



สุขภาพคนไทย 2546



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สุขภาพคนไทย 2546

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)





สุขภาพคนไทย 2546

คณะผู้จัดทำ : ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิ์สีดา, กฤตยา อาชวนิจกุล, วาสนา อิ่มเอม, แก้ว วิฑูรย์เอียร, สุกรานต์ ไรจน์ไพรวงศ์, อรุณี เอี่ยมศิริโชค, กมล สุกีน

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2546 / โดย ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา...[และคณะ]. --พิมพ์ครั้งที่ 1--

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2547.

(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 281)

ISBN 974-9664-59-0

1. สุขภาพ. I. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. II. ชาย โพธิ์สีดา. III. กฤตยา อาชวนิจกุล.
IV. วาสนา อิ่มเอม. V. แก้ว วิฑูรย์เอียร. VI. สุกรานต์ ไรจน์ไพรวงศ์. VII. อรุณี เอี่ยมศิริโชค.
VIII. กมล สุกีน. IX. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
X. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. XI. ชื่อชุด.

RA776 743 2547

[DNLM : 1.สุขภาพ. WA100 743 2547]

ออกแบบปกและรูปเล่ม : กมล สุกีน

กราฟฟิกและจัดรูปเล่ม : เสถียร กองใส, ประดิษฐ์ พูลสวัสดิ์กิจ, เอกภพ ปรัชชาศิลป์

ภาพ : ยิ่งยง อุ๋นออนศรีรักษ์, ศูนย์ภาพเนชั่น

จัดพิมพ์โดย : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ที่ : บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
โทรศัพท์ : 0-2882-1010 โทรสาร : 0-2434-1385

จำนวนพิมพ์ : 10,000 เล่ม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ : 0-2441-9666, 0-2441-0201-4 ต่อ 219 โทรสาร : 0-2441-9333

e-mail:directpr@mahidol.ac.th; website: <http://www.population.mahidol.ac.th>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เลขที่ 979 ชั้น 34 อาคารเอสเอ็มทีแอนด์อี ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท

กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ : 0-2298-0500 โทรสาร : 0-2298-0501

website: <http://www.thaihealth.or.th>



เกริ่นนำ

หนังสือเล่มนี้ตั้งใจเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับ “สุขภาพคนไทย” อย่างซื่อจริง ๆ

เพราะ... หากถามว่า คุณคิดว่าสุขภาพคุณเป็นอย่างไร หลายคนคงไม่ทันได้สังเกตและตอบได้ยากว่าสุขภาพตนเองนั้นจริง ๆ แล้วเป็นอย่างไร ทำให้เมื่อสัมผัสสำรวจพบราวครึ่งหนึ่งแบ่งรับแบ่งสู้ บอกว่าสุขภาพพวกเขาอยู่ในระดับ “ปานกลาง” ขณะที่ร้อยละ 15 บอกว่า “ไม่ค่อยดีเท่าไร” ส่วนน้อยที่ระบุชัดว่า “ดี” หรือ “ไม่ดีเลย”

เพราะ... หากนับการเจ็บป่วยเป็นตัวเลขสะท้อนบอกระดับสุขภาพ ก็จะพบว่าคนไทยป่วยเฉลี่ย 2 ครั้งต่อปี ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างเวลาปีต่าง ๆ

เพราะ... แม้เรื่องสุขภาพจะเป็นเรื่องสำคัญและอยู่ในตัวเรา แต่ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะบอกได้ว่าสุขภาพของเราเป็นอย่างไร และยิ่งเป็นการยากยิ่งขึ้นไปอีก หากจะวัดระดับสุขภาพของคนในสังคมหนึ่ง ๆ

แต่กระนั้นก็เป็นเรื่องจำเป็นที่คนในสังคมควรจะรู้ระดับสุขภาพโดยรวม ข้อมูลเหล่านี้จะทำให้เราสามารถวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้

รายงาน “สุขภาพคนไทย 2546” ฉบับนี้จึงเกิดขึ้นด้วยเจตนาที่จะให้ข้อมูลสุขภาพคนไทยในด้านต่าง ๆ โดยนำเสนอทั้งที่เป็นตัวชี้วัดสุขภาพ รายงานและวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบปี และเรื่องพิเศษประจำปี เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่ตนเผชิญในมิติต่าง ๆ อันจะทำให้สามารถตั้งรับกับปัญหาที่จะเข้ามาได้

เนื้อหาในรายงานนี้ประกอบด้วยสามส่วนคือ

ส่วนที่หนึ่ง “ดัชนีสุขภาพ” เป็นการชี้ให้เห็นสถานะสุขภาพของคนไทยในมิติต่าง ๆ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ สุขภาพทั้ง 4 มิติดังนี้ นำเสนอทั้งด้านบวก คือแนวโน้มที่ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็มีส่วนที่ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข

รวมแล้วมี 13 หมวด ประกอบด้วย (1) การป่วย (2) การตาย (3) อุบัติเหตุจราจร (4) ความพิการ (5) การบริโภคอาหาร (6) สูบ-ดื่ม-เสพ (7) เพศสัมพันธ์ (8) โรคเอดส์ (9) การออกกำลังกาย (10) สุขภาพจิต (11) สิ่งแวดล้อม (12) สุขภาพสังคมและครอบครัว และ (13) ทูทางสังคม

ส่วนที่สอง “10 สถานการณ์เด่น” เป็นการรวบรวมสถานการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในรอบปี
เรียงจากเรื่องที่มีความเด่น คือมีผลกระทบมาก และความดัง คือเป็นข่าวมาก การรายงาน
สถานการณ์นี้ เป็นลักษณะการบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัญหา และชี้ประเด็นหรือ
มุมมองด้านสุขภาพที่อาจมองข้ามไป

การเลือกสถานการณ์ทั้ง 10 สถานการณ์ใช้กระบวนการสอบถามความคิดเห็นผ่านการ
ระดมสมองของทีมงานด้านสุขภาพสองครั้ง และการสอบถามจากประชาชนจำนวน 1,127 คน
สิบสถานการณ์เด่นประกอบด้วย

1. สงครามยาเสพติด ชัยชนะที่มาพร้อมคำถาม
2. ปี 2546 คนไทยขานรับนโยบายออกกำลังกายอย่างคึกคักทั่วประเทศ
3. โครงการ 30 บาท แม้มีปัญหา แต่คือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. ทำอย่างไรอาหารไทยจึงจะปลอดภัยครบวงจร?
5. จำกัดเวลาโฆษณาเหล้าทางโทรทัศน์และ วิทยุ หวังคนไทยดื่มน้อยลง
6. ชาร์ลส์...! ไขหวัตรณะเขย่าโลก
7. วัยรุ่นกับถุงยางและภัยเอดส์
8. เกมออนไลน์ สร้างสรรค์หรือทำลายสุขภาพเยาวชน
9. ไฟฟ้า จากแม่เฒ่าคือต้นทุนสุขภาพราคาแพงของชาวบ้าน
10. บทเรียนจากกรณี “บิกี้ ดีทูปี”

ส่วนที่สาม “วัยรุ่นกับสุขภาพ” เป็นเรื่องพิเศษประจำฉบับที่หยิบยกประเด็นด้านสุขภาพ
ของวัยรุ่นที่มักจะถูกมองว่าเป็นวัยที่กำลังเติบโต แข็งแรง สุขภาพไม่น่าจะเป็นปัญหา แต่ที่จริงแล้ว
วัยรุ่นเป็นวัยเชื่อมต่อระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ เป็นช่วงสำคัญหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต การบ่มเพาะ
นิสัยด้านสุขภาพที่ดีในวัยนี้ย่อมจะส่งผลต่อลักษณะนิสัยเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในวันข้างหน้า
รายงานสุขภาพคนไทยฉบับแรกนี้จึงเลือกให้ข้อมูลวัยรุ่นกับสุขภาพเป็นฉบับเปิดตัว

คณะผู้จัดทำมุ่งหวังว่า “บันทึกเหตุการณ์” ด้านสุขภาพที่เรียกชื่อว่า “สุขภาพคนไทย
2546” จะเป็นจุดเริ่มต้นจุดหนึ่งในการบันทึกข้อมูล สถานการณ์ และเหตุการณ์ด้านสุขภาพ
ในระยะยาว และเป็นประวัติศาสตร์ที่คนไทย สังคมไทยจะได้ใช้เรียนรู้ร่วมกันทั้งปัจจุบัน
และอนาคต



คณะผู้จัดทำ

เมษายน 2547



8

ดัชนีสุขภาพ

- 10 การป่วย
- 12 การตาย
- 14 อุบัติเหตุจราจร
- 16 ความพิการ
- 18 การบริโภคอาหาร
- 20 สูบ-ดื่ม-เสพ

- 22 เพศสัมพันธ์
- 24 โรคเอดส์
- 26 การออกกำลังกาย
- 28 สุขภาพจิต
- 30 สิ่งแวดล้อม
- 32 สุขภาพสังคมและครอบครัว
- 34 ทูทางสังคม



36

10 สถานการณ์เด่น

- 38 สงครามยาเสพติด
ชัยชนะที่มพร้อมคำถาม
- 42 ปี 2546 คนไทยขานรับนโยบาย
ออกกำลังกายอย่างคึกคักทั่วประเทศ
- 46 โครงการ 30 บาท
เริ่มปัญหา แต่คือหลักประกันสุขภาพ



50



- 50 ทำอย่างไรอาหารไทย
จึงจะปลอดภัยครบวงจร?
- 54 จำกัดเวลาโฆษณาเหล่า
ทางโทรทัศน์และวิทยุ
หวังคนไทยดีมีน้อยลง
- 58 ชาร์ส...! ไข่วัดมรณะเขย่าโลก
- 62 วัยรุ่นกับถุงยางและภัยเอดส์
- 66 เกมออนไลน์ สร้างสรรค์
หรือทำลายสุขภาพเยาวชน
- 70 ไฟฟ้าจากแม่เหาะ
คือต้นทุนสุขภาพราคาแพง
ของชาวบ้าน
- 74 บทเรียนจากกรณี “บิก ดีทูบี”

78

วัยรุ่น กับสุขภาพ

- 81 วัยเปลี่ยนผ่าน
- 83 โฉมหน้าวัยรุ่นไทย
- 89 จิตใจอันไหวเปราะ
- 92 เรื่องธรรมดาที่ไม่ธรรมดา
- 98 เรื่องแรง ๆ ของวัยรุ่น
- 102 ในกับดักแห่งการเสพติด
- 109 เพียงเข้าใจก็ไปได้สวย

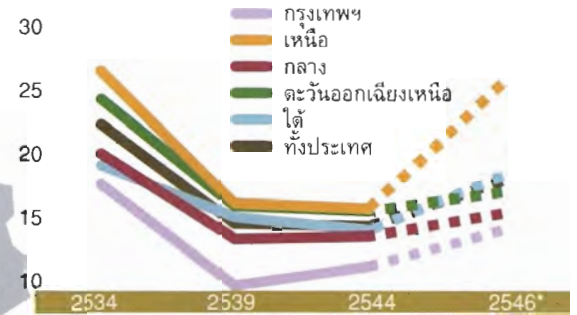




ดัชนี สุขภาพ

คนไทยป่วยน้อยลง โดยภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด

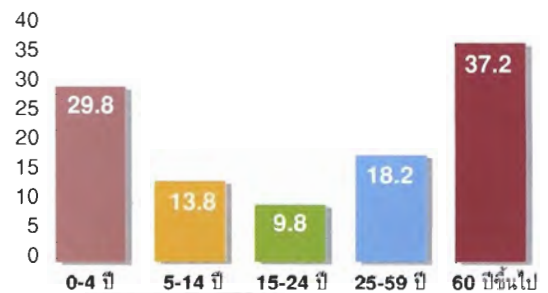
อัตราป่วยรายภาค (%)



ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, 2546

* ปี 2534-44 สอดคล้องการป่วยช่วง 2 สัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์ ปี 2546 สอดคล้องช่วง 4 สัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์ ทำให้อัตราป่วยสูงขึ้น

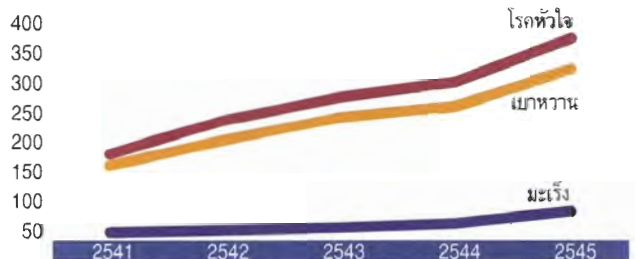
อายุกับการป่วย ปี 2546 (%)



ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546

การเข้าพักรักษาตัวด้วยโรคสำคัญ ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข

(ต่อประชากร 100,000 คน)



ที่มา รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541-2545

การรักษาตัวเวลาป่วย ปี 2546 (%)

	รวม	เมือง	ชนบท
ไปโรงพยาบาล	38.2	42.1	36.8
รพ. ชุมชน	21.4	11.6	25.1
รพ. จังหวัด	7.1	7.8	6.9
รพ. เอกชน	5.0	11.6	2.4
รพ. ร้องอื่น ๆ	4.0	9.6	1.9
รพ. สังกัดมหาวิทยาลัย	0.7	1.5	0.5
ไปคลินิกหรือศูนย์บริการ	38.3	27.9	42.5
สถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข	23.1	9.0	28.6
คลินิกเอกชน	14.4	18.2	13.0
ศูนย์สุขภาพชุมชน	0.8	0.7	0.9
ซื้อยากินเอง	21.3	24.9	19.9
ใช้ยาแผนโบราณหรือการรักษาพื้นบ้าน	2.2	2.0	2.3
ไม่รักษา	5.9	5.5	6.0

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลปี 2546 (%)

ประเภท	ทั่วประเทศ	กทม	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
สวัสดิการข้าราชการ	9.4	11.7	9.9	9.4	7.8	11.1
สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง	0.4	1.7	0.8	0.2	0.1	0.2
ประกันสังคม/กองทุนทดแทน	9.7	28.2	17.0	4.9	3.1	5.3
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	80.5	59.2	72.4	85.0	89.3	83.4
ประกันสุขภาพกับบริษัท	2.0	4.9	2.9	2.2	0.8	0.9

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546

หมายเหตุ

1. บางคนมีสวัสดิการมากกว่า 1 ประเภท

2. ผู้ไม่มีสวัสดิการใด ๆ เลยมีประมาณร้อยละ 5

1 การป่วย

ช่วงกว่าสิบปีที่ผ่านมาคนไทยป่วยน้อยลง แต่มีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคสำคัญเพิ่มขึ้น โดยร้อยละ 21 ยังรักษาตัวด้วยการซื้อยากินเอง

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในปี 2546 มีประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในช่วง 1 เดือน ก่อนการสัมภาษณ์จำนวน 11.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งหมด

ผู้หญิงมีการเจ็บป่วยมากกว่าผู้ชาย ในช่วง พ.ศ. 2534-2539 อัตราส่วนการเจ็บป่วยของผู้หญิงต่อผู้ชายอยู่ที่ 1.2 ต่อ 1 แต่เพิ่มขึ้นเป็น 1.3 ต่อ 1 ตั้งแต่ปี 2544

ประชากรในภาคเหนือป่วยหรือไม่สบายมากที่สุด ตลอดช่วงเวลากว่าสิบปีที่ผ่านมา คนในชนบทป่วยมากกว่าคนในเมือง แต่เมื่อพิจารณาจากกลุ่มอายุของคนที่ยังพบว่า ผู้สูงอายุและทารกและเด็กก่อนวัยเรียนมีอัตราการเจ็บป่วยมากที่สุด

แต่จากการสอบถามประชากรในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี 2546 พบว่า โรคที่ทำให้คนไทยป่วยมากที่สุด 4 อันดับแรกคือ โรคระบบทางเดินหายใจ (40.3%) โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก (14.8%) โรคระบบทางเดินอาหาร (10.1%) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (6.3%)

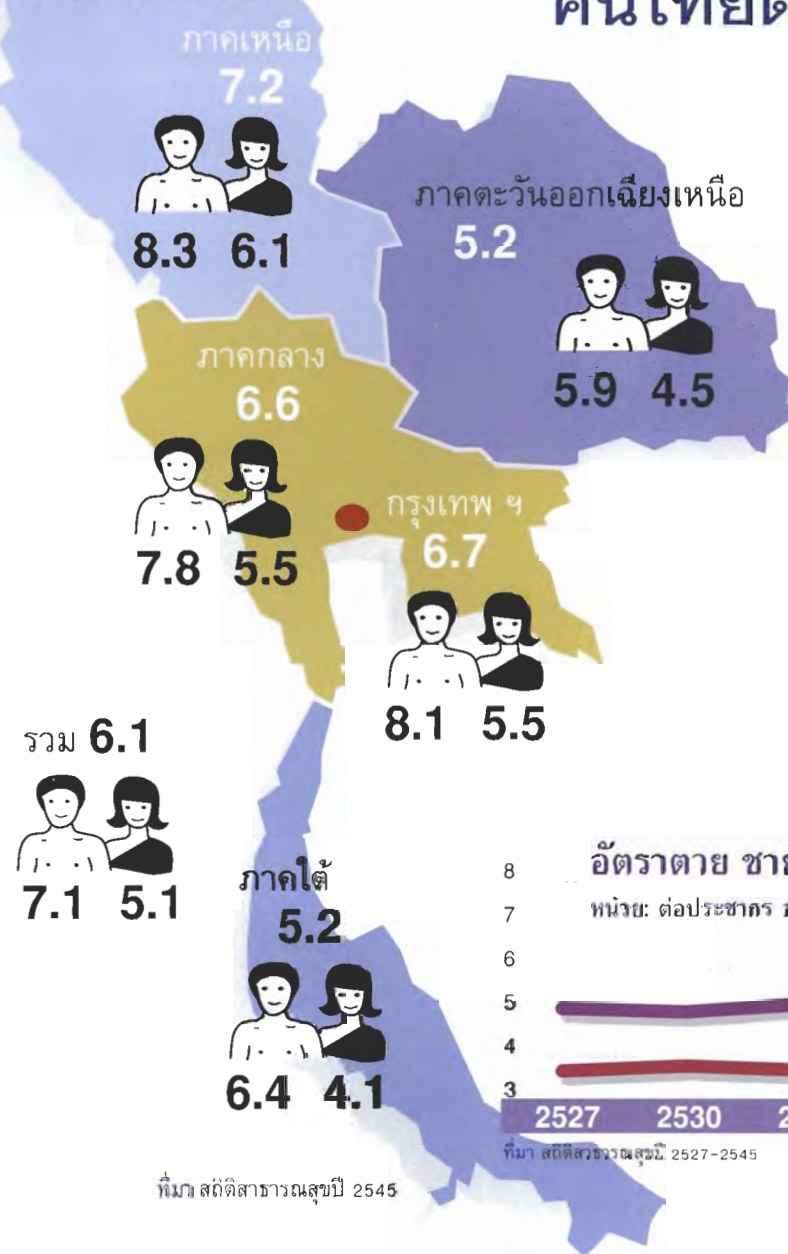
ในด้านวิธีการรักษานั้นร้อยละ 6 ของประชากรที่รายงานว่ายป่วยหรือรู้สึกไม่สบายไม่ได้รับการรักษาใดๆ ส่วนผู้ที่ได้รับการรักษานั้นส่วนใหญ่ไปคลินิกหรือศูนย์บริการสาธารณสุขมากที่สุด ตามด้วยไปโรงพยาบาลและซื้อยากินเอง

โดยในปี 2546 ร้อยละ 6.3 ของประชากร หรือคนจำนวน 4.1 ล้านคน เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเองของผู้เข้าพักรักษาคิดเป็นเงิน 2,383 บาทต่อครั้งโดยเฉลี่ย ซึ่งคนในเมืองจ่ายค่าเข้าพักรักษาตัวสูงกว่าคนในชนบท 3 เท่า (4,596 บาท และ 1,510 บาท)



อัตราการตาย ปี 2545

(ต่อประชากร 1,000 คน)



ที่มา: สถิติสาธารณสุขปี 2545

ปี 2545 คนไทยตายวันละ 1,000 ราย

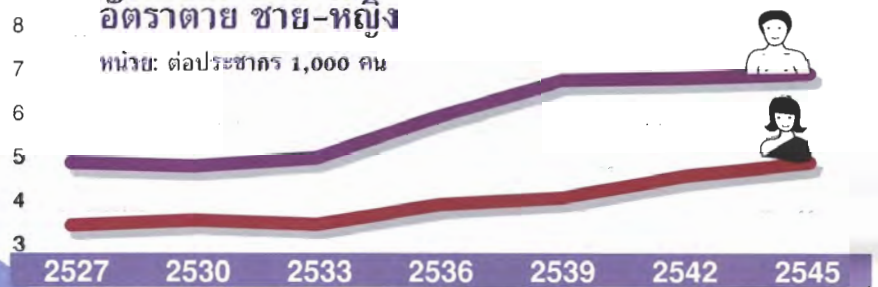
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ปี 2539

ภาค	ชาย	หญิง	เฉลี่ย
เหนือ	64.3	73.1	68.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	69.2	75.7	72.4
กลาง	69.3	76.0	72.6
ใต้	72.3	80.6	76.3
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	70.1	78.0	74.1

ที่มา: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, 2546

อัตราการตาย ชาย-หญิง

หน่วย: ต่อประชากร 1,000 คน



ที่มา: สถิติสาธารณสุขปี 2527-2545

สาเหตุการตายสำคัญของคนไทย ปี 2542 (%)



ที่มา: คณะทำงานคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อไทย 2546

ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การโรค



ที่มา: คณะทำงานคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อไทย 2546

2 การตาย

อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะในผู้ชาย โรคเอดส์และอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการตายสำคัญ

ประชากรไทยมีอายุยืนมากขึ้น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายเพิ่มจาก 59.9 ปีในช่วงปี 2507-2508 เป็น 68.5 ปีในช่วงปี 2538-2539 และของผู้หญิงเพิ่มจาก 62 ปีเป็น 76.1 ปีในช่วงเวลาเดียวกัน แต่อัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 4.1 ต่อประชากร 1,000 คนในปี 2527 เป็น 6.1 ต่อประชากร 1,000 คนในปี 2545 ส่วนหนึ่งเป็นเพราะโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น อัตราตายในชายจะสูงกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุ และมีแนวโน้มว่าอัตราตายของผู้ชายจะเพิ่มขึ้นมากกว่าในผู้หญิง

โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายสำคัญของประชากร ในส่วนภาคเหนือตอนบนครอบคลุมพื้นที่จังหวัด เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา แม่ฮ่องสอน อัตราตายของผู้ชายวัยทำงาน (15-49 ปี) สูงกว่าของผู้หญิงสองถึงสี่เท่า นับตั้งแต่ปี 2535 เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวมีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มากที่สุด

สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ท้องร่วง ภาวะพาล์ไออักเสบ และปอดบวม ยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในกลุ่มนี้

การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญอันดับแรกที่ทำให้ทั้งผู้ชายและผู้หญิงมีปัญหาสุขภาพ นำไปสู่ความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันควร ในขณะที่ความเสี่ยงอื่นๆ ที่นำไปสู่การสูญเสียก่อนวัยอันควรซึ่งรวมทั้งความพิการหรือที่รวมเรียกว่า “ภาวะโรค” นั้น ในกลุ่มผู้ชายได้แก่การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่จักรยานยนต์ ส่วนในผู้หญิง ปัญหาคือน้ำหนักเกิน ตามด้วยความดันสูง และบุหรื



การตายจากอุบัติเหตุจราจร ช่วงวันหยุดเทศกาลสูงถึงเกือบ 100 รายต่อวัน

ความเสียหายจากอุบัติเหตุจราจร



ที่มา ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 2545

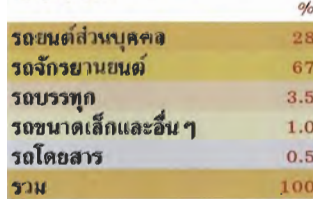
รถเพิ่มเร็วกว่าถนน



ที่มา กระทรวงคมนาคม 2546



ประเภทรถที่จดทะเบียนปี 2545



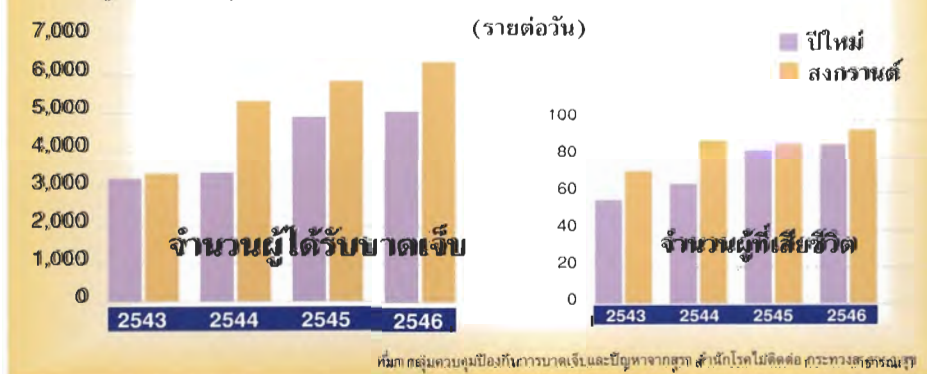
ที่มา กระทรวงคมนาคม 2546

การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่



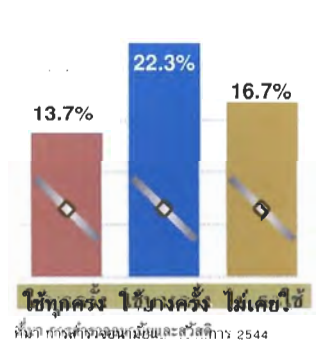
ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2534, 2539, 2544

อุบัติเหตุจราจรช่วงเทศกาลปีใหม่-สงกรานต์



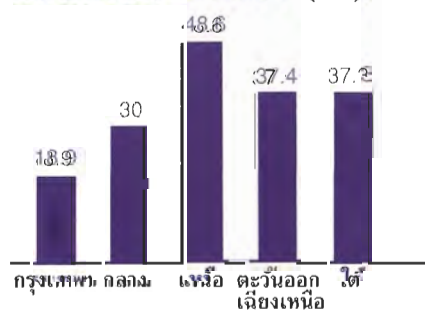
ที่มา กลุ่มควบคุมป้องกันและการบาดเจ็บและปัญหาจากสุรา สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

การคาดเข็มขัดนิรภัย ปี 2544



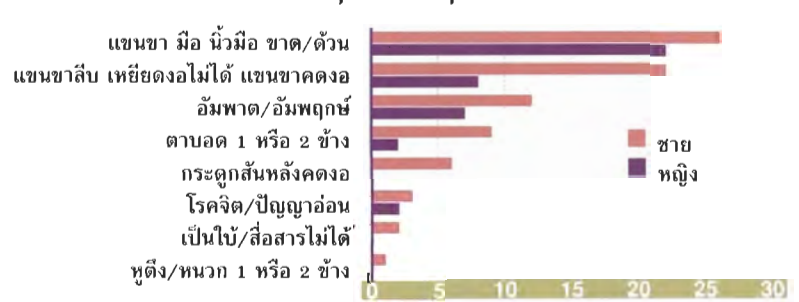
ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544

ดื่มแล้วขับ ปี 2544 (%)



ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544

ความพิการที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรทางบก (%)



ที่มา การสำรวจสุขภาพ ปี 2544 สำนักสถิติแห่งชาติ

3 อุบัติเหตุจราจร

6 มาแล้วขับ ไม่คาดเข็มขัด และไม่สวมหมวกนิรภัย ยังเป็นปัญหาสำคัญของอุบัติเหตุจราจร

อุบัติเหตุเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนไทยบาดเจ็บพิการ และตายก่อนวัยอันควร

แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุจราจรเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในสังคมเมือง

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2544 พบว่า 3 ใน 4 ของผู้ชาย 1 ใน 2 ของผู้หญิงขับรถ โดยทั้งหญิงและชายนิยมขับซิดจิกยานยนต์ ร้อยละ 87 และ ร้อยละ 71

สถิติการจดทะเบียนรถพบว่าจำนวนรถได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 17.6 ล้านคันในปี 2540 เป็น 24.5 ล้านคันในปี 2545 (อัตราเพิ่ม 39%) หรือมีรถเพิ่มขึ้นปีละ 1.15 ล้านคัน ขณะที่ถนนเพิ่มขึ้นปีละไม่ถึง 1,500 กิโลเมตร (อัตราเพิ่ม 16%)

การจราจรที่มากขึ้นย่อมส่งผลให้อุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว ในปี 2545 สถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรที่ได้รับแจ้งความทั้งสิ้นจำนวน 91,623 ครั้ง 1 ใน 3 เป็นอุบัติเหตุที่เกิดในภาคกลาง ร้อยละ 80 เป็นอุบัติเหตุที่เกิดกับผู้ชาย กลุ่มอายุที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือผู้ที่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ตามด้วยกลุ่มอายุ 30-49 ปี

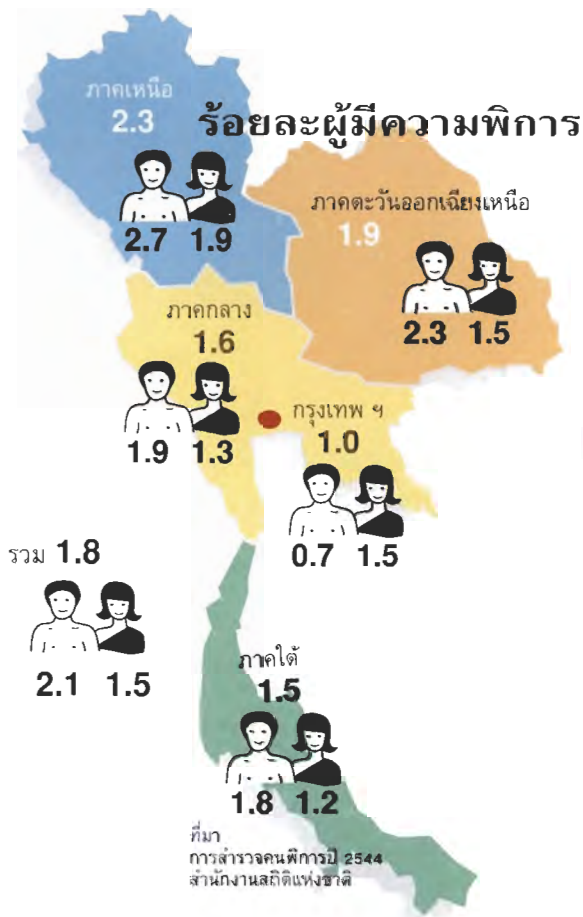
สาเหตุสำคัญที่นำไปสู่อุบัติเหตุมากที่สุดคือ ร้อยละ 25 ขับรถเร็วเกินอัตราที่กำหนด ร้อยละ 15 ตัดหน้า กระชั้นชิด ร้อยละ 9 แฉงรถผิด

อุบัติเหตุในกรุงเทพมหานครเกิดขึ้นบ่อยครั้งมากที่สุดคิดเป็นอัตรา 8 ต่อประชากร 100,000 คน ตามด้วยภูเก็ต สมุทรสาคร เชียงใหม่ กระบี่ และนนทบุรี ตามลำดับ

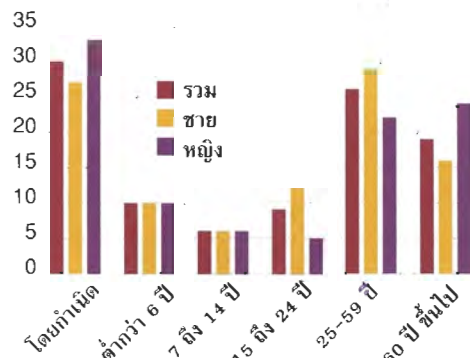
การสวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรของคนไทยยังคงอยู่ในระดับต่ำ แม้จะมีความพยายามรณรงค์เพื่อลดอุบัติเหตุจราจรโดยหลายหน่วยงานก็ตาม



ในคนไทย 100 คน เป็นผู้มีความพิการ 2 คน



ร้อยละผู้มีความพิการ แยกตามอายุเมื่อพิการ



ลักษณะความพิการ (%)

	รวม	โดยกำเนิด	เกิดภายหลัง
โรคทางจิตบกพร่อง	18	11	7
แขนขาพิการ	14	5	10
หูตึง/หนวก 1 หรือ 2 ข้าง	14	2	11
อัมพาต/อัมพฤกษ์	14	0	14
แขนขา มือ นิ้วมือ ขาด/ด้วน	10	2	9
ตาบอด 1 หรือ 2 ข้าง	10	2	8
เป็นใบ้/สื่อสารไม่ได้	7	6	1
กระดูกสันหลังคดงอ	4	0	3
ปากแหว่ง เพดานโหว่	1	1	0
อื่น ๆ	8	2	5
รวม	100	31	69

ที่มา: การสำรวจคนพิการ ปี 2544 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

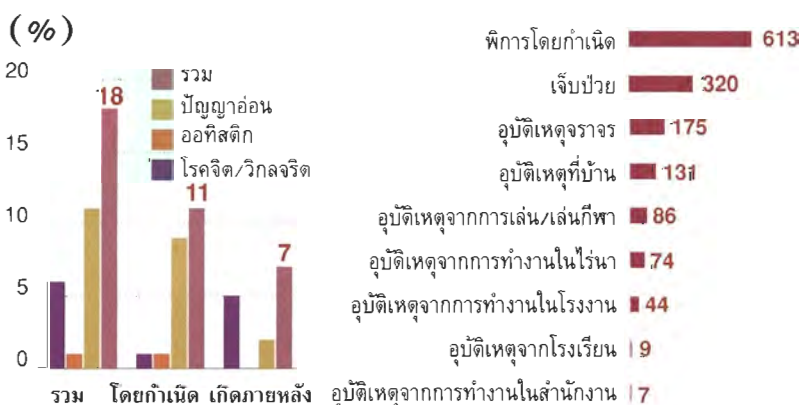
ลักษณะความพิการ(ความชุก) ตามสาเหตุการพิการ 3 ลำดับต้น

(อัตราต่อ 100,000 คน)

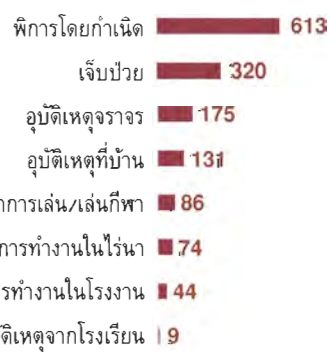
	ลำดับ 1	ลำดับ 2	ลำดับ 3
แขนขา มือ นิ้วมือ ขาด/ด้วน	อุบัติเหตุน้ำท่วม	พิการโดยกำเนิด	อุบัติเหตุจากการทำงานในโรงงาน
	49	31	30
ตาบอด 1 หรือ 2 ข้าง	อุบัติเหตุจากการเดิน/เล่นกีฬา	เจ็บป่วย	พิการโดยกำเนิด
	69	46	43
หูตึง/หนวก 1 หรือ 2 ข้าง	พิการโดยกำเนิด	เจ็บป่วย	อุบัติเหตุที่บ้าน
	47	37	8
เป็นใบ้/สื่อสารไม่ได้	พิการโดยกำเนิด	เจ็บป่วย	อุบัติเหตุจากรถ
	106	9	1
อัมพาต/อัมพฤกษ์	เจ็บป่วย	อุบัติเหตุที่บ้าน	อุบัติเหตุจากรถ
	96	48	26
แขนขาพิการ	พิการโดยกำเนิด	อุบัติเหตุจากรถ	เจ็บป่วย
	95	49	48
กระดูกสันหลังคดงอ	เจ็บป่วย	พิการโดยกำเนิด	อุบัติเหตุจากการทำงานในโรงงาน
	12	8	7
โรคจิต/วิกลจริต	เจ็บป่วย	พิการโดยกำเนิด	อุบัติเหตุจากรถ
	19	11	5
ออสติก	พิการโดยกำเนิด	เจ็บป่วย	อุบัติเหตุที่บ้าน
	18	2	1
ปัญญาอ่อน	พิการโดยกำเนิด	เจ็บป่วย	อุบัติเหตุจากรถ
	175	14	5

ที่มา: คำนวณจากการสำรวจคนพิการ ปี 2544 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ลักษณะความพิการทางจิต (%)



สาเหตุของความพิการ (อัตราต่อ 100,000 คน)



ที่มา: คำนวณจากการสำรวจคนพิการ ปี 2544 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4 ความพิการ

พ การแต่กำเนิด อุบัติเหตุ และการเจ็บป่วย ในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุความพิการที่สำคัญที่สุด การสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2544 พบว่า ผู้มีความพิการ มีร้อยละ 1.7 โดยในช่วงสิบปีที่ผ่านมา มีอัตราคงที่

อัตราผู้มีความพิการที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจะมากกว่าคนในเมืองเท่าตัว (ร้อยละ 2.1 และ 1.0) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงสุด (ร้อยละ 2.4) ตามด้วยภาคใต้เหนือ กลาง และ กรุงเทพฯ ตามลำดับ (ร้อยละ 1.9, 1.8, 1.1 และ 0.7)

ชายมีอัตราความพิการมากกว่าหญิงทุกภาคยกเว้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เมื่อดูจากกลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป มีความพิการกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ สองเท่าตัว

ร้อยละ 93 ของผู้มีความพิการมีการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา และร้อยละ 71.5 เป็นผู้ไม่มีอาชีพหรือไม่มีงานทำ สำหรับผู้มีงานทำร้อยละ 60 มีอาชีพทางด้านเกษตร ในกลุ่มผู้มีความพิการที่มีงานทำนั้นประมาณครึ่งหนึ่ง ประกอบอาชีพที่เป็นธุรกิจส่วนตัว ตามด้วยการช่วยธุรกิจในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 19.4 เท่านั้นที่เป็นลูกจ้างเอกชน

ผู้มีความพิการแยกออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ คือ ผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิดและผู้ที่เกิดความพิการขึ้นภายหลัง โดยร้อยละ 30 ของผู้มีความพิการเป็นโดยกำเนิด และหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 18)

เมื่อดูจากอายุเมื่อพิการพบว่า ความพิการที่เกิดขึ้นภายหลังนั้นจะพบมากที่สุดในชายวัยทำงาน

(อายุ 25-59 ปี) ตามด้วยกลุ่มสูงอายุ วัยรุ่น และเด็กก่อนวัยเรียน ในขณะที่ของผู้หญิงจะเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด ตามด้วยวัยทำงานและเด็กวัยก่อนเรียน

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในรูปแบบต่างๆเป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่ความพิการ โดยความพิการที่เกิดภายหลัง

อันดับต้นคืออัมพาต/

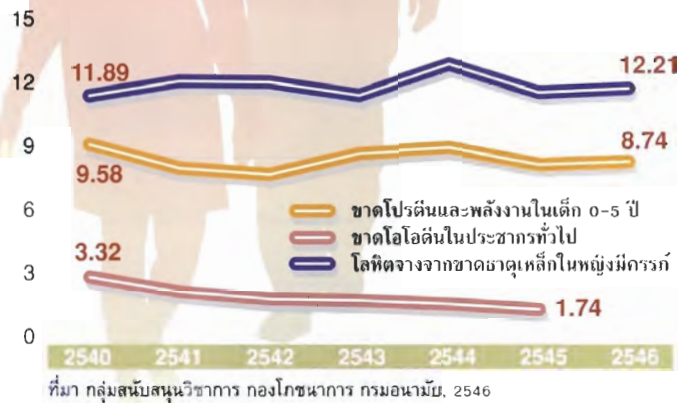
อัมพฤกษ์ ตามด้วย

หูตึง/หูหนวก

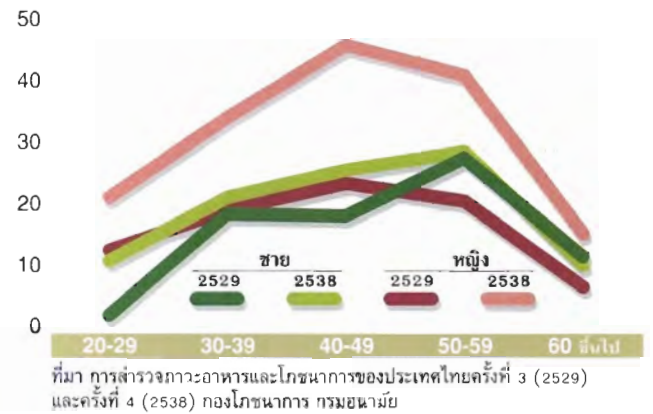


คนไทยมีแนวโน้มบริโภคเกินมากขึ้น แต่ส่วนหนึ่งยังขาดสารอาหารที่จำเป็น

การขาดสารอาหาร (%)



อัตราชุกโรคอ้วนของคนไทย (%)



แหล่งน้ำดื่มของครัวเรือน ปี 2543 (%)

	เมือง	ชนบท
น้ำดื่มบรรจุขวด	39.8	8.4
น้ำประปา	35.7	17.2
น้ำฝน	15.7	51.0
น้ำบาดาล/น้ำบ่อ	4.1	14.7
แหล่งน้ำธรรมชาติ	0.1	0.9

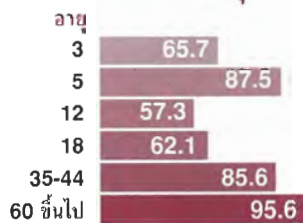
ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2543

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน ชั้นอนุบาลและประถมศึกษา

ปี	เด็กอ้วน
2543	13.6%
2544	12.3%
2545	12.3%

ที่มา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สพช.)

คนไทยที่เป็นโรคฟันผุ ปี 2544 (%)

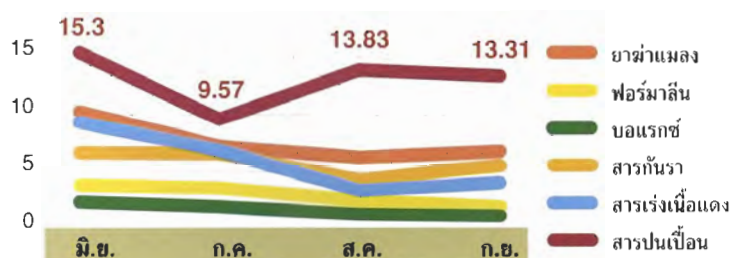


ที่มา การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5
2543-2544 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การตรวจพบการ ปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์ม (%)



การปนเปื้อนสารเคมีในอาหาร ปี 2546 (%)



ที่มา รายงานข้อมูลศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร,
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546

ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดรายภาค (%)



ที่มา การสำรวจสภาวะร่างกายของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540
หมายเหตุ ระดับคอเลสเตอรอลปกติไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัม

5 การบริโภคอาหาร

๖๖ มั้ปัญหาทุพโภชนาการจะลดลง แต่ปัญหาความปลอดภัยในการบริโภคอาหารยังไม่ลด ขณะที่ปัญหาการบริโภคอาหารเกินมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างน่ากลัว

คนไทยจำนวนหนึ่งยังมีปัญหาขาดสารอาหาร ซึ่งตัวเลขจากการสำรวจเด็กทุพโภชนาการของสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติในปี 2546 พบว่าร้อยละ 15 ของเด็กนักเรียนต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาจำนวน 6.6 ล้านคนอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ

คนไทยจำนวน 1.1 ล้านคนยังเป็นโรคขาดสารไอโอดีน ซึ่งถึงแม้ว่าแนวโน้มการขาดไอโอดีนจะดีขึ้น อัตราการขาดสารไอโอดีนลดลงกว่าครึ่งหนึ่งในช่วงห้าปีที่ผ่านมา แต่คนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือก็ยังคงครองอันดับการขาดสารไอโอดีนมากกว่าคนในภาคอื่นมากกว่าสองเท่าตัวอยู่ดี

นอกจากนี้มากกว่าร้อยละ 10 ของหญิงมีครรภ์ยังคงเป็นโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเช่นเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง โดยหญิงตั้งครรภ์จากภาคใต้และภาคกลางจะมีปัญหานี้มากที่สุด

แต่ในขณะเดียวกันคนไทยอีกจำนวนหนึ่งกำลังบริโภคอาหารมากเกินไปจนเป็นโรคอ้วนและโรคไขมันในเลือดสูง

วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและความเป็นสังคมเมืองที่เติบโตขึ้น ทำให้อุปนิสัยการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว กระบวนการผลิตอาหารเปลี่ยนมือจากเกษตรกรหรือผู้ประกอบการรายย่อยเป็นอาหารและของบริโภคที่ผลิตเชิงอุตสาหกรรม โดยผู้ประกอบการที่ใช้เงินทุนขนาดใหญ่มากขึ้น

คนไทยบริโภคน้ำตาลที่ถูกแปรรูปไปในแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นขนมหวานหรือเครื่องดื่มมากขึ้น โดยอัตราการบริโภคน้ำตาลภายในประเทศเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าตัวในช่วงเวลาทศวรรษที่ผ่านมา จากเดือนละประมาณ 1 กิโลกรัมต่อคนในปี พ.ศ. 2526 เป็นเดือนละ 2.4 กิโลกรัมต่อคนในปี พ.ศ. 2544

นอกจากนี้คนไทยยังเผชิญหน้ากับปัญหาความปลอดภัยด้านอาหาร เช่น การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มในน้ำดื่มและอาหาร การปนเปื้อนสารเคมีและยาปฏิชีวนะ รวมทั้งการเกิดโรคใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เช่น โรคอ้วน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น



การสูบบุหรี่

(ล้านมวน)



ที่มา โรงงานยาสูบและกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง



คนไทยรุ่นใหม่

6 ปีที่ชัดเจนว่า ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ สุรา และสารเสพติด ต่างพุ่งเป้าหมายไปที่เยาวชน โดยเฉพาะเยาวชนหญิง ส่งผลให้อัตราการสูบ-ดื่ม-เสพ ในหมู่วัยรุ่นไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

สูบ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า แม้ว่าแนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทย จะลดลงจากร้อยละ 26.3 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 20.5 ใน พ.ศ. 2542 แต่แนวโน้มดังกล่าวกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.6 ใน พ.ศ. 2546

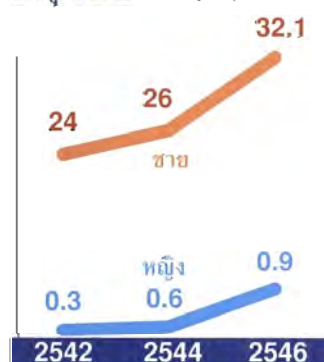
ที่น่าตกใจก็คือ วัยรุ่น (15-24 ปี) มีแนวโน้มสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.3 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 15.2 ใน พ.ศ. 2546 โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่สูงขึ้นถึง 3 เท่า จากร้อยละ 0.3 เป็นร้อยละ 0.9 ในช่วงเวลาเดียวกัน

แนวโน้มที่แย่งนี้เกิดขึ้นทั้งที่ประเทศไทย มีกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ถึง 2 ฉบับ ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 มีการควบคุมการโฆษณาและการตลาดอย่างเข้มงวด



ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2544

การสูบบุหรี่ของคนไทย อายุ 15-24 ปี (%)

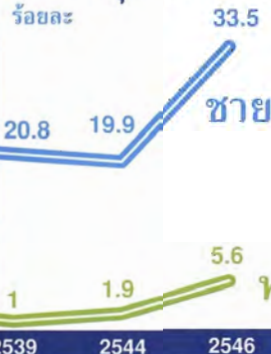


ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ดื่ม



อัตราการดื่มสุรา ของวัยรุ่น (15-19 ปี) ร้อยละ



ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ล้านลิตร)



ที่มา กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

วัยรุ่นดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละต่อประชากรแต่ละวัย)



ที่มา การสำรวจสุขภาพคนไทยปี 2542-2543

6 สูบ-ดืม-เสพ

สูบ-ดืม-เสพ-เพิ่มขึ้น

ดืม

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าคนไทยมีแนวโน้มการเป็นผู้ติ่มสุราเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 31.5 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 35.5 ใน พ.ศ. 2546 โดยเฉพาะสตรีเพิ่มจากร้อยละ 9.5 เป็นร้อยละ 14.5 ในช่วงเวลาเดียวกัน

วัยรุ่นโดยเฉพาะสตรี เป็นกลุ่มที่มีอัตราเพิ่มสูงสุด วัยรุ่นสตรีอายุ 15-19 ปี ดืมสุราเพิ่มจากร้อยละ 1.0 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 5.6 ใน พ.ศ. 2546 (เพิ่มขึ้น 5.6 เท่า)

การควบคุมโฆษณาสุราโดยห้ามโฆษณาทางวิทยุและโทรทัศน์ระหว่างเวลา 05.00-22.00 น. และห้ามโฆษณาในลักษณะเชิญชวนให้ดื่ม ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 จะมีผลต่ออัตราของการติ่มสุรา โดยเฉพาะวัยรุ่นหรือไม่ เป็นเรื่องที่ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

เสพ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มการเสพยาเสพติดของคนไทยเพิ่มสูงขึ้น และเปลี่ยนแปลงจากการเสพยาเฮโรอีนมาเป็นสารเสพติดกลุ่มยาบ้าและยาเรกซ์ประสาท

การสำรวจของกรมสามัญศึกษาและสำนักงานคณะกรรมการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) พบว่า อัตราการใช้ยาบ้าในหมู่นักเรียนระดับมัธยมศึกษาเพิ่มขึ้นเกือบ 9 เท่า จากร้อยละ 0.18 ใน พ.ศ. 2528 เป็นร้อยละ 1.52 ใน พ.ศ. 2542 ในขณะที่การเสพยาเฮโรอีนลดลงจากร้อยละ 0.74 เป็นร้อยละ 0.19 ในช่วงเวลาเดียวกัน

แนวโน้มนี้สอดคล้องกับผลการจับกุมยาเสพติดของตำรวจและจำนวนผู้เข้ารับการรักษายาเสพติดในโรงพยาบาล

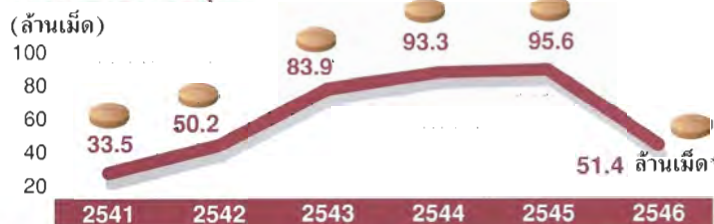
ยาเสพติด

สถิติการจับกุมคดียาเสพติด



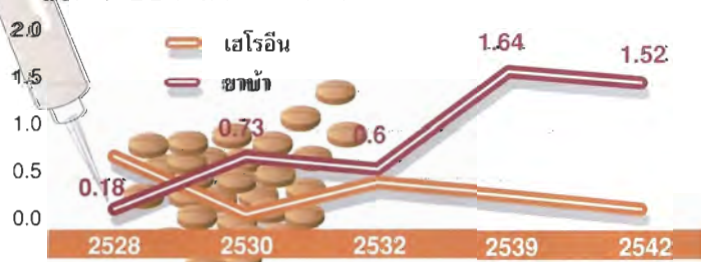
ที่มา สำนักงานคณะกรรมการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

จำนวนยาบ้าที่จับกุมได้



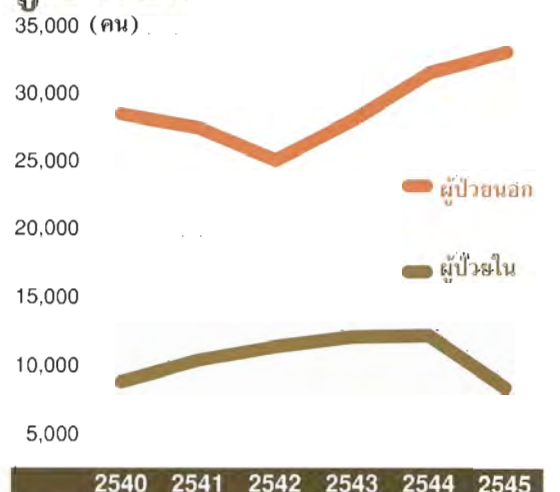
ที่มา สำนักงานคณะกรรมการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
ข้อมูลระหว่างเดือน ธ.ค. - ส.ค.

อัตราร้อยละการใช้ยาบ้าและเฮโรอีนในนักเรียนมัธยม



ที่มา: กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2542-2543

ผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติด

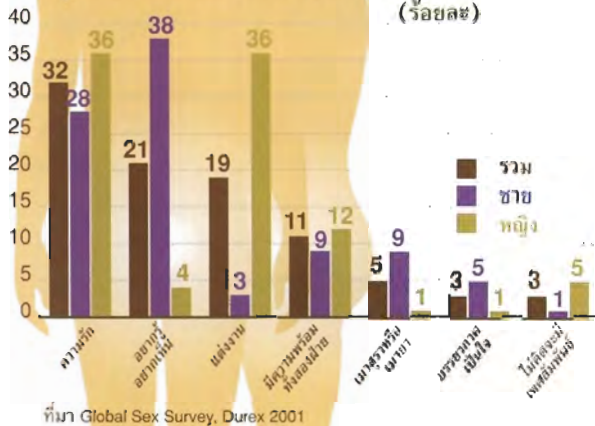


ที่มา: กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2540-2545 และสำนักงานคณะกรรมการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

วัยรุ่นไทยมีเซ็กส์เร็วขึ้น

ราว 1 ใน 5 สาววัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุ 16

เหตุผลการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ร้อยละ)



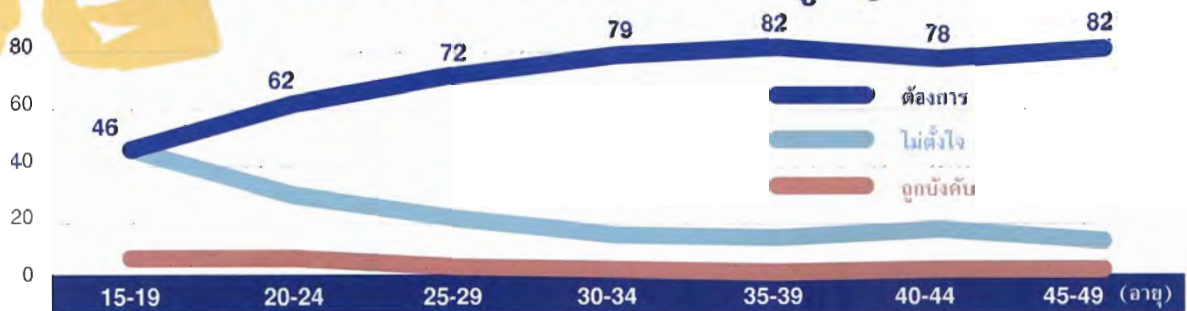
ที่มา Global Sex Survey, Durex 2001

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของผู้หญิง



ที่มา: คำนวณจาก กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ 2546
หมายเหตุ: ตัวเลขมาจากผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น

ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของผู้หญิง (%)



ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ 2546

อัตราร้อยละการมีความสัมพันธ์ทางเพศของผู้ชายกับคู่นอนต่าง ๆ ในรอบปี 2545

(· ไม่มีข้อมูล)

	หญิงบริการ	หญิงอื่น	แฟน คนรัก เพื่อนสนิท	ผู้ชาย
ทหารเกณฑ์	19.5	27.2	*	*
หนุ่มโรงงาน	14.7	62.2	25.4	3.6
นักเรียนชาย ม.5	2.2	4.3	8.8	2.2

ที่มา: สำนักวิชาดุริยางค์ การทอวงคาราณสุข 2546

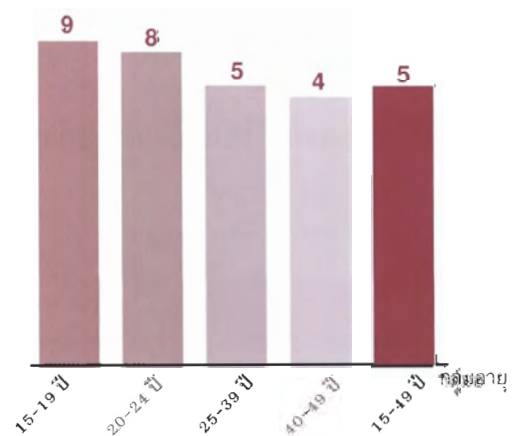
อัตราร้อยละการใช้ถุงยางทุกครั้งของผู้ชายกับคู่นอนต่าง ๆ ในรอบปี 2545

(· ไม่มีข้อมูล)

	หญิงบริการ	หญิงอื่น	แฟน คนรัก เพื่อนสนิท	ผู้ชาย
ทหารเกณฑ์	55.6	30.9	*	55.6
หนุ่มโรงงาน	63.4	38.6	38.6	30.0
นักเรียนชาย ม.5	50.0	25.7	15.4	15.4

ที่มา: สำนักวิชาดุริยางค์ การทอวงคาราณสุข 2546

ร้อยละของผู้หญิงที่เคยทำแท้ง



ที่มา: คำนวณจากกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ 2546

7 เพศสัมพันธ์

คคนไทยมีเช็กส์เร็วขึ้น มีเช็กส์นอกสมรสมากขึ้น และใช้ถุงยางอนามัยเฉพาะกับหญิงบริการเป็นส่วนมาก

พฤติกรรมทางเพศของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นหญิงมีอายุน้อยลง แต่เพียงร้อยละ 9 เท่านั้น ของหญิงวัยรุ่นโสโดอายุระหว่าง 15-19 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์

หญิงและชายมีความเห็นที่ต่างกันถึงเหตุผลการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่าในขณะที่ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์เพราะความอยากรู้อยากเห็น แต่ผู้หญิงกลับทำเพราะความรัก

ผลจากการสำรวจโดย **กฤตยา อาชวนิจกุล** และคณะพบว่า ร้อยละ 4 ของผู้หญิงมีประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกเพราะถูกบังคับ โดยหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ถูกบังคับในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีสูงถึงร้อยละ 8

ผลการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาของ **Van Griensven** และคณะในปี 2542 พบว่า ร้อยละ 48 ของนักศึกษาชายและร้อยละ 43 ของนักศึกษาหญิงที่มีอายุ 17-21 ปี เคยมีความสัมพันธ์ทางเพศ โดยร้อยละ 6.5 ของนักศึกษาชายและร้อยละ 21 ของนักศึกษาหญิงเคยถูกบังคับให้มีความสัมพันธ์ทางเพศ

นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 9 ของนักศึกษาชายและร้อยละ 11.2 ของนักศึกษาหญิงเป็นคนรักเพศเดียวกัน ร้อยละ 2.7 ของนักศึกษาชายและร้อยละ 3.1 ของนักศึกษาหญิงเคยขายบริการทางเพศ และในทางกลับกันมีนักศึกษาชายร้อยละ 40 ที่เคยซื้อบริการทางเพศ

สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ได้ติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของคนกลุ่มต่างๆ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่

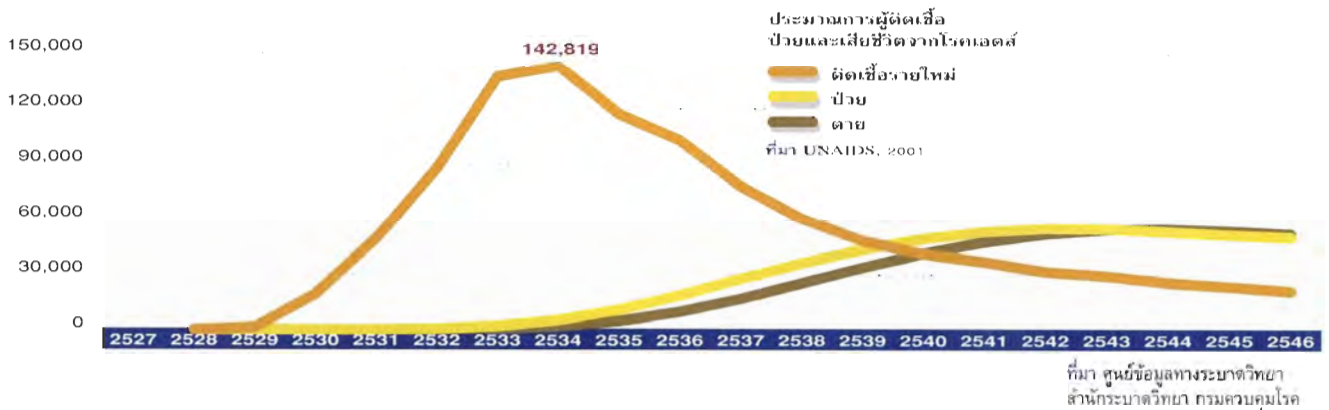
เข้ารับการฝากครรภ์ คนงานหญิงและชายในโรงงาน นักเรียนหญิง/ชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และทหารเกณฑ์ ปีละครั้งนับตั้งแต่ปี 2538 พบว่า คนงานชายในโรงงานและทหารเกณฑ์มีแนวโน้มของการซื้อบริการทางเพศลดลง โดยจะมีความสัมพันธ์กับหญิงคนรัก แฟน หรือเพื่อนสนิทมากที่สุด ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ของตนเป็นประจำยังคงอยู่ในระดับต่ำ

ในด้านของการใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ นั้นพบว่ายาไวอะกร้าที่ใช้เสริมสมรรถภาพทางเพศของผู้ชายช่วยให้ “นกเขาขึ้น” นั้นมีเพิ่มขึ้น มีมูลค่าการนำเข้าในปี 2545 เป็นเงิน 156 ล้านบาทโดยเพิ่มขึ้นจากเมื่อปี 2541 เกือบสองเท่าตัว ในขณะที่ปริมาณการใช้จ่ายคุมกำเนิดฉุกเฉินในผู้หญิงเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ยังคงอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยมีการผลิต 2.1 ล้านเม็ด และนำเข้าอีก 3.5 ล้านเม็ด ในปี 2545 คิดเป็นเงิน 19.65 ล้านบาท

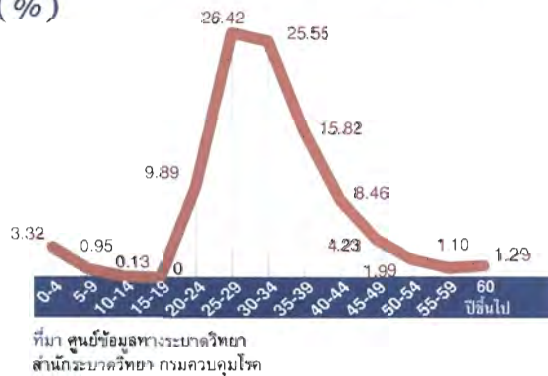


คนไทยติดเชื้อเอดส์ เพิ่มวันละ 54 คน

สถานการณ์เอดส์ไทย (คน)



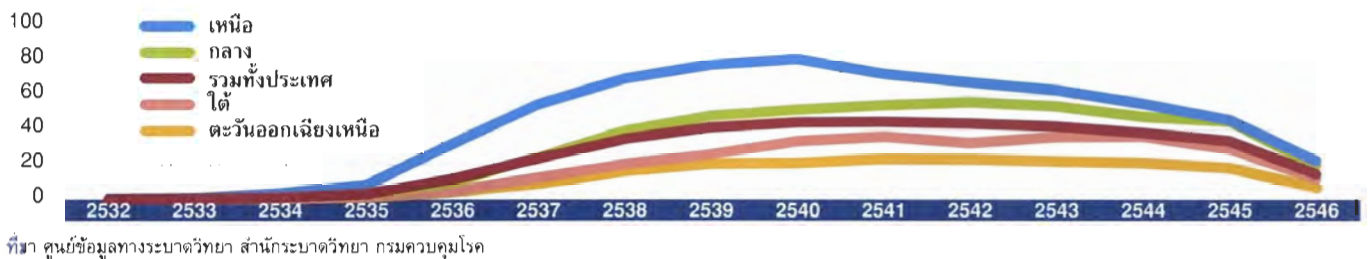
ผู้ป่วยเอดส์แยกตามช่วงอายุ ปี 2546 (%)



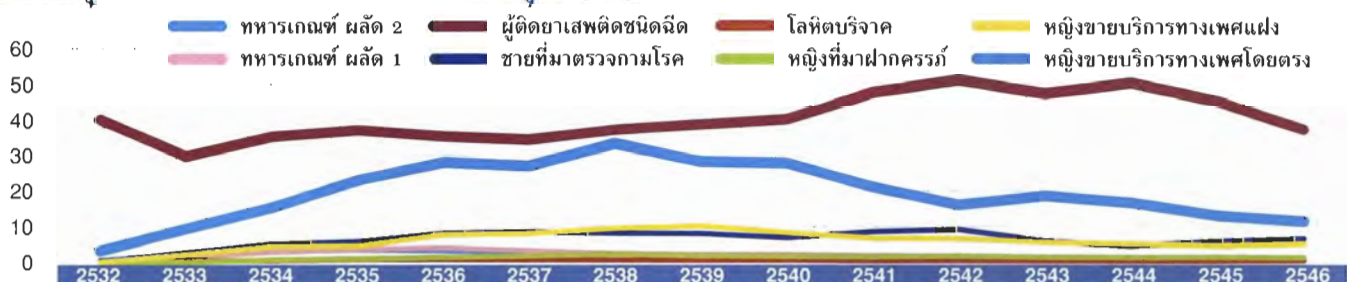
10 อันดับอาชีพผู้ป่วยเอดส์ ปี 2546 (%)



แนวโน้มผู้ป่วยรายภาค (ต่อประชากร 100,000 คน)



ความชุกการติดเชื้อเอดส์ของแต่ละกลุ่ม (%)



8 โรคเอดส์

นับตั้งแต่พบผู้ป่วยคนแรกในเมืองไทยในปี 2527 โรคเอดส์ได้ขยายตัวและกลายเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของคนไทย แม้ผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลง แต่การติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดยังคงสูงอยู่

จากช่วงแรกที่มีปัญหาอยู่ในกลุ่มชายรักร่วมเพศและผู้ติดยาเสพติด ได้ขยายเข้าสู่วงกว้างขึ้น ไปสู่หญิงบริการทางเพศ ชายใช้บริการทางเพศ และปัจจุบันได้เข้าสู่ครอบครัว คือ ภรรยาและลูก



นับตั้งแต่ปีที่มีผู้ป่วยรายแรกเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นับรวมทั้งสิ้นกว่าหนึ่งล้านคน ในจำนวนนี้คาดประมาณว่าเสียชีวิตไปแล้ว 4.5 แสนคน ยังคงมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอีกราว 6 แสนกว่าคน

ในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ทุกปี จากปี 2528 ที่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 56 คน เพิ่มขึ้นเป็นพันกว่าคน ในปีต่อมา จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นจำนวนแสนในช่วงปี 2533 ถึง 2536 และค่อยๆ ลดลง ในปัจจุบันคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่ปีละประมาณ 20,000 กว่าคน

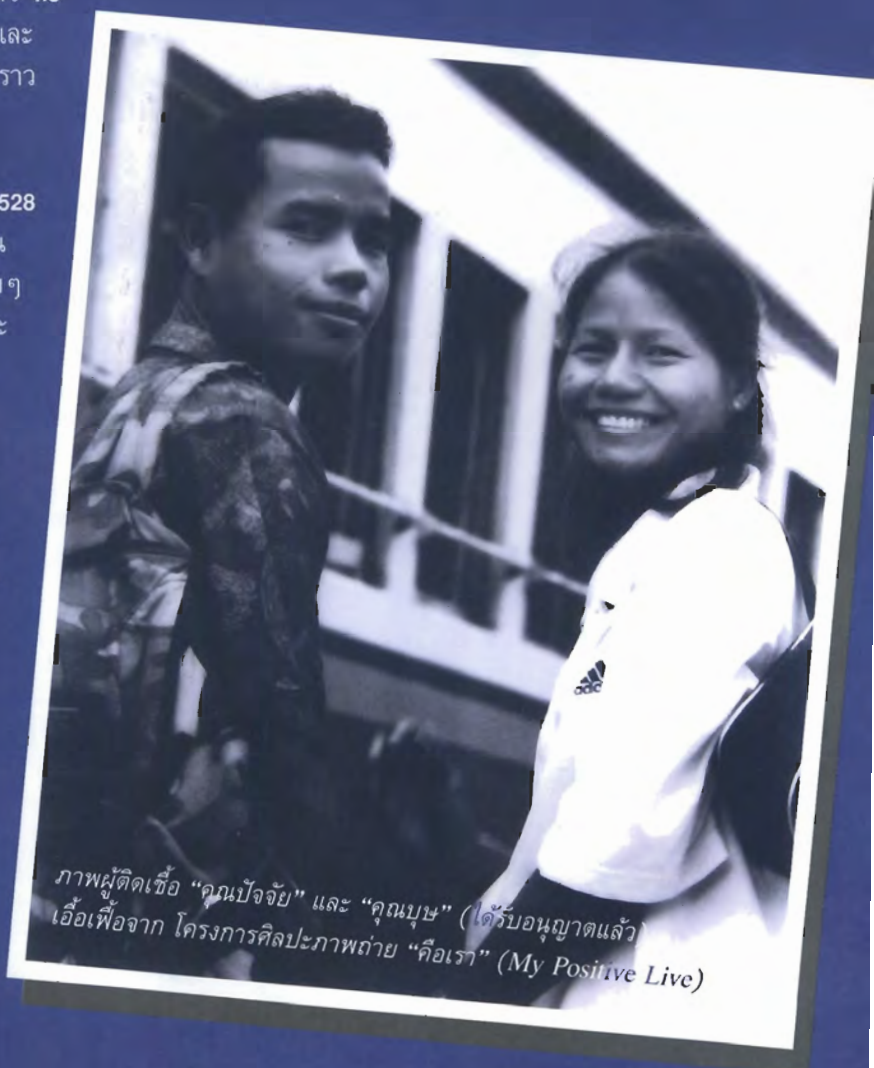
สัดส่วนผู้ป่วยเอดส์เป็นชายมากกว่าหญิง แต่ความแตกต่างมีน้อยลงไปเรื่อยๆ จาก 8 ใน 10 คนเป็นชาย ในปี 2532 มาเป็น 6 ใน 10 คน ในปี 2545

ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยที่เป็นกำลังแรงงานของประเทศ คือผู้ป่วยช่วงอายุ 20 ถึง 44 ปี เป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 86 ของผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด

กลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไปและอาชีพเกษตรกรรมมีสถิติการเป็นเอดส์มากที่สุด คือร้อยละ 44.2 และ 20.8 ของผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด ตามลำดับ

ปัญหาที่ยังคงรอการแก้ไขเรื่องโรคเอดส์คงได้แก่ กลุ่มยาเสพติด ที่อัตราการติดเชื้อยังคงสูงอยู่อย่างต่อเนื่อง และกลุ่มหญิงมีครรภ์ที่แนวโน้มยังคงไม่ลดลงมากนัก

ควบคู่ไปกับตัวเลขผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่ลดลงงบประมาณการแก้ปัญหาเอดส์มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จากงบประมาณสูงกว่า 2,000 ล้านบาทในปี 2539 เหลือ 1,000 กว่าล้านบาทในปี 2546 โดยเงินส่วนใหญ่ใช้เพื่อการรักษา และน้อยกว่า 1 ใน 3 ของงบฯ เท่านั้นที่ใช้เพื่อป้องกัน



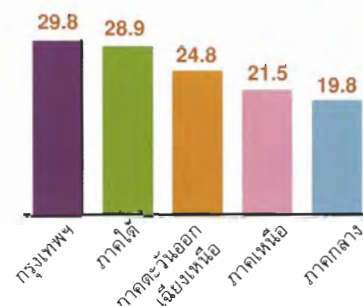
ภาพผู้ติดเชื้อ “คุณปัจจัย” และ “คุณบุษ” (ได้รับอนุญาตแล้ว) เอื้อเฟื้อจาก โครงการศิลปะภาพถ่าย “คือเรา” (My Positive Live)

คนไทยออกกำลังกายประจำมากขึ้น
ร้อยละต่อประชากร

คนไทยเพียง 3 ใน 10 คน ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ

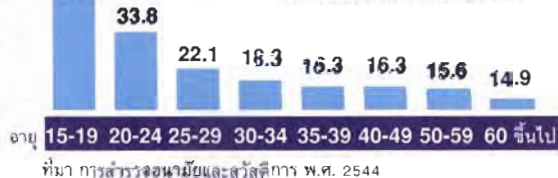


ประชากรที่ออกกำลังกาย (%)



ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544

ร้อยละของประชากรที่ออกกำลังกาย



ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544

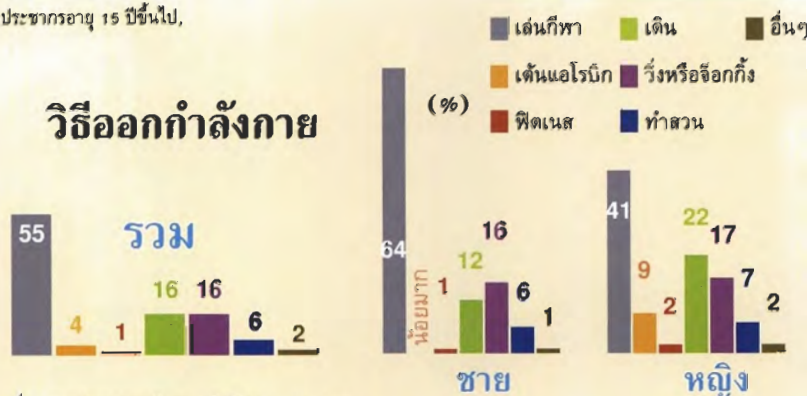
ที่มา ปี 2530, 2535, 2540 ได้จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ที่มา ปี 2544 ได้จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
* กลุ่มประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป
** กลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ออกกำลังกายบ่อยแค่ไหน

ครั้งต่อเดือน	(%)		
	รวม	ชาย	หญิง
1-2	11	11	12
4-8	33	31	37
12-16	26	26	25
มากกว่า 16	28	31	25
อื่นๆ	2	1	1

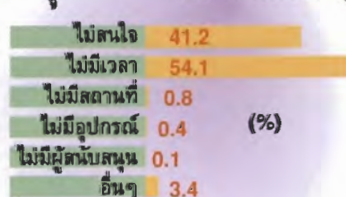
ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544

วิธีออกกำลังกาย



ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544

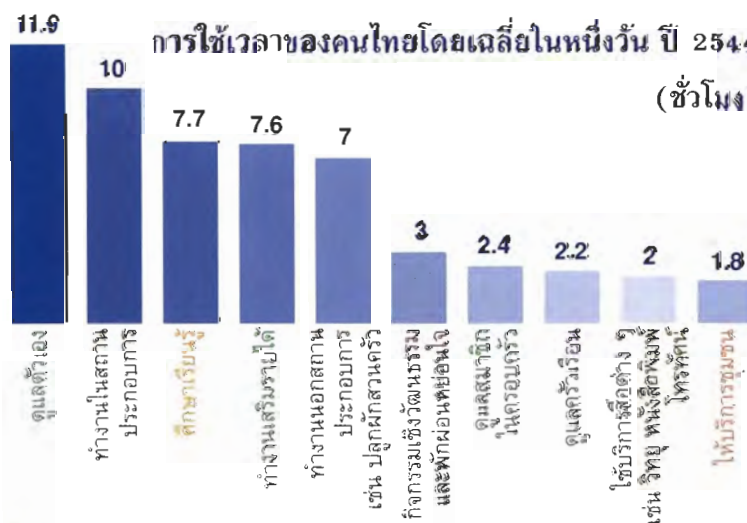
เหตุผลของคนไม่เล่นกีฬา (2545)



ที่มา การสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545
สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การใช้เวลาของคนไทยโดยเฉลี่ยในหนึ่งวัน ปี 2544

(ชั่วโมง)



ที่มา รายงานการสำรวจการใช้เวลาว่างของประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2544

9 การออกกำลังกาย

คคนไทยออกกำลังกายมากขึ้น แต่ส่วนมากเป็นการเล่นกีฬาในกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษา คนวัยทำงานและผู้สูงอายุยังออกกำลังกายน้อย

อย่างไรก็ตามในนิยามที่ไม่รวมถึงการออกแรงในชีวิตประจำวันและไม่รวมการออกกำลังกายเป็นอาชีพ พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปราวร้อยละ 25 ออกกำลังกายเป็นประจำ และผู้ชายออกกำลังกายมากกว่าผู้หญิง (1 ใน 3 เทียบกับ 1 ใน 5) กลุ่มที่ออกกำลังกายเป็นประจำมากที่สุดคือวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี (ทุก 6 ใน 10 คน) จากนั้นสัดส่วนก็จะลดตามวัยที่เพิ่มขึ้น ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งออกกำลังกายเป็นประจำน้อยลง

คนกรุงเทพฯ มีสัดส่วนของคนที่ออกกำลังกายมากกว่าภาคอื่น ๆ ตามมาด้วยภาคใต้ อีสาน เหนือ และภาคกลางน้อยที่สุด

ข้อมูลจากการสำรวจพบว่าฟุตบอลเป็นกีฬายอดนิยมของผู้ชาย ขณะที่ผู้หญิงมักเล่นวอลเลย์บอลเป็นส่วนใหญ่ โดยกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยการเล่นกีฬาพบว่ามีแนวโน้มใช้เวลาออกกำลังกายนาน 30 นาทีขึ้นไป

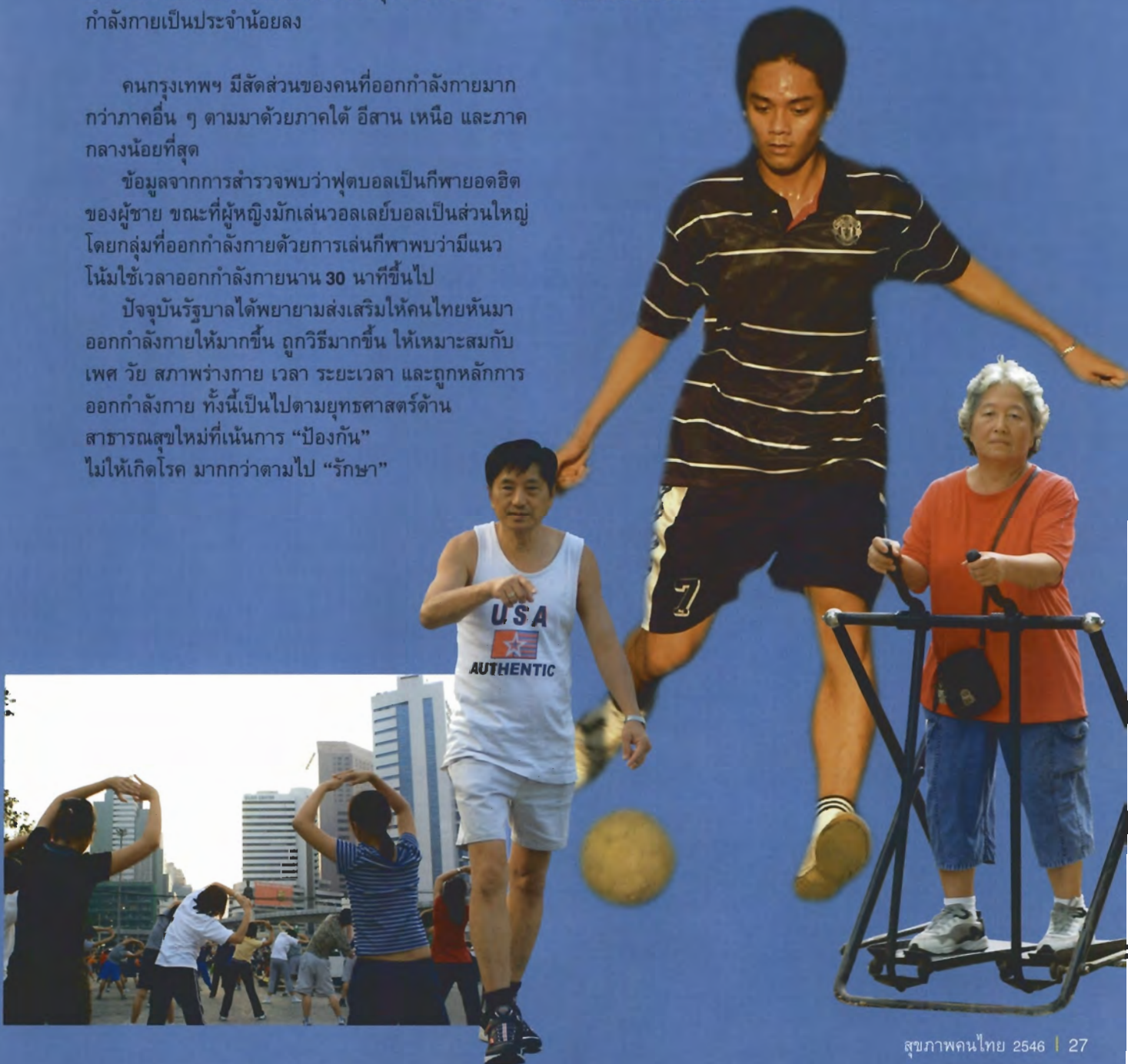
ปัจจุบันรัฐบาลได้พยายามส่งเสริมให้คนไทยหันมาออกกำลังกายให้มากขึ้น ถูกวิธีมากขึ้น ให้เหมาะสมกับเพศ วัย สภาพร่างกาย เวลา ระยะเวลา และถูกหลักการออกกำลังกาย ทั้งนี้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขใหม่ที่เน้นการ “ป้องกัน” ไม่ให้เกิดโรค มากกว่าตามไป “รักษา”

ผลการสำรวจการใช้เวลาของคนไทย พบว่าส่วนใหญ่ใช้เพื่อการดูแลตัวเอง (กิน ดื่ม หลับ นอน อาบน้ำ ดูแลร่างกาย เป็นต้น) ราว 11.5 ชั่วโมงต่อวัน ทำงานราว 8.5 ชั่วโมงและอื่น ๆ ทั้งนี้รวมถึงใช้เวลาสำหรับ

ออกกำลังกาย พักผ่อนหย่อนใจ และทำกิจกรรมเพื่อสังคม รวมกันราว 2.8 ชั่วโมงต่อวันโดยเฉลี่ย

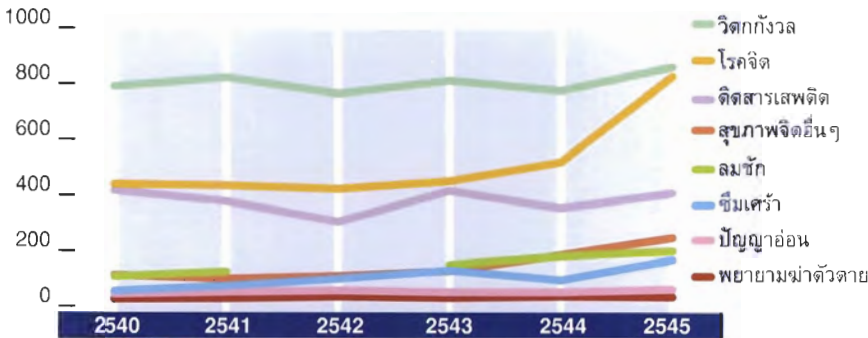
ส่วนการนอนเฉลี่ยวันละ 8.8 ชั่วโมง การกิน/ดื่ม และรักษาสุขภาพเท่ากันคือ 1.4 ชั่วโมงต่อวัน อ่านหนังสือ 1.1 ชั่วโมงต่อวัน

คนโสดมักนอนน้อยกว่าและออกกำลังกายมากกว่าคนมีครอบครัวแล้ว



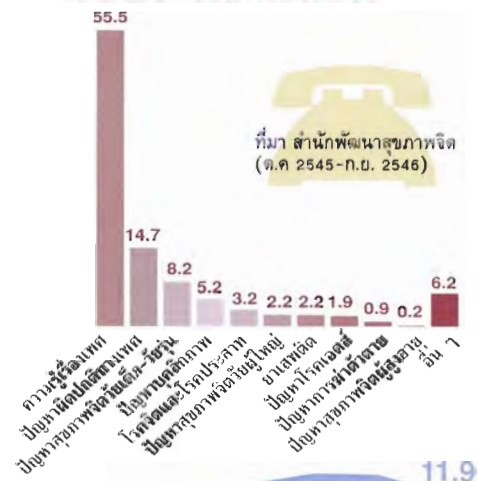
คนไทยแสนคน เกือบ 3,000 คน ป่วยด้านสุขภาพจิต ราว 34 คนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยสุขภาพจิต (อัตราต่อแสนประชากร)



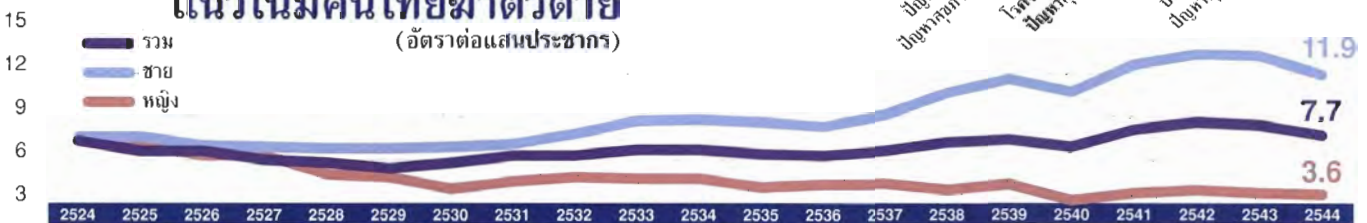
ที่มา สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข 2545

คนไทยใช้สายด่วนสุขภาพจิต 1667 เรื่องไหนบ้าง (%)



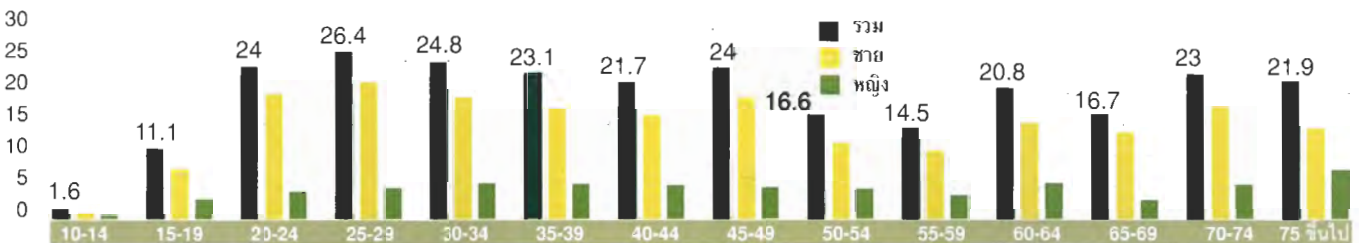
ที่มา สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต (ค.ศ. 2545-ก.ย. 2546)

แนวโน้มคนไทยฆ่าตัวตาย (อัตราต่อแสนประชากร)



ที่มา สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การฆ่าตัวตายในแต่ละวัย ปี 2544 (อัตราต่อแสนประชากร)



ที่มา สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2544

การเจ็บป่วยทางจิตและการได้รับการดูแล (ความชุก %)



ที่มา บงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, 2547

การผลิตและนำเข้ายาคลายเครียดและยาลดการซึมเศร้า

	ปริมาณ (กิโลกรัม)				
	Diazepam	Alprazolam	Amitriptyline	Fluoxetine	Sertraline
2540	-	-	809,603	49,828	-
2541	1,302	28	540,057	60,493	16,404
2542	3,425	64	763,255	113,691	42,039
2543	1,208	31	1,070,663	207,192	29,334
2544	2,808	73	959,853	432,123	50,050
2545	1,026	42	1,424,460	621,305	61,985

ที่มา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

10 สุขภาพจิต



๒๒ แม้ปัญหาสุขภาพจิตจะไม่ทำให้เสียชีวิตมาก แต่เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ และมีแนวโน้มเป็นอันดับหนึ่งในอนาคต ทว่าปัญหานี้กลับได้รับการดูแลน้อยมาก



อัตราการตายจากปัญหาสุขภาพจิตไม่สูงมากนัก เมื่อเทียบกับโรคทางกายอื่น ๆ แต่เมื่อนับรวมความสูญเสียทั้งหมด คือทั้งจากการตายและการสูญเสียคุณภาพชีวิตระหว่างเจ็บป่วยด้วยกันแล้ว โรคทางจิตนับเป็นภาวะโรคที่สำคัญมาก

ปัญหาจากโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาทางสุขภาพอันดับ 4 สำหรับผู้หญิง และอันดับ 15 ของโรคทั้งหมดสำหรับผู้ชาย

คนในปัจจุบันมีความเครียดมากขึ้น ตัวเลขการนำเข้าและการผลิตยาคลายเครียดจึงเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด

ข้อมูลจากการสำรวจชุมชนพบว่า ร้อยละ 24.75 ของประชากรมีการเจ็บป่วยทางจิต แต่เมื่อดูจากผู้ที่เข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการทางแพทย์และสาธารณสุขกลับพบว่า ร้อยละ 2.15 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่เข้ารับการรักษาด้วยการเจ็บป่วยทางจิต

การฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดปัญหาทางด้านจิตใจได้ตัวหนึ่ง ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

ในขณะที่แนวโน้มการพยายามหรือฆ่าตัวตายของคนไทยเพิ่มขึ้นจาก 27 ต่อประชากร 100,000 คน

ในปี 2540 เป็น 34 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2545 พบว่า ผู้ชายมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงมากกว่าผู้หญิงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

การฆ่าตัวตายแต่ละภาคแตกต่างกัน

ภาคเหนือตอนบน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ 16.7 ต่อแสนประชากรในปี 2544 ส่วนกรุงเทพฯ มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำที่สุด คือ 4.4 ต่อแสนประชากรในปีเดียวกัน หรือน้อยกว่าภาคเหนือถึง 4 เท่า

นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเอดส์เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งที่ทำให้คนฆ่าตัวตาย โดยพบว่าคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดเชียงใหม่ มีร้อยละ 21 ในเพศชายและร้อยละ 14 ในเพศหญิง ที่ญาติระบุว่าโรคเอดส์เป็นสาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสาเหตุที่สูงที่สุด รองลงมาคือติดสุรา เมาส์รา เป็นโรคเรื้อรังปัญหาชีวิตสมรส และปัญหาเศรษฐกิจ

คนไทยเดือดร้อนจากมลพิษทางอากาศและเสียงมากที่สุด

แนวโน้มความเดือดร้อนจากมลพิษ (ครั้ง)



ที่มา กรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมอนามัย สำนักงานกฤษฎีกา กรุงเทพมหานคร และกรมควบคุมมลพิษ.
อ้างอิง สถิติสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545.
หมายเหตุ เป็นจำนวนเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับความเดือดร้อนจากมลพิษ

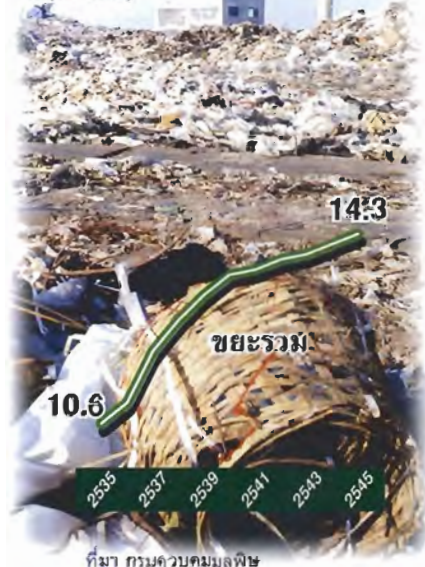
มลพิษอากาศ

ฝุ่นในกรุงเทพฯ
(เฉลี่ยห้วงต่อลูกบาศก์เมตร)



ที่มา กรมควบคุมมลพิษ

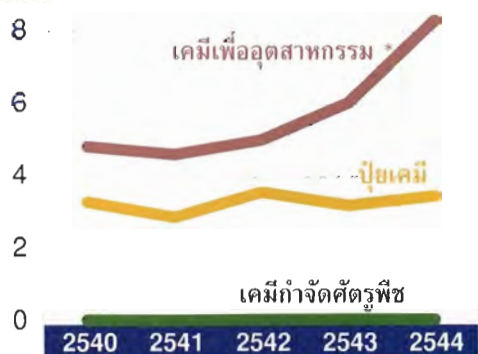
แนวโน้มปริมาณขยะ (ล้านตัน)



ที่มา กรมควบคุมมลพิษ

การใช้สารเคมีของคนไทย

ล้านตัน



ที่มา ปริมาณการนำเข้าสารเคมีเกษตร กรมศุลกากร
* กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์

คุณภาพของแม่น้ำในประเทศไทย (ร้อยละ)

	แม่น้ำทั่วไป		แม่น้ำเจ้าพระยา	
	ประเภท 2-3*	ประเภท 4-5**	ประเภท 2-3*	ประเภท 4-5**
2535	23.4	76.6	6.9	93.1
2536	41.1	58.9	9.7	90.3
2537	50.4	49.6	22.8	77.2
2538	58.5	41.5	30.3	69.7
2539	-	-	34.4	65.6
2540	57.2	42.8	46.7	53.3
2541	53.5	46.5	45.5	54.5
2542	44.7	55.3	48.0	52.0
2543	55.0	45.0	58.1	41.9
2544	50.0	50.0	43.3	56.7

* ประเภท 2-3 คุณภาพอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

** ประเภท 4-5 คุณภาพต่ำ

ที่มา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อ้างอิง การสาธารณสุขไทย 2542-2543

อัตราป่วยด้วยโรคที่เกิดจากยาฆ่าแมลง



ที่มา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อ้างอิง การสาธารณสุขไทย 2542-2543



ที่มา กรมป่าไม้ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ อ้างอิง การสาธารณสุขไทย 2542-2543

11 สิ่งแวดล้อม

มลพิษมาพร้อมกับการพัฒนาเศรษฐกิจ และยังมีปัญหาต่อเนื่องที่ไม่สามารถควบคุมได้

หากพิจารณาจากปริมาณเรื่องร้องเรียนที่รวบรวมในแต่ละปี พบว่าปริมาณเรื่องร้องเรียนเพิ่มขึ้นตามลำดับ จนกระทั่งเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 จำนวนเรื่องร้องเรียนจึงค่อยๆ ลดลงมา และกลับเพิ่มขึ้นอีกครั้งเมื่อเศรษฐกิจโดยรวมเริ่มดีขึ้น

ปัญหามลพิษในเมืองที่มากที่สุดเกิดจากการจราจร โดยแหล่งมลพิษทางอากาศที่สำคัญคือ กลิ่น ฝุ่น คาร์บอน ซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 41 ของแหล่งมลพิษทางอากาศทั้งหมด รองลงมาคือ คาร์บอนพิษจากพาหนะ ซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 38 ส่วนมลพิษเสียงมากที่สุด คือจากการจราจร

ทางบก คือสูงถึงร้อยละ 77 ของแหล่งมลพิษทางเสียงทั้งหมด

ปริมาณขยะเพิ่มขึ้นทุกปีและการกำจัดขยะโดยการนำกลับมาใช้ประโยชน์ยังมีไม่มากนัก ในปริมาณขยะทั้งหมดราว 14.3 ล้านตันในปี 2545 สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้ถึง 12.7 ล้านตัน หรือร้อยละ 89 แต่ที่นำมาใช้ประโยชน์จริงเพียง 2.6 ล้านตัน หรือร้อยละ 18 เท่านั้น

แม้ว่าส่วนใหญ่คุณภาพแย่ลง ยกเว้นแม่น้ำเจ้าพระยาที่มีแนวโน้มคุณภาพดีขึ้น อย่างไรก็ตาม กว่าครึ่งสายของแม่น้ำเจ้าพระยาก็ยังไม่สามารถนำมาใช้อุปโภคบริโภคได้



ปี 2545 ครั้วเรือนไทย มีหนี้สินเฉลี่ย 83,000 บาท



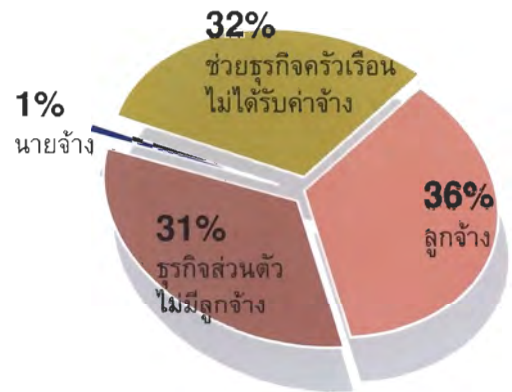
ลักษณะทางครั้วเรือน (%)

ขนาดครั้วเรือนเฉลี่ย 3.8 คน

ครั้วเรือนคนเดียว	9
มีหัวหน้าครอบครัวเป็นหญิง	26
ที่อยู่อาศัยใช้สอยไม่ถาวร	7
เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย	82
มีส้วมถูกสุขลักษณะ	98
มีน้ำดื่มสะอาด	93
ประกอบอาหารด้วยแก๊สหรือเตาไฟฟ้า	66
มีโทรทัศน์	91
มีวิทยุ	77

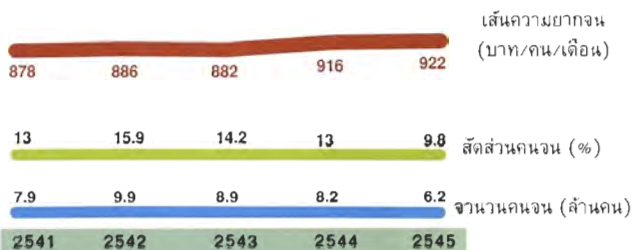
ที่มา สำนะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543
สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สถานภาพการทำงานของผู้มีงานทำ



ที่มา สำนะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543
สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ความยากจนกับคนไทย



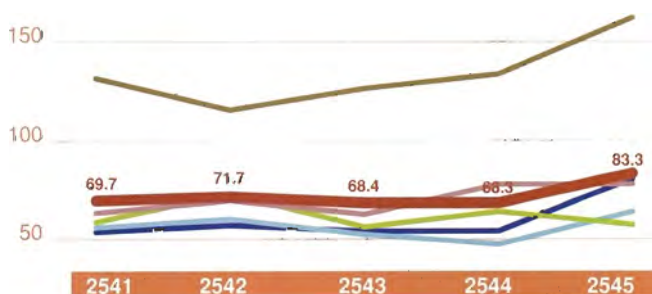
ที่มา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

การศึกษา (%)

	รวม	ชาย	หญิง
ไม่มีการศึกษา	8.5	7.0	9.9
ประถมศึกษา	59.0	58.4	59.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	12.5	13.9	11.1
มัธยมศึกษาสายสามัญ	7.2	7.5	7.0
มัธยมศึกษาสายอาชีวศึกษา	3.9	4.3	3.6
อนุปริญญาหรือต่ำกว่า	2.3	2.5	2.0
ปริญญาตรี	5.2	4.8	5.6
ปริญญาโทขึ้นไป	0.4	0.5	0.4

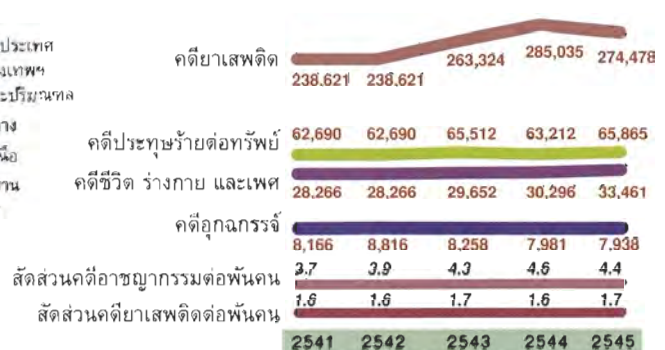
ที่มา สำนะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หนี้สินเฉลี่ยต่อครั้วเรือน (พันบาท)



ที่มา การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครั้วเรือน 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

คดีอาชญากรรมและคดียาเสพติด ปี 2545



ที่มา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 2546

12 สุขภาพสังคมและครอบครัว

ค ครอบครัวยุคใหม่มีขนาดเล็กลง คนที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังมีเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว คนไทยเป็นหนี้มากขึ้น

ประชากรไทยมีสัดส่วนผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเล็กน้อย คือมีผู้หญิงร้อยละ 51 มีขนาดครอบครัวเฉลี่ย 3.8 คน ต่อครัวเรือน ซึ่งลดลงจากปี 2533 ที่มีขนาดครัวเรือนเฉลี่ย 4.4 คน

มีครัวเรือนที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 9 ในปี 2543 ครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนเป็นหญิงก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน คือจากร้อยละ 19 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 26 ในปี 2543 แสดงว่าครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง คนแต่งงานช้าลงทั้งผู้หญิงและผู้ชาย (จากอายุเฉลี่ย 25.9 ปี และ 23.5 ปี ในผู้ชายและผู้หญิงในปี 2533 เป็น 27.2 ปี และ 24 ปี ในปี 2543)

คนไทยส่วนใหญ่อ่านออกเขียนได้เกินร้อยละ 90

คนไทยเรียนหนังสือมากขึ้น คือจำนวนปีเฉลี่ยที่เรียนเพิ่มขึ้น จาก 5.7 ปี เป็น 7.2 ปี ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และคนที่อยู่ในวัยเรียน (อายุ 6-24 ปี) แต่ไม่ได้เรียนหนังสือก็น้อยลงจากร้อยละ 54.5 เหลือร้อยละ 38.9 ในช่วงเวลาเดียวกัน แต่การศึกษาในระดับที่สูงกว่าประถม ยังคงมีน้อย คือเพียงร้อยละ 35 เท่านั้น

ครัวเรือนไทยปัจจุบันมีรายได้เฉลี่ย 13,736 บาทต่อเดือน (3,614 บาทต่อคน) ขณะที่ค่าใช้จ่ายเดือนละ 10,889 บาท (2,865 บาทต่อคน) หักลบจะเหลือรายได้สุทธิ 749 บาทต่อคนต่อเดือน

5 อันดับจังหวัดที่มีรายได้ต่อคนเฉลี่ยต่อเดือนสูงมากที่สุดคือ กรุงเทพฯ นนทบุรี ภูเก็ต ปทุมธานี และ นครปฐม

ขณะที่จังหวัดที่มีสัดส่วนคนจนมากที่สุด 5 อันดับ คือ หนองบัวลำภู นราธิวาส ยโสธร นครพนม และ กาฬสินธุ์

ทุกวันนี้คนไทยมีหนี้สินเฉลี่ย 82,485 บาทต่อครัวเรือน หรือราว 21,706 บาทต่อคน โดยคนกรุงเทพฯ และปริมณฑลมีหนี้สินมากที่สุด ตามด้วยภาคกลาง ใต้ อีสาน และภาคเหนือ

ในแง่ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน พบว่าคดียาเสพติดเป็นคดีที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดเกือบ 300,000 คดี จากทั้งหมดเกือบ 400,000 คดีในปี 2545 แต่ก็มีแนวโน้มที่ลดลงจากปี 2544 หลังจากปีก่อนหน้านั้นคดียาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอดตั้งแต่ปี 2541

แนวโน้มคดีอุกฉกรรจ์ลดลงในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา สวนทางกับคดีชีวิต ร่างกาย และเพศ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 28,266 รายในปี 2541 เป็น 33,461 รายในปี 2545 ขณะที่คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สินก่อนข้างคางที่ อยู่ที่ประมาณ 60,000 กว่ารายต่อปี



ในปี 2545 มีคนไทยกว่าล้านคน
เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสาธารณะ

ความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชน

(คะแนนสูงสุด = 5)



ที่มา โครงการวิเคราะห์ประเมินสถานภาพทางสุขภาพจิตของชุมชน, กรมสุขภาพจิต 2543

อาสาสมัครเพื่อสังคม



ที่มา รายงานการสำรวจองค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

คนไทยกับองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร

	จำนวนองค์กร	จำนวนอาสาสมัคร (คน)
องค์การด้านสังคมสงเคราะห์	15,761	673,390
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์	3,411	27,334
สมาคมการค้า ทอการค้า	758	6,413
สมาคมนายจ้าง สหภาพแรงงาน		
หรือสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจ	1,537	27,168
องค์การศาสนา	34,254	439,384
พรรคการเมือง	32	899
องค์การเอกชนต่างประเทศ	52	1,142
รวม	55,805	1,175,730

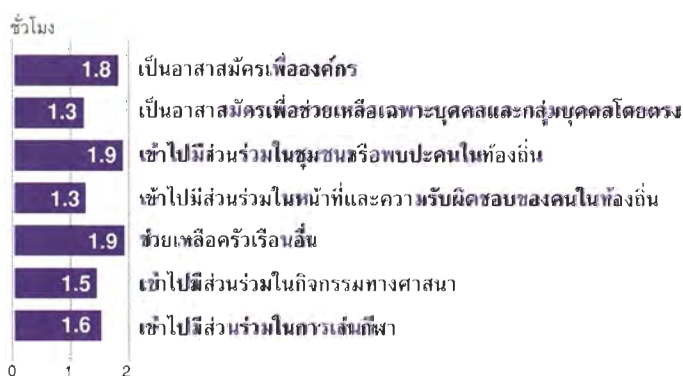
ที่มา รายงานการสำรวจองค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ครัวเรือนที่เข้าร่วมกิจกรรม สาธารณประโยชน์ (%)



ที่มา รายงานการพัฒนาของประเทศไทย 2546
สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

การใช้เวลาเพื่อสังคมของคนไทย



ที่มา การสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

13 ทูทางสังคม

สังคมไทยเป็นสังคมที่มี “ทุนทางสังคม”
จำนวนมากที่เป็นปัจจัยสำคัญในการช่วย
บรรเทาความรุนแรงและแก้ปัญหาสุขภาพให้แก่
สังคม

เห็นได้จากการสำรวจความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชน
ซึ่งระบุชัดเจนว่า ในแง่ความรักใคร่สามัคคี ความภูมิใจต่อ
ชุมชน ความรู้สึกอบอุ่นใจ ปลอดภัยมั่นคง และสะดวก
สบายของคนในชุมชนต่าง ๆ นั้นอยู่ในระดับสูง คือจาก
คะแนนเต็ม 5 ค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศอยู่ในระดับเกือบ
4 หรือมากกว่า 4 โดยการรู้จักกันของคนในชุมชนและ
ระดับความร่วมมือในการทำกิจกรรมของชุมชนนั้น ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือมีคะแนนสูงสุดทั้งสองอย่าง

ในปี 2545 พบว่ามีคนไทยกว่า 1 ล้านคนเข้าร่วมใน
องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรกว่า 5 หมื่นแห่งทั่ว
ประเทศ องค์กรเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นองค์กรศาสนา
ประมาณร้อยละ 61 และองค์กรที่ดำเนินการเกี่ยวกับ
การบริการสังคมสงเคราะห์ร้อยละ 28

ในกลุ่มอาสาสมัครทำงานเพื่อสังคม พบว่าเป็น
เพศชายราว 2 ใน 3

คนไทยทั่วไปในแต่ละวันใช้เวลาเพื่อส่วนรวมใน
รูปแบบต่าง ๆ มากกว่า 1 ชั่วโมงโดยเฉลี่ย

มีการศึกษาการพัฒนาคนของประเทศไทยในปี 2546
พบว่าครัวเรือนคนไทยที่เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะ

ประโยชน์มีมากถึงร้อยละ 96 โดยสัดส่วนสูงสุดคือ
ครัวเรือนในภาคอีสาน ตามด้วยภาคกลาง ภาคเหนือ
ภาคตะวันตก ภาคตะวันออก ภาคใต้ และคนกรุงเทพฯ
มีสัดส่วนเข้าร่วมน้อยที่สุด

ครัวเรือนที่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือองค์กรท้องถิ่นมีถึง
ร้อยละ 88

นอกจากนี้ยังพบว่าในประชากรแสนคน โดยเฉลี่ยจะมี
การรวมกลุ่มเป็นกลุ่มหรือองค์กรชุมชนราว 203 กลุ่ม

ในส่วนภาครัฐนั้นได้ให้ความสำคัญต่อการรวมกลุ่มและ
การสร้างเสริมความเข้มแข็งในชุมชนด้านสุขภาพมากขึ้นตามลำดับ
โดยมีการสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการจัดสรรบ-
ประมาณผ่านกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
กว่า 1,200 ล้านบาท (2545)

ไม่รวมกับการสนับสนุน
ผ่านส่วนอื่น ๆ เช่นกองทุน
เพื่อสังคมอีกกว่า 4,000 ล้านบาท
(2541-2545)





10 สถานการณ์เด่น ในรอบปี พ.ศ. 2546



1 สงครามยาเสพติด ชัยชนะที่มาพร้อมคำถาม

การระบาดของยาเสพติดในสังคมไทยเป็นปัญหาสุขภาพสังคมที่มีผลกระทบต่อทั้งระบบสังคมโดยรวมและต่อสุขภาพของตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน นโยบายปราบปรามยาเสพติดจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกรัฐบาลได้พยายามดำเนินการมามากกว่าสามทศวรรษ

ปรากฏว่ามีเพียงไม่สามารถแก้ไขได้ แต่ปริณทลของการระบาดในเชิงพื้นที่กลับขยายกว้างขวางขึ้น มีจำนวนผู้เสพสารเสพติดเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะการแพร่ลงไปถึงระดับโรงเรียนมัธยมศึกษา



ด ผลของการสำรวจการใช้ยาเสพติดจำนวน 9 ชนิดของสถาบันวิชาการร่วมกัน 8 แห่ง ระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2544 ใน 40 จังหวัด ในกลุ่มประชากรอายุ 12-65 ปี รวมจำนวน 39,000 คน สามารถนำมาคาดประมาณจำนวนผู้ที่เคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งต่อไปนี้ กัญชา กระต้อม ผีนเฮโรอีน สารระเหย ยาบ้า ยาอี ยาเค และโคเคน พบว่ามีสูงมากถึง 7.31 ล้านคน หรือร้อยละ 16 ของประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งหรือ 4.17 ล้านคนอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ถ้าพิจารณาเฉพาะผู้ที่เคยใช้ยาเสพติดในช่วง 1 ปีก่อนการสำรวจ พบว่ามีจำนวน 1.94 ล้านคน หรือร้อยละ 4.3 ของประชากรที่ทำการสำรวจ แยกได้เป็นผู้เสพยาบ้ามากที่สุด 1.09 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 56 รองลงมาคือกัญชาร้อยละ 34 และสารเสพติดต่อไปนี้อยู่ตามลำดับคือ กระต้อม สารระเหย ยาอี/ยาเลิฟ ผีน เฮโรอีน ยาเค และโคเคน

ชัดเจนว่าแม้สารเสพติดจะมีหลายประเภท แต่ที่แพร่ระบาดมากที่สุดและเป็นปัญหามากที่สุดของบ้านเราในปัจจุบันคือ ยาบ้า ที่มีหลักฐานแน่ชัดว่าแหล่งผลิตใหญ่อยู่ในประเทศเพื่อนบ้านของเรา เพราะสามารถผลิตได้ง่ายไม่ซับซ้อน และใช้ต้นทุนน้อย

การแปรนโยบาย

ปราบปรามยาเสพติด

สู่ระดับปฏิบัติการสงคราม

รัฐบาลชุดปัจจุบันได้ประกาศตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2544 ทันทีที่เข้าบริหารประเทศว่าจะปราบปรามยาเสพติดให้ลดน้อยลงให้ได้ โดยในช่วง 2 ปีแรกแม้มีการจับกุมผู้ผลิตและผู้ค้าเป็นระยะๆ แต่ก็ไม่เห็นผลชัดเจน ในปี 2546 รัฐบาลจึงประกาศยุทธการทำสงครามขั้นแตกหักกับยาเสพติด โดยกำหนดแผนการปราบปรามเป็น 3 ขั้นตอนคือ

- **ระยะที่ 1** ยึดพื้นที่แยกสลายทำลายวงจรยาเสพติด (1 กุมภาพันธ์-30 เมษายน 2546)
- **ระยะที่ 2** พันฟู ดุแล พัฒนา สร้างความเข้มแข็งของพลังแผ่นดินและชุมชน (1 พฤษภาคม 2546-2 ธันวาคม 2546)
- **ระยะที่ 3** ดำรงความเข้มแข็งของพลังแผ่นดินและชุมชนอย่างยั่งยืน (3 ธันวาคม-30 กันยายน 2547)

ตารางปฏิบัติการส่วนมีเงื่อนไขเวลาบีบบังคับ ขับเคลื่อนงานผ่านศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่ทั้งหน่วยงานหลักและศูนย์กลางทำหน้าที่ผลักดันนโยบาย หวังลบภาพจุดอ่อนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน

อดีต เพราะขาดเอกภาพความเป็นหนึ่งเดียวในการทำงาน

“บัญชีดำ” เป็นกลยุทธ์สำคัญในการทำงานเชิงรุกของรัฐบาล ทุกจังหวัดจะต้องจัดทำรายชื่อผู้ผลิตและผู้ค้ายาเสพติดทุกพื้นที่ เพื่อส่งไปที่ศูนย์อำนวยการฯ มีผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้บังคับการตำรวจจังหวัดวางแผนร่วมกันกวาดล้าง

ปฏิบัติการโดยรวมเห็นผลคืบหน้าทุกวันอย่างน่าพอใจ เพียงแค่เดือนแรกก็ได้ยึดตัวเลขจับกุมเอาผิดกับผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้เสพ ติดตามยึดทรัพย์ผู้ค้าเพิ่มสูงลิ่ว โดยเฉพาะการสาวถึงผู้ค้ารายใหญ่ที่เจ้าหน้าที่ของรัฐบุกทลายยึดทรัพย์ของพ่อค้ารายใหญ่ทางภาคเหนือ และการบุกเข้าจับกุมนายสยาม ทรัพย์-วรสิทธิ์ หรือสุภาพ สีแดง เจ้าของฉายา “ภาพ 70 ไร่” แหล่งค้ายาเสพติดรายใหญ่ในพื้นที่ชุมชนคลองเตย เป็นสิ่งที่ไม่เกิดขึ้นบ่อยนัก

รัฐบาลรายงานว่าผู้ค้ารายย่อยและผู้ติดยาเสพติดเป็นจำนวนมากกลับตัวกลับใจมารายงานตัวต่อเจ้าหน้าที่และร่วมมือปราบปรามแจ้งเบาะแสการค้ายาเสพติด

สังคมต่างแซ่ซ้อง ดมมือขานรับนโยบายเกรียวกราว เพราะเหลืออดเหลือทน เมื่อเยาวชน หรือ “คลังสมองของชาติ” ในอนาคตกำลังถูกกระบวนการค้ายาเสพติดซอมไชทำลายแรงสนับสนุนจากฝ่ายผู้ปกครองมีจำนวนมากมาย ไม่ใส่ใจกับตัวเลข “ฆ่าตัดตอน” รายวัน

แต่นับวันจำนวนคดี “ฆ่าตัดตอน” ก็เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เฉพาะช่วง 3 เดือนแรกระหว่างกุมภาพันธ์-เมษายน 2546 เกิดกรณีการฆ่ากันตายสูงถึง 2,405 คดี มีผู้ถูกฆ่าตายรวม 2,624 คน (ดูตารางหน้า 40) น่าสังเกตว่า ยอดจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงจากเดือนแรกของการปราบปรามคือ 1,389 เหลือ

เพียง 572 คนในเดือนสุดท้าย

ทุกสิ่งย่อมแสดงผลได้สองด้านเสมอ ภายใต้เงื่อนไขเวลา ความไม่พร้อม และความต้องการสนองนโยบายรัฐบาล ส่งผลกระทบตามมาอย่างคาดไม่ถึง

เจ้าหน้าที่ตำรวจ สน. บางชั้น สาดกระสุนยิงเข้าใส่ น้องฟลุค หรือ ด.ช. จักรพันธ์ ศรีสะอาด วัย 9 ขวบ ลงไปนอนจมกองเลือดเสียชีวิต ระหว่างไล่ล่าล่อซื้อยาบ้าจากมารดาของน้องฟลุค

ภาพของนายสุวิทย์ ไบสน์ ผู้ช่วยช่างภาพสถานีโทรทัศน์ช่อง 11 นำตานองหน้าทำให้ กัมมราบอ่อนวอนขอความเป็นธรรมต่อหน้านายกรัฐมนตรี เมื่อพ่อเลี้ยง-มารดาของเขาถูกยิงเสียชีวิต หลังมารดานำพ่อเลี้ยงเข้ารายงานตัว ตามคำเชิญชวนให้ผู้มีประวัติเกี่ยวพันกับยาเสพติดรายงานตัวเข้าค่าย

ต้องเพิ่มความเอาใจใส่ต่อผู้ติดยาเสพติด มีกระบวนการป้องกันกลุ่มเสี่ยง มีทางออกสำหรับผู้ติดยาอย่างรุนแรง และต้องระมัดระวัง มีให้การดำเนินการปราบปราม ล่วงละเมิดระบบยุติธรรม เพื่อให้ผู้ต้องสงสัยได้มีโอกาสพิสูจน์ตนเองและป้องกันมิให้ผู้บริสุทธิ์ต้องเสียชีวิต

อบรมต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ พันจากร้วโรงพัก สภ.ต.นาเฉลียง อ.หนองไผ่ จ.เพชรบูรณ์ เพียง 5 กิโลเมตร ทั้งสองคนถูกคนร้ายยิงเสียชีวิต

เสียงครวญจากเหยื่อผู้บริสุทธิ์ ทำให้ร่งแห่งชัยชนะถูกพลิกหาข้อเท็จจริง และทำให้หลายฝ่ายหันมาทบทวนมาตรการปราบปรามยาเสพติดให้มีผลกระทบต่อผู้บริสุทธิ์น้อยที่สุด

สงครามยาเสพติด ชัยชนะที่มาพร้อมคำถาม

การประกาศชัยชนะจากการทำสงครามยาเสพติดที่ดำเนินการมาตลอดระยะเวลา 10 เดือนของปี 2546 นับเป็นผลงานชิ้นโบว์แดงของรัฐบาลที่ประชาชนทั่วไปยอมรับและชื่นชม แต่ในความชื่นชมก็มีเสียงสะท้อนในเรื่องการใช้อำนาจรัฐและกระบวนการยุติธรรมที่ถูกตั้งคำถามจากฝ่ายนักสิทธิมนุษยชน วิธีการของรัฐสื่อให้คนต้องเลือกข้างระหว่างชาวกับดำ ความดีกับความชั่วอย่างชัดเจน คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนระดับโลก จัดทำรายงานนำเสนอต่อสาธารณชน สรุปตรงกันว่า ปฏิบัติการหลายเหตุการณ์ที่รัฐดำเนินการ อาจเข้าข่ายละเมิดสิทธิมนุษยชน เพราะการสั่งการและมอบนโยบายของรัฐบาลมีลักษณะชี้แนะและกดดันให้เจ้าหน้าที่รัฐใช้ความรุนแรงเกินกว่าเหตุ

ในรายงานของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติที่เสนอต่อรัฐบาลระบุว่า การขึ้นบัญชีรายชื่อผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดใช้ระยะเวลาอันสั้น ไม่ได้ผ่านกระบวนการกลั่นกรองอย่างถี่ถ้วนทำให้เกิดการกลั่นแกล้งกันในการเสนอรายชื่อ ก่อให้เกิดปัญหาผู้ไม่เกี่ยวข้องต้องถูกขึ้นบัญชีเป็นจำนวนมาก

เจ้าหน้าที่รัฐอาจฉกฉวยโอกาสนำชื่อบุคคลที่เคยมีปัญหา



ตารางแสดงจำนวนคดีฆ่าผู้อื่น คดีวิสามัญ คดีที่เจ้าหน้าที่ตำรวจเสียชีวิตหรือได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 30 เมษายน 2546

เดือน	คดีฆ่าผู้อื่น		ผลการจับกุมผู้ต้องหา (คน)	คดีวิสามัญฆาตกรรม (คน)	คดีที่เจ้าหน้าที่ตำรวจเสียชีวิต หรือได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ (เสียชีวิต/บาดเจ็บ)
	เกิด (คดี)	ตาย (คน)			
กุมภาพันธ์	1,247	1,389	84	31	4/9
มีนาคม	620	663	98	15	2/6
เมษายน	538	572	190	22	4/10
รวม	2,405	2,624	372	68	10/25

ที่มา: ข้อมูลที่สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้รับจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติเมื่อเดือนพฤษภาคม 2546



ฆ่าตัดตอน รวมทั้งรับเรื่องราวร้องทุกข์จากผลการดำเนินนโยบาย

รัฐบาลได้สนองพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในวโรกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2546 เกี่ยวกับคำถามต่อจำนวนคนตาย 2,500 ศพจากการปราบปรามยาเสพติดของรัฐบาล โดยสั่งการสำนักงานตำรวจแห่งชาติสืบสวนตัวเลขดังกล่าวเพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้น

“ฆ่าตัดตอน” ยังคงเป็นปัญหาคาใจผู้คนจำนวนมาก และนับเป็นความสูญเสียชีวิตคนบริสุทธิ์ที่ไม่อาจกลับคืนมาได้ ในขณะที่ชัยชนะก็ยังคงมีคำถามในเชิงความสำเร็จที่เบ็ดเสร็จเด็ดขาด หรือยั่งยืน

มิติที่ควรก้าวต่อไป ในสงครามยาเสพติดยกหน้า

การต่อสู้กับปัญหาเสพติดเป็นเรื่องระยะยาว การจะเอาชนะยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาดและยั่งยืนจึงต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และต้องเพิ่มความเอาใจใส่ในด้านที่เกี่ยวกับผู้ติดยาเสพติด มีกระบวนการป้องกันกลุ่มเสี่ยงโดยให้ความสำคัญด้านจิตใจ และมีทางออกสำหรับผู้ติดยาอย่างรุนแรง เพื่อไม่ให้ถูกทอดทิ้งจากสังคม

ที่สำคัญที่สุดคือ ต้องระมัดระวังมิให้การดำเนินการปราบปราม ล่วงละเมิดกระบวนการอำนวยความยุติธรรม เพื่อให้ผู้ต้องสงสัยได้มีโอกาสพิสูจน์ตนเองตามระบบยุติธรรม และเพื่อป้องกันมิให้ผู้บริสุทธิ์ต้องเสียชีวิต

เราคงไม่ต้องการให้สงครามเอาชนะยาเสพติดคือการสร้างอาณาจักรแห่งความกลัวในอีกรูปแบบหนึ่งขึ้นมาในสังคมไทย

มาก่อนมาใส่ในบัญชี มีการนำชื่อบุคคลที่เคยมีประวัติค้ายาเสพติด แต่เลิกยุ่งเกี่ยวไปแล้วกลับมาใส่ไว้อีก และญาติของผู้เกี่ยวข้องยังถูกเหมารวมเกี่ยวข้องกับยาเสพติดด้วย

รัฐบาลมุ่งเน้นใช้สถิติตัวเลขเป็นเกณฑ์วัดผลงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละจังหวัด ก่อให้เกิดปัญหาการจับกุมผู้บริสุทธิ์ และตัวเลขผู้ติดยาที่แท้จริงกับตัวเลขที่นำเสนอโดยรัฐบาลมีความแตกต่างกันมาก คือ จากการสำรวจและคาดประมาณว่ามีถึง 7 ล้านคน แต่รัฐให้ตัวเลขเพียง 5 แสนคน

เมื่อมีเสียงเรียกร้องเรื่องการฆ่าตัดตอน ทำให้รัฐบาลปรับเปลี่ยนมาตรการการคุ้มครองผู้บริสุทธิ์ โดยตั้งคณะกรรมการติดตามการให้ความคุ้มครองผู้ให้ความร่วมมือต่อทางราชการในการปราบปรามยาเสพติด และตั้งอัยการสูงสุดตรวจสอบคดี

นโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดครั้งนี้ให้ความสำคัญกับแผนงานป้องกันยาเสพติดและแผนงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดมากขึ้น โดยเฉพาะการยึดหลักการที่ว่าผู้เสพยาเสพติดเป็น “ผู้ป่วย” มิใช่ “อาชญากร” รัฐบาลทุ่มเงินสำหรับแผนงานป้องกันยาเสพติดเพิ่มขึ้นถึงเกือบ 7 เท่า จาก 200 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2544 เป็น 1,400 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2547 โดยเม็ดเงินในแผนงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูก็เพิ่มขึ้นจาก 970 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2544 เป็น 1,680 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2547

ที่มา: นวพลน้อย ตรีรัตน์ และนพฤทธิ์ อนันนภิบุตร. ยาเสพติดกับความมั่นคงของคนไทย. รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย



② ปี 2546 คนไทยขานรับ นโยบายออกกำลังกาย อย่างคึกคักทั่วประเทศ

เป็นที่ทราบกันดีทั่วไปว่า การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจเบื้องต้น
ต้องยึดหลักทางสายกลาง มีความพอดีของการกิน การขยับถ่าย การนอน
ให้พอเพียง ทำจิตใจให้สงบ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

คนทุกคนไม่สามารถอดิ๊งได้เป็นเวลานาน ๆ กับ 3 อย่างแรก เพราะ
กลไกภายในร่างกายไม่ยอมให้เราหยุดกิน หยุดนอน หยุดถ่ายได้ง่ายๆ
ส่วนเรื่องทางจิตใจ ไม่กังวล ไม่เครียด เรามักสร้างร่างกายและสมองของเรา
ไม่ได้อย่างใจนึก



**ทำอะไรจึงจะให้ความ
คึกคักเรื่องการออกกำลังกาย
มีต่อเนื่องติดต่อกันไปอย่างยั่งยืน และ
ทำอะไรให้การออกกำลังกายกลายเป็นสิ่ง
จำเป็นในการดำรงชีวิต
ของคนไทยส่วนใหญ่
และช่วยส่งผลให้คนไทย
รู้จักดูแลตนเองมากขึ้น**

๖๖ ดพอถึงการออกกำลังกาย ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมออกแรง เคลื่อนไหวต่างๆ ทั้งที่ตั้งใจทำ หรือเพื่อประกอบอาชีพ ซึ่งจะช่วยเหลือเสริมสร้างสุขภาพได้ทุกด้านและช่วยป้องกันโรคได้หลายชนิด กลับเป็นเรื่องที่คนมักมองข้ามไปง่าย ๆ ทั้ง ๆ ที่ การออกกำลังกายมีประโยชน์มหาศาล ทั้งต่อตัวเองและต่อสังคม

การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำให้หัวใจ ปอด ระบบหมุนเวียนของโลหิต กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อกระดูก ผิวหนัง แข็งแรงยิ่งขึ้น เพิ่มสมรรถภาพทางเพศ ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ลดไขมันในเส้นเลือด ลดความดันโลหิตสูง ลดความอ้วน เนื่องจากร่างกายนำไขมันมาเป็นพลังงานได้ดีกว่าเดิม ป้องกัน และรักษาโรคเบาหวาน ป้องกันโรคกระดูกเปราะ และยังช่วยทำให้ ความจำดีขึ้น นอนหลับดีขึ้น อารมณ์ดีขึ้นเนื่องจากการหลั่งสาร

เอ็นโดฟิน (endorphin) และเซโรโตนิน (serotonin) ในสมอง การออกกำลังกายยังเป็นการสร้างความมั่นคงต่อสุขภาพ สังคมด้วย เพราะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสถานประกอบการร้อยละ 20-55 ช่วยลดอัตราการหยุดงานจากการเจ็บป่วย ประมาณร้อยละ 6-32 ประโยชน์สำคัญสูงสุดคือส่งเสริม คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งต่อตัวบุคคลและครอบครัว ส่งเสริมวิถีชีวิต ที่ปลอดภัย ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ทั้งจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและจากยาเสพติด และลดปัญหาความรุนแรง ในกลุ่มวัยรุ่น

คนไทยกับนโยบายออกกำลังกาย

ด้วยลักษณะงาน ชีวิต และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการ ออกกำลังกายของคนในเมืองกับชนบท เห็นชัดว่าคนที่ทำงาน ในไร่จะมีการเคลื่อนไหวของร่างกายและได้รับแสงแดดอย่างสม่ำเสมอ ส่วนคนในเมืองมีวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมเป็นรอง คนในชนบท และเคลื่อนไหวร่างกายน้อยกว่า คนเมืองที่ไม่ค่อย ได้ออกกำลังกายมักจะบ่นว่าไม่มีเวลา ไม่มีสถานที่ หรือ อ่างฟ้าฝนไม่พอใจในการออกกำลังกาย โดยมักจะผลัดวัน ประกันพรุ่งไปเรื่อย ๆ

ที่จริงคนไทยส่วนใหญ่รู้ว่าการออกกำลังกายช่วยทำให้ ร่างกายแข็งแรงและป้องกันสารพัดโรค แต่สถิติการออกกำลังกายของคนไทยจากรายงานสาธารณสุขไทยปี 2542/2543 พบว่า ในช่วง พ.ศ. 2530-2544 มีคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำอยู่เพียงประมาณร้อยละ 21-24 เท่านั้น

ในปี 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจการเล่น กีฬาของคนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไป พบว่ามีเพียงร้อยละ 30 ของคน ไทยที่เล่นกีฬา กล่าวได้ว่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา คนไทยที่ ออกกำลังกายเป็นประจำดูเหมือนจะเป็นจำนวนคงเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง

งานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพแห่งชาติซึ่งจัดขึ้นเป็น ครั้งแรกเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน ปี 2545 ที่ท้องสนามหลวง ทำให้สาธารณชนเริ่มรับรู้อย่างกว้างขวางว่ารัฐบาลกำลัง ดำเนินนโยบายออกกำลังกาย เปิดตัวนโยบายด้วยการเชิญชวนคนไทยมาร่วมทำลายสถิติโลก การเดินแอโรบิกลงใน หนังสือกินเนสบุ๊กร

รัฐบาลวางเป้าหมายว่า ในปี 2547 ในกลุ่มประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจำนวนคนที่ออกกำลังกายเป็นร้อยละ 55 และ ในปี 2548 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 เป้าหมายที่วางไว้สำหรับ เด็กอายุในกลุ่มนี้เกิดจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่า เด็กไทยในวัยประถมอายุระหว่าง 6 - 12 ปี กำลังถูกคุกคาม ด้วยโรคอ้วน

ในปี 2546 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เริ่มเดินแผนงาน จัดตั้งชมรมออกกำลังกาย ภายใต้โครงการขยายกายสบายชีวิ ผ่านหน่วยงานระดับจังหวัดอย่างน้อยตำบลละหนึ่งชมรม จน ครอบคลุมพื้นที่

จับมือกับกระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) ส่งเสริมการออก กกำลังกายขึ้นในโรงเรียน ดึงมหาวิทยาลัย สื่อมวลชน และเอกชน ร่วมเป็นต้นแบบการจัดสถานที่ส่งเสริมให้เกิดการออกกำลังกาย

ในเวลาว่างหลังเลิกเรียน และหลังเลิกงานด้วยการสนับสนุนพื้นที่ว่าง ตั้งชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับการกีฬาแห่งประเทศไทย (กกท.) สนองนโยบายรัฐบาลจัดสรรเงินทุน 76 ล้านบาท จังหวัดละหนึ่งล้านบาท ผ่านสมาคมกีฬาเพื่อมวลชนระดับจังหวัด มุ่งเน้นให้ประชาชนระดับรากหญ้าสนใจกีฬามากขึ้น

ส่งท้ายกิจกรรมประจำปี 2546 วันที่ 27 พฤศจิกายน สธ. จัดงานมหกรรมรวมพลสร้างสุขภาพครั้งที่ 2 ภายใต้สโลแกนรวมพลคนเสื้อเหลืองที่ท้องสนามหลวง ให้ผู้เข้าร่วมงานเดินแอโรบิกพร้อมใจกันสวมเสื้อสีเหลือง เวทีครั้งนี้มีประชาชนร่วมงานตามเวทีต่าง ๆ ที่จัดพร้อมกันทั่วประเทศถึง 8,574,657 คน เฉพาะในกรุงเทพฯ มีตัวเลข 71,986 คน

จากผลการรณรงค์ รัฐบาลสามารถผลักดันตั้งชมรมสร้างสุขภาพเพิ่มขึ้น 33,030 ชมรม จากเดิม 10,638 ชมรม และได้รับเกียรติจากองค์การอนามัยโลกคัดเลือกให้เป็นเจ้าภาพจัดประชุมการส่งเสริมสุขภาพแห่งโลกครั้งที่ 6 ที่กรุงเทพฯ ในเดือนสิงหาคม ปี 2548

กระแสออกกำลังกายที่รัฐบาลใหม่ประชาสัมพันธ์เพื่อบอกกล่าวให้ประชาชนรับรู้ ส่งผลให้เกิดการเผยแพร่กีฬาใหม่ๆ ในเมืองไทย เช่น ไตรกีฬา สปอร์ตแอโรบิก ไฮโดรแอโรบิก (แอโรบิกในน้ำ) และเทโบ หรือการออกกำลังกายที่มีอยู่แล้วได้รับความนิยมมากขึ้น เช่น การฝึกทำโยคะ หรือรำมวยไทเก็ก

มีการผสมผสานศิลปวัฒนธรรมเพราะกลัวว่าศิลปะพื้นบ้านจะสูญหาย ด้วยการดัดแปลงผสมให้เข้ากับจังหวะของการออกกำลังกายตามท้องถิ่นต่างๆ เช่น การเต้นโนราบิกของภาคใต้ และการฟ้อนเจิงทางภาคเหนือ

ความสำเร็จที่ชัดเจนจากการปลุกกระแสของรัฐบาลเพื่อตักกิจกรรมออกกำลังกายเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของ กิจกรรมในชีวิตแต่ละวัน คือนำคนออกมาเดินแอโรบิกได้มากตามสวนสาธารณะ หรือลานว่างบริเวณหน้าห้าง

สรรพสินค้าบางแห่ง เกิดภาพการรวมตัวกันโดยมิได้นัดหมาย ไม่เข้าตูดกันตอนเย็น จะมองเห็นผู้คนเริ่มทยอยกันเข้ามาเพื่อเตรียมตัวออกกำลังกายด้วยท่าเดินแอโรบิก

ข้อมูลจากการสำรวจของ สสส. พบว่าบางท้องที่ในชนบทหลังให้ทุนไปดำเนินกิจการป้องกันรักษาสุขภาพ พบว่าผู้เฒ่าผู้แก่จากเคยเหงาหงอยเหงาเศร้าซึมเพราะภัยร้ายจากโรคที่เป็นอยู่ประจำตัว เริ่มดีขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเหล่านี้ออกไปรวมกลุ่มกันออกกำลังกาย

มีผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพตั้งข้อสังเกตว่า แอโรบิกกลายเป็นกระแสนิยมของผู้คนเพราะถูกดึงมาเป็นต้นแบบโดยผู้บริหารประเทศเชิญชวนให้คนสนใจมาร่วมออกกำลังกายอย่างมากมายนั้น อาจทำให้เกิดยอดจำหน่ายผู้ป่วยข้อเสื่อมเพิ่มสูงขึ้น เพราะท่าเดินที่ไปเน้นจังหวะเร็วและกระแทกเท้าค่อนข้างมาก

แนวโน้มและทิศทางในอนาคต

การตื่นตัวต่อการออกกำลังกายของคนไทยในปี 2546 เป็นสัญญาณทางบวกต่อสุขภาพของสังคมไทย เพราะหากคนไทยส่วนใหญ่ในสังคมทุกเพศทุกวัยออกกำลังกายเป็นประจำย่อมส่งผลให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า ประหยัดงบประมาณของรัฐ ในการจัดระบบบริการสุขภาพ ลดเวลาหยุดงานจากความเจ็บป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้ประเทศชาติมั่นคงขึ้นแน่นอน

คำถามที่น่าติดตามในเรื่องนี้ต่อไปก็คือ ทำอย่างไรจะให้ความฉឹกฉักในปีนี้มีต่อเนื่องติดต่อกันไปอย่างยั่งยืน ทำอย่างไรให้การออกกำลังกายกลายเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่ และการออกกำลังกายจะช่วยส่งผลให้คนไทยรู้จักดูแลตนเองมากขึ้นได้อย่างไร

สิ่งที่ขาดหายไปจากแนวทางการส่งเสริมการออกกำลังกายที่สำคัญคือ การรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลการออกกำลังกายที่เหมาะสมถูกต้อง และข้อควรระมัดระวังเมื่อออก





กำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ผู้มีความพิการ หรือผู้ป่วย
เพราะการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงสามารถ
กำหนดเป้าหมายแตกต่างกันดังนี้

1. เพื่อฝึกฝนความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ มีทั้ง
การใช้น้ำหนักภายนอกและน้ำหนักหรือแรงต้านของตนเอง ผู้มี
ปัญหาเกี่ยวกับข้อทำได้โดยการดัดข้อ งอตัว ลูกนั่ง หรือเกร็ง
กล้ามเนื้อมัดต่างๆ โดยเกร็งกล้ามเนื้อเต็มที่และคงไว้เป็นเวลา
6-10 นาทีจึงผ่อนแรง ควรทำวันละ 5-10 ครั้ง ควรมีระยะพัก
ระหว่างการเกร็งครั้งหนึ่ง ๆ ไม่ต่ำกว่า 1 นาที การเกร็ง
กล้ามเนื้อให้ค้างไว้ 3-6 วินาที

2. เพื่อฝึกฝนความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อมีหลายรูปแบบ
ที่ทำได้ง่ายคือการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในการทำต้องทำ
อย่างช้าๆ จนถึงจุดที่รู้สึกตึงแต่ไม่เจ็บปวด ค้างไว้ท่าละ 10-30
วินาที

3. เพื่อฝึกฝนความทนทานของระบบหายใจและระบบ
ไหลเวียนโลหิต เป็นการออกกำลังกายที่ค่อนข้างมีแบบแผน
ด้วยแรงที่เหมาะสมสะสมให้ได้อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ทำ
ประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ อัตราการเต้นของหัวใจ
ที่เหมาะสมขณะออกกำลังกาย คือร้อยละ 65-80 ของอัตรา
การเต้นสูงสุดของหัวใจ



การออกกำลังกายที่ถูกต้อง

1. เหมาะกับอายุ เพศ และสภาพร่างกาย

- ผู้สูงอายุ เดินเร็ว ๆ ดีที่สุด
- ผู้ใหญ่วัยทำงาน วิ่งเหยาะๆ ทำได้ง่าย
และประหยัด
- เด็ก วิ่งเล่นเหมาะที่สุด
- ผู้ป่วยและคนพิการ ต้องหาวิธีที่เหมาะสม

2. ออกกำลังกายให้ถูกเวลา เช้า เย็น คำ ไม่ควร
ออกกำลังกายในเวลาอากาศร้อนจัด ควรออกกำลังกาย
หลังหรือก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

3. ไม่ควรออกกำลังกายเวลาที่เจ็บป่วย มีไข้
หรือเวลาที่ท้องเสีย เพราะร่างกายขาดน้ำ และเกลือแร่
ทำให้อ่อนเพลีย อาจเป็นลมหรือเป็นตะคริวได้

4.อบอุ่นและผ่อนคลายร่างกาย ก่อนหรือหลัง
ออกกำลังกายทุกครั้ง เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อ
การบาดเจ็บ และช่วยให้หายเมื่อยล้าได้เร็ว

5. เลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม สวมใส่เสื้อผ้า
ที่ยืดหยุ่น ระบายความร้อนได้ดี สวมรองเท้าผ้าใบ
ช่วยให้เกิดการยืดหยุ่นในการออกกำลังกายหลายรูปแบบ
เช่น เดินเร็ว วิ่ง และเล่นกีฬาประเภทต่างๆ

6. หยุดออกกำลังกายทันที หากมีอาการเตือนที่
แสดงว่าเริ่มมีอันตราย เช่น เวียนศีรษะ หายใจขัด
เจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2545.

การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ:
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.



3 โครงการ 30 บาท แม้มีปัญหา แต่คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างระบบ “หลักประกันสุขภาพ” ถือเป็นหน้าที่ที่รัฐต้องเข้ามาดูแล เพื่อสร้างเสริมสวัสดิการและคุ้มครองให้ประชาชนทุกกลุ่มเพื่อความเท่าเทียมกันทางสังคมในเรื่องบริการทางสุขภาพ

ภาครัฐใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องมากกว่าสิบปีเพื่อคิดค้นและจัดหาระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับสังคมไทย ก่อนที่จะมี “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ได้มีการพัฒนาโครงการประกันสุขภาพมาแล้วหลายระบบ

แต่กลับปรากฏว่ายังมีคนไทยอีกกว่า 18 ล้านคน หรือเกือบร้อยละ 30 ของคนไทยทั่วประเทศ ไม่มีระบบประกันสุขภาพใดๆ ให้กับชีวิต

พลิกปมที่มาของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

๒
ย

อนหลังประมาณเดือนตุลาคม 2543 เครือข่ายภาคประชาชน 11 องค์กร ร่วมรณรงค์เพื่อให้รัฐบาลในสมัยนั้นสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พร้อมจัดทำเสนอร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยการรวบรวมรายชื่อจากประชาชนให้ได้ 50,000 ชื่อ ตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้ประชาชนมีสิทธินำเสนอกฎหมายต่อสภาผู้แทนราษฎร เพื่อให้ตรากฎหมายฉบับดังกล่าวขึ้นในปี 2544

ช่วงเวลาเดียวกันนี้ พรรคการเมืองต่างๆ กำลังหาเสียงเลือกตั้ง พรรคไทยรักไทยจึงหยิบยกนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาหาเสียงกับประชาชนภายใต้ชื่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เมื่อพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะจากการเลือกตั้งในเดือนมกราคม 2544 นโยบายนี้จึงมีผลนำไปสู่การปฏิบัติ ท่ามกลางแรงสนับสนุนจากทุกฝ่าย ไม่มีเสียงวิจารณ์ใดๆ เพราะต้องการให้ระบบนี้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

เดือนเมษายน 2544 รัฐบาลเริ่มต้นดำเนินโครงการทันที นำร่องก่อนใน 6 จังหวัด ขยายสู่อีก 15 จังหวัดเมื่อเดือนมิถุนายน 2544 และครอบคลุมทั้งประเทศเมื่อเดือนเมษายน 2545

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สรุปตัวเลขจำนวนเครือข่ายสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบดังกล่าว ณ เดือนกันยายน 2546 แยกเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 822 แห่ง สังกัดหน่วยงานอื่นๆ 73 แห่ง และภาคเอกชนอีก 87 แห่ง รวมทั้งหมด 982 แห่งทั่วประเทศ

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจึงเป็นนโยบายสำคัญทางสุขภาพที่รื้อรากฐานระบบการให้บริการสุขภาพเดิมของประเทศ ถือเป็น การปฏิรูปการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ

เสียงสะท้อนต่อโครงการและปัญหาที่ปะทุขึ้นในปี 2546

หลังโครงการดำเนินไปได้หนึ่งปีเศษ เสียงสะท้อนจากฝ่ายผู้ให้บริการ หรือบุคลากรสาธารณสุขของรัฐ และฝ่ายที่ต้องประเมินผลโครงการเริ่มปรากฏแพร่หลายสู่สาธารณชน

เสียงจากประชาชนในฐานะผู้รับบริการ ผ่านผลสำรวจความคิดเห็นหรือโพลจากหลายๆ องค์กร เสียงส่วนใหญ่ให้การต้อนรับนโยบายเป็นอย่างดี ทุกคนเห็นตรงกันว่าสามารถเข้าถึงบริการการรักษาเพิ่มขึ้น เช่น ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อเดือนกันยายน 2546 พบว่าประชาชนร้อยละ 97 พอใจโครงการนี้ และร้อยละ 91 ต้องการให้รัฐบาลดำเนินโครงการนี้ต่อไป

แต่ผลสำรวจขึ้นเดียวกันนี้ก็พบด้วยว่า ผู้รับบริการประมาณหนึ่งในสามไม่พอใจเรื่องคุณภาพยา เพราะขาด

กว่าจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- พ.ศ. 2518** รัฐบาลเริ่มนโยบายรักษาฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อย แต่ยังไม่มีการออกบัตร
- พ.ศ. 2524** ออกบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ประมาณ 11 ล้านคน หรือร้อยละ 23 ของประชากรทั่วประเทศ
- พ.ศ. 2526** ปีผู้สูงอายุสากลมีการแยกแยะผู้สูงอายุเป็น 4 ประเภท คือ 1. มีความสามารถจ่ายเงินเอง 2. ใช้สิทธิข้าราชการ 3. ถือบัตรสงเคราะห์ 4. มีรายได้น้อย ไม่มีบัตรสงเคราะห์
- พ.ศ. 2530** เริ่มโครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ (บัตรสุขภาพ)
- พ.ศ. 2533** เริ่มใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม
- พ.ศ. 2535** รัฐบาลประกาศนโยบายรักษาพยาบาลผู้สูงอายุไม่คิดมูลค่า (เฉพาะโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข)
- พ.ศ. 2536** ขยายนโยบายครอบคลุมผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูล เปลี่ยนชื่อโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)
- พ.ศ. 2541** ปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและข้าราชการ
- พ.ศ. 2544** วันที่ 1 เมษายน เริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นำร่อง 6 จังหวัด
วันที่ 1 มิถุนายน ขยายเป็น 15 จังหวัด
วันที่ 1 ตุลาคม ขยายทั่วประเทศ ยกเว้น กทม.
1 เมษายน 2545 ครอบคลุมทั่วประเทศ
- 18 พฤศจิกายน 2545** ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ความมั่นใจและกังวลใจว่าค่าใช้จ่ายเพียง 30 บาทจะช่วยสร้างหลักประกันให้ได้รับการรักษาและยาที่มีคุณภาพจริงหรือไม่

ฝ่ายผู้ให้บริการ โดยเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาลใหญ่ๆ สะท้อนปัญหาด้านทุนต่อหัวที่รัฐบาลคำนวณให้กับผู้ป่วย ซึ่งรวมเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์ เหมารวมหมด ทั้งเงินเดือนแพทย์ พยาบาล ลูกจ้าง ค่ายา และเวชภัณฑ์ ฯลฯ เข้าไปด้วย ต้นทุนต่อหัวปีแรกตกหัวละ 1,202 บาทนั้นไม่เพียงพอต่อภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องแบกรับ แต่สำหรับโรงพยาบาลเล็กๆ แล้วกลับประสบปัญหาหน้ามือ เนื่องจากมีจำนวนบุคลากรที่ต้องจ่ายเงินเดือนให้น้อยกว่ากันมาก

ขึ้นสู่ปีที่สองของโครงการ รัฐบาลปรับเปลี่ยนวิธีแยกเงินเดือนบุคลากรทางการแพทย์ออกจากค่าใช้จ่ายต่อหัว ส่งผลให้จำนวนเงินที่โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอได้รับลดฮวบลงทันที เพราะได้รับเฉพาะงบค่าใช้จ่ายรายหัวของจำนวนประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบเท่านั้น

ประมาณกลางปี 2546 เริ่มปรากฏมีข่าวที่ขึ้นเป็นระยะว่า โรงพยาบาลเล็กๆ ต่างประสบปัญหาการขาดทุน และเรียกร้องขอให้รัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพิ่มก่อนที่จะสายเกินแก้ จนต้องตัดสินใจปิดบริการ มีการสำรวจพบว่า มีโรงพยาบาลถึง 235 แห่งขาดสภาพคล่อง เป็นหนี้สินรวมกว่า 945 ล้านบาท และโรงพยาบาลชุมชนจำนวนกว่า 230 แห่งจากทั้งหมด 726 แห่ง ประสบปัญหาวิกฤติ ขาดยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ที่จะให้บริการประชาชน เนื่องจากบริษัทยาและเจ้าหน้าที่หลายรายงดสินค้าและหยุดส่งของ

ในส่วน of สถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ข้อมูลจาก สปสช. ระบุว่า ในปีงบประมาณ 2546 มีโรงพยาบาลเอกชนออกจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 15 แห่ง ทั้งนี้ในปี 2545 มีโรงพยาบาลเอกชนเริ่มถอนตัวไปบ้างแล้ว เช่น โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม 1 และ 2 เป็นต้น

เหตุผลหลักของการถอนตัวคือ ไม่คุ้มทุนหรือขาดทุนนั่นเอง ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ 30 บาทคนหนึ่งกล่าวว่า หากจะให้คุ้มกับการลงทุนและการดำเนินการจะต้องมีประชาชนเลือกโรงพยาบาลนั้นเป็นที่รักษาพยาบาลอย่างต่ำ 30,000 ราย แต่หากเป็นคลินิกชุมชนซึ่งเป็นคลินิกที่ให้บริการเบื้องต้นก่อนจะส่งต่อมายังโรงพยาบาลจะต้องมีผู้เลือกอย่างน้อย 10,000 คน

ฝ่ายประเมินผลโครงการ

ศาสตราจารย์อัมมาร สยามวาลา จากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ ในฐานะหัวหน้าคณะวิจัย

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคระยะแรก นำเสนอผลวิจัยว่า รัฐบาลเร่งรีบดำเนินโครงการ ขาดการเตรียมการที่ดีพอ ทำให้ต้องแก้ปัญหาแบบวันต่อวัน เพราะโดยข้อเท็จจริง รัฐจะต้องมีงบประมาณไม่ต่ำกว่าแสนล้านบาทสำหรับดำเนินโครงการ แต่ข้อเท็จจริงกลับปรากฏว่ารัฐบาลมีเม็ดเงินเพียง 6-7 หมื่นล้านบาทเท่านั้น

ดร. วิโรจน์ ณ ระนอง อีกหนึ่งในทีมวิจัยนี้สะท้อนปัญหาไว้สอดคล้องกันว่า “หากรัฐบาลต้องการทำโครงการ 30 บาทให้เป็นนโยบายหลักหนึ่งในสี่ของประเทศ ต้องมีเงินมาบริหารจัดการ ปัญหาของโครงการนี้คืองบประมาณไม่เพียงพอ ไม่ใช่เรื่องของบริหารจัดการที่ล่าช้า”

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี มองว่าโครงการ 30 บาทเป็นเพียงส่วนหนึ่งของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การนำ 30 บาทเป็นตัวเดินนโยบายของรัฐบาลกำลังจะกลายเป็นการนำเงินของคนจนมาจ่ายให้กับคนรวย

ชมรมแพทย์ชนบทมองเห็นปัญหาไม่ต่างกันว่า ค่าใช้จ่ายต่อหัวที่ตั้งไว้ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และเห็นว่าวิธีรวมต้นทุนต่อหัวกับเงินเดือนของบุคลากรทางการแพทย์ช่วยกระจาย

งบประมาณอย่างเป็นธรรม ทำให้ประชาชน โดยเฉพาะในท้องที่ห่างไกลได้รับบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” และเกิดการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ลงสู่พื้นที่ที่ขาดแคลน

รัฐบาลเองก็ยอมรับว่า ยังไม่ทราบต้นทุนที่แท้จริงของโครงการ 30 บาท แต่เมื่อเป็นโครงการที่ดี เป็นประโยชน์แก่คนส่วนใหญ่จึงต้องลงมือทำและทำไปปรับไป นายกรัฐมนตรีเองคาดการณ์ว่าต้องใช้เวลาประมาณอีก 4-5 ปี จึงจะสามารถหาต้นทุนที่แท้จริงได้

ดังนั้นปัญหาที่ปะทุชัดเจนในปี 2546 หลัก ๆ จึงมาจากเรื่องการเงินของโครงการ และกระบวนการดำเนินงานที่ใช้ระบบ “เหมาโหล” เหมือนกันในทุกพื้นที่ ทั้ง ๆ ที่แต่ละพื้นที่มีปัญหาแตกต่างกัน

ผลการวิจัยของศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะ

เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระบุว่า เมื่อสอบถาม

ประชาชนในเรื่องคุณภาพในการรักษาพยาบาล พบว่ากลุ่มประชาชนมีความเห็นที่แตกต่างกัน เช่น ประชาชนผู้รับบริการต่างพึงพอใจคุณภาพการรักษาในแง่ที่มีการตรวจละเอียดมากขึ้น ขณะที่บางกลุ่มเห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพของการบริการก่อนและหลังโครงการ 30 บาท โดยไม่นำเรื่องราคารามาเกี่ยวข้องคิดว่าคุณภาพการบริการเหมือนเดิม ไม่แตกต่างกันมาก

แต่เมื่อมองคุณภาพในการรักษาโดยรวม นักวิชาการมองว่าโครงการ 30 บาท คุณภาพในการรักษาอาจต่ำกว่า เนื่องจากความจำกัดในด้านงบประมาณที่มีผลต่อรายการบัญชียาของโรงพยาบาล ประชาชนต้องรอ

นาน และคุณภาพยาแตกต่างจากการใช้สิทธิแบบอื่น

คุณภาพการบริการและรักษาจึงด้อยกว่าการใช้ระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ดังการเปรียบเทียบอัตราค่าบริการต่อหัวของโครงการ 30 บาท เฉลี่ยที่ 1,202 บาท (ปี 2547 เพิ่มขึ้น 1,308.50 บาท) เห็นได้ว่าอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าการบริการจากกองทุนประกันสังคม (เฉลี่ย 1,558 บาทต่อหัว) และกองทุนสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ (เฉลี่ย 2,106 บาทต่อหัว)

นอกจากนี้ยังมีปัญหาสืบเนื่องจากคุณภาพการบริการและรักษาโรคบางโรคที่ไม่รวมอยู่ในบริการของโครงการ 30 บาท ซึ่งอาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้เกิดการโต้เถียงที่รุนแรงกลายเป็นภาพพจน์ที่ไม่ดี โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง และเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ชดเชยค่าเสียหายจากผู้ป่วย

จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ระบุว่า เดิมแพทย์ลาออกเฉลี่ยปีละประมาณ 200 คน แต่ในรอบกว่า 2 ปีของการดำเนินโครงการ 30 บาท จำนวนแพทย์ที่ลาออกไปสูงถึง 950 คน

เพื่อให้โครงการ 30 บาทคือหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มาพร้อมกับคุณภาพและประสิทธิภาพ ต้องทำความเข้าใจต่อปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในทุกระดับ และวางระบบการพัฒนาแบบแผนการประเมินผลในทุกระดับอย่างเป็นระบบและโปร่งใส

สืบเนื่องจากเหตุผลหลายประการ คือเงินเดือนน้อยงานหนัก กลัวการถูกฟ้องร้องหากมีการรักษาผิดพลาด และขาดขวัญกำลังใจ โดยเฉพาะจากผลพวงการปฏิรูประบบราชการทำให้ไม่ได้บรรจุเป็นข้าราชการ เป็นเพียงพนักงานของรัฐ นอกจากนี้ยังมีเรื่องกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง คือพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพและกฎหมายการขึ้นสูดรฟลลคศพ

นายแพทย์ทักษพล ธรรมรังสี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศเปิดเผยว่า แม้ความสามารถในการผลิตแพทย์ของไทยจะเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าในช่วงเวลาเพียง 10 ปี แต่การขาดแคลนแพทย์กลับไม่ได้ลดลง โดยเฉพาะถ้าพิจารณาการกระจายกำลังแพทย์กลับมีปัญหามากขึ้น เพราะขณะที่มีแพทย์เพิ่มขึ้น 9,473 คนในช่วงระหว่างปี 2536-2545 กลับมีแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นเพียง 681 คน ที่จังหวัดหนองบัวลำภูแพทย์หนึ่งคนต้องดูแลประชากร 27,817 คน ซึ่งแตกต่างจากกรุงเทพฯ กว่า 40 เท่า

ทำไมให้โครงการ 30 บาท คือหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างแท้จริง?

เพื่อให้โครงการ 30 บาทคือหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มาพร้อมกับคุณภาพและประสิทธิภาพ และไม่มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง มีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจต่อปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในทุกระดับ และต้องมีการวางระบบการพัฒนาแบบแผนการประเมินผลโครงการ 30 บาทในทุกระดับอย่างเป็นระบบและโปร่งใส

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถึงขณะนั้นนโยบายการปฏิรูปแบบองค์รวมทั้งระบบสุขภาพจริงๆ ยังมีความไม่แน่นอนมาก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง ต้องอาศัยพลังขับเคลื่อนของสังคมช่วยกันผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติทั้งระบบขึ้นให้ได้ในอนาคต

สำหรับมิติของปัญหาต่างๆ ของโครงการ 30 บาท ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีข้อเสนอจากภาครัฐและจากประชาคมสุขภาพ ดังนี้

1. ปัญหาการกระจายกำลังบุคลากรในพื้นที่ทั่วประเทศไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัญหาดังเดิมของสังคมไทย กระทรวงสาธารณสุขเองได้วางแผนในการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดความพร้อม และลงตัวกับพื้นที่และจำนวนประชากร และเพิ่มขีดความสามารถให้เพียงพอกับความต้องการของพื้นที่ โดยแบ่งแผนออกเป็น 3 ระยะคือ

■ มาตรการระยะสั้น จะหมุนเวียนแพทย์ในสถานพยาบาลตามโครงการ 30 บาทออกไปช่วยพื้นที่ขาดแคลน

■ มาตรการระยะกลาง เร่งผลิตแพทย์เพิ่ม รับผิดชอบปริญญาตรี สายวิทยาศาสตร์ในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์มาเรียนแพทย์หลักสูตร 5 ปี โดยจัดการเรียนการสอนร่วมกับมหาวิทยาลัย

■ มาตรการระยะยาว จะจัดระบบการกระจายแพทย์ตามหลักภูมิศาสตร์ โดยพื้นที่ที่มีประชากรมากต้องได้แพทย์เพิ่ม

■ มาตรการเสริมเพื่อเพิ่มขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร



สาธารณสุข คือได้รับเงินเดือน ระดับชั้น ได้รับค่าตอบแทนตามปริมาณหรือความรับผิดชอบ มีโบนัส เป็นต้น

ข้อควรคำนึงในเรื่องนี้ก็คือ รัฐบาลต้องระมัดระวังมิให้การผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลของภูมิภาคและโลกเกิดการแย่งชิงบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะทำให้สภาพปัญหาในปัจจุบันน่าจะเลวร้ายลงไปอีก และมาตรการทั้ง 3 ระยะก็จะไร้ผล

2. ปัญหาการมีมาตรฐานค่าใช้จ่ายที่ใช้แบบเดียวกันทั้งประเทศ ควรนำมิติในพื้นที่มาพิจารณาร่วมด้วย เช่น จำนวนเจ้าหน้าที่ต่อจำนวนประชาชน จำนวนผู้สูงอายุ คนจน คนพิการ และความทุรกันดารของพื้นที่ และควรพิจารณาให้มีทางเลือกต่าง ๆ ได้แก่ แบ่งเป็นบริการขั้นต่ำและบริการเสริม และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจในการออกค่าใช้จ่าย เป็นต้น

นอกจากนี้ควรสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นและจัดสรรงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อให้สถานพยาบาลแต่ละแห่งสามารถวางแผนจัดการได้ล่วงหน้าในระยะยาว รวมไปถึงเพียงพอที่จะจ้างบุคลากรเพิ่มเพื่อสร้างมาตรฐานและประสิทธิภาพในการรักษา

3. ปัญหาที่บุคลากรบางพื้นที่ต้องทำงานหนักจนขาดโอกาสที่จะพัฒนาศักยภาพตนเองให้ก้าวหน้าในวิชาชีพ ต้องเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ตามจังหวัดต่างๆ มีโอกาสและความก้าวหน้าในวิชาชีพ สนับสนุนสวัสดิการแหล่งทุนทำวิจัย และกิจกรรมขับเคลื่อนทางสังคมในโอกาสต่างๆ เพื่อประโยชน์ต่อพื้นที่ถิ่น ส่งผลให้เกิดขวัญและกำลังใจและความมั่นคงในการทำงาน

4. จัดตั้งศูนย์เพื่อการไหลเวียนของระบบข้อมูลข่าวสารและความเคลื่อนไหวต่างๆ เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายแลกเปลี่ยนประสบการณ์และรับฟังปัญหาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศ และการค้นหาต้นแบบของสถานพยาบาลในโครงการ 30 บาทที่สามารถพึ่งตนเองได้ เพื่อให้เป็นแหล่งเรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ให้กับสถานพยาบาลอื่นๆ





4 ทำอย่างไรอาหารไทย จึงจะปลอดภัย ครบวงจร?

ในแต่ละปี ตัวเลขจำนวนคนไทยป่วยท้องร่วง เฉพาะเท่าที่มีรายงาน ตกประมาณหนึ่งล้านคน โดยมีสาเหตุหลักๆ มาจากเชื้อโรคที่ปะปนอยู่ในอาหารและน้ำที่บริโภค และตัวเลขคนป่วยจากการบริโภคอาหารที่มีสารอันตรายตกค้าง มีอยู่ประมาณ **40,000 คน**

เมื่อมาดูสถิติการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าว ในการประชุมเรื่องนโยบายและยุทธศาสตร์ความปลอดภัยด้านอาหาร เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2546 ว่า ช่วง 10 ปีมานี้พบสถิติคนไทยป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ



โดยสาเหตุของโรค ร้อยละ 30-40 เกิดจากการบริโภคอาหารและการดำเนินชีวิต แต่ถ้ามาเจาะจงมองที่สุขภาพของกลุ่มเกษตรกรผู้คือต้นทางสำคัญของการผลิตอาหารป้อนสังคม เป็นเวลายาวนาน 10 ปีติดต่อกันแล้ว (พ.ศ. 2535-2544) ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทำการสำรวจเพื่อค้นหาความชุกของโรคที่เกิดจากสารกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร พบว่ามีผู้ได้รับพิษสารกำจัดศัตรูพืชเกินขีดความปลอดภัย คือถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติสูงประมาณร้อยละ 13-25

เรายังพบตัวเลขการนำเข้ายากำจัดศัตรูพืชและปุ๋ยจากข้อมูลการรายงานของกระทรวงพาณิชย์ โดยกรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ ตั้งแต่ปี 2536-2544 มีตัวเลขเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี โดยเฉพาะการนำเข้ายากำจัดศัตรูพืชซึ่งเพิ่มขึ้นสูงตลอดเวลา สารกำจัดศัตรูพืชที่ใช้กันมากที่สุดคือสารกำจัดวัชพืช ซึ่งใช้รวมทั่วประเทศปีละประมาณ 23,000 ตัน รองลงมาคือสารกำจัดแมลงประมาณ 15,000 ตัน และสารกำจัดเชื้อราประมาณ 6,000 ตัน

จึงไม่น่าแปลกใจที่การสำรวจในปี 2539 ของกองอาชีวอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าเกษตรกรที่สัมผัสสารกำจัดวัชพืชพาราควอตใน 6 จังหวัดทางภาคกลางของประเทศ จำนวน 545 ราย มีอาการเกี่ยวเนื่องจากการได้รับพาราควอตสูงถึงร้อยละ 58 และมีสมรรถภาพปอดผิดปกติ ร้อยละ 8 โดยอัตราผิดปกตินี้สัมพันธ์กับระยะเวลาที่ทำอาชีพเกษตรกร

โครงการความปลอดภัยด้านอาหาร

กระแสรับรู้ถึงภัยร้ายของสารเคมีในเมืองไทยขยายวงกว้างขึ้น ขนานคู่ไปพร้อม ๆ กับกลไกตลาดโลกที่บีบบังคับกำหนดให้แต่ละประเทศต้องหันมาใส่ใจต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ด้วยการผลิตสินค้าที่ปราศจากเชื้อโรคปนเปื้อนและสารเคมีอันตรายใดๆ

ระยะหลัง ๆ ไม่กี่ปีมานี้ คนไทยจึงเริ่มคุ้นตากับ “ตรารับรองคุณภาพ”

ตรารับรองจะทำหน้าที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้บริโภค พบเห็นหน้าตากันบ้างแล้วในสินค้าทางการเกษตรประเภทผักและผลไม้ หรือแม้แต่ในเนื้อสัตว์ ห้างสรรพสินค้าบางแห่งจะวางจำหน่ายเนื้อที่ระบุว่ากระบวนการผลิตเป็นเนื้อหมูปลอดสาร

ตรารับรองที่ระบุว่า “ปลอดภัยจากสารพิษ” “ผักผลไม้อนามัย” หรือ “รับรองคุณภาพ ระบบตรวจสอบสารพิษ” ก็ยังไม่อาจนิ่งนอนใจได้ว่าปลอดสารจริงหรือไม่ เพราะผักและผลไม้

ถ้าจะให้ปลอดภัยจากสารเคมีได้จริง ๆ จะต้องอยู่ในกระบวนการผลิตที่เป็นไปโดยธรรมชาติอย่างแท้จริง ไม่มีการนำสารเคมีมาใช้กำจัดศัตรูพืช หรือปุ๋ยเคมีเพื่อเร่งเพิ่มผลผลิต

ตรารับรองที่เราเห็นกันอยู่ทุกวันนี้ทำหน้าที่ได้เพียงใบเบิกทางให้กับผลผลิตสินค้าทางการเกษตรที่ยังคงใช้สารเคมีออกโดยกรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อรับประกันและรับรองผลว่ามีการควบคุมการใช้สารเคมีให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค

รัฐบาลประกาศนโยบายนับแต่ปี 2547 เป็นต้นไป รัฐบาลจะผลิตอาหารที่สะอาดปลอดภัยปราศจากสารพิษ เพื่อสร้าง “ครัวอาหารของโลก” ป้อนให้กับพลเมืองโลก ภายใต้ “โครงการความปลอดภัยด้านอาหาร”

จากแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยด้านอาหารของกระทรวงสาธารณสุข ที่นำเสนอต่อสาธารณะเมื่อเดือนมิถุนายน 2546 ระบุว่ารัฐบาลได้วางแผนและแบ่งงานให้สามกระทรวงรับผิดชอบผลักดันให้นโยบายนำไปสู่การปฏิบัติ

กระทรวงสาธารณสุข ควบคุมแหล่งผลิต สถานที่จำหน่ายและผู้ประกอบการในประเทศ

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ควบคุมผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อการส่งออกที่มาจากไร่นา

กระทรวงมหาดไทย ดูแลการผลิตและการจำหน่ายเภสัชเคมีภัณฑ์อาหาร อาหารสัตว์ เคมีภัณฑ์ทางการเกษตร วัตถุพิษทางการเกษตร เฝาระวังการลักลอบนำเข้าที่ด่านและจัดการเอาผิดตามกฎหมายหากฝ่าฝืน

โดยรัฐบาลตีกรอบความหมายของคำว่า “อาหารปลอดภัย” ตามแผนความรับผิดชอบที่แบ่งงานไว้ข้างต้นว่า อาหารทุกชนิดต้องไม่มีการปนเปื้อนสารอันตราย เช่น บอแรกซ์ สารตกค้างจากยาฆ่าแมลง สารฟอกขาว สารกันเชื้อรา สารฟอร์มาลิน สารเร่งเนื้อแดง จุนทรีย

คลอแรมเฟนิคอล และไนโตรฟูแรน เป็นต้น

หากผ่านเกณฑ์ก็จะได้รับตรา “อาหารปลอดภัย” ส่วนอาหารแปรรูปจะใช้ตรา “อย.” สำหรับสถานที่ผลิตต้องผ่านเกณฑ์ปฏิบัติมาตรฐานจีเอ็มพี (GMP – Good Manufacturing Practices)

ถ้าเป็นอาหารปรุงจำหน่ายตามภัตตาคาร ร้านอาหาร หรือรถเข็นข้างทาง จะต้องสะอาดปลอดภัยตามเกณฑ์การตรวจสอบ นอกจากนี้ยังควบคุมไปถึงเจ้าของร้านค้าในตลาดสดทุกตลาดจะต้องมีส่วนรับผิดชอบทำร้านค้าให้สะอาดปลอดภัย มีชุดตรวจไว้เตรียมพร้อมสำหรับตรวจสอบเสมอ

โครงการอาหารปลอดภัยไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานข้อมูลความปลอดภัยและการเสียชีวิตของผู้คนที่เชื่อมโยงกับความไม่ปลอดภัย

ต้องมองระบบการผลิตอาหารในประเทศอย่างองค์รวม นั่นคืออาหารจากพืชไร่ และเนื้อสัตว์ที่ผลิตเองได้ในประเทศ และต้องมุ่งสร้างระบบความปลอดภัยตั้งแต่การรักษาสิ่งแวดล้อม คุณภาพของดิน น้ำ รวมถึงคุณภาพปุ๋ย คุณภาพของอาหารที่ใช้เลี้ยงสัตว์ด้วย

ของระบบการผลิตอาหาร แต่ยึดหลักเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ จัดอยู่ใน 11 วาระแห่งชาติของพรรคไทยรักไทยที่แทรกอยู่ในยุทธศาสตร์การส่งออกของประเทศ

รัฐบาลเชื่อว่าอาหารและสินค้าปลอดสารพิษมีแนวโน้มการเติบโตสูง เฉพาะในตลาดส่งออกใหญ่อย่างสหรัฐอเมริกา มีมูลค่าทางการตลาดถึง 3.5 พันล้านดอลลาร์ หรือ 126,000 ล้านบาท และยังมีอัตราที่จะขยายตัวอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 23 ต่อปี

นอกจากนี้ยังพบตัวเลขด้วยว่า ช่วง 5 ปีที่ผ่านมาผลผลิตสินค้าเกษตรและผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่เป็นอาหารปลอดสารพิษเหล่านี้มีราคาสูงกว่าผลผลิตโดยทั่วไปถึงร้อยละ 57

โลกของการแข่งขันทางการค้าในอนาคต บทบาทของสารเคมีเพื่อเร่งปัจจัยการผลิตให้เร็วและเพิ่มมากขึ้น นับวันจะถอยห่างไปจากวงจรผู้บริโภคในประเทศที่พัฒนาแล้วมากขึ้นทุกที แต่สำหรับในประเทศที่กำลังพัฒนา วงจรอันตรายจากสารเคมียังคงดำรงอยู่

ประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ต้องออกตระเวนตามตรอก ซอก ซอยของตลาด เพื่อตรวจสอบหาสารเคมีชนิดต่างๆ ในอาหาร ไม่ว่าจะเป็น ภาพของการหยิบจับเนื้อหมูเพื่อตรวจสอบหาสารเร่งเนื้อแดง การตรวจสอบตามแผงผักและผลไม้เพื่อหาสารเคมีตกค้าง ก่อนจะมอบป้ายเครื่องหมายรับรอง **“สุขภาพดีเริ่มที่อาหารปลอดภัย”** ให้กับเจ้าของร้านค้าเพื่อเป็นการรับรองคุณภาพ

จะสร้างระบบอาหารให้ปลอดภัยครบวงจรได้อย่างไร

เห็นได้ว่านโยบายอาหารปลอดภัยนี้ยังดำเนินการอย่างแยกส่วนจากการแบ่งงานกันทำระหว่างสามกระทรวง ยังไม่นับรวมว่ากระทรวงพาณิชย์และการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยที่จะต้อง

ออกตระเวนเดินสายประชาสัมพันธ์ครัวอาหารของโลกให้ต่างประเทศรับรู้

ดังที่กระทรวงพาณิชย์ต้องกุมขมับ เมื่อสหรัฐอเมริกาปฏิเสธที่จะนำเข้าสินค้าประเภทกุ้งแช่แข็งจากไทยที่ไม่ได้มาตรฐาน

สิ่งที่ขาดหายไปของนโยบายนี้คือการมองระบบการผลิตอาหารในประเทศอย่างองค์รวม นั่นคืออาหารที่มาจากพืชไร่ และเนื้อสัตว์ผลิตเองได้ในประเทศ ต้องมุ่งสร้างระบบ

ความปลอดภัยตั้งแต่การรักษาสิ่งแวดล้อม คุณภาพของดิน น้ำ รวมถึงคุณภาพปุ๋ย คุณภาพของอาหารที่ใช้เลี้ยงสัตว์ด้วย

อาหารทุกชนิดเมื่อออกจากมือของผู้ผลิตสู่ท้องตลาด ต้องมีกระบวนการควบคุมรักษาอาหารที่ยังไม่ถูกแปรรูปให้คงความสะอาดและสดเสมอจนไปถึงมือผู้บริโภค

ตัวอย่างชัดเจนในกลุ่มเกษตรกร ผลสำรวจที่กล่าวข้างต้นชี้ว่า เกษตรกรไทยมีชีวิตอยู่บนความเสี่ยงเป็นจำนวนมาก เพราะผลจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในกระบวนการผลิตสินค้าเกษตร

ความตั้งใจลงตรวจพื้นที่ตามแผนขายของร้านค้าและตลาดของผู้บริหารเพื่อแจกตรารับรอง ทำให้ถูกมองได้ว่าอาจสูญเปล่า เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ เพราะกลไกของรัฐคงไม่สามารถมีกำลังหรือเงินทุนมากมายที่จะลงไปตรวจสอบหาสารปนเปื้อนในอาหารได้ทุกที่ทุกวัน เพื่อสู้กับกระบวนการผลิตที่ต้องเร่งวันเร่งคืนออกขายให้ประชาชนได้บริโภคให้ทันความต้องการ

เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติประจำปี 2546 มีข้อเสนอให้รัฐบาลมองเห็นความสำคัญของนโยบายเกษตรยั่งยืน ด้วยการตั้งกำแพงภาษีสารเคมีเกษตร วิจัยเพื่อปรับปรุงพันธุ์พืชที่เหมาะสมกับกระบวนการผลิตแบบปลอดสารพิษ กำหนดมาตรฐานเคมีเกษตรและเกษตรอินทรีย์ให้ชัดเจน และสนับสนุนให้เกษตรกรหันมาทำเกษตรยั่งยืน รวมทั้งพัฒนา

ตารางแสดงปริมาณการนำเข้าเคมีวัตถุเพื่อการเกษตร พ.ศ. 2536 - 2544 (ตัน)

พ.ศ.	ยากำจัดศัตรูพืช	ปุ๋ย
2536	25,140	3,265,882
2537	29,718	3,017,858
2538	32,248	3,155,987
2539	42,198	3,439,997
2540	42,240	2,990,950
2541	32,197	2,873,513
2542	48,995	3,561,588
2543	50,272	3,328,467
2544	83,889	3,456,409



ที่มา: กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ กระทรวงพาณิชย์ อ้างใน การสาธารณสุขไทย, 2545, หน้า 117.



บุคลากรภาครัฐในระดับชุมชนเพื่อให้สามารถเป็นที่พึ่งของเกษตรกรได้

มีข้อเสนอให้จัดตั้งกองทุนจากภาษีสารเคมีและสารพิษที่ผลิตหรือนำเข้าจากต่างประเทศ กองทุนภาษีบรรจุกภัณฑ์ที่เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม และกองทุนจากภาษีอาหารส่งออกและนำเข้าอาหารจากต่างประเทศ เพื่อไว้เป็นทุนสำหรับผลักดันและดูแลการจ้ดระบบอาหารปลอดภัยให้เกิดผลในทางปฏิบัติจริงให้ได้

สมัชชาสุขภาพฯ ยังเรียกร้องให้รัฐบาลยึดท้องถิ่นเป็นศูนย์กลางจัดระบบอาหารปลอดภัย ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนพัฒนาระบบอาหารชุมชน ไปจนถึงกระบวนการผลิต แปรรูปขนส่ง และจำหน่ายถึงมือผู้บริโภค

กลุ่มองค์กรผู้บริโภคเรียกร้องให้เร่งออกกฎหมายจัดตั้งองค์กรอิสระคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อสร้างระบบให้ภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมสร้างความเข้มแข็งเช่นเดียวกับผู้บริโภคในประเทศที่เจริญแล้ว ได้รู้จักใช้สิทธิดูแล ป้องกัน และเฝ้าระวังภัยจากผู้ผลิตที่มักจะอาศัยช่องโหว่กฎหมายคอยเอาเปรียบผู้บริโภคอยู่เสมอๆ

ปรากฏการณ์ปลายปี 2546 ต่อต้นปี 2547 ที่เกิดโรคไข้หวัดนกระบาดในหลายประเทศในทวีปเอเชีย รวมถึงประเทศไทยด้วย จนชีวิตไก่ต้องล้มตายและถูกฆ่าตายตามมาอีกนับสิบๆ ล้านตัว แต่กว่ารัฐบาลไทยประกาศยอมรับว่าสาเหตุการตายของไก่ยกเล้าเกิดจากไข้หวัดนกก็ตกเข้าไปเกือบปลายเดือนมกราคม 2547 จนเกิดข้อสงสัยจากสาธารณชนว่า ภาคราชการปกปิดข้อมูล

ไข้หวัดนกจัดอยู่ในกลุ่มภัยธรรมชาติที่ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน แต่ถ้ามาระบบโครงสร้างการทำงานของกรมปศุสัตว์มีประสิทธิภาพและคุณภาพเชิงรุกในการป้องกันและเฝ้าระวัง ความเป็นไปได้ว่าความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินอาจจะน้อยกว่านี้มาก

ดังนั้นแม้จะมีความตั้งใจจริงเพียงไรในการสานฝันเรื่องอาหารไทยปลอดภัยสู่การเป็นครัวของโลก คงยากที่จะถึงฝั่ง เพราะกระบวนการผลิตอาหารทุกขั้นตอนในประเทศไทย ตั้งแต่จากไร่นาสู่โต๊ะอาหาร ยังมีคำถามและปัญหาต้องสะสางอีกมากมาย





5 จำกัดเวลาโฆษณาเหล้าทางโทรทัศน์และวิทยุ หวังคนไทยดื่มน้อยลง

ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดขององค์การอนามัยโลก และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ ชี้ว่าคนไทย บริโภคเครื่องดื่มพวกนี้โดยเฉลี่ยต่อหัวติดอันดับโลก

จากสถิติเปรียบเทียบในปี 2543 ที่พบว่าคนไทยดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ เฉลี่ยต่อหัวต่อปีเท่ากับ **13.59 ลิตร** สูงกว่าฝรั่งเศส (**13.31 ลิตร**) เยอรมัน (**12.45 ลิตร**) รัสเซีย (**10.7 ลิตร**) อังกฤษ (**9.73 ลิตร**) สหรัฐอเมริกา (**9.08 ลิตร**) ญี่ปุ่น (**6.26 ลิตร**) และฟิลิปปินส์ (**3.33 ลิตร**)

รายงานองค์การอนามัยโลกยังบอกอีกด้วยว่า อัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มประเทศที่มีการห้ามโฆษณาเหล้าต่ำกว่าประเทศที่ไม่ห้ามโฆษณาถึงร้อยละ **23** และประเทศที่ห้ามโฆษณามีอัตราการกินเหล้า น้อยกว่าประเทศที่ไม่ห้ามโฆษณาถึงร้อยละ **16**

ที่

น่าสนใจที่สุดคือว่า การโฆษณาเหล้าที่เพิ่มขึ้น
ทุก 5 นาทีในแต่ละวันมีความสัมพันธ์กับการ
กินเหล้าในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นถึง 5 กรัม

กลับมาดูสถิติละเอียดในบ้านเราบ้าง จากการสำรวจ
พฤติกรรมกรรมการดื่มเหล้าของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปของ
สำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2544 พบว่ามีคนดื่มเหล้าทั้งหมด
15.3 ล้านคน หรือร้อยละ 33 ของจำนวนประชากรที่อายุ
15 ปีทั้งหมด 46.9 ล้านคน ในจำนวนนี้ 13 ล้านคนเป็นชาย
และ 2.3 ล้านคนเป็นหญิง ในกลุ่มนักดื่มส่วนใหญ่อยู่ในวัย
ทำงานอายุ 25-29 ปี รองลงมาคือกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี

ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บริโภคทั้งหมดในปี 2544
สูงถึง 1,926.1 ล้านลิตร! (ยังไม่รวมการบริโภคเหล้า
พื้นบ้าน) โดยเพิ่มจาก 1,604 ล้านลิตรในปี 2540
และเพิ่มสูงขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับตัวเลขของการ
สำรวจในปี 2531 ที่บริโภครวมเพียง 721.8 ล้านลิตร
เท่านั้น

ตลาดการค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในบ้านเราที่
ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การดื่มเหล้าของ
คนไทยในแต่ละปีมีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ส่วนหนึ่งมาจากมีเหล้าและเบียร์
ต่างประเทศยี่ห้อใหม่และเหล้า
ผสมที่กำลังฮิตในกลุ่มวัยรุ่น
เพิ่มขึ้นมากในตลาดในรอบ 10
ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะผู้หญิง
ดื่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 90 คือ
จากร้อยละ 1 ในปี 2539
เป็นร้อยละ 1.9 จำนวนผู้ดื่ม
สูงขึ้นเฉลี่ยปีละ 2.6 แสนคนต่อปี
คิดเป็นมูลค่าการบริโภคประมาณ
125,000 ล้านบาทต่อปี

ทั้งนี้สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่ง
มาจากการทุ่มโฆษณาเหล้า ซึ่ง
สูงถึงเฉลี่ยปีละ 2,500 ล้านบาท!

การดื่มเหล้ากับผลกระทบที่เกิดขึ้น

แม้เหล้า เบียร์ ไวน์ และเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ทุกชนิด จะ
กระตุ้นให้ร่างกายของผู้ดื่มรู้สึกผ่อนคลาย สนุกสนาน และ
รื่นเริงแต่นักเพียงชั่วระยะเวลาสั้น ๆ หากเทียบกับผลเสีย
ที่ค่อย ๆ ก่อตัวกระทบต่อสุขภาพและสร้างปัญหาให้กับสังคม
ระยะยาว

ความเป็นยอดนักดื่มของคนไทยส่งผลให้เกิดอัตราการ
ตายด้วยอุบัติเหตุเฉลี่ยปีละ 20 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน
ขณะที่ประเทศเพื่อนบ้าน เช่น อินโดนีเซียประมาณ 15 ต่อ
หนึ่งแสนคน ศรีลังกาและอินเดียประมาณ 10 ต่อหนึ่งแสนคน
ส่วนในยุโรปและอเมริกาประมาณ 5 ต่อหนึ่งแสนคน

ปี 2544 คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน 12,544
คน บาดเจ็บ 946,900 คน สูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจประมาณ
122,400-189,040 ล้านบาท หรือร้อยละ 2.25-3.48 ของ

รายได้ประชาชาติ เมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ซึ่งสูง
ประมาณร้อยละ 1-2 ของรายได้ประชาชาติเท่านั้น

ในภาวะปกติ สถิติคนเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ
เพราะเมาสุราร้อยละ 26 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60-65
เมื่อถึงช่วงเทศกาลต่าง ๆ ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย
กลุ่มนี้ตกประมาณ 3,000-10,000 บาท และสูงขึ้น
เป็น 3 เท่าสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย วิเคราะห์ว่า
หากลดอุบัติเหตุบนถนนจากผู้เมาสุราได้ร้อยละ 50 จะช่วย
ลดการสูญเสียชีวิตได้ถึงปีละ 2,900 ราย ลดการบาดเจ็บ
ได้ปีละ 29,625 ราย และลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ
ได้ประมาณ 13,975 ล้านบาท

ในกลุ่มผู้ที่ติดเหล้าถึงขั้นต้องเข้ารับการบำบัด
รักษาในสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศก็มี
แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เมื่อจำแนกในรายผู้ป่วยเท่ากับ
ผู้ป่วยใหม่พบว่า ร้อยละของผู้ติดสุราที่เข้ารับการ
บำบัดรักษา ในรายผู้ป่วยเก่ามีแนวโน้มคงที่ แต่ใน
รายผู้ป่วยใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้น

หลาย ๆ ประเทศทั่วโลก และแน่นอนว่า
รวมประเทศไทยด้วย ต่างก็คิดค้นและหาวิธีการ
หยุดยั้งการดื่มเหล้า เพราะข้อมูลและงานวิจัย
ที่พิสูจน์ซ้ำแล้วซ้ำเล่าว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
นำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจและทำลาย
สังคมอย่างมากมายมหาศาล

สังคมไทยเลือกวิธีควบคุมการ โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตลอดปี 2546 เกิดพลังขับเคลื่อนทางสังคม
อย่างเข้มแข็ง เพื่อรณรงค์ให้คนไทยมองเห็น
พิษภัยอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และ
การบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง

รัฐบาลร่วมมือกับประชาชนจากทุกภาคส่วน
ใช้กลไกอำนาจรัฐ อาศัยช่วงเทศกาลสำคัญ ๆ เช่น เทศกาล
สงกรานต์ปีเก่าต้อนรับปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ และเทศกาล
เข้าพรรษา ภายใต้งานรณรงค์ต่าง ๆ เช่น โครงการเมาไม่ขับ
และงดเหล้าเข้าพรรษา

องค์กรทำงานด้านสังคม เช่น มูลนิธิเพื่อนหญิง
เผยแพร่ข้อมูลผ่านงานวิจัยพบว่า ทั้งกลุ่มผู้ดื่มและไม่ดื่ม
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่างก็เห็นตรงกันว่า การดื่มก่อให้เกิด
ผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ เกิดการทะเลาะวิวาท
และอุบัติเหตุในครอบครัว และการเลียนแบบของลูก ๆ ต่อ
พฤติกรรมของพ่อแม่ที่ดื่มของมีแอลกอฮอล์

ผลวิจัยเรียกร้องให้องค์กรทุกส่วนของสังคม รับผิดชอบ
ป้องกันปัญหามารยาทการดื่มสุรา ให้ผู้นำ
ประเทศและผู้นำองค์กรต่าง ๆ ลดค่านิยมในการดื่ม ขึ้นภาษี
สรรพสามิตให้สูงขึ้น โดยเฉพาะมาตรการห้ามโฆษณาสินค้า
ประเภทนี้

48 องค์กรทำงานด้านสังคม เคลื่อนไหวและยื่นข้อ



เรียกร้องให้รัฐบาลออกมาตรการจำกัดการโฆษณาเหล้าและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภททางสื่อโทรทัศน์และวิทยุระหว่างช่วงเวลา 05.00–22.00 น.

วันที่ 29 กรกฎาคม 2546 รัฐบาล โดยคณะรัฐมนตรี มีมติห้ามโฆษณาเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ทางสถานีวิทยุและโทรทัศน์ตามช่วงเวลา 05.00–22.00 น. มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546

นั่นหมายความว่า จะมีมาตรการควบคุมทั้งเนื้อหาการโฆษณาเชิญชวนให้บริโภคสินค้า หรืออวดอ้างสรรพคุณและการโฆษณาจะต้องไม่มีลักษณะแถมพอก หรือให้รางวัลด้วยการเสี่ยงโชคหรือมีการให้ของแถม ฯลฯ ภายใต้กรอบทั้งหมดนี้จะมี **คณะกรรมการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์แห่งชาติ ทำหน้าที่กำกับดูแล**

มติดคณะรัฐมนตรีส่งผลให้หลาย ๆ ฝ่ายสะท้อนความเห็นอีกบางแง่มุมไว้อย่างน่าสนใจ

นายแพทย์หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มองว่า มติดคณะรัฐมนตรีขาดความเด็ดขาด เพราะไม่อาจสกัดกั้นการโฆษณาได้ เนื่องจากยังเปิดช่องอนุญาตให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลังอุปถัมภ์สนับสนุนโฆษณารายการถ่ายทอดกีฬาไทยอาชีพกับกีฬาจากต่างประเทศได้ โดยการยกเหตุผลอ้างจะทำให้พลาดโอกาสชมกีฬาดี ๆ จากต่างประเทศ

“การบริโภคสุราของคนไทยจะไม่ลดลง เช่นเดียวกับอุบัติเหตุที่จะมีคนเจ็บคนตายไม่น้อยกว่าเดิม องค์การอนามัยโลกยังยอมรับว่าหากไม่ห้ามการโฆษณาหรืออย่างเต็มรูปแบบ การสูบบุหรี่จะไม่มีการลดลงได้เลย” นายแพทย์หทัย หนึ่งในแกนนำรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่เชื่อเช่นนั้น

ก้าวที่ควรเดินต่อไป เพื่อให้คนไทยดื่มเหล้าน้อยลง

การโฆษณาเหล้าเป็นเพียงหนึ่งในปัจจัยสำคัญหลายปัจจัยที่ทำให้คนเสพติดสุรา การจำกัดเวลาโฆษณาเหล้าเพียงอย่างเดียวจึงยังไม่ช่วยให้อัตราการเสพยาเสพติดลดลงอย่างชัดเจน

สังคมจึงควรพิจารณาปัจจัยสำคัญอื่น ๆ ที่มีผลต่อการดื่มสุราเช่นกัน เช่น ความสัมพันธ์ภายในบ้าน ดังงานวิจัยของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อปี 2542 พบว่าครอบครัวที่ทะเลาะถึงขั้นตบตีทำร้ายกันจะมีอัตราติดสุราสูงสุด (ร้อยละ 18) เปรียบเทียบกับครอบครัวที่ขัดแย้งกันบ่อย ๆ (ร้อยละ 11) ครอบครัวที่ไม่ค่อยขัดแย้งกัน (ร้อยละ 10) และครอบครัวที่รักใคร่กันดี (ร้อยละ 8) และบุคคลที่อยู่ในภาวะเครียดจัดหรือซึมเศร้าจะติดสุรามากกว่าคนที่เครียดน้อย

เมื่อมีการควบคุมการโฆษณาผ่านสื่อโทรทัศน์และวิทยุแล้ว แนวโน้มการโฆษณาจะหันไปใช้สื่ออื่น ๆ มากขึ้น เช่น ป้ายโฆษณา หนังสือพิมพ์ และกิจกรรมอื่น ๆ ซึ่งยังมิได้มีการควบคุม ต่อไปควรเพิ่มข้อกำหนดในทำนองเดียวกัน เช่น

คำเตือน การใช้ไม้เด็กหรือเยาวชนเป็นผู้แสดงโฆษณา เป็นต้น

จากเหตุผลและค่านิยมในการดื่มสุราในปัจจุบันเพื่อเข้าสังคมหรือเพื่อพิสูจน์ว่าตัวเองเป็นผู้ใหญ่และเพื่อความโก้เก๋และอวดอ้างตนนั้น จึงควรผลักดันให้มีการศึกษาวิจัยและรณรงค์ความเชื่อและค่านิยมใหม่ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังเช่นที่ปัจจุบันการสูบบุหรี่มิใช่เป็นเรื่องโก้เก๋อีกต่อไป ขณะที่รัฐบาลควรปรับนโยบายบางเรื่องที่สวนทางกับการลด ละ เลิกดื่มสุรา เช่น การสนับสนุนการผลิตเหล้าและสาโท

ด้วยเหตุผลนานาประการข้างต้น สังคมไทยจึงควรลงทุนในการศึกษาวิจัยและรณรงค์เพื่อลดอัตราการเสพยาเสพติดของคนไทยอย่างต่อเนื่อง โดยอย่างน้อยก็ควรครอบคลุมมิติต่อไปนี้คือ

1. ส่งเสริมการวิจัยและการให้บริการเพื่อลดและเลิกการเสพยา รวมทั้งการรักษาโรคพิษสุราเรื้อรังทั้งทางด้านการร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการช่วยเหลือให้คำปรึกษาฟื้นฟูผู้ป่วยและครอบครัว
2. ส่งเสริมการวิจัยและข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาและพฤติกรรมบริโภคในระดับชาติและระดับท้องถิ่น รวมทั้งการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการดื่มสุรา
3. ส่งเสริมการวิจัยเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทางด้านสุขภาพ อันเนื่องมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อนำมาชี้แจงมาตรการ ดังตัวอย่างเช่น ในรัฐนิวเม็กซิโกของสหรัฐอเมริกา ค่ารักษาในการรักษาพยาบาลอันเนื่องมาจากการบริโภคแอลกอฮอล์สูงถึง 51 ล้านดอลลาร์ต่อปี เทียบกับรายได้ของรัฐที่ได้จากภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีเพียง 35 ล้านดอลลาร์ ขณะที่ในประเทศไทยแม้ยังไม่มีการศึกษาตัวเลขค่าใช้จ่ายจากการรักษาโรคเหล่านั้น (อุบัติเหตุ, ดับแค้น, ดับอีกเสบ, โรคกระเพาะ, การทะเลาะวิวาท) แต่ค่าใช้จ่ายเหล่านั้นก็มาเบียดบังงบประมาณในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่สมควรถูกใช้ในโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้

มติดคณะรัฐมนตรี จำกัดโฆษณาคู่กับมาตรการอื่น ๆ

- จัดตั้งศาลจราจร
- เพิ่มโทษเมาแล้วขับ
- ตัดคะแนนและอบรม
- พักใช้ใบอนุญาตผู้ขับขี่



4. คิดค้นโครงการใหม่ในการรณรงค์อย่างต่อเนื่องถึงพิษภัยของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งผลกระทบต่ออุบัติเหตุบนถนนอย่างต่อเนื่องตลอดปี นอกเหนือจากโครงการ “เมาไม่ขับ” และ “งดเหล้า เข้าพรรษา” ที่เน้นเฉพาะในช่วงเทศกาล

5. รณรงค์และบังคับใช้ตามประกาศการห้ามจำหน่ายสุราและบุหรี่แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งหากฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ซึ่งกฎหมายดังกล่าวไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจังในปัจจุบัน

6. พิจารณามาตรการเสริมอื่นๆ เพื่อลดการดื่มสุรา ได้แก่ กฎระเบียบเกี่ยวกับใบอนุญาตจำหน่าย จำกัดเครื่องดื่มจำหน่ายสถานที่จำหน่าย วิธีจำหน่าย (เช่น ห้ามขายตรง แจกฟรี หรือให้เป็นของขวัญ) และจำกัดอายุผู้ดื่ม

หากสังคมไทยรวมพลังรณรงค์สร้างความรู้และความเข้าใจครบทุกเรื่องข้างต้น เป้าหมายที่หวังว่าคนไทยจะดื่มน้อยลงและปัญหาต่างๆ ที่สืบเนื่องมาจากการดื่มเหล้า ก็คงลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัดตามไปด้วย ดังผลสำเร็จที่เกิดขึ้นแล้วกับการรณรงค์เรื่องการไม่สูบบุหรี่



6 ซาร์ส...!

ไข้หวัดมรณะเขย่าโลก

ความหนาวยะเยือกแผ่ปกคลุมพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทยในช่วงฤดูหนาวของปลายปี 2545 เป็นจุดเริ่มต้นของโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรงแบบไม่ทราบสาเหตุ (SARE - Severe Acute Respiration Syndrome) หรือ “ซาร์ส” ซึ่งกลายเป็นวิกฤติครั้งสำคัญในภูมิภาคเอเชียตะวันออกตลอดครึ่งแรกของปี 2546

จุดกำเนิดของซาร์สเกิดขึ้นในมณฑลกวางตุ้ง ประเทศจีน จากเชื้อโคโรนา ไวรัสแอมซอนเรนแฝงตัวเข้ามาอยู่อาศัยในคนป่วยที่มีอาการคล้ายๆ กับไข้หวัดใหญ่ มีไข้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส ไอ และเจ็บคอ อาจมีอาการหอบหรือหายใจลำบาก

สังคมโลกรับรู้ภัยร้ายจากโรคนี้อย่างทั่วถึงกันผ่านระบบข้อมูลข่าวสารที่ไหลพรั่งพรูออกมาเป็นระยะๆ แพร่ระบาดประดุจไฟลามทุ่ง จากเมืองสู่เมือง ประเทศสู่ประเทศ สะท้อนภาพโลกไร้พรมแดนให้เห็นเด่นชัดยิ่งขึ้น

“ซาร์ส” กลายเป็นเชื้อโรคที่อยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของมนุษย์ องค์การอนามัยโลกประกาศเตือนเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2546 ว่า ซาร์สคือ “โรคติดต่ออย่างร้ายแรง” เป็น “โรคอุบัติใหม่” ที่ไม่มีขอบเขต คนทั้งโลกยังไม่มีภูมิคุ้มกัน จึงมีโอกาสเกิดโรคเท่าเทียมกัน จีน เวียดนาม ฮองกง สิงคโปร์ ไต้หวัน และแคนาดา กลายเป็นประเทศกลุ่มเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกประกาศเป็นพื้นที่เสี่ยงของโรคร้าย

นายแพทย์คาร์โล เออร์บานี เจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลก นับเป็นนายแพทย์คนแรกที่ยกมาประกาศเตือนภัยบอกชาวโลกให้เตรียมรับมือเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังโรคนี้อย่างจริงจัง ต่อมาเขาตัดสินใจเดินทางไปประเทศเวียดนาม เพื่อสืบสวนหาต้นตอสาเหตุของโรค โดยไม่นำพาต่อเสียงห่วงใยและท้วงติงของภรรยาถึงสุขภาพของสามีที่กำลังป่วยอ่อนแออยู่แล้ว เมื่อแพทย์ป่วยแล้วจะไปดูแลคนป่วยได้อย่างไร

“สถานการณ์อย่างนี้ ถ้าผมไม่ทำแล้วจะให้ผมทำอะไร รอไปงานปาร์ตี้ คอยตอบอีเมลล์ หรือนั่งเขียนรายงานทางวิชาการอย่างนั้นหรือ” นายแพทย์เออร์บานีตอบภรรยา

ระหว่างปฏิบัติภารกิจในเวียดนาม นายแพทย์เออร์บานีเกิดอาการป่วยมีไข้สูง เขามั่นใจว่าเขาติดโรคซาร์สแน่นอน จึงตัดสินใจมารักษาตัวในเมืองไทย เพราะมีระบบบริการด้านการรักษาที่ดีกว่า โดยแจ้งล่วงหน้าต่อกรมควบคุมโรคของไทย

“ความกลัว” เข้ามารอบงำ และมีอิทธิพลกระตุ้นความรู้สึกนึกคิดของคนไทยโดยไม่รู้ตัว สังคมไทยเริ่มตระหนกและตื่นกลัวต่อการคาดเดาสภาพอาการป่วยของนายแพทย์

สิ่งที่ไทยควรก้าวเดินอย่างยิ่งก็คือ การสร้างแผนการพัฒนาห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์และวิจัยให้มีมาตรฐานสากล และต้องพัฒนาระบบควบคุมโรคที่ครบวงจร เพราะไม่มีใครสามารถคาดเดาได้ว่า ซาร์สจะยุติการแพร่ระบาดโดยสมบูรณ์ และเพื่อรับมือกับ “โรคอุบัติใหม่” ในอนาคต

เออร์บานี หลังมีรายงานว่านายแพทย์เออร์บานีเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลบาราตนาตูลู ตั้งแต่วันที่ 11 มีนาคม และเสียชีวิตในวันที่ 29 มีนาคม ถือเป็นคนป่วยรายแรกที่พบในเมืองไทย

องค์การอนามัยโลกร่วมกันสวดดีไว้อาลัย และขอบคุณรัฐบาลไทยที่ให้การรักษานายแพทย์เออร์บานีอย่างดีที่สุดแล้ว

มาตรการควบคุมบนพื้นฐาน “ความไม่รู้”

พ.ด.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี บอกกับคนไทยว่า ซาร์สเป็นโรคที่ทั่วโลกหวงมากกว่าสงคราม เพราะมีมูลค่าความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจนับแสนล้านเป็นเดิมพัน แม้จะยืนหยัดอยู่ท่ามกลางพื้นฐานของ “ความไม่รู้” เพราะความมืดบอดของข้อมูลก็ตาม ด้วยภารกิจใหญ่ระดับชาติ ในฐานะเจ้าภาพจัดการประชุมความร่วมมือด้านเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกหรือเอเปกในเดือนตุลาคม 2546 รอยุ้งข้างหน้า ทำให้รัฐบาลต้องใช้ **การตัดสินใจทางการเมืองอย่างเด็ดขาด** เข้าควบคุมสถานการณ์ ถึงจะเสี่ยงต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการลดลงของนักท่องเที่ยวก็ตาม

กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศลงวันที่ 30 มีนาคม ภายหลังการเสียชีวิตของนายแพทย์เออร์บานีเพียงหนึ่งวัน จัดตั้งศูนย์เฉพาะกิจค้นหาผู้ป่วยทุกซอกทุกมุมไปทั่วทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ ประสานโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชนร่วมมือรายงานการตรวจสุขภาพผู้เดินทางจัดทำระบบเฝ้าระวัง เปิดสายด่วนให้คำปรึกษาประชาชนตลอด 24 ชั่วโมง

ท่าอากาศยานกรุงเทพฯ ดูแปลกตาเมื่อรัฐบาลยึดเป็นสมรภูมิจัดตั้งทีมแพทย์และพยาบาลตรวจร่างกายผู้โดยสารเข้า-ออกประเทศ แต่ละคนต้องสวมใส่หน้ากากอนามัย ด้านตรวจคนเข้าเมืองทั่วประเทศ บนเครื่องบิน สถานีรถไฟฟ้ามหานคร ไม่เว้นแม้แต่ชุมชนแออัดและทุกๆ ที่ที่ต้องสงสัย หรือเชื่อว่าจะเป็นพาหะนำโรคร้ายเข้าประเทศได้จัดเป็นเขตที่รัฐบาลต้องเข้าไปควบคุมและตรวจสอบ

ทีมแพทย์และผู้เชี่ยวชาญประสานทำงานกันอย่างเข้มแข็ง มีการจัดทีมค้นหาผู้ป่วยทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ และให้โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนรายงานการตรวจสุขภาพผู้เดินทางและค้นหาผู้ป่วย ถ้าสงสัยให้กักบริเวณเป็นเวลา 10-14 วัน เพื่อให้เกิดความแน่ใจ

บ่อยครั้งเจ้าหน้าที่รัฐต้องพึงพิงอิง “การตัดสินใจที่เด็ดขาดของผู้บริหารระดับสูง” กับในบางสถานการณ์ที่บีบให้พวกเขาไม่กล้าตัดสินใจ เช่น การตรวจพบนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่ต้องสงสัยว่าจะติดโรคซาร์ส จำเป็นต้องกักตัวหรือส่งกลับประเทศ ไม่เฉพาะแต่คนป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงผู้สัมผัสโรค เช่น ผู้เดินทางมาในเครื่องบินลำเดียวกันทั้งหมด

แม้ไทยจะไม่ถูกประกาศเป็นพื้นที่เสี่ยง แต่ความสับสนที่เจือปนกับความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ ประกอบกับการประโคมข่าวของสื่อไทยและต่างประเทศส่งผลให้กรู๊ปทัวร์เอเชียและยุโรปยกเลิกการเดินทางมาเมืองไทยจำนวนไม่น้อย

จำนวนผู้ป่วยโรคซาร์สทั่วโลก รวม 33 ประเทศ

ประเทศ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้เสียชีวิต
สาธารณรัฐประชาชนจีน	5,327	348
เขตปกครองพิเศษฮ่องกง	1,755	298
ไต้หวัน	674	84
แคนาดา	251	38
สิงคโปร์	206	32
เวียดนาม	63	5
สหรัฐอเมริกา	73	0
ไทย	9	2
รวม 33 ประเทศ	8,439	812



(จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2546)

นายกรัฐมนตรีต้องใช้กลยุทธ์ในฐานะผู้นำประเทศ เรียกความเชื่อมั่นกลับคืน ประกาศทุ่มเงินประกันนักท่องเที่ยวต่างชาติรายละ 5 แสนบาทสำหรับคนที่ติดเชื้อและล้มป่วยในไทย และ 2 ล้านบาทในรายที่เสียชีวิต ภายหลังตัดให้เหลือเพียงกรณีรายที่เสียชีวิตในประเทศไทย เพราะเกรงคนจะแห่แหนกันเข้ามาเพื่อต้องการเงินประกัน

จนถึงวันที่ 6 มิถุนายน 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้รับแจ้งผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ (ที่สมควรได้รับการสอบสวนโรค) จากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ จำนวน 287 ราย มีการติดตามสอบสวนพบผู้ป่วยที่เข้าได้กับนิยามโรคนี้จำนวน 9 ราย เสียชีวิต 2 ราย ทุกรายเป็นผู้เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรค โดยเป็นชาวต่างชาติ 3 ราย ชาวไทย 6 ราย ได้รับการดูแลอาการจนหายเป็นปกติ

นอกจากนี้พบผู้ป่วยที่สงสัยจำนวน 28 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต เป็นชาวต่างชาติ 8 ราย ชาวไทย 20 ราย ทั้งหมดมีประวัติการเดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรค และได้รับการรักษาจนอาการหายเป็นปกติ

สรุปจนถึงเดือนมิถุนายนไม่พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศ และยังไม่มีการแพร่ระบาดในชุมชน กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศรับรองว่าสถานการณ์โรคหวัดธรรมดาหรือซาร์สที่ระบาดมานานหลายเดือนได้ทุเลาการแพร่ระบาดในพื้นที่ต่างๆ พอถึงปลายเดือนกรกฎาคม 2546 ก็มีประกาศว่าประเทศไทยปลอดซาร์สแน่นอน

บทเรียนจากซาร์สสะท้อนว่า ถึงเวลา ที่มนุษย์ต้องทบทวนวิถีชีวิตตนเอง และมาตรการควบคุมโรค

ประเทศไทยได้ชื่อว่าเป็นผู้นำด้านการปราบปรามและเฝ้าระวังโรคซาร์สที่สุดในภูมิภาค และยังเป็นแกนกลางประสานเชิญผู้นำกลุ่มประเทศอาเซียนจัดประชุมในประเทศไทย พร้อมแถลงการณ์ร่วมยาว 17 ข้อ สร้างพันธมิตรร่วมต่อสู้ภัยร้ายในอนาคต

อย่างไรก็ตาม มีนักวิชาการบางคนตั้งข้อสงสัยระบบสาธารณสุขของไทยว่า นอกเหนือจากงานเชิงรุก คือเข้าไปเฝ้าระวังและควบคุมโรคอย่างได้ผลและสามารถพัฒนาชุดตรวจวิเคราะห์ขึ้นเองได้ แต่รัฐบาลยังให้ความสำคัญน้อยเกินไปต่อการพัฒนาเพื่อต่อสู้กับโรคที่อุบัติขึ้นใหม่ เพราะไม่ให้ความสำคัญต่อการเก็บตัวอย่างของเชื้อมาทำการศึกษาทางพันธุกรรม เพื่อพัฒนาวัคซีนเองในอนาคต

สิ่งที่ไทยควรก้าวเดินอย่างยั่งยืนก็คือ การสร้างแผนการพัฒนาระบบปฏิบัติการการวิเคราะห์และวิจัยให้มีมาตรฐานสากล เพราะไม่มีใครสามารถคาดเดาได้ว่า ซาร์สจะยุติการแพร่ระบาดโดยสมบูรณ์ ลำพังเพียงความตั้งใจของกระทรวงสาธารณสุขที่จะสนับสนุนงบประมาณจัดอบรมทางด้านระบาดวิทยาเพื่อสร้างบุคลากรไม่น่าจะเพียงพอ จะต้องคิดพัฒนาระบบควบคุมโรคที่ครบวงจร เพื่อรับมือกับ “ภัยที่มองไม่เห็น” ในอนาคต

ชาร์สถือเป็น การอุบัติขึ้นของ “โรคไร้พรมแดน” ดังที่ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี กล่าวว่า เกิดขึ้นท่ามกลางยุคสมัยของความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสื่อสาร ภัยคุกคามสุขภาพมนุษย์ลักษณะนี้อาจเกิดขึ้นได้อีกหลายครั้งไม่ว่าประเทศ นั้นจะมีแสนยานุภาพทางการ ป้องกันแค่ไหน ก็ไม่อาจต้านทานภัยร้ายจากอาการเจ็บป่วยในโลกสมัยใหม่นี้ได้

“เป็นโรคติดต่อข้ามพรมแดน ข้ามเผ่าพันธุ์ ไม่เลือกสถิติ การเมือง ศาสนา และเศรษฐกิจ การแพร่ระบาดของชาร์สกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือทางด้านสุขภาพระหว่างประเทศ เป็นการสอนคนหมดทั้งโลกว่า ประเทศร่ำรวยต้องช่วยให้ประเทศยากจนมีระบบการควบคุมโรคที่เข้มแข็งไปด้วย ชาร์สจะนำมนุษย์ไปสู่จุดสำคัญใหม่แห่งความเป็นหนึ่งเดียว ถ้ามนุษย์มีความเป็นหนึ่งเดียวกันก็จะถึงจุดเปลี่ยนทางประวัติศาสตร์”

ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทุกฝ่ายเชื่อว่า โลกปัจจุบันกำลังตกอยู่ในความเสี่ยงภัยสูงที่จะถูกคุกคามจากเชื้อโรคที่เราไม่รู้จักมาก่อน ดังตัวอย่างจากการระบาดของเอชส์

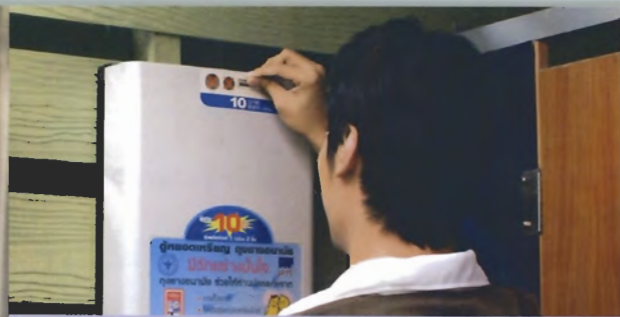
ชาร์ส ใช้หวัดนก ใช้กาฬหลังแอ่น และอีโบล่า เป็นต้น

โรคอุบัติใหม่ที่รอเราอยู่ข้างหน้านี้อุบัติขึ้นได้ก็เพราะสาเหตุหลัก 6 ประการคือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การเดินทางเคลื่อนย้ายประชากร การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้คน การพัฒนาเศรษฐกิจและเทคโนโลยี การปรับตัวของเชื้อโรค และการละเลยมาตรการการควบคุมโรค

ถ้าโรคระบาดใหม่ ๆ เกิดขึ้น ก็อาจมีการแพร่ระบาดแบบวันต่อวัน คร่าชีวิตผู้คนนับร้อย ๆ แพร่เชื้อกระจายได้รวดเร็ว เพราะความสะดวกในการเดินทางโดยเครื่องบินซึ่งสามารถบินได้รอบโลก ทำให้โรคพลอยระบาดรวดเร็วไปด้วย

ชาร์ส ทำทนายให้มนุษย์ต้องหันกลับมาทบทวนตนเอง และตั้งคำถามว่า ฤกษ์ยธรรมชาติที่ยังมองไม่เห็นต้นสายปลายเหตุชัดเจนกำลังส่งสัญญาณบอกมนุษย์ว่า แท้จริงแล้วเจ้านี้แสนจะอ่อนแอ และถ้าไม่รวมตัว ร่วมมือกันจริงจัง ก็จะทำให้เกิดโรคระบาดรุนแรงที่คร่าชีวิตมนุษย์ครั้งละมากมาย มนุษย์ก็อาจถึงกาลสูญพันธุ์ได้ในอนาคต





7 ภัยรุ่มกับถุงยาง และภัยเอดส์

ระหว่างที่โลกยัง “งมเข็ม” ทดลองหาวัคซีนป้องกันเชื้อเอชไอวี หรือ โรคเอดส์ ปลายปี 2546 องค์การยูเอ็นเอดส์ประกาศตัวเลขผู้ติดเชื้อ รายใหม่ทั่วโลก ว่ามีสูงถึง 5 ล้านคน เฉลี่ยเท่ากับ 5 วินาทีจะมีผู้ติดเชื้อ เพิ่ม 1 ราย มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกเพราะเอดส์ 3 ล้านคน และมีผู้ป่วย สะสมรวม 40 ล้านคน

ปัญหาเอดส์สร้างความตื่นตัวต่อประชาคมโลก หาทางทั้งป้องกัน และหยุดยั้งการระบาด เพื่อลดความสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน และโอกาส ทางสังคม การประชุมเอดส์นานาชาติ ครั้งที่ 15 ประเทศไทยได้รับเกียรติ เป็นตัวแทนจากทวีปเอเชีย จัดประชุมเอดส์โลกต้อนรับผู้ร่วมประชุม จากทั่วโลกกว่า 20,000 คน ระหว่างวันที่ 11-16 กรกฎาคม 2547 นี้

ประเทศไทยได้รับคำยกย่องจากชาวโลกว่าสามารถควบคุมการระบาดของโรคเอดส์ได้ดี ตัวเลขผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงตลอดมา แต่จำนวนการติดเชื้อรายใหม่ก็ยังคงสูงกว่า 20,000 รายต่อปี ปัจจุบันไทยมีผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมแล้วกว่าหนึ่งล้านคน ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 650,000 คน และในกลุ่มผู้ติดเชื้อจะทยอยป่วยเป็นโรคเอดส์มากกว่า 50,000 รายต่อปี

ตัวเลขนี้ นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกประจำประเทศมองโกเลียมองว่า ไทยเรายังแก้ไขปัญหาชะลอการระบาดไม่ได้ผลอย่างที่ต้องการ

“ผมไม่อยากให้รัฐบาลลี้ภัยกับคำยกย่อง เราควรฉวยโอกาสช่วงที่เป็นเจ้าภาพจัดประชุมเอดส์โลก ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น”

สถานการณ์เอดส์ เพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยาง

สถิติจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในสถานบริการทางเพศนักเที่ยวชายใช้ถุงยางถึงร้อยละ 97 แต่ตัวเลขการใช้นอกสถานบริการมีเพียงร้อยละ 24 ที่น่าตกใจคือ ปี 2546 พบตัวเลขผู้ติดเชื้อร้อยละ 80 ไม่ใส่ถุงยางอนามัย และในกลุ่มผู้ชายรักร่วมเพศ ใช้ถุงยางไม่ถึงร้อยละ 30

แต่ตัวเลขที่น่ากังวลในเชิงนโยบายจริงๆ คือ ในจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ตั้งแต่ ปี 2545 เป็นต้นมา พบว่าเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุ 15-24 ปี และถ้าจับตาเฉพาะกลุ่มอายุ 15-19 ปี พบว่าผู้หญิงติดเชื้อมากกว่าผู้ชาย เพราะผู้ชายคือผู้ที่กำหนดและตัดสินใจว่าจะใช้หรือไม่ใช้ถุงยาง ทั้งนี้วัยรุ่นส่วนใหญ่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน

ผลจากการสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติทางเพศของวัยรุ่นอายุ 16-21 ปี รวม 4,200 คน ใน 14 ประเทศของบริษัทยูนิเซฟ ในปี 2542 พบว่า พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทยสูงกว่าระดับค่าเฉลี่ยทั่วโลกหลายด้านคือ

■ ร้อยละ 52 มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน ค่าเฉลี่ยทั่วโลก ร้อยละ 34

■ ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพียงร้อยละ 23 ค่าเฉลี่ยทั่วโลกร้อยละ 57

■ เริ่มเรียนเพศศึกษาเมื่ออายุ 13.5 ปี ค่าเฉลี่ยทั่วโลก ร้อยละ 12.2 ปี

■ พ่อแม่ของวัยรุ่นไทยมีบทบาทในการสอนเรื่องเพศแก่ลูกเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ค่าเฉลี่ยทั่วโลกร้อยละ 12

นี่เป็นสัญญาณเตือนว่า สังคมไทยกำลังเผชิญปัญหาใหม่ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ระหว่างคนที่รักใคร่ชอบพอกัน แม้เราสามารถควบคุมการระบาดในกลุ่มหญิงบริการได้ค่อนข้างดี



เมื่อมาพิจารณาอัตราการใช้ถุงยางของคนไทย งานวิจัยพฤติกรรมทางเพศส่วนใหญ่ที่ออกมาได้ข้อค้นพบสอดคล้องตรงกันว่า สามัภรรยา คู่รัก หรือความสัมพันธ์ทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น มีสัดส่วนของผู้ที่ใช้ถุงยางสม่ำเสมอเพียงน้อยมาก

ผู้ชายไม่กล้าที่จะขอใช้ถุงยางกับภรรยาหรือแฟน เพราะเชื่อว่าถุงยางคือเครื่องหมายความไม่ซื่อสัตย์ ไม่รักและทำลายน้ำใจ หญิงเองแม้จะสงสัยว่าแฟนอาจจะไปนอนกับคนอื่น ก็หนักใจที่จะเอ่ยปาก เพราะกลัวจะถูกหาว่าไม่ไว้ใจ และอาจถูกมองได้ว่ารู้เรื่องเพศมากเกินไปแล้ว

รายที่ไม่ยอมใช้ถุงยางกับคู่นอนชั่วคราวเพราะยึดหลักดูจากหน้าตา ความสะอาด และความแข็งแรง หรือเพราะขาดสติและความยังคิดที่จะป้องกัน และสุดท้ายเพราะมองว่าถุงยางอนามัยทำให้บรรยากาศทางเพศลดลง

สถิติปี 2545 จากสำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ยืนยันอัตราการใช้ถุงยางที่ต่ำมากในกลุ่มชายไทย 3 กลุ่มที่ทำการสำรวจ คือ ทหารเกณฑ์ หนุ่มโรงงาน และนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โดยพบแบบแผนเหมือนกันคือ อัตราการใช้ถุงยาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยเมื่อคู่นอนเป็นหญิงบริการ (ร้อยละ 50-63) ผู้หญิงอื่น (ร้อยละ 26-39) และแฟนหรือเพื่อนสนิท (ร้อยละ 15-30)

ปลายปี 2546 กระทรวงสาธารณสุข เสนอความคิดติดตั้งเครื่องขายถุงยางอัตโนมัติไว้ในสถานศึกษา ตามมติคณะกรรมการเอดส์ชาติ ปี 2546 วางเป้าหมายให้การใช้ถุงยางอนามัยมีอัตราเพิ่มขึ้นผ่านเครื่องขายอัตโนมัติ เพื่อความ

สะดวกและเข้าถึงช่องทางการจำหน่ายให้มากที่สุด และในราคาที่ถูกลงกว่าเดิม โดยเชื่อว่าเมื่อผู้ขายสามารถหาซื้อได้ง่าย ความเขินอายก็น่าจะหมดไป อัตราการใช้ถุงยางก็จะสูงขึ้น ปัญหาการติดเชื่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมก็จะลดลงไปด้วย

ข้อเสนอนี้ได้รับเสียงวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวาง ฝ่ายคัดค้าน เช่น คณาจารย์ฝ่ายกิจการนักศึกษาจาก 9 สถาบันและนักศึกษาส่วนหนึ่งมองว่า ตู้ขายถุงยางจะเปลี่ยนวิธีคิด และกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดเพศสัมพันธ์มากขึ้น และยังมองว่าปัจจุบันการซื้อหาถุงยางทำได้ง่ายอยู่แล้ว การติดตั้งตู้ขายในสถานศึกษาจึงไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุอย่างแท้จริง เสียงคัดค้านมีผลการสำรวจหรือโพลเข้ามาสนับสนุนด้วย

ฝ่ายที่เห็นด้วยไม่คิดว่าถุงยางอนามัยจะกระตุ้นเราให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์หรือสำส่อนกันมากขึ้น แต่คือการเพิ่มช่องทางการจำหน่ายมากขึ้นเท่านั้น และยังช่วยให้ผู้หญิงมีโอกาสใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้นอีกด้วย

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคต้องสั่งรับแผนงานไว้ชั่วคราว ปรับเปลี่ยนไปใช้วิธีประสานกระทรวงศึกษาธิการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน เริ่มตั้งแต่การสร้างควมคุ้นเคยตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาล ให้รู้จักสร้างร่างกาย ความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย และรู้แนวปฏิบัติ เมื่อมีความต้องการทางเพศต้องมีวิธีการที่เหมาะสมและปลอดภัยด้วย

แต่กระทรวงสาธารณสุขยังไม่ลดละแนวคิดติดตั้งเครื่องขายถุงยางในรั้วมหาวิทยาลัย เพราะเชื่อว่าจะทำให้วัยรุ่นหญิงเข้าถึงถุงยางได้มากที่สุด วางเป้าหมายว่าในปี 2547 จะติดตั้งตู้จำหน่ายถุงยางอัตโนมัติจำนวน 3,000 เครื่อง กระจายใน 52 จังหวัด ขายเพียง 2 ชิ้นในราคา 5 บาท จากเดิมขายราคา 20 บาทสถานที่ติดตั้งต้องลับตาคน เช่น ห้องน้ำในห้างสรรพสินค้า โรงงานอุตสาหกรรม



**การรณรงค์สร้างวัฒนธรรมใหม่
ให้มีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อม และมี
อย่างรับผิดชอบ โดยการใช้
ถุงยางอนามัย เป็นหนึ่งในความหมาย
ของการแสดงความรับผิดชอบ
ทางเพศทั้งต่อตัวเองและต่อคนอื่น
นั่นคือเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
อย่างแท้จริง**

แล้วเราควรรณรงค์ให้วัยรุ่น คิดและใช้ถุงยางป้องกันเอ็ดส์อย่างไรดี?

การรณรงค์และสนับสนุนให้ประชาชนทั่วไปหันมาให้ความสำคัญใช้ถุงยางอนามัยกันมากขึ้น นับเป็นความพยายามที่ดีของรัฐและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเท่าที่ผ่านมาก็มีเป้าหมายหลักเพียงเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เท่านั้น

แต่ถ้าต้องการให้เยาวชนชายหญิงหรือผู้ใหญ่วัยทำงานใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น หรือใช้สม่ำเสมอขึ้น ควรพิจารณาถึงรากเหง้าวัฒนธรรมทางเพศ ตั้งแต่เพศสภาพ (gender) บทบาททางเพศ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชาย สิทธิทางเพศ บทบาทครอบครัวและสื่อ และความรู้เรื่องเพศ อย่างน้อยมิติต่อไปนี้น่าจะต้องหันมาคิดค้นหรือสร้างกันใหม่

1. ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงและชาย

เป็นสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งของการแพร่เชื้อเอ็ดส์ สังคมต้องทำความเข้าใจต่ออิทธิพลและวัฒนธรรม ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการหล่อหลอมทางสังคมที่สร้างความแตกต่างระหว่างหญิงกับชายจนก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมทางเพศ และต้องสร้างการเปลี่ยนแปลงในจุดนี้ โดยรื้อสร้างความเชื่อและทัศนคติใหม่ที่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงและชาย

2. **สิทธิทางเพศ** ต้องส่งเสริมและสร้างทักษะให้สังคมเรียนรู้และเข้าใจในสิทธิเหนือร่างกายของมนุษย์ทุกคน ควรต้องเรียนรู้สิทธิที่จะปกป้องตนเองเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน ไม่พา



ตัวเองเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศโดยที่ตนเองไม่ต้องการ หรือถ้าต้องตกอยู่ในสภาวะเช่นนั้น ทำอย่างไรจึงจะหาหนทางหลุดพ้นออกมาได้ เช่น ฝึกทักษะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ถ้าไม่พร้อมหรือไม่ต้องการ ต้องไม่ยอมจำนนต่อสถานการณ์จำยอมต่างๆ หรือหากพร้อมก็ต้องมีทักษะต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

3. สื่อและความรู้เรื่องเพศ ต้องรณรงค์และสร้างค่านิยมเรื่องเพศที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นในสังคมให้ได้ เริ่มตั้งแต่เพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทุกครั้งต้องมาจากการสมัครใจ ไม่บีบบังคับ ต้องเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือผลที่ไม่ต้องการคือการตั้งครรภ์เมื่อยังไม่พร้อม นั่นคือเพศสัมพันธ์ทุกครั้งต้องมีฐานมาจากความรับผิดชอบในความสัมพันธ์นั้นๆ ด้วย

ข้อเสนอตั้งสำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยงานอนามัยในสถานศึกษาไม่จัดอยู่ในแนวทางแก้ปัญหาที่ยั่งยืน เพราะรากเหง้าของการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางขึ้นกับทัศนคติมุมมองของผู้ที่จะเลือกใช้หรือไม่เลือกใช้กับใคร และทัศนคติทางลบของคนทั่วไปที่มองคนใช้ถุงยางและคนที่พกพา โดยเฉพาะหากว่าคนคนนั้นคือผู้หญิง

การรณรงค์สร้างวัฒนธรรมใหม่ ให้มีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อมและมีอย่างรับผิดชอบโดยใช้ถุงยางอนามัย เป็นหนึ่งในความหมายของการแสดงความรับผิดชอบทางเพศทั้งต่อตัวเองและต่อคนอื่น นั่นคือเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอย่างแท้จริง





8 เกมออนไลน์ สร้างสรรค์หรือทำลาย สุขภาพเยาวชน

ปัจจุบันเด็กไทยยุคใหม่ในเมืองไม่รู้จักการละเล่นมอญซ่อนผ้า ซี่ม้าย่านกล้วย ชักเย่อ เป่ากบ หรือกระโดดหนังยางอีกต่อไป แต่รู้จักและเมามัมน้อยกับการนั่งจ้องหน้าจอคอมพิวเตอร์ เพื่อكدแป้นเล่น “เกมคอมพิวเตอร์” ...

ในปี 2546 สำนักงานสถิติแห่งชาติวิจัยพบว่า ในกลุ่มเยาวชน ผู้เล่นเกมร้อยละ 70 เล่นเกมประเภทไม่ออนไลน์ อีกร้อยละ 30 นิยม “เกมคอมพิวเตอร์ออนไลน์”...



**ประเด็นที่ควรร่วมมือกัน
ไม่ใช่การปิดกั้นไม่ให้เด็ก
เข้าถึงเกมออนไลน์ แต่ควร
เร่งส่งเสริมการสร้างเกม
ที่สนุกอย่างสร้างสรรค์
ขึ้นมาให้มาก ๆ ไม่ใช่เกมที่
ทำผิดหรือทำร้ายคนอื่น แล้ว
ได้คะแนน เกมสร้างสรรค์
นี้ควรทั้งสวยงามและท้าทาย
จินตนาการผู้เล่นในเชิงบวก**

แดเกมคอมพิวเตอร์ออนไลน์กลายมาเป็นเรื่องฮือฮาถึงขนาดต้องถูกจับไปจัดระเบียบสังคม โดยกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ที่เรียกกันสั้น ๆ ว่ากระทรวงไอซีที) ก็เพราะเกมออนไลน์ชื่อ “แร็กนาร์อค” ที่แพร่ระบาดและเป็นที่ยอดนิยมของคนเล่นเกมมาตั้งแต่ปลายปี 2545

หลังจากเกมนี้เข้ามาในประเทศไทยได้เพียง 7 เดือน มียอดผู้ลงทะเบียนทะลุ 700,000 คน และมียอดผู้เล่นวันละ 200,000 คน ช่วงเวลาที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือระหว่างเวลา 13.00-21.00 น. เวลานอกจากนี้จะลดลงไปครึ่งหนึ่ง มีผู้เล่นบางคนใช้เวลาเล่นเกมติดต่อกันนานถึงวันละ 15 ชั่วโมง

จากเกมสร้างจินตนาการมาสู่วิถีจริง และตลาดธุรกิจเกมออนไลน์

ในโลกเสมือนจริง เกมออนไลน์ประเภทนี้สามารถทำให้โลกแห่งจินตนาการของผู้เล่นปรากฏเป็นจริงขึ้นมาบนจอคอมพิวเตอร์ได้ไม่ยาก เพราะเปิดให้ผู้เล่นจากทั่วโลกเข้ามาเล่นเกมร่วมกันได้ ผู้เล่นสามารถพูดคุยโต้ตอบได้ตามเวลาจริงผ่านตัวละครที่สามารถแสดงความรู้สึกพร้อมกันไปด้วย โดยใช้สีหน้าท่าทางของตัวละคร

เมื่อผู้เล่นสามารถสะสมทำคะแนนได้มากพอสมควรก็สามารถเลือกที่จะเล่นเป็นตัวละครตัวใดก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นนักบวช พ่อค้า นักดาบ หรือผู้ขมังเวศ แต่ละตัวจะมีพลังและคุณสมบัติที่แตกต่างกันออกไป

เนื้อเรื่องของเกมดำเนินไปเรื่อย ๆ ไม่มีวันจบ ผู้เล่นต้องฟันฝ่าอุปสรรคเพื่อเก็บเงินหรืออาวุธ และยกระดับความสามารถของตัวละคร มีการซื้อขายคะแนนที่สะสมได้ ซื้อขายของกันในเกมได้ และจัดปาร์ตี้ระหว่างตัวละครยังได้อีกด้วย

แต่ผู้เล่นเกมกลับสร้างปัญหาจนตกเป็นข่าว เมื่อผู้เล่นดึงโลกแห่งจินตนาการออกมาใช้ในชีวิตจริง มีการนำคะแนนสะสมที่ซื้อขายกันในเกมเปลี่ยนเป็นการซื้อด้วยเงินสด ๆ สิ่งของในเกมยังนำออกมาซื้อขายจ่ายเงินจริง ๆ จนเกิดปัญหาทำร้ายร่างกายกัน หากผู้เล่นคนหนึ่งคนใดไม่ยอมทำตามสัญญาที่ซื้อขายกันไว้

ย่านมหาวิทยาลัยบางแห่ง พบการซื้อขายสิ่งของผ่านเกมจำนวนมาก นักศึกษาบางกลุ่มร่ำรวยจากการซื้อขายเกมจนมีทุนรอนเปิดร้านค้าไอเกะ

ปัจจุบันตลาดเกมออนไลน์ส่วนใหญ่เป็นเกมข้ามชาติ มีการแข่งขันของเกมสูง เพราะมีจำนวนการนำเข้ามาก เกิดร้านบริการเล่นเกมหรือร้านอินเทอร์เน็ตคาเฟ่อย่างแพร่หลายเพื่อรองรับบริการสำหรับลูกค้าวัยรุ่นน่านสถานศึกษา และตามศูนย์การค้าต่าง ๆ

การเติบโตของการตลาดส่งผลให้บริษัทใหญ่ เช่น สามารถคอร์ปอเรชั่น ทุ่มงบลงทุน 20-30 ล้านบาท ทำแผนธุรกิจเกมออนไลน์แบบเต็มตัว จับตลาดผลิตเกมด้วยฝีมือของคนไทยเองทั้งหมด ตั้งเป้าขยายบริการทั่วภูมิภาคเอเชีย คาดการณ์กันว่า ยังมีเกมอีกเป็นจำนวนมากจากเดิมที่มีให้บริการอยู่แล้วถึง 14 เกม รอทะลักเข้ามาตามกระแสเรียกร้องของวัยรุ่น ทั้งเกมที่นำเข้าและจากฝีมือของคนไทยด้วยกัน

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ สํารวจผู้ใช้อินเทอร์เน็ตจำนวน 20,000 ราย พบว่าปี 2546 จำนวนผู้เล่นเกมมีเพิ่มมากขึ้นและส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10-14 ปี แต่ละคนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมเดือนละกว่า 2,500 บาทอีกด้วย

โดยเฉลี่ยใช้เวลาออนไลน์สัปดาห์ละ 9.2 ชั่วโมง แต่ประมาณร้อยละ 15 ออนไลน์นานมากกว่าสัปดาห์ละ 20 ชั่วโมง ซึ่งถือว่าใช้เวลาสูงมาก ในกลุ่มผู้ออนไลน์อายุต่ำกว่า 20 ปี กิจกรรมออนไลน์ 3 อันดับแรกคือค้นหาข้อมูล อีเมล และเล่นเกม โดยในกลุ่มที่ออนไลน์นาน ๆ มากกว่า 20 ชั่วโมง ก็คือการเข้าไปเล่นเกมนั่นเอง

จัดระเบียบเกมออนไลน์

กระทรวงไอซีทีเข้ามาจัดระเบียบป้องกันปัญหาด้วยการจำกัดเวลาเปิดเกมออนไลน์ และออกมาตรการต่อธุรกิจให้บริการเล่นเกมออนไลน์ หรือร้านค้าอินเทอร์เน็ต

ต่อมาภายหลังกระทรวงไอซีทียอมรับว่า มาตรการทั้งหมดเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ มีการดำเนินผลการศึกษาเปรียบเทียบวิเคราะห์ผลกระทบพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากเกมเป็นตัวกระตุ้นจึงประกาศยกเลิกจำกัดเวลาการเปิดเกมออนไลน์เปิดให้บริการปกติตลอด 24 ชั่วโมงเหมือนเดิม

โดยเพิ่มมาตรการจำกัดอายุของผู้เล่นต้องเกิน 18 ปีไปแล้ว ผู้เล่นต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนไปยื่นที่ทำการไปรษณีย์ทุกแห่ง เพื่อส่งข้อมูลไปให้กับผู้บริการเกมต่าง ๆ ให้รับทราบรหัสของสมาชิก เพื่อเปิดให้บริการเกมตามปกติ ต่อเกมจะต้องเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท

แต่มาตรการนี้ก็ไม่สามารถสกัดกั้นเด็กได้ เพราะถ้าอยากเล่นหลังสี่ทุ่มจริงๆ ก็จ้างคนอื่นให้ไปลงทะเบียนแทนได้

สังคมไทยควรมอง เกมคอมพิวเตอร์ออนไลน์อย่างไร?

“เกมออนไลน์” คือปรากฏการณ์ทางสังคมที่สร้างโลกเสมือนจริงขึ้นมา ไม่ใช่แค่เกมอีกต่อไปแล้ว เป็นวัฒนธรรมใหม่ที่มาแรงในยุคนี้ และมีแนวโน้มสูงว่าช่วงเวลาหนึ่งของชีวิตเด็กในยุคปัจจุบันจะใช้เวลาส่วนหนึ่งหมดไปกับการอยู่ในโลกเสมือนจริงในเกมออนไลน์ เป็นช่องทางในการเรียนรู้ผู้คน และฝึกฝนการแก้ปัญหาผ่านเกมมากขึ้น

ถ้ากล่าวถึงปัญหาที่สังคมไทยเผชิญอยู่กับเกมคอมพิวเตอร์ คงต้องพิจารณาเกมคอมพิวเตอร์ทั้งในรูปแบบของเกมไม่ออนไลน์ หรือเกมกล่อง และเกมออนไลน์ผ่านมุมมอง 2 มิติ

1. ภาครัฐและเอกชนต้องร่วมมือกันสร้างกรอบเนื้อหาของเกมที่ต้องไม่เป็นพิษภัยต่อสังคม มีการจัดประเภทของเกมที่เหมาะสมกับวัย หรือเกมที่เล่นได้ต้องมีผู้ปกครอง ครู และผู้ใหญ่ร่วมเล่นด้วย

อีกข้อเท็จจริงที่ปรากฏ เราจะเห็นเกมกล่องวางขายกันเกร่อ ทั้งที่ถูกดองและละเมิดลิขสิทธิ์ หรือผลิตโดยผู้ประกอบการไม่ถูกกฎหมาย ซื้อง่ายได้ง่าย เปรียบเทียบกับเกมออนไลน์ไม่ว่าจะนำเข้าหรือคนไทยคิดขึ้นเองมีบริษัทผู้ประกอบการชัดเจนสามารถตรวจสอบและควบคุมเนื้อหาได้



ผู้กำหนดนโยบายและผู้ออกมาตรการควบคุมกลับละเลยไม่ควบคุมเกมกล่อง ทั้งที่มีเนื้อหาหล่อหลอมเป็นภัยกว่า

2. พฤติกรรมของผู้เล่นเกม ในปี 2546 สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจพบว่า ผู้ปกครองในเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพฯ ต้องกังวลกับสุขภาพของบุตรหลานมากที่สุด เพราะกลัวเสียการเรียน เสียเงิน กลัวถูกล่อลวง ความสัมพันธ์กับครอบครัวน้อยลง ค่านิยมและวัฒนธรรมเปลี่ยนไป

ฝ่ายผู้เล่นสำรวจตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 87 ในกลุ่มผู้เล่นเกมระบุว่าไม่มีปัญหาจากการเล่นเกม อีกร้อยละ 13 ยอมรับว่าขาดความสัมพันธ์ในครอบครัว ก้าวร้าว ไม่สนใจการเรียน และสุขภาพไม่ดี แต่เมื่อถามถึงผลกระทบต่อตัวผู้เล่นเกมเอง ร้อยละ 34 ยอมรับว่ามีผลเสียมากกว่าผลดี อีกร้อยละ 24 ระบุว่าผลดีกับผลเสียเท่า ๆ กัน และร้อยละ 35 ไม่แน่ใจ

ผลสำรวจนี้กระทำขึ้นสองครั้ง แต่ไม่ได้บอกอะไรที่มากกว่านี้ แล้วอะไรคือตัวชี้ถึงพฤติกรรมที่อาจเป็นภัยต่อตัวผู้เล่นและสังคมรอบข้าง?

คงต้องพิจารณาข้อเท็จจริงอื่น ๆ ประกอบ เช่น วัยของผู้เล่นยังไม่เหมาะสำหรับเกมบางประเภท ระยะเวลาที่เล่นติดต่



หลายประเทศใช้เกมคอมพิวเตอร์เป็นอุบายสร้างความคุ้นเคยต่อการใช้เทคโนโลยีของมนุษย์ ช่วงที่คนเกาหลีนิยมเล่นเกมจากสหรัฐอเมริกา ทำให้รัฐบาลเกาหลีส่งเสริมนโยบายผลิตเกมสัญชาติเกาหลีจนกลายเป็นเกมที่ได้รับความนิยมอย่างยิ่งในตลาดโลก พฤติกรรมการซื้อขายสิ่งของในเกมเป็นเงิน เกิดขึ้นในเกาหลีซึ่งเป็นเจ้าของผู้ผลิตเกม ผู้คนคลั่งไคล้เกมจนถึงจัดตั้งเป็นสหพันธ์นักเล่นมืออาชีพ นำสิ่งของในเกมมาขายจริงผ่านการประมูลออนไลน์ สามารถทำเงินได้ถึงหนึ่งแสนห้าหมื่นเหรียญสหรัฐต่อปี

หลายประเทศประสบปัญหาเช่นเดียวกับประเทศไทย ผลกระทบด้านลบของเกมทำให้สภานิติบัญญัติของกรีซผ่านกฎหมายเมื่อเดือนกรกฎาคม 2546 ห้ามประชาชนเล่นเกมคอมพิวเตอร์หรือวิดีโอเกมในที่สาธารณะ เช่น สถานบริการอินเทอร์เน็ต หรืออินเทอร์เน็ตคาเฟ่ เกาหลีประเทศผู้ผลิตเกมเอง เคยพยายามออกกฎหมายห้ามเล่นเกมที่อาจทำให้เสพติดได้ แต่กฎหมายตกไปตั้งแต่พิจารณาครั้งแรก

กัน ว่าแต่ละครั้งใช้เวลาต่อเนื่องนานเท่าใด เพราะยิ่งนานก็ยิ่งมีผลต่อสุขภาพ การทำงาน และการเรียน มากยิ่งขึ้นเท่านั้น

ผลต่อการยอมรับพฤติกรรมตามตัวละครในเกม ถ้าผู้เล่นสามารถควบคุมตนเองได้ก็ไม่อาจก่อภัยต่อผู้เล่นได้ โดยเฉพาะถ้าผู้เล่นสามารถควบคุมใจ ใช้เวลาเล่นที่พอเหมาะพอควร

การสร้างมาตรการเพื่อจัดการกับเกมคอมพิวเตอร์ในสังคมไทยนั้น มีแนวโน้มว่าผู้บริโภคต้องการแสดงความคิดเห็นร่วมกำหนดนโยบายควบคุมด้วยเช่นกัน ความคิดนี้มีขึ้นจากผลการเสวนาถึง 3 ครั้ง (คือที่สำนักงานกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ที่รัฐสภา และที่มูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก) พบว่าเด็กและเยาวชนไม่มีใครเรียกร้องให้ผู้ใหญ่เลิกประกอบธุรกิจเกี่ยวกับเกมคอมพิวเตอร์ แต่ขอมีส่วนร่วม ขอให้ผู้ประกอบการมีความรับผิดชอบต่อเด็กและสังคม เช่น ไม่แสวงหากำไรเกินควร และมีมาตรการช่วยจำกัดภัยที่เกิดขึ้นในเกมอย่างชัดเจน

คงต้องย้ำว่า มาตรการควบคุมเกมคอมพิวเตอร์ต้องไม่ทำลายสิทธิส่วนบุคคลด้วย เพราะตามกฎหมายการเล่นเกมถือเป็นสิทธิส่วนบุคคล การแทรกแซงและควบคุมของรัฐควร

เกิดขึ้นในสถานการณ์พิเศษและเท่าที่จำเป็น เช่น มาตรการเพื่อคุ้มครองเด็กไทยในวัยเยาว์ที่ยังขาดการใช้เหตุผลในการใช้ชีวิตส่วนตัว

และต้องไม่ลืมด้วยว่า ภูมิคุ้มกันทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว สถานศึกษา เพื่อน และที่ทำงานของผู้เล่น ถือเป็นภูมิคุ้มกันที่ดี การจัดการกับเกมต้องใช้พลังสังคมที่ยึดโยงตัวผู้เล่นเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวคุ้มกันผู้เล่นจากพฤติกรรมเลวร้ายในเกม หรือมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดเล่นเกมที่สร้างพฤติกรรมอันเป็นภัยต่อสังคม

ประเด็นที่ควรร่วมมือกัน จึงไม่ใช่การปิดกั้นไม่ให้เด็กเข้าถึงเกมออนไลน์ แต่ควรเร่งส่งเสริมการสร้างเกมออนไลน์ที่สนุกอย่างสร้างสรรค์ขึ้นมาให้มากๆ ไม่ใช่เกมที่ทำผิดหรือทำร้ายคนอื่นแล้วได้คะแนน เกมสร้างสรรค์นี้ควรทั้งสวยงามและท้าทายจินตนาการผู้เล่นในเชิงบวก

เช่นนี้แล้ว... เกมออนไลน์ก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยสร้างเสริมปัญญาเด็กไทยในวันนี้ และวันข้างหน้า ซึ่งเป็นการบ่มเพาะต้นทุนสุขภาพสังคมอีกทางหนึ่ง





9 ไฟฟ้าจากแม่เมาะ คือต้นทุนสุขภาพ ราคาแพงของชาวบ้าน

เส้นทางการต่อสู้ของชาวแม่เมาะ ปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพ
ของประชาชนและต่อสิ่งแวดล้อม จากผลการก่อสร้าง
เหมืองขุดถ่านหินเพื่อนำมาผลิตไฟฟ้า ณ อำเภอแม่เมาะ
จังหวัดลำปาง สามารถสืบย้อนรอยกลับไปได้ตั้งแต่ปี 2497

การก่อสร้างครั้งนั้นทำให้ชาวบ้านกว่า 30,000 คนต้องอพยพ
โยกย้ายจากแหล่งที่อยู่ เพื่อก่อสร้างเหมือง ชาวบ้านที่ยังอยู่
รอบบริเวณเหมืองก็ต้องเผชิญกับมลพิษจากฝุ่นละออง
เถ้าของถ่านหิน แหล่งน้ำปนเปื้อนไปด้วยสารพิษ ตะกั่ว แคดเมียม
ทองแดง และนิกเกิล...

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเรียกร้องให้รัฐบาลหันมาตระหนักและนำมิติทางสุขภาพเข้าไปกำหนดไว้ในนโยบายเพื่อให้เอื้อต่อการมีสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ดีของคนในสังคม เพราะสังคมไทยได้รับบทเรียนมากเกินไปแล้วที่รัฐดำเนินนโยบายสาธารณะขนาดใหญ่โดยไม่สนใจการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน

วิกฤตการณ์น้ำมันในปี 2515 ทำให้การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (กฟผ.) ลงทุนสร้างโรงไฟฟ้าพลังงานความร้อนที่ใช้เชื้อเพลิงจากการเผาถ่านหินลิกไนต์จำนวน 3 หน่วยขึ้นที่อำเภอแม่เมาะ และในอีก 3 ปีต่อมาก็สามารถผลิตกระแสไฟฟ้าจากหน่วยผลิตแรกได้ ไม่นานก็ขยายหน่วยการผลิตออกไปอีกถึง 11 หน่วย

ตุลาคมปี 2535 เกิดปรากฏการณ์ “ฝนกรด” กระจายฟุ้งรอบ ๆ บริเวณโรงไฟฟ้าแม่เมาะ ชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในละแวกรัศมีประมาณ 7 กิโลเมตร พากันล้มหมอนนอนเสื่อ มีอาการหายใจไม่สะดวก คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ เคืองตาและจูกส่วนในเด็ก ผู้เฒ่าผู้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจและภูมิแพ้มีอาการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน ไร่นากว่าครึ่งเสียหายย่อยยับ วัวควายและสัตว์เลี้ยงอื่น ๆ ของชาวบ้านเจ็บป่วยล้มตายเป็นจำนวนมาก

ภาวะ “ฝนกรด” เกิดจากการเผาไหม้ของถ่านหินที่มีคุณภาพต่ำ มีความชื้นค่อนข้างสูง และมีส่วนผสมของกรดกำมะถัน เมื่อนำไปเผาไฟจึงก่อให้เกิดก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์และฝุ่นละอองขนาดเล็กจำนวนมาก

ปัญหาที่พบก็คือโรงไฟฟ้าไม่ลงทุนติดตั้งระบบกำจัดก๊าซเพียงใช้ความสูงของปล่องระบายอากาศเสียออกสู่บรรยากาศชั้นบนเพื่อเจือจางกับอากาศ บวกกับที่ตั้งของโรงไฟฟ้าอยู่ท่ามกลางวงล้อมของหุบเขา ทำให้ก๊าซไม่สามารถระบายออกไปไหนได้ ยิ่งในฤดูหนาว มลพิษกลับลอยต่ำเหนือยอดหญ้า แพร่กระจายไปรอบ ๆ บริเวณใกล้เคียง

ชาวบ้านที่ได้รับผลกระทบจึงรวมตัวเรียกร้องสองข้อหลักๆ คือให้รัฐบาลและ กฟผ. อพยพโยกย้ายชาวบ้านออกไปจากพื้นที่เสี่ยงภัย และในกลุ่มผู้ป่วยให้จ่ายค่าชดเชย

กฟผ. ยอมจ่ายค่าชดเชยให้กับผู้ป่วยในรายละ 5,000 บาท และผู้ป่วยนอกรายละ 1,000 บาท พร้อมค่าเสียโอกาสในการทำงานให้อีกคนละ 100 บาทต่อวัน รวมเป็นเงิน 9 ล้านบาท

กฟผ. แก้ปัญหา “ฝนกรด” ในรอบแรกนี้โดยติดตั้งเครื่องดักก๊าซในหน่วยที่ 4-11 ปิดหน่วยผลิตเก่า 1-3 และสร้างหน่วยผลิตใหม่ที่ 11-13 เพิ่ม ซึ่งเดินเครื่องใช้งานในปี 2538 แต่ก๊าซร้ายเดิม “ฝนกรด” กลับมาทำร้ายสุขภาพของชาวบ้านอีกครั้ง คราวนี้ กฟผ. ต้องควักกระเป๋าจ่ายเงินชดเชยอีกกว่า 30 ล้านบาทให้ชาวบ้าน

ปัญหา “ฝนกรด” ในรอบที่สองนี้ทำให้ กฟผ. เร่งระดมติดตั้งเครื่องดักจับก๊าซจนครบทุกหน่วยผลิตในปี 2543 ควบคู่ไปกับมาตรการอื่นๆ เช่น ลดกำลังการผลิตในช่วงฤดูหนาวที่มีสภาพอากาศปิด เพื่อลดปริมาณฝนกรด สั่งซื้อถ่านหินคุณภาพดีจากเอกชนมาผสมเพื่อลดกรดกำมะถัน และติดตั้งระบบฉีดพรมน้ำและมันดักฝุ่นยาวประมาณ 800 เมตร เพื่อลดการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง

มีผลศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักรจะหว่างปี 2543-2545 พบว่า ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่อาศัยโดยรอบบริเวณโรงไฟฟ้าแม่เมาะมีความเสี่ยงต่ออาการโรคระบบทางเดินหายใจมากกว่าพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดลำปาง 2-3 เท่า อาการที่พบคือ ไอเรื้อรัง มีเสมหะเรื้อรัง หอบหืด และหลอดลมอักเสบ ลักษณะอาการป่วยทั้งหมดล้วนเกิดจากการสัมผัสมลพิษแบบสะสมยาวนาน

ผลศึกษาพบว่า นับแต่มีการติดตั้งเครื่องดักก๊าซปริมาณก๊าซพิษมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่บางช่วงเวลาก็มีระดับสูงขึ้นที่ระดับประมาณ 2,000 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเด่นชัด

มาตรการรัฐกับการดูแลผู้ได้รับผลกระทบ

เมื่อมีปัญหา “ฝนกรด” รุนแรง กฟผ.จึงยอมรับข้อเรียกร้องให้อพยพย้ายชาวบ้านออกไปจากพื้นที่เสี่ยงภัย แต่ตั้งข้อแม้ว่าต้องเป็นความประสงค์ของชาวบ้านมากกว่าร้อยละ 80 ผลปรากฏว่า 16 หมู่บ้านใน 4 ตำบลที่ได้รับผลกระทบ เข้าข่ายตามเงื่อนไขเพียง 7 หมู่บ้าน ประกอบด้วยบ้านแม่เมาะระสถานบ้านหัวฝาย บ้านตง บ้านปางปวย บ้านนาสัก บ้านใหม่รัตนโกสินทร์ และบ้านห้วยเป็ด

แต่เมื่อดิถะรัฐมนตรีปี 2544 กลับอนุมัติให้โยกย้ายชาวบ้านในหมู่บ้านทางสูงเพียงหมู่บ้านเดียวจำนวน 400 หลังคาเรือน บนเหตุผลที่ว่าหมู่บ้านแห่งนี้เคยอพยพย้ายชาวบ้านโรงเรียน และหน่วยราชการออกไปก่อนหน้านี้แล้วหลายปี

สำหรับการอพยพชาวบ้านในหมู่บ้านอื่นๆ ต้องร้องเพลงรอไปก่อน ซึ่งเป็นเพลงรอที่ยาวนานจนถึงต้นปี 2547 ปัญหาที่ยังไม่خابไปไหน หนทางรอให้รัฐบาลช่วยเหลือที่ดูเลือนลางนี้

ทำให้ชาวบ้านที่พอมีฐานะต้องอพยพย้ายหนีออกไปเอง เช่น หมู่บ้านห้วยคิง ปัจจุบันเหลือเพียง 229 ครัวเรือน จากเดิมมีอยู่ถึง 733 ครัวเรือน

ในกลุ่มชาวบ้านที่เจ็บป่วยจากพิษฝนกรด จึงหันไปพึ่งพึ่งกระบวนการศาลสถิตยุติธรรมอีกหนทางหนึ่ง ปี 2546 ผู้ป่วย 3 ราย จากบ้านห้วยฝาย ยื่นฟ้องศาลจังหวัดลำปาง เพื่อเรียกเงินค่าเสียหายจากกฟผ.เป็นเงิน 306 ล้านบาท

แต่ด้วยจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่มากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดการรวมกลุ่มของชาวบ้าน ภายใต้สภาเครือข่ายสิทธิผู้ป่วยแม่เกาะ 130 ชีวิต ยื่นฟ้องศาลจังหวัดลำปาง โดยใช้หลักฐานอ้างอิงจากใบรับรองแพทย์โรงพยาบาลราชวิถี ออกให้เมื่อเดือนกรกฎาคม 2546 ระบุว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบจากฝุ่นนิวโมโคไนด์ไอซิส และโรคพิษซัลเฟอร์ไดออกไซด์จากมลพิษสิ่งแวดล้อมในบริเวณที่พักอาศัย

ทั้งสองกรณีไม่อยู่ในอำนาจที่ศาลจะประทับรับฟ้องได้ เนื่องจากคดีนี้ถือเป็นคดีทางการปกครอง ดังนั้นอำนาจในการวินิจฉัยจึงอยู่ที่กระบวนการของศาลปกครอง

ปีเดียวกันสภาเครือข่ายฯ จึงยื่นฟ้องต่อศาลปกครอง จังหวัดเชียงใหม่ เรียกค่าเสียหายจาก กฟผ. เป็นจำนวนเงิน 1,086 ล้านบาท ถึงขั้นนี้ศาลปกครองมีมติรับฟ้อง แต่กลุ่มชาวบ้านที่เจ็บป่วยกลับต้องเผชิญกับอุปสรรคสำคัญ คือไม่สามารถชำระเงินค่าธรรมเนียมศาลซึ่งตกคนละ 200,000 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 25,600,000 บาท หรือร้อยละ 2.5 ของยอดเงินที่ชาวบ้านเรียกร้องจาก กฟผ. ได้

สภาทนายความยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือ ร้องต่อศาลปกครองขอยกเว้นค่าธรรมเนียม แต่ศาลไม่อนุญาต สภาทนายความจึงยื่นอุทธรณ์ต่อศาลปกครองสูงสุด ขณะนี้เรื่องอยู่ระหว่างรอผลการพิจารณา

รัฐบาลชุดปัจจุบันได้แต่งตั้ง พล.อ. ชวลิต ยงใจยุทธ รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธานคณะกรรมการแก้ปัญหากลุ่มสหพันธ์เกษตรกรภาคเหนือ ซึ่งรวมปัญหาแม่เกาะด้วย วันที่ 13 สิงหาคม 2546 คณะอนุกรรมการฯ มีมติให้ พล.อ. ชวลิต นำเรื่องเสนอคณะรัฐมนตรีอนุมัติอพยพโยกย้าย

สภาเครือข่ายสิทธิผู้ป่วยแม่เกาะ แถลงถึงผลกระทบตลอดระยะเวลา กว่า 10 ปี ว่า

- พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่น กลิ่น เสียง และแรงสั่นสะเทือน กว้างถึง 5 ตำบล 17 หมู่บ้าน รวม 8,442 ครัวเรือน จำนวนประชากร 19,572 คน
- มีชาวบ้านขอรับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางมากกว่า 2,800 คน
- ชาวบ้านบางส่วนมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเสียชีวิตด้วยโรคทางเดินหายใจมากกว่า 100 ราย

(จาก หนังสือพิมพ์ผู้จัดการรายวัน 1 ธันวาคม 2546)

ชาวบ้านจาก 3 หมู่บ้าน พร้อมเงินชดเชย ถือเป็นโครงการนำร่อง ได้แก่ บ้านห้วยฝาย บ้านห้วยเป็ด และบ้านห้วยคิง

ปรากฏว่าถึงต้นเดือนมกราคม 2547 กระทรวงพลังงานกลับสั่งการตั้งคณะกรรมการสำรวจความคิดเห็นของชาวบ้านในหมู่บ้านต่างๆ ซ้ำอีกครั้ง เพื่อยืนยันข้อมูลความต้องการอพยพย้ายออกไปจากที่อยู่อาศัยเดิมของชาวบ้าน เพื่อจะนำข้อมูลที่ไต่ไปพิจารณาประกอบร่วมกับชุดของ พล.อ. ชวลิต ก่อนเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาต่อไป

เส้นทางการต่อสู้ของชาวบ้านแม่เกาะ จึงต้องร้องเพลงรอให้ถึงวันที่คณะรัฐมนตรีมองเห็นความสำคัญ แล้วเร่งลงมือสะสางปัญหาโดยเร็ว

จนถึงเดือนเมษายน 2547 วันนั้นก็ยังไม่มาถึง



เรื่องโรงไฟฟ้ากับผลกระทบต่อสุขภาพสังคม เราควรก้าวต่อไปอย่างไร?

ดร. เทียนไชย จงพีร์เพียร ประธานอนุกรรมการการพิจารณาความต้องการไฟฟ้า ในคณะกรรมการพิจารณา นโยบายพลังงาน ระบุตัวเลขต้นทุนโรงไฟฟ้าถ่านหินอยู่ที่ 276,276 ล้านบาท ส่วนต้นทุนโรงไฟฟ้าพลังงานก๊าซอยู่ที่ 320,614 ล้านบาท

ถ้าอนุญาตให้ก่อสร้างโรงไฟฟ้าถ่านหิน ตลอดอายุของ โรงไฟฟ้าจะสามารถประหยัดพลังงานได้ถึง 53,388 ล้านบาท อีกนัยหนึ่งนั่นคือ โรงไฟฟ้าถ่านหินมีค่าต้นทุนเชื้อเพลิงต่ำสุด คือ 0.05 บาทต่อหน่วย เมื่อเทียบกับก๊าซธรรมชาติ 1.15 บาทต่อหน่วย และน้ำมันเตา 1.94 บาทต่อหน่วย

แต่การคำนวณตัวเลขต้นทุนทางด้านพลังงานต่าง ๆ ตามที่กล่าวอ้างมานี้ รัฐกลับละเลยต้นทุนทางสังคมและต้นทุนทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นต้นทุนที่ชาวบ้านต้องแบกรับผลกระทบโดยประเมินค่ามิได้

ดังรายงานผลการคำนวณต้นทุนสุขภาพจากการผลิตไฟฟ้าแม่เมาะ ที่นิตยสารโลกสีเขียว ฉบับเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2546 ระบุว่า มีการศึกษาไว้ตั้งแต่ปี 2538 ว่าสูงถึง 1.26 บาทต่อหน่วย นั่นหมายความว่า **ต้นทุนสุขภาพมีมูลค่าสูงกว่าการผลิตไฟฟ้าจากถ่านหินอย่างชัดเจน**

ตัวเลขนี้ยังไม่นับรวมผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและจิตใจของชาวบ้านในระยะยาวเข้าไปด้วย

มีแนวโน้มว่า รัฐบาลไทยต้องขยับขยายวางแผนการใช้พลังงานไฟฟ้าให้มากขึ้นกว่าเดิม เพื่อรองรับแผนการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมของประเทศ สังคมได้พูดถึงบทเรียนราคาแพงแสนแพงจากแผนพัฒนาประเทศซ้ำแล้วซ้ำเล่า ว่านับวันก็ยิ่งทำลายต้นทุนทางสังคมแทบไม่เหลือ

“นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ที่เสนอโดย องค์การอนามัยโลก เริ่มปรากฏเป็นข้อเสนอในวงกว้าง เพื่อให้ผู้บริหารประเทศต้องกลับไปทำความเข้าใจเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญในมาตรา 76 ที่กำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเรียกร้องให้รัฐบาลหันมาตระหนักนำมิติทางสุขภาพเข้าไปกำหนดไว้ในนโยบาย เพื่อให้เอื้อต่อการมีสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่ดีของผู้คนในสังคม เพราะสังคมไทยได้รับบทเรียนมากเกินไปแล้วว่ารัฐดำเนินนโยบายสาธารณะขนาดใหญ่โดยไม่สนใจการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน

กรณีโรงไฟฟ้าแม่เมาะจึงถือเป็นอีกบทเรียนสำคัญ ที่สะท้อนมุมมองปัญหาทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมไว้ได้อย่างชัดเจนยิ่งนัก





10 บทเรียนจากกรณี “บิก ดีทูบี”

ตลอดระยะเวลาเกือบหนึ่งเดือนเต็มๆ ที่โรงพยาบาลวิชัยยุทธ คลาคล่ำไปด้วยคลื่นวัยรุ่นเป็นจำนวนมาก ทุกคนต่างก็มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน มาในฐานะมิตรรักแฟนเพลงร่วมส่งกำลังใจ หวังให้บุคคลที่เขารักและชื่นชม **อภิเชษฐ์ กิตติกรเจริญ** หรือ **บิก** นักร้องวงบอยแบนด์ดีทูบี วงดังติดอันดับหนึ่งของเมืองไทย ผ่านพ้นความเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุทางรถยนต์

หลายคนเฝ้ารอให้ “ปาฏิหาริย์” มีจริง ใช้ศรัทธาและความเชื่อร่วมกันนั่งสวดมนต์ภาวนา บนบานศาลกล่าว “ความรู้สึก” บิกต้องหายป่วยเข้ามามีอิทธิพลเหนือข้อเท็จจริงทางการแพทย์

ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่ทุกคนไม่อาจจะเปิดใจรับได้ และพากันส่งเสียงระงมว่าให้ก้องกังวานไปทั่วทิศ โรงพยาบาลทุกครั้งที่มีแพทย์เจ้าของไข้ตอบคำถาม เสมือนจะยุติการรักษาและหมอดหวังที่จะทำให้บิกโรคชีวิต

นายจ้างเจ้าของต้นสังกัดที่บิกทำงานด้วย ประกาศทุ่มเงินรักษาชีวิตของบิกจนถึงที่สุด หมอดูจากหลายสำนักร่วมทำนายทายทักชะตาชีวิตของบิก บางคนก็อ้างตัวว่ามียารักษาโรคแบบที่บิกเป็นอยู่ให้หายได้

สิ่งที่ทุกคนพึงกระทำได้ ณ เวลานั้นคือการหยิบนัยความปรารถนาดีและขอให้ป้าภูหิรียเกิดขึ้น

ข้อเท็จจริงหรือปาฏิหาริย์?

วันที่ 22 กรกฎาคม 2546 บิกประสบอุบัติเหตุรถยนต์พุ่งตกลงไปในบริเวณคูน้ำซึ่งไร้เครื่องกั้นไหล่ทางบนถนนศรีนครินทร์ขาออก เขตอำเภอมือง จังหวัดสมุทรปราการ หน่วยกู้ภัยช่วยบิกออกมาจากตัวรถที่จอดนิ่งจมอยู่ในคูน้ำ สกปรก และช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น ก่อนนำตัวของบิกในสภาพสลบไม่ได้สติเพราะสำลักน้ำเข้ารักษาในโรงพยาบาลวชิรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ แต่ไม่ปรากฏอาการรุนแรง บิกสามารถกลับบ้านได้

บิกเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเดิมอีกครั้ง เพราะมีอาการไข้และตรวจพบว่ามีปอดติดเชื้อ อาการติดเชื้อในปอดเริ่มทรุดหนักชีพจรเต้นเร็วต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ของโรงพยาบาลแถลงก่อนจะย้ายบิกเข้ากรุงเทพฯ เพื่อมารักษาตัวในโรงพยาบาลวิชัยยุทธว่า บิกมีอาการแจ่มใสขึ้น พุดคุยได้ดี พักผ่อนได้มาก มีไข้ต่ำเป็นพักๆ บางครั้งไอมีเสมหะ แต่อาการทั่วไปของปอดยังอีกเสบ

เพราะอาการปอดหวัเป็นระยะของบิก แพทย์ต้องให้ยาปฏิชีวนะ และแถลงถัดมาว่าพบเชื้อในสมอง บิกทรุดหนักถึงขั้นหมดสติเนื่องจากตรวจพบฝีขึ้นในสมอง ทำให้ฝีไปกดทับสมองส่วนควบคุมการหายใจ แพทย์ต้องนำตัวบิกผ่าตัดสมองครั้งแรก หลังการผ่าตัดอาการโดยรวมอยู่ในขั้นอันตรายมากเนื่องจากเสียเลือดถึง 2,000 ซีซี พบเซลล์สมองบางส่วนถูกทำลาย แพทย์แถลงว่าบิกมีโอกาสรอดน้อยมาก

แต่แฟนเพลงเริ่มมีความหวัง เมื่อแพทย์โรงพยาบาลวิชัยยุทธวินิจฉัยพบเชื้อราในสมองบิกสามารถรักษาได้ด้วยยาตัวใหม่ชื่อ **Voriconazol** ยานี้ยังไม่ผ่านการรับรองจากองค์การอาหารและยา (อย.) โรงพยาบาลต้องสั่งซื้อนำเข้าจากประเทศออสเตรเลียในราคาแพง

วันที่ 10 สิงหาคม 2546 แพทย์เจ้าของไข้แถลงผลการใช้ตัวยาใหม่ไม่ทำให้บิกมีอาการดีขึ้น ความหวังที่จะให้บิกรอด

ชีวิตเหลือน้อยลงเต็มที่ เพราะมีอาการเลือดไหลในสมอง แพทย์ไม่ยืนยันว่าหนทางผ่าตัดจะก่อให้เกิดผลดี จึงตัดสินใจใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อรอให้สมองของบิกหยุดทำงานไปเอง

อาการของบิกทรงตัวอยู่หลายวัน ประกอบกับคำอธิบายของแพทย์ที่ยากจะกลายยืนยันชีวิตของบิก ทำให้สื่อมวลชนบางฉบับพาดหัวว่า นักร้องดังเสียชีวิตแล้ว แต่ก็มีความยืนยันจากแพทย์ผ่านสาธารณชนว่าฝีในสมองของบิกเริ่มมีขนาดลดลง และตัวยาใหม่ทำให้เริ่มมีผลมากขึ้น เป็นสัญญาณบ่งบอกว่าโอกาสรอดมีมากขึ้น

สุดท้ายบิกต้องได้รับการผ่าตัดอีกครั้ง เพราะอาการเลือดคั่งในสมอง อาการทรุดหนักถึงขนาดที่แพทย์แถลงว่ากระทบกระเทือนสมองส่วนที่มีผลต่อการมองเห็น ต่อมาพบเลือดออกในสมองและเกิดหนองคูกคาม ทำให้บิกต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่เป็นครั้งที่ 4 ครั้งนี้แพทย์แถลงอีกว่าโอกาสเหลือน้อยอีกแล้ว ถ้าวรอสภาพก็ไม่ต่างจากเจ้าชายนิทรา บิกอยู่ในอาการที่ทรงกับทรุด บางครั้งออกมาจากห้องรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก แต่แล้วก็ต้องกลับเข้าไปรักษาใหม่จนอาการเริ่มดีขึ้นเรื่อย ๆ แต่ก็ไม่สามารถสรุปได้ว่าครั้งไหนคือการทรุดครั้งสุดท้าย

กระทั่งวันที่ 1 ธันวาคม 2546 ก็มีคำประกาศอย่างเป็นทางการจากโรงพยาบาลว่า “บิกโรคตายแล้ว”

หลังจากนั้น แม้สื่อมวลชนจะรายงานข่าวอาการป่วยของบิกน้อยลง แต่ก็ยังมีข่าวปรากฏขึ้นบนหน้าหนังสือพิมพ์ ข่าวทางวิทยุและโทรทัศน์ บางวันเราอาจได้เห็นภาพบิกนอนแน่นิ่งเบิกตาอยู่บนเตียงคนไข้ หน้าตาอึมเอบ แต่ไร้แววตอบสนองรับรู้เหมือนคนปกติทั่วไป บางครั้งบิกก็กระพริบตาสร้างความหวังให้กับคนที่พบเห็น แต่ดวงตาที่ฉายแววออกมานั้นก็ยากที่จะสื่อสารบอกเราได้ว่า บิกรับรู้ได้จริงหรือไม่



บทเรียนจากกรณี “บ๊ิก ดีทูบี”

บทเรียนจากกรณีของบ๊ิกดีทูบีมีได้อยู่ที่เหตุการณ์ที่ทำให้บ๊ิกรอดชีวิตครั้งแล้วครั้งเล่าเท่านั้น หากยังประกอบไปด้วยปัจจัยและกระบวนการที่ควรนำมาพิจารณาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพสังคมโดยรวม ซึ่งอาจจำแนกได้ดังนี้

1. สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องอันนำมาสู่อุบัติเหตุและอาการป่วย

อุบัติเหตุทางรถยนต์ ในกรณีของบ๊ิกอาจมีปัจจัยที่ดูจะเล็กน้อย แต่ทำให้เกิดเหตุอันร้ายแรงกว่าที่ควรเป็น นั่นคือ ปัจจัยความปลอดภัยบนท้องถนนในขณะขับ จากการวิเคราะห์ผลจากการศึกษา ณ จุดเกิดเหตุที่ “บ๊ิก” ขับรถเสียหลักสามารถแยกแยะให้เห็นถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดสภาพที่เรียกว่า “ถนนอันตราย” ว่า มีด้วยกันมากมายหลายด้านคือ

ความเร็วในการขับขี่และความหนาแน่นในการจราจร สภาพข้างทางมีลักษณะเป็นแอ่งน้ำอยู่ห่างจากขอบทาง 5 เมตร ซึ่งระยะปลอดภัยควรอยู่ที่ 9 เมตร ผิวทางเชื่อมมีสภาพขรุขระและชำรุด เวลากลางคืนไม่มีไฟฟ้า แสงสว่างไม่พอราวกับชนบริเวณเกาะกลางอยู่ในสภาพชำรุด มีการขายสินค้าบริเวณไหล่ทางหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่อยู่ในเขตทางหลวง ขาดการจัดการใช้พื้นที่ข้างทางอย่างเหมาะสม โดยไม่มีการควบคุม ซึ่งส่งผลให้เกิดการขับขี่โดยฝ่าฝืนกฎจราจร

ข้อเท็จจริงก็คือ ถนนในประเทศไทยมีบริเวณที่ไม่ปลอดภัยอยู่มากมายหลายร้อยจุด การตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยก่อนการสร้างถนนแต่ละสายจึงมีความสำคัญและเมื่อมีการใช้งานแล้วก็ต้องหมั่นบำรุงรักษา เพื่อให้ถนนข้างทางปลอดภัย เมื่อเกิดความผิดพลาดในการขับขี่ ทั้งที่เกิดจากผู้ขับขี่และพาหนะในการขับขี่ ทำอย่างไรให้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้มีการตรวจสอบและแก้ไขกันอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เหตุสำคัญที่ทำให้บ๊ิกต้องเผชิญกับอาการวิกฤตครั้งแล้วครั้งเล่ามาจากเชื้อโรคที่ถูกระบุว่าเป็นเชื้อราเข้าไปในร่างกาย จนมีผลต่อการทำงานของสมอง ความเน่าเสียของน้ำในकुคลองจึงกลายมาเป็น “ผู้ร้าย” ที่จับต้องได้ ซึ่งทำให้กรุงเทพมหานครตื่นตัว สนใจที่จะลงมือหาทางลดระดับมลพิษของน้ำในकुคลองต่าง ๆ ในเมืองหลวง

2. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างข้อเท็จจริงและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น

สื่อมวลชน มีบทบาทสร้างกระแสข่าวสารการเจ็บป่วยออกสู่สายตาสาธารณชนแทบจะทุกวัน จนทำให้กลุ่มวัยรุ่นผู้รับสารในฐานะแฟนเพลงพากันหลั่งไหลให้กำลังใจบ๊ิกเป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลต้องจัดระเบียบจำกัดเขตบริเวณวางสมุดลงชื่อเยี่ยม เพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อย

มุมหนึ่ง สื่อมวลชนมุ่งนำเสนอเรื่องที่เหนือจริง หรือปฏิกิริยามากจนเกินไป ขาดการนำเสนอและรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยรอบด้าน มีผู้เสนอแนะผ่านสื่อมวลชนสอดแทรกแนวคิดการดำรงชีวิตที่ถูกต้องให้กับวัยรุ่นได้เรียนรู้และเข้าใจสัจธรรมของชีวิตเพื่อตั้งรับกับความตายที่เกิดขึ้นกับทุกคน เพราะวัยรุ่นทุกวันนี้มักใช้ชีวิตอย่างประมาท

กลุ่มวัยรุ่นที่เป็นแฟนคลับของดีทูบี บอยแบนด์ดีทูบีประสบความสำเร็จอย่างมากในระบบทุนนิยมด้วยการทำการตลาดอย่างมีหลักการผ่านสื่อกระแสหลักและมีระบบการสร้างแฟนคลับอย่างจริงจังแข็งแกร่งโดยเจาะไปที่วัยรุ่นต่างจังหวัด

‘เซียงเส้าหลง’ คอลัมนิสต์ในหนังสือพิมพ์ผู้จัดการรายวันวิเคราะห์ว่า แฟนเพลงวัยรุ่นในบ้านเราแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือวัยรุ่นเมืองและวัยรุ่นบ้าน (นอก) กลุ่มวัยรุ่นกลุ่มหลังนี้ถูกทำร้ายจากสังคมไทยโดยรวม หลายรูป หลากลักษณะ ทำให้เป็นวัยรุ่นที่อุดมไปด้วยความฝัน เนื่องจากธรรมชาติพื้นฐานที่ทำให้ต้องห่างบ้าน (เกิด) ห่างพ่อแม่ ขาดความรัก-ความสนใจจาก

...ก่อนหน้านี้ยังไม่มีใครเข้าไปครองใจวัยรุ่นบ้าน (นอก) ได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด จนกระทั่งดีทูบีถือกำเนิดขึ้นมา เพราะ 3 หนุ่มหน้าสวย ในนามดีทูบีทำกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้สึก จริใจ, เห็นใจ, ห่วงใย และ มอบความรักให้กับวัยรุ่นบ้าน (นอก) อาทิเช่น การเข้าไปพบปะสนทนา แฟนคลับ, แจกลายเซ็น และร่วมงานมีที่แฟนคลับจัดขึ้น พร้อมกับเตรียมประโยคเก๋ อย่างเช่น

“...ที่จะกลับมาพบน้อง ๆ อีก”, “...สัญญาจะครับว่าเราจะกลับมาพบกัน” และ ฯลฯ

พูดง่าย ๆ ว่าสร้างความหวังและเติมเต็มความรู้สึกที่ขาดหายไปเพราะการถูกทำร้ายจากสังคมให้... ผลก็คือดีทูบีจึงไม่ใช่เพียงแค่หนุ่มหน้าตาดีกลุ่มหนึ่ง หากแต่เป็นพี่ ๆ ดีทูบีที่เติมเต็มความรู้สึกที่วัยรุ่นบ้าน (นอก) ขาดไปอย่างเหลือเชื่อ

ที่มา: “เบื้องหลังความสำเร็จแบบ ‘เหลือเชื่อ-เหนือจริง’ ของบอยแบนด์ ‘ดีทูบี’ ”

คอลัมนิสต์ชาวปณคน คนปณขาว โดยเซียงเส้าหลง ผู้จัดการรายวัน วันที่ 14 สิงหาคม 2546



...การที่ บิ๊ก ดิทูปี ก้าวขึ้นมาเป็นวีรบุรุษ ก็เพราะเขา
เข้าไปเป็นทั้งความฝัน, ส่วนหนึ่งของจิตใจ และ
ส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันอย่างใหญ่, ญาติผู้ใหญ่
หรือแม้แต่พ่อแม่บางคน บางวงการ บางครอบครัว
ยังไม่สามารถทำหน้าที่ตรงนี้ได้ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น
น่าจะทำให้สังคมไทย หันมาพิจารณาตัวเอง ว่าทำร้าย
วัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นบ้าน (นอก) อย่างไร

สังคมรอบข้าง เป็นกลุ่มที่ดูเหมือนจะไม่มีใครสนใจเอาจริง ๆ
จิง ๆ แต่ก็กลุ่มที่มีขนาดใหญ่กว่าวัยรุ่นเมืองหลายเท่า
และก่อนหน้านี้ยังไม่มีใครเข้าไปครองใจวัยรุ่นบ้าน (นอก) ได้
อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาดจนกระทั่งดิทูปีถือกำเนิดขึ้นมา

แน่นอนว่าเมื่อบิ๊ก หนึ่งในดิทูปีประสบเหตุการณ์ร้าย วัยรุ่น
แฟนคลับเหล่านี้จึงพร้อมจะแสดงออกว่าพวกเขาไม่ต้องการให้
มันเกิดขึ้นอย่างพร้อมเพรียงกัน ภาพที่คุ้นชินที่โรงพยาบาลวิชัย
ยุทธตลอดหลายเดือนที่ผ่านมาจึงเป็นภาพกลุ่มวัยรุ่นที่แหวะเวียน
ไปเยี่ยมเยียน มอบของ ร้องเพลง ตลอดจนการใช้ศรัทธาในสิ่ง
ที่เชื่อไปกับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์เลวร้ายให้กลายเป็นดี
เช่น การบนบานศาลกล่าว การพันนกระเรียนเป็นหมื่นตัว พับ
ดาวเป็นหมื่นดวง

อาจสรุปได้ว่า หากอุบัติเหตุและปาฏิหาริย์ที่บีกรอดชีวิต
ในครั้งนี้เป็นต้นทาง กลุ่มที่ใหญ่ที่สุดที่แสดงออกว่าได้รับผล
กระทบอยู่ปลายทางของปรากฏการณ์ครั้งนี้คงไม่พ้นแฟนคลับ
ที่เป็นวัยรุ่นเหล่านี้

ผู้มีส่วนต่อกระบวนการรักษา ไม่จำเพาะแพทย์ที่ต้องทุ่มเท
การรักษาอย่างเต็มที่ แต่หมายรวมถึงผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการ
ตัดสินใจและสนับสนุนทางการเงินด้วย เพราะบิ๊กในฐานะนักร้อง
ดังย่อมถือว่าได้รับโอกาสทางการแพทย์ในการรักษา (โดย
เฉพาะกับโรคไม่ธรรมดา) สูงมากกว่าคนธรรมดาทั่ว ๆ ไป
สาธารณชนรับรู้ดีว่าค่าใช้จ่ายเพื่อรักษามีมูลค่าสูงมหาศาล
และต้องอาศัยเวลายาวนาน การได้ทดลองใช้ด้วยชนิดใหม่
เป็นตัวชี้วัดได้อย่างหนึ่งภายหลังผลการรักษาที่เกิดขึ้น แล้ว
ทำให้บิ๊กมีอาการดีขึ้นเหมือนกับมีปาฏิหาริย์

แน่นอน ย่อมมีคำถามเกิดขึ้นกับหลาย ๆ คน ว่าถ้าเป็นคน
ธรรมดา ๆ จะมีโอกาสสัมผัสกับปาฏิหาริย์นี้ได้หรือไม่ หรือว่า
ปาฏิหาริย์บางอย่างมาได้เพราะความเป็นคนดังหรือคนพิเศษที่
พร้อมเรื่องเงินทอง ข้อมูลที่ชี้แจงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเหล่านี้
อาจสร้างช่องทางการเรียนรู้เพิ่มขึ้นอีกว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ควร
หลีกเลี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ที่อาจมีผลในทางร้ายต่อการรักษา
หรือการออกกำลังกาย เพราะบิ๊กมีประวัติเป็นนักกีฬา จึงอาจ
เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ร่างกายของเขาต่อสู้กับโรคร้ายได้

แพทย์ผู้รักษาควรสรุปและนำแถลงต่อสาธารณชนว่ามีปัจจัย
ใดบ้างที่เป็นเหตุให้บิ๊กมีอาการทั้งในทางบวกและทางลบและ
หากบิ๊กเกิดพิการทางสมองไปตลอดชีวิต บิ๊กจะดำรงชีวิตอยู่
ต่อไปในระยะยาวได้อย่างไร และถ้าเป็นเช่นนั้นใครหรือฝ่ายใดจะ
เป็นผู้แบกรับภาระดูแลรักษาบิ๊ก

นี้อาจเป็นคำถามไปถึงระบบสุขภาพของรัฐปัจจุบันว่า มี
สวัสดิการรองรับที่จะดูแลผู้มีความพิการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ตลอด
ชีวิตหรือไม่

เรื่องของบิ๊กเป็นบทเรียนต่อสังคมไทยว่า ถ้าสังคมละเลยที่
จะพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดหนทางแก้และเกิดความ
เข้าใจในเหตุในผลอย่างแท้จริง แล้วปล่อยให้สังคมมองเฉพาะใน
มุมปาฏิหาริย์เพียงด้านเดียว เรื่องของบิ๊กอาจไม่ใช่เรื่องของ
ปาฏิหาริย์ที่เกิดขึ้นในสังคม แต่เป็นเรื่องสังคมที่ขอบอะไร ๆ ที่
เป็นปาฏิหาริย์





วัยรุ่น

กับสุขภาพ



วัยรุ่นกับสุขภาพ

คำว่า “สุขภาพ” อาจฟังดูธรรมดาๆ ไม่หวือหวา พอที่จะจับคู่ไว้กับ “วัยรุ่น” แต่ ก่อนจะปักใจอย่างนั้น ลองจินตนาการภาพตามสถิติเกี่ยวกับวัยรุ่นปัจจุบันต่อไปนี้ดูเสียหน่อยเป็นไร ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรอายุระหว่าง 10-24 ปี อยู่ประมาณ 15.8 ล้านคน ในจำนวนนี้ :

- มีคนที่ไม่ออกกำลังกาย และไม่เล่นกีฬาอย่างใดอย่างหนึ่งเลย มากถึงกว่า 4 ล้านคน
- ติด หรือสูบบุหรี่เป็นประจำประมาณ 1.5 ล้านคน
- พิจารทางร่างกาย สมอ หรือจิตใจมากกว่า 100,000 คน
- ติดเชื้อ HIV แล้วไม่น้อยกว่า 80,000 คน
- เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดปีละประมาณ 20,000 คน
- วัยรุ่นหญิงที่มีอาการแทรกซ้อน อันเนื่องมาจากการทำแท้ง ปีละไม่น้อยกว่า 6,000 คน
- เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุยานยนต์ประมาณ 4,000 คนต่อปี

ด้วยข้อมูลเหล่านี้ เราย่อมจินตนาการต่อไปได้ว่าสังคมไทยในวันข้างหน้าจะเป็นอย่างไร... ภาพที่ได้นำมาฟังพอใจหรือไม่

ในปัจจุบัน วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจจากสังคมมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง แต่ความสนใจส่วนใหญ่ก็มักจะจำกัดอยู่ที่เรื่องของพฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ที่พวกเขากำลังก่อขึ้น โดยเฉพาะที่มีลักษณะซึ่งยากจะเข้าใจ หรือชวนให้วิตกกังวล ส่วนความสนใจในมิติด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ดูเหมือนจะอยู่ในวงจำกัดเท่านั้น

ทว่าความจริงแล้วเราปฏิเสธไม่ได้เลยว่าสุขภาพของวัยรุ่น ไม่ว่าจะดีหรือร้าย ย่อมส่งผลต่อคุณภาพของสังคมอย่างสำคัญ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

เพราะวัยรุ่นในวันนี้ไม่เพียงหมายถึงผู้ใหญ่ใน

วันข้างหน้าเท่านั้น หากยังเป็น 1 ใน 4 ของประชากรปัจจุบัน ซึ่งนั่นหมายความว่า วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดกลุ่มหนึ่งด้วย

ที่สำคัญเหนืออื่นใดก็คือ พฤติกรรมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจที่คนในวัยนี้สร้างให้แก่ตัวเอง และปฏิบัติจนเป็นความเคยชินหรือเป็นนิสัย มักจะติดตัวเขาไปอีกยาวนาน หรือบางทีก็ตลอดชีวิตด้วยซ้ำ

ดังนั้น การให้ความสำคัญแก่เรื่องสุขภาพของวัยรุ่น ตั้งแต่การติดตามให้ทันต่อสถานการณ์ การทำความเข้าใจ ตลอดจนการหาทางแก้ไข ปัญหา พร้อมกับการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนส่งเสริมสุขนิสัยที่ดี จึงไม่เพียงแต่จำเป็นอย่างยิ่งเท่านั้น หากเป็นหน้าที่และพันธกิจที่ทุกฝ่ายจะละเลยเสียมิได้

1 วัยเปลี่ยนผ่าน

วัยรุ่นกับเกณฑ์เบลอ ๆ

แทบไม่มีใครไม่รู้จักวัยรุ่น แต่ถ้าจะให้บอกชัด ๆ ถึงขอบเขตของความเป็นวัยรุ่น ก็ดูจะไม่ใช่ง่ายเท่าใดนัก เมื่อไรที่จะถือว่าคนหนึ่งเริ่มต้นเป็นวัยรุ่น และเมื่อไรจึงถือว่าเขาก้าวพ้นจากวัยรุ่นเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ?

นิยามแห่งวัยรุ่นนั้นมีได้หลากหลาย อายุอาจเป็นองค์ประกอบและปัจจัยที่สำคัญอันแรกที่กำหนดความเป็นวัยรุ่น ทว่าอายุก็มีขีดเกณฑ์ที่ตายตัวแต่อย่างใด

หากจะกล่าวอย่างกว้าง ๆ และหากจะถือว่าวัยรุ่นคือ วัยที่เชื่อมอยู่ระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ หรือเป็นช่วงที่คนเราเปลี่ยนผ่านจากเด็กสู่ผู้ใหญ่ อย่างน้อยเกณฑ์วัดที่เกี่ยวข้อง ต้องมี 3 ประการด้วยกัน พื้นฐานที่สุดน่าจะเป็นเรื่องของ **การเจริญเติบโตทางสรีระร่างกาย** นอกจากนั้นยังมีเรื่องของ **พัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์** รวมไปถึงจนถึง **การปรับสถานะเชิงสังคม** หรือเรื่องของบทบาทหน้าที่ พฤติกรรม ความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสังคม ตลอดจนวิถีและวิธีการมองโลกและชีวิต

พัฒนาการทางร่างกาย ที่จัดว่าอยู่ในเกณฑ์เป็นวัยรุ่นนั้น ส่วนใหญ่วัดกันที่ความเปลี่ยนแปลงอันสัมพันธ์กับความพร้อมทางด้านการสืบพันธุ์ ความเปลี่ยนแปลงหลัก ๆ ทางกายที่จะเกิดกับเพศชายก็คือ จะเริ่มมีเสียงห้าวมีหนวดเครา มีขนขึ้นในร่มผ้าหรือตามแขนขา และมีการผ่นเปื่อยในเวลาหลับ ส่วนการเปลี่ยนแปลงหลัก ๆ ในเพศหญิงจะเป็นเรื่องการมีประจำเดือน หน้าอกขยาย ขนขึ้นในร่มผ้าเช่นเดียวกับวัยรุ่นชาย

วัยรุ่น เยาวชน และหนุ่มสาว

มีคำที่มีความหมายคาบเกี่ยวกันอยู่อย่างน้อย 3 คำ คือ เยาวชน วัยรุ่น และหนุ่มสาว โดยทั่วไปคำเหล่านี้มักถูกใช้ในความหมายที่ทับซ้อนกัน แต่หากจะถือเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกใช้ในการจำแนกประชากรกลุ่มนี้ เราอาจจะแบ่งพวกเขาออกเป็นกลุ่มตามอายุได้ดังนี้:

- วัยรุ่น (adolescents) อายุระหว่าง 10-19 ปี
- เยาวชน (young people) อายุระหว่าง 10-24 ปี
- หนุ่มสาว (youth) อายุระหว่าง 15-24 ปี

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม จิตใจ และอารมณ์

ของวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน แต่ก็พอจะวัดได้ แม้เพียงด้วยการสังเกต เด็กที่ย่างเข้าสู่วัยรุ่นจะเริ่มลดความใกล้ชิดกับพ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวลง และให้ความสนใจเพื่อน หรือคนนอกครอบครัว รวมทั้งเพศตรงข้ามมากขึ้น ขณะที่ตัวเขาเองก็เริ่มแสดงตัวว่าต้องการอิสระมากขึ้นเรื่อย ๆ ด้วยการออกรบมเลี้ยวดูในวัยก่อนหน้านี้ไม่มีอะไรผิดปกตินัก เขาควรจะสามารถควบคุมความคิดและอารมณ์ของตนได้มากขึ้นด้วย แต่ความที่ยังขาดประสบการณ์ และทักษะชีวิตในหลายมิติ ก็อาจจะยังอ่อนอยู่ ในบางครั้งวัยรุ่นอาจจะดูโผงผางรุนแรง และขาดความยั้งคิด แต่นั่นก็คือคุณสมบัติธรรมชาติของวัยรุ่น ซึ่งถ้าได้รับการประคับประคองที่ถูกต้อง วุฒิภาวะทางจิตใจและอารมณ์ของเขาจะสูงขึ้น ความยับยั้งและเหตุผลจะค่อย ๆ มาพร้อมกับวัยที่เปลี่ยนไปเรื่อย ๆ

จุดตั้งต้นแห่งความเปลี่ยนแปลงทั้งหลายทั้งปวงนี้ ส่วนมากจะเริ่มในช่วงอายุระหว่าง 10-12 ปี แต่บางคนอาจเร็วหรือช้าได้มากถึง 2-3 ปี

เด็ก ๆ ในปัจจุบันดูจะ “เป็นหนุ่มเป็นสาว” กันเร็วขึ้นกว่าในสมัยปู่ย่า ดายาย ของพวกเขา เพราะอาหารการกินในสมัยนี้สมบูรณ์กว่า และสุขภาพอนามัยโดยรวมก็ดีกว่า ทั้งนี้ มิใช่ต้องกล่าวถึงสิ่งเร้าที่มาจากสภาพแวดล้อม เช่นสื่อในรูปแบบต่าง ๆ ที่สามารถกล่อมเกลาจิตใจและอารมณ์ของเด็ก ๆ ให้มีลักษณะ “เป็น” หรือ “ใกล้” ความเป็นวัยรุ่นได้มากขึ้น

จุดสิ้นสุดการเป็นวัยรุ่นก็ไม่ง่ายที่จะชี้ขาดลงไปเช่นกัน และโดยทั่วไปต้องอาศัยพฤติกรรมและบทบาทหน้าที่เป็นตัวช่วยกำหนดหรือชี้วัด กล่าวโดยรวมได้ว่า **จุดสิ้นสุดแห่งการเป็นวัยรุ่น จะเริ่มขึ้น เมื่อคน ๆ นั้น เริ่มสวมบทบาทที่สังคมจัดว่าเป็นหน้าที่ของผู้ใหญ่**

เหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงในเชิงบทบาทหรือพฤติกรรม อย่างเช่นการยุติชีวิตการศึกษา (อาจด้วยเรียนจบหรือเลิกเรียนก็ตาม) การเริ่มต้นทำงานหารายได้เลี้ยงตัวเอง (เป็นอิสระในทางเศรษฐกิจ) การแต่งงาน (สร้างครอบครัว) การมีลูก (เป็นพ่อ - แม่) ฯลฯ เหล่านี้คือเครื่องหมายสำคัญ หรือเป็นเส้นแบ่งใหญ่ที่สะท้อนถึงการก้าวพ้นจากวัยรุ่นหรือการเป็นหนุ่มสาว เข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ช่วงวัยรุ่นของแต่ละคนจึงสั้น - ยาวไม่เท่ากัน บางคนมีเวลาแห่งการเป็นวัยรุ่นเพียงไม่กี่ปีเท่านั้น

อันอาจเนื่องมาจากการแต่งงานเร็ว มีลูกเร็ว หรือต้องแบกรับภาระทางเศรษฐกิจเร็ว แต่สำหรับบางคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน ช่วงเวลาแห่งการเป็นวัยรุ่นหรือชีวิตหนุ่มสาวนั้นยืดออกไปยาวนานขึ้น ทั้งด้วยการศึกษาต่อในระดับสูงขึ้น การมีครอบครัวช้าลง รวมทั้งการมีโอกาสรื้อหรือทางเลือกที่จะผัดหรือเลื่อนการรับภาระต่าง ๆ ออกไปได้นานขึ้น

ช่วงเปลี่ยนผ่านอันสำคัญยิ่ง

สำหรับบางคน ภาพที่ปรากฏในใจเคียงคู่กับวัยรุ่นเป็นเรื่องของความเจริญเติบโต พลละกำลัง ความใฝ่ฝัน ความสดใส และความเบิกบานสวยงามของชีวิต ขณะที่บางคนมองเห็นภาพความสับสน ความท้าทาย การเสี่ยงภัย และปัญหาอีกร้อยแปดที่ติดตามมา

ไม่ว่าจะมองอย่างไร **แท้จริงแล้ววัยรุ่นเป็นช่วงเวลาแห่งความเปลี่ยนแปลงในชีวิต ที่มีลักษณะเฉพาะอย่างยิ่ง** และการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นช่วงเวลาแห่งการเตรียมตัวเพื่อก้าวสู่ผู้ใหญ่ ขณะเดียวกันก็นับเป็นด่านแรกของการเลือกทางเดินในชีวิต

เพราะเหตุที่วัยรุ่นถูกมองว่าเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงหรือเป็นช่วงที่เชื่อมต่อระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ บางครั้งจึงทำให้คล้ายกับไม่มีเอกลักษณ์หรือไม่มีตัวตนอย่างชัดเจน และมักถูกละเลย ดังจะพบว่ามียุวกาจำนวนไม่น้อยที่จดจ่อรอวันเป็นผู้ใหญ่ เสียบบันท่านอง “อยากเป็นผู้ใหญ่ไว ๆ” จึงมักไต่ยืนอยู่เสมอ

แต่ไม่ว่าจะอย่างไร เด็กทุกคนก็หนีไม่พ้นต้องก้าวไปสู่ช่วงวัยนี้ ขณะเดียวกันก็ไม่มีผู้ใหญ่



คนใดเลย ที่ไม่ผ่านการปูรากฐานจากความเป็นวัยรุ่นช่วงเปลี่ยนผ่านนี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งทั้งในฐานะที่เป็น “หัวเลี้ยวหัวต่อ” และเป็นการวางแก่นแกนของชีวิตที่เหลือทั้งหมด

“วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนผ่านในชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะ และมีความสำคัญมาก สิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงวัยนี้อาจพลิกเปลี่ยนชีวิตของแต่ละคนได้มากมาย”

2 โคมหน้าวัยรุ่นไทย



นับวันยิ่งลดน้อย

หากนับวัยรุ่นอย่างกว้าง ๆ โดยใช้เกณฑ์อายุ ตั้งแต่ 10-24 ปี ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2546 มีวัยรุ่นอยู่ 15.8 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด 63.3 ล้านคน ถ้าเทียบกับประชากรทั้งโลกที่มีวัยรุ่นร้อยละ 27 แล้ว จะพบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนของวัยรุ่นต่ำกว่าเล็กน้อย

ประมาณ 2 ใน 3 ของวัยรุ่นอาศัยอยู่ในชนบททั่วประเทศ แต่ถึงแม้ภาพรวมจะเป็นเช่นนั้น เมื่อพิจารณาในรายละเอียดจะพบความแตกต่างที่น่าสนใจ นั่นคือ ขณะที่วัยรุ่นกลุ่มอายุตอนกลางและตอนปลายในชนบท (อายุ 15-19 และ 20-24 ปี ตามลำดับ) มีจำนวนและสัดส่วนลดลงเล็กน้อย ซึ่งนับว่าสอดคล้องกับสภาพธรรมชาติเพราะโดยธรรมชาตินั้น ประชากรในกลุ่มอายุสูงขึ้น ย่อมมีจำนวนน้อยกว่าในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า เนื่องจากส่วนหนึ่งได้ตายไป แต่สำหรับประชากรวัยรุ่นในเมืองกลับเป็นตรงกันข้าม โดยในช่วงวัยที่สูงขึ้นกลับยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงการอพยพโยกย้ายเข้าสู่เมืองของบรรดาเยาวชนคนรุ่นหนุ่มสาวจากชนบท ทั้งเพื่อการศึกษาและหางานทำ

จากอดีตจนปัจจุบันไล่เรื่อยไปถึงอนาคต มีแนวโน้มว่า สัดส่วนประชากรวัยรุ่นของไทยมีแต่จะลดลงจากที่ในปี พ.ศ. 2523 เคยมีวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 35 แต่ 10 ปีหลังจากนั้นลดลงเหลือร้อยละ 31 และใน 10 ปีถัดมาก็ลดลงอีก เหลือเพียงร้อยละ 25

คาดว่าในปี 2559 อันเป็นปีที่ประชากรของไทยโดยรวมจะมีประมาณ 68.4 ล้านคนนั้น จำนวนวัยรุ่นจะลดลงเหลือเพียงประมาณ 14 ล้านคน

หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศเท่านั้น เหตุที่เป็นเช่นนี้สืบเนื่องมาจาก ความแพร่หลายของการวางแผน ครอบครัว คนมีลูกกันน้อยลง

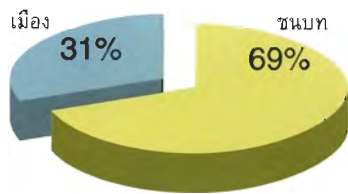
กระนั้นก็ตามวัยรุ่นยังคงจะเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สุดกลุ่มหนึ่ง และสุขภาพของพวกเขาก็จะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญด้านนโยบายต่อไปอีกนาน

ในด้านการศึกษาล่าเรียน วัยรุ่นปัจจุบันมีโอกาเรียนหนังสือมากกว่าในอดีตมาก แต่โอกาสทางการศึกษาที่แม้จะเปิดกว้างขึ้นกว่าเดิม แต่ก็ยังคงจำกัดอยู่โดยเฉพาะในการศึกษาระดับสูง ดังปรากฏจากสถิติ ปี พ.ศ. 2543 ว่า วัยรุ่นตอนกลางและตอนปลายที่เป็นนักเรียนมีอยู่เพียงร้อยละ 63



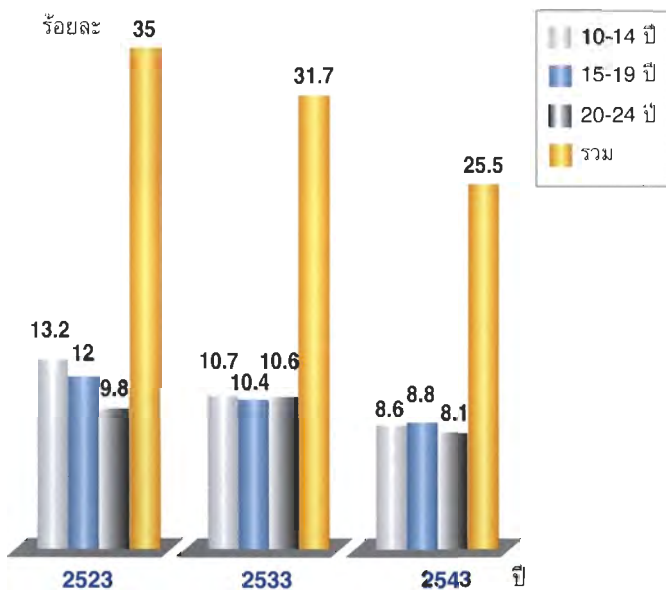
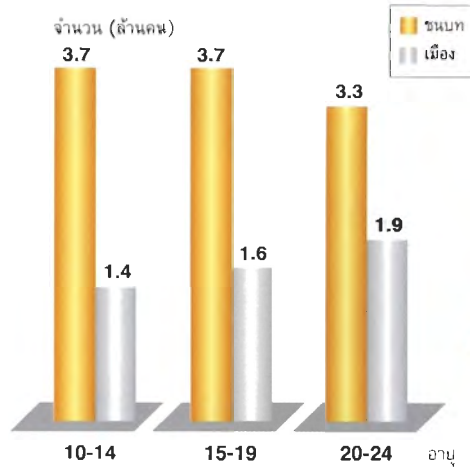
กราฟที่ 1: สัดส่วนประชากรไทย และประชากรวัยรุ่น ปี 2543 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา: รายงานการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ



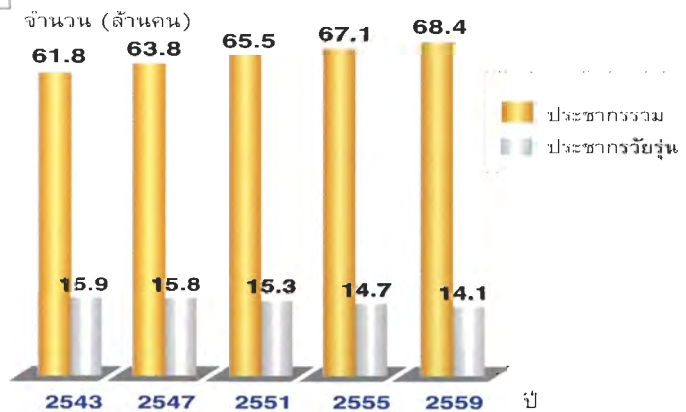
กราฟที่ 2: จำนวนวัยรุ่นในเมืองและชนบท ปี 2543 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา: รายงานการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



กราฟที่ 3: การเปลี่ยนแปลงในสัดส่วนประชากรวัยรุ่นต่อประชากรทั้งประเทศ ปี 2523, 2533 และ 2543 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา: รายงานการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523, 2533, 2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ



กราฟที่ 4: การคาดประมาณประชากรไทยและประชากรวัยรุ่น

ที่มา: การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

และร้อยละ 20 เท่านั้น ขณะที่วัยรุ่นอายุ 10-14 ปี มีสัดส่วนการเป็นนักเรียนสูงถึงร้อยละ 95 อันเนื่องมาจากการขยายการศึกษาภาคบังคับ จาก 6 ปี เป็น 9 ปี

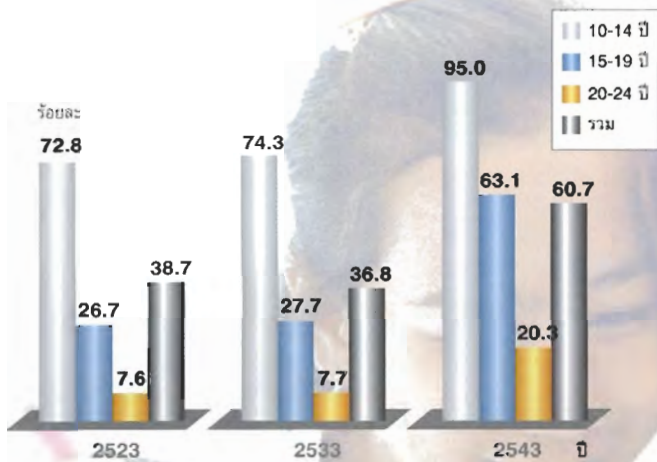
ในทางกลับกัน วัยรุ่นที่ทำงานมีสัดส่วนลดลง จากตัวเลขสำมะโนประชากร ปี 2543 แสดงว่าโดยรวมแล้ว วัยรุ่นอายุ 13-24 ปีที่ทำงานมีเพียงร้อยละ 22 เทียบกับเมื่อ 20 ปีก่อนหน้านั้น ซึ่งมีวัยรุ่นเกินกว่าครึ่งหนึ่งที่ทำงาน มิได้เรียนหนังสือ ความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างนี้ เนื่องมาจากการขยายโอกาสทางการศึกษา ซึ่งเริ่มมีผลอย่างชัดเจนในช่วงเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา คือตั้งแต่ราว พ.ศ. 2533 หรือก่อนหน้านั้นเล็กน้อย ทำให้วัยรุ่นจำนวนมากมีโอกาสดูแลตัวเอง โดยเฉพาะในระดับมัธยม จึงยังผลให้ร้อยละของวัยรุ่นที่ทำงานในระยะหลังๆ นี้ลดลงเมื่อเทียบกับประมาณ 20 ปีก่อนหน้านั้น

เหตุผลอีกประการหนึ่ง อาจจะเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงกฎหมายแรงงาน ซึ่งในปัจจุบันกำหนดอายุต่ำสุดที่จะทำงานได้ไว้ที่ 15 ปี (พรบ.คุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541)

สำหรับสถานภาพสมรสนั้น วัยรุ่นยุคนี้ส่วนใหญ่แล้ว เป็นโสดกันมากขึ้น

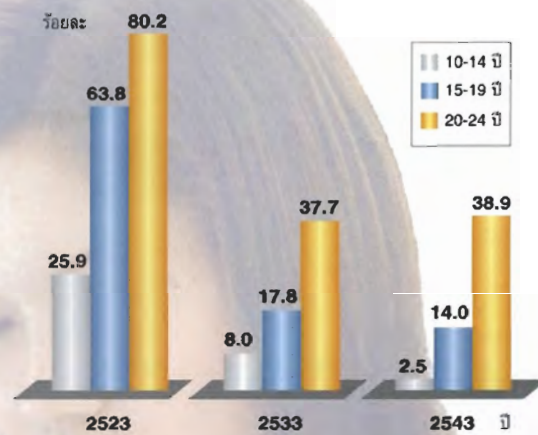
การใช้เวลาและการประกอบกิจกรรม

ข้อมูลในตารางที่ 1 ซึ่งได้มาจากรายงานการสำรวจการใช้เวลาของประชาชน ปี 2544 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงให้เห็นเวลาโดยเฉลี่ย (เป็นชั่วโมง/วัน) ที่วัยรุ่นใช้ไปในการทำกิจกรรมสำคัญๆ บางอย่าง ในภาพรวมวัยรุ่นในทุกเขตที่อยู่อาศัย มีรูปแบบของการใช้เวลาทำกิจกรรมต่างๆ คล้ายกัน คือ นอกเหนือจากเวลาในการดูแลตัวเองซึ่งรวมการพักผ่อนและการนอนแล้ว สำหรับ



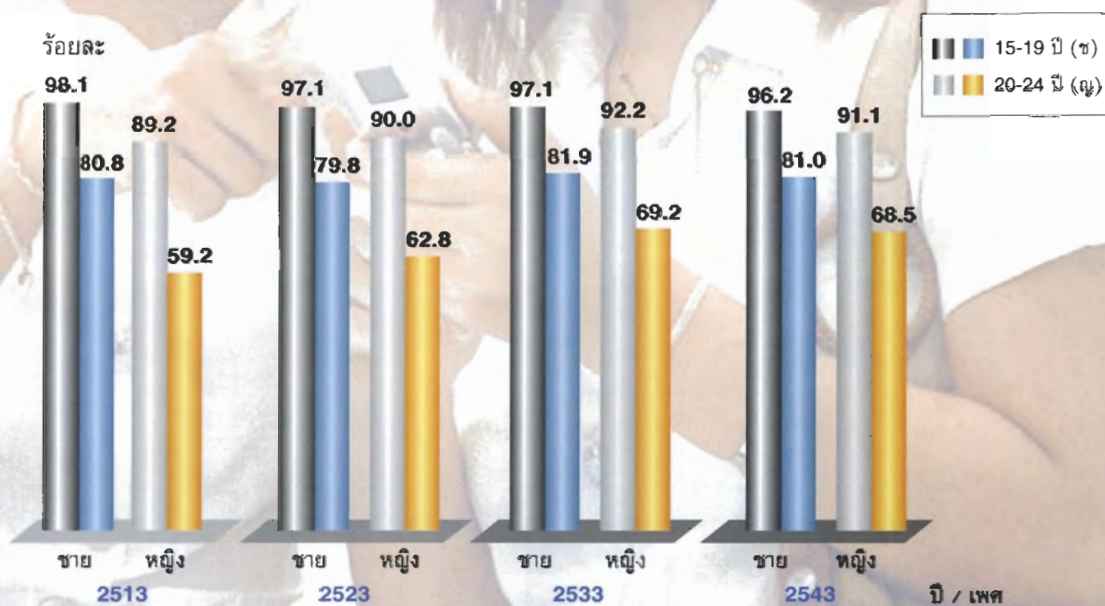
กราฟที่ 5: ร้อยละของวัยรุ่นในระบบโรงเรียน ปี 2523, 2533 และ 2543 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา: รายงานการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ ปี 2523, 2533, 2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ



กราฟที่ 6: ร้อยละของวัยรุ่นที่ทำงานปี 2523, 2533 และ 2543 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา: รายงานการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523, 2533, 2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ



กราฟที่ 7: ร้อยละของวัยรุ่นที่ยังโสด ปี 2513, 2523, 2533 และ 2543 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ที่มา: คำนวณจากรายงานการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513, 2523, 2533, 2543 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ที่ทำงาน เวลาที่ใช้ในการทำงานชนิดต่างๆ จะมากที่สุด แต่สำหรับวัยรุ่นที่ยังอยู่ในระบบโรงเรียน การใช้เวลาศึกษาเล่าเรียนในวันหนึ่งๆ ก็มากกว่าอย่างอื่น นอกเหนือไปจากนั้น จะเป็นเวลาที่ใช้ไปกับสื่อต่างๆ กิจกรรมทางสังคม และงานดูแลบ้านเรือน

เมื่อแยกกลุ่มกิจกรรมโดยไม่รวมการพักผ่อน การทำงานและการเรียนหนังสือในโรงเรียนแล้ว จะเห็นภาพการใช้เวลาว่างของวัยรุ่นชาย-หญิงชัดเจน เวลาว่างที่วัยรุ่นใช้นั้น หนักไปข้างพักผ่อนและบันเทิง โดยที่โทรทัศน์และวิดีโอ เอาเวลาวัยรุ่นไปมากที่สุด ตามด้วยคอมพิวเตอร์ การเล่นเกม สกีฬา ส่วนกิจกรรมประเทืองปัญญาอย่างเช่น การอ่าน (ไม่ว่าจะอ่านอะไรก็ตาม) และการค้นคว้าในห้องสมุดนั้น วัยรุ่นไทยใช้เวลาเพียงน้อยนิดต่อวัน ในเรื่องการใช้เวลาว่างส่วนใหญ่ใช้ในการหา

ความบันเทิง เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ดูภาพยนตร์ รongลงมา คือการอ่านหนังสือ การเดินเล่น และการออกกำลังกาย ที่เหลือเป็นเรื่องของการสังสรรค์กับเพื่อน ทำงานอดิเรกและอื่น ๆ

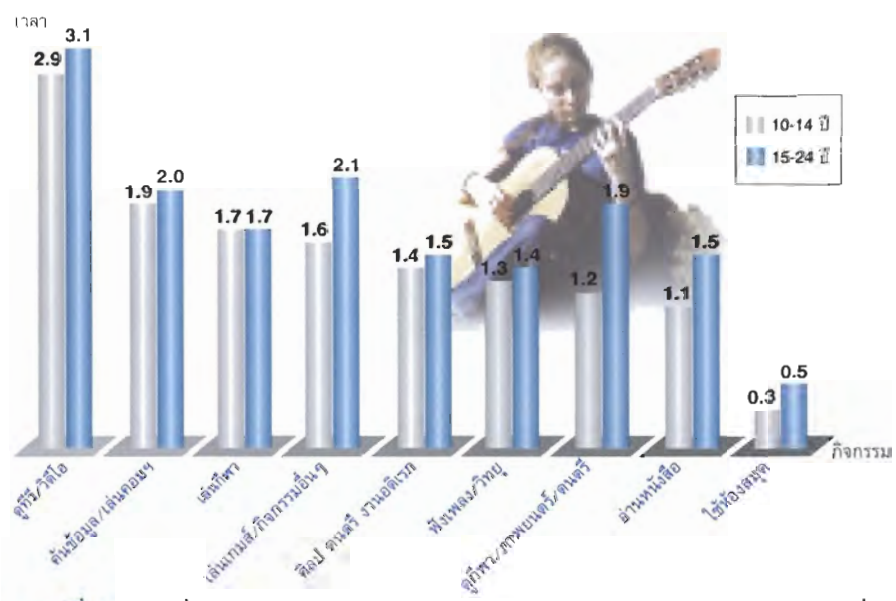
ในเรื่องการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา วัยรุ่นชายมีอัตราร้อยละที่สูงกว่าวัยรุ่นหญิงมากในทุกกลุ่มอายุ มีข้อน่าสังเกตว่า ยิ่งอายุมากขึ้น การออกกำลังกายก็ยิ่งลดลง โดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิง ถ้าเปรียบเทียบข้อมูลการออกกำลังกาย/เล่นกีฬาของวัยรุ่นปี 2540 กับ ปี 2545 จะเห็นว่า ขณะที่วัยรุ่นชายมีอัตราร้อยละของผู้ที่เล่นกีฬาเพิ่มขึ้นในแทบทุกกลุ่มอายุ (ยกเว้น 12-14 ปี) แต่วัยรุ่นหญิงกลับมีอัตราร้อยละที่ลดลง โดยภาพรวมแล้ว วัยรุ่นชายในปี 2545 ออกกำลังกายกันมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบปี 2540 ขณะที่สำหรับวัยรุ่นหญิง อัตราการออกกำลังกายโดยรวมลดลงเล็กน้อย

กิจกรรม	ทั่วประเทศ		กทม.		เหนือ		ตะวันออก เฉียงเหนือ		กลาง		ใต้	
	10-14	15-24	10-14	15-24	10-14	15-24	10-14	15-24	10-14	15-24	10-14	15-24
การทำงานในสถานประกอบการ	-	10.1	-	10.8	-	9.0	-	9.3	-	10.5	-	10.2
การผลิตชิ้นต้น	3.4	6.8	3.0	3.3	3.2	7.2	3.7	6.9	3.3	6.6	2.5	6.0
การหารายได้อื่นๆ	3.0	6.9	4.3	8.6	2.5	6.5	2.4	6.3	3.0	7.2	3.5	7.0
การดูแลในครัวเรือน	1.2	2.0	1.0	2.1	1.2	2.0	1.2	2.0	1.2	1.8	1.0	1.9
การดูแลสมาชิกในครัวเรือน	1.1	2.7	1.5	1.8	1.1	2.7	0.8	3.0	1.2	2.3	1.3	2.8
การให้บริการชุมชน	1.0	1.7	1.1	1.9	0.8	1.8	1.1	1.7	0.6	1.2	1.6	2.3
การศึกษาเรียนรู้	7.8	8.0	8.0	7.7	8.2	8.1	7.8	8.1	7.6	7.7	7.9	8.3
กิจกรรมเชิงสังคม	2.0	2.1	2.2	2.1	1.8	2.0	1.9	2.1	1.9	2.0	2.2	2.3
การใช้บริการสื่อต่างๆ	3.0	3.2	3.5	3.7	2.9	3.1	2.9	3.1	3.3	3.4	2.7	3.1
การดูแลตัวเอง	12.0	11.5	12.0	11.3	11.9	11.5	12.0	11.6	12.0	11.3	12.1	11.7

ตารางที่ 1: การใช้เวลาในกิจกรรมต่างๆของวัยรุ่น จำแนกตามภาคและกลุ่มอายุ ปี 2544 (ชั่วโมง)

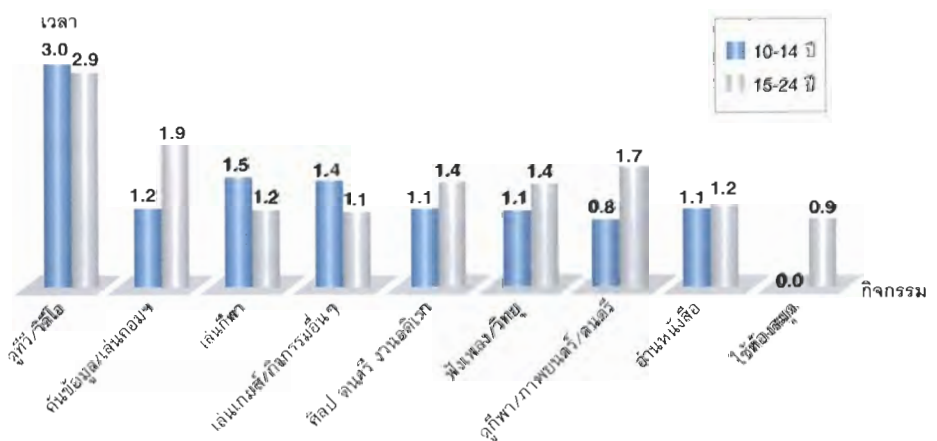
หมายเหตุ: จำนวนชั่วโมงที่ปรากฏในตารางนี้เป็นค่าเฉลี่ยของเวลาที่วัยรุ่นกลุ่มอายุต่าง ๆ ใช้ในแต่ละกิจกรรม และเฉพาะผู้ที่ทำในสิ่งนั้นๆ เท่านั้น ไม่ใช่เวลาที่แบ่งบนฐานของ 24 ชั่วโมง หรือ 1 วัน ของวัยรุ่นในแต่ละกลุ่ม

ที่มา: การสำรวจการใช้เวลาของประชาชน พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



กราฟที่ 8: เวลาที่วัยรุ่นชาย ใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ จำแนกตามกลุ่มอายุ (ชั่วโมง/วัน)

ที่มา: การสำรวจการใช้เวลาของประชาชน พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



กราฟที่ 9: เวลาที่วัยรุ่นหญิง ใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆ จำแนกตามกลุ่มอายุ (ชั่วโมง/วัน)

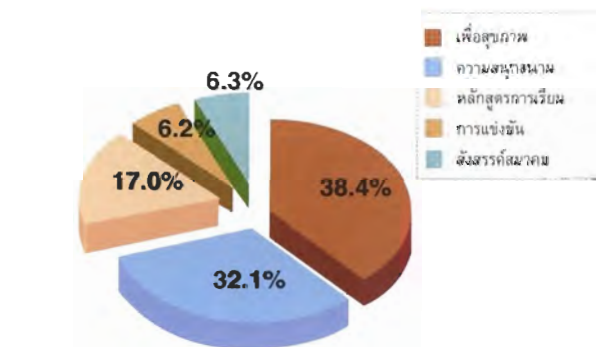
ที่มา: การสำรวจการใช้เวลาของประชาชน พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 2: วัยรุ่นอายุ 12-24 ปี ที่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย
เปรียบเทียบปี 2540 และ 2545

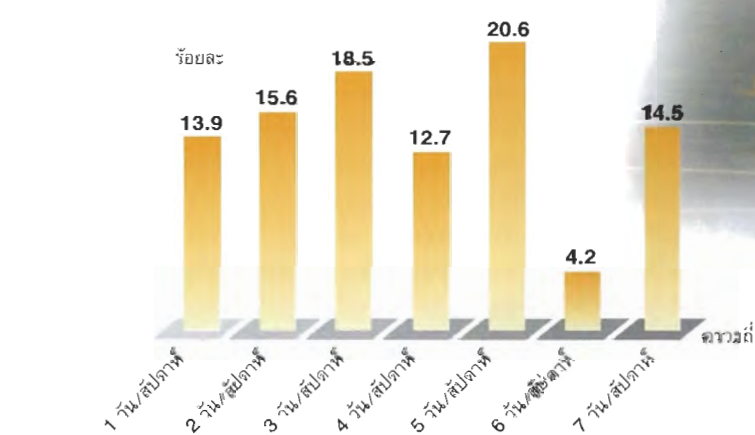
กลุ่มอายุ	ชาย		หญิง	
	ปี 2540	ปี 2545	ปี 2540	ปี 2545
12-14 ปี	92.2	88.2	87.3	80.9
15-19 ปี	76.5	78.6	61.5	59.3
20-24 ปี	43.1	51.5	13.1	17.8
รวม	67.3	70.0	49.0	47.7

ที่มา: รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน ปี พ.ศ. 2540 และ 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

กราฟที่ 10: ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ที่เล่นกีฬา ปี 2545
จำแนกตามเหตุผลในการเล่น

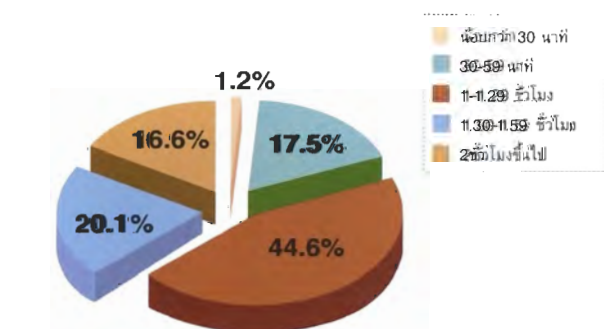


ที่มา: รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



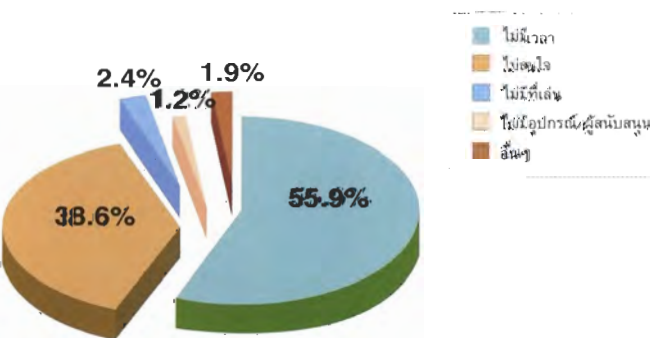
กราฟที่ 11: ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ที่เล่นกีฬา ปี 2545
จำแนกตามความถี่ในการเล่น

ที่มา: รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



กราฟที่ 12: ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ที่เล่นกีฬา
ปี 2545 จำแนกตามระยะเวลาที่เล่น

ที่มา: รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



กราฟที่ 13: ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ที่ไม่เล่นกีฬา ปี 2545
จำแนกตามเหตุผลที่ไม่เล่น

ที่มา: รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เพื่อหล่อ เพื่อสวย...

พวกหนูส์ตาย



ก็ดูจากดารา ทั้งไทย
ฝรั่ง ญี่ปุ่น ดูหนัง
เกาหลี”

ในเรื่องเครื่องสำอาง
น้องฝนตอบแทนเพื่อนๆ
รุ่นเดียวกันว่า ส่วนใหญ่
จะแอบแต่งแบบอ่อนๆ

“ต้องใสๆ ค่ะ แบบญี่ปุ่น เกาหลี
เขาเรียกหมวยอินเตอร์เนชั่นนี่ ตอนนี
กำลังมาแรง ชาวๆ ตาโต มีเหล็กติดฟัน
ก็ดี ต้องสูงๆ เพริ้วๆ ด้วยนะค่ะ แต่ง
แบบเสื้อกล้าม สายเดี่ยวใส่กางเกง
สามส่วน ใส่รองเท้าแตะ แต่งหน้าสี
ชมพูๆ เข้าไว้ บางคนที่มีมันๆ ก็จะใช้
แบบสีส้มสดๆ ไปเลย ตัดกันเหมือน
นกหงส์หยกก็ได้ ถ้ามันใจนะค่ะ”

น้องฝน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่
3 โรงเรียนสตรีวิทยา อายุ 15 ปีบอกว่า
นี่คือแบบฉบับที่สาวๆ สมัยนี้กำลังนิยม
แฟชั่นของวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงอยู่
เสมอ ดันปีเราอาจจะเห็นสายเดี่ยว-
กระโปรงสั้นเต็มเมือง แต่แล้วปลายปีกลับ
กลายเป็นกางเกงขาจัมสามส่วนกับเสื้อ
แขนพองๆ เหมือนตุ๊กตาไปเสียแล้ว
เทรนด์การแต่งหน้าแบบยุคมิลเลเนียม
แบบวาวๆ วาวๆ ก็ผ่านไปแล้ว รวมทั้ง
เรื่องของรูปแบบความสวยความหล่อก็
เช่นกัน จากยุคลูกครึ่งผ่านมาสู่แบบไทย
แท้ จนล่าสุดนี้มาหยุดอยู่ที่ดีเฟเวอร์ และ
หมวยอินเตอร์ อย่างที่ว่า อันเนื่องมาจาก
อิทธิพลของเอเชีย ซีรีส์ ที่มีอยู่แทบทุก
สถานีโทรทัศน์นั่นเอง

น้องฝนอธิบายเพิ่มว่า ถ้าอยากรู้ว่า
เด็กสมัยนี้เขามองอะไรคือสวย เท่ เก๋
ให้ไปเดินดูที่สยาม โดยเฉพาะบริเวณ
เซ็นเตอร์พอยต์ ดูได้ทั้งผู้หญิงผู้ชาย
เพราะที่นั่นจะเป็นแหล่งประชันแฟชั่นของ
วัยรุ่น บางคนก็ไปดูว่าคนอื่นแต่งกัน
อย่างไร แล้วก็หาซื้อแถมกันได้ทันที

“ส่วนมากเวลาเราแต่งตัวหรือ
แต่งหน้า ก็ดูจากแฟชั่นค่ะ ว่าช่วงนั้น
เขาฮิตอะไรกัน แต่แต่งแล้วก็ต้องเหมาะ
กับเราด้วย แฟชั่นส่วนใหญ่มันจะมา
จากนิตยสารวัยรุ่นต่างประเทศ หรือไม่

ใช้แคครีมบำรุงผิว ไม่ใช่รองพื้น ใช้แค่แป้ง
พฟ บางคนก็ปิดแก้มสีชมพูหน่อย หรือไม่
ก็เอาอาย์อาย์ทิกเก็ตๆ เก๋ๆ ให้แก้ม
ดูเป็นสีชมพูระเรื่อ ใช้ลิปกอสส์อ่อนๆ
ไม่ถึงกับทาตาสีๆ มาโรงเรียน แต่ถ้าเป็น
วันเสาร์ อาทิตย์เวลาไปเที่ยวก็แต่งบ้าง
หากจัดลำดับเครื่องสำอางที่ดูเงินจาก
กระเป๋าของน้องฝนและเพื่อนๆ มากที่สุด
ก็คืออุปกรณ์ที่ทำให้หน้าขาวใสทั้งหลาย
เช่น โฟมล้างหน้า โทเนอร์ ครีมบำรุง
แป้งพฟ และที่ขาดไม่ได้ แม้ว่า
จะไม่ชอบบอยนักก็ค่อนข้างหอม

“ชอบไปเดินห้าง
กันอาทิตย์ละครั้ง
เป็นอย่างน้อย
ไปเลือกน้ำหอม ซื้อ
เครื่องสำอาง ว่ามี
อะไรมาใหม่ บางคน
ที่พ่อแม่รวย เป็นหมอย มีธุรกิจ
ของตัวเอง เขาก็มีการ์ดไว้รูต
เอง ก็จะเลือกๆ พอใจก็ซื้อ
ยี่ห้อดังๆ จะแพงมาก ขวดละ
หลายพัน เดือนหนึ่งบางทีเขาก็ซื้อกัน
เป็นหมื่น หรืออย่างน้อย เป็นพัน แต่ถ้า
เป็นคนไม่รวยมากก็จะเก็บตังค์ซื้อ
อดกินเอา ถ้าไม่พอบางคนก็โกหก
พ่อแม่ ทำรายงานบ้าง ซื้ออุปกรณ์
ต่างๆ บ้าง เรื่องน้ำหอมนี่ไม่ได้นะค่ะ
แพงแค่ไหนก็เก็บเงินซื้อ” น้องฝน
เล่าถึงเรื่องของรายจ่ายและวิธีการจัดสรร
เงิน

ส่วนว่ามีวิธีการเลือกสินค้าและตัดสินใจ
อย่างไร น้องฝนบอกว่า ความจริงก็ไม่
ค่อยรู้หรอกว่าอันไหนดีจริงไม่ดีจริง แต่ก็
เชื่อกันว่าของแพงนั่นดี ดูจากยี่ห้อดังๆ
ดูจากโฆษณาสินค้าออกใหม่ สิ่งที่กำลัง
ได้รับความนิยม ถ้าชอบก็ลองซื้อใช้ และ



ถ้าใช้ดีก็บอกต่อ นอก
จากนั้นคำแนะนำของ
คนขายก็มีส่วนสำคัญ
โดยที่ส่วนใหญ่จะทำให้
ซื้อมากขึ้น

“เขามายกบอกว่า ใช้อันนั้นอันนี้
เพิ่มด้วยสิ ก็จะได้ผลซื้อมามากด้วย”
น้องฝนกล่าว

ไม่ได้เป็นแค่พวกผู้หญิงเท่านั้น
ที่ใช้เครื่องประทินโฉม ผู้ชายเอง
ก็เช่นกัน

จากคำบอกเล่าของ
สัญญา นักศึกษาชั้นปีที่ 4
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
เขาระบุว่า พวกวัยรุ่นผู้ชาย
จะมีปัญหาเรื่องสิว จึงต้อง
หาพวกโฟมล้างหน้ามาใช้
เป็นของที่หวงมากที่สุด นอกนั้น
ไม่เท่าไร อาจมีครีมบำรุงหน้า

อีกอย่างเท่านั้น ที่วัยรุ่นผู้ชายใช้กัน
เป็นประจำ ในปัจจุบัน
ส่วนน้ำหอม ผู้ชายแมนๆ
จะไม่นิยมใส่ แต่อาจใช้
ทาโรลล์ออนป้องกันกลิ่น
กันเป็นประจำ

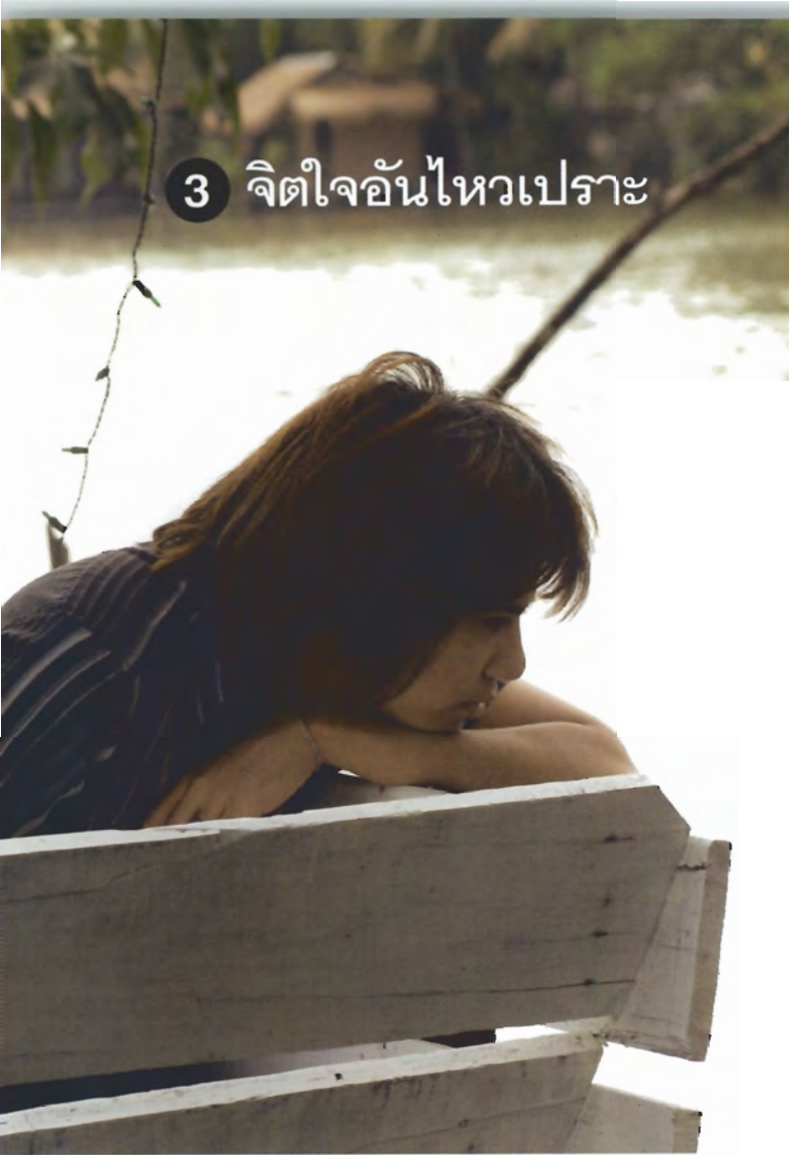
ส่วนจะเป็นยี่ห้ออะไรนั้น
ก็แล้วแต่ว่าช่วงนั้นมีสินค้าอะไร
ใหม่ๆ ออกมาบ้าง

“ดูจากแมกกาซีน ถ้ามาจาก
เพื่อนแล้วตรงดิ่งไปซื้อเลย
ไม่นิยมไปเดินเลือกเหมือนผู้หญิง”
สัญญาระบุ พร้อมกับเล่าถึงแนวโน้ม
ใหม่อีกอย่างหนึ่งที่กำลังเกิดขึ้น นั่นคือ
การพอกหน้า - ขัดหน้า

“ผู้ชายจริงๆ บางคนก็เริ่มไป
พอกหน้า ขัดหน้าให้ใส ทำหน้าแดง
ไปขัดหน้าขาวอยากจะได้ใสๆ ก็
จะนิยมไปขัดหน้ากัน ยิ่งคนที่หน้าดำ
อยู่แล้ว ก็ชอบไปทำกัน สาวๆ
จะได้สนใจ และก็พวกที่เตรียมตัว
อยากเป็นดาราที่นิยม คือหน้าใส
จะทำให้ผู้ชายดูติดใจขึ้น ดูดีขึ้น”
สัญญากล่าวในที่สุด



3 จิตใจอันไหวเปราะ



วัยรุ่นกับความเครียด

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ เป็นหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นซึ่งโดยทั่วไปจะกินเวลาประมาณ 10 ปี นั่นคือช่วงอายุระหว่าง 10-20 ปีโดยประมาณ

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นั้น ทั่วไปแล้วก็เป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่ปัญหาในตัวมันเอง เพียงแต่หากจัดการไม่ได้หรือไม่ดีพอก็อาจจะก่อให้เกิดความเครียดและเกิดปัญหาบานปลายได้

จากรายงานการวิจัยเรื่อง “ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง” โดยทีมนักวิจัยจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2546) ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้หญิงอายุ 15-49 ปี ในกรุงเทพฯ และนครสวรรค์ พบว่า วัยรุ่นหญิงไทยกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี ที่มีอาการของความเครียดไม่เกินเกณฑ์ปกติ มีร้อยละ 71.9 และ 71.4 ตามลำดับ ส่วนที่มีปัญหาความเครียดเกินเกณฑ์ปกติ คือ มีอาการเครียด 8 ประการขึ้นไป มีร้อยละ 28.1 และ 28.6 ตามลำดับ ซึ่งก็นับว่ามากทีเดียว

อย่างไรก็ดี ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ก็คือ นอกจากจะเก็บข้อมูลเฉพาะผู้หญิงและไม่ครอบคลุมวัยรุ่นตอนต้นแล้ว ยังเป็นเพียงการวัดปัญหาด้านจิตใจอย่างคร่าว ๆ คือสอบถามเพียงอาการที่เกิดขึ้นในรอบ 4 สัปดาห์ ก่อน

การสำรวจเท่านั้น ไม่ได้สอบถามถึงความถี่ของอาการต่าง ๆ เหล่านั้น แต่งานวิจัยนี้ก็มีข้อเด่นตรงที่เป็นการสำรวจจากฐานประชากรวัยรุ่นทั่วไป ทั้งที่อยู่ในโรงเรียนและนอกโรงเรียน จึงเป็นตัวแทนของประชากรได้

งานวิจัยชิ้นหนึ่งที่ให้ภาพของปัญหาสุขภาพจิตวัยรุ่นได้ครอบคลุมทุกช่วงอายุ ทั้งเพศหญิง และเพศชาย เป็นงานที่ทำโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ เมื่อปี 2544 โดยเก็บข้อมูลจากเด็กนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จาก 6 โรงเรียนในกรุงเทพฯ และ 1 โรงเรียนในต่างจังหวัด

การวิจัยจำแนกนักเรียนออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกคือกลุ่มเด็กปกติ กลุ่มที่สองคือกลุ่มเด็กเสี่ยง คือเริ่มจะมีปัญหา เริ่มมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เก็บตัว ไม่สนใจเรียน ทำตัวเด่นดัง เป็นต้น และกลุ่มที่สามคือกลุ่มที่มีปัญหาแล้ว เช่น ไข้ยาเสพติด หนีโรงเรียน เป็นต้น ในแต่ละกลุ่ม ได้จำแนกพฤติกรรมที่เป็นปัญหาออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง, เกเร, และพฤติกรรมความสัมพันธ์กับเพื่อน นอกจากนี้มีพฤติกรรมด้านบวก คือ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ที่หากมีคะแนนสูง ก็ถือเป็นจุดแข็ง มีศักยภาพในการแก้ปัญหาได้ดี

ผลการสำรวจในเรื่องที่กล่าวมานี้สรุปอยู่ในกราฟที่ 14, 15 และ 16

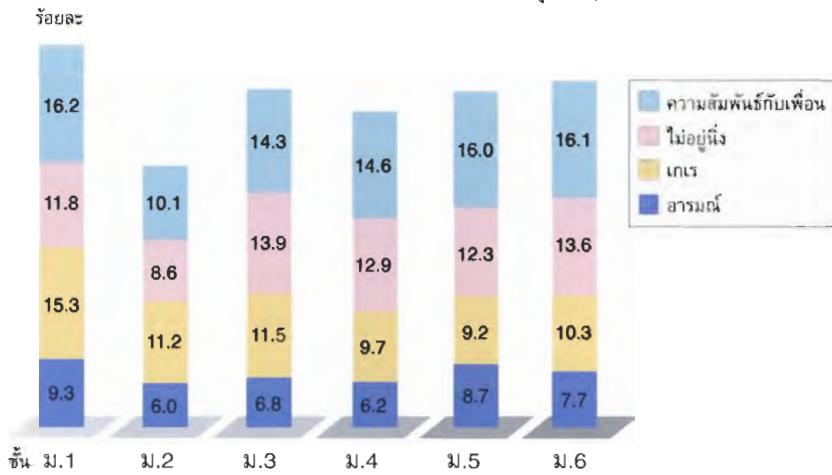
เมื่อดูความเสี่ยงของนักเรียนในโรงเรียนทั้ง 7 แห่ง น่าสังเกตว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีร้อยละของผู้มีความเสี่ยงในพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ต่ำที่สุด (ประมาณ 36%) ขณะที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีร้อยละของผู้มีความเสี่ยงสูงที่สุด (ประมาณ 54%) ส่วนชั้นอื่นๆ นั้นมีร้อยละอยู่ ประมาณ 40 เศษๆ

อาการความเครียด

นักจิตวิทยาได้สร้างเกณฑ์มาตรฐานสำหรับวัดความเครียดซึ่งประกอบด้วยคำถามที่เราสามารถตอบและประเมินตัวเองได้ มี 20 ข้อ ถ้าประเมินตามนี้แล้ว มีอาการเครียดไม่เกิน 7 อย่างถือว่า อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ที่มีอาการตั้งแต่ 8 อย่างขึ้นไปถือว่า มีปัญหาความเครียดเกินปกติ ควรได้รับการบำบัด อาการความเครียดทั้ง 20 อย่างนั้น คือ:

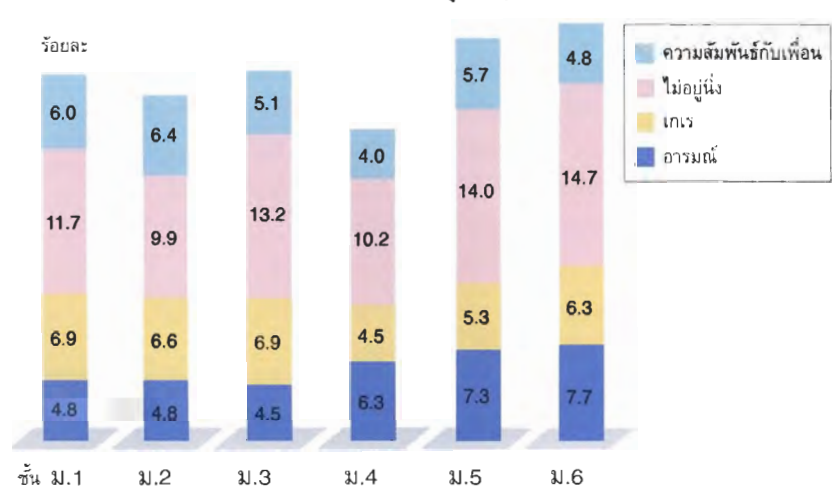
- 1) ปวดศีรษะ 2) เบื่ออาหาร 3) นอนไม่หลับ 4) ตกใจง่าย 5) มีอสุ้น 6) วิดกกังวล/เครียด 7) อาหารไม่ย่อย 8) คิดไม่ค่อยออก 9) ไม่มีความสุข 10) ร้องไห้มากกว่าปกติ 11) ไม่ค่อยสุขกับกิจกรรมประจำวัน 12) คิดสินใจยาก 13) ทุกข์เรื่องงาน 14) ไม่สามารถทำตัวให้เกิดประโยชน์ 15) ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง 16) รู้สึกตัวเองไร้ค่า 17) คิดไม่ออกว่ามีชีวิตอยู่ 18) รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา 19) รู้สึกหวีๆ หรือมันปวดในท้อง 20) เหนื่อยง่าย

กราฟที่ 14: ร้อยละของนักเรียนที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ปี 2544 จำแนกตามชั้นเรียนและกลุ่มพฤติกรรม



หมายเหตุ : ร้อยละของผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงไม่ได้รวมอยู่ในกราฟนี้
ที่มา : สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต ก้าวไกลมุ่งงานสุขภาพจิตโรงเรียน 2544

กราฟที่ 15: ร้อยละของนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต ปี 2544 จำแนกตามชั้นเรียนและกลุ่มพฤติกรรม



หมายเหตุ : ร้อยละของผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รวมอยู่ในกราฟนี้
ที่มา : สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต ก้าวไกลมุ่งงานสุขภาพจิตโรงเรียน 2544

ยังไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจนในความแตกต่างข้างต้น นอกจากจะตั้งสมมติฐานเอาไว้ว่า การที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีร้อยละของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจิตสูงนั้น อาจเนื่องมาจากนักเรียนกลุ่มนี้ต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ในโรงเรียนใหม่ ขณะที่ตัวเองยังมีวุฒิภาวะน้อย สภาพเช่นเดียวกันนี้ดูเหมือนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ก็ประสบเหมือนกัน แต่มีความรุนแรงน้อยกว่านักเรียนชั้น ม.1 มาก ซึ่งอาจเป็นเพราะนักเรียนชั้น ม. 4 มีวุฒิภาวะสูงกว่า จึงช่วยให้ปรับตัวได้ดีกว่า

ส่วนปัญหาสุขภาพจิตนั้น พบในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และ 6 นี่ก็เป็นประเด็นที่น่าตั้งข้อสงสัยคิดว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

คำอธิบายเรื่องนี้อาจเป็นไปได้ 2 ทาง ทางหนึ่งอาจเป็นเพราะว่านักเรียน ม.5 และ ม.6 มีความกดดันจากการเรียนสูง เพราะเป็นพวกที่ต้องเรียนหนักเพื่อ

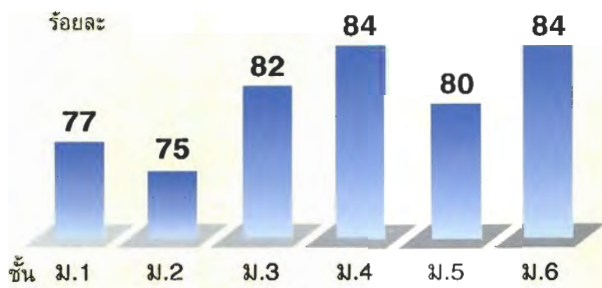
“ความเครียด
ไม่จำเป็นต้อง
ก่อโทษเสมอไป
หากมีในระดับ
ที่เหมาะสมและ
ได้รับการ
จัดการอย่าง
ถูกต้องก็จะเป็น
แรงกระตุ้น
ในทางที่ดีได้”

เตรียมตัวสอบเข้าเรียนต่อในสถาบันอุดมศึกษา ดังจะเห็นว่านักเรียนระดับนี้ต่างก็ชวนขวยเรียนในเวลาปกติแล้วยังไม่พอ ยังต้องเรียนพิเศษอีก บางคนไม่มีวันหยุดเลยตลอดสัปดาห์ รายงานการวิจัยเรื่อง “การกวดวิชาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในประเทศไทย” โดย รศ. ดร. ไพฑูรย์ สินลารัตน์ ระบุว่านักเรียนมัธยมปลายทั่วประเทศ ไม่น้อย

กว่าร้อยละ 30 เรียนกวดวิชาไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง และมีโรงเรียนกวดวิชากว่า 3,100 แห่ง โดยที่ครึ่งหนึ่งของโรงเรียนเหล่านี้อยู่ในกรุงเทพมหานคร

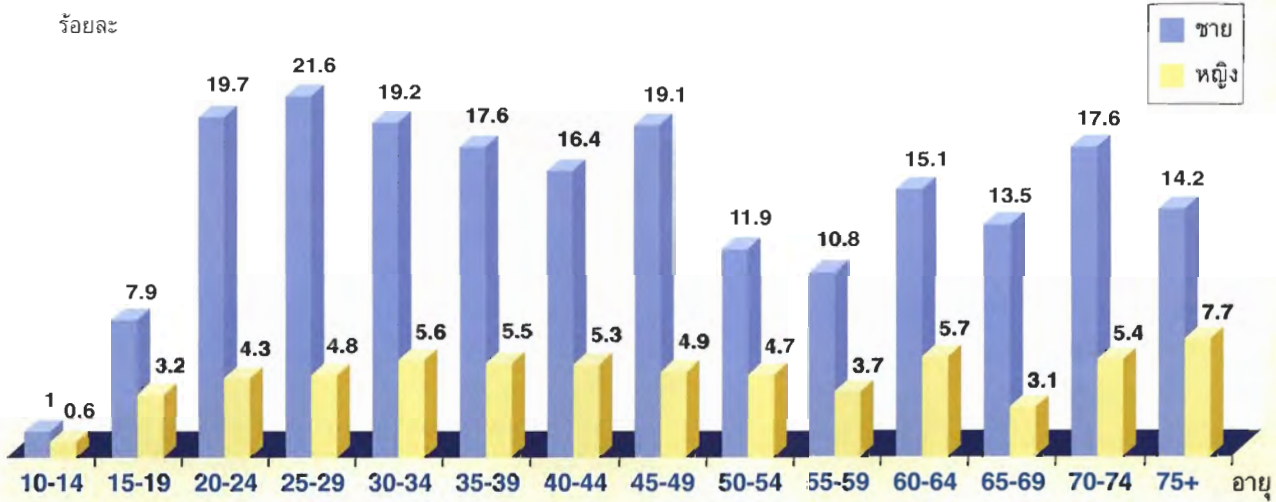
อีกทางหนึ่งนั้น อาจจะเกี่ยวกับเรื่องของทักษะชีวิตที่จำเป็นในการปรับตัวของนักเรียน นักเรียนระดับชั้น ม.5 ม.6 นั้น โดยวุฒิภาวะนั้นจะสามารถปรับตัวและแก้ปัญหาของตัวเองได้ดีกว่านักเรียนที่อายุน้อยกว่า จะเป็นไปได้หรือไม่ว่านักเรียนระดับนี้ในปัจจุบันขาดทักษะชีวิตที่จำเป็นในการปรับตัว หรือว่านี่เป็นธรรมชาติของคนที่อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่จะเป็นเด็กก็ไม่ใช้ ผู้ใหญ่ก็ไม่เชิง จึงมีความสับสนในตัวเองมาก สุขภาพจิตเลยไม่ดี

จะอย่างไรก็ตาม ต้องยอมรับว่า สุขภาพจิตของวัยรุ่นโดยรวมนั้นเป็นเรื่องที่เรายังมีความรู้ค่อนข้างน้อย ทางด้านจุดแข็งหรือศักยภาพของเด็กในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนั้น สูงที่สุดพบในชั้นมัธยม



กราฟที่ 16: ร้อยละของนักเรียนที่มีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี ปี 2544 จำแนกตามชั้นเรียน
ที่มา : สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต
ก้าวหน้างานสุขภาพจิตโรงเรียน 2544

กราฟที่ 17: อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน ปี 2544 จำแนกตามเพศและอายุ



ที่มา : สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545-2546 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ศึกษาปีที่ 4 ต่ำที่สุดในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 1 ข้อมูลในกราฟที่ 16 ดูเหมือนจะบอกว่า โดยรวมๆ แล้ว เมื่อเด็ก เติบโตขึ้นเขาจะค่อยๆ ปรับสัมพันธ์ภาพกับสังคมได้ดีขึ้น

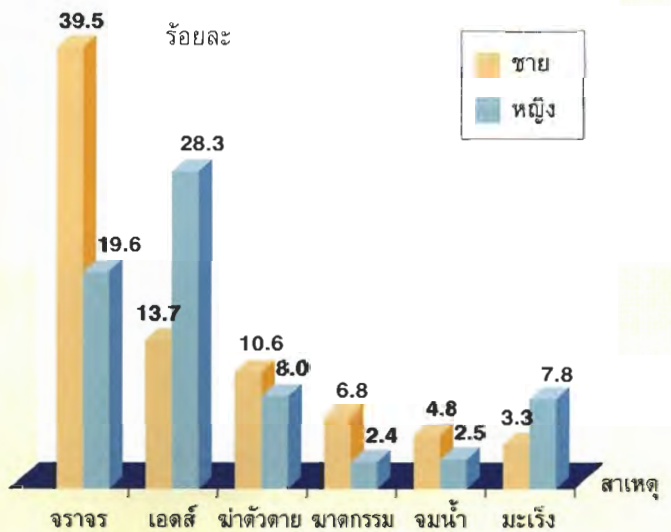
เมื่อความเครียดเกินพิกัด

ความจริงแล้วความเครียดเป็นเรื่องปกติ ทุกคนไม่ว่าเด็กผู้ใหญ่ วัยรุ่นหรือวัยไหน ก็มีความเครียดด้วยกันทั้งนั้น แต่หากความเครียดนั้นมีไม่มาก อยู่ไม่นาน หรือเรารู้จักที่จะจัดการกับมันอย่างเหมาะสม ความเครียดก็ไม่เป็นโทษ ตรงกันข้ามกลับจะเป็นแรงกระตุ้น ให้มีมานะแก้ปัญหาและสามารถเอาชนะอุปสรรคได้

ความเครียดมีหลายระดับ ตั้งแต่เครียดน้อยไปจนถึงรุนแรงและเรื้อรัง ถ้าหากมีความเครียดในระดับที่พอเหมาะ ก็จะเป็นประโยชน์มากกว่าเป็นโทษ แต่หากความเครียดมีมากและไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ได้ โดยเฉพาะปัญหาความรุนแรง หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย

ตามสถิตินั้นพบว่า ช่วง **วัยรุ่นตอนปลาย** (ช่วงอายุ 17-19 ปี) เป็นช่วงวัยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับสองรองจาก **วัยรุ่นหนุ่มสาว** (ช่วงอายุ 20-24 ปี) โดยการฆ่าตัวตายในผู้ชายมีอัตราสูงกว่าผู้หญิงอย่างมากในทุกกลุ่มอายุ

เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุการตายเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น



กราฟที่ 18: เปรียบเทียบสาเหตุการตายสำคัญๆ ของวัยรุ่นชายหญิง อายุ 15-24 ปี (ร้อยละ)

ที่มา : จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ หมอชาวบ้าน, 25 (295) พฤศจิกายน 2546

อายุ 15-24 ปี จะพบว่า การตายจากการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุหลักอันดับสาม รองจากอุบัติเหตุจราจร และโรคเอดส์ ที่น่าสังเกตคือการฆ่าตัวตายนี้นั้นมีอัตราสูงกว่าการตายจากการถูกคนอื่นฆ่าเสียอีก

นี่จึงน่าจะแสดงให้เห็นได้ในระดับหนึ่งว่า ปัญหาทางจิตใจนั้นมีผลกระทบต่อวัยรุ่นอย่างมาก และมีน้ำหนักที่สังคมควรให้ความสนใจมากที่สุด

4 เรื่องธรรมดาที่ไม่ธรรมดา

เรื่องธรรมดานานฐานการอยากรู้ อยากลอง

“เสียตัวตอนอยู่ ปวช. ปี 2 เพราะทนการรบเร้าของแฟนไม่ได้ แต่ไม่ได้เอามาเล่าให้ใครฟัง เพราะถือว่าเป็นเรื่องส่วนตัว แต่พอเราได้ยินเพื่อน ๆ เอาเรื่องนี้มาคุยกันบ่อยครั้งแทบทุกวัน ตอนแรกก็ตกใจว่าทำไมกล้าเอามาเล่า ตอนหลังก็ฟังจนชินไปเอง”

“เดี๋ยวนี้เป็นเรื่องที่เปิดเผยมาก โดยเฉพาะคนที่มึนแฟนแล้วก็จะมาเล่าให้ฟัง เหมือนแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน”

“บางกลุ่มจะเอาเรื่องนี้มาเล่าให้กันฟังที่โรงเรียน กลายเป็นเรื่องสนุกไป ถ้าใครไม่มีอะไรมาเล่าถือว่าเซียมายาก”

“บางคนก็มีเพศสัมพันธ์กับคนที่จะให้เงิน เพราะเขาคิดว่าเขาเสียไปแล้ว ไม่มีอะไรจะเสียอีกแล้ว”

ในวงสนทนากลุ่มเรื่อง “ทำไมเด็กไทยใจแตก” จัดโดยสำนักกิจการนักศึกษาสถาบันราชภัฏสวนดุสิต เมื่อเดือนกรกฎาคม 2546 มีการเปิดเผยสถานการณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันระหว่างนักเรียนนักศึกษาทั้งระดับมัธยมต้น มัธยมปลาย และอุดมศึกษาจาก 22 สถาบัน คำบอกเล่าที่ตรงกันจากนักศึกษาทุกสถาบันคือ

ตอนนี้วัยรุ่นมองเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ แต่ละวันจะมีการเล่ากันในห้องเรียนหรือท่ามกลางกลุ่มเพื่อนว่า วันที่ผ่านมา ใครไปทำอะไรกับใคร ทำไหนดบ้าง บ่อยครั้งแถมด้วยการวิพากษ์วิจารณ์อีกต่างหาก

ในช่วงกลางปี 2546 เพ็ญศรี วรรณนิเทศ โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ เปิดเผยผลการสำรวจทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของวัยรุ่นช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย และเด็กอาชีวศึกษา (อายุ 15-18 ปี) จำนวน 1,600 คนทั่วประเทศ ซึ่งพบทัศนคติที่ไม่แตกต่างกัน โดยความคิดหลักก็คือ “ไม่เป็นไรหากจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน” ทั้งนี้โดยวัยรุ่นชายเห็นด้วยกับเรื่องนี้มากกว่าหญิง รวมทั้งเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ไม่มีความจำเป็นต้องรับผิดชอบ

นอกจากนี้ พฤติกรรมทั่วไป เช่น การเที่ยวกลางคืนด้วยกัน การแสดงความรัก ไม่ว่าจะเป็นการกอด จูบ โอบ ในที่สาธารณะ ก็นับเป็นเรื่องธรรมดาเช่นเดียวกัน

วงเสวนาและงานวิจัยหลายสำนักระบุตรงกันว่าสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กวัยรุ่นมีพฤติกรรมเช่นนี้ส่วนใหญ่เกิดจากแรงผลักดันในตนเอง นั่นคือการอยากรู้ อยากลอง นอกจากนี้เป็นเรื่องของอิทธิพลจากเพื่อนและสภาพแวดล้อม ส่วนเรื่องครอบครัวไม่อบอุ่น ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญแต่อย่างใด



อย่างไรก็ดี ความสนิทสนมระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ที่มีอยู่น้อย ย่อมส่งผลให้ไม่มีการคำนึงถึงเกี่ยวกับทัศนคติในเรื่องนี้ เพราะการพูดคุยกับเพื่อนฝูงมีแนวโน้มที่จะทำให้วัยรุ่นเห็นว่าเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องง่ายและสนุก ใคร ๆ ก็ทำกันโดยไม่ต้องคิดมากหรือมีองค์ประกอบอะไรสักอย่างในขณะเดียวกัน สังคมรอบตัวก็สามารถเปิดใจยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งได้ แม้พวกเขาจะเห็นด้วยและยอมรับว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นสิ่งไม่ดี ผิดจารีตประเพณี แต่ก็ไม่รู้สึกผิด และมองว่าเป็นเรื่องธรรมดา

ในความเป็นจริง ทัศนคติของวัยรุ่นหญิงกับวัยรุ่นชาย ยังคงมีจุดที่ต่างกันอยู่ กล่าวคือ แม้วัยรุ่นหญิงจะยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ตอนที่ยังเป็นนักเรียนอยู่และทำด้วยความยินยอมพร้อมใจ แต่ส่วนใหญ่ก็มีความคิดเบื้องหลังว่านั่นเป็นความรัก มีเพียงบางรายที่เกิดจากการพลาดพลั้งเพราะฤทธิ์ยาหรือเครื่องดื่มมึนเมา ขณะที่ฝ่ายชายส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ด้วยความใคร่ และบางรายมีการใช้สารเสพติดเป็นเครื่องกระตุ้น

เพศสัมพันธ์ที่เร็วขึ้น?

การศึกษาหลายชิ้นพบค่าเฉลี่ยอายุที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับช่วงเวลาของการศึกษา และกลุ่มประชากรที่เป็นตัวอย่างในการศึกษา ตัวเลขอายุเฉลี่ยที่อ้างอิงกันนั้นมีตั้งแต่อายุ 14 ไปจนถึงอายุ 18 ดังนั้นจึงเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนได้มาก ถ้าจะอ้างตัวเลขจากแหล่ง

ใดแหล่งหนึ่งโดยเฉพาะสำหรับวัยรุ่นไทยทั้งหมด อย่างไรก็ตามการมีข้อมูลที่ไม่ชัดเจนในเรื่องนี้ ก็มี “เสียงบ่น” แสดงความเป็นห่วงทั้งจากสื่อ และจากวงสนทนาในรูปแบบต่างๆ ว่า **เด็กลสมัยนี้มีเพศสัมพันธ์กันเร็วขึ้นกว่าแต่ก่อน** จะจริงเช่นนั้นหรือไม่อย่างไร ก็ยังเป็นเรื่องที่ต้องตรวจสอบกันด้วยข้อมูล ซึ่งบังเอิญยังไม่เคยมีตัวเลขที่ยอมรับกันได้เป็นหนึ่งเดียว

ความรู้และทักษะไม่พอกับความเสี่ยง

ท่ามกลางการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ที่เร็วขึ้นนี้ วัยรุ่นไทยกลับได้เริ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ช้ากว่าที่ควร ทั้งนี้จากการสำรวจของ Durex Global Survey 1999 ซึ่งสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติทางเพศของวัยรุ่นอายุ 16-21 ปี 4,200 คน ใน 14 ประเทศ พบว่า **เด็กไทยเริ่มเรียนเพศศึกษาช้าที่สุด คือเมื่ออายุ 13.5 ปี รวมทั้งพ่อแม่ของวัยรุ่นไทยก็มีบทบาทในการสอนเรื่องเพศแก่ลูกน้อยที่สุด คือเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น**

อีกพฤติกรรมหนึ่งของวัยรุ่นไทยที่เหนือกว่าวัยรุ่นทั่วโลก คือการไม่ซื่อสัตย์ต่อคนรัก การสำรวจของ Durex Global Survey ที่อ้างถึงข้างต้น บอกว่าวัยรุ่นไทยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52) มีพฤติกรรมเช่นนั้น ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของวัยรุ่นทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 34 การสำรวจดังกล่าวนี้เชื่อว่า ที่วัยรุ่นไทยเป็นเช่นนั้นอาจจะเนื่องมาจากในประเทศไทยเพศสัมพันธ์กับหญิงชายบริการสามารถหาได้ง่าย

เพศสัมพันธ์ครั้งแรก

เนื่องจากยังไม่มีสิ่งที่เรียกว่าตัวเลขระดับชาติ ว่าด้วยอายุเฉลี่ยที่คนไทยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ตัวเลขต่อไปนี้ เป็นตัวอย่างแสดงให้เห็นว่าการศึกษาที่นักวิจัยต่างคน ต่างสำนักทำกันนั้น ให้ค่าเฉลี่ยอายุที่คนไทยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่างกันเพียงใด

- พ.ศ. 2544 การสำรวจของ Durex Global Survey 2001 พบว่า อายุเฉลี่ยของประชากรไทยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 18.7 ปี

- พ.ศ. 2545 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศึกษากลุ่มทหารเกณฑ์ พบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 18 ปี ซึ่งต่างจากผลการศึกษาในกลุ่มเดียวกันนี้เมื่อปี 2538-2539 ที่อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 17 ปี

- พ.ศ. 2545 เอแบคโพลร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำรวจความคิดเห็นและพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 11 ปี ก็มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกแล้ว

- พ.ศ. 2546 รศ. พญ. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เผยผลการวิจัยกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ที่ 14 ปีครึ่ง



ที่น่าเป็นห่วงยิ่งไปกว่านั้นคือ ในขณะที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงเช่นนี้ สถิติเกี่ยวกับการใช้เครื่องป้องกันอย่างเช่นถุงยางอนามัยกลับต่ำมาก

ตามผลการสำรวจวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาของ รศ. พญ. สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมในกรุงเทพฯ พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ที่บอกว่าเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว (ซึ่งคิดเป็น 10% ของจำนวนทั้งหมด) ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยเลย

“ตัวเลขตรงนี้ต่ำกว่ารายงานของเอแบค

โพลนะคะ อันนั้นบอกว่า 80% ไม่ใช่ แต่ในวิจัยที่เราลองทำแตกกลุ่มดู พบว่า ม.1 ที่มีเพศสัมพันธ์เป็น 2% เขาไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยเลย น่ากลัวมากค่ะ ร้อยทั้งร้อยไม่ใช่เลยคะ” รศ. พญ. สุวรรณา กล่าวไว้เมื่อครั้งออกรายการ U-Life ทางช่อง UBC7 เมื่อปลายเดือนพฤศจิกายน 2546 โดยระบุว่า ข้อค้นพบประการหลังสุดนี้น่าจะสะท้อนถึงปมประเด็นเรื่องการขาดความรู้ได้ในระดับหนึ่ง

ในรายการเดียวกัน นพ. สุกมล วิทยาวิพลกุล จิตแพทย์ ผู้เป็นวิทยากรรายการโทรทัศน์และคอลัมนิสต์เกี่ยวกับประเด็นเพศสัมพันธ์ในวัยเด็ก อธิบายถึงปรากฏการณ์เรื่องนี้ว่ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนค่านิยมในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ที่วัยรุ่นหันมามีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนแทนการไปหาหญิงขายบริการ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกี่ยวเนื่องกับเรื่อง การรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ด้วย นั่นคือความคิดที่ว่า ถ้ามีเซ็กซ์กับเพื่อนด้วยกันเองน่าจะปลอดภัย เหตุผลที่สองคือไม่เสียเงิน ประการที่สามเป็นเรื่องอิทธิพลจากสื่อต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นละครทีวีหลังข่าวหรือภาพยนตร์ต่างประเทศ มีจำนวนไม่น้อยทีเดียวที่สื่อให้เห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ยอมรับทั่วไป

“ถ้ากระแสความนิยมตรงนี้มาแรง ในขณะที่วัฒนธรรมไทยกำลังอ่อนกำลังลง คำพูดประเภท ‘ให้รักนวลสงวนตัว อย่าชิงสุกก่อนห่าม ให้อดเปรี้ยวไว้กินหวาน’ กลายเป็นประโยคเชย ๆ สำหรับเด็กหลายคน ‘...เอาอะไรมาพูดพี่ ไม่ใช่ชั่วโมงประวัติศาสตร์’ และค่านิยมตรงนี้น่าสนใจมาก คือ ไม่ใช่เกิดขึ้นเฉพาะในผู้ชายที่คิดจะมีเซ็กซ์กับผู้หญิงเท่านั้น ตอนนี้เด็กผู้หญิงเองก็รู้สึกว่าการมีเซ็กซ์กับเพศตรงข้ามเป็นเรื่องที่ไม่ได้ยากเย็นเข็ญใจอะไร” นพ. สุกมล กล่าว

หลักฐานที่ยืนยันได้เป็นอย่างดีถึงอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่เปลี่ยนไปโดยสัมพันธ์กับคู่ร่วมเพศว่าเป็นใคร ได้แก่ผลการศึกษาที่ทำกับกลุ่มทหารเกณฑ์ เมื่อปี 2545 โดยพวกเขาประมาณร้อยละ 56 มีการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการ

“การพูดคุยเรื่องเพศกับวัยรุ่นนับว่าจำเป็น เพราะหากเรื่องนี้มีการพูดคุยเฉพาะในหมู่เพื่อนฝูง โดยไม่มีการคานน้ำหนักจากผู้ใหญ่เลย ความรับรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ก็มีแนวโน้มจะเป็นเรื่องง่ายและสนุกเป็นหลัก”

แต่ใช้กับคู่นอนที่เป็นหญิงทั่วไปเพียงประมาณ ร้อยละ 31 การศึกษาเดียวกันนี้พบว่า วัยรุ่น กลุ่มนี้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เพียงร้อยละ 22 ซึ่งลดลงจากผลการศึกษาที่พบ ในช่วงปี 2539-2541 ที่การใช้ถุงยางอยู่ในอัตรา ร้อยละ 31-34

พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชายระดับชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 5 ก็เป็นไปในทำนองที่ไม่แตกต่างกันนัก กล่าวคือ ในส่วนของคนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ นั้น มีทั้งกับหญิงบริการและหญิงทั่วไป แต่ส่วนใหญ่ มักจะมีกับแฟน คนรัก หรือเพื่อนสนิท โดยที่ นักเรียนกลุ่มนี้มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ทุกครั้งเพียงร้อยละ 28 เท่านั้น แบ่งเป็นการใช้ถุงยางทุกครั้งกับหญิงบริการร้อยละ 50 กับหญิงทั่วไปร้อยละ 26 และกับแฟน คนรัก เพื่อนสนิทเพียงร้อยละ 18

“กิ๊ก” แบบแผนแห่งการนอกใจ

การวิจัยเล็ก ๆ ของทีมนักศึกษาปริญญาตรี คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง “กิ๊ก... มากกว่าเพื่อน แต่ไม่ใช่แฟน” ตีแผ่ให้รู้ว่า กิ๊ก ซึ่งกำลัง ได้รับกล่าวถึงกันในการวิจัยครั้งนี้ คือ ความสัมพันธ์ ระหว่างหนุ่มสาวที่มีฐานอยู่บนกฎเกณฑ์ หรือบทบัญญัติ 10 ประการต่อไปนี้

- 1) ห้ามหึงหวงแต่หัวงกันไว้
- 2) มีเซ็กส์กันได้แต่ไม่ใช่เจ้าของกัน
- 3) ไม่มีสิทธิเรียกร้องมากเกินไป
- 4) กิ๊กอาจเปลี่ยนสถานะได้ แต่ถ้าไม่ได้ก็ห้ามเศร้า
- 5) ห้ามใช้กิ๊กร่วมกับเพื่อน
- 6) ถ้ากิ๊กจะมีแฟนเป็นตัวเป็นตนที่ไม่ใช่เรา ห้ามฟูมฟาย แต่ต้องพยายามยอมรับ และยินดีด้วย แล้วค่อย ตกลงกันว่า จะกิ๊กกันต่อหรือเปล่า
- 7) ไม่จำเป็นต้องเทกแคร์กันเกินไป เพราะเป็นแค่กิ๊ก
- 8) กิ๊กมีได้ไม่จำกัดจำนวน ไม่จำกัดเพศ วัย และ สถานภาพ
- 9) กิ๊กสำคัญรองจากแฟน
- 10) กิ๊กยังงี้ก็เป็นแค่กิ๊ก ต้องเจียมตัว (ถ้าแฟนเขาจับได้ ต้องเลิก)

ภายใต้นิยามทั้งหมดนี้ ข้อที่ทำให้ฮือฮาากัน มากที่สุด ก็คือข้อ 2 เพราะนั่นเท่ากับทำให้คำว่า “กิ๊ก” เข้าข่าย ครอบคลุมไปทั้งหัวใจและทางกายอย่างครบสรรพ อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงวัยรุ่นแต่ละกลุ่มอาจให้ความหมายกิ๊ก แบบไม่ต้องครบทั้ง 10 ข้อก็ได้ หัวใจสำคัญอยู่ที่ว่า เป็นคู่รัก หรือคนรู้จักที่ไม่ใช่ตัวจริง นั่นเอง

ที่มา: การศึกษาเชิงวิจัยเรื่อง “กิ๊ก...มากกว่าเพื่อน แต่ไม่ใช่แฟน” ของนิสิตคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546 อ้างใน ผู้จัดการออนไลน์ <http://www.manager.co.th/campus/viewnews.asp?NewsID=8021215340494>

ในข้อเขียนเรื่อง “ถอดบทเรียนการจัดการ ความรู้-งานวิจัย: กรณีศึกษาถุงยางอนามัย 100%” (2545) วันวิสาข์ ชูชนม์ อ้างรายงาน การศึกษาของนักวิจัยหลายท่านเกี่ยวกับการใช้ “ถุงยางอนามัย” ซึ่งระบุสาเหตุหลักที่คนไม่นิยม ใช้ถุงยางอนามัยว่า ได้แก่ 1) ความคิดที่ว่าคู่นอน ของตนไม่ติดเชื้อ โดยอาจจะมองจากรูปร่างหน้าตา ความแข็งแรง เป็นต้น 2) เกิดจากการขาดสติ หรือมีเมามาเมื่อใช้บริการทางเพศ ทำให้ขาด ความคิดที่จะป้องกันตนเอง และ 3) คิดว่าถุงยาง อนามัยเป็นอุปสรรคขวางกั้นความสุขทางเพศ

ในกรณีที่ทั้งสองฝ่ายเป็นคู่รักกัน ปัญหาที่มี ในปัจจุบันคือ ฝ่ายชายมักไม่ใช้ถุงยางอนามัย ในการมีเพศสัมพันธ์ และฝ่ายหญิงยังไม่สามารถ ขอให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางได้ ในทางกลับกัน ฝ่ายชาย มักใช้ถุงยางอนามัยเป็นอำนาจต่อรองและรับ ประกันกับฝ่ายหญิงที่ตนปรารถนาจะมีเพศสัมพันธ์ ด้วยว่าจะไม่ท้อง

อย่างไรก็ดี ไม่ว่าการไม่ใช้ถุงยางจะ เกิดจากเหตุผลกลใด มากน้อยเพียงไหน แต่ผลที่ติดตามมานั้นรวมศูนย์อยู่ ณ จุดเดียว... ตรงสิ่งที่เรียกว่า ความเสี่ยง นั่นเอง

ดอกผลอันไม่พึงปรารถนา

พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นที่เปลี่ยนแปลง ไปจากอดีต เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน เพศสัมพันธ์ที่เริ่มในอายุที่น้อยลง และมีการใช้ ถุงยางอนามัยน้อย ฯลฯ ทั้งหมดนี้เป็นสัญญาณ อันตรายที่บอกว่าวัยรุ่นไทยบางส่วน มีความ เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์และเอดส์ รวมทั้งปัญหาต่อเนื่องอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการทำแท้ง การทอดทิ้งบุตร การต้องหยุดพักการเรียน ทั้งแบบชั่วคราว หรือแบบถาวร ตลอดจนความเสื่อมโทรม ทางสุขภาพ

ปัญหาเหล่านี้จะว่าไปแล้วก็สามารถเกิดขึ้นได้ ทั้งนั้นในหมู่ประชากรวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป แต่สำหรับ วัยรุ่น ความรุนแรงและซับซ้อนจะมียิ่งกว่า เนื่อง จากวัยรุ่นยังด้อยประสบการณ์ ความรู้ วุฒิภาวะ การตัดสินใจ รวมทั้งขาดกำลังทรัพย์และโอกาสที่



จะเข้าถึงแหล่งความรู้และแหล่งบริการต่าง ๆ

ในเรื่องของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้งของสตรีวัยรุ่น (หรือแม้แต่วัยอื่น ๆ ก็ตาม) ยังคงไม่มีตัวเลขในระดับประเทศว่ามีจำนวนเท่าใด เพราะการหาข้อมูลทางตรงเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นส่วนตัวและผิดกฎหมายเช่นนี้ทำได้ยาก การศึกษาส่วนมากจึงใช้วิธีหาข้อมูลโดยทางอ้อม

จากการสำรวจสตรีที่เข้ารับการรักษาอาการแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากการแท้ง ในโรงพยาบาลของรัฐ 787 แห่ง จำนวน 45,990 ราย เมื่อปี 2542 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47) ของสตรีที่ทำแท้งมีอายุไม่เกิน 24 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้ (ร้อยละ 45) มีอายุต่ำกว่า 20 ปี

ในการศึกษานี้ ข้อมูลที่ขาดหายไปก็คือสถานภาพสมรส ดังนั้นจึงไม่อาจจะสะท้อนไปถึงภาพของการตั้งครรภ์ก่อนแต่งงานได้มากนัก

การศึกษาของมูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) พบว่า ร้อยละ 61 ของสตรีที่ทำแท้งนอกโรงพยาบาลเป็นผู้ที่มีอายุไม่เกิน 24 ปี และในจำนวนนี้ร้อยละ 30 เป็นวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี

ส่วนสถิติของกรมอนามัยพบว่าวัยรุ่น อายุต่ำกว่า 20 ปีที่เข้ารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนจาก

การทำแท้ง คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด

โดยทั่วไป สาเหตุที่วัยรุ่นที่ยังไม่แต่งงานตัดสินใจ

ทำแท้ง มักมาจากการถอยห่างและการไม่รับ

ผิดชอบของฝ่ายชาย หรือเพราะยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร มีความกังวลว่าครอบครัวจะไม่ยอมรับ หรือเพราะยังอยู่ในระหว่างศึกษา ยังไม่ได้แต่งงาน

มีการศึกษาต่างๆ ชี้ให้เห็นว่าการทำแท้งตลอดจนการคลอดในช่วงที่อายุน้อยนั้นเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหลายประการ โดยมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญได้แก่ร่างกายที่ยังเติบโตไม่เต็มที่ของวัยรุ่นเอง การขาดความรู้ ทั้งเรื่องระบบร่างกายของตัวเอง เรื่อง เพศสัมพันธ์ การขาดข้อมูลและไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการ ตลอดจนปัญหาหรือข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจ

ส่วนผลทางด้านจิตใจนั้น ทิชา ณ นคร ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายวางแผน สหทัยมูลนิธิ ผู้ที่ให้คำปรึกษามารดาที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ กล่าวว่า “เด็กผู้หญิงเหล่านี้จะรู้สึกแยกับตัวเอง รู้สึกตกจากมาตรฐานของสังคม แล้วก็วิตกกังวลกดดัน กลับคืนเข้าสู่สังคมได้อย่างไม่เต็มภาคภูมิ”

ผลพวงที่ไม่พึงประสงค์โดยสิ้นเชิงอีกส่วนหนึ่งก็คือโรคทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเอดส์ ซึ่งในปัจจุบันกำลังแพร่เข้าสู่กลุ่มวัยรุ่นอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้จากรายงานของสำนักกระบวนวิทยาทา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ชี้ว่า ระหว่างปี 2542-2545 อัตราผู้ป่วยโรคเอดส์ในวัยรุ่นอยู่ที่ประมาณร้อยละ 11.1 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ส่วนจำนวนวัยรุ่นที่ติดเชื้อ HIV หรือเอดส์นั้นในกลุ่มอายุ 14-15 ปีมีประมาณ 16,000 คน ส่วนกลุ่มอายุ 20-24 ปีมีประมาณ 60,000 คน

ในด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม และแผลริมอ่อน รายงานของสำนักกระบวนวิทยาทาระบุว่า ในปี 2545 มีวัยรุ่นช่วงอายุ 15-24 ปีที่ป่วยทั้งชายและหญิงรวม 3,519 คน ซึ่งคิดเป็นอัตราประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 32) ของผู้ป่วยทั้งหมด จำนวนดังกล่าวนี้ต่ำกว่าความเป็นจริงแน่นอน เพราะรวมเอาเฉพาะคนที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในสถานบริการภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น แต่หากพูดถึงการรักษาโรคและ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เมื่อป่วยเป็นกามโรคแล้ว พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ปฏิบัติตัวถูกต้องมีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้น



เช็กส์ของเด็กสมัยนี้ ใครว่ามีปัญหา

“การที่เด็กมีเพศสัมพันธ์กันมันไม่ใช่ปัญหา” อ้อย นักเรียนวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ กล่าวถึงทัศนคติต่อประเด็นเช็กส์กับเด็กวัยรุ่นและยืนยันหนักแน่นว่าเป็นเรื่องธรรมดา

“ผู้ใหญ่ต่างหากที่ทำให้มีปัญหา”
อ้อยกล่าวเชิงกล่าวโทษ

ไม่ว่ายุคสมัยไหน ความรักกับวัยรุ่นเป็นของคู่กัน แต่สิ่งที่สังคมกำลังจับตาดูกันมากขณะนี้คือ พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นที่ปรากฏตามหน้าหนังสือพิมพ์เป็นระยะ และ“ผู้ใหญ่” มักมีเสียงสะท้อนกลับบนพื้นฐานความคิดที่ว่าพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น “สมัยนี้” ถึงขั้นวิกฤติแล้ว ทว่า ในความคิดของวัยรุ่นบางกลุ่มกลับไม่ได้เห็นว่าเป็นเช่นนั้น

“ที่พูดว่าเด็กสมัยนี้มีเพศสัมพันธ์กันเร็วขึ้น ง่ายขึ้น มากขึ้น เป็นเพราะโลกมันพัฒนา มันเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ประกอบกับการนำเสนอของสื่อ เรื่องแบบนี้มันไม่ใช่เรื่องที่จะมาตกตื้นกันอีกต่อไป วัยรุ่นกับเช็กส์เป็นของคู่กัน ถ้าบอกว่าเด็กสมัยนี้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ก่อนหน้านั้นไม่ยิ่งกว่าตอนนี้อีกเหรอ อายุ 15-16 ก็แต่งงานแล้ว แต่เขาไม่พูดเท่านั้นเอง แต่เด็กสมัยนี้กลัวที่จะพูดมากขึ้น พอผู้ใหญ่ได้ยินก็เลยคิดว่ามันมีปัญหา ผู้ใหญ่บอกให้เด็กเก็บพรหมจรรย์ แต่เด็กทำไม่ได้หรอก ได้แต่โกหก”

คำแนะนำ ณ จุดนี้จากหญิงสาววัย 20 ซึ่งอาจถือได้ว่าอยู่ในจุดเชื่อมต่อที่ใกล้ชิดผู้ใหญ่พอสมควรก็คือ “ถ้าคุณอยากรู้ว่าเด็กของคุณเป็นอย่างไร คุณต้องเปิดใจรับเขาก่อน คุณก็จะได้ความจริง”

อ้อยมีทัศนคติชัดเจนว่า เพศสัมพันธ์เป็นเรื่องความรักของคนสองคน และเป็นธรรมชาติของมนุษย์ จึงเป็นเรื่องธรรมดามาก ตัวเธอเองก็คุ้นเคยกับเรื่องนี้มาตั้งแต่ยังใช้คำนำหน้าชื่อว่าเด็กหญิงแล้ว

“หนูมีอะไรกับผู้ชายครั้งแรกตอนอายุ 14 เป็นเพราะหนูคิดว่าหนูรักเขา เรื่องแค่นี้ทำไมเราจะไม่ให้เขาไม่ได้ เราสองคนรักกันไม่เกี่ยวกับคนอื่น ไม่ใช่เรื่องเสียหาย เรื่องเช็กส์เป็นเรื่องส่วนตัวมากๆ ผู้ใหญ่ที่ตัดสินว่าเด็กที่มีอะไรกับแฟนผิด หนูว่าเป็นคนหัวโบราณมาก”

อ้อยเปิดเผยว่าไม่ใช่แค่เธอเท่านั้น เพื่อนๆ ในวิทยาลัยที่อายุ 16-19 ปี ส่วนใหญ่ก็คิดแบบนี้ทั้งนั้น

“ตอนอายุ 15-16 ยังเรียนอยู่พาดิษย์ปี 1 เข้ามาเพื่อนถามเลย เฮ้ยวันนี้ก็ยก เริ่มมาเล่าสู่กันฟัง เป็นเรื่องธรรมดา เป็นคำพูดเฉยๆ เหมือนสวัสดีซึ่งมันทำให้ สามารถที่จะเปิดอกคุยกันได้ในหมู่วัยรุ่นทั่วไป เขาก็มีการแบ่งเป็นหลายกลุ่ม กลุ่มเด็กเดฟ เด็กช่าง เด็กอียิปชอบ กลุ่มสเกตบอร์ด กลุ่มเด็กเรียน เด็กพังก่ แต่ละกลุ่มจะแตกต่างกันไปทั้งฐานะ พื้นฐานครอบครัว วิถีชีวิต แต่สิ่งหนึ่งที่เหมือนกันก็คือเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ มีกันทั้งนั้นแหละ วัยรุ่นห้ามเรื่องอย่างนี้ยาก”

เมื่อไรก็ตามที่เราหยิบยกปัญหาเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นขึ้นมาพูดคุย ข้อสมมติฐานที่ว่าเพราะวัยรุ่นยุคนี้ขาดความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัวจะถูกนำมาผูกโยงและอธิบายปรากฏการณ์นี้เสมอ

“มันอาจจะไม่เกี่ยวเลยก็ได้นะคะ” จากประสบการณ์ของตัวเอง อ้อยมองว่าในบรรดาเพื่อนๆ ที่ติดกันอย่างนี้ก็ได้ไม่ได้มีปัญหาครอบครัว หรือมีพื้นฐานแยกว่ามาตรฐานสังคมทั่วไปแต่อย่างใด

“ที่คิดอย่างนี้ไม่ใช่ว่าหนูผ่านประสบการณ์เรื่องความรัก เรื่องร้ายๆ อะไรมานะ หนูมีพื้นฐานดี ครอบครัวดีทุกอย่าง มีพี่สาวที่เข้าใจวัยรุ่น พ่อแม่ก็รัก ไม่ได้บังคับอะไร หนูก็ไม่คิดว่าจะต้องเก็บพรหมจรรย์ไว้ หรือว่าต้องไม่มีเช็กส์ในวัยเรียน มันคนละเรื่องกัน

พอมีแฟน คนรักกัน วัยรุ่นมีความอยากรู้ อยากลอง มีความต้องการ หนูไม่เชื่อหรอกว่าคนที่เคยมีเช็กส์แล้วจะไม่ชอบเช็กส์มันเกิดกับคนที่เรารัก ไม่ใช่ว่ากับใครก็ได้ ถ้าคนสองคนรักกัน เขาจะไม่เคยอยู่ด้วยกันเลยหรือ แล้วพออยู่ด้วยกันสองต่อสอง ทนได้หรือที่จะไม่มีอะไรกัน ที่สำคัญ เราทำเพราะเรารัก แต่ก็มีบางคนที่ไม่ฉลาดเพราะผู้ใหญ่รัก ก็เลยยอม แต่ผู้ชายคิดว่าจะพินอย่างเดียว อันนี้ก็ต้องอยู่ที่ผู้หญิงว่าจะต้องมั่นใจว่ารักก่อน รักกับเช็กส์มันต้องไปด้วยกันอยู่แล้ว”

ทั้งหมดนี้เป็นเพียงเสียงจากวัยรุ่นคนหนึ่งที่จะสะท้อนออกมาจากสังคมที่เขาอยู่ เมื่อมองภาพให้กว้างขึ้น เราจะเห็นปรากฏการณ์ที่น่าสนใจอีกมาก บางเรื่องถูกจุดประเด็นขึ้นตามหน้าหนังสือพิมพ์ ในวงวิชาการ หรือถูกนำเสนออย่างครึกโครมในอินเทอร์เน็ต และในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีความพยายามจากหลายหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนได้พยายามศึกษาและประมวลสถานการณ์ด้านนี้ แต่ดูเหมือนมุมมองของบรรดาผู้ใหญ่ทั้งหลายยังคงมีน้อยนักที่ “จูน” ได้กับเหล่าผู้เป็นเจ้าของเรื่องตัวจริง

สำหรับข้อแนะนำจากอ้อยก็คือ “ในเมื่อมันเป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดขึ้นจริง ก็ควรเปิดอกยอมรับว่ามันเป็นเรื่องธรรมดาได้แล้ว ปัญหาที่เกิดขึ้นตอนนี้คือ เด็กส่วนใหญ่ไม่รู้เรื่องเพศศึกษา สอง-สามวันก่อน เพื่อนหนูยังมาเถียงกันเรื่องยาคุมกำเนิด ว่าต้องกินตอนไหน ซึ่งเรื่องอย่างนี้ผู้ใหญ่ควรจะเป็นคนแนะนำ ปัญหาที่ผู้ใหญ่กังวลว่าเด็กมีเช็กส์แล้วจะท้อง ต้องไปทำแท้งเรื่องโรค ถ้าเรามีสื่อที่ดี ให้ข้อมูลเรื่องนี้กับเขา มันป้องกันได้ ให้ข้อมูลโดยไม่ต้องห้ามเลยดีกว่า แล้วเขาจะคิดได้เองว่าเขาควรจะทำหรือไม่”

อ้อยกล่าวในที่สุด

5 เรื่องแรงๆ ของวัยรุ่น

ข่าวคราวการใช้ความรุนแรงของวัยรุ่นมีปรากฏออกมาเป็นระยะๆ ในหลายลักษณะ การตีกันของนักเรียนอาชีวะนั้นนับเป็นเรื่องเก่า แต่ทว่ารูปแบบและระดับความรุนแรงก็พัฒนาไปไกล อุปกรณ์อย่างเหล็กฉาก มีด ไม้ และหมัด ถูกแทนที่ด้วยอาวุธปืนและระเบิดทำเองบ่อยขึ้น การปะทะกันแบบตัวต่อตัว หรือแบบยกพวกเฮเข้าใส่กันยามพบปะโดยบังเอิญ ตามท้องถนนยังคงเกิดขึ้นอยู่ ขณะเดียวกัน การยกกำลังกันไปปิดล้อมสถาบันคู่อริ หรือการไล่ล่ากันอย่างเอาเป็นเอาตายในที่สาธารณะก็เกิดขึ้นบ่อยครั้ง

อีกปรากฏการณ์ที่เป็นข่าวมากขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบันก็คือ การรวมตัวตั้งแก๊งประกอบกิจกรรม ทั้งที่เป็นเชิงก่อความวุ่นวายและที่เข้าข่ายเป็นอาชญากรรม

พายุที่ยังพัดโหม

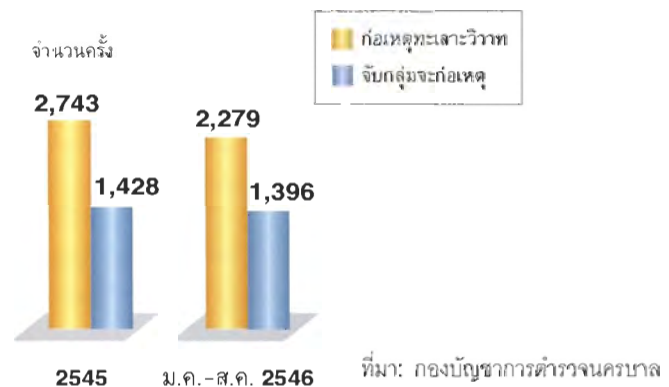
ความจริงปัญหาการก่อความรุนแรงของวัยรุ่นดำรงอยู่ในสังคมไทยมาช้านาน มีข่าวคราวมากมายหลายหลากเกี่ยวกับเรื่องนี้ ทว่าเรายังคงขาดข้อมูลและความรู้ที่เท่าทันกับปัญหาและมีความเป็นระบบเพียงพอ สำหรับการนำมาใช้ในการทำความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหากล่าวโดยสรุปก็คือ เรามีข้อเท็จจริงและความรู้ความเข้าใจเรื่องนี้น้อยมาก

อย่างไรก็ดี หากจะประมวลจากสิ่งที่มีการรายงานผ่านสื่อต่าง ๆ ก็พอจะแบ่งรูปแบบลักษณะของความรุนแรงที่มีวัยรุ่นเป็นผู้ก่อออกมาได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ความรุนแรงที่เกิดจากความคลั่งในสถาบันในที่นี้ไม่ได้จำกัดความหมายเฉพาะสถาบันการศึกษาแต่รวมถึงสถาบันทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นหมู่บ้าน ชุมชน ย่าน องค์การ ฯลฯ แต่แน่นอนว่าผู้นำในกลุ่มนี้ ก็คือกลุ่มอาชีวะศึกษาและสถาบันการศึกษาสายอาชีพ อย่างเช่น โรงเรียนเทคนิคและพาณิชย์ต่างๆ นั่นเอง รูปแบบความรุนแรงมักจะเป็นเรื่องทะเลาะเบาะแว้งทำร้ายร่างกายกันข้ามสถาบัน

2. ความรุนแรงที่เกิดจากการรวมตัวกัน เป็นแก๊งของวัยรุ่น โดยที่ส่วนใหญ่จะเป็นการรวมตัวอย่างมีการจัดตั้ง มีหัวหน้า มีสัญลักษณ์หรือเอกลักษณ์ประจำแก๊ง อาจจะใช้การมีเครื่องหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การสักตามร่างกาย หรือเป็นเอกลักษณ์เชิงพฤติกรรมหรือรูปแบบปฏิบัติการ แก๊งลักษณะนี้ปรากฏมากขึ้นตามเขตเมืองใหญ่ๆ และประกอบกิจกรรมอันเป็นความรุนแรงในหลายลักษณะ บ้างก็เพียงในระดับ

กราฟที่ 19: สถิติการแจ้งเหตุวัยรุ่นทะเลาะวิวาท ปี 2545 และ 2546 (ม.ค. - ส.ค.)



ที่เป็นพฤติกรรมก่อความ สร้างความรำคาญหรืออาจนำไปสู่อันตราย เช่น แก๊งแข่งมอเตอร์ไซด์ แก๊งรถซิ่ง แต่ก็มักมีที่เกินเลยถึงขั้นก่ออาชญากรรม โดยมีตั้งแต่ระดับการจี้ ปล้น ชิงทรัพย์ ข่มขืน จนถึงทำร้ายร่างกาย และฆ่า

3. ความรุนแรงบนฐานความขัดแย้งส่วนตัว
ลักษณะนี้จะเกิดขึ้นเป็นวาระตามโอกาส เช่น การกระทบกระทั่งระหว่างเล่นกีฬา ระหว่างเที่ยวในสถานเริงรมย์ ขณะประกอบกิจกรรมร่วมกันในที่สาธารณะ หรือแม้แต่เรื่องที่เป็นมิติส่วนตัวมาก ๆ อย่างเช่นการแย่งแฟน การเขม่นกัน ฯลฯ กระทั่งนำมาสู่การตัดสินใจด้วยกำลัง อาจด้วยการกระทำซึ่งหน้าหรือลับหลังก็ตาม

4. ความรุนแรงอันเนื่องมาจากปัญหาชีวิต
ความรุนแรงในที่นี้มักถูกใช้ในฐานะเป็นทางออกหรือทางยุติปัญหาที่วัยรุ่นแก้ไม่ได้หรือคิดว่าแก้ไม่ได้ก เช่น เพื่อหนีจากปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียน การแข่งขัน หรือออกหัก ความรุนแรงที่ก่อโดยวัยรุ่นในรูปแบบนี้ไม่เพียงเกิดขึ้นกับคนอื่นเท่านั้น แต่อาจเป็นเรื่องของการทำร้ายตัวเองด้วย

ความรุนแรงทั้ง 4 ประเภทนี้อาจมีบางส่วนคาบเกี่ยวกันอยู่ด้วย เช่น จากความขัดแย้งส่วนตัวแล้วลามไปสู่ระดับสถาบัน เป็นต้น แต่ที่ปรากฏเป็นข่าวในสื่อต่างๆ เป็นที่ชัดเจนว่าความรุนแรง 2 อย่างแรกมีมากกว่า 2 อย่างหลัง เว้นเสียแต่ว่าเหตุการณ์ในข่าย 2 ประเภทหลังจะมีความรุนแรงจัดได้ถึงขั้นโหดเหี้ยม หรือมีรูปแบบพิเศษพิสดารประการใดประการหนึ่ง เช่น นักเรียนมัธยมยิงกันในโรงเรียน เพราะแย่งแฟนกัน นักเรียนชายที่ถูกเพื่อนหญิงตีจาก คางปิ่นบุกบ้าน

ฝ่ายหญิง ยิงญาติผู้ใหญ่เสียชีวิต เป็นต้น

เป็นธรรมชาติของข่าวและสื่อมวลชนที่มักจะท่อนภาพลักษณะสุดขั้ว หรือหวา และบอกเล่าปรากฏการณ์เป็นสำคัญ แต่อย่างน้อยนั้นก็เป็นการแก้ปัญหาระยะสั้น ขึ้นอยู่กับการตื่นตัว ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา เอาใจเขามาใส่ใจเรา และความสามารถในการจัดการอย่างต่อเนื่อง

รุนแรงแห่งอาชีวะ

กรณีการตะลุมบอนครั้งใหญ่ในงานคอนเสิร์ตด้านเทพและซีดีละเมิดลิขสิทธิ์เมื่อคืนวันที่ 30 สิงหาคม 2546 ซึ่งรุนแรงในระดับจลาจลย่อย ๆ กลางเมือง และก่อผลร้ายถึงขั้นมีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บ โดยเฉพาะภายในหมู่ผู้ก่อเหตุเท่านั้น หากรวมถึงประชาชนทั่วไปในบริเวณที่เกิดเหตุด้วย ทำให้ปัญหาเรื่องความรุนแรงในหมู่นักเรียนอาชีวะได้รับการจับตาอย่างจริงจังจากสังคมอีกระลอกหนึ่ง

กรณีล่าสุดปิดท้ายปลายปี 2546 ที่นักเรียนช่างกลยกพวกปะทะกัน และปล่อยกระสุนปืนพลาดใส่ นักศึกษาสาวมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์จนถึงแก่เสียชีวิต กรณีนี้ยิ่งสร้างความสะเทือนใจแก่ผู้คนในสังคมอย่างมาก การประณามอย่างรุนแรงจึงเกิดขึ้น พร้อมๆ ไปด้วยเสียงเรียกร้องต้องการให้มีการแก้ปัญหาเด็กนักเรียนดึกันในลักษณะปราบปรามให้จริงจัง ส่วนหนึ่งถึงกับเสนอให้รัฐบาลขึ้นบัญชีดำโรงเรียนอาชีวะที่นักเรียนก่อเหตุทะเลาะวิวาทเป็นประจำ และใช้มาตรการจัดการขั้นเด็ดขาดเสียที

เหตุที่นักเรียนอาชีวะตีกัน

ที่มา: สรุปจากรายงานโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการจัดการปัญหาความรุนแรงในกลุ่มนักเรียนอาชีวะ, สภาองค์กรพัฒนาเด็กและเยาวชนในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, กันยายน 2546

สาเหตุที่ทำให้นักศึกษาอาชีวะทะเลาะวิวาทกันมี 2 ระดับ
ในระดับมหภาค เป็นเรื่องเกี่ยวกับระบบการศึกษา สภาพสังคม และระบบบริหารจัดการอาชีวศึกษา รวมทั้งเรื่องเกี่ยวกับภูมิหลังที่ก่อให้เกิดทัศนคติ และอัตลักษณ์แบบอาชีวะที่สืบทอดกันมา เป็นกระแสความคิดที่หาต้นตอไม่เจอแล้ว

ในระดับจุลภาค เป็นเรื่องของระบบการดูแลและคุณภาพของสถานศึกษา การจัดการกับสถานการณ์ความขัดแย้งหรือความรุนแรงในพื้นที่ และตัวกระตุ้นจากเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น การจัดคอนเสิร์ต การเขียนขั้วกันตามที่สาธารณะ

ทั้งนี้พบว่า นักศึกษาประมาณครึ่งหนึ่งมีทัศนคติที่ติดการทะเลาะ

วิวาท มีเพียงประมาณร้อยละ 10.6 เท่านั้นที่มีความคิดว่าการทะเลาะวิวาทเป็นสิ่งไม่ดี เหตุผลของการทะเลาะวิวาทส่วนใหญ่เป็นเรื่องหมั่นไส้ ขั้ว และเป็นการป้องกันตัว ทัศนคติเหล่านี้เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมของนักเรียนที่มาจากสังคมชาวอาชีวะ ส่วนใหญ่เข้าใจแล้วว่าต้องเจอเรื่องทำนองนี้

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า รุ่นพี่มีบทบาทในการถ่ายทอดความคิด การใช้ความรุนแรงเป็นอย่างมาก และนักเรียนใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อนค่อนข้างมาก

ในการตอบคำถามของนักเรียนอาชีวะ 184 คน เกี่ยวกับประเด็นว่าอะไรทำให้พวกเขา รู้สึกมีความพึงพอใจหรือมีความสุข มีถึง 96 คนที่ตอบว่าเพื่อนคือสิ่งที่ทำให้พวกเขามีความสุข มีความพึงพอใจ ภูมิใจ หรือมีความสุข มี 30 คนที่ตอบว่ามาจากการเรียนเข้าใจและได้ผลสอบดี และมี 17 คนที่ตอบว่าครอบครัว

ในการถามนักเรียนอาชีวะ 392 คนว่า เพื่อนมีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อพวกเขาเพียงใด พบว่า ผู้ตอบ 2 ใน 3 ตอบว่าเพื่อนมีอิทธิพลปานกลางถึงมากที่สุด

นอกเหนือไปจากการเร่งรัดและเข้มงวดยิ่งขึ้น กับการจับกุมและดำเนินคดีผู้ก่อเหตุเป็นราย ๆ แล้ว ในช่วงที่ผ่านมารัฐบาลยังได้ออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาในภาพรวมด้วย โดยมักพุ่งประเด็นไปที่นักเรียนหัวโจก แต่การแก้ปัญหาภายใต้การรุมประณามโดยสังคมก็ดี การฉายสปอร์ตไลท์ไปที่ตัววัยรุ่น ในสภาพนักเรียนนักศึกษาเหล่านั้นในฐานะ “ตัวการ” ก็ดี นอกจากอาจจะไม่ใช่ทางแก้ปัญหาในระยะยาวแล้ว ตรงกันข้ามอาจกลายเป็นสิ่งที่เพิ่มระดับความรุนแรงยิ่งขึ้นไปอีก

“เวลาถูกจับไปอยู่สถานพินิจ พอออกมาจะภูมิใจมากกว่าไปอยู่สถานพินิจมา ยิ่งสังคมรุมด่าอย่างนี้ เขายังชอบ รู้สึกว่าเขาเจ๋ง ไม่กระทบกระเทือนอะไรเลย ยิ่งตำรวจมาไล่ สนุก ไม่กลัวตาย เขาคิดว่าชีวิตนี้เขาพลีให้สถาบัน ถึงตัวตายก็จะปกป้องสถาบัน ไม่ให้ใครมาเหยียบย่ำ” นี่คือการบอกเล่าจากเด็กสาวที่เคยผ่านเข้าไปสัมผัส “วงใน” ของกลุ่มที่ถูกขนานนามว่า “นักเรียนนักเลง”

เธอเล่าถึงประสบการณ์ที่เคยมีโอกาสดำไปร่วมในงานรับน้องของวิทยาลัยเทคนิคแห่งหนึ่ง ซึ่งพบว่า นอกจากกิจกรรมประเภทฟิสตารพันลึก เกินนึกและเกินยอมรับแล้ว พวกเขามีช่วงเวลาสำคัญตอนหนึ่งที่จะถึงกับการหลั่งน้ำตาตกกัน นั่นคือช่วงของการที่รุ่นพี่เล่าถึงวีรกรรมให้ฟัง เกี่ยวกับการที่รุ่นพี่คนนั้นคนนี้ได้เสี่ยงภัยหรือสละชีวิตเพื่อสถาบันของพวกเขา เช่น ด้วยการไป “จัดการ” กับคนที่เคยมา “ดบ” หัวเข็มขัดของสถาบันไป

“รุ่นพี่เขาบุกไปคนเดียว กล้าหาญมาก ไม่ยอมให้ใครมาเหยียบย่ำสถาบันของ...โห แล้วก็ร้องให้กันทุกคนเลย ซาบซึ้งมากที่พี่คนนี้ไปตายเพื่อรักษาเสื้อชื่อป...รักษาหัวเข็มขัดของสถาบัน”

ด้วยสภาพความจริงที่เป็นไปเช่นนี้ หญิงสาวผู้เล่าเรื่องจึงเชื่อว่า การแก้ปัญหาแบบ “เด็ดขาด” ไม่ว่ารูปแบบใด ๆ จึงน่าจะเป็นการเติมเชื้อเพลิงใส่กองไฟมากกว่าเป็นอย่างอื่น

เหนืออื่นใด คงต้องไม่ลืมด้วยว่า ภาพลักษณ์ความรุนแรงในหมู่อาชีวะนั้นก็เช่นเดียวกับภาพของวัยรุ่นในภาพรวม นั่นคือครอบคลุมขอบเขตที่กว้างเกินกว่าความเป็นจริงไปมาก ดังนั้นปฏิกิริยาทางลบจากสังคมจะต้องไม่ละเลยข้อเท็จจริงพื้นฐานข้อนี้ด้วย

เบื่องลឹกลที่ซับซ้อน

นพ. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ เขียนเล่าถึงการทดลองทางวิทยาศาสตร์ไว้ในคอลัมน์ “จิตวิทยา” ของนิตยสารสารคดี ฉบับประจำเดือนกรกฎาคม 2546 ว่า

สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมบางชนิดที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว มักจะก้าวร้าวและหมกหมุ่นทางเพศมากกว่าปกติ หากจัดสภาพแวดล้อมให้หมดทางสู้หรือหมดทางไป เช่น ปลอ่ย กระแสไฟฟ้าช็อตมันทุกครั้งทีกดคานเพื่อรับอาหาร นักวิทยาศาสตร์ก็จะพบว่ามันจะเริ่มทำร้ายตัวเองอีกด้วย

แม้ไม่อาจทำการทดลองลักษณะเดียวกันนั้นกับลูกมนุษย์ได้ แต่ก็เชื่อกันว่า ผลลัพธ์น่าจะเป็นอย่างเดียวกัน เพราะเด็กที่ถูกทอดทิ้งมักจะก้าวร้าวหรือหมกหมุ่นกับอวัยวะเพศตนเองมากขึ้น เพียงแต่วาระหว่างลูกคนกับลูกสัตว์มีข้อแตกต่างสำคัญที่ต้องคำนึงก็คือ “การทอดทิ้งลูกคนนั้น กินความถึงการทอดทิ้งทางจิตใจด้วย”

นพ. ประเสริฐระบุว่า แท้จริงมนุษย์ทุกคนล้วนมีความก้าวร้าวอยู่ในตัวเป็นธรรมดา และในขณะเดียวกันก็มีความยับยั้งชั่งใจ ที่สำคัญ ความก้าวร้าว นั่นคือส่วนหนึ่งของพัฒนาการทางบุคลิกภาพของมนุษย์ และความก้าวร้าวถูกใช้อย่างสร้างสรรค์ได้ โดยควรได้รับการปลดปล่อยออกมาอย่างเหมาะสม ผ่านการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตอย่างเป็นปกติธรรมดา ตามวัยต่าง ๆ นับตั้งแต่การตูดนมแม่ จนถึงการเล่น การใช้ภาษา การเล่นกีฬา ดนตรี และทำงานศิลปะ ฯลฯ

แต่ทว่าข้อเท็จจริงที่กำลังเกิดขึ้นในสังคมไทยก็คือ มีทารกที่ได้กินนมแม่น้อยลง การเล่นแบบเก่า ๆ ของเด็กอย่างเป็นทางการที่มีช่องเปิดให้ความก้าวร้าวระบายออกมา ก็ถูกแทนที่ด้วยการเล่นกับวัตถุและเครื่องจักรกลอิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น ซึ่งยังไม่ชัดเจนว่าการเล่นรูปแบบใหม่นี้จะเปิดให้ความก้าวร้าวได้ระบายออกหมดสิ้น หรือยังคงเหลือค้างอยู่ในขณะเดียวกันก็มีวัยรุ่นน้อยรายเท่านั้นที่มีโอกาสในเรื่องกีฬา ดนตรี และศิลปะ

ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่า ความก้าวร้าวที่ซ่อนเร้นไว้ในจิตใจนั้น อาจจะชักนำให้เกิดความไฝฝืนถึงชีวิตที่สามารถปลดปล่อยความก้าวร้าวโดยเสรี ความไฝฝืนแบบนี้ เพียงมีอยู่ในตัวผู้ใดก็เป็นปัญหาในระดับหนึ่งอยู่แล้ว แต่หากแปรไปสู่ขั้นการปฏิบัติก็ย่อมจะก่อผลที่เลวร้ายมาก

หากทฤษฎีข้างต้นนี้เป็นจริง ปรากฏการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันก็น่าจะทำให้เราต้องย้อนทบทวนดูความเป็นไปในมิติต่าง ๆ ของสังคมกันครั้งใหญ่ได้แล้ว

ในปัจจุบัน สังคมเริ่มตื่นตัวและให้ความสำคัญแก่ “วุฒิภาวะทางอารมณ์” หรือ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ว่าเป็นสิ่งที่จะช่วยให้คนเราแก้ปัญหาชีวิตและปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีเท่า ๆ กับวุฒิภาวะทางปัญญา (IQ) จึงน่าจะมีการนำเอาเรื่องนี้ มาใช้ในการแก้ปัญหาความรุนแรงในวัยรุ่น โดยสอนให้พวกเขามีและรู้จักใช้ความฉลาดของอารมณ์ในการแก้ปัญหา



ก่อแก๊ง-ก่อกวน

ปรากฏการณ์แก๊งเด็กวัยรุ่นกวนเมือง ที่เกิดขึ้นทั่วทุกภาคของประเทศ และนับวันจะรุนแรงมากขึ้น ทั้งด้านพฤติกรรมและการใช้อาวุธ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ไหนเข้าไปศึกษา เก็บข้อมูลเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ และหาทางแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ข้อมูลที่สังคมได้รับรู้ส่วนใหญ่มาจากฝ่ายตำรวจเท่านั้น ปัจจุบันมีเพียงสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยที่เข้าไปศึกษาวิจัยพฤติกรรมของวัยรุ่นกลุ่ม NDR ที่จังหวัดเชียงใหม่

NDR ย่อมาจาก No Drug Ruler เริ่มจากเด็กเพียงไม่กี่คนซึ่งเป็นเพื่อนกัน จับกลุ่มไปเที่ยว แล้วเมื่อเกิดการทะเลาะชกต่อยกับกลุ่มวัยรุ่นอื่นๆ จะชนะทุกครั้ง จากเด็กที่ทะเลาะกันเป็นประจำก็กลายมาเป็นเพื่อนกัน ไม่นานมากกลุ่มเริ่มขยายขึ้นเป็น 20-30 คน และเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ จากเรือนร่อยจนเป็นเรือนพันคน

ปัจจุบัน NDR มีสมาชิกกว่า 1,200 คน ภายใต้ NDR จะมีกลุ่มต่างๆ อีกนับสิบกลุ่ม แต่ละกลุ่มมีแกนนำประมาณ 2-3 คน เด็กทุกคนเดินเข้ากลุ่มด้วยความสมัครใจ ไม่มีการโฆษณาชวนเชื่อ ส่วนใหญ่เข้ามาเพราะต้องการเพื่อน ต้องการเกราะป้องกัน เช่น เป็นเด็กที่ถูกเพื่อนรังแก เมื่อได้ยินชื่อ NDR ตามหน้าหนังสือพิมพ์ลงบ่อย ๆ เด็กพวกนี้จึงคิดว่าน่ามาอยู่ กลุ่มนี้โก้...เท...

ช่วงปี 2539 มีลานสเก็ตเข้ามาเปิดอยู่แถวๆ สถานีขนส่งอาเขต กลุ่ม NDR ถือโอกาสประกาศศักดา มีการวางแผนคุมลานสเก็ตว่าถ้าเด็กกลุ่มอื่นเข้ามาจะตีหรือจะไล่ออกไปอย่างไร ครั้งหนึ่งเด็กกลุ่มนี้ถูกจับ กลายเป็นข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ มีการเสนอข่าวว่าเด็กกลุ่มนี้เอาผิดขามูไรไล่พันคน แต่เด็กทุกคนก็ยืนยันปฏิเสธเรื่องผิดขามูไร แต่ยอมรับว่ามีผิดที่ตัวเอง โดยเอาเหล็กแหลมไปจางข้างเหล็กตีเป็นอาวุธไว้ป้องกันตัวเนื่องจากขณะนั้นกลุ่ม NDR มีคู่อริเยอะ

ลดารัลย์ ชัยนิลพันธ์ หรือ “ยายแ้ว” วัย 57 ปี ซึ่งเป็นยายของเด็กคนหนึ่งในกลุ่ม เข้ามาเป็นที่ปรึกษาให้กับเด็กกลุ่มนี้มาตั้งแต่ต้น โดยให้เด็กมาลงชื่อและสัมภาษณ์เพื่อจัดทำระบบรายชื่อ เนื่องจากเห็นว่า เมื่อห้ามให้เด็กรวมตัวกันไม่ได้ ก็ควรจะได้รู้จักทุกคนเพื่อติดตามสถานการณ์ได้

งานของเธอได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกลุ่ม Latter day st. charity ซึ่งเป็นมูลนิธิหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากการจัดทำรายชื่อแล้ว ยังมีการประชุมประจำเดือน การทำกิจกรรมเพื่อให้เด็กมารู้จักกัน โดยหวังว่าจะช่วยลดการทะเลาะวิวาทระหว่างกลุ่มลงได้ และแต่ละครั้งที่เกิดการชกต่อยจนถูกจับ เด็กจะวิ่งมาหาให้ยายแ้วช่วย

ด้วยความดังและเป็นแก๊งใหญ่ ชื่อ

ของ NDR จึงถูกจับตาเสมอ เมื่อไรก็ตามที่เกิดเหตุแก๊งวัยรุ่นทะเลาะวิวาท ซึ่งมอเตอร์ไซด์ ใช้อาวุธทำร้ายชาวบ้าน หรือก่อเหตุเดือดร้อนอะไรก็ตาม ภายในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ คนส่วนใหญ่จะมองว่าเป็นแก๊ง NDR แน่نون กล่าวได้ว่าประชาชนทั่วไปมีทัศนคติในแง่ลบอย่างรุนแรงต่อกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มนี้ รวมทั้งกลุ่มอื่นๆ ในลักษณะเดียวกัน

บันทึพย ชะเอม นักวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยส่วนภูมิภาค ซึ่งศึกษาวิจัยพฤติกรรมของเด็กกลุ่มนี้วิเคราะห์ว่า เด็กกลุ่มนี้รวมตัวกันเพราะต้องการแสดงความเป็นตัวตนของตัวเอง อยากให้คนอื่นรู้ว่า ตัวเองมีกลุ่ม มีพรรคพวก มีสังกัด เด็กฝากอัตลักษณ์ของตัวเองไว้ที่การยอมรับของกลุ่มเพื่อน แล้วขยายไปสู่สังคมที่กว้างกว่า ไม่ว่าจะเป็นด้วยวิธีการด้านลบหรือด้านบวก แต่ขอให้ได้มีตัวตนก็พอ

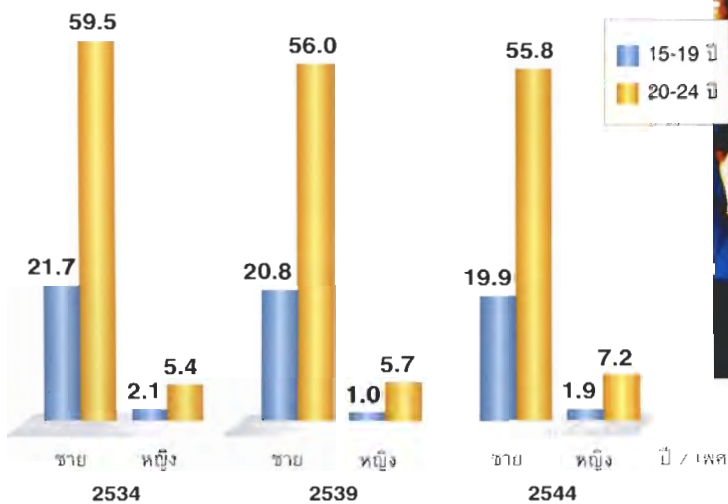
นอกจากนี้ เนื่องจากเชียงใหม่เป็นเมืองที่มีผู้คนเข้ามาอยู่อาศัยมาก เป็นแหล่งรวมสถานศึกษา และมีแหล่งท่องเที่ยวเยอะ ทำให้มีเด็กจากหลายแห่งเข้ามาเที่ยว ทั้งต่างอำเภอและจังหวัดใกล้เคียง การทะเลาะวิวาทจึงเกิดขึ้นได้ง่าย การสังกัดอยู่ในกลุ่ม NDR จึงช่วยให้หลายคนรู้สึกปลอดภัย ได้รับการคุ้มครอง ซึ่งเป็นสิ่งที่กลไกอื่นๆ ในสังคมไม่สามารถให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่า

6 ในกับดักแห่งการเสพติด

วัยรุ่นกับเหล้า

จากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2544 พบว่า มีวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี 2,469,200 คน ที่ดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ นักดื่มวัยรุ่นเหล่านี้ ส่วนใหญ่ที่สุดเป็นเพศชาย ซึ่งมีจำนวนมากกว่า นักดื่มหญิงถึงเกือบ 10 เท่า วัยรุ่นชายที่เป็น นักดื่มนั้น มีร้อยละ 38 แต่วัยรุ่นหญิงมีเพียงร้อยละ 5 วัยรุ่นในชนบทดื่มเก่งกว่าวัยรุ่นในเมือง

กราฟที่ 20: ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 15-24 ที่บริโภคสุราและเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ ปี 2534, 2539 และ 2544



ที่มา: รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539 และ 2544 สำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างใน การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543 ตารางที่ 4.80 หน้า 150



ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 3 ครั้งล่าสุด (ปี 2534, 2539 และ 2544) พบว่า แนวโน้มการบริโภคสุราและเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในระยะเวลาประมาณ 10 ปี มาแล้ว เปลี่ยนแปลงในทางลดลงเล็กน้อยสำหรับเพศชาย แต่สำหรับ เพศหญิงกลับเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 20-24

ในบรรดานักดื่มวัยรุ่นทั้งหมด ที่ดื่มค่อนข้างบ่อย (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) และที่ดื่มบ่อยๆ (3-4 ครั้งต่อสัปดาห์-ทุกวัน) มีเกือบ 1 ใน 3 ของทั้งหมด ทั้งนี้ยกเว้นกลุ่มวัยรุ่นหญิงซึ่งมีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ที่เป็นนักดื่มประเภทนี้

อย่างไรก็ดี วัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์มากขึ้น โดยส่วนใหญ่นิยมดื่มเบียร์ จากผลการวิจัยของศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ ร่วมกับสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชี้ว่า วัยรุ่นหญิงยังนิยมดื่มสุราต่างประเทศ สุราผสมผลไม้ หรือไวน์ คูลเลอร์ เพราะเชื่อว่า มี แอลกอฮอล์น้อย ดื่มแล้วไม่เมา



นี่เป็นสัญญาณอันตรายเพราะจากการวิจัยพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราผสมผลไม้ หรือ RTD (Ready to Drink) ในต่างประเทศ พบข้อสรุปแล้วว่า เครื่องดื่มประเภทนี้เป็นประตูบานแรก ที่เปิดให้เยาวชนกลายเป็นผู้ดื่มสุราในที่สุด

ขณะเดียวกันก็มีข้อมูลที่ระบุว่า เด็กที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนอายุ 13 ปีมีโอกาสติดไปจนโตเป็นผู้ใหญ่ ในทางตรงข้าม หากเริ่มดื่มในวัย 21 ปี ขึ้นไป ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการดื่มในลักษณะต่าง ๆ จะลดลงถึงร้อยละ 70

สถานการณ์ของคนไทยขณะนี้จึงนับว่าอยู่ในข่ายเสี่ยงสูง เนื่องจากอายุเฉลี่ยที่คนไทยเริ่มดื่ม คือ 20.2 ปี โดยฝ่ายชายจะเริ่มเร็วกว่าที่อายุ 19.3 ปีเท่านั้น ส่วนฝ่ายหญิงอยู่ที่ 25.1 ปี อีกทั้งยังมีกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 10 ปี ถึงประมาณร้อยละ 4.7 ที่เริ่มดื่ม

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 ประเทศไทยเรามีกฎหมายจำกัดการโฆษณาสุราแล้ว โดยเฉพาะทางสื่อวิทยุ และโทรทัศน์ จะทำการโฆษณาสุราไม่ได้ ไม่ว่าในรูปแบบใดๆ ตั้งแต่เวลา 05.00 น. จนถึง

ตารางที่ 3: จำนวนวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ที่ดื่มและไม่ดื่มสุรา ปี 2544 (พันคน)

วัยรุ่น	ประชากรในกลุ่ม	พฤติกรรมการดื่ม		วัยรุ่นที่ดื่ม คิดเป็น % ของประชากรในกลุ่ม
		ดื่ม	ไม่ดื่ม	
ทั่วประเทศ - รวม	11,426,000	2,469,200	8,955,700	21.6
วัยรุ่นชาย	5,800,600	2,210,400	3,589,500	38.1
วัยรุ่นหญิง	5,625,400	258,800	5,366,200	4.6
ในเมือง - รวม	3,763,000	705,800	3,057,100	18.8
วัยรุ่นชาย	1,849,700	612,00	1,237,600	33.1
วัยรุ่นหญิง	1,913,300	93,800	1,819,500	4.9
ชนบท - รวม	7,663,000	1,763,600	5,898,500	23.0
วัยรุ่นชาย	3,950,900	1,598,400	2,357,900	40.5
วัยรุ่นหญิง	3,712,100	165,200	3,546,600	4.6

ที่มา: รายงานการสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

22.00 น. แต่ว่าที่จริงยังมีมาตรการที่น่าจะได้ผลดีอีกหลายอย่าง แต่ยังไม่ได้ทำหรือทำไม่เต็มที่ เช่น การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ของเยาวชนอย่างจริงจัง ทั้งนี้ เพื่อให้เยาวชนห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างแท้จริง มีตัวอย่างในหลายประเทศที่ใช้มาตรการการจำกัดอายุทั้งผู้ดื่ม ผู้ซื้อ และผู้เข้ารับบริการอย่างได้ผล

ตารางที่ 4: ความถี่ในการดื่มของวัยรุ่น อายุ 15-24 ปี 2544

วัยรุ่น	ประชากรวัยรุ่นในกลุ่มทั้งหมด	ความถี่ในการดื่ม				ผู้ที่ดื่มอย่างน้อย สัปดาห์ละครั้ง
		3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ทุกวัน	1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์	1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์	นานๆ ครั้ง	
ทั่วประเทศ	2,469,200	274,900	420,100	473,600	1,295,700	28.0
ชาย	2,210,400	254,700	404,400	448,200	1,099,000	30.0
หญิง	258,800	20,200	15,800	25,400	196,800	14.0
เมือง	705,800	80,700	129,500	122,700	371,000	30.0
ชนบท	1,763,600	194,100	290,700	350,900	924,600	28.0
กรุงเทพมหานคร	250,400	29,800	42,300	38,700	139,600	29.0
กลาง (ไม่รวม กทม.)	380,400	49,500	88,500	58,400	182,900	31.0
เหนือ	526,800	54,600	85,500	100,900	285,500	27.0
อีสาน	1,132,200	118,000	174,600	240,000	596,900	26.0
ใต้	179,500	23,300	29,200	35,600	90,800	29.0

ที่มา: รายงานการสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544 สำนักงานสถิติแห่งชาติ





วัยรุ่นกับบุหรี่

การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2544 พบว่า วัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ที่สูบบุหรี่เป็นประจำและนานๆครั้ง มีจำนวน 1,822,100 คน

คิดเป็นร้อยละ 15.9 ของประชากรวัยนี้ทั้งหมด

ในจำนวนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ทั้งหมดแบ่งเป็นผู้สูบประจำ 1,545,200 คน และสูบนาน ๆ ครั้ง 276,900 คน โดยวัยรุ่นชายสูบบุหรี่ประจำมี 1,511,100 คน มากกว่าวัยรุ่นหญิง (34,200 คน) อย่างเทียบกันไม่ได้เลย โดยสัดส่วนแล้วมีวัยรุ่นหญิงที่สูบบุหรี่ประจำ 1 คน ต่อวัยรุ่นชาย 44 คน ส่วนวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ มี 9,603,900 คน

ข้อที่น่าสังเกตและน่าเป็นห่วงคือ วัยรุ่นทั้งชายและหญิง (อายุ 15-24 ปี) สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2542 และ ปี 2544 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชายเพิ่มจากร้อยละ 24 เป็นร้อยละ 26 ในขณะที่วัยรุ่นหญิง เพิ่มจากร้อยละ 0.3 เป็นร้อยละ 0.6 หรือเพิ่มขึ้น 2 เท่า แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นสัญญาณอันตราย

ทำไมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นจึงเพิ่มขึ้น ทั้งที่ในประเทศไทยก็มีมาตรการและการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ที่เข้มแข็งพอสมควร คำอธิบายในเรื่องนี้อาจจะอยู่ที่ว่า ในปัจจุบันธุรกิจบุหรี่ยามชาติพุ่งเป้าหมายการโฆษณาไปที่กลุ่มวัยรุ่นมากขึ้น

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อายุ 15-24 ปี ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ปี 2542 และ 2544 จำแนกตามเพศและอายุ

กลุ่มอายุ	ร้อยละวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ประจำ						การเปลี่ยนแปลง อัตราผู้สูบบุหรี่ประจำ		
	ปี 2542			ปี 2544					
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
15-19	12.4	*	6.3	12.8	0.3	6.7	+0.4	+0.3	+0.4
20-24	35.4	0.7	18.3	38.9	0.9	20.2	+2.5	+2.0	+1.9
รวม (15-24)	24.0	0.3	12.3	26.0	0.6	13.5	+2.0	+0.3	+1.2

หมายเหตุ: * น้อยกว่าร้อยละ 0.1

+ คืออัตราร้อยละผู้สูบบุหรี่ประจำที่เพิ่มขึ้น

ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 6: จำนวนวัยรุ่น อายุ 15-24 ปี ที่สูบบุหรี่ ปี 2544 จำแนกตามพฤติกรรมการสูบ

ที่มา: รายงานการสำรวจการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

วัยรุ่น	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
	สูบประจำ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่สูบ
ทั่วประเทศ - รวม	1,545,200	276,900	9,603,900
- วัยรุ่นชาย	1,511,000	271,400	4,018,200
- วัยรุ่นหญิง	34,200	5,600	5,585,700
ในเมือง - รวม	399,100	81,700	3,282,200
- วัยรุ่นชาย	386,800	78,800	1,384,300
- วัยรุ่นหญิง	12,500	3,000	1,897,900
ชนบท - รวม	1,146,000	195,200	6,321,800
- วัยรุ่นชาย	1,124,200	192,600	2,633,900
- วัยรุ่นหญิง	21,800	2,600	3,687,900

วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ประจำส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละไม่เกิน 10 มวน ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของทุกกลุ่มอายุ ซึ่งสูบบุหรี่ 11 มวน ส่วนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่วันละ 10 มวน มีประมาณร้อยละ 15-20 ของกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่เป็นประจำ

แม้บุหรี่ไม่ใช่สิ่งจำเป็นที่ร่างกายต้องการ เหมือนข้าว น้ำ แต่การสูบบุหรี่ก็มีค่าใช้จ่ายซึ่งเงิน ค่าใช้จ่ายที่ดูเหมือนผู้จ่ายจะทุ่มเทให้ไม่น้อย

ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเกี่ยวกับสาเหตุการสูบบุหรี่พบว่า สาเหตุสำคัญ 5 ประการแรกที่ชักนำให้วัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่คือ 1) ความอยากรู้อยากลอง 2) การตามอย่างเพื่อนหรือเพื่อนชวน 3) การตามอย่างสมาชิกในครัวเรือน 4) เพื่อเข้าสังคม และ 5) สาเหตุจากการทำงาน ทั้งนี้ในระหว่างวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีอายุมากอาจจะมีสาเหตุที่แตกต่างกันบ้าง แต่โดยมากแล้วเหตุผลสำคัญเหล่านี้ก็คล้ายๆ กัน

คนสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เริ่มต้นลิ้มลองบุหรี่ครั้งแรกในช่วงที่ยังเป็นวัยรุ่น แต่ชายกับหญิงก็มีการเริ่มต้นที่ต่างกัน โดยเฉลี่ยนั้นผู้ชายเริ่มสูบบุหรี่มวนแรกราวๆ อายุ 18 ปี แต่ผู้หญิงเริ่มเมื่ออายุ 22 ปี กว่า 2 ใน 3 (68.6%) ของนักสูบเพศชาย เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี แต่สำหรับเพศหญิง ที่เริ่มในช่วงอายุนี้นี้มีร้อยละ 46 เท่านั้น ขณะที่อีกกว่าครึ่ง (54%) เริ่มสูบบุหรี่ตอนอายุ 20 ปี ไปแล้ว

นัยสำคัญของข้อเท็จจริงนี้ก็คือ สำหรับวัยรุ่นชาย ถ้าก่อนอายุ 20 ปี เขาไม่ได้แตะต้องบุหรี่เลย โอกาสที่เขาจะไม่เข้าไปยุ่งกับมันไปตลอดชีวิตก็มีสูง แต่สำหรับวัยรุ่นหญิงนั้นยังไม่แน่

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ และพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภค

ยาสูบตั้งแต่ปี 2535 โดยมีมาตรการจับปรับผู้ละเมิดสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ 19 ประเภท และห้ามขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ก็ตาม แต่แนวโน้มวัยรุ่นชายหญิง ที่สูบบุหรี่ประจำกลับเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการบังคับใช้กฎหมายในเรื่องนี้ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ประกอบกับธุรกิจบุหรี่ยามชาติมีกลยุทธ์ส่งเสริมการขายที่เน้นเจาะกลุ่มวัยรุ่นมากขึ้น

ตารางที่ 7: เหตุผลที่เริ่มสูบบุหรี่ จำแนกตามอายุที่เริ่มสูบ (ร้อยละ)

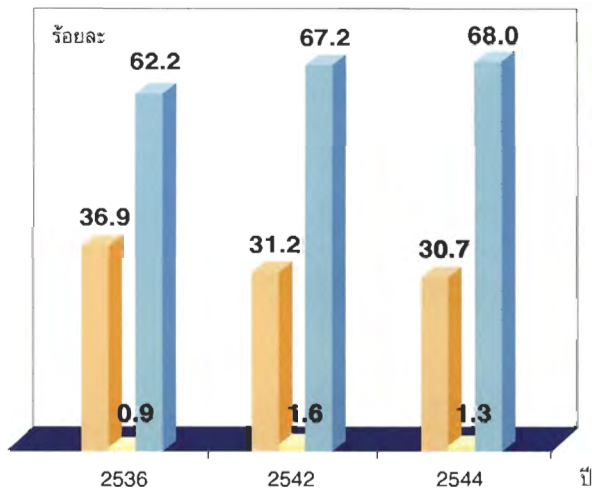
สาเหตุที่เริ่มสูบ	ช่วงอายุที่เริ่มสูบ		
	10 - 14 ปี	15 - 19 ปี	20 - 24 ปี
รวม (ร้อยละ)	100.0	100.0	100.0
อยากรู้อยากลอง	37.1	39.7	35.7
ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวน	32.6	38.2	32.7
ตามอย่างสมาชิกในครัวเรือน	7.5	2.7	3.1
เพื่อเข้าสังคม	4.0	6.1	9.7
สาเหตุจากการทำงาน	5.3	2.5	2.0
ไม่มีอะไรจะทำ	4.1	2.1	4.7
เพื่อความโก้เก๋	3.5	3.6	3.0
เครียด / วิตกกังวล	1.7	2.3	5.6
เพื่อความเป็นผู้ใหญ่	1.3	1.4	0.4
ตามอย่างคนอื่น / ดารา	1.0	0.6	0.4
สาเหตุอื่นๆ	1.9	0.5	1.5
ไม่ทราบ	-	0.3	0.2

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อ้างใน การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543 หน้า 146

ตารางที่ 8: ช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ปี 2542 และ 2544 จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ (ร้อยละ)

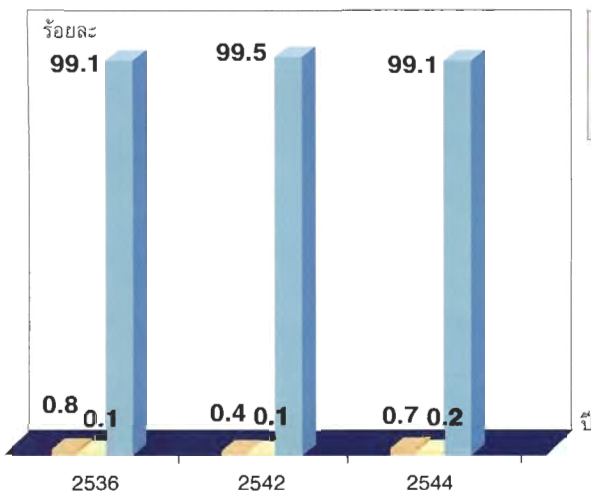
เพศ / ปี	ช่วงอายุที่เริ่มสูบ					อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบ (ปี)
	<10	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 ขึ้นไป	
2542						
ชาย	0.5	10.8	57.3	25.0	6.4	17.9
หญิง	2.5	9.5	33.9	23.7	30.4	22.2
รวม	0.6	10.8	55.9	24.9	7.0	18.2
2544						
ชาย	0.4	6.5	59.5	27.8	5.8	18.3
หญิง	0.9	7.1	34.9	27.2	29.9	21.9
รวม	0.4	6.5	58.2	27.7	7.2	18.5

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544 สำนักงานสถิติแห่งชาติ



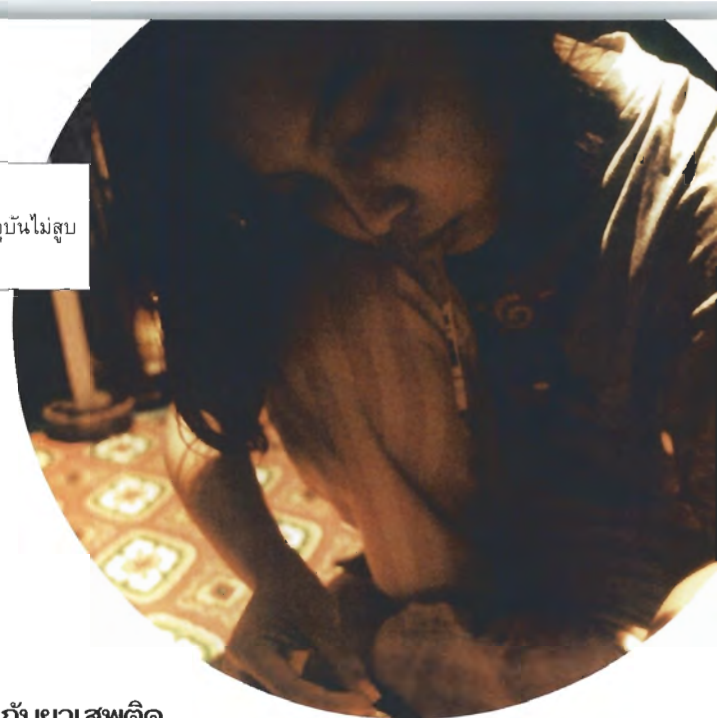
กราฟที่ 21: พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชาย อายุ 15-24 ปี 2536, 2542 และ 2544 (ร้อยละ)

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2536 และ 2542 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



กราฟที่ 22: พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชาย อายุ 15-24 ปี 2536, 2542 และ 2544 (ร้อยละ)

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2536 และ 2542 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



วัยรุ่นกับยาเสพติด

ก่อนที่รัฐบาลจะมีนโยบายปราบปราม ยาเสพติดอย่างจริงจังในช่วงปี 2546 ปัญหา ยาเสพติดได้แทรกซึมเข้าไปในโรงเรียน และแหล่ง ที่แวดล้อมกับตัวเด็กนักเรียนอย่างหนัก โดยเฉพาะ

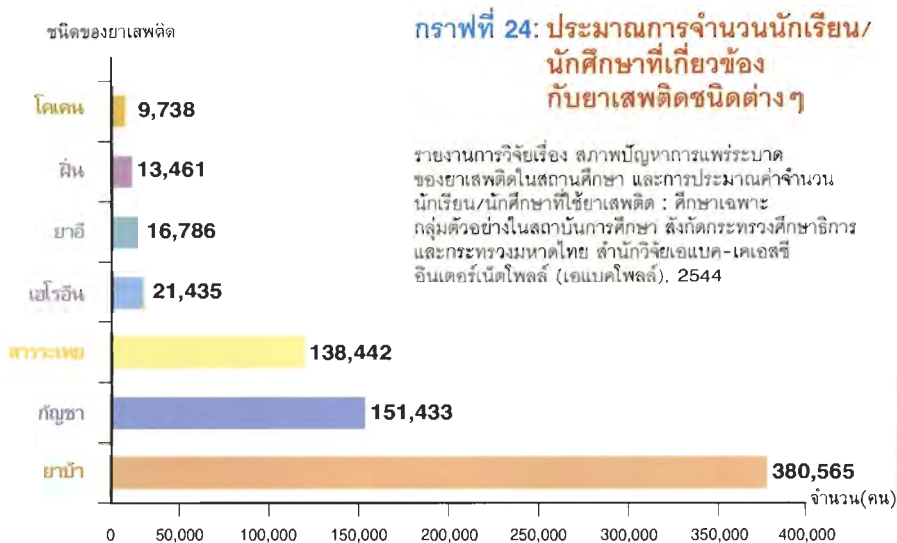
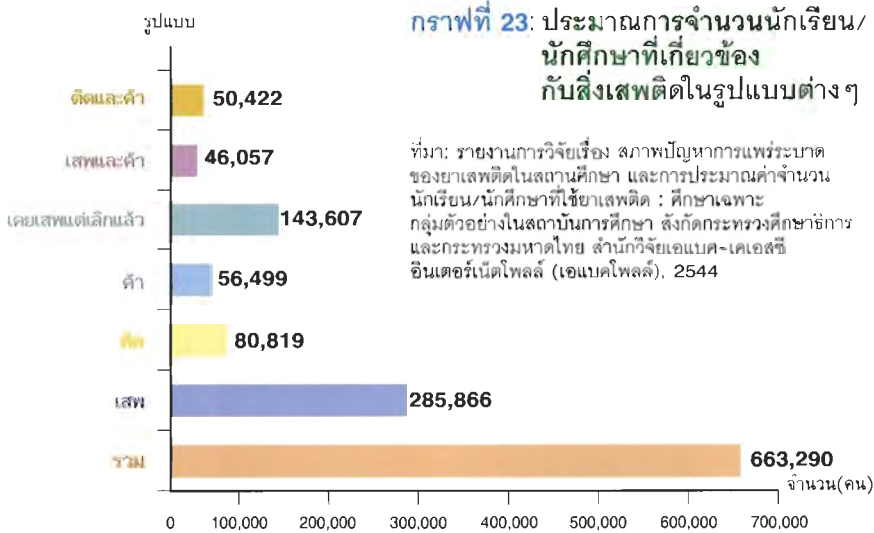
ที่บ้านนั้นสามารถซื้อหาได้ ที่โรงเรียนด้วยซ้ำไป ทั้งจาก เพื่อนนักเรียนหรือกระทั่ง จากครู การมั่วสุมเสพยา กัน ตามห้องน้ำโรงเรียน ตามหอพัก

และบ้านเพื่อน ปรากฏเป็นข่าวทางสื่อต่างๆ อยู่ บ่อยๆ

ในปี 2544 สำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด ได้มอบหมายให้ สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซี อินเทอร์เน็ตโพลล์ (เอแบคโพลล์) ทำการตรวจสอบสภาพปัญหา ยาเสพติดในสถานศึกษา การสำรวจนี้ ครอบคลุม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนนักศึกษา ตั้งแต่ระดับ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ถึงระดับปริญญาตรี อายุ ระหว่าง 11-24 ปี ผลการสำรวจพบว่า มีผู้ที่ เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในรูปแบบต่างๆ จำนวน 663,290 คน หรือ ร้อยละ 12 ของนักเรียน นักศึกษาทั่วประเทศ ซึ่งมีอยู่เกือบ 6 ล้านคน ในจำนวนนี้ร้อยละ 22 เป็นผู้ที่เคยเสพ แต่ ปัจจุบันได้เลิกไปแล้ว ที่เหลือเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับ ยาเสพติด ทั้งในฐานะผู้เสพ ผู้ค้า หรือทั้งสองแบบ

“คนสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เริ่มลิ้มลองบุหรืมวนแรกในช่วงวัยรุ่น และ สำหรับผู้ชายที่พันวัยรุ่นไปโดยไม่ติดบุหรื เกือบทั้งหมดก็จะ ปลอดบุหรืไปตลอดชีวิต ส่วนผู้หญิงจำนวนไม่น้อย ยังพร้อมเริ่ม ลิ้มลองบุหรืในวัยเป็นผู้ใหญ่แล้ว นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มว่า วัยรุ่นหญิงนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น”





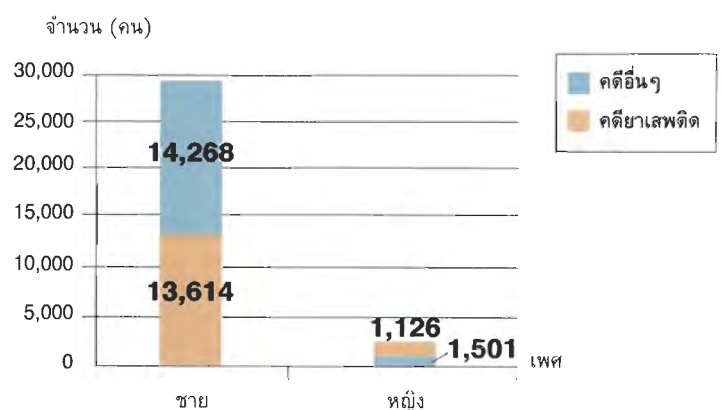
ชนิดของสิ่งเสพติดที่มีนักเรียนนักศึกษาเข้าไปเกี่ยวข้องกับมากที่สุดคือยาบ้า (ประมาณร้อยละ 52 ของทั้งหมด) รองลงมาเป็นกัญชา และยาหล่อมประสาท ทั้งนี้พบว่าการใช้ยาบ้ามากในหมู่นักศึกษาระดับอาชีวศึกษา

เครื่องชี้อีกประการหนึ่งถึงความรุนแรงของสถานการณ์เรื่องนี้เป็นสถิติการจับกุมคดียาเสพติด ซึ่งพบว่าเยาวชนไทยวัยรุ่นอายุ 14-18 ปีที่ตกเป็นผู้ต้องหาคดียาเสพติดเมื่อปี 2545 มีจำนวนถึง 15,115 คน ซึ่งคิดเป็นจำนวนเกินกึ่งหนึ่งของผู้ต้องหาวัยรุ่นในคดีทุกประเภท ในจำนวนดังกล่าว ผู้ที่ถูกศาลพิพากษาลงโทษไปแล้วมี 8,246 คน เป็นชาย 7,485 คน หญิง 761 คน

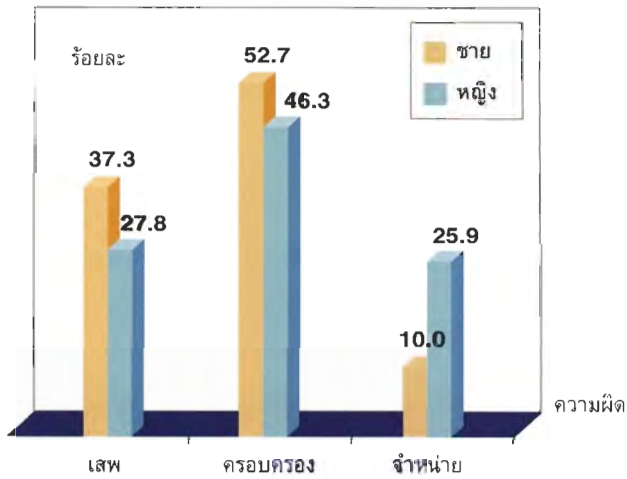
สำหรับลักษณะความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ส่วนใหญ่นั้นเป็นเรื่องของการครอบครองยา ที่เหลือเป็นการเสฟและการจำหน่าย ตามลำดับ โดยที่มีความแตกต่างในกลุ่มหญิงและชายอยู่บ้าง แต่ที่น่าสังเกตเป็นพิเศษ คือ วัยรุ่นหญิงต้องคดีจำหน่ายยาเสพติดมากกว่าวัยรุ่นชายกว่า 2 เท่าตัว อาจเป็นเพราะว่าวัยรุ่นหญิงถูกใช้เป็นเครื่องมือในการจำหน่ายมากกว่าวัยรุ่นชาย นี่ก็เป็นสัญญาณอันตรายอย่างหนึ่ง

ส่วนจำนวนวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-24 ปีที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้านยาเสพติดในแต่ละปีนั้น มีจำนวนมากเกือบ 20,000 คน ซึ่งนับเป็นจำนวนมากอย่างน่าสังเกต เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ

กราฟที่ 25: วัยรุ่นชาย-หญิง อายุ 14-18 ปี ที่ต้องคดียาเสพติด ปี 2545

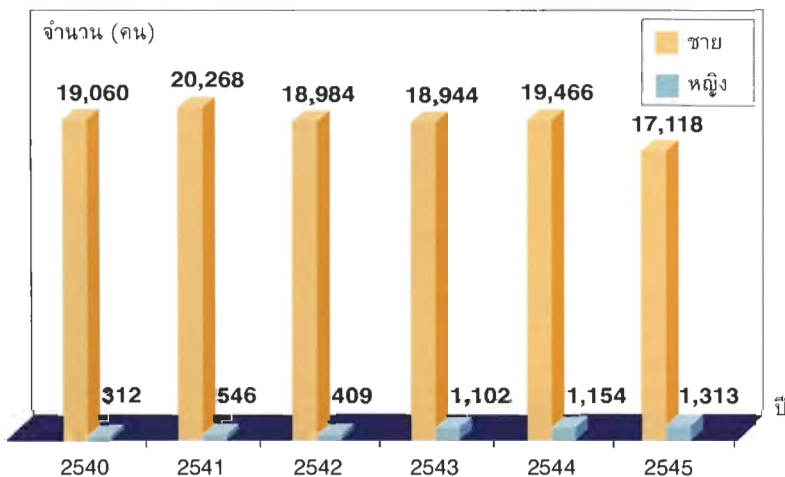


ที่มา : สถิติคดีศาลเยาวชนและครอบครัวทั่วราชอาณาจักร ปี พ.ศ. 2545



กราฟที่ 26: ร้อยละของวัยรุ่นชาย-หญิง อายุ 15-18 ปี ที่ต้องคดีเกี่ยวกับยาเสพติด ปี 2546
จำแนกตามลักษณะความผิด

ที่มา: ศาลคดีเด็กและเยาวชนกลาง อ่างใน หนังสือพิมพ์มติชน 10 มิถุนายน 2546



กราฟที่ 27: จำนวนวัยรุ่นชาย-หญิง อายุ 15-18 ปี ที่ได้รับการบำบัดรักษาเกี่ยวกับยาเสพติด ปี 2540-2545

ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ 2546 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะว่าคนเสพยาที่เป็นวัยรุ่นมีจำนวนมากกว่ากลุ่มอื่นๆ หรือมีฉะนั้นก็อาจจะเป็นเพราะว่าผู้เสพยาวัยรุ่นเข้าไปรับการบำบัดมากกว่ากลุ่มผู้เสพยาคนอื่น

การทำสงครามขึ้นแตกหักกับยาเสพติดของรัฐบาล แม้ได้ผลดีในแง่การลดปริมาณยาเสพติดได้ ตลอดจนสามารถชักนำผู้เสพยาให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา แต่คง ยังไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาเรื่องวัยรุ่นกับยาเสพติด อย่างถอนรากถอนโคนและปิดฉากปัญหาอย่างยั่งยืนได้

ปัญหายาเสพติดในหมู่วัยรุ่นยังคงเป็นเรื่องน่าเป็นห่วง และผลไม่ได้ เพราะด้วยคุณสมบัติความเป็นวัยรุ่นเอง ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงในตัวยอยู่แล้ว จากการชอบความท้าทาย มีความอยากรู้อยากลอง ดิตเพื่อน ฯลฯ อันเป็นพื้นเพ

นิสัยของวัยรุ่น ในขณะที่แรงต้านทานหรือภูมิคุ้มกันในตัว ก็ค่อนข้างมีข้อจำกัดและมีจุดอ่อน ทำให้พวกเขายังคงเป็นเหยื่อของการหลอกลวง เริ่มจากการเสพ สูการดิดและถูกบังคับใช้ประโยชน์ ให้เป็นผู้แพร่กระจายยาบ้าต่อไป กระทั่งตกเข้าสู่วังวน และเป็นส่วนหนึ่งของวงจรอย่างยากจะถอนตัว

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ทั้งบุคคลและสังคมรอบข้างจะต้องร่วมเป็นตัวช่วยในการลดความเสี่ยง และเพิ่มภูมิคุ้มกันให้แก่พวกเขาด้วย

ลองครั้งเดียวก็ติดใจ

ผลการศึกษาวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียน นักศึกษา ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลยืนยันว่า การลองยาแค่ครั้งเดียวก็ทำให้ติดยาได้ อย่างเช่น การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาบ้าของนักเรียน นักศึกษาในจังหวัดราชบุรี ในผู้ป่วย 100 คน พบ 30 คนที่ลองยาครั้งแรกแล้วติดเพราะติดใจ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่ลองยาบ้าครั้งแรกมีโอกาสติดยา 30%

ทั้งนี้การติดยายังขึ้นอยู่กับปริมาณยาที่ได้รับด้วย รวมทั้งความพอใจในตัวยา ทั้งจากลักษณะทางกายภาพภายนอก เช่น รูปลักษณ์ กลิ่น สี รสชาติ และปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น ความสนุกของบรรยากาศแวดล้อมและหมู่เพื่อน

การเสพร่วมกับเครื่องดื่มมีเมาหรือยาเสพติดชนิดอื่นที่ไปเสริมฤทธิ์กัน รวมถึงส่วนที่สำคัญ คือ ฤทธิ์ทางเคมีของยาบ้าโดยตรง ซึ่งจะมีผลในระยะแรกๆ ทำให้เกิดการหลั่งสารความสุขของสมอง จึงเกิดความรู้สึกอยากเสพซ้ำ แต่ผลร้ายในภายหลังจะทำให้เกิดโรคจิตหวาดระแวง ประสาทหลอน ทำให้คลุ้มคลั่งทำอะไรโดยขาดสติ อย่างที่เห็นตามทีวี หรือข่าวในชีวิตประจำวัน ทำให้มีผลต่อการเรียนและอนาคต

7 เพียงเข้าใจก็ไปได้สวย

การทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น ทั้งภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จะทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับวัยรุ่นสื่อสารกับพวกเขาได้ในรูปแบบที่เข้าใจและยอมรับกัน

วัยรุ่นเองก็ควรที่จะเข้าใจความเปลี่ยนแปลงของตนเอง เพื่อปรับตัวรับใจ รองรับการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ให้ได้ด้วยดี เพื่อที่ช่วงวัยนี้จะได้ไม่ เป็น “วัยรุ่น” หากเป็นวัยแห่งการสร้างสรรค์และการวางพื้นฐานความเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมต่อไป

ตั้งหลักรับการเปลี่ยนแปลง

ใครที่มีลูกอยู่ในช่วงวัยรุ่นคงจะเจอปัญหานี้บ้าง คือจู่ๆ ลูกที่เป็นเด็กเรียบร้อย วานอนนอนง่าย ก็กลับกลายเป็นเด็กดื้อ พูดอะไรไม่ฟัง ที่เคยคลอเคลียพ่อแม่ก็กลับหวงเนื้อหวงตัว ลูกชายไม่ยอมให้แม่หอมแก้มต่อหน้าเพื่อนอีกต่อไป ลูกสาวก็ไม่ค่อยอยากให้พ่อกอดหรือหอมมากนัก มีโลกส่วนตัวมากขึ้น โทรศัพท์คุยกับเพื่อนครั้งละนาน ๆ เริ่มสนใจแต่งเนื้อแต่งตัว ดูกระเจกได้ทั้งวัน บางคนก็อาจมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวขึ้น สนใจเพศตรงข้ามมากขึ้น ฯลฯ

พฤติกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดความกังวล กลุ้มใจ รำคาญใจให้กับพ่อแม่หลายครอบครัว และหากไม่สามารถสื่อสารให้เข้าใจกันก็จะทำให้เกิดความเครียดไปหมดทั้งบ้านได้ ซึ่งก็จะกระทบถึงความสัมพันธ์ต่อกัน และหากไม่เข้าใจกันแล้ว ปัญหา ก็อาจจะลุกลามไปถึงเรื่องอื่นๆ ได้

แท้จริง ก่อนจะมาถึงการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและจิตอารมณ์ ความเปลี่ยนแปลงหลักของวัยรุ่นก็คือความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ในช่วงชีวิตหนึ่งของคนเรา ช่วงที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างขนานใหญ่ที่สุดก็คือช่วงวัยรุ่นนี่เอง นับตั้งแต่เรื่องความสูง ความอ้วน การเติบโตขึ้นของอวัยวะต่าง ๆ หรือบางอย่างก็อาจจะเปลี่ยนรูปร่างไป รวมทั้งสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อนก็จะเกิดขึ้นมา โดยทั้งหมดเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย

ฮอร์โมนที่เป็นตัวการสำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่น ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ก็คือฮอร์โมนเพศ ในทางร่างกายคือทำให้ส่วนสูงเพิ่มขึ้นและลักษณะความเป็นเพศชาย - หญิง ชัดเจนขึ้น

ความเปลี่ยนแปลงนี้เป็นไปตามธรรมชาติ แต่สามารถก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่เจ้าตัวได้มาก ทั้งจากการไม่รู้ ความไม่คุ้นเคย ไปจนถึงความรู้สึก

ไม่มั่นใจและความกลัว การช่วยให้พวกเขารู้ให้ทัน และตั้งหลักให้ได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่ง

ความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยเฉพาะในส่วนอง สรีระทางเพศ นับว่าเป็นเรื่องใหญ่ การ ตกใจกับผื่นเปื่อยก ในเด็กผู้ชาย และตกใจกับประจำเดือนในเด็กผู้หญิงเป็นเรื่องที่มักเกิดขึ้น อย่างน้อยใน ระยะเวลาหนึ่ง และวัยรุ่น นิยมเปรียบเทียบกับตัวเอง กับคนอื่น ดังนั้นเพียงแค่การเติบโตทางร่างกายที่ไม่เท่ากับคนอื่นก็สามารถมีผลต่อภาพพจน์ รวมถึงความรู้สึกนึกคิดของวัยรุ่นได้แล้ว

โดยทั่วไปการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มจากวัย 10 ปี เป็นต้นไป โดยเด็กผู้หญิงโตขึ้นเร็วกว่าเด็กผู้ชาย ประมาณ 1-2 ปี การเติบโตอย่างรวดเร็วบางครั้งทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในร่างกายตนเอง โดยเฉพาะเด็กผู้หญิงที่โตเร็วกว่าเพื่อนในชั้นเรียน มักจะรู้สึกอึดอัด เคอะเขินต่อสายตา หรือคำพูดหยอกล้อ หรือ “แซว” จากเพื่อนผู้ชาย มีแนวโน้มด้วยว่าเด็กผู้หญิงที่โตเร็วจะมีลักษณะช้อยๆ ชอบเป็นผู้ตามมากกว่าเป็นผู้นำ เพราะเมื่อร่างกายโตขึ้นแต่จิตใจยังเป็นเด็ก จึงรู้สึกอายกับร่างกายตัวเอง

ในทางกลับกันเด็กผู้ชายที่โตช้ากว่าเพื่อน จะรู้สึกไม่มั่นใจในความเป็น “แมน” ของตัวเอง และจะมีความสามารถทางด้านกีฬา การทำงาน ฟังตนเอง ตลอดจนมีความเป็นผู้นำน้อยกว่าเด็กผู้ชายที่โตเร็ว ทั้งนี้เพราะค่านิยมของผู้ชายจะภูมิใจในความแข็งแรง วัยรุ่นหรือเด็กที่มีร่างกายกำยำและโตกว่าคนอื่นจึงมักบ่มเพาะความมั่นใจในตนเองไปจนกระทั่งโตเป็นผู้ใหญ่

การเข้าใจในเรื่องพื้นฐานที่ละเอียดอ่อน เหล่านี้คือประเด็นแรกที่วัยรุ่นและผู้คนรอบข้าง จะต้องร่วมกันเปิดให้ออก ก่อนจะก้าวไปสู่การสร้าง ความเข้มแข็งและการแสวงหาทางที่เหมาะสมอื่นๆ ต่อไป



ร่วมกันวางก้าวอย่างตั้งต้น

นอกจากฮอว์โมเนตจะทำให้สรีระร่างกายเปลี่ยนแปลงแล้ว ยังผลักดันให้เกิดความรู้สึกทางเพศด้วย และความรู้สึกใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อนนี้เองก็สร้างความยากลำบากทางจิตใจให้เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน พวกเขาอาจไม่แน่ใจหรือกระทั่งไม่รู้เลยว่าจะจัดการกับความรู้สึกตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นอย่างไร ยิ่งเมื่อต้องผนวกเอาค่านิยมและกรอบทางสังคมเข้าไปด้วยก็ยิ่งเป็นเรื่องยากเข้าไปอีก

การยอมรับว่าความสนใจเรื่องเพศอย่างมากเป็นธรรมชาติของคนวัยนี้จะเป็นพื้นฐานที่สำคัญ

แต่พื้นฐานอย่างเดียวย่อมไม่เพียงพอ จำเป็นจะต้องมีการต่อยอดความรู้ที่ถูกต้อง เท่าทัน การใคร่ครวญไตร่ตรองเกี่ยวกับแง่มุมต่าง ๆ ของทัศนคติ และค่านิยมที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการรู้จักวิธีที่จะปฏิสัมพันธ์และปฏิบัติการในเรื่องเพศ

ความรู้สึกทางเพศมีความหมายกว้างมากกว่าความต้องการทางเพศ ความรู้สึกนี้สามารถมีผลให้เด็ก ๆ เริ่มผลจากผู้ใหญ่และเพื่อนเล่นเพศเดียวกันหันไปสนใจเพื่อนร่วมวัยและต่างเพศมากขึ้นพร้อมกันนั้นก็กระตุ้นให้พวกเขาเริ่มที่จะสนใจในเรื่องร่างกายและความสวยความงามของตัวเอง ต้องการความเป็นอิสระ มีระยะห่างกับผู้ใหญ่ และ

มุมมองสองเด็กหามजू

1. ชีวิตลูกชาวสวน จระยอง

ตั้ม เป็นลูกชาวสวน จังหวัดระยอง จากวัยประถมถึงมัธยม เขาเรียนโรงเรียนแถวบ้านมาโดยตลอด ตั้มคงเติบโตและใช้ชีวิตเหมือนเด็กทั่วไปอีกก่อนประเทศ นั่นคือเรียนให้ได้เกรดดี ๆ สอบเข้ามหาวิทยาลัยของรัฐให้ได้ และมุ่งมั่นทำเกรดหรือเกียรตินิยมเพื่อเป็นใบเบิกทางการทำงานในอนาคต แต่ชีวิตเขาต้องหักเหเมื่อได้รู้จักพี่แป๊ป นักอนุรักษ์คนหนึ่งซึ่งเป็นผู้ร่วมริเริ่มและก่อตั้งกลุ่มรักษ์เขาชะเมา ตั้มเริ่มเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ปี 2537 ในฐานะเด็กที่ถูกพี่ ๆ ดึงตัวไปคุยโน่นคุยนี้ และพาเที่ยวชมธรรมชาติ ก่อนที่ต่อมาพี่ ๆ จะเห็นแวว “เอาจริง” และเริ่มมอบหมายงานต่างๆ ให้รับผิดชอบ

ครั้นเมื่อจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 ตั้มก็มุ่งหน้าเข้ากรุงเทพฯ โดยตั้งเข็มไว้ว่าการเรียนต่อใหม่มหาวิทยาลัย แต่เขาเลือกที่จะไม่เอ็นทรานซ์ หากมุ่งสู่รามคำแหงโดยตรง

“ผมเบื่อการเรียนในระบบมาตั้งแต่ประถม มัธยมเราต้องทำข้อสอบ ต้องทำอะไรอย่างที่คุณกำหนด ทำให้ไม่อยากไปเรียน พอเข้ามหาวิทยาลัย ผมคิดว่าเราน่าจะได้เรียนแบบอิสระ ก็เลยเลือกเรียนที่นี่ เราได้ค้นคว้า มันเป็นการเรียนที่เรียนจริงๆ”

เพราะถือว่าโลกทั้งใบคือห้องเรียน ตั้มจึงใช้เวลาว่างหลังการเรียนและหลังจากการทำงานพิเศษหาเงินเรียนและแบ่งเบามาระหว่างบ้านด้วยการไป

เข้าฟังเสวนาหรือร่วมงานสัมมนาวิชาการต่างๆ ที่เห็นว่าน่าสนใจและมีประโยชน์อยู่เสมอ ในที่สุด เขาสามารถเรียนจบปริญญาตรีได้ภายใน 3 ปี โดยได้รับเกียรตินิยมอันดับ 2 ด้วย

“การเรียนของผมหมายถึงการที่เราได้รับความรู้ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์กับความคิดและสติปัญญาทำให้เรามีคุณวุฒิมากขึ้น เพราะฉะนั้น วิชาไหนที่อาจารย์เอาหนังสือมาอ่านให้ฟัง ผมออกไปศึกษาเองดีกว่า แต่ถ้าวิชาไหนอาจารย์ทุ่มเทเก่ง เราได้ประโยชน์จากการเข้าฟังผมก็ไปทุกครั้ง แต่ถ้าห้องเรียนไม่มีให้ เราก็หาเอาจากข้างนอก”

หลังเรียนจบ ตั้มยังคงใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กรุงเทพฯ แต่มักกลับไปช่วยงานกลุ่มรักษ์เขาชะเมาอยู่เสมอรวมทั้งเพิ่งรับตำแหน่งเป็นประธานกลุ่มในปีนี้

ตั้มยืนยันว่าเขาเองไม่ได้ปฏิเสธความสนุกสนานบันเทิง เพียงแต่ว่าเคยผ่านมันมาหมดแล้ว และรู้ตัวว่าควรใช้จ่ายเวลาไปกับอะไรมากกว่ากัน

ในวัย 23 ปี นอกจากอ่านหนังสือทุกประเภทแล้ว เขายังโปรดปรานการเล่นของไทยอย่าง โขน เสราห์อาทิตยก็ไปรับงานเป็นไกด์ทัวร์พาเด็กๆ เทียวโบราณสถาน ทั่ววัฒนธรรม เพื่อจะได้เรียนรู้ประวัติศาสตร์พร้อมๆ กับการฝึกฝนภาษาอังกฤษ ส่วนการฟังเสวนาวิชาการต่างๆ ยังคงดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอ

“ผมเชื่อว่าพื้นฐานเด็กทุกคนไม่ผิด ผมเห็นกลุ่มเยาวชนมากมายที่คิดอยากจะทำอะไรดี ๆ ให้สังคม

แต่ขาดโอกาสและวิธีที่จะดึงธาตุตัวนั้นออกมา เพราะระบบการศึกษาปิดกั้นกีดกันอยู่ ก็เลยต้องมีกลุ่มอิสระกลุ่มทางเลือก มีกิจกรรมนอกห้องเรียนให้เด็กได้ทำในสิ่งเหล่านั้น

เงื่อนไขข้อเดียวที่จะทำให้เด็กได้แสดงพลังออกมาได้อย่างเต็มที่คือการให้เขาได้เลือกทำในสิ่งที่เขารักและโชคดีของผมที่แม้ว่าที่บ้านจะเป็นชาวบ้านชาวสวนธรรมดา แต่พ่อแม่ให้โอกาสให้เลือกใช้ชีวิตด้วยตัวเองไม่เกะกะ คัดหวังอะไร แค่เรารับผิดชอบตัวเอง เรียนให้จบ แค่นี้เขาก็พอใจแล้ว”

“ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ผมเติบโตมาพร้อมกับภาพที่แม่ให้เราดักแด้ไปให้บ้านนั้นบ้านนี้ โดมากับการเชื้อเพื่อ เราก็เลยมีจิตสำนึกสูง ที่บ้านก็จะไม่ว่าอะไรเวลาที่เราไปทำงานเป็นอาสาสมัคร ผมค่อนข้างพอใจกับชีวิตทุกวันนี้ เพราะทุกอย่างที่ผมทำ เป็นสิ่งที่ผมเลือกเอง มีอยู่ครั้งเดียวที่ต้องทำอะไรโดยไม่ได้เลือกเอง”

ลูกชาวสวนอย่างตั้มอาจจะมีความพื้นฐาน และวิถีชีวิตแตกต่างจากเด็กในเมืองที่แวดล้อมไปด้วยความเจริญและสิ่งยั่วยุต่างๆ ทว่าการที่เด็กสักคนจะเติบโตเป็นคนเช่นไรนั้นคงมีอะไรหลายอย่างที่สำคัญไม่น้อยกว่าสภาพแวดล้อมและพื้นฐานที่เขาดูกำเนิดมา

ไม่ต้องการถูกมองหรือได้รับการปฏิบัติอย่างเด็ก ๆ อีกต่อไป พวกเขาปรารถนาการยอมรับ และแท้จริง แล้วต้องการแรงสนับสนุนและคำแนะนำมากมาย

ในทางด้านจิตใจ วัยรุ่นในวัย 10-13 ปีนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ จึงเป็นช่วงที่มีความไม่มั่นคงทางอารมณ์สูงสุด ส่วนในวัย 14-16 ปี วัยรุ่นเริ่มปรับตัวกับการเจริญเติบโตทางร่างกายได้แล้ว ช่วงนี้จะเริ่มมุ่งไปที่การค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง อยากมีความเป็นตัวของตัวเอง เริ่มต่อต้านพ่อแม่ เพื่อให้รู้สึกว่าพึ่งตนเองได้ และจะให้ความสำคัญกับเพื่อนเป็น

อย่างมาก ต่อเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย คืออายุ 17-19 ปี ปัญหาเรื่องระดับความไม่มั่นคงทางอารมณ์จะกลับมาอีกครั้ง ลักษณะหลัก ๆ คือจิตใจไม่มั่นคง เครียด ตัดสินใจไม่ค่อยได้และบางครั้ง อาจลามมาสู่การควบคุมตนเองไม่ได้

วัยนี้เป็นช่วงที่ต้องการการยอมรับจากเพื่อนมาก จะมีพฤติกรรมที่เหมือนเพื่อน เพื่อให้รู้สึกเป็นพวกเดียวกัน เราจึงมักจะเห็นวัยรุ่นแต่งตัวเหมือนกัน มีโทรศัพท์มือถือรุ่นฮิตเหมือนกัน ทำผมทรงเดียวกัน เป็นต้น การคบเพื่อนในช่วงนี้ถือเป็นเรื่องปกติ และเป็นการเรียนรู้ทางสังคมที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่น เรียนรู้บทบาทหน้าที่ของ

2. เด็กเมืองหลวงผู้รักเรียน

แม่หนึ่งเป็นเด็กกรุงเทพฯ เดิมร้อยเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนกรุงเทพคริสเตียน แต่การใช้ชีวิต ดูแตกต่างจากภาพรวมของเด็กกรุงเทพฯ ที่เราได้ยินได้ฟังจากสื่อต่าง ๆ มากนัก เขาใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการเรียน และสิ่งที่ให้ความสำคัญก็คือ การเรียน

“หน้าที่หลักของเราคือการเรียน เราต้องรับผิดชอบให้ดีกว่าคนอื่นจะได้สามารถไปทำอย่างอื่นได้ แต่ก่อนผมเรียนไม่เก่ง ธรรมดาเหมือนเด็กทั่วไป เรียนมั่งไม่เรียนมั่ง พอขึ้น ม. 1 เริ่มรู้สึกว่าดีขึ้น คิดเองได้ด้วย คุณพ่อสอนด้วยและคุณแม่ก็มาเสียพอที ก็เลยคิดว่าจะตั้งใจทำอะไรใหม่”

“ครอบครัวผมเป็นประชาธิปไตย ไม่ได้บังคับว่าต้องเรียนด้านไหน ผมสนใจด้านวิทยาศาสตร์ น้องสาวคนรองสนใจด้านศิลปะ ส่วนน้องสาวอีกคนเขาสนใจเรื่องดนตรี คุณพ่อจะให้สิทธิที่จะเลือกทำอะไรก็ได้ ผมเลือกเรียนสายวิทย์เพราะสนใจ และตอนมัธยมต้นได้เป็นนักเรียนในโครงการพัฒนาอัจฉริยะภาพทางวิทยาศาสตร์ ของสวทช. ความสนใจใคร่รู้ด้านนี้มันก็เลยตามมา พอขึ้น ม. ปลายก็เลยเลือกสายวิทย์ ส่วนตัวแล้วชอบทางชีววิทยามากกว่าอย่างอื่นก็จะลงลึกเป็นพิเศษ แต่ฟิสิกส์ เคมีก็ต้องเรียน แต่อาจจะไม่สนใจเท่า”

แม้จะเรียนอยู่ในห้องดี แต่แม่ก็ยังบอกว่าเขาไม่ได้ตั้งใจตั้งใจเรียนอย่างเดียว หากยังทำกิจกรรมตามที่ทางโรงเรียนสนับสนุนให้ทำด้วย

กิจกรรมของแม่ก็คือการเป็นนักเรียนโครงการพัฒนาอัจฉริยะภาพ

ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)

“เขาให้ทุน 1 ปี พาไปดูงานต่างประเทศ เช่น การติดต่อพันธุกรรมปลาหมึก เราจะรู้กระบวนการ ขั้นตอนในการติดต่อพันธุกรรมทุกอย่าง เพียงแต่เราจะได้ไม่ได้เรียนทฤษฎีอย่างนักศึกษาปริญญาโทเท่านั้น ต้องไปเรียนอีกที แต่เบื้องต้นเราจะรู้ว่ามีอะไรต้องทำบ้าง ต้องระวังอะไรตรงไหนบ้าง โครงการนี้ไม่ได้มีเงื่อนไขผูกพันว่าไปดูแล้ว คุณต้องกลับมาทำอะไร ก็เลยเป็นโอกาสที่ดีมากๆ”

“ทางสังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ก็สนใจ ผมไปลงเรียนแบบ *Non Degree* คือเรียนไม่เอาวุฒิ ที่คณะเศรษฐศาสตร์มหาวิทยาลัยรามคำแหงได้ 2 ปีแล้ว ซึ่งหน่วยกิตจะแพงกว่าเรียนภาคธรรมดา แต่เป็นสิ่งที่ผมสนใจและคิดว่าเราจัดการเวลาได้ ก็เลยไปลงเรียน”

นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น แม่ก็ยังร่วมทำกิจกรรมการทำการสอนแบบใหม่ ไม่ว่าจะเป็นการทำแอป อัปเดตทันตามอด การแต่งนิยายเรื่องสั้นแนววิทยาศาสตร์ เพื่อใช้เป็นหนังสืออ่านนอกเวลาที่มีเนื้อหาเป็นแนววิทยาศาสตร์ให้นักเรียนสายวิทย์หรือนักเรียนที่สนใจทางนี้ได้อ่าน

“ทำกิจกรรมเยอะก็จริง แต่สุดท้ายแล้ว การเรียนต้องมาก่อน ผมว่าการตั้งใจเรียนไม่มีอะไรเสียหายเลย การได้เกรดดี ๆ ก็จะมีผลกับโอกาสในชีวิตการทำงานข้างหน้า เพราะมันเป็นสิ่งแรกที่คุณอื่นจะรู้จักเรา เราไม่รู้หรอกว่าเราทำงานเก่ง มีประสบการณ์อะไรยังงั้นในตอนแรก แต่เขาก็ต้องดูจากตรงนั้นก่อน คุณรับผิดชอบการเรียนไหม และ

เมื่อเข้าไปทำงานแล้ว จึงจะมากูอีกทีว่าคุณทำงานมีคุณภาพหรือเปล่า แต่ในเบื้องต้นแรกมันมีผลกับโอกาสนะ”

อย่างไรก็ดี ท่ามกลางเรื่องของ การเรียนและกิจกรรมวิชาการมากมาย แบ่งก็พูดถึงอีกด้านหนึ่งของชีวิตด้วยว่า “แบ่งเวลาให้เพื่อนเหมือนปกติ เพราะผมก็ยังเป็นเด็กคนหนึ่งที่มีกลุ่มเพื่อน มีสนุกสนาน คาราโอเกะ ผมก็ไป หนังสือไหนเข้าฉาย ผมก็นัดเพื่อนไป จัดเวลาไว้เลย และจะไม่รับงานอะไรช่วงนั้น ถ้าเราไม่อยากจะให้ความเป็นวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ดีหายไป เราต้องให้เวลากับเพื่อน ถ้าเรามีการวางแผน มีการจัดการที่ดี ผมว่าเราสามารถทำอะไรหลาย ๆ อย่างได้ มีเวลาอยู่กับเพื่อน มีเวลาให้กับครอบครัว และมีเวลาให้กับตัวเองได้ทำสิ่งที่ให้ความรู้กับตัวเราได้”

ในอนาคตอันใกล้ แม่ก็ตั้งใจไว้แล้วว่า หลังจบมัธยม เขาจะเอ็นทรานซ์คณะวิทยาศาสตร์ เพื่อเป็นนักวิจัยทางด้านนี้ต่อไป โดยนอกเหนือจากเหตุผลที่ชอบแล้ว แม่ก็ยังบอกว่า “คนเราไม่ได้มีชีวิตอยู่เพื่อจะแสวงหาประโยชน์ หรือความสุขใส่ตัวเองอย่างเดียว สิ่งที่ผมเชื่อคือความสุขที่แท้จริงของคนเราก็คือการเติมเต็มหัวใจ มีความรู้สึกที่เรามีความภาคภูมิใจเมื่อสังคมต้องการเรา ไม่ใช่การเป็นคนมีชื่อเสียง ไม่ต้องเป็นคนสำคัญของทุกคน แต่เรารู้ว่าตัวเรามีคุณค่าและมีบางคนเห็นคุณค่าในตัวเรามากกว่าตัวเราเอง”

ตนเองสร้างความนับถือตนเอง และความภูมิใจ
ในตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น
ในอนาคต เพียงแต่ว่าเส้นทางแบบนี้จะเกิดขึ้น
ได้ย่อมจะต้องขึ้นกับคุณภาพของเพื่อนและ
สภาพแวดล้อมด้วย และทั้งสองสิ่งนี้อาจจะฝากไว้
กับดวงชะตาได้

คุณสมบัติที่กลายเป็นข้อตรงข้ามหรือกระทั่ง
เป็นคู่ขัดแย้งจะมีอยู่มากมายในวัยรุ่น พวกเขา
มีพลังกำลัง มีความมุ่งมั่น พร้อมๆไปกับที่มี
จินตนาการสูง และบางครั้งก็มีการฉกฉวยแปรปรวน
และรุนแรง พวกเขาเต็มไปด้วยความสับสนและ
ความลังเล มีความกลัวและความเปราะบาง แต่
ขณะเดียวกันก็รักการผจญภัยและชอบเสี่ยง
เขาอยากได้รับการมองและการปฏิบัติด้วยแบบ
ผู้ใหญ่ แต่ยังคงมีแนวคิดและการปฏิบัติตัวแบบ
เด็ก ๆ อยู่น้อย

นี่คือสภาพของวัยเปลี่ยนผ่านที่ต้องการ
ระดับประคองสูงยิ่งนั่นเอง

ความเข้าใจและการเอาใจใส่จากคนรอบข้าง
คือปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ช่วงวัยนี้ของชีวิต
ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ไม่ถลำสู่ทางที่ผิด และสามารถ
มีพัฒนาการที่ดีสืบต่อไป

นอกจากความเข้าใจจากคนรอบข้างแล้ว
วัยรุ่นต้องการการเติบโตในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย
ต่อการสร้างพัฒนาการสำหรับตัวเขา ทั้งสิ่งแวดล้อม
ในครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่นและความ
เข้าใจ มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดี มีสถานที่
ออกกำลังกาย เพื่อให้ใช้พลังอย่างสร้างสรรค์
มีกิจกรรมที่เหมาะสมที่ทำร่วมกันในกลุ่มเพื่อน ซึ่ง
รัฐควรลงทุนในเรื่องเหล่านี้เพื่อให้เด็กและเยาวชน
ของไทยเติบโตอย่างมีคุณภาพดีทั้งกาย จิต สังคม
และปัญญา



ภาคผนวก

เอกสารประกอบการค้นคว้า การจัดรายงานสุขภาพคนไทย ปี 2546

ดัชนีสุขภาพ

1. การป่วย

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2545.
การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2545.
สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักงานกฤษฎีกา 2535, 2540, 2545, 2546.
สรุปผลเบื้องต้นการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546.
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. การตาย

คณะทำงานศึกษาการโรคในประชาชนไทย 2546
รายงานการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงและการโรคของประชาชนไทย พ.ศ.2542
สนับสนุนงบประมาณโดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2545
สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2545.
การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
Im-em, Wassana, 1999.
Use of Thai Vital Registration Data to Estimate Contribution of HIV
to Mortality Trends. IPSR Publication No. 239.,
Institute for Population and Social Research, Mahidol University
สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, 2545.
รายงานการพัฒนาตนเอง ประเทศไทย

3. อุบัติเหตุ

กระทรวงคมนาคม, 2546
จำนวนรถจดทะเบียนภายใต้พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522.
(<http://www.mot.go.th/Stats/Stats3.htm>)
กระทรวงคมนาคม.
ระยะทางในความรับผิดชอบของกรมทางหลวง
(<http://www.mot.go.th/Stats/Stats6.htm>)
กองสุติศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2545.
สถิติข้อมูลสำเนาเกี่ยวกับพฤติกรรมของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการเกิด
อุบัติเหตุในประเทศไทย <http://eduhealth.moph.go.th/pro9.doc>
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2545.
การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

4. ความพิการ

กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม
สำนักสถิติพยากรณ์ สถานการณ์ความพิการในประเทศไทย.
(<http://www.nso.go.th/thai/stat/summary/cripled/cripled.html>).
สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักงานกฤษฎีกา 2544.
รายงานการสำรวจคนพิการ พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ:
สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

5. การบริโภคอาหาร

กองโภชนาการ กรมอนามัย.
การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย
ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2529 และ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538. (อัคราณา).
กองโภชนาการ กรมอนามัย. 2546.
สถานการณ์อนามัยโภชนาการของประเทศไทย ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. (อัคราณา).
ศูนย์บริหารการผลิตสำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย 2543.
ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ.
สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย.
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. 2546.
รายงานข้อมูลศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (ส.ป.ช.) 2546.
การสำรวจเด็กทุพโภชนาการ. รายงานใน มติชนรายวัน.
19 มิถุนายน 2546 หน้า 20.
สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักงานกฤษฎีกา 2542.
สมุดสถิติรายปีประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2545.
การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานนโยบาย
และแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
การสำรวจภาวะร่างกายของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2
พ.ศ. 2539-2540 สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

6. สุข - ดี - เสพ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2546.
สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545-2546. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
กองบรรณาธิการ 2546. "แชมป์โฆษณาของมีเงินมาตัวจริง"
วารสารฉลาดซื้อ. ปีที่ 10 ฉบับที่ 55 มิถุนายน-กรกฎาคม 2546.
ดรรชนีสุขภาพ. 2545. "ปัจจัยเสี่ยงรุมเร้าคนไทยสุขภาพคนไทยทำงาน"
จดหมายข่าว สสส. ชุมชนคนรักสุขภาพ.
ปีที่ 2 ฉบับที่ 16 พฤศจิกายน 2545.
ดรรชนีสุขภาพ. 2545. "ผู้สูงอายุครองแชมป์ดื่มเหล้าที่สุด" จดหมายข่าว สสส.
ชุมชนคนรักสุขภาพ. ปีที่ 2 ฉบับที่ 15 ตุลาคม 2545.
ดรรชนีสุขภาพ. 2546. "ไทยชนะแล้ว..ครองแชมป์สิ่งแห่งแอลกอฮอล์ระดับโลก"
จดหมายข่าว สสส. ชุมชนคนรักสุขภาพ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 25 สิงหาคม 2546.
น.พ.ยงยุทธ ชวธรรม.
ข้อมูลสำคัญเพื่อพิจารณาในการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติเพื่อลดผลกระทบ
จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.
(<http://www.stopdrink.com/data/pzyy.ppt>).
สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.
สถิติการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศแสดงจำนวนคดี
จำแนกตามชนิดยาเสพติด ปี 2542-2546.
(<http://www.oncb.go.th/c2-statistic.htm>)
สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักงานกฤษฎีกา 2545.
รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544.
กรุงเทพฯ:
สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ,สำนักงานกฤษฎีกา 2542.
รายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2544.
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ
สำนักงานสถิติแห่งชาติ,สำนักงานกฤษฎีกา 2544.
รายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากรที่ดื่มสุราของประชากร
พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ:สำนักงานสถิติแห่งชาติ
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2545.
การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

7. เพศสัมพันธ์

กฤตยา อาชวนิจกุล ชื่นถนัย กาญจนจิตรา วาสนา อัมมม
และ อุษยา เลิศศรีสันต์ 2546.
ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง นครปฐม:
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ข้อมูลปริมาณการผลิต
การนำเข้ายา และมูลค่าขายปลีก ยาคุมฉุกเฉิน. (อัคราณา).
สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข. 2546.
สถานการณ์โรคเอดส์ ประเทศไทย สมัยที่ 2. นนทบุรี: กรมควบคุมโรคเอดส์.
(No author) Durex Global Sex Survey 1999
Van Griensven Frits and others. 2001. Rapid assessment of sexual
behavior, drug use, human immunodeficiency virus and sexually
transmitted diseases in Northern Thai youth using Audio-Computer-
Assisted Self-Interviewing and Noninvasive Specimen Collection.
Pediatrics, 108, 1: 1-7

8. โรคเอดส์

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง 2543-2546
ประมวลโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2546.
รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสและผู้ป่วยเอดส์จากโรคเอดส์
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2545.
การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข. 2546. ข้อมูลระบาดวิทยา:
สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย
ณ วันที่ 31 มีนาคม 2546.
Armed Forces Research Institute of Medical Sciences. 2003. HIV-1

Seroprevalence of Thai young men entering the Royal Thai Army by Army area Nov.'01 - Nov.'02.
Teokul, Waranya, 2002. Thailand experience in managing HIV/AIDS problem 1988-2003. NESDB.
UNAIDS. 2001. Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2000-2020. Table B1i Scenario 1 - Baseline HIV, AIDS and deaths - grand totals (male & female, adult & child).

9. การออกกำลังกาย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2545.
รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544.
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักนายกรัฐมนตรี 2545.
การสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ:
สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545.
(<http://www.nso.go.th/thai/stat/summary/child/child.html>).
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2545.
การสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ:
สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2545.
การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

10. สุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2546.
สุขภาพจิตไทย 2545-2546.
คณะทำงานศึกษาภาวะโรคในประชาชนไทยม 2546
รายงานการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงและการใช้ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542
สนับสนุนงบประมาณโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ข้าว สมบุญดุษณี และคณะ. 2542. การฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่.
น.พ. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และ พ.ญ. ปัทมา ศิริเวช. 2547.
ระบบประกันสุขภาพกับการพัฒนาระบบบริการในการดูแลสุขภาพระยะยาว:
กรณีผู้ป่วยจิตเวชใน พัฒนาการของระบบบริการ.
เอกสารวิชาการเพื่อนสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ
พลังปัญญาสู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547 โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพฯ.
สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
สรุปผลการให้บริการสายด่วนสุขภาพจิต 1667 สัปดาห์. (อัดสำเนา).

11. สิ่งแวดล้อม

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2545.
สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2545.
กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2546.
สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ:
กรมควบคุมมลพิษ.
กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในระหว่างปี พ.ศ. 2536 ถึง พ.ศ. 2545.
ตาราง 2 ปริมาณของเสียอันตราย พ.ศ. 2535-2544.
(<http://www.pcd.go.th/SolidWaste/wasteStat42/wasteThai.htm>).
กองทุนสิ่งแวดล้อม สำนักประกันสุขภาพ.
ตารางแสดงโรคเนื่องมาจากการทำงานปี 2544
จำแนกตามความร้ายแรงของโรคหรืออาการ ปี 2544. (อัดสำเนา).
สำนักโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ.
รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย 2546. ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน.
(อัดสำเนา).
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2546.
สถิติสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ:
สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2545.
การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2545.
สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

12. สุขภาพสังคมและครอบครัว

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2543. สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2545.
การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน 2545.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. สถิติประชากรและแรงงาน.

13. ทูทางสังคม

กรมสุขภาพจิต. 2543.
โครงการวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ทางสุขภาพจิตของชุมชน.
สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. 2546.
รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2544. การสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2545.
รายงานการสำรวจองค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร พ.ศ. 2545.

10 สถานการณ์เด่น

1. สงครามยาเสพติด

ชัยชนะที่มั่วพร้อมคำถาม

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.
ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบายการปราบปรามยาเสพติด.
เอกสารอัดสำเนา. 2546.
นวนถ้อย ศิริรัตน์ และนพพร ธีรอนันต์บุตร.
ยาเสพติดกับความมั่นคงของประเทศไทย.
รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยและพัฒนาประเทศไทย. 2546.
ข้อสรุปของการสัมมนาโต๊ะกลมเรื่อง
"วิสัยทัศน์-จำกัดตอน ปัญหาสิทธิเสรีภาพ และกระบวนการ
ยุติธรรมไทย" ที่จัดขึ้นที่คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2546 ที่พิมพ์ในมติชนรายวัน 5 มีนาคม 2546.
ข้อมูลสำหรับงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้รับ
จากสำนักงานตำรวจแห่งชาติเมื่อเดือนพฤษภาคม 2546.
ความเห็นต่อการวัดประสิทธิภาพของการดำเนินงานจากผลงานเชิงตัวเลข
ของนโยบายการปราบปรามยาเสพติดว่าเป็นตัวเลขที่คลาดเคลื่อน
ของนายแพทย์วิชัย ปะยะจินดา ที่ปรึกษาสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์
การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยตีพิมพ์ในประชาชาติธุรกิจ.
4 ธันวาคม 2546.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม. สถาบันราชภัฏอุดรธานี.
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. สถาบันวิจัยสังคมและสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์
การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สถานภาพการใช้ยาและสารเสพติด
พ.ศ. 2544:
การสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ. รายงานผลโครงการประมาณการ
จำนวนผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในประเทศไทย. 2544.
Global Study on Illegal Drugs : The Case of Bangkok, Thailand,
February 2000.

2. ปี 2546 คนไทยขานรับนโยบายออกกำลังกายอย่างคึกคักทั่วประเทศ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการออกกำลังกาย
ของประชากรอายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2530, 2535 และ 2540.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
รายงานสรุปผลการสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544
(การสำรวจพฤติกรรมและการออกกำลังกายของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป)
สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ.
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2545.
ข่าวสด 11 กุมภาพันธ์ 2546.
ไทยรัฐ 7 มิถุนายน 2546.
ไทยรัฐ 9 ธันวาคม 2546.
www.bangkokhealth.com/exercise_hdoc/exercise_health_detail.asp?Number=9102
www.siam.net
www.manager.co.th/QOL/viewnews.asp?NewsID=4614642378091
www.manager.co.th/QOL/viewNews.asp?NewsID=4624627968668
www.thairunning.com/world_record_aerobic.htm
www.province.moph.go.th/wangnamkheaw/topic04.php
www.bangkokbiznews.com/2003/08/23/sport/index.php?news=spo3.html
www.manager.co.th/QOL/viewNews.asp?NewsID=2000000029588
www.matichon.co.th/matichon/matichon.php?s_tag=01pol07031246&show=1§ionid=0133&day=2003/12/03
www.thairunning.com/Picture_Scene/ku_60year/ku_60year.htm
www.thairunning.com/Picture_Scene/horwong/horwang.asp
www.thairunning.com/ch3.htm

www.thairunning.com/Picture_Scene/48yprincess/48y
_princess.htm
www.thairunning.com/Picture_Scene/Day_of_heart46/dayofheart.htm
www.healthnet.in.th

3. โครงการ 30 บาทไม่มีปัญหา แต่คือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2546.

เอกสารสำเนาแจกสื่อมวลชนเกี่ยวกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค.

กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 16 สิงหาคม 2546
กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 30 ตุลาคม 2546
กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 13 พฤศจิกายน 2546
กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 19 พฤศจิกายน 2546
กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 29 พฤศจิกายน 2546
มติชน วันที่ 23 มิถุนายน 2546
มติชน วันที่ 24 มิถุนายน 2546
ไทยโพสต์ วันที่ 19 มิถุนายน 2546
ไทยรัฐ วันที่ 20 มิถุนายน 2546
ไทยรัฐ วันที่ 25 มิถุนายน 2546
ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 19 มิถุนายน 2546
ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 27 มิถุนายน 2546
ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 8 กรกฎาคม 2546
ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 4 สิงหาคม 2546
ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 27 สิงหาคม 2546
ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 19 กันยายน 2546
รายการถึงลูกถึงคน "ประเมินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค"
25 มิถุนายน 2546

www.manager.co.th/Local/viewNews.asp?newsid=
4623538557290
http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.asp?NewsID=
4632862221598

4. ทำอย่างไรอาหารไทยจึงจะปลอดภัยครบวงจร?

กระทรวงสาธารณสุข.

แผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยด้านอาหาร.

เอกสารการประชุมเรื่องนโยบายและยุทธศาสตร์ความปลอดภัย

ด้านอาหาร วันที่ 2 มิถุนายน 2546. โรงแรมรามการ์เด้น กรุงเทพฯ.

ภคินี สิริบุษะ และคณะ. การศึกษาสถานการณ์ปัญหาอาชีพ

อาชีพอาชีวะภาคเกษตรกรรมของประเทศไทย ปี 2541. กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข. ประมวลสรุปข้อเสนอจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ปี 2546 ในประเด็น "อาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาพอย่างยั่งยืน"

จัดโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานสนับสนุน

การพัฒนายุทธศาสตร์แห่งชาติด้านอาหาร เมื่อวันที่ 7-8 สิงหาคม 2546

ณ ศูนย์การประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ.

ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหารกระทรวงสาธารณสุข.

รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารถึงปีงบประมาณ 2546.

สุวิทย์ วบุณยผลประเสริฐ (บรรณาธิการ).

การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. กระทรวงสาธารณสุข. 2545.

พิมพ์ไทย วันที่ 13 พฤษภาคม 2546.

พิมพ์ไทย วันที่ 5 กรกฎาคม 2546.

กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2546.

www.dmsc.moph.go.th/webroot/food/files/law/indexstgh.htm

www.fda.moph.go.th

5. จำกัดโฆษณาเหล้าทางโทรทัศน์ หวังคนไทยดื่มน้อยลง

บริหารคดี ศิลปกิจ และคณะ.

ความซุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา.

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. 2542.

ฝ่ายข้อมูลสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

เอกสารเผยแพร่เพื่อร่วมแรงใจโครงการ "งดเหล้าเข้าพรรษา" 2546.

(รวบรวมจากข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย

มูลนิธิเพื่อคนไทย มูลนิธิรับปัญหา หนังสือ

โครงการศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เพื่อหามาตรการทางเลือกป้องกันแก้ไข โดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์

การแพทย์ สถาบันวิจัยสังคม และวิทยาลัยการสาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

ยังยุทธ ขจรธรรม.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.).

ข้อมูลสำคัญเพื่อพิจารณาในการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติเพื่อลดผลกระทบ
จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. เอกสารอัดสำเนา. 2546.

[เรียบเรียงจากคำแถลงของ ดร. Gro Harlem Brundtland

ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก จาก [http://www3.who.int/whosis/
alcohol/alcohol_apc_data.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_apc,
alcohol_apc_data&language=english](http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_apc_data.cfm?path=whosis,alcohol,alcohol_apc,alcohol_apc_data&language=english)

(การคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ดื่มต่อหัว คัดจากฐานประชากร
ในประเทศนั้นๆที่อายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด
ที่ผลิตในประเทศและนำเข้าในรอบปีปฏิทินโดยปริมาณแอลกอฮอล์
บริสุทธิ์ ที่ใช้คำนวณในแต่ละประเทศเครื่องดื่มคือเบียร์ 4.5% ไวน์ 12%
และเหล้า 42%)]

ผู้จัดการรายวัน วันที่ 25 มิถุนายน 2546

มติชน วันที่ 2 กรกฎาคม 2546.

X-Cite ไทยโพสต์. วันที่ 2 กันยายน 2546.

[http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.asp?NewsID=
2000000025166](http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.asp?NewsID=2000000025166)

ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 31 กรกฎาคม 2546.

[http://www.manager.co.th/qol/ViewNews.asp?NewsID=
2000000031654](http://www.manager.co.th/qol/ViewNews.asp?NewsID=2000000031654)

ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 20 กันยายน 2546.

6. ชาร์ส...! ไขหวัมรณะเขย่าโลก

กระทรวงสาธารณสุข.

สรุปสถานการณ์และความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค
ทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง. เอกสารอัดสำเนา วันที่ 9 มิถุนายน 2546.

นิตยา จันทรเรือง มาทผล. "การประชาสัมพันธ์ในภาวะวิกฤต:

โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง". วารสารวิชาการสาธารณสุข.

ปีที่ 12 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน-ธันวาคม 2546. หน้า 850-857.

ประเวศ วะสี. "โรคซาร์ส จุดเปลี่ยนประวัติศาสตร์มนุษย์".

มติชนรายวัน. 12 พฤษภาคม 2546.

วิเคราะห์ จงสู่วิวัฒนาการ.

"สำนักกำลังการวิจัยระบาดวิทยาและจุลชีววิทยาเพื่อควบคุมSARS"

ประชาคมวิจัย. ฉบับที่ 49 พฤษภาคม 2546. หน้า 2-6.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

"การระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงที่ไม่ทราบสาเหตุ

(SARS) วิกฤตและโอกาสทางการแพทย์และสาธารณสุข"

รายงานเผ่าร้างทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. ปีที่ 34 ฉบับที่ 12. 28

มีนาคม 2546. หน้า 193-198.

อนามัยโลกค้นพบแล้ววงจร-ต้นเหตุซาร์สติดง่ายแต่ป้องกันยาก.

ไทยรัฐ 5 พฤษภาคม 2546.

ไทยกับบทบาทซีดีซีแห่งอาเซียนปฏิบัติการทำลายล้างเชื้อโรค.

ไทยรัฐ 29 เมษายน 2546.

จ่าย 4 ล้าน ต่างชาติ ถัดหวัมรณะเมืองไทย.

ไทยรัฐ 20 พฤษภาคม 2546.

WHO ยืนยันอีกทั้งไทยไม่ใช่แหล่งแพร่เชื้อซาร์ส.

ผู้จัดการออนไลน์ 15 เมษายน 2546.

([http://www.manager.co.th/asp-bin/Viewnews.asp?NewsID=
20000000017154](http://www.manager.co.th/asp-bin/Viewnews.asp?NewsID=20000000017154)).

สรุปสถานการณ์โรคซาร์สไทยยังเป็นเขตปลอดเชื้อ.

ผู้จัดการออนไลน์ 4 พฤษภาคม 2546.

([http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.asp?NewsID=
2000000018140](http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.asp?NewsID=2000000018140)).

WHO ประกาศโลกปลอดซาร์ส. ผู้จัดการออนไลน์ 6 กรกฎาคม 2546.

([http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.asp?NewsID=
4671751076578](http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.asp?NewsID=4671751076578)).

ส่งท้ายซาร์สวิสาสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตบทเรียนจากบังคับของชาวโลก.

ผู้จัดการออนไลน์ 8 กรกฎาคม 2546.

(<http://www.manager.co.th/sars/default.html>).

สรุปสถานการณ์ซาร์สทั่วโลก. ผู้จัดการออนไลน์ 8 กรกฎาคม 2546.

ซาร์สตีตัวรื้อฟื้นคนไทยพร้อมรับมือ 24 ชั่วโมง.

ผู้จัดการออนไลน์ 21 สิงหาคม 2546.

([http://www.manager.co.th/qol/viewnews.asp?newsID=
4688061653970](http://www.manager.co.th/qol/viewnews.asp?newsID=4688061653970)).

7. วิจัยรุ่นกับถุงยางอนามัย และ กัยเอคส์

กฤตยา อาชวนิจกุล และกนกวรรณ ชวาวรรณ. 2545.

"ขบวนการทางสังคมบนมติการมีองเรื่องเพศและร่างกายผู้หญิง"

ใน วิถีชีวิต วิถีสุข: ขบวนการประชาชนร่วมสมัย. ผาสุก พงษ์ไพจิตร และคณะ:

หน้า 34-129. เชียงใหม่: ชีตส์ไวเออร์มูท.

วันวิสาขบูชา. 2545. ถ่ายทอดบทเรียนการจัดการความรู้-งานวิจัย:

กรณีศึกษาถุงยางอนามัย 100%. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ประจำปี 2545. วันที่ 25-27 พฤศจิกายน 2545.

สุริยา ทอมสัน, มิติทางเพศ; มุมมองสู่บุคคล.

ใน: สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7. 21-23 เมษายน 2542. โรงแรมเอมบาซาสเตอร์ กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์การศาสนา 2543.

UNAIDS, WHO. Global summary of the HIV/AIDS epidemic. December 2003.

<http://www.mcot.net/lttk/query.php?id=139&type=2>

<http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.asp?NewsID=2000000042520>. ผู้จัดการออนไลน์. วันที่ 26 พฤศจิกายน 2546.

<http://www.komchadluek.com/komchadluek/special/scoop/2003/nov/abort.php> คมชัดลึก. วันที่ 30 พฤศจิกายน 2546.

<http://www.manager.co.th/QOL/viewNews.asp?NewsID=2000000042275>. ผู้จัดการออนไลน์. วันที่ 26 พฤศจิกายน 2546

<http://www.sarakadee.com/phpBB/viewtopic.php?topic=46&forum=3&2>

8. เกมคอมพิวเตอร์ออนไลน์ สร้างสรรค์หรือทำลายสุขภาพเยาวชน

การเสวนาเรื่องเกมคอมพิวเตอร์และผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนในสังคมไทย ณ สำนักงานกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2546.

การเสวนาระหว่างคณะกรรมการการศึกษาศึกษาปัญหาและการแก้ปัญหาทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีต่อเด็กและสตรีวุฒิสภา ผู้แทนกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารและองค์กรด้านเด็ก ณ วุฒิสภา เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2546.

การเสวนากับครูและเด็กที่มูลนิธิสร้างสรรค์เด็กเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2546. พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. 2546.

เกมคอมพิวเตอร์และผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนในสังคมไทย.

(บทความนี้จะตีพิมพ์ในวารสารฉบับที่ ๒ ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ).

"จาก 'แร็กนาร์' ถึง 'มังกรหยกออนไลน์' 'เกมออนไลน์' ก่อกรรมยอดฮิต เด็กไทย 'เชื้อโรค' หรือ 'ยาบว่ง' มติชนสุดสัปดาห์ ปีที่ 14 ฉบับที่ 1226 ประจำวันที่ 13-19 กุมภาพันธ์ 2547 หน้า 90.

ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 3 กรกฎาคม 2546

ไทยรัฐ วันที่ 18 กรกฎาคม 2546

ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 12 ธันวาคม 2546

9. ไฟฟ้าจากแม่เมา

คัดค้านทุนสุขภาพราคาแพงของชาวบ้าน

สมอน ชนพิช. 'แม่เมาเมืองในหมอก (มดพิษ)' โลกลีเซียว. ปีที่ 12 ฉบับที่ 5 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2546 หน้า 31-36.

สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียงและกองแผนงานและประเมินผล กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.

ข้อมูลเมื่อ 25 ธันวาคม 2545 (<http://www.pcd.go.th>)

คอลัมน์สนับสนุนและคัดค้านประเด็น 'ประเทศไทย คนไทย กับ "ค่าความพร้อมจ่าย" ในการเพิ่มกำลังการผลิตไฟฟ้าสำรอง' สารคดี ปีที่ 17 ฉบับที่ 204 กุมภาพันธ์ 2545.

(<http://www.sarakadee.com/feature/2002/02/vote-support.htm>)

มติชน วันที่ 1 ธันวาคม 2546

มติชน วันที่ 4 ธันวาคม 2546

<http://www.manager.co.th/local/viewNews.asp?NewsID=4692804609536>

<http://www.manager.co.th/local/viewNews.asp?NewsID=4677215009927>

<http://www.manager.co.th/local/viewNews.asp?newsid=4680822645425>

<http://www.manager.co.th/local/viewNews.asp?NewsID=4644689985513>

<http://www.manager.co.th/local/viewNews.asp?NewsID=4686449018715>

<http://www.manager.co.th/local/viewNews.asp?NewsID=4652788282632>

10. บทเรียนกรณี "บ๊ิก ดิทูบี"

จากแฟ้มข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องบ๊ิกดิทูบีในผู้จัดการออนไลน์ ชุมชนคนรักสุขภาพ ถนนอันดราย ... กับดัก "บ๊ิก ดิทูบี"

!?! (<http://www.healthteen.org/lates/news11.html>) กันยายน 2546.

"เบื้องหลังความสำเร็จแบบ 'เหลือเชื่อ-เหนือจริง' ของบอยแบนด์ 'ดิทูบี'"

คอลัมน์ข่าวบันเทิง คนป่วนข่าว โดยเสาว์ชัยหลง ผู้จัดการรายวัน

วันที่ 14 สิงหาคม 2546

จินตนา วงศ์ศรีมณี. แง่คิดจากอุบัติเหตุของบ๊ิก ดิทูบี.

กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 15 สิงหาคม 2546.

วัยรุ่น กับ สุขภาพ

1. ข้อมูลทั่วไป

Georgia Reproductive Special. Stress management. (<http://www.ivf.com/stress.html>).

The American Institute of Stress. Stress.

(<http://www.reutershealth.com/welconnected/doc31.html>)

The American Institute of Stress. Stress. (<http://www.stress.org>)

World Health Organization. 1989.

The Reproductive Health of Adolescents: A Strategy for action.

Joint WHO/UNFPA/UNICEF Statement. Geneva.

กฤตยา อาชวนิจกุล, ชันนุช ภาณุจิตตรา, วาสนา อัมม และ อุษา เลิศศรีสันต์. 2546. รายงานการวิจัยเรื่อง ความรุนแรงในชีวิตคู่ และสุขภาพผู้หญิง.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ มูลนิธิผู้หญิง. พญ. จันทิมา ฐประภาวรรณ. 2546. เส้นทางมรณะของคนไทย "วัยรุ่น เสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยสาเหตุอะไร".

หมอชาวบ้าน: ปีที่ 25 ฉบับที่ 295. พฤศจิกายน 2546.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2546. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. 2523, 2533.

สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2523: ทัวราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ:

สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. 2541.

รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ:

สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. 2545.

การสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ:

สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. 2545.

สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543: ทัวราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ:

สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. 2546.

รายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพทางกายของประชากร ทัวราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 2, 2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. 2546.

รายงานการสำรวจการอ่านหนังสือของประชากร ปี พ.ศ. 2546.

กรุงเทพฯ:

สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2546.

รายงานผลการสำรวจความพึงพอใจและการดูแลสุขภาพ พ.ศ. 2545.

กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

2. ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของวัยรุ่น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2544.

คู่มือครูที่ปรึกษากระบวนการดูแลช่วยเหลือนักเรียน.

โรงพิมพ์ ร.ส.พ.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2546.

คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู.

พิมพ์ครั้งที่ 9

สำนักงานกิจการสังคมสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ธงชัย ทวีชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภักดี พันทิพย์, กิตติกร ชื่นนันทน์, นันทิกา ทวีชาติ, และ สุขุม เฉลยทรัพย์. 2541.

รายงานการวิจัยเรื่อง ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

นักเรียนสอบเอ็นทรานซ์เครียดโรคจิตคิดหวาด.

ผู้จัดการออนไลน์ วันศุกร์ที่ 10 ตุลาคม 2546.

ไพฑูริย์ สันลาวัฒน์ วรร. 2545.

รายงานการวิจัยเรื่อง "การกวดวิชาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในประเทศไทย".

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นกรมสุขภาพจิต. 2544.

ก้าวใหม่สุขภาพจิตโรงเรียน. บริษัทวังคัมล โปรดัคชั่น จำกัด.

3. ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

Ruanghakchanasetr Suwanna, Plitponkarnpim A, Hetrakul P, Kongsakon R. 2002.

Youth Risk Behavior Survey Bangkok, Thailand.

Report to WHO, 2002.

SEX ของเด็กนักเรียน (ชาย). Life & Family ปีที่ 5 ฉบับที่ 60 มีนาคม 2544. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=2633&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

SEX ของเด็กนักเรียน (หญิง). Life & Family ปีที่ 5 ฉบับที่ 59 กุมภาพันธ์ 2544. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=2632&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. 2001. Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2000 - 2020. Bangkok: Division of AIDS, Department of Communicable Disease Control. กฤตยา อาชวนิกุล. 2541. จำนวนโสเภณีเด็กในประเทศไทยมีเท่าไรกันแน่? เอกสารประกอบการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับจำนวนโสเภณีเด็กในประเทศไทย จัดโดย กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เมื่อ 27 กรกฎาคม 2541 ณ โรงพยาบาลราชพฤกษ์ หนองบัว.

กองอนามัยการเจริญพันธุ์. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2542. ผลการสำรวจสถานการณ์ทั้งในประเทศไทย พ.ศ. 2542. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.

นักเรียนชายจาก นักศึกษาชายชื่กร. คอลัมน์ "ตัวรักให้เต็มร้อย" นิตยสารกุลสตรี เดือนธันวาคม 2544. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=1991&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

นิตยสารกุลสตรี ขงกลางกรมการนิเทศวิทย. 2546. กัก...มากกว่าเพื่อน แต่ไม่ใช่แฟน ผู้จัดการออนไลน์. <http://www.manager.co.th/campus/viewnews.asp?NewsID=8021215340>

ปัญหา free sex ของวัยรุ่น หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน วันพุธที่ 22 กรกฎาคม 2541. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=1156&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นิตยสารไกล่พลม ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 มีนาคม 2544. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=1166&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

พันธุ์สัตว์คู่กระต๊อ. 2543. ความรักใคร่ของวัยรุ่นวัยรุ่นหนุ่มสาวเป็นวัยของการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่แปลกใหม่ในชีวิต. เนชั่นสุดสัปดาห์ ปีที่ 8 ฉบับที่ 396 วันที่ 3 - 9 มกราคม 2543. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=1126&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

พันธุ์สัตว์คู่กระต๊อ. 2544. ปัญหาของวัยรุ่น เนชั่นสุดสัปดาห์ ปีที่ 9 ฉบับที่ 461 วันที่ 2-8 เมษายน 2544. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=1158&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

พันธุ์สัตว์คู่กระต๊อ. 2546. เรียนวัยรุ่น. น. 61 ถึง 62. เนชั่นสุดสัปดาห์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 560 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ - 2 มีนาคม 2546. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=2941&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

พันธุ์สัตว์คู่กระต๊อ. 2546. เรื่องรักใคร่ของวัยรุ่น. เนชั่นสุดสัปดาห์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 586 วันที่ 25-31 สิงหาคม 2546. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=3274&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

มูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสังคม (ไม่มีปีที่พิมพ์). วัยรุ่นกับการตั้งครรภ์เฝ้าระวังและเฝ้าระวัง. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่).

วันวิสาขบูชา. 2545. ฝ่ายหอจดหมายเหตุแห่งชาติการงาน-งานวิจัย: การมีเด็กชายหญิงอายุ 100%. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ประจำปี 2545. วันที่ 25-27 พฤศจิกายน 2545. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

วัยรุ่นกับสุขภาพจิต. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐวันอาทิตย์ที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2542. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=1155&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

วัยรุ่นกับสุขภาพจิต. เนชั่นสุดสัปดาห์ ปีที่ 8 ฉบับที่ 382 วันที่ 30 กันยายน-6 ตุลาคม 2542. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=1127&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

วาสนา อ้อม. 2543. การป้องกันการค้าประเวณีเด็ก. กรุงเทพฯ: ECPAT International. สำนักกระบวนวิธีคดีอาญา กรมสอบสวนคดีพิเศษ. 2546. ข้อมูลสาระคดีอาญา ข้อมูลผู้ว่าคดีอาญาที่ 1 จำนวนผู้ป่วยเอดส์จากกลุ่มคนกลุ่มอายุและเพศ ระหว่าง กันยายน พ.ศ. 2527 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2546. (<http://www.epid.moph.go.th/epi31.html>)

สำนักกระบวนวิธีคดีอาญา กรมสอบสวนคดีพิเศษ. 2546. สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย เล่มที่ 2. นนทบุรี: งานเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.

สำนักกระบวนวิธีคดีอาญา กรมสอบสวนคดีพิเศษ. 2546. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2546. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์)

สุมล วิภาวีพลกุล นพ. 2544. สอนลูกเรื่องเซ็กส์สอนเด็กเรื่องรัก. คอลัมน์ "ตัวรักให้เต็มร้อย" นิตยสารกุลสตรี เดือนธันวาคม 2544. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=1992&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

สุพร เกิดสว่าง. 2546. ชายรักชาย. กรุงเทพฯ: สมาคมนานาชาติการเจริญพันธุ์. ออกฤทธิ์: วงเสวนาความบริสุทธิ์และจริยธรรมของพ่อแม่วัยรุ่น. หนังสือพิมพ์ผู้จัดการรายวัน. 7 พฤศจิกายน 2543. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=1163&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

อินทรา ปัทม. 2544. เพศศึกษาในวัยรุ่น. หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน วันอังคารที่ 24 กรกฎาคม 2544. (<http://www.clinicrak.com/messages/viewmessage.php?id=1123&maintype=บทความเกี่ยวกับวัยรุ่น>)

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงในกลุ่มวัยรุ่น

2 นักเรียนหญิง อังอรใจ 12 ซอโลโซเดอเมส ผู้โดยสาวหัวดัด. หนังสือพิมพ์ คม ชัด ลึก 2 กรกฎาคม 2546.

ขึ้นบัญชี 4 แก๊งกร "สองแคว". หนังสือพิมพ์มติชน 24 มิถุนายน 2546.

"ครูหยอ" และ แก๊งค์เด็กกันให้วัยรุ่นเด็กทำประโยชน์เพื่อสังคม. ผู้จัดการออนไลน์วันจันทร์ที่ 8 กันยายน 2546.

"ครูหยอ" เด็กดีกันเพราะอ่านหนังสือน้อย ไร้ความสร้างสรรค์. ผู้จัดการออนไลน์วันศุกร์ที่ 5 กันยายน 2546.

ชื่อนันต์เด็กปัญหาราวรุ่น "นักเรียนดีกันไม่กว่าคาว". ผู้จัดการออนไลน์วันเสาร์ที่ 6 กันยายน 2546.

เด็ก "เดย์ม" อิง "ลุง" แฟนคลับ-อาสาฬส. หนังสือพิมพ์มติชน 9 มิถุนายน 2546.

เด็กอาชีวะ "เปิดใจ" ทำไมต้องดีกัน. ผู้จัดการออนไลน์วันเสาร์ที่ 6 กันยายน 2546.

ตำรวจเชียงใหม่พบคดีปัญหาสังคมใจจืด. ได้ดีข่าวบ้าน. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ 2 มิถุนายน 2546.

นักเรียนเบนหนทางแห่งความรุนแรงปัญหาเด็ก ๆ ที่ผู้ใหญ่ต้องเร่งสะสาง. ผู้จัดการออนไลน์ วันอาทิตย์ที่ 15 มิถุนายน 2546.

นักเรียนปากน้ำโหด ได้ดีกันทั้งคืน. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ 11 มิถุนายน 2546.

ปรากฏการณ์ "นักเรียนดีกัน" ทั่วโลก. ผู้จัดการออนไลน์วันศุกร์ที่ 9 กันยายน 2546.

เสียงก้องไม่ให้เป็นอันตราย. ผู้จัดการออนไลน์ วันพุธที่ 3 กันยายน 2546.

ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมและสั่งการ. กองบัญชาการตำรวจนครบาล (บช.น.). 2546. สถิติแจ้งจับเด็กดีกันทางโทรศัพท์ 191 ตั้งแต่ 1 มกราคม 2545 - 31 สิงหาคม 2546. (เอกสารยังขาด).

สถิติคดีอาชญากรรมและครอบครัวที่ตำรวจภูธรภาค 1 ปี พ.ศ. 2540. สำนักกระบวนวิธีคดีอาญา. (เอกสารยังขาด).

สถิติคดีอาชญากรรมและครอบครัวที่ตำรวจภูธรภาค 1 ปี พ.ศ. 2545. สำนักกระบวนวิธีคดีอาญา. (เอกสารยังขาด).

สถิติอาชญากรรมเด็กที่จังหวัดเชียงใหม่ ปี 15-18 ปี เสียงก้องมากสุด. หนังสือพิมพ์มติชน 13 มิถุนายน 2546.

สภาองค์กรพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย. 2546. สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2546. รายงานการวิจัยโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการจัดการปัญหาความรุนแรงในกลุ่มวัยรุ่นอาชีวะ. กันยายน 2546.

5. ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น

5.1 เหล้า ขันมาไทยยอดฟ่ง ๑๕.๓ ล้านคน. (<http://www.mcot.or.th/news.php?id=39547>)

ชายไทยแห้วแต่ดื่มเหล้าอีกการบำบัดสุขภาพเพิ่มขึ้น. ผู้จัดการออนไลน์ วันจันทร์ที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2546. (<http://www.manager.co.th/QOL/viewNews.asp?newsid=4670931221842>)

ไทยครองแดง ติดอันดับ 5 โลก ถึง 15.3 ล้านคน. (<http://www.kapook.com/highlight/news/3050.html>)

แนวเฝ้าระวัง. หนังสือพิมพ์ไทย-เพื่อสุขภาพขึ้น. ผู้จัดการออนไลน์วันเสาร์ที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2546. (<http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.asp?NewsID=2000000032811>)

สหภาพคนไทย 2546 119

รายชื่อกรรมการชี้ทิศทาง ปี 2546

โครงการจัดทำรายงานประจำปี “สุขภาพคนไทย”

ชื่อ	หน่วยงาน	
1. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. รศ. นพ. ยงยุทธ ขจรธรรม	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
3. ทพ. กฤษดา เรืองอารีรัชต์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
4. นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ IHPP	กรรมการ
5. นพ. สมศักดิ์ ชุณหะวัณ	สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
6. รศ. นพ. สุวัฒน์ จิวัฒนา	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ ม.เชียงใหม่	กรรมการ
7. คุณ จักรวรรดิ บุญเพิ่ม	สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
8. ดร. ยงยุทธ ชัยพงษ์	สำนักงานสำรวจสุขภาพอนามัย (THSO)	กรรมการ
9. คุณ วีรพงษ์ เกียรติสินยศ	มูลนิธิสุขภาพไทย	กรรมการ
10. คุณ ปาริชาติ ศิวะรักษ์	นักวิจัยอิสระ	กรรมการ
11. นพ. ปิยะ หาญวรงค์ชัย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)	กรรมการ
12. คุณ ปานบตี เอกะจัมปะกะ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
13. คุณ แก้ว วิฑูรย์ชัย	มูลนิธิหมอชาวบ้าน	กรรมการ
14. คุณ สุภรณ์รัตน์ ไรจน์ไพวงศ์	มูลนิธิโลกสีเขียว	กรรมการ
15. คุณ อรุณี เขียวสวีสัย	หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์	กรรมการ
16. คุณ กมล สุกัน	หนังสือพิมพ์ เดอะเนชั่น	กรรมการ
17. คุณ ณัฐยา บุญภักดี	มูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (สท.)	กรรมการ
18. คุณ อภิญา ตันทวีวงศ์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
19. คุณ อภิรักษ์ อมรรวิวัฒน์กุล	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
20. ผศ. ดร. ชื่นฤทัย กาญจนจิตร	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ และเลขานุการ
21. รศ. ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ และเลขานุการ
22. รศ. ดร. ชัย โพธิ์สีดา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ และเลขานุการ
23. ผศ. ดร. วาสนา อัมเม	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ และเลขานุการ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2546

โครงการจัดทำรายงานประจำปี “สุขภาพคนไทย”

ชื่อ	หน่วยงาน	ผู้ทบทวนรายงานฉบับสมบูรณ์
1. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	ทบทวนทั้งเล่ม
2. คุณ แก้ว วิฑูรย์ชัย	มูลนิธิหมอชาวบ้าน	ทบทวนทั้งเล่ม
3. คุณ ปาริชาติ ศิวะรักษ์	นักวิจัยอิสระ 24/1 ถนนประชาชื่น 12 บางซื่อ กทม.	ทบทวนทั้งเล่ม
4. นพ. พินิจ พินิจอำเนยผล	ผู้จัดการชุดแผนงานพัฒนาข้อมูลข่าวสารระบบสุขภาพแห่งชาติ	
	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	ดูภาพรวม
5. รศ. นพ. ยงยุทธ ขจรธรรม	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)	ดูภาพรวม
6. นพ. วิชัย โชควิวัฒน์	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข	ทบทวนสถานการณ์
7. นพ. อาพล จันทาวิวัฒน์	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปส.)	ทบทวนสถานการณ์
8. นพ. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์	สำนักวิชาการ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	ทบทวนวิสัยทัศน์สุขภาพ
9. พญ. จันทิพย์ ชูประภาวรรณ	สำนักงานโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย	ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเรื่อง การตาย ความพิการ ความพิการ บุหรี่-เหล้า สารเสพติด ความเครียด อุบัติเหตุ สุขภาพวัยรุ่น
10. พญ. วิภา ธีโรบุญ	สำนักงานพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ IHPP	
11. ดร. พินิจ ขจรธรรม	วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล	ที่ปรึกษาด้านข้อมูล ข้อมูลสถิติสาธารณสุข ข้อมูลสถิติสาธารณสุข ข้อมูล UARNET ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ข้อมูลอนามัยและสวัสดิการ ข้อมูลการติดเชื้อมะเร็งในทารกของประจำการ ข้อมูลความเครียด ข้อมูลยา ข้อมูลยา
12. นพ. ยงยุทธ ขจรธรรม	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)	
13. นพ. วิชัย โปษยจินดา	ศูนย์วิจัยยาเสพติด สถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาฯ	ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ข้อมูลอนามัยและสวัสดิการ ข้อมูลการติดเชื้อมะเร็งในทารกของประจำการ ข้อมูลความเครียด ข้อมูลยา ข้อมูลยา
14. นพ. ประเวศ ดันดิพัฒน์กุล	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	
15. นพ. ไพฑูรย์ สุวิวัฒน์ไพศาล	สำนักงานเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี	ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ข้อมูลอนามัยและสวัสดิการ ข้อมูลการติดเชื้อมะเร็งในทารกของประจำการ ข้อมูลความเครียด ข้อมูลยา ข้อมูลยา
16. รศ. พญ. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์	ภาควิชากุมารเวช คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี	
17. คุณ ปานบตี เอกะจัมปะกะ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ข้อมูลอนามัยและสวัสดิการ ข้อมูลการติดเชื้อมะเร็งในทารกของประจำการ ข้อมูลความเครียด ข้อมูลยา ข้อมูลยา
18. คุณ นพวรรณ มาดารัตน์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	
19. ดร. อมรรวิชัย นาคทรรพ	ศูนย์นโยบายศึกษา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาฯ	ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ข้อมูลอนามัยและสวัสดิการ ข้อมูลการติดเชื้อมะเร็งในทารกของประจำการ ข้อมูลความเครียด ข้อมูลยา ข้อมูลยา
20. คุณ อรพิน ทวีชัย	สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	
21. คุณ วสันต์ วัชรวิวัฒน์	สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ข้อมูลอนามัยและสวัสดิการ ข้อมูลการติดเชื้อมะเร็งในทารกของประจำการ ข้อมูลความเครียด ข้อมูลยา ข้อมูลยา
22. คุณ อรพรรณ แสงวรรณลอย	สำนักโรคติดต่อ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข	
23. คุณ พรเพ็ญ ศรีธรรมมัตต์	สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ	ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ข้อมูลอนามัยและสวัสดิการ ข้อมูลการติดเชื้อมะเร็งในทารกของประจำการ ข้อมูลความเครียด ข้อมูลยา ข้อมูลยา
24. นพ. ณรงค์ ศิริโสภณ	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก	
25. คุณ วรวรรณ จุฬา	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ข้อมูลเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ข้อมูลอนามัยและสวัสดิการ ข้อมูลการติดเชื้อมะเร็งในทารกของประจำการ ข้อมูลความเครียด ข้อมูลยา ข้อมูลยา
26. คุณ วิไล บัณฑิตกุล	กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	
27. คุณ นิตยา แยมพิชัย	กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	

ขอบคุณจากใจ คณะผู้จัดทำ

คณะผู้จัดทำ ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง
ต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการจัดทำรายงานฉบับนี้

ตั้งแต่คณะกรรมการชี้ทิศทางทุกท่าน โดยเฉพาะ นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
ซึ่งสละเวลาให้ความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ

ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละสาขาที่กรุณาให้ข้อมูล อ่านต้นฉบับ
และให้ความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงให้รายงานมีความถูกต้องครบถ้วน
ของข้อมูลมากยิ่งขึ้น

ผู้ทรงคุณวุฒิที่อ่านทบทวนรายงานทุกท่าน ที่ช่วยกรุณาอ่านรายงานฉบับสุดท้าย
จนกระทั่งรายงานมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

น้องๆ เจ้าหน้าที่ประจำโครงการ 3 คน คือ คุณกุลวิณ์ ศิริรัตน์มงคล
คุณเยาวรี เจริญสวัสดิ์ และ คุณเบญจมาศ รอดภัย

น้องๆ ทีมวิจัยรุ่นที่กรุณามาเป็นแบบภาพปกและภาพในเล่มบางส่วน
คือ คุณธาริรัตน์ สายน้ำตาล คุณรัชกร เพ็งอุ่น คุณรวิชัย อนุมาศ
คุณร่มไทร ยูรประดม และ คุณจิรวุฒิ พังเคลือ

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และร้านส้มบาร์ ช่างซีคอนสแควร์สำหรับการเอื้อเพื่อ
สถานที่ถ่ายภาพประกอบ ทำให้รายงานฉบับนี้มีสีสันน่าอ่านยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม หากยังมีความขาดตกบกพร่อง ผิดพลาดประการใด
คณะผู้จัดทำขอน้อมรับไว้ และจะปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นในฉบับต่อไป





ฉลาดเลือก

เลือกถูก