



คุณภาพชีวิตเด็ก 2556





สารบัญ

7

คำนำ

10

นานาชาติกับคุณภาพเด็กไทยที่พึงประสงค์

17

คุณภาพชีวิตเด็ก...ประเทศไทย

25

สุขภาพของการกในประเทศไทย

47

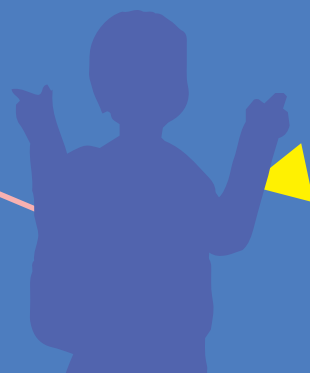
คุณภาพเด็กปฐมวัยไทย

61

การพัฒนาระบบการเรียนรู้
ทางออกของการพัฒนาศักยภาพเด็กไทย

69

อนาคตเด็ก อนาคตไทย
การวิเคราะห์สถานการณ์เด็กไทยวัย 6 -12 ปี



91

สิทธิเด็กช่วงอายุ 6 -12 ปี

105

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

121

วัยรุ่นกับสารเสพติด

129

“นกขมิ้นเหลืองอ่อนคำไหนนอนนั้น” :
การละเมิดสิทธิเด็กกับปัญหาเด็กเร่ร่อน

141

นวัตกรรมพลังบวก
สร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมด้วยต้นทุนชีวิต
เด็กและเยาวชนไทย

167

บรรณานุกรม

คำนิยม



เมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิตเด็ก หมายความว่ารวมถึงสุขภาพและสภาวะที่ครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพของเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ ตั้งแต่ก่อนปฏิสนธิ จนโตเข้าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งทุกช่วงวัยมีความสำคัญในการเลี้ยงดู

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว เป็นแหล่งบ่มเพาะองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาเด็กทุกวัย เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายระดับชาติ สร้างมาตรฐานและพัฒนาบุคลากร โดยการทำงานที่ร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด เป็นสถาบันที่ช่วยประสานและรวมพลังองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการพัฒนาเด็ก เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กไทยให้บรรลุเป้าหมาย

หนังสือคุณภาพชีวิตเด็ก ปี 2556 ของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นฉบับปฐมฤกษ์ ที่สถาบันฯ ได้จัดทำเพื่อเป็นแหล่งข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพชีวิตเด็กตั้งแต่ปฏิสนธิ ปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น และเยาวชน ทุกรูปแบบ ทั้งในเชิงระบบการพัฒนา สถานการณ์ และความเป็นจริง ไปสู่ข้อเสนอแนะ ซึ่งทางสถาบันฯ วางแผนจะพัฒนาหนังสือคุณภาพชีวิตเด็กเป็นประจำทุกปี สู่สังคมไทยให้ตอบสนองทั้งนโยบายมหาวิทยาลัยมหิดล และรัฐบาล รวมทั้งสังคมส่วนรวมได้เป็นอย่างดี



(ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล



คำนิยม



อ นาคตของเด็กคืออนาคตของชาติ ทุกภาคส่วนในสังคมจึงต้องร่วมมือกันเพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนไทย อย่างสุดความสามารถ

คุณภาพเด็กไทย ในสภาพสังคมปัจจุบันที่เป็นสังคมเปิด มีการสื่อสารที่รวดเร็ว และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ การพัฒนาเด็กให้มีความสามารถและปรับตัวได้ทัน จึงต้องมุ่งไปที่การสร้างพื้นฐานคุณภาพชีวิตและพัฒนาการที่สมวัย เพื่อเป็นรากฐานที่ดีให้เด็กสามารถเติบโตและพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มความสามารถในอนาคต รวมทั้งต้องสร้างเด็กให้มีคุณธรรม จริยธรรม เพื่อเป็นสมาชิกของที่ดีของสังคมตลอดไป



(Thanet Panthakachada เรื่องอารีย์รัชต์)
ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



คำนำ



หนังสือคุณภาพชีวิตเด็ก ฉบับปฐมฤกษ์เกิดขึ้นมาเพื่อสนองต่อภารกิจหลักของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ในการเป็นสถาบันหลักทางวิชาการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชนอย่างเป็นระบบ มีฐานข้อมูลวิชาการที่มีทั้งงานวิจัย งานวิชาการ จากผู้ทรงคุณวุฒิทั่วประเทศ และเพื่อบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเจตนารมณ์นี้ของพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ปี 2550 มาตรา 19 โดยในปีที่ผ่านมา สถาบันฯ ได้ตอบสนองมาตรา 19 (3) ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเด็กและเยาวชน เป็นครั้งประวัติศาสตร์ที่เป็นผลมาจากความร่วมมือระหว่างสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล กับสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และภาคีเครือข่ายด้านเด็กและเยาวชนอีกมากมาย ในการพัฒนาหนังสือคุณภาพชีวิตเด็ก ปี 2556 ซึ่งเป็นฉบับปฐมฤกษ์ จึงเป็นอีกภารกิจที่สำคัญที่จะทำให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน จะดำเนินงานภายใต้ฐานข้อมูลที่มาตรฐานต่อไป โดยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนมากที่เข้ามาร่วมเป็นคณะทำงาน นำโดยอาจารย์ศรีศักดิ์ ไทยอารี ประธานคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติและคณะ

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือคุณภาพชีวิตเด็กปี 2556 จะเป็นประโยชน์ต่อท่านในฐานะบุคลากรทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชน และหน่วยงาน องค์กรที่กำลังทำงานด้านเด็กและเยาวชนได้เป็นอย่างดี สถาบันฯ ให้คำมั่นว่า หนังสือคุณภาพชีวิตเด็กจะเกิดขึ้นทุกปี เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์ วิจัยวิชาการด้านเด็กและเยาวชนตามสถานการณ์ในแต่ละปี เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชนต่อไป

นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี
บรรณาธิการและผู้อำนวยการ
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว
มหาวิทยาลัยมหิดล



นานาทัศนะ

กับคุณภาพชีวิตเด็กไทยที่พึงประสงค์



“เด็กไทยทุกคนมีโอกาสเติบโตในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดพัฒนาการที่สมบูรณ์ ทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และปัญญา เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ เต็มตามศักยภาพและคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ เป็นคนฉลาด เป็นคนดี และเป็นคนมีความสุข”

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ประเวศ วะสี
ประธานกรรมการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ



- การได้รับการเลี้ยงดูใส่ใจที่ดีจากพ่อแม่
- มีโอกาสเติบโตแข็งแรงทั้งกายใจ มีสวัสดิภาพ และมีความปลอดภัย
- ได้รับการศึกษาที่เหมาะสม
- ได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข
- มีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัยของเด็ก
- เป็นเด็กคิดดี ทำดี มีจริยธรรมตามวัฒนธรรมไทย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงชนิกา ตู้จินดา
ที่ปรึกษาคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



“อยากจะเห็นเด็กไทยเจริญเติบโตเต็มศักยภาพทางกรรมพันธุ์ ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ ทุกช่วงวัยมีความสำคัญ และความต้องการของเด็กในแต่ละวัยมีจุดเน้นต่างกัน ทั้งทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การระมัดระวังอุบัติเหตุ การเลี้ยงดู การให้ความรัก ความอบอุ่น และการอบรมป้มนิสัย อย่าปล่อยให้เวลาผ่านไปเลย โดยไม่ได้สนองความต้องการของเด็กแต่ละวัยอย่างเต็มที่”

ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล



“เด็กไทย และเด็กที่อยู่ในประเทศไทยทุกคน ได้รับการเลี้ยงดู อย่างเป็นองค์รวมในบริบทของการอยู่รอด การคุ้มครอง การพัฒนา และการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับวัย ทำให้มีสุขภาพกายสมบูรณ์และสุขภาพใจมั่นคงเข้มแข็ง มีครอบครัวอบอุ่น มีสติปัญญาดี ใฝ่รู้ใฝ่เรียน คิดวิเคราะห์ เชื่อมโยง ตัดสินใจได้ถูกต้องเหมาะสม มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีคุณลักษณะความเป็นผู้นำ มีศีลธรรม จริยธรรม ความประพฤติดีงาม และรู้จักรับผิดชอบ มีรากฐานทางวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ระหว่างวัย และมีคุณลักษณะที่นำไปสู่การพัฒนาอาชีพและการพึ่งตนเองในอนาคต รวมทั้งเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ และมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสังคม”

ศรีศักดิ์ ไทยอารี
ผู้อำนวยการสภาองค์กรพัฒนาเด็กและเยาวชน
ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ



“คุณภาพชีวิตเด็กในสังคมยุคปัจจุบัน เด็กจะต้องแข็งแรง เป็นคนดี มีความสุข และขณะเดียวกันต้องมีทักษะชีวิต โดยทั้งหมดนี้รวมเข้าด้วยกัน เพื่อที่จะสามารถพึ่งพาตนเอง และอยู่บนสัมมาชีพที่สุจริตได้ ถ้าเพียงแค่มองมิตินี้เพียงอย่างเดียวมันคงไม่พอ จะต้องมองทักษะในการอยู่ร่วมกับสังคม รวมทั้งปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของโลก และเทคโนโลยีที่มีอยู่อย่างเหมาะสมด้วย”

ทันตแพทย์กฤษดา เรืองอารีรัชต์
ผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



“คุณภาพชีวิตเด็กต้องมองภาพรวม ร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์และสังคม มีการพัฒนาที่รอบด้านและสมดุล

ด้านร่างกาย กินอาหารที่มีคุณภาพ เด็กเลือกกินเป็น มิถุนิคุ้มกัน ออกกำลังกาย

ด้านจิตใจ มีคุณธรรม จริยธรรม จิตอาสา มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ช่วยเหลือคนอื่น

ด้านสติปัญญา แสวงหาความรู้ด้วยตัวเอง มีกระบวนการคิดที่เป็นระบบ วางแผน แก้ไขเมื่อเผชิญปัญหาด้วยตนเอง

ด้านอารมณ์ มีความสุข ปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ยอมรับความแตกต่าง ยอมรับในกฎระเบียบของสังคมและมีส่วนร่วมในการสร้างกฎระเบียบของสังคม

ด้านสังคม สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ ทำงานร่วมกับคนอื่นได้ มีทักษะการอยู่ร่วมกัน ยอมรับความแตกต่าง เป็นเด็กฉลาดคิด ฉลาดทำ”

เกื้อ แก้วเกตู
ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเยาวชน



“คุณภาพชีวิตเด็กไทย เป็นผลของสองปัจจัยสำคัญ ปัจจัยแรกคือ คุณภาพของตัวเด็กเอง ที่จะเป็นผู้ไปสร้างปัจจัยที่สอง คือ ระบบที่ดีในสังคม ทุกคนจึงมีหน้าที่ร่วมกันที่ทำให้เด็กไทยเติบโตใหญ่เป็นเด็กที่มีคุณภาพ ซึ่งไม่ได้หมายความว่าเพียงเป็นผู้มีความรู้ในวิชาการสมัยใหม่ แต่เป็นผู้รู้จักตัวเอง รู้ทันการเปลี่ยนแปลงในโลก รู้จักสิ่งแวดล้อมและเพื่อนร่วมสังคม รักการทำงาน และมีจิตสาธารณะที่เชื่อว่า ชีวิตตัวเองจะดีขึ้น ก็เมื่อไม่นั่งดูตาย สร้างสิ่งที่ดีกว่า เพื่อความสุขของตนเองและสิ่งแวดล้อม”

นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ



“คุณภาพชีวิตเด็กไทยที่ควรจะเป็นนั้น ครอบครัว ชุมชนและโรงเรียน ต้องมีบทบาทในการปกป้องดูแลให้เด็กปลอดภัย รวมทั้งส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการให้การพัฒนาการของเด็กเป็นไปตามวัยที่ควรจะเป็น มี หากสภาพแวดล้อมทางสังคมส่วนไหนทำไม่ได้ รัฐต้องมีกลไกมาดูแลจัดการ แก้ไขปัญหา แก้ไขสภาพแวดล้อมใหม่ หรือหากแก้ไขไม่ได้จริงๆ ก็ต้องหา สภาพแวดล้อมใหม่ให้ เช่น ครอบครัวทดแทน ซึ่งการทำเช่นนี้ต้องมีการ บริหารจัดการ”

สรพรพิทธิ์ คุมพ์ประพันธ์
กรรมการและเลขานุการมูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก



“คุณภาพชีวิตของเด็กเริ่มต้นมาจากครอบครัวที่มีความอบอุ่น เข้มแข็ง มีความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็ก จัดกิจกรรมที่มีคุณค่าที่เหมาะสมกับเด็ก ถ้าครอบครัวไม่มีความพร้อม ให้มีสถาบันหรือหน่วยงานเข้าไปช่วยเหลือดูแลสนับสนุน โรงเรียน มีบรรยากาศการเรียนรู้และจัดสิ่งแวดล้อมให้เด็กได้เรียนรู้หลากหลาย สร้างความเข้มแข็งให้กับเด็ก มีกิจกรรมการเรียนรู้ที่ทำทาย พัฒนาความสามารถ ความสนใจและความภูมิใจที่ตัวเอง มีกิจกรรมในหลักสูตรและเสริมหลักสูตรที่หลากหลาย (Co-curriculum, extra-curriculum) ชุมชน สังคม สิ่งแวดล้อม ต้องมีแหล่งเรียนรู้ที่เด็กและครอบครัวสามารถไปใช้ ห้องสมุดสำหรับเด็ก กิจกรรมในสวนสาธารณะ พิพิธภัณฑ์การเรียนรู้ ใช้พื้นที่วัดสร้างแหล่งเรียนรู้ และแหล่งเรียนรู้ผ่านสื่อทั้งหมด (social media)”

นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข



“มีคำถามมากมายว่า เราจะฝากอนาคตของสังคมไว้กับเด็กยุคนี้ที่เรียกว่าเป็น “ME ME ME Generation” ได้หรือไม่ เพราะพวกเขาสนใจและอยู่แต่ในโลกปัจเจกของตัวเอง และในอนาคต เมื่อเทคโนโลยีเติบโตไม่หยุดยั้ง จะเกิดช่องว่างอย่างรุนแรงด้านคุณภาพของความคิดและจิตสำนึก ซึ่งเรียกว่าเป็นเทคโนโลยีทางความคิดที่ก้าวตามไม่ทัน ดังนั้น เราจึงควรเร่งอาศัยทุนทางสังคมวัฒนธรรมและภูมิปัญญาแบบตะวันออกที่มีอยู่นี้ เชื่อมโยงและโอบอุ้มเด็กไทย ให้เติบโตด้วยคุณภาพของจิตสำนึกแบบใหม่ ที่เห็นถึงการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีสุขภาวะให้เป็นเป้าหมายของชีวิตนี้เป็นการทำงานที่เรียกกันว่า Work of Hope”

รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาสินี อดุลยานนท์
ผู้อำนวยการสำนักบรรณรักษ์สื่อสารสังคมฯ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



“เด็กที่มีคุณภาพชีวิตต้องมีความสมดุลระหว่างผู้บริโภคร และผู้สร้างสรรค์ การเป็นสร้างสรรค์นั้นเป็นมิติของความเป็นมนุษย์ที่ ธรรมชาติให้ศักยภาพของความสามารถมากกว่าสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ใน ยุคปัจจุบันเป็นความท้าทายที่ว่า “ไม่ต้องสร้างสรรค์ก็อยู่ได้ ไม่ต้องทำ อะไร รوبرิโภค รอรับ ก็เป็นชีวิตที่ดี ซึ่งถือว่าเป็นมัจฉาธิฐิ เป็นความ เข้าใจผิด” ชีวิตที่ดีของเด็ก หมายถึง การวางรากฐานที่ดีตลอดชีวิต เด็ก ต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อฝ่าฟันอุปสรรคและด้านแรงดึงฝ่ายต่ำ แรงเหนียวหน้าที่ผิด ซึ่งวิธีการเลี้ยงดูเด็ก การศึกษาต้องเข้าใจในประเด็น นี้เพื่อเอาชนะแรงดึงฝ่ายต่ำ ขั้นตอนในแต่ละช่วงวัยก็จะแตกต่างกัน ถ้า มองในช่วงชีวิตเด็ก เราจะต้องมีการติดอาวุธให้เด็กมีความสามารถในการ ด้านแรงดึงฝ่ายต่ำให้ได้ไปตลอดชีวิต คุณภาพของเด็กไม่ได้ขึ้นอยู่กับ ความพึงพอใจของเด็ก คุณภาพชีวิตของมนุษย์เรามองชีวิตของตนเอง เป็นตัวตั้งไม่ได้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กต้องให้เด็กฝึกเข้าใจคนอื่น เข้าใจความดี ความบริสุทธิ์ การเลี้ยงเด็กให้เป็นศูนย์กลางจะทำให้เด็ก ไม่สามารถมองเห็นสิ่งที่เหนือกว่าตนเองได้ ไม่สามารถเข้าถึงสิ่งที่สูงส่ง กว่ามนุษย์ ในเรื่องของโลก จักรวาล และความดีงามได้ เด็กจะไม่เข้าใจ การทำเพื่อผู้อื่น เราต้องฝึกให้เด็กรู้จักและเข้าใจทั้งการเป็นผู้ให้และ ผู้รับ”

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช
นายกสภามหาวิทยาลัยมหิดล



สสส.

เดินนี้ดีจัง

เพื่อเด็กและครอบครัว

รณรงค์การอ่านและการเล่น
เพื่อศึกษาและพัฒนาต่อเนื่องสิรินธร
ในงาน เดินนี้ดีจัง
พบกับนิทานหลากหลาย
เลือกหนังสืออย่างไรให้ถูกใจคุณหนู

พัฒนาต่อเนื่องสิรินธร เวลา 14.00-17.00 น.



เว็บไซต์: www.far-dee.com e-mail: cmakwdfgroup@gmail.com



บทนำ

คุณภาพชีวิตเด็ก...ประเทศไทย

อ นุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) เป็นสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่ได้รับความนิยมชอบมากที่สุดในโลก โดยทุกประเทศในโลกได้ให้สัตยาบัน ยกเว้นประเทศโซมาเลียและสหรัฐอเมริกา และประเทศไทยได้ให้สัตยาบันไปเรียบร้อยแล้วในปี พ.ศ. 2535 อนุสัญญานี้ระบุรายละเอียดว่าด้วยสิทธิขั้นพื้นฐานต่างๆ ที่ทุกประเทศต้องรับประกันเด็กในประเทศของตน สิทธิขั้นพื้นฐานดังกล่าวครอบคลุมถึงสิทธิที่จะมีชีวิตรอด ได้รับการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีสันติภาพ และความปลอดภัย รวมถึงสิทธิที่จะได้รับการพัฒนา อันได้แก่การมีครอบครัวที่อบอุ่นดูแล ได้มีโอกาสได้รับการศึกษาที่ดีและเหมาะสมตามช่วงวัย และได้รับโภชนาการที่เหมาะสม

เห็นได้ชัดว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กหนึ่งคนมีผู้เกี่ยวข้องกับเด็กมากมายตั้งแต่ตัวเด็กเอง ผู้เลี้ยงดูใกล้ชิด ครูที่โรงเรียน เพื่อนบ้านสังคมชุมชนที่เด็กอยู่ โรงพยาบาลที่เด็กจะต้องไปหาแพทย์ ตำรวจ อัยการ ศาล ในการที่จะปกป้องคุ้มครองเด็ก เหล่านี้เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กโดยทั่วไป มีโครงสร้างของระบบการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง 3 ระดับ อันได้แก่

ระดับแรก ระดับปัจเจกบุคคล (Microsystem) เป็นระบบที่มุ่งเน้นในการพัฒนาตัวตนของเด็ก และคุณภาพชีวิต เป็นหลัก

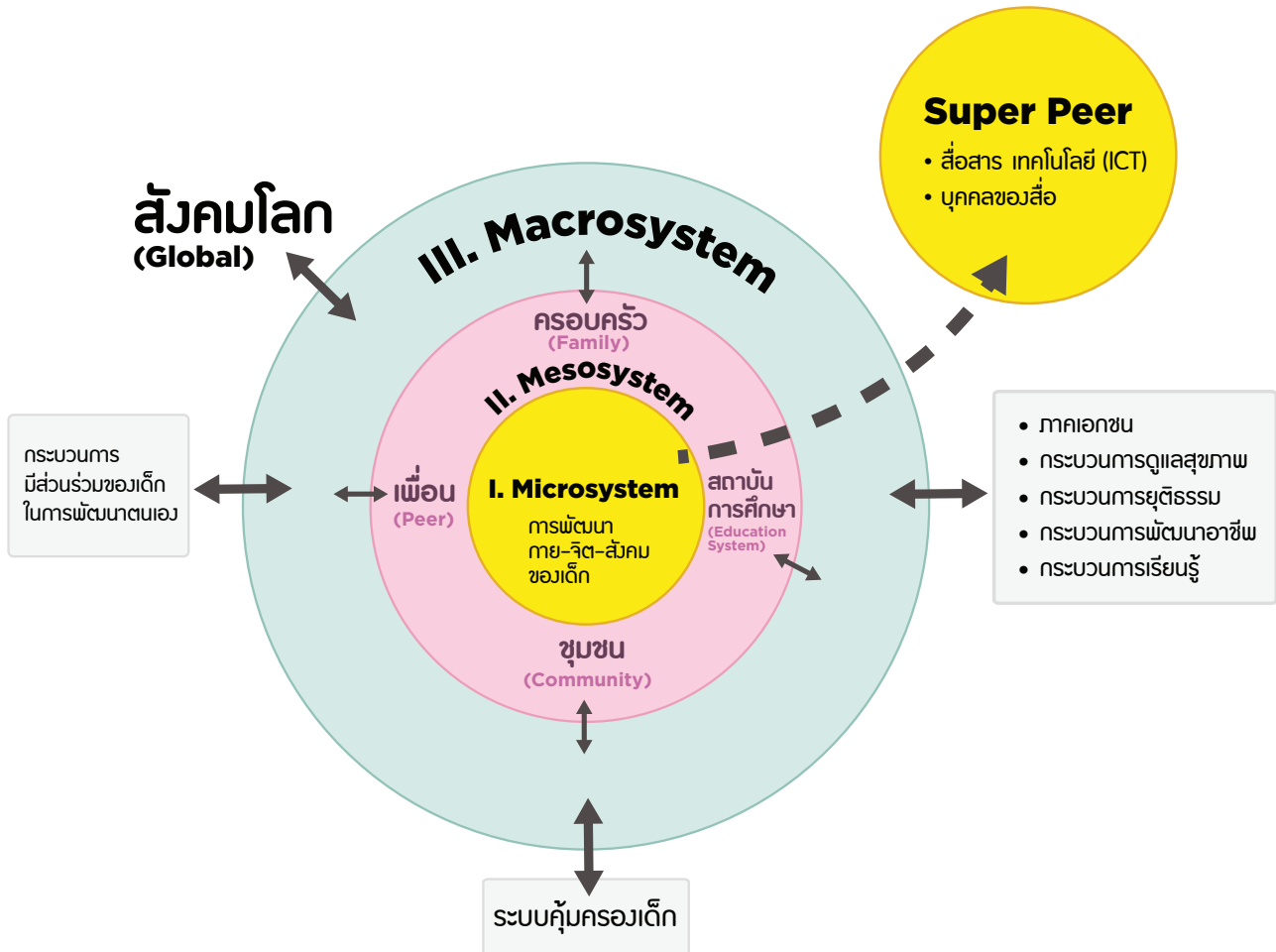
ระดับที่สอง เป็นระดับสังคมแวดล้อมรอบตัวเด็กที่มีอิทธิพลต่อตัวเด็ก (Mesosystem) ซึ่งเป็นระบบที่สะท้อนความเชื่อมโยงและปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ทั้งในครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และกลุ่มเพื่อน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก

ระดับที่สาม เป็นระดับในการพัฒนาโครงสร้างของชุมชนและสังคม (Macrosystem) ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก

นอกจากนี้ องค์ประกอบที่มีผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กยังมีปัจจัยกระตุ้นที่มีอิทธิพลมาก กล่าวคือ เทคโนโลยีสารสนเทศทุกรูปแบบ รวมไปถึงบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสื่อในทุกระดับที่สะท้อนปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ระดับปัจเจกบุคคล ระดับสังคมแวดล้อมรอบตัวเด็ก ระดับโครงสร้างของชุมชนและสังคม อีกทั้งระดับสังคมโลกได้อีกด้วย องค์ประกอบในข้อนี้มีอิทธิพลต่อตัวเด็กมากเพราะสามารถเข้าถึงตัวเด็กได้อย่างรวดเร็วในทุกที่ทุกเวลา จึงเรียกอีกอย่างว่า Super peer

รูปภาพที่ 1:

ระบบในการพัฒนาเด็ก ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคลสู่ระดับโครงสร้างของชุมชนสังคม ผ่านกระบวนการและกลไกของประเทศ



หมายเหตุ:

1. Microsystem Mesosystem Macrosystem หมายถึง กระบวนการพัฒนาระดับปัจเจกบุคคล ระดับสังคมแวดล้อมรอบตัวเด็กและระดับโครงสร้างของชุมชนและสังคม ตามลำดับ
2. ระบบคุ้มครองเด็ก ประกอบไปด้วย การป้องกัน (Prevention) การคุ้มครอง (Protection) และการส่งเสริมและพัฒนาเด็ก (Promotion)

ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยสร้าง 3 ระดับ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก

◆ 1. ระดับปัจเจกบุคคล (Microsystem)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก มุ่งให้เกิดทักษะการรู้คิด มีทักษะชีวิตและจิตสำนึกที่ดีทั้งต่อตนเองและสังคมแวดล้อมเด็ก ประเทศไทยโดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดลได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดประเมินผลได้ด้วยตนเอง เรียกว่า ต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย ในการสำรวจโดยกระทรวงศึกษาธิการ ปีการศึกษา 2552 ผลพบว่า ภาพรวมต้นทุนชีวิตเด็กในระบบการศึกษาอยู่ในระดับพอใช้เท่านั้น โดยที่เด็กเรียนเก่งของประเทศมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศสะท้อนให้เห็นปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาเด็กไทยที่มุ่งเน้นแต่การเรียน ห่างไกลจากวิถีชีวิตการเรียนรู้และการมุ่งเป้าให้เกิดทักษะรู้คิด ทักษะชีวิตและจิตสำนึก ซึ่งสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคและพฤติกรรมเสี่ยงได้ทุกรูปแบบ เด็กไทยกำลังขาดต้นทุนชีวิต (Life Asset) ต้องเร่งพัฒนาโดยด่วน

◆ 2. ระดับสังคมแวดล้อมรอบตัวเด็ก (Mesosystem)

ได้แก่ **ครอบครัว** หลายพื้นที่ในประเทศกำลังอยู่ในสถานะครอบครัวแห่งกลาง ปู่ย่า ตายายเลี้ยงหลาน ครอบครัวหย่าร้างสูงมากขึ้น ทำให้ขาดที่พึ่งที่สำคัญในการพัฒนาเด็ก หรือแม้แต่การที่ครอบครัวที่ทำงานหนัก แต่ลดบทบาทการดูแลลูกอย่างใกล้ชิดท่ามกลางความรักและสัมพันธ์ภาพที่ดี ครอบครัวเน้นเรื่องการทำมาหาเลี้ยงชีพมากจนละเลยบทบาทความเป็นพ่อแม่ การเลี้ยงลูกที่เน้นครอบงำความคิด ให้มีการเรียนสูง ครอบครัวที่เน้นการเลี้ยงลูกแบบบริโภคนิยม จัดหาทุกอย่างให้ลูกด้วยความเข้าใจผิดกับคำว่า ความรัก และเลี้ยงลูกด้วยการเร่งรัดเรียนที่ขาดการอยู่ร่วมกับสังคม ขาดการรู้จักความรัก ขาดการรักตัวเองและเอื้ออาทรระหว่างกัน และขาดทักษะอาชีพ ทักษะปฏิสัมพันธ์กับชุมชนสังคม **“เป็นความล้มเหลวทางความคิด และทัศนคติในการพัฒนาลูกหลานของสถาบันครอบครัว”**



โรงเรียน

ระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ถูกพัฒนาสำเร็จรูปในรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ สร้างกระแสกดดันด้วยระบบแพ็คต้ออก การประเมินผลทั้งครู นักเรียนที่ห่างไกลวิถีชีวิตของเด็กอย่างสิ้นเชิง ทำให้เด็กออกนอกระบบการศึกษามากขึ้นเรื่อยๆ ผลการสอบ PISA สะท้อนเด็กไทยขาดคุณภาพ ลดระดับลงเรื่อยๆ ส่งผลต่อมิตินิติคดีวิเคราะห์ของเด็กที่บกพร่อง ขาดความเชื่อมโยงและขาดการใฝ่รู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ระบบการศึกษาที่กำลังกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาสมองให้เกิดรักการเรียนรู้ สู่การพัฒนาทั้งทักษะชีวิต ทักษะทางอาชีพ การเรียนรู้ เทคโนโลยี และจิตสำนึกที่ดี ทั้งต่อตนเองและสังคมแวดล้อม

ชุมชน

ขาดระบบพี่เลี้ยงในชุมชน ขาดกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วม ขาดแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนระดับท้องถิ่นที่เป็นรูปธรรมและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อยู่แบบตัวใครตัวมัน ขาดจิตอาสาของชุมชน เพื่อการพัฒนาสมาชิกของชุมชน “ชุมชนที่อ่อนแอ ขาดระบบการจัดการอย่างมีส่วนร่วมไม่เห็นคุณค่าของลูกหลานในชุมชน จะก่อให้เกิดปัญหาสังคมอีกมากมายกำลังจะเป็นความล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กในชุมชนของตนเอง”

กลุ่มเพื่อน

มีอิทธิพลต่อเด็กและวัยรุ่นเป็นอย่างมาก ในขณะที่เด็กและวัยรุ่น มีความไวต่อสิ่งเร้าในสมองส่วนอารมณ์ อ่อนแอในทักษะรู้คิด แต่สามารถสร้างกระแสการเลียนแบบระหว่างกัน

ภายในพริบตา ก็เป็นอีกหนึ่งอิทธิพลที่บกพร่องด้านระบบเพื่อนชวนเพื่อนกันทำความดี เป็นกัลยาณมิตรที่ดีต่อกัน

◆ 3. ระดับโครงสร้างของชุมชน และสังคม (Macrosystem)

1) ระบบดูแลคุ้มครองเด็ก : กลไกที่ต้องมี แต่ไม่เคยมี

ระบบดูแลคุ้มครองเด็กคือคำตอบของการปกป้องคุ้มครองดูแลทั้งเด็กและปัจจัยแวดล้อมตัวเด็กให้ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์ ถ้าประเทศมีระบบคิดที่ชัดเจนว่า “เด็กต้องได้รับการคุ้มครองดูแล” มากกว่าจะเป็นเหยื่อที่จะต้องให้การสงเคราะห์ ระบบคิดเช่นนี้จะไปเปลี่ยนกระบวนการทัศนการทำงานและสร้างมุมมองต่อเด็กที่เปลี่ยนไป ระบบคุ้มครองเด็กเป็นระบบมหภาค (Macrosystem) ที่มีผลต่อระบบที่เล็กย่อยลงมาในทุกระดับ เป็นระบบใหญ่ที่สามารถสร้างความเข้มแข็งให้ระบบย่อยได้ทุกระบบเพราะเป็นระบบที่ครบถ้วนในตัวเอง ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญสำหรับเด็กทั้งสามประการ นั่นคือ

- 1) การปกป้องคุ้มครองเด็ก (Prevention)
- 2) การป้องกันเด็ก (Protection) และ
- 3) การสนับสนุนส่งเสริม และพัฒนาเด็ก (Promotion)

อรรถสิทธิ์ คุ้มประพันธ์



ยกตัวอย่างให้เห็นภาพชัดเจนในกรณีของเด็กกับปัญหายาเสพติด ถ้าคนในประเทศมีวิธีคิดว่าเด็กต้องได้รับการปกป้องคุ้มครอง ชุมชนก็จะทำทุกวิถีทางที่จะให้ชุมชนของตนปลอดภัย ยาเสพติด โรงเรียนก็ทำหน้าที่สร้างวิถีชีวิตที่ถูกต้องให้เด็ก ครอบครัวจะเป็นภูมิคุ้มกันให้เด็กตั้งแต่นั้นทางด้วยการสื่อสารและความเข้าใจที่ถูกต้องระหว่างคนในครอบครัวด้วยกัน โดยมีแม่จกเป็นภาคส่วนสำคัญอย่างน้อย 4 ภาคส่วนอันได้แก่ กระทรวงยุติธรรมทำหน้าที่ออกกฎหมายและดูแลให้ครอบครัว โรงเรียนชุมชนทำหน้าที่ป้องกันยาเสพติดอย่างแข็งแรง กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่เสริมสร้างสุขภาวะครอบครัวตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์และทำหน้าที่ทำให้ครอบครัวแข็งแรงด้านสุขภาพตั้งแต่ต้นทาง ระบบการศึกษามีหน้าที่ทำให้โรงเรียนมีความเข้มแข็ง ในขณะที่ภาคเอกชนก็มีหน้าที่ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะนำไปสู่การสร้างสังคมที่พร้อมจะปกป้องคุ้มครองเด็ก อาทิเช่น ช่วยผลักดันให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองแรงงานเด็กอย่างเต็มที่เป็นต้น

2) ระบบในการพัฒนาแกนนำเด็กและเยาวชนในรูปแบบเครือข่ายที่หลวมโครกคราก

อย่างเช่น สภาเด็กและเยาวชน ทั้งระดับภูมิภาคและส่วนกลางตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ยัง

ขาดทิศทางระบบการจัดการอย่างมีส่วนร่วมและการเป็นตัวแทนพลังเสียงเด็กของทุกกลุ่มวัยรวมทั้งเด็กนอกระบบการศึกษา เด็กสภาวะยากลำบาก และเชื่อมโยงระหว่างภาคีเครือข่ายในกลุ่มเด็กและผู้ใหญ่ ทำให้กลไกของสภาเด็กและเยาวชนขาดศักยภาพ ไม่มีประสิทธิภาพที่จะเป็นตัวแทนหรือแกนนำการเปลี่ยนแปลง สร้างพลังบวกระหว่างเพื่อนสู่เพื่อน เพื่อขยายผลในวงกว้างไปในทิศทางที่ดี แต่กลับซิมซ์รูปแบบการเอามาใช้ในกลไกของสภาเด็กและเยาวชน ขณะที่กลุ่มเด็กพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มความรุนแรง โครงข่ายยาเสพติด บุหรี่ เหล้า กลับขยายวงกว้างอย่างรวดเร็ว ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเครือข่ายพลังบวก อย่างเช่น สภาเด็กและเยาวชนยังอ่อนแอไร้ทิศทาง ขาดศักยภาพและซิมซ์ระบบอำนาจมากเกินไปจนไม่สามารถขยายผลของเครือข่ายในรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน หรือเพื่อนชวนกันทำความดี แต่กลับปล่อยให้ระบบกลุ่มเพื่อน เช่น วงเหล้า บุหรี่ในระดับมหาวิทยาลัย วงรุนแรงในรูปแบบต่างๆ วงบุคคลสาธารณะที่ไม่เป็นแบบอย่างที่ดีขยายตัวในวงกว้างล้วนมีผลกระทบต่อการพัฒนาเด็กและเยาวชนไทยอย่างมาก

ปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งความล้มเหลวในระดับต่างๆ ของกลไกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก กำลังจะก่อตัวเป็นพายุทางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศที่จะกลายเป็น Hot cognition ระบาดลามไปทั่วอย่างรวดเร็ว โดยกระแส Domino effect หรือซิมซ์ซ้อนมากขึ้นจนในที่สุดยากแก่การจัดการ



ทรัพยากรมนุษย์โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดที่รัฐละเลยไม่ได้ การลงทุนกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเศรษฐกิจอย่างเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องลงทุนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทั้ง 3 ระดับ ตั้งแต่ ระดับปัจเจกบุคคล (ตัวเด็กเอง) (Microsystem) ระดับสังคมแวดล้อมเด็ก (Mesosystem) และระดับโครงสร้างทางชุมชนและสังคม (Macrosystem) หากไม่ลงทุนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทั้ง 3 ระดับ ทั้งๆ ที่พายุทางสังคมและวัฒนธรรม (Hot cognition) กำลังก่อตัวและอาจมีผลทำลายล้างมิติทางทักษะรู้คิด จิตสำนึกที่ติงาม รวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคม การประกอบสัมมาชีพ และเมืองที่น่าอยู่ในสายตาของเด็กๆ แล้วรับผิดชอบกับผลกระทบ (Hot cognition) นี้อย่างไร

สุริยเดว ทรีปาตี

รายงานคุณภาพชีวิตเด็ก ฉบับปฐมฤกษ์ของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จะมีองค์ประกอบในการสังเคราะห์ฐานข้อมูลสถานการณ์ด้านเด็กทุกกลุ่มวัย ในมิติต่างๆ วิเคราะห์ให้เห็นจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสในการพัฒนา อีกทั้งการหยิบยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่กำลังเป็นแรงกระเพื่อมในสังคมไทย เพื่อนำมาถอดบทเรียนการเรียนรู้ ทั้ง 2 องค์ประกอบจะเป็นฐานข้อมูลในการกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก ตามความเป็นจริงของสังคมและประเทศไทย

ส่วนสุดท้ายของหนังสือจะเป็นส่วนที่เชิญชวนองค์กร ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำทนายสู่การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยสังเคราะห์มาจากประเด็นร้อน ความเป็นจริง ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ตัวอย่างกรณีศึกษาและข้อมูลระดับนานาชาติ

โดย
สุริยเดว ทรีปาตี
วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์
และคณะ







สุขภาพของการก ในประเทศไทย

■ สถานการณ์เด็กไทย

สถานการณ์ปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับ 30-40 ปี ก่อนนั้น จะเห็นว่าโลกของเรามีความก้าวหน้าไปอย่างมากในหลายๆด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีที่สามารถเชื่อมโยงคนได้มากขึ้น จำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่ส่งผลให้คนในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันน้อยลง โดยเฉพาะในประเทศไทย ครอบครัวที่มีถิ่นฐานในชนบทมาทำงานในเมืองมากขึ้น ทำให้ภาระการเลี้ยงดูเป็นหน้าที่ของปู่ ย่า ตา ยาย หรือจ้างผู้อื่นเลี้ยงดูแทน ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานี้ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กเป็นอย่างมาก อนึ่งเนื่องจากระดับสติปัญญาของประชากรมีความสัมพันธ์กับศักยภาพในการพัฒนาประเทศ โดยพบว่าประเทศที่มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยของประชากรสูง จะส่งผลให้ค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศสูงไปด้วย และมีอัตราการพัฒนาเศรษฐกิจที่สูงกว่าประเทศที่มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยของประชากรต่ำ

จากการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาของเด็กนักเรียนไทย พ.ศ. 2554 ของกรมสุขภาพจิต พบว่าเด็กนักเรียนไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 98.59 ซึ่งถือว่าเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำกว่ามาตรฐานสากล ประกอบกับการสำรวจสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทยโดยเฉลี่ยจัดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความดี ความเก่ง และความสุข ซึ่งข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงปัญหาด้านการพัฒนาการของเด็กไทย ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต



การสำรวจสถานการณ์ ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) มียุทธศาสตร์การ พัฒนาคุณภาพคนและความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่ง ระดับสติปัญญาเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คนไทยเข้ม แข็ง และพัฒนาความสามารถทางสติปัญญาอยู่ ในระดับสากล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการ วางแผนการพัฒนาคนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จากการสำรวจและศึกษาวิจัยระดับสติปัญญา และพัฒนาการของเด็กไทย มาอย่างต่อเนื่องนั้น พบว่า จากการศึกษาของ Lynn และ Vanhanen ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 40 จาก 113 ประเทศ และประเทศไทยถูกรายงานว่ามีระดับสติ ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 91

จากข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การสำรวจ สถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย โดย ในปีพ.ศ. 2554 มีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 72,780

คน ใช้แบบทดสอบ SPM : Parallel version หรือ Standard Progressive Matrices ซึ่งมีความน่าเชื่อถือโดยมีผลการสำรวจ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระดับสติปัญญาของเด็กนักเรียนไทยเท่ากับ 98.59 คะแนนระดับสติปัญญามากกว่า 100 มีจำนวน 18 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 24 โดย จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือจังหวัดนนทบุรีอยู่ที่ 108.91 คะแนนระดับสติปัญญาปกติคือ เท่ากับ 100 มีจำนวน 20 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 26 คะแนนระดับสติปัญญาน้อยกว่าปกติ คือน้อยกว่า 100 จะกระจายตัวออกไปในภาคใต้และภาค ตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวน 38 จังหวัด คิดเป็น ร้อยละ 50

มีข้อสังเกตว่าเด็กเกิดในช่วงระยะเวลา 6 – 10 ปีที่ผ่านมา คะแนนระดับสติปัญญาส่วนใหญ่มีค่าคะแนนระดับสติปัญญาต่ำกว่า 100 ซึ่งเป็นเด็กที่เกิดตั้งแต่ช่วงยุค IMF ส่วนเด็กที่เกิด

ก่อนยุคดังกล่าวจะมีคะแนนระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่า และเด็กผู้หญิงจะมีจำนวนผู้ที่มีระดับสติปัญญาสูงกว่าเด็กผู้ชาย ยิ่งไปกว่านั้นพบว่าเด็กกลุ่มวัยเรียนที่มีคะแนนระดับสติปัญญาต่ำกว่า 100 พบมากในเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 – 5 กลุ่มที่เป็นปัญหาคือกลุ่มที่มีคะแนนระดับสติปัญญาต่ำกว่า 90 คิดเป็นร้อยละ 28.4 ทั้งนี้ในกลุ่มดังกล่าวมีจำนวนเด็กที่มีสติปัญญาบกพร่องคิดเป็นร้อยละ 6.5 และเด็กที่มีคะแนนระดับสติปัญญาสูง จะพบในจังหวัดที่มีเศรษฐกิจค่อนข้างดี

แนวทางการพัฒนาสติปัญญาเด็กจะต้องมีปัจจัยหลายอย่างเป็นองค์ประกอบ ทั้งด้านสุขภาพที่ดี เป็นคนดี มีคุณธรรม และมีความสุข ซึ่งหมายถึง หากสุขภาพดี สมองก็จะดี และหากสมองทำงานได้ดี สุขภาพก็จะดีด้วยเช่นกัน ดังนั้นการพัฒนาสมองจึงเป็นปัจจัยที่กำหนดศักยภาพ อนาคตและคุณภาพชีวิตของคน การพัฒนาสมองควรเริ่มตั้งแต่ก่อนการปฏิสนธิและประสบการณ์ที่เด็กได้รับซึ่งจะนำไปสู่พัฒนาการของสมองเด็ก รวมทั้งองค์ประกอบในด้านโภชนาการที่ดี การพักผ่อนที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพ การเล่น ศิลปะ ดนตรี การได้พูดคุยกับคนที่มีความรักเด็ก การอบรมและมีแบบอย่างของมนุษย์ที่ดีเพื่อสร้างความเป็นมนุษย์ให้แก่เด็ก ทั้งนี้เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาอย่างบูรณาการในทุกด้าน จึงควรมีการจัดกิจกรรมที่ดีให้แก่เด็ก เช่นการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างประสบการณ์ให้เด็กทั้งจากคนและสิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงองค์รวมในการพัฒนาสมองของเด็ก

นอกจากความสำคัญของโภชนาการต่อเขาวัยปัญญาของเด็กแล้ว การนอนพักผ่อนก็มีความสำคัญมากต่อพัฒนาการ สติปัญญา และการเรียนรู้ ซึ่งเด็กควรนอนอย่างน้อย 10-12

ชั่วโมงและหลับสนิท เพื่อให้สมองได้จัดระเบียบการเรียนรู้และความจำขณะตื่นนอนหลับ เพื่อนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อไปเป็น working memory ทั้งนี้มีผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับในเด็กไทย พบว่าเด็กไทยตั้งแต่แรกเกิดมีภาวะการนอนน้อยกว่าที่ควรจะเป็น 2 ชั่วโมงซึ่งจะส่งผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกัน สุขภาพจิต การเกิดอุบัติเหตุ และปัญหาสุขภาพ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ และโรคอ้วนตามมา ผลการศึกษาจากประเทศญี่ปุ่นพบว่าเด็กที่นอนหลับหลังเที่ยงคืน มีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด และอาชญากรรม

ปัจจัยในการพัฒนาสมอง
ได้แก่ พันธุกรรม โภชนาการ สิ่งแวดล้อมและโภชนาการทำให้สมองเกิดการพัฒนาด้านโครงสร้าง พัฒนาด้านการทำงาน และพัฒนาการด้านพฤติกรรม การสร้างเซลล์ประสาทจะประกอบไปด้วยอาหารโปรตีน ธาตุเหล็ก ไอโอดีน กรดไขมัน และโฟลิก ที่สำคัญคือประสบการณ์หรือที่ระบบประสาทได้รับตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่ หากมีการส่งเสริมพัฒนาสมองเด็กตามช่วงอายุในวัย 6 ปีแรกของชีวิตที่มีการสร้างเซลล์ประสาทมากๆ จะทำให้เด็กเติบโตเป็นผู้ที่เรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสมรรถภาพในการเรียนรู้ การทำงาน การครองคู่ มีความสำเร็จในชีวิต

ภาวะโภชนาการของเด็ก

การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กเป็นเครื่องบ่งชี้เศรษฐกิจของประเทศ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ภาวะโภชนาการของเด็กจะมีแนวโน้มในด้านภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ส่วนสูงของเด็กในประเทศเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เนื่องจากเด็กได้รับการเติบโตเต็มศักยภาพแล้ว ต่างจากเด็กในประเทศที่กำลังพัฒนา ส่วนสูงของเด็กยังเพิ่มได้อีกมาก หากได้รับอาหารและการเลี้ยงดูอย่างดี ดังเด็กวัยเรียนในเขตเทศบาลหาดใหญ่ที่พบว่า เด็กรุ่นหลังมีส่วนสูงมากกว่าเด็กที่เกิดก่อนโดยสูงขึ้นถึง 1.25 เซนติเมตร/ 1 ปี – Birth cohort และผลการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าเด็กไทยมีน้ำหนักและส่วนสูงเพิ่มขึ้น

ประเทศไทยได้รับการยกย่องในเวทีโลกให้เป็นตัวอย่างของประเทศที่ประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการขจัดปัญหาขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการพร่องลดน้อยลง ภาวะขาดสารอาหารรุนแรง (ระดับ 3) เหลือน้อยมากแทบไม่มีรายงาน อย่างไรก็ตามยังพบเด็กน้ำหนักน้อยและเตี้ยได้ในเด็กยากจนด้อยโอกาส ในขณะที่เดียวกัน ก็พบเด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนรุนแรงขึ้น ส่งผลให้พบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ทั้งหมดนี้ล้วนบั่นทอนคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศชาติในอนาคตหลักฐานจากการวิจัยในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาบ่งชี้ว่า อาหารและโภชนาการในช่วงต้นของชีวิตมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อสุขภาพในระยะยาว ผลการวิจัยต่างๆ ในปัจจุบันชี้ว่าภาวะทุพโภชนาการโดยเฉพาะในขวบปีแรกของชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก ส่งผลให้เรียนรู้ช้า เฉื่อยชา สติ

ปัญญาต่ำ ภูมิต้านทานโรคบกพร่องทำให้เจ็บป่วยบ่อย เป็นนาน และรุนแรง และยังมีผลเสียเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ มีโอกาสที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ มากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากร่างกายเคยชินกับการได้รับอาหารน้อยในวัยเด็กเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จึงมีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไปที่จะเกิดภาวะโภชนาการเกินและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

ความสำคัญของโภชนาการต่อพัฒนาการของเด็ก

1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็ก

การศึกษาที่สนับสนุนการวิจัยโดยองค์การยูนิเซฟ ตีพิมพ์ในวารสาร Lancet series on child development ในปีพ.ศ. 2550 และในปีพ.ศ. 2554 พบว่า ทั่วโลกมีเด็กปฐมวัยประมาณ 200 ล้านคนที่ยังไม่สามารถพัฒนาการได้เต็มศักยภาพ โดยปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ ความยากจนไม่ได้รับการเลี้ยงดูกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมและมีสุขภาพที่ไม่ดี โดยเรื่องสุขภาพที่ไม่ดีนั้น ได้วิเคราะห์ว่าสาเหตุปัจจัยหลักที่สามารถป้องกันได้ คือ ภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารไอโอดีน การขาดธาตุเหล็ก รวมทั้งการขาดการเลี้ยงดูและให้การศึกษาที่กระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม โดยหากพ่อแม่ ครอบครัว ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน มีความรู้ ความเข้าใจ และให้การศึกษาแก่เด็ก จะสามารถกระตุ้นพัฒนาการของเด็กได้อย่างเหมาะสม



นอกจากนี้ จากการสำรวจเมื่อปีพ.ศ. 2554 พบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ คือ

1) **ปัจจัยเสี่ยง** จากการเติบโตที่ไม่เหมาะสมในครรภ์มารดา โรคพันธุกรรม เช่น โรคธาลัสซีเมียที่พบบ่อยในประเทศไทย หรือ ปัจจัยเสี่ยงจากอายุมารดาที่มากขณะตั้งครรภ์ ทำให้เกิดกลุ่มอาการดาวน์ การติดเชื้อมาลาเรีย การได้รับสารตะกั่ว การติดเชื้อ HIV ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงในครอบครัว และเด็กในสถานเลี้ยงเด็กที่ได้รับการกระตุ้นไม่เหมาะสม เป็นต้น

2) **ปัจจัยป้องกัน** การได้รับนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน และระดับการศึกษาของแม่

2 ผลของโภชนาการ ต่อระดับสติปัญญา และการทำงานของสมอง

ควรมีการศึกษาและติดตามตั้งแต่ทารกยังอยู่ในครรภ์มารดา จนกระทั่งคลอด และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาว พบว่าภาวะทุพโภชนาการรุนแรงในวัยเด็กเล็ก ค่าคะแนนสติปัญญาที่อายุ 8 – 10 ปี หายไป 3 – 10 จุด และยังพบว่าเด็กไทยมีการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็กปฐมวัยร้อยละ 6.3 ซึ่งเป็นผลการศึกษาตามเกณฑ์มาตรฐานของไทย หากใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกจะพบว่าเด็กปฐมวัยอายุต่ำกว่า 6 ปี ร้อยละ 13 ไม่เจริญเติบโตตามเกณฑ์ จึงควรนำหลักเกณฑ์มาตรฐานองค์การอนามัยโลกมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาด้านโภชนาการและระดับสติปัญญาของเด็กไทย

3 สถานการณ์ภาวะ โภชนาการไอโอดีน ในแม่และเด็กไทย

จากการศึกษาพบว่า การขาดสารไอโอดีนมีผลกระทบต่อระดับสติปัญญามากที่สุด และวิธีป้องกันที่ดีที่สุด คือ มาตรการเกลือเสริมไอโอดีน ซึ่งพบว่า การขาดสารไอโอดีนเรื้อรังทำให้คะแนนระดับสติปัญญาลดลง 12 – 13.5 จุด ซึ่งสถานการณ์ภาวะโภชนาการไอโอดีนในแม่และเด็กไทยในปัจจุบัน หลังมาตรการเสริมไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ โดยการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีน เกล็ด และโฟเลท ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2553 และเกลือเสริมไอโอดีนทั่วหน้า ในปีพ.ศ. 2554 พบว่า ภาวะขาดไอโอดีนในหญิงมีครรภ์ลดลงจากร้อยละ 52.5 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 39.2 ในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งหากได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องหญิงมีครรภ์ได้รับไอโอดีนเพียงพอ ทารกที่อยู่ในครรภ์ทั้งสมองและอวัยวะต่างๆ จะได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ และหญิงในช่วงให้นมลูกได้เสริมไอโอดีนก็จะยิ่งเสริมให้สมองของเด็กได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ ดังนั้น การขาดสารไอโอดีนจึงเป็นผลที่มีความสอดคล้องกับผลสำรวจระดับสติปัญญาของเด็กไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะระดับสติปัญญาต่ำและเป็นภาคที่มีภาวะการขาดไอโอดีนอยู่เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 เกี่ยวกับระดับไอโอดีนจากการตรวจปัสสาวะของเด็กอายุ 2 – 14 ปี พบว่า มีเกณฑ์การขาดไอโอดีนอยู่ร้อยละ 34.8 ซึ่งหากมีการดำเนินมาตรการเกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้าของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่องจะสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ (รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 วิชัย เอกพลากร บรรณาธิการ)



คุณภาพชีวิตเด็ก 2556

การป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน

โรคขาดสารไอโอดีนมีผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่มวัย ตลอดช่วงระยะเวลาของวงจรชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงอายุ 3 ปี หากขาดสารไอโอดีนจะทำให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ลดความเฉลียวฉลาด หรือระดับสติปัญญาของเด็กได้ถึง 10 – 15 จุด ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนและกระทบต่อการเจริญเติบโต จากผลการสำรวจพัฒนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบเด็กมีพัฒนาการสมวัยลดลง โดยในปีพ.ศ. 2542 มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 72 ปีพ.ศ. 2547 ร้อยละ 71 และปีพ.ศ. 2550 ลดลงเหลือร้อยละ 67 และผลการสำรวจไอคิวของเด็กไทยอายุ 6 – 14 ปี โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อปีพ.ศ. 2551 – 2552 พบไอคิวเฉลี่ย 91 จุด (ไอคิวปกติ 90 – 110 จุด) สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย เนื่องจากมารดาได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอขณะตั้งครรภ์ เมื่อปีพ.ศ. 2549 – 2553 พบสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีน (ระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร) ร้อยละ 71.8, 61.3, 58.5, 59 และ 52.5 ตามลำดับ แม้ว่าสถานการณ์ในปีพ.ศ. 2554 จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยพบว่าสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีนลดลงเหลือร้อยละ 39.7 แต่ในปีพ.ศ. 2555 พบว่าสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.4 ทำให้สถานการณ์ยังไม่น่าไว้วางใจ ต้องมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องและให้ความรู้ความเข้าใจผู้เกี่ยวข้อง ถึงแม้ว่าความครอบคลุมการใช้เกลือบริโภคเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ปีพ.ศ. 2554 – 2555 พบว่าได้ร้อยละ 93.5 และ 95.8 ตามลำดับ



การเสริมไอโอดีนในเกลือเพื่อมนุษย์ และสัตว์บริโภคเป็นยุทธศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ที่จะประกันให้มีการบริโภคไอโอดีน อย่างเพียงพอในครัวเรือนและบุคคล เกลือเสริม ไอโอดีนถ้วนหน้า (Universal Salt Iodization) จัดเป็นวิธีแก้ปัญหาที่ยั่งยืน และได้ผลในระยะยาว สำหรับการแก้ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน การบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนอย่างเพียงพอในแต่ละ วัน จะป้องกันผลทั้งหลายที่จะเกิดขึ้นจากการ ขาดสารไอโอดีน ทั้งนี้ โดยมีการสุ่มตรวจคุณภาพ เกลือเสริมไอโอดีน ณ แหล่งผลิต สถานที่จำหน่าย ร้านอาหาร ครัวเรือน โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก ปีละ 2 ครั้ง เมื่อเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2554 มีชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนที่เข้าสู่กระบวนการ รวม ทั้งสิ้น 56,584 แห่งใน 49 จังหวัดคิดเป็นร้อยละ 74.5 ในปีพ.ศ. 2555 กรมอนามัย ร่วมกับ ศูนย์อนามัยที่ 1- 12 คัดเลือกชุมชน/หมู่บ้าน ไอโอดีนที่มีแกนนำ หรือ อสม. มีความสามารถ

ในการถ่ายทอดความรู้แก่คนในชุมชนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชนอื่นได้ และชุมชนนวัตกรรม ท้องถิ่นด้านการควบคุมและป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีนที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนา เป็นศูนย์เรียนรู้ ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนจากผล การดำเนินงานซึ่งประเมินผลในวันไอโอดีนแห่ง ชาติ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2555 ที่ผ่านมาพบว่า มีชุมชน/หมู่บ้านเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา สู่ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนรวมทั้งสิ้นแล้ว 72,766 แห่ง ใน 71 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 94

การดำเนินโครงการควบคุมและป้องกัน โรคขาดสารไอโอดีน เป็นสิ่งสำคัญที่มาตรการ ระดับชาติควรได้รับการปรับปรุงให้เข้มแข็ง ถ้าจะ ให้บรรลุเป้าหมายการกำจัดการขาดสารไอโอดีน จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและ ยั่งยืน เพื่อการขจัดปัญหาการขาดสารไอโอดีนให้ หหมดไปจากประเทศ โดยต้องบูรณาการงานและได้



รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งในระดับกระทรวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งภาคีเครือข่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง การร่วมกันรณรงค์ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบและตระหนักถึงความสำคัญของไอโอดีนและการใช้เกลือหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ดังนั้น กรมอนามัยโดยสำนักโภชนาการ ได้จัดทำโครงการรณรงค์สร้างชาติ แม่และเด็กไม่ขาดไอโอดีนดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทย ให้เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

มาตรการเสริม ได้แก่

1. หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรมีความต้องการไอโอดีนมากกว่าบุคคลทั่วไป จึงมีนโยบายจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็กและโฟเลท ให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายตลอดการตั้งครรภ์ และขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน ตามสิทธิประโยชน์ของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาดังกล่าวได้
2. การเสริมไอโอดีนในน้ำดื่ม ดำเนินการในพื้นที่ทุรกันดารที่ห่างไกล ตามโครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

แผนการดำเนินงาน ในปีพ.ศ. 2556 – 2558

1. จัดประชุมคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการฯ โดยจัดประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน 4 คณะ
2. สืบหาความครอบคลุมของครัวเรือนที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพทั่วประเทศ
3. สุ่มสำรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัยอายุ 3 – 5 ปี และผู้สูงอายุ
4. ขับเคลื่อน “ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน และพัฒนาคุณภาพสู่ “ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน”
5. พัฒนาศักยภาพชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน
6. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เนื่องในวันไอโอดีนแห่งชาติ 25 มิถุนายน ของทุกปี

4 ภาวะโลหิตจางจากภาวะพร่องเหล็ก

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในทารกและเด็กปฐมวัยอาจทำให้ระดับสติปัญญาลดลงได้ 5 – 10 จุด ในเด็กโตลดลง 0.4 จุด ซึ่งการขาดธาตุเหล็กจะส่งผลให้เด็กมีอาการอ่อนเพลีย ซึม ไม่มีสมาธิและความจำไม่ดี และวัยผู้ใหญ่จะทำให้ความสามารถในการทำงานหายไป 1 ใน 3 ซึ่งจะเห็นว่า การขาดธาตุเหล็กส่งผลกระทบต่อทุกช่วงอายุ ความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กไทย จากการสำรวจในคลินิกเด็ก พบว่า

- **ทารก 6 เดือน – 1 ปี** พบว่าร้อยละ 36 – 39 มีภาวะโลหิตจาง โดยร้อยละ 13 – 26 มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แต่หากทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวโดยแม่ได้รับคำแนะนำอย่างดี ทั้งเรื่องอาหาร การเสริมยาเม็ดธาตุเหล็ก ภาวะโลหิตจางจะลดลงโดยเหลือเพียง ร้อยละ 4.2 ซึ่งการให้บริการด้านสุขภาพหากดำเนินงานภายใต้ทรัพยากร และเครื่องมือที่มีอยู่อย่างครบถ้วนเต็มที่แล้ว จะส่งผลให้เด็กได้รับธาตุเหล็กอย่างเพียงพอ และสมองของเด็กจะสามารถพัฒนาได้อย่างเต็มที่

- **เด็กวัยเรียน** พบว่า ร้อยละ 18 - 27 มีภาวะโลหิตจาง โดยร้อยละ 18 เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพฯ และร้อยละ 27 เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในชนบท และมีร้อยละ 5.7 มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

4.1 การป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจาง (Anemia) ในประเทศไทย

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก คิดเป็นร้อยละ 30 หรือมากกว่า 1,300 ล้านคน และประมาณว่า 500 – 600 ล้านคน เกิดจากภาวะพร่อง/ขาดเหล็กเกณฑ์วินิจฉัย (cut off point) ภาวะโลหิตจางขององค์การอนามัยโลก ใช้ค่าฮีโมโกลบิน < 11 gm/dl ในเด็กก่อนวัยเรียนและหญิงมีครรภ์

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับโภชนาการในระดับชาติตั้งแต่กลาง พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดภาวะโลหิตจางจากการพร่องเหล็ก (Iron deficiency anemia) โดยมีการบูรณาการเข้าไปในระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และในชุมชนโดยมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่าภาวะโลหิตจางลดลงในหญิงตั้งครรภ์และในเด็กก่อนวัยเรียน (แต่ไม่มีตัวเลขยืนยัน) การให้ universal iron supplementation เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในหญิงตั้งครรภ์โดยส่งเสริมให้มีการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ มีการให้ธาตุเหล็กแก่เด็กวัยเรียนสัปดาห์ละครั้ง (weekly iron supplementation) ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา นอกจากนั้นยังมีการเสริมธาตุเหล็กในอาหาร (food fortification) การปรับปรุงคุณภาพอาหารและกระบวนการอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยลดลงระหว่างปี พ.ศ. 2523 ถึง 2533 เป็นผลจากการสำรวจทางโภชนาการระดับประเทศครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 แต่พบว่าภาวะโลหิตจางในเด็กเล็กยังพบได้มาก เมื่อใช้เกณฑ์

cut – off ของ WHO สำหรับระดับ hemoglobin (<11 g/dl) พบภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 4 – 6 เดือน สูงถึงร้อยละ 32 – 62 ซึ่งเป็นการสำรวจระหว่างปี พ.ศ. 2540 – 2542

4.1.1. นโยบายการป้องกันและควบคุมภาวะพร่องเหล็กในประเทศไทย

ยุทธศาสตร์สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข เน้นการลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และเด็กวัยเรียน โดยมีการดูแลระบบสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 และดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาจนปี พ.ศ. 2523 จักรกลสำคัญในการดำเนินงานก็คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งได้รับการอบรมให้มีความรู้พื้นฐานเรื่องสุขภาพ โดยเน้นมารดาและทารก รวมทั้งโภชนาการมีการให้ธาตุเหล็กแก่หญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์และในโรงพยาบาล ระบบการส่งต่อที่ดีขึ้น ก็สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ดี หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจในคลินิกปฐมภูมิ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อย่างน้อย 1 ครั้งในไตรมาสที่หนึ่งและสอง และ 2 ครั้งในไตรมาสที่สาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมาหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยคลอดในโรงพยาบาลเกือบร้อยละ 100 ตารางกำหนดให้มีการตรวจครรภ์ทุกเดือนจนอายุครรภ์ 8 เดือน ต่อมาทุก 2 สัปดาห์ และทุกสัปดาห์เมื่อใกล้กำหนดคลอด

หญิงตั้งครรภ์จะได้รับยาธาตุเหล็ก (60 mg tablet) ร่วมกับวิตามินรวมเมื่อมาฝากครรภ์ตามกำหนด ดังนั้นการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นนโยบายระดับชาติ อย่างไรก็ตามก็ตีอุปสรรคที่พบได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์มักคิดว่าภาวะโลหิตจางไม่เป็นปัญหาสำคัญ เมื่อพบภาวะโลหิตจาง แพทย์มักให้เหล็กประมาณ 2 – 3

เดือนเท่านั้น ไม่ได้ให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง หากหญิงตั้งครรภ์ผัดผ่อน ก็จะไม่ได้รับธาตุเหล็กเลย นอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์ยังมีความเข้าใจที่ผิดว่าหากรับประทานธาตุเหล็กจะทำให้ทารกในครรภ์มีขนาดใหญ่ ไม่กินยาธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง (poor compliance) และยังไม่มีการประเมินผลจากนโยบายให้ธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์จากภาครัฐที่ชัดเจน

4.1.2. การป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการพร่องเหล็กในเด็กวัยเรียน

ภาวะโลหิตจาง (Anemia) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะพร่องเหล็ก (iron deficiency anemia) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และพบบ่อยที่สุดในโลก มีผลต่อประชากรโลก 2,150 ล้านคน และมากกว่าร้อยละ 90 เป็นประชากรในประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีความชุกของภาวะโลหิตจางสูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็กและเด็กในวัยเรียน รวมทั้งหญิงวัยเจริญพันธุ์ การศึกษาวิจัยโดยเครือข่ายวิจัยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ได้มีกลยุทธ์ในการลดความชุกของภาวะโลหิตจางลงให้เหลือ 1 ใน 3 ของภาวะปัจจุบัน ได้จัดประชุมขึ้นที่สถาบันโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดลเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2538 โดยมุ่งเน้นภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และเด็กก่อนวัยเรียน

บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลอำเภอหรือตำบลทำงานร่วมกับครูในโรงเรียนระดับประถมศึกษาได้มีการตรวจกรอง แต่มีข้อจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาลอำเภอ/ตำบลที่สามารถตรวจ hematocit ได้



เท่านั้น เด็กที่มีภาวะโลหิตจางจะได้รับการติดตามร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) กับครูในโรงเรียน แต่กระบวนการนี้เป็นลักษณะให้การรักษามากกว่าการป้องกันกระทรวงสาธารณสุขมีระบบเฝ้าระวัง (surveillance system) แต่ก็มีข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น ควรจะมีการทบทวนระบบดังกล่าวได้ผลจริงหรือไม่

การได้ธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้ง (weekly iron supplementation) ได้มีโครงการนำร่องให้ธาตุเหล็กในโรงเรียนที่มีการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ในโรงเรียนนำร่องใน 13 จังหวัด และขยายไปทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2544 โดยงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) นอกจากนี้มีความพยายามที่จะพัฒนา Iron fortification โดยมีการริเริ่มเพิ่มเติมธาตุเหล็กเรียก triple – fortified instant noodles ร่วมกับเอกซน เนื่องจากมีการบริโภคในปริมาณมาก ซึ่งเป็นความร่วมมือของสถาบันโภชนาการ

มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับภาคเอกชน โดยผลิตบะหมี่เสริมวิตามินเอ ไอโอดีน และเหล็ก แต่ยังไม่มีการประเมินคุณภาพ นอกจากนั้นยังมีการเสริมทั้งเหล็กและไอโอดีนในน้ำปลา (double – fortified) ความท้าทายอยู่ที่สร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่ประชากรให้เห็นความสำคัญของภาวะโลหิตจางจากการพร่องเหล็กในทุกอายุ

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วประเทศ ร้อยละ 40.7 ผลการศึกษาโดยการคัดกรองภาวะโลหิตจางเบื้องต้นในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลจันทร์เพ็ญ อำเภอต่างอยจังหวัดสกลนคร พบหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางที่ต้องส่งต่อคิดเป็นร้อยละ 76.4 หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางคิดเป็นร้อยละ 30.7 ในกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง พบพาหะธาลัสซีเมียคิดเป็นร้อยละ 14.2 พบพาหะธาลัสซีเมียร่วมกับภาวะพร่องเหล็กคิดเป็นร้อยละ 14.2 พบภาวะพร่อง/ขาดเหล็ก คิดเป็นร้อยละ 42.8 และโลหิตจางไม่ทราบสาเหตุคิดเป็นร้อยละ 28.5

ภาวะขาดเหล็ก (Iron deficiency) ในช่วงพัฒนาการ มีผลกระทบต่ออาการเจริญเติบโต และหน้าที่ของระบบอวัยวะต่างๆ ผลกระทบที่สำคัญก็คือ ผลต่อสมองที่กำลังเจริญเติบโต มีหลายการศึกษาบ่งชี้ว่า ภาวะขาดเหล็กในช่วงแรกของชีวิตมีผลกระทบต่อสติปัญญาของทารกแรกเกิดและมีผลต่อระดับการได้ยินร่วมด้วย ผลกระทบนี้ต่อเนื่องระยะยาว ผลกระทบนี้จะรุนแรงมากขึ้นในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่สมองที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ และมีอัตราการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว วิทยาลัยกุมารเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Academy of Pediatrics) และสมาคมระบบทางเดินอาหารและโภชนาการเด็กแห่งสหภาพยุโรป (The European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition) ได้แนะนำให้ธาตุเหล็กเสริมอย่างน้อย 2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ส่วนการศึกษาผลของภาวะขาดธาตุเหล็กต่อพฤติกรรมและพัฒนาการของทารก ได้มีการศึกษาของ Oski และคณะ ทำการศึกษาในทารกอายุ 9 – 12 เดือน ที่มีปัญหาภาวะขาดธาตุเหล็กโดยไม่มีภาวะโลหิตจาง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางสารเคมีในร่างกาย (Biochemical alterations) ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมและพัฒนาการของทารก สำหรับในประเทศไทย ได้มีการศึกษาของ ศ.พญ. อัมไพวรรณ และคณะ (โรงพยาบาลรามธิบดี) เป็นการศึกษาภาวะโภชนาการธาตุเหล็กในทารกไทยอายุ 1 ปี ที่คลินิกเด็กสุขภาพดี พบว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร้อยละ 1.4 ภาวะขาดธาตุเหล็กโดยไม่ซีดร้อยละ 6.9 และเริ่มมีภาวะพร่องธาตุเหล็ก (iron depletion) ถึงร้อยละ 54.2

โดยมีปัจจัยเสี่ยงคือการได้รับนมแม่อย่างเดียว โดยไม่ได้รับธาตุเหล็กเสริม การได้รับอาหารเสริมไม่เพียงพอ เช่น ได้รับอาหารแข็ง (solid food) 1 มื้อ/วัน

4.1.3. การไม่รับประทานอาหารมื้อเช้า

จากข้อมูลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ต่างๆ พบว่า เด็กส่วนใหญ่ไม่กินอาหารมื้อเช้าซึ่งเป็นมื้อที่สำคัญที่สุดของวัน เนื่องจากพ่อแม่เร่งรีบจนลืมความสำคัญของสิ่งเหล่านี้ไป ซึ่งสมองของเด็กต้องการอาหาร และจากการศึกษา พบว่า การไม่รับประทานอาหารเช้า ส่งผลกระทบต่อ การคิดคำนวณ ความจำระยะสั้น ความสามารถในการอ่าน ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและสมรรถภาพทางกายอ่อนเพลีย ซึ่งหากผู้ที่ไม่รับประทานอาหารเช้าเป็นเด็กโต กินโดนัท น้ำอัดลมแทน ก็จะเป็นโรคอ้วนตามมา

ความสำคัญของโภชนาการในช่วงต้นของชีวิต จะมีผลกระทบต่อวัยผู้ใหญ่ โดยการขาดสารอาหารของทารกในครรภ์และสองขวบปีแรก เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากไปกระทบต่อการทำงานของตับอ่อน และอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เด็กที่น้ำหนักน้อยตั้งแต่แรกเกิด เด็กที่ขาดสารอาหาร จะทำให้เด็กเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าว เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่



5 การป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย

• 5.1 ความสำคัญของปัญหา

ธาลัสซีเมียเป็นโรคโลหิตจางที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์แบบยีนเดี่ยว (single gene disorder) ที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ความรุนแรงของโรคนี้นี้ได้ตั้งแต่ที่มีความรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิตขณะอยู่ในครรภ์หรือเสียชีวิตภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังคลอดไปจนถึงที่มีความรุนแรงปานกลางและรุนแรงน้อยที่ไม่ถึงกับเสียชีวิต แต่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากโรคนี้ต้องการการรักษาไปตลอดชีวิต สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างมาก ไม่น้อยกว่าปีละหนึ่งแสนบาทต่อคน นับว่าเป็นโรคชนิดไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย บุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคนี้นี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ก็ได้ตระหนักถึงปัญหาของโรคนี้นี้ และได้จัดประชุมระดมความคิดเห็นจากแพทย์ และนักวิทยาศาสตร์จากทั่วโลกหลายครั้ง แต่ครั้งที่สำคัญคือการจัดประชุมที่เมือง Sardinia ประเทศอิตาลี เมื่อปี พ.ศ. 2532 และได้พิมพ์ หนังสือชื่อ Guidelines for the Control of Hemoglobin Disorders เผยแพร่ไปทั่วโลกสำหรับประเทศไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการจัดทำ “คำประกาศนโยบาย ส่งเสริมป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติของประเทศไทย” ณ วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 โดยให้ถือว่าเป็นนโยบายแห่งชาติ (national policy)

• 5.2 อุบัติการณ์ในประเทศไทย

ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรที่เป็นโรคนี้นี้ คือประมาณ 600,000 คน และอีกร้อยละ 40 ของประชากรเป็นพาหะของโรคคือ ประมาณไม่ต่ำกว่า 20 ล้านคน ในปีหนึ่งๆ จะมีคู่สมรสที่มีความเสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรค ไม่ต่ำกว่า 5 หมื่นคู่ และมีทารกคลอดมาเป็นโรคประมาณ 12,000 คน อุบัติการณ์ของประชากรที่มียีนธาลัสซีเมียหรือยีนของฮีโมโกลบินผิดปกติแต่ละชนิดซึ่งเป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียมีความแตกต่างกันตามแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย นอกจากนี้คู่สมรสของประชากรไทยมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีลูกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง แตกต่างกันตามแต่ละภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ร้อยละ 15.3 ภาคกลาง ร้อยละ 3.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 2.4 และภาคใต้ร้อยละ 0.5

• 5.3 การป้องกันและควบคุม

การป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียให้ได้ผล ต้องดำเนินการ 2 อย่างควบคู่กันไปคือ

1. การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเกิดขึ้นใหม่
2. การปรับปรุงการบริการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคธาลัสซีเมียให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

• 5.4 ปัญหาและอุปสรรค

จากการที่ประเทศไทยมีโครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียมาเป็นระยะเวลา มากกว่า 15 ปี พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ พอจะสรุปได้ดังนี้คือ

1. ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความรู้โรคธาลัสซีเมีย

2. สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า
3. สามีไม่ได้รับการตรวจเลือดในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีผลตรวจกรองผิดปกติ
4. สตรีตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยทารกในครรภ์
5. สตรีตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อโรค β - thalassemia/Hb E บางรายมีความยากในการพิจารณาว่าจะทำวินิจฉัยทารกในครรภ์และ/หรือยุติการตั้งครรภ์ เมื่อทราบว่า เป็นโรคจริง ให้คู่สมรสหรือไม่ เนื่องจากว่าโรค β - thalassemia/Hb E มี 3 ชนิด คือ ซีดมาก ซีดปานกลาง หรือซีดเล็กน้อย ซึ่งทั้ง 3 แบบนี้ขณะอยู่ในครรภ์ไม่มีตัวบ่งชี้ในการแยกความรุนแรงของโรคได้
6. สูติแพทย์หรือแพทย์ที่รับผิดชอบดูแลสตรีตั้งครรภ์บางคนไม่ยอมยุติการตั้งครรภ์ให้ภายหลังทราบว่าทารกในครรภ์เป็นโรคชนิดรุนแรง

เวลามากกว่า 8 สัปดาห์ จะทำให้ทารกมีอัตราการเสียชีวิตและภาวะผิดปกติสูงขึ้นกว่าผู้ที่ได้รับอาหารปกติ ไม่เพียงแต่ความผิดปกติทางกายภาพ (physical disorder) เท่านั้น แต่การที่มารดามีภาวะทุพโภชนา (malnutrition) ก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ยังส่งผลถึงความผิดปกติทางสติปัญญา และความพิการทางระบบประสาท (neurologic disorders & handicaps) ทำให้เด็กกลุ่มนี้เกิดโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ (degenerative disorder) เมื่ออายุมากขึ้นได้บ่อย ในขณะที่สตรีที่น้ำหนักมากเกินไปหรือเป็นโรคอ้วนก็มีผลเสียต่อสุขภาพมารดาและทารกทั้งในครรภ์และหลังคลอด จึงทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดหลังคลอด การดูแลทารกในครรภ์และหลังคลอด ในสตรีที่มีภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดแก่ทารกทั้งทางร่างกายและสติปัญญา ทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสทั้งแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม

6 ความสำคัญขอโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์

โภชนาการของสตรีก่อนขณะตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดมีความสำคัญต่อมารดาและทารก โดยเฉพาะระหว่างตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคตของเด็กคนนั้น

ปัจจัยบางอย่างในสารอาหารสามารถลดอัตราตายและภาวะทุพพลภาพ (childhood morbidity and mortality) โดยทารกในครรภ์ได้รับจากสารอาหารที่มารดาได้รับประทานขณะตั้งครรภ์ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของโภชนาการและการตั้งครรภ์ โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับอาหารไม่พอเพียงเป็นระยะ

• ภาวะทุพโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์

การศึกษาภาวะโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ทำได้ยาก เนื่องจากผิศจริยธรรม อย่างไรก็ตามจากรายงานที่ผ่านมาในอดีตและที่พบในปัจจุบัน พบว่า โภชนาการที่ไม่ดีในสตรีตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็น การขาดอาหารอย่างรุนแรง (severe malnutrition) หรือ น้ำหนักมากเกิน / โรคอ้วน (overweight/ obesity) มีผลเสียต่อทั้งมารดาและทารก ก่อให้เกิดโรคต่างๆมากมาย



- **ภาวะขาดอาหารอย่างรุนแรง
ขณะตั้งครรภ์**

การศึกษาเรื่องนี้ทำได้ยากเนื่องจากผิศจริยธรรมและมีตัวแปรหลายปัจจัยทั้งจากสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Kyle & Pichard (2006) พบว่าเด็กแรกคลอดที่เกิดจากมารดาที่ขาดอาหารในระยะกลางและระยะหลังของการตั้งครรภ์ จะมีความสูงน้อยกว่าและพอมกว่าเด็กที่มารดาไม่ขาดอาหาร และมีอุบัติการณ์ของ diminished glucose tolerance ความดันโลหิตสูง reactive airway disease ไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) สูงขึ้นในวัยผู้ใหญ่ ในขณะที่หากมีการขาดอาหารในระยะแรกของการตั้งครรภ์ จะ

เกิด obesity ในวัยผู้ใหญ่ แต่เกิดเฉพาะในผู้หญิง ไม่พบในผู้ชาย เพิ่มความพิการของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system anomalies) schizophrenia, schizophrenia-spectrum personality disorders

ในปี พ.ศ. 2537 – 2538 ซึ่งเกิดภาวะขาดอาหารอย่างรุนแรงในยุโรปเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า median infant birthweight ลดลงประมาณ 250 กรัม ซึ่งน้ำหนักแรกคลอดนี้เพิ่มขึ้นเมื่อมีอาหารเพียงพอ แสดงให้เห็นว่าน้ำหนักแรกคลอดมีผลจากการขาดอาหารในระยะหลังของการตั้งครรภ์ แต่พบว่าอัตราการตายปริกำเนิด (perinatal mortality rate) ไม่เปลี่ยนแปลง การเกิดความพิการแต่กำเนิดไม่เพิ่มอย่างมีนัยสำคัญที่น่าสนใจคือ การเกิด toxemia ลดลง สตรีตั้ง

ครรภ์ที่น้ำหนักตัวน้อย (underweight) จำเป็นต้องมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจนถึงระดับที่เหมาะสม โดยเฉพาะระหว่างไตรมาสที่ 2 และ 3 หากไม่มีการเพิ่มของน้ำหนักตามที่ควรจะเป็น อาจเกิดการคลอดก่อนกำหนดหรือทารกน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์

● ภาวะน้ำหนักเกิน / โรคอ้วน ขณะตั้งครรภ์

ในปัจจุบันสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักมากหรืออ้วนมีจำนวนมากขึ้น เนื่องจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ในสหรัฐอเมริกาพบ obesity ในสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 30 ซึ่งมีผลให้เกิดความเสี่ยงต่อมารดาและทารก ผลต่อการตั้งครรภ์ (pregnancy outcome) คือ เพิ่มความเสี่ยงของภาวะมีบุตรยาก (infertility) การแท้งในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ (early abortion) และแท้งเป็นอาเจิน (recurrent abortion) ความพิการของระบบประสาท (neural tube defect) และความพิการของหัวใจ (heart defects) ในทารก ความดันโลหิตสูงในระหว่างตั้งครรภ์ (gestational hypertension) และครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เบาหวานแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes), sleep apnea, non-alcoholic fatty liver disease, ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (intrauterine fetal death), การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การติดเชื้อ ตกเลือดหลังคลอด และหลอดเลือดดำมีลิ่มเลือดอุดตัน (deep vein thrombosis)

ผลต่อทารก (infant outcome) ที่สำคัญที่สุดคือ macrosomia (น้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4,000 กรัม) ทำให้เพิ่มการบาดเจ็บระหว่างการคลอด (birth trauma) และผลเสียใน

ระยะยาว คือความเสี่ยงที่จะเกิด obesity ในวัยเด็ก วัยรุ่นและผู้ใหญ่ ถ้า BMI ของแม่ มากกว่า 30 kg/m² ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ จะมีความชุกของ childhood obesity ร้อยละ 15.1 เมื่ออายุ 2 ปี ร้อยละ 20.5 เมื่ออายุ 3 ปี และร้อยละ 24.1 เมื่ออายุ 4 ปี เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด impaired glucose tolerance และ type 2 diabetes metabolic syndrome ในวัยรุ่น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับ maternal obesity ที่เกิดขึ้นในระยะหลังของการตั้งครรภ์ ในขณะที่ maternal obesity ที่เกิดขึ้นในระยะแรกของการตั้งครรภ์มักเกี่ยวข้องกับ การแท้งและความพิการแต่กำเนิดซึ่งเกิดระหว่าง embryogenesis

7 Folic Acid Supplementation and Prevention of Birth Defects

(ความพิการแต่กำเนิดที่ป้องกันได้จากอาหารที่เสริมด้วยโฟเลต)

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการที่ป้องกันความพิการแต่กำเนิดได้อย่างประสบความสำเร็จมากที่สุด และเป็นที่ยอมรับของประเทศไทยพัฒนาแล้วทั่วโลกก็คือ periconceptional folic acid supplementation ซึ่งสามารถป้องกันความพิการแต่กำเนิดหลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (neural tube defects) ซึ่งเป็นความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงและมีภาวะของโรคมามาก ทั่วโลกพบทารกแรกเกิดที่เป็นหลอดประสาทไม่ปิดปีละ 320,000 คน ในบรรดาประเทศที่มีการเสริมโฟเลต (folate fortification) มีรายงานลดอุบัติการณ์ของหลอดประสาทไม่ปิดได้ถึงร้อยละ 46 พบว่ากรดโฟ

ลิกป้องกันหลอดประสาทไม่ปิดได้ในครรภ์แรก และป้องกันโอกาสเกิดซ้ำในครรภ์ต่อไป องค์การอนามัยโลกแนะนำให้หญิงที่เตรียมตั้งครรภ์ ได้รับกรดโฟลิก 400 mg ทุกวันและหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีบุตรเป็นหลอดประสาทไม่ปิดได้รับ 5,000 µgm ของกรดโฟลิก (WHO 2007) สตรีควรได้รับกรดโฟลิก 2 เดือนก่อนตั้งครรภ์ และได้รับต่อเนื่องใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์

ภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (neural tube defects) ที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะสมองสร้างไม่สมบูรณ์ (anencephaly) ซึ่งพบได้ 1 ใน 3 เกิดจากพัฒนาการของระบบประสาทบกพร่อง/ไม่สมบูรณ์ นอกจากนั้น 2 ใน 3 พบเป็น myelomeningocele ซึ่งเป็นภาวะที่ไขสันหลังยื่นออกมาในถุงกลางหลัง พบว่าร้อยละ 85 – 90 ของทารกที่เป็น spina bifida สามารถมีชีวิตได้เกิน 1 ปี ถึงร้อยละ 85 – 90 เพราะได้รับการผ่าตัดแก้ไข และร้อยละ 75 สามารถมีชีวิตจนเป็นผู้ใหญ่ แต่จะมีความพิการของขาทั้ง 2 ข้างเป็นอัมพาตและระบบทางเดินปัสสาวะและอุจจาระทำงานบกพร่อง นอกจากนั้นยังมีความพิการของสมองเรียก hydrocephalus รวมทั้งความบกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้อีกด้วย นับเป็นความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงและพบบ่อยที่สุด แนวคิดที่จะลดอุบัติการณ์ของหลอดประสาทไม่ปิดที่เป็นที่ยอมรับก็คือการลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดประสาทไม่ปิดโดยการได้รับ folic acid supplementation/fortification

● 7.1 ความเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดประสาทไม่ปิด

ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหลอดประสาทไม่ปิดจะเพิ่มสูงขึ้นในหญิงที่มีประวัติครอบครัวหรือมีลูกเป็นหลอดประสาทไม่ปิดมาก่อน หรือ



เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ หรือได้รับยากันชัก (anticonvulsant) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Valproic acid ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เชื้อชาติ ภาวะขาดวิตามิน B12 หรือไม่ ระดับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ และเศรษฐกิจ

• 7.2 โฟเลทกับหลอดประสาทไม่ปิด

โฟเลทเป็นวิตามิน B complex ที่ละลายน้ำได้ มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของตัวอ่อน (fetus) ความต้องการโฟเลทเพิ่มมากขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ บทบาทสำคัญของโฟเลทคือเกี่ยวข้องกับการปิดของหลอดประสาท (closure of neural tube) ระหว่างสัปดาห์ที่สามของการตั้งครรภ์ ก่อนที่หญิงตั้งครรภ์จะทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ หลอดประสาทจะพัฒนาจาก neural plate ไปเป็น neural tube และเจริญเติบโตเป็นระบบสมองประสาทของทารกในครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับโฟเลทไม่เพียงพอ จะนำไปสู่ความพิการแต่กำเนิดของหลอดประสาท ถ้าเกิดในส่วนหัว (cephalad end) ก็ทำให้สมองสร้างไม่สมบูรณ์ ถ้าเกิดในส่วนปลาย (caudal end) ก็ทำให้เกิด spina bifida ภาวะหลอดประสาทไม่ปิดนี้สามารถป้องกันได้ด้วย folic acid/folate supplementation

• 7.3 Folate and non-NTD birth defects ความสำคัญของโฟเลทกับความพิการแต่กำเนิดอื่นๆ

ความสัมพันธ์ระหว่างโฟเลทกับหลอดประสาทไม่ปิดเป็นที่ยอมรับกันมาในนานาประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 ต่อมาในปี พ.ศ. 2523 และ 2533 ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อยืนยัน

ข้อมูลดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2523 Smithells และคณะได้รายงานว่า periconceptional vitamin supplementation สามารถป้องกันภาวะหลอดประสาทไม่ปิดได้ ในปี พ.ศ. 2542 CDC รายงานผลงานวิจัยการให้ folic acid ในประเทศจีน พบว่าสตรีที่ได้รับ 400 µg ของกรดโฟลิกทุกวัน ตั้งแต่ก่อนแต่งงานจน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ เปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่ได้รับโฟลิกพบว่า อัตราการเกิดหลอดประสาทไม่ปิด เท่ากับ 4.8 ต่อ 1,000 ลดลงเท่ากับ 1.0 ต่อ 1,000 ในภาคเหนือของประเทศจีน และ 1.0 ต่อ 1,000 ลดลงเท่ากับ 0.6 ต่อ 1,000 ในภาคใต้ของประเทศจีนซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการและพันธุกรรม

ความรู้ใหม่ๆ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา มีการวิจัยที่สนับสนุนว่า โฟเลทสามารถป้องกันความพิการแต่กำเนิดชนิดอื่นๆ ได้ อาทิ เช่น ความพิการแต่กำเนิดของระบบทางเดินปัสสาวะและโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด omphalocele ปากแหว่งเพดานโหว่ และ oro – facial clefting โดยสรุป periconceptional folic acid สามารถป้องกันความพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงได้เกือบทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าภาวะขาดโฟเลทอาจเกี่ยวข้องกับโครโมโซมผิดปกติได้อีกด้วย มีการคาดว่าความผิดปกติที่เมตาบอลิซึมของโฟเลทในมารดาอาจเป็นสาเหตุของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ และ spina bifida ในหญิงตั้งครรภ์รายหนึ่ง โดยมีสรุปสมมุติฐานว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกันระหว่างเมตาบอลิซึมของโฟเลทกับความผิดปกติของ meiosis (ระยะแบ่งตัวของเซลล์สืบพันธุ์)

การศึกษาเกี่ยวกับความตระหนัก/ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของโฟเลทในการป้องกันความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทยมีค่อนข้างน้อยมาก จากการรายงานของ วิไลพันธ์ ประภรณ์ และคณะ ซึ่งศึกษาหญิงตั้งครรภ์และบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโฟเลทสามารถป้องกันความพิการแต่กำเนิดได้หลายอย่างยังมีน้อยมาก คณะผู้วิจัยได้ศึกษาโดยแบบสอบถามแก่หญิงตั้งครรภ์ 500 คน และบุคลากรทางการแพทย์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 พบว่าหญิงตั้งครรภ์จำนวน 383 คนที่ตอบแบบสอบถาม พบว่าร้อยละ 23.5 เท่านั้นที่มีความรู้ว่าโฟเลทสามารถป้องกันความพิการแต่กำเนิดได้ ร้อยละ 3.4 มีความรู้ว่าควรได้รับโฟเลทก่อนตั้งครรภ์ และเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้นที่ได้รับโฟเลทก่อนตั้งครรภ์ ในขณะที่ร้อยละ 40 ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ว่าควรได้รับโฟเลทก่อนตั้งครรภ์ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับโฟเลทหรือการเสริมอาหารด้วยโฟเลท (food fortification) มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในประเทศไทย



บทสรุป



ในประเทศไทย พบความพิการแต่กำเนิด และโรคพันธุกรรมได้ไม่น้อยกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขมีมากกว่าเนื่องจากปัญหาความยากจน การด้อยการศึกษาและการสาธารณสุขที่ยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการป้องกันความพิการแต่กำเนิดและโรคพันธุกรรมโดยเน้นไปที่โรคติดเชื้อ เช่น HIV ปัญหายาเสพติด และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แต่ความก้าวหน้าทางพันธุศาสตร์ ทำให้เราเข้าใจกลไกของการเกิดโรค และป้องกันโรคได้มากขึ้น ที่สำคัญที่สุดก็คือประโยชน์ที่ได้รับจากการให้โพลเทกก่อนตั้งครรภ์เพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิด

ในปีพ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ประกาศให้สตรีทุกคนที่วางแผนตั้งครรภ์ ได้รับกรดโฟลิก 400 μg ก่อนตั้งครรภ์ และ 12 สัปดาห์ หลังการตั้งครรภ์ได้มีการรณรงค์ โครงการให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเข้มข้น ผลที่ตามมาพบว่าร้อยละ 99.3 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกในประเทศพัฒนาแล้ว มีความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของโฟเลท และประมาณครึ่งหนึ่งได้รับกรดโฟลิกก่อนการตั้งครรภ์ แต่สำหรับประเทศไทยยังไม่มียุทธศาสตร์ในเรื่องนี้แต่อย่างใด





คุณภาพเด็กปฐมวัยไทย

บทสรุป สำหรับผู้บริหาร

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย 15 ปีที่ผ่านมา

- เด็กปฐมวัยจะไม่มีภาวะประเมินระดับสติปัญญา หรือ IQ แต่จะประเมินพัฒนาการโดยรวม โดยแบ่งพัฒนาการย่อยเป็น 4 ด้านหลัก คือ 1) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก 2) ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ 3) ด้านภาษา และ 4) ด้านสังคม และการช่วยเหลือตัวเอง
- เด็กปฐมวัยไทยประมาณ 30% มีพัฒนาการไม่สมวัย โดยแนวโน้มตลอด 15 ปีที่ผ่านมา พบว่าเด็กไทยมีพัฒนาการภาษาล่าช้าในสัดส่วนค่อนข้างสูง และแนวโน้มไม่ลดลง (17%) พัฒนาการด้านอื่นๆ ได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคม/การช่วยเหลือตัวเอง ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- พัฒนาการด้านสังคม/การช่วยเหลือตัวเองควรต้องมีการเฝ้าระวัง เพราะมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกครั้งที่สำรวจ (เพิ่มมากขึ้นสองเท่า)

ปัญหาพัฒนาการภาษาล่าช้าในเด็ก ปฐมวัยไทยส่งสัญญาณบอกอะไร

การสำรวจพบว่าเด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการภาษาล่าช้า **ไม่ได้หมายความว่าเด็กไทย IQ ต่ำลง** ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ เป็นเพียงสิ่งที่จะบอกเราว่า **เด็กกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะไม่ฉลาด** เพราะ เด็กกำลังขาดโอกาสในการเรียนรู้จากสิ่งรอบตัว ความเข้าใจภาษาน้อยกว่า การพูดบอกความต้องการได้น้อยกว่า ทำให้เรียนรู้ได้น้อยกว่า ทำให้ต่อไปอาจจะฉลาดน้อยกว่าเพื่อนๆ

งานวิจัย/องค์ความรู้สำคัญที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านภาษาในเด็กปฐมวัย

- งานวิจัยแสดงปัจจัยสำคัญหลักที่ส่งผลต่อพัฒนาการทางภาษา คือ **เศรษฐกิจของครอบครัว**เด็กที่มาจากครอบครัวเศรษฐกิจต่ำจะมีจำนวนคำพูดน้อยกว่าเด็กในครอบครัวเศรษฐกิจสูง ถึง 2 เท่า สาเหตุสำคัญหลัก คือ ปริมาณการพูดคุยกันในครอบครัว
- **การเรียนรู้ภาษาของเด็กเริ่มต้นจากการได้ฟังภาษาพูดบ่อยๆ** บ้านที่ใช้ภาษาพูดคุยกับลูกบ่อยๆ เด็กจะได้ฝึกการฟัง ฝึกความเข้าใจภาษา จำนวนคำศัพท์จะค่อยๆสะสมเพิ่มมากขึ้น
- พ่อแม่จำนวนมาก **ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง** โดยเชื่อว่าการปล่อยให้ลูกอยู่หน้าจอทีวี หรือคอมพิวเตอร์ จะช่วยให้ลูกฉลาดขึ้น พูดได้เร็วขึ้น
- รากฐานของการใช้ภาษาเริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็กเล็กก่อน 3 ปี **เมื่อเด็กอายุ 3 ปี จะมีรากฐานของการสื่อสารที่จำเพาะแล้ว (สไตล์การพูด พูดมาก พูดน้อย)** เช่น ถ้าเด็กมาจากครอบครัวที่ไม่ค่อยมีการพูดคุยเลย เด็กจะเรียนรู้ที่จะอยู่นิ่งๆ ไม่ค่อยถาม ไม่ค่อยพูด
- เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการภาษาล่าช้า **ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข** จะส่งผลถึงช่วงวัยประถม เด็กจะมีปัญหาด้านการเรียนรู้ มีปัญหาการเรียน ทั้งการอ่าน การเขียน และ การคิดคำนวณ **ส่งผลถึงการสำรวจ IQ ในเด็กไทยที่พบว่าเด็กไทยมี IQ ต่ำ**

จากงานวิจัยสู่ภาคปฏิบัติ : แนวทางการเลื่อนไถ่ทางสังคมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

1. **การเสริมพลังครอบครัว** โดยเน้น การสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกภายในครอบครัวและลดปริมาณเวลาการอยู่หน้าจอทีวี/คอมพิวเตอร์
2. **ปรับทัศนคติและให้ความรู้แก่บุคลากรที่ทำงานด้านเด็กเล็ก** โดยให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ใหญ่กับเด็ก
3. **ประชาสัมพันธ์ให้คนในสังคมรับทราบปัญหาและมองเห็นความสำคัญของการร่วมช่วยกันแก้ปัญหา**

- สร้างความตระหนักรู้ในสังคมไทย เรื่อง เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการไม่สมวัย และมีภาษาล่าช้าในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มคงที่ตลอด 15 ปีที่ผ่านมา
- สร้างความตระหนักรู้ เรื่องพัฒนาการภาษาที่ไม่สมวัยส่งผลถึง IQ ของเด็กและทำให้มีปัญหการเรียนรู้ในชั้นประถม ทั้งด้านการอ่าน การเขียน การคำนวณ
- สร้างความตระหนักรู้ว่า **“พ่อแม่ทำได้”** พ่อแม่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการลูกได้ สามารถส่งเสริมภาษาและการรู้หนังสือ ให้ลูกได้ตั้งแต่ช่วงวัยทารก
- บอกเทคนิค วิธีการ ภาคปฏิบัติ ที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน
- ให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงสูง หรือกลุ่มเด็กด้อยโอกาส กลุ่มเศรษฐกิจยากจน กลุ่มเด็กถูกคนงานก่อสร้าง โดยอาจต้องทำงานเชิงรุกเพื่อให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับโอกาสในการได้ยิน ได้ฟังภาษา มากขึ้น การใช้พลังพ่อแม่เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย 15 ปีที่ผ่านมา

จากการทบทวนข้อมูลการรายงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าข้อมูลในระดับประเทศมีค่อนข้างน้อย การรายงานครั้งแรกเริ่มในปี พ.ศ. 2534-2535 มีการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการคัดกรองพัฒนาการเด็กอย่างง่าย ต่อมาครั้งที่สองในปี พ.ศ. 2539-2540 มีรายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ต่อมาในปี 2544 มีการสำรวจโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย ผลการสำรวจทุกครั้งมีข้อสรุปตรงกันว่าเด็กไทยจำนวนมากมีพัฒนาการภาษาและกล้ามเนื้อมัดเล็กค่อนข้างล่าช้า (1) ในปี 2542 กรมอนามัย เริ่มทำการสำรวจพัฒนาการเด็กไทยอย่างต่อเนื่องทุก 3 ปี เก็บข้อมูลในรูปแบบงานวิจัย โดยสุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ ใช้แบบคัดกรองพัฒนาการ Denver 2 กลุ่มตัวอย่างเด็กประมาณ

1600 กว่าคน/ครั้ง ครั้งล่าสุด ปี 2553 ผลการคัดกรองพัฒนาการของเด็กตลอดทั้ง 4 ครั้ง ได้ผลไม่แตกต่างกันมากนัก โดยพบว่าเด็กไทยมีพัฒนาการสมวัยประมาณ 70% และสงสัยพัฒนาการล่าช้าประมาณ 30% (2)

ข้อมูลงานวิจัยสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย จากหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (สุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ/600 คน) (3) และสถาบันเด็กราชชนก ทรินท์ กรมสุขภาพจิต (สุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ/2,079 คน) (4) พบข้อมูลที่ตรงกับผลการสำรวจของกรมอนามัย คือ เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้าค่อนข้างมาก พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กควรต้องได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม พัฒนาการด้านสังคมอารมณ์ และ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 1 :

แสดงข้อมูลงานวิจัยการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย (2,3,4)

หน่วยงาน	ปี	เครื่องมือที่ใช้	ผลที่ได้
กรมอนามัย	2553	Denver 2	สงสัยพัฒนาการล่าช้า 30%
สภาการศึกษา	2550	คู่มือสมรรถนะเด็กไทย 3-5 ปี	พัฒนาการด้านภาษาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก การสังเกต การสนใจสิ่งรอบตัว
สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนก ทรินท์ กรมสุขภาพจิต	2554	แบบประเมินพัฒนาการเด็กกรมสุขภาพจิต	ด้านการใช้ภาษาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา

พัฒนาการภาษาล่าช้าในสัดส่วนที่สูง

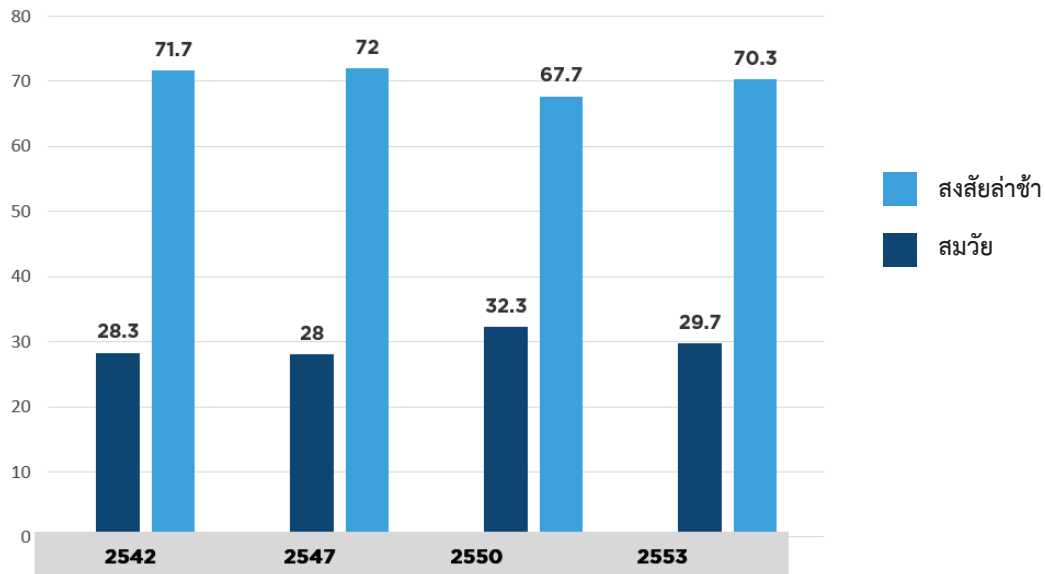
ควรได้รับการส่งเสริมมากขึ้น

ค่าปกติของเด็กไทยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานทั่วไป

การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย จากหลายหน่วยงานได้ผลตรงกัน คือ เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการล่าช้าในสัดส่วนที่สูง โดยพบว่าด้านที่ควรได้รับการส่งเสริม คือ ด้านภาษาและด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก

กราฟที่ 1 :

แสดงพัฒนาการรวม: งานวิจัยสำรวจพัฒนาการเด็กไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542-2555

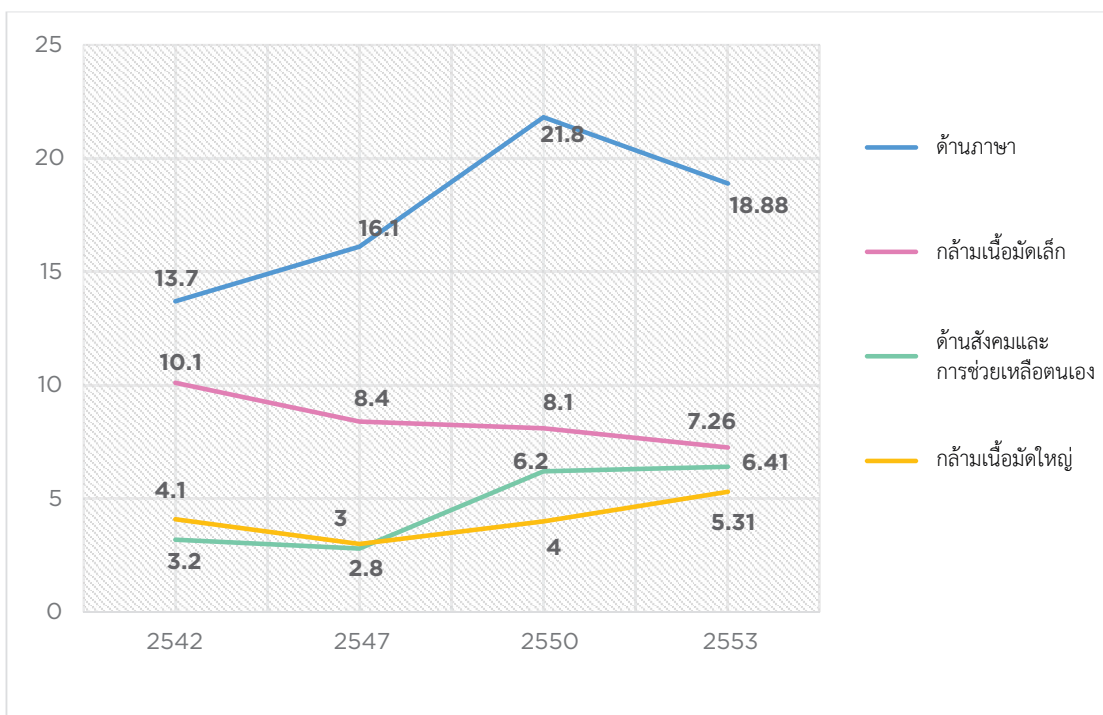


ที่มา: กรมอนามัย 2555

ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยตลอด 15 ปีที่ผ่านมาได้ผลค่อนข้างคงที่ โดยพบว่าเด็กไทยมีพัฒนาการสมวัยประมาณ 70% และสงสัยพัฒนาการล่าช้าประมาณ 30%

กราฟที่ 2 :

แสดงพัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้า: งานวิจัยสำรวจพัฒนาการเด็กไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542-2555



พัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้า	แนวโน้ม 15 ปี
ด้านภาษา	สูงตลอด
กล้ามเนื้อมัดเล็ก	คงที่
ด้านสังคม/การช่วยเหลือตัวเอง	เพิ่มขึ้น 2 เท่า
กล้ามเนื้อมัดใหญ่	คงที่

แนวโน้มตลอด 15 ปีที่ผ่านมา พบว่าเด็กไทยมีพัฒนาการภาษาล่าช้าในสัดส่วนค่อนข้างสูง และไม่ลดลง พัฒนาการด้านอื่นๆ ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคม/การช่วยเหลือตัวเอง ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ พัฒนาการด้านสังคม/การช่วยเหลือตัวเอง ควรต้องมีการเฝ้าระวัง เพราะมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกครั้งที่สำรวจ (เพิ่มมากขึ้นสองเท่าในช่วง 15 ปี)

ที่มา: กรมอนามัย 2555

เกร็ดความรู้ :

เด็กปฐมวัยจะไม่มี การประเมินระดับสติปัญญา หรือ IQ แต่จะประเมินพัฒนาการโดยรวม โดยแบ่งพัฒนาการย่อยเป็น 4 ด้านหลัก คือ 1) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก 2) ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ 3) ด้านภาษา และ 4) ด้านสังคม และการช่วยเหลือตัวเอง

เกร็ดความรู้ : พัฒนาการภาษาในเด็กปฐมวัย

- เด็กเริ่มเรียนรู้ภาษาตั้งแต่อยู่ในท้องแม่ โดยสามารถได้ยินเสียงของแม่ตั้งแต่ในช่วงไตรมาสที่สาม
- การเรียนรู้ภาษาของเด็กเริ่มต้นจากการได้ฟังภาษาพูดคุยๆ บ้านที่ใช้ภาษาพูดคุยกับลูกบ่อยๆ เด็กจะได้ฝึกการฟัง ฝึกความเข้าใจภาษา จำนวนคำศัพท์จะค่อยๆสะสมเพิ่มมากขึ้น (11)
- การเรียนรู้การใช้ภาษาเกิดขึ้นภายในครอบครัว ก่อน เมื่อเด็กอายุ 3 ปี จะมีรากฐานของการสื่อสารที่จำเพาะแล้ว (สไตร์การพูด พูดมาก พูดน้อย) เช่น ถ้าเด็กมาจากครอบครัวที่ไม่ค่อยมีการพูดคุยเลย เด็กจะเรียนรู้ที่จะอยู่นิ่งๆ ไม่ค่อยถาม ไม่ค่อยพูด (12)
- การอ่าน การเขียน เริ่มต้นตั้งแต่วัยทารก ผ่านประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน การพูดคุย นิทานเรื่องเล่า การเรียนรู้สัญลักษณ์และตัวหนังสือเกิดขึ้นก่อนที่เด็กจะอ่านหรือเขียนได้จริง (13)



พัฒนาการภาษาล่าช้าในเด็กปฐมวัยไทยส่งสัญญาณบอกอะไร

การสำรวจพบว่าเด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการภาษาล่าช้า ไม่ได้หมายความว่าเด็กไทย IQ ต่ำลง ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ เป็นเพียงสิ่งที่จะบอกเราว่า เด็กกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะไม่ฉลาด เพราะ เด็กกำลังขาดโอกาสในการเรียนรู้จากสิ่งรอบตัว ความเข้าใจภาษาน้อยกว่า การพูดบอกความต้องการได้น้อยกว่า ทำให้เรียนรู้ได้น้อยกว่า ทำให้ต่อไปอาจจะฉลาดน้อยกว่าเพื่อนๆ

งานวิจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง กับพัฒนาการด้านภาษา ในเด็กปฐมวัย

หน่วยงานที่ทำงานโดยตรงด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็กอายุก่อน 3 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา (14) (Zero to Three - National Center for Infants Toddlers and Families) พบว่าปัจจัยสำคัญหลักที่ส่งผลต่อพัฒนาการทางภาษา คือ เศรษฐฐานะของครอบครัว

งานวิจัยพบว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่เศรษฐกิจต่ำ จะมีจำนวนคำพูดสะสมน้อยกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่เศรษฐกิจสูง โดยช่องว่างนี้จะห่างเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนเมื่ออายุ 3 ปี เด็กที่มาจากครอบครัวที่เศรษฐกิจต่ำจะมีคำพูดน้อยกว่าเด็กในครอบครัวที่เศรษฐกิจสูง ถึง 2 เท่า โดยพบว่าสาเหตุสำคัญหลัก คือ ปริมาณการพูดคุยกันในครอบครัว ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดี จะมีปริมาณการพูดคุยกับเด็กมากกว่าครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำประมาณ 2-3 เท่า (11)



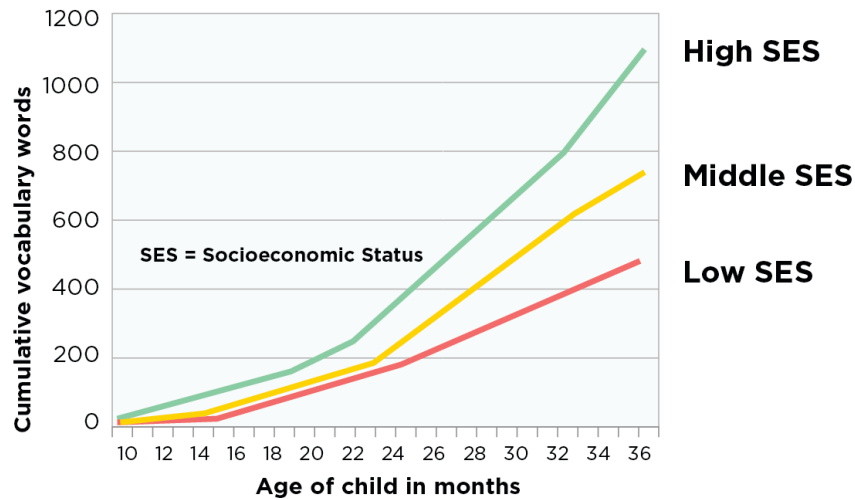
นอกจากปัจจัยเรื่องเศรษฐกิจแล้ว ปัจจุบันเด็กและครอบครัวใช้เวลาอยู่หน้าจอโทรทัศน์และคอมพิวเตอร์เพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจเด็กอายุ 4-16 ปี ที่มา ร.พ.ในสังกัดกองทัพ พบว่าเด็กใช้เวลาดูโทรทัศน์ในช่วงเปิดเทอมเฉลี่ยประมาณ 2-4 ชั่วโมง และพบว่าพ่อและแม่มีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการดูโทรทัศน์ เช่น เชื่อว่าทำให้เด็กฉลาดขึ้น พุดเร็วขึ้น (16)

การมีต้นทุนที่แตกต่างกันตั้งแต่ช่วงวัยทารก และช่องว่างด้านภาษาค่อยๆ ห่างเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลถึงช่วงวัยประถมต้น โดยพบว่าเด็กที่มีภาษาล่าช้า จะมีการเรียนรู้ที่ช้ากว่า และพบมีปัญหาการเรียน คือ การอ่าน การเขียน และการคำนวณ (9, 10)

ปี 2554 องค์กรที่ทำงานด้านเด็กเล็กในประเทศสหรัฐอเมริกา (Zero to Three - National Center for Infants Toddlers and Families) ได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเรื่องการพัฒนาภาษาและส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็ก โดยเน้นให้ความสำคัญกับ การมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ของบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานกับเด็กเล็ก และการให้ความรู้กับพ่อแม่ผ่านสื่อต่างๆ ที่หลากหลาย (14)

กราฟที่ 3:

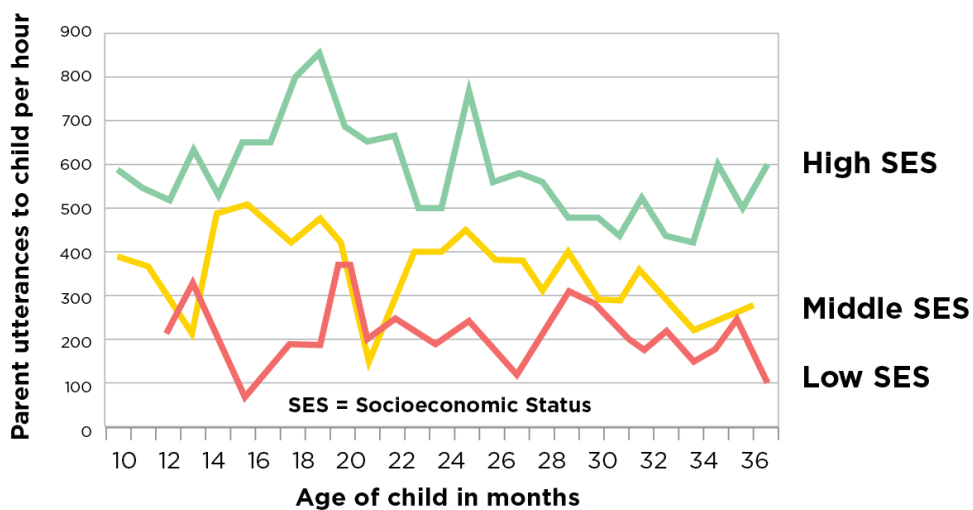
The Gap in Children’s Language Ability Begins Early



ที่มา: A Window to the World, Early Language and Literacy Development, Zero to Three, 2011 (14)

กราฟที่ 4:

The Frequency of Communication Young Children Experience at Home Differs Greatly



ที่มา: A Window to the World, Early Language and Literacy Development, Zero to Three, 2011 (14)

งานวิจัยพบว่ารากฐานของการใช้ภาษาเริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็กเล็กก่อน 3 ปี ปัจจัยหลักที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการภาษาแตกต่างกัน คือ เศรษฐฐานะของครอบครัว เด็กที่มาจากครอบครัวที่เศรษฐฐานะดี พ่อแม่มีเวลาพูดคุยกับลูกมากกว่า เด็กจะมีพัฒนาการด้านภาษาดีกว่า

แผนภาพที่ 1:

ความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการภาษาในเด็กปฐมวัย กับปัญหาการเรียนชั้นประถม



ได้ เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการภาษาล่าช้า เมื่อติดตามไปถึงช่วงวัยเรียน จะพบปัญหาการเรียน ทั้งการอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ

ที่มา: ความบกพร่องของทักษะการเรียนรู้, นิชรา เรื่องดารการนธ์ (9)

ปัญหา พัฒนาการภาษาล่าช้าในเด็กปฐมวัย ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลถึงช่วงวัยเรียน เด็กจะมีปัญหาด้านการเรียนรู้ ความเข้าใจ ส่งผลถึงการสำรวจ IQ ในเด็กไทยที่พบว่าเด็กไทยมี IQ ต่ำ

การคัดกรองและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย: ระบบและกลไกของหน่วยงาน สาธารณสุข

ปัญหาปัจจุบันของงานด้านพัฒนาการเด็กไทย ไม่ได้อยู่ที่การขาดองค์ความรู้ใหม่ๆ แต่ปัญหาสำคัญในขณะนี้ คือ การบริหารจัดการองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริงอย่างเป็นระบบ การพัฒนาระบบบริหารจัดการคลินิกสุขภาพเด็กดีถือเป็นนวัตกรรม ความสำเร็จที่เกิดจากการทำงานวิจัยในระดับมหาวิทยาลัยที่ส่งผลถึงระบบการทำงานในพื้นที่และส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ ฝึกระวังพัฒนาการของเด็กปฐมวัยไทย โดยมีจุดมุ่งหมายให้เด็กได้รับประโยชน์ ได้รับบริการที่มีคุณภาพ เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

ปัญหาในงานด้านพัฒนาการเด็กของไทย ตลอด 15 ปีที่ผ่านมา นอกจากการพบว่าเด็กไทยมีพัฒนาการไม่สมวัยในสัดส่วนค่อนข้างสูงแล้วยังพบปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคใหญ่อีกด้านหนึ่ง คือ การขาดเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่ใช้ได้ง่าย มีความน่าเชื่อถือ และมีค่าปกติที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานของเด็กไทย การสร้างเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก TDSI ถือเป็นนวัตกรรมความก้าวหน้าของการดูแลพัฒนาการเด็กไทย ทำให้สามารถค้นหา คัดกรองเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และให้คำแนะนำเบื้องต้นได้



การพัฒนาระบบบริหารจัดการ คลินิกสุขภาพเด็กดี

ความสำคัญของคลินิกสุขภาพเด็กดี คือ เป็นหน้าด่านในการเฝ้าระวังคัดกรอง ส่งเสริม สุขภาพและพัฒนาการเด็ก ถ้าสงสัยความผิดปกติ สามารถให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดหลาย ๑๐ ปีที่ผ่านมา คลินิกสุขภาพเด็กดียังไม่มีมาตรฐานการทำงานที่ชัดเจน ในขณะที่ความจำเป็นในการให้บริการดูแลเด็กปฐมวัยมีเพิ่มมากขึ้น จำนวนครั้งที่เด็กต้องมารับบริการมีเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาที่ซับซ้อนในทุกๆด้านทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้มารับบริการ และ ปัญหาภาระงานด้านเอกสารข้อมูล

ในปี 2549 - 2554 สถาบันสุขภาพอาเซียน กรมอนามัยและคณะทำงานวิชาการโครงการโรงพยาบาลสายใยรัก ร่วมกันทำงานวิจัยพัฒนาระบบคุณภาพการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี จัดทำมาตรฐานการให้บริการ พัฒนาระบบบริหารจัดการ และคุณภาพบุคลากร โดยเริ่มทดลองนำไปใช้ในจังหวัดน่าน ร่อง มีการนิเทศติดตาม ประเมินปัญหาอุปสรรค จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครชุมชน โครงการวิจัยได้พัฒนาต่อเนื่องมาเป็นระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ

ปัจจุบันเด็กที่เข้ามาใช้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพจะได้รับการดูแลสุขภาพภาวะโภชนาการ การคัดกรองพัฒนาการ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กอย่างเป็นระบบ โดยโครงการต้นแบบนี้ได้ถูกนำเข้าสู่ระบบพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว และเริ่มดำเนินไปยังหลายจังหวัด ในสถานบริการที่มีความพร้อมก่อน

ตัวอย่างกิจกรรม คลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ
1. ซักประวัติ
2. ตรวจร่างกาย - ตรวจร่างกายทั่วไป ประเมินพัฒนาการ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ ความดันโลหิต ช่องปากและฟัน สายตา การได้ยิน
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ระดับความเข้มข้น ของเลือด (เพื่อดูภาวะซีด) ตรวจปัสสาวะ
4. คัดกรองในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง - สารตะกั่ว อื่นๆ
5. การให้วัคซีนป้องกันโรค
6. การจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก
7. การให้คำแนะนำการเลี้ยงดู พัฒนาการ ความ ปลอดภัยในเด็ก และอื่นๆ
8. พบทันตบุคลากร

ที่มา : ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2555

เครื่องมือคัดกรอง พัฒนาการเด็กของไทย - TDSI

เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็กของไทย - TDSI (Thai Developmental Skills Inventory) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่ เป็นแบบคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี นำมาใช้ประเมินพัฒนาการเด็ก 5 ด้าน คือ 1) ด้านการเคลื่อนไหว 2) ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา 3) ด้านความเข้าใจภาษา 4) ด้านการใช้ภาษา 5) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

หลักการของคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ เป้าหมาย คือ เด็ก

แข็งแรง

→ การตรวจร่างกายทั่วไป
การได้รับวัคซีนป้องกันโรค
การตรวจฟัน
การตรวจความดัน ปัสสาวะ
การประเมินภาวะโภชนาการ

เก่ง

→ การตรวจภาวะซีด
การตรวจตา หู
การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ
การคัดกรองออทิสติก

ดี

→ การคัดกรองความฉลาดอารมณ์
โรงเรียนพ่อแม่

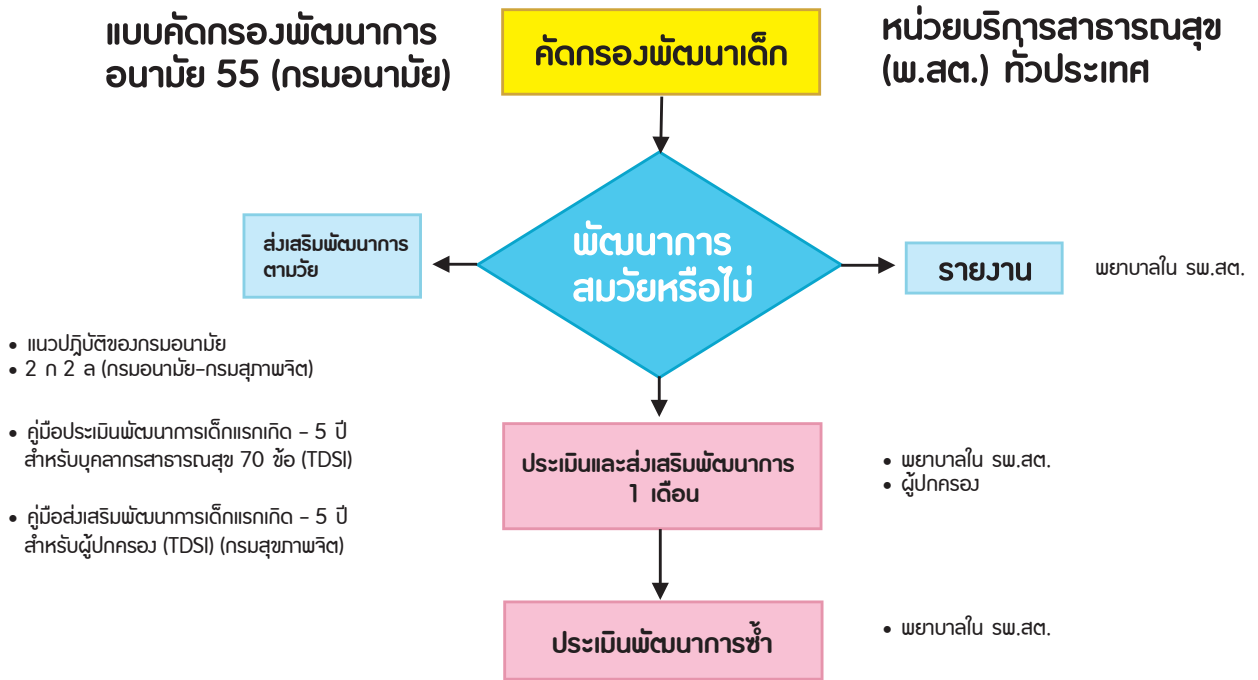
มีความสุข

→ การซักประวัติต่างๆ
การให้คำแนะนำล่วงหน้า

เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็ก TDSI ได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วนงาน ทั้งในภาควิชาการและภาคปฏิบัติในพื้นที่ ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือมีการดัดแปลงเนื้อหาจากเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็กของต่างประเทศ และแบบคัดกรองพัฒนาการเด็กของไทย มีการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยทดสอบหาค่าความตรง ค่าความเชื่อมั่น และเกณฑ์ปกติด้านพัฒนาการของเด็กของไทย

ปัจจุบันได้มีการนำแบบคัดกรองพัฒนาการ TDSI มาใช้ในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยเด็กที่ได้รับการประเมินด้วยแบบคัดกรองเบื้องต้น (อนามัย 55) แล้วพบว่ามีการพัฒนาการไม่สมวัย จะได้รับการประเมินที่ละเอียดขึ้นด้วยแบบคัดกรอง TDSI หลังการประเมินพยาบาล จะบอกผลการประเมินและให้คำแนะนำแก่พ่อแม่แนวทางส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการตามรายละเอียดในคู่มือที่สร้างขึ้นมาพร้อมกัน

กรอบแนวคิดการรณรงค์ส่งเสริมพัฒนาการ เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา มหาราชินี



ที่มา: สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่

จากงานวิจัยสู่ภาคปฏิบัติ : แนวทางการเคลื่อนไหวยทาง สังคมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย

1. การเสริมพลังครอบครัว

เน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวก
และลดปริมาณเวลาที่เด็กและครอบครัวอยู่หน้า
จอทีวี/คอมพิวเตอร์

- การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสามารถทำได้
ง่ายๆ เบื้องต้น คือ การให้พ่อแม่ลงมาใช้เวลา เล่น
กับลูก ให้เวลาพูดคุย รับฟังเด็ก แนวทางเบื้องต้น
ง่ายๆนี้ เป็นเทคนิควิธีการที่พ่อแม่ยุคใหม่หลงลืม
ไป โดยเอาเวลาที่อยู่ในบ้านมาใช้เป็นเวลาในการ
อยู่หน้าจอทีวี หรือ คอมพิวเตอร์ การให้ความ
รู้และปรับทัศนคติ พ่อแม่ให้เห็นประโยชน์ของ

การลงมาเล่นกับลูก พูดคุยกับลูก ว่ามีประโยชน์มากกว่าการปล่อยให้หน้าจอทีวีหรือจคอมพิวเตอร์จึงเป็นสิ่งสำคัญ

2. ปรับทัศนคติและให้ความสำคัญภาคปฏิบัติแก่บุคลากรที่ทำงานด้านเด็กปฐมวัย

- **การบริหารจัดการ** - การมีสัดส่วนครูกับเด็กที่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านการเล่น การใช้ภาษาผ่านสื่อที่หลากหลาย เช่น นิทาน เพลง การเล่นเกม
- **การปรับทัศนคติและให้ความรู้เรื่องเทคนิควิธีการ** - ปรับกระบวนการทัศนใหม่ให้ ครู ผู้ดูแลเด็กมีทัศนคติมองเห็นความสำคัญของการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการภาษาในเด็กทุกคน โดยเฉพาะเด็กที่มาจากครอบครัวเศรษฐฐานะยากจน ซึ่งเด็กอาจจะค่อนข้างเงียบ พูดน้อย เน้นให้ครู ผู้ดูแล

เด็กเรียนรู้เทคนิควิธีการง่ายๆ ที่จะสอดแทรกการเรียนรู้ภาษาเข้าไปในกิจวัตร ชีวิตประจำวัน เช่น ขณะให้เด็กนอนเปลี่ยนผ้าอ้อม หรืออาบน้ำ ก็มีการพูดคุยเล่นกับเด็ก หรือ ใช้วิธีการร้องเพลงเพื่อดึงดูดความสนใจให้เด็กอยู่นิ่งและสนใจกับกิจกรรมที่กำลังทำ

3. ประชาสัมพันธ์ให้คนในสังคมรับทราบปัญหา และมองเห็นความสำคัญของการร่วมช่วยกันแก้ปัญหา

- **สร้างความตระหนักรู้ในสังคมไทย** เรื่อง เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการไม่สมวัย และมีภาษาล่าช้าในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มคงที่ตลอด 15 ปีที่ผ่านมา



- สร้างความตระหนักรู้ เรื่องพัฒนาการภาษาที่ไม่สมวัยส่งผลถึง IQ ของเด็กและทำให้มีปัญหาการเรียนในชั้นประถม ทั้งด้านการอ่าน การเขียน การคำนวณ
- สร้างความตระหนักรู้ว่า **“พ่อแม่ทำได้”**
พ่อแม่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการลูกได้ สามารถส่งเสริมภาษาและการรู้หนังสือ ให้ลูกได้ตั้งแต่ช่วงวัยทารก
- **บอกเทคนิค** วิธีการ ภาคปฏิบัติ ที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน
- **ให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงสูง** หรือกลุ่มเด็กด้อยโอกาส กลุ่มเศรษฐฐานะยากจน กลุ่มเด็กลูกคนงานก่อสร้าง โดยอาจต้องทำงานเชิงรุก เพื่อให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับโอกาสในการยืม ได้ฟังภาษา มากขึ้น การใช้พลังพ่อแม่เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ

ตัวอย่างวลี

ที่สามารถนำมาใช้ในการประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวก ในภายในครอบครัว

- เอาทีวีออกไป เอาลูกรักกลับคืนมา !!
- อยากรู้ให้ลูกเก่ง อยากรู้ให้ลูกฉลาด เล่นกับลูกทุกวัน !!
- วันนี้คุณเล่นกับลูกแล้วหรือยัง !!
- เด็กอารมณ์ดี เป็นเด็กฉลาด !!
- การเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย
3 ล : เล่น เรียนแบบ ลงมือทำ

ที่มา: คลินิกพัฒนาการเด็ก สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว

การแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กไทยไม่สมวัย สามารถทำเบื้องต้นโดยการสร้างค่านิยมใหม่เรื่องลดปริมาณเวลาที่เด็กและครอบครัวอยู่หน้าจอทีวี/คอมพิวเตอร์ และเน้นการเพิ่มปฏิสัมพันธ์เชิงบวกภายในครอบครัว



การพัฒนากระบวนการเรียนรู้: ทางออกของการพัฒนา ศักยภาพเด็กไทย

ตลอดเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยมุ่งเป้าหมายการศึกษาไปเพื่อ “การเรียนรู้” เป็นสำคัญ ซึ่งตามความเป็นจริงแล้ว “การเรียนรู้” และ “การเรียนรู้” ไม่ใช่เรื่องเดียวกัน เพราะการเรียนรู้คือการสอน “ตัวความรู้ (Knowledge)” ซึ่งไม่มีทางสอนได้หมด เพราะความรู้มีอยู่ทุกที่ทุกเวลาและเกิดใหม่ทุกวัน การสอนให้เด็กได้รับความรู้จึงเป็นวิธีคิดที่ไม่เป็นจริง ต่างกับการสอนที่สอนให้เด็ก “เรียนรู้” ซึ่งจะเป็นการปลูกฝังให้เด็กรักที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ตลอดเวลาไปจนตลอดชีวิต แต่ดูเหมือนว่าที่ผ่านมาประเทศไทยพุ่งเป้าลงทุนทางการ

ศึกษาเพื่อการเรียนรู้เป็นสำคัญ โดยงบการศึกษาถูกใช้ไปจำนวนมากเพื่อการศึกษาในห้องเรียน ค่าจ้างครูและอื่นๆ โดยในช่วงเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา งบประมาณที่กระทรวงศึกษาธิการได้รับเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จนปัจจุบัน (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552) สัดส่วนงบประมาณการศึกษาต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (จีดีพี) อยู่ที่ร้อยละ 4 และคิดเป็นร้อยละ 20 ของงบประมาณรวมของประเทศไทย และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่นักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการสูงกว่าประเทศไทย อย่างเช่น ประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ พบว่าสัดส่วนงบประมาณด้านการศึกษาของไทยสูงกว่าประเทศเหล่านี้ ดังแสดงในแผนภาพ 1

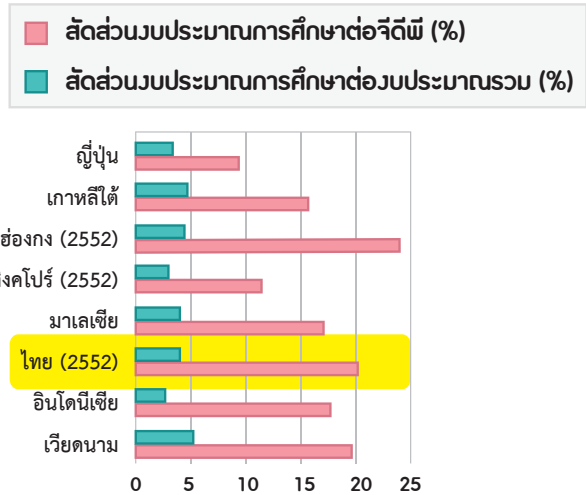
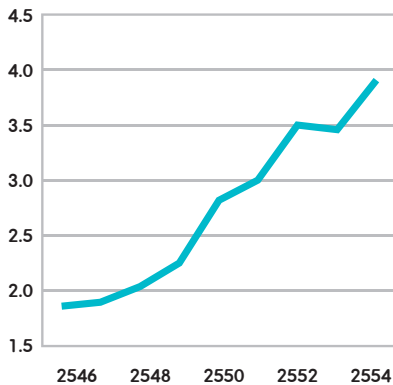
แผนภาพที่ 1:

สัดส่วนร้อยละงบประมาณด้านการศึกษาต่อจีดีพี และต่องบประมาณรวมของประเทศไทย เปรียบเทียบกับประเทศในเอเชีย

ระบบการศึกษาไทยใช้งบประมาณมาก

งบประมาณกระทรวงศึกษาธิการ

หน่วย: แสบล้าน



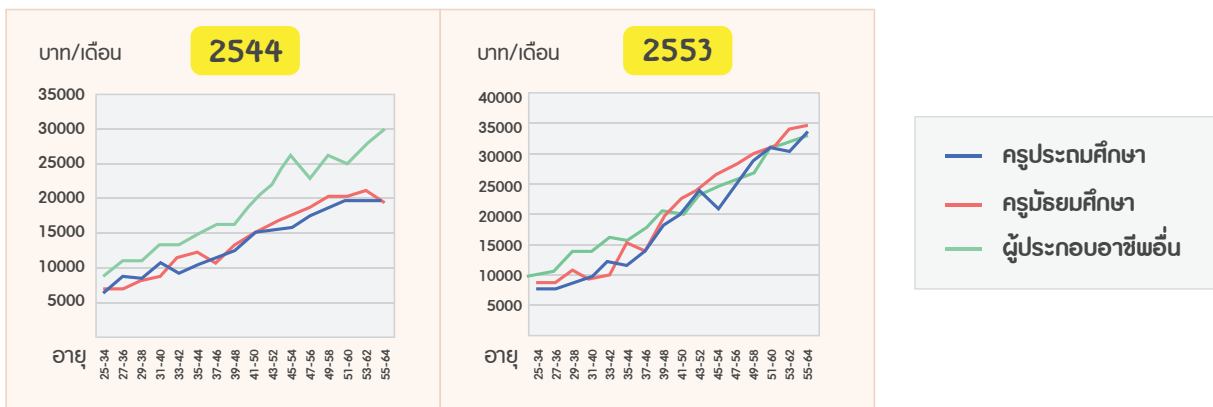
ที่มา: สำนักงบประมาณ (ไทย) และธนาคารโลก อ้างถึงใน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

นอกจากนี้ข้อมูลจากผลการศึกษาโครงการวิจัยยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการศึกษา (ทีดีอาร์ไอ) (<http://tdri.or.th/priority-research/educationreform>) พบว่า รายได้ต่อเดือนของครูที่มีวุฒิการศึกษา ระดับปริญญาตรีและสอนในโรงเรียนของรัฐ ในปีพ.ศ. 2544 ครูมีเงินเดือนเฉลี่ยประมาณ 15,000 บาท แต่สิบปีต่อมา คือ ปีพ.ศ. 2553 พบว่าครูมีเงินเดือนเฉลี่ยประมาณ 25,000 บาท ซึ่งเท่ากับหรือสูงกว่าเงินเดือนเฉลี่ยของคนประกอบอาชีพอื่นๆ ดังแสดงในแผนภาพ 2

แผนภาพที่ 2:

เงินเดือนเฉลี่ยของครูสอนระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และผู้ประกอบอาชีพอื่น ในปี พ.ศ. 2544 และพ.ศ. 2553

ครูได้ค่าตอบแทนไม่น้อยกว่าอาชีพอื่น



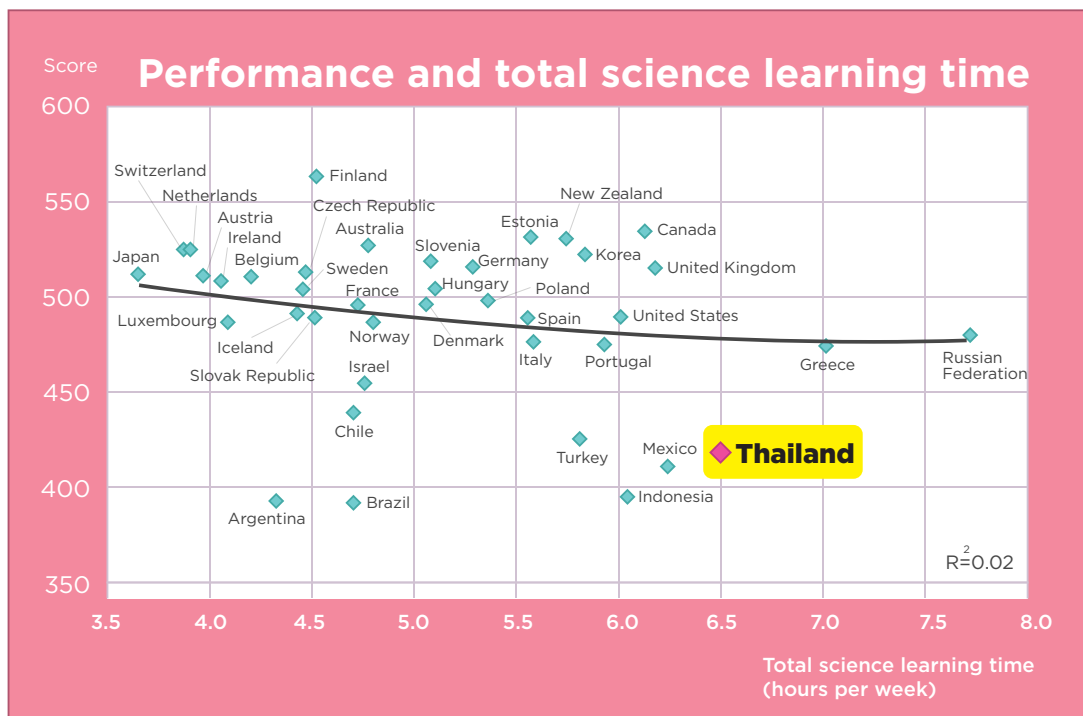
นอกจากนี้ การศึกษาไทยยังให้ความสำคัญกับชั่วโมงการเรียนการสอนในห้องเรียน ปัจจุบัน ประเทศไทยจัดการศึกษาตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 อันประกอบไปด้วย 8 กลุ่มสาระการเรียนรู้ นักเรียนประถมศึกษาถูกกำหนดให้เรียนไม่เกิน 1,000 ชั่วโมงต่อปี ระดับชั้นมัธยมต้น ถูกกำหนดให้ไม่เกิน 2,000 ชั่วโมงต่อปี และระดับชั้นมัธยมปลายรวม 3 ปี ถูกกำหนดให้เรียนไม่น้อยกว่า 3,600 ชั่วโมง ซึ่งถือเป็นเวลาที่มากเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ที่มีชั่วโมงเรียนเฉลี่ยประมาณ

700-800 ชั่วโมงต่อปีเท่านั้น และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบจำนวนชั่วโมงเรียนของนักเรียนไทยและนักเรียนในกลุ่มประเทศ OECD กับผลการประเมินนักเรียนระหว่างชาติ (PISA) ดังแสดงในแผนภาพ 3 พบว่า นักเรียนไทยใช้เวลาเรียนวันละ 6.5 ชั่วโมง แต่ได้คะแนนวิชาการอ่าน คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ เฉลี่ยประมาณ 420 คะแนน ขณะที่นักเรียนจากประเทศญี่ปุ่นใช้เวลาเรียนวันละประมาณ 3.6 ชั่วโมง แต่นักเรียนได้คะแนนเฉลี่ย 525 คะแนน

แผนภาพที่ 3:

จำนวนชั่วโมงเรียนต่อวันและคะแนนเฉลี่ยการประเมินผลระหว่างชาติ (PISA) ของนักเรียนไทยและนักเรียนประเทศต่างๆ

นักเรียนใช้เวลาเรียนมาก แต่ผลสัมฤทธิ์ต่ำ



ที่มา: OECD (2009) อ้างถึงใน สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

■ ลงทุนมากแต่ไม่ได้ผล

ผลการประเมินคุณภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานหรือเอ็นที ในนักเรียนชั้น ป.3 ปีการศึกษา 2555 โดยใช้แนวทางในการประเมินผลนักเรียนระหว่างชาติหรือ PISA โดยเน้นการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านภาษา การคำนวณ และด้านเหตุผล พบว่า นักเรียนชั้นป.3 ได้คะแนนเฉลี่ยไม่ถึงครึ่งในทุกด้าน กล่าวคือ ด้านภาษา คะแนนเฉลี่ย 42.94 ด้านคำนวณ คะแนนเฉลี่ย 37.45 และด้านเหตุผล คะแนนเฉลี่ย 45.92 (สพฐ. เสนอผลสอบเอ็นที เด็ก ป.3, ข่าวสดออนไลน์: 22 มีนาคม 2556) สอดคล้องกับผลการศึกษาแนวโน้มผลสัมฤทธิ์วิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ระหว่างชาติ ที่ประเมินความรู้ความเข้าใจในวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ของนักเรียนเกรด 4 และ 8 ใน 48 ประเทศ ผลการประเมินนักเรียนเกรด 8 (ชั้น ม.2) พบว่านักเรียนไทยมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 วิชา ต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย (500 คะแนน) กล่าวคือนักเรียนไทยได้คะแนนคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์เพียง 441 และ 471 คะแนน



■ สาเหตุผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการต่ำ

1. คุณภาพครู

ครูไทยจำนวนหนึ่งมีพื้นฐานความรู้ไม่เพียงพอ อาชีพครูไม่สามารถดึงดูดให้คนเรียนเก่งเข้ามาเรียนในคณะครุศาสตร์ ศึกษาศาสตร์ แม้ว่าจะมีการปฏิรูปหลักสูตรเนื้อหาและกระบวนการฝึกหัดครูเพื่อให้ได้ครูที่มีความรู้และทักษะในการสอนนักเรียน และยังหาวิธีการต่างๆ เพื่อดึงดูด สร้างเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพครู เช่น โครงการคัดเลือกนักเรียนที่เรียนเก่งมาเรียนในวิชาชีพ

ครู เปิดหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพครูหลังจบปริญญาตรี 1 ปี แต่ไม่เกิดผลสัมฤทธิ์มากนัก ขณะเดียวกัน ครูไทยจำนวนหนึ่งถูกวิพากษ์ว่าบกพร่องด้านคุณธรรม จริยธรรม จึงส่งต่อคุณภาพของนักเรียน เช่น ปัญหาการขาดความรับผิดชอบของครู ครูไม่ชวนช่วยเรียนรู้ที่จะจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ ยังคงใช้วิธีการสอนแบบบรรยายหน้าชั้นเรียนอย่างเดียว ไม่พัฒนาเพิ่มพูนความรู้ใหม่ๆ ครูบางคนเก็บความรู้ เนื้อหาสำคัญหรือข้อสอบไว้สอนพิเศษ ครูบางส่วนมุ่งเน้นการทำผลงานเพื่อนำไปขอเลื่อนวิทยฐานะ และปล่อยให้เด็กเรียนตามยถากรรม



2. หลักสูตรและการเรียนการสอน

ครูใช้เวลาส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70 ของเวลาเรียนแต่ละคาบไปกับการสอนหรือบรรยาย ให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจเนื้อหาตามมาตรฐาน และตัวบ่งชี้ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร และครูใช้เวลาเพียงร้อยละ 30 ในการทำกิจกรรม หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน ถูกกำหนดให้เรียน 8 กลุ่มสาระวิชา ใช้เวลาเรียน 1,000 – 3,600 ชั่วโมงต่อปี ขึ้นอยู่กับระดับชั้นเรียน ขณะที่ประเทศส่วนใหญ่ กำหนดเวลาเรียนที่ 600-800 ชั่วโมงต่อปี จึงเป็นภาระที่เด็กไทยต้องเรียนตลอดทั้งวัน ส่งผลให้เด็กเกิดภาวะความเครียด ความกดดัน ไม่มีความสุขกับการเรียนรู้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

คุณภาพชีวิตเด็ก 2556

3. ผู้เรียน

ผลสำรวจระดับเขavnปัญญา (ไอคิว) และพัฒนาการของเด็กไทย โดยเฉพาะช่วงปฐมวัย และวัยเรียนซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนาทุนมนุษย์ (อายุ 6-12 ปี) พบว่าร้อยละ 28 ของเด็กกลุ่มนี้มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า 90 และร้อยละ 40 ของเด็กกลุ่มนี้มีระดับสติปัญญาหรือความฉลาดในระดับปานกลาง (ค่าความฉลาดปานกลางอยู่ที่ 90-110) ขณะที่เด็กในระบบการศึกษามีความหลากหลาย เด็กบางกลุ่มต้องการการดูแลเป็นพิเศษ พบว่ามีมากถึงร้อยละ 20 แบ่งเป็น 5 กลุ่มดังนี้

65

1. กลุ่มที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ หรือแอลดี ประมาณร้อยละ 10-15
 2. กลุ่มเด็กสมาธิสั้นมีประมาณร้อยละ 8
 3. กลุ่มเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ ประมาณร้อยละ 5
 4. กลุ่มเด็กออทิสติก พบ 1 ใน 88 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.13 และ
 5. กลุ่มเด็กที่มีความพิการทางกายได้แก่ หู หนวก ตาบอด ร่างกายพิการ รวมถึงบกพร่อง ทางสติปัญญา คิดเป็นร้อยละ 2
- ซึ่งเด็กทั้ง 5 กลุ่มนี้อาจจะมีความบกพร่องทับซ้อน กันบ้าง แต่โดยรวมแล้วมีประมาณร้อยละ 20

ครูมีความรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยมาก และไม่รู้จักวิธีการพัฒนาส่งเสริมพัฒนาเด็กกลุ่มพิเศษ ขณะที่สถานศึกษาไม่มีระบบการประเมินหรือการ คัดกรองที่มีประสิทธิภาพ จึงจัดกระบวนการเรียน การสอนเหมือนกันทั้งชั้น เด็กพิเศษเหล่านี้จึงไม่ได้ รับการส่งเสริมพัฒนาที่เหมาะสม เรียนอย่างไม่มี ความสุข ผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการต่ำ เพื่อหน่วยการ เรียน หนีเรียน แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เรียกร้อง ความสนใจหรือออกกลางคันในที่สุด

4. การจัดสรรทรัพยากร การศึกษา

นโยบายการจำกัดอัตรากำลังพล ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2543 ส่งผลให้ตำแหน่งครูที่เกษียณอายุ ราชการ ไม่ได้รับการบรรจุแต่งตั้งทดแทน ทำให้ เกิดการควมรวมชั้นเรียน โรงเรียนขนาดเล็กได้ รับผลกระทบมากกว่าโรงเรียนขนาดใหญ่ อีกทั้ง มีความเหลื่อมล้ำด้านการจัดสรรงบประมาณ จำยตามรายหัวนักเรียน โรงเรียนขนาดใหญ่มี ศักยภาพในการระดมทุนจากหลายด้าน ยังได้รับ งบประมาณสูงกว่าโรงเรียนขนาดเล็กมีเด็กน้อย

ผู้ปกครองมีฐานะยากจน ไม่สามารถระดมทุนมา ให้การสนับสนุนกิจการของโรงเรียนได้มากนัก จึง เป็นการตอกย้ำให้โรงเรียนขนาดเล็กขาดเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการพัฒนาการเรียนการ สอน

การพัฒนาการเรียนรู้: ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อ การพัฒนาการศึกษาไทย

ผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการของเด็กไทย ที่ตกต่ำอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับงบประมาณ ด้านการศึกษาที่เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และสวนทางกับจำนวนวิชาและ จำนวนชั่วโมงเรียนที่เด็กไทยต้องเรียนมากกว่า ประเทศอื่นๆ ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการ ศึกษาของชาติ เช่น นักการเมือง ผู้บริหาร ระดับนโยบาย นักวิชาการ ผู้ปกครอง รวมถึง เจ้าของกิจการต่างๆ ออกมาเรียกร้องให้มีการ ปฏิรูปการศึกษาไทยอย่างจริงจัง อาทิ นายแพทย์ ประเวศ วะสี (2552: 24) ได้วิพากษ์ถึงการ ศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษาของไทยว่า **“การศึกษาทุกวันนี้เอาวิชาเป็นตัวตั้ง จึงแยก ส่วนจากความจริงของชีวิตและการอยู่ร่วมกัน การปฏิรูปการศึกษาที่สำคัญคือ การปฏิรูป แนวคิดของการเรียนรู้ จากการเอาวิชาเป็น ตัวตั้งมาเป็นการเอาชีวิตและการอยู่ร่วมกัน เป็นตัวตั้ง ลดการเรียนจากการท่องหนังสือ ซึ่งได้ผลน้อยและคับแคบ ไปเป็นเรียนรู้จาก ประสบการณ์และการปฏิบัติให้มากขึ้น ซึ่งจะสามารถพัฒนาสติปัญญาและทักษะได้กว้าง ขวางครอบคลุมมากกว่า ที่เรียกว่า ทักษะ สำหรับศตวรรษที่ 21 นั้น ต้องเรียนรู้บนฐาน ของการปฏิบัติจริงและสอดคล้องกับแนวคิดของ บุญเลิศ มาแสง (อ้างถึงในประเวศ วะสี, 2552: 24)**

การเรียนการสอนที่เน้นการท่องวิชา ทำให้เยาวชนแปลกแยกจากชุมชนท้องถิ่นของตนเอง ไม่เป็นไปเพื่อความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น การจัดการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ควรส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น โดยลดการเรียนในห้องเรียนลงให้มากให้นักเรียนเรียนรู้จากแหล่งเรียนรู้ในชุมชนอย่างหลากหลาย โดยเน้นที่การปฏิบัติจริง

ผลจากการจัดการศึกษาที่ไม่สะท้อนถึงต้นทุนดังกล่าวเน้นย้ำให้เห็นว่าประเทศต้องเปลี่ยนวิธีคิดในการสร้างการศึกษาให้เป็นเรื่องของ “กระบวนการที่จะกระตุ้นให้เด็กกระตือรือร้นที่จะตั้งคำถาม และกระตุ้นความอยากรู้อยากเห็นของเด็กเป็นสิ่งสำคัญ” โดยสนับสนุนให้เกิดสิ่งต่างๆ เพื่อการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของเด็กไปจนถึงตลอดชีวิตดังนี้

1. สนับสนุนให้มีการยกเลิกกลุ่มสาระการเรียนรู้ของหลักสูตรเดิมซึ่งมีอยู่ 8 กลุ่ม และยกράงกลุ่มสาระการเรียนรู้ใหม่ที่ครอบคลุมการเรียนรู้ในประเด็นสำคัญ อันได้แก่ ภาษาและวัฒนธรรม (Language and Culture) วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิศวกรรม และคณิตศาสตร์ (Sciences, Technology, Engineering and Mathematic) หรือ STEM การดำรงชีวิตและโลกของงาน (work Life) ทักษะสื่อและการสื่อสาร (Media Skill and Communication) และสังคมและมนุษยศาสตร์ (Society and Humanity) รวมทั้งขอให้ลดเวลาการเรียนในชั้นเรียนลงและเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้ผ่านกิจกรรมนอกห้องเรียนมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

2. กิจกรรมการเรียนรู้คือส่วนที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะ

จะเป็นด้านการรู้คิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และทักษะการกระทำ (Psychomotor) ดังนั้นครูต้องเพิ่มกระบวนการเรียนรู้โดยผ่านโครงการ (Project Base) เน้นกระบวนการประชาธิปไตย คุณธรรม จริยธรรมในมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในรายงานการวิจัยยุทธศาสตร์การปฏิรูปการศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อสร้างความรับผิดชอบ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (tdri.or.th, 20 มิ.ค. 2556) ที่เสนอให้มีการปฏิรูปการเรียนรู้โดยลดจำนวนชั่วโมงการเรียนในห้องเรียน และเพิ่มกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายให้เหมาะสมกับการพัฒนาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 เช่น การเรียนรู้ผ่านโครงการและการแก้ปัญหา มีการใช้เทคโนโลยี (ICT) ในการหาความรู้ด้วยตนเอง พัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการคิดขั้นสูง (Constructivism) และการเรียนรู้ผ่านเครือข่าย (Connectivism) นอกจากนี้หลักสูตรควรมีความยืดหยุ่น แต่ละโรงเรียนสามารถพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับบริบทของตนได้

3. การพัฒนาการเรียนรู้ของเด็กนั้นมีครูผู้สอนเป็นตัวแปรสำคัญที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการสอนของครูต้องปรับเปลี่ยนจากการเป็นผู้สอนความรู้ให้แก่เด็กให้กลายเป็นผู้เอื้ออำนวยให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ กระตุ้นให้เด็กกระตือรือร้นที่จะตั้งคำถามและกระตุ้นความอยากรู้อยากเห็นอันเป็นธรรมชาติตามวัยของเด็ก โดยผ่านกิจกรรมโครงการและกิจกรรมต่างๆ แทนการสอนบรรยายหรือการสอนหนังสือเพียงอย่างเดียว





อนาคตเด็ก อนาคตไทย การวิเคราะห์สถานการณ์ เด็กไทยวัย 6 - 12 ปี

“We are guilty of many errors and many faults, but our worst crime is abandoning the children, neglecting the foundation of life. Many of the things we need can wait. The child cannot. Right now is the time his bones are being formed, his blood is being made and his senses are being developed. To him we cannot answer “Tomorrow”. His name is “Today”.”

Gabriela Mistral, 1948

“เราเสียใจจากความผิดพลาดหลายอย่างที่เกิดขึ้น แต่สิ่งที่แย่ที่สุดน่าจะมาจากการละเลยปัญหาเด็ก ทอดทิ้งพัฒนาการของชีวิต หลายสิ่งหลายอย่างที่เรากำลังต้องการ เราสามารถรอได้ แต่เด็กรอไม่ได้ ณ ปัจจุบันกระดูกของเด็กกำลังก่อตัวขึ้น เลือดของเด็กกำลังถูกสร้าง และระบบประสาทสัมผัสกำลังพัฒนา

สำหรับเด็กเรารอจนถึงพรุ่งนี้ไม่ได้ เพราะเวลาของเขาคือวันนี้”

เกเบรียล มิสตรา 2491

อ อนาคตเด็กคืออนาคตของชาติ ทุกประเทศทั่วโลกจึงต่างให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพของเด็กที่มีแนวโน้มลดลงอันเนื่องจากการลดลงของอัตราการมีบุตร จากรายงานของกระทรวงมหาดไทย ระบุว่าสิ้นปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 6-12 ปี จำนวน 5.6 ล้านคน แบ่งเป็นเพศชาย 2.88 ล้านคน เพศหญิง 2.73 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย,

2555) เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้เกือบทั้งหมดอยู่ระหว่างการเรียนในระดับประถมศึกษา ทำให้นอกจากพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ครูและเพื่อนที่โรงเรียนมีบทบาทอย่างมากต่อสุขภาพของเด็กในวัยนี้

ประชากรในวัยนี้มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญาการเรียนรู้ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมค่อนข้างมาก ดังนั้นการวิเคราะห์ถึงปัญหาและโอกาสในการพัฒนาคุณภาพเด็กวัยนี้

จึงมีความเกี่ยวข้องทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และพัฒนาการทางสังคม โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรเด็กโตและวัยรุ่น (6-25 ปี) ซึ่งจะแล้วเสร็จในปลายปี พ.ศ. 2556 เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานในโครงการวิจัยดังกล่าว ซึ่งเริ่มต้นด้วยการทบทวนสถานการณ์ด้านสุขภาพของเด็กไทยโดยใช้ข้อมูลการศึกษาภาระโรค การสำรวจสุขภาพด้วยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1-4 และวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์และร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกมาตรการที่ควรสนับสนุนในระดับชาติทั้งที่เกี่ยวข้องกับกรอบการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานอื่นๆ

ผลการวิจัยนี้ระบุว่า ปัญหาด้านสุขภาพของเด็กในวัย 6-12 ปี ที่สำคัญได้แก่ ภาวะโภชนาการพร่อง ภาวะโภชนาการเกิน การจมน้ำ ความรุนแรง ปัญหาความผิดปกติทางสายตา และการมองเห็น การเรียนรู้ ดิจิทัลเกม เอกสารฉบับนี้ได้วิเคราะห์ถึงปัญหา โดยให้นิยาม ความสำคัญ สาเหตุ มาตรการรับมือในปัจจุบัน และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา และให้ข้อสรุปภาพรวมในส่วนสุดท้ายของรายงาน



1 โภชนาการพร่อง

ข้อเท็จจริงของความหิว

(Barton, Barrow, Berthiaume, Rewe, & Dey, 2004)

- ในแต่ละปีความหิวและภาวะโภชนาการพร่องฆ่าประชากรโลกมากกว่าโรคเอตส์ มาลาเรีย และวัณโรครวมกัน หรือมากกว่าผู้เสียชีวิตในสงครามโลกครั้งที่ 1 เสียอีก โดยประมาณได้ว่ามีคนเกือบ 10 ล้านคนที่เสียชีวิตแต่ละปีจากความหิวและภาวะโภชนาการพร่อง

- มีคนทั่วโลกกว่า 800 ล้านคนที่ต้องเข้านอนพร้อมกับความหิว ทั้งที่โลกผลิตอาหารเกินเพียงพอที่จะเลี้ยงคนทั้งโลก

- การเสริมโภชนาการในมารดาที่ตั้งครรภ์ช่วยลดโอกาสทารกคลอดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ได้ถึง 1 ใน 3

• คำนิยาม:

ในการสำรวจสุขภาพประชาชนใช้เกณฑ์อ้างอิง น้ำหนัก ส่วนสูง ของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ระบุว่า ภาวะเตี้ยคือมีส่วนสูงน้อยกว่าสองเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนักมาตรฐานของเด็กวัยเดียวกัน ภาวะผอมคือมีน้ำหนักน้อยกว่าสองเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนักมาตรฐานของเด็กวัยเดียวกัน (วิชัย เอกพลากร, มปป) อย่างไรก็ตามภาวะเตี้ยและผอมเป็นการสะท้อนถึงภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง ซึ่งอาจไม่สะท้อนปัญหาการขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น ธาตุ

เหล็กหรือไอโอดีน หรือภาวะทุพโภชนาการชนิดเฉียบพลันที่เกิดจากการเจ็บป่วยชนิดเฉียบพลัน เช่น ลำไส้อุดตัน

● 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.) ทั้งนี้จากการสำรวจสุขภาพยังพบว่าภาวะเตี้ยมีความสัมพันธ์ต่อระดับเขาวัวปัญญา กล่าวคือ เด็กไทยที่เตี้ยหรือค่อนข้างเตี้ยมีค่าเฉลี่ยระดับเขาวัวปัญญาต่ำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์หรือสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ม.ป.พ.) นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าปัญหาการขาดสารไอโอดีนและภาวะโลหิตจางมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ (Azizi F et al., 1995; Sachdev H, Gera T, & P, 2005)

● สาเหตุของปัญหา:

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 ระบุว่า 1 ใน 5 ของเด็กอายุ 6-14 ปี กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ โดยมีมือเข้าเป็นมือที่งอมากที่สุด น้อยกว่าครึ่งกินผักและผลไม้มากกว่าข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ภาวะโภชนาการพร่องมีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง เด็กในครอบครัวที่ยากจนและอาศัยในชนบทมีปัญหภาวะโภชนาการพร่องมากกว่าเด็กในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดีหรืออาศัยในเมือง นอกจากนี้ยังพบว่าวัฒนธรรมการบริโภคอาหารแบบตะวันตกส่งผลให้เด็กไทยมีความเสี่ยงในการได้รับสารอาหารที่จำเป็นไม่ครบถ้วน (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ม.ป.พ.)

● มาตรการรับมือในปัจจุบัน:

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 รัฐบาลเริ่มโครงการอาหารกลางวันให้กับเด็กอายุ 3-12 ปี (พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา, 2535) และโครงการนมโรงเรียน (สำนักงานโครงการอาหารกลางวัน, 2556) ให้กับเด็ก 3-9 ปี เพื่อให้เด็กที่เข้าถึงอาหารและได้รับสารอาหารที่จำเป็น นอกจากนี้มีโครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย (สำนักโภชนาการ, 2556) ให้กับเด็กอายุ 6-17 ปี ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกรมอนามัย สำนักงานสนับสนุนกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและสมรรถนะของ อปท. โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก บ้านรับเลี้ยง ชุมชน และภาคีเครือข่ายพัฒนาพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ ทำให้เด็กทารก เด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยเรียน มีภาวะโภชนาการสมวัย

● ปัญหาและอุปสรรค:

ปัญหาการขาดประสิทธิภาพ ขาดแคลนงบประมาณ ทุจริตและขาดระบบตรวจสอบและควบคุมคุณภาพในการดำเนินนโยบายอาหารกลางวันและนมโรงเรียน ส่งผลให้เด็กไทยได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่เพียงพอ โดยพบว่าโรงเรียนหลายแห่งใช้วิธีประกวดราคาให้ได้อาหารกลางวันและนมโรงเรียนที่มีต้นทุนต่ำที่สุด โดยไม่มีการตรวจสอบคุณภาพและคุณค่าทางโภชนาการรวมถึงความต้องการของเด็กนักเรียน นอกจากนี้การขาดความตระหนัก ข้อจำกัดด้านเวลาและค่านิยมของผู้ปกครองที่จะให้ความสำคัญกับการเตรียมอาหารหรือควบคุมการรับประทานนมของเด็กล้วนส่งต่อภาวะโภชนาการพร่องในเด็กกลุ่มนี้ (จอมขวัญ โยธาสุมุทร et al., 2555)

• ข้อเสนอแนะ:

1. ปฏิรูประบบการบริหารจัดการ (ตั้งแต่การตั้งงบประมาณ การจัดสรรเงิน ตรวจสอบและควบคุมคุณภาพ รวมถึงประเมินผลกระทบ) ของนโยบายอาหารกลางวันและนมโรงเรียนของประเทศไทย เพื่อให้มั่นใจได้ว่าเด็กไทยได้รับการดูแลได้รับประทานอาหารและนมโรงเรียนที่มีคุณภาพตอบสนองต่อปัญหาโภชนาการของเด็กตามวัยและท้องถิ่น และปราศจากการทุจริตและคอร์รัปชันในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานตามนโยบายนี้

2. ให้มีวิจัยเพื่อติดตามภาวะโภชนาการของเด็กในวัยนี้อย่างใกล้ชิด รวมถึงการประเมินประสิทธิผลของมาตรการต่างๆ ที่ใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยจัดให้มีงานวิจัยในระดับพื้นที่ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพราะปัญหาด้านโภชนาการน่าจะมีความแตกต่างตามสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่น

2 โภชนาการเกิน

โรคที่มีสาเหตุจากความอ้วน

ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียค่ารักษาพยาบาลในประเทศไทยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เบาหวาน คิดเป็น 3.4 พันล้านบาท หัวใจขาดเลือด 1.1 พันล้านบาท และมะเร็งลำไส้ 340 ล้านบาท และยังมีผลกระทบต่อแรงงานและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร คิดเป็นมูลค่า 6.6 พันล้านบาท จะเห็นได้ว่าโรคอ้วนมิได้ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขเท่านั้นแต่ยังส่ง

ผลกระทบต่อการผลิตในระบบเศรษฐกิจ ดังนั้นทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน ควรร่วมมือกันแก้ไขปัญหาโรคอ้วนให้มีประสิทธิภาพ (ไพบูลย์ พิทยาเจียรอนันต์ et al., 2554)

• คำนิยาม:

เกณฑ์ในการนิยามภาวะโภชนาการเกินสามารถแบ่งได้เป็น ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ภาวะน้ำหนักเกินคือการที่เด็กมีน้ำหนักมากกว่าสองเท่าแต่ไม่ถึงสามเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนักมาตรฐานของเด็กวัยเดียวกัน ส่วนภาวะอ้วนมีน้ำหนักมากกว่าสามเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ม.ป.พ.)

• ความสำคัญของปัญหา:

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 เด็กกลุ่มอายุ 6 – 14 ปี พบความชุกของภาวะโภชนาการเกินสูงถึงร้อยละ 9.7 โดยสูงชันกว่าการสำรวจในปี พ.ศ. 2544 ที่พบความชุกเพียงร้อยละ 6.4 (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ม.ป.พ.) ทำให้สรุปได้ว่าภาวะโภชนาการเกินกำลังเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงในเด็กไทย ทั้งนี้พบว่าภาวะโภชนาการเกินมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับโรคที่สำคัญ เช่น หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมองและมะเร็ง จากการศึกษาผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์จากโรคอ้วนในประเทศไทย พบว่ามีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 12,000 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.13 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Product- GDP) (มนตรีธรรม์ ถาวรเจริญทรัพย์ et al., 2554) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กไทยจ่ายค่าขนมเฉลี่ย 9,800 บาทต่อคนต่อปี ในขณะที่จ่ายค่าการศึกษาเพียง 3,024 บาทต่อคนต่อปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)



- **สาเหตุของปัญหา:**

ภาวะอ้วนเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างกรรมพันธุ์กับปัจจัยแวดล้อม การที่โรคอ้วนเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในและต่างประเทศ มีสาเหตุมาจากการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่ตามใจเด็กในการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูง การบริโภคอาหารจานด่วนที่มีแป้งและไขมันในสัดส่วนสูง ไม่รับประทานผักและผลไม้ และพฤติกรรมของเด็กที่ใช้เวลาส่วนใหญ่มากกับการเรียนและนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นคอมพิวเตอร์ ส่งผลให้มีการออกกำลังกายและใช้พลังงานน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาโรคอ้วนมีความรุนแรงในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบในเขตเมืองมากกว่าชนบท (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, ม.ป.พ.)

- **มาตรการรับมือในปัจจุบัน:**

มาตรการส่วนใหญ่ในการแก้ไขปัญหาภาวะอ้วนดำเนินการในโรงเรียน ทั้งในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและกรุงเทพมหานคร เช่น โครงการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม (รวมน้ำหวานด้วย) โครงการโรงเรียนปลอดขนมกรุบกรอบ โครงการ “สพท.อ่อนหวาน” โครงการเด็กไทยไม่กินหวาน (กรมอนามัย, 2556) นอกจากนี้มีการรณรงค์ผ่านสื่อมากมายเพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครองมีความตระหนักถึงปัญหาภาวะอ้วน ซึ่งมาตรการต่างๆ เป็นการขอความร่วมมือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการตามโครงการ ดังนั้นการดำเนินงานจึงเป็นไปตามความสมัครใจ

● ปัญหาและอุปสรรค:

จะเห็นได้ว่าปัจจุบันยังไม่มีนโยบายระดับชาติในการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนอย่างจริงจัง ทั้งนี้อาจเกี่ยวเนื่องกับการขาดความตระหนักของผู้ที่เกี่ยวข้องในสังคมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคอ้วนที่มีผลกระทบน้อยในปัจจุบันแต่สร้างผลกระทบอย่างใหญ่หลวงในอนาคตต่อระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจ นอกจากนี้การแก้ไขปัญหาโรคอ้วนมีความยากเพราะเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทางธุรกิจของอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่ม และขัดหลักการทางการตลาดในระบบทุนนิยม ดังนั้นการดำเนินงานในปัจจุบันจึงเป็นในลักษณะต่างคนต่างทำในโรงเรียนหรือชุมชน ซึ่งยากที่จะเกิดผลกระทบในระดับประชากรของประเทศ

● ข้อเสนอแนะ:

1. จัดให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ และเผยแพร่ให้สังคมตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโรคอ้วนทั้งระดับบุคคล เช่น การเจริญเติบโต พัฒนาการ คุณภาพชีวิต และโอกาสในการเกิดโรคในอนาคต และระดับประชากรและสังคม เช่น ความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม

2. ผลักดันให้เกิดมาตรการในการแก้ไขปัญหาในระดับชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการทางกฎหมายและภาษี ดังเช่นที่มีการดำเนินการในบางประเทศ เช่น ประเทศในแถบสแกนดิเนเวียที่มีการเรียกเก็บภาษีที่มีปริมาณน้ำตาลและไขมันสูง

3. มีการสำรวจเพื่อติดตามและประเมินสถานการณ์รวมทั้งความสำเร็จของมาตรการต่างๆ ที่ดำเนินการในชุมชนและท้องถิ่นที่มีอยู่อย่างกระจัดกระจายเพื่อการส่งเสริมและขยายผลสำหรับมาตรการที่ประสบความสำเร็จไปยังชุมชนและท้องถิ่นอื่น

3 3 จมน้ำ

ถึงแม้ว่าเด็กไทยอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 15 และ 10-14 ปี ร้อยละ 45 สามารถว่ายน้ำได้ แต่ยังพบว่าการจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในลำดับต้นๆ ของเด็กไทย ทั้งนี้เด็กจำนวนมากที่จมน้ำว่ายน้ำเป็น !! (วิชัย เอกพลากร, มปพ)

● นิยาม:

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของการจมน้ำ (drowning) ว่าเป็นกระบวนการของความบกพร่องในการหายใจ ซึ่งเกิดจากการที่ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายอยู่ใต้น้ำหรือของเหลวอื่นๆ ซึ่งสามารถส่งผลต่อชีวิตหรืออาจเกิดความผิดปกติต่อร่างกายหรือไม่เกิดความผิดปกติต่อร่างกายก็ได้ (World Health Organization (WHO))

● ความสำคัญของปัญหา:

พบว่าในแต่ละปีมีเด็กกลุ่มนี้เสียชีวิตจากการจมน้ำประมาณ 400-700 คน นอกจากนี้ยังพบว่าเพศชายเสียชีวิตจากการจมน้ำมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า และเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าเด็กในภาคอื่นๆ รองลงมาคือภาคกลาง (รวมกรุงเทพฯ ภาคตะวันออกและภาคตะวันตก) ภาคเหนือ และภาคใต้ตามลำดับ หากจำแนกรายงานการเสียชีวิตจากการจมน้ำตามเดือนที่เกิดเหตุพบว่า โดยเฉลี่ยช่วงเดือนเมษายน ซึ่งเป็นช่วงปิดภาคเรียนและช่วงฤดูสัปดาห์จัดเป็นช่วงที่เด็กจมน้ำตายมากที่สุด (สุชาติดา เกิดมงคลการ, สัม เอกเฉลิมเกียรติ, อรพิน ทรัพย์ล้วน, รุ่งจิตร เต็มต่อ, & กาญจนีย์ ตำนาคแก้ว, 2552)

• สาเหตุของปัญหา:

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจมน้ำในเด็กกลุ่มนี้ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยด้านบุคคล สภาพร่างกายไม่พร้อม ไม่มีความสามารถเอาชีวิตรอดจากการจมน้ำ พฤติกรรมการเล่นที่ซุกซนและเสี่ยง นอกจากนี้ การที่เด็กว่ายน้ำไม่เป็นและมีความจำเป็นต้องเดินทางด้วยเรือโดยสารหรือทำกิจกรรมทางน้ำ การสวมเสื้อชูชีพจะช่วยป้องกันการจมน้ำได้หากเกิดอุบัติเหตุพลัดตกลงไปในน้ำ

2. ปัจจัยด้านครอบครัวและผู้ดูแล เช่น ความประมาทของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลที่คลาดสายตาจากเด็ก หรือผู้ดูแลเองไม่มีทักษะในการช่วยเหลือเด็กในกรณีที่เด็กตกน้ำได้

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี มักจมน้ำในแหล่งน้ำรอบบ้าน เช่น แหล่งน้ำใต้ถุนบ้าน ร่องน้ำ คูน้ำ และบ่อน้ำ ซึ่งไม่มีรั้วล้อมรอบป้องกัน แต่สำหรับเด็กอายุ 10 ปีขึ้นไป มักจมน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติประเภท ห้วย หนอง/บึง ลำคลอง แม่น้ำ แหล่งน้ำเพื่อการเกษตร หรือแหล่งน้ำสาธารณะอื่นๆ เช่น สระว่ายน้ำ เป็นต้น (รศ.นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์) จากการประเมินสถานการณ์จมน้ำของเด็กไทย พบว่า เด็กไทยที่เสียชีวิตจากการจมน้ำมากที่สุด ในแหล่งน้ำธรรมชาติที่อยู่ใกล้บ้าน (สุชาติดา เกิดมงคลการ, et al., 2552) ซึ่งแตกต่างจากต่างประเทศที่มักจมน้ำในสระว่ายน้ำภายในบ้านของตนเอง (“Drowning--United States, 2005-2009”, 2012)

• มาตรการรับมือในปัจจุบัน:

ภายใต้แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 มีการกำหนดแผนปฏิบัติการไว้อย่างชัดเจน เรื่องการกำหนดให้การว่ายน้ำเป็นทักษะพื้นฐานที่เด็กจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นควรได้รับ อย่างไรก็ตาม นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ. 2555 - 2558 และแผนการศึกษาแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง (พ.ศ. 2552 - 2559) ไม่ได้ระบุให้การว่ายน้ำเป็นทักษะพื้นฐานที่เด็กทุกคนควรจะได้รับ แสดงให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องของแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติกับแผนของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา; กระทรวงศึกษาธิการ; สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ)

นอกจากนี้ มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการจมน้ำ ได้แก่ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 หมวดที่ 7 ซึ่งคณะกรรมการสาธารณสุขได้ออกคำแนะนำแก่ราชการส่วนท้องถิ่น ในการออกข้อกำหนดท้องถิ่นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย ได้แก่ การมีรั้วหรือกำแพงบริเวณสระว่ายน้ำ การมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำสระอย่างน้อย 1 คน ต่อผู้ใช้บริการไม่เกิน 100 คน การมีป้ายแสดงวิธีการปฐมพยาบาลช่วยคนจมน้ำ ข้อกำหนดให้มีผู้ดูแลกรณีเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปีมาใช้บริการ การจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยชีวิต และอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถติดต่อหน่วยงานอื่นๆ เพื่อขอความช่วยเหลือ พระราชบัญญัติการเดินเรือในน่านน้ำไทย พุทธศักราช 2456 มาตราที่ 163 ได้มีการออกกฎข้อบังคับสำหรับการตรวจเรือซึ่งระบุให้เรือแต่ละชนิดมีเสื้อชูชีพ (เครื่องชูชีพ)



• ปัญหาและอุปสรรค:

จะเห็นได้ว่าการป้องกันการจมน้ำที่ได้ประสิทธิผลควรมุ่งเน้นในการเสริมสร้างศักยภาพของเด็กและผู้ปกครองให้สามารถว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดและมีทักษะในการช่วยเหลือผู้อื่นที่จมน้ำ หากพิจารณาถึงมาตรการทางกฎหมายพบข้อจำกัดที่เน้นเฉพาะการป้องกันการจมน้ำที่สระว่ายน้ำสาธารณะเท่านั้น ไม่พบข้อกำหนดเกี่ยวกับความปลอดภัยสำหรับแหล่งน้ำตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทย ไม่มีการกำหนดรายละเอียดที่ชัดเจนทั้งด้านคุณสมบัติและจำนวนของเสื้อชูชีพสำหรับเด็กและผู้ใหญ่ในเรือโดยสาร นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำสระว่ายน้ำ การจัดเตรียมเสื้อชูชีพของเด็กให้เหมาะสม



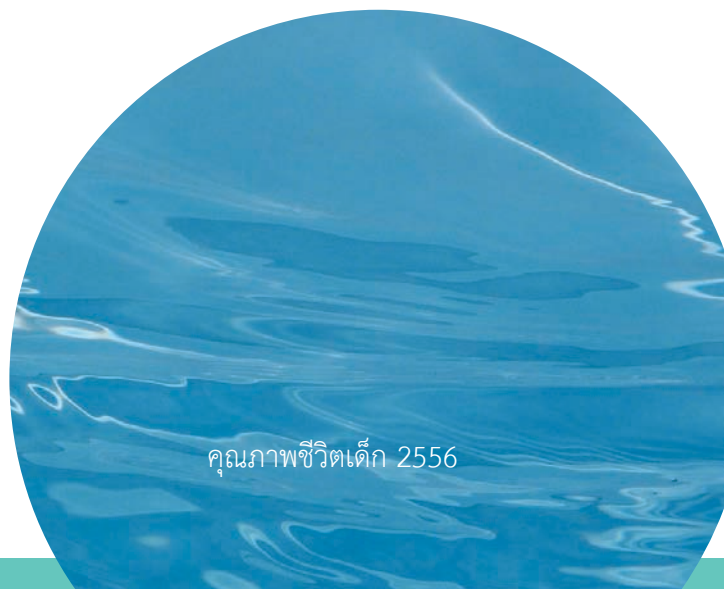
• ข้อเสนอแนะ:

1. ส่งเสริมให้มีการขยายผลโครงการอบรมการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดที่ดำเนินการโดยกรมควบคุมโรค ร่วมกับกรุงเทพมหานคร (ตรวจสอบ) ซึ่งเน้นทักษะการลอยตัวให้อยู่ในน้ำได้นานและทักษะการช่วยชีวิตเบื้องต้นเมื่อมีคนตกน้ำ ให้มีความครอบคลุมทั่วประเทศ โดยอาจเริ่มจากชุมชนที่มีความเสี่ยงสูง เพราะจากการวิจัยกึ่งทดลอง พบว่าเด็กที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด มีทักษะในการเอาชีวิตรอดและทักษะการช่วยชีวิตผู้อื่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Ref)

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



5 ความรุนแรง

ปรากฏคนล้นเป็นตัวละคร ในฉาก แสดงความรุนแรงต่อเด็กในโรงเรียน “โรงเรียนเราไม่มีความรุนแรง” อาจเป็น คำกล่าวของเด็กที่อยู่กับความรุนแรง จนชินชา (สฤณี ณัฐพลวัฒน์ อ้างอิงจาก ฐาศุภร์ จันประเสริฐ & ปัทมา เกตุอำ, 2551)

• คำนิยาม:

ความรุนแรง (violence) หมายถึง การจงใจใช้กำลังหรืออำนาจทางกายเพื่อข่มขู่หรือกระทำ ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อกลุ่มบุคคลหรือชุมชน ซึ่งมีผลทำให้เกิดหรือมีแนวโน้มที่จะมีผลให้เกิดการบาดเจ็บ การตาย การเป็นอันตรายต่อจิตใจ การไม่สามารถพัฒนา หรือสูญเสียสิทธิบางประการ สำหรับการทบทวนในหัวข้อนี้ได้จะกล่าวถึงเฉพาะความรุนแรงระหว่างบุคคล ซึ่งพบได้บ่อยคือ ความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงในชุมชน ส่วนความรุนแรงต่อตนเองจะกล่าวถึงในการฆ่าตัวตายในปัญหาสุขภาพจิตต่อไป (World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006)

• ความสำคัญของปัญหา:

เนื่องจากการวิจัยและสำรวจในประชากรที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงมีความอ่อนไหวและอาจส่งผลเสียต่อกลุ่มตัวอย่าง จึงพบว่าไม่มีการรายงานปัญหาความรุนแรงในกลุ่มอายุ 6-12 ปี เป็นการเฉพาะ แต่มีรายงานในช่วงอายุที่กว้าง

กว่า เช่น การสำรวจความคิดเห็นของเด็กและเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2554 ซึ่งสุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี พบว่าร้อยละ 9 ถูกคนในครอบครัวทำร้ายในช่วงเวลา 30 วันที่ผ่านมา โดยถูกพ่อแม่ทำร้ายมากที่สุด (ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม) สำหรับรายงานจำนวนคดีในศาลพบการล่วงละเมิดทางเพศเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2549 จาก 6,000 คดี เป็น 10,000 คดี (องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) ประเทศไทย) ส่วนการทำร้ายร่างกายพบว่า เด็กอายุ 6-9 ปี ร้อยละ 3.3 และเด็กอายุ 10-14 ปี และร้อยละ 2.8 เคยถูกทำร้ายหรือทำให้บาดเจ็บด้วยอาวุธในโรงเรียน ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา หรือข้อมูลจากโครงการ child watch พบการทะเลาะวิวาทหรือชกต่อยในโรงเรียนในเด็กอายุ 6-9 ปีและเด็กอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 20 และ ร้อยละ 24 ตามลำดับ สอดคล้องการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 พบว่า ความชุกของเด็กที่ถูกทำร้ายร่างกายจำเป็นต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ในเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ร้อยละ 0.1 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย) (แหล่งข้อมูลอื่นต่างประเทศเพื่อเปรียบเทียบระดับความชุก) จากธรรมชาติของปัญหาทำให้เชื่อได้ว่าตัวเลขจากการสำรวจและรายงานข้างต้นน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงค่อนข้างมาก ถึงแม้จะยึดถือตามข้อมูลที่รายงานไว้ก็ยังสามารถสรุปได้ว่า ความรุนแรงเป็นปัญหาสำคัญที่เด็กไทยกำลังเผชิญอยู่

• สาเหตุของปัญหา:

การเกิดความรุนแรงมาจากหลายปัจจัย สามารถแยกเป็น 4 ปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล เช่น อายุ เพศ และคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งมักพบ

ว่าผู้ดูแลเด็กที่มีอายุน้อย เพศชาย มีประวัติใช้สารเสพติดหรือเคยถูกทำร้ายร่างกายมาก่อนมีแนวโน้มที่จะกระทำความรุนแรงต่อเด็กมากกว่ากลุ่มอื่น หรือเด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายมีแนวโน้มที่จะถูกกระทำความรุนแรงมากกว่าเด็กปกติ

2. ปัจจัยระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ผู้ดูแลเด็กที่เคยมีประสบการณ์ขาดความอบอุ่นจากครอบครัว มีปัญหาหย่าร้าง ขาดการสนับสนุนและช่วยเหลือจากคนรอบข้าง จะมีแนวโน้มกระทำความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น

3. ปัจจัยระดับชุมชน เช่น บุคคลที่อาศัยในพื้นที่ชุมชนแออัด มีการค้ายาเสพติด หรือระดับการว่างงานสูง มีแนวโน้มถูกกระทำความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น

4. ปัจจัยระดับสังคม เช่น สังคมที่มีความเหลื่อมล้ำของฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ค่านิยมและความเชื่อมาก หรือสังคมที่มีสื่อหรือเกมส์ที่ส่งเสริมความรุนแรงจะมีอัตราการกระทำความรุนแรงมากกว่าสังคมอื่น

• มาตรการรับมือในปัจจุบัน:

ปัจจุบันรัฐบาลกำหนดให้เดือนพฤศจิกายนของทุกปี เป็นเดือนรณรงค์ยุติความรุนแรงต่อเด็กและสตรี และมีโครงการ “ริบบิ้นสีขาว” และ “สุภาพบุรุษไม่กระทำความรุนแรง” เพื่อกระตุ้นให้สังคมตระหนักและมีค่านิยมที่ต่อต้านการกระทำความรุนแรงต่อเด็กและสตรี รวมทั้งมีการดำเนินงานในสถานศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ เช่น “โรงเรียนปลอดความรุนแรง” “โรงเรียนวิถีพุทธ” และรัฐบาลได้เปิดศูนย์ช่วยเหลือสังคม One Stop Crisis Center (OSCC) ที่ให้การช่วยเหลือแก่ เด็ก ผู้หญิง ผู้สูงอายุ และคนพิการ ที่พบปัญหาการใช้ความ

รุนแรง ที่เป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน มีการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการ รักษา เยียวยา ฟันฟู รวมถึงรายงานข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้ในการประเมินผล และการดำเนินงานต่อไป

ทั้งนี้ มีกฎหมายที่ป้องกันความรุนแรงในเด็ก ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ต้องการป้องกันความรุนแรงในเด็กที่ครอบคลุมถึงการระบุหน้าที่ของผู้ที่พบเห็นการกระทำความรุนแรงที่ต้องแจ้งแก่พนักงานเจ้าหน้าที่อีกด้วย อย่างไรก็ตามพบว่ายังขาดความเอาใจจริงเอาใจของเจ้าหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมาย ข้างต้นรวมถึงขาดความร่วมมือของประชาชนในชุมชนที่พบเห็นการกระทำความรุนแรงในการแจ้งให้เจ้าหน้าที่รับทราบโดยเฉพาะอย่างยิ่งทัศนคติต่อการไม่ยุ่งเกี่ยวการกระทำความรุนแรงในครอบครัว

● ปัญหาและอุปสรรค:

นอกเหนือจากการขาดความจริงใจในการบังคับใช้กฎหมาย และการมีทัศนคติไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุคคลหรือครอบครัวผู้อื่นของคนในสังคมที่ทำให้ปัญหาความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ การที่สื่อมวลชนให้ความสนใจและนำเสนอข่าวสารที่เกี่ยวข้องแบบไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการจดจำและลอกเลียนแบบในการกระทำความรุนแรงของคนในสังคม สุดท้ายการที่ประเทศไทยขาดระบบการดูแลและเยียวยาเหยื่อผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงอย่างถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บางกรณีเหยื่อได้รับผลกระทบด้านจิตใจเพิ่มเติมจากขั้นตอนหรือกระบวนการสืบสวนสอบสวน

และเยียวยา ส่งผลให้เกิดความหวาดกลัวและปิดบังไม่ยอมเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมและเยียวยา

● ข้อเสนอแนะ:

1. เพิ่มการบังคับใช้กฎหมายด้วยการสร้างความตระหนักของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ถึงความสำคัญของการยุติปัญหาความรุนแรงในครอบครัวและชุมชน เพราะปัญหานี้คือบ่อเกิดของอาชญากรรม ความรุนแรงอื่นๆ ที่ส่งผลเสียอย่างใหญ่หลวงต่อความเชื่อมั่นและความมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ

2. เพิ่มมาตรการในการทำให้ประชาชนทุกคนในสังคมเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการยุติปัญหาความรุนแรง โดยการเป็นหูเป็นตาให้กับเจ้าหน้าที่และเป็นผู้ไม่กระทำความรุนแรงเสียเอง

3. จัดทำแนวทางและอบรมสื่อมวลชน ถึงวิธีการที่ถูกต้องในการปฏิบัติงานและนำเสนอข่าวที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงที่จะส่งเสริมให้เกิดการลอกเลียนแบบและตอกย้ำทำให้เกิดผลกระทบต่อเนื่อง

4. พัฒนาระบบการสอบสวนและดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดที่ทำให้ไม่เกิดผลกระทบเชิงลบต่อเหยื่อผู้ถูกละเมิดมีความฉับไว และมีประสิทธิภาพ

5. พัฒนาระบบการเยียวยาเหยื่อให้มีประสิทธิภาพและไม่เกิดผลกระทบเชิงลบต่อเหยื่อทั้งนี้รวมถึงองค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรที่เข้ามา มีบทบาทอย่างมากในเรื่องนี้ในสังคมไทย



5 ปัญหาความบกพร่องทางสายตาและการมองเห็น

ได้ กชายปิ๊ก(นามสมมุติ) อายุ 7 ขวบ ถูกครูตีเป็นประจำ เพราะไม่สามารถทำตามคำสั่งครูได้ ครูสรุปว่าเป็นเพราะปิ๊กไม่ตั้งใจเรียน เมื่อปิ๊กทำผิดพลาดครูสรุปว่าปิ๊กเป็นเด็กโง่ ปิ๊กอยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่ไม่มีเวลาดูแลพัฒนาการหรือสอนการบ้าน เพียงเห็นว่าลูกสามารถกินได้ นอนหลับ ดูแลตัวเองได้ก็เพียงพอ แม้จะเห็นว่าปิ๊กมักมีอุบัติเหตุบ่อย พ่อแม่คิดว่า ปิ๊กเป็นเด็กซน ปิ๊กไม่เคยได้รับการตรวจวัดสายตาจนกระทั่งมีโครงการวิจัยทำให้รู้ว่าปิ๊กมีสายตาสั้นมากต้องได้รับการแก้ไขด้วยแว่นสายตา หลังจากที่ครูประจำชั้นซึ่งเป็นผู้คัดกรองสายตาเบื้องต้นทราบก็พูดด้วยน้ำเสียงระคนเศร้าว่า “หลงตีมาตั้งนาน ไอ้เราก็นึกว่ามันโง่ ที่ไหนได้ มันมองไม่เห็น” (ชลัญจกร โยธาสมุทร & อภิญญา มัตเตช, 2555)

• คำนิยาม:

ความบกพร่องทางสายตาและการมองเห็น ส่งผลให้เด็กไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนในระยะที่เด็กทั่วไปสามารถทำได้ ในทางการแพทย์มักใช้เกณฑ์ที่องค์กรอนามัยโลกกำหนดไว้ กล่าวคือหากบุคคลนั้นไม่สามารถมองเห็นวัตถุที่คนทั่วไปมองเห็นได้ชัดเจนในระยะ 40 เมตร ในระยะ 20 เมตร ถือว่ามีความบกพร่องทางสายตาและการมองเห็น

• ความสำคัญของปัญหา:

จากการสำรวจเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 5,461 คน ใน 4 จังหวัดทั่วประเทศพบความชุกของภาวะสายตาผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 6.1 ทั้งนี้เป็นเด็กที่มีความผิดปกติมากจนต้องได้รับการแก้ไขด้วยแว่นสายตาคิดเป็นร้อยละ 4.1 ของเด็กนักเรียนทั้งหมด ซึ่งเด็กที่มีสภาวะผิดปกติทางสายตาและการมองเห็นเกิดผลกระทบต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จด้านการศึกษาและอาชีพทั้งที่อาจมีสติปัญญาปกติหรือดีกว่าเด็กทั่วไป นอกจากนี้เด็กที่มีปัญหาความผิดปกติทางสายตาส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยๆ มีบุคลิกและพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น เอียงคอ หรือหรีตาเวลาเพ่งมอง หรือดูโทรทัศน์ใกล้ๆ

• สาเหตุของปัญหา:

ส่วนใหญ่ความผิดปกติทางสายตาในเด็กมักเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ บางรายมีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดทำให้เด็กเหล่านี้ไม่รู้ตัวว่ามีความสามารถในการมองเห็นไม่ทัดเทียมผู้อื่น จากการวิจัยในประเทศไทยโดยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 ของผู้ปกครองและเด็กที่มีความผิดปกติทางสายตาจะไม่ทราบถึงความผิดปกตินั้นจนกว่าจะมีการคัดกรองอย่างเป็นทางการทุกรายในโรงเรียน

• มาตรการรับมือในปัจจุบัน:

ยังไม่มีมาตรการการคัดกรองเด็กนักเรียนทุกรายในโรงเรียนที่เป็นมาตรฐานเดียวกับและได้รับการยอมรับในระดับสากล ทั้งนี้เด็กส่วนน้อยที่มีคความผิดปกติและผู้ปกครองสังเกตได้มักพาเด็กไปรับการตรวจสายตาที่ร้านแว่นตาในชุมชนหรือคลินิกแพทย์ใกล้บ้านเกือบทั้งหมดได้รับบริการตัดแว่นสายตาแต่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง เพราะยังไม่ครอบคลุมในสวัสดิการสุขภาพหรือสวัสดิการการศึกษาซึ่งแตกต่างจากใน

ต่างประเทศที่หลายประเทศมีนโยบายในการคัดกรองความผิดปกติทางสายตาในเด็กเล็กและเด็กประถมศึกษาโดยจักษุแพทย์ กุมารแพทย์ หรือพยาบาลโรงเรียน โดยใช้เครื่องมือการตรวจที่เป็นมาตรฐานและมีระบบการส่งต่อและรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

● ปัญหาและอุปสรรค:

ประเทศไทยมีจักษุแพทย์ และกุมารแพทย์ จำนวนไม่เพียงพอในการคัดกรองความผิดปกติทางสายตาของเด็กไทยทั้งหมด ทั้งที่ประเทศไทยได้ร่วมปฏิญญากับชาติอื่นๆ ว่าจะรวมกันคัดกรองและแก้ไขภาวะผิดปกติทางสายตาและการมองเห็นในเด็กเล็กในโครงการ vision 2020 (World Health Organization (WHO), 2007) นอกจากนี้จากผลการวิจัยในประเทศไทยยังพบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ใส่แว่นสายตาอยู่แล้วซึ่งตัดจากร้านแว่นตาเอกชนเป็นแว่นสายตาที่ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถแก้ไขความผิดปกติในการมองเห็นได้ทั้งหมด รวมถึงอาจส่งผลเสียทำให้มีความผิดปกติทางสายตาเพิ่มขึ้น

● ข้อเสนอแนะ:

1. จัดให้มีการคัดกรองความผิดปกติทางสายตาแก่เด็ก 3-12 ปีทุกคนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยครูประจำชั้นในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนตามผลการศึกษาวิจัยที่ดำเนินการในประเทศไทยและพิสูจน์ชัดแล้วว่าประสิทธิภาพ โดยคาดว่าจะสามารถคัดกรองและนำเด็กที่มีความผิดปกติทางสายตาและการมองเห็นเข้ารับการรักษาได้ทั้งสิ้น 3.5 แสนคน คิดเป็นงบประมาณ 200 ล้านบาทต่อปี

2. ส่งเสริมให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขความผิดปกติทางสายตาและการมองเห็นในเด็กเพราะผลการศึกษาพบว่าเด็กจะใส่แว่นสายตาหากผู้ปกครองกระตุ้นและตระหนักถึงความสำคัญของแว่นสายตา

6 การเรียนรู้

มารดาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นขาดงานเฉลี่ย 17 วันต่อปี และมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง ซึ่งเปรียบเทียบเท่ากับการสูญเสียวันทำงานเพิ่มขึ้นอีก 5 วันต่อปี นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อด้านคุณภาพชีวิตของตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hakkaart-van Roijen L et al., 2007)

● คำนิยาม:

ความบกพร่องในทักษะการเรียนรู้ (Learning Disorder; LD) หมายถึง ความบกพร่องทางการเรียนรู้ แสดงออกมาในรูปแบบของปัญหาด้านการอ่าน การเขียน การสะกดคำ การคำนวณ และเหตุผลเชิงคณิตศาสตร์ (อัญชิรา เศรษฐสิทธิ์ & ศูนย์วิจัยการศึกษาเพื่อเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ) โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ; ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก มีลักษณะความผิดปกติที่เด่นชัดคือ มีช่วงสมาธิสั้นกว่าปกติ (Inattentiveness) อยู่ไม่นิ่ง อยู่ไม่สุข ซุกซนผิดปกติ (Hyperactivity) หุนหันพลันแล่น ขาดการยับยั้งชั่งใจในการกระทำต่างๆ (Impulsivity) (สุรณี พุทธิศรี, 2548)





• ความสำคัญของปัญหา:

ความบกพร่องในทักษะการเรียนรู้พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 4-6 ในเด็ก 6-12 ปี (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2548) ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้ไม่สามารถเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพด้วยวิธีการศึกษาปกติ ทั้งนี้ความบกพร่องทางการเรียนอาจจำแนกได้ตามปัญหาด้านทักษะ ได้แก่

- 1) ความบกพร่องด้านการเรียนของทักษะในการอ่าน (Reading Disorder)
- 2) ความบกพร่องทางการเรียนของทักษะการเขียน (Disorder of Written Expression) และ
- 3) ความบกพร่องด้านการเรียนของทักษะในการคำนวณ (Mathematics Disorder) โดยพบความบกพร่องของทักษะการอ่านและเขียนได้บ่อยกว่า

ทักษะการคำนวณ ทั้งนี้ยังพบว่าร้อยละ 40-50 ของเด็กที่มีปัญหาความบกพร่องด้านการเรียนมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น โรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล

ขณะที่โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยและได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด พบประมาณร้อยละ 5-8 ของเด็กชั้นประถมศึกษาและมักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโอกาสสอบตกซ้ำชั้นหรือสำเร็จการศึกษาน้อยกว่าเด็กปกติ มีปัญหาด้านบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมซึ่งเมื่อโตขึ้นมีแนวโน้มการใช้สารเสพติด ลักขโมย หรือก่ออาชญากรรม และติดคุกเนื่องจากกระทำผิดกฎหมาย (สุรธณี พุทธิศรี, 2548)

● สาเหตุของปัญหา:

เชื่อว่าความบกพร่องในทักษะการเรียนรู้เกิดจากความบกพร่องในการทำงานของสมอง อันส่งผลรบกวนต่อผลการศึกษาหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บทางสมอง ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด โรคทางระบบประสาท ภาวะทุพโภชนาการ รวมถึงพันธุกรรม

สำหรับสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้นไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามียาหลายปัจจัยเสี่ยงที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ปัจจุบันพบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความบกพร่อง หรือมีปริมาณสารเคมีที่สำคัญบางตัว เช่น dopamine, noradrenalin ในสมองน้อยกว่าเด็กปกติ โดยมีกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยพบว่าประมาณร้อยละ 30-40 ของเด็กสมาธิสั้นจะมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเป็นโรคสมาธิสั้นด้วยหรือมีปัญหาอย่างเดียวกัน สำหรับปัจจัยจากการเลี้ยงดูหรือสิ่งแวดล้อมเป็นเพียงปัจจัยเสริมที่ทำให้อาการหรือความผิดปกติดีขึ้นหรือ แย่ลงซึ่งไม่ใช่สาเหตุหลัก แต่มารดาที่ขาดสารอาหาร ต่อมสุรา สูบบุหรี่ หรือถูกสารพิษบางชนิด (เช่น ตะกั่ว) ในระหว่างตั้งครรภ์ มีโอกาสที่ลูกเป็นโรคสมาธิสั้นสูงขึ้น (สุรธรณี พุทธิศรี, 2548)

● มาตรการรับมือในปัจจุบัน:

ตั้งแต่ปีการศึกษา 2550-51 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ มีการตรวจคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียน โดยใช้แบบคัดกรองกับเด็กประถมศึกษา 1-6 โดยมีครูประจำชั้นเป็นผู้ทำการคัดกรองและมีงบประมาณสนับสนุนเพื่อจัดการเรียนการสอนพิเศษสำหรับเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติ อย่างไรก็ตาม

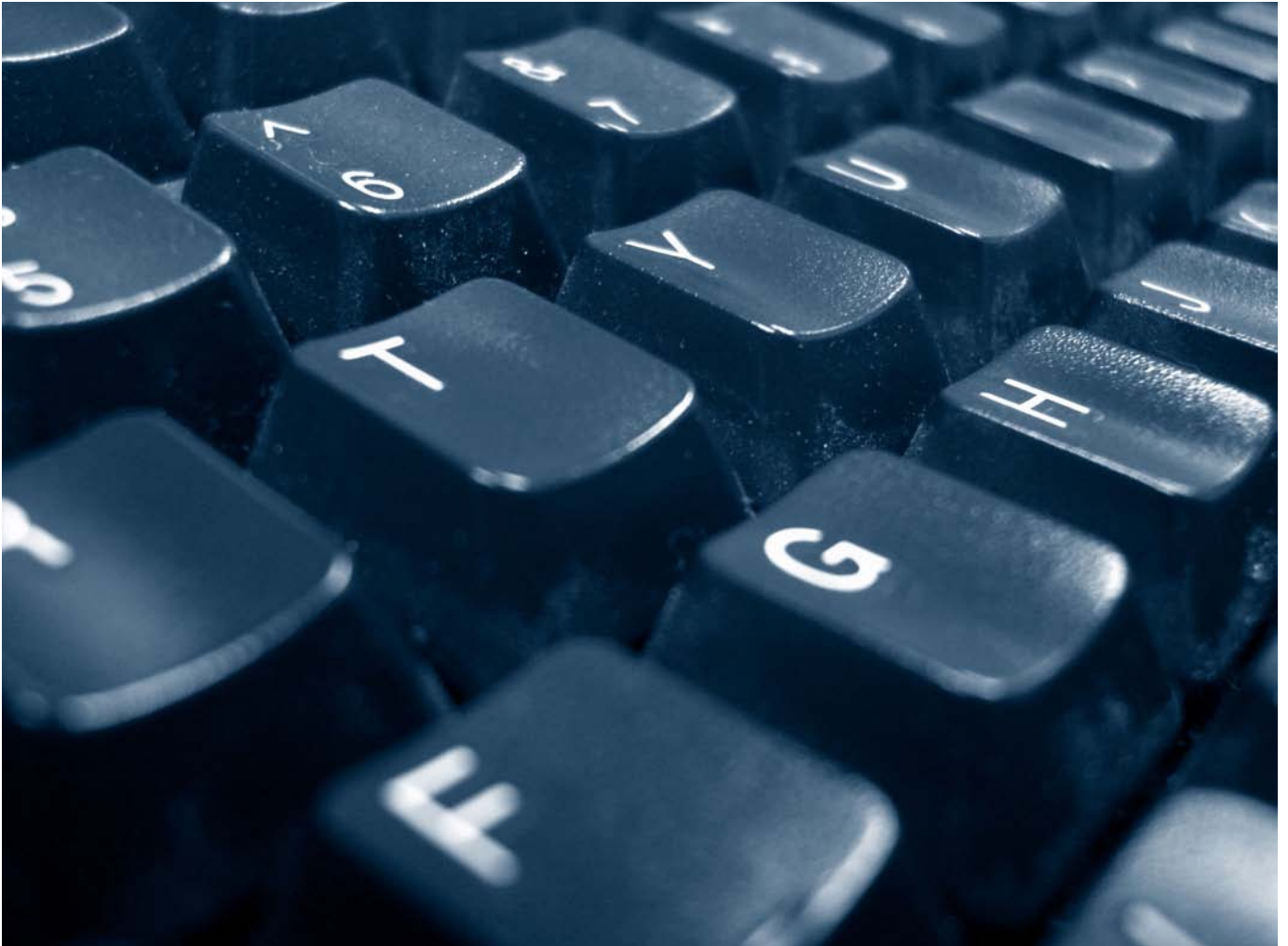
ก็ตามเนื่องจากโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการสอนพิเศษเท่านั้น ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียน ส่งผลให้เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโดยครูประจำชั้นโดยมากยังไม่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันและรับ การรักษาอย่างเหมาะสม

● ปัญหาและอุปสรรค:

ทั้งนี้จากการประเมินการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียนพบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนที่ได้จากการคัดกรองของโรงเรียนแต่ละแห่งในประเทศไทยมีความแตกต่างกันอย่างมากนับจากความชุกที่ร้อยละ 0 จนถึงร้อยละ 30 ทำให้ไม่สามารถเชื่อได้ว่าการคัดกรองโดยครูประจำชั้นมีคุณภาพมาตรฐาน นอกจากนี้ในการประเมินยังพบปัญหาอุปสรรคสำคัญในด้านการเชื่อมต่อระหว่างการคัดกรองในโรงเรียนกับการยืนยันวินิจฉัยของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องให้บริการ หากไม่มีนโยบายและการเพิ่มศักยภาพอย่างจริงจังและการประสานที่ีระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของทั้งสองกระทรวงย่อมไม่มีประโยชน์ที่จะคัดกรองเบื้องต้น เพราะอาจเป็นการเพิ่มตราบาปให้กับเด็กและผู้ปกครองที่ได้รับการคัดกรองว่ามีความผิดปกติ (ภาสุรี แสงศุกวานิช et al., 2554)

● ข้อเสนอแนะ:

1. ควรพัฒนาระบบการคัดกรองที่โรงเรียนให้ประสิทธิภาพมากกว่าในปัจจุบัน โดยปรับปรุงคุณภาพของครูผู้คัดกรองให้มีความรู้และ



ประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือคัดกรอง ติดตาม และประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ มีระบบการเชื่อมต่อประสานที่ดีกับสถานพยาบาลที่ต้องให้บริการ ตรวจยืนยันผลการคัดกรอง รักษา และติดตามผลการรักษา

2. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ควรกำหนดกรอบความรับผิดชอบแนวทางการวินิจฉัย การรักษา และติดตามสำหรับกุมารแพทย์ และกุมารแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจนด้านนโยบายและการปฏิบัติ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องสำหรับประเทศไทย

3. ระบบหลักประกันสุขภาพควรพิจารณาถึงความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการสร้างแรงจูงใจสถานพยาบาลระดับต่างๆ พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการติดตามโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนรู้ โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับกระทรวงศึกษาธิการ ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น

4. ควรเร่งสร้างความตระหนักให้กับผู้บริหารและสาธารณชนถึงความสำคัญและความคุ้มค่าของการคัดกรองเด็กสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในชั้นประถมศึกษา เพื่อให้ได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ปกครองในการวินิจฉัย ดูแล และรักษาโรคสมาธิสั้น

7 ติดเกม (Game and Cyber addiction)

แม่ส่งลูกวัย 12 ปี เข้าสถานสงเคราะห์หรืออบรมนีสัย เพราะทนหมัด สันนิษฐานและด่าไม่กลัวที่ลูกชายต่อยทุบตีบังคับขอร้องเงินไปเล่นเกมไม่ไหว โดยลูกวัย 12 ปี กล่าวว่า “ที่ต้องทุบตีชกต่อยผู้เป็นแม่ เพราะแม่ชอบขัดใจชอบทำให้หงุดหงิด เวลาขอเงินไปเล่นเกมแล้วไม่ให้เลยต้องลงมือ ที่ผ่านมามีแม่ลงมือกับแม่แค่ 6 ครั้งเอง” (หนังสือพิมพ์ข่าวสด, 2555)

• คำนิยาม:

ปัจจุบันยังไม่มีนิยามปัญหาการติดเกมอย่างเป็นทางการจากองค์กรในระดับชาติหรือนานาชาติ อย่างไรก็ตามจากการประชุมเรื่อง “เด็กและเยาวชนติดเกม: แนวทางแก้ไข” ที่จัดโดยกรมสุขภาพจิตได้นิยาม “เด็กติดเกม” หมายถึง เด็กที่เล่นเกมไม่สนใจการเรียน เด็กที่ไม่รู้จักแบ่งเวลาให้เหมาะสม และเด็กที่เล่นเกมติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเกินความเหมาะสม นอกจากนี้ในบางรายหากหยุดเล่นเกมจะแสดงอาการไม่พอใจอย่างมาก หงุดหงิดและอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2548)

• ความสำคัญของปัญหา:

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติปี พ.ศ. 2555 พบว่าเด็กอายุ 6-14 ปี ร้อยละ 97 ใช้คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ตใช้คอมพิวเตอร์อย่างน้อย 1-4 วันต่อสัปดาห์ โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 21 ใช้คอมพิวเตอร์/อินเทอร์เน็ต 5-7 ต่อสัปดาห์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) นอกจากนี้

จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตถึงสถานการณ์เด็กติดเกมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยระหว่างปี พ.ศ. 2549-2555 มีจำนวนเด็กติดเกมเพิ่มขึ้นถึงสามเท่าจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 14 หรือประมาณว่า เด็กทุกๆ 8 คน จะติดเกม 1 คน (การศึกษาหาปัจจัยป้องกันการติดเกมในเด็กและวัยรุ่น, 2556) ทั้งนี้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าเด็กที่ติดเกมที่แฝงความรุนแรงจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทะเลาะวิวาทและใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น การติดเกมยังส่งผลเสียต่อการเข้าสังคมและมนุษย์สัมพันธ์ และผลทางสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, มปป) นอกจากนี้ปัจจุบันเริ่มมีรายงานการเสียชีวิตจากการเล่นเกมมากเกินไปในหลายประเทศทั่วโลก ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับเด็กที่เล่นเกมทั้งหมด แต่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและแนวโน้มความรุนแรงในอนาคต (AAP, 2012; BBC, 2005)

• สาเหตุของปัญหา:

การติดเกมเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ปัจจัย (ชาญวิทย์ พรนภดล, ม.ป.พ.) ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของสังคม ในปัจจุบันสังคมเต็มไปด้วยเทคโนโลยี แต่ขาดแคลนกิจกรรมหรือสถานที่ที่จะให้เด็กเรียนรู้การดำรงชีวิต ทำให้การเล่นเกมเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่มีความสนุกสนานตื่นเต้นและเพลิดเพลิน

2. การเลี้ยงดูในครอบครัว โดยพบว่าเด็กที่ไม่มีวินัย ขาดกฎระเบียบ ครอบครัวไม่อบอุ่นต่างคนต่างอยู่ จะมีแนวโน้มติดเกมได้มาก เนื่องจากต้องเล่นเกมเพื่อทดแทนการทำกิจกรรมภายในครอบครัว

3. ลักษณะของเด็ก เนื่องจากเด็กบางกลุ่มที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจมีความเสี่ยงมากกว่าเด็กปกติ เช่น เด็กสมาธิสั้น มีปัญหาการเรียน มีปัญหาทางอารมณ์ วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือขาดทักษะทางสังคม การใช้ชีวิต

• **มาตรการรับมือในปัจจุบัน:**

ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานให้ความสนใจและตระหนักว่าเด็กติดเกมจะเป็นปัญหาสำคัญในอนาคตของประเทศ เห็นได้จากการนำเรื่องเด็กติดเกมเข้าสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะ ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2555 และมีการจัดตั้งเว็บไซต์ healthygamer.net เพื่อติดตามปัญหา ให้ความรู้และเสนอแนะให้มีการป้องกันปัญหาเด็กติดเกม นอกจากนี้มีโครงการร้านเกมสีขาว ศูนย์ปฏิบัติการสายด่วนร้านเกมและอินเทอร์เน็ต และศูนย์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กติดเกม นอกจากนี้มีมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบมาตรการของกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ต้องการควบคุมเกมออนไลน์ คือ

- 1)** จำกัดชั่วโมงการเล่นเกมออนไลน์ของเยาวชน ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ให้เล่นได้วันละไม่เกิน 3 ชั่วโมง
- 2)** ห้ามเล่นการพนัน ชิงโชค หรือซื้อขายอุปกรณ์ในเกมออนไลน์
- 3)** ออกระเบียบเกี่ยวกับการจดทะเบียนร้านอินเทอร์เน็ต เพื่อกำกับดูแลการให้บริการอินเทอร์เน็ต และ
- 4)** รมรณรงค์ให้เยาวชนและผู้ปกครองทราบ โทษของการเล่นเกมออนไลน์ติดต่อกันเป็นเวลานาน

และมีการออกกฎกระทรวงว่าด้วยการอนุญาตและการประกอบกิจการร้านวีดีทัศน์พ.ศ. 2552 หมวด 2 การประกอบกิจการร้านวีดีทัศน์ที่จำกัดอายุเด็กและเวลาที่เข้าใช้บริการร้านอินเทอร์เน็ต คือ ให้เด็กอายุต่ำกว่าสิบห้าปีเข้าใช้บริการได้ตั้งแต่เวลา 14.00 น. แต่ไม่เกิน 20.00 น.

• **ปัญหาและอุปสรรค:**

มาตรการต่างๆ ที่มีเป็นมาตรการในการควบคุมและกำกับร้านเกมหรือการประกอบธุรกิจ แต่ผู้ประกอบการไม่ให้ความสนใจควบคุมและดูแลซึ่งภาครัฐไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด เนื่องจากปัจจุบันมีร้านเกมมากกว่า 43,000 ร้าน และปัจจุบันการเล่นเกมออนไลน์สามารถเล่นได้ที่บ้านพักอาศัย ดังนั้นมาตรการเหล่านี้จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาการติดเกมของเด็กได้ อีกทั้งผู้ประกอบการไม่ได้ให้ความสำคัญกับการเล่นเกมของเด็กที่เกิดจากความไม่ตระหนักถึงผลเสียของการติดเกมที่คิดว่าเมื่อโตขึ้นจะเลิกเล่นเกมไปเอง และการติดเกมไม่น่าส่งผลเสียร้ายแรงในอนาคตต่อเด็ก

บทสรุปสังท้าย

• ข้อเสนอแนะ:

1. กำหนดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบปัญหาเด็กและผู้ใหญ่ติดเกมในระดับชาติเช่นในหลายประเทศ ทั้งนี้หน่วยงานดังกล่าวควรทำหน้าที่กำหนดนิยาม เกณฑ์การวินิจฉัย ฝ้าระวัง ประเมินผลกระทบ พัฒนามาตรการและนโยบาย และประเมินผลสำเร็จของมาตรการและนโยบาย

2. พัฒนาระบบบริการเพื่อรักษาผู้มีปัญหาติดเกม เพราะปัจจุบันมีผลวิจัยทางการแพทย์ยืนยันว่าการบำบัดทางจิตและพฤติกรรมสามารถลดปัญหาความรุนแรงของการติดเกม ทำให้หลายประเทศ เช่น เกาหลีใต้ เนเธอร์แลนด์ และสาธารณรัฐประชาชนจีน ได้จัดตั้งคลินิกรักษาผู้มีปัญหาติดเกม

3. มีการวิจัยเพื่อติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิดและสร้างองค์ความรู้ถึง สาเหตุ ผลกระทบ มาตรการแก้ไขปัญหาทั้งระดับบุคคลและระดับชาติ ทั้งนี้ปัญหาการติดเกมมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงควรศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย

จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพของเด็กในวัยนี้นอกเหนือจากการแสดงออกทางสุขภาพกาย เช่น ภาวะโภชนาการพร่อง โภชนาการเกิน การจมน้ำ ปัญหาความผิดปกติทางสายตา และการมองเห็น ยังแสดงออกทางสุขภาพจิตและความบกพร่องทางพัฒนาการ เช่น ความรุนแรง การเรียนรู้ ติดเกม อย่างไรก็ตามปัญหาเกือบทั้งหมดมีสาเหตุพื้นฐานที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การเลี้ยงดูของพ่อแม่ ผู้ปกครอง การดูแลในโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมทางสังคม การแก้ไขปัญหาเหล่านี้จึงไม่ใช่เรื่องง่ายจึงไม่สามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพโดยหน่วยงานหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง ที่สำคัญยังมีช่องว่างขององค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ สถานการณ์ ความรุนแรง ผลกระทบ สาเหตุ และมาตรการที่มีประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้เพราะความยากและประตั้นทางด้านศีลธรรมและจริยธรรมในการเก็บข้อมูลหรือทำวิจัยกับประชากรกลุ่มนี้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ใช้เวลาในการดำรงชีวิตทั้งที่บ้านและโรงเรียน

นอกจากนี้ปัญหาส่วนใหญ่ยังเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปฐมวัย (0-5 ปี) การมุ่งแก้ไขปัญหาของเด็กในวัยนี้เพียงอย่างเดียวอาจไม่มีประสิทธิผลหรือสายเกินไป เช่น ภาวะโภชนาการผิดปกติ ความผิดปกติทางพัฒนาการและการเรียนรู้ ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาก็ควรมีความตระหนักถึงข้อเท็จจริงนี้และวางแผนแก้ปัญหาต่างๆ อย่างรอบด้าน การแก้ไขปัญหที่ระบุข้างต้นมีความจำเป็นที่ต้องผสมผสานไปกับนโยบายและมาตรการอื่นๆ ในสังคม เช่น นโยบายปฏิรูประบบการศึกษา ที่มุ่งเน้นให้ครูสอนน้อยลงมีเวลาส่งเสริมพัฒนาการและดูแลนักเรียนอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น หรือนโยบายทางด้านเศรษฐกิจที่ไม่ปล่อยให้ระบบกลไกทางการตลาดทำงานอย่างอิสระ เป็นที่ยอมรับว่าอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่ม และเทคโนโลยีสารสนเทศ มีอิทธิพลสูงในทุกสังคมและยากที่จะใช้มาตรการระดับปัจเจกบุคคลรับมือ รัฐจำเป็นต้องมีบทบาทในการปกป้องประชาชนไม่ให้ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของทุนนิยมที่มุ่งแต่แสวงหากำไร

สุดท้ายเอกสารนี้แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้มีความตระหนักในระดับนโยบายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กในวัยนี้ มีการกำหนดนโยบาย กำหนดมาตรการและออกกฎหมายจำนวนมาก แต่การขาดความจริงจังในการดำเนินงาน บังคับใช้กฎหมายและการประเมินและติดตามผลส่งผลให้ปัญหาต่างๆ ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างดีเท่าที่ควร นอกจากนี้การที่ปัญหาของเด็กในวัยนี้มีความซับซ้อนขึ้นอยู่กับบริบท สังคม และวัฒนธรรม การใช้มาตรการระดับชาติในการแก้ไขปัญหา ทำให้ไม่สอดคล้องหรือขาดการยอมรับหรือขาดประสิทธิผลสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่มที่กำลังได้รับผลกระทบ การเพิ่มศักยภาพในการสร้างองค์ความรู้ ดำเนินนโยบายและมาตรการ เฉพาะพื้นที่ เฉพาะกลุ่มประชากร จึงมีความสำคัญเช่นเดียวกัน

- *หน่วยงานระดับชาติและชุมชนมีศักยภาพในการสร้างองค์ความรู้ พัฒนาและติดตามมาตรการนโยบายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กไทย*
- *กุม่แพทย์ในการวิจัยและพัฒนา และกำหนดหลักเกณฑ์ทางจริยธรรมสำหรับการวิจัยในเด็กไทย เพื่อกระตุ้นให้สร้างองค์ความรู้สำหรับการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหของเด็กไทย*
- *เพิ่มศักยภาพของพ่อ แม่ ผู้ปกครอง และครู ในการรับมือกับปัญหาสุขภาพของเด็กไทย โดยรัฐบาลและหน่วยงานในชุมชนทำหน้าที่ส่งเสริมบทบาทของพ่อ แม่ ผู้ปกครอง และครู*







สิทธิเด็ก ช่วงอายุ 6-12 ปี

“ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กส่วนใหญ่จาบชั้นประถมศึกษา เด็กวัยเรียนเกือบครึ่ง ถูกผู้ปกครองกระทำความรุนแรงทางวาจา 1 ใน 4 เคยถูกกระทำรุนแรงทางกาย ส่งผลให้เด็กวัยเรียน 1 ใน 3 มีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง”

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่อยู่ภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กแห่งสหประชาชาติที่มีเจตนารมณ์อันสำคัญว่า เด็กทุกคนยังไม่เติบโตเต็มที่ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เด็กจึงต้องการการพิทักษ์และดูแลเป็นพิเศษ รวมถึงต้องการการคุ้มครองทางกฎหมายที่เหมาะสมก่อนและหลังการเกิด บนความเชื่อที่ว่า ครอบครัวในฐานะเป็นกลุ่มพื้นฐานของสังคมและเป็นสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ สำหรับการเจริญเติบโตและความกินดีอยู่ดีของสมาชิกทุกคนโดยเฉพาะเด็กจะต้องทำหน้าที่หลักในการอนุบาลดูแลเด็กทุกคนจนกว่าเด็กจะช่วยเหลือตนเองได้



โดยเนื้อหาของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ครอบคลุมหลักทั่วไปและสิทธิเด็กที่สำคัญ 6 ประการ ดังนี้ คือ

1. หลักทั่วไปและการปฏิบัติต่อเด็ก
2. สิทธิพลเมืองของเด็ก
3. สิทธิของเด็กด้อยโอกาส
4. สิทธิเหนือร่างกาย ชีวิต และเสรีภาพ
5. สิทธิของเด็กที่มีความขัดแย้งต่อกฎหมาย
6. สิทธิที่จะได้รับการพัฒนาด้านต่างๆ

โดยหลักการและสิทธิเด็กทั้ง 6 ประการ ครอบคลุมความจำเป็น และความต้องการที่เด็กทุกคนจะต้องได้รับการดูแลและคุ้มครองจากรัฐ โดยเฉพาะในหลักสิทธิข้อ 4 ที่ว่าด้วยสิทธิเหนือร่างกาย ชีวิต และเสรีภาพ เนื่องจากเด็กยังไม่มีความสามารถ ทั้งในเชิงกายภาพและจิตใจ ในการปกป้องคุ้มครองดูแลตนเองได้ และจำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองดูแลจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง โดยสิทธิเหนือร่างกายชีวิตและเสรีภาพ ได้ถูกกำหนดไว้ชัดเจนในประเด็นสิทธิเด็กดังนี้

- เด็กจะต้องได้รับการคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทารุณกรรม และการเลี้ยงดูโดยมิชอบ (ละเลยทอดทิ้ง) ด้วยประการทั้งปวง ระหว่างอยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง (มาตรา 19)
- เด็กจะต้องได้รับความคุ้มครองให้พ้นจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศทุกรูปแบบและพ้นจากการถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศใดๆ (มาตรา 34)

ในทางเดียวกัน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ก็ได้บัญญัติมาตรา 33 เพื่อคุ้มครองเด็กให้สอดคล้องไปกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก โดยกำหนดว่า “เด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัวมีสิทธิได้รับความคุ้มครองโดยรัฐจากการใช้ความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม” และพรบ.คุ้มครองเด็กก็ได้ระบุในสิ่งนี้เช่นกัน โดยในมาตรา 23 ว่า “ผู้ปกครองต้องให้การอุปการะเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และพัฒนา เด็กที่อยู่ในความดูแลของตนตามสมควร แก่ชนบประเพณี และวัฒนธรรมท้องถิ่น และต้องคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กที่มีอยู่ในความปกครองของตน มิให้ตกอยู่ในภาวะอันน่าจะเกิดอันตราย แก่ร่างกายหรือจิตใจ”

ครอบครัวดูแลอย่างไร ทำไมจึงมีเด็กถูกกระทำ ความรุนแรงมากขึ้นทุกปี?

ข้อมูลด้านเด็กถูกละเมิดสิทธิเป็นข้อมูลที่จัดว่ามีความจำกัตมาก ในความเป็นจริงเป็นที่รู้กันดีว่า เด็กถูกล่วงละเมิดกระทำ ความรุนแรงมีจำนวนมาก และการเก็บข้อมูลแทบจะเป็นไปไม่ได้ เพราะเป็นเรื่องที่บุคคลภายนอกจะรับรู้ได้ก็ต่อเมื่อเหตุการณ์มันร้ายแรงจนปกปิดคนอื่นไม่ได้แล้ว

ตารางที่ 1:

เด็กถูกละเมิดสิทธิที่ได้รับการช่วยเหลือ จากศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก ปี 2535 - 2546

ประเภท	จำนวนคนที่ได้รับความช่วยเหลือ											
	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
ล่องหนทางเพศ	64	58	74	83	70	94	75	120	95	71	113	100
โสเภณีเด็ก	237	218	49	29	23	16	15	-	14	44	17	-
อื่นๆ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	113
รวม	301	276	123	112	93	110	90	120	109	115	130	213

ที่มา: ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก, 2550

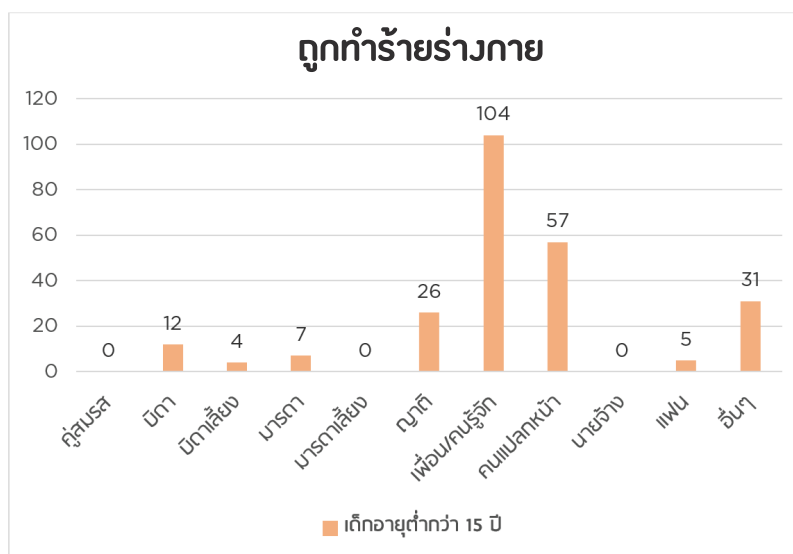
จากข้อมูลในตารางที่ 1 ข้างต้น จะพบว่า ท่ามกลางความรุนแรงที่มีต่อเด็กทั้งหลาย การล่องหนทางเพศอันเป็นหนึ่งในประเด็นการกระทำความรุนแรงต่อเด็กมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากจำนวน 64 คนในปี พ.ศ. 2535 เพิ่มขึ้นโดยลำดับจนมาเพิ่มสูงถึงเดือนละ 100 คนในปี พ.ศ. 2546 ในขณะที่โสเภณีเด็กลดจำนวนลงอย่างเห็นได้ชัดอันเป็นผลมาจากกฎหมายการปราบปรามการค้าประเวณีและการค้ามนุษย์ ซึ่งเอาจริงเอาจังและระวางโทษหนักแก่ผู้ละเมิด

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ปรากฏในตารางข้างต้นเป็นเพียงข้อมูลที่เล็กน้อยมาก เราเชื่อกันว่า ข้อมูลด้านการทารุณกรรมเด็กมักเกิดในครอบครัวและบุคคลภายนอกจะรับรู้้น้อยมาก เราลองลงมาดูในรายละเอียดกันต่อดีกว่าว่า การทารุณกรรมเด็กเกิดในครอบครัวหรือไม่ ผลปรากฏในกราฟที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

กราฟที่ 1:

สถิติผู้ช่วยศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี สำนักงานแพทย์ ประจำเดือน ตุลาคม 53 - กันยายน 54 ประเภทถูกทำร้ายร่างกาย

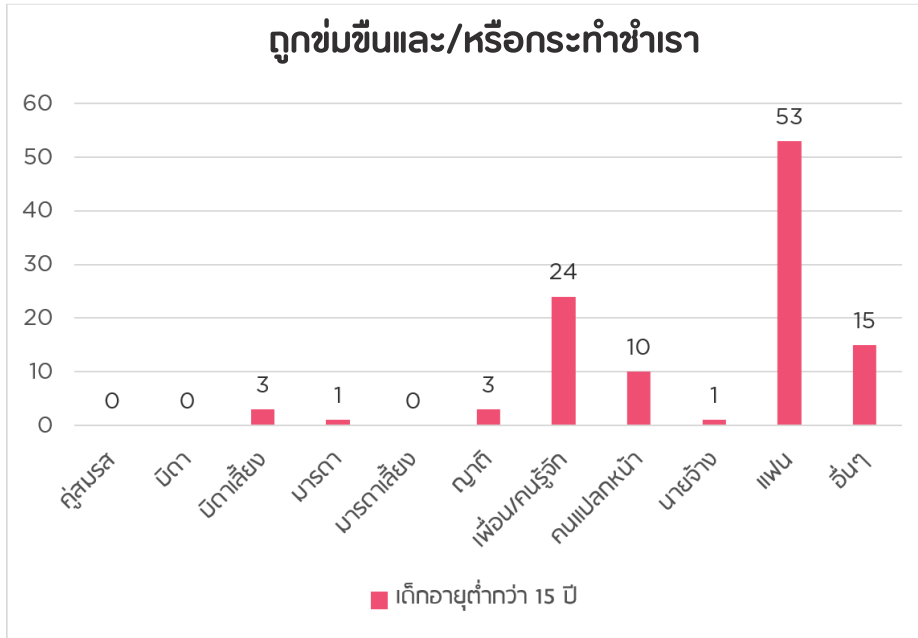
ที่มา: สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร



กราฟที่ 2:

สถิติผู้ป่วยศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี สำนักงานแพทย์ ประจำเดือน ตุลาคม 53 - กันยายน 54
ประเภทถูกข่มขืนและหรือกระทำชำเรา

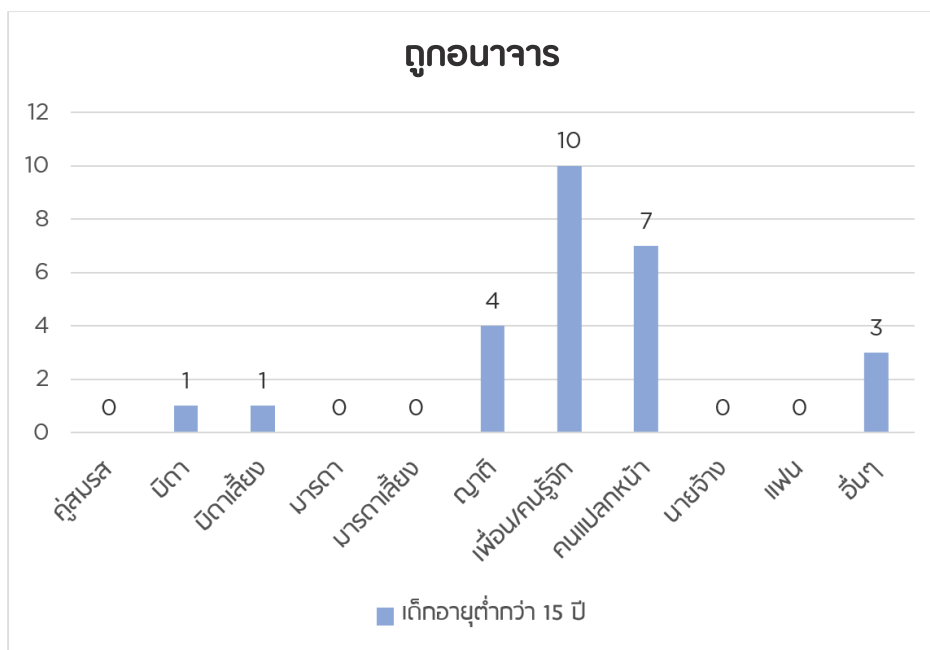
ที่มา: สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร



กราฟที่ 3:

สถิติผู้ป่วยศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี สำนักงานแพทย์ ประจำเดือน ตุลาคม 53 - กันยายน 54
ประเภทถูกอนาจาร

ที่มา: สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร





จากข้อมูลในกราฟที่ 1-3 เป็นข้อมูล การกระทำทารุณกรรมต่อเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แยกออกเป็นกรทำร้ายร่างกาย การถูกข่มขืน กระทำชำเรา และการถูกอนาจาร ซึ่งเห็นได้ชัดเจนนว่า ภัยของเด็กอันเกี่ยวเนื่องกับการทารุณกรรม เกิดจากบุคคลใกล้ตัวทั้งสิ้นเริ่มตั้งแต่บิดามารดาของเด็กเอง บิดามารดาเลี้ยง ญาติ ลุงป้า น้าอา เรื่อยไปจนถึงคนรู้จัก และจะพบว่า การทารุณกรรมจากคนแปลกหน้ามีน้อยกว่าที่เด็กจะโดนกระทำจากคนในครอบครัวและคนรู้จัก โดยยกตัวอย่าง กราฟที่ 1 ที่ว่าด้วยการถูกทำร้ายร่างกายจะพบว่า เด็กถูกทำร้ายร่างกายจากคนในครอบครัวและคนรู้จักถึง 151 ราย เมื่อเทียบกับถูกทำร้ายจากคนแปลกหน้า นายจ้าง หรือบุคคลอื่นๆ ซึ่งมีเพียง 95 รายเท่านั้น

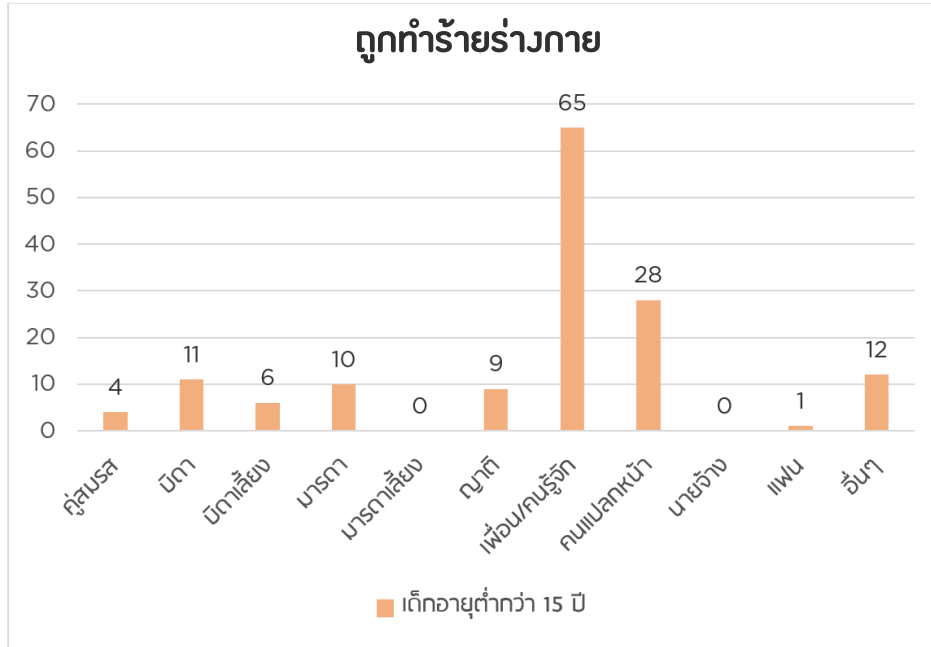
และเช่นกันในข้อมูลรอบถัดมา ในกราฟที่ 4-6 ซึ่งเป็นข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา พบได้ชัดเจนว่าการถูกทำร้ายร่างกายของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จะโดนกระทำทั้งจากบิดามารดา บิดาเลี้ยง มารดาเลี้ยง ญาติ เพื่อน และคนรู้จักเป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกับการถูกข่มขืนกระทำชำเรา และการถูกอนาจาร เป็นที่น่าสังเกตว่า ข้อมูลการถูกอนาจารของเด็กโดยบิดาและบิดาเลี้ยง รวมทั้งเพื่อนและคนรู้จักมีจำนวนใกล้เคียงกับคนแปลกหน้า ข้อมูลทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นว่า ครอบครัวและบ้านไม่ใช่สถานที่ปลอดภัยสำหรับเด็กจำนวนมาก



กราฟที่ 4:

สถิติผู้ป่วยศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี สำนักงานแพทย์ ประจำเดือน ตุลาคม 54 - กันยายน 55 ประเภทถูกทำร้ายร่างกาย

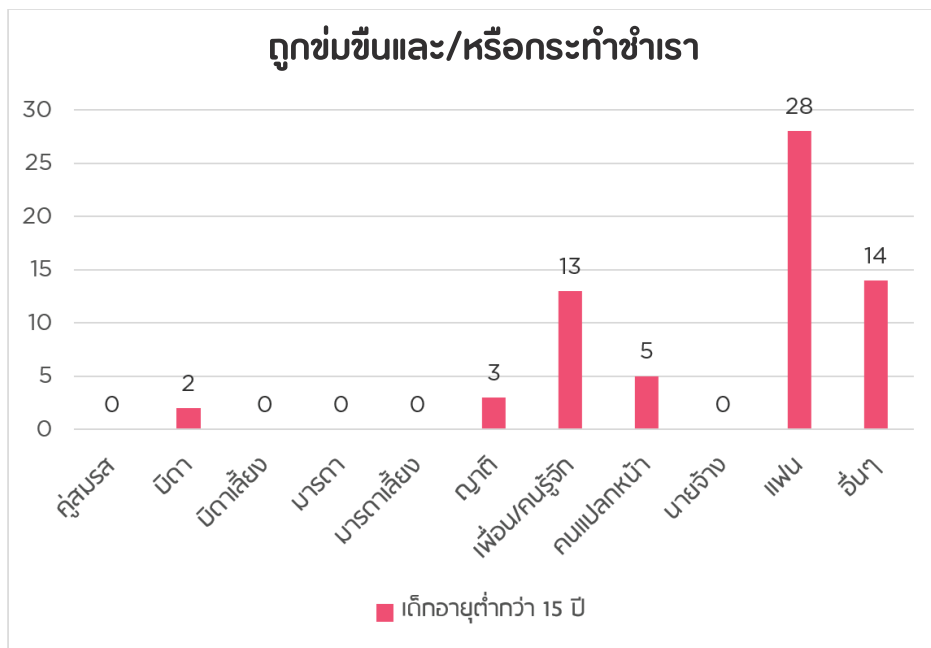
ที่มา: สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร



กราฟที่ 5:

สถิติผู้ป่วยศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี สำนักงานแพทย์ ประจำเดือน ตุลาคม 53 - กันยายน 54 ประเภทถูกข่มขืนและ/หรือกระทำชำเรา

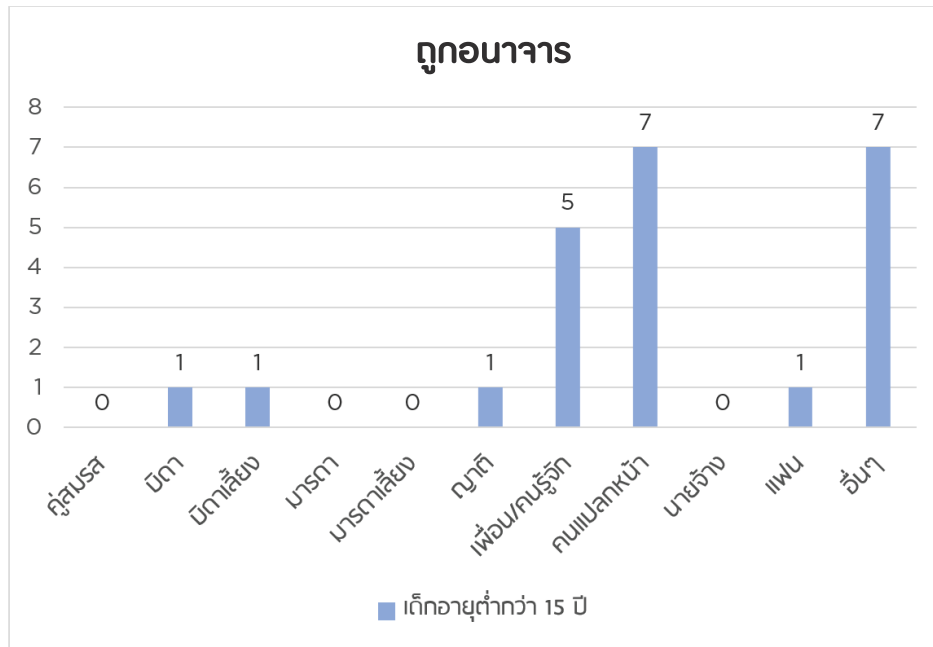
ที่มา: สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร



กราฟที่ 6:

สถิติผู้ป่วยศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี สำนักงานแพทย์ ประจำเดือน ตุลาคม 53 - กันยายน 54 ประเภทถูกอนาจาร

ที่มา: สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร



เมื่อบ้าน ไม่ใช่สถานที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก

เมื่อบ้านและบุคคลในบ้านรวมถึงบุคคลใกล้เคียงไม่ปลอดภัยสำหรับเด็ก คำถามที่ตามมาคือ แล้วเราจะมีมาตรการในการปกป้องคุ้มครองสิทธิเด็กในส่วนนี้อย่างไร และมาตรการดังกล่าวสัมฤทธิ์ผลหรือไม่ และอะไรเป็นตัวแปรของความสัมฤทธิ์ผลหรือไม่สัมฤทธิ์ผล อาจกล่าวได้ว่า สาระสำคัญของเรื่องนี้อยู่ที่ **การดำเนินการทางกฎหมาย** เพื่อปกป้องคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานหรือสิทธิเหนือร่างกาย ชีวิต และเสรีภาพ ซึ่งมีรายละเอียดอยู่ที่ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 1(4)5(1) 5(2) และ 6 โดย

กฎหมายเน้นหนักให้การแสดงบทบาทหน้าที่ในการปกป้องคุ้มครองเด็กไว้ที่บิดามารดา ซึ่งก็เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับสภาพทางธรรมชาติและความสัมพันธ์ที่เป็นจริงระหว่างบิดามารดากับบุตร ทั้งนี้ อยู่ภายใต้สมมติฐานที่ว่า บิดามารดาเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ของตนตามที่ควรเป็น มิใช่กรณีที่บิดามารดาไม่ปฏิบัติหน้าที่ หรือใช้สิทธิหน้าที่ของตนไปละเมิดสิทธิเหนือร่างกาย ชีวิต และเสรีภาพของเด็กเสียเอง

อำนาจของบิดามารดาในการดำเนินการทางกฎหมายแทนบุตรที่ถูกกระทำผิดตามกฎหมายอาญานี้เป็นอำนาจเด็ดขาด ดังรายละเอียดในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 5(1) ประกอบกับมาตรา 3 โดยมาตรา 5(1) ให้บิดามารดาซึ่งมีฐานะเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม (ดังนั้น บิดาจึงต้องเป็นบิดาโดย

ขอด้วยกฎหมายเท่านั้น) ของบุตรผู้เยาว์ มีอำนาจจัดการแทนบุตรผู้ถูกกระทำละเมิดโดยไม่ต้องขอความเห็นหรือความยินยอมจากบุตรก่อนแต่อย่างใด บิดามารดาของเด็กมีอำนาจดำเนินการได้ทันทีเสมือนหนึ่งตนเป็นผู้เสียหายเอง ดังรายละเอียดในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 3 ดังนี้

“บุคคลตั้งระบุไว้ในมาตรา 4, 5 และ 6 มีอำนาจจัดการต่อไปนี้แทนผู้เสียหาย ตามเงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในมาตรานั้นๆ

1. ร้องทุกข์
2. เป็นโจทก์ฟ้องคดีอาญาหรือเข้าร่วมเป็นโจทก์กับพนักงานอัยการ
3. เป็นโจทก์ฟ้องคดีอาญาหรือคดีแพ่งที่เกี่ยวข้องกับคดีอาญา
4. ถอนฟ้องคดีอาญาหรือคดีแพ่งที่เกี่ยวข้องกับคดีอาญา
5. ยอมความในคดีความผิดต่อส่วนตัว”

ลักษณะของการให้อำนาจดังกล่าวแก่บิดามารดาทำให้บิดามารดาสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ในการคุ้มครองดูแลบุตรได้อย่างสมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากฎหมายไทยจะให้หลักประกันแก่เด็กค่อนข้างมาก แต่เมื่อแนวคิดของกฎหมายนำหลักประกันนั้นไปผูกไว้กับบิดามารดาแทบทั้งสิ้น รวมทั้งต้องอาศัยแนวของจารีตประเพณีที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์มาใช้เป็นบรรทัดฐานในการตีความกฎหมายลายลักษณ์อักษรจึงก่อให้เกิดข้อจำกัดต่อสิทธิเด็กอย่างสำคัญ คือ

1. กฎหมายลายลักษณ์อักษรที่ร่างขึ้นภายใต้อิทธิพลของจารีตประเพณีโดยตรงอยู่ในประมวลกฎหมายแพ่งพาณิชย์ มาตรา 1562 ในหมวดสิทธิและหน้าที่ของบิดามารดา และบุตรได้จำกัดสิทธิของบุตรไว้ซึ่งมีบทบัญญัติว่า

“ผู้ใดจะฟ้องบุพการีของตนเป็นคดีแพ่งหรือคดีอาญามีได้ แต่เมื่อผู้นั้นหรือญาติสนิทของผู้นั้นร้องขอ อัยการจะยกขึ้นว่ากล่าวก็ได้”

ตามกฎหมายมาตรานี้มิได้ห้ามเป็นเด็ดขาดว่าบุตรจะฟ้องบิดามารดาไม่ได้เลยเพียงแต่ต้องขอให้พนักงานอัยการเป็นผู้ว่าคดีแทน ไม่อาจแต่งทนายเข้าไปดำเนินการเองโดยตัวบุตรเองหรือญาติและบุตรจะทำเช่นนั้นได้เฉพาะในคดีอาญา คือ คดีที่บิดามารดากระทำละเมิดสิทธิเหนือร่างกาย ชีวิต และเสรีภาพของบุตรเท่านั้น

และแม้ว่ากฎหมายอนุญาตให้บุตรสามารถร้องต่อพนักงานอัยการได้ด้วยตนเองก็เฉพาะบุตรที่มีวุฒิภาวะเพียงพอจะกระทำได้ เช่น วิทยุฉุฉุและการศึกษาที่เอื้อให้เกิดความสำนึกเพียงพอต่อการแสดงเจตนาของตน หากเป็นเด็กเล็กๆ หรือทารกย่อมไม่อาจดำเนินการได้

ตามปกติแล้วเมื่อเกิดการกระทำคามผิดทางอาญาโดยทั่วไป ผู้กระทำความผิดมักจะมีหลบหนีไปโดยทิ้งร่องรอยหรือพยานหลักฐานของการกระทำนั้นเอาไว้ พนักงานสอบสวนก็จะสามารถเข้าไปดำเนินการแทนแทบจะในทันทีที่ได้รับแจ้งเรื่องทุกข์ พยานหลักฐานจึงมักจะสมบูรณ์พอจะฟ้องศาลต่อไป แต่กรณีอาชญากรรมในครอบครัวการร้องทุกข์มักจะไม่เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นได้ยากลำบาก อาจจะมีกรกล่าวโทษโดยเพื่อนบ้าน ครู หรือญาติของเด็กบ้าง แต่ก็ไม่มีผู้

โลก้าแสดงตัว เช่นในกรณีการรับช่วยเหลือเด็กที่ถูกกระทำละเมิดโดยบิดามารดาของศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก ศูนย์พบว่าข้อมูลมักจะมาจากรุ พยานหรือแพทย์ผู้มีโอกาสใกล้ชิดและสังเกตเห็นความผิดปกติของเด็กและมาแจ้งให้เจ้าหน้าที่ตำรวจทราบ แต่ในกรณีเหล่านี้เมื่อเด็กต้องให้ปากคำต่อตำรวจหรือพนักงานสอบสวนมักจะไม่พูดความจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญหน้ากับผู้กระทำความผิดผู้เป็นบิดามารดา และหากเป็นกรณีที่เด็กทราบว่า การพูดของตนจะทำให้บิดามารดาต้องรับโทษทางอาญาแล้วเด็กจะไม่ยอมให้การใดๆ ทั้งสิ้น

2. นอกจากปัญหาข้อบกพร่องในเนื้อหาของกฎหมายที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของจารีตประเพณีแล้ว ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้อำนาจหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายของเจ้าพนักงานในกระบวนการบังคับใช้กฎหมาย กล่าวคือ เมื่อพิจารณาตามความเป็นจริงแล้วจะพบว่า คดีของเด็กจะต้องมีกระบวนการสอบสวนที่แตกต่างจากผู้ใหญ่อย่างสิ้นเชิง แต่บทบาทของพนักงานสอบสวนและการดำเนินกระบวนการพิจารณาความในศาลเป็นเช่นเดียวกันกับคดีที่ผู้เสียหายเป็นผู้ใหญ่ แต่ด้วยสภาพของเด็กแตกต่างไปจากผู้ใหญ่มาก จึงทำให้การได้ข้อเท็จจริงหรือพยานหลักฐานจากเด็กแตกต่างไปจากผู้ใหญ่ด้วย อาทิ เช่น เด็กที่ถูกล่วงเกินทางเพศอาจจะไม่เข้าใจหรือไม่ทราบสาระสำคัญของความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่ตน ความจำและความสามารถในการเรียงลำดับเหตุการณ์ที่ตนถูกกระทำละเมิดก็ผันแปรไปได้มากตามวัยหรือวิธีการเลี้ยงดู นอกจากนี้ ยังมีปัญหาซ้ำซ้อนจากเด็กที่มีสติปัญญาผิดปกติ หรือปัญหาซ้ำซ้อนจากเด็กพิการ เป็นต้น และเมื่อการค้นหาคำข้อเท็จจริงในศาลใช้วิถีทางปกติ คือ เฉพาะการสอบสวนของพนักงานสอบสวนภายใต้การกำกับของพนักงานอัยการโดยมีการซักค้านของ

ทนายจำเลยตามปกติ ซึ่งอาจใช้เทคนิคและความเชี่ยวชาญของตนทำให้ข้อเท็จจริงถูกบิดเบือนไป ทั้งนี้ เพราะความอ่อนด้อยทางวุฒิภาวะของผู้เสียหาย มีตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนในคดีการล่วงเกินทางเพศต่อเด็กอายุระหว่าง 4-6 ขวบ จำนวนหลายคดีที่ศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กติดตามให้ความช่วยเหลืออยู่ หนึ่งในคดีทั้งหลายเป็นกรณีที่เด็กมีปัญหาทางสติปัญญาถูกคนข้างบ้านกระทำ เด็กไม่สามารถให้การว่าตนถูกกระทำอย่างไรที่ไหนบ้าง จำไม่ได้ว่ากี่ครั้ง ไม่สามารถรู้วันเวลาและไม่สามารถเรียงลำดับเหตุการณ์ ปรากฏว่าศาลยกฟ้อง เพราะทนายจำเลยจับจุดอ่อนที่ผู้เสียหายมีปัญหาทางสติปัญญา จึงใช้คำถามหลอกล่อจนกระทั่งผู้เสียหายไม่สามารถให้ข้อเท็จจริงแก่ศาลได้ และประกอบกับศาลไม่สามารถเห็นร่องรอยความเสียหายอย่างชัดเจนที่ตัวเด็ก เพราะตรวจพบว่าเด็กถูกล่วงเกินทางเพศหลังจากเกิดเหตุมานานมาก ในบางคดีเด็กไม่สามารถให้การได้เลยว่าอวัยวะเพศของตนไปโดนอะไรมา นับเป็นปัญหาที่น่าหนักใจว่ากฎหมายคุ้มครองสิทธิเด็กได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น แล้วยังมีจุดบกพร่องที่วิธีพิจารณาความที่ไม่แยกวุฒิภาวะของผู้เสียหายยังทำให้กฎหมายคุ้มครองเด็กได้น้อยลงไปอีก โดยเฉพาะเด็กด้อยโอกาสที่เกิดจากความพิการทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา

แล้วเราจะทำอย่างไรกันดี?

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระดับลึกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กให้ภาพตรงกันว่า สิทธิเด็กจะได้รับการปกป้องดูแลได้ก็ด้วยกลไกหลักๆ 2 ประการเท่านั้น นั่นคือ 1) การแทรกแซงของสังคมเพื่อปกป้องสิทธิเด็ก และ 2) การสร้างจิตสำนึกสาธารณะว่า เด็กคือความรับผิดชอบของผู้ใหญ่

ทุกคน เนื่องจากกลไกทางกฎหมายเป็นเพียงมาตรการหนึ่งเท่านั้น ยิ่งความรุนแรงต่อเด็กเกิดขึ้นในบ้าน อันเป็นจุดที่ไม่สามารถจะรู้เห็นได้โดยง่าย การใช้กฎหมายจึงดูเหมือนจะเป็นการจัดการปัญหาที่ปลายเหตุและหน้าซ้ำในหลายๆ กรณีการใช้กฎหมายยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้

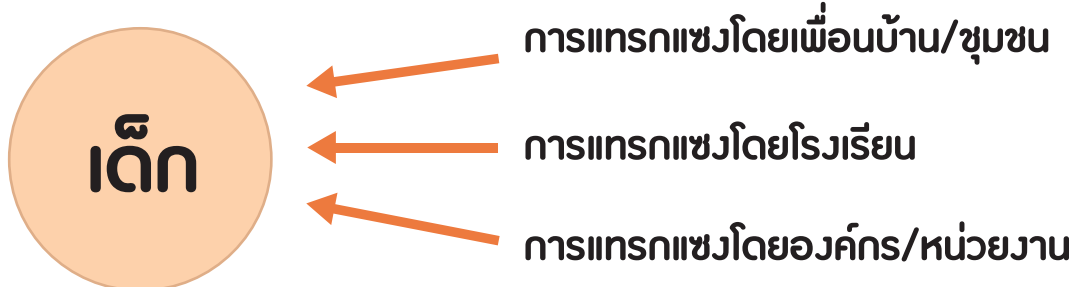
“หากสังคมใดมีจิตสำนึกในการเห็นคุณค่าของเด็ก การละเมิดต่อเด็กย่อมเกิดขึ้นได้ยาก”

สรรพสิทธิ์ คุมพ์ประพันธ์, 2553

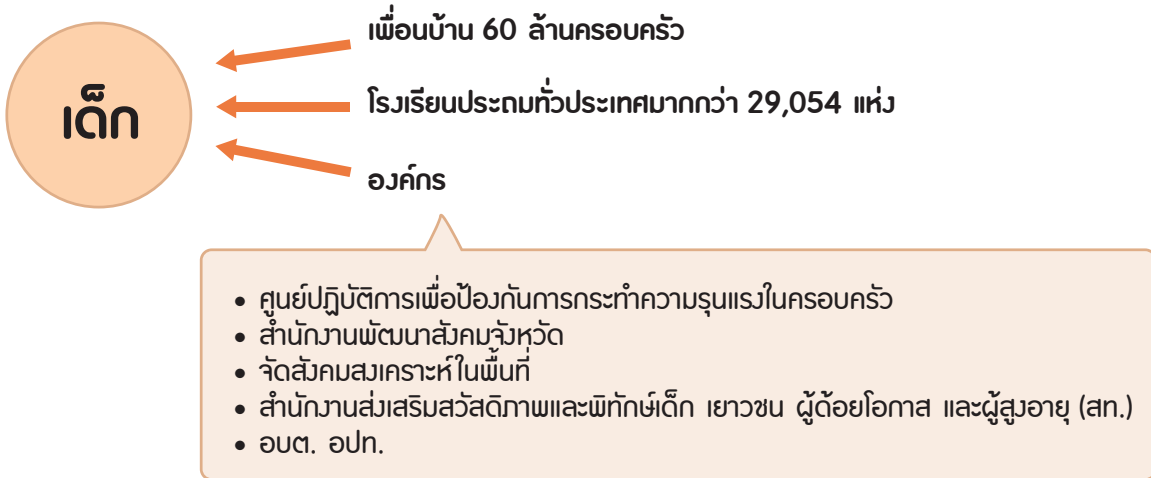
สรรพสิทธิ์ คุมพ์ประพันธ์ เลขาธิการมูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก และที่ปรึกษากิตติมศักดิ์ประจำคณะกรรมาธิการรัฐสภากิจการเยาวชน สตรี และผู้สูงอายุ ให้ภาพที่ชัดเจนถึงกระบวนการแทรกแซงทางสังคม เมื่อพบแนวโน้มบางประการที่อาจจะนำไปสู่การละเมิดสิทธิเด็ก

ภาพที่ 1:

รูปที่ 1 ผู้มีบทบาทแทรกแซงเพื่อปกป้องสิทธิเด็ก



ในบรรดาการแทรกแซงโดยผู้แทรกแซงทั้งสามส่วน อันได้แก่ เพื่อนบ้าน/ชุมชน โรงเรียน และองค์กรนั้น การแทรกแซงโดยเพื่อนบ้านเป็นส่วนแทรกแซงที่นับว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด เพราะเพื่อนบ้านและชุมชนสามารถเห็นปัญหาการละเมิดสิทธิเด็กได้ก่อนใครอื่นที่อยู่นอกครอบครัวทั้งหมด เพราะโดยธรรมชาติเพื่อนบ้านจะเห็นเหตุการณ์ผิดปกติที่เกิดกับเด็กก่อนครูที่โรงเรียนหรือก่อนองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ทั้งหมด การเข้าแทรกแซงโดยการเป็นหูเป็นตา ซึ่เบาจะช่วยให้มีการติดตามเฝ้าดู (Watching) เด็กในระยะใกล้ชิด และนำไปสู่การลดทอนปัญหาความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับเด็กได้



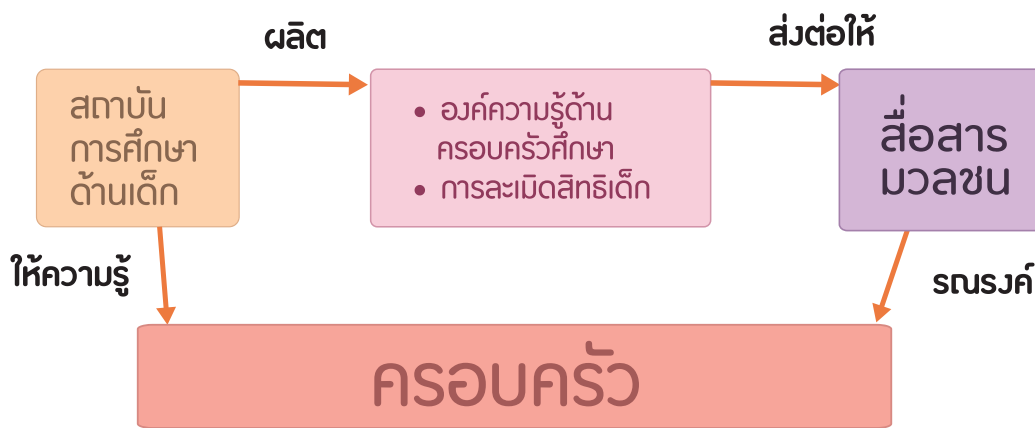
นอกจากในแง่ของความใกล้ชิดในเชิงของที่ตั้งอยู่ใกล้บ้านของเด็กที่ถูกทารุณกรรมอันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เพื่อนบ้านสามารถพบเห็นการกระทำรุนแรงต่อเด็กได้ก่อนใครแล้ว ยังเห็นได้ชัดเจนว่า ด้วยจำนวนเพื่อนบ้านที่มีมากถึง 60 ล้านครอบครัวในประเทศ หากเพื่อนบ้านทุกครัวเรือนเห็นว่า ประเด็นด้านความรุนแรงต่อเด็กเป็นเรื่องที่ต้องใส่ใจ เป็นหูเป็นตา และเป็นเรื่องที่เป็นหน้าที่ของพลเมืองทุกคน การกระทำความรุนแรงกับเด็กจะถูกกำกับควบคุมโดยสังคม และสิ่งนี้คือสุดยอดความปรารถนาของทุกสังคมที่จะเห็นทุกพื้นที่เป็นที่ปลอดภัยปลอดความรุนแรงสำหรับเด็กทุกคน

คำถามต่อมาคือ เราจะสร้างสังคมที่ไม่เพิกเฉยต่อความรุนแรงต่อเด็กได้อย่างไร?

จากการพูดคุยได้ะกลมกับกลุ่มคนทำงานด้านเด็กในประเด็นนี้ ทุกคนเห็นพ้องต้องกันว่า “การมีจารีตประเพณีที่ให้ความสำคัญต่อเด็กเป็นพิเศษ” นับว่าเป็นหลักประกันสิทธิเด็กที่ดีที่สุด เพราะไม่ว่าประเทศจะมีกฎหมายกลไกการควบคุมปฏิบัติดีแค่ไหนก็ตาม แต่หากคนในสังคมยังขาดจิตสำนึกว่า “การปกป้องสิทธิเด็กเป็นหน้าที่ที่จะเป็นต้องปฏิบัติ” ของทุกคน เมื่อนั้นการกระทำรุนแรงต่อเด็กก็จะยังคงมีอยู่ตลอดไป

ปกป้องสิทธิเด็ก: ทำเลยก็ได้ ไม่ต้องรออนโยบาย

หลายๆครั้งที่มีคำถามเกิดขึ้นกับคนทำงานด้านเด็กว่า ความรุนแรงต่อเด็กจะแก้ไขให้หมดไปได้ด้วยนโยบายอะไร ต้องยอมรับว่าคนไทยเรา “ติดกับ” กับระบบคิดเช่นนี้ ไม่ว่าจะอะไรก็จะต้องรออนโยบาย รอการช่วยเหลือจากรัฐ ข้อเสนอจากการพูดคุยไต่ถามของคณาจารย์ด้านสิทธิเด็กให้ภาพตรงกันว่า การปกป้องความรุนแรงต่อเด็ก สามารถทำได้ทันที และไม่ต้องรออนโยบาย ด้วยกระบวนการที่เป็นรูปธรรม ดังต่อไปนี้



ในประเทศพัฒนาแล้วทั้งหลายการให้ความรู้ด้านการละเมิดสิทธิเด็กต่อประชาชนทุกคนเป็นหน้าที่ที่สื่อสารมวลชนทั้งภายในและภายนอกของรัฐบาลและเอกชน จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเข้มข้น จนทำให้ประเด็นสิทธิเป็นเรื่องที่ประชาชนทุกคนรู้และตระหนักไปโดยปริยาย สื่อสิ่งพิมพ์ตั้งแต่วิทยุ โทรทัศน์ วารสารมีพลังมากพอที่จะ “ตีข่าว” อย่างต่อเนื่องให้ประเด็นสิทธิเด็กเกิดการเคลื่อนไหวจนกลายเป็นบรรทัดฐานใหม่ของสังคมได้

ในทางเดียวกัน บทบาทของสถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่สร้างองค์ความรู้ด้านเด็กและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ “ครอบครัวศึกษา” จะต้องทำหน้าที่ผลิตองค์ความรู้นี้อย่างต่อเนื่องจริงจัง

เพราะองค์ความรู้ด้านครอบครัวศึกษาจะทำให้บุคคลทั้งหลายมีฐานคิดที่ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัวที่สุด นั่นคือ เรื่อง “ครอบครัว” เพราะองค์ความรู้นี้จะให้ประโยชน์ในแง่การวางพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ถูกต้องของบิดามารดากับบุตร การเลี้ยงดูบุตร การจัดสรรเวลา และผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจในครอบครัว และสุดท้ายคือ เรื่องสวัสดิภาพและสิทธิเด็ก เมื่อองค์ความรู้เหล่านี้ถูกผลิตและถูกส่งต่อให้สื่อสารมวลชนทำหน้าที่ “รับไม้ต่อ” ในการกระจายข่าวอย่างต่อเนื่องและจริงจังในไม่ช้า สังคมอุดมคติที่เราทุกคนคาดหวังย่อมมีทางเกิดขึ้นได้





การตั้งครรภในวัยรุน

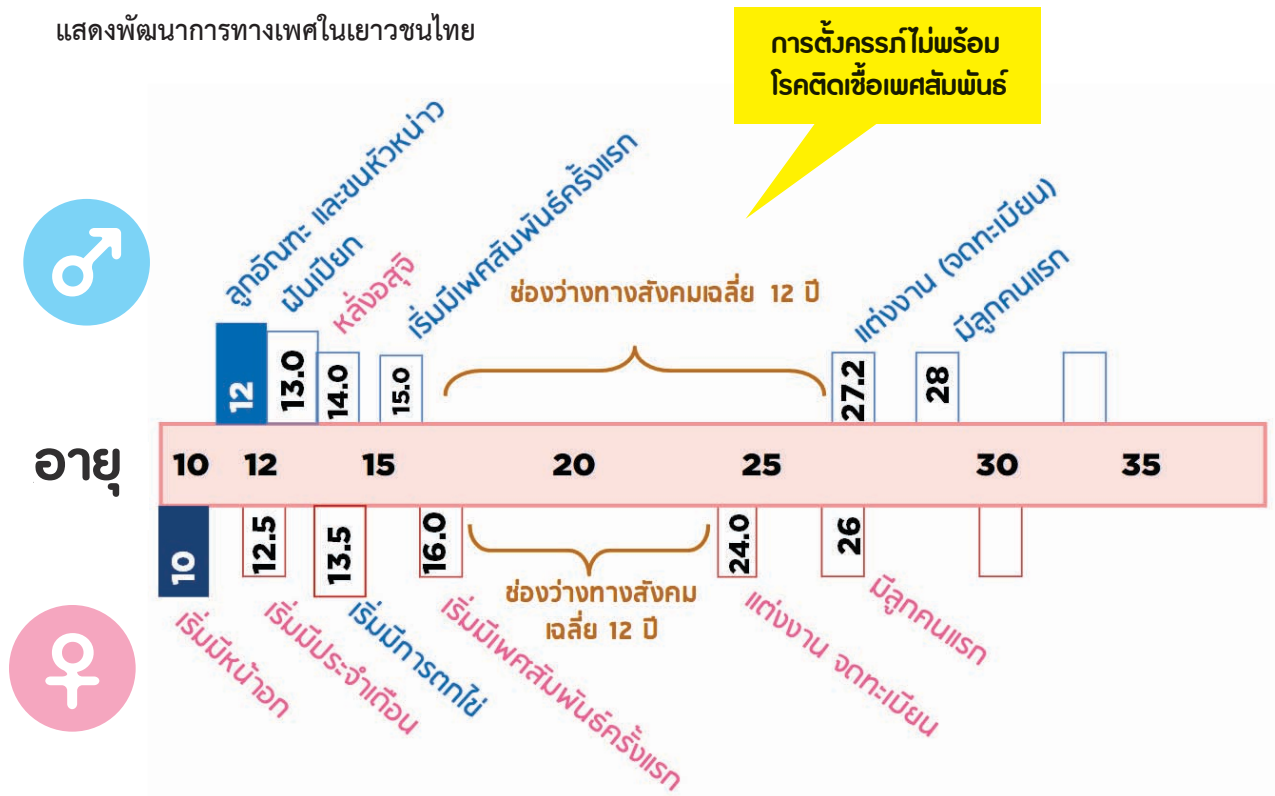
พัฒนาการทางเพศ เยาวชนไทย

พัฒนาการทางเพศของวัยรุ่นทั้งชายและหญิง (ตามแผนภาพที่ 1) เด็กผู้หญิงเริ่มเข้าวัยรุ่นที่อายุ 10 ปี สังเกตได้จากเต้านม และเริ่มมีประจำเดือน อายุ 12.5 ปีโดยในปีแรกไม่มีการตกไข่ ฉะนั้นอายุเฉลี่ยราว 13 ปีขึ้นไปวัยรุ่นหญิงสามารถตั้งครรภได้แล้ว ในขณะที่เด็กชายเริ่มเข้าวัยรุ่นที่อายุ 12 ปี ปีถัดมาฝันเปียกและชายเริ่มหลั่งอสุจิที่อายุ 14 ปี ค่าเฉลี่ยการมีเพศสัมพันธ์ในชายอายุ 15 ปี และหญิงที่อายุ 16 ปี ทำให้เพิ่มโอกาสการตั้งครรภในวัยรุ่นได้มากขึ้น ประกอบกับการแต่งงานที่จดทะเบียนสังคัมรับ

รู้กลับช้ามากขึ้น ทำให้การมีเพศสัมพันธ์โดยที่สังคัมไม่ยอมรับและ ขาดความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น gap period ที่เกิดขึ้นในระหว่างค่าเฉลี่ยการมีเพศสัมพันธ์กับการแต่งงานจึงมีความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์หลายเรื่องทั้งโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภนั่นเอง ซึ่งขาดทั้งทักษะรู้คิด/ทักษะชีวิต (Cognitive development) และจิตสำนึกที่ดี (Mindfulness)

แผนภาพที่ 1:

แสดงพัฒนาการทางเพศในเยาวชนไทย



ที่มา : สุริยเดว ทรีปาตี วัยรุ่นกับเพศสัมพันธ์ เอกสารวิชาการ สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2550.

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การเก็บข้อมูลใน 192 ประเทศที่มีข้อมูลด้าน Demographic Health survey และข้อมูลจาก UNICEF ประชากรวัยรุ่นอายุ 10-24 ปี มีทั้งหมดประมาณ 1.8 พันล้านคน และมีอัตราการตาย 2.6 ล้านคนต่อปี โดยที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดใน South East Asia Region ประมาณ 35% รองลงมาคือ Africa ประมาณ 28% (2 โชนนี้รวมกันเท่ากับ 63% แทบจะเป็น 2/3 ของอัตราการตายทั่วโลก)

ที่มา: Global Burden of Disease study in young people 2004 (Lancet 2009; 374: 881-92)

แผนภาพที่ 2:

แสดงอัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี 1000 คนทั่วโลก

Sub-Saharan Africa

19	Central African Rep.	134
20	Congo	136
21	Nigeria	138
22	Cameroon	140
23	Madagascar	142
23	Senegal	142
Regional Average		143
25	Gambia	153
26	Burkina Faso	157
27	Malawi	159
28	Ethiopia	168

Americas

1	Canada	24
2	Chile	49
3	Trinidad/Tobago	51
4	Haiti	53
5	Peru	57
6	United States	60
6	Uruguay	60
8	Argentina	64
9	Cuba	65
Regional average		68
10	Mexico	69
11	Brazil	71

East/South Asia and Pacific

1	Japan	4
1	Korea, Rep.	4
3	China	5
3	Korea, Dem.	5
5	Singapore	8
6	Cambodia	15
7	Sri Lanka	20
8	Austria	22
9	Papua New Guinea	24
10	Malaysia	26
11	Myanmar	31
12	New Zealand	32
13	Vietnam	33
14	Mongolia	39
15	Philippines	40
16	Lao Rep.	50
Regional average		56
17	Indonesia	58
18	Thailand	70
19	Bhutan	84
20	Nepal	89
20	Pakistan	89
22	India	109
23	Bangladesh	115

Europe

1	Switzerland	4
2	Netherlands	7
3	France	8
3	Italy	8
5	Belgium	9
5	Denmark	9
7	Spain	10
7	Sweden	10
9	Finland	11
10	Germany	13
11	Ireland	14
12	Norway	16
13	Greece	18
14	Austria	21
15	Lithuania	22
15	Portugal	22
17	Belarus	24
18	Poland	25
Regional average		25
19	Estonia	27
19	Slovenia	27

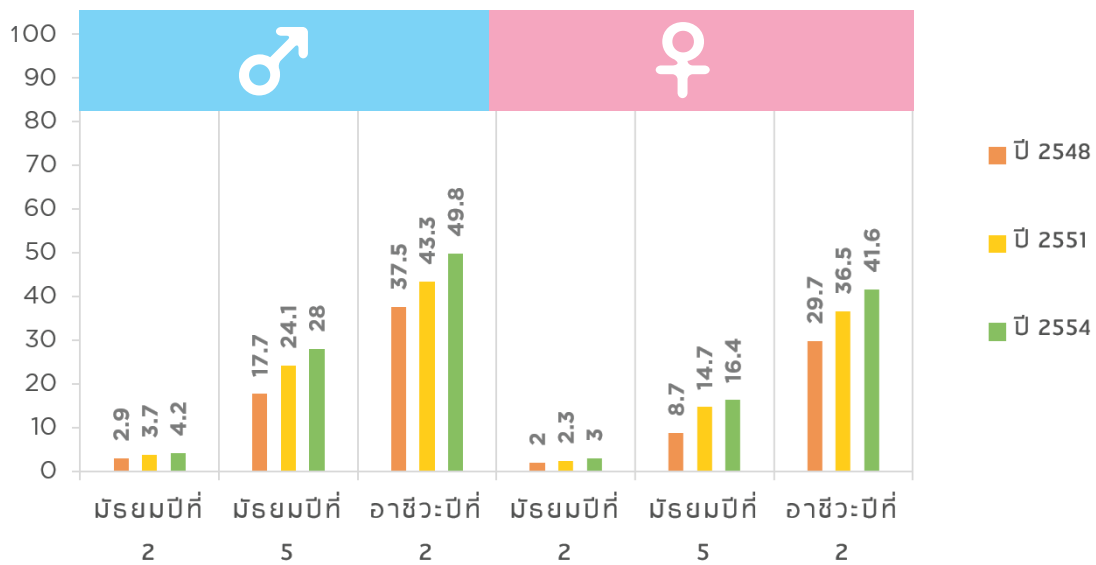
ที่มา : ข้อมูลจาก Unicef

แผนภาพที่ 2 แสดงอัตราคลอดลูกของวัยรุ่นที่อายุ 15-19 ปี ทั่วโลกเมื่อปี ค.ศ.2009 เมื่อเทียบกับหญิงวัยเดียวกันพันคน ค่าเฉลี่ยทั่วโลกเท่ากับ 65 ต่อพัน ในขณะที่ประเทศไทย 70 ต่อพันคน โดยที่มากที่สุดในประเทศอาเซียนด้วยตัวเอง ในขณะที่ประเทศที่รายงานน้อยที่สุดในโลกคือ ญี่ปุ่น สวิสเซอร์แลนด์ เกาหลี ส่วนสหรัฐอเมริกา มีค่าเฉลี่ยที่ 60 ต่อพันคน เท่านั้น

สำหรับในประเทศไทย ได้มีการรายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ.2554 เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ตามกราฟที่ 1 2 และ 3) โดยมีข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้



กราฟที่ 1: แสดงอัตราการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในปี 2548, 2551 และ 2554

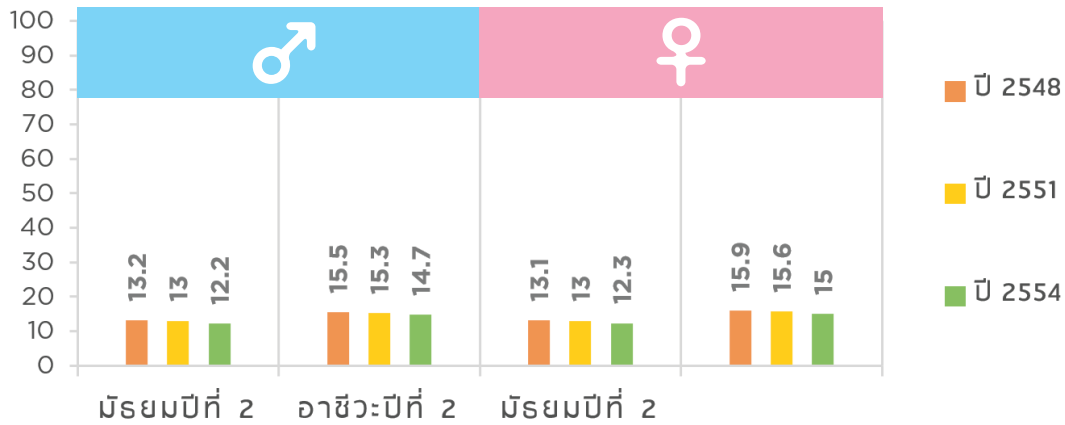


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2554

กราฟที่ 1 แสดงอัตราการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และ นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในปี 2548, 2551 และ 2554 โดยพบว่า อัตราการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนในปี 2548, 2551 และ 2554 ของนักเรียนทั้ง 3 ระดับชั้นการศึกษา มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเมื่อพิจารณาอัตราการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนทั้ง 3 ระดับชั้น จะพบว่า นักเรียนยังมีระดับชั้นการศึกษาที่สูงขึ้น ก็จะมีอัตราการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกัน ทั้งในเพศชายและเพศหญิง

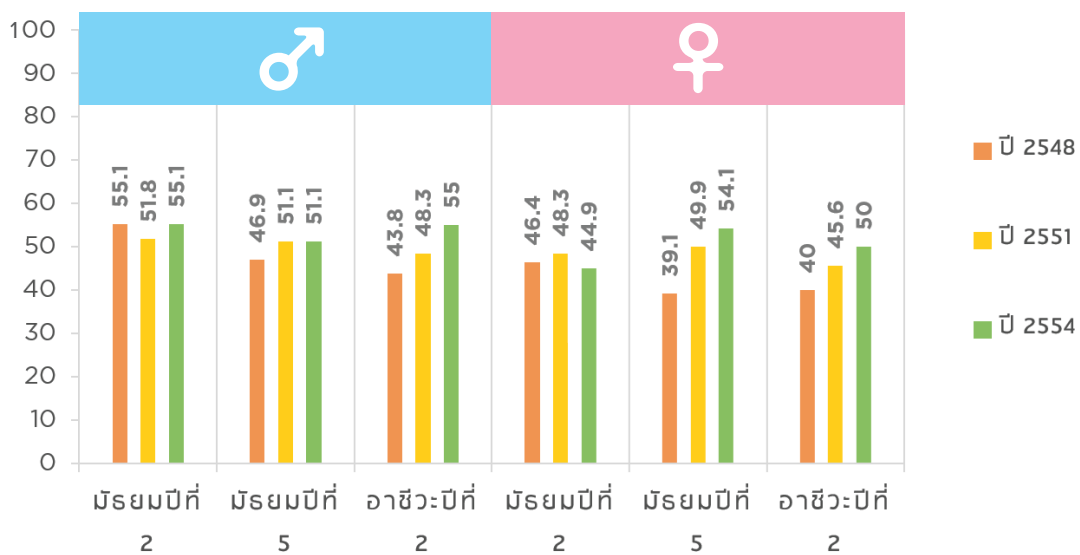
กราฟที่ 2: แสดงอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี) ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในปี 2548, 2551 และ 2554

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2554



กราฟที่ 2 แสดงอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี) ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในปี 2548, 2551 และ 2554 พบว่าอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนมีอายุลดลงเรื่อยๆอย่างชัดเจน ทั้งในเพศชายและเพศหญิง

กราฟที่ 3: แสดงการอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และ นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในปี 2548, 2551 และ 2554



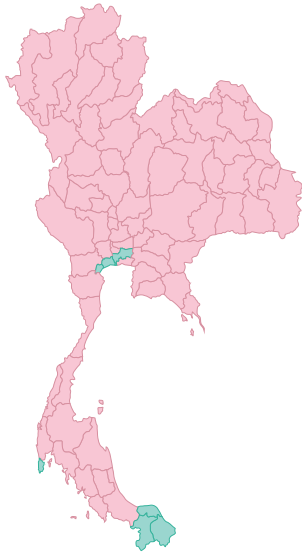
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2554

กราฟที่ 3 แสดงการอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และ นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในปี 2548, 2551 และ 2554 พบว่า กลไกในการป้องกันโดยการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนทั้ง 3 ระดับชั้นการศึกษาอยู่ในระดับคงที่ประมาณ 40 ถึง 50 เปอร์เซ็นต์ทั้งเพศชายและเพศหญิง

แผนภาพที่ 3:

แสดงสถานการณ์การมีบุตรของวัยรุ่นไทยเมื่อปี 2552

สถานการณ์การมีบุตรของวัยรุ่นไทย พ.ศ.2552



เกณฑ์การเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

- จำนวนการคลอดบุตรของผู้หญิง อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ เท่ากับหรือมากกว่า 10%
- จำนวนการคลอดบุตรของผู้หญิง อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ น้อยกว่า 10%

สูตรในการประมวลผล: “อัตราการมีบุตรของวัยรุ่น” เท่ากับ

$$\frac{\text{จำนวนหญิงที่คลอดบุตรในขณะที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์} \times 100}{\text{จำนวนหญิงที่คลอดบุตรทั้งหมดทุกช่วงอายุ}}$$

ที่มา : กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี 2552

แผนภาพที่ 3 แสดงสถานการณ์การมีบุตรของวัยรุ่นไทยเมื่อปี 2552 โดย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งหากดูสถานการณ์การมีบุตรของวัยรุ่นไทยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เห็นได้ชัดว่ามีผลกระทบเกิดขึ้นตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกที่กำหนด (น้อยกว่า 10 %) เกือบทั้งประเทศ

ผลกระทบทางด้านสังคม ที่เกิดตามมาเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มักคาดไม่ถึงหรือไม่ได้คิดล่วงหน้าถึงผลเสียที่จะเกิดตามมา หากเกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมขึ้น ซึ่งผลกระทบทางด้านลบที่สำคัญซึ่งส่งผลโดยตรงแก่มารดา รุนเหล่านั้น ได้แก่

1) มารดาวัยรุ่นมีปัญหาเรื่องการศึกษาและไม่สามารถกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาได้หรือทำได้ลำบาก

2) มารดาหรือบิดาวัยรุ่นมีปัญหาการว่างงานเนื่องจากขาดความรู้หรือขาดวุฒิการศึกษา

3) มารดาขาดทักษะในการเป็นผู้ปกครองและทักษะในการดูแลเลี้ยงดูบุตร

4) มารดาวัยรุ่นมักมีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการใช้สารเสพติด และมีโอกาสกลับไปใช้ซ้ำได้

5) บุตรที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตสูง รวมทั้งอาจมีปัญหาทางด้านพัฒนาการร่วมด้วย

ปัญหาดังกล่าวเป็นปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้บุตรที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงที่จะถูกทอดทิ้งหรือไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควรหรือมีความเสี่ยงที่จะถูกทารุณกรรมจากมารดาหรือผู้ปกครองวัยรุ่นได้

ผลกระทบมารดาวัยรุ่น

อัตราเสียชีวิต

จากการศึกษาพบว่าอัตราการเสียชีวิตระหว่างคลอดของมารดาวัยรุ่นสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่าโดยในมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 15 ปี มีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการคลอดสูงกว่ามารดาวัยรุ่นที่อายุเกิน 20 ปีอย่างมีนัยสำคัญ

Child abuse

มารดาวัยรุ่นเองขาดทักษะในการเป็นผู้ปกครอง และทักษะในการดูแลบุตรส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการทารุณกรรมบุตรได้

Repeated pregnancy

พบว่าประมาณร้อยละ 35 ของมารดาวัยรุ่นมักจะตั้งครรภ์ซ้ำภายใน เวลา 2 ปีแรกหลังการคลอดบุตรคนแรก ซึ่งการตั้งครรภ์ซ้ำเมื่อไม่พร้อมย่อมส่งผลต่อการเลี้ยงดูบุตรคนแรกรวมถึงต่อความเป็นอยู่ของมารดาวัยรุ่นทางด้านลบอย่างเลี่ยงไม่ได้

Low socioeconomic

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคมที่สำคัญต่อมารดาวัยรุ่นและบุตร โดยพบว่ามารดาวัยรุ่นส่วนหนึ่งไม่สามารถกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาได้หรือทำได้ลำบากทำให้เกิดปัญหาการว่างงานตามมาเนื่องจากขาดความรู้หรือขาดวุฒิการศึกษา อีกทั้งมารดาวัยรุ่นเองขาดทักษะในการเป็นผู้ปกครองและทักษะในการดูแลบุตรส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการทารุณกรรมบุตรได้

ปัญหาและแนวทางแก้ไข

จากพฤติกรรมทางเพศ และการตั้งครรภ์ของเด็กวัยรุ่น

ระดับปัจเจกบุคคล (Microsystems)

- **กลยุทธ์การมีพื้นที่เยาวชน** พื้นที่เยาวชนยังไม่มีการบริหารจัดการที่ดี พื้นที่ที่จะทำให้เยาวชนค้นหาตัวเอง หรือใช้เวลาอย่างสร้างสรรค์ นอกจากนี้ชุมชน สังคม ยังไม่เข้าใจวิธีการทำงานกับเยาวชน ผู้ใหญ่ที่ทำงานมักจะคิดแทน จะทำอย่างไรให้เด็กพัฒนาและเข้าใจพัฒนาการของเขา ค้นหาตัวเอง และมีความเข้าใจในเรื่องเพศอย่างถูกต้อง

- **กลยุทธ์กิจกรรมสร้างสรรค์สู่การสร้างเสริมทักษะชีวิตและจิตสำนึก (กระบวนการสร้างเสริมต้นทุนชีวิต)** อีกประเด็นที่สำคัญ คือ ลักษณะสังคมไทยมีลักษณะเฉพาะ คือ **การไม่มีโครงสร้างการใช้เวลา เพื่อพัฒนาตัวเอง** ซึ่งเป็นปัจจัยร่วม

- **กลยุทธ์การรู้เท่าทันเรื่องเพศด้วยครอบครัวศึกษา** เพศศึกษาทั้งในรั้วบ้าน และรั้วโรงเรียน ต้องแก้ที่การตรวจวัดคุณภาพโรงเรียนใหม่ว่า ไม่ควรวัดที่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาอย่างเดียว แต่ต้องวางแผนความคิดการพัฒนาเยาวชนที่รอบด้านด้วย ควรให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่วัยรุ่นทุกคนโดยสอนให้วัยรุ่นมีความรู้และความเข้าใจในหัวข้อต่างๆที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ อาทิเช่น พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงวัยรุ่น บทบาททางเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ การละเว้นการมีเพศสัมพันธ์และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การคุมกำเนิดชนิดต่างๆ เป็นต้น ร่วม

กับการฝึกทักษะต่างๆ ให้วัยรุ่นเพื่อสามารถนำมาใช้ได้จริง เช่น ทักษะการต่อรองและการปฏิเสธ ทักษะการใช้การคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ทักษะการใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น

- **กลยุทธ์การป้องกันตัวเองให้กับวัยรุ่น** ทางไกลภาวะเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์ ด้วยความปลอดภัย (Safe sex) การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง (No condom No sex) ทักษะการใช้ยาคุมกำเนิด และการเข้าถึงบริการที่เป็นมิตรของกระทรวงสาธารณสุข

- **กลยุทธ์การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด** หมายถึง การเข้าถึงอุปกรณ์ และวิธีการคุมกำเนิด กับการพิจารณาการตั้งครรภ์ หรือแม้แต่การทำแท้งที่ปลอดภัย ขณะนี้ก็เป็นปัญหาหมดเด็กวัยรุ่นเข้าไม่ถึงบริการปรึกษา และยังเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิด เพราะเขาไม่ไปโรงพยาบาล และไม่มีจุดเชื่อมระหว่างการที่เด็กมารวมตัวกัน สุมหัว หรือแหล่งที่อยู่กับการเข้าถึงบริการการป้องกันหรือการคุมกำเนิด ซึ่งเป็นจุดอ่อน ระบบบริการสาธารณสุขจะพยายามคุยเพื่อให้เด็กตั้งครรภ์ต่อ ไม่ให้ทำแท้ง เพราะจุดที่ให้บริการทำแท้งที่ปลอดภัยยังไม่ได้มีทั่วถึง เพราะก้ำกึ่งระหว่างถูกกฎหมาย ผิดกฎหมาย ถูกจริยธรรม กลยุทธ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นนั้น ควรจัดให้มีการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์แบบองค์รวม ตั้งแต่ในช่วงที่วัยรุ่นตั้ง ครรภ์จนถึงหลังคลอดแล้ว โดยในช่วงฝากครรภ์พยายามจัดให้มีการบริการที่ง่ายต่อการเข้าถึงและดูแลวัยรุ่นคุณภาพดี เพื่อให้วัยรุ่นมารับบริการฝากครรภ์ได้อย่างต่อเนื่อง และพยายามป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ให้น้อยที่สุด นอกจากนี้ ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอดเพื่อส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้อง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดการทารุณกรรม

หรือละทิ้งบุตร รวมทั้งส่งเสริมให้มีการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพร่วมกับพยายามให้วัยรุ่นสามารถกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาหรือมีงานทำเพื่อลดปัญหาทางด้านสังคมที่อาจเกิดขึ้นได้

สิ่งที่ประเทศไทยยังขาดมากในระดับปัจเจกบุคคล (Microsystem) คือการรักษาข้อมูลความลับของเด็ก ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลเด็กวัยรุ่น ทำให้เด็กรู้สึกอยากเข้ามาใช้บริการ เพราะข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผยกับส่วนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว คนใกล้ชิด คนรอบข้างต่างๆ แต่ที่ผ่านมามหากรรมการแก้ปัญหาของบ้านเรา เมื่อมีเด็กมาปรึกษาเรื่องตั้งครรภ์ ก็ต้องบอกพ่อแม่ ข้อมูลต่างๆ ต้องแจ้งพ่อแม่ทั้งหมด แต่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีข้อจำกัด ข้อยกเว้นที่จะบอกพ่อแม่เด็กให้รับรู้เฉพาะเพียงแค่เรื่องที่เป็นอันตรายต่อชีวิตเด็ก เช่น เด็กอยากฆ่าตัวตาย หรือมีคนจะทำร้ายเด็ก ซึ่งถือเป็นกฎหมายที่ต้องบอกกับคนใกล้ชิด แต่นอกเหนือจากนั้นก็จะเป็นกฎหมายเช่นกันว่า ข้อมูลเหล่านี้ต้องเป็นข้อมูลส่วนตัวของเด็ก การที่เรานำข้อมูลเหล่านี้ไปคุยกับพ่อแม่ เด็กมีสิทธิที่จะฟ้องร้องแพทย์ได้ การปกปิดข้อมูลของเด็ก จึงเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เด็กกล้าที่จะเดินเข้ามาและขอรับคำปรึกษา โดยเฉพาะเรื่องยาคุมกำเนิด

ระดับสังคมแวดล้อมรอบตัวเด็ก (Mesosystem)

กรมอนามัย พยายามที่จะทำให้มี Youth-Friendly Clinic ขึ้นมา จำเป็นต้องเชื่อมระหว่างที่เป็นบริการในโรงพยาบาล กับจุดที่เด็กวัยรุ่นไปรวมตัวกัน ไม่ว่าจะเป็นในโรงเรียนหรือในชุมชน model success story ได้นำ youth- friendly service ไปตั้งอยู่ในจุดที่เด็กอยู่รวมตัวกัน เช่น ที่พัก หรือ หอพัก ต้องเพิ่มการเข้าถึงบริการแบบ

ให้ง่าย ไม่ใช่ตั้งอยู่และหวังว่าวัยรุ่นจะเดินเข้ามา ขณะเดียวกันเวลาที่ไปถามผู้ให้บริการตามโรงพยาบาลชุมชน เขาจะบอกว่า คนในระบบบริการสาธารณสุขไม่มีทักษะการพูดคุยกับวัยรุ่น ซึ่งทักษะการให้คำปรึกษาพูดคุยกับผู้ใหญ่ที่มาใช้บริการด้วยปัญหาสุขภาพ ก็กับการพูดคุยกับวัยรุ่นที่มาด้วยเรื่องหลายเรื่องนั้นมีความแตกต่างกัน เพราะฉะนั้นในเชิงโมเดลการบริการ จึงยังมีปัญหาว่า คลินิกที่มีก็ไม่มีคนมาใช้บริการ และผู้ให้บริการก็ไม่ได้มีทักษะความสามารถพร้อม

ฝ่ายกองทุนเอดส์โลก PATH ซึ่งมีโมเดลที่ดีในการทำ sex education ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยความสำเร็จ การมี youth-friendly service ก็เป็นหนึ่งในปัจจัยความสำเร็จ แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ การมี sex education ก็เป็นหนึ่งในปัจจัยความสำเร็จระดับโลก ยังไม่สามารถทำให้กลายเป็นมาตรการ/มาตรฐานได้ในระดับโรงเรียนอันเนื่องมาจากปัญหาทัศนคติของผู้ใหญ่วัยรวมทั้งวัฒนธรรมของโรงเรียน ด้วยกรอบงานแบบเดิมๆ ที่ยากแก่การปรับเปลี่ยน โปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพควรเป็นโปรแกรมที่เน้นความเหมาะสมกับวัยรุ่น โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันได้ เป็นการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดอุบัติเหตุและการตั้งครรภ์อันไม่พึงประสงค์และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

กลยุทธ์การให้ความช่วยเหลือ หน่วยงานความช่วยเหลือเช่นบ้านพักฉุกเฉิน รวมทั้งการพัฒนาตนเองสู่การกลับคืนสู่ระบบโรงเรียน ครอบครัว และสังคม

กลยุทธ์การเฝ้าระวัง/จัดการ จุดเสี่ยงต่างๆ เช่น สื่อ หรือแหล่งมั่วสุม ด้วย การจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังที่เชื่อมโยงกับภาคประชาชนในชุมชน

ระดับโครงสร้างของชุมชนและสังคม (Macrosystem)

• **โครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดิน** จะต้องเปลี่ยนไปในทางที่กระจายอำนาจตามแผนเดิม และจะต้องลดทอนอำนาจของกระทรวง โดยเฉพาะกระทรวงศึกษาธิการจะต้องเล็กลง และต้องเปลี่ยนเกณฑ์วัดประเมินโรงเรียนให้รวมเน้นการพัฒนาเยาวชนอยู่ในนั้น ต้องมีโครงสร้างระดับชาติที่เชื่อมโยงงานของทุกรัฐบาลในการกำหนดทิศทาง ไม่ใช่ว่าแต่ละกระทรวงก็คิดเอาเอง วัดผลแยกกัน และต่างคนต่างเดิน คิดว่าในเชิงโครงสร้างต้องมีสถาบันทางวิชาการ ที่จัดการเรื่องนี้ และไม่เพียงแต่ด้านวิชาการอย่างเดียว แต่จะต้องนำไปสู่การเชื่อมงานกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นส่วนหนึ่งของวิสัยทัศน์ในการทำให้มีข้อมูลระดับชาติขึ้นมาเชื่อมโยง ซึ่งแน่นอนว่าต้องเชื่อมโยงกับทิศทางการวิจัย ทิศทางการหาโมเดล การรวบรวมปัจจัยหรือรูปแบบความสำเร็จ เพื่อที่จะนำไปสู่การขับเคลื่อนให้เกิดการทำงานในระดับโครงสร้างของกลไกราชการ

• **การจัดสวัสดิการของหน่วยงานรัฐ :** ยกตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดสวัสดิการด้าน สุขภาพทางเพศ เช่น บริการคุมกำเนิดรูปแบบต่างๆ การฝากตั้งครรภ์ การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ ซึ่งเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้ จากผลการศึกษา พบว่า



สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีการตั้งครุฑของวัย รุ่งสูงมาก เมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ เช่น ประเทศแถบยุโรป หรือประเทศญี่ปุ่น ซึ่ง เหตุผลที่มีการตั้งครุฑของวัยรุ่งสูง เพราะส่วน หนึ่งเป็นประเทศที่เปิดกว้าง และมีความเหลื่อม ล้าในสังคมทุกระดับ แต่ในขณะที่พบว่า อัตรา การตั้งครุฑของประเทศสหรัฐอเมริกามีตัวเลข ที่ลดลงเรื่อยๆ สิ่งหนึ่งที่สำคัญ คือ การที่รัฐจัด สวัสดิการสุขภาพทางเพศในวัยรุ่ง พร้อมกับ การมีคลินิกให้บริการที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่ง แม้ยัง ขาดข้อมูลการทำแท้งที่ถูกต้องตามกฎหมายก็ตาม

“สิ่งสำคัญของคนที่ทำงานกับเด็ก วัยรุ่งในเรื่องเพศ คือ การสร้าง ความเข้าใจและทัศนคติที่ดี ให้เกิด ขึ้นแก่สังคมโดยรวมว่า อย่าไปยึด ติดว่าทุกอย่างต้องกลับไปเหมือน อดีต โลกเปลี่ยนแปลงทุกวัน” (จิราภรณ์ อรุณากูร, 2556)

การป้องกัน การตั้งครุฑในวัยรุ่ง

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำใน การป้องกันการตั้งครุฑในวัยรุ่งและลดภาวะ แทรกซ้อนจากการตั้งครุฑในวัยรุ่งของประเทศ ที่กำลังพัฒนามีหลักๆที่ควรทราบจำนวน 6 ข้อ ดังนี้

- 1) ลดการแต่งงานของวัยรุ่งก่อนอายุ 18 ปี
- 2) ลดการตั้งครุฑของวัยรุ่งก่อนอายุ 20 ปี
- 3) เพิ่มการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพในวัยรุ่ง กลุ่มเสี่ยงที่จะตั้งครุฑ
- 4) ลดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่สมยอมหรือถูกบังคับ
- 5) ลดการทำแท้งเถื่อน
- 6) เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของวัยรุ่งขณะ ตั้งครุฑ และหลังคลอด

รูปแบบโปรแกรมที่นำมาใช้ในการ ป้องกันและลดอุบัติการณ์การตั้งครุฑในวัย รุ่งมีดังนี้

1) School and Hospital based programs

กลไกการดำเนินงานคู่มือเครือข่ายระบบ การดูแลช่วยเหลือนักเรียนเชื่อมโยงระบบบริการ สาธารณสุข (ตามแผนภาพที่ 3) เป็นกลไกดำเนินงาน 3 ส่วนหลักๆด้วยกัน คือ ผู้ปกครอง สถาน ศึกษา และสาธารณสุข ซึ่งทั้ง 3 ส่วนนี้จะต้องมี ส่วนร่วมในการที่จะช่วยกันพัฒนาและดูแลช่วย เหลือนักเรียน โดยมีกระบวนการหรือขั้นตอน หลักๆ อยู่ 5 ขั้นตอนที่สำคัญคือ

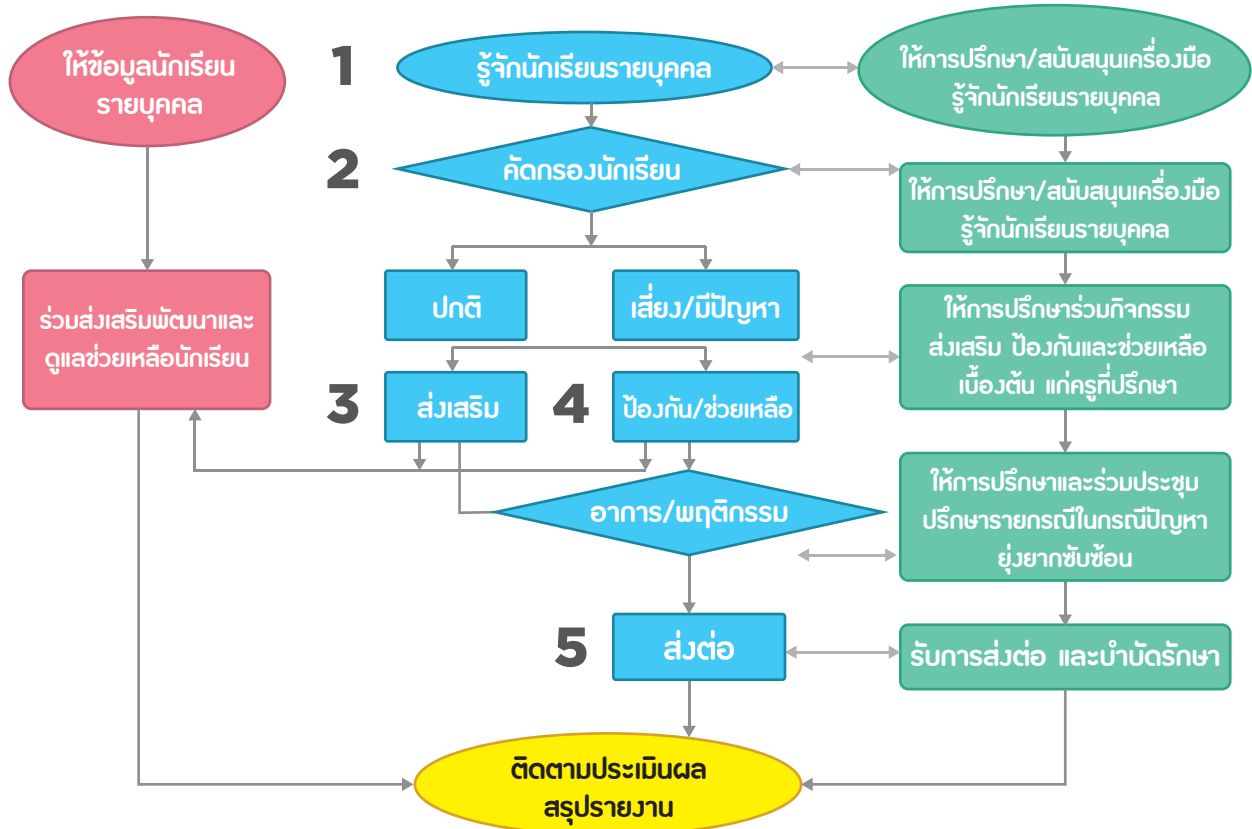
- 1) การรู้จักนักเรียนรายบุคคล
- 2) การคัดกรองนักเรียนออกเป็นกลุ่มปกติ และ กลุ่มเสี่ยงมีปัญหา
- 3) การส่งเสริมและการพัฒนา
- 4) การป้องกันช่วยเหลือ และ
- 5) การส่งต่อ

แผนภาพที่ 4: แสดงกลไกการดำเนินงานคู่เครือข่ายระบบการดูแลช่วยเหลือเหลือนักเรียนกระทรวงศึกษาธิการเชื่อมโยงระบบบริการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ปกครอง

สถานศึกษา

สาธารณสุข



ที่มา : สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ปี 2555

2) Community-based Program

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก และพบว่าปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นได้ทั้งในกลุ่มเยาวชนปกติและกลุ่มเสี่ยง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการจัดการปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นจะมีการจัดการที่เป็นรูปธรรมชัดเจนอยู่แล้วทั้งในด้านของการช่วยเหลือและการรักษาจากสถานรักษาพยาบาลต่างๆ รวมทั้งระบบการดูแลช่วยเหลือเหลือนักเรียนใน

สถานศึกษา การที่จะเพิ่มศักยภาพของศูนย์พัฒนาครอบครัว (โดยความรับผิดชอบของสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) ซึ่งเป็นกลไกของภาครัฐและเป็นหน่วยงานที่มีความสัมพันธ์ และใกล้ชิดกับสถาบันครอบครัวและชุมชนมากที่สุด น่าจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นได้ อีกทั้งยังเป็นการบูรณาการการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของศูนย์พัฒนาครอบครัวจึง

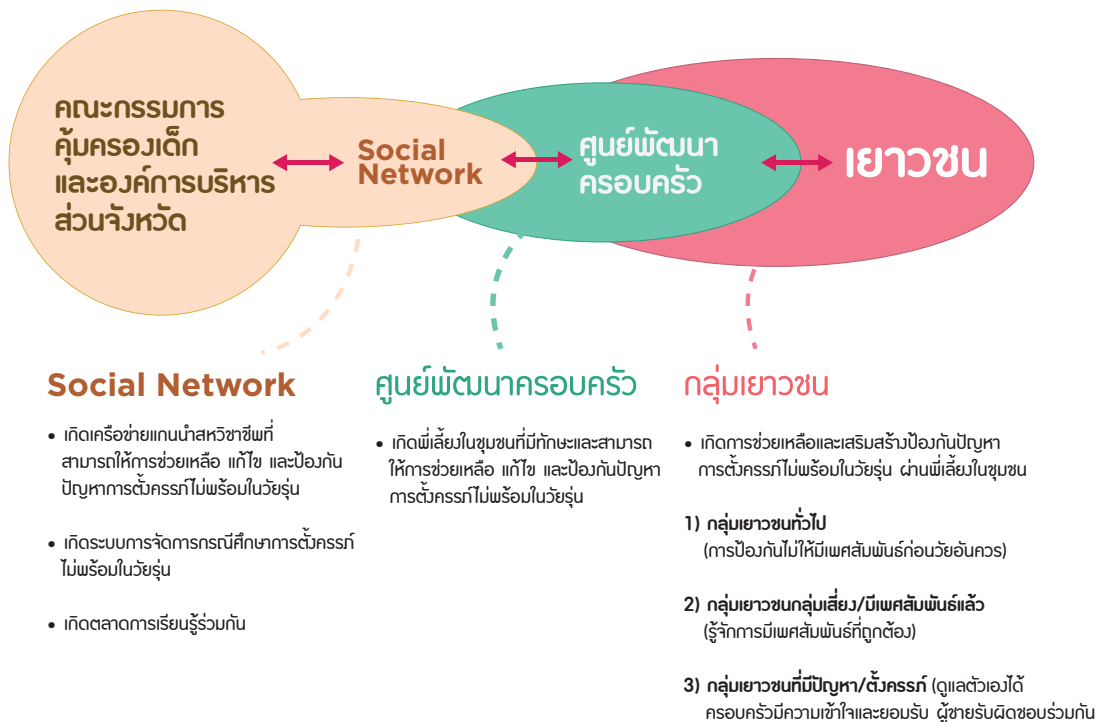
น่าจะเป็นการบูรณาการงานเพื่อการแก้ไขปัญหา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นนั้น คือการสร้างรูปแบบหรือพื้นที่นำร่องที่จะเป็นตัวอย่างแนวทางการทำงานให้กับทุกๆพื้นที่ ดังนั้นจึงเลือกเอาพื้นที่จังหวัดนครปฐมเป็นพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงานครั้งนี้ แล้วจึงค่อยๆขยายผลการดำเนินงานออกไปเป็นวงกว้างมากขึ้น

ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ และเป็นภารกิจร่วมกันของทุกๆหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การทำงานที่ผ่านมามีการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมในระดับหนึ่งแล้ว

แต่การเชื่อมโยงและการสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากทางภาครัฐ เอกชน หรือตัวแทนชุมชนเอง ย่อมจะสร้างให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถสร้างการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในโครงการนี้ จึงมีเป้าหมายหลักในการที่จะเพิ่มศักยภาพการขับเคลื่อนงานและสร้างความเข้มแข็งให้กับศูนย์พัฒนาครอบครัว รวมทั้งการสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ หรือตลาดการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความพร้อมในการที่จะเสริมสร้างและป้องกันปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และเกิดระบบการทำงานที่มีความยั่งยืนต่อไป

แผนภาพที่ 5:

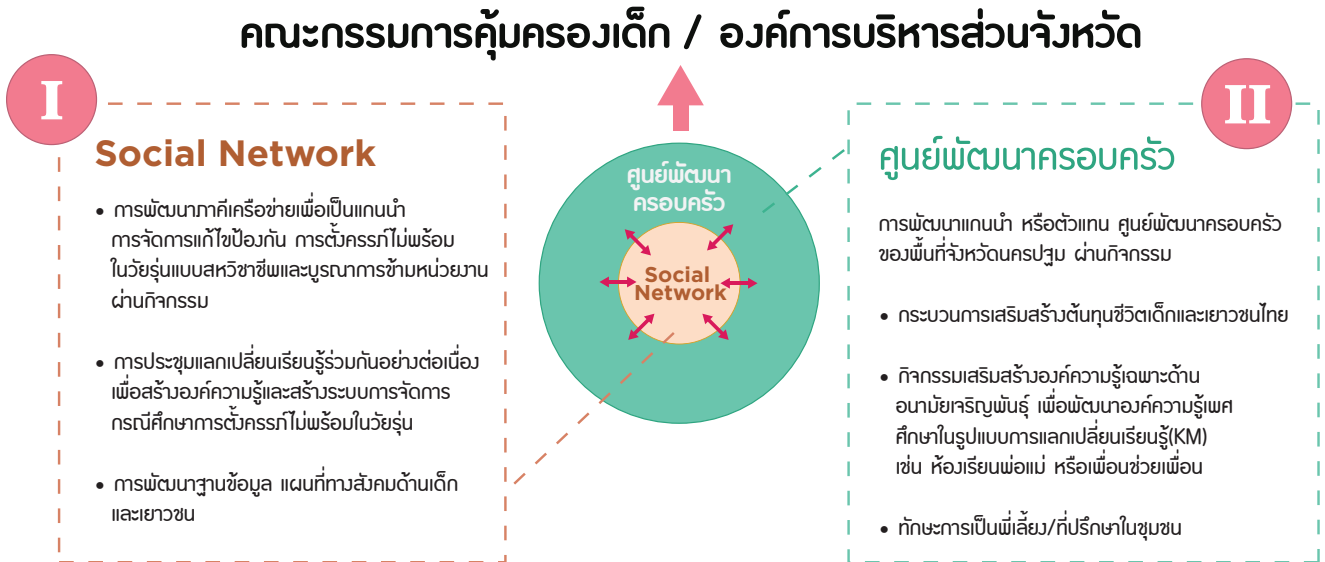
เป้าหมายของการพัฒนาศักยภาพศูนย์พัฒนาครอบครัว และสหวิชาชีพ เพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ระดับจังหวัดสู่ท้องถิ่น



ที่มา : การถอดบทเรียนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดนครปฐม ภายใต้การสนับสนุนของ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดลและสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดย นพ.สุริยเดว ทรีปาตีและคณะ

แผนภาพที่ 6:

แผนกิจกรรมและรูปแบบ การพัฒนาศักยภาพศูนย์พัฒนาครอบครัว และสหวิชาชีพ เพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ระดับจังหวัดสู่ท้องถิ่น



ที่มา : การถอดบทเรียนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดนครปฐม ภายใต้การสนับสนุนของ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดลและสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดย นพ.สุริยเดว ทรีปาตีและคณะ

การพัฒนาศักยภาพศูนย์พัฒนาครอบครัว และสหวิชาชีพเพื่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น จังหวัดนครปฐม เป็นการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานของกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม Social Network และ กลุ่มแกนนำ/ตัวแทนศูนย์พัฒนาครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่จะส่งผลกระทบต่อเด็กและเยาวชน ในการที่จะแก้ไขและป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น อีกทั้งเป็นการพัฒนางานที่เป็นระบบ และยั่งยืนได้โดยผ่านคณะกรรมการคุ้มครองเด็ก/อบจ. (ตามแผนภาพที่ 5) ซึ่งจะดำเนินการผ่านกิจกรรมที่สำคัญ ที่จะมีผลต่อการแก้ไขและป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (ตามแผนภาพที่ 6)

ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว เด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกัน

เพื่อให้เด็กและเยาวชนมีความรู้และตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเพศที่เหมาะสม โดยครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และภาคีเครือข่าย ช่วยกันอย่างมีส่วนร่วม ทั้งการมีหลักสูตรการเรียนการสอนเพศศึกษาที่เหมาะสมตามช่วงวัย และการประสานความร่วมมือเพื่อป้องกันปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการช่วยเหลือแม่วัยเยาว์

ยุทธศาสตร์ด้านการช่วยเหลือและบำบัดฟื้นฟู

เพื่อให้เด็กและเยาวชนที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้รับการดูแลช่วยเหลือ ได้รับความรู้ ทักษะที่จำเป็น และได้รับคำปรึกษาที่เหมาะสม ทั้งในระหว่างตั้งครรภ์ คลอดบุตร และป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ รวมทั้งมีมาตรการส่งเสริมความรับผิดชอบของฝ่ายชาย ตลอดจนการให้โอกาสแม่วัยเยาว์กลับไปศึกษาต่อ หรือได้รับการศึกษาทางเลือกที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างบทบาทและองค์ความรู้แก่กลุ่มผู้นำทางความคิดของเด็กและเยาวชน

กลุ่มผู้นำความคิดคือบริบทรอบตัวเด็กและเยาวชน ทั้งครอบครัว ชุมชน สื่อมวลชน ภาคีเครือข่ายได้รับการเสริมบทบาทและองค์ความรู้ที่เหมาะสม รวมทั้งบุคลากรที่ทำงานด้านเด็กได้รับการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะเพื่อให้บูรณาการปฏิบัติงานในการช่วยเหลือและบำบัดฟื้นฟู

ยุทธศาสตร์การจัดสิ่งช่วยและอิทธิพลจากสื่อ

ขจัดสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นเร้าให้เข้าสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผ่านมาตรการที่เข้มแข็ง รวมทั้งสถาบันด้านสื่อสารมวลชนที่จะต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคมและเป็นมิตรต่อเด็กและเยาวชน

ยุทธศาสตร์ด้านการผลักดันนโยบาย

มีการผลักดันให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นวาระแห่งชาติ โดยอาศัยกลไกตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการปฏิบัติงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งระดับจังหวัดและพื้นที่

ยุทธศาสตร์การสำรวจข้อมูล การพัฒนาระบบงาน และการติดตามผล

มีการจัดทำฐานข้อมูลเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนปัญหาในองค์รวม และมีการนำเสนอข้อมูล รวมทั้งการนำตัวแบบในการปฏิบัติงานไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยมีการพัฒนาระบบงาน บริหารจัดการองค์ความรู้ และศึกษาวิจัย เพื่อนำเสนอนวัตกรรมใหม่ และที่สำคัญจะต้องมีการติดตามการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ระดับต่างๆอย่างเป็นรูปธรรม

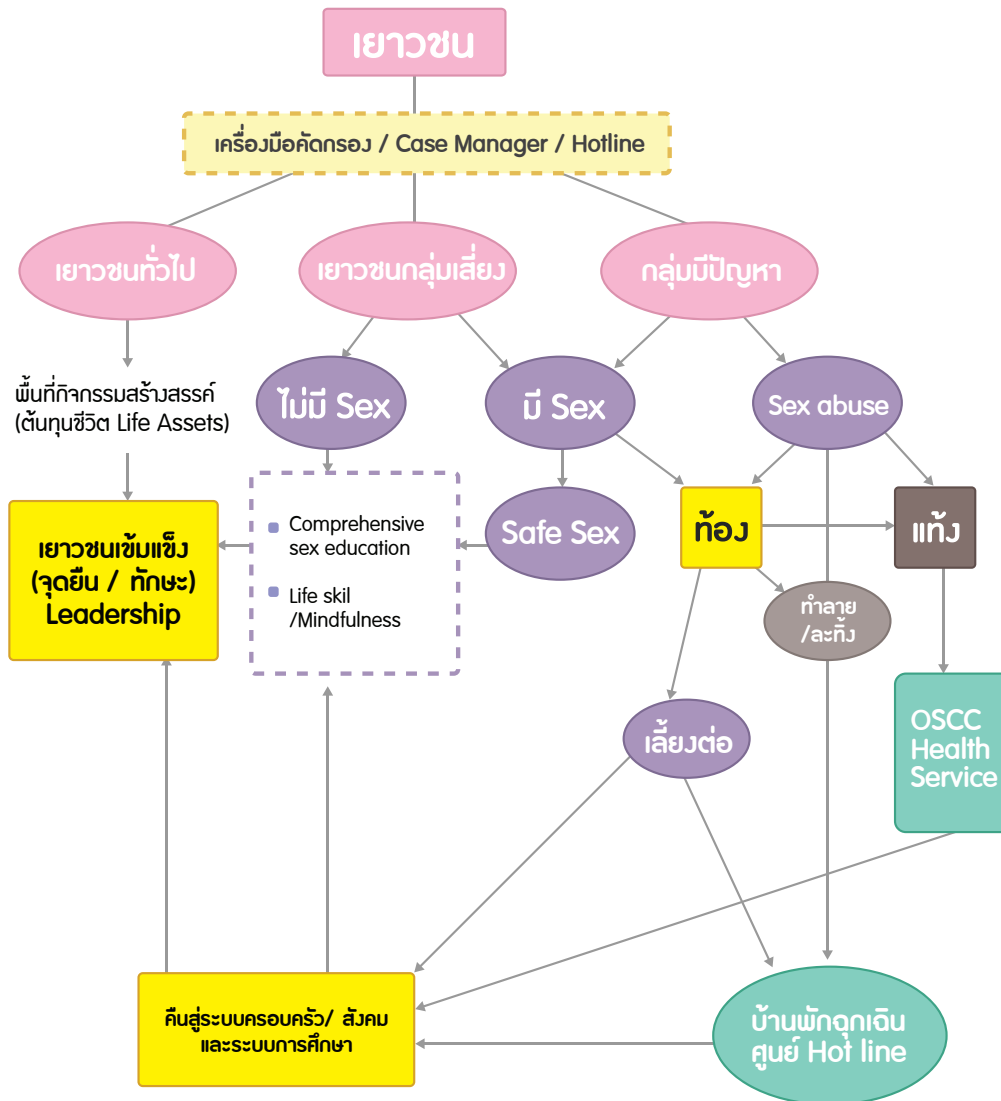


แผนภาพที่ 7:

แสดงแผนภูมิการดูแลเยาวชนทุกกลุ่มเป้าหมายจากผลกระทบของสภาวะการณ์ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

เชิงรุก: กลุ่มเป้าหมาย, Peer to Peer

เชิงรับ: Service: Love care clinic, Teen Clinic สื่อสาร



ที่มา : สุริยเดว ทรีปาตี. วัยรุ่น ตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนด. ปัญหาที่ทำร้าย. เอกสารการประชุมวิชาการครั้งที่ 3 ประจำปี 2553 ในโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทยในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์พระวรชายา ในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร. หน้า 187-192.



วัยรุ่น กับสารเสพติด

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรง สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของตัวเองทั้งระยะสั้นและในระยะยาวได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาตนเองของวัยรุ่นอีกด้วย ในปัจจุบันที่สังคมและโลกมีความก้าวหน้าไปในหลายๆด้าน วัยรุ่นเป็นวัยที่รับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆได้ง่ายย่อมได้รับทั้งโอกาสและผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ การใช้สารเสพติดนับเป็นพฤติกรรมเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและชุมชนในระยะยาว

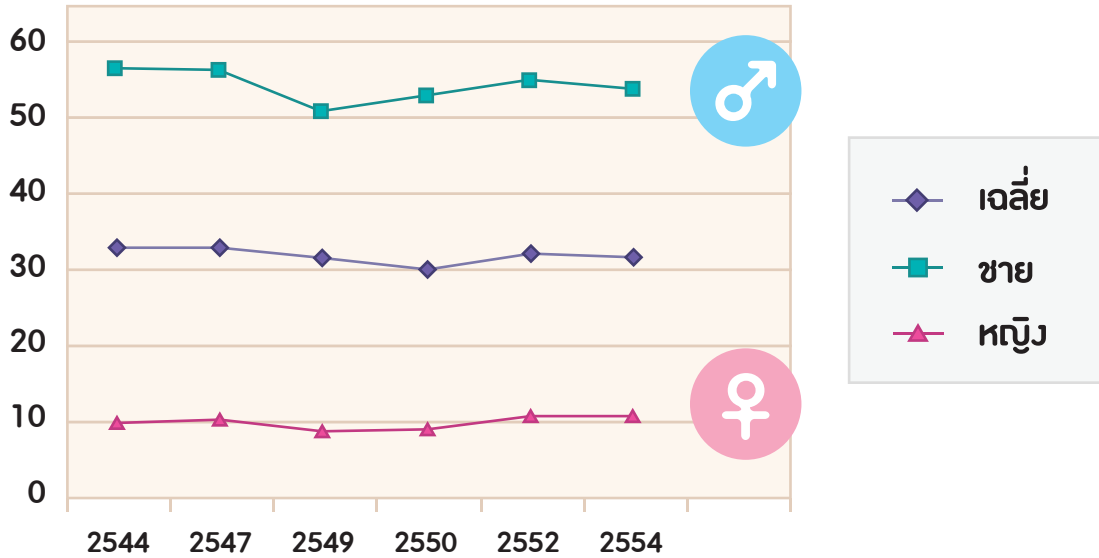
สถานการณ์การใช้สารเสพติดในวัยรุ่นไทย พบว่าอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่และใช้สารเสพติดในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าในกลุ่มวัยรุ่นผู้ใช้สารเสพติดอายุน้อยมีอายุที่เริ่มใช้สารเหล่านี้ต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ โดยสารเสพติดที่ใช้มากที่สุดได้แก่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และสารเสพติดต้องโทษ ตามลำดับ

แอลกอฮอล์

พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีอัตราค่อนข้างคงที่ โดยในปีพ.ศ.2554 มีคนไทย 31.5% ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ดื่มเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สัดส่วนของนักดื่มชายต่อหญิงประมาณ 5:1 และพบว่า สัดส่วนของผู้ดื่มที่เป็นผู้หญิงมีทิศทางเพิ่มขึ้น

กราฟที่ 1:

เปรียบเทียบอัตราการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มสุรา จำแนกตามเพศ พ.ศ.2544-2554



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

เยาวชนอายุ 15-24 ปีที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็น 15% ของนักดื่มทั้งหมดหรือประมาณ 2.5 ล้านคน โดยพบว่า 40% ของเยาวชนชายและ 6.6% ของเยาวชนหญิงบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสัดส่วนของนักดื่มวัยนี้เพิ่มขึ้นจาก 21.6% ใน พ.ศ.2544 เป็น 23.7% ในพ.ศ. 2554 และยังพบว่าความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบประจำในกลุ่ม 15-19 ปีเพิ่มขึ้น 70% ในรอบ 10 ปี³ กลุ่มอายุ 15-19 ปี เริ่มบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่ออายุ 16 ปีโดยเฉลี่ย ซึ่งเป็นอายุที่เริ่มดื่มที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับนักดื่มกลุ่มอายุอื่นๆ และภาคที่มีความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลางตามลำดับ

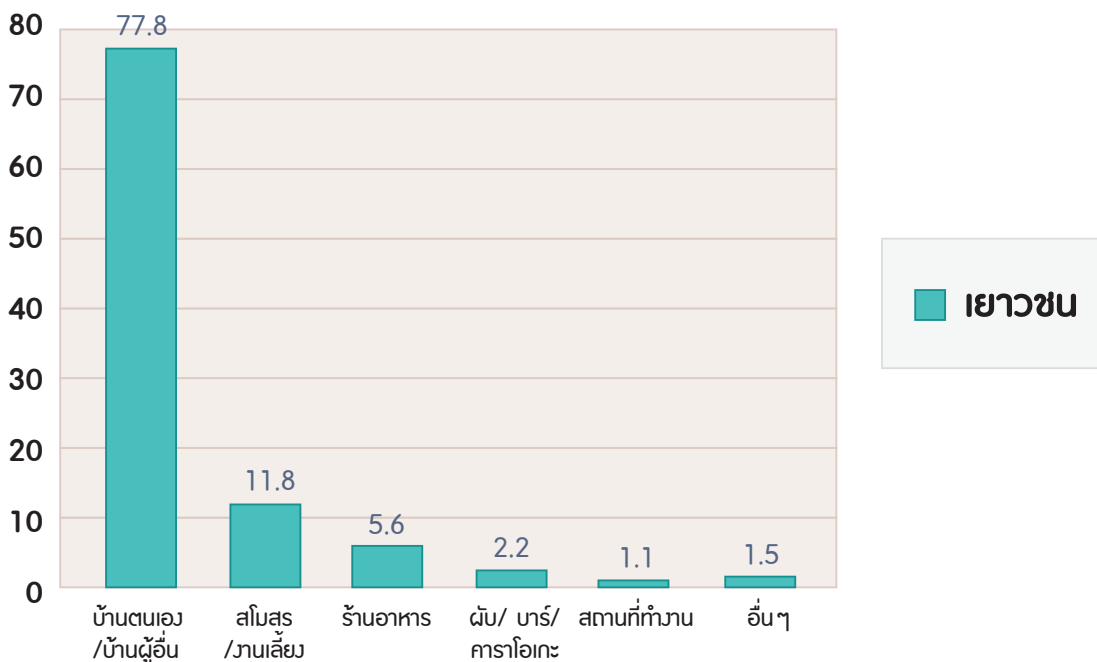
พบว่า 8% ของ วัยรุ่นอายุ 11-19 ปีบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสัดส่วนของวัยรุ่นชายต่อหญิงประมาณ 9:1 จากการสำรวจนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาใน พ.ศ. 2552⁴ พบว่าความถี่ในการดื่มโดยเฉลี่ยของวัยรุ่นชายและหญิงอายุ 11-22 ปี เท่ากับ 5.4 และ 3.1 ครั้งต่อเดือนตามลำดับ โดยนักดื่มวัยรุ่น 53% ดื่มหนักแบบหัวราน้ำ (binge drinking) และพบว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่ออายุ 14 ปีโดยเฉลี่ย

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นไทยส่วนใหญ่มักจะดื่มเป็นกลุ่มโดยดื่มที่บ้านผู้อื่น ดื่มกับเพื่อนหรือญาติ โดยได้รับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากผู้อื่นหรือซื้อเอง และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ค่านิยมว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เป็นเรื่องปกติ การเปิดรับสื่อโฆษณา การมีเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวดื่มเช่นเดียวกัน การอยู่ในชุมชนที่เอื้อ และการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย โดยพบว่าเยาวชนที่มีทั้งพ่อและแม่ที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มที่ทั้งพ่อและแม่ไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1.94 เท่า และกลุ่มที่พ่อแม่ไม่ห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเป็นนักดื่มมากกว่ากลุ่มที่ถูกพ่อแม่ห้ามไม่ให้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 4.92 เท่า

กราฟที่ 2:

การดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามสถานที่ดื่มบ่อย (สำรวจปี 2554)

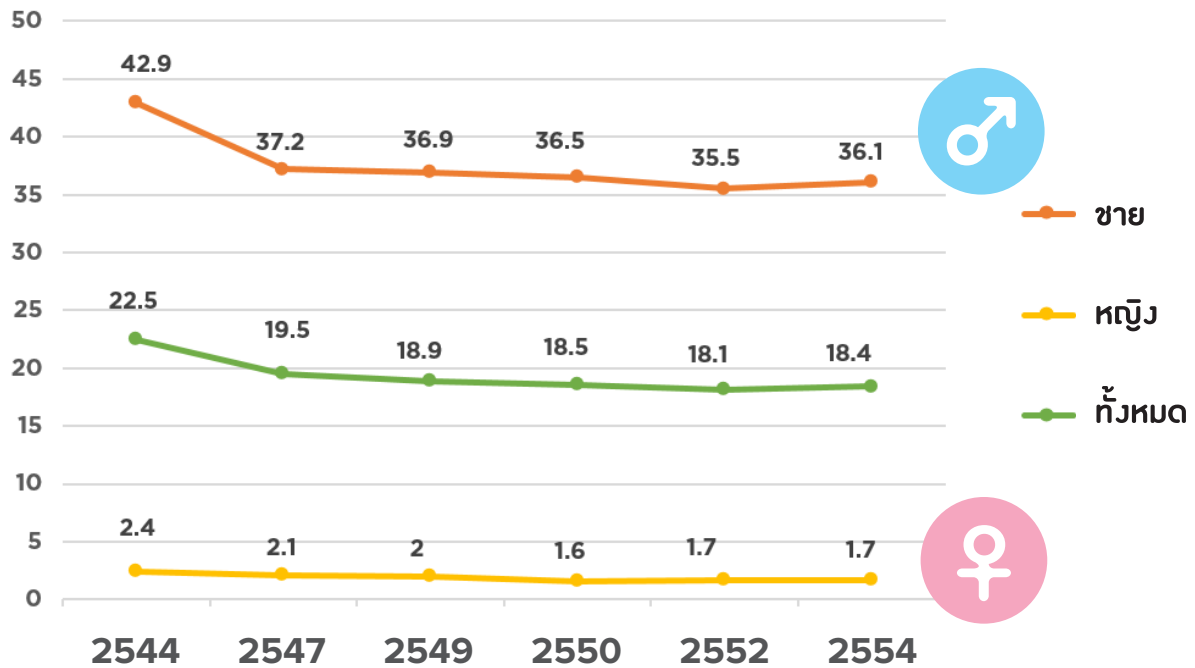


ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุบบุหรีและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

บุหรี

ในปีพ.ศ.2554 มีคนไทย 21.4% สุบบุหรี และ 86.1% ของผู้ที่สุบเป็นผู้สุบบุหรีเป็นประจำ ผู้สุบเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สัดส่วนของนักสุบชายต่อหญิงประมาณ 20:1 พบว่าในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มการสุบบุหรีลดลง แต่ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 19-24 ปี มีแนวโน้มสุบบุหรีสูงขึ้น โดยกลุ่มอายุ 15-19 ปี จากที่มีอัตราการสุบบุหรีต่ำสุดในปี 2544 อยู่ที่ 6.44% เพิ่มขึ้นเป็น 10.77% ในปีพ.ศ.2554²

กราฟที่ 3: เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ พ.ศ.2544-2554



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

วัยรุ่นอายุ 11-19 ปีที่สูบบุหรี่ คิดเป็น 4.9% ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด หรือประมาณ 5.7 แสนคน 77.8% สูบบุหรี่เป็นประจำ สัดส่วนของนักสูบบุหรี่ชายต่อหญิงประมาณ 50:1 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 15.1 ปีโดยเฉลี่ย ซึ่งเป็นอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับนักสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุอื่นๆ และภาคที่มีความชุกของการสูบบุหรี่มากที่สุดได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือ ตามลำดับ

จากผลการสำรวจการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมต้นชายอายุ 11-14 ปี พ.ศ. 2549 พบว่า 1 ใน 3 สูบบุหรี่และการมีทัศนคติที่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ทำให้มีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้น 2.16 เท่า ของกลุ่มที่ไม่เห็นด้วย ปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ได้แก่ การถูกเพื่อนชักชวน การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกบุหรี่ต่ำ และการมีเพื่อนสูบบุหรี่ ข้อมูลการสำรวจในนักสูบบุหรี่หญิงอายุ 15-25 ปี พบว่าเหตุผลที่ทำให้สูบบุหรี่ได้แก่ การทำตามเพื่อน เพื่อผ่อนคลายความเครียด และเพื่อนชวน ที่น่าสนใจคือมีวัยรุ่นหญิง 20% ที่มีเวลาว่างและไม่รู้จะทำอะไรจึงสูบบุหรี่

สารเสพติดให้โทษ

จากสรุปผลการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด พ.ศ.2554 พบว่ามีผู้ที่เคยใช้สารเสพติด 7.3% โดยกัญชา กระท่อม และยาบ้า เป็นสารเสพติด 3 อันดับแรกที่มีผู้ที่เคยใช้มากที่สุด และแนวโน้มการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นจากปีก่อนๆ และพบว่ามีผู้ใช้เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้หญิงและเยาวชน

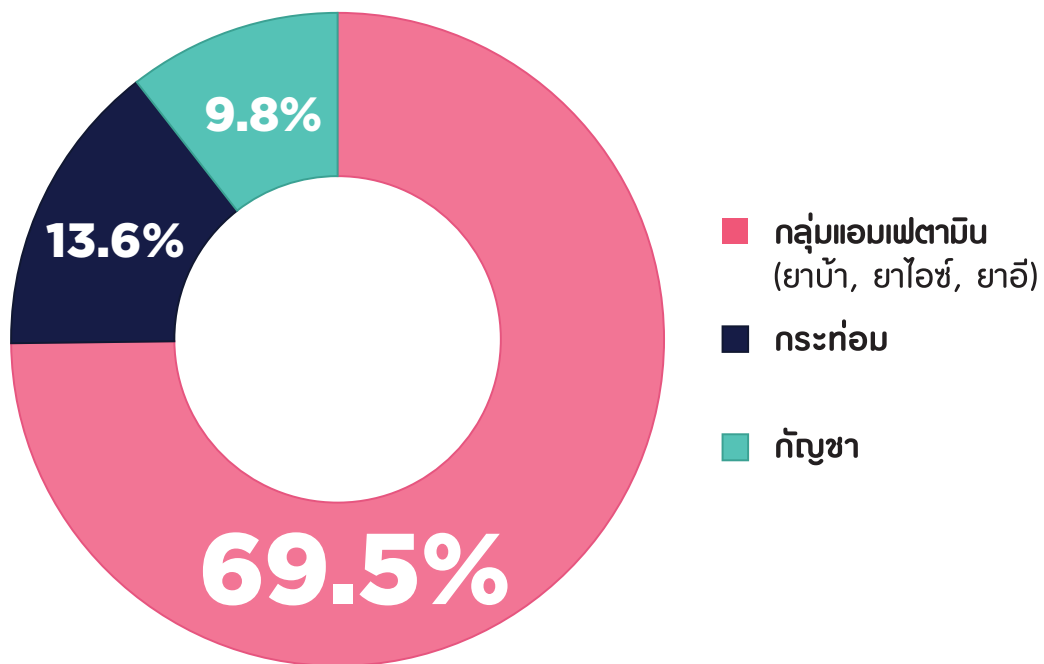
จากสถิติเด็กและเยาวชนที่ต้องคดีในฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดใน พ.ศ. 2554 พบว่ามีวัยรุ่นต้องคดีจำนวน 13,845 คน ซึ่ง

เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2551 26.9% คดีส่วนใหญ่ (69.5%) เกี่ยวข้องกับสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า, ยาไอซ์, ยาอี) กระท่อม (13.6%) และกัญชา (9.8%) ตามลำดับ โดยมีผู้ต้องคดีเพิ่มขึ้น 27% ในเวลา 3 ปี และแนวโน้มจำนวนคดีเกี่ยวกับ ยาบ้าและยาไอซ์เพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่คดีเกี่ยวกับกระท่อมและกัญชาลดลง⁷

จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ในพ.ศ. 2553 มีผู้บำบัดรักษาอายุน้อยกว่า 18 ปี 15,392 คน คิดเป็น 13.5% ของผู้รับการบำบัดทั้งหมด โดยยาที่เสพ ได้แก่ ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นสามอันดับแรก

กราฟที่ 4:

สถิติเด็กและเยาวชนที่ต้องคดีในฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดใน พ.ศ.2554 ซึ่งจำแนกตามประเภทยาเสพติด



ที่มา : การกระทำความผิดของเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2554 กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จากข้อมูลเบื้องต้น พบว่า การใช้สารเสพติดในวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดให้โทษ พบว่าอายุที่เริ่มใช้สารเสพติดมีแนวโน้มลดลง และแนวโน้มการใช้สารเสพติดในผู้หญิงสูงขึ้น แต่อัตราการได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาามีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น วัยรุ่นส่วนใหญ่เริ่มใช้สารเสพติดเพราะความอยากรู้อยากลอง สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมไม่เอื้อให้ได้มีโอกาสได้ทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ มีความกดดันจากสังคมรอบด้านหลายอย่างรวมถึงการต้องการเป็นที่ยอมรับจากเพื่อน วัยรุ่นกลุ่มหนึ่งใช้สารเสพติดเพราะทำให้รู้สึกดีขึ้นเนื่องจากมีอาการเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย ฯลฯ จากปัญหาด้านอารมณ์ประสาท หรือจิต เมื่อลองแล้วเด็กและวัยรุ่นมีโอกาสและอัตราการเสพติดและเกิดปัญหาจากการเสพติดได้มากกว่าวัยอื่นๆ แต่ส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่ามีอาการเสพติด⁹ เมื่อใช้สารเสพติด ไม่ว่าจะติด หรือไม่ยอมส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพกับผู้ปกครอง คนรอบข้าง และสังคมโดยรวม

การใช้สารเสพติดในวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อความคิด การเรียนรู้ สมาธิ ความจำ และการตัดสินใจ ทำให้มีปัญหาด้านพฤติกรรม การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ผลการเรียนตกต่ำ ออกจากโรงเรียนหรืองาน และเสี่ยงต่อการเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ได้รับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ความรุนแรงหรือถูกระทำรุนแรง และเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์การใช้สารเสพติดส่งผลต่อทารกในครรภ์โดยทำให้มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย และส่งผลให้มีพัฒนาการด้านสติปัญญาต่ำ การที่พ่อแม่ใช้สารเสพติดส่งผลกระทบต่อเด็กครอบครัวมักมีความวุ่นวาย เครียด และมีความเสี่ยงที่เด็กจะถูกทอดทิ้งหรือถูกทารุณกรรมได้

ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าสมองของคนมีการพัฒนาไปจนอายุอย่างน้อย 20 ปี และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในวัยรุ่น ในระหว่างนี้การได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติด สามารถส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของสมองได้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสมองทั้งด้านความสามารถในการทำงาน ลักษณะและขนาดของสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำและอารมณ์ในระยะยาว การใช้สารเสพติดยังส่งผลทำให้สมองของผู้ใช้สารเสพติดมีการรับรู้ความเสี่ยงและผลตอบแทนจากการเสี่ยง (risk and reward) ที่เปลี่ยนไปจากปกติ หากใช้จนติดทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไปจนเกิดโรค (brain and behavior disease)

ธรรมชาติสร้างวัยรุ่นมาให้อยากรู้อยากลองเพื่อให้ได้พัฒนาตนเอง แต่การทดลองและใช้สารเสพติดกลับส่งผลในด้านลบ การป้องกันการใช้สารเสพติดทั้งที่ต้องโทษและไม่ต้องโทษจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้มีบทบาทควรให้ความสำคัญกับการป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยงและสนับสนุนปัจจัยป้องกันการติดยาเสพติด ตัวอย่างปัจจัยดังกล่าวได้แสดงในตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาการสนับสนุนปัจจัยป้องกันแล้วพบว่าหลายอย่างเริ่มต้นที่ครอบครัว ชุมชน และการศึกษา ซึ่งหากสถาบันเหล่านี้มีความเข้มแข็ง มีเจตคติและวัฒนธรรมองค์กรที่เหมาะสม และได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่แล้วน่าจะช่วยป้องกันปัญหาสารเสพติดในวัยรุ่นได้มาก

วัยรุ่นเป็นวัยแห่งโอกาส ที่จะได้เรียนรู้และพัฒนาตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา ครอบครัว ชุมชน และประเทศ และอนาคตของประเทศ วัยนี้เป็นวัยที่เปี่ยมไปด้วยพลัง ความกล้า และความคิดริเริ่ม ซึ่งควรได้รับโอกาสให้ได้ทดลองทดสอบความสามารถของตนเองในทางสร้างสรรค์หลายๆด้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความถนัด ซึ่งแต่ละคนมีไม่เหมือนกัน ผู้ใหญ่จึงมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง กระตุ้นหรือชี้แนะให้วัยรุ่นได้ค้นพบสิ่งดีงามความสามารถที่มีอยู่ภายในตัวเอง เพื่อให้ตระหนักถึงคุณค่าของตน ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถแสดงออกได้โดยพฤติกรรมและการกระทำ โดยไม่จำเป็นต้องยึดกับรูปร่างหน้าตา สิ่งฉาบฉวย หรือการทดลองทดสอบตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงเพียงเพื่อให้รู้สึกดีชั่วคราว หรือเพื่อให้เป็นจุดสนใจแต่ส่งผลเสียต่อตนเอง

ตารางที่ 1:

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการติดสารเสพติดในวัยรุ่น

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับ	ปัจจัยป้องกัน
มีพฤติกรรมรุนแรง	ปัจเจกบุคคล	ควบคุมตัวเองได้ดี
ขาดทักษะทางสังคม	ปัจเจกบุคคล	มีความสัมพันธ์ที่ดี เข้าสังคมได้ดี
เหินห่างจากผู้ปกครอง	ครอบครัว	ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง
ใช้สารเสพติด	กลุ่มเพื่อน	สามารถเรียนรู้ได้ดี
เข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย	โรงเรียน	มีนโยบายด้านยาเสพติด
ยากจน	ชุมชน	มีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน ชุมชนเข้มแข็ง





“นกดมันหลือวออ่อน คำไหนนอนนั้น” :

การละเมิดสิทธิเด็กกับปัญหาเด็กเร่ร่อน

สถานการณ์เด็กเร่ร่อน ณ ปี 2556

ว่ากันตามจริงแล้วประเด็นเด็กเร่ร่อนที่มีการลงมือเข้าไปดำเนินการจัดการเป็นครั้งแรกนั้นอยู่ราวๆ ปี พ.ศ. 2531-2534 ในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวนเด็กเร่ร่อนที่อยู่ในความดูแลของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน มีประมาณ 2,736 คน ซึ่งตัวเลขนี้เป็นตัวเลขที่ได้มีการสำรวจเจอ แต่ยังมีเด็กเร่ร่อนจำนวนมากที่ตกสำรวจ ในปี พ.ศ. 2535 องค์กรเครือข่ายการทำงานเพื่อเด็กเร่ร่อนคาดการณ์ว่า น่าจะมีเด็กเร่ร่อนทั่วประเทศ 13,000 คน (วัลลภ ตั้งคณานุรักษ์, 2556: สัมภาษณ์) นับจากนั้นเป็นต้นมาจำนวนเด็กเร่ร่อนก็เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ และยังคงเป็นเช่นเดิม นั่นคือ ไม่มีใคร

ทราบจำนวนที่แท้จริงของเด็กกลุ่มนี้ ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2548 คาดว่าทั่วประเทศ มีเด็กเร่ร่อนสูงถึง 14,000-16,000 คน เพิ่มจากช่วงปี พ.ศ. 2531 มากกว่า 10 เท่า ตัวเลขดังกล่าวเพิ่มจนจุดไม่อยู่ โดยคาดว่าในปีต่อมา นั่นคือ ปี พ.ศ. 2549 จำนวนเด็กเร่ร่อนเพิ่มสูงถึง 20,000 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา ประเทศไทยคาดการณ์ว่าน่าจะมีเด็กเร่ร่อนทั้งที่เป็นเด็กไทยและเด็กต่างด้าวไม่ต่ำกว่า 30,000 คน เด็กเหล่านี้ถูกฉกฉวยผลประโยชน์จากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ให้ต้องเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์ การค้าแรงงาน และการค้าประเวณี

ประเภทของเด็กเร่ร่อน

เด็กเร่ร่อนในประเทศไทย สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 2 กลุ่มคือ

1. เด็กเร่ร่อนตามวิถีของครอบครัว ลักษณะของเด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้ เปรียบแล้วเหมือนกับ “ยิปซี” ที่อพยพเคลื่อนย้ายไปทำมาหากินตามที่ต่างๆ ในพื้นที่ต่างๆ โดยเด็กกลุ่มนี้จะเร่ร่อนตามครอบครัวไปตามแหล่งงานใหม่ ได้แก่ ในไร่ อ้อย ในสวนยางพารา จนถึงแหล่งก่อสร้างทั่วไป รวมทั้งการเป็นขอทานที่เร่ขอและพิกตามข้างทางในเมืองใหญ่ ปัจจุบันเด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้เป็นเด็กต่างชาติ เช่น เด็กพม่า เด็กเขมร มีจำนวนมากขึ้นอย่างมาก เด็กกลุ่มนี้ยังคงอยู่กับครอบครัวและยังรับรู้ทุกขุขุมที่เกิดขึ้นในครอบครัวของตน

2. เด็กเร่ร่อนที่หลุดออกมาจากครอบครัว ลักษณะของเด็กเร่ร่อนกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นเด็กที่ได้รับแรงผลักดันอย่างรุนแรงจากครอบครัว ตั้งแต่ความแร้นแค้น ความลำบากในครอบครัว การถูกดูต่ำและตบตีเป็นประจำ การถูกบังคับใช้งานอย่างหนัก จนเด็กๆ ทนรับสภาพเหล่านี้ไม่ไหว จึงหนีออกมาจากบ้านมาเร่ร่อนไปในที่ต่างๆ และใช้ชีวิตของตนเองให้อยู่รอด

อย่างที่กล่าวไปข้างต้น นั่นคือ จำนวนที่แท้จริงของเด็กทั้งสองกลุ่มนี้ไม่สามารถบอกได้ โดยเด็กกลุ่มแรกอาจจะยังพอบอกจำนวนโดยประมาณได้ใกล้เคียงกว่า **ในขณะที่เด็กกลุ่มที่สองยากกว่า** เพราะมีการเคลื่อนย้ายโดยอิสระ เด็กทั้งสองกลุ่มมีความเสี่ยงต่างกัน อาจจะจำแนกให้เห็นภาพชัดเจนดังนี้

เด็กเร่ร่อนตามครอบครัว

ความเสี่ยงและคุณภาพชีวิต

- ที่อยู่อาศัยไม่ได้มาตรฐาน มีความอันตรายระดับหนึ่ง
- การเปลี่ยนแปลงที่อยู่บ่อยครั้ง ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนหนังสือและการพัฒนา
- ปัญหาด้านความปลอดภัยในสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย
- ปัญหาการขาดสารอาหาร
- การเจ็บป่วยบ่อยครั้งกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับเด็ก

เด็กเร่ร่อนหลุดจากครอบครัว

ความเสี่ยงและคุณภาพชีวิต

- ที่อยู่อาศัยไม่ได้มาตรฐาน มีความอันตรายระดับหนึ่ง
- การเปลี่ยนแปลงที่อยู่บ่อยครั้ง ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนหนังสือและการพัฒนา
- ปัญหาด้านความปลอดภัยในสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย
- ปัญหาการขาดสารอาหาร
- การเจ็บป่วยบ่อยครั้งกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับเด็ก

เด็กเร่ร่อนตามวิถี ครอบครัว และปัจจัยที่ ทำลายคุณภาพชีวิตเด็ก

**เด็กหญิงสร้อยเพชร บุญน้อย
อายุ 3 ปี ตกลงไปเสียชีวิตในรู
เสาเข็ม เมื่อ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ.
2528 เด็กชายพงศ์เทพ ทวีภาค
อายุ 2 ปี เสียชีวิตด้วยความ
ไร้เดียงสาจากการดื่มกินเนอร์
ของพ่อซึ่งเป็นช่างทาสี เมื่อ 24
ธันวาคม พ.ศ. 2553**

ในบรรดาเด็กเร่ร่อนกลุ่มที่เร่ร่อนไปตาม
ครอบครัวนั้น เด็กลูกกรรมกรก่อสร้างจัดว่าให้
ภาพถึงปัจจัยทำลายคุณภาพชีวิตเด็กได้ชัดเจน
ที่สุด ซึ่งปัจจุบันคาดการณ์กันว่า เด็กกลุ่มนี้มี
มากถึง 30,000 คน โดยปัจจัยทำลายคุณภาพ
ชีวิตเหล่านี้ ได้แก่

● 1. ปัญหาสภาพแวดล้อม ที่เด็กอาศัยอยู่

1.1 ที่อยู่อาศัยหรือบ้านพักของกรรมกร
ก่อสร้าง เป็นห้องพักขนาดเล็ก จำนวน 2 ชั้น
เพราะต้องการประหยัดที่ดินในการก่อสร้าง สร้าง
จากไม้หรือสังกะสี ไม่มีหน้าต่าง ไม่มีที่ระบาย
อากาศ ทำให้มีดทับ อับชื้น อากาศไม่ถ่ายเท ไม่
ได้รับแสงสว่าง บ้านพักเป็นบ้านแบบชั่วคราว บาง
แห่งแหล่งก่อสร้าง หลังคาที่มุงให้รั่ว ทำให้เวลา
ฝนตก คนงานไม่สามารถนอนได้ และมีบางหลัง
ที่ใช้ตู้คอนเทนเนอร์มาเจาะประตู เจาะหน้าต่าง
ซึ่งมีอากาศร้อนมาก ห้องแคบมาก และทุกมุม
ห้องมองไปทิบไปด้วยแผ่นเหล็ก ซึ่งสามารถเป็น

อันตรายเวลาเด็กวิ่งลงมา บันไดทางขึ้น/หรือลง
เป็นแผ่นเหล็กเล็กๆที่เป็นอันตรายต่อเด็กได้ง่าย
มาก นอกจากนี้ ด้านล่างของบ้านพักกรรมกร
ก่อสร้างมักจะมีน้ำท่วมขัง ชื้นแฉะ เพราะไม่มีท่อ
ระบายน้ำ จึงกลายเป็นที่ทิ้งขยะ ทำให้เกิดกลิ่น
เน่าเหม็น และมียุงมาก รวมทั้งยังมีฝุ่นละอองที่
ฟุ้งกระจายไปทั่ว เนื่องจากมีอิฐหินปูนทราย อัน
เป็นวัสดุก่อสร้างที่สำคัญ

1.2 เป็นแหล่งอบายมุขในรูปแบบต่างๆ
ไม่ว่าจะเป็นการเล่นการพนัน การเล่นไพ่ทุก
ชนิด การเล่นไฮโล รวมทั้งยาเสพติดและการ
ดื่มสุรา นอกจากนี้ยังมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน
ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้ๆ กัน
อันเนื่องมาจากการอาศัยอยู่ที่หนาแน่นติดกัน
นอกจากนี้ในสถานที่ก่อสร้าง ไม่มีสถานที่พักผ่อน
ให้วิ่งเล่นได้ และด้วยความคับแคบดังกล่าว เด็ก
จึงพบเห็นพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ใหญ่ได้ง่าย
และเลียนแบบพฤติกรรมนั้นๆ อาทิเช่น ใช้เด็กดู
ต้นทางในการเล่นการพนัน ใช้เด็กผสมสุรากับ
โซดาเพื่อการดื่ม หรือการมีเพศสัมพันธ์ของพ่อ
แม่แบบไม่มีมิติชิตและทำให้เด็กเห็น เป็นต้น

● 2. ปัญหาด้านสุขภาพ

2.1 การขาดสารอาหารในเด็กลูก
กรรมกรก่อสร้างเกิดขึ้นเสมอ เนื่องจากภาวะ
รายได้ของครอบครัวต่ำ การรับประทานอาหารที่
ไม่ถูกหลักโภชนาการ เช่น การรับประทานอาหาร
ที่ง่าย ราคาถูก อาทิ มาม่า ปลากระป๋อง ขนมจีน
 เป็นต้น น้ำดื่มไม่สะอาดเพราะมาจากแหล่ง
เดียวกันกับน้ำที่ใช้ในการก่อสร้าง และอาหาร
เข้ากับเย็นเด็กบางคนไม่มีโอกาสได้กิน และพ่อ
แม่บางคนตัดความรำคาญมักจะซื้อขนมหวาน
หรือน้ำอัดลมให้เด็กกินตามแพชั่นทางโทรทัศน์

2.2 การเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ ในสภาพที่เด็กถูกรุกรมกรก่อสร้างต้องอาศัยอยู่ในแหล่งก่อสร้างนั้น ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง สาเหตุมาจากฝุ่นละออง อากาศเสีย เสียงเครื่องจักรที่ทำงาน น้ำเน่า ขยะมูลฝอยที่มีอยู่เกล็ดกลื่อน มีเชื้อโรค หรือสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคชนิดต่างๆ ได้แก่ ยุง แมลงวัน หนู หรือแมลงสาบ โดยธรรมชาติแล้วความสะอาดของร่างกายของเด็ก ขึ้นอยู่กับความใส่ใจของพ่อแม่ผู้ปกครอง แต่เด็กถูกรุกรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลรักษาความสะอาดเท่าที่ควร เด็กๆ มักจะมีเล็บมือดำ ฟันผุ และเป็นโรคผิวหนังพุพอง และด้วยเหตุที่เด็กไม่ชอบใส่รองเท้า การเกิดตะปูหรือเหล็กทิ่มที่เท้าจึงพบบ่อยมาก

2.3 ในแง่การรักษาพยาบาลและการดูแลเรื่องวัคซีน จากสภาวะปัญหารายได้ครอบครัวน้อย การโยกย้ายบ่อยครั้ง และการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาพยาบาลลูก ส่งผลถึงการดูแลรักษาเด็กที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการฉีดวัคซีนที่จำเป็น การรับประทานยาต่างๆ การไปพบแพทย์ เป็นต้น

● 3. ปัญหาครอบครัว

งานกรมกรก่อสร้าง เป็นงานที่ต้องใช้แรงงานเพื่อแลกกับค่าตอบแทน ซึ่งแม้จะมีการกำหนดอัตราค่าจ้างขั้นต่ำไว้ แต่ในความเป็นจริงก็อาจไม่ได้มีการจ่ายตามราคาดังนั้น อัตรารายได้ที่กรมกรได้รับโดยเฉพาะถ้าเป็นแรงงานต่างด้าว มักจะไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย และการกู้ยืมระบบหรือระบบเงินเชื่อในไซต์งานก่อสร้างเป็นเรื่องที่เป็นปกติ โดยแรงงานจะได้รับสิทธิในการเช่นค่าจ้าง ค่าอาหารสด-สำเร็จรูปในราคาที่ถูกมากก่อนล่วงหน้า เมื่อเงินงวด (วิก) ออกก็จะนำมาชำระคืน และด้วยปัญหารายได้ไม่พอค่า

ใช้จ่าย ทำให้แรงงานที่เป็นพ่อแม่ต้องทำงานมากขึ้น บางครั้งทำล่วงเวลา (O.T.) จนอดนอน ทำทุกวันไม่มีวันหยุด และปล่อยให้เด็กอยู่ภายในบ้านพักเพียงลำพัง โดยที่เด็กยังต้องการความรักความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ที่เพียงพอ เมื่อเป็นเช่นนี้การพัฒนาการทางกาย รวมทั้งการพัฒนาทางอารมณ์ สังคม ภาษา และการแสดงออกตามช่วงวัย จึงเกิดปัญหาอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ การทะเลาะวิวาทภายในครอบครัวก็เป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะในการทะเลาะวิวาทนั้นอาจมีการทำร้ายร่างกายเด็กหรือใช้เด็กเป็นที่รองรับอารมณ์ของพ่อแม่ มีการดูดำ ดูดี ซึ่งก่อให้เกิดการเก็บกด คับข้องใจจดจำสิ่งที่ตนได้รับ เด็กสามารถเลียนแบบสิ่งเหล่านี้ไปใช้กับการแก้ปัญหาของตน การทะเลาะวิวาทที่เกิดขึ้นในครอบครัวเกิดจากหลายสาเหตุ นอกจากนี้ในหลายๆ ครอบครัวพ่อแม่มีการเลิกร้างกัน และทั้งพ่อและแม่ต่างไปมีคู่มือ การละเมิดสิทธิเด็กโดยการทุบตี กระทบชำเรา หรืออื่นๆ มักพบได้จากกรณีเช่นนี้ และในการเลิกร้างกันบางกรณีเด็กบางคนถูกทิ้งให้ตายายเป็นคนดูแล ซึ่งแน่นอนว่า ตายายไม่สามารถทดแทนความรักที่มาจากแม่ได้ เด็กจึงมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมสูงมาก และนำไปสู่ความบกพร่องทางอารมณ์ เมื่ออายุมากขึ้น

● 4. ปัญหาการศึกษา

การโยกย้ายเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยบ่อยครั้ง เมื่องานของพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่ผู้รับเหมาในแต่ละส่วนหมดลง เมื่อพ่อแม่หรือผู้รับเหมา ย้ายงาน เด็กต้องเคลื่อนย้ายไปเรื่อยๆ ทำให้เด็กไม่ได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ขาดโอกาสในการพัฒนา โดยเด็กต้องไปเริ่มปรับตัวเข้ากับสิ่ง



แวดล้อมใหม่ เพื่อนใหม่ ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงเสมอ เด็กไม่มีเพื่อนที่เข้าใจกัน ตลอดจนต้องปรับตัวเด็กเองกับสถานที่แห่งใหม่ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เด็กเรียนรู้ได้ช้ากว่าเด็กปกติทั่วไป มีปัญหาการไม่อยากเรียนหนังสือ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ฯลฯ ในหลายๆ กรณีเกิดจากพ่อแม่ของเด็กเองไม่ยอมส่งบุตรหลานให้ได้เรียนหนังสือซึ่งปัจจัยที่ทำให้พ่อแม่ไม่ส่งบุตรหลานเรียนนั้นมีหลายประการด้วยกัน ได้แก่ รายได้ที่น้อย สภาพงานที่ไม่แน่นอน มีการย้ายที่ทำงานบ่อยครั้ง ไม่เห็นความสำคัญหรือความจำเป็นที่จะส่งเรียน เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันผู้ปกครองบางกลุ่มเมื่อส่งบุตรหลานเข้าเรียนแล้ว กลับผลักระการดูแลให้เป็นของครูผู้สอนแต่ฝ่ายเดียว ไม่สนใจที่จะร่วมกันสั่งสอนอบรม พัฒนาเด็กไปพร้อมกัน และเมื่อส่งเด็กไปโรงเรียนระยะหนึ่งแล้วผู้ปกครองจำนวนมากจะ让孩子ลาออกกลางคันเพราะเรื่องค่าใช้จ่ายสูงเกิน

ไปถึงแม้ว่า นโยบายการศึกษาจะให้เด็กเรียนฟรี 12 ปี แต่นโยบายดังกล่าวครอบคลุมเฉพาะค่าเทอม ในขณะที่ค่าใช้จ่ายอื่นๆ อาทิ ค่าอาหาร ค่าเสื้อผ้า ค่าอุปกรณ์การเรียนมีราคาสูง

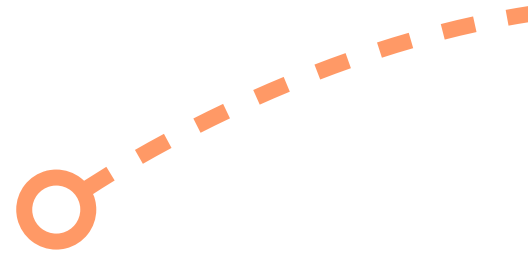
นอกจากนี้ประเด็นเรื่องหลักสูตรก็เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ สำหรับเด็กลูกกรรมการก่อสร้างนั้นไม่มีหลักสูตรเฉพาะสำหรับเด็กกลุ่มพิเศษนี้ที่ต้องการการศึกษาแบบเฉพาะอันเกิดจากการเรียนแบบไม่ต่อเนื่องแต่การเรียนการสอนส่วนใหญ่ยึดแบบเรียนของกระทรวงศึกษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับเด็กปกติที่เรียนในโรงเรียนทั่วไป ซึ่งไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับวิถีชีวิตของเด็กลูกกรรมการก่อสร้างเลย และที่สำคัญการมาเรียนของเด็กมีหลายลักษณะ หลายกลุ่มด้วยกัน ทำให้การสอนเด็กบางครั้งต้องเริ่มต้นกันใหม่ตลอดเวลา เด็กโตบางคนยังคงเขียน

หนังสือไม่ได้ อ่านไม่ออก การมีหลักสูตรแบบเดียวทำให้ครูเบื่อสอนและนักเรียนเบื่อการเรียน เพราะตามเพื่อนไม่ทัน อับอายเพื่อน และพาลไม่ยอมเรียนหนังสือไปเลย

นอกจากประเด็นที่กล่าวถึงไปแล้วข้างต้น กฎระเบียบข้อบังคับในการสมัครเรียนก็เป็นอีกเรื่องที่สร้างความยุ่งยาก หลักรฐานต่างๆไม่ว่าจะเป็นใบสูติบัตร ทะเบียนบ้าน ทะเบียนสมรสของพ่อแม่ มักจะสร้างปัญหาในการเข้าเรียน เพราะโดยธรรมชาติกิจกรรมก่อสร้างมีการย้ายถิ่นฐานที่อยู่บ่อยครั้ง บางครอบครัวไม่มีทะเบียนบ้าน เพราะเกิดการสูญหาย เด็กก็เข้าเรียนไม่ได้ บางพื้นที่เด็กต้องย้ายมาเข้าในเขตพื้นที่การศึกษาเสียก่อนจึงจะได้รับสิทธิเข้าเรียน เมื่อจะทำเรื่องย้ายพ่อแม่ต้องเสียเงินให้กับเจ้าบ้านที่จะนำเด็กเข้าชื่อไปอยู่ในทะเบียนบ้าน ซึ่งค่าใช้จ่ายส่วนนี้รายละ 3,000-5,000 บาท ทำให้พ่อแม่ไม่มีจ่าย และตัดสินใจไม่ให้ลูกเรียนหนังสือ

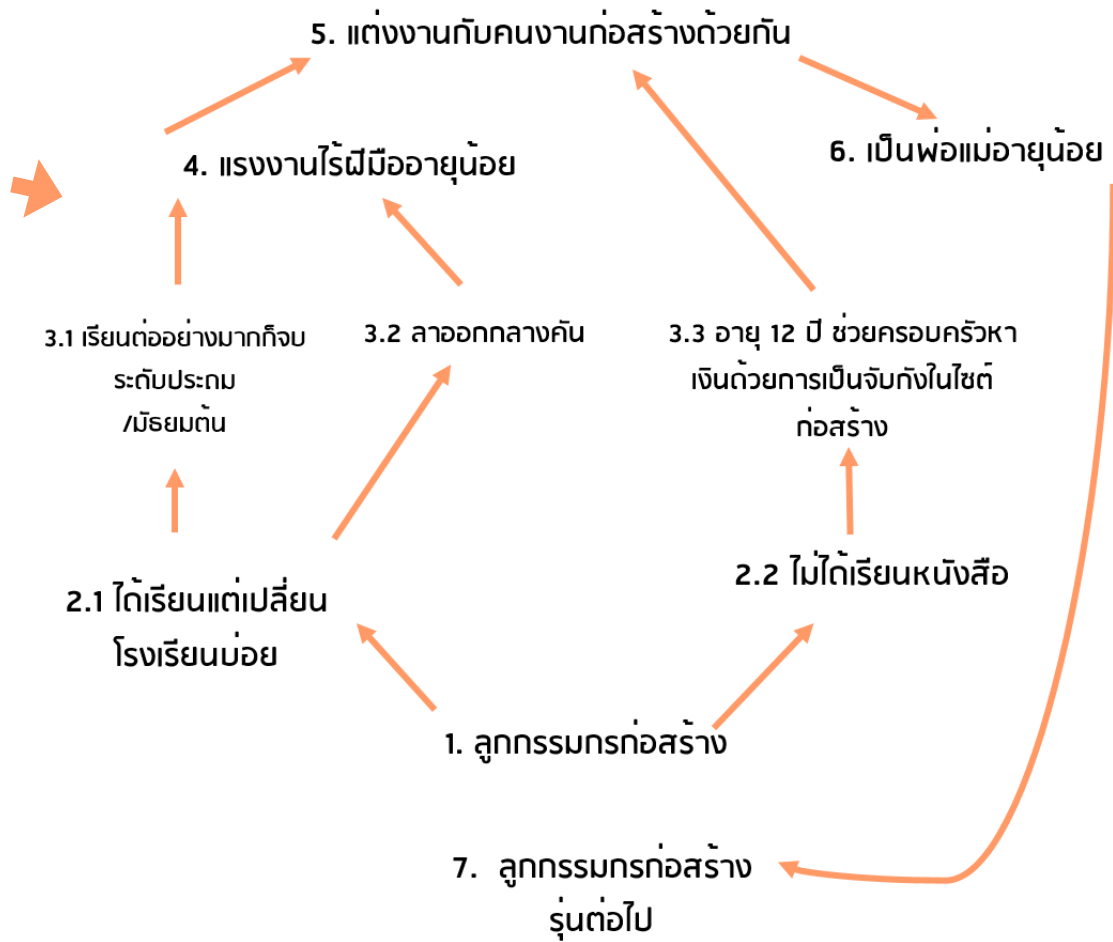
● 5. ปัญหาด้านความปลอดภัย

ลูกกรรมกรก่อสร้างที่ต้องติดตามพ่อแม่เข้าไปในแหล่งก่อสร้าง ขณะที่พ่อแม่เด็กต้องทำงาน ตัวเด็กต้องเสี่ยงกับอันตรายเพียงลำพังเท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นกองเศษไม้ ตะปูที่หล่นตามพื้น เศษเหล็ก หลุมหรือท่อที่ขุดไว้ อันตรายเหล่านี้มีผลถึงแก่ชีวิตทันที และหลายกรณีทำให้เด็กพิการ หูพหูพลภาพ ดังหลายต่อหลายกรณีที่เกิดขึ้น เช่น ในปี พ.ศ. 2526 ตึกที่กำลังก่อสร้างที่อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ได้พังครืนลงมาฝังกลบคนงานตายทั้งเป็น จำนวน 10 ชีวิต และเด็กๆ อีก 5 ชีวิต



อนาคตที่คาดเดาได้ของเด็กลูกกรรมกรก่อสร้าง

จากข้อมูลที่ให้ไว้ทั้งหมด **คาดเดาไม่ยากเลยว่าเด็กลูกกรรมกรก่อสร้างส่วนใหญ่จะกลายเป็นแรงงานไร้ฝีมือตั้งแต่ยังเด็ก** ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทำให้เห็นทิศทางที่ชัดเจนว่า เด็กในไซต์ก่อสร้างนี้จะถูกพ่อแม่ใช้งานที่เกี่ยวข้องกับการก่อสร้างตั้งแต่ยังเด็ก เมื่อโตขึ้นราวๆ 10-12 ขวบ เด็กส่วนใหญ่จะร่วมหาเงินช่วยเหลือครอบครัวด้วยการเป็นจับกัง ขุด แยก หาม ผูกเหล็ก ทาสี ถึงแม้จะมีกฎหมายไม่ให้เด็กต้องทำงาน แต่พ่อแม่ส่วนใหญ่ก็จะหอบลูกไปทำงานด้วยเนื่องเพราะไม่มีคนดูแล และใช้ลูกให้เป็นลูกมือ เด็กเหล่านี้จำนวนหนึ่งไม่ได้เรียนหนังสือ อีกส่วนหนึ่งแม่ได้เรียน แต่ด้วยธรรมชาติที่ต้องย้ายที่บ่อยๆ สุดท้ายเด็กมักจะต้องลาออกกลางคัน มีวุฒิการศึกษาติดตัวมา อย่างมากก็แค่ระดับประถมศึกษา/มัธยมศึกษา ซึ่งไม่สามารถหางานทำจากแหล่งอื่นได้ โดยระบบแล้วเด็กเหล่านี้จะกลับกลายเป็นแรงงานฝีมืออายุน้อยๆ **และมีโอกาสสูงที่จะมีครอบครัวมีบุตรตั้งแต่อายุน้อยๆ และกลายเป็นสภาพมาเป็น “พ่อแม่อายุน้อย” และสร้างวงจรลูกกรรมกรก่อสร้างชุดใหม่ในที่สุด** (รายละเอียดดังสรุปไว้ในรูปที่ 1)



รูปที่ 1: วงจรของเด็กลูกกรรมกรก่อสร้าง

เด็กเร่ร่อนที่หลุดออกจากครอบครัว: สาเหตุแห่งการเลือกถนนเป็น “บ้าน”

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ระบุว่า ปัจจัยการเลือกถนนเป็นบ้านของเด็กเร่ร่อนมีหลายประการ และในเด็กหนึ่งคนมักจะมีสาเหตุของการผลักดันให้ออกมาเร่ร่อนมากกว่าหนึ่งสาเหตุ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของครอบครัวเด็กเร่ร่อน

บางครอบครัวมีภาวะที่ยากจน ขัดสน หรือบางคนแต่งงานใหม่ พ่อแม่เด็กใช้ความ

รุนแรงเนื่องจากรายได้ของครอบครัวไม่พอเลี้ยงดูเด็ก บางคนมีลูกหลายคน หรือเด็กบางคนถูกครอบครัวใช้แรงงานเกินอายุและกำลังของเด็ก ทำให้เด็กขาดความสุข เมื่อเขาโตพอจึงต้องการออกจากครอบครัวแล้วดำรงชีวิตเอง

2. ปัจจัยจากตัวเด็กเอง

เด็กเร่ร่อนบางคนเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นอยากรู้ อยากเห็น และอยากลอง ต้องการความอิสระ ต้องการหาประสบการณ์แปลกๆ ใหม่ ๆ ชอบฝ่าฝืน กฎเกณฑ์ ระเบียบต่างๆ รวมทั้งต้องการมีกลุ่ม มีพวกพ้อง เพราะการมีพวกพ้องเป็นวิธีที่ทำให้เด็กได้รับตอบสนองความต้องการหลายประการ เช่น ความรู้สึกอบอุ่น การได้รับการยกย่อง ความรู้สึกว่ามีผู้เข้าใจตน ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับตน

3. สิ่งแวดล้อมภายนอกจะเป็นสิ่งที่ดึงให้เด็กเข้าสู่อบายมุข

เช่น การเล่นเกม ปัจจุบันเด็กเร่ร่อนบางคนนอนกินในร้านเกมเลยก็มี เงินที่หามาได้จึงหมดไปกับการเล่นเกม พบมากในจังหวัดอุดรธานี ขอนแก่น เชียงใหม่ เชียงราย ชลบุรี ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร เมื่อรวมกับความไม่อบอุ่นในครอบครัว เด็กกลุ่มนี้จึงเกิดขึ้น

4. ปัญหาจากโรงเรียน หรือจากสถานสงเคราะห์ หรือหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชน

ปัญหาจากโรงเรียนเป็นตัวหลักให้เด็กออกมาเร่ร่อน โดยเด็กกล่าวว่าบางครั้งถูกคุณครูลงโทษโดยไม่มีเหตุผล ถูกทำให้ได้รับความอับอายที่โรงเรียนถูกประณามว่าเป็นเด็กไม่ดี เป็นคนเลว ทำให้เด็กต้องการเป็นคนเลวจริงๆ ไม่สมควรที่จะเรียนหนังสือ หรืออยู่บ้านอีกต่อไป จึงเป็นเหตุให้เด็กออกไปเร่ร่อน เด็กบางคนหนีออกจากสถานสงเคราะห์เพราะทะเลาะกับเพื่อน หรือบางคนก็ออกจากบ้านขององค์กรพัฒนาเอกชนเพราะไม่ได้อยากอยู่ในกฎระเบียบ และไม่ได้อยากอยู่กับเด็กจำนวนมากเพราะอึดอัด

5. ครอบครัวไม่พร้อม

เริ่มตั้งแต่ครอบครัวไม่พร้อมที่จะมีลูก เมื่อมีลูกแล้วนำไปฝากคนอื่นเลี้ยง หรือบางคนทิ้งไปเลย ครอบครัวหย่าร้าง ในครอบครัวมีการทะเลาะเบาะแว้ง หรือบางครอบครัวมีพ่อหรือแม่ที่มีครอบครัวใหม่ เมื่อเด็กไปอยู่ด้วย เด็กกลายเป็นส่วนเกินของครอบครัวใหม่ บางครอบครัวพ่อแม่อาละวาด ทำร้ายภรรยาและลูก จนเด็กทนไม่ไหว ครอบครัวฐานะปานกลางแต่พ่อแม่ต่างมั่งมันทำงานมากเกินไป จนไม่มีเวลาให้ลูก หรือบางครอบครัวก็เข้มงวดกับลูกมากเกินไป ทำให้เด็กเกิดความเบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ติด

เพื่อน พังยาเสพติด ประชดชีวิต โดยใช้ชีวิตบนท้องถนน ครอบครัวซึ่งเป็นครอบครัวเร่ร่อนอยู่แล้ว เมื่อมีลูกออกมาก็ใช้แรงงานของลูกให้ขายของ ขอทาน หรือขายดอกไม้ เมื่อเด็กโตที่จะเลี้ยงตนเองได้ เด็กเร่ร่อนเหล่านี้จะมาอยู่กับเพื่อนแล้วหารายได้เอง

6. สาเหตุอื่นที่ทำให้เป็นเด็กเร่ร่อน

นอกเหนือจากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น ยังมีสาเหตุอื่นๆที่ทำให้เด็กต้องเร่ร่อน เช่น การพลัดหลงจากพ่อแม่ ถูกล่อลวง ถูกชักจูงมาทำงานกลายเป็นแรงงานเด็ก หรือบางคนถูกส่งลงเรือประมง หรือบังคับให้ขอทาน หรือคุมแก๊งค์ขอทาน เป็นต้น

เด็กเร่ร่อนตามครอบครัว และเด็กเร่ร่อนหลุดจากครอบครัวกับการละเลยทอดทิ้งเด็ก (Child neglect)

การมีเด็กเร่ร่อนทั้ง 2 ประเภทข้างต้นทั้งเด็กเร่ร่อนตามครอบครัว อย่างเช่น ลูกกรรมกร ก่อสร้าง และเด็กเร่ร่อนที่หลุดจากครอบครัวมาใช้ชีวิตโดยยึดเอาถนนสาธารณะเป็น “บ้าน” นั้นสะท้อนให้เห็นถึงการละเมิดสิทธิเด็กแบบเต็มรูปแบบ เพราะเด็กทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลคุ้มครอง อุปการะเลี้ยงดูอย่างเหมาะสมจากพ่อแม่ผู้ปกครอง ตามข้อกำหนดของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก มาตรา 19 ที่ระบุว่า “1. รัฐภาคีจะดำเนินมาตรการที่เหมาะสมทั้งปวงในด้านนิติบัญญัติ ด้านบริหาร สังคมและการศึกษาในอันที่คุ้มครองเด็กจากการใช้ความรุนแรงในรูปแบบทั้งปวงทั้งทางร่างกายและจิตใจ การทำให้อับชราหรือการล่วงละเมิด การทอดทิ้งหรือการ



ปฏิบัติโดยประมาท การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมหรือ การแสวงประโยชน์รวมถึงการกระทำอันมิชอบ ทางเพศขณะอยู่ในความดูแลของบิดามารดาผู้ปกครองตามกฎหมายหรือบุคคลอื่นใดซึ่งเด็กนั้น อยู่ในความดูแล”

โดยหลักกฎหมายแล้ว การละเลยทอดทิ้งเด็ก หมายถึง การเลี้ยงดูโดยมิชอบ ซึ่งหมายความว่า พ่อแม่ “ไม่ให้การเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน หรือพัฒนาเด็กตามมาตรฐานขั้นต่ำที่กำหนดโดยกฎกระทรวง จนน่าจะเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจของเด็ก” (มาตรา 23 พรบ. คู่ครองเด็ก พ.ศ. 2546)

- ผู้กระทำต้องเป็นผู้ปกครอง ตามนิยามของ พรบ. คู่ครองเด็ก พ.ศ. 2546 เท่านั้น
- ผู้ปกครองดังกล่าวได้ละเว้นหน้าที่ความรับผิดชอบในการอุปการะเลี้ยงดูเด็ก
- การละเว้นดังกล่าว น่าจะเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจของเด็ก

การละเลยทอดทิ้งเด็ก เป็นปัญหาพื้นฐานที่จะนำไปสู่การทารุณกรรมต่อเด็ก และอาจนำไปสู่อันตรายร้ายแรงต่อเด็ก สามารถทำให้เด็กสูญหาย เสียชีวิต บาดเจ็บ พิการ หรือเกิดโรคภัยไข้เจ็บ เด็กอาจถูกนำไปค้าประเวณี ถูกใช้แรงงานอย่างผิดกฎหมาย ถูกนำไปขายเป็นสินค้า หรือถูกนำไปเป็นเครื่องมืออันเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ดังนั้นการที่ประเทศปล่อยให้มี้เด็กเหล่านี้กว่า 30,000 คน ย่อมหมายถึง การยอมให้มีการละเมิดสิทธิเด็ก โดยการละเลยทอดทิ้งเด็กเกิดขึ้น

เด็กลูกกรรมกรก่อสร้าง กับนกขมิ้นข้างถนน: บทพิสูจน์นโยบายที่ผ่านมา

1. การจัดการประเด็นปัญหาใดๆ ก็ตาม โดยหลักการแล้วจำเป็นที่จะต้องมีการทราบจำนวนที่แน่นอนของผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาก่อน ซึ่งสิ่งนี้นับเป็นระบบคิดพื้นฐานเพื่อการดำเนินการขั้นต่อไป หากจำนวนที่แน่นอนไม่สามารถทราบได้ การจัดการคงเป็นไปได้ยาก

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครูข้างถนนและผู้ทรงคุณวุฒิให้ภาพที่ตรงกันว่า การไม่ทราบจำนวนที่ใกล้เคียงของเด็กทั้งสองกลุ่มนี้ สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความไม่จริงจังใจในการแก้ไขปัญหาของรัฐ ตัวเลขที่ระบุว่า มีประมาณ 30,000 คนของเด็กข้างถนน เป็นตัวเลขที่ถูกใช้อ้างอิงมานานกว่า 10 ปี

2. ปัจจุบันมีหน่วยงานมากมาย เช่น ภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร สำนักงานการศึกษาอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานการศึกษาส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นต้น และเอกชน อาทิเช่น มูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก มูลนิธิส่งเสริมการพัฒนาบุคคล มูลนิธิพระมหาไถ่ มูลนิธิช่วยเหลือเด็ก มูลนิธิอาสาพัฒนาเด็ก มูลนิธิศุภนิมิตร์ ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก โครงการบ้านนา เป็นต้น ด้วยหน่วยงานที่มากกว่า 10 แห่งทั้งของรัฐและเอกชนนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการทำงานที่อาจจะยังไม่มีเอกภาพมากพอ

ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์พบว่า หน่วยงานที่ทำงานกับเด็กเหล่านี้ยังมีลักษณะของการทำงานในเชิงรับเป็นส่วนใหญ่ ด้วยกำลังคนที่น้อยและข้อจำกัดมากมาย ทำให้ลักษณะงานที่ดำเนินไปเป็นลักษณะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

“งานของเราส่วนใหญ่เป็นงานเก็บข้อมูลและการทำงานภาคสนาม เริ่มต้นจากการเขียนเรื่องเล่า บันทึกประสบการณ์ เพราะทุกพื้นที่มีประสบการณ์ทำงานที่ไม่เหมือนกัน เน้นหนักไปที่การเสริมกระบวนการทำงานกับเด็กเร่ร่อนวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การทำงานกับพ่อแม่วัยรุ่นที่เป็นเด็กเร่ร่อน และไม่ยอมหยุดการเร่ร่อน เสริมในเรื่องของการเลี้ยงดูเด็กเรื่องอาหาร เรื่องการฉีควัคซีน พร้อมทั้งทัศนคติในการดูแลเด็กเล็ก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีงานเสริมทักษะกระบวนการให้กับครูอาสาสอนเด็กเร่ร่อน ครูข้างถนนในเรื่ององค์ความรู้เรื่องเอตส์ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การทำผิดกฎหมายในเรื่องต่างๆของเด็กเร่ร่อน เป็นต้น” (สัมภาษณ์ครูจิว เมื่อ 19 มิ.ย.2556)

ข้อเสนอแนะในการจัดการที่เป็นไปได้

ประเด็นด้านเด็กลูกกรรมกรก่อสร้างและเด็กเร่ร่อนข้างถนนไม่อาจรอได้อีกต่อไปแล้ว เพราะเป็นประเด็นที่มีมานานแล้วและควรต้องดำเนินการเสียที่ด้วยกลไกที่มีอยู่ การรณโยบายหมายถึงการรุดต่อไปเรื่อยๆ โดยปล่อยให้เด็กยังคงได้รับผลกระทบต่อซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิเด็กโดยตรงอันเป็นเรื่องที่ยอมรับไม่ได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนจึงขอเสนอข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กกลุ่มนี้ และนำมาประมวลเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่คาดว่าจะลงมือปฏิบัติได้ทันทีและให้ผลได้ทันทีเช่นกันโดยใช้โครงสร้างและกลไกที่มีอยู่เดิม ดังนี้

1. เนื่องจากจำนวนที่ชัดเจนของเด็กทั้งสองกลุ่มนี้ยังเป็นปัญหา การมอบหมายให้ครูการศึกษาออกโรงเรียน (ครู กศน.) ทำหน้าที่ในการสำรวจข้อมูลในส่วนนี้จะทำให้ประเทศมีข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการจัดการในขั้นตอนต่อไป และด้วยการที่ครู กศน. มีครบทุกจังหวัดและทำงานใกล้ชิดในพื้นที่อยู่แล้วการเก็บข้อมูลเรื่องเด็กในไซด์ก่อสร้างน่าจะพอเป็นไปได้

2. การบรรจุครูข้างถนน ครูอาสาสอนในเขตเมือง เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม ครูพัฒนาทักษะชีวิตเด็กเร่ร่อน ซึ่งสังกัดในหน่วยงานของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร ให้เป็นพนักงานของรัฐ เพื่อให้มีความมั่นคง สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติ

หน้าที่ และเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือเด็กเร่ร่อนได้ทันที เช่น การรับรองเอกสารทางทะเบียนราษฎร์ การรับรองในการรักษาพยาบาลของเด็กเร่ร่อน การรับรองในการเข้าเรียนในโรงเรียน เป็นต้น

3. อย่างไรก็ตาม การแก้ปัญหาใน 2 วิธีข้างต้นยังไม่เพียงพอตราบเท่าที่สังคมยังไม่มีวิธีคิดในการสร้าง “สังคมปกป้องคุ้มครองเด็ก” ให้เกิดขึ้น การสร้างสังคมเพื่อเด็กจึงควรบรรจุเป็นวาระแห่งชาติเพื่อให้เกิดภาพความเข้าใจที่ตรงกันและสร้างสังคมที่การละเมิดเด็กทุกประเภทเป็นเรื่องที่ยอมรับไม่ได้ (Zero Tolerance)





นวัตกรรมพลับพลา สร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม ด้วย ต้นทุนชีวิต เด็กและเยาวชนไทย



เป็นที่ทราบกันว่าสถานการณ์ปัญหาวัยรุ่น
ในปัจจุบันมีความรุนแรงขึ้น ทั้งปัญหาการใช้
ความรุนแรง การทะเลาะวิวาท การมี
เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น ปัญหายาเสพติด การพนัน การขาย
บริการทางเพศ ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า
ฆ่าตัวตาย เป็นต้น ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อ
ชีวิต ทรัพย์สิน โอกาสและอนาคต นอกจากนี้
รัฐต้องใช้บุคลากร และงบประมาณจำนวนมาก
ในการแก้ไขปัญหา

แนวทางการดูแลสุขภาพวัยรุ่นตั้งแต่
อดีตจนถึงปัจจุบันจะตั้งต้นจากปัญหาเป็นหลัก
(problem-focused orientation) ซึ่งจะมอง
ว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยง ให้ความสำคัญกับ
การแก้ไขปัญหามากกว่าการป้องกันปัญหา หรือ
การพัฒนาปัจจัยปกป้องต่อการเกิดปัญหา ทำให้
ที่ผ่านมาทรัพยากรต่างๆไม่ว่าจะเป็นงบประมาณ
บุคลากร หรืองานวิจัย ทั้งในต่างประเทศและ

ประเทศไทยจึงมุ่งเน้นไปที่การแก้ปัญหาและการ
หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเป็นหลัก ซึ่งพบ
ว่าการแก้ปัญหามักมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้อง
อาศัยผู้เชี่ยวชาญและมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากใช้
เวลานานกว่าจะเห็นผล แต่ผลที่ได้ก็ไม่ดีนัก

“เด็กไทยมีภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอ
เพราะสังคมไทยไม่ได้เน้น หรือ
input ทางบวกมากนัก เพราะฉะนั้น
กระบวนการ กลไกยังไม่สามารถ
ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่า
ที่ควร จึงทำให้พฤติกรรมด้านบวก
ไม่เกิด”

(แก้ว แก้วเกตุ, 2556)

วัยรุ่นที่ไม่มีปัญหา ไม่ได้แปลว่าจะมี
ศักยภาพเพียงพอที่จะปรับตัวกับความท้าทาย
หลากหลายที่มาพร้อมกับวัยที่เปลี่ยนแปลง การ

มุ่งกำจัดปัญหา คงไม่เพียงพอที่จะสร้างเยาวชนที่มีคุณภาพเพื่อมาพัฒนาอนาคต ด้วยแนวคิดเช่นนี้จึงได้เกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองในการพัฒนาวัยรุ่น โดยไม่เพียงคาดหวังว่าวัยรุ่นที่พึงประสงค์จะไม่ก่อปัญหา แต่ยังต้องมีพลังบวกในตัวที่เอามาใช้ในเชิงสร้างสรรค์อีกด้วย

“การที่เราจะแก้ปัญหาเด็กวัยรุ่นนั้น เราต้องให้เด็กวัยรุ่นลุกขึ้นมาแก้ด้วยตนเอง อย่างที่ได้ทำมาหลายโครงการ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเด็กติดยาเสพติด หรือกลุ่มเด็กที่อยู่ในสถานพินิจ พวกเขาพร้อมที่จะลุกขึ้นมาแก้ไขอะไรต่างๆ ได้มากมายด้วยตนเอง

เพราะฉะนั้นหากจะแก้ไขปัญหาวัยรุ่น เราต้องไม่ไปสอนเขา แต่ต้องสนับสนุนให้เขาเกิดแรงบันดาลใจ ผู้ใหญ่ต้องคอยดูอยู่ห่างๆ อยู่ใกล้ๆ แต่ไม่ได้หมายความว่าอยู่ติดกับเขา พยายามอย่าใช้วิธีสั่งสอน และพ่อแม่เองก็ต้องเข้ามาร่วมเรียนรู้ให้ทันกับเด็กวัยรุ่นในยุคสมัยนี้ด้วย”

(ณัย จันทรเจ้าฉาย, 2556)

“ความรักเป็นประตูที่เปิดก่อนอย่างอื่น ก่อนจะให้สิ่งอื่นหรือก่อนจะให้อะไรก็ตาม ต้องให้ความรักก่อน ความรักต้องมาก่อนความรู้ ความรักมาก่อนทุกสิ่งทุกอย่าง เมื่อเด็กเขารับรู้และเข้าใจว่าตนเองมีคุณค่าก็จะสามารถทำให้ไปต่อได้ด้วยตนเอง

ทำให้เขารักตนเอง มีความศรัทธา และเห็นคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น เราก็จะสามารถสร้างคนไทยที่มีวิสัยทัศน์ระดับโลกได้ แต่ถ้าเราไม่มีสิ่งนี้ ไม่เปิดโอกาสให้เขาเกิดความรักในตัวเองเขาก็จะไม่สามารถไปต่อได้”

(ณัย จันทรเจ้าฉาย, 2556)

ขณะที่พฤติกรรมด้านบวกของวัยรุ่นไทย เรื่องแรกที่เราพบเห็นเด่นชัด คือ เรื่องของงานอาสาสมัคร หรืองานจิตอาสา ซึ่งมีจุดเริ่มต้นเกิดมาจากสถานการณ์วิกฤติต่างๆ โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นที่รู้สึกว่าไม่สามารถอยู่เฉยๆ ได้ ต้องออกมาร่วมด้วยช่วยกัน เริ่มตั้งแต่เหตุการณ์สึนามิปี 2548 จนทำให้เกิดเครือข่ายจิตอาสาขึ้นหลายเครือข่ายที่มีการรวมตัวผ่านทาง เว็บไซต์ Volunteer network หรือว่า Volunteer spirit เด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้นำสื่อสังคมต่างๆ (Social media) มาเป็นตัวกลางในการเชื่อมประสานเครือข่าย ซึ่งนำค่านิยมและความสนใจของเด็กวัยรุ่นมาใช้ให้สอดคล้องกับยุคสมัยมากขึ้น จึงทำให้งานจิตอาสาดูมีสีสัน มีพลัง และมีความทันสมัย ทำให้กระบวนการจิตอาสาของวัยรุ่นที่ไม่ได้หยุดแค่ระดับในประเทศเท่านั้น แต่สามารถเชื่อมโยงกันได้ทั่ว จนอาจกลายเป็นกระแสระดับโลกไปแล้ว ซึ่งเป็นจุดเด่นของวัยรุ่นที่เขารู้จักใช้เครื่องมือที่ทันสมัย และทำให้เครือข่ายจิตอาสาเติบโต





ช่วงแรกที่เครือข่ายจิตอาสาเหล่านี้เกิดขึ้น ทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีแผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพที่เข้ามาสนับสนุน โดยดึงภาคีจิตอาสาต่างๆ มาเกาะเกี่ยวกันเป็นเครือข่ายที่ชัดเจน และได้ดำเนินงานต่อเนื่องจนเมื่อปีพ.ศ.2549 เป็นปีแห่งการครองราชย์ครบ 60 ปีของในหลวง ช่วงนั้นจิตอาสาแบ่งบานมาก จิตอาสาต้องเป็นหนึ่งในเครื่องมือของการเปลี่ยน เป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงตนเอง เปลี่ยนจากฐานด้านใน มีโอกาสที่จะได้พัฒนาตนเองจากด้านใน คือความแข็งแรงจากจิตใจด้านใน มีแนวโน้มที่จะจัดสรรงบประมาณมาจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมอาสาสมัครแห่งประเทศไทย บางประเทศ เช่น ประเทศเยอรมัน เขาจัดให้งานอาสาอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอน ระบุว่าเด็กที่อยู่ในระดับมัธยมก่อนจะเข้าเรียนมหาวิทยาลัยหรือระดับที่สูงกว่า ต้องผ่าน

ชั่วโมงของงานอาสามาแล้วก็ชั่วโมง ซึ่งการทำงานอาสาสมัครไม่จำเป็นต้องทำงานเชิงสงเคราะห์เสมอไป แต่อาจจะไปสร้างงานเพื่อสังคมอะไรก็ได้

“สมมติว่าเราเรียนเรื่องช่วยคนตกน้ำ ถ้าหากการเรียนที่สามารถยกระดับจิตเด็ก จะสอนให้เด็กได้รู้ว่า ทำไมเราต้องรู้ ทำไมเราถึงจะสามารถช่วยคนอื่นได้ แต่ระบบการเรียนการสอนบ้านเราไม่ใช่อย่างนั้น เหมือนเรียนไปเพื่อแค่สอบให้ผ่านเท่านั้น”

(วิลาสินี อดุลยานนท์, 2556)

ระบบโรงเรียนก็ไม่ได้สอนให้เรารู้จักตัวตนและมองเห็นคนอื่น แต่เป็นระบบการแข่งขันเป็นระบบทางดิ่ง การเรียนรู้ที่ดีต้องเป็นการเปิดพื้นที่ทางปัญญา ไม่ใช่การเน้นถ่ายทอดอำนาจเชิงดิ่ง ให้การศึกษาเน้นเปิดให้คนได้ใช้สติปัญญาจริงๆ และเป็นการศึกษาแนวราบ การเรียนรู้ร่วมกัน รุ่นพี่ก็ต้องไปเรียนรู้กับเด็กเล็กๆ ที่เข้ามาใหม่ และครูก็ไม่ได้ทำหน้าที่แค่เป็นครู แต่ว่าเป็นพี่เลี้ยงที่คอยช่วยแนะ โดยเด็กจะเป็นคนคิดและออกแบบการเล่นเอง ซึ่งวิธีการแบบนี้จะช่วยปลูกฝังความสัมพันธ์แบบแนวราบ แต่เด็กไปอยู่ร่วมกับชุมชน ไปเรียนรู้ปัญหาชุมชน จนกระทั่งไปช่วยชุมชนเขียนแผนเพื่อจะแก้ปัญหาคารกักเซาะชายฝั่งของชุมชน เพราะสิ่งที่เด็กเรียนรู้คือความเป็นจริง และใช้สติปัญญาจริงๆ เป็นต้น

Positive Youth Development

ถือกำเนิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ตามทฤษฎี Bioecological Theories of Human Development ของ Urie Bronfenbrenner เพื่อพัฒนาศักยภาพของเยาวชนให้เต็มความสามารถ ซึ่งหลายการศึกษาพบว่าพลังบวกยิ่งมากเท่าไรจะช่วยลดการเกิดปัญหาอาชรมณ์และพฤติกรรมในวัยรุ่น และเพิ่มความรู้สึกดีต่อตัวเอง Search Institute ได้สร้างตัวชี้วัด (Developmental Assets) จำนวน 40 ตัวชี้วัดเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาอีกด้วย และพบว่าหากมี Developmental Assets ที่มากจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงที่น้อยลง ไม่ว่าจะเป็นเป็นลดความเสี่ยงต่อความก้าวร้าวรุนแรง การใช้สุราและสารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การประพฤตินอกกฎหมาย ในทางตรงข้าม Developmental Assets ที่มากกลับสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเชิงบวกที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การประสบความสำเร็จในการเรียน การมีสุขภาพกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ และการมีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่น

ในประเทศไทย น.พ.สุรียเดว ทรีปาตี และคณะ ร่วมกับแผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน สสส.ได้จัดทำเครื่องมือและกระบวนการสร้างเสริมต้นทุนชีวิต (Life Assets) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลและพัฒนาเด็กและเยาวชนไทย โดยใช้แนวคิดของพลังบวก หรือปัจจัยสร้างซึ่งเป็นคุณลักษณะด้านที่ดีของเด็กและเยาวชนที่จะปกป้องเด็กและเยาวชนจากปัญหา และเสริมให้การพัฒนาศักยภาพเป็นไปอย่างสมบูรณ์ มาพัฒนาเป็นตัวชี้วัดที่จับต้องได้เห็นผลเป็นรูปธรรมชัดเจน และสามารถนำผลที่ได้ไปกำหนดทิศทางการให้กับชุมชนในการพัฒนาเด็กและเยาวชนในท้องถิ่นของตนเอง



ต้นทุนชีวิต (Life Assets)

คือ ปัจจัยสร้างเสริมทั้งทักษะรู้คิด (Cognitive Development) และจิตสำนึกที่ดี (Positive Mindfulness) ต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เด็กอาศัยอยู่ ซึ่งรวมทั้งครอบครัว สถานศึกษา ภูมิปัญญา วัฒนธรรมท้องถิ่น ชุมชน แหล่งพระธรรม และเพื่อนๆ เพื่อทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางสังคมในการจัดการกับปัญหา หรือสภาวะการณ์เสี่ยงต่างๆ (สุริยเดว ทรีปาตี, 2551)

การจัดการปัญหาหรือสภาวะการณ์เสี่ยงในรูปแบบต่างๆ พร้อมๆกับการพัฒนาศักยภาพในเด็กและเยาวชน ต้องอาศัยองค์ประกอบ 2 ส่วนที่มีความสำคัญมาก กล่าวคือ **พัฒนาศักยภาพสมองส่วนคิด (Cognitive Development)** และ**การปลูกฝังให้เกิดจิตสำนึกที่ดี (Positive Mindfulness)** ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบจะก่อให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางบวก

การมีทักษะรู้คิด และจิตสำนึกที่ดีต่อตนเอง ก็เกิดเป็น**พลังตัวตน (I am)**

การมีทักษะรู้คิด และจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ ก็เกิดเป็น**พลังสังคม (I have)** ซึ่งมี 4 พลังย่อย ได้แก่ **พลังครอบครัว พลังสร้างปัญญา พลังชุมชน พลังเพื่อนและกิจกรรม**

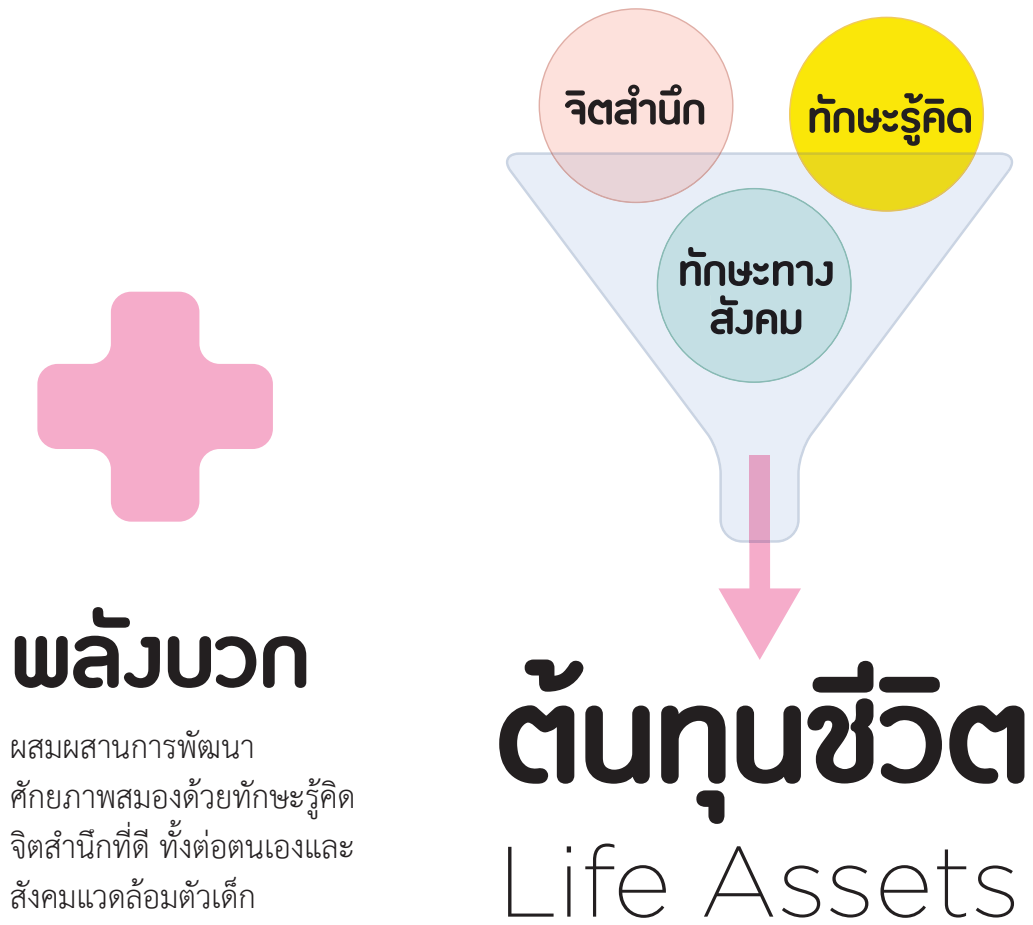
การมีพลังสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี โดยมีต้นทุนชีวิตที่ดีนั้น เมื่อเผชิญกับปัญหา อุปสรรคในรูปแบบต่างๆ ก็จะสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรค พัฒนาขึ้นมาเป็นศักยภาพ (I can) โดยที่อยู่บนฐานทักษะรู้คิดที่ดี และจิตสำนึกที่ดีทั้งต่อตนเองและสังคม

กระบวนการสร้างเสริม ต้นทุนชีวิต (Life Assets Positive Development Approach)

การก่อกำเนิดพัฒนาเครื่องมือประเมินต้นทุนชีวิต และกระบวนการสร้างเสริมต้นทุนชีวิต ได้ถือกำเนิดตั้งแต่ปี 2549 โดย นพ.สุริยเดว ทรีปาตี และคณะ ในนามเด็กพลัส ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) และมีองค์กรอีกมากมายให้ความร่วมมือ โดยมีแนวคิดหลัก 3 ประการเพื่อการสร้างเสริมต้นทุนชีวิตผ่านรูปแบบกิจกรรมสร้างสรรค์ทั้งในครอบครัว โรงเรียน/สถานศึกษา ชุมชน เพื่อไปสู่เป้าหมายการพัฒนาศักยภาพด้านทักษะรู้คิด (Cognitive Development) และจิตสำนึกที่ดีต่อตนเองและสังคม (Positive Mindfulness) ของเด็กและเยาวชนไทย

โดยใน 2 แนวคิดแรก จะก่อให้เกิดการปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีต่อตนเองและสังคม และอีก 1 แนวคิด ที่จะทำให้เกิดการทำงานเป็นระบบและสร้างการมีส่วนร่วม คิดวิเคราะห์ พัฒนาสร้างเสริม ลงมือทำ ประเมินผล และถอดบทเรียน

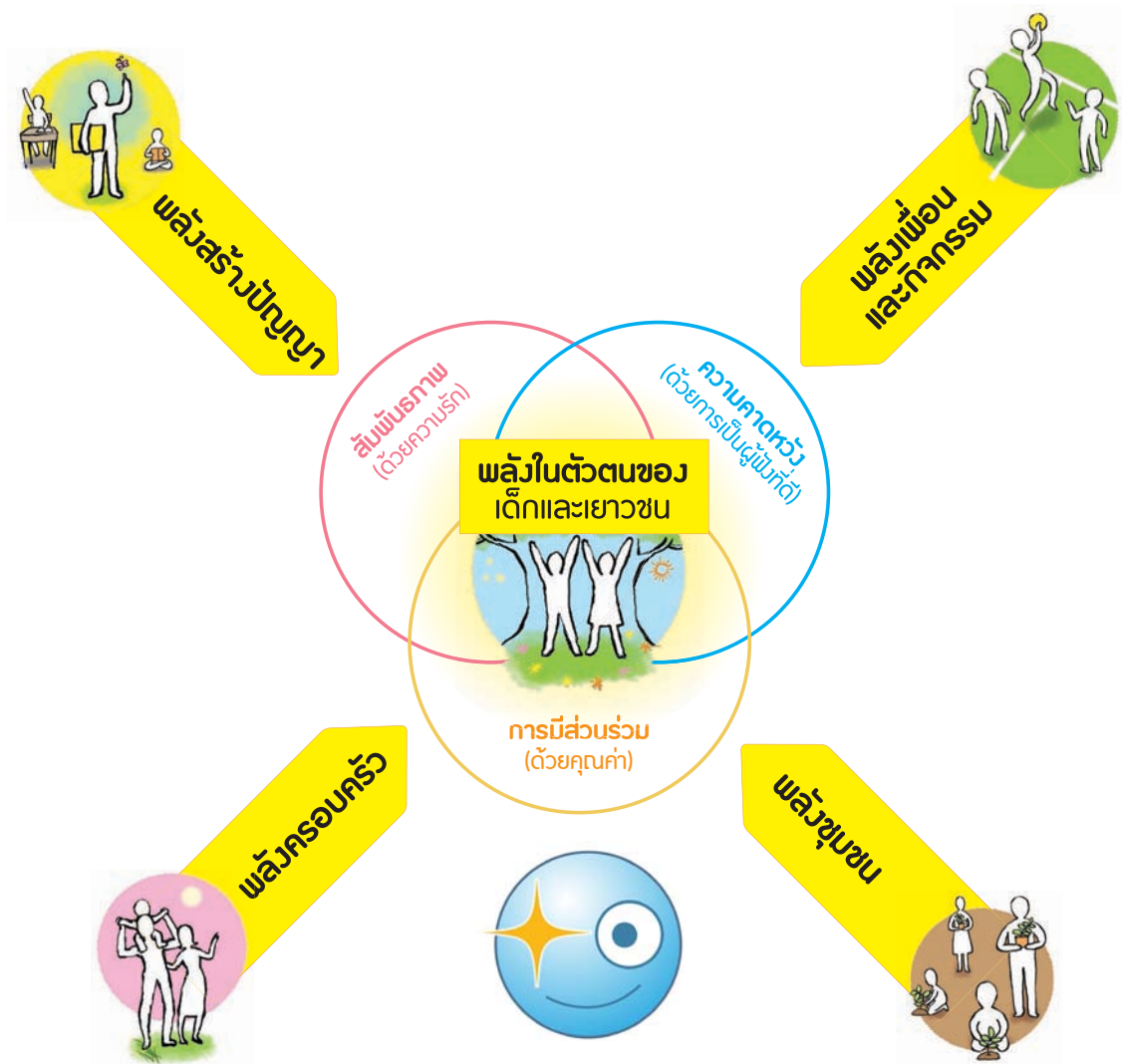
แผนภาพที่ 1 และ 2 : ภาพประกอบเกี่ยวกับแนวคิดต้นทุนชีวิต



ภาพที่ 1:

แสดงการบูรณาการทักษะรู้คิด และจิตสำนึกทั้งต่อตนเอง และสังคมแวดล้อมรอบตัวเด็ก ออกมาเป็นต้นทุนชีวิต (Life Assets) ซึ่งเป็นมาตรฐานวัดพลังบวกที่เป็นรูปธรรม

พลังต้นทุนชีวิต = พลังสร้างภูมิคุ้มกัน



ภาพที่ 2:

แสดง 5 พลังต้นทุนชีวิต โดยมีพลังตัวตนอยู่ศูนย์กลาง และอีก 4 พลังแวดล้อมที่มุ่งเป้าการสร้างเสริมพลังภูมิคุ้มกันทางสังคม โดยยึดแนวคิดพลังบวก การสะท้อนเสียง และการมีส่วนร่วม ของเด็กและเยาวชนเป็นหลัก

ทั้ง 3 แนวคิด กล่าวคือ

แนวคิดที่ 1

เปลี่ยนความคิด ชีวิตก็เปลี่ยน ด้วยพลังบวก

โดยที่ต้นทุนชีวิตทั้งเครื่องมือและกระบวนการจะเป็นการรวบรวมปัจจัยสร้างเสริมปัจจัยในการพัฒนาเป็นเครื่องมือพลังบวก (จับถูก) และกระบวนการพลังบวกโดยวิเคราะห์ในทั้ง 5 บริบท (ตนเอง ครอบครัว สร้างปัญญา เพื่อนและกิจกรรม ชุมชน) ออกมาเป็นตัวชี้วัดพลังบวกตามวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของประเทศ

แนวคิดที่ 2

ต้นทุนชีวิตทั้งเครื่องมือและกระบวนการ
จะเป็นการพึงพิงเสียสะท้อน
ของเด็กและเยาวชน

ผ่านความรู้สึก โดยเด็กและเยาวชนประเมินตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดจิตสำนึกที่ดีต่อตนเองและสังคม และประมวลได้ว่า จิตสำนึกพลังใจอ่อนแอ ตามความรู้สึกของตนเอง

หมายเหตุ: แนวคิดที่ 1 และ 2 เป็นการพัฒนา
ให้เกิดจิตสำนึกเป็นหลัก

แนวคิดที่ 3

ต้นทุนชีวิต ทั้งเครื่องมือซึ่งมี 5 พลัง
และกระบวนการ ซึ่งมีการพัฒนาการ
ทำงานเป็นทีม

ด้วย บันได 3 ขั้นตอนที่พัฒนาให้เกิดทักษะในการจัดการและการอยู่ร่วมกับสังคมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม

พลังต้นทุนชีวิต

(พลังสร้างภูมิคุ้มกัน) 5 พลัง
ประกอบด้วย

1. พลังตัวตน

เป็นการรวมพลังบวกภายในตัวเอง ประกอบด้วย การมองเห็นคุณค่าและศรัทธาในตนเอง การเชื่อมั่นในตัวเอง และทักษะชีวิต

2. พลังครอบครัว

เป็นพลังความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ ความปลอดภัยภายในบ้าน รวมทั้งการปลูกฝังวินัยและเป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้ชีวิต มีการให้ความช่วยเหลือ

3. พลังสร้างปัญญา

เป็นพลังความมุ่งมั่นในการเพิ่มปัญญา การได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ทั้งในและนอกระบบการศึกษา รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่น

4. พลังเพื่อนและกิจกรรม

เป็นพลังในการทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม รวมทั้งการสร้างวินัยในกลุ่มเพื่อน กิจกรรมต่างๆ ออกกำลังกาย สันทนาการนอกหลักสูตร

5. พลังชุมชน

เป็นพลังของกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ร่วมกันด้วยความเอื้ออาทร มีความเข้าใจ มีมิตรไมตรี มีวินัยและเป็นแบบอย่างที่ดี จิตอาสา ความอบอุ่นปลอดภัย และมีกิจกรรมร่วมกันในชุมชน

“ต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย”

ครอบคลุมเด็กทุกวัย ทั้งปฐมวัย, วัยเรียนและวัยรุ่น โดยมีการพัฒนาทั้งเครื่องมือและกระบวนการ

โดยมีเกณฑ์วัดระดับต้นทุนชีวิตดังนี้

ตารางที่ 1 : เกณฑ์วัดระดับต้นทุนชีวิต

ระดับต้นทุนชีวิต	เปอร์เซ็นต์การตอบรายข้อ (ร้อยละของคะแนน)	ผลการวิเคราะห์
ระดับต้นทุนชีวิตอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างน้อย และควรเพิ่มหรือเสริมสร้างต้นทุนชีวิตให้มากขึ้น	น้อยกว่า 60.00 (ได้เกรดเป็น F)	ไม่ผ่านเกณฑ์
ระดับต้นทุนชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และควรเสริมสร้างต้นทุนชีวิตเพิ่มเติม	อยู่ในช่วง 60.00 – 69.99 (ได้เกรดเป็น C)	ผ่านเกณฑ์
ระดับต้นทุนชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี	อยู่ในช่วง 70.00 – 79.99 (ได้เกรดเป็น B)	ผ่านเกณฑ์
ระดับต้นทุนชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีมาก	80.00 ขึ้นไป (ได้เกรดเป็น A)	ผ่านเกณฑ์

ที่มา : สุริยเดว ทรีปาตีและทีมเด็กพลัส คู่มือการใช้เครื่องมือแบบสำรวจต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย (ฉบับเยาวชน) ปี 2553
 หมายเหตุ : เกณฑ์คะแนนในตารางดังกล่าว ใช้ได้กับ ทั้งกรณีเป็นตัวชี้วัดรายข้อ หรือแม้แต่ภาพรวมพลั้งนั้นๆ

ต้นทุนชีวิตเพื่อการพัฒนางานในระดับตั้งแต่ระดับ ปัจเจกบุคคล สังคมแวดล้อมรอบตัวเด็ก และโครงสร้างของชุมชนและสังคม (Microsystem, Mesosystem and Macrosystem)

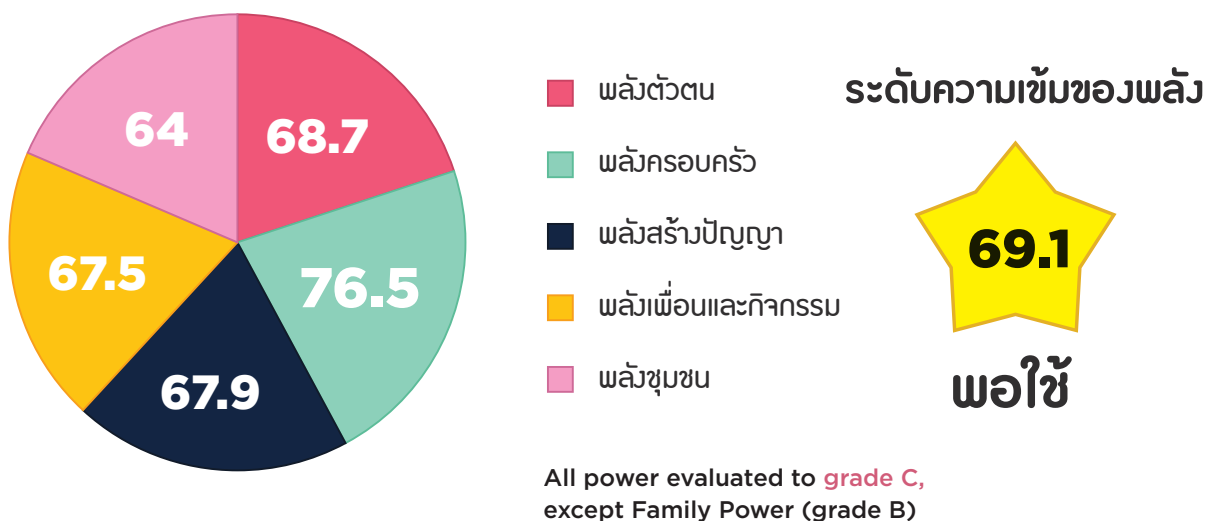
1 การใช้กระบวนการสร้างเสริมต้นทุนชีวิต ในระดับปัจเจกบุคคลที่ตัวเด็ก (Microsystem)

เพื่อทำการสำรวจต้นทุนชีวิตจากเด็กและเยาวชนโดยตรงนำมาสู่การพัฒนาศักยภาพตามต้นทุนพลังที่อ่อนแอและตัวชีวิตที่อ่อนแอชัดเจนเป็นรูปธรรมโดยมีการสำรวจในระดับต่างๆดังนี้

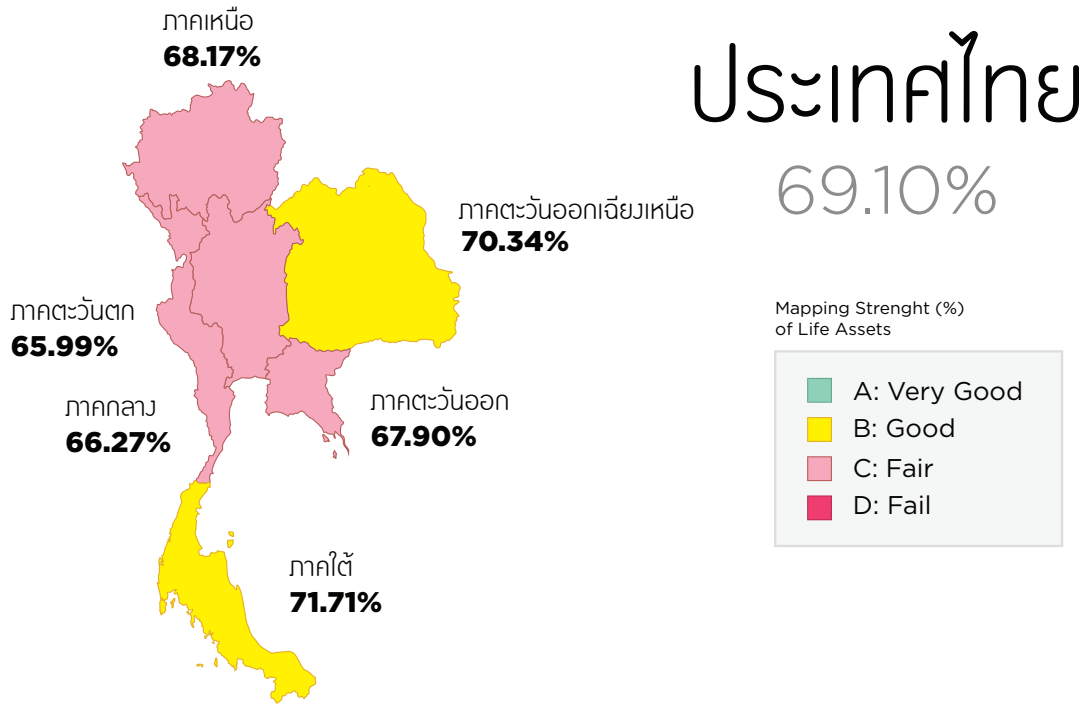
◆ ผลการสำรวจต้นทุนชีวิตในเยาวชนกลุ่มต่างๆ

ในปี 2551 และ 2553 ได้มีการสำรวจต้นทุนชีวิตในเด็กระดับมัธยมศึกษาทั่วประเทศ โดยความร่วมมือจากสถาบันรามจิตติและกระทรวงศึกษาธิการ (แผนภาพที่ 3) ผลสำรวจพบว่า ผลการสำรวจภาพรวมต้นทุนชีวิต จากการฟังเสียงสะท้อนของเด็กและเยาวชนทุกภาคทั่วประเทศอยู่ในระดับพอใช้ C+ โดยที่ใน 5 พลัง พลังครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ดีกว่า คือ ระดับปานกลาง (B)

แผนภาพที่ 3 และ 4 : ผลการสำรวจภาพรวมต้นทุนชีวิต จากการฟังเสียงสะท้อนของเด็กและเยาวชนทุกภาคทั่วประเทศ



แผนที่พลังต้นทุนชีวิตทั่วประเทศ (Life Assets)



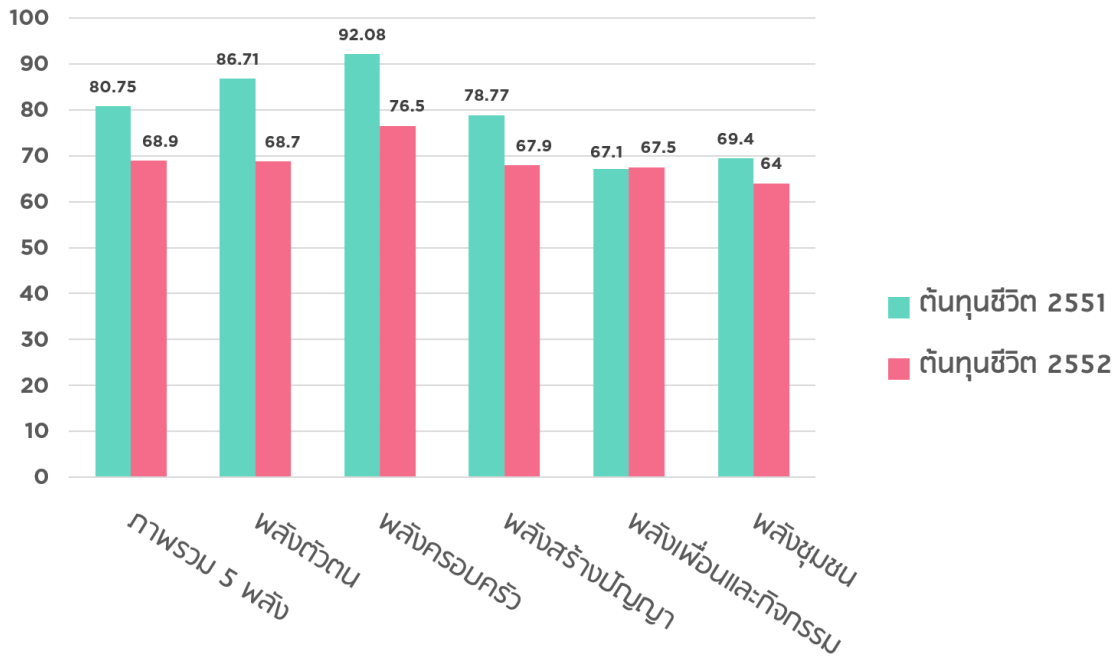
Acknowledge ; Office of Basic education, Ministry of Education, Thailand 2012

ตารางที่ 2 : การเปรียบเทียบผลการสำรวจต้นทุนชีวิตของเยาวชนไทยในปี 2551 และ 2552

	ภาพรวม 5 พลัง	พลัง ตัวตน	พลัง ครอบครัว	พลังสร้าง ปัญญา	พลัง เพื่อนและ กิจกรรม	พลังชุมชน
ต้นทุนชีวิต ปี 51	80.75	86.71	92.08	78.77	67.10	69.40
ต้นทุนชีวิต ปี 52	68.90	68.70	76.50	67.90	67.50	64.00

ที่มา : รายงานสถานการณ์ต้นทุนชีวิตของเยาวชนไทย” โดยแผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน สสส. ร่วมกับโครงการ Child Watch สถาบันรามจิตติ ได้ทำการสำรวจต้นทุนชีวิตในเยาวชนไทยอายุ 12-18 ปี ที่อยู่ในสถานศึกษา เมื่อพ.ศ.2551 จำนวน 20,892คน และการสำรวจต้นทุนชีวิตในนักเรียนอายุ 14-18 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีการศึกษา 2552 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานทั่วประเทศ จำนวน 12,200 คน

กราฟที่ 1 : รายงานสภาวะการณ์ต้นทุนชีวิตของเยาวชนไทยทั่วไปในภาพรวมของประเทศ



ที่มา : โครงการวิจัยภายใต้แผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน สสส.ปี 2551 และ 2552

จากผลสำรวจทั่วประเทศทั้ง 2 ปีติดกันพบว่าต้นทุนชีวิตของเยาวชนไทยมีแนวโน้มลดลง ไม่ว่าจะเป็นพลังโดยรวม พลังตัวตน พลังครอบครัว พลังสร้างปัญญา และพลังชุมชน ยกเว้นพลังเพื่อนและกิจกรรมที่มีผลคะแนนเพิ่มเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยพลังชุมชนยังเป็นพลังที่อ่อนแอมากที่สุดของทั้ง 2 ปี ซึ่งสะท้อนถึงความสัมพันธ์ที่ความอ่อนแอระหว่างเยาวชนและชุมชน จะเห็นได้ว่า ระดับต้นทุนชีวิตที่น้อยส่วนใหญ่เป็นต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชน ซึ่งเด็กและเยาวชนยังขาดการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสร้างสรรค์ในชุมชน ซึ่งการร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์กับชุมชนเป็นการปลูกฝังสำนึกรักบ้านเกิด ทำให้วัยรุ่นเกิดความผูกพันกับชุมชน สร้างจิตสำนึกสาธารณะและความรับผิดชอบ

และกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งจากงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าการกิจกรรมจิตอาสาหรือกิจกรรมทางศาสนาในชุมชนเป็นพลังบวกป้องกันวัยรุ่นจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่นการ

ดื่มสุราและใช้ยาเสพติด การโดดเรียน และมีความสัมพันธ์กับผลการเรียนที่ดีขึ้น และโอกาสในการเข้าศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย

ในขณะที่พลังครอบครัวเป็นพลังที่มีความเข้มแข็งที่สุดในทั้ง 2 ปี แต่ก็ยังเป็นพลังที่คะแนนความเข้มแข็งปรับลดลงมากที่สุดในพลังทั้งหมด สะท้อนถึงความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อเยาวชน โดยในมุมมองของเยาวชน ครอบครัวยังเป็นแหล่งพลังในการพัฒนาที่สำคัญ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ครอบครัวในปัจจุบัน ที่สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว สัมพันธภาพในครอบครัวห่างเหิน อัตราการหย่าร้างสูงขึ้น เน้นการดำเนินชีวิตโดยยึดความสำเร็จทางวัตถุเป็นหลักทำให้ความอบอุ่นในครอบครัวลดลง จึงเป็นที่น่าเป็นห่วงว่าหากไม่แก้ไขให้สถานการณ์ด้านครอบครัวดีขึ้นกว่าจากที่เป็นอยู่ อาจส่งผลกระทบต่อต้นทุนชีวิตเยาวชนอย่างมากได้ เนื่องจากพลังครอบครัวเป็นพลังที่เยาวชนให้ความสำคัญที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับต้นทุนชีวิตที่ต่ำที่สุดอยู่ในหัวข้อของพลังสร้างปัญญาในการรู้เท่าทันสื่อ ในโลกปัจจุบันซึ่งมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้สื่อมีช่องทางหลากหลายมากขึ้น ซึ่งยากต่อการควบคุม เยาวชนจึงมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลซึ่งอาจเป็นประโยชน์หรือโทษในสื่อต่างๆ ได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น วัยรุ่นใช้เวลาส่วนมากอยู่กับสื่อ เนื้อหาด้านลบจากสื่อทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อความก้าวร้าว การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนและเสี่ยงต่อการเป็นโรคการกินผิดปกติ เสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ ใช้สุรา เยาวชนจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในการคิดวิเคราะห์ เลือกรับสื่อที่เป็นประโยชน์ ซึ่งการที่มีผู้ใหญ่คอยแนะนำจะสร้างกระบวนการเรียนรู้ ก่อให้เกิดความรู้เท่าทันสื่อ ป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์จากสื่อ

โครงการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนชีวิตเยาวชนในสถานพินิจและเยาวชนทั่วไป ในโรงเรียนเพื่อกำหนดแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันห่างไกลยาเสพติด โดยความร่วมมือของแผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน สสส. และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด(ป.ป.ส.) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนชีวิตของเด็กและเยาวชนอายุ 14-18 ปี ที่อยู่ในระบบการศึกษาทั้งที่อยู่ในหน่วยงานรองรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ต้องโทษ กระทำผิดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ในปี 2552 โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างรายใหม่ที่ต้องโทษจำนวน 6,250 คน กระจายตามภูมิภาคต่างๆ คือ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ พบว่า 5 อันดับแรกของต้นทุนชีวิตที่ต่ำที่สุด เป็นดังนี้

ตารางที่ 3 :

ผลสำรวจต้นทุนชีวิต 5 อันดับแรกที่ต่ำสุด ในกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนและกลุ่มตัวอย่างในสถานพินิจ

ต้นทุนชีวิต 5 อันดับแรกที่ต่ำสุด ที่มาจากกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียน	ต้นทุนชีวิต 5 อันดับแรกที่ต่ำสุด ที่มาจากกลุ่มตัวอย่างในสถานพินิจ
1. ฉันทน์ ได้ทำกิจกรรมของชุมชนเป็นประจำทุกสัปดาห์ ร้อยละ 34.52	1. ฉันทน์ ได้ทำกิจกรรมของชุมชนเป็นประจำทุกสัปดาห์ ร้อยละ 33.39
2. ฉันทน์ ร่วมทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชนเป็นประจำทุกสัปดาห์ ร้อยละ 35.92	2. ฉันทน์ ร่วมทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ในชุมชนเป็นประจำทุกสัปดาห์ ร้อยละ 37.39
3. ฉันทน์ ร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำทุกสัปดาห์ ร้อยละ 52.05	3. ฉันทน์ ได้รับมอบหมายบทบาทหน้าที่ที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ร้อยละ 44.74
4. ฉันทน์ ได้รับมอบหมายบทบาทหน้าที่ที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อชุมชน ร้อยละ 55.36	4. ฉันทน์ ยึดมั่นในพฤติกรรมที่ดี (เช่น หลีกเลี่ยงเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร บุหรี่ สุรา ยาเสพติดและความรุนแรง) ร้อยละ 45.74
5. ฉันทน์ ทำการบ้านหรือทบทวนบทเรียนทุกวัน ร้อยละ 65.04	5. ฉันทน์ ทำการบ้านหรือทบทวนบทเรียนทุกวัน ร้อยละ 47.46

ที่มา : โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำรวจต้นทุนชีวิตเยาวชน เพื่อกำหนดแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด ปี 2552

ซึ่งพบว่าเด็กและเยาวชนทั้ง 2 กลุ่มมีต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชนค่อนข้างอ่อนแอ ขาดการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนชีวิตในเยาวชนทั่วประเทศเมื่อพ.ศ.2551 และ 2552 ที่พบว่าพลังชุมชนเป็นพลังที่อ่อนแอมากที่สุด โดยเฉพาะเรื่องกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ การร่วมกิจกรรมชุมชน และการร่วมกิจกรรมทางศาสนา จึงมีความจำเป็นต้องรณรงค์กิจกรรมจิตอาสาในวงกว้าง รวมทั้งการรณรงค์ให้ชุมชนมีพื้นที่กิจกรรมให้กับเด็กและเยาวชนของตนเองให้มากยิ่งขึ้น เยาวชนที่อยู่ในสถานพินิจจะมีต้นทุนชีวิตน้อยกว่าเยาวชนที่อยู่ในระบบการศึกษาทั้งคะแนนรวมและคะแนนในพลังต่างๆทุกด้านดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 :

การเปรียบเทียบผลการสำรวจต้นทุนชีวิตของเยาวชนไทย ระหว่าง เยาวชนทั่วไปในสถานศึกษา กับ เยาวชนกลุ่มเสี่ยงยาเสพติดในสถานพินิจ

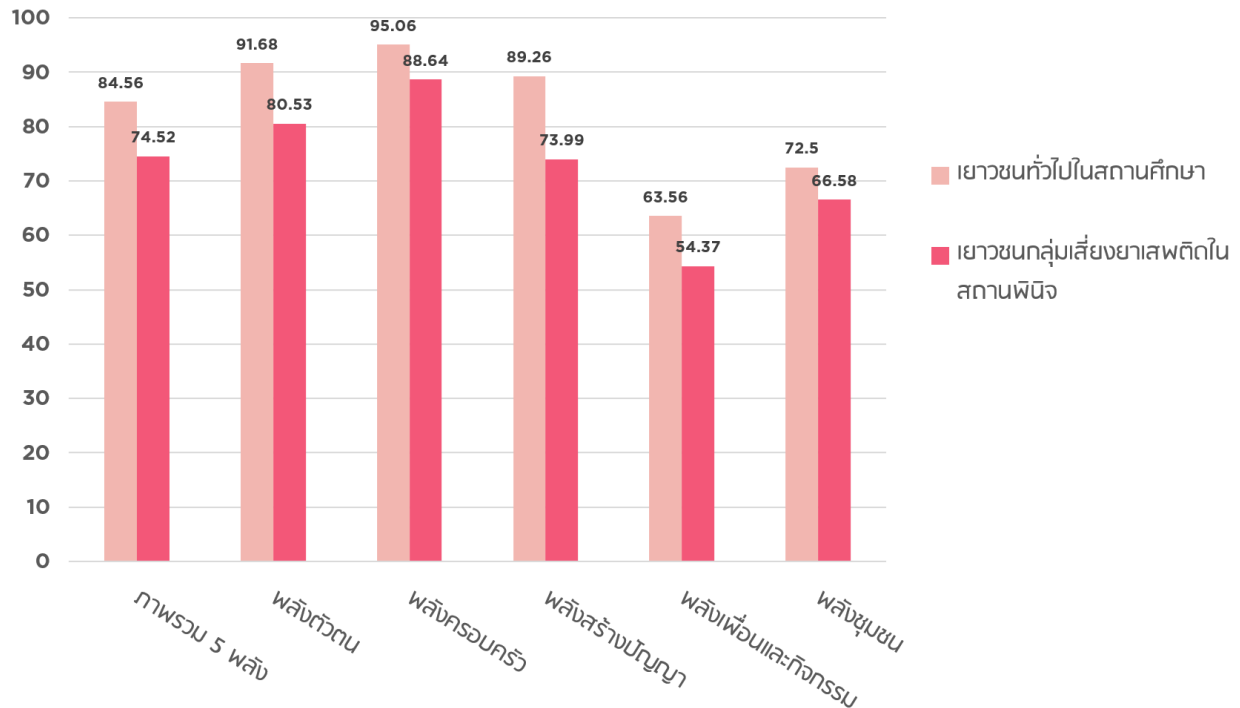
	ภาพรวม 5 พลัง	พลัง ตัวตน	พลัง ครอบครัว	พลัง สร้าง ปัญญา	พลังเพื่อน และ กิจกรรม	พลังชุมชน
เยาวชนทั่วไปใน สถานศึกษา	84.56	91.68	95.06	89.26	63.56	72.50
เยาวชนกลุ่มเสี่ยง ยาเสพติดใน สถานพินิจ	74.52	80.53	88.64	73.99	54.37	66.58

ที่มา : โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำรวจต้นทุนชีวิตเยาวชน เพื่อกำหนดแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด ปี 2552.



กราฟที่ 2 :

โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำรวจต้นทุนชีวิตเยาวชน เพื่อกำหนดแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด ข้อมูลต้นทุนชีวิตเปรียบเทียบระหว่าง เยาวชนทั่วไปในสถานศึกษา กับเยาวชนกลุ่มเสี่ยงยาเสพติดในสถานพินิจ



ที่มา : โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำรวจต้นทุนชีวิตเยาวชน เพื่อกำหนดแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด ปี 2552.

ตารางที่ 4 และกราฟที่ 2 แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ความเข้าใจเดิมที่วัยรุ่นมักติดเพื่อน และน่าจะรู้สึกที่ติดเพื่อน ผลปรากฏว่า ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สะท้อนตรงกันว่า เยาวชนรู้สึกดีกับพลังครอบครัว มากกว่าพลังเพื่อนและกิจกรรม โดยเฉพาะพลังเพื่อนและกิจกรรมในกลุ่มเยาวชนในสถานพินิจต่ำกว่าร้อยละ 60 กล่าวคือไม่ผ่านเกณฑ์

สรุปได้ว่าเยาวชนที่อยู่ในสถานพินิจมีต้นทุนชีวิตทุกด้านต่ำกว่าเยาวชนที่อยู่ในสถานศึกษา ดังนั้นเพื่อช่วยเหลือเยาวชนด้านปัญหายาเสพติด จึงต้องเสริมพลังปัญญาโดยการให้การ

ศึกษาเพื่อมุ่งเน้นอาชีพเช่น โครงการพระดาบส หรือ Jobs corps ในสหรัฐอเมริกา เสริมพลังตัวตนด้วยการทำกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน เพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตน นอกจากนี้ต้องฝึกทักษะชีวิต ผ่านพลังครอบครัว ด้วยโครงการกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของเด็ก เยาวชน และครอบครัว (ห้องเรียนพ่อแม่ ลูก) และใช้พลังชุมชนในการเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เยาวชน รวมทั้งพลังเพื่อนและกิจกรรมที่จะต้องสร้างแกนนำเยาวชนทำดี เกิดเป็นกระแสพลังบวกของเยาวชนอย่างกว้างขวาง

◆ โครงการต้นทุนชีวิต สำหรับเยาวชนด้อยโอกาส

โดยความร่วมมือของแผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน สสส.และสภาองค์การพัฒนาเด็กและเยาวชนในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (สอ.ดย.) กับองค์กรภาคี 7 องค์กรคือ มูลนิธิสงเคราะห์เด็กพัฒนา มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก สหทัยมูลนิธิ มูลนิธิ ไว.เอ็ม.ซี.เอ กรุงเทพฯ มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ และสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ สํารวจ ต้นทุนชีวิตใน 7 กลุ่มเด็กสภาวะยากลำบาก ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มเยาวชนที่ถูกปล่อยปละละเลย กลุ่ม เยาวชนที่มีปัญหาทางกฎหมาย กลุ่มเยาวชนที่ถูกละเมิดสิทธิ กลุ่มเยาวชนพิการ กลุ่มเยาวชนยากจน กลุ่มเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ และกลุ่มเยาวชนในสถานการณ์วิกฤต พบผลดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 :

การเปรียบเทียบผลการสำรวจต้นทุนชีวิตของเยาวชนไทย ระหว่าง กลุ่มเยาวชนทั่วไป กับ 7 กลุ่ม เด็กสภาวะยากลำบาก

	กลุ่มเยาวชน ทั่วไป	กลุ่มเยาวชนที่ ปล่อยปละละเลย	กลุ่มเยาวชน ที่ถูกละเมิด สิทธิ	กลุ่มเยาวชนที่ มีปัญหาทาง กฎหมาย	กลุ่มเยาวชน พิการ	กลุ่ม เยาวชน ยากจน	กลุ่มเยาวชน ที่ได้รับ ผลกระทบ จากเอดส์	กลุ่มเยาวชน ใน สถานการณ์ วิกฤต
ภาพรวม 5 พลัง	80.75	82.18	76.06	75.93	73.84	80.29	82.58	78.31
พลังตัวตน	86.71	87.20	81.71	83.10	85.67	86.09	83.87	85.35
พลังครอบครัว	92.08	87.14	83.54	84.70	86.14	88.91	92	90.54
พลังสร้าง ปัญญา	78.77	82.22	79.60	74.81	63.51	84.31	89.33	74.27
พลังเพื่อนและ กิจกรรรม	67.10	66.67	57.10	56.30	45.83	62.48	70	60.12
พลังชุมชน	69.40	80.00	69.13	70.78	73.55	70.71	73.75	72.6

ที่มา : โครงการวิจัยภายใต้แผนงานสุขภาวะเด็กและเยาวชน สสส.ปี 2552 และ 2553

ตารางที่ 5 ข้อมูลต้นทุนชีวิตสำหรับเยาวชนด้อยโอกาสโดย สภาองค์การพัฒนาเด็กและเยาวชน ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (สอ.ดย.) เมื่อพ.ศ.2552-2553 แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มสภาวะยากลำบากทั้ง 7 กลุ่ม กลุ่มเยาวชนพิการมีต้นทุนชีวิตต่ำที่สุด และมีข้อ สังเกตว่า พลังเพื่อนและกิจกรรมต่างงานไม่ผ่านเกณฑ์ใน 3 กลุ่มเยาวชน ได้แก่ กลุ่มเยาวชนที่ถูกละเมิด สิทธิ กลุ่มเยาวชนที่มีปัญหาทางกฎหมาย และกลุ่มเยาวชนพิการ ซึ่งโดยบริบทแล้วเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัด หรืออุปสรรคในการสร้างเสริมต้นทุนชีวิตผ่านพลังเพื่อนและกิจกรรมอยู่แล้ว

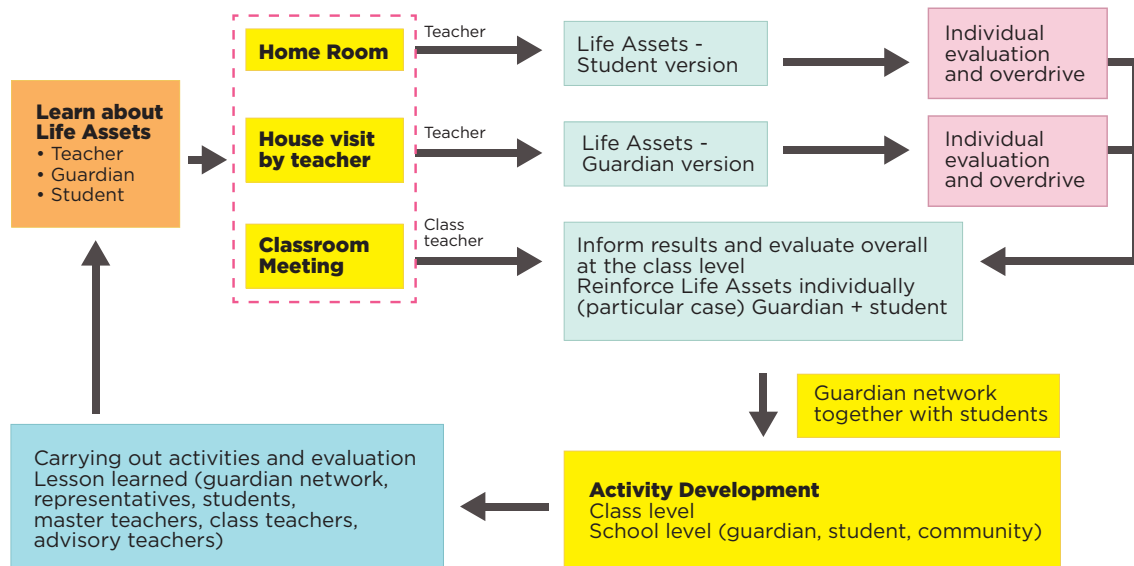
และจะพบว่ากลุ่มเยาวชนด้อยโอกาสทุกกลุ่มขาดต้นทุนชีวิตด้านพลังชุมชน โดยเฉพาะการได้รับบทบาทหน้าที่ที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อชุมชน และเรื่องการทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ นอกจากนั้นยังขาดพลังเพื่อนและกิจกรรม โดยเฉพาะการทำกิจกรรมที่ดีกับชุมชนหรือเพื่อน แต่ที่สำคัญกลุ่มเด็กด้อยโอกาสกลับมีจิตอาสามากกว่าเด็กกลุ่มปกติ

2 การใช้กระบวนการสร้างเสริมต้นทุนชีวิตในระดับสังคมแวดล้อมรอบตัวเด็ก (Mesosystem)

แผนภาพที่ 5 :

การใช้กระบวนการสร้างเสริมต้นทุนชีวิตในระดับสังคมแวดล้อมรอบตัวเด็ก (Mesosystem)

School model of Life assets intervention



ที่มา : สุริยเดว ทรีปาตี และทีมเด็กพลัส Life Assets Positive Development 2013

แผนภาพที่ 5 ทุกโรงเรียนสามารถพัฒนากระบวนการสร้างเสริมต้นทุนชีวิตในระบบโรงเรียนได้ โดยบูรณาการเข้ากับระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน อันเป็นระบบที่มีอยู่แล้ว ในแต่ละโรงเรียน ผ่านการใช้เครื่องมือและทำกิจกรรมต่างๆ อย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน ได้แก่

1. การรู้จักต้นทุนชีวิต ในกิจกรรมโฮมรูม กิจกรรมครูเยี่ยมบ้าน Classroom Meeting
2. การนำเครื่องมือต้นทุนชีวิตไปใช้สำรวจกับเด็กเยาวชน และผู้ปกครอง
3. การประมวลผลข้อมูลต้นทุนชีวิตเป็นรายบุคคล และ/หรือรายชั้นเรียน
4. การร่วมกันวิเคราะห์และพัฒนากิจกรรมสร้างสรรค์
5. การดำเนินกิจกรรมสร้างสรรค์ และถอดบทเรียนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปร่วมกัน

โดยแต่ละขั้นตอนของการทำกิจกรรม ต้องมีการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบ และการได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ยอมรับ และเกิดกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาต้นทุนชีวิตให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น



กระบวนการเสริมสร้างต้นทุนชีวิตช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดการทำงาน แนวคิดเชิงบวกในการค้นหาคุณค่า/ศักยภาพนักเรียนสู่การพัฒนาที่ดีขึ้น เกิดกิจกรรมสร้างสรรค์ที่ตรงตามความต้องการของเด็ก สร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง โรงเรียน ครอบครัว และชุมชน และเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการเปิดรับโรงเรียนสู่ครอบครัว และชุมชนแวดล้อม ในการที่จะช่วยพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น



3 การใช้กระบวนการสร้างเสริมต้นทุนชีวิตในระดับ โครงสร้างของชุมชนและสังคม (Macrosystem)

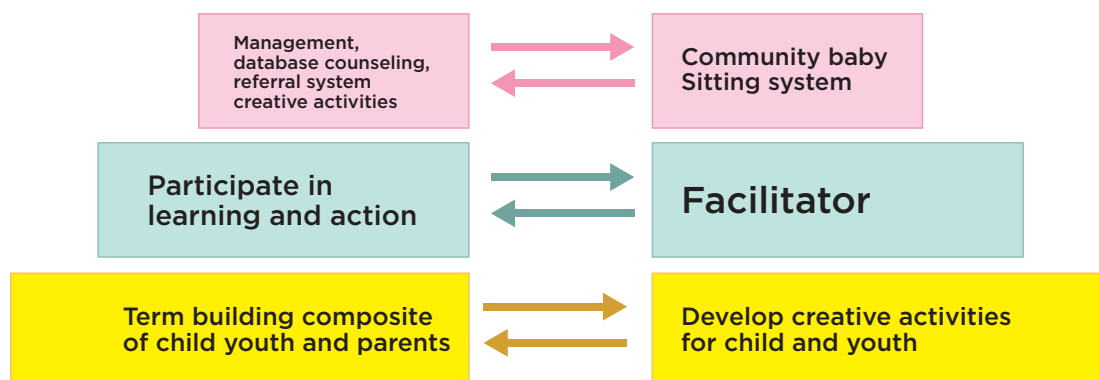
ชุมชนเข้มแข็ง...ภูมิคุ้มกันที่สำคัญ

ชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการพัฒนาต้นทุนชีวิตให้กับเยาวชนมีกระบวนการ 3 ขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างกิจกรรมสร้างสรรค์ในชุมชน ใช้กิจกรรมในการเสริมต้นทุนชีวิตให้แก่เยาวชน โดยทีมที่ประกอบด้วยเด็ก เยาวชน และผู้ใหญ่ในชุมชนเพื่อให้กิจกรรมถูกออกแบบมาเพื่อสนองต่อความต้องการของเยาวชนในชุมชนอย่างแท้จริง
2. การสร้างกระบวนการถอดบทเรียนจากกิจกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคนทำงาน โดยอาศัยกระบวนการ (facilitator)
3. การสร้างระบบการดูแลตัวเองภายในชุมชน (Community Baby Sitting System) เพื่อจัดการองค์ความรู้ภายในชุมชน สร้างเครือข่ายและติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ หน่วยงานต่างๆ

แผนภาพที่ 6: Three stepladders to strengthen the community by positive child and youth development (Life Assets)

Three stepladders to strengthen the community by positive child and youth development (Life Assets)



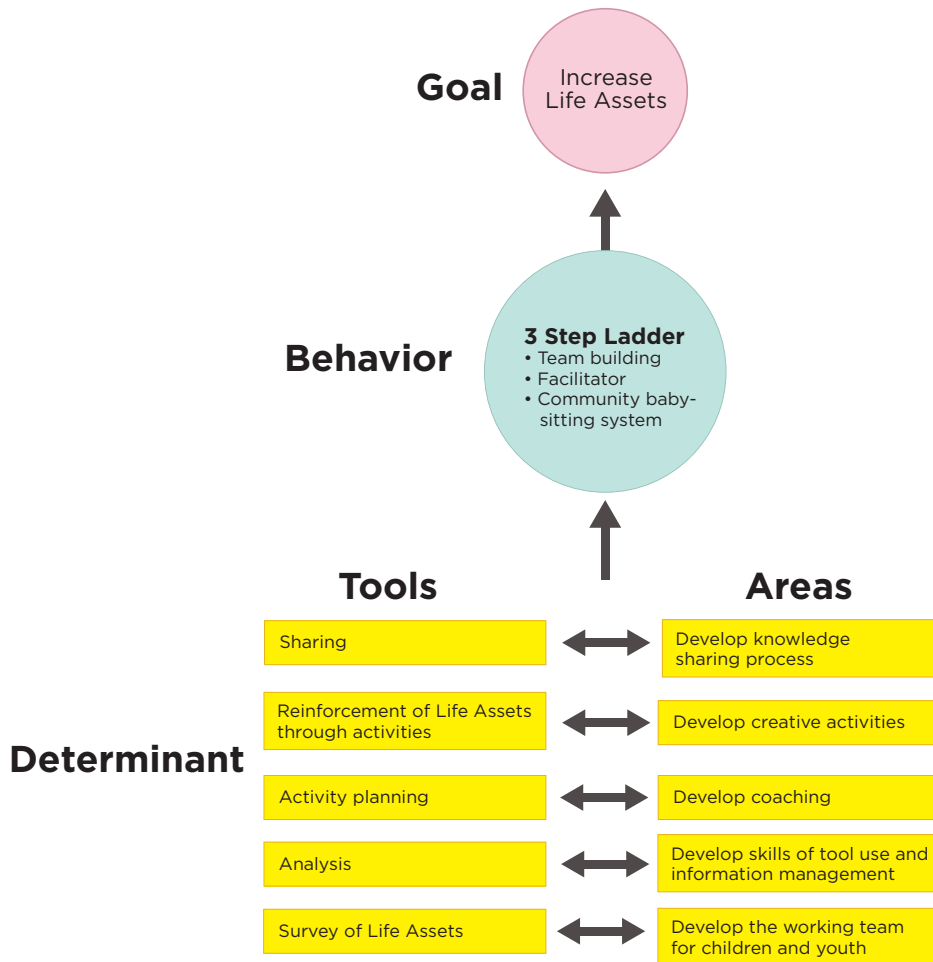
ที่มา : สุริยเดว ทรีปาตี และทีมเด็กพลัส Life Assets Positive Development 2013

แผนภาพที่ 6 ตั้งแต่การพัฒนาคณะทำงานด้านเด็กและเยาวชน สู่การเป็นกระบวนการ ถอดบทเรียนทุกกิจกรรมจากทุกเสียงสมาชิก และเกิดระบบพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษา ของชุมชน ให้กับเด็กและเยาวชนสมาชิกของชุมชน จนเกิดการบริหารที่มีทักษะการปรึกษา เผื่อระวัง และส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนภาพที่ 7 :

แผนภาพกระบวนการเสริมสร้างต้นทุนชีวิตในบริบทชุมชน

Community Model of Life Assets Intervention



BDI Logic Process of Life Assets

ที่มา : สุริยเดว ทรีปาตี และทีมเด็กพลัส Life Assets Positive Development 2013

แผนภาพที่ 7 พื้นที่ชุมชนมีรูปแบบกระบวนการพัฒนาต้นทุนชีวิตตามโมเดลข้างต้น โดยเครื่องมือสำรวจต้นทุนชีวิตเด็กเยาวชนนับว่าเป็นเครื่องมือแรกที่ได้เข้าไปช่วยให้เกิดการหล่อหลอมการรวมกลุ่มเด็กเยาวชนระดับพื้นที่ โดยมีผู้ใหญ่ที่มีความสนใจและห่วงใยต่อสถานการณ์สังคมที่จะทำให้เด็กอ่อนแอและใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสมกับวัย

- เครื่องมือสำรวจต้นทุนชีวิต เป็นการจุดประกายเริ่มต้นของการชวนคิด ชวนคุยของผู้ใหญ่ในชุมชน อยากเห็นเด็กๆ ในชุมชนได้รับการพัฒนา ดูแลอย่างเป็นระบบ เนื่องจากสภาพปัญหาทางสังคม วัฒนธรรมที่ถดถอยและเสื่อมไปเรื่อยๆ
- การเก็บแบบสำรวจต้นทุนชีวิต ทำให้เกิด

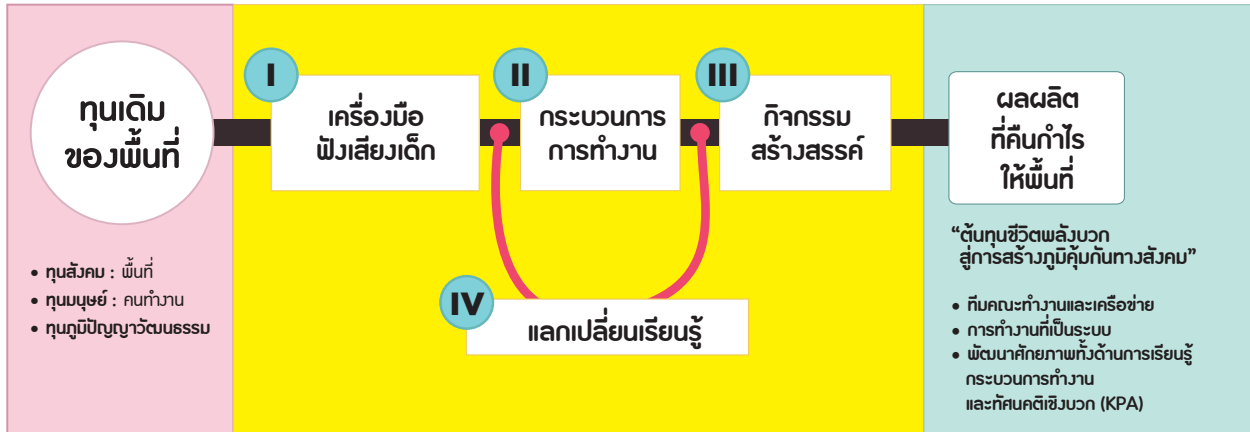
- กระบวนการทำงานเป็นทีม ทั้งทีมเด็กและผู้ใหญ่ การออกแบบวิธีการเก็บแบบสำรวจ การแบ่งทีมลงพื้นที่ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การกระตุกเด็กและผู้ปกครองด้วยข้อคำถามเชิงบวก ผลของการสำรวจถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการพัฒนากิจกรรม
- การพัฒนากิจกรรมสร้างสรรค์ เป็นกิจกรรมที่ผู้ใหญ่ที่มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยงที่ปรึกษาไม่ได้เป็นผู้กำหนดและสั่งการ แต่เกิดจากการวิเคราะห์ผลสำรวจต้นทุนชีวิตที่อ่อนแอและเสริมความเข้มแข็งด้วยการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ ซึ่งการจัดกิจกรรมนั้นจะร่วมกันคิดขึ้น โดยที่เด็กเยาวชนเป็นผู้ปฏิบัติการและมีพี่เลี้ยงเป็นผู้คอยชี้แนะ ให้คำปรึกษา
 - การตั้งคณะทำงานที่มีองค์ประกอบของผู้ใหญ่ในชุมชนและแกนนำเด็กเยาวชน โดยที่แกนนำผู้ใหญ่จะอยู่ในบทบาทของพี่เลี้ยงที่ปรึกษาของกลุ่มเด็กเยาวชนประจำชุมชน/ท้องถิ่นนั้น จะทำหน้าที่ส่งเสริม หนุนเสริมให้เกิดการพัฒนากระบวนการคิดกิจกรรมสร้างสรรค์ของกลุ่มเด็กเยาวชน ให้คำแนะนำถึงกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มเด็กเยาวชน
 - ส่งเสริมให้เกิดการวางแผนการทำกิจกรรม ฝึกการบริหารจัดการแผนกิจกรรม การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรม รวมทั้งการสรุปบทเรียนจากการทำกิจกรรมเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาทีมงานและกิจกรรมใน ผลของการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์
 - มีกิจกรรมที่หลากหลายและพัฒนาระดับของกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอตามช่วงวัยที่เปลี่ยนไป



แผนภาพที่ 8:

ต้นทุนชีวิตพลังบวก สู่การสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม

กระบวนการพัฒนาต้นทุนชีวิต



ที่มา : สุรียเดว ทรีปาตี และคณะ รายงานกิจกรรมต้นทุนชีวิตสู่การเสริมสร้างบริบทเชิงวัฒนธรรมปี 2554 โดยการสนับสนุน และร่วมมือกับสำนักแผ้วถางวังทางวัฒนธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม

แผนภาพที่ 8 กระบวนการเสริมสร้างต้นทุนชีวิต คือ “ต้นทุนชีวิตพลังบวกสู่การสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม” ซึ่งจะต้องประกอบด้วย ทุนเดิมของพื้นที่ คือ การทุนสังคม ทุนมนุษย์ และทุนทางภูมิปัญญาวัฒนธรรมที่พร้อมจะก้าวไปสู่กระบวนการในการที่จะพัฒนาต้นทุนชีวิต ผ่าน การใช้เครื่องมือที่สร้างการมีส่วนร่วม กระบวนการที่มีระบบและมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งกิจกรรมสร้างสรรค์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการที่ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ จนกลายเป็น ผลผลิตที่คืนกำไรให้พื้นที่ ก็คือ ทีมที่เข้มแข็ง ระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และ “KPA” การพัฒนาศักยภาพทั้งด้านการเรียนรู้ (Knowledge) กระบวนการทำงาน (Process) และทัศนคติเชิงบวก (Attitude) ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะนำไปสู่ “ภูมิคุ้มกัน” เพื่อการพัฒนาเด็ก เยาวชน ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

วิถีของกระบวนการ สร้างเสริมต้นทุนชีวิต สู่การพัฒนาศักยภาพ... สร้างภูมิคุ้มกันชีวิต

เด็กและเยาวชนทุกคนมีศักยภาพ แต่การจะสามารถดึงศักยภาพของตนออกมาใช้ได้มากเท่าไรนั้นขึ้นกับการได้รับการส่งเสริม ฝึกฝน จากผู้ใหญ่ และสังคมแวดล้อมรอบตัวเด็ก ศักยภาพของเด็กและเยาวชนจะพัฒนาได้เท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับคุณสมบัติส่วนตัวของเด็กเอง (**I am**) ทักษะชีวิตที่เด็กมี (**I have**) และความสามารถในการต่อสู้และจัดการกับปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (**I can**) องค์ความรู้ที่ได้กล่าวมารวมกับผลที่ได้จากงานวิจัยทั้งหมดข้างต้นสามารถนำมา สร้างเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนสังคมได้เป็น 3 ระดับ แบ่งตามระดับต้นทุนชีวิตของเยาวชน โดยยึดหลักการที่ว่า การผ่านแบบฝึกหัดชีวิตที่ ยากจะทำให้เยาวชนได้ฝึกทักษะที่จำเป็นในการ แก้ปัญหาชีวิตและฝึกความเข้มแข็งของจิตใจ เป็นการใช้โจทย์ปัญหาชีวิตดึงศักยภาพที่ซ่อน อยู่ภายในออกมาให้ได้ใช้อย่างสมบูรณ์

1. เยาวชนที่มีต้นทุนชีวิตที่สูง จะสามารถเผชิญ ฝ่าฝืนอุปสรรคได้ด้วยตนเอง และสามารถใช้ความ ยากลำบากที่ต้องเผชิญมาเป็นเชื้อเพลิงเสริมพลัง ใจให้เข้มแข็งขึ้นเองได้ โดยผู้ใหญ่ทำหน้าที่ช่วย สอดส่องดูแล กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทักษะรู้คิด เปิดโอกาสให้เยาวชนลองคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง และให้ความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

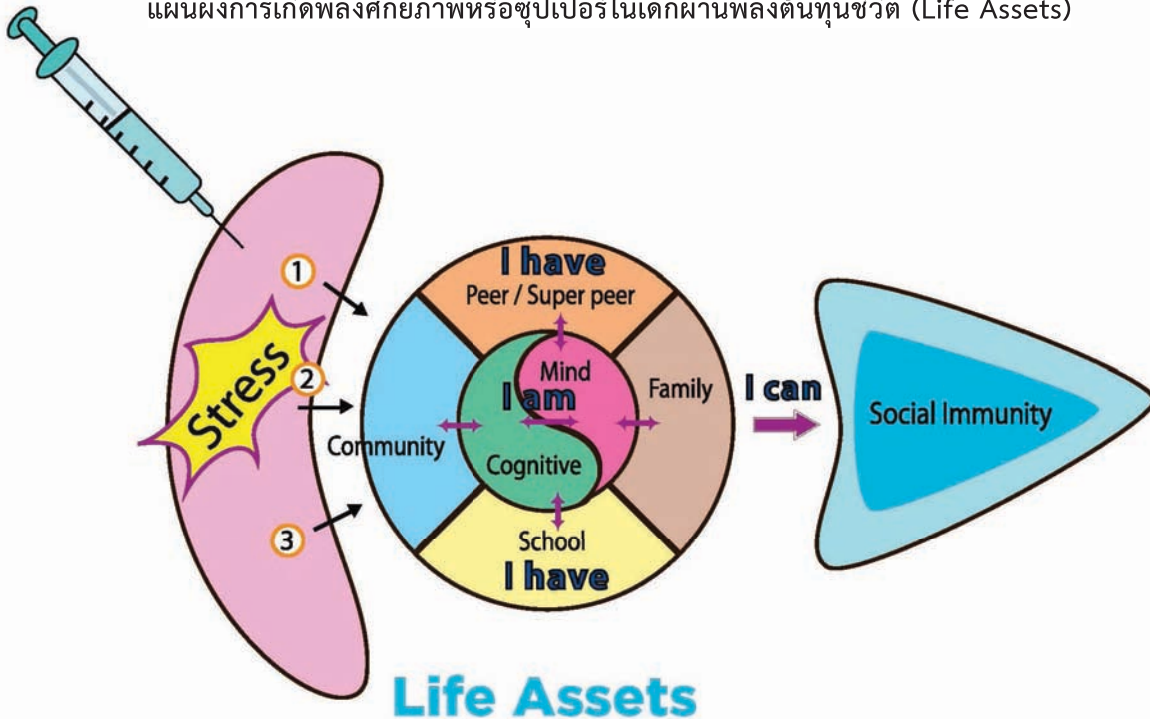
2. เยาวชนที่มีต้นทุนชีวิตระดับปานกลาง ต้อง มีการปรับระดับอุปสรรคหรือโจทย์ชีวิตให้เหมาะ สมกับความสามารถหรือทักษะในการแก้ปัญหา ของเยาวชน ไม่ให้ง่ายจนเกินไปจนไม่ต้องใช้ ความพยายามใดๆหรือไม่ได้ฝึกทักษะใหม่ๆใน การแก้ปัญหา แต่ในขณะเดียวกันก็ไม่ได้ยากจน เกินไปจนทำให้เกิดความเครียด ท้อแท้ และยอม แพ้ไปเสียก่อน มีการปรับความเข้มข้นของโจทย์ จากง่ายไปสู่ยาก จากโจทย์ที่เรียบง่ายไปสู่โจทย์ ที่ซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ โดยผู้ใหญ่ไม่ว่าจะเป็นใน ครอบครัว โรงเรียน หรือชุมชน ต้องทำหน้าที่เป็น พี่เลี้ยง(change agent)ช่วยเปิดประเด็น กระตุ้น ให้เยาวชนเกิดกระบวนการคิด แนะนำแนวทางให้ เยาวชนดึงศักยภาพที่ซ่อนอยู่ออกมา

3. เยาวชนที่มีต้นทุนชีวิตต่ำ จำเป็นต้องได้รับ การซ่อมส่วนที่เสียหาย เติมต้นทุนชีวิตให้เต็มเสีย ก่อน โดยอาศัยปัจจัยสร้างเสริมทั้งจากการสร้าง ความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง จากครอบครัว โรงเรียน รวมทั้งชุมชน ยังไม่ควรที่จะให้เผชิญ อุปสรรคในทันที เพราะเยาวชนยังไม่มีพลัง ทักษะ และศักยภาพที่มากพอที่จะผ่านปัญหาไปได้ อาจ ทำให้พลังที่มีเหลืออยู่เพียงเล็กน้อยหมดไปอย่าง รวดเร็ว เกิดแผลในจิตใจได้ รู้สึกไร้คุณค่า ท้อแท้ และสิ้นหวังได้



แผนภาพที่ 9:

แผนผังการเกิดพลังศักยภาพหรือซูเปอร์ฮีโร่ในเด็กผ่านพลังต้นทุนชีวิต (Life Assets)



ที่มา : สุริยเดว ทรีปาตี พลังศักยภาพเด็กและเยาวชน (Resiliency in Child and Youth) “ติดพลังซูเปอร์ฮีโร่ให้เด็กและเยาวชนด้วย I am/ I have/ I can”. การพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนไทย สู่ประชาคมอาเซียน ปี 2556

◆ ประโยชน์ทั้ง 3 ข้อ ต้นทุนชีวิต เมื่อมีพลังตัวตน (I am) พลังทางสังคมแวดล้อมตนเอง (I Have)

- หากพื้นที่หรือชุมชนใด ผลประเมินภาพรวมเกิน 80% สามารถพัฒนาศักยภาพเด็ก โดยใช้วิธีการเด็กคิดเอง ทำเอง ผู้ใหญ่คอยดูแล ฝึกระวัง ก็เพียงพอ
- หากพื้นที่หรือชุมชนใด ผลประเมินภาพรวมอยู่ระหว่าง 60-80% กล่าวคือ พอใช้ ปานกลาง ก็ สามารถพัฒนาศักยภาพ (I can) เด็กโดยใช้วิธีการผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์ ที่มีผู้ใหญ่ประกบ ทำหน้าที่คอยชี้แนะอย่างใกล้ชิด “เด็กคิด ลงมือทำ ผู้ใหญ่หนุน” โดยที่ผู้ใหญ่จะค่อยๆ ถอยออกมาจากการครอบงำความคิด จนในที่สุดเด็กสามารถทำตัวเอง
- หากผลประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ (<60%) กรณีนี้ เด็กต้องได้รับการเสริมสร้างพลังบวกจากผู้ใหญ่ ในชุมชน ทั้งความรัก ความอบอุ่น ไว้วางใจอย่างใกล้ชิด จึงค่อยให้เผชิญกับปัญหา อุปสรรคผ่านกิจกรรมแบบง่ายๆ ไปสู่ที่ยากขึ้น จนเกิดการพัฒนา

การผลักดันนโยบาย

แนวคิดและกระบวนการเสริมสร้างต้นทุนชีวิต เป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนางานด้านเด็กและเยาวชน และควรจะมีการขับเคลื่อนอย่างชัดเจนร่วมกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผลักดันนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม กล่าวคือ

1. มีแผนพัฒนาเด็กและเยาวชน ที่คาดหวังให้เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย แผนเหมือนเป็นแม่บทให้ดำเนินการ นอกจากแผนชาติแล้วต้องดำเนินการให้เกิดแผนท้องถิ่น มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนเข้าร่วมกำหนดแผนทิศทางของตนเอง โดยให้สอดคล้องกับแผนชาติ ทั้งนี้แผนท้องถิ่นต้องมีงบประมาณของตนเองด้วย
2. มีการรายงานการดำเนินการตามแผน โดยรายงานแก่คณะรัฐมนตรีและรัฐสภา
3. มีสมัชชาการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ในลักษณะเช่นเดียวกับสมัชชาสุขภาพ ซึ่งกำหนดให้สมัชชาฯ ดำเนินการ 2 เรื่อง ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์เด็กประจำปี และ 2) ติดตามผลการดำเนินงาน
4. ต้นทุนชีวิตได้ถูกรับรองอยู่ในแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ และถือเป็นตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินของแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติปี 2555-2559 โดยที่หน่วยงานด้านเด็กและเยาวชนควรสร้างระบบพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาบุคลากรให้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับชุมชน เพื่อสร้างชุมชนที่มีศักยภาพในการชี้แนะ แนว เด็กและเยาวชนในชุมชนของตน รวมทั้งพัฒนาพลังบวกผ่านหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อการจัดการปัญหาอย่างยั่งยืน





บรรณานุกรมผู้เขียน

กลุ่มเด็กปฐมวัย

สุขภาพทารกในประเทศไทย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงพรสวรรค์ วสันต์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณภาพเด็กปฐมวัยไทย

แพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจรัสเลิศ
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

กลุ่มเด็กวัยเรียน

การพัฒนาระบบการเรียนรู้: ทงออกของการพัฒนาศักยภาพเด็กไทย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บัญญัติ ยงย่วน
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

อนาคตเด็ก อนาคตไทย การวิเคราะห์สถานการณ์เด็กไทยวัย 6-12 ปี

เภสัชกรหญิงพิศพรรณ วีระยิ่งยง และ ดร.นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สิทธิเด็กช่วงอายุ 6-12 ปี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยา สุจริตกุล และ ดร.ธเนศ กิติศรีวรพันธุ์
สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กลุ่มเด็กวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุญยิ่ง มานะบริบูรณ์ แพทย์หญิง สุภิญญา อินอิว และนายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วัยรุ่นกับสารเสพติด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรสวันต์ อารีมิตร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นกขมั้นเหลืองอ่อนคำไหนนอนนั้น : การละเมิดสิทธิเด็กกับปัญหาเด็กเร่ร่อน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์ และนางสาวนันทน์ สงศิริ

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

นวัตกรรมปลั๊กบวก

สร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมด้วยต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย

นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี และแพทย์หญิงนันทชนัน จรัสจรวงเกียรติ

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล



บรรณานุกรมอ้างอิง



สุขภาพของการกในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- Ernesto Pollitt. (1993). Iron deficiency and Cognitive function. *Annu. Rev. Nutr.*, 13: 521 – 37.
- Green NS. (2002). Folic Acid Supplementation and Prevention of Birth Defects. *American Society for Nutritional Sciences*, 2356S – 2360S.
- Lynn B Bailey & Robut J Berry. (2005). Folic acid supplementation and the occurrence of congenital heart defects, oro - facial clefts, multiple births, and miscarriage. *American Society of Clinical Nutrition*, 1213S – 1217S.
- Pattanee Winichagoon. (2002). Prevention and control of Anemia: Thailand Experiences. *American Society of Nutritional Sciences*.
- Pattanee Winichagoon. (2013). Thailand nutrition in transition : situation and challenges of maternal and child nutrition. *Asia Pac J Clin Nutr.*, 22(1): 6 - 15.
- Pachon H, Kancharia V, Handforth B, Tyler V, & Bauwens L. (n.d.). Folic acid fortification of wheat flour: A cost – effective public health intervention to prevent birth defects in Europe. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 38: 201 – 209.
- Prapaporn Vilaiphan, Kanya Suphapeetiporn, Vorapong Phupong, & Vorasuk Shotelersuk. An exceptionally low percentage of Thai expectant mothers and medical personnel with folic acid knowledge and peri - conceptional consumption urges an urgent education program and/or food fortification. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, Jun; 58 (4): 297 - 303.
- WHO. (1995). Situation Analysis of Iron deficiency anemia in South – East Asian countries: A Regional Review, Intercountry Workshop, Salaya, Thailand, 11 – 15 December,

1995. WHO – South – East Asian Region.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). การประชุมเสวนาเรื่อง สุขภาวะของเด็กไทย: การพัฒนาทางสติปัญญาเพื่อก้าวไป
สู่โลกแห่งการแข่งขัน วันศุกร์ที่ 12 ตุลาคม 2555. คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
และคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาปัญหาสุขภาพของคนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.
(เอกสารอัดสำเนา).
- จุฑาวดี วุฒิวงศ์. (ม.ป.ป.). ความสำคัญของโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์. หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก
กอสตูดินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก
<http://www.obgyn.pmk.ac.th/KnowDoc.html>
- ถวัลยวงศ์ รัตนสิริ. (2550). การป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติสูติศาสตร์บนพื้นฟูวิชาการ.
ศรีนครินทร์เวชสาร, 22(4): 471 - 476.
- นิตยา คชภักดี. (2556). พัฒนาการของเด็กไทย. ข้อมูลนำเสนอคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาปัญหา
สุขภาพของคนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา.
ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานพัฒนานโยบาย
สุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). ข้อเสนอแนะ
เชิงนโยบาย. โครงการ “อนาคตไทย” เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพวัยเด็กอายุ 0 – 5 ปี. โครงการ
ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กรม
อนามัย กระทรวงสาธารณสุข และโครงการพัฒนาเครื่องชีวิตภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของ
ประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง
เสริมสุขภาพ.
- วิชัย เอกพลการ. (ม.ป.ป.). สุขภาพเด็ก. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552: กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศุภัสรา วรโคตร, ผ่องศรี เถิงนำมา, นันทา ศรีนา, และปราณี อีโรสภณ. (2554). ผลการพัฒนาแบบคัด
กรองภาวะโลหิตจางเบื้องต้นในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลจันทร์เพ็ญ
อำเภอ ต่างอย จังหวัดสกลนคร. การพยาบาลและการศึกษา ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม –
สิงหาคม 2554.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.). สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2556 จาก
<http://nutrition.anamai.moph.go.th/temp/main/index.php>
- อารีรัตน์ เรืองชัยยศ. (2551). ภาวะโภชนาการธาตุเหล็ก, ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะพร่องธาตุเหล็ก
และภาวะขาดเหล็กในทารกเกิดก่อนกำหนด. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2556 จาก
http://203.155.220.217/office/csc/main_level/doctor/2208.pdf

คุณภาพเด็กปฐมวัยไทย

เอกสารอ้างอิง

- A window to the world: Early Language and literacy Development (2011). Retrieved 2013, June 22 from <http://www.zwrotothree.org/public-policy>
- Betty Hart and Todd R. Risley. (1995). Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Betty Hart and Todd R. Risley. (2003). The Early Catastrophe: The 30 Million Word Gap by Age 3. American Educator, Spring. Retrieved 2013, June 22 from <http://www.aft.org>
- Rebecca Parlakian. (2003). Before the ABCs: Promoting School Readiness in Infants and Toddlers. Washington DC: ZERO TO THREE.
- Schuele CM. (2004). The impact of developmental speech and language impairments on the acquisition of literacy skills. Ment Retard Dev Disabil Res Rev, 10(3): 176-83.
- Shriberg LD, Tomblin JB, & McSweeny JL. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. J Speech Lang Hear Res., Dec;42(6): 1461-81.
- Stein MT, Parker S, Coplan J, & Feldman H. (2001). Expressive language delay in a Toddler. Pediatrics, 107; 905. Retrieved 2013, June 22 from http://pediatrics.aappublications.org/content/107/Supplement_1/905.citation
- Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, & O'Brien M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. J Speech Lang Hear Res, Dec; 40 (6): 1245-60.
- กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2556 จาก <http://www.saiyairakhospital.com/about.html>
- เกียรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม. (2554). การประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 3. สถาบันสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาคริยา ธีรเนตร. (2554). ผลกระทบของสื่อต่อสุขภาพเด็กและวัยรุ่น. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมสำหรับเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 268.

- นิชรา เรื่องดารกานนท์. (2554). ความบกพร่องของทักษะการเรียนรู้. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์, 387.
- _____. (2552). พัฒนาการทางสติปัญญา. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารกรุงเทพ. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด.
- นิตยา คชภักดี. (2556, 17 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- ประภาภรณ์ จังพานิช. (2553). รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี พ.ศ.2553. (ม.ป.ท.).
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. (2549). การจัดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ในงานอนามัยแม่และเด็ก. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2552). รายงานการประเมินผลโครงการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ ครั้งที่ 1 สถาบันสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2552). สมรรถนะของเด็กปฐมวัยในการพัฒนา ตามวัย 3-5 ปี. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค.
- สมัย ศิริทองถาวร และคณะ. (ม.ป.ป.). การศึกษาเกณฑ์ปกติด้านพัฒนาการของเด็กไทย วัยแรกเกิด – 5 ปี โดยใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็ก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก www.thaichilddevelopment.com/
- _____. (ม.ป.ป.). การพัฒนาคู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด – 5 ปี ฉบับกรมสุขภาพจิต สำหรับผู้ปกครอง. สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก <http://www.thaichilddevelopment.com/>
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด – 5 ปี สำหรับผู้ปกครอง. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก <http://www.thaichilddevelopment.com/>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือปฏิบัติการคลินิกสุขภาพเด็กดี. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก http://hp.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=32&filename=index
- อัศวิน นาคพงศ์พันธุ์. (ม.ป.ป.). การใช้คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด -5 ปี (TDSI). สืบค้น เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2556 จาก <http://www.thaichilddevelopment.com/>

การพัฒนาระบบการเรียนรู้: ทวงออกของการพัฒนาศักยภาพเด็กไทย

เอกสารอ้างอิง

- NCES. (2007). Table 1. Average mathematics scores of fourth and eighth grade students, by country: 2007. Retrieved 2013, June 3 from <http://nces.ed.gov/times/table07-1.asp>
- OECD, PISA (2009) Database What students know and can do: Student performance in reading, mathematics and science. Retrieved 2013, June 3 from <http://www.Oecd.org/pisa/46643496.pdf>
- กลิน สระทองเนียม. (2556, 23 เมษายน). ชูริกการศึกษา...มอดกักร่อนศักยภาพเด็กไทย. หนังสือพิมพ์เดลินิวส์.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. (2556, 27 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2556, 20 มีนาคม). ที่ติอาร์ไอเสนอแผนปฏิรูปการศึกษาครบวงจร. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก www.tdri.or.th/priority-research/education-reform
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.(ม.ป.ป.). ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2556 จาก www.tdri.or.th/priority-research/education-reform
- สมพงษ์ จิตระดับ สุอังคะวาทิน. (2556, 29 มีนาคม). หลักสูตรใหม่เริ่มเดินเครื่อง. มติชนรายวัน.
- สพฐ. ลุยแก้ปัญหาโรงเรียนขนาดเล็ก ซึ่หากคลายปมได้ มีผลดีถึงค่าเฉลี่ยการศึกษาชาติดีขึ้น. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก <http://blog.eduzones.com/enn/961100>
- หนังสือพิมพ์ข่าวสด. (2556, 22 มีนาคม). สพฐ. เสนอผลสอบเอ็นที เด็ก ป. 3. ข่าวสดออนไลน์.
- หนังสือพิมพ์คม ชัด ลึก. (2556, 17 มีนาคม). Teach Less, Learn More ปฏิรูปหลักสูตร: สอนน้อยเรียนรู่มาก สุทธิชัย เปิดใจ พงศ์เทพ.
- หนังสือพิมพ์คม ชัด ลึก. (2555, 5 พฤษภาคม). การศึกษาไทยน่าหวัง เรียนฟรีคุณภาพแ่ เนะเพิ่ม IQ – EQ เด็ก.
- หนังสือพิมพ์เดลินิวส์. (2556, 14 มีนาคม). สทศ. ประกาศผลโอเน็ต ป. 6 และ ม. 3 แล้ว.
- หนังสือพิมพ์เดลินิวส์. (2556, 20 มีนาคม). ที่ติอาร์ไอเสนอจัดทดสอบมาตรฐานระดับชาติรูปแบบใหม่ใช้แทนโอเน็ต. เดลินิวส์.
- หนังสือพิมพ์เดลินิวส์. (2556, 26 มีนาคม) ที่ติอาร์ไอวิจัยหลักสูตรการศึกษาไทยไม่ได้คุณภาพ.
- หนังสือพิมพ์เดลินิวส์. (2556, 4 มิถุนายน). จักรูไทยเปลี่ยนห้องสอนให้เป็นห้องเรียนรู้. เดลินิวส์.

หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ. (2556, 5 พฤษภาคม). สพฐ. ตั้งเป้าปี 56 ยกเครื่องระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้เข้มข้น. ผู้จัดการออนไลน์.

หนังสือพิมพ์สยามรัฐ. (2556, 16 เมษายน). กระแสติว O-NET ในโรงเรียน วิชามาร...กักกินคุณภาพเด็กไทย. สยามรัฐ.

อัมมาร สยามวาลา. (2556, 7 พฤษภาคม) แก้ปัญหาคุณภาพการศึกษาไทย: เราจะเริ่มที่ไหนดี. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2556 จาก [http:// blog.Eduzones/enn/96100](http://blog.Eduzones/enn/96100)

อุษณีย์ อนุรุทธ์วงศ์. (2556, 13 มิถุนายน). สัมภาษณ์.

อาภรณ์ รัตน์มณี. (ม.ป.ป.). ทำไมระบบการศึกษาไทยจึงพัฒนาช้า. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2556 จาก <http://school18.education.police.go.th/technical/technical105.html>

อนาคตเด็ก อนาคตไทย การวิเคราะห์สถานการณ์เด็กไทยวัย 6-12 ปี

เอกสารอ้างอิง

- AAP. (2012). Taiwan teen dies after 40-hour Diablo III marathon, news.com/au. Retrieved from <http://www.news.com.au/technology/gaming/taiwan-teen-dies-after-gaming-for-0-hours/story-e6frfrt9-1226429628258>
- Azizi F., Kalani H., Kimiagar M., Ghazi A., Sarshar A., Nafarabadi M., & et al. (1995). Physical, neuromotor and intellectual impairment in non-cretinous schoolchildren with idoine deficiency. *Int J VitamNutr Res*, 65(3): 199-205.
- Barton, B., Barrow, G., Berthiaume, C., Rewe, T., & Dey, J. (2004). 20 facts you may not know about Global Hunger Retrieved 2013, June 7 from <http://www.wfp.org/news/news-release/20-facts-you-may-not-know-about-global-hunger>
- BBC. (2005, June 8). Chinese gamer sentenced to life, BBC.
- Drowning--United States, 2005-2009. (2012). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 61(19): 344-347.
- Hakkaart-van Roijen L., Zwirs BW., Bouwmans C., Tan S.S., Schulpen T.W., Vlasveld L., & et al. (2007). Socieal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16(5): 316-326.
- Sachdev H., Gera T., & P, N. (2005). Effect of iron supplementation on mental and motor development in children: systematic review of randomised controlled trials. *Public Health Nutr.*, 8(2): 117-132.
- World Health Organization (WHO). (n.d.). Violence and Injury Prevention: Drowning. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/drowning/en/
- World Health Organization (WHO). (2007). Vision 2020: The right to sight. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2555). ระบบบริการข้อมูลประชากร. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2556 จาก <http://www.dopa.go.th/index.php/2012-06-16-12-35-04/people-service1>
- กรมอนามัย. (2556). รายละเอียดตัวชี้วัดตามแผนตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2556 จาก http://www.anamai.moph.go.th/download/Fon_

- Tempfiles/February_2013/14_Feb_2013/3.%20แผนงานเด็ก0-2ปี_เด็ก3-5ปี_เด็กนักเรียน
(ทันต).pdf
- กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2555). ยุทธศาสตร์กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา พ.ศ. 2555 - 2559.
(ม.ป.ท.).
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2548). เด็กและเยาวชนติดเกม: แนวทางแก้ไข.
สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน. (ม.ป.ท.).
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2555). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ พ.ศ.
2555 - 2558. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- จอมขวัญ โยธาสุมุท, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, พิศพรธณ วีระยิ่งยง, สุทธิษา สมณา, ยศ ตีระวัฒนานนท์
และศรีเพ็ญ ตันติเวสส. (2555). รายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
ชาญวิทย์ พรนภดล. (2553). เด็กติดเกม.เอกสารให้ความรู้แนวทางช่วยเหลือเด็กติดเกม. สืบค้นเมื่อวันที่
22 มิถุนายน 2556 จาก
<http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/psychiatrics/cap/knowledge53/114.pdf>.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2556). รู้หรือไม่ว่า เด็ก 8 คน จะมี 1 คน ที่ "ติดเกม, www.healthygamer.net. การ
ศึกษาหาปัจจัยป้องกันการติดเกมในเด็กและวัยรุ่น. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2556 จาก <http://www.healthygamer.net/information/article/13772>
- ชลัญธร โยธาสุมุท และอภิญา มัตเตช. (2555). คิดถึงอนาคตชาติ ต้องช่วย Kids ให้มีคุณภาพ. จุลสาร
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 5(16): 17-18.
- ฐาศุภร์ จันประเสริฐ และปัทมา เกตุอำ. (2551). ความรุนแรงต่อเด็กในโรงเรียน: วงจรปัญหาเชื่อมโยงใน
สังคม. กรุงเทพฯ: องค์การแพลน อินเตอร์เนชั่นแนล (สำนักงานโครงการประเทศไทย).
- พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา. (2535). สืบค้นเมื่อวันที่ 22
มิถุนายน 2556 จาก <http://www.library.coj.go.th/info/data/A75-01-001-2535.pdf>
- ไพบุลย์ พิทยาเอียรอนันต์, รักมณี บุตรชน, จอมขวัญ โยธาสุมุท, วิชัย เอกพลากร, ยศ ตีระวัฒนานนท์
และเนติ สุขสมบุรณ์ และคณะ. (2554). ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาวะน้ำหนักเกิน
และโรคอ้วนในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 5(3): 287-298.
- ภาสุรี แสงสุภาวนิช, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, คัดนางค์ ไตสงวน, จันทนาพัฒน์เกสัช, วรรณภา เล็กอุทัย,
จุฑามาส วรโชติกำจรและคณะ. (2554). การคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการ
เรียนในโรงเรียน. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
- มนตรีธรรม์ ถาวรเจริญทรัพย์, เนติ สุขสมบุรณ์, ไพบุลย์ พิทยาเอียรอนันต์, จอมขวัญ โยธาสุมุท, วิชัย
เอกพลากร และยศ ตีระวัฒนานนท์. (2554). การศึกษาผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์และ
คุณภาพชีวิตจากโรคอ้วนในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (ม.ป.ป.). ภาวะโภชนาการของเด็ก. กรุงเทพฯ.

- วิชัย เอกพลากร. (ม.ป.ป.). สุขภาพเด็ก. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552: กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม. (2554). รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของเด็กและเยาวชนใน เขตกรุงเทพมหานคร ปี 2554: สำนักงานปลัด กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์.
- สำนักข่าว สสส. (2553, กุมภาพันธ์ 15). เผย! เด็กไทยมีระดับค่าเฉลี่ยขาวปัญญาต่ำ.สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สืบค้นเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2556 จาก http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news_thaihealth/14179
- สำนักงานโครงการอาหารกลางวัน. (2556). โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2556 จาก <http://schoollunch.obec.go.th/news/nomm/nom.html>
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. แผนการศึกษาแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง (พ.ศ. 2552 - 2559): ฉบับสรุป.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). สรุปผลการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก <http://service.nso.go.th/nso/data/02/child.html>
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2551). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 (สุขภาพเด็ก). นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ชิส์เต็มส์ จำกัด.
- สำนักโภชนาการ. (2556). โครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2556 จาก <http://www.pnic.go.th/index.php>
- สุชาติา เกิดมงคลการ, สัม เอกเฉลิมเกียรติ, อรพิน ทรัพย์สัน, รุ่งจิตร์ เต็มต่อ, และกาญจณีย์ ดำนาจแก้ว. (2552). สถานการณ์การตกน้ำ จมน้ำของเด็กในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- หนังสือพิมพ์ข่าวสด. (2555, 4 มิถุนายน). แม่สุดทนถูกลูกวัย 12 ติดเกมต่อยตีหนัก แจ้งตร.จับ.ข่าวสด ออนไลน์. สืบค้นเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2556 จาก http://www.khaosod.co.th/view_newsonline.php?newsid=TVRNek9EYzVNVFE1TVE9PQ==
- องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) ประเทศไทย. (2554). การวิเคราะห์สถานการณ์เด็กและสตรี พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย.
- อัญชิรา เศรษฐลัทธ์ และศูนย์วิจัยการศึกษาเพื่อเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ. (ม.ป.ป.). ร่วมคิดร่วม แก้ไขเด็กพิเศษ สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2556 จาก http://158.108.70.5/special/t_t1_1.html
- อดีตกดี ผลิตภัณฑ์พิมพ์. (2549). การทบทวนเรื่อง สถานการณ์การจมน้ำในประเทศไทยและมาตรการ แก้ไข: ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก คณะแพทยศาสตร์ โรง พยาบาลรามาธิบดี. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2556 จาก <http://www.csip.org/csip/autopage/file/WedNovember2006-9-43-10-thai%20drowning.doc>

สิทธิเด็กช่วงอายุ 6-12 ปี

เอกสารอ้างอิง

- D. Erdel. (2000). The Psychology of sharing: an evolutionary approach. Ph.D. thesis, St. Andrews.
- J. Bradshaw, N. Finch. (2002). A Comparison of Child Benefit Packages in 22 Countries London. Department of Work and Pensions.
- คณะกรรมการว่าด้วยสิทธิเด็ก. (2554). คำแนะนำทั่วไปที่ 13 (ปี พ.ศ.2554). เอกสารอัดสำเนา. ทองพูล บัวศรี. (2556, 29 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- ทิตา ณ นคร. (2552). สิทธิเด็ก สิทธิมนุษยชน. ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านกาญจนาภิเษก. นครปฐม.
- ธีร์ ภาวิคนันท์. (2556, 10 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- พิภพ ธงไชย. (2556, 27 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- วารสารธรรม สามโกเศศ. (2556). สถิติการศึกษาไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2556 จาก <http://wwisartsakul.wordpress.com/2011/04/21/สถิติการศึกษาไทย>
- สัมประสิทธิ์ คุมพ์ประพันธ์. (2551). แนวทางการป้องกันแก้ไขการละเมิดสิทธิเด็กในประเทศไทย. ดุลพาท: เล่มที่ 1 ปีที่ 45 (มกราคม-มิถุนายน 2551).
- สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (2555). สถิติผู้ป่วยศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี สำนักงานแพทย์ประจำเดือน ตุลาคม 53 - กันยายน 54 ประเภทถูกอนาจาร. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2556 จาก www.gdrif.org/data/data2548.htm
- สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (2555). สถิติผู้ป่วยศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี สำนักงานแพทย์ประจำเดือน ตุลาคม 53 - กันยายน 54 ประเภทถูกข่มขืนและหรือกระทำชำเรา. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2556 จาก www.gdrif.org/data/data2548.htm
- สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (2555). สถิติผู้ป่วยศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็กและสตรี สำนักงานแพทย์ประจำเดือน ตุลาคม 54 - กันยายน 55 ประเภทถูกทำร้ายร่างกาย. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2556 จาก www.gdrif.org/data/data2548.htm
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก. (2555). อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- อมรวิรัช นาคทรพรพ. (2556, 3 มิถุนายน). สัมภาษณ์.

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

- Aarons SJ, Jenkins RR, Raine TR, El-Khorazaty MN, Woodward KM, Williams RL & et al. (2000). Postponing sexual intercourse among urban junior high school students-a randomized controlled evaluation. *J Adolesc Health*, Oct; 27(4): 236-47.
- Allen JP, Philliber S, Herrling S, & Kuperminc GP. (1997). Preventing teen pregnancy and academic failure: Experimental evaluation of a developmentally based approach. *Child Development*, 68(4): 729-42.
- American Academy of Pediatrics. (2001). Care of Adolescent Parents and Their Children. *Pediatrics*, Feb; 107(2): 429-34.
- Baird AS, & Porter CC. (2011). Teenage pregnancy: strategies for prevention. *obstetric, gynecology and reproductive medicine*, 21(6): 151-7.
- Barth RP, Fetro JV, Leland N, & Volkan K. (1992). Preventing adolescent pregnancy with social and cognitive skills. *J Adolesc Res*, Apr; 7(2): 208-32.
- Bennett SE, & Assefi NP. (2005). School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *J Adolesc Health*, Jan; 36(1): 72-81.
- Black MM, Bentley ME, Papas MA, Oberlander S, Teti LO, McNary S, & et al. (2006). Delaying second births among adolescent mothers: a randomized, controlled trial of a home-based mentoring program. *Pediatrics*, Oct; 118(4): 087-99.
- Botting B RM, & Wood R. (1998). Teenage mothers and the health of their children. *Popul Trends*, 93: 19-23.
- Card JJ, Lessard L, & Benner T. (2007). PASHA: facilitating the replication and use of effective adolescent pregnancy and STI/HIV prevention programs. *J Adolesc Health*, Mar; 40(3): 275 e1-14.
- CDC. (2009, January 7). National Vital Statistic Reports. Contract No. 7.
- Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, Parcel G, Banspach S, Collins J, & et al. (2001). Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Rep*, 116 Suppl 1: 82-93.
- DiClemente RJ, Wingood GM, Harrington KF, Lang DL, Davies SL, Hook EW, 3rd, & et al. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial. *JAMA*, Jul 14; 292(2): 171-9.
- Eisen M, Zellman GL, McAlister AL. (1990). Evaluating the impact of a theory-based

- sexuality and contraceptive education program. *Fam Plann Perspect*, Nov-Dec; 22(6): 261-71.
- Franklin C, Corcoran J. (2000). Preventing adolescent pregnancy: a review of programs and practices. *Soc Work*, Jan; 45(1): 40-52.
- Global Burden of Disease study in young people 2004. (2009). *Lancet*, 374: 881-92.
- Jemmott JB, 3rd, Jemmott LS, & Fong GT. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*, May 20; 279(19): 1529-36.
- Jemmott JB, 3rd, Jemmott LS, & Fong GT. (2010). Efficacy of a theory-based abstinence-only intervention over 24 months: a randomized controlled trial with young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, Feb; 164(2): 152-9.
- Joanne, E.Cox. Teenage Pregnancy. In: Neinstein LS, Gordon CM, Katzman DK, Rosen DS, Woods ER, & et.al. (2008). *Adolescent Health Care: A Practical guide* 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 565-80.
- Key JD, Barbosa GA, & Owens VJ. (2001). The Second Chance Club: repeat adolescent pregnancy prevention with a school-based intervention. *J Adolesc Health*, Mar; 28(3): 167-9.
- Kirbey D. (2001). Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy(summary). Washington, DC: National campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby D, Korpi M, Barth RP, & Cagampang HH. (1997). The impact of the Postponing Sexual Involvement curriculum among youths in California. *Fam Plann Perspect*, May-Jun; 29(3): 100-8.
- Kirby DB, Laris BA, & Roller LA. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*, Mar; 40(3): 206-17.
- O'Donnell L, Stueve A, San Doval A, Duran R, Haber D, Atnafou R, & et al. (1999). The effectiveness of the Reach for Health Community Youth Service learning program in reducing early and unprotected sex among urban middle school students. *Am J Public Health*, Feb; 89(2): 176-81.
- Olds DL, Henderson CR, Jr., Kitzman HJ, Eckenrode JJ, Cole RE, & Tatelbaum RC. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *Future Child*, Spring-Summer; 9(1): 44-65, 190-1.
- Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, & Ehiri JE. (2009). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, (4): CD005215.

- Paine-Andrews A, Harris KJ, Fisher JL, Lewis RK, Williams EL, Fawcett SB, & et al. (1999). Effects of a replication of a multicomponent model for preventing adolescent pregnancy in three Kansas communities. *Fam Plann Perspect*, Jul-Aug; 31(4): 182-9.
- Philliber S, Kaye JW, Herrling S, & West E. (2002). Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers: an evaluation of the children's aid society-carrera program. *Perspect Sex Reprod Health*, Sep-Oct; 34(5): 244-51.
- Robin L, Dittus P, Whitaker D, Crosby R, Ethier K, Mezzoff J, & et al. (2004). Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *J Adolesc Health*, Jan; 34(1): 3-26.
- Sangalang BB, Barth RP, & Painter JS. (2006). First-birth outcomes and timing of second births: a statewide case management program for adolescent mothers. *Health Soc Work*, Feb; 31(1): 54-63.
- Sridawruang C, Pfeil M, & Crozier K. (2010). Why Thai parents do not discuss sex with their children: a qualitative study. *Nurs Health Sci*, Dec; 12(4): 437-43.
- Thato R, Jenkins RA, Dusitsin N. (2008). Effects of the culturally-sensitive comprehensive sex education programme among Thai secondary school students. *J Adv Nurs*, May; 62(4): 457-69.
- Taneepanichskul S. (2007). Adolescent pregnancy: Problems of adolescent health in the next decade. *J Health Resp.*, 21(2): 81-6.
- The Emory University / Grady Memorial Hospital program: Postponing Sexual Involvement. (1994). *Contracept Rep.*, May; 5(2): 6-9.
- UNICEF. (1998). The Program Nation. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2556 จาก http://www.unicef.org/immunization/files/pub_pon98_en.pdf
- UNICEF. (2009). The state of the world's children 2009-Executive summary. New York .
- WHO. (2004). Adolescent pregnancy. Geneva.
- WHO. (2004). South-East, Asia, Region. Improving Maternal, Newborn and Child Health in the South-East Asia Region: Thailand 2004.
- WHO. (2011). WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes 2011.
- WHO. (2012). Early marriages, adolescent and young pregnancies Report by the Secretariat 2012.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). เพยสถิติวัยรุ่นไทยคลอดลูกเฉลี่ยวันละ 370 คน เร่งขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายแก้ปัญหา (16 มกราคม 2556) สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2556 จาก http://beid.ddc.moph.go.th/th_2011/news.php?items=894

- กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). จำนวนและอัตราเจริญพันธุ์ ต่อประชากรหญิง 1,000 คน
จำแนกตามกลุ่มอายุมารดา พ.ศ. 2546 - 2550. (ม.ป.ท.).
- คณะทำงานโครงการวิเคราะห์สุขภาพของเด็กและวัยรุ่นไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
(2552). วิเคราะห์สุขภาพเด็กและวัยรุ่นไทย 13-18 ปี. สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ.
2552 (Child and Adolescent Health situation 2009). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์
จำกัด; 161-88.
- จิราภรณ์ อรุณากูร (ประเสริฐวิทย์). (2556, 7 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล. (2556, 10 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
วิสุทธิ บุญญะโสภิต. (2556, 15 กรกฎาคม). สัมภาษณ์.
- สุริยเดว ทรีปาตี และคณะ. (2554). เอกสารการประชุม การถอดบทเรียนกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ร่วมกันของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จังหวัดนครปฐม. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็ก และ
ครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดลและสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการ
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (เอกสารอัดสำเนา).
- สุภิญญา อินอิว. (2555). การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. Practical Points in Adolescent Health
Care. กรุงเทพฯ: เอ-พลัสพรินท์; 209-14.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2550). วัยรุ่นกับเพศสัมพันธ์. เอกสารวิชาการ สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม
สุขภาพ. (เอกสารอัดสำเนา).
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2553). วัยรุ่น ตั้งครรภ์และทารกเกิดก่อนกำหนด ปัญหาที่ท้าทาย. เอกสารการประชุม
วิชาการครั้งที่ 3 ประจำปี 2553 ในโครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของ
เด็กและเยาวชนไทยในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์พระวรชายา ในสมเด็จพระ
พระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร; 187-192. (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักกระบวนวิธีวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2553). สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ใน วัยรุ่น
และเยาวชน. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2556 จาก
http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/index/teen30Juan54.pdf
- สำนักกระบวนวิธีวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์ กับ
การติดเชื้อเอช ไอ วี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2556
จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20120501_1696357.pdf
- หน่วยงานศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความ
มั่นคงของมนุษย์. (2553). สถานะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย พ.ศ.2552 เอกสารประมวลสถิติด้าน
สังคม 4/2553. (เอกสารอัดสำเนา).

วัยรุ่นกับสารเสพติด

เอกสารอ้างอิง

- Gogtay N et al. (2004). mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. PNAS, 101: 8174-9
- National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. National Institutes of Health. Retrieved 2013, June 20 from <http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction>
- Sawyer SM & et al. (2012). Adolescence: a foundation for future health. Lancet, 379:1630-40.
- Winters KC. (n.d.). Adolescent brain development and drug abuse. Retrieved 2013, June 20 from http://www.mentorfoundation.org/uploads/Adolescent_Brain_Booklet.pdf
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. การกระทำความผิดของเด็กและเยาวชน (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก http://www.msociety.go.th/document/statistic/statistic_6622.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (ม.ป.ป.). การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2554. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/servstat.html>
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).(ม.ป.ป.). ชุดสถานการณ์ควบคุมการบริโภค ยาสูบ สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก: <http://www.trc.or.th/th/>
- ทักษพล ธรรมรังสี. (ม.ป.ป.). สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อประเทศไทย ปี 2556. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์ จำกัด.
- บัณฑิต ศรีไพศาล,จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ และกมลลา วัฒนพร. (ม.ป.ป.). รายงานสถานการณ์สุราประจำปีพ.ศ. 2553. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก <http://cas.or.th/index.php/matter/viewCategory/หนังสือและเอกสารวิชาการ>
- วศิน บำรุงชีพ. (2556, 7 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- วัลลภ ตั้งคณานุกรักษ์. (2556, 9 กรกฎาคม). สัมภาษณ์.
- ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด. (ม.ป.ป.). สรุปผลการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ปี 2554. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก <http://nctc.oncb.go.th>
- ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด. (ม.ป.ป.). สรุปผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาฯ ประจำปีงบประมาณ 2553. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2556 จาก <http://nctc.oncb.go.th/new/images/stories/article/year54/demand53.pdf>

“นกขมิ้นเหลืองอ่อนคำไหนนอนนั้น”: การละเมิดสิทธิเด็กกับปัญหาเด็กเร่ร่อน

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เทียนลาย และธีรณรงค์ สกกุลศรี. (2555). ประชากรชายขอบ: มุมมองในเชิงจำนวนและการกระจาย. ประชากรและสังคม 2555: ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. (2555). แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2556 จาก www.opp.go.th/library/young_2555/book170255.pdf
- คณะกรรมการว่าด้วยสิทธิเด็ก. (2554). คำแนะนำทั่วไปที่ 13 (ปี พ.ศ. 2554). (เอกสารอัดสำเนา).
- คณะกรรมการด้านการยุติธรรม สิทธิมนุษยชน และธรรมาภิบาล สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). รายงานการศึกษาเรื่อง กระบวนการยุติธรรมสำหรับเด็กและเยาวชนที่ต้องหาว่าการกระทำ ความผิด กรุงเทพมหานคร: บริษัท เลคแอนด์พาร์เทเนอร์ริงตั้ง จำกัด.
- โครงการรณรงค์ยุติธุรกิจเด็กขอลาน. (2555). รายงานสถานการณ์ปัญหาเด็กขอลาน ปี 2555. กรุงเทพฯ: มูลนิธิกระจกเงา.
- เขาวลิต สาดสมัย. (2556, 11 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- ทองพูล บัวศรี. (2556, 29 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- ทิวา ณ.นคร. (2556, 20 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- ไทยโพสต์. (2554, 20 กรกฎาคม). ลูกแรงงานต่างด้าว ไร้การศึกษา เสี่ยงโจรสืบค้นเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2556 จาก <http://www.thaipost.net/node/41989>
- ปิยะณัฐ ทรัพย์ประเสริฐ. (2556). เปิดเทอมใหม่! ผู้ปกครองเครียดชุดนักเรียนราคาขยับ เหตุต้นทุนสูง-ค่าแรง 300 บาทพันพิช. สำนักข่าว AEC-News (26 เมษายน 2556). สืบค้นเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2556 จาก <http://www.aecnews.co.th/sreport/resd/415>
- พิภพ ธงไชย. (2556, 27 มิถุนายน). สัมภาษณ์.
- มูลนิธิเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน. (2555). สถานการณ์เด็กข้ามชาติในพื้นที่สมุทรสาคร ปี 2555. สืบค้นเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2556 จาก <http://www.lpnfoundation.com/LPN-NEWS/47/> สถานการณ์เด็กข้ามชาติ

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). สรุปผลการดำเนินการของคณะรัฐมนตรีตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐบาล รัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ปีที่ 1 (วันที่ 23 สิงหาคม 2554 ถึงวันที่ 23 สิงหาคม 2555) สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2556 จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=367>
- สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน. (2555). เกาะกระแสการเรียนรู้ สถานการณ์เด็กเยาวชน และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2556 จาก <http://www.qlf.or.th/Home/Details?contentId=147>
- สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. (ม.ป.ป.). ความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับเด็กให้เป็นไปตามมาตรฐานของธรรมนูญและอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์).
- สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน. แก้ปัญหา “Drop out” ให้เหลือ “0”. เวทีปฏิรูปการเรียนรู้สู่การศึกษาเพื่อคนทั้งมวล ครั้งที่ 6 : การจัดการศึกษาเพื่อกลุ่มเด็กเสี่ยงและเด็กด้อยโอกาส (25 มิถุนายน 2555). สืบค้นเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2556 จาก <http://www.qlf.or.th/Home/Details?contentId=421>
- รุ่งกานดา พงศ์ธรรกุลพานิช. (2549). สภาวะการณ์เด็กเร่ร่อนและปัจจัยที่มีต่อความสำเร็จในการให้ความช่วยเหลือเด็กเร่ร่อนในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาสังคม.
- องค์การยูนิเซฟประเทศไทย. (2554). การวิเคราะห์สถานการณ์เด็กและสตรี พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: องค์การยูนิเซฟประเทศไทย.
- อมรวิชัย นาครทรรพ. (2556, 3 มิถุนายน). สัมภาษณ์.

นวัตกรรมพลั้บวค สร้างภูมิคุ้มกันทางสั้วคค ด้ว้ยต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย

เอคสารอ้างอ้ง

- Benson PL, Scales PC, & Syvertsen AK. The contribution of the developmental assets framework to positive youth development theory and practice. *Adv Child Dev Behav.*, 41: 197-230.
- Damon W. (2004). What is Positive Youth Development? *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1): 13-24.
- Devis-Devis J, Peiro-Velert C, Beltran-Carrillo VJ, & Tomas JM. (2009). Screen media time usage of 12-16 year-old Spanish school adolescents: Effects of personal and socioeconomic factors, season and type of day. *J Adolesc.*, Apr; 32(2): 213-31.
- Gavin LE, Catalano RF, David-Ferdon C, Gloppen KM, & Markham CM. (n.d.). A review of positive youth development programs that promote adolescent sexual and reproductive health. *J Adolesc Health*, Mar; 46(3 Suppl): 575-91.
- Hogan MJ, & Strasburger VC. (2008). Body image, eating disorders, and the media. *Adolesc Med State Art Rev.*, Dec; 19(3): 521-46, x-xi.
- House LD, Mueller T, Reininger B, Brown K, & Markham CM. (n.d.). Character as a predictor of reproductive health outcomes for youth: a systematic review. *J Adolesc Health*, Mar; 46(3 Suppl): 559-74.
- James Youniss JAM. (1997). what we know about engendering civic identity. *The American Behavioral Scientist*, 40(5).
- Jacquelynne S. & Eccles BLB. (n.d.). Student Council, Volunteering, Basketball, or Marching Band: What Kind of Extracurricular Involvement Matters? *Journal of Adolescent Research*, 14(1): 10-43.
- Jutta Dotterweich. (n.d.). Positive Youth Development Resource Manual ACT FOR YOUTH UPSTATE CENTER OF EXCELLENCE Cornell University, Family Life Development Center –Beebe Hall Ithaca, NY 14853.
- Levin-Zamir D, Lemish D, & Gofin R. (n.d.). Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health Educ Res.*, Apr; 26(2): 323-35.
- Maslow G, Adams C, Willis M, Neukirch J, Herts K, Froehlich W,& et al. An evaluation of a positive youth development program for adolescents with chronic illness. *J Adolesc Health*, Feb; 52(2): 179-85.
- Murray JP. (2008). Media Violence: the effects are both real and strong. *Am Behav Sci.*, 51(8): 1212-30.

- Rew L, & Wong YJ. (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*, Apr; 38(4): 433-42.
- Robert J. Wellman PDBS, PhD; Joseph R. DiFranza, MD; Jonathan P. & Winickoff, MD, MPH. (2006). the Extent to Which Tobacco Marketing and Tobacco Use in Films Contribute to Children's Use of Tobacco. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 160: 1285-96.
- Scales PC. (1999). Reducing risks and building developmental assets: essential actions for promoting adolescent health. *J Sch Health*, Mar; 69(3): 113-9.
- Shek DT. (n.d.). Positive youth development and behavioral intention to gamble among Chinese adolescents in Hong Kong. *Int J Adolesc Med Health*, Jan-Mar; 22(1): 163-72.
- Shek DT, Sun RC, Merrick J. (2012). Positive youth development constructs: conceptual review and application. *Scientific World Journal*, 152923.
- Snyder LB, Milici FF, Slater M, Sun H, & Strizhakova Y. (2006). Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, Jan; 160(1): 18-24.
- Strasburger VC. (n.d.). Adolescents, sex, and the media. *Adolesc Med State Art Rev.*, Apr; 23(1): 15-33, ix.
- Sun RC, & Shek DT. (n.d.). Life Satisfaction, Positive Youth Development, and Problem Behaviour Among Chinese Adolescents in Hong Kong. *Soc Indic Res.*, Feb; 95(3): 455-74.
- Sun RC, & Shek DT. (n.d.). Positive Youth Development, Life Satisfaction and Problem Behaviour Among Chinese Adolescents in Hong Kong: A Replication. *Soc Indic Res.*, Feb; 105(3): 541-59.
- Tripathi S. & Dekplus team. (2013). Life Assets Positive Development. Samutsakorn: APPA Printing Group Co.,Ltd.
- Ullrich-French S, & McDonough MH. (n.d.). Correlates of long-term participation in a physical activity-based positive youth development program for low-income youth: sustained involvement and psychosocial outcomes. *J Adolesc.*, Apr; 36(2): 279-88.

เกื้อ แก้วเกต. (2556, 10 กรกฎาคม). สัมภาษณ์.

ดนัย จันทร์เจ้าฉาย. (2556, 10 มิถุนายน). สัมภาษณ์.

ลักขมี คงลาภ. (2554). การศึกษาเปรียบเทียบ พฤติกรรมการเปิดรับสื่อของวัยรุ่นต่างกลุ่ม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสื่อมวลชนศึกษา โครงการเสริมสร้างสื่อมวลชนศึกษาเพื่อสุขภาพ.

วิลาสินี อุดุลยานนท์. (2556, 17 มิถุนายน). สัมภาษณ์.

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

(2554). ประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ: กรณีเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น. หนังสือเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554, 49-106.

- สุริยเดว ทรีปาตี และพรพรรณนิภา สังข์ทอง.(2552). โครงการการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือแบบสำรวจต้นทุนชีวิตของเยาวชนไทย. วารสารกุมารเวชศาสตร์, 48(1) เดือนมกราคม-มีนาคม.
- สุริยเดว ทรีปาตี และคณะ. (2553). คู่มือการใช้เครื่องมือแบบสำรวจต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย (ฉบับเยาวชน). สมุทรสาคร: โรงพิมพ์แอ๊ปป้า พรินต์ติ้ง กรุ๊ป จำกัด.
- สุริยเดว ทรีปาตี และคณะ. (2554). รายงานกิจกรรมต้นทุนชีวิตสู่การเสริมสร้างบริบทเชิงวัฒนธรรม. โดย การสนับสนุนและร่วมมือกับสำนักเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม สำนักงานปลัดกระทรวง วัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2554). ต้นทุนชีวิต...จุดเปลี่ยนสังคมไทย. นครปฐม: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล เจ็ย ฮิว.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2555). ต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชนไทย. นครปฐม: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2556). พลังศักยภาพเด็กและเยาวชน (Resiliency in Child and Youth) “ติดพลัง ชูเปอร์ให้เด็กและเยาวชนด้วย I am/ I have/ I can”. การพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนไทยสู่ประชาคมอาเซียน. สมุทรสาคร: โรงพิมพ์แอ๊ปป้า พรินต์ติ้ง กรุ๊ป จำกัด, 7-12.
- สำนักงานนโยบายและแผน ส่วนนโยบายและแผนรวม ฝ่ายประสานงานงบประมาณ. (2552). แผนการ ปฏิบัติงานและแผนการใช้จ่ายงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2556 จาก http://www.ppb.moi.go.th/midev01/upload/plan_budget2552.pdf
- สำนักส่งเสริมสถาบันครอบครัว สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). บทวิเคราะห์ครอบครัวไทย. (ม.ป.ท.).
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2556). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ.2547-2556. (ม.ป.ท.).
- สุริยเดว ทรีปาตี, อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง,พรพรรณนิภา สังข์ทอง และสิริวิมล ศาลาจันทร์. (2552). โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำรวจต้นทุนชีวิตเยาวชน เพื่อกำหนดแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). (เอกสารอัดสำเนา).
- อรนาวิน แพทยานันท์ และอ้อทิพย์ ราชภูร์นิยม. (2011). การวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ในการ รับประทานยา ผู้ติดยาเสพติด ณ สถาบันธัญญารักษ์. Journal of Medicine and Health Sciences, 18(1): 8-20.



ขอขอบคุณ



คณะทำงานหนังสือคุณภาพชีวิตเด็ก 2556 ขอขอบคุณ คณะผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เขียนงานวิชาการ คณะที่ปรึกษาโครงการหน่วยสนับสนุนงานวิชาการ ด้านเด็กเยาวชน (Policy Working Group) และคณะผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความเห็นต่อบทความวิชาการเพิ่มเติม ที่มีส่วนทำให้หนังสือคุณภาพชีวิตเด็ก 2556 สำเร็จลงได้ด้วยดี

ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เขียนงานวิชาการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงพรสวรรค์ วสันต์
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุญยิ่ง มานะบริบูรณ์
 แพทย์หญิง สุภิญญา อินอิว ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรสวันต์ อาริมิตร
 ดร.นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์ เกษัชกรหญิงพิศพรรณ วีระยิ่งยง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณยา สุจริตกุล
 ดร.ธเนศ กิติศรีวรพันธุ์ นายแพทย์สุรียเดช ทรีปาตี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บัญญัติ ยงย่วน
 แพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลทิพย์ มุสิกพันธ์
 แพทย์หญิงนัทรชนัน จรัสจรวงเกียรติ นางสาวนันทนัช สงศิริ





● คณะที่ปรึกษาโครงการหน่วยสนับสนุน งานวิชาการด้านเด็กเยาวชน (Policy Working Group)

นางศรีศักดิ์ ไทยอารี ทันตแพทย์กฤษฎา เรืองอารีย์รัชต์ นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
นายสรรพลสิทธิ์ คุ่มพ์ประพันธ์ นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาสินี อดุลยานนท์

▲ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความเห็นต่อบทความวิชาการ เพิ่มเติม

นางเพ็ญพรรณ จิตตะเสนีย์ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี นายวัลลภ ตังคณานูรักษ์
ดร.อมรวิชัย นาครทรรพ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษณีย์ อนุรุทธ์วงศ์ นายแพทย์วศิน บำรุงชีพ
นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล นายเกื้อ แก้วเกต
แพทย์หญิงจิราภรณ์ อรุณากูร รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาสินี อดุลยานนท์
นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต นายदनัย จันทร์เจ้าฉาย นายธีร์ ภวังคนันท์ นายเชาวลิต สาดสมัย



