที่จะผลกระทบที่รุนแรงจะเกิดขึ้น โดยบริการการตรวจคัดกรองที่รวดเร็วเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติดและพิจารณาเลือกแนวทางในการรักษาที่เหมาะสม การให้คำแนะนำโดยเน้นการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งต่อผู้ติดสารเสพติดเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม

โครงการหรือมาตรการสำหรับเด็กและเยาวชน

Stop Underage Drinking⁴⁴ จัดทำเป็น website เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนที่ยังมีอายุไม่ถึงเกณฑ์ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เป็นแหล่งข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นสำหรับชุมชน บุคลากรทางการศึกษา ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลวัยรุ่น รวมถึงตัววัยรุ่นเอง นอกจากนี้ยังนำเสนอแหล่งข้อมูลสำหรับการป้องกัน การบังคับใช้กฎหมายและการรักษาเยาวชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

The Strategic Prevention Framework (SPF)⁴⁵ เป็นมาตรการที่ใช้กระบวนการ 5 ขั้นตอน เพื่อส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชน ลดพฤติกรรมเสี่ยง ป้องกันปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรม โปรแกรม SPF จะถูกสร้างขึ้นบนข้อมูลความเสี่ยงของชุมชนและปัจจัยป้องกันต่างๆ และหลักการซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในระดับประเทศ ระดับรัฐและระดับชุมชนซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินความต้องการในการป้องกันซึ่งขึ้นกับข้อมูลทางระบาดวิทยาในพื้นที่ (Assess their prevention needs based on epidemiological data) 2) สร้างความสามารถในการป้องกันปัญหา (Build their prevention capacity) 3) พัฒนาแผนในการดำเนินการ (Develop a strategic plan) 4) ดำเนินโครงการ นโยบาย ป้องกันที่มีประสิทธิภาพ (Implement effective community prevention programs, policies and practices) และ 5) การประเมินผล (Evaluate their efforts for outcomes)

Find Youth Info เป็นโครงการที่ส่งเสริมการสร้างเป้าหมายเชิงบวก (Goal of positive) และส่งเสริมการมีสุขภาพดีของเยาวชน เป็น website ของรัฐบาลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลของเยาวชน แหล่งสนับสนุนเงินทุนเพื่อดำเนินโครงการ เครื่องมือในการประเมินชุมชน แหล่งค้นข้อมูลโครงการรวมถึงข่าวสำหรับเด็กและเยาวชน

Safe Schools/Healthy Students เป็นโครงการระดับประเทศที่เป็นแหล่งทุนสนับสนุนสำหรับการป้องกันปัญหาความรุนแรงและการใช้สารเสพติดสำหรับโรงเรียนและชุมชน

Too Smart to Start⁴⁶ เป็นโครงการที่ช่วยเหลือเยาวชน ครอบครัว นักการศึกษาและผู้นำชุมชน ในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น (Underage drinking) และการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นโดยการดำเนินการในรูปแบบของ website

Building Blocks for a Healthy Future⁴⁷ เป็น website ของ Substance Abuse and Mental Health Services Administration เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลให้กับพ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กและเยาวชน และครูอาจารย์สำหรับเด็กอายุ 3 – 6 ปี เกี่ยวกับเคล็ดลับที่สำคัญ วัสดุอุปกรณ์และแนวคิดในการใช้เวลาพร้อมกับเด็กและการเรียนรู้ร่วมกัน

Communities That Care (CTC) เป็นโครงการของชุมชนที่มีการดำเนินการโดยใช้วิธีการด้านสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาพฤติกรรมของเยาวชน เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ปัญหาความรุนแรง การกระทำผิด การต้องออกจากโรงเรียน และการใช้สารเสพติด

นโยบาย Underage drinking

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนซึ่งยังมีอายุไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดเป็นประเด็นปัญหาด้านสาธารณสุข เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นทางเลือกหนึ่งของเด็กและเยาวชนในแต่ละปีเยาวชนอายุต่ำกว่า 21 ปีประมาณ 5,000 คนเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ การบาดเจ็บ และฆาตกรรมและการฆ่าตัวตายซึ่งพบว่ามีสาเหตุเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^{48 49}

ดังนั้นรัฐบาลจึงได้ออกกฎหมายเพื่อจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนโดยกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่ากับ 21 ปี โดยเป็นหน้าที่ของผู้จำหน่ายที่จะต้องตรวจสอบอายุของผู้ซื้อว่าสามารถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ และนอกจากข้อห้ามในการซื้อแล้วรัฐส่วนใหญ่ก็ห้ามการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 21 ปีด้วย นอกจากนี้หลายๆรัฐยังกำหนดเป็นเงื่อนไขในการขอใบอนุญาตขับรถของเด็กและเยาวชนซึ่งจะต้องไม่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเลย⁴⁸

ปีพ.ศ. 2550 the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism และ the Substance Abuse and Mental Health Services Administration ได้ร่วมกันดำเนินมาตรการ Call to Action on Underage drinking โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันของรัฐบาล โรงเรียน ผู้ปกครอง และเยาวชน⁴⁸ คือ

1. อำนวยความสะดวกในการพัฒนาสุขภาพของเด็กและเยาวชน ป้องกันและลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชน
2. การดำเนินงานร่วมกันของพ่อแม่ผู้ปกครอง โรงเรียน ชุมชน รัฐบาล ภาคสังคมและเยาวชนในผลิตภัณฑ์แห่งชาติในการป้องกันและลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนรวมถึงผลที่ตามมา
3. ส่งเสริมการสร้างความเข้าใจของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนในทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องทั้งเด็กและเยาวชน รวมถึงบริบทของสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน
4. ดำเนินการศึกษาวิจัยถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและวัยรุ่นและผลที่ตามมาจากการดื่ม
5. ปรับปรุงการกำกับติดตามและนโยบายการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและวัยรุ่น
6. สนับสนุนนโยบายอย่างต่อเนื่องในระดับนโยบายของรัฐบาล

การเรียนการสอนในโรงเรียน

การเรียนการสอนเกี่ยวกับสารเสพติดและการใช้แอลกอฮอล์สำหรับเด็กและเยาวชน ส่วนใหญ่แล้วจะดำเนินการใช้ชั้นเรียน The Health Education Curriculum Analysis Tool (HECAT)⁵⁰ เป็น

หน่วยงานที่ช่วยโรงเรียนต่างๆ ในการวิเคราะห์เนื้อหาของหลักสูตรการเรียนด้านสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานการศึกษาและ CDC ซึ่ง HECAT สามารถช่วยโรงเรียนเลือกหรือพัฒนาหลักสูตรการศึกษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ ยาเสพติด รวมถึงหัวข้อด้านสุขภาพอื่นๆ โดยจัดทำเป็นคู่มือสำหรับการสอนได้แก่

- Alcohol and Other Drugs
- Healthy Eating
- Mental and Emotional Health
- Personal Health and Wellness
- Physical Activity
- Safety
- Sexual Health
- Tobacco
- Violence Prevention

5.2 การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่สำคัญในสหรัฐอเมริกา ซึ่งสามารถป้องกันการเกิดโรคเหล่านั้นได้ด้วยการเลิกสูบบุหรี่ ในแต่ละปีประชากรประมาณ 443,000 คน เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่มือสอง และประชาชนกว่าอีก 8.6 ล้านคนต้องทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ แต่อย่างไรก็ตามรายงานจาก CDC แสดงให้เห็นว่ายังมีประชากรประมาณ 46.6 ล้านคนหรือประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศที่สูบบุหรี่และกว่า 88 ล้านคนที่ได้รับอันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง โดยพบว่าเด็กอายุ 3 – 11 ปีประมาณกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองอีกด้วย⁵¹ นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่จะเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่นอายุ 18 ปี⁵² ซึ่งเมื่อประเมินสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจาก The 2011 National Youth Tobacco Survey (NYTS)⁵³ พบว่าอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมต้นและมัธยมปลายเท่ากับร้อยละ 7.1 และ 23.3 ตามลำดับ จากการประมาณการพบว่าทุกๆ วันเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีจำนวน 3,800 คนจะเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก และประมาณ 1,000 คนของเด็กกลุ่มนี้จะกลายเป็นผู้สูบบุหรี่⁵⁴

มาตรการทางกฎหมาย (Legislation) ที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่าย การตลาดและการสูบบุหรี่⁵⁵

มาตรการโดยรวม

กฎหมาย Federal Cigarette Labeling and Advertising Act of 1965 กำหนดมาตรการคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์บุหรี่ "Caution: Cigarette Smoking May Be Hazardous to Your Health" ห้ามมิให้มีการโฆษณาบนบรรจุภัณฑ์ กำหนดให้ Federal Trade Commission รายงานผลการดำเนินการด้านมาตรการฉลากบรรจุภัณฑ์ การโฆษณาการส่งเสริมการขายเพื่อเสนอแนะมาตรการด้านฉลากบรรจุภัณฑ์ และให้ Department of Health, Education, and Welfare รายงานผลกระทบต่อด้านสุขภาพจากการสูบบุหรี่ทุกปี

กฎหมาย Public Health Cigarette Smoking Act of 1969 กำหนดมาตรการคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์บุหรี่ Warning: "The Surgeon General Has Determined that Cigarette Smoking Is Dangerous to Your Health" ห้ามการโฆษณาบุหรี่ทางโทรทัศน์และวิทยุ

กฎหมาย Comprehensive Smoking Education Act of 1984 ให้มีการใช้มาตรการคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์บุหรี่โดยหมุนเวียน 4 คำเตือนซึ่งได้แก่ smoking causes lung cancer, heart disease and may complicate pregnancy; quitting smoking now greatly reduces serious risks to your health; smoking by pregnant women may result in fetal injury, premature birth, and low birth weight; cigarette smoke contains carbon monoxide นอกจากนี้กำหนดให้บริษัทผู้ผลิตแจ้งสาระสำคัญที่ใช้ในบุหรี่ที่ผลิตหรือนำเข้ามาให้สหรัฐอเมริกา

กฎหมาย Comprehensive Smokeless Tobacco Health Education Act of 1986 กำหนดให้มีการหมุนเวียนคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ของบุหรี่ไร้ควันและการโฆษณาซึ่งได้แก่ 1) this product may cause mouth cancer 2) this product may cause gum disease and tooth loss และ 3) this product is not a safe alternative to cigarettes ห้ามมิให้มีการโฆษณาบุหรี่ไร้ควันทางโทรทัศน์และวิทยุ กำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรายงานการจำหน่าย การตลาดและการโฆษณาบุหรี่ไร้ควันและให้บริษัทผู้ผลิตแจ้งสาระสำคัญที่เติมรวมทั้งปริมาณนิโคติน (nicotine) ที่ใช้ในผลิตภัณฑ์บุหรี่ไร้ควัน กำหนดให้ Department of Health, Education, and Welfare ดำเนินการรณรงค์ให้ความรู้ถึงอันตรายของการใช้บุหรี่ไร้ควัน

กฎหมาย Public Law 100-202 (1987) กำหนดให้ห้ามสูบบุหรี่บนเครื่องบินภายในประเทศที่มีระยะเวลาการเดินทางน้อยกว่า 6 ชั่วโมง

กฎหมาย Synar Amendment to the Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration (ADAMHA) Reorganization Act of 1992 กำหนดให้ทุกรัฐดำเนินการมาตรการการจำกัดการจำหน่ายและการกระจายของบุหรี่

มาตรการเฉพาะสำหรับเด็กและเยาวชน

กฎหมาย Pro-Children Act of 1994 กำหนดให้หน่วยงานของรัฐที่ให้บริการแก่เด็กและเยาวชนเป็นเขตปลอดบุหรี่ซึ่งขยายจากการห้ามสูบบุหรี่ใน Women, Infants, and Children (WIC) clinics

กฎหมาย Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act of 2009⁵⁶ ให้สิทธิ the Food and Drug Administration (FDA) ในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบซึ่งกำหนดมาตรการดังนี้

- จำกัดการจำหน่ายบุหรี่หรือบุหรี่ไร้ควันแก่เยาวชน

โดยต้องมีการพิสูจน์ว่าผู้ซื้ออายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปและให้เป็นการจำหน่ายโดยตรง (face-to-face sales) เท่านั้น ยกเว้นกรณีเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติและการบริการตนเองในบริเวณจำกัดเฉพาะผู้ใหญ่ (adult-only facilities) ห้ามการจำหน่ายบุหรี่ที่มีบรรจุภัณฑ์ต่ำกว่า 20 มวน

- จำกัดการโฆษณาและการทำการตลาดบุหรี่กับเยาวชน

จำกัดสีและการออกแบบบรรจุภัณฑ์และการโฆษณารวมทั้งการโฆษณาภาพและเสียง ห้ามการสนับสนุนการแข่งขันกีฬาหรือรายการบันเทิงของผู้ผลิตภายใต้ชื่อการค้าของผลิตภัณฑ์บุหรี่หรือบุหรี่ไร้ควัน ห้ามมิให้มีการแจกตัวอย่าง (sample) หรือผลิตภัณฑ์เพื่อส่งเสริมการขายที่มีชื่อการค้าของบุหรี่หรือบุหรี่ไร้ควัน

การห้ามมิให้มีการใช้การอ้างว่าลดอันตรายจากการสูบบุหรี่เช่น “light”, “low”, or “mild” โดยไม่ได้รับอนุญาตจาก FDA และให้บริษัทผู้ผลิตหรือนำเข้าบุหรี่ส่งแผนการวิจัยตลาดแก่ FDA

- การกำหนดค่าเตือนบนบรรจุภัณฑ์ให้มีขนาดใหญ่ขึ้น

กำหนดให้มีการแสดงค่าเตือนบนบรรจุภัณฑ์บุหรี่หรือบุหรี่ไร้ควันอย่างชัดเจนโดยกำหนดทั้งขนาดตัวหนังสือ และสีต้องเป็นเฉพาะขาวบนพื้นดำ หรือดำบนพื้นขาวเท่านั้น และกำหนดให้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ต้องมีภาพและค่าเตือนขนาดมากกว่าร้อยละ 50 ของบรรจุภัณฑ์ และหมุนเวียนภาพและค่าเตือนของผลิตภัณฑ์ทั้ง 9 แบบตามที่กำหนดไว้ ส่วนบรรจุภัณฑ์ของบุหรี่ไร้ควัน ต้องแสดงภาพและค่าเตือนขนาดร้อยละ 30 ของบรรจุภัณฑ์และต้องหมุนเวียนภาพและค่าเตือนของผลิตภัณฑ์ทั้ง 4 แบบตามที่กำหนดไว้

มาตรการด้านการควบคุม (Regulation)⁵⁷ เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของสหรัฐอเมริกาได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ. 2510 เริ่มตั้งแต่หน่วยงานด้านการบังคับกำหนดให้มีการจัดส่วนพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่บนเครื่องบิน หน่วยงาน Department of Health and Human Services ออกประกาศกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่ กำหนดให้การสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานเป็นสิ่งผิดกฎหมายยกเว้นห้องที่มีอากาศถ่ายเทซึ่งจัดไว้สำหรับการสูบบุหรี่เท่านั้น เริ่มดำเนินโครงการเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชนในสมัยประธานาธิบดี Clinton โดยให้ FDA ดำเนินการมาตรการในการจำหน่ายเพื่อลดการเข้าถึงบุหรี่และบุหรี่ไร้ควันของเด็กและเยาวชน กำหนดให้หน่วยงานของรัฐทั้งหมดเป็นเขตปลอดบุหรี่

โครงการเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ (National Tobacco Control Program)⁵⁸

หน่วยงาน Office on Smoking and Health (OSH) ซึ่งเป็นหน่วยงานของ CDC ได้ดำเนินโครงการ the National Tobacco Control Program (NTCP) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 ในการร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อลดการเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตที่มีสาเหตุสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ โดยได้ให้การสนับสนุนทั้งเงินทุนและการสนับสนุนทางเทคนิคแก่หน่วยงานสาธารณสุขในรัฐต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ลดการความเสี่ยงในการได้รับควันบุหรี่มือสอง (Eliminate exposure to secondhand smoke)
2. ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ทั้งในผู้ใหญ่และวัยรุ่น (Promote quitting among adults and youth)
3. ป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ในวัยรุ่น (Prevent initiation among youth)
4. การระบุและแก้ไขปัญหาในประชากรกลุ่มต่างๆ (Identify and eliminate disparities among population groups)

เมื่อพิจารณาการดำเนินโครงการเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ของแต่ละรัฐ⁵⁸ พบว่าทุกรัฐจะจัดให้มี website ของโครงการเพื่อป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ซึ่งอาจมีชื่อโครงการที่แตกต่างกันไป โดยส่วนใหญ่จะแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ และมีการแสดงเบอร์โทรศัพท์สำหรับให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ติดต่อ (Quit line)

นอกจากนี้ CDC ยังได้จัดทำคู่มือสำหรับการปฏิบัติเพื่อการเลิกบุหรี่ Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs เพื่อช่วยเหลือหน่วยงานต่างๆ ในการวางแผนและดำเนินโครงการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและลดการสูบบุหรี่

บริการ NCI QuitPal

NCI QuitPal⁵⁹ เป็น applicationเพื่อการเลิกบุหรี่ของ National Cancer Institute หรือ NCI บนโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ที่ช่วยสนับสนุนให้ทำงานให้กลายเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ เป็นโปรแกรมที่สามารถโต้ตอบได้ ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยใช้กลยุทธ์การเลิกการที่พิสูจน์แล้วว่าประสิทธิภาพและเครื่องมือที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

คุณสมบัติของ NCI QuitPal

- ตั้งวันที่ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ เป้าหมายทางการเงินและการแจ้งเตือน
- ติดตามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ทุกวันโดยการใช้ปฏิทิน
- แสดงกราฟการเงินที่ประหยัดได้ และจำนวนบุหรี่ที่ไม่ได้สูบ
- ได้รับเคล็ดลับสุขภาพและการสร้างแรงบันดาลใจเพื่อเลิกบุหรี่
- เชื่อมต่อกับเครือข่ายทางสังคมเพื่อแสดงถึงความก้าวหน้าของการเลิกบุหรี่
- สร้างวิดีโอและคู่มือหรือข้อความส่วนบุคคลจากคนที่รัก
- บริการการเข้าถึงข้อมูลจาก National Cancer Institute ทั้งการโทรศัพท์หรือการสนทนาสด (Live chat)

การป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชน (Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults)⁶⁰

แนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ของเด็กและเยาวชนที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้สามารถลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ได้ จะต้องมีการดำเนินการที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และเป็นโครงการที่ผสมผสานความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

- การป้องกันการเริ่มต้นสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญ โปรแกรมที่ประสบความสำเร็จจะต้องป้องกันเด็กและเยาวชนตั้งแต่การเริ่มต้นที่จะใช้ยาสูบในครั้งแรก
- กลยุทธ์ที่ประสบความสำเร็จประกอบด้วยโปรแกรมควบคุมการบริโภคยาสูบที่ครอบคลุม ประกอบด้วย การรณรงค์ผ่านสื่อมวลชน การขึ้นราคายาสูบ การออกกฎหมายและนโยบายพื้นที่ที่ปลอดบุหรี่ การดำเนินโครงการภายในโรงเรียน และการร่วมมือของชุมชน
- โครงการการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพเมื่อได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6. สุขภาพจิต (Mental health)

ประมาณหนึ่งในห้าของเด็กและเยาวชนได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของสุขภาพจิต⁶¹ และประมาณหนึ่งในสี่ของเด็กและเยาวชนมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย⁶² ซึ่งสัญญาณเตือนความผิดปกติทางสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนจะไม่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจน แต่อาการที่พบบ่อยมากขึ้น ได้แก่ ความหงุดหงิดตลอดเวลา ความโกรธ หรือ การหลีกเลี่ยงสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงความอยากรับประทานอาหารหรือการนอนหลับ⁶³ อาการป่วยทางสุขภาพจิตมักจะเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก โดยพบว่าเด็กและเยาวชนประมาณร้อยละ 20 – 30 จะพบอาการ major depressive episode ก่อนเข้าสู่ผู้ใหญ่⁶¹ ความผิดปกติของสุขภาพจิตสามารถส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการเรียน ความสัมพันธ์ที่อันตรายและนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุดซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญสามอันดับ 3 ของเด็กและเยาวชน ซึ่งการฆ่าตัวตายพบได้ในเด็กและเยาวชนทุกช่วงอายุ ทุกเพศ และทุกเชื้อชาติ อัตรการฆ่าตัวตายจะสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและพบ

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กและเยาวชน | สหรัฐอเมริกา

ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบว่าเด็กและเยาวชนอายุ 15 – 19 ปีมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 7.31 ต่อแสนคน และในแต่ละปีเด็กและเยาวชนอายุ 15 – 24 ปีประมาณ 5 แสนถึง 1 ล้านคนพยายามฆ่าตัวตาย⁶¹ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการใช้อาวุธปืนในทำร้ายผู้อื่นภายในโรงเรียนซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามการเข้ารับการรักษาความผิดปกติของวัยรุ่นมีน้อยมาก การรักษาที่มีประสิทธิภาพนั้นความเริ่มต้นทันทีหลังจากที่อาการผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นซึ่งจะช่วยลดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเด็กและเยาวชน⁶³

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน ซึ่งพบว่าเด็กและเยาวชนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้านสุขภาพจิต สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้ไม่ถึงครึ่งหนึ่งของทั้งหมดทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัญหาด้านสังคม โดยพบว่าเด็กและเยาวชนมากกว่าร้อยละ 10 ไม่มีประกันสุขภาพและถึงแม้เด็กและเยาวชนที่มีประกันสุขภาพก็มีปัญหาข้อจำกัดจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการอีกด้วย⁶⁴

หน่วยงานที่ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชน⁶³

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) จัดให้บริการ the Mental Health Services Locator ซึ่งเป็นบริการออนไลน์ บริการ map-based program ที่ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถค้นหาหน่วยบริการด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ของตนเองได้ ซึ่งหน่วยงานท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่สำคัญในการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของวัยรุ่น

บริการ National Suicide Prevention Lifeline วัยรุ่นหรือบุคคลทั่วไปที่ประสบปัญหาเกิดภาวะอยากฆ่าตัวตายหรือมีปัญหาทางอารมณ์อย่างรุนแรงสามารถโทรศัพท์ไปที่หน่วยงานดังกล่าวได้ที่เบอร์ 1-800-273-TALK เป็นบริการผ่านโปรแกรม Skype ซึ่งบริการตลอด 24 ชั่วโมง

บริการ YouMatter เป็นบริการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (National Suicide Prevention Lifeline) สำหรับวัยรุ่นโดยเฉพาะ โดยมี Blog ซึ่งผู้รับบริการสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาของตนเองกับผู้ให้บริการและขอรับคำแนะนำที่เหมาะสมได้ที่

บริการ SAMHSA's What a Difference A Friend Makes เป็น website ที่ให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตสำหรับเด็กโตและเยาวชน (older adolescents and young adults) ที่มีอาการป่วยทางจิตและเพื่อนสามารถช่วยเหลือได้ โดยจะมีข้อมูลเกี่ยวกับโรค เครื่องมือในการช่วยเหลือ ตัวอย่างเรื่องจริงเพื่อสนับสนุนและช่วยให้วัยรุ่นกลับสู่สภาวะปกติ และวิดีโอที่อธิบายว่าเพื่อนสามารถช่วยเหลืออย่างไรได้บ้าง

7. ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ดำเนินนโยบายและมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชนในด้านต่างๆ ทั้งระดับรัฐบาลกลางและระดับมลรัฐ ซึ่งมีบทเรียนที่สำคัญสำหรับการปรับให้เหมาะสมสำหรับบริบทของประเทศไทย กล่าวคือประเทศสหรัฐอเมริกามีนโยบายด้านสุขภาพอย่างชัดเจนผ่านโครงการ Healthy people ซึ่งมีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการสำหรับการส่งเสริมและป้องกันโรค มุ่งเน้นการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน โดยมีการกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาในการดำเนินการเป็นช่วงเวลาละ 10 ปี เริ่มตั้งแต่ปีค.ศ. 1990 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นโครงการ Healthy people 2020 โดยได้เพิ่มเป้าหมายสำหรับสุขภาพของเด็กและเยาวชน (Adolescent health) ไว้ในโครงการดังกล่าวด้วย นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นฐานข้อมูลในการรวบรวมและสนับสนุน

ข้อมูลที่สำคัญสำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพอย่างชัดเจน รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินโครงการต่างๆที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐด้วย

สำหรับมาตรการหรือนโยบายที่น่าสนใจได้แก่ นโยบายการตรวจสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากหากพบปัญหาต่างๆด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่ในช่วงวัยดังกล่าวจะสามารถดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้มีความเหมาะสมและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีในอนาคต ซึ่งการตรวจสุขภาพดังกล่าวจะครอบคลุมในทุกๆด้านทั้งการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการทดสอบความผิดปกติทางอารมณ์ เป็นต้น โดยการตรวจสุขภาพดังกล่าวจะอยู่ในความคุ้มครองของการประกันสุขภาพระบบต่างๆ ของเด็กเพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

โครงการ The President's Teen Pregnancy Prevention Initiative เพื่อลดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ซึ่งดำเนินการในหลายลักษณะ ตั้งแต่การสอนในชั้นเรียนเพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดและป้องกันการตั้งครรภ์ เพิ่มการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดให้ง่ายและสะดวก การให้ความรู้แก่พ่อแม่และการมีส่วนร่วมของชุมชน

นโยบายด้านสารเสพติด แอลกอฮอล์และบุหรี่ โดยดำเนินนโยบายลดการเข้าถึงแอลกอฮอล์ บุหรี่ ผ่านการออกกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่และแอลกอฮอล์แก่เด็ก และเพิ่มช่องทางในการลดและเลิกสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ผ่านช่องทางที่หลากหลายที่เข้าถึงวัยรุ่น และการให้ชุมชนมีส่วนร่วม

นอกจากนี้ยังมีนโยบายที่สามารถนำมาปรับใช้กับบริบทของประเทศไทยได้แก่ นโยบายโรงเรียนสุขภาพดี (local school wellness policy) ซึ่งส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและลดการเกิดโรคอ้วนในเด็ก มาตรการ Graduated driver licensing system (GDL) เพื่อลดอุบัติเหตุทางรถยนต์

สำหรับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่จะพบว่าภาครัฐโดยเฉพาะรัฐบาลกลางจะเป็นแหล่งสนับสนุนด้านงบประมาณ ส่วนการดำเนินงานจะดำเนินงานผ่านภาคเอกชน องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร สถาบันการศึกษาหรือการให้ชุมชนซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานในพื้นที่โดยตรงเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

8. เอกสารอ้างอิง

1. U.S. Department of Commerce. Age and Sex Composition in the United States: 2011, 2012.
2. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Adolescent and School Health, Health Resources and Services Administration Maternal and Child Health Bureau Office of Adolescent Health, National Adolescent Health Information Center University of California San Francisco. *Improving the Health of Adolescents & Young Adults: A Guide for States and Communities*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Division of Adolescent and School Health, 2547.
3. U.S. Department of Professional Employee. Fact sheet 2012 The U.S. Health Care System: An International Perspective, 2012.
4. U.S. Department of Commerce. Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by Selected Characteristics: 2011, 2012.
5. OECD. OECD Health Data 2011, 2011.
6. Centers for Medicare and Medicaid Services. CMS statistics, 2012.
7. U.S. Department of Health and Human Services. About Healthy People, 2012.
8. Healthy Teen Network. Healthy People 2020 and Adolescent Health: A Primer, 2012.
9. Division of Adolescent and School Health, Centers for Disease Control and Prevention. Framing Adolescent and Young Adult Health through Healthy People 2020 webinar, 2011.
10. U.S. Department of Health and Human Services. Adolescent Health: Objectives, 2012.
11. U.S. Department of Health and Human Services. Adolescent health, 2013.
12. Weinstock H, Berman S, Cates W. Sexually Transmitted Diseases among American Youth: Incidence and Prevalence Estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2004;36(1):6-10.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Breaking the Cycle of Teen Pregnancy, 2012.
14. Brady E. Hamilton, Joyce A. Martin, Ventura SJ. Births: Preliminary Data for 2011. *National Vital Statistics Reports* 2012;61(5):1-20.
15. Centers for Disease Control and Prevention. The Importance of Prevention, 2012.
16. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic. Teen Pregnancy Prevention 2010–2015, 2012.
17. The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. Briefly: A Summary of Effective Interventions, 2011.

- 18.The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. What Works 2011-2012: Curriculum-Based Programs That Prevent Teen Pregnancy, 2010.
- 19.Cynthia L. Ogden, Margaret D. Carroll, Brian K. Kit, Katherine M. Flegal. Prevalence of obesity and trends in body mass index among us children and adolescents, 1999-2010. *JAMA*; 307(5):483-490.
- 20.Centers for Disease Control and Prevention. Childhood Obesity Facts, 2013.
- 21.Freedman DS, Mei Z, Srinivasan SR, Berenson GS, Dietz WH. Cardiovascular Risk Factors and Excess Adiposity Among Overweight Children and Adolescents: The Bogalusa Heart Study. *The Journal of pediatrics* 2007; 150(1):12-17.e2.
- 22.Li C, Ford ES, Zhao G, Mokdad AH. Prevalence of pre-diabetes and its association with clustering of cardiometabolic risk factors and hyperinsulinemia among US adolescents national health and nutrition examination survey 2005 - 2006. *Diabetes Care* 2009; 32(2): 342-347.
- 23.Centers for Disease Control and Prevention. Nutrition, Physical Activity, & Obesity, 2013.
- 24.Centers for Disease Control and Prevention. MMWR: School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity, 2011.
- 25.Centers for Disease Control and Prevention. Water Access in Schools, 2013.
- 26.Centers for Disease Control and Prevention. Physical Activity Facts, 2013.
- 27.Centers for Disease Control and Prevention. Teen Drivers: Fact Sheet, 2013.
- 28.Healthy states, CSG's Partnership to promote public health. Graduated Driver Licensing Tool Kit, 2012.
- 29.Centers for Disease Control and Prevention. Parents Are the Key to Safe Teen Drivers, 2013.
- 30.Centers for Disease Control and Prevention. Protect the Ones You Love: Child Injuries are Preventable, 2013.
- 31.Centers for Disease Control and Prevention. Injury prevention and control: Youth Violence, 2013.
- 32.Esme Cullen. Adolescent Health: Coverage and Access to Care, 2011.
- 33.David Morgan. U.S. mental health experts urge focus on early treatment. *Reuters* 2013.
- 34.The White House. Now is the time: The President's plan to protect our children and our communities by reducing gun violence, 2013.
- 35.Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol & Other Drug Use 2012.
- 36.Joel Swendsen, Marcy Burstein, Brady Case, Kevin P. Conway, Lisa Dierker, Jianping He, et al. Use and abuse of alcohol and illicit drugs in us adolescents: Results of the

- national comorbidity survey: adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*; 69(4): 390-398.
37. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Facts on Underage Drinking, 2013.
 38. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Prevention of Substance Abuse and Mental Illness: what we are doing, 2013.
 39. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). October Is National Substance Abuse Prevention Month, 2012.
 40. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practice, 2013.
 41. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Center for Excellence, 2013.
 42. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Native American Center for Excellence, 2013.
 43. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Medication-Assisted Treatment for Substance Use Disorders 2013.
 44. Interagency Coordinating Committee on the Prevention of Underage Drinking. Stop underage Drinking, 2013.
 45. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Strategic Prevention Framework, 2013.
 46. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Too smart to start, 2012.
 47. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Building Blocks for a Healthy Future, 2013.
 48. Alcohol Policy Information System. Underage Drinking, 2013.
 49. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Underage Drinking Research Initiative, 2013.
 50. Centers for Disease Control and Prevention. Health Education Curriculum Analysis Tool (HECAT), 2013.
 51. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco Use: Smoking & Secondhand Smoke, 2010.
 52. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR): Current Tobacco Use Among Middle and High School Students — United States, 2011, 2012:581-585.
 53. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults. Atlanta, GA, 2012.
 54. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, 2012.

55. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking & Tobacco Use: Legislation, 2012.
56. U.S. Food and Drug Administration. Overview of the Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act: Consumer fact sheet, 2013.
57. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking & Tobacco Use: Regulation, 2012.
58. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking & Tobacco Use : National Tobacco Control Program, 2013.
59. U.S. government's official web portal. NCI QuitPal, 2012.
60. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
61. Susan Wile Schwarz. Adolescent Mental Health in the United States: Facts for Policymaker, 2009.
62. Child Trends. Child Trends Databank: Adolescents who feel sad or hopeless, 2010.
63. Office of Adolescent Health, U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health Disorders, 2013.
64. Office of Adolescent Health, U.S. Department of Health and Human Services. Access to Mental Health Care, 2013.

ภาคผนวก

คู่มือสำหรับโรงเรียนในการดำเนินนโยบายและการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดีของเด็กและเยาวชน **Guidelines for Schools to Promote Healthy Eating and Physical Activity**²⁴

GUIDELINE 1: Use a coordinated approach to develop, implement, and evaluate healthy eating and physical activity policies and practices

GUIDELINE 2: Establish school environments that support healthy eating and physical activity

GUIDELINE 3: Provide a quality school meal program and ensure that students have only appealing, healthy food and beverage choices offered outside of the school meal program

GUIDELINE 4: Implement a comprehensive physical activity program with quality physical education as the cornerstone

GUIDELINE 5: Implement health education that provides students with the knowledge, attitudes, skills, and experiences needed for healthy eating and physical activity

GUIDELINE 6: Provide students with health, mental health, and social services to address healthy eating, physical activity, and related chronic disease prevention

GUIDELINE 7: Partner with families and community members in the development and implementation of healthy eating and physical activity policies, practices, and programs

GUIDELINE 8: Provide a school employee wellness program that includes healthy eating and physical activity services for all school staff members

GUIDELINE 9: Employ qualified persons, and provide professional development opportunities for physical education, health education, nutrition services, and health, mental health, and social services staff members, as well as staff members who supervise recess, cafeteria time, and out-of-school-time programs

บทที่ 4

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชน: ประเทศสหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ

ภญ.อ.ดร.วารณี บุญช่วยเหลือ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

1. บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นแนวทางหลักที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ซึ่งให้ความสำคัญกับกลุ่มคนปกติเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดโรค รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ นอกจากนี้ยังหมายถึงรวมถึงการตรวจคัดกรองโรคเพื่อค้นหาโรคระยะเริ่มแรกด้วย กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง โดยมีการจัดการปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและบำบัดรักษาโรคที่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล กลุ่มประเทศสหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีการกำหนดนโยบายและกิจกรรมที่ชัดเจนและเห็นผล ดังนั้นการทบทวนการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มประเทศสหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ จะสามารถเป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประเทศไทยได้ ทั้งในส่วนภาคีรัฐบาลและภาคประชาชน

2. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมแบบ narrative review จากเอกสารที่เป็นนโยบาย กฎหมาย รายงานการวิจัย รายงานโครงการ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ โดยมีการกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นข้อมูลที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมประเด็นที่สนใจมากที่สุด

คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่

- Health promotion, Disease prevention, Illness prevention, Health policy
- Pregnancy, Injury, Accident, Violence, Obesity, Obese, Nutrition, Smoking, Alcohol, Sexual health, Mental health
- Children, Youth, teenage, Adolescence
- United Kingdom

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่

1. ฐานข้อมูล Pubmed
2. เว็บไซต์ของ National Health Service : <http://www.nhs.uk>

3. เว็บไซต์ของ Department of Health : <http://www.dh.gov.uk>
4. เว็บไซต์ของรัฐบาล: <http://www.gov.uk>
5. เว็บไซต์ของ WHO: <http://www.euro.who.int>

3. ข้อมูลทั่วไป

สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ (United Kingdom of Great Britain and North Ireland) หรือ เรียกย่อๆ ว่า สหราชอาณาจักร (United Kingdom) ประกอบด้วย 4 ประเทศ ได้แก่ อังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือมีพื้นที่รวมกันทั้งหมด 242,910 ตารางกิโลเมตร มีจำนวนประชากรประมาณ 62 ล้านคน การปกครองมีลักษณะเป็นรัฐเดี่ยว (Unitary State) ซึ่งเน้นการรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลาง มีการปกครองในแบบรัฐสภาและมีรัฐธรรมนูญที่ไม่ได้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ระบบการบริหารราชการแผ่นดินในสหราชอาณาจักรจะมีอยู่สองระดับได้แก่ การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น อำนาจทางการเมืองการปกครองจะมีการรวมศูนย์อยู่ที่รัฐสภา (Westminster) ที่มีความสำคัญสูงสุดและทรงอำนาจในทุกทางโดยใช้อำนาจการบริหารผ่านรัฐบาล และหน่วยงานราชการส่วนกลาง (The Cabinet and Whitehall) ขณะที่การบริหารปกครองในเวลส์, สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ จะมีสถานะเป็นภูมิภาคหนึ่งของอังกฤษและเมืองค์กรการบริหารกิจการภายในภายใต้รูปแบบที่คล้ายกับเป็นกระทรวงหนึ่งของรัฐส่วนกลาง โดยมีการแต่งตั้งรัฐมนตรี (Secretary of State) จากส่วนกลางเข้าไปปกครองดูแล¹

ตารางที่ 4-1 ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของสหราชอาณาจักร²

ข้อมูล	จำนวน
Total population (2553)	62,035,570
Gross national income per capita (PPP international \$)	35,840
Life expectancy at birth male/female (years) (2552)	78/82
Probability of dying under five (per 1000 live births) (2552)	5
Probability of dying between 15 and 60 years male/female (per 1000 population) (2552)	95/58
Total expenditure on health per capita (Intl \$, 2553)	3,480
Total expenditure on health as % of GDP (2553)	9.6
Physicians per 10,000 people (2543-2552)	21
Government health expenditures as percent of total government expenditures (2550)	15.6%

4. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ^{3,4}

ในสหราชอาณาจักรมีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2491 โดยรัฐบาลเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการโดยมี National Health Service (NHS) เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการ ตามกฎหมาย National Health Service Act พ.ศ. 2520 ซึ่งกำหนดให้ประชาชนทุกคนสามารถรับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

- National Health Service (NHS) เป็นระบบให้บริการสุขภาพแบบถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคน โดยได้รับงบประมาณจากภาษีถึงร้อยละ 76
- National Department of Health เป็นหน่วยงานที่กำหนดนโยบายและงบประมาณในแต่ละประเทศ
- ประชาชนจะได้รับบริการแบบปฐมภูมิ (Primary care) โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายซึ่งครอบคลุม การป้องกันโรค (preventive care) สุขภาพจิต (mental health) และการบริการในโรงพยาบาลส่วน การให้บริการบางประเภท เช่น ทันตกรรมค่ายา ใช้ระบบการมีส่วนร่วมจ่าย (cost-sharing) แบบ ผู้รับบริการร่วมจ่าย ณ จุดบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง (co-payment) แต่หากผู้รับบริการเป็น เด็ก ผู้สูงอายุ หญิงมีครรภ์ ผู้พิการ ผู้มีรายได้น้อยจะได้รับยกเว้นไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย
- ประชากรร้อยละ 11.5 ซื้อประกันสุขภาพของเอกชนเพิ่มเติมเพื่อให้ได้รับบริการที่สะดวกสบายไม่ ต้องเสียเวลานานและสามารถเลือกแพทย์ที่ต้องการรักษาได้

ระบบบริการสุขภาพ³

การให้บริการด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับปฐมภูมิ (primary care) เป็นบริการด้านใน ร้ายา ทันตกรรม เภสัชกรรม และ General Practitioners ระดับทุติยภูมิ (secondary care) เป็น บริการในโรงพยาบาล (hospital based care accessed through GP referral) และระดับตติยภูมิ (tertiary care) เป็นบริการในโรงพยาบาลเฉพาะทาง (specialist hospitals) ในการรับบริการประชาชน จะต้องไปลงทะเบียนกับ NHS โดยดำเนินการผ่านหน่วยงานด้านสุขภาพในท้องถิ่นที่ตนเองอาศัยอยู่และต้อง ทำการเลือกแพทย์ประจำตัว (General Practitioners: GP) ในการรักษาจากสำนักแพทย์ท้องถิ่น ซึ่ง แพทย์ประจำตัวจะมีหน้าที่คือ ให้บริการระดับปฐมภูมิและทำหน้าที่เป็น gatekeeper ในการเข้าถึงบริการ ในระดับที่สูงขึ้น (specialty care) โดยประชาชนที่จะใช้บริการที่เฉพาะทางจะต้องผ่านการส่งต่อจาก แพทย์ประจำตัวก่อนจึงจะสามารถรับบริการได้

GP ที่ให้บริการภายใต้ NHS ส่วนใหญ่จะทำสัญญาและรับค่าจ้างซึ่งประกอบด้วยเงินเดือน capitation ค่าธรรมเนียมการให้บริการ จากหน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่ Primary Care Trusts ในอังกฤษ Primary Care partnerships ในไอร์แลนด์เหนือ Health Boards ในสกอตแลนด์และ Local Health Boards ในเวลส์เพื่อให้บริการแก่ประชาชน

National Health Service (NHS)³

ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1948 เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพแบบถ้วนหน้าแก่ ประชาชนในสหราชอาณาจักร ซึ่งในแต่ละประเทศจะมีหน่วยงานที่จะกำหนดนโยบายและงบประมาณ ทางด้านสุขภาพของแต่ละประเทศต่างหาก คือ National Health Department ในการให้บริการด้าน สุขภาพจะมอบหมายให้หน่วยงานในเขตพื้นที่ต่างๆทำหน้าที่จัดหาบริการซึ่งได้รับงบประมาณจากส่วนต่างๆ

ได้แก่ ภาษีคิดเป็นร้อยละ 76 national insurance contributions ร้อยละ 19 และ user charges ร้อยละ 5

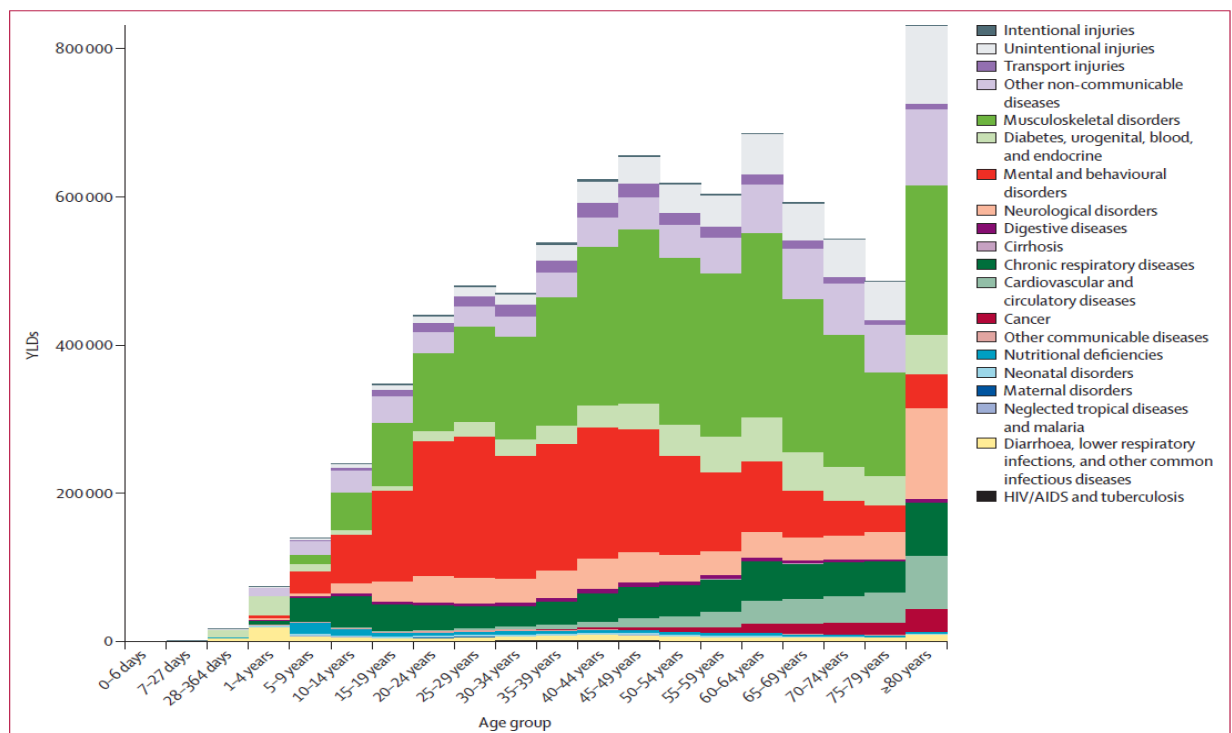
Department of Health (DH)

เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ

- กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข รวมถึง clinical quality health improvement and protectionซึ่งทำงานโดยchief medical officer
- เป็น department of state, ซึ่งทำงานโดยsecretary of state for health and a civil servantและ permanent secretary
- เป็น national headquarters ของ NHSซึ่งทำงานโดย NHS chief executive

5. ภาระโรค/ ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในประเทศ และนโยบาย/ มาตรการที่สำคัญ

จากการศึกษา Global Burden of Disease ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าโรคที่ทำให้เกิดจำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวัยอันควร (year of life lost: YLLs) ของประชากรใน UK อันดับที่ 1 คือ โรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) รองลงมา คือ มะเร็งปอด stroke และ Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) โดยพบว่าอุบัติเหตุบนถนนเป็นสาเหตุลำดับที่ 12 เมื่อพิจารณาสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่ทำให้เกิดจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (year lived with disability: YLD) ในแต่ละช่วงอายุ (รูปที่ 4-1) พบว่า ในเด็กและเยาวชนที่มีอายุตั้งแต่ 10-24 ปี มีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและพฤติกรรม (mental and behavioural disorders) ระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal disorders) และระบบประสาท (neurological disorders)



รูปที่ 4-1 Years lived with disability in the UK by cause and age in 2010

(ที่มา: Murray CJL, Richards MA, Newton JN, Fenton KA, Anderson HR, Atkinson C, et al. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*.)

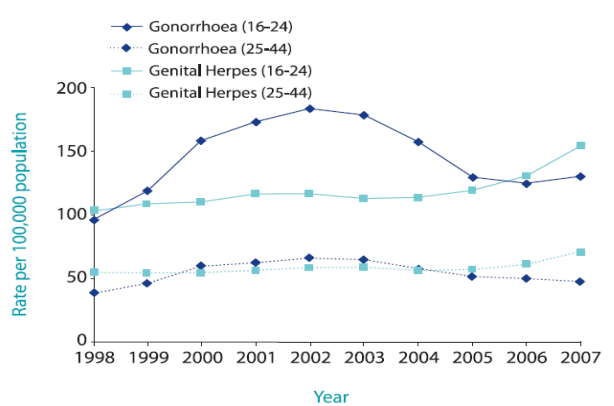
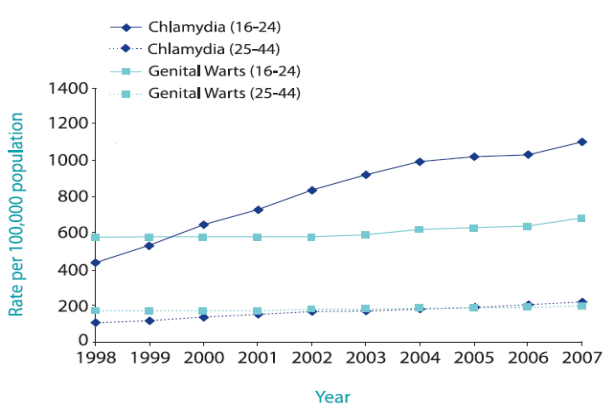
ขอบเขตของการทบทวนในครั้งนี้ มุ่งเน้นในนโยบายที่ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 5 กลุ่ม ได้แก่

1. อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)
2. ภาวะโภชนาการ (Nutrition)
3. สุขภาพจิต (Mental health)
4. การใช้สารเสพติด/ บุหรี่/ แอลกอฮอล์
5. การบาดเจ็บ (Injury) อุบัติเหตุบนถนน (road accident) การใช้ความรุนแรง (Violence)

5.1 อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)

มุ่งเน้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmitted Infections: STIs) และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (teenage pregnancy)

เยาวชนอายุระหว่าง 16-24 ปีจัดเป็นวัยที่เสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) โดยในปี พ.ศ. 2550 มีเยาวชนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน GenitoUrinary Medical (GUM) clinics ด้วยเชื้อต่างๆ ได้แก่ chlamydia คิดเป็นร้อยละ 65 genital warts คิดเป็นร้อยละ 50 และ gonorrhoea คิดเป็นร้อยละ 50 จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อ genital chlamydia เป็นโรคที่พบบมากที่สุด โดยมีอัตราการติดเชื้อ 1,102/ 100,000 ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 จากปี พ.ศ. 2549 รองลงมาคือ genital warts อัตราการติดเชื้อที่ 682/ 100,000 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 จากปี พ.ศ. 2549 นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนร้อยละ 11 ติดเชื้อ HIV โดยกลุ่มชายรักชายเป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด⁶



รูปที่ 4-2 Diagnosis rate of STIs in younger (16-24) and older adults (25-44) in UK, 1998 – 2007

(ที่มา: Health Protection Agency, Sexually Transmitted Infections and Young People in the United Kingdom, 2008 Report)

นโยบายและมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. National Human Papilloma Virus (HPV) immunisation program⁷

โครงการนี้เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2551 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วัคซีน HPV (3 ชนิด) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HPV ในเด็กหญิงวัยก่อนที่จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV เป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมี Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) ให้การสนับสนุนว่า HPV vaccine ควรให้แก่เด็กหญิงอายุ 12-13 ปี แบบ routine และให้แก่เด็กหญิงอายุ 13-17 ปี แบบ time-limited catch up

Primary Care Trusts เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดส่งวัคซีนไปให้กับหน่วยงานในท้องถิ่นโดยการฉีดวัคซีนจะทำในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่และถูกกำหนดโดย Department of Health (DH) แต่ก็สามารถรับบริการได้จาก GP โดยผู้ปกครองจะได้รับจดหมายแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน ซึ่งผู้ปกครองต้องตัดสินใจว่าจะให้เด็กได้รับวัคซีนหรือไม่ การฉีดวัคซีนนี้เป็นความสมัครใจไม่ได้เป็นการบังคับ ผลการดำเนินโครงการจะมี Health Protection Agency (HPA) เป็นผู้รวบรวมข้อมูลรายงานการได้รับวัคซีนในแต่ละปีในช่วงปี พ.ศ. 2553 – 2554 มีการฉีดวัคซีนไปแล้วกว่า 700,000 เข็ม⁷

2. National Chlamydia Screening Program⁸

Chlamydia เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ที่พบได้บ่อยใน UK ทั้งหญิงและชาย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ค่อยมีอาการแสดง ทำให้ไม่ทราบว่ามีการติดเชื้อแล้วจนกว่าจะได้ตรวจ หากเป็นแล้วไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้อุ้งเชิงกรานอักเสบและเป็นหมัน (infertility) ได้ในระยะยาว จากข้อมูลสถิติระหว่างปี พ.ศ.2542-2551 ในอังกฤษผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็น genital chlamydia ใน GUM clinics มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่อายุต่ำกว่า 25 ปี อัตราการติดเชื้อสูงในผู้ชายอายุ 20-24 ปีและในผู้หญิงอายุ 16-19 ปี

โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของ NHS sexual health program โดยมี Department of Health (อังกฤษ) เป็นผู้ริเริ่มในปีพ.ศ. 2546 มีเป้าหมายคือ การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ chlamydia ด้วยการคัดกรองและให้การรักษาที่รวดเร็วให้เยาวชนที่อายุต่ำกว่า 25 ปีทุกคนได้ตระหนักถึงการติดเชื้อ chlamydia และผลที่เกิดขึ้นรวมทั้งเข้าถึงการให้บริการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายและเป็นความลับโดยสามารถเข้ารับบริการได้ตามความสมัครใจในศูนย์บริการตามพื้นที่ต่างๆ ในการคัดกรองจะตรวจจากปัสสาวะทั้งในชายและหญิงหรือการตรวจทางช่องคลอดในหญิงและเมื่อพบการติดเชื้อก็จะได้รับยาฆ่าเชื้อเพื่อรักษาต่อไป

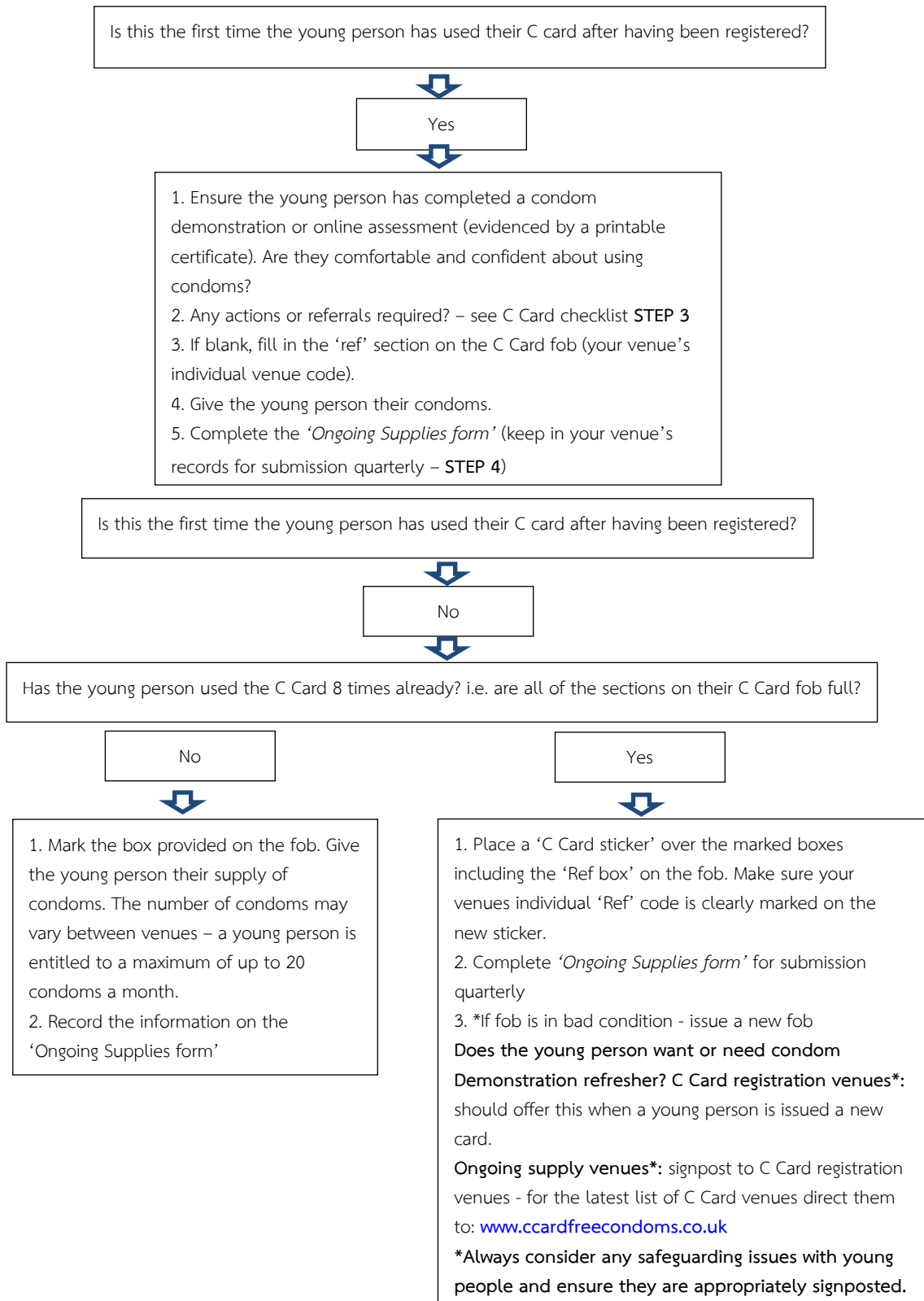
ในปีพ.ศ. 2553/2554 มีรายงานว่า การตรวจคัดกรองครอบคลุมร้อยละ 25 ของเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 25 ปี และคิดเป็นร้อยละ 32 เมื่อรวมการตรวจใน GUM clinic ซึ่งคาดการณ์ว่า หากการตรวจคัดกรองครอบคลุมร้อยละ 35 จะสามารถลดความชุกของโรคในเยาวชนกลุ่มนี้ได้อย่างมาก โดยที่ผ่านมา ในการประเมินโครงการจะมี Health Protection Agency เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนากระบวนการประเมินผลโดยจะทำการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความชุกของโรค การวิเคราะห์แนวโน้มของผลจากการติดเชื้อ Chlamydia เช่น pelvic inflammatory disease และ ectopic pregnancy การสำรวจพฤติกรรมคัดกรอง ทิศนคติต่อการตรวจคัดกรองและบริการที่ได้รับ⁹

3. C card scheme¹⁰

โครงการนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้เยาวชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ บริการคำปรึกษาเกี่ยวกับเพศศึกษา รวมถึงได้รับถุงยางอนามัยฟรีพร้อมกับคำแนะนำการใช้ที่ถูกต้อง โดยให้บริการครอบคลุมเยาวชนที่อายุไม่เกิน 24 ปีหากเป็นเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 16 ปี จะต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ซึ่งต้องทำแบบประเมิน (Fraser guidelines) ที่ได้กำหนดไว้ก่อน จึงจะสามารถรับบริการได้

ขั้นตอนการให้บริการประกอบด้วย

- ลงทะเบียนโดยกรอกแบบฟอร์มที่กำหนดแล้วส่งไปสมัครเข้าร่วมโครงการ



รูปที่ 4-3 กระบวนการให้บริการในโครงการ C Card

(ที่มา: Sironal Care and Health, C-card guidance 2012)

- เยาวชนที่ลงทะเบียนจะต้องผ่านการอบรมที่สาธิตการใช้ถุงยางอนามัยอาจเป็นแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม

- สิ่งที่จะได้รับ คือ ถุงยางอนามัย จำนวนไม่เกิน 24 ชิ้น (กล่องละ 6 ชิ้น) ต่อเดือน โดยครั้งแรกจะได้ “starter pack” ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลวิธีการใช้ถุงยางอนามัย 6 ชิ้น และเจลหล่อลื่นในครั้งต่อไปสามารถเลือกได้ว่า จะรับแบบใด (Pack 1: 6 regular condoms; Pack 2: 6 flavoured; Pack 3: a mixed)

4. U card¹¹

เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ C card โดยมีเป้าหมายในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยบัตรนี้จะใช้เมื่อต้องการรับบริการคุมกำเนิดฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วยยาคุมฉุกเฉินและการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสามารถรับบริการฟรีได้ที่หน่วยบริการต่างๆที่ระบุไว้ เช่น GP practices ร้านยา หรือ Contraceptive and Sexual Health Service ขั้นตอนของการรับบริการ คือ ขอรับบัตรได้ที่พยาบาลประจำโรงเรียน (school nurse) เมื่อจะรับบริการให้ยื่นบัตรนี้ให้กับเจ้าหน้าที่ แล้วเจ้าหน้าที่จะทำการนัดเวลาเพื่อให้บริการต่อไป (อย่างทันที)

5. Sex Worth Talking About campaign¹²

ในปี พ.ศ. 2552 DH และ Department for Children Schools and Families (DCSF) ได้ริเริ่มโครงการนี้ขึ้นโดยเป็นหนึ่งในกิจกรรมของ Sexual Health and Teenage Pregnancy communications activity ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (sexual health) โดยเป็นการสื่อสารข้อมูลที่เชื่อถือได้ที่มีจุดเน้นเกี่ยวกับ การคุมกำเนิด Chlamydia testing ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศเพื่อเพิ่มความสามารถในการสื่อสาร/ ตอรองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศผ่านทางสื่อต่างๆ ได้แก่ ออนไลน์ (<http://www.nhs.uk/worhtalkingabout/Pages/sex-worth-talking-about.aspx>) โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อสิ่งพิมพ์ ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้เกิดทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยเป้าหมายของโครงการ คือ ให้เยาวชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศเพื่อหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (unwanted pregnancies) และรับรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มเป้าหมายของโครงการมีหลากหลาย แบ่งได้ตามจุดเน้น เช่น การคุมกำเนิด: เป้าหมายหลักคือ ผู้หญิงอายุ 16-24 ปี รอง คือผู้หญิงอายุ 25-34 ปี Chlamydia test: เป้าหมายหลัก คือ ผู้หญิงและผู้ชายที่อายุต่ำกว่า 25 ปี

6. Sex and Relationship Education Guidance¹³

ในปี พ.ศ. 2543 Department of Education and Employment (DfEE) ได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการให้ความรู้เกี่ยวกับเพศและความสัมพันธ์ (Sex and Relationship Education Guidance) ในโรงเรียนขึ้นซึ่งได้กำหนดไว้ในหลักสูตรการศึกษาทั้งระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (primary and secondary schools) มาตรฐานนี้จัดเป็นหนึ่งใน National Healthy School Standard โดยมีแนวคิดว่า การให้ความรู้แก่เด็กจะช่วยพัฒนาความคิดในแง่บวกที่จะทำให้เมื่อเติบโตเป็นเยาวชน/ผู้ใหญ่ก็จะมี การตัดสินใจที่ถูกต้องและพฤติกรรมที่เหมาะสมมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพเกี่ยวกับเพศศึกษา ในโรงเรียนอันจะนำไปสู่การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (teenage pregnancy)

7. Contraception service¹⁴

การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดและการใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพจัดเป็นหนึ่งในแนวทางการลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีการนำมาใช้โดยรัฐบาลได้จัดบริการผ่านทางคลินิกคุมกำเนิด (contraception clinic หรือ family planning clinic) ซึ่งเข้าถึงได้ง่ายในด้านสถานที่ เวลาและบริการด้วยบุคลากรที่เป็นมิตรและเก็บเป็นความลับเพื่อให้เยาวชนได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องเยาวชนสามารถเข้าใช้บริการตามสถานที่ต่างๆด้วยตนเองหรือผ่านการส่งต่อจาก GP โดยมีการบริการต่างๆ¹⁵ ได้แก่

- คำแนะนำในการคุมกำเนิด
- ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน/ ยาฉีด
- ใส่/ ถอดยาคุมกำเนิดชนิดฝัง
- ถุงยางอนามัย (ฟรี จำนวนจำกัด)
- การคุมกำเนิดแบบฉลุเงิน (ฟรี)
- ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ตรวจคัดกรองปากมดลูก
- ให้คำปรึกษากรณีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
- ตรวจตั้งครรภ์ (ฟรี)
- ให้คำแนะนำในการเตรียมตั้งครรภ์
- ใส่/ ตรวจสอบ หมวกยางกั้นปากมดลูก (diaphragms) ห่วงคุมกำเนิด (intrauterine devices/ intrauterine systems)

การให้บริการของโครงการ C card และ U card จัดเป็นส่วนหนึ่งของบริการที่รัฐจัดขึ้นโดยสามารถไปรับบริการตามคลินิกเหล่านี้ได้

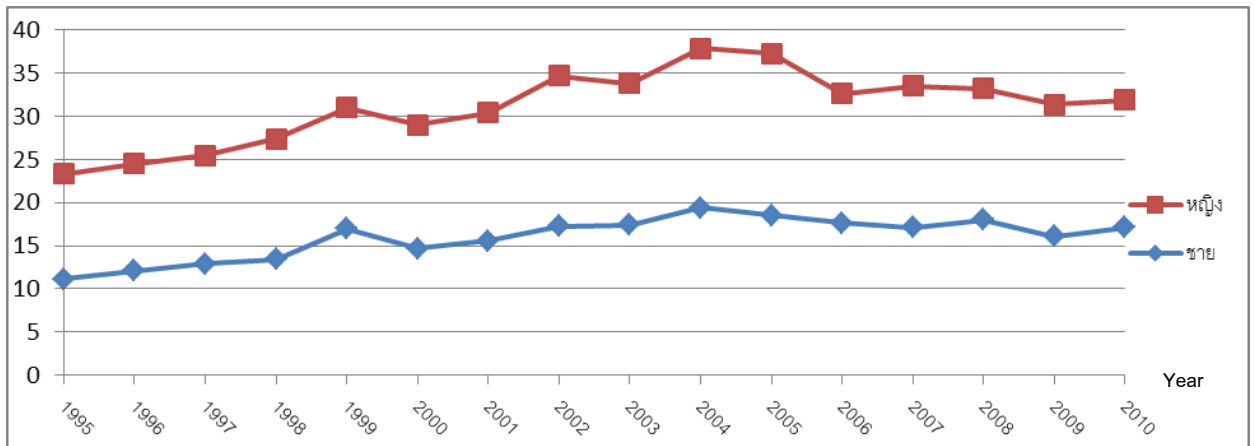
5.2 ภาวะโภชนาการพร่องและเกิน

มุ่งเน้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกิน เช่น โรคอ้วน (obesity) และภาวะโภชนาการพร่อง

โรคอ้วนเป็นปัญหาสำคัญของประเทศอังกฤษ โดยข้อมูลจาก NHS Information Centre ซึ่งได้ทำ Health survey in England ในปีพ.ศ. 2553 พบว่า ร้อยละ 26 ของผู้ใหญ่และร้อยละ 16 ของเด็กเป็นโรคอ้วน นอกจากนี้สัดส่วนของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง¹⁶ (รูปที่ 4-4 และ 4-5)

รัฐบาลของประเทศอังกฤษได้ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร โดยได้กำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 ซึ่งใช้ชื่อว่า “Choosing Health” และต่อมาได้ปรับเป็น “Choosing a Better Diet” ในปีพ.ศ. 2548 โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความชุกของโรคที่สัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและลดการเกิดโรคอ้วนในประชากรทุกกลุ่มอายุ และในปีพ.ศ. 2551 ก็มีนโยบาย “Healthy Weight, Healthy Lives” เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นแก้ปัญหาโรคอ้วน โดยใช้ Public Service Agreement (PSA) delivery agreement 12 เพื่อส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กและเยาวชน¹⁶

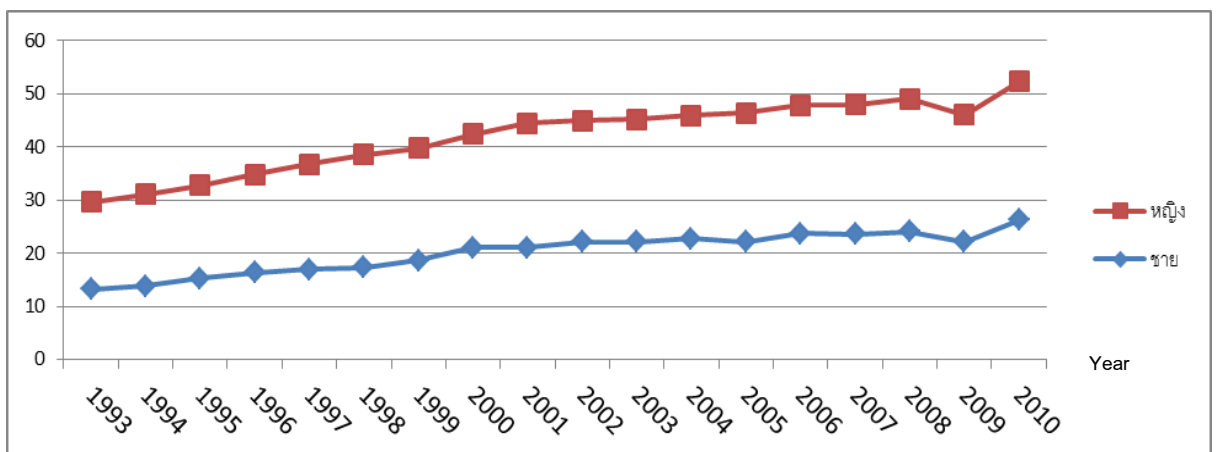
Percentage



รูปที่ 4-4 ความชุกของโรคอ้วนในเด็กอายุระหว่าง 2-15 ปี จำแนกตามเพศ

(ที่มา: National Audit Office, An update on the government's approach to tackling obesity. 2012)

Percentage



รูปที่ 4-5 ความชุกของโรคอ้วนในผู้มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำแนกตามเพศ

(ที่มา: National Audit Office, An update on the government's approach to tackling obesity. 2012)

นอกจากนี้รัฐบาลอังกฤษยังได้กำหนดแนวทาง *Healthy Lives, Healthy People: A call to action on obesity in England*¹⁷ ในปีพ.ศ.2554 โดยมีเป้าหมายคือ

- 1) ลดแนวโน้มของการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานในวัยผู้ใหญ่ภายในปีพ.ศ.2563
- 2) ลดแนวโน้มของการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานในวัยเด็กภายในปีพ.ศ.2563

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- Department of Health: พัฒนานโยบายและจัดทำโครงการในระดับชาติ (national public health campaigns) รวมทั้งแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินระดับชาติ
- Health Protection Agency รับผิดชอบในการป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคติดเชื้อ และอันตรายต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ
- Primary care trusts (NHS) รับผิดชอบในการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นในระดับท้องถิ่น/พื้นที่

1. Change4Life campaign^{16, 18}

เป็น social marketing program ซึ่งมี DH เป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบ เกิดขึ้นในปีพ.ศ.2552 เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนัก (awareness) เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย สนับสนุนให้แต่ละครอบครัวรับประทานอาหารที่ดี ออกกำลังกายเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว (eat well, move more and live longer) ผ่านการให้ข้อมูลโดยเฉพาะกับผู้ปกครองของเด็กใช้ช่องทางการตลาดต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ social media การประชาสัมพันธ์และ direct marketing อีกทั้งยังให้การสนับสนุนในด้านอุปกรณ์/ เครื่องมือที่จะสร้างเสริมพลัง (empower) ประชาชนทั้งเด็กและผู้ใหญ่ให้เกิดการปรับเปลี่ยนและพัฒนาไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นซึ่งมุ่งเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเช่น

- แนะนำให้รับประทานผักและผลไม้วันละ 5 ส่วน
- แนะนำให้ลดปริมาณเกลือที่บริโภคในแต่ละวัน ไม่เกิน 6 กรัม
- ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- แนะนำการลดไขมันจากอาหาร

ในปีแรกที่เริ่มโครงการได้มีการสำรวจ ‘How are the kids?’ เพื่อให้ทราบข้อมูลว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่แต่ละครอบครัวคาดว่าจะทำได้คืออะไร โดยข้อมูลนี้จะนำมาใช้ในการออกแบบเครื่องมือ toolkits ที่จะช่วยสนับสนุนให้แต่ละครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง

ในการเข้าร่วมโครงการทุกคนสามารถสมัครเข้าร่วมได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทาง website ซึ่งใน website ก็จะมีข้อมูล ความรู้ เกร็ดต่างๆ ให้นำไปใช้ได้ ตัวอย่างเช่น

8 พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของเด็ก (Eight Healthy behaviors for children)

- ลดบริโภคน้ำตาล
- บริโภคผักผลไม้วันละ 5 ส่วน
- กินอาหารให้ครบ 3 มื้อ
- ลดการบริโภคขนม
- กินอาหารในปริมาณที่เหมาะสมต่อมื้อ
- ลดไขมัน
- ออกกำลังกาย

นอกจากนี้ยังมีการหาอาสาสมัครต่างๆ ที่จะให้การสนับสนุนโครงการจากหลากหลายสาขา ทั้งผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับโรงเรียน หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน แพทย์ พยาบาล ซึ่งทางโครงการให้ข้อมูลที่ สำคัญและอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อใช้ในการทำงานกับผู้สนับสนุนเหล่านี้

2. National Child Measurement Program^{16 19}

เป็นโครงการที่ DH จัดทำขึ้นเพื่อสำรวจข้อมูลน้ำหนักของเด็ก ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับหน่วยงานท้องถิ่น (local health commissioner) ในการเฝ้าระวังโรคอ้วนในเด็กและวางแผนการส่งเสริมสุขภาพให้เด็กมีน้ำหนักตัวที่มีสุขภาพดี เริ่มต้นในปี.ศ. 2551 โดยเมื่อได้สำรวจน้ำหนักตัวของเด็กแล้วจะมีการส่งจดหมายไปยังผู้ปกครองของเด็กเพื่อแจ้ง body mass index percentile ของเด็กในปกครอง ต่อมาก็จะส่งจดหมายไปอีกเพื่อจะแจ้งว่าเด็กคนนั้น มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ใด (healthy weight, underweight, overweight, very overweight) หลังจากนั้นผู้ปกครองก็จะถูกกระตุ้นในติดต่อกับ Local Primary Care Trust เพื่อรับคำแนะนำและความช่วยเหลือต่อไป

3. 5 A DAY Program^{16 20}

DH ได้เริ่มโครงการนี้ในปี.ศ. 2546 เป็นโครงการที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้มีการรับประทานผักและผลไม้อย่างน้อย 5 ส่วนต่อวัน โดยในช่วงเริ่มต้นได้ทำใน 66 Primary Care Trust มี The Big Lottery Fund สนับสนุนงบประมาณ เป้าหมาย คือ การบริโภคผักผลไม้เพิ่มขึ้นมีความตระหนักและความรู้เพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อและมีการเข้าถึงแหล่งของผักผลไม้เพิ่มขึ้น

กิจกรรมที่ทำได้แก่ การบริการส่งถึงบ้าน (home delivery service) การพัฒนาการขนส่งสินค้าสู่ตลาด (improving transport to local markets) การแจกบัตรกำนัล (voucher schemes) การสื่อสารด้วยช่องทางต่างๆ (media campaigns) ทักษะการทำอาหาร (growing and cookery skills) การสนับสนุนเครือข่ายของกลุ่ม healthy food

4. National Healthy School Program²¹

โครงการนี้เกิดขึ้นในปี.ศ.2548 มุ่งหวังให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน มีเป้าหมายคือ สนับสนุนให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งมีการกำหนดให้แต่ละโรงเรียนบรรลุเกณฑ์ใน 4 ด้าน (four core themes) ได้แก่

- การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านบุคคล ซึ่งรวมถึง เพศศึกษาและความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดต่างๆ (แอลกอฮอล์ บุหรี่ สารเสพติด)
- การบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดี
- ออกกำลังกาย ทำกิจกรรม
- สุขภาวะทางอารมณ์

การดำเนินโครงการได้รับเงินสนับสนุนจาก Department for Education and Skills (DfES) และ DH โดยมีหน่วยงานระดับท้องถิ่นให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำต่างๆ

Food in School Program

เป็นโครงการที่จะทำให้เกิด healthy eating in school สนับสนุนให้เกิดการเรียนการสอนและการเรียนรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่ดีโดยใส่ไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียน สนับสนุน good practice through school day เช่น healthier breakfast clubs, tuck shops, vending machines, lunch boxes and cookery clubs, as well as water provision, growing clubs and the dining room environment ดำเนินงานโดยผ่านศูนย์กลางแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่ www.foodinschools.org

School Fruit and Vegetable Scheme (SFVS)

เป็นโครงการที่ให้บริการผักและผลไม้ฟรีแก่เด็กในโรงเรียน

School meals

Department for Education and Social ได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐานทางโภชนาการ (nutritional standards) สำหรับอาหารกลางวันในโรงเรียน ซึ่งกำหนดสารอาหารหลักขั้นต่ำที่เด็กควรจะได้รับ 4 หมู่ คือ แป้ง ผักและผลไม้ นมและผลิตภัณฑ์จากนม โปรตีนจากเนื้อสัตว์ ปลาและอื่นๆ

Free School Meal

มีการให้บริการอาหารกลางวันฟรีในโรงเรียนสำหรับนักเรียนที่ผู้ปกครองมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

School nurses

การจัดให้มีพยาบาลในโรงเรียน เพื่อช่วย build public health expertise within schools ให้เด็กและผู้ปกครองเข้าถึงได้ง่าย ช่วยให้คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงความอ้วนและสนับสนุนให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นโดยเฉพาะในการบริโภคอาหารในแต่ละ PCT จะมีพยาบาล (full-time, year-round, qualified school nurse) อย่างน้อย 1 คน เพื่อทำหน้าที่ดังกล่าว

5. Food Sponsorships and advertising¹⁶

ในปีพ.ศ.2551 โดยความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ Department of Children Schools and Families (Department of Education) และ Incorporated Society of British Advertisers (ISBA) ได้เสนอแนวคิดการทำงานร่วมกันของโรงเรียนและหน่วยธุรกิจในการคุ้มครองผู้บริโภค

Office of Communication (Ofcom) ได้ควบคุมการโฆษณาทางโทรทัศน์สำหรับอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน เกลือ และ น้ำตาลสูง (HFSS foods) แก่เด็กใน UK ตั้งแต่ปีพ.ศ.2550 โดยการจำกัดช่วงเวลาการโฆษณา และจำกัดการใช้เทคนิคที่จะใช้ในการโฆษณาอาหารแก่เด็ก

5.3 ปัญหาสุขภาพจิต

มุ่งเน้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ได้แก่ การฆ่าตัวตาย (suicide) ภาวะซึมเศร้า (depression) ความผิดปกติด้านอารมณ์ (mood disorder) ความผิดปกติด้านการเรียนรู้ (learning disorder) และการติดเกมหรืออินเทอร์เน็ต (game or cyber addiction)

ใน UK พบว่าการที่ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ ไร้สมรรถภาพ (disability) ซึ่งเชื่อมโยงกับปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาสุขภาพทางกาย ความสัมพันธ์ การศึกษาและการทำงาน ดังนั้นหากต้องการให้ประชาชนมีชีวิตที่ดีจะต้องทำให้มีสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีด้วย นโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจะเริ่มต้นตั้งแต่ในวัยเด็กเพื่อให้เป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของชีวิต (Giving children a healthy start in life) โดยเน้นให้ผู้ปกครองมีการเลี้ยงดูที่ดี เพื่อที่จะสร้าง resilience และลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้²²

นโยบายและมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. Every Child Matters (ECM)^{23,24}

เป็นนโยบายที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 มีเป้าหมายเพื่อให้เด็ก เยาวชนและครอบครัวมีชีวิตที่ดีขึ้น โดยการปฏิรูปการบริการต่างๆ ให้แก่เด็กและเยาวชนตามความต้องการ เพิ่มคุณภาพการบริการและเพิ่ม การเข้าถึงบริการเหล่านั้น การที่เด็กและเยาวชนทุกคนได้รับการบริการต่างๆ อย่างเหมาะสมจะเป็น จุดเริ่มต้นที่ดีที่จะทำให้เขาเหล่านั้นสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยต่อไปในอนาคต โดยในการปฏิรูป บริการต่างๆ เพื่อเด็กและเยาวชนได้มีการกำหนดเป้าหมายสำหรับเด็กและเยาวชนทุกคน (อายุไม่เกิน 19 ปี) ไว้ 5 ประการ รายละเอียดดังตาราง 4-2

ตารางที่ 4-2 ผลลัพธ์ 5 ตัวตามนโยบาย Every Child Matters²³

ผลลัพธ์	คำอธิบาย
● สุขภาพดี	สุขภาวะทางกายดี สุขภาวะทางจิตใจ อารมณ์ดี สุขภาพทางเพศดี มีวิถีชีวิตที่นำไปสู่สุขภาพที่ดี ไม่ใช่ยาเสพติด ผู้ปกครอง ผู้ดูแลและครอบครัวช่วยกันส่งเสริมสุขภาพที่ดี
● อยู่ปลอดภัย	ปลอดภัยจากการประมาท ใช้ความรุนแรง ปลอดภัยจากการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ปลอดภัยจากการใช้กำลัง แบ่งแยก ถูกเหยียดหยาม ปลอดภัยจากอาชญากรรมและพฤติกรรมต่อต้านสังคมทั้งในและนอกโรงเรียน ได้รับการดูแล ให้มีความปลอดภัย ความมั่นคงจากพ่อแม่ ผู้ปกครองและครอบครัว
● สนุกสนานและประสบความสำเร็จ	มีความพร้อมที่จะศึกษาเล่าเรียน เข้าเรียนและสนุกสนานในโรงเรียน สำเร็จการศึกษาตามมาตรฐานของโรงเรียนระดับประถมศึกษา ผ่านการพัฒนาด้านบุคลิกภาพ สังคม และ สันทนาการ สำเร็จการศึกษาตามมาตรฐานของโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา พ่อแม่ ผู้ปกครองและครอบครัวสนับสนุนการเรียนรู้
● การมีส่วนร่วมช่วยเหลือ	มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและสนับสนุน ช่วยเหลือชุมชนและสิ่งแวดล้อม กระทำในสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมาย มีพฤติกรรมที่ดีทั้งในและนอกโรงเรียน พัฒนาความสัมพันธ์ในแง่ที่ดี ไม่ใช่กำลังและแบ่งแยก พัฒนาให้มีความมั่นใจในตนเองเพื่อการตัดสินใจในชีวิต พัฒนาให้มีความคิดริเริ่ม กล้าได้กล้าเสีย พ่อแม่ ผู้ปกครองและครอบครัวสนับสนุนพฤติกรรมที่ดี
● Achieve economic well-being	มีส่วนร่วมในการศึกษา การทำงาน การอบรมที่เกี่ยวกับการอยู่ดีมีสุข มีความพร้อมในการทำงาน อาศัยอยู่ในบ้านที่ดีได้มาตรฐานและชุมชนที่ยั่งยืน เข้าถึงการบริการขนส่งและสินค้า

อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีรายได้ต่ำ

พ่อแม่ ผู้ปกครองและครอบครัวได้รับการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ

ต่อมาในปีพ.ศ. 2547 ได้มีการออกมาตรการทางกฎหมายมาบังคับใช้มีชื่อว่า The Children Act 2004²⁵ เพื่อจะสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงานตามนโยบายนี้ โดยสาระสำคัญเป็นการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานโดยเฉพาะระดับพื้นที่ (Local Authority level) ในการให้บริการแก่เด็กและเยาวชน แต่ในทางปฏิบัติยังไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างครอบคลุมจึงได้มีการจัดทำ National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services (NSF)²⁶ ขึ้นในปีพ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นมาตรฐาน 11 ข้อในการส่งเสริมสุขภาพและให้บริการแก่เด็กและเยาวชน โดยรวมถึงสุขภาพจิตด้วย เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ เช่น Primary Care Trusts (PCTs) Local Authorities และหน่วยงานสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริง โดยเป็นโครงการระยะยาว 10 ปี ที่จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานในระยะยาวและยั่งยืน

ตารางที่ 4-3 มาตรฐาน 11 ตัวตาม NSF 2004²⁶

Standard	Description
1. ส่งเสริมสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขค้นหาความต้องการและให้การช่วยเหลือแต่แรกเริ่ม	สุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของเด็กและเยาวชนจะได้รับการส่งเสริมผ่านโครงการต่างๆที่จัดทำโดย NHS ร่วมกับหน่วยงานในท้องถิ่น
2. ให้การสนับสนุนพ่อแม่ผู้ปกครอง	พ่อแม่ผู้ปกครองจะได้รับข้อมูลและบริการที่จะช่วยให้เขาสามารถดูแลเด็กและเยาวชนให้มีชีวิตที่ดี สุขภาพดี และปลอดภัย
3. ศูนย์บริการ	เด็ก เยาวชนและครอบครัว ได้รับบริการที่มีคุณภาพดีซึ่งตอบสนองความต้องการของแต่ละคน
4. การเติบโตเข้าสู่วัยผู้ใหญ่	เยาวชนทุกคนเข้าถึงบริการที่เหมาะสมกับวัยซึ่งตอบสนองกับความต้องการในการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่
5. การป้องกันและส่งเสริม	ทุกหน่วยงานทำงานเพื่อป้องกันไม่让孩子ได้รับอันตรายและจัดสวัสดิการต่างๆให้
6. เด็กและเยาวชนที่ป่วย	เด็กและเยาวชนที่ป่วยจะได้รับการบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในด้านสุขภาพ สังคม การศึกษา อารมณ์ในช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วย
7. เด็กและเยาวชนในโรงพยาบาล	เด็กและเยาวชนจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพดีในโรงพยาบาล
8. เด็กและเยาวชนที่พิการและมีความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อน	เด็กและเยาวชนที่พิการและมีความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนจะได้รับการบริการที่มีเหมาะสมตามความต้องการที่จะช่วยส่งเสริมการเข้าสู่สังคม
9. สุขภาพจิต	เด็กและเยาวชนทุกคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตในช่วงแรกเกิดถึงอายุ 18 ปี จะได้รับบริการที่มีคุณภาพดี การรักษาที่มีประสิทธิภาพ
10. ยา	เด็ก เยาวชนและครอบครัว บุคลากรทางด้านสาธารณสุขร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาบนพื้นฐานของประโยชน์และความเสี่ยง และต้องเข้าถึงยาที่มีประสิทธิผลและปลอดภัย

11. บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพที่ตอบสนองความต้องการในแต่ละคุณแม่ บุคคล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ DH Department for Education (DfE) (former: Department for Education and Social) Children's Trusts โดยเป็นส่วนหนึ่งของ NHS ซึ่งทำให้เกิดการบริการสำหรับเด็กในพื้นที่ต่างๆ

2. Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS)²⁴

เป็นการให้บริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตให้แก่เด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ NHS ที่มีการพัฒนาตาม National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services โดยจะให้บริการให้คำปรึกษา ตรวจวินิจฉัยและประเมินเพื่อให้การรักษาในเด็กและเยาวชน (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ที่มีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ พฤติกรรม และสุขภาพจิตนอกจากนี้ยังสามารถให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาอื่นๆอีก เช่น การใช้ความรุนแรง ปัญหาการนอนหลับ การทำร้ายตัวเอง ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ในการเข้ารับบริการเด็กและเยาวชนหรือผู้ปกครองสามารถติดต่อผ่าน GP ให้ส่งต่อไปรับบริการนี้ได้ หรืออาจจะผ่านครูในโรงเรียน พยาบาลโรงเรียน หรือ health visitor ก็ได้ซึ่งต้องมีการนัดหมายผู้ให้บริการ ซึ่งมีหลากหลายสาขา เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา เพื่อรับบริการ ณ ศูนย์บริการในแต่ละพื้นที่ โดยส่วนใหญ่เป็นบริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย²⁷

นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ แก่เด็ก เยาวชนและผู้ปกครองอีกด้วย ผ่านสื่อออนไลน์ <http://www.camh.org.uk/>²⁸

3. Healthy Child Programme²⁹

เป็นโครงการที่จัดทำขึ้น โดย DH ภายใต้ National Service Framework for Children, Young People and Maternity Service และ Department for children, schools and families มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตรให้มีสุขภาพดี มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว อยู่ในบ้านที่ปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมที่ดี (ตารางที่ 4-4) โดยกลุ่มเป้าหมายคือ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองที่มีบุตรอายุ 0- 5 ปี มีการให้บริการจากบุคลากรทางการแพทย์ (GP) แก่กลุ่มเป้าหมาย เช่น บริการฝากครรภ์และหลังคลอด การให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูบุตร การตรวจคัดกรองความผิดปกติ การสร้างภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูบุตร การเป็นพ่อ-แม่ที่ดี ผ่านทางสื่อออนไลน์ที่มีชื่อว่า Start4Life³⁰ ด้วย

4. Health visiting service³¹

เป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย “Giving children a healthy start in life” ซึ่งเป็นการให้บริการเยี่ยมบ้านเพื่อรับคำปรึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงทั้งผู้ปกครอง เด็ก/เยาวชนโดยผู้เยี่ยม (Health Visitor) คือ พยาบาลที่ผ่านการอบรมที่สามารถให้ความช่วยเหลือแต่ละครอบครัวในการแก้ไขปัญหาเพื่อจะนำไปสู่การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีหน่วยงานที่รับผิดชอบ DH (Children, Families and Maternity Division) และ Department for Education (DfE) โดยการให้บริการนั้นจะผ่าน Sure Start Children's Centres ซึ่งทุกครอบครัวที่มีบุตรสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย

- บริการ (deliver universal child and family health services) ตามโครงการ Healthy Child Programme แก่เด็กและครอบครัว

- ให้การส่งเสริมสุขภาพ เช่น โภชนาการเพื่อสุขภาพที่ดี การป้องกันอุบัติเหตุ emotional wellbeing

- สนับสนุนให้แต่ละครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ใกล้ชิดกัน โดยใช้วิธีการต่างๆ รวมถึงชุมชนและครอบครัวอื่นๆ

นอกจากนี้ยังมีโครงการ Family Nurse Partnership (FNP)²⁹ ซึ่งมีการดำเนินงานร่วมกัน โดยเป็นโครงการที่เกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2550 ซึ่งจะมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมทำหน้าที่ช่วยเหลือมารดาที่มีความเสี่ยงโดยเฉพาะคนที่มีบุตรคนแรกกลุ่มที่เป็นเยาวชน (young mother) ในการให้ความช่วยเหลือก็จะเริ่มตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ไปจนถึงเมื่อบุตรอายุ 2 ขวบ โดยเป็นในลักษณะการเยี่ยมบ้าน (intensive and structured home visiting) เพื่อให้คำปรึกษาในด้านการตั้งครรภ์ การเตรียมตัวเป็นพ่อแม่ และการเลี้ยงดูบุตร

ตารางที่ 4-4 ลักษณะของการบริการใน Healthy Child Programme²⁹

1) Universal service

- การคัดกรองและตรวจร่างกาย
- การให้ภูมิคุ้มกัน
- การส่งเสริมสุขภาพและความอยู่ดีมีสุข
- การส่งเสริมความเป็นพ่อแม่และพัฒนาการของเด็ก
- ประเมินความต้องการด้านจิตใจ
- การเตรียมตัวเป็นพ่อแม่และสนับสนุนความสัมพันธ์ในครอบครัว
- ให้แหล่งข้อมูลและบริการ

1) Progressive service

- ค้นหาปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ
- สนับสนุนการปรับพฤติกรรม
- ช่วยเหลือเพื่อให้เข้าถึงบริการและแหล่งข้อมูลอื่นๆ
- การให้ความช่วยเหลือแบบ high-intensity-based intervention
- การเยี่ยมบ้านแบบ intensive โดยบุคลากรที่ชำนาญ
- จัดกิจกรรมเพื่อเป็นการป้องกันเด็กจากอันตราย
- มีส่วนร่วมในบริการซึ่งให้โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

5. New Horizons 2009³²

เป็นนโยบายที่เกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2552 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น รวมไปถึงการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเน้นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแต่ละระดับรวมถึงการรักษาผู้ที่มีปัญหาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีขอบเขตงานดังนี้ คือ

- Primary prevention: ความอยู่ดีมีสุขของประชาชน
- Secondary prevention: การให้ความช่วยเหลือตั้งแต่แรกเริ่มในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง
- Tertiary prevention: การรักษาและการหาย

หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักคือ DH โดยจะทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น Department for Children, Schools and Families

มาตรการหรือกิจกรรมที่ใช้ในกลุ่มเด็กและเยาวชน เช่น

1) Targeted Mental Health in Schools (TaMHS) Programme³³

เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียนทั้งระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก Department for Children, Schools and Families และมีหลายหน่วยงานที่ดำเนินการร่วมกัน เช่น โรงเรียน PCTs Local authority services เป็นต้น โดยเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือเด็กวัย 5-13 ปีที่มีความเสี่ยงหรือเคยมีประสบการณ์จากปัญหาสุขภาพจิตซึ่งรวมถึงครอบครัวของเด็กด้วย ลักษณะของกิจกรรมที่จัดให้จะมีหลากหลายรูปแบบ เช่น

- การสนับสนุนให้มีวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่ดีในโรงเรียน
- การอบรมครูในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิต ภาวะอารมณ์ต่างๆ
- การเรียนรู้สังคมและอารมณ์ เพื่อใช้แก้ปัญหา จัดการอารมณ์-ความรู้สึกต่างๆ และ social awareness
- การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนในการเรียนรู้และมุมมองในสังคม (learning and social aspects)

2) Social and Emotional Aspects of Learning (SEAL) programme³⁴

เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมของ TaMHS เพื่อจะพัฒนาทักษะทางอารมณ์และสังคมให้แก่เด็กในโรงเรียนโดยกำหนดในหลักสูตรของโรงเรียนให้มีการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ การมีพฤติกรรมที่ดี อาศัยทฤษฎีของ Goleman's (1995) model of emotional intelligence ซึ่งมี 5 องค์ประกอบได้แก่ self-awareness, self-regulation (managing feelings), motivation, empathy, and social skills

การฆ่าตัวตาย (Suicide)

ใน UK ปีพ.ศ. 2553 มีรายงานการฆ่าตัวตาย 4,215 ครั้งโดยพบว่าช่วง 10 ปีที่ผ่านมาแนวโน้มการฆ่าตัวตายมีอัตราลดลงในปีพ.ศ. 2551-2553 มีอัตราฆ่าตัวตาย 7.9 ต่อประชากร 100,000 คนซึ่งลดลงถึงร้อยละ 17.9 เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2541-2543 ปัญหาการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะพบในเพศชายวัยผู้ใหญ่/ วัยกลางคนทั้งคนทั่วไป ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและนักโทษ จากสถิติรายงานการฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบที่ช่วงอายุ 25-29 ปีพบว่า เพศชายมีจำนวนและอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงคิดเป็นอัตราส่วน 1: 4 นอกจากนี้ยังพบว่า แนวโน้มการฆ่าตัวตายช่วงปีพ.ศ. 2551-2553 ในเพศชายที่มีอายุ 35-49 ปี มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นและสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ รองลงมาคือ ช่วงอายุ 25- 34 ปี³⁵

นโยบายและมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. National suicide prevention strategy in England³⁶

ในปีพ.ศ. 2555 DH ได้จัดทำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศอังกฤษขึ้น โดยได้รับข้อเสนอแนะจาก National Suicide Prevention Strategy Advisory Group โดยกำหนดเป็น 6 แนวทางดังนี้

- ลดความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ ผู้ชายวัยกลางคน ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ต้องหาที่ถูกคุมขัง ผู้ที่เคยทำร้ายตัวเอง ผู้ที่มีอาชีพเฉพาะ เช่น แพทย์ พยาบาล เกษตรกร
- ทำให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น โดยมีวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ
- ลดการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย
- ส่งเสริมการให้ข้อมูลและความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย
- ตรวจสอบสื่อต่างๆในการให้ข้อมูลในประเด็นที่อ่อนไหวต่อการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
- สนับสนุนการทำวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลและการเฝ้าระวัง

โดยในที่นี้จะกล่าวถึงมาตรการที่สำคัญ ได้แก่

1) No health without mental health: Delivering better mental health outcomes for people of all ages

เป็นแนวทางที่กำหนดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะทำให้สุขภาพจิตของประชาชนทุกคนดีขึ้น โดยรวมถึงเด็กและเยาวชนด้วย ครอบคลุมกิจกรรมต่างๆทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น เช่น กิจกรรมในโรงเรียนเพื่อจะลดปัญหาการใช้ความรุนแรง การใช้กำลังและการล่วงละเมิดทางเพศ (tackling violence and bullying and sexual abuse) รวมถึงการคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงและต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

2) Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

เป็นแนวทางที่กำหนดขึ้นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาโรคทางจิต ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โดยเป็นโครงการที่มุ่งเน้นถึงผลลัพธ์ซึ่งจะปรับเปลี่ยนการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่เด็กและเยาวชนในพื้นที่ต่างๆให้ได้รับบริการด้านการรักษาที่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับในขอบเขตที่กว้างขึ้นและครอบคลุมทั้งถึงครอบครัวของเด็กและเยาวชนด้วย

3) การเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย

การที่บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนของคนใดคนหนึ่งเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อครอบครัวและเพื่อนของผู้เสียชีวิตนั้น ซึ่งจะทำให้เพิ่มโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่น่าไปสู่การฆ่าตัวตายตามไปด้วยได้ นอกจากนี้หากผู้ที่เสียชีวิตเป็นผู้มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักในสังคมอาจมีโอกาที่จะเกิดพฤติกรรมเลียนแบบของเด็กและเยาวชนได้ การดำเนินการเพื่อเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบนั้นก็มีกิจกรรมต่างๆที่จัดทำโดยหน่วยงานทั้งของรัฐบาลและหน่วยงานอิสระเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น

- Help is at Hand³⁷

เป็นแหล่งให้ข้อมูลซึ่งเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยจะให้เป็นคำแนะนำและข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์ในประเด็นต่างๆ เช่น

Practical matters เป็นการอธิบายกระบวนการต่างๆ ที่เกิดขึ้นและต้องดำเนินการหลังจากที่มีการตายเกิดขึ้น เช่น การสืบสวนของตำรวจ การจัดงานศพเพื่อให้ผู้รับผลกระทบสามารถนำไปใช้ได้จริง

Experiencing bereavement ในส่วนนี้จะอธิบายถึงประสบการณ์ของการสูญเสียที่มีผลต่ออารมณ์และความรู้สึก โดยเฉพาะการสูญเสียจากการฆ่าตัวตาย รวมถึงให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ได้รับผลกระทบสามารถแก้ปัญหาเหล่านั้นได้

Sources of support เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการความช่วยเหลือว่ามีหน่วยงานใดบ้าง เว็บไซต์ หรือแหล่งข้อมูลอะไรบ้าง

แนวทางนี้สามารถเข้าถึงทางออนไลน์ได้ที่ www.nmhdu.org.uk/nmhdu/en/our-work/promoting-wellbeing-and-public-mental-health/suicide-prevention-resources/ หน่วยงานที่รับผิดชอบคือ DH โดยมีการร่วมมือกับ Centre for Suicide Research, University of Oxford

4) การควบคุมสื่อต่างๆ

สื่อต่างๆ ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและทัศนคติโดยมีหลักฐานที่แสดงว่าการนำเสนอข้อมูลการฆ่าตัวตายผ่านสื่อจะทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบได้โดยเฉพาะในเยาวชนและผู้ที่มีความเสี่ยงอยู่แล้ว ดังนั้นในการนำเสนอพฤติกรรมการฆ่าตัวตายทั้งทางโทรทัศน์ ภาพยนตร์และการโฆษณาจึงเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาควบคุมในการควบคุมรายการโทรทัศน์และภาพยนตร์จะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ Office of Communication (Ofcom) และ British Board of Film Classification ซึ่งจะพิจารณาเนื้อหาต่างๆ ว่ามีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือไม่โดย Ofcom ได้มีการควบคุมผ่านมาตรฐานทางกฎหมายคือ Communications Act 2003 และ Broadcasting Act 1996 ซึ่งมีการกำหนดเป็น Ofcom Broadcasting Code โดยครอบคลุมมาตรฐานของรายการโทรทัศน์ การให้การสนับสนุน ในส่วนที่เป็นการป้องกันการฆ่าตัวตายจะเกี่ยวข้องกับการควบคุมการนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการฆ่าตัวตายซึ่งอยู่ใน Section 1: Protecting the under-eighteens³⁸

ส่วนในการโฆษณาจะมีการควบคุมโดยใช้ Advertising Standards Authority's advertising codes ซึ่งจะควบคุมเนื้อหาของโฆษณาให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้

นอกจากนี้ได้มีการเสนอแนวทางที่จะควบคุมสื่อในการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็น 2 แนวทางคือ

- สนับสนุนให้เกิดความรับผิดชอบของสื่อต่างๆ ในการนำเสนอเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

- สนับสนุนให้ผู้ประกอบธุรกิจทางอินเทอร์เน็ตงดการนำเสนอเนื้อหาที่อาจเหนี่ยวนำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายรวมถึงสนับสนุนให้มีการให้ข้อมูลที่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่ช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายโดยเป็นลักษณะของการควบคุมตัวเองของสื่อต่างๆ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ออกแนวทางในการนำเสนอข้อมูลของสื่อต่างๆ เช่น

- Press Complaints Commission (PCC) ได้กำหนด Editors' Code of Practice เพื่อเป็นแนวทางในการทำหน้าที่สื่อ โดยในปีพ.ศ.2549 ได้เพิ่มแนวทางการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายว่า สื่อควรหลีกเลี่ยงการนำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ PCC ยังเป็นหน่วยงานที่รับเรื่องร้องเรียนกรณีสื่อต่างๆ มีการกระทำที่ไม่เป็นไปตาม Editors' Code of Practice อีกด้วย

- Samaritans เป็นหน่วยงานที่ทำงานเพื่อการกุศล โดยให้บริการคำแนะนำช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายรวมทั้งทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งหนึ่งในกิจกรรมก็

คือ การกำหนดแนวทางการนำเสนอข้อมูลของสื่อและมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยทำงานร่วมกับสื่อต่างๆ และหน่วยงานที่ควบคุมสื่อ เพื่อให้มีการนำเสนอข้อมูลเป็นไปตามแนวทางที่ได้จัดทำขึ้น (Media guidelines for reporting suicide and self-harm)³⁹ นอกจากนี้ยังมีการอบรมให้กับสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการนำเสนอข้อมูลตามแนวทางที่มีอยู่ด้วย

5) ศูนย์บริการให้ความช่วยเหลือ

PAPYRUS HOPELineUK⁴⁰

เป็นการให้บริการความช่วยเหลือผ่านทางโทรศัพท์ซึ่งเกิดขึ้นในปีพ.ศ.2548 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง ผู้ดูแล ญาติพี่น้อง เพื่อน และบุคลากรต่างๆ ที่ต้องการจัดการเด็กหรือเยาวชนซึ่งสงสัยว่ามีโอกาสหรือมีพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตาย รวมทั้งเด็กหรือเยาวชนที่มีความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย โดยการให้บริการจะถูกเก็บเป็นความลับเน้นการให้คำแนะนำปรึกษา การให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ได้จริงเพื่อช่วยเหลือเยาวชนที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสามารถเข้าถึงบริการได้ทั้งทางโทรศัพท์ เว็บไซต์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

Childline⁴¹

เป็นบริการที่ให้ความช่วยเหลือแก่เด็กและเยาวชนที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือโดยให้บริการคำแนะนำผ่านทางโทรศัพท์ สามารถเข้าถึงบริการได้ทั้งทางโทรศัพท์ เว็บไซต์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

5.4 การบาดเจ็บ

มุ่งเน้นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ ได้แก่ อุบัติเหตุบนถนน (road injury) การใช้กำลัง/ ความรุนแรง (violence) และการกระทำทารุณ (abuse)

อุบัติเหตุบนถนน

จากข้อมูลรายงานการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนประจำปีใน UK พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 จากปีพ.ศ. 2553 ซึ่งมีจำนวน 1,850 รายเพิ่มเป็น 1,901 ราย (ทุกกลุ่มอายุ) ในปีพ.ศ. 2554 โดยจำนวนของผู้เสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บในปีพ.ศ. 2553 มี 24,510 รายเพิ่มขึ้นเป็น 25,023 รายในปีพ.ศ. 2554 สำหรับในเด็กวัย 0-15 ปี การเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มลดลง โดยในปีพ.ศ. 2554 มีจำนวน 2,412 รายซึ่งลดลงร้อยละ 4 จาก 2,502 รายในปีพ.ศ. 2555 เมื่อพิจารณาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ พบว่าร้อยละ 46 เกิดกับการขับขี่ยานยนต์ร้อยละ 24 เกิดกับผู้ขี่ทางเท้าและร้อยละ 19 เกิดกับผู้ขี่รถจักรยานยนต์⁴²

ในการป้องกันอุบัติเหตุบนถนนได้มีการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับความปลอดภัยบนท้องถนน (Making Roads Safer) ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ Department for Transport, Driver and Vehicle Licensing Agency, Driving Standards Agency, Traffic Commissioners, Vehicle and Operator Services Agency และ Vehicle Certification Agency โดยมีการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ ดังนี้

1. Road Safety education ⁴³

รัฐบาลได้จัดให้มีการให้ความรู้แก่ประชาชนในการใช้รถใช้ถนนที่ถูกต้องและปลอดภัยเพื่อเป็นการพัฒนาทักษะและทัศนคติของผู้ขับขี่และผู้โดยสาร โดยคาดว่าจะช่วยลดค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นทั้งจากบริการฉุกเฉิน บริการสุขภาพ ประกันชีวิต รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุด้วย โดยให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ในเด็กและเยาวชน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเป็นจำนวนมากในแต่ละปี การสอนเกี่ยวกับความปลอดภัยบนท้องถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนจะช่วยลดโอกาสของการสูญเสียดังกล่าวได้

-THINK! Road Safety campaign ⁴⁴

เป็นโครงการที่ดำเนินการโดย Department for Transport โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ทำให้ความรู้แก่เด็กและเยาวชนรวมถึง ครูและผู้ปกครองในการใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย รวมถึงให้คำแนะนำต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการใช้ถนนที่ปลอดภัย อันจะนำไปสู่การลดจำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตในแต่ละปี โดยเนื้อหาที่ให้ความรู้นั้นประกอบด้วย การขับขี่เมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การขับขี่มอเตอร์ไซด์ การใช้ความเร็วในการขับขี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย การใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

- THINK! education resources for early years and primary schools

เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับเด็กเล็กและเด็กชั้นประถมศึกษาที่เกี่ยวกับการใช้ถนนอย่างปลอดภัยเมื่อออกจากบ้าน เช่น การเดิน การขี่จักรยาน การโดยสารรถยนต์และรถประจำทาง โดยเป็นแหล่งข้อมูลออนไลน์ (<http://think.direct.gov.uk/education/early-years-and-primary/>)

- THINK! education resources for secondary schools

เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับเด็กชั้นมัธยมศึกษาที่เกี่ยวกับการใช้ถนนอย่างปลอดภัย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้ทางเท้า ผู้ที่ขี่จักรยาน ผู้โดยสาร ผู้ขับขี่ สถานการณ์จำลองเมื่อเกิดอุบัติเหตุ โดยเป็นแหล่งข้อมูลออนไลน์ (<http://think.direct.gov.uk/education/secondary/>)

2. Drink and drug driving

มีการกำหนดให้ผู้ขับขี่รถต้องตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์และยาเสพติดขณะขับขี่โดยต้องมีระดับแอลกอฮอล์ตามข้อกำหนด ดังนี้ และหากพบว่ามีอาการกระทำผิดก็จะใช้บทลงโทษตามกฎหมาย Crime and Courts Act 2013 และ Road Traffic Act 1988 ⁴⁵ ดังนี้

- 35 microgrammes ของแอลกอฮอล์ต่อ 100 millilitres (ลมหายใจ)
- 80 milligrammes ของแอลกอฮอล์ใน 100 millilitres (กระแสเลือด)
- 107 milligrammes ของแอลกอฮอล์ต่อ 100 millilitres (ปัสสาวะ)

3. Speed limits

การจำกัดความเร็วในการขับขี่และกำหนดบทลงโทษตามกฎหมาย

ในปีพ.ศ. 2554 ได้มีการจัดทำ Strategic Framework for Road Safety ขึ้นเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ถนน โดยมุ่งเน้น 3 ประเด็นหลัก คือ

- ให้อิสระกับ local councils ในการตัดสินใจที่จะดำเนินการต่างๆ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยบนท้องถนน
- พัฒนา/ปรับปรุงการให้ความรู้และการอบรมเกี่ยวกับการใช้ถนนอย่างปลอดภัยแก่ประชาชนให้ดียิ่งขึ้น
- ลงโทษผู้กระทำความผิดตามกฎหมายกรณีที่ซบเซ่ออันตราย

การใช้กำลัง/ ความรุนแรง

รายงานการศึกษาของ National Society for Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) ในปีพ.ศ. 2552 พบว่าร้อยละ 6.9 ของเด็กวัย 11-17 ปีมีประสบการณ์จากการถูกรังแกทางร่างกาย (physical abuse) และร้อยละ 4.8 ได้รับการทารุณทางเพศ (sexual abuse) โดยเด็กหญิงมีความเสี่ยงมากกว่าเด็กชายในปีพ.ศ. 2553/2554 พบว่ามีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลแบบฉุกเฉินจากการถูกทำร้ายร่างกายถึง 12,963 ราย โดยเป็นกลุ่มอายุ 13-24 ปี ซึ่ง 1,886 รายเกี่ยวข้องกับการใช้ของมีคมหรือมีด ในประชากรทั้งหมดพบว่าช่วงอายุที่มีการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการใช้ความรุนแรงคืออายุ 18 ปี⁴⁶

การตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการใช้ความรุนแรงทั้งในเด็กและเยาวชน โดยในอังกฤษและเวลส์พบว่ามีร้อยละ 44 ของการใช้ความรุนแรงของบุคคลมีแอลกอฮอล์เข้ามาเกี่ยวข้อง

ในอังกฤษได้กำหนดแหล่งข้อมูลซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดของการใช้ความรุนแรงไว้ซึ่งมีชื่อว่า VIPER (Violence Indicator Profiles for England Resource) โดยเป็นแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่ให้หน่วยงานในท้องถิ่นเข้าถึงได้ จัดทำโดย North West Public Health Observatory สามารถเข้าถึงได้ทาง www.preventviolence.info/viper

key indicators ประกอบด้วย:

- ดำรวจบันทึกการใช้ความรุนแรงของผู้ที่กระทำความผิดกฎหมาย
- ดำรวจบันทึกการล่องทางเพศ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉินจากการใช้ความรุนแรง
- การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการบาดเจ็บทั้งแบบที่ไม่ได้ตั้งใจและแบบที่ได้ไตร่ตรองไว้ก่อนในเด็กอายุ 0-17 ปี
- อัตราการตายจากการฆ่าตัวตายและการบาดเจ็บที่ไม่สามารถอธิบายได้ (undetermined injury) โดยแต่ละตัวชี้วัดจะรายงานเป็นจำนวนและอัตรา (rate) และมีการเปรียบเทียบในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ

นโยบายและมาตรการที่ใช้ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ

1. Supporting Parents and Family⁴⁶

การใช้มาตรการเพื่อพัฒนาทักษะในการเป็นพ่อแม่และให้การสนับสนุนความสัมพันธ์ในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กเป็นวิธีการที่จะช่วยป้องกันปัญหาการใช้ความรุนแรงที่ให้ผลในระยะยาวซึ่งจะเป็นผลให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดี ลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกี่ยวข้องกับการใช้ความรุนแรงและสามารถป้องกันปัญหาดังกล่าวได้ในอนาคตมาตรการที่นำมาใช้ได้แก่

- Home Visiting programme (ได้กล่าวถึงในส่วนของนโยบายและมาตรการของปัญหาสุขภาพจิตไว้แล้ว)

เป็นโครงการที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ปกครองที่มีบุตรซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาการใช้ความรุนแรง เป็นการเยี่ยมโดยพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์

- Family Nurse Partnership (ได้กล่าวถึงในส่วนของนโยบายและมาตรการของปัญหาสุขภาพจิตไว้แล้ว)

เป็นโครงการที่พยาบาลไปเยี่ยมบ้านซึ่งให้บริการผ่าน SureStart Children's Centres และมี Department of Health เป็นผู้รับผิดชอบ

2. *Developing life skills in children and young people*⁴⁶

การทำโครงการที่พัฒนาทักษะการใช้ชีวิตและการอยู่ในสังคม (life and social skills) ในเยาวชนจะช่วยสร้างสมรรถนะทางด้านสังคมและอารมณ์ให้แก่เยาวชน การสอนให้มีทักษะเพื่อลดความขัดแย้ง การช่วยเหลือเพื่อให้มีงานทำหลีกเลี่ยงอาชญากรรมล้วนเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันการเกิดปัญหาความรุนแรงได้ โดยกิจกรรมส่วนใหญ่จะดำเนินการในโรงเรียน เช่น Bullying prevention programme (การใช้กฎ/ข้อบังคับของโรงเรียนและมีโครงสร้างในการจัดการการข่มเหง ใช้กำลัง การฝึกอบรมบุคลากร การเพิ่มความตระหนัก/ระมัดระวังของพ่อแม่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ดีขึ้น การใช้เครื่องมือในการประเมินผล) ซึ่งจะทำในทุกโรงเรียนในอังกฤษ

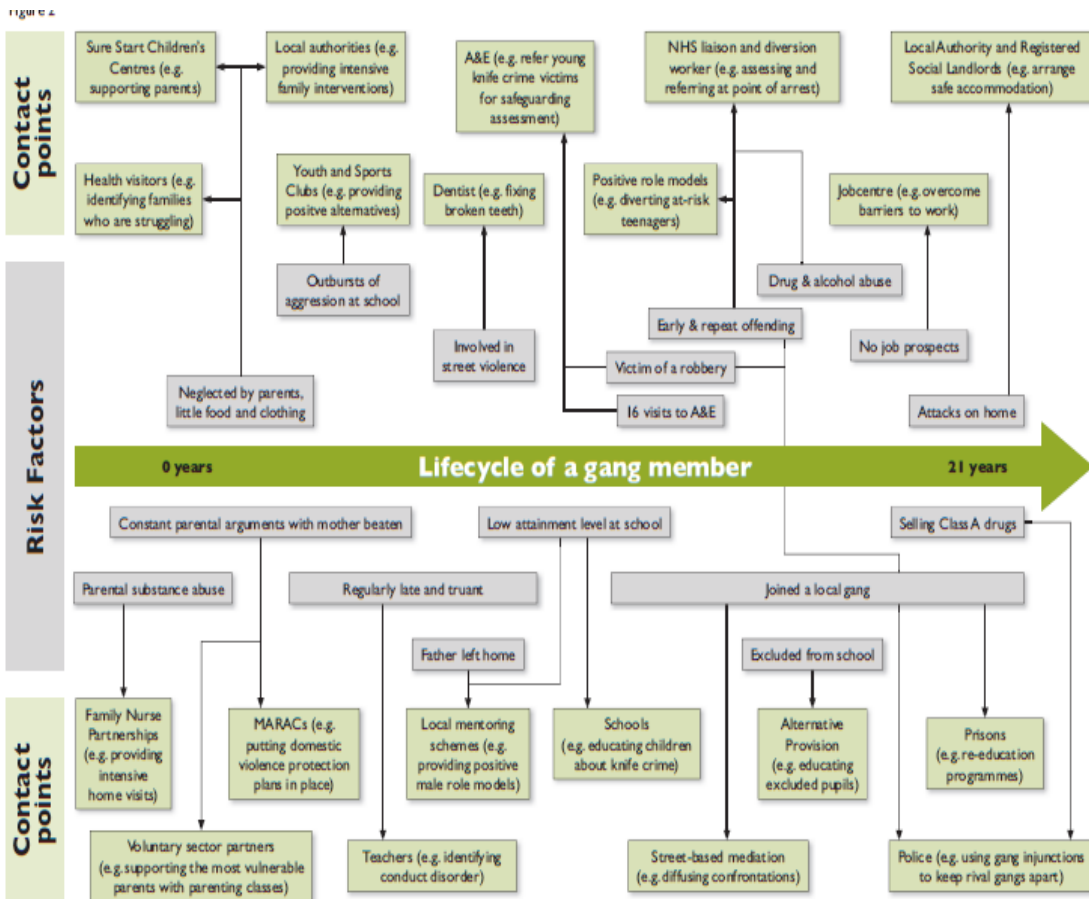
3. *Reducing the availability and harmful use of alcohol*

รายละเอียดได้กล่าวในส่วนของปัญหาการใช้สารเสพติด (แอลกอฮอล์) แล้ว

4. *Teenage relationship abuse and rape prevention*⁴⁷

เป็นโครงการของ Home Office โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันปัญหาการใช้ความรุนแรงในวัยรุ่น โดยเฉพาะความรุนแรงทางเพศ (sexual abuse) และการข่มขืนซึ่งเยาวชนอาจเป็นทั้งเหยื่อผู้ถูกกระทำและเป็นผู้กระทำเอง โครงการนี้จะช่วยกระตุ้นเตือนให้เยาวชนได้คิดหรือมีทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงที่ถูกต้อง สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้เหมาะสมผ่านการให้ความรู้และความช่วยเหลือ เช่น การให้คำแนะนำ เป็นต้น โดยมีสื่อออนไลน์ที่ให้เยาวชนเข้าถึงได้ คือ [This is Abuse \(http://thisisabuse.direct.gov.uk/\)](http://thisisabuse.direct.gov.uk/) ซึ่งเปิดโอกาสให้สามารถพูดคุยเพื่ออภิปรายประเด็นต่างๆ กับเพื่อนวัยเดียวกันและมีช่องทางให้เข้าถึงหน่วยงานต่างๆ ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการใช้ความรุนแรง

รัฐบาลอังกฤษได้จัดทำรายงาน Ending Gang and Youth Violence: A Cross-Government Report โดยแสดงวงจรชีวิตของเยาวชนช่วงอายุต่างๆ ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการใช้ความรุนแรงพร้อมกับมาตรการต่างๆ ที่ใช้ป้องกันและแก้ปัญหาในแต่ละช่วงของชีวิต ดังรูปที่ 4-6⁴⁸



รูปที่ 4-6 Life cycle of a gang member

(ที่มา: Violent and Youth Crime Prevention Unit, Home Office. Ending Gang and Youth Violence: A Cross-Government Report 2011)

5.5 การใช้สารเสพติด

มุ่งเน้นปัญหาที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (cigarette smoking) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol drinking)

การสูบบุหรี่

ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 16 ปีขึ้นไปของประเทศในสหราชอาณาจักรแสดงดังตารางที่ 4-5 จะเห็นว่าอังกฤษเป็นประเทศที่มีความชุกต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นทั้งในกลุ่มเพศชาย เพศหญิงและในวัยผู้ใหญ่ทั้งหมด⁴⁹

ตารางที่ 4-5 ความชุกของการสูบบุหรี่ในประเทศต่างๆ ของสหราชอาณาจักร ปีพ.ศ. 2553

Persons aged 16 and over			
	Men	Women	All adults
England	22	18	20
Wales	25	22	23
Scotland	26	23	24
North Ireland	24	25	25

ที่มา: ASH Briefing: UK Tobacco Control Policy and Expenditure. 2012

ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในอังกฤษปีพ.ศ. 2552 พบว่าในกลุ่มอายุ 16 ปีขึ้นไปมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 21 คนที่จากปีพ.ศ. 2550-2551 แต่ลดลงเมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2523 ที่สูงถึงร้อยละ 39 โดยความชุกของการสูบบุหรี่ในเพศชายจะสูงกว่าในหญิงเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 16-19 ปีและ 20-24 ปีมีความชุกในการสูบบุหรี่สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 27 และ 28 ตามลำดับ โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปรายงานการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 14 จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน เท่ากับ 13.1⁵⁰

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในอังกฤษ โดยมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถึง 81,400 รายในปีพ.ศ. 2552 คิดเป็นร้อยละ 18 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป สำหรับในเด็กอาจได้รับผลจากการสูบบุหรี่ที่มีสุขภาพดีจากการเป็น secondhand smoker ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น การติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหอบหืด เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย เป็นต้นจากสถิติการสูบบุหรี่จะพบว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 16-24 ปีมีการสูบบุหรี่สูงสุด ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญของอังกฤษ นอกจากนี้ในแต่ละปีจะพบเยาวชนอายุต่ำกว่า 16 ปีจำนวน 330,000 คนลองสูบบุหรี่เป็นครั้งแรกและร้อยละ 6 ของเด็กอายุ 11-15 ปีสูบบุหรี่โดยจัดเป็น regular smokers (มีการสูบบุหรี่อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 มวน)⁵¹

นโยบายและมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การโฆษณา/ ส่งเสริมการขาย⁴⁹

ในสหราชอาณาจักรได้นำมาตรการทางกฎหมายมาใช้ในการควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ⁵²

- Tobacco Advertising and Promotion Act 2002
ห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบในสื่อต่างๆ เช่น ป้ายโฆษณา สื่อสิ่งพิมพ์ ผู้สนับสนุนต่างๆ
- Broadcasting Acts of 1990 and 1996
ห้ามการโฆษณายาสูบผลิตภัณฑ์ในโทรทัศน์ วิทยุ
- Health Act 2009

ห้ามมิให้มีการแสดงหรือเปิดเผยให้เห็นซึ่งผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขายในอังกฤษ ได้เริ่มบังคับใช้กับร้านค้าขนาดใหญ่ เช่น ซูเปอร์มาร์เก็ต ในเดือนเมษายนปีพ.ศ. 2555 และจะเริ่มบังคับใช้กับร้านค้าขนาดเล็กในปีพ.ศ. 2558 เช่นเดียวกับในเวลส์และไอร์แลนด์เหนือ สำหรับในสกอตแลนด์ออกกฎหมายเพื่อควบคุมมิให้มีการแสดงหรือเปิดเผยให้เห็นซึ่งผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขายเช่นเดียวกันซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Tobacco and Primary Medical Services (Scotland) Act 2010 แต่ยังไม่ได้มีการบังคับใช้จริง

การจำหน่าย⁴⁹

- Children and Young Persons (Protection from Tobacco) Act 1991

สหราชอาณาจักรห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีและห้ามจำหน่ายบุหรี่แบบแบ่งขายโดยเริ่มใช้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550 โดยในสกอตแลนด์ร้านค้าที่จะจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบจะต้องขึ้นทะเบียนและการที่ผู้ใหญ่ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่เด็กถือเป็นความผิดตามกฎหมาย

- Health Act 2009 (ครอบคลุมอังกฤษ เวลส์และไอร์แลนด์เหนือ)

ห้ามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบจากเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ (vending machines) เพื่อให้เด็กและเยาวชนเข้าถึง/ซื้อได้ง่าย

ในส่วนนี้จะกล่าวถึงนโยบายและมาตรการที่นอกเหนือจากที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นซึ่งมีการนำไปใช้ในกลุ่มประเทศสหราชอาณาจักรแล้ว

A Tobacco Control Plan for England⁵¹

ในปีพ.ศ. 2454 ประเทศอังกฤษโดย DH ได้มีการจัดทำและเผยแพร่แผนการควบคุมยาสูบของประเทศขึ้นซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของนโยบาย Healthy Lives, Healthy People ในแผนดังกล่าวได้กำหนดเป้าหมายไว้ 3 ประการ คือ

- ลดความชุกของการสูบบุหรี่หรือยาสูบในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18 ปีขึ้นไป) ให้ได้ร้อยละ 18.5 หรือน้อยกว่าภายในปีพ.ศ.2558 ซึ่งหมายถึงลดจำนวนผู้สูบลงประมาณ 210,000 คนต่อปี
- ลดความชุกของการสูบบุหรี่หรือยาสูบในเยาวชน (อายุ 15ปี) โดยลดอัตราการสูบบุหรี่ (rate of regular smoking) ให้ได้ร้อยละ 12 หรือน้อยกว่าภายในปีพ.ศ.2558
- ลดความชุกของการสูบบุหรี่หรือยาสูบในหญิงตั้งครรภ์โดยลดอัตราการสูบบุหรี่ (rate of regular smoking) ให้ได้ร้อยละ 11 หรือน้อยกว่าภายในปีพ.ศ.2558

ในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้มีการกำหนดแนวทางไว้ดังนี้

- หยุดการโฆษณา การส่งเสริมการขาย
- ทำให้การเข้าถึง/ซื้อสินค้ายากขึ้น
- ควบคุมตามกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ
- ให้ความช่วยเหลือในการเลิก
- ลดการได้รับควันบุหรี่มือสอง
- สื่อสารเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเพื่อควบคุมยาสูบ ประกอบด้วย

- หน่วยงานในท้องถิ่น
- โรงเรียน สถานศึกษา
- กลุ่มเด็กและเยาวชน
- การบริการจาก NHS ที่เกี่ยวกับ หลอดเลือดหัวใจ ทางเดินหายใจ และสุขภาพจิต
- เจ้าหน้าที่
- ตำรวจ
- ดับเพลิง
- กลุ่มต่างๆที่สนใจในการควบคุมยาสูบและสาธารณสุข

กำจัดการเลือก	สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่จำกัดอายุในการขายยาสูบต่างๆ สร้างความร่วมมือให้เยาวชนไม่สามารถเข้าถึงยาสูบประเภทต่างๆ ได้ ↑
จำกัดทางเลือก	ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายในการห้ามสูบบุหรี่ในชุมชนเพื่อลดอันตรายจากการสูบบุหรี่มือสอง (secondhand smoke) ในสถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะ ↑
แนะนำผ่าน สิ่งที่ไม่จูงใจ	ใช้นโยบายเกี่ยวกับภาษีเพื่อให้ราคาของผลิตภัณฑ์ยาสูบสูงซึ่งจะทำให้ส่งผลต่อความชุกของการสูบบุหรี่ ↑
แนะนำผ่านสิ่งที่จูงใจ	สนับสนุนส่วนท้องถิ่นให้ใช้แนวคิดด้านพฤติกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สูบบุหรี่ในการจะเลิกสูบบุหรี่และทำให้บ้านและครอบครัวปราศจากการสูบบุหรี่ ↑
แนะนำทางเลือกผ่าน การเปลี่ยนนโยบาย	ทำงานร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุขและสังคมเพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักถึงการเลิกสูบบุหรี่รวมถึงเสนอทางเลือกในการส่งต่อไปยังหน่วยบริการเลิกสูบบุหรี่ในท้องถิ่น ↑
สร้างทางเลือก	สนับสนุนการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในท้องถิ่นโดยให้ขยายการบริการเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ได้มีทางเลือกในการเลิกสูบบุหรี่ว่าต้องทำอย่างไร และเลือกวิธีการที่เหมาะสมตามต้องการได้ ↑
ให้ข้อมูล	ให้ข้อมูลแก่ประชาชนเกี่ยวกับความเสี่ยง/อันตรายของการบริโภคยาสูบ และแสดงข้อมูลให้ผู้ที่มีความต้องการจะเลิก ↑
ติดตามสถานการณ์ในปัจจุบัน	ตรวจสอบผลกระทบจากการโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่และส่วนประกอบ เช่น กระดาษที่ใช้ทำบุหรี่และพิจารณามาตรการที่จำเป็นในอนาคต

รูปที่ 4-7 Tobacco control actions across the Nuffield Ladder of public health interventions
ที่มา: Department of Health. Healthy Lives, Healthy People: A Tobacco Control Plan for England 2011

Smokefree marketing campaign strategy (พ.ศ.2555-2558)⁵³ กำหนดแนวทางการดำเนินงานเป็น 2 แนวทาง ดังนี้

1.1 Boost smokers' motivation to quit

การกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่มีแรงบันดาลใจที่จะเลิก โดยเป็นกิจกรรมที่เน้นการให้ข้อมูลเพื่อให้เห็นถึงผลเสียของการบริโภคยาสูบ เช่น อันตรายของการสูบบุหรี่ที่มีต่อตัวผู้สูบบุหรี่เองและครอบครัว เพื่อให้เกิดความต้องการเลิก

1.2 Support quit attempts by helping people to quit successfully

การสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ที่ตั้งใจจะเลิกสามารถเลิกได้สำเร็จ โดยจัดบริการที่สามารถเข้าถึงได้สะดวกและไม่เสียค่าใช้จ่าย ในอังกฤษมีผู้สูบบุหรี่มากกว่า 8 ล้านคน การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จะทำให้เกิดผลดีต่อทั้งตัวผู้สูบเอง ครอบครัวและสังคมด้วย อีกทั้งยังช่วยลดโอกาสที่บุตรหลานจะสูบบุหรี่ในอนาคตได้ด้วย

- Quit kit

เป็นชุดอุปกรณ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ที่มีความตั้งใจจะเลิกการบริโภคยาสูบ สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง โดยในชุดจะประกอบด้วย อุปกรณ์ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ข้อมูล คำแนะนำต่างๆ รวมถึงข้อมูลการบริการเพื่อช่วยเหลือของ NHS และจากหน่วยงานอื่นๆ สามารถขอรับชุดอุปกรณ์นี้ได้ทางเว็บไซต์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

- NHS local stop-smoking service⁵⁴

เป็นบริการที่ช่วยเหลือในการเลิกบริโภคยาสูบ โดยมีทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำ เช่น quit line/ help line ผ่านทางโทรศัพท์ หรือทางเว็บไซต์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังรวมถึงการให้ยาช่วยเลิกอีกด้วย ซึ่งมีทั้งกลุ่ม Nicotine replacement therapy (NRT) ในหลากหลายรูปแบบ (แผ่นแปะ, หมากฝรั่ง, ลูกอม, สเปรย์, เครื่องพ่นสูด) Bupropion และ Varenicline

แอลกอฮอล์

จากข้อมูลสถิติอัตราการตายที่มีสาเหตุจากแอลกอฮอล์ (ต่อประชากรแสนคน) ในสหราชอาณาจักรในปีพ.ศ. 2554 แบ่งตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่า เพศชายมีอัตราการตายที่สูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุที่พบอัตราการตายสูงสุด คือ 55-59 และ 60-64 ปีในทั้งชายและหญิง โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราการตายต่ำที่สุด คือ อายุต่ำกว่า 30 ปี⁵⁵

นโยบายและมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

Government's alcohol strategy 2012⁵⁶

Home Department, Drugs and Alcohol unit ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นในปีพ.ศ.2555 โดยมีผลบังคับใช้กับประเทศอังกฤษและเวลส์ ได้กำหนดเป้าหมายไว้ 6 ประการ คือ

- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ประชาชนรู้ถึงผลของการดื่มแอลกอฮอล์ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

- ลดการเกิดอาชญากรรมอันมีสาเหตุจากแอลกอฮอล์

- ลดจำนวนนักดื่ม (วัยผู้ใหญ่) ที่ดื่มเกินเกณฑ์มาตรฐานของ NHS guidelinesซึ่งกำหนดไว้คือ ชายไม่เกิน 3-4 หน่วย/ วัน หญิงไม่เกิน 2-3 หน่วย/ วัน

- ลดจำนวนนักดื่มที่ดื่มหนัก (binge drinking) ซึ่งวัดจากการรายงานปริมาณแอลกอฮอล์ที่ผู้ดื่มหนักที่สุดในสัปดาห์ที่ผ่านมาซึ่งในผู้ชายมากกว่า 8 หน่วย/ วัน และ 6 หน่วย/ วันในผู้หญิง

- ลดจำนวนการตายที่มีสาเหตุมาจากแอลกอฮอล์

- ลดจำนวนนักดื่มที่อายุ 11-15 ปีและลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่นๆ ด้วย โดยแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดอาชญากรรม การใช้ความรุนแรง อุบัติเหตุบนท้องถนนซึ่งในการ

ป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่จะมีความเชื่อมโยงการการแก้ไขปัญหาที่เชื่อมโยงกันด้วย หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ Public Health England Drug and Alcohol unit, Home Department และ ตำรวจ รวมถึง หน่วยงานในระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง

1) การลดการเข้าถึง

มาตรการนี้จะบังคับใช้ในทุกประเทศสมาชิกของสหราชอาณาจักร โดยเป็นการขึ้นภาษีของ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้ราคาสูงขึ้น ซึ่งก็จะมีผลต่อการบริโภคที่น้อยลงตามมาด้วย มีการกำหนด ราคาต่ำสุดต่อหน่วยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ (minimum unit price) โดยไม่อนุญาตให้ขายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ที่มีราคาต่ำกว่าที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังห้ามไม่ให้มีการลดราคาเมื่อซื้อในจำนวนที่มากขึ้นซึ่ง บังคับใช้ในเฉพาะร้านค้าที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่รวมถึงสถานบันเทิงต่างๆ

2) การควบคุมการโฆษณา

การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะถูกควบคุมเพื่อป้องกันการดึงดูดความสนใจจากเด็กและ เยาวชนซึ่งครอบคลุมสื่อวิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อออนไลน์ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบร่วมกัน ได้แก่ Ofcom Advertising Standard Authority (ASA) และ Portman group นอกจากนี้ยังมีการจัดทำเว็บไซต์ชื่อว่า ParentPort เพื่อให้ผู้ปกครองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมการโฆษณา รวมถึงการแจ้งข้อมูล เมื่อพบเห็นการโฆษณาหรือรายการต่างๆที่มีเนื้อหาไม่เหมาะสมกับเด็กและเยาวชนด้วย

3) การสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม

การเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 15 ปีจะทำให้เพิ่มโอกาส เสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากแอลกอฮอล์มากขึ้นเมื่อเทียบกับการเริ่มดื่มเมื่อมีอายุมากขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนให้ เด็กและเยาวชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ อันตรายต่อสุขภาพ ผลเสียที่เกิดขึ้นเมื่อดื่ม แอลกอฮอล์ จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการป้องกันปัญหาที่เกิดจากแอลกอฮอล์ โดยครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดื่มของเด็กและเยาวชน หากผู้ปกครองเป็นนักดื่มก็จะทำให้เด็กมีทัศนคติในการเป็น นักดื่มในอนาคตได้

- แนวทางสำหรับผู้ปกครอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กและเยาวชน นอกจากนี้ยังมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ให้กับประชาชนทั่วไปด้วย เช่น อันตราย การติดแอลกอฮอล์และวิธีการ เลิก โดยมีหลายหน่วยงานที่จัดทำขึ้น เช่น NHS Choices, Directgov, Family Lives and NetMums, MumsNet, Dad Talk, Contact a Family

- Personal, Social, Health and Economic (PSHE) Education เป็นแนวทางที่ กำหนดให้ในโรงเรียนมีการเรียนการสอนที่ทำให้เด็กและเยาวชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

- Change4Life campaign จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของการ ดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มอย่างมีสติ โดยเป็นเว็บไซต์ที่เข้าถึงได้ง่ายและมีการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆอีกด้วย เช่น โปสเตอร์ โฆษณาทางโทรทัศน์

4) การบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายต่างๆ เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากแอลกอฮอล์

- ห้ามจำหน่ายแอลกอฮอล์ให้เด็กเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี

ข้อจำกัดในการทบทวน

เนื่องจากสหราชอาณาจักรประกอบด้วย 4 ประเทศ ซึ่งในการดำเนินงานต่างๆ อาจไม่ได้มีลักษณะเหมือนกันทั้งหมด ในการสืบค้นข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลของประเทศอังกฤษที่สามารถเข้าถึงได้ ดังนั้นในการทบทวนครั้งนี้ข้อมูลบางส่วนจึงเป็นเฉพาะของประเทศไทยเท่านั้น

6. บทสรุปและข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

จากการทบทวนนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็ก และเยาวชนของกลุ่มประเทศสหราชอาณาจักร พบว่า ประเทศต่างๆ ให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของวัยดังกล่าวเป็นอย่างมาก โดยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการวางรากฐานที่ดีในวัยเด็ก มีการออกนโยบายที่จะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมและป้องกันโรคตั้งแต่ในวัยเด็กเพื่อให้เห็นผลไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ในการนำนโยบายไปใช้ก็จะประกอบด้วยหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะในโรงเรียน ครอบครัว และชุมชนด้วย นโยบายที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะเป็นการป้องกันหรือ/ และแก้ปัญหาในภาพรวมมีความเชื่อมโยงของปัญหาต่างๆ และสร้างเป็นนโยบายที่ครอบคลุมปัญหาที่เชื่อมโยงกัน เช่น ปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับปัญหาการใช้ความรุนแรงและการใช้สารเสพติด เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาอุบัติเหตุบนถนนกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ลักษณะของมาตรการที่รองรับนโยบายที่เกิดขึ้นก็จะเป็นการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปยังหน่วยงานในส่วนท้องถิ่นให้ได้บริหารจัดการกันเอง แต่ยังคงได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง มาตรการที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นมุ่งเน้นที่การให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องซึ่งทุกคนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก รวมถึงการจัดบริการต่างๆ ให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

7. เอกสารอ้างอิง

1. ประเทศสหราชอาณาจักร. [cited 2556 10 มีนาคม]; Available from: http://www.lawreform.go.th/lawreform/index.php?option=com_content&task=downloadmedia&file=6499.doc&filetemp=6499.doc&lang=th&id=290.
2. WHO. United Kingdom. 2013 [updated 2013; cited 2013 February 6]; Available from: <http://www.who.int/countries/gbr/en/>.
3. Kaiser. International Health System: United Kingdom. [cited 2556 25 มกราคม]; Available from: <http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/International-Health-Systems/UK.aspx#footnote3>.
4. Grosios K, Gahan PB, Burbidge J. Overview of healthcare in the UK. The EPMA journal.1(4):529-34.
5. Murray CJL, Richards MA, Newton JN, Fenton KA, Anderson HR, Atkinson C, et al. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet.
6. Health Protection Agency. Sexually Transmitted Infections and Young People in the United Kingdom: 2008 Report. 2008 [updated 2008; cited 2013 February 20]; Available from: http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1216022461534.
7. Health Protection Agency IS. Annual HPV vaccine coverage in England in 2010/11. 2012 [updated 2012; cited 2013 February 20]; Available from: http://media.dh.gov.uk/network/211/files/2012/03/120319_HP_VaccineReport2010-11-revised_acc.pdf.
8. Public Health England. National Chlamydia Screening Programme. 2013 [updated 2013; cited 2013 February 10]; Available from: <http://www.chlamydia-screening.nhs.uk/ys/about.html>.
9. Department of Health. The Future Direction of the National Chlamydia Screening Programme. 2011 [updated 2011; cited 2013 March 15]; Available from: <https://www.gov.uk/government/news/the-future-direction-of-the-national-chlamydia-screening-programme>.
10. Sirona Care and Health. C-card Guidance 2012. 2013 [updated 2013; cited 2013 March 10]; Available from: <http://www.ccardfreecondoms.co.uk/for-professionals/>.
11. Sirona Care and Health. What is a U card? ; 2013 [updated 2013; cited 2013 March 10]; Available from: <http://www.ccardfreecondoms.co.uk/u-card/>.
12. Department of Health. Sex. Worth talking about Guideline. 2010 [updated 2010; cited 2013 March 15]; Available from: <http://www.nhs.uk/sexualhealthprofessional/Documents/7014%20Guidelines%20Simple.pdf>.
13. Department for education and employment. Sex and relationship education guidance. 2000 [updated 2000; cited 2013 March 10]; Available from:

- <http://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DfES-0116-2000%20SRE.pdf>.
14. Department of Health Dfc, schools and family. Teenage pregnancy strategy: beyond 2010. 2010 [updated 2010; cited 2013 March 10]; Available from: <https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/00224-2010DOM-EN.pdf>.
 15. NHS. What services do contraception clinics offer? ; 2011 [updated 2011; cited 2013 March 15]; Available from: <http://www.nhs.uk/Conditions/contraception-guide/Pages/contraception-clinic-services.aspx>.
 16. National Audit Office DoH. An update on the government's approach to tackling obesity. 2012 [updated 2012; cited 2556 15 มีนาคม]; Available from: http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2012/07/tackling_obesity_update.pdf.
 17. Department of Health. Healthy Lives, Healthy People: A call to action on obesity in England. 2011 [updated 2011; cited 2556 20 มีนาคม]; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/134840/dh_130487.pdf.pdf.
 18. Mitchell A. Change4Life Three Year Marketing Strategy. 2011 [updated 2011; cited 2556 20 มีนาคม]; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/134834/dh_130488.pdf.pdf.
 19. NHS. The National Child Measurement Programme. 2012 [updated 2012; cited 2556 20 มีนาคม]; Available from: <http://www.nhs.uk/Livewell/childhealth1-5/Pages/ChildMeasurement.aspx>.
 20. Bremner P, Dalziel D, Evans L. Evaluation of the 5 A Day Programme Final Report. 2006 [updated 2006; cited 2556 21 กุมภาพันธ์]; Available from: http://www.biglotteryfund.org.uk/5aday_finalreport.pdf.
 21. Department of Health. Choosing a Better Diet: A Food and Health Action Plan. 2005 [updated 2005; cited 2556 21 กุมภาพันธ์]; Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/document_s/digitalasset/dh_4105709.pdf.
 22. Department of Health. Giving all children a healthy start in life. 2013 [updated 2013; cited 2556 28 มีนาคม]; Available from: <https://www.gov.uk/government/policies/giving-all-children-a-healthy-start-in-life>.
 23. HM Government. Every Child Matters: change for children. 2003 [updated 2003; cited 2556 20 มีนาคม]; Available from: <http://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DfES10812004.pdf>.

24. Trust ZC. Children and Young People’s Mental Health Coalition. [cited 2556 1 เมษายน]; Available from: <http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/policy-archive/children-young-peoples-mental-health.pdf>.
25. Children Act 2004. [cited 2556 20 มีนาคม]; Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/31/contents>.
26. Department of Health Dfeas.National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. [cited 2556 25 มีนาคม]; Available from: <https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DH-40496PDF.pdf>.
27. NHS. Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS). 2013 [updated 2013; cited 2556 30 มีนาคม]; Available from: <http://www.devonpct.nhs.uk/ICS/CAMHS.aspx>.
28. Child and Adolescent Mental Health.2012 [updated 2012; cited 2556 30 มีนาคม]; Available from: <http://www.camh.org.uk/>.
29. Department of Health. Healthy Child Programme – Pregnancy and the first five years. 2009 [updated 2009; cited 2556 30 มีนาคม]; Available from: http://dera.ioe.ac.uk/11042/1/dh_107626.pdf.
30. Start 4life. 2012 [updated 2012; cited 2556 30 มีนาคม]; Available from: <http://www.nhs.uk/start4life/Pages/healthy-baby-advice.aspx>.
31. Department of Health. Health Visitor Implementation Plan 2011-2015. 2011 [updated 2011; cited 2556 17 เมษายน]; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/135418/dh_124208.pdf.pdf.
32. Department of Health. New Horizons: A Shared Vision for Mental Health. 2009 [updated 2009; cited 2556 1 เมษายน]; Available from: http://www.recoverydevon.co.uk/download/2010-02-04-299060_NewHorizons_acc2.pdf.
33. Department for Children Schools and Families.Targeted Mental Health in Schools. [cited 2556 1 เมษายน]; Available from: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130401151715/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/00784-2008BKT-EN.pdf>.
34. Neil Humphrey, Ann Lendrum, Wigelsworth M. Social and Emotional Aspects of Learning (SEAL) Programme in Secondary Schools: National Evaluation. 2010 [updated 2010; cited 2556 10 เมษายน]; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/191005/DFE-RB049.pdf.
35. Department of Health. Statistical Update on Suicide 2012 [updated 2012; cited 2556 30 มีนาคม]; Available from:

- https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/156156/Statistical-update-on-suicide.pdf.pdf.
36. Department of Health.Preventing suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives.2012 [updated 2012; cited 2556 8 มีนาคม]; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/156153/Preventing-Suicide-in-England-A-cross-government-outcomes-strategy-to-save-lives.pdf.pdf.
 37. Centre for Suicide Research University of Oxford. Help is at Hand. [cited2556 10 เมษายน]; Available from: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4139007.pdf.
 38. The Ofcom Broadcasting Code.2013 [updated 2013; cited 2556 10 เมษายน]; Available from: <http://stakeholders.ofcom.org.uk/binaries/broadcast/831190/broadcastingcode2011.pdf>.
 39. Samaritans. Media guidelines for reporting suicide and self-harm [cited 2556 2 เมษายน]; Available from: <http://www.samaritans.org/sites/default/files/kcfinder/files/Samaritans%20Media%20Guidelines.pdf>.
 40. PAPYRUS Prevention of Young Suicide 2013 [updated 2013; cited 2556 10 เมษายน]; Available from: <http://www.papyrus-uk.org/about>.
 41. Childline. [cited2556 10 เมษายน]; Available from: www.childline.org.uk/talk/Pages/Talk.aspx.
 42. Department for Transport.Reported Road Casualties in Great Britain: 2011 Annual Report.2012 [updated 2012; cited 2556 5 เมษายน]; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/9273/rrcgb2011-00.pdf.
 43. Department for Transport.Making Road Safer.2013 [updated 2013; cited 2556 10 เมษายน]; Available from: <https://www.gov.uk/government/policies/making-roads-safer>
 44. Department for Transport. THINK Campaign. 2013 [updated 2013; cited 2556 10 เมษายน]; Available from: <http://think.direct.gov.uk/>.
 45. TheDrink Drive limit.2013 [updated 2013; cited 2556 2 เมษายน]; Available from: <https://www.gov.uk/drink-drive-limit>.
 46. North West Public Health Observatory.Protecting People Promoting Health: A Public Health Approach to Violence Prevention in England.2012 [updated 2012; cited 2556 10 มีนาคม]; Available from:

<http://www.preventviolence.info/showResourcespdf.aspx?id=da71e24f-7117-44ce-9849-8f89c0f8f10b>.

47. Home Office. Teenage relationship abuse and rape prevention. 2013 [updated 2013; cited 2556 1 เมษายน]; Available from: <https://www.gov.uk/government/policies/ending-violence-against-women-and-girls-in-the-uk/supporting-pages/teenage-relationship-abuse-and-rape-prevention>.
48. Violent and Youth Crime Prevention Unit HO. Ending Gang and Youth Violence: A Cross Government Report. 2011 [updated 2011; cited 2556 8 มีนาคม]; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/97862/gang-violence-detailreport.pdf.
49. ASH Briefing: UK Tobacco Control Policy and Expenditure. 2012 [updated 2012; cited 2556 20 เมษายน]; Available from: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB00693/smok-eng-2011-rep.pdf>.
50. The Health and Social Care Information Centre. Statistics on Smoking: England. 2011 [updated 2011; cited 2556 20 เมษายน]; Available from: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB00693/smok-eng-2011-rep.pdf>.
51. Department of Health. Healthy Lives, Healthy People: A Tobacco Control Plan for England 2011 [updated 2011; cited 2556 10 เมษายน]; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/135349/dh_124960.pdf.pdf.
52. Tobacco Advertising and Promotion Act 2002. 2013 [updated 2013; cited 2556 20 เมษายน]; Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2002/36/contents>.
53. NHS. Smokefree Marketing Campaign Strategy 2012-2015. 2012 [updated 2012; cited 2556 10 เมษายน]; Available from: http://smokefree.nhs.uk/resources/wp-content/uploads/2012/10/2900211_TobaccoControl_acc.pdf.
54. Department of Health. Free local NHS Stop Smoking Service. 2013 [updated 2013; cited 2556 10 เมษายน]; Available from: <http://smokefree.nhs.uk/ways-to-quit/local-nhs-stop-smoking-service/>.
55. Office for National Statistics. Alcohol-related deaths in the United Kingdom 2011. 2011 [updated 2011; cited 2556 20 เมษายน]; Available from: http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_296289.pdf.
56. Drugs and Alcohol Unit. The Government's Alcohol Strategy. 2012 [updated 2012; cited 2556 10 เมษายน]; Available from: <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm83/8336/8336.pdf>.

ภาคผนวก

แบบประเมิน Fraser สำหรับเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 16 ปี ในโครงการ C card scheme

Fraser Guidance for Issuing Contraceptive Advice to those under 16

Fraser guidelines refer to the Department of Health guidance issued in 1986 on the provision of contraceptive advice and treatment to young people under 16 years of age (also formerly known as 'Gillick Competence').

A doctor or any other professional would be justified in giving contraceptive advice and treatment to a young person under 16 without parental knowledge and consent provided if they were satisfied

	Yes	No
The young person, although under 16, understands the advice from the healthcare professional seen		
The young person cannot be persuaded to tell their parents they are seeking contraceptive advice		
The young person is likely to have intercourse with or without contraceptive treatment		
The young person's physical or mental health is likely to suffer unless they receive contraceptive advice or treatment		
It is in the young person's best interests to give contraceptive advice or treatment		

Declaration

Pharmacist Signature	
Date	

Fraser guidelines for contraception Ref: Turner, J. (1985) "discretion to act in the interests of the girl – the Gillick Judgement. *Journal of Medical Defence Union*. Vol: Winter, 6-7. **Fraser Guidelines**

บทที่ 5

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชน: ประเทศออสเตรเลีย

ภญ.อ.สุวิดา ตั้งตระกูลธรรม
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

1. บทนำ

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับ มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Foundation; HITAF) การศึกษาย่อยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชนในประเทศออสเตรเลีย ที่สอดคล้องกับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนในประเทศไทย อันได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภาวะโภชนาการเกิน อุบัติเหตุทางถนน ความรุนแรง การจมน้ำ บุหรี่/ แอลกอฮอล์/ สารเสพติด และสุขภาพจิต คำนียามของเด็กและเยาวชน คือ อายุ 6 – 25 ปี ซึ่งการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพและค่านียามของเด็กและเยาวชนได้ผ่านการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องและทีมวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

2. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Documentary research เป็นการศึกษารวบรวมข้อมูลทั้งที่เป็นนโยบาย กฎหมาย รายงานวิจัย และโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชนในประเทศออสเตรเลีย ในหัวข้อที่สอดคล้องกับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพเด็กและเยาวชนในประเทศไทยดังกล่าวข้างต้น ทำการสืบค้นข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2556 – เดือนเมษายน 2556 โดยสืบค้นข้อมูลผ่านฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต โดยใช้คำสำคัญหลัก เช่น “Australia, health promotion, health prevention, campaigns” และแหล่งข้อมูลหลักที่ใช้ค้นหาคือเว็บไซต์ ได้แก่

1. เว็บไซต์ของรัฐบาลออสเตรเลีย (<http://australia.gov.au>)
2. เว็บไซต์ของ Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (<http://www.aihw.gov.au>)
3. เว็บไซต์ของกระทรวง Department of Health and Ageing (<http://www.health.gov.au>)
4. เว็บไซต์ของกระทรวง Department of Human Services (<http://www.humanservices.gov.au>)
5. เว็บไซต์ Australian Bureau of Statistics (<http://www.abs.gov.au>)

3. ข้อมูลทั่วไปของประเทศ

1. การปกครองของประเทศออสเตรเลีย¹

ประเทศออสเตรเลียหรือชื่ออย่างเป็นทางการว่า สหพันธรัฐแห่งออสเตรเลีย (Commonwealth of Australia) เป็นประเทศที่ใหญ่เป็นอันดับ 6 ของโลก มีการปกครองแบบสหพันธรัฐ โดยมีสมเด็จพระ

ราชินีเอลิซาเบธที่สอง (Queen Elizabeth II) ทรงเป็นพระประมุขของประเทศ โดยอยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญ การปกครองของประเทศออสเตรเลีย เป็นแบบประชาธิปไตยระบบรัฐสภา สหพันธรัฐแห่งออสเตรเลีย ประกอบด้วย 6 รัฐ (states) (New South Wales, Queensland, South Australia, Tasmania, Victoria และ Western Australia) และเขตปกครองตนเอง 2 เขต (territories) (Australian Capital Territory และ Northern Territory) แต่ละรัฐและเขตปกครองตนเอง ต่างก็มีเมืองหลวง รัฐธรรมนูญ และรัฐบาลของตนเอง และมีอิสระในการออกกฎหมาย กำหนดนโยบาย และดำเนินกิจการภายใน โดยมีรัฐบาลกลาง (Australian Government) เป็นผู้กำหนดกฎหมาย และนโยบายระดับชาติ

2. โครงสร้างประชากร

ออสเตรเลียเป็นประเทศหนึ่งในโลก ที่มีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ โดย 1 ใน 4 ของคน ออสเตรเลียเกิดนอกประเทศ และร้อยละ 2.4 ของประชากรทั้งหมดเป็นคนพื้นเมืองดั้งเดิม (Aboriginal and Torres Strait Islander)¹ ในปีพ.ศ.2555 ออสเตรเลียมีประชากรประมาณ 22.7 ล้านคน² ประชากร โดยรวมของประเทศมีสถานะสุขภาพค่อนข้างดี แต่ชนพื้นเมืองดั้งเดิมมีสถานะทางสุขภาพด้อยกว่ามาก ออสเตรเลียเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นเดียวกับประเทศอื่น ที่มีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุมากกว่าวัย อื่นๆ เนื่องจากอัตราการเกิดน้อยกว่าอัตราการตาย และอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น โดยเด็กที่เกิดในปีพ.ศ. 2551-2553 คาดว่าเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิงจะมีอายุยืนยาวถึง 79.5 ปี และ 84 ปี³ ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นประเทศหนึ่งที่มีอายุขัยเฉลี่ยสูง

ในปีพ.ศ.2554 มีอัตราส่วนของประชากรตามกลุ่มอายุ ดังนี้⁴

- กลุ่มประชากรอายุ 0-14 ปี มีประมาณร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 4.21 ล้านคน
- กลุ่มประชากรอายุ 15-64 ปี มีประมาณร้อยละ 67 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 15 ล้านคน
- กลุ่มประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มีประมาณร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 3.08 ล้านคน

จำนวนประชากรทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กลุ่มประชากรอายุ 15-64 ปี, กลุ่มประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.4, 1 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับ 10 ปีที่แล้ว แต่กลุ่มประชากรอายุ 0-14 ปี มีแนวโน้มลดลง โดยลดลงร้อยละ 2 เมื่อเทียบกับ 10 ปีที่แล้ว

4. ระบบการเงิน การคลัง การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ และงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. ระบบสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย⁵

Australia Government โดยผ่านทาง Department of Health and Ageing หรือเทียบได้กับ กระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย เป็นผู้กำหนดนโยบาย และจัดสรรงบประมาณ สำหรับการบริการด้านสุขภาพ (health services) โดยรัฐบาลระดับรัฐ เขตปกครอง หรือท้องถิ่น เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการดำเนินงานตามนโยบายที่รัฐบาลกลางกำหนด ระบบสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย เป็นระบบผสมผสาน ระหว่างการประกันสุขภาพของรัฐและของเอกชน การบริการด้านการรักษาพยาบาล ที่รัฐเป็นผู้จัดบริการ ให้แก่ประชาชนมีอยู่ 2 ระบบหลัก คือ Medicare Australia และ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) ซึ่งทั้งสองระบบนี้ปัจจุบันอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ Department of Human Services⁶

- Medicare Australia

เป็นระบบการรักษาพยาบาลของประเทศออสเตรเลีย ที่รัฐบาลบริการให้สำหรับประชาชนของประเทศ เพื่อที่จะให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาพยาบาล โดยทั่วไปการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลรัฐจะไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่สำหรับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลเอกชน รัฐบาลจะช่วยออกค่ารักษาให้ประมาณร้อยละ 75 โดยไม่รวมค่าห้องพักและค่ายา ดังนั้นชาวออสเตรเลียส่วนใหญ่จะทำประกันสุขภาพของเอกชนร่วมด้วย เพื่อให้ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาล ส่วนที่ Medicare ไม่ครอบคลุม

- Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)

เป็นบัญชีรายการยาหลักแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย ซึ่งหากแพทย์สั่งจ่ายยาใน PBS ผู้ป่วยอาจไม่ต้องจ่ายค่ายาหรือจ่ายในราคาที่ต่ำ แต่ถ้าหากแพทย์สั่งจ่ายยาที่ไม่ได้อยู่ใน PBS ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายค่ายานั้นเอง

2. งบประมาณด้านสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย⁷

งบประมาณที่ใช้ในด้านสุขภาพในงบประมาณปีพ.ศ.2553-2554 ประมาณ 130.3 พันล้านดอลลาร์ หรือเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 9.3 ของ GDP (ซึ่งลดลงจากร้อยละ 9.4 ในปีพ.ศ.2552-2553 แต่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.2 ในปีพ.ศ.2543-2544) หรือประมาณ 5,796 ดอลลาร์ต่อคน โดยรัฐบาลเป็นผู้จ่ายประมาณร้อยละ 69.1 ของ 130.3 พันล้านดอลลาร์ งบประมาณที่รัฐบาลใช้จ่ายด้านสุขภาพ แบ่งเป็นสัดส่วน คือ โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 31.5 การบริการทางการแพทย์ (medical services) ร้อยละ 18.2 ค่ายาร้อยละ 14.9 โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 8.7 การบริการด้านทันตกรรมร้อยละ 6.4 และอื่นๆ ร้อยละ 20.3

3. งบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค³

ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศหนึ่งที่ริเริ่มงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (The WHO Ottawa Charter for Health Promotion) ในปีพ.ศ. 2529 การสร้างเสริมสุขภาพในออสเตรเลียเน้น ดำเนินการหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ การรณรงค์ การสื่อสารทางการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) การออกนโยบาย หรือการออกเป็นกฎหมายข้อบังคับ ซึ่งการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพนั้น จำเป็นต้องทำหลายๆ กลยุทธ์ร่วมกัน ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยในปีพ.ศ. 2551 รัฐบาลออสเตรเลียจัดสรรงบประมาณ 872.1 ล้านดอลลาร์ ใช้ภายใน 6 ปี เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งถือเป็นการลงทุนครั้งยิ่งใหญ่ที่สุดสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ในประวัติศาสตร์ของประเทศออสเตรเลียเลยก็ว่าได้ นอกจากนี้ในปีพ.ศ.2552 Department of Health and Ageing ได้จัดทำ National Preventative Health Strategy โดยมีวิสัยทัศน์ คือ ออสเตรเลียเป็นประเทศที่สุขภาพดีที่สุดในปี 2020 (Australia: the healthiest country by 2020)⁸

ต่อมาในปีพ.ศ. 2553 โดยงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพนี้ ได้มีการลงทุนให้มีการจัดตั้งองค์กรระดับชาติ เพื่อการป้องกันโรคขึ้นชื่อ Australian National Preventive Health Agency (ANPHA)⁹ ซึ่งเป็นการตกลงร่วมกันระหว่างรัฐและเขตการปกครองในประเทศออสเตรเลียโดยผ่าน National Partnership Agreement on Preventive Health องค์กรนี้ทำหน้าที่ในการผลักดัน และส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค โดยเน้นการทำให้งานด้านการป้องกันโรคมีความเข้มแข็งมากขึ้น ประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเดิมที่มีอยู่ และส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น ในขณะนี้ ANPHA เน้นการสร้างเสริมสุขภาพโดยเน้นป้องกัน

ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพใน 3 ประเด็น คือ ภาวะโรคอ้วน การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งภาวะโรคอ้วน และการสูบบุหรี่ ส่งผลมากกว่าร้อยละ 7 ของภาวะโรคต่างๆ ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลมากกว่าร้อยละ 3 ของภาวะโรคต่างๆ⁸

นอกจากนี้ประเทศออสเตรเลียยังมีหน่วยงานระดับประเทศที่มีชื่อว่า Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) เป็นหน่วยงานอิสระที่จัดตั้งขึ้น เพื่อจัดทำรายงานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม โดยจะทำรายงานด้านสุขภาพทุก 2 ปี เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้กับใครก็ได้ที่สนใจ ไม่ว่าจะเป็น ผู้วางนโยบายด้านสุขภาพระดับประเทศ ระดับชุมชน แพทย์ หรือนักวิจัย รายงานฉบับล่าสุด คือ Australia's health 2012¹⁰

5. ภาวะโรคของปัญหาสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย รวมทั้งปัญหาสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน

จากข้อมูลการศึกษาภาวะโรคในประเทศออสเตรเลียปีพ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2553¹¹ พบว่ากลุ่มโรคเมะเร็งเป็นกลุ่มที่มีมูลค่าภาวะโรคมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มโรคหัวใจ ซึ่งทั้งสองกลุ่มโรคนี้อีกมีมูลค่าความสูญเสียปีสุขภาวะ กลุ่มละมากกว่า 400,000 DALYs สองกลุ่มโรคที่มีมูลค่าความสูญเสียปีสุขภาวะรองลงมา คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท (Nervous system/sense disorders) และ ความผิดปกติของสุขภาพจิต (mental disorders) ซึ่งแต่ละกลุ่มมีมูลค่าความสูญเสียปีสุขภาวะ ประมาณ 370,000 – 380,000 DALYs กลุ่มโรคที่มีมูลค่าความสูญเสียปีสุขภาวะถัดมา คือ กลุ่มโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (chronic respiratory diseases) เบาหวาน (diabetes) และ การบาดเจ็บ (injuries) ซึ่งแต่ละกลุ่มมีมูลค่าความสูญเสียปีสุขภาวะประมาณ 200,000 DALYs (ตารางที่ 5-1)

ตารางที่ 5-1: ข้อมูลประมาณของภาวะโรคประเทศออสเตรเลีย ปีพ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2553¹¹

ลำดับ	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ
1	Cancer (lung, colorectal and breast cancer)	> 400	19
2	Cardiovascular disease (IHD, stroke, Peripheral vascular disease)	> 400	18
3	Mental disorders (anxiety & depression, alcohol abuse, personality disorders)	370 - 380	13
4	Nervous system & sense disorders	370 - 380	12
5	Chronic respiratory disease	≈ 200	7
6	Injuries	≈ 200	7
7	Diabetes	≈ 200	5
8	Musculoskeletal diseases	100	4
9	Others	100	14

จากข้อมูลในปีพ.ศ.2546 พบว่ากลุ่มอายุที่มีมูลค่าความสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุด และน้อยที่สุด คือ กลุ่มอายุ 45-64 ปี, กลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป, กลุ่มอายุ 15-44 ปี, กลุ่มอายุ 65-74 ปี, และกลุ่มอายุ 0-14 ปี เรียงตามลำดับ ดังตาราง 5-2¹²

ตารางที่ 5-2: มูลค่าความสูญเสียปีสุขภาวะในแต่ละช่วงอายุ ปีพ.ศ. 2546¹²

กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวนประชากร	ร้อยละของประชากรทั้งหมด	DALYs	ร้อยละต่อ DALYs ทั้งหมด
0-14	3,979,410	20.0	221,536	8.4
15-44	8,622,610	43.4	633,260	24.1
45-64	4,733,808	23.8	681,566	25.9
65-74	1,349,949	6.8	428,904	16.3
75 ปีขึ้นไป	1,195,692	6.0	667,504	25.4
รวม	19,881,469	100.0	2,632,770	100.0

กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรกลุ่มอายุ 0-14 ปี ในปีพ.ศ. 2546 สามอันดับแรก คือ สุขภาพจิต (Mental health) ร้อยละ 23, กลุ่มโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (Chronic respiratory) ร้อยละ 18 และความผิดปกติในทารกแรกเกิด (Neonatal conditions) ร้อยละ 16 ซึ่งแยกเป็นแต่ละโรค และแต่ละเพศ ดังตาราง 5-3

ตารางที่ 5-3: สาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายและเพศหญิง อายุ 0-14 ปี¹²

ลำดับที่	เพศชาย	DALYs	ร้อยละ	เพศหญิง	DALYs	ร้อยละ
1	Asthma	21,953	17.6	Asthma	16,490	17.0
2	Autism spectrum disorders	11,703	9.4	Anxiety & depression	15,507	16.0
3	Anxiety & depression	9,554	7.7	Low birth weight	7,142	7.4
4	Low birth weight	8,281	6.6	Birth trauma and asphyxia	4,221	4.4
5	โรคสมาธิสั้น (ADHD)	7,082	5.7	โรคสมาธิสั้น (ADHD)	2,840	2.9
6	Birth trauma and asphyxia	5,086	4.1	Epilepsy	2,446	2.5
7	Congenital heart disease	3,434	2.8	Congenital heart disease	2,202	2.3
8	Epilepsy	3,249	2.6	Autism spectrum disorders	2,056	2.1
9	Neonatal infections	2,156	1.7	Otitis media	1,377	1.4
10	Road traffic accidents	1,991	1.6	Road traffic accidents	1,336	1.4

กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรกลุ่มอายุ 15-44 ปี ในปีพ.ศ.2546 สามอันดับแรก คือ สุขภาพจิต (Mental health) ร้อยละ 36, บาดเจ็บ (Injuries) ร้อยละ 17, และ โรคมะเร็ง และโรคเกี่ยวกับระบบประสาทกลุ่มละร้อยละ 7 ซึ่งแยกเป็นแต่ละโรค และแต่ละเพศ ดังตาราง 5-4

ตารางที่ 5-4: สาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายและเพศหญิง อายุ 15-44 ปี¹²

ลำดับที่	เพศชาย	DALYs	ร้อยละ	เพศหญิง	DALYs	ร้อยละ
1	Anxiety & depression	42,237	13.0	Anxiety & depression	84,717	27.4
2	Suicide & self-inflicted injuries	27,592	8.5	Migraine	14,105	4.6
3	Road traffic accidents	22,845	7.1	Type 2 diabetes	12,487	4.0
4	Schizophrenia	14,376	4.4	Asthma	11,311	3.7
5	Alcohol abuse	13,953	4.3	Schizophrenia	11,064	3.6
6	Type 2 diabetes	12,868	4.0	Personality disorders	9,389	3.0
7	Heroin abuse	11,882	3.7	Breast cancer	9,068	2.9
8	Personality disorders	10,526	3.2	Infertility	8,057	2.6
9	Ischemic heart disease	9,750	3.0	Suicide & self-inflicted injuries	7,174	2.3
10	COPD	6,840	2.1	Road traffic accidents	6,751	2.2

6. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย รวมทั้งปัญหาสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน

โดยการทบทวนครั้งนี้มีกรอบการทบทวนปัญหาสุขภาพของเด็กโตและเยาวชนดังต่อไปนี้

1. อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)
2. ภาวะโภชนาการเกิน
3. อุบัติเหตุทางถนน
4. ความรุนแรงและการทารุณกรรม
5. จมน้ำ
6. บุหรี่/แอลกอฮอล์/สารเสพติด
7. สุขภาพจิต

6.1 อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)

1. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Chlamydia เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่พบบ่อยกว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ในประเทศออสเตรเลีย 10 ปีที่ผ่านมา รายงานการติดเชื้อนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในกลุ่มคนอายุ 15-29 ปี

- ปีพ.ศ. 2551: มีรายงานการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นี้มากกว่า 70,000 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 จากปีพ.ศ. 2550 และจำนวนของผู้เป็นโรคติดต่อนี้ 3 ใน 4 คือกลุ่มคนอายุ 15-29 ปี¹³
- ปีพ.ศ. 2553: มีรายงานจำนวนคนที่ติดเชื้อ Chlamydia มากกว่า 74,000 คน และประมาณร้อยละ 80 คือกลุ่มคนอายุ 15-29 ปี¹⁴
- ปีพ.ศ. 2554: มีรายงานการติดเชื้อรายใหม่ 80,800 คน หรือ 345 ต่อ 100,000 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 จากปีพ.ศ. 2553 และจำนวนคนที่ติดเชื้อนี้เพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า จากปีพ.ศ. 2545 คือ จาก

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กและเยาวชน | ออสเตรเลีย

101.5 ต่อ 100,000 คน เพิ่มขึ้นเป็น 300.5 ต่อ 100,000 คน ในเพศชาย และจาก 146.3 ต่อ 100,000 คน เพิ่มขึ้นเป็น 421.6 ต่อ 100,000 คน ในเพศหญิง¹⁵

Gonorrhoea เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่มีพบมากเป็นอันดับสองในประเทศออสเตรเลีย ในปีพ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 45 จากปีพ.ศ. 2550 คือเพิ่มจาก 36.2 ต่อ 100,000 คน ไปเป็น 52.5 ต่อ 100,000 คน¹⁵ และในปีพ.ศ. 2554 มีรายงานการติดเชื้อนี้ 12,000 คน¹⁴

Syphilis อัตราการติดเชื้อซิฟิลิส ลดลงจาก 6.8 ต่อ 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2550 ไปเป็น 5.0 ต่อ 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2553 แต่เพิ่มขึ้นเป็น 5.7 ต่อ 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2554 โดยอัตราที่เพิ่มขึ้นนี้ พบใน Queensland, South Australia, Victoria และ Western Australia¹⁵

Genital warts หลังจากมีการให้วัคซีน Human papilloma virus (HPV) ฟรีแก่เด็กในประเทศ ออสเตรเลีย ในปีพ.ศ. 2550 พบว่ามีรายงานการเป็นหูดหงอนไก่ในหญิงอายุ 21 ปี หรืออายุน้อยกว่า 21 ปี ลดลง คือ ลดลงจากร้อยละ 12.1 ในปีพ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 2.2 ในปีพ.ศ. 2554¹⁵

HIV รายงานการติดเชื้อ HIV รายใหม่ ค่อยข้างเพิ่มคงที่ในหลายปีที่ผ่านมา คือ ประมาณ 1,000 ราย ต่อปี และประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่คือกลุ่มคนอายุ 15-29 ปี¹⁴ ในปีพ.ศ. 2554 มีจำนวนคนที่ ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV ทั้งหมดประมาณ 31,645 ราย และมีชีวิตอยู่ประมาณ 24,731 ราย (115 ต่อ 100,000 คน) ซึ่งเป็นรายใหม่ประมาณ 1,137 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.2 จากปีพ.ศ. 2553) การติดเชื้อ รายใหม่เป็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างชายเพิ่มขึ้น¹⁵

2. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศออสเตรเลีย จะหมายถึงการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุ 15-19 ปี และรวมถึงหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีด้วย ในปีพ.ศ. 2552 มีทารกที่เกิดจากหญิงวัยรุ่นทั้งหมด 12,050 คน หรือประมาณร้อยละ 4 ของทารกทั้งหมด¹⁶ จำนวนหญิงวัยรุ่นที่ให้กำเนิดทารกต่อหญิงวัยรุ่น 1,000 คน ในช่วงปีพ.ศ. 2544 ถึง ปีพ.ศ. 2554 มีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก กล่าวคือ อยู่ในช่วงระหว่าง 15.3-17.7 ต่อ 1,000 คน ดังตารางที่ 5-5

ตารางที่ 5-5: อัตราหญิงวัยรุ่นที่ให้กำเนิดทารกต่อวัยรุ่นหญิง 1,000 คน ในปีพ.ศ. 2544-2554

ปีพ.ศ.	อัตราหญิงวัยรุ่นที่ให้กำเนิดทารก ต่อผู้หญิงวัยรุ่น 1,000 คน
2544	17.7
2545	17.2
2546	16.1
2547	16.0
2548	15.7
2549	15.3
2550	16.0
2551	17.2
2552	16.7
2553	15.5
2554	15.6

ที่มา: Australian Bureau of Statistics (2010). *Births Australia 2011*. Cat 3301.0. Canberra: ABS.¹⁷

อัตราหญิงวัยรุ่นที่ให้กำเนิดทารกโดยแยกเป็นแต่ละอายุ ตั้งแต่อายุ 15 ปี ถึง อายุ 19 ปี ต่อหญิงวัยรุ่น 1,000 คน หญิงวัยรุ่นที่ให้กำเนิดทารกพบมากที่สุดในหญิงวัยรุ่นอายุ 19 ปี รองลงมาคือวัยรุ่นอายุ 18 ปี และพบน้อยที่สุดคือวัยรุ่นอายุ 15 ปี (รวมวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 15 ปีด้วย) ดังแสดงในตารางที่ 5-6

ตารางที่ 5-6: อัตราหญิงวัยรุ่นที่ให้กำเนิดทารกในแต่ละอายุ ตั้งแต่อายุ 15-19 ปี

อายุ	พ.ศ.										
	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
อายุ 15 ปี	3.2	2.9	2.8	2.7	2.7	2.5	3.1	3.1	3.4	2.9	2.8
อายุ 16 ปี	7.3	7.4	7.2	6.6	6.7	6.2	6.3	7.3	7.1	6.5	6.5
อายุ 17 ปี	15.8	14.8	14.2	14.5	14.4	13.4	14.1	14.5	15.1	12.8	13.3
อายุ 18 ปี	24.9	24.7	22.0	23.1	22.0	21.8	22.3	23.9	22.5	21.2	21.7
อายุ 19 ปี	37.2	36.0	33.5	32.4	32.4	33.0	34.0	36.2	33.7	32.8	32.5

ที่มา: Australian Bureau of Statistics (2010). *Births Australia 2011*. Cat 3301.0. Canberra: ABS.¹⁷

6.2 ภาวะโภชนาการเกิน

ในประเทศออสเตรเลียให้คำจำกัดความของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนตาม WHO คือ

- ภาวะน้ำหนักเกิน : Body Mass Index (BMI) \geq 25 และ BMI $<$ 30
- โรคอ้วน : BMI \geq 30

จากงานสำรวจในปีพ.ศ. 2551-2552 (2007-08 National Health Survey) พบว่า 1 ใน 4 (ร้อยละ 24.9) ของเด็กอายุ 5-17 ปี หรือประมาณ 600,000 คน มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน โดยเด็กกลุ่มอายุ 13-17 ปี จะมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนมากกว่าเด็กกลุ่มอายุ 5-12 ปี กล่าวคือ

- เด็กกลุ่มอายุ 13-17 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 19, โรคอ้วน ร้อยละ 9
- เด็กกลุ่มอายุ 5-12 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 16, โรคอ้วน ร้อยละ 7

ตารางที่ 5-7: ร้อยละของเด็กอายุ 5-17 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนในปีพ.ศ. 2538 และปีพ.ศ. 2551-2552

ประเภท	ปีพ.ศ. 2538	ปีพ.ศ. 2551-2552
เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน	21	25
เด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	17	17
เด็กที่มีภาวะโรคอ้วน	5	8
เด็กชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	16	16
เด็กชายที่มีภาวะโรคอ้วน	5	10
เด็กหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน		
- อายุ 5-12 ปี	17	17
- อายุ 13-17 ปี	12	20
เด็กหญิงที่มีภาวะโรคอ้วน	6	6

ที่มา: Australian Bureau of Statistics 2009, Australian Social Trends. Cat 4102.0. Canberra: ABS¹⁸

เมื่อเปรียบเทียบจากการสำรวจในปีพ.ศ.2538 พบว่า เด็กมีภาวะโรคอ้วนเพิ่มขึ้นมากกว่าภาวะน้ำหนักเกิน (ภาวะโรคอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 5 ไปเป็น ร้อยละ 8 ในขณะที่ภาวะน้ำหนักเกินคงที่ที่ร้อยละ 17) ในเพศชายจะมีภาวะโรคอ้วนเพิ่มมากกว่าเพศหญิง (ในเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 5 ไปเป็นร้อยละ 10 แต่ในเพศหญิงคงที่ที่ร้อยละ 6) ในขณะที่เพศหญิงมีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในช่วงอายุ 13-17 ปี ดังแสดงในตารางที่ 5-7

ส่วนในกลุ่มคนอายุ 18 และ 18 ปีขึ้นไป พบว่ามีภาวะโรคอ้วนเพิ่มขึ้นมากกว่า ภาวะน้ำหนักเกิน ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ดังตารางที่ 5-8

ตารางที่ 5-8: ร้อยละของกลุ่มคนอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในปีพ.ศ. 2538 และปีพ.ศ. 2551-2552¹⁹

ประเภท	ปีพ.ศ. 2538	ปีพ.ศ. 2551-2552
ชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	45	42
ชายที่มีภาวะโรคอ้วน	19	26
หญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	30	31
หญิงที่มีภาวะโรคอ้วน	19	24

6.3 การบาดเจ็บ (Injuries)/ ความรุนแรง (violence)/ จมน้ำ

1. ในเด็กอายุ 0-14 ปี²⁰

การบาดเจ็บเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก ในปีพ.ศ. 2551-2553 มีรายงานเด็กเสียชีวิตเนื่องจากได้รับบาดเจ็บ 662 คน หรือ 5 ต่อ 100,000 คน ซึ่งลดลงจากปีพ.ศ. 2540 ครึ่งหนึ่ง (10 : 100,000 คน) การเสียชีวิตเนื่องจากการบาดเจ็บ แยกในเด็กแต่ละช่วงอายุ ดังตารางที่ 5-9

ตารางที่ 5-9: อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการบาดเจ็บในเด็กแต่ละช่วงอายุ ปีพ.ศ. 2551-2553

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนต่อเด็กแสนคน
น้อยกว่า 1 ปี	11
1-4 ปี	8
5-9 ปี	3
10-14 ปี	4

สาเหตุหลักในการตายของเด็กเนื่องจากการบาดเจ็บ ในช่วงปีพ.ศ. 2551-2553 คือ

1. อุบัติเหตุการขนส่งทางถนน (road transport accidents)

รายงานเด็กเสียชีวิตเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางถนน 61 คน (1.4 ต่อ 100,000 คน) ในปีพ.ศ. 2554 ซึ่งลดลงจาก 5.5 ต่อ 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2532 หรือ 2.6 ต่อ 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2546 และหลังจากปีพ.ศ. 2546 เด็กเสียชีวิตเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางถนนน้อยกว่า 2 ต่อ 100,000 คน

โดยจะอยู่ระหว่าง 1.3 – 1.9 ต่อ 100,000 คน เด็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางถนน มากกว่าเด็กกลุ่มอายุ 10-14 ปี (2.0, 0.9 ต่อ 100,000 คน ตามลำดับ) เด็กที่เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางถนน สามในสี่ คือผู้โดยสาร (ร้อยละ 75) อีกร้อยละ 20 เป็นคนเดินทางเท้า และที่เหลือ ร้อยละ 5 เป็นคนปั่นจักรยานหรือขี่จักรยานยนต์

2. อุบัติเหตุจากการจมน้ำ (accidental drowning)

รายงานเด็กเสียชีวิตเนื่องจากการจมน้ำ 136 คน (เด็กผู้ชาย 86 เด็กผู้หญิง 50) หรือ 1 ต่อ 100,000 คน (ลดลงจาก 2 ต่อ 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2540) โดยจะพบมากที่สุดในกลุ่มเด็กอายุ 1-4 ปี

ตารางที่ 5-10: อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการจมน้ำในเด็กแต่ละช่วงอายุ ปีพ.ศ. 2551-2553

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนต่อเด็กแสนคน
น้อยกว่า 1 ปี	1.6
1-4 ปี	2.4
5-9 ปี	0.5
10-14 ปี	0.5

3. การถูกทำร้ายหรือการฆาตกรรม (assault and homicide)

รายงานเด็กเสียชีวิตเนื่องจากการฆาตกรรม 24 คน หรือ 0.6 ต่อ 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2552-2553 โดยจะสูงสุดในกลุ่มเด็กทารก 2.1 : 100,000 คน กลุ่มอายุ 1-4 ปี 0.6 : 100,000 คน กลุ่มอายุ 5-9 ปี และ กลุ่มอายุ 10-14 ปี 0.4 : 100,000 คน ดังตารางที่ 5-11

ตารางที่ 5-11: อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการฆาตกรรมในเด็กแต่ละช่วงอายุ ปีพ.ศ. 2552-2553

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนต่อเด็กแสนคน
น้อยกว่า 1 ปี	2.1
1-4 ปี	0.6
5-9 ปี	0.4
10-14 ปี	0.4

จำนวนเด็กที่ต้องเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากได้รับบาดเจ็บ ในปีพ.ศ. 2553-2554 คือ 1,381 ต่อ 100,000 คน (1,527 ต่อ 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2541-2542) หรือประมาณ 58,700 คน ซึ่งเป็นร้อยละ 10 ของการเข้าโรงพยาบาลทั้งหมดของเด็ก เด็กที่เข้าโรงพยาบาลเนื่องจากได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก

- ทกล้ม หรือตกจากที่สูง (falls) 625 ต่อ 100,000 คน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กบาดเจ็บแล้วต้องเข้าโรงพยาบาล เป็นร้อยละ 45 ของสาเหตุทั้งหมด
- ถูกทำร้าย 15 ต่อ 100,000 คน หรือ 644 คน ซึ่งร้อยละ 39 ของการถูกทำร้ายร่างกาย คนที่ทำร้ายร่างกายเด็ก คือ ผู้ปกครอง คนดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว

- ทำร้ายตนเอง 39 ต่อ 100,000 คน หรือ 553 คน ซึ่งสี่ในห้าของการทำร้ายร่างกายตนเอง คือเด็กผู้หญิง (66, 14 ต่อ 100,000 ตามลำดับ)

เด็กถูกข่มขืน ประมาณ 6,700 คน หรือ 157 ต่อ 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นร้อยละ 38 ของการถูกข่มขืนทั้งหมด การถูกข่มขืนจะพบในกลุ่มเด็กอายุ 10-14 ปี มากกว่าเด็กอายุ 0-9 ปี (291 และ 90 ต่อ 100,000 คน ตามลำดับ) และพบในเพศหญิงมากกว่าในเพศชาย (สามในสี่)

2. ในวัยรุ่นอายุ 12-24 ปี²¹

บาดเจ็บ (injuries) รวมถึงการได้รับสารพิษ (poisoning) เป็นสาเหตุหลักของภาระโรค (burden of disease) ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งถือเป็นร้อยละ 18 ของภาระโรคทั้งหมดของประเทศออสเตรเลียในปีพ.ศ. 2546

สองในสามของการเสียชีวิตในเด็กและเยาวชน มีสาเหตุมาจากการได้รับบาดเจ็บ ในปีพ.ศ. 2550 มีวัยรุ่นเสียชีวิตเนื่องจากการบาดเจ็บ 933 คน หรือ 25 ต่อ 100,000 คน ซึ่งจำนวนจะแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุและแต่ละเพศ กล่าวคือ ในเพศชายจะมากกว่าเพศหญิง (36, 12 : 100,000 คน ตามลำดับ) และจะแตกต่างกันมากขึ้นตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 5-12

ตารางที่ 5-12: อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บในเด็กและเยาวชนแต่ละช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนต่อเด็กและเยาวชนแสนคน		
	ชาย	หญิง	รวม
12-14	7	6	7
15-19	34	14	25
20-24	54	14	34

ในปีพ.ศ. 2550 การเสียชีวิตในเด็กและเยาวชนเนื่องมาจากการได้รับบาดเจ็บลดลงร้อยละ 46 เมื่อเทียบกับ 10 ปีที่แล้ว (ปีพ.ศ. 2540) คือจาก 45 ต่อ 100,000 คน ลดลงเป็น 25 ต่อ 100,000 คน โดยเพศชายลดลงจาก 69 เป็น 36 ต่อ 100,000 คน ส่วนเพศหญิงลดลงจาก 21 เป็น 12 ต่อ 100,000 คน

สาเหตุหลักในการตายของเด็กและเยาวชนเนื่องจากการบาดเจ็บ คือ

1. อุบัติเหตุทางถนน

ในปีพ.ศ. 2552 รายงานการเสียชีวิตเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางถนน 370 คน หรือ 9 ต่อ 100,000 คน ซึ่งลดลงอย่างมากจากปีพ.ศ. 2532 (28 : 100,000 คน) การเสียชีวิตเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางถนน จะพบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง (13, 5 : 100,000 คน ตามลำดับ) และแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ ดังตารางที่ 5-13

ตารางที่ 5-13: อัตราการเสียชีวิตเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางถนนในเด็กและเยาวชนแต่ละช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนต่อเด็กและเยาวชนแสนคน
12-14	1
15-19	11
20-24	12
25-34	9
35 ปีขึ้นไป	7

เด็กและเยาวชนที่เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุทางถนน ส่วนใหญ่คือเป็นคนขับรถยนต์เอง (ร้อยละ 45) และผู้โดยสารในรถยนต์ (ร้อยละ 36) ส่วนเป็นผู้ขี่จักรยานยนต์ร้อยละ 10 เป็นผู้เดินทางเท้าร้อยละ 8 และเป็นผู้ขี่จักรยานร้อยละ 1 แต่จะแตกต่างกันตามช่วงอายุ คือ

- ช่วงอายุ 12-14 ปี : ส่วนใหญ่เป็นผู้โดยสารในรถยนต์ (ร้อยละ 73)
- ช่วงอายุ 15-19 ปี : เป็นผู้โดยสารในรถยนต์และเป็นคนขับรถยนต์จะเท่ากัน (ร้อยละ 41)
- ช่วงอายุ 20-24 ปี : ส่วนใหญ่เป็นคนขับรถยนต์ (ร้อยละ 50)

2.ฆ่าตัวตาย (suicide)

ในปีพ.ศ. 2550 มีรายงานการเสียชีวิตของเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี เนื่องมาจากการฆ่าตัวตาย 284 คน หรือ 10 ต่อ 100,000 คน ซึ่งลดลงจากปีพ.ศ. 2540 (19 : 100,000 คน) การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับสองรองจากอุบัติเหตุทางถนน และจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 3 เท่า (15, 4 : 100,000 คน ตามลำดับ) แต่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจะพบน้อยกว่าช่วงอายุอื่นๆ คือ จะพบมากที่สุดที่ช่วงอายุ 30-39 ปี (15 : 100,000 คน)

3. ถูกทำร้ายหรือการฆาตกรรม (assault and homicide)

ในปีพ.ศ. 2550-51 มีรายงานการเสียชีวิตของเด็กและเยาวชน เนื่องมาจากการถูกทำร้ายร่างกาย 50 ราย หรือ 1.3 ต่อ 100,000 คน ซึ่งลดลงจากปีพ.ศ. 2544-45 (1.8 : 100,000 คน)

การเสียชีวิตเนื่องมาจากการถูกทำร้ายร่างกายหรือฆาตกรรมในเด็กและเยาวชน จะพบมากสุดในช่วงอายุ 20-24 ปี (2.0 : 100,000 คน) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 15-19 ปี (1.2 : 100,000 คน) และน้อยสุดในช่วงอายุ 12-14 ปี (0.4 : 100,000 คน) ถ้าเทียบกับช่วงอายุอื่นๆ สาเหตุนี้พบในเด็กและเยาวชนร้อยละ 18 ซึ่งจะใกล้เคียงกับช่วงอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 20) แต่จะพบมากกว่าในช่วงอายุ 35-49 ปี (ร้อยละ 26)

4. ได้รับสารพิษโดยไม่ได้ตั้งใจ (accidental poisoning)

สารพิษ หมายถึง ก๊าซ ไอร์ระเหย สารกำจัดศัตรูพืช สารกัดกร่อน กาว สี สบู่ ผงซักฟอก อาหารเป็นพิษ พิษมีพิษ นอกจากนี้ยังรวมถึงการได้รับยาเกินขนาดโดยไม่ได้ตั้งใจ ความผิดพลาดในการใช้ยาเสพติด ยา สารชีวภาพ (biological substances) ในกระบวนการทางการแพทย์ และการฉ้อฉลกรรม แต่ไม่รวมถึงการใช้ยาเสพติดโดยตั้งใจ การฆ่าตัวตายด้วยสารพิษเหล่านี้ด้วยความตั้งใจ และการได้รับยาขนาดที่ถูกต้องแต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียง ในปีพ.ศ. 2550 มีรายงานเด็กและเยาวชนเสียชีวิตจากการได้รับสารพิษโดยไม่ได้ตั้งใจ 41 คน หรือ 1.1 ต่อ 100,000 คน ซึ่งเป็นร้อยละ 3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของเด็กและเยาวชน สาเหตุนี้จะพบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง (1.6, 0.5 : 100,000 คน ตามลำดับ) โดยเฉพาะในเพศชายช่วงอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 59) และสาเหตุนี้ในช่วงอายุเด็กและเยาวชนจะพบน้อยกว่าในช่วงอายุอื่นๆ คือ ช่วงอายุ 25-34 ปี พบ 5.3 ต่อ 100,000 คน และช่วงอายุ 35-44 ปี พบ 4.8 ต่อ 100,000 คน

ในปีพ.ศ. 2551-2552 จำนวนเด็กและเยาวชนที่เข้าโรงพยาบาลเนื่องมาจากการบาดเจ็บ มีรายงาน 85,360 ราย หรือ 2,199 ต่อ 100,000 คน ซึ่งสาเหตุนี้เป็นร้อยละ 14 ของการเข้าโรงพยาบาลทั้งหมดของเด็กและเยาวชน สาเหตุการเข้าโรงพยาบาลของเด็กและเยาวชนนี้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2541-2542 สาเหตุนี้พบในเพศชายมากกว่าในเพศหญิง (3,100, 1,251 : 100,000 คน

ตามลำดับ) และแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ โดยจะพบในช่วงอายุ 15-24 ปี มากกว่าช่วงอายุ 12-14 ปี ดังตารางที่ 5-14

ตารางที่ 5-14: จำนวนเด็กและเยาวชนที่เข้าโรงพยาบาลเนื่องจากได้รับบาดเจ็บในแต่ละช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวนต่อเด็กและเยาวชนแสนคน
12-14	1,667
15-19	2,394
20-24	2,305

สาเหตุ 3 อันดับแรกที่เด็กและเยาวชนเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากได้รับบาดเจ็บ ในปีพ.ศ. 2551-2552 คือ

- อุบัติเหตุขนส่ง (transport accidents) (ร้อยละ 21) 17,539 ราย หรือ 452 ต่อ 100,000 คน
- การหกล้มหรือตกจากที่สูง (falls) ร้อยละ 17
- สัมผัสหรือถูกกระทบกระแทกด้วยแรงเชิงกลของสิ่งของ (exposure to inanimate mechanical force) เช่น ถูกหินปาใส่ หรือถูกหินหล่นใส่ร้อยละ 16

ตารางที่ 5-15: การเสียชีวิตและการเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บในเด็กและเยาวชนอายุ 12-24 ปี

สาเหตุ	ปีพ.ศ.	จำนวนต่อเด็กและเยาวชนแสนคน
การเสียชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บและได้รับสารพิษ	2550	25.0
การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	2552	9.0
การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย	2550	10.0
การเสียชีวิตจากการถูกทำร้าย	2550-51	1.3
การเสียชีวิตจากได้รับสารพิษ	2550	1.1
การเข้าโรงพยาบาลจากสาเหตุบาดเจ็บและได้รับสารพิษ	2551-52	2,199.0

6.4 บุหรี่/แอลกอฮอล์/สารเสพติด

1. การสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 12-14 ปี²²

จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2551 (Australian Secondary School Students' Alcohol and Drugs Survey, among secondary school students aged 12-14) พบว่า ประมาณ 1 ใน 25 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาสูบบุหรี่ (อายุ 12-14 ปี) ประมาณ 32,350 คนทั่วประเทศ หรือประมาณร้อยละ 3.8 ซึ่งลดลงจากร้อยละ 17 ในปีพ.ศ. 2527 จำนวนที่เด็กสูบบุหรี่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง แต่อัตราการสูบบุหรี่ในเด็กมัธยมนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ ดังแสดงในตารางที่ 5-16

ตารางที่ 5-16: ร้อยละของเด็กชั้นมัธยมศึกษาที่สูบบุหรี่ในแต่ละช่วงอายุ²²

อายุ (ปี)	ร้อยละของเด็กชั้นมัธยมศึกษาที่สูบบุหรี่
12	1.5
13	3.0
14	6.9

เพื่อลดโอกาสในการเข้าถึงบุหรี่ยุคของเด็กและเยาวชน ประเทศออสเตรเลียมีกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2551 พบว่า วิธีการเข้าถึงบุหรี่ยุคของเด็กที่สูบบุหรี่กลุ่มนี้คือ ร้อยละ 48 ได้จากเพื่อน ร้อยละ 17 ขอให้คนอื่นซื้อให้ และร้อยละ 12 ซื้อบุหรี่ยุคด้วยตัวเอง (ลดลงจากร้อยละ 17 ในปีพ.ศ.2548)

2. การสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 12-24 ปี²³

จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2550 พบว่ามีเด็กสูบบุหรี่แบบทุกวัน 402,600 คน หรือประมาณร้อยละ 11 ส่วนร้อยละ 3 สูบสัปดาห์ละครั้งหรือน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ร้อยละ 5 เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 81 ไม่เคยสูบบุหรี่เลย จำนวนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่นี้ไม่มีความแตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิง (ร้อยละ 11, ร้อยละ 10 ตามลำดับ) แต่กลุ่มอายุ 18-24 ปี มีร้อยละการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอายุ 12-17 ปี (ร้อยละ 17, ร้อยละ 3 ตามลำดับ) ซึ่งทั้งสองกลุ่มอายุนี้ เปรียบเทียบการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 24) อายุเฉลี่ยที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ในประเทศออสเตรเลีย คือที่อายุ 14.7 ปี และความชุกของการสูบบุหรี่ในเด็กลดลงจากร้อยละ 23 ในปีพ.ศ. 2541

3. การดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กอายุ 12-14 ปี²⁴

ตามคำแนะนำในแนวทางปฏิบัติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council; NHMRC guidelines) แนะนำว่า เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ที่ปลอดภัยที่สุด คือการไม่ดื่มเลย จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2551 พบว่าร้อยละ 13 ของเด็กอายุ 12-14 ปี มีการดื่มแอลกอฮอล์เมื่อหนึ่งอาทิตย์ที่ผ่านมาก่อนการสำรวจ และร้อยละ 2.2 ดื่มมากกว่าสี่ดื่มมาตรฐาน (standard drink) การดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กกลุ่มนี้ไม่มีความแตกต่างกันในเพศชายและเพศหญิง (ร้อยละ 13.5 ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ) ร้อยละการดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กกลุ่มนี้ลดลงจากร้อยละ 24 และดื่มมากกว่าสี่ดื่มมาตรฐานลดลงจากร้อยละ 3.7 ในปีพ.ศ. 2545

4. การดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กอายุ 12-24 ปี²³

การวัดขนาดการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศออสเตรเลีย จำแนกดังตารางที่ 5-17
จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2550 พบว่า อายุเฉลี่ยของวัยรุ่นที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก คือ 14.9 ปี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า

- ร้อยละ 31 ของวัยรุ่นไม่ดื่มแอลกอฮอล์
- ร้อยละ 26 ของวัยรุ่นดื่มแอลกอฮอล์ในขนาดความเสี่ยงต่ำที่ทำให้เกิดโทษในระยะสั้น
- ร้อยละ 57 ของวัยรุ่นดื่มในขนาดความเสี่ยงต่ำที่ทำให้เกิดโทษในระยะยาว
- ร้อยละ 30 ของวัยรุ่นดื่มในขนาดความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดโทษในระยะสั้น โดยความชุกที่พบในเพศชายและเพศหญิงไม่ต่างกัน (ร้อยละ 30) แต่จะพบมากสุดในกลุ่มอายุ 18-24

ปี ร้อยละ 44 ซึ่งในกลุ่มอายุ 12-17 ปี ร้อยละ 12 ในกลุ่มอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 31 และในกลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 21

- ร้อยละ 12 ของวัยรุ่นดื่มในขนาดที่มีความเสี่ยงและขนาดความเสี่ยงสูง ที่ทำให้เกิดโทษในระยะยาว (ร้อยละ 15 ในปีพ.ศ. 2544) โดยความชุกที่พบในเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 10 ร้อยละ 13 ตามลำดับ) แต่จะแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุดังนี้
 - ร้อยละ 4 ในช่วงอายุ 12-17 ปี
 - ร้อยละ 18 ในช่วงอายุ 18-24 ปี
 - ร้อยละ 12 ในช่วงอายุ 25-34 ปี
 - ร้อยละ 11 ในช่วงอายุ 35-44 ปี

ตารางที่ 5-17: การวัดขนาดการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับความเสี่ยงต่างๆ

	จำนวนดื่มมาตรฐาน (standard drinks)	
	เพศชาย	เพศหญิง
ดื่มในขนาดความเสี่ยงต่ำ (low risk) ที่จะทำให้เกิดโทษในระยะสั้น (short term)	≤ 6 ในหนึ่งวัน	≤ 4 ในหนึ่งวัน
ดื่มในขนาดความเสี่ยงสูง (high risk) ที่จะทำให้เกิดโทษในระยะสั้น (short term)	≥ 7 ในหนึ่งวัน	≥ 5 ในหนึ่งวัน
ดื่มในขนาดความเสี่ยงต่ำ (low risk) ที่จะทำให้เกิดโทษระยะยาว (long term)	≤ 28 ในหนึ่งสัปดาห์	≤ 14 ในหนึ่งสัปดาห์
ดื่มในขนาดที่มีความเสี่ยง (risky) ที่จะทำให้เกิดโทษระยะยาว (long term)	29-42 ต่อสัปดาห์	15-28 ต่อสัปดาห์
ดื่มในขนาดความเสี่ยงสูง (high risk) ที่จะทำให้เกิดโทษระยะยาว (long term)	≥ 43 ในหนึ่งสัปดาห์	≥ 29 ในหนึ่งสัปดาห์

5. การใช้สารเสพติดในเด็กอายุ 12-15 ปี²⁴

จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2551 พบว่า เด็กกลุ่มนี้ร้อยละ 89 ไม่เคยใช้สารเสพติดเลย สารเสพติด หมายถึงรวมถึงพวักัญชา (cannabis), ยาหลอนประสาท (hallucinogens), amphetamines, โคเคน (cocaine), opiates, ยาอี (ecstasy) รวมทั้งยาอื่นที่ไม่ได้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ด้วย จำนวนเด็กกลุ่มนี้ที่ใช้สารเสพติดร้อยละ 11 ลดลงจากร้อยละ 30 ในปีพ.ศ. 2539 ชนิดของสารเสพติดที่เด็กช่วงอายุนี้นิยมใช้ คือ

1. พวกที่ใช้สูดดม เช่น สูดดมจากกระป๋องสเปรย์ และสูดดมกาว เป็นต้น (ร้อยละ 20 ลดลงจากร้อยละ 29 ในปีพ.ศ. 2539)
2. พวกยากล่อมประสาท (tranquilizer) (ร้อยละ 16)

6. การใช้สารเสพติดในเด็กอายุ 12-24 ปี²³

จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2550 พบว่า เด็ก 721,500 คน หรือประมาณ 1 ใน 5 (ร้อยละ 19) ของเด็กอายุ 12-24 ปีเคยใช้สารเสพติดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยความชุกที่พบในเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกันไม่มากกว่า (ร้อยละ 20 และ ร้อยละ 18 ตามลำดับ) แต่จะแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุดังนี้

- 12-17 ปี: ร้อยละ 10 (เพศชาย ร้อยละ 7 เพศหญิง ร้อยละ 12)

- 18-24 ปี: ร้อยละ 27 (เพศชายร้อยละ 24, เพศหญิงร้อยละ 29)
- มากกว่า 25 ปี ขึ้นไป: ร้อยละ 12

สารเสพติดที่เด็กและเยาวชนเสพมากที่สุด คือ Marijuana (ร้อยละ 15) รองลงมาคือ ยาอี (ecstasy ร้อยละ 7), และ meth/amphetamine ร้อยละ 3 การใช้สารเสพติดในวัยรุ่นลดลงจากร้อยละ 42 ในปีพ.ศ. 2541 ซึ่งการเสพ Marijuana ลดลงอย่างมาก คือ ลดลงจากร้อยละ 38 การเสพ meth/amphetamine ลดลงจากร้อยละ 10 ส่วนการเสพยาอี ยังคงเท่าๆเดิม คือร้อยละ 7-9 อายุเฉลี่ยของเด็กและเยาวชนที่เริ่มเสพ marijuana คือ 15.9 ปี ส่วนยาอีและ meth/amphetamine คือ 18.1 ปี

6.5 สุขภาพจิต (Mental Health)^{25, 26}

ปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นสาเหตุหลักของภาวะโรคในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นประมาณร้อยละ 50 ของภาวะโรคทั้งหมด ในปีพ.ศ. 2546 โดยเป็นปัญหาด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (anxiety and depression) ร้อยละ 24

ตารางที่ 5-18: ความชุกของปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนอายุ 16-24 ปี ในปีพ.ศ. 2550²⁶

	เพศชาย		เพศหญิง		โดยเฉลี่ย	
	จำนวน (‘000)	ร้อยละ	จำนวน (‘000)	ร้อยละ	จำนวน (‘000)	ร้อยละ
Anxiety disorders						
- Panic disorder	21.9	1.7	33.9	2.7	55.7	2.2
- Agoraphobia	23.7	1.8	47.9	3.8	71.6	2.8
- Social phobia	47.5	3.7	90.9	7.3	138.3	5.4
- Generalized anxiety disorder	5.0	0.4	29.4	2.4	34.3	1.3
- Obsessive-compulsive disorder	16.1	1.2	40.1	3.2	56.3	2.2
- Post-traumatic stress disorder	49.8	3.8	145.5	11.7	195.3	7.7
รวมทั้งหมด	120.3	9.3	270.9	21.7	391.3	15.4
Affective disorders						
- Depressive episode	14.8	1.1	57.6	4.6	72.4	2.8
- Dysthymia	-	-	8.2	0.7	8.2	0.3
- Bipolar affective disorder	41.5	3.2	45.5	3.6	87.0	3.4
รวมทั้งหมด	56.3	4.3	105.0	8.4	161.4	6.3
Substance use disorders						
- Alcohol harmful use	128.9	9.9	88.8	7.1	217.7	8.6
- Alcohol dependence	50.8	3.9	24.0	1.9	74.8	2.9
- Drug use disorders	57.1	4.4	29.5	2.4	86.5	3.4
รวมทั้งหมด	201.0	15.5	122.5	9.8	323.5	12.7
Total mental disorders	296.3	22.8	374.8	30.1	671.1	26.4
Total persons	1299.3	100.0	1,246.1	100.0	2,545.4	100.0

ในปีพ.ศ. 2550 เด็กและเยาวชน 671,100 คน หรือประมาณ ร้อยละ 26 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต อย่างน้อยหนึ่งอย่าง โดยพบความชุกในเพศหญิงมากกว่าในเพศชาย (ร้อยละ 30 และ ร้อยละ 23 ตามลำดับ) ประเภทของปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล (anxiety) ร้อยละ 15 การเสพยาเสพติด (substance use disorders) ร้อยละ 13 และโรคอารมณ์แปรปรวน (affective disorder) ร้อยละ 6 หากแบ่งตามเพศพบว่า ในเพศชายใช้ยาเสพติดมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 16.5 และ ร้อยละ 9.8 ตามลำดับ) ในขณะที่เพศหญิงมี anxiety disorders และ affective disorder มากกว่าเพศชาย ดังตารางที่ 5-18

7. นโยบายและมาตรการระดับประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของเด็กและเยาวชน

7.1 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

1. YEAH I'm In (Youth Empowerment Against HIV/AIDs) - Red Aware¹⁴

เป็นโครงการที่ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยให้กลุ่มเด็กและเยาวชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม และเป็นผู้ให้ข้อมูล (peer educator) โครงการนี้ก่อตั้งในปีพ.ศ. 2548 และยังมีกรดำเนินงานอยู่ในปัจจุบัน โดยได้รับเงินสนับสนุนจากทั้งภาครัฐและเอกชน คือ GLYDE Healthcare (บริษัทผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพทางเพศ) MTV Staying Alive Foundation, Australian Government Department of Health and Ageing และ Inflatable Event Company โดยมีวิสัยทัศน์ คือ เด็กและเยาวชนชาวออสเตรเลียอายุ 15-29 ปี ทุกคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงวิธีการการป้องกันตนเองไม่ให้ติดโรค กิจกรรมของโครงการนี้มีหลายกิจกรรม คือ

- จัดกิจกรรมให้ความรู้โดยจัดร่วมกับงานแสดงอื่นๆ เช่น งานคอนเสิร์ต โดยผู้ที่ให้ข้อมูลหรือเจ้าหน้าที่ในงาน คือคนวัยเดียวกันที่ผ่านการอบรมแล้ว
- จัดอบรมให้แก่เด็กและเยาวชนผู้ที่ต้องการจะเป็นผู้ให้ข้อมูล
- จัดทำ e-newsletter และเว็บไซต์ (www.redaware.org.au) เพื่อเป็นแหล่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้หากเด็กและเยาวชนอายุ 15-29 ปี ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศ และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่โรงเรียน ที่มหาวิทยาลัย หรือในชุมชนของตนเอง ก็สามารถติดต่อไปที่โครงการนี้ได้ โดยโครงการนี้จะให้การสนับสนุน โดยช่วยคิด ช่วยวางแผนการจัดกิจกรรม มีเจ้าหน้าที่ช่วยในจัดงาน รวมทั้งมีวัสดุอุปกรณ์ ชุดเครื่องมือต่างๆ ที่จะใช้ในการจัดกิจกรรมให้ด้วย

2. National STI Prevention Program: Sexual Health Campaign²⁷

เป็นโครงการรณรงค์เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระดับชาติในปี พ.ศ. 2552 โดยรัฐบาลกลาง (Australian Government) เป็นผู้ให้ทุนสนับสนุน เนื่องจากในปีพ.ศ. 2551 มีรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประมาณ 70,000 ราย ซึ่งมากกว่าในปีพ.ศ. 2550 ถึง ร้อยละ 13 และพบว่า 3 ใน 4 ของผู้เป็น

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นคือผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-29 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าคนวัยนี้ไม่ได้ตระหนักถึงความเสี่ยงในการติดต่อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็น โรคหนองในแท้ (gonorrhoea) หนองในเทียม (chlamydia) หูดที่อวัยวะเพศ (HPV) เริม (herpes) ซิฟิลิส (syphilis) และเอชไอวีหรือเอดส์ (HIV/ AIDs) รัฐบาลกลางจึงมีโครงการรณรงค์นี้ โดยใช้งบประมาณปีพ.ศ. 2550-2551 ของโครงการ National Prevention Program เพื่อให้คนกลุ่มนี้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดอุบัติการณ์และการแพร่กระจายของโรคติดต่อ

โครงการรณรงค์นี้เปิดตัวในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 และดำเนินการ 4 ปี โดยโฆษณาทางนิตยสาร วิทยุ ออนไลน์ และตามสถานที่ต่างๆ เพื่อที่เข้าถึงกลุ่มคนอายุ 15-29 ปี ในโฆษณานี้จะให้ข้อมูลที่สำคัญ เกี่ยวกับการติดต่อของโรค อาการ การรักษา และที่สำคัญที่สุด คือวิธีการป้องกันการติดต่อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นี้ นอกจากนี้ยังมีการรณรงค์ให้เห็นถึงความสำคัญของการทดสอบสำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ สำหรับคนที่มีความเสี่ยง เนื่องจากก่อนหน้าที่จะมีการเปิดตัวโครงการนี้ มีการทำวิจัยในปีพ.ศ. 2550-2551 โดย Stancombe Research and Planning เพื่อศึกษาถึงความเข้าใจ มุมมอง และประสบการณ์ของคนกลุ่มนี้ต่อเรื่องเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเป็นการเตรียมข้อมูลให้กับ Department of Health and Ageing เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำโครงการรณรงค์ จากงานวิจัยพบว่า คนกลุ่มนี้คิดว่าหากไม่มีอาการแสดงหมายถึงไม่มีการติดโรคนี้ จึงไม่ได้ตระหนักถึงการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ และไม่ได้ตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องไปตรวจร่างกาย เพราะฉะนั้น การรณรงค์นี้จึงเน้นให้คนกลุ่มนี้ ซึ่งมีความเสี่ยงในการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตระหนักถึงความสำคัญของการทดสอบสำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอด้วย ถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการแสดงก็ตาม

โครงการรณรงค์นี้มีการติดตามประเมินผล โดยใช้วิธีการสำรวจทางออนไลน์ ซึ่งดำเนินการโดย Woolcott Research การสำรวจทำไปแล้ว 3 ครั้ง คือ ตอนเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 และตอนเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 จากการสำรวจพบว่าการรณรงค์นี้ ค่อนข้างประสบความสำเร็จ คือ กลุ่มเป้าหมายมากกว่าครึ่งรับรู้ถึงการรณรงค์นี้ และเข้าใจถึงข้อมูลที่โครงการรณรงค์นี้ต้องการจะสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย รู้ถึงความจำเป็นของการใส่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ และ ความจำเป็นของการทดสอบสำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3. School-based sexual health education

ในประเทศออสเตรเลีย มีการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน เพียงแต่ไม่ได้เป็นหลักสูตรระดับชาติที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางปฏิบัติเดียวกันทั้งประเทศ จากการสำรวจครูโรงเรียนมัธยมศึกษา ที่สอนเรื่องเพศศึกษาทั่วประเทศ ประมาณ 300 คน ในปีพ.ศ. 2553 (Sexuality Education in Australian Secondary Schools 2010)²⁸ พบว่า อยากให้มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- การเรียนเรื่องเพศศึกษารวมอยู่ในหลักสูตรของโรงเรียน
- มีการพัฒนาเครื่องมือที่ทันสมัยสำหรับใช้ในการสอน และสามารถเข้าถึงได้ทางออนไลน์
- จัดสรรให้มีเวลามากขึ้นในการสอนเรื่องเพศศึกษา เพื่อให้สามารถสอนได้ครอบคลุมทุกเนื้อหาที่สำคัญ
- มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในเนื้อหาที่จะสอน
- มีการจัดการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติสำหรับครูที่จะสอนเรื่องเพศศึกษา

การเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนในประเทศออสเตรเลีย กำลังมีการพัฒนา ให้เป็นหลักสูตรระดับชาติ โดยเป็นส่วนหนึ่งของ Second National Sexually Transmissible Infections Strategy 2010-2013²⁹

4. HPV School Vaccination Program³⁰

รัฐบาลออสเตรเลียมีแนวคิดที่ว่า การให้วัคซีนต่อต้านเชื้อ Human Papillomavirus (HPV) เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะป้องกันมะเร็งหรือโรคอื่นที่มีสาเหตุมาจากเชื้อนี้ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัย ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (cost-effectiveness) ในการฉีดวัคซีน HPV ร่วมกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า การฉีดวัคซีน HPV ร่วมกับโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นวิธีที่ประหยัดค่าใช้จ่าย และมีประสิทธิภาพในการลดการเกิดมะเร็งปากมดลูก มากกว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงอย่างเดียว³¹

ออสเตรเลียจึงเป็นประเทศแรกๆ ที่ให้บริการฉีดวัคซีน HPV ฟรีแก่เด็กในโรงเรียน โดยเริ่มในปีพ.ศ. 2550 ภายใต้โครงการที่ชื่อว่า “National HPV Vaccination Program: NHVP” รัฐบาลกลาง (Australia Government) เป็นผู้ให้ทุนสนับสนุน โดยอยู่ภายใต้ National Immunisation Program Schedule (NIPS) ในปีพ.ศ. 2550 ที่เริ่มโครงการนี้ วัคซีนนี้จะถูกจัดให้ฟรีสำหรับเด็กผู้หญิงอายุ 12-13 ปี ในโรงเรียน และสำหรับผู้หญิงอายุ 12-26 ปี ทั้งหมดก็ได้รับบริการวัคซีนฟรีเช่นกัน โดยอยู่ภายใต้โครงการที่ชื่อว่า catch-up program ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 ได้เพิ่มบริการวัคซีนฟรีแก่เด็กผู้ชายอายุ 12-13 ปี ด้วย และสำหรับในปี พ.ศ. 2556-57 เด็กผู้ชายอายุ 14-15 ปี ก็สามารถรับวัคซีนนี้ฟรีในโรงเรียนด้วยเช่นกัน

โครงการฉีดวัคซีนฟรีนี้ ไม่ได้เป็นข้อบังคับ ก่อนที่เด็กนักเรียนจะได้รับการฉีด จะมีการส่งหนังสือไปให้ผู้ปกครองก่อน หลังจากผู้ปกครองเซ็นให้ความยินยอม และส่งกลับไปโรงเรียนของเด็กแล้ว เด็กนักเรียนจึงจะสามารถได้รับการฉีดวัคซีนฟรีนี้ได้ โดยจะต้องฉีดทั้งหมด 3 เข็ม ในเวลา 6 เดือน

โครงการนี้มีการเก็บข้อมูลการฉีดวัคซีน การติดตามและประเมินผลการทำงานโดย National HPV Vaccination Program Register (HPV Register)³² ซึ่งได้รับงบประมาณจาก Australian Government โดยผ่านกระทรวง Department of Health and Ageing และดำเนินงานโดย Victorian Cytology Service โดยมีการออกกฎหมายในปี พ.ศ. 2550 ให้องค์กร HPV Register สามารถได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนนี้จากทุกรัฐ และทุกเขตการปกครองในประเทศออสเตรเลีย

ผลการดำเนินงานของโครงการนี้ (Australia’s Health 2012 page 162)³ คือ ในปีพ.ศ. 2554 เด็กผู้หญิงที่อายุครบ 15 ปี และได้รับการฉีดวัคซีน HPV ครบ 3 เข็มแล้วนั้นมีประมาณ ร้อยละ 70.8 และตั้งแต่มีการเริ่มโครงการวัคซีน HPV ฟรีมาเป็นระยะ 3 ปี พบอุบัติการณ์การเกิดหูดที่อวัยวะเพศ (genital warts) และความผิดปกติของปากมดลูก (cervical abnormalities) ลดลงในวัยรุ่นหญิงที่อายุน้อยกว่า 18 ปี

5. Helping Young Parents³³

Helping Young Parents เป็นโปรแกรมภายใต้ความรับผิดชอบของ Department of Human Services เป็นโปรแกรมที่รัฐบาลจัดเพื่อช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม (อายุ 19 ปีหรือน้อยกว่า) และอยู่ในพื้นที่ 10 แห่งที่กำหนด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด ในอนาคตจะขยายพื้นที่ให้บริการให้ครอบคลุมในประเทศมากขึ้น วัตถุประสงค์ของโปรแกรมนี้นี้ คือ ช่วยเหลือวัยรุ่นที่

ตั้งครรถ์โดยไม่พร้อมนั้นมีโอกาสได้รับการศึกษาต่อ และเด็กที่เกิดจากวัยรุ่นนั้นได้รับการเลี้ยงดูและดูแลที่เหมาะสมที่สุด โดยรัฐบาลให้เงินช่วยเหลือ (Parenting Payment) ให้คำแนะนำและการสนับสนุน ในการที่จะกลับไปเรียนต่อจนจบม.6 (Year 12) วัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้จะต้องเข้าไปสัมภาษณ์ที่ศูนย์บริการทุก 6 เดือน โดยเริ่มต้นจากตอนที่ลูกอายุ 6 เดือน จนลูกมีอายุครบ 6 ปี นอกจากนี้ที่ศูนย์บริการนี้ยังมีกิจกรรมต่างๆ ให้ร่วมมากมาย ซึ่งจะเข้าร่วมหรือไม่นั้น แล้วแต่ความสมัครใจ แต่การเข้าไปสัมภาษณ์นั้นต้องเข้าไปตามที่กำหนด ไม่อย่างนั้นจะหยุดให้เงินช่วยเหลือโดยรัฐบาล จนกว่าจะกลับเข้ามารับการสัมภาษณ์ตามที่กำหนด

นอกจากนี้โปรแกรมนี้ยังมีบริการทางอินเทอร์เน็ต Love.Learn.Grow³⁴ เป็นเว็บไซต์ให้ความรู้ และข้อมูลที่จำเป็นสำหรับวัยรุ่นที่ท้องหรือมีลูก เช่น การเรียน เส้นทางการทำงาน การเลี้ยงลูก และข้อมูลแหล่งให้บริการในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น และนอกจากนี้ เว็บไซต์นี้ยังเป็นพื้นที่สำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรถ์ไม่พร้อม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

7.2 ภาวะโภชนาการเกิน

1. Physical Activity Recommendations for Children and Young People³⁵

เนื่องจากในปัจจุบัน เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ใช้เวลาว่าง ในการทำกิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อย เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นเกมคอมพิวเตอร์ ซึ่งการใช้ชีวิตเช่นนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วนในเด็กและเยาวชน รวมถึงในวัยผู้ใหญ่ ในปีพ.ศ. 2547 Australian Government Department of Health and Ageing จัดทำแผนพับคำแนะนำ ในการออกกำลังกายสำหรับเด็กและเยาวชน โดยใช้ข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ การทบทวนวรรณกรรม และมีการประชุมของผู้เชี่ยวชาญ ในการจัดทำแผนพับคำแนะนำนี้ แผนพับคำแนะนำนี้ถูกส่งไปให้ทุกโรงเรียนในออสเตรเลีย³⁶ โดยแผนพับจะมี 2 ชุด คือ

- แผนพับคำแนะนำในการออกกำลังกายสำหรับเด็กอายุ 5-12 ปี จัดทำสำหรับพ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็ก
- แผนพับคำแนะนำในการออกกำลังกายสำหรับเด็กอายุ 12-18 ปี จัดทำสำหรับเด็กวัยรุ่น หรือผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการออกกำลังกายในวัยรุ่น

2. A Healthy Active Australia³⁷

A Healthy Active Australia เป็นโครงการที่ Australian Government Department of Health and Ageing จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพของประชาชนชาวออสเตรเลีย รวมถึงแก้ปัญหาเรื่องน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจ A Healthy Active Australia จัดทำหลายโครงการ โครงการที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนอายุ 6-25 ปี มีดังนี้

2.1 Stephanie Alexander Kitchen Garden National Program³⁸

เป็นโครงการที่ส่งเสริมให้มีการเรียนการสอนการปลูกผักในโรงเรียนประถมศึกษา เพื่อให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาเรียนรู้วิธีปลูก เก็บเกี่ยว และเตรียมอาหารจากผักสด ด้วยความเชื่อที่ว่า กิจกรรมนี้จะส่งผลในเชิงบวก ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภคอาหารของเด็ก Australian Government เป็นผู้ให้ทุน

สนับสนุน และดำเนินงานโดยองค์กรอิสระ Stephanie Alexander Kitchen Garden Foundation³⁹ โครงการนี้เริ่มดำเนินงานในปีพ.ศ. 2551-2552 Australian Government ใช้งบประมาณ 12.8 ล้านดอลลาร์ โดยมีเป้าหมาย คือ ภายใน 4 ปี มีโรงเรียนประถมศึกษาทั่วประเทศออสเตรเลีย 190 แห่งเข้าร่วม โครงการนี้ นอกจากนี้ Australian Government ได้ใช้งบประมาณเพิ่มอีก 1 ล้านดอลลาร์ ใช้จ่ายใน 3 ปี เพื่อพัฒนาหลักสูตรในการเรียนการสอนสำหรับโครงการนี้

โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการนี้จะได้รับทุนมากถึง 60,000 ดอลลาร์ ต่อโรงเรียน เพื่อใช้จ่ายในการสร้างโครงสร้างพื้นฐานของห้องครัว และสวน โดยโรงเรียนที่ได้รับทุนนี้ จะต้องแสดงถึงความมุ่งมั่นที่จะดำเนินโครงการนี้เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี และพัฒนาต่อไป จนโครงการนี้เป็นหลักสูตรของโรงเรียน

นอกจากนี้โครงการนี้ ยังมีการจัดทำโรงเรียนต้นแบบ (demonstration school) 7 โรงเรียนทั่วประเทศ โดยรัฐละหนึ่งโรงเรียน ไม่รวมรัฐ Victoria เพราะมีโรงเรียนต้นแบบอยู่แล้ว โรงเรียนต้นแบบนี้ ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นต้นแบบให้แก่โรงเรียนอื่นๆที่สนใจโครงการนี้ มาศึกษาดูงาน และเป็นศูนย์ฝึกอบรมสำหรับโรงเรียนอื่นๆ ด้วย ตั้งแต่โครงการนี้ก่อตั้งในปีพ.ศ. 2551-2552 รัฐบาลใช้งบประมาณมากกว่า 10 ล้านดอลลาร์ แก่ 178 โรงเรียนทั่วประเทศ โดยแบ่งเป็นรอบแรก รอบสอง รอบสาม รอบสี่ ในปีพ.ศ. 2551 พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2554 ตามลำดับ

2.2 Active After-school Communities (AASC) program^{40, 41}

เป็นโครงการระดับชาติ ที่ส่งเสริมการออกกำลังกายหลังเลิกเรียน สำหรับเด็กชั้นประถมศึกษา ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หรือไม่ค่อยมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา สามารถเข้าถึงกีฬา หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายได้ฟรี ในช่วงเวลาหลังเลิกเรียน 15.00-17.30น. โดยมีกีฬาให้เลือกมากกว่า 70 ชนิด และกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายอีก 20 กิจกรรม โครงการนี้เริ่มในปีพ.ศ. 2548 มีวัตถุประสงค์ คือ กระตุ้นให้เด็กที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หรือไม่ค่อยมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา มีแรงบันดาลใจในการเล่นกีฬา และพัฒนาทักษะทางกีฬา ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับเด็กเองที่จะเล่นกีฬาเป็น และเล่นเพื่อการออกกำลังกาย หรืออาจพัฒนาไปสู่การแข่งขันกีฬาระดับท้องถิ่น นอกจากนี้โครงการนี้ยังเป็นการแบ่งเบาภาระทางการเงินของผู้ปกครอง ในการที่จะส่งเสริมให้เด็กเรียนพิเศษด้านกีฬาเพิ่มเติม เด็กที่เข้าร่วมโครงการนี้ จะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ เด็กสามารถเรียนกีฬาได้ถึง 80 บทเรียนต่อปี สามารถใช้อุปกรณ์กีฬาและมีครูฝึกคอยให้การสนับสนุนฟรี ผลการดำเนินงานของโครงการนี้ คือ

- ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 มีเด็กเข้าร่วมโครงการนี้ทั้งหมดประมาณ 400,000 คน
- ในปัจจุบัน แต่ละเทอมมีเด็กเข้าร่วมโครงการนี้ประมาณ 190,000 คน จากโรงเรียนและศูนย์เลี้ยงเด็กหลังเลิกเรียนที่เข้าร่วมโครงการนี้ 3,270 แห่ง
- มีครูฝึกสอนกีฬาของชุมชนผ่านการอบรมจากโครงการนี้ มากกว่า 53,000 คน

โครงการนี้รับผิดชอบโดย Australian Sports Commission⁴² บริหารจัดการโครงการ AASC นี้ โดยมีเครือข่ายเป็นผู้ประสานงานระดับภูมิภาค แบ่งเป็น 4 โซน คือ

- Eastern zone (New South Wales / Australian Capital Territory)
- Northern zone (Queensland / Northern Territory)
- Southern zone (Victoria / Tasmania)
- South west zone (Western Australia / South Australia)

ผู้ประสานงานระดับภูมิภาคมีหน้าที่ช่วยโรงเรียน และศูนย์ดูแลเด็กหลังเลิกเรียน ในการจัดทำโครงการ AASC, ช่วยในการฝึกอบรมครูสอนกีฬา นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับชมรมหรือองค์กรกีฬาระดับท้องถิ่น เพื่อให้เด็กและเยาวชนมาเป็นสมาชิกของชมรมหรือองค์กรมากขึ้น

โครงการนี้มีการประเมินผลเกือบทุกปี โดยในปีพ.ศ. 2552 – 2553 และ พ.ศ. 2554 ประเมินผลโดย Newspoll Market and Social Research ร่วมกับ Australian Sport Commission’s Research and Evaluation team การประเมินผลโครงการนี้ในปีพ.ศ. 2554⁴³ ทำโดยการสำรวจความคิดเห็นของเด็กที่เข้าร่วมโครงการ โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ ครูฝึกสอนกีฬาที่ดูแลโครงการนี้ในแต่ละพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ของโครงการนี้ จากการประเมินผลในปีพ.ศ. 2554 โดยสรุปคือ

- โครงการนี้ค่อนข้างประสบความสำเร็จในการลดกิจกรรมที่ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือไม่มีการออกกำลังกาย (sedentary activities) ของเด็กหลังเลิกเรียนได้ คือประมาณ 9/ 10 ของเด็กที่เข้าร่วมโครงการนี้มีส่วนร่วมในการออกกำลังกายหลังเลิกเรียน

- ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการนี้ทั้งหมดมีความพึงพอใจกับโครงการนี้ โดยคิดว่าโครงการนี้สนุกและน่าสนใจสำหรับเด็กๆ

- โครงการนี้ในปีพ.ศ. 2554 อาจยังเข้าไม่ถึงเด็กกลุ่มเป้าหมายอีกกลุ่มคือ เด็กที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หรือไม่ค่อยมีส่วนร่วมในกิจกรรมกีฬา (inactive children) เนื่องจากผลการสำรวจพบว่า ระดับการออกกำลังกายของเด็กที่เข้าร่วมโครงการนี้ครั้งแรก กับเด็กกลุ่มประชากรทั่วไป ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการสำรวจในปีพ.ศ. 2553 ที่พบว่าระดับการออกกำลังกายของเด็กที่เข้าร่วมโครงการนี้ครั้งแรก น้อยกว่าระดับการออกกำลังกายของเด็กกลุ่มประชากรทั่วไป

3. Australian Dietary Guidelines 2013⁴⁴

เป็นคู่มือที่จัดทำโดยใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด ในการทำข้อมูลด้านโภชนาการที่มีประโยชน์ หรือแนวทางการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ชนิด ปริมาณ กลุ่มอาหาร หรือรูปแบบในการบริโภคอาหาร โดยมีเป้าหมายคือ

- ส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต
- ลดความเสี่ยงของภาวะหรือโรคที่สัมพันธ์กับอาหาร
- ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง

คู่มือนี้ถูกจัดทำขึ้นสำหรับ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ผู้วางนโยบาย ผู้ให้การศึกษา โรงงานผลิตอาหาร นักวิจัย หรือประชาชนทั่วไปที่สนใจในการมีสุขภาพที่ดี คู่มือนี้ถูกจัดทำโดย National Health and Medical Research Council (NHMRC)

7.3 อุบัติเหตุทางถนน

1. การใช้ที่นั่งสำหรับเด็กในรถยนต์⁴⁵

ประเทศออสเตรเลียมีกฎหมายบังคับสำหรับการใช้ที่นั่งสำหรับเด็กในรถยนต์ โดยกฎหมายนี้แก้ไขล่าสุดเมื่อปีพ.ศ. 2553 ในการกำหนดที่นั่งสำหรับเด็กในรถยนต์ ซึ่งแต่ละช่วงอายุก็จะใช้รูปแบบที่นั่งแตกต่างกัน แบ่งตามช่วงอายุ คือ

1. อายุต่ำกว่า 6 เดือน
2. อายุ 6 เดือน แต่ต่ำกว่า 4 ปี

3. อายุ 4 ปี แต่น้อยกว่า 7 ปี

นอกจากนี้ที่นั่งในรถยนต์สำหรับเด็กจะต้องได้มาตรฐานตามข้อกำหนดของ Australian and New Zealand Standard AS/NZS 1754⁴⁶ ด้วย

2. การสวมหมวกกันน็อกขณะปั่นจักรยาน⁴⁷

ประเทศออสเตรเลียมีกฎหมายบังคับ ให้ผู้ที่ปั่นจักรยานต้องสวมหมวกกันน็อกด้วย

3. National Kidsafe Day⁴⁸

National Kidsafe Day รับผิดชอบโดย the Child Accident Prevention Foundation of Australia (CAPFA) เป็นวันรณรงค์ให้ตระหนักถึงการป้องกันอุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บในเด็กที่สามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่ได้ตั้งใจในวัยเด็ก ซึ่งจะจัดเป็นประจำทุกปี แต่ไม่ได้ระบุวันที่แน่นอนตรงกันทุกปี แต่จะจัดในช่วงสัปดาห์ของวันเด็ก ช่วงเดือนตุลาคม ซึ่งในปีพ.ศ. 2555 ถูกจัดในวันอังคารที่ 23 ตุลาคม ส่วนในปีพ.ศ. 2556 จะถูกจัดในวันอังคารที่ 22 ตุลาคม โดยเชิญชวนให้โรงเรียนจัดเป็นกิจกรรมในโรงเรียน โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการนี้จะได้รับ คู่มือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ในการจัดกิจกรรม ในวันที่จัดกิจกรรมนี้จะมีเกมหรือกิจกรรมต่างๆ หลายอย่างให้เด็กได้ร่วมสนุก เช่น การประกวดการแต่งกายที่แสดงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ เพื่อให้เด็กตระหนักถึงความปลอดภัย ขณะใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีการจัดทำเว็บไซต์ <http://roadsafety.thewiggles.com.au> ซึ่งในเว็บไซต์นี้จะมีเกม วิดีโอเพลง หรือกิจกรรมอื่นๆ ให้เด็กเล่น เพื่อเป็นการให้ความรู้แก่เด็กในการใช้ถนนให้ปลอดภัย

7.4 ความรุนแรง

1. National Day of Action Against Bullying and Violence (Bullying. No Way!)⁴⁹

เป็นวันรณรงค์ต่อต้านพฤติกรรมก่อกวนรังแกผู้อื่นและการใช้ความรุนแรง ซึ่งจะจัดในวันที่ 15 มีนาคม ของทุกปี โดยเริ่มมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2554 ในปีพ.ศ. 2556 มีโรงเรียนเข้าร่วมกิจกรรมนี้ถึง 1,485 โรงเรียน วันรณรงค์นี้ถูกจัดขึ้นมาเพื่อให้นักเรียน ครู และคนในชุมชน รวมตัวกัน ช่วยเหลือกัน เพื่อต่อต้านความรุนแรง และเพื่อเป็นการสื่อสารถึงเด็กนักเรียน และวัยรุ่นด้วยว่า พฤติกรรมก่อกวนรังแกผู้อื่นและการใช้ความรุนแรงนั้น เป็นเรื่องที่ไม่ดีที่ไม่ควรจะมีในโรงเรียนเลย โครงการวันรณรงค์แห่งชาตินี้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ Safe and Supportive School Communities (SSSC) Project ซึ่งเป็นการร่วมมือกันของตัวแทนจากภาคการศึกษาทั้งหมด รวมถึงโรงเรียนเอกชนด้วย (Australian Education Authorities) และดำเนินงานโดย Queensland Department of Education, Training and Employment นอกจากนี้ยังมีการจัดทำเว็บไซต์ <http://bullyingnoway.gov.au> เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาด้านนี้และแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งเนื้อหาและวิธีการนำเสนอจะแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่ม คือ

1. เด็กอายุน้อยกว่า 8 ปี
2. นักเรียนอายุ 8-14 ปี
3. พ่อแม่ ผู้ปกครอง
4. คุณครู

7.5 จมน้ำ

แผนกลยุทธ์สำหรับแก้ปัญหาการจมน้ำ⁵⁰

Australian Water Safety Council (AWSC) เป็นองค์กรที่ไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลโดยตรง แต่ทำหน้าที่ดูแลความปลอดภัยทางน้ำ โดยนำเสนอประเด็นความปลอดภัยทางน้ำที่สำคัญแก่รัฐบาล หน่วยงาน และอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางน้ำ AWSC ได้ประกาศ Australian Water Safety Strategy 2012-2015 เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2555 โดยมีเป้าหมายลดอัตราการตายจากการจมน้ำร้อยละ 50 ภายในปีพ.ศ. 2563 เนื่องจากในปีพ.ศ. 2551 มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำเพิ่มขึ้น และเพิ่มมากถึง 300 คนในปีพ.ศ. 2552 และเพิ่มเป็น 315 คน ในปีพ.ศ. 2554 การประกาศแผนกลยุทธ์นี้จึง เพื่อลดอัตราการตายจากการจมน้ำ และเพื่อป้องกันการจมน้ำ โดยแผนกลยุทธ์นี้จะแบ่งกลุ่มเพื่อแก้ปัญหาการจมน้ำ โดยแบ่งตามอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. เด็กอายุ 0-14
2. วัยรุ่นอายุ 15-24 ปี
3. ผู้ใหญ่อายุ 55 ปีขึ้นไป

สรุปวิธีการแก้ปัญหาการจมน้ำในเด็กและเยาวชน คือ

1. กฎหมายสระว่ายน้ำที่บ้านต้องมีรั้วล้อม

มีหลักฐานชัดเจนว่าการมีรั้วล้อมสระว่ายน้ำที่บ้านนั้น สามารถลดอัตราการตายจากการจมน้ำในเด็กอายุ 0-5 ปี ได้อย่างมีนัยสำคัญ การล้อมรั้วนั้นจะต้องล้อมทุกด้านของสระว่ายน้ำ แม้มีกฎหมายนี้แต่ก็ต้องให้แน่ใจว่ามีการปฏิบัติตาม และมีการตรวจสอบและประเมินอย่างสม่ำเสมอ องค์กร Royal Life Saving⁵¹ ได้จัดทำรายการตรวจสอบความปลอดภัยของสระว่ายน้ำในบ้าน (home pool safety checklist) โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการรณรงค์ “Keep Watch” เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เจ้าของบ้านที่มีสระว่ายน้ำ ตรวจสอบสระว่ายน้ำของตนอย่างสม่ำเสมอ นอกจากรายการตรวจสอบนี้จะอยู่ในรูปแบบกระดาษที่สามารถดาวน์โหลดได้จากหน้าเว็บไซต์ของ Royal Life Saving แล้ว รายการตรวจสอบนี้ยังถูกจัดทำในรูปแบบของโปรแกรมบนสมาร์ตโฟน (App PoolSafety) ซึ่งเป็นการตรวจสอบโดยมีการโต้ตอบหรือให้คำแนะนำในทันที (An interactive checklist for your home swimming pool)

2. การบังคับการฝึกอบรม CPR สำหรับผู้ปกครองของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ

เนื่องจากผู้ปกครองมักอยู่ใกล้ชิดเด็ก และเป็นคนแรกที่เจอเด็กเมื่อเกิดการจมน้ำ ดังนั้นทักษะนี้จึงจำเป็นสำหรับผู้ปกครองที่สามารถช่วยชีวิตเด็กได้ นอกจากนี้การฝึกอบรม CPR ยังสำคัญแก่เด็กนักเรียน จึงมีหลักสูตรการสอน CPR ในโรงเรียนด้วย

3. การสร้างแนวทางปฏิบัติ และแรงจูงใจในการสร้างพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย

เนื่องจากในชนบท หรือเขตเกษตรกรรม อาจมีพื้นที่ที่ไม่ปลอดภัยสำหรับเด็ก จึงมีการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Safe Play Area Guidelines) และแรงจูงใจในการที่จะสร้างพื้นที่เหล่านั้นให้ปลอดภัยสำหรับเด็ก

4. รณรงค์ให้ผู้ใหญ่หรือคนดูแลเด็กตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด

5. มีหลักสูตรการเรียนการสอนว่ายน้ำในโรงเรียนประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษา

มีการเรียนการสอนว่ายน้ำในโรงเรียน ทั้งในห้องเรียน และที่สระว่ายน้ำ เป็นการเรียนการสอน ไม่ใช่แค่ว่ายน้ำได้อย่างเดียว แต่รวมถึงทักษะการเอาชีวิตรอดจากการจมน้ำ ทักษะการลอยตัว ทักษะการช่วยชีวิต รวมถึงความรู้และข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นเกี่ยวกับความปลอดภัยเมื่ออยู่ในน้ำ หรืออยู่ในพื้นที่ที่มีน้ำรอบๆ เหตุที่ต้องมีการเรียนการสอนว่ายน้ำเพิ่มเติมในชั้นมัธยมศึกษา เพื่อให้แน่ใจได้ว่าเด็กมีทักษะ และความรู้เพียงพอในการเอาชีวิตรอดจากการจมน้ำ นอกจากนี้ยังมีการสอนให้เด็กรู้จักการตัดสินใจที่เหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่หลากหลาย ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงในเสียชีวิตจากการจมน้ำ

7.6 บุหรี่/แอลกอฮอล์/สารเสพติด

1. National Tobacco Campaign (NTC)⁵²

NTC เป็นโครงการรณรงค์ระดับชาติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยมีเป้าหมายที่จะลดจำนวนคนที่สูบบุหรี่จากร้อยละ 15.9 ในปัจจุบัน ให้เหลือเพียงร้อยละ 10 ในปีพ.ศ. 2561 ในการที่จะบรรลุเป้าหมายนี้ จะต้องมีการดำเนินงานหลายอย่างร่วมกัน คือ ส่งเสริมให้คนที่สูบบุหรี่อยู่อยากเลิกสูบบุหรี่ ช่วยสนับสนุนคนที่กำลังจะเลิกบุหรี่ และลดโอกาสของคนที่ไม่เลิกสูบบุหรี่แล้วจะกลับมาสูบบุหรี่อีก โครงการรณรงค์นี้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ Australian National Preventive Health Agency (ANPHA) ได้รับงบประมาณ 61 ล้านดอลลาร์ จากปีพ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2556 โครงการรณรงค์นี้ เป็นการโฆษณาผ่านทางทีวี วิทยุ สื่อพิมพ์ สื่อออนไลน์ และตามสถานที่ต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการจัดทำเว็บไซต์ที่เป็นแหล่งให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ (www.quitnow.gov.au) มีสายด่วนให้บริการปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quitline) และทางออนไลน์ (QuitCoach)

โครงการรณรงค์นี้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดย The Social Research Centre⁵³ ทำการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (Computer Assisted Telephone Interviews; CATI) กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ที่สูบบุหรี่ หรือคนที่เพิ่งเลิกสูบบุหรี่ อายุ 18-40 ปี ในปีพ.ศ. 2554 ทำการสำรวจ 2 ช่วง คือ ช่วงแรก 28 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.2554 และช่วงที่สอง 4 กรกฎาคม ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2554 การสำรวจจะประเมินผลด้าน การรับรู้ถึงโครงการรณรงค์นี้ ข้อความที่โครงการต้องการสื่อสาร ผลกระทบของการรณรงค์ต่อทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย จากผลการสำรวจพบว่า โครงการรณรงค์นี้ค่อนข้างประสบผลสำเร็จ คือ การโฆษณาหรือการรณรงค์สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 95 รับรู้ถึงการรณรงค์นี้ นอกจากนี้การรณรงค์นี้ยังมีผลกระทบเชิงบวกต่อผู้สูบบุหรี่ หรือผู้ที่เพิ่งเลิกสูบบุหรี่ คือกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ และมีทัศนคติและพฤติกรรมอยากเลิกบุหรี่มากขึ้น

2. ยาช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ⁵⁴

รัฐบาลให้การสนับสนุนในการช่วยเลิกบุหรี่ โดยให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ bupropion และ varenicline อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (Pharmaceutical Benefits Scheme; PBS) ผู้ที่ต้องการจะเลิกบุหรี่ และได้รับความเห็นชอบจากแพทย์แล้วว่า มีเหตุผลในการต้องใช้อาช่วยเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยก็จะได้รับสิทธิ์ในการใช้อาช่วยเลิกบุหรี่ 2 ชนิดนี้ โดยได้สิทธิ์ปีละครั้งของยาแต่ละตัว

3. กฎหมายเกี่ยวกับซองบุหรี่ และคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนซองบุหรี่⁵⁵

ในปีพ.ศ. 2554 มีการออกกฎหมาย The Tobacco Plain Packaging Act 2011 และ The Tobacco Plain Packaging Regulations 2011 เพื่อควบคุมรูปแบบบนซองบุหรี่ ห้ามมิให้ใช้โลโก้แบนด์ ภาพ ข้อความส่งเสริมการขาย รวมถึงข้อจำกัดเกี่ยวกับสี รูปแบบ และวัสดุของบรรจุภัณฑ์

4. National Binge Drinking Strategy (NBDS)^{56 57}

National Binge Drinking Strategy (NBDS) เป็นแผนกลยุทธ์ระดับชาติ มีวัตถุประสงค์ในการที่จะแก้ไขวัฒนธรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของชาวออสเตรเลีย โดยเฉพาะในกลุ่มคนวัยรุ่น กลยุทธ์จะมุ่งเน้นไปที่สร้างความตระหนักถึง ผลเสียทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของการดื่มแอลกอฮอล์ และพัฒนาไปสู่การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมในการดื่มแอลกอฮอล์ของสังคมชาวออสเตรเลีย ในปีพ.ศ. 2551 Australian Government ใช้งบประมาณ 103.5 ล้านดอลลาร์ ซึ่งถูกแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ

- 53.5 ล้านดอลลาร์ สำหรับ 4 ปี คือ พ.ศ. 2551-2552 ถึง พ.ศ. 2554-2555 ดำเนินงานโดย Department of Health and Ageing
- 50 ล้านดอลลาร์ สำหรับปีพ.ศ. 2553-2554 ถึง พ.ศ. 2556-2557 รับผิดชอบโดย Australian National Preventive Health Agency (ANPHA)

ช่วงแรกที่ Department of Health and Ageing รับผิดชอบ ดำเนินงานโดย เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐบาลท้องถิ่น องค์กรกีฬา ตำรวจ และภาคเอกชน เพื่อที่จะพัฒนาสภาพแวดล้อมของชุมชนที่มีวัฒนธรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในกลุ่มเด็กและเยาวชน นอกจากนี้มีการใช้งบประมาณ 20 ล้านดอลลาร์ เพื่อจัดทำโครงการรณรงค์ ระยะเวลา 2 ปี ชื่อ “Don’t Turn a Night Out into a Nightmare Campaign”⁵⁸ และเว็บไซต์เพื่อเป็นแหล่งให้ข้อมูล โครงการรณรงค์นี้มีกลุ่มเป้าหมายคือเด็กและเยาวชนอายุ 15-25 ปี เพื่อที่จะให้ตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่าย ผลต่อสุขภาพ ผลกระทบในระยะสั้นและระยะยาว เช่น การได้รับบาดเจ็บ การใช้ความรุนแรง การไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม การเลิกคบกับแฟน การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งอาจนำไปสู่หลายปัญหา ไม่ว่าจะเป็น การเป็นโรคติดต่อโรคทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรรภ์โดยไม่พร้อม นอกจากนี้โครงการรณรงค์นี้ ยังมีกลุ่มเป้าหมายคือ พ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กและเยาวชนอายุ 13-17 ปี เพื่อที่จะให้ผู้ปกครองมีข้อมูลในการที่ให้ความรู้แก่บุตรหลานของเขา เพราะผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ และการกำหนดขอบเขตที่ชัดเจนของพฤติกรรมกรรมการดื่ม โครงการรณรงค์นี้มีการติดตามประเมินผลงานโดยใช้วิธีการสำรวจ ตอนเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ก่อนที่จะเริ่มโครงการรณรงค์ และมีการสำรวจอีกครั้งหลังมีการรณรงค์แล้ว ตอนเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 และทำการสำรวจอีกตอนเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 และตอนเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 การสำรวจนี้ดำเนินการโดย Ipsos-Eureka Social Research Institute⁵⁹

ช่วงที่ 2 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2553 โครงการนี้รับผิดชอบโดย ANPHA ดำเนินการรณรงค์ต่อจากช่วงแรก โดยให้ทุนสนับสนุนรัฐบาลท้องถิ่น ร่วมกับองค์กรอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะชมรมกีฬาระดับชุมชน ในการมีส่วนร่วมกันคิดโครงการแก้ปัญหาเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 12-24 ปี สนับสนุนให้มีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ทางโทรศัพท์ นอกจากนี้ยังมีการทำโครงการ มีชื่อว่า “Be the Influence - Tackling Binge Drinking”⁶⁰ นอกจากจะเป็นการรณรงค์ให้วัยรุ่นตระหนักถึงโทษ และผลเสียจากการดื่มแอลกอฮอล์แล้ว ยังเป็นการรณรงค์ให้สภาพแวดล้อมของการ

แข่งขันกีฬา ปราศจากการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับชาติจนถึงระดับชุมชน และให้นักกีฬาที่มีชื่อเสียงมาร่วมรณรงค์ด้วย เพื่อเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีของการออกกำลังกาย และทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดื่มแอลกอฮอล์ และลดโอกาสที่เด็กและเยาวชนจะเห็นโฆษณาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5. National Illicit Drugs Campaign (NIDC)⁶¹

National Illicit Drugs Campaign (NIDC) เป็นโครงการรณรงค์ของ Department of Health and Ageing โดยอยู่ภายใต้ National Drug Strategy 2010-2015 มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะลดแรงจูงใจของวัยรุ่นในการที่จะใช้ยาเสพติด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดจากการใช้ยาเสพติด และเป็นการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่พ่อแม่ คนดูแล และคนในชุมชนด้วย กลุ่มเป้าหมายของโครงการรณรงค์นี้คือ เด็กและเยาวชนอายุ 15-21 ปี และพ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กอายุ 13-17 ปี โครงการรณรงค์โดยโฆษณาผ่านทางวิทยุ สื่อพิมพ์ สื่อออนไลน์ ป้ายโฆษณาตามสถานที่ต่างๆ

7.7 สุขภาพจิต (Mental health)

รัฐบาลออสเตรเลียให้การสนับสนุน ในการส่งเสริม และป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต แก่เด็กและเยาวชน (Mental Health, Wellbeing and Suicide Prevention Initiatives supporting children and young people)⁶² โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ ซึ่งจะทำให้การฆ่าตัวตายลดลง โดยดำเนินการผ่านโครงการต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. จัดตั้งศูนย์ให้บริการและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต (Headspace)⁶³

เนื่องด้วยแนวคิดที่ว่า การให้การช่วยเหลือแต่เริ่มแรก เป็นจุดสำคัญที่จะช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ทำให้ไม่เกิดปัญหา หรือเกิดแล้วก็เป็นปัญหาที่น้อยลง ศูนย์บริการ Headspace นี้ จึงถูกจัดตั้งขึ้นมาในปี พ.ศ. 2549 โดยองค์กร National Youth Mental Health Foundation ด้วยเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง ศูนย์บริการนี้ให้บริการ และดูแลเกี่ยวกับสุขภาพจิต และปัญหาการใช้ยาเสพติดหรือการดื่มแอลกอฮอล์ ในเด็กและเยาวชน อายุ 12- 25 ปี และครอบครัวหรือเพื่อนของเด็กและเยาวชน นอกจากนี้ศูนย์บริการนี้ยังถูกจัดตั้งขึ้นมา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่เด็กและเยาวชน และเพื่อเพิ่มการประสานงานระหว่างศูนย์บริการด้วยกัน ศูนย์บริการนี้เน้นการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ใน 4 ด้านคือ 1. สุขภาพจิต 2. สุขภาพกาย 3. การใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ และ 4. การสนับสนุนด้านสังคมและอาชีพ

ในปัจจุบัน ศูนย์ให้บริการนี้มีอยู่ 40 แห่งทั่วประเทศ และกำลังขยายศูนย์ให้บริการเพิ่มขึ้นอีก จากการจัดสรรงบประมาณ ในปี พ.ศ. 2554-2555 จำนวน 197.3 ล้านดอลลาร์ ในระยะเวลา 5 ปี และ จากการจัดสรรงบประมาณเพิ่ม ในปี พ.ศ. 2556-2557 จำนวน 133.3 ล้านดอลลาร์ เพื่อจัดตั้งศูนย์ให้บริการเพิ่มอีก 90 แห่งทั่วประเทศภายในปี พ.ศ. 2557-2558 ซึ่งศูนย์ให้บริการทั้ง 90 แห่งนี้ จะสามารถช่วยเหลือเด็กและเยาวชน ได้ถึงปีละ 72,000 คน

2. การให้บริการและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางโทรศัพท์และออนไลน์ (eheadspace)⁶⁴

นอกจากมีศูนย์ให้บริการและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต Headspace แล้ว ในปีพ.ศ. 2554 มีจัดตั้งการให้บริการและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ทางโทรศัพท์ (free call) และทางอินเทอร์เน็ต (eHeadspace) เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางการให้บริการแก่เด็กและเยาวชน eHeadspace เป็นการให้บริการเช่นเดียวกับศูนย์ให้บริการ คือให้บริการแก่เด็กและเยาวชนอายุ 12-25 ปี ที่มีอาการเจ็บปวดทางจิตระดับน้อยถึงระดับปานกลาง โดยเด็กและเยาวชนที่จะใช้บริการทางออนไลน์ จะต้องลงทะเบียนก่อน เช่นเดียวกันกับ เด็กและเยาวชนที่โทรมาทางโทรศัพท์จะต้องถูกถามข้อมูลเบื้องต้นก่อนด้วย เช่น อายุ เพศ พบว่าเด็กและเยาวชนชอบใช้บริการทางช่องทางโทรศัพท์และทางออนไลน์ มากกว่าการไปที่ศูนย์ให้บริการ

3. Headspace: School Support⁶⁵

โครงการ Headspace School Support ถูกจัดตั้งขึ้นมาในปีพ.ศ. 2555 เพื่อให้การช่วยเหลือแก่โรงเรียนมัธยมที่มีเด็กฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยการให้คำแนะนำ และแนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์แก่โรงเรียนและผู้เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย เช่น พ่อแม่ หรือเพื่อน เพื่อเป็นการลดและบรรเทาอาการเจ็บปวดทางจิตใจ และป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่ม โครงการนี้เป็นการให้ข้อมูลทางเว็บไซต์ อีเมล และทางโทรศัพท์ โดยได้รับงบประมาณจาก Headspace (18.7 ล้านดอลลาร์ ในปีพ.ศ. 2556-2557) ภายใต้โปรแกรม Mental Health: Taking Action to Tackle Suicide และเพื่อเป็นส่วนเพิ่มเติมแก่โครงการ MindMatters และ StandBy (MindMatters คือโครงการระดับชาติ สำหรับส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กในโรงเรียนมัธยม และ StandBy เป็นโครงการในชุมชนที่ให้การช่วยเหลือ 24 ชั่วโมง ในการที่จะเข้าไปช่วยดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นการลดและบรรเทาอาการเจ็บปวดทางจิตใจ

4. Access to Allied Psychological Services (ATAPS) Child Mental Health Service (CMHS)⁶²

โครงการ Access to Allied Psychological Services (ATAPS) Program⁶⁶ ถูกจัดตั้งขึ้นมา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการรักษาด้านสุขภาพจิต ของกลุ่มประชากร 3 กลุ่ม คือ เด็ก ชนพื้นเมือง และกลุ่มคนที่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ (low socioeconomic area) ATAPS CMHS เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ ATAPS เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาด้านสุขภาพจิตแก่เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต ด้านพฤติกรรม หรือปัญหาทางด้านอารมณ์ โดยผู้ที่ใช้บริการนี้จะต้องไปปรึกษาแพทย์ GP หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ (Medicare Local) ก่อน และหลังจากนั้นแพทย์ GP จะเป็นผู้พิจารณาว่าจะส่งต่อไปยังที่ใด เช่น นักจิตวิทยา social workers, mental health nurses หรือ occupational therapists⁶⁷

หน่วยงานที่มีหน้าที่ติดตามผลการดำเนินงาน และประเมินโครงการ ATAPS คือ University of Melbourne's Centre for Health Policy, Programs and Economics (CHPPE)⁶⁸ โดยจะทำการรายงานผลการดำเนินงานทุกปี ครั้งล่าสุดคือ ครั้งที่ 19 ปีพ.ศ. 2555 การประเมินผลสรุปได้ว่า โครงการ ATAPS ยังคงเป็นระบบการดูแลสุขภาพจิตขั้นพื้นฐานที่สำคัญของประเทศออสเตรเลียอย่างต่อเนื่อง โดยแพทย์ GP ใหม่ และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (allied health professional) ยังคงให้บริการนี้แก่ผู้รับบริการจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง ผู้รับบริการส่วนมากเป็นผู้หญิง และการวินิจฉัยที่พบบ่อยคือ ภาวะ

ซึมเศร้า (depression ร้อยละ 54) และความผิดปกติของความวิตกกังวล (anxiety disorders ร้อยละ 41) โดยสรุปโครงการนี้ในปีพ.ศ. 2555 พบว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้รับบริการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

5. MindMatters ⁶⁹

MindMatters เป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชาติ สำหรับโรงเรียนชั้นมัธยมศึกษา ถูกจัดตั้งขึ้นมาในปี พ.ศ. 2543 โดยได้รับงบประมาณจาก Australian government Department of Health and Ageing และดำเนินงานโดย Principals Australia Institute โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้โรงเรียนมัธยมศึกษา มีความสามารถในการจัดการดำเนินงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต และป้องกันเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่เด็กในโรงเรียน เพื่อเป็นการป้องกัน และช่วยแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่เด็กในโรงเรียน เพราะหากเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่เด็ก ก็จะส่งผล ต่อผลการเรียน การพัฒนาทางด้านสังคม การเข้าสังคม ความสามารถในการทำงานในอนาคต และอัตราการฆ่าตัวตาย โครงการนี้ดำเนินการในโรงเรียน เนื่องจาก โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เด็กในวัยนี้ใช้เวลาอยู่ด้วยมาก และคุณครูเป็นบุคคลหนึ่งที่มีโอกาสได้เจอ และอยู่กับเด็กในวัยนี้ได้บ่อยกว่าบุคคลอื่นๆ นอกจากนี้สภาพแวดล้อมและสังคมในโรงเรียนยังมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของเด็กด้วย โครงการนี้จึงเน้นด้านการสร้างสภาพแวดล้อมในโรงเรียน ให้เด็กรู้สึกปลอดภัย มีคุณค่า มีส่วนรวม และมีความหมาย

โครงการนี้ดำเนินงานโดย สร้างชุดเครื่องมือ และแนวทางปฏิบัติในการจัดการเรียนการสอน และการจัดกิจกรรมให้แก่โรงเรียน ในปีพ.ศ. 2545 ชุดเครื่องมือ และแนวทางปฏิบัตินี้ ถูกส่งไปให้แก่โรงเรียนมัธยมศึกษาทุกแห่งในประเทศ และสามารถดาวน์โหลดในรูปแบบ PDF ได้จากหน้าเว็บไซต์ของโครงการ นอกจากนี้ชุดเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติแล้ว โครงการนี้ยังจัดการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญให้แก่บุคลากรหรือคุณครูของโรงเรียน เพื่อพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน โดยการเข้าร่วมการอบรมจะไม่เสียค่าใช้จ่าย

โครงการนี้มีระบบติดตามประเมินผลโดยใช้แบบสำรวจ (Student Surveys, Parent and Family Surveys, Staff Surveys and Online surveys) และ School audit แล้วทำรายงานโดยแบ่งเป็น MindMatters Evaluation Committee ทำรายงานผลสรุป และนักวิจัยเป็นผู้ทำรายงานฉบับเต็ม หลังจากนั้นจึงรายงานผลต่อ Australian Government Department of Health and Ageing

ตั้งแต่โครงการนี้ถูกจัดตั้งขึ้นมาในปี พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน มีผลการดำเนินงานดังคือ

- เจ้าหน้าที่จาก ร้อยละ 83 ของโรงเรียนมัธยมเข้าฝึกอบรมจากโครงการนี้
- มีผู้เข้าร่วมมากกว่า 160,000 คน เข้ารับการฝึกอบรมจากโครงการนี้
- ร้อยละ 98 ของโรงเรียนมัธยมศึกษารู้จักโครงการนี้
- ร้อยละ 65 ของโรงเรียนมัธยมศึกษายังคงใช้ชุดเครื่องมือ แนวทางปฏิบัติของโครงการนี้ เป็นหลักสูตรในการจัดการเรียนการสอนหรือการจัดกิจกรรมในโรงเรียน
- ร้อยละ 38 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาใช้ MindMatters เป็นผู้จัดการหลักสำหรับการจัดการส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน

6. KidMatter ⁷⁰

KidMatter เป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชาติสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา และ Early Childhood Education and Care (ECEC) services เช่น โรงเรียนเด็กก่อนวัยเรียน โรงเรียนอนุบาล และ ศูนย์เด็กเล็ก (day care centre) KidMatters ถูกจัดตั้งขึ้นโดย Australian Government Department

of Health and Ageing, beyondblue, Australian Psychological Society, Principals Australia Institute และ Early Childhood Australia โดยอยู่ภายใต้ National Mental Health Plan (พ.ศ. 2552-2557) โดยมีเป้าหมาย คือ

- ปรับปรุงและพัฒนาด้านสุขภาพจิตของเด็กวัยปฐม
- ลดปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็ก
- ให้การสนับสนุนที่เพิ่มมากขึ้นแก่เด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและครอบครัวของเด็ก

และนอกจากนี้โครงการนี้ยังถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อเชื่อมโยงภาคส่วนต่างๆ เช่น ภาคการศึกษา ภาคสุขภาพ ภาคชุมชน และครอบครัว ในการช่วยกันดูแลสุขภาพจิตของเด็กแบบองค์รวม ตั้งแต่ช่วงแรกต้นของชีวิต เนื่องจากวัยเด็กเป็นช่วงเวลาที่สำคัญสำหรับการเจริญเติบโตที่ดีต่อสุขภาพจิต เด็กทุกคนจึงควรได้รับการดูแลและให้การสนับสนุนในการพัฒนาและการเรียนรู้ โครงการ KidMatters จึงมีหน้าที่ช่วย คุณครู หรือบุคลากรในโรงเรียนประถมศึกษา, ECEC และครอบครัว ดูแลสุขภาพจิตของเด็ก โดยการสร้างกรอบการทำงาน แนวทางปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ และชุดเครื่องมือต่างๆ ในทำกิจกรรมหรือการเรียนการสอน จากทรัพยากรที่ KidMatters จัดให้แก่โรงเรียนจะทำให้คุณครู หรือบุคลากรในโรงเรียน ผู้ซึ่งไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต มีความมั่นใจในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่เด็กในโรงเรียนได้ กรอบการทำงานของ KidsMatters จะเน้น คือ

1. การสร้างสังคมในโรงเรียนของเด็กปฐมวัยในเชิงบวก
2. สอนทักษะแก่เด็กเพื่อพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมที่ดี
3. การทำงานร่วมกันกับครอบครัว
4. การให้การช่วยเหลือแก่เด็กที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิต

Australian Government จัดสรรงบประมาณ 18.4 ล้านดอลลาร์ ภายใน 4 ปี เพื่อเพิ่มการให้บริการแก่โรงเรียนอีก 1,700 แห่ง ภายในปีพ.ศ. 2557 จะมีโรงเรียนทั้งหมด 2,000 โรงเรียนเข้าร่วมโครงการนี้⁶²

Kidmatter มีการวิจัย และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจได้ว่าโครงการนี้ให้ผลลัพธ์ที่ดีสำหรับเด็กออสเตรเลีย ในปีพ.ศ. 2549-2551 KidsMatter ดูแลเด็กประมาณ 5,000 คน จาก 100 โรงเรียนประถมทั่วประเทศออสเตรเลีย จากการประเมินผลการทำงานของ KidsMatters ในปีพ.ศ. 2552 โดย Centre For Analysis of Educational Futures, Flinders University แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า KidsMatters มีผลกระทบในเชิงบวกต่อโรงเรียน, บุคลากร, เด็กนักเรียน, พ่อแม่ และผู้ดูแล คือ พัฒนาการด้านสุขภาพจิตของเด็กนักเรียนดีขึ้น โดยมีการมองโลกในแง่บวก และมีทักษะในการจัดการกับปัญหาดีขึ้น มีเด็กนักเรียนประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตน้อยลง ไม่ว่าจะปัญหาทางด้านอารมณ์ สังคม หรือพฤติกรรม นอกจากนี้ยังส่งผลในเชิงบวกเกี่ยวกับการทำงานของโรงเรียนด้วย

7. Kids Helpline⁷¹

Kids Helpline เป็นบริการสายด่วนฟรี 24 ชั่วโมง ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่กลุ่มคนอายุ 5-25 ปี ทางโทรศัพท์ อีเมล และผ่านเว็บไซต์ (<http://www.kidshelp.com.au>) ดำเนินงานโดย BoysTown⁷² ซึ่งเป็นองค์กรอิสระ ที่ได้รับเงินทุนจากการจัดฉลากกินแบ่ง เงินบริจาค เงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง รัฐบาลระดับรัฐ และระดับท้องถิ่น ผู้ให้คำปรึกษาในบริการนี้จะต้อง เป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว ในปัจจุบันบริการนี้ให้คำปรึกษาประมาณ 6,000 สายต่อสัปดาห์ เป็นปัญหาด้านยูติความสัมพันธ์ ด้านความ

รุนแรง การล่องละเมิดทางเพศ ไม่มีที่อยู่อาศัย การคิดฆ่าตัวตาย ปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

8. National Suicide Prevention Program (NSPP)^{62 73}

เป็นโครงการที่ Australian Government เป็นผู้ให้เงินทุนสนับสนุน โดยอยู่ภายใต้ National suicide prevention strategy⁷⁴ เพื่อสนับสนุนโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ทั้งในระดับชาติและในระดับท้องถิ่น คือ สนับสนุน

1. โครงการที่จัดในชุมชน เพื่อจัดการปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อในระดับท้องถิ่น
2. การลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน และการส่งเสริมงานวิจัย

โครงการระดับชาติมีความมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งหมด ในการลดการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย ควบคุมสื่อที่ไม่เหมาะสมสำหรับการฆ่าตัวตาย และเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง ให้การสนับสนุนที่มากขึ้นสำหรับชุมชนและโรงเรียน

ในปัจจุบันโครงการนี้ให้การสนับสนุนอยู่ประมาณ 14 โครงการย่อย โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือวัยรุ่น ตัวอย่างโครงการย่อย เช่น

- Peer Support Program โครงการนี้ถูกจัดตั้ง ด้วยงบประมาณ 458,298 ดอลลาร์ (จากปีงบประมาณ พ.ศ. 2554-2555 ถึง พ.ศ. 2555-2556) ดำเนินงานโดย Peer Support Foundation เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิต ทางกาย และทางสังคม โดยสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลง ทางวัฒนธรรมในเชิงบวกภายในโรงเรียน โดยแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

- Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) เป็นโครงการฝึกอบรมทักษะประยุกต์ที่เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับครูโรงเรียนมัธยม โดยได้รับงบประมาณจากรัฐบาลกลาง และดำเนินงานโดย Anglicare Victoria

- LifeForce Suicide Prevention Training Program เป็นโครงการฝึกอบรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้นำท้องถิ่นในชุมชนเมือง และในภูมิภาค

- LIFE Communications เป็นศูนย์กลางทรัพยากรการป้องกันการฆ่าตัวตาย

- Mindframe and StigmaWatch ดำเนินการควบคุมสื่อ รับผิดชอบในการตรวจสอบและรายงานผล

8. บทสรุปและบทเรียนจากการทบทวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชนในประเทศออสเตรเลีย

จากการทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชนในประเทศออสเตรเลีย มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

- ประเทศออสเตรเลีย ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ
- มีการทำวิจัย หรือการสำรวจก่อนทำโครงการต่างๆ เพื่อจะได้สร้างเป้าหมายของโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และแก้ปัญหาได้ตรงจุด
- โครงการต่างๆ โดยส่วนมากมีระบบการติดตามประเมินผล และการรายงานผล

- ให้ความสำคัญกับการสร้างแนวทางปฏิบัติ (guidelines) กรอบการทำงาน ขอบเขตการทำงาน และหน้าที่ของผู้ปฏิบัติ ให้มีความชัดเจน
- มาตรการหรือนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคในเด็กโตและวัยรุ่น เน้นที่การให้ความรู้ การให้ข้อมูล โดยส่วนมากให้ในโรงเรียน และให้ผู้ปกครอง และชุมชนมีส่วนร่วมด้วย
- ประเทศออสเตรเลียมีระบบสารสนเทศที่ดีในการเก็บข้อมูล และรายงานผล ทำให้ง่ายและสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ

ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังจะเห็นได้จากการที่ประเทศออสเตรเลียมีการกำหนดนโยบาย, มาตรการ หรือกฎหมายต่างๆ มากมาย เพื่อสนับสนุนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ และอาจกล่าวได้ว่าประเทศออสเตรเลียประสบความสำเร็จในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากมีการทำงานที่ค่อยข้างมีระบบ มีการสนับสนุนงานด้านนี้อย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

9. เอกสารอ้างอิง

1. About Australia. Australian Government; [cited 2013 17 March]; Available from: <http://australia.gov.au/about-australia>.
2. Australian Demographic Statistics, Sep 2012. Australian Bureau of Statistics; [updated 17 April 2013; cited 2013 29 April]; Available from: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3101.0>.
3. Australia's health 2012. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2012.
4. Population by Age and Sex, Regions of Australia, 2011. Australian Bureau of Statistics; [updated 12 September 2012; cited 2013 17 March]; Available from: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Products/3235.0~2011~Main+Features~Main+Features?OpenDocument>.
5. Year Book Australia, 2012: Health. Australian Bureau of Statistics; [updated 21 January 2013; cited 2013 17 March]; Available from: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/1301.0Main+Features222012>.
6. Medicare services. Department of Human Services; [updated 26 March 2013; cited 2013 30 March]; Available from: <http://www.humanservices.gov.au/customer/subjects/medicare-services - PharmaceuticalBenefitsScheme>.
7. AIHW. Health expenditure Australia 2010-11. Australian Institute of Health and Welfare; 2012 [cited 2013 18 March]; Available from: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737423009>.
8. Australia: the healthiest country by 2020. National Preventative Health Taskforce; 2009 [cited 2013 18 March]; Available from: [http://www.preventativehealth.org.au/internet/preventativehealth/publishing.nsf/Content/AEC223A781D64FF0CA2575FD00075DD0/\\$File/nphs-overview.pdf](http://www.preventativehealth.org.au/internet/preventativehealth/publishing.nsf/Content/AEC223A781D64FF0CA2575FD00075DD0/$File/nphs-overview.pdf).
9. National Preventative Health Strategy. Australian Institute of Health and Welfare; [cited 2013 18 March]; Available from: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455461&libID=6442455463>.
10. Chapter 1 Our performance. Australian Institute of Health and Welfare; [cited 2013 18 March]; Available from: <http://www.aihw.gov.au/aihw-annual-report-2011-12/ch1/ - spotlight-aushealth>.
11. Australia's health 2012. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2012.
12. Begg S, Vos T, Barker B, Stevenson C, Stanley L, Lopez AD. The burden of disease and injury in Australia 2003. Canberra: AIHW 2007.
13. STIs- Sexually Transmissible Infections. Australian Government; [updated January 2011]; Available from: <http://www.sti.health.gov.au/>.

14. YEAH and Red Aware. [cited 2013 28 March]; Available from:
<http://www.redaware.org.au>.
15. HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report 2012: The Kirby Institute, the University of New South Wales, Sydney, NSW 2052.
16. Young Australians: their health and wellbeing 2011. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2011.
17. Births Australia 2011. Australian Bureau of Statistics; [updated 8 March 2013; cited 2013 2 May]; Available from:
<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/3301.02011?OpenDocument>.
18. Australian Social Trends, Sep 2009 Canberra: Australian Bureau of Statistics; [updated 9 December 2009; cited 2013 3 May]; Available from:
<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4102.0Main+Features20Sep+2009>.
19. Australia's health 2012. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2012.
20. A picture of Australia's children 2012. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2012.
21. Young Australians: their health and wellbeing 2011. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2011.
22. A picture of Australia's children 2012. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2012.
23. Young Australians: their health and wellbeing 2011. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2011.
24. A picture of Australia's children 2012. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2012.
25. Mental Health of Young People, 2007 Australian Bureau of Statistics; [updated 26 July 2010; cited 2013 6 May]; Available from:
<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Latestproducts/4840.0.55.001MainFeatures42007?opendocument&tabname=Summary&prodno=4840.0.55.001&issue=2007&num=&view - Anchor4>.
26. Young Australians: their health and wellbeing 2011. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare 2011.
27. National STI Prevention Program: Sexual Health Campaign 2009 [cited 2013 25 February]; Available from:
<http://www.sti.health.gov.au/internet/sti/publishing.nsf/content/home-1>.

28. Smith A. SM, Mitchell A., Walsh J., Lyons A., Blackman P., Pitts M. . Sexuality Education in Australian Secondary Schools 2010. Melbourne: La Trobe University , the Australian Research Centre in Sex, Health & Society 2011.
29. Second National Sexually Transmissible Infections Strategy 2010–2013. [cited 2013 26 February]; Available from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ohp-national-strategies-2010-sti/\\$File/sti.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ohp-national-strategies-2010-sti/$File/sti.pdf)
30. HPV School Vaccination Program. [updated March 2013; cited 2013 20 March]; Available from: <http://hpv.health.gov.au>.
31. Kulasingam S, Connelly L, Conway E, Hocking JS, Myers E, Regan DG, et al. A cost-effectiveness analysis of adding a human papillomavirus vaccine to the Australian National Cervical Cancer Screening Program. *Sexual Health*. 2007;4(3):165-75.
32. National HPV Vaccination Program Register [updated April 2013; cited 2013 22 April]; Available from: <http://www.hpvregister.org.au/Default.aspx>.
33. Helping Young Parents. Department of Human Services; [updated 31 October 2012; cited 2013 2 March]; Available from: <http://www.humanservices.gov.au/customer/services/centrelink/helping-young-parents>.
34. Love Learn Grow. Department of Human Services; [cited 2013 2 March]; Available from: <http://youngparents-community.humanservices.gov.au>.
35. Physical Activity: Australia's Physical Activity recommendations for children and young people. Department of Health and Ageing; [updated December 2007; cited 2013 7 March]; Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-active-recommend.htm>.
36. Child Health: Nutrition and physical activity. Department of Health and Ageing [updated January 2012; cited 2013 7 March]; Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phd-child-health-index>.
37. A Healthy and Active Australia. Department of Health and Ageing; [updated 01 September 2011; cited 2013 25 March]; Available from: <http://www.healthyactive.gov.au/internet/healthyactive/publishing.nsf/Content/home>.
38. Stephanie Alexander Kitchen Garden National Program. Australian Government; [updated 17 January 2012; cited 2013 1 April]; Available from: <http://www.healthyactive.gov.au/internet/healthyactive/publishing.nsf/Content/kitchen-garden>.

39. Stephanie Alexander Kitchen Garden Foundation. [cited 2013 1 April]; Available from: <http://www.kitchengardenfoundation.org.au/index.php>.
40. A Healthy and Active Australia: Active After-school Communities (AASC) program. Department of Health and Ageing; [updated 26 May 2009; cited 2013 1 April]; Available from: <http://www.healthyactive.gov.au/internet/healthyactive/publishing.nsf/Content/aasc>.
41. Active After-school Communities (AASC) program brochure. Australian Sports Commission; [updated January 2012; cited 2013 1 April]; Available from: http://www.ausport.gov.au/_data/assets/pdf_file/0004/317281/AASC_general_brochure_v3.0_-_21_2_12.pdf.
42. Active After-school Communities (AASC) program. Australian Sports Commission; [cited 2013 1 April]; Available from: <http://www.ausport.gov.au/participating/aasc/about>.
43. Summary of evaluation findings - AASC program 2011: Australian Sports Commission 2011.
44. Australian Dietary Guidelines 2013. National Health and Medical Research Council; [cited 2013 25 March]; Available from: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/n55>.
45. Australian Child Car Seat Laws. Birth; [updated 15 December 2012; cited 2013 11 March]; Available from: <http://www.birth.com.au/Baby/Baby-Products/Baby-products/Australian-Child-Car-Seat-Laws>.
46. Product Safety Australia: Child restraints for use in motor vehicles. Australian Competition & Consumer Commission; [cited 2013 11 March]; Available from: <http://www.productsafety.gov.au/content/index.phtml/itemId/973975>.
47. Australian Road Rules. National Road Transport Commission; 2012 [cited 2013 12 March]; Available from: <http://www.ntc.gov.au/filemedia/Reports/ARRFeb12.pdf>.
48. National Kidsafe Day. Child Accident Prevention Foundation of Australia; [cited 2013 12 March]; Available from: <http://www.kidsafeday.com.au>.
49. National Day of Action Against Bullying and Violence. Queensland Department of Education, Training and Employment [cited 2013 16 March]; Available from: <http://www.bullyingnoway.gov.au/national-day/about.html>.
50. Australian Water Safety Strategy 2012-15. Australian Water Safety Council (AWSC); [cited 2013 16 March]; Available from: <http://www.watersafety.com.au>.
51. Keep Watch: Home Pool Safety. Royal Life Saving; [cited 2013 16 March]; Available from: <http://www.royallifesaving.com.au/programs/home-pool-safety>.

52. National Tobacco Campaign. Australian Government; [updated 4 November 2012; cited 2013 6 March]; Available from:
<http://www.quitnow.gov.au/internet/quitnow/publishing.nsf/Content/ntc-2009-2013-lp>.
53. Myers P, Blackmore D. National Partnership Agreement on Preventive Health Tobacco Social Marketing Campaign: EVALUATION REPORT. The Social Research Centre; 2011 [cited 2013 6 March]; Available from:
[http://www.quitnow.gov.au/internet/quitnow/publishing.nsf/Content/A61C40086BCE07F8CA257A0D001F1207/\\$File/NTC 2011 Evaluation Report FINAL.pdf](http://www.quitnow.gov.au/internet/quitnow/publishing.nsf/Content/A61C40086BCE07F8CA257A0D001F1207/$File/NTC%202011%20Evaluation%20Report%20FINAL.pdf).
54. Prescription medications: Quitting Methods and What to Expect. [updated 30 May 2012; cited 2013 6 March]; Available from:
<http://www.quitnow.gov.au/internet/quitnow/publishing.nsf/Content/quitting-methods>.
55. Important changes to the sale of tobacco products in Australia. Department of Health and Ageing; [updated 30 November 2012; cited 2013 6 March]; Available from:
<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/content/ictstpa - UJwV879R5m0>.
56. National Binge Drinking Strategy (NBDS). Australian National Preventive Health Agency (ANPHA); [updated 15 February 2013; cited 2013 7 March]; Available from:
<http://anpha.gov.au/internet/anpha/publishing.nsf/Content/NBDS>.
57. Alcohol: National Binge Drinking Strategy (NBDS). Department of Health and Ageing; [updated 24 January 2013; cited 2013 7 March]; Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-publth-strateg-drugs-alcohol-index.htm>.
58. Don't Turn a Night Out into a Nightmare. Department of Health and Ageing; [cited 2013 7 March]; Available from:
<http://www.drinkingnightmare.gov.au/internet/drinkingnightmare/publishing.nsf/Content/about-the-campaign>.
59. National Binge Drinking Campaign- Evaluation Survey April 2009. Ipsos-Eureka Social Research Institute [cited 2013 7 March]; Available from:
[http://www.drinkingnightmare.gov.au/internet/drinkingnightmare/publishing.nsf/Content/3F34473572CF15F2CA257679007C3A7A/\\$File/eval.pdf](http://www.drinkingnightmare.gov.au/internet/drinkingnightmare/publishing.nsf/Content/3F34473572CF15F2CA257679007C3A7A/$File/eval.pdf).
60. Be the Influence - Tackling Binge Drinking. Australian National Preventive Health Agency; [cited 2013 7 March]; Available from:
<http://www.tacklingbingedrinking.gov.au/internet/tackling/publishing.nsf/content/home-1>.

61. National Drugs Campaign. Department of Health and Ageing; [updated 29 June 2011; cited 2013 9 March]; Available from:
<http://www.drugs.health.gov.au/internet/drugs/publishing.nsf/content/home-1>.
62. Mental health, wellbeing and suicide prevention initiatives supporting children and young people. [updated October 2012; cited 2013 11 April]; Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-fact-young>.
63. Headspace, the National Youth Mental Health Foundation. 2011 [cited 2013 1 March]; Available from: <http://www.headspace.org.au>.
64. eheadspace. [cited 2013 1 March]; Available from:
<https://http://www.eheadspace.org.au>.
65. Headspace: School Support 2012 [cited 2013 1 March]; Available from:
<http://www.headspace.org.au/what-works/school-support>.
66. Mental Health: Expansion of the Access to Allied Psychological Services (ATAPS) Program. [updated June 2011; cited 2013 15 March]; Available from:
<http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/theme-mentalhealth-.UXFoi79R5m1>.
67. Access to Allied Psychological Services (ATAPS). [updated August 2012; cited 2013 15 March]; Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/mental-boimhc-ataps>.
68. Access to Allied Psychological Services (ATAPS): PROJECT REPORTS. [updated February 2013; cited 2013 15 March]; Available from:
<https://boimhc.org/bin/view/Main/ATAPSReports>.
69. MindMatters. [cited 2013 15 March]; Available from:
<http://www.mindmatters.edu.au/default.asp>.
70. KidsMatter. 2012 [cited 2013 15 March]; Available from:
<http://www.kidsmatter.edu.au>.
71. Kids Helpline. [cited 2013 17 March]; Available from:
<http://www.kidshelp.com.au/grownups/about-us/>.
72. Boystown. 2012 [cited 2013 17 March]; Available from:
<http://www.boystown.com.au>.
73. Living Is For Everyone (LIFE). [cited 2013 16 March]; Available from:
<http://www.livingisforeveryone.com.au/Home.html>.
74. National suicide prevention strategy [updated March 2013; cited 2013 5 April]; Available from:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/mental-nsp>.

บทที่ 6

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชน: ประเทศญี่ปุ่น

ภญ.ผศ.ดร.ณัฐริญา คำผล
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

1. บทนำ

ญี่ปุ่นเป็นประเทศในทวีปเอเชียที่ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยสูงมาก ทั้งนี้เนื่องจากประเทศญี่ปุ่นให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพ การทบทวนนโยบายและมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศญี่ปุ่น จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจุดเด่นและได้บทเรียนของการดำเนินงานเพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการกำหนดนโยบายของประเทศไทยได้

2. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย และมาตรการต่างๆ ของประเทศญี่ปุ่นต่อปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน ตามหัวข้อปัญหาที่มีการจัดลำดับความสำคัญของประเทศไทย โดยทำการสืบค้นข้อมูลผ่านฐานข้อมูลและเว็บไซต์ทางอินเทอร์เน็ต โดยสืบค้นระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 คำสืบค้นหลักที่ใช้ ได้แก่ Japan, adolescent, childhood, youth, teenage, health problem, health promotion, health policy โดยมีแหล่งค้นคว้าที่สำคัญดังนี้

1. เว็บไซต์ของหน่วยงานด้านสุขภาพ
 - a. Ministry of Health, Labor and Welfare ประเทศญี่ปุ่น (<http://www.mhlw.go.jp>)
 - b. Ministry of Foreign Affairs of Japan (<http://www.mofa.go.jp>)
 - c. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (<http://www.oecd.org/japan>)
 - d. World Health Organization (<http://www.wpro.who.int>)
2. ข้อมูลของหน่วยงาน/ รัฐบาล
 - a. White paper on youth
 - b. Handbook of statistics
3. ฐานข้อมูล ได้แก่ Pubmed, ScienceDirect

3. ข้อมูลทั่วไป

ประเทศญี่ปุ่นแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 47 จังหวัด (prefecture) ในปี พ.ศ. 2555 มีประชากรทั้งสิ้น 127,650,000 คน มีเด็กอายุ 0-14 ปี ร้อยละ 13.5 ผู้มีอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 9.8 ผู้มีอายุ 25-54 ปี ร้อยละ 38.5 ผู้มีอายุ 55-64 ปี ร้อยละ 14.4 และผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.9 อายุขัยเฉลี่ยของผู้ชาย 80.57 ปี และผู้หญิง 87.43 ปี สำหรับในปีพ.ศ. 2552 พบว่าประชากรร้อยละ 1.7 ของประเทศญี่ปุ่นเป็นชาวต่างชาติ ส่วนใหญ่ได้แก่ เกาหลี จีน และบราซิล^{1,2}

ระบบการศึกษาของประเทศญี่ปุ่นประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ Kindergarten (อายุ 3-6 ปี) Elementary School (อายุ 6-12 ปี) Junior High School (อายุ 12-15 ปี) Senior High School (อายุ 15-18 ปี) College or University³

4. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ⁴

4.1 ระบบประกันสุขภาพ

ระบบสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นมีต้นแบบมาจากประเทศเยอรมัน มีแหล่งเงินด้านสุขภาพจากค่าประกันสังคม (social insurance fee) ภาษี (tax subsidy) และการร่วมจ่ายของประชาชน (copayment) ญี่ปุ่นเริ่มมีระบบประกันสุขภาพแบบ universal health insurance ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2504 โดยประชากรทุกคนรวมถึงชาวต่างชาติที่อาศัยในประเทศญี่ปุ่นถูกบังคับให้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ โดยผ่านระบบประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 ระบบขึ้นอยู่กับการประกอบอาชีพ^{5,6} ดังนี้

1. Employee health insurance เป็นระบบประกันสุขภาพที่จัดให้โดยนายจ้าง (employer) สำหรับพนักงานทุกคนในบริษัทจะถูกบังคับให้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพนี้ ได้แก่ Society-Managed Health Insurance เป็นระบบประกันสุขภาพที่นายจ้าง คือ บริษัทขนาดใหญ่ ได้จัดตั้งขึ้น ส่วนผู้ทำงานในบริษัทขนาดกลางและเล็กจะมีระบบประกันสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้ เรียกว่า Government-Managed Health Insurance โดยจะครอบคลุมทั้งผู้ทำงานและคนในครอบครัว อยู่ภายใต้ Health Insurance Act ส่วนผู้ทำงานในภาครัฐจะใช้ระบบประกันที่เรียกว่า Mutual Aid Association
2. Community-based national health insurance เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่ไม่สามารถใช้ employee health insurance ได้ จะถูกบังคับโดยอัตโนมัติให้ใช้ประกันสุขภาพของท้องถิ่นที่อาศัย (municipal government) ซึ่งจะครอบคลุมทั้งผู้ทำงานส่วนตัว ผู้ว่างงาน และผู้ทำงานในหน่วยงานขนาดเล็ก (คนงานไม่เกิน 5 คน) ซึ่งอยู่ภายใต้ National Health Insurance Act
3. Long life medical care system เป็นระบบสำหรับประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป อยู่ภายใต้ Elderly Welfare Act

การประกันสุขภาพทุกระบบผู้ประกันสามารถเลือกผู้ให้บริการได้อย่างอิสระ โดยประกันสุขภาพจะครอบคลุมการให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการทันตกรรม และ ค่ายา นอกจากนี้ยังมีเงินช่วยเหลือเมื่อมารดาคลอดบุตรและค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร รวมถึงค่าจัดการงานศพ และค่าอาหารในขณะนอนโรงพยาบาล แต่จะไม่ครอบคลุมการตรวจสุขภาพ การฉีดวัคซีน การทำแท้ง การทำศัลยกรรมความงาม สิ่งอำนวยความสะดวก (เช่น ห้องพิเศษ) และหัตถการที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง⁵

4.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปีพ.ศ. 2552 คิดเป็น ร้อยละ 9.5 ของ GDP^{7, 8} ซึ่งเป็นงบประมาณค่าใช้จ่ายจากรัฐบาลร้อยละ 37.5 จาก social health insurance ร้อยละ 48.6 และจากผู้รับบริการร้อยละ 13.9 ส่วนการบริการด้านส่งเสริมและป้องกันโรคได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภาษีทั่วไป⁹ อย่างไรก็ตาม การรับบริการสุขภาพนั้น แต่เดิมในปีพ.ศ. 2527 ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายในสัดส่วนร้อยละ 10 ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มากเกินไป จึงมีการเพิ่มสัดส่วนร่วมจ่าย ในปีพ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 20 และปีพ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์⁶ และร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายใน long-term care ยกเว้นเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ว่างงาน และผู้สูงอายุ จะร่วมจ่ายในอัตราที่ลดลง

ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของประชากรในปีพ.ศ. 2550 ได้จำแนกตามกลุ่มอายุ ได้ดังนี้ กลุ่ม 5-9 ปี กลุ่ม 10-14 ปี กลุ่ม 15-19 ปี และกลุ่ม 20-24 ปี มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 112,600 เยน 79,500 เยน 65,100 เยน และ 72,600 เยน ตามลำดับ¹⁰ ค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคมียอดส่วนประมาณร้อยละ 2 เมื่อเทียบกับ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวม¹¹ อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทำให้รัฐบาลได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพผ่านโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของ Metabolic syndrome

5. ภาวะโรค/ ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพ

5.1 อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)

5.1.1 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นญี่ปุ่นมีจำนวนไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอุตสาหกรรมอื่นๆ โดยข้อมูลในปีพ.ศ. 2549 พบว่า มีวัยรุ่นคลอดบุตรจำนวน 5 คนต่อวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 1000 คน โดยปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ญี่ปุ่นพบจำนวนน้อยกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาถึง 8 เท่า¹² แต่อย่างไรก็ตามปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้เพิ่มขึ้นเป็น 12.1 ต่อวัยรุ่นหญิง 1000 คนในปีพ.ศ. 2543¹³ ผลที่เกิดตามมาคือ ปัญหาเรื่องการทำแท้งในวัยรุ่นซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศญี่ปุ่น จำนวนและอัตราการทำแท้งในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2538 จนถึงปีพ.ศ. 2544 เด็กที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจจะมีการทำแท้งเนื่องจากยังไม่ได้แต่งงานและยังไม่สามารถเลี้ยงดูเด็กทารกได้ ซึ่งจะขัดแย้งกับวัฒนธรรมของชาวญี่ปุ่นที่จะไม่ตั้งครรภ์ก่อนแต่งงาน ทำให้สุดท้ายเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีแล้วตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจมักจะแต่งงาน หรือไม่ก็ทำแท้ง ข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมพบว่า จำนวนเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีที่ทำแท้งมีจำนวนเพิ่มขึ้นซึ่งขณะเดียวกันจำนวนเด็กที่แต่งงานเนื่องจากการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจก็มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากหลายปัจจัย ปัจจัยหนึ่งคือเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กนักเรียนที่เพิ่มขึ้น โดยปีพ.ศ. 2545 มีนักเรียน high school ชั้นปี 3 ร้อยละ 46 เคยมีประสบการณ์ของการมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ในปีพ.ศ. 2527 มีนักเรียน high school ชั้นปี 3 เพียงร้อยละ 12 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้พบว่า ทางเลือกในการคุมกำเนิดถูกจำกัดให้น้อยลง โดยเฉพาะการใช้ยาคุมกำเนิดซึ่งมีจำนวนการใช้ที่ลดลงเช่นกัน¹⁴ จากผลการสำรวจในปีพ.ศ. 2553 พบผู้ที่ทำแท้งอายุ 15-19 ปี และอายุ 20-24 ปี มีอัตรา 6.9 และ 14.9 ต่อประชากรหญิง 1000 คน¹⁵

5.1.2 การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยเอดส์ในญี่ปุ่นค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายเรื่องการใช้ยาคุมกำเนิด โดยตั้งแต่พ.ศ. 2542 ญี่ปุ่นได้มีกฎหมายกำหนดให้ยาคุมกำเนิดเป็น prescription drug ทำให้การคุมกำเนิดจะต้องใช้ถุงยางอนามัยเท่านั้น จึงมีผลทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยเอดส์ใหม่ลงได้¹⁶ การสนับสนุนให้มีการใช้ยาคุมกำเนิดในญี่ปุ่นเนื่องมาจากรัฐบาลเห็นว่า การใช้ยาคุมกำเนิดไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases: STDs) และ HIV/ AIDS ได้ Ministry of Health, Labor and Welfare ได้ทำการสำรวจในปีพ.ศ. 2551 ก็พบว่า จำนวนผู้ที่ติดเชื้อ HIV/ AIDS มีจำนวนน้อย โดยพบผู้ติดเชื้อ HIV 1,033 คน และผู้เป็นเอดส์จำนวน 378¹⁴

5.2 ภาวะโภชนาการ (Nutrition)

แม้ว่าในหลายประเทศมีความพยายามที่จะให้ประชาชนลดน้ำหนักเนื่องจากภาวะน้ำหนักเกิน แต่ในประเทศญี่ปุ่นปัญหาที่พบจะตรงกันข้าม จากผลการสำรวจของ the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) ในปีพ.ศ. 2552 พบว่า มีเพียงร้อยละ 3.5 ของประชากรญี่ปุ่นที่มีน้ำหนักเกิน¹⁷ และผลการสำรวจของรัฐบาลพบว่า ผู้หญิงอายุ 15-19 ปี และ 20-29 ปีมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (Body mass index: BMI มากกว่า 25) ร้อยละ 5.6 และร้อยละ 7.2 ตามลำดับ แต่มี

จำนวนที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (BMI น้อยกว่า 18.5) ร้อยละ 21.1 และร้อยละ 22.3 ตามลำดับ¹⁵,¹⁸ นอกจากนี้ปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวของเด็กแล้ว ยังให้ความสำคัญกับปัญหาของเด็กที่ไม่ได้รับประทานอาหารเช้าซึ่งจากการสำรวจพบว่า มีเด็กที่ไม่ได้รับประทานอาหารเช้าถึงร้อยละ 4 ทั้งนี้ร้อยละ 80 ของเด็กที่ไม่ได้รับประทานอาหารเช้า มีเหตุผลจากเด็กไม่รู้สึกริ่อยากรับประทานอาหารเช้า และไม่มีเวลาในการรับประทานอาหารเช้า ทั้งนี้เนื่องมาจากเด็กนอนดึก ทำให้ตื่นสาย จัดว่าเป็นลักษณะพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อภาวะร่างกายเด็ก นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการออกกำลังกายของเด็กที่ลดน้อยลงที่อาจส่งผลต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นได้ โดยมีเพียงเด็กผู้หญิงใน high school เท่านั้นที่มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในขณะที่เด็กอื่นๆ ออกกำลังกายลดลง¹⁹

5.3 สุขภาพจิต (Mental health)

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมส่งผลให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลในวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลให้เด็กไม่อยากไปโรงเรียน เกิดความรุนแรงในครอบครัว/ ในโรงเรียน และมีการฆ่าตัวตาย อัตราของการฆ่าตัวตายของเด็กมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มถึงร้อยละ 57.6 จากปีพ.ศ. 2544 ถึงปีพ.ศ. 2545²⁰ และข้อมูลในปีพ.ศ. 2551 ตำรวจรายงานว่ามีเด็กและเยาวชนที่ตั้งใจจะฆ่าตัวตายถึงจำนวน 4,049 คน แบ่งเป็นผู้หญิงร้อยละ 32 โดยในกลุ่มที่ยังเรียนหนังสืออยู่มีจำนวน 943 คน และนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยเป็นกลุ่มที่มีจำนวนสูงสุดตั้งใจฆ่าตัวตายมากที่สุด (520 คน)²¹

สำหรับอัตราการขาดเรียนของเด็กพบว่า ในปีพ.ศ. 2553 มีร้อยละ 1.14 ของนักเรียนทั้งหมด ซึ่งมีสาเหตุจากความเครียดที่เกิดขึ้นทั้งจากที่บ้านและที่โรงเรียน ทั้งนี้อาการที่เด็กแสดงออกอาจมีได้ตั้งแต่ปวดศีรษะเรื้อรัง ปวดท้อง เบื่ออาหาร²²

5.4 การใช้สารเสพติด/ บุหรี่/ แอลกอฮอล์

5.4.1 การใช้สารเสพติด²¹

ปีพ.ศ. 2551 มีรายงานเด็กจำนวน 2,758 คน ใชยากระตุ้นประสาท (stimulant drugs) และจำนวน 1,730 คน เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา ซึ่งแม้ว่าจะมีจำนวนการใช้ยาเสพติดลดลงเล็กน้อย แต่ก็ยังเป็นจำนวนที่สูงอยู่โดยเฉพาะจำนวนผู้ใช้กัญชาซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น

5.4.2 บุหรี่

ในปีพ.ศ. 2552 ผู้ชายร้อยละ 40.1 และผู้หญิงร้อยละ 16.2 ของกลุ่มอายุ 20-29 ปี มีสถิติเป็นผู้ที่สูบบุหรี่¹⁵ สำหรับการสำรวจการสูบบุหรี่ในเด็กนักเรียน junior และ senior high school ในปีพ.ศ. 2547 พบว่า ร้อยละ 21.7 ของนักเรียนชายเกรด 12 และร้อยละ 9.7 ของนักเรียนหญิงเกรด 12 ยอมรับว่าเคยสูบบุหรี่ใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยร้อยละ 13 ของนักเรียนชาย และร้อยละ 4.3 ของนักเรียนหญิง มีการสูบบุหรี่ทุกวัน²³

5.4.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ข้อมูลสถิติในปีพ.ศ. 2552 ของ Ministry of Health, Labor and Welfare แสดงจำนวน ผู้ชายร้อยละ 13.4 และผู้หญิงร้อยละ 4.9 ในกลุ่มอายุ 20-29 ปี เป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์¹⁵ ซึ่งการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นกิจกรรมที่วัยรุ่นญี่ปุ่นนิยม โดยเฉพาะในนักศึกษามหาวิทยาลัยจะมีการจัดงานสังสรรค์และมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามวัยรุ่นมักจะไม่รู้วิธีการดื่มที่ถูกต้อง มีรายงานจาก Tokyo Fire Department พบเด็กช่วงอายุ 20 ปี เกิด acute alcohol poisoning จนต้องส่งโรงพยาบาลจำนวน 6,606 ราย และปัญหานี้เป็นปัญหาที่มีผู้สนใจมากขึ้นเมื่อมีรายงานการเสียชีวิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป²⁴

5.5 การบาดเจ็บ (Injury) การใช้ความรุนแรง (Violence)

5.5.1 การบาดเจ็บที่ไม่ได้ตั้งใจ (Unintentional Injury)

จากข้อมูลของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (unintentional injury) ของเด็กอายุ 0-14 ปีในประเทศไทยปีตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543-พ.ศ. 2552 พบว่า มีเด็กอายุ 5-9 ปี และ 10-14 ปีเสียชีวิต ร้อยละ 27.3 และร้อยละ 18.6 ตามลำดับ โดยสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กอายุช่วง 5-14 ปีเสียชีวิต 3 ลำดับแรกคือ อุบัติเหตุจากการเดินทาง การจมน้ำ และการสัมผัสกับควัน/ไฟ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า จำนวนเด็กที่เสียชีวิตอายุ 0-14 ปีมีจำนวนลดลงร้อยละ 46.2 ในปีพ.ศ. 2552 เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2543²⁵

ข้อมูลจาก National Police Agency รายงานผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปีในปีพ.ศ. 2551 มีจำนวน 678 คน ซึ่งมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ โดยลดลงร้อยละ 15.6 จากปีพ.ศ. 2550 แต่อย่างไรก็ตามได้มีการแยกชนิดของยานพาหนะที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต²¹ แสดงดังตารางที่ 6-1

ตารางที่ 6-1 จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำแนกตามอายุและชนิดของยานพาหนะ

อายุ (ปี)	รถยนต์	จักรยานยนต์/ จักรยาน	จักรยาน	ระหว่างการเดิน
6	17	-	1	33
7-12	13	1	13	17
13-15	4	6	16	5
16-19	86	142	22	11
20-24	137	127	11	14

นอกจากนี้ปัญหาที่เกิดกับญี่ปุ่นเนื่องจากวัฒนธรรมของคนญี่ปุ่นที่นิยมการแช่น้ำร้อนเป็นประจำ ทำให้อ่างน้ำวน (whirlpool bath) ได้รับความนิยมอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ปัญหาเรื่องการจมน้ำในอ่างน้ำวนเสียชีวิตได้กลายเป็นปัญหาของประเทศ โดยในปีพ.ศ. 2543 มีคนญี่ปุ่นจำนวน 3429 คนเกิดอุบัติเหตุจมน้ำในอ่างน้ำวน และในที่มีเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปีจำนวนถึง 38 คนรวมอยู่ด้วย²⁶

5.5.2 การใช้ความรุนแรง (Violence/ Abuse)²¹

รายงานการเสียชีวิตของเด็กที่ถูกทำร้าย/ ถูกใช้ความรุนแรง มีจำนวนเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546-2550 และลดลงในปีพ.ศ. 2551-2552 ข้อมูลแสดงดังตารางที่ 6-2
ตารางที่ 6-2 จำนวนเด็กที่เสียชีวิตจากการถูกใช้ความรุนแรงจำแนกรายปี

ปี (พ.ศ.)	จำนวน (คน)
2546	24
2547	48
2548	51
2549	52
2550	73
2551	64
2552	47

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กและเยาวชน | ญี่ปุ่น

6. นโยบายและมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพของญี่ปุ่น Childhood Welfare Law ได้แบ่งกลุ่มและให้นิยามของวัยต่างๆ ไว้คือ เด็กแรกเกิด (แรกเกิด-อายุ 1 ปี) เด็กเล็ก (1 ปี-เข้า primary school) เด็กวัยรุ่น (ตั้งแต่เข้าโรงเรียน-อายุ 18 ปี) และผู้ใหญ่ (20 ปีขึ้นไป)¹⁹

■ *National Youth Development Policy*

National Youth Development Policy เป็นนโยบายหลักแห่งชาติที่ได้จัดให้มีขึ้นในปีพ.ศ. 2546 เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาเด็กและเยาวชนทั้งในระยะกลางและระยะยาว หลังจากนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานท้องถิ่นต่างๆ ก็ได้กำหนดแผนงาน หรือโครงการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บรรลุนโยบายดังกล่าว ภายหลังจากได้ดำเนินนโยบายไปได้ 5 ปีรัฐบาลได้มีการปรับปรุงนโยบายใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นจึงได้มีการกำหนด National Youth Development Policy ใหม่ในปีพ.ศ. 2551²¹ ซึ่งมีการกำหนดเป็นกฎหมายและนโยบายต่างๆ ที่เน้นในเรื่องการลดอัตราการเกิดของเด็ก การป้องกันเด็กจากอาชญากรรม การส่งเสริมเรื่องการให้ความรู้ด้านอาหาร และการสนับสนุนการอยู่ในสังคมของเด็กและเยาวชน

■ *National Health Promotion*

ญี่ปุ่นมีนโยบาย National Health Promotion เริ่มครั้งแรกในปีพ.ศ. 2521 ซึ่งสืบเนื่องมาจากการประชุมของ WHO ที่ประกาศจุดเน้นของการดูแลสุขภาพเป็น primary health care ทำให้ญี่ปุ่นได้มีโครงการส่งเสริมสุขภาพในระยะแรก โครงการระยะแรกมีกิจกรรมหลักคือ 1) ส่งเสริมสุขภาพในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการพักผ่อน 2) การจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพระดับชุมชน 3) การจัดตั้ง health promotion council ในทุกเทศบาล ต่อมาในปีพ.ศ. 2531 จึงมีโครงการ National Health Promotion ระยะที่สอง (Active 80 Health Plan) สนับสนุนการออกกำลังกาย การจัดให้มี “Health trainer” ที่มีความรู้ทั้งเรื่องยาและกายภาพ มี fitness club ที่สนับสนุนโดยรัฐบาล ซึ่งมีกิจกรรมเน้นที่ผู้สูงอายุซึ่งมีโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพนี้ก็ไม่ได้มีการประเมินผลและอาจไม่บรรลุเป้าหมายได้ หลังจากนั้น พบว่าปัญหาที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในญี่ปุ่นเป็นโรคเกิดจากพฤติกรรมการดำรงชีวิต^{23, 27} ทำให้มีการจัดทำโครงการ National Health Promotion ระยะที่สามขึ้นในปีพ.ศ. 2543 ซึ่งจะเน้นในเรื่องของการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี การแยกผู้สูบบุหรี่ และการมีส่วนร่วมในการตรวจสุขภาพ

■ *Healthy Japan 21*

Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) เป็นหน่วยงานหลักของประเทศญี่ปุ่นที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพของประชาชน ในปีพ.ศ. 2543 ญี่ปุ่นได้เริ่มนโยบายสร้างเสริมสุขภาพในระดับชาติระยะที่ 3 โดยจัดให้มีโครงการ “Kenko-Nippon-21” (Healthy Japan 21) เกิดขึ้นเนื่องจากความต้องการของนานาชาติและ Ottawa Charter ที่จะให้มีการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ประกอบกับโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำรงชีวิตยังคงเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศญี่ปุ่น Ministry of Health, Labor and Welfare จึงสนับสนุนให้มีโครงการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติในศตวรรษที่ 21 (Healthy Japan 21) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดจำนวนการตาย ยืดจำนวนปีที่สุขภาพดี และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งนี้ Ministry of Health, Labor and Welfare ได้พัฒนาแผนกลยุทธ์แม่บทและให้หน่วยงานท้องถิ่นพัฒนาแผนดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ที่วางไว้ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยตั้งเป้าหมายไว้ 70 เป้าหมายใน 9 ประเภท คือ 1) Nutrition and

dietary habits 2) Physical activities and exercise 3) Rest and mental health development 4) Tobacco 5) Alcohol 6) Oral health 7) Diabetes 8) Cardiovascular diseases 9) Cancer โดยประเภท ที่มีเป้าหมายเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน ได้แก่ ด้านอาหารและลักษณะการบริโภค ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยาสูบ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โครงการ Healthy Japan 21 มีนโยบายพื้นฐาน 4 ประเด็น คือ

1. เน้น primary prevention
2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ
3. กำหนดและประเมินเป้าหมาย
4. จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพโดยหน่วยงานต่างๆ

ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพระดับชาตินี้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ 3 องค์กรหลัก²⁸

ได้แก่

1) Headquarters for the Promotion of Healthy Japan 21 อยู่ใน Ministry of Health, Labor and Welfare ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินและวัดผลโครงการต่างๆ

2) National Council for Promotion of Healthy Japan 21 เป็นองค์กรส่วนกลางที่ตั้งขึ้นเพื่อดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยมีตัวแทนทั้งจากระดับชาติและระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมประชุมหารือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดำเนินงาน

3) National Liaison Council for Promotion of Healthy Japan 21 เป็นแกนกลางในการเผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณชน และสร้างความเข้มแข็งในการร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ โดยอาศัยหน่วยงานทางวิชาการในประเทศ เช่น Japanese Public Health Association, medical and nursing schools เป็นต้น

■ *Health Promotion Law*

การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายของ Healthy Japan 21 นั้น Ministry of Health, Labor and Welfare ได้ออก Health Promotion Law ขึ้นและเริ่มบังคับใช้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2546 เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน โดยให้แต่ละท้องถิ่นได้กำหนดแผนงานและกลยุทธ์ต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับ Healthy Japan 21⁶

■ *Healthy Parents and Children 21 และ Sukoyaka Family 21 Plan*²⁹

ญี่ปุ่นมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมารดาและเด็ก คือ Healthy Parents and Children 21 และ Sukoyaka Family 21 โดย Sukoyaka หมายถึง สุขและมีความสุขดี นโยบายทั้งสองมีจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพของมารดาและเด็กในศตวรรษที่ 21 สำหรับ Sukoyaka Family 21 เป็นโครงการระดับชาติที่นอกจากจะมีจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแล้ว ยังให้ความสำคัญกับบุคคลอื่นในครอบครัวด้วย เช่น บิดา ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีสุขภาพดีในครัวเรือน นับว่าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Healthy Japan 21 ในปีพ.ศ. 2543 มีการตั้งผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาเป็นคณะกรรมการโครงการร่วมวางแผน และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ ในท้องถิ่นสำหรับการดูแลสุขภาพ โดยมีประเด็นในการดูแลสุขภาพมารดาและเด็ก 4 ประเด็นดังนี้

1. เริ่มต้นการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพกับเยาวชน

2. สร้างความปลอดภัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ คลอดบุตร และช่วยเหลือปัญหาการมีบุตรยาก
3. ดำรงไว้และพัฒนามาตรฐานของ child health care และการบริการทางการแพทย์
4. ส่งเสริมการสร้างพัฒนาการเด็ก และลดความวิตกกังวลของการเลี้ยงดูเด็ก

เพื่อให้การดำเนินนโยบายประสบความสำเร็จต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การบริการทางการแพทย์ และสวัสดิการต่างๆ โดยมีการกำหนดเป็นนโยบาย 3 ข้อคือ

1. สนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ มีการจัดกิจกรรมด้วยความสมัครใจ
2. จัดตั้ง Promotion Council for Sukoyaka Family 21 เพื่อที่จะเป็นหน่วยงานกลางในการดำเนินงานและให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมของหน่วยงานต่างๆ
3. ตั้งวัตถุประสงค์โดยการระบุช่วงเวลาและลักษณะของกิจกรรมที่ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ สำหรับนโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพต่างๆ มีดังนี้

1. อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)

■ Sex education

สิ่งสำคัญในการลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือ การให้ความรู้ที่เหมาะสม ในเวลาที่เหมาะสม โดยบุคคลที่เหมาะสม การให้ความรู้ในเรื่องยาคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย จะช่วยให้เด็กเข้าใจถึงกลไกของการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด โดยวิธีที่แนะนำสำหรับการคุมกำเนิดที่ดีที่สุด คือ การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งนอกจากจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์แล้ว ยังช่วยลดโอกาสของการติดเชื้อ STDs และ HIV/ AIDS อีกด้วย การให้ความรู้นี้จะรวมถึงการสอนวิธีการใช้ถุงยางอนามัยด้วย การให้ sex education ถูกแนะนำให้กับเด็กในชั้น junior high school และ high school และควรมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้นี้เพิ่มมากขึ้น¹⁴

การดำเนินการให้ความรู้ภายใต้ Sukoyaka Family 21 Plan จะมีการกำหนดเป็น school education ให้ความรู้เรื่องเพศผ่านทางวิชาต่างๆ เช่น physical exercise, health and physical education, science, home economics, moral education และ special activities โดยนักเรียนแต่ละชั้น จะถูกสอนในเรื่องต่างๆ ได้แก่ junior high school ถูกสอนในเรื่องการ response ที่เหมาะสม ทางเลือกในการปฏิบัติตัว senior high school ถูกสอนเรื่อง การปฏิสนธิ การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร ปัญหาที่เกิดจากการทำแท้ง เป็นต้น การดำเนินนโยบายนี้ครูผู้สอนจะได้รับการสนับสนุนในเรื่องของสื่อการสอน แนวทางการสอน และการฝึกอบรม เพื่อให้ครูทำหน้าที่ให้คำปรึกษา และจัดตั้ง counseling room ในโรงเรียน

ในส่วนในระดับท้องถิ่น/ชุมชน ก็จะถูกสนับสนุนให้มีการจัดบรรยาย หรือสัมมนาเรื่องเพศและปัญหาด้านสุขภาพของผู้หญิง แก่ท้องถิ่นตามวัตถุประสงค์และกลุ่มผู้ฟังในแต่ละท้องถิ่น โดยความรับผิดชอบของ Ministry of Health, Labor and Welfare และ Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology รวมถึงการจัดตั้งหน่วยงานที่จะทำหน้าที่ counseling ให้กับเด็กในชุมชน นอกจากนี้จะมีการให้ข้อมูลที่ต้องการผ่านหนังสือ นิตยสาร ทีวีเพื่อการศึกษา ที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กด้วย ซึ่งการให้ข้อมูลนั้นอาจมีการใช้เด็กวัยเดียวกันมาให้ความรู้เพื่อนเรื่อง sex education ยาคุมกำเนิด และการป้องกันยาเสพติด¹³

▪ **Legal abortion**

การทำแท้งในประเทศญี่ปุ่นสามารถทำได้ตามกฎหมายภายใต้ Mother’s Body Protection Law ซึ่งต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ที่ได้รับการรับรองจาก prefectural medical association ซึ่งหากเด็กวัยรุ่นประสงค์จะทำแท้งต้องได้รับการยินยอมจากเด็กผู้หญิง คู่ของเด็กผู้หญิง และผู้ปกครองก่อน³⁰ ทั้งนี้จะอนุญาตให้ทำแท้งในกรณีที่อาจเป็นอันตรายต่อแม่ หรือมีปัญหาด้าน socio-economics

▪ **Guideline “Handbook of Adolescent Sex and Health”**

รัฐบาลญี่ปุ่นได้จัดทำแนวทางพื้นฐานเป็นคู่มือสำหรับเรื่องเพศและสุขภาพในวัยรุ่น จากนั้นท้องถิ่นจึงได้จัดเตรียมคู่มือสำหรับวัยรุ่นของแต่ละท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านเพศและสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางให้วัยรุ่นมีความเข้าใจในสุขภาพและเพศมากขึ้น¹³

2. ภาวะโภชนาการ (Nutrition)

ญี่ปุ่นให้ความสำคัญกับภาวะโภชนาการมาช้านานแล้วเริ่มตั้งแต่สมัยจักรพรรดิเมจิ (ปลายศตวรรษที่ 19) ที่มีแนวคิดในเรื่องของการกินอาหารที่มีสุขภาพดีจะส่งผลให้คนมีร่างกายและจิตใจที่ดี

▪ **Healthy Japan 21**

ภาวะโภชนาการเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญอย่างหนึ่งใน Healthy Japan 21 โดยมีการกำหนดเป้าหมายของการมีภาวะน้ำหนักที่เหมาะสมของเด็กและเยาวชนญี่ปุ่นในปีพ.ศ. 2553 ไว้ดังตารางที่ 6-3⁶ ซึ่งภายใต้ Health Promotion Law จะกำหนดให้หน่วยงานท้องถิ่นจัดทำแผนงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ Healthy Japan 21

ตารางที่ 6-3 เป้าหมายของการมีภาวะน้ำหนักที่เหมาะสมของเด็กและเยาวชน

เป้าหมาย	Baseline (ร้อยละ)	Target (ร้อยละ)
สัดส่วนของผู้ชายอายุ 20-69 ปี มี BMI \geq 25	24.3	\leq 15
สัดส่วนของเด็กและเยาวชน มีน้ำหนัก \geq ร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐาน	10.7	\leq 7
สัดส่วนของผู้หญิง อายุ 20-29 ปี มี BMI \leq 18.5	23.3	\leq 15
สัดส่วนของพลังงานที่ได้รับจากไขมันเฉลี่ยต่อวันในผู้มีอายุ 20-29 ปี	27.1	\leq 25
จำนวน junior high school/ high school ไม่กินอาหารเช้า	6	0

แต่อย่างไรก็ตาม ในปีพ.ศ. 2549 ได้มีการประเมินผลของโครงการช่วงกลาง 5 ปี³¹ พบว่า ยังไม่มีตัวชี้วัดใดที่บรรลุเป้าหมาย มีผลที่ดีขึ้นเพียงเล็กน้อย ในขณะที่มีบางตัวชี้วัดที่ให้ผลที่ลดลง ได้แก่ สัดส่วนของผู้ชายอายุ 20-69 ปี มี BMI \geq 25 มีจำนวนเพิ่มเป็นร้อยละ 29 และ จำนวน junior high school/ high school ไม่กินอาหารเช้า เพิ่มเป็นร้อยละ 6.2 ทำให้รัฐบาลมีการเพิ่ม

กลยุทธ์ในเรื่องของ Japanese Food Guide Spinning Top เพื่อเป็นแนวทางการบริโภคอาหาร สำหรับคนญี่ปุ่น ในเรื่องประเภทอาหาร ปริมาณอาหารที่ควรบริโภคต่อวันเพื่อให้มีสุขภาพดี ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการของ Healthy Japan 21 ในส่วนของภาวะโภชนาการจำแนกได้ เป็นดังนี้

- 1) จัดทำการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพระดับประเทศ และจัดทำ Dietary Reference Intake
- 2) เผยแพร่ Dietary Guidelines for Japanese และ Japanese Food Guide Spinning Top และพัฒนา food environment เพื่อให้ข้อมูลง่ายๆ ในเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของแต่ละคน
- 3) จัดทำ Basic Plan for Promotion of Shokuiku ซึ่งเป็นการส่งเสริมด้านการให้ความรู้เรื่อง โภชนาการสำหรับเด็ก มุ่งเน้นที่การให้ความรู้เรื่องอาหารบริโภคที่เหมาะสม เพื่อแก้ปัญหา พฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสม และสารอาหารที่ได้รับ
- 4) พัฒนาบุคลากร เป็น diet and nutrition teacher เพื่อสอนในโรงเรียน จัดการเรื่องอาหารใน โรงเรียน และให้คำปรึกษาสำหรับนักเรียน^{31, 32}

■ *Dietary Guideline*¹⁹

การจัดทำคู่มือปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารสำหรับเด็กได้มีการพัฒนาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2533 โดยมีชื่อว่า Dietary Guidelines for Health during Growth และได้มีการพัฒนาเป็น Dietary Reference Intake ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 โดยเน้นในเรื่องของการป้องกันโรคที่เกิดจากการดำรงชีวิต มีการใช้ผลการศึกษาบรรยายถึงความสำคัญต่างๆ ของสารอาหาร ที่เด็กได้รับ

การทำ Dietary Guidelines for Japanese และ Japanese Food Guide Spinning Top เป็นความร่วมมือของ Ministry of Health, Labor and Welfare และ Ministry of Agriculture, Forestry and Fisheries นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องอาหารผ่าน กิจกรรมการดูแลแม่และเด็ก โดยจะมีการส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องอาหารแก่เด็กระยะต่างๆ ตั้งแต่ ทารกจนถึงวัยรุ่น และมีความพยายามในการกระตุ้นให้มีระบบสนับสนุนที่ร่วมมือกันระหว่าง ครอบครัว ศูนย์ดูแลเด็ก โรงเรียน และสถาบันที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

■ *Early to bed, early to rise and eat breakfast*¹⁹

โครงการนี้จัดโดย Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MEXT) เป็นโครงการระดับชาติเพื่อที่จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลง lifestyle ของเด็ก แต่ละคน มุ่งให้เด็กเข้านอนแต่หัวค่ำ ตื่นเช้า และได้รับประทานอาหารเช้า อันจะนำไปสู่การควบคุม การดำรงชีวิตให้สม่ำเสมอของเด็กต่อไป

■ *Basic Law on Shokuiku (Food and Nutrition Education)*³³

Shokuiku เป็นการได้มาซึ่งความรู้เกี่ยวกับอาหารและสารอาหาร รวมถึงความสามารถใน การทำอาหารที่ให้อาหารที่ดีในการบริโภค มีการบัญญัติเป็นกฎหมายไว้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 ผู้ที่มี บทบาทสำคัญในการดูแลเรื่องอาหาร ได้แก่ dietitian ในปีพ.ศ. 2550 Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology ได้ก่อตั้ง Diet and Nutrition Teacher System เพื่อจัดให้มี diet and nutrition teacher ในโรงเรียน public elementary school และ junior

high school ตามความต้องการของท้องถิ่น diet and nutrition teacher จะทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำอาหารกลางวันโรงเรียน จัดเตรียมเมนูอาหาร และดูแลเรื่องสุขอนามัยอาหาร ร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นให้ diet education กับนักเรียนและผู้ปกครอง การประเมินผลโครงการพบว่า ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาในเรื่องของจำนวน diet and nutrition teacher ที่มีจำนวนเพียงร้อยละ 12 ของโรงเรียนทั้งหมดซึ่งยังไม่เพียงพอ ทำให้ Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology กำหนดเป็นสิ่งเร่งด่วนในการเพิ่มจำนวน diet and nutrition teacher ในโรงเรียนต่อไป

■ *School lunch program*³³

โครงการอาหารกลางวันสำหรับเด็กนักเรียนได้ถูกดำเนินการภายใต้ “School Lunch Act” ที่พระราชบัญญัติขึ้นในปีพ.ศ. 2497 มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่สมดุลได้สัดส่วน โดยจัดให้มีอาหารกลางวันและการให้ความรู้ในเรื่องสารอาหารกับนักเรียน นักเรียนจะมีหน้าที่ในการเสิร์ฟอาหารกลางวัน ทำความสะอาดโต๊ะที่รับประทานอาหาร ได้เรียนรู้การทักทายที่เหมาะสมบนโต๊ะอาหารร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียน เรียนรู้ประวัติและวัฒนธรรมของอาหารแต่ละชนิดผ่านเมนูอาหารในแต่ละวัน หน่วยงานที่ดูแลคือ Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology ในปีพ.ศ. 2551 มีการ revise School Lunch Act โดยเปลี่ยนจุดมุ่งหมายจากการส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่ถูกสัดส่วน เป็นการส่งเสริม Shokuiku นั่นคือ 1) สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหารที่ทำให้มีสุขภาพดีในชีวิตประจำวัน 2) ส่งเสริมและสนับสนุนสังคมและชีวิตในโรงเรียน 3) สร้างความมีเหตุผลในการรับประทานอาหาร การเพิ่มสารอาหาร และการส่งเสริมสุขภาพ 4) กระตุ้นให้เกิดความเข้าใจในเรื่องการผลิต การกระจายและการบริโภคอาหาร นอกจากนี้ พระราชบัญญัติยังได้มีการกำหนด School Lunch Practice Standard และ School Lunch Hygiene Control Standard ไว้ด้วย อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานตามพระราชบัญญัตินี้ทำให้รัฐบาลท้องถิ่นต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในด้านของ facilities และ manpower ไว้ ส่วนค่าใช้จ่ายในส่วนของวัตถุดิบผู้ปกครองของเด็กเป็นผู้รับผิดชอบ โดยค่าอาหารกลางวันเฉลี่ยที่โรงเรียนเรียกเก็บกับผู้ปกครองของเด็ก 1 คนเท่ากับ 4,000 เยนต่อเดือน

■ *The Japanese Sports Promotion Act*

พระราชบัญญัติด้านการส่งเสริมกีฬาได้มีการใช้มาแล้วมากกว่า 50 ปีโดยที่ไม่เคยมีการเปลี่ยนแปลงเลยแม้ว่าสังคมของประเทศญี่ปุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ต่อมาในปีพ.ศ. 2553 Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology ได้มีกลยุทธ์ในการพัฒนาชาติผ่านกีฬา จึงได้มีการปรับปรุง Basic Sports Act ใหม่เป็น “Sports Senator Alliance” โดยมีจุดเน้นที่ให้ประชาชนมีชีวิตที่เป็นสุขด้วยกีฬาเพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและใจ สำหรับกีฬาสำหรับเยาวชนนั้น พบว่ามีจุดมุ่งหมายที่จะให้เยาวชนเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพกายที่ดี ซึ่งมีแนวคิดว่าการที่เยาวชนจะมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่เป็นหน้าที่ของกีฬาในโรงเรียนเท่านั้น แต่เป็นหน้าที่ของครอบครัวและสังคมด้วย ใน article 17 มีการกำหนดให้โรงเรียนหรือหน่วยงานสาธารณะท้องถิ่นจัดให้มี sport guidance โรงเรียนที่มีอุปกรณ์กีฬา สนามเด็กเล่น สระว่ายน้ำ และมีการพัฒนาคุณภาพของ sport instructor³⁴

■ School Health and Safety Act

School Health Act ได้เริ่มบังคับใช้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2501 เมื่อมีการประเมินปัญหาสุขภาพพบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบมีทั้งทางด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตซึ่งเกี่ยวข้องกับเด็กนักเรียน เช่น ปัญหาการขาดเรียน โรคภูมิแพ้ โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ การใช้สารเสพติด และการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องความปลอดภัย เช่น โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาชญากรรมในระหว่างเส้นไป-กลับโรงเรียนของเด็กนักเรียน และการบุกรุกของคนแปลกหน้าเข้าไปในโรงเรียน ทำให้ Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology ได้ปรับปรุงพระราชบัญญัติใหม่ เป็น “School Health and Safety Act” ในปีพ.ศ. 2551³⁵ โดยพระราชบัญญัตินี้กำหนดให้โรงเรียนต้องมี health room มี health technical officer พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล อยู่ประจำที่สามารถให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพทั้งกายและจิตใจให้เด็กได้ และแต่ละโรงเรียนควรมีแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร โดยในพระราชบัญญัติจะกำหนดบทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำโรงเรียนไว้ อาทิ การมีส่วนร่วมวางแผนด้านสุขภาพในโรงเรียน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพให้เด็กนักเรียน เป็นต้น จากข้อมูลด้านสุขภาพของเด็กทำให้แพทย์ที่มีหน้าที่ในโรงเรียน ได้แก่ pediatrician, ophthalmologist และ otorhinolaryngologist แต่ปัจจุบันจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ปัญหาสุขภาพในโรงเรียนได้เปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ การใช้ความรุนแรง การใช้สารเสพติด ทำให้กลยุทธ์ของโรงเรียนต้องเปลี่ยนไป

เป้าหมายของ school health ได้เปลี่ยนเป็น 1) เปลี่ยนการจัดการด้านสุขภาพจาก health screening เป็น health education 2) ให้ทุกโรงเรียนมี school health committee 3) ให้ health education ผ่านการทำ health counseling 4) ให้โรงเรียนมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลายสาขามากขึ้น ได้แก่ psychiatry, obstetrics and gynecology, orthopedics และ dermatology³⁶ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดเรื่องของสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ การกำหนด school lunch program สำหรับ kindergartens และ high schools with special support เป็นต้น³⁵

■ นโยบายโดยกระทรวงการต่างประเทศ

กระทรวงการต่างประเทศกำหนดกลยุทธ์นโยบายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชน³⁷ ในระหว่างปี พ.ศ. 2554-พ.ศ. 2558 ไว้ โดยมุ่งเน้นให้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น UNICEF และ GAVI Alliance ดำเนินการขยายผลของ health intervention ที่ประสบความสำเร็จในระดับชุมชนของญี่ปุ่น ได้แก่

1. Expanded Program on Immunization (EPI) ซึ่งครอบคลุมการให้ immunization, vitamin A/ Multivitamin supplement, screening for malnutrition
2. Community-Integrated Management of Childhood Illness (C-IMCI) ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมการให้สุขศึกษาแก่ครัวเรือน ในประเด็นของการให้นมบุตร การใช้ ORS, Zinc และมุ่งป้องกันแมลง รวมถึงการจัดการผู้ป่วยโรคมาลาเรีย และโรคปอดบวมในชุมชน

การติดตามประเมินผล

โครงการ Health Japan 21 เป็นโครงการ 10 ปี จึงมีการประเมิน mid-term ที่ 5 ปี เพื่อวิเคราะห์ความสำเร็จใน 70 ตัวชี้วัด 9 area ของโครงการ โดยพิจารณาถึงกิจกรรมที่ดำเนินการในปัจจุบัน และปัญหาที่พบ เพื่อหากกลยุทธ์ที่จะทำให้เป้าหมายประสบความสำเร็จในปีพ.ศ. 2553 ซึ่งผล

การประเมินพบว่า ตัวชี้วัดด้าน nutrition and diet ในกลุ่มเด็กและเยาวชนไม่เปลี่ยนไปจากก่อนเริ่มโครงการ คือ จำนวนของโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน และการไม่กินอาหารเช้า ยังคงมีจำนวนไม่เปลี่ยนไปมาก จึงมีการเสนอแนะให้เผยแพร่ Japanese Food Guide Spinning Top และกลยุทธ์ใหม่ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ metabolic syndrome

3. สุขภาพจิต (Mental health)

■ *Mental Health Act*

พระราชบัญญัติเริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ. 2493 มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ท้องถิ่นมีการสร้าง mental health center เพื่อดูแลผู้ที่ปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชน ให้จัดให้มีผู้ที่ให้คำปรึกษาสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอกจากรัฐบาล²³

■ *Local Young People's Support Stations*²¹

Ministry of Health, Labor and Welfare มอบความรับผิดชอบโครงการนี้แก่ท้องถิ่น ในการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ อาทิ ภาคการศึกษา ภาคสาธารณสุข ภาคแรงงาน เพื่อสนับสนุนให้จัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กที่เลิกเรียนได้กลับเข้าไปเรียนอีกครั้ง ซึ่งมีเด็กนักเรียนจำนวนมากที่ไม่สามารถเรียนต่อจนสำเร็จการศึกษาได้ อาจเกิดจากปัญหาในด้านต่างๆ โครงการนี้อาจช่วยแก้ปัญหาให้เด็กสามารถกลับไปเรียนต่อ หรืออาจช่วยให้เด็กได้ทำงานไปด้วยก็ได้

■ *Sukoyaka Family 21 Plan*²⁹

จากนโยบาย Sukoyaka Family 21 มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของเด็ก ได้มีการกำหนดแนวทางเพื่อที่จะให้ครอบครัวสามารถ detect ปัญหาเด็กได้ตั้งแต่เริ่มต้น โดยจัดให้มีการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ปกครองให้ได้เรียนรู้ถึงการสังเกตพฤติกรรมและสัญญาณเบื้องต้นของเด็ก สร้างความร่วมมือระหว่างโรงเรียน บุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน และงานสวัสดิการเด็ก จัดให้มี family doctor สำหรับเด็ก สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้มีการเสนอให้จัดทำโครงการ anonymous telephone-counseling สำหรับวัยรุ่นด้วย

4. การใช้สารเสพติด/ บุหรี่/ แอลกอฮอล์

4.1 การใช้สารเสพติด

■ *Five-Year Drug Abuse Prevention Strategy*

กลยุทธ์นี้เริ่มจากการตั้งสำนักงานใหญ่ของการส่งเสริมเพื่อป้องกันยาเสพติดของรัฐบาล (Drug Abuse Prevention Center) โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เริ่มมีกลยุทธ์ 5 ปีของการป้องกันยาเสพติดในปี พ.ศ. 2541 และมีกิจกรรมต่อเนื่องในระยะที่ 2 ปีพ.ศ. 2546-2550 โดยกิจกรรมที่ดำเนินการประกอบด้วย การแนะนำให้มีการสอนเรื่องอันตรายจากยาเสพติดแก่นักเรียน การส่งเสริมให้มีสร้างความตระหนักในกลุ่มเยาวชน และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันเยาวชนจากยาเสพติด ผลการดำเนินโครงการพบว่า มีจำนวนผู้ถูกจับจากยาเสพติดลดลง แต่หากพิจารณาตามชนิดของยาเสพติด ผู้ใช้สารกระตุ้นประสาทที่ถูกจับจะมีเด็กอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 2.3 และเยาวชนอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 22.8 ผู้ใช้กัญชา 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA) และยาเสพติดอื่นๆที่ถูกจับ มีเด็กอายุน้อยกว่า 20 ปีประมาณร้อยละ 8 และเยาวชนอายุ 20-29 ปีประมาณร้อยละ 50 ซึ่งแม้ว่าจำนวนโดยรวมจะลดลงแต่การใช้กัญชาและ

MDMA ในเยาวชนยังมีจำนวนมาก รัฐบาลโดย Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology จึงดำเนินกิจกรรมต่อเป็นระยะที่ 3 ในปีพ.ศ. 2551 โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติดในเยาวชน เน้นการดำเนินงานในโรงเรียน ให้มีการสอนถึงอันตรายของยาเสพติดในชั้นเรียน และแทรกในกิจกรรมพิเศษต่างๆ ทั้งในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา เพื่อให้ความรู้และสร้างความคิดให้นักเรียน นอกจากนี้ กระทรวงยังมีการจัดสัมมนาและแจกสื่อการสอนให้ครูผู้สอนด้วย ในปีพ.ศ. 2551 มีการสอนอันตรายของยาเสพติดในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา มากกว่าร้อยละ 80 แต่ยังคงพบปัญหาในมหาวิทยาลัยอยู่ ดังนั้น กระทรวงฯ จึงให้เพิ่มการสร้างความรู้ตระหนักให้นักศึกษามหาวิทยาลัยตั้งแต่เริ่มเข้ามหาวิทยาลัย โดยจัดทำแผ่นพับ “For a Drug free Student Life: The danger of drug abuse is surprisingly close” แจกนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในมหาวิทยาลัยทั้งรัฐและเอกชนในปีพ.ศ. 2552 และสามารถ download ได้ที่ website ของกระทรวงฯ³⁸

4.2 บุหรี่²³

แม้ว่าบุหรี่จะก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพแต่รัฐบาลก็ไม่ได้มีการวางแผนควบคุมอย่างจริงจัง ทั้งนี้เนื่องจากบริษัทผู้ผลิตเป็น monopolistic government enterprise ที่เสียภาษีมูลค่าสูงให้กับประเทศ ทั้งนี้รัฐบาลได้เริ่มตระหนักถึงปัญหาและให้มีการควบคุมตั้งแต่ปีพ.ศ. 2528 และมีแผนปฏิบัติการในการควบคุมยาสูบครั้งแรกในปีพ.ศ. 2538 มาตรการหรือนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม ที่จะส่งผลต่อการสูบบุหรี่ทั้งของเด็ก เยาวชน และผู้ใหญ่มีดังนี้

- การดำเนินงานควบคุมเป็นความร่วมมือโดยสมัครใจกับบริษัทผู้ผลิตที่ไม่มีการขายบุหรี่ทาง vending machine ในช่วงเวลากลางคืน (ปีพ.ศ. 2540)
- ไม่มีการโฆษณาทางโทรทัศน์ในปีพ.ศ. 2541
- การบังคับให้มีการแยกพื้นที่สูบบุหรี่สำหรับคนที่สูบบุหรี่กับคนไม่สูบบุหรี่ชัดเจนผ่าน Health Promotion Act ปีพ.ศ. 2545
- การจัดการด้านภาษีของบุหรี่โดย Ministry of Finance

4.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

โครงการ Healthy Japan 21 มีเป้าหมายในการลดนักดื่มอายุน้อย ให้เป็น 0 ในปีพ.ศ. 2553 โดยมีนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดังนี้

■ *Law Prohibiting Minors from Drinking*

กฎหมายได้เริ่มประกาศใช้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2465 ซึ่งจะไม่ให้มีการซื้อขายหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในผู้มีอายุน้อยกว่า 20 ปี หากมีการฝ่าฝืนจะมีการลงโทษปรับทั้งผู้ที่ขาย เจ้าของธุรกิจของผู้ขาย และผู้ปกครอง โดยสำหรับผู้ที่ยายหรือให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะถูกปรับไม่เกิน 500,000 เยน และหากผู้ปกครองที่รับทราบการดื่มของเด็กและไม่ห้ามการดื่มก็จะถูกปรับเช่นกัน³

■ *Voluntary Regulation*

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่อนุญาตให้มีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดย vending machine อย่างไรก็ตามหลังจากที่มีการใช้กฎหมายเรื่องการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปีพ.ศ. 2546 บริษัทผู้ผลิตได้สมัครใจที่จะไม่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทาง vending machine ทำให้จำนวนการขายผ่านทาง vending machine ลดลง³

5. การบาดเจ็บ (Injury) การใช้ความรุนแรง (Violence)

5.1 การบาดเจ็บที่ไม่ได้ตั้งใจ (Unintentional Injury)

■ *Healthy Family 21*

ปีพ.ศ. 2543 Ministry of Health, Labor and Welfare ได้มีแคมเปญ “Healthy Family 21” เพื่อเสนอเป้าหมายของสุขภาพแม่และเด็กในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่มีมาตรฐานสำหรับเด็กเพื่อลดอัตราการบาดเจ็บของเด็ก²⁵

■ *Consumer Protection*

สำหรับการป้องกันอุบัติเหตุจากการจมน้ำในอ่างน้ำของญี่ปุ่น the National Consumer Affair Center of Japan ได้เรียกร้องให้บริษัทผู้ผลิตอ่างน้ำวนติดตั้งอุปกรณ์ครอบส่วนที่ดิ่งน้ำ ซึ่งอาจทำให้เกิดการดิ่งเส้นผมของผู้ใช้ได้ และได้เตือนผู้ปกครองไม่ให้อนุญาตเด็กใช้อ่างน้ำวนแต่ลำพัง²⁶

5.2 การใช้ความรุนแรง (Violence)³⁹

■ *Prevention of Child Abuse*

การดูแลเรื่องการใช้ความรุนแรงและการถูกทำร้ายในเด็ก มีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ Equal Employment, Children and Families Bureau, Ministry of Health, Labor and Welfare ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการมีดังนี้

- มีการเยี่ยมบ้านของเด็กเป็นระยะๆ เพื่อเฝ้าระวังหากเกิดการใช้ความรุนแรงในเด็ก
- สร้างแคมเปญ orange ribbon เป็นสัญลักษณ์ของการป้องกันการใช้ความรุนแรงในเด็ก
- สร้างความตระหนักให้ประชาชนในเรื่องการใช้ความรุนแรงกับเด็ก โดยร่วมมือกับรัฐบาลท้องถิ่นและหน่วยงานเอกชน

■ *Child Abuse Prevention Act*

การป้องกันการใช้ความรุนแรงในเด็กแต่เดิมมีเพียง Child Guidance Center ที่ทำหน้าที่จัดการปัญหาการใช้ความรุนแรงในเด็กแต่ละราย ต่อมาในปีพ.ศ. 2547 ได้มีการ revise Child Abuse Prevention Act และได้เพิ่มบทบาทของเทศบาลท้องถิ่น (municipalities) เข้ามามีส่วนร่วม จัดได้ว่าเป็นการสร้างระบบโครงสร้าง 2 ชั้นที่ร่วมกันระหว่าง municipalities กับ child guidance center โดยในปีงบประมาณ 2548 มีจำนวนเด็กที่ถูกใช้ความรุนแรงมารับคำปรึกษาจำนวน 40,222 ราย และเพิ่มเป็น 67,232 รายในปีงบประมาณ 2553 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 480 เมื่อเปรียบเทียบกับปีพ.ศ. 2542 การทำงานของ municipalities จะมีการตั้งเครือข่ายระดับท้องถิ่นเพื่อป้องกันการใช้ความรุนแรงในเด็กเรียกว่า Regional Council of Countermeasures for Children Requiring Aid ทำหน้าที่คอยสังเกตและส่งต่อหากพบเด็กที่ถูกทำร้าย

นอกจากนี้ในปีพ.ศ. 2552 Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology ได้ร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อค้นหา และเฝ้าระวัง การใช้ความรุนแรงในเด็กที่เกิดในโรงเรียน โดยมีการพัฒนาทักษะการจัดการปัญหาให้กับอาจารย์ผู้สอน จัดทำเอกสาร “Prevention of Child Abuse and School” เพื่อแจกจ่ายให้กับคณะกรรมการบริหารของโรงเรียน และของท้องถิ่น²¹

- **Children's Welfare Law**

ในกฎหมาย Article 25 มีการกำหนดเป็นหน้าที่ของประชาชนที่จะต้องรายงานหากพบการทำร้ายเด็ก โดยสามารถรายงานได้โดยใช้ toll-free หรือ 24 ชั่วโมง hotline สำหรับเด็ก ซึ่งสนับสนุนโดย Ministry of Health, Labor and Welfare ซึ่งกฎหมายนี้ประชาชนไม่ค่อยทราบทำให้จำนวนของเด็กที่ถูกทำร้ายมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁴⁰ กฎหมายนี้ได้มีการปรับปรุงในปีพ.ศ. 2551 และได้มีการปรับปรุงแนวทางการจัดการของ Child Guidance Center ใหม่อีกด้วย²¹

- **The Act on Development of Internet Environment for Young People**

พระราชบัญญัติที่มุ่งเน้นการให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ internet ของเด็กนี้ได้ถูกบังคับใช้ในปีพ.ศ. 2552 ทำให้เกิดความรู้และสร้างความตระหนักในการใช้ internet อย่างเหมาะสม ในโรงเรียน บ้าน และสังคม รวมถึงกำหนดให้ผู้ให้บริการโทรศัพท์เคลื่อนที่ ผู้ผลิตอุปกรณ์ใดๆ ที่สามารถเข้าถึง internet ได้ ต้องมีการให้บริการ software สำหรับกรองเนื้อหาที่อาจเป็นอันตรายต่อเด็กได้ ภายใต้พระราชบัญญัตินี้ ได้มีกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นเพื่อให้ป้องกันอันตรายจากการใช้ internet ได้แก่ การสร้าง DVD ที่แสดงให้เห็นถึงกรณีศึกษาที่เกิดอันตรายจากการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ การทำ leaflet ที่แสดงการสร้างกฎในการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่โดยผู้ปกครองและเด็ก การสอนเรื่อง cyber security, crimes caused by harmful information ให้กับนักเรียนระดับ elementary และ lower secondary schools เป็นต้น²¹

7. บทเรียนจากการทบทวนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น

ผลการทบทวนนโยบายและมาตรการของประเทศญี่ปุ่น สรุปได้ว่า

1. กฎหมายสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและเยาวชนในญี่ปุ่น คือ การกระจายอำนาจ (Decentralization) ทั้งนี้ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของญี่ปุ่นจะเน้นการดำเนินงานของชุมชน หรือรัฐบาลท้องถิ่น โดยรัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนดนโยบายหลัก และถ่ายทอดนโยบายไปสู่ท้องถิ่น จากนั้นท้องถิ่นจะเป็นผู้กำหนดโครงการเพื่อให้บรรลุนโยบายและเป้าหมายที่กำหนดไว้
2. ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับทรัพยากรมนุษย์มาก โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ซึ่งจะมีการกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติในหลายๆ ด้าน โดยญี่ปุ่นมีแนวคิดในการพัฒนาเด็กและเยาวชน เพื่อจะได้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์เป็นหลัก
3. นโยบายสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและเยาวชนที่สำคัญ จะเน้นในเรื่องของพฤติกรรมดำรงชีวิต โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร ทั้งนี้ เนื่องจากญี่ปุ่นมีแนวคิดที่ว่า หากเด็กและเยาวชนได้รับประทานอาหารที่มีคุณภาพ ได้สารอาหารที่ครบถ้วน จะทำให้ประชาชนญี่ปุ่นมีสุขภาพแข็งแรง และมีอายุยืนยาว

แต่อย่างไรก็ตาม การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชนฉบับนี้ ดำเนินการทบทวนเฉพาะเอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ อย่างไรก็ตามมีข้อมูลบางอย่างที่เผยแพร่เป็นภาษาญี่ปุ่นทำให้ไม่สามารถเข้าถึงเนื้อหาของเอกสารนั้นได้ ซึ่งข้อมูลที่เข้าถึงได้บางอย่างเป็นข้อมูลที่ไม่ทันสมัย จึงควรมีการศึกษาถึงรายละเอียดของข้อมูลต่อไป

8. เอกสารอ้างอิง

1. WHO and Ministry of Health, Labor and Welfare, Japan. Health Service Delivery Profile: Japan 2012, 2012.
2. Japan Demographics Profile 2013: Index Mundi, 2013.
http://www.indexmundi.com/japan/demographics_profile.html (accessed 13 April 2013)
3. Higuchi S, Suzuki K, Matsushita S, Osaki Y. Young people's drinking behavior in Japan. *Papers in the Conference of XVIII World Congress of the World Association for Social Psychiatry*. Kobe, Japan, 2004.
4. The Kaiser Family Foundation. International health systems.
<http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/International-Health-Systems/Japan.aspx> (accessed 16 Feb 2013)
5. Legislative Council Secretariat. Factsheet: Health care financing in Japan. Research and Library Service Division. 2010.
6. Kohro T, Furui Y, Mitsutake N, Fujii R, Morita H, Oku S, et al. The Japanese national health screening and intervention program aimed at preventing worsening of the metabolic syndrome. *International heart journal* 2008; 49(2): 193-203.
7. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Data 2012, <http://www.oecd.org/japan/BriefingNoteJAPAN2012.pdf> (accessed 19 Mar 2013)
8. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Country statistical profile: Japan 2013*. <http://dx.doi.org/10.1787/csp-jpn-table-2013-1-en> (accessed 19 Mar 2013)
9. World Health Organization. Health service delivery profile: Japan 2012.
http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_japan.pdf (accessed 19 Mar 2013)
10. Hansen GD, Hsu M, Yamada T. Financing health care in Japan: The impact of an aging population, 2011.
11. Sandra H, Wayne I, Yiu KT. Comparisons of Health Expenditure in 3 Pacific Island Countries using National Health Accounts. *Pacific Health Dialog* 2011; 16(2): 41-50.
12. Solomon-Fears C. Teenage Pregnancy Prevention: Statistics and Programs, 2013: p5.
13. Ministry of Foreign Affairs of Japan. Part Two: Report by Article.
http://www.mofa.go.jp/policy/human/women_rep5/part2_12.html (accessed 1 April 2013)

14. Ministry of Health, Labor and Welfare. AIDS surveillance report 2008.
http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw4/dl/health_and_medical_services/P86.pdf (accessed 15 July 2013)
15. Ministry of Health, Labor and Welfare. Handbook of Health and Welfare Statistics 2011,
<http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hh/2-1.html> (accessed 19 Mar 2013).
16. Hays J. Diseases and health problems in Japan: cancer, AIDS, hepatitis, H1N1 flu, cedar allergy and disease prevention, 2012
<http://factsanddetails.com/japan.php?itemid=835&catid=18> (accessed 2 Mar 2013)
17. Ghosh PR. Japan Has Many Problems, But Obesity Isn't One Of Them.
<http://www.ibtimes.com/japan-has-many-problems-obesity-isnt-one-them-1038090>
(accessed 3 Mar 2013)
18. Ministry of Health, Labor and Welfare. Outline for the results of the National Health and Nutrition survey Japan, 2006.
19. Murata M. Health promotion through Shokuiku: Childhood health.
http://www8.cao.go.jp/syokuiku/data/eng_pamph/pdf/pamph8.pdf (accessed 25 Feb 2013)
20. Ray S, James, A. Four trends among Japanese youth, 2009.
<http://www.raymercer.net/japan/four-trends-among-japanese-youth/> (accessed 25 Feb 2013)
21. Ministry of Health, Labor and Welfare. White paper on children and young people 2012. (abridged edition). (White Paper).
22. Tanaka H, Terashima S, Borres MP, Thulesius O. Psychosomatic problems and countermeasures in Japanese children and adolescents. *Biopsychosoc Med* 2012; 6: 6.
23. Tataru K, Okamoto E. Japan: Health system review. *Health systems in Transition* 2009; 11(5).
24. Hays J. Drinking, drunkenness, bars and alcoholism in Japan, 2009.
<http://factsanddetails.com/japan.php?itemid=662> (accessed 1 April 2013)
25. Hideaki S, Tadahiro O, Takako S, Hirota O, Takaya S, Akatsuki K. Childhood Mortality Due to Unintentional Injuries in Japan, 2000-2009. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2013; 10: 528-540.
26. Hitosugi M, Kawato H, Matsushima K, Nagai T, Tokudome S. Fatal drowning of children in whirlpool baths in Japan. *The Lancet* 2003; 361(9376): 2248.
27. Okamoto E. Public health of Japan 2010. In: Tataru K, editor. *The 4th Meeting of Public Health Associations in Asia*. Tokyo: Japan Public Health Association, 2010.
28. Nam EW, Hasegawa T, Davies JK, Ikeda N. Health promotion policies in the Republic of Korea and Japan: a comparative study. *Promot Educ* 2006; 13(1): 20-8.

29. Ministry of Health, Labor and Welfare. A report from the "Sukoyaka Family 21" Planning Committee, 2000.
<http://www.mhlw.go.jp/english/wp/other/councils/sukoyaka21/> (accessed 1 April 2013)
30. Saotome T. The Reality of Sexuality for Teenage Girls in Japan. *Japan Medical Association Journal* 2010; 53(5): 279-284.
31. Udagawa K, Miyoshi M, Yoshiike N. Mid-term evaluation of "Health Japan 21": focus area for the nutrition and diet. *Asia Pacific journal of clinical nutrition* 2008; 17: 445.
32. Nakamura T. The integration of school nutrition program into health promotion and prevention of lifestyle-related diseases in Japan. *Asia Pac J Clin Nutr* 2008; 17(S1): 349-351.
33. Tanaka N, Miyoshi M. School lunch program for health promotion among children in Japan. *Asia Pac J Clin Nutr* 2012; 21(1): 155-8.
34. Fan W, Song J. Analysis of 2011 Japanese Basic Law of Sports. *Asian Sports Science* 2012: 61-69.
35. Takayama K. Recent Tasks of School Health Administration in Japan. *JMAJ* 2010; 53(3): 144-147.
36. Uchida T. School Health Activities in Japan. *JMAJ* 2008; 51(1): 5-11.
37. Ministry of Foreign Affairs of Japan. Japan's Global Health Policy 2011-2015, 2010.
38. Kunihiro K. The current status of and measures against drug abuse in Japan. *JMAJ* 2011; 54(3): 168-171.
39. Ministry of Health, Labor and Welfare. Ministry of Health, Labor and Welfare. Service Guide (English), 2012:23-24.
http://www.mhlw.go.jp/english/org/pamphlet/dl/pamphlet-about_mhlw.pdf (accessed 17 Feb 2013)
40. Kishi R, Goshima, J, Isu A. Protection and Promotion of Human Health in Japan: UNESCO-EOLSS. <http://www.eolss.net/Sample-Chapters/C16/E1-57-05-00.pdf> (accessed 1 Mar 2013)

บทที่ 7

การทบทวนนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชน: ประเทศไต้หวัน

ภญ.ผศ.ดร.ณัฐริญา คำผล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

1. บทนำ

การพัฒนาข้อเสนอด้านนโยบายและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเด็กและเยาวชนควรต้องมีการทบทวนนโยบายและมาตรการจากประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศไต้หวัน ซึ่งเป็นประเทศในภูมิภาคเอเชียเช่นเดียวกับประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อศึกษาถึงจุดเด่นและบทเรียนจากการดำเนินงานด้านสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยต่อไป

2. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย และมาตรการต่างๆ ของประเทศไต้หวันต่อปัญหาสุขภาพในเด็กและเยาวชน ตามหัวข้อปัญหาที่มีการจัดลำดับความสำคัญของประเทศไทย โดยทำการสืบค้นข้อมูลผ่านฐานข้อมูลและเว็บไซต์ทางอินเทอร์เน็ต โดยสืบค้นระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 คำสืบค้นหลักที่ใช้ ได้แก่ Taiwan, adolescent, childhood, youth, teenage, health problem, health promotion, health policy โดยมีแหล่งค้นคว้าที่สำคัญดังนี้

1. เว็บไซต์ของหน่วยงานในประเทศไต้หวัน
 - a. Department of Health ประเทศไต้หวัน (<http://www.doh.gov.tw>)
 - b. Centers for Disease Control (<http://www.cdc.gov.tw>)
 - c. National statistic (<http://eng.stat.gov.tw>)
 - d. Ministry of Interior (<http://www.moi.gov.tw>)
 - e. Ministry of Education (<http://enc.moe.edu.tw>)
 - f. Bureau of Health Promotion (<http://www.bhp.doh.gov.tw>)
2. ฐานข้อมูล ได้แก่ Pubmed, ScienceDirect

3. ข้อมูลทั่วไป

ประเทศไต้หวันเป็นประเทศขนาดเล็กในภูมิภาคเอเชีย มีประชากรในปีพ.ศ. 2554 จำนวน 23,224,912 คน ประชากรชาย 11.65 ล้านคนและหญิง 11.58 ล้านคน ประกอบด้วยเด็กอายุ 0-14 ปี ร้อยละ 15.1 ผู้มีอายุ 15-64 ปีร้อยละ 74 และผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.9 ด้วยอัตราการเพิ่มประชากรร้อยละ 0.27 ต่อปี การคาดการณ์จำนวนประชากรไต้หวันตามช่วงอายุต่างๆ ในอีก 30 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2587) แสดงดังตารางที่ 7-1 พบว่าจำนวนประชากรอายุระหว่าง 0-14 ปี และอายุ 15-64 ปี มีแนวโน้มลดลงจากปีพ.ศ. 2554 จาก ร้อยละ 15.1 เหลือร้อยละ 10.3 และ ร้อยละ 74.0 เหลือร้อยละ 56.7 ตามลำดับ ในขณะที่มีประชากรสูงวัยที่อายุมากกว่า 65 ปีจะเพิ่มจำนวนขึ้น จากร้อยละ 10.9 เป็นร้อยละ 33.0¹ ปัจจุบันอายุขัยเฉลี่ยของผู้ชาย 76.11 ปี และผู้หญิง 82.53 ปี²

จากสถานการณ์การลดลงของจำนวนประชากรเด็กและเยาวชน (Child and adolescent) ในไต้หวัน ประกอบกับปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน อาทิ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรม

และสภาพสังคมรวมทั้งค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ประชากรไต้หวันผู้มีการศึกษาสูงมักแต่งงานช้า สภาพเศรษฐกิจตกต่ำและการว่างงานเป็นผลให้ประชากรไต้หวันตัดสินใจไม่แต่งงานมากขึ้น^{3,4} ทำให้จำนวนประชากรของไต้หวันมีแนวโน้มลดลง

ตารางที่ 7-1 คาดการณ์จำนวนประชากรไต้หวัน¹

ปีพ.ศ.	ประชากร (x 1000 คน)			ช่วงอายุ (ร้อยละ)		
	ทั้งหมด	เพศชาย	เพศหญิง	0-14 ปี	15-64 ปี	65 ปีขึ้นไป
2554	23,225	11,646	11,579	15.1	74.0	10.9
2559	23,507	11,703	11,804	13.1	73.6	13.3
2564	23,631	11,694	11,937	12.4	70.7	16.9
2569	23,651	11,645	12,006	12.3	66.9	20.8
2587	22,106	10,715	11,391	10.3	56.7	33.0

4. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

4.1 ระบบประกันสุขภาพ⁵⁻⁷

ประเทศไต้หวันเริ่มดำเนินงานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (The National Health Insurance: NHI) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2538 ซึ่งถือเป็นระบบบริการจัดการระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวันมีเพียงระบบเดียว มีรูปแบบการดำเนินงานคือ กำหนดให้ประชาชนทุกคนที่มีสัญชาติไต้หวัน หรือคนต่างชาติดังมี Alien Resident Certificate (ARC) จะต้องเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพนี้ โดยประชาชน นายจ้าง และรัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันในอัตราที่กำหนดโดย Bureau of National Health Insurance: BNHI ซึ่งกำหนดเบี้ยประกันออกเป็น 6 กลุ่มตามอาชีพและรายได้ หากผู้ใดไม่เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพจะถูกปรับระหว่าง 3,000-15,000 ดอลลาร์ไต้หวัน สำหรับประชาชนที่ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแล้วจะได้รับ national health insurance card ซึ่งจะมี memory chip เก็บข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการใช้ยา ประวัติการตรวจร่างกายที่สำคัญ 6 เดือนย้อนหลังของผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะสามารถเข้ารับบริการด้านสุขภาพจากโรงพยาบาล คลินิก และร้านยาที่ขึ้นทะเบียนไว้ โดยประชาชนจะมีการร่วมจ่าย (co-payment) เมื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุม western medicine, Chinese medicine, dental care, hospital care และ child delivery service ยกเว้นประชาชนบางกลุ่มที่ไม่ต้องร่วมจ่าย เช่น ผู้มีรายได้น้อย เด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี ผู้ป่วยที่อาศัยใน remote mountain areas หรือ island regions เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีการบริการสุขภาพบางอย่างที่ไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพนี้ ได้แก่ drug addiction, cosmetic surgery, over-the-counter drugs, hospital day care, dentures, hearing aids, artificial eyes เป็นต้น

ในปีพ.ศ. 2554 ประชาชนไต้หวันมากกว่าร้อยละ 99 ได้รับสิทธิการรักษาตามโครงการ เด็กนักเรียนในไต้หวันซึ่งเรียนหนังสือในโรงเรียนที่ได้รับการรับรองจาก Ministry of Education จะได้รับสิทธิในระบบประกันสุขภาพผ่านทางผู้ปกครองซึ่งผู้ปกครองจะเป็นผู้จ่ายค่าประกันตามอัตราที่กำหนดแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอาชีพและรายได้ ปัจจุบันรัฐบาลได้จ่ายเงินอุดหนุนค่าประกันสุขภาพแก่ประชาชนบางกลุ่ม ได้แก่ ผู้มีรายได้น้อย ทหารผ่านศึก ผู้ว่างงาน ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้พิการ ผู้มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ครอบครัวมีรายได้น้อย เพื่อช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจให้กับครอบครัวผู้ด้อยโอกาส และช่วย

ให้เด็กและเยาวชนใต้หวันมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ เป็นรากฐานในการพัฒนาประเทศใต้หวันในอนาคตต่อไป

นอกจากนี้ นักเรียนต่างชาติทุกคนที่พำนักในใต้หวันนานกว่า 4 เดือน ต้องชำระค่าธรรมเนียมรายเดือน เพื่อเข้ารับสิทธิในระบบประกันสุขภาพของใต้หวัน ซึ่งจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่ไม่ได้รวมอยู่ในความดูแลของมหาวิทยาลัย โดยเฉพาะการรักษาในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน

ในปีพ.ศ. 2555 มีสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนกับ NHI จำนวน 19,885 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 91.23 ของสถานพยาบาลทั้งหมดในใต้หวัน การรักษาพยาบาลมีการส่งเสริมให้รักษาที่ community clinic ในกรณีที่ต้องการไม่รุนแรง หากต้องการการตรวจเพิ่มเติมหรืออาการรุนแรงก็ให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อไป โดย NHI จะจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเป็นแบบ case-payment และเพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ ป้องกันการรักษาที่เกินจำเป็นจึงมีการใช้ global budget payment scheme ร่วมด้วย การให้บริการทางการแพทย์ครอบคลุมการรับบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หัตถการ การแพทย์แผนจีน และ prescription drugs

4.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของใต้หวันประมาณร้อยละ 6.9 ของ GDP ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)⁸ ในปีพ.ศ. 2554 แหล่งเงินสำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 62 มาจากภาครัฐ โดย National Health Insurance scheme เป็นส่วนใหญ่ และ ร้อยละ 38 มาจาก out-of-pocket จากภาคเอกชน⁹ ซึ่งการจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพของประชาชนประมาณ 100 เหรียญสหรัฐต่อเดือนต่อครัวเรือน หรือคิดเป็นร้อยละ 2 ของรายได้ครัวเรือน เนื่องจาก NHI ใช้ global budget system ทำให้ใต้หวันสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ดี มีอัตราที่เพิ่มขึ้นปีละร้อยละ 3-5⁸

การบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและคลินิกครอบคลุมค่าใช้จ่าย ดังนี้ ค่าแพทย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าผ่าตัด ค่ายา ค่าวัสดุ ค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสภาพ และค่าห้อง (กรณีนอนโรงพยาบาล)⁷ ในปีพ.ศ. 2554 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนร้อยละ 43.5 เป็นค่ารักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 23.1 เป็นค่ารักษาที่คลินิก และร้อยละ 14.1 เป็นค่าจัดหาวัด/เครื่องมือทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของใต้หวันมูลค่า 667 พันล้านดอลลาร์ใต้หวัน ซึ่งมากกว่าปีพ.ศ. 2539 ถึงร้อยละ 120 โดยมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยปีละร้อยละ 4.9 ค่าใช้จ่าย personal health care จำแนกตามอายุแสดงดังตารางที่ 7-2¹⁰

ตารางที่ 7-2 ค่าใช้จ่าย personal health care จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	ค่าใช้จ่าย (พันล้านดอลลาร์ใต้หวัน)	ร้อยละของค่าใช้จ่ายรวม
0-9	44	5.53
10-19	39	4.91
20-29	50	6.29
30-39	75	9.43
40-49	99	12.45
50-59	148	18.62
60-69	136	17.11

อายุ (ปี)	ค่าใช้จ่าย (พันล้านดอลลาร์ไต้หวัน)	ร้อยละของค่าใช้จ่ายรวม
70-79	121	15.22
80+	83	10.44

5. ภาวะโรค/ ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพ

อัตราการเสียชีวิตในเด็กและเยาวชนไต้หวันที่มีอายุระหว่าง 5-14 ปี (ตารางที่ 7-3) ในปีพ.ศ. 2553 อยู่ที่ 13.65 คน ต่อประชากร 1 แสนคน และลดลงจากปีพ.ศ. 2552 ที่มีอัตรา 17.40 คน ต่อประชากร 1 แสนคน สาเหตุการเสียชีวิตใน 10 อันดับแรกมาจาก 1) อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ 2) เนื้องอกชนิดร้ายแรง 3) โรคหัวใจ 4) ความผิดปกติแต่กำเนิด 5) การตายผิดธรรมชาติ 6) โรคหลอดเลือดสมอง 7) ปอดอักเสบ 8) ฆ่าตัวตาย 9) ติดเชื้อในกระแสเลือด และ 10) ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงกระดูก โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิต 3 อันดับแรก คือ การเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ โรคเนื้องอกชนิดร้ายแรง และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 54.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และการตายจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บมีอัตรามากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 27.8 เมื่อเปรียบเทียบการเสียชีวิตจากสาเหตุหลัก 3 สาเหตุระหว่างปีพ.ศ. 2552 และปีพ.ศ. 2553 จะมีค่าลดลง¹¹

ตารางที่ 7-3 สาเหตุและอัตราการเสียชีวิตของประชากรอายุระหว่าง 5-14 ปี¹¹

อันดับ	สาเหตุการตาย	อัตราการตาย (ต่อประชากร 100,000 คน)		
		พ.ศ.2552	พ.ศ.2553	ร้อยละของการเปลี่ยนแปลง
1	อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ	6.58	3.79	-42.40
2	โรคนื้องอกชนิดร้ายแรง	3.22	2.87	-10.87
3	โรคหัวใจ	0.74	0.74	-
4	ความผิดปกติแต่กำเนิด	0.57	0.63	10.53
5	การตายผิดธรรมชาติ	0.28	0.33	17.86
6	โรคหลอดเลือดสมอง	0.32	0.29	-9.38
7	ปอดอักเสบ	0.28	0.26	-7.14
8	ฆ่าตัวตาย	0.21	0.22	4.76
9	ติดเชื้อในกระแสเลือด	0.14	0.22	57.14
10	ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงกระดูก	0.11	0.22	100.00
	รวม	17.40	13.65	-21.55

สำหรับอัตราการเสียชีวิตของเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี (ตารางที่ 7-4) ในปีพ.ศ. 2552 เป็น 45.19 คนต่อประชากร 1 แสนคน และลดลงในปีพ.ศ. 2553 เหลือ 41.73 คนต่อประชากร 1 แสนคน สาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรก ได้แก่ 1) อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ 2) การฆ่าตัวตาย 3) โรคนื้องอกชนิดร้ายแรง 4) โรคหัวใจ 5) ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงกระดูก 6) ปอดอักเสบ 7) ความผิดปกติแต่กำเนิด 8) โรคหลอดเลือดสมอง 9) การตายผิดธรรมชาติ และ 10) โรคไต สาเหตุอันดับหนึ่งของ

การเสียชีวิตของเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี ยังคงเป็นอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (ร้อยละ 51.7) เช่นเดียวกับเด็กและเยาวชน อายุระหว่าง 5-14 ปี สาเหตุรองลงมาคือการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 13.2) และการตายจากโรคเนื้องอกชนิดร้ายแรง (ร้อยละ 10.5) ตามลำดับ¹¹

ตารางที่ 7-4 สาเหตุและอัตราการเสียชีวิตของประชากรอายุระหว่าง 15-24 ปี

อันดับ	สาเหตุการตาย	อัตราการตาย (ต่อประชากร 100,000 คน)		
		พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	ร้อยละของการเปลี่ยนแปลง
1	อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ	21.22	21.58	1.70
2	การฆ่าตัวตาย	6.29	5.50	-12.56
3	โรคนื้องอกชนิดร้ายแรง	4.43	4.37	-1.35
4	โรคหัวใจ	0.93	1.31	40.86
5	ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและโครงกระดูก	0.71	0.62	-12.68
6	ปอดอักเสบ	0.28	0.53	89.29
7	ความผิดปกติแต่กำเนิด	0.59	0.53	-10.17
8	โรคหลอดเลือดสมอง	0.31	0.44	41.94
9	การตายผิดธรรมชาติ	0.68	0.31	-54.41
10	โรคไต	0.19	0.19	-
	รวม	45.19	41.73	-7.66

ปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนประเทศไต้หวันเมื่อจำแนกตามปัญหาที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญของประเทศไทย มีดังนี้

5.1 อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)

5.1.1 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

WHO กำหนดให้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการทำแท้งเป็นปัญหาที่สำคัญ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของไต้หวันมีอัตราที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ. 2553 อัตราของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปีเป็นร้อยละ 1.7 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด ซึ่งลดน้อยลงกว่าปีพ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2543 ที่มีอัตราร้อยละ 3.1 และ 4.3 ตามลำดับ¹¹

5.1.2 การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

ไต้หวันมีจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่เพิ่มขึ้น โดยได้มีการเริ่มกล่าวถึงตั้งแต่การประชุม Taipei Conference on HIV/AIDS ครั้งที่ 7 ว่า Taipei-based Center for Disease Control (CDC) แสดงข้อมูลการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อปีละร้อยละ 15 โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นในปีพ.ศ. 2546 มีวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ติดเชื้อไวรัสเอดส์ 4.91 ต่อ 100,000 คน ขณะที่กลุ่มอายุอื่นติดเชื้อ 3.76 ต่อ 100,000 คน และในปลายปีนั้นพบว่าวัยรุ่นถูกวินิจฉัยว่า HIV positive 25.95 ต่อ 100,000 คน เมื่อเทียบกับอัตราเฉลี่ยของประเทศที่ 19.1 ซึ่งสาเหตุการติดเชื้อมาจากการมีเพศสัมพันธ์และไม่ใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่น จากสถิติของ

Department of Health พบว่า ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุเฉลี่ย 15.97 ปี ส่วนผู้หญิงมีที่อายุ 16.15 ปี การใช้ถุงยางอนามัยในผู้ชายมีเพียงร้อยละ 38.2 ส่วนผู้หญิงมีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 42¹² และจากสถิติของ CDC ในปีพ.ศ. 2555 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV/ AIDS จำแนกตามอายุ แสดงดังตารางที่ 7-5 ซึ่งกลุ่มอายุ 20-29 ปีจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV สูงที่สุด¹³

ตารางที่ 7-5 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV/ AIDS จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV (ร้อยละ)	จำนวนผู้ติดเชื้อ AIDS (ร้อยละ)
0-9	40 (0.17)	9 (0.09)
10-19	629 (2.59)	80 (0.82)
20-29	9,741 (40.19)	2,357 (24.24)
30-39	8,255 (34.06)	3,723 (38.28)
40-49	3,695 (15.24)	2,179 (22.41)
50-59	1,27 (5.24)	887 (9.12)
60-69	408 (1.68)	323 (3.32)
70-79	171 (0.71)	145 (1.49)
80+	29 (0.12)	22 (0.23)
รวม	24,239 (100.00)	9,725 (100.00)

5.2 ภาวะโภชนาการ (Nutrition)

ในปีพ.ศ. 2551 Ministry of Education ของไต้หวัน ได้สำรวจสุขภาพและภาวะโภชนาการ เด็กนักเรียนในไต้หวัน พบว่าเด็กนักเรียน elementary school และ junior high school มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน คิดเป็นร้อยละ 25 และ 27 ตามลำดับ ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กนำไปสู่สาเหตุการตายจากโรคต่างๆ อาทิ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษา metabolic syndrome-related diseases ที่เกิดจากภาวะอ้วนหรือน้ำหนักตัวเกินนี้ คิดเป็นร้อยละ 2.9 ของค่าใช้จ่าย national health insurance หรือคิดเป็นมูลค่า 25.8 ล้านดอลล่าร์ไต้หวันในปีพ.ศ. 2553 สาเหตุหลักของภาวะโรคอ้วนในไต้หวันเนื่องมาจากมีโภชนาการที่ไม่ดีกับสุขภาพ วิถีชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ สภาพแวดล้อมที่สนับสนุน ความแตกต่างทางสังคม การโฆษณาที่กระตุ้นให้เกิดการบริโภคอาหารขยะ¹⁴ ข้อมูลงานวิจัยยังชี้ให้เห็นว่าเด็กและเยาวชนไต้หวัน (อายุ 12-18 ปี) โดยเฉพาะเพศหญิงที่มีภาวะโรคอ้วนมักใช้เวลาดูโทรทัศน์มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อพร้อมกับบริโภคน้ำอัดลมระหว่างการชมโทรทัศน์¹⁵

5.3 สุขภาพจิต (Mental health)

การฆ่าตัวตายนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กและเยาวชนที่สำคัญอีกสาเหตุหนึ่ง ข้อมูลการฆ่าตัวตายระหว่างปีพ.ศ. 2534-2549¹⁶ แสดงให้เห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรอายุระหว่าง 25-44 ปี ทั้งเพศชายและหญิง มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนรูปแบบการฆ่าตัวตายจากแขวนคอไปเป็นการใช้แก๊สพิษ ส่วนเด็กและเยาวชน อายุระหว่าง 15 -24 ปี เพศชายอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง และทั้งสองเพศเลือกฆ่าตัวตายโดยใช้แก๊สพิษและกระโดดตึก แทนการดื่มยาพิษและแขวนคอ

แบบในอดีต ซึ่งปัจจัยเสี่ยงด้านเพศ ความเครียด ความกดดัน มีแนวคิดฆ่าตัวตายและการถูกรังแก ล้วนส่งผลต่อการคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมปลาย (อายุ 15-19 ปี) และยังพบว่าในเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนมัธยมปลายเหล่านี้เคยมีความคิดฆ่าตัวตายมาแล้วทั้งสิ้น สาเหตุจากการขาดความนับถือตัวเอง ไม่มีทิศทางในชีวิต เนื่องจากขาดต้นแบบ ความคิดอยากฆ่าตัวตายนี้อยู่พบในเด็กนักเรียนชั้นประถมของไต้หวัน โดยเฉพาะในเขตเมือง (ร้อยละ 23) ที่ได้รับความกดดันในโรงเรียนและปัญหาภายในครอบครัว เด็กนักเรียนในเมืองมีทัศนคติมองโลกในแง่ร้ายมากกว่าเด็กนักเรียนในเขตชนบท¹⁷

การเล่นเกมออนไลน์เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่กำลังเป็นปัญหาสำหรับเด็กและเยาวชนชาวไต้หวันในปัจจุบัน เป็นที่ทราบโดยทั่วไปถึงผลด้านลบการเล่นเกมส์ออนไลน์ต่อผลการเรียน สุขภาพกายและภาวะอารมณ์ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นวัยที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้มากวัยหนึ่ง โดยแสดงออกเป็นปัญหาพฤติกรรมได้หลายประการ อาทิ คือ ก้าวร้าว และจากรายงานการวิจัยของ Chin-Hung Ko และคณะ¹⁸ พบว่ากลุ่มเยาวชนชาวไต้หวันที่ติดอินเทอร์เน็ตมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเกมส์ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กมัธยมและอาชีวศึกษาเป็นกลุ่มที่พบพฤติกรรมก้าวร้าวมากที่สุด นอกจากนี้การเล่นเกมส์ออนไลน์พูดคุยผ่านระบบอินเทอร์เน็ต การเข้าดูเว็บไซต์ ล้วนเป็นสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวได้ทั้งสิ้น

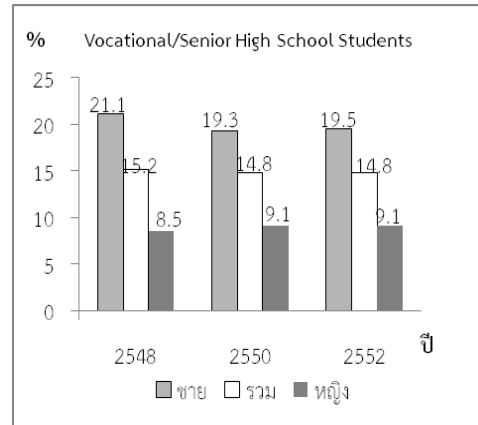
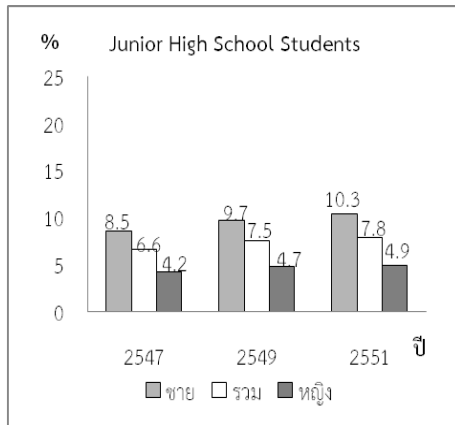
5.4 การใช้สารเสพติด/ บุหรี่/ แอลกอฮอล์

5.4.1 การใช้สารเสพติด

ความชุกของการใช้สารเสพติดในประเทศไต้หวันมีจำนวนเพิ่มขึ้น ผลการสำรวจนักเรียนระดับ junior, senior และ vocational high school ในไต้หวันปีพ.ศ. 2550 พบว่า นักเรียนร้อยละ 9.1 มีประสบการณ์การใช้สารเสพติด ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียน ได้แก่ เศรษฐฐานะไม่ดี การหย่าร้างของผู้ปกครอง ความไม่สนใจของผู้ปกครอง ความขัดแย้งของครอบครัว พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ปกครอง และทัศนคติทางบวกของผู้ปกครองต่อการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด¹⁹ นอกจากนี้ในปีพ.ศ. 2549 ได้มีการนำเสนอข้อมูลในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 14-18 ปีที่ได้รับการรักษาการติดสารเสพติด พบว่า ความชุกของการใช้ amphetamine (ร้อยละ 69.8) K-tamine (ร้อยละ 51.6) MDMA (ร้อยละ 42.8) และ เฮโรอีน (ร้อยละ 30.8) โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่²⁰

5.4.2 บุหรี่

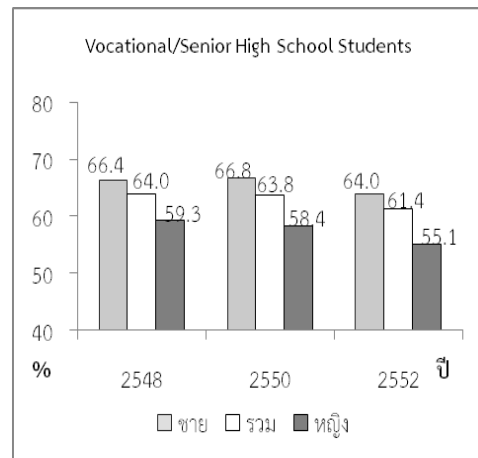
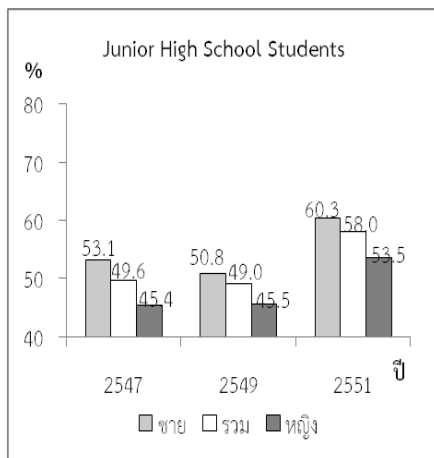
จากรายงานของ Bureau of Health Promotion, Department of Health ของไต้หวัน แสดงให้เห็นว่า ในปีพ.ศ. 2551 อัตราการบริโภคยาสูบในประชากรกลุ่มเด็ก เยาวชนและวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายร้อยละ 38.6 เพศหญิงร้อยละ 4.8 ลดลงเหลือ เพศชายร้อยละ 35.4 และเพศหญิงร้อยละ 4.2 ในปีพ.ศ. 2552 นอกจากนี้ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนักเรียน junior, senior และ vocational high school จำนวน 25,000 คน พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียน vocational/ senior high school อยู่ที่ร้อยละ 14.8 (เพศชาย ร้อยละ 19.6 และเพศหญิง ร้อยละ 9.1) (รูปที่ 7-1)



รูปที่ 7-1 แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียน junior, senior และ vocational high school

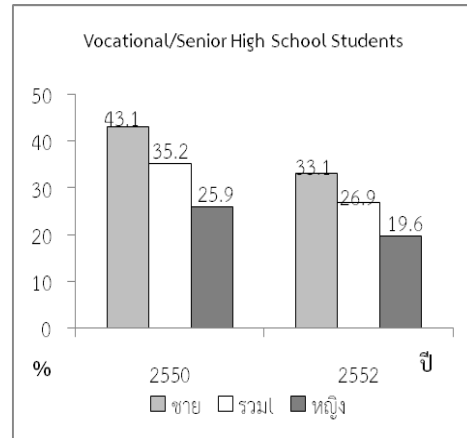
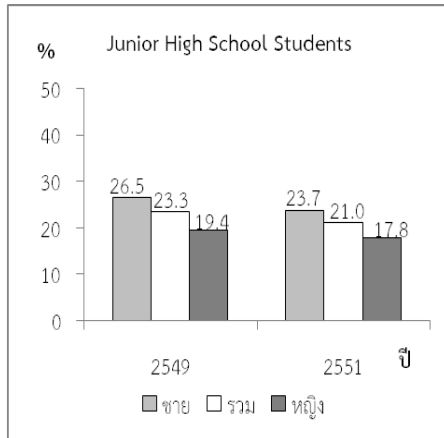
อัตราการสูบบุหรี่ในนักเรียน junior high school ปีพ.ศ. 2551 คิดเป็นร้อยละ 7.8 (เพศชาย ร้อยละ 10.3 และเพศหญิง ร้อยละ 4.9) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก ร้อยละ 7.5 (เพศชาย ร้อยละ 9.7 และเพศหญิง ร้อยละ 4.7) ในปีพ.ศ. 2549

ผลสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ยังพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของนักเรียน junior, senior และ vocational high school ต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ (รูปที่ 7-2)



รูปที่ 7-2 จำนวนนักเรียน junior, senior และ vocational high school ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

สำหรับอัตราการสูดดมควันบุหรี่มือสอง (Secondhand smoke) ของนักเรียน senior และ vocational high school ในไต้หวันลดลงมาก จากร้อยละ 35.2 ในปีพ.ศ. 2550 เหลือร้อยละ 26.9 ในปีพ.ศ. 2552 (รูปที่ 7-3) พบว่านักเรียนสูดดมควันบุหรี่จากเพื่อนร่วมห้องเรียน บุคคลภายนอก ครู พนักงานรักษาความปลอดภัยหรือคนงานในโรงเรียนที่สูบบุหรี่ สำหรับนักเรียน junior high school ที่สูดดมควันบุหรี่ในโรงเรียน พบร้อยละ 21.0 ซึ่งน้อยกว่าเด็ก senior และ vocational high school



รูปที่ 7-3 อัตราการสูดดมควันบุหรี่ในโรงเรียนของนักเรียน junior, senior และ vocational high school

5.4.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลเสียต่อสุขภาพของเยาวชนซึ่งเยาวชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพทางจิตมากกว่ากลุ่มเยาวชนที่ไม่ดื่ม²¹ และยังพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนได้ทุกวัน โดยเฉพาะในเขตเมือง ได้แก่ สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว การดื่มของคนในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมรอบโรงเรียน²² จากผลการสำรวจของ National Health Interview Survey ปีพ.ศ. 2544 ในเด็กอายุ 12-18 ปี มีประสบการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 30 วันก่อนการสำรวจร้อยละ 6.6²¹

5.5 การบาดเจ็บ (Injury) การใช้ความรุนแรง (Violence)

อัตราการเสียชีวิตของประชากรได้หวันมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ นับแต่ปีพ.ศ. 2532 ยกเว้นในปีพ.ศ. 2542 ที่เกิดเหตุการณ์แผ่นดินไหวครั้งใหญ่มีผลให้ชาวไต้หวันเสียชีวิตจำนวนมาก สาเหตุอันดับแรกของการเสียชีวิตในเด็กอายุ 5-24 ปี คือ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ¹¹ และจากการเก็บข้อมูลของ Vital Statistics System ของ Department of Health, Executive Yuan ระหว่าง ปีพ.ศ. 2529-2549 ถึงการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บของเด็กอายุ 0-19 ปี ซึ่งพบว่า การบาดเจ็บที่ไม่ได้ตั้งใจ (unintentional injuries) มีจำนวนลดลงร้อยละ 63 จาก ร้อยละ 35.3 เหลือร้อยละ 13.2 และกลุ่มเด็กอายุ 15-19 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บมากที่สุด (ร้อยละ 52) สาเหตุที่ทำให้เด็กเสียชีวิตมากที่สุดคือ motor vehicle injury: MVI (ร้อยละ 50) จมน้ำ (ร้อยละ 17) หายใจไม่ออก (ร้อยละ 7) ไฟไหม้ (ร้อยละ 4) หกล้ม (ร้อยละ 4) และ ได้รับสารพิษ (ร้อยละ 2) สำหรับสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กจำแนกตามกลุ่มอายุ แสดงดังตารางที่ 7-6²³

สำหรับการบาดเจ็บจากการจมน้ำ พบว่าอัตราเฉลี่ยของจำนวนสระว่ายน้ำต่อจำนวนนักเรียนหนึ่งแสนคนในไต้หวันมีค่า 9.6 เมื่อเทียบกับประเทศญี่ปุ่นที่สูงถึง 188 แต่อัตราการเสียชีวิตเพราะการจมน้ำของนักเรียนไต้หวันสูงกว่าญี่ปุ่นถึง 3 เท่า²⁴

ตารางที่ 7-6 สาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของเด็กอายุ 0-19 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	อันดับ 1 (n)	อันดับ 2 (n)	อันดับ 3 (n)	อันดับ 4 (n)	อันดับ 5 (n)
ต่ำกว่า 1	หายใจไม่ออก (2,322)	MVI (317)	หกล้ม (150)	ไฟไหม้ (98)	จมน้ำ (72)
1 - 4	MVI (2,419)	จมน้ำ (2,113)	ไฟไหม้ (566)	หกล้ม (507)	หายใจไม่ออก (354)
5 - 9	MVI (1,813)	จมน้ำ (1,498)	ไฟไหม้ (391)	หกล้ม (211)	ฆาตกรรม (165)
10 - 14	MVI (2,599)	จมน้ำ (1,678)	ไฟไหม้ (279)	หกล้ม (153)	ฆ่าตัวตาย (152)
15-19	MVI (15,145)	จมน้ำ (2,219)	ฆ่าตัวตาย (1,230)	ฆาตกรรม (605)	หกล้ม (567)

6. นโยบายและมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

Department of Health, Republic of China (Taiwan) เป็นหน่วยงานหลักมีภารกิจด้านการสาธารณสุขของประเทศ ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ จัดทำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ pharmaceutical management ความปลอดภัยด้านอาหาร การเฝ้าระวังและควบคุมโรค จนถึงการวิจัยด้านเทคโนโลยีชีวภาพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดำรงชีวิตและการมีสุขภาพดี ตามเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทุกอาชีพ ได้รับสิทธิ มีโอกาสและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของตนโดยเท่าเทียมกัน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการดูแลสุขภาพตนเองให้ปราศจากโรคและความพิการ โดยได้รับประโยชน์จากการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม และมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี Department of Health ของไต้หวันจึงได้ดำเนินนโยบายสนับสนุนสุขภาพประชาชนไต้หวันในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ที่เป็นประชากรกลุ่มแรงงานสำคัญของประเทศ นอกจากนี้การดูแลสุขภาพยังขยายรวมถึงสุขภาพของชุมชน สังคมและของโลกอีกด้วย โดยการกำหนดนโยบาย ปรับปรุงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ของ Department of Health ของไต้หวันจะอาศัยข้อมูลการศึกษาวิจัยเป็นพื้นฐาน เพื่อชะลอและป้องกันปัญหาเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน รัฐบาลไต้หวันจึงได้ดำเนินการด้านต่างๆ ดังนี้

■ Health Promoting School Project

นับแต่การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพเด็กนักเรียนทั่วประเทศปีพ.ศ. 2547 Department of Health, Ministry of Education, Municipal ครูและผู้ปกครองนักเรียนร่วมลงนามในแถลงการณ์โครงการ Health Promoting School สอดรับกับแนวคิดที่ให้สถานศึกษามีสภาพแวดล้อมที่ดี (health life environment) ขององค์การอนามัยโลก โครงการ Health Promoting School มีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมการมีสร้างสุขภาพที่ดีแก่นักเรียนและสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมโรงเรียนทั่วประเทศไต้หวัน การดำเนินงานในปีแรกมีโรงเรียน 48 แห่งเข้าร่วมโครงการ และเพิ่มขึ้นเป็น 318 แห่ง ในปีพ.ศ. 2548²⁵ และเพิ่มขึ้นเป็น 3,696 โรงเรียน ในปีพ.ศ. 2554 สำหรับปัจจุบัน (พ.ศ.2555)

โรงเรียนอนุบาลและประถมในไต้หวันทุกโรงเรียนและโรงเรียนมัธยมมากกว่าร้อยละ 70 เข้าร่วมกับโครงการนี้⁶

ประเด็นหลักที่ทุกโรงเรียนจำเป็นต้องดำเนินการคือ การป้องกันอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก โรงเรียนในโครงการสามารถเพิ่มเติมประเด็นสุขภาพอื่นๆ ได้ตามความสมัครใจ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy diet) การดูแลสุขภาพช่องปากและดวงตา เพศศึกษาและป้องกันเอดส์สุขภาพของผู้บริโภค เป็นต้น

อุปสรรคสำคัญในการดำเนินโครงการระยะแรก คือการสร้างความน่าเชื่อถือและกรอบการรับรองโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการภายหลังจึงมีการออกแบบตัวบ่งชี้และกรอบการประเมินผลได้ในวัน Health Promoting School ในเดือนธันวาคม พ.ศ.2554 ที่ผ่านมา โรงเรียนที่ผ่านการตรวจประเมินจะได้รับการรับรองมาตรฐานของประเทศไต้หวัน ซึ่งอ้างอิงตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (Guideline Development of Health Promoting School-A Framework for Action) และคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ การรับรองมาตรฐานดังกล่าวมุ่งเน้นใน 6 ประเด็นหลัก²⁶ คือ

- 1) นโยบายสุขภาพของโรงเรียน (School health policy)
- 2) สภาพแวดล้อมทางกายภาพของโรงเรียน (School physical environment)
- 3) สภาพแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน (Social environment of schools)
- 4) ความสัมพันธ์กับชุมชน (Community relationship)
- 5) ทักษะด้านสุขภาพของบุคลากร (Personal health skills)
- 6) การบริการด้านสุขภาพ (Health services)

สำหรับตัวอย่างการดำเนินงานของโรงเรียนที่ร่วมโครงการ ได้แก่ การลดผลกระทบของเสียงในโรงยิม จัดช่วงกิจกรรมการออกกำลังกายให้นักเรียน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน เป็นต้น

ปีพ.ศ. 2555 มีการขยายโครงการไปสู่สากลด้วยการจัดทำ The Health Promoting School International Certification Program ที่มีมาตรฐานและกรอบการรับรองตามคำแนะนำของ International Certification Committee members โดยมี 293 โรงเรียนเข้าร่วมในโครงการในปีแรก²⁷ สำหรับนโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญต่างๆ มีดังนี้

1. อนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health)

■ Sex education for Adolescents/ Adolescent-friendly clinic

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านกายภาพและอารมณ์ จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมและการบริการด้านสุขภาพที่แตกต่างไปจากช่วงวัยอื่น สุขภาพวัยรุ่นกลายเป็นประเด็นสำคัญไปทั่วโลก เมื่อองค์การอนามัยโลก (พ.ศ.2546) แสดงความตระหนักถึงปัญหาการตั้งครรภ์ การทำแท้งในวัยรุ่น และการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ยังผลให้ Bureau of Health Promotion, Department of Health จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น (Promote Teenage Health) โดยมีเป้าหมายให้เยาวชนไต้หวันได้รับข้อมูลที่ทันสมัยและถูกต้องในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศนำไปสู่การตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง โครงการยังได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการให้บริการดูแลสุขภาพอำนวยความสะดวกและมีเครือข่ายการให้บริการที่เป็นมิตรกับกลุ่มวัยรุ่น

การดำเนินงานโครงการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ประกอบไปด้วยกรอบดำเนินงานใน 6 ข้อ²⁸ คือ

1. ยึดหลักการที่ทำให้โรงเรียนเป็นหน่วยงานรับผิดชอบระดับปฐมภูมิ สำหรับเรื่องเพศศึกษา รวมถึงเรื่องสุขภาพที่เกี่ยวกับเพศอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health) การป้องกันเอดส์ ยาเสพติด อาหารสุขภาพ การออกกำลังกายและความปลอดภัยต่างๆ

2. ส่งเสริมเรื่องเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้วยการสนับสนุนโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชนให้จัดตั้งคลินิกวัยรุ่น (Adolescent-friendly clinic) ภายใต้ชื่อ “Teens’ happiness No.9 clinic” เพื่อทำหน้าที่ให้การศึกษาที่จำเป็นเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในเด็กวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ปี รวมถึงให้ความรู้กับผู้ปกครองในฐานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ความรู้เพศศึกษาแก่บุตร

3. สร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ในการส่งเสริมให้เกิดการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุของกลุ่มวัยรุ่น รวมถึงการฝึกอบรมสำหรับผู้เชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าวด้วย

4. ใช้สื่อเป็นตัวสนับสนุน เช่น นักร้องที่มีภาพลักษณ์ที่ดีเป็นผู้บอกกล่าวเรื่องราวเพศศึกษา การสืบพันธุ์ การป้องกันเอดส์ ยาเสพติด ฯลฯ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา

5. จัดทำ website สำหรับกลุ่มวัยรุ่น ให้เกิดความรวดเร็วและมีบริการต่างๆ ที่หลากหลาย รวมถึงเกมส์เกี่ยวกับสุขภาพ

6. ความร่วมมือระหว่างประเทศและการวิจัย ได้แก่ การเข้าร่วมการประชุมนานาชาติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงแนวโน้มของโลกต่อเรื่องเพศศึกษาและประเด็นด้านสุขภาพ พัฒนารูปแบบที่จะขยายการศึกษาของผู้ปกครอง เด็กนักเรียน กลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มคนดั้งเดิมของประเทศได้หันมาสนใจประเด็นเหล่านี้ รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปสู่เครือข่ายในระดับนานาชาติ

ลักษณะและผลการดำเนินงาน

▪ ปีพ.ศ. 2547 หน่วยงานด้านสุขภาพร่วมกับหน่วยงานด้านการศึกษาของไต้หวัน ส่งเสริมเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นในไต้หวันและการรณรงค์เรื่องเพศศึกษาผ่านทางองค์กรสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชนร่วมกันจัดตั้งคลินิกวัยรุ่น 33 แห่ง และศูนย์สุขภาพ 3 แห่ง โดย Department of Health ของไต้หวันสนับสนุนงบประมาณให้กับสถานพยาบาลจัดตั้งคลินิกสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยรุ่น โดยเพิ่มจำนวนขึ้นในทุกๆ ปี เพื่อให้คำวินิจฉัย รักษา ส่งต่อ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ ปัญหาสุขภาพร่างกาย ใจ และการมีบุตร ความร่วมมือขยายไปสู่หน่วยงานและกลุ่มอาชีพต่างๆ ทุกระดับในชุมชน ดังเช่น ในปีพ.ศ. 2552 เกสเซอร์กรมชุมชน 150 แห่ง เข้าร่วมโครงการนี้ และทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดและสุขภาพทางเพศให้กับกลุ่มวัยรุ่น²⁹ และในปีพ.ศ. 2555 Department of Health ยังได้จัดทำแผนการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นมิตรสำหรับผู้ป่วยนอกที่เป็นวัยรุ่น (Adolescent-friendly outpatient medical services) ขึ้นในโรงพยาบาล และคลินิก 31 แห่งในไต้หวัน เพื่อคอยให้บริการด้านการป้องกันสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์³⁰

▪ การดำเนินงานของคลินิกวัยรุ่น (Teens’ Happiness No.9 clinic) ทำให้ทราบว่าภาวะเจริญพันธุ์ของเด็กวัยรุ่นชายไต้หวันมีแนวโน้มอายุที่ลดลง แต่ไม่สามารถระบุอายุที่แน่นอนได้ ข้อมูลแสดงให้เห็นว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 12- 18 ปี และอายุ 18-24 ปีเป็นกลุ่มที่ถูกกระทำรุนแรงทางเพศมากที่สุดและรองลงมา ตามลำดับ ส่วนปัญหาที่เด็กวัยรุ่นขอรับคำปรึกษามากที่สุด คือปัญหาด้านอารมณ์ ที่มีสาเหตุจากความเครียดและความวิตกกังวล³¹

■ Department of Health ของไต้หวันจัดทำเว็บไซต์ www.young.gov.tw เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลเรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิดสำหรับกลุ่มวัยรุ่นไต้หวัน เป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงสำหรับผู้ปกครองและครู ภายในเว็บไซต์มีบริการให้คำปรึกษาแบบ online และแบบ mailbox เฉพาะสำหรับวัยรุ่น ผู้ปกครอง หรือครูให้เลือกภายใน website มีส่วน “Secret Garden” วัยรุ่นสามารถพูดคุยเพื่อปรึกษาปัญหากับผู้เชี่ยวชาญผ่านวิดีโอ (Video counseling) และข้อมูลการให้คำปรึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ ในปีพ.ศ. 2554 มีผู้เข้าชม website มากกว่า 390,000 คน และผู้ใช้บริการให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอมากถึง 3,092 คน ผ่านร่วมกับบรรณารักษ์เรื่องเพศศึกษาในสื่อต่างๆ อาทิ วิดีโอดีวีดีโปสเตอร์ e-book กระจายไปยังสถานบริการสุขภาพและโรงเรียนไต้หวัน และขึ้นโฆษณาบนหน้าจอของ yahoo หรือหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีผู้ร่วมบรรณารักษ์เรื่องการศึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ไต้หวันมากกว่า 5 แสนคน^{6 32}

■ ในอนาคต Bureau of Health Promotion, Department of Health ของไต้หวันมีแผนดำเนินการเพิ่มจำนวนศูนย์บริการให้คำปรึกษาเรื่องสุขภาพทางเพศ ไปยังสถานศึกษาจำนวน 100 โรงเรียนใน 19 เมืองภายในปีพ.ศ. 2555 เพื่อให้เกิดการสร้างเครือข่ายการให้บริการ นอกจากนี้ Bureau of Health Promotion ยังสนับสนุนการจัดตั้งสถานีช่วยเหลือกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ (Adolescent Pregnancy Help Station) ให้เป็นหน่วยงานหนึ่งของ Child Welfare Bureau, Ministry of the Interior³² ซึ่งในปัจจุบัน Ministry of the Interior ของไต้หวัน ได้ดำเนินงานร่วมกับภาคเอกชนตั้งสายด่วน “Hotline for Teenage Pregnancy” และ “Assistance for Teenage pregnancy” เว็บไซต์ เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ยังไม่แต่งงาน

■ ความพยายามของรัฐบาลอีกประการหนึ่งในการ Anti-AIDS คือ การทำแคมเปญต่อต้านเอดส์ชื่อ “ABC Trio” ซึ่งเป็นโครงการที่ไม่ได้ดำเนินโครงการเฉพาะเด็กและเยาวชน แต่ดำเนินการกับประชาชนทุกวัย โดย A หมายถึง “abstinence” B หมายถึง “be faithful” และ C หมายถึง “condom use” นอกจากนี้จะให้มีการแจกถุงยางอนามัยและแผ่นพับให้ความรู้ฟรีแก่ outbound traveler ที่สนามบินด้วย¹²

2. ภาวะโภชนาการ (Nutrition)

■ *Healthy Centenary, Healthy Taiwan*

ในปีพ.ศ. 2554 Department of Health ของไต้หวันได้รณรงค์ลดน้ำหนักภายใต้ชื่อ “Healthy Centenary, Healthy Taiwan” มีเป้าหมายที่จะส่งเสริมสุขภาพและให้เกิดการเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิต (active lifestyle) สร้างสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับแคลอรีในอาหารและคุณค่าสารอาหาร นอกจากนี้การรณรงค์ยังมีเป้าหมายปรับปรุง psychosocial health ป้องกันภาวะโรคอ้วน ป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ ลดการเกิดโรคเบาหวานและความพิการ

Department of Health ตั้งเป้าหมายชะลอการเพิ่มขึ้นของภาวะโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่และวัยเด็ก ให้ได้ในปีพ.ศ. 2559 และลดจำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะโรคอ้วนลง ในปีพ.ศ. 2563 ยุทธศาสตร์หลักทำโดยให้ประชาชน จำนวน 600,000 คน ทั่วประเทศ หันมาลดน้ำหนักรวมกันให้ได้ 600 ตัน กระตุ้นเตือนให้ประชาชนหันมาดูแลการบริโภคอาหาร และออกกำลังกาย “Eat Smartly, Exercise Happily and Weigh Daily” โดยประชาชนอายุระหว่าง 6-64 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินสามารถเข้าร่วมกิจกรรมด้วยการสมัครที่สำนักงานสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นผ่านอีเมล แพคเกจหรือโทรศัพท์ หรือสมัครที่หน่วยงานต่างๆ เช่น โรงเรียน สถานที่ทำงาน หรือโรงพยาบาล กิจกรรมการรณรงค์ อาทิเช่น การสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีทีมผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพและการควบคุมน้ำหนัก

ปรับเปลี่ยนบทบาทของโรงพยาบาลจากการวินิจฉัยและรักษาเป็นการป้องกันและรักษาสุขภาพ การจัดทำให้มีสายด่วน (Hotlines) และ website ให้คำปรึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักและป้องกันโรคอ้วน กิจกรรมการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น ทำข้อความบนทางเดินเท้าแสดงปริมาณแคลอรีที่เผาผลาญได้ถ้าเดินบนทางเท้านี้ เป็นต้น นอกจากนี้ Department of Health ยังจัดทำจุลสาร (Booklets) ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคอ้วน ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มประชากรแจกจ่ายตามสถานที่ต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล และสถานที่ทำงาน โดยในปลายปีพ.ศ. 2555 มีประชาชนได้วันกว่า 720,000 คน เข้าร่วมการณรงค์ดังกล่าว สามารถลดน้ำหนักรวมได้ 1,049 ตัน เกินกว่าปริมาณที่ตั้งเป้าหมายไว้

3. สุขภาพจิต (Mental health)

■ ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ

เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชนได้ทุกวัน ปีพ.ศ. 2548 Department of Health ของไต้หวันจึงได้จัดทำแผนงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยจัดให้มีการตั้งศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ ภายในศูนย์มีการรวมการให้บริการด้านสุขภาพจิตใจและการป้องกันการฆ่าตัวตาย ศูนย์มีหน้าที่วิเคราะห์การฆ่าตัวตายรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ด้วยการทำงานร่วมกับองค์กรเอกชน (NGOs) เพื่อสร้างเครือข่ายของศูนย์ Department of Health ยังได้จัดบริการสายด่วนวิกฤต (crisis hotline)¹⁴

ในปีพ.ศ. 2555 รัฐบาลเมืองไทเป กำลังจะดำเนินการกำหนดมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชากรไต้หวันที่อาศัยในกรุงไทเป ที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสูงเช่นเดียวกับประชากรในเมืองใหญ่ เช่น ฮองกง รัฐบาลเมืองไทเปมีแผนที่จะกำหนดให้ผู้ซื้อ Charcoal ต้องแจ้งชื่อ เลขที่บัตรประชาชนและเบอร์ติดต่อ ให้ติดป้ายเตือนฆ่าตัวตายบนบรรจุภัณฑ์ Charcoal และในที่สาธารณะ เช่น พื้นที่ก่อสร้าง สะพาน อาคารต่างๆ เพื่อเตือนประชาชนให้รู้จักรักและนับถือตัวเอง ซึ่งแผนงานนี้ได้มีการใช้ในฮองกงมาแล้ว และพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในฮองกงลดลง³³

4. การใช้สารเสพติด/ บุหรี่/ แอลกอฮอล์

4.1 การใช้สารเสพติด

■ Years of Anti-drug Battle

ตลาดของการค้ายาเสพติดมักมีเป้าหมายที่กลุ่มเยาวชนของประเทศ ดังนั้น ประเทศต่างๆ จึงได้หาแนวทางในการยับยั้งปัญหาเสพติดเช่นเดียวกับประเทศไต้หวัน เด็กและเยาวชนไต้หวันส่วนใหญ่มีปัญหาการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน ยาเคตามีน MDMA และ FM2 (Flunitrazepam) และเพื่อป้องกันการติดยาในกลุ่มเยาวชน Ministry of Education ของไต้หวัน ได้กำหนดให้ปีพ.ศ. 2548-2551 เป็น “ปีแห่งการต่อต้านยาเสพติด” (Years of Anti-drug Battle) มีเป้าหมายประกาศสงครามกับยาเสพติด และให้บ้านเมืองปลอดจากยาเสพติดและเพื่อให้สอดคล้องกับหัวข้อการประชุมในวันต่อต้านยาเสพติดโลก ปีพ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก ที่ว่า “Global Action for Healthy Communities without Drugs” Ministry of Education ของไต้หวันจึงได้ออกแผนรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด ภายใต้ชื่อ “The Echinacea Campaign”³⁴ ขึ้นในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2555 ด้วยการรณรงค์ให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนเกี่ยวกับอันตรายของยาเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียน มีการตั้ง “An inter-ministerial Echinacea Sports Preparatory Working Group” และ “Echinacea Campaign Promotion Committee” ขึ้น มีหน้าที่

รับผิดชอบและให้การสนับสนุนการรณรงค์ดังกล่าว เริ่มจากสถานศึกษาไปสู่ชุมชน โดย Ministry of Education ประกาศให้เดือนมิถุนายนของทุกปี เป็นเดือนแห่งการต่อต้านยาเสพติด นอกจากนี้ ยังประกาศให้ทุกโรงเรียนในไต้หวันเข้าร่วมรณรงค์ด้วยการจัดกิจกรรมในวันที่ 1 ของทุกเดือน ร่วมกับกิจกรรมรณรงค์อื่นๆ อาทิ ติดสติ๊กเกอร์ ประดับธง เป็นต้น

4.2 บุหรี่

■ *Tobacco Control for children and adolescents*³⁵

ประเทศไต้หวันได้ลงนามในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 ซึ่งไต้หวันต้องปฏิบัติตามพันธะสัญญาด้วยการพิจารณากำหนดมาตรการต่างๆ ตามข้อตกลง ดังนี้

- มีนโยบายปกป้องสุขภาพของประชาชน
- กำหนดมาตรการด้านราคาและภาษีเพื่อลดการบริโภคยาสูบ
- ปกป้องประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่
- มีมาตรการควบคุมในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- มีมาตรการในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- มีมาตรการควบคุมในเรื่องบรรจุภัณฑ์และติดฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- การเตือนภัยประชาชนถึงอันตรายของการบริโภคยาสูบ
- การห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขาย และการให้การสนับสนุนโดยบริษัทยาสูบ
- มาตรการเพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาสูบและลดการเสพยาสูบ
- ควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
- การห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่ผู้เยาว์
- สนับสนุนกิจกรรมทางเลือกที่มีความเป็นไปได้ในทางเศรษฐกิจแทนยาสูบ

นับเป็นเวลาหลายปีที่ไต้หวันดำเนินงานตามกรอบของอนุสัญญาดังกล่าว อาทิ ด้วยการสำรวจวิจัย ควบคุมไปกับการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ส่งเสริมดำเนินการกำหนดเขตปลอดบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะ ให้การศึกษาอันตรายจากยาสูบ ให้บริการสำหรับผู้ต้องการเลิกบุหรี่ การฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้อง สร้างความร่วมมือกับตัวแทนองค์กรต่างๆ โรงเรียน หน่วยงานทางทหาร สถานที่ทำงานและชุมชน และการบังคับใช้กฎหมายด้วยการตราพระราชบัญญัติป้องกันอันตรายจากยาสูบ (Tobacco Hazards Prevention Act) ขึ้นและมีผลบังคับใช้ในปีพ.ศ. 2552 ภาระหน้าที่หลัก คือ มาตรา 5 กำหนดข้อห้ามการขายยาสูบ มาตรา 6 การระบุระดับอันตรายของผลิตภัณฑ์ยาสูบบนบรรจุภัณฑ์ มาตรา 7 การระบุปริมาณนิโคตินและทาร์ที่ประกอบในผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา 9 การสนับสนุนหรือโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา 10 สถานที่ขายยาสูบ มาตรา 11 ห้ามบริษัทสนับสนุนด้วยการให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ลูกค้าเพื่อโฆษณาธุรกิจ มาตรา 13 ห้ามจำหน่ายยาสูบแก่ให้แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มาตรา 15 เขตห้ามสูบบุหรี่/ ปลอดบุหรี่ และ มาตรา 16 เขตสูบบุหรี่ จากพระราชบัญญัติดังกล่าวยังผลให้ประชาชนไต้หวันมีความระมัดระวังในการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะมากขึ้นถึงร้อยละ 94.6 ในปีพ.ศ. 2553

ความต้องการลดอัตราการสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง นับเป็นเป้าหมายสำคัญของการป้องกันอันตรายจากยาสูบ โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชนของไต้หวัน รัฐบาลไต้หวันจัดทำโครงการและแผนงานป้องกันอันตรายจากยาสูบในเด็กและเยาวชน ดังนี้

■ Tobacco-free environment

Bureau of Health Promotion ร่วมกับ Ministry of Education ของไต้หวันจึงจัดทำโครงการ “สิ่งแวดล้อมไร้ควันบุหรี่” (Smoke-free environment) ขึ้นในสถานที่ต่างๆ โดยเฉพาะในสถานศึกษาให้เป็นสถานศึกษาไร้ควันบุหรี่ (Smoke-free Campus) มีโรงเรียนประถม มัธยมและอาชีวศึกษา จำนวน 3,868 โรงเรียน และ 65 วิทยาลัย/ มหาวิทยาลัยเข้าร่วมโครงการ หรือคิดเป็น 2 ใน 3 ของวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 72 แห่งภายในสิ้นปีพ.ศ. 2556³⁶ Bureau of Health Promotion ของไต้หวันมอบเงินทุนสนับสนุนให้วิทยาลัยและค่ายต่างๆ ในการสนับสนุนให้วิทยาลัยเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ ในปีพ.ศ. 2554 ได้จัดทำแผน “Campus anti-smoking education seed teacher training plan” ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า เพื่อฝึกอบรมครู³⁰

■ Non-Smoking Express

รณรงค์ในรูปแบบนิตยสารเคลื่อนที่ (Non-Smoking Express) ไปตามสถานศึกษาต่างๆ เพื่อให้ความรู้การป้องกันอันตรายจากยาสูบ อาทิ ความสัมพันธ์และผลกระทบการสูบบุหรี่ต่อเศรษฐกิจ ในช่วงพักหรือหลังเลิกเรียน

■ Smoking Cessation Service

มีการบริการเลิกสูบบุหรี่ (Smoking Cessation Service) ด้วยการจัดตั้งสถานบริการเพื่อบำบัดและให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ และสายด่วนเลิกสูบบุหรี่ (Smoking-cessation Help-line) และสร้างเครือข่ายการบริการให้คำปรึกษาเลิกสูบบุหรี่ในสถานศึกษา ในปีพ.ศ. 2553 Department of Health ของไต้หวัน จัดอบรมผู้ให้คำปรึกษาการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 27,450 คน และมีผู้เข้ารับคำปรึกษาจำนวน 737,691 คน ในปีเดียวกัน ในปีพ.ศ. 2544 มีสถาบันสุขภาพ 1,957 แห่งบริการให้คำปรึกษาการสูบบุหรี่แก่ผู้ป่วยนอก

■ Tobacco Hazard Prevention Act

มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติ Tobacco Hazard Prevention Act ดังนี้

- เพิ่มภาษีสรรพสามิตยาสูบเป็น 2 เท่าจาก 10 ดอลลาร์ไต้หวันต่อซอง เป็น 20 ดอลลาร์ไต้หวันต่อซองโดยคาดหวังว่าราคายาสูบที่สูงขึ้นจะทำให้ประชาชนไต้หวันเลิกสูบบุหรี่มากขึ้นและลดการเป็นโรคที่เกิดจากควันบุหรี่ เช่น มะเร็งปอด

- กำหนดบริเวณห้ามสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ได้แก่สถานที่ปิดที่มีคน ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป สถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะ รวมทั้งอินเทอร์เน็ตคาเฟ่ เป็นต้น ผู้ฝ่าฝืนจะถูกปรับเป็นเงิน 2,000-10,000 ดอลลาร์ไต้หวัน สำหรับผู้ไม่ติดสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่ มีโทษปรับ 10,000-50,000 ดอลลาร์ไต้หวัน

■ Promotion and Education

มีการรณรงค์เรื่องเขตปลอดบุหรี่ทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร สื่อกลางแจ้ง และกระดานข่าวในสถานศึกษา เชิญนักร้องชื่อดังร่วมรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่

การสนับสนุนเงินทุนจากองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในระดับเมืองและระดับประเทศ เช่น Department of Health ของไต้หวัน และ John Tung Foundation ที่สนับสนุนเงินทุนสำหรับการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ในโรงเรียนประถม ของเมืองไทเป เพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตรายของยาสูบให้แก่เด็กนักเรียน ด้วยการให้สุขศึกษาแบบ online

4.3 แอลกอฮอล์

■ *Protection of Children and Youths Welfare and Rights Act*

ประเทศไทยได้หวั่นป้องกันปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชน ด้วยการออกกฎหมาย Children and Youth Welfare ในปีพ.ศ. 2546 โดยให้ Ministry of the Interior เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ซึ่งกฎหมาย Children and Youth Welfare ฉบับนี้กำหนดการควบคุม ป้องกันทั้งตัวเด็กและเยาวชน รวมทั้งบิดา มารดาและผู้ปกครอง ดังเช่น มาตราที่ 26 ด้วยการห้ามเด็กและเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี กระทำหรือมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้พ่อแม่ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กและเยาวชนมีหน้าที่ห้ามปรามมิให้เด็กกระทำหรือมีพฤติกรรมดังกล่าว ถ้าฝ่าฝืนมีโทษปรับ ตั้งแต่ 10,000 ถึง 50,000 ดอลลาร์ไต้หวันสำหรับผู้ใดที่ให้เด็กและเยาวชนกระทำหรือมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีโทษปรับตั้งแต่ 3,000 ถึง 15,000 ดอลลาร์ไต้หวัน และในปีพ.ศ. 2554 รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติ Protection of Children and Youths Welfare and Rights Act³⁷ มีผลบังคับใช้ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 โดยมีการเพิ่มโทษบิดามารดา ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ที่จะต้องถูกส่งไปอบรมตั้งแต่ 8 ชั่วโมง ถึง 50 ชั่วโมง

5. การบาดเจ็บ (Injury) การใช้ความรุนแรง (Violence)

เพื่อสร้างความปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิต จากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในเด็กและเยาวชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการด้านต่างๆ ดังนี้

- Ministry of Transportation and Communications สนับสนุนให้ออกกฎเกณฑ์ให้ผู้ขับขี่จักรยานใส่หมวกกันน็อค
- หน่วยงานสุขภาพแต่ละเมืองต่างๆ ร่วมปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อสร้างให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก
- สร้างเครือข่ายสังคมปลอดภัยในไต้หวันและขยายไปสู่แผนงานโรงเรียนปลอดภัย
- ผูกอบรมบุคลากรท้องถิ่นให้ตระหนักในเรื่องอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ เช่น จัดสัมมนาการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ เป็นต้น
- การสำรวจ เฝ้าระวังสาเหตุการเสียชีวิต วิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ

■ *Safe Schools project*

Department of Health ของไต้หวันทำโครงการ “International Safe Schools Project” ขึ้นในปีพ.ศ. 2549 ตามหลักการของ “Safe Schools project” ภายใต้กรอบการส่งเสริม “Safe communities” ขององค์การอนามัยโลกกระทรวงฯ เป็นผู้ช่วยเหลือเพื่อให้โรงเรียนทุกระดับตั้งแต่โรงเรียนอนุบาล ถึงระดับมหาวิทยาลัยในไต้หวัน ได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของโครงการ ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย แผนงานและวิธีดำเนินงานกรณีเกิดการเจ็บป่วยกะทันหันหรือบาดเจ็บฉุกเฉินการประเมินผล จนกระทั่งได้รับใบรับรองในที่สุด ในปีพ.ศ. 2554 มีจำนวนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการและได้รับใบรับรองจำนวน 45 โรงเรียน ใน 9 เมืองของไต้หวัน

ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2554 Ministry of the Interior ได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติ “ปกป้องสิทธิและสวัสดิภาพเด็กและเยาวชน”(Protection of Children and Youths Welfare and Rights Act) ทำให้ Department of Health ของไต้หวันต้องทบทวนข้อบังคับและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บของเด็กและเยาวชน โดย Department of Health ของไต้หวันจะจัดทำโปรแกรมเพื่อสนับสนุนเป้าหมายของ Department of Health ในการสร้างโรงเรียน

ปลอดภัยในขณะเดียวกันก็ยังคงให้ความช่วยเหลือแก่โรงเรียนและชุมชนท้องถิ่นให้ได้การรับรองสำหรับ The International Safe Communities and International Safe Schools ต่อไป³⁰

■ **Swimming Project- Improving Student Passing Rates in Swimming Test and Building New Swimming Pools**

เพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กนักเรียนได้หวั่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงฤดูร้อน ซึ่งกิจกรรมทางน้ำเป็นที่นิยมในได้หวั่น Ministry of Education จึงได้ดำเนินโครงการ “Swimming Project- Improving Student Passing Rates in Swimming Test and Building New Swimming Pools” ขึ้นในปีพ.ศ. 2552 โดยมีวัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อปรับปรุงสระว่ายน้ำที่มีอยู่ เพิ่มจำนวนผู้ใช้ โดยเฉพาะเพิ่มการสร้างสระว่ายน้ำที่มีระบบน้ำอุ่นซึ่งจะช่วยเพิ่มโอกาสและเวลาสำหรับการว่ายน้ำให้มากขึ้น Ministry of Education ยังสนับสนุนงบประมาณก่อสร้างและปรับปรุงสระว่ายน้ำให้กับโรงเรียนในชนบท ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มจำนวนนักเรียนที่สามารถว่ายน้ำเป็นทั้งในระดับประถมและมัธยมในได้หวั่น ให้ได้ร้อยละ 80 ในปีพ.ศ.2564²⁴

■ **Water Activity Safety Information**³⁸

Ministry of Education ได้ตั้งกรอบของ Student Water Activity Safety Network ไว้ 3 ส่วนคือ prevention, response และ recovery โดยให้มีความร่วมมือกันของรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น โรงเรียน และหน่วยงานเอกชน เพื่อลดอัตราการจมน้ำของเด็กนักเรียน กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถิติการเกิดอุบัติเหตุจมน้ำของนักเรียนเพื่อจะหาแนวทางการป้องกัน การปรับปรุงเกณฑ์ในการประเมินทักษะการว่ายน้ำของนักเรียน โดยให้มีการสอนนักเรียนถึงวิธีการรอดชีวิตจากการจมน้ำ ด้วยการใช้ teaching film และ F&Q databases และการสอนนักเรียนในโรงเรียนถึงความปลอดภัยในกิจกรรมทางน้ำ ขณะเดียวกันได้มีการปรับปรุงเอกสารการสอนว่ายน้ำ อบรมครูผู้สอนให้มีทักษะในการช่วยชีวิต สำหรับใน website ของ Ministry of Education จะมีข้อมูลการสอนทักษะการว่ายน้ำของนักเรียนให้พัฒนาความรู้และความสามารถในการช่วยชีวิตตนเองจากการจมน้ำ รวมถึงการลอยคอในน้ำแบบ jellyfish, back float และ open-arm float ในชั้นเรียนของนักเรียน นอกจากนี้ยังมีแผนการทำ “Student Swimming Skill 121 Program” เพื่อเพิ่มจำนวนของโรงเรียนที่มีการสอนว่ายน้ำให้นักเรียน

เนื่องจากประเทศได้หวั่นมีอาณาบริเวณแวดล้อมด้วยทะเลสาบ ทำให้ Ministry of Education แจ้งเตือนผู้ปกครองถึงการดูแลความปลอดภัยของเด็ก และไม่让孩子ออกไปทำกิจกรรมทางน้ำตามลำพัง หากเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินก็มีเบอร์โทรศัพท์ ดังนี้ Emergency rescue, Cell phone emergency number, Police, และ Coast guard rescue hotline

7. บทเรียนจากการทบทวนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศได้หวั่น

ผลการทบทวนนโยบายและมาตรการของประเทศได้หวั่น สรุปได้ว่า เด็กและเยาวชนของประเทศได้หวั่นมีปัญหสุขภาพคล้ายคลึงกับประเทศไทย แต่รัฐบาลให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบนโยบายและมาตรการต่างๆ ด้านสุขภาพ คือ Department of Health โดยมีกลยุทธ์หลักในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและเยาวชน ดังนี้

1. กำหนดนโยบายหรือมาตรการของการสร้างเสริมสุขภาพผ่านทางระบบโรงเรียน โดยร่วมมือกับ Ministry of Education ในการกำหนดนโยบายต่างๆ กำหนดเป็นโครงการ Health promoting

school ในทุกโรงเรียน และให้มีการรับรองคุณภาพมาตรฐานของโรงเรียนในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ดี

2. มีการจัดตั้งศูนย์ และเครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือเครือข่ายทางสังคม
3. หากเป็นปัญหาที่รุนแรงได้หวั่นก็จะใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมดูแลสุขภาพของเด็กและเยาวชน

แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยที่เป็นการประเมินผลการดำเนินโครงการต่างๆ ได้ เนื่องจากข้อมูลบางอย่างไม่ใช่ภาษาอังกฤษ ทำให้ไม่สามารถสรุปผลได้ว่า การดำเนินนโยบายหรือมาตรการต่างๆ นั้น ประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด จึงควรมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป

8. เอกสารอ้างอิง

1. National Statistic, Republic of China (Taiwan). Yearly statistics, 2012, <http://eng.stat.gov.tw/lp.asp?ctNode=2265&CtUnit=1072&BaseDSD=36&MP=5> (accessed 11 Mar 2013)
2. Ministry of the Interior. Life Tables for Republic of China, 2012, <http://www.moi.gov.tw/stat/english/life.asp> (accessed 11 Mar 2013)
3. Chen Y-H. Trends in low fertility and policy responses in Taiwan. *The Japanese Journal of Population* 2012;10(1):78-88.
4. Chiou P-N, Chen Y-S, Lee Y-C. Characteristics of adolescent suicide attempters admitted to an acute psychiatric ward in Taiwan. *J Chin Med Assoc* 2006; 69(9): 428-435.
5. Bureau of National Health Insurance, Department of Health, Executive Yuan. National health insurance in Taiwan 2012-2013 Annual report. In: Bureau of National Health Insurance Department of Health, Executive Yuan, editor. Taipei, 2012.
6. Department of Health, Republic of China (Taiwan). Taiwan public health report 2011. Taipei City: Department of Health, R.O.C. (Taiwan), 2012.
7. Yu-Ying Kuo. Cross-National Comparison of Taiwan, Japan, US, and UK's Health Insurance System. *Asian Social Protection in Comparative Perspective*. Singapore, 2009.
8. Bureau of National Health Insurance, Department of Health, Executive Yuan. Universal health coverage in Taiwan, 2012, http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/21717_1_20120808UniversalHealthCoverage.pdf (accessed 17 Mar 2013)
9. PWC. Checking up on Taiwan healthcare, 2012.
10. Department of Health, Executive Yuan. National health expenditure 2011: Department of Health, 2012.
11. Department of Health, Executive Yuan. Health Statistics in Taiwan. Taipei, 2010, <http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/Part%20I.%20Population%20and%20Family.pdf> (accessed 17 Mar 2013)
12. Cecilia Fanchiang. Concerns over spread of HIV/AIDS raised at recent meeting in Taipei, 2004, <http://taiwanauj.nat.gov.tw/ct.asp?xItem=20807&CtNode=103> (accessed 17 Mar 2013)
13. Centers for Disease Control, R.O.C. (Taiwan). Statistics of HIV/ AIDS, 2012, <http://www.cdc.gov.tw/english/submenu.aspx?treeid=00ed75d6c887bb27&nowtreeid=f6f562fd95fd8df9> (accessed 16 Apr 2103)
14. Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). Obesity Prevention: Healthy Centenary, Health Taiwan! *Taiwan Health in the Globe* 2011; 7(3): 8-11.

15. Chou Y-C, Pei J-S. Risk factors of adolescent obesity in Taiwan and its association with physical activity, blood pressure and waist circumference. *Asian Journal of Sports Medicine* 2010; 1(4): 214-222.
16. Lin J-J, Lu T-H. Suicide mortality trends by sex, age and method in Taiwan, 1971-2005. *BMC Public Health* 2008; 8(6): 1-7.
17. Wang R-H, Lai H-J, Hsu H-Y, Hsu M-T. Risk and protective factors for suicidal ideation among Taiwanese adolescents. *Nursing Research* 2011; 60(6): 413-421.
18. Chih-Hung K, Ju-Yu Y., Shu-Chun L, Chi-Fen H, Cheng-Fang Y. The association between aggressive behaviors and internet addiction and online activities in adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2009; 44(6): 598-605.
19. Yen J-Y, Yen C-F, Chen C-C, Chen S-H, Ko C-H. Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *Cyberpsychology & Behavior* 2007; 10(3): 323-329.
20. F.C. Sung, C.Y. Chen, H.J. Cheng, Y.M. Tsai, Y.H. Wen, H.Y. Lane, et al. Alcohol drinking, smoking and risk of drug abuse among adolescents: A case-control study in Taiwan. *APHA 134th Annual Meeting & Exposition* Boston, MA, 2006.
21. Chen C-Y, Storr CL. Alcohol use and health-related quality of life among youth in Taiwan. *Journal of Adolescent Health* 2006; 39(5): 752.e9-752.e16.
22. Chen K-H, Chen C-Y, Liu C-Y, Lin Y-C, Chen WJ, Lin K-M. Multilevel influences of school and family on alcohol-purchasing behaviors in school-aged children. *Drug and Alcohol Dependence* 2011; 114(2-3): 127-133.
23. Wu-Chien Chien, Lu Pai, Chi-Ming Chu, Senyeong Kao, Shin-Han Ts. Trends in child and adolescent injury mortality in Taiwan, 1986-2006. *Taiwan J Public Health* 2010; 29(1): 22-32.
24. Ministry of Education, Republic of China (Taiwan). Compulsary education, <http://english.moe.gov.tw/public/Attachment/1113011202871.pdf> (accessed 17 Apr 2013)
25. Department of Health, R.O.C. (Taiwan). Taiwan Public Health Report 2008. Taipei: Department of Health, R.O.C. (Taiwan), 2009.
26. Health Promoting School. HPS in Taiwan: 6 major aspects, 2011, <http://hpshome.giee.ntnu.edu.tw/en/Thesix.html> (accessed 10 Mar 2013)
27. Department of Health, Executive Yuan, R.O.C. (Taiwan). 10 Years of campus effects to build a high-quality environment for student learning and development-Health Promoting School International Certification Program Awarded 4 Gold, 14 Silver and 120 Bronze Medals. http://www.doh.gov.tw/EN2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=387&now_fod_list_no=9073&level_no=1&doc_no=87448 (accessed 18 Feb 2103)

28. Bureau of Health Promotion, Department of Health. Project to Promote Teenage Health, 2006,
<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/English/ClassShow.aspx?No=200803260104>
(accessed 8 Mar 2013)
29. Department of Health, Republic of China (Taiwan). Taiwan Public Health Report 2009. Taipei, 2010.
30. Department of Health, Republic of China (Taiwan). Taiwan Public Health Report 2012. Taipei, 2012.
31. Chien-dai Chiang. The adolescent friendly health services - Teens' happiness No.9 clinic. *20th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services*. Taipei, Taiwan, 2012.
32. Department of Health. Sexual health service website provides Sex education and guidance to adolescents this summer, 2012,
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=387&level_no=1&doc_no=85549 (accessed 15 Mar 2013)
33. New Taipei to adopt new suicide prevention measure soon. *CAN English news*, 1 February 2012.
34. Ministry of Education, Republic of China (Taiwan). Say 'No' to Drugs - Taiwan's Anti-drug Response The "ECHINACEA CAMPAIGN", 2012, <http://enc.moe.edu.tw/ec.php> (accessed 12 Mar 2103)
35. Bureau of Health Promotion Department of health, R.O.C. (Taiwan). Taiwan Tobacco Control Annual Report 2010, 2010.
36. Bureau of Health Promotion, Department of health, R.O.C (Taiwan). Two thirds goals accomplished in the Taiwan target of 100 university campuses to go smoke-free, 2012,
<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/English/NewsShow.aspx?No=201212050002>
(accessed 18 Mar 2013)
37. Ministry of Interior, Republic of China (Taiwan). The Protection of Children and Youths Welfare and Rights Act,
http://www.moi.gov.tw/english/english_law/law_detail.aspx?sn=157 (accessed 10 Mar 2013)
38. Ministry of Education, republic of China (Taiwan). Establishment of Water Activity Safety Network to Protect Students Undertaking Water Activities, 2012,
<http://140.111.1.127/ct.asp?xItem=11152&ctNode=507&mp=1> (accessed 17 Apr 2013)