ภัยคุกคามสุขภาพในเด็กและเยาวชน: บุหรี่ไฟฟ้า สุรา และความท้าทายของประเทศไทย

เมธชนนท์ ประจวบลาภ
ว่าที่ร้อยตรี เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข
พันจ่าเอก สุทธินันท์ มีชำนาญ

ภัยคุกคามสุขภาพในเด็กและเยาวชน: บุหรี่ไฟฟ้า สุรา และความท้าทายของประเทศไทย

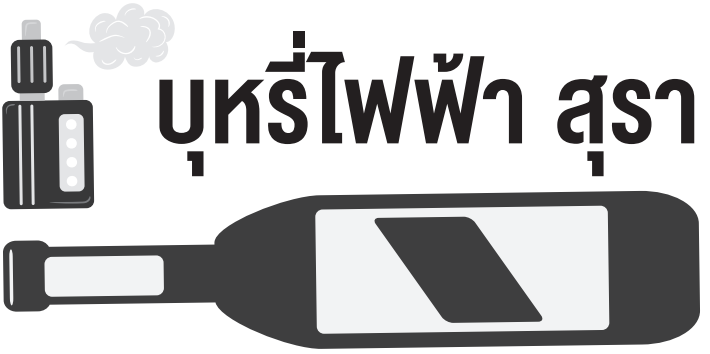
“ภัยคุกคามสุขภาพเด็กและเยาวชน
โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้าและสุรา
คือ อุปสรรคของประเทศไทย
ต่อการพัฒนาประเทศ
ให้เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว”

สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย
THAILAND YOUTH INSTITUTE (TYI)

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สานพลัง สร้างนวัตกรรม สื่อสารสุข

สำนักกิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิต สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย
เลขที่ 1000/15 ชั้น 6 อาคารพี.บี. ทาวเวอร์ ถนนสุขุมวิท 71
แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
Download สื่อการเรียนรู้และเข้าชมแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพได้ที่ www.tyithailand.or.th

ภัยคุกคามสุขภาพในเด็กและเยาวชน: บุหรี่ไฟฟ้า สุรา และความท้าทายของประเทศไทย



เมธชนนท์ ประจวบลาภ
ว่าที่ร้อยตรี เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข
พันจ่าเอก สุทธินันท์ มีชำนาญ

ภัยคุกคามสุขภาพในเด็กและเยาวชน: บุหรี่ไฟฟ้า สุรา และความท้าทายของประเทศไทย

ISBN	978-616-393-440-6
พิมพ์ครั้งที่ 1	เมษายน
จำนวน	200 เล่ม
ปีที่พิมพ์	2568
ผู้เขียน	เมธชนนท์ ประจวบลาภ ว่าที่ร้อยตรี เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข พันจ่าเอก สุทธินันท์ มีชำนาญ
ผู้ประสานงาน	เมทินี คงเหลือ
ผู้รับผิดชอบ	สำนักกิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิต สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย เลขที่ 1000/15 ชั้น 6 อาคารพี.บี. ทาวเวอร์ ถนนสุขุมวิท 71 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 www.tyithailand.or.th
ผู้จัดพิมพ์	(โครงการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ เพื่อรอบรู้ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เลขที่ 99/8 ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์เดือนตุลา โทร. 08-6341-0155, Line ID : octoberprint E-mail : octoberprint50@hotmail.com

คำนำ

หนังสือเล่มนี้เกิดขึ้นจากแนวคิดของคณะผู้เขียน ขณะร่วมกันดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ โดยสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย ร่วมกับศูนย์การเรียนตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอ ตามกฎหมายส่งเสริมการเรียนรู้ ภายใต้โครงการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบเพื่อรอบรู้ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในช่วงที่ผ่านมา คณะผู้เขียนในฐานะผู้ดำเนินงาน ได้พบเจอกับปัญหาการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของครู บุคลากรทางการศึกษาและผู้ทำงานขับเคลื่อนสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเด็กและเยาวชนในพื้นที่ เนื่องจากข้อมูลมีอยู่มากมายทั้งโลกออนไลน์และโลกแห่งความเป็นจริง อีกทั้ง ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าก็เผชิญกับภาวะบิดเบือนจากความเป็นจริง ซึ่งเป็นผลมาจากการทำกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ จึงเป็นที่มาของหนังสือ **“ภัยคุกคามสุขภาพในเด็กและเยาวชน: บุหรี่ไฟฟ้า สุรา และความท้าทายของประเทศไทย”** ที่ผู้เขียนตั้งใจรวบรวมองค์ความรู้ที่จำเป็น พร้อมทั้งวิเคราะห์ ให้ข้อเสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนกับผู้เกี่ยวข้อง ผู้เขียนคาดหวังให้

เนื้อหาที่กำลังถ่ายทอดไปยังผู้อ่าน จะช่วยสร้างความเข้าใจของสถานการณ์สุขภาพในเด็กและเยาวชน รวมถึงความท้าทายที่ประเทศไทยต้องเผชิญได้อย่างชัดเจน บนพื้นฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และเป็นตัวช่วยให้ผู้อ่านสามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ทุกที่และทุกเวลา ทั้งนี้ ผู้เขียนหวังให้หนังสือเล่มนี้ เป็นจุดเริ่มต้นของการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภัยคุกคามสุขภาวะของเด็กและเยาวชน และจุดประกายให้ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา ครอบครัวและชุมชน ร่วมกันปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนจากภัยเงียบทางสุขภาพที่กำลังรุกรานเข้ามา

ท้ายที่สุดนี้ คณะผู้เขียน ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ชนกนารถ บุญวัฒนะกุล ผู้อำนวยการสำนักการศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นางสาวฐาณิษา สุขเกษม กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ และผู้ช่วยศาสตราจารย์พันตำรวจเอก ดร. ภีมพจน์ น้อมชอบพิทักษ์ อาจารย์ (สบ.4) คณะตำรวจศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขหนังสือเล่มนี้ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

เมธชนนท์ ประจวบลาภ
ว่าที่ร้อยตรี เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข
พันจ่าเอก สุทธินันท์ มีชำนาญ
มีนาคม 2568

สารบัญ

เกริ่นนำก่อนอ่าน 7

บทที่ 1 ปฐมบทแห่งวิกฤตสุขภาพของเยาวชน 11

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพเยาวชน 12
2. พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชน 23
3. การรับมือและพลิกฟื้นประเทศไทย 38

เอกสารอ้างอิง 54

บทที่ 2 บุหรี่ไฟฟ้า: ประตูบานแรก สู่สารเสพติดชนิดอื่น ในเด็กและเยาวชน 59

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า 60
2. ประตูบานแรกสู่สารเสพติดชนิดอื่น 81
3. มาตรการและแนวทางการป้องกันเด็กและเยาวชน จากบุหรี่ไฟฟ้า 89

เอกสารอ้างอิง 100

บทที่ 3 แอลกอฮอล์ ภัยร้ายใกล้ตัวเยาวชน 105

1. สถานการณ์จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของเยาวชนในปัจจุบัน 106
2. ปัจจัยและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ 111

3. มาตรการและแนวทางการป้องกันการบริโภค
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 124
เอกสารอ้างอิง 131
บทที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับการป้องกันปัจจัยเสี่ยง ด้านสุขภาพในเยาวชน 137
1. แนวคิดพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 138
2. องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 150
3. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ 164
สรุปสาระสำคัญ 175
เอกสารอ้างอิง 176
ภาคผนวก 180
บทที่ 5 บทส่งท้าย: โจทย์ท้าทายของสังคมกับการปกป้อง เด็กและเยาวชน 187
ความท้าทายจากเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ
ระยะ 20 ปี 188
ความท้าทายจากเป้าหมายของแผนพัฒนาประชากร
เพื่อการพัฒนาประเทศ 190
ความท้าทายจากคุณภาพคนไทยที่พึงประสงค์ 2040 193
บทสรุป 195
เอกสารอ้างอิง 196
ประวัติของผู้เขียน 197

เกริ่นนำก่อนอ่าน

หนังสือ "ภัยคุกคามสุขภาพในเด็กและเยาวชน: บุหรี่ไฟฟ้า สุรา และความท้าทายของประเทศไทย" ประกอบด้วยเนื้อหาจำนวน 5 บท คือ **บทที่ 1 ปฐมบทแห่งวิกฤตสุขภาพของเยาวชน** มีสาระสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพของเยาวชนในภาพกว้าง พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชน รวมถึงนำเสนอฉากทัศน์ปัญหาทางสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชน **บทที่ 2 บุหรี่ไฟฟ้า: ประตูบานแรกสู่สารเสพติดชนิดอื่นในเด็กและเยาวชน** นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า **บทที่ 3 แอลกอฮอล์ ภัยร้ายใกล้ตัวเยาวชน** มีเนื้อหาสาระสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน **บทที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในเยาวชน** มีสาระเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประโยชน์

และความสำคัญของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน และ **บทที่ 5 บทส่งท้าย: โจทย์ท้าทายของสังคมกับการป้องเด็กและเยาวชน** นำเสนอเป้าหมายการพัฒนาประชากรในอนาคตซึ่งเป็นความท้าทายของสังคม อันเนื่องมาจากสภาพปัญหาภัยคุกคามสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนในปัจจุบัน

โดยคณะผู้เขียนตั้งใจนำเสนอเนื้อหาในบทที่ 1 ให้เป็นการฉายภาพสถานการณ์สุขภาพของเด็กและเยาวชนอย่างกว้าง ๆ ที่กำลังเกิดขึ้นในสังคม เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้อ่านเข้าใจปัญหาสุขภาพพื้นฐานก่อน และในบทที่ 2-3 จะนำเสนอเนื้อหาแบบเจาะลึกลงไปในประเด็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ คือ บุหรี่ไฟฟ้าและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่กำลังคุกคามสุขภาวะเด็กและเยาวชนอย่างรุนแรงในปัจจุบัน เช่น กรณีเด็กประถมศึกษาในจังหวัดบุรีรัมย์ซื้อบุหรี่ไฟฟ้าหน้าโรงเรียนมาสูบจนปอดพัง ส่วนบทที่ 4 ผู้เขียนนำเสนอเนื้อหาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นชุดทักษะของบุคคลที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อให้มีภูมิต้านทานในการรับมือกับบุหรี่ไฟฟ้าและสุรา บทนี้จึงมีลักษณะเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในเยาวชน และในบทสุดท้ายตั้งใจนำเสนอเป้าหมายและทิศทางการพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศโดยเทียบกับสภาพการณ์ปัญหาทางสุขภาพที่เป็นจริงในปัจจุบันตามที่นำเสนอไปในบทที่ 2-4 เพื่อให้ผู้อ่านเห็นช่องว่าง (gap) สิ่งที่พึงปรารถนากับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอยู่

ทั้งนี้ ผู้อ่านไม่จำเป็นต้องอ่านเนื้อหาเรียงลำดับจากบทที่ 1 ไปถึงบทที่ 5 ก็ได้ หากผู้อ่านสนใจประเด็นใดเป็นการเฉพาะก็สามารถเลือกอ่านได้ตามสะดวก เนื่องจากแต่ละบทนั้น ผู้เขียนมีการนำเสนอเนื้อหา

พื้นฐานในแต่ละเรื่องไว้ด้วย ซึ่งจะสะดวกกับครู บุคลากรทางการศึกษา คณาจารย์ ผู้บริหารหน่วยงานด้านเด็กและเยาวชน ผู้นำชุมชน หรือผู้ปกครอง ที่สนใจประเด็นด้านสุขภาพในแต่ละด้าน อาทิ ครูในโรงเรียนที่ทำงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ก็อาจจะเลือกอ่านเฉพาะบทที่ 2 เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ภายในหนังสือเล่มนี้ ผู้อ่านจะพบคำว่า “เด็ก” “เยาวชน” หรือ “เด็กและเยาวชน” ซึ่งอาจแตกต่างไปบ้างในแต่ละบท ตามลีลาการเขียนของผู้เขียนแต่ละคน แต่เพื่อให้เกิดความชัดเจนว่าเด็ก เยาวชน หรือเด็กและเยาวชน หมายถึง บุคคลช่วงอายุเท่าใดนั้น คณะผู้เขียนได้ยึดนิยามคำว่าเด็กและเยาวชนตามกฎหมายส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติเป็นหลัก ฉะนั้น “เด็ก” “เยาวชน” หรือ “เด็กและเยาวชน” ที่ปรากฏในหนังสือเล่มนี้ ไม่ว่าผู้เขียนจะใช้คำใด ให้หมายถึงบุคคลที่มีอายุระหว่าง 0-25 ปีบริบูรณ์

หนังสือเล่มนี้ ผู้อ่านที่เป็นครู บุคลากรทางการศึกษา ผู้นำชุมชน-ท้องถิ่น หรือผู้จัดการเรียนรู้สามารถหยิบเอาเนื้อหาในแต่ละบทไปประกอบการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพให้เด็กและเยาวชนได้ทุกระดับตั้งแต่ประถมศึกษาไปจนถึงอุดมศึกษา ทั้งในระบบการศึกษา การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย ในอนาคตคณะผู้เขียนมีแนวคิดที่จะพัฒนาหนังสือเล่มนี้ให้เป็นคู่มือ/หนังสือสำหรับการจัดการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนเป็นการเฉพาะโดยบูรณาการเนื้อหาด้านศึกษาศาสตร์และวิทยาการการเรียนรู้เข้ามา ขอให้ทุกท่านรอติดตามต่อไปด้วย

บทที่ 1

ปฐมบทแห่งวิกฤตสุขภาพของเยาวชน

ว่าที่ร้อยตรี เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข
และ เมธชนนท์ ประจวบลาภ

461,421 คน ตัวเลขที่ผู้อ่านได้เห็น คือ จำนวนเด็กเกิดใหม่หลังสิ้นสุดปีพุทธศักราช 2567 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568) ถือเป็นวิกฤตการณ์ครั้งใหญ่ของประเทศในรอบ 70 ปี ที่พบอัตราการเกิดของเด็กและเยาวชนลดลงต่ำสุด สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางด้านประชากร ซึ่งกระทบไปถึงจำนวนประชากรกำลังวัยแรงงานและเสถียรภาพเศรษฐกิจของประเทศในอนาคต ในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน ครอบครัว ชุมชน และสังคม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องธำรงรักษาประชากรเหล่านี้ไว้ให้มีคุณภาพมากที่สุดอันเป็นทุนมนุษย์สำคัญของประเทศ อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน ได้กลายมาเป็นต้นเหตุสำคัญของการลดทอนคุณภาพประชากรเด็กและเยาวชนในปัจจุบัน ครอบคลุมปัญหา

สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพปัญญา และสุขภาพทางสังคม ในบทที่ 1 ปฐมบทแห่งวิกฤตสุขภาพของเยาวชนนี้ จะได้ทำการฉายภาพสถานการณ์ปัญหา พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชน และแนวทางการรับมือกับปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งจะได้นำเสนอต่อไป

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพเยาวชน

"เยาวชนไทย" หนึ่งในช่วงวัยที่เป็นกลุ่มกำลังสำคัญต่อการพัฒนาประเทศทั้งในปัจจุบันและอนาคตภายใต้บริบทโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันที่สังคมไทยดูเหมือนกำลังก้าวเดินไปข้างหน้า แต่กลับแฝงไปด้วยปัญหานานัปการที่เยาวชนกำลังเผชิญ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ไฟฟ้า การดื่มแอลกอฮอล์ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน การตั้งครรภ์ไม่พร้อม หรือปัญหาที่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสังคม เช่น ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ สื่อสังคมออนไลน์ ระบบการศึกษา การเคลื่อนไหวทางการเมือง สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน (โครงการสุขภาพไทย, 2563) ปัญหาที่กล่าวข้างต้นล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเยาวชน เพื่อสะท้อนให้ผู้อ่านหรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหาที่เยาวชนไทยกำลังเผชิญในปัจจุบันผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาสำคัญ 2 หัวข้อ ได้แก่ 1. ภาพรวมสถานการณ์และปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญ และ 2. ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของเยาวชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ภาพรวมสถานการณ์และปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญ

จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ระหว่างปีพุทธศักราช 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง) ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า จำนวนประชากรที่เป็นวัยรุ่นและ

เยาวชนไทยช่วงอายุ 10-24 ปี มีสัดส่วนแนวโน้มตัวเลขลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจำนวนเยาวชนไทยช่วงอายุ 15-24 ในปีพุทธศักราช 2573 หรืออีก 6 ปีข้างหน้าที่กำลังใกล้เข้ามาถึงจะมีเยาวชนไทยเหลือเพียง 7.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรไทยทั้งประเทศ ดังภาพที่ 1

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

ภาพที่ 1 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย
พ.ศ. 2553 – 2583 (ฉบับปรับปรุง)
สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ที่มา: โครงการสุขภาพไทย (2563)

ทั้งนี้ จำนวนและสัดส่วนประชากรของกลุ่มเยาวชนไทยในอนาคตมีแนวโน้มจะลดลงต่อไปเรื่อย ๆ เท่ากับว่าอีกไม่เกิน 1 ทศวรรษ ประเทศไทยจะต้องเผชิญกับวิกฤตขาดแคลนประชากรที่เป็นกำลังหลักสำคัญต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนประเทศครั้งรุนแรง เช่นเดียวกับ

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งกำลังเผชิญอยู่กับปัญหาการมีประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปีพุทธศักราช 2563 สูงถึงร้อยละ 28.6 ส่งผลให้โครงสร้างประชากรเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุล เช่น ภาระภาษี ค่ารักษาพยาบาล ทำให้เมื่อเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มวัยทำงาน 2 คน จะต้องแบกรับดูแลกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 1 คน สะท้อนให้เห็นว่าหากสถานการณ์ของทั้งประเทศญี่ปุ่นหรือประเทศไทยที่กำลังเผชิญใกล้เข้ามาไม่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น หมายความว่า กลุ่มวัยทำงานในปัจจุบันและกลุ่มเยาวชนที่จะก้าวสู่วัยทำงานในอนาคต จะต้องแบกรับภาระครั้งยิ่งใหญ่นี้ไว้ ไม่เพียงแต่ปัญหาประชากรสูงวัยที่เพิ่มมากขึ้น แต่อีกด้านของปัญหาที่พบคือ จำนวนการเกิดใหม่ของเด็กที่มีตัวเลขลดลงต่ำสุดเหลือเพียง 799,728 คนต่อปี ตามรายงานสถิติข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขญี่ปุ่นนับเป็นตัวเลขประวัติการณ์ที่สร้างความวิตกให้กับรัฐบาลเป็นอย่างมาก (สุภา ปัทมานันท์, 2566) จากทั้งสถานการณ์ปัญหาประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้นและประชากรวัยเด็กที่ลดลง ส่งผลกระทบให้กลุ่มวัยทำงานรวมไปถึงกลุ่มเยาวชนต้องเผชิญและรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในประเทศอีกด้วย

อีกหนึ่งปัญหาสำคัญไม่น้อยไปกว่าปัญหาที่กล่าว คือ สถานการณ์และปัญหาสุขภาพของเยาวชน ที่อาจมีแนวโน้มเป็นหนึ่งปัจจัยซ้ำเติมให้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรรุนแรงมากขึ้น เนื่องด้วยหากเยาวชน ซึ่งเป็นประชากรที่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 12 ของทั้งประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน, 2568) ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ โดยไม่มีหนทางในการแก้ปัญหา จนนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัย เมื่อนั้นประเทศจะต้องรับมือกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป รวมถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การจัดเก็บภาษี รูปแบบการประกอบอาชีพ แนวโน้มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หากได้วิเคราะห์สถานการณ์

พบว่า ปัญหาเชิงโครงสร้างหรือปัญหาใหญ่ ๆ ระดับประเทศ มักหนีไม่พ้นปัญหาที่สั่งสมมาเป็นเวลานาน ดังนั้นสถานการณ์และปัญหาสุขภาพของเยาวชนก็เช่นเดียวกัน หากมองผิวเผินเหมือนจะเป็นกลุ่มที่ไม่ค่อยมีปัญหาอะไรเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น แต่ในความเป็นจริงกลับพบว่าเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพรุมล้อมระดับมาก โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่นอกระบบการศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสเข้าถึงการศึกษาและการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ ซึ่งพบว่ามีสถานการณ์และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ อยู่ด้วยกัน 2 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ภาพรวมแนวโน้มสถานการณ์และปัญหาสุขภาพของไทย: แม้ว่าอนาคตประชาชนคนไทยอาจมีช่วงอายุที่ยืนยาวขึ้น ด้วยความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน แต่แนวโน้มปัญหาสุขภาพที่พบจะมีความหลากหลาย ซับซ้อน และรุนแรงมากขึ้น เช่น ปัญหาเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ไฟฟ้า การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความเครียด การแข่งขันทางสังคม ดังที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2566) ได้ศึกษาและฉายภาพอนาคตระบบสาธารณสุขและปัญหาสุขภาพของประชาชนไว้ว่า อีกไม่เกิน 1 ทศวรรษ ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society) สัดส่วนประชากรวัยแรงงาน เด็กและเยาวชนลดลงอย่างต่อเนื่อง อัตราส่วนการพึ่งพิงและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รัฐต้องแบกรับสูงกว่า 1.8 ล้านล้านบาท ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อระบบบริการสาธารณสุขที่ต้องเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงวัยมากขึ้นเมื่อเทียบสัดส่วนบุคลากรดูแลเด็กและเยาวชนที่ลดลง ปัญหาการเกิดของเด็กและเยาวชน นำมาสู่อุปทานกำลังคน

ของประเทศในอนาคต ซึ่งอาจถูกทดแทนด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่หรือการนำเข้าบริการต่างประเทศ จากปัญหานำไปสู่อีกปัญหา เป็นวนลูปที่หาทางออกไม่ได้ ตราบที่ทุกภาคส่วนในสังคมยังขาดการบูรณาการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ เช่น การบริหารงานของรัฐที่สร้างให้สังคมเกิดความไม่เท่าเทียม ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ งบประมาณด้านสุขภาพที่ถูกจำกัดด้วยเงื่อนไขทางการคลัง รวมถึงความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็น ภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชน แม้แต่ประชาชนที่จะช่วยกันสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพของตนเองจากปัญหาที่กล่าวนำมาสู่ความท้าทายต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนประเทศในอนาคตด้วยกันหลายประเด็น เช่น ความต้องการบริการสาธารณสุขที่มีแนวโน้มสูงขึ้น (High Demand) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและงบประมาณภาครัฐที่มีจำกัด (High Expenditure & Budget Constraint) ความเสี่ยงที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โอกาสในการเกิดโรคอุบัติใหม่ และประเด็นความขัดแย้งทางการเมืองภายใน จากประเด็นปัญหาดังกล่าวมีผู้ทรงคุณวุฒิจากทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับนโยบายไปจนถึงระดับปฏิบัติได้ร่วมเสนอแนวทางในการแก้ไขรับมือกับสถานการณ์และปัญหาสุขภาพด้วยกันหลากหลายมุมมอง ซึ่งจะได้มีการกล่าวถึงในหัวข้อที่ 3 ต่อไป

ด้านที่ 2 ภาพรวมสถานการณ์และปัญหาสุขภาพของเยาวชนไทย: ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (2565) ได้นำเสนอข้อมูลไว้ว่า ภายหลังการแพร่ระบาดเชื้อไวรัส COVID-19 ในประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตสะสมกว่า 3.1 หมื่นคน ติดเชื้อสะสมกว่า 4.6 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นเด็กและเยาวชนอายุ 0-19 ปี กว่า 7.7 แสนคน ด้วยมาตรการรองรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การสั่งปิดสถานศึกษาทั่วประเทศชั่วคราวโดยปราศจากแนวทางสนับสนุน

ที่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กและเยาวชนหลุดออกนอกระบบการศึกษา และประสบกับปัญหาการเรียนรู้ถดถอย ประกอบกับการที่ภาครัฐขาดแนวทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เหมาะสม เช่น โอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การสูญเสียรายได้ครัวเรือนจากการดำเนินกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สถานการณ์เหล่านี้เป็นชนวนที่กระตุ้นให้เด็กเยาวชนเกิดความเครียดและวิตกกังวล วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิมรวดเร็วและรุนแรง อีกทั้งผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่ถาโถม เช่น ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ระบบการศึกษา บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ปัญหาสังคมที่ระบุล้วนส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนไม่ทางตรงก็ทางอ้อม อีกทั้งปัจจุบันที่เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของเยาวชนเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบอยู่ไม่น้อย เช่น การใช้อินเทอร์เน็ตสืบค้นข้อมูลวิธีการดูแลสุขภาพ การใช้อุปกรณ์อัจฉริยะติดตามข้อมูลสุขภาพ การจัดการฐานข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลสาธารณสุขผ่านแดชบอร์ด (Dashboard) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลแง่มุมหนึ่งถือเป็นสิ่งอำนวยความสะดวก เพิ่มโอกาสการเข้าถึง ลดความแออัดจากการเดินทาง ซึ่งจะเห็นได้ว่าช่วงภายหลังการแพร่ระบาดเชื้อไวรัส COVID-19 เทคโนโลยีมีบทบาทเพิ่มขึ้นเท่าตัว ถึงอย่างนั้นอีกแง่มุมหนึ่งก็ถือเป็นความเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็น การได้รับข่าวสารเท็จ ความรอบรู้ในการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีมากเกินจำเป็น และถึงแม้ว่าเทคโนโลยีจะช่วยอำนวยความสะดวกให้กับการใช้ชีวิต แต่การเฝ้าระวังความเสี่ยงและภัยที่ตามมาจากการใช้เทคโนโลยีถือเป็นสิ่งที่ไม่ควรละเลย (โครงการสุขภาพไทย, 2567) เช่น ปัญหาระรานทางไซเบอร์ เห็นโฆษณาที่เป็นความเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น การใช้บุหรี่ไฟฟ้าของตัวละครในภาพยนต์

ส่งเสริมการขายสินค้ามีนเมา ประชาสัมพันธ์พนันออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ราชการ

สรุปได้ว่า จากสถานการณ์และปัญหาต่าง ๆ ที่ถูกสั่งสมมาเป็นเวลานานจนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบให้ประชาชนคนไทยโดยเฉพาะเด็กเยาวชน ต้องเผชิญและรับมือกับปัญหาอย่างหลีกหนีไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสังคมผู้สูงวัย (Aged Society) อัตราการเกิดที่น้อยลงของเด็กและเยาวชน ปัญหาสุขภาพ เช่น การใช้บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ส่งผลให้ทุนมนุษย์มีสมรรถนะน้อยลง ทุกหน่วยงานจึงควรเร่งบูรณาการความร่วมมือในการแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ อนึ่งการส่งเสริมโอกาสการเข้าถึงการศึกษาหรือการจัดการเรียนรู้ให้เด็กและเยาวชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ถือเป็นหนึ่งวิธีที่จะช่วยสนับสนุนหรือเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้หากปัญหาดังกล่าวถูกละเลยและไม่มีแนวทางหรือมาตรการรองรับที่เหมาะสม จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นแล้วว่าอีกไม่เกิน 1 ทศวรรษ ประเทศไทยจะต้องเผชิญกับสถานการณ์และปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว

1.2 ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของเยาวชน

ปัจจัยเสี่ยงทางสังคม เป็นสิ่งที่อยู่ควบคู่กับประชาชนคนไทยทุกคนมานับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน หากสามารถเผชิญและรับมือกับปัญหานั้นได้ ชีวิตก็จะดำเนินไปอย่างปกติสุข แต่ในทางกลับกันหากไม่สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ปัญหาเหล่านี้จะกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำมาสู่ปัญหาสุขภาพ ดังที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมกิจการเด็กและเยาวชน (2567) ระบุว่า ปัญหาทางด้านสุขภาพหรือปัญหาที่สัมพันธ์กับสุขภาพไม่ว่าจะเป็น ปัญหาการใช้บุหรี่ไฟฟ้า อุบัติเหตุทางถนน ยาเสพติด ภาวะ

ซึมเศร้า การจมน้ำ ไข้เลือดออก สารแคดเมียม ซึ่งเป็นปัญหาอันดับต้น ๆ ที่เด็กและเยาวชนกำลังเผชิญ ล้วนเป็นผลจากปัจจัยเสี่ยงทางสังคม เช่น สภาพแวดล้อมในสังคม สื่อโฆษณาตามช่องทางการประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ การเลือกปฏิบัติของผู้รักษากฎหมาย หรือการเลี้ยงดูของครอบครัว เช่น การที่คนในครอบครัวไม่ว่าอะไรเมื่อทำกระทำพฤติกรรมที่ผิด (ฐาศุกร์ จันประเสริฐ, ชาติวุฒิ วังวล และศิวพร ละม้ายนิล, 2565) อีกทั้งหากกล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพตามที่ พรสุข หุ่นนิรันดร์ และคณะ (2563) ให้นิยามความหมายและจำแนกปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 3 ด้านสำคัญ ที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพนำไปสู่อุปสรรคในการดำรงชีวิต โดยปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ หมายถึง การกระทำ สถานการณ์ สภาพแวดล้อม ที่ส่งผลให้ประชาชนมีโอกาสเผชิญความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพมีด้วยกัน 3 ด้าน ดังนี้

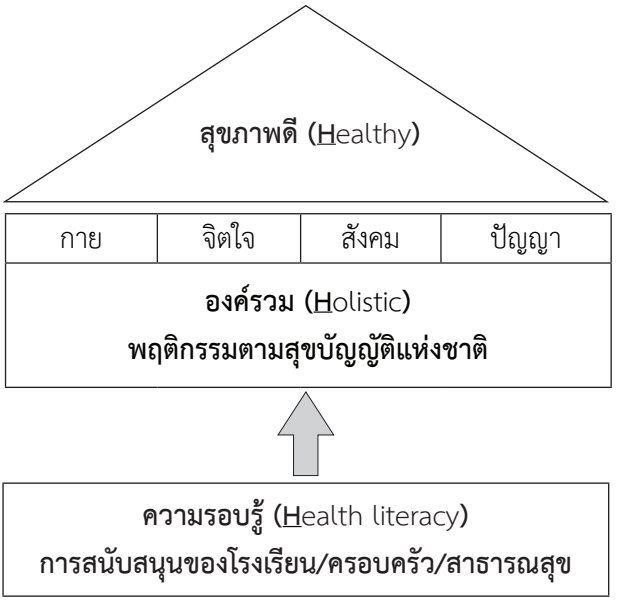
ด้านที่ 1 ลักษณะทางพันธุ์กรรม: ในที่นี้ คือ การถ่ายทอดลักษณะที่มีความผิดปกติของสิ่งมีชีวิตจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่น ความผิดปกติบางลักษณะไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาก แต่บางลักษณะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพอย่างรุนแรง เช่น โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) ภาวะพร่องเอนไซม์ (G6PD Deficiency) ดังนั้น เด็กและเยาวชนที่มีความบกพร่องทางร่างกาย เนื่องจากได้รับการถ่ายทอดลักษณะที่มีความผิดปกติมาจะต้องเผชิญความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าเด็กและเยาวชนทั่วไป เช่น เด็กชาย A ที่เป็นโรคธาลาซีเมีย หรือที่เรียกอีกชื่อว่า “โรคโลหิตจาง” เหมือนคุณแม่ รูปแบบในการใช้ชีวิตต้องมีความระมัดระวังมากกว่าผู้อื่น มิฉะนั้นอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น อ่อนเพลีย หน้ามืด ใจสั่น หัวใจล้มเหลว เป็นต้น

ด้านที่ 2 สภาพแวดล้อม: ในที่นี้ คือ สิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อคุณภาพการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก โดยแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น สภาพภูมิอากาศ ผลิตภัณฑ์สินค้าที่ส่งผลต่อสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และ 2) สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เช่น ป่าไม้ สัตวเลี้ยง คนในครอบครัว ปัจจัยแวดล้อมเหล่านี้ หากมีอยู่อย่างมีคุณภาพจะส่งเชิงบวกแต่หากมีอยู่อย่างไม่มีคุณภาพอาจส่งผลเชิงลบต่อบุคคลได้ เช่น การขาดความอบอุ่นจากคนในครอบครัว การผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า สิ่งแวดล้อมที่กล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนไม่มากก็น้อย

ด้านที่ 3 สภาวะทางเศรษฐกิจ ในที่นี้ คือ สถานะทางการเงินของบุคคล อันประกอบด้วย รายได้ และรายจ่าย ที่ไม่สัมพันธ์และไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต จนนำมาสู่ความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การมีรายได้น้อย การมีหนี้สิ้น การบริโภคอาหารที่มีคุณภาพต่ำ ที่อยู่อาศัยที่ไม่ได้มาตรฐาน โอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ถือเป็นปัจจัยอันดับต้น ๆ ที่ประชาชนส่วนใหญ่ในปัจจุบันกำลังเผชิญอยู่

ทั้งนี้ นอกจากปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่กล่าวข้างต้น ประเด็นระบบการศึกษาหรือการจัดการเรียนรู้ที่ขาดประสิทธิภาพเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชนที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงการศึกษาหรือการเรียนรู้ที่มีคุณภาพเพียงพออาจทำให้ไม่รับมือหรือเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับที่ ประไพ กิตติบุญถวัลย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ และศักดิ์มงคล เชื้อทอง (2565) ระบุไว้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยรุ่น ประกอบด้วย1) การศึกษา 2) บุคลากรทางการศึกษา

และ 3) ทรัพยากรสนับสนุน เช่น พาหนะที่ใช้เดินทางเข้าร่วมกิจกรรม โดยที่ 3 ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขณะที่ 1) การศึกษา 2) คนภายในครอบครัว 3) บุคลากรทางการศึกษา 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นสะท้อนได้ว่า การศึกษาหรือการจัดการเรียนรู้ รวมถึงทรัพยากรสนับสนุนที่มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยที่ช่วยหนุนเสริมให้เด็กและเยาวชนสามารถรับมือและเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวได้ ทั้งนี้ หน่วยงานทุกภาคส่วนจึงควรบูรณาการร่วมมือในการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนสามารถรับมือกับปัจจัยเสี่ยงที่พบเจอ โดยที่นี้สามารถทำได้หลายวิธีการ เช่น การที่สถานศึกษามีนโยบายสนับสนุนให้นักเรียนได้แสวงหาความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อสุขภาพ การจัดการเรียนรู้เสริม เรื่อง การรู้เท่าทันสื่อ เป็นต้น ขณะที่ครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นระบบย่อยของสังคมที่มีความใกล้ชิดกับเด็กและเยาวชนมากที่สุด ควรที่จะให้ความสำคัญกับการอบรมเลี้ยงดู เป็นต้นแบบพฤติกรรมที่ถูกต้อง อีกทั้งในการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่เกิดขึ้นนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมแก้ไขปัญหาเพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติ อันสอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้แนวทางการทำงานไว้ว่า “บูรณาการ สร้างเครือข่ายสุขภาพ ปลูกฝังความรู้ ทักษะ ค่านิยมด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชน ทั้งระดับครอบครัว โรงเรียน ชุมชน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน” ตลอดจนเพื่อทำให้ผู้อ่านเข้าใจรายละเอียดที่กล่าวข้างต้นมากยิ่งขึ้น ประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะได้สรุปเนื้อหา ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 โมเดล 3H สุขภาพดีด้วยความรอบรู้แบบองค์รวม
ที่มา: ประไพ กิตติบุญถวัลย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ และศักดิ์มงคล เชื้อทอง (2565)

สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมเป็นสิ่งที่ประชาชนทุกคนต้องรับมือและเผชิญหน้าอย่างไม่อาจหลีกหนีได้ แต่สามารถหาหนทางแก้ไขหรือป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ ผลลัพธ์เพื่อสุขภาพที่ดีพร้อมเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ โดยปี 2568 ปัญหาสุขภาพที่เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ต้องเผชิญมีด้วยกันนานัปการ เช่น การใช้บุหรี่ไฟฟ้า การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ภาวะซึมเศร้า ทุกปัญหาที่กล่าวส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากปัญหาทางสังคมที่ถูกซุกไว้ใต้พรมไม่ได้รับการแก้ไขมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งในที่นี้ สามารถจำแนกปัจจัยเสี่ยงทั้งทางสังคมหรืออื่น ๆ ที่ส่งต่อปัญหาสุขภาพออกได้เป็น 3 ด้าน คือ 1. ด้านลักษณะ

ทางพันธุ์กรรม 2. ด้านสภาพแวดล้อม และ 3. ด้านสภาวะทางเศรษฐกิจ ปัจจัยข้างต้น ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กและเยาวชนต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยด้านการศึกษาหรือการจัดการเรียนรู้ รวมไปถึงทรัพยากรสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา หน่วยงานทุกภาคส่วน นับเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนอยู่ไม่น้อย ตลอดจนหากต้องการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนร่วมแก้ไขปัญหาในทุกมิติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อลดต้นตอหรือสาเหตุปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับเด็กเยาวชน และเป็นส่วนหนึ่งที่นำพาอนาคตของประเทศก้าวต่อไปข้างหน้าได้

2. พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชน

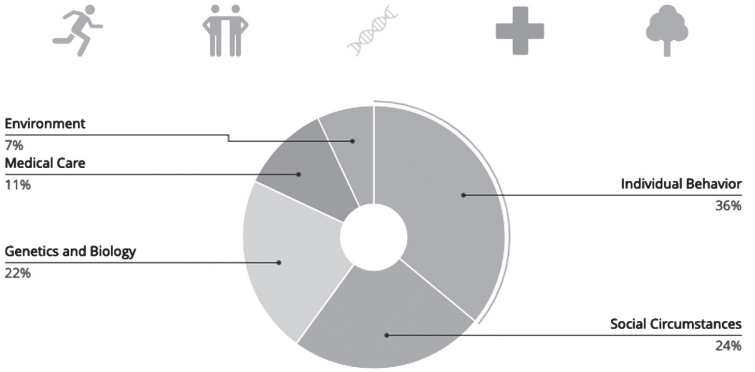
การดำเนินชีวิตในทุกวันนี้ เราต่างเผชิญอยู่กับพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพมากมายมีตั้งแต่พฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงเล็กน้อยไปจนถึงขั้นที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเราแล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นในวงกว้าง เช่น ครอบครัว ชุมชนที่เราอยู่อาศัย ซ้ำร้ายส่งผลกระทบต่อสังคมอีกด้วย ดังนั้น เราจึงควรให้ความสำคัญและมีแนวทางในการรับมือและป้องกันพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงที่จะนำมาสู่ปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อเป็นการทำความเข้าใจให้ผู้อ่านทราบถึงปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชน ผู้เขียนขอนำเสนอเนื้อหา 2 หัวข้อ ได้แก่ 1. พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชน และ 2. ฉากทัศน์ปัญหาทางสุขภาพของเยาวชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชน

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมากขึ้นกว่าในยุคอดีต ไม่ว่าจะเป็น การติดต่อสื่อสาร คมนาคมขนส่ง เทคโนโลยีสารสนเทศ แต่ถึงอย่างนั้นมนุษย์ไม่อาจมีวิวัฒนาการที่รวดเร็วได้ทันกับการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้คนที่ปรับตัวได้ช้าหรือไม่สามารถปรับตัวได้ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ด้วยสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามากระตุ้น ซึ่งก็คือพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงอันมีด้วยกันหลายประการ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้บุหรี่ไฟฟ้า การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ขณะที่ผลสำรวจจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) กระทรวงสาธารณสุข สหรัฐอเมริกา ได้มีการระบุปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพของเยาวชนไว้หลายประเด็น ไม่ว่าจะเป็น การขาดปัจจัยป้องกัน, การดูแลเอาใจใส่จากผู้ใหญ่ เสถียรภาพทางการเงิน, ขาดแคลนทรัพยากรพื้นที่ที่จำเป็น, ตั้งครรภ์ไม่พร้อม พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่ได้กล่าวพบว่ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างมีนัยยะสำคัญ ตัวอย่างเช่น เด็กและเยาวชนที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้เข้ารับการรักษาจะมีแนวโน้มนำไปสู่พฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาที่เยาวชนขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพและต้องเผชิญความขัดแย้งกับคนในครอบครัวจะมีแนวโน้มพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้กล่าวข้างต้นเพิ่มมากขึ้น (Jennifer Salerno, 2023)

ฉะนั้นหากสามารถแก้ไขและป้องกันพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่จะเกิดกับเยาวชนได้ก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยหนุนเสริมให้สังคมไทยก้าวเดินไปข้างหน้าต่ออย่างมีคุณภาพ แต่การที่จะมีสุขภาพที่ดีและยืนยาวเพื่อขับเคลื่อนสังคม ไม่เพียงการแก้ไขและป้องกันพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพแต่ต้องให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมทาง

สังคม เศรษฐกิจ กายภาพ และระบบบริการสุขภาพด้วย ดังนั้นแนวทางหนึ่งในการรับมือสถานการณ์ปัญหา กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการนำหลักปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of health) ขององค์การอนามัยโลก มาบูรณาการปรับใช้กับการทำงานภายในประเทศ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 องค์ประกอบปัจจัยกำหนดสุขภาพ
ที่มา: Edwin Choi, GoInvo (2023)

จากภาพที่ 2 แสดงให้เห็น ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบหลักด้วยกัน 5 ด้าน ประกอบด้วย 1. ด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล 2. ด้านสถานการณ์ทางสังคม 3. ด้านพันธุกรรมและชีววิทยา 4. ด้านบริการทางการแพทย์ และ 5. ด้านสภาพแวดล้อม/สิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยกำหนดสุขภาพในแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้

ด้านที่ 1: พฤติกรรมส่วนบุคคล (Individual Behavior) เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพหลักที่สำคัญและมีสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 36 โดยพฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่ที่พบมากในกลุ่มเด็กและเยาวชน เช่น การขับขี่

รถจักรยานยนต์ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้า ขณะที่พฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับต้น ๆ ที่ทำให้เด็กและเยาวชนเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อีกทั้งเป็นสาเหตุของการก่อโรคที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายหลายชนิด ไม่ว่าจะเป็น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน เป็นต้นปัจจัยเหล่านี้ต่างเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อสุขภาพ ดังนั้นการจัดการเรียนรู้หรือส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคลในเชิงบวกได้ จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้ในระดับหนึ่ง

ด้านที่ 2: สถานการณ์ทางสังคม (Social Circumstances) เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญรองลงมา โดยมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 24 ปัจจัยในด้านนี้เป็นภาพที่ช่วยสะท้อนสภาพแวดล้อมของสังคมที่บุคคลเคยอยู่อาศัยหรืออาศัยอยู่ปัจจุบันว่ามีลักษณะอย่างไร เช่น พัฒนาการและสถานะสังคมแต่ละยุคสมัยรูปแบบการปกครอง วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ ฯลฯ ซึ่งสิ่งที่กล่าวในข้างต้นล้วนแต่ส่งผลต่อพฤติกรรมและปัญหาทางสุขภาพ เนื่องจากหากเด็กและเยาวชนเติบโตท่ามกลางสถานการณ์ทางสังคมที่ย่ำแย่ เช่น การเลือกปฏิบัติ ค่านิยมความเชื่อสุขภาพที่ผิด โรคอุบัติร้ายแรง ย่อมจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระดับที่ต่ำลง

ด้านที่ 3: พันธุกรรมและชีววิทยา (Genetics and Biology) เป็นอีกปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญไม่แพ้กัน ซึ่งมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 22 โดยที่นี้มีคำกล่าวว่า “สุขภาพดีสร้างได้ง่าย” แต่ในมิติพันธุกรรมและชีววิทยาไม่อาจเป็นเช่นกัน ด้วยพื้นฐานโครงสร้างร่างกาย องค์ประกอบทางพันธุกรรม สรีระร่างกาย ของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อประชากรกลุ่มเปราะบางบางส่วน เช่น กลุ่มผู้พิการทางร่างกาย อาจส่งผลให้การทำกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพบางประเภท

ไม่สามารถทำได้เหมือนกลุ่มคนปกติ ทั้งนี้ปัจจัยด้านที่ 3 จึงเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอยู่ไม่น้อย

ด้านที่ 4: บริการทางการแพทย์ (Medical Care) อีกหนึ่งปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพในระดับที่ไม่มาก อยู่ที่ร้อยละ 11 แต่หากวิเคราะห์จะพบว่ามีความสำคัญในระดับหนึ่ง เพราะนอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี การที่มีบริการทางแพทย์หรือระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและสามารถเข้าถึงได้ จะช่วยหนุนเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ในทางกลับกันหากระบบบริการหรือการบริการทางแพทย์ไม่ได้ประสิทธิภาพ สุขภาพของประชาชนก็มีแนวโน้มย่ำแย่มากขึ้นได้

ด้านที่ 5: สภาพแวดล้อม/สิ่งแวดล้อม (Environment) ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสุดท้ายมีสัดส่วนน้อยสุดอยู่ที่ร้อยละ 7 แต่เป็นอีกปัจจัยที่ควรให้ความสำคัญไม่น้อยกว่าปัจจัยก่อนหน้า สภาพแวดล้อมหรือสิ่งแวดล้อมที่นี้ หมายถึง สภาพแวดล้อมที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและมนุษย์สร้างขึ้น ซึ่งมนุษย์ทุกคนบนโลกอาศัยและดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน ครอบคลุมตั้งแต่ เรื่อง โครงสร้างพื้นฐานในเมือง คุณภาพอากาศที่หายใจ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นต้น โดยปัจจัยในด้านนี้หากเทียบกับด้านอื่นอาจกล่าวได้ว่าส่งผลกระทบน้อยที่สุด แต่อย่างไรก็ตามสภาพแวดล้อมไม่ดีสามารถส่งผลกระทบร้ายแรงต่อสุขภาพได้ เช่น มลพิษทางควันจากการทำอุตสาหกรรมหนัก สภาพรถเก่าที่ไม่ได้มีมาตรฐานก่อให้เกิดควันดำ การออกแบบอาคารที่ไม่มีทางลาดหรือลิฟต์ส่งกระทบต่อกลุ่มผู้พิการทางร่างกาย หรือแม้แต่สถานการณ์ฝุ่น PM 2.5 ที่เกินค่ามาตรฐาน ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ย่อมมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนเช่นเดียวกับปัจจัยอื่น ๆ

สรุปได้ว่า พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนที่กำลังเผชิญในปัจจุบัน มีการเคลื่อนตัวและเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ส่งผลกระทบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเด็กและเยาวชนต้องเผชิญและรับมือกับปัญหาด้วยกันรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็น เรื่อง การแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน อุบัติเหตุที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนน ตั้งครรภ์ไม่พร้อม มลพิษทางอากาศ กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชน จึงได้นำหลักปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of health) ใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการบูรณาการทำงานและแก้ไขสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ไม่เพียงเท่านั้นภาครัฐยังได้มีการวางแนวทางรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพของเยาวชนไว้ด้วยกันหลายมิติ ตลอดจนพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเยาวชนยังคงเป็นสิ่งที่พวกเราทุกคนต้องช่วยกันรับมือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและหนุนเสริมความปลอดภัยตามบทบาทหน้าที่ของตนให้กับกลุ่มเยาวชนเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของสังคม

2.2 ฉากทัศน์ (Scenario) ปัญหาทางสุขภาพของเยาวชน

สถานการณ์และปัญหาทางสุขภาพของเยาวชน ช่วงระยะเวลา 3-4 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563-2565) พบว่า มีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นกว่าจากอดีต ปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ล้วนส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของเยาวชนทั้งทางตรงและทางอ้อม หน่วยงานภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงควรเร่งวางแนวทางรองรับสถานการณ์และป้องกันความเสี่ยงหรือผลกระทบที่จะเกิดขึ้น มิเช่นนั้นอาจนำมาสู่ปัญหาทางสุขภาพของเยาวชนในอนาคตที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทั้งนี้ผู้เขียนได้รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ และสรุปเพื่อฉายภาพแนวโน้มอนาคตสุขภาพของเยาวชนที่ต้องเตรียมรับมือ ซึ่งมีประเด็นสำคัญอยู่ 3 ประเด็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

แนวโน้มประเด็นที่ 1: วิกฤตสุขภาพ สำหรับวิกฤตประเด็นที่ 1 เป็นผลกระทบมาจากการสะสมของสถานการณ์และปัญหาทางสุขภาพต่าง ๆ นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะสถานการณ์สำคัญในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็น การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มลพิษทางอากาศจาก PM2.5 การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชน ทุกสถานการณ์ข้างต้นนำมาซึ่งผลกระทบที่มีความรุนแรง เช่น เด็กและเยาวชนที่เป็นผู้ติดเชื้อสะสมจากการแพร่ระบาดของ Covid-19 กว่า 800,000 คน แม้จำนวนดังกล่าวจะไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่ก็ได้รับผลกระทบที่ตามมาจากมาตรการควบคุมโรคของภาครัฐอยู่ไม่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการที่รัฐบาลสั่งปิดสถานศึกษาเป็นเวลานานกว่า 1 ปี เด็กและเยาวชนส่วนหนึ่งหลุดออกนอกระบบการศึกษาส่วนหนึ่งสูญเสียความรู้และโอกาสพัฒนาทักษะตามช่วงวัยที่เหมาะสม ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้เด็กและเยาวชนสูญเสียช่วงเวลาแห่งการเรียนรู้ การพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพ ความเครียดสะสมที่เพิ่มมากยิ่งขึ้น (ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว, 2565) วิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เด็กและเยาวชนมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ปัจจุบันเริ่มลดลง เนื่องด้วยโลกสังคมออนไลน์ที่เข้ามามีอิทธิพล การศึกษาหรือการจัดการเรียนรู้กลายเป็นรูปแบบออนไลน์ การทำงานมีการปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home) เพิ่มขึ้น ทำให้สัดส่วนการมีปฏิบัติสัมพันธ์น้อยลง มีเพียงการจดจ่อและใช้ชีวิตบนโลกออนไลน์ ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เข้าถึงเด็กและเยาวชนได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็น การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า การพนันออนไลน์ การหลอกลวงทางอินเทอร์เน็ตนำมาซึ่งความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และอาจนำมาสู่การฆ่าตัวตาย ปัญหาที่กล่าวมาถือได้ว่ามีความรุนแรงในระดับที่สามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างประชากร

ที่นำไปสู่ปัญหาการพัฒนาประเทศได้ด้วยอัตราการเกิดของเด็กและเยาวชนที่ลดลงต่ำสุดในรอบ 70 ปี ซึ่งพบว่าในปีพ.ศ. 2567 มีจำนวนเด็กเกิดอยู่เพียง 461,421 คน ขณะที่ผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นเกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568) ดังนั้นแล้วรูปแบบและทิศทางการพัฒนาจะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต หากเด็กและเยาวชนที่มีจำนวนอยู่อย่างจำกัดจะต้องเผชิญกับวิกฤตปัญหาสุขภาพจนถึงขั้นเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประเทศไทยคงเข้าขั้นวิกฤตและยากเกินแก้ไขได้

แนวโน้มประเด็นที่ 2: วิกฤตความเหลื่อมล้ำทางสังคม สำหรับวิกฤตประเด็นนี้ ครอบคลุมปัญหาแทบทุกด้านของสังคม ไม่เพียงแค่ปัญหาเศรษฐกิจ การศึกษา บริการสาธารณสุข แต่ยังรวมถึงปัญหาครอบครัวความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อม โภชนาการ การเข้าถึงเทคโนโลยี ทุกความเหลื่อมล้ำที่กล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและเยาวชน ปัญหาที่เกิดขึ้นมีทั้งส่งผลในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ปัญหาหาครอบครัวจากผลสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติและ UNICEF เมื่อปีพุทธศักราช 2562 ระบุไว้ว่าเด็กเยาวชนที่เกิดในครัวเรือนที่มีฐานะยากจน ร้อยละ 40 มีแนวโน้มไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ขณะที่เด็กเยาวชนที่เกิดในครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า มีแนวโน้มได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ถึงร้อยละ 70 ซึ่งในที่นี้ปฏิเสธไม่ได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมแรกที่มีส่วนหล่อหล่อมและมีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะประเด็นฐานะทางเศรษฐกิจที่เป็นเงื่อนไขและข้อจำกัดสำคัญที่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาส่งเสริมการเรียนรู้ การเข้าถึงเทคโนโลยี สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร โภชนาการที่เหมาะสม (เดชรัต สุขกำเนิด, 2565) ตลอดจนในแง่มุมความเหลื่อมล้ำของบริการ

สาธารณสุข ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากฐานะทางเศรษกิจของครัวเรือน ขณะที่กลไกในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความไม่ยืดหยุ่นที่เกิดจากระบบและกฎระเบียบภาครัฐ นโยบายสุขภาพที่ไม่ครอบคลุม บุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่รองรับอีกทั้งงบประมาณด้านการพัฒนาสาธารณสุขที่มีอยู่จำกัด ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบให้ประชาชนโดยเฉพาะเด็กและเยาวชนต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นและไม่สามารถมีสุขภาพที่ดีได้

แนวโน้มประเด็นที่ 3: วิกฤตโลกยุคผันผวน (VUCA World) สำหรับวิกฤตในประเด็นสุดท้ายนี้เป็นสภาวะการเปลี่ยนแปลงของโลกภายใต้บริบทที่รวดเร็วที่เด็กและเยาวชนในอนาคตต้องเผชิญและเตรียมรับมือวิกฤตโลกยุคผันผวนที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นสภาวะที่เราไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น ดังเช่นในปัจจุบัน สำหรับโลกยุคผันผวน การศึกษาที่ดูว่าเหมาะสมในวันนี้ พรุ่งนี้อาจไม่เหมาะสมแล้ว สภาวะที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากปัจจัย 4 ประการ ได้แก่ 1) V-Volatility ความผันผวน 2) U-Uncertainty ความไม่แน่นอน 3) C-Complexity ความซับซ้อน และ 4) A-Ambiguity ความคลุมเครือ ดังนั้นการดำรงชีวิตในโลกยุคใหม่ วิชาความรู้เพียงอย่างเดียวไม่อาจทำให้เด็กและเยาวชนปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ของสังคมได้ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องร่วมกันเสริมสร้างทักษะสำคัญที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตให้แก่เด็กและเยาวชน เช่น ทักษะชีวิต ความเป็นผู้นำ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อการปรับตัวเพื่อเตรียมรับมือและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง (Flexibility) ที่จะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จากวิกฤตที่กำลังจะเกิดขึ้นสะท้อนมุมมองในอนาคตว่าหากหน่วยงานไม่เร่งปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือวิธีการที่ใช้อยู่ เช่น การจัดการเรียนการสอนยัง

มุ่งเน้นจัดการเรียนรู้แบบเดิม ปัญหาเศรษฐกิจที่แก้ไขด้วยวิธีเดิม อีกไม่นานการล่มสลายของระบบต่าง ๆ ในสังคมคงพบเห็นได้ไม่ยากนัก (Jaturong Kobkaew, 2022)

แนวโน้มปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับเด็กและเยาวชนในอนาคตที่ได้กล่าวมาข้างต้นไม่ใช่เพียงแค่การคาดการณ์ของผู้เขียน เนื่องจากข้อมูลผลการวิจัยขององค์กรอนามัยโลก (World Health Organization) กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และวารสารชั้นนำทางการแพทย์เดอะแลนเซ็ท (The Lancet) มีการแพร่เผยวิจัยในหัวข้อ “อนาคตของเยาวชนโลก” โดยจัดอันดับความเป็นไปได้ของ 180 ประเทศทั่วโลกที่จะเป็นสถานที่ที่เด็กและเยาวชนสามารถเติบโตในอนาคตได้อย่างสดใส ซึ่งพิจารณาจากปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เช่น การศึกษา โภชนาการ สิ่งแวดล้อม อัตราการเสียชีวิตของเด็กและเยาวชน มาใช้เป็นปัจจัยกำหนด ทั้งนี้จากการพิจารณาและจัดอันดับ “ความรุ่งโรจน์ของเด็ก” พบว่า ประเทศอันดับ 1 ได้แก่ ประเทศนอร์เวย์ รองลงมา ได้แก่ ประเทศเกาหลีใต้และเนเธอร์แลนด์ ขณะที่ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 64 จาก 180 ประเทศทั่วโลก โดยถ้าจัดอันดับกับประเทศในแถบเอเชีย ประเทศไทยถูกจัดเป็นรองอยู่ 3 ประเทศ คือ ประเทศเวียดนาม ประเทศมาเลเซีย และประเทศสิงค์โปร์ ตามลำดับ (BBC NEWS, 2020)

ตลอดจนนอกเหนือจากปัญหาสุขภาพที่เยาวชนต้องเผชิญและรับมือในอนาคต จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า “ระบบบริการสาธารณสุขไทย” มีความสำคัญที่จัดอยู่ในระนาบเดียวกัน เนื่องจากการที่เด็กและเยาวชนจะมีสุขภาพที่ดีได้ ไม่เพียงแค่การจัดการศึกษาแต่การส่งเสริมและสนับสนุนให้ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณภาพถือเป็นส่วนช่วยให้สุขภาพของเด็กเยาวชนดีขึ้นได้ในอีกมิติหนึ่ง ดังนั้นผู้เขียนขอนำเสนอ

ให้ผู้อ่านและหน่วยงานทุกฝ่ายเห็นถึงความสำคัญของแนวโน้มระบบบริการสาธารณสุขไทยในอนาคต โดยที่นี้แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ฉากทัศน์ คือ ฉากทัศน์ที่ 1 อนาคตกรณีดำเนินไปตามแนวปกติ (Business as Usual Scenario) และฉากทัศน์ที่ 2 ภาพอนาคตที่พึงปรารถนา (Preferred Future Scenario) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ฉากทัศน์ที่ 1 อนาคตกรณีดำเนินไปตามแนวปกติ (Business as Usual Scenario)

จากการศึกษา พบว่า หากระบบสาธารณสุขไทยยังคงดำเนินไปตามปกติ ในอนาคตจะต้องเผชิญกับแนวโน้มวิกฤตปัญหานานัปการ โดยเฉพาะงบประมาณในส่วนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนเพิ่มมากขึ้นเป็นผลกระทบมาจากความต้องการบริการสาธารณสุขที่เพิ่มสูงจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป สังคมผู้สูงวัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคจิตเวช โรคอุบัติใหม่ ยังไม่นับรวมถึงการเคลื่อนย้ายคนและการเชื่อมโยงระหว่างประเทศที่สะดวกรวดเร็วจนอาจทำให้ปริมาณผู้ใช้บริการในระบบสาธารณสุขสูงขึ้น ซึ่งเป็นมาจากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี ขณะเดียวกันที่ความต้องการมีสูงแต่ประเทศกลับมีข้อจำกัดมากมาย ไม่ว่าจะเป็น การเพิ่มงบประมาณ การจัดสรรเครื่องมือทางการแพทย์ โดยข้อจำกัดเหล่านี้เป็นผลกระทบมาจากโควิด-19 ที่รัฐบาลใช้งบประมาณแผ่นดินอย่างมหาศาลในการช่วยเหลือเยียวยาประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศ ส่งผลให้รายได้จากการจัดเก็บภาษีอากรและอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจลดลง อนาคตข้างหน้างบประมาณในส่วนการพัฒนาระบบสาธารณสุขจึงกลายเป็นข้อจำกัดของรัฐบาลเป็นโดยปริยาย นอกจากปัญหาที่กล่าวปัจจุบันระบบสาธารณสุขไทยยังคงเผชิญอยู่กับระบบและ

กฎระเบียบราชการที่ไม่ยืดหยุ่น หากไม่มีการแก้ไขย่อมเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เช่น การนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่มาปรับใช้หรือประชาชนที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ อาจด้วยฐานะทางเศรษฐกิจ การอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทั้งนี้หากระบบสาธารณสุขยังไม่มีแนวทางในการเปลี่ยนแปลงโมเดลบริหารจัดการหรือแก้ไขปัญหา อาจทำให้ในอนาคตระบบสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถรองรับภัยอุบัติใหม่หรือความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นได้ ปัญหาสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะเด็กและเยาวชนในประเทศก็จะมีเพิ่มมากยิ่งขึ้น

ฉากทัศน์ที่ 2 ภาพอนาคตที่พึงปรารถนา (Preferred Future Scenario)

สำหรับภาพอนาคตที่พึงปรารถนาของระบบสาธารณสุขไทย มีเป้าหมายร่วม คือ “การปรับระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (New Service Delivery Model)” ซึ่งประกอบด้วย 7 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1. การพลิกโฉมระบบสาธารณสุขไทยจากบทเรียนการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโควิด-19 เนื่องจากทุกฝ่ายได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการวิกฤตหลายด้านและมีการตระหนักถึงความสำคัญของความมั่นคงด้านสุขภาพ (Health Security) ทุกฝ่ายเริ่มหันกลับมาให้ความสำคัญกับสุขภาพ มีความสนใจเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจนสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ ขณะที่ภาครัฐได้รับประสบการณ์ในการจัดการวิกฤตแบบบูรณาการข้ามวิชาชีพ การพัฒนาโมเดลดูแลผู้ป่วยแบบใหม่ การนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้บริหารสถานการณ์ 2. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม

ร่วมดูแลสุขภาพของตนได้ ด้วยกระบวนทัศน์ความคิดด้านสาธารณสุขที่ปรับเปลี่ยนสู่การให้ความสำคัญกับประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centric Healthcare) การที่ระบบสาธารณสุขมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้นผ่านเทคโนโลยีการจัดการรูปแบบใหม่ มีการทำงานบูรณาการเพื่อตอบโจทย์สุขภาพรายบุคคล (Personalization) 3. บริการสาธารณสุขที่เน้นส่งเสริมและป้องกันบริการสุขภาพปฐมภูมิและการใช้เทคโนโลยีทางไกลในทางการแพทย์ เนื่องจากอนาคตระบบสาธารณสุขจะให้ความสำคัญกับการให้บริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-Based Health Care) โดยมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพบริการที่ดีตลอดห่วงโซ่คุณค่าของวงจรโรคของผู้ป่วย (Health Value Chain) เพื่อให้ผู้ป่วยมีจำนวนลดน้อยลงจากการป้องกันและรักษาที่รวดเร็วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ความผิดพลาดที่เกิดจากการรักษาต้องน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย เพื่อให้ต้นทุนของระบบสาธารณสุขลดน้อยลง 4. การปรับตัวสู่แนวทางให้บริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า ด้วยบริการด้านสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพปฐมภูมิที่มีประชาชนเป็นแกนกลาง เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกันความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุขลดลง บุคลากรทางการแพทย์มีการกระจายตัวในพื้นที่ห่างไกล การพัฒนาระบบดิจิทัลและนโยบายภาครัฐที่เน้นกระจายความเจริญทางเศรษฐกิจสู่เมืองรองและท้องถิ่น 5. บูรณาการทำงานและกระจายอำนาจเพื่อการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ อนาคตระบบสาธารณสุขไทยมีการกระจายอำนาจบริหารจัดการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและการสร้างความพร้อมในระยะแรก ซึ่งมีเป้าที่พึงประสงค์ คือ ผู้บริหารมีความรู้ความเข้าใจด้านการบริหารงานสาธารณสุข บุคลากรมีความเชี่ยวชาญและเพียงพอต่อผู้เข้ารับบริการ

รวมไปถึงมีระบบตรวจสอบ กำกับติดตาม ถ่วงดุล เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ประสิทธิภาพ และความรับผิดชอบในการทำงาน 6. บุคลากรทางการแพทย์มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยปริมาณจำนวนผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้ภาระชั่วโมงทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ลดน้อยลง สามารถให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูงขึ้น มีเวลาเพียงพอสำหรับการพักผ่อน ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีความก้าวหน้าในเส้นทางอาชีพ อนาคตนิสิตแพทย์มีทางที่หลากหลายมากขึ้น เกิดลักษณะของการจ้างงานแบบใหม่ เช่น การจ้างงานแบบเอกชนผสมรัฐ หรือในลักษณะงานอิสระ (Gig Workforce) การทำงานที่มีความคล่องตัว โดยเฉพาะบริการสุขภาพในขั้นปฐมภูมิที่สามารถเข้าถึงประชาชนในชุมชนได้ดีขึ้น 7. ความเป็นเลิศอย่างก้าวกระโดดในบริการสุขภาพและนวัตกรรมทางการแพทย์ เนื่องด้วยในอนาคตประเทศไทยสามารถใช้จุดแข็งด้านสุขภาพเป็นเครื่องยนต์ทางเศรษฐกิจใหม่ มีการพัฒนาห่วงโซ่อุปทานสินค้าและบริการสุขภาพที่นำโดยภาคเอกชน ประเทศไทยมีบทบาทเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ชั้นเลิศของภูมิภาค มีการส่งเสริมระบบสาธารณสุขให้มีความเข้มแข็งทั้งทางวิชาการและการวิจัยโดยภาครัฐ อีกทั้งสามารถผลิตอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ได้ ซึ่งการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมได้ด้วยกำลังของประเทศเองจะช่วยลดการพึ่งพาเทคโนโลยีจากต่างประเทศ ทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายและช่วยสร้างรายรับได้ด้วย ทั้งนี้ในการจะนำพาประเทศไปสู่ฉากทัศน์ภาพอนาคตที่พึงปรารถนา จำเป็นต้องดำเนินการหลายด้าน ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนอวาระสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ไว้ 5 ประการ ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ 1. การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครและเขตเมืองให้มีประสิทธิภาพ

2. การจัดทำฐานข้อมูลระบบสุขภาพ ระบบแบ่งปันข้อมูลและการเปลี่ยนผ่านระบบสาธารณสุขสู่ดิจิทัล 3. การกระจายอำนาจและเสริมสร้างศักยภาพให้พื้นที่จัดการบูรณาการให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ของตนเอง 4. การพัฒนากำลังบุคลากรสาธารณสุขให้เพียงพอทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และ 5. การลงทุนในการวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ รวมถึงการสร้างระบบนิเวศ การพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

สรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพที่เด็กและเยาวชนเผชิญนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีด้วยกันหลากหลายและมีแนวโน้มในอนาคตที่จะทวีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น ด้วยปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ โดยแนวโน้มวิกฤตสุขภาพที่เด็กและเยาวชนต้องเตรียมรับมือในอนาคต มีอยู่ 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) แนวโน้มวิกฤตสุขภาพ ที่ถ้าหากไม่มีแนวทางแก้ไขและป้องกันความเสี่ยงอนาคตอาจจะต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยของสมรรถนะทางร่างกาย สูญเสียโอกาสการพัฒนาความรู้และทักษะตามช่วงวัย การพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพ ความเครียดสะสมที่เกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป อีกประเด็นสำคัญ คือ ปัจจัยเหล่านี้จะนำมาสู่ปัญหาการพัฒนาประเทศในอนาคต หากเด็กและเยาวชนไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจนนำไปถึงขั้นเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ขณะที่ประเทศก็กำลังประสบปัญหาอัตราการเกิดของเด็กเยาวชนที่ลดลงและอัตราผู้สูงอายุที่มีเพิ่มขึ้นเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว 2) แนวโน้มวิกฤตความเหลื่อมล้ำทางสังคมที่แม้จะมีอยู่คู่ประเทศมาอย่างยาวนานแต่หากปล่อยทิ้งไว้จนอนาคตไม่อาจแก้ไขได้ ปัญหานี้จะลุกลามกลายเป็นปัญหาใหญ่ที่ส่งผลกระทบมหาศาลเนื่องจากความเหลื่อมล้ำทางสังคมมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันในหลายมิติ เช่น ปัญหาครอบครัวที่ดูไม่มีอะไรอาจนำพาไปสู่ปัญหา

การเรียนรู้ การเข้าถึงเทคโนโลยี หรือปัญหาบริการสาธารณสุขหากไม่มีการแก้ไขจะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชน 3) แนวโน้มวิกฤตโลกยุคผันผวน สำหรับวิกฤตนี้เป็นเหตุการณ์ที่ทุกฝ่ายควรระวังและรับมือไม่ให้เกิดขึ้นโดยเด็ดขาด เพราะถ้าหากเกิดขึ้นประเทศจะเกิดความโกลาหลในการพัฒนาประเทศ ทุกฝ่ายจะต้องรับมือกับสภาวะที่ไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้เลย ซึ่งเป็นผลกระทบที่มีความรุนแรงในระดับที่ระบบต่าง ๆ ภายในสังคมสามารถล่มสลายได้ภายในชั่วข้ามคืนตลอดจนนอกเหนือจาก 4) แนวโน้มประเด็นสำคัญที่ต้องระวังและเตรียมรับมือ แนวโน้มอนาคตระบบสาธารณสุขไทยเป็นอีกประเด็นสำคัญที่ควรระวัง เนื่องจากระบบสาธารณสุขไทย ถือเป็นกลไกสำคัญจัดอยู่ในระนาบเดียวกัน การที่เด็กและเยาวชนจะมีสุขภาพที่ดีไม่เพียงการจัดการศึกษาเท่านั้นแต่การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีระบบบสาธารณสุขที่มีคุณภาพจะเป็นส่วนช่วยให้สุขภาพของเด็กเยาวชนดีขึ้นได้อีกด้วย

3. การรับมือและพลิกฟื้นประเทศไทย

เมื่อผู้อ่านทุกท่านได้อ่านเนื้อหามาถึงหัวข้อนี้ คงพอทำให้เห็นภาพรวมสถานการณ์และปัญหาสุขภาพที่เด็กและเยาวชนกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันมากยิ่งขึ้น และจากที่ผู้เขียนได้เคยนำเสนอไว้ว่าหากปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที อีกไม่เกิน 1 ทศวรรษ ประเทศจะต้องเผชิญกับวิกฤตครั้งใหญ่เป็นแน่ แต่ทั้งนี้แสงสว่างที่ปลายอุโมงค์ก็ไม่ใช่จะริบหรี่สักทีเดียว เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมาหน่วยงานทุกภาคส่วนล้วนตระหนักและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาอยู่ไม่น้อย เช่น การวางแนวทางป้องกันปัญหาสุขภาพเชิงรุก การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติ ซึ่งเกิดจากความ

ร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่มาร่วมกันแก้ไขและพลิกฟื้นสังคมให้กลับมามีชีวิตชีวาเป็นประเทศที่มีความศิวิไลซ์อีกครั้ง ในหัวข้อนี้จึงขอนำเสนอเนื้อหาด้วยกัน 2 หัวข้อ ได้แก่ 1. รัฐกับนโยบาย แนวทางการรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพของเยาวชน และ 2. การรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพของเยาวชนในหน่วยงานระดับปฏิบัติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 รัฐกับนโยบาย: แนวทางการรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพของเยาวชน

ปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชนนับว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่อาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากเด็กและเยาวชนถือเป็นกำลังส่วนสำคัญ การที่หน่วยงานภาครัฐให้ความสำคัญและเพิ่มการลงทุนกับการเสริมสร้างสุขภาพที่ดี รวมถึงกำหนดแนวทางในการรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับเด็กและเยาวชน เป็นอีกหนึ่งวิธีการที่ช่วยยกระดับคุณภาพสังคมและความสามารถในการแข่งขันของประเทศที่เพิ่มขึ้นและสำหรับแนวทางที่ภาครัฐใช้รับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพของเยาวชนมีด้วยกันหลายประการ ดังนี้

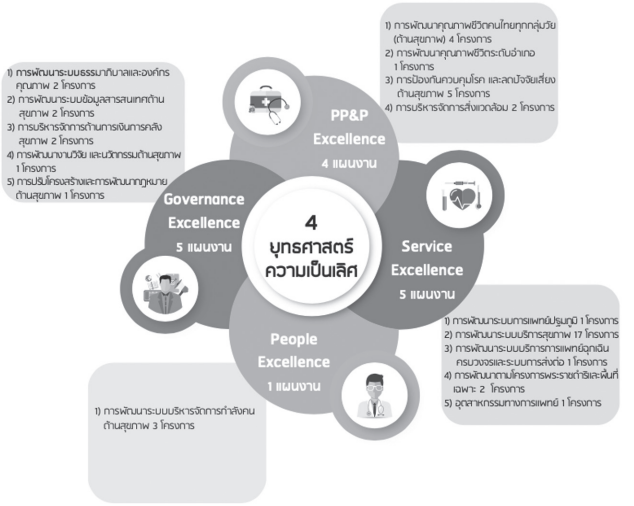
• **ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2** จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้สอดรับกับนโยบายระดับชาติ รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศและปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่ประเทศไทย 4.0 ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายหลัก คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยที่ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขนี้ ประกอบด้วย สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ

4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล และแนวทางการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานสาธารณสุข ดังภาพที่ 4 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ภาพที่ 4 เป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)
ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2561)

ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ที่เป็นผลมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก เช่น การเปลี่ยนโครงสร้างประชากร การเปลี่ยนฐานเศรษฐกิจ การเกิดโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ

การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ มลพิษสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติธรรมชาติ ส่งผลให้ภาครัฐไม่นิ่งนอนใจ จึงได้มีการวางแนวทางและเป้าหมายการดำเนินงานภายใต้กรอบระยะเวลา 20 ปี โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ แต่ละช่วงมีจุดเน้น คือ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564) ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2569) สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2570-2574) สู่ความยั่งยืน ระยะที่ 4 (พ.ศ. 2575-2579) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย มียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน เป็นเหมือนเข็มทิศในการขับเคลื่อนงาน ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 องค์ประกอบยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน
ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2561)

จากภาพแสดงให้เห็นถึง องค์ประกอบของยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นแผนงานและโครงการ รวมทั้งสิ้น 15 แผนงาน

45 โครงการ ซึ่งได้มีการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และมาตรการสำคัญ เพื่อให้การทำงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิภาพภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีจำกัด ทั้งนี้เพื่อให้สุขภาพของคนไทยมีระดับที่ดีเพิ่มขึ้น โดยที่แต่ละยุทธศาสตร์ มีแผนงานและโครงการ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence) ประกอบด้วย 4 แผนงาน ดังนี้ 1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) 4 โครงการ เช่น โครงการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น รับผิดชอบโดย กรมสุขภาพจิตและกรมอนามัย 2. พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 1 โครงการ ได้แก่ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รับผิดชอบโดย กองบริหารการสาธารณสุขและสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย 3. ป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ 5 โครงการ เช่น โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ รับผิดชอบโดย กรมควบคุมโรค และ 4. บริหารจัดการสิ่งแวดล้อม 2 โครงการ ได้แก่ โครงการการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม และโครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง ซึ่งรับผิดชอบโดย กรมอนามัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ประกอบด้วย 5 แผนงาน ดังนี้ 1. พัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ 1 โครงการ ได้แก่ โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ รับผิดชอบโดย สำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว 2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 17 โครงการ เช่น โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช รับผิดชอบโดย กรมสุขภาพจิต 3. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ 1 โครงการ ได้แก่

โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ รับผิดชอบโดย กรมการแพทย์ 4. พัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ 2 โครงการ ได้แก่ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพัฒนาพื้นที่พิเศษ ซึ่งรับผิดชอบโดย กรมควบคุมโรค และ 5. อุตสาหกรรมทางการแพทย์ 1 โครงการ ได้แก่ โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ รับผิดชอบโดย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ประกอบด้วย 1 แผนงาน ได้แก่ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ 3 โครงการ เช่น โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ รับผิดชอบโดย สถาบันพระบรมราชชนก หรือโครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ รับผิดชอบโดย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย 5 แผนงาน ดังนี้ 1. พัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ 2 โครงการ ได้แก่ โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใสและการบริหารความเสี่ยง รับผิดชอบโดย กองบริหารการสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต และกลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง และโครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ รับผิดชอบโดย กองบริหารการสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร 2. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ 2 โครงการ ได้แก่ โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ รับผิดชอบโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และโครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล รับผิดชอบโดย ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ 3. บริหาร

จัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ 2 โครงการ ได้แก่ โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน รับผิดชอบโดย กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง รับผิดชอบโดย กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ และ 4. พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ 1 โครงการ ได้แก่ โครงการพัฒนางานวิจัยนวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ รับผิดชอบโดย กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักวิชาการสาธารณสุข และ 5. ปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ 1 โครงการ ได้แก่ โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายสุขภาพ รับผิดชอบโดย กองกฎหมาย

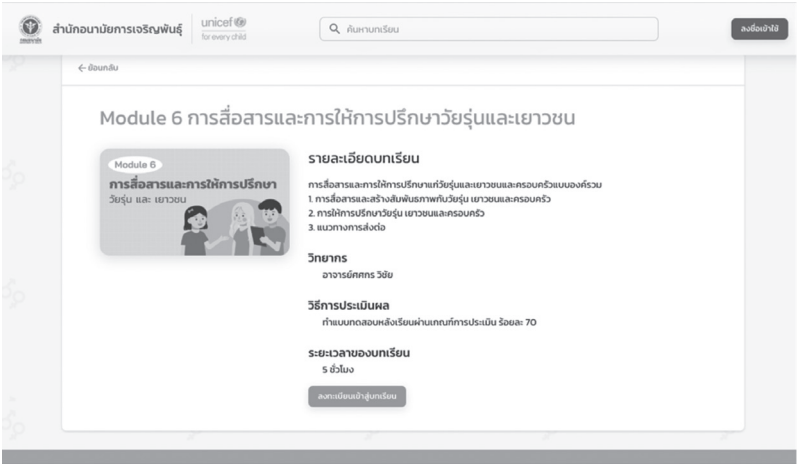
• **กรอบพัฒนาตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16** ได้มีการวางหลักส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ (Promoting quality births and child growth for population development) ซึ่งมีเป้าหมาย คือ การมุ่งเน้นพัฒนาคนทุกช่วงวัย ครอบคลุมตั้งแต่มิติสุขภาพ การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ผ่านกลไกสถาบันหลักทางสังคม ได้แก่ ครอบครัวและสถานศึกษา รวมไปถึงการพัฒนาสภาพแวดล้อมหรือระบบนิเวศที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี โดยที่การพัฒนาให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับช่วงเริ่มต้นของชีวิตเน้นไปที่ 5 องค์ประกอบ (Domain of nurturing care) ดังนี้ 1) การมีสุขภาพที่ดีตั้งแต่การวางแผนครอบครัว การดูแลก่อนและหลังตั้งครรภ์ การป้องกันและรักษาโรค การดูแลเด็กแรกเกิด หรือการฉีดวัคซีน 2) การดูแลโภชนาการที่เหมาะสมและเพียงพอ ไม่ว่าจะเป็น โภชนาการแม่และเด็ก การให้นมบุตร

สารอาหาร 3) การดูแลตอบสนองเชิงบวกต่อความต้องการของเด็ก เช่น การสัมผัสและดูแลในช่วงแรกเกิดอย่างใกล้ชิด การเลี้ยงดูประจำวัน การสนับสนุนจากสังคม 4) การให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ ทั้งในเรื่องการใช้ภาษา กระตุ้นการสื่อสาร เรียนรู้ผ่านการเล่น เล่าเรื่อง เคลื่อนไหว พัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ และ 5) การปกป้องคุ้มครองให้อยู่รอดปลอดภัย จากการถูกทอดทิ้ง การละเมิดสิทธิเด็ก การมีสุขาภิบาลที่ดี มีพื้นที่สาธารณะที่ปลอดภัย แต่จากสถานการณ์และปัญหาทางสุขภาพของเยาวชนในช่วงที่ผ่านมาแม้จะถูกให้ความสำคัญและผลักดันให้เกิดการแก้ปัญหา ทั้งนี้ยังคงพบปัญหาและความท้าทายอยู่เรื่อยมา เช่น ปัญหาเด็กเยาวชนไม่ได้เข้าสู่บริการด้านสุขภาพหรือได้รับการดูแลเท่าที่ควรเป็นกว่าร้อยละ 15 ฉะนั้นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจึงได้มีการผลักดันข้อเสนอ 4 ประการ เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เยาวชนกำลังเผชิญ ดังนี้ ประการที่ 1 สร้างแรงขับเคลื่อนสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ (Momentum) โดยสร้างค่านิยมร่วมในสังคม “สร้างบ้านแปงเมืองด้วยการสร้างเด็กที่มีคุณภาพ” ประการที่ 2 เร่งผลักดันให้เกิดนโยบายที่เป็นมิตรต่อครอบครัว (Family-friendly policies) โดยสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีบุตรและดูแลบุตรผ่านการบังคับใช้มาตรการร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในการให้สวัสดิการครอบครัว 4 มิติ ได้แก่ 1. เวลา เช่น ปรับลดจำนวนชั่วโมงการทำงานสำหรับพ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูลูก เพิ่มสิทธิการลาเพื่อดูแลบุตร 2. การเงิน เช่น การจ่ายเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดรายเดือน ลดค่าเล่าเรียนให้กับครอบครัวที่มีบุตรมาก 3. ระบบสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร เช่น การพัฒนาศูนย์ดูแลเด็กเล็กที่มีคุณภาพและราคาย่อมเยา 4. กฎหมาย เช่น การผลักดันกฎหมายให้เอื้อต่อการสร้างครอบครัวสำหรับคนทุกกลุ่ม ประการที่ 3

นำแนวคิดชุมชน (Community-led approach) ในการสร้างสภาพแวดล้อมชุมชนที่ปลอดภัยเอื้อต่อกระบวนการเรียนรู้ในการเลี้ยงดูพัฒนาเด็ก โดยใช้กลไกคณะทำงานชุมชนจากทุกภาคส่วนร่วมเรียนรู้พัฒนาเด็กตามวิถีวัฒนธรรมชุมชน สนับสนุนการใช้กองทุนท้องถิ่นพื้นที่เพื่อการดูและพัฒนาเด็ก และประการที่ 4 พัฒนาระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการวางนโยบาย เช่น การกำหนดฉากทัศน์ภาพอนาคตเด็กไทยที่พึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่การออกแบบนโยบายและแนวทางในการพัฒนาเด็กให้สอดรับกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงแต่ละช่วงเวลา การส่งเสริมการพัฒนาระบบฐานข้อมูลพื้นที่ การสนับสนุนให้มีการจัดทำวิจัย ทั้งงานวิจัยในเชิงสำรวจระยะยาว (Longitudinal survey study) งานวิจัยเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กในกลุ่มครอบครัวที่หลากหลาย ตลอดจนงานวิจัยในเชิงประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลมาตรการหรือสวัสดิการในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก ความคุ้มครองของการลงทุน เพื่อสนับสนุนให้ภาครัฐมีการลงทุนในมาตรการที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเด็กและเยาวชนอย่างแท้จริง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

• **นโยบายส่งเสริมบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS)** ดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขบูรณาการความร่วมมือในการแก้ไขสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพในเด็กและเยาวชนด้านต่าง ๆ เช่นการติดสารเสพติด ความเครียด ตั้งครรภ์ สุขภาพจิต โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอื่น ๆ ที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน โดยดำเนินการส่งเสริมให้กลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐาน สำหรับนโยบายข้างต้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการดำเนินงาน

มาอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันนับเป็นเวลากว่า 27 ปี (พ.ศ. 2540-2567) ที่ภาครัฐได้มีการดำเนินงานประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน เช่น พ.ศ. 2542 กรมอนามัยมีนโยบายสนับสนุนจังหวัดดำเนินการจัดบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ให้วัยรุ่น โดยใช้ชื่อว่า “มุมเพื่อนใจวัยรุ่น” พ.ศ. 2551 กรมอนามัยได้สนับสนุนการจัดให้บริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือปัจจุบันที่หน่วยงานทั้งสามได้ร่วมกันบูรณาการยุทธศาสตร์และการขับเคลื่อนงานประเด็นต่าง ๆ เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงเอื้อต่อสุขภาพวัยรุ่น โดยการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้วัยรุ่นปลอดภัยจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ปัญหาแอลกอฮอล์ การตั้งครรภ์ การพนัน ความรุนแรง การใช้บุหรี่หรือสารเสพติด การกำหนดมาตรการเชิงรุกในโรงพยาบาลที่เป็นมิตรสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็น บริการคุมกำเนิด การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือการพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมกับ DHS สนับสนุนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเยาวชน (กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค, 2557)



ภาพที่ 6 แพลตฟอร์มการเรียนออนไลน์ “หลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน” ผ่านช่องทางเว็บไซต์สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
ที่มา: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2567)

สรุปได้ว่า แม้สถานการณ์และปัญหาทางสุขภาพที่เด็กและเยาวชนต้องเผชิญมีความรุนแรงอยู่ไม่น้อยแต่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต่างก็ตระหนักและให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะภาครัฐซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการสาธารณสุขภายในประเทศ ได้มีการวางนโยบาย กำหนดมาตรการ แนวทางต่าง ๆ เพื่อรองรับและป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดกับเยาวชน เช่น แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)ที่มีเป้าหมายหลัก คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน กรอบพัฒนาตามสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีเป้าหมาย คือ มุ่งเน้นพัฒนาคนทุกช่วงวัย ครอบคลุมมิติสุขภาพ

การศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ผ่านกลไกสถาบันหลักทางสังคม หรือนโยบายส่งเสริมบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFH) เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐาน รวมไปถึงการบูรณาการยุทธศาสตร์และการขับเคลื่อนงานประเด็นต่าง ๆ ระหว่างหน่วยงาน เช่น การบังคับใช้กฎหมาย โดย สำนักงานตำรวจแห่งชาติการกำหนดมาตรการเชิงรุกในโรงพยาบาล การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ โดย กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนไม่เพียงภาครัฐที่ให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้น หน่วยงานภาคส่วนอื่น เช่น ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน องค์กรอิสระ ต่างก็เข้ามามีบทบาทร่วมแก้ไขปัญหาครั้งนี้เช่นกัน ทั้งนี้ในมิติระดับนโยบายภาคส่วนอื่นอาจเป็นการสนับสนุนภาครัฐแก้ไขปัญหา เช่น การจัดโครงการรณรงค์ให้ความรู้ สื่อสารและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอันตรายจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ดื่มแอลกอฮอล์ ความเสี่ยงที่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (ยท.) ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มสบ.) สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) ทั้งนี้ในหัวข้อถัดไป ผู้เขียนจะได้นำเสนอภาพรวมแนวทางการรับมือและดำเนินการป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับเด็กและเยาวชนในหน่วยงานระดับปฏิบัติ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นภาพของการให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมมากขึ้น

3.2 การรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพของเยาวชนในหน่วยงานระดับปฏิบัติ

สถานการณ์และปัญหาสุขภาพที่เด็กเยาวชนกำลังเผชิญไม่ใช่ปัญหาที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งต้องรับผิดชอบเฉพาะแต่เป็นปัญหาที่ทุกหน่วยงานในประเทศต้องร่วมจับมือกันก้าวข้าม ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหาครอบคลุมทุกพื้นที่ ขณะเดียวกันการแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้มีประสิทธิภาพไม่อาจทำเพียงมิติเชิงโยบายที่ไร้ซึ่งการลงมือปฏิบัติ จึงเห็นได้ว่าหน่วยงานภาคส่วนอื่นได้เข้ามามีบทบาทแก้ปัญหาในระดับปฏิบัติ โดยเป็นการรับเอานโยบายจากภาครัฐมาแปลงสู่แผนปฏิบัติการหรือกำหนดออกแบบแนวทางการรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพด้วยรูปแบบใหม่ก็ได้ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นภาพชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้เขียนจึงได้นำเสนอตัวอย่าง ดังนี้

• ตัวอย่างการรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพของเยาวชน “ประเด็นการใช้บุหรี่ไฟฟ้า” ของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย

สถานการณ์ปัญหาที่นำเสนอ ปัจจุบันถือเป็นปัญหาที่รุกหนักในสังคมโดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ไม่ว่าจะเป็นแง่มุมการเข้าถึงสินค้า กลยุทธ์การตลาดที่ภาคธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้าใช้ประชาสัมพันธ์ การแทรกแซงทางการเมืองผลประโยชน์ของกลุ่มนายทุน ทุกปัญหานำพาให้เด็กและเยาวชนเข้าไปสู่วงโคจรการใช้บุหรี่ไฟฟ้าซึ่งจะตามมาด้วยปัญหาสุขภาพที่ภาครัฐต้องแบกรับ ทุกภาคส่วนจึงได้ร่วมกำหนดแนวทางในการรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (ยท.) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระที่ทำงานประเด็นการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดีกับเด็กและเยาวชน ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการดำเนินงาน

หลายมิติทั้ง 1) ด้านการจัดทำสื่อสปอร์ตโฆษณา สื่อรณรงค์สื่อให้ความรู้ 2) ด้านการพัฒนางานวิชาการ การศึกษาวิจัยแนวทางพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบสำหรับเด็กและเยาวชน การเก็บอัตราการเสียชีวิตของเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุทางถนน 3) ด้านการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้าให้แก่นักเรียนทั่วไป นักศึกษาแพทย์ บุคลากรทางการศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษา นักเรียนนายร้อยตำรวจ ผู้เรียนที่อยู่ในการศึกษานอกระบบ 4) ด้านการสร้างความร่วมมือสนับสนุนการขับเคลื่อนงานกับหน่วยงานอื่น เช่น ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรี สถานศึกษาในสังกัด 34 แห่ง ลงนามความร่วมมือขับเคลื่อนมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่บุหรี่ไฟฟ้า ร่วมกับสถานศึกษา 5 แห่ง สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ในจังหวัดระยองและหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ลงนามร่วมกันขับเคลื่อนงานด้านความปลอดภัยทางถนน ร่วมกับกรมส่งเสริมการเรียนรู้ สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้จังหวัด ทำความร่วมมือขับเคลื่อนงานประเด็นบุหรี่ไฟฟ้าและอุบัติเหตุทางถนนกับกลุ่มผู้เรียนที่อยู่นอกระบบการศึกษา (สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย, 2567) นอกจากการขับเคลื่อนงานที่กล่าวข้างต้น ยังมีภาคส่วนอื่นอีกหลายแห่งที่ร่วมดำเนินงาน เช่น มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มสบ.) เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ เป็นต้น

ภาพที่ 7 พิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) และประกาศนโยบาย 34 สถานศึกษา สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีปลอดบุหรี่ไฟฟ้า
ที่มา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2567)

ภาพที่ 8 Talk Show ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าให้แก่นักเรียนในสังกัด 500 คน พื้นที่ภาคกลางและภาคตะวันออก ดำเนินการจัดโดย สถาบันกวดวิชาไดมอนด์แบรนติวเตอร์
ที่มา: สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (2567)

ภาพที่ 9 ประชุมหน่วยงานขับเคลื่อนงานด้านความปลอดภัยทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน จังหวัดเชียงราย ประจำปี 2567 โดยมีนางอุบลรัตน์ พ่วงภิญโญ รองผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงราย เป็นประธาน
ที่มา: สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (2567)

สรุปได้ว่า การรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพของเยาวชนในระดับปฏิบัติที่ผ่านมามีหลายหน่วยงานภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมและบทบาทในการร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น นอกเหนือจากภาครัฐที่ขับเคลื่อนงานระดับนโยบาย เช่น สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (ยท.) มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มสบ.) เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ทุกหน่วยงานล้วนมีการรับนโยบายจากภาครัฐหรือที่เกี่ยวข้องแปลงมาสู่การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ต่าง ๆ หรือมีการออกแบบแนวทางรับมือและป้องกันปัญหาสุขภาพด้วยวิธีการอื่นในรูปแบบใหม่ที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่น การลงนามความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การบรรยายให้ความรู้ (Talk Show) การพัฒนางานด้านวิชาการ ทั้งนี้เพื่อให้สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เด็กและเยาวชนกำลังเผชิญลดน้อยลงหรือไม่มีเลยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมกิจการเด็กและเยาวชน. (2567). *รายงานสถานการณ์ด้านเด็กและเยาวชน ประจำปีงบประมาณ 2567 ไตรมาส 3 เดือน เมษายน-มิถุนายน 2567*. https://www.dcy.go.th/public/mainWeb/file_download/1721718627362-869954648.pdf. (E-book).

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2*. https://www.spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/Ebook-moph20.pdf. (E-book).

_____. (2566). *ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทย Thailand Health Care System Foresight*. https://www.spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/08/Thaihealthcareforsight.pdf. (E-book).

กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค. (2557). *มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (ฉบับบูรณาการ) และแบบประเมินตนเอง.* ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.

โครงการสุขภาพไทย. (2563). 12 หมวดตัวชี้วัด “สุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย”. *สุขภาพคนไทย 2563*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

_____. (2567). 11 หมวดตัวชี้วัด “เทคโนโลยีดิจิทัลกับสุขภาพคนไทย”. *สุขภาพคนไทย 2567*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฐาศุกร์ จันประเสริฐ, ชาติวุฒิ วังวล และศิวพร ละม้ายนิล. (2565). “ปัจจัยเสี่ยงทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงบนท้องถนน: การวิจัยผสานวิธี.” *วารสารรัชต์ภาคย์*. 16 (44), 23-41.

เดชรัต สุขกำเนิด. (2566). *ความเหลื่อมล้ำที่ (อาจ) ยังไม่จบที่รุ่นเรา : สถานการณ์เด็กและเยาวชนไทยและข้อเสนอเชิงนโยบาย.* https://www.think.moveforwardparty.org/article/economy/1861/.

ประไพ กิตติบุญถวัลย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ และศักดิ์มงคล เชื้อทอง. (2565). “ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน.” *วารสาร มจร การพัฒนาสังคม.* 7 (2), 71-84.

พรสุข หุ่นนิรันดร์ และคณะ. (2563). *คู่มือครู สุขศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3*. พิมพ์ครั้งที่ 11. อักษรเจริญทัศน์ อจท.จำกัด.

ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว. (2565). *เด็กและครอบครัวไทยในสามวิกฤต: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2022*. https://www.kidforkids.org/wpcontent/uploads/2022/08/01_คิดforคิดส์_2022_เด็กและครอบครัวไทยในสามวิกฤต-รายงาน.pdf (E-book).

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2568). *งานแถลงข่าวรายงานสถานการณ์ประชากรของประเทศไทย 2567 "สถานการณ์เด็กเกิดน้อยและสังคมสูงอายุ"*. https://www.ipsr.mahidol.ac.th/2025-01-15-press-release/.

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน. (2568). *ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร.* https://www.boi.go.th/index.php?page=demographic.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). *MOU สถานศึกษาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า.* https://www.thaihealth.or.th/mou-สถานศึกษาสังกัดองค์กา/?loadmore=10#wrap_yp_gallery.

สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย. (2567). *ข่าวสารและกิจกรรม.* https://www.tyithailand.or.th/news/Category/0-0-All-Category.

สำนักการอนามัยเจริญพันธุ์. (2567). *แพลตฟอร์มการเรียนออนไลน์หลักสูตรพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน.* https://www.yfhs-el.anamai.moph.go.th/home.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2566, ธันวาคม 21-22). *เอกสารหลักที่ 3 ระเบียบวาระที่ 2.3 การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ (เอกสารนำเสนอ).* การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 เรื่อง ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย, โรงแรม

เซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร.

สุภา ปัทมานันท์. (2566). *ประชากรญี่ปุ่น เด็กเกิดน้อย คนแก่เยอะ.* https://www.the101.world/aging-society-in-japan/.

BBC NEWS. (2022). *องค์การอนามัยโลกเตือนเด็กยุคใหม่เสี่ยงมีอนาคตอันยากลำบาก.* https://www.bbc.com/thai/international-51558480.

Edwin Choi, GoInvo. (2023). *Determinants of health.* https://www.goinvo.com/vision/determinants-of-health/.

Jennifer Salerno. (2023). *WHAT IS AN 'AT-RISK' YOUTH? PART* 1. https://www.possibilitiesforchange.org/what-is-an-at-risk-youth-part-1/.

Jaturong Kobkaew. (2022). *VUCA World โลกที่ผันผวนและสลับซับซ้อนยิ่งกว่า Disruption*. https://www.salika.co/2022/07/29/vuca-world/.

บทที่ 2

บุหรี่ไฟฟ้า: ประตูบานแรก สู่สารเสพติดชนิดอื่นในเด็กและเยาวชน

เมธชนนท์ ประจวบลาภ

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีประวัติความเป็นมาและมีความเกี่ยวข้องกับสังคมมนุษย์มาอย่างยาวนาน ทั้งในแง่ของการเป็นสินค้าทางการเกษตร (ใบยาสูบ) สินค้าบริโภค (ตัวบุหรี่) รวมถึงเกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อสุขภาพของตัวผู้สูบและผู้คนที่อยู่รอบข้าง ในปัจจุบันบุหรี่ได้วิวัฒนาการเป็นบุหรี่ไฟฟ้ากลายเป็นปัญหาสำคัญที่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นช่วงวัยที่กำลังพัฒนาทั้งร่างกายและจิตใจให้เติบโตเป็นทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ มีอัตราการเข้าถึง การบริโภค และความนิยมบุหรี่ไฟฟ้าจำนวนมาก เป็นผลมาจากการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่ดึงดูด พัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มีกลิ่นและรสชาติที่หลากหลาย รวมถึงการสร้างวาทกรรมที่ไม่ถูกต้อง อาทิ บุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าการใช้บุหรี่มวน ความท้าทายสำคัญ

ของกลุ่มผู้ทำงานคุ้มครองเด็กและเยาวชน คือ จะทำอย่างไรให้ระบบการศึกษาและการส่งเสริมการเรียนรู้ มีศักยภาพอย่างเพียงพอต่อการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักรู้ เกี่ยวกับบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า โทษและผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อป้องกันมิให้เด็กและเยาวชนติดกับดักที่อาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพทั้งระยะสั้น ระยะยาว และการพัฒนาไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่น

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

ในบริบทประเทศไทย บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า จัดเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบตามกฎหมายควบคุมยาสูบทั้ง 2 ชนิด แต่มีความแตกต่างกันตามข้อกำหนดให้อนุญาตจำหน่าย โดยบุหรี่มวนสามารถจำหน่ายได้ตามปกติ แต่บุหรี่ไฟฟ้าไม่อนุญาตให้จำหน่าย นำเข้า หรือให้บริการภายในประเทศไทย สำหรับบทที่ 2 ผู้เขียนมุ่งเน้นประเด็นเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเป็นหลัก เนื่องจากกำลังเป็นที่นิยมและแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชน ทั้งระดับก่อนประถมศึกษาไปจนถึงระดับอุดมศึกษา

1.1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

ในเรื่องที่ 1.1 ผู้เขียนขอนำเสนอข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยในบางประเด็นอาจนำเสนอเกี่ยวกับบุหรี่มวนเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับบุหรี่ไฟฟ้า ดังนี้

ความหมายของบุหรี่ไฟฟ้า

ประเทศไทยได้นิยามความหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบไว้ในพระราชบัญญัติควบคุมยาสูบ พุทธศักราช 2560 ว่า เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบ หรือ พืชนิโคเทียนาทาแบกกุ้ม (Nicotiana tabacum) และให้หมายความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็น

ส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคด้วยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน (กรมควบคุมโรค, 2560) จากนิยามความหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ปรากฏตามกฎหมายข้างต้น พิจารณาได้ว่า ทั้งบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือมีส่วนประกอบของสารนิโคตินจัดเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบตามกฎหมายของประเทศไทย

U.S. Department of Health and Human Service (n.d.) หรือ กรมสุขภาพและบริการทรัพยากรมนุษย์ แห่งสหรัฐอเมริกา ให้ความหมายบุหรี่ไฟฟ้า ไว้ว่า เป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถส่งมอบนิโคติน กัญชา สารปรุงแต่ง สารเคมี และสารอื่นตามที่ผู้ใช้เลือกใช้ บุหรี่ไฟฟ้ามีชื่อเรียกหลากหลาย อาทิ E-cigs Vape Tanks Mods หรือ Pod

U.S. Center for Disease Control and Prevention (2024) หรือ กรมควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา ให้ความหมายของบุหรี่ไฟฟ้าไว้โดยสรุปว่า เป็นอุปกรณ์ยาสูบที่ใช้แบตเตอรี่ให้ความร้อนกับของเหลวและผลิตละอองของเหลว ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจะสูดละอองไอเข้าปอดและผู้คนที่อยู่รอบข้างสามารถสูดละอองไอเข้าไปได้เช่นเดียวกัน โดยทั่วไปบุหรี่ไฟฟ้ามีนิโคตินเป็นส่วนประกอบ

ในประเทศสิงคโปร์ โดย Health Science Authority หรือ องค์การวิทยาศาสตร์สุขภาพ นำเสนอว่า บุหรี่ไฟฟ้า (E-cig, Vapes) เป็นเครื่องพ่นไอไฟฟ้าที่ประกอบด้วยสารเคมีอันตรายหลายชนิดโดยมีหน้าที่หลักในการส่งมอบนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติดรุนแรงเข้าสู่ร่างกายของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า (Health Science Authority, 2024)

สำหรับในประเทศไทย โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2567) ได้นิยามผลิตภัณฑ์ส่งผ่านนิโคตินอิเล็กทรอนิกส์ หรือ บุหรี่ไฟฟ้า

หมายถึง อุปกรณ์ที่ให้ความร้อนกับของเหลวเพื่อสร้างละอองไอที่ผู้สูบสูดเข้าสู่ร่างกาย สามารถนำส่งนิโคตินและสารปรุงแต่งกลิ่นและรสด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีชื่อเรียกหลากหลาย เช่น E-Cigs, Vapes, Mods, และ Tank System เป็นต้น

นิยามความหมายของบุหรี่ไฟฟ้า หรือ ผลิตภัณฑ์ยาสูบอิเล็กทรอนิกส์ พิจารณาได้ว่า ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศให้ความหมายของบุหรี่ไฟฟ้าไปในทิศทางเดียวกัน แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้เพิ่มเติมคำว่า “กัญชา” เข้ามาในนิยามด้วย เนื่องจากสภาพสังคมของสหรัฐอเมริกาได้อนุญาตให้ใช้กัญชาได้ในบางมลรัฐส่งผลให้ประชาชนบางส่วนนำน้ำยากัญชามาใช้กับอุปกรณ์บุหรี่ไฟฟ้า

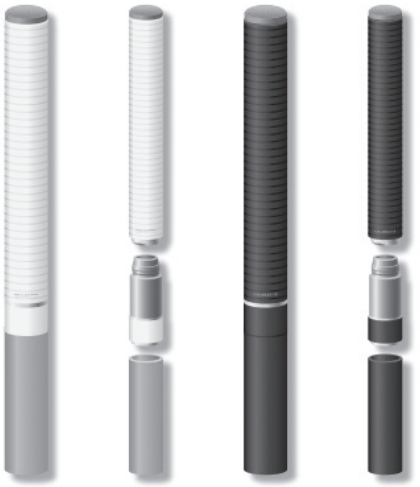
สรุปได้ว่า บุหรี่ไฟฟ้า หมายถึง ผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้แบตเตอรี่ให้ความร้อนกับของเหลวซึ่งมีส่วนประกอบของนิโคตินและสารอื่น เพื่อให้เกิดเป็นละอองไอสำหรับการสูบ ดูด ดม หรือวิธีการอื่นเพื่อให้ไอละอองของเหลวนั้นเข้าสู่ร่างกาย โดยมีชื่อเรียกหลากหลาย เช่น E-Cigs, Vapes, Mods, และ Tank System เป็นต้น

วิวัฒนาการของบุหรี่ไฟฟ้า

บุหรี่ไฟฟ้าถูกคิดค้นและพัฒนาขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) โดยเภสัชกรและนักสูบบุหรี่ ชื่อ Hon Lik ได้รับแรงบันดาลใจในการคิดค้นบุหรี่ไฟฟ้าจากการที่บิดาของตนเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด โดย Hon Lik นำเสนอนวัตกรรมใหม่ให้กับบริษัท Golden Dragon Holdings (ภายหลังเปลี่ยนชื่อบริษัทเป็น Ruyan) บุหรี่ไฟฟ้าเริ่มระบาดเข้าไปในยุโรปและอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 2006 (พ.ศ. 2549) ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 (พ.ศ. 2551) องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศว่า “บุหรี่ไฟฟ้าไม่ใช่อุปกรณ์หรือเครื่องมือสำหรับการเลิกบุหรี่” (ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, วศิน พิพัฒนฉัตร,

และ Stephen Harmann, 2562) โดยทั่วไปโครงสร้างของบุหรี่ไฟฟ้าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ตลับที่ใช้เก็บส่วนผสมของน้ำยาที่มีสารนิโคติน หรือสารต่าง ๆ 2) อุปกรณ์ทำความร้อนใช้ในการเปลี่ยนน้ำยาให้เป็นละอองไอ และ 3) แบตเตอรี่ซึ่งเป็นแหล่งให้พลังงาน โดยบุหรี่ไฟฟ้าได้พัฒนามาแล้ว 5 รุ่น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567; สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย, 2567; และ U.S. Department of Health and Human Service, n.d.) สรุปได้ดังนี้

รุ่นที่ 1 (First Generation) หรือ Cigalikes เป็นบุหรี่ไฟฟ้าชนิดใช้แล้วทิ้ง ใช้ได้ครั้งเดียว ไม่สามารถเติมน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า และไม่สามารถชาร์ตแบตเตอรี่ได้ รุ่นแรกนี้ถูกออกแบบให้มีลักษณะคล้ายกับบุหรี่มวนโดยทั่วไป



ภาพที่ 1 บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นที่ 1

ที่มา : U.S. Department of Health and Human Service (n.d.)

รุ่นที่ 2 (Second Generation) เป็นบุหรี่ไฟฟ้าที่พัฒนาบนพื้นฐานจากข้อจำกัดในรุ่นแรก ในรุ่นนี้จึงสามารถใช้งานได้หลายครั้ง โดยชาร์ตแบตเตอรี่และเติมน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าได้ ออกแบบให้มีลักษณะคล้ายปากกา และมีขนาดไม่แตกต่างจากรุ่นที่ 1

ภาพที่ 2 บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นที่ 2
ที่มา : U.S. Department of Health and Human Service (n.d.)

รุ่นที่ 3 (Third Generation) หรือ Tank / Mods บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นที่ 3 ใช้งานได้หลายครั้ง เติมน้ำยาและชาร์ตแบตเตอรี่ได้ แต่รุ่นที่ 3 แตกต่างจากรุ่นที่ 2 คือ สามารถปรับแต่งการใช้งานตามความสะดวกของผู้สูบ เช่น ปรับแรงดันไฟฟ้า หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ มีหน้าจอแสดงผลแบบดิจิทัล

ภาพที่ 3 บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นที่ 3 Tank/Mods

ที่มา : U.S. Department of Health and Human Service (n.d.)

รุ่นที่ 4 Fourth Generation หรือ Pod / Mods รุ่นที่ 4 พัฒนาให้ใช้งานได้หลายครั้ง มีขนาดเล็ก พกพาสะดวก หลากหลายรูปทรง สีสันสวยงาม ถูกออกแบบให้ใช้งานร่วมกับนิโคตินสังเคราะห์ที่มีความเข้มข้นสูง แต่สูบง่าย สบายคอ ร่างกายดูดซึมนิโคตินได้รวดเร็ว

ภาพที่ 4 บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นที่ 4 Pod

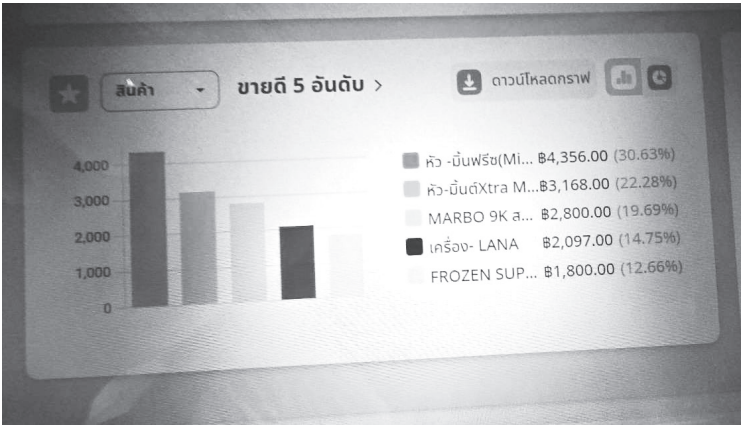
ที่มา : U.S. Department of Health and Human Service (n.d.)

รุ่นที่ 5 Toy Pods เป็นบุหรี่ไฟฟ้ารุ่นล่าสุดที่ถูกพัฒนาขึ้นให้มีสีสัน รูปลักษณ์และลักษณะสวยงาม เลียนแบบตัวการ์ตูน ของเล่น โมเดล อาร์ตทอยต่าง ๆ เช่น โดเรม่อน โปเกม่อนเมื่อสูบจนหมดสามารถนำตัวอุปกรณ์ไปตั้งโชว์เป็นของสะสม

ภาพที่ 5 บุหรี่ไฟฟ้ารุ่นที่ 5 Toy Pod
ที่มา : สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (2567)

พัฒนาการของบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่รุ่นที่ 1 ถึงรุ่นปัจจุบัน (พ.ศ. 2567) สะท้อนให้เห็นว่า อุตสาหกรรมยาสูบมีความพยายามปรับรูปลักษณ์และความสะดวกในการใช้งานมาอย่างต่อเนื่อง โดยรุ่นที่ 1 มีความคล้ายกับบุหรี่มวนและเป็นแบบใช้แล้วทิ้งจึงไม่ได้รับความนิยม นำมาสู่การพัฒนาในรุ่นที่ 2 เพิ่มประสิทธิภาพให้ใช้งานได้หลายครั้ง ต่อมารุ่นที่ 3 เพิ่มเติมฟังก์ชั่นการปรับแต่งระบบต่าง ๆ ของตัวเครื่อง ได้ตามความต้องการ

ของผู้ใช้งาน แต่มีราคาแพงและตัวอุปกรณ์มีขนาดใหญ่พกพาได้ไม่สะดวก จึงได้พัฒนาเป็นรุ่นที่ 4 มีขนาดเล็ก กะทัดรัด พกพาง่าย สะดวก ดูทันสมัย และมีราคาถูก รวมทั้งพัฒนาเป็นรุ่นที่ 5 โดยเลียนแบบของเล่นตุ๊กตา อาร์ตทอย (Art Toy) ต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับกระแสนิยมของวัยรุ่นและคนรุ่นใหม่ในสังคมที่ชื่นชอบการสะสมของต่าง ๆ โดยบุหรี่ไฟฟ้ารุ่นที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มเด็กและเยาวชนมากที่สุด คือ รุ่นที่ 4 ชนิด Pods หรือ Vapes ซึ่งจะเห็นได้จากการพบวัยรุ่นมักห้อยบุหรี่ไฟฟ้ารุ่นที่ 4 ไว้ที่คอ สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้เขียนพบเจอในระบบโปรแกรมหลังบ้านของร้านค้าลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ารอบสถานศึกษา เมื่อครั้งลงพื้นที่สังเกตการณ์กวดขันกฎหมายของเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคและเจ้าหน้าที่ตำรวจ โปรแกรมหลังบ้านดังกล่าวมีการประมวลสินค้าขายดี 5 อันดับ ซึ่งสองลำดับแรก (มากกว่า ร้อยละ 50) เป็นหัว Pod ที่ใช้ร่วมกับบุหรี่ไฟฟ้ารุ่นที่ 4



ภาพที่ 6 ภาพถ่ายหน้าจอโปรแกรมร้านค้าลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า
ที่มา : เมธชนนท์ ประจวบลาภ (2567)

สรุปได้ว่า บุหรี่ไฟฟ้าพัฒนาต่อยอดจากข้อจำกัดมาโดยตลอด รวมทั้งปรับปรุงกลวิธี รูปลักษณ์ สีสัน และฟังก์ชั่นใหม่ ๆ ให้สอดคล้องกับความสะดวกและความต้องการของผู้ใช้งาน เพื่อดึงดูดให้กลุ่มผู้ใช้งานทั้งรายเก่าและรายใหม่ โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนให้คงไว้ซึ่งการซื้อสินค้าและบริการผ่านการเสพติดบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง

1.2 วาทกรรม ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้า

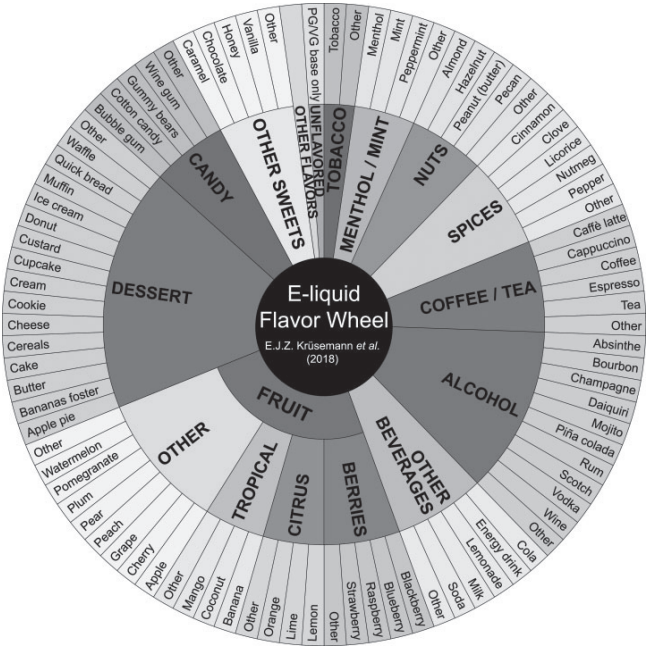
ภายหลังการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งในสังคมแห่งความเป็นจริงและสังคมออนไลน์ ปรากฏข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและมีการถกเถียงกันอย่างมากมาย ส่วนมากถูกนำเสนอบนสื่อว่า “บุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัย กว่าบุหรี่มวน” ซึ่งเป็นกลยุทธ์ทางการตลาดที่ชาญฉลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ พร้อมเน้นย้ำถึงความทันสมัยและมีรสนิยมที่ก้าวทันเทคโนโลยี กลยุทธ์เหล่านี้ได้ก่อให้เกิดวาทกรรมต่าง ๆ ที่เมื่อพิจารณาไตร่ตรองแล้วอาจไม่เป็นความจริง อาทิ บุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน บุหรี่ไฟฟ้าไม่มีนิโคติน เนื่องจากมีงานวิจัยและข้อมูลทางการแพทย์ที่ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้น การเข้าใจถึงวาทกรรมและความเชื่อ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ รวมถึงเข้าใจผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ในหัวข้อที่ 1.2. ผู้เขียนประสงค์นำเสนอวาทกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พร้อมทั้งนำเสนอผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าอันเป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ และสารเคมีที่อยู่ภายในบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปกครอง ครู บุคลากรทางการศึกษาและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลตนเองและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กและเยาวชน

กลยุทธ์ทางการตลาด: วาทกรรม ค่านิยม และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

ก่อนนำเสนอวาทกรรม ค่านิยม และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในสังคมไทย ผู้เขียนขอนำเสนอกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้าให้ผู้อ่านเข้าใจในเบื้องต้น เนื่องจากกลยุทธ์ทางการตลาดเหล่านี้ ได้นำไปสู่ "ความจริงที่บิดเบือน" หรือ "วาทกรรม ค่านิยม และความเชื่อ" ที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้เขียนได้สังเคราะห์เอกสารและงานวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ (World Health Organization, 2024; U.S. Department of Health and Human Service, n.d.; เมธชนนท์ ประจวบลาภ และสุรเชษฐ์ โพธิ์แสง, 2567; และ ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, วศิน พิพัฒนฉัตร, และ Stephen Harmann, 2562) พบว่าอุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้าวางกลยุทธ์การตลาดอย่างแยบยลเพื่อดึงดูดให้เด็กเยาวชน และกลุ่มลูกค้ากลุ่มใหม่ ๆ เข้าสู่วงจรบุหรี่ไฟฟ้า ดังนี้

1. การออกแบบผลิตภัณฑ์ให้เข้าถึงกลุ่มคนรุ่นใหม่: จากเอกสารภายในของธุรกิจยาสูบที่ถูกเปิดเผยสู่สาธารณะ เอกสารในปี 2513 ระบุไว้ว่าลูกค้า "กลุ่มเด็กและเยาวชน" จะเป็นลูกค้าที่มา "ทดแทน" ลูกค้ากลุ่มเดิมที่เคยสูบ การทำการตลาดที่มุ่งเป้าไปยังเด็กและเยาวชนจะช่วยทำให้เกิดความยั่งยืนทางธุรกิจในอนาคต ข้อความข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าหากมีการปรับปรุงกลยุทธ์การตลาด หรือนำเสนอผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับคนรุ่นใหม่จะช่วยดึงดูดให้กลุ่มคนเหล่านี้มาใช้บริการมากขึ้น กลยุทธ์การออกแบบผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า นำไปสู่การพัฒนาบุหรี่ไฟฟ้าชนิดต่าง ๆ ที่มีสีสันสวยงาม ขนาดเล็ก และพกง่าย (ตามที่นำเสนอไปในหัวเรื่องวิวัฒนาการของบุหรี่ไฟฟ้า) รวมไปถึงการปรุงแต่งน้ำยาให้มีกลิ่นหอมและหวาน ซึ่งพบว่ามีการแต่งกลิ่นมากกว่า 16,000 รสชาติ ส่วนใหญ่เป็นกลิ่นที่

เยาวชนชื่นชอบ เช่น ขนมหวาน ลูกอม นม น้ำผลไม้ สอดคล้องกับข้อมูลของ E.J.Z. Krusemann et al (2018) นำเสนอวงล้อกลิ่นบุหรี่ไฟฟ้าจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยพบกลิ่นบุหรี่ไฟฟ้า อาทิ ลูกกวาด ขนมหวาน ผลไม้ นม น้ำอัดลม กาแฟ มิ้นต์ นำเสนอได้ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 วงล้อแสดงกลิ่นบุหรี่ไฟฟ้าจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
ที่มา : E.J.Z. Krusemann et al. (2018)

การลักลอบจำหน่ายในประเทศไทย พบการลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าและน้ำยาเติมบุหรี่ไฟฟ้ากลิ่นต่าง ๆ จำนวนมากเช่นกัน ผู้เขียนมีโอกาสบันทึกภาพน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าที่มีวางจำหน่ายจากการเข้าสังเกตการณ์จับกุมของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

ภาพที่ 8 น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้ากลิ่นต่าง ๆ ที่ลักลอบจำหน่ายในประเทศไทย
ที่มา : เมธชนนท์ ประจวบลาภ (2567)

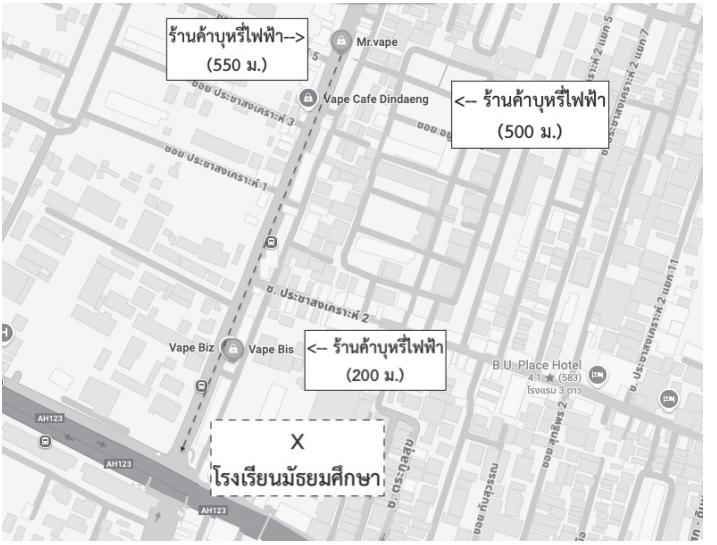
นอกจากนี้ ข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย ได้ทำการสำรวจอิทธิพลที่ส่งผลให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าในปี 2565 พบข้อมูลสำคัญว่า เด็กและเยาวชนที่ชื่นชอบกลิ่นบุหรี่ไฟฟ้า มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า 9.89 เท่า ผลการสำรวจนี้ จึงตอบข้อสงสัยที่ว่า ทำไมบุหรี่ไฟฟ้าจึงต้องพัฒนาบุหรี่ไฟฟ้าและน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าให้มีสีสันสวยงาม กลิ่นและรสชาติหอมหวาน นั่นก็เพราะต้องการดึงดูดให้เด็ก เยาวชน และคนรุ่นใหม่เข้าสู่วงจรบุหรี่ไฟฟ้านั่นเอง

2. การทำโฆษณาและสื่อสารการตลาด: อุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้ามีการทำตลาดบนสื่อสังคมออนไลน์ อาทิ Instagram Facebook Twitter (X) และ TikTok ผ่านแคมเปญ “เด็กปลอดบุหรี่” เนื้อหาของแคมเปญมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนใช้บุหรี่ไฟฟ้า แคมเปญนี้มี

ผู้เข้าชมมากกว่า 3.4 พันล้านครั้ง และเป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี จำนวน 150 ล้านคน นอกจากนี้ อุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้ายังได้กลยุทธ์ทางการตลาดด้านราคา ทั้งการลด แลก แจก แถม รวมถึงตั้งราคาจำหน่ายในราคาต่ำ เพื่อประกันว่าเด็กและเยาวชนจะเข้าถึงได้โดยปราศจากอุปสรรค สำหรับบริบทประเทศไทย อุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้าใช้โอกาสที่เด็กและเยาวชนเข้าถึงสื่อออนไลน์และร้านค้าออนไลน์ได้ง่ายในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ต้องปรับรูปแบบมาเรียนออนไลน์ผ่าน Smartphone หรือ Tablet เป็นอุปกรณ์หลักจึงมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและช่องทางการจัดจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายโดยเฉพาะแอพพลิเคชั่นร้านค้าออนไลน์

ภาพที่ 9 รายการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าบนเว็บไซต์หนึ่งในประเทศไทย
ที่มา : เว็บไซต์ผิดกฎหมายแห่งหนึ่ง (31 ตุลาคม 2567)

3. การลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าใกล้สถานศึกษา: อุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้ามักลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าหรือตั้งร้านค้าจำหน่ายรอบสถานศึกษา เนื่องจากการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน สอดคล้องกับผลสำรวจร้านค้าลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 71 ร้านค้า พบว่ามีร้านค้าที่เลือกทำเลรอบสถานศึกษา (รัศมีไม่เกิน 1 กิโลเมตร) มากถึง 51 ร้านค้า คิดเป็นร้อยละ 70.83 นอกจากนี้ หากทดลองค้นหาร้านค้าบุหรี่ไฟฟ้าผ่านแอพพลิเคชั่น Google Map พบร้านค้าบุหรี่ไฟฟ้ารอบโรงเรียนมัธยมศึกษามากถึง 3 ร้านค้า ระยะทางไกลที่สุด คือ ประมาณ 550 เมตร ใกล้ที่สุดมีระยะทางเพียง 200 เมตร (สืบค้นเมื่อเดือนกันยายน 2567)



ภาพที่ 10 แผนภาพที่ตั้งร้านค้าบุหรี่ไฟฟ้าใกล้สถานศึกษา
ที่มา : เขตดินแดง กรุงเทพฯ, Google Map, 2567

กลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งการออกแบบผลิตภัณฑ์ให้ดึงดูดคนรุ่นใหม่ การทำโฆษณาและสื่อสารการตลาดผ่านสื่อสังคมออนไลน์และการส่งเสริมการขายโดยลด แลก แจก และแถม รวมถึงเลือกทำเลที่ตั้งร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าใกล้เคียงหรือรอบสถานศึกษา อุปมานได้ว่า อุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้าทำการตลาดแบบมุ่งเป้าไปยังเด็ก เยาวชน และคนรุ่นใหม่ โดยคาดหวังว่าคนกลุ่มนี้จะเป็นฐานลูกค้าคนสำคัญและเป็นฐานลูกค้ากลุ่มใหม่ รวมถึงคาดหวังให้ใช้สินค้าและบริการบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่องต่อไปในระยะยาว กลยุทธ์ข้างต้นนำไปสู่การสร้างวาทกรรม ความเชื่อ และมายาคติบนสังคมจริงและสังคมออนไลน์ เพื่อสนับสนุนให้คนรุ่นใหม่เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้โดยรู้สึกว่าไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและสังคม โดยสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (2566) ได้สรุปและรวบรวมวาทกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่พบบ่อยในสังคมวัยรุ่น ดังนี้

ตารางที่ 1 วาทกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

วาทกรรมและความเชื่อ	ข้อเท็จจริง
1. บุหรี่ไฟฟ้า แค่มีกลิ่นหอม ไม่อันตราย	กลิ่นหอมจากไอละอองบุหรี่ไฟฟ้าประกอบด้วยสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อปอด ทำให้มีโอกาสเกิดโรคปอดข้าวโพดคั่ว (popcorn lung) รักษาไม่หาย
2. บุหรี่ไฟฟ้าไม่มีนิโคติน	บุหรี่ไฟฟ้ามีส่วนประกอบของสารนิโคตินสังเคราะห์ ซึ่งเป็นสารเสพติด เมื่อบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า สารนิโคตินจะส่งผ่านไปยังสมอง สมองของวัยรุ่นยังเติบโตไม่เต็มที่มีโอกาสเสพติดนิโคตินมากขึ้น

วาทกรรมและความเชื่อ	ข้อเท็จจริง
3. บุหรี่ไฟฟ้าเป็นแค่ไอน้ำ	ไอของบุหรี่ไฟฟ้าไม่ใช่ไอน้ำเพียงอย่างเดียว แต่พบกับสารเคมีที่เป็นอันตราย เช่น ฟอร์มาลดีไฮด์ อนุภาคโลหะ ดีบุก ตะกั่ว
4. สูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่ได้หมายความว่าจะสูบบุหรี่มวน	งานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าเมื่อวัยรุ่นสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้ว มีแนวโน้มที่จะไปใช้สูบบุหรี่มวน

นอกจากความเชื่อข้างต้น ผู้เขียนยังพบความเชื่อและวาทกรรมที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะกระทู้ถามตอบในแพลตฟอร์มต่าง ๆ บนโลกออนไลน์ เช่น บุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน และบุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกสูบบุหรี่มวน ซึ่งข้อเท็จจริงจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2567) อธิบายว่า บุหรี่ไฟฟ้ามีสารเคมีและมีสารนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และงานวิจัยจำนวนมากระบุชัดว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่ช่วยเลิกบุหรี่มวน

สถานการณ์ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเริ่มทวีความรุนแรงขึ้นในสังคมไทย พิจารณาจากรายงานการสำรวจของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2567) พบว่า เด็กและเยาวชนมีทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 39.71 ไม่แน่ใจว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวน ร้อยละ 10.48 เห็นด้วยว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน ขณะที่ครูหรือบุคลากรทางการศึกษา ร้อยละ 30.53 มองว่าบุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย ร้อยละ 27.37 เห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวน ร้อยละ 40.00 เห็นว่ากลิ่นของบุหรี่ไฟฟ้าไม่รบกวนนักเรียนคนอื่น ร้อยละ 54.74 มองว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้เรียน และร้อยละ 56.84 ไม่อยากดำเนินการอะไรบางอย่างกับผู้เรียนที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพราะกลัวผลเสียกับตัวเอง เช่น ผู้ปกครองนักเรียนเอาเรื่อง

กลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้าได้นำไปสู่วาทกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งความเชื่อและวาทกรรมเหล่านี้ล้วนเจตนาชักจูงให้เด็กและเยาวชนเข้าสู่วงจรการเสพติดบุหรี่ไฟฟ้า ขณะเดียวกันครูและบุคลากรทางการศึกษาในฐานะผู้มีบทบาทหน้าที่อย่างเป็นทางการต่อการอบรมให้ความรู้กับเด็กและเยาวชน ก็ได้รับผลจากความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเหล่านั้นด้วย อีกทั้งจำนวนครูมากกว่าครึ่งหนึ่งปัดความรับผิดชอบที่จะไม่คุ้มครองเด็กและเยาวชนจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ฉะนั้น ผู้ปกครอง ครู และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชน ควรต้องทำความเข้าใจข้อเท็จจริง อันตรายและผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งต้องสื่อสารข้อเท็จจริงให้เด็กและเยาวชนเข้าใจและตระหนักถึงอันตรายจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ควรเน้นย้ำว่าบุหรี่ทุกประเภทไม่มีระดับของความปลอดภัย (no safe level) สิ่งที่ปลอดภัยกว่า คือ “การไม่สูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงสารเสพติดทุกชนิด”

สารเคมีที่พบในบุหรี่ไฟฟ้า

บุหรี่ไฟฟ้า จัดเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดหนึ่ง ถึงแม้อุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้า หรือ ร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า พยายามโฆษณาชวนเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน เพราะไม่มีส่วนผสมของนิโคติน แต่เมื่อตรวจสอบก็พบนิโคตินอยู่ในบุหรี่ไฟฟ้าด้วย นอกจากนิโคตินแล้ว โดยทั่วไปยังพบสารเคมีก่อมะเร็ง โลหะหนัก (นิกเกิล ดีบุก ตะกั่ว) อนุภาคขนาดเล็กที่มีสามารถเข้าถึงปอดได้ (ฝุ่น PM 1.0/ PM 2.5) สารแต่งกลิ่น เช่น ไดอะซิทิล ซึ่งส่งผลต่อปอดอย่างรุนแรง (U.S. Center for Disease Control and Prevention, 2024) สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2567) รายงานสารเคมีอันตรายที่พบในบุหรี่ไฟฟ้า คือ

1. Propylene Glycol (โพรพิลีนไกลคอล) เป็นสารสังเคราะห์ที่องค์การอาหารและยา แห่งสหรัฐอเมริกายืนยันถึงความปลอดภัยว่าใช้ได้ในอาหาร ยา และเครื่องสำอาง แต่หากสัมผัสหรือสูบดมจะก่อให้เกิดอาการระคายเคืองบริเวณดวงตา ระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ อาทิ โรคปอดเรื้อรัง หอบหืด

2. Glycerin (กลีเซอรีน) เป็นสารที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น โดยองค์การอาหารและยา แห่งสหรัฐอเมริกายืนยันถึงความปลอดภัยว่าใช้ได้ในอาหารและยา แต่ไม่ได้รับรองความปลอดภัยหากบริโภคด้วยวิธีการอื่น เช่น การสูบดม จากรายงานพบว่า เมื่อกลีเซอรีนเปลี่ยนรูปแบบเป็นไอเพื่อการสูบหรือดมจะก่อให้เกิดอาการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ

3. Flavoring (สารแต่งกลิ่นและรสชาติ) สารหลายชนิดใช้ในอุตสาหกรรมอาหารทั่วไป มีความปลอดภัยเมื่อรับประทานเข้าสู่ร่างกาย แต่ยังไม่มีรายงานที่ยืนยันว่าเมื่อเปลี่ยนรูปแบบเป็นไอสำหรับการสูดดมแล้วจะเกิดผลกระทบอย่างไรต่อร่างกาย เช่น ไดอะซิทิล พบมากในเนยสำหรับข้าวโพดคั่ว (Popcorn) เป็นสาเหตุของระบบทางเดินหายใจและปอด

4. Nicotine (นิโคติน) เป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์สูงสามารถเข้าสู่สมองได้ภายในระยะเวลา 7 วินาที เมื่อนิโคตินเข้าสู่ร่างกายจะส่งผลให้ร่างกายหลั่งสารโดปามีน (Dopamine) เข้าสู่ระบบประสาททำให้เกิดภาวะเสพติดและอาการถอนนิโคติน

สารเคมีต่าง ๆ ที่ตรวจพบในบุหรี่ไฟฟ้าก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพต่อผู้สูบและผู้คนรอบข้าง รวมถึงผลกระทบทางสังคม ซึ่งจะนำเสนอในหัวเรื่องที่ 2 ต่อไป

1.3 สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนในประเทศไทย

จากการตรวจเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจข้อมูลการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน พบข้อมูลสถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าจำนวนมาก

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2567) ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า/พอตของเยาวชนไทยในภาพรวม เมื่อช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 ร่วมกับ กระทรวงศึกษาธิการ สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย และกรุงเทพมหานคร พบข้อมูลอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.46 กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ค่อนข้างง่ายและง่ายรวมกันร้อยละ 51.31 มีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 47.42 และเข้าถึงสื่อโฆษณาออนไลน์บุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 66.21 หากพิจารณาสถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนจำแนกตามขอบเขตกลุ่มประชากร มีผู้ทำการศึกษาไว้ ดังนี้

ตารางที่ 2 สถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนจำแนกตามขอบเขตประชากร

งานวิจัย/งานสำรวจ และผู้เขียน	ขอบเขต	ปี	อัตราการใช้ บุหรี่ไฟฟ้า
1. รูปแบบการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (เมธชนนท์ ประจวบลาภ และภัทราวยาจุต, 2567)	เด็กและเยาวชนที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย	2567	ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 17.40 และบุหรี่มวนปกติ ร้อยละ 6.30
2. สุขภาพเด็กไทยกำหนดได้ด้วยรัฐสภา: การสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผลกระทบต่อสุขภาพ การเข้าถึงและความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในประเทศไทย (รัศมีโชติพันธุ์ วิทยากุล, ฟาตอนะห์ จารู, ธนิษฐา ดิษสุวรรณ์ และนุรตัสนีม อูมูดี, 2567)	เด็กและเยาวชนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในไทย	2567	ใช้บุหรี่ไฟฟ้าภาพรวม ร้อยละ 14.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 19.6 และเพศหญิง ร้อยละ 11.2 ร้อยละ 23.3 เป็นนักสูบหน้าใหม่

งานวิจัย/งานสำรวจ และผู้เขียน	ขอบเขต	ปี	อัตราการใช้ บุหรี่ไฟฟ้า
3. แนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบสำหรับเด็กและเยาวชนในระบบการศึกษาและการศึกษานอกระบบ (เมธชนนท์ ประจวบลาภ, ชนกนารถ บุญวัฒนะกุล, เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข และฐาณิษา สุขเกษม, 2566)	เด็กและเยาวชนในระบบโรงเรียนและการศึกษานอกระบบ (อายุ 15-25 ปี) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร	2566	ภาพรวมเด็กและเยาวชนใช้บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 23.80 โดยเด็กและเยาวชนในระบบใช้บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 15 สำหรับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ ใช้บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 33.30 (สูงกว่าในระบบ 2 เท่า)
4. Factors associated with e-cigarette use among vocational students: A cross-sectional multistage cluster survey, Thailand (Sarunya Benjakul, Saroj Nakju, and Lakkhana Termsirikulchai, 2023)	เด็กและเยาวชนในสถาบันอาชีวศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ประเทศไทย	2566	ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 28.70

งานวิจัย/งานสำรวจ และผู้เขียน	ขอบเขต	ปี	อัตราการใช้ บุหรี่ไฟฟ้า
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดอุตรดิตถ์ (พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และคณะ, 2565)	เด็กและเยาวชนที่กำลังศึกษาในระดับอาชีวศึกษาและระดับอุดมศึกษาในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์	2565	ใช้บุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 72.21 สาเหตุที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 51.21 อยากลองสูบเอง, ร้อยละ 25.42 เพื่อนชวนสูบ

จากข้อมูลของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบกับข้อมูลในตารางที่ 2 วิเคราะห์ได้ว่า อัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มสูงขึ้น ขณะที่อัตราการใช้บุหรี่แบบดั้งเดิมหรือแบบมวนลดลง โดยมีข้อสังเกตว่าเด็กและเยาวชนสายการศึกษานอกระบบ สายวิชาชีพหรืออาชีวศึกษาและเด็กและเยาวชนที่มีอายุมากมีอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าค่าเฉลี่ยภาพรวมทั้งประเทศและสูงกว่าค่าเฉลี่ยของผู้เรียนสายสามัญ ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนจึงควรทำความเข้าใจสาเหตุของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า พร้อมทั้งกำหนดมาตรการหรือแนวทางช่วยเหลือให้เด็กและเยาวชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ลด ละ เลิกใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเองต่อไป

2. ประตูบานแรกสู่สารเสพติดชนิดอื่น

ตามที่กล่าวไปข้างต้นว่าบุหรี่ไฟฟ้า จัดเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดหนึ่ง เป็นผลิตผล (Product) ที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชน ก่อให้เกิดผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งต่อตนเอง คนรอบข้าง สังคม เศรษฐกิจ และ

ประเทศ เมื่อการแพร่ระบาดบุหรี่ไฟฟ้ารุนแรงขึ้น หน่วยงานและผู้ทำงานด้านสาธารณสุขและการรณรงค์บุหรี่ได้นำเสนอว่าบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประตูบานแรก (Gateway) นำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ ของเด็กและเยาวชน เป็นผลทำให้หน่วยงานทางการศึกษาและสาธารณสุขเริ่มให้ความสนใจกับการเฝ้าระวังและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ในขณะที่ฟากฝั่งของอุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้าพยายามนำเสนอว่าบุหรี่ไฟฟ้าช่วยเลิกบุหรี่มวนได้และมีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ปกติ รวมถึงไม่เห็นด้วยกับคำกล่าวอ้างว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นต้นตอของการนำไปสู่ยาเสพติด อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรือ Systematic Review จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่เกี่ยวกับปัจจัยในการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นระหว่างปี 2016-2020 โดย Azmawati Mohammed Nawi, et al. (2021) พบวัยรุ่นที่มีประวัติเกี่ยวข้องหรือสัมผัสใกล้ชิดกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดหรือยาเสพติดชนิดอื่นด้วย ดังนั้น การรับรู้ เรื่อง ผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าจึงมีความสำคัญมากต่อการถ่ายทอดสาระอันเป็นข้อเท็จจริงไปยังเด็กและเยาวชน เพื่อตัดวงจรการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า ในเรื่องที่ 2 ผู้เขียนประสงค์นำเสนอผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้หรือบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า และข้อมูลการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่นำไปสู่การใช้ยาเสพติดของเด็กและเยาวชน

2.1 ผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2567) ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ครอบคลุมระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจและปอด ระบบประสาทและสมอง สุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น และผลต่อทารกในครรภ์ สรุปภาพรวมได้ดังนี้

ระบบหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายในระยะสั้นและระยะยาวต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความสมบูรณ์ของหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว ตีบตัน สภาวะของหัวใจทำงานหนักขึ้น ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากถึง 2 เท่า โดยผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าทุกวันมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ไม่สูบมากถึง 2.66 เท่า และในกลุ่มที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าร่วมกันบุหรี่มวนทุกวันเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ไม่สูบถึง 4.62 เท่า

ระบบทางเดินหายใจและปอด สารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ อนุภาคนาโน โลหะหนัก สารชีวพิษ สารพิษที่อยู่ในเซลล์และสารบีตากลูแคน ทำให้มีการอักเสบเพิ่มขึ้น เพิ่มปริมาณของอนุมูลอิสระ ก่อให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์ปอดสารพันธุกรรม (DNA) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการถอดรหัสพันธุกรรมและกลไกการทำงานของเซลล์นำไปสู่การอักเสบและทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจง่ายขึ้น รวมทั้งส่งผลต่อการเกิดโรคหอบหืดและการบาดเจ็บของปอดรุนแรง

ระบบประสาทและสมอง จากการทดลองในหนูทดลอง พบว่าหนูที่สัมผัสกับไอบุหรี่ไฟฟ้าส่งผลเสียต่อระบบการดมกลิ่นและความผิดปกติในการทำงานของหน่วยความจำของหนูทดลอง โดยนิโคตินส่งผลต่อการเสพติดและยังเป็นพิษต่อไมโตคอนเดรียของเซลล์สมองที่มีผลต่อความจำ การเรียนรู้ สติปัญญาและพฤติกรรม และพบว่าบุหรี่ไฟฟ้าอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต อาทิ ภาวะซึมเศร้า

ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลต่อสมองที่ทำหน้าที่ตัดสินใจและการควบคุมแรงกระตุ้นที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่ในช่วงวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการควบคุมอารมณ์ ก้าวร้าว

รุนแรง โดยผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามากถึง 2.10 เท่า และผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าบ่อยครั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงถึง 2.39 เท่า ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีภาวะวิตกกังวล หงุดหงิดง่าย รวมถึงปัญหาสุขภาพจิตจะมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นด้วย

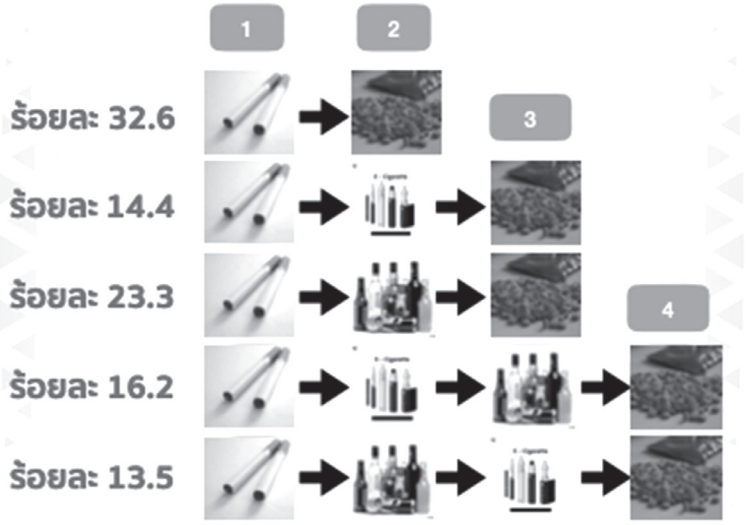
ผลต่อทารกในครรภ์ นิโคตินในบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองของทารกในครรภ์มารดา และมีรายงานว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้ารสมินต์หรือเมนทอลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์สูงถึง 3.27 เท่า

นอกจากนี้ บุหรี่ไฟฟ้ายังก่อให้เกิดโรค EVALI (อีวาลี) หรือ E-Cigarette or Vaping Use-Associated Lung Injury คือ โรคปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเกิดจากไอละอองของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีส่วนประกอบของฝุ่นขนาดเล็ก (ฝุ่น PM1.0, PM 2.5) สารเคมีอันตราย เช่น ฟอร์มาลดีไฮด์ ไดอะซิทิล รวมทั้งโลหะหนักที่เป็นพิษ เช่น นิกเกิล ดีบุก แคดเมียม และตะกั่ว โดยพบผู้ป่วย EVALI ที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน 2,807 ราย ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 68 ราย (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567)

ข้อมูลผลกระทบจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าข้างต้น พิจารณาได้อย่างชัดเจนว่าขัดแย้งกับคำกล่าวอ้างสรรพคุณว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวนของอุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้าและผู้ค้าจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งข้อเท็จจริงมีรายงานผลกระทบต่อสุขภาพกาย ใจ และปัญญา ครอบคลุมระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและสมอง สุขภาพจิต ทารกในครรภ์มรรดา และโรคอีวาลี หากผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นเด็กและเยาวชน อันตรายเหล่านี้ก็จะเป็นเครื่องมือบ่อนทำลายทรัพยากรมนุษย์อันทรงคุณค่าของประเทศอีกด้วย

2.2 บุหรี่ไฟฟ้าสู่สารเสพติดชนิดอื่น

ในประเทศไทยมีรายงานความเกี่ยวข้องระหว่างการใช้บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้ากับการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ ของเด็กและเยาวชน โดยสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (2566) สำรวจพฤติกรรมทางสุขภาพของเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติด ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน พบข้อมูลสำคัญว่า เด็กและเยาวชนที่ได้รับโทษคดียาเสพติดและอยู่ในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา เคยมีประวัติการใช้บุหรี่มวนร้อยละ 95.4 และใช้บุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 79.3 มาก่อนได้รับโทษคดียาเสพติด โดยมีการสำรวจลำดับการใช้ยาเสพติด ดังนี้



ภาพที่ 11 ลำดับการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชนผู้ต้องโทษคดียาเสพติด
ที่มา : สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (2566)

จากภาพที่ 11 พิจารณาได้ว่าบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าเป็นต้นทางนำไปสู่การใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายของเด็กและเยาวชน โดยที่ร้อยละ 32.6 ใช้บุหรี่มวนและนำไปสู่ยาเสพติด, ร้อยละ 23.3 ใช้บุหรี่มวนไปสู่ดื่มสุราและยาเสพติด, ร้อยละ 16.2 ใช้บุหรี่มวนไปสู่บุหรี่ไฟฟ้า ดื่มสุรา และยาเสพติด, ร้อยละ 14.4 ใช้บุหรี่มวนไปสู่บุหรี่ไฟฟ้าและยาเสพติด และร้อยละ 13.5 ใช้บุหรี่มวนไปสู่การดื่มสุราใช้บุหรี่ไฟฟ้าและยาเสพติด จากข้อมูลข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่าแม้สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทยทำการเก็บข้อมูลในลักษณะข้อมูลเชิงคุณภาพที่ไม่ได้ใช้สถิติในการหาค่าความสัมพันธ์ แต่ก็สามารถสะท้อนให้เห็นได้ว่าการใช้บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าน่าจะเป็นต้นตอของการเข้าถึงวงจรยาเสพติดของเด็กและเยาวชนในสังคมไทย

งานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analysis study) ของ พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และคณะ (2565) ทำการสำรวจช่วงเวลาที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ส่วนใหญ่เด็กและเยาวชนใช้บุหรี่ไฟฟ้าขณะดื่มสุรา ร้อยละ 28.92 ขณะไปเที่ยวกับเพื่อน ร้อยละ 25.36 และเมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 24.89 งานวิจัยนี้ก็สะท้อนให้เห็นพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่มักจะใช้ร่วมกับการดื่มสุรา มากกว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพียงอย่างเดียว

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาทางวิชาการและงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นต้นทางของการสูบบุหรี่มวนในอนาคต และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ในอนาคต เช่นบทความทางวิชาการ เรื่อง บุหรี่ไฟฟ้าอาจเป็นต้นทางสู่บุหรี่มวนและยาเสพติด ของ Grace Chen, Shafigur Rahman, and Kabirullah Lutfy (2023) ทำการรวบรวมเอกสารวิชาการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นต้นทางสู่สารเสพติดชนิดอื่น แสดงทรรศนะในบทสรุปว่า “แม้ว่าบุหรี่ไฟฟ้า

จะทำการตลาดในลักษณะของการมุ่งลดนิโคตินหรือเป็นทางเลือกปลอดภัย แต่การใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นทำให้กลายเป็นประตูสำคัญไปสู่การติดยาเสพติดชนิดอื่น” สรุปได้ดังนี้

1) ผลทางเภสัชวิทยาของบุหรี่ไฟฟ้าแสดงให้เห็นถึงศักยภาพเป็นสารเสพติดที่นำไปสู่การใช้บุหรี่มวนแบบเดิม ซึ่งพบรายงานว่าผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มที่จะเริ่มสูบบุหรี่มวนแบบเดิมมากกว่า 3-4 เท่า

2) ลำดับการใช้เสพติดของวัยรุ่น ส่วนใหญ่มักใช้สารเสพติดที่ถูกกฎหมาย อาทิ บุหรี่และสุรา ไปจนถึงกัญชาและยาเสพติดผิดกฎหมาย และมีรายงานว่าวัยรุ่นจำนวนมากมักมีการใช้นิโคตินร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย และนิโคตินมีส่วนทำให้เกิดการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

3) นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเกือบร้อยละ 40 ใช้สาร THC ในกัญชาเป็นส่วนผสมในบุหรี่ไฟฟ้า และผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มสูงที่จะใช้กัญชา เนื่องจากพฤติกรรมการใช้งานของบุหรี่ไฟฟ้าและกัญชาคล้ายคลึงกัน

4) ผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกาที่มีอายุระหว่าง 18-34 ปี ที่เคยใช้โคเคนร้อยละ 88 มีประวัติการสูบบุหรี่มาก่อน และในอังกฤษพบเยาวชนที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าก่อนอายุ 14 ปี มีแนวโน้มใช้โคเคนมากกว่า 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งยังมีรายงานการใช้สารเสพติดประเภทเฮโรอีนร่วมกับบุหรี่ไฟฟ้าด้วย

งานวิจัยของมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ทำการศึกษาวัยรุ่นชาวอเมริกัน 51,872 คน ระหว่างปี 2017-2019 โดย Noah T. Kreski et al. (2023) พบข้อมูลสอดคล้องกับ Grace Chen, Shafigur Rahman, and Kabirullah Lutfy (2023) กล่าวคือ การใช้นิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับความเป็นไปได้มากขึ้นในการใช้กัญชามากกว่า 20.31 เท่า

และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก มากกว่า 36.53 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่ใช้นิโคติน พร้อมทั้งเสนอว่า นิโคตินมีความสัมพันธ์กับกัญชาและสุรา จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องควบคุม จำกัดการโฆษณาและการส่งเสริมการศึกษาเพื่อลดการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในหมู่วัยรุ่น

บทวิเคราะห์จากกรณีศึกษาข้างต้น: หากพิจารณาผลการสำรวจในประเทศไทย ร่วมกับผลการวิจัยในต่างประเทศ สถานการณ์การใช้บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดมีความคล้ายคลึงกัน คือ

1) ลำดับของการใช้สารเสพติดเริ่มจากสารเสพติดที่ถูกกฎหมายไปสู่สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย (บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า/สุรา สู่ ยาเสพติด)

2) ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามักมีพฤติกรรมใช้บุหรี่ไฟฟ้าร่วมกับการดื่มสุรา ขณะสังสรรค์ หรืออยู่ในกลุ่มเพื่อน เป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาวะต่อร่างกายมากขึ้น

3) ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ ร่วมกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

4) ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มที่จะใช้บุหรี่มวนแบบเดิม

5) ในประเทศที่กัญชาถูกกฎหมาย หรือ ควบคุมกัญชาไม่มีประสิทธิภาพผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสใช้กัญชาด้วย เนื่องจากพฤติกรรมในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและกัญชามีลักษณะสอดคล้องกัน คือ การดูด สูด ดม ไอละออง

ข้อมูลทางวิชาการและงานสำรวจข้างต้น สรุปได้ว่า บุหรี่ไฟฟ้าไม่เพียงเป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูบและผู้คนรอบข้างที่ได้รับกลิ่นไอละอองเพียงอย่างเดียว แต่บุหรี่ไฟฟ้านั้น นำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่นได้ด้วย ผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าจึงไม่ใช่เพียงด้านสุขภาพกาย แต่ครอบคลุมไปถึงผลกระทบทางด้านสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

และความมั่นคงปลอดภัยทางสังคม รวมไปถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับต้นทุนค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและบำบัด ตลอดจนความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่มีทุนมนุษย์ไม่แข็งแรงอีกด้วย

3. มาตรการและแนวทางการป้องกันเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า

ปัญหาการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็ก เยาวชน วัยรุ่นและวัยเรียน ทวีความรุนแรงมากขึ้น ประเทศไทยได้กำหนดมาตรการและแนวทางป้องกันเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งมาตรการในระดับนโยบายและมาตรการในระดับปฏิบัติ ดังนี้

3.1 มาตรการและแนวทางระดับนโยบาย

มาตรการและแนวทางป้องกันเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้าในระดับนโยบายเกี่ยวข้องกับการป้องกัน ควบคุม และปราบปราม ซึ่งมีกลไกการดำเนินงาน 2 ประเภท คือ ประเภทกฎหมาย และนโยบาย ดังนี้

กฎหมายควบคุมและปราบปรามบุหรี่ไฟฟ้า ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายระดับพระราชบัญญัติที่ใช้ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าโดยตรง แต่อาศัยอำนาจตามกฎหมายอื่นในการออกประกาศเพื่อควบคุมการนำเข้า จำหน่าย ผลิตหรือให้บริการบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2566; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567; และคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการ, 2567)

1) ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากู่และบารากู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาภายในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 เป็นการออกประกาศโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติการส่งออกไปนอกและการนำเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า พ.ศ. 2522 ที่กำหนดมาตรการ “ห้ามนำเข้ามาภายในราชอาณาจักร”

ได้แก่ บารากู่ดั้งเดิม บารากู่ไฟฟ้า บุหรี่ไฟฟ้า ผู้ฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี ปรับเป็นเงิน 5 เท่าของสินค้า หรือทั้งจำทั้งปรับและริบสินค้านั้น รวมทั้งสิ่งที่ใช้บรรจุและพาหนะที่ใช้ในการบรรทุกสินค้านั้นด้วย

2) คำสั่งคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการที่ 24/2567 กำหนดห้ามผู้ประกอบธุรกิจผลิตเพื่อขาย ห้ามขายหรือให้บริการสินค้าบารากู่ บารากู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู่ น้ำยาสำหรับเติมบารากู่หรือบุหรี่ไฟฟ้า ผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

3) พระราชบัญญัติศุลากรกร พ.ศ. 2560 กำหนดมาตรการห้ามนำเข้าซึ่งของที่ยังมิได้ผ่านพิธีการศุลกากร ซึ่งรวมถึงสินค้าบุหรี่ไฟฟ้าทั้งหมด หากผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี ปรับเป็นเงิน 4 เท่าของสินค้านั้น ซึ่งรวมค่าอากรหรือทั้งจำทั้งปรับและให้ริบของนั้น รวมถึง “การซื้อ หรือรับไว้โดยประการใดซึ่งสินค้าบุหรี่ไฟฟ้า” ผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี ปรับเป็นเงิน 4 เท่าของสินค้าซึ่งรวมค่าอากรหรือทั้งจำทั้งปรับ

4) พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 กำหนดมาตรการสำคัญที่เกี่ยวข้อง อาทิ ห้ามขายยาสูบให้เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบด้วยการกำหนดเขตปลอดบุหรี่ สถานที่ทำงานและยานพาหนะ

การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าด้วยกลไกทางกฎหมาย สรุปได้ว่า ห้ามนำเข้า ห้ามผลิต ห้ามจำหน่ายหรือให้บริการ และห้ามซื้อหรือรับไว้ซึ่งบุหรี่ไฟฟ้าและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าด้วย เช่น น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า

นโยบายและแผนเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มุ่งเน้นมาตรการป้องกันไม่ให้เด็กและเยาวชน เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า และส่งเสริมให้เด็กและเยาวชน

รู้เท่าทันภัยสุขภาพ จากการตรวจเอกสารของรัฐบาลพบนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย

1) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พุทธศักราช 2565-2570 มีวัตถุประสงค์ลดความชุกการบริโภคยาสูบของประชากร และคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากอันตรายจากควันบุหรี่ มีเป้าหมายสำคัญลดความชุกการบริโภคยาสูบของประชากรไทยไม่เกินร้อยละ 14 เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2570 ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ คือ (1) สร้างเสริมความเข้มแข็งและยกระดับขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ (2) ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ (3) บำบัดรักษาผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ (4) การควบคุมตรวจสอบ เฝ้าระวังและเปิดเผยรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (5) ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ และ (6) มาตรการภาษี การป้องกันและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ (กรมควบคุมโรค, 2565)

2) แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว พุทธศักราช 2565-2580 จัดทำขึ้นภายใต้กรอบคิด “เกิดดี อยู่ดี และแก่ดี” เนื่องจากสังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป เด็กเกิดใหม่น้อยลง วัยแรงงานลดลง จำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้น เป้าหมายโดยสรุปของแผนฉบับนี้ คือ ทำอย่างไรให้ประชากรที่มีอยู่มีคุณภาพ ลดอัตราการเจ็บ ป่วย ตาย เป็นพ่อแม่ที่ดีให้กำเนิดลูกใหม่ และชราอย่างมีคุณภาพ ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ แต่มีความเกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วย (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพและพัฒนาระบบที่เอื้อต่อการมีและเลี้ยงบุตร: กลยุทธ์การพัฒนายกระดับผลิตภาพประชากร ประกอบด้วยการยกระดับการศึกษาให้มีคุณภาพ พัฒนารูปแบบของระบบ

การเรียนรู้ตลอดชีวิตที่เหมาะสมกับคนทุกกลุ่ม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควรและมีระบบดูแลระยะยาวและช่วงท้ายของชีวิต: กลยุทธ์ยกระดับศักยภาพให้คนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาวะสามารถป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ

สรุปได้ว่า มาตรการและแนวทางป้องกันเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้าในระดับนโยบาย มีความครอบคลุมทั้งมาตรการควบคุมและปราบปรามผ่านกลไกข้อกฎหมาย และมาตรการป้องกันและส่งเสริมการเรียนรู้ให้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้าอันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะผ่านนโยบายและแผนระดับชาติ ได้แก่แผนควบคุมยาสูบและแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว

3.2 มาตรการและแนวทางระดับปฏิบัติ

ในระดับปฏิบัติ เป็นการแปลงกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องมาสู่การปฏิบัติงาน โดยมาตรการและแนวทางระดับปฏิบัติด้านการป้องกันเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับมาตรการทางด้านการศึกษาและการเรียนรู้ และมาตรการทางด้านข้อมูลข่าวสาร ดังนี้

มาตรการทางด้านการศึกษา เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับเด็กและเยาวชน ทั้งในระบบการศึกษาและการศึกษานอกระบบ รวมถึงการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยผ่านการนำเสนอข้อมูลข่าวสาร เรื่อง บุหรี่ไฟฟ้าโทษและพิษภัยให้กลุ่มเป้าหมาย โดยกระทรวงศึกษาธิการ ออกประกาศเรื่อง มาตรการส่งเสริมการเรียนรู้โทษของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีผลต่อสุขภาวะสำหรับสถานศึกษาในสังกัดหรือในกำกับกระทรวงศึกษาธิการ เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าไม่ให้ระบาดในเด็ก เยาวชน ครูและบุคลากรทางการศึกษา

รวมถึงปลูกฝัง เสริมสร้างการเรียนรู้ให้เห็นถึงโทษและผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า กำหนดมาตรการส่งเสริมการเรียนรู้ 3 ป. (กระทรวงศึกษาธิการ, 2566) สรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 3 มาตรการส่งเสริมการเรียนรู้ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ ปี 2566

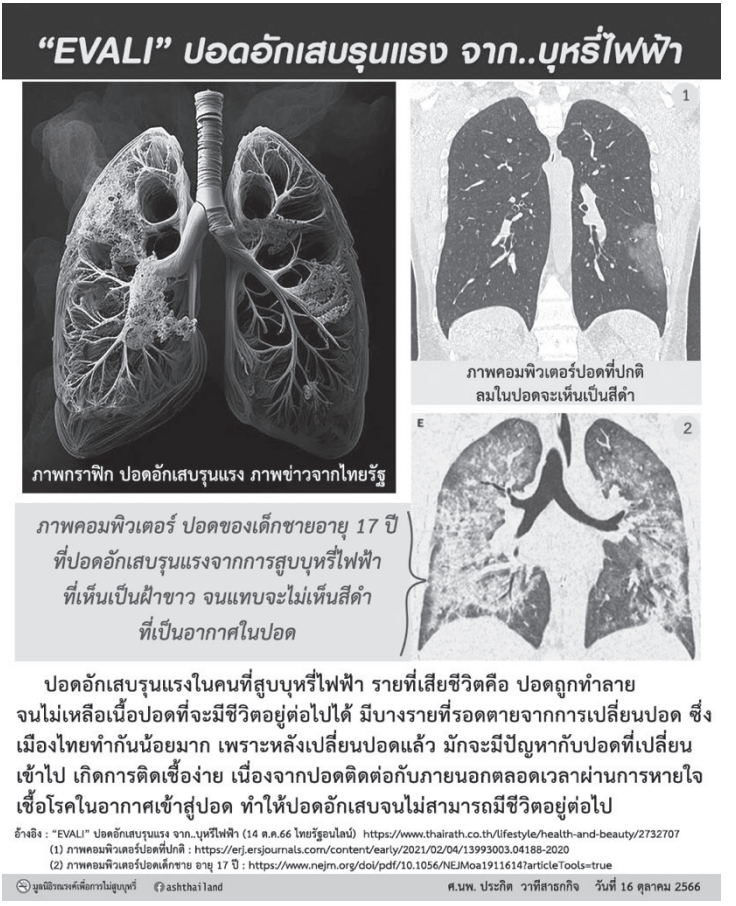
มาตรการย่อย	แนวทางการดำเนินงาน
1. ป้องกัน	1.1) สถานศึกษาใช้สื่อรณรงค์บุหรี่ไฟฟ้าที่หน่วยงานต่าง ๆ ผลิต ไปบูรณาการในกลุ่มสาระการเรียนรู้และกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน 1.2) สร้างความตระหนักและการรับรู้เรื่องบุหรี่ไฟฟ้ากับผู้ปกครอง 1.3) สนับสนุนการจัดตั้งชมรม Gen Z Gen Strong เพื่อหยุดนักสูบหน้าใหม่ 1.4) ส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี 1.5) นำระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนมาใช้ในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า
2. ปลูกฝัง	2.1) สถานศึกษาสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าจัดกิจกรรมรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า หรือจัดวิทยากรให้ความรู้แก่นักเรียน 2.2) จัดให้มีการเรียนรู้เรื่องบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อสาธารณะ 2.3) ปลูกฝังค่านิยม “เลือกไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า”
3. ปราบปราม	3.1) สำรวจและประเมินความเสี่ยงสภาพปัญหาที่ไม่ปลอดภัยของนักเรียน 3.2) สร้างเครือข่ายหน่วยงานระดับพื้นที่เพื่อเฝ้าระวัง ปกป้องคุ้มครองนักเรียน 3.3) จัดเขตปลอดบุหรี่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ในสถานศึกษาตามกฎหมาย

ตัวอย่างการส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องบุหรี่ไฟฟ้า : สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินโครงการสารเชิงบวกกับคนรุ่นใหม่เกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีในบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ปี 2566-2567 โดยจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจและสร้างความตระหนักถึงภัยอันตรายจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงให้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าแก่เด็กและเยาวชนในสถานศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา อาชีวศึกษาและอุดมศึกษาทั่วประเทศ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 1,500 คน ทั่วประเทศ

ภาพที่ 12 ภาพตัวอย่างกิจกรรมอบรมให้ความรู้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
ที่มา : สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (2567)

มาตรการทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง (Fact) เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โทษและผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อสังคมออนไลน์ สื่อดิจิทัล สื่อวิทยุและสื่อภาพเคลื่อนไหว มีลักษณะเป็นปฏิบัติการรณรงค์ให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อตอบโต้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (Fake News) รวมถึงนำเสนอข้อเท็จจริง ความรู้ความเข้าใจและสารที่เป็นประโยชน์สำหรับเด็ก เยาวชน ผู้ปกครอง ครู และประชาชนทั่วไป ปัจจุบันมีการดำเนินงานหลายหน่วยงานทั้งกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ รวมถึงสถานศึกษาต่าง ๆ มีตัวอย่างการดำเนินงาน ดังนี้

1) มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ จัดทำสื่อสิ่งพิมพ์/สื่อดิจิทัล อินโฟกราฟฟิคข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า สำหรับสื่อสารและรณรงค์ข้อมูลทางสาธารณสุขสำหรับประชาชนโดยทั่วไป ครู บุคลากรทางการศึกษาและผู้ปกครองสามารถเข้าถึงและนำสื่อไปใช้ให้ความรู้กับนักเรียน นักศึกษาหรือบุตรหลานได้ ผ่านเว็บไซต์ https://www.ashthailand.or.th/



ภาพที่ 13 ภาพตัวอย่างอินโฟกราฟฟิคให้ข้อมูลโรคปอดอักเสบรุนแรง จากบุหรี่ไฟฟ้า

ที่มา : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2566)

2) สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย จัดทำสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อดิจิทัลประเภทอินโฟกราฟฟิคและโปสเตอร์ให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โทษ และผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน โดยสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย มุ่งเน้นการพัฒนาสื่อสำหรับเด็กและเยาวชนเผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก ครู บุคลากรทางการศึกษาและผู้ปกครองสามารถเข้าถึงและนำสื่อไปใช้ให้ความรู้กับนักเรียน นักศึกษาหรือบุตรหลานได้ ผ่านเว็บไซต์ https://www.tyithailand.or.th/

ภาพที่ 14 ภาพตัวอย่างอินโฟกราฟฟิคให้ข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้าชนิด toy pod
ที่มา : สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย (2567)

สรุปได้ว่า มาตรการและแนวทางระดับปฏิบัติการ มุ่งเน้นส่งเสริมการเรียนรู้ และการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจำเป็นเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โทษ พิษภัย อันตรายจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้า โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบหลัก คือ สถานศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน ครอบคลุมการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย โดยมีหน่วยงานต่าง ๆ ที่ดำเนินงานรณรงค์บุหรี่ไฟฟ้าให้การสนับสนุนสื่อ ทรัพยากร และเนื้อหาสำหรับสถานศึกษา เพื่อจัดการเรียนรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้าตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ

สรุปสาระสำคัญ

บุหรี่ไฟฟ้า จัดเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้แบตเตอรี่ให้ความร้อนกับของเหลว ซึ่งมีส่วนประกอบของนิโคตินและสารอื่น เพื่อให้เกิดเป็นละอองไอสำหรับการสูบ ดูด ดม หรือวิธีการอื่น เพื่อให้ไอละอองของเหลวนั้นเข้าสู่ร่างกาย ถูกพัฒนาขึ้นทดแทนบุหรี่มวน หรือบุหรี่ดั้งเดิมที่สังคมมองว่าเป็นอันตรายกับสุขภาพ โดยอุตสาหกรรมบุหรี่ได้สร้างภาพลักษณ์ให้กับบุหรี่ไฟฟ้าว่าเป็นสินค้าที่เป็นมิตรกับผู้สูบและสร้างวาทกรรม มายาคติ ความเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัย และช่วยให้เลิกสูบบุหรี่มวน ส่งผลให้เด็กและเยาวชนทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยมีแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่สูงขึ้น ความสำเร็จของกลยุทธ์ทางการตลาดล่อเหยื่อของบริษัทบุหรี่ไฟฟ้านั้น ได้สร้างผลกระทบด้านสุขภาพอย่างรุนแรงต่อเด็กและเยาวชน จากการเสพติดนิโคตินและสารเคมีอื่น ๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสถานศึกษา ต้องเร่งรณรงค์และส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับเด็ก

และเยาวชนตระหนักถึงพิษภัยจากบุหรี่ไฟฟ้า ขณะเดียวกันหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ปราบปราม ได้แก่ ตำรวจ ฝ่ายปกครอง และสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ต้องเร่งทำหน้าที่กวดขันจับกุมกับร้านค้าลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าที่มีอยู่อยากมากมาย โดยเฉพาะร้านค้าใกล้เคียงสถานศึกษา เพื่อป้องกันมิให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่บ่อนทำลายสุขภาวะของเด็กและเยาวชน อย่างไรก็ตามจากข้อมูลทั้งหมดข้างต้น มีข้อสังเกตว่า ประเทศไทยยังไม่มีการพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือและการคุ้มครองเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึง มาตรการส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่อง บุหรี่ไฟฟ้าเป็นการเฉพาะในระดับนโยบาย ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งต่อการคุ้มครองเด็กและเยาวชนไทยให้ห่างไกลจากบุหรี่ไฟฟ้า

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า*. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1589020240719032342.pdf

กรมควบคุมโรค. (2560). *พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ฉบับลงประกาศราชกิจจานุเบกษา*. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรมควบคุมโรค. (2565). *แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565-2570*. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1303520220819050919.pdf

กระทรวงศึกษาธิการ. (2566). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรการส่งเสริมการเรียนรู้โทษของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีผลต่อสุขภาวะสำหรับสถานศึกษาในสังกัดหรือในกำกับกระทรวงศึกษาธิการ*. http://118.174.143.38:800/e-office/photo/11371_3.pdf

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). *บทสรุปผู้บริหาร (ภาพรวมประเทศ) “พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า/พอต ของเยาวชนไทย*. (อัดสำเนา).

คณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการ. (2567). *คำสั่งคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการ ที่ 24/2567 เรื่อง ห้ามผลิตเพื่อขาย ห้ามขาย หรือให้บริการสินค้าบารากู่ บารากู่ไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู่ น้ำยาสำหรับเติมบารากู่หรือบุหรี่ไฟฟ้า*. https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/37716.pdf

ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, วศิน พิพัฒนฉัตร, และ Stephen Harmann. (2562). *ภัยร้าย ซ่อนเร้น บุหรี่ไฟฟ้า (Hidden Dangers of E-Cigarette).* เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 31(S2), S197-S205.

เมธชนนท์ ประจวบลาภ และภัทรา วยาจุต. (2567). รูปแบบการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ.* 13(1), 92-109.

เมธชนนท์ ประจวบลาภ และสุรเชษฐ์ โพธิ์แสง. (2567). การลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ารอบสถานศึกษา: แนวทางสร้างความปลอดภัยสำหรับเด็กและเยาวชน. *วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย.* 3(2), 153-160.

เมธชนนท์ ประจวบลาภ, ชนกนารถ บุญวัฒนะกุล, เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข และฐาณิษา สุขเกษม. (2566). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง แนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบของเด็กและเยาวชนในระบบการศึกษาและการศึกษานอกระบบ.* สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2566). *อินโฟกราฟฟิค โรคและพิษภัยจากบุหรี่ไฟฟ้า*. https://www.ashthailand.or.th/content/files/648/9

รัศมี โชติพันุ์วิทยากุล, ฟาตอนะห์ จารู, ธนิษฐา ดิษสุวรรณ์ และนุรตัสนีม อูมูดี. (2567). *สุขภาพเด็กไทยกำหนดได้ด้วยรัฐสภา: การสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผลกระทบต่อสุขภาพ การเข้าถึงและความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในประเทศไทย.* ใน ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, การประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 22 เรื่อง สานพลังปกป้องเด็กไทยจากบุหรี่ไฟฟ้า: รอดด้วยรัฐสภา. (น. 11). https://www.trc.or.th/th/attachments/article/907/หนังสือรวมบทคัดย่อ_การประชุมวิชาการบุหรี%20ครั้งที่%2022.pdf

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). *TRC Yearbook of Tobacco Control 2565-2566.* เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย. (2566). *เปิดผลสำรวจพฤติกรรมทางสุขภาพของเด็กและเยาวชน เรื่อง พฤติกรรมการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติด.* (อัดสำเนา).

สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย. (2567). *5 ข้อสังเกต “บุหรี่ไฟฟ้า” แบบ Pod และ Toy Pod.* https://web.facebook.com/share/p/cF7Bb7bc1Be4nifQ/

สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย. (2567). *เลขาธิการ ยท. บรรยายให้ความรู้ผลกระทบบจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแก่นักเรียนโรงเรียนสารสาสน์พัฒนา ครั้งที่ 19.* https://www.facebook.com/share/ p/ftajLEZ2dHUYXQsZ/

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2560). *พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560.* https://www.ashthailand.or.th/uploads/ckfiles/1657270777_1eee67c08e0ca7aae6f-ce019f8ec009.pdf

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). *แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว พ.ศ. 2565-2570.* http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/2023/02/Thai-population-long-term-plan.pdf

Azmawati Mohammed Nawi, et al. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health*. 21(1). 2088.

E.J.Z. Krusemann et al. (2018). An E-Liquid Flavor Wheel: A Shared Vocabulary Base on Systematically Reviewing E-Liquid Flavor Classifications in Literature. *Nicotine & Tobacco Research.* 21(10). 1310-1319.

Grace Chen, Shafigur Rahman, and Kabirullah Lutfy. (2023). E-cigarettes may serve as a gateway to conventional cigarettes and other addictive drugs. *Advances in Drug and Alcohol Research.* 30(3). 11345.

Health Science Authority. (2024). *Vaping enforcement*. https://www.hsa.gov.sg/tobacco-regulation/vaping-enforcement

Noah T. Kreski et al. (2023). Nicotine Vaping and Co-occurring Substance Use Among Adolescents in the United States from 2017-2019. *Substance Use & Misuse.* 58(9), 1075-1079.

Sarunya Benjakul, Saroj Nakju, and Lakkhana Termsirikulchai. (2023). Factors associated with e-cigarette use among vocational students: A cross-sectional multistage cluster survey, Thailand. *Tobacco Induced Diseases.* 21 (September). 120.

U.S. Center for Disease Control and Prevention. (2024). *About E-Cigarettes (Vapes).* https://www.cdc.gov/tobacco/e-cigarettes/about.html

U.S. Department of Health and Human Service. (n.d.). *E-Cigarette, or Vaping, Products Visual Dictionary*. *Retrieved August 21, 2024,* https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/pdfs/ecigarette-or-vaping-products-visual-dictionary-508.pdf

World Health Organization. (2024). *Hooking the next generation: how the tobacco industry captures young customers*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376853/97892 40094642-eng.pdf?sequence=1

บทที่ 3

แอลกอฮอล์ ภัยร้ายใกล้ตัวเยาวชน

พันจ่าเอก สุทธินันท์ มีชำนาญ
และ เมธชนนท์ ประจวบลาภ

ในสังคมปัจจุบัน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลายเป็นอบายมุขที่เข้าถึงได้ง่าย แม้แต่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบที่ร้ายแรงโดยไม่รู้ตัว การดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อยส่งผลต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของตัวเด็กและเยาวชน อาทิ พัฒนาการทางสมอง ร่างกาย และทางสังคม รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมเสี่ยง เช่น อุบัติเหตุ ความรุนแรง และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ตลอดจนยังอาจส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว แม้กฎหมายในประเทศไทยจะกำหนดเงื่อนไขทางอายุขั้นต่ำในการซื้อและบริโภคแอลกอฮอล์ แต่ยังมีช่องโหว่ที่ทำให้เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย การสร้างความตระหนักรู้ให้กับเยาวชนและสังคม โดยเฉพาะผู้ทำงานด้านเด็กและเยาวชน เกี่ยวกับอันตรายของแอลกอฮอล์

เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อปกป้องอนาคตของพวกเขาและลดปัญหาสังคมที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว

1. สถานการณ์จากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในปัจจุบัน

สุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดมีผลต่อร่างกายหลาย ๆ ระบบ เช่น ผลต่อสมอง ทำให้มึนเมาและมีผลต่อการตัดสินใจ สมองเสื่อม ความจำบกพร่อง เสพติดสุรา ส่งผลต่อตับ ทำให้ตับอักเสบ ตับแข็งและตับวาย ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ เลือดออกในกระเพาะอาหาร ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงมีผลต่อทารกในครรภ์ ทำให้ทารกมีรูปหน้าผิดปกติ สติปัญญาด้อยลง ผลต่อสุขภาวะทางจิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.), 2562) องค์การอนามัยโลกและวงการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก จัดให้แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดและเป็นสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างไม่มีข้อถกเถียง โดยสามารถส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ถึง 200 ชนิดที่สำคัญ เช่น โรคมะเร็งหลอดอาหารจนถึงลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับ โรคของระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะโรคตับและโรคตับอ่อน โรคติดเชื้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคสมองเสื่อม รวมถึงโรคเก๊าท์ เป็นต้น (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.), 2567) นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางถนนและเสียชีวิตอีกปีละหลายหมื่นคน ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทและความรุนแรง ดังที่ปรากฏเป็นข่าวประเทศต่าง ๆ จึงถือว่าแอลกอฮอล์ไม่ใช่สินค้าธรรมดา แต่เป็นสินค้าที่ต้องมีการควบคุมไม่สามารถปล่อยให้ขายแบบเสรีไร้ข้อกำหนดเหมือนเครื่องดื่มต่าง ๆ ได้ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนยังเป็นปัญหาที่

ส่งผลกระทบอย่างมากต่อสังคม ในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาและกลุ่มประเทศในสหภาพยุโรป รายงานว่าเยาวชนในวัย 15-24 ปี มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายและนักศึกษา ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในประเทศเหล่านี้ ได้แก่ ความกดดันจากเพื่อน อิทธิพลจากสื่อโซเชียลมีเดีย และการเข้าถึงสื่อโฆษณาที่แสดงภาพลักษณ์การดื่มที่ดูทันสมัย นอกจากนี้ การสำรวจในสหรัฐอเมริกายังพบว่าเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุน้อยมีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การขับขี่ยานพาหนะขณะมึนเมา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของอุบัติเหตุทางถนน นอกจากนี้ ปัญหาความรุนแรง เช่น การทะเลาะวิวาท และอาชญากรรมในกลุ่มเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์ก็พบได้บ่อย (World Health Organization,2022)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) รายงานว่า ในหลายประเทศ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนได้รับอิทธิพลจากความไม่เข้มงวดของกฎหมายและการขาดการควบคุมที่เข้มงวด ส่งผลให้เยาวชนสามารถเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ในยุคดิจิทัลที่สื่อโซเชียลมีเดียมีบทบาทมากขึ้น การโฆษณาผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ที่เข้าถึงง่ายก็มีผลกระตุ้นให้เยาวชนอยากทดลองดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุน้อย สิ่งเหล่านี้ทำให้เยาวชนในหลายประเทศมีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ที่สูง และเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจในระยะยาว

ขณะที่ประเทศไทย ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนมีความคล้ายคลึงกับสภาพปัญหาในประเทศต่าง ๆ และมีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเยาวชนไทยในกลุ่มอายุน้อยเริ่มทดลองดื่มแอลกอฮอล์ มีสาเหตุมาจาก

แรงกดดันจากเพื่อนและการเข้าถึงสื่อโฆษณา ซึ่งสื่อโฆษณามักสร้างภาพลักษณ์ที่ทำให้การดื่มแอลกอฮอล์ดูเป็นสิ่งที่ทันสมัยและยอมรับได้ในสังคม ส่งผลให้เยาวชนไทยมีความรู้สึกอยากลองดื่มมากขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนไทยยังสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นโรคตับ โรคหัวใจ รวมถึงปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มเกิดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น เช่น การขับขี่ยานพาหนะขณะมึนเมา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของอุบัติเหตุในกลุ่มวัยรุ่น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2564)

ข้อมูลข้างต้นพิจารณาได้ว่า ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศปัญหาการบริโภคแอลกอฮอล์ของเยาวชนมีความคล้ายคลึงกันในแง่ของปัจจัยที่ผลักดันให้เยาวชนเริ่มดื่ม ไม่ว่าจะเป็นอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนและอิทธิพลของสื่อสารมวลชน สื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้ง่าย ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลให้เยาวชนกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่เผชิญกับผลกระทบด้านสุขภาพและสังคมในระยะยาว สำหรับความหมายและประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำเสนอได้ ดังนี้

ความหมายและประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมในเยาวชนปัจจุบัน

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในที่นี้หมายถึง “สุรา” โดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (2567) ได้นิยามความหมายเอาไว้ว่า หมายถึงวัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งสามารถดื่มกินได้ หรือซึ่งดื่มกินไม่ได้แต่เมื่อได้ผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่น แล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา แต่ไม่รวมถึงเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ไม่เกินศูนย์จุดห้าดีกรี

“สุราแช่” หมายความว่า สุราที่ไม่ได้กลั่นและให้หมายความรวมถึงสุราแช่ที่ได้ผสมกับสุรากลั่นแล้ว แต่ยังมีแรงแอลกอฮอล์ไม่เกินสิบห้าดีกรีด้วย

“สุรากลั่น” หมายความว่า สุราที่ได้กลั่นแล้ว และรวมถึงสุรากลั่นที่ได้ผสมกับสุราแช่แล้วแต่มีแรงแอลกอฮอล์เกินกว่าสิบห้าดีกรีด้วย

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมในกลุ่มเยาวชนมีหลายรูปแบบ โดยมักถูกออกแบบมาให้มีรสชาติที่ดื่มง่ายและเข้าถึงได้ง่ายกว่าเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับสูง เนื่องจากรสชาติและการนำเสนอที่ดูน่าสนใจ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้เขียนขอจัดกลุ่มนำเสนอประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยจัดกลุ่มตามกระแสความนิยมบริโภคของเยาวชนในปัจจุบัน (ภานุพงศ์ สีหามาตย์, 2559; ไพรัตน์ อ้นอินทร์, 2552; เขมณัฏฐ์ สินสายออ, 2548; และ มานพ คณะโต และคณะ, 2547) นำเสนอได้ต่อไปนี้

1) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผสมน้ำหวานและรสผลไม้ (Alcopops หรือ Ready-to-Drink)

เครื่องดื่มประเภทนี้ เช่น บรีซเซอร์ (Breezer) และคูลเลอร์ (Cooler) เป็นเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ในปริมาณต่ำผสมกับน้ำผลไม้หรือน้ำหวานที่มีรสชาติหลากหลาย เช่น รสส้ม รสสตรอเบอร์รี่ หรือรสเลมอน ลักษณะของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผสมน้ำหวานจะมีความหวานและกลิ่นหอมของผลไม้ ซึ่งดื่มง่าย ไม่มีกลิ่นหรือรสขมที่แรงแบบเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่น จึงทำให้เยาวชนรู้สึกคุ้นเคยและสนุกกับการดื่มมากขึ้น

2) เบียร์ (Beer)

เบียร์เป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เยาวชนหลายกลุ่มนิยม โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาและวัยรุ่น เบียร์มีรสชาติที่หลากหลาย ตั้งแต่รสอ่อนที่ดื่มง่าย ไปจนถึงเบียร์ที่มีรสเข้มข้น ขึ้นอยู่กับประเภทของเบียร์ เช่น เบียร์ลาเกอร์ เบียร์เอล และเบียร์ไวเซ่น นอกจากนี้ การเข้าถึงเบียร์ยังง่ายกว่า

เครื่องดื่มประเภทอื่น ทั้งจากร้านสะดวกซื้อทั่วไปและงานสังสรรค์ต่าง ๆ เบียร์จึงเป็นเครื่องดื่มที่พบได้บ่อยในหมู่เยาวชน

3) ไวน์และไวน์ผลไม้ (Wine and Fruit wine)

ไวน์องุ่นและไวน์ผลไม้ชนิดอื่น ๆ เช่น สตรอเบอร์รีไวน์ และไวน์มะม่วง เป็นอีกหนึ่งประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับความนิยมในกลุ่มเยาวชน เนื่องจากมีรสชาติที่ดื่มง่ายและมีระดับแอลกอฮอล์ไม่สูงมาก ไวน์ยังมีกลิ่นหอมและรสชาติที่มีความซับซ้อน ทำให้เยาวชนรู้สึกเพลิดเพลินและน่าสนใจในการดื่ม อีกทั้งไวน์ผลไม้ยังมักถูกนำเสนอในบรรจุภัณฑ์ที่สวยงาม ซึ่งดึงดูดความสนใจของเยาวชนได้ง่าย

4) สุราผสมน้ำอัดลม (Spirits Mixers)

เครื่องดื่มประเภทนี้มักใช้สุราที่มีระดับแอลกอฮอล์สูง เช่น วอดก้า (Vodka) จิน (Gin) หรือวิสกี้ (Whisky) มาผสมกับน้ำอัดลม หรือน้ำหวาน เพื่อเจือจางและเพิ่มรสชาติให้ดื่มง่ายขึ้น เช่น วอดก้าโซดา (Vodka Soda) หรือจินโทนิก (Gin Tonic)เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทนี้เป็นที่นิยมในหมู่เยาวชนที่ชื่นชอบรสชาติแบบค็อกเทล และสามารถปรับส่วนผสมได้ตามต้องการ ทั้งยังให้ภาพลักษณ์ที่ทันสมัย

5) ช็อตและค็อกเทล (Shot liquor and Cocktail)

ช็อตและค็อกเทล เช่น เทกีลา (Tequila) วอดก้า ช็อต (Vodka Shot) หรือมาร์การิต้า (Margarita) ถือเป็นประเภทที่ได้รับความนิยมเช่นกัน เนื่องจากสีสันที่สวยงามและการนำเสนอที่น่าสนใจ ช็อตและค็อกเทลมักดื่มในโอกาสเฉลิมฉลองหรือปาร์ตี้ เยาวชนมักมองว่าค็อกเทลเป็นเครื่องดื่มที่สนุกและท้าทาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ส่วนผสมที่มีสีสันสวยงามและรสชาติหวานชื่น

6) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบทำเอง (Homemade Alcoholic Beverages)

เยาวชนบางกลุ่มยังนิยมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบทำเอง เช่น การหมักสุราจากผลไม้หรือข้าว เครื่องดื่มเหล่านี้มักทำในปริมาณเล็ก ๆ สำหรับการดื่มในกลุ่มเพื่อน โดยมักใช้ส่วนผสมที่หาง่าย เช่น ผลไม้ น้ำตาล และยีสต์ การทำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบทำเองเป็นกิจกรรมที่ได้รับความนิยมในบางกลุ่ม เพราะมีต้นทุนต่ำ และยังสามารถปรับแต่งรสชาติได้ตามต้องการ ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับความนิยมในกลุ่มเยาวชนมีความหลากหลายและตอบสนองต่อรสนิยมที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย โดยเฉพาะเครื่องดื่มที่มีรสชาติหวานและเข้าถึงง่าย มักเป็นที่สนใจเนื่องจากสามารถดื่มได้ง่ายกว่าเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูง

สรุปว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง วัตถุหรือสิ่งอื่นใดอันมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อยู่และสามารถดื่มหรือนำไปบริโภคได้ ปัจจุบันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีรสชาติและประเภทที่หลากหลาย เพื่อดึงดูดฐานลูกค้าให้เข้ามาบริโภค โดยเฉพาะการทำตลาดมุ่งเป้าไปยังเด็กและเยาวชน อย่างไรก็ตามการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จะกล่าวถึงในหัวข้อถัดไป

2. ปัจจัยและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนไทยมาจากหลากหลายมิติ ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งล้วนส่งผลให้เยาวชนมีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อย การดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนยังมีผลกระทบหลายด้าน ทั้งในเชิงสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงปัญหาสังคมที่ตามมา ในเรื่องที่ 2 ผู้เขียนขอนำเสนอปัจจัยและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้

2.1 ปัจจัยที่ส่งผลให้เยาวชนบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัยที่ส่งผลให้เยาวชนบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ ดังนี้

1) ปัจจัยจากกลุ่มเพื่อน: ความกดดันจากกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เยาวชนเริ่มทดลองดื่มแอลกอฮอล์ เยาวชนที่อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสสูงที่จะถูกชักชวนหรือรู้สึกต้องการเข้ากลุ่มผ่านการดื่มด้วย สาเหตุนี้พบได้บ่อยในสังคมไทยที่การดื่มแอลกอฮอล์มักถูกมองว่าเป็นกิจกรรม ทำให้อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชน เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีความต้องการการยอมรับจากคนรอบข้างและการพัฒนาทักษะทางสังคม ซึ่งมักทำให้เยาวชนเกิดพฤติกรรมเลียนแบบหรือปรับตัวตามเพื่อนในกลุ่ม การศึกษาพบว่าเยาวชนมีแนวโน้มดื่มแอลกอฮอล์หากพวกเขาเห็นว่าเพื่อนในกลุ่มมีการดื่มกันบ่อย ๆ หรือมีการชักชวนโดยตรงให้ดื่ม หนึ่งในกลไกที่กลุ่มเพื่อนส่งผลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนคือ peer influence หรืออิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน เยาวชนมักได้รับแรงกดดันทางตรง (เช่น การถูกชักชวนให้ดื่ม) และแรงกดดันทางอ้อม (เช่น การรู้สึกว่าการดื่มเป็นพฤติกรรมที่ “เท่” หรือ “น่าทำตาม”) ทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะดื่มมากขึ้นตามเพื่อนในกลุ่มเพื่อให้ได้รับการยอมรับ อีกทั้งยังมีงานวิจัยอีกมากที่ชี้ให้เห็นว่าความเชื่อเกี่ยวกับการดื่ม (alcohol expectancies) เช่น การเชื่อว่าการดื่มทำให้สนุกสนานหรือช่วยลดความเครียด เป็นอีกปัจจัยที่ได้รับอิทธิพลจากเพื่อน และส่งผลให้เยาวชน

มีพฤติกรรมดื่มบ่อยขึ้น นอกจากนี้ ในกลุ่มที่เพื่อนมีพฤติกรรมดื่มมาก เยาวชนมักจะมีความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิเสธการดื่มน้อยลง และเกิดการดื่มตามโดยง่ายขึ้น วัยรุ่นจะมีความผูกพันธ์กับกลุ่มเพื่อนมาก เพื่อนจึงมีอิทธิพลในทุก ๆ กิจกรรมของวัยรุ่น หากเพื่อนมีพฤติกรรมไปในทางที่เสี่ยง คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์การใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ ยาบ้า กัญชา ยาอี เรื่องหนีเรียน เป็นต้น (ธนภูมิ ธรรมบุตร, 2563 กรมสุขภาพจิต, 2559)

2) ปัจจัยการเข้าถึงและราคาของแอลกอฮอล์: แอลกอฮอล์ในประเทศไทยสามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นเบียร์ สุราผสมผลไม้ หรือเครื่องดื่มที่ออกแบบมาให้คล้ายกับน้ำอัดลมแต่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ อีกทั้งเครื่องดื่มเหล่านี้มีราคาที่ไม่สูงทำให้เด็กและเยาวชนสามารถซื้อหาได้ง่าย เข้าถึงได้ง่าย ยิ่งในงานสังสรรค์หรือตลาดนัดที่ไม่ได้มีมาตรการควบคุมอายุผู้ซื้อหรือตรวจบัตรประชาชนผู้ซื้อการเข้าถึงแอลกอฮอล์กลายเป็นเรื่องง่าย การเข้าถึงแอลกอฮอล์ของเยาวชนในประเทศไทยจึงเป็นปัญหาที่เกิดอย่างหลากหลายมิติ เช่น การกระจายตัวของร้านขายแอลกอฮอล์ กฎหมายและการบังคับใช้ที่ยังไม่เข้มงวดพอ รวมถึงการรับรู้เชิงบวกเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ที่ได้รับจากสื่อ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงร้านค้าขายแอลกอฮอล์ที่จำหน่ายให้กับเยาวชนแม้จะอายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ทำให้เยาวชนสามารถเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น ปัญหาข้างต้นสร้างแรงกระตุ้นให้เยาวชนสนใจและรู้สึกว่าการดื่มเป็นเรื่องปกติ จำเป็นที่จะต้องยกระดับมาตรการของหน่วยงานหรือองค์กรอื่นขึ้นมาเพื่อใช้ร่วมด้วยเช่นกัน ได้แก่ กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค กฎหมาย เกี่ยวกับเยาวชน ที่ไม่เพียงเฉพาะการขายให้เยาวชน แต่ให้ครอบคลุมไปถึงการเข้าถึงการเผยแพร่โฆษณา และ

การเปิดรับสาร อย่างไรก็ตาม พรบ.คุ้มครองเด็ก ปี พ.ศ. 2546 ระบุเพียงห้ามเด็กซื้อบุหรี่และสุรา แต่ไม่ได้ห้ามการบริโภคและยังไม่มีกฎหมายใด ๆ ในการคุ้มครองหรือป้องกันเยาวชนจากการตลาดและการโฆษณาที่ไม่เป็นธรรมต่อเด็ก การใช้ตราเสมือน ปัจจุบันยังไม่มีความเคลื่อนไหวใดในการยกระดับกฎหมายในประเด็นการใช้ตราเสมือน หลังจากที่ภาคประชาสังคมได้ร้องเรียนไปยังสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ในปี พ.ศ. 2563 (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.), 2567) สำหรับประเด็นการกระจายตัวของร้านค้าขายแอลกอฮอล์ ปัจจุบันร้านค้าขายแอลกอฮอล์มีอยู่ทั่วทุกหนทุกแห่ง โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่และแหล่งท่องเที่ยว ซึ่งส่งผลให้เยาวชนมีโอกาสเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น การกระจายตัวของร้านค้าในลักษณะนี้ทำให้การตรวจสอบและควบคุมเป็นไปได้ยาก ส่งผลให้เยาวชนสามารถซื้อแอลกอฮอล์ได้โดยไม่มีการตรวจสอบอายุอย่างเข้มงวด การควบคุมเวลาในการขาย ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเพิ่มอายุของผู้ซื้อและผู้บริโภคแอลกอฮอล์เป็นวิธีการที่มีความคุ้มค่าในการลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คำแนะนำในการควบคุมจุดจำหน่ายขององค์การอนามัยโลก คือ การใช้ระบบให้มีใบอนุญาตในการจำหน่ายเครื่องดื่ม เพื่อใช้ในการติดตาม เฝ้าระวังการผลิตการจำหน่ายและการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนั้นการใช้มาตรการจำกัดจำนวนจุดจำหน่าย จำกัดเวลา ในการจำหน่ายและบริโภค กระบวนการเหล่านี้สามารถลดปริมาณการดื่มต่อประชากรได้ (World Health Organization, 2017)

3) ปัจจัยจากสื่อโฆษณาและสื่อสังคมออนไลน์: สื่อโฆษณาโดยเฉพาะบนแพลตฟอร์มออนไลน์มีบทบาทในการส่งเสริมภาพลักษณ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ว่าเป็นสิ่งที่ทันสมัยและน่าสนใจ เยาวชนจำนวนมาก

ได้รับอิทธิพลจากการแสดงภาพลักษณ์ในโซเชียลมีเดีย (Social Media) ที่ทำให้การดื่มดูน่าสนใจ การโฆษณาเหล่านี้อาจใช้คนดังหรือ influencers ที่เยาวชนชื่นชอบมาร่วมทำการตลาดส่งเสริมการขาย (Promote) หรือใช้ผู้มีชื่อเสียงมาเป็นพรีเซนเตอร์ สื่อเริ่มเข้ามามีบทบาทในการเข้าถึงผู้คนมากมาย เช่น การโฆษณา อินเทอร์เน็ตจึงกลายเป็นแหล่งเผยแพร่สิ่งต่าง ๆ ทั้งในด้านที่ดีและด้านที่ไม่ดี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลับกลายเป็นที่นิยมในหมู่วัยรุ่น มีการชักชวนกันดื่มอย่างแพร่หลาย มีการโฆษณาทางโทรทัศน์หรือทางสังคมออนไลน์ โดยที่ทางบริษัทผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะจัดทำแคมเปญส่งเสริมการขายสินค้าผ่านสื่อออนไลน์ ทำให้การเข้าถึงวัยรุ่นนั้นง่ายขึ้น (ธนภูมิ ธรรมบุตร, 2563)

4) ปัจจัยจากครอบครัว: ครอบครัวที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์อาจส่งผลให้เยาวชนมีแนวโน้มที่จะดื่มด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะหากผู้ปกครองหรือคนในครอบครัวมีพฤติกรรมการดื่มอย่างสม่ำเสมอ การเห็นแบบอย่างนี้ในครอบครัวทำให้เยาวชนเกิดความคุ้นเคยและมองว่าการดื่มเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน อีกทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ทำให้ผู้ดื่มมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ขาดการใช้เหตุผลในการตัดสินใจ จากนั้นจึงใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา (กันยปริณ ทองสามสี และคณะ,2562)

5) ปัจจัยทางจิตวิทยา: เยาวชนบางกลุ่มหันมาดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดความเครียดหรือความกดดัน โดยเฉพาะเยาวชนที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ซึ่งแอลกอฮอล์มักถูกใช้เป็นกลไกในการหลีกหนีจากปัญหาเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม การดื่มแอลกอฮอล์เพื่อผ่อนคลายความเครียดย่อมส่งผลให้เยาวชนมีพฤติกรรมการดื่ม

ที่ผิดปกติได้ในระยะยาว (Hussong et al., 2011) นอกจากนี้ วัยรุ่นมักมีการเปลี่ยนแปลงตนเองเกี่ยวกับสถานะความเป็นอยู่ภายในครอบครัว กล่าวคือ ต้องการความเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ใช้ความคิดเห็นของตนเองอย่างอิสระ และความต้องการการยอมรับนับถือจากบุคคลรอบข้าง หากผู้ปกครองไม่เข้าใจ อาจจะทำให้วัยรุ่นเกิดปัญหาคับข้องใจ นำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ เป็นต้น จึงเป็นที่พบเห็นอยู่เสมอว่าวัยรุ่นมักพยายามดื่มสุรา สูบบุหรี่ เพื่ออวดความเป็นผู้ใหญ่ (ไพรัตน์ อ้นอินทร์, 2552)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เยาวชนบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะเป็นอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน สื่อโฆษณาหรือสื่อสังคมออนไลน์ ครอบครัว และปัจจัยการเข้าถึงของแอลกอฮอล์ ล้วนส่งผลให้เยาวชนมีโอกาสเข้าถึงแอลกอฮอล์ได้ง่ายขึ้น รวมถึงปัจจัยด้านจิตวิทยาที่ส่งผลทำให้เยาวชนนั้น หันมาพึ่งแอลกอฮอล์ จนกลายเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ

2.2 ผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนไทย

จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบกับเยาวชนในมิติต่าง ๆ ครอบคลุมทางสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจและสังคม และ การศึกษา การเรียนรู้ และการทำงานดังนี้

2.2.1 ผลกระทบด้านสุขภาพร่างกาย

การดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อยส่งผลเสียต่อการพัฒนาสมอง เกิดผลต่อระบบประสาท เช่น เสียการทรงตัว พูดไม่ชัด และที่รุนแรง

คือหมดสติ หลังจากดื่มสุราเข้าไปปริมาณหนึ่ง ทำให้ร่างกายมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการขับขี่ยานพาหนะก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อผู้ดื่มเอง ครอบครัว และสังคม นอกจากนี้ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรกลุ่มที่เสี่ยงสูงจากการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ เด็กและเยาวชนที่อายุต่ำกว่าเกณฑ์ (underage drinker) หญิงตั้งครรภ์ ผู้ขับขี่ยานพาหนะ และผู้ป่วย หรือผู้มีโรคประจำตัวหรือผู้ที่กำลังใช้ยารักษาโรคที่อาจจะมีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ อาจได้รับผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการเพียงพอที่จะบอกว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเท่าใดจึงจะปลอดภัย มีความเสี่ยงต่ำ หรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสำหรับคนไทย ในทางตรงกันข้ามมีหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่ยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับปัญหาสุขภาพ โรคทางกาย และทางจิต การบาดเจ็บและการตาย

Nixon K. และ McClain JA. (2010) กล่าวว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนส่งผลต่อสมองที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะในส่วนของเครือข่ายของสมองที่ควบคุมความรู้พึงพอใจ แรงจูงใจ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับรางวัล (dopaminergic reward system) ส่งผลให้เกิดการดื่มในปริมาณมากได้ง่าย นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อโครงสร้างเครือข่ายของสมองเกี่ยวกับการประมวลผลทางอารมณ์ (corticolimbic system) ทั้งส่วนควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม (prefrontal cortex) และส่วนความจำและการเรียนรู้ (hippocampus) ทำให้เกิดภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา (cognitive dysfunction) อีกทั้ง Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, และJones SE. (2007) ยังกล่าวอีกว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนส่งผลให้การตัดสินใจต่าง ๆ

แย่ลง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ในขณะที่พละกำลังยังมีเท่าเดิม จึงก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ ตามมา ทั้งการขาดเรียน ทะเลาะวิวาท เมาแล้วขับ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน บังคับหรือถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ การฆ่าตัวตาย ทำร้ายผู้อื่น ตามมาด้วยการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ

หญิงตั้งครรภ์และหญิงที่อยู่ระหว่างการให้นมบุตร ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิง Bailey BA. และ Sokol RJ. (2011) กล่าวว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และ พฤติกรรม ของทารก เช่น การคลอดก่อนกำหนด การแท้งบุตร ทารกตายคลอด (stillbirth) และทารกตายกะทันหัน (sudden infant death syndrome) ซึ่งสอดคล้องกับ Warren KR, Hewitt BG. และ Thomas JD. (2011) ที่กล่าวว่า หากหญิงตั้งครรภ์ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติดตัวอื่นร่วมด้วยก็จะทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้น นอกจากนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มแอลกอฮอล์ มักจะมีปัญหาในการทำหน้าที่มารดา ส่งผลให้การเลี้ยงดูบุตรไม่มีคุณภาพ และมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กในอนาคต

ผู้ที่มีอาชีพขับขี่ยานพาหนะทุกประเภท และผู้มีอาชีพที่ต้องปฏิบัติงานกับเครื่องจักรหรือเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บ พิการและเสียชีวิตต่อตนเองและผู้อื่น ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกกรณี ผู้ขับขี่ยานพาหนะในกิจวัตรส่วนตัว ก็ควรงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 6 ชั่วโมง และไม่ควรดื่มขณะกำลังขับขี่ยานพาหนะ

ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางจิตเวช และโรคประจำตัวต่าง ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดสมอง โรคตับ โรคไต รวมถึงผู้ที่รับประทานยาแก้ไอ

ยาแก้แพ้ ยานอนหลับ ฯลฯ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้อาการเจ็บป่วยแย่ลง ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และแอลกอฮอล์มีปฏิกิริยากับยารักษาโรคบางชนิด อีกทั้งผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย เช่น ขาดวิตามิน B1 (thiamine deficiency) รวมถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) และระดับเกลือแร่ผิดปกติ เช่น lactic acidosis, hypokalemia, hypomagnesemia, hypoalbuminemia, hypocalcemia, hypophosphatemia อันเป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคสมอง โรคไต โรคตับ มีอาการเจ็บป่วยแย่ลงได้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยารักษาโรคบางชนิด ที่มีฤทธิ์ กดประสาท จะทำให้เกิดการเสริมฤทธิ์กดประสาทของแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะและเพิ่มความเสี่ยงในการได้รับยาเกินขนาด ตัวอย่างยา เช่น benzodiazepines, barbiturate, opioid agonists รวมถึงการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่ใช้ร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาแก้ไอ ยารักษาโรคหวัด โรคภูมิแพ้ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลมชัก โรคข้อ โรคทางจิตเวช โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคต่อมลูกหมากโต โรคกระเพาะอาหาร โรคติดเชื้อ อาการปวด และอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.),2560)

การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ปลอดภัยที่สุดต่อสุขภาพ ครอบครัว และ สังคมของประชาชนทุกเพศทุกวัย การดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากจะมีผลโดยตรงที่ทำให้เกิดความผิดปกติของ

กล้ามเนื้อหัวใจ หลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดไม่แข็งแรงแล้ว การดื่มเป็นประจำยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมแทบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) คือ กลุ่มอาการของภาวะผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับเมแทบอลิซึม (ปฏิกิริยาเคมีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย เช่น กระบวนการสร้าง และสลายสารต่าง ๆ) ได้แก่ ภาวะอ้วนลงพุง ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ที่สำคัญ อาทิเช่น

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร Mehta AJ.(2016) กล่าวว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อระบบทางเดินอาหารทั้งโครงสร้างและระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวและการดูดซึมสารอาหารและวิตามินบางชนิดผิดปกติ เกิดการอักเสบ เนื่องจากการทำลายเยื่อบุผนังทางเดินอาหารส่วนต่าง ๆ เช่น หลอดอาหาร กระเพาะ ลำไส้ และมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร สำหรับผลของแอลกอฮอล์ต่อตับซึ่งเป็นอวัยวะที่ขจัดสารพิษจากแอลกอฮอล์โดยตรงนั้น การดื่มติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดไขมันสะสมในเนื้อตับ ตับอักเสบ ตับแข็ง ตับวาย หรือเกิดมะเร็งตับได้ ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานอื่น ๆ ของตับด้วย เช่น ผลต่อการย่อยสลายสารอาหารต่าง ๆ ยาหรือสารพิษที่ได้รับ ผู้ที่มีการทำงานของตับบกพร่อง เช่น ตับอักเสบ ตับวาย อาจแสดงอาการต่าง ๆ เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางกายอื่น ๆ เช่น ท้องมาน อาเจียนเป็นเลือด

ผลกระทบต่อระบบประสาทและสมอง การดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำลายเนื้อสมอง ทำให้ปริมาตรสมองลดลง Larsson SC, et al.

(2016) Yang X, et al.(2016) และ Zhang X, et al.(2015) มีการศึกษาถึงผลของการดื่มแอลกอฮอล์ ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเพิ่มโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การดื่มในปริมาณที่สูงและดื่มอย่างหนักแม้ผลเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง โดยเพิ่มขึ้นจาก 1 ถึง 1.8 เท่าตามปริมาณการดื่มต่อวัน และการดื่มหนักยังมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในทุกชนิด ได้แก่ หลอดเลือดสมองตีบ เลือดออกในเนื้อสมองและเยื่อหุ้มสมอง

ผลต่อการเกิดเนื้องอกและมะเร็ง Praud D, et al. (2016) กล่าวว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งในระบบต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ทั้งอวัยวะหรือระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคและการทำลายสารพิษจาก แอลกอฮอล์โดยตรง เช่น ช่องปากและระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คอหอย กล่องเสียง หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ ไส้ตรง ตับ ตับอ่อน อีกทั้งยังส่งผลต่ออวัยวะหรือระบบที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น เต้านม ต่อมลูกหมาก ซึ่งอัตราการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิต เนื่องจากมะเร็งในอวัยวะและระบบต่าง ๆ เหล่านี้เป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญต่อสุขภาวะที่เพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบัน

สรุปได้ว่า ผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่ออวัยวะทั่วทั้งร่างกาย เนื่องจากอวัยวะของมนุษย์นั้น ทำงานร่วมกันและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ หากอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งระบบใดระบบหนึ่งเสียหายหรือทำงานผิดปกติไป ก็จะทำให้อวัยวะหรือระบบอื่น ๆ ทำงานผิดปกติไปด้วย

2.2.2 ผลกระทบด้านสุขภาพจิต

ในกลุ่มเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวลมากขึ้น แอลกอฮอล์อาจทำให้เกิดการเสพติดที่ส่งผล

ต่อสภาวะจิตใจในระยะยาว ทำให้เยาวชนเกิดความรู้สึกพึ่งพาแอลกอฮอล์เพื่อผ่อนคลาย ส่งผลเสียต่อการจัดการอารมณ์และทักษะการเผชิญปัญหาในอนาคต ผลการศึกษาของ Borges G, et al. (2016) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่ดื่มปริมาณน้อย เพิ่มความเสี่ยง 2.7 เท่า และผู้ที่ดื่มปริมาณมากเพิ่มความเสี่ยง 37.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ดื่ม อีกทั้ง Bora E. และ Zorlu N.(2017) ยังกล่าวอีกว่า ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) มีความบกพร่องในทักษะทางด้านสังคม ทักษะการบริหารจัดการและความบกพร่องทางด้านการรับรู้ทางสังคม เช่น ขาดความสามารถทางการรับรู้ทางด้านอารมณ์ของผู้อื่น ซึ่งส่งผลทำให้การแปลความข้อมูลทางสังคมผิดปกติไป นอกจากนี้ ยังพบว่าระยะเวลาการดื่มมานานและดื่มในปริมาณมากร่วมกับการมีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วยจะยิ่งทำให้ทักษะต่าง ๆ เหล่านี้บกพร่องมากขึ้น ผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ยังพบความชุกโรคร่วมทางจิตเวชได้บ่อย ได้แก่ โรคติดสารเสพติดชนิดอื่น ๆ โรคซึมเศร้า โรคไบโพล่าร์ โรคบุคลิกภาพผิดปกติ เช่น บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ส่วนโรคร่วมกลุ่มโรควิตกกังวล เช่น โรคแพนิก โรคกลัว โรคกังวลทั่วไป ก็สามารถพบร่วมได้ แต่น้อยกว่ากลุ่มโรคข้างต้น (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.), 2560)

2.2.3 ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ

การดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดทางอาญา เช่น การขับขี่ขณะมึนเมา การทะเลาะวิวาท และการก่ออาชญากรรม ความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสังคมที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและสูญเสียในหลายกรณี เยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์จึงเสี่ยงมีพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้อื่นและตัวเอง โดยเฉพาะอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุหนึ่งของอัตราการเสียชีวิตที่สำคัญ จากการ

ศึกษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลและรายงานการศึกษาในประชากรไทย พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการเกิดอุบัติเหตุและผู้ป่วยที่มารับการรักษาฉุกเฉินที่แผนกอุบัติเหตุ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2558)

2.2.4 ผลกระทบต่อการศึกษา การเรียนรู้ และการทำงาน

เยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาด้านการเรียน โดยพบว่า มีผลการเรียนรู้ลดลง ผลการเรียนตกต่ำ และอาจขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่การงานในอนาคต การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่อสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเก็บความจำระยะยาว ทำให้ประสิทธิภาพการเรียนรู้และการจดจำข้อมูลลดลง เยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก มักประสบปัญหาด้านสมาธิและความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งส่งผลต่อคะแนนสอบและความสำเร็จทางการศึกษาในระยะยาว (Paschall & Freisthler, 2013) อีกทั้งผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มักขาดเรียนบ่อย เนื่องจากอาการเมาค้าง (hangover) หรือสุขภาพที่ทรุดโทรมจากการดื่มต่อเนื่อง (Singleton & Wolfson, 2009) ในประเทศไทย พบว่าเยาวชนที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงมัธยมศึกษามีแนวโน้มออกจากระบบการศึกษาเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.), 2564)

สรุปได้ว่า ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลเสียต่อทุกมิติของชีวิตเยาวชน ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต การเรียน การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้การพัฒนาศักยภาพของเยาวชนซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ ถูกขัดขวางด้วยพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ อันเกิดจากฤทธิ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งหากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไข อาจก่อให้เกิดปัญหาในด้านการพัฒนาประเทศ

3. มาตรการและแนวทางการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์ความรุนแรงและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ การศึกษาและการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลให้ลดทอนคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชนไทยให้แย่ลง และหากผู้เกี่ยวข้องปล่อยให้ปัญหาดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยไม่ปรับปรุง แก้ไข หรือป้องกันในอนาคตอันใกล้นี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศ กล่าวคือ ประเทศไทยจะต้องเผชิญกับวิกฤตผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล ทรัพยากรมนุษย์ที่ไม่แข็งแรง ขาดแรงงานที่มีคุณภาพและเป็นหลักสำคัญในการสร้างความได้เปรียบทางเศรษฐกิจไม่ได้

ดังนั้น มาตรการและแนวทางการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการทั้งในระดับครอบครัว สถานศึกษา และสังคม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ลดปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชนในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา โดยคณะทำงานด้านวิชาการในการสนับสนุนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เสนอมาตรการที่สำคัญไว้ดังนี้ (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.),2567)

3.1 มาตรการควบคุมโฆษณาและการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ให้ความหมายของการโฆษณา ว่า หมายถึงการกระทำไม่ว่าโดยวิธีใด ๆ ที่ทำให้

ประชาชนเห็น ได้ยินหรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ในทางการค้า และให้หมายความรวมถึงการสื่อสารการตลาด โดยควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาด ตามมาตรา 32ห้ามโฆษณา ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารการตลาดหรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ผู้อื่นดื่มโดยตรงหรือโดยอ้อม การโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ใด ๆ โดยผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภทให้กระทำได้เฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม โดยไม่มีการปรากฏภาพของสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สนับสนุนให้ยกระดับมาตรการของหน่วยงาน หรือองค์กรอื่นมาใช้ร่วมกับมาตรการเดิมที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคกฎหมายเกี่ยวกับเยาวชนที่ไม่เพียงเฉพาะการขายให้เยาวชนแต่ให้ครอบคลุมไปถึงการเข้าถึงการเผยแพร่โฆษณาและการเปิดรับสารและที่ต้องการใช้ตราเสมือน

3.2 มาตรการควบคุมจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เสนอให้มีการพัฒนามาตรการควบคุมจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยการพิจารณาการออกใบอนุญาตแบบ community licensing โดยการให้หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมพิจารณาการออกและต่อใบอนุญาตการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับกรมสรรพสามิต พร้อมทั้งจัดเก็บค่าธรรมเนียม ใบอนุญาตทั้งแบบจุดขายแบบซื้อแล้วดื่มที่อื่น (off premise) และจุดขายแบบซื้อแล้วดื่ม ณ จุดขาย (on premise) และกำหนดให้มีการเพิ่มโทษการขายโดยไม่มีใบอนุญาต

3.3 มาตรการกำหนดประเภทของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สนับสนุนให้ประเทศไทยมีกฎหมายที่มีการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสตรีมีครรภ์และผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยอาจแก้ไขเพิ่มเติมในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มาตรา 29 และเพิ่มประเด็นการห้ามใช้จ้างวานหรือยินยอมให้ผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์) เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกำาหนดให้ผู้จ้างวานต้องมีส่วนรับผิดนอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการบังคับใช้จริงเช่นการสังเกตหญิงตั้งครรภ์ หรือมึนเมาจนครองสติไม่ได้และมีมาตรการตรวจสอบเช่นการสุ่มตรวจแอลกอฮอล์ในร่างกาย

3.4 มาตรการควบคุมฉลากสินค้าและบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการนี้เป็นหนึ่งในกลุ่มมาตรการการเพื่อลดผลกระทบด้านลบจากพฤติกรรมการดื่มและเมาแอลกอฮอล์ที่แนะนำโดยยุทธศาสตร์โลกเพื่อการลดปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขององค์การอนามัยโลก (WHO Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol) ประเทศไทยควรมีแนวทางในการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีความชัดเจนมากขึ้นโดยเฉพาะการกำหนดคำนิยาม และรายละเอียดต่าง ๆ ให้ครอบคลุมกับลักษณะของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีจำหน่ายในท้องตลาดหรือในอนาคต เช่น ฉลากที่สำคัญ ข้อความบนภาชนะบรรจุ บรรจุภัณฑ์ เพราะฉลากคำเตือนของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ และถือเครื่องมือที่ใช้สำหรับการสร้างความ

เข้าใจกับสังคมว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ใช่สินค้าธรรมดาและเป็นสินค้าที่อันตรายต่อสุขภาพ

จากการสำรวจของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต พบว่า ร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยอ่านฉลากก่อนซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และในกลุ่มที่อ่านฉลากให้ความสำคัญเฉพาะข้อมูลความเข้มข้นของปริมาณแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 46.8) และปริมาณบรรจุ (ร้อยละ 17.2) และมีเพียงร้อยละ 9.3 ที่อ่านคำเตือน ข้อมูลนี้ทำให้สามารถกล่าวได้ว่าฉลากคำเตือนแบบตัวหนังสือที่มีอยู่อาจไม่โดดเด่นพอ ดังนั้นประเทศไทยควรมีการพัฒนามาตรการฉลากข้อความคำเตือน ความชัดเจนของฉลาก (vividness) และตำแหน่งของฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ โดยความชัดเจนของฉลากควรประกอบไปด้วย ขนาด ตัวอักษร ฟอร์น สีสัน การใช้พื้นที่ฉลาก (spacing) และสื่อสัญลักษณ์ที่ใช้เพื่อให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

3.5 มาตรการควบคุมการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการในการควบคุมการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปรากฏในกฎหมายฉบับแรกที่สำคัญ คือพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ.2493 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ว่าด้วยการควบคุมสุราตั้งแต่การผลิตการนำสุราเข้ามาในราชอาณาจักร ใบอนุญาต การเสียภาษี การใช้สุราทำสินค้าบางชนิด การขาย การขนส่ง และการกำหนดบทลงโทษทั้งจำคุกและปรับเงิน เนื่องด้วยสุราเป็นสินค้าที่บริโภคแล้วเป็นอันตรายต่อสุขภาพและสังคม รัฐจึงต้องควบคุมเป็นพิเศษ ภายหลังจากกฎหมายฉบับดังกล่าวบังคับใช้ รัฐก็ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมและพัฒนาปรับปรุงกฎหมายให้เหมาะสมตามยุคสมัย จนมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ขึ้นมาใช้บังคับแทนกฎหมายฉบับเก่า

การต้องขอใบอนุญาตการผลิตทุกกรณีโดยประเทศไทยมีเงื่อนไขในการออกใบอนุญาตผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีอยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยก็ควรจะเพิ่มค่าธรรมเนียมและลดจำนวนปีที่อนุญาตในแต่ละครั้ง เพราะประเทศไทยมีค่าธรรมเนียมที่ต่ำกว่าต่างประเทศ และจำนวนปีที่อนุญาต ในแต่ละครั้งยาวกว่าต่างประเทศ สำหรับการผลิตในครัวเรือน ควรกำหนดเงื่อนไขที่ชัดเจนมีการตรวจสอบกระบวนการผลิตในทุกขั้นตอน และไม่ปล่อยให้เป็นเสรี จึงเห็นควรให้จัด ทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายส่งให้กรมสรรพสามิตพิจารณาดำเนินการ

3.6 มาตรการสนับสนุนให้ผู้จำหน่ายมีการจำหน่ายอย่างรับผิดชอบ

ผู้ขายมีหน้าที่พึงระวังต่อความเสียหายต่อลูกค้าและผู้อื่น หากผู้ขาย ไม่ระวังหรือมีความประมาทเลินเล่อ ถือว่ามีส่วนในการก่อช่องภัยและมีส่วนเป็นผู้ใกล้แก่เหตุแห่งความเสียหาย โดยผู้ขายควรคำนึงถึงความปลอดภัยของลูกค้าและผู้อื่น ๆ นอกเหนือจากเป้าหมายรายได้สูงสุด โดยมีตัวอย่างจากประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดามีข้อกำหนดให้ผู้ขายต้องรับผิดทางแพ่ง (commercialhost liability หรือ dram shop liability) จึงเห็นว่าควรมีข้อกำหนดให้ผู้ขายต้องรับผิดทางแพ่ง ในประเทศไทยเช่นเดียวกับต่างประเทศ

3.7 มาตรการควบคุมวันและเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า การควบคุมเวลาในการขาย ความหนาแน่นของ จุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเพิ่มอายุของผู้ซื้อและผู้บริโภคแอลกอฮอล์เป็น วิธีการที่มีความคุ้มค่า

ในการลดอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านวันและเวลาขายไว้คงเดิม และเพิ่มความเข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการควบคุมวันและเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยบูรณาการมาตรการควบคู่ไปกับการออกใบอนุญาตขายและเพิ่มการจำกัดเวลาขายก่อนเวลาปิดร้าน รวมถึงการห้ามลูกค้าใหม่เข้าร้านก่อนที่ร้านจะปิด เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เกิดขึ้นได้จริง และ ช่วยลดการสูญเสียต้นทุนทางสังคมและทางสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น

3.8 มาตรการควบคุมราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สนับสนุนให้ประเทศไทยเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตที่เรียกเก็บจริงของสุราขาวให้อยู่ในระดับเดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดอื่น ประเทศไทยควรขึ้นอัตราภาษีกลุ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นที่นิยมของเยาวชน และประเทศไทย ควรขึ้นภาษีทุกปีตามอัตราเงินเฟ้อนอกจากนั้น ประเทศไทยควรเริ่มศึกษาประเด็นการกำหนดราคาขั้นต่ำ (minimum unit pricing) โดยศึกษาความเป็นไปได้ด้านกฎหมาย และระบบราชการ

สรุป มาตรการและแนวทางการป้องกันการบริโภคแอลกอฮอล์ในเยาวชนต้องดำเนินการอย่างรอบด้าน ทั้งการบังคับใช้กฎหมายบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด หรืออาจกำหนดเพิ่มภาษีและราคาสินค้า เพื่อให้เยาวชนเข้าถึงได้ยากจำกัดการโฆษณาและการตลาด โดยเฉพาะบนแพลตฟอร์มออนไลน์และสื่อที่เยาวชนเข้าถึงได้ง่าย รณรงค์ให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์และอินฟลูเอนเซอร์ เพื่อเข้าถึงเยาวชนโดยตรงการให้ความรู้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับพิษภัยของแอลกอฮอล์ในหลักสูตรการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษา การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งเสริม

บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเยาวชน ผ่านการให้คำแนะนำและเป็นแบบอย่างที่ดี พัฒนากิจกรรมสร้างสรรค์ในชุมชน เพื่อให้เยาวชนมีกิจกรรมทดแทน เช่น กีฬา หรือกิจกรรมที่อนุรักษ์ภูมิปัญญา รวมถึงการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม เพื่อลดผลกระทบในระยะยาวต่อเยาวชนและประเทศ

เอกสารอ้างอิง

กันยปริณ ทองสามสี และ อิสระ ทองสามสี.(2562). ผลของความรุนแรงในครอบครัวจากการดื่มสุรา:บทวิเคราะห์ข่าวหนังสือพิมพ์ระหว่างปี 2554-2558. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, 12(1),* 61-90.

กนิษฐา ไทยกล้า และคณะ. (2560). *การรับรู้และความคิดเห็นต่อรูปแบบฉลากคำเตือนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์*.สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กรมสุขภาพจิต. (2559). *เด็กและเยาวชน บำบัดป่วยจิตเพราะติดยา ถึง 1 ใน 3*. https://www.prdmh.com/ข่าวสาร/ข่าวแจกกรมสุขภาพจิต/477-

เขมณัฏฐ์ สินสายออ. (2548). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเพศหญิงหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธนภูมิ ธรรมบุตร. (2563). *ทัศนคติและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ในจังหวัดชลบุรี.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ไพรัตน์ อ้นอินทร์. (2552). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและครอบครัว.* ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

มานพ คณะโต และคณะ. (2547). *รายงานประมาณการผู้ใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2546.* เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ภานุพงศ์ สีหามาตย์. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้กระทำผิดกรณีมึนเมาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะขับขี่ยานพาหนะในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร.* ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). (2567). *มาตรการควบคุมการบริโภคและปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.* คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). (2562). *ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561.* คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). (2560). *ข้อแนะนำสำหรับบุคคลที่ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.* คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. (2565). *การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อการสนับสนุนมาตรการกำหนดข้อความคำเตือนบนฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.* สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในประเทศไทย.* สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2558). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556*. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

Bora E, Zorlu N. (2017). *Social cognition in alcohol use disorder: a meta-analysis*. Addiction

Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, Conner KR, Orozco R, Rossow I. (2016). *A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt*. Psychol Med.

Bailey BA, Sokol RJ. (2011). *Prenatal alcohol exposure and miscarriage,stillbirth, preterm delivery, and sudden infant death syndrome*. Alcohol Res Health.

Hussong, A. M., Jones, D. J., Stein, G. L., Baucom, D. H., & Boeding, S. (2011). *An internalizing pathway to alcohol use and disorder*. Psychology of Addictive Behaviors.

Larsson SC, Wallin A, Wolk A, Markus HS.(2016). *Differing association of alcohol consumption with different stroke types: a systematic review and meta-analysis*. BMC Med.

Mehta AJ. (2016). *Alcoholism and critical illness: A review*. World J Crit Care Med.

Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE.(2007). *Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students*. Pediatrics.

Nixon K, McClain JA. (2010). *Adolescence as a critical window for developing an alcohol use disorder: current findings in neuroscience*. Curr Opin Psychiatry.

Praud D, Rota M, Rehm J, Shield K, Zatonski W, Hashibe M, et al. (2016). *Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption*. Int J Cancer.

Paschall, M. J., & Freisthler, B. (2013) . Youth alcohol use and academic performance. *Addictive Behaviors,* 38(1), 245-252.

Schoueri-Mychasiw N, Weerasinghe A, Vallance K,et al.(2020). *Examining the impact of alcohol labels on awareness and knowledge of national drinking guidelines: a real-world study in Yukon, Canada.* J Stud Alcohol Drugs.

Singleton, R. A., & Wolfson, A. R. (2009). Alcohol consumption and academic performance. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(3), 355-363.

World Health Organization. (2022). *Alcohol consumption in young people: global report.* Retrieved from https:// www.who.int

World Health Organization. (2017). *Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases.* World Health Organization.

Warren KR, Hewitt BG, Thomas JD. (2011). *Fetal alcohol spectrum disorders: research challenges and opportunities.* Alcohol Res Health.

Yang X, Tian F, Zhang H, Zeng J, Chen T, Wang S, et al. (2016). *Cortical and subcortical gray matter shrinkage in alcohol-use disorders: a voxel-based meta-analysis*. Neurosis Biobehavioral Rev.

Zhang X, Shu L, Si C, Yu X, Gao W, Liao D, et al.(2015). *Dietary patterns and risk of stroke in adults: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies*. J Stroke Cerebrovascular Dis.

บทที่ 4

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในเยาวชน

เมธชนนท์ ประจวบลาภ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลทางด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ต่อการจัดการตัวเองในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (เมธชนนท์ ประจวบลาภ, 2567) แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับการประกาศว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เมื่อการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 7 เมื่อเดือนตุลาคม 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกาศให้ภาคีสมาชิกขององค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากรายงานพบความสอดคล้องระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับอัตราการเสียชีวิต อัตราการเข้ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (อังศินันท์

อินทรกำแหง, 2560) ดังนั้น การส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงมีความสำคัญและความจำเป็นต่อการพัฒนาประชากรในบริบทของประเทศรวมทั้งช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคลได้

1. แนวคิดพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุม ความหมาย ความสำคัญและประโยชน์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

1.1 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้เขียนได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบคำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” มีการใช้คำศัพท์ที่แตกต่างกันไปตามบริบทของหน่วยงาน เช่น ความรอบรู้ทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ และ การรู้เท่าทันทางสุขภาพ โดยสภาปฏิรูปประเทศของไทยได้มีมติให้ใช้คำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ตั้งแต่ปี 2558 โดยมีผู้ให้นิยามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

เมธชนนท์ ประจวบลาภ (2567) ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไว้ว่า ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งได้รับการถ่ายทอดจากบุคคลหรือสื่อประเภทต่าง ๆ เพื่อประเมินและตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารในการป้องกัน รักษา รวมถึงลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน

กองสุขศึกษา (2565) ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า ความสามารถและทักษะเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจ

ตัดสินใจเลือกวิถีทางดูแลและจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพต่อครอบครัวและชุมชนได้

ชินตา เตชะวิจิตรจารุ (2561) นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า ระดับความสามารถและทักษะของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจ คิด วิเคราะห์ และเลือกรับปรับใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมกับตนเอง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติและจัดการด้านสุขภาพของตนเอง อันส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและรักษาสุขภาวะที่ดีและเผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีนั้นไปสู่สังคม

อังศินันท์ อินทรกำแหง (2560) นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า ระดับความสามารถของประชาชนต่อการใช้ทักษะด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับจากบุคคล สื่อ และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดการจูงใจให้ตนเองตัดสินใจเลือกทางดูแลและจัดการสุขภาพเพื่อป้องกันและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

World Health Organization (2021) นิยามความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไว้ว่า ความรู้และสมรรถนะส่วนบุคคลที่ได้รับการสะสมจากกิจวัตรประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมปฏิสัมพันธ์ข้ามช่วงวัย ผ่านองค์กรและแหล่งทรัพยากรที่จัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ข้อมูลข่าวสารและประยุกต์ใช้ข้อมูลเหล่านั้นเพื่อการส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีในตนเอง

การให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา เป็นการนิยามความหมายมุ่งเน้นไปในระดับส่วนบุคคลเป็นหลัก ต่อมาสำนักงานป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของสหรัฐอเมริกา มีแนวคิดขยายขอบเขต

คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพไปให้ครอบคลุมขึ้นและเพิ่มไปยังระดับองค์กร ตามจุดเน้นและเป้าหมายหลักของโครงการ Health People 2030 (Office of Disease Prevention and Health Promotion, n.d.) ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคล คือ ระดับความสามารถของบุคคลในการค้นหา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจกระทำการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง โดยเน้นย้ำว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการใช้ข้อมูลมากกว่าการทำความเข้าใจ และตัดสินใจบนข้อมูลที่ครบถ้วนมากกว่าการตัดสินใจจากความเหมาะสม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพขององค์กร คือ ระดับของการเปิดโอกาสให้บุคคลค้นหา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลของหน่วยงานหรือองค์กรเพื่อตัดสินใจกระทำการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยเน้นย้ำว่าองค์กรต่าง ๆ ต้องมีความรับผิดชอบในการจัดการกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

หากพิจารณาแนวคิดการขยายขอบเขตนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพในสหรัฐอเมริกา ผู้เขียนมองว่า สามารถสะท้อนความรับผิดชอบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจากความรับผิดส่วนบุคคล ไปสู่การมีส่วนร่วมรับผิดชอบของหน่วยงานและองค์กร หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การผลักดันให้หน่วยงานและองค์กรอันเป็นสภาพแวดล้อมของบุคคลมีส่วนร่วมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลด้วย

จากนิยามความหมายข้างต้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถทางปัญญาและทักษะของบุคคลต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การมีความรู้และทำความเข้าใจ จากการถ่ายทอดของบุคคล สื่อ สภาพแวดล้อมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

เพื่อนำข้อมูลไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติอย่างรอบด้านและจัดการสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี รวมทั้งสามารถเผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีของตนเอง ต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และสาธารณะได้

1.2 ความสำคัญและประโยชน์ของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญและประโยชน์ครอบคลุมทั้งระดับปัจเจกบุคคล สังคมและเศรษฐกิจ และประเทศ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561; กองสุขศึกษา, 2563; เกศินี สราญทธิชัย, 2564; สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565; และ เมธชนนท์ ประจวบลาภ, 2567) สรุปได้ดังนี้

ระดับปัจเจกบุคคล

จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคล กล่าวคือ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี บุคคลนั้นจะมีความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอต่อการนำไปตัดสินใจเลือกปฏิบัติและจัดการด้านสุขภาพของตนเอง บุคคลนั้นก็จะเลือกหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายดี เมื่อมีสุขภาพแข็งแรงก็จะสามารถดำเนินชีวิตและประกอบอาชีพได้อย่างเต็มที่ ส่งผลต่อการมีรายได้และลดรายจ่ายจากการรักษาพยาบาล รวมทั้งไม่ต้องหยุดทำงานเพื่อรักษาตนเองด้วย

ผู้เขียนขอยกตัวอย่างให้เห็นภาพชัดขึ้น คือ หากเยาวชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายและผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าอย่างถูกต้อง และตระหนักถึงอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้า จะส่งผลให้เยาวชนนำข้อมูลไปตัดสินใจหลีกเลี่ยง

ไม่เข้าไปบริโภคและป้องกันตนเองจากบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งทำให้เยาวชนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บ ไม่ป่วย

ระดับสังคมและระดับเศรษฐกิจ

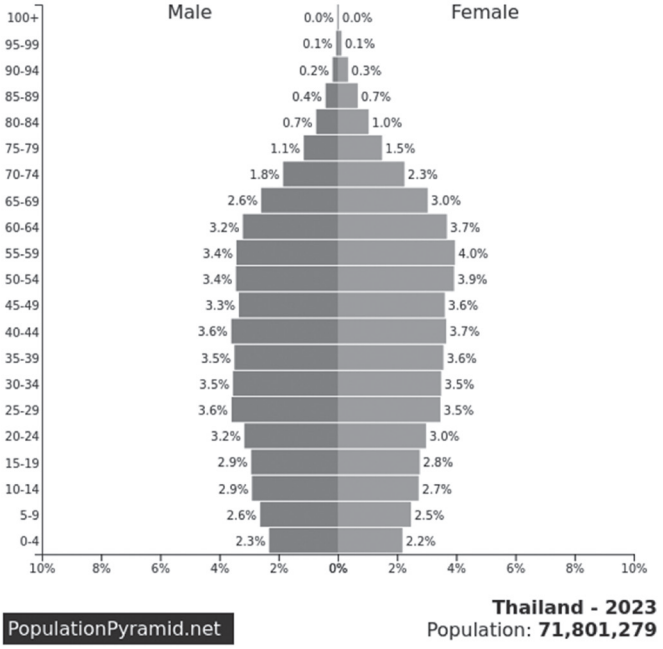
ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อระบบสังคมและเศรษฐกิจเป็นอย่างมากเพราะหากประชาชนในสังคมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ทำให้เกิดระบบนิเวศแห่งการมีสุขภาพดี มีพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพ กลายเป็นสังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประชาชนอยู่ดีมีสุขและสามารถป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งจะช่วยลดภาระการทำงานของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุข มีเวลาอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต ช่วยธำรงรักษาทรัพยากรมนุษย์และลดอัตราการตายของประชากรได้ สำหรับมิติทางเศรษฐกิจ เมื่อประชาชนมีสุขภาพที่ดี ภาระค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลของตนเองและของรัฐบาลก็ลดลงด้วย

ระดับประเทศ

สภาพการณ์โครงสร้างประชากรของประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์[1] สืบเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น ประกอบกับอัตราการเกิดของทารกลดลงต่ำ ส่งผลให้ประเทศไทยกำลังเผชิญการมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าเด็กและเยาวชนคนรุ่นใหม่ สถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ประเทศขาดแคลนแรงงานและรัฐบาลต้องมีภาระค่าใช้จ่ายมหาศาลมาใช้จ่ายรักษาพยาบาลหรือเงินสวัสดิการผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิง

[1] สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรในประเทศ

จากภาพที่ 1 แสดงให้เห็นโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 22 ขณะที่วัยรุ่นวัยเรียนมีประมาณร้อยละ 20 เท่านั้น



ภาพที่ 1 พีระมิดโครงสร้างประชากรไทย ปี 2566
ที่มา : https://www.populationpyramid.net/thailand/2023/

ดังนั้น หากประชาชนภายส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ย่อมส่งผลให้ประชาชนภาพรวมมีสุขภาพแข็งแรง เป็นแรงงานที่มีศักยภาพ ช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจและร่วมพัฒนาประเทศได้ โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนที่จะเติบโตเป็นแรงงานทดแทนผู้สูงอายุที่เกษียณอายุ

ขณะเดียวกัน เมื่อประชากรวัยแรงงานเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้วยการมีสุขภาพที่แข็งแรง ย่อมทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของรัฐในการอุดหนุนเงินสวัสดิการและค่ารักษาพยาบาลลดลงตามไปด้วย รัฐบาลจึงสามารถนำเงินเหล่านั้นไปพัฒนาประเทศด้านอื่น ๆ ได้ เช่น โครงสร้างพื้นฐาน การศึกษา หรือสวัสดิการอื่น ๆ

สรุปว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสำคัญและประโยชน์ในระดับบุคคล ช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอต่อการนำไปตัดสินใจเลือกปฏิบัติและจัดการด้านสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ ในระดับสังคมและเศรษฐกิจ ช่วยให้สังคมเป็นสังคมแห่งการมีสุขภาพที่ดี แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุขมีเวลาอย่างเต็มที่ต่อการดูแลผู้ป่วยหนัก ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และในระดับประเทศ ช่วยให้ประชาชนแข็งแรงสุขภาพที่ดี สามารถเป็นแรงงานที่มีคุณภาพ ช่วยสร้างรายได้และมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศในสังคมผู้สูงอายุได้

1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้เขียนนำเสนอไปในหัวข้อ 1.1. สะท้อนให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะและความสามารถส่วนบุคคล ซึ่งทักษะและความสามารถเหล่านี้แตกต่างกันไปตามสภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากวิถีชีวิตและการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้เขียนได้วิเคราะห์และประมวลผลงานวิจัย เอกสารทางวิชาการ ตำราและคู่มือต่าง ๆ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล มี 2 ระดับ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (เมธชนนท์ ประจวบลาภ, 2567; ทรรศนีย์

บุญมั่น, 2564; ศรีสุดา บุญขยาย, 2562; และอินทรา ทับคล้าย และคณะ, 2567) สรุปได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

• เพศ: เพศที่ต่างกัน อาจมีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันได้

• อายุ: อายุมีผลต่อการทำความเข้าใจสุขภาพ เกี่ยวข้องกับสมรรถนะทางการคิดและทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล

• รายได้: เช่น ผู้ที่มีรายได้น้อย อาจส่งผลต่อภาวการณ์รับรู้ข้อมูลสุขภาพ เนื่องจากจะต้องหารายได้เลี้ยงดูครอบครัวเป็นสำคัญ ซึ่งอาจจะไม่ได้ให้ความสนใจกับข้อมูลทางสุขภาพที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต

• ความสามารถทางการอ่านและเขียน: ความสามารถด้านนี้ส่งผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพที่จำเป็นได้ เช่น ถ้าบุคคลอ่านหนังสือไม่ออก ก็ไม่สามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้

• ความสามารถในการใช้เทคโนโลยี: ความสามารถด้านนี้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่จำเป็นที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ สื่อสังคมออนไลน์และสื่อต่าง ๆ

• การศึกษาและการเรียนรู้: ปัจจัยเรื่องการศึกษาและการเรียนรู้ส่งผลต่อความสามารถในการอ่าน คิด วิเคราะห์ และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ รายงานหลายแห่งเสนอว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรืออบรมมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

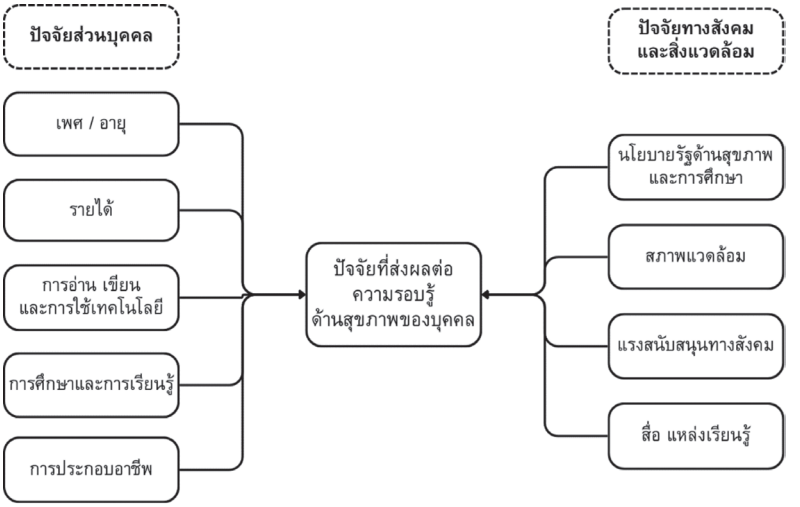
• การทำงานและประกอบอาชีพ

ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย

- สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ
- แรงสนับสนุนทางสังคม
- นโยบายและมาตรการส่งเสริมสุขภาพของภาครัฐ อาทิ การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ
- นโยบายและมาตรการส่งเสริมการเรียนรู้และการศึกษา อาทิ การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพในสถานศึกษา
- การให้ข้อมูลข่าวสารโดยหน่วยงาน สื่อ และแหล่งความรู้

จากปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่าความรับผิดชอบในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ไม่เพียงแต่เป็นความรับผิดชอบเฉพาะส่วนตัวเท่านั้น แต่หน่วยงาน องค์กร ชุมชน สถาบันการศึกษาและภาครัฐก็ต้องมีบทบาทรับผิดชอบต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลด้วย สอดคล้องกับแนวคิด Health People 2030 ของสหรัฐอเมริกา ที่มีการขยายนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพไปสู่ระดับองค์กร คือ การเปิดโอกาสให้บุคคลค้นหา ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลของหน่วยงานหรือองค์กร เพื่อตัดสินใจกระทำการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่นได้อย่างเท่าเทียมเน้นย้ำว่าองค์กรต่าง ๆ ต้องมีความรับผิดชอบในการจัดการกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Office of Disease Prevention and Health Promotion, n.d.)



ภาพที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล
ที่มา : เมธชนนท์ ประจวบลาภ (2567)

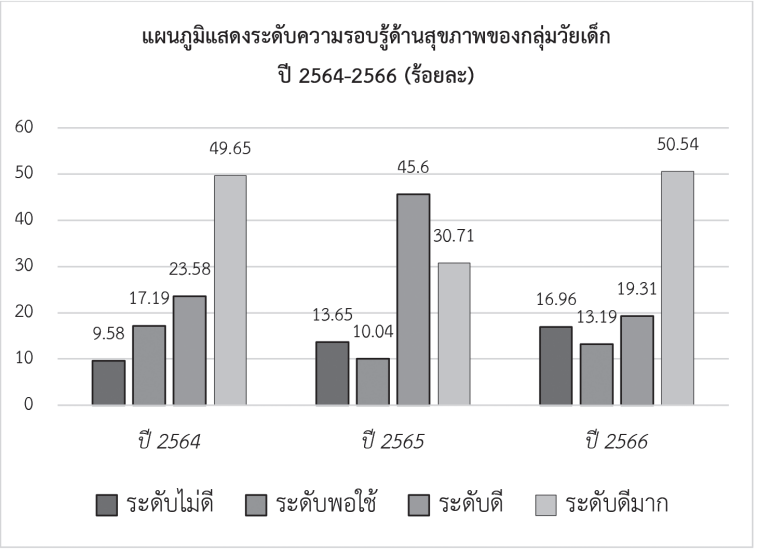
สรุปว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถทางการอ่าน เขียน ใช้เทคโนโลยี การศึกษา และการทำงาน ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม นโยบายและมาตรการของรัฐทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษา การเรียนรู้ และการให้ข้อมูลข่าวสาร

1.4 สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดย กองสุขศึกษา เป็นหน่วยงานสำคัญในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้เห็นถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพ

อันนำไปสู่การวางแผน วางแนวทาง หรือปรับปรุงกลวิธีต่าง ๆ ในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรให้สูงขึ้น ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลประโยชน์ต่อตนเอง ชุมชน สังคม และประเทศ ตามที่นำเสนอไว้ในข้อ 1.2 เกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ สำหรับเกณฑ์การประเมินและวิธีการประเมิน ได้นำเสนอไว้ในหัวข้อถัดไปที่ 2.2

อย่างไรก็ตามในหัวข้อ 1.4 ผู้เขียนประสงค์นำเสนอสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มวัยเด็กและวัยเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ เพื่อให้เห็นสถานการณ์ด้านสุขภาพโดยสังเขปย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (กองสุขศึกษา, 2564; กองสุขศึกษา, 2565; และกองสุขศึกษา, 2566) ดังนี้



แผนภูมิแสดงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยเด็ก (อายุระหว่าง 6-14 ปี) ระหว่างปีงบประมาณ 2564-2566 อธิบายได้ดังนี้

• *ปี 2564* กลุ่มเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 49.65, ระดับดี ร้อยละ 23.58, ระดับพอใช้ ร้อยละ 17.19, และระดับไม่ดี ร้อยละ 9.58

• *ปี 2565* กลุ่มเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 30.71, ระดับดี ร้อยละ 45.60, ระดับพอใช้ ร้อยละ 10.04, ระดับไม่ดี ร้อยละ 13.65

• *ปี 2566* กลุ่มเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.54, ระดับดี ร้อยละ 19.31, ระดับพอใช้ ร้อยละ 13.19, ระดับไม่ดี ร้อยละ 16.96

โดยกองสุขศึกษา อธิบายไว้ว่า บุคคลที่มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีนั้น ควรต้องมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ขึ้นไป แต่ข้อเท็จจริง พบว่า ในปี 2564 มีกลุ่มเด็กที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 9.58 ซึ่งเพิ่มขึ้นในปี 2565 เป็นร้อยละ 13.65 และในปี 2566 เพิ่มเป็นร้อยละ 16.96 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มเด็กที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่ไม่ดี มีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลโดยตรงกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเอง

จากสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่าจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานทุกภาคส่วน อาทิ สถานศึกษาทั้งในระบบโรงเรียนและการศึกษานอกระบบ หน่วยงานสาธารณสุข องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคประชาสังคมที่ทำงานด้านสุขภาพและครอบครัว

ต้องร่วมมือส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเด็กให้สูงขึ้น โดยเฉพาะการศึกษาขั้นพื้นฐาน (Basic Education) ซึ่งทำหน้าที่ให้ความรู้พื้นฐานทุกด้านแก่เด็กวัยรุ่นวัยเรียน ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มเด็กด้วย เนื่องจากช่วงที่ผ่านมา สถานศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสนใจกับการจัดการเรียนการสอนทางวิชาการตามหลักสูตรเพียงอย่างเดียว ขาดกลไกการจัดการเรียนรู้ทักษะอาชีพ ทักษะชีวิต และทักษะทางสังคมอื่นที่ต้องใช้รูปแบบการศึกษาประเภทต่าง ๆ เข้ามาผสมผสานด้วย (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2564) หากปล่อยให้กลุ่มเด็กที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปราศจากกลวิธีแก้ไขและบรรเทาปัญหา นั่นหมายถึงความสูญเสียทางทรัพยากรมนุษย์ เศรษฐกิจและสังคมของประเทศในอนาคตต่อไป

2. องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบหลักที่แสดงคุณลักษณะสำคัญหรือสิ่งบ่งชี้ของบุคคลที่ควรได้รับการพัฒนาหรือยกระดับให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและเท่าทันปัญหาทางสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลมีศักยภาพจัดการพฤติกรรมด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง ในเรื่องที่ 2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้เขียนนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับองค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งนำเสนอความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศเป็นกรณีศึกษาด้วย

2.1 องค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

บริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข โดย กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้สังเคราะห์องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 6 องค์ประกอบหลัก (กองสุขศึกษา, 2559) ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access Skill) คือ การใช้ความสามารถเลือกรับแหล่งข้อมูล รู้วิธีการสำหรับค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อความน่าเชื่อถือ

องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Skill) คือ ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถอธิบาย วิเคราะห์ และเปรียบเทียบเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) คือ ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management Skill) คือ ความสามารถกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) คือ ความสามารถกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการปฏิบัติภายใต้การใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสีย สำหรับการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy Skill) คือ ความสามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำเสนอบนสื่อต่าง ๆ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความบนสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

ในแต่ละองค์ประกอบ ทั้ง 6 ด้าน มีคุณลักษณะสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการมีความรู้และทักษะในองค์ประกอบต่าง ๆ ซึ่งผู้เขียนปรับของกองสุขศึกษา (2559) ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมปัจจุบัน ดังนี้

ตารางที่ 1 คุณลักษณะสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบ	คุณลักษณะ
องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	- เลือกแหล่งค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ - รู้วิธีการค้นหาและใช้อุปกรณ์ค้นหาข้อมูลสุขภาพได้ - ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้
องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ	- มีความรู้และจำเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพได้ - อธิบายความเข้าใจของข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้ - เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสาร	- สื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องได้ด้วยการพูด อ่าน หรือเขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจ - โน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ

องค์ประกอบ	คุณลักษณะ
องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง	- กำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี - ปฏิบัติตามแผนที่ตนเองกำหนดไว้เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี - ทบทวน/ปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเผชิญอุปสรรค
องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ	- เลือก/ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงวิธีการ พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อดีหรือข้อเสีย แต่ละวิธีเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี - แสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบทางสุขภาพน้อยต่อตนเองและผู้อื่น
องค์ประกอบที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	- ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอ - เปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากสื่อที่ไม่น่าเชื่อถือหรือบิดเบือนข้อมูลด้านสุขภาพ - ประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับคนรอบข้าง ครอบครัว ชุมชน หรือสังคม

นอกจากองค์ประกอบและคุณลักษณะสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังมีการจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็นระดับ 3 ระดับ เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น (กองสุขศึกษา, 2563) สรุปได้ดังนี้

ระดับขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy)

เป็นทักษะขั้นพื้นฐานของบุคคลด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน ที่จำเป็นต่อการทำความเข้าใจและดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การฟังคำแนะนำ

ทางสุขภาพ การสื่อสาร/สอบถามข้อมูลสุขภาพ การอ่านข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการให้ข้อมูลด้านสุขภาพของตนเองด้วยการเขียน

ผู้เขียนเห็นว่าทักษะระดับขั้นพื้นฐานมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับบุคคลต่อดำรงชีวิตประจำวัน ตลอดจนการดูแลและจัดการด้านสุขภาพ เพราะหากบุคคลไม่มีความสามารถด้านฟัง พูด อ่าน และเขียน ย่อมส่งผลต่อความลำบากในการรับรู้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ หรือสอบถามต่อบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีข้อสงสัย/ปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้น ดังนั้น ครอบครัว ชุมชนและสถานศึกษา จึงควรต้องส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียน ให้บุคคลมีความสามารถอย่างเพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)

เป็นทักษะขั้นพื้นฐานประกอบกับทักษะทางพุทธิปัญญา หรือความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) รวมถึงทักษะทางสังคม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ผู้เขียนขออธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับทักษะระดับปฏิสัมพันธ์ให้เห็นภาพชัดเจนขึ้นทักษะระดับนี้เป็นระดับที่สูงขึ้นจากขั้นพื้นฐาน ไม่ใช่เพียงแค่มีทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียนได้ แต่รวมถึงความสามารถในการเรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพด้วย

ระดับวิจารณญาณ (Critical Health Literacy)

เป็นทักษะทางปัญญา (Cognitive) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่สูงขึ้น คือ นอกจากมีความรู้ความเข้าใจแล้ว ในขั้นนี้ยังสามารถเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นนี้ เน้นการกระทำของตัวบุคคล

รวมทั้งการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมกับการเมืองไปพร้อมกัน เป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

สรุปว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ซึ่งบุคคลควรได้รับการพัฒนา ส่งเสริมและยกระดับให้มีทักษะและความสามารถที่สูงขึ้น ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับขั้นพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณญาณ

2.2 เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในบริบทประเทศไทย ได้มีการพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2556-2559 (อังศินันท์ อินทรกำแหง และศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, 2566) ได้แก่

1) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่สาม

2) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. (อารมณ์/อาหาร/ออกกำลังกาย/สุรา/สูบบุหรี่)

3) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

4) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี

5) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติสำหรับเด็กอายุ 7-14 ปี

6) แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

7) แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทยฉบับทั่วไป

ในตอนที่ 2.2 นี้ ขอยกตัวอย่างแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ พัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อเก็บข้อมูลความสามารถ ทักษะ และการปฏิบัติต้นด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้นที่อยู่ในโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติ เครื่องมือประกอบด้วย 3 ตอน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบ จำนวน 4 ข้อ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ และ 3) พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ จำนวน 15 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เช่น โรงเรียน หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เพศ อายุ ระดับการศึกษา และผลการเรียนในภาคการศึกษาก่อนหน้า

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

❑ ชื่อโรงเรียน.....

❑ ชื่อหมู่บ้าน..... ❑ ชื่อตำบล.....

❑ ชื่ออำเภอ..... ❑ ชื่อจังหวัด.....

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ❑ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของนักเรียน

๑. เพศ ❑ ๑.ชาย ❑ ๒. หญิง

๒. ปัจจุบันนักเรียนอายุ.....ปี

๓. นักเรียนกำลังศึกษาชั้น ❑ ๑.ประถมศึกษาปีที่ ๑-๓ ❑ ๒. ประถมศึกษาปีที่ ๔-๖ ❑ ๓. มัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓

๔. เกรดเฉลี่ย.....(เทอมที่แล้วของนักเรียน)

ภาพที่ 3 ตัวอย่างแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตอนที่ 1
ที่มา : กองสุขศึกษา (2563)

ตอนที่ 2 เป็นแบบประเมินตนเอง 5 ระดับแบบ Likert Scale ประกอบด้วยชุดคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

ตอนที่ ๒ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงใน ❑ ที่ตรงกับความเป็นจริงของนักเรียน

ข้อคำถามประเมินจากการรับรู้ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับความเป็นจริงตรงกับท่าน				
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	น้อยที่สุด (๑)
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
๑. นักเรียนสามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพของนักเรียน					
๒. นักเรียนสามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาที่ท่านและคนในครอบครัวนักเรียนเป็นอยู่					
๓. นักเรียนมั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่ท่านเลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของนักเรียน					
๔. นักเรียนตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ					
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ					
๕. นักเรียนสามารถกรอกข้อมูลด้านสุขภาพถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้					
๖. นักเรียนรู้และเข้าใจคำอธิบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค อาการหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพได้					
๗. นักเรียนอ่านด้วยความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเอกสารหรือแผ่นพับ โปสเตอร์ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคได้					
๘. นักเรียนอ่านและเข้าใจในผลการตรวจสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI), ระดับความดันโลหิต (HT), ระดับน้ำตาลในเลือด (DM) เป็นต้น					

ภาพที่ 4 ตัวอย่างแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตอนที่ 2
ที่มา : กองสุขศึกษา (2563)

ตอนที่ 3 เป็นแบบประเมินตนเอง 5 ระดับแบบ Likert Scale ประกอบด้วยชุดคำถามที่เกี่ยวข้องกับสุขบัญญัติแห่งชาติ อาทิ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การดื่มสุราและสูบบุหรี่ เป็นต้น

ตอนที่ ๓ พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ

โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงใน ❑ ที่ตรงกับการปฏิบัติของนักเรียนในรอบ ๖ เดือนที่ผ่านมา

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์				
	๖-๗ วัน (๕)	๔-๕ วัน (๔)	๓ วัน (๓)	๑-๒ วัน (๒)	ไม่ปฏิบัติ (๑)
๑.นักเรียนดูแลความสะอาดครบทุกส่วนทั่วร่างกายของตนเอง					
๒.นักเรียนรับประทานอาหารอีก หลังจากที่แปรงฟันก่อนนอนแล้ว และไม่ได้แปรงฟันอีกครั้ง					
๓.นักเรียนล้างมือหลังจากเข้าห้องน้ำห้องส้วม					
๔.นักเรียนกินอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลหรือน้ำอัดลม					
๕.นักเรียนกินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด กะทิ เนื้อติดมัน มีไขมันผสม เป็นต้น					
๖.นักเรียนกินอาหารเค็มหรือขนมกรุบกรอบ					
๗.นักเรียนกินผักและผลไม้สดอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม					
๘.นักเรียนดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่สูบบุหรี่					
๙.นักเรียนทำกิจกรรมพร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันในครอบครัวอย่างใกล้ชิด เช่น ทำงานบ้าน กินข้าว ไปเที่ยว เล่นเกม เป็นต้น					

ภาพที่ 5 ตัวอย่างแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพตอนที่ 3
ที่มา : กองสุขศึกษา (2563)

***หมายเหตุ: ผู้สนใจศึกษาหรือสนใจใช้แบบประเมินสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ https://hed.go.th/tool-hlhb/*

สำหรับการประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ กองสุขศึกษา ได้กำหนดเกณฑ์และการแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ดี พอใช้ ดี และดีมาก ดังนี้

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินและการแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คะแนนรวมที่ได้	ระดับ	แปลผล
น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม	ไม่ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
มากกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 60 ถึง น้อยกว่า ร้อยละ 69	พอใช้	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อย อาจจะมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้บ้าง
มากกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 70 ถึง ร้อยละ 79	ดี	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ มีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง
เท่ากับ/มากกว่า ร้อยละ 80	ดีมาก	เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมาก มีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องอย่างเชี่ยวชาญ

นอกจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพข้างต้นแล้ว ยังมีแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งมีผู้เขียนได้พัฒนาไว้เมื่อครั้งทำวิจัย คือ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบของเด็กและเยาวชนในระบบการศึกษาและการศึกษานอกระบบ มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม 5 ระดับแบบ Likert Scale เครื่องมือได้รับการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .946 โครงสร้างของแบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมิน ข้อคำถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ตามองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน และข้อคำถามปลายเปิดอื่น ๆ

(เมธชนนท์ ประจวบลาภ, ชนกนารถ บุญวัฒนะกุล, เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข และฐาณิษา สุขเกษม, 2566) รายละเอียดปรากฏในภาคผนวกบทที่ 4

2.3 องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรรมและเอกสารรายงานขององค์กรด้านสุขภาพในต่างประเทศ ส่วนใหญ่นิยามความหมายและกำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างจากประเทศไทย เพียงแต่มีความแตกต่างในรายละเอียดและจำนวนองค์ประกอบ นำเสนอ 2 ประเทศ/กลุ่มประเทศ ดังนี้

2.3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของสหภาพยุโรป (EU)

Elizabeth Ahmann, Sherry Leikin, Katherine Smith, Laurie Ellington, & Rebecca Pille (2020) สังเคราะห์เอกสารไว้ในบทความวิชาการ เรื่อง การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับการฝึกอบรมด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยสมาคมโครงการความรอบรู้ด้านสุขภาพแห่งสหภาพยุโรป (Consortium Health Literacy Project European) นำเสนอความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการสังเคราะห์ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลจำนวน 17 แห่ง ไว้ว่า เป็นความรู้ แรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน รวมถึงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

นอกจากนี้ สมาคมโครงการความรอบรู้ด้านสุขภาพแห่งสหภาพยุโรป ยังสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 12 รูปแบบ และพัฒนากรอบความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นใหม่ เป็น “ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงบูรณาการ” ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

การเข้าถึง (Accessing) เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

การเข้าใจ (Understanding) เป็นความสามารถของบุคคลต่อการทำความเข้าใจความหมายของข้อมูลทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

การประเมิน (Appraising) เป็นความสามารถของบุคคลต่อการตีความและประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

การประยุกต์ใช้ (Applying) เป็นความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

Elizabeth Ahmann, Sherry Leikin, Katherine Smith, Laurie Ellington, & Rebecca Pille (2020) มองว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคคล เป็นผลมาจากการความสามารถส่วนบุคคลต่อการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีและสุขภาพที่ดี จากทรรศนะข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพหรือส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง เหมาะสม และเพียงพอจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรงมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นด้วย

2.3.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา

ศูนย์ยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพของสหรัฐอเมริกา เผยแพร่เอกสาร Health Literacy Fact Sheets เดือนมีนาคม 2567 อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นระดับความสามารถส่วนบุคคลในการค้นหา เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และตัดสินใจจัดการสุขภาพของตนเองและผู้อื่น (Center for Health Care Strategies, 2024)

เมื่อวิเคราะห์คำอธิบายข้างต้น แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ประกอบด้วย

1) การค้นหาข้อมูล (Find)

2) การทำความเข้าใจ (Understand)

3) การเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ (Use)

4) ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (Decisions and Actions)

อย่างไรก็ตามเอกสารดังกล่าว ไม่ได้อธิบายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทของสหรัฐอเมริกาอย่างชัดเจน ผู้เขียนจึงทำการสืบค้นข้อมูลรายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกาด้วยผลการประเมินการรู้หนังสือปี 2003 พบว่าสหรัฐอเมริกาทำการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรด้วยการแบ่งตามระดับทักษะการรู้หนังสือ (Literacy) 4 ระดับ (U.S. Department of Education, 2006) สรุปได้

ระดับต่ำกว่าพื้นฐาน (Below Basic) คือ ระดับของทักษะของบุคคลที่มีความลำบากในการอ่านออกเขียนได้

ระดับพื้นฐาน (Basic) คือ ระดับทักษะของบุคคลที่อ่านออกเขียนได้ในการดำเนินชีวิตและกิจกรรมประจำวัน

ระดับกลาง (Intermediate) คือ ระดับทักษะของบุคคลที่อ่านออกเขียนได้ในระดับที่มีความท้าทายมากขึ้น เช่น สรุปความได้ แปลความได้ในระดับที่ซับซ้อน

ระดับเชี่ยวชาญ (Proficient) คือ ระดับทักษะของบุคคลที่อ่านออกเขียนได้ในระดับที่สามารถบูรณาการ วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้

ผู้เขียนทำการเปรียบเทียบองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย สหภาพยุโรป และสหรัฐอเมริกา เพื่อให้เห็นความคล้ายคลึงและความแตกต่างบางประการขององค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ไทย	สหภาพยุโรป	สหรัฐอเมริกา
องค์ประกอบที่ 1 เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	**องค์ประกอบที่ 1** การเข้าถึง (Accessing)	**องค์ประกอบที่ 1** ค้นหาข้อมูล (Find)
องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ	**องค์ประกอบที่ 2** การเข้าใจ (Understanding)	**องค์ประกอบที่ 2** ทำความเข้าใจ (Understand)
องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสาร	**องค์ประกอบที่ 3** การประเมิน (Appraising)	**องค์ประกอบที่ 3** เลือกใช้ข้อมูล (Use)
องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง	**องค์ประกอบที่ 4** การประยุกต์ใช้ (Applying)	**องค์ประกอบที่ 4** ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (Decisions and Actions)
องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ	-	-
องค์ประกอบที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	-	-

จากตารางที่ 2 เห็นได้ว่า องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทประเทศไทย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ซึ่งมีจำนวนมากกว่าองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทของสหภาพยุโรปและสหรัฐอเมริกา โดยองค์ประกอบที่แตกต่างไปนั้น คือ ทักษะการสื่อสารและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ผู้เขียนเห็นว่าเป็นการเพิ่มองค์ประกอบของ

การประเมินให้สอดคล้องกับสภาพสังคม และประชากรในประเทศ เช่น ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับปัญหาข่าวสารสุขภาพปลอม เท็จและบิดเบือนในประเทศไทย อาทิ โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ข่าวสารของอุตสาหกรรมยาสูบที่กล่าวอ้างว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยไร้นิโคติน เป็นต้น

3. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ในเรื่องที่ 3 จะกล่าวถึงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบเฉพาะประเด็นการบริโภคบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และสุรา เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่นำเสนอในบทที่ 2 และ 3 พร้อมทั้งนำเสนอกรณีตัวอย่างการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจากงานวิจัยของผู้เขียน

3.1 แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ

ตามที่ได้อธิบายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ผู้เขียนขอนำเสนอแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน ในประเด็น/เนื้อหาสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และสุรา จากประสบการณ์การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับเยาวชนในระบบและนอกระบบและการศึกษาวิจัย จำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

ตารางที่ 4 แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน

องค์ประกอบ	แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เป้าหมายสำคัญ
1. เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	1) ส่งเสริมการเรียนรู้ให้รู้จักช่องทางต่าง ๆ ที่นำเสนอข้อมูลข่าวสารเรื่องโทษ พิษภัย อันตรายจากบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และสุรา จากหน่วยงานที่มีความน่าเชื่อถือ 2) ส่งเสริมการเรียนรู้วิธีการสืบค้นข้อมูลข่าวสารเรื่องบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และสุรา จากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ 3) ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ	ให้เด็กและเยาวชน รู้จักช่องทางสืบค้นข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือและรู้วิธีค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
2. ความรู้ความเข้าใจ	1) จัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ที่ทำลายสุขภาพ คือ บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และสุรา เกี่ยวกับโทษ ผลกระทบ และอันตรายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ 2) จัดทำแหล่งเรียนรู้ หรือ สื่อการเรียนรู้และสื่อสังคมออนไลน์ ให้ความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และสุรา เช่น โปสเตอร์ เว็บไซต์ เฟสบุ๊ค ติ๊กต๊อก	ให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ความเข้าใจ และอธิบายข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้าและสุราได้

องค์ประกอบ	แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เป้าหมายสำคัญ
	3) สอดแทรกเนื้อหาความรู้และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโทษ พิษภัย และอันตรายจากการใช้บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และสุรา	
3. ทักษะการสื่อสาร	1) จัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ส่งเสริมทักษะการสื่อสาร คือ การรู้หนังสือขั้นพื้นฐาน เช่น ฟัง พูด อ่าน เขียน 2) จัดกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการสื่อสาร เช่น การพูดโน้มน้าวใจ การซักถามข้อมูลสุขภาพจากผู้รู้/หน่วยงานต่าง ๆ	ให้เด็กและเยาวชนมีทักษะการสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน และการโน้มน้าวใจให้บุคคลอื่นเข้าใจด้านสุขภาพ
4. ทักษะการจัดการตนเอง	1) จัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ หรือ จัดทำแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ หรือวางแผนป้องกัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองจากบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า หรือสุรา 2) จัดบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง หรือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด ละ เลิก บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และสุรา	ให้เด็กและเยาวชนมีความสามารถกำหนดแนวทางดูแลสุขภาพตนเอง หรือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากผลิตภัณฑ์ที่มีผลกระทบทางสุขภาพ

องค์ประกอบ	แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ	เป้าหมายสำคัญ
5. ทักษะการตัดสินใจ	1) จัดกิจกรรมฝึกคิดวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสีย และสืบค้นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลโทษพิษภัยของบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และสุรา 2) จัดแหล่งเรียนรู้ในสถานศึกษาหรือชุมชนที่นำเสนอเนื้อหาด้านผลกระทบทางสุขภาพจากบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้าและสุรา เพื่อให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงข้อมูลประกอบการตัดสินใจ	ให้เด็กและเยาวชนมีความตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นเหตุเป็นผลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง
6. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	1) ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถด้านการวิเคราะห์สื่อและเปรียบเทียบสื่อต่าง ๆ 2) จัดทำสื่อที่นำเสนอความจริงตอบโต้สื่อปลอม และเผยแพร่ผ่านช่องทางต่าง ๆ	ให้เด็กและเยาวชนวิเคราะห์และเปรียบเทียบสื่อต่าง ๆ ที่นำเสนอได้อย่างรู้เท่าทันโดยเฉพาะสื่อปลอม เท็จ บิดเบือนเนื้อหาทางสุขภาพ

กิจกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนในเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และสุรา ตามตารางข้างต้นเป็นเพียงแนวทาง/วิธีการที่ผู้เขียนเสนอแนะจากประสบการณ์การทำงานขับเคลื่อนด้านสุขภาพและเป็นผู้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ หากนำไปใช้จัดกิจกรรมให้เด็กและเยาวชนในพื้นที่จริง ควรต้องปรับให้สอดคล้องกับคุณลักษณะของผู้เรียน เช่น อายุ ระดับการศึกษา ลีลาการเรียนรู้และ

ธรรมชาติของผู้เรียน และสอดคล้องกับลักษณะทางกายภาพ เช่น พื้นที่ในเมือง ชนบท ชายแดน เป็นต้น เพื่อให้การส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดประโยชน์แก่กลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

3.2 กรณีตัวอย่างการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้เขียนขอนำเสนอกรณีตัวอย่าง “รูปแบบการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย” ซึ่งเป็นตัวอย่างกิจกรรมที่ผู้เขียนพัฒนาขึ้นจากงานวิจัย มีเป้าหมายให้สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย นำรูปแบบไปใช้เป็นเครื่องมือส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน (เมธชนนท์ ประจวบลาภ และ ภัทรา วยาจุต, 2567) ดังนี้

กรณีตัวอย่างกิจกรรม: รูปแบบการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย

หลักการสำคัญของรูปแบบ

ภาพรวม เด็กและเยาวชนกลุ่มเป้าหมายของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 14-20 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพ หรือเทียบเท่า เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่บางส่วนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ควรได้รับการพัฒนา คือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ไฟฟ้า และสูบบุหรี่ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

จากทางสื่อสังคมออนไลน์เป็นหลัก มีความสนใจเนื้อหาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและการตัดสินใจนำไปประยุกต์ใช้ลีลาการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายชอบการคิดและลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง (ลีลาการเรียนรู้แบบอิสระ) แต่ยังคงต้องการให้ครูผู้สอนชี้แนะ/ให้คำแนะนำ (ลีลาการเรียนรู้แบบพึ่งพา) และทำกิจกรรมร่วมกัน หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทัศนคติ กับผู้อื่น (ลีลาการเรียนรู้แบบความร่วมมือ) สำหรับสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายต้องการสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ สื่อเพื่อการเรียนรู้ และแหล่งวิทยาการการเรียนรู้

ฉะนั้น รูปแบบการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย จึงถูกออกแบบให้มีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยแนวคิด วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการเรียนรู้ สื่อและสิ่งอำนวยความสะดวก

องค์ประกอบที่ 1 แนวคิดการจัดการศึกษาตามอัธยาศัย

สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย จัดการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน ช่วยเติมเต็มการจัดการศึกษาในระบบและการศึกษานอกระบบให้เกิดการศึกษาตลอดชีวิตอย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการดำเนินกิจกรรมที่มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ รวมถึงพัฒนาหรือจัดหาสื่อประเภทต่าง ๆ เป็นเครื่องมือช่วยให้เด็กและเยาวชนเกิดการเรียนรู้ สามารถนำความรู้ความเข้าใจ ไปคิดวิเคราะห์ ตระหนักและตัดสินใจ

เลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยที่จัดขึ้นมีความยืดหยุ่น คำนึงถึงลีลาหรือแบบแผนการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงนำแนวคิด ปรัชญา หรือทฤษฎีการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับลีลาการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชนกลุ่มเป้าหมายมาประยุกต์ ได้แก่

1. ปรัชญาคิดเป็น (Khit-Pen) : เป็นปรัชญทางการศึกษาที่มีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนต้องการมีความสุข ซึ่งความสุขเกิดจากการแก้ปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ได้ด้วยการคิดอย่างรอบด้าน อย่างน้อย 3 ด้าน คือ ข้อมูลทางวิชาการ ข้อมูลทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง

2. ทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มมนุษยนิยมของโรเจอร์ (Rogers) : ทฤษฎีการเรียนรู้ของโรเจอร์มีความเชื่อพื้นฐานว่า มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองได้ดีหากอยู่ในสภาพที่ไม่เคร่งครัดและมีอิสระ โดยจัดสภาพบรรยากาศการเรียนที่เป็นกันเอง ผ่อนคลาย เอื้อต่อการเรียนรู้ เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ผู้สอนชี้แนะมากกว่าสั่งสอน และทำหน้าที่อำนวยความสะดวกต่อการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและยกระดับความรู้ความเข้าใจของเด็กและเยาวชนเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โทษ และ ผลกระทบ ได้แก่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ให้สามารถนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับจาการถ่ายทอด ไปคิด วิเคราะห์และเลือกตัดสินใจไปประยุกต์ในชีวิตประจำวันของตนเอง ซึ่งมีเป้าหมายให้มีระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น

2. เพื่อพัฒนาและส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โทษ และผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ไปวิเคราะห์เปรียบเทียบ ทบทวน และใช้วางแผนการจัดการสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีและส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น

องค์ประกอบที่ 3 เนื้อหาสาระ

1. เนื้อหาเชิงทักษะ : เป็นส่วนที่ต้องการพัฒนาหรือยกระดับให้เด็กและเยาวชนมีขีดความสามารถทางสติปัญญา ทำความเข้าใจ คิด วิเคราะห์ ประเมินคุณค่า และตัดสินใจยอมรับ จนสามารถนำเอาความรู้ไปกำหนดแนวทาง วางแผนการจัดการสุขภาพของตนเอง เพื่อตัดสินใจประยุกต์ใช้หรือตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง อันนำไปสู่การพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สูงขึ้น

2. เนื้อหาเชิงความรู้: เป็นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริงทางสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อหักล้างข้อมูลสุขภาพลวง เท็จ บิดเบือน (Fake News) ที่ปรากฏอยู่ในสังคมและสังคมออนไลน์ รวมถึงความอันตราย โทษ หรือผลกระทบทางสุขภาพต่อตนเอง คนรอบข้าง ชุมชน และสังคมในมิติต่าง ๆ จากการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือ บุหรี่ไฟฟ้า

องค์ประกอบที่ 4 กิจกรรมการเรียนรู้

คุณลักษณะของการศึกษาตามอัธยาศัยประการหนึ่ง คือ การไม่มีวิธีการเรียนรู้ที่แน่นอน กิจกรรมการเรียนรู้ไม่มีแบบแผนหรือข้อกำหนดชัดเจน กิจกรรมการเรียนรู้จึงควรเป็นไปตามธรรมชาติ

ที่สอดคล้องกับเด็กและเยาวชน ในองค์ประกอบที่ 4 จึงกำหนดรูปกิจกรรมการเรียนรู้ ตามวัตถุประสงค์ สำหรับนำไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของการจัดกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัยในแต่ละครั้ง

กิจกรรมตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 มีรูปแบบให้กลุ่มเป้าหมายเรียนรู้และทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารหรือเนื้อหาสาระด้วยตนเอง สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกเนื้อหาสาระอย่างรอบด้าน ประกอบด้วย ข้อมูลทางวิชาการ ข้อมูลทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายนำไปเป็นทรัพยากรการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยประยุกต์ใช้ปรัชญาคิดเป็นในการดำเนินกิจกรรม 4 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1

ผู้จัดการศึกษา ให้เด็กและเยาวชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ กำหนดเป้าหมายการเข้าร่วมกิจกรรมของตนเองว่าต้องการความรู้อะไร อย่างไร

ขั้นที่ 2

ผู้จัดการศึกษา สนับสนุน อำนวยความสะดวก หรือถ่ายทอดเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โทษ หรือผลกระทบต่อตนเอง สังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงข้อมูลทางวิชาการให้กลุ่มเป้าหมายทำความเข้าใจและเรียนรู้จากข้อมูลอย่างรอบด้าน

ขั้นที่ 3

ให้กลุ่มเป้าหมายคิด วิเคราะห์และประเมินคุณค่าจากข้อมูลที่ได้รับ พร้อมทั้งให้กลุ่มเป้าหมายสรุปผลว่าตนเองจะนำข้อมูลความรู้ที่ได้รับไปใช้อย่างไร

ขั้นที่ 4

ผู้จัดการศึกษา ให้กลุ่มเป้าหมายประเมินตนเอง ว่าจากเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ในขั้นแรกนั้น บรรลุผลตามความต้องการหรือไม่อย่างไร

กิจกรรมตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 มีรูปแบบการเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือบุคคล (Case Study) ด้วยการเสวนาแลกเปลี่ยนร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับการถ่ายทอด มาประเมินคุณค่า ทบทวน วางแผนการจัดการสุขภาพของตนเอง และตัดสินใจประยุกต์ในชีวิตประจำวัน โดยการจัดเสวนาแลกเปลี่ยน ผู้จัดควรเชิญผู้เชี่ยวชาญในเนื้อหาหรือเด็กและเยาวชนที่เคยได้รับผลกระทบทางสุขภาพ มาทำ หน้าที่เป็นสื่อบุคคล ถ่ายทอดประสบการณ์ต่าง ๆ แก่กลุ่มเป้าหมาย และเปิดโอกาส ให้กลุ่มเป้าหมายมีโอกาสซักถามเกี่ยวกับผลกระทบ แนวทางการแก้ไข หรือการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ ผู้จัดควรสร้างสภาพบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย เป็นอิสระ มีความยืดหยุ่น ตามทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มมนุษยนิยมของโรเจอร์ (Rogers) ซึ่งจะช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

องค์ประกอบที่ 5 สื่อและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการเรียนรู้

การใช้สื่อเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถเลือกใช้สื่อใด สื่อหนึ่ง หรือผสมผสานหลายสื่อเข้าด้วยกันก็ได้ อาทิ

(1) สื่อสังคมออนไลน์เช่น Facebook, X (twitter), Instagram, Tik Tok, Metaverse.

(2) สื่อบุคคล เช่น การใช้ผู้ที่มีอิทธิพลทางความคิด (เน็ตไอดอล), แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุขที่มีความน่าเชื่อถือ และ

(3) สื่อภาพเคลื่อนไหว เช่น Viral Clip

องค์ประกอบที่ 6 การประเมิน

ภายหลังการจัดกิจกรรม ผู้จัดควรเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมประเมินการเรียนรู้ของตนเอง ว่าตนเองมีความรู้เพิ่มมากขึ้นหรือไม่ อาจใช้วิธีประเมินอย่างง่ายด้วยการประเมินตนเอง เช่น การสะท้อนการเรียนรู้ผ่านกระดาษ การตอบคำถาม หรือการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม

บทวิเคราะห์ตัวอย่างกิจกรรม เห็นได้ว่ากิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทยข้างต้น เป็นการพัฒนารูปแบบกิจกรรมบนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า และการดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงนำข้อมูลเรื่องลีลาการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย (Learning Styles) และความต้องการการใช้สื่อของเด็กและเยาวชนมากำหนดเป็นเป้าหมายและออกแบบการจัดกิจกรรมการศึกษาตามอัธยาศัย ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กและเยาวชน ตลอดจนเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนมีส่วนร่วมประเมินการเรียนรู้ของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้กิจกรรมการเรียนรู้มีความน่าสนใจ เพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้อันส่งผลต่อการเพิ่มสมรรถนะความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดีต่อไป

สรุปสาระสำคัญ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ ต่อการจัดการตนเองในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนควรได้รับการพัฒนาและยกระดับให้สูงขึ้น หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลมีองค์ความรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอต่อการนำไปตัดสินใจเลือกปฏิบัติและจัดการด้านสุขภาพของตนเอง นำไปสู่พฤติกรรมทางสุขภาพทางบวกและมีสุขภาพที่ดีขึ้น เมื่อบุคคลมีสุขภาพดี แข็งแรง ไม่เจ็บไม่ป่วยจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ตนเองควบคุมได้ ย่อมเป็นประโยชน์ต่อตนเองคือ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล ไม่ต้องหยุดทำงาน หยุดเรียนเพื่อไปรักษาพยาบาล อีกทั้งเป็นประโยชน์ต่อสังคม คือ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายจากรัฐบาล และภาระการทำงานของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันกลุ่มเด็กและเยาวชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่ไม่เหมาะสมมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้น และอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ดี อาทิ การสูบบุหรี่ สูบบุหรี่ไฟฟ้า ดื่มแอลกอฮอล์ และบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ดังนั้น ทุกภาคส่วนจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนรู้เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม รวมทั้งต้องส่งเสริมการเรียนรู้ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายด้วย

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา. (2559). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน.* กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กองสุขศึกษา. (2563). *เครื่องมือและโปรแกรมการประเมิน HL และ HB*. https://hed.go.th/tool-hlhb/

กองสุขศึกษา. (2563). *รวมเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน.* กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กองสุขศึกษา. (2564). *สรุปผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (วัยทำงานและวัยเรียน) ในพื้นที่ดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (ฉบับย่อ).* https://hed.go.th/wp-content/uploads/2024/06/รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ-ปี-2564.pdf

กองสุขศึกษา. (2565). *คู่มือแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ.* กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กองสุขศึกษา. (2565). *สรุปผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2566.* https://hed.go.th/wp-content/uploads/2024/06/รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ-ปี-2565.pdf

กองสุขศึกษา. (2566). *สรุปผลการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ. 2566.* https://hed.go.th/wp-content/uploads/2024/06/รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ-ปี-2566.pdf

เกศินี สราญฤทธิชัย. (2564). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้.* ขอนแก่นการพิมพ์.

ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(S), 1-11.

ทรรศนีย์ บุญมั่น. (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

เมธชนนท์ ประจวบลาภ และ ภัทรา วยาจุต. (2567). รูปแบบการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ,* 13(1), 92-109.

เมธชนนท์ ประจวบลาภ, ชนกนารถ บุญวัฒนะกุล, เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข และฐาณิษา สุขเกษม. (2566). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง แนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบของเด็กและเยาวชนในระบบการศึกษาและการศึกษานอกระบบ.* สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

เมธชนนท์ ประจวบลาภ. (2567). *รูปแบบการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ศรีสุดา บุญขยาย. (2562). *รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4.* https://hpc4.anamai.moph.go.th/th/cms-of-36/download/?did=207593&id=80115&reload=

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2564). *การติดตามและประเมินผลการจัดการศึกษาเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตของประเทศไทย.* พริกหวานกราฟฟิค.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). *แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565-2580).* สำนักงานฯ.

อังศินันท์ อินทรกำแหง และ ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์. (2566). การสื่อสารสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน อรวรรณ น้อยวัฒน์ (บก.), *เอกสารการสอนชุดวิชา 52313 สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ หน่วยที่ 8-15* (หน้า 9-1 – 9-91). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย.* http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf

อินทรา ทับคล้าย และคณะ. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญญบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ,* 17(2), 168-182.

Center for Health Care Strategies. (2024). *Health Literacy Fact Sheets What is Health Literacy ?.* https://www.chcs.org/media/Health-Literacy-Fact-Sheets_2024.pdf

Elizabeth Ahmann, Sherry Leikin, Katherine Smith, Laurie Ellington, & Rebecca Pille. (2020). Exploring Health Literacy and its Relationship to Health and Wellness Coaching. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring,* 18(2), 83-100.

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (n.d.). *Health Literacy in Healthy People 2030. Retrieved August 21, 2024,* https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health -literacy-healthy-people-2030

U.S. Department of Education. (2006). *The Health Literacy of America's Adults Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy.* https://nces.ed.gov/pubs2006/ 2006483.pdf

World Health Organization. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021.* WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence =1

ภาคผนวก

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบของเด็กและเยาวชน (ปรับปรุงจากงานวิจัยปี 2566 มุ่งเน้นไปที่บุหรี่ไฟฟ้า)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน

คำชี้แจงส่วนที่ 1 กรุณาใส่เครื่องหมาย X ลงใน ☐ หน้าตัวเลือก

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ LGBTQ
2. อายุ.....ปี (จำนวนปีเต็ม)
3. ระดับการศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ประถมศึกษา
4. พฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ☐ ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ☐ สูบบุหรี่ไฟฟ้า
5. สื่อที่ท่านเลือกใช้ค้นหา/เรียนรู้ข้อมูลสุขภาพมากที่สุด (เลือก 1 รายการ)
   ☐ สื่อสิ่งพิมพ์ ☐ สื่อเสียง (วิทยุ) ☐ สื่อเคลื่อนไหว (วีดีโอ/รายการทีวี)
   ☐ สื่อสังคมออนไลน์ ☐ สื่อบุคคล ☐ สื่อกิจกรรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

คำชี้แจงส่วนที่ 2 ข้อคำถามแต่ละข้อจะมี 5 ตัวเลือก ให้ท่านประเมินตนเองแล้วทำเครื่องหมาย ถูก (✓) ลงในตารางตัวเลือกที่ท่านคิดว่าตรงกับท่านมากที่สุด โดยที่

เลือก (5) หมายถึง ทำได้ง่ายมาก
เลือก (4) หมายถึง ทำได้ง่าย
เลือก (3) หมายถึง พอทำได้
เลือก (2) หมายถึง ทำได้ยาก
เลือก (1) หมายถึง ทำได้ยากมาก

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการด้านสุขภาพ						
ลำดับ	ข้อมูล	ระดับความสามารถของตนเอง				
		1	2	3	4	5
		ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยมากที่สุด
1.1	ฉันสามารถเข้าถึงข้อมูลและเลือกข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โทษ และผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้					
1.2	ฉันสามารถเลือกใช้สื่อหรือช่องทางต่าง ๆ ในการหาข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าได้ เช่น อินเทอร์เน็ต หนังสือ วิดีโอ สอบถามผู้รู้					
1.3	ฉันสามารถตรวจสอบข้อมูลจากสื่อ หรือช่องทางต่าง ๆ อย่างหลากหลาย เพื่อยืนยันความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า					
1.4	ฉันสามารถนำข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าไปใช้ในชีวิตประจำวันได้					

2. ความรู้ความเข้าใจ						
ลำดับ	ข้อมูล	ระดับความสามารถของตนเอง				
		1	2	3	4	5
		ต่ำที่สุด	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงที่สุด
2.1	ฉันสามารถทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างถูกต้อง จากการอ่าน ฟัง ดูข้อมูลจากสื่อและช่องทางต่าง ๆ ได้					
2.2	ฉันสามารถอธิบายเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าให้ผู้อื่นเข้าใจได้					
2.3	ฉันสามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า ที่ได้รับจากสื่อหรือช่องทางต่าง ๆ ได้					
2.4	ฉันสามารถนำความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าไปกำหนดแนวทางดูแลตนเองได้					

3. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ						
ลำดับ	ข้อมูล	ระดับความสามารถของตนเอง				
		1	2	3	4	5
		ไม่เคยเลย	น้อย	พอใช้	ดี	ดีมาก
3.1	เมื่อฉันเห็นข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งปรากฏบนสื่อ โฆษณา หรือช่องทางต่าง ๆ ฉันต้องตรวจสอบความน่าเชื่อถือ และความถูกต้องของข้อมูลก่อนเสมอ					
3.2	ฉันจะเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ที่ได้รับจากสื่อโฆษณา หรือ ช่องทางต่าง ๆ หลาย ๆ แห่ง เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพฉันเอง					
3.3	เมื่อฉันได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อ/ช่องทางต่าง ๆ ฉันสามารถประเมินความถูกต้องของข้อมูลได้					
3.4	ฉันสามารถแนะนำข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และผลกระทบ ให้กับคนในครอบครัว เพื่อนๆ ชุมชนและสังคมได้อย่างถูกต้อง					

4. ทักษะการจัดการตนเอง						
ลำดับ	ข้อมูล	ระดับความสามารถของตนเอง				
		1	2	3	4	5
		ไม่เห็นด้วย	ไม่	ไม่แน่ใจ	ใช่	เห็นด้วย
4.1	ฉันสามารถนำความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า มาใช้ในการกำหนดเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของตัวฉันเอง					
4.2	ฉันสามารถนำความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า มาใช้วางแผนเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของตนได้					
4.3	ฉันสามารถควบคุมตนเองไม่ให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า หรือ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าได้					
4.4	เมื่อไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายและแผนที่ฉันวางไว้ ฉันมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง					

5. ทักษะการตัดสินใจ						
ลำดับ	ข้อมูล	ระดับความสามารถของตนเอง				
		1	2	3	4	5
		ไม่เห็นด้วย	ไม่	เฉยๆ	ใช่	เห็นด้วย
5.1	ฉันสามารถกำหนดทางเลือกและวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงหลีกเลี่ยงผลกระทบที่เกิดจากบุหรี่ไฟฟ้า					
5.2	ฉันสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้สูบบุหรี่ไฟฟ้าได้					
5.3	เมื่อมีคนรอบข้างชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า ฉันสามารถปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงบุหรี่ไฟฟ้าได้					
5.4	ฉันสามารถตัดสินใจเลือกทางที่เหมาะสมเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้					

6. ทักษะการสื่อสาร						
ลำดับ	ข้อมูล	ระดับความสามารถของตนเอง				
		1	2	3	4	5
		ต้องปรับปรุง	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	ดีเยี่ยม
6.1	ฉันสามารถสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า ด้วยการพูด หรือเขียนได้					
6.2	ฉันสามารถให้คำแนะนำที่จำเป็นเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าให้ผู้อื่นเข้าใจได้อย่างชัดเจน					
6.3	ฉันสามารถถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าให้ผู้อื่นยอมรับและปฏิบัติตามได้					
6.4	ฉันสามารถไปชวนเพื่อน ๆ ครอบครัว หรือบุคคลอื่นให้หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้					

ส่วนที่ 3 ความเห็นอื่น ๆ

.....

.....

บทที่ 5

บทส่งท้าย: โจทย์ท้าทายของสังคมกับการปกป้องเด็กและเยาวชน

เมธชนนท์ ประจวบลาภ,
ว่าที่ร้อยตรี เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข
และ พันจ่าเอก สุทธินันท์ มีชำนาญ

จากสถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการทำกลยุทธ์ทางการตลาดและการสร้างวาทกรรมทางสังคมที่ไม่ถูกต้องของอุตสาหกรรมยาสูบ รวมถึงการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่ายมากขึ้น เนื่องจากขาดประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายและการทำการตลาดของธุรกิจสุรา ตลอดจนเด็กและเยาวชนที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เหมาะสมมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภัยคุกคามต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ หากรัฐบาลหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสถานศึกษาควบคุมและป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรและระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในทางตรงกันข้าม หากปราศจากการ

ควบคุมหรือป้องกันปัญหาเหล่านี้ ย่อมส่งผลให้เด็กและเยาวชนเติบโตไปเป็นทุนมนุษย์ที่มีศักยภาพต่ำ ไม่สามารถเป็นกำลังหลักในการมีส่วนร่วมพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศได้

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรเอาไว้หลายด้านทั้งยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว และคุณภาพคนไทยที่พึงประสงค์ 2040 เป้าหมายข้างต้นได้กลายเป็นความท้าทายของสังคมว่าจะสามารถรับมือ จัดการ และป้องกันเด็กและเยาวชนได้อย่างไรภายใต้บริบทสถานการณ์ปัญหาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในขณะความรุนแรงมีแนวโน้มสูงขึ้น มีรายละเอียด ดังนี้

ความท้าทายจากเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี

ในบทที่ 1 ได้กล่าวถึงแนวทางการรับมือและพลิกฟื้นประเทศไทยด้วยนโยบายของภาครัฐ คือ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายเป็นกรอบการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) แต่สิ่งที่สำคัญกว่ายุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข คือ เป้าหมายภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่เปรียบเสมือนเป็นเป้าหมายของประเทศซึ่งจะต้องบรรลุผลให้ได้ ทำให้ได้ และนำสู่การปฏิบัติให้ได้ เนื่องจากยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี จัดเป็นแผนระดับชาติที่ตราขึ้นตามมาตรา 65 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 อย่างไรก็ตามความท้าทายในด้านนี้ มาจากยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่ได้กำหนดตัวชี้วัดการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ไว้ 3 ประการ คือ (1) การพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และความเป็นอยู่ที่ดีของคนไทย

(2) ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ (3) การพัฒนาสังคมและครอบครัวไทย ซึ่งมีประเด็นการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะเด็กและเยาวชนปรากฏอยู่ในด้านที่ 7 คือการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ครอบคลุมทั้งกาย ใจ ปัญญา และสังคม ครอบคลุมการดำเนินงาน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561). ดังนี้

(1) ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาวะ

(2) การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ

(3) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

(4) การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่ทันสมัยและสนับสนุนการมีสุขภาวะที่ดี

(5) การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานพัฒนาสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่

เห็นได้ว่าเป้าหมายและประเด็นการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีนั้น ค่อนข้างเป็นความท้าทายของหน่วยงานทางสาธารณสุข สถานศึกษา และชุมชน ต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะสถานการณ์การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าและการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นนั้น จัดเป็นปัจจัยที่ส่งต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากควบคุมและป้องกันได้อย่างดี ย่อมส่งผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมาย และหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปล่อยปะละเลยให้สถานการณ์รุนแรงเพิ่มขึ้น ก็ส่งผลให้ยุทธศาสตร์ชาติไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายด้วยเช่นกัน

ความท้าทายจากเป้าหมายของแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศ

ในบทที่ 4 ได้กล่าวถึงสถานการณ์ปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมผู้สูงอายุ กล่าวคือ มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ในขณะที่เด็กเกิดใหม่น้อยลง นำไปสู่ปัญหาของประเทศหลายประการหนึ่งในปัญหาสำคัญ ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจจากการขาดแคลนแรงงาน ส่งผลต่อการจัดเก็บภาษีและรายได้ของภาครัฐ ซึ่งทำให้รัฐบาลมีศักยภาพในการนำรายได้ไปพัฒนาประเทศน้อยลง เพราะต้องนำเงินไปบริหารจัดการด้านสวัสดิการ การรักษาพยาบาล หรือเงินยังชีพของผู้สูงอายุ ฉะนั้น สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2565) จึงได้จัดทำแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว พ.ศ. 2565-2580 มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและยกระดับให้ประชากรต้อง “เกิดดี อยู่ดี และแก่ดี” วิเคราะห์ได้ดังนี้

(1) เกิดดี: ให้ความสำคัญกับการเกิดอย่างมีคุณภาพ ซึ่งจะเป็นฐานส่งต่อปริมาณและคุณภาพของประชากรที่เหมาะสมต่อการขับเคลื่อนประเทศ

(2) อยู่ดี: ให้ความสำคัญกับระบบทางสังคมเพื่อให้เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การพัฒนาระบบนิเวศการเรียนรู้ตลอดชีวิต การใช้ชีวิตการมีสุขภาวะที่ดี เพื่อให้คนมีสมรรถนะสูงสามารถประกอบอาชีพได้ ลดภาวะการพึ่งพิงทางสังคม

(3) แก่ดี: เป็นผลลัพธ์ของการพัฒนาประชากรในช่วงวัยเด็กและวัยแรงงานที่สมบูรณ์ โดยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บไม่ป่วย มีหลักประกันที่มั่นคง พึ่งพาตนเองได้ ภาระของรัฐบาลและครอบครัวในการจ่ายรักษาพยาบาลลดลง ส่งผลให้นำงบประมาณไปพัฒนาส่วนอื่นได้

ภายใต้แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว พ.ศ. 2565-2580 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่เป็นความท้าทายของสังคมในมิติสุขภาพเอาไว้ในยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควรและมีระบบดูแลระยะยาวและช่วงท้ายของชีวิต โดยมีตัวชี้วัดคือ (1) อายุเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 75 ปี ภายใน พ.ศ. 2580 และดัชนีคุณภาพภาวะประชากรสูงอายุไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ภายใน พ.ศ. 2580 ซึ่งมีประเด็นการพัฒนาที่สำคัญ คือ การยกระดับศักยภาพให้คนทุกกลุ่มมีความรอบรู้ด้านสุขภาวะ สามารถป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามต่อสุขภาวะ มีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้

(1) กำหนดวิสัยทัศน์เรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาวะที่ชัดเจน

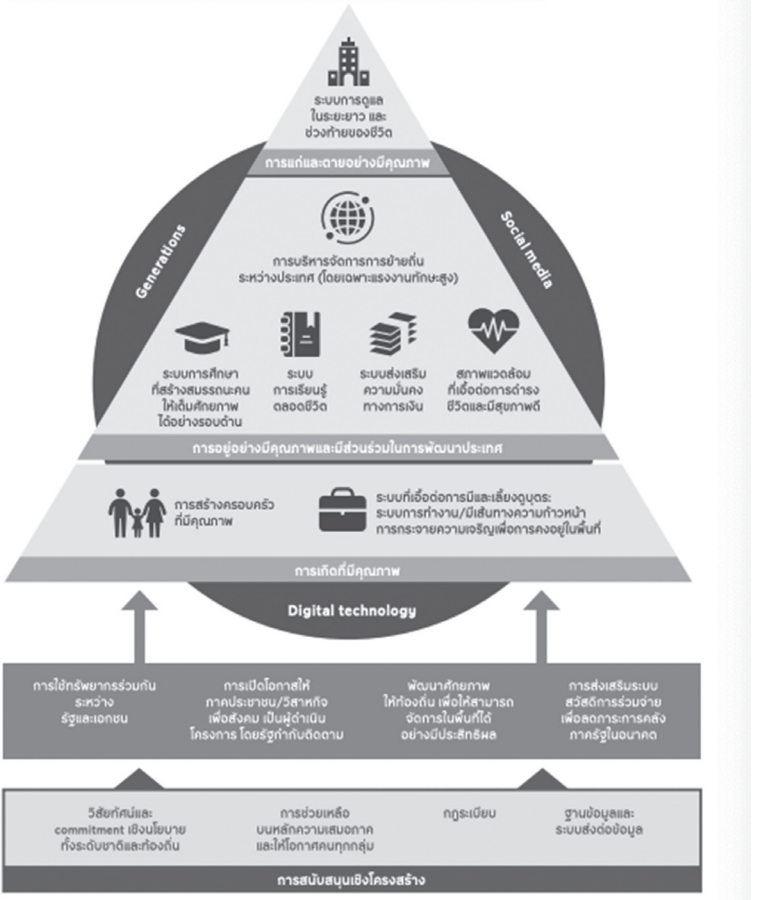
(2) ปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนของสถานศึกษาให้ครอบคลุมการสร้างความเข้าใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม

(3) ใช้เศรษฐศาสตร์เชิงพฤติกรรมและนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ

(4) ส่งเสริมการพัฒนาทักษะชีวิตและทักษะการเอาตัวรอดในภาวะวิกฤติฉุกเฉิน

(5) พัฒนาสื่อเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาวะที่ถูกต้องเหมาะสมแต่ละวัย

(6) พัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานด้านสุขภาพ



ภาพที่ 1 องค์ประกอบของการพัฒนาประชากร
ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2565)

จากเป้าหมายของแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว สะท้อนให้เห็นว่า ในอนาคต ประเทศไทยต้องการประชากรที่มีคุณภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา มีความเข้มแข็ง มีรายได้และ

ช่วยเหลือตนเองได้ แต่เมื่อพิจารณาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่กำลังเกิดขึ้นและมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นตามที่ได้นำเสนอไปในบทที่ 1-3 นั้น ก็จะพบว่าเป็นความท้าทายของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนาประชากร และมีประเด็นที่น่าสังเกตว่า หากไม่สามารถป้องกันหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ประเทศไทยจะอยู่ในภาวะ “เด็กเกิดไม่ดี อยู่ไม่ดี และส่งผลให้แก่ไม่ดีตามไปด้วย”

ความท้าทายจากคุณภาพคนไทยที่พึงประสงค์ 2040

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2567) ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง การออกแบบนโยบายพลิกโฉมระบบการเรียนรู้ที่ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงโลกอนาคตปี 2040 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและออกแบบวิสัยทัศน์การศึกษาไทย คุณภาพคนไทยที่พึงประสงค์ และนโยบายพลิกโฉมระบบการเรียนรู้ที่ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงโลกอนาคตในปี 2040 ซึ่งความท้าทายของสังคมจากงานวิจัยเรื่องนี้มาจากการกำหนดภาพ “คุณภาพของคนไทยที่พึงประสงค์ ในปี 2040” จำนวน 6 ประเด็น คือ คุณภาพทั่วไป คุณภาพทางเศรษฐกิจ คุณภาพทางสังคม คุณภาพทางการเมือง คุณภาพทางเทคโนโลยี และคุณภาพทางสิ่งแวดล้อม โดยสาระสำคัญอันเป็นความท้าทายด้านสุขภาพของเด็กและเยาวชนอยู่ในประเด็นคุณภาพทั่วไป ซึ่งกำหนดคุณภาพทางด้านการเป็นผู้มีสุขภาวะกายและใจที่ดี (Well-being person) มีตัวชี้วัดไว้ 3 ประการ คือ (1) มีความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ (2) มีสุขภาวะทางใจที่ดี และ (3) มีสุขภาวะทางกายที่ดี

ภาพที่ 2 ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์
ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (2567)

เห็นได้ว่าเป้าหมายในปี ค.ศ.2040 หรือปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยต้องการคนไทยที่มีคุณภาพโดยเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีสุขภาพกายและใจที่ดี แต่จากปีปัจจุบัน พ.ศ. 2568 จนถึงเป้าหมายปี พ.ศ. 2583 หรือในอีก 15 ปีข้างหน้านั้น ถือเป็นความท้าทายของสังคมไทยว่าจะได้พลเมืองที่มีคุณภาพตามที่พึงปรารถนาหรือไม่ เนื่องจากสถานการณ์ด้านสุขภาพเด็กและเยาวชนตามที่เสนอไปในบทที่ 1-4 มีจำนวนเด็กและเยาวชนที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เหมาะสมเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสูงขึ้นพร้อมกับจำนวนการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ในระยะเวลา 15 ปี ดูเหมือนจะยาวนานเพียงพอที่จะจัดการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้ ซึ่งในความเป็นจริงระยะเวลาแค่นี้ถือว่าสั้น

มากสำหรับเตรียมคนไทยให้มีภูมิคุ้มกันอย่างเพียงพอที่จะเป็นคนไทยมีคุณภาพตามที่พึงประสงค์ได้

บทสรุป

ทั้งยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว และคุณภาพคนไทยที่พึงประสงค์ในปี 2040 ต่างก็มีเป้าหมายพัฒนาและยกระดับประชากรไทยในอนาคตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายได้นั้น ส่วนหนึ่งมาจากการพัฒนาเด็กและเยาวชนในปัจจุบันให้มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงภัยคุกคามสุขภาวะ เพื่อให้เติบโตไปเป็นพลเมืองที่ประเทศต้องการ ขณะเดียวกันผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งกระทรวง ทบวง กรม สถาบันการศึกษา พ่อแม่ผู้ปกครองและชุมชน ก็ต้องร่วมมือกันทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนตามอำนาจหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มที่ อาทิ เจ้าหน้าที่ตำรวจฝ่ายปกครอง ก็ต้องบังคับใช้กฎหมาย จับกุม กวดขันผู้ลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าและสุราให้เด็กและเยาวชน สถานศึกษาต้องจัดการเรียนรู้ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งไม่ใช่แค่เนื้อหาตามหลักสูตรเพียงอย่างเดียว ส่วนครอบครัวก็ต้องให้การอบรม เลี้ยงดูและสั่งสอนให้เด็กและเยาวชนประพฤติตนในทางที่ถูกต้อง ดังนั้น หากทุกฝ่ายร่วมมือกันดำเนินการอย่างเต็มที่พร้อมทั้งเอาผลประโยชน์ของเด็กและเยาวชนเป็นที่ตั้ง ย่อมทำให้เป้าหมายการพัฒนาที่ตั้งไว้บรรลุผลสำเร็จอย่างแน่นอน ความท้าทายของสังคมกับการป้องกันเด็กและเยาวชนจากภัยคุกคามทางสุขภาพ จึงเป็นการทำหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายสาธารณสุขและการศึกษา รวมถึงครอบครัวและชุมชน ให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวนั่นเอง

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2.* กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 (ฉบับย่อ).* https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlanOct2018.pdf

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2567). *ข้อเสนอระบบการเรียนรู้ที่ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของโลกอนาคตในปี 2040.* https://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/2087-file.pdf

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). *แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565-2580).* https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=13502

ประวัติของผู้เขียน

นายเมธชนนท์ ประจวบลาภ
ผู้อำนวยการสำนักกิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิต
สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย

คุณวุฒิการศึกษา

- ประกาศนียบัตรผู้จัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ร.บ. (รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- ศศ.บ. (การเรียนรู้ตลอดชีวิต) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- รป.ม. (การจัดการภาครัฐและเอกชน) มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ
- ศศ.ม. (การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาสังคม) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คุณวุฒิวิชาชีพ

- คุณวุฒิวิชาชีพ มาตรฐานสมรรถนะความสามารถด้านการใช้ดิจิทัล (ระดับ 2), สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน)
- คุณวุฒิวิชาชีพ อาชีพผู้ทำงานกับเยาวชน (ระดับ 4), สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน)

ผลงานทางวิชาการ

เมธชนนท์ ประจวบลาภ. (2565). **นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ตลอดชีวิตในประเทศไทย**. *วารสารการจัดการและการพัฒนาท้องถิ่น*. 2(1), 68-82.

เมธชนนท์ ประจวบลาภ. (2566). **หลักการบริหารของศูนย์การเรียนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต**. *วารสารราชภัฏสุรินทร์วิชาการ.* 1(5), 97-112.

ชนกนารถ บุญวัฒนะกุล, **เมธชนนท์ ประจวบลาภ**, เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข, และ ฐาณิษา สุขเกษม. (2566).**แนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบของเด็กและเยาวชนในระบบการศึกษาและการศึกษานอกระบบ**. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม.* 11(2), 27-41. / [TCI-2]

ชนกนารถ บุญวัฒนะกุล, **เมธชนนท์ ประจวบลาภ**, เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข, และ ฐาณิษา สุขเกษม. (2566). **การศึกษาตลอดชีวิตเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ของเด็กและเยาวชน**. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ.* 12(2), 1-11. / [TCI-2]

เมธชนนท์ ประจวบลาภ. (2567). **การศึกษาในระบบ: สัญญาณแห่งวิกฤตและโอกาสในการพัฒนา**. *วารสารนิสิตวัง.* 26(1), 152-162. / [TCI-2]

เมธชนนท์ ประจวบลาภ, และ สุรเชษฐ์ โพธิ์แสง. (2567). **การลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ารอบสถานศึกษา: แนวทางการสร้างความปลอดภัยสำหรับเด็กและเยาวชน.** *วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย.* 3(2), 153-160.

เมธชนนท์ ประจวบลาภ, และ สถิดาพร คำสด. (2567). **กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ตลอดชีวิตในประเทศไทย.** *วารสารสหวิทยาการมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.* 21(2), 26-41. [TCI-3]

ประวัติของผู้เขียน

ว่าที่ร้อยตรี เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข
รักษาการหัวหน้าสำนักงานเลขาธิการ
สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย

คุณวุฒิการศึกษา

- ศศ.บ. (การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์) มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- ศศ.ม. (การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาสังคม) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คุณวุฒิวิชาชีพ

- คุณวุฒิวิชาชีพ อาชีพผู้ทำงานกับเยาวชน (ระดับ 4), สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน)

ผลงานทางวิชาการ

ชนกนารถ บุญวัฒนะกุล, เมธชนนท์ ประจวบลาภ, **เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข**, และ ฐาณิษา สุขเกษม. (2566). **แนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบของเด็กและเยาวชนในระบบการศึกษาและการศึกษานอกระบบ**. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม.* 11(2), 27-41. / [TCI-2]

ชนกนารถ บุญวัฒนะกุล, เมธชนนท์ ประจวบลาภ, **เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข**, และ ฐาณิษา สุขเกษม. (2566). **การศึกษาตลอดชีวิตเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ของเด็กและเยาวชน**. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ.* 12(2), 1-11. / [TCI-2]

เจษฎากร อังกูลพัฒนาสุข, และ ภัทรา วยาจุต. (2567). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ.** *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ.* 13(2), 42-57. [TCI-2]

ประวัติของผู้เขียน

พันจ่าเอก สุทธินันท์ มีชำนาญ
กองกำลังพล กองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ

คุณวุฒิการศึกษา

- ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาเวชกิจฉุกเฉิน โรงเรียนนาวิกเวชกิจ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ
- วท.บ. (อาหาร โภชนาการและการประยุกต์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- รป.ม. (การจัดการภาครัฐและเอกชน) มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

คุณวุฒิวิชาชีพ

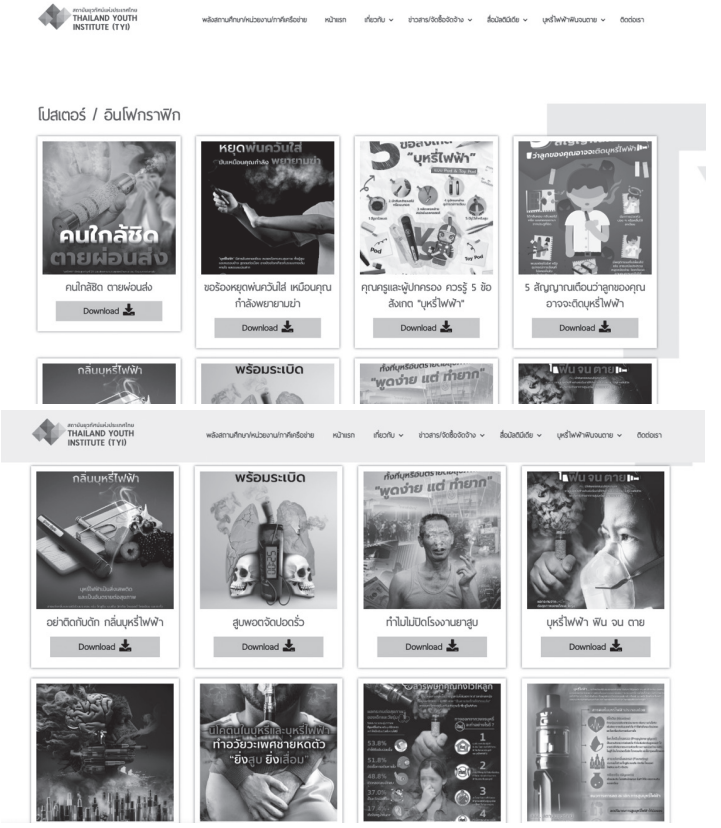
- คุณวุฒิวิชาชีพ อาชีพผู้ทำงานกับเยาวชน (ระดับ 4), สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน)

ผลงานทางวิชาการ

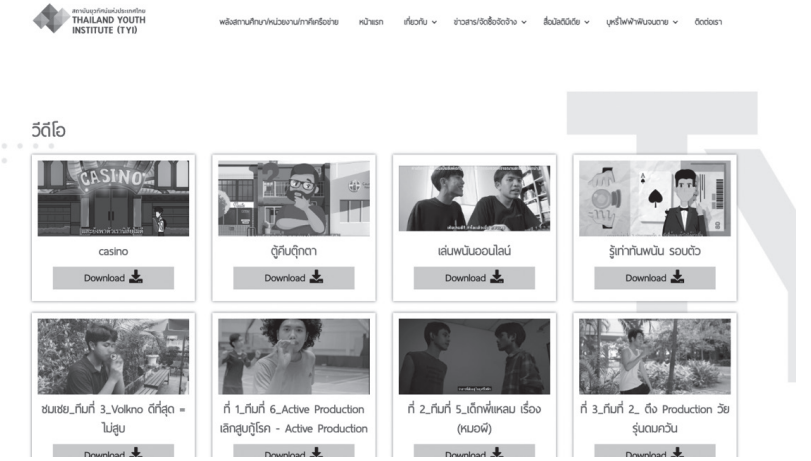
สุทธินันท์ มีชำนาญ,วรรณวิภา ไตลังคะ, และสุดาภรณ์ อรุณดี. (2565). **การจัดการความเสี่ยงภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ฐานทัพเรือสัตหีบ**. *วารสารร้อยแก่นสาร*. 7(10), 173-185. [TCI-1]

ช่องทางการดาวน์โหลดสื่อรณรงค์/สื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ สำหรับเด็ก เยาวชน และประชาชน ทั้งภาพนิ่งและวิดีโอ ของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย ที่เว็บไซต์ www.tyithailand.or.th

- โปสเตอร์/อินโฟกราฟิกส์/ภาพนิ่ง (https://www.tyithailand.or.th/multimedia/info-graphic.php)



- ภาพเคลื่อนไหว/วิดีโอ
  (https://www.tyithailand.or.th/multimedia/video.php)



“ภัยคุกคามสุขภาพเด็กและเยาวชน
โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้าและสุรา
คือ อุปสรรคของประเทศไทย
ต่อการพัฒนาประเทศ
ให้เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว”

สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย
THAILAND YOUTH INSTITUTE (TYI)

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สร้างพลัง สร้างนวัตกรรม สื่อสารสุข

สำนักกิจกรรมการเรียนรู้ตลอดชีวิต สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย
เลขที่ 1000/15 ชั้น 6 อาคารพี.บี. ทาวเวอร์ ถนนสุขุมวิท 71
แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
Download สื่อการเรียนรู้และเข้าชมแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพได้ที่
www.tyithailand.or.th