

รายงานฉบับสมบูรณ์

# โครงการพัฒนานโยบาย

## ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับเด็กโตและเยาวชน อายุ 6-25 ปี



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
สำหรับเด็กโตและเยาวชน อายุ 6-25 ปี

เสนอ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

กันยายน 2556

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร (NGO) นักวิชาการและนักวิจัยจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันที่ให้บริการเด็กและเยาวชน ผู้ทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความคิดเห็นที่สำคัญต่อการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กและเยาวชน ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดจะไม่สมบูรณ์ถ้าได้รับความกรุณาจาก นพ.วิชัย เอกพลากร ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการศึกษา และสำนักวิจัยเอแบคโพลิง มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญที่เอื้อเพื่อรายงานการสำรวจต่างๆ ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เห็นความสำคัญต่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กและเยาวชน และให้ทุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สุดท้ายขอขอบคุณนักวิจัย ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่ในโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพและเจ้าหน้าที่สื่อสารมวลชนที่ให้การสนับสนุนตลอดการศึกษา

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2556

## คำนำ

โครงการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กโตและเยาวชน ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์และนโยบายของเด็กโตและเยาวชนอย่างรอบด้าน โดยเริ่มแรกกลุ่มเป้าหมายของการเด็กโตและเยาวชน คือเด็กอายุ 13-25 ปี ตามการแบ่งกลุ่มอายุ/กลุ่มประชากรเป้าหมายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีการปรับอายุของกลุ่มเป้าหมายเป็น เด็กอายุ 6-25 ปี หรือเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชน เนื่องจากปัญหาสุขภาพของเด็ก 13-25 ปี มีความเกี่ยวข้องจากการดูแลปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 6-12 ปีมาก่อน ดังนั้นหากสามารถพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กอายุ 6-12 ปีด้วยจะทำให้ได้เด็กอายุ 13-25 ปี ที่ดี

รายงานนี้เป็นรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการในระยะ 8 เดือนที่ผ่านมา เป็นการศึกษาปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน ค้นหามาตรการที่มีประสิทธิภาพ ศึกษาช่องว่างการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

คณะวิจัย

กันยายน 2556

## สารบัญ

	หน้าที่
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์	3
กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา	4
ขั้นตอนการศึกษา	4
ผลการศึกษา	5
ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กอายุ 13-25 ปี	7
ทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กอายุ 6-25 ปี	8
ต้นทุนการจัดบริการ/กิจกรรมที่เสนอแนะ	30
ทบทวนนโยบาย/มาตรการ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเด็กอายุ 6-25 ปี	30
ในต่างประเทศ	
การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 6-25 ปี	31
เอกสารอ้างอิง	35
ภาคผนวก	42
ภาคผนวกที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	
ภาคผนวกที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของมาตรการการ	
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	

## การพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กอายุ 6-25 ปี

### หลักการและเหตุผล

ปัญหาสุขภาพในเด็กวัยเรียนและเยาวชนไม่ได้มีเพียงเรื่องของสุขภาพ แต่เป็นปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนและเยาวชนมีความสลับซับซ้อนมีมิติด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างมาก ตามนโยบายเยาวชนแห่งชาติและแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนระยะยาว (พ.ศ. 2545-2554) ได้กล่าวถึงการพัฒนาเด็กและเยาวชนใน 3 ด้านคือ การพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ การพัฒนาครอบครัวและชุมชน และการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ ซึ่งแบ่งการพัฒนาตามกลุ่มอายุคือ เด็ก 0-5 ปี มีการให้บริการด้านสาธารณสุข การเตรียมความพร้อมระดับก่อนประถมศึกษา การสงเคราะห์เด็ก เด็กอายุ 6-14 ปี จัดให้มีการศึกษาในโรงเรียนเพื่อพัฒนาสติปัญญาและความสามารถพื้นฐาน เยาวชนอายุ 15-25 ปี การศึกษา การฝึกอาชีพระยะสั้น กิจกรรมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน<sup>1</sup> ต่อมามีการพัฒนาแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 ที่เน้นการพัฒนาเด็กและเยาวชนทั้งกาย ใจ สติปัญญา อารมณ์ สังคม และพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัย เสริมพลังภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนและทุกระดับในการพัฒนาเด็กและเยาวชน และพัฒนาระบบบริหารจัดการในการคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชนให้มีประสิทธิภาพ<sup>2</sup>

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และค่านิยม เช่น การเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น พ่อแม่ต้องทำงานเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงดูลูกได้ดีเท่าที่ควร รวมทั้งกระแสการพัฒนาของเทคโนโลยี ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชน เช่น ติดเกม ติดยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ความรุนแรง ความเครียด อุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งการแก้ไขปัญหาต้องได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคมและประชาชน เพื่อให้อนาคตจะมีเด็กและเยาวชนที่มีศักยภาพและคุณภาพที่จะทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติ<sup>2</sup>

หากจะกล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการดำเนินงานที่ทำให้ประชาชนรวมทั้งเด็กและเยาวชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีและลดพฤติกรรมเสี่ยง จะนำไปสู่สุขภาพที่ดี โดยการสร้างเสริมสุขภาพเป็นงานที่หน่วยงานในต่างประเทศและในประเทศให้ความสำคัญ โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพคือ “กระบวนการที่ส่งเสริมให้ประชากรเพิ่มความสามารถในการจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น” ซึ่งความหมายนี้ปรับเปลี่ยนจากการให้คำนิยามครั้งแรกในปี พ.ศ. 2529 อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจที่มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย<sup>3</sup> ในขณะที่ประเทศไทยมีการกล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ว่า “ระบบสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน”<sup>4</sup>

ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงคำที่อ้างถึงในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 แต่มีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ที่จัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ. 2545 โดย สปสช. เป็นหน่วยงานหลักที่จัดสรร

งบประมาณที่สนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพรวมถึงการป้องกันโรคส่วนบุคคลในระบบสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2554 สปสช. มีนโยบายเพิ่มงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประชากร และในปี พ.ศ. 2555-6 สปสช. ได้ปรับปรุงสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเด็กอายุ 0-5 ปี โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการในการปรับปรุงการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเด็กอายุ 0-5 ปี เช่น การปรับปรุงการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย และการคัดกรองภาวะพร่อง ไทรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งเป็นผลมาจากรายงานวิจัยของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่ทำร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่พบการการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในอดีตไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอุบัติการณ์ของธาลัสซีเมีย โดย สปสช. ได้ปรับปรุงเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินให้ครอบคลุมกระบวนการตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ส่วนการคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนมีการปรับปรุงให้เด็กแรกเกิดที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น นอกจากนี้มีการวางแผนและเตรียมการเพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการคัดกรองความผิดปกติทางสายตาอีกด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สปสช. มีความจริงจังในการพัฒนาสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชากรตามนโยบายที่ประกาศไว้<sup>5</sup>

หลังจากที่มีแผนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กอายุ 0-5 ปี แล้ว สปสช. มีนโยบายปรับปรุงสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของทุกกลุ่มวัย และเมื่อพิจารณาสิทธิประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของทุกกลุ่มวัย พบว่ากลุ่มเด็ก 6-25 ปี มีสิทธิประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ไม่จำเพาะเจาะจงต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มวัยนี้ เช่น การให้วัคซีน การตรวจสุขภาพทั่วไป การให้ความรู้ การตรวจการได้ยิน การตรวจการมองเห็น ในขณะที่เด็กวัยรุ่นและเยาวชน มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเป็นช่วงวัยหนึ่งที่มีการเจริญเติบโตของร่างกายสูง ไม่ว่าจะเป็นน้ำหนักหรือส่วนสูง ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีการสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อมากขึ้น และขณะเดียวกันมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ โดยช่วงวัยนี้ ต้องปรับเข้ากับสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน มีความต้องการเรียนรู้สิ่งใหม่และเรียนรู้ด้วยตนเอง ต้องการให้ผู้อื่นสนใจของให้คนชมเชย ต้องการเพื่อนและกลุ่ม และต้องการอิสระการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต หากเด็กวัยรุ่นและเยาวชนสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะทำให้ประเทศชาติมีผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ<sup>6</sup> แต่อย่างไรก็ตามช่วงวัยนี้กลับไม่มีแนวทางการดูแลสุขภาพที่เป็นระบบในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นระบบเท่ากับเด็กอายุ 0-5 ปี

นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนมีการกล่าวถึง ในแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 คือ ความรุนแรงที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและผู้กระทำผิดทางกฎหมายมีอายุน้อยลง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่มีน้อยลง ภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีอายุน้อยลง การติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น การทำแท้งมากขึ้น ภาวะเครียดที่มากขึ้น และภาวะขาดไอโอดีนทำให้มีผลต่อการพัฒนาสติปัญญา นอกจากนี้ได้กล่าวถึงการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ สุรา การติดเกม และส่งเสริมการออกกำลังกาย ทั้งที่มีหน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบในการลดความเสี่ยง

ทางพฤติกรรมทางสุขภาพและปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน แต่ปัญหาต่างๆ ไม่ลดน้อยลง การแก้ไข ปัญหาต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน<sup>2</sup> ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเด็กและ เยาวชน (อายุ 6-25 ปี) ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคภัย สังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี สามารถแก้ไข ปัญหาอย่างยั่งยืน และมีประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพของเด็กและเยาวชน รวมทั้งสามารถนำไปปฏิบัติได้ จริง จะทำให้เกิดการตัดสินใจในเชิงนโยบาย ซึ่งการพัฒนาสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ จึงมีการ พัฒนานโยบายอย่างเป็นระบบและวางอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ โปร่งใสและมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย

## วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อปรับปรุงรายการสิทธิประโยชน์และต้นทุนการจัดบริการแต่ละรายการในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับการทำแผนดำเนินการปีงบประมาณ 2556-2557 และข้อเสนอเพื่อการพัฒนาโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและ เยาวชน (6-25 ปี) โดยให้ข้อเสนอทั้งสองส่วนอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ในด้านประสิทธิผลและ/หรือความ คุ่มค่า รวมทั้งดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โปร่งใส และมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

### วัตถุประสงค์ย่อย

- (1) เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของเด็กโตและเยาวชนอย่างรอบด้าน
- (2) เพื่อค้นหามาตรการที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการยอมรับ และเหมาะสมสำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ในข้อ 1
- (3) เพื่อศึกษาช่องว่างของการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มเด็กโตและ เยาวชนในประเทศไทย
- (4) เพื่อสื่อสารให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนาโยบายเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญ ของการพัฒนา เกิดการปรับปรุงนโยบาย/มาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความ เหมาะสมสำหรับกลุ่มเด็กโตและเยาวชน
- (5) เพื่อสื่อสารเนื้อหาเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับเด็กโตและเยาวชน ไปยังประชาชนทั่วไป



## กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

เด็กและเยาวชนอายุ 6-25 ปี โดยในระยะเริ่มต้นโครงการมุ่งเน้นไปที่เด็กโตและเยาวชนตามคำจำกัดความของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ เด็กโตอายุ 13-18 ปี และเยาวชนอายุ 19-25 ปี แต่เมื่อมีการประชุมและนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมปัญหาสุขภาพของเด็กโตและเยาวชนในการประชุมผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้เชี่ยวชาญเสนอให้ปรับอายุที่ศึกษาจาก 13-25 ปี เป็น 6-25 ปี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อจากเด็กอายุ 0-5 ปี และเด็กกลุ่ม 6-12 ปี เป็นอีกกลุ่มอายุที่มีความสำคัญและเป็นพื้นฐานของการพัฒนาในกลุ่มเด็กโตและเยาวชน ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชน กลุ่มอายุ 6-25 ปี

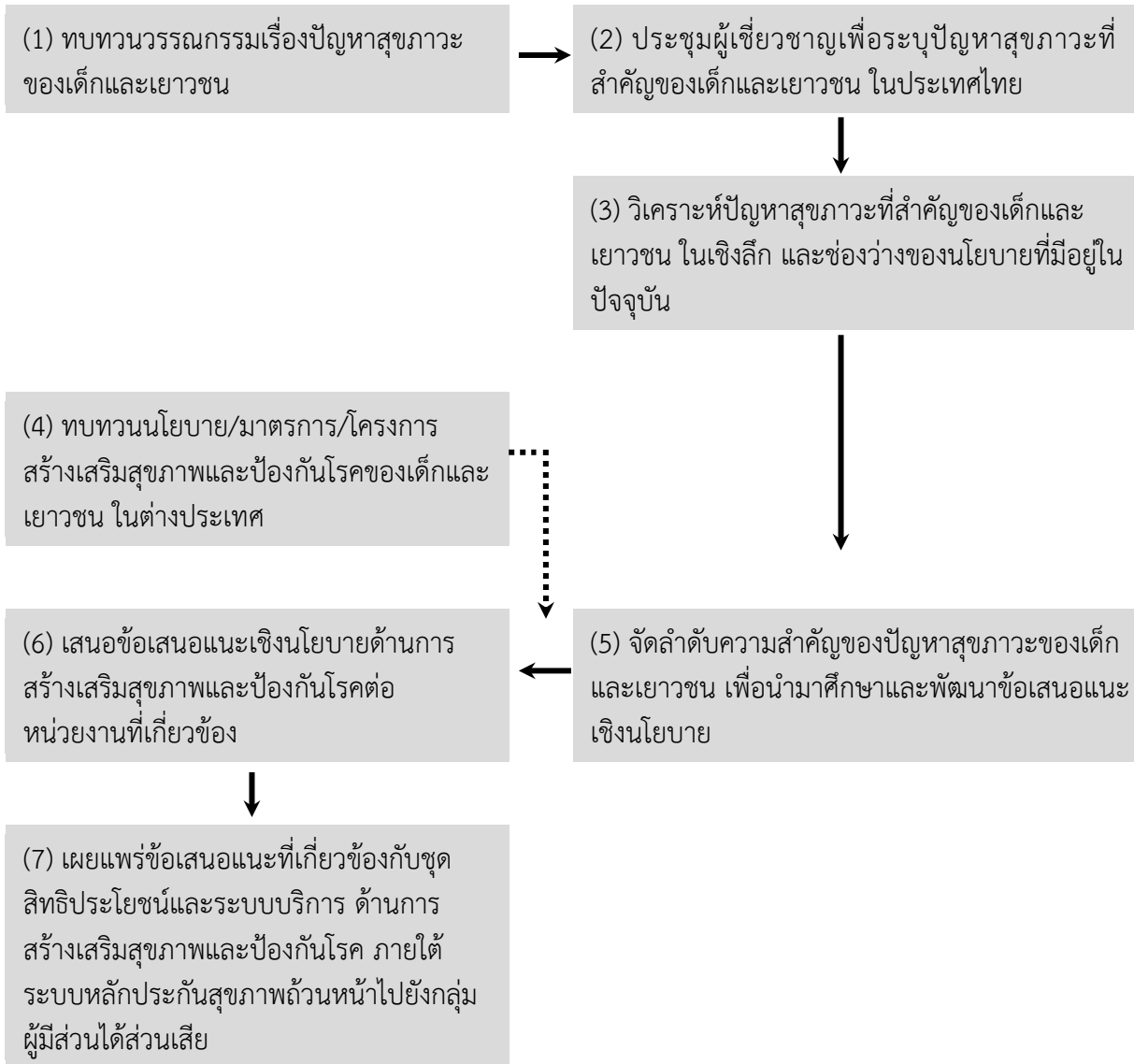
## ขั้นตอนการศึกษา

การพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กและเยาวชน อายุ 6-25 ปี เริ่มจากการทบทวนปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนและมาตรการด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อระบุปัญหาสุขภาพของเด็กโตและเยาวชนที่สำคัญทั้งภายในและต่างประเทศ จากนั้นศึกษานโยบาย/มาตรการที่ได้รับการคัดเลือก เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

การศึกษาในรอบที่ 1 ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน โดยอ้างอิงจากข้อมูลภาระโรคและทบทวนขนาดของปัญหารวมถึงแนวโน้มของปัญหาในปัจจุบัน จากนั้นนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย สถานบริการ กรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับขอบเขตและเนื้อหาของปัญหาสุขภาพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม (รอบที่ 2) เมื่อได้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและขอบเขตของปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กโตและเยาวชนแล้ว จากนั้นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญมี 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนที่ 1 การทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของเด็กโตและเยาวชน ซึ่งทบทวนทั้งคำนิยาม สาเหตุ ขนาดของปัญหา ผลกระทบ และส่วนที่ 2 กฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ในเชิงลึก รวมถึงพิจารณาช่องว่างของนโยบายที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน (รอบที่ 3) ในขณะที่เดียวกันมีการทบทวนนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเด็กโตและเยาวชนที่ดำเนินการในต่างประเทศที่ได้จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญเช่นเดียวกัน (รอบที่ 4) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กโตและเยาวชนทั้งภายในประเทศและต่างประเทศได้นำเสนอต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย สถานพยาบาล กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และองค์การไม่แสวงหากำไร เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของเด็กโตและเยาวชน (รอบที่ 5) ปัญหาสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญถูกนำไปศึกษาในเชิงลึก ซึ่งมีทั้งการประเมินความคุ้มค่า การพัฒนารูปแบบการนำไปปฏิบัติ หรือความเป็นไปได้ขึ้นอยู่กับลักษณะของมาตรการและองค์ความรู้ที่มีอยู่ จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่หน่วยงานที่

เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพิจารณาดำเนินการต่อไป (กรอบที่ 6) และสื่อสารกับสาธารณะเพื่อให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนในสังคม (กรอบที่ 7) รายละเอียดของแผนการสื่อสาร

### แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการศึกษาพัฒนานโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเด็กและเยาวชน



### ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาข้อมูลภาระโรค ปี พ.ศ. 2552 สาเหตุ/โรค 10 อันดับแรกที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กโตและเยาวชน โดยภาระโรควัดเป็นความสูญเสียทางสุขภาพจากความเจ็บป่วยพิการและตาย ซึ่งมีหน่วยวัดเป็น “DALYs: Disability-adjusted life years” หรือ “ปีสุขภาพที่สูญเสีย” ที่สามารถแสดงขนาดปัญหาสุขภาพในระดับประชากร ในการวิเคราะห์ภาระโรคได้แบ่งกลุ่มอายุเป็น 0-4 ปี 5-14 ปี 15-29 ปี 30-44 ปี 45-59 ปี 60-69 ปี 70-79 ปี และอายุมากกว่า 80 ปี ที่แบ่งตามระเบียบของ Global Burden of Disease (GBD) 2000 และในการศึกษาข้อมูลภาระโรคได้แสดงปีสุขภาพที่สูญเสียที่ผนวกบางกลุ่มอายุเข้าด้วยกัน เช่น 0-14 ปี 15-29 ปี ถึงแม้การจัดกลุ่มในการศึกษาข้อมูลภาระโรคไม่สอดคล้องกับกลุ่มอายุของเด็กโตและ

เยาวชนในการศึกษานี้คือ เด็กโต คือเด็กอายุ 6-12 ปี และเยาวชน คือกลุ่มอายุ 13-25 ปี แต่ข้อมูลภาวะโรค ปี พ.ศ. 2552 นำที่จะสะท้อนและครอบคลุมปัญหาสุขภาพของเด็กโตและเยาวชนได้ โดยสาเหตุ/โรคที่ทำให้มีความสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มอายุ 0-14 ปี ทั้งในเพศชายและเพศหญิงเป็นโรคที่เกิดตั้งแต่แรกเกิดเป็นหลัก โดยมีสาเหตุอื่นรองลงมาได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน โลหิตจาง การจมน้ำ การติดเชื้อของหูชั้นกลาง การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างและภาวะขาดโปรตีน ดังแสดงในตารางที่ 1 ในขณะที่สาเหตุ/โรคที่เป็นทำให้มีความสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ในเพศชายและเพศหญิงมีลำดับที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยเพศชายมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นลำดับแรก รองลงมาคืออุบัติเหตุทางถนน ส่วนเพศหญิงมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นลำดับแรก และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นลำดับสอง นอกจากนี้พบว่าโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น โรคหลอดเลือดสมอง หอบหืด ลมชัก การจมน้ำ และโลหิตจาง เมื่อพิจารณาสาเหตุ/โรคที่ทำให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะที่พบใน 10 ลำดับแรกของทั้งสองกลุ่มอายุคือ อุบัติเหตุทางถนน การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคโลหิตจาง และการจมน้ำ<sup>7</sup>

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุ/โรคที่มีความสูญเสียปีสุขภาวะ 10 ลำดับแรกของกลุ่มอายุ 0-14 ปี พ.ศ. 2552

สาเหตุ/โรคที่มีความสูญเสียปีสุขภาวะ		
เพศชาย	ลำดับ	เพศหญิง
น้ำหนักร่างแรกเกิดต่ำ	1	ทารกขาดอากาศแรกเกิด
อุบัติเหตุทางถนน	2	น้ำหนักร่างแรกเกิดต่ำ
การจมน้ำ	3	โรคโลหิตจาง
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	4	อุบัติเหตุทางถนน
ทารกขาดอากาศแรกเกิด	5	โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
โรคโลหิตจาง	6	การจมน้ำ
โรคจากการอักเสบติดเชื้อของหูชั้นกลาง	7	กลุ่มอาการดาวน์
กลุ่มอาการดาวน์	8	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
ภาวะปัญญาอ่อน	9	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	10	ภาวะขาดโปรตีน

ที่มา: รายงานภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2552

ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุ/โรคที่มีความสูญเสียปีสุขภาวะ 10 ลำดับแรกของกลุ่มอายุ 15-29 ปี พ.ศ. 2552

สาเหตุ/โรคที่มีความสูญเสียปีสุขภาวะ		
เพศชาย	ลำดับ	เพศหญิง
การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1	อุบัติเหตุทางถนน
อุบัติเหตุทางถนน	2	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
โรคจิตเภท	3	โรคซึมเศร้า
การถูกทำร้าย	4	โรคหอบหืด
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	5	โรคโลหิตจาง
โรคหอบหืด	6	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
การทำร้ายตนเอง	7	โรควิตกกังวล
โรคซึมเศร้า	8	โรคจิตเภท
การจมน้ำ	9	โรคหลอดเลือดสมอง
โรคหลอดเลือดสมอง	10	โรคลมชัก

ที่มา: รายงานภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2552

นอกจากนี้จากข้อมูลภาระโรคในระดับโลก ใน 10 ลำดับแรกที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะของกลุ่มอายุ 10-24 ปี จัดเป็นกลุ่มจะได้ดังนี้ ปัญหาสุขภาพจิต อุบัติเหตุทางถนน ความรุนแรง รวมการทำร้ายตนเอง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ วัณโรค และการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง<sup>8</sup> ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพของเด็กกลุ่ม 6-25 ปี ของประเทศไทยและต่างประเทศ มีความคล้ายคลึงกัน ดังนั้น การศึกษา นโยบาย/มาตรการของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในต่างประเทศอาจจะสามารถนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยได้ด้วย

### 1. การระบุปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กอายุ 13-25 ปี (กรอบที่ 1 และ 2)

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นปัญหาสุขภาพของกลุ่มอายุ 13-25 ปีจากข้อมูลภาระโรค ซึ่งปัญหาสุขภาพของกลุ่มอายุ 13-25 ปี สามารถจัดกลุ่มได้ 6 กลุ่มคือ 1) อนามัยเจริญพันธุ์ 2) ปัญหาโลหิตจาง ภาวะโภชนาการพร่องและเกิน 3) การบาดเจ็บ 4) การใช้สารเสพติด 5) ปัญหาสุขภาพจิต และ 6) โรคเรื้อรัง ผลการทบทวนวรรณกรรมเน้นที่ความสำคัญของปัญหาสุขภาพทั้ง 7 กลุ่ม ถูกนำเสนอต่อในการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย ผู้แทนจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สถาบันสุขภาพเด็กและวัยรุ่นนครินทร์ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว กรมอนามัย กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต เพื่อพิจารณาความครบถ้วน ครอบคลุมของปัญหาสุขภาพ และให้ผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติมของปัญหาสุขภาพของกลุ่มอายุ 13-25 ปีให้ครบถ้วน โดยผู้เชี่ยวชาญเสนอให้ขยายการพัฒนา นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มอายุ 6-12 ปีด้วย เนื่องจากปัญหาสุขภาพในกลุ่มอายุ 13-25 ปี เป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพในกลุ่ม 6-12 ปี ดังนั้นเพื่อให้ครอบคลุมการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

ในเด็กและเยาวชน จึงควรศึกษาตั้งแต่อายุ 6-25 ปี นอกจากนี้ที่ประชุมได้ระบุขอบเขตและจัดกลุ่มปัญหาสุขภาพของเด็กราย 6-25 ปี เป็น 7 กลุ่มคือ 1) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2) ภาวะโภชนาการพร่องและเกิน 3) อุบัติเหตุทางถนน 4) ความรุนแรงและการทารุณกรรม 5) การจมน้ำ 6) สารเสพติด (ยาเสพติด บุหรี่ แอลกอฮอล์) และ 7) ปัญหาสุขภาพจิต (ปัญหาโรคทางอารมณ์ การเรียนรู้ ตัดเกม) ส่วนโรคเรื้อรังให้เน้นโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ

## 2. การทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กอายุ 6-25 ปีในเชิงลึก และช่องว่างของนโยบายที่มีอยู่ในปัจจุบัน (กรอบที่ 3)

หัวข้อปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนทั้ง 7 กลุ่มที่ได้จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญในกรอบการศึกษาที่ 2 ได้ถูกนำมาทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยประเด็นที่มีการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย คำนิยามของปัญหา ความสำคัญของปัญหา สาเหตุของปัญหา มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย และปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินมาตรการ โดยสรุปผลการทบทวนปัญหาสุขภาพจะได้กล่าวถึงในลำดับถัดไป ส่วนรายละเอียดของการทบทวนสามารถศึกษาเพิ่มเติมในภาคผนวกที่ 1

### 2.1 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

#### 2.1.1. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

**คำนิยาม:** โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs: Sexually transmitted infections) คือ โรคที่ติดต่อกันจากบุคคลหนึ่งไปอีกรูปบุคคลหนึ่ง โดยการมีเพศสัมพันธ์หรือจากการสัมผัส โดยโรคที่พบได้บ่อยได้แก่ โรคซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน นอกจากนี้ยังรวมถึงกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม<sup>9</sup> โดยโรคเอดส์ (AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome) หรือกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดหนึ่งที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่ชื่อว่าเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จนถึงระดับที่เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้<sup>10</sup>

**สาเหตุของปัญหา:** โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยและการมีคู่นอนมากกว่า 1 คน<sup>11</sup> นอกจากนี้พบว่ามียังปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมปัจจัยให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น คำนิยามของการเปลี่ยนคู่นอน คำนิยามทางวัตถุที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับวัตถุ สิ่งของหรือเงิน แนวโน้มของการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด การขาดความรู้ความเข้าใจต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์<sup>12</sup> ในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสำหรับการป้องกันและดูแลรักษาปัญหาเอดส์ประมาณ 9,900 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2553 ที่มีค่าใช้จ่ายประมาณ 7,700 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น<sup>12</sup> และจากการประมาณการของ United Nations Development Program ระบุว่า การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ทำให้สูญเสียรายได้ถึง 40,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2543<sup>13</sup>

**ความสำคัญของปัญหา:** จากรายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าในเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 90 รายต่อแสน ประชากร โดยติดเป็นโรคหนองในมากที่สุดเท่ากับ 38.7 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นด้วย<sup>14</sup> และจากรายงานเฝ้าระวังของ กรมควบคุมโรคระบุว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2551 เหลือ ร้อยละ 0.4 ในปี พ.ศ. 2554 แต่กลุ่มอายุ 20-24 ปี มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น<sup>15</sup> ส่วนสถานการณ์โรคเอดส์ ในปี พ.ศ. 2554 พบเด็กและเยาวชนอายุ 5-24 ปีมีแนวโน้มเป็นโรคเอดส์น้อยลง โดยพบว่าเป็นโรคเอดส์เท่ากับ 2.6 ต่อแสนประชากร<sup>15</sup>

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** ประเทศไทยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เพื่อทำหน้าที่บริหารและจัดการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างจริงจัง มีประสิทธิภาพ คล่องตัว โดยประสานงานกับหน่วยงานราชการ ธุรกิจ เอกชนและองค์กรระหว่างประเทศ<sup>16</sup> โดยในปี พ.ศ. 2554 คณะกรรมการแห่งชาติฯ ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันปัญหาโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 มีนโยบายให้มีการ ประกันและรับรองคุณภาพโรงเรียนที่สามารถจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา และบริการอนามัยเจริญพันธุ์ การ จัดบริการแบบผสมผสานที่บูรณาการเรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ อนามัยวัยรุ่น สุขภาวะทางเพศ และเอดส์ ทั้งใน สถานศึกษาและนอกสถานศึกษาให้มีมาตรฐาน และบูรณาการการป้องกันเอดส์ในกลุ่มเยาวชนให้เป็นส่วนหนึ่ง ของแผนงานเยาวชน เพื่อส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย<sup>12</sup> ในปัจจุบันมีการจัดการสอน เรื่องเอดส์และเพศศึกษาในสถานศึกษา<sup>11</sup> นอกจากนี้มีการรณรงค์และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อทาง เพศสัมพันธ์และเอดส์ การแจกถุงยางอนามัย<sup>17</sup> ซึ่งบางโครงการมีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ<sup>17</sup> เช่น โครงการ CHAMPION ที่มีกลุ่มเป้าหมายเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย<sup>12</sup> การให้ ความรู้และจัดอบรมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในสถานประกอบการ สำหรับการให้บริการด้าน การแพทย์มีการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับเยาวชน โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข องค์กร พัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ United Nations Population Fund และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>11</sup> สำหรับมาตรการด้านกฎหมายคณะกรรมการ แห่งชาติฯ ได้กล่าวถึงการปรับแก้กฎหมาย ระเบียบและนโยบายต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์

**ปัญหาและอุปสรรค:** การรณรงค์ให้ความรู้ที่ผ่านมาไม่มีการวางแผนในระยะยาว เป็นเพียงการวางแผนใน ระยะสั้นและไม่น่าสนใจสำหรับเยาวชน จากรายงานของ UNGASS ที่ระบุว่าเยาวชนไทยเพียงร้อยละ 20 มี ความเข้าใจต่อการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้รูปแบบการให้ความรู้ไม่สามารถทำให้เยาวชนให้ความสนใจ ขาดความ ต่อเนื่องและไม่มีความเชื่อมโยงกันโครงการอื่นๆ โดยเฉพาะโครงการในระดับท้องถิ่น<sup>11</sup> ส่วนหลักสูตรการสอน เพศศึกษาในสถานศึกษาพบปัญหา ค่านิยมทางลบของสังคมต่อการสอนเพศศึกษา การย้ายสถานศึกษาของผู้บริหารและครูผู้สอนเพศศึกษาที่ผ่านการอบรมซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะประสบความสำเร็จ ผู้บริหาร

บางสถานศึกษามีทัศนคติว่าการสอนเพศศึกษาเป็นภาระต่อการสอนมากกว่าจะช่วยแก้ไขปัญหาของเด็กและเยาวชน และขาดนโยบายที่ชัดเจนในการจัดการสอนเพศศึกษาโดยเฉพาะการกำหนดชั่วโมงการสอนในแต่ละปี การศึกษา<sup>18</sup> นอกจากนี้มีปัญหาระหว่างการเปิดเผยความลับของผู้ใช้บริการทางการแพทย์เนื่องจากมีข้อจำกัดที่ว่า เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับอนุญาตจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองเพื่อเข้ารับบริการ จึงทำให้เด็กและเยาวชนที่ไม่ต้องการให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองรับรู้เข้าไม่ถึงบริการและการจัดบริการไม่มีความเป็นส่วนตัวพอทำให้เด็กและเยาวชนกลัวการถูกตีตราหากเข้ารับบริการ รวมทั้งการจัดบริการที่ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่<sup>11 12</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. จัดระบบบริการที่ไม่ได้จำเพาะต่อการป้องกัน/รักษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ แต่เป็นระบบบริการมีรูปแบบการให้บริการแก่เด็กและเยาวชนที่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กและเยาวชน โดยมุ่งหวังให้ลดการตีตราของผู้ที่จะมาใช้บริการเหล่านั้น
2. การทำสื่อเพื่อรณรงค์การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยควรออกแบบให้เข้ากับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยรุ่น และเจาะจงการรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น

#### 2.1.2. การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น

**คำนิยาม:** การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น อายุ 10-14 ปี และ อายุ 15-19 ปี<sup>19</sup> หรืออาจใช้คำว่า เด็กและเยาวชนตั้งครรรภ์ไม่พร้อม หมายถึง เด็กและเยาวชนที่ตั้งครรรภ์ไม่พร้อมในขณะที่มีอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์<sup>20</sup> หรือวัยรุ่นตั้งครรรภ์ไม่พร้อมหรือการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรรภ์ทั้งโดยตั้งใจ หรือ ไม่ได้ตั้งใจ แต่มีความไม่พร้อมที่จะตั้งครรรภ์<sup>21</sup> ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นการกล่างถึงการตั้งครรรภ์ในเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี

**ความสำคัญของปัญหา:** จากการศึกษาของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2554 พบหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีร้อยละ 12 - 14 ของมารดาทุกอายุ ซึ่งถือว่าสูงเมื่อเทียบกับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10<sup>22</sup> และจากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2552 มีการคลอดของแม่วัยรุ่นประมาณ 123,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 ของการคลอดทั้งหมด ในจำนวนนี้ร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรรภ์แบบไม่ตั้งใจ และร้อยละ 30 นำไปสู่การทำแท้ง เมื่อเปรียบเทียบการตั้งครรรภ์ของแม่วัยรุ่นเทียบกับประชากรที่ตั้งครรรภ์และคลอดทั้งหมดในประเทศไทยมีอัตราที่สูงถึง 70 รายต่อประชากร 1,000 ราย ขณะที่ประเทศอื่นในภูมิภาค เช่น ญี่ปุ่น เกาหลี จีน มี อัตราส่วนของแม่วัยรุ่นเพียง 4-5 รายต่อประชากร 1,000 ราย สิงคโปร์ประมาณ 8 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย<sup>23</sup>

**สาเหตุของปัญหา:** ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแบ่งได้ 3 ปัจจัย<sup>24-26</sup> คือ

1. ปัจจัยด้านครอบครัว การมีครอบครัวที่แตกแยก มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม และการถูกละเมิดจากบุคคลในครอบครัวทำให้เด็กและเยาวชนมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้
2. ปัจจัยด้านสังคม เด็กและเยาวชนที่อาศัยในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม การรับรู้ค่านิยมที่ผิดในการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งอาจมาจากเพื่อน บุคคลใกล้ชิด หรือสื่อ รวมทั้งการได้รับอิทธิพลจากสื่อที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร
3. ปัจจัยด้านบุคคล เด็กและเยาวชนขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเพศสัมพันธ์ มีความอยากรู้อยากลอง ขาดความรู้ถึงคุณค่าในตัวเอง มีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต้องการความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน เห็นได้จากการนำปัญหานี้เข้าสู่การพัฒนา นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วม กระบวนการ เพื่อพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 และ ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม ที่สนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอน และจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้เรื่องเพศศึกษา พัฒนาทักษะชีวิต จัดบริการที่เกี่ยวข้องในสถานพยาบาลที่มีลักษณะเป็นมิตรต่อวัยรุ่น<sup>27</sup> เช่น โครงการสร้างทักษะในวัยรุ่น ซึ่งมีหลายหน่วยงานให้การสนับสนุน อาทิเช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สมาคมครูแนะแนว องค์การ พัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (PATH) สสส. เป็นต้น โครงการป้องกันเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย โดยการ จัดอบรมให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือและส่งต่อเมื่อมีการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ศูนย์พึ่งได้ ให้บริการให้ คำปรึกษาและแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ เช่น โครงการ Stop Teen Mom<sup>28</sup> นอกจากนี้มีการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ ความรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อให้เด็กเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม

**ปัญหาและอุปสรรค:** การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในปัจจุบันเป็นการเน้นไปที่การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา การพัฒนาทักษะชีวิตและการรณรงค์ต่างๆ โดยที่การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการพัฒนาทักษะชีวิตใน สถานศึกษาไม่มีความครอบคลุมทุกสถานศึกษา แสดงให้เห็นการไม่ให้ความสำคัญต่อเรื่องของการป้องกันการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งนี้ไม่มีนโยบายหรือวิถีปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินมาตรการต่างๆ ที่จะลดปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

#### **ข้อเสนอแนะ**

1. จัดทำแนวทางการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาที่เป็นมาตรฐานและดำเนินการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
2. การทำสื่อเพื่อรณรงค์การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยควรออกแบบให้เข้ากับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยรุ่น และ เเจาะจงการรณรงค์ในพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น



3. ควรจัดระบบบริการทางการแพทย์ที่สามารถเก็บรักษาความลับของผู้มารับบริการที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ให้มีความปลอดภัยมากขึ้น และให้เยาวชนสามารถใช้บริการเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น การแจกถุงยางอนามัย หรือยาเม็ดคุมกำเนิดได้มากขึ้น

## 2.2 ปัญหาภาวะโภชนาการ

### 2.2.1 ภาวะโภชนาการพร่อง

**คำนิยาม:** ในการสำรวจสุขภาพประชาชนใช้เกณฑ์อ้างอิง น้ำหนัก ส่วนสูง ของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ระบุว่า ภาวะเตี้ยคือมีส่วนสูงน้อยกว่าสองเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนักมาตรฐานของเด็กวัยเดียวกัน ภาวะผอมคือมีน้ำหนักน้อยกว่าสองเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนักมาตรฐานของเด็กวัยเดียวกัน<sup>29</sup> อย่างไรก็ตามภาวะเตี้ยและผอมเป็นการสะท้อนถึงภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง ซึ่งอาจไม่สะท้อนปัญหาการขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น ธาตุเหล็กหรือไอโอดีน หรือภาวะทุพโภชนาการชนิดเฉียบพลันที่เกิดจากการเจ็บป่วยชนิดเฉียบพลัน เช่น ลำไส้อุดตัน

**สาเหตุของปัญหา:** จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 ระบุว่า 1 ใน 5 ของเด็กอายุ 6-14 ปี และ 1 ใน 4 ของกลุ่มอายุ 15-29 ปี กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ โดยมีมื้อเช้าเป็นมื้อที่งดมากที่สุด น้อยกว่าครึ่งกินผักและผลไม้ไม่น้อยกว่าข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ภาวะโภชนาการพร่องมีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง เด็กในครอบครัวที่ยากจนและอาศัยในชนบทมีปัญหาภาวะโภชนาการพร่องมากกว่าเด็กในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดีหรืออาศัยในเมือง นอกจากนี้ยังพบว่าวัฒนธรรมการบริโภคอาหารแบบตะวันตกส่งผลให้เด็กไทยมีความเสี่ยงในการได้รับสารอาหารที่จำเป็นไม่ครบถ้วน<sup>30</sup>

**ความสำคัญของปัญหา:** การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าเด็กไทยอายุ 1-14 ปี มีภาวะโภชนาการพร่องลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับในอดีต โดยเมื่อเทียบความสูงเฉลี่ยของเด็กไทยในปี พ.ศ. 2544 กับ 2552 พบว่าเด็กหญิงสูงขึ้นเฉลี่ย 3.6 ซม. (พิสัย 1.3-5.3 ซม.) เด็กชายสูงขึ้นเฉลี่ย 4 ซม. (พิสัย 2.4-6.1 ซม.) ทั้งนี้จากการสำรวจสุขภาพยังพบว่าภาวะเตี้ยมีความสัมพันธ์ต่อระดับเขาวนปัญญา กล่าวคือ เด็กไทยที่เตี้ยหรือค่อนข้างเตี้ยมีค่าเฉลี่ยระดับเขาวนปัญญาดำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์หรือสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>30</sup> นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าปัญหาการขาดสารไอโอดีนและภาวะโลหิตจางมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสติปัญญาและการเรียนรู้<sup>31 32</sup> ประเมินการณ์ว่าจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 มีเด็กและเยาวชนไทย (อายุ 6-25 ปี) ที่มีภาวะเตี้ยประมาณ 608,000 คน หรือประมาณร้อยละ 0.1 ของประชากรทั้งประเทศ นอกจากนี้มีภาวะโลหิตจางประมาณ 2.83 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 5 ของประชากรทั้งประเทศ<sup>29 30</sup>

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 รัฐบาลเริ่มโครงการอาหารกลางวันให้กับเด็กอายุ 3-12 ปี<sup>33</sup> และโครงการนมโรงเรียน<sup>34</sup> ให้กับเด็ก 3-9 ปี เพื่อให้เด็กที่เข้าถึงอาหารและได้รับสารอาหารที่จำเป็น นอกจากนี้มีโครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย<sup>35</sup> ให้กับเด็กอายุ 6-17 ปี ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกรมอนามัย สำนักงานสนับสนุนกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สมาคมโภชนาการแห่ง

ประเทศไทย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และ กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและสมรรถนะของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก บ้านรับเลี้ยง ชุมชน และภาคีเครือข่ายพัฒนาพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ ทำให้ เด็กทารก เด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยเรียน มีภาวะโภชนาการสมวัย

**ปัญหาและอุปสรรค:** ปัญหาการขาดประสิทธิภาพ ขาดแคลนงบประมาณ ทุจริตและขาดระบบตรวจสอบและควบคุมคุณภาพในการดำเนินนโยบายอาหารกลางวันและนมในโรงเรียน ส่งผลให้เด็กไทยได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่เพียงพอ โดยพบว่าโรงเรียนหลายแห่งใช้วิธีประกวดราคาให้ได้อาหารกลางวันและนม โรงเรียนที่มีต้นทุนต่ำที่สุดโดยไม่มีการตรวจสอบคุณภาพและคุณค่าทางโภชนาการรวมถึงความต้องการของเด็กนักเรียน นอกจากนี้การขาดความตระหนัก ข้อจำกัดด้านเวลาและค่านิยมของผู้ปกครองที่จะให้ความสำคัญกับการเตรียมอาหารหรือควบคุมการรับประทานนมของเด็กล้วนส่งต่อภาวะโภชนาการพร่องในเด็กกลุ่มนี้<sup>5 36</sup>

#### ข้อเสนอแนะ:

1. ปฏิรูประบบการบริหารจัดการ (ตั้งแต่การตั้งงบประมาณ การจัดสรรเงิน ตรวจสอบและควบคุมคุณภาพ รวมถึงประเมินผลกระทบ) ของนโยบายอาหารกลางวันและนมโรงเรียนของประเทศไทย เพื่อให้มั่นใจได้ว่าเด็กไทยได้รับการดูแลให้ได้รับประทานอาหารและนมโรงเรียนที่มีคุณภาพตอบสนองต่อปัญหาโภชนาการของเด็กตามวัยและท้องถิ่น และปราศจากการทุจริตและคอร์รัปชันในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานตามนโยบายนี้
2. ให้มีวิจัยเพื่อติดตามภาวะโภชนาการของเด็กในวัยนี้อย่างใกล้ชิด รวมถึงการประเมินประสิทธิผลของมาตรการต่างๆ ที่ใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยจัดให้มีงานวิจัยในระดับพื้นที่ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพราะปัญหาด้านโภชนาการน่าจะมีความแตกต่างตามสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่น

#### 2.2.2 ภาวะโภชนาการเกิน

**คำนิยาม:** เกณฑ์ในการนิยามภาวะโภชนาการเกินสามารถแบ่งได้เป็น ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ภาวะน้ำหนักเกินคือการที่เด็กมีน้ำหนักมากกว่าสองเท่าแต่ไม่ถึงสามเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนักมาตรฐานของเด็กวัยเดียวกัน ส่วนภาวะอ้วนมีน้ำหนักมากกว่าสามเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน<sup>30</sup>

**สาเหตุของปัญหา:** ภาวะอ้วนเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างกรรมพันธุ์กับปัจจัยแวดล้อม การที่โรคอ้วนเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในและต่างประเทศ มีสาเหตุมาจากการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ตามใจเด็กในการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูง การบริโภคอาหารจานด่วนที่มีแป้งและไขมันในสัดส่วนสูง ไม่รับประทานผักและผลไม้ และพฤติกรรมของเด็กที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ออกกำลังกายและการเรียนและนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นคอมพิวเตอร์ ส่งผลให้มีการออกกำลังกายและใช้พลังงานน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาโรคอ้วนมีความรุนแรงในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบในเขตเมืองมากกว่าชนบท<sup>30</sup>

**ความสำคัญของปัญหา:** จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 เด็กกลุ่มอายุ 6 – 14 ปี พบความชุกของภาวะโภชนาการเกินสูงถึงร้อยละ 9.7 โดยสูงขึ้นกว่าการสำรวจในปี พ.ศ. 2544 ที่พบความชุกเพียงร้อยละ 6.4<sup>30</sup> ในขณะที่กลุ่มอายุ 15-29 มีภาวะอ้วนร้อยละ 20.6<sup>29</sup> และทำให้สรุปได้ว่าภาวะโภชนาการเกินกำลังเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงในเด็กไทย ทั้งนี้พบว่าภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับโรคที่สำคัญ เช่น หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมองและมะเร็ง จากการศึกษาผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์จากโรคอ้วนในประเทศไทยพบว่ามีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 12,000 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.13 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Product- GDP)<sup>37</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กไทยจ่ายค่าขนมเฉลี่ย 9,800 บาทต่อคนต่อปี ในขณะที่จ่ายค่าการศึกษาเพียง 3,024 บาทต่อคนต่อไป<sup>38</sup>

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** มาตรการส่วนใหญ่ในการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนดำเนินการในโรงเรียน ทั้งในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและกรุงเทพมหานคร เช่น โครงการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม (รวมน้ำหวานด้วย) โครงการโรงเรียนปลอดขนมกรุบกรอบ โครงการ "สพท.อ่อนหวาน" โครงการเด็กไทยไม่กินหวาน<sup>39</sup> นอกจากนี้มีการณรงค์ผ่านสื่อมากมายเพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง มีความตระหนักถึงปัญหาภาวะอ้วน ซึ่งมาตรการต่างๆ เป็นการขอความร่วมมือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการตามโครงการ ดังนั้นการดำเนินงานจึงเป็นไปตามความสมัครใจ

**ปัญหาและอุปสรรค:** จะเห็นได้ว่าปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์ชาติในการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนอย่างจริงจัง ทั้งนี้อาจเกี่ยวเนื่องกับการขาดความตระหนักของผู้ที่เกี่ยวข้องในสังคมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคอ้วนที่มีผลกระทบน้อยในปัจจุบันแต่สร้างผลกระทบอย่างใหญ่หลวงในอนาคตต่อระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจ นอกจากนี้การแก้ไขปัญหาโรคอ้วนมีความยากเพราะเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทางธุรกิจของอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่มและซัดหลักการทางการตลาดในระบบทุนนิยม ดังนั้นการดำเนินงานในปัจจุบันจึงเป็นในลักษณะต่างคนต่างทำในโรงเรียนหรือชุมชน ซึ่งยากที่จะเกิดผลกระทบในระดับประชากรของประเทศ

#### **ข้อเสนอแนะ:**

- 1 จัดให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ และเผยแพร่ให้สังคมตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโรคอ้วนทั้งระดับบุคคล เช่น การเจริญเติบโต พัฒนาการ คุณภาพชีวิต และโอกาสในการเกิดโรคในอนาคต และระดับประชากรและสังคม เช่น ความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม
- 2 ผลักดันให้เกิดมาตรการในการแก้ไขปัญหาในระดับชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการทางกฎหมายและภาษี ดังเช่นที่มีการดำเนินการในบางประเทศ เช่น ประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย ที่มีการเรียกเก็บภาษีที่มีปริมาณน้ำตาลและไขมันสูง
- 3 มีการสำรวจเพื่อติดตามและประเมินสถานการณ์รวมทั้งความสำเร็จของมาตรการต่างๆ ที่ดำเนินการในชุมชนและท้องถิ่นที่มีอยู่อย่างกระจัดกระจายเพื่อการส่งเสริมและขยายผลสำหรับมาตรการที่ประสบความสำเร็จไปยังชุมชนและท้องถิ่นอื่น

## 2.3 อุบัติเหตุทางถนน

**คำนิยาม:** อุบัติเหตุทางถนน หมายถึง อุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะที่ออกแบบในการขนส่งบุคคลหรือสิ่งของ ที่เกิดขึ้นบนทางหลวงสาธารณะ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ทั้งกรณีผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร หรือ คนเดินเท้า<sup>40</sup>

**สาเหตุของปัญหา:** อุบัติเหตุทางถนนเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยสามารถแบ่งได้เป็น 4 ปัจจัย<sup>41</sup> ได้แก่

- 1 ปัจจัยด้านคน ทั้งผู้ขับขี่ ผู้โดยสารและคนเดินเท้า ซึ่งพบว่าผู้ขับขี่เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การขับเร็วเกินอัตราที่กำหนด การตัดหน้ากระชั้นชิด การแซงรถผิดกฎหมาย การขับขี่ด้วยความเร็วสูง การแซงกระชั้นชิด การเบรกในระยะประชิด การเลี้ยวตัดหน้า พฤติกรรมที่ขอบเสี่ยงอันตราย การไม่ใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย การไม่ข้ามถนนบริเวณทางข้าม
- 2 ปัจจัยด้านยานพาหนะ เช่น ยานพาหนะไม่ได้มาตรฐาน บรรทุกเกินอัตรา ไม่มีอุปกรณ์หรืออุปกรณ์ด้านความปลอดภัยชำรุด (ไม่มีไฟส่องทางด้านหน้า หรือไฟเลี้ยว)
- 3 ปัจจัยด้านถนน เช่น พื้นผิวจราจรชำรุดเสียหายทำให้ผู้ขับขี่ไม่สามารถควบคุมรถได้ ทางโค้งที่มีองศาแคบยากต่อการขับขี่
- 4 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สัญญาณเตือนภัยหรือไฟส่องทางชำรุด เครื่องหมายจราจร ป้ายโฆษณา หรือต้นไม้ขนาดใหญ่ ที่ไม่ชัดเจนหรือบดบังทัศนวิสัยในการขับรถทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

**ความสำคัญของปัญหา:** จากสถิติอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 มีผู้จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 13,766 ราย เมื่อพิจารณาตามอายุ กลุ่มอายุ 5-14 ปี มีจำนวนผู้เสียชีวิต 649 ราย และกลุ่มอายุ 15-29 ปี เสียชีวิต 4,534 ราย หรือร้อยละ 4.7<sup>42</sup> และเด็กวัย 0-15 ปี มีความเสี่ยงบาดเจ็บจากการโดยสารรถยนต์ รถโดยสารสาธารณะ โดยเด็กส่วนใหญ่ไม่มีการใช้เข็มขัดนิรภัย และมีแนวโน้มว่าเด็กที่อายุน้อยที่จะได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะสูงกว่าเด็กอายุมาก<sup>43</sup>

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** ประเทศไทยมีกฎหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนหลายฉบับด้วยกัน เช่น พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ.2522 ที่กำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ขับขี่<sup>44</sup> พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 เกี่ยวกับอุปกรณ์เสริมความปลอดภัย โดยต้องสวมหมวกนิรภัย และใช้เข็มขัดนิรภัยทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสาร นอกจากนี้มีกฎหมายห้ามใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ขณะขับขี่อีกด้วย จะเห็นได้ว่าปัญหาอุบัติเหตุทางถนนได้รับความสนใจจากผู้กำหนดนโยบายทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นเสมอมา มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติขึ้นมาดูแลด้านนโยบายและการติดตามและประเมินผล ได้แก่ คณะกรรมการนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อยกระดับความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย ให้สอดคล้องกับแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พิจารณาให้ความเห็นชอบแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนก่อนเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่ออนุมัติ พิจารณาให้ความเห็นชอบยุทธศาสตร์และแผนเกี่ยวกับการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน รวมถึงออก

ประกาศหรือคำสั่งหรือกำหนดแนวทางต่างๆ และเสนอความเห็นแก่นายกรัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีในการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

นอกจากนี้ยังจัดให้มีโครงการป้องกันและลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลสำคัญเช่น ปีใหม่ สงกรานต์ ซึ่งโครงการเหล่านี้มักเป็นงานที่ทำร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ของกระทรวงมหาดไทย กรมควบคุมโรค ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมทางหลวง กระทรวงคมนาคม เป็นต้น นอกจากนี้บางหน่วยงานยังดำเนินโครงการของตนเอง เช่น กระทรวงศึกษาธิการดำเนินการรณรงค์ “เสริมสร้างวินัยจราจรเด็กและเยาวชน” หรือโครงการ “รักวัวให้ผูก รักลูกให้สวมหมวกกันน็อก”

**ปัญหาและอุปสรรค:** การขาดความเอาใจจริงเอาใจหรือการขาดความต่อเนื่องในการบังคับใช้กฎหมายจากภาครัฐ รวมถึงการทุจริตคอร์รัปชันทำให้ปัจจัยเสี่ยงของอุบัติเหตุทางถนนยังมีอยู่มากในประเทศ ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้าง เช่น สภาพของพื้นผิวดรจร และอุปกรณ์ความปลอดภัยบนท้องถนน รวมถึงปัจจัยเสี่ยงด้านศักยภาพ เช่น คุณภาพของผู้บังคับใช้กฎหมายหรือคุณภาพของผู้ขับขี่ยานพาหนะ (ทั้งการได้มาซึ่งใบอนุญาตขับขี่และการติดตามประเมินคุณภาพภายหลังได้รับใบอนุญาตขับขี่) นอกจากนี้ยังมีปัญหาการขาดแคลนงบประมาณในการแก้ไขสภาพจราจรและอุปกรณ์ความปลอดภัยและเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรให้เพียงพอกับปริมาณรถและพื้นที่จราจร การขาดองค์ความรู้หรือการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วในการแก้ไขปัญหา และสุดท้ายการขาดจิตสำนึกความรับผิดชอบและการมีระเบียบวินัยของคนไทย ที่เป็นสาเหตุให้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนไม่ลดลง<sup>41 45</sup>

#### ข้อเสนอแนะ:

1. เพิ่มการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดกับผู้ใช้รถใช้ถนนที่ทำผิดกฎหมายตามกฎหมาย
2. แก้ไขปัญหาคอร์รัปชันและการรับสินบนของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในทุกกระดับ
3. สร้างองค์ความรู้และประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่มีอยู่ในการกำหนดมาตรการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ประเมินและติดตามผลของมาตรการเพื่อปรับปรุงและพัฒนามาตรการให้ดียิ่งขึ้น
4. เพิ่มการลงทุนในภาครัฐทั้งด้านกายภาพและศักยภาพของผู้บังคับใช้กฎหมายและผู้ขับขี่
5. เพิ่มความรู้และความตระหนักแก่ประชาชนและสังคมถึงความจำเป็นในการมีจิตสำนึกด้านความรับผิดชอบต่อ และมีระเบียบวินัยของคนไทย

## 2.4 ความรุนแรงและการทารุณกรรม

**คำนิยาม:** ความรุนแรง (violence) หมายถึง การจงใจใช้กำลังหรืออำนาจทางกายเพื่อข่มขู่หรือกระทำ ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อกลุ่มบุคคลหรือชุมชน ซึ่งมีผลทำให้เกิดหรือมีแนวโน้มที่จะมีผลให้เกิดการบาดเจ็บ การตาย การเป็นอันตรายต่อจิตใจ การไม่สามารถพัฒนา หรือสูญเสียสิทธิบางประการ สำหรับการทบทวนในหัวข้อนี้ได้ จะกล่าวถึงเฉพาะความรุนแรงระหว่างบุคคล ซึ่งพบได้บ่อยคือ ความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงในชุมชน ส่วนความรุนแรงต่อตนเองจะกล่าวถึงในการฆ่าตัวตายในปัญหาสุขภาพจิตต่อไป<sup>46</sup>

**สาเหตุของปัญหา:** การเกิดความรุนแรงมาจากหลายปัจจัยสามารถแยกเป็น 4 ปัจจัยดังนี้

- 1 ปัจจัยระดับบุคคล เช่น อายุ เพศ และคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งมักพบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีอายุน้อย เพศชาย มีประวัติใช้สารเสพติดหรือเคยถูกทำร้ายร่างกายมาก่อนมีแนวโน้มที่จะกระทำความรุนแรงต่อเด็กมากกว่ากลุ่มอื่น หรือเด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายมีแนวโน้มที่จะถูกกระทำความรุนแรงมากกว่าเด็กปกติ
- 2 ปัจจัยระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ผู้ดูแลเด็กที่เคยมีประสบการณ์ขาดความอบอุ่นจากครอบครัว มีปัญหาหย่าร้าง ขาดการสนับสนุนและช่วยเหลือจากคนรอบข้าง จะมีแนวโน้มกระทำความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น
- 3 ปัจจัยระดับชุมชน เช่น บุคคลที่อาศัยในพื้นที่ชุมชนแออัด มีการค้ายาเสพติด หรือระดับการว่างงานสูง มีแนวโน้มถูกกระทำความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น
- 4 ปัจจัยระดับสังคม เช่น สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำของฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ค่านิยมและความเชื่อมาก หรือสังคมที่มีสื่อหรือเกมที่ส่งเสริมความรุนแรง จะมีอัตราการกระทำความรุนแรงมากกว่าสังคมอื่น

**ความสำคัญของปัญหา:** เนื่องจากการวิจัยและสำรวจในประชากรที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงมีความอ่อนไหวและอาจส่งผลเสียต่อกลุ่มตัวอย่าง จึงพบว่าไม่มีการรายงานปัญหาความรุนแรงในกลุ่มอายุ 6-12 ปีเป็นการเฉพาะ แต่มีรายงานในช่วงอายุที่กว้างกว่า เช่น การสำรวจความคิดเห็นของเด็กและเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2554 ซึ่งสุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชนอายุน้อยกว่า 18 ปี พบว่าร้อยละ 9 และกลุ่มอายุ 18-25 ปี พบร้อยละ 3.61 ถูกคนในครอบครัวทำร้ายในช่วงเวลา 30 วันที่ผ่านมา โดยถูกพ่อแม่ทำร้ายมากที่สุด<sup>47</sup> สำหรับรายงานจำนวนคดีในศาลพบการล่วงละเมิดทางเพศเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2549 จาก 6,000 คดี เป็น 10,000 คดี<sup>48</sup> ส่วนการทำร้ายร่างกายพบว่า เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 3.3 และเด็กอายุ 10-14 ปี และร้อยละ 2.8 เคยถูกทำร้ายหรือทำให้บาดเจ็บด้วยอาวุธในโรงเรียนในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา หรือข้อมูลจากโครงการ child watch พบการทะเลาะวิวาทหรือชกต่อยในโรงเรียนในเด็กอายุ 6-9 ปีและเด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 20 และ ร้อยละ 24 ตามลำดับสุดท้ายการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 พบว่า ความชุกของเด็กที่ถูกทำร้ายร่างกายจนต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ในเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ร้อยละ 0.1 และกลุ่มอายุ 15-25 ปี พบร้อยละ 0.7<sup>29</sup> ในขณะที่ UNICEF ประมาณการณั้ร้อยละ 10-30 ของเด็กในภูมิภาคเอเชีย เคยถูกทำร้าย

ร่างกาย<sup>49</sup> จากธรรมชาติของปัญหาทำให้เชื่อได้ว่าตัวเลขจากการสำรวจและรายงานข้างต้นน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงค่อนข้างมาก ถึงแม้จะยึดถือตามข้อมูลที่รายงานไว้ก็ยังสามารถสรุปได้ว่า ความรุนแรงเป็นปัญหาสำคัญที่เด็กไทยกำลังเผชิญอยู่

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** ปัจจุบันรัฐบาลกำหนดให้เดือนพฤศจิกายนของทุกปี เป็นเดือนรณรงค์ยุติความรุนแรงต่อเด็กและสตรี<sup>50</sup> และมีโครงการ “ริบบิ้นสีขาว” และ “สุภาพบุรุษไม่กระทำความรุนแรง” เพื่อกระตุ้นให้สังคมตระหนักและมีความนิยมที่ต่อต้านการกระทำความรุนแรงต่อเด็กและสตรี รวมทั้งมีการดำเนินงานในสถานศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ เช่น “โรงเรียนปลอดความรุนแรง” “โรงเรียนวิถีพุทธ” และรัฐบาลได้เปิดศูนย์ช่วยเหลือสังคม One Stop Crisis Center (OSCC) ที่ให้การช่วยเหลือแก่ เด็ก ผู้หญิง ผู้สูงอายุ และคนพิการ ที่พบปัญหาการใช้ความรุนแรง ที่เป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน มีการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการ รักษา เยียวยา พันฟู รวมถึงรายงานข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้ในการประเมินผลและการดำเนินงานต่อไป

ทั้งนี้ มีกฎหมายที่ป้องกันความรุนแรงในเด็ก ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ต้องการป้องกันความรุนแรงในเด็กที่ครอบคลุมถึงการระบุน้ำที่ของผู้ที่พบเห็นการกระทำความรุนแรงที่ต้องแจ้งแก่พนักงานเจ้าหน้าที่อีกด้วย อย่างไรก็ตามพบว่ายังขาดความเอาใจจริงเอาใจของเจ้าหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายข้างต้น รวมถึงขาดความร่วมมือของประชาชนในชุมชนที่พบเห็นการกระทำความรุนแรงในการแจ้งให้เจ้าหน้าที่รับทราบโดยเฉพาะอย่างยิ่งทัศนคติต่อการไม่ยุ่งเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว

**ปัญหาและอุปสรรค:** นอกเหนือจากการขาดความจริงใจในการบังคับใช้กฎหมาย และการมีทัศนคติไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุคคลหรือครอบครัวผู้อื่นของคนในสังคมที่ทำให้ปัญหาความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ การที่สื่อมวลชนให้ความสนใจและนำเสนอข่าวสารที่เกี่ยวข้องแบบไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการจดจำและลอกเลียนแบบในการกระทำความรุนแรงของคนในสังคม สุดท้ายการที่ประเทศไทยขาดระบบการดูแลและเยียวยาเหยื่อผู้ถูกกระทำความรุนแรงอย่างถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บางกรณีเหยื่อได้รับผลกระทบด้านจิตใจเพิ่มเติมจากขั้นตอนหรือกระบวนการสืบสวนสอบสวนและเยียวยา ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวและปิดบังไม่ยอมเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมและเยียวยา

**ข้อเสนอแนะ:**

1. เพิ่มการบังคับใช้กฎหมายด้วยการสร้างความตระหนักของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ถึงความสำคัญของการยุติปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน เพราะปัญหานี้คือบ่อเกิดของอาชญากรรม ความรุนแรง อื่นๆ ที่ส่งผลเสียอย่างใหญ่หลวงต่อความเชื่อมั่นและความมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ
2. เพิ่มมาตรการในการทำให้ประชาชนทุกคนในสังคมเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการยุติปัญหาความรุนแรง โดยการเป็นหูเป็นตาให้กับเจ้าหน้าที่และเป็นผู้ไม่กระทำความรุนแรงเสียเอง

- 3 จัดทำแนวทางและอบรมสื่อมวลชน ถึงวิธีการที่ถูกต้องในการปฏิบัติงานและนำเสนอข่าวที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงที่จะส่งเสริมให้เกิดการลอกเลียนแบบและตอกย้ำทำให้เกิดผลกระทบต่อเหยื่อ
- 4 พัฒนาระบบการสอบสวนและดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดที่ทำให้ไม่เกิดผลกระทบเชิงลบต่อเหยื่อผู้ถูกละเมิดมีความฉับไว และมีประสิทธิภาพ
- 5 พัฒนาระบบการเยียวยาเหยื่อให้มีประสิทธิภาพและไม่เกิดผลกระทบเชิงลบต่อเหยื่อ ทั้งนี้รวมถึงองค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรที่เข้ามามีบทบาทอย่างมากในเรื่องนี้ในสังคมไทย

## 2.5 การจมน้ำ

**นิยาม:** องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ การจมน้ำ (drowning) ว่าเป็นกระบวนการของความบกพร่องในการหายใจ ซึ่งเกิดจากการที่ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายอยู่ในน้ำหรือของเหลวอื่นๆ ซึ่งสามารถส่งผลต่อชีวิตหรืออาจเกิดความผิดปกติต่อร่างกายหรือไม่เกิดความผิดปกติต่อร่างกายก็ได้<sup>51</sup>

**สาเหตุของปัญหา:** ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจมน้ำในเด็กกลุ่มนี้แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1 ปัจจัยด้านบุคคล สภาพร่างกายไม่พร้อม ไม่มีความสามารถเอาชีวิตรอดจากการจมน้ำ พฤติกรรมการเล่นที่ซุกซนและเสี่ยง นอกจากนี้การที่เด็กว่ายน้ำไม่เป็นและมีความจำเป็นต้องเดินทางด้วยเรือโดยสารหรือทำกิจกรรมทางน้ำ การสวมเสื้อชูชีพจะช่วยป้องกันการจมน้ำได้หากเกิดอุบัติเหตุพลัดตกลงไปในน้ำ
- 2 ปัจจัยด้านครอบครัวและผู้ดูแล เช่น ความประมาทของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลที่คลาดสายตาจากเด็ก หรือผู้ดูแลเองไม่มีทักษะในการช่วยเหลือเด็กในกรณีที่เด็กตกน้ำได้
- 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี มักจมน้ำในแหล่งน้ำรอบบ้าน เช่น แหล่งน้ำใต้ถุนบ้าน ร่องน้ำ คูน้ำ และบ่อน้ำ ซึ่งไม่มีรั้วล้อมรอบป้องกัน แต่สำหรับเด็กอายุ 10 ปีขึ้นไป มักจมน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติประเภทห้วย หนอง/บึง ลำคลอง แม่น้ำ แหล่งน้ำเพื่อการเกษตร หรือแหล่งน้ำสาธารณะอื่นๆ เช่น สระว่ายน้ำ เป็นต้น<sup>52</sup> จากการประเมินสถานการณ์จมน้ำของเด็กไทยพบว่า เด็กไทยที่เสียชีวิตจากการจมน้ำมากที่สุดในแหล่งน้ำธรรมชาติที่อยู่ใกล้บ้าน<sup>53</sup> ซึ่งแตกต่างจากต่างประเทศที่มักจมน้ำในสระว่ายน้ำภายในบ้านของตนเอง<sup>54</sup>

**ความสำคัญของปัญหา:** พบว่าในแต่ละปีมีเด็กกลุ่มนี้เสียชีวิตจากการจมน้ำประมาณ 963 คน โดยการเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงกว่าการเสียชีวิตจากไข้เลือดออก หรือโรคติดเชื้อ นอกจากนี้ยังพบว่าเพศชายเสียชีวิตจากการจมน้ำมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า และเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าเด็กในภาคอื่นๆ รองลงมาคือภาคกลาง (รวมกรุงเทพฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคตะวันตก) ภาคเหนือ และภาคใต้ตามลำดับ หากจำแนกรายงานการเสียชีวิตจากการจมน้ำตามเดือนที่เกิดเหตุพบว่า โดยเฉลี่ยช่วงเดือนเมษายนซึ่งเป็นช่วงปิดภาคเรียนและช่วงสุดสัปดาห์จัดเป็นช่วงที่เด็กจมน้ำตายมากที่สุด<sup>53</sup>

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** ภายใต้แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 มีการกำหนดแผนปฏิบัติการไว้อย่างชัดเจน เรื่องการกำหนดให้การว่ายน้ำเป็นทักษะพื้นฐานที่เด็กจบการศึกษาระดับ



มัธยมศึกษาตอนต้นควรได้รับ อย่างไรก็ตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2555 - 2558 และแผนการศึกษาแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง (พ.ศ. 2552 - 2559) ไม่ได้ระบุให้การว่ายน้ำเป็นทักษะพื้นฐานที่เด็กทุกคนควรจะได้รับ แสดงให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องของแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติกับแผนของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง<sup>55-57</sup>

นอกจากนี้ก็มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการจมน้ำ ได้แก่ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 หมวดที่ 7 ซึ่งคณะกรรมการสาธารณสุขได้ออกคำแนะนำแก่ราชการส่วนท้องถิ่น ในการออกข้อกำหนดท้องถิ่น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย ได้แก่ การมีรั้วหรือกำแพงบริเวณสระว่ายน้ำ การมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำสระอย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ใช้บริการไม่เกิน 100 คน การมีป้ายแสดงวิธีการปฐมพยาบาลช่วยคนจมน้ำ ข้อกำหนดให้มีผู้ดูแลกรณีเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีมาใช้บริการ การจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยชีวิต และอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถติดต่อหน่วยงานอื่นๆ เพื่อขอความช่วยเหลือ พระราชบัญญัติการเดินเรือในน่านน้ำไทย พระพุทธศักราช 2456 มาตราที่ 163 ได้มีการออกกฎข้อบังคับสำหรับการตรวจเรือซึ่งระบุให้เรือแต่ละชนิดมีเสื้อชูชีพ (เครื่องชูชีพ)

**ปัญหาและอุปสรรค:** จะเห็นได้ว่าการป้องกันการจมน้ำที่ได้ประสิทธิผลควรมุ่งเน้นในการเสริมสร้างศักยภาพของเด็กและผู้ปกครองให้สามารถว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดและมีทักษะในการช่วยเหลือผู้อื่นที่จมน้ำ หากพิจารณาถึงมาตรการทางกฎหมายพบข้อจำกัดที่เน้นเฉพาะการป้องกันการจมน้ำที่สระว่ายน้ำสาธารณะเท่านั้น ไม่พบข้อกำหนดเกี่ยวกับความปลอดภัยสำหรับแหล่งน้ำตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย ไม่มีการกำหนดรายละเอียดที่ชัดเจนทั้งด้านคุณสมบัติและจำนวนของเสื้อชูชีพสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ในเรือโดยสาร นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำสระว่ายน้ำ การจัดเตรียมเสื้อชูชีพของเด็กให้เหมาะสม

#### ข้อเสนอแนะ:

- 1 ส่งเสริมให้มีการขยายผลโครงการอบรมการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดที่ดำเนินการโดยกรมควบคุมโรค ร่วมกับกรุงเทพมหานคร (ตรวจสอบ) ซึ่งเน้นทักษะการลอยตัวให้อยู่ในน้ำได้นานและทักษะการช่วยชีวิตเบื้องต้นเมื่อมีคนตกน้ำ ให้มีความครอบคลุมทั่วประเทศ โดยอาจเริ่มจากชุมชนที่มีความเสี่ยงสูง เพราะจากการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่าเด็กที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด มีทักษะในการเอาชีวิตรอดและทักษะการช่วยชีวิตผู้อื่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- 2 เพิ่มมาตรการทั้งด้านนโยบายและกฎหมายสำหรับความปลอดภัยของแหล่งน้ำธรรมชาติ ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ
- 3 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.2522 (แก้ไข พ.ศ.2541) และพระราชบัญญัติมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม พ.ศ.2511 ให้กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่อาจก่อให้เกิดการจมน้ำในเด็ก เช่น ถังน้ำ อ่างน้ำ หรือสระว่ายน้ำเคลื่อนที่ เป็นต้น เพื่อออกฉลากติดผลิตภัณฑ์เตือน
- 4 เพิ่มการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยทางน้ำในเด็ก เช่น บนเรือโดยสาร ต้องมีการจัดเตรียมเสื้อชูชีพที่มีขนาดเหมาะสมสำหรับเด็ก

## 2.6 สารเสพติด (แอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาเสพติด)

### 2.6.1 สุรา

**คำนิยาม:** สุรา หมายถึงวัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา หรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อได้ผสม กับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้ว สามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา นอกจากนี้สำนักงานสถิติได้ระบุความหมายของสุราสำหรับการสำรวจ คือ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์<sup>58</sup>

**สาเหตุของปัญหา:** ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนเริ่มดื่มสุรา คือ ความอยากรอง ซึ่งอาจจะเห็นว่าเป็นเรื่องท้าทาย น่าตื่นเต้น สนุกสนาน ตามอย่างเพื่อน คนใน เพื่อเข้างานสังคม ให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อน และลดความเครียด

**ความสำคัญของปัญหา:** จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ปี 2551-2 ในกลุ่มอายุ 10-14 ปี มีร้อยละ 3.8 เคยดื่มเหล้าในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 5.1 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกจากเหล้า โดยความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุ 15-25 ปีพบร้อยละ 49 และพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ร้อยละ 79 ดื่มเบียร์ นอกจากนี้อายุของผู้เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยลงคืออายุ 6 ปี<sup>59</sup>

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** มาตรการที่ใช้ควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดำเนินหลายด้าน ตั้งแต่การลดการอุปสงค์ ควบคุมอุปทาน ปัจจัยแวดล้อมอื่น กลไกทางสังคม การให้ความรู้และการบำบัด ซึ่งใช้ทางมาตรการด้านกฎหมาย การรณรงค์ โดยมีความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน เช่น การออกกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเก็บภาษีสุราในอัตราสูง การไม่ให้ขายสุราให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี การรณรงค์สงกรานต์ปลอดเหล้า โรงเรียนสีขาว รับน้องปลอดเหล้า นอกจากนี้มีคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติที่ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2555-2559<sup>60</sup>

**ปัญหาและอุปสรรค:** ที่ผ่านมามีการมาตรการหลายประการที่ดำเนินการเพื่อลดการดื่มสุรา แต่พบว่าแนวโน้มของผู้ดื่มสุราไม่ลดลง เกิดจากสาเหตุจากการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ไม่มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง การขาดบุคลากรและอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจจับผู้ดื่มสุราที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย และกฎหมายที่ไม่ทันตามการเปลี่ยนแปลงการตลาดของที่มีการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเว็บไซต์

#### ข้อเสนอแนะ

1. จัดให้มีการคัดกรองการติดแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาล และให้มีระบบส่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในกรณี ที่ติดแอลกอฮอล์
2. เพิ่มการบังคับใช้กฎหมายและปรับปรุงกฎหมายให้รองรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่อสังคมและเศรษฐกิจ

## 2.6.2 บุหรี่

**คำนิยาม:** ยาสูบหรือบุหรี่ หมายถึง ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงไม่ว่าจะมีใบยาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัสดุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัด<sup>61</sup>

**สาเหตุของปัญหา:** ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ คือ ความอยากรอง ซึ่งอาจจะเห็นว่าเป็นเรื่องท้าทาย น่าตื่นเต้น สนุกสนาน ถึงแม้จะไม่ดีต่อสุขภาพ ตามอย่างเพื่อน คนในบ้าน ผู้มีชื่อเสียงหรือดารา นักแสดง เพื่อเข้างานสังคม ให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ลดความเครียด และจากสื่อโฆษณาที่แสดงสัญลักษณ์ของบุหรี่ที่ทำให้เกิดภาพลักษณ์ว่า การสูบบุหรี่ทำให้ดูดี ทันสมัย<sup>62</sup>

**ความสำคัญของปัญหา:** จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ปี 2551-2 ที่มี การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมโดย นพ.วิชัย เอกพลากร พบว่าความชุกของการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 6-14 ปี เป็นร้อยละ 3.3 และในกลุ่มอายุ 15-25 ปี เป็นร้อยละ 22 โดยผู้ชายมีอัตราการสูบบุหรี่และสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าผู้หญิง<sup>59</sup> และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 21.4 แบ่งได้เป็นร้อยละ 18.4 สูบบุหรี่เป็นประจำ และร้อยละ 2.9 สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง ผู้ชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 20 เท่า โดยมีคนสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นประมาณ 5 แสนคน นอกจากนี้พบว่าการสูบบุหรี่มีแนวโน้มมากขึ้นอีกด้วย<sup>63</sup> นอกจากนี้พบว่ารสชาติของบุหรี่ที่มีการปรุงแต่งรสหรือซอร์สมีส่วนทำให้การสูบบุหรี่ไม่ลดลง

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** ประเทศไทยมีหลายหน่วยงานดำเนินมาตรการ นโยบายและกฎหมาย มีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2557 และกำหนดให้วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปีเป็นวันงดสูบบุหรี่ เพื่อลดการบริโภคบุหรี่ มีการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ การให้ความรู้เพื่อพิชภัยของบุหรี่ การขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ การขึ้นภาษียาสูบหรือบุหรี่ การระบุงบค่าเตือนบนซองบุหรี่ การห้ามโฆษณา รวมถึงการลด แลก แจก แถม บุหรี่ นอกจากนี้มีการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ทาง Hotline และในสถานพยาบาล ซึ่งมาตรการต่างๆ ทำให้มีผู้สูบบุหรี่ลดลงเรื่อยๆ และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสองลดน้อยลง แต่อย่างไรก็ตามในระยะหนึ่งหรือสองปีที่ผ่านมา จำนวนผู้สูบบุหรี่กลับเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน<sup>64</sup>

**ปัญหาและอุปสรรค:** การเปิดการเสรีทางการค้ามากขึ้น ทำให้มีตลาดภาษีนำเข้ายาสูบ ส่งผลให้ราคาบุหรี่ลดลง บริษัทภายในประเทศต้องทำการตลาดเพื่อเพิ่มยอดขาย มีทั้งการลดราคา และการทำกิจกรรมเพื่อสังคมทำให้เด็กและเยาวชนจดจำยี่ห้อของบุหรี่ได้ ทั้งนี้มาตรการทางด้านกฎหมายไม่มีความเข้มงวดเห็นได้จากมีการจำหน่ายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เด็กและเยาวชนเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย และมีการแบ่งมวนบุหรี่ขายทำให้เด็กและเยาวชนไม่เห็นค่าเตือนบนซองบุหรี่

## ข้อเสนอแนะ

1. การรณรงค์และให้ความรู้พิษภัยของบุหรี่ต้องให้ทันตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อและรสนิยมในการสูบบุหรี่ที่ผู้ชายใช้ดำเนินการทางการตลาด เช่น บุหรี่รสผลไม้ อันตรายเหมือนบุหรี่ปกติ
2. ควบคุมการลักลอบนำเข้า จำหน่ายบุหรี่หรือยาสูบอย่างเข้มงวด รวมถึงการจำกัดการออกแบบหีบห่อที่บรรจุยาสูบไม่ให้เป็นที่สนใจหรือสะดุดตา โดยเฉพาะบุหรี่ที่มีปรุงแต่งหรือซุรส
3. ควรมีการประเมินผลการ “จัดบริการอดบุหรี่” ในสถานพยาบาลเพื่อให้มีการพัฒนาและปรับปรุงให้ผู้ที่ต้องการอดบุหรี่เข้าถึงและได้รับการติดตามที่ดี สะดวกและมีประสิทธิภาพ

### 2.6.3 ยาเสพติด

**คำนิยาม:** ยาเสพติดให้โทษ หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ<sup>65</sup>

**สาเหตุของปัญหา:** การเสพสารเสพติดของเด็กโตและเยาวชนเกิดจากความอยากรู้อยากเห็น อยากรลอง ไม่มีความรู้เรื่องยาเสพติด ถูกหลอกลวง ประสบความล้มเหลวในชีวิต ปัญหาความเจ็บป่วย ครอบครัวไม่มีความอบอุ่น อยู่ใกล้แหล่งผลิตหรือระบาดของยาเสพติด ทำให้เข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย มีปัญหาทางเศรษฐกิจ (อยากรวย หรือ ว่างาน) นอกจากนี้มีผู้เสพสารเสพติดเพราะต้องการให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อน เพื่อเข้าสังคม เพื่อการสร้างมิตรภาพของเพื่อน กระแสของสื่อโฆษณา ความเครียด และอาจเกิดจากปัญหาด้านจิตใจ เช่น ไม่มั่นใจในตัวเอง มีวิตกกังวล<sup>62 66 67</sup>

**ความสำคัญของปัญหา:** จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ในเด็กและเยาวชนอายุ 12-24 ปี ในระบบและนอกระบบการศึกษาใน 17 จังหวัด ระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม – 14 กันยายน 2554 พบว่าเด็กและเยาวชนมีการเสพกัญชามากที่สุดร้อยละ 7.3 หรือประมาณ 894,483 คน รองลงมาคือยาบ้า ร้อยละ 5.3 (649,419 คน) และไอซ์ ร้อยละ 4.6 (563,647 คน) โดยเด็กอายุต่ำสุดที่เริ่มเสพยาบ้ามีอายุ 7 ปี และอายุเฉลี่ยของเด็กและเยาวชนที่เสพยาเสพติดอยู่ระหว่าง 15-17 ปี<sup>68</sup>

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** การดำเนินนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาคัญของเด็กและเยาวชนติดยาเสพติดมีการดำเนินงานในทุกีรัฐบาล ซึ่งนโยบาย มาตรการ และกฎหมายจะเพิ่มเติมและเปลี่ยนแปลงตามนโยบายของแต่ละรัฐบาล แต่อย่างไรก็ตามรัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 โดยมีหลักการว่าผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วย ดังนั้นต้องให้การรักษาผู้ติดยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติฯ นี้มีหน่วยงานหลายแห่งทั้งสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวง ทบวง และกรมต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตามรายงานของศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด ระบุว่าผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการรักษาถึงร้อยละ 69 ส่วนที่เหลือเป็นการรับการรักษาแบบบังคับหรือมีเงื่อนไขในการรักษา นอกจากนี้แล้วยังมีโครงการ To Be Number One สถานประกอบการสีขาว โรงเรียนสีขาว ซึ่งการดำเนินมาตรการต่างๆ จะแตกต่างกันไป

ตามนโยบายของแต่ละรัฐบาล แต่โดยหลักของการดำเนินงานแล้วเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ให้คำปรึกษา การจัดทำค่ายพัฒนา การเฝ้าระวังการติดยาเสพติด และการให้บริการรักษาในกรณีที่ติดยาเสพติดแล้ว ทั้งนี้มีมาตรการที่ดำเนินงานในชุมชนที่เน้นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้มีการดูแลปัญหาเสพติดภายในชุมชนเอง

**ปัญหาและอุปสรรค:** การขาดความเอาใจจริงเอาใจใส่ในการแก้ไขปัญหาเสพติด การดำเนินนโยบายที่ไม่ต่อเนื่อง และการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย การขาดแคลนบุคลากร เครื่องมือต่างๆ และการขาดเอกภาพในการสั่งการ นอกจากนี้บางมาตรการไม่ได้รับความสนใจจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน<sup>69</sup> และการคัดแยกความรุนแรงของการติดยาเสพติดไม่ดีพอทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม อีกทั้ง ความไม่ไว้วางใจของผู้ที่ต้องการเลิกยาเสพติด ต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐเรื่องการเก็บข้อมูลความลับส่งผลให้เป็นข้อจำกัดต่อการเข้าถึงบริการ

### ข้อเสนอแนะ

1. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการรับบริการเลิกยาเสพติด เช่น การทบทวนและเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือกฎหมายที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ และการสื่อสารต่อสาธารณะเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
2. สร้างทัศนคติเชิงบวก เปลี่ยนแปลงตัวชี้วัด และมาตรฐานโรงเรียนสีขาว เช่น การเปลี่ยนจากตัวชี้วัดโรงเรียนปลอดยาเสพติด เป็น ตัวชี้วัดการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้เด็กและเยาวชนยังอยู่ในระบบการศึกษา เพื่อลดการแพร่ระบาดของยาเสพติด

## 2.7 ปัญหาสุขภาพจิต (ปัญหาโรคทางอารมณ์ การเรียนรู้ ตัดเกม)

### 2.7.1 โรคทางอารมณ์

**คำนิยาม:** โรคแปรปรวนทางอารมณ์ เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของอารมณ์ โดยจะมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้ อ่อนเพลีย อยากรตาย หรือในทางกลับกันอาจมีอารมณ์ดีผิดปกติ ครึกครื้น พุดมาก ซึ่งผู้ป่วยอาจมีอาการเพียงด้านเดียว หรือทั้งสองด้านก็ได้<sup>70</sup> ในที่นี้จะกล่าวถึงโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าเรื้อรัง และโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยและอยู่ในแบบสำรวจของกรมสุขภาพจิต

**สาเหตุของปัญหา:** ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคซึมเศร้าในเด็กและเยาวชนอาจเกิดจากปัจจัยภายในคือตัวของเด็กหรือปัจจัยภายนอกคือครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง และเพื่อน รวมถึงเกิดจากภาวะกดดันหรือความเครียดและไม่สามารถปรับตัวให้กับปัญหานั้นได้ นอกจากนี้รวมถึงความผิดปกติของฮอร์โมนบางชนิด และลักษณะบุคลิกภาพที่มักมีแนวคิดทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเองในแง่ลบ มองโลกในแง่ร้าย เห็นแต่ข้อบกพร่องของตนเอง รวมถึงพันธุกรรมพบว่าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรคซึมเศร้าได้เช่นกัน<sup>70 71</sup>

**ความสำคัญของปัญหา:** จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่เข้าได้กับภาวะซึมเศร้า ตามหลักเกณฑ์ใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV) และผู้ที่บอกว่าเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าโดยแพทย์ และได้กินยารักษาภาวะซึมเศร้าอยู่ใน 12 เดือนที่ผ่านมา และวิเคราะห์ข้อมูลตามกลุ่มอายุเพิ่มเติม โดยนพ.วิชัย เอกพลากร พบว่าประชากรไทยอายุ 15-25 ปี มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.1 โดยพบมากในเพศหญิง ร้อยละ 2.5 ส่วนเพศชายพบร้อยละ 1.8<sup>72</sup> ในขณะที่ใช้แบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Structure Interview ในปี พ.ศ. 2554 พบโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.3<sup>73</sup> ในปี พ.ศ. 25514 พบโรคซึมเศร้าเรื้อรังร้อยละ 0.3<sup>74</sup> ส่วนโรคอารมณ์สองขั้วประมาณการณ์ว่ามีความชุกตลอดชีพ ร้อยละ 1.5-5 นอกจากนี้โรคแปรปรวนทางอารมณ์ยังส่งผลการปัญหาการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเยาวชนที่พยายามฆ่าตัวตายพบเป็นเยาวชนที่เป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเยาวชนทั่วไปถึง 3-18 เท่า<sup>75</sup>

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** มาตรการที่แก้ปัญหาโรคอารมณ์แปรปรวน เน้นไปที่การบำบัดหรือการให้คำแนะนำแก่พ่อแม่หรือผู้ปกครอง โดยมีหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ดำเนินการ เช่น คลินิกวัยรุ่น “Smart Teen Clinic” ที่ให้บริการทั้ง กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งการคัดกรองปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์<sup>76</sup> ศูนย์ฝึกอบรมและศึกษาดูงาน สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ที่ช่วยให้ความรู้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน<sup>77</sup> นอกจากนี้มีนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข ที่มีชุมชนและหน่วยงานต่างๆ มาทำงานร่วมกัน และสายด่วนสุขภาพจิต<sup>78</sup>

**ปัญหาและอุปสรรค:** ปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพจิตที่เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การขาดความเอาใจใส่และความเอาใจใส่จากผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายที่มองข้ามปัญหาทางสุขภาพจิต งบประมาณที่ไม่เพียงพอ ปัญหาด้านการออกแบบระบบบริการที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างของผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตกับผู้ป่วยทั่วไปอื่นๆ ขาดความตระหนักหรือความไม่รู้ของผู้ป่วยและญาติ ความอับอายและตราบาปที่สังคมหยิบยื่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ด้านจิตเวชมีไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

### ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้เข้าสู่ระบบบริการมากขึ้น ซึ่งควรเป็นการคัดกรองตามปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งการฆ่าตัวตาย
2. ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตให้กับประชาชนได้ทราบ
3. สร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต ทั้งระดับบุคคล คือ ผู้ป่วย ระดับครอบครัว และสังคม รวมทั้งชุมชน เพื่อเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้มีปัญหาสุขภาพจิตกับบุคคลอื่น เพื่อมิให้เกิดการแบ่งแยก

## 2.7.2 การเรียนรู้

**คำนิยาม:** ความบกพร่องในทักษะการเรียนรู้ (Learning Disorder; LD) หมายถึง ความบกพร่องทางการเรียนรู้ แสดงออกมาในรูปของปัญหาด้านการอ่าน การเขียน การสะกดคำ การคำนวณ และเหตุผลเชิงคณิตศาสตร์<sup>79</sup> โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ; ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก มีลักษณะความผิดปกติที่เด่นชัดคือ มีช่วงสมาธิสั้นกว่าปกติ (Inattentiveness) อยู่ไม่นิ่ง อยู่ไม่สุข ซุกซน ผิดปกติ (Hyperactivity) หุนหันพลันแล่น ขาดการยับยั้งชั่งใจในการกระทำต่างๆ (Impulsivity)<sup>80</sup>

**สาเหตุของปัญหา:** เชื่อว่าความบกพร่องในทักษะการเรียนรู้เกิดจากความบกพร่องในการทำงานของสมองอันส่งผลรบกวนต่อผลการศึกษาหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บทางสมอง ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด โรคทางระบบประสาท ภาวะทุพโภชนาการ รวมถึงพันธุกรรม

สำหรับสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้นไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีหลายปัจจัยเสี่ยงที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ปัจจุบันพบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความบกพร่อง หรือมีปริมาณสารเคมีที่สำคัญบางตัว เช่น dopamine, noradrenalin ในสมองน้อยกว่าเด็กปกติ โดยมีกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยพบว่าประมาณร้อยละ 30-40 ของเด็กสมาธิสั้นจะมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเป็นโรคสมาธิสั้นด้วยหรือมีปัญหาอย่างเดียวกัน สำหรับปัจจัยจากการเลี้ยงดูหรือสิ่งแวดล้อมเป็นเพียงปัจจัยเสริมที่ทำให้อาการหรือความผิดปกติดีขึ้นหรือแย่ลงซึ่งไม่ใช่สาเหตุหลัก แต่มารดาที่ขาดสารอาหาร ต่อมสุรา สูบบุหรี่ หรือถูกสารพิษบางชนิด (เช่น ตะกั่ว) ในระหว่างตั้งครรภ์ มีโอกาสที่ลูกเป็นโรคสมาธิสั้นสูงขึ้น<sup>80</sup>

**ความสำคัญของปัญหา:** ความบกพร่องในทักษะการเรียนรู้พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 4-6 ในเด็ก 6-12 ปี<sup>81</sup> ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้ไม่สามารถเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพด้วยวิธีการศึกษาปกติ ทั้งนี้ความบกพร่องทางการเรียนอาจจำแนกได้ตามปัญหาด้านทักษะ ได้แก่ 1) ความบกพร่องด้านการเรียนของทักษะในการอ่าน (Reading Disorder) 2) ความบกพร่องทางการเรียนของทักษะการเขียน (Disorder of Written Expression) และ 3) ความบกพร่องด้านการเรียนของทักษะในการคำนวณ (Mathematics Disorder) โดยพบความบกพร่องของทักษะการอ่านและเขียนได้บ่อยกว่าทักษะการคำนวณ ทั้งนี้ยังพบว่าร้อยละ 40-50 ของเด็กที่มีปัญหาความบกพร่องด้านการเรียนมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล

ขณะที่โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยและได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด พบประมาณร้อยละ 5-8 ของเด็กชั้นประถมศึกษา และมักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโอกาสสอบตกซ้ำชั้นหรือสำเร็จการศึกษาน้อยกว่าเด็กปกติ มีปัญหาด้านบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมซึ่งเมื่อโตขึ้นมีแนวโน้มการใช้สารเสพติด ลักขโมย หรือก่ออาชญากรรม และติดคุกเนื่องจากกระทำผิดกฎหมาย<sup>80</sup>

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** ตั้งแต่ปีการศึกษา 2550-51 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ มีการตรวจคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียน โดยใช้แบบคัดกรองกับเด็กประถมศึกษา 1-6 โดยมีครูประจำชั้นเป็นผู้ทำการคัดกรองและมีงบประมาณสนับสนุนเพื่อจัดการเรียนการสอนพิเศษสำหรับเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติ อย่างไรก็ตามเนื่องจากโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการสอนพิเศษเท่านั้น ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียน ส่งผลให้เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโดยครูประจำชั้นโดยมากยังไม่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันและรับการรักษาอย่างเหมาะสม

**ปัญหาและอุปสรรค:** ทั้งนี้จากการประเมินการคัดกรองสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียนพบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนที่ได้จากการคัดกรองของโรงเรียนแต่ละแห่งในประเทศไทยมีความแตกต่างกันอย่างมากนับจากความชุกที่ร้อยละ 0 จนถึงร้อยละ 30 ทำให้ไม่สามารถเชื่อได้ว่าการคัดกรองโดยครูประจำชั้นมีคุณภาพมาตรฐาน นอกจากนี้ในการประเมินยังพบปัญหาอุปสรรคสำคัญในด้านการเชื่อมต่อระหว่างการคัดกรองในโรงเรียนกับการยืนยันวินิจฉัยของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องให้บริการ หากไม่มีนโยบายและการเพิ่มศักยภาพอย่างจริงจังและการประสานที่ดีระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของทั้งสองกระทรวงย่อมไม่มีประโยชน์ที่จะคัดกรองเบื้องต้น เพราะอาจเป็นการเพิ่มตราบาปให้กับเด็กและผู้ปกครองที่ได้รับการคัดกรองว่ามีความผิดปกติ<sup>82</sup>

#### **ข้อเสนอแนะ:**

- 1 ควรพัฒนาระบบการคัดกรองที่โรงเรียนให้ประสิทธิภาพมากกว่าในปัจจุบัน โดยปรับปรุงคุณภาพของครูผู้คัดกรองให้มีความรู้และประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือคัดกรอง ติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ มีระบบการเชื่อมต่อประสานที่ดีกับสถานพยาบาลที่ต้องให้บริการตรวจยืนยันผลการคัดกรอง รักษา และติดตามผลการรักษา
- 2 ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยควรกำหนดกรอบความรับผิดชอบแนวทางการวินิจฉัย การรักษา และติดตามสำหรับกุมารแพทย์และกุมารแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจนด้านนโยบายและการปฏิบัติ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องสำหรับประเทศไทย
- 3 ระบบหลักประกันสุขภาพควรพิจารณาถึงความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการสร้างแรงจูงใจสถานพยาบาลระดับต่างๆ พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการติดตามโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับกระทรวงศึกษาธิการ ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น
- 4 ควรเร่งสร้างความตระหนักให้กับผู้บริหารและสาธารณชนถึงความสำคัญและความคุ้มค่าของการคัดกรองเด็กสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในชั้นประถมศึกษา เพื่อให้ได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ปกครองในการวินิจฉัย ดูแล และรักษาโรคสมาธิสั้น



### 2.7.3 ติดเกม

**คำนิยาม:** ปัจจุบันยังไม่มีคำนิยามปัญหาการติดเกมอย่างเป็นทางการจากองค์กรในระดับชาติหรือนานาชาติ อย่างไรก็ตามจากการประชุมเรื่อง “เด็กและเยาวชนติดเกม: แนวทางแก้ไข” ที่จัดโดยกรมสุขภาพจิตได้นิยาม “เด็กติดเกม” หมายถึง เด็กที่เล่นเกมไม่สนใจการเรียน เด็กที่ไม่รู้จักแบ่งเวลาให้เหมาะสม และเด็กที่เล่นเกมติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเกินความเหมาะสม นอกจากนี้ในบางรายหากหยุดเล่นเกมจะแสดงความไม่พอใจอย่างมาก หงุดหงิดและอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา<sup>83</sup>

**สาเหตุของปัญหา:** การติดเกมเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัย<sup>84</sup> ได้แก่

- 1 การเปลี่ยนแปลงของสังคม ในปัจจุบันสังคมเต็มไปด้วยเทคโนโลยี แต่ขาดแคลนกิจกรรมหรือสถานที่ที่จะให้เด็กเรียนรู้การดำรงชีวิต ทำให้การเล่นเกมนั้นเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่มีความสนุกสนานตื่นเต้นและเพลิดเพลิน
- 2 การเลี้ยงดูในครอบครัว โดยพบว่าเด็กที่ไม่มีวินัย ขาดกฎระเบียบ ครอบครัวไม่อบอุ่นต่างคนต่างอยู่ จะมีแนวโน้มติดเกมได้มาก เนื่องจากต้องเล่นเกมเพื่อทดแทนการทำกิจกรรมภายในครอบครัว
- 3 ลักษณะของเด็ก เนื่องจากเด็กบางกลุ่มที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจมีความเสี่ยงมากกว่าเด็กปกติ เช่น เด็กสมาธิสั้น มีปัญหาการเรียน มีปัญหาทางอารมณ์ วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือขาดทักษะทางสังคม การใช้ชีวิต

**ความสำคัญของปัญหา:** จากการสำรวจของสำนักงานสถิติปี พ.ศ. 2555 พบว่าเด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 97 ใช้คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ตใช้คอมพิวเตอร์อย่างน้อย 1-4 วันต่อสัปดาห์ โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 21 ใช้คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต 5-7 ต่อสัปดาห์<sup>85</sup> นอกจากนี้จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตถึงสถานการณ์เด็กติดเกมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในโดยระหว่างปี พ.ศ. 2549-2555 มีจำนวนเด็กติดเกมเพิ่มขึ้นถึงสามเท่าจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 14 หรือประมาณว่า เด็กทุกๆ 8 คน จะติดเกม 1 คน<sup>86</sup> ทั้งนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าเด็กที่ติดเกมที่แฝงความรุนแรงจะมีพฤติกรรม ก้าวร้าว ทะเลาะวิวาทและใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น การติดเกมยังส่งผลเสียต่อการเข้าสังคมและมนุษย์สัมพันธ์ และผลทางสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน<sup>30</sup> นอกจากนี้ปัจจุบันเริ่มมีรายงานการเสียชีวิตจากการเล่นเกมมากเกินไปในหลายประเทศทั่วโลก ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับเด็กที่เล่นเกมทั้งหมดแต่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและแนวโน้มความรุนแรงในอนาคต

87 88

**มาตรการ/นโยบาย/กฎหมาย:** ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานให้ความสนใจและตระหนักว่าเด็กติดเกมจะเป็นปัญหาสำคัญในอนาคตของประเทศ เห็นได้จากการนำเรื่องเด็กติดเกมเข้าสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2555 และมีการจัดตั้งเว็บไซต์ healthygamer.net เพื่อติดตามปัญหา ให้ความรู้และเสนอแนะให้มีการป้องกันปัญหาเด็กติดเกม นอกจากนี้มีโครงการร้านเกมสีขาว ศูนย์ปฏิบัติปฏิบัติการสายด่วนร้านเกมและอินเทอร์เน็ต และศูนย์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กติดเกม นอกจากนี้ยังมีมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบมาตรการของกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ต้องการควบคุมเกม

ออนไลน์ คือ 1) จำกัดชั่วโมงการเล่นเกมออนไลน์ของเยาวชน ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ให้เล่นได้วันละไม่เกิน 3 ชั่วโมง 2) ห้ามเล่นการพนัน ชิงโชค หรือซื้อขायอุปกรณ์ในเกมออนไลน์ 3) ออกระเบียบเกี่ยวกับการจดทะเบียนร้านอินเทอร์เน็ต เพื่อกำกับดูแลการให้บริการอินเทอร์เน็ต และ 4) รณรงค์ให้เยาวชนและผู้ปกครอง ทราบบ โทษของการเล่นเกมออนไลน์ติดต่อกันเป็นเวลานาน และมีการออกกฎกระทรวงว่าด้วยการอนุญาตและการประกอบกิจการร้านวีดีทัศน์พ.ศ. 2552 หมวด 2 การประกอบกิจการร้านวีดีทัศน์ที่จำกัดอายุเด็กและเวลาที่เข้าใช้บริการร้านอินเทอร์เน็ตคือ ให้เด็กอายุต่ำกว่าสิบห้าปีเข้าใช้บริการได้ตั้งแต่เวลา 14.00 น. แต่ไม่เกิน 20.00 น.

**ปัญหาและอุปสรรค:** มาตรการต่างๆ ที่มีเป็นมาตรการในการควบคุมและกำกับร้านเกมหรือการประกอบธุรกิจ แต่ผู้ประกอบการไม่ให้ความใส่ใจควบคุมและดูแลซึ่งภาครัฐไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมดเนื่องจากปัจจุบันมีร้านเกมมากกว่า 43,000 ร้าน และปัจจุบันการเล่นเกมออนไลน์สามารถเล่นได้ที่บ้านพักอาศัย ดังนั้นมาตรการเหล่านี้จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาการติดเกมของเด็กได้ อีกทั้งผู้ปกครองไม่ได้ให้ความสำคัญกับการเล่นเกมของเด็กที่เกิดจากความไม่ตระหนักถึงผลเสียของการติดเกมที่คิดว่าเมื่อโตขึ้นจะเลิกเล่นเกมไปเองและการติดเกมไม่น่าส่งผลเสียร้ายแรงในอนาคตต่อเด็ก

#### **ข้อเสนอแนะ:**

- 1 มีการวิจัยเพื่อติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิดและสร้างองค์ความรู้ถึง สาเหตุ ผลกระทบ มาตรการแก้ไข ปัญหาทั้งระดับบุคคลและระดับชาติ ทั้งนี้ปัญหาการติดเกมมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงควรศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย
- 2 กำหนดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบปัญหาเด็กและผู้ใหญ่ติดเกมในระดับชาติเช่นในหลายประเทศ ทั้งนี้ หน่วยงานดังกล่าวควรทำหน้าที่กำหนดนิยาม เกณฑ์การวินิจฉัย ใ้เฝ้าระวัง ประเมินผลกระทบ พัฒนา มาตรการและนโยบาย และประเมินผลสำเร็จของมาตรการและนโยบาย
- 3 พัฒนาระบบบริการเพื่อรักษาผู้มีปัญหาติดเกม เพราะปัจจุบันมีผลวิจัยทางการแพทย์ยืนยันว่าการบำบัด ทางจิตและพฤติกรรมสามารถลดปัญหาความรุนแรงของการติดเกม ทำให้หลายประเทศ เช่น เกาหลีใต้ เนเธอร์แลนด์ และสาธารณรัฐประชาชนจีน ได้จัดตั้งคลินิกรักษาผู้มีปัญหาติดเกม

#### **ต้นทุนการจัดบริการ/กิจกรรมที่เสนอแนะ**

เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กและเยาวชนมักเป็นปัญหาสังคม ซึ่งข้อเสนอแนะที่ระบุไว้ส่วนมากเป็น ข้อเสนอแนะที่เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานนอกเหนือกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้งข้อเสนอแนะบางอย่างยังไม่สามารถกำหนดต้นทุนการจัดบริการได้ เนื่องจากต้องอาศัยการศึกษาวิจัยในลักษณะของการพัฒนารูปแบบการบริการ (model development) เช่น การจัดระบบบริการตรวจวินิจฉัย รักษาและติดตามโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนรู้ การจัดระบบบริการที่เป็นมิตรและปกป้องความลับใน 1) งานบริการเพื่อป้องกันปัญหาโรคติดเชื่อทางเพศสัมพันธ์

และการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น 2) งานบริการบำบัดผู้ติดยาเสพติด ผู้ติดแอลกอฮอล์และผู้ติดบุหรี่ และ 3) งานบริการสุขภาพจิตและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง เป็นต้น

สำหรับการจัดให้มีการคัดกรองการติดแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาล ได้มีการศึกษาถึงกิจกรรม ต้นทุนการบริการและแบบคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า โดยเครื่องมือการคัดกรองที่เป็นแบบสอบถามที่เรียกว่า AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) หรือ แบบสอบถามที่เรียกว่า ASSIST (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test) ซึ่งแบบสอบถาม ASSIST จะสามารถคัดกรองผู้ติดยาเสพติดและบุหรี่ได้เพิ่มเติม การตรวจคัดกรองดังกล่าวสามารถทำในสถานพยาบาลทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบลจนถึงโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งนี้การตรวจคัดกรองนี้อาจจะมีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการในโรงงานที่มีห้องพยาบาลและมีบุคลากรทางการแพทย์ประจำห้องพยาบาล โดยมีต้นทุนการตรวจคัดกรองคิดเป็น 153 บาทต่อคน และต้นทุนให้คำแนะนำอย่างสั้นสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็น 1,230 บาทต่อคน ต้นทุนการให้การบำบัดสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็น 90,000 บาทต่อคน

### 3. ทบทวนนโยบาย/มาตรการ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเด็กอายุ 6-25 ปี ในต่างประเทศ (กรอบที่ 4)

การทบทวนนโยบาย/มาตรการ การศึกษาการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กอายุ 6 – 25 ปีในต่างประเทศ ทั้งหมด 6 ประเทศ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดา สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ เครือรัฐออสเตรเลีย ประเทศญี่ปุ่น ไต้หวัน โดยประเด็นที่ทบทวนมีดังนี้ ระบบสุขภาพ นโยบายและมาตรการระดับประเทศที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการ และระบบการติดตาม ประเมินผล และผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินนโยบายและมาตรการต่างๆ

โดยการดำเนินนโยบาย/มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนการดำเนินงานไม่สามารถพึ่งเพียงการให้บริการในระบบสุขภาพแต่ต้องมีการดำเนินงานทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะในโรงเรียนที่เป็นสถานที่หลักที่รัฐบาลทุกประเทศให้ความสำคัญและจัดให้มีมาตรการต่างๆ สำหรับแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน และมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะเชื่อมโยงกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้ทราบและช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องจากโรงเรียน ไปยังครอบครัวอีกด้วย นอกจากนี้ในทุกประเทศมีการจัดทำเว็บไซต์ให้ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งการข้อมูลด้านวิชาการ การป้องกัน ให้คำปรึกษา และการรักษา อาจจะเป็นเพราะเด็กและเยาวชนมีการใช้การสื่อสารทางออนไลน์มากกว่ากลุ่มอื่น โดยข้อมูลต่างๆ เป็นข้อมูลที่รัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการ ส่วนมาตรการที่มีสถานพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมคือมาตรการป้องกันการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น ซึ่งมาตรการนี้จะทำให้เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน ทั้งในสถานพยาบาล คลินิก ร้านขายยา หรือสถานที่จัดเตรียมไว้นอกเหนือจากการให้ความรู้ในสถานศึกษา โดยมีการเก็บข้อมูล เพื่อใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรม ติดตามและ

ประเมินผลของมาตรการได้อีกด้วย ซึ่งเป็นมาตรการที่ได้ผลดีในประเทศสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร บริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ แต่หากจะนำมาตรการนี้มาใช้ในประเทศไทยควรมีการศึกษาวิจัยผลกระทบ ทางสังคมให้รอบคอบก่อนดำเนินการเนื่องจากอาจจะขัดต่อความรู้สึกและวัฒนธรรมของประเทศไทย

#### 4. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของเด็กอายุ 6-25 ปี (กรอบที่ 5)

ผลการทบทวนปัญหาสุขภาพทั้งในและต่างประเทศตามประเด็นกล่าวมาถูกนำเสนอต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพที่ได้ทบทวนทั้งในและต่างประเทศ โดยมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคของเด็กอายุ 6-25 ปี โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 21 ท่าน จาก 17 หน่วยงาน ประกอบด้วย ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร (NGO) นักวิชาการและนักวิจัยจากกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันที่ให้บริการเด็กและเยาวชน (อายุ 6-25 ปี) หลังจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับฟังการนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม มีการซักถามให้ความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะในการทบทวนเพิ่มเติมแล้ว จากนั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา สุขภาพของเด็กและเยาวชน โดยที่ประชุมได้มีมติร่วมกันว่าปัญหาทางสุขภาพจิตที่ประกอบด้วย โรคทาง อารมณ์ การเรียนรู้ และติดยา จะถูกแยกออกเป็นแต่ละปัญหา เนื่องจากทั้ง 3 ปัญหามีความแตกต่างกันใน เรื่องของสาเหตุ มาตรการและนโยบาย ดังนั้นหัวข้อปัญหาสุขภาพที่ถูกจัดลำดับความสำคัญประกอบด้วย 9 กลุ่ม คือ 1) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2) ภาวะโภชนาการพร่องและเกิน 3) อุบัติเหตุ ทางถนน 4) ความรุนแรงและการทารุณกรรม 5) การจมน้ำ 6) สารเสพติด (ยาเสพติด บุหรี่ แอลกอฮอล์) 7) โรคทางอารมณ์ 8) การเรียนรู้ และ 9) ติดยา ในการจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน กำหนดแต่ละสำนักหรือกรมหรือหน่วยงานสามารถเลือกปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กและเยาวชนได้ไม่เกิน 2 กลุ่ม ดังนั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มาจากสำนักงานเดียวกันมีสิทธิเลือกปัญหาสุขภาพได้เพียง 1 ท่าน

ผลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนจากทั้งหมด 17 หน่วยงาน มีผู้แทนเข้าร่วม จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพจำนวน 16 หน่วยงาน ปัญหาที่ได้รับการเสนอมากที่สุดคือ โรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รองลงมาได้คะแนนเท่ากันคือความรุนแรงและการทารุณกรรม สาร เสพติด และติดยา โดยการจมน้ำไม่ได้ถูกจัดลำดับความสำคัญเนื่องจากที่ประชุมให้ความคิดเห็นว่าหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ได้ดี มีความเข้มแข็ง สามารถประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสามารถ ขยายผลการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ที่ประชุมเสนอให้มีการตรวจสอบสุขภาพเด็กกลุ่มนี้เพื่อให้ได้รับ บริการสุขภาพตามพื้นฐานที่จำเป็น

ตารางที่ 3 ลำดับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กและเยาวชนตามคะแนนที่ได้

ปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน	คะแนน
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	11
ความรุนแรงและการทารุณกรรม	5
สารเสพติด	5
ติดเกม	5
ภาวะโภชนาการพร่องและเกิน	3
อุบัติเหตุทางถนน	1
โรคทางอารมณ์	1
การเรียนรู้	1
การจมน้ำ	-

### 5. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใน 2 ลำดับแรกที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพสำหรับเด็กอายุ 6-25 ปี

จากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและช่องว่างของนโยบายที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบว่าประเทศไทยมีการดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพใน 2 ลำดับแรก ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความรุนแรงและการทารุณกรรม สารเสพติด (สุรา บุหรี่ และยาเสพติด) และติดเกม ซึ่งมีหลายภาคส่วนได้ดำเนินการมาอย่างยาวนาน ยกเว้นการติดเกมที่เป็นปัญหาที่จะทวีความรุนแรงขึ้นในปัจจุบัน แต่ปัญหาสุขภาพดังกล่าวกลับไม่ลดน้อยลงตามที่คาดไว้ ดังนั้นคณะวิจัยจึงทบทวนการศึกษามาตรการต่างๆ ที่มีการศึกษาไว้ โดยเลือกทบทวนวรรณกรรมที่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และ/หรือมีการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (meta-analysis) เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาในการพิจารณามาตรการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาสุขภาพในประเทศไทยต่อไป ทั้งนี้จะนำเสนอมาตรการที่มีหลักฐานว่าเป็นประโยชน์และอาจนำมาปรับใช้ในประเทศไทยได้ (รายละเอียดในภาคผนวกที่ 2)

#### 5.1 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

มาตรการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นการให้ความรู้ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ ผ่านคอมพิวเตอร์ที่มีลักษณะเป็น interactive การให้คำปรึกษาตัวต่อตัว (one-on-one counseling conducted face-to-face) การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบเป็นกลุ่มย่อย การใช้วิดีโอเทปหรือวีดีโอในการสื่อสาร ในการวัดผลสัมฤทธิ์ของการศึกษามีทั้งการวัดความเสี่ยงของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การตั้งใจจะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย<sup>89</sup> ซึ่งพบว่าการให้ความรู้สามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ ส่วนการสอนวิธีการใช้ถุงยางอนามัยไม่สามารถลดความเสี่ยงการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้การทำความเข้าใจแบบ (group-based comprehensive risk-reduction) และมาตรการการให้ความรู้เพื่อละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ (abstinence education)

interventions)<sup>90</sup> สามารถลดกิจกรรมทางเพศ ลดความถี่ของกิจกรรมทางเพศ ลดจำนวนคู่นอน ลดกิจกรรมทางเพศที่ไม่ได้ป้องกัน และลดอุบัติการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มพฤติกรรมป้องกันทางเพศ ในขณะที่การให้ความรู้เพื่อละเว้นการมีเพศสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว สามารถลดเพียงกิจกรรมทางเพศเท่านั้น นอกจากนี้การแจกถุงยางอนามัยในระดับโครงสร้าง เพื่อเพิ่มการยอมรับ การเข้าถึงและพร้อมใช้ถุงยางสามารถชะลอการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มการใช้และพกถุงยางอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศได้

มาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า การให้ความรู้เรื่องสุขภาพรวมกับการส่งเสริมการคุมกำเนิด (multiple intervention) สามารถลดการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกได้แต่ไม่สามารถเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยได้ ในขณะที่มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาวัยรุ่น โดยการเพิ่มความคาดหวังและแรงบันดาลใจของวัยรุ่น ต่ออนาคต การส่งเสริมการพัฒนาด้านการรับรู้และสังคม การฝึกสอนผู้ปกครองและการฝึกสอนทักษะด้านสังคม จะสามารถลดโอกาสการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ แต่มีต้องมีการดำเนินหลายมาตรการร่วมกัน ส่วนมาตรการป้องกันการแบบปฐมภูมิ (primary prevention strategies) เช่น การสอนเพศศึกษา คลินิกในโรงเรียน คลินิกการวางแผนครอบครัวและมาตรการใช้ชุมชน ไม่สามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ จะเห็นได้ว่าการมีหลายมาตรการสามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้

## 5.2 ความรุนแรงและการทารุณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมมาตรการที่ใช้ป้องกันความรุนแรงและทารุณกรรมในเด็กมีการดำเนินการทั้งในชุมชน บ้าน และโรงเรียน ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ และการทำกิจกรรมกลุ่ม ทั้งกับผู้ปกครองและกลุ่มเด็กด้วยกัน เช่น การให้ความรู้พ่อแม่ (parent education) การทำกิจกรรมกลุ่ม (active physical participation) รวมถึงการเยี่ยมบ้าน (home visiting) แต่ไม่มีการยืนยันได้อย่างชัดเจนว่ามาตรการต่างๆ สามารถลดความรุนแรงและการทารุณกรรมในเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>91</sup>

## 5.3 สารเสพติด

การป้องกันการใช้อัลกอฮอล์โดยการส่งเสริมการสนทนาและตั้งกฎภายในครอบครัวรวมกับการเยี่ยมบ้านทำให้ชะลอการดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนได้<sup>92</sup> นอกจากนี้การเพิ่มทักษะส่วนบุคคลและทางสังคม ที่มุ่งหวังให้เพิ่มสมรรถนะและการต้านทานต่อความกดดันในการใช้ยาเสพติด ทำให้การเริ่มสูบบุหรี่น้อยลง<sup>93</sup>

มาตรการที่ป้องกันและบำบัดผู้ติดบุหรี่ โดยการใช้มาตรการ smoke-free class competition ซึ่งสามารถป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ส่วนผู้ติดบุหรี่และต้องการบำบัดให้ดำเนินมาตรการให้สิทธิประโยชน์ด้านการเงินแก่ผู้รับการบำบัดแบบเต็มรูปแบบหรือบางส่วน จะทำให้มีส่งเสริมให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่มีความพยายามในการเลิกมากขึ้น ซึ่งมาตรการที่กล่าวมาเป็นการประเมินผลของแต่ละมาตรการในระยะสั้น<sup>94</sup> ในขณะที่การบริการ

เลิกผ่าน internet ที่มีการบริการหลายรูปแบบร่วมกัน<sup>25</sup> จะทำให้ผู้เลิกบุหรี่แม้จะติดตามผลในระยะยาว (smoking abstinence at longest follow up) และวิธีการนี้ค่อนข้างเป็นที่ยอมรับในเยาวชน

มาตรการด้านการป้องกันและการบำบัดรักษาผู้ที่ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นที่ทราบกันแล้วว่า การจัดกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดให้เป็นผู้ป่วย จะช่วยลดจำนวนผู้ใช้สารเสพติดและเป็นการป้องกันไม่ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดหลบซ่อนตัวและก่ออาชญากรรมต่อไป โดยพบว่ามาตรการที่มุ่งเน้นทักษะ (skills focused) ที่เพิ่มทักษะทั่วไป ทักษะการปฏิเสธยาเสพติดและทักษะการป้องกันตัว (safety skilled) ในเด็ก สามารถลดโอกาสการใช้กัญชาได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้การให้มาตรการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) ก็มีผลลดการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่และกัญชาได้เช่นกัน

#### 5.4 ติดเกม

การติดเกมเป็นปัญหาสุขภาพที่หลายหน่วยงานมีตระหนักกว่าจะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการติดเกมเริ่มเป็นที่กล่าวถึงในไม่กี่ปีที่ผ่านมา โดยนิยามของการติดเกมยังไม่มีหน่วยงานใดให้ข้อสรุปได้ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบว่ามาตรการใดที่จะสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป เนื่องจากปัญหาสุขภาพนี้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมทั้งของเด็กและส่วนรวม

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน, สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. นโยบายเยาวชนแห่งชาติและแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนระยะยาว (พ.ศ. 2545-2554). กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2545.
2. คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ, 2554.
3. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1986.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552.
5. จอมขวัญ โยธาสมุทร, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, พิศพรรณ วีระยิ่งยง, สุทธิษา สมณา, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. รายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2555.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: การบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2555.
7. คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง. ภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2552 นนทบุรี: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับประเทศประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2555.
8. 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;337(9783):2093-102.
9. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2551. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2552.
10. ปรีชา มณฑาทิกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, นวกรณ์ วิมลสารวงศ์, สุทธิพร ภัทรชยากุล. คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. กรุงเทพฯ, 2550.
11. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญา ว่าด้วย “พันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย, มกราคม 2551” ธันวาคม 2552: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553.
12. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์รอบปี พ.ศ. 2555:รายงานสถานการณ์โดยสรุป. 2555.
13. Programme UND. Thailand's response to HIV/AIDS: Progress and Challenges. Bangkok: United Nations Development Programme, 2004.



14. วัชรพล สีนอ. สถานการณ์โรคหนองใน ประเทศไทย พ.ศ. 2543 – 2552. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 2555:43: 547-53.
15. ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ตาราง AIDS case report 15 พย. 2554.
16. สำนักนายกรัฐมนตรี. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการป้องกันการแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ) ใน: สำนักนายกรัฐมนตรี, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร, 2541.
17. Rousson R, Guibaud P. Long term outcome of organic acidurias: survey of 105 French cases (1967-1983). J Inher Metab Dis 1984;7 Suppl 1:10-2.
18. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มณฑา เก่งการพานิช, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. โครงการวิจัยประเมินผลการจัดการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้านในสถานศึกษาระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2555.
19. World Health Organization. Adolescent Pregnancy. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2004.
20. กฤตยา อาชวนิจกุล. ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไขความรุนแรงทางเพศ เอดส์ และท้องไม่พร้อม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.
21. คณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม อ้างอิงจาก ร่างข้อเสนอแนะมาตรการการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554.
22. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานะการมีบุตรของวัยรุ่นไทยปี 2554. 2554.
23. เบญจพร ปัญญาียง. การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต 2552.
24. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานการพัฒนาเด็กและเยาวชนประจำปี 2553. กรุงเทพมหานคร, 2553.
25. สมรัฐ ศรีตระกูล. ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;2(3):1425-31.
26. วิทยาธร ท่อแก้ว ดลพัฒน์ยศธร และสิทธิพร กล้าแข็ง. โครงการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร, 2553.
27. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1. ใน: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, บรรณาธิการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2552.
28. กองทุนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. Stop Teen Mom (หยุด! การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น). กรุงเทพมหานคร: กองทุนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น.
29. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2: สุขภาพเด็ก. กรุงเทพมหานคร, มปป.

30. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. ภาวะโภชนาการของเด็ก. กรุงเทพมหานคร, มปป.
31. Azizi F, Kalani H, Kimiagar M, Ghazi A, Sarshar A, Nafarabadi M, et al. Physical, neuromotor and intellectual impairment in non-cretinous schoolchildren with idoine deficiency. Int J Vitam Nutr Res 1995;65(3):199-205.
32. Sachdev H, Gera T, P N. Effect of iron supplementation on mental and motor development in children: systematic review of randomised controlled trials. Public Health Nutr 2005;8(2):117-32.
33. พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา. 2535.
34. สำนักงานโครงการอาหารกลางวัน. โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงศึกษาธิการ, 2556.
35. สำนักโภชนาการ. โครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
36. นพพันธ์ วรรณเทพสกุล. การประเมินนโยบายของรัฐ กรณีโครงการอาหารเสริม(นม)โรงเรียน: โครงการศึกษามาตรการแทรกแซงตลาดนมและผลิตภัณฑ์. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ, 2555.
37. มนทร์ธมภ์ ถาวรเจริญทรัพย์, เนติ สุขสมบูรณ์, ไพบุลย์ พิทยาเสียรอนันต์, จอมขวัญ โยธาสมุทร, วิชัย เอกพลากร, ยศ ตีระพัฒนานันท์. การศึกษาผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตจากโรคอ้วนในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2554.
38. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เผย! เด็กไทยมีระดับค่าเฉลี่ยเซารว์ปัญญาต่ำ. กรุงเทพมหานคร.
39. กรมอนามัย. รายละเอียดตัวชี้วัดตามแผนตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
40. สำนักงานจัดการความรู้. การเฝ้าระวังป้องกันอุบัติเหตุทางถนน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
41. คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข. แนวทางการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางบก, 2546.
42. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ปี 2553, 2554.
43. ดวงทิพย์ อีระวิทย์. สถานการณ์ด้านอุบัติเหตุของเด็กและเยาวชน: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549.
44. พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522. ประเทศไทย, 2522.
45. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2552 - 2555(ฉบับย่อ).
46. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence 2006.

47. ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม. รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของเด็กและเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2554: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
48. องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) ประเทศไทย. การวิเคราะห์สถานการณ์เด็กและสตรี พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย.
49. United National Children's Fund. Child maltreatment: Prevalence, incidence and consequences in the East Asia and Pacific Region: A systematic review of research, Strengthen Child Protection Series No.1. Bangkok: UNICEF EAPRO, 2012.
50. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รณรงค์ยุติความรุนแรงต่อเด็ก สตรี และความรุนแรงในครอบครัว ปี 55. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555.
51. World Health Organization (WHO). Violence and Injury Prevention: Drowning.
52. รศ.นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. การทบทวนเรื่อง สถานการณ์การจมน้ำในประเทศไทยและมาตรการแก้ไข: ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. มปป.
53. สุชาดา เกิดมงคลการ, สัม เอกเฉลิมเกียรติ, อรพิน ทรัพย์สัน, รุ่งจิตร์ เต็มต่อ, กาญจนีย์ ดำนาถแก้ว. สถานการณ์การตกรน้ำ จมน้ำของเด็กในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552.
54. Drowning--United States, 2005-2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2012;61(19):344-7.
55. กระทรวงศึกษาธิการ. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘. กระทรวงศึกษาธิการ. มปป.
56. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. แผนการศึกษาแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง (พ.ศ. 2552 - 2559): ฉบับสรุป
57. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. ยุทธศาสตร์กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. มปป.
58. พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493.
59. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2552.
60. ทักษพล ธรรมรังสี, วีรณัฐ ว่องวรธนะกุล, นงนุช ใจชื่น, มยุรา มณีแจ่ม, นัฐพล จารุนครินทร์, สุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อประเทศไทย ปี 2556. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2556.
61. พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509.
62. ประกิต วาทีสาธกกิจ, กรองจิต วาทีสาธกกิจ. พิษภัยของบุหรี่. ใน: สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนโดยพระราชประสงค์ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ 2547.

63. สำนักสถิติสังคม. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555.
64. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, ปวีณา บั้งกระจ่าง, กุมภการ สมมิตร. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555. ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ 2555.
65. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522.
66. จรัส สุวรรณเวลา. ยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ใน: สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. กรุงเทพฯ อมรินทร์พริ้นติ้ง 2528.
67. ปราณีย์ สุทธิสุนทร, ดุชนิ ดามี, เกรียงศักดิ์ ชื้อล้อม. เส้นทางเข้าสู่ยาเสพติด วัยรุ่น วัยเรียน. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2551;6(2):143-50.
68. สำนักวิจัยเอแบคโพล. รายงานตัวเลขผลประมาณการจำนวนเด็กและเยาวชนที่ใช้ยาเสพติดทั่วประเทศ ทัศนศึกษาตัวอย่างอายุ 12 - 24 ปี ทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา. กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ 2554.
69. คณะกรรมการวิสามัญศึกษาปัญหาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. ปัญหาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2545.
70. มาโนช หล่อตระกูล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
71. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น.
72. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. มปป.
73. เบ็ญจมาศ พลฤกษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, กนกวรรณ สุดศรี วิไล. ร่างการสำรวจระดับวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2555. นนทบุรี: คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2556.
74. ธรณินทร์ กองสุขและคณะ. ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย:ผลจากการสำรวจระดับวิทยาโรคทางจิตเวชในคนไทยการศึกษาระดับชาติปี 2551: กรมสุขภาพจิต.
75. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วัยรุ่น:การฆ่าตัวตาย.
76. ไทยโพสต์.
77. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. ศูนย์ฝึกอบรม.
78. เชิญขวัญ ภูซงค์, วัชรียา เจริญชูเกียรติกิจ, อุบล ก่องแก้ว, จอมขวัญ โยธาสมุทร, รุ่งนภา คำผาง, สุทธิษา สมณา, และคณะ. การศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณก่อนการฆ่าตัวตาย เพื่อจัดทำ

- ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2554.
79. อัญชिरา เศรษฐลัทธ์, ศูนย์วิจัยการศึกษาเพื่อเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ. ร่วมคิดร่วมแก้ไขเด็กพิเศษ. มปป.
  80. สุรรณี พุทธิศรี. Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorder. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
  81. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. ความผิดปกติทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
  82. ภาสุรี แสงสุภาวนิช, ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส, คัคนางค์ โตสงวน, จันทนา พัฒนเกสซ์, วรณภา เล็กอุทัย, จุฑามาส วรโชติกำจรและคณะ. การคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2554.
  83. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เด็กและเยาวชนติดเกม : แนวทางแก้ไข สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ, 2548.
  84. ชาญวิทย์ พรนภดล. เด็กติดเกม กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มปป.
  85. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545.
  86. การศึกษาหาปัจจัยป้องกันการติดเกมในเด็กและวัยรุ่น. รู้หรือไม? เด็ก 8 คน จะมี 1 คน ที่ "ติดเกม". นนทบุรี: สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556.
  87. AAP. Taiwan teen dies after 40-hour Diablo III marathon. news.com/au 2012.
  88. BBC. Chinese gamer sentenced to life. BBC 2005.
  89. Eaton LA, Huedo-Medina TB, Kalichman SC, Pellowski JA, Sagherian MJ, Warren M, et al. Meta-analysis of single-session behavioral interventions to prevent sexually transmitted infections: implications for bundling prevention packages. Am J Public Health 2012;102(11):e34-44.
  90. Chin HB, Sipe TA, Elder R, Mercer SL, Chattopadhyay SK, Jacob V, et al. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. Am J Prev Med 2012;42(3):272-94.

91. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organ* 2009;87(5):353-61.
92. Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, Smit F. Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Alcohol Depend* 2008;97(3):195-206.
93. Jackson C, Geddes R, Haw S, Frank J. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction* 2012;107(4):733-47.
94. Isensee B, Hanewinkel R. Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents. *Eur Addict Res* 2012;18(3):110-5.
95. Civljak M, Sheikh A, Stead LF, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(9):CD007078.