



ขอแนะนำหลักสูตรแกนกลาง
สำหรับพัฒนาการเรียนรู้และสร้างเสริมคุณธรรม
www.kun.or.th

6

ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๑

อาชญากรเด็ก

ไม่ใช่เรื่องเล็กๆ อีกแล้ว

นิพนธ์กับสุภาพไพศาลย์

และคณะผู้จัดทำเอกสาร

ฉบับ ๑: นิพนธ์กับสุภาพไพศาลย์ โรงเรียน...

และโรงเรียน...

พินิจ เรื่อง...

สุภาพไพศาลย์...





Hi5 Hiso

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล
สำนักงานพัฒนา
ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ต้นคิด

2



จดหมายข่าว “ต้นคิด” รายเดือน

เจ้าของ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
ที่ปรึกษา

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล,
เบญจมาภรณ์ จันทระพัฒน์

กองบรรณาธิการ

หน่วยประสานวิชาการ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ,
กลุ่มต้นคิด

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุน-
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
70/7 ห้อง 408 ชั้น 4 อาคารเอไอเอไนท์
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ติดต่อ

ตู้ ปณ. 2 ปณฝ. ประดิพัทธ์ กรุงเทพฯ 10404

โทรศัพท์ 02-668 -2854 โทรสาร 02-241-0171

อีเมล info@tonkit.org

สมัครสมาชิกจดหมายข่าว “ต้นคิด”

รายสัปดาห์และรายเดือนฉบับอิเล็กทรอนิกส์

เพื่ออ่านก่อนใครได้ฟรี และติดตามกิจกรรม

ที่น่าสนใจที่ www.tonkit.org

ข้อมูลทั้งหมดจากชุดสื่อ “ต้นคิด” สืบค้นได้

จาก เว็บไซต์สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล

ข่าวสารสุขภาพ www.hiso.or.th

พิมพ์ที่ สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชซิ่ง

โทรศัพท์ 02-903-8257-9

วันนี้ ของ วัน “พรุ้งนี้”

เมื่อราว 20 ปีก่อน มีรายการโทรทัศน์รายการหนึ่ง ตั้ง
ชื่อได้กินความหมายลึกซึ้งมาก ดังที่ผมได้นำมาจั่วเป็นหัว
คอลัมน์เดือนนี้

“วันนี้ ของ พรุ้งนี้” เป็นรายการที่นำเสนอสถานการณ์
ความเป็นไปในวันนี้ของเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นผู้กุมชะตา
กรรมสังคมในวันหน้าเอาไว้ในมือ

ผู้อ่านที่ติดตามจดหมายข่าว “ต้นคิด” มาอย่างต่อเนื่องคงทราบดีว่า เราให้ความสำคัญกับการนำเสนอข้อมูล
เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของเด็กและเยาวชนมา
โดยตลอด ด้วยเล็งเห็นความสำคัญของประชากรกลุ่มนี้
เหมือนเช่นรายการโทรทัศน์ที่ผมได้หยิบยกชื่อมาเป็นชื่อ
คอลัมน์ hi5 hiso ในฉบับนี้

เมื่อเดือนที่ผ่านมา เราตกตะลึงกับข่าวเด็กชายอายุน้อย
นิดเพียงแค่ว่า 14 ปี ที่ก่อความรุนแรงถึงขั้นฆ่าผู้บริสุทธิ์
ที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน หลังถูกปลุกเร้าและฝึกปรือจิต
วิญญาณที่โหดเหี้ยมและวิคิดเยี่ยงอาชญากรจากเกม
คอมพิวเตอร์เกมหนึ่ง ที่เล่นกันอย่างแพร่หลายตามร้านเกม
ต่างๆ ทั่วประเทศ และทั่วโลก

คอลัมน์ “ต้นคิดเรื่องเด่น” ฉบับนี้ จะพาท่านดิ่งลึกลง
ไปในแฟ้มข้อมูลของอาชญากรเด็ก ที่ทำให้เห็นภาพกว้าง
กว่ากรณีที่เกิดขึ้น นั่นคือ ปัญหานิยามความรุนแรงกำลัง
เกาะกินพลังสร้างสรรค์ของเด็กและเยาวชนของเราอย่าง
น่าวิตกกังวล

นอกจากนี้ เรายังมีแนวทางเสนอแนะขั้นต้นสำหรับ
ผู้ปกครองที่กำลังกังวลว่าบุตรหลานของท่านกำลังติดเกม
และเป็นเหยื่อของสื่อปลุกเร้าความรุนแรงเช่นเด็กชายผู้นี้
ว่าท่านจะยื่นข้างๆ เขาให้เติบโตมีจิตใจที่สดใสและงดงาม
สมวัยได้ตลอดรอดฝั่งอย่างไร

หลายเดือนที่ผ่านมา กองบก.ต้นคิดของเรา ได้รับ
จดหมาย ข้อเสนอแนะ ความคิดดีๆ จากผู้อ่านหลังไหลเข้า
มาไม่ขาด

**พวกเราต้องขอบคุณมา ณ ที่นี้ และยินดีที่จะรับ
แรงใจและคำติชมจากทุกท่าน เพื่อแปรเป็นพลังใน
การทำงานให้ดีที่สุดต่อไปครับ**



สักรดรอยสุขภาพทารก



กันทุกันทุ

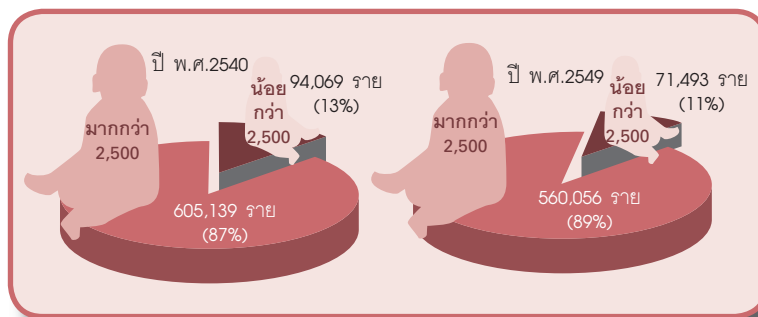
เด็กปฐมวัย ถือเป็น 'วัยต้นทุ' ที่สำคั เนื่องจากเป็นระยะที่ระบบประสาท และสมองเจริญเติบโตมากที่สุดจึงเหมาะสมที่สุดในการเสริมสร้างพัฒนาการอย่าง รอบด้านตั้งแต่อยู่ในครรภ์

สักรสุขภาพ ณ กันทุ

ตัวชี้วัดการเจริญเติบโตในครรภ์คือ น้ำหนักเด็กแรกคลอด และการคลอด ครบกำหนด เนื่องจากทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีโอกาสพบ ความผิดปกติของระบบต่างๆ ในร่างกายซึ่งยังพัฒนาไม่เต็มที่ เช่น ระบบหายใจ ระบบหัวใจ เป็นต้น

จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขยืนยันว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2540-2549 การคลอดก่อนกำหนดคือ 1 ใน 4 ของสาเหตุการตายที่สำคัญของ ทารก ทั้งๆ ที่อัตราการตายของทารกแรกเกิดภายใน 7 วัน สามารถป้องกันได้โดย การดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์

แผนภาพจำนวนร้อยละของน้ำหนักเด็กแรกเกิดในปี พ.ศ.2540 และ 2549



ที่มา สถิติสาธารณสุข 2540 และ 2549

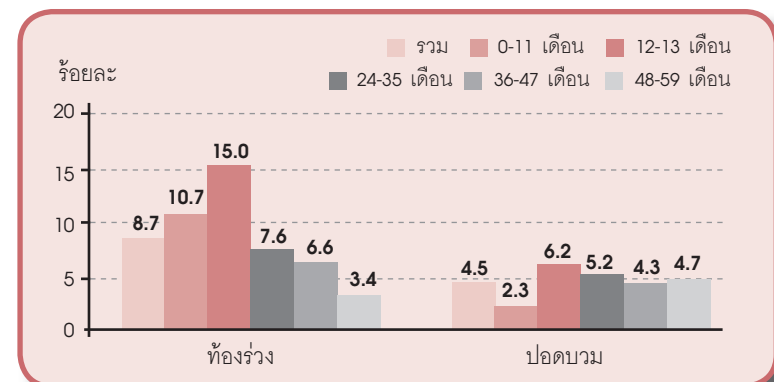
หมายเหตุ เด็กแรกเกิดปี 2549 มีจำนวน 631,558 ราย เป็นเด็กที่ไม่ทราบน้ำหนักตัวแรกเกิดจำนวน 9 ราย

เด็กแรกเกิดปี 2540 มีจำนวน 699,260 ราย เป็นเด็กที่ไม่ทราบน้ำหนักตัวแรกเกิดจำนวน 52 ราย

โรคที่เด็กเล็กเจ็บป่วยบ่อย

โรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยของเด็กปฐมวัย คือ โรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันและปอดอักเสบ

แผนภาพแสดงอัตราร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่สงสัยว่ามีอาการท้องร่วง ปอดบวม ในระยะ 2 สัปดาห์ที่สำคัญ



ที่มา รายงานผลทั่วยราชอาณาจักร การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม 2548 - กุมภาพันธ์ 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทยปี พ.ศ.2548-2549 โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ของการสำรวจ มีเด็กปฐมวัยที่มี อาการท้องร่วงร้อยละ 8.7 โดยอาการท้องร่วงเกิดกับเด็กเล็ก (0-23 เดือน) มากกว่าเด็กวัยก่อนเรียน นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กปฐมวัยที่สงสัยว่าเป็นปอดบวมมี ร้อยละ 4.5 และอยู่ในช่วงอายุ 1 ปีขึ้นไป

การเลียงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่อาจจะเกิดขึ้นนี้ สามารถทำได้โดย การเลียงดูอย่างใส่ใจในเรื่องความสะอาดทั้ง อาหาร นม และน้ำดื่ม



วิถีเสียง

ถนัด

4

อีก 3 ปี ขยะจะล้นเมืองไทย ใครช่วยที!

“ขยะจะก่อปัญหารุนแรงมากยิ่งขึ้นในภูมิภาคเอเชีย”

นั่นคือคำเตือนจาก ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย หรือ เอดีบี

(Asian Development Bank) เมื่อปี 2550 ที่ผ่านมา

ประเทศไทยเองก็หนีไม่พ้นวังวนดังกล่าว โดยข้อมูลจากกรมควบคุม

มลพิษระบุว่า ในปี 2550 คาดว่าคนไทยผลิตขยะถึง 14.85 ล้านตัน

ต่อปี หรือวันละ 40,690 ตัน มากกว่าปี 2549 ประมาณ

วันละ 0.25 ล้านตัน

จากตารางที่ประกอบอยู่นี้แสดงให้เห็นว่า

ปริมาณขยะที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

เกิดขึ้นในเขตที่มีผู้คนอาศัยอยู่หนาแน่นมากที่สุด

เช่น เขตศูนย์การค้า ตลาด ย่านธุรกิจ

เมืองอุตสาหกรรม เมืองท่องเที่ยว

โดยปริมาณการทิ้งขยะต่อคน

ตารางแสดงปริมาณขยะที่คนในเมืองต่างๆ แต่ละคนผลิต
โดยเฉลี่ยต่อวัน (พ.ศ.2546)

พื้นที่	ปริมาณขยะ (กิโลกรัม/คน/ วัน)
เฉลี่ยทั่วประเทศ	0.65
หัวเมืองหลัก	
- กรุงเทพมหานคร	1.5
- ชลบุรี	1.5
- ปทุมธานี	1.4
- สงขลา	1.2
- เชียงใหม่	1.1
- สมุทรปราการ	1.1
- นนทบุรี	1.1
- นครราชสีมา	0.9
- ขอนแก่น	0.9
เมืองท่องเที่ยว	
- พัทยา จังหวัดชลบุรี	2.6
- ปัตตอง จังหวัดภูเก็ต	5.0
- ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี	1.7
เมืองอุตสาหกรรม	
- พระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ	4.3
- อ้อมน้อย จังหวัดสมุทรสาคร	3.4
- มาบตาพุด จังหวัดระยอง	3.2
- แหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี	2.8



ของคนกรุงเทพฯ นั้น มากกว่าชาวชนบทถึงเกือบ 2 เท่า ยิ่งเป็นเมือง
ท่องเที่ยว และอุตสาหกรรม อัตราการเกิดขยะยิ่งสูงขึ้นเป็นลำดับ

**นี่คือที่มาของการที่ผู้เชี่ยวชาญคาดการณ์ว่า หากปล่อยให้สภาพ
เช่นนี้ดำเนินต่อไป “อีก 3 ปีขยะจะล้นเมืองไทย”**

ผู้เชี่ยวชาญระบุว่า ปัญหาขยะไม่ได้อยู่ที่จำนวนขยะที่เพิ่มขึ้น
เท่านั้น แต่อยู่ที่วิธีการและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการขยะด้วย เมืองที่
พัฒนาแล้วสามารถเก็บและจัดการขยะในแต่ละวันได้เกือบสมบูรณ์ คือ อยู่
ระหว่างร้อยละ 95-100 ของปริมาณขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมด ขณะที่เมืองที่มี
ระดับการพัฒนาน้อยการเก็บขยะจะต่ำกว่า ร้อยละ 70

สำหรับประเทศไทยเรายังมีขีดความสามารถในการจัดการขยะด้วย
กรรมวิธีที่ถูกต้องเพียงประมาณ 1 ใน 3 หรือ ร้อยละ 36 ของปริมาณขยะที่
ผลิตขึ้นในแต่ละวันเท่านั้น

การจัดการกับปริมาณขยะที่เกิดขึ้นไม่ได้หมายถึงการทุ่มทุนจัดหาพื้นที่
หรือใช้เทคโนโลยีในการกำจัดขยะเพียงประการเดียวโดดๆ แต่ยังรวมถึง
ระบบการคัดแยกขยะตามประเภทการกำจัดก่อนส่งไปยังที่ทิ้งหรือเผาอย่าง
จริงจังตั้งแต่ต้นทาง

และที่สำคัญที่สุดก็คือ การคิดก่อนใช้ ลดการใช้ผลิตภัณฑ์ที่สร้างขยะ
จำนวนมาก หรือแปรสภาพของใช้ไปสู่ขยะในการใช้เพียงครั้งเดียว หรือซ้ำ
ประเดี๋ยวประด๋าว เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ใช้งานหมุนเวียนได้นานหลายครั้ง

**ที่สำคัญที่สุดคือ ลดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดขยะลงให้เหลือเท่าที่จำเป็น
เพราะนั่นคือทางรอดที่ยั่งยืน**



ขยะล้นเมือง



วิกิเสี่ยง

ต้นคิด

6



อะไรเอ่ย? ของกินที่คนไทยขาดไม่ได้

จะกินเพื่ออยู่ หรือจะอยู่เพื่อกิน?

คำถามนี้ยากนักที่จะตอบให้ได้เต็มปากเต็มคำในยุคที่หันไปทางไหนก็มีแต่อาหารและเครื่องดื่มแปลกๆ ใหม่ๆ รสชาติสุดยั่วยวนจนเกินหักห้ามใจ ทั้งที่รู้ว่าประโยชน์ไม่ค่อยมี ช้ำอาจแถมมีโทษให้เสียอีก

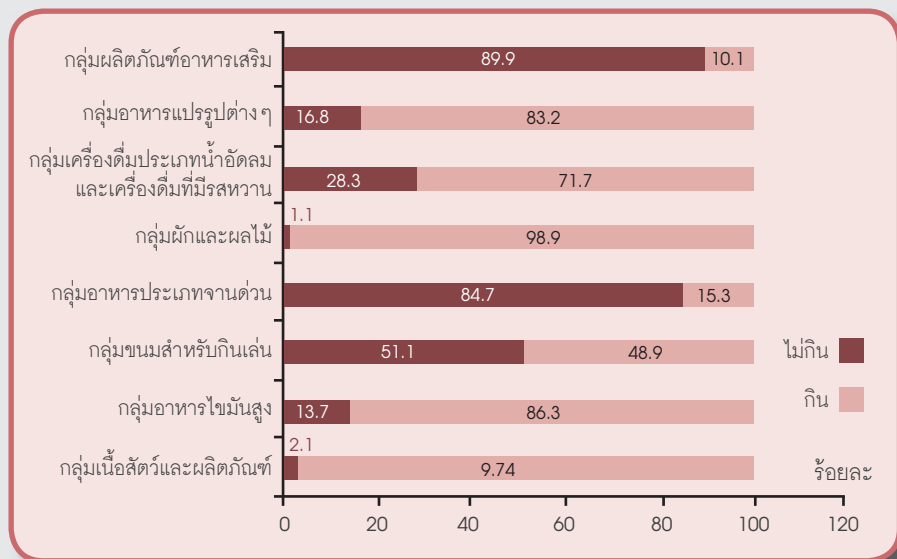
ของแบบนี้ฟังคำตอบจากปากอาจไม่ได้ข้อเท็จจริง สู้เปิดแฟ้มพลิกหาข้อมูลจากการสำรวจแบบเป็นเรื่องเป็นราวกันดีกว่า

แล้วจะรู้ว่าแม้คนไทยกำลังตื่นตัวเรื่องสร้างสุขภาพ แต่เอาเข้าจริงก็ยังคงตามใจปากกันอยู่มีใช่น้อย...

80-90% ไม่ปฏิเสธอาหารจานด่วนและของขบเคี้ยว

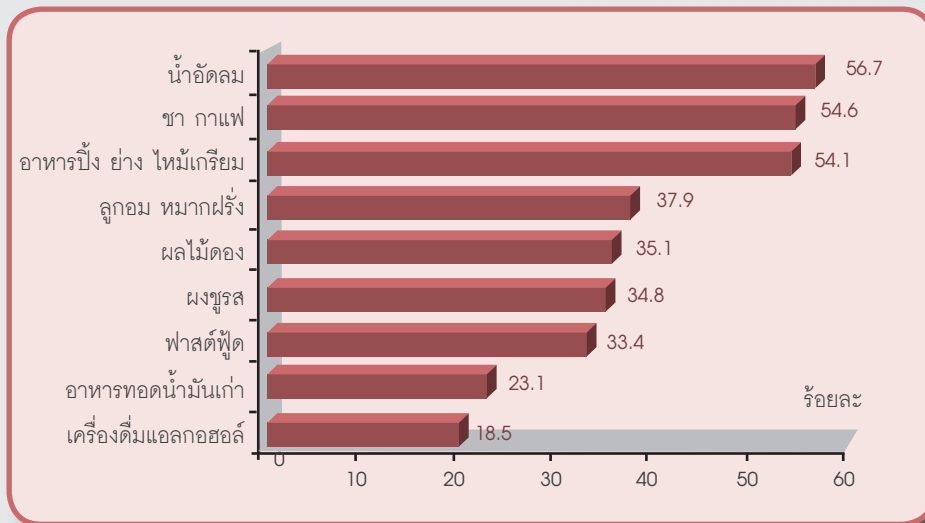
เมื่อปี 2548 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ทำการสำรวจเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรไทย ทำให้พบข้อมูลที่น่าสนใจหลายประการจากกลุ่มผู้ที่ตอบแบบสำรวจในครั้งนี้ เช่น

แผนภาพที่ 1 แสดงพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของประชากรวัย 6 ปีขึ้นไป



ที่มา รายงานการสำรวจเรื่อง พฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ.2548
โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภาพที่ 2 แสดงอาหารที่คนไทยบอกว่าต้องกินเป็นประจำ



ที่มา ชีวจิตโพลล์ โครงการ 3, บริษัทอัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

- ร้อยละ 90 กินอาหารเสริม
- ร้อยละ 85 กินอาหารจานด่วน
- มากกว่าครึ่งไม่ปฏิเสธของขบเคี้ยวกินเล่น

ขาดน้ำอัดลม-ของปิ้งย่างไม่ได้

ผลการสำรวจของชีวจิตโพลล์ ในปี 2549 ตอกย้ำให้เห็นว่าคนไทยส่วนใหญ่ที่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วยมีพฤติกรรม “กินตามใจปาก” โดยระบุว่าอาหาร/เครื่องดื่มที่ขาดไม่ได้ คือ น้ำอัดลม ชา กาแฟ รองลงมาคือ อาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม ต่อเมื่อพบอาการป่วยคนส่วนใหญ่จะเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินให้มีคุณภาพมากขึ้น

จะกินเพื่ออยู่ หรือจะอยู่เพื่อกิน?

มาถึงบรรทัดนี้...คุณเองจะตอบคำถามนี้ว่าอย่างไร?

ชองกับ
ที่คนไทยขาดไม่ได้



วิถีเสี่ยง

ฟัน เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำอาหารเข้าสู่ร่างกาย ทำให้คนเราอยู่ได้นาน

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุไว้ว่าผู้สูงอายุควรมีฟันที่บดเคี้ยวได้ ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ จะทำให้อยู่ได้อย่างมีความสุขภาวะ และได้ใช้เป็นตัวชี้วัดหนึ่ง สำหรับวัดภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุไทย

ทันต

8



จากการสำรวจใน โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของ ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งล่าสุด เมื่อปี 2546-2547 พบ สถานการณ์ว่าด้วยเรื่องสุขภาพฟันของผู้สูงอายุ ดังนี้

- สัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ มี ร้อยละ 45 เท่ากัน ทั้งชายและหญิง
- ทั้งนี้ปัญหาการมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ มีสัดส่วนต่ำสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 37 และ 34 ในชายและหญิง) แล้วเพิ่มขึ้นตาม อายุ สูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปซึ่งพบถึง ร้อยละ 62 และ 65 ใน ชายและหญิงตามลำดับ
- ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีผู้ใส่ฟันปลอมประมาณ ร้อยละ 28 เท่านั้น

ฟัน

เรื่องสำคัญของผู้สูงวัย

ตารางที่ 1 แสดงปัญหาฟันและการบดเคี้ยวของผู้สูงอายุ

ปัญหาฟันและการบดเคี้ยว	ในเขตเทศบาล				นอกเขตเทศบาล			
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม
มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ (%)	34.7	49.9	57.3	42.7	35.5	50.1	66.0	44.8
ใช้ฟันปลอม (%)	27.0	29.7	29.6	28.2	25.6	27.6	29.1	26.8

ตารางที่ 2 แสดงปัญหาฟันและการบดเคี้ยวของผู้สูงอายุในภาคต่างๆ

ปัญหาฟันและการบดเคี้ยว	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	กทม.
มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ (%)	47.2	40.4	44.8	43.3	44.1
ใช้ฟันปลอม (%)	28.2	27.9	28.2	19.8	33.9

- ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ มีอัตราส่วนการใช้ฟันปลอมมากที่สุด ลำดับต่อมาคือ ภาคเหนือ ถัดลงไปคือ ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนผู้สูงอายุภาคใต้พบการใช้ฟันปลอมต่ำที่สุด สุขภาพฟันของผู้สูงวัยดูเหมือนเป็นเรื่องไม่ค่อยสำคัญ แต่ที่จริงแล้วฟันที่แข็งแรง มีจำนวนมากพอที่จะทำหน้าที่บดเคี้ยวอาหารให้ละเอียด และไม่มี

อาการผุ หรือติดเชื้อ คือ บั๊จจ้ยกำหนดความเป็นปกติสุข เพราะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีคุณภาพได้ครบถ้วน และผ่านการเคี้ยวให้แหลกละเอียดพอที่จะส่งต่อไปยังระบบย่อยอาหารในช่องท้องไม่ต้องทำงานหนักเกินไป หรือย่อยไม่ไหวจนนำไปสู่อาการท้องอืดท้องเฟ้อ

นอกจากนี้ การเกิดฟันผุ ที่ทำให้มีเชื้อโรคสะสมในช่องปากยังก่อความเสี่ยงได้อย่างไม่น่าเชื่อ เพราะอาจนำไปสู่อาการร้ายแรงอย่างเช่น การติดเชื้อที่หัวใจได้



ฟันเรื่องสำคัญของผู้สูงวัย



ต้นคิด
เรื่องเด่น

ต้นคิด

10

อาชญากร

ไม่ใช่เรื่องเล็กๆ อีกแล้ว!

เหตุการณ์สะเทือนขวัญ ที่ **เด็กชายวัย**

14 ปี ผู้ติดเกมคอมพิวเตอร์ TGA หรือ Grand Theft Auto รีบลั่นฆ่าแท็กชื่อเมื่อเร็วๆ นี้ ไม่เพียงเป็นเรื่องสะเทือนขวัญคนไทยทั่วประเทศเท่านั้น แต่ยังชวนให้คิดใคร่ครวญถึงที่มาและที่ไปของปัญหา “อาชญากรเด็ก” ที่แม้มิใช่ปัญหาใหม่ของสังคมไทย แต่ก็นับเป็นปัญหาที่ขยายขนาดและทวีความรุนแรงมากขึ้นกว่ายุคก่อนๆ

ในรายงานสถานการณ์สุขภาพ เรื่อง สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพเด็กและเยาวชน โดย ศิริพร คำภูไทย สำนักงานพัฒนานโยบายข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ได้ประมวลข้อมูลเรื่องนี้ไว้อย่างน่าสนใจ ดังมีสาระสำคัญที่ “ต้นคิดเรื่องเด่น” ขอเลือกสรรมานำเสนอ ดังนี้

- **ความผิดเกี่ยวกับเพศ** ได้แก่ การกระทำความผิด ข่มขืนกระทำชำเรา พยายามข่มขืนกระทำชำเรา พรากผู้เยาว์ โจรหญิง และ พยายามทำความผิดเกี่ยวกับเพศ
- **ความผิดเกี่ยวกับความสงบสุข ชื่อเสียง และการปกครอง** ได้แก่ อั้งยี่ ซ่องโจร วางเพลิง ทำให้เกิดเพลิงไหม้ หมิ่นประมาท ความผิดต่อเจ้าพนักงาน พ้องเท็จ เบิกความเท็จ บุกรุก และทำให้เสียชื่อเสียง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนเยาวชนที่กระทำผิดฐานความผิดประเภทต่างๆ

ประเภท	สถิติประจำปี				
	2544	2545	2546	2547	2548
1. ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน	7,374	7,949	8,886	10,495	10,732
2. ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย	2,175	3,054	4,843	5,969	6,112
3. ความผิดเกี่ยวกับเพศ	1,026	1,479	1,735	2,417	2,680
4. ความผิดเกี่ยวกับความสงบสุขฯ	397	681	1,016	1,149	1,271

ที่มา สำนักพัฒนาระบบงานยุติธรรมเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

สวสีกั๊มา “อาชญากรเด็ก”

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้กระทำผิด พบว่าแนวโน้มของเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดมีลักษณะร่วม ที่พบบ่อยๆ ดังนี้

- อาศัยร่วมชายคากับบิดามารดา** จากการจำแนกที่อยู่อาศัยของผู้กระทำผิด พบว่ากลุ่มใหญ่ที่สุดอาศัยอยู่กับบิดามารดา หำไ้เด็กเร่ร่อน พักอาศัยกับญาติ หรือโดยลำพัง

ตารางที่ 2 ประเภทที่อยู่อาศัยของเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด

ประเภท	ปีที่กระทำผิด				
	2544	2545	2546	2547	2548
เร่ร่อน	704	391	495	481	308
อยู่กับบิดามารดา/ญาติ	15,055	16,794	14,495	16,196	17,981
อยู่กับบิดา	3,131	3,054	2,760	2,948	2,975
อยู่กับมารดา	6,273	7,003	5,614	6,348	6,713
อยู่กับผู้อื่น	6,273	696	741	6,476	7,233

ที่มา กลุ่มงานข้อมูลและสารสนเทศ สำนักพัฒนาระบบงานยุติธรรมเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน พ.ศ.2 544-2548

- วัย 15-18 ปี คือระยะอันตราย** เมื่อพิจารณาช่วงอายุของเด็กและเยาวชนที่ทำความผิดมากที่สุด พบว่า อยู่ในช่วงวัย 15-18 ปี

ตารางที่ 3 ช่วงวัยขณะกระทำผิด

ช่วงอายุ	ปีที่กระทำผิด				
	2544	2545	2546	2547	2548
ต่ำกว่า 14 ปี	1,849	4,496	4,313	5,177	5,872
15-18 ปี	29,599	30,789	25,602	28,131	30,208

- ส่วนใหญ่อยู่แค่ ม.ต้น** ด้านการศึกษาของผู้กระทำผิด พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น คือไม่เกิน ม.3

ตารางที่ 4 ระดับการศึกษาของเด็กเยาวชนที่กระทำผิด

ระดับการศึกษา	ปีที่กระทำผิด				
	2544	2545	2546	2547	2548
ไม่ได้รับการศึกษา	511	389	498	586	1,024
ประถม 1-6	11,205	12,526	10,305	11,001	11,951
มัธยม 1-3	12,904	14,970	12,433	13,836	15,050
สูงกว่ามัธยมต้น	6,097	6,598	5,420	5,885	6,381
อื่นๆ	731	802	1,259	2,000	1,674

- เป็นชายมากกว่าหญิง ผู้กระทำผิดเป็นชายมากกว่าหญิงประมาณ 10 เท่า โดยเฉลี่ย

ตารางที่ 5 เพศของเด็กและเยาวชนที่กระทำผิด

เพศ	ปีที่กระทำผิด				
	2544	2545	2546	2547	2548
หญิง	3,099	3,110	2,741	2,940	3,324
ชาย	28,349	32,175	27,174	30,368	32,756

- นักเรียนมาแรง ในกลุ่มผู้กระทำผิดพบว่า ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา กลุ่มนักเรียนก่อเหตุมากที่สุด อีกทั้งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวน และครองแชมป์ต่อเนื่องมาเป็นลำดับ

ตารางที่ 6 อาชีพของผู้กระทำผิด

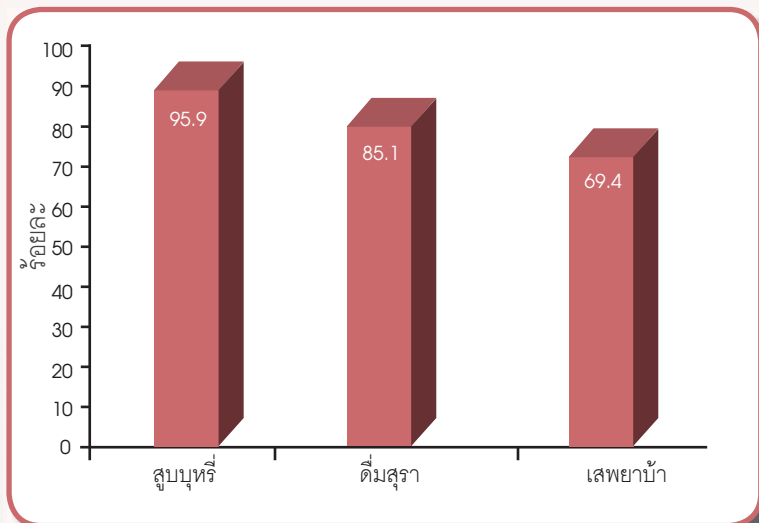
ช่วงอายุ	ปีที่กระทำผิด				
	2544	2545	2546	2547	2548
นักเรียน	9,242	11,522	10,322	10,924	12,331
รับจ้าง	9,108	9,377	7,852	9,396	10,358
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9,388	11,859	9,777	10,621	11,340
อื่นๆ	3,710	2,527	1,964	2,367	2,051

เกินครึ่งถึงกึ่งสาม เหล่า บุหรี่ร่วมด้วย

จากการศึกษาเจาะลึกเพิ่มเติมกับเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดจำนวน 121 คน พบว่า เด็กและเยาวชนที่ก่อคดีเหล่านี้มีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมด้วย ดังนี้

- สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.9
- ดื่มสุรา ร้อยละ 85.1
- เสพยาบ้า ร้อยละ 69.4

แผนภาพแสดงพฤติกรรมเสี่ยงร่วมในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดี



นานๆ ครั้ง ปัญหา “อาชญากรเด็ก” จึงปรากฏตัวให้สังคมได้เห็นและตื่นตัวผ่านเหตุการณ์ร้ายแรงสะเทือนขวัญ แต่ข้อมูลที่ปรากฏให้เห็นนี้ซ้ำว่าเรื่องนี้หาได้เป็นเรื่องเล็กหรือไกลตัว หากแต่เป็นสถานการณ์ซ่อนเร้นที่ส่งผลต่อสังคมอย่างลึกซึ้งและยาวนาน

เป็นปัญหาที่ต้องการความจริงจังและจริงจังในการแก้ไข โดยหลักแห่งสติ ความมีเมตตา และปัญญา จากผู้ใหญ่ทุกฝ่ายในสังคม



วิถีสุข

ต้นคิด

14

ลูก “ติดเกม” จะแก้เกมอย่างไร?

ปัญหาเด็กติดเกมไม่ใช่เรื่องใหม่ และเป็นประเด็นที่สังคมมาหาทางออกกันมานานพอสมควรแล้ว แต่เมื่อเกิดข่าวเด็กชายปล้นฆ่าแท็กซี่ โดยเลียนแบบเกมคอมพิวเตอร์ที่เล่นเป็นประจำ โดยพ่อแม่ไม่เคยสังเกตเห็น เงื่อนงำปัญหานี้เลยทั้งที่ใช้ชีวิตอยู่ในบ้านเดียวกัน เรื่องนี้ก็ยิ่งทวีตริความ “ร้อน” ขึ้นเป็นทวีคูณ

พญ.วินัดดา ปิยะศิลป์ แห่งสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้ให้ความสนใจศึกษาเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง ระบุว่า ปัญหาเด็กติดเกมพบได้บ่อยในครอบครัวไทยปัจจุบัน

“พ่อแม่หลายคนลำบากใจที่จะบังคับให้ลูกเลิกเล่นเกม เด็กบางคนติดมากจนไม่สนใจการเรียน ผลการเรียนตกลงมาๆ หรือบางคนไม่ยอมไปโรงเรียน ใช้เวลาเล่นเกมที่บ้านทั้งวัน เวลาห้ามมากๆ เด็กแอบหนีไปเล่นเกมที่ร้านเกมนอกบ้าน บางคนเลยซื้อเกมให้เด็กเล่นที่บ้าน เนื่องจากเกรงว่าเด็กจะไม่กลับบ้าน แต่กลับเป็นปัญหาต่อมาจากการเล่นเกมที่บ้านมากขึ้น

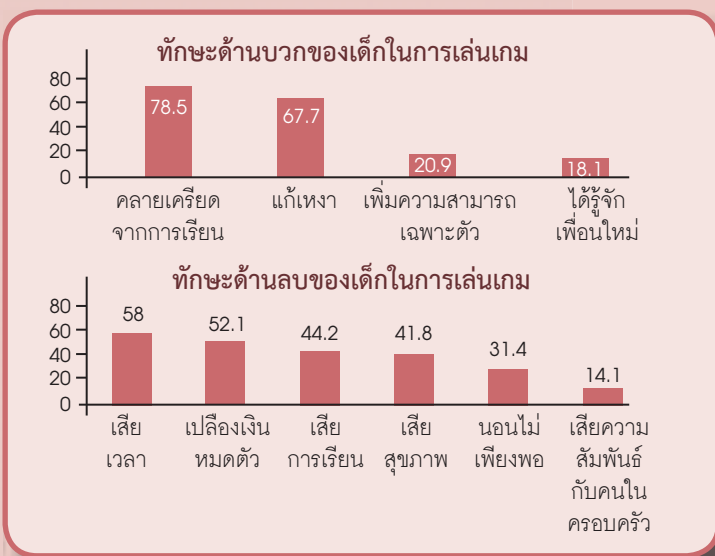
“ที่ผ่านมา แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้รับคำถามหรือคอยให้คำปรึกษาปัญหาเด็กติดเกมมากขึ้น การช่วยเหลือเด็กติดเกมจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนระดับประเทศ และถ้าสามารถป้องกันปัญหานี้ได้ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง” คุณหมอวินัดดา ฉายภาพให้เห็นสถานการณ์ในภาพรวม และให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่น่าสนใจดังนี้

- ข้อมูลจากกลุ่มงานเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม ระบุว่า เด็กและเยาวชนไทยยุคใหม่ใช้เวลาโดยเฉลี่ยวันละ 2 ชั่วโมงไปกับการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ และ ร้อยละ 80 ของเด็กที่ติดเกมเลือกเล่นเกมแนวต่อสู้
- ผลการสำรวจพ่อแม่ผู้ปกครองโดยศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ : ประเทศไทย (NECTEC) เมื่อ ปี 2543 พบว่า ในครอบครัวไทยมีคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ ร้อยละ 27 ในครอบครัวเหล่านี้ ร้อยละ 90 มีเด็กใช้งานเป็นประจำ โดยใช้ในกิจกรรมการเล่นเกมที่สูงสุด คือ ร้อยละ 31 ของการใช้งานทั้งหมด โดยผู้ปกครองจำนวนมากไม่รู้ไม่เห็นว่าลูกหลานใช้เน็ตเพื่ออะไร โดย ร้อยละ 45 ไม่ได้ใกล้ชิดเวลาเด็กใช้เน็ต

จากข้อค้นพบดังกล่าว คุณหมอวินิตดาสรุปว่า เด็กและวัยรุ่นใช้คอมพิวเตอร์ในการเล่นเกมนาน แต่ใช้ในการศึกษาน้อย โดยพ่อแม่ไม่มีเวลาดูแลการใช้คอมพิวเตอร์ของลูก

ใน รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ.2550 ก็ได้นำเสนอข้อมูลที่น่าสนใจที่สะท้อนมุมมองของเด็กเยาวชนต่อการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ไว้ในเรื่องสถานการณ์ “เด็กไทยยุคไซเบอร์”

แผนภาพที่ 1 และ 2 แสดงทัศนคติจากเยาวชนต่อโทษและประโยชน์ในการเล่นคอมพิวเตอร์



ที่มา สารวจพฤติกรรมการเล่นเกมนานในวัยรุ่น และการดูแลลูกๆ กับการเล่นเกม โครงการวิจัยเชิงสำรวจโดยความร่วมมือระหว่างสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์และสถาบันรามจิตติ, 2529

จากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ นั่นคือ เกมคอมพิวเตอร์เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของเด็กและเยาวชนไทยอีกทั้งยังแทรกซึมสู่บ้านเรือนนับล้านๆ โดยเกมยอดนิยมคือเกมประเภทต่อสู้ ใช้ความรุนแรง ขณะที่พ่อแม่ผู้ปกครองไม่ได้เข้าไปดูแลความเป็นไปอย่างใกล้ชิดเท่าที่ควร จนอาการ “ติดเกม” กลายเป็นสิ่งที่พบได้กับเด็กทั่วไป คุณหมอวินิตดาได้ให้ข้อแนะนำในการ “แก้เกม” เมื่อประสบปัญหาดังกล่าวเอาไว้ดังนี้

1. ตกลงกติกาให้ชัดเจน พยายามให้ลดหรือเลิก ถ้าลด ให้จัดเวลากันใหม่ ลดเวลาเล่นลงทีละน้อย เช่น เดิมเล่นทุกวัน วันละ 3 ชั่วโมง ลดลงดังนี้ สัปดาห์แรก ให้เล่นวันละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 2 ให้เล่นวันละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 3 ให้เล่นเฉพาะเสาร์-อาทิตย์ ไม่เกินวันละ 1 ชั่วโมง ถ้าเลิกเล่นเกมให้จัดกิจกรรมทดแทนเวลาที่เคยเล่นแทนที่ กิจกรรมควรสนุกก่อนให้เด็กเพลิดเพลิน เบนความสนใจไปจากเกม

2. การเอาจริงกับข้อตกลง ด้วยสีหน้า ท่าทาง

3. ตกลงทดลองปฏิบัติเป็นเวลา 1 เดือน

เช่น ทดลองปฏิบัติเป็นเวลา 1 เดือน แล้วกลับมาประเมินผลร่วมกัน หากทางปรับเปลี่ยนแก้ไข

4. กำหนดทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา

เช่น ถ้าลูกไม่ทำตาม แม่จะทำอะไรจะให้อย่างไร

5. มีการบันทึกผลการช่วยเหลือ

และนำมาพูดคุยกันเป็นระยะๆ ชมในเรื่องที่ได้

ทำไปแล้วได้ผลดี ข้อที่ยังทำไม่ได้ ให้กลับมาติดตามงาน

6. ประเมินผลเมื่อครบเวลาที่ตกลงกันไว้

7. ปรับกติกาใหม่ถ้ามีปัญหาความร่วมมือ หรือทำไม่ได้

8. จูงใจให้อยากเลิกด้วยตนเอง

9. สร้างความสามารถในการควบคุม เสริมทักษะการควบคุมตนเอง

10. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้นเรื่องเกม

11. จัดกิจกรรมให้ใช้เวลาที่เคยเล่นเกม เป็นกิจกรรมที่สนุกๆ อื่นๆ ปล่อยให้ว่าง

“การป้องกันสำคัญกว่าการรักษามาก ควรคิดเสมอว่าเด็กมีโอกาสติดเกมทุกคน การป้องกันเริ่มได้ตั้งแต่เด็กยังไม่ติดเกม อาจเริ่มได้ตั้งแต่ขวบปีที่ 2 โดยฝึกให้รู้จักกติกา ขอบเขต และทักษะในการควบคุมตนเอง” คุณหมอวินิตดา ให้ข้อคิด

ผู้ปกครองที่ “อยากล้อมคอกก่อนวัวหาย” ใช้คอมพิวเตอร์ของคุณให้เป็นประโยชน์โดยเข้าไปศึกษารายละเอียดได้ที่ http://www.hiso.or.th/hiso/ghealth/ghealth4_6.php

เด็กติดเกม แบบนี้เอง!

- ใช้เวลาเล่นเกม เกิน 2 ชม. ต่อวัน
- รบกวนหน้าที่ การเรียน ขาดทักษะสังคม ขาดความสัมพันธ์ในบ้าน และกับเพื่อนนอกบ้าน
- หมกมุ่นจริงจัง
- ขาดไม่ได้ จะมีการรุนแรง อารมณ์เสีย
- บุคลิกภาพผิดไปจากเดิม
- ใช้เงินมาก แอบทำ โทก
- ขโมยเงินไปเล่น





คนกันคิด

หวัชบวน “นักวิทย์” คิดรุก

น้อยคนนักที่จะรู้ว่าประเด็นร้อนๆ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่สันตะเทือนสังคมในช่วงปี 2550-2551 ที่ผ่านมานี้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการค้นพบปัญหา “ตู้น้ำเย็นมหากัย” ปนเปื้อนสารตะกั่วที่ส่งผลกระทบต่อโรงเรียนทั่วประเทศ หม้อก๋วยเตี๋ยวบัดกรีด้วยตะกั่ว ปลาสัมผัสผสมสารไนเตรดในระดับชวนสยอง และล่าสุดกรณีเส้นก๋วยเตี๋ยวผสมสารกันบูดกันราเกินมาตรฐานนับสิบเท่า ได้รับการจุดชนวนจากหน่วยงานเล็กๆ ในพื้นที่ห่างไกลถึงจังหวัดอุบลราชธานี ด้วยฝีมือของ **ภก.วรวิทย์ กิตติวงศ์สุนทร** ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุบลราชธานี และทีมงานไฟแรง ที่ให้ความสำคัญกับการทำงานวิชาการเชิงรุก บุกเข้าศึกษาสภาพความเป็นจริงในพื้นที่ เมื่อพบข้อมูลที่แสดงสถานการณ์ความเสี่ยงก็ขยายผลอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการแก้ไข “คนค้นคิด” ฉบับนี้ จึงขอพาคุณผู้อ่านไปทำรู้จักหวัชบวนนักวิทยาศาสตร์ที่นำความรู้ความสามารถมาใช้สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้คนไทยคนนี้

กันคิด

16



ช่วยเล่าถึงที่มาที่ไปของแนวทางการทำงานที่ท่าอยู่ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุบลฯ

ตอนที่มาอยู่ที่นี้ใหม่ๆ เมื่อประมาณ 14 ปีที่แล้ว ทุกคนศูนย์วิทย์ฯ ส่วนกลางและภูมิภาคต่างเข้าใจว่าบทบาทตัวเองเป็นงานเซอร์วิส แปลว่า เขาส่งตัวอย่างมาให้ตรวจวิเคราะห์ เราก็ให้คำตอบกลับไป ทั้งที่ศักยภาพของบุคลากรและเป็นศูนย์เขตมันควรต้องทำได้มากกว่านั้น

ณ วันนั้นบทบาทของศูนย์วิทย์ฯ ก็ยังคงทำงานในลักษณะนั้นอยู่เพราะเป็นบทบาทที่จำเป็น ขณะเดียวกันก็มีส่วนอีก 2 อย่างควบคู่ไปด้วย คือ งานวิจัยและพัฒนา และการทำหน้าที่เป็นห้องแล็บ หรือช่วยเป็นที่เลี้ยงพัฒนาห้องแล็บตามโรงพยาบาลทั้งหลายในระบบคุณภาพ ISO

ในส่วนของงานวิจัยและพัฒนาสามารถไปแตกลูกแตกหลานออกไปทำงานได้หลายลักษณะ โดยมี 2 เรื่องใหญ่ๆ ที่ผมทำแล้วรู้สึกมีความสุข ก็คือ เรื่องที่หนึ่งคือนำวิทยาศาสตร์การแพทย์ไปทำงานให้ถึงชุมชน อีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งเราทำมาตั้งแต่ปี 2540 ก็คือสิ่งที่เราเรียกว่า “Warning and Alert Information System” นั่นคือ การมีระบบข่าวสารเพื่อเตือนภัย เพราะว่าเราทำได้มากกว่าคนอื่น ถ้าเราเป็นหน่วยเซอร์วิสเฉยๆ ส่งตัวอย่างมาให้เราตรวจ แล้วส่งผลกลับ เรื่องก็จบแค่นั้น จากประสบการณ์การทำงานของผม ข้อมูลเหล่านี้ส่วนใหญ่ถูกเก็บเข้าแฟ้ม แต่จริงๆ เราสามารถตรวจสอบต่อได้ว่ามันมีปัญหาอย่างไร อย่างเช่นเรื่องของเส้นก๋วยเตี๋ยวที่ตรวจพบตั้งแต่เมื่อปลายปี 2549 ว่ามีปัญหา พบการเติมใส่สารกันบูดเกินมาตรฐานเป็นสิบเท่า แล้วยังทำกัน

เยอะด้วย คือ โรงงานในภาคอีสานมี 16 แห่ง ผ่านมาตรฐาน 7 แห่ง ตกถึง 9 แห่ง ข้อมูลที่เราตรวจพบเหล่านี้สามารถใช้เป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ปัญหาได้โดยใช้ระบบการเตือนภัยที่ว่า และสามารถพัฒนาไปถึงขั้นของการสร้างมาตรการหรือนโยบายได้อย่างเช่นเรื่องของสารตะกั่วในตู้น้ำเย็น หรือมาตรฐานหม้อต้มก๋วยเตี๋ยวที่เกิดขึ้นในปี 2550 ที่ผ่านมานี้



วิธีการกระจายข้อมูลข่าวสารออกไปได้อย่างไรบ้าง

ทำได้หลากหลายรูปแบบ อย่างเมื่อวานนี้ผมไปประชุมที่โคราชก็ขอเบอร์โทรศัพท์มือถือคนที่เขาพอใจจะให้ บอกเขาว่าผมจะส่ง SMS เวลาที่มีข่าวสารอะไรต่ออะไร ถามว่าข้อมูลพวกนี้ส่งอีเมลได้ไหม ได้ แต่ว่าคนทั่วๆ ไปเขาไม่ได้เปิดอีเมลทุกวัน นี่ก็ตัวอย่าง

เล็กๆ เพื่อแสดงให้เห็นว่ามีไอเดียที่เราสามารถพัฒนาขึ้นมาใช้เสริมการทำงานของเราให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้มากมาย เราอย่าไปติดกรอบว่าเราทำแล็บตรวจวิเคราะห์ที่ต้องนั่งรอตัวอย่างให้เขาส่งมา พยายามบอกน้องๆ ที่ศูนย์ฯ ว่า เราได้เปรียบกว่าคนอื่นนะ เพราะว่าสิ่งที่เขามีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาสนับสนุน ไม่ได้ไปพัฒนาในลักษณะที่ว่าดำเนินไปเรื่อยอะไรอย่างนั้น

อย่างเรื่องที่ส่งผลกระทบสูงมาก
อย่างการค้นพบปัญหาเรื่องคุณภาพ
น้ำดื่ม ซึ่งทราบว่าเป็นจากการไปเก็บตัวอย่างน้ำในชุมชนชนบทก่อน แล้วขยายผลมาถึงในเมือง จนพบว่าน้ำในตู้น้ำเย็นของโรงเรียนมีสารตะกั่วเกินมาตรฐาน แล้วสืบต่อจนพบว่าเกิดจากตะกั่วบัดกรี ประเด็นการทำงานแบบนี้มีที่มาอย่างไร

ที่ศูนย์วิจัยฯ อุบล เรามีแนวทางการทำงานว่าพวกเรากินเงินเดือนหลวง กินภาษีของชาวบ้าน เพราะฉะนั้นงานที่เราทำต้องตอบให้ได้ว่าทำเสร็จแล้วประโยชน์ตกกับใคร ถ้าทำเสร็จผลประโยชน์มันไปตกอยู่กับกลุ่มไหน อย่างน้อยดูสองด้าน **หนึ่ง** คนไทย 60 กว่าล้านคน แบ่งเศรษฐกิจฐานราก 5 ชั้น คือ รวยประเภทไม่รู้เรื่อง รวยมาก กลางๆ พอดีพอกินแต่ก็ไม่ไ่มหาเศรษฐี ถัดลงมาก็คงมีคนค่อนข้างเยอะ แต่ก็ยังเอาตัวรอด และกินจนสุด ถามว่า ทำงานแต่ละชิ้นพวกไหนได้ประโยชน์ ถ้าโดยอุดมคติก็ต้องได้ประโยชน์กับทุกคนในสังคมนี้ ถูกไหมครับ แต่ถามว่าถ้าต้องเลือก เลือกกลุ่มไหน นโยบายของหน่วยงานเราคือเรา

พึ่งช่วยเหลือเกื้อกูล เพราะมันเป็นศีลธรรมของสังคม **สอง** ประเทศไทยเรามีชนบทอยู่ 84 ส่วน เขตเมือง 16 ส่วนเท่านั้นเอง เพราะฉะนั้นถ้างานที่เราทำคนร้อยละ 80 ไม่ได้ประโยชน์ แต่ได้กับคนร้อยละ 10 แล้วยังเป็นพวกชั้นกลางขึ้นไปข้างบน อย่างนี้แสดงว่าคุณใช้ภาษีโดยไม่ได้ตอบสนองอะไรเลย

อย่างเรื่องการตรวจน้ำดื่ม ที่เราก็กินดูว่าเอ...ชาวบ้านกว่า ร้อยละ 80 ของประเทศไทยนี้เขากินน้ำอะไรกัน คำตอบก็ออกมาเป็นน้ำฝนมั้ง ไฉนนั้นมั้งไฉนนั้นมั้ง เราก็กินน้ำฝนในะ เป็นน้ำประปาในหมู่บ้านหรือเปล่า แล้วประปาหมู่บ้านมันก็ไม่ได้มาอย่างสะดวกสบายเหมือนคนเมือง มันประปาชนบท ก็เลยนำไปสู่การศึกษาข้อมูลเพื่อตรวจสอบเรื่องน้ำประปา แต่ว่าก่อนที่จะลงมือทุกเรื่อง เราจะต้องมีการทบทวนก่อนว่า สิ่งที่เราคิดจะทำมันตรงกับคนอื่นเขาหรือเปล่า

การทำงานนอกกรอบเช่นนี้ ตั้งเป้า
หมายไว้ถึงขั้นไหน

ส่วนเรื่องน้ำดื่ม คำตอบของเราไปหยุดอยู่ตรงที่ว่าเราบอกได้ว่าชุมชนนี้มีปัญหาคุณภาพน้ำหรือไม่ และจัดกระบวนการนำข้อมูลเปิดเผยต่อชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาทุกฝ่าย ให้เกิดการรับรู้และหารือกัน สิ่งที่ต้องการให้เกิดคือการทำให้ชุมชนนั้นตื่นตัว แต่ไม่ได้ตั้งใจไปถึงขั้นการแก้ปัญหาให้เขา เพราะว่ามันต้องใช้เงินใช้ทองและอะไรต่ออะไร ที่เราเชื่อว่าข้อมูลนี้จะต้องไปถึงมือชาวบ้านและบอกให้ชาวบ้านรู้ เพราะว่าที่เคยทำงานมา เราตรวจพบปัญหาแล้วส่งไปยังหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพหลายจังหวัด แต่คน

ปฏิบัติการเขาไม่ทำอะไรต่อ จึงเกิดความรู้สึกว่าเมื่อข้อมูลไม่ถึงคนในชุมชน การแก้ปัญหา มันก็จะขึ้นอยู่กับว่าคนที่ทำหน้าที่ เขาอยากทำได้ ไม่อยากทำได้

ผมคิดว่าการทำงานนั้นต้องทำแบบ **รอบรู้และ**
เชื่อมโยง บางคนเขาคิดว่าเขาทำเรื่องอาหาร เขาก็จะยุ่งแต่เรื่องอาหารอย่างเดียว แต่ที่จริงทุกอย่างมันมีความสัมพันธ์กันหมด ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ต่อไปปัญหาของบ้านเมืองแต่ละชิ้นจะใหญ่ ไม่มีทางที่ใครจะใช้ความสามารถของตัวเองคนเดียวไปแก้ปัญหาได้สำเร็จ แต่ต้องอาศัยความรู้จากหลายด้าน หลายสาขามาแชร์กัน และต้องการคนที่สามารถผสมสิ่งเหล่านี้ให้ออกมาได้ผลดี

อยากเห็นคนทำงานมีความเข้มแข็งทาง
วิชาการ และต้องรู้จักบริหาร เอาความรู้ไปใช้
ประโยชน์ให้ป็นด้วย”

“เครื่องชี้วัดภาระโรค”

กระจกสะท้อนความสูญเสียที่มองไม่เห็น

เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of disease) เป็นเครื่องมือวัดปัญหาที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) จัดเป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ

การจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรค ครั้งที่ 1 ดำเนินการในปี พ.ศ.2542 โดย **คณะทำงานศึกษาภาระโรค** ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สำหรับการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระโรค ครั้งที่ 2 ดำเนินการในปี พ.ศ.2547 โดยคณะทำงานโครงการจัดเครื่องชี้วัดภาระโรค สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ)

ดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์

รวม ที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ หรือช่องว่างสุขภาพ (health gap) โดยแสดงถึง จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) รวมกับจำนวนปีที่มิมีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLD)

จำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost--YLL) หรือ การตายก่อนเวลาอันควร (Premature death) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของดัชนีวัดภาระโรคด้านการตาย เป็นการวัดที่อยู่บนพื้นฐานของเวลาของชีวิตที่หายไปจากการตายก่อนเวลาอันสมควร โดยเทียบกับอายุคาดเฉลี่ยที่บุคคลๆ หนึ่งจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ ทั้งนี้จากการที่ว่าการเสียชีวิตที่อายุต่างกัน ย่อมบ่งบอกถึงระดับการสูญเสียที่ต่างกัน โดยระดับการสูญเสียที่ว่านี้ สามารถวัดเป็นจำนวนปีชีวิต (Life years) ที่สูญเสียไป ณ อายุที่ต่างกัน

จำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability -

YLD) เป็นการประมาณค่าจำนวนปีที่สูญเสียไป จากการเจ็บป่วยหรือความพิการ ข้อมูลสำคัญที่จะนำมาใช้ในการคำนวณ YLD ได้แก่ อุบัติการณ์การเกิดโรคและความผิดปกติ (disability incidence) ระยะเวลาที่มีภาวะบกพร่องทางสุขภาพนั้นๆ (disability duration) อายุที่เริ่มมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (age at onset) และการกระจายของระดับความรุนแรงของโรค หรือความผิดปกติ (disability by severity class)

ปัจจุบัน เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of disease) ได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินสถานการณ์สถานะสุขภาพในระดับชาติและระดับโลกเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเชิงรุก ที่คำนึงถึงการ “สร้างนำซ่อม”

ผู้สนใจดูรายละเอียดเพิ่มเติมและความก้าวหน้าในเรื่องนี้ได้ที่ <http://www.hiso.or.th/hiso/technology/technology4.php>





มาแล้ว...โปสเตอร์ “ต้นคิด” ชุดล่าสุด

หลังจากโปสเตอร์ “ต้นคิด” ชุดแรก “สำรวจ รอยโรค” ได้รับการตอบรับอย่างอบอุ่น วันนี้ โปสเตอร์ชุดที่ 2-4 ก็ไล่ตามมาติดๆ เอาใจ แฟนๆ ต้นคิดที่รักงานรณรงค์ เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารดีๆ ต่อองค์กร และคนในแวดวง

โปสเตอร์ชุดที่ 2 “360 องศา สุขภาพผู้สูงวัย” นำเสนอสถานการณ์สุขภาพล่าสุดของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองของคนวัยหนุ่มสาว นอกจากนี้ยังเป็นเรื่องน่ารู้เพื่อเตรียมการก่อนก้าวสู่ “สังคมสูงวัย” ที่ว่ากันว่าจะเกิดขึ้นภายในไม่กี่ทศวรรษที่จะถึงนี้

โปสเตอร์ ชุดที่ 3 “เจาะลึกสุขภาพเด็กเล็ก” จัดทำเพื่อต้อนรับ “วันแม่” โดยประมวล นานาข้อมูลสดใหม่ที่สะท้อนสภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย อายุ 0-5 ปี ในหลากหลายมิติ ทั้งด้านโรคภัยไข้เจ็บ ความเสี่ยง พัฒนาด้านสติปัญญา อารมณ์

และตรวจสอบคุณภาพสภาพแวดล้อม ทั้งเรื่องของ ผู้ดูแล การกิน การเล่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสื่อรอบตัว

โปสเตอร์ชุดที่ 4 โรคภัย ยุค “โลกร้อน” ประมวลข้อมูลความเสี่ยงรอบด้านต่อสุขภาพที่คาดว่าจะเกิดต่อมนุษย์เราในยุคที่สภาวะอากาศของโลกเปลี่ยนแปลง พร้อมข้อเสนอแนะต่อการปรับตัวเพื่อป้องกัน

โปสเตอร์ 4 สีสวยสด 3 ชุดนี้ไม่ขาย ขอได้ฟรี (เช่นเคย) โดยส่งอี-เมล โทษสาร หรือจดหมาย ติดต่อตรงยังกองบรรณาธิการ “ต้นคิด” ตามที่ติดต่อใน หน้า 2 ของจดหมายข่าว เราจะส่งซีดีไฟล์ให้คุณนำไปใช้ผลิตได้เองถึงที่ เหมาะกับการจัดนิทรรศการตามโรงเรียน สถานที่ทำงาน หน่วยงาน ทุกรูปแบบ

ข้อมูลทั้งหมดมาจากผลผลิตของเครือข่ายภาคีสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ



ช่วยกันเผยแพร่ความรู้และข้อมูลดีๆ เพื่อขยายวงผู้สนใจดีที่ตระหนักถึงโอกาสและปัญหาในการพัฒนาเด็กไทยออกไปให้กว้างไกลทั้งสังคมจะ



คุณคือ “ต้นคิด”

ชวนخبไอเดีย กอบกู้โลกร้อน

ใครๆ ก็รู้ว่าโลกกำลังร้อนขึ้น

แล้วเราแต่ละคน ในฐานะ “พลเมืองดี” ที่ต้องอาศัยอยู่ในโลกใบนี้ไปจนถึงวันสุดท้ายของชีวิตจะทำอะไรได้บ้างที่จะช่วยยืดอายุโลกให้ร่วมเย็นน่านอยู่ไปนานๆ

“ต้นคิด” ขอเชิญทุกท่านร่วมขบคิด และกระซิบบอกไอเดียดีๆ ที่ทำได้ในชีวิตประจำวันเพื่อกอบกู้โลกร้อนตามแบบฉบับของคุณเอง ขอแค่เขียนสั้นๆ 2-3 บรรทัด ที่คิดและเขียนด้วยความเชื่อมั่นก็เพียงพอ แล้วส่งถึงเรา ยังที่ติดต่อในหน้า 2 ทางโทรสาร อีเมล หรือไปรษณีย์ ก็ย่อมได้

เราขอเป็นสื่อกลางเผยแพร่ความคิดดีๆ ของคุณสู่สังคมผ่าน “ต้นคิด” ฉบับต่อๆ ไป และในเว็บไซต์ www.tonkit.org

