สุขภาพคนไทย

2563

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สองทศวรรษ ปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลว และความสำเร็จ

12 หมวดตัวชี้วัดสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2563 : สองทศวรรษ ปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล. -- พิมพ์ครั้งที่ 1. -- นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563.
(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 509)
ISBN: 978-616-443-426-4

1. ประชากรและคุณภาพชีวิต. 2. วัยรุ่นกับสุขภาพ. 3. กิจกรรมทางกาย. 4. พฤติกรรมทางเพศ--ในวัยรุ่น. 5. พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น. 6. ดัชนีสุขภาพ. 7. ภาวะสุขภาพ--ดัชนีชี้วัด. 8. สื่อสังคมออนไลน์. 9. ครอบครัว. 10. เยาวชน--การศึกษา. 11. เยาวชน--การทำงาน. I. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. II. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. III. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. IV. ชื่อชุด.

WA100 ส743 2563

จัดทำเนื้อหาและจัดพิมพ์โดย	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ร่วมจัดพิมพ์โดย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
พิมพ์ครั้งที่ 1	เมษายน 2563
จำนวนพิมพ์	7,500 เล่ม
ออกแบบและศิลปกรรม	สุรศักดิ์ เพิญใหม่
ออกแบบปก	ดช.กวิน ฤทธาคนี ฟูรุโม ดร.นิภาภรณ์ ฮวบเจริญ
พิสูจน์อักษร	ณัฐพงษ์ รุจิรงค์นางกุล
สำนักพิมพ์	บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) 376 ถ.ชัยพฤกษ์ แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์ 0-2441-0201-4 โทรสาร 0-2441-9333
เว็บไซต์ www.ipsr.mahidol.ac.th

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
เลขที่ 99/8 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 0-2343-1500 โทรสาร 0-2343-1551
เว็บไซต์ http://www.thaihealth.or.th

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
เลขที่ 88/39 ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2832-9000 โทรสาร 0-2832-9001-2
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ไม่สงวนสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

สุขภาพคนไทย

๒๕๖๓

บอกกล่าว

รายงานสุขภาพคนไทยฉบับปี 2563 นี้ นับเป็นฉบับที่ 17 หากเปรียบตามช่วงชีวิตของคนก็ถือว่ากำลังอยู่ในช่วงวัยรุ่น ที่กำลังเติบโตต่อไปเพื่อเป็นผู้ใหญ่เต็มตัว รายงานฉบับนี้ ทำหน้าที่บันทึกเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในแต่ละปี นำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดที่เป็นประโยชน์ และหยิบยกประเด็นสุขภาพและสังคมที่เป็นเรื่องเด่นมานำเสนอในแต่ละฉบับ หากมองย้อนกลับไปจะเห็นว่าบางสถานการณ์ที่เคยเป็นปัญหา อาจกำลังมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ขณะที่บางสถานการณ์ก็ยังคงเป็นปัญหาที่ยังแก้ไม่ตก หรืออาจจะกำลังย้อนกลับมาเป็นปัญหาใหม่

ในฉบับนี้ ส่วนตัวชี้วัด นำเสนอ 12 หมวดตัวชี้วัด “สุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย” โดยแบ่งหมวดตัวชี้วัดออกเป็นหมวดที่ 1-3 สถานะสุขภาพ ทางกาย จิต และสังคม หมวดที่ 4-8 ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านพฤติกรรม เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ และพฤติกรรมเสี่ยงทางสังคม หมวดที่ 9-11 ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสภาพแวดล้อม เกี่ยวกับสื่อออนไลน์ ครอบครัว การศึกษาและการทำงาน และหมวดที่ 12 นโยบายของไทยที่มีต่อวัยรุ่นและเยาวชน โดยวัยรุ่นและเยาวชนในที่นี้ครอบคลุมประชากรในช่วงอายุ 10-24 ปี

ส่วน 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ ได้คัดเลือก 10 เรื่องราวสำคัญในรอบปีที่ผ่านมา เช่น ปัญหาฝุ่น PM 2.5 ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นทุกปี การต่อสู้เพื่อแบนสารกำจัดศัตรูพืช 3 ชนิดที่มีทีท่าไม่ง่าย ภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนไทย นโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ต่อเนื่องมาจากปี 2561 อีสปอร์ต กีฬาชนิดใหม่หรือเกมออนไลน์ เป็นต้น พร้อมกับนำเสนอผลงานดี ๆ ที่เกิดขึ้นในรอบปี จำนวน 4 เรื่อง

สำหรับเรื่องพิเศษประจำฉบับ รายงานสุขภาพคนไทย 2563 ได้สะท้อนภาพการศึกษาของไทยที่มีการปฏิรูปมาหลายทศวรรษ โดยแต่ละครั้งมีทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวที่เป็นบทเรียน แม้ที่ผ่านมาไทยจะลงทุนกับการศึกษาเป็นจำนวนมาก แต่ผลลัพธ์ที่ได้กลับตรงกันข้าม ศักยภาพในการแข่งขันของเด็กไทยยังด้อยกว่าประเทศอื่น ๆ เนื้อหาภายใน มีการยกตัวอย่างข้อมูลคะแนน PISA ของเด็กไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ นอกจากนี้ ได้ไล่เรียงปัญหาของการศึกษาในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงระดับมหาวิทยาลัย รวมถึงได้ยกประเด็นความเหลื่อมล้ำที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการศึกษาของเด็กไทย พร้อมทั้งยกตัวอย่างประเทศฟินแลนด์และสิงคโปร์ ที่ระบบการศึกษามีคุณภาพสูงซึ่งมีปรัชญาการศึกษา วิธีคิดต่อการพัฒนาคน ผลลัพธ์และประสิทธิภาพการศึกษาที่แตกต่างจากไทย เป็นไปได้หรือไม่ที่ไทยจะได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาการศึกษาในบ้านเราที่เหมาะสมในบริบทของเราเอง อันที่จริงแล้ว การศึกษาไทยยังมีเรื่องดี ๆ ทั้งในด้านกฎหมายที่จะบังคับใช้เพื่อพัฒนาการศึกษา โรงเรียนทางเลือก โครงการสนับสนุนการศึกษาระดับต่าง ๆ แนวคิดการปฏิรูปการศึกษาจากล่างขึ้นบนที่เน้นการปฏิรูปการเรียนการสอนระหว่างครูกับนักเรียนที่หากทำได้อย่างจริงจังก็จะสามารถแก้ปัญหาการศึกษาได้ในหลายมิติ สิ่งเหล่านี้ จะเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด เกิดได้จริง จะยั่งยืน และเป็นคำตอบของสังคมไทยหรือไม่ ขอเชิญท่านผู้อ่านร่วมหาคำตอบและวิเคราะห์ไปพร้อมกับเรา

คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า “สุขภาพคนไทย 2563” จะเป็นหนังสือที่ยังประโยชน์ให้กับสังคมไทย และก่อให้เกิดการเรียนรู้จากอดีต เพื่อนำไปสู่สังคมที่เป็นสุขร่วมกันได้ต่อไป

สารบัญ

12 หมวดตัวชี้วัด “สุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย”

1.	สุขภาพกาย	10
2.	สุขภาพจิต	12
3.	สุขภาพสังคม	14
4.	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	16
5.	กิจกรรมทางกาย	18
6.	พฤติกรรมทางเพศ	20
7.	พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ	22
8.	พฤติกรรมเสี่ยงทางสังคม	24
9.	สื่อสังคมออนไลน์	26
10.	ครอบครัวกับวัยรุ่นและเยาวชน	28
11.	การศึกษาและการทำงาน	30
12.	นโยบายของไทยต่อวัยรุ่นและเยาวชน	32

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. ฝุ่น PM 2.5 มหันตภัยสุขภาพของไทย 36
2. แบนสามสารเคมีการเกษตร: การต่อสู้ที่ยืดเยื้อ 41
3. วิกฤตขยะพลาสติกในทะเล ปลุกคนไทยลดขยะพลาสติก 47
4. ภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชน: จะช่วยอย่างไร? 53
5. จับตานโยบายกัญชาเสรี ขายฝันหรือทำจริง? 58
6. การควบคุมโรงพยาบาลเอกชน: นโยบายสุขภาพปะทะทุนนิยมการแพทย์ 63
7. บุหรี่ไฟฟ้า: มหันตภัยยุค 4.0 ที่คุกคามสุขภาวะคนไทย 69
8. รับมือสังคมสูงวัย: ไทยตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อสังคมสูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ACAI) 74
9. กระแสนิยมเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ สู่ยุคเฟื่องฟูของธุรกิจกีฬา 79
10. อีสปอร์ต: กีฬาหรือเกมกลธุรกิจข้ามชาติ? 83

4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

1. หมอวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร กับรางวัลอันทรงเกียรติจาก WHO 88
2. ระบบสุขภาพไทยติดอันดับนำของเอเชียและของโลก 89
3. UNESCO ยกย่องหลวงปู่มั่นและสมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส เป็นบุคคลสำคัญของโลกสาขาสันติภาพ 90
4. “1 วัด 1 โรงพยาบาล” ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ 91

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

สองทศวรรษ ปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ 94

ภาคผนวก

เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน “สุขภาพคนไทย 2563” 118

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง 121

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 122

รายชื่อคณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย 123

บรรณานุกรม 124

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2563. ชื่อบทความ. *สุขภาพคนไทย 2563* (เลขหน้าของบทความ).
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

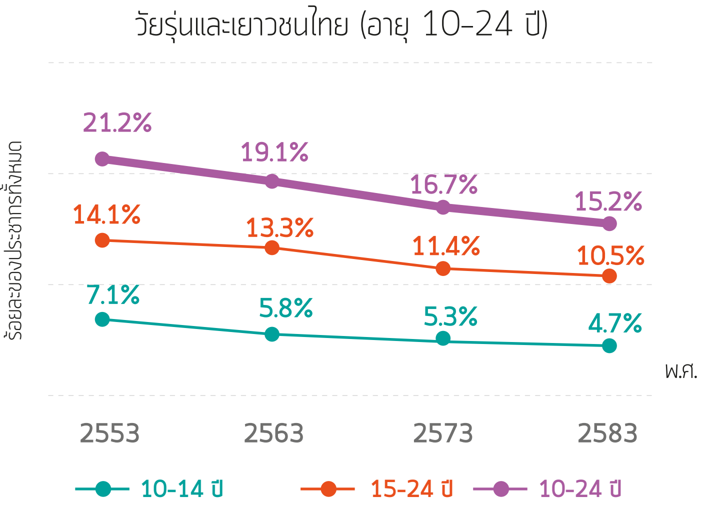
โครงการสุขภาพคนไทย. 2563. สุขภาพกาย. *สุขภาพคนไทย 2563* (หน้า 10-11).
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

๑๒

หมวดตัวชี้วัด

สุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย

12 หมวดตัวชี้วัด “สุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย”



จำนวนประชากร (ล้านคน)	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2573	พ.ศ. 2583
10-14	4.5	3.9	3.5	3.0
15-24	9.0	8.8	7.7	6.9
10-24	13.5	12.7	11.2	9.9
ประชากรไทยทั้งหมด	63.8	66.5	67.1	65.4

ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 (ฉบับปรับปรุง), สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2562)

“วัยรุ่นและเยาวชน” เป็นกลุ่มประชากรในช่วงวัยที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ภายใต้การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจนี้ ปัจจัยสภาพแวดล้อม ครอบครัวและบุคคลรอบข้าง รวมถึง สิ่งเร้าและสิ่งกระตุ้นรอบด้าน เป็นทั้งปัจจัยบวกและปัจจัยเสี่ยงที่สังคม โดยเฉพาะ ครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจ ให้ความสำคัญและการสนับสนุนที่เหมาะสม

รายงานสุขภาพคนไทย 2563 นี้ นำเสนอ 12 หมวดตัวชี้วัด “สุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย” โดยหมวดที่ 1-3 เป็นข้อมูลสถานะสุขภาพทางกาย จิต และสังคม หมวดที่ 4-8 เป็นข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านพฤติกรรม เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ และพฤติกรรมเสี่ยงทางสังคม หมวดที่ 9-11 ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับสื่อออนไลน์ ครอบครัว การศึกษาและการทำงาน และหมวดที่ 12 นโยบายของไทยที่มีต่อวัยรุ่นและเยาวชน

องค์การอนามัยโลก ให้นิยาม “วัยรุ่น” (Adolescents) หมายถึง ประชากรในช่วงอายุ 10-19 ปี และ “เยาวชน” (Youth) หมายถึงประชากรในช่วงอายุ 15-24 ปี เมื่อรวมทั้ง 2 กลุ่มเข้าด้วยกัน “วัยรุ่นและเยาวชน” จึงครอบคลุมประชากรในช่วงอายุ 10-24 ปี ภายใต้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จำนวนประชากรวัยรุ่นและเยาวชนไทยอายุ 10-24 ปี ลดลงต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมา โดยมีจำนวน 12.7 ล้าน ในปี 2563 หรือ ร้อยละ 19.1 ของประชากรทั้งหมด โดยทั้งจำนวนและสัดส่วนนี้มีแนวโน้มลดลงต่อไปในอีก 10-20 ปีข้างหน้า

แม้วัยรุ่นและเยาวชนจะเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพกายแข็งแรงกว่าประชากรในวัยอื่น แต่ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการบาดเจ็บทางกายและการตายก่อนวัยอันควร ยังคงเป็นเรื่องอุบัติเหตุทางท้องถนน ซึ่งผู้ชายมีความเสี่ยงมากกว่าผู้หญิง ปัญหาสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า ที่เกิดจากความเครียดปัญหาส่วนตัว หรือการถูกกลั่นแกล้งจากเพื่อนหรือคนรู้จักที่อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตายและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่ตามมา เป็นอีกเรื่องที่ต้องเฝ้าระวัง จากการที่สภาพสังคมและวิถีชีวิตในปัจจุบันมีความเป็นอยู่ที่เป็นปัจเจกมากขึ้น ความใกล้ชิดกับชุมชน การมีความสัมพันธ์ทางสังคมและการมีเพื่อนสนิทของวัยรุ่นและเยาวชนไทยพบว่ามีแนวโน้มลดลง ระบบการเกื้อหนุนทางสังคม

การให้คำปรึกษาสายด่วน หรือทางออนไลน์ อาจมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการสนับสนุนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสังคมที่ดีของวัยรุ่นและเยาวชนได้

การบริโภคอาหารของวัยรุ่นและเยาวชนมีเทคโนโลยีและแอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารเข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้น แต่การเลือกส่วนใหญ่ยังขึ้นอยู่กับ ความชอบและความอยากเป็นปัจจัยหลัก มากกว่าคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ ทำให้จำนวนมากยังคงเลือกกินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ขณะที่การบริโภคผักและผลไม้ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย การสำรวจในปี 2562 พบวัยรุ่นและเยาวชนเพศหญิง 1 ใน 3 มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย การออกกำลังกายและเล่นกีฬา รวมถึงการมีกิจกรรมทางกายจากการสัญจรและเดินทางในชีวิตประจำวัน เป็นเรื่องที่ควรรณรงค์และสนับสนุนเพิ่มมากขึ้น

ปัญหาแม่วัยรุ่นแม้มีแนวโน้มลดลง แต่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการมีจำนวนคู่นอนที่เพิ่มขึ้น การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และจำนวนผู้ป่วยโรคซิฟิลิสในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นปัญหาที่ยังต้องเฝ้าระวัง เช่นเดียวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ ทั้ง การสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนของวัยรุ่นและเยาวชนที่สูบและดื่มค่อนข้างทรงตัวไม่ลดลงเท่าที่ควร พฤติกรรมการขับขี่ในขณะมึนเมาและการไม่สวมหมวกนิรภัยเมื่อใช้รถจักรยานยนต์ รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางสังคม เช่น ปัญหายาเสพติดให้โทษ หรือการเล่นหรือติดพนัน ที่ปัจจุบันมีรูปแบบที่หลากหลายและช่องทางการเข้าถึงออนไลน์ได้ง่ายขึ้น

วัยรุ่นและเยาวชนไทยเกือบทุกคนมีโทรศัพท์มือถือใช้และมากกว่าร้อยละ 90 เข้าถึงอินเทอร์เน็ต อย่างไรก็ตามการใช้ประโยชน์ส่วนใหญ่ยังเป็นไปเพื่อการสื่อสารและความบันเทิง มากกว่าเพื่อการเรียนรู้และการศึกษา ขณะที่สื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในชีวิตเกือบทุกด้าน แต่ความสัมพันธ์ของวัยรุ่นและเยาวชนไทยกับครอบครัวดูเหมือนจะห่างเหินมากขึ้น การใช้เวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันในครอบครัว การปรึกษาปัญหาและเปิดใจคุยกันในเรื่องต่าง ๆ กลับมีน้อยลง ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนในครอบครัวที่มีวัยรุ่นและเยาวชนเป็นสมาชิกต้องหันกลับมาพิจารณาช่วยกันสานสัมพันธ์ให้แนบแน่นขึ้น

ในด้านการศึกษาและการทำงาน การพัฒนาคุณภาพประสิทธิภาพ รวมถึง ความเสมอภาคของการศึกษาให้กับประชากรวัยเรียนทุกคน ทุกกลุ่ม การส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต ทักษะและศักยภาพในการทำงานที่จำเป็นในอนาคต ให้กับวัยรุ่นและเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มกลุ่ม NEET ซึ่งมีประมาณ 1 ใน 8 ของวัยรุ่นและเยาวชนไทยทั้งหมด โดยเป็นกลุ่มที่ไม่อยู่ทั้งในระบบการศึกษา และในระบบการจ้างงาน เป็นความท้าทายและข้อพิจารณาที่สำคัญในการกำหนดนโยบายของประเทศไทย ในการส่งเสริมและพัฒนาประชากรวัยรุ่นและเยาวชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นพลเมืองสร้างสรรค์ ที่มีส่วนร่วมในฐานะภาคีที่มีพลังในกระบวนการพัฒนาของประเทศในระยะยาว

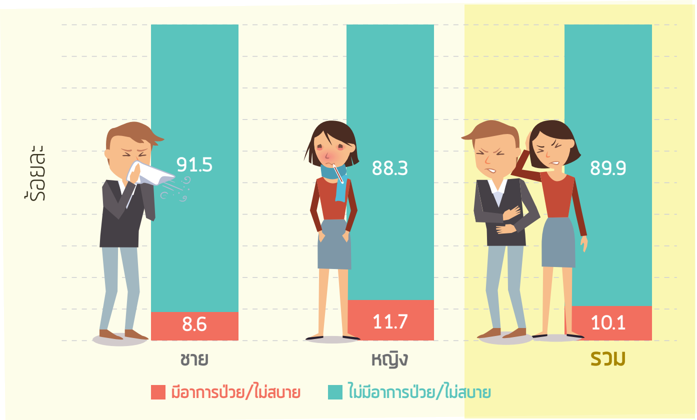
1 สุขภาพกาย

ในปี 2560 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนของวัยรุ่นและเยาวชนอยู่ที่ 40.9 ต่อ 100,000 ประชากร

“วัยรุ่นและเยาวชนโดยรวมมีสุขภาพกายที่แข็งแรงและยังห่างไกลจากโรคต่าง ๆ แต่มีความเสี่ยงจากอุบัติเหตุทางถนนที่ยังเป็นสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตอันดับหนึ่ง”

วัยรุ่นและเยาวชนในช่วงอายุ 10-24 ปี เป็นช่วงที่สุขภาพกายโดยรวมแข็งแรง การเจ็บป่วยจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังยังมีน้อย โดยมากเป็นการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ในปี 2560 มีเพียง 1 ใน 10 ที่มีการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใน 1 เดือนที่ผ่านมา โดยที่ราวครึ่งหนึ่งของผู้เจ็บป่วยหรือไม่สบาย มีอาการเป็นหวัด ไอ หรือมีน้ำมูก

วัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) ที่ป่วย/ไม่สบายใน 1 เดือนที่ผ่านมา



หมายเหตุ : เฉพาะการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

5 อันดับสาเหตุการป่วย/ไม่สบายของวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) ครั้งสุดท้ายใน 1 เดือนที่ผ่านมา

ชาย

	ร้อยละ
1. หวัด/ไอ/มีน้ำมูก	54.5
2. ไข้ตัวร้อน	10.8
3. โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว	8.4
4. อื่นๆ	5.9
5. ไข้ ไอและหอบ ปอดบวม	4.6

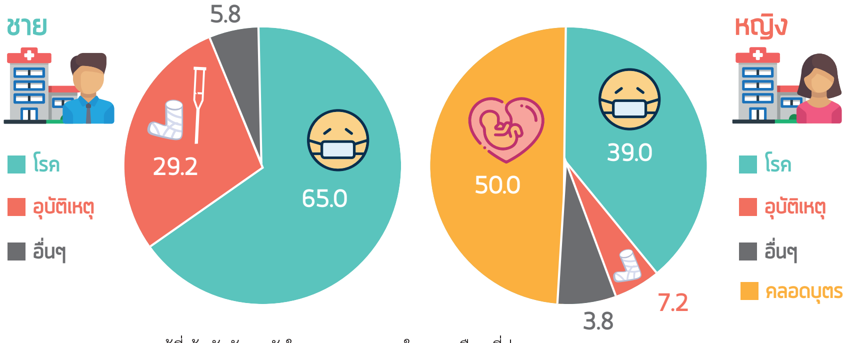
หญิง

	ร้อยละ
1. หวัด/ไอ/มีน้ำมูก	52.7
2. ไข้ตัวร้อน	12.1
3. ปวดท้อง/ท้องอืด/ท้องเฟ้อ/โรคกระเพาะ	7.4
4. ความเครียด/นอนไม่หลับ/ปวดหัว	5.5
5. ท้องร่วง/ท้องเสีย/อาหารเป็นพิษ	5.4

หมายเหตุ : ถามเฉพาะผู้ที่มีการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาลใน 1 เดือนที่ผ่านมา
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

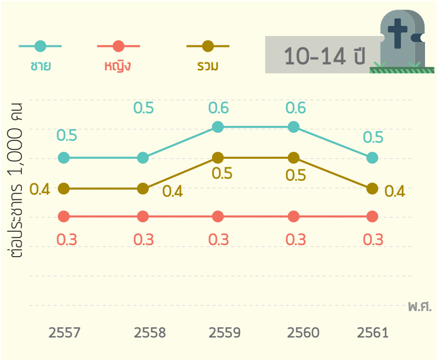
สำหรับการเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล พบว่าผู้หญิงมีการเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลใน 12 เดือนที่ผ่านมามากกว่าผู้ชายเล็กน้อย (ร้อยละ 5.9 เปรียบเทียบกับร้อยละ 3.6) อย่างไรก็ตาม ครึ่งหนึ่งของผู้หญิงที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเพราะไปคลอดบุตร ในขณะที่ผู้ชายร้อยละ 65.0 เข้ารักษาตัวด้วยโรค ตามด้วยร้อยละ 29.2 ที่เข้ารักษาตัวเนื่องจากอุบัติเหตุ

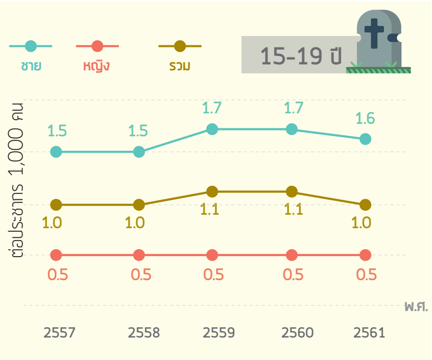
สาเหตุการเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลครั้งสุดท้ายใน 12 เดือนที่ผ่านมา วัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี)

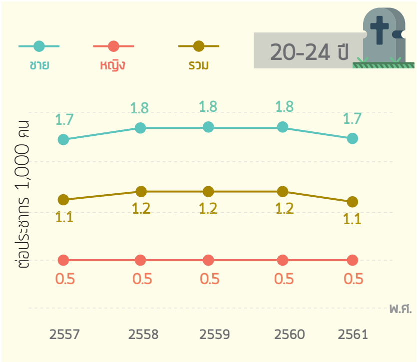


หมายเหตุ : ถามเฉพาะผู้ที่เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลใน 12 เดือนที่ผ่านมา
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อัตราตายต่อประชากรในช่วงอายุเดียวกัน 1,000 คน จำแนกตามกลุ่มอายุ







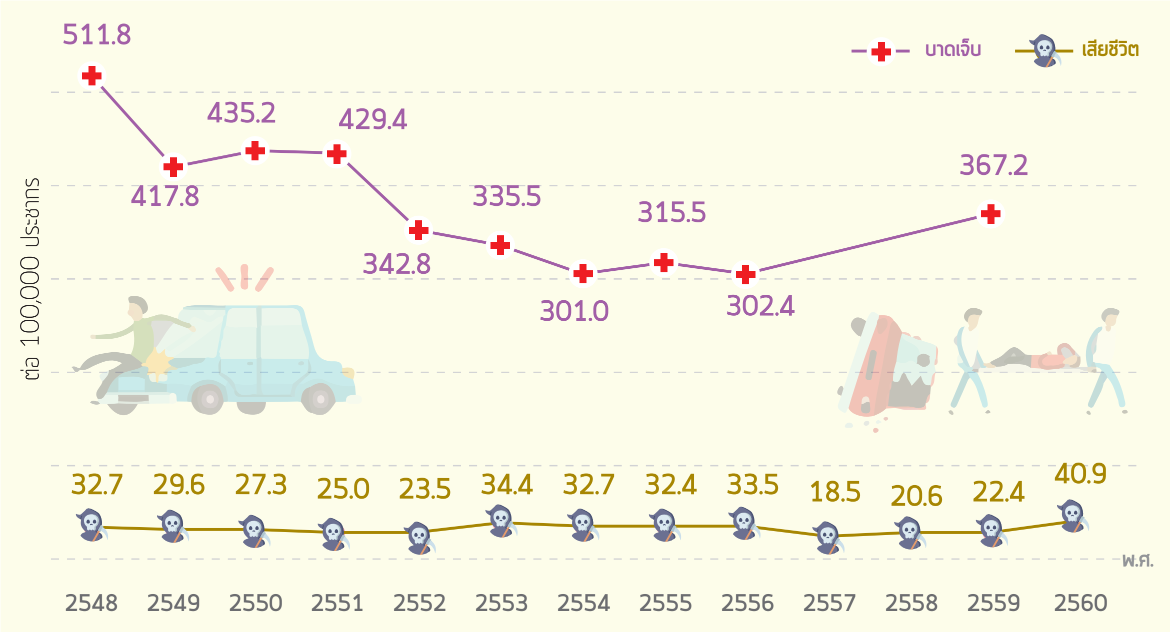
ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561, กระทรวงสาธารณสุข

5 อันดับสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปี 2557

หมายเหตุ : อายุ 15-29 ปี
ที่มา : รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

วัยรุ่นและเยาวชนเพศชายอายุ 15-24 ปี มีอัตราตายสูงกว่าผู้หญิงถึงกว่า 3 เท่า โดยอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นและเยาวชน ตามด้วยเอดส์ การถูกทำร้าย การทำร้ายตัวเอง และอุบัติเหตุอื่น ๆ

อัตราการบาดเจ็บ และ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของวัยรุ่นและเยาวชน (15-24 ปี)



ที่มา : หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน มูลนิธิไทยโรดส์

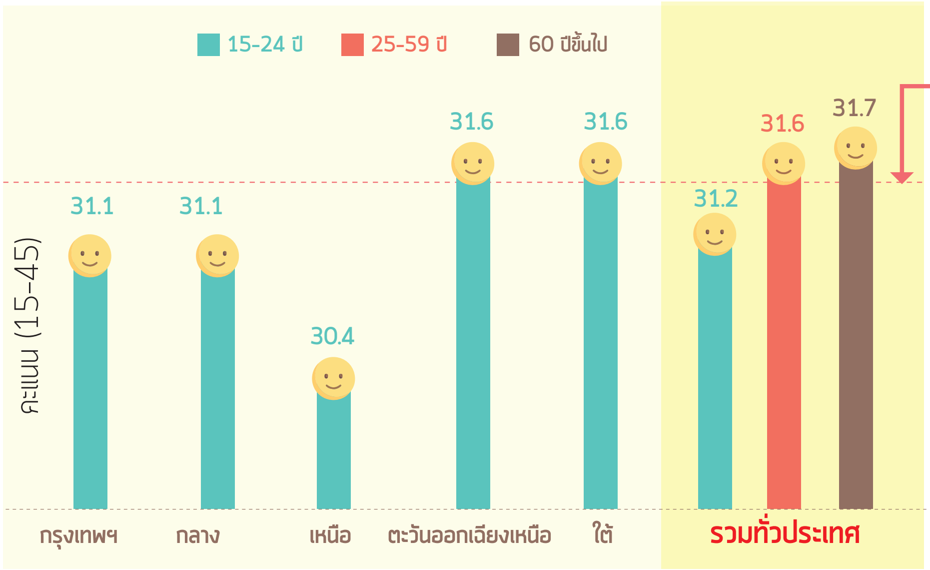
ในปี 2560 พบแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนนของวัยรุ่นและเยาวชนที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นความปลอดภัยในการใช้ถนนจึงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ ผ่านมาตรการที่ครบด้าน ทั้งการให้ความรู้ ด้านวิศวกรรม เศรษฐกิจ การบังคับใช้กฎหมาย และการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

2 สุขภาพจิต

วัยรุ่นและเยาวชน มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนกลุ่มอื่น ๆ และภาคเหนือมีคะแนนต่ำที่สุด

“การฆ่าตัวตายของนักเรียนนักศึกษา ยังคงเป็นข่าวในทุกปี ย้ำให้เห็นความสำคัญของประเด็นสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน อาจเพราะปัจจุบันสังคมเต็มไปด้วยการแข่งขัน ทำให้วัยรุ่นและเยาวชนไทยมีความเครียดสูง”

คะแนนสุขภาพจิต จำแนกตามภาคและกลุ่มอายุ ปี 2561

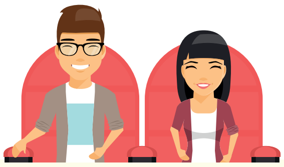


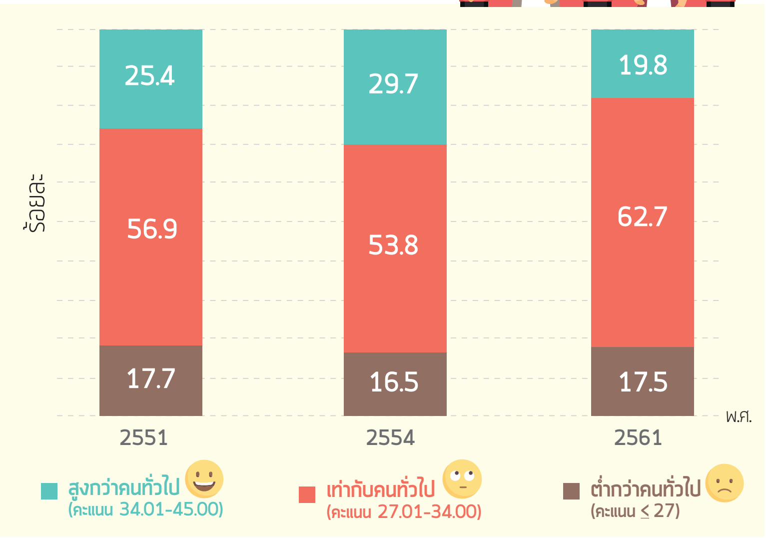
หมายเหตุ : สำรวจสุขภาพจิต เป็นการประเมินตนเองในประเด็นต่าง ๆ จำนวน 15 ข้อใน 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกที่ดี การไม่มีความรู้สึกไม่ดี สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน

ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

วัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีระดับสุขภาพจิตต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มช่วงอายุอื่น โดยรวมมีคะแนน 31.2 (เต็ม 45 คะแนน) ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของประเทศที่ 31.6 วัยรุ่นและเยาวชนในภาคเหนือมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำที่สุดที่ 30.4 และเมื่อดูแนวโน้มของคะแนนสุขภาพจิต พบว่าสัดส่วนผู้ที่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีแนวโน้มดีขึ้นในปี 2554 แต่กลับแย่ลงในปี 2562 และพบว่าคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปลดลงจากร้อยละ 29.7 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 19.8 ในปี 2561

ร้อยละของระดับคะแนนสุขภาพจิต (อายุ 15-24 ปี)





ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 2554 และ 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

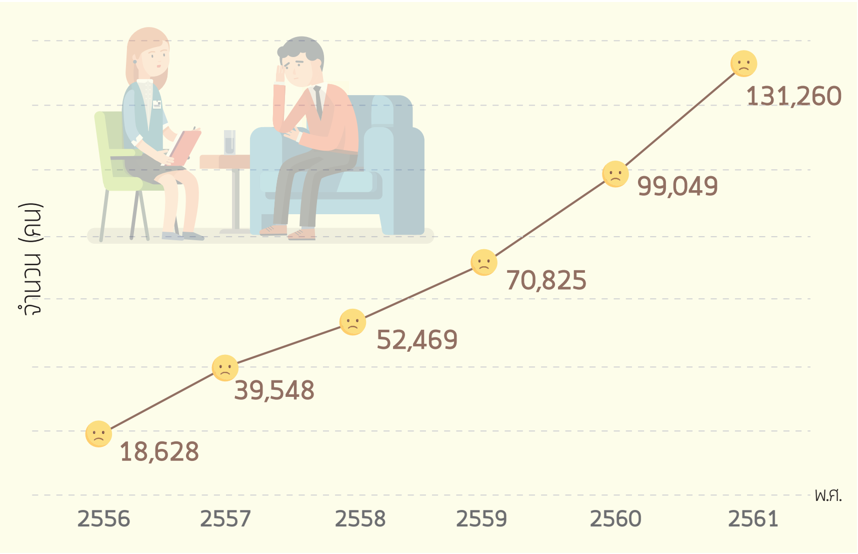
10 อันดับปัญหาสุขภาพจิตที่โทรปรึกษาสายด่วน 1323

ประเภทปัญหา	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1. มีความเครียดหรือวิตกกังวล	6,405	46.8
2. ปัญหาความรัก	2,659	19.4
3. ซึมเศร้า	1,497	10.9
4. ปัญหาทางจิตเวช	1,327	9.7
5. ปัญหาครอบครัว	739	5.4
6. ปัญหาเรื่องเพศ	523	3.8
7. ปัญหาพฤติกรรม	173	1.3
8. มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง	152	1.1
9. ปัญหาการเรียน	135	1.0
10. ปัญหาการทำงาน	73	0.5

หมายเหตุ : อายุ 15-21 ปี
ที่มา : รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2561, กระทรวงสาธารณสุข

ปัญหาที่วัยรุ่นและเยาวชนพบจากประเด็นที่โทรปรึกษาบริการ 1323 ซึ่งเป็นสายด่วนบริการประชาชนปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต โดยมากเป็นเรื่องความเครียดหรือวิตกกังวลเกือบครึ่ง และราว 1 ใน 5 เป็นเรื่องปัญหาความรัก ตามด้วยปัญหาซึมเศร้าราว 1 ใน 10

จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 15-24 ปีที่เข้าถึงบริการ



ที่มา : รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2561, กระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันโรคซึมเศร้าเริ่มเป็นที่รู้จักในสังคมไทยมากขึ้น และมีการเข้าถึงบริการมากขึ้น ในปี 2556 มีจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าอายุ 15-24 ปีที่เข้าถึงบริการ 18,628 คน จากความตื่นตัวในประเด็นนี้ พบว่าการเข้าถึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็น 131,260 คนในปี 2561

ความเครียดจากการเรียนหนังสือและการถูกล้อเลียนกลั่นแกล้งจากเพื่อนเป็นตัวกระตุ้นให้วัยรุ่นและเยาวชนหลายคนเครียดจนคิดฆ่าตัวตาย การสำรวจในกลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาในปี 2558 พบว่าผู้ที่โดนกลั่นแกล้งมีแนวโน้มคิดฆ่าตัวตายมากกว่า คือ 1 ใน 5 ของผู้ที่ถูกกลั่นแกล้งในโรงเรียนคิดฆ่าตัวตายใน 12 เดือนที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับร้อยละ 8.5 ของผู้ที่ไม่ได้โดนกลั่นแกล้ง

ถูกกลั่นแกล้งอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 30 วันที่ผ่านมา

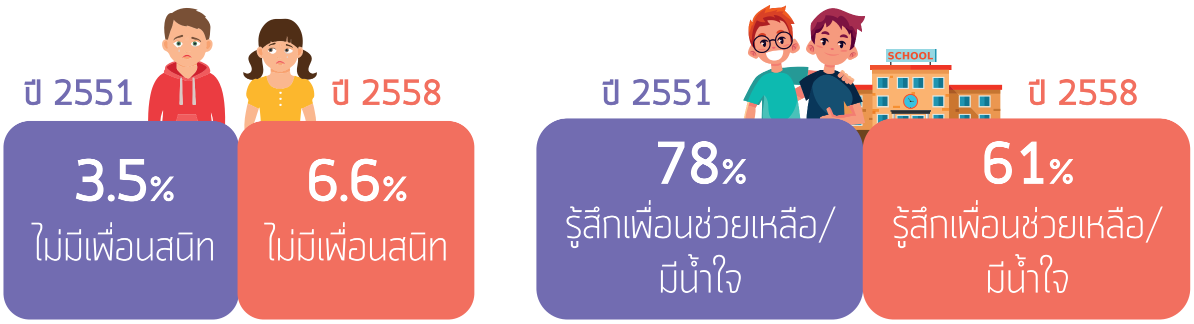
หมายเหตุ : สำรวจในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา 1-6
ที่มา : การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2558, กระทรวงสาธารณสุข

3 สุขภาพสังคม

สัดส่วนวัยรุ่นและเยาวชนที่เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์เป็นประจำ ลดลงจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 7 ในช่วงปี 2551 - 2561

"สังคมไทยมีความเป็นปัจเจกมากขึ้น มีการพึ่งพากันลดลง โดยเฉพาะในชนบทที่เห็นแนวโน้มสุขภาพสังคมที่ลดลง ในขณะที่เขตเมืองมีแนวโน้มดีขึ้น ทำให้ความแตกต่างของสุขภาพสังคมระหว่างในเมืองและชนบทลดลง"

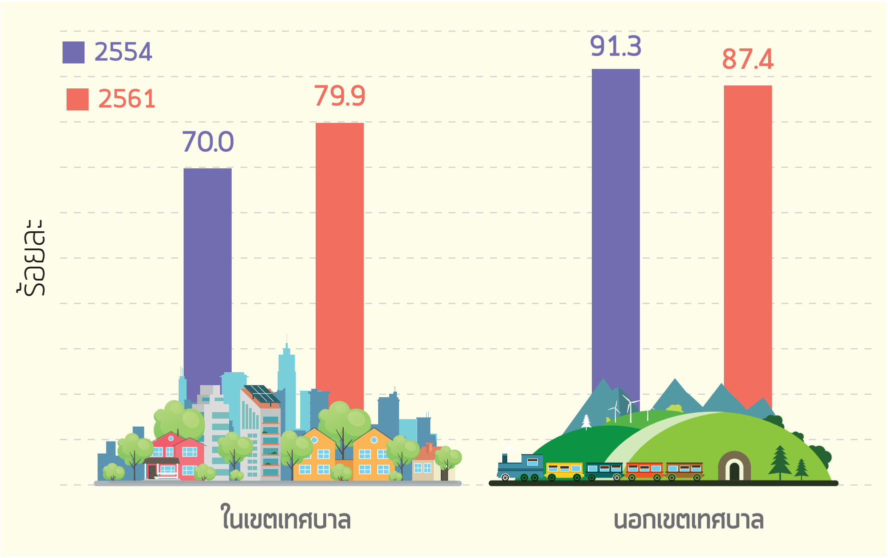
สังคมที่ดีเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาวะที่ดี ทุกวันนี้แนวโน้มสุขภาพสังคมของวัยรุ่นและเยาวชนมีความต่างคนต่างอยู่มากขึ้น ในปี 2551 มีเพียงร้อยละ 3.5 ของนักเรียนมัธยมที่ไม่มีเพื่อนสนิท และได้เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวเป็นร้อยละ 6.6 ในปี 2558 ในขณะเดียวกัน สัดส่วนของนักเรียนมัธยมที่รู้สึกว่าเพื่อนช่วยเหลือหรือมีน้ำใจลดลงจากร้อยละ 78 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 61 ในปี 2558



หมายเหตุ : สำรวจในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา 1-6
ที่มา : การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2551 และ 2558, กระทรวงสาธารณสุข

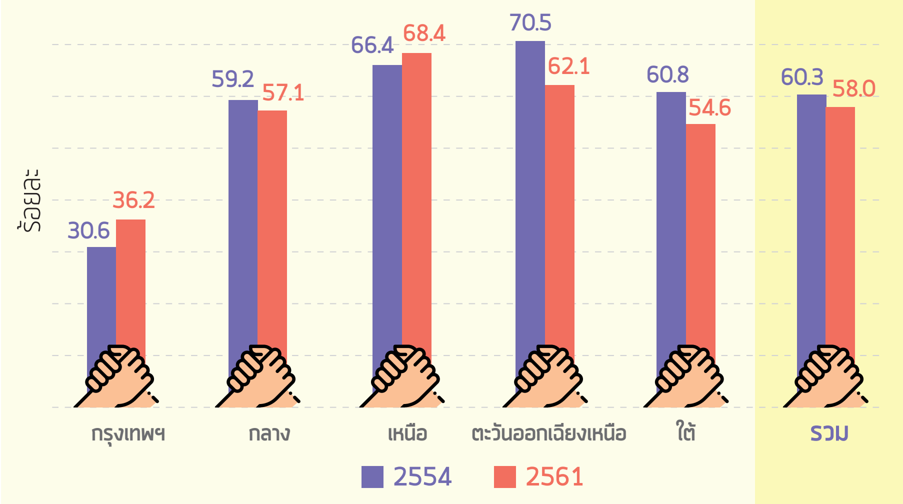
มิติที่สำคัญของการมีสุขภาพสังคมที่ดี คือความรู้สึกว่าชุมชนที่ตนอาศัยอยู่มีความปลอดภัย ซึ่งวัยรุ่นและเยาวชนในเขตเทศบาลมีแนวโน้มดีขึ้น โดยมีสัดส่วนที่มั่นใจว่าชุมชนปลอดภัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.0 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 79.9 ในปี 2561 แต่ยังคงน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล แม้จะมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 91.3 เป็นร้อยละ 87.4 ในช่วงเวลาเดียวกัน

สัดส่วนที่มั่นใจว่าชุมชนที่อาศัยอยู่มีความปลอดภัย (อายุ 15-24 ปี)



หมายเหตุ : ผู้ที่ตอบเห็นด้วยในระดับมากถึงมากที่สุด
ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2554 และ 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สัดส่วนที่เชื่อมั่นว่าเมื่อเดือดร้อนมีหน่วยงานในชุมชนช่วยเหลือ (อายุ 15-24 ปี)

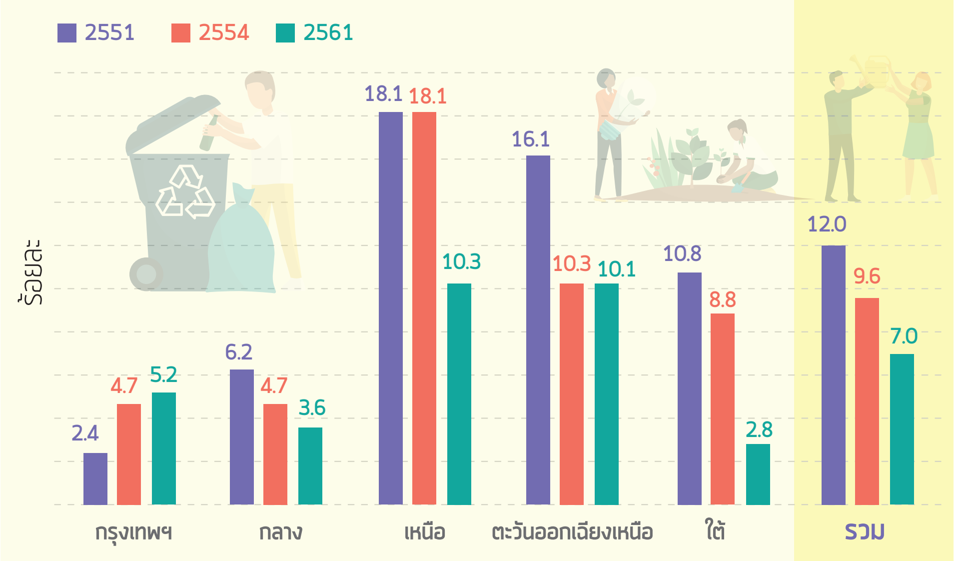


หมายเหตุ : ผู้ที่ตอบเห็นด้วยในระดับมากถึงมากที่สุด
ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2554 และ 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ความคุ้มครองทางสังคมเป็นอีกมิติของสุขภาพสังคม เช่น การรู้สึกเชื่อมั่นว่าถ้าเดือดร้อน หน่วยงานในชุมชน เช่น วัด ชมรม หรือมูลนิธิต่างๆ จะยื่นมือมาให้ความช่วยเหลือ ในภาพรวมความรู้สึกเชื่อมั่นลดลงจากร้อยละ 60.3 เป็นร้อยละ 58.0 แต่ในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.6 เป็น 36.2 ในปี 2554 และ 2561 ตามลำดับ แต่ยังคงอยู่ในระดับน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น ในขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนหรือหมู่บ้านมีแนวโน้มลดลงในทุกภาค ยกเว้นกรุงเทพมหานคร

ช่องทางการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงวัยรุ่นได้ดีช่องทางหนึ่ง คือ **สายด่วนหรือระบบออนไลน์** โดยเฉพาะหากเป็นปัญหาที่วัยรุ่นไม่อยากให้มีใครทราบ เช่น การตั้งครรภ์ในวัยเรียน ตัวอย่างบริการดังกล่าว ได้แก่ **1663 สายด่วนปรึกษาเอดส์และท้องไม่พร้อม** ที่มีวัยรุ่นและเยาวชนใช้บริการจำนวนมาก ในปี 2560 มีวัยรุ่นและเยาวชนโทรมาปรึกษาเรื่องท้องไม่พร้อม **มากกว่า 25,000 สาย**

สัดส่วนที่เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน/หมู่บ้านเป็นประจำ (อายุ 15-24 ปี)



หมายเหตุ : กิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เช่น ปลูกป่า ช่วยคนเดือดร้อน กิจกรรมรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด เป็นต้น
ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 2554 และ 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

อาหารฟาสต์ฟู้ดยังคงเป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนไทย ในกรุงเทพมหานคร มากกว่า 2 ใน 3 ของวัยรุ่นและเยาวชนรับประทานฟาสต์ฟู้ดอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

" เทคโนโลยีทุกวันนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นและเยาวชนไทยมากขึ้น ทั้งเพจรีวิวอาหาร ฟู้ดบล็อกเกอร์ และที่สำคัญ คือ แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหาร ที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดเทรนด์อาหาร และการเข้าถึงร้านอาหารง่ายดายอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน "

รับประทานอาหารครบ 3 มื้อหรือมากกว่า

รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ

จำนวนมื้อหลัก และสาเหตุที่ทานไม่ครบมื้อ (อายุ 10-24 ปี)

สาเหตุ	ชาย	หญิง
ไม่มีเวลา	74.7%	55.5%
ลดน้ำหนัก	2.7%	24.4%
อื่น ๆ	22.6%	20.1%

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การกินเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ วัยรุ่นและเยาวชนไทยส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน มีเพียงบางส่วนที่รับประทานไม่ครบ โดยผู้ชาย 3 ใน 4 ที่งดมื้ออาหารเป็นเพราะไม่มีเวลา ในขณะที่ผู้หญิงกว่าครึ่งงดเพราะไม่มีเวลา และอีก 1 ใน 4 งดอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

การเลือกซื้ออาหารสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนไทยยังเป็นไปตามความชอบ (ร้อยละ 27.7) ความอยากรับประทาน (ร้อยละ 18.8) และรสชาติ (ร้อยละ 18.8) เป็นหลัก มีเพียงร้อยละ 8.1 ที่คำนึงถึงคุณค่าทางอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านอื่นๆ ที่พบ เช่น การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดจากประเทศตะวันตกที่อาจมีรสชาติถูกปาก แต่ให้พลังงานและไขมันในสัดส่วนที่สูง ในปี 2560 ร้อยละ 47.8 ของวัยรุ่นและเยาวชนทั่วประเทศรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ในขณะที่พฤติกรรมการกินผักผลไม้ในกลุ่มนี้ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 10-14 ปี ที่ไม่ถึง 1 ใน 4 ที่บริโภคผักผลไม้สดเป็นประจำทุกวัน

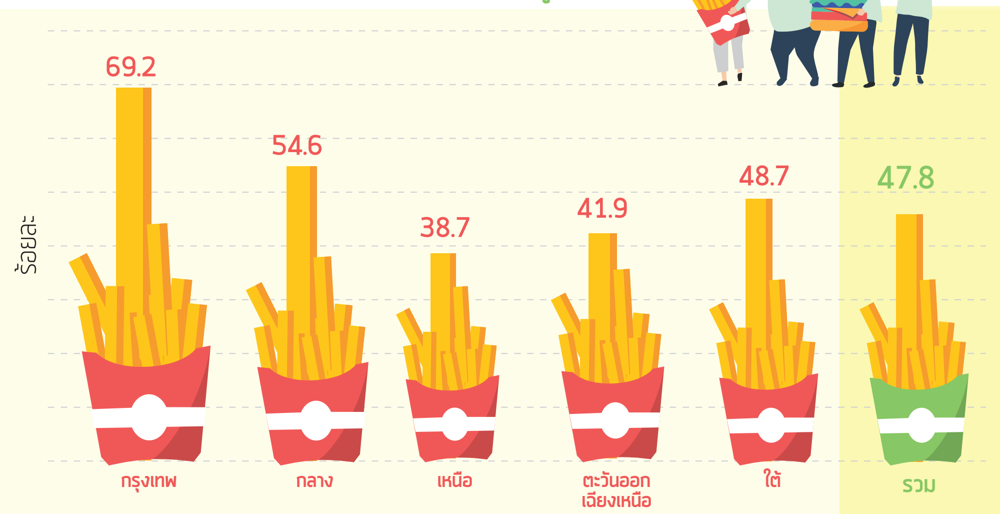
สิ่งที่คำนึงถึง 5 อันดับแรกก่อนเลือกซื้ออาหาร

อายุ 10-24 ปี

1. ความชอบ 27.7%
2. ความอยากรับประทาน ... 18.8%
3. รสชาติ 18.8%
4. คุณค่าทางอาหาร 8.1%
5. ความสะดวก 6.5%

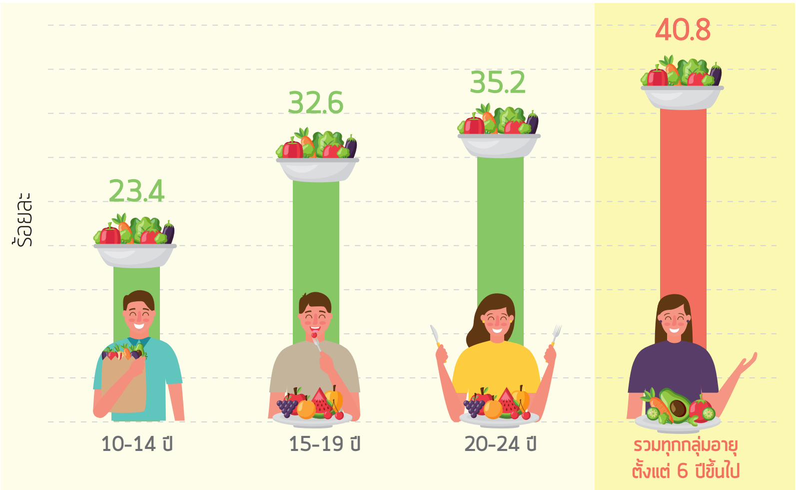
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สัดส่วนวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) ที่บริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดจากประเทศตะวันตก อย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ จำแนกตามภูมิภาค



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

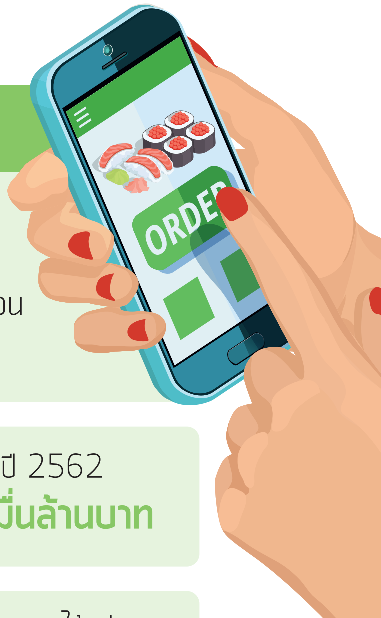
สัดส่วนวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 10-24 ปี) ที่บริโภคผักผลไม้สดเป็นประจำทุกวัน



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ทุกวันนี้เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการเชื่อมต่อระหว่างร้านอาหารและผู้บริโภค แอปพลิเคชันสั่งซื้ออาหารปัจจุบันมีหลายแพลตฟอร์มให้เลือกใช้ และหากพิจารณาจากอัตราการเติบโตของตลาดแล้ว คงปฏิเสธไม่ได้ว่าแอปพลิเคชันเหล่านี้ได้รับความนิยม และย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการกินของวัยรุ่นและเยาวชนไทยต่อไปในอนาคต

Food Delivery Application



การสั่งซื้ออาหารผ่านแอปพลิเคชันเริ่มเป็นที่แพร่หลายโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ การสั่งซื้ออาหารผ่านแอปสร้างความสะดวกสบายให้ผู้บริโภค ทำให้การเข้าถึงร้านที่ต้องใช้เวลาเดินทางนาน รถติด ไม่มีที่จอด แดดร้อน หรือรอคิวนาน เป็นไปได้อย่างง่ายดายยิ่งขึ้น

ปี 2557-2561 การขยายตัวเฉลี่ยอยู่ที่ **ร้อยละ 11 ต่อปี**

ร้อยละ 63 ของกลุ่มตัวอย่างคิดว่าจะสั่งผ่านแอปพลิเคชันมากขึ้นและรับประทานอาหารนอกบ้านน้อยลง

คาดการณ์มูลค่าตลาดปี 2562 **ราว 3.3 - 3.5 หมื่นล้านบาท**

เวลายอดนิยมในการสั่งอาหาร ได้แก่ **ช่วงเย็นของวันศุกร์และเสาร์**

ที่มา : K SME Analysis อยากกินต้องได้กิน SME ร้านอาหารปรับรับ Food Delivery, ศูนย์วิจัยกสิกรไทย

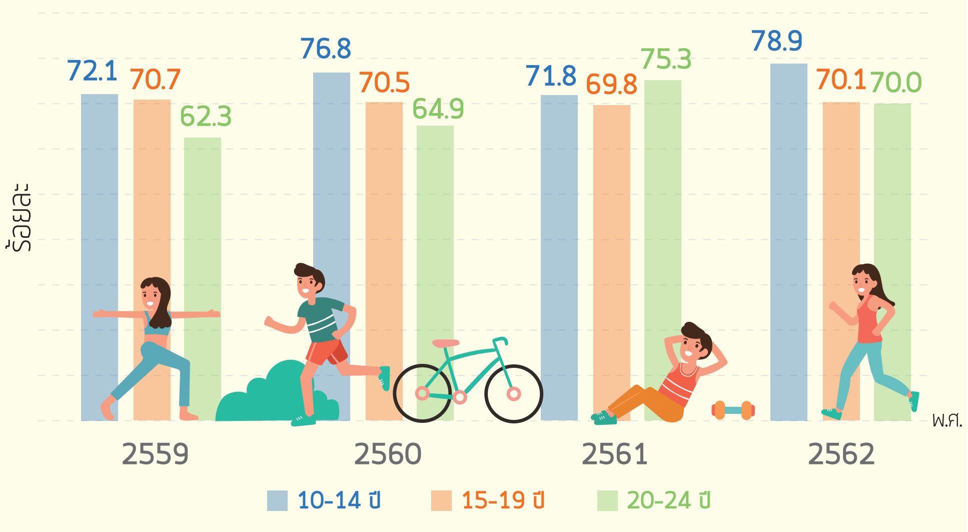
5 กิจกรรมทางกาย

วัยรุ่นและเยาวชนชาย ร้อยละ 79.8 มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ เปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ร้อยละ 66.6

“ความแตกต่างของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ไม่ได้เป็นเรื่องเฉพาะของแต่ละบุคคล แต่มีปัจจัยกำหนดจำนวนมาก เช่น บริบททางสภาพแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม การสนับสนุนให้กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนมีกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น จึงจำเป็นต้องเข้าใจบริบทแวดล้อม”

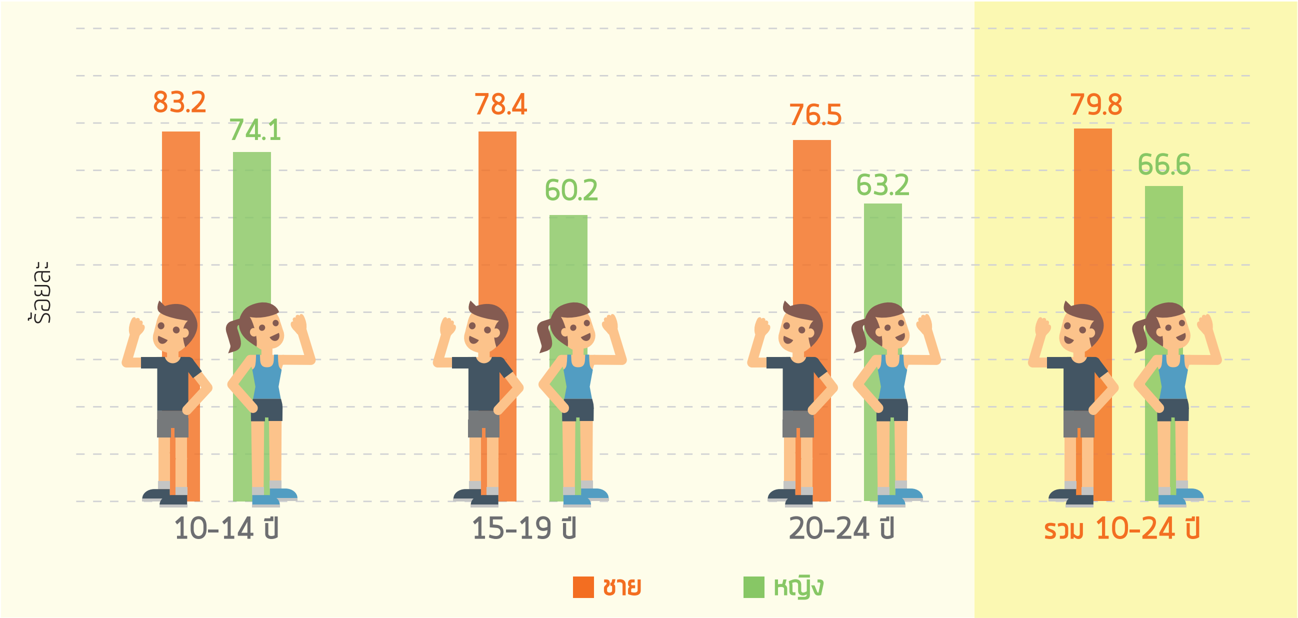
สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนไทย กลุ่มอายุ 10-14 ปีเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงสุด และโดยมากจะมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ยกเว้นในปี 2561) ในปี 2562 กลุ่มอายุ 10-14 ปีร้อยละ 78.9 มีกิจกรรมเพียงพอ เทียบกับประมาณร้อยละ 70 ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี

สัดส่วนวัยรุ่นและเยาวชนที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ



ที่มา : โครงการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย พ.ศ. 2562, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สัดส่วนวัยรุ่นและเยาวชนที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ปี 2562



ที่มา : โครงการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย พ.ศ. 2562, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิจกรรมทางกายยอดนิยมจากการทำงาน และการออกกำลังกาย/เล่นกีฬา ระดับปานกลาง 5 อันดับ จำแนกตามเพศ

เพศชาย — จากการทำงาน

การเคลื่อนไหวร่างกายของนักเรียนในวิชาพลศึกษา/ลูกเสือเนตรนารี/เกษตรกรรม	ยกสิ่งของ/เข็นสิ่งของ/เคลื่อนย้ายสิ่งของ	กวาดบ้าน/ถูบ้าน/ทำความสะอาดบ้าน/ล้างห้องน้ำ	งานอาชีพ	ทำสวน ตัดต้นไม้ ตัดหญ้า
26.8%	12.1%	6.2%	4.7%	3.2%

เพศหญิง — จากการทำงาน

การเคลื่อนไหวร่างกายของนักเรียนในวิชาพลศึกษา/ลูกเสือเนตรนารี/เกษตรกรรม	กวาดบ้าน/ถูบ้าน/ทำความสะอาดบ้าน/ล้างห้องน้ำ	ยกสิ่งของ/เข็นสิ่งของ/เคลื่อนย้ายสิ่งของ	ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ	ซักผ้า/รีดผ้า
25.6%	10.6%	5.1%	4.4%	3.7%

เพศชาย — จากการออกกำลังกาย เล่นกีฬา

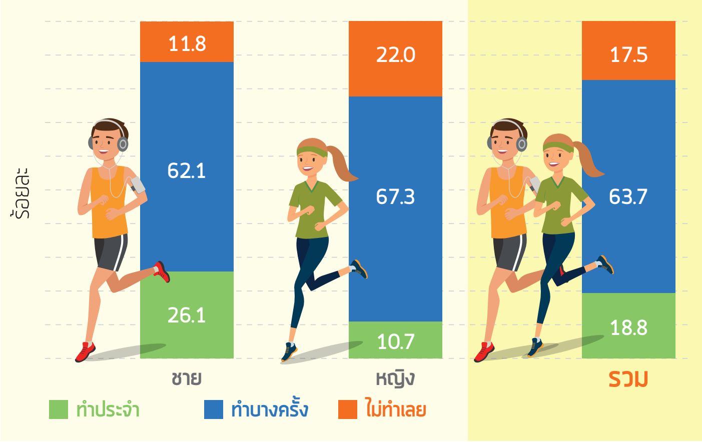
ฟุตบอล	วิ่ง/วิ่งเพื่อสุขภาพ/วิ่งบนลู่วิ่ง	วิ่งเล่น	ตะกร้อ	ปั่นจักรยานเพื่อสุขภาพ
30.4%	12.1%	6.2%	4.7%	3.2%

เพศหญิง — จากการออกกำลังกาย เล่นกีฬา

วิ่ง/วิ่งเพื่อสุขภาพ/วิ่งบนลู่วิ่ง	วิ่งเล่น	แบดมินตัน	วอลเลย์บอล	เดินเล่น/เดินเพื่อสุขภาพ
8.4%	7.0%	6.4%	5.8%	4.3%

หมายเหตุ : อายุ 10-24 ปี
ที่มา : โครงการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย พ.ศ. 2562, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

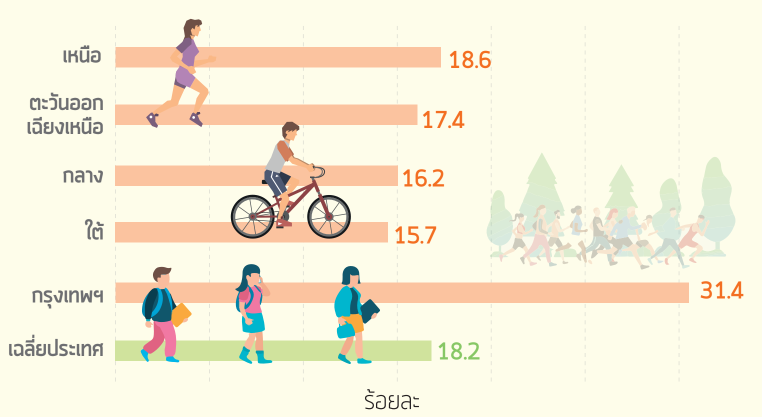
การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย (อายุ 13-24 ปี)



ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ด้วยลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย วัยรุ่นและเยาวชนเพศหญิงมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าเพศชายอย่างเห็นได้ชัดในทุกช่วงอายุ โดยความแตกต่างหลักเกิดจากการที่ผู้หญิงมีกิจกรรมการออกกำลังกายและเล่นกีฬาน้อย ในปี 2561 พบว่าวัยรุ่นและเยาวชนหญิงกว่า 1 ใน 5 ไม่เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเลย กิจกรรมทางกายของผู้หญิงโดยมากมาจากวิชาในโรงเรียนเท่านั้น ในขณะที่ผู้ชายมีการเล่นกีฬานอกเหนือจากวิชาในโรงเรียน เช่น การเล่นฟุตบอล เป็นต้น

การมีกิจกรรมทางกายจากการเดินทางสัญจร



หมายเหตุ : อายุ 10-24 ปี
ที่มา : โครงการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย พ.ศ. 2562, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอของแต่ละกลุ่มอายุ

อายุ 5-17 ปี: ต้องมีกิจกรรมทางกายที่ระดับความหนักปานกลางถึงระดับหนักทุกประเภท รวมสะสมไม่น้อยกว่า 60 นาทีต่อวัน

อายุ 18-64 ปี: ต้องมีกิจกรรมทางกายระดับหนักสะสมอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับปานกลางสะสมอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยในแต่ละครั้งต้องปฏิบัติต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 นาที

ที่มา : Global Recommendations on Physical Activity for Health 2010, World Health Organization

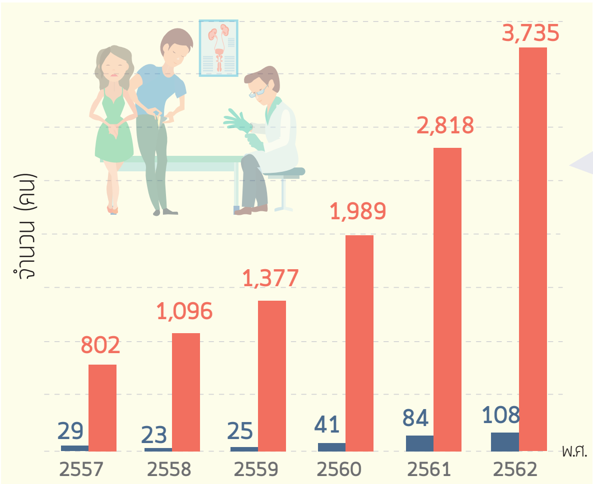
กิจกรรมทางกายที่เกิดจากการสัญจร ไม่ว่าจะเป็นการเดินหรือการปั่นจักรยาน สะท้อนให้เห็นบริบทที่แตกต่างของพื้นที่สำหรับวัยรุ่นและเยาวชนไทย พบว่าทั้งประเทศร้อยละ 18.2 มีกิจกรรมทางกายจากการสัญจร โดยวัยรุ่นและเยาวชนในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายจากการสัญจรที่ร้อยละ 31.4 ซึ่งสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ เกือบเท่าตัว

6 พฤติกรรมทางเพศ

จำนวนวัยรุ่นและเยาวชนป่วยด้วยโรคซิฟิลิสพุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2562 สูงถึงเกือบ 4,000 คน

“ความเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงชีวิตของวัยรุ่นและเยาวชน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงอนาคต เช่น การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ดังนั้นการให้ความรู้ พร้อมทั้งปลูกฝังทัศนคติ ค่านิยมที่ถูกต้องอันนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ”

จำนวนวัยรุ่นและเยาวชนป่วยด้วยโรคซิฟิลิส



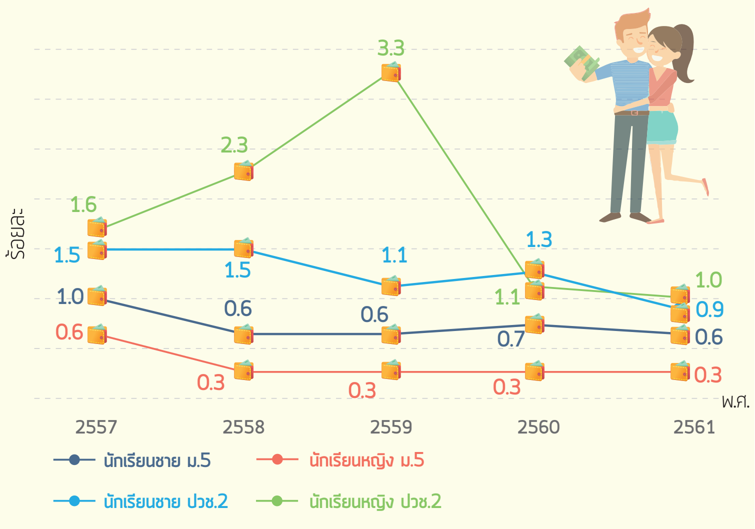
ปี 2562 วัยรุ่นและเยาวชนป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทุกโรค (ไม่รวมเอชไอวี/เอดส์) จำนวน 16,262 คน กลุ่มอายุ 10-14 ปี จำนวน 687 คน กลุ่มอายุ 15 -19 ปี จำนวน 15,575 คน

ที่มา : รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557 – 2562, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ประเทศไทยแม้จะประสบความสำเร็จในการรณรงค์เกี่ยวกับการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นหนึ่งในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลงได้ แต่กลับพบว่าวัยรุ่นและเยาวชนป่วยเป็นซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก เป็นภาพสะท้อนว่าการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจยังเข้าไม่ถึงวัยรุ่นและเยาวชน หรือยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย หรืออาจเป็นเพราะพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป

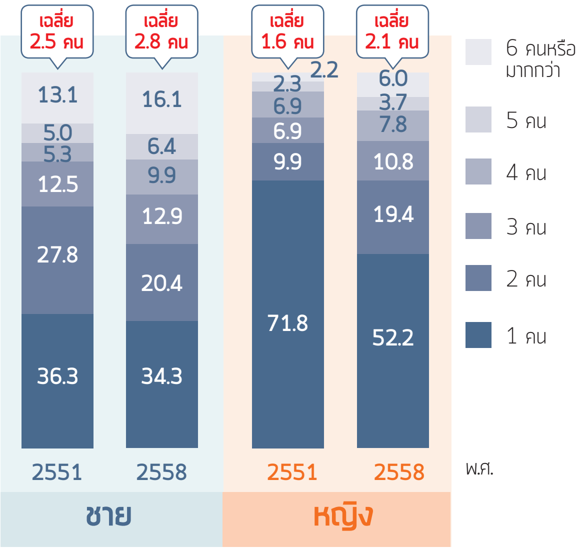
พฤติกรรมทางเพศของประชากรวัยเรียนดูเหมือนจะดีขึ้น เช่น การมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับเงินหรือสิ่งของที่ลดลง แต่ก็พบว่าจำนวนคู่นอนของประชากรวัยนี้มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง

สัดส่วนประชากรวัยเรียนมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับเงินหรือสิ่งของ



ที่มา : รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2557 – 2562, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

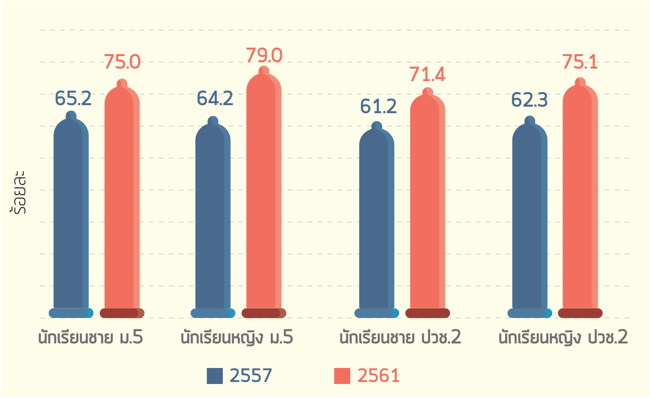
จำนวนคู่นอนของประชากรวัยเรียนในช่วงชีวิตที่ผ่านมา



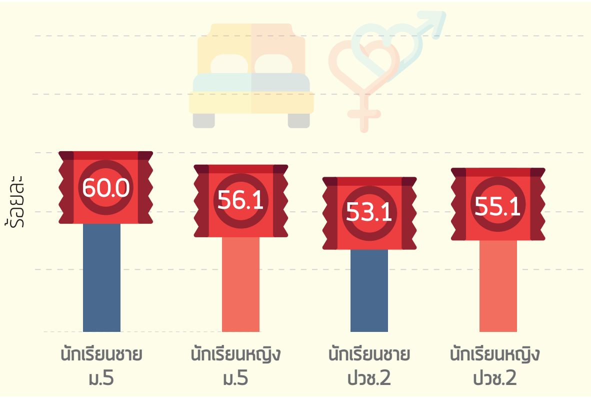
หมายเหตุ : นักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1-มัธยมศึกษาปีที่ 6
ที่มา : การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2551 และ 2558, กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่เป็นนักเรียน พบว่าการใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่แฟนในรอบปีที่ผ่านมามีเพียงประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้น ขณะที่การใช้ถุงยางอนามัยครั้งแรกในการมีเพศสัมพันธ์ค่อนข้างดีขึ้น เช่นเดียวกับการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับคนอื่นของกลุ่มนักเรียนหญิง

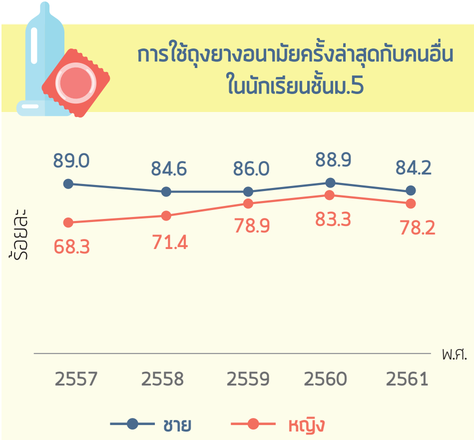
ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

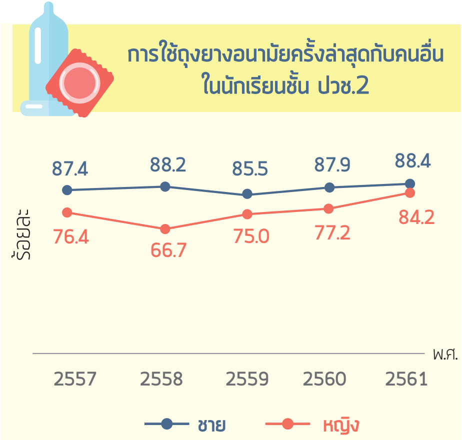


ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาปี 2561



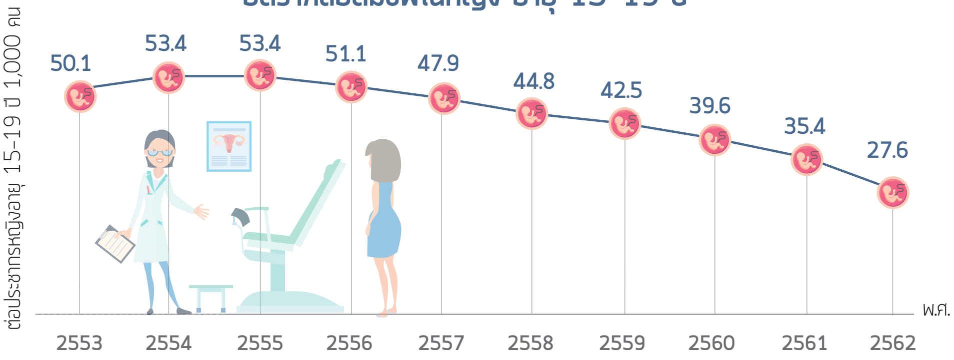
ที่มา : รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557, 2561, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค





ที่มา : รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557 – 2562, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

อัตราคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15-19 ปี



ที่มา : รายงานสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ 2562, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข

ตั้งแต่ปี 2556 เป็นต้นมา อัตราคลอดมีชีพในหญิงวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงชัดเจน ซึ่งสวนทางกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะซิฟิลิสที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การที่วัยรุ่นไทย “ท้องน้อยลง แต่เสี่ยงโรคเพิ่มขึ้น” ย่อมเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและเยาวชนที่เปลี่ยนแปลงไป จากข้อมูลที่พบว่าจำนวนคู่นอนของวัยรุ่นและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ควบคู่กับการป้องกันการตั้งครรภ์ รวมไปถึงการสร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัย ให้กับกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ เพราะนอกจากถุงยางอนามัยจะป้องกันในเรื่องการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรแล้ว ขณะเดียวกันยังสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อีกด้วย

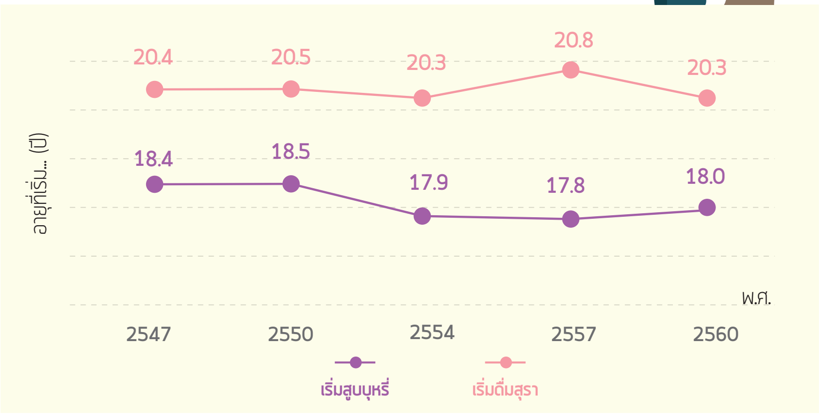
7 พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ

ในปี 2560 วัยรุ่นและเยาวชนไทย (15-24) ปี ร้อยละ 15.4 สูบบุหรี่ และร้อยละ 23.9 ดื่มสุรา

“ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนไทย ยังคงเป็นเรื่องบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ และยังมีผลต่อเนื่องไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่นที่อาจนำไปสู่การสูญเสียจากการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุบนท้องถนน”

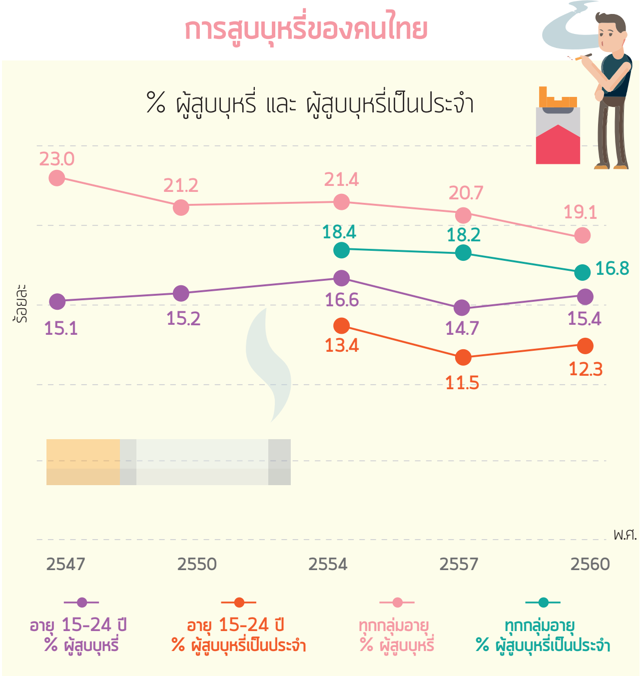
การสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การป้องกันการเข้าสู่การเป็นนักสูบและนักดื่มหน้าใหม่ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นและเยาวชนเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ การสำรวจในปี 2560 พบอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่และดื่มสุราครั้งแรกของคนไทย คือ 18.0 ปี และ 20.3 ปี ตามลำดับ โดยการสูบบุหรี่และดื่มสุรามีแนวโน้มเริ่มในอายุที่น้อยลงเล็กน้อย

อายุเฉลี่ยที่เริ่ม... ครั้งแรกของคนไทย



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

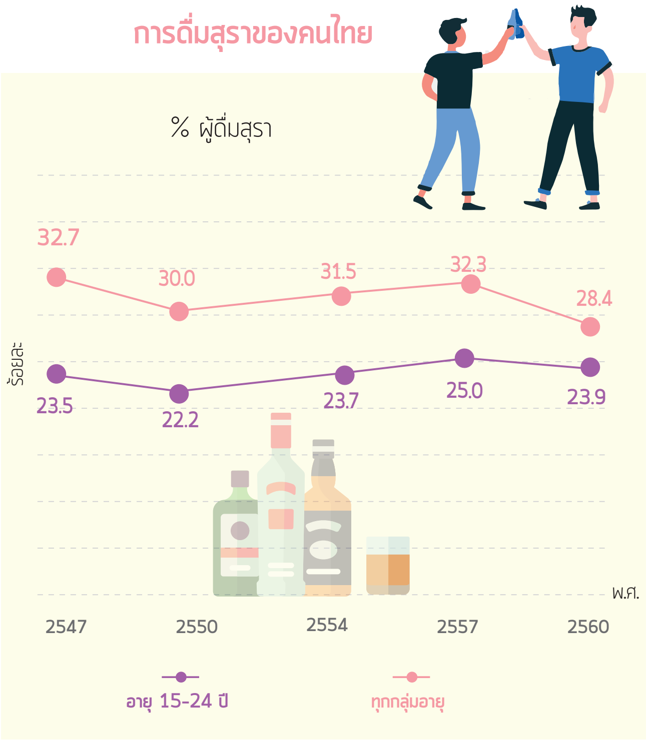
การสูบบุหรี่ของคนไทย



หมายเหตุ : ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ณ ช่วงเวลาของการสำรวจ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ที่ “สูบนาน ๆ ครั้ง” และ ผู้ที่ “สูบเป็นประจำ”

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

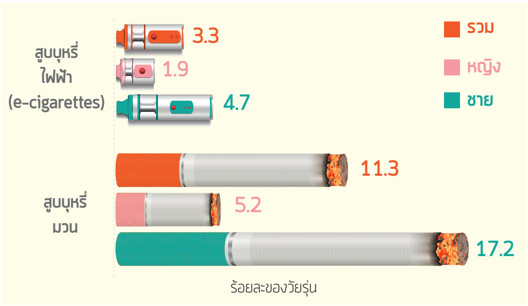
การดื่มสุราของคนไทย



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แม้ภาพรวมการสูบบุหรี่ของคนไทยโดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุจะลดลง แต่สัดส่วนวัยรุ่นและเยาวชน (15-24 ปี) ที่สูบบุหรี่ยังค่อนข้างทรงตัวอยู่ที่ประมาณร้อยละ 15 โดยในปี 2560 ร้อยละ 12.3 หรือ 1 ใน 8 ของวัยรุ่นและเยาวชน เป็นกลุ่มนักสูบประจำ การสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นอายุน้อย (ต่ำกว่า 15 ปี) ซึ่งยังขาดข้อมูลและการสำรวจอย่างต่อเนื่อง รวมถึง การเข้ามาของบุหรี่รูปแบบใหม่ หรือ บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งในปี 2558 พบว่ามีวัยรุ่นชายอายุ 13-15 ปี ถึงประมาณร้อยละ 5 ที่สูบ เป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาและติดตาม

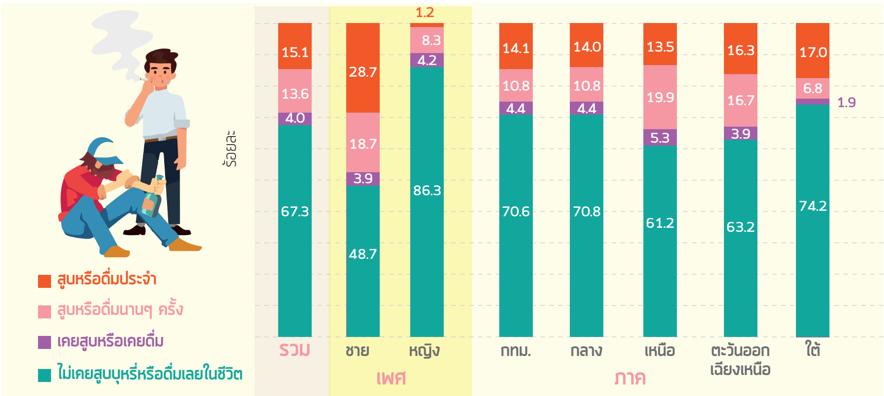
การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นไทยอายุ 13-15 ปี



ที่มา : Global Youth Tobacco Survey 2015, World Health Organization

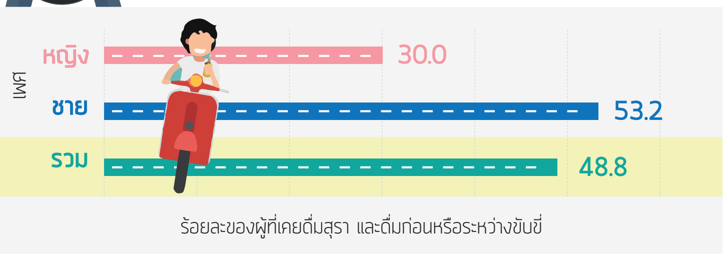
สถานการณ์ในส่วนของสุรา นักดื่มวัยรุ่นและเยาวชน (15-24 ปี) แม้จะลดลงจากร้อยละ 25.0 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 23.9 แต่นับว่ายังสูงกว่าสัดส่วนนักดื่มในปี 2547-2554 อยู่เล็กน้อย เมื่อพิจารณาทั้งพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราร่วมกัน พบว่า วัยรุ่นและเยาวชนไทยที่รายงานว่าไม่เคยทั้งสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเลยมาก่อนในชีวิต มีสัดส่วนประมาณ 2 ใน 3

พฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุราของวัยรุ่นและเยาวชน (15-24 ปี)



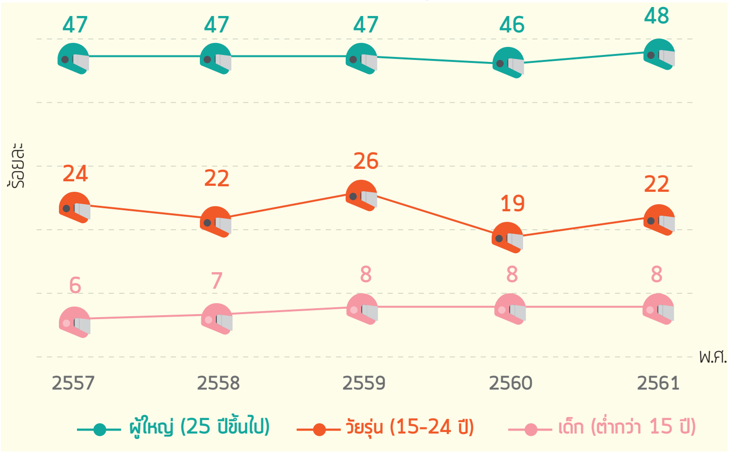
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การดื่มสุราแล้วขับขี่ยานพาหนะของวัยรุ่นและเยาวชน (15-24 ปี)



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์



ที่มา : อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย พ.ศ. 2557 - 2561, มูลนิธิไทยโรดส์

การดื่มสุราหรือบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นและเยาวชนไทยยังคงเป็นเรื่องที่สังคมและทุกฝ่ายควรต้องจับตาและเฝ้าระวังเพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่นของวัยรุ่นและเยาวชนได้ จากสาเหตุการขาดสติและความประมาทที่อาจนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการไม่ตระหนักและให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามกฎจราจร ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่เป็นนักดื่มปี 2560 พบว่า ถึงเกือบครึ่งเคยดื่มสุราก่อนหรือระหว่างการขับขี่ยานพาหนะ ขณะที่ ข้อมูลพฤติกรรมความปลอดภัยในการสวมหมวกนิรภัยเมื่อใช้รถจักรยานยนต์ในปี 2561 พบว่า สัดส่วนผู้ใหญ่คนไทยที่สวมหมวกนิรภัยมีเพียงร้อยละ 48 หรือไม่ถึงครึ่ง แต่สัดส่วนนี้กลับน้อยลงไปอีกเมื่อพิจารณาในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนซึ่งมีเพียงร้อยละ 22 เท่านั้น

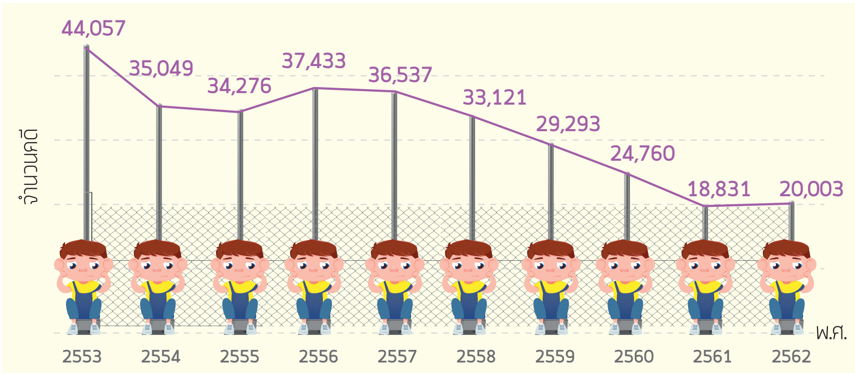
8 พฤติกรรมเสี่ยงทางสังคม

เด็กและเยาวชนถูกจับกุมส่งสถานพินิจฯ ในปี 2562 ทั้งสิ้น 20,003 คดี ครึ่งหนึ่งเป็นฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ

“ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด ความอยากรู้และอยากลองสิ่งใหม่ ๆ ที่ยังขาดความเข้าใจ ความตระหนัก และการควบคุมตนเองที่เหมาะสมของวัยรุ่นและเยาวชน อาจนำไปสู่การประพฤติและพฤติกรรมเสี่ยงทางสังคมที่ไม่ถูกต้อง หรือเป็นอันตราย”

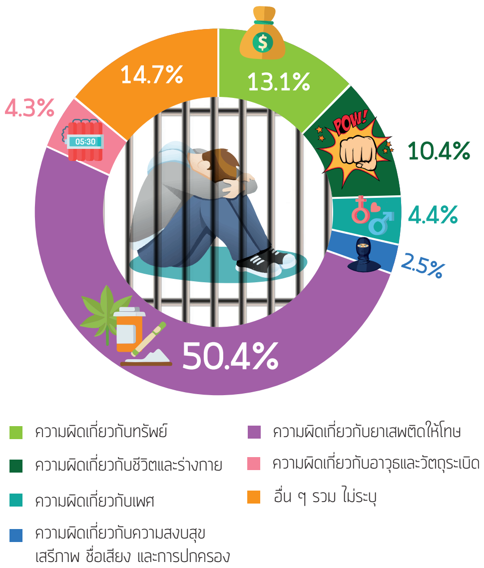
จากข้อมูลกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน แม้จำนวนคดีรับใหม่ในสถานพินิจฯ ทั่วประเทศ จะมีแนวโน้มลดลงจากที่เคยสูงถึง 4.4 หมื่นคดีในปี 2553 แต่ “ยาเสพติดให้โทษ” ยังคงเป็นสาเหตุการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนไทยที่สูงสุดในอันดับแรก โดยนับเป็นทั้งปัญหาทางสังคมและปัญหาทางสุขภาพที่มีความรุนแรงในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนมากที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรในช่วงวัยอื่น ในจำนวนผู้ต้องหาคดีเสพและผู้รับการบำบัดรักษาปัญหายาเสพติดทั้งหมดในปี 2561 ถึงประมาณร้อยละ 40 พบว่า เป็นกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-24 ปี

จำนวนคดีที่เด็กและเยาวชน (อายุไม่ถึง 18 ปี) ถูกจับกุมส่งสถานพินิจฯ



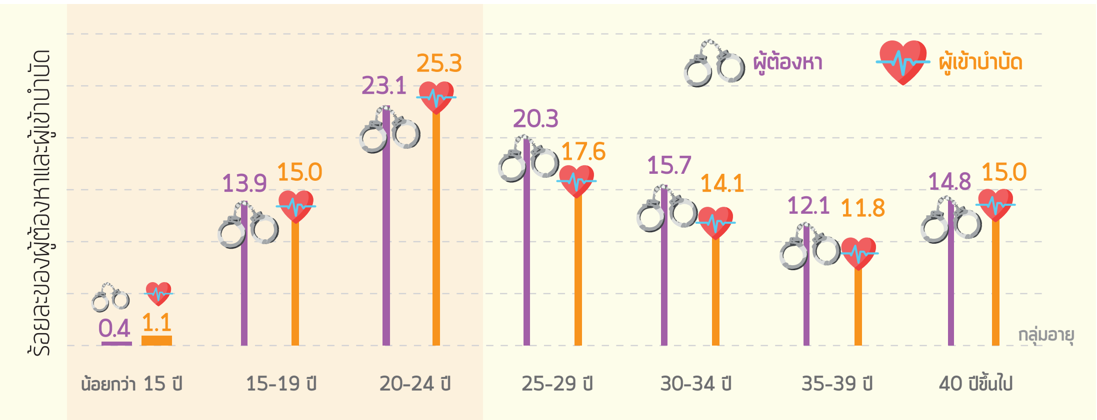
ที่มา : รายงานจำนวนคดีเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี พ.ศ. 2553-2562, กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ฐานความผิดของคดีที่เด็กและเยาวชน (อายุไม่ถึง 18 ปี) ถูกจับกุมฯ ปี 2562



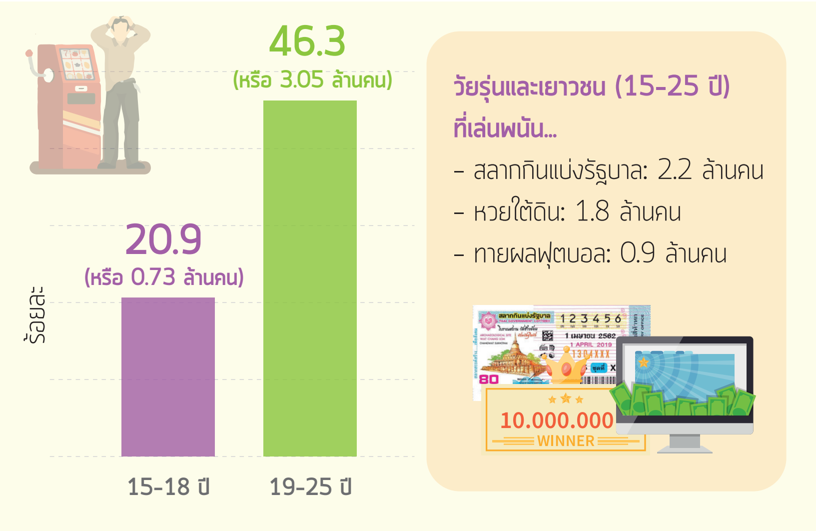
ที่มา : รายงานจำนวนคดีเด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี พ.ศ. 2562, กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ผู้ต้องหาคดีเสพ และผู้รับการบำบัดรักษาปัญหายาเสพติด จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2561



ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.)

ประมาณการวัยรุ่นและเยาวชนที่เล่นการพนัน



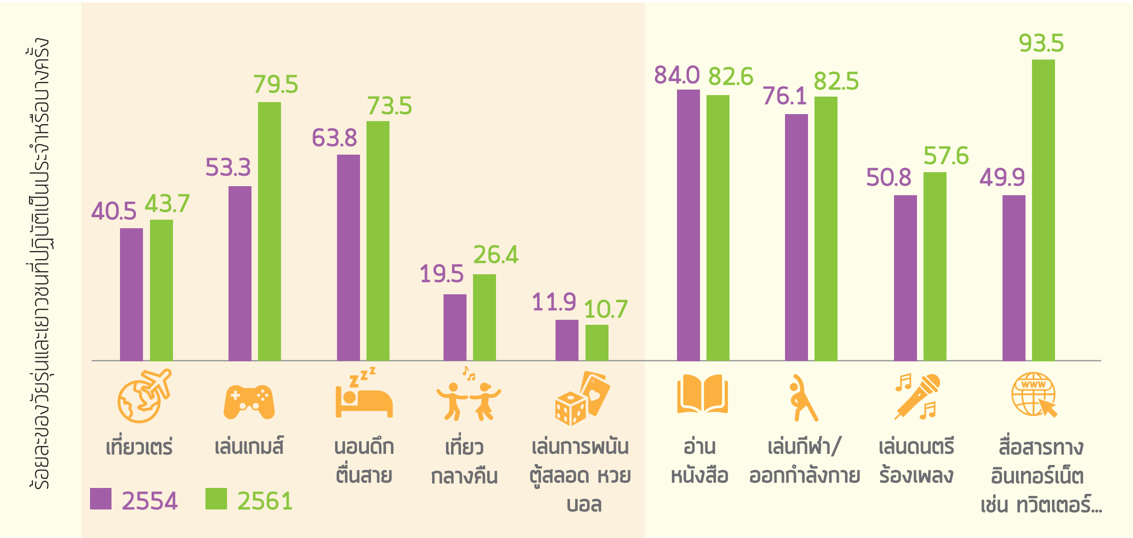
ที่มา : ประมวลข้อมูลจาก รายงานสถานการณ์การพนันในสังคมไทย ปี 2562, ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การเล่นหรือติดพนันเป็นอีกกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากลักษณะการเลี้ยงดู และ บทบาทความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึง พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตหรือสื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มมากขึ้นในยุคปัจจุบัน ในปี 2562 ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน ประมาณการจำนวนวัยรุ่นและเยาวชนไทย (อายุ 15-25 ปี) ที่เล่นพนันว่ามีมากถึงเกือบ 4 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นการเล่นสลากกินแบ่งรัฐบาล หวยใต้ดิน และทายผลฟุตบอล ตามลำดับ

การศึกษากับผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่รับการรักษากับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใน พ.ศ. 2560 จำนวน 117 คน พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของเด็กและวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้อินเตอร์เน็ต ลักษณะการเลี้ยงดูที่ตามใจบ้างเข้มงวดบ้าง และ การไม่ได้อยู่ด้วยกันของพ่อแม่กับเด็กและวัยรุ่น (ที่มา: วรรณวิสา นากสุข และคณะ, 2562)

สำหรับพฤติกรรมทางสังคมในด้านอื่น การสำรวจในปี 2561 พบพฤติกรรมการเที่ยวเตร่ เล่นเกม นอนดึกตื่นสาย และเที่ยวกลางคืนของวัยรุ่นและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันการเล่นกีฬาออกกำลังกาย และเล่นดนตรีร้องเพลงก็เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเช่นกัน แต่ที่เพิ่มขึ้นชัดเจนที่สุดเป็นพฤติกรรมการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เช่น ทวิตเตอร์ ไลน์ หรือ เฟซบุ๊ก ที่เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จากร้อยละ 49.9 เป็น 93.5 ระหว่างปี 2554-2561

พฤติกรรมทางสังคมของวัยรุ่นและเยาวชนไทย (อายุ 13-24 ปี)



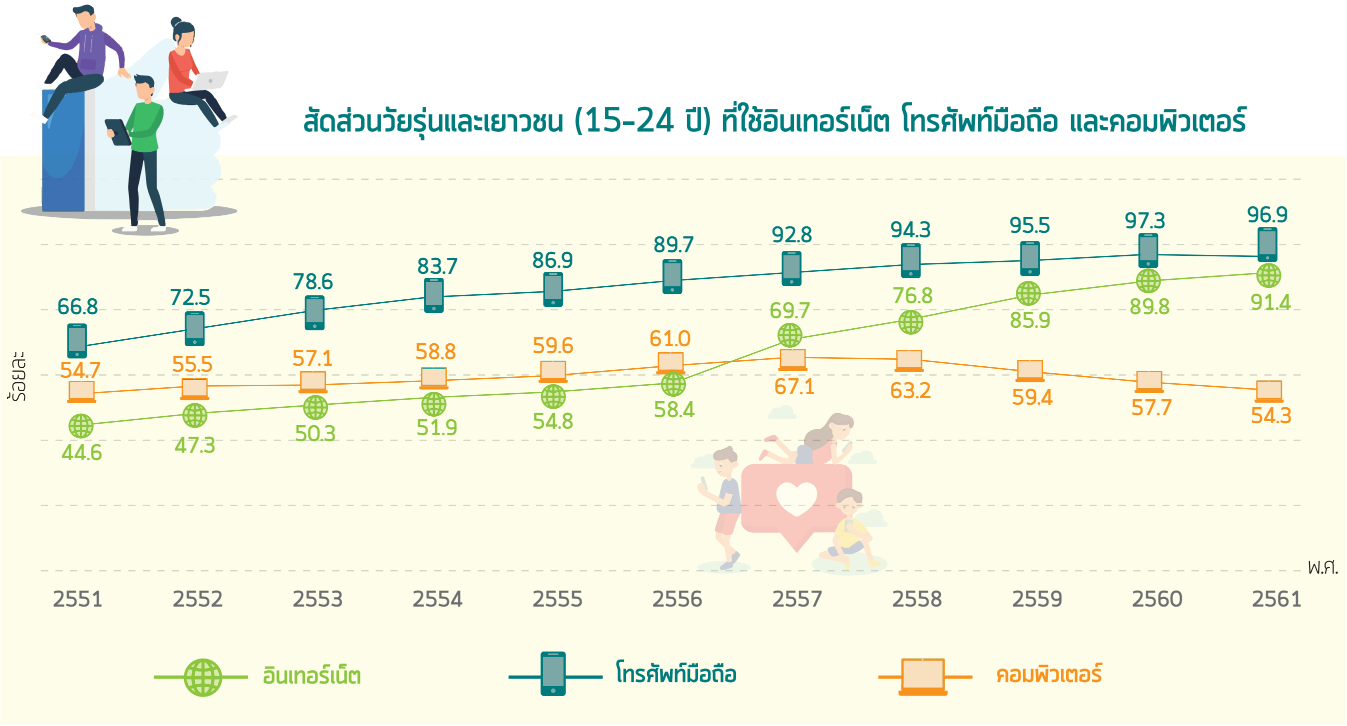
ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2554 และ 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

9 สื่อสังคมออนไลน์

วัยรุ่นและเยาวชนไทยมากกว่าร้อยละ 90 เข้าถึงอินเทอร์เน็ต ส่วนใหญ่ใช้เพื่อการสื่อสารบนเครือข่ายสังคมออนไลน์

" บนโลกออนไลน์ที่เปิดกว้างและสามารถเข้าถึงได้เกือบทุกสถานที่ ทุกเวลา ผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ โดยเฉพาะโทรศัพท์มือถือ ที่ปัจจุบันวัยรุ่นและเยาวชนไทยเกือบทุกคนเป็นเจ้าของ การพัฒนาทักษะในการใช้และการรู้เท่าทันสื่ออินเทอร์เน็ต และสังคมออนไลน์เป็นเรื่องที่ต้องส่งเสริม "

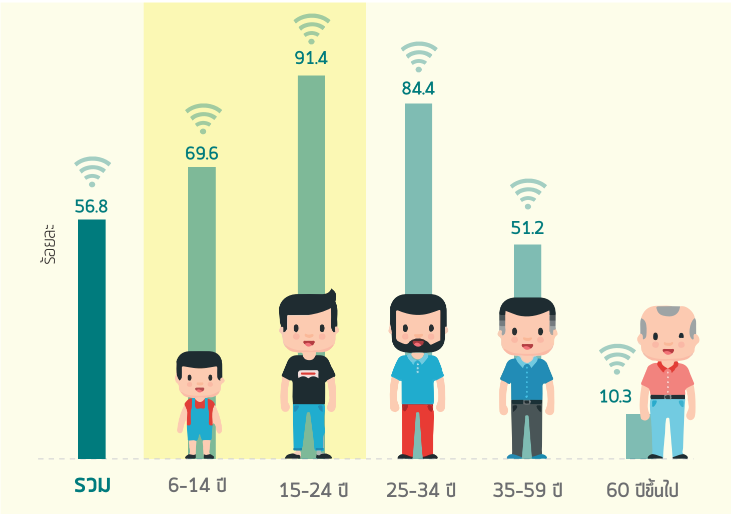
สัดส่วนวัยรุ่นและเยาวชน (15-24 ปี) ที่ใช้อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ และคอมพิวเตอร์



ที่มา : การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2551-2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

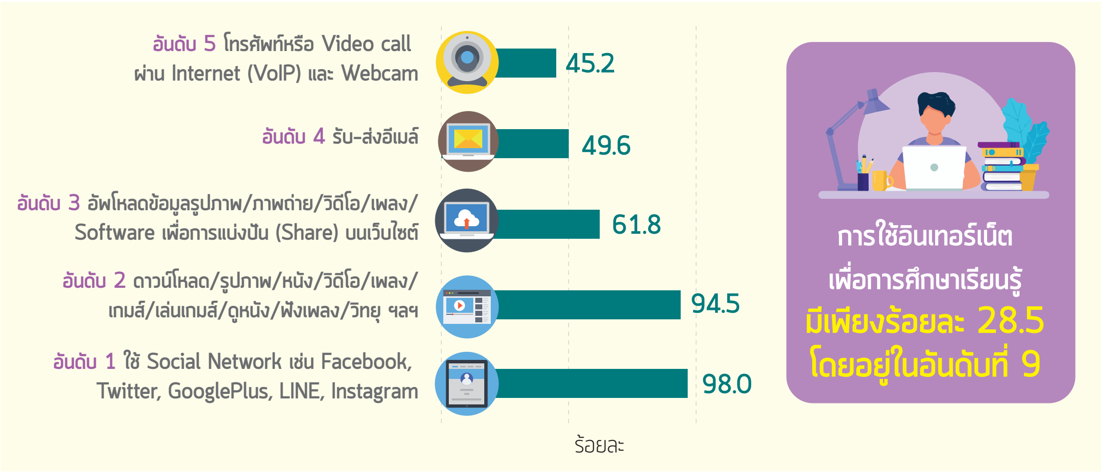
ปัจจุบัน วัยรุ่นและเยาวชนไทยเกือบทุกคน (ร้อยละ 96.9) มีโทรศัพท์มือถือใช้ และมีการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว จากไม่ถึงร้อยละ 45 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 91.4 ในปี 2561 โดยมีสัดส่วนของผู้ใช้ที่สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในกลุ่มอายุอื่น กิจกรรมบนโลกอินเทอร์เน็ต อันดับ 1 เป็นการเข้าใช้เพื่อสื่อสารบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ (social network) อันดับ 2 และ 3 เป็นการใช้งานส่วนตัวส่วนใหญ่เพื่อความบันเทิงในการดาวน์โหลดและอัพโหลดข้อมูลรูปภาพ วิดีโอ เพลง หรือภาพยนตร์ ในลักษณะการแบ่งปัน หรือ การ "share" บนเว็บไซต์ ขณะที่ กิจกรรมเพื่อการศึกษาเรียนรู้ มีสัดส่วนการใช้ไม่ถึงร้อยละ 30 โดยอยู่ในอันดับที่ 9

การใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2561



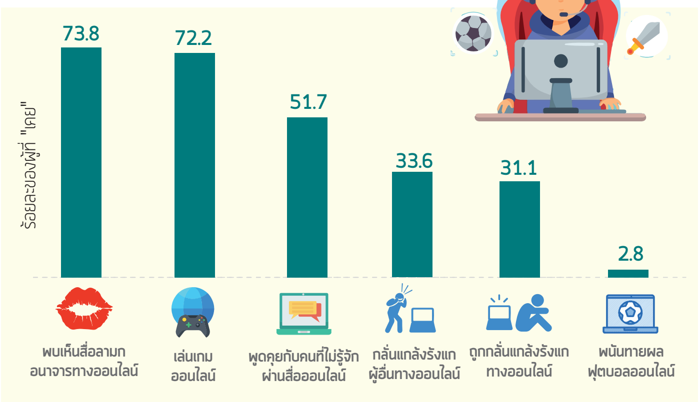
ที่มา : การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

5 อันดับกิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่สูงที่สุดในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ปี 2561



ที่มา : การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การทำกิจกรรมที่เป็นความเสี่ยงออนไลน์ของเด็กวัยรุ่นและเยาวชนไทย



หมายเหตุ : ร้อยละของผู้ที่ "เคย" ทำกิจกรรม หรือประสบสถานการณ์นั้น จากการสำรวจนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาถึงมัธยมตอนปลาย จำนวน 15,318 คน พ.ศ. 2562

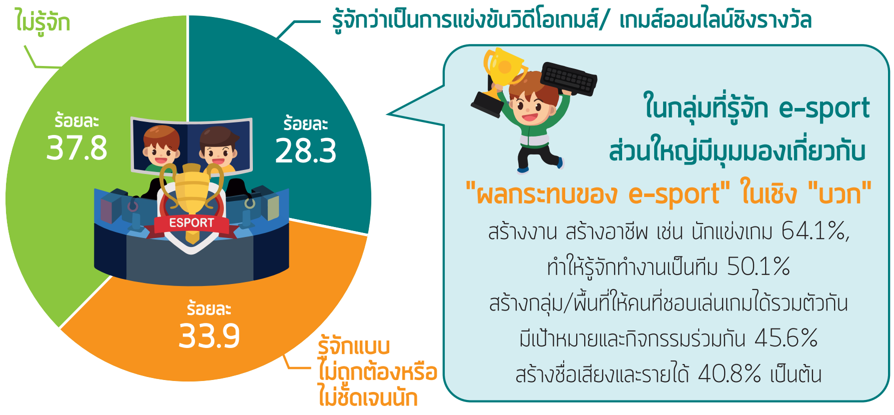
ที่มา : รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ ปี 2562, ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริม และปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ (COPAT)

การเข้าถึงและการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่เพิ่มมากขึ้นนี้ แม้จะเป็นประโยชน์และเพิ่มโอกาสในการพัฒนาทักษะและความรู้ในโลกกว้างให้กับวัยรุ่นและเยาวชนไทย ขณะเดียวกัน ก็มาพร้อมกับความเสี่ยงและภัยออนไลน์ในลักษณะต่าง ๆ ที่ทุกฝ่ายควรเฝ้าระวัง ช่วยกันส่งเสริมและพัฒนาให้วัยรุ่นและเยาวชนมีทักษะและความรู้เท่าทัน สามารถใช้ประโยชน์จากอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ให้เกิดคุณได้มากกว่าเกิดโทษ

รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ปี 2562 พบว่า เด็กไทย ซึ่งรวมวัยรุ่นและเยาวชน ในระดับชั้นประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย เกือบ 3 ใน 4 เคยพบเห็นสื่อลามกอนาจารทางออนไลน์ หรือเคยเล่นเกมออนไลน์ ขณะที่ประมาณถึง 1 ใน 3 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการกลั่นแกล้งรังแกผู้อื่นทางออนไลน์ ทั้งในฐานะถูกกระทำ หรือเป็นผู้กระทำ

ตัวอย่างหนึ่งของประเด็นยุคใหม่ที่มีการถกเถียงกันมาก เกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ว่าจะเป็นคุณหรือเป็นโทษมากกว่ากัน คือ e-sport ซึ่งในมุมหนึ่ง ถูกมองเป็นเรื่องของการติดเกมออนไลน์ แต่อีกมุมหนึ่งก็มองได้เป็นเรื่องของทักษะการกีฬาที่สามารถสร้างรายได้และพัฒนาเป็นอาชีพในอนาคต ทั้งนี้ทั้งนั้น คงต้องขึ้นอยู่กับการตีความ การรู้เท่าทัน และการกำหนดเป้าหมายของวัยรุ่นและเยาวชนซึ่งเป็นผู้ใช้หรือผู้เล่นเอง ในท้ายที่สุด

การรู้จักและมุมมองของเด็ก วัยรุ่นและเยาวชนไทยที่มีเกี่ยวกับ "e-sport"



หมายเหตุ : ผลจากการสำรวจนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาถึงมัธยมตอนปลาย จำนวน 15,318 คน พ.ศ. 2562

ที่มา : รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ ปี 2562, ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ (COPAT)

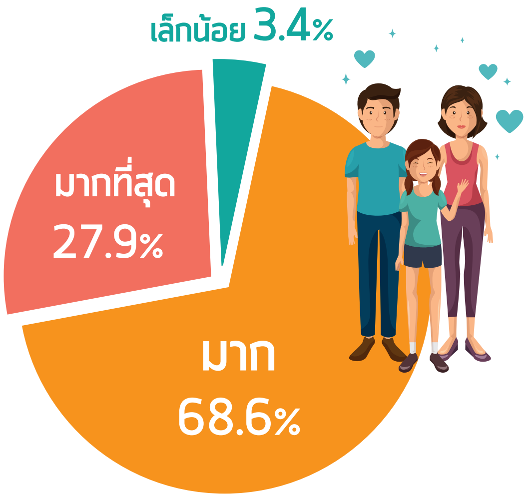
10 ครอบครัวกับวัยรุ่นและเยาวชน

วัยรุ่นและเยาวชน 1 ใน 2 เท่านั้น ที่ได้ใช้เวลาทำกิจกรรมพร้อมหน้ากันในบ้านกับสมาชิกในครอบครัวอย่างมีความสุขเป็นประจำ และไม่ถึง 1 ใน 3 ที่ได้พูดคุยปรึกษาหารือ หรือตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผล ในเรื่องสำคัญของครอบครัวเป็นประจำ

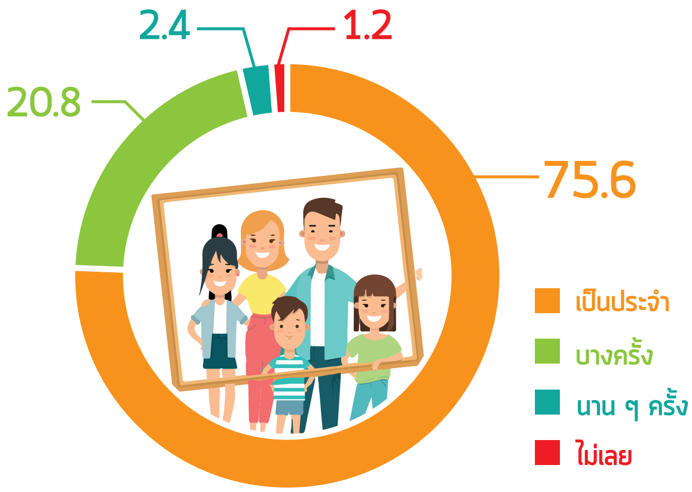
"ครอบครัว" เป็นสถาบันฐานรากที่ใกล้ชิดกับวัยรุ่นและเยาวชนมากที่สุด การที่สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถพึ่งตนเองได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ให้กับวัยรุ่นและเยาวชน

ครอบครัวสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนไทย พบว่า เป็นที่ที่มั่นคงปลอดภัย โดยวัยรุ่นและเยาวชนเกือบทั้งหมดรู้สึกมั่นคงปลอดภัยมากถึงมากที่สุดเมื่ออยู่ในครอบครัวตัวเอง พบเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบอีกว่าวัยรุ่นและเยาวชนกว่า 3 ใน 4 รู้สึกอบอุ่นและมีความสุขเป็นประจำเมื่ออยู่ในครอบครัวตัวเอง

วัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี รู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว



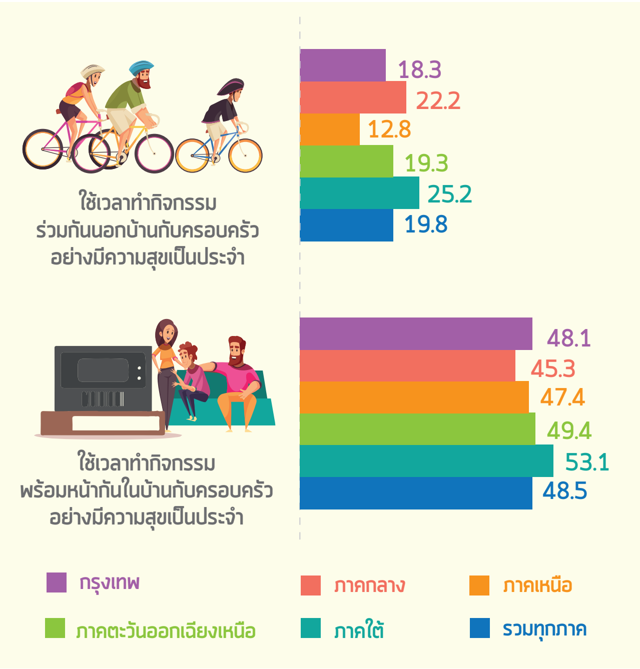
มีความรู้สึกอบอุ่น และมีความสุข เมื่ออยู่ในครอบครัวตัวเอง



ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

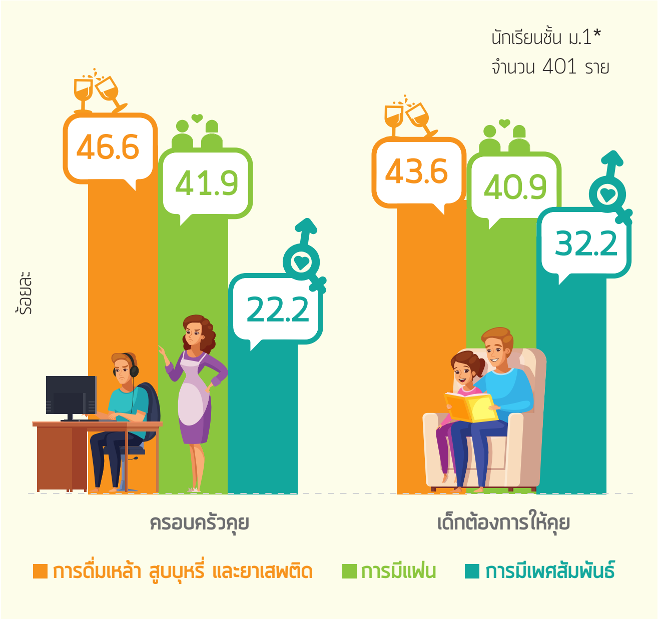
ในเรื่องของความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า มีวัยรุ่นและเยาวชนประมาณเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น ที่ได้ใช้เวลาทำกิจกรรมพร้อมหน้ากันในบ้านกับสมาชิกครอบครัวอย่างมีความสุขเป็นประจำ ในเรื่องการพูดคุยสื่อสารกัน ปรึกษาหารือ การตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญสำหรับครอบครัวกับเยาวชน พบว่ามีเพียงประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้น หากครอบครัวไทยสามารถพัฒนาความสัมพันธ์ในครอบครัวให้ดีขึ้น มีการสื่อสารกันมากขึ้น เยาวชนได้มีส่วนร่วมคิดร่วมตัดสินใจในประเด็นสำคัญของครอบครัว ก็จะสามารถนำไปสู่ความสุขของครอบครัวได้ ยิ่งไปกว่านั้นยังอาจช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนได้อีกด้วย

วัยรุ่นและเยาวชนที่ทำกิจกรรม กับครอบครัวอย่างมีความสุขเป็นประจำ



ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

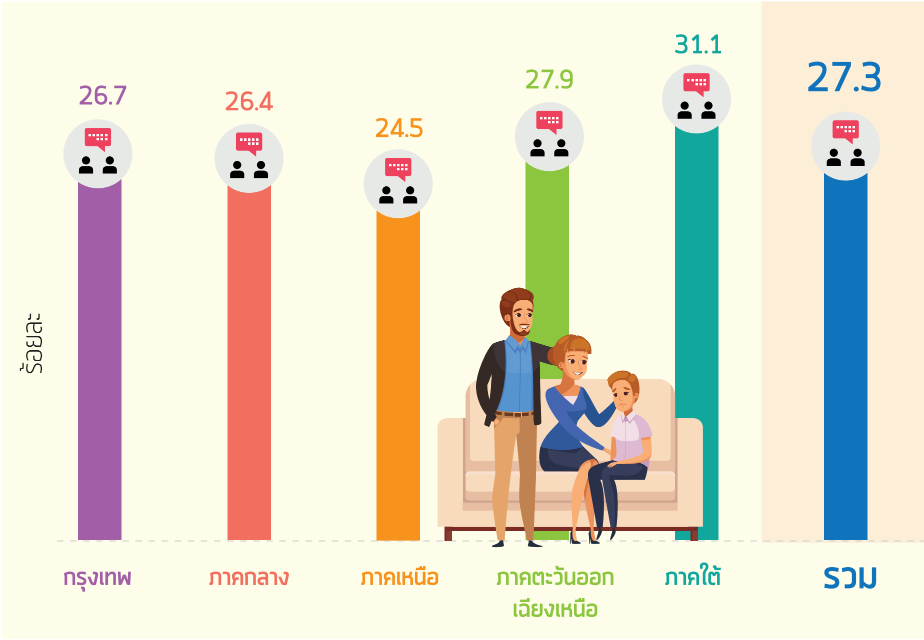
ประเด็นสำคัญที่วัยรุ่นและเยาวชนควรมีการสื่อสารในครอบครัว



หมายเหตุ : * จากจังหวัดสระบุรี ลำพูน สตูล และอุบลราชธานี
ที่มา : โครงการการสร้างครอบครัวอบอุ่นในจังหวะหัวเลี้ยวหัวต่อของเยาวชนในครอบครัวเปราะบาง ผ่านการใช้คู่มือ Thai Family Matters (TFM) 2562, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

การสื่อสารในโลกปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปเป็นผ่านทางสื่อออนไลน์มากขึ้น ทำให้การสื่อสารในครอบครัวในประเด็นที่สำคัญเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของวัยรุ่นและเยาวชน เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การมีแฟน หรือแม้แต่เรื่องเกี่ยวกับ เพศสัมพันธ์ อาจลดน้อยลงไป ซึ่งบางครั้งผู้ปกครองอาจหลงลืมไปว่าเด็ก ๆ ก็ต้องการให้ผู้ปกครองพูดคุยด้วย เพราะนั่นคือ สิ่งที่แสดงออกถึงความรักความห่วงใยระหว่างกัน

วัยรุ่นและเยาวชนที่พูดคุยปรึกษาหรือ ตัดสินใจร่วมกันด้วยเหตุผล ภายในของครอบครัวเป็นประจำ



ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

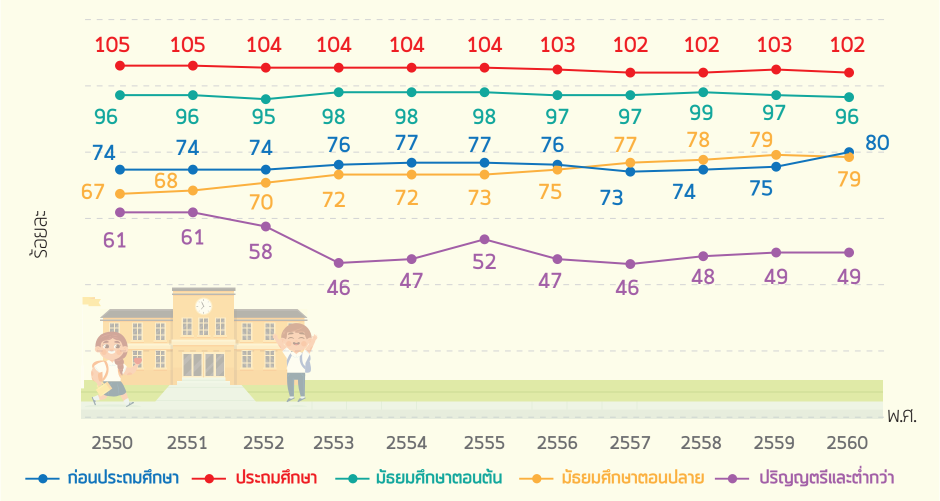
เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคเรื่องการพูดคุยปรึกษาหรือในประเด็นสำคัญของครอบครัว การตัดสินใจร่วมกัน หรือแม้แต่ความสัมพันธ์กับครอบครัว เห็นว่าเยาวชนภาคใต้มีสัดส่วนในเรื่องเหล่านี้สูงกว่าภาคอื่น ๆ เราอาจต้องหันกลับมามองว่าเพราะเหตุใดครอบครัวคนไทยภาคใต้จึงมีความสัมพันธ์กับวัยรุ่นและเยาวชนดีกว่าภาคอื่น ๆ เพื่อเป็นแบบอย่างเรียนรู้ให้กับพื้นที่อื่น

11 การศึกษาและการทำงาน

1 ใน 8 ของวัยรุ่นและเยาวชนไทย จัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า NEET (Not in Education, Employment, or Training) หรือ กลุ่มที่ทั้งไม่กำลังศึกษาและไม่ทำงาน

“การเข้าถึงการศึกษาในระดับอุดมศึกษาของไทยยังค่อนข้างจำกัด การพัฒนาและลดความแตกต่างเหลื่อมล้ำของมาตรฐานคุณภาพการศึกษาในทุกระดับ เป็นความท้าทายสำคัญของประเทศ”

อัตราการเข้าเรียนอย่างหยาบของประชากรไทย ในแต่ละระดับการศึกษา

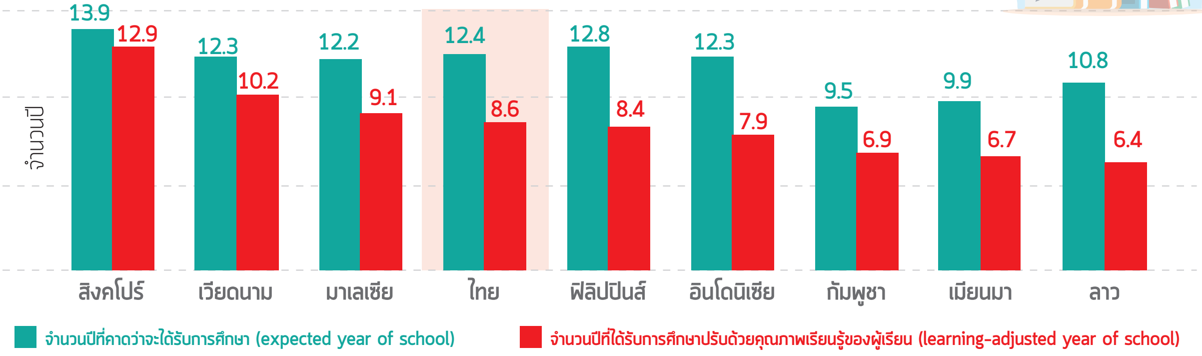


ปัจจุบันกล่าวได้ว่า เด็กไทยเกือบทุกคนสามารถเข้าถึงการศึกษาภาคบังคับในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นได้ แต่มีเพียงประมาณ 3 ใน 4 และเพียง 1 ใน 2 เท่านั้น ที่เข้าถึงการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับอุดมศึกษา ตามลำดับ

หมายเหตุ : เนื่องจาก อัตราการเข้าเรียนอย่างหยาบ คำนวณจากจำนวนนักเรียนและนักศึกษา หารด้วยจำนวนประชากรในวัยเรียนตามแต่ละระดับการศึกษา ในบางระดับการศึกษาจึงเป็นไปได้ที่จะมีอัตรามากกว่าร้อยละ 100

ที่มา : ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต สศช. ประมวลจากสถิติการศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และ ข้อมูลสำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง

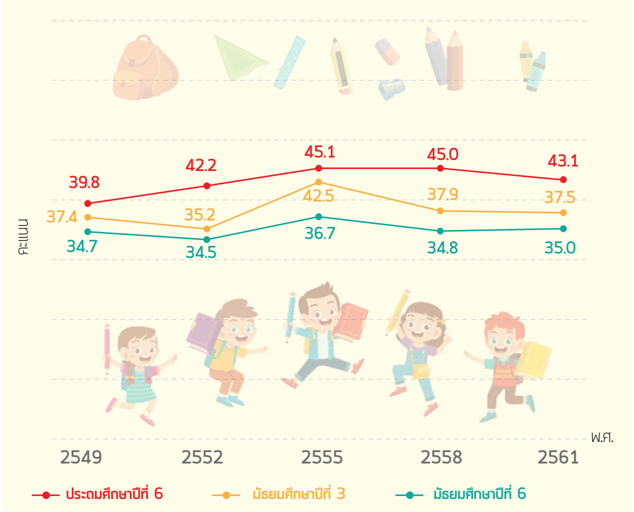
ดัชนีทุนมนุษย์ (Human Capital Index) ด้านการศึกษา



ที่มา : ดัชนีทุนมนุษย์ (Human Capital Index) ปี 2561 ด้านการศึกษาในกลุ่มประเทศ ASEAN, ธนาคารโลก

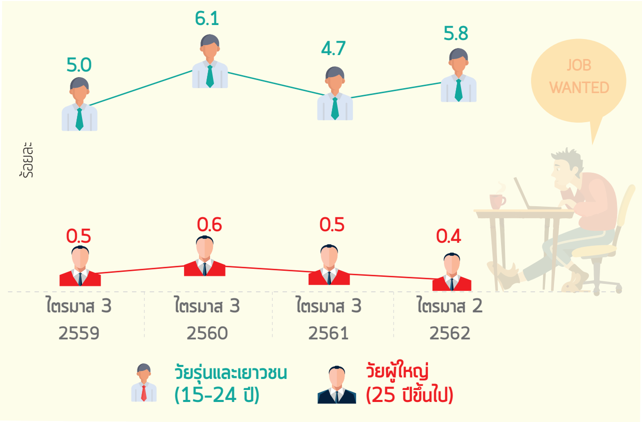
ในปี 2561 ธนาคารโลกรายงานจำนวนปีเฉลี่ยของการเข้าเรียนในระบบโรงเรียนของคนไทยที่ประมาณ 12.4 ปี แต่หากพิจารณาถึงคุณภาพการเรียนรู้ร่วมด้วย กลับพบว่า คนไทยมีความสามารถเทียบเท่ากับการเข้าเรียนหนังสือโดยเฉลี่ยเพียง 8.6 ปี ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับมาเลเซียและเวียดนามที่มีจำนวนปีที่คาดว่าจะได้รับการศึกษาใกล้เคียงกับประเทศไทย ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาคุณภาพของการจัดการศึกษาของประเทศที่ต้องปรับปรุง เช่นเดียวกับ ผลคะแนน O-Net ของนักเรียนไทยในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่ยังคงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ

ค่าเฉลี่ยคะแนน O-Net ของนักเรียนชั้น ป.6 ม.3 และ ม.6



ที่มา : ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต สศช. ประมวลจากข้อมูลสถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (องค์การมหาชน)

อัตราการว่างงาน



หมายเหตุ : อัตราการว่างงานแต่ละกลุ่มอายุ = ผู้ว่างงาน แต่ละกลุ่ม x 100 / กำลังแรงงานรวมแต่ละกลุ่มอายุ

ที่มา: ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2560-2562 (ไตรมาส 3), สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ปัญหาคุณภาพและความไม่เท่าเทียมที่สะท้อนจากข้อมูลข้างต้น หากไม่ได้รับการปฏิรูปหรือปรับปรุงให้ดีขึ้นจะกลายเป็นรากเหง้าของความไม่เท่าเทียมทางสังคมและปัญหาความด้อยคุณภาพของประชากร ในด้านการทำงานกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนไทย (อายุ 15-24 ปี) มีอัตราการว่างงานที่สูง (ประมาณร้อยละ 4-6) เมื่อเทียบกับอัตราการว่างงานในกลุ่มประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไป (ต่ำกว่าร้อยละ 1) ขณะเดียวกัน มีกลุ่มที่เรียกว่า "NEET" (not in education, employment and training) สูงถึงร้อยละ 12.8 โดยวัยรุ่นและเยาวชนกลุ่มนี้ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา ไม่พร้อมทำงานและไม่อยู่ในระบบการจ้างงานใด ๆ ซึ่งนับเป็นการสูญเสียโอกาสในการได้รับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของทรัพยากรบุคคล และกำลังแรงงานในอนาคตของประเทศ

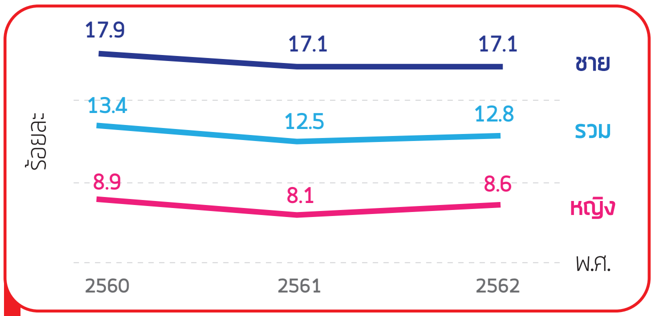
ความไม่เท่าเทียมของการเข้าถึงการศึกษาและคุณภาพของการจัดการศึกษาในแต่ละพื้นที่หรือกลุ่มสถานศึกษาในประเทศ เป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญ จากการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินสมรรถนะนักเรียนมาตรฐานสากล หรือ PISA แยกตามกลุ่มหรือสังกัดของโรงเรียน พบความแตกต่างของค่าคะแนนในแต่ละกลุ่มโรงเรียนค่อนข้างมาก ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย PISA ของประเทศอาจจะต่ำ แต่พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มโรงเรียนที่เน้นวิทย์และโรงเรียนสาธิตนั้น ค่อนข้างสูงกว่ามาก และสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของนักเรียนในกลุ่มประเทศ OECD

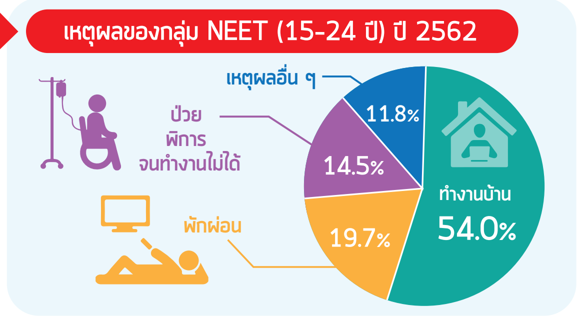
คะแนนเฉลี่ย PISA 2015 แต่ละด้าน ตามกลุ่มโรงเรียนของไทย เทียบประเทศ OECD

	วิทยาศาสตร์	การอ่าน	คณิตศาสตร์
เฉลี่ยของประเทศไทย	421	409	415
โรงเรียนเน้นวิทย์	567	537	556
โรงเรียนสาธิต	510	494	503
กลุ่มโรงเรียนอื่น ๆ	374-438	369-426	372-431
เฉลี่ยประเทศ OECD	493	493	490

ที่มา : ผลการประเมิน PISA 2015 วิทยาศาสตร์ การอ่าน และคณิตศาสตร์ ความเป็นเลิศและความเท่าเทียมทางการศึกษา โดย สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.) กระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

วัยรุ่นและเยาวชน (15-24 ปี) กลุ่ม NEET





ที่มา : ประมวลผลจากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2560-2562 (ไตรมาส 3), สำนักงานสถิติแห่งชาติ

12 นโยบายของไทยต่อวัยรุ่นและเยาวชน

ปี 2562 ภาพรวมดัชนีความสามารถในการแข่งขันระดับโลกของไทยอยู่อันดับที่ 40 ใน 141 ประเทศ แต่การพัฒนาทุนมนุษย์ด้านทักษะยังอยู่ต่ำกว่า โดยอยู่ที่อันดับ 73

“การพัฒนาคุณภาพชีวิตและศักยภาพของวัยรุ่นและเยาวชนไทย ให้มีความรู้และทักษะเท่าทันในศตวรรษที่ 21 มีสุขภาพที่ดี มีคุณธรรมและจิตสำนึก มีศักยภาพทางเศรษฐกิจ ทักษะทางสังคมและการพัฒนาสิ่งแวดล้อม เป็นเงื่อนไขและปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ”

กรอบนโยบายหลักของไทยที่ใช้กำหนดทิศทางการพัฒนาประชากรวัยรุ่นและเยาวชนในปัจจุบัน ได้แก่ แผนพัฒนาเด็กและเยาวชน ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564 โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ 5 ด้าน เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ คือ “เด็กและเยาวชนไทย มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพัฒนาการเหมาะสมตามช่วงวัย เป็นพลเมืองสร้างสรรค์และมีส่วนร่วมในฐานะภาคีที่มีพลังในกระบวนการพัฒนา” ภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน การพัฒนาวัยรุ่นและเยาวชนของไทยยังมีประเด็นและความท้าทายที่ต้องพิจารณาในหลายเรื่อง จากการจัดอันดับดัชนีการพัฒนาเยาวชนของกลุ่มประเทศอาเซียน (ASEAN Youth Development Index) ที่เผยแพร่ในปี 2560 ค่าดัชนีของไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 8 จาก 10 ประเทศ โดยด้านที่ยังต้องปรับปรุงเป็นเรื่อง “สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” และ “การมีส่วนร่วมทางสังคม” ของเยาวชนในประเทศ

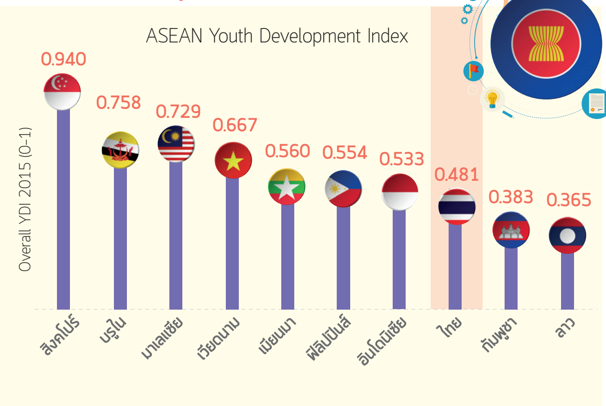
วิสัยทัศน์ กรอบแนวคิด และยุทธศาสตร์ภายใต้แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564

วิสัยทัศน์:

เด็กและเยาวชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพัฒนาการเหมาะสมตามช่วงวัย
เป็นพลเมืองสร้างสรรค์และมีส่วนร่วมในฐานะภาคีที่มีพลังในกระบวนการพัฒนา

หมายเหตุ : เด็ก หมายถึง บุคคลซึ่งอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ และ เยาวชน หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ถึง 25 ปีบริบูรณ์
ที่มา : แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 - 2564 (ผนวกรวมแผนปฏิบัติการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 - 2564) คณะกรรมการส่งเสริม การพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (2561)

ดัชนีการพัฒนาเยาวชน (15-35 ปี) ของกลุ่มประเทศ ASEAN



หมายเหตุ : ดัชนีการพัฒนาเยาวชน คำนวณจากตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องใน 4 ด้านได้แก่ การศึกษา สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การมีส่วนร่วม และการจ้างงานและโอกาสทางเศรษฐกิจสังคม

ที่มา : First ASEAN Youth Development Index 2017, Association of Southeast Asian Nations (ASEAN)

ดัชนีความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย

	ดัชนีรวม (Overall Global Competitiveness Index (GCI))		ทุนมนุษย์:** การพัฒนาด้านทักษะ (Skill)	
พ.ศ.	คะแนน (0-100)	อันดับ*	คะแนน (0-100)	อันดับ*
2560	66.3	อันดับที่ 40	62.8	อันดับที่ 66
2561	67.5	อันดับที่ 38	63.0	อันดับที่ 66
2562	68.1	อันดับที่ 40	62.3	อันดับที่ 73

หมายเหตุ : * การจัดอันดับจาก 135 ประเทศ พ.ศ. 2560 140 ประเทศ พ.ศ. 2561 และ 141 ประเทศ พ.ศ. 2562; ** ค่าคะแนน GCI คำนวณจากค่าคะแนนองค์ประกอบใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ด้านทุนมนุษย์ ด้านตลาดและ ด้านระบบนิเวศนวัตกรรม โดยการพัฒนาด้านทักษะ (Skills) เป็นองค์ประกอบย่อยหนึ่งด้านทุนมนุษย์

ที่มา : The Global Competitiveness Report 2019, The World Bank

ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) แผนแม่บทในการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต กำหนดแผนย่อยในการพัฒนาคนในช่วงวัยเรียนและวัยรุ่น โดยมีตัวชี้วัดในการติดตามผล ได้แก่ คะแนนความสามารถในการแข่งขันการพัฒนาด้านทักษะ (skills) ของทุนมนุษย์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งในดัชนีความสามารถในการแข่งขันระดับโลก (Global Competitiveness Index: GCI) ของ World Economic Forum (WEF) อย่างไรก็ตาม จากรายงานล่าสุดในปี 2562 คะแนนตัวชี้วัดดังกล่าวของไทย พบว่า มีค่าลดลง เช่นเดียวกับการถูกจัดอันดับของประเทศในองค์ประกอบมิตินี้ที่ขยับถอยลงจากอันดับ 66 ในปี 2561 ไปเป็นอันดับ 73 (จากทั้งหมด 141 ประเทศ) ชี้ให้เห็นว่าศักยภาพของวัยรุ่นและเยาวชนไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรในวัยเรียน ยังคงเป็นปัญหาและเรื่องที่ประเทศต้องให้ความสำคัญ โดยหนึ่งในนั้น เป็นเรื่องการสร้างโอกาสและพัฒนาความเสมอภาคทางการศึกษาให้แก่ประชากรวัยเรียนทุกกลุ่มในประเทศ

ภายใต้การประกาศบังคับใช้ พ.ร.บ.กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ.2561 ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) ขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อแก้ปัญหาข้างต้น ให้เด็กและเยาวชนทุกคนได้มีโอกาสได้รับและเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพทัดเทียมกัน ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์และคุณภาพประชากรของประเทศได้ในระยะยาว

วัตถุประสงค์ในการจัดตั้ง กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา

- ส่งเสริมเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการสมวัย และพร้อมเข้าสู่ระบบการศึกษา
- ช่วยเหลือและสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนผู้ขาดแคลนทุนทรัพย์และผู้ด้อยโอกาสให้สำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐาน
- สนับสนุนและช่วยเหลือผู้ขาดแคลนทุนทรัพย์และผู้ด้อยโอกาสทุกช่วงวัย ให้ได้รับการศึกษาและพัฒนาศักยภาพ ทักษะในการประกอบอาชีพตามความถนัด
- ส่งเสริมสถานศึกษาให้มีการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการพัฒนาผู้เรียนตามความถนัดและศักยภาพของตน
- เสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพครูให้ มีความสามารถจัดการเรียนการสอน พัฒนาเด็กและเยาวชนตามพื้นฐานศักยภาพที่แตกต่างกัน
- ศึกษาวิจัยแนวทางการพัฒนาครูต้นแบบที่มีความสามารถในการจัดการเรียนการสอนสามารถพัฒนาผู้เรียนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการศึกษา
- ศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และลดความเหลื่อมล้ำในการศึกษา สนองความต้องการทางด้านกำลังแรงงานและยกระดับความสามารถของคนไทย

"ความเสมอภาคทางการศึกษา"

หมายถึง การที่ประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับและเข้าถึงการศึกษาและพัฒนาอย่างเสมอภาคและทั่วถึง โดยให้ความช่วยเหลือผู้ขาดแคลนทุนทรัพย์ ลดความเหลื่อมล้ำในการศึกษา รวมทั้งเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพครู

ที่มา : พ.ร.บ. กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. 2561, กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.)

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2563. ชื่อบทความ. *สุขภาพคนไทย 2563* (เลขหน้าของบทความ).
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2563. ฝุ่น PM 2.5 มหันตภัยสุขภาพของไทย. *สุขภาพคนไทย 2563* (หน้า 36-40).
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

๑๐

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1

ฝุ่น PM 2.5 มหันตภัยสุขภาพของไทย

ภาพ : https://www.thairath.co.th
https://www.posttoday.com

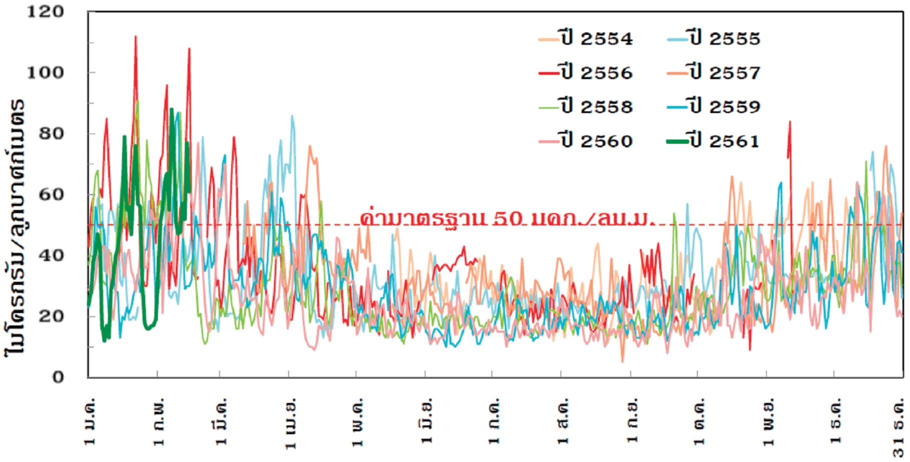
ม่านหมอกยามเช้าที่ดูจดั่งบรรยากาศอันสดชื่นตามประเทศในเขตหนาว ทำให้รู้สึกได้ว่าวันนี้น่าจะเป็นวันที่ดีอีกวัน แต่ในความเป็นจริง มันคือฝันร้ายที่เพิ่งเริ่มต้นของปัญหาสุขภาพที่มาจากฝุ่น PM 2.5 และปัญหานี้เป็นปัญหาสุขภาพที่จะเวียนกลับมาทุกรอบปี จนกว่าจะมีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องจนเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

ปัญหามลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่น PM 2.5 เป็นปัญหาที่แวะเวียนมาเยี่ยมเยียนประเทศไทยทุกปี ในช่วงหน้าแล้งโดยเฉพาะฤดูหนาวจนถึงต้นฤดูร้อน จากเดิมที่เป็นปัญหาหนักทางภาคเหนือของประเทศไทย แต่ปัจจุบันมีการแพร่กระจายทั่วประเทศมากขึ้น ทั้งในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมถึงจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทย จากกิจกรรมทางเศรษฐกิจของมนุษย์ในรูปแบบต่าง ๆ แม้พื้นที่ภาคใต้เองซึ่งไม่ค่อยมีการเผาป่าหรือเผาพื้นที่เกษตร ก็ประสบปัญหาหมอกควันจากประเทศเพื่อนบ้านในบางฤดูกาล ปัญหาฝุ่น PM 2.5 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการใช้ชีวิตประจำวันของมนุษย์และสัตว์ และส่งผลเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ปัญหานี้ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อแก้ไขปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาว บทความนี้เป็นการอภิปรายถึงปัญหามลพิษทางอากาศโดยเน้นที่ฝุ่น PM 2.5 ในประเทศไทย ในเรื่องสภาพปัญหา ผลกระทบด้านสุขภาพ และแนวทางการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

ฝุ่น PM 2.5: สถานภาพและขอบเขตของปัญหา

ปัญหาความเสื่อมโทรมของคุณภาพสิ่งแวดล้อมและมลพิษทางอากาศเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากประชาชนมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากมลพิษทางอากาศซึ่งมาจากกิจกรรมของมนุษย์ไม่ว่าจากการคมนาคม อุตสาหกรรมและการเกษตร นอกจากนี้สภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศของบางพื้นที่ยังเอื้อให้มลพิษเหล่านี้คงค้างอยู่ในอากาศเป็นเวลายาวนานมากขึ้น

สำหรับปัญหาหมอกควันทางภาคเหนือ ผศ.ดร.สมพร จันทระ ได้กล่าวว่า*โดยมากเกิดจากการเผาในที่โล่งแจ้ง ทั้งพื้นที่ป่าและพื้นที่การเกษตร* ประกอบกับพื้นที่ของบางจังหวัด เช่น เชียงใหม่ และลำพูน มีสภาพภูมิประเทศที่มีลักษณะคล้ายแอ่งกระทะทำให้ในช่วงปลายฤดูหนาวที่มีการเผาในที่โล่งมาก จะส่งผลให้ค่าหมอกควันที่เข้าปกคลุมในพื้นที่มีปริมาณสูง[1] ที่สำคัญ พื้นที่ทางภาคเหนือ



ภาพที่ 1 ความเข้มข้นฝุ่นละออง PM 2.5 รายวัน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2554-2561
ที่มา : สุพัฒน์ หวังวงศ์วัฒนา (2561)

เป็นแหล่งสำคัญของการปลูกข้าวโพด ทำให้เกิดปัญหาการเผาไร่ข้าวโพดอย่างกว้างขวาง โดยภาคเหนือมีอัตราการขยายพื้นที่เชิงเกษตรเพิ่มมากขึ้นในช่วง 10 ปี (2549-2558) สวนทางกับพื้นที่ป่าที่ลดลงจำนวนมาก ปัญหาการเผาเพื่อทำไร่ทางภาคเหนือจัดได้ว่าเป็นปัญหาที่มีมาอย่างยาวนานแต่ยังคงหาทางแก้ไขไม่ได้

สถานการณ์ไฟป่าและการเผาพื้นที่เกษตรในภาคเหนือช่วงต้นปี 2563 มีความรุนแรงกว่าหลาย ๆ ปีที่ผ่านมา ทั้งในเชียงใหม่ เชียงราย และจังหวัดในภาคเหนือตอนบนอื่น ๆ ส่งผลให้คุณภาพอากาศของหลายพื้นที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและติดอันดับต้น ๆ ของเมืองที่มีมลพิษทางอากาศมากที่สุดในโลก หน่วนงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน ได้ร่วมมือในการช่วยดับไฟป่า มีการบริจาคอุปกรณ์ดับไฟป่า ระดมทุน และจิตอาสาเข้าร่วมดับไฟป่าจำนวนมาก แต่ด้วยความรุนแรงของไฟป่าที่กระจายในหลายพื้นที่ ทำให้เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พลทหาร และอาสาสมัครเสียชีวิตหลายราย[2] ท่ามกลางเสียงเรียกร้องให้ภาครัฐทุ่มเทความพยายามเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเร่งด่วน

ฝุ่น PM 2.5 เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจใน***พื้นที่กรุงเทพมหานคร*** นับตั้งแต่ข่าวการตรวจพบปริมาณฝุ่น PM 2.5 ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล[3] เช่น ***ในช่วง 4-11 มกราคม 2563 ค่าเฉลี่ยของ PM 2.5 เกิน 180 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (มคก./ลบ.ม หรือ μg/m³)*** ขณะที่ค่ามาตรฐานของไทยไม่ควรเกิน 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรเท่านั้น ประเด็นนี้ได้สร้างความกังวลให้กับประชาชนและเกิดกระแสตอบรับบนสื่อออนไลน์เป็นอย่างมากจนเกิดการรับรู้อย่างกว้างขวางและกดดันภาครัฐให้ตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว อันที่จริงแล้ว ปัญหา PM 2.5 นี้เกิดขึ้นในกรุงเทพฯ มาเป็นเวลานานแล้ว เมื่อพิจารณาภาพที่ 1 จะพบว่าแนวโน้มของปริมาณฝุ่นที่ตรวจวัดได้มีค่าเพิ่มขึ้นทุกปี[4] ซึ่งสาเหตุของการเกิดปัญหาฝุ่นนี้มาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ *การคมนาคมขนส่งโดยเฉพาะพาหนะที่ใช้เครื่องยนต์ดีเซล การเผาพื้นที่เกษตรโดยเฉพาะอ้อยและข้าวโพดในพื้นที่จังหวัดภาคกลาง การเผาวัชพืช และควันจากโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่รอบกรุงเทพฯ ที่เคลื่อนเข้ามาครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ประกอบกับในช่วงเวลาดังกล่าวสภาพอากาศค่อนข้างนิ่ง* ความเร็วลมค่อนข้างต่ำ ส่งผลให้การพัดฝุ่นออกจากพื้นที่มีน้อย กอปรกับมลพิษที่สร้างขึ้นทุกวันในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑลเกิดการสะสมเพิ่ม ทำให้เกิดเป็นกลุ่มหมอกควันปกคลุมทั่วทั้งเมือง[5]

ขณะที่ภาคเหนือ กรุงเทพฯ และปริมณฑลมีปัญหามลพิษจากกิจกรรมภายในประเทศเป็นส่วนใหญ่ แต่*ภาคใต้กลับได้รับผลกระทบจากมลพิษที่เกิดจากประเทศเพื่อนบ้าน*[6] *โดยเฉพาะอินโดนีเซียซึ่งมีการเผาพื้นที่เกษตรเพื่อเก็บผลผลิต และเผาป่าเพื่อปรับพื้นที่สำหรับการทำการเกษตรแปลงใหญ่* โดยเฉพาะอย่างยิ่งปาล์มน้ำมัน[7] ทำให้เกิดปัญหาหมอกควันข้ามแดนไปยังหลายประเทศ เช่น ไทย มาเลเซีย สิงคโปร์ ปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญในระดับภูมิภาคจนเกิดเป็นความตกลงอาเซียนว่าด้วยมลพิษจากหมอกควันข้ามแดนซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้มีการออกกฎหมายบางฉบับในประเทศไทย[8] เช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 หมวดที่ 5 เหตุรำคาญ เป็นต้น

ผลกระทบด้านสุขภาพของฝุ่น PM 2.5

ปัญหา PM 2.5 นี้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบทางเดินหายใจของมนุษย์และสัตว์ต่าง ๆ[9] ผลต่อสุขภาพในมนุษย์นั้น องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่าปริมาณของฝุ่น (PM 2.5 และ PM 10) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต เมื่อปริมาณของฝุ่นในพื้นที่ลดลง รายงานการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก็มีค่าที่ลดลงด้วยเช่นกัน ซึ่ง WHO ได้กำหนดค่าเฉลี่ยตลอด 24 ชั่วโมงของ PM 2.5 ไว้ที่ไม่เกิน 25 มคก./ลบ.ม หรือเฉลี่ยรายปีไม่เกิน 10 มคก./ลบ.ม[10] เท่านั้น ซึ่งต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่ประเทศไทยกำหนดไว้ที่ 50 มคก./ลบ. ค่อนข้างมาก

อาการเจ็บป่วยจาก PM 2.5 นั้น มีทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบทางเดินหายใจ และระบบอื่น ๆ เนื่องจากฝุ่นมีขนาดเล็กอาจผ่านเข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดการอักเสบในอวัยวะต่าง ๆ ได้ รวมถึงอาจมีแนวโน้มที่ก่อให้เกิดอาการทางสมองอื่น ๆ เช่น โรคพาร์กินสัน[11] นอกจากนี้อนุภาคขนาดเล็กของ PM 2.5 อาจทำหน้าที่เป็นแหล่งยึดเกาะของมลพิษอื่น ๆ เช่น โลหะหนัก สารโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (PAHs) จากการจราจร หรือแหล่งก่อมลพิษ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดมะเร็งในระยะยาวได้อีกด้วย ซึ่งการจัดการแก้ไขปัญหาที่แหล่งกำเนิดยังเป็นไปได้ยาก หรือยังไม่ได้รับการแก้ไข สิ่งที่จะช่วยลดความเสี่ยงได้ คือ ลดการเข้าถึง เช่น การสวมหน้ากาก ติดตั้งเครื่องกรองอากาศในบ้าน ฯลฯ แต่สำหรับผู้ที่ไม่รู้เรื่องอันตราย ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์เหล่านี้ และผู้ที่รู้แต่ยังคงไม่ใส่ใจในการป้องกันตัวเองแล้ว ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอาจลงเอยด้วยปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยในที่สุด

นอกจากปัญหาสุขภาพกายแล้ว ยังมีรายงานว่า***ปัญหา PM 2.5 อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตด้วย*** มีรายงานระบุถึงอัตราการเพิ่มขึ้นของปริมาณมลพิษทางอากาศกับความผิดปกติทางจิตของผู้ใหญ่และเด็กที่เพิ่มขึ้น[12] ทั้งนี้อาจเกิดจากภาวะการตระหนักรู้ถึงพิษภัยของ PM 2.5 ต่อสุขภาพ การที่ต้องออกไปทำงาน หรือใช้ชีวิตประจำวันกับสิ่งที่ตนเองรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดผลเสียทุกวัน ยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลให้มากขึ้น

จนเกิดเป็นความเครียดสะสม จนต้องหาทางออกในลักษณะต่าง ๆ เช่น ในประเทศอินเดียซึ่งมีปัญหา PM 2.5 มากประเทศหนึ่ง มีการเปิดร้านขายอากาศบริสุทธิ์ แม้แพทย์จะออกมาเตือนว่าเป็นสิ่งไม่จำเป็น และการได้รับมากไปอาจส่งผลเสียตามมา แต่ผู้คนที่เผชิญหน้ากับปัญหามลพิษยังคงไปใช้บริการโดยไม่สนใจคำเตือนของแพทย์[13] ในประเทศไทยเอง ก็เริ่มมีการออกมาเรียกร้องสิทธิของการมีอากาศที่ดีหายใจ ทั้งการรวมตัวกันของนิสิตนักศึกษา[14] และประชาชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกดดันให้มีการแก้ไขปัญหาจริงจังมากขึ้น[15]

ภาพ : https://www.thaihealth.or.th

นอกจากประเทศไทยแล้ว หลายประเทศก็ประสบปัญหา PM 2.5 เช่น เกาหลีใต้ อินเดีย เวียดนาม ทั้งนี้จีนเองก็เป็นหนึ่งในประเทศที่เกิดปัญหามลพิษทางอากาศจนมีผู้ป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โดยมีรายงานข่าวว่า จีนมีผู้เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศถึง 1 ล้านคน คิดเป็นมูลค่าความเสียหายถึง 267 ล้านล้านหยวนในปี 2561[16] ส่วนอินเดียก็ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษจาก PM 2.5 ไปเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2562 หลังพบค่าฝุ่น PM 2.5 ในกรุงนิวเดลีมีปริมาณสูงจนเป็นอันตราย[17] นอกจากนี้ช่วงปลายปี 2562 ประชาชนของออสเตรเลียได้กลายเป็นผู้ประสบภัยจากปัญหามลพิษทางอากาศจากปัญหาไฟป่าจนมีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน และอพยพประชาชนออกจากพื้นที่ ควันไฟดังกล่าวยังส่งผลกระทบไปถึงนิวซีแลนด์ โดยกลุ่มเขม่าควันได้ปนเปื้อนหิมะที่ยอดเขา Southern Alps ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมากเมื่อน้ำแข็งละลาย[18] องค์การนาซ่า (NASA) เองได้ออกแถลงการณ์ว่ากลุ่มควันจากไฟป่าของออสเตรเลียที่ได้ขึ้นสู่ชั้นบรรยากาศสตราโตสเฟียร์จะลอยไปทั่วโลก[19]

การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศและฝุ่นPM 2.5

ในต่างประเทศนั้น มีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหามลพิษทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ไม่ว่าจะเป็นการคิดค้นเทคโนโลยีบำบัดอากาศ เช่น หอคอยฟอกอากาศในจีน การออกมาตรการจำกัดการใช้รถยนต์หรือการเข้าพื้นที่ควบคุมของฝรั่งเศสและสเปน การส่งเสริมให้ใช้รถสาธารณะในเนเธอร์แลนด์ และฟินแลนด์ การใช้จักรยานเป็นทางเลือกในการสัญจรของเดนมาร์ก[20] และการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการเลิกใช้รถยนต์ที่ใช้เครื่องยนต์แบบสันดาปในอังกฤษและฝรั่งเศส

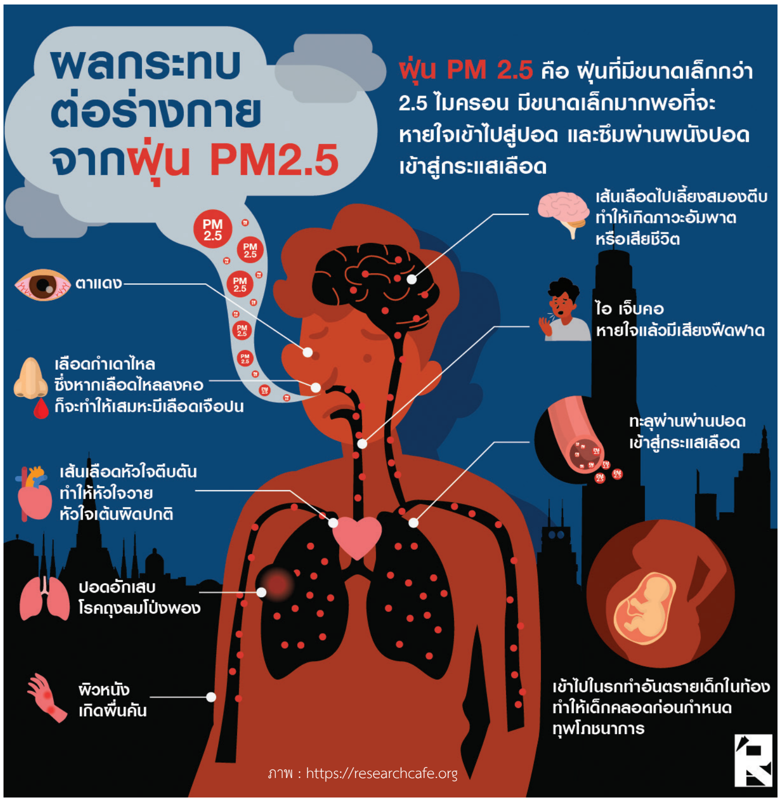
สำหรับประเทศไทย ได้ออกมาตรการเบื้องต้นหลายมาตรการ เช่น การห้ามปิ้งย่าง การพ่นละอองน้ำในอากาศ หรือการรณรงค์ให้สวมหน้ากากลดความเสี่ยงจาก PM 2.5 เป็นต้น แม้มาตรการเหล่านี้อาจช่วยบรรเทาความวิตกกังวลให้กับประชาชนได้บ้าง แต่ในความเป็นจริงแล้วการพ่นละอองน้ำนั้นแทบจะไม่มีผลในการลดฝุ่นละอองขนาดเล็กได้เลย เนื่องด้วยขนาดของอนุภาคที่เล็กทำให้ไม่สามารถจับตัวกับละอองน้ำแล้วตกลงมาได้ นอกจากนี้ มาตรการนี้ยังอาจส่งผลกระทบทางลบจากปัญหาน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากละอองน้ำควบตัวนำฝุ่นและมลพิษอื่น ๆ ตกลงมา อีกทั้งแหล่งน้ำที่นำมาใช้ในการฉีดเป็นละอองนั้น หากใช้แหล่งน้ำที่ไม่สะอาดก็อาจก่อให้เกิดโรคจากเชื้อแบคทีเรียแก่ผู้ที่สัญจรไปมาได้ แม้ว่าจะมีการประกาศมาตรการระยะยาวบางประการออกมา เช่น การจำกัดการวิ่งของรถยนต์ที่มีอายุการใช้งานนานบนท้องถนน และการตรวจวัดควันดำ เป็นต้น แต่มาตรการดังกล่าวยังมีปัญหาในการบังคับใช้ ทำให้ไม่เกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่คาดหวัง[21]

จากบทเรียนที่ผ่านมา ประเทศไทยและหลายประเทศที่ประสบปัญหามลพิษทางอากาศล้วนมีแนวทางแก้ไขปัญหาในเชิงรับมากกว่าเชิงรุก กล่าวคือ เป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ขณะที่สาเหตุหลักของการเกิดมลพิษทางอากาศเหล่านี้มักเกิดจากกิจกรรมของมนุษย์เป็นหลัก มาตรการต่าง ๆ ตั้งแต่การขอความร่วมมือ ไปจนถึงการออกกฎหมายในประเทศหรือความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยมากเป็นการควบคุมการปลดปล่อยมากกว่าการไปจัดการที่แหล่งกำเนิด ถึงแม้จะมีพระราชบัญญัติ กฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศอยู่แล้วก็ตาม[22] การจะแก้ไขปัญหา PM 2.5 นั้นจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ซึ่งเป็นผู้ก่อให้เกิดปัญหามลพิษตั้งแต่ต้นทาง[23] จากปัญหาความไร้ประสิทธิภาพของภาครัฐในการแก้ไขปัญหา PM 2.5 ส่วนหนึ่งมาจากความล่าช้าในการตอบสนองปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้งหลายหน่วยงานมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และปัญหาในการสื่อสารกับประชาชนในยุคดิจิทัลที่ต้องการความฉับไว[24] ทำให้ภาคประชาชนเริ่มออกมาเรียกร้องสิทธิ์ในการมีอากาศบริสุทธิ์หายใจ รวมทั้งแสวงหาวิธีดูแลสุขภาพและแก้ไขปัญหาฝุ่นเท่าที่ทำได้ด้วยตนเองควบคู่กัน[25]

กระแสกดดันที่เกิดขึ้นทำให้ภาครัฐต้องออก 12 มาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาตามมา[26] ซึ่งประกอบด้วยมาตรการระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่

1. ขยายเขตพื้นที่จำกัดรถบรรทุกเข้ากรุงเทพฯ
2. ห้ามรถบรรทุกเข้าพื้นที่ชั้นในของกรุงเทพฯ ในวันคี่ระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2563
3. ตรวจวัดควันดำรถโดยสาร (ไม่ประจำทาง) ทุกคัน
4. ตรวจสอบ ตรวจจับรถควันดำสำหรับรถโดยสารและรถบรรทุก เพื่อออกคำสั่งห้ามใช้รถ
5. ตรวจสอบโรงงานที่ทำให้เกิดฝุ่นละออง
6. กำกับให้กิจกรรมการก่อสร้างรถไฟฟ้าและการก่อสร้างอื่น ๆ ไม่ทำให้เกิดฝุ่นและปัญหาการจราจรบริเวณรอบพื้นที่ก่อสร้าง

7. ไม่ให้มีการเผาในที่โล่งในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล
8. จังหวัดและอปท. มีอำนาจควบคุมการเผาในที่โล่ง และเข้มงวดการควบคุมยานพาหนะ โรงงานอุตสาหกรรม และการก่อสร้างได้
9. ลดราคาน้ำมันเชื้อเพลิงที่มีปริมาณกำมะถันไม่เกิน 10 ppm เป็นน้ำมันที่ก่อให้เกิดฝุ่นละอองน้อย
10. ขอความร่วมมือลดการใช้รถยนต์ส่วนตัวมาทำงาน และรถยนต์ของส่วนราชการต้องผ่านมาตรฐานควันดำทุกคัน
11. สนับสนุนการจัดโครงการเปลี่ยนถ่ายน้ำมันเครื่องสำหรับรถยนต์ดีเซลที่มีอายุเกิน 5 ปี เพื่อช่วยลดฝุ่นละออง
12. สร้างการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาฝุ่นละออง



ภาพ : https://researchcafe.org

แม้บางมาตรการ เช่น การจำกัดพื้นที่จำเพาะที่รถสามารถเข้าถึงได้ในตัวเมือง จะประสบความสำเร็จในต่างประเทศ แต่อีกหลายมาตรการยังมีความน่ากังขาในการบังคับใช้ เช่น การควบคุมการเผาในที่โล่งแจ้ง มลพิษจากกิจกรรมโรงงาน และการก่อสร้าง เนื่องจากที่ผ่านมาการบังคับใช้กฎหมายหรือการจับกุมผู้ที่ละเมิดกฎหมายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นน้อยมาก ส่วนการขอความร่วมมือภาคเอกชนและประชาชนในการเปลี่ยนยานยนต์ และเปลี่ยนประเภทน้ำมันก็เป็นไปได้ยาก เนื่องจากแรงจูงใจทางเศรษฐศาสตร์ที่จะช่วยผลักดันให้สำเร็จมีน้อยมากเมื่อเทียบกับต้นทุนที่ต้องเสียไป ส่วนการสร้างความตระหนักรับรู้ให้กับประชาชนนั้น นับว่าเป็นมาตรการที่ยากที่สุด เนื่องจากประชาชนมีความหลากหลาย และคนที่ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมเองก็มีจำกัด อย่างไรก็ตาม ประชาชนในทุกช่วงวัยควรได้รับการปลูกฝังให้มีบทบาทในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการก่อมลพิษและสร้างกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ถึงแม้จะเป็นการกระทำเพียงเล็กน้อยแต่เมื่อร่วมมือกันก็ย่อมที่จะขับเคลื่อนไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในระยะยาวได้

สรุป

ปัญหาฝุ่น PM 2.5 เป็นหนึ่งในปัญหามลพิษใหญ่ของไทยในปัจจุบัน และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต ทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอกประเทศ รวมไปจนถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศของโลก (Climate change) การเจริญเติบโตของเมืองและกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นตามมา ปัญหาฝุ่นเหล่านี้จะกลับมาเกิดอย่างเด่นชัดทุกปีในช่วงปลายปีและต้นปีซึ่งเป็นช่วงเวลาที่อากาศมีการไหลเวียนต่ำ ที่ผ่านมา สังคมไทยมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะหน้าโดยสวมอุปกรณ์ลดความเสี่ยงจาก PM 2.5 และติดตั้งเครื่องกรองอากาศในบ้าน แต่ในความเป็นจริงปัญหานี้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือในการแก้ไขตั้งแต่ระดับชาติลงมาจนถึงระดับบุคคล ทั้งจากภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับพื้นที่ของประเทศ หากประเทศไทยไม่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องที่เป็นรูปธรรม และขับเคลื่อนมาตรการต่าง ๆ อย่างจริงจังทุกองคาพยพแล้ว ปัญหา PM 2.5 ก็มีแนวโน้มที่จะอยู่คู่กับสังคมไทยไปยาวนาน จนเกิดต้นทุนทางสุขภาพและเศรษฐกิจในระดับวิกฤตที่ไม่อาจรับได้อีกต่อไป หวังว่าเราคงไม่ไปถึงจุด ๆ นั้น ที่จะมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากทุกปีจากปัญหาฝุ่นพิษทั่วประเทศ

2 แบนสามสารเคมีการเกษตร: การต่อสู้ที่ยืดเยื้อ

มติคณะกรรมการวัตถุอันตรายที่ "ให้มีการแบน 3 สารพิษ ได้แก่ ไกลโฟเซต พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 62 เป็นต้นไป" *กลับล้มพับลง* โดยมีมติการประชุมอีกครั้ง ให้**เลื่อน**กำหนดห้ามใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 2 ชนิด คือพาราควอตและคลอร์ไพริฟอสไปอีก 6 เดือน ส่วนไกลโฟเซตเปลี่ยนจากการห้ามใช้เป็นเพียงการ**จำกัด**การใช้ นโยบายที่เปลี่ยนแปลงไปมาดังกล่าวสะท้อนการต่อสู้ของฝ่ายที่ต้องการแบนสารเคมีการเกษตรกับกลุ่มที่สนับสนุนการใช้สารเคมีการเกษตรซึ่งดำเนินมาเป็นเวลานานหลายปี และยังไม่มีท่าทีว่าจะยุติลงในเวลาอันใกล้

บทนำ

เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2562 คณะกรรมการวัตถุอันตรายมีมติให้แบน 3 สารเคมีการเกษตร ได้แก่ ไกลโฟเซต พาราควอต คลอร์ไพริฟอส โดยให้ยกเลิกการจำหน่ายและยกเลิกการใช้สารเคมีดังกล่าวในประเทศตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 62 เป็นต้นไป แต่การประชุมคณะกรรมการฯ ชุดใหม่วันที่ 27 พฤศจิกายน 2562 ได้พลิกมติดังกล่าวเป็นเลื่อนกำหนดห้ามใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 2 ชนิด คือพาราควอตและคลอร์ไพริฟอสไปอีก 6 เดือน เป็นวันที่ 1 มิถุนายน 2563 ส่วนไกลโฟเซตเปลี่ยนจากการห้ามใช้เป็นเพียงการจำกัดการใช้ ทั้งนี้ การประชุมดังกล่าว เกิดขึ้นภายหลังจาก พ.ร.บ.วัตถุอันตราย (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 มีผลบังคับใช้ โดยมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างคณะกรรมการวัตถุอันตราย ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรมเป็นประธาน และลดสัดส่วนกรรมการจากกระทรวงสาธารณสุขเหลือเพียง 2 คน[1]

การเปลี่ยนแปลงมติดังกล่าว ถูกแย้งจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขที่ร่วมอยู่ในคณะกรรมการฯ รวมถึงได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากนักกฎหมายและภาคประชาสังคมจำนวนมาก และสวนทางกับแนวทางของสภาผู้แทนราษฎรที่มีมติเป็นเอกฉันท์สนับสนุนให้แบนสารทั้ง 3 ชนิดโดยเร็ว นโยบายที่เปลี่ยนแปลงไปมาสะท้อนการต่อสู้ของฝ่ายที่ต้องการแบนสารเคมีการเกษตรดังกล่าวกับกลุ่มที่สนับสนุนการใช้สารเคมีการเกษตรซึ่งดำเนินมาเป็นเวลานานหลายปี และยังไม่มีท่าทีว่าจะยุติลงในเวลาอันใกล้

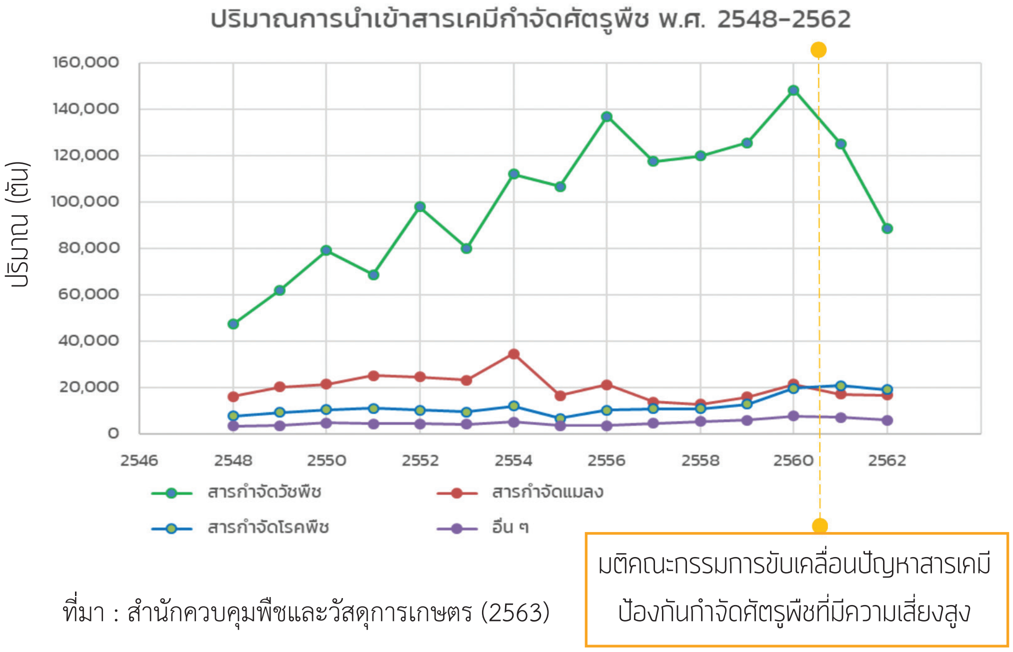
การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของไทย

ประเทศไทยมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมายาวนานพร้อม ๆ กับการส่งเสริมให้เกษตรกรปลูกพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยวในพื้นที่ขนาดใหญ่เพื่อการส่งออก และเป็นวัตถุดิบของอุตสาหกรรมหลายประเภท อาทิ น้ำตาล อาหารสัตว์ และโรงไฟฟ้าชีวมวล การขยายตัวของพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยวทำให้เกิดการพึ่งพาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยปริมาณนำเข้าสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชระหว่างปี 2548-2560 เพิ่มขึ้นจาก 75,473 ตัน เป็น 197,758 ตัน หรือเพิ่มขึ้นกว่า 2.6 เท่า ในระยะเวลาเพียง 12 ปี[2] ทั้ง ๆ ที่พื้นที่การเกษตรไม่ได้เพิ่มมากขึ้น โดย 75% เป็นสารเคมีกำจัดวัชพืช ก่อนที่คณะกรรมการขับเคลื่อนปัญหาสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่มีความเสี่ยงสูงจะมีมติยกเลิกสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีความเสี่ยงสูงในปี 2560 ทำให้ปริมาณการนำเข้าลดลงหลังจากนั้น จากสถิติการนำเข้าปี 2560 พบว่ามีการนำเข้าสารพาราควอต 44,501 ตัน ไกลโฟเซต 59,872 ตัน และคลอร์ไพริฟอส 3,325 ตัน รวมสาร 3 ชนิดนี้มากถึง 54.5% ของปริมาณการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งหมด 267 ชนิด

แม้ว่าปริมาณการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะเพิ่มมากขึ้นกว่า 2 เท่า แต่ผลผลิตเฉลี่ยต่อไร่ของพืชเศรษฐกิจส่วนใหญ่กลับไม่ได้เพิ่มขึ้น จากการเปรียบเทียบผลผลิตต่อไร่ของพืชเศรษฐกิจสำคัญเมื่อปี 2551 กับปี 2559 ข้อมูลจากสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร และสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผลผลิตต่อไร่ส่วนใหญ่ลดลง เช่น ผลผลิตยางพาราลดลงจาก 241 เหลือ 224 กิโลกรัมต่อไร่ อ้อยลดลงจาก 11,157 เหลือ 9,152 กิโลกรัมต่อไร่ ปาล์มน้ำมันจาก 3,214 เหลือ 2,409 กิโลกรัมต่อไร่ ยกเว้นข้าวโพดเลี้ยงสัตว์เท่านั้นที่ผลผลิตต่อไร่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 652 เป็น 654 กิโลกรัมต่อไร่

ภาพ : https://market-comms.co.th

ในทางกลับกัน การใช้เคมีกำจัดศัตรูพืชที่มากขึ้นอย่างไม่เหมาะสมกลับทำให้เกิดปัญหาการระบาดของแมลงศัตรูพืช เช่น การระบาดของเพลี้ยกระโดดสีน้ำตาล[3] ที่ทำลายพื้นที่ปลูกข้าวนับล้านไร่ โดยพบว่ายิ่งมีการใช้สารเคมีเพื่อกำจัดแมลง เพลี้ยก็จะพัฒนาตัวเองให้ต้านทานเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ปัจจุบัน ประเทศไทยพบเพลี้ยกระโดดสีน้ำตาลมากถึง 9 ชนิดที่ต้านทานสารเคมีกำจัดแมลงในนาข้าว และการต้านทานของวัชพืช[4] รายงานการสำรวจภายใต้โครงการ International Survey of Herbicide-Resistant Weeds ได้เผยแพร่ข้อมูลล่าสุดพบวัชพืชที่ต้านทานสารพิษกำจัดวัชพืชแล้วถึง 259 ชนิด ครอบคลุมสารพิษกำจัดศัตรูพืช 167 ชนิด (26 กลุ่มฤทธิ์การทำลาย) โดยระบาดในพื้นที่การปลูกพืช 93 ชนิดใน 70 ประเทศ เช่น มีวัชพืชที่ต้านทานไกลโฟเซต 43 ชนิด ต้านทานพาราควอต 31 ชนิด เป็นต้น ที่น่าสนใจคือ มีวัชพืชมากกว่า 100 ชนิดที่ต้านทานสารพิษได้มากกว่า 2 กลุ่ม



ที่มา : สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร (2563)

ขึ้นไป และมากกว่า 20 ชนิดที่ต้านทานสารพิษได้มากกว่า 4 กลุ่ม ดังนั้นการใช้สารพิษกำจัดวัชพืชจึงเป็นการแก้ปัญหาเกษตรกรรมที่ไม่ยั่งยืนอีกทั้งนำปัญหาใหม่ ๆ มาสู่ระบบเกษตรกรรมและความมั่นคงด้านอาหารของมนุษย์

งานศึกษาของคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ได้ประเมินผลกระทบภายนอกต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยวิเคราะห์ด้วยวิธี PEA (Pesticide Environmental Accounting)[5] จากข้อมูลปริมาณการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทยในปี 2561 พบว่า มีต้นทุนผลกระทบภายนอกต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมากถึง 21,266 ล้านบาท นอกจากนี้ สารเคมีเหล่านี้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียภาษีนำเข้าและภาษีมูลค่าเพิ่มมานับตั้งแต่ปี 2535 คิดเป็นจำนวนเงินประมาณ 10,000 ล้านบาทต่อปีที่ภาครัฐต้องสูญเสียไป เพื่อลดภาระให้กับเกษตรกร แต่นโยบายดังกล่าวเป็นการเพิ่มแต้มต่อให้กับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าการใช้วิธีการอื่น ๆ เช่น การใช้เครื่องตัดหญ้า วัสดุคลุมดิน ซึ่งต้องเสียภาษีเต็มเม็ดเต็มหน่วย นโยบายที่ผ่านมาจึงเป็นการสนับสนุนให้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างชัดเจนโดยไม่คำนึงถึงต้นทุนผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างที่ควรเป็น

ผลกระทบด้านสุขภาพจาก 3 สารเคมีการเกษตร

เมื่อเดือนสิงหาคม 2562 มีแพทย์ที่จังหวัดตากได้ออกมาโพสต์เตือนกรณีเด็กหนุ่มคนหนึ่งเสียชีวิตหลังจากถังฉีดพาราควอตรั่ว[6] และเมื่อเดือนธันวาคม 2562 ศ.นพ.ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา ได้เผยแพร่ข่าวเด็กหนุ่มอีกคนที่ฉะเชิงเทราที่ผิวหนังถูกทำลายตั้งแต่กลางหลังไปจนถึงสะโพก[7] จากอุบัติเหตุในลักษณะเดียวกัน นอกจากเกษตรกรแล้ว กลุ่มคนที่ได้รับความเสี่ยงรองลงมาก็คือคนในครอบครัว และสมาชิกในชุมชนนั้นเอง งานศึกษาของวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่าชาวไร่อ้อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความวิตกกังวลต่อพิษของสารเคมีดังกล่าว โดยร้อยละ 91 เกรงว่าลูกหลานตนเองจะเดินเข้าไปในพื้นที่ฉีดพ่น ร้อยละ 81 กลัวเพื่อนบ้านจะต่อว่าเมื่อมีการฉีดพ่นสารเคมี ทั้งนี้ พาราควอต คลอร์ไพริฟอส และไกลโฟเซต มีผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนี้[8]

พาราควอต รู้จักในชื่อการค้า “กรัมม็อกโซน” เป็นสารเคมีกำจัดวัชพืชชนิดเผาไหม้ ทำลายส่วนที่เป็นสีเขียว ออกฤทธิ์เร็ว จึงได้รับความนิยมใช้อย่างแพร่หลาย มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อาทิ 1) เป็นสารที่มีพิษเฉียบพลันต่อมนุษย์สูง ไม่มียาถอนพิษ การสัมผัสโดยไม่ตั้งใจทางผิวหนังแม้เจือจางก็มีพิษถึงตาย 2) เป็นสาเหตุหนึ่งของการก่อโรคพาร์กินสัน และส่งผลกระทบต่อระบบประสาท 3) ส่งผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ การตั้งครรภ์และพัฒนาการของตัวอ่อนในครรภ์ 4) พบการตกค้างในสิ่งแวดล้อม พืชอาหาร ผักผลไม้ และสัตว์ที่เป็นอาหาร 5) พบการตกค้างในมนุษย์ สามารถส่งผ่านจากมารดาสู่ตัวอ่อนในครรภ์ 6) เป็นสารที่มีความเสี่ยงสูงเกินกว่าจะนำมาใช้งานได้อย่างปลอดภัย แม้จะมีการป้องกันที่ดีก็ตาม

ไกลโฟเซต รู้จักกันในชื่อการค้า “ราวด์อั้พ” เป็นสารเคมีกำจัดวัชพืชชนิดดูดซึม ทำลายพืชถึงราก เป็นสารกำจัดวัชพืชที่นิยมใช้มากที่สุดในประเทศไทย รวมถึงประเทศที่ปลูกพืช GMO ชนิดต้านทานไกลโฟเซต จนทำให้เกิดซุปเปอร์วัชพืชที่ต้านทานสารพิษนี้มากขึ้นเรื่อย ๆ เดิมเชื่อกันว่าเป็นสารที่มีความปลอดภัยสูงจากคำโฆษณาที่อ้างว่าปลอดภัยยิ่งกว่าเกลือแกง แต่ภายหลังจากที่สถาบันวิจัยมะเร็งระหว่างประเทศ (IARC) ภายใต้องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศว่าไกลโฟเซตเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์เมื่อเดือนมีนาคม 2558 ทำให้ทั่วโลกตื่นตัวและสุ่มตรวจอาหารและผลิตภัณฑ์แปรรูปและเนื้อสัตว์ งานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นผลกระทบจากสารพิษชนิดนี้ อาทิ 1) เป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ 2) เพิ่มความเสี่ยงการเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non-Hodgkin Lymphoma และเหนี่ยวนำมะเร็งเต้านมชนิดอาศัยฮอร์โมนเอสโตรเจนให้เจริญเร็วขึ้น 3) เป็นสารที่รบกวนการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ 4) เป็นสารต้าน

ภาพ : https://news.thaipbs.or.th

จุลชีพและมีผลทำให้เกิดเชื้อดื้อยา 5) รวมตัวกับโลหะหนักในน้ำบาดาล ก่อให้เกิดโรคไตเรื้อรัง 6) ถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ และทำให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์รก 7) พบการตกค้างในอาหาร ผลิตภัณฑ์แปรรูป และเครื่องดื่ม

คลอร์ไพริฟอส รู้จักกันในชื่อการค้า “ลอร์สแบน” เป็นสารเคมีกำจัดแมลงกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต นิยมใช้ในผักผลไม้ มีงานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นผลกระทบจากการสัมผัสคลอร์ไพริฟอส อาทิ 1) ผลกระทบต่อสมอง ความจำ IQ การควบคุมกล้ามเนื้อ แม้จะได้รับตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาในปริมาณที่ต่ำมาก 2) รบกวนการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อไทรอยด์ Neuroendocrine estrogenic และ Androgenic effect 3) กระตุ้นการเจริญของเซลล์มะเร็งลำไส้ 4) พบการตกค้างในผักผลไม้ น้ำนมแม่ และซีรั่มในสายสะดือของทารก

การแบนสารเคมีทั้ง 3 ชนิดในต่างประเทศ

จากผลกระทบทางลบต่อสุขภาพและความปลอดภัยของมนุษย์และสัตว์ ทำให้ปัจจุบันหลายประเทศได้ยกเลิกหรือจำกัดการใช้สารเคมีการเกษตรทั้ง 3 ชนิดแล้ว ดังนี้

ประเทศที่ห้ามใช้และประกาศห้ามใช้**พาราควอต**มี 55 ประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2562) อาทิ อังกฤษ (ผู้คิดค้น) สวิตเซอร์แลนด์ (เจ้าของตลาด) จีน (ผู้ผลิตและส่งออกรายใหญ่) บราซิล (หนึ่งในประเทศที่เคยใช้มากที่สุดของโลก) มาเลเซีย (ที่เคยห้ามใช้ แล้วกลับมาอนุญาตให้ใช้เฉพาะในปาล์มน้ำมัน และประกาศแบนอีกครั้งในเดือนมีนาคม 2562) แบ่งตามทวีปได้ดังนี้ **ยุโรป:** ฮังการี ไอร์แลนด์ อิตาลี สาธารณรัฐลัตเวีย ลิธัวเนีย ราชรัฐลักเซมเบิร์ก สาธารณรัฐมอลตา เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ โปรตุเกส โรมาเนีย สโลเวเนีย สโลวาเกีย สเปน สวีเดน สหราชอาณาจักร เบลเยี่ยม ไซปรัส สาธารณรัฐเช็ค เดนมาร์ก เอสโตเนีย ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมนี กรีซ ออสเตรีย โครเอเชีย บุลกาเรีย นอร์เวย์ สวิสเซอร์แลนด์ รัสเซีย **เอเชีย:** จีน ไต้หวัน สาธารณรัฐเกาหลี ศรีลังกา เวียดนาม ลาว กัมพูชา ซีเรีย คูเวต สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ มาเลเซีย **แอฟริกา:** เบอร์กินาฟาโซ เคปเวอร์ด ชาด แกมเบีย กินนี-บิซโซ มอริทาเนีย ไนเจอร์ เซเนกัล ไอวอรี่โคสต์ มาลี โตโก **โอเชียเนีย** : ฟิจิ **อเมริกาใต้:** บราซิล

ภาพ : https://www.newtv.co.th

สำหรับ**ไกลโฟเซต** ประเทศที่ห้ามใช้ และยุติการนำเข้า ได้แก่ โอมาน ซาอุดีอาระเบีย คูเวต สาธารณรัฐอาหรับเอมิเรตส์ บาห์เรน กาตาร์ ออสเตรีย เยอรมนี มาลาวี เวียดนาม และลักเซมเบิร์กเป็นประเทศล่าสุดที่ประกาศห้ามใช้วันที่ 1 มกราคม 2564 ประเทศที่จำกัดการใช้ ได้แก่ อาร์เจนตินา เบลเยี่ยม เบอร์มิวดา แคนาดา เดนมาร์ก ฝรั่งเศส อิตาลี มอลตา เนเธอร์แลนด์ สเปน โปรตุเกส โคลอมเบีย ศรีลังกา

ส่วน**คลอร์ไพริฟอส** องค์การความปลอดภัยอาหารแห่งยุโรป (EFSA) ได้ออกคำแถลงยืนยันเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2562 ว่า คลอร์ไพริฟอสส่งผลกระทบต่อพัฒนาการต่อระบบประสาทและสมองของเด็กแม้จะมีปริมาณน้อยที่สุดก็ตาม โดยมีหลักฐานยืนยันทั้งในสัตว์ทดลองและข้อมูลระบาดวิทยา อีกทั้งมีผลต่อระบบสืบพันธุ์ โดยสรุปว่า “ไม่สามารถกำหนดระดับการได้รับสารคลอร์ไพริฟอสที่ปลอดภัยได้ และไม่เข้าหลักเกณฑ์สำหรับการต่ออายุการใช้ได้อีก”

คำประกาศของ EFSA ทำให้การใช้คลอร์ไพริฟอสในสหภาพยุโรปซึ่งทะเบียนจะหมดอายุในวันที่ 31 มกราคม 2563 จะถูกแบนโดยสิ้นเชิง โดยก่อนหน้านี้ประเทศในยุโรปจำนวนมาก เช่น เดนมาร์ก ฟินแลนด์ เยอรมนี ไอร์แลนด์ ลัตเวีย ลิธัวเนีย สโลวีเนีย สวีเดน นอรเวย์ ไอซ์แลนด์ สวิสเซอร์แลนด์ ได้แบนสารพิษนี้ไปก่อนแล้ว (ส่วนประเทศอื่น ๆ ในยุโรปก็เข้มงวดในการใช้มาก เช่น อังกฤษอนุญาตแค่พืชเพียงชนิดเดียวเท่านั้น เป็นต้น) นอกเหนือจากยุโรป หลายประเทศได้ทยอยแบนคลอร์ไพริฟอสแล้ว เช่น จีน (ห้ามใช้ในผักผลไม้) เยเมน แอฟริกาใต้ มอลต้า และเวียดนาม เป็นต้น

การต่อสู้ที่ยืดเยื้อเพื่อแบน 3 สารเคมีการเกษตรในไทย

ภาพ : https://www.thaipost.net

นับตั้งแต่ภาคประชาสังคม นักวิชาการและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเรียกร้องให้คณะกรรมการวัตถุอันตรายยกเลิกการใช้ 3 สารเคมีการเกษตรดังกล่าวมานานหลายปี สถานการณ์ได้เริ่มเปลี่ยนแปลงเมื่อเดือนเมษายน 2560 เมื่อกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการขับเคลื่อนปัญหาสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่มีความเสี่ยงสูง มีมติให้แบนพาราควอต คลอร์ไพริฟอสและจำกัดการใช้ไกลโฟเซตภายในสิ้นปี 2562 พร้อมเรียกร้องให้กรมวิชาการเกษตรยุติการต่อทะเบียนใหม่และจำกัดการนำเข้าสารเคมีทั้ง 3 ชนิดโดยทันที แต่กรมวิชาการเกษตรเห็นว่า ควรเลื่อนระยะเวลาออกไปอีก เนื่องจากไม่สามารถกำจัดสต็อกสารเคมีดังกล่าวได้ทัน จากการหารือกับผู้ประกอบการ ส่วนใหญ่ระบุว่าการจะให้ส่งออกไปประเทศต้นทาง หรือประเทศที่ใช้อยู่อาจมีปัญหาในทางปฏิบัติ เนื่องจากหากเป็นสารที่ผสมแล้วก็จะส่งออกยากเพราะแต่ละประเทศใช้สัดส่วนไม่เหมือนกัน จึงขอเวลาในการจัดการออกไปอีก 6 เดือน[9]

การผลักดันของกลุ่มต่าง ๆ เพื่อแบน 3 สารเคมีดังกล่าว[10] นำไปสู่การเผชิญหน้าของกลุ่มที่คัดค้านและสนับสนุนการใช้สารเคมีทั้ง 3 ชนิด[11] จนกลายเป็นประเด็นทางการเมืองที่สำคัญ เมื่อประเทศไทยมีรัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งในปี 2562 กระแสเรียกร้องดังกล่าวทำให้สภาผู้แทนราษฎรตั้ง "คณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาศึกษาแนวทางการควบคุมการใช้สารเคมีในภาคเกษตรกรรม สภาผู้แทนราษฎร" จนนำไปสู่การพิจารณาเรื่องนี้โดยสภาผู้แทนราษฎรเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2562 และได้ลงมติด้วยเสียงเอกฉันท์ 423 ต่อ 0[12] เห็นชอบรายงานและข้อเสนอของคณะกรรมาธิการวิสามัญฯ ยืนยันการแบนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชความเสี่ยงสูง 3 ชนิด และเสนอให้จัดตั้งกองทุนเยียวยาเกษตรกรในระยะเปลี่ยนผ่าน ส่งเสริมจักรกลอัจฉริยะ การพัฒนาสารชีวภัณฑ์ สร้างระบบเฝ้าระวังสารพิษตกค้างในผลผลิตทางการเกษตร และเดินหน้าปรับเปลี่ยนประเทศไทยไปสู่การพัฒนาเกษตรกรรมยั่งยืนให้ได้ 100% ของพื้นที่เกษตรกรรมทั้งหมดภายในปี 2573 ซึ่งเป็นปีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ

ในทางกลับกัน เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2562 ที่ประชุมนัดแรกของคณะกรรมการวัตถุอันตรายชุดใหม่ได้เผยแพร่เอกสารว่า ปลัดกระทรวงเกษตรฯ ได้เสนอให้คณะกรรมการฯ พิจารณา "ทบทวน" มติที่ให้แบน 3 สารเคมี เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2562 ที่ตั้งใจจะให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2562 โดยคณะกรรมการฯ ชุดใหม่ได้มีมติให้ "ขยายระยะเวลาการแบน" พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ออกไป 6 เดือน จนถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2563 ส่วนไกลโฟเซตนั้นให้ใช้ "มาตรการจำกัดการใช้" แทน[13] ซึ่งต่างจากการลงมติของคณะกรรมการวัตถุอันตรายเมื่อ 22 ตุลาคม 2562 ภายใต้การผลักดันจากนางมนัญญา ไทยเศรษฐ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงเกษตรฯ ประธานคณะทำงานหารือ 4 ฝ่าย

การ "กลับมติ" ของคณะกรรมการวัตถุอันตรายดังกล่าวสร้างความพิศวงให้กับคนจำนวนมาก รศ.ภญ.จิราพร ลิ้มปานานนท์ นายกสภาเภสัชกรรม ได้ให้สัมภาษณ์ว่าการลงมติดังกล่าวเป็นภาวะจำยอม ไม่สามารถเรียกได้ว่าเป็น "มติเอกฉันท์" และประกาศลาออกจากคณะกรรมการวัตถุอันตราย[14] สอดคล้องกับตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขที่ยืนยันว่า ที่ประชุมไม่ได้ให้มีการลงคะแนนด้วยการยกมือหรือลงคะแนนรายบุคคลแต่อย่างใด[15] ทางด้าน ผศ.ดร.ปริญญา เทวานฤมิตรกุล อาจารย์ประจำภาควิชากฎหมายมหาชน ออกมาให้ความเห็นว่า เมื่อไม่มีการนับองค์ประชุมตอนลงมติ และไม่มีการให้กรรมการแต่ละคนออกเสียงในเรื่องที่ขอมติแล้ว มติของคณะกรรมการวัตถุอันตรายที่เลื่อนการแบนสามสารพิษ จึงไม่ใช่มติที่ชอบด้วยกฎหมาย หรืออีกนัยหนึ่ง เท่ากับยังไม่มีมติใหม่[16] ส่วนผู้ตรวจการแผ่นดินซึ่งเคยมีมติให้แบนทั้ง 3 สารเคมีภายในวันที่ 1 มกราคม 2563 ก็ได้แสดงท่าทีว่า คณะกรรมการวัตถุอันตรายต้องมีคำตอบให้กับเรื่องนี้[17]

ส่วนเครือข่ายสนับสนุนการแบนสารพิษร้ายแรง 686 องค์กร[18] และเครือข่ายองค์กรผู้บริโภคจึงได้ออกแถลงการณ์ยืนยันให้ทุกฝ่ายเคารพมติของคณะกรรมการวัตถุอันตราย เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2562 และประกาศจะพิจารณาดำเนินการฟ้องศาลปกครอง และศาลอาญาคดีทุจริตและประพฤติมิชอบต่อนายสุริยะ จึงรุ่งเรืองกิจ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม ในฐานะประธานคณะกรรมการวัตถุอันตรายในการประชุมเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2562 และเรียกร้องให้รัฐบาลสนับสนุนเกษตรกรในช่วงเปลี่ยนผ่าน โดยดำเนินการตามมติและข้อเสนอของกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาศึกษาแนวทางการควบคุมการใช้สารเคมีในภาคเกษตรกรรมของสภาผู้แทนราษฎร

ทางออกของไทยในการจัดการสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีความเสี่ยงสูง

ความยึดเยื้อของการยกเลิกสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีความเสี่ยงสูงทั้ง 3 ชนิด สะท้อนปัญหาโครงสร้างการกำกับดูแลสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างชัดเจน และชี้ให้เห็นว่าระบบที่มีอยู่ ไม่ตอบโจทย์การคุ้มครองสุขภาพของประชาชนได้ ดังนั้น ทางออกของประเทศไทยในการจัดการสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีความเสี่ยงสูง มี 4 เรื่องหลักที่ต้องดำเนินการ ได้แก่

1. ให้มีกฎหมายควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นการเฉพาะ แยกออกจาก พ.ร.บ. วัตถุอันตราย ตามข้อเสนอของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ[19] เนื่องจากการควบคุม การโฆษณา การจำหน่าย ผู้ใช้ ผู้สัมผัสของสารเคมีเกษตรแตกต่างจากสารเคมีในโรงงานอุตสาหกรรมอีกทั้งยังส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง และการควบคุมควรยึดหลักการระวังไว้ก่อน (Precautionary Principle) การมีส่วนร่วม และโปร่งใส โดยการพิจารณาว่าควรยกเลิกหรืออนุญาตให้ใช้สารเคมีเกษตรชนิดใด ต้องดูผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ และควรให้เป็นอำนาจของคณะกรรมการที่มีสัดส่วนของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก

ภาพ : http://news.agropages.com
http://www.dextrainternational.com

2. เก็บภาษีสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยคิดอัตราตามระดับความเป็นอันตรายและผลกระทบ จะทำให้โครงสร้างราคาสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สะท้อนภาพใกล้เคียงราคาที่แท้จริงที่ประเทศไทยต้องจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลและฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม ในกรณีนี้สารกำจัดแมลง เช่น คลอร์ไพริฟอสจะแพงขึ้น 10 เท่า โดยภาษีที่ได้ควรนำไปใช้เพื่อเยียวยาผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากกรณีที่ไม่ได้ใช้เองแต่ได้รับจากช่องทางอื่น และเพื่อเป็นกองทุนสนับสนุนให้เกิดการวิจัยพัฒนาสารชีวภัณฑ์ หรือวิธีการทดแทนในการจัดการแมลง วัชพืช และโรคพืช

3. มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการยกเลิกสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีอันตรายร้ายแรง เช่น ประเทศต้นทางยกเลิกการใช้ด้วยเหตุผลทางสุขภาพ หรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าก่อผลกระทบในประเทศ โดยต้องพิจารณาควบคุมการใช้อย่างเข้มงวดไปจนถึงยกเลิกการใช้

4. สร้างระบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนสารเคมีตกค้างในอาหารระดับประเทศ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อใช้ในการจัดการปัญหา ซึ่งต้นแบบที่น่าจะเป็นคือระบบ RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed) ของสหภาพยุโรป ที่เมื่อด่านของประเทศไหนพบปัญหาความไม่ปลอดภัย จะกักสินค้าเพื่อส่งกลับหรือทำลาย แต่หากสินค้าไปสู่ตลาดแล้วภายใน 24 ชั่วโมงทุกประเทศสมาชิกจะได้รับแจ้งและแจ้งไปยังผู้ประกอบการเพื่อนำสินค้าล็อตที่พบปัญหาออกจากตลาดทันที และประชาชนทั่วไปก็สามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้

บทส่งท้าย

ความยึดเยื้อของการยกเลิกสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีความเสี่ยงสูงทั้ง 3 ชนิด สะท้อนปัญหาของโครงสร้างการกำกับดูแลสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างชัดเจน และชี้ให้เห็นว่าระบบที่มีอยู่ไม่ตอบโจทย์การคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ประเทศไทยจึงควรออกกฎหมายควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นการเฉพาะ เก็บภาษีสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการยกเลิกสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีอันตรายร้ายแรง และสร้างระบบการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนสารเคมีตกค้างในอาหารระดับประเทศ ที่สำคัญการตื่นตัวของผู้บริโภคและประชาชนทั่วไปคือปัจจัยสำคัญที่จะร่วมมือกันผลักดันให้เกิดระบบเกษตรกรรมและอาหารที่เป็นธรรม เท่าเทียม อีกทั้งคำนึงถึงชีวิตและสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ

3

วิกฤตขยะพลาสติกในทะเล ปลุกคนไทยลดขยะพลาสติก

ภาพ : https://www.technologychaoban.com

ปัจจุบัน มีสัตว์ทะเลและสัตว์ป่าจำนวนมากที่สังเวยชีวิตให้ขยะพลาสติก การพบขยะพลาสติกจำนวนหลายกิโลกรัมในท้องของกวางป่าที่เสียชีวิตที่อุทยานแห่งชาติเขาใหญ่ จ. นครราชสีมา และอุทยานแห่งชาติขุนสถาน จ. น่าน เมื่อปี 2562 ได้ปลุกคนไทยให้ตระหนักถึงวิกฤตขยะพลาสติก มาตรการงดแจกถุงพลาสติกหูหิ้วของห้างสรรพสินค้า ซูเปอร์มาร์เก็ตและร้านสะดวกซื้อทั่วประเทศตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ที่ผ่านมา นับเป็นก้าวสำคัญของการลดขยะพลาสติกในประเทศ ก่อนที่จะมีการห้ามใช้พลาสติก 7 ชนิดภายในปี 2564 โดยจะใช้วัสดุทดแทนที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการขยะของรัฐ

พลาสติกเป็นวัสดุที่มหัศจรรย์ ด้วยคุณสมบัติของพลาสติกที่มีน้ำหนักเบา มีความยืดหยุ่นสูงและราคาถูก ทำให้มีการใช้พลาสติกในผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย นำมาซึ่งการใช้พลาสติกที่มากเกินความจำเป็น มีการผลิตพลาสติกแบบใช้แล้วทิ้ง (Single-used plastic) เพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อสร้างความสะดวกสบายในการบริโภคของมนุษย์ แต่ข้อเสียของพลาสติก คือ มันไม่ย่อยสลาย เมื่อผนวกกับพฤติกรรมการใช้ครั้งเดียวทิ้งของมนุษย์จึงก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมทั้งบนบกและในทะเล จนทั่วโลกต้องเร่งรีบออกมาตรการเพื่อลดการผลิตและใช้พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้งและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการขยะของภาครัฐ บทความนี้เป็นการนำเสนอสถานการณ์ปัญหาขยะพลาสติกและความพยายามในการแก้ปัญหาของประเทศไทย

ปัญหาขยะพลาสติกท่วมโลก ปัญหาสุขภาพ

การผลิตพลาสติกเชิงอุตสาหกรรมเกิดขึ้นตั้งแต่ทศวรรษที่ 1950 และมีการผลิตถุงพลาสติกเป็นครั้งแรกโดยวิศวกรชาวสวีเดน ใน ค.ศ. 1965[1] หลังจากนั้น ปริมาณการผลิตพลาสติกก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องมาโดยตลอดไม่น้อยกว่า 8,300 ล้านตัน (เทียบเท่าน้ำหนักของช้าง 1 พันล้านเชือก) มีการประเมินว่าทุก ๆ 1 นาที ทั่วโลกมีการใช้ถุงพลาสติก 1-2 ล้านใบ และมีการใช้ขวดพลาสติก 1 ล้านขวด[2] มีสถิติระบุว่า มีการใช้หลอดพลาสติกในสหรัฐอเมริกาสูงถึง 500 ล้านหลอดต่อวันเลยทีเดียว[3] หากยังปล่อยให้มีการผลิตพลาสติกไปเรื่อย ๆ คาดว่าภายใน ค.ศ. 2050 โลกจะมีขยะพลาสติกมากถึง 12,000 ล้านตัน[4]

ภาพ : https://www.chiangmainews.co.th

พลาสติกช่วยสร้างความสะดวกสบายให้กับมนุษย์จนหลงลืมคุณสมบัติอีกอย่างของพลาสติก คือ มันไม่ย่อยสลายทางธรรมชาติ ถุงพลาสติกและหลอดพลาสติกที่ถูกใช้งานเพียง 10 นาที อาจอยู่กับโลกไปหลายร้อยปี แม้พลาสติกจะมีคุณสมบัติด้านการใช้งานที่เป็นเลิศ แต่เมื่อกลายเป็นขยะกลับไม่สามารถนำกลับมารีไซเคิลได้เท่าที่ควร นักวิจัยประเมินว่า มีพลาสติกเพียงร้อยละ 9 เท่านั้นที่ถูกนำกลับมารีไซเคิล ร้อยละ 12 ถูกกำจัดโดยเตาเผา และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79) ถูกกำจัดโดยการฝังกลบหรือตกค้างในสิ่งแวดล้อม[5] ทีมนักวิจัย นำโดย Jenna Jambeck ได้ประเมินปริมาณขยะพลาสติกจากประเทศต่าง ๆ ที่ไหลสู่ทะเล พบว่า ในปี 2553 มีขยะพลาสติกประมาณ 5–13 ล้านตัน ได้ถูกพัดพาลงสู่ทะเล เทียบเท่ากับรถบรรทุก 1 คัน ขนพลาสติกลงทะเลทุก ๆ นาที[6] มีการคาดการณ์ว่า มีขยะพลาสติกกระจายอยู่ในมหาสมุทรทั่วโลกประมาณ 300 ล้านตัน รวมถึงพลาสติกชิ้นเล็ก ๆ กว่า 5 ล้านล้านชิ้น หนักรวมกันกว่า 250,000 ตันที่ลอยอยู่บนผิวน้ำ[7]

ขยะพลาสติกที่ตกค้างในสภาพแวดล้อมได้ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศ สัตว์ทะเล สัตว์บกและมนุษย์อย่างมหาศาล เมื่อขยะพลาสติกไหลลงสู่ทะเลมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดปัญหาการสะสมของขยะทะเล จนกลายเป็นมลพิษขยะพลาสติก ส่งผลกระทบต่อสัตว์ทะเลและปะการัง นักวิทยาศาสตร์คาดการณ์ว่า ในแต่ละปี มีนกทะเล 1 ล้านตัวตายจากการกลืนกินพลาสติก[8] สัตว์ทะเลประมาณ 700 สายพันธุ์ได้รับผลกระทบจากขยะพลาสติกในทะเล[9] แม้ว่าพลาสติกจะไม่ย่อยสลาย แต่มันสามารถแตกตัวเป็นชิ้นเล็ก ๆ ที่เรียกว่า “ไมโครพลาสติก” ขนาดเล็กกว่า 5 มิลลิเมตร ไปจนถึงระดับนาโนเมตร ตกค้างในสิ่งแวดล้อมและเข้าสู่ห่วงโซ่อาหารของมนุษย์ นักวิทยาศาสตร์ได้รายงานการพบไมโครพลาสติกในทุกสภาพแวดล้อม ตั้งแต่ในน้ำทะเล หาดทราย ดินโคลน ใต้มหาสมุทรที่ลึกที่สุด รวมถึงน้ำแข็งในเขตขั้วโลก[10]

ด้วยความที่ไมโครพลาสติกมีขนาดอนุภาคเล็ก เบา และลอยน้ำได้จึงแพร่กระจายไปตามกระแสน้ำได้โดยง่าย และสามารถหลุดรอดจากกระบวนการบำบัดน้ำไปยังแหล่งน้ำธรรมชาติหรือน้ำประปาเพื่อการบริโภคได้ นอกจากนี้ยังเป็นสารตกค้างในสิ่งแวดล้อม สะสมในห่วงโซ่อาหาร เนื่องจากอนุภาคไมโครพลาสติกสามารถดูดซับมลสารชนิดอื่นที่ปนเปื้อนอยู่ในแหล่งน้ำได้ อาทิ โลหะหนัก สารมลพิษที่ตกค้างยาวนานในสิ่งแวดล้อม (Persistent organic pollutants: POPs) เป็นต้น ดังนั้นการรวมตัวกันของอนุภาคไมโครพลาสติกและมลสารที่มีความเป็นพิษก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัย รบกวนระบบฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงของยีนและระบบพันธุกรรม รวมไปถึงศักยภาพในการก่อให้เกิดโรคมะเร็ง เป็นต้น[11]

ปัญหาขยะพลาสติกในทะเลได้กลายเป็นระเบียบวาระเร่งด่วนของประชาคมโลก โครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Environment Programme: UNEP) ประกาศให้ปี 2561 เป็นปีแห่งการ

ต่อสู้กับปัญหามลพิษพลาสติก (Beat plastic pollution) และกระตุ้นให้รัฐบาลทุกประเทศดำเนินมาตรการลด ละ เลิกใช้พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง[12] ข่าวการตายของวาฬนำร่องครีบสั้นที่จังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2561 ในท้องมีถุงพลาสติก 80 ใบ รวม 8 กิโลกรัม[13] สามวันก่อนวันสิ่งแวดล้อมโลก (5 มิถุนายน 2561) ทำให้สื่อมวลชนต่างประเทศเข้ามาทำข่าวการใช้พลาสติกอย่างฟุ่มเฟือยในประเทศไทยที่แม้แต่กล้วยหอมและไข่ต้มก็ห่อหุ้มด้วยพลาสติกและขนานนามประเทศไทยว่าเป็น “ดินแดนแห่งพลาสติก”[14] เมื่อผนวกกับข้อมูลของ Jambeck ที่รายงานก่อนหน้านี้ว่า ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 6 ของประเทศที่ทิ้งขยะพลาสติกลงทะเลมากที่สุดในโลก (150,000 – 410,000 ตันต่อปี)[15] ทำให้ประเทศไทยตกเป็นเป้าของสังคมโลกในเรื่องขยะพลาสติกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ปัญหาขยะพลาสติกในไทยและแนวทางการแก้ไข

หากกลับมาดูข้อมูลการผลิตและการบริโภคพลาสติกและสถานการณ์การจัดการขยะของประเทศไทย ก็คงไม่สามารถโต้แย้งต่างชาติได้มากนัก เมื่อกรมควบคุมมลพิษรายงานว่า ประเทศไทยมีการใช้ถุงพลาสติกหูหิ้วถึง 45,000 ล้านใบต่อปี คนกรุงเทพฯ ใช้ถุงพลาสติก เฉลี่ยอยู่ที่ 3–8 ใบต่อคนต่อวัน บริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดพลาสติก ประมาณ 4,400 ล้านขวดต่อปี ใช้โฟมบรรจุอาหาร 6,758 ล้านใบต่อปีและแก้วพลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง 9,750 ล้านใบต่อปี[16] แต่มาตรการที่ผ่านมาของรัฐบาลเน้นแต่การรณรงค์ลดใช้ถุงพลาสติกและกล่องโฟม ซึ่งพบว่าไม่ได้ผลเท่าที่ควร อุตสาหกรรมพลาสติกยังคงขยายตัวอย่างต่อเนื่องทุกปี ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมามีขยะพลาสติกเกิดขึ้นในประเทศคิดเป็นร้อยละ 12 ของปริมาณขยะทั้งหมด จากข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษ ปริมาณขยะพลาสติกที่เกิดขึ้นประมาณ 2 ล้านตันต่อปี มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ ที่เหลือซึ่งส่วนใหญ่เป็นพลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวถูกกำจัดโดยการฝังกลบ เผาและตกค้างในสิ่งแวดล้อมและบางส่วนไหลลงทะเล ก่อให้เกิดปัญหาขยะพลาสติกและไมโครพลาสติจนกลายเป็นปัญหามลพิษทางทะเล[17]

จากข้อมูลที่ประเทศไทยถูกจัดอันดับให้อยู่ลำดับที่ 6 ประเทศที่ทิ้งขยะพลาสติกลงทะเลมากที่สุดในโลก ทำให้รัฐบาลไทย ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมตระหนักถึงปัญหาขยะพลาสติกอย่างมาก กลุ่มอุตสาหกรรมพลาสติกภายใต้สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยจึงได้ดำเนินโครงการความร่วมมือภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมเพื่อแก้ปัญหาขยะพลาสติกอย่างยั่งยืนหรือ PPP Plastic (Public-Private Partnership for Sustainable Plastic and Waste Management) โดยได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2561 ต่อมาสมาชิก 34 องค์กร ได้กำหนดเป้าหมายที่จะเปลี่ยนขยะพลาสติกกลับมาใช้ใหม่ได้ทั้งหมดตามแนวคิดเศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) รวมถึงการให้ความรู้และความเข้าใจการจัดการพลาสติกหลังการใช้ เพื่อให้สามารถลดขยะพลาสติกในทะเลไทยได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ในปี 2567[18]

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) โดยกรมควบคุมมลพิษได้เป็นเจ้าภาพในการจัดตั้งคณะอนุกรรมการบริหารจัดการขยะพลาสติกซึ่งมีปลัด ทส. เป็นประธาน จากความสำเร็จในการผลักดันให้ผู้ผลิตขวดน้ำดื่มยกเลิกการใช้พลาสติกหุ้มฝาขวดน้ำดื่ม (Cap seal) ด้วยมาตรการเชิงสมัครใจในช่วงปี 2561 ทส. จึงใช้แนวทางความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการจัดทำร่าง Roadmap และร่างแผนปฏิบัติการบริหารจัดการขยะพลาสติก กำหนดกรอบเวลาในการลดและเลิกใช้พลาสติกเป้าหมาย 7 ชนิดด้วยการใช้วัสดุทดแทนที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยภายในปี 2562 ให้เลิกใช้พลาสติกหุ้มฝาขวดน้ำดื่ม ผลิตภัณฑ์พลาสติกที่ผสมสาร อ๊อกโซ (Oxo) และไมโครบีดส์จากพลาสติก และภายในปี 2565 ให้เลิกใช้ถุงพลาสติกหูหิ้วขนาดความหนา น้อยกว่า 36 ไมครอน

ภาพ : https://www.matichon.co.th

กล่องโฟมบรรจุอาหาร แก้วพลาสติกแบบบางใช้ครั้งเดียว และหลอดพลาสติก อีกทั้งกำหนดเป้าหมายการเก็บรวบรวมขยะพลาสติกเข้าสู่ระบบการจัดการให้ได้ 100% ภายในปี 2570[19]

อย่างไรก็ดี ร่าง Roadmap ดังกล่าว ยังขาดกฎหมายที่มีสภาพบังคับใช้ ทำให้ไม่มีหลักประกันว่า ภาครัฐจะบรรลุเป้าหมายได้อย่างไร[20] ดังจะเห็นได้จากกรณีถุงพลาสติกที่ผสมสารอ๊อกโซที่ยังมีการผลิตและจำหน่ายอยู่ โดยผู้ผลิตหลีกเลี่ยงการใช้คำว่า อ๊อกโซ แต่ยังอ้างการย่อยสลายได้ทางธรรมชาติที่ไม่ได้เป็นไปตามมาตรฐานพลาสติกสลายตัวได้ทางชีวภาพ (Compostable plastics) ความคืบหน้าในเชิงกฎหมายที่พบมีเพียงการแบนพลาสติกไมโครบีดส์ในเครื่องสำอางซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดลักษณะของเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้าหรือขาย (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 กำหนดให้เครื่องสำอางที่ใช้แล้วล้างออกที่มีส่วนผสมของพลาสติกไมโครบีดส์ (Plastic microbeads) เป็นเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้าหรือขาย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563[21]

ในช่วงปี 2561 นับเป็นปีที่ภาครัฐและภาคเอกชนให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาขยะพลาสติกเป็นอย่างมาก แต่มาตรการส่วนใหญ่ยังเป็นเพียงการรณรงค์เชิงสมัครใจให้ทุกภาคส่วนลด ละ เลิกใช้พลาสติกบางชนิด โดย ทส. ได้รายงานผลการดำเนินมาตรการลด ละ เลิกใช้พลาสติกภายใต้โครงการ “ทำความดีด้วยหัวใจ ลดภัยสิ่งแวดล้อม” นับแต่เริ่มกิจกรรมตั้งแต่วันที่ 21 กรกฎาคม 2561 จนถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2562 สามารถลดปริมาณการใช้ถุงพลาสติกหูหิ้วได้กว่า 2,000 ล้านใบหรือประมาณ 5,755 ตัน[22] แต่ตัวเลขถุงพลาสติกที่ลดได้ยังคิดเป็นสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับปริมาณถุงพลาสติกหูหิ้วทั้งหมดประมาณ 45,000 ล้านใบต่อปี ส่วนการรณรงค์งดใช้กล่องโฟมและพลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้งยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร

พลาสติกในท้องสัตว์ป่าและสัตว์ทะเล: อีกแรงที่ผลักดันมาตรการงดแจกถุงพลาสติก

จุดเปลี่ยนสำคัญของประเด็นขยะพลาสติกเกิดขึ้นในช่วงครึ่งหลังของปี 2562 เมื่อมีการพบขยะพลาสติกในท้องของสัตว์ป่าและสัตว์ทะเลที่เสียชีวิต เช่น กวางป่าที่อุทยานแห่งชาติเขาใหญ่ และที่อุทยานแห่งชาติขุนสถาน รวมถึงพะยูนน้อย “มาเรียม” ขวัญใจคนไทยที่มีผู้ติดตาม

ภาพ : https://www.bbc.com

จำนวนมาก[23] แม้ผลการชันสูตรพบว่า มาเรียมเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและปอดเป็นหนอง แต่คนจำนวนไม่น้อยเชื่อว่าพลาสติกในลำไส้ของมาเรียมอาจเกี่ยวข้องกับสาเหตุดังกล่าว[24]

การตายของสัตว์ป่าและสัตว์ทะเลดังกล่าวได้ตอกย้ำถึงปัญหาขยะพลาสติกของประเทศไทยจนเกิดกระแสสังคมเรียกร้องให้รัฐบาลออกมาตรการลดขยะพลาสติกที่เข้มข้นและจริงจัง นายวราวุธ ศิลปอาชา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จึงได้เชิญห้างค้าปลีกซูเปอร์มาร์เก็ตและร้านสะดวกซื้อประชุมหารือถึงมาตรการลดขยะพลาสติก เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2562 จนออกมาเป็นมาตรการงดแจกถุงพลาสติก ภายใต้ชื่อโครงการ Everyday Say No To Plastic Bags ในห้างร้านต่าง ๆ 43 แห่งทั่วประเทศ (ต่อมาขยายเป็น 75 องค์กร) โดยกำหนดมาตรการงดแจกถุงพลาสติกหูหิ้ว ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ซึ่งเข้มงวดกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผน Roadmap ที่กำหนดไว้เพียงการยกเลิกการผลิตและใช้ถุงพลาสติกหูหิ้วชนิดบาง (น้อยกว่า 36 ไมครอน) ภายในปี 2565 ทั้งนี้ ได้ผ่อนผันให้สินค้า 4 ชนิดใช้ถุงพลาสติกได้ ได้แก่ อาหารที่ต้องอุ่นร้อน อาหารเปียก เนื้อสัตว์และผลไม้[25] โดยสมาคมผู้ค้าปลีกไทยคาดว่า หากดำเนินการอย่างจริงจัง จะช่วยลดปริมาณถุงพลาสติกหูหิ้วได้ถึง 9,000 ล้านใบต่อปีจากปริมาณการใช้ถุงพลาสติกหูหิ้วของกลุ่มห้างสรรพสินค้า ซูเปอร์มาร์เก็ตและร้านสะดวกซื้ออยู่ที่ 13,500 ล้านใบต่อปี คิดเป็นร้อยละ 30 ของปริมาณทั้งหมด 45,000 ล้านใบต่อปี[26]

ภายหลังจากที่ร้านค้าปลีกรายใหญ่ 75 องค์กรดำเนินโครงการงดแจกถุงพลาสติกตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 เป็นต้นมา พบว่าประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือต่อมาตรการดังกล่าวโดยได้ปรับพฤติกรรมพกถุงผ้าหรือ

ถุงที่ใช้ซ้ำได้ไปซื้อของหรือแม้แต่ภาชนะต่าง ๆ เช่น ตะกร้า ถุงกระสอบ ถังน้ำ กะละมัง มาใส่สิ่งของทดแทนการใช้ถุงพลาสติก[27] จากการสำรวจของนิด้าโพล เมื่อวันที่ 7-8 มกราคม 2563 กับประชาชนหลากหลายอาชีพและช่วงอายุ 1,262 ตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 57.7 เห็นด้วยกับมาตรการนี้ แต่เห็นว่า ห้างควรมีถุงอื่น ๆ บริการทดแทน และส่วนใหญ่ร้อยละ 79 ได้ปรับตัวด้วยการนำถุงผ้าหรือถุงอื่น ๆ ไปใส่ของ[28]

อย่างไรก็ดี ในโลกโซเชียลยังพบข้อคิดเห็นของนักวิชาการและประชาชนหลายรายที่ไม่เห็นด้วยกับมาตรการงดแจกถุงพลาสติก มองว่าเป็นการเอาเปรียบผู้บริโภค จนถึงขั้นไปร้องเรียนต่อสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) โดยให้เหตุผลว่า ผู้ประกอบการควรจัดหาถุงกระดาษหรือสิ่งอื่นทดแทนหรือควรลดราคาสินค้าลง[29] และมีการวิพากษ์วิจารณ์กรณีที่ห้างค้าปลีกงดแจกถุงพลาสติกแต่กลับจำหน่ายถุงสปันบอนด์หรือถุงพลาสติกที่ใช้ซ้ำได้ โดยเห็นว่าเป็นการค้ากำไรจากการขายถุง อีกประเด็นหนึ่งที่มีการหยิบยก คือ ความย้อนแย้งของการให้ประชาชนลดใช้ถุงพลาสติกแต่กลับปล่อยให้มีการนำเข้าขยะพลาสติกจากต่างประเทศ[30] ดังนั้นมาตรการงดใช้ถุงพลาสติกในห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่และร้านสะดวกซื้อ ก็อาจไปเพิ่มปริมาณขยะในส่วนของถุงผ้า ถุงกระดาษแทน ซึ่งที่สุดแล้วก็ไม่ได้ทำให้ปริมาณขยะรวมของประเทศลดลง ภาครัฐจึงควรออกมาตรการที่เข้มงวดมากขึ้นในการควบคุมการนำเข้าขยะพลาสติกและขยะรีไซเคิลประเภทอื่น ๆ

ข้อวิพากษ์เหล่านี้ ภาครัฐจำเป็นต้องเร่งทำความเข้าใจที่ถูกต้องกับประชาชน ในความเป็นจริงแล้ว การควบคุมการใช้ถุงพลาสติกหูหิ้วนั้นเป็นเรื่องที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกกว่า 127 ประเทศได้ออกกฎหมายมาควบคุม ซึ่งมีทั้งประเทศที่ออกกฎหมายห้ามใช้ (Ban) หรือออกกฎหมายให้ร้านค้างดแจกถุงฟรี หากลูกค้าต้องการถุง ให้มีการเก็บเงินค่าธรรมเนียมหรือภาษีถุงพลาสติก[31] มีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่ามาตรการงดแจกถุงพลาสติกฟรีหรือมาตรการเก็บเงินค่าถุงเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยปรับพฤติกรรมของผู้บริโภคได้และมีความยืดหยุ่นกว่ามาตรการห้ามใช้โดยเด็ดขาด เนื่องจากร้านค้ายังมีทางเลือกให้ลูกค้าที่ไม่ได้พกถุงผ้าหรือไม่มีถุงผ้า สามารถซื้อถุงที่ใช้ซ้ำได้และตามหลักจิตวิทยา ลูกค้าจะไม่ต้องการซื้อถุงทุกครั้งที่ไปจับจ่ายซื้อของ ส่งผลให้ผู้บริโภคมีการปรับพฤติกรรมในการพกถุงที่ใช้ซ้ำได้มากขึ้น ซึ่งเป็นจุดประสงค์ของมาตรการเก็บเงินค่าถุงนั่นเอง[32] การที่ร้านค้าใช้มาตรการเก็บเงินค่าถุงจึงมิได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อหากำไรดังที่คนไทยบางส่วนเข้าใจ อีกทั้งห้างค้าปลีกและร้านสะดวกซื้อได้ดำเนินโครงการนำเงินค่าถุงหรือที่ประหยัดเงินจากการแจกถุงพลาสติกไปบริจาคให้โรงพยาบาลหรือองค์กร/มูลนิธิด้านสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ

นอกจากนี้ การแจกถุงทางเลือก เช่น ถุงกระดาษ หรือถุงผ้าให้กับลูกค้านั้นไม่ใช่ทางออกที่ยั่งยืน เนื่องจากการผลิตถุงดังกล่าวใช้ทรัพยากรทั้งน้ำ พลังงานและสารเคมีอย่างมากในการผลิต ทำให้มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับถุงพลาสติกที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ ในต่างประเทศ เช่น รัฐแคลิฟอร์เนียและหลายเมืองในสหรัฐอเมริกา เมื่อรัฐบาลท้องถิ่นออกกฎหมายกำหนดให้ร้านค้างดแจกถุงพลาสติกแก่ผู้บริโภค จะกำหนดให้ร้านค้าขายถุงทางเลือก ไม่ว่าจะเป็นถุงกระดาษ ถุงพลาสติกที่ย่อยสลายได้หรือถุงพลาสติกที่ทำจากพลาสติกรีไซเคิลที่ใช้ซ้ำได้หลายครั้ง[33]

ภาพ : https://inhabitat.com

ก้าวต่อไปของมาตรการลดขยะพลาสติก

มาตรการงดแจกถุงพลาสติกของห้างค้าปลีก ซูเปอร์มาร์เก็ตและร้านสะดวกซื้อทั่วประเทศนับเป็นก้าวแรกที่สำคัญในการลดขยะจากถุงพลาสติกหูหิ้วของประเทศไทย และคงใช้เวลาอีกระยะหนึ่งในการปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไทย มาตรการดังกล่าวยังมีจุดอ่อนคือเป็นมาตรการเชิงสมัครใจของร้านค้า ทำให้พบกรณีที่พนักงานร้านสะดวกซื้อบางแห่งยังแอบแจกถุงพลาสติกอยู่เมื่อถูกลูกค้าต่อว่า[34] อีกทั้งกลุ่มร้านขายของชำ ร้านค้าในตลาดสด ตลาดนัดและหาบเร่แผงลอยยังคงแจกถุงพลาสติกหูหิ้วอยู่รวมหลายหมื่นล้านใบต่อปี (ร้อยละ 70 ของ 45,000 ล้านใบ) ก้าวต่อไป ทส. ได้ประกาศว่าจะผลักดันกฎหมายภายใต้ร่างพ.ร.บ. 3R ห้ามใช้พลาสติก 7 ชนิดให้ได้ภายในปี 2564 และจะใช้วัสดุทดแทนที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมแทน[35] แผนดังกล่าวนับเป็นการร่นระยะเวลาของ Roadmap เดิมให้เร็วขึ้น 1 ปี นอกจากนี้ ยังได้มีการปรับเปลี่ยนกลไกการทำงาน จากเดิม "คณะอนุกรรมการบริหารจัดการขยะพลาสติก" มาเป็น "คณะอนุกรรมการบริหารจัดการขยะพลาสติกและขยะอิเล็กทรอนิกส์" ที่รัฐมนตรีวราวุธฯ นั่งเป็นประธานคณะอนุกรรมการฯ เพื่อขับเคลื่อนร่างกฎหมายและมาตรการห้ามนำเข้าขยะจากต่างประเทศ[36]

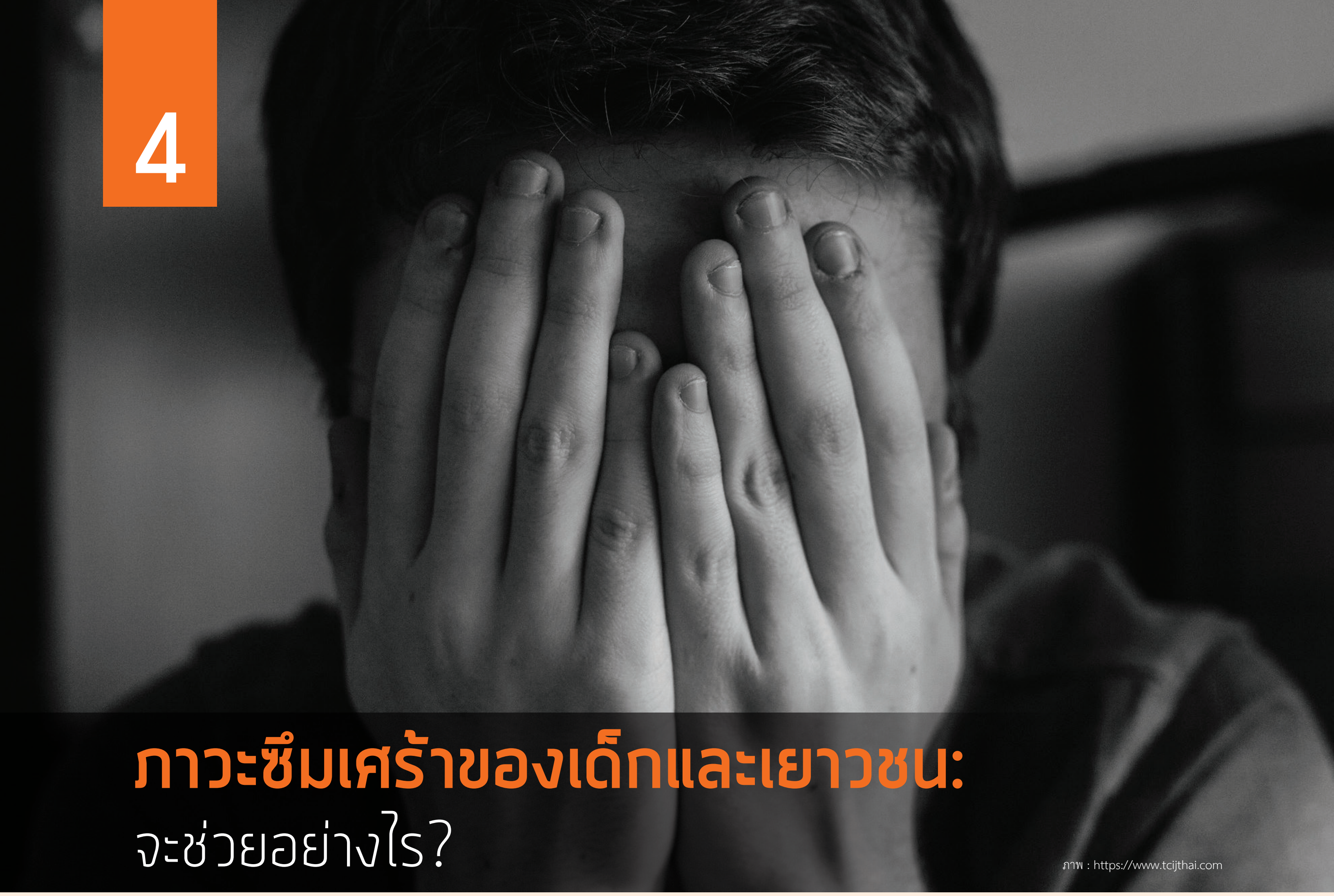
หลายฝ่ายหวังว่าร่างกฎหมายที่จะขับเคลื่อนควรครอบคลุมขยะชุมชนทุกประเภทเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการขยะอย่างบูรณาการ ใช้แนวคิดการจัดการขยะอย่างยั่งยืนที่เน้นการป้องกันหรือลดขยะที่ต้นทางก่อน และนำหลักการความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นของผู้ผลิต (Extended Producer Responsibility: EPR) มาใช้เพื่อให้ผู้ผลิตและร้านค้าปลีกมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการลดขยะพลาสติกที่ต้นทางตั้งแต่การผลิตสินค้าและบรรจุภัณฑ์ ออกแบบผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ให้ง่ายต่อการรีไซเคิล และมีส่วนร่วมในการจัดระบบการเรียกคืนหรือการเก็บรวบรวมขยะบรรจุภัณฑ์หรือซากผลิตภัณฑ์ฯ จากผู้บริโภคเข้าสู่ระบบการจัดการอย่างถูกต้อง ให้มีกลไกมัดจำคืนเงิน (Deposit-refund) บรรจุภัณฑ์และผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้บริโภคส่งคืนขยะให้กับผู้ผลิต มาตรการต่าง ๆ เหล่านี้ได้มีการนำมาใช้ในการจัดการขยะในประเทศที่พัฒนาแล้วจนประสบความสำเร็จ (เช่น กฎหมายบรรจุภัณฑ์ของเยอรมนีที่ออกตั้งแต่ ค.ศ. 1992)[37]

ภาพ : http://oknation.nationtv.tv

นอกจากบทบาทของภาครัฐแล้ว ภาคประชาชนในฐานะผู้บริโภคก็ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคจากพฤติกรรมใช้ครั้งเดียวทิ้งมาเป็นพฤติกรรมใช้แล้วใช้อีก ด้วยการใช้ซ้ำถุงผ้าหรือถุงที่ใช้ซ้ำได้และการพกอุปกรณ์ช่วยลดขยะอื่น ๆ อาทิ กระบอกน้ำหรือแก้วน้ำส่วนตัว ลดการสั่งซื้ออาหารออนไลน์ที่ตามมาด้วยขยะพลาสติกนับสิบชิ้นต่อมื้อ หากทุกคนช่วยกันปรับเปลี่ยนวิถีบริโภคแค่เพียงเล็กน้อยก็จะช่วยลดขยะพลาสติกและขยะประเภทต่าง ๆ ได้อย่างมหาศาล

บทสรุป

สังคมไทยได้เริ่มตระหนักและตื่นตัวกับปัญหาขยะพลาสติกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมานับ ตั้งแต่ประเทศไทยอยู่อันดับ 6 ของประเทศที่ทิ้งขยะพลาสติกลงทะเลมากที่สุดในโลก ตามมาด้วยการตายของวาฬนำร่องและเต่าทะเลอันเนื่องมาจากการกลืนกินขยะพลาสติก การตายของสัตว์ป่าและสัตว์ทะเลจำนวนมากเปรียบเสมือนฟางเส้นสุดท้ายที่ทำให้ภาครัฐและภาคเอกชนยกระดับมาตรการลดขยะพลาสติกจากมาตรการรณรงค์ให้ผู้บริโภคพกถุงผ้ามาซื้อของมาเป็นมาตรการให้ห้างสรรพสินค้า ซูเปอร์มาร์เก็ตและร้านสะดวกซื้อทั่วประเทศงดแจกถุงพลาสติกหูหิ้ว ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 เป็นต้นมา คงต้องติดตามต่อไปว่ามาตรการงดแจกถุงพลาสติกจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด และภาครัฐจะสามารถผลักดันกฎหมายบริหารจัดการขยะพลาสติกหรือกฎหมายจัดการขยะออกมาได้จริงหรือไม่ สิ่งสำคัญคือ ความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ผู้ผลิตและผู้บริโภคที่ต้องช่วยกันดำเนินมาตรการลดขยะและจัดการขยะพลาสติกอย่างจริงจัง เพื่อแก้ปัญหามลพิษจากขยะพลาสติกที่ขณะนี้ได้กลายเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมโลกที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าวิกฤตโลกร้อนที่ทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ ณ ปัจจุบัน



4

ภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชน: จะช่วยอย่างไร?

ภาพ : https://www.tcijthai.com

ภาวะซึมเศร้า กำลังเป็นปัญหาใหญ่ของเยาวชนทั่วโลก ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการคิด ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสภาวะอารมณ์ที่หดหู่และปัญหาสุขภาพ และมีโอกาสเกิดได้บ่อยในเด็กและเยาวชนที่อายุระหว่าง 10-18 ปี ซึ่งเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า และพ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้าก็จะมีความเสี่ยงที่มีลูกที่มีภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ภาวะซึมเศร้านั้นเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยเด็กและเยาวชนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีสถิติการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน สูงเป็นอันดับที่สองของโลก

ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น แม้ว่าการฆ่าตัวตายของเยาวชนจะไม่ได้มีสาเหตุมาจากภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว แต่อุบัติการณ์ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ มีความเปราะบางทางอารมณ์ที่สูง รวมถึงมีความยากลำบากในการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ดังนั้นเมื่อเจอเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้นจึงนำไปสู่การหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย เช่น วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อถูกกลั่นแกล้งจะยิ่งมีแนวโน้มสูงในการฆ่าตัวตาย[1]

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี 2559 เด็กและเยาวชนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีสถิติการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน สูงเป็นอันดับที่สองของโลก รองจากภูมิภาคยุโรป สิ่งที่น่าตกใจคือการฆ่าตัวตายเริ่มพบตั้งแต่เด็กอายุ 10 ปี การสำรวจสาเหตุการตายของคนอายุ 15-29 ปี ขององค์การอนามัยโลก สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก คือ อุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย และการถูกทำร้าย[2] ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้สำรวจอีกครั้งในปี 2561 ก็พบสาเหตุการตายของเด็กและเยาวชนอายุ 10-19 ปี ยังคงเหมือนกับผลการสำรวจในปี 2016 บทความนี้เป็นการอภิปรายสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงของเยาวชนต่อภาวะซึมเศร้า และแนวทางการป้องกันและลดปัญหาภาวะซึมเศร้าดังกล่าว

สถานการณ์ในประเทศไทย

กรมสุขภาพจิต รายงานว่า ในปี 2560 กลุ่มเยาวชน อายุ 20-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 4.94 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลสายด่วนสุขภาพจิต 1323 พบว่า มีกลุ่มเยาวชนโทรเข้ามาปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น จากการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ทั้งสิ้น 70,534 ครั้ง มี 10,298 ครั้ง เป็นผู้ใช้บริการที่มีอายุ 10-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.6 ของจำนวนการให้บริการทั้งหมด โดย 5 อันดับปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ได้แก่ ปัญหาความเครียดหรือวิตกกังวล ปัญหาทางจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว[3]

นอกจากนี้ อีกหนึ่งความเสี่ยงของเด็กและเยาวชนในปัจจุบันต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าคือ ความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว สำนักงานสถิติแห่งชาติ[4] ได้สำรวจแนวโน้มของการอยู่ด้วยกันพร้อมหน้าพ่อแม่ลูกในครัวเรือนไทย ตั้งแต่ปี 2545 ถึง 2555 พบว่าการอยู่ด้วยกันพร้อมหน้าพ่อแม่ลูกมีแนวโน้มลดลง ดังนั้นความเปราะบางของสถาบันครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่น

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของนิสิตนักศึกษาในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2556-2558[5,6,7,8,9] มีข้อค้นพบดังนี้

1. นิสิตนักศึกษายิ่งชั้นปีสูง ยิ่งซึมเศร้ามาก
2. ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีนิสิตนักศึกษาที่เคยมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 6.4 ของจำนวนนิสิตนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,600 คน
3. คนที่นิสิตนักศึกษาขอความช่วยเหลือเป็นคนแรกเมื่อพบว่าตนเองมีปัญหา คือ เพื่อน
4. สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ เป็นหอพัก รองลงมาคือ บ้าน
5. สาเหตุของการฆ่าตัวตาย อันดับ 1 คือ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด อันดับ 2 คือ ปัญหาการเรียน และอันดับ 3 คือ ปัญหาความรัก
6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว ความวิตกกังวล/ความเครียด ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดา มารดาและเพื่อน การไม่มีเพื่อนที่สามารถพูดคุยได้ การมีความทุกข์ทางใจ ความคิดอัตโนมัติทางลบ การครุ่นคิด เหตุการณ์เชิงลบ และบุคลิกภาพของพ่อแม่

ภาพ : https://www.freepik.com

7. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ รายได้ที่เพียงพอ ความสามารถในการฟื้นพลัง บรรยากาศครอบครัวที่ดี และการเห็นคุณค่าในตนเอง

ปัจจัยเสี่ยงของเด็กและเยาวชนไทยต่อภาวะซึมเศร้า

ในประเทศไทย สามารถรวบรวมปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ ดังนี้

1. คนที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า คือ คนใกล้ชิดกับความสูญเสีย มีงานวิจัยหลายงานที่พบว่า นักศึกษาที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าคณะอื่น คือคณะพยาบาล เพราะต้องพบเจอกับการเจ็บปวด การตายของผู้อื่นเป็นประจำ ดังนั้นกลุ่มเพื่อนและคนใกล้ชิดที่เผชิญกับเหตุการณ์การสูญเสียเป็นกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. การเสนอข่าวการฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายตัวเองซ้ำ ๆ ย้ำ ๆ การเสนอข่าวซ้ำหรือการขุดคุ้ยเรื่องราวของผู้ที่เป็นข่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเลียนแบบหรือ “Copycat” เพราะข่าวพวกนี้ส่งผลกระทบบุคคลหลายกลุ่ม ได้แก่

- คนที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความเปราะบางทางอารมณ์ อาจเลียนแบบวิธีการแก้ปัญหาที่ผิดวิธี
- คนใกล้ชิดที่บริโภคข่าวซ้ำ ๆ ทำให้เกิดการตอกย้ำความรู้สึก นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ดังนั้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นจึงไม่ควรหาคนผิด เพราะคนที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นบุคคลที่มีความ “เปราะบางทางจิตใจ” ความเปราะบางนี้เป็นการสะสมจากประสบการณ์ที่เจอจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต พอมาเจอสิ่งกระตุ้น หรือ Trigger ก็มีโอกาสทำให้เกิดการแตกสลายได้ รวมถึงผู้ใกล้ชิดที่เป็นผู้สูญเสียจากเหตุการณ์อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

3. การเน้นผลสัมฤทธิ์ และการเปรียบเทียบแข่งขันที่มากเกินไป การตั้งใจเรียน เป็นเด็กดี อาจไม่เพียงพอต่อการสร้างภูมิคุ้มกันในชีวิต เด็กที่เรียนเก่งมาตลอด ไม่เคยผิดหวังเลย และเด็กที่ผิดหวังมาตลอด เด็ก 2 กลุ่มนี้เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เด็กและเยาวชนในหลายประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประสบกับปัญหาสุขภาพจิตที่มีสาเหตุมาจากการเรียน เช่น ในประเทศเวียดนาม โรงพยาบาลจิตเวช Mai Huong ซึ่งตั้งอยู่ที่กรุงฮานอย ได้สำรวจนักเรียนประถมและมัธยมต้นจำนวน 1,200 คนในกรุงฮานอย พบว่า 19.4% ของนักเรียนมีปัญหาทางจิต สาเหตุส่วนใหญ่ของปัญหามาจากแรงกดดันให้เรียนหนักจากผู้ปกครอง[10]

ในประเทศไทย งานวิจัยที่สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า เด็กไทยเรียนหนักที่สุดในโลกรองจากประเทศญี่ปุ่น โดยโรงเรียนในไทยส่วนใหญ่ มีการจัดตารางให้เด็กเรียนวันละ 8-10 คาบต่อวัน มีนักเรียนบางส่วนรู้สึกเบื่อจนไม่อยากเรียน และเด็กไทยร้อยละ 87 มีเวลาพูดคุยกับพ่อแม่เพียงวันละ 10 นาที[11] ส่วนประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศที่มีการแข่งขันค่อนข้างสูงทั้งการเรียน และการทำงาน[12] เริ่มมีการปรับเปลี่ยนแนวทางจัดการศึกษา เป็นการเรียนรู้เพื่อการใช้ชีวิต จะไม่มีการจัดอันดับผลการเรียน แต่เน้นให้เด็กได้แข่งกับตนเอง นอกจากนี้นักจิตวิทยาหลายคนได้นำเสนอทฤษฎีที่ทำให้เราได้ตระหนักว่าเด็กแต่ละคน “เก่งกันคนละอย่าง” เช่น ทฤษฎี Multiple intelligence ของ Howard Gardner[13] ทำให้เราได้ตระหนักว่าเราไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบเด็กว่าใครดีกว่ากัน เพราะเขาเก่งกันคนละอย่าง

ภาพ : https://www.rajavithi.go.th

4. วิถีชีวิตของเด็กติดจอ/เด็กในเมืองที่ต้องเร่งรีบ เด็กใน Generation นี้ที่เราเรียกว่า “Screenager” ใช้เวลาอยู่กับหน้าจอ นอนดึก ตื่นเช้า พักผ่อนน้อยก็เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า งานวิจัยของมหาวิทยาลัย Pittsburgh ศึกษาทดลองโดยใช้วิธีการวัดคลื่นสมองกับเด็กอายุ 5-15 ปี จำนวน 35 คน เด็กที่นอนน้อยมีการรับรู้ถึงความพึงพอใจน้อยลง[14] มีงานวิจัยหลายงานที่ค้นพบผลที่สอดคล้องกันว่า ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า นั่นคือจำนวนชั่วโมงในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ยิ่งมากยิ่งส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง[15]

การป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาวะและปัญหาสังคมที่ร้ายแรง และบ่อนทำลายคุณภาพชีวิตของประชากรสังคมไทยและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ควรร่วมกันดำเนินการเพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. ปลูกฝังกรอบการคิดแบบเติบโต (Growth Mindset)[16] สาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้าคือกระบวนการคิดเชิงลบ หรือการคิดแบบยึดติดที่มองว่าความล้มเหลวหรือความผิดพลาดเกิดขึ้นเพราะความสามารถของตัวบุคคล และนำไปสู่การรับรู้ตนเองว่าไม่มีความสามารถ ซึ่งตรงข้ามกับการคิดแบบเติบโตที่มองว่าความล้มเหลวทำให้ได้เรียนรู้และพัฒนาตนเอง ดังนั้นกระบวนการคิดที่แตกต่างกันทำให้เด็กและเยาวชนมีการปฏิบัติตนเมื่อเจอกับปัญหาในรูปแบบที่ต่างกัน ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการรับรู้ตนเองในเชิงลบ คือกลุ่มคนที่มีการคิดแบบยึดติด ปัญหานี้พ่อแม่หรือครูอาจารย์ช่วยได้ในการเป็นแบบอย่างในการมองโลก ใช้ประสบการณ์ล้มเหลวที่เด็กอาจได้เจอ เป็นโอกาสในการสอนมุมมอง ใช้วิกฤตินี้ให้เป็นโอกาส และเรียนรู้จากมัน

ผู้ที่มีความคิดเติบโตจะมองว่าความสามารถเป็นสิ่งที่พัฒนาได้ ความพยายามและมุ่งมั่นจะนำไปสู่การพัฒนาความสามารถของตนเอง น้อมรับคำวิจารณ์เพื่อการพัฒนาตนเองรวมถึงเรียนรู้จากความล้มเหลวที่ตนเองได้เจอ เพื่อเป็นแรงไปสู่การพัฒนาตนเอง ส่วนผู้ที่มีความคิดยึดติดจะสะเทือนใจและโทษตนเองเมื่อเจอกับความล้มเหลว และมองว่าตนพัฒนาต่อไปไม่ได้ ดังนั้นผู้ที่มีความคิดเติบโตและผู้ที่มีความคิดยึดติดจึงมีการปฏิบัติต่างกันเมื่อเจอกับอุปสรรค ผู้ที่มีความคิดเติบโตจะมองว่าอุปสรรคเป็นโอกาสของการเรียนรู้ ส่วนผู้ที่มีความคิดยึดติดมองว่าอุปสรรคเป็นสิ่งที่ไม่ควรจะมีเพราะมีแล้วทำให้เขาไม่สามารถทำอะไรให้สำเร็จได้

จึงเห็นได้ว่ากระบวนการคิดมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อเด็กและเยาวชน การฝึกกระบวนการคิดเชิงบวกจะเป็นภูมิคุ้มกันให้เด็กและเยาวชนสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาและอุปสรรคที่พวกเขามีโอกาสเจอได้ตลอด

2. สะสมทุนชีวิตให้กับเด็ก (เพิ่มปัจจัยเสริม ลดปัจจัยเสี่ยง) ฝึกให้เจอทั้งความล้มเหลวและความสำเร็จ การทำอะไรได้สำเร็จมาตลอด อาจทำให้เด็กเสี่ยงต่อการรับไม่ได้ หรือช็อค เมื่อเจอกับความผิดหวัง/ล้มเหลว รวมถึงเด็กที่ไม่เคยทำอะไรได้สำเร็จเลย ก็ควรจะสร้างโอกาสให้เด็กได้รับรู้ว่าเขามีคุณค่าและสามารถทำอะไรได้สำเร็จบ้าง

มีคำถามหนึ่งที่คนในสังคมสงสัย คือ ทำไมเด็กเรียนเก่งหลายคนมีภาวะซึมเศร้า? ในมุมของผู้เรียนแต่ละคน ผู้เรียนแต่ละคนมีความแตกต่างกัน เช่น มีภูมิคุ้มกันในชีวิตที่ไม่เท่ากัน หรือมีความสามารถในการฟื้นพลังที่ไม่เท่ากัน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของเด็กเรียนเก่งคือ บางคนอาจไม่เคยสอบตกเลย หรือไม่เคยเรียนไม่รู้เรื่อง ดังนั้นเมื่อเจอเหตุการณ์ใหม่ที่เขาไม่เคยได้รับมาก่อน เช่น สอบตก หรือได้คะแนนน้อย อาจรับไม่ได้และเสี่ยงต่อการปรับตัวที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับพื้นฐานที่ผู้เรียนแต่ละคนมี ผู้เรียนบางคนมีปัญหาสามารถคุยกับพ่อแม่ หรือเพื่อนได้ แต่ผู้เรียนบางคนเก็บตัวไม่คุยกับใคร ดังนั้นผลกระทบจากเหตุการณ์นี้อาจรุนแรงไม่เท่ากันในผู้เรียนแต่ละคน

ภาพ : https://www.123rf.com

ประสบการณ์ในห้องเรียน มีความสำคัญต่อการรับรู้ที่มีต่อตนเองของผู้เรียนและผู้เรียนแต่ละคน อาจมีวิธีการรับมือกับประสบการณ์ในเชิงลบที่ต่างกัน ดังนั้นครูผู้สอนพึงระวังว่า ผู้เรียนไม่ได้เหมือนกันทุกคน คำพูดบางคำพูดอาจทำให้บางคนสะเทือนใจ รวมถึงวิธีการสอนวิธีการเดียวกันอาจไม่ได้เหมาะสำหรับผู้เรียนทุกคน ผู้สอนจึงควรให้ประสบการณ์ทั้งเชิงลบและเชิงบวก เช่น ผู้ที่เรียนเก่ง อาจให้งานที่ท้าทาย หรือให้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผิดหวังบ้าง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในอนาคต ผู้ที่เรียนไม่เก่ง อาจจำเป็นต้องได้รับประสบการณ์ของความสำเร็จเพื่อสร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง และสร้างกำลังใจให้พัฒนาตนเองต่อไป

งานวิจัย 2 เรื่องของปิยวรรณ วิเศษสุวรรณภูมิ[17,18] ที่ทำต่อเนื่อง 2 ปีเพื่อศึกษาเรื่องการใช้การเสริมต่อการเรียนรู้ (Scaffolding Instruction) เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงานของผู้เรียนระดับบัณฑิตศึกษา งานวิจัยปีที่ 1 เป็นการใช้การเสริมต่อการเรียนรู้ช่วยให้ผู้เรียนได้มีทักษะที่ดีขึ้น ในการให้งาน หากผู้เรียนเรียนรู้และทำโดยลำพังนิสิตอาจทำได้ในระดับ 7 จาก 10 เมื่อให้การเสริมต่อการเรียนรู้แล้ว ผู้เรียนอาจทำได้ถึง 9 ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการเสริมต่อการเรียนรู้สามารถพัฒนาทักษะการทำงานได้ แต่ในขณะเดียวกันในระหว่างกระบวนการทำงานนิสิตอาจมีสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น กังวล เครียด กลัว งานวิจัยในปีที่ 2 จึงเป็นการใช้การเสริมต่อการเรียนรู้ควบคู่ไปกับการให้การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ซึ่งข้อค้นพบจากงานวิจัยทั้ง 2 งานได้ข้อสรุปว่าการเสริมต่อการเรียนรู้ควรช่วยทั้งการพัฒนาทักษะการทำงาน และการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วย

3. เข้าใจเด็กในสิ่งที่เขาเป็น (ทุนสังคม ทุนจิตใจ ทุนความสามารถ) เด็กและเยาวชนแต่ละคนมีความแตกต่างหลากหลาย เด็กแต่ละคนมีสภาวะทางสุขภาพทั้งสุขภาพใจและกายที่แตกต่างกัน สภาวะทางจิตวิทยา เช่น การรับรู้สิ่งต่าง ๆ ทัศนคติ Mindset ทุนชีวิต ทักษะชีวิต บุคลิกภาพ (เด็กบางคนมีปัญหาแล้วพูด แต่บางคนไม่พูด)

ความสามารถในการฟื้นพลัง (เมื่อเจอกับปัญหาที่กระทบกระเทือนจิตใจ สามารถปรับตัวให้กลับมาเป็นปกติได้) การเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงความสามารถพื้นฐานและความถนัด นอกจากนั้นเด็กแต่ละคนยังอาจมีสิ่งสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน เช่น ความรักและความเอาใจใส่จากครอบครัว เพื่อนและอาจารย์ ดังนั้น “เมื่อเด็กเจอปัญหาหรืออุปสรรค ปัญหาเดียวกัน ที่เกิดขึ้นกับเด็กแต่ละคนอาจมีความรุนแรงต่อเด็กไม่เท่ากัน บางคนไม่ได้รับผลกระทบเลย แต่บางคนได้รับผลกระทบหนักมาก”

ในห้องเรียน กิจกรรมต่าง ๆ ในชั้นเรียน รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน เป็นสิ่งที่สร้างบรรยากาศในห้องเรียน (Classroom atmosphere) ซึ่งนำไปสู่การเกิดอารมณ์ในการเรียน (Academic emotions) ซึ่งก็สามารถเป็นได้ทั้ง อารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบ อารมณ์ทางบวกนั้นจะส่งผลที่ดีต่อประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ส่วนอารมณ์ทางลบนอกจากจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้แล้ว ยังอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนที่ไม่พึงประสงค์ หากมีความรุนแรงขึ้นก็จะส่งผลต่อปัญหาเรื้อรังที่ตามมา เช่น ไม่สามารถติดตามบทเรียนได้ทัน หรือไม่เข้าชั้นเรียน นำไปสู่ปัญหาสะสมของผู้เรียน และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้นสิ่งที่ผู้สอนทำได้ในฐานะที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของผู้เรียน คือ การสร้างบรรยากาศในห้องเรียนที่ดี เช่น บรรยากาศของความเป็นมิตร การยอมรับฟัง การให้ความสนใจแก่ผู้เรียนที่เรียนไม่ทัน

4. เราเป็นสิ่งแวดล้อมของกันและกัน ปัญหาภาวะซึมเศร้าในเด็กและเยาวชนเกิดทั้งปัจจัยภายใน เช่น พันธุกรรม และปัจจัยภายนอก เช่น เหตุการณ์ที่เผชิญ ดังนั้นทุกคนในสังคม ได้แก่ พ่อแม่ คนในครอบครัว ครู เพื่อน และสังคมในภาพรวมควรมีส่วนรับผิดชอบร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้แก่เด็กและเยาวชน เช่น

1) การใช้เวลาของพ่อแม่หรือคนในครอบครัวที่มีคุณภาพในการดูแลและพูดคุยกับเด็กและเยาวชน
2) การสร้างบรรยากาศในสถานศึกษาการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้เด็กรู้สึกปลอดภัยและได้รับการยอมรับ รวมถึงการต่อต้านการแกล้งกันในโรงเรียนด้วยการสร้างทัศนคติที่ถูกต้องแก่ครู และเพื่อน
3) ฝึกให้เด็กเก่งได้พบเจอและมีความสามารถในการจัดการกับความล้มเหลว และฝึกให้เด็กเรียนอ่อนได้มีความมั่นใจและการรับรู้ตนเองที่ดีด้วยการให้ประสบการณ์ความสำเร็จ รวมถึงเสริมสร้างทั้งทักษะที่จำเป็นต่อการทำงาน และสนับสนุนทางด้านจิตใจ
4) สื่อควรมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสังคมที่ดี ดังนั้นควรส่งเสริมการผลิตสื่อที่สร้างสรรค์สังคม
5) ฟังให้มาก ในบางครั้งผู้ที่มีความคับข้องใจอาจต้องการแค่เพียง “การฟัง” จากผู้ใกล้ชิด WHO ได้จัด Campaign “Depression: Let’s talk”[19] เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้พูดระบายสิ่งต่าง ๆ การที่ผู้ใกล้ชิดใช้เวลากับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยการนั่งฟัง จะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองในการมีชีวิตอยู่ได้ ตัวอย่างนี้จึงเป็นแนวทางที่ควรนำมาปฏิบัติในกลุ่มสังคมต่าง ๆ

ภาพ : https://www.thairath.co.th

บทสรุป

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาใหญ่สำหรับเด็กและเยาวชนไทยในปัจจุบัน ซึ่งเด็กและเยาวชนตั้งแต่อายุ 10 ปีเป็นเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า วิถีชีวิตของเด็กและเยาวชนไทยในปัจจุบัน สถานภาพของครอบครัว การบริโภคสื่อรวมถึงสภาพสังคมที่เน้นการเปรียบเทียบแข่งขัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กและเยาวชนไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นสังคมตั้งแต่ระดับครอบครัวไปจนถึงระดับประเทศจึงควรตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหานี้ เพราะเด็กและเยาวชนที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มสูงที่จะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าและลูกของพวกเขาก็มีโอกาสสูงที่เกิดภาวะซึมเศร้า ปัญหาภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาลูกโซ่ที่ไม่ควรละเลย สังคมจึงควรมีส่วนในความรับผิดชอบร่วมกันตั้งแต่การสร้างภูมิคุ้มกันภายในตัวเด็กและเยาวชน ให้เขามีจิตใจที่เข้มแข็งและสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่กำลังเผชิญได้ รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่มีคุณภาพให้การยอมรับ เพื่อเสริมสร้างให้เด็กและเยาวชนเห็นคุณค่าในตนเอง มีสุขภาพจิตที่ดีและมีทุนในการดำเนินชีวิตต่อไป

5

จับตานโยบายกัญชาเสรี ขายฝันหรือทำจริง?

ภาพ : https://www.thairath.co.th

แม้ประเทศไทยจะเป็นชาติแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีกฎหมายกัญชาทางการแพทย์ ที่อนุญาตให้นำกัญชาและกระท่อมไปศึกษาวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และรักษาโรค แต่นั่นเป็นเพียงจุดเริ่มต้นเท่านั้น กระแสปลดล็อกกัญชาถูกโหมขึ้นอย่างหนักในช่วงการเลือกตั้ง ปี 2562 พรรคการเมืองบางพรรคได้ชู "นโยบายกัญชาเสรี" โดยผลักดันให้พืชกัญชาสามารถปลูกได้อย่างเสรีทั่วทุกบ้าน แต่การควบคุมกัญชาไม่ให้เอามาใช้ในทางเสพติดเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีมาตรการควบคุม ควบคู่ไปกับการอนุญาตใช้พืชกัญชาทางการแพทย์อย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาวัวหายล้อมคอกในภายหลัง

ปัจจุบันกัญชาเป็นพืชที่เป็นที่ยอมรับกันว่ามีประโยชน์ทางการแพทย์ ในสหราชอาณาจักรมีการนำกัญชามาสกัดเพื่อใช้ในการรักษาโรคปลอกประสาทแข็ง จนเป็นที่ยอมรับให้ใช้ทางการแพทย์ใน 24 ประเทศ เช่น ออสเตรเลีย ออสเตรีย เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร สเปน ฯลฯ นอกจากนี้ก็ยังมีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ในการบำบัดรักษาอาการจิตเวชและระบบประสาท (Neuropsychiatric symptoms) การรักษาอาการไม่อยากอาหารในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น บางประเทศจึงยอมให้มีการปลูกกัญชาเพื่อใช้ในทางการแพทย์ [1] เช่น แคนาดา อิสราเอล เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร สวิตเซอร์แลนด์ และบางรัฐในสหรัฐอเมริกา และมีอีกหลายประเทศที่ยอมรับให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ บทความนี้เป็นการสรุปและอภิปรายถึงพัฒนาการของนโยบายกัญชาเสรีในไทย ประกอบด้วยการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติ การแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การขับเคลื่อนเรื่องกัญชาของกลุ่มต่าง ๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบายกัญชาเสรี

กัญชาเสรีจากป้ายหาเสียงสู่นโยบายรัฐบาล

สำหรับนโยบายกัญชาเสรี เป็น 1 ใน 6 นโยบายเร่งด่วน [2] ของพรรคภูมิใจไทย ที่ใช้ในการหาเสียงเลือกตั้ง ภายหลังมลรัฐแคลิฟอร์เนียของสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายอนุญาตให้ร้านค้าปลีกสามารถขายกัญชาเพื่อการนันทนาการแก่ผู้ซื้อที่มีอายุ 21 ปีขึ้นไปได้ เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2561 โดยนายศักดิ์สยาม ชิดชอบ เลขาธิการพรรคภูมิใจไทย กล่าวว่า การออกกฎหมายฉบับดังกล่าวทำให้มลรัฐแคลิฟอร์เนียเป็นตลาดกัญชาที่ใหญ่ที่สุดในโลก โดยมีมูลค่าของธุรกิจกัญชาไม่น้อยกว่า 1.5 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นเงินไทยประมาณ 4 แสน 9 หมื่น 5 พันล้านบาท สร้างรายได้เป็นภาษีให้แก่มลรัฐแคลิฟอร์เนียปีละไม่น้อยกว่า 3 พันล้านดอลลาร์ หรือประมาณ 1 แสนล้านบาท มีการอนุญาตให้ประชาชนของมลรัฐแคลิฟอร์เนียสามารถปลูกกัญชาไว้ในบ้านได้ครอบครัวละไม่เกิน 6 ต้น โดยรัฐเก็บค่าธรรมเนียมปลูกต้นละ 1 ดอลลาร์ หรือ 30 บาทต่อปี เพื่อให้ประชาชนใช้ในการพักผ่อน หรือใช้ผสม

อาหารไว้รับประทาน และอนุญาตให้ผสมกัญชาในผลิตภัณฑ์หลายชนิดและนำออกวางจัดจำหน่ายในตลาด เป็นการสร้างรายได้ให้กับประชาชน แต่กฎหมายก็ควบคุมปริมาณการใช้ไม่ให้เกิน 8 กรัมต่อ 1 หน่วยบริโภค จึงอยากให้ประเทศไทยออกกฎหมายแบบมลรัฐแคลิฟอร์เนีย เพราะกัญชาใช้ประโยชน์ในการทำยาเพื่อการรักษาทางการแพทย์ เช่น รักษาอาการเบื่ออาหารในผู้ป่วยโรคเอดส์ ลดอาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง รักษาโรคหัวใจ ใช้เพื่อการสันทนาการ ซึ่งพรรคภูมิใจไทยเชื่อมั่นว่า กัญชาจะเป็นพืชเศรษฐกิจที่สร้างรายได้ให้กับเกษตรกรทุกครอบครัว เพราะกัญชา 1 ต้น สามารถออกดอกได้น้ำหนักถึง 1 กิโลกรัม ขายในประเทศอเมริกากิโลกรัมละ 7 หมื่นบาท พื้นที่ 1 ไร่ ปลูกกัญชาได้ประมาณ 6,400 ต้น ถ้าเอา 7 หมื่นบาท คูณ 6,400 ต้น จะได้เงินสูงถึง 448 ล้านบาทต่อไร่ ภายหลังการเลือกตั้งพรรคภูมิใจไทยได้เข้าร่วมรัฐบาล จึงได้ผลักดันเรื่องนี้เข้าสู่นโยบายของรัฐบาล

ภายหลังการเลือกตั้งเมื่อปี 2562 พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้แถลงนโยบายรัฐบาลต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2562[3] โดย 1 ใน 12 นโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่แถลงต่อรัฐสภาก็คือการพัฒนาเทคโนโลยีการใช้กัญชา กัญชง และพืชสมุนไพรในทางการแพทย์ อุตสาหกรรมทางการแพทย์และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจและสร้างรายได้ให้กับประชาชน[4] แต่เนื้อหาสาระของนโยบายนี้เน้นในเรื่องการให้ความช่วยเหลือเกษตรกรและพัฒนานวัตกรรมเท่านั้น ไม่ได้ระบุตรงตัวว่าจะมีการดำเนินการในรูปแบบใดและอย่างไร ผิดจากที่พรรคภูมิใจไทยออกตัวเอาไว้เมื่อตอนหาเสียงเลือกตั้งเรื่อง “นโยบายกัญชาเสรี” จึงกลายเป็นประเด็นที่ถูกฝ่ายค้านอภิปรายตอบโต้ว่านโยบายของรัฐบาลมีความเลื่อนลอย

แม้กัญชาเสรีจะไม่เป็นประเด็นหวือหวาในการแถลงนโยบาย แต่การขับเคลื่อนเรื่องนี้เป็นอำนาจโดยตรงของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การกำกับของนายอนุทิน ชาญวีรกูล หัวหน้าพรรคภูมิใจไทย ในฐานะรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ภายหลังเข้ารับตำแหน่ง นายอนุทินฯ ก็ได้เดินหน้านโยบายกัญชาเสรีของพรรคอย่างต่อเนื่อง ท่ามกลางกระแสเห็นต่างและเห็นด้วย โดยมีการออกประกาศและระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกัญชาและแพทย์พื้นบ้านรวม 4 ฉบับ[5] ทำให้หลังวันที่ 19 สิงหาคม 2562 เป็นต้นมา โรงพยาบาล 19 แห่ง ทั้งแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน เริ่มให้การรักษาด้วยสารสกัดกัญชา

ภาพ : https://voicetv.co.th

ทางการแพทย์ภายใต้การควบคุมมาตรฐานการแพทย์แผนไทย

เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2562 เว็บไซต์ราชกิจจานุเบกษา[6] ได้เผยแพร่ประกาศ 2 ฉบับเกี่ยวกับกัญชาและกัญชง ได้แก่ ประกาศสาธารณสุขเรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มีสาระสำคัญคือ ผ่อนปรนให้สารสกัดจากกัญชาและกัญชงไม่ถือเป็นยาเสพติดให้โทษ และให้ถือเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรแทน โดยต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ทางยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรเท่านั้น แต่มิวายทำให้ทั้งสื่อและคนทั่วไปเข้าใจผิดว่ามีการปลดล็อคแล้ว อย่างไรก็ตามในเวลาต่อมา พรรคภูมิใจไทยได้ยกร่างพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับกัญชาขึ้น 2 ฉบับ ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ..) พ.ศ...[7] และร่างพระราชบัญญัติสถาบันพืชยาเสพติดแห่งประเทศไทย[8] โดยได้เสนอต่อสภาผู้แทนราษฎร เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2562 เพื่อผลักดันกฎหมายเปิดทางปลูกกัญชา 6 ต้น ตามนโยบายที่ได้หาเสียงไว้[9]

อย่างไรก็ตามนโยบายกัญชาเสรีได้ถูกทัดทานจากนักวิชาการจำนวนไม่น้อย รวมทั้งประธานคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (INCB)[10] โดย นายวิโรจน์ สุมใหญ่ ประธาน INCB กล่าวว่าไทยเข้าร่วมภาคีเครือข่ายอนุสัญญายาเสพติดขององค์การสหประชาชาติ ตั้งแต่ปี 2504 ร่วมกับ 196 ประเทศทั่วโลก หากไทยต้องการปลูกกัญชาเสรี ต้องออกจากอนุสัญญาดังกล่าวก่อน ซึ่งจะทำให้ไทยเสียประโยชน์ในการซื้อขาย นำเข้า ยาต่าง ๆ และสำหรับหลายประเทศที่ปลูกกัญชาเสรีนั้นถือว่าเป็นการฝ่าฝืนกฎหมายระหว่างประเทศ แน่นอนว่าการขับเคลื่อนนโยบายนี้เห็นทีจะไม่ใช่เรื่องง่ายเพราะมีทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและเห็นต่าง ด้วยข้อจำกัดทางกฎหมายต่าง ๆ ทำให้

ปัจจุบันนโยบายกัญชาเสรีดูจะไม่เป็นไปตามที่พรรคภูมิใจไทยหาเสียงไว้ ท่ามกลางความหวังของคนหลายกลุ่มที่ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

การนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์

ปัจจุบันแม้จะมีประกาศของกระทรวงสาธารณสุขจัดประเภทกัญชา และกัญชงในกลุ่มของพืช แต่ประกาศดังกล่าวเป็นเพียงการปรับข้อความในบัญชีแนบท้ายของประเภทยาเสพติดเท่านั้น ไม่ใช่การยกเลิกหรือถอดพืชกัญชาและกัญชงพ้นบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5 ไปทั้งต้น ซึ่งประกาศของกระทรวงสาธารณสุขระบุชัดว่า ทุกส่วนของกัญชา และกัญชง คือยาเสพติดให้โทษ ยกเว้นเฉพาะเปลือกแห้ง แกนลำ ต้นแห้ง เส้นใยแห้ง และผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากเปลือกแห้ง รวมถึงเมล็ดของกัญชง ที่ไม่ถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้

นายนิยม เติมศรีสุข เลขาธิการ ป.ป.ส. กล่าวว่า[11] พืชกัญชา ยังคงเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 ตามกฎหมาย การผลิต เพาะปลูก นำเข้า ส่งออก จำหน่าย ครอบครอง หรือเสพ โดยไม่ได้รับอนุญาตเป็นความผิดตามกฎหมาย การออกประกาศฉบับนี้ของกระทรวงสาธารณสุข ก็เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายนำกัญชาไปใช้ทางการแพทย์เท่านั้น ประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ครอบครองได้ เลขาธิการ ปปส. ยังได้เปิดเผยข้อมูลการจับกุมผู้ลักลอบปลูกกัญชาในปี 2562 [12] พบว่า มีการจับกุมการลักลอบปลูกกัญชา 42 คดี ของกลางกัญชารวม 10,266 ต้น ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในพื้นที่ภาคเหนือ นอกจากนี้ยังพบว่าหลังผ่อนปรนให้มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์แล้ว มีการจับกุมดำเนินคดีเสพกัญชาและครอบครองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนผ่อนปรนมากถึง 1.3 แสนรายในปี 2562 เกือบ 100% เป็นผู้เสพกัญชา และยังพบตัวเลขการเข้ารักษาพยาบาลจากอาการใช้กัญชาเกินขนาดมากขึ้นเป็น 100 เท่าตัว[13]

ต่อมา การดำเนินงานในเรื่องกัญชาทางการแพทย์ได้ชัดเจนขึ้น เมื่อสภาการแพทย์แผนไทยได้ออกประกาศ เรื่อง การฝึกอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย โดยมีข้อกำหนดต่าง ๆ อาทิ การใช้กัญชาทางการแพทย์ในการปรุงหรือเข้าตำรายาแผนไทย การปลูกกัญชา หน่วยงานจัดหากัญชาให้กับผู้ประกอบวิชาชีพ และการฝึกอบรม โดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเวชกรรมไทย ด้านเภสัชกรรมไทย ด้านการนวดไทย ด้านการผดุงครรภ์ไทย และด้านการแพทย์พื้นบ้าน ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556 จะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุขประกาศกำหนดในแต่ละด้าน และต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้ตำรายาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่จากกระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขหรือสภาการแพทย์แผนไทยให้การรับรอง[14]

นอกจากนี้ กรมการแพทย์ได้ออกคู่มือการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่เรียกว่า “คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ (Guidance on Cannabis for Medical Use)” [15] ในปี 2562 ประกอบด้วยเนื้อหาต่าง ๆ ที่ทำให้การใช้กัญชาทางการแพทย์มีมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกัน เช่น เรื่องโรคและภาวะที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ข้อแนะนำก่อนตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ การวางแผนการรักษาด้วยผลิตภัณฑ์กัญชา การเริ่มใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในทางการแพทย์ การซักประวัติ ขนาดยา และการบริหารยา ข้อห้าม และข้อควรระวัง เป็นต้น

กระแสเรียกร้องให้ปลดล็อกกัญชา

จากสถานการณ์กัญชาที่เกิดขึ้นสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนจำนวนมากยังเข้าใจผิดและสับสนในการใช้หรือครอบครองกัญชา ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ภาครัฐไม่ให้ความรู้หรือประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเท่าที่ควร ทำให้ผู้คนจำนวนมากเข้าใจว่ากัญชาได้รับการปลดล็อกจากยาเสพติดแล้วทั้งหมด เรื่องนี้ทำให้เกิดข้อเรียกร้องให้รัฐบาลปลดล็อกกัญชาออกจากยาเสพติดอย่างจริงจัง นำมาสู่การเสนอญัตติด่วนถึง 5 ญัตติในสภาผู้แทนราษฎร ทั้งจากอดีตพรรคอนาคตใหม่ พรรคเพื่อไทย พรรคประชาธิปัตย์ และพรรคภูมิใจไทย เพื่อให้ตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาศึกษา การใช้ และแก้ปัญหารวมถึงตรวจสอบผลกระทบการใช้กัญชา กัญชง กระท่อมอย่างเป็นระบบ ซึ่งที่ประชุมมีมติให้ตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญดังกล่าวขึ้น โดยมีกรอบระยะเวลาดำเนินการศึกษา 60 วัน[16]

ภาพ : https://mgronline.com

ขณะเดียวกันเครือข่ายวิชาการและภาคประชาสังคมด้านพืชยากัญชากระท่อม[17] นำโดยเภสัชกรหญิงนิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี ผู้จัดการศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา หรือ กพย. และคณาจารย์จากคณะนิติศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เข้ายื่นเรื่องถึงประธานสภาผู้แทนราษฎร เข้าชื่อประชาชน 1 หมื่นคนเพื่อเสนอร่างพระราชบัญญัติพืชยากัญชากระท่อมฉบับประชาชน โดยมีสาระสำคัญคือ การเปลี่ยนสถานะของกัญชาและกระท่อมออกจากยาเสพติดประเภท 5 มาเป็นพืชยาเพื่อใช้ทางการแพทย์อย่างปลอดภัย และวางระบบควบคุมกันเองในชุมชนให้สอดคล้องกับวิถีการแพทย์พื้นบ้าน และเสนอตั้งสถาบันพืชยากัญชากระท่อมขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐภายใต้การกำกับของนายกรัฐมนตรี มีอำนาจจัดทำนโยบายศึกษาผลกระทบกับพืชยา ทั้งนี้ทางเครือข่ายเห็นว่ากัญชาและกระท่อมเป็นพืชที่มีสรรพคุณทางยา สามารถใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยได้ จึงเห็นควรศึกษาให้พืชชนิดนี้ใช้ในทางการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาในราคาที่ไม่แพง

การขับเคลื่อนของภาคส่วนต่าง ๆ

นอกจากร่างพระราชบัญญัติที่กำหนดโครงสร้างการเดินหน้าปลดล็อกกัญชาแล้ว นโยบายกัญชาก็มีความชัดเจนมากขึ้นจากการวางแนวทางให้ภาคส่วนต่าง ๆ มีส่วนในการขับเคลื่อน ทั้งองค์การเภสัชกรรม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. โดยนายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงแนวทางในการขับเคลื่อนกัญชาทางการแพทย์ว่า[18] ขณะนี้ทางองค์การเภสัชกรรม (อภ.) จะมีการเร่งผลิตน้ำมันกัญชาขวดละ 5 มิลลิลิตร (ซีซี) เพื่อนำมาใช้ในโรงพยาบาลสังกัด สธ. และจะขยายบริการออกไปมากขึ้นในอนาคต ในส่วนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้เริ่มทยอยอนุญาตให้ปลูกในพื้นที่ควบคุม ทั้ง รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล (มทร.) อีสาน และกรมการแพทย์ที่ร่วมมือกับองค์การเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เป็นต้น นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีนโยบายที่จะยกระดับ อสม.ให้เป็นหมอประจำบ้าน เพราะ อสม.จะเป็นกำลังสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ สามารถจ่ายยากัญชาได้ และขยายให้ อสม. ปลูกกัญชาเพื่อเป็นตัวอย่างแก่ชาวบ้านได้ศึกษา เป็นการสร้างรายได้ให้ อสม. และให้ อสม. มีส่วนควบคุมการใช้กัญชาต่อไป

จากแนวทางดังกล่าว ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งประเทศไทยเห็นว่า[19] ควรปรับรูปแบบการให้ อสม. ปลูกกัญชาคนละ 6 ต้น เปลี่ยนเป็น ให้ อสม. รวมกลุ่มกันปลูกในรูปแบบวิสาหกิจชุมชน “1 รพ.สต. 1 แปลงปลูก หรือ 1 ตำบล 1 แปลงปลูก” แทน บริหารจัดการโดยคณะกรรมการ อสม. ระดับตำบล มีภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นที่ปรึกษา และให้มีองค์กรรัฐวิสาหกิจกัญชารับซื้อกัญชาจากกลุ่ม อสม. ที่รวมกลุ่มกันปลูกกัญชาวิสาหกิจชุมชนผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเสนอให้มีแพทย์แผนไทยประจำ รพ.สต. ทุกแห่ง เพื่อการรักษาผู้ป่วยร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันและเพื่อการศึกษาวิจัยกัญชา

การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาเสรีแม้ว่าได้รับการสนับสนุนจากภาคประชาสังคม แต่อาจมีความเห็นในเรื่องวิธีปฏิบัติที่แตกต่างกัน โดย นายเดชา ศิริภัทร ประธานมูลนิธิข้าวขวัญ และนายวิฑูรย์ เลี่ยนจำรูญ ผู้อำนวยการมูลนิธิชีววิถี ซึ่งเป็นผู้นำในการเคลื่อนไหวเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์ ระบุว่าพอใจการทำงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่มีความรวดเร็ว มีการแก้ระเบียบและออกประกาศที่ทำให้หมอยาพื้นบ้านและประชาชนสามารถเข้าถึงยาได้เร็วขึ้น ถือว่าเป็นการทำตามนโยบายที่สัญญาไว้กับประชาชนช่วงหาเสียง แต่ทั้งนี้บางเรื่องอาจต้องพิจารณาให้รอบคอบ เช่น กรณีให้ อสม. ปลูกกัญชานำร่อง ซึ่ง น.ส. รสนา โตสิตระกูล กรรมการมูลนิธิสุขภาพไทย เคยเสนอก่อนหน้านี้ว่าในระยะแรกควรให้หมอพื้นบ้านและแพทย์แผนไทยเป็นผู้ปลูกกัญชาสำหรับรักษาผู้ป่วยของตนเองเท่านั้น ยังไม่ควรขยายไปยัง อสม. เพราะกลุ่มหมอพื้นบ้านได้ผ่านการรับรองคุณสมบัติและมีระเบียบควบคุมแล้ว[20]

ทางด้าน นายวิเชียร กีรตินิจกาล ผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์มองว่า[21] การปลูกกัญชาในต่างประเทศนั้น เขาต้องเป็นคนไข้ก่อน ไม่สามารถใช้ยาปกติรักษาได้แล้วจึงจะมีการอนุญาตให้ปลูกกัญชาได้ จากนั้นหมอจะเซ็นให้ผู้ป่วยไปปลูกกัญชาได้ ซึ่งแต่ละรัฐในสหรัฐอเมริการวมไปถึงประเทศอื่น ๆ ทั่วโลกนั้น ตามข้อเท็จจริงแล้วไม่มีที่ไหนให้ปลูกกัญชาได้แบบเสรีเลย จะปลูกกัญชากันได้แบบเสรีก็แค่ในประเทศโคลอมเบียเท่านั้น ดังนั้นต้องยอมรับกันก่อนว่ากัญชาเหมือนกับสุรา ถ้าดื่มแล้วไปขับรถก็จะเกิดอุบัติเหตุได้ อีกทั้งยังมีส่วนที่เป็นอันตรายต่อผู้ที่เป็นเยาวชนด้วย จึงเสนอให้ระยะแรกควรให้ผู้ป่วยปลูกกัญชาเพื่อการแพทย์สำหรับการรักษาตัวเองมากกว่า

สำหรับฝ่ายการเมือง การขับเคลื่อนนโยบายกัญชาเสรีของรัฐบาลครั้งนี้ แม้พรรคร่วมรัฐบาลอย่าง พรรคพลังประชารัฐ พรรคประชาธิปัตย์และพรรคอื่น ๆ จะเห็นด้วยกับนโยบาย แต่ดูเหมือนจะปล่อยให้พรรคภูมิใจไทยพรรคเดียวที่ผลักดันเรื่องนี้ เพราะนโยบายนี้เปรียบเป็นดาบ 2 คม มีทั้งกระแสเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ในขณะที่พรรคภูมิใจไทยหวังถึงขั้นจะให้กัญชาเสรีมีผลพลอยได้ถึงการนันทนาการด้วยนั้น พรรคร่วมรัฐบาลอื่น ๆ ต่างไม่กล้าออกตัวแรงสนับสนุน จนในที่สุดนโยบายนี้จึงถูกจำกัดกรอบอยู่ในทางการแพทย์เท่านั้น[22] เห็นได้จากการกล่าวถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์ของนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2562[23] ที่นายกรัฐมนตรีกำชับถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์ว่าต้องมีความระมัดระวัง ศึกษาข้อมูลการใช้อย่างเหมาะสม และจำเป็นต้องปลูกในพื้นที่ที่สามารถควบคุมได้ เพื่อไม่ให้กัญชากลายเป็นสารเสพติดหรือเป็นปัญหาในอนาคต

ส่วนการขับเคลื่อนนโยบายกัญชาเพื่อการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ได้เน้นนโยบายเชิงรุกมากขึ้น โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนประชาสัมพันธ์การใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ได้เปิดเว็บไซต์ กัญชาทางการแพทย์ www.medcannabis.go.th[24] เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ปลอดภัย มีการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในทุกเขตสุขภาพแล้ว 110 แห่ง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้เพิ่มขึ้น ถือเป็นการปูทางปลดล็อกกัญชาอย่างเต็มรูปแบบในอนาคต[25] พร้อมทั้งยังได้จัดตั้งสถาบันกัญชาทางการแพทย์ขึ้นในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลกระทบจากนโยบายกัญชาเสรี

สำหรับนโยบายกัญชานี้จำเป็นต้องขยับไปทีละก้าว เพราะถูกจับตาจากทั้งฝ่ายการเมืองและภาควิชาการอย่างมาก ถึงมาตรการควบคุมหากเปิดให้มีการปลูกกัญชาอย่างเสรี เพราะในทางการแพทย์แล้วการใช้ยากัญชานั้นต้องได้รับการควบคุมจากแพทย์ เพราะกัญชามีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งผลต่อระบบทางเดินหายใจ ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ผลต่อเชาวน์ปัญญา ผลต่อความผิดปกติของจิต อีกทั้งหากมีการนำมาใช้ในทางที่ไม่เหมาะสมก็อาจมีผลกระทบต่อสังคม ทำให้หลาย ๆ ประเทศมีการกำหนดมาตรการควบคุมที่เข้มงวด[26]

ส่วนการผลักดันกัญชาเพื่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจนั้น ผศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์ อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[27] ได้เปิดเผยข้อมูลการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจจากการเปิดเสรีกัญชาจากรัฐโคโลราโด ประเทศสหรัฐอเมริกา สรุปว่า แต่ละครั้งที่รัฐเก็บภาษีได้ 1 ดอลล่าร์จากการขายกัญชาได้ ชาวโคโลราโดจะต้องเสียเงิน 4.5 ดอลล่าร์ เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกัญชาเสรี เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยจากกัญชาเสรีทั้งโดยตรงและโดยอ้อม รวมถึงความสูญเสียจากการที่เด็กนักเรียนชั้นต่าง ๆ ต้องออกจากระบบการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับมัธยม นอกจากนี้ อัตราการเสพผลิตภัณฑ์กัญชาในรูปแบบต่าง ๆ นั้นเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในหมู่นักศึกษาโดยกัญชายังคงมีการเสพกันมากในกลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาน้อย นอกจากนี้ การใช้กัญชาจะนำไปสู่การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นหรือมีการเสพยาเสพติดชนิดอื่นควบคู่กันไปด้วย เช่น เหล้า จึงเรียกร้องให้นายกรัฐมนตรีรับฟังข้อมูลให้รอบด้านก่อน

บทสรุป

การถกเถียงเรื่องนโยบายกัญชาเสรีดูเหมือนจะยังไร้ข้อยุติ แต่สำหรับนโยบายกัญชาเพื่อการแพทย์ของไทยนั้น ปัจจุบันรุดหน้าไปมาก การเปิดกว้างนำพืชกัญชากลับมาสู่สังคมไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่ภาครัฐต้องสร้างองค์ความรู้ให้กับประชาชนเป็นภูมิคุ้มกันให้รู้เท่าทันคุณและโทษของพืชกัญชา แม้กัญชาจะถูกนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้มากขึ้นเพื่อบรรเทาและรักษาอาการของโรคต่าง ๆ แต่การกำหนดมาตรการควบคุมกัญชาไม่ให้เอามาใช้ในทางเสพติดเป็นสิ่งสำคัญที่รัฐบาลต้องมีมาตรการควบคุมควบคู่ไปกับการอนุญาตใช้พืชกัญชาเพื่อป้องกันผลกระทบและกันไม่ให้เกิดปัญหาวัวหายล้อมคอกในภายหลัง สำหรับการพัฒนานโยบายการใช้กัญชาในด้านอื่นทั้งทางเศรษฐกิจ และนันทนาการ เป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่รัฐบาลต้องดำเนินการให้อยู่บนพื้นฐานของสภาพสังคมที่มีความพร้อมก่อน เพราะการใช้กัญชาต้องมีการควบคุมโดยแพทย์อย่างใกล้ชิด เนื่องจากการเสพกัญชาแม้เพียงในระยะสั้นอาจทำให้ผู้เสพบางรายสูญเสียความทรงจำ เพราะฤทธิ์ของกัญชาจะทำให้สมองและความจำเสื่อมได้

ภาพ : https://www.thairath.co.th

6 การควบคุมโรงพยาบาลเอกชน: นโยบายสุขภาพปะทะทุนนิยมการแพทย์

ภาพ : https://ongkharakhospital.go.th
https://medicowiki.com

ในปี 2562 คณะรัฐมนตรีมีมติให้ยา เวชภัณฑ์ และบริการทางการแพทย์ เป็นสินค้าและบริการควบคุม ผลของมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าวทำให้กระทรวงพาณิชย์เข้าไปควบคุมดูแลเรื่องราคายา เวชภัณฑ์และบริการทางการแพทย์ได้ ประเด็นดังกล่าวมีการพูดถึงในสังคมอย่างกว้างขวาง มีทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและคัดค้าน เรื่องนี้หากมองแต่เพียงผิวเผินก็แค่เรื่องการควบคุมราคาสินค้าอย่างหนึ่งจากมุมมองทางเศรษฐกิจ แต่หากมองให้ลึกซึ้งไปกว่านั้น เรื่องนี้ได้สะท้อนมิติทางสังคมที่เน้นการมีสุขภาพดีและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรด้วยเช่นกัน

บทนำ

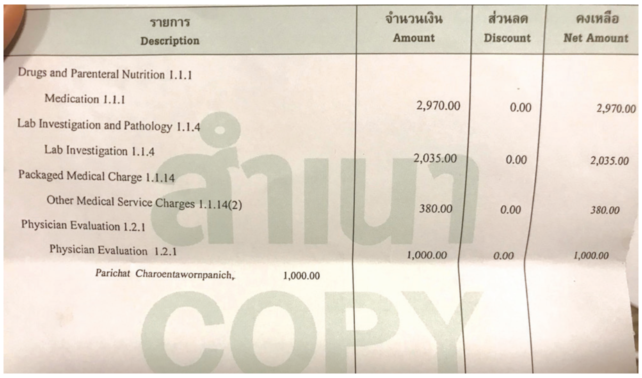
เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2562 คณะรัฐมนตรีมีมติให้ยา เวชภัณฑ์ และบริการทางการแพทย์ เป็นสินค้าและบริการควบคุมตามที่กระทรวงพาณิชย์เสนอ ผลของมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าวทำให้กระทรวงพาณิชย์สามารถเข้าไปควบคุมดูแลเรื่องราคายา เวชภัณฑ์และบริการทางการแพทย์ได้ ข่าวดังกล่าวเป็นประเด็นที่พูดถึงในสังคมอย่างกว้างขวาง มีทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและคัดค้าน เรื่องนี้หากมองแต่เพียงผิวเผินก็แค่เรื่องการควบคุมราคาสินค้าอย่างหนึ่งจากมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ เนื่องจากบริการทางการแพทย์เป็นกิจกรรมทางเศรษฐกิจชนิดหนึ่งที่มุ่งแสวงหากำไรและสามารถสร้างรายได้ให้กับรัฐทั้งในรูปของภาษีและการนำรายได้เข้าประเทศจากชาวต่างชาติที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพ แต่หากมองให้ลึกซึ้งไปกว่านั้น เรื่องนี้ได้สะท้อนมิติทางสังคมในมุมมองด้านสุขภาพที่เน้นการมีสุขภาพดีและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรเป็นหลักด้วยเช่นกัน บทความนี้จะเป็นการอภิปรายมุมมองด้านสุขภาพจากมิติทางสังคมและมิติทางเศรษฐกิจ ข้อมูลความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมติ ครม. เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2562 เหตุผลความจำเป็นที่ผู้บริโภคเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน และข้อเสนอเพื่อหาทางออกร่วมกันของรัฐ ผู้บริโภค และโรงพยาบาลเอกชน

มุมมองด้านสุขภาพจากมิติทางสังคม vs มิติทางเศรษฐกิจ

ในอดีตเรื่องสุขภาพหรือการสาธารณสุขเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล แต่เมื่อสังคมเกิดการรวมกลุ่มขึ้นเป็นรัฐ มีกิจกรรมทางเศรษฐกิจ มีระบบการปกครองแบบรัฐสมัยใหม่ จึงมองว่าสุขภาพคือความมั่นคงของรัฐ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีแรงงานและทรัพยากรบุคคลเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของรัฐ ทำให้รัฐสมัยใหม่มองมิติสุขภาพที่เปลี่ยนไป กล่าวคือ สุขภาพเป็นเรื่องที่รัฐควรเข้ามาควบคุม บริหารจัดการ กำหนดนโยบาย เพื่อให้เป็นไปในแนวทางที่รัฐต้องการ เนื่องจากรัฐต้องการประชากรที่มีคุณภาพ มีความเฉลียวฉลาด มีร่างกายและสุขภาพที่แข็งแรง เพื่อสนองตอบต่อกิจกรรมของรัฐในด้านต่าง ๆ ปัจจุบันแนวคิดนี้ยังพัฒนาต่อยอดเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกับรัฐในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ ทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ เพื่อเป้าหมายคือการมีสุขภาพดีของประชากรนั่นเอง

แต่ในอีกด้านหนึ่ง สุขภาพคือสิ่งที่สามารถหากำไรได้ เนื่องจากสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต กล่าวคือ มนุษย์ทุกคนย่อมหนีความเจ็บป่วยไปไม่ได้ ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดหากำไรจากการให้บริการสุขภาพขึ้น เพราะทุกคนต้องใช้บริการสุขภาพ แต่ด้วยบริการด้านสุขภาพของรัฐที่ไม่สามารถตอบสนองคนทุกกลุ่มได้อย่างพอเพียง ทำให้เกิดโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากที่สามารถกำหนดราคาได้เอง จนมีการนำโรงพยาบาลเอกชนเข้าตลาดหลักทรัพย์เพื่อขยายกิจการอย่างมากมาย เกิดการแสวงหากำไรจากธุรกิจด้านสุขภาพและธุรกิจการแพทย์อย่างกว้างขวาง โดยในปี 2562 โรงพยาบาลเอกชนและธุรกิจสุขภาพที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์มีมูลค่าประมาณ 5 แสนล้านบาท[1] แม้ในยามที่เศรษฐกิจชะลอตัวหรือมีปัญหา แต่ธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนก็ยังเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี 2562-2564 คาดว่าธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนจะสามารถเติบโตเฉลี่ยปีละ 10-13% โดยได้แรงหนุนจากการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของสังคมไทย อาทิ การเข้าสู่สังคมสูงวัย การขยายตัวของชุมชนเมือง และการเพิ่มขึ้นของชนชั้นกลาง ผนวกกับกระแสตื่นตัวของการดูแลสุขภาพของคนทั่วโลก[2]

การขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียกับระบบสุขภาพของไทย โดยผลดีได้แก่



ภาพ : https://pantip.com

ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการสุขภาพมากขึ้นและลดความแออัดของโรงพยาบาลรัฐ แต่ผลเสียคือก่อให้เกิดปัญหาสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์[3] รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่ายาที่แพงกว่าสถานพยาบาลของรัฐมาก[4] จนมีข้อร้องเรียนเรื่องค่ายาและค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนอย่างสม่ำเสมอ[5,6] แต่กลับไม่มีมาตรการที่ชัดเจนในการควบคุมราคายาและค่ารักษาพยาบาล ทำให้เครือข่ายภาคประชาสังคมพยายามร้องเรียนผ่านหน่วยงานรัฐมากมาย มีการฟ้องคดีต่อศาลเพื่อให้ภาครัฐสร้างระบบควบคุมราคายาและค่ารักษาพยาบาล จนทำให้เกิดแนวคิดในการควบคุมราคายาและค่ารักษาพยาบาลขึ้นจนนำไปสู่มติ ครม. เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2562

ความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมติ ครม.

จากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2562 ที่ให้ยา เวชภัณฑ์ และบริการทางการแพทย์ เป็นสินค้าและบริการควบคุม ทำให้เกิดกระแสจากภาคประชาชนและมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคที่มองว่าราคายาในโรงพยาบาลเอกชนแพงกว่าราคาท้องตลาดชัดเจน ดังนั้นจึงควรมีการควบคุมราคายา แต่ก็เกิดความกังวลจากภาคประชาชนบางส่วนและภาคธุรกิจที่มองว่า การควบคุมราคายาจะส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนลดมาตรฐานการให้บริการลง นอกจากนี้โรงพยาบาลเอกชนได้โต้แย้งว่า การควบคุมราคายานี้ไม่เป็นธรรมกับธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งต้องลงทุนเองทั้งหมด ไม่ได้รับการสนับสนุนค่ายาดังเช่นโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งการดำเนินธุรกิจของเอกชนนั้นจำเป็นต้องมีกำไรมาหล่อเลี้ยงกิจการ

ภายหลังมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว กระทรวงพาณิชย์ได้เข้ามาควบคุมราคายาและเวชภัณฑ์ผ่านพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542[7] โดยได้ออก

ประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ 25 พ.ศ. 2562[8] เรื่องการแจ้งราคา การกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขเกี่ยวกับการจำหน่ายยารักษาโรค เวชภัณฑ์ ค่าบริการการรักษาพยาบาล บริการทางการแพทย์ และบริการอื่นของสถานพยาบาล[9] โดยประกาศดังกล่าวมีผลบังคับใช้ 1 ปีนับตั้งแต่ประกาศ[10] ซึ่งกำหนดหลักการ ดังนี้

1. โรงพยาบาลต้องแจ้งราคาซื้อและราคาจำหน่ายยา เวชภัณฑ์ ค่าบริการรักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ และค่าบริการอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาโรคตามรายการที่อยู่ในบัญชีเจ็บป่วย ฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage Emergency Patients : UCEP) และยา รายการตามบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย (Thai Medicines Terminology : TMT)

2. ให้โรงพยาบาลแสดง QR Code ซึ่งเป็นข้อมูลเปรียบเทียบราคาจำหน่ายยาที่กรมการค้าภายในจัดทำไว้ ณ ภายในบริเวณโรงพยาบาลในลักษณะที่เปิดเผย ชัดเจน สะดวก ต่อการพบเห็นของผู้ใช้บริการ

3. ให้โรงพยาบาลประเมินค่ารักษาพยาบาล แจ้งราคายา เวชภัณฑ์ ค่าบริการรักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ และค่าบริการอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาโรคให้ผู้ป่วยทราบก่อนจำหน่ายหรือให้บริการเมื่อได้รับการร้องขอ

4. ในกรณีที่มีการจำหน่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก ให้โรงพยาบาลออกใบสั่งยาและใบแจ้งราคายาให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าทุกครั้ง ในลักษณะที่ชัดเจนและสามารถอ่านได้โดยง่าย ทั้งนี้ มาตรการเหล่านี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักการในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค 3 ประการสำคัญ คือ ประการแรกให้ราคายาและเวชภัณฑ์ต้องโปร่งใสและเป็นธรรม (Fair Price) โดยให้โรงพยาบาลเอกชนต้องแจ้งราคาซื้อ-ราคาจำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ ประการที่สองผู้บริโภคต้องมีทางเลือก (Consumers’ Choices) โดยกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนแสดง QR Code ข้อมูลเปรียบเทียบราคาจำหน่ายยา และประการสุดท้ายการรักษาที่สมเหตุสมผล (Reasonable Treatment) โดยกำหนดให้มีคณะอนุกรรมการในส่วนกลางและส่วนจังหวัดเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย กรณีมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น หรือการคิดค่าบริการรักษาพยาบาลสูงเกินสมควร เมื่อเกิดความเสียหายหรือเกิดการเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย[11]

อย่างไรก็ตาม สมาคมโรงพยาบาลเอกชนได้ฟ้องต่อศาลปกครอง ขอให้ยกเลิกประกาศดังกล่าวและขอคุ้มครองชั่วคราวระงับใช้คำสั่งนี้จนกว่าศาลปกครองจะพิจารณาคดีเสร็จ เนื่องจากสมาคมโรงพยาบาลเอกชนอ้างว่าการพิจารณาออกประกาศนี้สมาคมโรงพยาบาลเอกชนในฐานะผู้มีส่วนได้เสียโดยตรงมิได้รับเชิญให้แสดงความเห็นหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนได้รับความเสียหายจากประกาศดังกล่าว นอกจากนั้นคำสั่งดังกล่าวยังใช้บังคับเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น ไม่ได้รวมถึงโรงพยาบาลของรัฐด้วย จึงส่งผลเสียต่อโรงพยาบาลเอกชน[12] ซึ่งปัจจุบันคดียังอยู่ระหว่างการพิจารณาของศาลปกครอง

ทำไมผู้บริโภคถึงเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน?

เมื่อพิจารณาจากบริบทการพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันพบว่ามีปัจจัยทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างน้อย 4 ประการที่ส่งผลให้ผู้บริโภคเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของเอกชน ได้แก่

1. การขยายตัวของชนชั้นกลาง การตื่นตัวเรื่องสิทธิส่วนบุคคล และความต้องการระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมือง ก่อให้เกิดอุปสงค์ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพมากขึ้น จนเกิดความขาดแคลนระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมือง ทำให้ผู้บริโภคจำนวนมากต้องเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน โดยการขยายตัวของสังคมเมือง ทำให้เกิดการย้ายถิ่นฐานของประชากรเข้าสู่เขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และเขตเมืองใหญ่ทั่วประเทศมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดความแออัดในชุมชนเมือง เกิดความต้องการบริการสาธารณสุขในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น โดยชนชั้นกลางเหล่านี้เรียกร้องให้มีบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่สูงขึ้น แต่ระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐเองไม่มีความพร้อมหรือไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนในหลายพื้นที่ ทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิกเอกชนขยายตัวเพื่อรองรับอุปสงค์ดังกล่าวในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ เช่น ในเขตกรุงเทพฯ ที่มีการกระจุกตัวของโรงพยาบาลอย่างไม่สมดุลในบางพื้นที่จนเกิดความเหลื่อมล้ำ[13] อีกทั้งไม่มีโครงสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน ส่งผลให้ใน

ภาพ : https://www.myluckynursinghome.com

กรุงเทพฯ มีการเปิดโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชนเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถานการณ์นี้ก็เกิดขึ้นในพื้นที่ซึ่งมีประชากรหนาแน่นในหลายจังหวัดด้วยเช่นกัน

2. โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งพัฒนาเป็นศูนย์เชี่ยวชาญพิเศษ ปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้สร้างความรู้ความเชี่ยวชาญจนพัฒนาเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ให้การรักษาเฉพาะด้าน รวมถึงพัฒนาแผนธุรกิจเพื่อเจาะกลุ่มลูกค้าเฉพาะกลุ่มหรือตามความต้องการเฉพาะเรื่อง เช่น โรงพยาบาลที่ชำนาญเรื่องจิตเวช โรงพยาบาลซึ่งรักษาเฉพาะกระดูกสันหลังและระบบประสาท หรือสร้างศูนย์การแพทย์เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ในโรงพยาบาลของตน เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์บริการความงาม ศูนย์โรคสมอง ทางเดินปัสสาวะ ไต หู คอ จมูก ตา ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมทั้งการจัดชุดบริการแบบเหมาจ่ายที่เรียกกันติดปากว่า “แพ็คเกจ” (Package) เช่น แพ็คเกจการคลอดบุตร แพ็คเกจการตรวจสุขภาพ แพ็คเกจการฉีดวัคซีน และแพ็คเกจศัลยกรรมตกแต่ง เป็นต้น เหล่านี้สร้างภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือให้แก่ประชาชนอย่างมาก

3. นโยบายของภาครัฐที่สนับสนุนธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับภาวะเศรษฐกิจประเทศ รวมทั้งนโยบายของรัฐที่ส่งเสริมการลงทุนของเอกชน จากการที่รัฐบาลมีนโยบายให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการเสริมภาครัฐ เพื่อให้บริการประชาชนได้อย่างเพียงพอ เป็นการแบ่งเบาภาระการรักษาพยาบาลของภาครัฐ รวมทั้งนำรายได้เข้าประเทศผ่านธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical Tourism) โดยนับจากปี 2516 เป็นต้นมา การลงทุนในธุรกิจของโรงพยาบาลได้รับการจูงใจจากภาครัฐอย่างมาก ทำให้จำนวนโรงพยาบาลเอกชนขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ปี 2540 ประชาชนมีรายได้ลดลง ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องปรับตัวโดยเปลี่ยนฐานลูกค้าไปเป็นกลุ่มลูกค้าเฉพาะโรคและกลุ่มชาวต่างชาติ นอกจากนี้ภาครัฐยังอนุญาตให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนมีการระดมทุนและขยายกิจการเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นรัฐบาลยังมีนโยบายส่งเสริมการลงทุนผ่านการลดภาษี นโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ นโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย (Medical Hub) และล่าสุดโครงการระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC) ก็ยังมุ่งสร้างศูนย์กลางทางการแพทย์ในเขต EEC จากนโยบายเหล่านี้ทำให้ธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนขยายเครือข่ายไปอย่างกว้างขวาง จากกำไรที่เกิดขึ้นอย่างมหาศาล สามารถขยายธุรกิจไปยังกลุ่มธุรกิจอื่นทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล

4. อิทธิพลของการโฆษณาและการสื่อสารทางการตลาดของโรงพยาบาลเอกชนอาจทำให้เกิดการใช้บริการด้านสุขภาพเกินความจำเป็น ปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและองค์ความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างไม่มีขีดจำกัดผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย ทำให้เกิดการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพมากมายเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้บริโภค โดยข้อมูลและความรู้บางอย่างอาจแฝงมาด้วยการโฆษณาหรือการทำการตลาดของธุรกิจบริการด้านสุขภาพ ในหลายกรณีประชาชนที่เป็นผู้บริโภคซึ่งไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข (Health literacy) อย่างเพียงพอ อาจเกิดความสับสนหรือส่งผลให้เกิดความต้องการในการรับบริการด้านสาธารณสุขที่เกินความจำเป็น โดยบ่อยครั้งเป็นการไปรับบริการด้านสาธารณสุขเพื่อให้เกิดความสบายใจเท่านั้น ซึ่งเป็นประเด็นทางจริยธรรมที่สภาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินการป้องปรามการสื่อสารทางการตลาดในลักษณะนี้

ทางออกร่วมกันของรัฐ ผู้บริโภคและโรงพยาบาลเอกชน

เมื่อพิจารณาจากปัจจัยทางสังคมตามที่กล่าวมา จะพบว่าปัจจุบันประชาชนนิยมใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนสามารถสนองตอบความต้องการของผู้บริโภคหลากหลายกลุ่มได้ กอปรกับข้อจำกัดของการให้บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพฯ และจังหวัดใหญ่ที่บริการของรัฐไม่ทั่วถึง หรือด้วยสภาพของสังคมและพื้นที่ที่ผู้บริโภคนั้นอาศัยอยู่ทำให้ประชาชนในฐานะผู้บริโภคไม่อาจเลือกได้มากนักและจำเป็นต้องใช้บริการจากโรงพยาบาล

ภาพ : https://www.thairath.co.th

ภาพ : https://www.thansettakij.com
https://mgronline.com

เอกชน ดังนั้นในหลายกรณี การใช้สิทธิและเสรีภาพของผู้บริโภคในการเลือกรับบริการสุขภาพจึงมีข้อจำกัดและต้องหันไปใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชน

แต่หากพิจารณาในด้านเศรษฐกิจ ปัจจุบันธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเป็นตัวจักรหนึ่งในการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศ สร้างรายได้ให้กับประชาชนผ่านการจ้างงานในทุกระดับ และยังต่อยอดไปสู่ธุรกิจอื่นที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์จำนวนมาก

ในเมื่อประเทศไทยไม่สามารถปฏิเสธธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนได้ เราควรทำอย่างไรให้ทุกฝ่ายสามารถอยู่ร่วมกันได้ในความต้องการและความหลากหลายของสังคมดังกล่าว

ภาครัฐเองในฐานะของหน่วยงานที่มีอำนาจรัฐอยู่ในมือสามารถควบคุมและบังคับใช้กฎหมายได้อย่างชอบธรรม ควรเป็นหลักในการควบคุมกำกับ ถ่วงน้ำหนักผลประโยชน์ที่ทั้งประชาชน ภาคธุรกิจ สังคมและประเทศชาติจะได้ประโยชน์จากธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งการประกาศควบคุมราคายานี้ นับเป็นก้าวแรกในการคุ้มครองผู้บริโภคในแง่ของราคายาและเวชภัณฑ์เท่านั้น ผู้บริโภค ภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชนควรมีข้อพิจารณาในการหาทางออกร่วมกัน ดังนี้

1. ภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชนควรจริงใจร่วมมือกันถ้อยทีถ้อยอาศัยในการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภค จากสภาพของสังคมทำให้โรงพยาบาลเอกชนเป็นความจำเป็นในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ช่วยลดภาระและแบ่งเบาปริมาณผู้ป่วยจากโรงพยาบาลรัฐ ในพื้นที่ที่บริการของโรงพยาบาลรัฐไม่เพียงพอ รวมทั้งเป็นทางเลือกให้แก่ผู้บริโภคที่มีกำลังซื้อ หรือมีความต้องการบริการทางการแพทย์ที่สะดวกสบายกว่าโรงพยาบาลของรัฐ หรือที่เฉพาะเจาะจงกว่าบริการของโรงพยาบาลรัฐ

ดังนั้นรัฐและเอกชนควรร่วมมือกันคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค หากมองเพียงผิวเผินการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคเสมือนหนึ่งผู้บริโภคจะได้ประโยชน์แต่เพียงฝ่ายเดียว แต่เมื่อมองให้ลึกลงไปจะพบว่า ภาคธุรกิจจะได้ประโยชน์มากกว่าผู้บริโภค เนื่องจากเป็นการยกระดับมาตรฐานบริการให้โปร่งใสและตรวจสอบได้ ส่งผลให้ธุรกิจมีความน่าเชื่อถือ สร้างความมั่นใจให้ผู้บริโภค ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลเอกชนไทยมีจุดขายที่สามารถแข่งขันในตลาดโลกได้ จากนโยบาย Medical Hub ที่นำธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทยไปแข่งขันกับประเทศอื่น

2. มาตรการของภาครัฐในการคุ้มครองประชาชนนั้นไม่ควรทำเพียงการเปิดเผยราคายาเท่านั้น จากมาตรการปัจจุบันที่ให้ผู้บริโภคไปสแกน QR code เพื่อหาราคายาและเปรียบเทียบราคายาเอง และให้โรงพยาบาลเอกชนเปิดเผยราคายานั้น เป็นมาตรการที่ผลักภาระให้ผู้บริโภคไปจัดการเองทั้งหมด แต่ในความเป็นจริง ผู้บริโภคไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวทุกคน ซึ่งอาจเป็นผู้สูงอายุหรือประชาชนที่เข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารหรือเทคโนโลยี ในหลายกรณี ผู้บริโภคไม่มีสิทธิเลือกมากนักเพราะสถานการณ์หรือความจำเป็นบังคับให้ต้องเลือกโรงพยาบาลเอกชนที่ขายยาแพง ควรหรือไม่ที่ภาครัฐจะมีนโยบายที่ผลักภาระให้ผู้บริโภคไปดำเนินการเอง ภาครัฐจึงควรมีมาตรการที่อำนวยความสะดวกและคุ้มครองผู้บริโภคควบคู่กัน

3. ภาครัฐควรสร้างระบบการนำผลกำไรส่วนเกินที่เกิดจากการประกอบธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนกลับเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศหรือสังคมโดยรวม ไม่ใช่ผลกำไรจากการดำเนินการไปตกแก่ผู้ถือหุ้นในตลาดหลักทรัพย์เท่านั้น โดยต้องไม่ลืมว่าโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งที่เปิดดำเนินการไปได้ด้วยดี เพราะได้อาศัยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ภาครัฐลงทุนผลิตขึ้นมา โดยอาจจะลาออกหรือเกษียณอายุราชการแล้วมาทำงานต่อในโรงพยาบาลเอกชน การสร้างบุคลากรด้านสาธารณสุขนี้ใช้เงินลงทุนมหาศาล ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนไทยยังไม่มีการผลิตแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ในทางกลับกัน ภาครัฐก็ควรปรับปรุงระเบียบราชการและส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐปรับปรุงบริการของตนให้มีคุณภาพสูงขึ้นด้วยเช่นกัน ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมคือโรงพยาบาลบ้านแพ้วที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพจนได้รับความนิยมเช่นเดียวกับโรงพยาบาลเอกชน

4. บริการสาธารณสุขควรอยู่ภายใต้การควบคุมและตรวจสอบของระบบกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบการคุ้มครองผู้บริโภคผ่านกฎหมายและนโยบายต่าง ๆ ทั้งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติความรับผิดจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 และมีหน่วยงานในการดูแลคือ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค แต่ในเรื่องบริการสาธารณสุข ในช่วงหลายปีที่ผ่านมามีความพยายามที่จะให้บริการสาธารณสุขของทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนไม่ต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 เนื่องจากกฎหมายดังกล่าวมีเจตนารมณ์ในการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งกำหนดช่องทางให้ผู้บริโภคฟ้องโรงพยาบาล (ทั้งรัฐและเอกชน) ที่เป็นผู้ประกอบการได้ง่ายขึ้นกว่าเดิม โดยมีบุคคลบางกลุ่มไม่อยากให้มีเรื่องฟ้องร้องโรงพยาบาลมากขึ้น เพราะเกรงว่าจะเกิดปัญหาภาพลักษณ์หรือปัญหาอื่น ๆ เช่นนี้เท่ากับทำลายระบบการคุ้มครองผู้บริโภคในการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งการนำธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไปแข่งขันในตลาดโลกนั้น การสร้างความโปร่งใสและตรวจสอบได้ หรือการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับบริการที่ไม่พึงประสงค์เป็นสิ่งที่ผู้บริโภคไม่ว่าจะอยู่ในประเทศไหนก็ให้ความสำคัญ

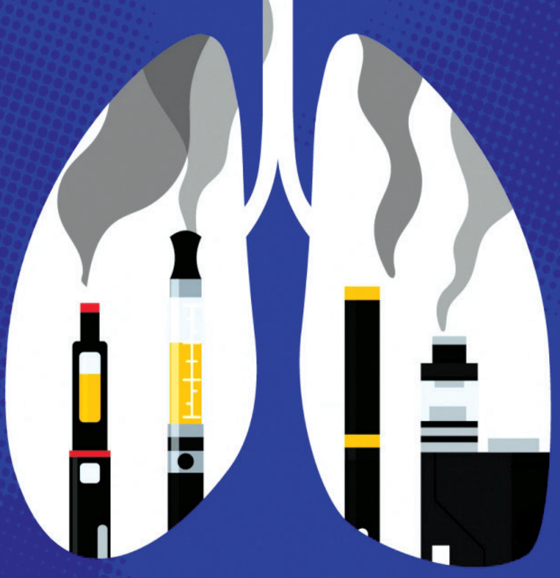
5. ควรคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลของรัฐเสมือนเป็นโรงพยาบาลเอกชนด้วย เนื่องจากในปัจจุบันมีโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งโดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์ได้เปิดดำเนินการในลักษณะที่คล้ายกับโรงพยาบาลเอกชน เช่น คลินิกพิเศษหรือศูนย์ความเป็นเลิศภายในโรงพยาบาลรัฐ หรือการก่อตั้งศูนย์ความเป็นเลิศของโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ เช่น ภูมิสิริมังคลานุสรณ์ ศิริราชปิยมหาราชการุณย์ ศูนย์ศรีพัฒน์ รามาพรีเมี่ยม นอกจากนั้นจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเองที่ไปร่วมมือกับเอกชนหรือส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ในภูมิภาคจัดตั้งโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (MOPH Medical Complex) โดยให้กรมการแพทย์ดำเนินการโครงการนำร่องก่อนที่บางซื่อ และมีแนวโน้มที่จะขยายโครงการในลักษณะนี้ไปยังภูมิภาค ซึ่งจะทำให้ในอนาคตมีโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการเหมือนโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ในกรณีนี้ โรงพยาบาลของรัฐจึงใช้ศักยภาพที่เหนือกว่าในการประกอบธุรกิจแข่งขันกับเอกชน (เพราะโรงพยาบาลรัฐใช้งบประมาณแผ่นดินในการก่อตั้ง และใช้ชื่อเสียงเพื่อระดมเงินบริจาคจากประชาชนในการก่อตั้งและดำเนินการ) ซึ่งรัฐไม่ควรใช้เอกสิทธิ์และความได้เปรียบของความเป็นรัฐเพื่อเอาเปรียบภาคธุรกิจและประชาชนในฐานะผู้บริโภค ดังนั้นมาตรฐานในการควบคุมกำกับธุรกิจที่รัฐดำเนินการเองนี้จึงควรเป็นมาตรฐานเดียวกับที่ใช้ในการควบคุมธุรกิจเอกชนด้วย

บทสรุป

มาตรการที่กรมการค้าภายในกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนแจ้งราคาซื้อและราคาจำหน่ายยา เวชภัณฑ์ ค่าบริการรักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ และค่าบริการอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาโรคนั้น ยังไม่ชัดเจนว่ามาตรการนี้จะมีประสิทธิภาพอย่างไรในการคุมราคายาและค่าบริการที่สูงเกินความพอดี นอกจากนั้น มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นให้มีการเปิดเผยราคายาให้ประชาชนรับทราบก่อนที่จะตัดสินใจรับบริการหรือจ่ายเงิน เป็นมาตรการที่มุ่งผลักภาระให้ประชาชนตัดสินใจเองว่าจะรับบริการจากโรงพยาบาลหรือไม่ ซึ่งในหลาย ๆ กรณีประชาชนไม่มีทางเลือก หรือมีความจำเป็นที่ต้องรับเข้าบริการ หรือไม่ต้องการรอคิวนานหลายชั่วโมง หรือมีความรู้ความเข้าใจเรื่องบริการสาธารณสุขที่จำกัด จึงไปรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน มาตรการนี้จึงอาจส่งผลน้อยมาก

ในอีกด้านหนึ่ง โรงพยาบาลเอกชนสามารถสนองตอบความต้องการของผู้บริโภคและช่วยเสริมบริการของรัฐ อีกทั้งเป็นตัวจักรหนึ่งในการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศ สร้างรายได้ให้กับประชาชนผ่านการจ้างงานในทุกระดับ และต่อยอดไปสู่ธุรกิจอื่นที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์จำนวนมาก

ในเมื่อประเทศไทยไม่สามารถปฏิเสธธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนได้ เราควรทำอย่างไรให้ทุกฝ่ายสามารถอยู่ร่วมกันในได้ในความต้องการและความหลากหลายของสังคมดังกล่าว ภาครัฐเองในฐานะของหน่วยงานควบคุมและบังคับใช้กฎหมายอย่างชอบธรรมจึงควรเป็นหลักในการควบคุม กำกับ และถ่วงน้ำหนักผลประโยชน์ที่ทั้งประชาชน ภาคธุรกิจ สังคม และประเทศชาติจะได้ประโยชน์จากธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน โดยทางออกร่วมกันของผู้บริโภคและโรงพยาบาลเอกชนในการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างเป็นรูปธรรม และยกระดับการให้บริการสาธารณสุขอย่างโปร่งใส เป็นธรรมและมีมาตรฐานสากลทั้งในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐเองด้วย



7

บุหรี่ไฟฟ้า: มหันตภัยยุค 4.0 ที่คุกคามสุขภาวะคนไทย

ภาพ : https://themomentum.com

บุหรี่ไฟฟ้าประดิษฐ์ขึ้น โดยหวังสร้าง "ทางเลือก" ให้คนเลิกสูบบุหรี่แบบธรรมดาที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จนเกิดความเชื่อผิด ๆ ว่าปลอดภัย อันตรายน้อยกว่าและนำมาใช้เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้ รายงานจากทั่วโลกแสดงให้เห็นว่า บุหรี่ไฟฟ้ามีพิษและอันตรายมากกว่าบุหรี่แบบธรรมดา องค์การอนามัยโลกจึงประกาศว่า บุหรี่ไฟฟ้าไม่ใช่อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับการเลิกบุหรี่ ความเป็นจริงคือ วิธีเลิกสูบบุหรี่โดยใช้บุหรี่ไฟฟ้านี้ได้ผลต่ำกว่าการใช้วิธีอื่น และยังทำให้ติดทั้งสองอย่างอีกด้วย

บุหรี่ไฟฟ้าประดิษฐ์โดยเภสัชกรจีนเมื่อ พ.ศ. 2546 โดยหวังสร้าง "ทางเลือก" ให้คนเลิกสูบบุหรี่แบบธรรมดาที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ กระแสโลกาภิวัตน์ทำให้แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วจนกลายเป็น "สินค้า" ที่ทำรายได้มหาศาล เพราะตรงกับวิถีชีวิตคนยุคใหม่ที่อยากเสพความแปลก เมื่อถูกกระแสสังคมออนไลน์โถมเข้าใส่แบบไม่ให้โอกาสได้ไตร่ตรอง ผู้สูบจึงหลงประเด็น เกิดความเชื่อผิด ๆ ว่าปลอดภัย อันตรายน้อยกว่าและนำมาใช้เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้ แต่ความจริงพบว่า แม้ตัวผู้ประดิษฐ์เองก็เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้และยังติดบุหรี่ทั้งสองอย่างอีกด้วย เมื่อ พ.ศ. 2558 อังกฤษเคยรายงานว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่แบบธรรมดาร้อยละ 95 นั้น ได้ถูกอินเดียยกประเด็นขึ้นหักล้าง[1] โดยชี้ว่ารายงานนั้นเป็นแบบจำลองกึ่งสมมุติฐานจากความเห็นที่ไม่มีหลักฐานทางคลินิกและระบาดวิทยา และนักวิชาการผู้ร่วมเขียนมีส่วนเกี่ยวข้องกับบริษัทบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากอินเดียประสบปัญหาเกิดนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น และพบว่าผู้ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อเลิกบุหรี่ร้อยละ 80 ยังคงติดนิโคติน ตรงกับข้อมูลของอเมริกาที่พบว่าบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เยาวชนเสพติด เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุที่น้อยกว่าเดิม[2] และรายงานจากทั่วโลกแสดงให้เห็นว่า บุหรี่ไฟฟ้ามีพิษและอันตรายมากกว่าบุหรี่แบบธรรมดา เช่น ไอความร้อนที่สูงมากทำลายเซลล์เยื่อบุทางหายใจ[3] องค์การอนามัยโลกจึงประกาศว่า บุหรี่ไฟฟ้าไม่ใช่อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับการเลิกบุหรี่[4] บทความนี้เป็นการอภิปรายถึงสถานการณ์ของบุหรี่ไฟฟ้าในไทยและในต่างประเทศ ผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพ การเปรียบเทียบกฎหมายของประเทศต่าง ๆ เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย

สถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้า-บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในต่างประเทศ

บุหรี่ไฟฟ้าหรือบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เป็นอุปกรณ์ที่ใช้แบตเตอรี่ส่งพลังงานไปที่ชุดทำความร้อนเพื่อระเหยสารนิโคตินให้กลายเป็นไอ สูดเข้าสู่ร่างกาย ประกอบด้วยตลับเก็บน้ำยานิโคตินผสมกับสารปรุงแต่งกลิ่นรสและสารต่าง ๆ เพื่อทำให้เด็กชอบ จูงใจให้หัดสูบง่ายจนติดและเลิกสูบยาก[5] ซึ่งสารปรุงแต่งรสเหล่านี้ก่อให้เกิดมะเร็งได้ สามารถปรับระดับให้ไอละอองนิโคตินละเอียดและมากขึ้น เพื่อเพิ่มนิโคตินให้เข้าสู่ร่างกายมากตามต้องการ ไอละอองเหล่านี้สามารถทำลายสุขภาพผู้ที่อยู่รอบข้างแบบควันบุหรี่มือสองและมือสามได้ด้วย[6] บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นแรก ทำรูปร่างแบบบุหรี่ทั่วไป รุ่นที่สองปรับเปลี่ยนแบบเหมือนปากกาหรือหลอดโลหะ รุ่นที่สามเปลี่ยนเป็นตัวทำให้นิโคตินเหลวระเหยกลายเป็นไอ (Advanced personalized vaporizer) และรุ่นสี่ที่ใช้ในปัจจุบัน เรียกว่า Vape หรือ Pod ออกแบบให้เข้ากับ Life style คนรุ่นใหม่ คือ บรรจุนิโคตินในตลับสำเร็จรูป ขนาดกะทัดรัดคล้ายแฟลชไดร์ฟ สามารถชาร์จไฟกับคอมพิวเตอร์ จัดเป็นบุหรี่ประเภทใช้ความร้อนแบบไม่เผาไหม้ (Heat-not-burn) หรือ บุหรี่ไฟฟ้าชนิดแห้ง (Heated Tobacco Product, HTP) ตัวอย่าง คือ IQOS

อัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพ่อค้าใช้เหลี่ยมกลยุทธ์ทางการตลาด มุ่งเป้าไปที่เยาวชนผู้มีบุคลิกอ่อนไหว เชื่อง่าย หลงเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้และปลอดภัยต่อสุขภาพ แต่ความเป็นจริงคือวิธีเลิกสูบบุหรี่โดยใช้บุหรี่ไฟฟ้านี้ได้ผลต่ำกว่าการใช้วิธีอื่น และยังทำให้ติดทั้งสองอย่างอีกด้วย ปัจจุบันประเทศในสหภาพยุโรป องค์การอนามัยโลกและสมาคมปอดอเมริกันได้สรุปเป็นแนวทางเดียวกันว่า บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้น้อยกว่าวิธีอื่น และไม่ช่วยเลิกบุหรี่[7] เหตุจูงใจให้คนสูบบุหรี่ไฟฟ้าคือการปรุงแต่งกลิ่นรสที่หลากหลาย เช่น ผลไม้ ขนม ลูกกวาด แอลกอฮอล์ ร่วมกับการออกแบบอุปกรณ์ให้ดูทันสมัย สวยงาม

วารสารสาธารณสุขอเมริกัน ฉบับออนไลน์ เดือนมกราคม 2563 รายงานว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาวัยรุ่นอเมริกันเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุน้อยลง[8] ระหว่างปี 2560-2561 นักเรียนมัธยมอเมริกันใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากเดิม วัยรุ่นที่เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสที่จะเริ่มสูบบุหรี่ชนิดอื่น ๆ มากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้เกือบ 4 เท่า ผลการศึกษาในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรปและเอเชียก็แสดงว่าวัยรุ่นที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน เมื่อลองใช้บุหรี่ไฟฟ้าจะมีแนวโน้มเริ่มสูบบุหรี่ในภายหลังได้เช่นกัน

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และภาคีเครือข่าย ได้รวบรวมสถานการณ์สำคัญในต่างประเทศ ดังนี้

สหรัฐอเมริกา ผู้แพร่ภาพกระจายเสียงของ CBS และ CNN หยุดโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อพบรายงานบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เจ็บป่วยและเสียชีวิต องค์การอาหารและยาแจ้งต่อรัฐสภาว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่ปลอดภัย อาจเป็นอันตรายต่อหลอดเลือดและการไหลเวียนของเลือด ลดความสามารถของปอดในการต่อสู้กับการติดเชื้อ และน้ำยาที่ปรุงแต่งรสเป็นพิษ จึงห้ามบุหรี่ไฟฟ้าที่ปรุงแต่งรสในหลายรัฐ เช่น แมสซาชูเสตส์ นิวยอร์ก ลอสแองเจลิส โอเรกอน โรดไอแลนด์ มหาวิทยาลัยแห่งอลาสก้า และแองคอเรจ และในซุปเปอร์มาร์เก็ตของเท็กซัส แม้ว่าองค์การอาหารและยาจะอนุมัติให้ขายบุหรี่ไฟฟ้ายี่ห้อ IQOS ในอเมริกาเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2562 แต่ได้ห้ามกล่าวอ้างว่ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่แบบธรรมดา ศูนย์เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคแนะนำให้หยุดใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่ผสมกัญชา ศาลนิวยอร์กปฏิเสธคำขอให้ชะลอการห้ามบุหรี่ไฟฟ้าของภาคอุตสาหกรรม บริษัท Apple ได้ถอน app เกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า[9]

อินเดีย ห้ามบุหรี่ไฟฟ้าทุกรูปแบบ เพื่อปกป้องเยาวชนไม่ให้เกิดอันตราย ถือเป็นการป้องกันการทำลายประเทศ เพราะมีผลกระทบต่อสุขภาพของชาวอินเดีย และเยาวชนที่ติดบุหรี่ไฟฟ้าจะตกเป็นเหยื่อสารเสพติดได้อีกด้วย

เกาหลี กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการแนะนำให้งดใช้บุหรี่ไฟฟ้าจนกว่าจะได้ผลการตรวจสอบความเกี่ยวข้องของบุหรี่ไฟฟ้ากับโรคปอด

อิสราเอล กระทรวงสาธารณสุขห้ามขายตลับบุหรี่ไฟฟ้าที่ปรุงแต่งรสเพราะความกังวลเรื่องปริมาณนิโคติน

ฟิลิปปินส์ พบเด็กผู้หญิงอายุ 16 ปี เกิดอาการปอดบาดเจ็บจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จึงประกาศจะห้ามบุหรี่ไฟฟ้าทั่วประเทศ

มาเลเซีย เริ่มจากมาตรการคุมเข้มบุหรี่ไฟฟ้า แต่เมื่อพบว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพและพิสูจน์ไม่ได้ว่าทำให้เลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งมีรายงานการเสียชีวิตในอเมริกา จึงพิจารณาห้ามบุหรี่ไฟฟ้าทุกประเภท

สถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย

มีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในไทยมาก่อน พ.ศ. 2550 สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติได้เผยแพร่ข่าวบุหรี่ไฟฟ้าต่อสาธารณชนครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2551 จากนั้นกรมควบคุมโรคและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้พิจารณาการห้ามนำเข้าและจำหน่าย และเมื่อ พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้ามาจำหน่ายในประเทศ และกระทรวงพาณิชย์ออกประกาศห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเป็นทางการเมื่อ พ.ศ. 2557 สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้ออกคำสั่งห้ามขายหรือบริการบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อ พ.ศ. 2558 และเมื่อ พ.ศ. 2560 ได้มีพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

ตลอดช่วงระยะเวลานี้ พ่อค้าบุหรี่ไฟฟ้าพยายามวิ่งเต้นให้ยกเลิกการห้ามบุหรี่ไฟฟ้า แต่รัฐบาลไทยยืนยันให้คงกฎหมายห้ามต่อไป มีความพยายามจัดเวทีโน้มน้าวนักวิชาการให้ออกความคิดเห็นสนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือหลายครั้ง และเนื่องจากประเทศไทยเป็นรัฐภาคีของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (The WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO FCTC) จึงมีพันธกรณีตามมาตรา 35 ในการป้องกันไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบแทรกแซงนโยบายของรัฐ ซึ่งการที่อุตสาหกรรมยาสูบให้เงินสนับสนุนสถาบันการศึกษาจะทำให้ประเทศไทยผิดพันธกรณีนี้ได้ ตรงกับที่ Stopping Tobacco Organizations and Products (STOP) เปิดเผยกลยุทธ์การแทรกแซงนโยบายในบางประเทศ ได้แก่ การทำให้

ภาพ : https://health.mthai.com

ระบบสาธารณสุขอ่อนแอ การโต้แย้งข้อมูลด้านสาธารณสุข การจ้างผลิตและเผยแพร่งานวิจัย การล็อบบี้ผู้กำหนดนโยบาย การใช้อิทธิพลระดับนานาชาติ เช่น ความตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ การคุกคามด้วยการดำเนินคดี และการส่งเสริมชื่อเสียงของตนเองให้มีอิทธิพลต่อนโยบาย

สมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ศจย. สถาบันอุดมศึกษาและภาคีเครือข่ายได้ร่วมมือกันขับเคลื่อนเชิงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย เพื่อให้สาธารณชนทราบถึงกลยุทธ์การตลาดของบริษัทบุหรี่ไฟฟ้า[10,11] และได้ร่วมกันพิจารณาทบทวนมาตรการร่วมกับกระทรวงพาณิชย์ คณาจารย์ นักวิชาการ นักกฎหมายจากกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติยืนยันห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อคุ้มครองสุขภาพของคนไทยต่อไป

นอกจากบุหรี่ผสมเมนธอลที่ใช้กันมาค่อนศตวรรษแล้ว บุหรี่ปรุงแต่งรสผลไม้ กานพลู ฯลฯ ได้แพร่เข้าสู่สังคมไทยมานานมากกว่าสิบปี จนถึง พ.ศ. 2550 เริ่มมีบารากู่แบบหม้อสูบที่ปรุงกลิ่นรสและมีสไตล์การสูบล่อใจเยาวชน ตามมาด้วยบารากู่ไฟฟ้า ซึ่งดัดแปลงอุปกรณ์ให้ได้รับความนิยมเพราะราคาถูกและปรุงแต่งกลิ่นรสได้มากขึ้น ประกอบกับช่วงกระแสสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงง่าย ทั้ง เฟซบุ๊ก ไลน์ อินสตาแกรมและวอทส์แอป ทำให้แพร่ระบาดและขยายวงกว้างอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา บุหรี่ไฟฟ้ามีการปรับเปลี่ยนรูปแบบตลอดเวลาจนถึงรุ่นปัจจุบันที่ตรงกับความนิยมคนยุคดิจิทัล ใช้สื่อที่เข้าถึงคนทุกวัย ร่วมกับการส่งเสริมการขายที่ล่อใจ เพิ่มแหล่งขาย 24 ชั่วโมงตลอด 7 วันในระดับรากหญ้า ทั้งตลาดนัดกลางคืน ตลาดนัดสุดสัปดาห์ และตลาดนัดหน้าห้าง รวมถึงการส่งสินค้าและโอนเงินที่สะดวกรวดเร็ว ทำให้การใช้บุหรี่ไฟฟ้าขยายตัวอย่างไม่มีขีดจำกัด

เมื่อ พ.ศ. 2560 บุหรี่ชนิดใช้ความร้อนแบบไม่เผาไหม้ทำกลยุทธ์สร้างความเชื่อถือว่าเป็นทางเลือกที่ทันสมัย ลดอันตราย ลดความเสี่ยง เป็นที่นิยมใช้กันทั่วโลก กระแสนิยมนี้ได้ผลในกลุ่มผู้ไม่รู้ความจริงทำให้ตกเป็นเหยื่ออย่างง่ายดาย สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทยสำรวจความคิดเห็นเด็กและเยาวชนอายุ 15-25 ปี จำนวน 1,674 คนจากทั่วประเทศ พบว่าร้อยละ 39.8 เข้าใจว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกสูบบุหรี่แบบธรรมดาได้ และร้อยละ 76.9 ได้รับข้อมูลที่บิดเบือนจากสื่อสังคมออนไลน์[12] ประเทศเกาหลีนำ IQOS ซึ่งเป็น HTP ออกขายเป็นครั้งแรก ต่อมามีผลการศึกษาพบว่า 96.25% ของผู้ใช้ HTP ยังคงสูบทั้งบุหรี่แบบธรรมดาร่วมกับ HTP จึงแสดงให้เห็นว่าไม่สามารถทำให้เลิกบุหรี่ได้ตามคำกล่าวอ้าง

ผลกระทบด้านสุขภาพของบุหรี่ไฟฟ้า

ศูนย์เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคของอเมริกาเรียกอาการปอดบาดเจ็บที่เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าว่า E-cigarette or Vaping product use- a Associated Lung Injury (EVALI)[13] ได้เตือนถึงอันตรายของเกลือนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้าที่อาจส่งผลต่อพัฒนาการของสมองวัยรุ่น พบข้อมูลคนอังกฤษเสียชีวิตจากโรคปอดที่เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าคนแรกของโลกเมื่อ พ.ศ. 2553[14] อเมริการายงานจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ล่าสุดในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยปอดอักเสบรวม 2,668 ราย เสียชีวิตรวม 60 ราย[15] ซึ่งตัวเลขนี้ต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เพราะแพทย์อเมริกันพบว่าบุหรี่ไฟฟ้าสามารถทำให้คนเราเจ็บป่วยได้นานถึง 12 ปี[16] จึงยังคงมีคนเจ็บป่วยอีกจำนวนมากที่ไม่ถูกรายงานให้สาธารณชนทราบเนื่องจากยังไม่เสียชีวิตหรือเจ็บป่วยรุนแรง

ผลการศึกษาของ UC Riverside พบโลหะที่เป็นอันตรายในไอระเหยจากบุหรี่ไฟฟ้า เช่น โครเมียม ตะกั่วและนิกเกิล ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง มหาวิทยาลัยดุ๊กพบว่าสารปรุงแต่งรสมินต์และเมนธอลในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าก่อให้เกิดมะเร็งได้ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ กว่า 70 คนในนอร์ธแคโรไลนาได้รับพิษจากบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งเกิดจากการดื่มน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า เข้าตา หรือสัมผัสทางผิวหนัง สถาบันวิทยาศาสตร์แห่งชาติทางวิศวกรรมและการแพทย์ มีงานวิจัยที่แสดงว่าบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและปล่อยสารพิษ เยาวชนที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเสี่ยงกับการอาการไอและมีผลต่ออาการกำเริบของหอบหืด มหาวิทยาลัยแห่งซิดนีย์ มหาวิทยาลัยเวอร์มอนท์ และสถาบันวิจัยทางการแพทย์วูลคอคของออสเตรเลียพบว่าบุหรี่ไฟฟ้าที่ใช้สารปรุงแต่งรสทำให้อาการหอบหืดเลวลง มหาวิทยาลัยแห่งอาดีเลดและโรงพยาบาลรอยัลอาดีเลดพบว่า ไอของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีการปรุงแต่งรสทำให้เซลล์ปอดตายได้

ประเทศไทยพบผู้ป่วยปอดอักเสบรายแรกจากการสูบสารกัญชาด้วยบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562[17] และสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยยังพบผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัยปอดอักเสบจากบุหรี่ไฟฟ้าอีกด้วย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีรายงานว่า บุหรี่ไฟฟ้ากว่าร้อยละ 95 ผสมสารนิโคตินทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองหดตัว มีโลหะหนักที่มีพิษต่อปอดและไต มีสารก่อมะเร็งเป็นส่วนประกอบของตัวทำละลาย สารปรุงแต่งกลิ่นผลไม้หรือกลิ่นหอมมีฤทธิ์ทำลายเยื่อบุหลอดลม มีการปล่อยอนุภาค PM 2.5 และอนุภาคนาโนที่แทรกซึมเข้าสะสมในร่างกาย[18] ในกรณีที่อุตสาหกรรมยาสูบประกาศว่าบุหรี่ไฟฟ้าลดความเสี่ยงการสูบบุหรี่และจะมาแทนที่บุหรี่แบบธรรมดานั้น ได้มีการทบทวนและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบกับผลงานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2551-2561 จำนวน 100 รายงาน พบว่า มี 75 รายงานที่มีความเกี่ยวข้องกับบริษัทบุหรี่ มีรายงานว่าสารพิษจากควันบุหรี่ชนิดใช้ความร้อนแทนการเผาไหม้มีน้อยกว่าบุหรี่แบบธรรมดาจริง แต่ไม่มีหลักฐานแสดงว่าอันตรายต่อร่างกายน้อยลง คาดการว่าความเสี่ยงด้านยาสูบของทั่วโลกที่แย่ลง (ทำให้คนสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น) มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมการขายสินค้าของอุตสาหกรรมยาสูบ[19]

นอกจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวแล้ว ยังมีข่าวการบาดเจ็บรุนแรงจากอุปกรณ์บุหรี่ไฟฟ้าระเบิด ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา เช่น บุหรี่ไฟฟ้าระเบิดคาปาก ระเบิดในกระเป๋ากางเกง ระเบิดตามสถานที่สาธารณะ ในห้างร้านและสถานีรถไฟอีกด้วย ประเด็นสำคัญประการหนึ่งคือ ผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น รวมถึงการใช้สารเสพติดและมีพฤติกรรมนอกกฎหมายอื่น ๆ ด้วย

เปรียบเทียบนโยบายและกฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศต่าง ๆ

นโยบายระดับชาติ กฎหมายและการดำเนินการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน มีทั้งอนุญาตให้ซื้อขายได้อย่างถูกกฎหมายไปจนถึงการห้ามนำเข้าทุกรูปแบบ

แม้ในประเทศเดียวกันอย่างอเมริกา ซึ่งมีระบบที่เข้มแข็งทั้งด้านกฎหมาย การเมืองและสังคมก็ยังคงมีความแตกต่างกันในแต่ละรัฐ เนื่องจากต้องต่อสู้ทางกฎหมายกับอุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้ารายใหญ่ที่รักษาผลประโยชน์แบบไม่มีวันยอมแพ้ระหว่างขบวนการทางกฎหมายซึ่งใช้เวลานานก็สามารถเก็บผลประโยชน์ไปได้ด้วย มีคดีฟ้องร้องในอเมริกากว่า 1,000 คดี เช่น นิวยอร์กซิตี้ฟ้องผู้ขายบุหรี่ไฟฟ้าปรุงแต่งรสออนไลน์ให้เยาวชน รัฐวอชิงตันฟ้องผู้ผลิตบุหรี่ไฟฟ้าที่ทำให้เกิดโรคปอดและโรงเรียนฟ้องบริษัทบุหรี่ไฟฟ้าในประเด็นทำการตลาดกับเยาวชน ล่อลวงให้คิดว่าปลอดภัย อัยการในซานฟรานซิสโก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และทนายความของรัฐหลายแห่งได้แสดงความเห็นว่าการโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าในเว็บไซต์ อาจถูกดำเนินคดีทางแพ่งตามรัฐบัญญัติอาหารยาและเครื่องสำอาง ค.ศ. 1938 ได้ ถ้าฉลากของผลิตภัณฑ์ไม่ให้คำเตือนที่มากเพียงพอ ในแคนาดาก็มีคดีฟ้องร้องเช่นเดียวกัน

ไต้หวัน ออกกฎหมายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อ พ.ศ. 2561 กำหนดเป็นผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย และห้ามโฆษณาว่าช่วยให้เลิกบุหรี่ แต่ก็พบปัญหาเยาวชนแอบซื้อขายทางอินเทอร์เน็ต ทำให้นักเรียนมัธยมเริ่มสูบบุหรี่มากขึ้น ที่สำคัญคือมีโอกาสสูบกัญชามากกว่าคนที่ไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าถึง 3.47 เท่า เยาวชนอายุน้อยยิ่งมีแนวโน้มที่จะสูบกัญชามากขึ้น

กฎหมายประเทศไทยจัดให้บุหรี่ชนิดใช้ความร้อนแบบไม่เผาไหม้เป็นบุหรี่ไฟฟ้าประเภทหนึ่ง อาจเรียกว่าบุหรี่ไฟฟ้าชนิดแห้ง รัฐบาลไทยและภาคีเครือข่ายได้ร่วมมือกันดำเนินงานอย่างเต็มที่จนได้กฎหมายที่ปกป้องคนไทยจากบุหรี่ไฟฟ้า โดยห้ามนำเข้า ห้ามขาย ห้ามบริการ ห้ามส่งเสริมการขายในระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ แต่พ่อค้ายังคงใช้เหลี่ยมกลยุทธ์หลอกหาผลประโยชน์อย่างผิดกฎหมาย เช่น เปิดตลาดออนไลน์ ส่งเสริมการขาย จ้างผู้รีวิวสินค้าทำตัวเป็นลูกค้า อ้างกระแสความนิยมทั่วโลก กลยุทธ์ในระดับที่สูงขึ้นไปจะใช้วิธีเชิญหรือจ้างนักวิชาการจากสถาบันอุดมศึกษาหรือสถาบันที่สังคมเชื่อถือมาทำการศึกษาวิจัย และจัดประชุมวิชาการเพื่อออกสื่อแสดงเนื้อหาเชิงวิชาการด้านที่มีประโยชน์ ใช้วาทะ เช่น ลดอันตราย ลดความเสี่ยงหรือไร้ควัน เป็นต้น มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อเคลื่อนไหวต่อต้านการห้ามจำหน่าย สำหรับกลยุทธ์ระดับชาติจะหาจังหวะล็อบบี้ผู้มีอำนาจเพื่อล้มกฎหมายหรือข้อกำหนดสำคัญที่ขัดขวางผลประโยชน์การค้าบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ การลักลอบสูบและซื้อขายบุหรี่ไฟฟ้ายังระบาดหนักมากทั่วประเทศ การจับกุมกวาดล้างยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ซึ่งเป็น

ภาพ : http://www.welovedantruat.com

ปัญหาเช่นเดียวกันทั่วโลก พบว่าร้านค้าในอังกฤษเกือบร้อยละ 40 ขายบุหรี่ไฟฟ้าให้กับเด็กอย่างผิดกฎหมาย ทั้งที่มีกฎหมายห้ามขายบุหรี่แก่เด็กที่อายุไม่ถึง 18 ปี นับเป็นปัญหาที่แก้ยาก โดยเฉพาะการใช้สื่อออนไลน์เจาะตลาดเพื่อเข้าถึงคนทุกวัย จากรายงานของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย พบการจำหน่ายทางสื่อออนไลน์ร้อยละ 80.8 ตลาดกลางคืนร้อยละ 39.2 และโดยเพื่อนหรือคนใกล้ชิดร้อยละ 31.3[20]

เนื่องจากการลักลอบซื้อขายบุหรี่ไฟฟ้าทางสื่อออนไลน์เป็นปัญหาใหญ่ อีกทั้งยังมีการลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าในหลายพื้นที่ น.พ. อำพล จินดาวัฒนะ สมาชิกวุฒิสภาจึงได้ตั้งกระทู้ถามนายกรัฐมนตรี เรื่องการจัดการปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าผิดกฎหมาย โดยสอบถามถึงมาตรการควบคุมและการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ[21] นายวีรศักดิ์ หวังศุภกิจโกศล รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงพาณิชย์ซึ่งได้รับมอบหมายให้มาตอบกระทู้ได้ชี้แจงว่าในเดือนกุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2562 สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ทำการจับกุมผู้กระทำผิด 80 ราย ส่วนกรมศุลกากร ในปี 2562 จับกุมที่ด่านสะเดาจำนวน 8 คดี ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ 6,031 คดี ท่าอากาศยานดอนเมือง 28 คดี ส่วนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ในรอบปี 2562 กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ทำการจับกุม 16 คดี นอกจากนี้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค โดยเพิ่มบทลงโทษให้สูงขึ้น อีกทั้งมีการแต่งตั้งคณะทำงานปฏิบัติการพิเศษติดตามความเคลื่อนไหวผู้กระทำผิดทางสื่อออนไลน์ ประกอบกับมีการเชิญผู้ประกอบการที่เป็นเจ้าของเว็บไซต์ต่าง ๆ มาหารือแนวทางควบคู่กับการสืบสวนจับกุม[22] อย่างไรก็ตาม คำชี้แจงดังกล่าวดูเหมือนจะเป็นมาตรการเชิงตั้งรับ ที่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากนัก ภาครัฐและภาคประชาสังคมจำเป็นต้องทำงานเชิงรุกร่วมกันในการแก้ปัญหาดังกล่าว

แนวทางควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าให้มีประสิทธิภาพ

ประเทศไทยกำลังต่อสู้กับอุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งเป็นกลุ่มผลประโยชน์ข้ามชาติขนาดยักษ์ที่มีมืออาชีพทำงานอย่างเป็นระบบด้วยงบประมาณมหาศาล ภาคีหลักของไทยจึงสร้างโมเดล "ประสาน 3 พลัง" ได้แก่ 1) พลังนโยบาย/ราชการ โดยคณะรัฐบาลร่วมกับองค์กรภาครัฐสร้างและบังคับใช้กฎหมาย 2) พลังวิชาการ โดย ศจย. สถาบันอุดมศึกษาและสถาบันวิชาการ สนับสนุน เฝ้าระวัง ประเมินผลและผลักดันงานวิจัยไปใช้ประโยชน์แก่สาธารณะ 3) พลังสังคม โดยมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สมาพันธ์/เครือข่ายวิชาชีพและสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย ร่วมสร้างนโยบายสาธารณะ เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งออนไลน์/ออฟไลน์ด้วยเทคโนโลยีสื่อสารที่ทันยุค

เนื่องจากอุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้ามุ่งเป้าหมายไปที่กลุ่มเยาวชน พลังทั้งสามจึงต้องร่วมกันทำยุทธศาสตร์สร้างเยาวชนรุ่นใหม่ที่มี DNA ไม่สูบบุหรี่ตลอดชีวิต ตั้งเป้าหมาย "เยาวชนไทย Gen Alpha ปลอดบุหรี่อย่างถาวรใน 15 ปี" โดยเริ่มสร้างภูมิคุ้มกันตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เน้นการเลี้ยงดูตั้งแต่เกิดโดยมีพ่อแม่เป็นแบบอย่างในชีวิตประจำวัน ต่อด้วยหลักสูตรของโรงเรียนที่ปลูกฝังความรู้และเจตคติถูกต้องตั้งแต่ชั้นปฐมวัยไปจนถึงมัธยมปลาย เป็นการปลูกฝังภูมิต้านทานแบบ "ธรรมดาและสม่ำเสมอ" ตลอดเวลาจนถึงวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงที่เหมาะสมและยาวเพียงพอในการให้เกิดภูมิต้านทานที่คงอยู่ตลอดไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ขณะเดียวกันต้องปราบปรามการขบวนการค้าทั่วประเทศอย่างเข้มข้น ในปัจจุบันนี้ทั้งสามพลังมีระบบจัดการความรู้ที่เข้มแข็งขึ้นมาก สามารถออกกฎหมายและบริหารข้อมูลขนาดใหญ่ที่ครอบคลุมทั้งด้านลึกและกว้างจากทั่วโลก นำมาวิเคราะห์จนได้ประเด็นสำคัญเพื่อใช้สังเคราะห์มาตรการได้เท่าทันสถานการณ์และไม่ล้าหลังกลยุทธ์ของพ่อค้าบุหรี่ไฟฟ้า "แต่ยังต้องร่วมกันต่อสู้ศึกใหญ่ครั้งนี้ต่อไปอีกมาก จึงจะควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าไม่ให้ทำลายเด็กและเยาวชนไทยได้ในอนาคต"

บทสรุป

อัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าทุกประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพ่อค้าใช้เหลี่ยมกลยุทธ์ทางการตลาด มุ่งเป้าไปที่เยาวชนผู้มีบุคลิกอ่อนไหว เชื่อง่ายและรู้ไม่เท่าทัน หลงเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้และปลอดภัยต่อสุขภาพ แต่ความเป็นจริงคือ วิธีเลิกสูบบุหรี่โดยใช้บุหรี่ไฟฟ้านี้ได้ผลต่ำกว่าการใช้วิธีอื่นและยังทำให้ติดทั้งสองอย่างอีกด้วย บุหรี่ไฟฟ้ามีการปรับเปลี่ยนรูปแบบตลอดเวลาจนถึงรุ่นปัจจุบันที่ตรงกับความนิยมคนยุคดิจิทอล ใช้สื่อที่เข้าถึงคนทุกวัย ร่วมกับการส่งเสริมการขายที่ล่อใจทำให้การใช้บุหรี่ไฟฟ้าขยายตัวอย่างไม่มีขีดจำกัด การลักลอบสูบและซื้อขายบุหรี่ไฟฟ้ายังระบาดหนักมากทั่วประเทศ และการจับกุมกวาดล้างยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ภาคีหลักของไทยจึงสร้างโมเดล "ประสาน 3 พลัง" ได้แก่ พลังนโยบาย/ราชการ พลังวิชาการ และพลังสังคม เพื่อสร้างนโยบายสาธารณะ เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งออนไลน์/ออฟไลน์ด้วยเทคโนโลยีสื่อสารที่ทันยุค และร่วมกันทำยุทธศาสตร์สร้างเยาวชน gen ใหม่ที่มี DNA ไม่สูบบุหรี่ตลอดชีวิต

รับมือสังคมสูงวัย: ไทยตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อสังคมสูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ACAI)

ภาพ : https://www.freepik.com

ในปี 2563 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้าคาดประมาณว่า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยจึงส่งเสริมความร่วมมือด้านการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ (Active Ageing) ในภูมิภาคอาเซียน จนเป็นที่มาของการจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI) ในประเทศไทยในเวลาต่อมา

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เป็นการเปลี่ยนผ่านประชากรจากยุคเกิดมาก ตายมาก กลายเป็นยุคเกิดน้อย ตายยาก ปัจจุบันประชากรโลกได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปกว่าหนึ่งพันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลกทั้งหมด[1] นอกจากนี้ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ได้กลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน ประชากรไทยกำลังมีอายุสูงขึ้นในอัตราที่เร็วมาก ปัจจุบันประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยแล้วตั้งแต่ปี 2548 และในปี 2563 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ราว 12 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้าคาดประมาณว่า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด[2]

ด้วยเหตุนี้ ประเทศไทยจึงได้ร่วมมือกับประเทศอาเซียนด้านการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ (Active Ageing) จนเป็นที่มาของการจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI) ในประเทศไทยในเวลาต่อมา บทความนี้เป็นการอภิปรายเรื่องการเข้าสู่สังคมสูงวัยของอาเซียน ยุทธศาสตร์สังคมสูงวัยของไทย ความร่วมมือของอาเซียนในการจัดตั้งศูนย์ ACAI และข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางความร่วมมือของศูนย์ ACAI

อาเซียนกับการเข้าสู่สังคมสูงวัย

ไม่เพียงแต่ประเทศไทยเท่านั้น ที่มีประชากรสูงอายุจำนวนมาก ประเทศที่เป็นสมาชิกอาเซียน (The Association of Southeast Asian Nations - ASEAN) มีประชากรสูงอายุรวมกันประมาณ 74 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรอาเซียนทั้งหมด[3] จึงกล่าวได้ว่า อาเซียนได้เข้า

สู่สังคมสูงอายุแล้ว โดยมีสิงคโปร์เป็นประเทศที่สูงวัยเร็วที่สุดในอาเซียน โดยมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 21 และเป็นประเทศเดียวในอาเซียนที่กลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ในขณะเดียวกันประเทศไทยก็ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านอาเซียน และสูงวัยเป็นอันดับที่สองรองจากสิงคโปร์

ผลกระทบของการเป็นสังคมสูงวัยไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบในระดับบุคคลหรือในระดับครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบในวงกว้างไปยังระดับประเทศด้วย เมื่อประเทศต่าง ๆ ในอาเซียนกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ โดยจำนวนเกิดมีแนวโน้มลดลงอันเนื่องมาจากคนไม่แต่งงานอยู่เป็นโสดมากขึ้น ในขณะเดียวกันคนก็มีอายุยืนยาวขึ้นอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้อัตราเพิ่มประชากรลดต่ำลง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยจะเกิดปัญหาขาดแคลนแรงงานในอนาคต นอกจากนี้แล้วการมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาครัฐจำต้องรับมือกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสวัสดิการทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และที่อยู่อาศัย

สำหรับประเทศไทย ได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว และมีการเตรียมการรองรับการเป็นสังคมสูงวัยโดยสร้างมาตรการความมั่นคงทางด้านต่าง ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต และการมีส่วนร่วมในสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสูงวัยอย่างมีพลัง[4]

ไทยกับยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุ

ประเทศไทยตื่นตัวกับปรากฏการณ์เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการเป็นสังคมสูงวัย โดยได้เข้าไปมีส่วนร่วมทั้งในเวทีระดับโลกและระดับภูมิภาค ไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมสนธิสัญญา ปฏิญญา และแผนปฏิบัติการต่าง ๆ ที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยในการประชุมสมัชชาโลกครั้งที่ 1 ขององค์การสหประชาชาติ ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา เมื่อปี 2525 ได้เกิดแผนปฏิบัติการนานาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติในเรื่องผู้สูงอายุมานานกว่า 20 ปี ประกอบกับใน ค.ศ. 1991 สหประชาชาติได้จัดทำร่างหลักการของสหประชาชาติสำหรับผู้สูงอายุขึ้น (UN Principles for Older Persons) ซึ่งให้แนวทางในการพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับ การดูแล

ภาพ : https://elements.envato.com

การบรรลุความพึงพอใจของตนเอง และการอยู่อย่างมีเกียรติมีศักดิ์ศรี ทั้งสองส่วนจึงเป็นแนวทางการปฏิบัติให้ทุกประเทศทั่วโลกตลอดเวลาที่ผ่านมารวมถึงประเทศไทย จนเป็นที่มาของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2525-2544

ในเวลาต่อมา การประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุครั้งที่ 2 ที่จัดขึ้นโดยองค์การสหประชาชาติ ณ กรุงมาดริด ประเทศสเปน ระหว่างวันที่ 8-12 เมษายน 2545 (ค.ศ. 2002) ได้ก่อให้เกิดแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing : MIPAA) ขึ้น ถือได้ว่าเป็นการประชุมที่นำมาซึ่งแผนปฏิบัติการในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย และชี้นำทิศทางการดำเนินงานทางด้านผู้สูงอายุให้กับประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติร่วมกัน โดยมีเป้าหมายหลักในการพัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุกับการพัฒนา 2) สูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ และ 3) การสร้างความมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม

ประเทศไทยในฐานะภาคีสมาชิกของสหประชาชาติได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนตามแผนปฏิบัติการฯ นี้ โดยการมีแผนแม่บทด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) และแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2552 รวมถึงการมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2553 เพื่อทำหน้าที่เป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาและการดำเนินงานด้าน

ผู้สูงอายุในภาพรวม และเป็นการสะท้อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระดับนโยบายของประเทศไทย[5,6]

แม้ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว ตั้งแต่ปี 2548 แต่การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยที่ผ่านมายังถือว่าไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร หากลองนำดัชนีต่าง ๆ ในแต่ละยุทธศาสตร์ภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) มาพิจารณาความสำเร็จจะพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของดัชนีในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติยังไม่บรรลุเป้าหมาย และพบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุยังก้าวไกลไม่ทันกับจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[7]

แม้ว่ากระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณามาตรการให้ขับเคลื่อนเรื่อง “สังคมสูงอายุ” เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ และได้เห็นชอบแล้วเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2561 โดยมีวัตถุประสงค์ให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกันคือ ให้คนทุกวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมสูงวัย[8] แต่การดำเนินงานเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนดังกล่าวยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบูรณาการในการใช้ข้อมูลที่เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน ส่งผลทำให้ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานกับพื้นที่ นอกจากนี้แล้วฐานข้อมูลผู้สูงอายุในประเด็นเรื่องต่าง ๆ ควรมีการบูรณาการและจัดการอย่างเป็นระบบและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหมด เพื่อประโยชน์ในการดึงข้อมูลมาใช้ร่วมกันเพื่อให้สามารถสะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันได้ สิ่งสำคัญที่สุดรัฐควรจะมีการเตรียมการด้านบุคลากรเพื่อรองรับสังคมสูงวัย และบุคลากรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุจะต้องมีความเข้าใจในแผนผู้สูงอายุเป็นอย่างดีเพื่อให้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้แล้วในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) เป็นต้นมา ได้มีการตระหนักถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัยในประเทศไทยและกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งสะท้อนให้เห็นความตื่นตัวในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุนให้ประชาชนออมเพื่อการเกษียณ แผนสนับสนุนการจ้างงานผู้สูงอายุ วางแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ เสริมสร้างความตระหนักแก่สังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ปกป้องสิทธิทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นต้น[9] นโยบายดังกล่าวนอกจากจะมีผลตอบสนองต่อแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรแล้ว ยังมีผลตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทยอีกด้วย ถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงความท้าทายในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

ไทยกับความร่วมมือด้านผู้สูงอายุในอาเซียน

การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุของไทยในระยะที่ผ่านมาถือได้ว่าเป็นการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยที่กำลังจะกลายเป็นประชากรสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคต ซึ่งเป็นการวางรากฐานที่ดีในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ในปี 2562 ประเทศไทยได้ร่วมมือกับอาเซียนด้านการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ (Active Ageing) โดย พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานอาเซียน ได้เสนอให้ประเทศไทยจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI) ในการประชุมสุดยอดอาเซียน เนื่องจากประเทศไทยถือว่าเป็นประเทศที่มีความพร้อมทั้งทางด้านองค์ความรู้และการดำเนินงานในด้านนี้

ในการดำเนินการเพื่อจัดตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงอายุ หรือ ศูนย์ ACAI ที่ประเทศไทยเป็นประเทศเจ้าภาพในปี 2562 นั้น ไทยได้จัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมในการเปิดศูนย์สองครั้ง โดยการประชุมครั้งแรกเมื่อเดือนกรกฎาคม 2562 ผู้เข้าร่วมเป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องทางด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย เช่น ด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา เพื่อพูดคุยถึงสถานการณ์ และนโยบายที่จะไปนำเสนอในระดับอาเซียนผ่านกลไกของศูนย์ ACAI สำหรับการประชุมครั้งที่สองเป็นการประชุมร่วมกับตัวแทนในประเทศสมาชิกอาเซียนทั้ง 10 ประเทศ ที่ดูแลเรื่องของผู้สูงอายุทั้งด้าน

ภาพ : https://pr.moph.go.th

สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และนวัตกรรมต่าง ๆ ในการประชุมที่มีชื่อว่า Partnership Meeting of ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI ช่วงวันที่ 7-9 สิงหาคม 2562 โดยหารือกันเรื่องสถานการณ์การสูงวัย นโยบายของแต่ละประเทศอาเซียน และประเด็นในการขับเคลื่อนร่วมกัน โดยมีผู้เชี่ยวชาญในประเด็นต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ มาพูดคุยร่วมกัน รวมถึงตัวแทนจากภาคีของประชาคมอาเซียน ได้แก่ จีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และการประชุมเอเชีย-ยุโรป Asia-Europe Meeting (ASEM) มาร่วมให้ความเห็น ผลการประชุมสรุปเบื้องต้นได้ว่า ประเด็นที่ควรนำไปขับเคลื่อนผ่านศูนย์ ACAI มี 4 ประเด็นหลักได้แก่เรื่อง 1) การออม ระบบประกัน 2) การดูแลระยะยาว 3) การดูแลปฐมภูมิ โดยเน้นการดูแลในชุมชน และ 4) การพัฒนาฐานข้อมูล Data center หรือ Data management เพื่อนำไปใช้พัฒนานโยบายและระบบบริการ[10]

ไทยเปิดตัวศูนย์ ACAI

ศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ASEAN Centre for Active Ageing and Innovation: ACAI) ได้เปิดตัวเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2562 ในพิธีเปิดการประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 35 โดยมีพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เป็นประธานในพิธี นายกรัฐมนตรีได้กล่าวถ้อยแถลงแสดงจุดยืนของประเทศไทยในการสนับสนุนการสร้าง “ความยั่งยืน” ให้กับประชาคมอาเซียนทั้ง 10 ประเทศ คือ ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ มาเลเซีย อินโดนีเซีย บรูไน เวียดนาม ลาว เมียนมา กัมพูชา และไทย ที่มีประชากรรวม 650 ล้านคน รวมกับประเทศจีน ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ หรือ “อาเซียน + 3” ดังใจความว่า

“อาเซียนจำเป็นต้องมีกระบวนทัศน์ใหม่สำหรับการเติบโตทางเศรษฐกิจที่มีพลวัต มีความยั่งยืน และครอบคลุมทุกภาคส่วน ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โดยต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาทุนมนุษย์และรักษาสภาพแวดล้อมควบคู่กันไป”[11]

แนวทางที่เป็นองค์รวมในการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนครอบคลุมใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านสังคมและด้านสาธารณสุข 2) การเพิ่มพูนศักยภาพทางเศรษฐกิจ และ 3) การเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยซึ่งรวมถึงการพัฒนาอารยสถาปัตย์ และนำวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่จะส่งเสริมการพึ่งตนเอง และสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ อันจะนำไปสู่เป็นประชาคมอาเซียนที่เอื้ออาทรและแบ่งปัน[12]

ศูนย์ ACAI นี้มีพันธกิจในการทำหน้าที่หลักอยู่ 5 เรื่อง ที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินความร่วมมือในด้านผู้สูงอายุระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนและหุ้นส่วนต่าง ๆ ทั้งในภูมิภาคและระหว่างประเทศ ได้แก่

1. แลกเปลี่ยนความรู้ (Knowledge sharing) ทำให้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น
2. เป็นศูนย์ที่จัดการอบรมร่วมกันระหว่างอาเซียน เป็นการอบรมบุคลากรต่าง ๆ ที่จะกลับไปดูแลผู้สูงอายุในประเทศต่าง ๆ (Capacity training)
3. การนำเสนอนโยบายเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุให้แก่รัฐบาลประเทศต่าง ๆ โดนใช้ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็น (Evidence-based policy advocacy)
4. การเป็นศูนย์ข้อมูลที่จะทำการติดตามสถานการณ์ผู้สูงอายุ รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินการผ่านศูนย์ฯ
5. สนับสนุนองค์ความรู้ที่เกิดจากการทำวิจัยและการทำนวัตกรรมต่าง ๆ ที่กลับไปสนับสนุนทางด้านนโยบายและการบริการต่าง ๆ ของประเทศสมาชิกอาเซียน

การดำเนินการภายใต้ศูนย์ ACAI นี้ รัฐบาลไทยได้มอบให้กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินงานหลัก กรมการแพทย์ ได้มีแผนงานในการจัดประชุม “International Conference on ASEAN plus Three Geriatric Medicine and Gerontology 2020” ในช่วงระหว่างวันที่ 25-26 มีนาคม 2563 โดยมีอรรถบทการประชุมเรื่อง “Welcome Ageing Society of ASEAN” ในการประชุมครั้งนี้จะเป็นการนำเสนอข้อสรุปการดำเนินงานจากการประชุม ACAI PREP Meeting: ASEAN situation, policy for older person & issues to be driven through ACAI รวมถึงการมีเวทีสำหรับการอภิปรายร่วมกันในประเด็นทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และนวัตกรรม ในเรื่องการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยในประเทศอาเซียน จากนักวิจัยที่เชี่ยวชาญในประเด็นต่าง ๆ จากประเทศสมาชิกอาเซียน *แต่ด้วยสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรน่าที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็วและควบคุมได้ยาก จึงเลื่อนการประชุมออกไปอย่างไม่มีกำหนด*

แนวทางการดำเนินงานในอนาคตของศูนย์ ACAI

การจัดตั้งศูนย์ ACAI เป็นการเตรียมความพร้อมและวางแผนด้านความมั่นคงของมนุษย์ในอนาคต บทบาทและแนวทางการดำเนินงานของศูนย์ฯ อาจช่วยให้ประชากรที่กำลังสูงวัยขึ้นในภูมิภาคอาเซียนมีความเข้มแข็งและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว เป็นการลงทุนเพื่ออนาคตของประชาคมอาเซียนที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังและมองสู่อนาคต[13] การที่ประเทศไทยได้รับเลือกเป็นที่ตั้งของศูนย์ ACAI นั้น เป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างมาก ในการดำเนินงานทางด้านผู้สูงอายุโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินงานหลัก สิ่งที่ศูนย์ ACAI ควรดำเนินการเป็นอย่างแรกคือ ความต่อเนื่องในการทำงานร่วมกันของประเทศสมาชิกเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนและอภิปรายร่วมกันถึงประเด็นต่าง ๆ ทั้งที่เป็นประเด็นเร่งด่วนที่ควรสนับสนุน ประเด็นปัญหา หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญคือ การมีประเทศพี่เลี้ยง สำหรับประเทศที่กำลังเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุ เพื่อจะได้ก้าวไปข้างหน้าอย่างมั่นคงโดยอาศัยประสบการณ์จากประเทศที่สูงวัยแล้ว นอกจากนี้ควรมีการสร้างฐานข้อมูลผู้สูงวัยในระดับนานาชาติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และสามารถดำเนินการไปพร้อมกันได้

การมีศูนย์ ACAI ในประเทศไทย จึงเป็นที่คาดว่าผู้สูงอายุไทยเองจะได้รับทั้งความรู้ ข่าวสาร และเทคโนโลยีการดูแลผู้สูงอายุจากศูนย์ฯ นี้ ได้โดยตรง เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ มีความมั่นคงทางด้านต่าง ๆ ในวัยเกษียณ เพื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงวัยได้อย่างภาคภูมิใจ และมีคุณค่าในตัวเอง ไม่เป็นภาระของลูกหลาน นอกจากนี้แล้ว ศูนย์ ACAI นี้จะช่วยให้ประเทศไทยได้มองเห็นสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางประชากรจากประเทศต่าง ๆ ในอาเซียนในหลากหลายมิติ เพื่อนำมาสู่การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับความเร็วของการสูงวัย อีกทั้งยังเป็นการช่วยวางแผนในการกำหนดนโยบายหรือยุทธศาสตร์ร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุในอาเซียนที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต เพื่อมุ่งหวังว่าผู้สูงอายุในอาเซียนเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ

สรุป

ประเทศต่าง ๆ ในประชาคมอาเซียนกำลังเผชิญกับการสูงวัยของประชากร การจัดตั้งศูนย์ ACAI เป็นการเตรียมความพร้อมและวางแผนด้านความมั่นคงของมนุษย์ การจะทำให้ศูนย์ ACAI นี้ ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น สิ่งสำคัญที่เป็นเรื่องท้าทายคือ การสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกสมาคมอาเซียนและภาคีเครือข่ายเพื่อรองรับสังคมสูงวัย อาเซียนควรร่วมกันแบ่งปันข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุ เรียนรู้จากประเทศที่ประสบความสำเร็จ ศูนย์ ACAI จะช่วยกระตุ้นให้ประเทศต่าง ๆ มองเห็นปัญหา และช่องว่างของการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ที่สำคัญคือ การมีข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นฐานข้อมูลเดียวกันในแต่ละหน่วยงานของประเทศต่าง ๆ จะช่วยทำให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตรงประเด็นและสอดคล้องกับพันธกรณีและแนวคิดของอาเซียนที่ให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางและไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง

9

กระแสนิยมเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ
สู่ยุคเฟื่องฟูของธุรกิจกีฬา

ภาพ : กรกนก พงษ์ประดิษฐ์

ธุรกิจกีฬาในภาพรวมปี 2562 นี้ได้มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาราวร้อยละ 6 ถึง 7 ตามแนวโน้มของพฤติกรรมของผู้บริโภคที่มีกระแสตื่นตัวใส่ใจดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย จำนวนคนไทยที่ออกกำลังกายและเล่นกีฬาด้วยกิจกรรมการเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.4 ในปี 2561 ประมาณเกือบ 1 ใน 4 ของคนไทย (16.03 ล้านคน) เลือกที่จะมีกิจกรรมทางกาย ออกกำลังกายและเล่นกีฬาด้วยวิธีการเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ

ในช่วงปี 2562 ธุรกิจกีฬาหลายประเภทมีแนวโน้มการเติบโตอย่างชัดเจน ทั้งในเชิงยอดจำหน่ายและรายได้ผ่านช่องทางสื่อชนิดต่าง ๆ กรมพัฒนาธุรกิจการค้าคาดว่า ธุรกิจกีฬาในภาพรวมปี 2562 จะขยายตัวเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาราวร้อยละ 6 ถึง 7 ตามแนวโน้มพฤติกรรมของผู้บริโภคที่มีกระแสตื่นตัวใส่ใจดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย ตลอดจนตลาดแฟชั่นการแต่งกายด้วยชุดกีฬา โดยกระแสการออกกำลังกายและธุรกิจกีฬาได้รับการกระตุ้นจากการรณรงค์และสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในกีฬาประเภทต่าง ๆ อาทิ ฟุตบอลลีก มวย และกิจกรรมการแข่งขันการวิ่งเพื่อสุขภาพ[1]

กระแสนิยมการออกกำลังกาย จากอดีตถึงปัจจุบัน

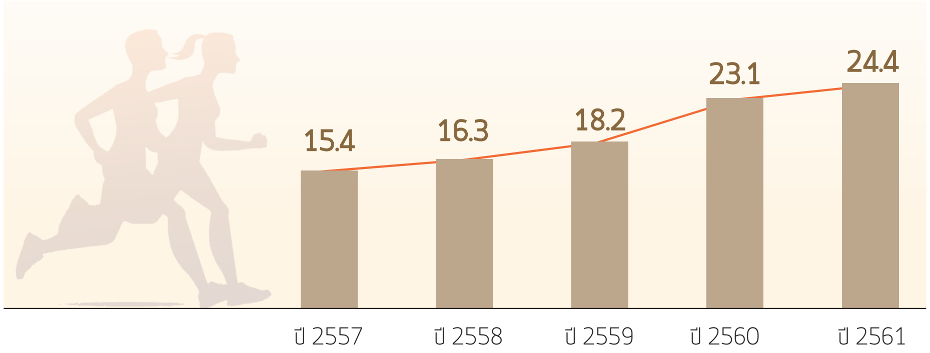
หากจะมองย้อนกลับไป กระแสการให้ความสนใจด้านกีฬาประเภทต่าง ๆ ของคนไทยเกิดขึ้นมาเป็นช่วง ๆ ตัวอย่างเช่น การรวมกลุ่มของนักวิ่งเพื่อสุขภาพที่เริ่มตั้งแต่ปี 2524 โดยศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม กระทั่งนำไปสู่การรวมตัวกันของกลุ่มนักวิ่งกว่า 80,000 คน ในงาน "วิ่งลอยฟ้าเฉลิมพระเกียรติ" (Royal Marathon-Bangkok) ในปี 2530[2] การส่งเสริมให้มีการวิ่งเพื่อสุขภาพโดยนายแพทย์กฤษฎา บานชื่น จนมีการตีพิมพ์หนังสือเรื่องการวิ่งโดยเฉพาะ[3] หรือกระแสความสนใจในกีฬาเทนนิสในช่วงที่ "SuperBall" ภราดร ศรีชาพันธ์ และ "แทมมี่" แทมมารีน ธนสุกานต์ สร้างชื่อเสียงให้กับประเทศไทยในการไต่อันดับโลกวงการเทนนิสมืออาชีพ ถัดมาก็เป็นกีฬากอล์ฟ ที่ได้รับความนิยมหลังจากที่มีโปรกอล์ฟชาวไทยหลายรายที่ประสบความสำเร็จในระดับสากล ต่อมาก็เกิดกระแสความนิยมในกีฬาแบดมินตันตามน้องเมย์ รัชนก อินทนนท์ ที่กระตุ้นให้พ่อแม่ผู้ปกครองจำนวนมากหันมาสนใจส่งบุตรหลานของตนให้เข้ารับการเรียนและฝึกซ้อมในกีฬาประเภทดังกล่าวมากขึ้น

อย่างไรก็ดี กระแสความนิยมของกีฬาประเภทต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ก็ยังไม่ปรากฏภาพเด่นชัดในแง่ของการ "บูม" ในวงการอุตสาหกรรมและธุรกิจกีฬามากนัก สาเหตุสำคัญอาจเนื่องมาจากกิจกรรมกีฬาดังกล่าวค่อนข้างจำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มผู้ที่สนใจทดลองนำมาเล่น ผู้ที่เล่นตามยังมีจำนวนไม่มากหากเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรในระดับประเทศ

ทั้งนี้อาจด้วยข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ ค่าใช้จ่ายในการเล่น หรือสถานที่ในการทำกิจกรรม

อย่างไรก็ตาม กระแสความนิยมในกิจกรรมการวิ่งเพื่อสุขภาพของคนไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างเป็นปรากฏการณ์ในปัจจุบัน ผู้คนจำนวนมากทุกเพศวัยหันมาให้ความสนใจในการออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ข้อมูลจากการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของคนไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ได้ส่งสัญญาณที่น่าสนใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์การดีดตัวของจำนวนคนไทยที่ออกกำลังกายและเล่นกีฬาด้วยกิจกรรมการเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ ที่เพิ่มขึ้นในอัตราเลขสองหลักทุกปีในช่วงหลัง ๆ จากร้อยละ 15.4 ในปี 2557 มาอยู่ที่ร้อยละ 18.2 ในปี 2559 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 23.1 และ 24.4 ในปี 2560 และ 2561 ตามลำดับ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ประมาณเกือบ 1 ใน 4 ของคนไทย (16.03 ล้านคน) เลือกที่จะมีกิจกรรมทางกายโดยออกกำลังกายและเล่นกีฬาด้วยวิธีการเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ

***ภาพที่ 1* ร้อยละของคนไทยที่มีกิจกรรมทางกายด้วยการเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ ระหว่างปี 2557-2561**[4]



ที่มา: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล

กระแสเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพของคนไทยทำให้เกิดกิจกรรมการเดิน-วิ่งอย่างแพร่หลายไปทั่วประเทศ จำนวนงานมหกรรมการวิ่งเพื่อสุขภาพที่ถูกจัดขึ้นในปี 2562 มีมากถึง 200-250 งานต่อเดือนหรือประมาณ 3,000 งานต่อปี นับเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมากเช่นนี้มาก่อนในสังคมไทย โดยในการจัดงานมหกรรมการวิ่งเพื่อสุขภาพนี้ หากเป็นงานขนาดเล็กหรือขนาดกลาง แต่ละครั้งจะมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมประมาณ 1,000 – 5,000 คนต่องาน โดยงานวิ่งขนาดกลางและขนาดเล็กดังกล่าวก็จะกระจายเกิดขึ้นในระดับอำเภอ หรือระดับท้องถิ่นทั่วประเทศ ขณะที่ขนาดใหญ่ที่เป็นงานระดับจังหวัด เช่น งาน สสส. จอมบึงมาราธอน บางแสนมาราธอน วิ่งผ่าเมืองภูเก็ตมาราธอน เชียงใหม่มาราธอน เป็นต้น จะมีผู้เข้าร่วมเป็นหลักหมื่นคนขึ้นไป[5] นั่นหมายความว่าในปัจจุบันจะมีคนไทยไม่ต่ำกว่า 15 ล้านคนที่ออกมาร่วมกิจกรรมงานวิ่งเพื่อสุขภาพที่ว่านี้ เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติประมาณการของสมาพันธ์ชมรมเดินวิ่ง เพื่อสุขภาพไทยที่ระบุว่า ในช่วงก่อนปี 2550 นั้น ประเทศไทยมีนักวิ่งประมาณ 5 ล้านคนเท่านั้น นั่นเท่ากับว่าในช่วงสิบปีที่ผ่านมา ไทยเรามีผู้ที่ให้ความสนใจกิจกรรมการเดินวิ่งเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นราว 10 ล้านคน

ภาพ : เวบไซต์ Thairunning.com

นอกจากนี้ ภาครัฐ ภาคประชาสังคมและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ได้ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายทั้งเดิน-วิ่งในระดับชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ จนเกิดความนิยมและกระแสเดิน-วิ่งในวงกว้าง นพ. ไพโรจน์ เสาน่วม ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ สสส. กล่าวว่า ปัจจุบันคนไทยหันมารักษาสุขภาพและออกกำลังกายกันมากขึ้น โดยคนไทยกว่า 70% ออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นหลัก โดยการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันเป็นเป้าหมายหนึ่งในการดำเนินงานของ สสส. เพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง รวมถึงแก้ไขปัญหาในมิติด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยมีงานวิจัยและปฏิบัติการในระดับพื้นที่ อาทิ ซ.งามดูพลีเขตสาทร กทม. เทศบาลนครหาดใหญ่ จ.สงขลา เทศบาลตำบลนาทวี อ.นาทวี จ.สงขลา เทศบาลเมืองระนอง จ.ระนอง เทศบาลนครพิษณุโลก จ.พิษณุโลก เทศบาลนครตรัง จ.ตรัง และการเสริมสร้างการเดินหรือใช้จักรยานเพื่อการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม อ.เชียงคำ จ.พะเยา เป็นต้น[6]

ภาพ: เว็บไซต์ Thairunning.com

สู่ยุคเฟื่องฟูของธุรกิจกีฬาเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ

หากพิจารณาในแง่ธุรกิจกีฬา จะเห็นได้ว่าในการจัดงานวิ่งแต่ละครั้งนั้น ผู้จัดงานจะต้องมีการแจกเสื้อกีฬาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เหรียญที่ระลึก รวมทั้งเครื่องดื่มและอาหารให้กับนักกีฬา ในอีกมุมหนึ่ง นักกีฬาเองก็ต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น รองเท้าวิ่ง กางเกงวิ่ง หรืออุปกรณ์เทคโนโลยีที่ใช้ประกอบการวิ่งของตนตามแต่รสนิยมของนักวิ่งคนนั้น ๆ ด้วยปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้ ส่งผลให้อุตสาหกรรมและธุรกิจด้านการกีฬาเจริญเติบโตและขยายตัวอย่างมากในช่วงหลายปีที่ผ่านมา

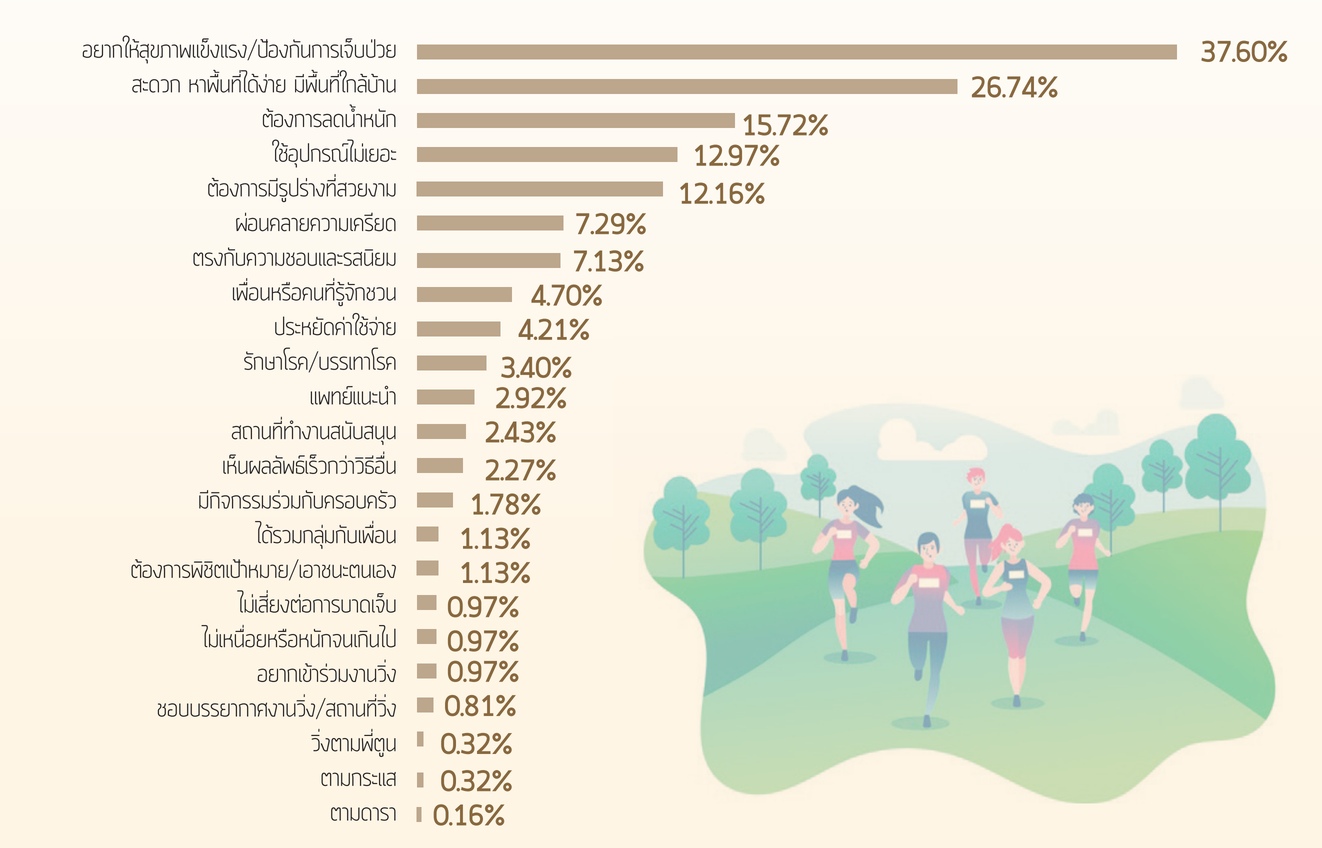
ตาราง 1 มูลค่าการนำเข้าสินค้าและอุปกรณ์กีฬาที่สำคัญระหว่างปี 2560-2562[7]

สินค้า	มูลค่า : ล้านบาท			อัตราการขยายตัว (%)		
	2560	2561	2562	2560	2561	2562
1) เสื้อผ้ากีฬา	5,418.74	6,951.78	8,451.09	8.61	28.29	21.57
2) รองเท้ากีฬา	3,168.16	4,509.98	6,470.50	6.80	42.35	43.47
3) เครื่องเล่นกีฬา	4,908.35	5,518.24	5,071.43	-1.67	12.43	-8.10
รวม	**13,495.24**	**16,979.99**	**19,993.02**	**13.74**	**83.07**	**56.94**

ที่มา : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์ โดยความร่วมมือจากกรมศุลกากร

จากข้อมูลในตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า ในช่วงปี 2560-2562 แนวโน้มการขยายตัวของสินค้าที่มีอัตราการขยายตัวสูงที่สุด คือ สินค้าในกลุ่มประเภทรองเท้ากีฬา (ขยายตัวประมาณร้อยละ 43) รองลงมาคือ สินค้าในกลุ่มเสื้อผ้ากีฬา (ขยายตัวประมาณร้อยละ 22) ซึ่งส่งผลให้อัตราการขยายตัวในภาพรวมของสินค้าในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับกีฬามีการขยายตัวเกือบร้อยละ 60 และมีมูลค่าการนำเข้าสินค้าในกลุ่มดังกล่าวเกือบ 20,000 ล้านบาท ส่งผลให้มีการคาดประมาณว่ามูลค่าทางการตลาดของธุรกิจและสินค้ากีฬาในประเทศไทยในปี 2561 ว่ามีมูลค่าสูงถึง 120,000 ล้านบาท และยังสามารถขยายตัวได้อีกอย่างน้อย 5% ซึ่งอัตราการขยายตัวและมูลค่าการนำเข้าดังกล่าว สอดคล้องกับปรากฏการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ออกกำลังกายในปัจจุบัน อีกทั้งสินค้าในกลุ่มกีฬา ไม่ว่าจะเป็นรองเท้าหรือชุดกีฬาได้ถูกออกแบบมาเฉพาะประเภทกีฬา มีความหลากหลายและสวยงามจนกลายเป็นแฟชั่น และช่วยกระตุ้นให้อุตสาหกรรมและธุรกิจกีฬามีการขยายตัวเป็นอย่างมาก

ภาพที่ 2 ร้อยละของเหตุผลที่เลือกมีกิจกรรมทางกายด้วยการเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ ปี 2561



ที่มา: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ทำไมคนไทยจึงนิยมเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ?

นอกเหนือจากการกระตุ้นการออกกำลังกายผ่านสื่อต่าง ๆ ของธุรกิจกีฬาแล้ว หากพิจารณาในแง่การรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพคนไทย อาจกล่าวได้ว่า เป็นยุคแห่งการผลิดอกออกผลของการรณรงค์ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและการเล่นกีฬาในประเทศไทย โดยเฉพาะกิจกรรมการเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ ที่ได้รับความสนใจจากประชาชนเป็นประวัติการณ์ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเหตุผลที่คนไทยเลือกมีกิจกรรมทางกายด้วยการเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ ผลจากการสำรวจชี้ให้เห็นว่า ส่วนใหญ่เป็นเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจภายในและความตระหนักทางด้านสุขภาพ เช่น อยากที่จะให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย ต้องการลดน้ำหนัก และมีรูปร่างที่ดี เป็นต้น ขณะที่อีกส่วนมองเห็นถึงข้อดีของกิจกรรมการวิ่งที่เป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้สะดวก ในแง่ของพื้นที่และการเข้าถึงการใช้บริการที่ใกล้บ้าน ประกอบกับไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือยุ่งยาก นอกจากนี้ยังมีบางส่วนที่ให้ข้อมูลว่าที่สนใจออกมาวิ่งนี้เป็นเพราะการตามบุคคลผู้มีชื่อเสียงหรือการวิ่งตามกระแสความนิยมในปัจจุบันด้วย (ภาพที่ 2)

สรุป

ทุกวันนี้ภาพของนักวิ่งเพื่อสุขภาพตามสวนสาธารณะ บริเวณที่โล่ง หรือถนนหนทางในหมู่บ้านที่ต่างออกมาเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพในยามเช้า หรือตอนเย็นหลังเลิกงาน กลายเป็นภาพที่คุ้นตาสำหรับบ้านเรา ปรากฏการณ์งานวิ่งเพื่อสุขภาพนี้ได้สร้างมิติใหม่ของการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เมื่อประชาชนจำนวนมากหยิบรองเท้าออกมาวิ่งเพื่อสุขภาพก็นับเป็นการเปลี่ยนแปลงไปสู่ชีวิตใหม่และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในวินาทีนั้นความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคในกลุ่ม Non-Communicable Diseases (NCDs) รวมไปถึงโรคอ้วน ก็ได้ลดลงตามไปด้วย ซึ่งช่วยลดงบประมาณที่ประเทศต้องใช้สำหรับการรักษาพยาบาลโรคในกลุ่มดังกล่าวได้บ้าง ดังนั้น กระแสนิยมเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพนอกจากจะสร้างผลประโยชน์ให้กับอุตสาหกรรมและธุรกิจด้านกีฬาแล้ว ยังส่งผลดีทางตรงในระดับบุคคลของประชาชนแต่ละคน ให้มีสุขภาพแข็งแรง รวมถึงช่วยทำให้ประเทศชาติและสังคมของเราประหยัดงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลไปได้อีกมากโขเลยทีเดียว

10

อีสปอร์ต: กีฬาหรือเกมกลธุรกิจข้ามชาติ?

ภาพ : https://www.alleduguide.com

อีสปอร์ต คือกิจกรรมการแข่งขันวิดีโอเกมที่ได้รับความนิยมจากผู้เล่นเกมทั่วโลกจำนวนมาก สามารถสร้างรายได้แก่บริษัทเกมเป็นเงินมหาศาล นำไปสู่การเกิดธุรกิจที่เกี่ยวกับเกมจำนวนมาก เช่น การจำหน่ายอุปกรณ์ และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการเล่นเกมที่เสริมสร้างอรรถรสในการเล่นเกมให้มีความสมจริงมากขึ้น อีสปอร์ตเติบโตอย่างมากท่ามกลางข้อสงสัยว่ามันเป็นกีฬาจริงหรือไม่ สามารถสร้างอาชีพที่ยั่งยืนได้อย่างไร มันส่งผลกระทบด้านลบต่อพฤติกรรมติดเกมหรือไม่ และอีสปอร์ตจะเข้ามาเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมของผู้เล่นด้านสุขภาพและกีฬาอย่างไร

นอกจากนี้ ยังมีกระแสวิพากษ์วิจารณ์ทั่วโลกต่ออีสปอร์ตในเรื่องอายุของผู้เล่น ผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมอง การพนันออนไลน์ และภาษีรายได้จากบริษัทเกมที่สร้างกำไรมหาศาลบนผลกระทบต่อสุขภาวะของเด็กและเยาวชนจนเกิดคำถามว่า การส่งเสริมอีสปอร์ตมันคุ้มค่าหรือไม่? บทความนี้จะกล่าวถึงการเติบโตและพัฒนาการของอีสปอร์ตในระดับสากลและในประเทศไทย ผลกระทบในด้านสุขภาวะของอีสปอร์ต มุมมองของฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับอีสปอร์ต และข้อคิดเห็นของภาคประชาสังคมในการลดผลกระทบทางลบของอีสปอร์ตในประเทศไทย

อีสปอร์ตคืออะไร?

วิกิพีเดีย นิยามอีสปอร์ตว่าคือ “รูปแบบการแข่งขันที่มีสื่อกลางคอมพิวเตอร์ ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านเกม วิดีโอเกมที่ผู้เล่นระดับจริงจัง มืออาชีพ เข้าร่วมการแข่งขันผ่านระบบปฏิสัมพันธ์คอมพิวเตอร์-มนุษย์ เพื่อชิงเงินรางวัล ที่มีคนดู”

พจนานุกรม Oxford นิยามว่าอีสปอร์ต คือ “กิจกรรมการแข่งขันเกมวิดีโอ ที่มีผู้แข่งขันระดับมืออาชีพหลายคนและมีผู้ชม”

พจนานุกรม Cambridge นิยามว่าอีสปอร์ต คือ “กิจกรรมการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ กับผู้เล่นรายอื่นบนอินเทอร์เน็ต ซึ่งมักเล่นเพื่อชิงเงินรางวัล และมีการถ่ายทอดให้ผู้ชมดู โดยผ่านอินเทอร์เน็ต หรือบางครั้งก็จัดเป็นกิจกรรมแข่งขันในสถานที่ขนาดใหญ่”

เว็บไซต์ dictionary.com นิยามว่าอีสปอร์ต คือ “กิจกรรม หรือทัวร์นาเม้นต์การแข่งขันวิดีโอเกม โดยเฉพาะนักเล่นเกมมืออาชีพ” ขณะที่ เว็บไซต์ข่าว เดอะเทเลกราฟ อธิบายว่า คือ “กิจกรรมแข่งขันวิดีโอเกมระดับมืออาชีพ ซึ่งจะแข่งด้วยเกมอะไรก็ได้ มีผู้แพ้ ผู้ชนะ และปัจจุบัน มันคือกิจกรรมทัวร์นาเม้นท์ในแต่ละปี จะมีผู้เล่นมากมายจากทั่วโลก”

จะเห็นได้ว่า นิยามของคำว่า “อีสปอร์ต” ที่ใช้อ้างอิงกันในอุตสาหกรรมวิดีโอเกมนั้น เกิดขึ้นมาจากฝั่งธุรกิจที่ใช้

อธิบายกิจกรรมดังกล่าว ปัจจุบันกิจกรรมแข่งขันเล่นเกมชิงเงินรางวัลกำลังได้รับความนิยมและกระแสสนับสนุนจากฝั่งนักธุรกิจ บริษัทภาคเอกชนได้จัดงานแข่งขันที่มีกลุ่มเป้าหมายคือผู้เล่นเกมออนไลน์ต่าง ๆ ให้เข้าร่วมกิจกรรมนี้

ประเด็นปัญหาในเรื่องการนิยามอีสปอร์ต คือ การนิยามว่า "อีสปอร์ตเป็นกีฬา" โดยผ่านการรับรองของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาของไทย[1] เมื่อปี 2561 จึงทำให้เกิดวิวาทะถกเถียงกันมากว่า อีสปอร์ตเป็นกีฬาด้วยคุณสมบัติใด เนื่องจากไม่มีบรรทัดฐานสากลที่นิยามอย่างชัดเจนว่าอีสปอร์ตเป็นกีฬา มีแต่ฝั่งผู้ประกอบการธุรกิจเกมเท่านั้นที่บอกว่า นี่คือ "กีฬาอิเล็กทรกนิกส์ หรือ กีฬาที่ไม่ต้องออกกำลัง"

ภาพ : https://paris-esports.com

พัฒนาการของอีสปอร์ต

จุดเริ่มต้นของอีสปอร์ต คือ ค.ศ. 1972 เมื่อเกม Pacman เกมแนวอาร์เขตตะลุยผ่านด่าน ที่นักศึกษามหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ดได้จัดการแข่งขันขึ้น โดยเรียกการแข่งขันนี้ว่า "Intergalactic Spacewar Olympics" ซึ่งจัดในห้องแล็บโดยใช้เกมสเปซวอร์ในการแข่งขัน ของรางวัลคือสมาชิกนิตยสารเดอะโรลลิ่งสโตนฟรีหนึ่งปี ทศวรรษถัดมา มีผู้คนเล่นเกมวิดีโอตามบ้านเรือนทั่วไป เครื่องเล่นเกมแพร่หลายมากขึ้น การแข่งขันมักจัดขึ้นเพื่อความสนุกสนาน แข่งกันในครอบครัว หรือระหว่างเพื่อน เพื่อเอาชนะแต่ละแมทช์หรือสะสมแต้มอันดับ และมีการตั้งชื่อผู้เล่นกัน จนมาในปี 1990 ได้มีการเปลี่ยนวิถีการเล่นของผู้คนเข้าสู่อินเทอร์เน็ต อนุญาตให้ผู้เล่นแปลกหน้าจำนวนมาก เข้าร่วมการแข่งขันบนเซิร์ฟเวอร์ หรือที่เรียกกันว่า ออนไลน์เกม

ในปลายศตวรรษที่ 20 ธุรกิจอีสปอร์ต เสมือนถูกเปิดศักราชด้วยประเทศเกาหลีใต้ ตั้งแต่ปี 1995 จนถึงปี 2005 เกาหลีใต้ได้ลงทุนไปกว่า 32.5 พันล้านเหรียญสหรัฐในการสร้างระบบพื้นฐานอินเทอร์เน็ตตลอดทั่วทั้งประเทศ ทำให้เกาหลีใต้วันนี้มีอัตราการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตที่สูงสุดในโลกและอัตราความเร็วอินเทอร์เน็ตสูงสุดในโลก ทำให้เกาหลีใต้มีค่าบริการอินเทอร์เน็ตที่ถูกมากและร้านอินเตอร์เน็ตคาเฟ่กลายเป็นแหล่งชุมนุมของบรรดาวัยรุ่นในช่วงต้นปี 2000 จนเกิดชุมชนคนเล่นเกมขึ้นมาและเริ่มคุยกันเรื่อง **"ทักษะในการเล่นเกม"** อย่างแพร่หลาย ช่วงนั้นเองที่เกมสตาร์คราฟท์กำลังเป็นที่นิยมขึ้นมา ซึ่งเป็นเกมแนวยุทธวิธีการวางกลหมากการต่อสู้ ของบริษัทบลิซซาร์ดเอ็นเตอร์เทนเม้นท์ และเริ่มเรียกกิจกรรมการแข่งขันนี้ว่าลีกทัวร์นาเม้นท์นี้ได้รับความนิยมตามร้านค้าอินเทอร์เน็ตค่าเฟ่ต่าง ๆ และขยายไปสู่การจัดการแข่งขันในโรงแรม และสนามกีฬา โดยในปี 2004 เมืองปูซาน เกาหลีใต้ ได้จัดแข่งขันทัวร์นาเม้นท์สตาร์คราฟ์ที่มีผู้เล่นระดับมืออาชีพเข้าร่วม ในช่วงเวลานั้นเองที่ผู้เล่นส่วนมากตระหนักดีว่าเกาหลีใต้เป็นประเทศที่ยิ่งใหญ่สำหรับต้นแบบการจัดการแข่งขันอีสปอร์ต

ในปี 2000 เกาหลีใต้ได้ทำให้คอเกมรู้จักกับการแข่งขันที่ชื่อว่า เวิล์ดไซเบอร์เกมส์ ซึ่งเป็นการจัดทัวร์นาเม้นท์การแข่งขันระดับนานาชาติครั้งแรก โดยมี 17 ตัวแทนประเทศต่าง ๆ เข้าร่วมการแข่งขัน มันเปรียบเสมือนโอลิมปิกสำหรับนักเล่นเกมอีสปอร์ต โดยมีการแข่งขันใน 5 เกมสำคัญ คือ เอจออฟเอ็มไพร์ 2 ฟีฟ่า 200 เควก 3 อารีน่า สตาร์คราฟท์ วอร์บลัด และ อันรีลทัวร์นาเม้นท์ และเป็นที่นิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี 2013 มีนักเล่นเกมเข้าร่วมกว่า 800 คน จาก 70 ประเทศ

หนังสือชื่อ "Inside the E-sport Industry" โดย Carla Mooney อธิบายว่า กิจกรรมอีสปอร์ตนั้นจริง ๆ เริ่มมีมานานตั้งแต่สมัยที่ผู้คนยังเล่นเกมตู้ ในลักษณะแข่งขันกันเป็นชมรมในช่วงทศวรรษ 1970 แต่ตอนนั้นยังไม่เรียกว่าเป็นอีสปอร์ต ส่วนในปี 2015 มีแฟน ๆ กว่า 6,000 คน เข้าร่วมรับชมการแข่งขันอีสปอร์ตในเมดิสัน สแควร์ การ์เดน เมืองนิวยอร์ก ซึ่งเป็นสนามบาสเก็ตบอลระดับเอ็นบีเอ หรือ ในปี 2016 คอเกมทั่วโลกที่เข้าร่วมกิจกรรมอีสปอร์ตมีมากถึง 148 ล้านคน โดยเติบโตมากกว่าร้อยละ 10 ในแต่ละปี[2]

คณะกรรมการการกีฬาแห่งประเทศไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ได้ขานรับสภาโอลิมปิกแห่งเอเชียด้วยการประกาศให้ "อีสปอร์ตเป็นชนิดกีฬาที่สามารถจดทะเบียน

จัดตั้งเป็นสมาคมกีฬาในประเทศไทยได้” ตามพระราชบัญญัติการกีฬาแห่งประเทศไทย พ.ศ 2558 เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 โดยชี้แจงว่า อีสปอร์ตเป็นกีฬาที่มีสหพันธ์กีฬานานาชาติรับรอง มีการจัดการแข่งขันในระดับนานาชาติ ฯลฯ และการรับรองอีสปอร์ตเป็นคนละส่วนกับปัญหาเด็กติดเกม

อาชีพในฝันของเด็กไทย

สารคดีเรื่อง “All work all play” (2015) เปิดเผยว่า[3] แม้อาชีพนักเล่นเกมอีสปอร์ตจะนิยมและดึงดูดเด็กและเยาวชนเข้าสู่วงจรนี้ในแต่ละปีเพิ่มมากขึ้น แต่จริง ๆ แล้วอาชีพนี้ไม่ยั่งยืนนัก โดยช่วงวัยที่ดีที่สุด คือ อายุ 20-21 ปี เนื่องจากเป็นช่วงที่สมองพัฒนาเต็มที่ต่อเนื่องตั้งแต่เกิด เป็นช่วงที่ผู้เล่นมีทักษะทางสมองและความไวในการโต้ตอบ แต่สมองเริ่มช้าลงในช่วงอายุ 25-26 ปี นอกจากนี้ การเป็นนักเล่นเกม-แข่งเกมมืออาชีพ ยังต้องทนฝึกซ้อมเล่นเกมไม่ต่ำกว่าวันละ 8-10 ชั่วโมง ยังไม่นับรวมการดูคนอื่น ๆ เล่น หรือ เล่นโชว์เพื่อหาเงินจากสปอนเซอร์ และการลงแข่งเพื่อล่าเงินรางวัลอีก ด้วยเหตุนี้ นักแข่งเกมอีสปอร์ตจึงถูกกำหนดไว้ว่าต้องมีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปเท่านั้น

กลุ่มบริษัทอเด็คโก้เผยผลสำรวจ “อาชีพในฝันของเด็กไทย” ประจำปี 2562 จากการสอบถามเด็กไทยที่มีอายุ 7-14 ปี จำนวน 2,684 คน พบว่า “หมอ” ครองอันดับ 1 โดยเด็ก ๆ ที่ถูกสำรวจระบุว่า เพราะเป็นอาชีพที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น ได้บุญ และมีรายได้ดี แซงแชมป์เก่าอย่างอาชีพ “ครู” ซึ่งรั้งอันดับ 2 ด้วยเหตุผลอยากสอนเด็กไทยให้เป็นคนดีมีความรู้ อันดับ 3 ได้แก่ อาชีพ “นักกีฬา” ส่วนใหญ่อยากเป็นนักฟุตบอลเพราะรักในการเล่นฟุตบอล ส่วนอาชีพในฝันของเด็กไทยอันดับ 4 คืออาชีพ “ทหาร” และอันดับ 5 “นักกีฬาอีสปอร์ตและนักแคสเกม” ที่มาแรง โดยติด 5 อันดับแรกของอาชีพในฝันของเด็กไทยเป็นปีแรก[4]

อีสปอร์ตช่วยเยียวยาเด็กติดเกม หรือทำให้เด็กติดเกม?

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต เปิดเผยว่า ตั้งแต่ปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วยจากโรคติดเกมเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า และเพิ่มขึ้นอีกเป็น 6 เท่าในปี 2562 และพบเด็กที่เข้ารับการรักษาภาวะติดเกมที่อายุน้อยตั้งแต่ 5 ขวบ[5] เนื่องจากไทยไม่มีมาตรการป้องกัน ระงับยับยั้งทั้งเครื่องเล่น ตัวเกม เรตติ้งเกม และอุปกรณ์โทรศัพท์สมาร์ทโฟนแก่เด็กและเยาวชน ประกอบกับความรู้เท่าทันสื่อยังต่ำ ขาดความรับรู้ตระหนักในผลกระทบทางลบของสื่อเกมและออนไลน์ ขณะที่พ่อแม่เลี้ยงลูกแบบให้เล่นเกมและมือถือ หรือเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีในการใช้สื่อแก่ลูก ๆ ทำให้สถิติของผู้ติดเกมในประเทศไทยสูงมาก ในทางกลับกันฝั่งผู้ประกอบการธุรกิจเกมกลับมองว่า การส่งเสริมผู้เล่นเกมทั่วไปให้มุ่งสนใจในอีสปอร์ต หรือนักกีฬาอีสปอร์ตกลับจะช่วยแก้ปัญหาภาวะติดเกมในเด็กและเยาวชนได้ด้วยเหตุผลที่ว่า การเล่นเกมอย่างมีระเบียบวินัยจะทำให้เด็กมีทักษะการควบคุมตนเอง และไม่หลงติดอยู่ในเกมมากเกินไป

องค์การอนามัยโลก WHO ให้คำจำกัดความผู้ที่เข้าข่ายเป็นโรคติดเกมว่า **มีพฤติกรรมการเล่นเกมคอมพิวเตอร์หรือวิดีโอเกมทั้งแบบออนไลน์และออฟไลน์ โดยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาทิ ไม่สามารถแบ่งเวลาหรือจำกัดระยะเวลาที่ใช้ในการเล่นเกม และละเว้นกิจกรรมที่สำคัญต่อชีวิตประจำวันเพื่อเล่นเกม รวมถึงไม่สามารถหยุดเล่นเกมได้แม้จะได้รับผลลัพธ์ที่ไม่ดี เช่น ปัญหาสุขภาพ** โดยพฤติกรรมดังกล่าวต้องส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ครอบครัว สังคม การเรียน หรือหน้าที่การงานมาอย่างน้อย 1 ปี ขณะที่ในบางรายที่มีผลเสียรุนแรงก็ไม่จำเป็นต้องครบปี

กรมสุขภาพจิต เคยออกมาเตือนเด็ก พ่อแม่และฝ่ายที่เกี่ยวข้องว่า การเล่นเกม อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพอย่างมาก งานวิจัยของ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ร่วมกับคณะแพทย์ศาสตร์ รพ.รามาธิบดี และคณะแพททย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล วิจัยหัวข้อ **“ปัญหาติดเกมในประเทศไทยปี 2558”** พบว่า เด็กวัยรุ่นไทยเสพติดเกมประมาณร้อยละ 13-17 คิดเป็นจำนวนตัวเลขประชากรประมาณ 1.3-1.6 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากกระแสของ “เกม” ที่ถูกโปรโมททำโฆษณาออก

ภาพ : https://sportsxplay.com

ภาพ : https://game-addictions.weebly.com

มาในรูปของ "นักกีฬาอีสปอร์ต" ทำให้เด็กติดเกมใฝ่ฝันอยากเป็นซูเปอร์สตาร์ในวงการนักแข่งเกม แต่สถิติเด็กที่สามารถพิชิตชัยชนะมีน้อยมากเพียง 0.00007% เท่านั้น

อีสปอร์ตในโรงเรียน

ปัจจุบันมีการเปิดหลักสูตรอีสปอร์ตในประเทศไทยในระดับการเรียนการสอนชั้นปริญญาตรี เช่น คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หลักสูตรเทคโนโลยีดิจิทัลแนวสร้างสรรค์และหลักสูตรการออกแบบเชิงนวัตกรรมดิจิทัล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ สาขาการพัฒนาสื่อประสมและเกม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ สาขาวิชาคอมพิวเตอร์เกมมัลติมีเดีย หลักสูตรเทคโนโลยีบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต หลักสูตรธุรกิจเกมและอีสปอร์ต มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย หลักสูตรการจัดการอีสปอร์ต มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และสาขาวิชาอีสปอร์ต มหาวิทยาลัยศรีปทุม

นอกจากนี้ ธุรกิจเกมยังเข้าสู่การทำกิจกรรมในโรงเรียนมากขึ้น โดยเข้าไปในรูปแบบของการส่งเสริมการแข่งขันเกมอีสปอร์ตชิงเงินรางวัล และการทำกิจกรรมส่งเสริมความรู้การเล่นเกม โดยฝั่งธุรกิจและสมาคมกีฬาอีสปอร์ตแห่งประเทศไทยและมีตั้งแต่ระดับโรงเรียนมัธยมจนถึงระดับอุดมศึกษา

ประเด็นที่เป็นปัญหา คือ "การส่งเสริมกิจกรรมการเล่นเกมในโรงเรียนนั้นเป็นสิ่งที่ควรกระทำหรือไม่?" เนื่องจากโรงเรียนเป็นพื้นที่สถานศึกษาที่ควรส่งเสริมกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ทางวิชาการ การฝึกฝนระเบียบวินัย และ การส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้อง รู้เท่าทัน แต่หากบริษัทเกมและเครือข่ายสมาคมเข้าไปทำกิจกรรมโดยเน้นเพื่อส่งเสริมให้เด็กเล่นเกมมากขึ้น เรื่องนี้จะยิ่งทำให้เด็กถูกชักชวนเข้าสู่ธุรกิจเกมเร็วขึ้นโดยที่ยังไม่จำเป็น และเป็นการเร่งทำลายโอกาสของเด็กในการพัฒนาสมองสำหรับการเรียนรู้ที่จำเป็นอื่น ๆ สถานการณ์ที่น่าห่วงคือ ครู โรงเรียน ผู้บริหารสถานศึกษา ยังมีความเข้าใจผิดว่า การส่งเสริมกิจกรรมการเล่นเกมจะช่วยให้เด็กลดการติดเกมด้วยการเล่นเกมที่มีระเบียบวินัยมากขึ้น และเจตนาส่วนมากเบื้องหลังของธุรกิจเกมคือการส่งเสริมการขาย การตลาด การประชาสัมพันธ์ให้เด็กเล่นเกมของตนเองนั่นเอง

อีกสิ่งหนึ่งที่น่าเป็นห่วง คือ อาชีพนักกีฬาอีสปอร์ตและนักแคสเกม ที่อาจมองว่า สามารถสร้างรายได้จากสิ่งที่ชอบ และอาจนำไปสู่ชื่อเสียงในอนาคตได้ แต่ความจริงที่ต้องคำนึงถึงไปพร้อมกัน คือ อาชีพดังกล่าวมีเพียงคนส่วนน้อยที่จะประสบความสำเร็จ มีรายได้เลี้ยงชีพ หากเด็กรุ่นใหม่มุ่งหวังแต่จะทำงานที่ตัวเองชอบเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีแผนสำรองของชีวิต หากเกิดเหตุที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในอาชีพที่ตัวเองชอบดังกล่าว ก็อาจพลาดทางเลือกอาชีพอื่น ๆ ที่สามารถเลี้ยงตัวเองได้ "การตั้งเป้าหมายอาชีพในอนาคตจึงควรมองทั้งความมั่นคงและความชอบ เพราะหากเลือกอาชีพในอนาคตที่มั่นคงเพียงอย่างเดียว แต่ไม่ชอบ ก็อาจทำได้ไม่นาน ตรงข้ามหากชอบอย่างเดียวแต่ไม่มั่นคง ก็อาจทำให้ชีวิตในอนาคตเดือดร้อนได้ จึงควรมองปัจจัยทั้ง 2 ด้าน โดยอาจทำงานที่ชอบ และงานที่มั่นคงไปพร้อม ๆ กัน ย่อมดีกว่าการทุ่มเทเพื่อเป้าหมายอาชีพอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว

อีสปอร์ตในมติสมัชชาสุขภาพ : ความรับผิดชอบร่วมกันของทุกฝ่าย

มติสมัชชาสุขภาพเมื่อปี 2562 มีการนำระเบียบวาระเรื่องอีสปอร์ตเข้าพิจารณาร่วมกันเพื่อหาแนวทางการกำกับดูแล ปัจจุบันอีสปอร์ตกำลังได้รับความนิยมอย่างสูง มีเด็กและเยาวชนเข้ามาเล่นจำนวนมาก โรงเรียนหลายแห่งจัดตั้งชมรมอีสปอร์ต มหาวิทยาลัยก็จัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับสาขานี้ จึงมีเด็กเยาวชนจำนวนหนึ่งเลือกที่จะเข้าสู่เส้นทางอีสปอร์ตทั้งในฐานะผู้เล่นและนักพากย์เกม การขับเคลื่อนในเรื่องนี้ควรมีเด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วม และต้องไม่ใช้มุมมองผู้ใหญ่แบบเดิม ๆ มาเป็นพื้นฐาน แต่ต้องใช้ชุดความคิดใหม่พูดคุยหาทางออกร่วมกัน ดึงทุกภาคส่วนมาร่วมหารือ โดยเฉพาะสมาคมกีฬาอีปอร์ตแห่งประเทศไทยซึ่งเป็นองค์กรที่ดูแลด้านเทคนิคและผลักดันให้นำมาตรการต่าง ๆ ไปปฏิบัติ ที่สุดก็ได้ผลมติออกมาเป็น "ความรับผิดชอบร่วมทางสังคมเกี่ยวกับอีสปอร์ตต่อสุขภาวะเด็ก (E-Sports:

Social Responsibility for Child Health)” 4 ข้อ โดยขอให้สมาคมกีฬาอีสปอร์ตแห่งประเทศไทย ร่วมกับการกีฬาแห่งประเทศไทยและกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนหน่วยงานทุกภาคส่วน ร่วมกันกำหนดแนวปฏิบัติ หรือมาตรการและแนวทางการบังคับใช้เกี่ยวกับการจัดกิจกรรมอีสปอร์ตที่ปลอดภัย เป็นธรรม โปร่งใส โดยเปิดเผยและครบถ้วนรอบด้าน เพื่อปกป้องและคุ้มครองเด็กทั้งในฐานะผู้ชม และผู้เข้าแข่งขันอีสปอร์ต[6,7,8]

ส่วนสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล โดย รศ.นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ ผู้อำนวยการสถาบัน ได้เสนอในวงเสวนาวิชาการในงานเสวนา เรื่อง “ข้อเสนอทางจริยธรรมในการประกอบธุรกิจ E-Sports เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการเด็ก” ว่า ปัจจุบันมีความเข้าใจผิดว่าอีสปอร์ตเป็นกีฬา และมีการมุ่งเน้นส่งเสริมนักเล่นเกมมืออาชีพ มีเป้าหมายที่เด็กและเยาวชน ได้มีการแพร่หลายอย่างมาก และไม่มีการกำกับดูแล ทั้งที่การเล่นเกม ส่งผลพฤติกรรมทางลบไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพ และพัฒนาการของเด็ก

การเล่นเกมคอมพิวเตอร์มีแต่การต่อสู้เพื่อชัยชนะ และทำให้เด็กใช้เวลาเล่นหลายชั่วโมงต่อวัน นำไปสู่ภาวะการติดเกม (Game Addiction) ซึ่งจะมีผลร้ายต่อสมองเด็ก เป็นผลให้พลเมืองไทยขาดทั้งการคิดวิเคราะห์และการควบคุมตนเอง ไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีที่ทุกกระทรวงกำลังเน้นการพัฒนาทักษะมนุษย์ในศตวรรษที่ 21 ให้กับเด็กไทย ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านเด็กและเยาวชน ได้ร่วมกันจัดทำข้อเรียกร้องให้สมาคมกีฬาอีสปอร์ตแห่งประเทศไทยและผู้ประกอบการอีสปอร์ต ธุรกิจเกม เกี่ยวข้องทั้งหมดมีมาตรการป้องกันเด็กและเยาวชน 7 แนวทางดังต่อไปนี้[9]

(1) ต้องไม่สื่อสารว่าอีสปอร์ต คือ กีฬา เนื่องจากยังไม่ได้มีการยอมรับกันในทางสากลและเป็นข้อยุติในสังคม โดยเฉพาะทางการแพทย์ที่ยังไม่เคยรับรองว่าการเล่นเกมแข่งขันคือกีฬา ดังนั้น หน่วยงานรัฐ ที่มีหน้าที่โดยตรง อย่าง กกท. ควรใช้นิยามความหมายอีสปอร์ตที่ถูกต้องกับข้อเท็จจริงสากลทั่วโลก

(2) ต้องกำหนดมาตรการป้องกันเด็กและเยาวชนในการเข้าถึงเกมออนไลน์ โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 13 ปี ห้ามเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์หรือสื่อดิจิทัลโดยขาดการกำกับดูแลจากพ่อแม่ สมาคมอีสปอร์ตและ กกท. ควรกำหนดอายุของนักเล่นเกมแข่งขันว่าต้องอายุเกิน 18 ปีขึ้นไปเท่านั้นตามมาตรฐานสากล

(3) รัฐต้องมีนโยบายและกฎหมายห้ามการจัดการแข่งขันวิดีโอเกมในสถานศึกษาและห้ามทำกิจกรรมส่งเสริมการตลาดของธุรกิจบริษัทเกมในสถานศึกษาตั้งแต่เด็กปฐมวัยถึงระดับมัธยมโดยสิ้นเชิง

(4) รัฐและหน่วยงานธุรกิจ สมาคม ผู้จัดการแข่งขันต้องมีมาตรการป้องกันการแทงพนัน เพราะตอนนี้รัฐยังไม่มีมาตรการไปสอดส่องกำกับดูแลอย่างทั่วถึง

(5) กำหนดมาตรการการจำกัดอายุผู้เข้าเล่นเกม โดยเรียกร้องให้ผู้ประกอบการ สมาคม หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องกำกับ สอดส่อง ตรวจสอบเงื่อนไขการเข้าใช้งานตามกฎหมายหรือข้อกำหนดนี้ให้เป็นจริง

(6) ห้ามมีสปอนเซอร์สินค้าเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า ในการแข่งขันอีสปอร์ตของเด็กและเยาวชนโดยเด็ดขาดหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพนัน ทั้งในและต่างประเทศ

(7) มีการส่งเสริมการให้ความรู้เท่าทันสื่อ เท่าทันเกม เท่าทันอีสปอร์ต ป้องกันปัญหาเด็กติดเกม และสื่อสารให้ความรู้ทั้งหมด

บทสรุป

ใน 2561 มีจำนวนผู้ป่วยจากโรคติดเกมเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า และเพิ่มขึ้นอีกเป็น 6 เท่าในปี 2562 และพบเด็กที่เข้ารับการรักษาภาวะติดเกมที่อายุน้อยตั้งแต่ 5 ขวบ เนื่องจากไทยไม่มีมาตรการป้องกัน ระงับยับยั้งทั้งเครื่องเล่น ตัวเกม เรตติ้งเกม และอุปกรณ์โทรศัพท์สมาร์ทโฟนแก่เด็กและเยาวชน ผลพวงดังกล่าวเกิดขึ้นในบริบทของการต่อสู้ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ของกลุ่มธุรกิจข้ามชาติ ที่ประเทศเจ้าของเกมพยายามจะกำหนดบรรทัดฐานใหม่ว่าอีสปอร์ตคือกีฬาประเภทหนึ่งที่ไม่ต้องใช้การออกกำลัง กับความพยายามของวงการแพทย์และสาธารณสุขที่ยืนยันหลักฐานเรื่องผลกระทบทางสมอง อารมณ์ และพฤติกรรมจากการติดเกม โดยบริษัทธุรกิจเกมยังคงเดินหน้าในการประชาสัมพันธ์ว่าการเล่นเกมช่วยสร้างอาชีพ รายได้ และพยายามยกระดับอุตสาหกรรมเกมเพื่อผลประโยชน์มหาศาลในระบบธุรกิจดิจิทัลต่อไป ดังนั้น ข้อเสนอของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องความรับผิดชอบร่วมทางสังคมเกี่ยวกับอีสปอร์ต ต่อสุขภาวะเด็ก และข้อคิดเห็นของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่องมาตรการป้องกันเด็กและเยาวชน จึงควรได้รับความสำคัญจากทุกภาคส่วนในการดำเนินการอย่างจริงจัง

4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

หมอวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร กับรางวัลอันทรงเกียรติจาก WHO

นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ผู้มีผลงานวิจัยด้านนโยบายสาธารณสุขที่โดดเด่นและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายสาธารณสุขของไทยและในต่างประเทศ ได้รับรางวัลอันทรงเกียรติระดับโลก คือรางวัล "Director's Generals Health Leaders" ของ ดร. เท็ดรอส อัดฮานอม กีบรีเยซุส (Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus) ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 72 ในเดือนพฤษภาคม 2562 ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส ในฐานะที่มีผลงานโดดเด่นทางด้านวิชาการและการพัฒนานโยบายสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับโลก โดยเฉพาะนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มสิทธิและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน และเป็นตัวอย่างนโยบายที่ดีแก่นานาประเทศทั่วโลก

นพ. วิโรจน์ฯ เป็นผู้ที่สร้างเครือข่ายเชื่อมโยง ระหว่างการพัฒนาระบบสุขภาพ และงานวิจัยด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน รวมถึงเป็นผู้สร้างความเปลี่ยนแปลงแก่ระบบสุขภาพไทย ท่านเป็นกลุ่มคนที่วางรากฐานให้กับระบบประกันสังคมในปี 2533 และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อปี 2544 ร่วมกับ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เลขาธิการคนแรกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) น.พ. วิโรจน์ฯ มีผลงานวิจัยที่โดดเด่นซึ่งสนับสนุนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยชี้ให้เห็นว่า ระบบ "บัตรทอง" สามารถลดหนี้ครัวเรือน ลดการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด รวมถึงสร้างความเท่าเทียมในระบบสุขภาพได้จริง ทำให้ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับการยกย่องจากทั่วโลกว่า "ดีที่สุด" แห่งหนึ่ง และเป็นตัวอย่างว่า ประเทศที่มีรายได้ปานกลาง-ต่ำ ก็สามารถสร้างระบบ "รัฐสวัสดิการ" ได้อย่างยั่งยืน

นพ. วิโรจน์ฯ ปัจจุบันเป็นที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านต่างประเทศ และสำนักงาน

ภาพ : http://www.ihppthaigov.net

พัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) จบการศึกษาแพทยศาสตร์บัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล และจบปริญญาเอกด้าน Health Planning and Financing จาก London School of Hygiene and Tropical Medicine มหาวิทยาลัยลอนดอน

ก่อนหน้านี้ นพ. วิโรจน์ฯ ได้รับรางวัลอันทรงเกียรติมากมาย อาทิ รางวัลเกียรติยศ "แซม อัดเจจ" แก่ผู้ที่อุทิศตนเพื่อประโยชน์สถานะ (The Sam Adjei Distinguished Public Service Award) เมื่อเดือนตุลาคม 2561 ที่เมืองลิเวอร์พูล ประเทศอังกฤษ จากพันธมิตรเพื่อนโยบายและการวิจัยเชิงระบบด้านสุขภาพ (Alliance for Health Policy and Systems Research) และเครือข่าย Health Systems Global นอกจากนี้ ท่านยังเคยได้รับรางวัลเกียรติยศ เอดวิน แชตวิค ที่ประเทศอังกฤษ เมื่อปี 2554 ในฐานะผู้ทำคุณประโยชน์ให้แก่ระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

ระบบสุขภาพไทยติดอันดับนำของเอเชียและของโลก

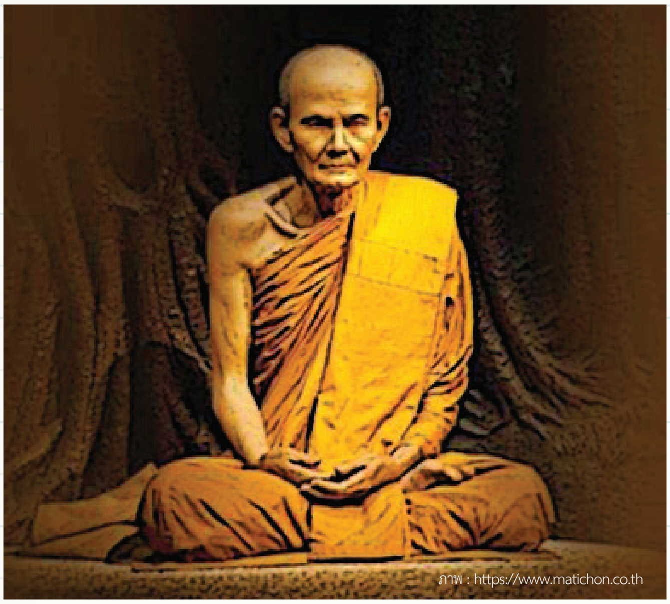
ระบบสุขภาพของไทยได้รับการยกย่องจากหลายสถาบันของโลกว่าเป็นระบบสุขภาพที่ติดอันดับนำในเอเชียและดีเยี่ยมในระดับสากล โดยมหาวิทยาลัยจอนส์ ฮอปกินส์ (John Hopkins University) สหรัฐอเมริกา และองค์กร Nuclear Threat Initiative ได้รายงานดัชนีความมั่นคงทางด้านสุขภาพ (2019 Global Health Security Index) พร้อมจัดอันดับประเทศต่าง ๆ ทั้งหมด 195 ประเทศทั่วโลก พบว่า ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 6 ของโลก และเป็นอันดับที่ 1 ของเอเชีย โดยมีคะแนนรวม 73.2 คะแนน (คะแนนเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ระดับ 40.2 คะแนน) ทั้งยังได้รับยกย่องว่าเป็น 1 ใน 13 ประเทศที่มีความพร้อมในการรับมือกับโรคระบาดมากที่สุด ซึ่งการจัดอันดับดังกล่าว ได้พิจารณาจากตัวชี้วัด 6 ด้าน โดยประเทศไทยได้รับคะแนนต่าง ๆ ดังนี้

1. การป้องกันโรค ได้ 75.7 คะแนน อยู่ในอันดับที่ 3 ของโลก
2. ความสามารถในการตรวจจับโรค และรายงานที่รวดเร็ว ได้ 81.0 คะแนน อันดับที่ 15 ของโลก
3. การตอบโต้ และบรรเทาผลกระทบของโรคระบาดอย่างรวดเร็ว ได้ 78.6 คะแนน อันดับที่ 5 ของโลก
4. มีระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง และมั่นคง ได้ 70.5 คะแนน อันดับ 2 ของโลก
5. มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาศักยภาพของประเทศ มีแผนงบประมาณด้านป้องกันควบคุมโรค และดำเนินงานตามแนวปฏิบัติสากล ได้ 70.9 คะแนน อันดับ 12 ของโลก
6. ความเสี่ยงต่อภัยคุกคามด้านชีวภาพ ได้ 56.4 คะแนน อันดับ 93 ของโลก

นอกจากนี้ ไทยยังได้รับการยกย่องว่า มีระบบสุขภาพดีที่สุดในอาเซียนจากนิตยสาร CEOWORLD นิตยสารด้านธุรกิจของสหรัฐอเมริกา ซึ่งจัดอันดับประเทศที่มีระบบสุขภาพดีที่สุดในโลกประจำปี 2562 โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ 1. โครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข 2. ประสิทธิภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุข ตั้งแต่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ 3. ค่าใช้จ่ายในระบบ 4. การเข้าถึงยาคุณภาพ และ 5. ความพร้อมของรัฐบาลในการจัดการระบบ นอกจากนี้ CEOWORLD ยังพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ เช่น สิ่งแวดล้อม การเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาด ระบบสุขอนามัย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การจัดการกับบุหรี่-ยาสูบ และการจัดการโรคอ้วน จากการสำรวจทั้งหมด 89 ประเทศทั่วโลก พบว่าประเทศไทยมีระบบสุขภาพที่ดีที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และอยู่ในอันดับที่ 6 ของโลก โดยได้คะแนนทั้งหมด 67.99 เต็ม 100 แบ่งออกเป็นด้านโครงสร้างพื้นฐาน 92.58 คะแนน ด้านบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ 17.37 คะแนน ด้านค่าใช้จ่าย 96.22 คะแนน ด้านการเข้าถึงยา 67.51 คะแนน และ ความพร้อมของรัฐบาล 89.91 คะแนน

ทั้งนี้ ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งของไทยมีพื้นฐานสำคัญมาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการดำเนินโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เช่น การจัดตั้งสถาบันวิชาการและสถาบันทางสังคมด้านสาธารณสุข การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพดีและต้นทุนไม่สูง และการก่อตั้งองค์กรสาธารณประโยชน์ขึ้นจำนวนมาก เป็นต้น

ภาพ : https://www.thairath.co.th


ภาพ : https://www.matichon.co.th

ภาพ : https://th.wikipedia.org

UNESCO ยกย่องหลวงปู่มั่นและสมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส เป็นบุคคลสำคัญของโลกสาขาสันติภาพ

ที่ประชุมใหญ่สมัชสามัญขององค์การยูเนสโก ครั้งที่ 40 เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2562 ได้มีมติรับรองการร่วมเฉลิมฉลองในวาระครบรอบบุคคลสำคัญและเหตุการณ์สำคัญทางประวัติศาสตร์ โดยยกย่องพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต ครบรอบ 150 ปีชาตกาล (20 มกราคม 2563) และสมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส ครบ 100 ปี แห่งการสิ้นพระชนม์ (2 สิงหาคม 2464) ว่าเป็นบุคคลสำคัญของโลกสาขาสันติภาพในวาระปี 2563-2564 โดยพระอาจารย์มั่นฯ และสมเด็จพระมหาสมณเจ้าฯ เป็นพระสงฆ์รูปที่ 3 และ 4 ของไทย นับตั้งแต่สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระปรมานุชิตชิโนรส และท่านพุทธทาสภิกขุที่ได้รับการยกย่องดังกล่าว

พระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต เป็นพระอาจารย์สายวิปัสสนากรรมฐาน ที่คนไทยทั่วประเทศเคารพนับถือ ท่านได้ปฏิบัติตนตามแนวทางคำสอนพระศาสดาอย่างเคร่งครัดและยึดถือธุดงควัตร ท่านได้วางแนวทางในการปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอนขององค์สมเด็จพระสัมมาพุทธเจ้าให้แก่สมณะและประชาชนอย่างกว้างขวาง หลังจากท่านมรณภาพลงในปี 2492 ยังคงมีพระสงฆ์ที่เป็นลูกศิษย์ของท่านสืบต่อแนวปฏิปทาธรรมปฏิบัติของท่านสืบมา ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ท่านได้รับยกย่องจากผู้ศรัทธาให้เป็นพระอาจารย์ใหญ่สายวัดป่าจนปัจจุบัน พระอาจารย์มั่นฯ ท่านเป็นผู้มีปฏิปทาสันโดษมักน้อย แสวงหาความวิเวก และปรารภความเพียรตั้งแต่วันแรกบรรพชา-อุปสมบทจวบจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต หลักคำสอนของท่านได้ชี้แนะวิธีบำบัดทุกข์ ด้วยการลดละความโลภ ความโกรธ และความหลงออกจากใจตน แนะนำเข้าถึงความสงบด้วยการเจริญสมาธิ ส่งผลให้ผู้คนหันมาสนใจศึกษาแนวทางที่ท่านได้วางหลักไว้ และแผ่ขยายในวงกว้างจากระดับประเทศสู่สังคมโลก

สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาวชิรญาณวโรรส ทรงดำรงตำแหน่ง สมเด็จพระสังฆราชเจ้า ในลำดับองค์ที่ 10 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ พระองค์ทรงจัดการศึกษาพระปริยัติธรรมในภาษาไทย เป็นนักธรรมชั้นตรี นักธรรมชั้นโท นักธรรมชั้นเอก ซึ่งมีหนังสือนวโกวาทเป็นหลักสูตรเบื้องต้นสำหรับภิกษุสามเณร ผู้บวชใหม่ได้ศึกษาเล่าเรียนมาจนตราบถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ พระองค์ทรงจัดตั้งมหามกุฏราชวิทยาลัยเพื่อจัดการศึกษาของภิกษุสามเณรแบบใหม่ ทรงเป็นผู้วางรากฐานการศึกษาระดับประถมศึกษาในประเทศไทยโดยมีวัดเป็นโรงเรียน มีพระเป็นครูสอน มีมหามกุฏราชวิทยาลัยเป็นต้นแบบในด้านหลักสูตรและการฝึกหัดครู อีกทั้งทรงปรับปรุงการปกครองคณะสงฆ์ จนนำมาซึ่งพระราชบัญญัติลักษณะปกครองคณะสงฆ์ ร.ศ.121 (พ.ศ. 2445) ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติคณะสงฆ์ฉบับแรกของไทย สมเด็จพระมหาสมณเจ้าฯ ทรงรอบรู้ภาษาต่าง ๆ หลายภาษา คือ ภาษาบาลี ภาษาสันสกฤต ภาษาอังกฤษ และภาษาฝรั่งเศส ทรงพระนิพนธ์หนังสือหลักสูตรนักธรรมชั้นตรี โท เอก หลักสูตรบาลีไวยากรณ์ทั้งชุด รวมพระนิพนธ์ที่เป็นภาษาไทยและภาษาบาลี กว่า 200 เรื่อง

"1 วัด 1 โรงพยาบาล" ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

ในปี 2562 ภาคีทุกภาคส่วนทั้งฝ่ายบรรพชิตและฆราวาส ได้เร่งรัดการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ผ่านมาตรการต่าง ๆ ได้แก่ การส่งเสริมให้พระสงฆ์มีเลข 13 หลักเพื่อเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ โครงการจับคู่ 1 วัด 1 รพ./รพ.สต. การอบรมพระคิลานุปัฏฐาก การตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์และชุมชน และการร่วมพัฒนาให้วัดดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2562 นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้มอบนโยบายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง สานพลังทำงานร่วมกันเพื่อเดินหน้าขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากคณะสงฆ์และภาคีทุกภาคส่วนทั่วประเทศ เพื่อให้ธรรมนูญสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสุขภาวะและเข้าถึงบริการสาธารณสุขให้กับพระภิกษุสงฆ์กว่าสองแสนห้าหมื่นรูปทั่วประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการ "1 วัด 1 รพ." เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 โดยเน้น 5 กิจกรรมหลัก คือ การจัดทำฐานข้อมูลพระสงฆ์ การขับเคลื่อนตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ วัดส่งเสริมสุขภาพ ตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ และวัดร่วมพัฒนาชุมชนด้วยพลังบวร

ภาพ : https://thestandard.co

ภาพ : http://www.govesite.com

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ มีที่มาจากการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555 เรื่อง พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ เพื่อดำเนินการภายใต้วิสัยทัศน์ "พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข" ภายในระยะเวลา 10 ปี โดยยึดหลักการ "ทางธรรมนำทางโลก" กล่าวคือ พระสงฆ์เป็นผู้กำหนดแนวทาง โดยฆราวาสเป็นฝ่ายสนับสนุน ต่อมาเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2560 ได้มีการตั้ง "คณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560" มี สช. และองค์กรภาคีภาคีเครือข่ายร่วมกันเป็นเลขานุการ เพื่อสนองงานของมหาเถรสมาคม ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างคณะสงฆ์และฆราวาสและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ทั้งระบบ โดยบูรณาการการทำงานให้สอดคล้องกับงานยุทธศาสตร์การปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา

จากฐานทะเบียนข้อมูลพระสงฆ์ เมื่อเดือนสิงหาคม 2562 มีพระสงฆ์ที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 152,283 รูป/คน ตรวจสอบสิทธิแล้วเป็นผู้ถือสิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) 126,461 รูป โดย สปสช. ได้สนับสนุน อปท. อบต. และท้องถิ่นดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในทุกมิติ ตั้งแต่ยังไม่ป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่ป่วยแล้ว โดยใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพท้องถิ่น โดยก่อนหน้านี้ การตรวจคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์และสามเณรทั่วประเทศ เมื่อปี 2559 รวม 122,680 รูป พบพระสงฆ์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงคือ สูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และบริโภคอาหารไม่เหมาะสม

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2563. สองทศวรรษ ปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ. *สุขภาพคนไทย 2563* (หน้า 92-117). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สองทศวรรษ
ปฏิรูปการศึกษาไทย
ความล้มเหลว
และความสำเร็จ

สองทศวรรษ ปฏิรูปการศึกษาไทย
ความล้มเหลวและความสำเร็จ

ภาพ : https://www.matichon.co.th/columnists/news_281768

> “หากท่านปล่อยให้ประชาชนได้รับการศึกษาอย่างเลว และมีนิสัยเลวทรามตั้งแต่เด็ก แล้วท่านจึงลงโทษเขาในอาชญากรรมทั้งหลายที่เกิดจากสิ่งที่เขาเรียนรู้มาโดยตลอด แล้วอย่างนี้จะสรุปเป็นอะไรได้นอกเสียจากว่า ท่านทำให้คนเป็นหัวขโมยแล้วจึงมาลงโทษเอาทีหลัง”
>
> เซอร์ ทอมัส มอร์ จากหนังสือ *มหานครในฝัน (Utopia)* (พ.ศ.2059)

วรรณกรรมอมตะ “มหานครในฝัน” (Utopia) ของเซอร์ ทอมัส มอร์ วิจารณ์การปกครองบ้านเมืองอังกฤษเมื่อกว่าห้าร้อยปีก่อนอย่างเผ็ดร้อนในหลายแง่มุม รวมทั้งเรื่องการศึกษาที่เกี่ยวโยงพัวพันกับความเป็นไปของสังคมในด้านต่าง ๆ ทั้งเรื่องการทำมาหากิน ความสงบสุขร่มเย็น มาตรฐานทางศีลธรรมและนิติธรรม ซึ่งกลับมาสะท้อนความเป็นไปของสังคมปัจจุบันราวกับเป็นเรื่องเดียวกัน...การศึกษาเป็นอย่างไร คนในสังคมก็คงจะเป็นอย่างนั้น เป็นข้อสรุปที่ไม่น่าจะผิดตรรกะไปสักเท่าใด

บทความพิเศษของสุขภาพคนไทยฉบับนี้ ฉายประเด็นไปที่การศึกษาของไทย ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญของสุขภาวะในทุกมิติ การที่ประชาชนมีการศึกษา และความรู้ที่ดี ย่อมจะมีโอกาสในการดูแล รักษา และพัฒนา ทั้งกาย จิต และปัญญา ได้ดีขึ้น

ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของไทย ผลักดันให้แวดวงการศึกษาของไทยผ่านการเปลี่ยนแปลงขั้น “ปฏิรูป” อย่างน้อย 4 ครั้ง ซึ่งในแต่ละครั้งเกี่ยวข้องกับจุดเปลี่ยนผ่านอันวิกฤตของประเทศทั้งสิ้น การปฏิรูปครั้งแรกเกิดขึ้นในสมัยรัชกาลที่ 5 ที่การปฏิรูปการศึกษาเดิมพันด้วยเอกราชของสยามประเทศ ครั้งต่อมาเป็นการปฏิรูปตามข้อเรียกร้องของคณะราษฎร์ พ.ศ.2475 เพื่อพัฒนาคุณภาพการศึกษาและการกระจายการศึกษาออกไปสู่หัวเมือง ครั้งที่ 3 เป็นการปฏิรูปภายหลังการเดินขบวนครั้งใหญ่ของนักเรียน นิสิต

นักศึกษา ประชาชน เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2516 ซึ่งมีผลให้เกิดการเรียกร้องให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารการศึกษา การพัฒนาครู การปฏิรูปหลักสูตร จนถึงครั้งล่าสุด ภายหลังวิกฤติเศรษฐกิจ "ต้มยำกุ้ง" ที่กระตุกให้สังคมไทยต้องปรับปรุงและยกระดับการศึกษาอย่างจริงจังเพื่อการพัฒนาศักยภาพการแข่งขันทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืนที่ทำให้เกิดรัฐธรรมนูญฉบับ "ประชาชน" พ.ศ.2540 และเกิด พ.ร.บ.ปฏิรูปการศึกษา พ.ศ. 2542 ในเวลาต่อมา

จากการผลักดันให้เกิด พรบ.ปฏิรูปการศึกษา พ.ศ. 2542 จนถึงปัจจุบัน กระบวนการ "ปฏิรูป" ดำเนินมาแล้วกว่า 2 ทศวรรษ มีประเด็นการปฏิรูปด้านการเข้าถึงการศึกษา คุณภาพการศึกษา การกระจายอำนาจการบริหารการศึกษา การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาการศึกษาเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม สังคมไทยยังจับตามองคุณภาพการศึกษาของประเทศ ผ่านคุณภาพของนักเรียนที่ดูเหมือนจะไม่ได้ก้าวไปข้างหน้า หรือถึงกับ "ถอยหลัง" เมื่อเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาคที่เคยตามหลังประเทศไทยในด้านการศึกษา เช่น ผลการสำรวจทักษะและความรู้นานาชาติ Programme for International Student Assessment (PISA) ใน 3 รายวิชาคือ วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และการอ่าน พ.ศ.2558 นักเรียนไทยไม่เพียงได้คะแนนต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD แต่ยังได้คะแนนน้อยกว่าทั้งเวียดนาม และมาเลเซีย แม้ว่าในทางงบประมาณแล้วประเทศไทยจัดเป็นประเทศที่ทุ่มงบประมาณด้านการศึกษาไม่น้อยกว่าประเทศอื่น ๆ และอาจกล่าวได้ว่าทัดเทียมกับประเทศพัฒนาแล้วหลาย ๆ ประเทศ

นอกจากนี้ ในการปฏิรูปการศึกษาแต่ละครั้ง ล้วนได้รับการผลักดันและดำเนินการโดยบุคคลที่นับได้ว่าเป็นผู้นำทางความคิด เป็นนักคิด นักวิชาการ นักปรัชญาการศึกษาที่มีชื่อเสียงแห่งยุคนั้น ๆ ทั้งสิ้น แต่การปฏิรูปการศึกษา และพัฒนาการศึกษากลับไม่ราบรื่นและก้าวหน้าเท่าที่ควร

บรรยากาศในห้องเรียนที่จัดการศึกษาวิทยาการสมัยใหม่ในสมัยรัชกาลที่ ๕

ภาพ : https://www.silpa-mag.com/history/article_10847

สังคมไทยควรช่วยกันขบคิดวิเคราะห์ว่า อะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิรูปอันสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของเยาวชนไทย ทรัพยากรมนุษย์แห่งอนาคตที่จะพาสังคมไทยก้าวข้ามมิติการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และทำอย่างไรที่การปฏิรูปการศึกษาจึงจะสัมฤทธิผลได้ในที่สุด

4 ยุคปฏิรูปการศึกษาไทย

ความสำคัญของการศึกษาในสังคมไทยสะท้อนผ่านการสร้างบทเรียนและการกำหนดให้คนได้รับการศึกษาในแต่ละยุคสมัย การปรากฏว่ามีตำราเรียนที่เก่าแก่อย่างเช่นจินดามณีซึ่งสันนิษฐานว่า ประพันธ์ขึ้นโดยพระโหราธิบดี ในรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช และได้กลายเป็นชื่อของแบบเรียนในยุคต่าง ๆ ได้แก่ จินดามณีฉบับพระเจ้าบรมโกศ ฉบับกรมสมเด็จพระปรมานุชิตชิโนรส ฉบับกรมหลวงวงษาธิราชสนิท และฉบับหมอบรัดเลย์[1] เมื่อมาถึงสมัยรัชกาลที่ 5 ก็มีบทเรียนชุด 6 เล่มของพระยาศรีสุนทรโวหาร ในสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งพัฒนาการของแบบเรียนเหล่านี้เป็นหลักฐานสำคัญที่บ่งบอกว่ามีการวางระบบแบบแผนสำหรับการเรียนการสอนในระดับหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงในแต่ละยุคสมัยทำให้ระบบการศึกษาที่เคยเป็นมาขาดความสอดคล้องกับความเป็นไปและความต้องการของสังคม ทำให้ต้องมีการ "ปฏิรูป" ซึ่งมักหมายความถึงการปรับเปลี่ยนขนานใหญ่ โดยเฉพาะส่วนที่เป็นปรัชญา โครงสร้าง และระบบ

ในประวัติศาสตร์ไทยยุคใหม่ปรากฏว่าสังคมไทยได้ผ่านการปฏิรูปการศึกษามาแล้ว 4 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งมีเหตุปัจจัยที่นำไปสู่การปฏิรูปแตกต่างกัน <u>การปฏิรูปครั้งที่ 1</u> เกิดขึ้นเมื่อประมาณ 150 ปีที่แล้ว ในรัชสมัยรัชกาลที่ 5 (พ.ศ. 2396 – 2453) ซึ่งขณะนั้นเป็นช่วงเวลาที่สังคมไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายจากการล่าอาณานิคมของชาติตะวันตก การพัฒนาระบบการศึกษาเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่จะทำให้สังคมไทยมีความเป็นอารยะ และทันสมัย ไม่ให้ชาติตะวันตกใช้ความล้าหลังมาเป็นข้ออ้างในการเข้ายึดอธิปไตย การปฏิรูปในครั้งนั้น เป็นปฏิบัติการโอนถ่ายภารกิจการให้การศึกษาจากวัดซึ่งดำเนินการโดยคณะสงฆ์มาเป็นการดำเนินการโดยส่วนราชการ (Secularization) มีการตั้งกระทรวงธรรมการขึ้นเมื่อ พ.ศ.2435 รับผิดชอบด้านการศึกษา ศาสนา พยาบาล และพิพิธภัณฑ์ ซึ่งนับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับโครงสร้างเป็นครั้งแรก ทั้งยังให้มีการวางมาตรฐานเกี่ยวกับการศึกษา

ต่าง ๆ อาทิ การวางหลักสูตร และการปรับปรุงบทเรียน และจากพระราชดำรัส

"เจ้านายราชตระกูล ตั้งแต่ลูกฉันเปนต้นลงไป ตลอดจนถึงราษฎรที่ต่ำที่สุด จะให้ได้มีโอกาศเล่าเรียนได้เสมอกัน ไม่ว่าเจ้า ว่าขุนนาง ว่าไพร่ เพราะฉนั้น จึงขอบอกได้ว่าการเล่าเรียนในบ้านเมืองเรานี้จะเปนข้อสำคัญที่หนึ่ง ซึ่งฉันจะอุตสาห์จัดให้เจริญขึ้นจงได้"

ซึ่งได้พระราชทานในที่ประชุมพระบรมวงศานุวงศ์และข้าราชการ เนื่องในโอกาสเสด็จพระราชดำเนินไปทอดพระเนตรโรงเรียนพระตำหนักสวนกุหลาบ พ.ศ.2427 **สะท้อนแนวคิดเกี่ยวกับความเสมอภาคด้านการศึกษาและการศึกษาเพื่อทุกคน (Universal education) อย่างชัดเจน** แนวคิดด้านการจัดการศึกษาในยุคนั้นได้รับอิทธิพลจากระบบการศึกษาของประเทศอังกฤษ และบางส่วนจากประเทศญี่ปุ่น นอกจากนี้การก่อตั้งโรงเรียนสตรีโดยเจ้านายฝ่ายในและคณะ มิชชันนารี ทั้งในกรุงเทพฯ และหัวเมือง **สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในพัฒนาการศึกษาสตรีตั้งแต่เมื่อ 150 ปีที่แล้ว**

<u>การปฏิรูปครั้งที่ 2</u> เกิดขึ้นโดยคณะราษฎรใน พ.ศ.2475 ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ได้รับการศึกษาจากต่างประเทศ การปฏิรูปการศึกษาในครั้งนั้นเกิดขึ้นภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองของประเทศ จากระบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการปฏิรูปการศึกษาครั้งแรกภายใต้ระบอบประชาธิปไตย การปฏิรูปในครั้งนั้นเป็น 1 ในหลัก 6 ประการของการปกครองประเทศ *"จะต้องให้การศึกษาอย่างเต็มที่แก่ราษฎร"* มุ่งใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาประชาชนให้เหมาะกับการปกครองระบอบใหม่ที่ประชาชนจะต้องอ่านออกเขียนได้ มีความรู้เพียงพอที่จะดูแลสิทธิและปกครองตนเองผ่านตัวแทนที่จะเข้ามาเป็นปากเสียงในสภาผู้แทนราษฎร นอกจากนี้ยังได้มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติประถมศึกษาซึ่งได้มีการตราไว้ตั้งแต่ พ.ศ.2464 ในสมัยรัชกาลที่ 6 ให้มีผลทั่วประเทศ โดยให้กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้จัดการการศึกษานอกเขตกรุงเทพมหานคร ทำให้คนในหัวเมืองและพื้นที่ชนบทได้รับการศึกษามากขึ้น ทั้งยังให้มีการฝึกอบรมครูเพื่อรองรับการขยายตัวของการศึกษาไปยังหัวเมือง

"ในส่วนการปรับปรุงคุณสมบัติแห่งการศึกษาทั่วไปจะแก้ไขให้วิเศษขึ้นด้วยตั้งพิธีฝึกหัดครูทุกประเภททุกชั้นจนพอแก่การ เพราะการสอนจะสำเร็จเป็นผลดีสมหมายก็ด้วยได้

ภาพ : hhttps://www.matichon.co.th/columnists/news_461930

มีผู้สอนแต่ล้วนเป็นครูที่ได้ฝึกหัดอบรมมาดีแล้ว" (นโยบายการศึกษาของคณะรัฐบาล ประกาศเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2475 เจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี เป็นรัฐมนตรีกระทรวงศึกษาธิการ)

รวมทั้งการริเริ่มอาชีวศึกษาด้านเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และพาณิชยกรรม เพื่อสร้างอาชีพให้แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ยังให้มีการขยายการศึกษาขั้นอุดมศึกษาด้วยการจัดตั้งมหาวิทยาลัยในภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อสร้างความเสมอภาคทางการศึกษา และเพื่อ *"ผู้เรียนจะได้สำเร็จการศึกษาขั้นอุดมได้ในเมืองของเราเอง"*

อาจกล่าวได้ว่า การขยายโอกาสทางการศึกษาออกนอกเขตกรุงเทพมหานครอย่างเป็นระบบ และการวางรากฐานการอาชีวศึกษา เป็นคุณูปการอันสำคัญของการปฏิรูปการศึกษาครั้งที่ 2 นี้ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าการแบ่งภาระการพัฒนาการศึกษาระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย ซึ่งแม้จะมีความจำเป็นในบริบทของยุคสมัยนั้น แต่ภายหลังได้กลายมาเป็นความลักลั่นทางโครงสร้างเมื่อการศึกษาไทยได้พัฒนาและเติบโตขึ้นในยุคต่อมา

<u>การปฏิรูปครั้งที่ 3</u> เกิดขึ้นตามข้อเรียกร้องของคณะนักศึกษาผู้เคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องประชาธิปไตยในเดือนตุลาคม พ.ศ.2516 ซึ่งนำมาสู่รัฐบาลพระราชทาน โดยมีศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ เป็นนายกรัฐมนตรี รัฐบาลดังกล่าวได้แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปการศึกษาเพื่อสนองต่อข้อเรียกร้องเกี่ยวกับการปฏิรูประบบการศึกษา โดยให้ศาสตราจารย์ ดร.สิปนนท์ เกตุทัต เป็นประธาน เพื่อทบทวนระบบการศึกษาของไทยและเสนอแผนการปฏิรูปการศึกษา

คณะกรรมการปฏิรูปการศึกษาได้เสนอแนวคิด *"การศึกษาเพื่อชีวิตและสังคม"* พร้อมกับเสนอ 10 ประเด็นหลักของการปฏิรูป ได้แก่ (1) การปรับระบบการเรียนมาเป็น 6:3:3 (ประถม 6 ปี มัธยมต้น 3 ปี และมัธยมปลาย 3 ปี) (2)

ภาพ : http://gotomanager.com/content/ปฏิรูปการศึกษาไทย-คุณภาพ-มาตรฐาน-และความเหลื่อมล้ำ

การรวมการศึกษาทุกระดับให้อยู่ภายใต้กระทรวงศึกษาธิการ จากแต่เดิมการศึกษานอกเขตกรุงเทพมหานครดำเนินการโดยกระทรวงมหาดไทย (3) กระจายอำนาจการจัดการการศึกษาให้การปกครองส่วนท้องถิ่น (4) การสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา (5) การแก้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา (6) การพัฒนาระบบการฝึกอบรมครู (7) การปฏิรูปหลักสูตรการเรียนการสอน (8) การขยายงบประมาณเพื่อการลงทุนด้านการศึกษา (9) การขยายโอกาสทางการศึกษา และ (10) การพัฒนาระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและรองรับระบบการศึกษา

อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอของคณะกรรมการปฏิรูปในครั้งนั้นไม่ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ซึ่งโจมตีข้อเสนอของคณะกรรมการปฏิรูปว่ามีความรุนแรงและฝักใฝ่ในระบอบคอมมิวนิสต์ แม้กระนั้นแนวคิดหลายอย่างในข้อเสนอของคณะกรรมการปฏิรูปก็ได้มีการนำไปสู่การปฏิบัติ อาทิ แนวคิดการปรับปรุงหลักสูตร พ.ศ.2520 ที่มุ่งให้นักเรียนคิดเป็นและแก้ปัญหาเป็น รวมทั้งการปรับระบบการเรียนมาเป็น 6:3:3 ซึ่งทำให้นักเรียนในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงระบบการศึกษาได้มากขึ้น[2]

<u>การปฏิรูปครั้งที่ 4</u> เป็นการปฏิรูปครั้งล่าสุดของสังคมไทย เริ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ.2542 หลังจากประเทศไทยประสบวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ.2540 ได้เพียง 2 ปี การปฏิรูปครั้งนี้ดำเนินการภายใต้ พระราชบัญญัติการศึกษา 2542 มีการแก้ไขเพิ่มเติม 2 ครั้ง คือ พ.ศ.2545 ครั้งหนึ่ง และ พ.ศ.2553 อีกครั้งหนึ่ง วิกฤตเศรษฐกิจดังกล่าวทำให้สังคมไทยตระหนักถึงผลแห่งการเชื่อมโยงของความเป็นไปในสังคมโลกกับสังคมไทยในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้ต้องเร่งยกระดับคุณภาพการศึกษาของไทยและมุ่งแก้ปัญหาเกี่ยวกับอัตราการเข้าเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายต่ำ ซึ่งส่งผลอย่างมากต่ออัตราการเข้าเรียนในระดับอุดมศึกษา รวมทั้งปัญหาระดับคะแนนวิชาวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ที่ค่อนข้างต่ำ ซึ่งทั้งสองปัญหาส่งผลอย่างมากต่อการพัฒนาศักยภาพการแข่งขันของประเทศ และการสร้างนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

การปฏิรูปครั้งนี้ ดำเนินการผ่านมือถึง 5 รัฐบาล ตั้งแต่รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ซึ่งมีระยะเวลาค่อนข้างนานยาวกว่าทุก ๆ รัฐบาลแต่ก็มาประสบกับการปฏิวัติรัฐประหารใน พ.ศ.2549 ซึ่งรัฐบาลต่อ ๆ มาล้วนเป็นรัฐบาลที่มีระยะเวลาการบริหารที่ สั้น ๆ เพียง 1-3 ปี อีก 3 รัฐบาลได้แก่ รัฐบาลสมัคร สุนทรเวช รัฐบาลสมชาย วงศ์สวัสดิ์ และรัฐบาล ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ที่ปิดท้ายด้วยเหตุการณ์ทางการเมือง “เสื้อเหลือง เสื้อแดง” จนเข้าสู่การปฏิวัติรัฐประหาร พ.ศ.2557 โดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองเหล่านี้ส่งผลอย่างมากต่อความต่อเนื่องในการปฏิรูปการศึกษาครั้งที่ 4

ในที่สุด คณะรัฐมนตรีของ คสช. ได้มีมติอนุมัติพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2561 พระราชบัญญัติดังกล่าวประกอบด้วย 78 มาตรา ครอบคลุมมิติสำคัญต่าง ๆ ได้แก่ (1) การวางระบบการศึกษาที่รองรับความหลากหลาย ความแตกต่างและเริ่มพัฒนาระบบการศึกษาตั้งแต่ก่อนวัยเรียนจนถึงการศึกษาเพื่อการดำรงชีวิต (2) การยกระดับคุณภาพการศึกษา ในส่วนของครูที่จะมีการจัดตั้งกองทุนการผลิตและพัฒนาครู ซึ่งจะช่วยคัดกรองผู้เหมาะสมเข้าสู่กระบวนการพัฒนาและคัดเลือกสถาบันผลิตครูที่เหมาะสม ขณะที่หลักสูตรและการจัดการศึกษาจะให้ความสำคัญกับการเน้นสมรรถนะที่จะสร้างคนดีและเก่งให้กับสังคม (3) การให้ความเป็นอิสระกับสถานศึกษา (4) การบริหารจัดการระบบคุณภาพ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพไม่ใช่การตรวจสอบ และนำผลการประเมินมาใช้พัฒนาขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบ (5) การให้มีแผนการศึกษาแห่งชาติ โดยคณะกรรมการนโยบายการศึกษาแห่งชาติเป็นผู้ยกร่างแผน

การปฏิรูปการศึกษาครั้งนี้ กินเวลานานยาวถึงกว่า 20 ปี และอาจนับได้ว่าเป็นการปฏิรูปการศึกษาที่ใช้เวลานานยาวที่สุด และมีการยกระดับการพัฒนาศักยภาพการแข่งขันของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศที่จะต้องพาประเทศไทยก้าวพ้นกับดักรายได้ปานกลาง (Middle-income trap) เข้าสู่การเป็นประเทศรายได้สูง รวมทั้งการบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทย 4.0” เป็นเดิมพัน

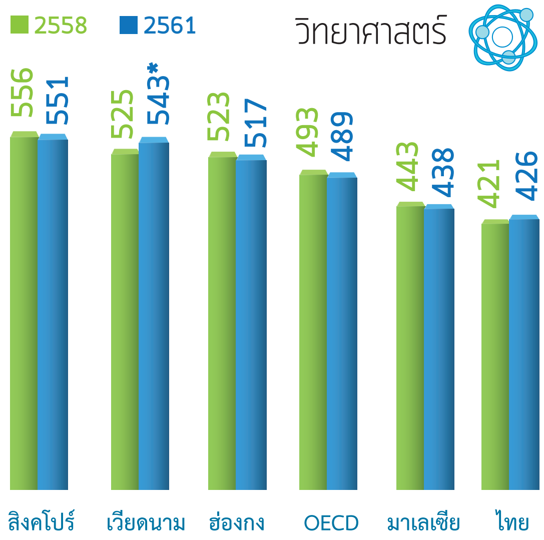
มิติที่ล้มเหลวของการศึกษาไทยคุณภาพที่ได้เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ทุ่มเท

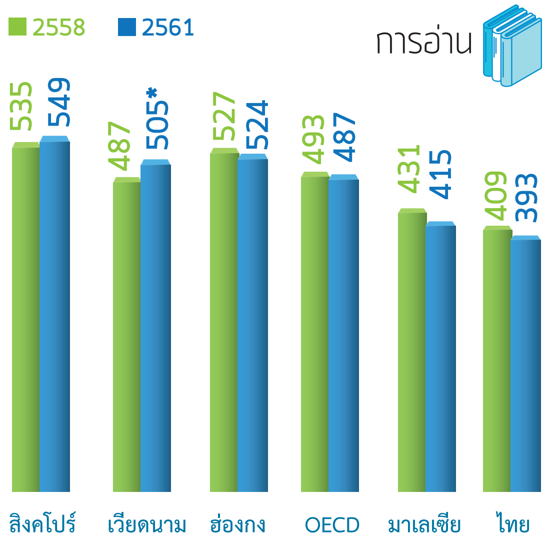
วาทกรรมเกี่ยวกับการศึกษาในสังคมไทยพูดเป็นเสียงเดียวกันว่าการศึกษามีความสำคัญกับการพัฒนาประเทศ แต่แล้วส่วนใหญ่ก็มักแสดงความไม่พอใจกับคุณภาพของการศึกษาแทบทุกยุคทุกสมัยและเป็นเหตุให้ต้องมีการปฏิรูปการศึกษาเสมอมา และการเรียกร้องเพื่อการยกระดับคุณภาพการศึกษาด้วยการ "ปฏิรูป" สะท้อนความเห็นที่มีต่อระดับของคุณภาพ รวมทั้งกลไกในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาว่าอยู่ในขั้นวิกฤตที่ต้องมีปฏิบัติการรื้นค้นและปรับเปลี่ยนครั้งใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเราสามารถเปรียบเทียบคุณภาพของเด็กนักเรียนไทยกับคุณภาพของเด็กนักเรียนจากประเทศอื่น ๆ ผ่านมาตรวัดสากลอย่าง Programme for International Student Assessment หรือ PISA ซึ่งจัดทุก 3 ปี โดยที่ประเทศไทยเข้าร่วมการสอบพร้อมกับประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD) อื่น ๆ อีก 72 ประเทศ ตั้งแต่ พ.ศ.2543 ยังไม่เคยมีครั้งใดที่เสียงสะท้อนผ่านสื่อต่าง ๆ แสดงความชื่นชมผลการสอบที่เผยแพร่ออกมา และในการสอบครั้งล่าสุดเมื่อ พ.ศ.2561 ซึ่งเป็นการสอบที่ให้น้ำหนักเน้นความฉลาดรู้ทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Literacy) โดยข้อสอบวิทยาศาสตร์มีน้ำหนักร้อยละ 60 ส่วนด้านการอ่านและคณิตศาสตร์มีน้ำหนักอย่างละร้อยละ 20 มีโรงเรียนไทยร่วมการสอบ 273 โรงเรียน และมีนักเรียนไทยร่วมสอบ 8,249 คน ผลปรากฏว่าผลการสอบด้านวิทยาศาสตร์ของเด็กนักเรียนไทยอยู่อันดับที่ 52 ด้วยคะแนนเฉลี่ย 426 คณิตศาสตร์อยู่อันดับที่ 54 ด้วยคะแนนเฉลี่ย 419 ซึ่งผลการสอบด้านวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ดีขึ้นกว่า พ.ศ.2558 เล็กน้อย ส่วนด้านการอ่านอยู่อันดับที่ 57 ด้วยคะแนนเฉลี่ย 393 ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยใน พ.ศ.2558 ในขณะที่เด็กเวียดนามสอบได้อันดับ 8 ในด้านวิทยาศาสตร์ อันดับ 22 ในด้านคณิตศาสตร์ และอันดับที่ 32 ในด้านการอ่าน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเมื่อ พ.ศ.2558 ทั้ง 3 รายการ[3] (ภาพที่ 1) นอกจากนี้ผลการสอบ Trends in International Mathematics and Science Study หรือ TIMSS ของปีเดียวกัน ซึ่งมีนักเรียนไทย 6,482 คน จาก 204 โรงเรียนเข้าร่วมสอบกับนักเรียนจากประเทศต่าง ๆ 39 ประเทศ ผลการประเมินวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนไทยอยู่ในอันดับที่ 27 ส่วนผลการประเมินวิชาวิทยาศาสตร์อยู่ในอันดับที่ 26[4]

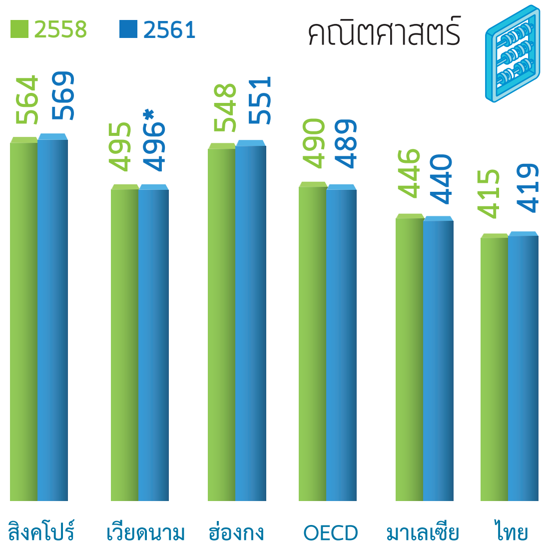
ภาพ : https://www.posttoday.com/social/general/479364

แม้จะมีข่าวที่นักเรียนไทยสามารถสร้างผลงานในการแข่งขันโอลิมปิกวิชาการได้อย่างน่าชื่นชม โดยสถิตินับตั้งแต่ พ.ศ.2553 เป็นต้นมา ตัวแทนนักเรียนไทยสามารถคว้าเหรียญทองสาขาวิชาฟิสิกส์เฉลี่ยปีละ 3 เหรียญ ส่วนในการแข่งขันโอลิมปิกคณิตศาสตร์ใน พ.ศ.2560 นักเรียนไทยสามารถทำคะแนนรวมได้เป็นอันดับ 7 ของโลกจาก 111 ประเทศ[5] แต่ภาพรวมความสามารถด้านวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ของนักเรียนไทยกลับไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งส่วนหนึ่งสะท้อนปัญหาของความเหลื่อมล้ำอย่างชัดเจนส่วนผลการทดสอบทางการศึกษาระดับชาติขั้นพื้นฐาน (Ordinary National Education Test: O-NET) ที่จำแนกตามประเภทโรงเรียนและจำแนกตามภูมิภาค **ยังสะท้อนความแตกต่างของคุณภาพโรงเรียนในแต่ละสังกัด และความเหลื่อมล้ำทางภูมิภาค โดยเฉพาะภาคอีสานและภาคใต้ที่มีคะแนน O-NET ต่ำกว่าภูมิภาคอื่น** นอกจากนี้ความแตกต่างของผลการสอบวัดผลมาตรฐานทั้ง 3 ประเภท ของโรงเรียนสังกัดต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) โรงเรียนเอกชน โรงเรียนเทศบาล และโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ทำให้**เห็นความแตกต่างของคุณภาพการศึกษาเชิงโครงสร้าง ซึ่งเป็นปัญหาที่หยั่งรากลึกลงไปถึงความเหลื่อมล้ำทางโอกาสของเด็กไทยในการเข้าถึงสถานศึกษาที่มีคุณภาพ ทั้ง ๆ ที่จำนวนโรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์การประเมินของกระทรวงศึกษามีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี**[6]

ภาพที่ 1 : คะแนน PISA ของประเทศไทย เทียบกับบางประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้







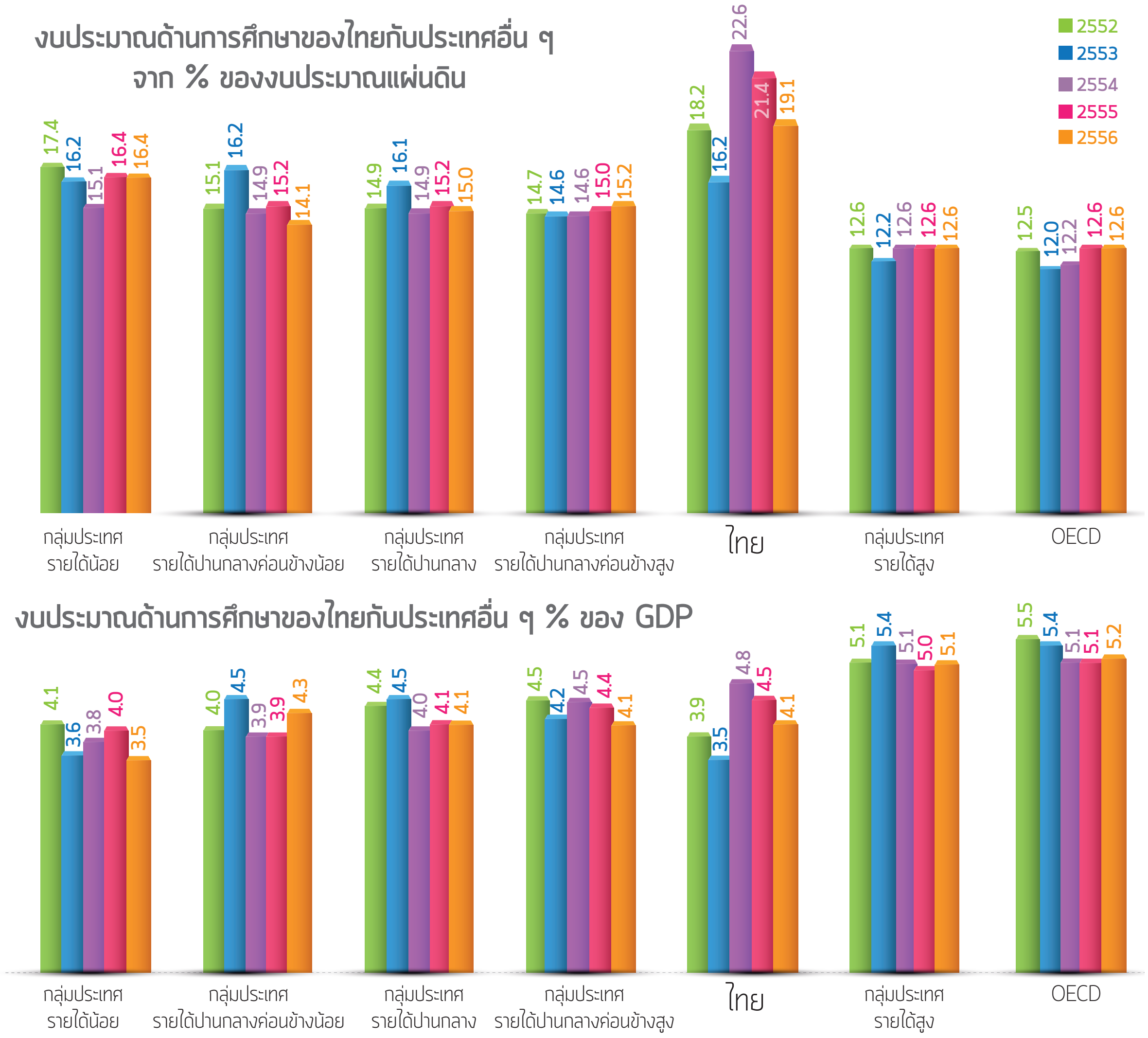
Source : OECD (2016) - PISA 2015 Results (Volume I): Excellence and Equity in Education. http://dx.doi.org/10.1787/9789264266490-en OECD (2020) - PISA 2018 Results (Volume I): Excellence and Equity in Education. https://www.oecd.org/pisa/Combined_Executive_ Summaries_PISA_2018.pdf

* คะแนน PISA ปี 2018 ของเวียดนามอย่างไม่เป็นทางการ OECD กำลังรอการตรวจสอบ https://vietnamnews.vn/society/569454/vn-gets-high-scores-but-not-named-in-pisa-2018-ranking.html

สิ่งที่น่าเสียใจที่สุดจากการรายงานผลการประเมินเหล่านี้คือภาพที่ปรากฏในความคิดกลายเป็นภาพของเด็กนักเรียนไทยที่อ่อนด้อยความสามารถ ไม่อาจแข่งขันได้กับเด็กนักเรียนจากชาติต่าง ๆ ชัดเจนกว่าความไม่เอาไหนของบรรดาผู้มีหน้าที่คอยกำกับดูแลระบบการศึกษา และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผลร้ายตกอยู่กับเด็กนักเรียน แม้ว่าความสามารถในการแข่งขันเชิงสติปัญญาของเด็กนักเรียนไทยจะยังไม่ส่งผลต่อการเป็นอาชญากร หรือหัวขโมยอย่างที่เปรียบเปรยเอาไว้ใน Utopia แต่ก็ถูกนำไปเชื่อมโยงกับความสามารถในการแข่งขันประเทศ และความทะยานอยากที่จะให้ประเทศไทยก้าวให้พ้นกับดักรายได้ปานกลาง (Middle-income trap) เพื่อการไปสู่การเป็นประเทศที่มีผลิตภาพสูง และรายได้ระดับสูง

หากมองจากงบประมาณการศึกษาที่รัฐบาลไทยทุ่มลงไปกับการศึกษา ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับที่สูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศไม่ว่าจะเป็นในเชิงสัดส่วนของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Product: GDP) หรือของงบประมาณแผ่นดิน ซึ่งนักวิชาการที่ศึกษาด้านพัฒนาการศึกษามักอ้างถึงและเห็นพ้องต้องกัน แต่ในแง่ของทรัพยากรครัวเรือน ทั้งที่เป็นเงินทองที่จ่ายไปเพื่อการศึกษาของบุตรหลาน รวมทั้งเวลาที่นักเรียนใช้ในโรงเรียนในชั้นเรียน และนอกชั้นเรียนในรูปแบบของการเรียนเสริม ซึ่งกลายเป็นบรรทัดฐานของชีวิตนักเรียนไทยที่จะต้อง "เรียนพิเศษ" หรือมี "ติวเตอร์" ยิ่งชวนให้เกิดข้อคำถามว่าอะไรที่ทำให้คุณภาพการศึกษาของไทยไม่เป็นที่น่าพอใจเท่าที่ควร

ภาพที่ 2 : เปรียบเทียบงบประมาณด้านการศึกษาของไทยกับประเทศอื่น ๆ



Source: World Development Indicators. https://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators

งานวิชาการต่าง ๆ ที่ศึกษาวิเคราะห์ระบบการศึกษาของไทยชี้จุดอ่อนของการศึกษาไทยในหลายมิติ ทำให้เห็นภาพมวลปัญหาของการศึกษาไทยที่มีขนาดใหญ่ และทำให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่อาจนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน และต้องการการเปลี่ยนแปลงในระดับการปฏิรูป จึงจะสามารถช่วยให้ระบบการศึกษาของไทยมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพของนักเรียนไทยได้อย่างแท้จริง

ในบรรดาจุดอ่อนทั้งหลายของระบบการศึกษาไทย แนวทางการพัฒนาเนื้อหาของหลักสูตร และแนวทางในการสร้างการเรียนรู้ให้กับนักเรียน เป็นประเด็นที่เชื่อมต่อกับประเด็นอื่น ๆ มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นความทันสมัยของหลักสูตรให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก สร้างความไม่มั่นใจต่อทั้งเนื้อหาในวิชา และต่อตัวครูผู้สอนโดยเฉพาะในยุคที่เนื้อหาความรู้ต่าง ๆ สามารถหาได้อย่างง่ายดายในโลกออนไลน์ นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงกับประเด็นการรวมศูนย์การบริหารการศึกษาไว้ที่ส่วนกลาง ซึ่งหมายถึงกระทรวงศึกษาธิการที่มีผลต่อการแต่งตั้งโยกย้ายผู้บริหารโรงเรียนและครู รวมทั้งกลไกการประเมินความดีความชอบที่ไม่ได้ผูกยึดกับการพัฒนาด้านการเรียนรู้ของเด็ก (Accountability) มากเท่าที่ควร ทำให้การประเมินผลการดำเนินงานของครูเป็นภาระต่อทั้งโรงเรียนและตัวครู ซึ่งการศึกษาประเด็นภาระงานของครูในปี 2558 พบว่าจากวันเปิดเรียนทั้งปีจำนวน 200 วัน **ครูต้องใช้เวลากับกิจกรรมนอกห้องเรียนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสอน เช่น การประเมินโรงเรียน การประเมินครู การประกวดแข่งขันนอกโรงเรียน กิจกรรมทางวิชาการ การอบรม และอื่น ๆ มากถึง 65 วัน คิดเป็นร้อยละ 32.5[7] จนเกิดกระแส “คืนครูสู่ห้องเรียน”** เพื่อให้ครู และผู้บริหารโรงเรียน

ภาพ : https://www.unicef.org/thailand/th/stories/ ลดช่องว่างการดูแลเด็กปฐมวัยเพื่อเด็กไทยทุกคน

มุ่งเป้าหมายการดำเนินงานไปที่การพัฒนาการเรียนการสอนและการยกระดับความสามารถในการเรียนรู้ของนักเรียน

ปัญหาเชิงโครงสร้างที่เกิดจากการรวมศูนย์อำนาจการจัดการเรียนการสอนซึ่งมีความเป็นมาจากประวัติการจัดการการศึกษาอันนานยาวและพยายามขยายโครงสร้างให้มีขนาดใหญ่ขึ้นตามพัฒนาการของสังคมจนมีขนาดเทอะทะ กลายเป็นโครงสร้างที่ขยับปรับเปลี่ยนตามการเคลื่อนไหวของสังคมโดยเฉพาะในยุคที่การเปลี่ยนแปลงมีความรวดเร็วในระดับพลิกผัน (Disruptive) และมีมิติที่ซับซ้อนมากขึ้น โครงสร้างขนาดใหญ่และเป็นแบบรวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลางของระบบการศึกษาไทยมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการสร้างข้อจำกัดในการพัฒนาและปรับเปลี่ยนการเรียนการสอนให้ท่วงทันต่อความจำเป็น และความต้องการของสังคม แม้ความพยายามในการกระจายอำนาจด้านการศึกษาจะเป็นแนวคิดที่ต่างเห็นพ้องต้องกัน แต่ในทางปฏิบัติยังเห็นแนวทางไม่ชัดเจนนักเนื่องจากปลายทางหนึ่งของการศึกษาคือการเข้าสู่มหาวิทยาลัยที่การสอบเข้ายังเป็นข้อสอบที่มีลักษณะแบบรวมศูนย์อยู่ดี

ในปัจจุบัน การเรียนและการเรียนรู้เหมือนจะแยกออกจากกัน แม้จะไม่สิ้นเชิงแต่ก็เกือบจะสิ้นเชิง การเรียนมีจุดมุ่งหมายไม่ใช่เพราะอยากรู้ในสิ่งที่ตัวเองมีความหลงใหล (Passion) แต่กลายเป็นการเรียนเพื่อจะนำไปสู่อาชีพ และต้องเป็นอาชีพที่มีรายได้ดีและมีความมั่นคง จะมากน้อยเพียงใดสุดแล้วแต่สติปัญญาที่จะสามารถแข่งขันเข้าไปเรียนได้ ซึ่งที่จริงไม่ใช่สิ่งที่ผิดแต่อย่างใด เพียงแต่เป็นการเรียนที่มุ่งไปเพื่อการประกอบอาชีพอย่างมาก (Excessive vocationalism) จนอาจจะลืมความสนใจอยากรู้ของตัวเองและเก็บไว้เป็นความเก็บกดที่ขัดแย้งภายในใจ และกลายเป็นการวิ่งไล่ไขว่คว้าประกาศนียบัตร ที่ Mounier และ Tanchuang (2018) ใช้คำว่า Diploma disease หรือ Credentialism[8] กระทั่งอาจสนใจเพียงน้อยนิดว่าสิ่งที่เรียนนั้นทำให้ตัวเองรู้ หรือตอบสนองความอยากรู้อย่างไร วันนี้เด็กส่วนใหญ่เรียนไปเพื่อสอบให้ได้ใบยืนยันว่าสอบผ่าน และครูก็สอนเพื่อให้เด็กสอบผ่านด้วยเช่นกัน ความจำเป็นบางอย่างในสังคมปัจจุบันได้ทำให้เกิดระบบการเรียนแบบที่เป็นอยู่

การเรียนการสอนเพื่อการทำคะแนนในการสอบ โดยเฉพาะการสอบแข่งขันเพื่อเข้าเรียนในระดับที่สูงขึ้น ทำให้เกิดการเรียนที่มุ่งเนื้อหาที่ตรงกับข้อสอบแทนที่จะเน้นการเรียนรู้หรือการสร้างปัญญาเพื่อการสร้างความรู้ในระดับที่สูงขึ้นด้วยตนเอง และยังเป็นการเปิดช่องให้เกิดการเรียนพิเศษที่นอกเหนือไปจากการเรียนการสอนในชั้นเรียน หรือที่ไม่สามารถทำได้ในการเรียนการสอนในชั้นเรียนเนื่องจากอยู่นอกเหนือจากหลักสูตรหรือกรอบเนื้อหาที่กำหนดโดยกระทรวงฯ **การเรียนพิเศษนี้เองที่ยิ่งทำให้ความเหลื่อมล้ำทางโอกาสในการพัฒนาของนักเรียน เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเรียนเสริมหรือเรียนพิเศษนี้มีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นและมีวิชาที่จะต้องเรียนพิเศษเพิ่มมากขึ้น**

การเรียนพิเศษหรือการเรียนเสริมทุกวันนี้ได้พัฒนาไปจากการเรียนพิเศษเป็นกลุ่มตามบ้านของครู มาเป็นการเรียนตามห้องเช่าหรือตึกเช่าเมื่อกลุ่มนักเรียนที่มาเรียนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จนถึงขั้นการเรียนผ่านวิดีโอแทนการเรียนแบบเห็นตัวครูจริง ๆ และในปัจจุบันเป็นการเรียนตัวต่อตัวตามสถานที่ต่าง ๆ สุดแล้วแต่ความสะดวกของนักเรียน ครู รวมทั้งผู้ปกครองที่ต้องเทียวรับเทียวส่ง และบางรายก็มีการเรียนสดผ่านสื่อโซเชียล เช่น Facebook live หรือ VDO Call ผ่านแอปพลิเคชัน Line ซึ่งพัฒนาการเหล่านี้ล้วนแต่เป็นประโยชน์แก่เด็กที่อยู่ในเมืองหลวง หรือเมืองใหญ่ ที่ผู้ปกครองมีกำลังทรัพย์ที่จะจ่ายได้ พ่อแม่ที่มีฐานะสามารถทุ่มให้กับค่าใช้จ่ายในการเรียนพิเศษได้อย่างเต็มที่ และ**ทิ้งพ่อแม่ที่มีเงินน้อยต้องปล่อยให้ลูกเดินทางธรรมดาสายตรงอันยาวไกล เด็กที่มาจากครอบครัวที่ไม่สามารถจ่ายค่าเรียนพิเศษได้แทบจะหมดโอกาสในการเข้าเรียนในสาขาวิชาที่มีการแข่งขันสูงในสถาบันที่มีชื่อเสียงซึ่งมักเป็นที่ต้องการของตลาดแรงงาน มีโอกาสในการได้งานที่ดีและมีรายได้สูง** ยิ่งทำให้ช่องแห่งความเหลื่อมล้ำในสังคมกว้างขึ้นและชัดเจนขึ้นในทุก ๆ เจเนอเรชันที่ผ่านไป ต้นทุนการศึกษาของไทยกำลังแพงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วงและกำลังเป็นเหตุผลสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้สามีภรรยาต้องคิดหนักในการวางแผนที่จะมีลูก

ในระดับมหาวิทยาลัย การผลิตบัณฑิตไม่ตรงความต้องการของตลาดแรงงาน (Mismatched education) กำลังเป็นปัญหาสำคัญที่สะท้อนความไม่คล่องตัวในการปรับการเรียนการสอน ซึ่งไม่ได้หมายถึงเฉพาะหลักสูตรและเนื้อหา แต่ยังหมายถึงการฝึกอบรมทักษะอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการทำงานและการดำรงชีวิตในสังคมทั่วไป เพราะความไม่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงานมีทั้งการที่สถาบันการศึกษาผลิตแรงงานที่มีระดับวุฒิการศึกษาไม่ตรงตามความต้องการ (Qualification mismatch) หรือจบการศึกษาในสาขาที่ไม่ตรงกับงานที่ทำ (Field mismatch) หรือมีทักษะความสามารถไม่ตรงตามความต้องการ (Skills mismatch)[9] ความไม่สอดคล้องนี้มีได้ทั้งในแนวดิ่ง (Vertical mismatch) ซึ่งหมายถึงการทำงานที่มีรายได้ต่ำกว่าวุฒิ และแนวนอน (Horizontal mismatch) ซึ่งหมายถึงการทำงานไม่ตรงวุฒิ[10] ความไม่สอดคล้องทั้งสองอย่างนี้มีผลต่อระดับรายได้ ความก้าวหน้า และความสุขในการทำงาน

การผลิตบัณฑิตสายวิทยาศาสตร์ที่ยังไม่พอเพียงแก่การพัฒนาประเทศในด้านนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีก็เป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับการล้นตลาดของบัณฑิตสายสังคมศาสตร์ และการยกระดับความสามารถในการผลิตของประเทศ การผลิตบัณฑิตสายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในปัจจุบันมีไม่ถึงร้อยละ 40 ทำให้ความหวังที่ประเทศไทยจะเปลี่ยนจากอุตสาหกรรมรับจ้างผลิต หรืออุตสาหกรรมที่มีมูลค่าเพิ่มต่ำ ไปสู่การผลิตนวัตกรรมซึ่งจะให้ผลตอบแทนที่ดีกว่าได้ยาก และหากไม่สามารถเพิ่มการผลิตบัณฑิตสายวิทยาศาสตร์ให้มากขึ้นได้ ความหวังที่จะให้เกิดไทยแลนด์ 4.0 ก็คงจะไม่ง่ายที่จะเห็นผล

ส่วนในระดับอาชีวศึกษานั้น ประเทศไทยมีปัญหาการผลิตไม่ได้ตามปริมาณที่ตลาดแรงงานต้องการมาโดยตลอด และเป็นปัญหาใหญ่สำหรับการพัฒนาอุตสาหกรรมในยุคที่ไทยยังต้องเป็นฐานการรับจ้างผลิต ส่วนหนึ่งเพราะภาพลักษณ์ของการเรียนอาชีวศึกษาที่ด้อยกว่าการศึกษาในระดับปริญญาตรี รวมทั้งภาพลักษณ์ของความเกเร ชกต่อยอันธพาล การส่งลูกหลานเรียนอาชีวศึกษาถูกมองว่าเป็นส่งลูกหลานไปเป็นชนชั้นแรงงานและฐานะไม่ดี ไม่เป็นที่เชิดหน้าชูตาของครอบครัวเท่ากับการเรียนในมหาวิทยาลัย

สิ่งที่น่าตั้งข้อสังเกตอย่างหนึ่งในวาทกรรมเกี่ยวกับปัญหาการศึกษาของไทย คือการพุ่งประเด็นไปที่โครงสร้างระดับกระทรวง ตัวครู และตัวเด็ก **แต่มีกล่าวถึงหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการพัฒนาการศึกษาโดยพ่อแม่น้อยมาก ทั้ง ๆ ที่เด็กใช้เวลากับที่บ้านและผู้ปกครอง มากกว่าใช้เวลาที่โรงเรียนหรือสถานศึกษา และการบ่มเพาะความใฝ่รู้ วินัยในการเรียน** คำว่า "พ่อแม่คือครูคนแรกของลูก" เป็นคำกล่าวที่ทุกคนคุ้นหูแต่กลับไม่ได้มองบทบาทของพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการ

เรียนการสอนของลูกอย่างเป็นระบบ ยิ่งนานวันความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองกับสถานศึกษาเป็นความสัมพันธ์แบบแลกเปลี่ยนเชิงพาณิชย์มากขึ้น พ่อแม่เป็นแต่เพียงคนจ่ายเงินเพื่อให้ลูกมีการศึกษา ที่ดีขึ้นมาอีกหน่อยคือเป็นคนวางแผนว่าลูกควรจะเรียนพิเศษหรือเรียนอะไรเสริมเพื่อให้ผลการเรียนดีขึ้น และแย่ลงไปอีกหน่อยคือการกำกับการทำงานของครู คอยตรวจดูว่าครูสอนผิดหรือถูกอย่างไร ครูกลายเป็นผู้ให้บริการ ความล้มเหลวทางการศึกษาของลูกเป็นความบกพร่องของครู โรงเรียน และระบบการศึกษา แต่ไม่ได้มองว่าพ่อแม่ผู้ปกครองที่บ้านมีบทบาทในการสร้างปัญญา และวางรากฐานการเรียนรู้ให้แก่ลูกอย่างไร ทั้ง ๆ ที่พ่อแม่ยุคปัจจุบันได้รับการศึกษาสูงกว่าพ่อแม่ในอดีตอย่างมาก

ปัญหาคุณภาพการศึกษาของไทยแม้จะสามารถจาระไนออกมาได้ชัดเจน และไม่ต้องการการวิจัยใด ๆ เพิ่มเติมอีก ทว่าแต่ละปัญหามีขนาดและความซับซ้อนที่ต้องอาศัยการปฏิรูปในทุกระดับ ตั้งแต่โครงสร้างการบริหารราชการโดยทั่วไป โครงสร้างระดับกระทรวง แนวทางการผลิตและอบรมครู ไปจนถึงทัศนคติและบทบาทของพ่อแม่ผู้ปกครอง ตัวแปรเหล่านี้ควรถูกมองอย่างเด่นชัดและเชื่อมโยงมากกว่าผลการประเมินเด็กนักเรียนไม่ว่าจะเป็นโดยมาตรฐานระดับชาติ หรือระดับนานาชาติ และควรได้รับการจัดการอย่างเอาจริงเอาจังโดยเร่งด่วน เพราะการเปลี่ยนแปลงของโลกมีแต่จะเร็วขึ้น และซับซ้อนขึ้นในทุกขณะ

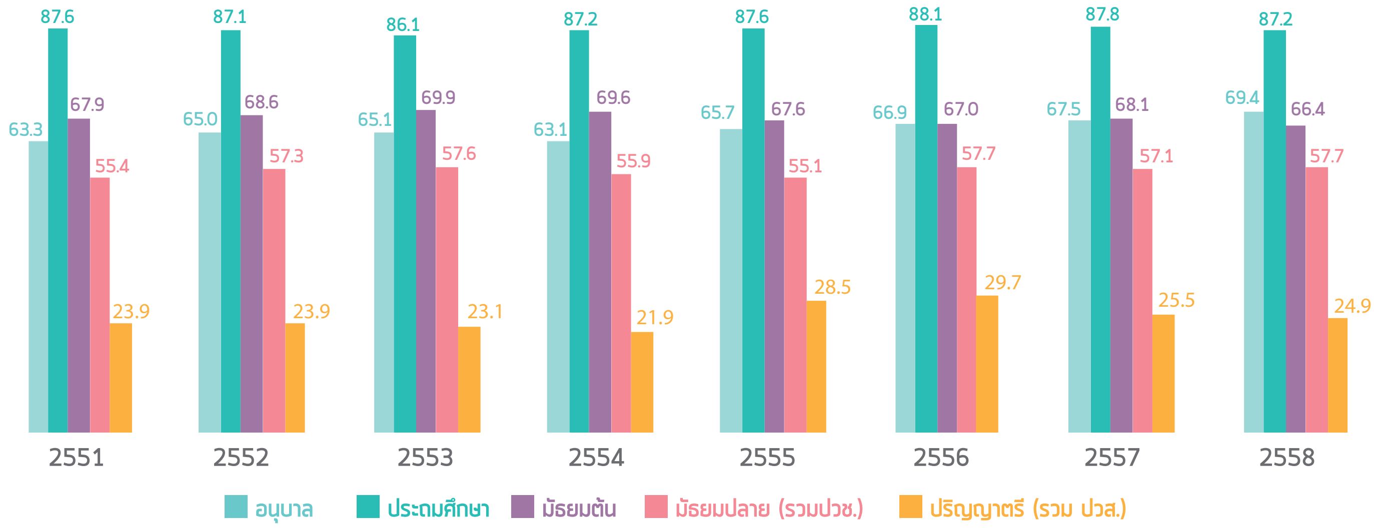
ภาพ : https://adaymagazine.com/educational-inequality

ความเหลื่อมล้ำ ที่ยิ่งทำให้เหลื่อมล้ำมากขึ้น

อันที่จริง คุณภาพการศึกษาของไทยไม่ได้แย่ไปเสียทั้งหมด บุคลากรทางการศึกษาที่มีความสามารถ และสถาบันศึกษาที่เพียบพร้อมที่จะให้การฝึกอบรมและให้ความรู้แก่เด็กและเยาวชนมีอยู่จำนวนไม่น้อย **เพียงแต่ทรัพยากรดี ๆ เหล่านี้กระจุกอยู่ในบางพื้นที่ และมีเพียงคนบางกลุ่มที่สามารถเข้าถึงได้ ทำให้ "ความเหลื่อมล้ำ" ด้านการศึกษาเป็นประเด็นใหญ่ที่การปฏิรูปการศึกษาทุกยุคทุกสมัยพยายามแก้ไข** แต่ก็ดูเหมือนว่าปัญหาความเหลื่อมล้ำแม้จะดีขึ้นบ้าง แต่ก็ยังไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร

อัตราการเข้าเรียนสุทธิของประเทศไทยในระดับประถมซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาขั้นพื้นฐานคงอยู่ที่ระดับประมาณร้อยละ 87 นับตั้งแต่ พ.ศ.2551 จนถึง พ.ศ.2558 และขยับขึ้นเป็นร้อยละ 88 เมื่อ พ.ศ.2560 ในระดับมัธยมต้นอยู่ที่ระดับประมาณร้อยละ 67 - 68 มาโดยตลอด นับตั้งแต่ พ.ศ.2551 - 2560 เช่นเดียวกับระดับมัธยมปลายซึ่งอยู่ที่ระดับประมาณร้อยละ 55 - 57 ตลอดช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งนับ**ว่ายังคืบหน้าไปไม่มากนัก เมื่อเทียบกับปลายทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ที่กำหนดอัตราการเข้าเรียนสุทธิในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานให้ได้ร้อยละ 90 สะท้อนให้เห็นว่ามีเด็กอีกจำนวนไม่น้อยที่ตกหล่นออกไปจากการศึกษาขั้นพื้นฐาน** ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ รวมทั้งศักยภาพการแข่งขันของประเทศ

ภาพที่ 3 : อัตราการเข้าเรียนสุทธิของประเทศไทย พ.ศ.2551-2558



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2558). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย

ภาพ : https://www.prachachat.net/columns/news-28932

ปัญหาความเหลื่อมล้ำยิ่งชัดเจนมากขึ้นเมื่อจำแนกอัตราการเข้าเรียนสุทธิของการศึกษาขั้นพื้นฐานตามระดับรายได้ของประชากร โดยแบ่งประชากรออกเป็น 10 กลุ่มเท่า ๆ กัน เรียงตามลำดับรายได้ตั้งแต่กลุ่ม 10% แรกที่มีระดับรายได้น้อยที่สุด จนถึงกลุ่ม 10% ที่ 10 ซึ่งมีระดับรายได้สูงที่สุด ทั้งระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย (รวม ปวช.) ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มที่หลุดออกไปจากระบบการศึกษาในแต่ละระดับเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

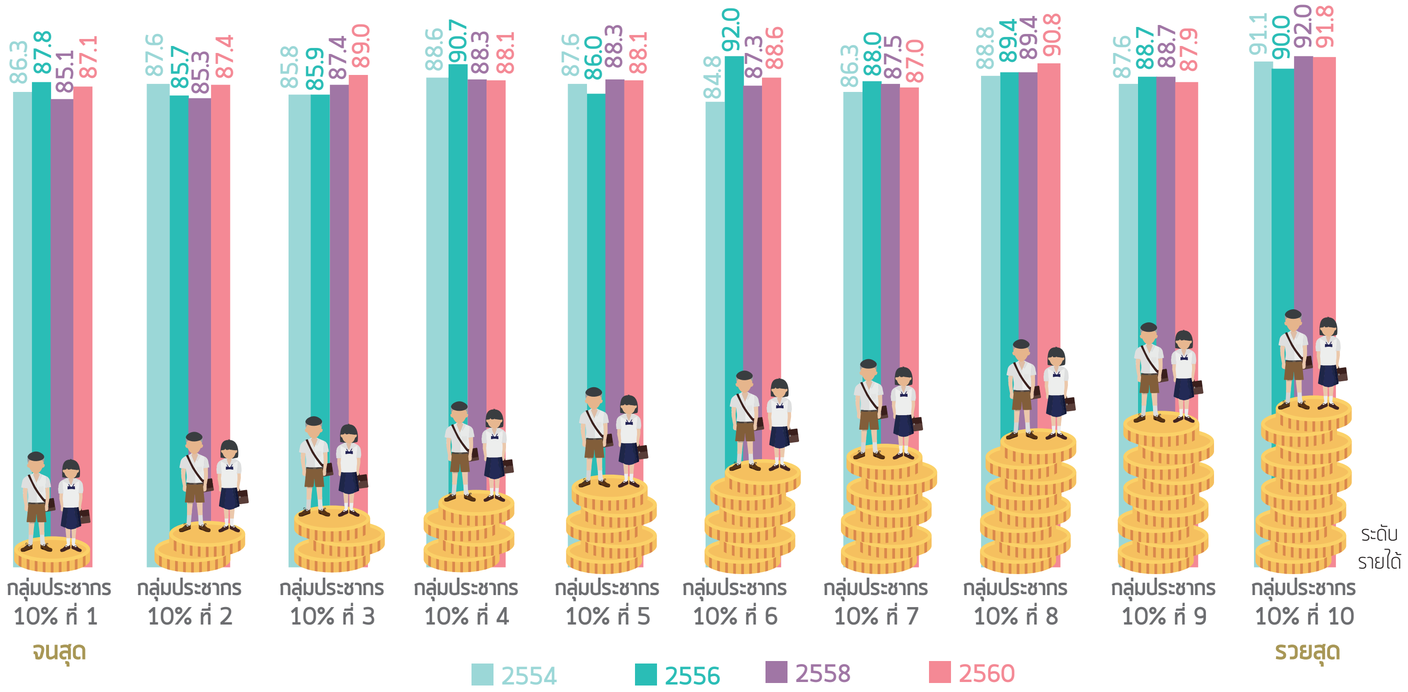
ในระดับอนุบาลช่องว่างการเข้าถึงการศึกษาของผู้มีรายได้น้อยและผู้มีรายได้สูงแม้จะมีความแตกต่างกันแต่ก็ยังไม่มากนัก โดยที่ผู้มีรายได้ 10% ที่ 1 ซึ่งจนที่สุดมีอัตราการเข้าเรียนสุทธิประมาณร้อยละ 86 – 87 ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้ 10% ที่ 10 ซึ่งมีรายได้สูงที่สุดมีอัตราการเข้าเรียนสุทธิประมาณร้อยละ 91 – 92 แต่ช่องว่างดังกล่าวกว้างมากขึ้นในระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าในระดับมัธยมต้น ผู้มีรายได้ 10% ที่ 1 ซึ่งจนที่สุด มีอัตราการเข้าเรียนสุทธิประมาณร้อยละ 63 – 64 ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้ 10% ที่ 10 ซึ่งมีรายได้สูงที่สุดมีอัตราการเข้าเรียนสุทธิประมาณร้อยละ 81 ส่วนในระดับมัธยมปลาย (รวม ปวช.) ผู้มีรายได้ 10% ที่ 1 ซึ่งจนที่สุด มีอัตราการเข้าเรียนสุทธิมีเพียงประมาณร้อยละ 42 – 50 ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้ 10% ที่ 10 ซึ่งมีรายได้สูงที่สุดมีอัตราการเข้าเรียนสุทธิประมาณร้อยละ 72 – 78 และยิ่งมีความต่างกันมากขึ้นเมื่อถึงระดับปริญญาตรี (รวม ปวส.) ซึ่งเป็นระดับการศึกษาสำคัญต่อการพัฒนาขีดความสามารถและฐานะความเป็นอยู่ให้ดียิ่งขึ้น มีเพียงร้อยละ 3 – 4 ของผู้มีระดับรายได้ 10% ที่ 1 เท่านั้นที่สามารถผลักดันตัวเองให้เข้าถึงระดับปริญญาตรี หรือ ปวส. ได้ ในขณะที่ผู้มีรายได้ 10% ที่ 10 มีโอกาสร้อยละ 58 – 63 และเมื่อดูประชากรระดับรายได้ 10% ที่ 1 – 5 ซึ่งหมายถึงคนที่มีรายได้ครึ่งล่างทั้งหมดของสังคมไทย จะสามารถเข้าถึงการศึกษาระดับปริญญาตรีและ ปวส. ได้เพียง ร้อยละ 48 – 51 เท่านั้น

เดชรัต สุขกำเนิด[11] ได้รายงานความเชื่อมโยงระหว่างความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา และความเหลื่อมล้ำข้ามรุ่นในสังคมไทย โดยอ้างอิงข้อมูลจาก Global Database on Intergenerational Mobility[12] ของธนาคารโลก ยิ่งทำให้เห็น**ภาพความเหลื่อมล้ำที่จะตกทอดจากรุ่นสู่รุ่นและยิ่งทำให้ช่องว่างทางสังคมยิ่งกว้างสะสมขึ้น ในรายงานดังกล่าวพยากรณ์ให้เห็นว่า 2 ใน 3 ของคนที่มีระดับฐานะครึ่งล่างของสังคมไทย เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะยังคงอยู่ครึ่งล่างเช่นเดิม** และในจำนวนนี้อาจมีถึงร้อยละ 36 ที่จะตกลงไปอยู่ใน 1 ใน 4 ของกลุ่มครัวเรือนที่ยากจนที่สุด เพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่จะสามารถถีบตัวเองขึ้นไปอยู่ครอบครัวที่มีฐานะครึ่งบนได้ แต่สำหรับกลุ่มเด็กที่เกิดมาในครอบครัวที่มีรายได้สูงที่สุด 25% แรก จะมีโอกาสหลุดร่วงลงไปสู่ในระดับฐานะครึ่งล่างของสังคมเพียงประมาณร้อยละ 20 เท่านั้น แต่จำนวนประมาณร้อยละ 48 จะมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่ที่มีรายได้ในระดับ 25% แรกเหมือนเดิม **กลุ่มนี้ธนาคารโลกเรียกว่า Intergenerational Privilege หรือกลุ่มที่สืบทอดอภิสิทธิ์ข้ามรุ่น ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะกลุ่มผู้มีรายได้จะมีโอกาสได้รับการศึกษาที่ดีกว่า เข้าถึงหลักสูตรการฝึกอบรม รวมทั้งโอกาสต่าง ๆ ในชีวิตที่จะทำให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่ดีกว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อยกว่า**

ในการวิเคราะห์ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาของไทย นณริฏ พิศลยบุตร (2559)[13] ได้ศึกษาแยกองค์ประกอบของความเหลื่อมล้ำด้วยสมการถดถอยเพื่อจำแนกปัญหาของความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษา ซึ่งพบว่าความแตกต่างด้านสถานศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่อธิบายความเหลื่อมล้ำมากที่สุด และอาจกล่าวได้ไม่ผิดนักว่าความแตกต่างของความพร้อม และอาจรวมถึงค่าเล่าเรียนในสถานศึกษาที่เป็นสาเหตุสำคัญของความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้น ครอบครัวที่มีฐานะยิ่งมีความพร้อมที่จะทุ่มทุนติดอาวุธทางปัญญาเพื่อให้ลูกเข้าเรียนในสถานศึกษาที่มีความพร้อมอยู่ในแวดวงเครือข่ายเพื่อนร่วมชั้นที่มีระดับฐานะใกล้เคียงกัน และครูอาจารย์ที่มีคุณภาพ ยิ่งเพิ่มโอกาสในการได้งานที่มีรายได้สูง และมีโอกาสพบรักและสร้างครอบครัวกับคนที่อยู่ในฐานะระดับเดียวกัน และกลายเป็น Intergenerational Privilege ดังที่ธนาคารโลกได้วิเคราะห์เอาไว้

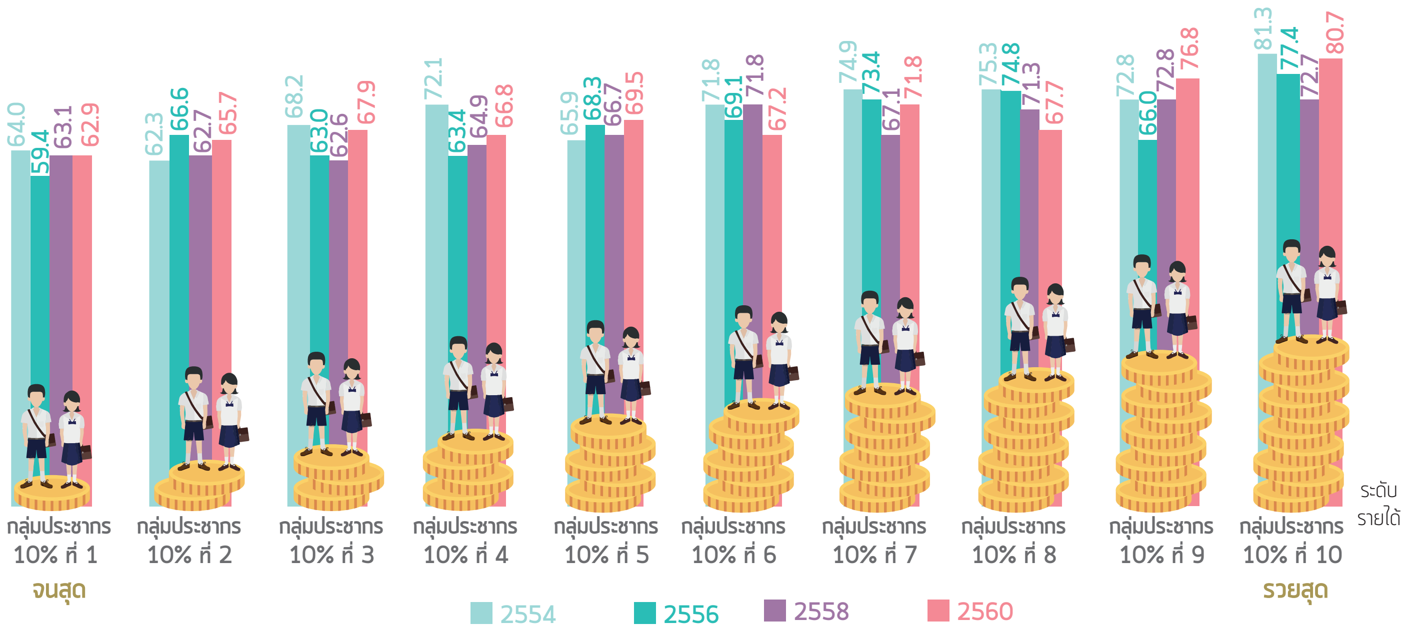
ในปัจจุบันประเทศไทยมีโรงเรียนทั้งสิ้น 30,525 แห่ง ครึ่งหนึ่งเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก (มีนักเรียนไม่ถึง 120 คน) ส่วนใหญ่อยู่ในชนบทแต่เป็นที่เล่าเรียนของเด็กไทยชั้นอนุบาลจนถึง ม.6 กว่า 3.2 ล้านคน และด้วยความที่เป็นโรงเรียนขนาดเล็ก จึงได้รับการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรต่าง ๆ น้อย เป็นปัญหาที่ซ้อนอยู่ในปัญหาอีกชั้นหนึ่ง โรงเรียนเหล่านี้เองที่ผู้ปกครองสามารถส่งลูกหลานเรียนฟรีได้ 12 ปี ตามที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ และพระราชบัญญัติการศึกษา **แต่ผู้ปกครองก็ต้องรับสภาพให้ได้ว่านี่คือระดับคุณภาพที่รัฐสามารถจะให้ได้ และแม้ว่ารัฐจะช่วยเรื่องค่าเล่าเรียนแต่อุปกรณ์การเรียนอื่น ๆ และค่าใช้จ่าย อื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการเรียนนับวันจะแพงขึ้นและอาจจะต้องใช้เงินไม่น้อยไปกว่าหรืออาจมากกว่าค่าเล่าเรียนด้วยซ้ำไป การฝ่าฟันให้เรียนจบการศึกษาขั้นพื้นฐานจึงเป็นเรื่องใหญ่ที่ท้าทายพ่อแม่ในครอบครัวที่มีฐานะอยู่ระดับฐานพีระมิดในสังคมไทย** และไม่คิดฝันที่จะให้ลูกได้เรียนไปไกลกว่านั้นจบลงด้วยการเรียนอะไรที่จบเร็ว ๆ แล้วรีบช่วยพ่อแม่ทำมาหากิน นักเรียนกลุ่มนี้ซึ่งยากจนและอยู่ห่างไกลความเจริญอยู่แล้วก็ยิ่งได้รับการเตรียมความพร้อมทางสติปัญญาน้อยลงไปและเป็นผู้ด้อยโอกาสข้ามรุ่น (Intergenerational Underprivileged) และยิ่งนานวันจะยิ่งลืมตาอ้าปากได้ช้าลงเมื่อเทียบกับคนที่มีฐานะดีกว่า

ภาพที่ 4 : อัตราการเข้าเรียนสุทธิ ระดับ **ประถมศึกษา** จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้



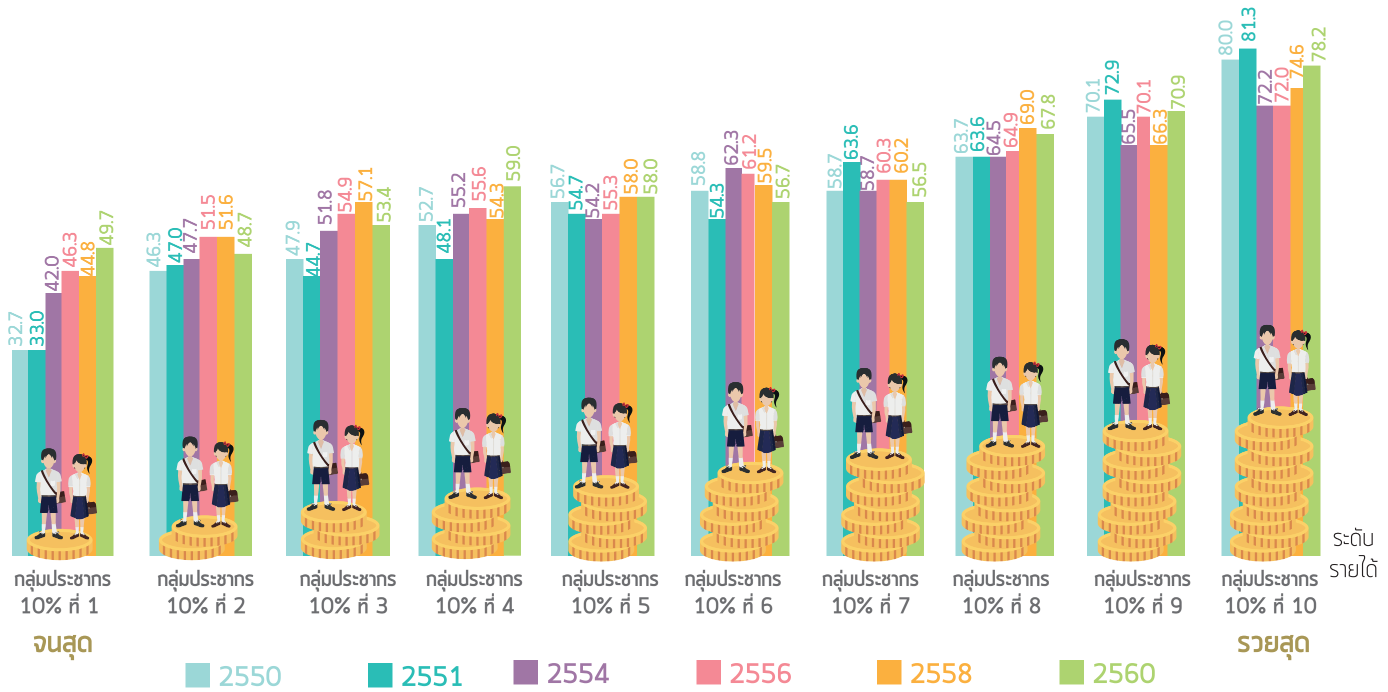
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2561). รายงานการติดตามความก้าวหน้า การสร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย ในปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12

ภาพที่ 5 : อัตราการเข้าเรียนสุทธิ **ระดับมัธยมต้น** จำแนกตามกลุ่ม ประชากรตามระดับรายได้



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2561). รายงานการติดตามความก้าวหน้า การสร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย ในปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12

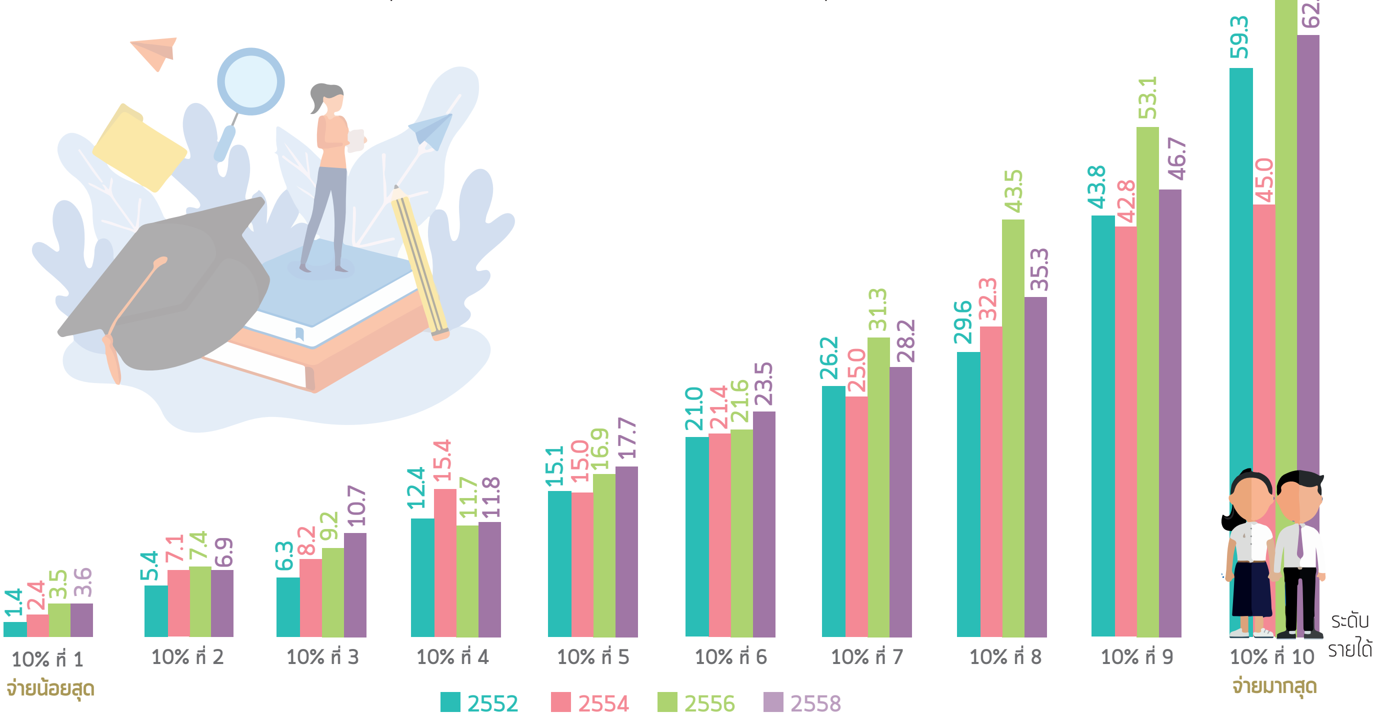
ภาพที่ 6 : อัตราการเข้าเรียนสุทธิ **ระดับมัธยมปลาย** จำแนกตาม กลุ่มประชากรตามระดับรายได้



ที่มา : (1) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2558). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจน และความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย

(2) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2561). รายงานการติดตามความก้าวหน้า การสร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำในสังคมไทย ในปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12

ภาพที่ 7 : อัตราการเข้าเรียนสุทธิ **ระดับมหาวิทยาลัย** จำแนกตาม กลุ่มประชากรตามระดับรายจ่าย



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2558). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจน และความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย

หมายเหตุ : ข้อมูลอัตราการเข้าเรียนสุทธิระดับมหาวิทยาลัยของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ.2558 ใช้ข้อมูลรายจ่ายเพื่อสะท้อนระดับฐานะทางเศรษฐกิจ

สนามหญ้าหน้าโรงเรียนประเทศอื่น

ภาพ : https://www.thecrazyfacts.com/5-reasons-wrong-everything
https://pixabay.com/th/images/search/children/?cat=nature&pagi=3

> "The grass is always greener on the other side of the fence."
> "สนามหญ้าข้างบ้านมักเขียวกว่า"

ผลการสอบ PISA ทำให้เกิดการเปรียบเทียบคุณภาพของเด็กนักเรียน คุณภาพการศึกษา และเชื่อมต่อไปถึงศักยภาพการแข่งขันของแต่ละประเทศในอนาคตเมื่อเด็ก ๆ เหล่านี้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ หลายประเทศถูกจับตามองในฐานะต้นแบบของระบบการศึกษาที่สามารถผลักดันให้เด็กนักเรียนมีผลการสอบสูงลิ่วทั้งด้านวิทยาศาสตร์ การอ่าน และคณิตศาสตร์

สิงคโปร์ และฟินแลนด์ เป็นสองประเทศที่นักการศึกษาจากทั่วโลกจับตามองและพยายามถอดรหัสแกะรอยความสำเร็จไม่ใช่เฉพาะด้านการศึกษาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงประสิทธิภาพการดูแลและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ทั้งสองประเทศนี้มีคะแนนที่โดดเด่นทั้งในรายงานของ Global Competitiveness Report ของ World Economic Forum ในมิติของทุนมนุษย์ (Human capital) และความสามารถด้านการผลิตนวัตกรรม (Innovation capacity) รวมทั้งในรายงาน Human Development Report ของ สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme: UNDP) และถ้าระบบการศึกษาของทั้งสองประเทศนี้เป็นเหมือนเครื่องจักรเครื่องยนต์ก็คงถูกถอดประกอบเพื่อหาฟันเฟืองแห่งความสำเร็จของระบบการศึกษาไปแล้ว และหากใครที่ศึกษาระบบการศึกษาของทั้งสองประเทศนี้อย่างละเอียดก็จะรู้ว่า บรรยากาศและสภาพแวดล้อมการศึกษาของทั้งสองประเทศนี้แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง สิ่งที่ทั้งสองประเทศนี้พอจะมีร่วมกันอยู่บ้างก็คงจะเป็นจำนวนประชากรที่มีประมาณ 5 ล้านคน เท่านั้น ซึ่งอาจจะมีนัยสำคัญต่อการบริหารจัดการการศึกษาของประเทศ

จะว่าไปแล้ว บรรยากาศการเคี่ยวเข็ญเด็กนักเรียนในสิงคโปร์ไม่แตกต่างจากพ่อแม่คนชั้นกลางในสังคมไทยเท่าใดนัก แต่สิงคโปร์อาจมีระดับของความเข้มข้นของการเคี่ยวเข็ญมากกว่ามาก พ่อแม่ในสิงคโปร์เข้ามามีบทบาทในการกำกับการเรียนของลูกอย่างใกล้ชิด เป็นกองหนุนที่แทบจะเป็นโค้ชประกบหลังนักมวยที่กำลังชกบนเวทีเลยทีเดียว พ่อแม่สิงคโปร์รู้ดีถึงความรุนแรงของการแข่งขัน

เพื่อประกันอนาคตที่ปลอดภัยให้กับลูก **หลายคนยอมรับว่าตัวเองเป็น "เกียซู" (驚輸) ซึ่งเป็นภาษาฮกเกี้ยนที่หากแปลตรง ๆ แล้วความหมายจะไม่ค่อยดีนัก หมายถึง "ลูกฉันพลาดไม่ได้"**[14] แต่สะท้อนความทุ่มเททั้งทุนทรัพย์และเวลา เด็กสิงคโปร์พึ่งพาสถาบันกวดวิชาอย่างหนักหน่วงไม่แพ้เด็กไทย และเริ่มเข้าสถาบันกวดวิชาตั้งแต่ชั้นประถม และเริ่มทันทีหลังจากโรงเรียนเลิกเวลาบ่ายโมงครึ่ง และทานอาหารกลางวันเสร็จ การเทียวรับเทียวส่งลูกตามสถาบันกวดวิชาต่าง ๆ เป็นชีวิตปกติของพ่อแม่เกียซู แต่ที่ดูว่าล้ำหน้าไปกว่าพ่อแม่ไทยคือพ่อแม่สิงคโปร์จำนวนไม่น้อยที่นั่งหลังห้องติดตามการกวดวิชาของลูกเพื่อจะได้ทราบว่าเมื่อกลับไปบ้านแล้วต้องติดตามเรื่องอะไรต่อบ้าง พ่อแม่และผู้ปกครองในสิงคโปร์กลายเป็นส่วนหนึ่งของกลไกการศึกษา[15] การกวดขันเรื่องการเรียนของลูกเป็นอาชีพที่ 2 (Second job) ของพ่อแม่สิงคโปร์ เด็กนักเรียนประถมจะต้องผ่านการสอบข้อสอบมาตรฐาน Primary School Leaving Examination (PSLE) ซึ่งเป็นความกดดันด่านแรกที่เด็กจะต้องฟันฝ่า คะแนน PSLE ที่สูงพอจึงจะสามารถเลือกโรงเรียนมัธยมที่ดี ๆ ได้ และเพิ่มโอกาสการเข้าสู่ระดับมหาวิทยาลัย หากคะแนนไม่ดีพอก็จะต้องหันไปโรงเรียนสายวิชาชีพ (Vocational school) ซึ่งได้รับการยอมรับไม่น้อยในสังคมสิงคโปร์ แต่การเข้าเรียนในระดับมหาวิทยาลัยก็ถือว่าเป็นหน้าเป็นตามากกว่า ในรายการสารคดี Dateline ของออสเตรเลีย ตอน "Inside Singapore's world-class education system"[16] สะท้อนเทคนิคการสอนและคุณภาพของครูซึ่งเป็นหัวใจของความสำเร็จของการศึกษาในสิงคโปร์ และเล่าถึง การสัมภาษณ์ **เด็กน้อยชาวสิงคโปร์วัย 12 ขวบ ที่บอกว่า *"ถ้าเป็นไปได้ ก็อยากได้เวลานอนมากขึ้น และเล่นมากขึ้น"***

ภาพระบบการศึกษาของฟินแลนด์ต่างจากสิงคโปร์อย่างสิ้นเชิง ด้วยแนวคิดการให้มีการบ้านน้อยที่สุด เด็กควรมีเวลาเล่นกับเพื่อน ๆ เพื่อพัฒนาทักษะการอยู่ร่วมกันในสังคม เด็กควรได้มีโอกาสสนุกกับการใช้ชีวิตวัยเด็ก การเล่นกับเพื่อน ๆ สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ ครูพยายามกระตุ้นให้เด็กนำเอาสิ่งที่สังเกตได้จากการเล่น หรือประสบการณ์จากการเล่นมาหาความรู้เพิ่มเติมในชั้นเรียน[17] เด็ก ๆ จะเริ่มมีการบ้านเมื่อเข้าสู่ชั้นมัธยม เด็กประถมใช้เวลาประมาณ 3-4 ชั่วโมงต่อวันที่โรงเรียน

ภาพ : https://www.science.edu.sg/for-schools/resources/star-kits

และทั้งสัปดาห์จะเรียนที่โรงเรียนไม่เกิน 20 ชั่วโมง เป็นระบบการศึกษาที่กำหนดให้นักเรียนมีชั่วโมงเรียนน้อยที่สุด แต่กลับเป็นประเทศหนึ่งในประเทศที่นักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ด้านการศึกษาสูงที่สุดของกลุ่มประเทศ OECD[18] และที่น่าประทับใจอย่างยิ่งคือการที่ฟินแลนด์มีความแตกต่างระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของเด็กรวยและเด็กจนน้อยที่สุดในโลก เด็กฟินแลนด์เริ่มเข้าโรงเรียนเมื่ออายุ 7 ขวบ ไม่มีสอบข้อสอบมาตรฐานใด ๆ จนกระทั่งเรียนจบมัธยมปลาย

ในบรรดารายละเอียดต่าง ๆ ของระบบการศึกษาในฟินแลนด์ **สิ่งที่ระบบการศึกษาของประเทศอื่น ๆ เลียนแบบได้ยากที่สุดคือการสร้างมาตรฐานของโรงเรียนทุกแห่งในฟินแลนด์ให้เท่าเทียมกัน ไม่มีโรงเรียนเด็กรวยเด็กจน ไม่มีโรงเรียนเด็กเก่งเด็กไม่เก่ง ซึ่งเป็นผลจากระบบสวัสดิการของรัฐที่ให้การดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างเสมอภาค** เป็นระบบที่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกันอย่างมาก และเป็นระบบที่ให้การศึกษาแบบเรียนร่วมกัน ไม่แบ่งแยกเด็กเก่งเด็กไม่เก่งและแม้แต่เด็กพิการ (Inclusive education)[19] ในขณะที่ประเทศอื่นใช้ระบบแพ้คัดออกที่สร้างระบบการแข่งขันและเอาชนะกันตั้งแต่เด็ก ๆ

สิงคโปร์และฟินแลนด์เป็นตัวอย่างของความสำเร็จที่มีความต่างในรายละเอียดอย่างมาก และยากที่จะลอกเลียนเพราะประวัติศาสตร์ความเป็นมาของการพัฒนาชาติ ระบบการปกครอง ระบบรัฐสวัสดิการที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง แต่สิ่งที่สองประเทศนี้มีเหมือนกันคือเป็นประเทศที่มีขนาดเล็กในแง่ของจำนวนประชากร

ประเทศที่เป็นตัวอย่างของการปฏิรูปการศึกษาให้กับประชากรขนาดใหญ่คงจะไม่พ้นประเทศสาธารณรัฐ

ภาพ : https://www.salika.co/2019/06/17/finland-and-singapore-world-best-education

ประชาชนจีน ซึ่งเริ่มการปฏิรูปการศึกษาครั้งล่าสุดเมื่อ พ.ศ.2536 ก่อนหน้าการปฏิรูปการศึกษาครั้งล่าสุดของประเทศไทยเพียง 6 ปี ผู้ที่รับผิดชอบการวางแผนการปฏิรูปในครั้งนั้นคือ หลี่ หลานชิง อดีตรองนายกรัฐมนตรี ซึ่งได้รับมอบหมายให้ดูแลเรื่องการศึกษาจากนายกรัฐมนตรี หลี่ เผิง ทั้ง ๆ ที่ตลอดชีวิตการทำงานดูแลเรื่องการผลักดันเศรษฐกิจมาโดยตลอด **การปฏิรูปการศึกษาครั้งนั้นวางระยะเวลาไว้ 10 ปี คือตั้งแต่ พ.ศ.2536 จนถึง พ.ศ.2546 มีประชากรขนาด 1.3 พันล้านคน โครงสร้างและระบบการศึกษาขนาดมหึมาที่นิ่งแข็งมาเป็นเวลานาน เป็นความท้าทายที่สำคัญ** ในหนังสือ “การศึกษาเพื่อประชากร 1,300 ล้านคน: สิบปีของการปฏิรูปและพัฒนาการศึกษา” [20] ซึ่ง หลี่หลานชิงเป็นผู้เขียนเอง ได้เล่าถึงแนวทางการปฏิรูปเพื่อสร้างความแข็งแกร่งด้านวิทยาศาสตร์ให้กับประเทศจีนเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจของจีน ด้วยการพัฒนาคุณภาพทางการศึกษา มาตรการเร่งด่วนในลำดับแรกของการปฏิรูปคือการยกระดับความเป็นอยู่ และศักดิ์ศรีของครู รวมทั้งการพัฒนาขีดความสามารถและเพิ่มจำนวนครูอย่างมีคุณภาพ ซึ่งตามมาด้วยการเพิ่มงบประมาณด้านการศึกษาและการใช้งบประมาณอย่างมีคุณภาพ การเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนทั้งจากภายในประเทศจีน ฮ่องกง มาเก๊า และไต้หวัน เข้ามาสนับสนุนงบประมาณด้านการศึกษา การปรับปรุงเรื่องจริยศึกษาในโรงเรียน การปฏิรูปหลักสูตร ตำราเรียน ระบบการสอบ และการประเมินผล รวมทั้งการปฏิรูปการเรียนการสอนระดับอาชีวศึกษาซึ่งพัฒนามาจากโรงเรียนอุตสาหกรรมช่วง พ.ศ. 2409 มาจนถึงยุคจีนเปิดประเทศใน พ.ศ.2521 การปฏิรูป 10 ปี ในครั้งนี้ทำให้มีนักเรียนอาชีวศึกษาเพิ่มจากปีละ 3.16 ล้านคนมาเป็น 4.7 ล้านคน ทำให้มีนักเรียนอาชีวศึกษาทั้งระบบมากถึง 11.97 ล้านคน นอกจากนี้ยังได้มีการปรับปรุงการศึกษาผู้ใหญ่ การศึกษาต่อเนื่อง และการศึกษาของชุมชนเพื่อกระจายการศึกษาให้ทั่วถึง

อย่างไรก็ตาม **ในเวลา 2 ปีที่ผ่านมา แวดวงการศึกษาของจีนมีการวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักเกี่ยวกับความพยายามในการปฏิรูปการสอบเข้าระดับมหาวิทยาลัยของจีนที่เรียกว่า “เกาเข่า” (高考 แปลตรงตัวว่าการสอบขั้นสูง) ซึ่งสร้างความเครียดอย่างมากให้กับทั้งตัวเด็กนักเรียนไปจนถึงผู้ปกครอง ทั้งในทุกขณะที่เตรียมการสอบและการแข่งขันกันเข้าโรงเรียนมัธยมที่มีชื่อเสียง สะท้อนปัญหาความไม่เท่าเทียมของคุณภาพโรงเรียน รวมไปจนถึงความเหลื่อมล้ำที่ตามมา** ไม่ต่างไปจากปัญหาในระบบการศึกษาไทย วิธีการสอบ “เกาเข่า” แบบใหม่กำลังทดลองใน เซี่ยงไฮ้ และ เจ้อเจียง โดยเปลี่ยนทั้งเนื้อหาวิชาที่จะสอบ และเวลาที่ใช้ในการสอบจากเดิม 1 วันที่จะตัดสินอนาคตการเข้ามหาวิทยาลัยมาเป็นการเก็บคะแนน 3 ปี[21,22]

ตารางที่ 1 : อันดับความสามารถในการแข่งขันระดับโลก และการพัฒนามนุษย์ของประเทศไทยเทียบกับประเทศต่าง ๆ

	อันดับความสามารถในการแข่งขันระดับโลก (โดย World Economic Forum: WEF)				รายงานการพัฒนามนุษย์							
						คุณภาพด้านการศึกษา						
	ลำดับที่	ทุนมนุษย์		ความสามารถด้านนวัตกรรม	ระดับในภาพรวม	สัดส่วนนักเรียนต่อครู (ระดับประถม)	จำนวนครูประถมที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการสอน	การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต (2553-2561)		คะแนน PISA 2561		
		สุขภาพ	ทักษะ					ประถม	มัธยม	วิทยาศาสตร์	การอ่าน	คณิตศาสตร์
สิงคโปร์	1st (85)	1st (100)	19th (79)	13th (75)	สูงมาก	15	99			551	549	569
ฟินแลนด์	11th (80)	27th (93)	2nd (86)	12th (76)	สูงมาก	13	NA	100	100	522	520	507
มาเลเซีย	27th (75)	66th (81)	30th (73)	30th (55)	สูงมาก	12	99	100	100	438	415	440
จีน	28th (74)	40th (88)	64th (64)	28th (65)	สูง	17		93	98	590	555	591
ไทย	40th (68)	38th (89)	73rd (62)	50th (44)	สูง	16	100	99	97	426	393	419
เวียดนาม	67th (62)	71st (81)	93rd (57)	76th (37)	ปานกลาง	20	100			543	505	496

ที่มา : Global Competitiveness Report 2019, World Economic Forum[23]
Human Development Report 2019, UNDP[24] PISA 2018 Results, OECD[25]

บางมิติของความสำเร็จในการปฏิรูปการศึกษาไทย

ภาพ : https://www.unicef.org/thailand/th/stories/ การศึกษาสำหรับศตวรรษที่-21

แม้เสียงสะท้อนของสังคมเกี่ยวกับการศึกษาที่ผ่านสื่อต่าง ๆ จะออกไปในทางลบมากกว่าทางชื่นชม ซึ่งเป็นธรรมดาของสังคมที่มีเสรีภาพทางความคิด การแสดงความคิดต่าง และความพยายามที่จะปรับปรุงแก้ไขให้สิ่งต่าง ๆ ดีขึ้น พลวัตรของการศึกษาไทยก็มีสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นและน่าชื่นชม บางประเด็นเกิดจากการปฏิรูปการศึกษาครั้งล่าสุดโดยตรง บางประเด็นเกิดขึ้นจากการผลักดันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับกระทรวง หรือโครงสร้างทางการศึกษาของไทย

พระราชบัญญัติพื้นที่นวัตกรรมการศึกษา พ.ศ.2562 เป็นความสำเร็จขั้นหนึ่งของความพยายามในการผลักดันระบบการศึกษาไทยให้ก้าวทันพลวัตของความซับซ้อนที่เกิดขึ้นในสังคมตั้งแต่ยุคโลกาภิวัตน์จนถึงปัจจุบันซึ่งแทบจะพูดได้ว่าเป็นยุคหลังโลกาภิวัตน์ เป็นประเด็นสำคัญ 1 ใน 7 ประเด็นที่คณะกรรมการอิสระเพื่อการปฏิรูปการศึกษาเสนอและผลักดัน พื้นที่นวัตกรรมการศึกษาเป็นพื้นที่สำหรับการทดลองนวัตกรรมการศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ โดยให้อำนาจแก่สถานศึกษาในการบริหารงานได้อย่างอิสระ ที่สำคัญคือต้องสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน สามารถพัฒนาผู้เรียนให้ได้คุณภาพ โดยจะได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางอย่างเหมาะสม เป้าหมายสำคัญของการจัดพื้นที่นวัตกรรมการศึกษาคือเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการเรียนรู้ของนักเรียนในพื้นที่ ทั้งด้าน เจตคติ ทักษะสำคัญ และความรู้ การลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพการศึกษา การละทิ้งถิ่นฐานเนื่องจากการศึกษา และแสวงหาความร่วมมืออย่างจริงจังกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อการปรับปรุง พัฒนา และขยายผล ขณะนี้ได้ประกาศพื้นที่นำร่องแล้วใน 6 พื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ ภาคเหนือที่จังหวัดเชียงใหม่ ภาคกลางที่จังหวัดกาญจนบุรี ภาคตะวันออกที่จังหวัดระยอง ภาคอีสานที่จังหวัดศรีสะเกษ ภาคใต้ที่จังหวัดสตูล และชายแดนภาคใต้ 3 จังหวัด ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส[26,27]

การจัดตั้งกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) ตามพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ.2561 ซึ่งประกาศบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 14 พฤษภาคม 2561 มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสิทธิ์เข้าถึงการศึกษาได้อย่างทั่วถึง การให้ความช่วยเหลือแก่เด็กและเยาวชนที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ให้สามารถสำเร็จการศึกษาขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นการสนับสนุนไปที่ตัวนักเรียนและโรงเรียนที่ไม่เกี่ยวกับเงินเดือนของครู กองทุนนี้ มีทุนประเดิม

1,000 ล้านบาท และยังจะสมทบด้วยเงินรายปีจากสลากกินแบ่งรัฐบาลตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนด เงินบริจาคและเงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรเป็นรายปี ซึ่งในส่วนหลังนี้เดิมคณะกรรมการอิสระเพื่อการปฏิรูปการศึกษาเสนอให้จัดสรรจากงบประมาณเพื่อการศึกษาร้อยละ 5 ต่อเนื่องกันเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี ซึ่งโดยปกติงบประมาณเพื่อการศึกษาจะอยู่ที่ประมาณปีละ 25,000 ล้านบาท แต่ข้อเสนอนี้ไม่ผ่านความเห็นชอบของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) ทำให้ต้องพิจารณาเป็นรายปีไป และตกเป็นข้อถกเถียงในการอภิปรายงบประมาณของรัฐบาลตลอดมา[28] อย่างไรก็ตามในการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย พ.ศ.2563 ได้มีการพิจารณาแปรญัตติอนุมัติให้ปรับเพิ่มงบประมาณกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษาประมาณ 1,939 ล้านบาท แสดงให้เห็นถึงความพยายามของหลายฝ่ายในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาแม้จะมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ[29] อีกทั้ง**การจัดตั้งกองทุนฯ ได้รับความสนใจจากองค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO) และประกาศจะร่วมมือกับกองทุนฯ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ด้านการศึกษาในประเทศไทย**[30]

ความพยายามผลักดันการพัฒนาการศึกษาระดับอาชีวศึกษาเพื่อตอบโจทย์ความต้องการแรงงานระดับอาชีวศึกษาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งจากการขยายตัวของอุตสาหกรรมแห่งอนาคต ที่คาดว่าจะเป็นตัวแปรสำคัญในการยกระดับอุตสาหกรรมการผลิตของประเทศไทยให้ไปสู่การผลิตที่มีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนระดับอาชีวศึกษาหันมามองรากเหง้าของปัญหาการผลิตทรัพยากรบุคคลระดับอาชีวศึกษา ซึ่งมีทั้งเรื่องภาพลักษณ์ที่ติดอยู่กับการเป็นแรงงานระดับล่าง การทะเลาะวิวาท คุณภาพของนักเรียนที่เข้าเรียนในระดับอาชีวศึกษา ตลอดจนคุณภาพของหลักสูตรในการตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริงของภาคอุตสาหกรรม **โครงการ “สร้างสรรค์คนพันธุ์อา”** ซึ่งเริ่มดำเนินการในปี 2548 คัดเลือกนักเรียนอาชีวศึกษาที่มีผลงานโดดเด่นจากทั่วประเทศเพื่อเป็นตัวแทนในการประชาสัมพันธ์ โดยมีการคัดเลือกในระดับจังหวัดมาถึงระดับภูมิภาค ด้วยการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทั้งการแสดงผลงานทางวิชาการ สิ่งประดิษฐ์ การพัฒนาบุคลิกภาพ มีส่วนอย่างมากในการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของการเรียนการสอนในระดับอาชีวศึกษาทั่วประเทศ ต่อมาในปี 2558 ก็มีการจัด**โครงการ “อวด-ดี อาชีวะ”** ซึ่งเป็นการจัดประกวดภาพยนตร์สารคดี เพื่อพัฒนาเด็กช่างให้เป็นนักคิด นักสร้างสรรค์ และนักสื่อสาร มีการเผยแพร่

ภาพ : https://www.chiangmainews.co.th/page/archives/863124

ภาพ : https://aboutmom.co/place/school_plearn/2027

ผลงานผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อให้สังคมไทยมองภาพอาชีวศึกษาในมุมมองที่สร้างสรรค์ และทำให้นักเรียนอาชีวศึกษามีความภาคภูมิใจ นอกจากนี้ยัง**มีการเชื่อมโยงกับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เพื่อให้นักเรียนมัธยมศึกษาที่เรียนสายสามัญได้มีโอกาสลองสัมผัสกับการเรียนการสอนทางวิชาชีพ** และได้ทดลองทำงานวิชาชีพ เพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับนักเรียนสายสามัญ ส่วนการพัฒนาหลักสูตรให้ตรงความต้องการของตลาดนั้น ได้มี**ความร่วมมือกันระหว่างสถานศึกษาระดับอาชีวศึกษากับบริษัทเอกชนในการพัฒนาหลักสูตรร่วมกัน ตลอดจนการฝึกอบรมครูผู้สอน และการรับนักเรียนอาชีวศึกษาเข้าฝึกงาน** อย่างเช่น ความร่วมมือกับบริษัทโตโยต้า มอเตอร์ ประเทศไทย จำกัด บริษัทพฤกษา เรียลเอสเตท จำกัด (มหาชน) และบริษัทเอกชนที่เป็นผู้ผลิตรายใหญ่อีกหลายแห่ง และยังมี **"สัตหีบโมเดล" ซึ่งเป็นความร่วมมือ 3 เส้า ได้แก่ สถานบันอาชีวศึกษา-องค์กรวิชาชีพ-สถานประกอบการ** เพื่อผลิตผู้สำเร็จการศึกษาระดับอาชีวศึกษาป้อนโรงงานอุตสาหกรรมที่จะเข้ามาลงทุนในพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) โดยเฉพาะการลงทุนใน 10 อุตสาหกรรมเป้าหมายและอุตสาหกรรม S-curve ใหม่ ซึ่งองค์ความรู้เดิมในสถานศึกษาอาจมีความก้าวหน้าไม่ท่วงทันการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีใหม่ นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2561 ได้มีการ**เปิดหลักสูตร "อาชีวะพรีเมียม"** โดยร่วมมือกับสถาบันการศึกษาจากต่างประเทศ และการให้นักศึกษาได้เข้าไปเรียนและสัมผัสกับสถานที่จริง โรงงานจริง อุปกรณ์เครื่องมือจริง โดยได้มีการเปิดการเรียนการสอนไปแล้ว 6 สาขาวิชา ได้แก่ สาขาระบบขนส่งทางราง สาขาเมคคาทรอนิกส์และหุ่นยนต์ สาขาช่างอากาศยาน สาขาหุ่นยนต์เพื่อการอุตสาหกรรม สาขาโลจิสติกส์ และสาขาสมาร์ทฟาร์มเมอร์

โครงการเพาะพันธุ์ปัญญา เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูปการศึกษาที่เป็นความร่วมมือระหว่างภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และโรงเรียน โดยธนาคารกสิกรไทย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว. ภายหลังเปลี่ยนเป็น สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สกสว.) ร่วมกันผลักดันงานวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวทางการเรียนการสอนของครูและนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ โดยใช้วิธีการเรียนการสอนแบบ Research-based Learning (RBL) คือการเรียนรู้จากการทำโครงการวิจัยที่อาศัยเครื่องมือสำคัญ 3 ประการ คือ การตั้งคำถามกับผู้เรียน หรือให้ผู้เรียนตั้งคำถาม (ถามคือการสอน) การชวนผู้เรียนแสดงความคิดเห็น (สะท้อนคิดคือเรียน) และการมอบหมายให้ผู้เรียนเขียนงานวิชาการและความคิดความรู้สึกขณะทำงาน (เขียนคือคิด) โดยผู้เรียนจะทำงานกลุ่มตั้งแต่กำหนดเรื่องราวที่สนใจ แล้วออกแบบวิธีการหาคำตอบด้วยการทำวิจัย และนำเอาการพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 เป็นเป้าหมายของการเรียนรู้ ซึ่งจัดเป็นการเรียนรู้ในรูปแบบโครงงาน หรือ Project-based Learning และการให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแบบหนึ่งด้วย โครงการเพาะพันธุ์ปัญญาเริ่ม

ภาพ : http://thawsischool.com/2020/01/01/follow-up-

ดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ.2556 จนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2562 มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 135 โรงเรียน มีห้องเรียนกว่า 842 ห้อง ครู 4,579 คน และนักเรียน 24,612 คน

ในหลายทศวรรษที่ผ่านมามีการจัดตั้ง**โรงเรียนทางเลือกซึ่งเป็นโรงเรียนที่มีระบบการศึกษาที่มีความยืดหยุ่น ทั้งในแง่ของหลักสูตร การเรียนการสอน และการประเมินผล เน้นการพัฒนาการเรียนรู้และทักษะต่าง ๆ ของนักเรียน การเรียนรู้จากนอกห้องเรียน การลงมือปฏิบัติ และการตั้งคำถามเอง ไม่เน้นเรียนการสอนแบบท่องจำและแข่งขันแบบเดิม** แต่ยังต้องมีหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ ที่สำคัญคือผู้เรียนต้องมีความสุขในการเรียน ซึ่งได้รับความสนใจจากพ่อแม่ผู้ปกครองมากขึ้น ปัจจุบันมีโรงเรียนทางเลือกที่เป็นที่กล่าวถึงหลายแห่ง เช่น โรงเรียนทอสี โรงเรียนสยามสามไตร โรงเรียนอนุบาลบ้านรัก โรงเรียนรุ่งอรุณ โรงเรียนเพลินพัฒนา โรงเรียนดรุณสิกขาลัย โรงเรียนปัญโญทัย[31] เป็นต้น ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการสอบ O-NET ของนักเรียนโรงเรียนทางเลือกกับโรงเรียนกระแสหลักโดยใช้ข้อมูลปี พ.ศ.2553 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของนักเรียนกลุ่มโรงเรียนทางเลือกสูงกว่า[32]

นอกจากนี้ ความพยายามในการบ่มเพาะนักเรียนวิทยาศาสตร์ซึ่งจะมีความสำคัญในการผลักดันนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และการสร้างอุตสาหกรรมที่มีมูลค่าเพิ่มสูงให้กับประเทศไทย ทำให้เกิด**โรงเรียนที่เน้นการเรียนการสอนด้านคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ 2 แห่ง คือโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ และโรงเรียนกำเนิดวิทย์** ซึ่งโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ มีสถานะเป็นองค์การมหาชน เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ.2534 โดยความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดล และกรมสามัญศึกษา ถือเป็นโรงเรียนวิทยาศาสตร์แห่งแรกของประเทศไทย เปิดสอนเฉพาะระดับมัธยมปลาย รับนักเรียนใหม่ปีละ 240 คน รวม 3 ชั้นปี มีนักเรียนรวม 720 คน ในปีการศึกษา 2562 มีผู้สนใจสมัครเข้าเรียน 22,231 คน นับเป็นโรงเรียนมีการแข่งขันที่สูงมากแห่งหนึ่ง สำหรับโรงเรียนกำเนิดวิทย์นั้น แต่เดิมคือโรงเรียนวิทยาศาสตร์ระยอง (Rayong Science Academy) มีลักษณะเป็นโรงเรียนที่เน้นการเรียนการสอนด้านคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ระดับมัธยมปลายเช่นเดียวกัน ลงทุนโดย กลุ่มบริษัท ปตท. จำกัดมหาชน ด้วยมูลค่าเริ่มต้นกว่า 5,000 ล้านบาท บนพื้นที่กว่า 900 ไร่ ที่อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2558 รับนักเรียนปีละ 72 คน รวม 3 ชั้นปี มีนักเรียนรวม 216 คน กำหนดให้มีนักเรียนห้องเรียนละ 18 คนเท่านั้น ในปีการศึกษา พ.ศ.2560 มีผู้สนใจสมัครเข้าเรียน 7,000 คน

จะเห็นได้ว่า พัฒนาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแวดวงการศึกษาของไทยมีทั้งที่สืบเนื่องจากการปฏิรูปการศึกษาโดยตรง และจากภาคส่วนอื่น ๆ ทั้งภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาการการศึกษาให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน

บทสรุปของสองทศวรรษปฏิรูปการศึกษาไทย

> "กล้วยไม้มีดอกช้า ฉันใด
> การศึกษาเป็นไป เช่นนั้น
> แต่ออกดอกคราวไร งามเด่น
> งานสั่งสอนปลูกปั้น เสร็จแล้วแสนงาม"

หม่อมหลวงปิ่น มาลากุล นักการศึกษาคนสำคัญท่านหนึ่งของประเทศไทย ผูกโคลงเกี่ยวกับงานด้านการศึกษาที่ต้องอาศัยระยะเวลาและความอดทน กว่าจะผลิดอกออกผลให้ชื่นชมนั้นใช้เวลานาน แม้หม่อมหลวงปิ่น อาจจะไม่ได้ตั้งใจหมายถึงการปฏิรูปการศึกษาเสียเลยทีเดียว แต่การปฏิรูปการศึกษาก็คงไม่แตกต่างไปจากความนัยของ โคลงบทอมตะนี้เท่าใดนัก เพราะการปฏิรูปการศึกษาเข้าไปเกี่ยวพันกับกระบวนการและขั้นตอนทางการเมืองและนิติบัญญัติ รวมทั้งบริบทต่าง ๆ ของสังคมในยุคปัจจุบันอย่างซับซ้อน ทำให้การปฏิรูปการศึกษากินเวลานานยาวอย่างที่เห็นอยู่

ไพฑูรย์ สินลารัตน์ (2558)[33] กล่าวถึง **"การปฏิรูปการศึกษาจากล่างขึ้นบน"** เพื่อให้มุมมองใหม่ในการพัฒนาการงานด้านการศึกษา ซึ่งในระยะเวลาที่ผ่านมาเมื่อเอ่ยถึงการปฏิรูปการศึกษาก็มักจะนึกถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับรัฐธรรมนูญ การร่างพระราชบัญญัติ เรื่อยไปจนถึงการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารการศึกษาในกระทรวง ทำให้กาเปลี่ยนแปลงเป็นเพียงการบริหารอำนาจในการบริหารและการจัดการงบประมาณ แม้จะมีการสร้างหน่วยงานใหม่ ๆ ออกมาเพื่อให้การบริหารการศึกษามีความทันสมัยขึ้นมาบ้าง แต่ธรรมชาติและความเคยชินทั้งในการเรียน และการ

ภาพโรงเรียนแถบจังหวัดชายแดน

ภาพ : ภูเบศร์ สมุทรจักร

สอนไม่ได้รับความใส่ใจในการปรับเปลี่ยน เท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะขอบเขตของการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างสามารถทำได้เพียงแค่นั้น การปฏิรูปการศึกษาจากด้านล่างจึงเป็นแนวคิดการสร้างการเปลี่ยนแปลงของคนที่สอนและเรียน ซึ่งหมายถึงการเปลี่ยนแปลงของครูในการสั่งสอน และนักเรียนในการเรียนรู้ โดยเฉพาะแนวคิดการเปลี่ยนแปลงการสอนที่ต้องทำให้ครูอาจต้องเรียนรู้และพัฒนาทักษะของตนเองให้เข้าถึงทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 และการพัฒนาทักษะดังกล่าวให้กับศิษย์ที่วิจารณ์ พานิช (2555) เขียนวิเคราะห์และเสนอแนะไว้ใน **“วิถีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ ในศตวรรษที่ 21” ซึ่งหากครูไม่สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเรียนรู้ของตนเอง ก็ยากที่จะสามารถทำให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วในโลกยุคข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีระดับพลิกผัน (Disruptive technology)** การทดลองวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบใหม่ไม่ว่าจะเป็น Inquiry-based learning ซึ่งเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกต แล้วตั้งคำถาม การสร้างโครงงาน (Project) เพื่อค้นคว้าหาคำตอบ แล้วเรียนรู้จากการดำเนินโครงงานเหล่านั้น โดยการช่วยเหลือของครูในการชี้แนะการค้นหาข้อมูลผ่านสื่อสมัยใหม่ต่าง ๆ และการถอดบทเรียน ทำให้การเรียนรู้เป็นแบบนักเรียนเป็นศูนย์กลาง แตกต่างจากการเอาแบบเรียน หรือครูเป็นศูนย์กลางดังเช่นสมัยก่อน รวมไปจนถึงการทดสอบแนวใหม่ที่ทดสอบวิธีคิด มากกว่าการทดสอบความจำ

การเปลี่ยนแปลงจากล่างเริ่มเห็นเค้าลางชัดเจนมากขึ้นจากแรงขับเคลื่อนของภาคประชาสังคม เช่นโครงการ Teach for Thailand[34] ที่มุ่งสร้างครูรุ่นใหม่เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเรียนของเด็กไทย สถาบันรักลูกกรุ๊ป[35] ที่เผยแพร่การสร้างทักษะสมอง (Executive Function: EF) ให้เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนในโรงเรียน เครือข่ายครูขอสอน[36] ซึ่งก่อตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือให้ครูได้ทำหน้าที่สอนและได้พัฒนาทักษะการสอนอย่างจริงจัง นอกจากนี้ยังมีพ่อแม่อีกจำนวนหนึ่งที่เริ่มทำโฮมสคูล (Home school) ซึ่งหมายถึงการที่พ่อแม่จัดการเรียนการสอนให้กับลูก มีทั้งที่พ่อแม่จัดการเองทั้งหมด หรือจัดร่วมกับโรงเรียน การรวมตัวของพ่อแม่แบ่งปันประสบการณ์ในการสร้างการเรียนรู้ให้กับลูกอย่างเช่น Flock Learning[37] ซึ่งดำเนินการในลักษณะวิสาหกิจเพื่อสังคมช่วยเหลือพ่อแม่ผู้ปกครองในการสร้างการเรียนรู้ให้กับเด็ก

ภาพ : https://www.teachforthailand.org/fellowship-program

สังคมไทยในสภาพแวดล้อมของศตวรรษที่ 21 มีขนาดใหญ่ในเชิงปริมาณ มีความหลากหลายและซับซ้อนมากเกินกว่าโครงสร้างการบริหารการศึกษาเดิมจะกำกับควบคุม ดูแล และดำเนินการได้อย่างทั่วถึง การปรับให้โครงสร้างของกระทรวงสามารถทำงานร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม และประชาชน จึงเป็น **ความท้าทายที่การปฏิรูปการศึกษาต้องทำให้เกิดขึ้นให้ได้ และเป็นความท้าทายที่มีความหมายกว้างไปกว่า “การกระจายอำนาจ” ในความหมายเดิม ซึ่งมักชวนให้คิดถึงการกระจายอำนาจสู่การปกครองส่วนท้องถิ่น แต่หมายถึงการกระจายอำนาจ เพื่อเปิดรับความรู้ ความเชี่ยวชาญจากทุกภาคส่วนดังที่ได้กล่าวไว้เพื่อให้มาช่วยกันขับเคลื่อนการปฏิรูปการเรียนรู้ของคนไทย**

และก่อนที่การปฏิรูปการศึกษาจะมุ่งประเด็นไปแต่เพียงการศึกษาในระบบที่มุ่งไปสู่เป้าหมายปลายทางแห่งการสร้างอาชีพและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีจนละลืมเป้าหมายของการศึกษาที่เป็นไปเพื่อการดำรงชีวิตให้มีความสุข สังคมไทยและผู้เกี่ยวข้องกับการศึกษาทั้งที่เป็นนักเรียน นักศึกษา ผู้ให้การศึกษา และผู้บริหารการศึกษาควรตระหนักถึงแง่มุมที่สังคมมีความเจริญก้าวหน้า กอปรด้วยความรู้ต่าง ๆ มากมายอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อนในประวัติศาสตร์ แต่กลับมีปัญหาและความทุกข์ต่าง ๆ ติดตามมาในรูปแบบใหม่ ๆ ที่อาจรุนแรงกว่าเดิม การแสวงหาความสงบสุขในการดำรงชีวิตทำได้ยากขึ้น เป็นประเด็นที่การปฏิรูปการศึกษาควรให้ความสำคัญหรือไม่ เพื่อให้การศึกษาในสังคมเป็นการศึกษาที่สร้างเสริมสุขภาวะอย่างแท้จริง

เกณฑ์การจัดทำรายงาน
“สุขภาพคนไทย 2563”

ส่วนที่ 1

12 หมวดตัวชี้วัด "สุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย"

กระบวนการทำงาน

1. การคัดเลือกประเด็นเด่นตัวชี้วัด ทางด้านประชากร โดยผ่านคณะกรรมการชี้ทิศทางร่วมกันกับคณะทำงานโครงการฯ
2. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความรอบรู้ในดัชนีชี้วัดที่กำหนดไว้ มีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และข้อมูลนั้นมีการจัดเก็บทุกปี เพื่อขอข้อมูลที่ทันสมัย
3. กำหนดกรอบเวลาในการเขียนบทความ คณะทำงานรับผิดชอบหลักในแต่ละหมวด ได้ทราบถึงแนวทางการเขียน วัตถุประสงค์ของการนำเสนอแต่ละหมวดตัวชี้วัดและข้อกำหนดเวลาเบื้องต้นในการค้นคว้าหาข้อมูล และจัดทำเนื้อหา
4. ร่างเนื้อหาตัวชี้วัดสุขภาพ
5. ประชุมระดมสมอง พิจารณาร่างงานตัวชี้วัด เพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด โดยผ่านการประชุมคณะทำงานทีมสุขภาพคนไทย และคณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทย
6. ผู้ทรงคุณวุฒิ อ่านทบทวนหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ โดยอ่านภาพรวมทุกหมวดในชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

1. ค้นหาสาระสำคัญ (Key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้เนื้อหาไม่กระจัดกระจายในการนำเสนอ
2. ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้ม และรวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์
3. เน้นรูปแบบ และเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่านและเข้าใจต่อผู้อ่านทุกกลุ่มวัย

ส่วนที่ 2

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ และ 4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

สถานการณ์ในรอบปี

ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นฯ ลำดับ 1 ถึง 10 และผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพของคนไทยอีก 4 สถานการณ์ ซึ่งเรียกงานส่วนนี้ว่า "สถานการณ์เด่น 10+4" เกณฑ์การเลือกสถานการณ์ และเกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น มีดังนี้

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่นฯ

- เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2562 หรือเป็นสถานการณ์ที่เคยรายงานไปแล้ว แต่นำมาเสนออีกครั้ง เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลง เป็นบทเรียนในสังคมไทย
- มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
- เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

สำหรับ 4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้นหรือความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

ส่วนที่ 3
เรื่องพิเศษประจำฉบับ

เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

- สำรวจความคิดเห็นจากคณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทย โดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์ที่มีความสำคัญในสังคมไทย ทั้งที่เป็นข่าวและไม่เป็นข่าว เกิดขึ้นตั้งแต่ต้นปี 2562 จนถึง ณ เวลาที่ทำการสำรวจสถานการณ์ โดยให้คณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทยให้คะแนน โดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 อันดับ คือ มากที่สุด (คะแนน = 5) มาก (คะแนน = 4 คะแนน) ปานกลาง (คะแนน = 3 คะแนน) น้อย (คะแนน = 2 คะแนน) และน้อยที่สุด (คะแนน = 1 คะแนน)
- การวิเคราะห์ข้อมูลความถี่ เพื่อเรียงลำดับความสำคัญ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ คือ

เรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (Target group oriented) และเรื่องเฉพาะประเด็น (Issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องแต่ละลักษณะสลับกันไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมา หรือหัวข้อของตัวชี้วัดทางสุขภาพที่น่าสนใจ

หลักเกณฑ์สำคัญในการเลือกเรื่องพิเศษประจำฉบับ คือ

1. เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
2. เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
3. เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

กระบวนการทำงาน

1. คณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทยประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
2. ทีมงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงร่างของรายงาน
3. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลประกอบการจัดทำรายงาน
4. คณะทำงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้น ๆ อีกครั้ง
5. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหารายงานและปรับแก้ไข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2563

ทบทวนรายงานทั้งเล่ม

นพ.วิชัย โชควิวัฒน

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

ทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพร่างแรก

ผศ.ดร.ฐิติมา รุ่งรัตนาอุบล และ ดร.สุธี จรรยาสุทธิวงศ์

อาจารย์ธาม เชื้อสถาปนศิริ

คุณธีรวัฒน์ ซ้วนตั้น

คุณปรกชล อู๋ทรัพย์

รศ.นพ.ปรีชา สุนทรานันท์

ผศ.ดร.ปิยวรรณ วิเศษสุวรรณภูมิ

ผศ.ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา

คุณพิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน

ผศ.ดร.ศุทธิดา ชวนวัน

ดร.สุจิตรา วาสนาดำรงดี

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทย 2563

นพ.วิชัย โชควิวัฒน	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์	ที่ปรึกษา
นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ประธานกรรมการ
นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
คุณยุวดี คาดการณ์ไกล	ศูนย์ศึกษามหานครและเมือง วิทยาลัยรัฐกิจ	กรรมการ
คุณอรวรรณ สุทธางกูร	รองผู้อำนวยการสำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
คุณเบญจมาภรณ์ ลิมปิษเฐียร	ผู้อำนวยการอาวุโส ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา	ผู้อำนวยการสำนักภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
คุณสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	องค์กรชุมชนคลองขนมจีน อำเภอเสนา	กรรมการ
คุณวิเชษฐ์ พิชัยรัตน์	คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการสื่อสารมวลชน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
คุณสุริยนต์ ธัญกิจจานุกิจ	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
รศ.ดร.ภญ.วรรณา ศรีวิริยานุภาพ	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
คุณสมพร เพ็งค่ำ	นักวิชาการอิสระ	กรรมการ
ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
ผศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและเลขานุการ
ผศ.ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
ผศ.ดร.มนสิการ กาญจนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
ผศ.ดร.สักกรินทร์ นิยมศิลป์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะทำงานจัดทำโครงการสุขภาพคนไทย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ปรึกษาทีมวิชาการ

ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา

ผู้อำนวยการโครงการ

ผศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์

ตัวชี้วัดสุขภาพ

ผศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์

ผศ.ดร.มนสิการ กาญจนะจิตรา

กัญญา อภิพรชัยสกุล

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

ผศ.ดร.สักกรินทร์ นิยมศิลป์

กาญจนา เทียนลาย

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา

ผศ.ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร

กัญญาพัชร สุทธิเกษม

บรรณานุกรม

12 ตัวชี้วัด "สุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย"

1. สุขภาพกาย
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

มูลนิธิไทยโรดส์. (2548 – 2560). *รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนประเทศไทย พ.ศ. 2548 – 2559*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2563: จาก http://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-A.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *รายงานสถานการณ์โรครายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554 - 2561). *ระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2554 - 2561*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

2. สุขภาพจิต
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

3. สุขภาพสังคม
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2551*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2562). *K SME Analysis อยากกินต้องได้กิน SME ร้านอาหารปรับรับ Food Delivery พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยกสิกรไทย.

5. กิจกรรมทางกาย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2562). *รายงานผลการวิจัยโครงการติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชากรไทย 2562*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

World Health Organization. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Geneva: WHO.

6. พฤติกรรมทางเพศ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2551*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2557 - 2562). *รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2557 - 2562*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายงานสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

7. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ
มูลนิธิไทยโรดส์. (2557 – 2561). *อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย พ.ศ. 2557 – 2561*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 11 มกราคม 2563: จาก http://trso.thairoads.org/statistic/helmet

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

World Health Organization. (2015). Global Youth Tobacco Survey, Thailand 2015: Retrieved from https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/225/download/1980.

8. พฤติกรรมเสี่ยงทางสังคม
วรรณวิสา นากสุข และคณะ. (2562). *รูปแบบพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.* Chula Med Bull 1(3), 237 – 249. DOI: 10.14456/chulamedbull.2019.20.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (2562). *รายงานจำนวนคดีที่เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี พ.ศ. 2553 – 2562*. กรุงเทพฯ: กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน.

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2561). *รายงานสถานการณ์การพนันในสังคมไทย ปี 2562*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.). (2561). *รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดประจำปีงบประมาณ 2561*. กรุงเทพฯ: กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน.

9. สื่อสังคมออนไลน์
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์. (2562). *รายงานผลสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ ปี 2562*.กรุงเทพฯ: กองสวัสดิการเด็กและครอบครัว.

10. ครอบครัวกับวัยรุ่นและเยาวชน
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2562). *รายงานการสร้างครอบครัวอบอุ่นในจังหวะหัวเลี้ยวหัวต่อของเยาวชนในครอบครัวเปราะบางผ่านการใช้คู่มือ Thai Family Matters (TFM) และนวัตกรรม FFFamily 2562*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

11. การศึกษาและการทำงาน
ธนาคารโลก. (2561). *ดัชนีทุนมนุษย์ (Human Capital Index) ปี 2561 ด้านการศึกษาในกลุ่มประเทศ ASEAN* สืบค้นเมื่อ วันที่ 12 มกราคม 2563: จาก https://www.worldbank.org/en/publication/human-capital.

ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (*2550 – 2560*). *ประมาณการจำนวนประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ รายปี พ.ศ. 2550 - 2560*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 8 มกราคม 2563: จาก https://social.nesdc.go.th/social/Default.aspx?tabid=40.

สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (สสวท.) กระทรวงศึกษาธิการ (2561). *ผลการประเมิน PISA 2015 วิทยาศาสตร์ การอ่าน และคณิตศาสตร์ ความเป็นเลิศและความเท่าเทียมทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562). *การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

12. นโยบายของไทยต่อวัยรุ่นและเยาวชน
กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.). (2561). *พ.ร.บ. กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. 2561*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 20 มกราคม 2563: จาก https://www.eef.or.th/about/.

คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. (2561) *แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ (ผนวกรวมแผนปฏิบัติการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)*.

สืบค้นเมื่อ วันที่ 9 มกราคม 2563: จาก http://tpso4.m-society.go.th/images/DatabaseTPSO4/News_TPSO/Advertise/2562/PlanChilden2560-2564.pdf.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (*2561 – 2580*). *แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (11) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต พ.ศ. 2561 - 2580*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 12 มกราคม 2563: จาก http://nscr.nesdb.go.th/wp-content/uploads/2019/04/11-ศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต.pdf.

The World Bank. (2019). *The Global Competitiveness Report 2019*. World Economic Forum (WEF).

Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) (2017). *First ASEAN Youth Development Index*. Retrieved from https://asean.org/storage/2017/10/ASEAN-UNFPA_report_web-final-05sep.pdf.

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. ฝุ่น PM 2.5 มหันตภัยสุขภาพของไทย
[1] ศศิวิมล ชุ้นสวัสดิ์. (2561, 13 มีนาคม). การติดตามตรวจสอบการเผาในที่โล่งในภาคเหนือของประเทศไทย. *CMU CCDC*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2563: จาก https://www.cmuccdc.org/newsdetail/9

[2] ผู้เสียชีวิต อาทิ พ่อหลวงแดง หรือนายนิพนธ์จาระธรรม ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 5 ตำบลแม่แฝกใหม่ นางต๊ะนี กิจเจริญพันธ์ อาสาช่วยดับไฟในพื้นที่อำเภอจอมทอง นายเงิน นาหยิ ชาวบ้านอำเภอแม่ฟ้าหลวง พลทหารปิยพันธ์ แสนสุข สังกัดหน่วยเฉพาะกิจกรมทหารราบที่ 17 เป็นต้น

[3] ย้อนดู ม.ค.2562 ฝุ่น PM 2.5 เกินค่ามาตรฐาน 25 วันใน 1 เดือน บริเวณ กทม. และ ปริมณฑล. (2563, 10 มกราคม). *Workpoint news*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2563: จาก https://workpointnews.com/2020/01/10/pm25-4/

[4] กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2561). *โครงการศึกษาแหล่งกำเนิดและแนวทางการจัดการฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ในพื้นที่กรุงเทพและปริมณฑล*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 26 มกราคม 2563: จาก http://infofile.pcd.go.th/air/PM2.5.pdf?CFID=1970685&CFTOKEN=36949393&fbclid=IwAR35Gochd30oJ_OvPHSZHqKbzo__6SRZT3nmXB2rE5_ru1HIN9MGrFK3iaM

[5] ธารา บัวคำศรีพิษ. (2561, 12 กุมภาพันธ์). *ฝุ่นพิษ PM2.5 ที่คุกคามสุขภาพของคนในกรุงเทพฯ มาจากไหน.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2563: จาก https://www.greenpeace.org/thailand/story/6239/pm25-bkk/

[6] วันนี้ฝุ่นละออง PM2.5 ภาคใต้ หลังไฟป่าอินโดฯ ยังตลบ คพ. เฝ้าระวังรายชั่วโมง. (2562, 23 กันยายน). *ประชาชาติธุรกิจ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2563: จาก https://www.prachachat.net/general/news-373917

[7] ปรัชญ์ รุจิวนารมย์. (2562). *กรีนพีชเผยเกษตรเชิงเดี่ยวรุกคืบกินป่าอินโดฯ ต้นเหตุหมอกควันข้ามพรมแดนหนักสุดในรอบสี่ปี.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 19 มกราคม 2563: จาก https://greennews.agency/?p=19534

[8] ศิรินนท วิริยเกื้อกูล. (2559). *มลพิษหมอกควันข้ามแดน.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2563: จาก https://library2.parliament.go.th/ebook/content-issue/2559/hi2559-087.pdf

[9] ฝุ่น PM2.5 หมาแมวหน้าสั้นสุดพิษมากกว่า สัตวแพทย์แนะ 5 วิธีรับมือ. (2562, 19 มกราคม). *ไทยรัฐออนไลน์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 19 มกราคม 2563: จาก https://www.thairath.co.th/scoop/1473066

[10] Ambient (outdoor) air pollution. (2018, 2 May). *World Health Organization.* Retrieved 18 January, 2020 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health

[11] กีรติกร ว่องไววาณิชย์. (ม.ป.ป.). *ฝุ่น PM 2.5 กับโรคสมอง.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 19 มกราคม 2563: จาก https://www.bangkokhospital.com/th/disease-treatment/pm25-and-staggers

[12] PIRAPORN WITOORUT. (2563, 22 มกราคม). *ไม่ได้มีแต่ร่างกายที่พัง เมื่อ PM 2.5 อาจส่งผลให้คนเป็นซึมเศร้ามากขึ้น.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 22 มกราคม 2563: จาก https://thematter.co/science-tech/air-pollution-linked-depression

[13] The Straits Times. (2019, 16 November). *Amid pollution woes, oxygen bar sells Delhi residents clean air.* Retrieved 18 January, 2020 from https://www.straitstimes.com/asia/south-asia/amid-pollution-woes-oxygen-bar-sells-delhi-residents-clean-air

[14] อมธ. แถลงการณ์ประณามรัฐบาลเพิกเฉยปัญหาฝุ่น PM 2.5. (2563, 17 มกราคม). *กรุงเทพธุรกิจ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 27 มกราคม 2563: จาก https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/862487

[15] ณิชา เวชพานิช. (2563, 23 มกราคม). *ขออากาศดีคืนมา! ประชาชนและ 8 องค์กรสิ่งแวดล้อมจี้รัฐจัดการฝุ่น.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 27 มกราคม 2563: จาก https://greennews.agency/?p=20122

[16] Ernest Kao. (2018, 2 October). *Air pollution is killing 1 million people and costing Chinese economy 267 billion yuan a year, research from CUHK shows.* Retrieved 18 January, 2020 from https://www.scmp.com/news/china/science/article/2166542/air-pollution-killing-1-million-people-and-costing-chinese

[17] อินเดียประกาศภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษ พบค่า PM2.5 พุ่งเกิน 810 ไมโครกรัม. (2562, 4 พฤศจิกายน). *Workpoint News.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2563: จาก https://workpointnews.com/2019/11/04/india-declares-a-state-of-emergency/

[18] The Guardian. (2020). *New Zealand glaciers turn brown from Australian bushfires' smoke, ash and dust.* Retrieved 18 January, 2020 from https://www.theguardian.com/world/2020/jan/02/new-zealand-glaciers-turn-brown-from-australian-bushfires-smoke-ash-and-dust

[19] Colin Seftor & Rob Gutro. (2020, 10 January). *NASA Animates World Path of Smoke and Aerosols from Australian Fires.* Retrieved 18 January, 2020 from https://www.nasa.gov/feature/goddard/2020/nasa-animates-world-path-of-smoke-and-aerosols-from-australian-fires

[20] ส่องมาตรการแก้ฝุ่น PM2.5 ต่างประเทศ แบบไหนไทยควรเอาอย่าง. (2562, 1 กุมภาพันธ์). *ผู้จัดการออนไลน์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2563: จาก https://mgronline.com/qol/detail/9620000011307

[21] ห้ามรถวิ่งแก้ฝุ่น รัฐบาลต้องเด็ดขาด. (2563, 16 มกราคม). *กรุงเทพธุรกิจ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2563: จาก https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/862257

[22] พงษ์ศักดิ์ ปัตถา. (ม.ป.ป). *กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM 2.5).* สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2563: จาก https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=2365&filename=index

[23] ทศพล ชัยสัมฤทธิ์ผล. (2562, 23 มกราคม). *ฝุ่น : แพทย์และนักสิ่งแวดล้อมวิตกไทยไม่ปรับเพดานวัด PM2.5 ตามมาตรฐานโลก.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 18 มกราคม 2563: จาก https://www.bbc.com/thai/46969830

[24] "บิ๊กตู่" โว มีน้ำยาแก้ฝุ่น PM 2.5 ขอความกรุณา ไปเสิร์ชดูเอาเอง ใน Google นะ. (2563, 23 มกราคม). *ข่าวสด.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 27 มกราคม 2563: จาก https://www.khaosod.co.th/politics/news_3446982

[25] โพละบุ ปชช.เกินครึ่ง ไม่เชื่อมือรัฐ จัดการปัญหาฝุ่น. (2563, 26 มกราคม). *กรุงเทพธุรกิจ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 27 มกราคม 2563: จาก https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/863630

[26] จ่อชง 12 มาตราแก้ PM2.5 เข้า ครม. 21 ม.ค. ห้ามรถบรรทุกเข้า กทม.ชั้นใน. (2563, 17 มกราคม). *กรุงเทพธุรกิจ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 27 มกราคม 2563: จาก https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/862524

2. แบนสามสารเคมีการเกษตร: การต่อสู้ที่ยืดเยื้อ

[1] พระราชบัญญัติ วัตถุอันตราย (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562 มาตรา 8

[2] สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กรมวิชาการเกษตร. (2562). *ข้อมูลสถิติวัตถุอันตราย.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563: จาก http://www.doa.go.th/ard/?page_id=386

[3] BIOTHAI. (2562, 12 ธันวาคม). *เพลี้ยกระโดดสีน้ำตาล ความพ่ายแพ้ของเกษตรเคมี.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563: จาก https://www.facebook.com/biothai.net/photos/a.467826533255873/2721953197843184/?type=3&theater

[4] BIOTHAI. (2562, 16 พฤศจิกายน). *ยิ่งฉีดพ่นยิ่งระบาด.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563: จาก https://www.facebook.com/biothai.net/photo/a.467826533255873/2659748184063686/?type=3&theater

[5] สุวรรณา ประณีตวตกุล. (2555). *ต้นทุนผลกระทบภายนอกทางเศรษฐศาสตร์ ของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประเทศไทย.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563: จาก https://www.thaipan.org/sites/default/files/conference2555/conference2555_0_03.pdf

[6] รายงานพิเศษ : ยาฆ่าหญ้ามรณะ คร่าชีวิต. (2562, 9 สิงหาคม). *สนามข่าว 7 สี.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 5 มกราคม 2563 : จาก https://news.ch7.com/detail/356999

[7] ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา. (2562, 3 ธันวาคม). *ฉีดยาฆ่าหญ้าแล้วถังรั่ว.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 5 มกราคม 2563: จาก https://www.facebook.com/thiravat.h/photos/a.981731828527038/2999449093421958/?type=3&theater

[8] กลุ่มงานคณะกรรมาธิการการเกษตรและสหกรณ์ สำนักกรรมาธิการ 1 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2562). *ข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์และหลักฐานเชิงประจักษ์ของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 3 ชนิด มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม : พาราควอต ไกลโฟเซต และคลอร์ไพริฟอส.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 28 ธันวาคม 2562: จาก https://bit.ly/2QOj46D

[9] ตรวจสอบสินค้าสารเคมีเกษตรก่อนถูกยกเลิกใช้ (2562, 23 พฤศจิกายน). *Thai PBS.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2563: จาก new.thaipbs.or.th/content/286387

[10] กลุ่มดังกล่าวประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงาน/องค์กรจำนวนมาก เช่น สภาเกษตรกรแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช ผู้ตรวจการแผ่นดิน คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สภาเภสัชกรรม แพทยสภา สมาคมผู้ส่งออกข้าวไทย หอการค้าไทยและสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สถาบันอุตสาหกรรมเพื่อการเกษตร สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย เครือข่ายองค์กรผู้บริโภค สมาคมสหพันธ์องค์กรผู้บริโภค องค์กรต่อต้านคอร์รัปชั่น (ACT) คณะกรรมการองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน เครือข่ายนักธุรกิจเพื่อสังคมและสิ่งแวดล้อม (SVN) เครือข่ายสนับสนุนการแบนสารพิษที่มีอันตรายร้ายแรง 686 องค์กร

[11] อาทิ สมาคมคนไทยธุรกิจเกษตร สมาคมอารักขาพืชไทยและสมาคมนวัตกรรมเพื่อการเกษตรไทย และสมาพันธ์ชาวสวนปาล์มน้ำมันแห่งประเทศไทย

[12] 423 เสียงสภาฯ จุดเปลี่ยนการเมืองเรื่อง สารเคมีเกษตร. (2562, 22 พฤศจิกายน). *Thai PBS.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 5 มกราคม 2563: จาก https https://news.thaipbs.or.th/content/286371

[13] แบน "พาราควอต" ยังล่องลอยอยู่ในอากาศ. (2562, 7 ธันวาคม). *ประชาชาติธุรกิจออนไลน์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563: จาก https://www.prachachat.net/columns/news-399271

[14] แบน 3 สารพิษไม่ใช่มติเอกฉันท์ "จิราพร"ไขก๊อกกรรมการวัตถุอันตราย. (2562, 28 พฤศจิกายน). *โพสต์ทูเดย์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563: จาก https://www.posttoday.com/social/general/607695

[15] คกก.วัตถุอันตราย... น่ากลัวกว่า3สารเคมี!. (2562, 29 พฤศจิกายน). *ไทยโพสต์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563: จาก https://www.thaipost.net/main/detail/51396

[16] "ปริญญา"ฟันธงข้อกฎหมาย อัด"สุริยะ"พลิกมติแบนสารพิษ. (2562, 4 ธันวาคม). *ไทยโพสต์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563: จาก https://www.thaipost.net/main/detail/51720

[17] ผู้ตรวจการแผ่นดินชี้ปมแบน 3 สารเคมี หากครบ มิ.ย. ต้องมีคำตอบไม่ใช่ต่อรองอีก. (2562, 31 ธันวาคม). *มติชนออนไลน์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563: จาก https://www.matichon.co.th/news-monitor/news_1855355

[18] เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Thai-PAN). (2562, 2 ธันวาคม). *คำแถลงเครือข่ายสนับสนุนการแบนสารพิษร้ายแรง 686 องค์กร และเครือข่ายองค์กรผู้บริโภค.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563: จาก https://www.facebook.com/ThaiPesticideAlertNetwork/photo/a.275024029266462/2297200283715483/?type=3&theater

[19] กสม.แนะรัฐบาลกำหนด "พาราควอต" เป็นวัตถุอันตรายชนิดที่4. (2562, 10 กุมภาพันธ์). *โพสต์ทูเดย์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563: จาก https://www.posttoday.com/social/general/579872

3. วิกฤตขยะพลาสติกในทะเล ปลุกคนไทยลดขยะพลาสติก

[1] กิตยางกูร ผดุงกาญจน์. (2562, 30 สิงหาคม). *"สเตียน กุสตาฟ ธูลิน" บิดาผู้ให้กำเนิดถุงพลาสติกใบแรกของโลก.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://thepeople.co/sten-gustaf-thulin-plastic-bags-inventor/

[2] LAURA PARKER. (2018, 20 December). *Fast facts about plastic pollution*. Retrieved 30 December, 2019 from https://news.nationalgeographic.com/2018/05/plastics-facts-infographics-ocean-pollution/

[3] Sybil Bullock. (2018, 8 June). *Key Facts About Plastic Pollution*. Retrieved 30 December, 2019 from https://www.greenpeace.org/usa/key-facts-about-plastic-pollution/

[4] Geyer, R., Jambeck, J. R. & Law, K. L. (2017). Production, use, and fate of all plastics ever made. *Science Advances.* 3(7) DOI: 10.1126/sciadv.1700782

[5] Geyer, R., Jambeck, J. R. & Law, K. L., อ้างแล้ว

[6] Jambeck, J. R. (2015). *Plastic waste inputs from land into the ocean. Science. 347, 768-771*. Retrieved 30 December, 2019 from https://www.iswa.org/fileadmin/user_upload/Calendar_2011_03_AMERICANA/Science-2015-Jambeck-768-71__2_.pdf

[7] Eriksen, M., Lebreton, L.C.M., Carson, H.S., Thiel, M., Moore, C.J., Borerro, J.C. (2014). *Plastic pollution in the world's oceans: more than 5 trillion plastic pieces weighing over 250,000 tons afloat at sea.* PLoS ONE 9(12): e111913. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111913

[8] The Ocean Conference, United Nations, New York, (2017). *Factsheet: Marine pollution*. Retrieved 30 December, 2019 from https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/Ocean_Factsheet_Pollution.pdf

[9] Gall, S.C. and Thompson, R.C. (2015). *The impact of debris on marine life. Marine Pollution Bulletin.* Mar 15, 92 (1-2), 170-179. Doi: 10.1016/j.marpolbul.2014.12.041.

[10] Auta, H.S., Emenike, C.U. & Fauziah, S.H. (2017). Distribution and importance of microplastics in the marine environment: A review of the sources, fate, effects, and potential solutions. *Environment International.* 102, 165-176. Doi: 10.1016/j.envint.2017.02.013.

[11] Auta, H.S., Emenike, C.U. & Fauziah, S.H., อ้างแล้ว

[12] UNEP. (2018). *Single-use Plastics: A Roadmap for Sustainability*. Retrieved 30 December, 2019 from https://www.unenvironment.org/resources/report/single-use-plastics-roadmap-sustainability

[13] *Whale that died off Thailand had eaten 80 plastic bags.* (2018, 2 June). *BBC News.* Retrieved 30 December, 2019 from https://www.bbc.com/news/world-asia-44344468

[14] ปัญหาพลาสติกในประเทศไทย. (2561, 7 มิถุนายน). *BBC News.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 26 ธันวาคม 2562: จาก https://www.bbc.com/thai/thailand-44391881?ocid=socialflow_facebook&fbclid=IwAR3gNlfcDrW4xxbokhCmbv_WfmhLAvdRsMCw4VTmGoyxZgurr2Zc-PMqtMc

[15] Jambeck, อ้างแล้ว

[16] ปี 63 บอกลาถุงก๊อบแก๊บ "ฝันหวาน...ไทยปลอดขยะพลาสติก". (2563, 4 มกราคม). *ผู้จัดการออนไลน์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 6 มกราคม 2563: จาก https://mgronline.com/daily/detail/9630000000744

[17] กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2562). *(ร่าง) Roadmap การจัดการขยะพลาสติก พ.ศ. 2561-2573.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 15 พฤศจิกายน 2562: จาก http://www.pcd.go.th/Info_serv/File/Plastic%20Roadmap.pdf

[18] สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย. (2562, 23 สิงหาคม). *ส.อ.ท. ส่งเสริมการจัดการขยะ นำร่องโมเดลเศรษฐกิจหมุนเวียนพลาสติก ตั้งเป้า 5 ปี นำขยะหมุนเวียนกลับมาใช้ได้ทั้งหมด ลดปัญหาขยะพลาสติกลงทะเลกว่า 50 %.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 28 ธันวาคม 2562: จาก http://iec.fti.or.th/?p=10485

[19] กรมควบคุมมลพิษ., อ้างแล้ว

[20] ความตายของ “มาเรียม” และโรดแมปขยะพลาสติก. (2562, 25 สิงหาคม). *กรุงเทพธุรกิจ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 29 ธันวาคม 2562: จาก https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/845003
[21] ราชกิจจานุเบกษา. (2562, 23 ธันวาคม). *กำหนดลักษณะของเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย (ฉบับที่ ๒).* สืบค้นเมื่อ วันที่ 29 ธันวาคม 2562: จากhttp://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/312/T_0004.PDF
[22] เปลวสีเงิน. (2562, 17 ตุลาคม). *ทส. ชวนคนไทยใช้ถุงผ้า ลด ละ เลิก ถุงพลาสติก เตรียมความพร้อม 1 มกราคม 63 งดใช้ถุงพลาสติกหูหิ้วทั่วประเทศ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 26 ธันวาคม 2562: จาก https://www.plewseengern.com/plastic-free/
[23] เศร้า! มาเรียมลูกพะยูนขวัญใจตาย “ช็อก-เจอถุงพลาสติก”. (2562, 17 สิงหาคม). *Thai PBS.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 27 ธันวาคม 2562: จาก https://news.thaipbs.or.th/content/283006
[24] เปิดผลชันสูตร ต้นตอทำ มาเรียม ติดเชื้อในกระแสเลือด-ปอดเป็นหนองจนคร่าชีวิต. (2562, 17 สิงหาคม). *ข่าวสด.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 25 มีนาคม 2563: จาก https://www.khaosod.co.th/breaking-news/news_2808789
[25] งดใช้ถุงพลาสติก: จะเกิดอะไรขึ้นหลังคนไทยเลิกใช้ถุงพลาสติก. (2563, 1 มกราคม). *BBC News.* สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2563: จาก https://www.bbc.com/thai/thailand-50963578
[26] ปี 63 บอกลาถุงก๊อบแก๊บ “ฝันหวาน...ไทยปลอดขยะพลาสติก”. (2563, 4 มกราคม). *ผู้จัดการออนไลน์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 6 มกราคม 2563: จาก https://mgronline.com/daily/detail/9630000000744
[27] ชาวเน็ต แห่แชร์ อุปกรณ์ใส่ของ ทั้งฮา-แปลก ไอเดียบรรเจิด #งดใช้ถุงพลาสติก (คลิป). (2563, 2 มกราคม). *มติชนออนไลน์.* สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2563: จาก https://www.matichon.co.th/social/news_1860632
[28] โพลเผยคนหนุนงดใช้ถุงพลาสติก แนะห้างร้านมีถุงแบบอื่นให้ทดแทน. 2563, 12 มกราคม. *โพสต์ทูเดย์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 14 มกราคม 2563: จาก https://www.posttoday.com/social/general/611436
[29] จวก ห้าง-ร้านสะดวกซื้อ ผลักภาระให้ผู้บริโภค. (2563, 6 มกราคม). *Thai PBS.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 8 มกราคม 2563: จาก https://news.thaipbs.or.th/content/287680?fbclid=IwAR0CdsU-V6ymtP-C4lvDtr8V-dFkradgoOJTB82vzTb1XYwQnpZ4J9ocWesE
[30] นักสิ่งแวดล้อมตั้งคำถามรัฐบาลรณรงค์ลดใช้ถุงพลาสติก แต่ยอมให้นำเข้าอื้อ. (2563, 2 มกราคม). *โพสต์ทูเดย์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 6 มกราคม 2563: จาก https://www.posttoday.com/social/general/610681
[31] UNEP. (2018). *Legal Limits on Single-Use Plastics and Microplastics: A Global Review of National Laws and Regulations.* Retrieved 30 December, 2019 from https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/27113/plastics_limits.pdf?sequence=1&isAllowed=y
[32] สุจิตรา วาสนาดำรงดี. (2562, 3 พฤษภาคม). *ภาพรวมมาตรการลดขยะพลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้งในต่างประเทศ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 6 มกราคม 2563: จาก http://www.ej.eric.chula.ac.th/content/6114/151
[33] Wagner, T. (2017). Reducing single-use plastic shopping bags in the USA. *Waste Management,* 70, 3-12. Doi: 10.1016/j.wasman.2017.09.003
[34] พิชญ์ พงษสวัสดิ์. (2563, 7 มกราคม). *ดราม่าถุงพลาสติก โดยพิชญ์ พงษสวัสดิ์. 7 มกราคม 2563.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 9 มกราคม 2563: จาก https://www.matichon.co.th/columnists/news_1869654
[35] ดีเดย์! งดแจกถุงพลาสติก ทส.เตรียมสานต่อด้วยการผลักดันกฎหมาย. (2563, 1 มกราคม). *เรื่องเล่าเช้านี้.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 3 มกราคม 2563: จาก https://morning-news.bectero.com/social/01-Jan-2020/164291
[36] ทส.ดันออกกฎหมายจำกัดการใช้พลาสติกแก้ขยะ. (2562, 5 ธันวาคม). *ไทยรัฐ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 9 มกราคม 2563: จาก https://www.thairath.co.th/news/local/1718920
[37] เพชร มโนปวิตร. (2562, 30 ธันวาคม). *จิตสำนึกคงยังไม่พอ: ทำไมผู้ผลิตสินค้าต้องร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหาขยะพลาสติก.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 9 มกราคม 2563: จาก https://www.the101.world/extended-producer-responsibility/?fbclid=IwAR3vf9RQ_v5zEF5xM2KQSxYGI7SpnxTO4U-JrcwMCKd47JYJ6JCntdJ5ZzZw

4. ภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชน: จะช่วยอย่างไร?

[1] Kodish, T., Herres, J., Shearer, A., Atte, T., Fein, J. & Diamond, G. (2016). Bullying, depression, and suicide risk in a pediatric primary care sample. *Crisis*. 37 (3): 241-246.
[2] WHO (2018). *Global Health Observatory Data.* Retrieved 20 January, 2020 from http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEREGv?lang=en.
[3] กรมสุขภาพจิต. (2562, 10 มิถุนายน). *กรมสุขภาพจิต ห่วงวัยรุ่นเยาวชนไทยมีภาวะซึมเศร้า แนะคนรอบข้างรับฟังอย่างเข้าใจ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 20 มกราคม 2563: จาก http://www.prdmh.com.
[4] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *มองภาพครอบครัวไทยในรอบ 10 ปี.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 22 มกราคม 2563: จาก http://www.nso.go.th/sites/2014/
[5] สุกัญญา รักษ์ขจีกุล. (2556). *ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมฆ่าตัวตายของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 58 (4): 359-370.
[6] รัชนีวรรณ รอส และคณะ. (2557). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ไต้หวันและญี่ปุ่น. *วารสารพยาบาลทหารบก.*15(3): 195-201.
[7] ดวงใจ วัฒนศิลป์, โสภิณ แสงอ่อน, และยุวดี ฦาชา. (2549). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ระดับปริญญาตรี. *รามาธิบดีพยาบาลสาร,* 12(3), 289-303.
[8] นฤมล สมรรคเสวี และ โสภิณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* 29(3): 11-27.
[9] วงเดือน ปั้นดี. (2558). ความทุกข์และปัจจัยของความซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นตอนปลาย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์.* 45(3): 298-309.
[10] TCIJ. (2563, 22 มกราคม). *นักเรียนเวียดนามกว่า 19% มีปัญหาทางจิต เหตุจากแรงกดดันให้เรียนหนัก.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 22 มกราคม 2563: จาก https://www.tcijthai.com/news/2020/1/asean/9799
[11] ณัฐธนีย์ ลิ้มวัฒนาพันธ์. (2562, 19 กรกฎาคม). *เด็กไทยเรียนหนักที่สุดในโลก-เครียด-พ่อแม่กดดัน-แบกความหวังของคนรอบข้าง.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 22 มกราคม 2563: จาก https://www.tcijthai.com/news/2019/7/scoop/9226
[12] Thanyawat Ippoodom. (2561, 18 ตุลาคม). *เรียนเพื่อรู้ชีวิต ไม่ใช่เพื่อแข่งขัน เมื่อสิงคโปร์ปรับการศึกษาเพื่ออนาคตของชาติ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 22 มกราคม 2563: จาก https://thematter.co/social/singapore-education-reform/62722.
[13] Wikipedia. (2020). *Multiple Intelligence*. Retrieved 22 January, 2020 from https://en.wikipedia.org/wiki/Theory_of_multiple_intelligences.
[14] Pelham, W. E., Jr., & Hoza, B. (1996). Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (p. 311–340). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10196-013.
[15] Lin, LY., Sidani, J., Shensa, A., Radovic, M., Miller, E., Colditz, J., Hoffman, B., Giles, L., Primack, B. (2016). Association between social media use and depression among U.S. young adults. *Depression and Anxiety.* 33:323-331.
[16] Dweck, C. (2017). “The Journey to Children’s Mindsets–and Beyond”. *Child Development Perspectives.* 11(2): 139-144. doi:10.1111/cdep.12225.
[17] ปิยวรรณ วิเศษสุวรรณภูมิ. (2559). *การพัฒนาความสามารถในการทำงานและแรงจูงใจในการเรียนของนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการจัดการเรียนการสอนด้วยการเสริมต่อการเรียนรู้.* กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
[18] ปิยวรรณ วิเศษสุวรรณภูมิ. (2560). *การพัฒนาความสามารถในการทำงานและแรงจูงใจในการเรียนของนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการจัดการเรียนการสอนด้วยการเสริมต่อการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการจูงใจ.* กรุงเทพ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
[19] WHO. (2017). *Depression: Let’s talk Campaign Essentials.* Retrieved 20 January 2020 from https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/toolkit.pdf.

5. จับตานโยบายกัญชาเสรี ขายฝันหรือทำจริง?

[1] ชาญชัย เอื้อชัยกุล. (2560, 14 พฤศจิกายน) *พืชกัญชา : ประโยชน์ โทษและข้อเสนอการพัฒนาการกำกับดูแล.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 28 มกราคม 2563: จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=354
[2] พรรคภูมิใจไทย. (2562, 17 มกราคม). *“ศักดิ์สยาม”เปิดนโยบาย“ภูมิใจไทย” เพื่อปากท้องพี่น้องประชาชนทั่วประเทศ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://bhumjaithai.com/news/3194
[3] ประยุทธ์ จันทร์โอชา. (2562, 25 กรกฎาคม). *คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://www.thaigov.go.th/uploads/document/66/2019/07/pdf/Doc_20190725085640000000.pdf
[4] ประยุทธ์ จันทร์โอชา. (2562, 25 กรกฎาคม). *การให้ความช่วยเหลือเกษตรกรและพัฒนานวัตกรรม.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://www.thaigov.go.th/uploads/document/66/2019/07/pdf/Doc_20190725085640000000.pdf
[5] ประกาศราชกิจจาฯ ปลดล็อกแพทย์แผนไทย-แพทย์แผนไทยประยุกต์ใช้ ‘กัญชา’ รักษาโรค. (2562, 8 สิงหาคม). *กรุงเทพธุรกิจ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 26 ธันวาคม 2562: จาก https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/843276
[6] ราชกิจจานุเบกษา. (2562, 30 สิงหาคม). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 26 ธันวาคม 2562: จาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/218/T_0001.PDF
[7] ร่างพระราชบัญญัติ. (2562). *ยาเสพติดให้โทษ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ... .* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://drive.google.com/file/d/1xZrGvub3tzP2al8JYWLYJKkLqXZ1iGCX/view
[8] ร่างพระราชบัญญัติ. (2562). *สถาบันพืชยาเสพติดแห่งประเทศไทย.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://drive.google.com/file/d/1ysnXsiqEfzf6xHzeVL0zWcPK-MRz2JJs/view
[9] ร่างพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ..) พ.ศ..เป็นการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มีทั้งสิ้น 5 มาตรา กำหนดให้บุคคลธรรมดาสัญชาติไทยสามารถปลูกเพื่อการบริโภคส่วนบุคคล เพื่อการรักษาทางการแพทย์ ผลิต จำหน่าย ได้ไม่เกิน 6 ต้นต่อครอบครัว และอยู่ภายใต้การควบคุม กำกับดูแล และการบริหารของสถาบันพืชยาเสพติดแห่งประเทศไทย และ ให้สถาบันพืชยาเสพติดแห่งประเทศไทย เป็นผู้ออกใบอนุญาตให้ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ได้
ส่วนร่างพระราชบัญญัติสถาบันพืชยาเสพติดแห่งประเทศไทย มีทั้งสิ้น 31 มาตรา กำหนดให้ “พืชยาเสพติด” หมายความถึง พืชซึ่งมีสารออกฤทธิ์สำคัญที่สามารถนำมาพัฒนาเป็นยารักษาโรคได้ โดยพืชเหล่านี้ถูกกำหนดไว้ในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ และกำหนดองค์ประกอบในจัดตั้งสถาบันขึ้นเรียกว่า “สถาบันพืชยาเสพติดแห่งประเทศไทย” มีหน้าที่ออกใบอนุญาตให้ประชาชนหรือนิติบุคคลในการปลูก ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก พืชยาเสพติด รับซื้อพืชยาเสพติดและผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย โดยให้ นายกรัฐมนตรีเป็นประธานสภาสถาบันฯ รองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นรองประธานสภาสถาบันฯ และมีกรรมการสภาสถาบันฯ โดยตำแหน่ง ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ นายกสภาเภสัช ผู้บัญชาการสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นต้น
นายศุภชัย ใจสมุทร นายทะเบียนพรรคภูมิใจไทย เปิดเผยว่า ร่างกฎหมายทั้ง 2 ฉบับ ที่เสนอให้สภาฯ แล้ว อยู่ในชั้นการพิจารณาของนายกรัฐมนตรี ว่าเป็นร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเงินหรือไม่ ก่อนจะนำไปรับฟังความเห็นประชาชน และเสนอกลับมายังสภาฯ เพื่อให้พิจารณาออกเป็นกฎหมายเพื่อเปิดทางให้ประชาชนสามารถปลูกปัญหาตามนโยบายของพรรคภูมิใจไทยต่อไป แต่ยังไม่มีกำหนดระยะเวลาที่แน่ชัดว่าจะได้เข้าสู่สภาเมื่อใด
[10] ปธ.ควบคุมยาเสพติดฯติงนโยบายพรรคการเมืองปลูกกัญชาเสรี! กระทบอนุสัญญาสหประชาชาติ. (2562, 25 กุมภาพันธ์). *มติชน.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 27 ธันวาคม 2562: จาก https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_1379641
[11] เลขาป.ป.ส.ชี้กัญชา-กัญชง ยังเป็นยาเสพติดประเภท 5 ยกเว้นเฉพาะสารสกัด ตามเงื่อนไขที่ระบุ. (2562, 31 สิงหาคม). *มติชน.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://www.matichon.co.th/local/crime/news_1650722
[12] ป.ป.ส.”พบปี 62 พื้นที่อีสานตอนบนลอบปลูกกัญชาอื้อ จับแล้ว 42 คดี. (2562, 7 พฤศจิกายน). *โพตส์ทูเดย์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://www.posttoday.com/social/general/605658
[13] ยอดจับ ‘กัญชา’ พุ่ง คนเข้าใจผิดซื้อใช้รักษาโรคเอง. (2562, 19 ธันวาคม). *บางกอกอินไซต์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://www.thebangkokinsight.com/257434/
[14] สภาการแพทย์แผนไทย. (2562). *การฝึกอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก http://www.thaimed.or.th/?p=12312
[15] กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *การใช้กัญชาทางการแพทย์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://mdresearch.kku.ac.th/files/cannabis/Final%20Guidance%20on%20Cannabis.pdf
[16] ประชุมสภาผู้แทนราษฎร. (2562). ระเบียบวาระการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ชุดที่ 25 ปีที่ 1 ครั้งที่ 15 (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่สอง) วันพุธที่ 25 ธันวาคม 2562. *ภาคปชช.ยื่นร่างกม.ปลดล็อกกัญชา-กระท่อมรัฐสภา.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก http://edoc.parliament.go.th/Meeting/MeetingViewer.aspx?id=544

[17] ภาคปชช.ยื่นร่างกม.ปลดล็อกกัญชา-กระท่อม. (2562, 26 ธันวาคม). *สำนักข่าว INN.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://www.innnews.co.th/politics/news_562759/

[18] "อนุทิน" เตรียมปั้น อสม.เป็น "หมอประจำหมู่บ้าน" หนุนปลูกกัญชาเป็นตัวอย่าง สร้างรายได้เพิ่ม. (2562, 31 กรกฎาคม). *ข่าวสดออนไลน์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 27 มกราคม 2563: จาก https://www.khaosod.co.th/around-thailand/news_2759130

[19] เสนอปรับนโยบายปลูกกัญชา จาก อสม.คนละ 6 ต้นเป็นวิสาหกิจชุมชน "1 รพ.สต. 1 แปลงปลูก". (2562, 10 สิงหาคม). *Hfocus.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 27 มกราคม 2563: จาก https://www.hfocus.org/content/2019/08/17502

[20] ศิริกร เอื้อไพจิตร. (2562, 12 สิงหาคม). *กัญชา : สำรวจความเห็นภาคประชาชนต่อการเดินหน้านโยบายกัญชาของอนุทิน ชาญวีรกูล.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 28 มกราคม 2563: จาก https://www.bbc.com/thai/49310702

[21] เปิดทัศนะ ภูมิใจไทย VS นักวิชาการ นโยบายเสรีกัญชา ทำได้จริงหรือ ก่อนลงคะแนนเลือกตั้ง62. (2562, 24 กุมภาพันธ์). *สำนักข่าวอิสรา.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 28 มกราคม 2563: จาก https://www.isranews.org/isranews-article/74090-weed00.html

[22] เสี่ยหนู โพสต์ชัด ดันนโยบายปลูกกัญชา เพื่อ"นันทนาการ"ด้วย ไม่ใช่แค่การแพทย์. (2562, 7 กรกฎาคม). *ข่าวสด.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2563: จาก https://www.khaosod.co.th/politics/news_2688640

[23] ประยุทธ์ย้ำ กัญชาเพื่อการแพทย์ใช้อย่างระวัง ต้องควบคุมไม่ให้กลายเป็นสารเสพติด. (2562, 11 ธันวาคม). *THE STANDARD.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2563: จาก https://thestandard.co/prayut-medical-marijuana/

[24] สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562, 11 ธันวาคม). *สธ.เปิดเว็บไซต์ ปลดล็อค...กัญชาทางการแพทย์เสรี.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2563: จาก https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/135729/

[25] นโยบายกัญชาเพื่อการแพทย์ของไทยนั้น ปัจจุบันรุดหน้าไปมากโดยปัจจุบันองค์การเภสัชกรรม เป็นองค์กรแรกในการทดลองปลูกพืชกัญชา เพื่อนำไปสกัดน้ำมันเพื่อใช้ทดลองรักษา ทำให้หลายโรงพยาบาล เริ่มมีการเปิดคลินิกด้านนี้มากขึ้น มีการใช้พืชกัญชาในการรักษาอาการโรคต่างๆ อย่างโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นฯ โดย พ.ญ.กัญญาภัค ศิลารักษ์ ผอ. โรงพยาบาล ที่มีการเปิดคลินิกหางกระรอก กัญชาสายพันธุ์ไทย 16 ตำรับ มีผู้ป่วยมะเร็ง 20 ราย ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 5 ราย เข้ารักษา ตั้งแต่เปิดคลินิกจ่ายยา ยังไม่มีผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิต แม้ที่ผ่านมาแพทย์ไม่เคยยืนยันว่า ยากัญชาใช้รักษาโรคมะเร็งได้ เพราะข้อบ่งใช้ยากัญชาตามหลักสากลจะใช้รักษาใน 4 กลุ่มโรคเท่านั้น 1 .ใช้บรรเทาอาการข้างเคียงจากการทำคีโมบำบัด 2. โรคลมชักในเด็ก 3. ปวดระบบประสาท และ 4 .โรคชักเกร็ง ทั้งนี้จากการติดตามผลพบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น นอนหลับ และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ซึ่งการกินได้-นอนหลับ เป็นกลไกสำคัญในการซ่อมแซมร่างกาย ที่สำคัญเรายังไม่พบว่ามีคนไข้ มีอาการติดยาจากการใช้กัญชา เพราะยังไม่มีผู้ป่วยรายใดขอเพิ่มปริมาณการใช้ยา เช่น น้ำมันกัญชา 1 ขวด จะใช้หยดในเวลา 30 วัน และยังไม่มีผู้ป่วยมาขอยาเพิ่มหรือมาพบแพทย์เร็วกว่ากำหนดเพราะยาหมด ทั้งนี้การจ่ายยากัญชาให้ผู้ป่วยของคลินิกหางกระรอกมีกฎระเบียบชัดเจนว่า ผู้ป่วยจะต้องมารับยาด้วยตนเองทุกครั้ง ยกเว้นรายที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง โดยช่วงแรกจะนัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และขยายเป็น 2 สัปดาห์ แต่จะไม่จ่ายยาเกิน 1 เดือน เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง ความดันตกหรือน้ำตาลตกได้

[26] ชาญชัย เอื้อชัยกุล. (2560, 14 พฤศจิกายน). *พืชกัญชา : ประโยชน์ โทษและข้อเสนอการพัฒนาการกำกับดูแล.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 28 มกราคม 2563: จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=354

[27] รุมอัดนโยบายสธ.กัญชา 'ได้ไม่คุ้มเสีย' ค้านให้อสม. ส่งยา. (2562, 29 กรกฎาคม). *กรุงเทพธุรกิจ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 11 มกราคม 2563: จาก https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/842125

6. การควบคุมโรงพยาบาลเอกชน : นโยบายสุขภาพปะทะทุนนิยมการแพทย์

[1] Nuttachit. (2562, 21 มกราคม). *โรงพยาบาลไทย BDMS แชร์มากสุด*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://marketeeronline.co/archives/92619

[2] พูลสุข นิลกิจศรานนท์. (2562, มิถุนายน). *แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรมปี 2562-64 ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://www.krungsri.com/bank/getmedia/42e5f42d-4465-4304-92af-60e3c2539460/IO_Private_Hospital_190218_TH_EX.aspx

[3] รพ.เอกชนแย่งซื้อตัวหมอ-พยาบาล การันตีรายได้ 2 แสน. (2560, 9 เมษายน). *Hfocus* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://www.hfocus.org/content/2017/04/13743

[4] กรมการค้าภายใน-จุฬาฯ เปิดผลศึกษา ราคายา รพ.เอกชน กำไรส่วนเกินพุ่ง รพ.ใหญ่ซื้อถูกแต่ขายแพงกว่า. (2562, 2 พฤศจิกายน). *Hfocus.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://www.hfocus.org/content/2019/11/17986

[5] รพ. เอกชน ฟันหัวแบะ รักษาท้องเสียคิด 30,000 บาท สั่งตรวจสอบแล้ว. (ม.ป.ป.). *Kapok.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 2 มกราคม 2563: จาก https://hilight.kapook.com/view/184688

[6] แม่ซึ้งน้ำใจ คนแห่ช่วยบริจาคค่ารักษาลูกป่วยหนัก หลังต้องผ่าตัดต่างแดน แต่ไร้ประกัน. (2560). *Kapok.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 2 มกราคม 2563: จาก https://hilight.kapook.com/view/178567

[7] โปรดดู ประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 136 ตอนพิเศษ 201 ง ฉบับที่ 87 พ.ศ. 2562 วันที่ 13 สิงหาคม 2562 หน้า 174-176

[8] ประกาศฉบับนี้ใช้กับโรงพยาบาล ผู้ผลิตยา ผู้นำเข้ายามาในราชอาณาจักรเพื่อจำหน่าย ผู้แทนจำหน่าย ของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ามาในราชอาณาจักร

[9] หากโรงพยาบาลเอกชนไม่ดำเนินการตามประกาศฉบับนี้ มีโทษตามพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542

[10] ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2562

[11] สุษม ศุภนิตย์. (2556). *คำอธิบายกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

[12] สมาคม รพ.เอกชน ฟ้องศาลปกครอง คุ้มครองชั่วคราวคำสั่ง คุมค่ายา-หมอ. (2562). *ไทยรัฐออนไลน์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 2 มกราคม 2563: จาก https://www.thairath.co.th/news/business/1555436

[13] เช่น ในบริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิและถนนพญาไทที่มีสถานพยาบาลอยู่ในบริเวณนั้นเป็นจำนวนมาก ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยามหิดล โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

7. บุหรี่ไฟฟ้า: มหันตภัยยุค 4.0 ที่คุกคามสุขภาวะคนไทย

[1] Pankaj Chaturvedi & PC Gupta. (2019, 30 September). *Four fake narratives the tobacco lobby is floating to undermine India's e-cigarette ban*. Retrieved 12 January, 2020 from https://scroll.in/article/938799/four-fake-narratives-the-tobacco-lobby-is-floating-to-undermine-indias-e-cigarette-ban

[2] Evans-Polce R., Veliz P., Boyd CJ., McCabe VV. & McCabe SE. (2563). *Trends in E-cigarette, cigarette, cigar, and smokeless tobacco use among US adolescent cohorts, 2014-2018. American Journal of Public Health*.

[3] จุด "บุหรี่-บุหรี่ไฟฟ้า" สูบความร้อน 300-600 องศา เผาปอดคนไทยตายปีละ 4 หมื่น. (2562, 17 พฤษภาคม). *ผู้จัดการออนไลน์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 12 มกราคม 2563: จาก https://mgronline.com/qol/detail/9620000047327

[4] WHO. (2008, 19 September). *Marketers of electronic cigarettes should halt unproved therapy claims.* Retrieved 12 January, 2020 from https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr34/en/

[5] Matthew L. Myers. (2019, 26 September). *New York City Council Votes to End the Sale of Flavored E-Cigarettes, Needs to Crack Down on Menthol Cigarettes Next*. Retrieved 12 January, 2020 from https://www.tobaccofreekids.org/press-releases/2019_11_26_nyc

[6] *เตือนเสพติดนิโคตินจากบุหรี่ไฟฟ้า "ทำลายสมอง - ก่อมะเร็ง"*. (2562, 19 สิงหาคม). *Thai PBS.* สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563: จาก https://news.thaipbs.or.th/content/283068

[7] Daniella Genovese. (2019, December 5). *E-cigarettes can't help you stop smoking, American Lung Association warns.* Retrieved 12 January, 2020 from https://www.foxbusiness.com/markets/american-lung-association-e-cigarettes

[8] Evans-Polce R., Veliz P., Boyd CJ., McCabe VV. & McCabe SE. (2563). อ้างถึงแล้ว

[9] PRESS ASSOCIATION. (2019, November 15). *Apple bans vaping apps over health concerns.* Retrieved 12 January, 2020 from https://www.dailymail.co.uk/wires/pa/article-7690141/Apple-bans-vaping-apps-health-concerns.html

[10] ศรีรัช ลาภใหญ่ ลอยสมุทร. *"กลยุทธ์การตลาดของบุหรี่ไฟฟ้า"*. ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. 19 สิงหาคม 2562. โรงแรม เดอะ สุโกศล กรุงเทพฯ

[11] สุนิดา ปรีชาวงษ์. *"บุหรี่ไฟฟ้า ผลกระทบต่อเยาวชน".* ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. 19 สิงหาคม 2562. โรงแรม เดอะ สุโกศล กรุงเทพฯ

[12] สุนิดา ปรีชาวงษ์, อ้างถึงแล้ว

[13] Megan Thielking. (2019, October 15). *Vaping-Related Illness Has a New Name: EVALI.* Retrieved 12 January, 2020 from https://www.scientificamerican.com/article/vaping-related-illness-has-a-new-name-evali/

[14] JOHN BENNETT. (2019, September 30). *British factory worker, 57, who died in 2010 after swapping his 20-a-day habit for a 'healthier' e-cigarette is now believed to be the first person in the world to die from lung disease 'linked to vaping'*. Retrieved 12 January, 2020 from https://www.dailymail.co.uk/news/article-7518913/British-factory-worker-57-worlds-person-die-disease-linked-VAPING.html

[15] Reuters. (2020, JANUARY 17). *U.S. vaping-related deaths rise to 60, cases of illness to 2,668.* Retrieved 19 January, 2020 from https://uk.reuters.com/article/us-usa-vaping-cdc/u-s-vaping-related-deaths-rise-to-60-cases-of-illness-to-2668-idUKKBN1ZF2HO

[16] SAM BLANCHARD. (2020, January 7). *E-cigarettes 'have been making people ill for at least 12 YEARS' as doctors fear thousands of vaping-related illnesses have gone unreported amid spate of deaths in the US*. Retrieved 12 January, 2020 from http://www.dailymail.co.uk/health/article-7860283/Vapors-complaining-online-years-study-finds.html

[17] พบผู้ป่วยไทยรายแรก "ปอดอักเสบ" หลังสูบสารกัญชาด้วยบุหรี่ไฟฟ้า. (2562, 24 พฤศจิกายน). *TNNThailand.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 12 มกราคม 2563: จาก https://www.tnnthailand.com/content/22385

[18] "กลุ่มแพทย์-นักวิจัย"หนุนห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า. (2562, 19 สิงหาคม). *เดลินิวส์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 12 มกราคม 2563: จาก https://www.dailynews.co.th/politics/726762

[19] B.Dautzenberg & M.-D. Dautzenberg. (2019,January). Heated tobacco: Systemic review of the literature Systemic analysis of the scientific literature on heated tobacco. *Respiratory Disease Review*. Volume 36, Issue 1. Retrieved 17 January, 2020 from https://doi.org/10.1016/j.rmr.2018.10.010

[20] "บุหรี่ไฟฟ้า" ใช้โซเชียลมีเดียเจาะตลาดขาย-เข้าถึงวัยรุ่น จี้รัฐประสานเฟซบุ๊ก ไลน์ ห้ามขาย-โฆษณา. (2562, 20 สิงหาคม). *ผู้จัดการออนไลน์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 12 มกราคม 2563: จาก https://mgronline.com/qol/detail/9620000079589

[21] สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา กระทู้ถามที่ 011 เรื่อง การจัดการปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าผิดกฎหมาย เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2562

[22] สรุปผลการประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ 9 (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่สอง) วันจันทร์ที่ 23 ธันวาคม 2562

8. รับมือสังคมสูงวัย: ไทยตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อสังคมสูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม (ACAI)

[1] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *Database on the Households and Living Arrangements of Older Persons.*

[2] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 (ฉบับปรับปรุง).* กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

[3] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, อ้างแล้ว.

[4] มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

[5] มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

[6] ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. (2017). แผนมาดริดด้านผู้สูงอายุ: กรอบสหประชาชาติกับประเทศไทย. *Journal of Geriatric Medicine and Gerontology*, 16, 80-86.

[7] วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2560). *โครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2555 - 2559)*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

[8] กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

[9] United Nations Population Fund. (2011). *ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: UNFPA Thailand.
[10] สกานต์ บุนนาค. (2562, 19 สิงหาคม). รายการ Rama Square ช่วง Rama DNA
[11] Xinhua Thai Service. (2019, 3 พฤศจิกายน). *ผู้นำอาเซียนร่วมเปิดตัวศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและนวัตกรรม.* สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563: จาก https://www.xinhuathai.com/inter/ผู้นำอาเซียนร่วมเปิดตั_20191103
[12] กระทรวงสาธารณสุข ตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม ดูแลผู้สูงอายุในอาเซียน. (2562, 12 พฤศจิกายน). *กรมประชาสัมพันธ์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 12 มกราคม 2563: จาก http://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG191112115949212
[13] กระทรวงสาธารณสุข ตั้งศูนย์อาเซียนเพื่อผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพและนวัตกรรม ดูแลผู้สูงอายุในอาเซียน, อ้างแล้ว.

9. กระแสนิยมเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพ สู่ยุคเฟื่องฟูของธุรกิจกีฬา

[1] กรมพัฒนาธุรกิจการค้า, (2562). *บทวิเคราะห์ธุรกิจ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 25 ธันวาคม 2562: จาก https://dbd.go.th/more_news.php?cid=1622
[2] การแข่งขันวิ่งมาราธอนครั้งแรกของประเทศไทย. (ม.ป.ป.). *Thairunning.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 20 มกราคม 2563: จาก Thairunning.com/MaratronHistry Pic.htm
[3] กฤษฎา บานชื่น. (2551). *"การวิ่งเพื่อสุขภาพ"*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
[4] ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล. (2562). *รายงานผลการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย.* นครปฐม
[5] มูลนิธิสมาพันธ์ชมรมเดิน-วิ่งเพื่อสุขภาพไทย, (2562). *ข้อมูลและสถิติการจัดงานวิ่งของประเทศไทย พ.ศ.2561*. กรุงเทพมหานคร.
[6] คนไทยออกกำลังกายเพิ่ม 70% นิยมเดินเป็นหลัก. (2562, 7 ตุลาคม). *TCIJ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 24 มีนาคม 2563: จาก https://www.tcijthai.com/news/2019/10/current/9446
[7] ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์. 2562. *สถิติการนำเข้าและส่งออกสินค้าของประเทศไทย.* กรุงเทพมหานคร

10. อีสปอร์ต: กีฬาหรือเกมกลธุรกิจข้ามชาติ?

[1] ดิษยุตม์ ธนบุญชัย. (2560, 19 ตุลาคม). *กกท. อนุมัติ E-Sports เป็นกีฬาทางการแล้ว! นายกฯ สมาคมเตรียมแคมป์ทีมชาติไประดับโลก ระดม 300 ล้านบาท*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2563: จาก https://thestandard.co/sat-support-esports/
[2] ธาม เชื้อสถาปนศิริ, พิริยา เพชรแก้ว และมัณฑนา ด่านมะลิ. (2561). *ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานรัฐบาล เอกชน และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องต่อมาตรการในการกำกับดูแล ป้องกันเด็กและเยาวชน ที่เข้าร่วมกิจกรรมการแข่งขันเล่นวิดีโอเกม/เกมออนไลน์เพื่อแข่งขันชิงเงินรางวัล (e-sports) อย่างปลอดภัยและรู้เท่าทัน.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2563: จาก http://www.youthradioandmedia.org/wp-content/uploads/2018/07/รายงานฉบับสมบูรณ์-ข้อเสนอมาตรการกำกับดูแลอีสปอร์ต.pdf
[3] Blognone. (2015, 11 ตุลาคม). *รีวิวหนัง All Work All Play เมื่อเกมเมอร์กลายเป็นนักกีฬามืออาชีพ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 ธันวาคม 2562: จาก https://www.blognone.com/node/73508
[4] เผยอาชีพในฝันเด็กไทยปี62 "หมอ"อันดับ1 ขณะที่ นักกีฬา e-Sport มาแรง!. (2562, 8 มกราคม). *โพสต์ทูเดย์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2563: จาก https://www.posttoday.com/economy/news/576292
[5] ตะลึง!! พบเด็กติดเกมพุ่ง 1.5 เท่า อายุลดต่ำเหลือแค่ 5 ขวบ. (2560). *Thai PBS.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 15 ธันวาคม 2562: จาก https://news.thaipbs.or.th/content/262671
[6] สมัชชาสุขภาพ. (ม.ป.ป). *สช. ดึงทุกภาคส่วนร่วมทบทวนอีสปอร์ต วางแนวทางป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะเด็กและเยาวชน.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2563: จาก https://www.samatcha.org/node/194
[7] คจ.สช. ชู 4 ร่างระเบียบวาระ เดินหน้าจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 11. (2561, 24 กันยายน). *โพสต์ทูเดย์.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2563: จาก https://www.posttoday.com/pr/565373
[8] ดันวาระ 'อีสปอร์ต' สู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติปีนี้. (2561, 23 มิถุนายน). *ประชาไท.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2563: จาก https://prachatai.com/journal/2018/06/77534
[9] 7 ข้อเสนอป้องธุรกิจ'อีสปอร์ต' แก้ปัญหาเด็กติดเกม. (2561, 1 มิถุนายน). *กรุงเทพธุรกิจ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 10 มกราคม 2563: จาก https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/803558

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

[1] รังรอง เจียมวิจักษณ์. (2558). *จินดามณีฉบับกรมหลวงวงษาธิราชสนิท: การศึกษาในฐานะแบบเรียนสำหรับกุลบุตรผู้พากเพียร.* วรรณวิทัศน์. ปีที่ 15 (20015): November, ปีที่ 15 เดือนพฤศจิกายน ฉบับพิเศษ.
[2] Sangnapaboworn, W. (2018). *The Evolution of Education Reform in Thailand. In: Fry G. (eds) Education in Thailand*. Education in the Asia-Pacific Region: Issues, Concerns and Prospects, vol 42. Springer, Singapore.
[3] ดวงจันทร์ วรคามิน และคณะ. (2559). *จากคะแนน PISA ถึงวิกฤตความสามารถในการคิดวิเคราะห์เด็กไทย.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 24 ธันวาคม 2562 จาก http://www.knowledgefarm.in.th/from-pisa-to-thai-education-crisis/
[4] มติชน (29 พศจิกายน 2559). *เผยผลประเมิน TIMSS 2015 วิชาคณิต-วิทย์ ม.2 นักเรียนไทยอยู่อันดับ 26-27 จาก 39 ประเทศ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 15 มกราคม 2563 จาก https://www.matichon.co.th/education/news_377418
[5] บีบีซีไทย. (7 สิงหาคม 2560). *โอลิมปิกวิชาการ: 11 ปีผ่านไป ชีวิตหลังรับเหรียญของตัวแทนประเทศไทยเป็นอย่างไร?* สืบค้นเมื่อ วันที่ 7 มกราคม 2563 จาก https://www.bbc.com/thai/thailand-40837074.
[6] Tangkitvanich, S., & Sasiwuttiwat, S. (2012). *Revamping the Thai education system: Quality for all.* TDRI Quarterly Review, 27(2), 3-14.
[7] ไทยรัฐ. (16 มกราคม 2559). *คืนครูส่งห้องเรียน วัดผลที่คุณภาพนักเรียน.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563 จาก https://www.thairath.co.th/ content/563120
[8] Mounier A., Tangchuang P. (2018). *Quality Issues of Education in Thailand. In: Fry G. (eds) Education in Thailand.* Education in the Asia-Pacific Region: Issues, Concerns and Prospects, vol 42. Springer, Singapore.
[9] เสาวณี จันทะพงษ์ และ กานต์ชนิต เลิศเพียรธรรม (24 กรกฎาคม 2018). *กับดัก Skills Mismatch และความท้าทายสู่ Education 4.0.*MPG Economic Review. ธนาคารแห่งประเทศไทย.
[10] Pholphirul, P. (2017). *Educational mismatches and labor market outcomes: Evidence from both vertical and horizontal mismatches in Thailand.* Education+ Training, 59(5), 534-546.
[11] เดชรัต สุขกำเนิด. (2561). *ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา และความเหลื่อมล้ำข้ามรุ่น.* โพสต์ทูเดย์ (14 มกราคม 2563) สืบค้นเมื่อ วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2563. จาก https://www.posttoday.com/social/think/561356
[12] GDIM. (2018). *Global Database on Intergenerational Mobility.* Development Research Group, World Bank. Washington, D.C.: World Bank Group.
[13] นณริฏ พิศลยบุตร (2559). *ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาของไทย: ข้อสรุปจากผลการสอบปิซ่า (PISA).* aBRIDGd Marketing Research Accessible. สืบค้นเมื่อ วันที่ 12 มกราคม 2563. สืบค้นจาก https://www.pier.or.th/?abridged=ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา
[14] Göransson, K. (2015). *Raising successful children: Children as accumulation strategy and the renegotiation of parenting arrangements in Singapore*. The Asia Pacific Journal of Anthropology, 16(3), 211-226.
[15] Ellis, N. (2014). *Afraid to lose out: the impact of kiasuism on practitioner research in Singapore schools*. Educational Action Research, 22(2), 235-250.
[16] youtube.com. (website). Retrieved from https://www.youtube.com/watch?v=_aB9Tg6S-RA0&t=924s
[17] Walker, T. D. (2017). *Teach like Finland: 33 simple strategies for joyful classrooms.* WW Norton & Company.
[18] Ruzzi, B. (2005). *Finland education report*. National Center on Education and the Economy.
[19] Halinen, I., & Järvinen, R. (2008). *Towards inclusive education: the case of Finland.* Prospects, 38(1), 77-97.
[20] หลี่ หลานชิง. (2552). *การศึกษาเพื่อประชากร 1,300 ล้าน: สิบปีของการปฏิรูปและพัฒนาการศึกษา.* แปลโดย เนาวรัตน์ แย้มแสงสังข์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: ไอกรุ๊ป เพรส.
[21] China Daily. (2017). *New gaokao reform system to be built by 2020.* Retrieved from http://www.chinahumanrights.org/html/2017/CULTURE_1020/9330.html
[22] China Daily. (20 Oct 2017). *New gaokao reform system to be built by 2020.* Retrieved 10 January, 2020 from https://www.chinadaily.com.cn/china/2017-10/20/content_33488526.htm
[23] CNN. (July 17, 2019). *Beijing education reforms aim to help China's over-worked, over-tested students.* Retrieved 12 January, 2020 from https://edition.cnn.com/2019/07/16/asia/china-education-reform-intl-hnk/index.html
[24] The World Economic Forum. (2019). *The Global Competitiveness Report 2019.* Retrieved 10 January, 2020 from http://www3.weforum.org/docs/WEF_TheGlobalCompetitiveness-Report2019.pdf
[25] UNDP. (2019). *Human Development Report 2019.* Retrieved 10 January, 2020 from http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf
[26] OECD. (2019). *PISA 2018 Results Combined Executive Summaries*. Volume I,II & III. Retrieved 12 January, 2020 from https://www.oecd.org/pisa/Combined_Executive_Summaries_PISA_2018.pdf
[27] ไทยโพสต์ (21 พฤศจิกายน 2561). *ศธ.เดินหน้าจัดการศึกษาพื้นที่นวัตกรรมนำร่อง 6 จ. เพิ่มขีดความสามารถ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 16 มกราคม 2563 จาก https://www.thaipost.net/main/detail /22447
[28] สำนักวิชาการ สภาผู้แทนราษฎร. (มิถุนายน 2562). *พื้นที่นวัตกรรมการศึกษา (Education Sandbox).* สืบค้นเมื่อ วันที่ 16 มกราคม 2563 จาก https://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2562/jun2562-1.pdf
[29] Thai PBS. (8 พฤศจิกายน 2562). *หั่นกองทุนเสมอภาค 1,600 ล้าน หวั่นกระทบเด็กยากจน 1 ล้านคน.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 16 มกราคม 2562 จาก https://news.thaipbs.or.th/content/285908
[30] ไทยรัฐออนไลน์ (21 ธันวาคม 2562). *กมธ. งบสส.ปรับเพิ่มงบ กสศ.19,00 ล. ลุยช่วยเด็กลดเหลื่อมล้ำ.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 3 มีนาคม 2563 จาก https://www.thairath.co.th/news/politic/1731576
[31] สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์ (24 กันยายน 2562). *EEF and UNESCO Bangkok vow to push for equitable education.* สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2563 จากhttp://thainews.prd.go.th/en/news/print_news/TCATG190924150832721
[32] โพสต์ทูเดย์ (6 กันยายน 2557). *ฮิต "โรงเรียนทางเลือก" วิกฤตการศึกษากระแสหลัก?.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 19 มกราคม 2563 จาก https://www.posttoday.com/life/healthy/316736
[33] ปกป้อง จันวิทย์ และสุนทร ตันมันทอง. (2555). *โรงเรียนทางเลือกกับนวัตกรรมการเรียนการสอน.* TDRI: Thailand Development Research Institute. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2563 จาก https://tdri.or.th/2013/05/d2012006/
[34] ไพฑูรย์ สินลารัตน์. (2558). *ปฏิรูปการเรียนรู้: จากล่างขึ้นบน.* สำนักงานเลขาธิการคุรุสภา. กรุงเทพฯ.
[35] teachforthailand.org. (website). Retrieved from https://teachforthailand.org/
[36] Rlg-ef.com. (website). Retrieved from http://www.rlg-ef.com/
[37] ณิชากร ศรีเพชรดี. (2019). *คุณมาโรงเรียนทำไม?" คำถามจากครูขอสอน คำตอบอันดับ 1 ไม่ใช่ความรู้และวุฒิการศึกษา.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2563 จาก https://thepotential.org/2019/10/09/kru-kor-sorn-event/
[38] Bukaboo.tv. (website). *รวมที่เที่ยววันเด็ก 2563 จัดเต็ม 18 แห่ง พาวัยแสบสนุก บุกลั้นลารอบเมือง เข้าชมฟรี!.* สืบค้นเมื่อ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2563 จาก https://www.facebook.com/Flocklearning/?tn-str=k*F

ขอบคุณจากใจ

การจัดทำรายงาน “สุขภาพคนไทย” สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ซึ่งคณะทำงานขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณคณะกรรมการชี้ทิศทางฯ ทุกท่านที่ได้ให้ความเห็น ชี้แนะ ยกประเด็นถกเถียงที่น่าสนใจ ตรวจสอบความถูกต้องของการนำเสนอ และให้คำแนะนำต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ยิ่ง

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ รวมถึงภาคี หน่วยงาน และโครงการวิจัยต่าง ๆ ที่ได้เอื้อเฟื้ออนุเคราะห์ชุดข้อมูลและสถิติตัวเลขที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการสะท้อนสถานการณ์สุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชนไทยในทั้ง 12 หมวดตัวชี้วัด

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน และผู้เขียนร่างแรก (ในส่วน 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ) ที่กรุณาให้ข้อมูล เรียบเรียง ปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้รายงานฉบับนี้มีเนื้อหาครบถ้วนหลากหลายไปด้วยความคิดเห็น และมุมมองใหม่ ๆ

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งสำหรับนายแพทย์ วิชัย โชควิวัฒน นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ และศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา ที่ได้กรุณาเป็นผู้อ่านทบทวน ปรับปรุง แนะนำการใช้ภาษาให้ถูกต้อง เข้าใจง่าย เพื่อให้หนังสือเล่มนี้น่าอ่านมากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนการดำเนินงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทยในทุกด้านและทุกขั้นตอน และขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่ร่วมสนับสนุนการจัดพิมพ์

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ได้ติดตาม สะสม และประเมินคุณภาพหนังสือเล่มนี้มาโดยตลอด ซึ่งเป็นกำลังใจให้กับทีมงานที่จะพัฒนาคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คณะทำงาน
เมษายน 2563

ฉลาดเลือก

เลือกสุขภาพ

www.thaihealthreport.com