



Thaihealth Watch 2020

จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2563

โดย

ศูนย์เรียนรู้สุขภาพฯ และแผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีเสริมสุขภาพ
สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.)

รู้ล่วงหน้า ย่อมเตรียมการและจัดการกับสถานการณ์ได้ดีกว่า ...

ปัจจุบัน 2 ใน 3 ของโรคที่เกิดขึ้น มาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตและปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ตัวบ่งชี้ถึงทิศทางสถานการณ์ทางสุขภาพล่วงหน้าจึงมาจากแนวโน้มภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย รวมถึงข้อมูลสถานการณ์ที่สำคัญเพื่อเห็นแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ร่องรอยทางดิจิทัล (Digital footprint) เพื่อเห็นแนวโน้มความสนใจของคนในสังคมและเจาะลึกทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมทางสุขภาพในแต่ละประเด็น

Thaihealth Watch

จับตาสถานการณ์สุขภาพคนไทย ในปี 2563 จึงเกิดขึ้น
จากการเชื่อมโยงองค์ความรู้ใน 3 ส่วน ประกอบด้วย



10 ประเด็น ที่น่าสนใจในปี 2563

วัยเด็ก และเยาวชน

01

แค่เครียด หรือซึมเศร้า

6

02

ภัยคุกคาม ทางออนไลน์
ยิ่งเสพติดออนไลน์ยิ่งเสี่ยงสูง

16

03

ทางเลือก-ทางรอด
ของ ‘เด็กและวัยรุ่น’ ในการเดินทาง

23

04

กลัวท้อง มากกว่าติดโรค

32

05

E-sport เส้นแบ่งระหว่างติดเกม
และนักกีฬามืออาชีพ

42

วัยทำงาน

06

เปิดพฤติกรรมกิน อยู่ อย่างไทย

52

07

‘กัญชา’ เมื่อเป็น ‘ยา’ รักษาโรค

63

ผู้สูงอายุ

08

ชีวิหรือมั่ว เชื่อได้หรือไม่
(Fake News สุขภาพ)

72

ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่กระทบ ต่อสุขภาพ

09

ชีวิตติดฝุ่นอันตราย
(PM2.5 และหมอกควัน)

82

10

ยะอาหาร อาหารส่วนเกิน

96





1 แค่นี้เครียด หรือ ‘ซึมเศร้า’



ต้นปี พ.ศ.2562 เกิดเหตุนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยไทยฆ่าตัวตายต่อเนื่องนับสิบกรณี¹ นำไปสู่ความพยายามหาสาเหตุ และเชื่อมโยงว่า เบื้องหลังเรื่องราวที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยทางจิตอย่าง ‘โรคซึมเศร้า’ หรือไม่

WHO เคยนำเสนอข้อมูลไว้ในรายงาน ‘Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates’ ว่า ในปี พ.ศ.2560 ทั้งโลกมีผู้ป่วยซึมเศร้าราว 322 ล้านคน เฉพาะประเทศไทยน่าจะมีประมาณ 2.9 ล้านคน หรือประมาณ 4.4% ของประชากรไทยทั่วประเทศ

แม้ตัวเลขของ WHO จะแตกต่างจากกรมสุขภาพจิตที่ ประเมินการว่าผู้ป่วยซึมเศร้าในไทยน่าจะมีอยู่ราว 1.5 ล้านคน แต่ข้อมูลจากทั้งสองแหล่งก็ไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือ มีคนไทยป่วยซึมเศร้าใน ‘หลักล้านคน’

โรคซึมเศร้าสามารถรักษาได้หลายวิธี ทั้งพูดคุย รับฟัง ให้คำปรึกษา ทำจิตบำบัด ไปจนถึงให้กินยา หลายคนอาการดีขึ้นจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่สิ่งที่น่าเป็นห่วงก็คือ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยซึมเศร้า เข้ารับการรักษา ยัง ‘ไม่ถึงครึ่ง’ โดยปี พ.ศ.2559 มีผู้เข้ารับ

¹ บีบีซีไทย ‘ผู้เชี่ยวชาญห่วงพฤติกรรมเลียนแบบหลังสื่อเสนอข่าวนักศึกษาฆ่าตัวตายมากขึ้น’

การรักษา 48.5% แม้ผู้เกี่ยวข้องจะพยายามหาวิธีที่จะเพิ่มอัตราส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาให้เพิ่มขึ้นปีละ 5% ไปให้ถึง 70% ภายในปี พ.ศ.2564 ก็ตาม²

ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าคือ อาจนำไปสู่ ‘การฆ่าตัวตาย’ ได้ กรมสุขภาพจิตเคยเปิดเผยว่า ในปี พ.ศ.2561 มีคนไทยพยายามฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 ราย หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิต ราว 4,000 คน ถือเป็นสาเหตุการตายของคนไทยลำดับต้นๆ รองจากโรคร้ายแรงอื่น เช่น มะเร็ง หัวใจ ปอด เบาหวาน ฯลฯ ไปจนถึงการประสบอุบัติเหตุ³ โดยมีวัยรุ่นหรือประชากรที่อายุระหว่าง 15-24 ปี ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายราวปีละ 300 คน

และแม้อัตราส่วนวัยรุ่นไทยที่เป็นโรคซึมเศร้าจะอยู่ที่

ราว 3 คน ใน 100 คน หรือ 3% น้อยกว่าค่าเฉลี่ยวัยรุ่นทั่วโลก ซึ่งอยู่ระหว่าง 10-15% โดยผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุ แต่ พญ.ดุชนิ จิงศิริกุลวิทย์ ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ระบุว่า ปัญหาของการที่วัยรุ่นเป็นโรคซึมเศร้าคือ ดูออกได้ยากกว่าวัยอื่นๆ “เพราะมักแสดงอาการก้าวร้าว หรือหันไปหาสิ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจเพื่อหนีจากโลกความเป็นจริง เช่น ติดเกมหรือแช็กซ์”

นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มที่เด็กและเยาวชนเข้ารับบริการปรึกษาเพิ่มขึ้นผ่านสายด่วนสุขภาพจิต 1323 จาก 10,298 ครั้ง ในปี พ.ศ.2561 แต่เฉพาะครึ่งปีแรกของปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนถึง 13,658 ครั้ง



² KPI ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุข

³ สถิติจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ปี พ.ศ.2537-2560 ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

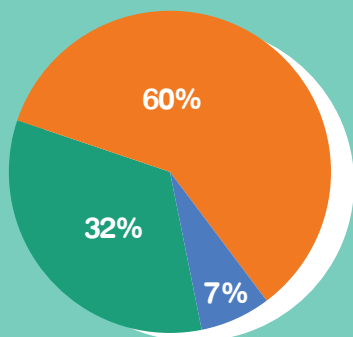
เพราะเป็น ‘วัยรุ่น’ จึงเจ็บปวด (และเจ็บป่วย)

วัยรุ่นในสังคมไทยต้องแบกรับความรู้สึกมากมาย ไม่เพียงแต่ความคาดหวังจากครอบครัวในเรื่องการศึกษา ที่หลายๆ ครอบครัวตั้งเป้าหมายให้พวกเขาต้องเรียนให้เก่ง และเป็นเลิศในทางวิชาการทุกด้าน หากแต่ว่าวัยรุ่นในยุคนี้อย่างต้องเผชิญกับปัญหาความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อพวกเขา ด้วยเช่นกัน

ข้อมูลจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ปัญหาหลักๆ ที่เด็ก และเยาวชนโทรศัพท์มาขอคำปรึกษา ได้แก่ ความเครียดและวิตกกังวล ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว

หนึ่งในช่องทางที่วัยรุ่นไทยใช้พูดถึงโรคซึมเศร้าคือ ทางโซเชียลมีเดีย โดยเฉพาะช่องทางของทวิตเตอร์ ทั้งนี้ ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2561 – มิถุนายน พ.ศ.2562 มีการพูดถึง ‘ปัญหาซึมเศร้า’ ในทวิตเตอร์มากกว่า 1.4 แสนข้อความ โดยเฉพาะหลังเกิดเหตุนักเรียนและนิสิตนักศึกษาฆ่าตัวตายหลายครั้ง ช่วงเดือน มีนาคม พ.ศ.2562⁴

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจข้อความบน ระบาย
ขอคำปรึกษาในทวิตเตอร์ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้
เกิดภาวะเครียดในหมู่วัยรุ่นมากที่สุด 3 ลำดับแรก

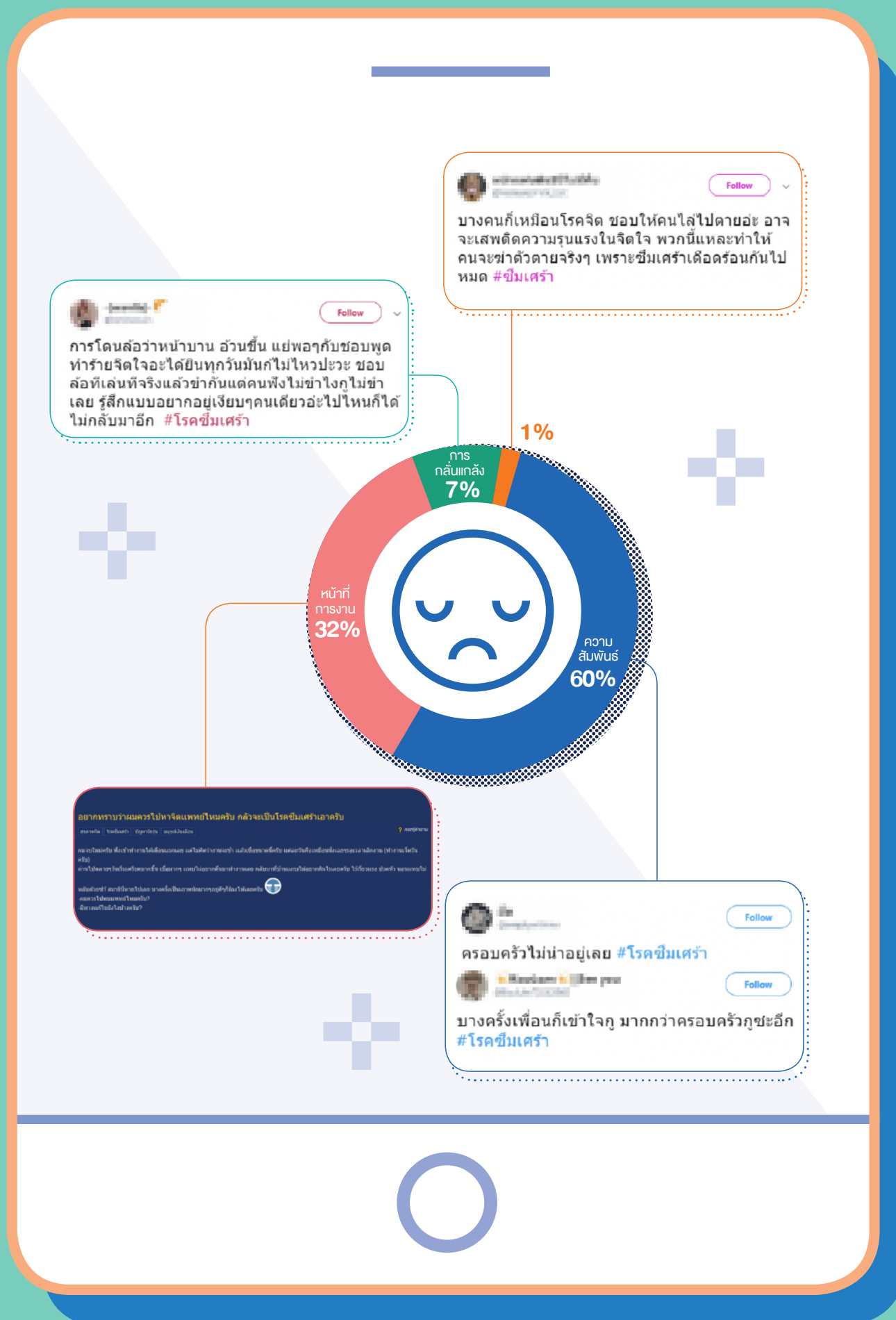


- ความสัมพันธ์ในครอบครัว
- หน้าที่การงาน/ความรับผิดชอบ
- ปัญหาการถูกกลั่นแกล้ง



จากสถิติดังกล่าวสะท้อนได้ว่า วัยรุ่นไทยจำนวนไม่น้อยต้องการที่จะระบายความรู้สึก เพื่อหลุดพ้นออกจากภาวะเครียดและซึมเศร้าที่พวกเขากำลังเผชิญหน้าอยู่ โดยที่หลายคนได้พูดถึงความรู้สึกหมดคุณค่าในตัวเอง และบางคนได้ระบายอารมณ์ถึงความรู้สึกที่อยากตาย ซึ่งปัญหาเหล่านี้คือเรื่องใหญ่ และสังคมไทยจำเป็นต้องหาวิธีการแก้ไขให้ได้โดยเร็ว

⁴ ไวซ์ไวท์



ทวิตเตอร์ เครื่องมือทรงประสิทธิภาพ

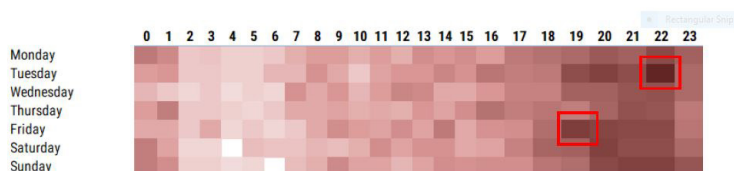
เยียวยาวัยรุ่นซึมเศร้าที่แฝงมากับภัยเงียบ

เนื่องจากทวิตเตอร์เป็นเครื่องมือที่เข้าถึงเด็กและเยาวชน เพราะสามารถระบายความรู้สึกด้วยข้อความสั้นๆ และหลายครั้งที่ข้อความจากคนทั่วไป แต่กระทบความรู้สึกของคน จึงทำให้เกิดการรื้อฟื้นในวงกว้าง คำว่า ‘#โรคซึมเศร้า’ นอกจากจะช่วยสร้างกำลังใจให้กับคนที่ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าแล้ว ในทางกลับกันยังเป็นช่องทางให้อีกหลายคนอาสาเป็นที่ปรึกษาโรคซึมเศร้า โดยปราศจากความรู้ในการแนะนำที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแท้จริง

นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นเพื่อระบายความรู้สึกในภาวะความเครียดหรือซึมเศร้า ยังพบว่า ช่วงเวลาที่วัยรุ่นโพสต์ข้อความ ‘อยากตาย’ ที่มีความถี่มากที่สุดในสื่อทวิตเตอร์ คือ ช่วงวันอังคาร เวลา 22.00 น. และวันศุกร์ เวลา 19.00 น. ซึ่งข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า หากมีใครสักคนที่รับฟังอย่างตั้งใจ จะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ถึง 50% ดังนั้นการจัดกำลังคนผ่านสายด่วนในช่วงเวลาดังกล่าว หรือการโพสต์ให้กำลังใจโดยใช้ #ซึมเศร้า ผ่านสื่อทวิตเตอร์ และสื่ออื่นๆ ที่เข้าถึงวัยรุ่น จะช่วยลดความเสี่ยงลงได้

โรคซึมเศร้า

ข้อความ “อยากตาย”



ไม่ใช่แค่สารเคมีในสมอง ที่ทำให้ ‘ซึมเศร้า’

มีข้อมูลมากมายที่บอกว่า สาเหตุของโรคซึมเศร้าเกิดจากสารเคมีในสมอง หรือเป็นเรื่องทางกรรมพันธุ์ นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และอดีตผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมสุขภาพจิต สะท้อนว่า ยังมีอีก 5 ปัจจัยภายนอกที่จะทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้

1 ความสัมพันธ์ทางไกลกันมากขึ้น

วิถีชีวิตของความเป็นเมือง บ้านเดียวกัน ต่างมีหน้าจอของตัวเอง ทำให้คนเกิดความรู้สึกเหงา ซึ่งความเหงาเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้า ขณะที่โรคซึมเศร้าก็ทำให้เกิดอาการเหงาเช่นเดียวกัน

2 ค่านิยมการทำงานที่เปลี่ยนไป

ทำให้ความรู้สึกภูมิใจในตัวเองลดลง กรณีเด็กและเยาวชนมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองหายไป คนจบปริญญาโทจำนวนมากที่ไม่พร้อมไปทำงาน พร้อมกับความรู้สึกไม่ภูมิใจในตัวเองไม่เชื่อมั่นตำแหน่งงานใหม่ที่เกิดขึ้นก็ได้คนไม่ตรงทักษะ เรามักมองงานจำนวนมาก ขณะที่ยังมีตำแหน่งงานว่างเพราะทักษะไม่ตรงกับที่ตลาดแรงงานต้องการ รวมถึงความรู้สึกเปรียบเทียบกับคนอื่นในโซเชียล ทำให้ภูมิใจในตัวเองน้อยลง

3 วิถีชีวิตห่างไกลจากธรรมชาติ

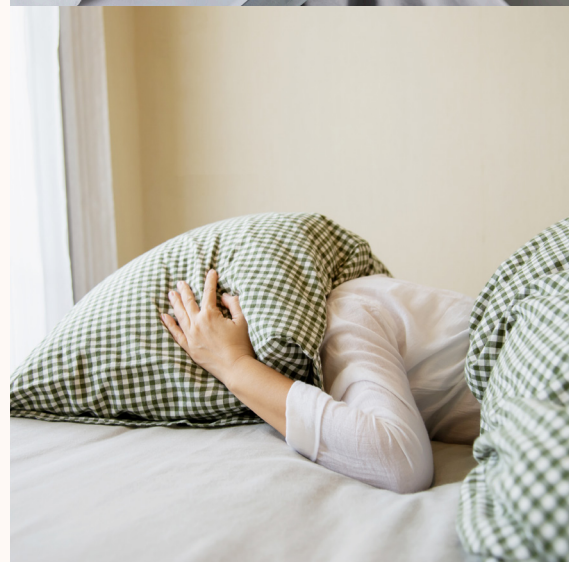
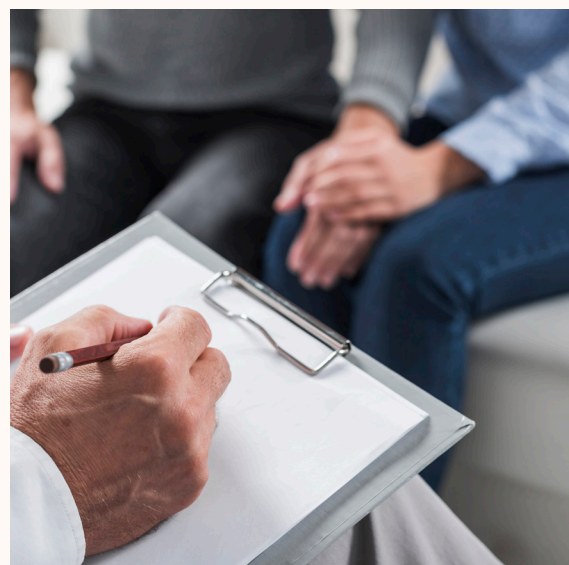
การกิน การนอน การออกกำลังกาย เปลี่ยนไปจากเดิม ส่งผลต่อระบบชีวภาพของร่างกาย มีงานวิจัยพบว่า จุลินทรีย์ในลำไส้สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า การกินยาปฏิชีวนะด้านเชื้อจุลินทรีย์บ่อยๆ จะส่งผลอย่างมาก

4 ขาด mindset ในการจัดการ

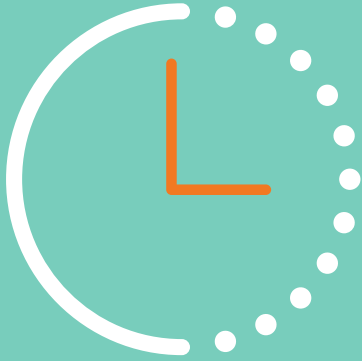
ปัญหา ไม่ถูกฝึกทักษะทางความคิด และแก้ปัญหาเชิงรุก เช่น การฝึกคิดแง่บวกบ่อยๆ ว่า ทุกปัญหาจะต้องมีทางออกในที่สุด และเมื่อเราแก้ปัญหา นั้นได้แล้ว เราจะเก่งขึ้น เชื่อมั่นในตัวเองมากขึ้น

5 การมีปมค้างใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่

ลึกซึ้งที่สุด เกิดขึ้นในระดับบุคคลในครอบครัว เมื่อเกิดผลกระทบจากสังคม ขณะที่ครอบครัวก็ขาดความอบอุ่น ทั้งการดุด่า ละเลย ไม่มีเวลาให้ ล้วนเป็นปมค้างใจในเด็ก และส่งผลเปราะบางทางอารมณ์ รวมถึงเด็กบางคนถูกละเมิดทางเพศ หรือที่บ้านทะเลาะกัน ความรุนแรงจะกระทบที่เด็ก ความทรงจำที่ค้างใจจะฝังเด็กเหล่านี้เข้าสู่อาการซึมเศร้า วิธีสังเกตคือ การมีความทรงจำทางลบในเหตุการณ์และประเด็นที่ยังไม่ถูกคลี่คลาย



ป้องกันการฆ่าตัวตายใน 40 วินาที คำแนะนำจาก WHO



เพราะทั่วโลกมีคนฆ่าตัวตาย ‘ทุก ๆ 40 วินาที’ หรือราว 8 แสนคน ต่อปี วันสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Day - 10 ตุลาคมของทุกปี) ของปี พ.ศ.2562 องค์การอนามัยโลก หรือ WHO จึงแนะนำคู่มือการป้องกันการฆ่าตัวตาย ทำได้จริงในเวลาเพียง 40 วินาที เช่น

- หากคุณประสบปัญหา ให้หาเวลาสัก 40 วินาทีคุยกับคนที่คุณไว้วางใจ
- หากคุณรู้ว่าใครเพิ่งเสียคนที่รักไป หาเวลาสัก 40 วินาทีพูดคุยกับเขาว่าจะทำอะไรต่อ
- ถ้าคุณทำงานในแวดวงศิลปะหรือสื่อดิจิทัล ให้หาเวลาสัก 40 วินาทีอธิบายวิธีป้องกันการฆ่าตัวตาย

ดูเพิ่มเติมได้ที่: https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide/flyer-40seconds-web.pdf?sfvrsn=5ba643c_2

‘โซเชียลมีเดีย’ ก็อาจเป็นหนึ่งในสาเหตุ



ทุกวันนี้โซเชียลมีเดียได้เข้ามามีบทบาทต่อทั้งความสัมพันธ์ และวิถีการใช้ชีวิตของผู้คนมากมาย เช่นเดียวกับกลุ่มวัยรุ่นที่ชีวิตของพวกเขาได้ก่อร่างสร้างความสัมพันธ์ผ่านความจริงในโลกดิจิทัล และเติบโตผ่านโลกดิจิทัลในทุกวัน

ในทุกวัน มีข้อมูลมากมายที่ไหลท่วมโลกโซเชียลมีเดีย ผู้คนต่างใช้พื้นที่นี้บอกเล่าตัวตน รสนิยม ความชอบ กระทั่งความสำเร็จในชีวิต ซึ่งไม่น่าใช่เรื่องผิดหรือเสียหาย หากอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมและไม่มากเกินไป

อย่างไรก็ตาม คนรุ่นใหม่หลายคนก็รู้สึกเจ็บปวดกับความจริงบนโลกดิจิทัลนี้เช่นกัน

แม้ในสังคมภายนอกจะมีสิ่งที่เรียกว่า ‘การเปรียบเทียบทางสังคม’ ในเรื่องฐานะและความอยู่ดีมีสุขกันอยู่แล้ว ทว่าโลกโซเชียลมีเดียก็นำพาให้การเปรียบเทียบที่วุ่นๆ ชัดขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา

สอดคล้องกับงานวิจัยที่เผยแพร่ผ่าน Journal of Social and Clinical Psychology ในปี พ.ศ.2557 พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาบนเฟซบุ๊กกับอาการซึมเศร้า (Depressive Symptoms) ซึ่งปัจจัยสำคัญมาจากการที่ผู้ใช้งานเปรียบเทียบชีวิตของตัวเองกับคนอื่น ๆ ในโซเชียลมีเดียดังกล่าว

พญ.จิราภรณ์ อรุณากูร กุมารแพทย์เวชศาสตร์วัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล

รามาธิบดี เคยกล่าวเอาไว้ว่า ความรู้สึกขาดยอมรับในตัวเอง และรักตัวเองน้อยลง สามารถนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้

อีกปัญหาของการใช้โซเชียลมีเดียคือ บางครั้งผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับคำแนะนำจากผู้ไม่เชี่ยวชาญบนอินเทอร์เน็ต ผลคือ ทำให้อาการเจ็บป่วยยิ่งแย่ลงไปอีก

แต่ในปัจจุบันมีหลายหน่วยงานพยายามเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการเปิดช่องทางรับฟัง ไม่เพียงสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ของกรมสุขภาพจิต ยังมีจากภาคเอกชน เช่น สมาคมสมาธิจิตต์ หมายเลขโทรศัพท์ 0-2713-6793 หรือแอปพลิเคชันที่รับเป็นสื่อกลางให้ได้เจอกับจิตแพทย์หรือนักจิตบำบัด เช่น Ooca และ Wall of Sharing

แค่เครียดหรือซึมเศร้า ข้อแตกต่างคืออะไร

“อาการระหว่างโรคซึมเศร้ากับความเครียด ต่างกันตรงความรู้สึก เครียดจะมีอาการฟ้องทางกายออกมาให้คนรอบข้างเห็นถึงความผิดปกติ และสักระยะหนึ่งร่างกายและจิตใจจะปรับสมดุลกลับมาเป็นปกติ แต่คนที่เสี่ยงหรือมีแนวโน้มว่าจะเป็นโรคซึมเศร้า เบื้องต้นจะมีความรู้สึกถูกตัวเองอย่างรุนแรง เกิดเป็นความเครียดเรื้อรังจนส่งผลกระทบต่อระบบสมอง และร่างกายเกิดอาการรวน ชนิดที่เรียกว่า กิน หรือนอนไม่ได้จนลามไปสู่ความเสื่อมไปทั้งระบบของร่างกาย” นพ.ประเวช ดันตีพิพัฒน์สกุล จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และอดีตผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมสุขภาพจิต

4 ระดับของความเครียด หรือ ซึมเศร้า



แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต สสส. และนพ.พรตม์ โชติพิทยสุนนท์ โฆษกกรมสุขภาพจิต

ทางออกและการป้องกัน

โรคซึมเศร้ามีวิธีการรักษามากมาย แต่เบื้องต้นเราต้องรู้ก่อนว่าตัวเองหรือคนใกล้ชิดเป็นโรค หรือมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้หรือไม่

หนึ่งในวิธีตรวจสอบก็คือการเข้าไปทำแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต ที่มีเพียง 9 คำถาม

หากพบว่าตัวเองเป็นหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ในระดับปัจเจก

- ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษ เช่น กินยาต่อเนื่องเพื่อลดอาการซึมเศร้า และหากขจัดสาเหตุได้ก็จะช่วยให้หายขาดจากโรคได้
- ควรสังเกตอาการของตัวเอง และหมั่นให้กำลังใจตัวเอง
- ไม่กินยาปฏิชีวนะหรือยาต้านแบคทีเรียโดยไม่จำเป็น เพราะมีงานวิจัยพบว่า จะทำให้เชื้อจุลินทรีย์ในลำไส้ถูกทำลาย ระบบร่างกายของเราจะแปรปรวน ส่งผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้า
- ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยป้องกันโรคซึมเศร้าได้ ส่วนผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า ถ้าออกกำลังกายต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ จะช่วยรักษาอาการซึมเศร้าระดับกลางได้

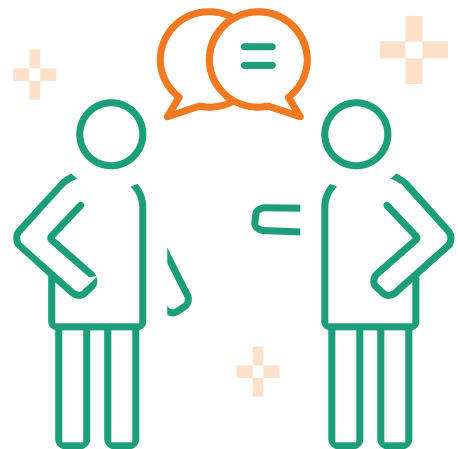
ในระดับครอบครัวและคนรอบข้าง

- สัมพันธภาพและการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว โรงเรียน หรือที่ทำงาน จะเป็นภูมิคุ้มกันที่ดีที่สุด ต้องให้การยอมรับและตั้งใจรับฟังสิ่งที่เขาบอกเล่า ต้องคิดทางบวกอยู่เสมอๆ ไม่ใช่จับผิดอยู่ตลอดเวลา ให้คำชื่นชมทุกครั้งในสิ่งดีๆ หรือแม้ความสำเร็จเพียงเล็กน้อย เพื่อให้เกิดการเปิดใจ มีปัญหาจะได้กล้าพูดคุยซักถาม และทำให้เขาสะสมความภูมิใจในตัวเองเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันอย่างดีในการป้องกันโรคซึมเศร้า

- หากมีคนมาขอคำปรึกษา ควรรับฟังสิ่งที่เขาพูดอย่างตั้งใจ มีผลการศึกษายืนยันว่า การที่มีผู้รับฟังปัญหาอย่างตั้งใจจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ถึง 50%

- หากกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มคุณค่าให้กับชีวิต หรือที่คนในครอบครัวได้ทำร่วมกัน

จะเห็นว่าทุกคนมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ทั้งตัวผู้ป่วยเองและคนรอบข้าง โดย นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต อธิบดีกรมสุขภาพจิต เคยแนะนำให้ใช้ ‘หลัก 3 ส.’ ในการป้องกันปัญหา คือ สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยง



ถึงเวลา ‘ปลดล็อก’ กฎหมายที่เป็นอุปสรรค

สารพัดปัจจัย ทั้งจากสารเคมีในสมอง จากพันธุกรรม จากปัญหาส่วนตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ไปจนถึงความรัก ทำให้เด็กและเยาวชนต้องการที่จะเข้ารับการรักษาบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ‘ด้วยตัวเอง’ มากขึ้นเรื่อยๆ

ประเด็นที่น่าสนใจบนโลกออนไลน์จำนวนไม่น้อยคือการรักษาโรคทางจิตเวชโดยไม่มีใบยินยอมจากผู้ปกครอง เนื่องจากส่วนหนึ่งเด็กและเยาวชนมองว่า ‘ครอบครัว’ คือสาเหตุสำคัญ

เช่นเดียวกับข้อเรียกร้องของสภาเด็กและเยาวชนเพื่อปลดล็อกเด็กต่ำกว่า 18 เข้าถึงสิทธิการรักษาโรคทางจิตเวชโดยปราศจากผู้ปกครอง

“การเข้าถึงบริการบำบัดรักษาด้านสุขภาพจิตกลับติดขัดด้วยกฎหมาย พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 มาตรา 21 วรรค 3 ที่กำหนดว่า กรณีผู้ป่วยมีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ ต้องให้ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล เป็นผู้ให้ความยินยอม แต่จากการทำงานด้านเด็กและเยาวชน พบว่า ไม่ใช่เด็กทุกคนที่กล้าบอกหรือพาพ่อแม่ไปด้วย หรือบอกไปแล้วเกิดการตีตราหาว่าเป็นบ้า เพราะไม่ให้ความสำคัญหรือไม่เข้าใจในเรื่องนี้ ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เข้าไม่ถึงบริการ จึงน่าจะมีบริการเปิดรับรองให้เด็กและเยาวชนก่อน ส่วนการตัดสินใจจะไปรับบริการด้วยตนเอง หรืออยากไปกับพ่อแม่ น่าจะให้เด็กและเยาวชนเป็นคนตัดสินใจมากกว่า ควรเป็นสิทธิของวัยรุ่นเองที่จะเข้าถึงการรักษา” สหสวรรค์ สิงห์ลี โฆษกสภาเด็กและเยาวชน กทม.

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ ในสถานบริการด้าน

สุขภาพจิตที่สามารถทำได้ในขณะนี้คือ การเข้าไปรับบริการคำปรึกษาของผู้มีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ไม่ถือเป็นบริการบำบัดรักษาตามความหมายของ พ.ร.บ.สุขภาพจิต นั่นคือเด็กเยาวชนสามารถเข้ารับคำปรึกษาได้ เพื่อประเมินอาการและรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยบริการที่ให้นั้นต้องไม่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาแต่อย่างใด

ทางออกจากปัญหาเหล่านี้ จึงอยู่ที่การหาข้อสรุปว่าควรมีการ ‘ปลดล็อก’ ข้อกฎหมายบางข้อเพื่อให้วัยรุ่นสามารถเข้ารับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อเข้าสู่การรักษาหรือไม่? แม้จะมีวิธีอื่นคือให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เข้าไป ‘ขอคำปรึกษา’ จากจิตแพทย์ แทนการ ‘บำบัดรักษา’ ซึ่งไม่จำเป็นที่จะต้องมีการไปด้วย แต่นั่นก็ไม่ใช่วิธีการแก้ไขปัญหาระยะยาวที่ยั่งยืน

ขณะเดียวกัน เสียงสะท้อนจากเด็กๆ ที่มองว่า ความกดดันจากผู้ใหญ่มีส่วนสำคัญทำให้เกิดความเครียดจนอาจกลายเป็นที่มาของโรคซึมเศร้า ก็อาจจะต้องผ่อนคลายลงมาเพื่อให้วัยรุ่นได้มีช่วงเวลาปลอดจากความกดดัน ควรรับฟังปัญหาหรือความรู้สึกของพวกเขาอย่างเข้าใจ

และที่สำคัญคือ ครอบครัวเองก็มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่นได้มี self-esteem หรือการรักและเห็นคุณค่าในตัวเอง ซึ่งวิธีการแรกๆ ในระดับเบื้องต้นคือ การไม่เปรียบเทียบเขากับคนอื่น และยอมรับในสิ่งที่พวกเขาเป็น

เมื่อคนในสังคมเองก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คนจำนวนไม่น้อยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งกับผู้ใหญ่และเด็ก คนในสังคมเหล่านั้นก็ควรที่จะเข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาด้วยเช่นกัน.



2 ภัยคุกคามออนไลน์

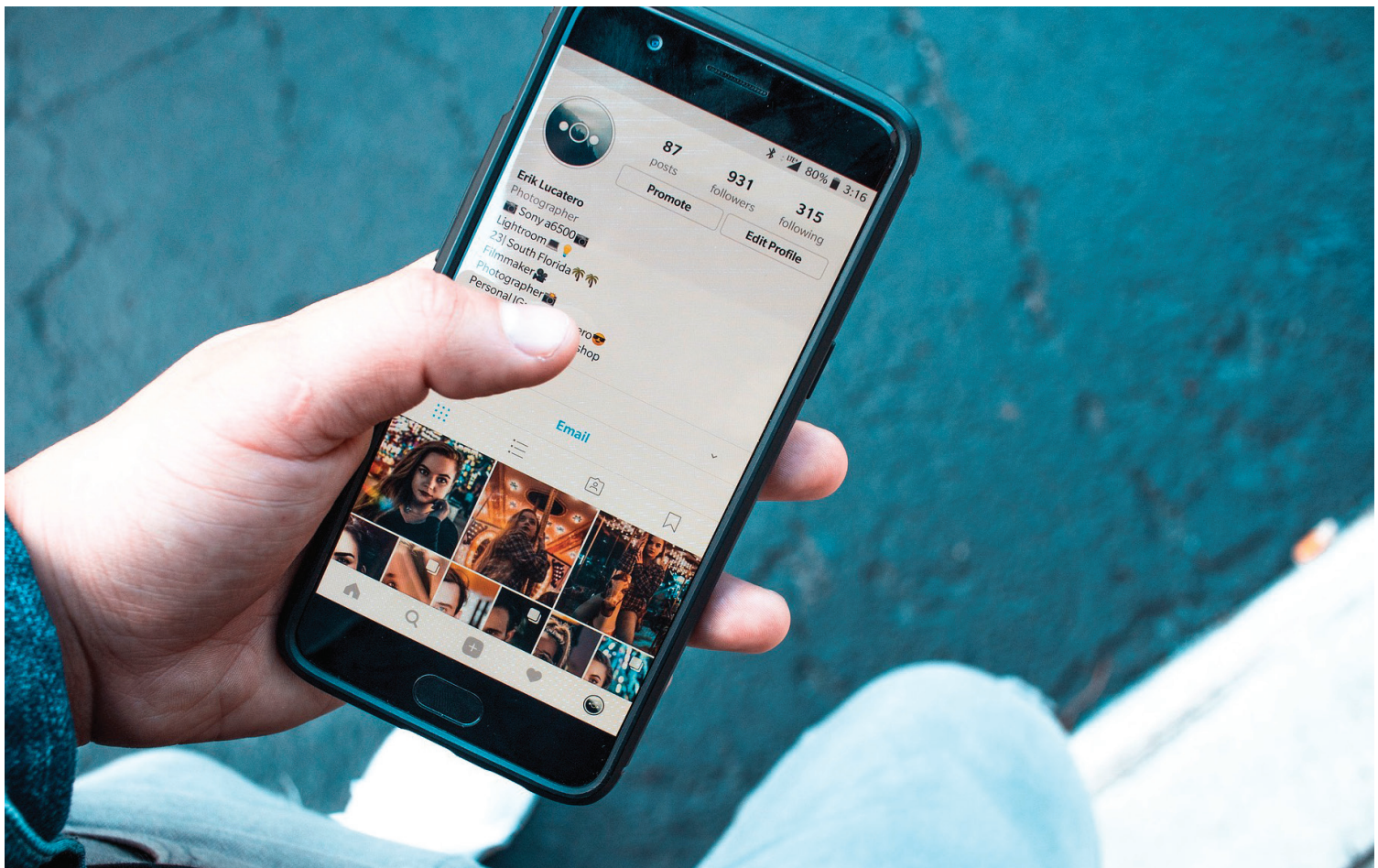
ยังเสพติดออนไลน์ยิ่งเสี่ยงสูง

สื่ออินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์ดิจิทัลที่สะดวกและรวดเร็ว ทำให้ความนิยมในการใช้สื่อออนไลน์มีมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเยาวชน Gen Z (อายุน้อยกว่า 18 ปี) ที่เติบโตมาในโลกยุคไซเบอร์ ซึ่งพบว่าใช้เวลาไปกับอินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 10.22 ชั่วโมง/วัน ในช่วงวันเรียน และ 11.50 ชั่วโมง/วัน ในช่วงวันหยุด โดยกิจกรรมยอดฮิตอันดับ 1 คือ โซเชียลมีเดีย ตามด้วย การหาข้อมูล และแชต หรือโทรศัพท์ออนไลน์¹

สิ่งที่น่าจับตาจากการเปิดรับสื่อออนไลน์ในกลุ่มเด็กเยาวชน Gen Z นั่นคือ ภัยคุกคามทางออนไลน์ มีรายงานสำรวจหลายชิ้นบ่งบอกว่า นับจากปี 2010 เป็นต้นมา สถิติ

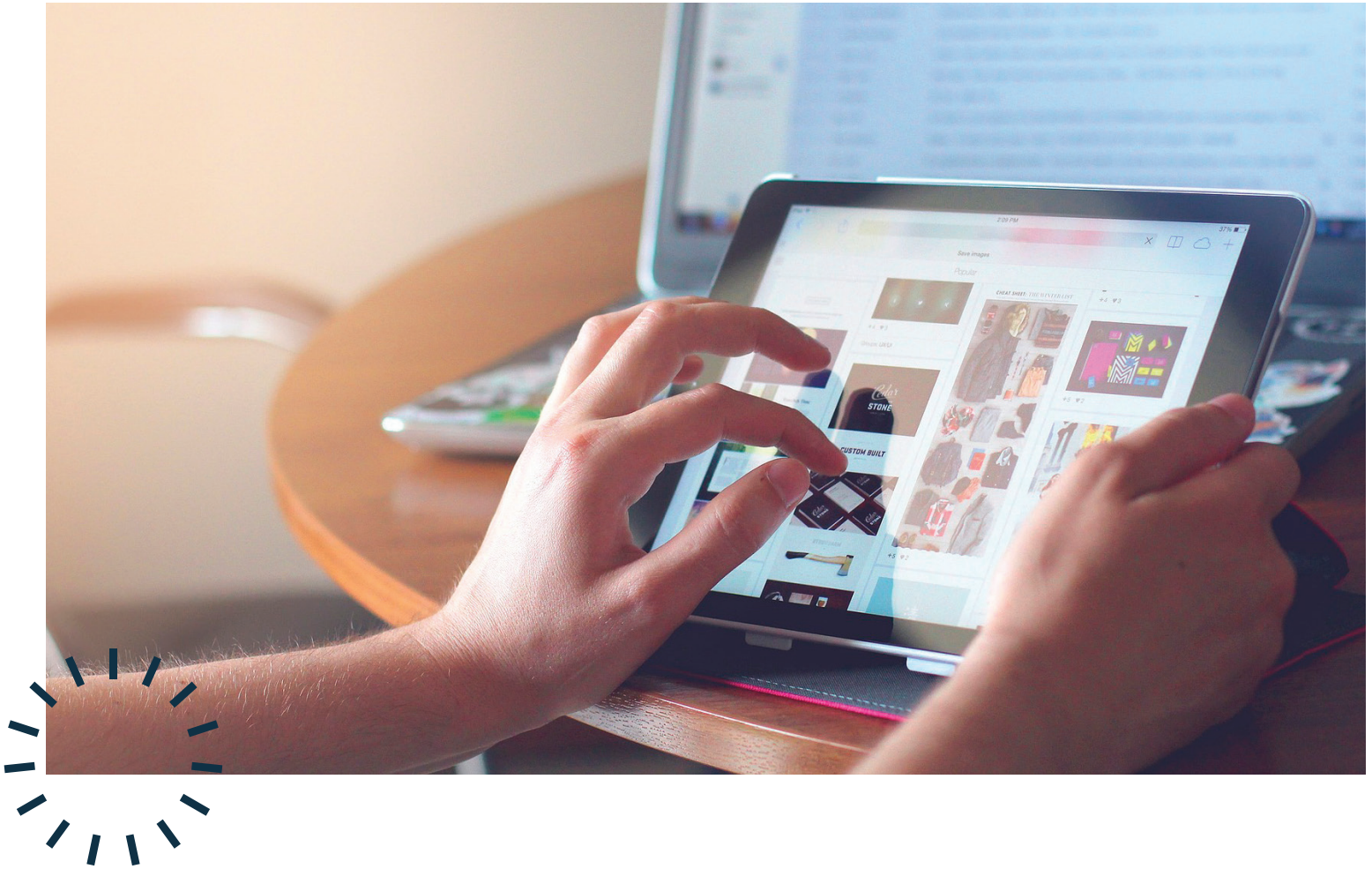
ของการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์มีจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ² ไม่เว้นแม้กระทั่งเด็กเยาวชนไทย

ข้อมูลจากกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) โดยศูนย์ประสานงานส่งเสริมการปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ หรือ โคแพท (COPAT – Child Online Protection Action Thailand) ร่วมกับมูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย ทำการผลสำรวจ “สถานการณ์เด็กไทยกับภัยออนไลน์” ปี 2562 กลุ่มตัวอย่างอายุ 6-18 ปี จำนวน 15,318 คน จากทั่วประเทศ พบว่า



¹ รายงานการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2561, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) หรือ ETDA

² การกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์, สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน ร่วมกับ สสส.



เด็กส่วนใหญ่ 89% มองว่าอินเทอร์เน็ตให้ประโยชน์มากกว่าโทษ แต่ก็ตระหนักเรื่องภัยอันตรายและความเสี่ยงหลากหลายรูปแบบ

วิธีการจัดการกับปัญหาเมื่อเผชิญภัยหรือเกิดความเสียหายทางออนไลน์ พบว่า เด็ก 54% เชื่อว่าเมื่อเกิดกับตนเองสามารถจัดการปัญหาด้วยตนเองได้ และ 86% มองว่า สามารถให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือเพื่อนได้

ในความเป็นจริง เด็ก 31% เคยถูกลั่นแกล้งรังแกออนไลน์ ซึ่งเพศทางเลือกถูกลั่นแกล้งมากที่สุดถึง 49% และเมื่อ ถูกลั่นแกล้งทางออนไลน์จะมีเด็กถึง 40% ที่ไม่ได้บอกใคร

ขณะเดียวกัน เด็ก 34% เคยกลั่นแกล้งรังแกคนอื่น ทางออนไลน์ ซึ่งส่วนหนึ่งบอกว่าเป็นการโต้ตอบที่ตนเอง โดนแกล้ง

สิ่งที่เด็กได้ทำเมื่อโดนกลั่นแกล้งทางออนไลน์ อันดับ 1 บล็อกบุคคลที่กระทำกับเรา 44% ตามด้วย 2. ลบข้อความหรือภาพที่ทำให้อับอาย กังวล หรือรู้สึกไม่ดี 38% 3. เปลี่ยนการตั้งค่าความเป็นส่วนตัว 31% 4. รายงานแจ้งปัญหาผ่านปุ่มแจ้ง (report abuse) บนเว็บไซต์หรือเฟซบุ๊กหรือผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ต 29% 5. ไม่ทำอะไรเลย 22% และ 6. หยุดใช้

อินเทอร์เน็ตชั่วคราว 13%

นอกจากนี้ยังพบว่า เด็ก 74% เคยพบเห็นสื่อลามกอนาจารทางออนไลน์ 50% เคยพบเห็นสื่อลามกอนาจารเด็ก 6% เคยครอบครองสื่อลามกอนาจารเด็ก เคยส่ง ส่งต่อ หรือแชร์สื่อลามกอนาจารทางออนไลน์ ซึ่งเป็นการกระทำผิดกฎหมาย และเด็ก 2% ยอมรับว่าเคยถ่ายภาพหรือวิดีโอตนเองในลักษณะลามกอนาจารแล้วส่งให้คนอื่น ๆ ด้วย โดยพฤติกรรมเหล่านี้เป็นความเสี่ยงที่อาจนำภัยอันตรายมาถึงตัว

สิ่งที่น่ากังวลคือ เด็กประมาณ 25% หรือ 3,892 คน เคยนัดพบกับเพื่อนที่รู้จักกันในโลกออนไลน์ และนัดเจอกัน เรื่องที่เกิดตามมาคือ โดนพุดจาล้อเลียน ดูถูก และทำให้ เสียใจ หลอกให้เสียเงิน เสียทรัพย์สิน ที่สำคัญประเด็นที่นัดเจอกันแล้วถูกล่วงละเมิดทางเพศเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงมากที่สุด และเกิดขึ้นจริง มี 73 คน หรือ 1.9% ตลอดจนมีความเสี่ยงสูง เพราะพอนัดเจอกันแล้วอาจถูกทุบตี ทำร้ายร่างกาย หรือ ถ่ายภาพ คลิปวิดีโอ แล้วนำไปประจาน ไปแบล็กเมล์ ข่มขู่เรียกเงินตามมา

ภัยคุกคามออนไลน์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

จากการรับแจ้งเหตุของสายด่วนไทยฮอตไลน์ มูลนิธิ

อินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย



(เคสที่ 1)

ได้รับแจ้งกรณี เด็กหญิง อายุ 12 ปี ถูกล่อลวง ละเมิดทางเพศ และถ่ายคลิปวิดีโอแชร์ทางเน็ต จึงได้ประสานงานกับครู ซึ่งเป็นครูประจำชั้นของเด็ก ผู้มาแจ้งเหตุ ทางไลน์และทางโทรศัพท์ ได้ข้อมูลดังนี้

ครูเล่าว่า เมื่อราว 5 โมงเย็นของวันเสาร์ พบแม่มามาตามลูกสาวที่โรงเรียน เกรงว่าลูกจะถูกล่อลวงไปกระทำผิดมีร้าย เนื่องจากลูกหายไปทั้งวัน แม่ติดต่อไม่ได้จนถึงเย็น ด้วยความเป็นห่วงจึงมาตามหาที่โรงเรียน พบครูจึงได้ช่วยกันตามหา โดยการสอบถามเพื่อนๆ และตรวจ Facebook ของน้อง พบว่า น้องน่าจะไปกับเพื่อนชายวัย 14 ปี ต่างโรงเรียน นอกจากนี้ยังพบคลิปของน้องกับเพื่อนชายมีเพศสัมพันธ์กัน ถ่ายโดยเพื่อนๆ ซึ่งปรากฏอยู่ในคลิปวิดีโอด้วย ถูกเผยแพร่อยู่ในหมู่เพื่อนๆ

ที่โรงเรียน จึงได้พาแม่ไปขอความช่วยเหลือที่โรงพัก เจ้าหน้าที่ช่วยประสานงานให้ผู้ปกครองพาน้องผู้หญิงมาส่งที่โรงเรียน ครูพาน้องผู้หญิงไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล พบร่องรอยการมีเพศสัมพันธ์ แม่จึงแจ้งความเพื่อดำเนินคดี

สิ่งที่ตามมาคือ ผู้อำนวยการโรงเรียนทราบเรื่องแต่ไม่อยากให้ครูยุ่งเกี่ยวกับคดี เนื่องจากกลัวโรงเรียนจะเสียชื่อเสียง ส่วนเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่เบื้องต้นแจ้งว่าเด็กกระทำต่อเด็กคงไม่สามารถดำเนินคดีได้ และเมื่อลงบันทึกแจ้งความก็ไม่กล่าวถึงคลิปวิดีโอที่เป็นหลักฐานสำคัญในคดี ต่อมาทราบว่าแม่ไม่ทราบจะดูแลแนะนำลูกอย่างไร เพราะลูกอยากกลับไปคบกับเพื่อนชายคนนั้นอีก

(เคสที่ 2)

น้อง ม.1 (13 ปี) พูดคุยกับเพื่อนออนไลน์ นัดเพื่อนรุ่นพี่ผู้หญิงมาพบที่บ้าน พ่อแม่บอกว่ามีท่าที่ไม่น่าไว้วางใจเหมือนจะมาขโมยของ (ที่บ้านติดกล้องวงจรปิดไว้ในห้องต่างๆ) พ่อแม่สอบถามพูดคุยกับน้องแล้วยึดโทรศัพท์มือถือมาตรวจดู จึงพบว่า น้องยังพูดคุยกับผู้ชายที่อ้างว่าอายุใกล้เคียงกันอีก 2-3 คนทางอินเทอร์เน็ต เป็นการพูดคุยเชิงลามก (เช่น ขอดูอวัยวะเพศ ชวนสำเร็จความใคร่) พยายามชักชวนให้น้องส่งภาพหรือวิดีโอทางเพศ โชว์อวัยวะเพศ ฯลฯ

วันที่มาแจ้งสายด่วนไทยฮอตไลน์ มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย พ่อแม่ขับรถพาลูกสาวมาหาถึงสำนักงานพรินต์บสนทนาของลูกกับเพื่อนออนไลน์มาให้ดู จากการตรวจสอบยังไม่พบภาพหรือคลิปวิดีโอลามกอนาจารของน้อง น้องบอกแค่ว่ามีวิดีโอ facetime พูดคุ้ยลามกกันครั้งเดียว แต่ไม่ได้ให้อีกฝ่ายเห็นใบหน้าของตัวเอง บทสนทนาที่พ่อแม่พรินต์มาให้ดูนั้นเข้าข่าย unwanted sexting (การส่งข้อความหรือสื่อลามกมาให้ โดยไม่ได้ร้องขอ) และ grooming (การเตรียมหรือล่อลวงเด็กออนไลน์เพื่อวัตถุประสงค์ทางเพศ) กรณีนี้เจ้าหน้าที่ต้องสืบติดตามเนื่องจากสงสัยว่าจะเป็นกลุ่มหลอกลวงเพื่อนำคลิปลามกเด็กหน้าตาดี โรงเรียนดัง หรือบุตรหลานคนมีฐานะเพื่อเอามาชมชู้แบล็กเมล์

กลั่นแกล้งรังแกบนโลกไซเบอร์

หรือ **Cyber Bullying**

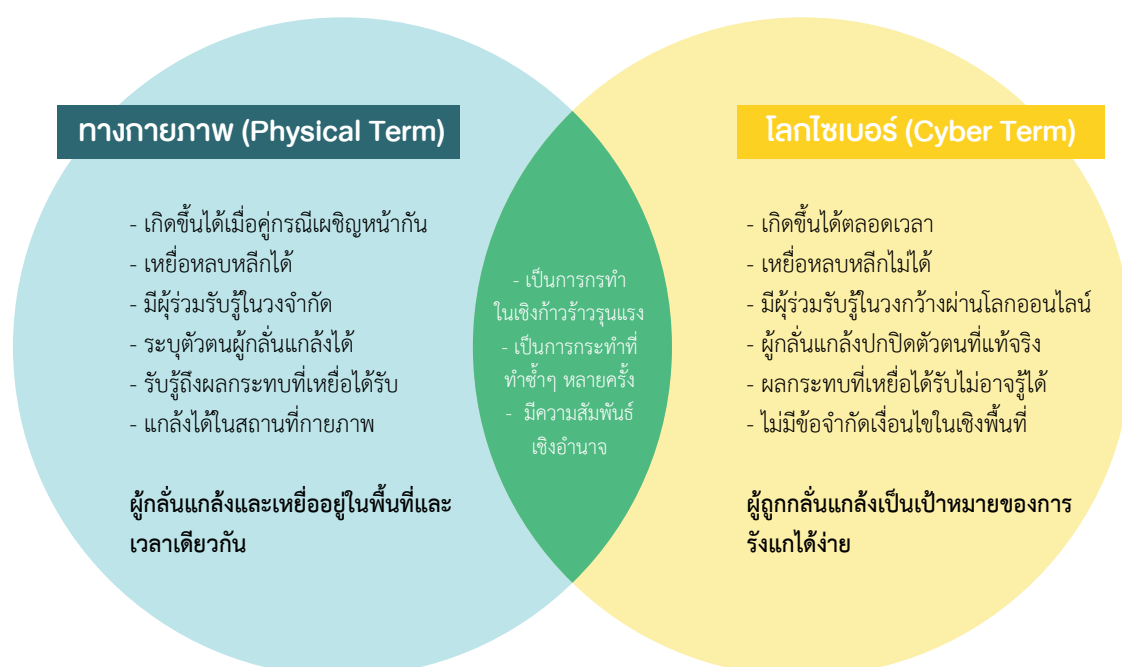
กลั่นแกล้งรังแกบนโลกไซเบอร์ หรือ Cyber Bullying³ เป็นการกลั่นแกล้ง รังแก หรือคุกคามโดยเจตนาผ่านสื่อดิจิทัลหรือสื่อออนไลน์ เช่น โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ และแท็บเล็ต ผู้กลั่นแกล้งจะส่งข้อความหรือรูปภาพผ่าน SMS กล่องข้อความ และแอปพลิเคชัน หรือส่งผ่านออนไลน์ในโซเชียลมีเดีย กระดานสนทนา หรือเกมออนไลน์ที่ผู้ใช้สามารถเปิดดู มีส่วนร่วมหรือแบ่งปันเนื้อหาได้ การกลั่นแกล้งลักษณะนี้มักทำซ้ำๆ ไปยังเหยื่อหรือผู้ที่ถูกกลั่นแกล้งโดยผู้รังแกจะเปิดเผยหรือปิดบังตนก็ได้

วิธีการคือ ส่งโพสต์ หรือแชร์ข้อมูลด้านลบ เป็นเท็จ หยาบคาย และทำร้ายจิตใจผู้อื่น บางกรณีการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์อาจรวมถึงการแชร์ข้อมูลส่วนตัวของผู้อื่นโดยมีเจตนาเพื่อให้เจ้าตัวอับอายหรือทำลายชื่อเสียง อย่างไรก็ตามบางครั้งการปฏิบัติต่อผู้อื่นโดยไม่เจตนาหรือไม่สุภาพเพียงครั้งเดียว ไม่อาจถือว่าเป็นการกลั่นแกล้งได้ คุณลักษณะที่สำคัญของการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์คือเป็นการกระทำที่จงใจ และกระทำต่อผู้ถูกกระทำซ้ำ ๆ หลายครั้ง ซึ่งข้อมูลจาก Office of the eSafety Commissioner ของออสเตรเลียพบว่า ในปี 2560 เด็กถึง 1 ใน 5 ได้รับผลกระทบจากการกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์

แกล้งกันบนโลกไซเบอร์

รุนแรงกว่า แกล้งกันทางกายภาพ

การกลั่นแกล้งรังแกบนโลกไซเบอร์รุนแรงกว่าการกลั่นแกล้งทางกายภาพ “รับรู้ในวงกว้าง ถูกกระทำซ้ำไม่รู้จบ”



³ มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย

ยังเสพติดออนไลน์ยิ่งเสียงสูง



จากการศึกษาพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางออนไลน์กับความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว ครู และเพื่อน ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา ในกทม. ปี 2562 โดยผศ.นพ.คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า เด็กนักเรียนในกทม. 1 ใน 4 เคยเป็นเหยื่อการกลั่นแกล้งทางออนไลน์ เป็นผู้กลั่นแกล้ง (bully) 7% และเคยเป็นทั้งเหยื่อ และผู้กลั่นแกล้ง (bully-victim) 24% ในการกลั่นแกล้งรังแกบนโลกไซเบอร์วัยรุ่นส่วนใหญ่ 92% เคยพบเห็นการรังแกบนโลกไซเบอร์ โดยมีเพียง 35% ที่เข้าไปช่วยเหลือผู้ที่ถูกกลั่นแกล้ง ในขณะที่ 26% เพิกเฉยต่อการกลั่นแกล้ง และมีถึง 28% ที่เข้าไปซ้ำเติมผู้อื่น

ผลการศึกษายังพบว่า คนที่ติดสังคมออนไลน์มากมีแนวโน้มจะเป็นผู้กลั่นแกล้งผู้อื่นบนโลกไซเบอร์มากกว่าคนที่ไม่ติดออนไลน์ถึง 3 เท่า ในทางกลับกัน ผู้ที่ติดสังคมออนไลน์มากก็มีแนวโน้มจะเป็นผู้ถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์และยังมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้กดไลก์/แชร์ ข้อความรูปภาพหรือคลิปที่กำลังถูกกลั่นแกล้งบนโลกไซเบอร์มากกว่าคนที่ไม่ติดออนไลน์ถึง 2 เท่า สิ่งที่น่าสนใจจากการศึกษาในครั้งนี้คือความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและผู้ปกครองกลายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยปกป้องเด็กและเยาวชนจากการถูกระงับบนโลกออนไลน์ได้ถึง 1 เท่า และเป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือ ด้วยการโพสต์ให้กำลังใจผู้ที่ถูกกลั่นแกล้งทางออนไลน์มากที่สุด

หยุดพฤติกรรมเสี่ยง ใช้สื่ออย่างรู้เท่าทัน

เด็กเยาวชนอาจเป็นได้ทั้งเหยื่อและเป็นผู้กลั่นแกล้งเสียเอง

เกราะป้องกันที่สำคัญสิ่งแรกจึงควรหยุดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะถูกกลั่นแกล้งบนโลกออนไลน์ โดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวเพราะยิ่งเปิดเผยมากยิ่งเป็นความเสี่ยง ไม่รับคนอื่นที่ไม่รู้จักมาเป็นเพื่อน ไม่แชทหรือออกไปพบกับคนแปลกหน้า หลีกเลี่ยงการใช้รูปจริงเป็นรูปโปรไฟล์ ตั้งค่าความเป็นส่วนตัวส่วนตัวในการใช้งาน ไม่ปล่อยให้ผู้อื่นรู้รหัสเข้าใช้งาน รวมถึง log out ออกทุกครั้งเมื่อใช้งานเสร็จหรือให้ผู้อื่นยืมใช้โทรศัพท์

แต่เมื่อถูกกลั่นแกล้งออนไลน์มี 8 ขั้นตอน⁴ ที่จะรับมือดังนี้

1 

จำไว้ว่าไม่ใช่ความผิด
ของเรา อย่าตำหนิตัวเอง
เมื่อถูกผู้อื่นกลั่นแกล้ง
บนโลกโซเชียล

2 

อย่าคิดตอบโต้หรือแก้แค้น
การตอบโต้จะทำให้เกิด
ความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

3 

เก็บบันทึกหลักฐาน
บันทึกหน้าจอหรือ
ข้อความไว้เป็นหลักฐาน

4 

บอกผู้กลั่นแกล้งให้หยุดการ
กระทำ แสดงเจตนาให้ผู้กลั่นแกล้ง
ทราบว่าเราไม่ยินดีที่จะอยู่
ในสถานการณ์ที่ถูกกลั่น

5 

ขอความช่วยเหลือ
ปรึกษาเพื่อนสนิท หรือ
คนที่ไว้ใจ เพื่อเล่า
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

6 

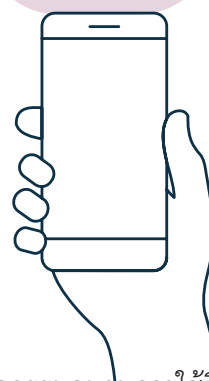
ไม่บอกรหัสผ่านให้กับใคร
เพื่อป้องกันการแอบอ้างตัวตน
ไม่ควรบอกรหัสผ่านแก่ใคร

7 

บล็อกผู้กลั่นแกล้ง เพื่อไม่ให้
ถูกกระทำซ้ำๆ ควรบล็อกบุคคล
ที่ส่งข้อความกลั่นแกล้งและ
รายงานผู้ให้บริการสื่อสังคม
ออนไลน์

8 

บอกผู้ปกครองหรือครู
หากได้รับการข่มขู่คุกคาม
ด้วยความรุนแรง ควรแจ้ง
ให้ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง
จัดการ



นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
เปิดบริการให้คำปรึกษาเด็กเยาวชนผ่านช่องทาง

- ห้องแชท “Child Chat Line” เพื่อให้คำปรึกษาแก่เด็ก ๆ ที่มีปัญหาถูกกลั่นแกล้ง ภายใต้โครงการ Safe Internet โดย ดีแทค

- บริการให้คำปรึกษาผ่าน “Stop Bullying Chat Line” ในช่วงเวลา 16.00-22.00 น. ของทุก

วัน รวมถึงจัดกิจกรรมอบรมการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างปลอดภัยผ่านศูนย์ดิจิทัลชุมชน โดย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (ดีอี) ร่วมกับกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเทคโนโลยี (ปอท.)

- สายด่วนกรมสุขภาพจิต 1667 และ 1323
- มูลนิธิสายเด็ก ChildLine 1387

⁴ การกลั่นแกล้งบนโลกโซเชียล, สถาบันสื่อเด็กและเยาวชน ร่วมกับ สสส.



บทบาทพ่อแม่⁵

- ทำใจเย็นๆ รับฟังด้วยเหตุผล ไม่ใช่ใช้อารมณ์ บอกลูกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่ใช่ความผิดของเขา ให้ลูกเข้มแข็ง อดทน อย่าไปให้ความสนใจมากเกินไปเพราะยิ่งทำให้คนแก่งงและทำต่อไปเรื่อยๆ

- ช่วยลูกแก้ไขปัญหา เช่น ปิด บล็อกเพื่อนที่แก่งง ลบข้อความหรือภาพที่โดนตัดต่อ

- ขอความช่วยเหลือจากครูหรือเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก

- ก่อนหยิบยื่นโทรศัพท์มือถือให้ลูก ต้องสอนให้เข้าใจว่ามีภัยอันตรายอะไรบ้างบนโลกไซเบอร์ เช่น การรับเพื่อนใหม่ การพูดคุยกับเพื่อน การโพสต์ข้อมูลหรือภาพส่วนตัวมากเกินไป

- ควรสอนให้ลูกรู้จักการตั้งค่าความปลอดภัยในการใช้สื่อโซเชียลมีเดีย เช่น ใน Facebook สามารถตั้งค่าได้ว่าจะให้ใครมาโพสต์อะไรบนพื้นที่ของเรา หรือจะให้ใครเห็นโพสต์ของเราได้บ้าง

• • •

บทบาทของครู

- ไม่เพิกเฉยต่อปัญหาการข่มเหงรังแกกันของเด็ก ควรแก้ไขปัญหาคือต้นตอ โดยการมีส่วนร่วมของเด็กและครอบครัว

- ครูควรสอนทักษะรู้เท่าทันสื่อให้เด็กๆ เลือกเชื่อ เลือกแชร์ข่าวสารข้อมูลที่รับมา ต้องถูกคิดเสียก่อนว่าหากไม่ใช่เรื่องจริงแล้วส่งต่อกันไปจะเป็นการให้ร้ายหรือละเมิดซ้ำเหยื่อหรือไม่

บทบาทของผู้ให้บริการเว็บไซต์หรือโซเชียลมีเดีย

- ควรมีกฎกติกาเพื่อต่อต้านการกลั่นแกล้งรังแกกันบนพื้นที่ให้บริการของตน โดยประกาศชัดเจนว่าห้ามทำและมีมาตรการดำเนินการกับผู้ฝ่าฝืน ควรมีปุ่มรับแจ้งหรือรายงานกรณีถูกกลั่นแกล้งรังแกเพื่อให้เด็กขอความช่วยเหลือในการลบเนื้อหาที่ทำให้อับอายหรือเสื่อมเสีย จัดเจ้าหน้าที่คอยให้คำปรึกษาแนะนำ ช่วยเหลือเยียวยาจิตใจและความเสียหายของเหยื่อ ประสานส่งต่อไปยังสถานพยาบาล ดำเนินการกับผู้กลั่นแกล้งรวมถึงให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายหรือหน่วยงานอื่นๆหากจำเป็น

⁵ มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย

3 ทางเลือก-ทางรอด

ของ ‘เด็กและวัยรุ่น’ ในการเดินทาง

“ชั่วโมงละ 3 คน”
คือจำนวนผู้เสียชีวิต
จากอุบัติเหตุบนท้องถนน
ของประเทศไทย

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเมินการ
ว่าในปี ค.ศ.2018 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตบนท้องถนน
รวมกัน 22,491 คน คิดเป็น 32.7 คนต่อประชากรแสนคน สูง
ที่สุดในอาเซียน และมากกว่าค่าเฉลี่ยของโลก คือ 18.2 คน
ต่อประชากรแสนคนอยู่ ‘เกือบเท่าตัว’ โดยกว่า 74%
เสียชีวิตจากยานพาหนะสองล้อและสามล้อ ซึ่งส่วนใหญ่ ใน
นั้นน่าจะหมายถึงรถจักรยานยนต์ หรือ ‘มอเตอร์ไซด์’ ทั้งใน
ฐานะคนขี่และคนซ้อน¹



¹ Global status report on road safety 2018 – WHO



แม้เราจะคุ้นชินกับช่วงเวลา ‘7 วันอันตราย’ ที่หน่วยงานของรัฐรณรงค์และกวดขันการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อลดจำนวนอุบัติเหตุทางถนน รวมไปถึงลดจำนวนคนเจ็บและคนตาย ทั้งในช่วงเทศกาลสงกรานต์และเทศกาลสงท้ายปีเก่า-ต้อนรับปีใหม่ แต่แท้จริงแล้วคนไทยเสียชีวิตบนท้องถนนกันทั้งปี

หากดูค่าเฉลี่ยการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วง 7 วันอันตราย ตอนเทศกาลปีใหม่ ค.ศ. 2018 จะอยู่ที่วันละ 66 คน สูงกว่าค่าเฉลี่ยการเสียชีวิตทั้งปี ที่ WHO รวบรวมซึ่งอยู่ที่ 62 คน เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ที่สำคัญ ‘อุบัติเหตุทางถนน’ ถือเป็นสาเหตุของการ ‘เสียชีวิตก่อนวัยอันควร’ (หมายเหตุ: การ ‘เสียชีวิตก่อนวัยอันควร’ (premature mortality) คือการเสียชีวิตก่อนอายุคาดเฉลี่ย หรือ life expectancy ซึ่งประเทศไทย ยึดตัวเลขเพศชาย 80 ปี และเพศหญิง 82.5 ปี) ลำดับต้น ๆ ของคนไทย โดยข้อมูลปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีคนไทยเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร

ประมาณ 10.1 ล้านคน โดยเฉพาะเพศชาย อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุอันดับหนึ่ง (20%) โดยเฉพาะคนในช่วงอายุ ระหว่าง 15-29 ปี คือวัยรุ่นจนถึงวัยทำงานตอนต้น ส่วนเพศหญิงเป็นสาเหตุอันดับสาม (9%) เฉลี่ยใกล้เคียงกันทุกช่วงอายุ²

สิ่งที่น่าสนใจก็คือ สาเหตุการเสียชีวิตหลังเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนส่วนหนึ่งเกิดจากการบาดเจ็บที่ ‘ศีรษะ’ ของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ มูลนิธิเมาไม่ขับเคยเปิดเผยข้อมูลว่าในปี พ.ศ.2559 มีเด็กและเยาวชน ซึ่งหมายถึงประชากร ไทยอายุระหว่าง 15-25 ปี เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 10 คน โดย กว่า 80% เสียชีวิตเพราะไม่สวมหมวกกันน็อก

‘หมวกกันน็อก’ จึงน่าจะเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยลดความสูญเสียดังกล่าวได้ ผ่านการป้องกันและลดความรุนแรงจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ แต่ทำไมผู้ใช้รถจักรยานยนต์ไม่อาจจะขับขี่เองหรือซ้อนท้ายถึงไม่นิยม

² รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ ของประชากรไทย พ.ศ.2557

คนไทยใส่หมวกกันน็อกไม่ถึง 50%



เราสวมหมวกกันน็อกกันบ้างไหม ทุกครั้งที่ขึ้นมอเตอร์ไซค์รับจ้าง ชีไปบ้านเพื่อนหรือซื้อของใกล้บ้าน – หากคุณตอบว่าใส่บ้างไม่ใส่บ้าง คุณจะอยู่ในกลุ่มคนไทย ‘ส่วนใหญ่’ ที่ไม่ได้สวมหมวกกันน็อกเป็นประจำ เวลาที่โดยสารรถจักรยานยนต์

แม้ว่าตาม พ.ร.บ.จราจรทางบก พ.ศ. 2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติม รวมถึงกฎกระทรวง ฉบับปี พ.ศ. 2535 จะกำหนดโทษ ของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกกันน็อกหรือ ‘หมวกนิรภัย’ ไว้ที่ปรับเงิน 500 บาท (ถ้าเป็นผู้ขับขี่และ ไม่ให้ผู้โดยสารใส่หมวกกันน็อกจะปรับเพิ่มอีกเท่าตัวเป็น 1,000 บาท) รวมถึงภาครัฐออกมารณรงค์การสวมหมวกกันน็อกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานนับสิบปี โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งรัฐบาลเดินหน้าโครงการ ‘สวมหมวกนิรภัย 100%’ ทั้งผ่านการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การบังคับใช้กฎหมาย

จับ-ปรับ ไปจนถึงการแจกหมวกนิรภัยให้ใช้ฟรี นับแสนใบ

แต่ข้อมูลจากการสำรวจโดยมูลนิธิไทยโรดส์ เครือข่ายเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน และ สสส. ซึ่งจัดทำต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2553-2561 โดยสำรวจผู้ใช้รถจักรยานยนต์รวม 1.53 ล้านคัน ครอบคลุมทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศพบว่า แม้แนวโน้มการสวมหมวกนิรภัยของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ยังไม่ถึงครึ่งหนึ่งหาก นับรวมทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสาร โดยระหว่างปี พ.ศ. 2553-2561 เฉพาะผู้ขับขี่สวมหมวกนิรภัยลดลงจาก 53% เป็น 52% เฉพาะผู้โดยสารสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้นจาก 19% เป็น 22% และถ้านับรวมทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่สวมหมวกนิรภัยจะเพิ่มจาก 44% เป็น 45%³

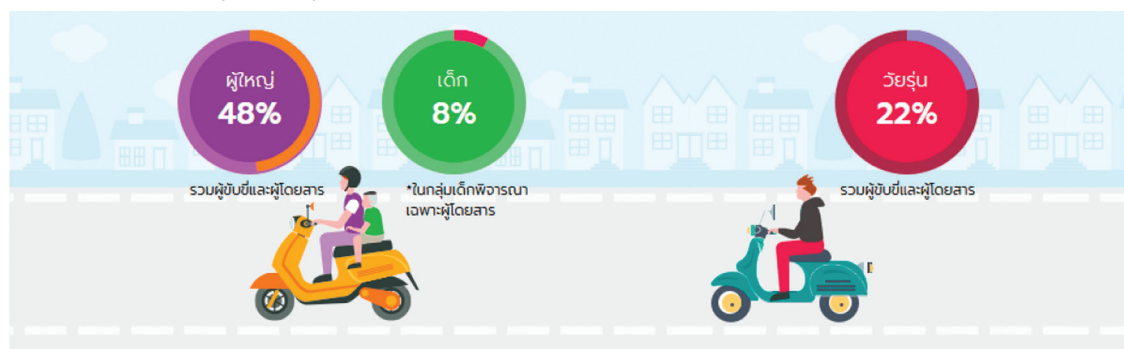
³ เว็บไซต์หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนความปลอดภัยทางถนน <http://trso.thairoads.org/statistic/helmet>

อัตราการสวมหมวกกันน็อกของคนไทยในปี พ.ศ. 2561

จำแนกตามตำแหน่งที่นั่ง



จำแนกตามกลุ่มอายุ



เมื่อแยกตามพื้นที่ เฉพาะปี พ.ศ.2561 คนในเขตชุมชนเมืองหลัก (กทม.และชุมชนเมืองที่เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของจังหวัด) จะสวมหมวกกันน็อกถึง 87% มากกว่าเขตชุมชนเมืองรอง 45% และเขตชุมชนชนบท 31% โดยทุกภาค อัตราการสวมหมวกกันน็อกเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ยกเว้นภาคตะวันออกเฉยงเหนือ

และหากแยกตามวัย ผู้ใหญ่จะสวมหมวกนิรภัย (48%) มากกว่าวัยรุ่น (22%) และเด็ก (8%) อย่างมีนัยสำคัญ หากย้อนดูสาเหตุการเสียชีวิตของวัยรุ่นและเด็กจากอุบัติเหตุทางถนนว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นเพราะ – 80% ไม่สวมหมวกกันน็อก การไม่สวมหมวกกันน็อกเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตเมื่อเผชิญกับอุบัติเหตุทางถนน แล้วทำไมเด็กและวัยรุ่นถึงไม่ค่อยใส่หมวกกันน็อก

ทำไมไม่ใส่ ‘เคยชิน – หาซื้อยาก’



สาเหตุที่เด็กและวัยรุ่นไม่ใส่หมวกกันน็อกมีอะไรบ้าง จากการรวบรวมการให้คำตอบผ่านโซเชียลมีเดีย ซึ่งพบว่ามีสาเหตุผลถึงการไม่ใส่หมวกกันน็อกระหว่างวัยรุ่นและเด็กที่แตกต่างกันอยู่พอสมควร โดย Wisersight รวบรวมข้อมูลที่มีการพูดถึงเหตุผลที่ไม่สวมหมวกกันน็อกบนโลกออนไลน์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2561 – เดือนมิถุนายน พ.ศ.2562 จำนวน 1.42 หมื่นข้อความ พบว่า

วัยรุ่น

ซึ่งมีทั้งผู้ขับขี่เองและเป็นผู้โดยสาร เหตุผลมีทั้ง “เดินทางในระยะใกล้ๆ ชี้เกียจใส่” “ใส่ตอนกลางคืน มองทางไม่เห็น” “ใส่แล้วร้อน” “โดนขโมยหมวกกันน็อก” “ผมเสียทรง/ผมเป๋ยาก” แต่เหตุผลบางส่วนที่น่าสนใจ ก็คือ “เป็นความเคยชินของเด็กต่างจังหวัดที่จะไม่ใส่หมวกกันน็อก” รวมไปถึงความเชื่อที่ว่า ถ้าอายุไม่ถึง 18 ปี ถึงถูกตำรวจจับสุดท้ายก็ต้องปล่อยตัวออกมา

เด็ก

ที่ส่วนมากเป็นผู้โดยสาร และมีผู้ใหญ่หรือผู้ปกครองขับขี่ให้ เหตุผลอันดับ 1 คือ หมวกกันน็อกเด็กหาซื้อยาก โดยมีการพูดถึง 79% ตามด้วย ใส่แล้วมองไม่เห็น 6% น้ำหนักไม่เหมาะกับเด็ก 6% ขนาดไม่เหมาะกับเด็ก 5% และมีทั้งการตั้งคำถามว่าเด็กเล็กจำเป็นต้องสวมหมวกกันน็อกจริงหรือไม่ จนถึงตั้งคำถามกับเรื่องขนาดและ น้ำหนักของหมวกกันน็อกที่ไม่เหมาะกับเด็ก โดยเฉพาะเด็กเล็ก

หาซื้อหมวกกันน็อกสำหรับเด็กยาก

อยากได้ให้ลูกบ้างจ๊ะ สำหรับหาซื้อขนาดที่พอดีกับหัวเด็กยากมาก #จะติดตามเพจต่อไปนะ
Like · Reply · 51w

อยากได้เหมือนกันคะ ของเด็กหายาก และไม่คอยได้มาตรฐานเท่าไรคะ
Like · Reply · 1y

อยากได้หมวกแบบนี้ให้ลูก มีขายที่ไหนบ้างคะ
Like · Reply · 51w

หมวกกันน็อกสำหรับเด็กหายากจริงๆนะครับ ไม่ค่อยมีใครสนใจ โชคดีที่ของเรามีหลายไซส์ไม่เหมือนผู้ใหญ่ บางทีใส่แล้วหลวมมันไม่ได้ช่วยอะไรนอกจากกันความร้อนจ้ะ
Like · Reply · 1y

อยากได้หมวกให้ลูกชายบ้างคะ มีทาสขายมั้ยคะ
Like · Reply · 1y

หมวกกันน็อกดี สำหรับเด็กหายากมากและก็แพงด้วย ไม่ถึงไม่ต่ำกว่าแปดร้อยบาท ที่ขายๆตอนนี้เป็นพลาสติกบางๆเขี้ยวหักก็แตกแล้ว
Like · Reply · 35w · Edited

มันหาซื้อยากด้วยหรือเปล่า ไม่กี่วันก่อนเองเดินอยู่แถวๆ ตรงที่ขายหมวกกันน็อกในห้าง มีแม่กับลูกเล็กๆ 2 คนเดินมา แล้วคนแม่พูดว่าไม่มีหมวกกันน็อกเด็กเลย หาขายจัง สรุปเขาเลยไม่ได้ซื้อแล้วเดินไปทางอื่น (เราเลยมองๆ มีหมวกกันน็อกวางขายเยอะมากก็ไม่มีไซส์เด็กจริงๆ = =)
*ข้อความถูกลบไปแล้ว

ภาพพ่อแม่ขี่มอเตอร์ไซด์ไปส่งลูกเข้าโรงเรียนอาจเป็นสิ่งที่เราเห็นได้จนชินตาทั้งใน กทม. ไปจนถึงต่างจังหวัด ทว่า นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ ผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล สะท้อนประเด็นที่น่าสนใจหนึ่งขึ้นมาว่า เด็กเล็กที่มีอายุน้อยกว่า 6 ปี ควรจะให้ขี่มอเตอร์ไซด์หรือไม่ ให้นั่งตรงไหน นั่งซ้อนสามได้ไหม เพราะกฎหมายจราจรให้นั่งมอเตอร์ไซด์ได้แค่ 2 คนเท่านั้น ถ้านั่ง 2 คนควรจะให้นั่งด้านหน้าหรือด้านหลังถึงจะปลอดภัย เพราะมอเตอร์ไซด์ออกแบบมาให้นั่งซ้อนท้าย

“ในต่างประเทศ มีกฎหมายกำหนดให้เด็กจะนั่งมอเตอร์ไซด์ได้ก็ต่อเมื่อเข้าถึงที่วางเท้าเท่านั้น” นพ.อดิศักดิ์กล่าว

แม้บางคนจะดัดแปลงให้มอเตอร์ไซด์มีที่นั่งสำหรับเด็ก คล้ายจักรยาน แต่ผู้ผลิตก็เคยออกมายืนยันว่า ไม่ได้สร้างมอเตอร์ไซด์ให้ทำเช่นนั้นได้ เนื่องจากมอเตอร์ไซด์จะมีความเร็วมากกว่าจักรยาน คนที่จะรอดได้เวลาเกิดอุบัติเหตุคือคนที่หลุดจากตัวรถเท่านั้น แต่ถ้ายังติดอยู่ในรถจะถูกแรงกระแทกที่หนักขึ้น

ส่วนหมวกกันน็อกสำหรับเด็กในปัจจุบัน นพ.อดิศักดิ์บอกว่า ผลิตขึ้นมาสำหรับเด็กที่มีอายุมากกว่า 2 ปีเท่านั้น เพราะถ้าอายุต่ำกว่านั้น หมวกจะหนัก จนเกินไป

ข้อกำหนดเรื่องการนั่งบนรถจักรยานยนต์ของเด็กในชาติต่างๆ⁴



ออสเตรีย ต้องอายุเกิน 12 ปี และเข้าถึงที่วางเท้า



สวีเดน ต้องอายุเกิน 7 ปี และห้ามนั่งด้านหน้าผู้ขี่เด็ดขาด



ออสเตรเลีย ห้ามเด็ก อายุต่ำกว่า 8 ปีนั่งเด็ดขาด



เบลเยียม ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี นั่งเด็ดขาด อายุระหว่าง 3-8 ปี ให้นั่งในที่นั่งพิเศษ และทุกคนต้องใส่หมวกกันน็อก



จีน – ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีนั่งเด็ดขาด



ฝรั่งเศส เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีต้องนั่งในที่นั่งพิเศษซึ่งมีที่จับและที่วางเท้า เด็กอายุเกิน 5 ปีต้องเข้าถึงที่วางเท้า ทุกคนต้องใส่หมวกกันน็อกและใส่ถุงมือ



เดนมาร์ก ต้องอายุเกิน 5 ปี แต่เด็กที่สูงน้อยกว่า 135 เซนติเมตร ต้องนั่งในที่นั่งพิเศษ ทุกคนต้องใส่หมวกกันน็อก



เนเธอร์แลนด์ ไม่กำหนดอายุขั้นต่ำ แต่ต้องสวมหมวกกันน็อก



เยอรมนี เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปีต้องนั่งในที่พิเศษ



สหราชอาณาจักร ไม่มีข้อกำหนดเรื่องอายุแต่ต้องเข้าถึงที่วางเท้าและต้องสวมหมวกกันน็อก



อิตาลี ห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีนั่งเด็ดขาด



สหรัฐอเมริกา กำหนดอายุขั้นต่ำ ในบางรัฐ เช่น วอชิงตัน (5 ปี) หลุยเซียน่า (5 ปี) เท็กซัส (5 ปี ยกเว้นนั่งมาในรถพ่วงข้าง) ฮาวาย (7 ปี) อาร์คันซอ (8 ปี) โดยรัฐส่วนใหญ่กำหนดว่าผู้เดินทางด้วยรถจักรยานยนต์ทุกคนต้องใส่หมวกกันน็อก



สเปน ต้องอายุเกิน 7 ปี และต้องใส่หมวกกันน็อก



⁴ สหพันธ์ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์แห่งยุโรป (FEMA) องค์การอนามัยโลก (WHO) และแหล่งข้อมูลอื่นๆ ซึ่งรวบรวมโดยผู้จัดทำ

ความเสี่ยงในการเดินทาง เพราะ สังคมเหลื่อมล้ำ?

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) โดยณัชชา โอเจริญ ได้ประเมินตัวเลขความเสียหายทางเศรษฐกิจ จากความสูญเสียเพราะอุบัติเหตุทางถนน เมื่อปี พ.ศ.2560 โดยประเมินจากความเต็มใจที่จะจ่ายเพื่อลดอุบัติเหตุในพื้นที่ คิดเป็นกรณีเสียชีวิต 10 ล้านบาท และกรณีบาดเจ็บ 3 ล้านบาท⁵

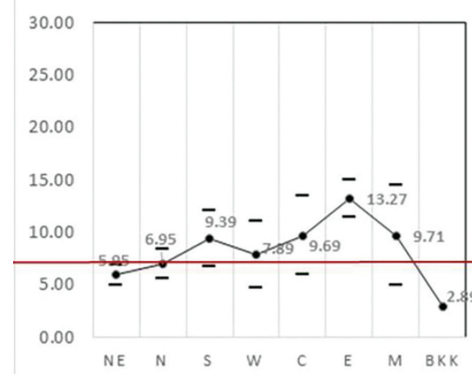
และเมื่อนำตัวเลขดังกล่าวไปคำนวณกับจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บสาหัส เพราะอุบัติเหตุทางถนน ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2556 ก็พบว่า ในแต่ละปีจะมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจเพราะอุบัติเหตุทางถนนราว 5.4 – 5.6 แสนล้านบาท คิดเป็นตัวเลขราว 6% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ หรือ GDP

อย่างไรก็ตาม หากจะถอยไปมองที่มาของอุบัติเหตุทางรถยนต์ส่วนหนึ่ง เกิดขึ้นเพราะความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยโดยพบแนวโน้มการเสียชีวิตเด็กเยาวชนจากอุบัติเหตุทางมอเตอร์ไซด์เคลื่อนย้ายจากภาคที่มีรายได้สูงไปยังภาคที่มีรายได้ต่ำกว่า

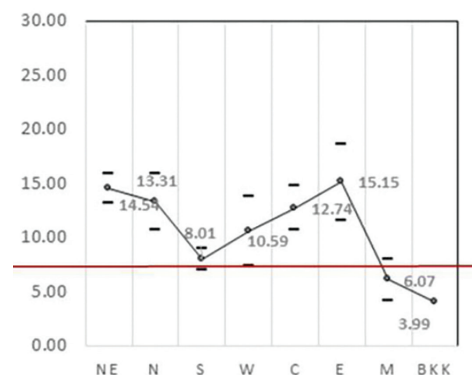
⁵ โครงการประเมินมาตรการความปลอดภัยทางถนน กรณีเส้นทางท่าเรือวัดบันได – โรงปูนท่าหลวง และเส้นทางถนนมิตรภาพ – โรงปูนแก่งคอย โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย



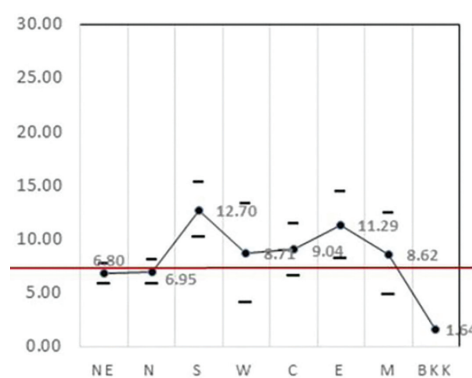
T1 2543-2548



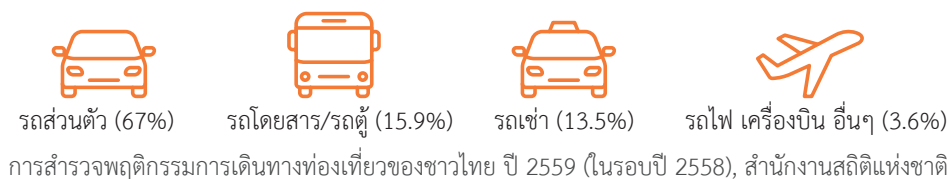
T2 2549-2554



T3 2555-2560



แสดงอัตราการตาย (/100000 คน) จากอุบัติเหตุทางถนนในเด็กกลุ่มอายุ 10-14 ปีในช่วงปี 2543-2560 เปรียบเทียบรายภาคจากภาคที่มีรายได้จังหวัดเฉลี่ยต่ำสุด (ด้านซ้าย) ไปยังภาคที่มีรายได้สูงสุด (ด้านขวา) โดยศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก (2562)



หากดูจากรูปแบบการเดินทาง (mode of transportation) ของคนไทย ปัจจัยเชิงโครงสร้างที่อธิบายอัตราอุบัติเหตุและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนนที่สูงของคนไทย⁶ จะพบว่า การเดินทางด้วยระบบรางและเครื่องบิน (ซึ่งถือว่ามีความปลอดภัยกว่าทางถนน) ของคนไทย คิดเป็นสัดส่วนที่ต่ำมาก (ข้อมูลปี 2558 มีเพียงร้อยละ 3.6) ที่เหลือเป็นการเดินทางทางถนนด้วย motor vehicles (ด้วยรถส่วนตัว รถโดยสาร รถเช่า) ซึ่งแตกต่างจากหลายประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น ซึ่งเดินทางด้วยระบบรถไฟฟ้าสาธารณะสูงถึง 72.5% ตามด้วยเครื่องบิน 15.2% ขณะที่เดินทางด้วยรถเพียง 11.8%

‘ถนนในเมืองไทยเป็นถนนที่อันตราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าคุณเป็นคนจน’



หนังสือพิมพ์ชื่อดังของสหรัฐฯ The New York Times ทำสื่อกับภาษาไทยเป็นครั้งแรก เรื่อง ‘Thailand’s Roads Are Deadly. Especially if You’re Poor.’ หรือแปลเป็นไทยว่า ‘ถนนในเมืองไทยเป็นถนนที่อันตราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าคุณเป็นคนจน’ เผยแพร่ในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2562 เนื้อหาโดยสรุปคือ คนที่มีรายได้น้อยมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากกว่าคนที่มียาได้สูงกว่าด้วยเหตุผลหลัก 2-3 ข้อ

1. ระบบขนส่งสาธารณะยังไม่ทั่วถึง
2. คนจนมีเงินพอซื้อมอเตอร์ไซด์
3. หมวกกันน็อกดี ๆ มีราคาแพง

สรุปดังกล่าวยังระบุด้วยว่า จากสถิติความตายเพราะอุบัติเหตุบนท้องถนนของ WHO ในปี ค.ศ.2018 มีเพียง 12% ที่เกิดขึ้นกับผู้โดยสารรถยนต์ส่วนบุคคลที่มีสัลลขึ้นไป ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นกับคนเดินเท้าหรือผู้โดยสารรถจักรยานยนต์



กระทั้งคนไทยที่อาศัยอยู่ใน กทม.และปริมณฑลเอง ซึ่งมีระบบขนส่งสาธารณะพร้อมที่สุดในประเทศไทย ก็มีเพียง 35% เท่านั้นที่เข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะ บางส่วนที่พอมีฐานะก็เลือกไปซื้อรถยนต์ส่วนบุคคล (40%) และมีคนอีกจำนวนไม่น้อยเลือกใช้รถจักรยานยนต์ส่วนตัวในการเดินทาง (24%) ยานพาหนะแบบ ‘เนื้อหุ้มเหล็ก’ และสถิติที่พิสูจน์แล้วว่า เป็นการเดินทางที่มีความเสี่ยงสูง

⁶ รายงาน ‘การเดินทางของประชาชนกรุงเทพมหานครจังหวัดปริมณฑลและพื้นที่ต่อเนื่อง’ ในปี พ.ศ.2560 ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศการขนส่งและจราจร



ปัญหาเรื่องอุบัติเหตุบนท้องถนน เป็นปัญหาร่วมของทั้งโลกไม่ใช่แค่ในประเทศไทย เพราะในแต่ละปี อุบัติเหตุทางถนนจะทำให้มีผู้เสียชีวิตราว 1.3 ล้านคน และบาดเจ็บระหว่าง 20-50 ล้านคน สร้างความเสียหายทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมหาศาล สหประชาชาติจึงประกาศให้ระหว่างปี ค.ศ.2011-2020 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (The Decade of Action for Road Safety) และยังบรรจุไว้เป็นเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable development goals) ที่ 3.6 ที่จะลดจำนวนผู้สูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนลง 50% ภายในปี ค.ศ.2020

สำหรับประเทศไทย รัฐบาลได้ออกมาตรการเพื่อลดจำนวนอุบัติเหตุบนท้องถนนอยู่เป็นระยะ โดยปัจจุบันอยู่ระหว่างการบังคับใช้ ‘แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน’ ฉบับที่ 4 ที่จะใช้ระหว่างปี พ.ศ.2561-2564 โดยตั้งเป้าลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้เหลือเพียง 18.0 คน ต่อประชากรแสนคนภายในปี พ.ศ.2564 (ตัวเลขปัจจุบัน คือ 32.7 คนต่อประชากรแสนคน) โดยวิธีดำเนินการ อาทิ สร้างกลไกป้องกันระหว่างรัฐส่วนกลางกับท้องถิ่น มีฐานข้อมูลอุบัติเหตุระดับชาติใน 2 ปี เพิ่มชั่วโมงการเรียนรู้ในโรงเรียน เพิ่มงบประมาณและบุคลากร

ที่เกี่ยวข้อง พัฒนาโครงสร้างถนนให้เอื้อต่อการเดินทาง ฯลฯ

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอให้ใช้กลไกในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะระดับอำเภอ ในการเข้ากวาดขันอำเภอที่ตามสถิติแล้วมีความเสี่ยงสูงมากและความเสี่ยงสูง (สีแดงและสีส้ม) ที่จะเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 283 อำเภอ จากทั้งหมด 878 อำเภอ ข้อเสนอให้กวาดขันการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ตลอดทั้งปีไม่ใช่แค่ในช่วงเทศกาล และข้อเสนอให้เร่งรัดการบูรณาการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนทั้ง 3 ฐานข้อมูล (ตำรวจ กระทรวงสาธารณสุข และบริษัทกลาง) เพื่อให้เกิดข้อมูลชุดเดียวกันในการแก้ไขปัญหา ฯลฯ

ระหว่างนี้ เรา ในฐานะประชาชนจะมีวิธีในกาป้องกันอันตรายจากการเดินทางทางถนนอย่างไร

วิธีป้องกันความปลอดภัยให้กับตัวเองคือ ผู้ที่จำเป็นต้องเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์ต้องสวมหมวกกันน็อก ‘ทุกครั้ง’ โดย นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์ ผู้จัดการศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน ให้ข้อมูลว่า จากการศึกษาโดย WHO หมวกกันน็อกที่ใส่อย่างถูกวิธีจะช่วยลดการบาดเจ็บศีรษะได้ 72% ลดการเสียชีวิตได้ 39% ส่วนข้อมูลของประเทศไทยเอง หมวกกันน็อกช่วยลดการเสียชีวิตได้ 43% ในผู้ขับขี่ และลดการเสียชีวิตของผู้ซ้อนได้ 58%

ตัวอย่าง Safety Hunter ภารกิจพิชิตจุดเสี่ยง ฝังค่านิยมความปลอดภัยในวัยเรียน

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ในโครงการภารกิจพิชิตจุดเสี่ยง “10 ทักษะความปลอดภัย : ก่อน 10 ปี ต้องมี 10 อย่าง” โดยเปิดรับสมัครเด็กระดับอนุบาล 3-ประถมศึกษาปีที่ 3 เพื่อเรียนรู้ทักษะการเอาตัวรอดเพื่อความปลอดภัยของเด็ก

สนุกกับการฝึกทักษะความปลอดภัย 3 สถานี (3 ชั่วโมงต่อรอบ)

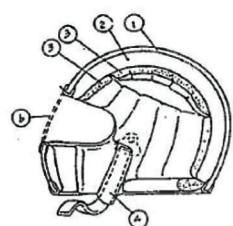
สถานีที่ 1 The Safety Hunter ภารกิจพิชิตจุดเสี่ยง ซึ่งเป็นการจำลองสถานการณ์จุดเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้ง ในบ้าน การเดินทางโดยเฉพาะการเลือกสวมหมวกกันน็อก การช่วยเหลือคนตกน้ำ บุคคลแปลกหน้า และอัคคีภัย

สถานีที่ 2 ปฐมพยาบาลและการกู้ชีพเบื้องต้น

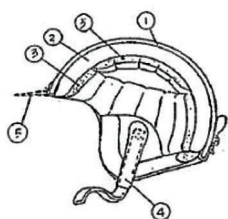
สถานีที่ 3 ภารกิจคิดสร้างสรรค์ และสื่อปลอดภัย

ตามมาตรฐานอุตสาหกรรมและตามกฎหมาย หมวกกันน็อกที่ขายในประเทศไทยมีอยู่ 3 รูปแบบ คือ

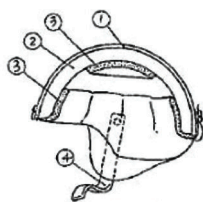
- หมวกแบบเต็มใบปิดหน้า
- หมวกแบบเต็มใบและเปิดคาง
- หมวกแบบครึ่งใบ



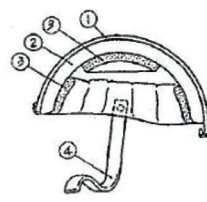
แบบเต็มใบปิดหน้า



แบบเต็มใบเปิดหน้า



แบบครึ่งใบชนิดที่ 1



แบบครึ่งใบชนิดที่ 2

1. เปลือกหมวก
2. ร่องโนป้องกัน
3. ร่องโนเพื่อความสบาย
4. สายรัดคาง
5. กะบังหมวก (ถ้ามี)
6. แผ่นบังลม (ถ้ามี)

ภาพ-หมวกนิรภัยสำหรับผู้ใช้รถจักรยานยนต์ 3 แบบ ตามมาตรฐานอุตสาหกรรม มอก.369-2557



แม้ว่าหมวกกันน็อกแบบเต็มใบปิดหน้าจะช่วยป้องกันได้ดีที่สุด เพราะการบาดเจ็บไม่ได้มาจากด้านบนและด้านข้างเพียงอย่างเดียว “แต่ต้องยอมรับหมวกกันน็อกแบบครึ่งใบเป็นที่นิยมกว่า เนื่องจากสภาพอากาศ ประชาชนรู้สึกโปร่งและเบา กว่า ถึงประสิทธิภาพจะสู้หมวกกันน็อกแบบเต็มใบปิดหน้าไม่ได้” นพ.ธนะพงศ์ระบุ

อีกวิธีคือการรณรงค์ให้พ่อแม่สวมหมวกกันน็อกให้กับลูกทุกครั้งที่นั่งรถจักรยานยนต์ เพราะจากสถิติ มีเด็กเพียง 8% และวัยรุ่น 22% เท่านั้นที่สวมหมวกกันน็อก นั่นแปลว่ายังมีโอกาสเพิ่มอัตราส่วนการสวมหมวกกันน็อกให้กับเด็ก ได้อีกมาก

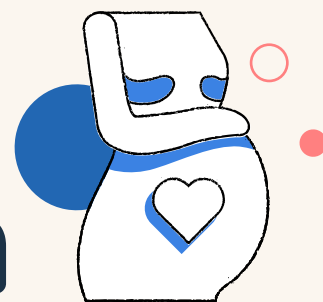
อุบัติเหตุทางถนนสร้างความสูญเสียได้ไกลตัวมากกว่าที่หลายคนคิด นอกจากการทำงานของภาครัฐด้วยการสร้างระบบขนส่งสาธารณะให้ครอบคลุม กวดขันการบังคับใช้กฎหมาย หรือสร้างกลไกป้องกันอุบัติเหตุ ฯลฯ ภาคประชาชนก็มีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาเช่นกัน ทั้งร่วมกันป้องกันคนใกล้ตัว

ทางเลือก-ทางรอดบนท้องถนนของประเทศไทยยังมีอยู่ อยู่ที่ว่าจะเลือกใช้อย่างไร



4 กลัวท้อง มากกว่าติดโรค

(เมื่อโรคติดต่อทางเพศในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น)



ปัญหาเรื่อง ‘แม่วัยใส’ หรือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นสิ่งที่ภาครัฐให้ความสำคัญมานาน ถึงขั้นออกกฎหมายขึ้นมาจัดการปัญหานี้โดยเฉพาะ และสภาพัฒน์ต้องทำรายงานสรุปสถานการณ์นี้เสนอต่อที่ประชุม ครม. เป็นประจำ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหานี้อย่างต่อเนื่อง เพราะการตั้งท้องโดยไม่พร้อม มีแนวโน้มที่จะสร้างปัญหาทางสังคมอื่นๆ ต่อไป ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ไปจนถึงสาธารณสุข

ในปัจจุบันปัญหานี้เริ่มบรรเทาเบาบางลงไปแล้ว เมื่อวัยรุ่นของไทยมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน กลับพบปัญหาที่ไม่คาดฝันบางอย่างขึ้นมาแทน โดยเฉพาะเรื่องของ ‘โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์’ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ

เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ทั้งที่วิธีแก้ปัญหាทั้ง 2 เรื่อง ควรจะเป็นวิธีเดียวกัน



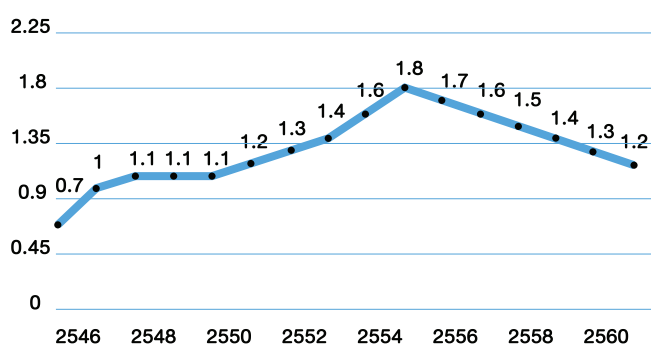
เมื่อสถานการณ์ ‘แม่วัยใส’ เริ่มคลี่คลาย

ปัญหาแม่วัยใสเคยเป็นปัญหาใหญ่ที่ผู้เกี่ยวข้องต้องมาร่วมกันขบคิด เพราะหลายครั้งได้สร้างปัญหาอื่นๆ ตามมา กระทั่งมีการออก พ.ร.บ.การป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 เพื่อมาจัดการปัญหานี้โดยเฉพาะ ด้วยการจัดตั้ง ‘คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น’ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีรัฐมนตรีและปลัดจากกระทรวงที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นกรรมการ นอกจากนี้ยังมีกรออกแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามมา โดยตั้งเป้าหมายลดจำนวนแม่วัยใสลงจนเหลือไม่ถึงครึ่ง ภายในปี พ.ศ.2569

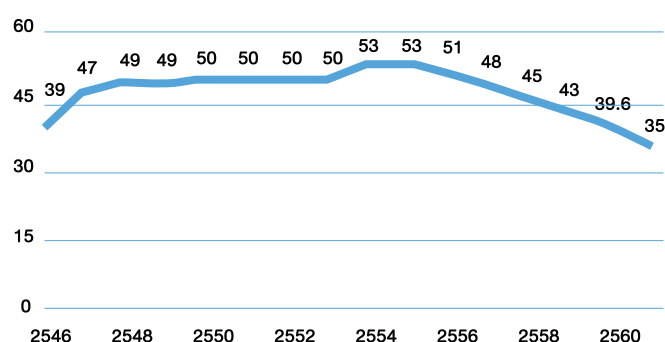
ในช่วงเวลาหนึ่ง สถานการณ์แม่วัยใสถือว่าหนักหนาสาหัสมาก มีเด็กไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดลูกวันละ 355 คน โดยหนึ่งในสามเกิดจากการตั้งท้องโดยไม่ตั้งใจ¹

ผลจากการเป็นแม่วัยใสจะทำให้เจ้าตัวเผชิญอุปสรรคทางการเรียน เจอปัญหาด้านหน้าที่การงาน ถูกตีตราทางสังคม รวมถึงเผชิญปัญหาชีวิตส่วนตัว บางครั้งอาจเผชิญปัญหาสุขภาพ เพราะถูกกดดันให้ทำแท้ง บางครั้งถูกกดดันให้แต่งงานเพื่อรักษาหน้าของผู้เกี่ยวข้องหรือเพื่อหลีกเลี่ยงกระบวนการทางศาล ขณะที่รุ่นลูกก็เผชิญปัญหาต่างๆ ทั้งจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ไม่พร้อม และอาจกลายเป็นปัญหาสังคมในเวลาต่อมา²

หากดูจากสถิติการคลอดในวัยรุ่นช่วงเวลาหลังสถานการณ์แม่วัยใสน่าจะมาถึงจุดสูงสุดในปี พ.ศ.2555 เมื่ออัตราการคลอดของเด็กไทยช่วงอายุ 10-14 ปี พุ่งแตะ 1.8 คนต่อประชากรพันคน และเด็กไทยช่วงอายุ 15-19 ปี พุ่งแตะ 53 คนต่อประชากรพันคน หลังจากนั้นสถิติทั้ง 2 ช่วงวัยก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยอัตราการคลอดของเด็กไทยในช่วงอายุ 10-14 ปี เหลือ 1.2 คนต่อประชากรพันคน และช่วงอายุ 15-19 ปี ลดลงเหลือ 35 คนจากประชากรพันคน เมื่อมาถึงปี พ.ศ.2561 หรือลดลงประมาณ 33% ทั้งสองช่วงวัย³



อัตราคลอดในวัยรุ่นหญิง อายุ 10-14 ปี



อัตราคลอดในวัยรุ่นหญิง อายุ 15-19 ปี

สถาบันอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

¹ รายงาน ‘แม่วัยใส การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น’ จัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ.2556

² ‘การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย’ จัดทำโดย UNICEF เมื่อปี พ.ศ.2558, สถาบันอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

³ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ท้องน้อยลง แต่ติดโรคเพิ่มขึ้น

หลายฝ่ายพยายามวิเคราะห์สาเหตุของการที่อัตราการคลอดในวัยรุ่นลดลง และให้เหตุผลที่แตกต่างกันออกไป บ้างว่าเป็นเพราะการให้ความรู้ของทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เข้ามาอย่างต่อเนื่อง ทำให้วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์มากขึ้น บ้างก็ว่าเกิดจากการบังคับใช้กฎหมายและยุทธศาสตร์ต่างๆ ที่ทำให้หน่วยงานราชการทำงานไปในทางเดียวกัน หรือด้วยเหตุปัจจัยอื่นๆ ซึ่งต้องวิเคราะห์กันต่อไป

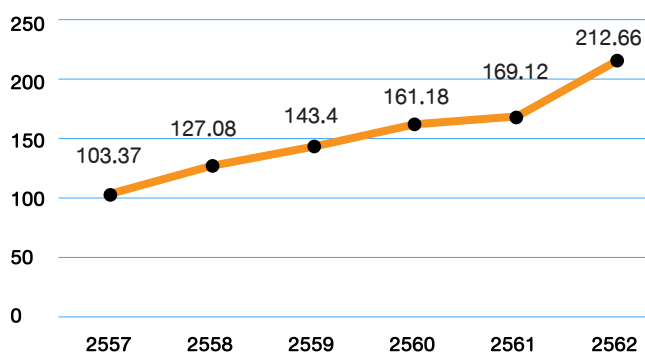
แต่ในขณะที่อัตราการคลอดในวัยรุ่นลดลง สิ่ง que เพิ่มขึ้นกลับเป็นการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ จาก 41.6 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2550 กลายมาเป็น 169.2 คนต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2561 กล่าวคือเพิ่มขึ้น ‘มากกว่า 3 เท่าตัว’⁴

โดยเฉพาะ 5 โรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น ช่วงอายุ 15-24 ปี ทั้งซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน และฝีมะม่วง โดยเฉพาะซิฟิลิส และหนองใน



แต่จากสถิติ ถึงวัยรุ่นจะมีอัตราการใช้อย่างอนามัยที่สูงขึ้น ทว่าการใช้อย่างอนามัย ‘อย่างสม่ำเสมอ’ ยังอยู่ในอัตราที่ต่ำ

วัยรุ่นติดโรคเพิ่มขึ้น



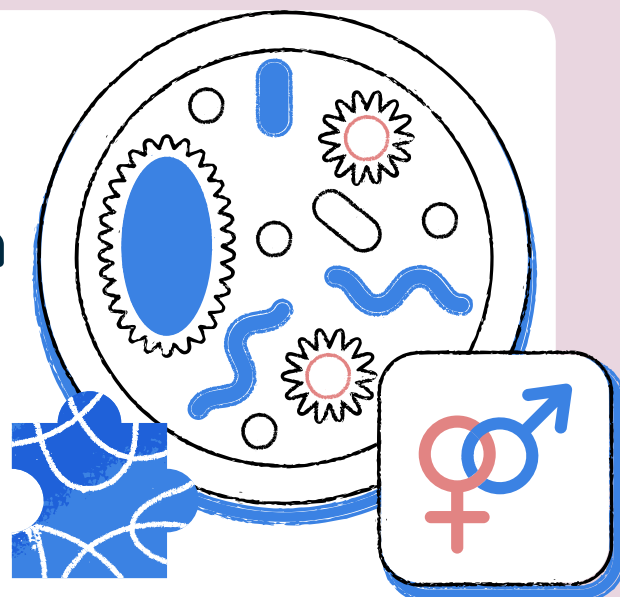
แม้หน่วยงานราชการจะมีการแจกถุงยางอนามัยให้ฟรีมาหลายปีแล้ว โดยสามารถไปขอรับได้ที่ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ทำการอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลของรัฐ ฯลฯ

และนอกเหนือจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคยอดนิยมที่วัยรุ่นมีแนวโน้มจะเป็นสูงขึ้น อีกโรคที่ลืมไม่ได้ก็คือการติดเชื้อ HIV ที่จากสถิติ คนไทยในช่วงอายุ 15-24 ปี ติดเชื้อเพิ่มจาก 93 คนต่อประชากรแสนคน มาเป็น 161 คนต่อประชากรแสนคน หรือเพิ่มขึ้นเกินกว่า 70% ในช่วงเวลา 5 ปีเท่านั้น

เพราะวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยอย่างเป็นประจำ ทำให้ติดโรค...แล้วทำไมวัยรุ่นท้องน้อยลง นี่คืคำถามสำคัญ

⁴ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

รู้จัก 5 โรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ยอดฮิต ที่วัยรุ่นไทยเป็นกันมาก⁵



1 ซิฟิลิส (Syphilis)

เป็นโรคอันตรายและเรื้อรัง สามารถเป็นติดต่อยาวนานกว่า 2 ปี เริ่มแรกจะเป็นก้อนแข็ง แต่ไม่เจ็บที่บริเวณอวัยวะเพศ หากไม่รักษาจะกลายเป็นระยะที่สองที่เรียกว่า เข้าข้อหรือออกดอก ถ้าทิ้งไว้นานจะทำให้เกิดโรคในระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายหลายระบบ ทั้งซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด ซิฟิลิสระบบประสาท ที่สำคัญคือมารดาที่เป็นโรคซิฟิลิสจะถ่ายทอดเชื้อโรคสู่ทารกในครรภ์ได้

2 หนองใน (Gonorrhea)

เกิดจากเชื้อแบคทีเรียทำให้เกิดอาการระคายเคือง แสบขัดเวลาปัสสาวะ และมีหนองไหลออกจากท่อปัสสาวะ อาจจะทำให้เกิดการอักเสบในช่องท้อง หรือเป็นหมันหากไม่ได้รับการรักษา

3 หนองในเทียม (Chlamydia)

ทำให้มีอาการแสบปลายท่อปัสสาวะ ปัสสาวะขัดและมีหนองไหล และมีมูกออกเล็กน้อยโดยเฉพาะในช่วงเช้า ส่วนผู้หญิงอาจมีอาการตกขาวผิดปกติ

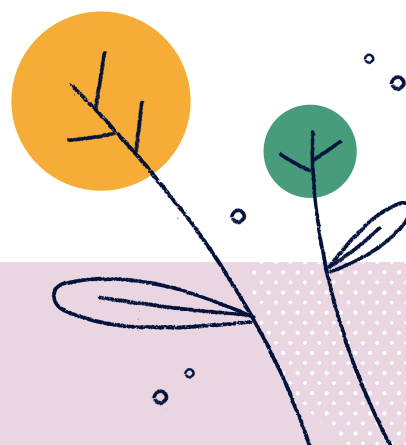
4 แผลริมอ่อน (Chancroid)

ทำให้เกิดแผลที่อวัยวะเพศ บวม และเจ็บ บางคนมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบหรือที่ขาข้างเรียกไขذنบวม หากไม่รักษาหนองจะแตกออกจากต่อมน้ำเหลือง มักมีหลายแผล ขอบแผลนุ่มและไม่เรียบ กันแผลสกปรกมีหนอง มีเลือดออกง่าย เวลาสัมผัสเจ็บปวดมาก

5 ฝีมะม่วง (Lymphogranuloma venereum – LGV)

มีแผลที่อวัยวะเพศ ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต มีหนองไหลออกมา นอกจากนี้ยังมีอาการท่อปัสสาวะอักเสบ และอาจมีหนองและเลือดออกมารูทวาร เมื่อปวดเบ่งอุจจาระ

⁵ เว็บไซต์ สสส. และ www.คู่มือเรื่องเพศ.com



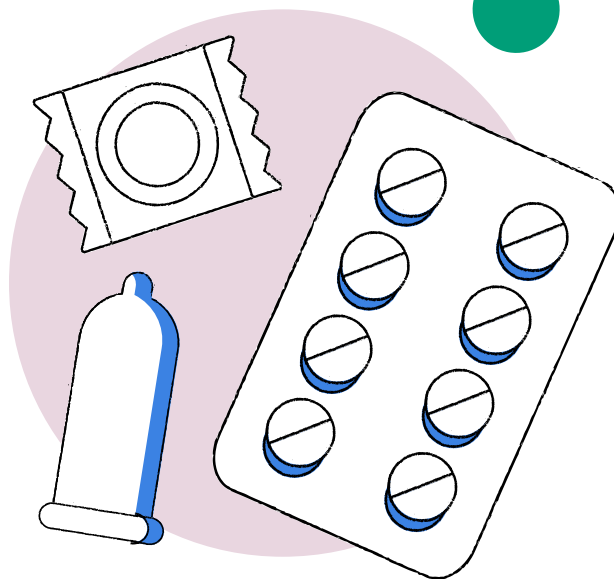
ใช้ยาคุมได้ ก็ไม่จำเป็นต้องพึ่งถุงยางอนามัย?

จากการศึกษาข้อความบนสื่อสังคมออนไลน์ ช่วงระหว่าง
เดือนกรกฎาคมของ พ.ศ.2561-เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2562 พบ
ข้อความเกี่ยวกับการ ‘ไม่ใช้ถุงยางอนามัย’ รวมกันกว่า 1.7
หมื่นข้อความ

เหตุผลหลักๆ ที่วัยรุ่นไม่ใช้ถุงยางอนามัย อาทิ

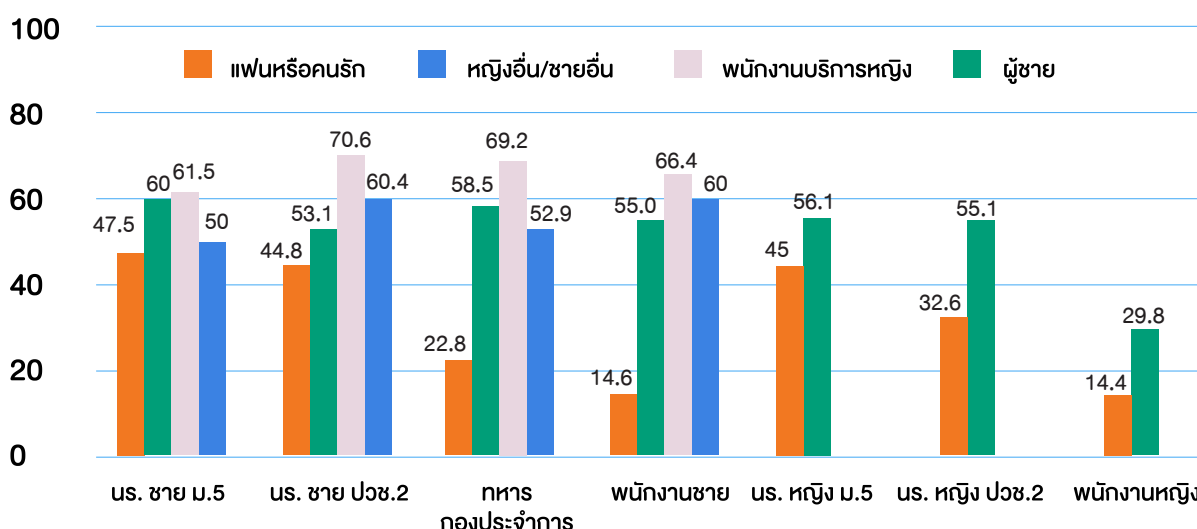
1. แพง มีการเปรียบเทียบว่าแพงกว่าค่าข้าว จะไปตั้ง
ขายถูกๆ ในโรงเรียนก็ถูกคัดค้าน
2. ไม่กล้าซื้อถุงยางอนามัย โดยเฉพาะการซื้อจากร้าน
สะดวกซื้อ เพราะเงินอายุแคชเชียร์หรือกลัวถูกแฉ
จากคนอื่น ๆ
3. ใช้ยาคุมแทนการซื้อถุงยางอนามัย ทั้งยาคุมปกติหรือ
ยาคุมฉุกเฉิน
4. ใส่แล้วไม่รู้สึก เป็นความเชื่อว่าการใส่ถุงยางอนามัย
จะ “ไม่สนุกเหมือนสด” “ไม่มัน”
5. ปกติก็ไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัยอยู่แล้ว

นอกจากนี้ วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยยังมองว่า การใช้ถุง
ยางอนามัยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการท้องมากกว่า
จะป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่วนใหญ่รักษา
ได้แม้ใช้เวลานาน



หรือกระทั่งการติดเชื้อ HIV ในปัจจุบันก็มียา PEP
หรือยา PeRP ที่ใช้ต้านทานเชื้อได้อีก

การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ **ทุกครั้ง** กับคู่นอนประเภทต่างๆ ปี พ.ศ. 2561





สำหรับข้อแตกต่างของยาทั้ง 2 ชนิด ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทยให้ข้อมูลว่า

ยา PEP ย่อมาจาก Post-Exposure Prophylaxis เป็นยาป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกรณีฉุกเฉิน ที่ต้องรับประทานให้เร็วที่สุดหลังสัมผัสความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ HIV โดยจะต้องเริ่มรับประทานภายใน 72 ชั่วโมงหลังมีความเสี่ยง และรับประทานติดต่อกันนาน 28 วัน

ผู้ที่กินยา PEP ก็คือ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่จะมีเชื้อ HIV โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย (หรือถุงหลุดหรือฉีกขาด) ผู้ที่ถูกฉีดยาฉีดทางเพศ และผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

ส่วน ยา PrEP ย่อมาจาก Pre-Exposure Prophylaxis คือยาที่ใช้ในการป้องกันเชื้อ HIV ก่อนการสัมผัสโรค โดยการรับประทานยาวันละหนึ่งเม็ดทุกวัน ผู้ที่จะกินยา PrEP มีอาชีพชายที่มีเพศสัมพันธ์ชาย ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อ HIV ผู้ที่มีคู่นอนหลายคน ผู้ที่ทำงานบริการทางเพศ ผู้ที่มาขอรับบริการยา PEP อยู่เป็นประจำโดยไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงลงได้ ผู้ที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ผู้ที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ยาทั้ง 2 ชนิดมีจุดอ่อนคือ ยา PEP ต้องใช้ในการฉุกเฉินและต้องกินให้เร็วที่สุด แต่ก็มีผลในการป้องกันเชื้อ HIV เพียง 80% เท่านั้น ส่วนยา PrEP แม้จะป้องกันเชื้อ HIV ได้เกือบ 100% แต่ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้ จึงต้องใช้ร่วมกับถุงยางอนามัย ที่สำคัญคือต้องมีวินัยในการกิน คือรับประทานในช่วงเวลาเดียวกันในทุกๆ วัน

จะเห็นได้ว่า ที่สุดแล้วกระทรวงสาธารณสุขไทยก็ยังแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัย เพราะสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ถึง 98% (นอกเหนือจากที่ป้องกันการตั้งครรภ์ได้อยู่แล้ว)



ย้อนรอยการผลักดันให้ใช้ถุงยางฯ

แม้ปัญหาแม่วัยใสจะคลี่คลายไปในระดับหนึ่ง แต่การให้ความรู้แก่วัยรุ่นเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดว่าถุงยางอนามัยไม่ได้มีไว้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เท่านั้น ยังรวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเชื้อ HIV อีกด้วย

จากรายงานผลการปฏิบัติงานการพัฒนาแผนกลยุทธ์ถุงยางอนามัยรอบด้าน เผยแพร่เมื่อปี พ.ศ.2558 ระบุว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในบริบทการขายบริการทางเพศ แต่กลับไม่ประสบความสำเร็จในกลุ่มประชากรอื่นๆ โดยวิเคราะห์สาเหตุที่ยังไม่ประสบความสำเร็จไว้ว่า

• ด้านนโยบายและการจัดการ

พบว่า ยังขาดกลไกระดับชาติที่มาจากทุกภาคส่วนเพื่อกำหนดทิศทาง วางแผนการทำงานเชื่อมโยงกับทุกภาคส่วนที่ไม่จำกัดเฉพาะแวดวงสาธารณสุข โดยเฉพาะท้องถิ่นให้มีบทบาทช่วยสนับสนุนและเป็นเจ้าของมากขึ้น

• ด้านอุปสงค์หรือความต้องการ

พบว่า การใช้ถุงยางในประชากรทั่วไปมีอัตราต่ำ โดยเฉพาะกับคู่ที่ไม่ใช่พนักงานบริการทางเพศ ช่องว่างดังกล่าวอาจเกิดจากการขาดความรู้ การมีทัศนคติเชิงลบต่อถุงยางอนามัย การขาดความตระหนักถึงความสำคัญ รวมถึงอุปสรรคต่อการเข้าถึง เช่น ความเชื่อ ความพึงพอใจ ขนาดของถุงยางที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

• ด้านอุปทานหรือการสนับสนุน จัดหาและการกระจาย

พบว่า ยังมีอุปสรรคในความพยายามสนับสนุนถุงยางผ่านช่องทางอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยได้ง่ายในราคาไม่แพง ยังขาดการคาดการณ์ความต้องการใช้จริงของประชากรเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด การจัดหาและการกระจายถุงยางอนามัยยังมีความทับซ้อนระหว่างผู้ให้การสนับสนุนหลักๆ

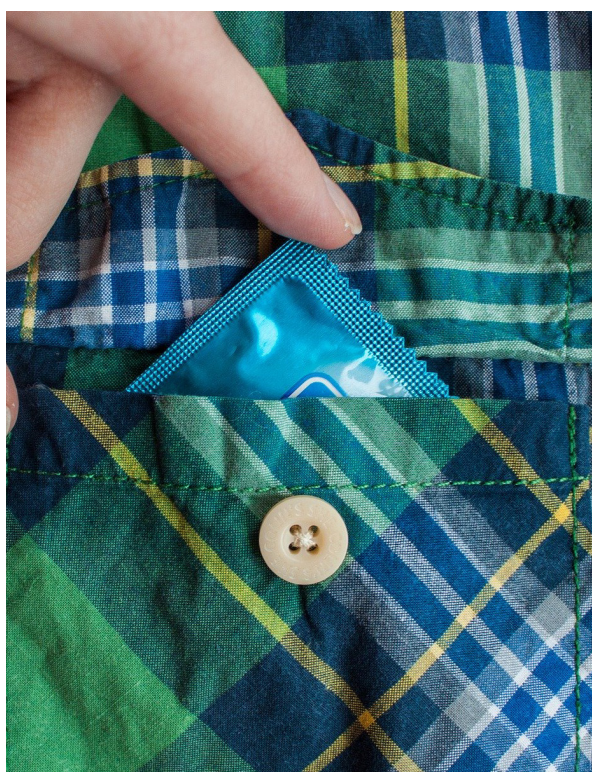
• ด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ถุงยางอนามัย

พบว่า สังคมยังมีอคติเชิงลบต่อถุงยางอนามัย ยังขาดกลวิธีดึงดูดชุมชน สังคมเข้ามามีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

ข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้าง อาทิ ผลักดันให้มีกลไกที่ทุกภาคส่วน ไม่ใช่แค่แวดวงสาธารณสุขเข้ามาร่วมกันแก้ไขปัญหา ลดอคติ เปลี่ยนภาพลักษณ์ถุงยางอนามัยให้เป็นอุปกรณ์สุขอนามัยที่ส่งเสริมสุขภาวะทางเพศ ส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัย ถุงยางอนามัยสตรี และสารหล่อลื่นอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะถุงยางอนามัยฟรีให้กับพนักงานบริการทางเพศ ชายรักชาย วัยรุ่นและเยาวชน และผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ พัฒนากลไกและระบบจัดการและบริการถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพ ดึงภาคเอกชนและภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้น ฯลฯ



ย้อนโครงการ ‘ยืดอกพกถุง’ แคมเปญรณรงค์ที่เปลี่ยนทัศนคติของคนไทย⁶



มีงานวิจัยหลายชิ้นที่ชี้ว่า โครงการ ‘ยืดอกพกถุง’ ที่ภาครัฐโหมประโคมโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 มีผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติของคนไทย สังคมไทย ทำให้คนยอมรับว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติมากขึ้น

กระทั่งบริษัทขายถุงยางอนามัยก็ยังบอกว่า โครงการนี้ทำให้ตลาดขายถุงยางอนามัย “บูมมากๆ” จนปัจจุบันมีถุงยางอนามัยขายในเมืองไทยมากกว่า 30 แบรินด์ กระทั่งมาเริ่มชะลอตัวลงในปี พ.ศ.2559 เมื่อคนเปลี่ยนไปป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยวิธีอื่นแทนการใช้ถุงยางอนามัย โดยเฉพาะการกินยาคุมกำเนิด

โครงการนี้ รัฐบาลได้รับทุนจากกองทุนโลก สหประชาชาติ (UN) เพื่อป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ จากการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน

⁶ เว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข, คำให้สัมภาษณ์ของกัมน์ท์ กุลอัฐิปัญญา ผู้จัดการฝ่ายการตลาด บริษัท ไทยนิปปอนรับเบอร์อินดัสตรี จำกัด (มหาชน) ผู้จำหน่ายถุงยางอนามัยแบรนด์ ONETOUCH และ PLAYBOY และบทความ ‘ยืดอกพกถุง ยุทธวิธีด้านเอดส์: อีกก้าวของการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมทางเพศ’ โดย จริยาวัฒน์ โลหะพูนตระกูล

ทางออกและทางป้องกัน มีเพศสัมพันธ์ให้ใช้ถุงยางฯ⁷

หัวใจสำคัญของการรณรงค์แก้ไขปัญหาดังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร มีเพียงเรื่องเดียวเท่านั้น นั่นคือการรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีวิธีปฏิบัติอยู่หลายระดับ

ระดับปัจเจก

- ท่องให้ขึ้นใจ No Condom No Sex

การใช้ถุงยางอนามัยช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศได้ถึง 98% จึงควรใช้ทุกครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ หนุ่ม ๆ สาว ๆ จึงควรพกถุงยางอนามัยติดตัวเผื่อฉุกเฉิน เพราะถือเป็น ‘อุปกรณ์สุขอนามัย’ ที่ดีเช่นกัน

- กินยา ยา PrEP, PEP + ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ชัวร์สุด

การกินยา ยา PrEP หรือ PEP เป็นเพียงการป้องกันก่อนและหลังสัมผัสเชื้อ HIV แต่ไม่ได้ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น และการตั้งครรภ์ได้ ดังนั้นการกินยาควบคู่กับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งจะปลอดภัยที่สุด

วิธีดูแลถุงยางให้ถูกต้อง

- ถุงยางอนามัยก็มีวันหมดอายุ ไม่เกิน 5 ปี นับจากวันที่ผลิต
- ไม่ควรเก็บในที่ร้อนเกินไป เช่น ในรถยนต์ เพราะจะทำให้เสื่อมสภาพเร็วขึ้น
- การสวมถุงยางอนามัย 2 ชั้น เพื่อหวังเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกัน แต่ที่จริงแล้วยิ่งทำให้ฝืดและเสียดสีกัน เสี่ยงทำให้ถุงยางแตกได้

หาก ‘อายุ’ ที่จะซื้อถุงยาง ยังมีช่องทางออนไลน์ที่ง่ายต่อการเข้าถึง “มีไว้ใช้ ดีกว่าจะใช้แล้วไม่มี”



ระดับนโยบาย

- สนับสนุนให้เยาวชนใช้ถุงยางทุกครั้งของการมีเพศสัมพันธ์

เป็นยุทธศาสตร์ที่ภาครัฐอย่าง สสส. และกรมควบคุมโรค เห็นร่วมกันว่าในปี พ.ศ.2563 จะพยายามทำให้คนไทย 90% เข้าถึงถุงยางอนามัย โดยการส่งเสริมให้เกิดความตระหนักของการป้องกันตนเอง และการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้อื้อต่อการเข้าถึงถุงยางอนามัย

- จัดการเรียนรู้เพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาทุกระดับ

ด้วยการพัฒนาระบบและเครื่องมือที่ช่วยในการพัฒนาครู โดยร่วมกับมูลนิธิแพथทูเฮลท์และกระทรวงศึกษาธิการ รวมถึงกำลังพัฒนารูปแบบและเครื่องมือในการเสริมทักษะพ่อแม่ในสถานประกอบการ เพื่อให้มีทักษะการสื่อสารเชิงบวก และพูดคุยเรื่องเพศกับลูกหลานวัยรุ่นได้

⁷ นิตยสาร SOOK ฉบับที่ 15



- เดินหน้าเปลี่ยนฐานคิดในสังคมไทย ให้มีมุมมองเชิงบวก
ต่อเรื่องเพศ

โดยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารณรงค์เพื่อปรับมุมมองเชิงบวกต่อเรื่องเพศ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน

สังคมไทยเคยประสบความสำเร็จในเปลี่ยนทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัยมาแล้ว ถ้าต้องพยายามกันต่อไปให้วัยรุ่นใช้ถุงยางอนามัยให้บ่อยขึ้นและถี่ขึ้น เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วย ไม่ใช่แค่ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพียงอย่างเดียว ก็ไม่น่าจะเป็นโจทย์ที่ยากเกินไปนัก

ทั้งหมดเริ่มต้นได้ ทั้งจากภาครัฐ ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง และจากตัววัยรุ่นเอง



5

E-Sport

เส้นแบ่งระหว่างเด็กติดเกม
และนักกีฬาอาชีพเมื่อ E-Sport กำลังเป็นที่นิยม
ของคนรุ่น Gen Z และ Y

จาก We Are Social 2019 พบว่า เด็ก Gen Z อายุ 16-24 ปี และคนรุ่น Gen Y อายุ 25-34 ปี ดู E-Sport ใกล้เคียงกับการดูกีฬาทั่วไปแบบฟุตบอลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว กระแสของเกมยังพบว่า คนไทยไม่ได้ดูแค่ E-Sport แต่ดูการ Cast Game สูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก โดยประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 5 ของโลก

ปัจจุบันวงการ E-Sport ทั่วโลกเติบโตและขยายวงกว้างมากขึ้นเรื่อยๆ มีการแข่งขันในระดับนานาชาติ กลายเป็นธุรกิจที่สร้างเม็ดเงินมหาศาล และสร้างอาชีพที่เกี่ยวข้องมากมาย อยู่ในความสนใจของเด็กๆ และคนรุ่นใหม่



แต่ในขณะเดียวกันยังมีความกังวลเกี่ยวกับ E-Sport ที่ถกเถียงกันอยู่ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการติดเกม สุขภาพ และการพนันในรูปแบบใหม่ๆ



E-Sport: กีฬาหรือเกม ?

E-Sport ย่อมาจาก ‘Electronics Sport’ ซึ่งถูกนิยามความหมายที่ยอมรับกันในพจนานุกรมภาษาของสหพันธ์อีสปอร์ตว่าเป็น ‘การแข่งขันวิดีโอเกม’ หรือในบางครั้งมีการนิยามเพิ่มว่าเป็นการแข่งขันเพื่อเงินรางวัลหรือของรางวัล แต่ยังคงมีการถกเถียงกันในวงกว้างว่า E-Sport เป็นกีฬาหรือไม่

ในประเทศไทย การกีฬาแห่งประเทศไทย (กกท.) ได้ประกาศยอมรับ E-Sport เป็นกีฬาอย่างเป็นทางการ เมื่อปี พ.ศ.2560 และให้สมาคมไทยอีสปอร์ตเป็น ‘สมาคมกีฬาสีอีสปอร์ตแห่งประเทศไทย’ นอกจากนี้ ในการแข่งขันกีฬาระดับนานาชาติอย่างเอเชียนเกมส์ ในปี พ.ศ.2561 ก็มีการแข่งเกม E-Sport ทั้งหมด 5 เกม โดยเป็นกีฬาสาธิต ก่อนจะบรรจุจริงในปี พ.ศ.2563

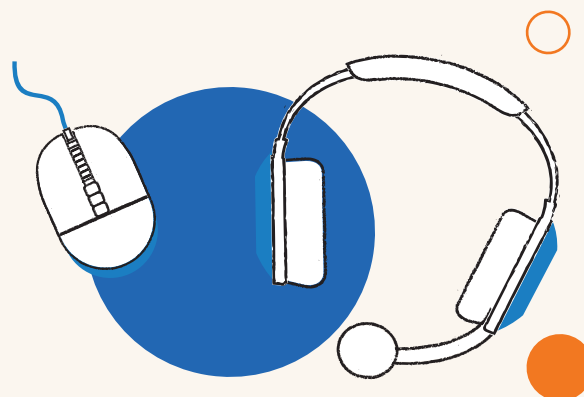
อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อถกเถียงเรื่องนิยามของคำว่ากีฬา เช่น คณะกรรมการการกีฬาแห่งประเทศไทยที่มองว่า ‘กีฬา’ ต้องเป็นกิจกรรมของมนุษยชาติที่ใช้ความสามารถในการกำหนดผลแพ้ชนะ โดยต้องมีการออกกำลังกาย หรือมีการใช้ทักษะทางร่างกาย ตรงจุดนี้จึงทำให้คนบางกลุ่มมองว่า E-Sport ไม่ใช่กีฬา เพราะไม่ได้เสียเหงื่อหรือออกกำลังกาย โดยเฉพาะในสายตาของคณะกรรมการโอลิมปิกสากล หรือ IOC ที่มองถึงความรุนแรงของเนื้อหาในบางเกมการแข่งขัน

“เกมไม่เท่ากับกีฬา ในสายตา IOC”

ด้วยเกมที่จัดแข่งขันใน E-Sport มีหลากหลายประเภท บ้างก็ไม่มีความรุนแรงหรือนำกีฬาดั้งเดิมที่แข่งขันกันอยู่แล้วมาปรับให้เป็นเกม แต่เกมอีกส่วนก็มีความรุนแรงแฝงอยู่ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะการฆ่าตัวละครของคู่ต่อสู้เพื่อเป็นผู้ชนะ ทำให้ Thomas Bach ประธานคณะกรรมการโอลิมปิกสากล (IOC) มองว่า การแข่งขันเกมที่มีเนื้อหารุนแรงค่อนข้างขัดแย้งกับคุณค่าของการแข่งขันมหกรรมกีฬาโอลิมปิก ทำให้ทางคณะกรรมการฯ ไม่สามารถยอมรับในฐานะกีฬาอย่างเป็นทางการได้¹

แต่ก็มีผู้แย้งว่า กีฬาบางประเภท อย่างหมากรุกหรือหมากร้อม ที่ไม่ได้ใช้สัดส่วนหรือทักษะของร่างกายในการแข่งขัน แต่เป็นการคิด วางแผนกลยุทธ์การเล่นแข่งขันต่างๆ

ดังนั้น การถกเถียงกันว่า สรุปลแล้ว E-Sport เป็นกีฬาหรือไม่ อาจเป็นประเด็นที่ไม่มีวันหาข้อยุติได้ แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่า E-Sport เป็นมากกว่าแค่การเล่นเกมไปแล้ว



¹ <https://brandinside.asia/ioc-and-esport-aspect/>

เล่นเกมจนเป็นอาชีพ

นักกีฬา E-Sport ตัดอันดับความฝันเด็กไทย

เด็กติดเกม ?!!

คอมเมนต์: ปัญหาครอบครัว, ชีวิตวัยรุ่น, ปัญหาชีวิต, ปัญหาโรงเรียน

7 months ago

รักของนี้มากครับ อนาคตของหมอยากเป็นนักกีฬาEsport ครับ

แอด หมอยากเป็น นักกีฬา E-sport ต้องทำไงครับ

Follow

ถ้าเอาจริงๆ ภูวโดขึ้นภูอยากเป็นนักกีฬา e sports หวะ

Follow

จริงจังเลยนะ อยากรเป็นนักกีฬา E sports เกม iden ละ

เหตุการณ์จริง 12/4/61

ขอระบายหน่อยครับ คือความฝันของหมอยากเป็นนักแคสเกม นักกีฬา E sport หมเชื่อว่าเด็ก หรือผู้ใหญ่หลายคนคงฝัน ถึงเงินจะได้ไม่น้อยแต่ก็มี ความสุขที่ได้ทำ หมยอมรับว่าติดเกมมาก แต่พยายามหาเงินถึงสิ่งที่ดีและหาจากทางการเล่น เกม เวลาที่หมเล่นแล้วพอมารู้ว่าเล่นคอมไม่ จะทำอะไรหรือยังติดครีปลงรูปโดนด่าบ่อยครั้ง แม้กระทั่งน้องพี่เอง แล้วยิ่งใกล้สอบ หมพยายามอดครีปและ อดกินไปได้เยอะที่สุด แล้วกำหนดเวลา อดลงรูป เพื่อจะได้เรียนไปอ่านหนังสือ ตอนแรกหมกะว่าจะอดได้ครึ่งวัน แล้วอดลงรูปไปวันวัน เพราะอดไม่ได้ติดครีป หมจะสั่งเวลาจะอ่าน โทษก่อน อ่านอ่านหนังสือก่อนหมก็ไม่มีสมาธิอ่าน หมเลยจะไปตัดครีป หมตัดไปได้เกือบจะเต็มคลิปละ สุดท้ายบทสนทนาจะครบ ฟล คัดว่าไม่ทำจริงหรือ เดียวหมจำจนหมจะแกล้งอะไรก็ได้ไปลาออก ฟล ถ้าคิดว่าเล่นเกมแล้วหมจะเสียตัวเองได้ก็ไปลาออก ย่อให้ฟังแบบสั้น ถ้าใครโดนด่าแบบหมจะเจอใจมาก เพราะดูถูกอาชีพความฝันของหม แล้วยังเจอแบบนี้จะอ่านหนังสือตอนทำครีปเสร็จกับมาในโรงว่าหมทำในต้องขัดขวางความฝันของหม สรุปเลยไม่ได้เรียนเลย ต้องมาขึ้นคิดว่า ทำในผู้ใหญ่สมัยนี้เห็นว่าการเล่นเกมมันหาเลี้ยงชีพไม่ได้ ทั้งที่สมัยนี้ที่ดูอยู่บางช่อง เจ้าของช่องก็ได้เงินได้เยอะ ทำในเขาไม่คิดกับบ้าง ถึงหมยังไม่ ได้รับอนุมัติการทำรายได้จากยูทูปได้เยอะ แต่หมอยู่ระหว่างการศึกษาสอบ ถ้าหมได้เงิน 3500 บาท/เดือน หมจะว่าถ้าได้เงินแล้วหมก็จะแบ่งไปใหม่ แล้วหมก็จะทำอะไร ถ้าหมทำในมาหมว่ายังไม่ถึงกับกินแล้ว แต่หมเข้าใจว่าหมทำในต้องดูถูกอาชีพนักแคสเกมด้วย

ครูที่ รร. หมสอนว่า ทำอะไรก็ต้องตั้งใจทำ ถ้าตั้งใจแล้วมันจะได้ ไม่ไปทำเพราะโดนบังคับมันจะได้ ไม่ได้ แล้วครูที่บอก หมแล้วว่าอายุน่าจะ 70+ เพราะหม แคมมากฯ สอนมาก่อนจะเข้ามามีตัว ตอนนี้ผมอยู่ ม.2 ถ้ามาตอน ป.1

เข้าเรื่องต่อ

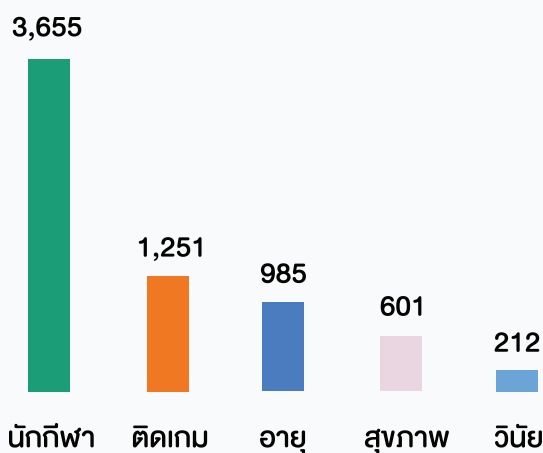
ถ้าหมยังขัดขวางเส้นทางการของหม หมหมตอนขนาดนั้น เพราะหมไม่ได้มีความสามารถพิเศษมากกว่าเล่นเกมแล้ว บางทีหมก็คิดว่าขนาดถ้าไม่ได้ตาม ความฝันของหม หมจะไปเป็นเหมือนคนแคสเกม กวาดถนน แรงงาน หมว่าหมก็ยังคิดถึงเลย แล้วโดยขัดขวางทางเดินชีวิตอีก หมจะจะไปทำอะไร ในอนาคต

"หมอยากมีคณและหมอยากเล่น หมยังคิดถึงเรื่องอนาคตยิ่งเครียด"

เมื่ออาชีพในวงการ E-Sport กลายเป็นอาชีพที่ทำเงิน และมูลค่าได้สูง มีรายงานว่านักกีฬา E-Sport ไทยมีรายได้ถึง 15,000 บาท – 30,000 บาทต่อเดือน ขณะที่มืออาชีพเองก็ทำได้สูงกว่านั้น โดยสันติ โหลทอง นายกสมาคมอีสปอร์ตแห่งประเทศไทยเคยให้สัมภาษณ์ว่า รายได้ของนักกีฬา E-Sport ไม่แน่นอนเสมอไป ขึ้นอยู่กับความนิยมของแต่ละเกม และฝีมือของผู้เล่นด้วย อย่าง ROV เกม MOBA ที่เป็นที่นิยมในไทย รายได้ขั้นต่ำอยู่ที่ 50,000 ต่อเดือนในลีกอาชีพ และสำหรับคนที่เล่นเป็นขั้นบันไดรายได้อาจจะพุ่งสูงไปถึงหลัก

นอกจากนี้ยังมีอาชีพอื่นๆ ที่มักกับกีฬา E-Sport ไม่ว่าจะเป็นนักพากย์เกม นักวิเคราะห์เกม โค้ช หรือแม้แต่ผู้จัดการทีม ที่กลายมาเป็นอาชีพใหม่ๆ ในวงการนี้

E-Sport



นักกีฬา E-Sport จึงกลายเป็นอาชีพในฝันอันดับต้นๆ ของเด็กๆ หลายคนที่ชอบเล่นเกมอยู่แล้ว ก็อยากจะพัฒนาการเล่นเกมนี้นี้ให้กลายเป็นอาชีพ โดยในยุคหลังพบว่า อาชีพอย่างนักกีฬา E-Sport และนักแคสเกม กลายมาเป็นการความฝันของเด็กไทยมากขึ้น โดยในประเทศไทย ผู้คนมักนิยมค้นหาประเด็นของ E-Sport นับตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2561 – มิถุนายน 2562 ด้วยข้อความว่า นักกีฬา ที่สูงมาถึง 3,655 ครั้ง ตามมาด้วยติดเกม อายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับอายุที่สามารถเข้าสู่การเป็นนักกีฬา สุขภาพ และวินัย ซึ่งพบว่าในการค้นหา ผู้คนยังมักหาวิธีการในการเป็นนักกีฬา E-Sport ด้วย

จากผลสำรวจ ‘อาชีพในฝันของเด็กไทย ปี พ.ศ.2562’ โดยกลุ่มบริษัททอเด็คโก้ ได้ทำการสอบถามเด็กไทย อายุ 7 - 14 ปี จำนวน 2,684 คน เกี่ยวกับอาชีพที่เด็กไทยใฝ่ฝันอยากทำมากที่สุด พบว่า อาชีพอย่างนักกีฬา E-Sport และนักแคสเกม มาแรงติดหนึ่งในห้าอาชีพในฝัน โดยเด็กไทยมองว่า ชอบเล่นเกม จึงคิดว่าเป็นอาชีพที่สนุก สามารถสร้างรายได้จากสิ่งที่ชอบ และสร้างชื่อเสียงได้

มหาวิทยาลัยไทยหลายแห่งก็เปิดการเรียนการสอนในสาขาและวิชาที่เกี่ยวข้องกับ E-Sport ทั้งการบริหารจัดการเกมมิ่ง คอมพิวเตอร์เกมมัลติมีเดีย หรือออกแบบพัฒนาเกม ตามกระแส E-Sport ที่ได้รับความนิยมมากขึ้นในตลาดโลก

E-Sport กีฬาที่มีวันหมดอายุ และไม่ใช่ทุกคนจะเป็นโปรเพลเยอร์ได้

แม้ว่า E-Sport จะเป็นอาชีพที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในหมู่เด็กๆ และคนรุ่นใหม่ แต่อาชีพในวงการนี้ก็ถือว่าเข้าไปได้ยาก และไม่ใช่ทุกคนที่จะเป็นได้ โดยผู้ที่จะเป็นนักกีฬา E-Sport ได้ ส่วนใหญ่จะมีการฝึกฝนและมีทักษะมาตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น ทั้งยังเป็นอาชีพที่มีอายุเฉลี่ยของผู้เล่นในวงการน้อยมากๆ เมื่อเทียบกับกีฬาอื่นๆ

E-Sport เป็นกิจกรรมที่มีช่วงเวลาเพียงไม่เกิน 10-20 ปี ให้ได้โชว์ฝีมือ โดยเว็บไซต์รายงานความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับเงินรางวัลในแวดวงอีสปอร์ต E-Sports Earnings เผยข้อมูลว่า อายุเฉลี่ยของเพลเยอร์ที่สร้างรายได้สูงสุดจากการแข่งขัน E-Sport คือช่วงอายุ 22 ปี และนักแข่งที่ทำเงินได้มากที่สุดในช่วงการยังอยู่ในช่วงวัย 19-23 ปี ทั้งวัยนี้ยังเป็นช่วงเวลาเฉลี่ยที่มีโปรเพลเยอร์มากที่สุดอีกด้วย

การจะเข้าไปเป็นนักกีฬา E-Sport มีอาชีพก็ไม่ใช่เรื่องง่ายๆ มี 3 วิธี²

1. เล่นให้เก่ง โดยระบบ ranked (การจัดอันดับ) จะทำให้ผู้เล่นที่อยู่ในลำดับต้นเป็นที่จับตามอง และดึงตัวมาร่วมทีม

2. รอคอยตามเว็บบอร์ดหรือ community ของเกมนั้นๆ ในทุกเกมเมื่อถึงช่วงฤดูกาลแข่งขันจะมีการประกาศหาสมาชิกทีมหรือการคัดตัวนักกีฬาเกิดขึ้น

รูปภาพ : www.khaosod.co.th/game-esport



3. ลงแข่งขันตามงานเกม โดยรวมตัวกันแล้วไปแข่งขันตามงานต่างๆ ซึ่งนักกีฬา E-Sport ส่วนใหญ่จะเลือกแนวทางนี้ เพราะไม่รอให้ออกาสมาหา แต่เป็นฝ่ายวิ่งไปหาโอกาสเอง

และไม่ใช่แค่โปรเพลเยอร์เท่านั้นที่มีอายุการทำงานสั้น คนอาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแวดวง E-Sport ก็เช่นกัน จารุงษ์ โชติคุณากร³ อดีตนักพากย์ของการีนาออนไลน์ จำกัด ที่ปัจจุบันได้ผันตัวมาเป็นผู้จัดการของทีม Evos Debut ก็ให้สัมภาษณ์ในประเด็นนี้ว่า “E-Sport มีอายุที่สั้นกว่ากีฬาทั่วไป เช่น ถ้าเป็นนักพากย์ฟุตบอล คุณก็สามารถพากย์ได้เรื่อยๆ แค่ว่าตามข่าวฟุตบอล แต่ถ้าเป็นเกม แล้วเกมที่คุณพากย์ปิดตัวลง การจะพากย์เกมใหม่เท่ากับต้องเรียนรู้ใหม่จากศูนย์ และตอนนั้นอาจจะมีเด็กรุ่นใหม่ที่พากย์ดีกว่าเราในเกมนั้นๆ ก็ได้”



^{2, 3} จุลนิพนธ์หนังสือสารคดีชีวิตนักกีฬาอีสปอร์ต โดย ศุภณัฐ วุฒิสโกลม จุลนิพนธ์คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ม.ศิลปากร ปี 2562

เส้นแบ่งระหว่างนักกีฬา E-Sport กับอาการติดเกม

ผลสำรวจสถานการณ์เด็กไทยกับภัยออนไลน์ โดยศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ และมูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย ปี 2561 สำรวจเด็กอายุ 6-18 ปี จำนวน 15,318 คน พบว่า เด็กและเยาวชนถึง 61% มีพฤติกรรมเสี่ยงติดเกมออนไลน์ โดยใช้เวลาในการเล่นเกมนานกว่า 3 ชั่วโมง/วัน ซึ่งจำแนกเป็นเล่นนานกว่า 3 ชั่วโมง/วัน 37.5% เล่นนานกว่า 6 ชั่วโมง/วัน 15.4% เล่นนานกว่า 8 ชั่วโมง/วัน 8.5% และเล่นนานกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน 5.4%

ความเชื่อของเด็กเยาวชนต่ออีสปอร์ตจากผลสำรวจดังกล่าวยังพบว่า



จะเห็นได้ว่า เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่เชื่อว่า E-Sport มีผลดีมากกว่าผลเสีย เด็กเยาวชนเกินครึ่งจึงทุ่มเทและใช้เวลาไปกับเกมไม่ต่ำกว่า 3 ชั่วโมง แต่ก็ไม่ใช่ทุกคนจะเป็นนักกีฬามีอาชีพได้ บางคนเป็นได้แค่คนติดเกมเท่านั้น เส้นแบ่งสำคัญก็คือวินัยและการแบ่งเวลา



ดร.สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ นักจิตวิทยา ผู้มีประสบการณ์ให้คำปรึกษาแก่นักกีฬา E-Sport กล่าวว่า เด็กติดเกมเขาเล่นเอาสนุก ไม่ได้วางแผนอะไร เล่นเพราะไม่อย่างทำอย่างอื่นแบบไม่อย่างอ่านหนังสือ เลยเล่นเกมประมาณนั้น แต่ถ้าเป็นนักกีฬา เขาต้องมีการวางแผน อาจจะมีเรื่องของสโมสรเข้ามาเกี่ยวข้อง จะพาตัวเองเข้าไปอยู่ในสโมสรที่ชอบได้ยังไง แต่สุดท้ายทุกคนก็ตั้งต้นมาจากความชอบเล่นเกมนั่นแหละ

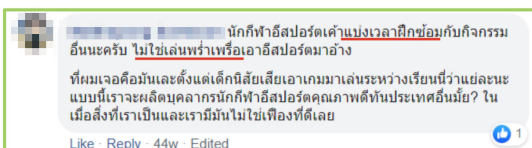
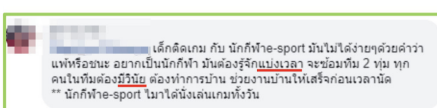
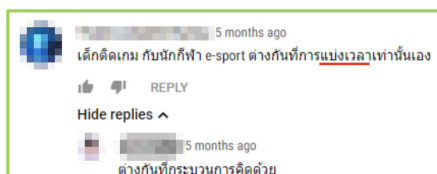
“กลุ่มที่จะก้าวไปสู่ E-Sport ส่วนมากเป็นกลุ่มที่มีเป้าหมาย ความฝันว่าอยากจะไปแข่ง E-Sport เพราะพวกนี้คือสิ่งล่อตาล่อใจ สร้างรายได้ แต่ในความเป็นจริงอาจไม่ไปถึงจุดนั้นกันทุกคน” ดร.สุววุฒิกล่าว

เช่นเดียวกับโลกออนไลน์ที่มองความแตกต่างของนักกีฬากับอาการติดเกมอยู่ที่ ‘การบริหารเวลา’ และ ‘วินัย’

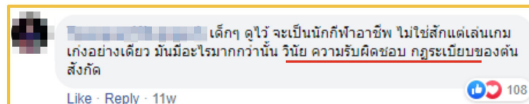
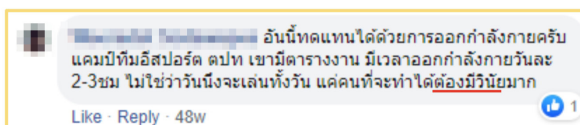
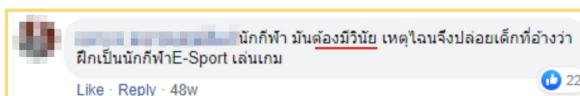
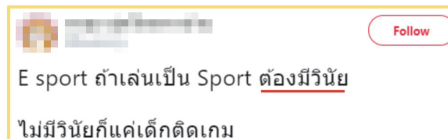
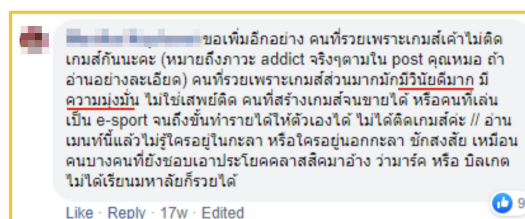
E-Sports

ข้อแตกต่างระหว่าง “นักกีฬา” และ “เด็กติดเกม”

การแบ่งเวลา



วินัย



พฤติกรรมอย่างไรถึงเรียกว่าติดเกม

นพ.คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ อาจารย์สาขาจิตเวชศาสตร์ เด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี บอกถึงเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคติดเกม ของแพทย์ โดยประเมินจากอาการทั้งหมด 9 ข้อ ซึ่งหากมี ลักษณะอย่างน้อย 5 ข้อ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จะถือว่าเป็น ‘อาการติดเกม’



1. หกมุ่นกับเกม โดยใช้เวลาเล่นมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน
2. หงุดหงิด โกรธ เมื่อถูกบอกให้เลิกเล่นหรือไม่สามารถเล่นได้
3. ใช้เวลาเล่นเกมนานขึ้นเรื่อยๆ
4. หยุดหรือลดการเล่นไม่ได้
5. เลิกสนใจกิจกรรมอื่นๆ ที่เคยชอบ
6. เล่นอยู่ ทั้งๆ ที่มีปัญหา
7. หลอกลวง ปิดบังการเล่นของตัวเอง
8. ต้องการเล่นเกมเพื่อคลายเครียด เศร้า หรือหลบหนีจากเรื่องไม่สบายใจต่างๆ
9. เล่นเกมจนมีผลกระทบด้านลบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ เช่น การเรียน การทำงานบ้าน สุขภาพ และความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้น

ผลกระทบจากการติดเกม ด้านสุขภาพ

อาการติดเกมส่งผลต่อทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น

นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต อธิบดีกรมสุขภาพจิต ได้ให้รายละเอียดว่า ปัญหาพฤติกรรมเสพติดเกม เป็นปัญหาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อยในอายุระหว่าง 6-18 ปี มีความสัมพันธ์กับชนิดของเกมประเภทต่อสู้ออนไลน์แบบมีผู้ลงแข่งเป็นทีมเป็นหลัก และเกิดโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคสมาธิสั้น วิตกกังวล ซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน ฯลฯ

การศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ยังพบว่า กิจกรรม E-Sport ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กทั้งในทางบวกและทางลบ ใน 5 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม และอารมณ์ โดยในด้านบวกนั้น จะทำให้เด็กได้ผ่อนคลาย รู้สึกสนุกสนาน ผิกไหวพริบ และได้เพื่อนใหม่ๆ แต่ในขณะที่ด้านลบ อาจทำให้เด็กมีอาการปวดกล้ามเนื้อ และออฟฟิศซินโดรมจากการเล่นเกมที่นานไป มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากความรุนแรงในเกม เสพติดชัยชนะ และยังมีโอกาสพบช่องทางกลั่นแกล้งออนไลน์ (cyberbullying) ขาดทักษะการเรียนรู้ทางสังคม มีการเลียนแบบพฤติกรรมในเกม ติดเพื่อนจนไปถึงการไม่สามารถควบคุมความโกรธ รู้สึกหงุดหงิด เครียดง่ายด้วย

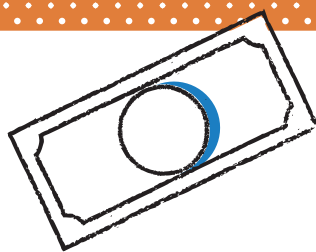
โรคอ้วนและภาวะเริ่มอ้วน ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ส่งผลตามมาจากการติดเกม การสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี พ.ศ.2558 เด็กมีพฤติกรรมทางร่างกายที่น้อยลง แต่มีพฤติกรรมเนือยนิ่งที่มากขึ้น

ซึ่งพฤติกรรมการอยู่หน้าจอของเด็กและวัยรุ่นนั้นอยู่ที่เฉลี่ยถึง 3.10 ชั่วโมง/วัน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ทำให้ขาดกิจกรรมทางกาย มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจนำมาสู่ปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะแนวโน้มของความอ้วนที่เป็นบ่อเกิดของโรคร้ายในกลุ่ม NCDs (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) หรือโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อประสิทธิภาพทางด้านความจำและสติปัญญาในวัยเรียนของเด็กและเยาวชนอีกด้วย

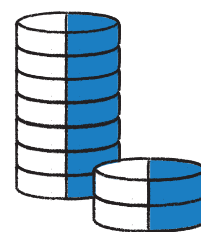
องค์การอนามัยโลก (WHO) ยังได้ประกาศอย่างเป็นทางการในการประชุมสมัชชาสุขภาพโลกครั้งที่ 72 ช่วงกลางปี พ.ศ.2562 ให้ภาวะติดเกมถือว่าเป็นโรค โดยพฤติกรรมการเล่นเกมอย่างต่อเนื่องหรือเพิ่มขึ้น ทำให้การให้ความสำคัญกับตัวเอง ครอบครัว สังคม การศึกษา และอาชีพการงานลดลง ซึ่งเชคาร์ ซาเซนา (Shekhar Saxena) ผู้เชี่ยวชาญของ WHO กล่าวว่า มีรายงานวิจัยที่ชี้ว่า คนที่เล่นเกมถึงวันละ 20 ชั่วโมง จะมีปัญหาต่อการทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร ซึ่งการจัดให้อาการติดเกมนี้เป็นอาการป่วยถือเป็นการส่งสัญญาณให้ป้องกันผลเสียดังกล่าวได้

ในขณะที่ นพ.กิตต์กวี โพธิ์โน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ‘โรคติดเกม’ (Gaming Disorder) คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสพติด ในทางสมอง มีลักษณะคล้ายกับการติดสารเสพติด เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาสมอง พัฒนาการ และพฤติกรรมของเด็ก ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเล่นเกมทางอินเทอร์เน็ต





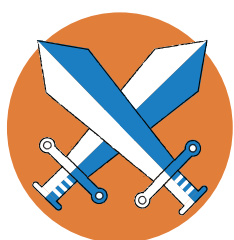
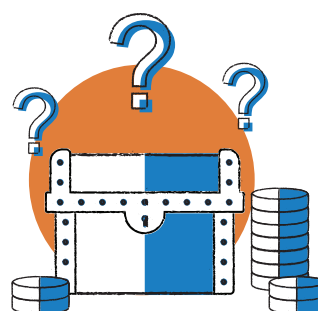
การพนันออนไลน์ กิจกรรมที่แฝงมากับ E-Sport



ในการเล่นเกมน หรือชม E-Sport ในวงการนี้ไม่ได้มีแค่การเล่นและการแข่งขันเพียงอย่างเดียว ในหลายเกมได้มีการสอดแทรกธุรกรรมสินค้า กิจกรรมแนวเสี่ยงโชคการพนันแบบดิจิทัล หรือการเดิมพัน ผู้ชนะ-ผู้แพ้ในการแข่ง ซึ่งสามารถแบ่งรูปแบบของการพนันใน E-Sport⁴ ได้ เป็น 3 แบบ คือ

1 การพนันระหว่างผู้เล่นเกมกับบริษัทเจ้าของเกม

ที่จะมีรูปแบบหรือสินค้าดิจิทัล เช่น ไอเทม ตัวละครในเกม หรือเครื่องแต่งกาย (สกิน) ให้ผู้เล่นได้เติมเงินซื้อของ เพื่อนำไปเสี่ยงดวงในระบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปิดกล่องปริศนา ภาษาปอง หรือลอตเตอรี่ ที่บางครั้งอาจจะต้องเสียเงินในหลักพัน หรือหมื่น เพื่อให้ได้สินค้าที่ต้องการเพียง 1 ชิ้น



2 การพนันระหว่างผู้เล่นด้วยตัวเอง

ซึ่งผู้เล่นจะเดิมพันสินค้าหรือของบางอย่างกับผลแพ้ชนะที่จะเกิดขึ้น โดยของที่นิยมนำมาวางเดิมพันก็มักจะเป็นสินค้าในเกม ไอเทม และเงินดิจิทัลด้วย

3 การพนันระหว่างผู้ชมการแข่งกับบ่อนออนไลน์

รูปแบบนี้จะมาในการวางเดิมพันในคู่การแข่งขันของนักกีฬา หรือโปรเพลเยอร์ในแมตช์ใหญ่ ซึ่งก็คล้ายคลึงกับการพนันกีฬา หรือฟุตบอลที่มีอยู่ในปัจจุบัน



การพนันเหล่านี้ หากตัวผู้เล่นไม่มีความยับยั้งชั่งใจ จะทำให้มีโอกาสที่จะสูญเสียเงินกับการเติมเกม หรือใช้ไปกับเกมจำนวนมากได้ เหมือนการเสพติดเกมเช่นกัน ทั้งรูปแบบของการพนันใน E-Sport ยังมีรูปแบบใหม่ๆ จนหลายครั้งอาจทำให้ผู้เล่นลืมหืมตาได้ว่า กำลังจะสูญเสียเงินจำนวนมาก ที่สินค้าดิจิทัลที่ได้มา อาจไม่คุ้มค่างับจำนวนเงินที่เสียไป

⁴ เอกสารประกอบความรู้ความเข้าใจการพนันออนไลน์ในอีสปอร์ต , ศูนย์ข้อมูลนโยบายสาธารณะการลดปัญหาจากการพนัน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

หาทางออก ป้องกัน และแก้ไข ปัญหา E-Sport⁵



เมื่อ E-Sport กลายเป็นอาชีพ เป็นรายได้ และความบันเทิงนันทนาการในชีวิตประจำวันไปแล้ว แต่เราก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ว่ายังมีปัญหาและข้อถกเถียงในวงการ E-Sport ที่ทุกฝ่ายควรร่วมมือช่วยกันแก้ไขป้องกัน

ด้านตัวผู้เล่นและผู้ปกครอง

ปรากฏการณ์เด็กติดเกมไม่ควรมองแค่เกม แต่มีพฤติกรรมที่แฝงอยู่เบื้องหลัง เพราะลึก ๆ แล้วเด็กเยาวชนทุกคนต้องการมีตัวตนในสายตาผู้ปกครอง การสื่อสารเชิงบวกจึงช่วยให้ค้นพบสาเหตุที่แท้จริงของอาการติดเกม

สื่อสารเชิงบวกเริ่มอย่างไร

- สำรวจอาการของตัวเอง ปกติพ่อแม่เวลาเห็นลูกเล่นเกม มักจะหงุดหงิด ใช้คำพูดไม่ดี ตำหนิแรงๆ ประชดประชัน การสื่อสารแบบนี้ทำให้เด็กไม่ชอบและยิ่งเล่นเกมมากขึ้น
- ผู้ปกครองต้องทำความเข้าใจว่า การเล่นเกมออนไลน์เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเด็กไปแล้ว จึงต้องทำให้เด็กเห็นว่าพ่อแม่เข้าใจ ภูมิใจในตัวเขา พร้อมทั้งจะรับฟัง เพราะพื้นฐานเด็กส่วนใหญ่อยากมีตัวตนในสายตาพ่อแม่
- พ่อแม่เข้าไปดูว่าเด็กเล่นเกมอะไร โดยไม่ต้องว่าหรือจับผิด เปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน
- ทำให้เด็กมีวินัยขั้นสูง คือ การทำเพื่อตัวเองมากกว่าการกลัวโดนลงโทษ
- สื่อสารเชิงบวกเพื่อนำไปสู่การสร้างความร่วมมือของเด็ก ตั้งเป้าหมายระยะสั้นและเป้าหมายเล็กๆ ให้อย่างค่อยเป็นค่อยไป ปรับตัวจัดการเวลาการเล่นได้ และใช้เวลาในการทำกิจกรรมอื่นๆ

สร้างวินัยในการเล่น ควรสร้างวินัยตั้งแต่เด็กยังไม่มีสมาร์ตโฟน โดยทำความเข้าใจ กำหนดกติกา และกำหนดเวลาเล่นให้ชัดเจน

ลดโอกาสการเข้าถึงเกมออนไลน์ของเด็กโดยไม่มีอุปกรณ์ อย่าให้ในบ้านมีอุปกรณ์เข้าถึงเกมออนไลน์หลายเครื่อง มีการใส่รหัสผ่าน คำนึงเสมอว่าเครื่องมือสื่อสารออนไลน์ไม่เป็นมิตรกับการใช้โดยลำพังของเด็ก

หาสาเหตุที่แท้จริง เช่น เครียดจากโรงเรียนและที่บ้าน เป็นโรคสมาธิสั้น ซึมเศร้า หรือขาดความภูมิใจในตัวเอง

ปรับเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงดูบุตรหลาน เช่น กรณีฝากไว้กับปู่ย่าเป็นคุณดูแลและมีเครื่องเกมออนไลน์ให้เด็ก จึงควรนำเด็กไปอยู่กับศูนย์เด็กเล็กที่มีกิจกรรมที่หลากหลาย เพื่อลดโอกาสที่เด็กเล่นเกมออนไลน์

ตัวช่วยผู้ปกครอง “Screen Time” เครื่องมือประมวลผลการใช้งานผ่านโทรศัพท์ ประมวลจำนวนชั่วโมงการใช้งาน จัดอันดับพฤติกรรมการใช้งานในโทรศัพท์ เว็บไซต์และแอปพลิเคชัน ที่มีจำนวนชั่วโมงการใช้งานมากที่สุด และมีการบล็อก Rattting การเข้าเว็บไซต์ที่ไม่เหมาะสม โดยมีการลงทะเบียน Set up screen time for family (ระบบรองรับทั้งแอนดรอยด์และ IOS) , กรณีใช้งานผ่านคอมพิวเตอร์ สามารถเข้าไปดูประวัติการเข้าเว็บไซต์ได้

ด้านผู้ผลิตเกม ตัวแทนผู้นำเข้าเกมในประเทศไทย

ผู้ผลิตเกมควรมีระบบคัดกรองกลุ่มผู้เล่นเกม อย่างเช่น กรณีประเทศจีน มีการตัดเมื่อเล่นเกินเวลา หรือมีค่าเตือนว่าคุณเริ่มเล่นนานเกินไป

หน่วยงานภาครัฐ

หน่วยงานในภาครัฐต่างๆ โดยออกมาตรการป้องกันความปลอดภัยสำหรับเด็กและเยาวชนในการแข่งขัน E-Sport โดยควรมีมาตรการทางกฎหมายให้สอดคล้องตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กแห่งชาติ พ.ศ.2546 มี กทท.เป็นเจ้าภาพและสมาคมกีฬาอีสปอร์ตแห่งประเทศไทย กำหนดมาตรฐานการดูแลเด็กและเยาวชนในมิติการเข้าเล่น การเข้าชมการแข่งขัน อาทิ ต้องไม่มีการพนัน มีระบบคัดกรองเด็กเยาวชนที่จะมาเป็นคู่แข่ง อายุขั้นต่ำ และประเด็นอื่นๆ

อีกทั้งควรมีกฎหมายด้านการคุ้มครองเด็กและเยาวชนปกป้องดูแลเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ มีกลไกรับแจ้ง ติดตาม ส่งเนื้อหา และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก



กับสื่อออนไลน์ด้วย มีช่องทางร้องเรียนการแข่งขันที่ไม่เป็นมาตรฐาน รวมถึงมีการออกกฎหมายจัดประเภทเนื้อหาเกมออนไลน์ โดยกระทรวงวัฒนธรรม ที่จะดูแลเนื้อหาเกม ร้านเกม และคอยเฝ้าระวังเกมที่มีเนื้อหาหยาบรุนแรง

รวมถึงในด้านการพนัน รัฐต้องเข้าไปกำกับบริษัทเกม และระบียบัยยังธุรกรรมการพนันนั้นโดยตรง โดยมาตรการทางกฎหมายและเทคโนโลยี รมรงค์ สื่อสาร

นอกจากนี้มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 11 เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2561 ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ในรายงานความรับผิดชอบร่วมทางสังคมเกี่ยวกับอีสปอร์ตต่อสุขภาพเด็ก (E-Sports: Social Responsibility for Child Health) ถึงความไม่พร้อมของการมีมาตรการ กฎเกณฑ์ และกติกากำหนดการแข่งขันอีสปอร์ตยังขาดมาตรฐานและข้อกำหนดที่ชัดเจน โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 13 ปี ห้ามเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ หรือสื่อดิจิทัลโดยขาดการดูแลจากพ่อแม่ และควรกำหนดอายุของนักเล่นเกมแข่งขันต้องอายุ 18 ปีขึ้นไปตามมาตรฐานสากล สำหรับเด็กอายุ 13 – 18 ปี ที่จะเข้าร่วม

กิจกรรมที่เกี่ยวกับอีสปอร์ต จะต้องแจ้งให้ผู้ปกครองทราบและมีหนังสือแสดงความยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรม การศึกษาความหมายของอีสปอร์ตที่ได้รับการยอมรับจากสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง และการส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อที่มีเนื้อหาเป็นเกมการแข่งขันออนไลน์

ทุกฝ่ายยังควรต้องส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับ E-Sport ให้แก่ประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับในทุกมิติ ทั้งด้านธุรกิจและการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ควบคู่กัน



⁵ การศึกษาผลกระทบของอีสปอร์ตที่มีต่อสุขภาพเด็กและการสร้างรูปแบบความรับผิดชอบร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (ระยะเวลาศึกษา 1 ก.ย. – 31 ธ.ค. 61)

6 เปิดพหุติกรรม การกิน อยู่ อย่างไทย

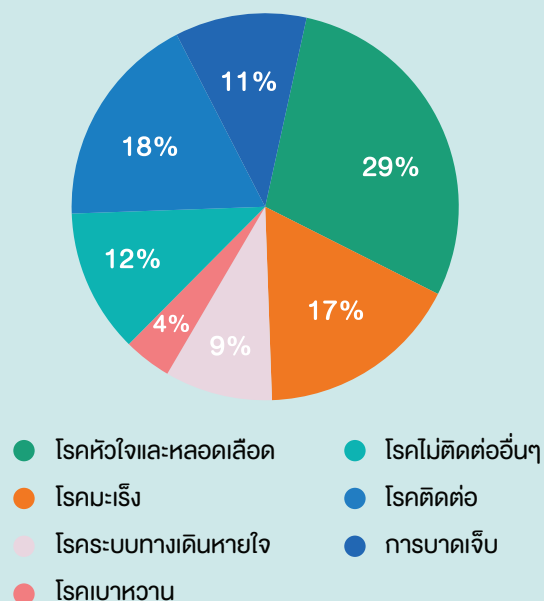
โรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases : NCDs) ยังคงครองแชมป์สาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรโลกและคนไทย ซึ่งสาเหตุที่สำคัญยังคงมาจากพฤติกรรมการกินและการใช้ชีวิต

ทั่วโลกมีคนตายด้วยโรค NCDs ปีละกว่า 40 ล้านคน คิดเป็น 71% ของการตายทั้งหมด โดยมีประมาณค่าความสูญเสียไว้สูงถึง 47 ล้านล้านดอลลาร์ ภายในปี 2573 หากยังไม่มีการแก้ไข¹

เช่นเดียวกับประเทศไทย ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกือบ 400,000 คน คิดเป็น 76% ของการตายทั้งหมด และ 50% ตายก่อนวัยอันควร คิดเป็นความสูญเสียถึง 2.2% ของ GDP ต่อปี



สาเหตุการเสียชีวิตโดยส่วนใหญ่ของคนไทย



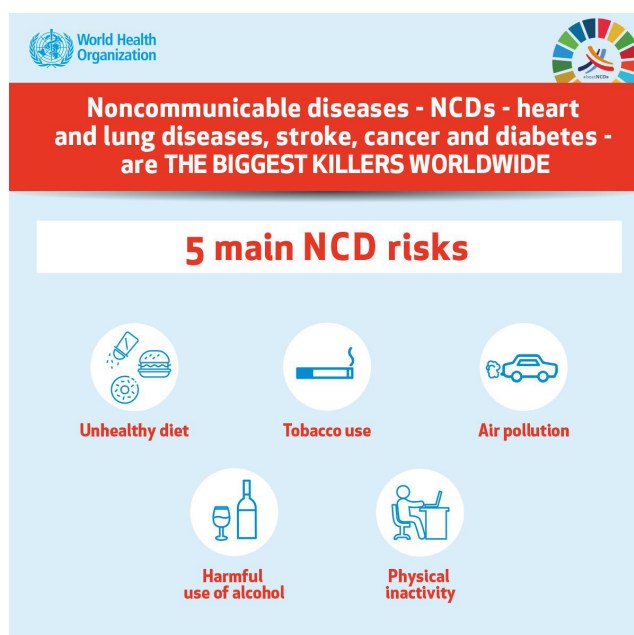
จากข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตโดยส่วนใหญ่ของคนไทย² มาจากโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะประชากรอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป

หากจำแนกสาเหตุการเสียชีวิตในเพศชายพบว่า อันดับ 1 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด 11% รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด 7.8% อุบัติเหตุทางถนน 7.4% โรคมะเร็งตับ 6.5% และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 6%

ส่วนเพศหญิง อันดับ 1 มาจากโรคหลอดเลือดสมอง (14.6%) ตามด้วยโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด มีสัดส่วนเท่ากัน 8.8% ไตอักเสบและไตพิการ 4% และโรคมะเร็งตับ 3.7%

5 พฤติกรรมเสี่ยง ที่ส่งผลต่อ 5 โรคยอดฮิต

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโรคพบว่า 5 พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการกิน การสูบบุหรี่ มลพิษทางอากาศ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเนือยนิ่ง ส่งผลต่อ 5 โรคยอดฮิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่าง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ เบาหวาน และภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการกินและการใช้ชีวิตจึงมีผลอย่างมากต่อการเกิดโรค

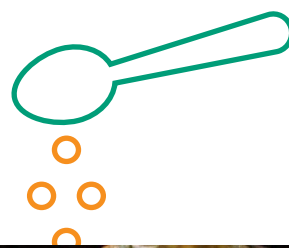


¹ World Health Organization – Noncommunicable Diseases (NCDs) Country Profiles, 2014

² รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557, มูลนิธิเพื่อการพัฒนาคุณภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จัดพิมพ์ปี 2560

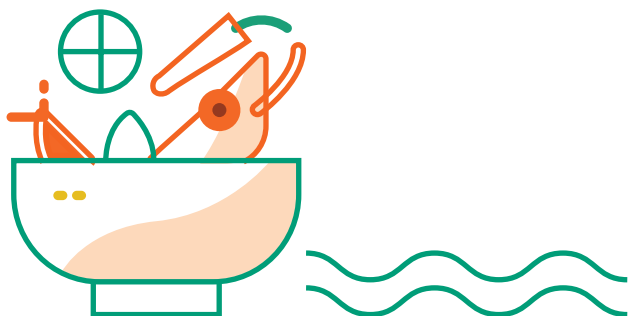
เปิดพฤติกรรมมารักกินของคนไทย

วัยทำงานเน้นรสจัด วัยรุ่นเน้นรูปลักษณ์

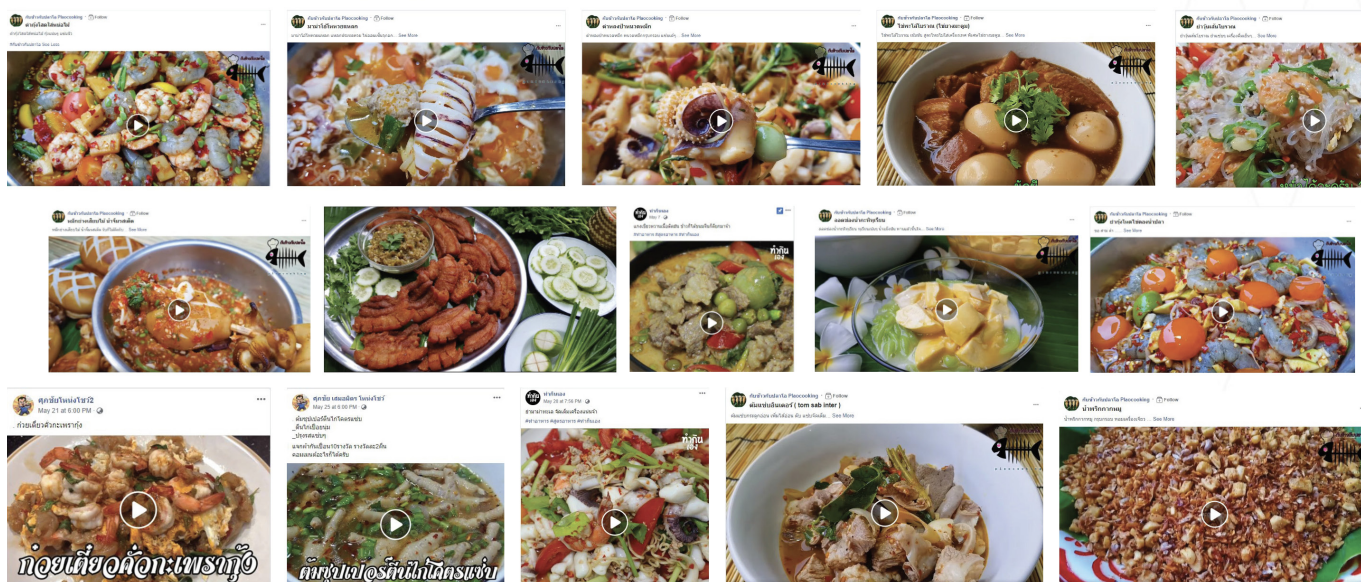


จากการสำรวจพฤติกรรมของคนไทยบนโลกออนไลน์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 พฤษภาคม 2561 ผ่าน #อร่อย ไปแตก #อร่อยบอกต่อ และจาก Food Influencers จำนวน 90 accounts ซึ่งมีจำนวนข้อความทั้งหมด 5,826,452 ข้อความ พบว่า

ในสื่อสังคมออนไลน์อย่าง facebook ซึ่งจากประชากรในเฟซบุ๊ก จำนวน 48 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นคน Gen Y อายุประมาณ 19 – 36 ปี จึงพอจะอนุมานได้ว่า ในกลุ่มคน Gen Y ให้ความสนใจและมีปฏิสัมพันธ์กับโพสต์ที่เป็นเมนูหรือวิธีการทำอาหารเมนูน่ากิน และเมนูที่มารสจัด เช่น ยำต่าง ๆ



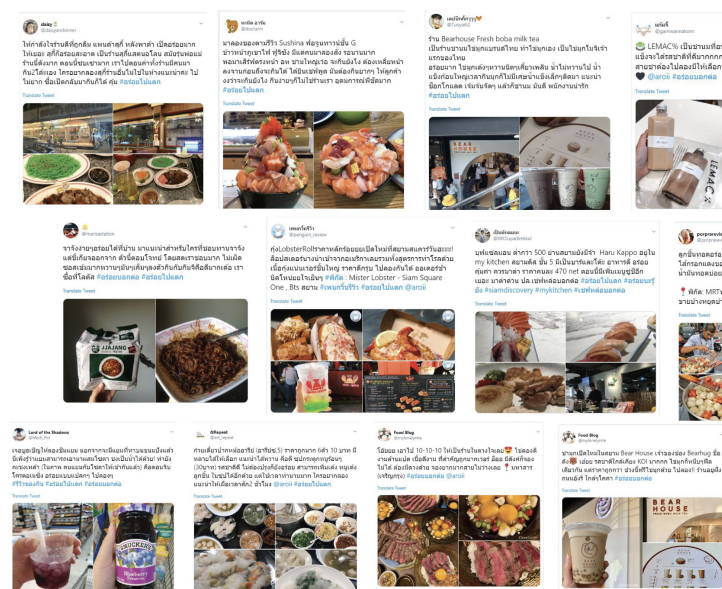
TOP POST



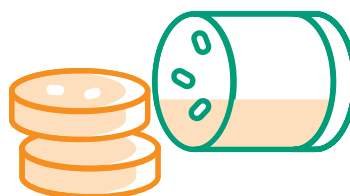
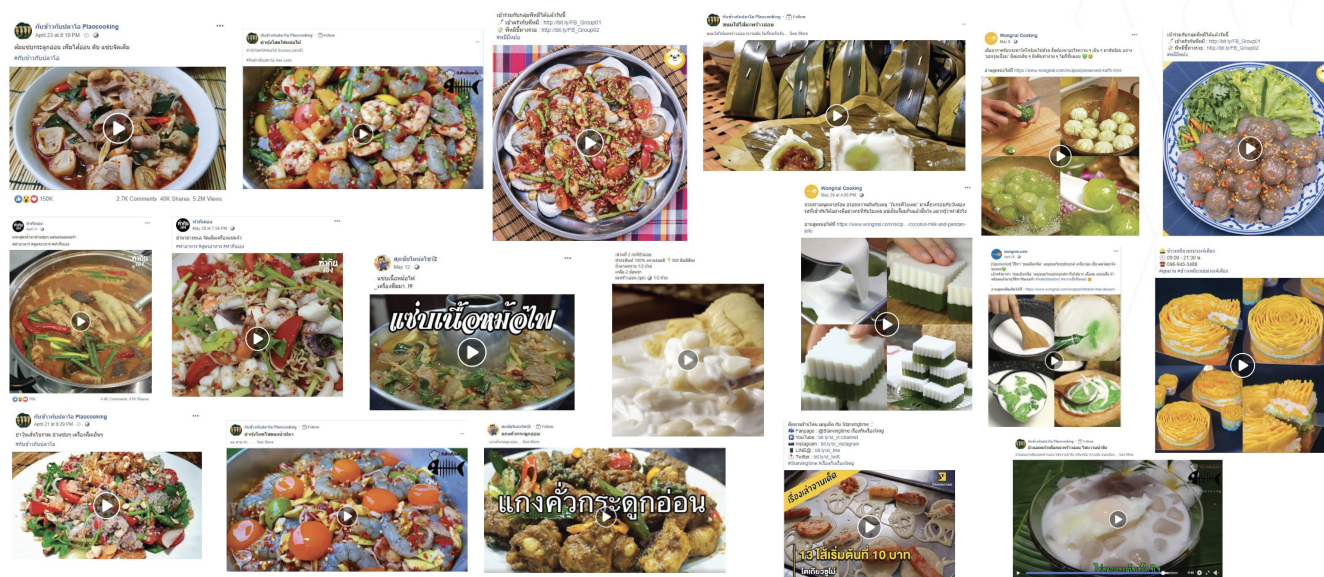
ขณะที่ในทวิตเตอร์ ซึ่งมีประชากร 9 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัย Gen Z อายุระหว่าง 15-24 ปี ถึง 40% ที่นิยมใช้ พบว่า คนส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์กับอาหารที่มีเอกลักษณ์หรือโดดเด่นมาก เช่น กุ้งลือบสเตอร์ ซูชิปลาไทย เมนูแปลก ๆ เช่น แยมโซดา ร้านอาหารลับต่าง ๆ เช่น ร้านลูกชิ้นที่ไม่มีคนรู้จัก และ ชานมไข่มุก

ทั้งนี้โดยภาพรวมของเทรนด์อาหารซึ่งเป็นที่นิยมผ่านสื่อสังคมออนไลน์ พบว่า คนไทยยังคงนิยมรสชาติอาหารที่ได้รับความนิยมสูงคือ รสเผ็ด เช่น ยำหรือต้มยำต่างๆ และรสหวาน เช่น ขนมไทย ขนมเค้กต่างๆ ขณะที่ส่วนประกอบอาหารที่ได้รับความนิยมสูงได้แก่ กระแสไช่ตอง ปูตอง กุ้ง นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการกินอาหารสะดวกซื้อมากขึ้น ขณะที่แนวโน้มอาหารเพื่อสุขภาพอย่างอาหารคลีนยังคงอยู่ในภาวะคงที่สม่ำเสมอตั้งแต่ปี 2561

TOP POST



Taste



กินผักไม่เพียงพอ เน้นหวาน มัน เค็ม

อีไอซี หรือ Economic Intelligence Center (EIC) ธนาคารไทยพาณิชย์ได้ทำการวิเคราะห์เรื่อง “คนไทยกินอะไรกัน?” จากการสำรวจอนามัย สวัสดิการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร ปี 2556 และปี 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำรวจประชากรครั้งละ 27,960 คน ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พบพฤติกรรมการกินของคนไทยที่น่าสนใจ ดังนี้

คนไทยเลือกซื้ออาหารจากความชอบเป็นหลัก

ในปี 2560 ปัจจัยที่ผู้บริโภคให้ความสำคัญเมื่อเลือกซื้ออาหารเป็นอันดับหนึ่ง คือ ความชอบ (มีผู้ตอบ 22.1% ของกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจ) ตามมาด้วยรสชาติ (18.5%) ความอยากกิน (18.2%) ความสะอาด (17.8%) คุณค่า (12.9%) ความสะดวก (6.5%) โดย ราคาเป็นปัจจัยที่มีผู้ตอบน้อยที่สุดที่ 4%

ผลสำรวจดังกล่าวสะท้อนว่า คนไทยให้ความสำคัญกับความสุขจากการกิน สะท้อนจากการเลือกปัจจัย ความชอบ-ความอยากกิน-รสชาติ มากกว่าคุณภาพของอาหาร ซึ่งสะท้อนจากการเลือกปัจจัยความสะอาด-คุณค่า โดยปัจจัยในกลุ่มที่สะท้อนเรื่องความสุขจากการกิน มีผู้ตอบรวมกันอยู่ที่ 57.1%

ในปี 2556 และเพิ่มมาเป็น 58.8% ในปี 2560 ขณะที่คุณภาพของอาหารกลับมีสัดส่วนลดลงจาก 32.2% ในปี 2556 เหลือเพียง 30.7% ในปี 2560 นอกจากนี้ ปัจจัยความชอบเพิ่มความสำคัญขึ้นอย่างมากจากสัดส่วนเพียง 17.7% หรือ เป็นปัจจัยอันดับ 3 ในปี 2556 ขึ้นมาเป็นปัจจัยอันดับหนึ่งในการเลือกซื้ออาหารของคนไทยในปัจจุบัน แซงปัจจัยรสชาติซึ่งเป็นปัจจัยอันดับหนึ่งในปี 2556

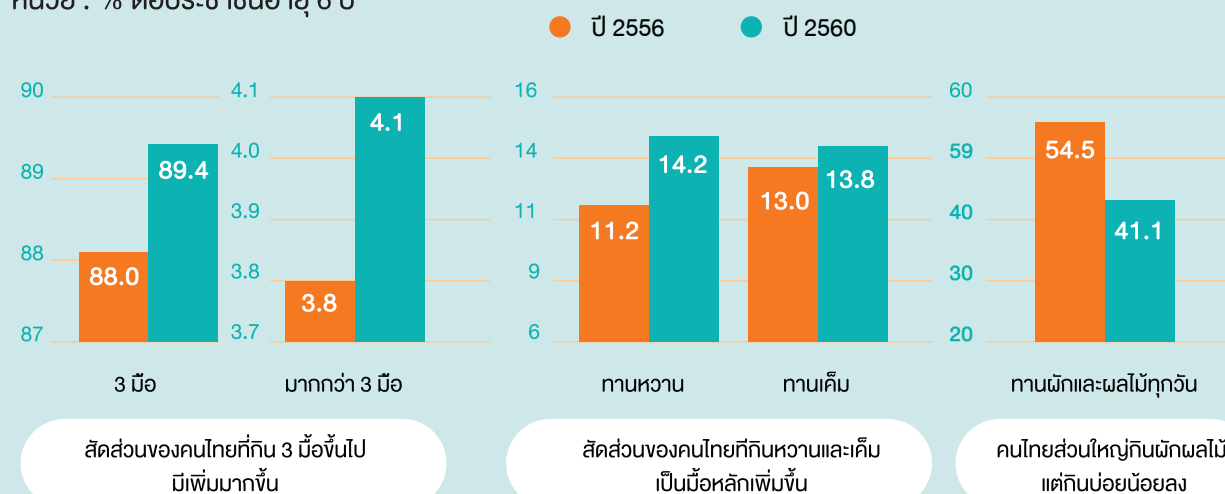
สะท้อนว่าสำหรับผู้บริโภคในปัจจุบัน อาหารอร่อยอย่างเดียวยังไม่พอ ควรมีสิ่งอื่นควบคู่ไปด้วย เช่น รูปแบบการนำเสนอ ประสิทธิภาพ หรือการบริการ เป็นต้น ทั้งนี้ ราคา ยังคงเป็นปัจจัยรั้งท้ายจาก 7 ปัจจัยดังกล่าวสำหรับคนไทยมาตั้งแต่ปี 2556

คนไทยกินบ่อยขึ้น กินรสหวาน-เค็มมากขึ้น และกินผักผลไม้ลดลง

คนไทยกินบ่อยขึ้น ในปี 2560 คนไทยส่วนใหญ่กว่า 89.4% กินอาหาร 3 มื้อต่อวัน สัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นจาก 88.0% ในปี 2556 นอกจากนี้ สัดส่วนของคนที่ยากินอาหารมากกว่า 3 มื้อก็เพิ่มขึ้นจาก 3.8% ในปี 2556 มาเป็น 4.1%

คนไทยกินบ่อยขึ้น กินรสหวาน-เค็มมากขึ้น และกินผักผลไม้ลดลง

หน่วย : % ต่อประชาชนอายุ 6 ปี



EIC Data

ในปี 2560 โดยเป็นการเพิ่มขึ้นทั้งในเพศหญิงและชาย และเพิ่มในหลายช่วงอายุ ได้แก่ เด็ก (6-14 ปี) วัยรุ่น (15-24 ปี) และคนวัยทำงาน (25-59 ปี) ยกเว้นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ที่กลับมามีสัดส่วนการกินมากกว่า 3 มื้อที่ลดลง

คนไทยกินรสหวาน เค็มมากขึ้น โดยสัดส่วนของคนที่ยากินรสหวานเป็นอาหารมื้อหลักเพิ่มจาก 11.2% ในปี 2556 มาเป็น 14.2% ในปี 2560 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปีเป็นสำคัญ และยังพบการเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาค ขณะที่รสเค็มเพิ่มจาก 13.0% มาเป็น 13.8% โดยเป็นการเพิ่มขึ้นของการบริโภคในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นหลัก

ทั้งนี้รสชาติอาหารมื้อหลักของคนไทยมีลักษณะของการกินตามช่วงอายุ เช่น การกินรสหวานจะมีสัดส่วนสูงที่สุดในวัยเด็กที่ 32.5% ขณะที่ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานนิยมรสเผ็ดเป็นหลัก ในสัดส่วน 31.6% และ 34%

คนไทยบริโภคผักและผลไม้ลดลง ถึงแม้ว่าคนไทยส่วนใหญ่มากกว่า 98.8% จะมีการบริโภคผักและผลไม้อย่างน้อย 1 วันในแต่ละสัปดาห์ โดยสัดส่วนดังกล่าวไม่เปลี่ยนแปลงจากปี 2556 แต่สัดส่วนของคนที่ยากินผักและผลไม้ทุกวันกลับลดลง จาก 54.5% เป็น 41.1% โดยเป็นการลดลงในทุกกลุ่มอายุ เพศ และภูมิภาค

อย่างไรก็ตาม คนไทยอดอาหารเพื่อลดน้ำหนักกันมากขึ้น และเพิ่มการกินอาหารเสริมสะท้อนถึงความพยายามในการดูแลตัวเองที่มากขึ้น



ผลสำรวจพบ

‘เด็ก คนโสด คนทำงานบริษัท’ กินผักน้อย

การกินผัก ผลไม้ให้เพียงพอช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่คนไทยยังกินผักน้อย

มีงานวิจัยกว่า 20 รายงาน ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างกว่า 10,948 คน พบว่า ผู้ที่บริโภคใยอาหารมากมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ (colorectal adenoma) น้อยกว่ากลุ่มที่บริโภคใยอาหารน้อยถึง 28% ซึ่งพบว่าการบริโภคใยอาหารเพิ่มขึ้นวันละ 10 กรัม สามารถลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ 9%³

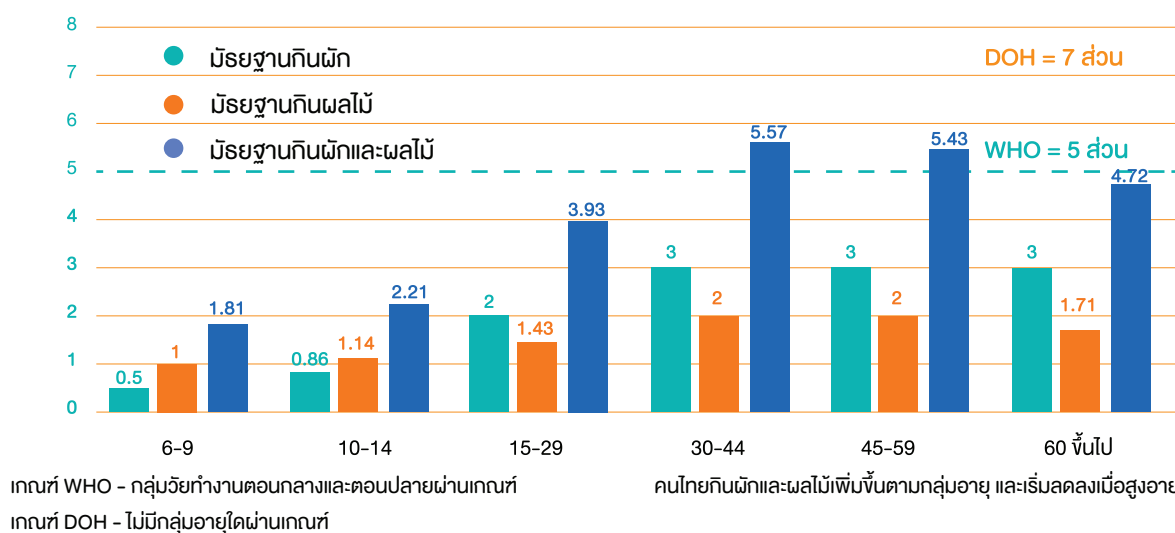
อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาโครงการศึกษาพฤติกรรมกรรมการกินผักและผลไม้ของคนไทย⁴ ในเดือนพฤษภาคม 2562 โดยการสำรวจประชากร 3 ช่วงวัย ประกอบด้วย วัยเรียน อายุ 6-14 ปี วัยรุ่นและวัยทำงาน อายุ 15- 59 ปี และผู้สูงวัย อายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ กทม.และ 4 ภูมิภาค รวม 7,957 คน พบว่า หากใช้เกณฑ์จากองค์การอนามัยโลก (ในแต่ละวันควรบริโภคผัก ≥ 3 ทัพพี ผลไม้ ≥ 2 ส่วน รวม ≥ 5 ส่วน) พบว่า กลุ่มวัยทำงานตอนกลางและตอนปลายผ่านเกณฑ์ โดยคนไทยกินผักและผลไม้เพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ และเริ่มลดลงเมื่อเข้าสู่ผู้สูงวัย อย่างไรก็ตามหากใช้เกณฑ์ธงโภชนาการ (ผัก 4-6 ทัพพี ผลไม้ 3-5 ส่วน รวม ≥ 7 ส่วน) ของกรมอนามัยจะพบว่า ทุกกลุ่มวัยกินผักผลไม้ไม่เพียงพอ

นอกจากนี้ยังพบกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญของการบริโภคผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ได้แก่ กลุ่มเด็ก คนโสด คนที่มีการศึกษาน้อย คนทำงานบริษัท คนที่ไม่มีรายได้ และคนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

สำหรับการเข้าถึงผักและผลไม้ พบว่า คนที่กินผักและผลไม้เพียงพอ เน้นซื้อด้วยตนเองและมาจากการปลูกผัก/ผลไม้กินเองที่บ้าน ส่วนคนที่กินผักผลไม้ไม่เพียงพอ เน้นให้คนอื่นซื้อให้ โดยแหล่งซื้อผัก ผลไม้บ่อยที่สุดคือ ตลาดสด ซึ่งกลุ่มที่กินผักและผลไม้เพียงพอ เน้นสนับสนุนนโยบายรณรงค์ให้กินผักได้ และนโยบายปลูกผักสวนครัวกินเอง ขณะที่กลุ่มที่กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ เน้นสนับสนุนนโยบายด้านราคาและความปลอดภัย

จะเห็นได้ว่า การมีความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้คนกินผักและผลไม้เพิ่มขึ้น การส่งเสริมการปลูกผัก ผลไม้กินเอง เป็นช่องทางสำคัญที่จะส่งเสริมให้คนหันมากินผักและผลไม้มากขึ้น รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน โรงเรียน มหาวิทยาลัยให้เอื้อต่อการเข้าถึงผักและผลไม้มากขึ้น นอกจากนี้ตลาดสดเป็นแหล่งสำคัญที่ควรสนับสนุนต่อยอด เพื่อเอื้อให้คนเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพและ ผัก ผลไม้หลากหลายได้มากขึ้น

ค่ามัธยฐานการกินผักและผลไม้ต่อวัน จำแนกตามกลุ่มอายุ



³ กินผัก ผลไม้ มากพอ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ผศ. ดร.วันเพ็ญ เกียรติสินยศ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการกินผักและผลไม้ของคนไทย, ดร.สิรินทรยา พูลเกิด สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2562

กินผักผลไม้อย่างไรถึงได้ประโยชน์⁵ และปลอดสารจากเคมี

ผู้ใหญ่ควรบริโภคผักที่หลากหลาย วันละ 6 ท็อป/วัน และผลไม้วันละ 2-3 ส่วนต่อวัน จะทำให้กินผัก ผลไม้ได้ถึง 400 กรัม (4 ชีด) ต่อวัน ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

การกินผัก ผลไม้ที่หลากหลายและมีสีต่างกัน หนึ่มนเวียนกันไป จะทำให้ร่างกายได้รับสารต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างสมดุล

ที่สำคัญคือ ที่สำคัญเลือกกินผัก ผลไม้ตามฤดูกาล และผักยืนต้นพื้นบ้าน ปลอดภัยสุดจากสารเคมี⁶ และล้างผักให้ถูกวิธี



ประโยชน์ของสารพฤกษเคมี (Phytonutrient) ในผักผลไม้



⁵ กินผัก ผลไม้ มากพอ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ผศ. ดร.วันชัย เกียรติสินยศ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁶ Greenery. (2561). ถั่วเปลี่ยนแปลง เราก็กินผักเปลี่ยนไป เพราะเราใช้ 'ปฏิทินกินผักสามฤดู' จาก www.greenery.org/articles/guide-seasonalvegcalendar/

วิธีล้างผักง่ายๆ

ช่วยลดสารตกค้างจากยาฆ่าแมลง

ผักหัว

ปอกเปลือกตัดส่วนที่ไม่ได้รับประทานออก



ผักราก

ปอกเปลือกตัดส่วนที่ไม่ได้รับประทานออก



เตรียมผักก่อนล้าง

ผักใบ

แกะกลีบ/คลี่ใบ
ถ้ามีดินติดราก
ให้เคาะออก



ผลไม้

ล้างทั้งผล



วิธีล้างด้วยน้ำไหล (ลดสารตกค้างได้ 25-65%)

ล้างผัก

1

แช่ผักในน้ำ

2

นำใส่ในตะกร้า / ตะแกรง
เปิดน้ำไหลความแรงพอประมาณ

3

ใช้มือช่วยถูใบ
ประมาณ 2 นาที

ล้างผลไม้

1 แบบเปลือกบาง
เช่น องุ่น ชมพู

แช่น้ำแล้วล้าง
ทั้งพวง/ผล

2 แบบเปลือกแข็ง
เช่น ส้ม แอปเปิ้ล ฝรั่ง

แช่น้ำแล้วล้าง
โดยใช้มือถูที่
บริเวณผิว

วิธีล้างหากต้องล้าง ในปริมาณมาก

ล้างด้วยผงฟู
หรือเบคกิ้งโซดา

- ใส่ 1/2 ช้อนโต๊ะ
ต่อน้ำ 10 ลิตร
- แช่ทิ้งไว้ 15 นาที
แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด
- ลดสารพิษตกค้างได้
90-95%

ล้างด้วยน้ำส้มสายชู

- ใช้ 1 ช้อนโต๊ะ/น้ำ 4 ลิตร
- แช่ทิ้งไว้ 10 นาที
แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด
- ลดสารพิษตกค้างได้
60-84%

Source: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข



กิน อย่างไรให้ห่างไกลโรค

การกินและการออกกำลังกายเป็นพื้นฐานสุขภาพที่เสริมกันและกัน ซึ่งทุกคนสร้างได้ด้วยตัวเอง

สูตรการกินให้ไกลโรค⁷

2 : 1 : 1 สูตรเด็ดพิชิตพุง

การลงพุงคือสัญญาณหนึ่งของร่างกายที่เตือนว่าเรากำลังเสี่ยงเป็นโรคต่าง ๆ ส่วนหนึ่งมาจากการสะสมของพลังงานในร่างกายที่มากเกินไป

การกินแบบ 2:1:1 ซึ่งเป็นสูตรกำหนดปริมาณอาหารที่เหมาะสมในแต่ละมื้อ จึงช่วยลดพุงและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ ได้ โดยแบ่งสัดส่วนของจาน (เส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว) ออกเป็น 4 ส่วน และเลือกจัดประเภทอาหารในจานแต่ละส่วนเป็น ผัก 2 ส่วน แป้ง 1 ส่วน และเนื้อสัตว์ 1 ส่วน



6:6:1



6 : 6 : 1 สูตรรสกลมกล่อมห่างไกลโรค

รสอาหารเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ รสหวาน มัน เค็ม หากปรุงมากเกินไปก็อาจส่งผลต่อสุขภาพได้ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น

ปริมาณการปรุงที่แนะนำ ไม่ควรกินเกินในแต่ละวัน สามารถจำง่าย ๆ ด้วยสูตร 6:6:1 คือ น้ำตาล 6 ช้อนชา/วัน ไขมัน 6 ช้อนชา/วัน และเกลือ 1 ช้อนชา/วัน ซึ่งต้องระวังการปรุงเพิ่ม และเลี้ยงกินของว่าง ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มหวานที่เพิ่มเติมจากอาหารมื้อหลัก

ไขมันเริ่มสลายเมื่อออกกำลังกายต่อเนื่อง 10 นาทีขึ้นไป

หากต้องการลดไขมันส่วนเกิน สามารถทำได้ด้วยการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง เช่น เดิน จ็อกกิ้ง ขี่จักรยาน เดินขึ้นบันได เดินประกอบเพลง อย่างต่อเนื่อง 10 นาทีขึ้นไป ให้ได้อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ เพราะเมื่อออกกำลังกายนานต่อเนื่อง 8-10 นาทีขึ้นไป ร่างกายจะเริ่มเผาผลาญไขมันออกมาเป็นพลังงานให้ร่างกายอย่างเต็มที่

⁷ คู่มือ 8 เรื่องใกล้ตัว ชีวิตดีเริ่มที่เรารู้ จาก สสส., 2562

ทิศทางเชิงนโยบาย เพื่อลด NCDs ของคนไทย

ประเทศไทยตระหนักและเห็นความสำคัญของการแก้ไข ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคนไทยอย่างจริงจัง ดังจะเห็นได้ จากในปี 2560 องค์การอนามัยโลกประเมินให้ประเทศไทยมี ผลการดำเนินงานในการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อที่มี ความก้าวหน้าเป็นอันดับ 3 ของโลก และเป็นอันดับ 1 ของ อาเซียน โดยได้แสดงความชื่นชมรัฐบาลไทยที่ให้ความสำคัญ และความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน โดยจะผลักดันการดำเนินงาน ให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ให้ความสำคัญกับ การป้องกันควบคู่ไปกับการรักษา เป็นคำมั่นสัญญาที่จะนำ ประเทศไทยไปสู่ Free of NCDs society

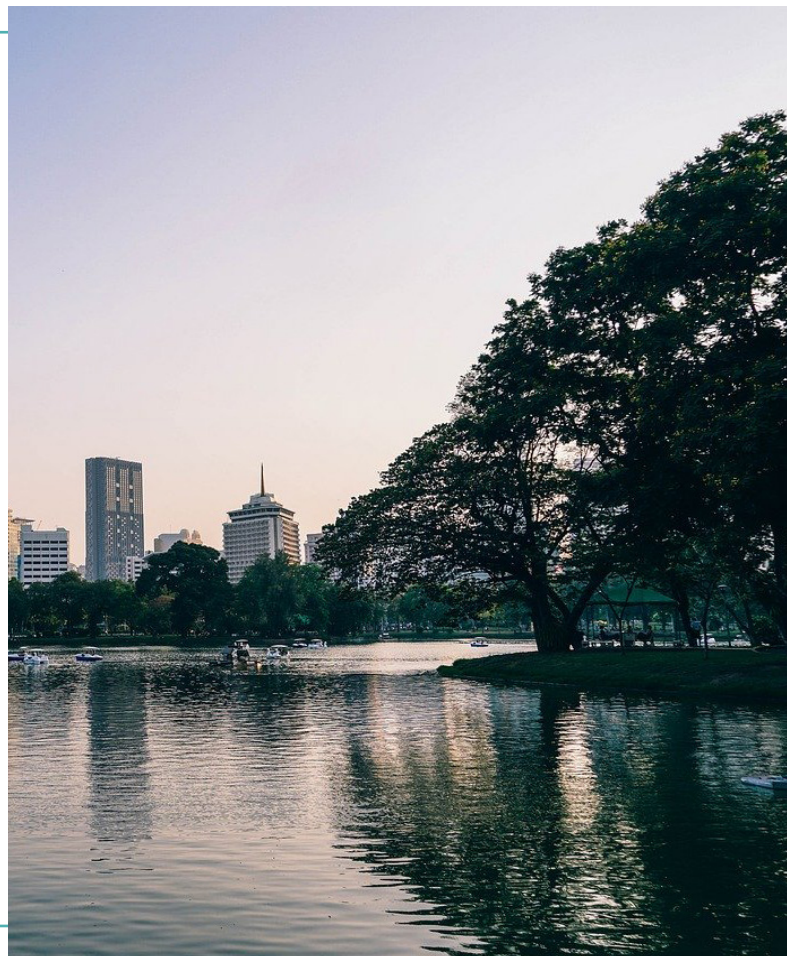
ประเทศไทยตั้งเป้าหมายลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ลง 1 ใน 3 ภายในปี 2573 โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ทั้งภายในกระทรวง สาธารณสุข และกระทรวงต่างๆ ร่วมขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560

- 2564) เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย NCDs ของประเทศร่วมกัน นั่นคือ 9 voluntary global targets on NCDs และเป้าหมายการ พัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยมีการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อ ส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น ภาษี น้ำตาล ยุทธศาสตร์ลดเกลือและโซเดียม เพิ่มฉลากทางเลือก สุขภาพ (Healthier Choice) สร้างความยินยอมและปฏิบัติตาม กฎหมายบุหรี่-สุรา ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พร้อมกับส่งเสริม ความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับประชาชน (Health Literacy) โดย ทำงานอย่างลงลึกในระดับอำเภอ ตำบล โรงเรียน และสถาน ประกอบการ เป็นต้น

สำหรับในปี 2563 ได้ผลักดันเร่งรัดให้เกิดนโยบาย สาธารณะระดับชาติที่เน้นการจัดการโรคเบาหวานและโรคความ ดันโลหิตสูง และสร้างการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานรัฐ ธุรกิจเอกชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย NCDs ของ ประเทศ โดยใช้แนวทาง “Together Fight NCDs ร่วมมือต่อสู้ โรค NCDs”

“สวนลุมเป็นตัวอย่างของการจัดการพื้นที่สีเขียว ที่ดีและเป็นจุดเริ่มต้นของการขยายกิจกรรมทาง กายเพื่อครอบคลุมงานด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เลนสำหรับผู้พิการและการพัฒนาทางเท้าที่ เอื้อกับการเดินให้เพิ่มขึ้น”

นพ.แดเนียล เฮอร์สตัน ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ยกตัวอย่างการจัดการพื้นที่ ‘สวนลุม’ พื้นที่สีเขียวที่เอื้อต่อการ ส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่หลากหลาย และชื่นชมประเทศไทย โดย กระทรวงสาธารณสุข และ สสส. ในฐานะหน่วยงานสำคัญที่ กระตุ้นและประสานให้เกิดกิจกรรมทางกายสำหรับคนไทยและจับ เคลื่อนงานสู่ทั่วโลก



7 กัญชา

เมื่อใช้เป็น ‘ยา’ รักษาโรค

ปัจจุบันการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความก้าวหน้า และเป็นพลวัตรอย่างมีนัยสำคัญในระดับสากล และประเทศไทย ซึ่งก่อให้เกิดความรับรู้ และแสดงออกที่หลากหลาย บ้างสนับสนุน บ้างคัดค้าน และบางครั้งเกิดความสับสนทั้งจาก ประชาชน และจากบุคลากรที่ทำงานด้านสาธารณสุข

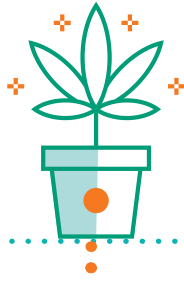
สำหรับประเทศไทยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2562) ซึ่งเดิมเคยจัดให้กัญชา เป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 ห้ามเสพ ผลิต และจำหน่าย มาอนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษา ผู้ป่วย และการวิจัย โดยรวมการอนุญาตผลิต นำเข้า และ

ขึ้นทะเบียนตำรับยาได้ ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข โดย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การเภสัชกรรม กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสุขภาพจิต และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ดำเนินการนำ สารสกัดจากกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์บนพื้นฐาน ตามหลักวิชาการด้านการแพทย์ที่เหมาะสม ภายใต้การ ควบคุมดูแลของผู้เชี่ยวชาญตามมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพ ตามที่ระบุในกฎหมาย

ขณะเดียวกันก็มีกระแสความตื่นตัว และสนใจอย่างมาก จากภาคประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่คาดหวังผลจาก การรักษาด้วยสารสกัดกัญชา



เส้นทางของ ‘กัญชา’¹



กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่ปรากฏในตำรายาแผนโบราณของไทย ตั้งแต่สมัยพระนารายณ์มหาราช ในขณะที่ทั่วโลกพบเป็นไม้ถิ่นของเอเชียกลาง และคาบสมุทรอินเดีย มีประวัติการใช้มายาวนาน ในหลายรูปแบบ ถึง 8,000 ปีก่อนคริสตกาล



ตั้งแต่ คริสต์ศักราชที่ 13 เริ่มมีความเข้มงวดในการควบคุมในหลายพื้นที่ ในปี ค.ศ. 1937 (พ.ศ. 2480) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการรายงานว่าการใช้กัญชามีผลทำให้ผู้ใช้ขาดสติ เกิดอาการประสาทหลอน และก่อให้เกิดอาชญากรรมขึ้นได้ จึงมีการถอนกัญชาออกจาก United States Pharmacopoeia และยกเลิกการใช้กัญชาในการรักษาโรค มีการห้ามใช้กัญชาในการรักษาโรคในอังกฤษและยุโรปตั้งแต่ปี ค.ศ. 1971 (พ.ศ. 2514) เป็นต้นมา



ในประเทศไทย มีกฎหมายควบคุมกัญชา ชื่อ ‘พระราชบัญญัติกัญชา พ.ศ. 2477’ ซึ่งต่อมายกเลิกไป

ปี พ.ศ. 2522 ได้ประกาศใช้ พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ กำหนดให้พืชกระท่อม กัญชา เป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 ห้ามเสพ ห้ามผลิต หรือครอบครอง มีโทษรุนแรง รวมทั้งโทษทางอาญา



ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่าหลายประเทศเริ่มมีงานวิจัยมากมาย และมีนโยบายใช้ประโยชน์ทางการแพทย์จากกัญชา เช่น อนุญาตให้ใช้ในระบบสุขภาพ NHS (อังกฤษ) มีการขึ้นทะเบียนตำรับยา (สหรัฐอเมริกา อังกฤษ แคนาดา โคลัมเบีย) และใช้เพื่อสันทนาการ (อูรุกวัย แคนาดา บางรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา) ตลอดจนการใช้ส่วนตัวในบ้าน (อิสราเอล)

¹สรุปความเคลื่อนไหวเพื่อขับเคลื่อนการเข้าถึงกระท่อม กัญชา ในทางการแพทย์. นิยดา เกียรติยิ่งอังคาส. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา



เนื่องจากปัญหาสุขภาพหลายโรคที่รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน อาจไม่ครอบคลุม ประกอบกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเข้าไม่ถึงยา ที่มีราคาแพง เช่น โรคมะเร็ง อาการปวดรุนแรง หรือโรคลม ชักรุนแรงในเด็ก แต่สารประกอบ cannabinoids ในกัญชา ประกอบด้วยสาร Tetrahydrocannabinol (THC) ที่มีฤทธิ์ ต่อจิตประสาท เป็นสารเสพติด ในขณะที่สาร cannabidiol (CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด และให้ผลเกี่ยวข้องกับการทำงาน ของร่างกาย อาทิ ความจำ อารมณ์ ความอยากอาหาร ความปวด และการอักเสบ ไทยจึงเริ่มมีกิจกรรมรณรงค์เพื่อ ให้มีการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2558



พฤษภาคม 2561 กระทรวง สาธารณสุขได้ตั้งคณะทำงาน 4 คณะ เพื่อกำหนดแนวทาง ดำเนินการ เพื่อนำกัญชามาใช้ ประโยชน์ทางการแพทย์

องค์การเภสัชกรรมเร่งสกัดน้ำมันกัญชาเพื่อใช้ รักษาโรคโดยกระจายน้ำมันล็อตแรกเดือนสิงหาคม 2562 ตามหน่วยบริการสาธารณสุข ขณะที่ ป.ป.ส. ประกาศว่า ผู้ที่จะปลูกหรือผลิตกัญชาได้นั้น ต้อง ได้รับอนุญาตจาก อย. ซึ่งใน 5 ปีแรกต้อง ดำเนินการโดยรัฐร่วมกับรัฐ ปัจจุบันผู้ที่ได้รับ อนุญาตให้ปลูกกัญชาอย่างถูกกฎหมายจึงมีเพียง อภ. และ ม.รังสิต ขณะที่เกิดกระแสการปลูกกัญชา เพื่อธุรกิจ รวมถึงการกระจายน้ำมันกัญชาเพื่อ การรักษาในภาวะที่ ‘รอไม่ได้ของผู้ป่วย’

สิงหาคม 2562 มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 โดยยังคงจัดให้กัญชา เป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 แต่ อนุญาตให้ใช้เฉพาะทางการแพทย์ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และศึกษาวิจัย จึงถือเป็นก้าวแรกของการปลดล็อก กัญชาเพื่อการรักษา

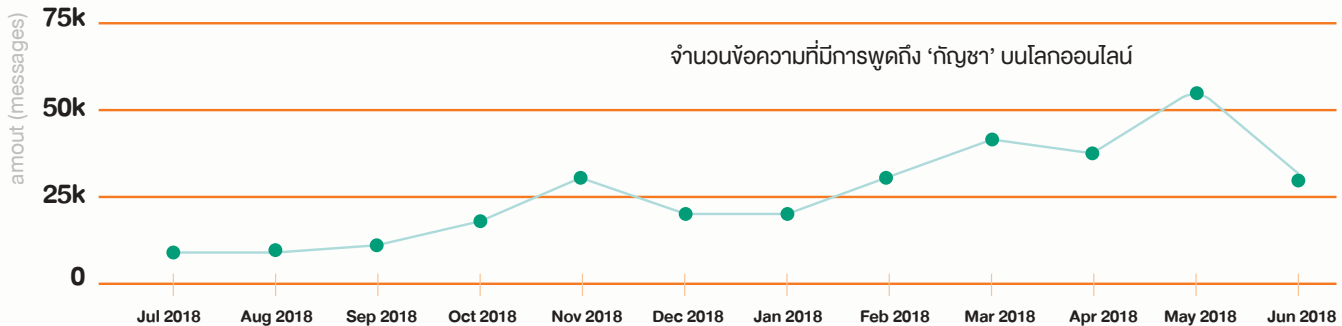


4 กลุ่มโรคที่กรมการแพทย์แนะนำว่า การใช้สารสกัดกัญชาจะช่วยผู้ป่วยได้ และมีหลักฐานวิชาการสนับสนุน ชัดเจน คือ ภาวะคลื่นไส้จากเคมีบำบัด โรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา ภาวะ กล้ามเนื้อหดตัวในผู้ป่วยปลอกประสาท เสื่อมแข็ง และภาวะปวดประสาท

ต่อมา มีความคืบหน้าเชิงนโยบาย และกติการรองรับ เช่น กัญชง การ เสนอขอแก้ไขกฎกระทรวง เป็นต้น

กระแส ‘กัญชา’

ไปไกลกว่าสรรพคุณที่ประกาศรับรอง



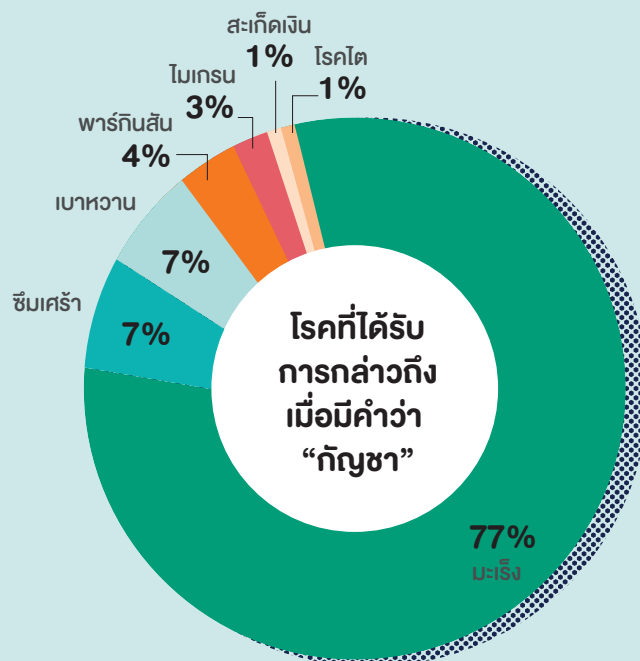
บนโลกออนไลน์ จากการสำรวจข้อความที่มีการพูดถึงกัญชา โดย WISESIGHT ร่วมกับ สสส. พบว่ามีจำนวนถึง 378,400 ข้อความ (กรกฎาคม 2561 – มิถุนายน 2562) โดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2561 เป็นต้นมา ซึ่งมีข้อความที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ด้านสุขภาพถึง 44,574 ข้อความ หรือคิดเป็น 12% ของจำนวนข้อความทั้งหมด

ในมุมมองของผู้ใช้พบว่า โรคที่ได้รับการกล่าวถึงเมื่อมีคำว่า ‘กัญชา’ อันดับ 1 คือ โรคเมะเร็ง 77% ตามด้วยซึมเศร้า 7%

เบาหวาน 7% พาร์กินสัน 4% ไมเกรน 3% และสะกดเงิน 1%

ส่วนโรคไต 1% เป็นการพูดถึงการบรรเทาอาการ

ซึ่งพบว่ากลุ่มคนที่แชร์ประสบการณ์การใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคในด้านบวก มักอ้างว่า ใช้กับตัวเองแล้วได้ผลจริง หรือคนในครอบครัวใช้แล้วได้ผล ในขณะเดียวกันพบว่า มีข่าวกลุ่มผู้ใช้เกินขนาดแล้วเกิดอาการรุนแรงจนต้องพบแพทย์ หรือกลุ่มที่ใช้ในขนาดที่แนะนำแล้วเกิดอาการข้างเคียง เช่น กัน



ในขณะที่ผู้ผลิตสารสกัดกัญชาเพื่อขายผ่านโลกออนไลน์ พบว่า มีการขายผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคผ่านเฟซบุ๊ก และทวิตเตอร์จำนวนมาก เช่น #กัญชา รักษาโรค #สายเขียว ซึ่งในช่วงระยะเวลา 1 ปี (กรกฎาคม 2561- มิถุนายน 2562) พบว่า มีจำนวนถึง 3,527 ข้อความ โดยพบว่าการขายกัญชาในหลายรูปแบบทั้งเจลลี่ สบู่ก้อน แคปซูล ผงนัวร์ ซึ่งไม่ใช่แค่เพียงน้ำมันสกัดหรือตำรับที่ได้รับการรับรองตามที่ ออย.หรือกรมการแพทย์ หรือการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้กำหนดไว้

นอกจากนี้ยังพบกลุ่มคนที่ต้องการปลูกกัญชาเอง โดยให้เหตุผลต้องการใช้เป็นยารักษาโรคต่าง ๆ เพราะประหยัดค่ารักษาพยาบาลหรือใช้รักษาอาการอื่นที่ยังไม่ได้รับรอง เช่น ไมเกรน เป็นต้น

กัญชา

เมื่อใช้เป็น ‘ยา’ รักษาโรค

มีข้อมูลการศึกษาวิจัยระบุสารประกอบ cannabinoids ที่อยู่ในกัญชาสามารถใช้ในการรักษาโรคได้ โดยสารที่ออกฤทธิ์หลักที่นำมาใช้ทางการแพทย์คือ delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และ cannabidiol (CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด² และยังมีกลุ่ม terpenes ซึ่งมีข้อคิดเห็นว่าการออกฤทธิ์ของกัญชา อาจเกิดจากสารประกอบหลายชนิดรวมกันที่เรียก Entourage effect

อย่างไรก็ตาม การนำกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ กรมการแพทย์ได้ให้ความหมายว่า สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์ และการวิจัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงสภาพเป็นพืชหรือส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

สำหรับการใช้สรรพคุณของกัญชาเพื่อเป็นยารักษาโรค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (กรกฎาคม 2562) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นทางการแพทย์ในการใช้กัญชาเป็นยารักษา ดังนี้



- ไม่แนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในการรักษา และ/หรือควบคุมอาการของผู้ป่วยเป็นการรักษาลำดับแรกในทุกกรณี โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรองตำรับ (unapproved product ซึ่งหมายถึงผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ยังไม่ผ่านการรับรองทะเบียนตำรับยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

- unapproved products ต้องปลอดภัยจากสารปนเปื้อนต่าง ๆ อาทิ สารโลหะหนัก ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าเชื้อรา และสารอันตรายอื่น ๆ ในกรณีที่ไม่ทราบอัตราส่วนของ THC และ CBD ในแต่ละผลิตภัณฑ์ การใช้อาจทำได้โดยใช้ปริมาณที่น้อยที่สุด และเพิ่มขนาดทีละน้อย โดยสังเกตการตอบสนองและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น

- การใช้ unapproved products ต้องคำนึงถึงความ

²คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2/ 2562

ปลอดภัยและประสิทธิผลก่อนนำมาใช้ รวมถึงการดูแลติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

- การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ควรจำกัดเฉพาะกรณีการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานต่าง ๆ ไม่ได้ผล หรืออาจเกิดผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้

- การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาควรใช้เพื่อเป็นส่วนเสริมหรือควบรวมการรักษาตามมาตรฐาน

- ผู้สั่งใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ควรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม และ/หรือเฉพาะโรค ทันตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญที่ให้การรักษานั้น ๆ หากไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ผู้สั่งใช้ควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแล หรือได้รับคำแนะนำในการรักษาผู้ป่วยจากบุคคลดังกล่าวข้างต้น

- ผู้สั่งใช้/จ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง และได้รับการอนุญาตการเป็นผู้สั่งใช้/ผู้จ่ายผลิตภัณฑ์กัญชา



โรคและภาวะที่ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ได้ประโยชน์ ได้แก่

หลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพ สนับสนุนชัดเจน

1. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด
2. โรคลมชักที่รักษายาก และโรคลมชักที่ดื้อต่อยา
รักษา
3. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอก
ประสาทเสื่อมแข็ง
4. ภาวะปวดประสาท

โรคและภาวะที่ใช้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ น่าจะได้ประโยชน์ (ในการควบคุมอาการ)

ต้องการข้อมูลการศึกษาวิจัยเพื่อสนับสนุนต่อไป

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
2. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
3. โรคพาร์กินสัน
4. โรคอัลไซเมอร์
5. โรควิตกกังวลทั่วไป
6. โรคปลอกประสาทอักเสบ



สำหรับการใช้กัญชารักษาโรคมะเร็ง คำแนะนำจากกรมการแพทย์มองว่า เป็นผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่อาจได้ประโยชน์ในอนาคตเนื่องจากมีความจำเป็นต้องศึกษาถึงประสิทธิผลของกัญชาต่อไป ดังนั้นผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงควรได้รับการรักษาตามวิธีมาตรฐานทางการแพทย์ในปัจจุบัน หากเลือกใช้เฉพาะผลิตภัณฑ์กัญชาในการรักษามะเร็งแล้ว อาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษามะเร็งด้วยวิธีมาตรฐานได้

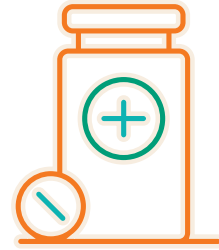
จะเห็นได้ว่า โรคที่ได้รับการรับรองว่าสามารถใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์มีเพียง 4 โรคเท่านั้น คือ ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด โรคลมชักที่รักษายากและโรคลมชักที่ดื้อต่อยารักษา ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง และภาวะปวดประสาท ขณะที่โลกออนไลน์ระบุถึงสรรพคุณในการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคไปไกลมากกว่าที่ได้มีการรับรอง

นอกจากนี้ การใช้กัญชาเพื่อรักษาโรดยังมีข้อควรระวัง³ คือ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี เนื่องจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อสมองที่กำลังพัฒนา ผู้สั่งใช้จึงควรวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนการสั่งใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชา 2) ผู้ที่เป็นโรคตับ 3) ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด รวมถึงนิโคติน หรือเป็นผู้ติ่มสุราอย่างหนัก 4) ผู้ใช้ยาอื่น ๆ โดยเฉพาะยากลุ่ม opioids และยากล่อมประสาท อาทิ benzodiazepines 5) ผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุ เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการมากเพียงพอใน 2 กลุ่มนี้ และกระบวนการดูดซึม (metabolism) ของผู้สูงอายุจะช้ากว่า จึงดูเหมือนจะมีการตอบสนองต่อกัญชาได้สูงกว่า ดังนั้นควรเริ่มในปริมาณน้อยและปรับเพิ่มขึ้นช้าๆ



³ กรมการแพทย์ คำแนะนำ การใช้กัญชาทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เมษายน 2562

ทิศทางของกัญชา เมื่อใช้เป็นยารักษาโรค



ในต่างประเทศ

ทิศทางใหม่ของ International Narcotic Control Board (INCB) ได้จัดทำรายงาน ปีค.ศ. 2018 โดยให้ความสำคัญกับการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคแต่ยังคงความเข้มงวด และ ในปีค.ศ. 2019 WHO Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) ได้จัดทำข้อเสนอปรับประเภทยาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ซึ่งผ่านการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์โดยคณะทำงานโดยให้ลดความเข้มงวดลงจากเดิม เช่น นำ Cannabis และ Cannabis Resin ออกจาก Schedule IV ซึ่งเป็นประเภทที่เข้มงวดมากที่สุด⁴ นอกจากนี้ยังพบการขึ้นทะเบียนเป็นยา ในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์

การออกระเบียบและจัดระบบในไทย

เช่น กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ออกประกาศควบคุม ในหลายฉบับ อาทิ การกำหนดฉลากและเอกสารกำกับยาเสพติดให้โทษ หรือคำเตือน เป็นต้น⁵ มีการอนุญาตให้มีการศึกษาวิจัยได้ ในปีพ.ศ. 2562⁶ ซึ่งเริ่มมีงานวิจัยจำนวนมากในไทยที่มุ่งใช้ประโยชน์จากกัญชา รวมถึงมีการจัดระบบสืบค้นข้อมูล การอนุญาตต่าง ๆ เกี่ยวกับกัญชา⁷

ในเดือนสิงหาคม 2562 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข สั่งการให้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีกัญชา เพื่อให้บริการกับผู้ป่วย รวมถึงมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 (ฉบับที่ 2)⁸ นอกจากนี้ยังมีการนำกัญชงเป็นทางเลือกใหม่ ทั้งพืชเศรษฐกิจ ทำเส้นใยทางอุตสาหกรรม ผลิตภัณฑ์ และเป็นแหล่ง CBD

อย่างไรก็ตาม การใช้กัญชาเพื่อการรักษายังมี องค์ความรู้อีกมากที่ต้องมีการศึกษา ในส่วนของบทบาท สสส. จะเน้นสนับสนุนการขับเคลื่อนด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง

กับการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยรักษาความเป็นกลาง เพื่อสนับสนุนให้มีการนำความรู้ไปใช้อย่างเหมาะสม และส่งผล ให้ประชาชนได้ประโยชน์ทางสุขภาพสูงสุดจากการใช้กัญชา กัญชง หรือพืชสมุนไพรอื่น โดยทำงานร่วมกับ อย. กรมการ แพทย์ และนักวิชาการ ซึ่ง สสส.ให้การสนับสนุนศูนย์วิชาการ เฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) โดยมีคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้รับผิดชอบหลัก นอกจากนี้ เพื่อป้องกันการเสพติดกัญชาในกลุ่มเยาวชน จึงได้สนับสนุน แผนงานด้านยาเสพติดของ สสส.เป็นผู้รับผิดชอบควบคู่กัน

⁴ https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_62/41ST_ECDD_RECOMMENDATIONS_-_24_JUNE.pdf

⁵ <http://cannabis.fda.moph.go.th/principle/>

⁶ <http://cannabis.fda.moph.go.th/conclusionreport072019/>

⁷ http://hemp.fda.moph.go.th/FDA_MARIJUANA/staff/marijuana_report_public

⁸ http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/218/T_0001.PDF

ข้อเสนอแนะจากแผนงานศูนย์วิชาการเฝ้าระวัง และพัฒนาระบบยา (กพย.) เพื่อให้มีการใช้พืชสมุนไพร สำหรับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

1. รัฐบาลควรสนับสนุนการเข้าถึงกระท่อม และกัญชา โดยเฉพาะโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่มีงานวิจัยในคนรองรับแน่ชัดแล้ว เช่น สำหรับบรรเทาอาการปวดอย่างน้อย 3 อาการ คือ 1) ปวดเรื้อรัง (Chronic pain) 2) ปวดปลายประสาทในผู้ป่วยเบาหวาน (Neuropathy pain) และ 3) ปวดจากอาการเกร็งในกลุ่มโรค multiple sclerosis
2. นำผู้ใช้กัญชาจากใต้ดินขึ้นมาบนดิน เพื่อนำเข้าสู่ระบบและประมวลข้อมูลสถานการณ์ เพื่อจัดการได้ทันการณ์



3. รัฐบาลควรเร่งจัดตั้งคณะกรรมการพืชยาแห่งชาติ โดยมีสถาบันพืชยาแห่งชาติ เพื่อประสานงานทุกส่วน โดยทำหน้าที่ติดตามการเคลื่อนไหว เพื่อประเมินสถานการณ์การจัดการ แรงกดดันทางองค์ความรู้ที่ถูกต้องให้ทันสมัย จัดทำแนวนโยบายพืชยาแบบบูรณาการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประเทศและผู้ป่วย กำหนดทิศทางการวิจัยทุกด้านอย่างครบวงจร ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย
4. รัฐบาลควรจัดระบบกฎหมายสำหรับกระท่อมและกัญชา เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ และเพื่อความมั่นคงของประเทศ ได้แก่ ประมวลกฎหมายยาเสพติด ให้สอดคล้องกับ UNGASS 2016 ที่ให้ถือว่าผู้เสพ คือ ผู้ป่วย พัฒนานโยบายและระบบการจัดการยาเสพติดแบบบูรณาการ โดยแยกกลุ่มพืชที่ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ออกมาจัดทำ พ.ร.บ.พืชกระท่อมและกัญชาเพื่อเอื้อให้มีการนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และสนับสนุนการจัดการเพื่อความมั่นคงทางยา โดยเฉพาะเรื่องสิทธิบัตรและการขึ้นทะเบียนยาใหม่จากกระท่อมและกัญชา ขณะเดียวกันควรประเมินทิศทางการเข้าถึงยาจากกัญชาในรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงการใช้การแพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการเข้าถึงการใช้กัญชาที่เหมาะสม

8 ชัวร์ หรือ มั่ว เชื่อได้หรือไม่



สถานการณ์การเปิดรับสื่อของคนไทย ในปี 2562¹ พบว่า

คนไทย 57 ล้านคน สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ต หรือคิดเป็น 79% ของคนไทยทั่วประเทศ

51 ล้านคน ใช้โซเชียลมีเดียเป็นประจำ

ใช้อินเทอร์เน็ต 9 ชั่วโมง 11 นาที/วัน และอยู่กับโซเชียลมีเดีย 3 ชั่วโมง 11 นาที/วัน

นอกจากการเปิดรับสื่อออนไลน์แล้ว ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ 98% ยังคงเปิดรับสื่อทางโทรทัศน์

การเปิดรับสื่อของคนไทย ท่ามกลางความมหาศาลของข้อมูลที่เกิดขึ้นทุก ๆ เสี้ยววินาที ปรากฏการณ์ข่าวลวง ข่าวหลอก หรือ Fake News จึงปะปนอยู่ในคลื่นมหาศาลของข้อมูล ทำให้คนจำนวนไม่น้อยหลงเชื่อข่าวลวง หรือเป็นส่วนหนึ่งในการเผยแพร่ข่าวลวงโดยไม่รู้ตัว



¹ ผลสำรวจ “Global Digital 2019” สถานการณ์ใช้งานดิจิทัล และอินเทอร์เน็ต ประจำปี 2019 จากทั่วโลกและประเทศไทย, We Are Social และ Hootsuite

ปรากฏการณ์**ข่าวปลอม** ทางสุขภาพในรอบ 1 ปี



จากการสำรวจพฤติกรรมบนโลกออนไลน์ ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2561 – มิถุนายน 2562 พบว่า 4 เพจ บน Facebook Page ที่ให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ Fake News ด้านสุขภาพ ได้แก่ ‘ซัวร์ก่อนแชร์’ ‘อ้อ มันเป็นอย่างนี้นี่เอง

by อาจารย์เจษฎ์ ‘หมอแล็บแพนด้า’ และ ‘ความรู้สนุก ๆ แบบหมอแมว’ เมื่อเลือกดูเฉพาะ 5 ข่าวที่ได้รับ engagement มากที่สุดของแต่ละเพจ โดยคัดเลือกเฉพาะข่าวที่ไม่ซ้ำกัน สรุปเป็น 18 ข่าว ได้ดังนี้

1 กัญชารักษามะเร็ง

2 อังคาปนุรักษามะเร็ง

3 หนานเฉาเว่ยรักษาสารพัดโรค

4 บัตรพลังงานรักษาสารพัดโรค

5 ไข่มุกย่อยยากสะสมตามร่างกาย

6 ยาฉีดต้าน HIV

7 คนเป็นเบาหวานห้ามกินทุเรียน

8 ฉีจกัณฑ์รักษาโรค

9 มันทูสารพัดสรรพคุณ

10 ความฉลาดของลูกได้จากแม่

11 อาหารเค็มคืออาหารที่มีไอโอดีน

12 เนื้อไก่มีฮอร์โมนเร่งโต

13 น้ำมะพร้าวแก้อาการบ้านหมุน

14 ไข่มุกปลอมทำจากยาง

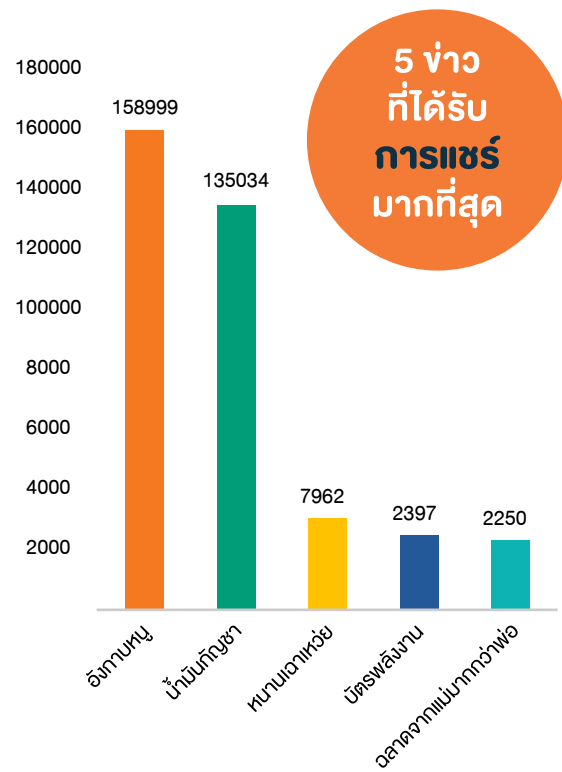
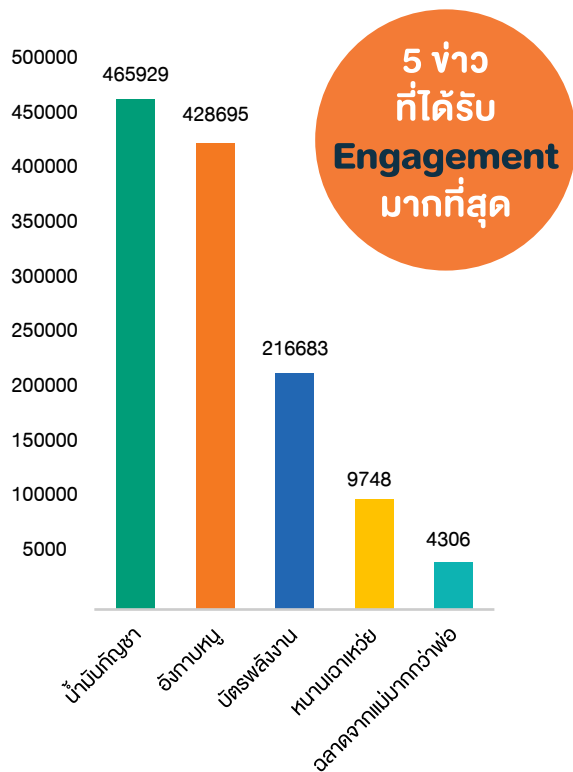
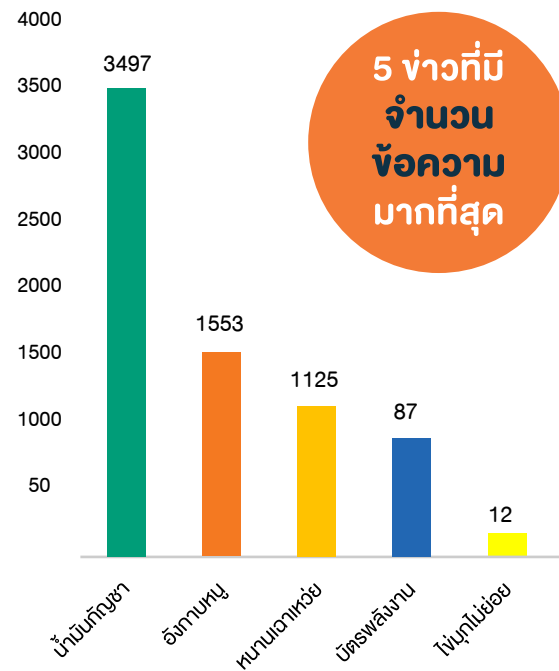
15 ดี คอนแทค รักษาดวงตา

16 ผงชูรสเป็นสารอันตราย

17 เครื่องตรวจสุขภาพควอนตัม

18 จุกนมปลอมใส่น้ำผึ้งสำหรับทารก

FAKE NEWS



1 กัญชารักษามะเร็ง



2 อังคาบหมูรักษามะเร็ง



3 หนานเฉาเหว่ย รักษาสารพัดโรค



4 บัตรพลังงาน รักษาสารพัดโรค



5 ไข่มุกย่อยยาก สะสมตามร่างกาย



6 ยาดี ดัน HIV



10 ความฉลาดของลูก ได้จากแม่



จะพบว่าประเด็น ‘น้ำมันกัญชา, อังคาบหมู, หนานเฉาเหว่ย และบัตรพลังงาน’ เป็น 4 ข่าวอันดับต้นแห่งปีที่มีข้อความมากที่สุด ได้รับ engagement มากที่สุด และได้รับการแชร์มากที่สุด ขณะที่ข่าวปลอมเรื่อง ‘ความฉลาดของลูกได้จากแม่มากกว่าพ่อ’ ติดอันดับข่าวปลอมที่ได้รับ Engagement มากที่สุดและได้รับการแชร์มากที่สุด

สำหรับช่องทางที่มีการพูดถึง Fake News มากที่สุด ซึ่งในที่นี่หมายถึงการพูดถึงข่าวปลอม

ในทุกแง่ทุกกรณี ไม่ว่าจะเป็นการเผยแพร่ข่าวปลอม การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข่าวปลอม หรือการพูดคุยเกี่ยวกับข่าวปลอมนั้น ๆ ซึ่งพบว่า Facebook เป็นช่องทางที่มีการพูดถึงข่าวปลอมมากที่สุดถึง 65% ซึ่งมีทั้งการเผยแพร่ข่าวปลอม และการให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข่าวปลอม ตามด้วย Twitter 13% ข้อความจากสำนักข่าวต่าง ๆ ซึ่งเป็นการให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข่าวปลอม 12% Youtube 6% Pantip 3% และอินสตาแกรม 1%

ข้อค้นพบที่สำคัญ

ปรากฏการณ์ Fake News บนโลกออนไลน์

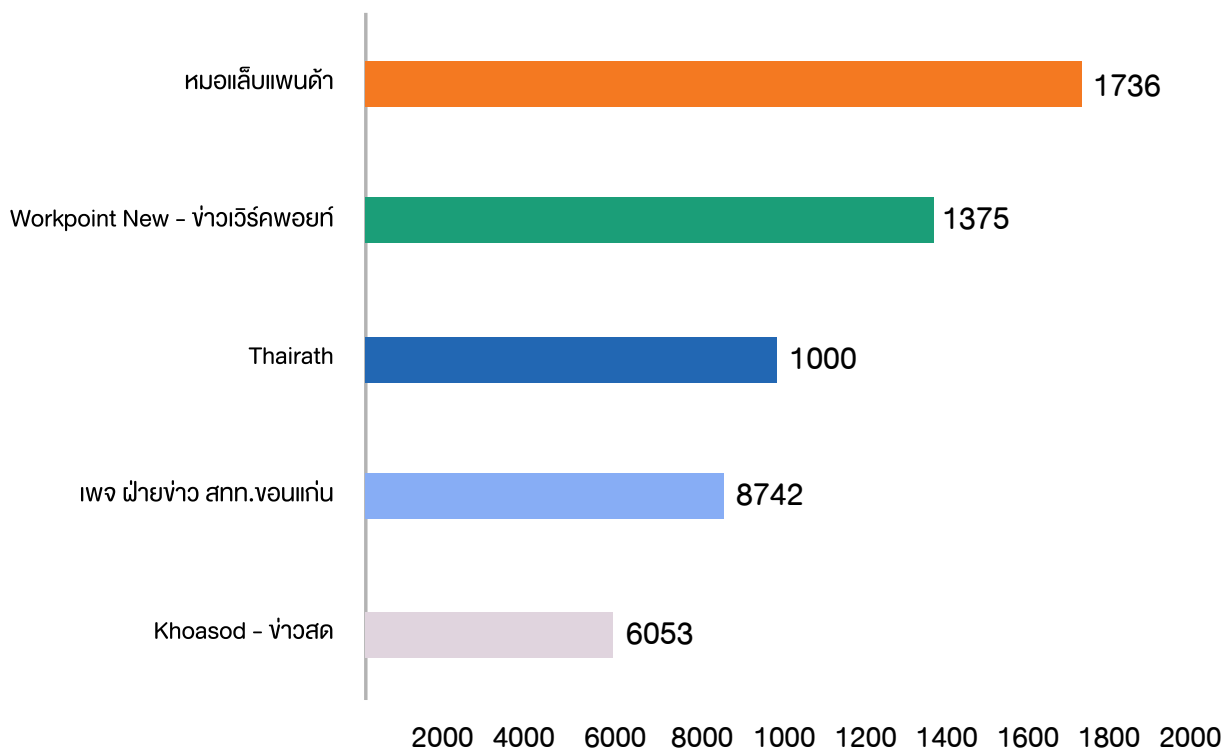


- Facebook เป็นช่องทางที่มีการพูดถึงข่าวปลอมมากที่สุด
- ข่าวปลอมที่นำเสนอเรื่องวัตถุดิบที่สามารถนำมารักษาโรคได้มีมากกว่าข่าวที่นำเสนอของต้องห้ามหรือข้อห้ามต่าง ๆ
- เพจที่เผยแพร่ข่าวปลอมมากที่สุด คือ เพจขายสมุนไพรที่มีการโพสต์ข่าวปลอมเดิม ๆ บ่อย ๆ เพื่อสนับสนุนการจำหน่ายสินค้าของตนเอง

- เพจที่เผยแพร่ข่าวปลอมแล้วได้รับยอดแชร์มากที่สุด ส่วนมากเป็นเพจที่ตั้งชื่อเป็นสำนักข่าว แต่ไม่ใช่สื่อหลัก
- ส่วนเพจที่ให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข่าวปลอม และได้รับยอดแชร์มากที่สุดเป็นเพจสำนักข่าวเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้น หมอแล็บแพนด้า ที่ไม่ใช่เพจสำนักข่าวแต่ได้รับยอดแชร์มากที่สุด

5 Facebook Page ที่ให้ข้อเท็จจริง

เกี่ยวกับข่าวปลอมและได้รับการแชร์ได้มากที่สุด



ผู้สูงอายุตกเป็น ‘เหยื่อ’ ข่าวปลอมมากที่สุด! เพราะใส่ใจสุขภาพ



ผู้สูงอายุในไทย 75% ใช้สื่อโซเชียลมีเดีย โดยไม่รู้เท่าทัน² โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงตกเป็นเหยื่อสูงสุด³ เพราะใส่ใจสุขภาพ แต่ไม่อ่านฉลาก เชื้อโฆษณา โดยสื่อที่ผู้สูงอายุใช้งานมากที่สุด Line (52%) TV (24%) FB (16%)

ผลสำรวจในโครงการสูงวัยไม่เสียสื่อย่างสุ่มเสี่ยง : สร้างนักสื่อสารสุขภาพที่รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ⁴ ผู้เข้าร่วมโครงการรวม 300 คน ในพื้นที่กทม. สกลนคร เชียงใหม่ นครศรีธรรมราช สุพรรณบุรี โดยพบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีการเผยแพร่ข่าวปลอม หรือส่งข่าวบิดเบือนมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบการบริโภคสื่อของผู้สูงอายุในเขตเมือง และชนบทที่ต่างกัน

ผู้สูงอายุเขตเมืองเปิดรับไลน์ เฟซบุ๊ก และทีวี โดยมีจุดประสงค์เพื่อคลายเหงา หาข้อมูลสินค้าและบริการ แต่ไม่ใช้ตรวจสอบข้อมูล

ขณะที่ผู้สูงอายุในชนบท เป้าหมายการใช้งานไม่เฉพาะเจาะจง เปิดทีวีวันเพื่อความบันเทิง ให้ความเชื่อถือสื่อทีวีมากที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทีวีจานดำเป็นหลัก ซึ่งช่องทางนี้เน้นการโฆษณาขายของ รองลงมาคือ สื่อบุคคล ปัญหาที่พบในการใช้สื่อของผู้สูงอายุในชนบท คือ หลงเชื่อโฆษณาทางทีวี เช่น อาหารเสริม เรื่องสุขภาพเชื่อข้อมูลจากคนบอกต่อ ซึ่งไม่ได้กลั่นกรอง ไม่ได้อ่านฉลาก ขาดทักษะการรับส่งข้อมูลด้วยตนเอง

ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะสนใจข้อมูลสุขภาพ และให้ความเชื่อถือกับสื่อทีวี สื่อบุคคล เพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันและลูกหลาน

ผลการศึกษายังพบปัญหาอื่น ๆ ในการใช้สื่อดิจิทัลของผู้สูงอายุ ได้แก่

- ใช้จ่าย ชับซ้อน
- ตัดสินใจไม่ได้
- เสียความมั่นใจ กังวลใจ
- กดไลก์เพราะเกรงใจเพื่อน
- ขอบความยาว อ่านไม่จบ ส่งเลย
- ไม่รู้การตั้งค่าความปลอดภัย
- ไม่รู้เป็นมัลแวร์ (Malicious Software โปรแกรมชนิดหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อประสงค์ร้ายต่อคอมพิวเตอร์) ข้อมูลไหนควรส่งต่อหรือไม่

ชนิดหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อประสงค์ร้ายต่อคอมพิวเตอร์) ข้อมูลไหนควรส่งต่อหรือไม่

- การเรียนรู้จากโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำสวัสดิ์วันจันทร์ เลยส่งเพื่อฝึกการใช้งาน

ปรากฏการณ์ส่งต่อข่าวปลอมมากที่สุดของผู้สูงอายุในไทยไม่ต่างไปจากผู้สูงอายุทั่วโลก

นักวิจัยจากมหาวิทยาลัย New York University และ Princeton University ได้สำรวจพฤติกรรมการใช้งานโซเชียลมีเดีย⁵ ของบุคคลต่างวัยพบว่าผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบุคคลที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีแนวโน้มการแชร์ข่าวปลอม (Fake News) มากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ใช้งานในวัยต่าง ๆ โดยผลการวิจัยยืนยันว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกระจายข่าวปลอมมากที่สุด

ผลงานวิจัยดังกล่าวถูกตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการ ScienceAdvances โดยสำรวจข้อมูลตั้งแต่ปี 2016 ในช่วงเทศกาลเลือกตั้งประธานาธิบดีของสหรัฐฯ ซึ่งเป็นช่วงที่มี Fake News ในสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด โดยทำการทดลองผ่าน 3,500 คน ผ่านแอปพลิเคชันที่เชื่อมต่อกับ Facebook ซึ่งพบว่า ผู้ใช้งานที่มีวัยมากกว่า 65 ปี กระจายข่าวปลอมถึง 11% เมื่อเทียบกับตัวเลขของผู้ใช้งานวัย 18-29 ปี ที่มีการแชร์ข่าวหลอกเพียง 3% นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุยังแชร์บทความที่มีเนื้อหาหรือข้อมูลปลอมมากกว่าบุคคลในวัยทำงานถึง 2 เท่า และคิดเป็น 7 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นจนถึงตอนปลาย

รู้จัก Fake News ข่าวลวง ข่าวหลอก

ข่าวลวง คือ ข้อมูลเท็จที่เป็นโทษ ซึ่งมีทั้งการส่งต่อความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ก่อให้เกิดการก่อกวนกันทางไซเบอร์ เป็นเครื่องมือทางการเมือง ก่อให้เกิดการสร้างวาทะเกลียดชัง ตลอดจนจนถึงการโฆษณาเกินจริง ส่งต่อความเชื่อที่ผิด

เทคนิคที่ใช้ในข่าวลวงมีทั้งการสร้างขึ้นใหม่ทั้งหมดทั้งภาพและเนื้อหา บิดเบือนหรือแก้ไขข้อเท็จจริงอย่างแนบเนียน การใช้ข้อมูลเท็จประกอบภาพเหตุการณ์จริง

² ผลสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

³ ผลการวิจัยการทำการตลาดกับกลุ่มผู้สูงอายุ ปี 2561, วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล (CMMU)

⁴ โครงการสูงวัยไม่เสียสื่อย่างสุ่มเสี่ยง : สร้างนักสื่อสารสุขภาพที่รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส., ก.พ. 2562

⁵ <https://advances.sciencemag.org/content/5/1/eaau4586>

ตัวอย่างการแก้ปัญหา

Fake News ในไต้หวัน⁶

ไต้หวันมีการตั้งมาตรการทั้งเชิงรับ และเชิงรุกต่อข่าวลือ ข่าวลวง โดยมาตรการเชิงรับจะมีการตอบสนองต่อข่าวลวง (disinformation) ภายใน 60 นาที ให้เป็นไปอย่างรวดเร็วทันท่วงที เพราะหากช้าไปจากนี้ยากต่อการรับมือ มีการนำเอารูปแบบ Collaborated Checking (CoFacts) ผ่านช่องทาง Line @cofacts เพื่อร่วมกันตรวจสอบข่าวปลอมหรือข่าวลือต่าง ๆ มีการใช้ bot หลักการคือ สามารถพิมพ์ข่าวที่สงสัยลงไป จากนั้น bot จะตอบกลับว่าเป็นข่าวจริงหรือเท็จ รวมทั้งการใช้มาตรการทางกฎหมาย ต่อสู้กับข่าวปลอม เช่น การเปิดเผยแหล่งที่มาของเงินทุนบริจาค หรือคำโฆษณาในการรณรงค์หาเสียงต่าง ๆ เพื่อให้คนทั่วไปสามารถ เข้าไปตรวจสอบสืบค้นได้

ขณะที่มาตรการเชิงรุก มีการเปิดช่องทางให้สาธารณชน สามารถส่งคำถามมายังหน่วยงานเพื่อจะได้รับการแก้ไข หรือได้รับ คำตอบ รวมถึงการที่ประชาชนลงชื่อทุก ๆ 5,000 คน ในประเด็น ใด ๆ กระทรวงดิจิทัลจะต้องรับเรื่องนั้นเข้ามาพิจารณา มีการจัดอบรมรู้เท่าทันข่าวลวงในกลุ่มเด็กประถมศึกษา มีการพัฒนา แพลตฟอร์มจากเครือข่ายสังคม เช่น Line Messaging และ Line Today ทำให้ผู้คนสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการบ่งชี้ และดูแลแนวโน้ม ที่กำลังเป็นที่ยอมรับในขณะที่ใช้แพลตฟอร์ม รวมถึงการสร้าง ความตระหนักแก่สาธารณชน โดยภาครัฐสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนา ทวีชีรีรีย์เพื่อส่งเสริมการสร้างความรู้ความตระหนักของสาธารณชน และ ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อให้เป็นหลักสูตรของโรงเรียน



CONTACT

สำนักข่าวรอยเตอร์⁷

ข่าวลือ ข่าวปลอม มักแพร่กระจาย อย่างรวดเร็วในช่วงเวลาภัยพิบัติ หรือเกิด วิกฤติ เพราะความตื่นตระหนกของผู้คน ซึ่งปราศจากการตรวจทานข้อเท็จจริง การ ตรวจสอบข่าวลวงของรอยเตอร์จึงใช้ทั้ง เทคนิคการตรวจสอบรูปหรือคลิป โดยใช้ image search และมุ่งเน้นไปที่การใช้ ภาพจริงที่ปราศจากการตกแต่งหรือตัดต่อ เป็นหลัก มีการติดต่อกับแหล่งที่มาของ เนื้อหา เช่น ดูข้อมูลจากดาวเทียม เจ้าหน้าที่ ท้องถิ่น หรือผู้คนในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบข้อ เท็จจริงก่อนเผยแพร่ข่าวนั้นสู่สาธารณะ

VERA Files องค์กรตรวจสอบข่าวปลอมในฟิลิปปินส์⁸

ฟิลิปปินส์ ประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวันมากที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และ เป็นประเทศที่มีการหลอกลวงของข่าวลวง ข่าวปลอมเกิดขึ้นจำนวนมาก จึงเกิด VERA Files องค์กรต่อต้านข่าวปลอมโดยใช้ www.factcheck.ph ในการตรวจสอบข้อเท็จจริง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ตั้งอยู่บนหลักการที่ว่า “ใคร ๆ ก็สามารถเป็นผู้ตรวจสอบ ข้อเท็จจริงได้”

จากประสบการณ์ขององค์กรต่อต้านข่าวลวงในฟิลิปปินส์ พบว่า ส่วนใหญ่แล้วข่าวลวงเกิดขึ้นได้จาก 3 เทคนิค ประกอบด้วย 1) เทคนิคการแต่งเรื่องขึ้นมาใหม่ทั้งหมด 2) เทคนิคการให้ข้อมูลที่บิดเบือน และ 3) เทคนิคการใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง สถานการณ์จริง แต่ให้ข้อมูล ใช้หัวข้อหรือภาพที่ไม่ตรงกับเหตุการณ์นั้น ๆ เมื่อพบว่าข่าวนั้นปลอมจะขึ้นข่าวดังกล่าวพร้อม ประทับข้อความสีแดงตัวใหญ่ว่า ‘ข่าวปลอม’ เพื่อให้เห็นเด่นชัดในเว็บไซต์และสื่อสังคมออนไลน์

⁶ Audrey Tang รัฐมนตรีว่าการกระทรวงดิจิทัลไต้หวัน, การประชุมนานาชาติ Fake News 17 มิ.ย. 62 โรงแรมปทุมวันปรีนเซส

⁷ Nur-Arng Sanusi Thomson Reuters, การประชุมนานาชาติ Fake News 17 มิ.ย. 62 โรงแรมปทุมวันปรีนเซส



เยอรมนี⁹

ในเยอรมนีมีการใช้งานเฟซบุ๊ก 32 ล้านคน คิดเป็น 38.4% ของประชากร แต่ก็ยังน้อยกว่าประเทศไทยซึ่งมีผู้ใช้งานถึง 45 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น 71% ของประชากร ซึ่ง 8 ใน 10 ของชาวปาลอมในเยอรมนี มีเนื้อหาหลัก คือ ประเด็นผู้ลี้ภัยและอาชญากรรม

เมื่อต้องเผชิญกับชาวปาลอมจะทำการตรวจสอบโดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านกว้าง ๆ คือ 1) ชาวปาลอมนั้นมีการปรับเปลี่ยนหรือตกแต่งไฟล์มากน้อยเพียงใด 2) พิจารณาบริบทแวดล้อมที่เกิดหรือแพร่กระจายชาวปาลอมนั้น และ 3) พัฒนาเทคโนโลยีเพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อเท็จจริงอย่างทันทั่วทั้งที่ ซึ่งต้องมีการตรวจสอบภายใน 24 ชั่วโมง

สำหรับมาตรการต่อต้านชาวปาลอม แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความร่วมมือ : ผ่านแพลตฟอร์มเพื่อให้เกิดความโปร่งใส โดยจะต้องรายงานแหล่งที่มาของข่าวให้เจ้าหน้าที่รัฐได้รับทราบ และเป็นการทำงานร่วมกับเครือข่าย รวมถึงผู้ตรวจสอบในระดับท้องถิ่น โดยจะต้องไม่คำนึงถึงเรื่องผิดถูกเท่านั้น แต่คำนึงถึงความเหมาะสมและสภาพบริบทด้วย 2) การตรวจสอบโดยใช้ระบบ AI เพื่อตอบโต้กับชาวปาลอม 3) การให้ความรู้แก่เด็กและเยาวชนในระดับโรงเรียน และ 4) ใช้มาตรการทางกฎหมาย โดยกฎหมายต้องตอบสนองอย่างทันทั่วทั้งที่สามารถฟ้องดำเนินคดี เรียกค่าปรับ หรือสั่งให้ชาวปาลอมนั้นออกได้

SOCIAL MEDIA!

ซัวร์ ก่อนแฮร์ ของไทย¹⁰

เริ่มขึ้นเมื่อปี 2015 ออกอากาศทางสถานีโทรทัศน์ MCOT HD ในช่วงข่าวภาคค่ำ โดยทำการตรวจสอบข้อเท็จจริงในเรื่องที่ถูกเผยแพร่ในสื่อสังคมออนไลน์ โดยเนื้อหาของซัวร์ก่อนแฮร์จะถูกผลิตในรูปแบบที่หลากหลายและนำเสนอในหลายช่องทาง เพราะแต่ละช่องทางทำหน้าที่ต่างกัน เช่น เมื่อต้องการเตือนคนจะใช้ Facebook/Line/Twitter เมื่อต้องการประกาศ/แจ้งข้อมูล จะใช้ Facebook/twitter/Instagram/MCOT radio/MCOT HD ส่วนเมื่อต้องการเก็บเป็นคลังข้อมูลจะใช้ Youtube / Website เพื่อเป็นคลังข้อมูลให้ผู้ที่สนใจได้ค้นหาข้อมูล เพราะเนื้อหาจะมีค่ากับคนคนหนึ่งเมื่อเขาอยากรู้ข้อมูลนั้น ๆ และเมื่อมีข่าวลงซัวร์ก่อนแฮร์นิยมใช้วิธีทำอินโฟกราฟิก ขนาด A4 ประทับตรา มั่ว อย่าแฮร์ พร้อมเครื่องหมายกากบาททับภาพนั้น ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมจากประชาชนมากที่สุด

ปัจจุบันศูนย์ซัวร์ก่อนแฮร์มีพันธมิตร เช่น เฟซบุ๊ก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ Cofacts เป็นต้น เพื่อจัดกิจกรรมให้ประชาชนและเยาวชนรู้เท่าทันสื่อและบางองค์กรยังช่วยตรวจสอบข่าวลวง เช่น Cofacts

จะเห็นได้ว่า การแก้ปัญหาข่าวลือ ชาวปาลอม ไม่สามารถใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งโดยเฉพาะได้ แต่จะต้องได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน



COMMUNICATION



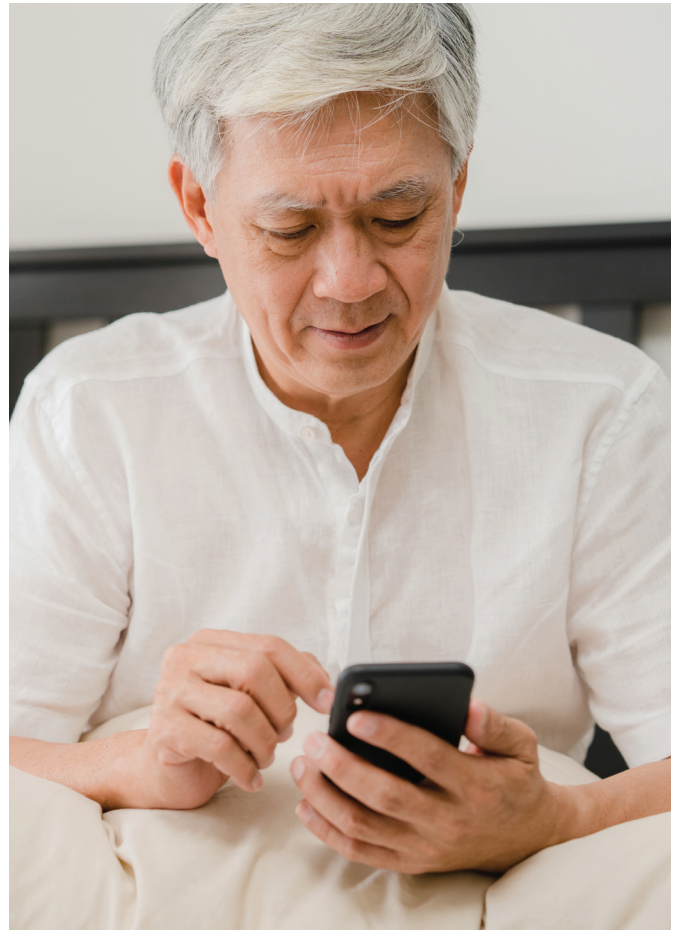
⁸ Lucille S Sodipe VERA Files, การประชุมนานาชาติ Fake News 17 มิ.ย. 62 ณ โรงแรมปทุมวันปริ้นเซส

⁹ Mario Brandenburg German Parliament, การประชุมนานาชาติ Fake News 17 มิ.ย. 62 ณ โรงแรมปทุมวันปริ้นเซส

¹⁰ พิรพล อนุตรโสตถ์ รักษาการผู้จัดการศูนย์ซัวร์ก่อนแฮร์ ของสำนักข่าวไทย อสมท., การประชุมนานาชาติ Fake News 17 มิ.ย. 62 ณ โรงแรมปทุมวันปริ้นเซส

10 เคล็ดลับสังเกตข่าวปลอม โดยศูนย์ช่วยเหลือ Facebook

1. **สงสัยข้อความพาดหัว** ข่าวปลอมมักมีข้อความพาดหัวที่ดึงดูดความสนใจโดยใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และเครื่องหมายอัศเจรีย์ หากข้อความพาดหัวที่น่าตื่นตระหนกฟังดูไม่น่าเชื่อถือ ข่าวนั้นน่าจะเป็นข่าวปลอม
2. **สังเกตที่ URL** URL หลอกลวง หรือดูคล้าย อาจเป็นสัญญาณของข่าวปลอมได้ เว็บไซต์ข่าวปลอมจำนวนมากเปลี่ยนแปลง URL เพียงเล็กน้อยเพื่อเลียนแบบแหล่งข่าวจริง คุณอาจไปที่เว็บไซต์เพื่อเปรียบเทียบ URL กับแหล่งข่าวที่มี
3. **สังเกตแหล่งที่มา** ตรวจสอบให้แน่ใจว่าเรื่องราวเขียนขึ้นโดยแหล่งที่มาที่น่าเชื่อถือ และมีชื่อเสียงด้านความถูกต้อง หากเรื่องราวมาจากองค์กรที่ชื่อไม่คุ้นเคย ให้ตรวจสอบที่ส่วน “เกี่ยวกับ” เพื่อเรียนรู้เพิ่มเติม
4. **มองหาการจัดรูปแบบที่ไม่ปกติ** เว็บไซต์ข่าวปลอมจำนวนมากมักมีการสะกดผิดหรือวางเลย์เอาต์ไม่ปกติ โปรดอ่านอย่างระมัดระวังหากคุณเห็นสัญญาณเหล่านี้
5. **พิจารณารูปภาพ** เรื่องราวข่าวปลอมมักมีรูปภาพหรือวิดีโอที่ไม่เป็นความจริง บางครั้งรูปภาพอาจเป็นรูปจริงแต่ไม่เกี่ยวข้องกับบริบทของเรื่องราว คุณสามารถค้นหาเพื่อตรวจสอบได้ว่ารูปภาพเหล่านั้นมาจากที่ไหน
6. **ตรวจสอบวันที่** เรื่องราวข่าวปลอมอาจมีลำดับเหตุการณ์ที่ไม่สมเหตุผล หรือมีการเปลี่ยนแปลงวันที่ของเหตุการณ์
7. **ตรวจสอบหลักฐาน** ตรวจสอบแหล่งข้อมูลของผู้เขียนเพื่อยืนยันว่าถูกต้อง หากไม่มีหลักฐานหรือความน่าเชื่อถือของผู้เชี่ยวชาญที่ไม่มีชื่อเสียง อาจระบุได้ว่าข่าวดังกล่าวเป็นข่าวปลอม
8. **ดูรายงานอื่น ๆ** หากไม่มีแหล่งที่มาอื่น ๆ ที่รายงานเรื่องราวเดียวกัน อาจระบุได้ว่าข่าวดังกล่าวเป็นข่าวปลอม หากมีการรายงานข่าวโดยหลายแหล่งข่าวที่คุณเชื่อถือได้ มีแนวโน้มว่าข่าวดังกล่าวจะเป็นข่าวจริง
9. **เรื่องราวนี้เป็นเรื่องตลกหรือไม่** บางครั้งอาจแยกข่าวปลอมจากเรื่องตลกหรือการล้อเลียนได้ยาก ตรวจสอบดูว่าแหล่งที่มาของข่าวขึ้นชื่อเรื่องการล้อเลียนหรือไม่ และรายละเอียดตลอดจนน้ำเสียงของข่าวฟังดูเป็นเรื่องตลกหรือไม่
10. **เรื่องราวบางเรื่องอาจตั้งใจเป็นข่าวปลอม** ใช้วิจารณญาณเพื่อคิดวิเคราะห์เรื่องราวที่คุณอ่าน และแชร์เฉพาะข่าวที่คุณแน่ใจว่าเชื่อถือได้เท่านั้น

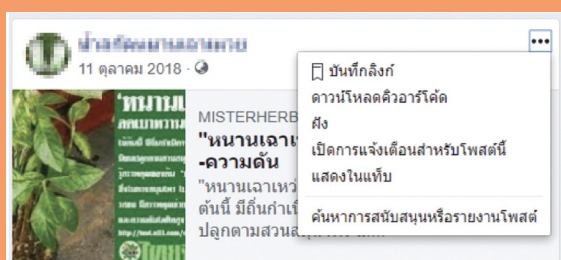


ท่องคาถา “หยุด คิด ถาม ทำ” ช่วยผู้สูงวัยรู้เท่าทันสื่อ

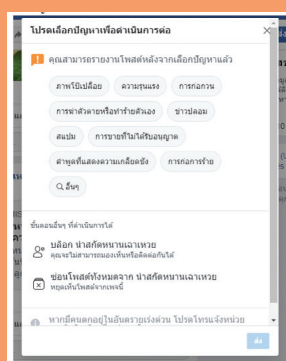
ผลการศึกษาโครงการสูงวัยไม่เสพสื่ออย่างสุ่มเสี่ยง : สร้างนักรู้สื่อสารสุขภาวะที่รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ พบว่า มีบุคคลในวัยในการนำคาถา “หยุด คิด ถาม ทำ” มาใช้เป็นเครื่องมือในการรู้เท่าทันสื่อ ด้วยการทำเป็นลูกประจำติดตัวเพื่อให้อย่ารีบตัดสินใจเชื่อสื่อทันที คิดก่อนว่าดีหรือไม่ แล้วจึงถาม นั่นคือการหาข้อมูล แล้วค่อยตัดสินใจทำ

มาช่วยกันรายงานข่าวปลอม ด้วย 3 ขั้นตอนง่าย ๆ แค่นี้

หากพบข่าวหรือเนื้อหาที่เสี่ยงว่าเป็นข่าวปลอม ในฐานะผู้บริโภคสามารถหยุดการเผยแพร่ของข่าวดังกล่าวได้ด้วย 3 วิธีง่าย ๆ ดังนี้



1 คลิก : มุมบนขวาของโพสต์ที่มีเนื้อหาเข้าข่ายข่าวปลอม จากนั้นกดเลือก “ค้นหาการสนับสนุนหรือรายงานโพสต์”



2 เลือกปัญหาที่พบเจอ

3 กดส่งเพื่อรายงานต่อ facebook ผู้ดูแลระบบ

มาตรการต้านข่าวลวง ในไทยไปต่ออย่างไร

- การส่งเสริมให้มีการเปิดเผยข้อมูล หรือ Open Data และ Tech civil society ประกอบกับการส่งเสริมจริยธรรมสื่อมวลชนในการสืบค้นความจริงก่อนการเผยแพร่ เพราะความเร็วของข่าวตลอดจนความรับผิดชอบของแพลตฟอร์ม เช่น facebook, Line, Twitter ที่ต้องทำงานร่วมกับประชาชน และสื่อมวลชน

- สร้างกลไกที่เข้มแข็งสกัดข่าวลวง ประกอบด้วย สนับสนุนให้ภาคประชาชนชี้เป้าข่าวลวง มีกลไกคุ้มครองเครือข่ายที่ทำงานด้านข่าวลวง

ที่สำคัญ
การป้องกัน
ข่าวลวง
คือหน้าที่
ของทุกคน
ในสังคม

9 ชีวิตติดฝุ่นอันตราย

(PM 2.5 และหมอกควัน)



ฝุ่น PM 2.5 นับเป็นเรื่องใหม่สำหรับสังคมไทยที่เริ่มกล่าวถึงกันมากขึ้นในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา

โดยเฉพาะในช่วงเดือนธันวาคม 2561 – เมษายน 2562 พบปริมาณฝุ่น PM 2.5 สูงเกินค่ามาตรฐาน ดังจะเห็นได้จากสภาพภูมิอากาศในกรุงเทพฯ และเขตเมืองใหญ่ที่มีหมอกควันเทาปกคลุมทั่วพื้นที่

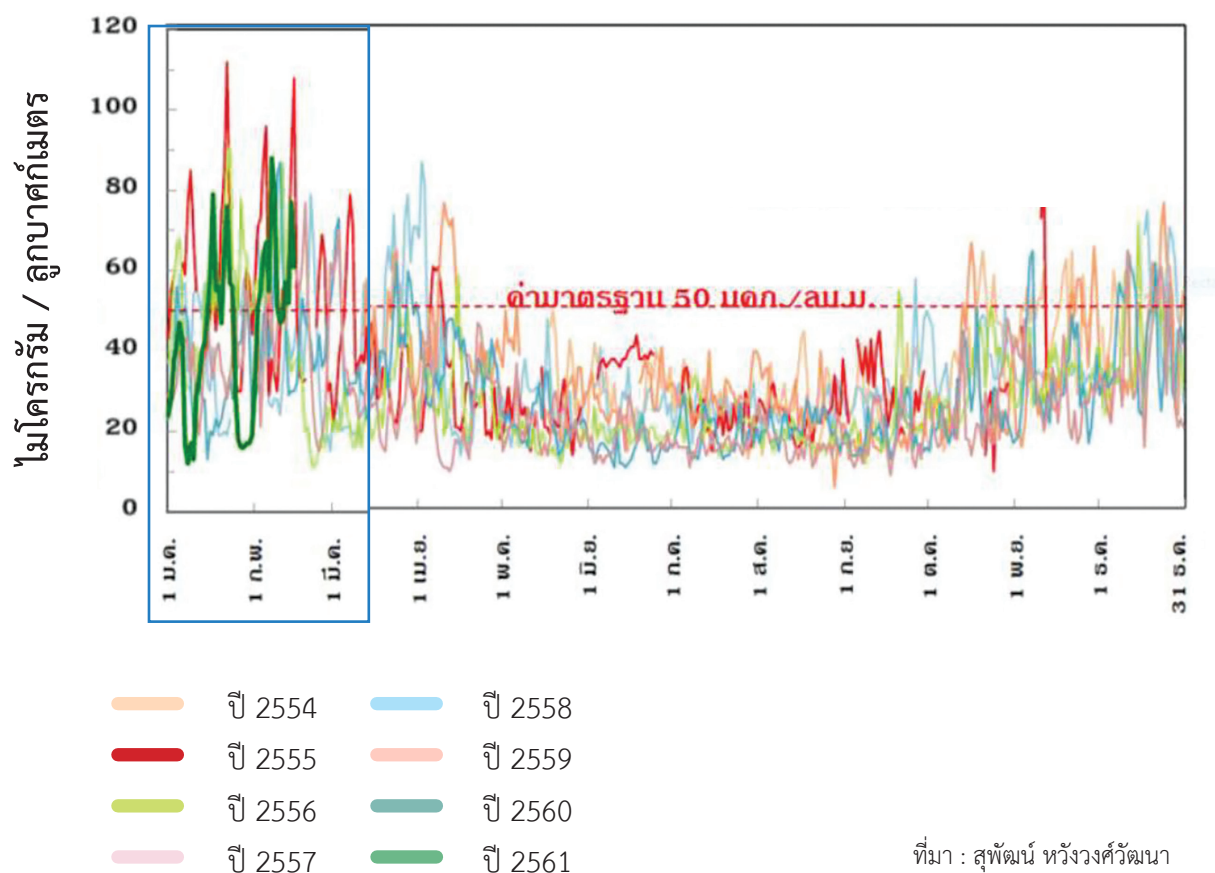
ในช่วงเวลาเดียวกัน (12 กุมภาพันธ์ 2561) รัฐบาลได้ประกาศให้ปัญหาฝุ่น PM 2.5 เป็นวาระแห่งชาติที่ต้องเร่งแก้ไข

จากการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศ โดย กรมควบคุมมลพิษ ย้อนหลัง 8 ปี ตั้งแต่ปี 2554 – 2561 ใน กรุงเทพฯ และปริมณฑล พบว่า ฝุ่น PM 2.5 มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ในช่วงเดือน มกราคม – มีนาคม และปลายปีเดือนธันวาคม โดยเฉพาะ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 27 มีนาคม 2561 ในพื้นที่กรุงเทพฯ พบปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กเริ่มมีแนวโน้มสูงขึ้น จนอยู่ระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน¹



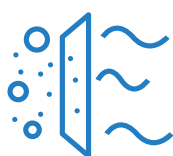
¹ โครงการศึกษาแหล่งกำเนิดและแนวทางการจัดการฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในพื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑล , กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ความเข้มข้นฝุ่นละออง PM 2.5 รายวัน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2554-2561



สถานการณ์ฝุ่น PM 2.5 กลับมาอีกครั้งในช่วงเวลาเดียวกันในปี 2562 (เดือนมกราคม – มีนาคม 2562) จากรายงานของกรมควบคุมมลพิษ พบสถานการณ์ฝุ่น PM 2.5 ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล รวมถึงหัวเมืองใหญ่มีค่าฝุ่น PM 2.5 เกินมาตรฐาน โดยภาคเหนือ

จ.เชียงใหม่ ค่าฝุ่นอยู่ในระดับสูงเกินมาตรฐานหลายพื้นที่ และอันตรายสำหรับคนอยู่อาศัยที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยง และ จ.พะเยา ในพื้นที่ ต.บ้านต๋อม วัดค่าฝุ่น PM 2.5 ได้ 164 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งเกินมาตรฐานถึง 3 เท่า



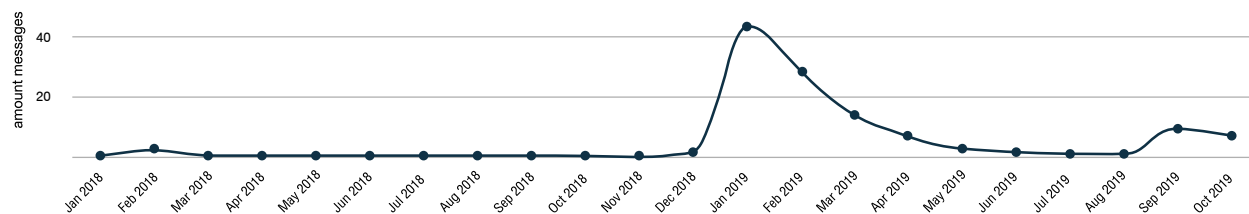
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ.ขอนแก่น มีรายงานปัญหาฝุ่นละอองโดยผู้ว่าราชการจังหวัด ว่าเกิดจากการเผาอ้อยเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้ถนนมิตรภาพเต็มไปด้วยฝุ่นละอองในอากาศ โดยพบว่า ดัชนีคุณภาพอากาศในเขตอำเภอเมือง วัดได้ที่ 159 ขณะที่ฝุ่น PM 2.5 มีค่า 72 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เช่นเดียวกับ จ.ชัยภูมิ ใน อ.ภักดีชุมพล ที่เกิดปรากฏการณ์ไฟฟ้าพื้นที่อุทยานแห่งชาติไทรทองเผาผลาญพื้นที่ป่า 5,000 ไร่

และในพื้นที่ภาคกลาง พื้นที่กรุงเทพฯ นนทบุรี สมุทรสาคร และนครปฐม มีปริมาณฝุ่น PM 2.5 เกินค่ามาตรฐาน และคุณภาพอากาศอยู่ในระดับที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่นเดียวกับ จ.ราชบุรี ที่มีค่าฝุ่น PM 2.5 75 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และค่าดัชนีคุณภาพอากาศ 162 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน

ปริมาณฝุ่น PM 2.5 กลายเป็นความสนใจของประชาชนอย่างเห็นได้ชัดในช่วงต้นปี 2561 นับเป็นปรากฏการณ์ใหม่ซึ่งชี้ถึงความสนใจต่อสภาวะแวดล้อมของกลุ่มคนชั้นกลางและคนรุ่นใหม่ ดังจะเห็นได้จากการพูดถึงฝุ่น PM 2.5 นับตั้งแต่ มกราคม 2561 – ตุลาคม 2562 มีจำนวนถึง 120,386 ข้อความ โดยเฉพาะในช่วงเดือนมกราคม 2561 – มีนาคม 2562 ที่มีการพูดถึงจำนวนมาก ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่ปริมาณฝุ่น PM 2.5 เพิ่มขึ้น



ฝุ่น PM 2.5 120,386 ข้อความ



*Data period : 1 Jan 18 – 15 Oct 19

ประเด็นที่มีการพูดถึงฝุ่น PM 2.5 บนโลกออนไลน์ ส่วนใหญ่คือ ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายโดยรวม (66%) ทั้งคุณภาพชีวิต ร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากโรคต่าง ๆ ผิวที่เกิดผื่นคัน อีกทั้งสัตว์เลี้ยงก็ได้รับผลกระทบจากฝุ่น PM 2.5 เช่นกัน การเกิดฝุ่น PM 2.5 ยังส่งผลต่อคนที่เคยออกกำลังกายกลางแจ้งไม่สามารถทำได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังมีการเรียกร้องให้ภาครัฐเร่งออกมาแก้ไขปัญหา โดยระบุว่า วิธีการแก้ปัญหของภาครัฐเป็นการแก้ที่ปลายเหตุมากกว่าที่ต้นเหตุ เช่น การฉีดน้ำเพื่อลด PM 2.5 อย่างไรก็ตาม บางส่วนมองว่าปัญหาฝุ่นเป็นปัญหาที่จัดการได้ยาก และไม่เป็นหน้าที่ของรัฐบาลเพียงฝ่ายเดียว



ฝุ่น PM 2.5

ผลกระทบ: คุณภาพชีวิต

ความอันตรายของฝุ่น

หากเทียบกับสถานการณ์ฝุ่น PM 2.5 ในสื่อสังคมออนไลน์กับปัญหาหมอกควันในภาคเหนือพบว่า มีการพูดถึงในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน คือระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2562 ทั้งนี้จากการเจาะลึกถึงความคิดของคนบนโลกออนไลน์ต่อปัญหาหมอกควัน ผู้คนมองว่าการเผาป่า นา ไร่

ภาครัฐ: นโยบาย/การแก้ปัญหา

ฉีด/พ่นน้ำ/พ่นเทียม

เป็นปัญหาเรื้อรัง เกิดจากการขาดจิตสำนึกไม่คำนึงถึงผลกระทบที่จะตามมา ดังนั้นรัฐบาลหรือหน่วยงานท้องถิ่นควรสื่อสารให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเผา ประกอบกับการเพิ่มบทลงโทษกับผู้ดำเนินการเผา และมองว่าภาครัฐควรออกมาแก้ปัญหาอย่างจริงจัง

นอกจากนี้กระแสบนโลกออนไลน์ยังมีการพูดถึงหน้ากากกันฝุ่น และเครื่องฟอกอากาศ เนื่องจากเข้าใจถึงผลกระทบที่มีต่อสุขภาพ โดยให้เหตุผลถึงความตระหนักถึงความสำคัญ วิธีการเลือกซื้อและการเข้าถึง สำหรับหน้ากากอนามัยกันฝุ่นมีการสะท้อนถึงราคาค่อนข้างสูง กระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต





รู้จักฝุ่นพิษ PM 2.5

ฝุ่นที่ฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศมีหลายขนาดปะปนกัน ฝุ่นที่มีขนาดใหญ่จะตกสู่พื้นดินเร็ว แต่ฝุ่นที่มีขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 100 ไมครอน จะแขวนลอยอยู่ในอากาศเป็นเวลานาน จึงได้รับการจัดเป็นสารมลพิษ ซึ่งสามารถแยกออกมาเป็นกลุ่มที่เรียกว่า “ฝุ่นที่มีขนาดเล็ก” (Particulate Matter: PM) โดยฝุ่นที่มีขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 10 ไมครอน หรือ PM 10 จะไม่สามารถผ่านการกรองของจมูกเข้าสู่ทางเดินหายใจ แต่หากมีขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2.5 ไมครอน หรือ PM 2.5 จะรอดจากการดักจับของทางเดินหายใจ เข้าไปถึงถุงลมฝอยของปอดได้โดยตรง

PM 2.5 ที่เรากำลังกล่าวถึง จึงเป็นสารมลพิษชนิดหนึ่งที่เป็น ‘ฝุ่น’ และ ‘ละออง’ ของแข็งหรือเหลว ที่มีขนาดอนุภาคเล็กกว่าหรือเท่ากับ 2.5 ไมครอน (บางส่วนอาจเล็กกว่า 0.1 ไมครอน) ที่แขวนลอยและฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศ

แหล่งกำเนิดของ PM 2.5 มีทั้งจากธรรมชาติและจากกิจกรรมของมนุษย์

ซึ่งแหล่งกำเนิดสำคัญที่ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศ ได้แก่ โรงไฟฟ้า (โดยเฉพาะโรงไฟฟ้าถ่านหิน) โรงงานอุตสาหกรรม ไอเสียจากยานพาหนะ และการเผาชีวมวลทางเกษตรในที่โล่งแจ้ง เตาเผาขยะ การก่อสร้าง การปิ้งย่าง รวมทั้งการปล่อยสารเคมีบางชนิด ไอโซพรีนจากปากก็เป็นสาเหตุของการสร้างฝุ่น PM 2.5 ได้เช่นเดียวกัน² และจากรายงานการศึกษาแหล่งกำเนิดและแนวทางจัดการฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยกรมควบคุมมลพิษ

พบว่า การฉีดน้ำรดถนน หรือฉีดละอองน้ำในอากาศอาจช่วยลดฝุ่นขนาดใหญ่ในอากาศ แต่มีประสิทธิภาพลดฝุ่นขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนได้น้อยมาก

ที่สำคัญกว่าคือ ‘โลหะหนัก สารก่อมะเร็ง สารก่อภูมิแพ้’ ที่มาพร้อมกับฝุ่น

PM 2.5 แขวนลอยอยู่ในอากาศรวมกับไอน้ำ ควัน และก๊าซต่าง ๆ การที่มีขนาดเล็กแต่เมื่อแผ่รวมกันแล้วจะมีพื้นผิวรวมกันมหาศาล ทำให้สามารถพาสารต่าง ๆ ลอยในบรรยากาศรอบตัวได้ในปริมาณสูง โดยเฉพาะ ‘โลหะหนัก’ ที่ก่อให้เกิดโรคทางระบบประสาททั้งตะกั่วปรอท (ที่มาของโรคพาร์กินสัน) แคดเมียม (ที่มาของโรคไต) อีได (รวมถึงสารหนู ‘สารก่อมะเร็ง’ เช่น พีเอเอช (Polycyclic Aromatic Hydrocarbons, PAH) ‘สารก่อการกลายพันธุ์ อย่างไดออกซิน’ นอกจากนี้ยังมีเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของคนอยู่หลายชนิด และยังสามารถทำปฏิกิริยากับสารก่อภูมิแพ้ในอากาศและกระตุ้นให้โรคภูมิแพ้กำเริบ

นอกจากนี้ สารอินทรีย์คาร์บอนและธาตุคาร์บอนที่อยู่ใน PM 2.5 ซึ่งปล่อยมาจากไอเสียยานพาหนะ ยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ธาตุคาร์บอนกระตุ้นให้อุณหภูมิโลกสูงขึ้น

จะเห็นได้ว่า PM 2.5 นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงต่อสุขภาพ เพราะเข้าสู่ถุงลมได้โดยตรงแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับความแปรปรวนของสภาพภูมิอากาศอย่างเลี่ยงไม่ได้

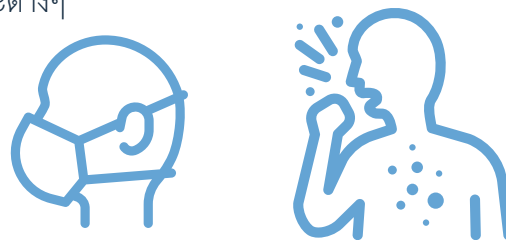
² สมุดปกขาวอากาศสะอาด , เครือข่ายอากาศสะอาด ประเทศไทย . พ.ศ. 62

อันตรายของ PM 2.5 รุนแรงมากกว่าที่คิด โดยเฉพาะ ‘เด็ก’ และผู้สูงอายุ

PM 2.5 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของประชากรโลก ในปี 2558 องค์การอนามัยโลกจึงประกาศว่าในปี 2559 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ 7 ล้านคน ซึ่ง 91% เกิดในประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิกตะวันตก

ฝุ่นพิษขนาดเล็กเมื่อถูกสูดเข้าไปสามารถผ่านลงปอดไปถึงหลอดลมฝอย และถุงลมที่เป็นส่วนปลายสุดของปอด ก่อให้เกิดการระคายเคือง และเกิดการอักเสบเฉียบพลันและเรื้อรัง ทำให้คนที่เปราะบางการหายใจเรื้อรังเกิดอาการกำเริบ ทั้งโรคหอบหืดอักเสบ ภูมิแพ้ โรคหืด และโรคถุงลมโป่งพอง และอาจทำให้เกิดมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น ซึ่งผลงานวิจัยล่าสุด⁴ พบว่ากลุ่มประชากรที่ได้รับ PM 2.5 ในระดับสูงจะมีความเสี่ยงกับการเป็นโรคตับ โรคไต โรคหลอดเลือด โรคอัลไซเมอร์ และโรคเบาหวาน

ที่น่ากังวล คือ การเจริญเติบโตทางกายภาพ และสมรรถนะของปอดในระยะถดถอย จนอาจทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองเหมือนกับคนที่สูบบุหรี่ อีกทั้งทารกในครรภ์มารดาที่มีการเจริญเติบโต และอยู่ในช่วงกำลังพัฒนาอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปอด และสมอง การได้รับมลพิษในช่วงนี้อาจส่งผลกระทบยาวต่ออวัยวะต่างๆ



เด็กจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับผลกระทบ เพราะ

- เด็กหายใจเร็วกว่าผู้ใหญ่ มีสัดส่วนปริมาตรการหายใจต่อน้ำหนักตัวสูงกว่าผู้ใหญ่ จึงมีโอกาสได้รับมลพิษทางอากาศรวมถึง PM 2.5 มากขึ้น
- ร่างกายที่ยังไม่สูง ระดับจมูกใกล้พื้น ซึ่งอากาศไม่ถ่ายเท และมลพิษบางชนิดสะสมสูง จึงมีโอกาสได้รับมลพิษทางอากาศมากขึ้น
- ระบบต้านทานต่อสิ่งแปลกปลอมไม่ว่าจะเป็นเชื้อบุทางเดินหายใจ ระบบภูมิคุ้มกันยังเจริญไม่เต็มที่ ไม่สามารถป้องกันได้เต็มประสิทธิภาพ

ผลวิจัยพบ ฝุ่น PM 2.5 ส่งผลกระทบต่อ การเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ในวัย 75 ปีขึ้นไป⁵

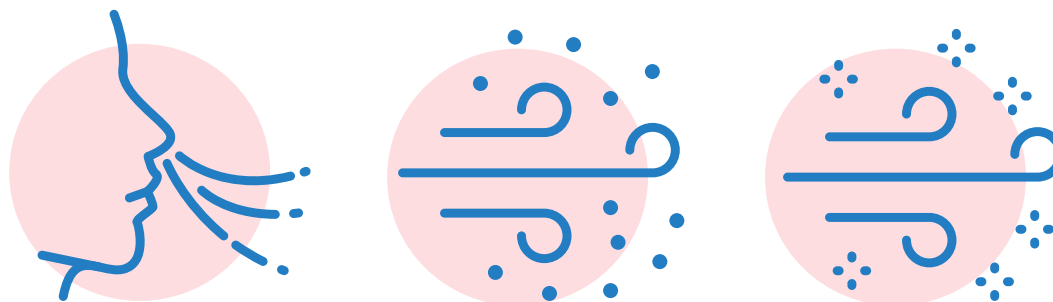
จากการศึกษาผลกระทบของฝุ่นต่อการเสียชีวิตรายวันของผู้มีอายุเกิน 75 ปี ในประเทศญี่ปุ่นและสเปนพบว่า ในประเทศญี่ปุ่นมีการทำนายว่าหากทำการลดระดับฝุ่น PM 2.5 ลงเหลือ 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จะช่วยลดจำนวนผู้เสียชีวิตได้อีก 3,602 ราย ในจำนวนนี้ 77% เป็นกลุ่มผู้มีอายุมากกว่า 75 ปี ผลการศึกษาสรุ้ได้ว่า การปรับปรุงคุณภาพอากาศสามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสเปนที่พบว่า ความเข้มข้นรายวันของฝุ่น PM 2.5 มีผลกระทบอย่างมากต่อการเสียชีวิตของผู้มีอายุเกิน 75 ปี ในกรุงมาดริด จำเป็นต้องลดปริมาณการจราจร ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของมลพิษในเมือง

³ สมุดปกขาวอากาศสะอาด. เครือข่ายอากาศสะอาด ประเทศไทย . พ.ศ.62

⁴ Bernatsky, S., Smargiassi, A., ...& Edworthy, S., (2016). Fine particulate air pollution and systemic autoimmune rheumatic disease in two Canadian province. Environmental research, 146,85-91. อ้างในสมุดปกขาวอากาศสะอาด. เครือข่ายอากาศสะอาด ประเทศไทย

⁵ โครงการศึกษาแหล่งกำเนิดและแนวทางการจัดการฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

มาตรฐานคุณภาพอากาศที่ดี ควรอยู่ระดับใด



องค์การอนามัยโลกได้ออกแนวทางกำหนดมาตรฐานคุณภาพอากาศ (Air Quality Guideline : AQG) เพื่อเป็นหลักเกณฑ์กลางให้ทุกประเทศใช้อ้างอิง โดยชี้ว่าไม่มีระดับปริมาณสารมลพิษระดับใดที่ถือว่าปลอดภัยสำหรับทุกคน เนื่องจากร่างกายของแต่ละคนในแต่ละช่วงเวลาต่างกัน ตัวเลขที่กำหนดไว้จึงเป็น “ค่าเป้าหมาย” ที่มีหลักฐานวิชาการสนับสนุนว่าเป็นระดับปริมาณสารมลพิษที่มีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยที่สุดที่ยอมรับได้ โดยแนวทางนี้ได้กำหนดตัวเลขที่สูงขึ้นเป็น 3 ระดับขึ้น เรียกว่า “เป้าหมายระหว่างทาง” (Interim Target) เพื่อให้แต่ละประเทศใช้กำหนดค่ามาตรฐานที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง โดยคาดหวังให้มีการดำเนินการ

เพื่อปรับปรุงคุณภาพอากาศ

สำหรับประเทศไทย เพิ่งมีการเพิ่ม PM 2.5 เข้ามาในรายการสารมลพิษที่ต้องตรวจวัดและควบคุมตั้งแต่ปี 2553 โดยเลือกใช้เป้าหมายระหว่างทางระดับที่ 2 ขององค์การอนามัยโลก มากำหนดเป็นมาตรฐานคุณภาพอากาศของประเทศ ซึ่งปัจจุบันเป็นมาตรฐานระดับเดียวกับมาเลเซีย และเกาหลีใต้ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายหรือมาตรการอะไรที่บังคับว่า ต้องมีการปรับเกณฑ์มาตรฐานเป็นระยะ อย่างเช่นหน่วยงาน EPA ของสหรัฐอเมริกา เคยถูกฟ้องร้องเนื่องจากไม่ปรับเกณฑ์มาตรฐานตามที่บัญญัติของกฎหมายอากาศสะอาด (Clean Air Act) กำหนดไว้

เกณฑ์ระดับ PM 2.5 (ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร)	ค่าเฉลี่ยราย 24 ชั่วโมง	ค่าเฉลี่ย รายปี
เป้าหมายระหว่างทางระดับที่ 1	75	35
เป้าหมายระหว่างทางระดับที่ 2 ไทย มาเลเซีย เกาหลีใต้	50	25
เป้าหมายระหว่างทางระดับที่ 3	37.5	15
ญี่ปุ่น ไต้หวัน	35	15
สหรัฐอเมริกา	35	12
เป้าหมายองค์การอนามัยโลก	25	10
ออสเตรเลีย	25	8

ที่มา: ดัดแปลงจาก ศิวัช พงษ์เพียจันทร์ และคณะ (2562) อ้างในสมุดปกขาวอากาศสะอาด (2562)

ทำไมค่าดัชนีคุณภาพอากาศที่มาจาก หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ต่างกันในเวลา และสถานที่เดียวกัน

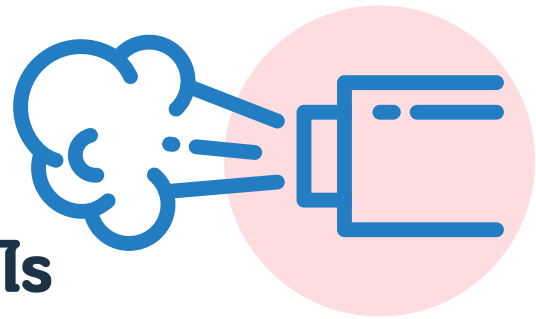
เนื่องจากการหาค่าดัชนีคุณภาพอากาศของแต่ละประเทศหรือองค์กร เช่น กรมควบคุมมลพิษ (air4thai.pcd.go.th) The World Air Quality Project (aqicn.org) และ IQ Air (airvisual.com) ใช้วิธีการที่ต่างกันในระยะเยียด เช่น ชนิดและจำนวนสารมลพิษ ค่ามาตรฐานของสารมลพิษ ค่าความเข้มข้นของมลสารจากการตรวจวัดหรือจากการทำนาย การแบ่งช่วงชั้นความเข้มข้นของมลสาร ผลกระทบต่อสุขภาพและคำแนะนำแต่ละช่วงชั้นการกำหนดสีของแต่ละช่วงชั้น

ที่น่าสนใจคือ ค่าฝุ่นที่ปรากฏไม่ได้แจ้งเตือนสถานการณ์ปัจจุบัน แต่เป็นการรายงานผลเมื่อ 24 ชั่วโมงที่แล้ว



การรายงานค่าดัชนีคุณภาพอากาศ ไม่ว่าจะมาจากการรายงานของ air4thai.pcd.go.th หรือ airvisual.com เป็นการคำนวณจากค่าการตรวจวัดเฉลี่ย 24 ชั่วโมงย้อนหลัง ผลที่รายงานจึงไม่ได้บอกว่า ผู้ที่อยู่อาศัยบริเวณนั้น ณ ปัจจุบัน และในเวลาต่อจากที่รายงานค่าดัชนีคุณภาพอากาศจะได้รับผลกระทบทางสุขภาพอย่างไรจากคุณภาพอากาศในบริเวณนั้น จึงเป็นเหตุให้ The World Air Quality Project (aqicn.org) เสนอวิธีคำนวณจากค่าเฉลี่ย 3 ชั่วโมงย้อนหลัง เรียกระบบนี้ว่า Instant-Cast ซึ่งให้ค่าดัชนีคุณภาพอากาศที่บ่งบอกสถานการณ์ปัจจุบันได้ใกล้เคียงมากกว่าระบบ Nowcast ของ US EPA (airnow.gov) ที่พยายามแก้ปัญหาเดียวกันแต่ใช้ค่าเฉลี่ย 12 ชั่วโมง โดยให้เหตุผลว่าเนื่องจากสภาพอากาศเป็นพลวัต คุณภาพอากาศอาจเปลี่ยนแปลงดีขึ้นหรือแย่ลงในเวลาไม่นาน ดังนั้นค่าดัชนีคุณภาพอากาศที่คิดจากค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงของการวัดระดับ PM 2.5 จึงไม่น่าจะเป็นเครื่องมือเตือนภัยที่เหมาะสม

‘ฝุ่น’ ในเมืองกรุง กับ ‘หมอกควัน’ ในภาคเหนือ ต่างกัน หรือเหมือนกันอย่างไร



สมุดปกขาวอากาศสะอาดโดยเครือข่ายอากาศสะอาด ประเทศไทย ได้มีการระดมความคิดเห็นและสังเคราะห์ความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจคือ ความเหมือนและความต่างระหว่างฝุ่นพิษในเมืองกรุงกับหมอกควันในภาคเหนือ ซึ่งพบว่า

สิ่งที่ต่าง คือ แหล่งที่มาและการแก้ไขปัญห

ฝุ่น PM 2.5 ในกรุงเทพฯ พบว่ามีแหล่งสำคัญจากไอเสียรถดีเซล การเผาชีวมวล และฝุ่นทุติยภูมิ⁶ ส่วนภาคเหนือแหล่งที่มาสำคัญ คือ การเผาชีวมวลในที่โล่ง ที่เกิดขึ้นเป็นประจำทุกปีในช่วงฤดูฝน-เมษายน

การแก้ปัญหาฝุ่นในกรุงเทพฯ ได้รับการแก้ไขปัญหาย่อยเป็นรูปธรรมมากกว่าภาคเหนือ มีการประกาศหยุดการเรียนการสอน ขณะที่ภาคเหนือไม่มีการแก้ไขใด ๆ เป็นระยะเวลาเกือบ 2 เดือน นอกจากมาตรการห้ามเผาแบบนี้ทุกปี แนวทางการแก้ปัญหาฝุ่นควันจากแหล่งกำเนิดของการเผาในที่โล่งยังไม่มีแนวโน้มว่าปัญหาจะถูกแก้ไข เพราะมีเพียงมาตรการห้ามเผาแบบเหมาจ่ายเพียงอย่างเดียว ขณะที่สาเหตุการเผาหลายมิติ เช่น การเผาเพื่อเตรียมพื้นที่เกษตร (ในพื้นที่ป่า) การทำไร่หมุนเวียน การเผาเพื่อหาของป่า ได้แก่ เห็ด ผักหวาน และลำสັตว์ ซึ่งแต่ละสาเหตุมีวิธีการจัดการที่ต่างกัน

สิ่งที่เหมือนกันคือ ปัญหาความไม่เป็นธรรม

คนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน หายใจอยู่ในอากาศเดียวกัน ได้รับผลกระทบไม่เท่ากัน นอกจากเป็นผลจากปัจจัยด้านสุขภาพส่วนบุคคลแล้ว ยังเป็นผลจากปัจจัยทางสังคมที่เกิดจากความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงข้อมูลความรู้ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลระดับมลพิษ เนื่องจากพื้นที่นั้นไม่มีเครื่องตรวจวัดค่าฝุ่น ความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน โดยเฉพาะหน้ากาก N-95 และเครื่องฟอกอากาศที่มีราคาสูง เมื่อเทียบกับค่าครองชีพของประชาชนทั่วไป และความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองกับชนบท ที่คนกรุงเทพฯ หรือในเมืองใหญ่ได้รับการเอาใจใส่จากรัฐมากกว่าต่างจังหวัดหรืออำเภอรอบนอก

⁶ โครงการศึกษาแหล่งกำเนิดและแนวทางการจัดการฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม



ประชาชนรับมืออย่างไร⁷



หากจำเป็นต้องอยู่ในละแวกพื้นที่ที่มีฝุ่นพิษ ควรปฏิบัติตามคำแนะนำดังนี้

- ปิดประตูหน้าต่างไม่ให้ฝุ่นเข้ามาในอาคาร
- ดื่มน้ำมาก ๆ
- ใช้น้ำเกลือหรือน้ำสะอาดกลั้วคอ บ้วนทั้งวันละ 3-4 ครั้ง ห้ามกลืน
- หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมกลางแจ้งที่ต้องออกแรงมาก ๆ โดยเฉพาะการออกกำลังกายกลางแจ้ง
- หากต้องออกจากบ้าน ควรสวมหน้ากากอนามัยชนิดกรอง PM 2.5 ได้ และหมั่นเปลี่ยนหน้ากากอนามัย ทุกวัน
- ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคปอด ควรเตรียมยาและอุปกรณ์ที่จำเป็นติดตัว
- งดสูบบุหรี่
- ปลุกต้นไม้สูงรอบบ้านสามารถช่วยกรองอากาศและผลิโตอกซิเจน
- หากมีอาการผิดปกติหลังสูดดมฝุ่นหมอกควัน เช่น หายใจไม่ออก หรือระคายเคืองแสบตา ควรรีบไปพบแพทย์

คนละไม้ คนละมือ งดก่อมลพิษ⁸

ปัญหาฝุ่นละออง หรือควันพิษ สาเหตุหลักส่วนใหญ่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ หากปรับพฤติกรรมก็จะช่วยลดการก่อมลพิษอากาศได้ ขอเพียงร่วมมือกัน ดังเช่น รถยนต์

- ใช้น้ำมันไร้สารตะกั่วสำหรับเครื่องยนต์เบนซิน หรือน้ำมันดีเซลกลั่น
- อุณหภูมิต่ำสำหรับรถเครื่องยนต์ดีเซล
- เปลี่ยนน้ำมันเครื่องตามกำหนดเวลา
- ติดตั้งอุปกรณ์กรองไอเสีย
- เปลี่ยนมาใช้ระบบขนส่งที่มีมลพิษน้อย หันมาเดินทางด้วยระบบขนส่งมวลชน

เศษพืชและวัสดุการเกษตร

• ลดการเผา แต่ควรนำไปทำปุ๋ยหมักชีวภาพ นอกจากพืชผักปลอดภัย ดินก็จะไม่ถูกทำลาย

Tip : ฟางข้าวมีประโยชน์ ใช้เพาะเห็ดได้

• ปรับเปลี่ยนระบบการปลูกพืชจากพืชเชิงเดี่ยวไปสู่ระบบเกษตรผสมผสาน ลดการเผาได้จำนวนมาก

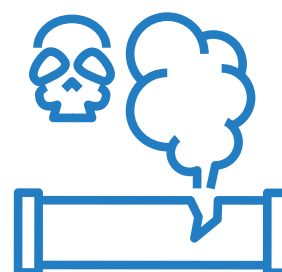
ขยะหรือวัสดุเหลือใช้

• ลดการเผาทำลาย เปลี่ยนเป็นรวบรวมวัสดุเหลือใช้ไปขายเพื่อสร้างรายได้

• ลดและเลิกการใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ที่มีสารประกอบของสารที่ทำให้เกิดภาวะเรือนกระจก เช่น สารคลอโรฟลูโอโรคาร์บอน (CFC) และสารไฮโดรฟลูโอ-คาร์บอน (HCFC)

สร้างพื้นที่สีเขียว

- ปลุกต้นไม้รอบบ้านเพื่อช่วยกรองฝุ่นและดูดมลพิษ
- เลิกสูบบุหรี่
- หมั่นทำความสะอาดที่อยู่อาศัย



⁷ ชีวิตติดฝุ่นอันตราย, SOOK PUBLISHING

⁸ ชีวิตติดฝุ่นอันตราย, SOOK PUBLISHING



ภาคประชาชนก็สามารถ รายงานคุณภาพอากาศได้

เนื่องจากสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศมีจำนวนจำกัด ขณะที่ในปัจจุบันมีเครื่องวัดมลพิษทางอากาศราคาถูกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ หน่วยงานของรัฐควรมีมาตรการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจวัดมลพิษอากาศ



ภาคนโยบาย กับการจัดการ

ในสหรัฐอเมริกา การบังคับใช้ พ.ร.บ.อากาศสะอาด ปี 2553⁹ (The 1990 Clean Air Act Amendment) มีค่ากลางของอัตราส่วนผลประโยชน์ต่อค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 30 เท่า แม้ว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามมาตรการจะสูงถึง 65 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี แต่ผลประโยชน์ที่ได้สูงกว่าหลายเท่าตัว และประมาณว่ามีมูลค่าสูงเกือบ 2 ล้านล้านเหรียญ ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นต้องทบทวนกฎหมายให้ทันต่อสภาพปัญหาในทุกมิติ

ขณะเดียวกันควรมีการจัดการต้นทางของมลพิษ ทั้งพื้นที่เขตเมือง ภาคอุตสาหกรรม ภาคการเกษตร¹⁰

⁹ โครงการศึกษาแหล่งกำเนิดและแนวทางการจัดการฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

¹⁰ สมุดปกขาวอากาศสะอาด โดย เครือข่ายอากาศสะอาด ประเทศไทย พ.ศ. 62

เขตเมือง



• ปรับปรุงมาตรฐานไอเสียและน้ำมันเชื้อเพลิง

ประเทศไทยมีการใช้มาตรฐานไอเสียและน้ำมันยูโร 3 (Euro 3) ในรถบรรทุกขนาดใหญ่ตั้งแต่ปี 2550 หรือนานกว่า 12 ปี และมีการใช้มาตรฐานไอเสียและน้ำมันยูโร 4 ในรถบรรทุกขนาดเล็กตั้งแต่ปี 2555 หรือนานกว่า 7 ปี

ตัวเลขจากกรมขนส่งทางบก ปี 2562 พบว่ามีรถยนต์นั่งส่วนบุคคลและรถยนต์บรรทุกได้เพิ่มปริมาณขึ้นจากปี 2555-2561 ถึงจำนวน 3,259,945 คัน ขณะที่รถบรรทุกขนาดรวมรถโดยสารเพิ่มขึ้นจากปี 2550-2561 ถึงจำนวน 160,916 คัน ท่ามกลางจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการบังคับใช้มาตรฐานไอเสียและน้ำมันยังคงเป็นมาตรฐานเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีแผนที่จะยกระดับมาตรฐานไอเสียและน้ำมันเป็นยูโร 5 แต่แผนดังกล่าวถูกเลื่อนออกไปจากปี 2563 เป็น 2565 และเป็นปี 2567 แต่รัฐบาลมีความพยายามเร่งให้เร็วขึ้นภายในปี 2566¹¹

การปรับปรุงมาตรฐานน้ำมันเชื้อเพลิงเป็น Euro 5/6 ควบคู่ไปกับการปรับปรุงมาตรฐานรถยนต์เป็น Euro 5/6 เพื่อให้เครื่องยนต์สะอาดสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะฝุ่นละอองจากรถยนต์ดีเซลอาจลดลงได้ถึง 20%

รวมถึงการปรับปรุงมาตรฐานรถยนต์เบนซินเป็น Euro 5/6 ควบคู่กับการปรับปรุงคุณภาพน้ำมันเชื้อเพลิงจะช่วยลดฝุ่นละออง ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ และก๊าซไฮโดรคาร์บอน

การลดระดับฝุ่นละอองและการสูญเสียด้านสุขภาพอนามัยคิดเป็นมูลค่าหลายหมื่นล้านบาท หากมีการนำมาตรฐาน Euro 5 และ Euro 6 มาใช้โดยเร่งด่วน ย่อมจะยังผลประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยที่คุ้มค่ากับการลงทุนในภาคอุตสาหกรรม และช่วยลดระดับฝุ่นละออง PM 2.5 ทั้งในช่วงเวลาปกติและช่วงวิกฤติ หากแต่ในช่วงวิกฤติจะมีมาตรการที่เข้มงวดเป็นพิเศษเพื่อลดระดับฝุ่นละออง ได้แก่ การกำหนดเขตปลอดมลพิษ การลดแหล่งกำเนิดมลพิษทั้งในภาครัฐและภาคประชาชน

เช่นเดียวกับมาตรการลดมลพิษทางอากาศของจีน โดยนำมาตรฐานไอเสียรถขนาดเล็ก China 6 มาใช้ก่อนกำหนดในจังหวัด Guangdong มีการคำนวณเฉพาะผลประโยชน์จากจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่ลดลงได้เท่ากับ 64.8 พันล้านบาท ในปี 2573 ซึ่งเป็นมูลค่ามากกว่า 3 เท่าของต้นทุน จะเห็นได้ว่า ยังมีการบังคับใช้มาตรฐานไอเสียรถยนต์ก่อนกำหนดเพื่อปรับปรุงคุณภาพอากาศและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าทั้งในระยะสั้นและระยะยาว¹²

• การบูรณาการมาตรการควบคุมมลพิษจากรถยนต์และมาตรการลดก๊าซเรือนกระจก เช่น การใช้ระบบขนส่งมวลชนเพื่อลดปริมาณการจราจร ลดปริมาณการระบายมลพิษ ลดการจราจรติดขัด ลดการใช้เชื้อเพลิง จะได้ผลตอบแทนทั้งด้านสุขภาพอนามัยและการลดก๊าซเรือนกระจก

• ใช้นวัตกรรมจับรถควันดำบนท้องถนน เนื่องจากการตรวจสภาพและการตรวจจับควันดำบนท้องถนนมีข้อจำกัด แต่ด้วยเทคโนโลยีการบันทึกภาพอัจฉริยะที่สามารถพัฒนามาใช้ร่วมกับกล้องวงจรปิด CCTV ของ กทม. จะช่วยในการตรวจจับรถควันดำได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

• ขยายพื้นที่สีเขียว สนับสนุนการเดินทางที่ปลอดมลพิษ เช่น การใช้รถไฟฟ้าทางจักรยาน และทางเท้า

¹¹ สมุดปกขาวอากาศสะอาด โดย เครือข่ายอากาศสะอาด ประเทศไทย พ.ศ. 62

¹² โครงการศึกษาแหล่งกำเนิดและแนวทางการจัดการฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล , กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

เขตเมือง



องค์การอนามัยโลก ได้เสนอให้เมืองควรมีพื้นที่สีเขียวเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน ไม่น้อยกว่า 9 ตารางเมตร/คน ประกอบกับรายงานฉบับสมบูรณ์มาตรการในการเพิ่ม และการจัดการพื้นที่สีเขียวในเขตชุมชนอย่างยั่งยืนของกระทรวงทรัพยากร ธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ระบุว่าชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และเทศบาลนคร ควรมีพื้นที่สีเขียวอย่างน้อย 12 ตารางเมตร/คน โดยข้อมูลจากสำนักงานสวนสาธารณะ กรุงเทพมหานคร ปี 2562 ระบุว่า กทม.มีแผนที่จะเพิ่มพื้นที่สวนสาธารณะให้ได้ 6.79 ตารางเมตร/คน

แสดงให้เห็นว่ากรุงเทพฯ ยังคงเป็นเมืองที่มีพื้นที่สีเขียวไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

(ที่มาข้อมูล: กรุงเทพมหานคร, 2562)

พื้นที่เกษตร



มาตรการการเผาในที่โล่ง

แม้ว่านโยบายของรัฐเกี่ยวกับการควบคุมมลพิษทางอากาศจากการเผาในที่โล่งทั้งภาคเกษตร และป่าไม้จะปรากฏอยู่ในนโยบายของรัฐทุกระดับ แต่ยังพบว่า มาตรการห้ามเผาในแต่ละจังหวัดกำหนดขึ้นตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ ซึ่งมักจะเป็นช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายนของทุกปียังคงพบ “จุดความร้อน” จากภาพถ่ายดาวเทียมอยู่ทุกพื้นที่ ทั้งนี้จึงควรมีการรื้อฟื้นองค์ความรู้เรื่องการกำจัดเชื้อเพลิงลดปริมาณเชื้อเพลิง การเผาตามหลักวิชาการ และหลักวิทยาศาสตร์ ให้มีการกระจายการทำงานและงบประมาณด้านไฟฟ้าหมอกควันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างชุมชนที่ยังมีการทำไร่หมุนเวียน ทำระบบฐานข้อมูลการใช้ประโยชน์ที่ดิน ในช่วงห้ามเผาต้องไม่มีการเผา ซึ่งต้องมีการจัดการเชื้อเพลิงต่าง ๆ เรียบร้อยแล้ว รวมทั้งควรจัดทำระบบฐานข้อมูลการใช้ประโยชน์ที่ดินในพื้นที่ป่าอย่างชัดเจน

โรงงานอุตสาหกรรม



มาตรการการเผาในที่โล่ง

การจัดทำบัญชีระบายมลพิษทางอากาศ (Emission Inventory: EI) จากโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ ซึ่งการได้ข้อมูลในส่วนนี้จะต้องมีกฎหมายบังคับ ซึ่งสหประชาชาติหรือกลุ่มประเทศ OECD เรียกว่า Pollutant Release and Transfer Registers หรือ PRTR เนื่องจากประเทศไทยมีโรงงานมากกว่า 140,000 โรงงาน แต่ยังไม่มีการกำหนดค่ามาตรฐานของ PM 2.5 ที่โรงงานปล่อย จึงไม่สามารถระบุได้ว่ามีหรือไม่มีโรงงานที่ปล่อย PM 2.5 เกินมาตรฐาน

การขาดข้อมูลบัญชีระบายมลพิษทางอากาศจากโรงงานอุตสาหกรรมเป็นข้อจำกัดที่ทำให้การวิเคราะห์แหล่งที่มาของ PM 2.5 ที่ผ่านมาอาจไม่สะท้อนความเป็นจริง โดยเฉพาะกรุงเทพฯ ที่รายรอบด้วยนิคมอุตสาหกรรม



10

ขยะอาหาร

อาหารส่วนเกิน จะจัดการอย่างไร ได้วิถีแบบไทย ๆ



ขณะที่ผู้คนในบางประเทศเผชิญปัญหาการบริโภคอาหารมากเกินไป จนเป็นโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิต และสารพัดโรคที่เกิดจากการรับประทานเกินจำเป็น ผู้คนในหลายประเทศกลับขาดแคลนอาหาร มีสถิติบอกว่า แต่ละปีมีคนไทยมากกว่า 36 ล้านคน หรือมากกว่าครึ่งของประชากรไทย ต้องเสียชีวิตเพราะความหิวโหย และทุก ๆ 10 วินาทีจะมีเด็ก 1 คน ตายเพราะกินอาหารไม่เพียงพอ¹

ที่มาของปัญหานี้ไม่ใช่เพราะโลกใบนี้ผลิตอาหารไม่พอ กับความต้องการ เพราะ 1 ใน 3 ของอาหารที่ผลิตได้จะกลายเป็น ‘ขยะอาหาร’ ทั้งที่ขยะอาหารเหล่านั้นบางส่วนเป็นเพียง ‘อาหารส่วนเกิน’ ที่ยังรับประทานต่อได้ และน่าจะตกไปสู่ท้องของใครสักคนที่ต้องการ – แต่ก็น่าเสียดายที่ความจริงกลับไม่เป็นเช่นนั้น

‘ความมั่นคงทางอาหาร’ ได้กลายเป็นโจทย์ของโลกปัจจุบัน และจะยิ่งทวีความท้าทายมากขึ้นเรื่อย ๆ ในโลกอนาคต ที่สหประชาชาติได้ทำนายจำนวนประชากรของโลกไว้ว่า จะเพิ่มจาก 7.7 พันล้านคนในตอนนี้เป็น 9.7 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 หรืออีกเพียง 30 ปีข้างหน้า

มีปากท้องมากมายให้ต้องเลี้ยง แต่อาหารจำนวนมหาศาลกลับถูกทิ้งลงถังขยะ ทั้งที่ยังไม่ถึงเวลา...เราจะแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างไร นี่คือการคำถามที่คนทั้งโลกรวมถึงประเทศไทย ต้องช่วยกันหาคำตอบ

ที่มาข้อมูล : UN's World Population Prospects 2019

¹ foodtank.com/news/2015/06/world-environment-day-10-facts-about-food-waste-from-bcfn/

ขยะในไทย ‘เกินครึ่ง’ เป็นอาหารที่ถูกทิ้ง

‘ในน้ำมีปลา ในนามีข้าว’ แม้จะเป็นคำพังเพยที่สื่อถึงความอุดมสมบูรณ์ของประเทศไทย แต่เชื่อว่าคนไทยทุกคนจะได้กินอิ่มได้สารอาหารครบถ้วนในทุก ๆ วัน

ดร.สมพงษ์ จิตระดับ ที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) เคยเปิดเผยข้อมูลช่วงปลายปี พ.ศ. 2561 ว่ามีเด็กไทยราว 400,000-600,000 คนกินอาหารไม่เพียงพอ เพราะครอบครัวยากจน ขณะที่เด็กในเมือง 10% กำลังเผชิญกับภาวะอ้วน ปัญหาจึงไม่ใช่อยู่ที่การผลิตอาหารไม่พอ แต่อยู่ที่การจัดสรรทำให้ทุกคนเข้าถึงอาหารได้ต่างหาก เพราะมีข้อมูลว่าในแต่ละปี ประเทศไทยมีอาหารเหลือทิ้งจำนวนมาก

เนื่องจากประเทศไทยไม่เคยมีการเก็บปริมาณขยะอาหารที่ชัดเจน จึงมียกยัดตัวเลข ‘ขยะอินทรีย์’ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นขยะอาหาร มาอนุมานแทน

ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษเผยว่า ในปี พ.ศ. 2560 ขยะที่เกิดขึ้น 64% เป็นขยะอินทรีย์ คิดเป็นปริมาณรวม 17.6 ล้านตัน เทียบเท่ากับเครื่องบินโดยสารลำใหญ่ที่สุดในโลกในเวลานี้ Airbus A380 จำนวน 63,000 ลำขึ้นลง หรือเอาไปอัดในสนามราชชมังคลากีฬาสถานได้ 8 สนามครึ่ง เรียกได้ว่ามหาศาลจนจินตนาการไม่ถูก ที่สำคัญตัวเลขนี้ยังเป็นข้อมูลเฉพาะขยะมูลฝอยที่จัดเก็บโดยเทศบาล ยังไม่รวมถึงขยะมูลฝอยหรืออาหารส่วนเกินที่ภาคธุรกิจจ้างบริษัทเอกชนเข้ามาจัดการ



กล่าวโดยสรุป คนไทยทุกคนจะสร้างขยะอินทรีย์ที่บางส่วนเป็นขยะอาหารเฉลี่ยปีละ 254 กิโลกรัมเป็นอย่างน้อย มากกว่าชาวฝรั่งเศส 30% และมากกว่าชาวอเมริกัน 40%

และขยะอาหารที่ว่า ไม่ใช่แค่เศษอาหารเหลือทิ้งเท่านั้น บางส่วนยังเป็นแค่ ‘อาหารส่วนเกิน’ คือทิ้งเพราะกินไม่ทัน ขายไม่ทัน หรือคิดว่าหมดอายุ ทั้งที่จริงๆ แล้วยังสามารถรับประทานได้

(ที่มาข้อมูล: เทียบเคียงกรณีไทยรัฐเทียบขยะตกค้างต่อปีของไทยจะจุในสนามราชชมังฯ ได้กี่สนาม)



อาหารที่ยังไม่ถึงเวลาถึง แต่ก็กลายเป็นขยะ

เวลาดูข้อมูลบนฉลากของอาหารแห้งหรืออาหารกระป๋อง เชื่อว่าหลายคนคงเกิดความสับสนระหว่างสัญลักษณ์ ‘ควรบริโภคก่อน’ best before, best before end หรือ BB/BBE กับสัญลักษณ์ ‘วันหมดอายุ’ expiry date, expiration date หรือ EXP/EXD

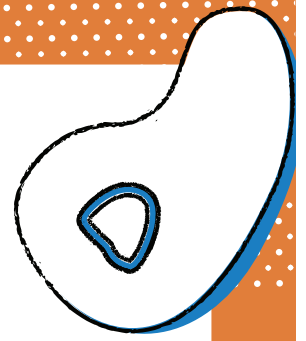
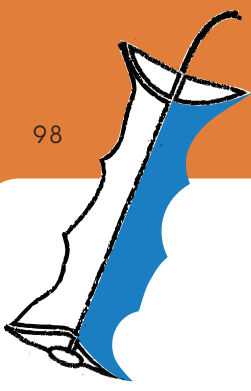
ข้อแตกต่างระหว่างคำศัพท์ 2 คำข้างต้น อย่างแรก แม้เลยวันดังกล่าวมาแล้ว แต่ก็ยังบริโภคได้ ถึงความสด ความอร่อย คุณค่าทางโภชนาการอาจจะลดลง แต่ไม่มีปัญหาด้านความปลอดภัย ส่วนอย่างหลัง คือห้ามบริโภคเด็ดขาดหากเลยวันดังกล่าวไปแล้ว อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีผู้ที่ทิ้งอาหาร โดยดูจากวัน BB/BBE และคิดไปว่าเป็นวัน EXP/EXD จำนวนมาก – ลองสำรวจตัวคุณเองว่าเป็นหนึ่งในนั้นหรือไม่

เวลาพูดถึงปัญหา ‘ขยะอาหาร’ อีกคำที่มักถูกพูดถึงเคียงกันเสมอก็คือ ‘อาหารส่วนเกิน’ คำคำนี้แปลว่าอะไร และทั้ง 2 คำมีความแตกต่างกันอย่างไร

‘อาหารส่วนเกิน’ ก็คือ อาหารที่ผลิตหรือซื้อมากเกินไป ความต้องการจริงต้องทิ้ง ทั้งที่ยังไม่ได้กินหรือยังเก็บไว้กินได้ ถ้าเป็นผู้บริโภค ก็เช่น ของสดที่กินไม่ทัน หรืออาหารแห้งอาหารกระป๋อง ที่เลยวัน best before แล้วทิ้งเพราะเข้าใจผิดคิดว่าเลยวัน expiry date, ร้านค้าปลีก เช่น อาหารที่เหลือจำหน่าย ซื้อมาสต็อกไว้เกินจำเป็น, ร้านอาหาร/ภัตตาคาร/โรงแรม เช่น อาหารบุฟเฟต์ที่ยังกินได้ และแหล่งผลิตอาหารทางการเกษตร เช่น อาหารที่ซ้ำจากการบรรจุหีบห่อและการขนส่งที่ไม่ได้คุณภาพ เป็นต้น

ส่วน ‘ขยะอาหาร’ ก็คือเศษอาหาร เปลือกอาหาร, อาหารแห้ง อาหารกระป๋องที่ถึงวันหมดอายุแล้ว, อาหารที่เอาไว้แต่งจานให้สวยงาม หรืออาหารที่เน่าเพราะจัดการไม่ดี เป็นต้น ข้อแตกต่างสำคัญก็คือ บริโภคไม่ได้แล้ว หากฝืนกินไปอาจมีปัญหาด้านความปลอดภัย





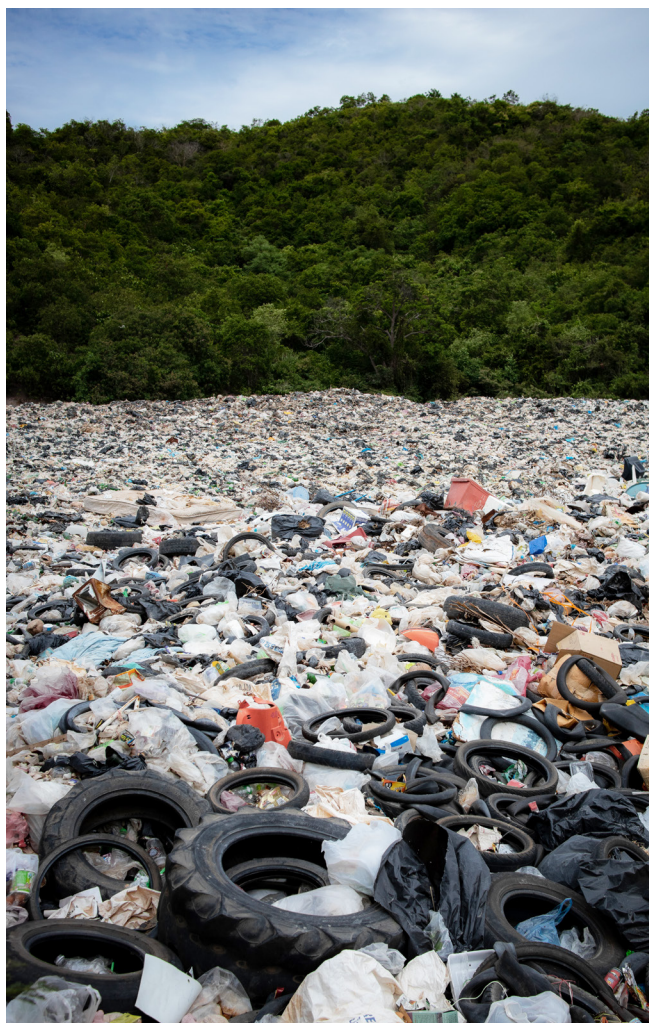
ข้อแตกต่าง 'อาหารส่วนเกิน' vs 'ขยะอาหาร'²

แหล่งผลิตที่สำคัญ	อาหารส่วนเกิน (อาหารที่สามารถนำกลับมาบริโภคได้)	ขยะอาหาร (อาหาร เศษอาหารที่ไม่สามารถบริโภคได้)
ครัวเรือน	- อาหารแห้ง อาหารกระป๋อง ที่เลยวัน 'ควรบริโภคก่อน' (Best Before หรือ BB/BBE) ซึ่งยังไม่หมดอายุ แต่รสชาติ คุณภาพ ลดลง - อาหารสด ที่กินไม่ทัน	- เศษอาหาร เปลือกอาหาร - อาหารแห้งอาหารกระป๋อง ที่หมดอายุ (Expired Date, EXP/EXD) จากการซื้อเกินความจำเป็น
ร้านค้าปลีก	- อาหารที่เหลือจากการจำหน่าย - อาหารแห้ง อาหารกระป๋องที่เลยวัน ควรบริโภคก่อน (Best Before หรือ BB/BBE) - การสั่งซื้ออาหารสดจากร้านค้าปลีกในปริมาณมาก ทำให้เหลืออาหารสด จากการขายในปริมาณมาก	- เศษอาหาร เปลือกอาหาร
ร้านอาหาร/ภัตตาคาร/โรงแรม	- อาหารบุฟเฟต์ที่ยังกินได้ - อาหารเหลือเพราะทำอาหารมากเกินไป	- อาหารที่ใช้แค่บางส่วน เพื่อปรุงแต่งจาน โดยไม่คำนึงถึงความสูญเสีย - เศษอาหาร เปลือกอาหาร
แหล่งผลิตอาหารทางการเกษตร	- อาหารซ้ำ จากการบรรจุหีบห่อและการขนส่งไม่ได้คุณภาพ	- อาหารเน่า เพราะจัดการไม่ดี - เปลือกอาหาร

แต่ไม่ว่าจะเป็นอาหารส่วนเกินหรือขยะอาหาร เส้นทางการสุดท้ายก็มักจะไปรวมกันในกองขยะในฐานะ 'ขยะอินทรีย์' อยู่ดี และด้วยวิธีการจัดการขยะของประเทศไทยที่ยังไม่ค่อยมีประสิทธิภาพมากนัก ทำให้อาจเกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา

² www.stopfoodwaste.ie/food-we-west/why-we-waste-food/

จะแยกขยะทำไม... สุดท้ายก็นำมาทิ้งรวมกัน?



การจัดการขยะของประเทศไทยในปัจจุบัน 43% ใช้วิธีการเผาในเตาควบคุม (หรือนำไปผลิตเป็นปุ๋ย) ซึ่งหากเป็นขยะอาหาร ก็จะมีกลิ่นที่ฉุนต้องใช้พลังงานความร้อนจากเชื้อเพลิงมากขึ้น ที่เหลือ 57% ยังใช้วิธีฝังกลบหรือถมกลางแจ้ง ทำให้เกิดมลพิษตามมา เช่น การกระจายของเชื้อโรคต่าง ๆ ลงสู่แม่น้ำ ลำคลอง เนื่องจากขยะอาหารเป็นพาหะนำโรค อีกทั้งยังส่งกลิ่นเหม็น และส่งผลต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชน

ในขณะที่หลายประเทศตั้งเป้าไม่ให้มีการฝังกลบขยะที่เป็นอาหารเลย (zero landfill)

สหประชาชาติเริ่มสนใจปัญหาขยะอาหารอย่างจริงจัง จึงรณรงค์ให้ประเทศต่าง ๆ หาวิธีการจัดการปัญหานี้ ถึงขั้นระบุไว้ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) ข้อที่ 12.3 ให้ลดการสูญเสียอาหาร (food loss) และขยะอาหาร (food waste) เหลือครึ่งหนึ่งจากปัจจุบัน ภายในปี ค.ศ. 2030 หรืออีก 10 ปีข้างหน้าเท่านั้น

ขณะที่วราวุธ ศิลปอาชา รมว.กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ประกาศว่า ประเทศไทยอยู่ในช่วงเริ่มต้นการดำเนินงานเก็บข้อมูลและจัดการเรื่องการสูญเสียอาหารและขยะอาหาร โดยบรรจุเรื่องปัญหาขยะอาหารไว้ในแผนขับเคลื่อนการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน พ.ศ. 2560-2579 มีเป้าหมายลดขยะอาหารให้ได้ 5% ต่อปี

แต่ปัญหาในการจัดการขยะอาหารของไทย ไม่ใช่แค่เพียงการจัดการขยะทั่วไป ยังรวมถึงวิธีทิ้งขยะของคนจำนวนมากไม่น้อยที่ 'ไม่ได้' 'แยกขยะ' ทั้งตามสีถัง สีน้ำเงิน-ขยะทั่วไป สีแดง-ขยะอันตราย สีเหลือง-ขยะรีไซเคิล และสีเขียว-เศษอาหาร/ขยะเปียก

จากการตรวจสอบข้อความที่พูดถึงการแยกขยะก่อนทิ้ง ลงถึงบนโลกออนไลน์ กว่า 3.7 หมื่นข้อความ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2561 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2562 พบว่า สาเหตุที่ผู้คนที่ 'แยกขยะ' มีอาทิ นำไปขายต่อ ลดโลกร้อน/ช่วยสิ่งแวดล้อม แยกตามสีถังที่ชอบ และเห็นใจคนเก็บขยะ ส่วนสาเหตุที่ผู้คนที่ 'ไม่แยกขยะ' มีอาทิ เชื่อว่าจะถูกนำไปเทรวมกันอยู่ดี ขี้เกียจ/มั่งง่าย ไปจนถึงไม่รู้วิธีแยก

เหตุผลที่คนแยกแยะ

ขายต่อ



ลดโลกร้อน



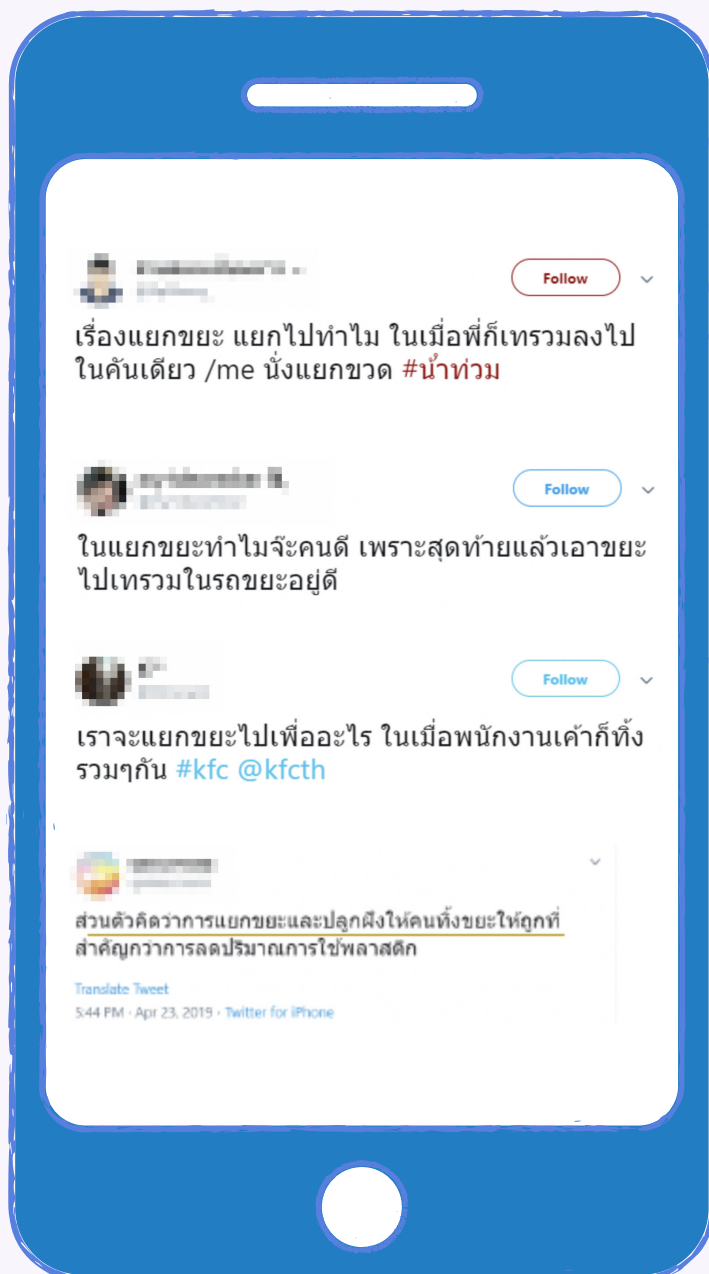
แยกตามไอศดอล



ช่วยสิ่งแวดล้อม



เห็นใจคนเก็บขยะ



ที่มาข้อมูล: ไลน์ไชน์

เหตุผลที่คนไม่แยกแยะ

เชื่อว่าคนเก็บขยะ
จะรวมอยู่ดีทิ้งแยก/
มั่งง่ายไม่รู้วิธี
การแยก

เบื้องหลังการรณรงค์ให้แยกขยะ ก็เพราะขยะอาหารบางส่วนยังนำไปใช้ประโยชน์อื่น ๆ ได้ ไม่ควรถูกนำไปทิ้งในทันที เพราะหากขยะอาหารมีสิ่งอื่นมาปะปน เช่น กระดาษทิชชู ไม้จิ้มฟัน หรือขยะประเภทอื่น ๆ ที่สุดแล้วการจะคัดแยกเพื่อนำไปใช้ต่อหรือรีไซเคิล ก็อาจจะสร้างต้นทุนที่สูงเกินไป

แต่ข้อเสนอให้แยกขยะ อาจเป็นข้อเสนอในเชิงบุคคล/ครัวเรือน ยังมีข้อเสนอในเชิงองค์กร โดยเฉพาะในภาคธุรกิจ ทั้งห้างสรรพสินค้า ร้านค้าปลีก ภัตตาคาร และบริษัทต่าง ๆ ให้เข้ามาช่วยจัดการกับปัญหาขยะอาหารหรืออาหารส่วนเกินด้วย

5 วิธีลดขยะอาหาร และอาหารส่วนเกิน

องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (UNFAO) ร่วมกับ โครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ (UNEP) เคยเผยแพร่ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาขยะอาหารและอาหารส่วนเกิน เรียงลำดับจากที่ควรทำมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด 5 ข้อ ประกอบด้วย

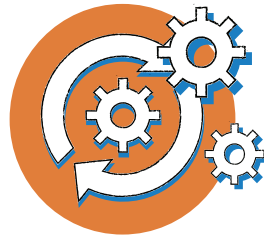
1



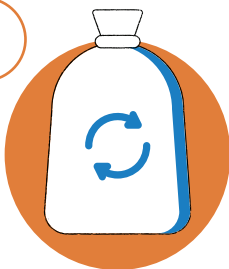
ป้องกันการเกิดขยะอาหารจากห่วงโซ่อาหาร (prevention) เช่น ภาครัฐพัฒนากระบวนการสั่งซื้อสินค้าเพื่อลดการสั่งซื้อสินค้าเหลือ ภาครัฐจัดเก็บค่าธรรมเนียมการจัดเก็บขยะอาหารตามปริมาณ

จัดสรรอาหารที่ยังสามารถบริโภคได้ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (optimization) เช่น บริจาคให้ผู้ยากไร้/พนักงาน นำมาขาย ราคาถูก จำหน่ายเป็นอาหารสัตว์

2



3



นำมาผลิตเพื่อใช้ใหม่ (recycle) เช่น ทำปุ๋ยเพื่อการเกษตร ผลิตก๊าซชีวภาพ

4



กำจัดเพื่อนำพลังงานมาใช้ใหม่ (recovery) เผาเพื่อผลิตพลังงานความร้อน

5



กำจัดทิ้ง (disposal)

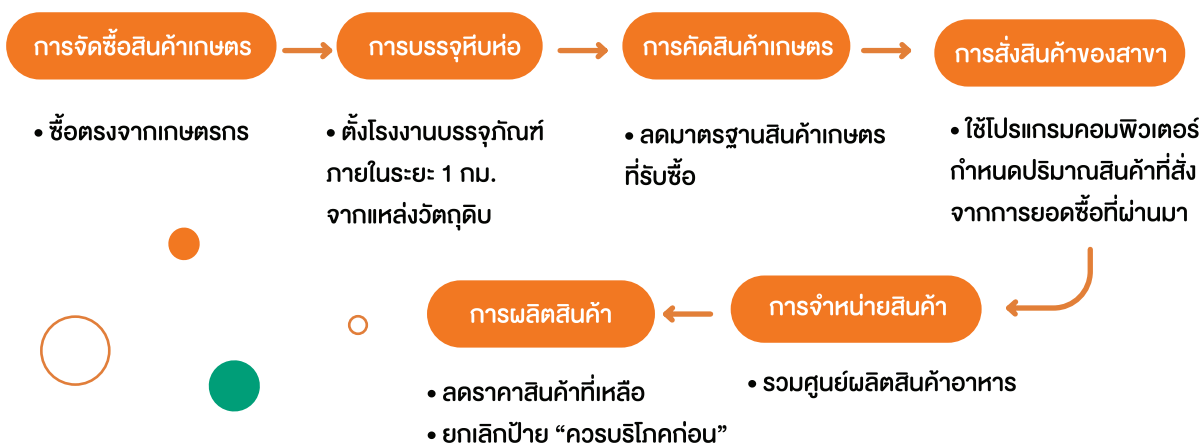
วิธีการจัดการขยะอาหาร ลดใช้ และบริจาค³

สำหรับภาคธุรกิจไทยที่ขยับตัวเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาการจัดการขยะอาหารและอาหารส่วนเกินในช่วงที่ผ่านมา มีทั้งผู้ประกอบการต่างชาติที่มาทำธุรกิจในประเทศไทย เช่น Tesco Lotus ร้านค้าปลีกจากอังกฤษ IKEA ร้านขายเฟอร์นิเจอร์จากสวีเดน Marriott เครือโรงแรมจากสหรัฐฯ และผู้ประกอบการไทย เช่น ห้างสรรพสินค้า โรงแรม และร้านค้าปลีกขนาดใหญ่ในเครือเซ็นทรัล เป็นต้น

ขณะเดียวกัน สำนักงานส่งเสริมการจัดประชุมและนิทรรศการ (องค์การมหาชน) หรือ สสปน. ยังเคยให้เงินอุดหนุนในการจ้างที่ปรึกษาให้กับโรงแรมกว่า 10 แห่ง ผลปรากฏว่าลดขยะอาหารไปไม่น้อยกว่า 10% คิดเป็นเงินอยู่ในหลักล้านบาท โดยวิธีการก็มีทั้งให้ความรู้พ่อครัว ลดอาหารจากการปรุงลดขนาดจานลง นำไปทำปุ๋ย/น้ำหมักชีวภาพ ฯลฯ

ส่วนร้านค้าปลีกรายใหญ่ ๆ ก็สามารถลดขยะอาหารได้จากทุกขั้นตอนในห่วงโซ่อาหารที่จำหน่าย ตั้งแต่

- จัดซื้อสินค้าที่ซื้อตรงจากเกษตรกร
- ตั้งโรงงานบรรจุหีบห่อภายใน 1 กิโลเมตรจากแหล่งวัตถุดิบ
- ลดมาตรฐานสินค้าเกษตรที่รับซื้อ ยอมรับสินค้าที่มีตำหนินิดหน่อยได้
- ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์มาช่วยคำนวณปริมาณการสั่งซื้อ ไม่ให้มีสินค้าคงเหลือมาก
- รวมศูนย์การผลิตสินค้าอาหาร
- ในขั้นตอนการขาย ก็สามารถใช้วิธีลดราคาสินค้าที่เหลือ รวมไปถึงยกเลิกป้ายวันที่ควรบริโภคก่อน (ที่ทำให้หลาย ๆ คนเข้าใจผิดว่าเป็นวันหมดอายุ)
- หากยังมีอาหารส่วนเกินก็บริจาคให้กับผู้ที่ต้องการผ่านองค์กรกลาง



สำหรับการบริจาคอาหารผ่านองค์กรกลาง ขณะนี้ใน กทม.มีองค์กรไม่แสวงหากำไรอย่าง SOS (Scholars of Sustenance) มาเป็นตัวกลางในการนำอาหารไปบริจาคให้กับผู้ที่ต้องการ ปัจจุบัน SOS สามารถนำอาหารส่วนเกินของภาคธุรกิจไทยและผู้บริจาครายอื่นๆ ใน กทม. รวม 105 ราย ไปให้กับผู้รับบริจาคได้ถึงเดือนละ 31.3 ตัน คิดเป็นจำนวน 1.3 แสนจาน ช่วยลดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากการฝังกลบขยะได้ถึง 59.5 ตัน

โดย SOS ประกาศว่าจะเพิ่มการดำเนินงานใน กทม.ให้ เป็น 2 เท่า และเตรียมเปิดสาขาที่ จ.ภูเก็ตในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562

อย่างไรก็ตาม มีภาคประชาสังคมอื่น ๆ เข้ามาช่วยในการรับบริจาคอาหารส่วนเกิน เช่น มูลนิธิดวงประทีป เมอร์ซี เซ็นเตอร์ และมูลนิธิกระเจา เพียงแต่ยังทำได้ในอาหารแห้งเท่านั้น มีเพียง SOS ที่รับบริจาคอาหารสดได้ เพราะรถบรรทุกที่มีตู้เย็น 2-4 องศาเซลเซียส

³ ศึกษาแนวทางบริหารจัดการอาหารส่วนเกินเพื่อลดปัญหาขยะที่เหมาะสมกับประเทศไทย ปี 2562, เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และธารทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ, TDRI และ สสส.

ชาติอื่น ๆ จัดการปัญหา ขยะอาหารอย่างไร⁴

ปัญหาขยะอาหารและอาหารส่วนเกินเป็นปัญหาร่วมของทั้งโลก ไม่ได้มีเฉพาะในประเทศไทย ลองมาดูกันว่าประเทศอื่นๆ เขาจัดการปัญหานี้อย่างไร

ฝรั่งเศส

เน้นการออกกฎหมายบังคับ เนื่องจากสหภาพยุโรปได้ออกคำสั่งว่าด้วยการจัดการขยะ (waste framework directive) ให้ลดปริมาณขยะให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี ค.ศ. 2030 โดยกำหนดมาตรการลดขยะอาหารที่ต้องฝังกลบ, กำหนดให้ธุรกิจค้าปลีกที่มีขนาดพื้นที่ 400 ตร.ม. เป็นต้นไปต้องบริจาคอาหารส่วนเกิน เช่น อาหารกระป๋อง พร้อมกำหนดโทษปรับของผู้ไม่ปฏิบัติตามเป็นเงินถึง 3,750 ยูโร (ราว 1.25 แสนบาท)

นอกจากนี้ ยังออกกฎหมายส่งเสริมการบริจาค โดยให้ขอคืนภาษีการบริจาคอาหารส่วนเกินได้ 60% ของมูลค่า แต่ต้องไม่เกิน 0.5% ของรายได้ต่อปี

ผลจากการออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อลดขยะอาหาร-อาหารส่วนเกิน ทำให้ในปี ค.ศ. 2017 มีการบริจาคอาหารเพิ่มขึ้น 30% และเริ่มเกิด ecosystem ของการบริจาคอาหารเพิ่มขึ้น โดยมีองค์กรกลางเข้ามาบริหารจัดการอาหารส่วนเกินถึงกว่า 5,000 องค์กร

สหรัฐอเมริกา

ไม่มีกฎหมายเฉพาะ เน้นส่งเสริมการบริจาคอาหาร โดยภาครัฐกำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อสนับสนุน เช่น ออกกฎหมายยกเว้นความรับผิดทางแพ่ง และอาญาของผู้บริจาคอาหารที่อยู่ในสภาพดี, ส่งเสริมการจัดการประชุมหรือจัดสัมมนาแบบ green meeting หรือ green event คือหากมีอาหารส่วนเกินต้องไปบริจาค หรือให้นำขยะอาหารไปใช้ประโยชน์อื่นๆ ต่อ, บางรัฐก็ให้สิทธิพิเศษด้านภาษีในการบริจาคอาหาร รวมถึงห้ามฝังกลบขยะอาหารมากกว่า 1 ตัน/สัปดาห์

⁴ ศึกษาแนวทางบริหารจัดการอาหารส่วนเกินเพื่อลดปัญหาขยะที่เหมาะสมกับประเทศไทย ปี 2562, เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และธารทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ, TDRI และ สสส.



ผลจากมาตรการต่าง ๆ ทำให้สหรัฐฯ มีองค์กรการกุศลที่ทำหน้าที่รวบรวมอาหารจำนวนมาก เช่น City Harvest ที่สร้างแอปพลิเคชันจับคู่ผู้ต้องการบริจาคกับผู้ต้องการบริโภค รวมถึงมีหน่วยงานรวบรวมอาหารที่ไม่ได้มาตรฐานจากฟาร์มและร้านค้าปลีกไปขายในราคาถูก

ออสเตรเลีย

รัฐบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการขยะอาหารและอาหารส่วนเกิน แต่มาตรการจะเป็นไปตามแต่รัฐนั้น ๆ เช่น รัฐนิวเซาท์เวลส์ (ที่ตั้งของนครซิดนีย์) มีกฎหมาย Food Donation Act ที่สนับสนุนการบริจาคอาหารส่วนเกิน นอกจากนี้ยังมีองค์กรการกุศลหลายรายทำหน้าที่รวบรวมอาหารส่วนเกินขายในราคาถูก เช่น OZ Harvest ที่รับบริจาคอาหารส่วนเกินจากภาคธุรกิจ (ซูเปอร์มาร์เก็ต โรงแรม สนามบิน ผู้ค้าส่ง เกษตรกร ฯลฯ) สัปดาห์ละมากกว่า 180 ตัน กระจายไปยังองค์กรการกุศลกว่า 1,300 แห่ง นอกจากนี้ยังมี Coles องค์กรที่ริเริ่มตลาดขายสินค้าที่ไม่ได้มาตรฐาน (ugly market) เพื่อจำหน่ายสินค้าที่รูปลักษณ์ไม่สวย แต่ยังกินได้

กล่าวโดยสรุปคือ การจะจัดการกับขยะอาหาร-อาหารส่วนเกิน ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่าย โดยเฉพาะจากภาครัฐ และภาคเอกชน ส่วนวิธีการก็มีหลากหลาย ทั้งออกกฎหมายบังคับ ใช้มาตรการภาษีจูงใจ สนับสนุนให้องค์กรกลางรับบริจาค และเปลี่ยนวิธีจัดการขยะ โดยลด/เลิกการกลบฝังขยะอาหาร



ข้อเสนอต่อภาครัฐ-เอกชน

ย้อนกลับมายังประเทศไทย ดร.เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และทีมงาน จากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) เคยจัดทำรายงานการศึกษาแนวทางการบริหารจัดการอาหารส่วนเกินเพื่อลดปัญหาขยะอาหารที่เหมาะสมกับประเทศไทย⁵ โดยมีข้อเสนอต่อภาครัฐในการกระตุ้นให้เกิดการจัดการปัญหาขยะอาหารหรืออาหารส่วนเกินจากภาคส่วนต่าง ๆ ดังนี้

1. ลดปริมาณขยะอาหารหรืออาหารส่วนเกิน (reduce) โดยสร้างแรงจูงใจในทางธุรกิจว่า หากสามารถลดปริมาณอาหารที่ใช้เพียง 10% ก็จะช่วยลดต้นทุนได้เป็นหลักล้านบาท นอกจากนี้ยังอาจใช้มาตรการ tax credit สำหรับค่าใช้จ่ายในการวางระบบบริหารจัดการขยะ เพื่อลดปริมาณขยะอาหาร

2. ส่งเสริมการนำอาหารส่วนเกินไปบริจาค ด้วยการออกกฎหมายคุ้มครองผู้บริจาค และตัวกลางเพื่อป้องกันการถูกฟ้องเรียกค่าเสียหายกรณีที่ผู้รับบริจาคมีปัญหาสุขภาพ หากการถนอมอาหาร และขนส่งได้มาตรฐาน, ทำให้องค์กรไม่แสวงหากำไรที่ทำหน้าที่กระจายอาหารเพื่อบริจาคสามารถจดทะเบียนเป็นองค์กรการกุศลที่สามารถหักภาษีได้ เพื่อจูงใจให้คนมาบริจาคมากขึ้น, สร้างแพลตฟอร์มระหว่างผู้ต้องการบริจาคกับผู้ต้องการรับอาหารแบบเรียลไทม์, รณรงค์เรื่องขยะ

อาหาร เช่นเดียวกับเหล้าบุหรี่หรือโครงการตาวีเศษ เพื่อสร้างจิตสำนึกในการกินไม่ให้อาหารเหลือทิ้ง ฯลฯ

3. ส่งเสริมการนำขยะอาหารไปใช้ต่อ (recycle) ผ่านการแยกขยะ ระหว่างขยะอินทรีย์กับขยะประเภทอื่น ๆ โดยอาจสลับวันหรือมีรอบพิเศษ, ยกเลิกสัมปทานการจัดเก็บขยะหากจ้างเอกชนเข้ามาช่วยจัดเก็บ ก็ควรได้รับรองจากกรมควบคุมมลพิษ, ปรับปรุงค่าธรรมเนียมจัดเก็บขยะให้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง จากปัจจุบันจัดเก็บในอัตราที่ต่ำเกินไป, สร้างศูนย์แปรรูปอาหารในท้องถิ่น เพื่อให้เอกชนรายย่อยหรือครัวเรือนนำขยะอาหารแปรรูปไปใช้ประโยชน์ได้

คณะผู้วิจัยยังมีข้อเสนอต่อภาคเอกชนด้วย เช่น

- กำหนดให้การบริหารจัดการขยะอาหารและอาหารส่วนเกินเป็นหนึ่งในวิธีลดต้นทุน สร้างรายได้เพิ่ม หรือสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับธุรกิจ โดยอาจริเริ่มจากสมาคมโรงแรมไทยและสมาคมผู้ค้าปลีกไทย จัดให้ความรู้กับและคำแนะนำกับผู้ประกอบการโรงแรมและร้านค้าปลีก

- ภาคธุรกิจที่มุ่งมั่นพัฒนาระบบบริหารจัดการขยะอาหาร และอาหารส่วนเกิน อาจรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ‘รักษ์อาหาร’



⁵ ศึกษาแนวทางการบริหารจัดการอาหารส่วนเกินเพื่อลดปัญหาขยะที่เหมาะสมกับประเทศไทย ปี 2562, เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และธารทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ, TDRI และ สสส.



แบบทดสอบว่าตัวเอง มีแนวโน้มสร้างขยะอาหารหรือเปล่า



เช็คลิสต์ง่าย ๆ เพื่อทราบว่า **นิสัยการซื้ออาหารของเรา** เป็นอย่างไรกันนะ

- ฉันซื้อเพราะมีราคาถูก
- ฉันซื้อเพราะมีปริมาณมาก
- ฉันซื้อทั้งที่ใกล้จะหมดอายุ หรือวันควรบริโภคก่อน
- ฉันไม่สามารถจินตนาการได้ว่า จะกินอาหารที่ซื้อมาได้หมดก่อนวันหมดอายุ
- ฉันซื้อทั้งที่ไม่ได้เป็นของที่โปรดปรานเป็นพิเศษ
- ฉันเป็นคนกินอาหารน้อย
- ฉันชอบซื้ออาหาร หรือวัตถุดิบในการประกอบอาหาร
- ฉันกินอาหารนอกบ้านบ่อย
- โดยปกติฉันไม่ค่อยทำอาหารกินเอง
- ไม่มีคนอื่นในบ้านช่วยกินอาหารที่ซื้อมา
- ในกรณีที่ซื้อของมาให้ผู้อื่นร่วมบ้าน อาหารหรือวัตถุดิบที่ซื้อมานั้น ไม่ได้เป็นของที่ฉันโปรดปราน
- ตอนนี้มีอาหารเก็บไว้อยู่ในบ้าน โดยที่ฉันไม่สามารถตอบได้ว่ามีอะไรอยู่ตรงไหน และปริมาณเท่าไร

ถ้าตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนนต่อ 1 ข้อ

คะแนน

0-3

คุณไม่มีความเสี่ยง ที่จะสร้างขยะอาหารเลย

แต่อย่าเพิ่งวางใจไป เพราะการวางใจจะทำให้ประมาท ลองให้สมาชิกในบ้านทำแบบทดสอบนี้ด้วย เพื่อจะประเมินได้ว่า บ้านของคุณมีความเสี่ยงที่จะสร้างขยะอาหารหรือไม่

คะแนน

8-12

คุณมีความเสี่ยงสูงมาก ที่จะสร้างขยะอาหาร

คุณมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ได้กินอาหารที่ซื้อมา ประหยัดน้อย กีดกัน นอกจากนั้นการกำจัดอาหารทิ้งยังทำให้เสียเวลาอีกด้วย

คะแนน

4-7

คุณมีความเสี่ยงที่จะ สร้างขยะอาหาร

ลองตั้งคำถามกับตัวเองว่า คุณมีประสบการณ์สร้างอาหารขยะในบ้านบ่อยแค่ไหน ถ้าบ่อยมาก คุณมีแนวโน้มที่จะเลื่อนระดับไปที่ความเสี่ยงสูงมากขึ้น เริ่มง่ายๆ จากการพิจารณาอาหารในตู้เย็นว่ามีมากแค่ไหน มีมานานเท่าไร ซื้อเท่าที่จำเป็น จะได้ไม่ต้องทิ้งภายหลัง



ที่มา: b.hatena.ne.jp/entry/anond.hatelabo.jp

เราทุกคนจะช่วยลดขยะอาหารได้อย่างไร

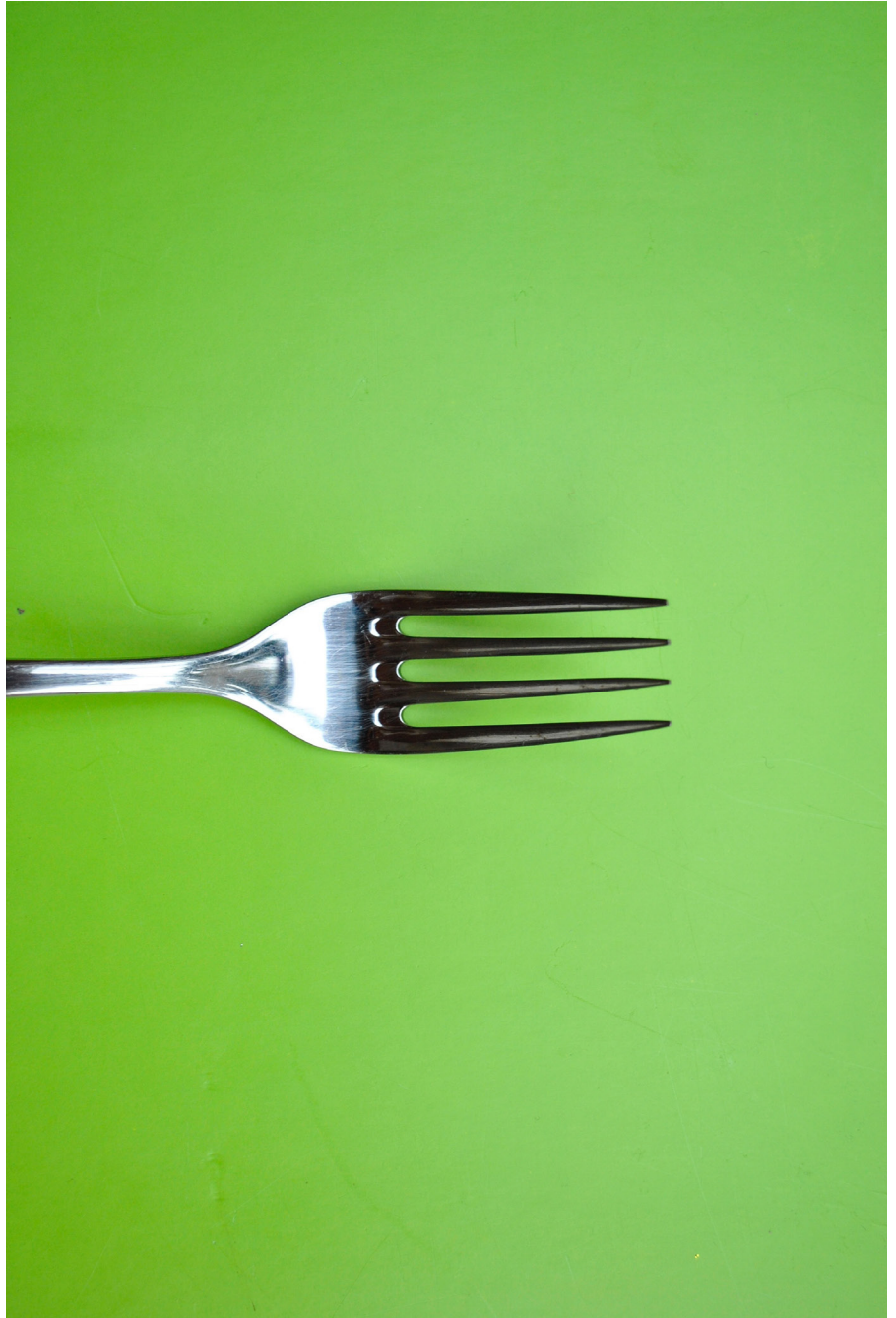
แม้ข้อเสนอในการแก้ไขปัญหามลพิษอาหารและอาหารส่วนเกินจะพุ่งเป้าไปที่ภาครัฐ และภาคเอกชน โดยเฉพาะบริษัทขนาดใหญ่ แต่ความจริงแล้ว พวกเราทุกคนก็มีส่วนช่วยได้

‘ป้องกัน’ การเกิดขยะอาหาร ทั้งวางแผนก่อนซื้อ เขียนรายการที่จำเป็น อย่าซื้อตอนหิว ไม่ซื้อเพราะการลดราคา ระวังข้อเสนอ 1 ฟรี 1 โดยเฉพาะกับผลไม้ ผัก และสลัด พยายามหาวิธีเก็บรักษาไว้ให้นาน โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ประเภทต่าง ๆ

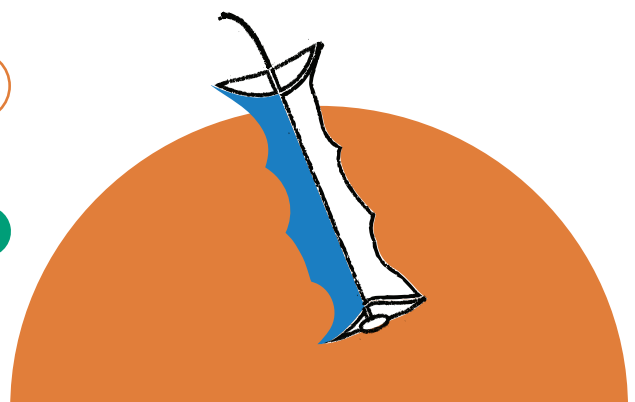
‘แบ่งปัน’ ปัจจุบันมีองค์กรไม่แสวงหากำไรเปิดรับบริจาคอาหารส่วนเกินมากมาย เช่น องค์กร SOS หรือมูลนิธิกระจกเงา ที่เริ่มโครงการ Food for friends รับบริจาคข้าวสาร น้ำดื่ม อาหารกระป๋อง อาหารแห้ง ชา กาแฟ บะหมี่ กุ้งสำเร็จรูป ของใช้ที่จำเป็น และยารักษาโรค

‘แยกขยะ’ เริ่มต้นแยกขยะและชักชวนให้คนใกล้เคียงแยกขยะ เพราะขยะอาหารบางประเภทสามารถนำกลับไปใช้ใหม่ได้ เช่น นำไปทำเป็นอาหารสัตว์ ปุ๋ยหมัก ก๊าซชีวภาพ ซึ่งจะช่วยให้ปริมาณขยะอินทรีย์ลดลง อันเป็นการช่วยลดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมในอีกทาง

อาหารบนโลกนี้ยังมีพอสำหรับทุก ๆ คน อยู่ที่การจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุด ไม่ไปอยู่ในกองขยะก่อนเวลาอันควร



ที่มา: Stop Food Waste กินกู้โลก, Sook Magazin, 54 May 2017

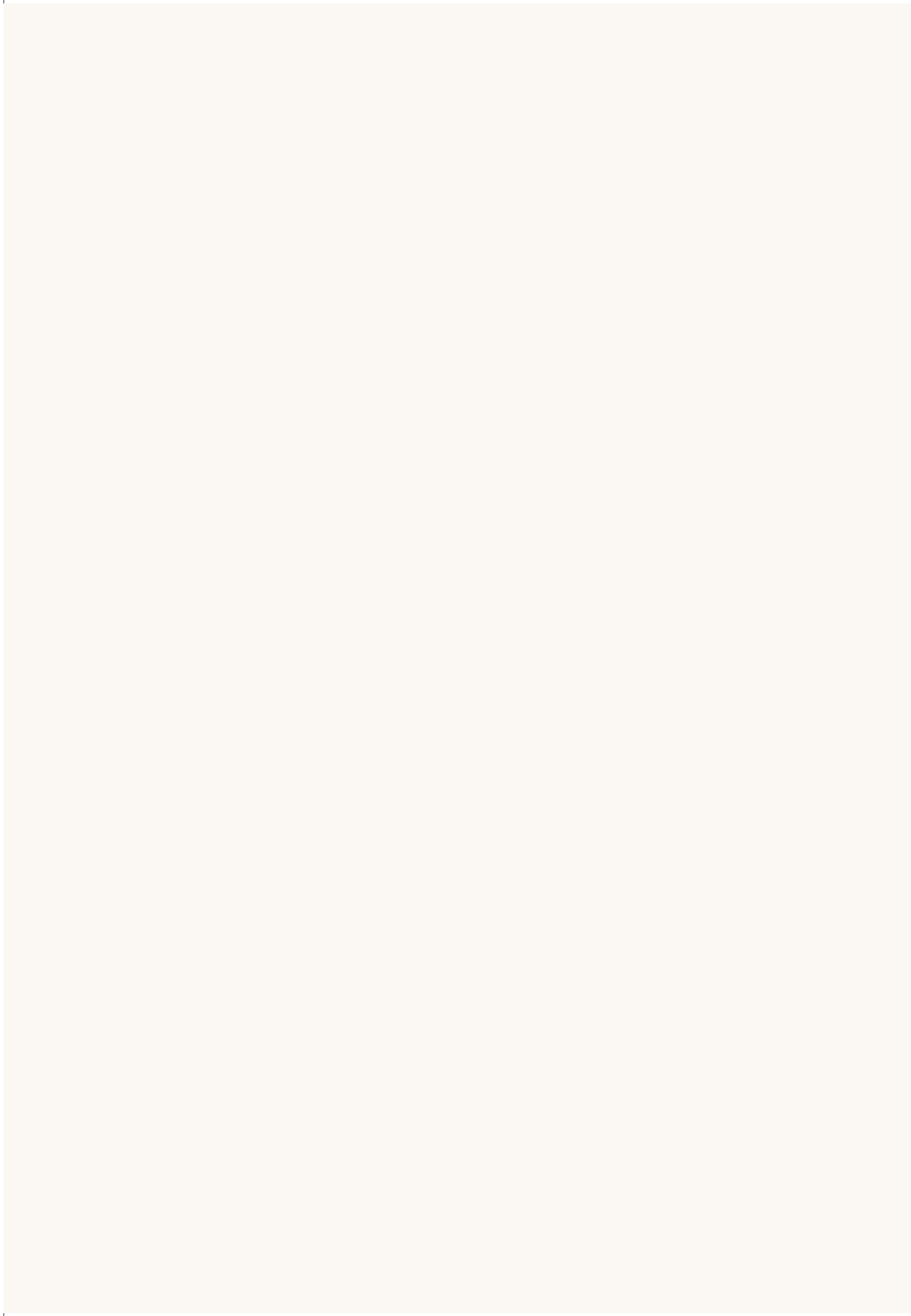


จัดทำโดย

- คณะทำงานเครือข่ายทางวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ
- ศูนย์เรียนรู้สู่สาธารณะ ‘Knowledge as a service’ ซึ่งมีภารกิจหลักในการเชื่อมโยงองค์ความรู้ของ สสส. อย่างเป็นระบบ พร้อมกับออกแบบสื่อเพื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายเพื่อสร้างประสบการณ์ตรงในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนวงกว้าง
- แผนงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลและเทคโนโลยีสร้างเสริมสุขภาพ สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สสส. หน่วยงานสนับสนุนการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพที่สำคัญของประเทศ
- บริษัท ไวซ์ไซท์ ประเทศไทย จำกัด ในการรวบรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพคนไทยบนโลกออนไลน์ในรอบ 1 ปี

วอเบคณผู้สนับสนุนทางวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิ

- นายวิเชษฐ์ พิชัยรัตน์ กรรมการกองทุน สสส. และกรรมการบริหารแผน คณะที่ 8
- นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล กรรมการบริหารแผน คณะที่ 8
- ทพ.ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ ผู้ช่วยผู้จัดการกองทุน สสส.
- นางเบญจมาภรณ์ ลิมปิษเฐียร ผู้อำนวยการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สสส.
- ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา ผู้อำนวยการสำนักภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ สสส.
- นายชาติวุฒิ วังวล ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สสส.
- น.ส.รุ่งอรุณ ลิ้มฬหะภิน ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สสส.
- ดร. นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม รักษาการผู้อำนวยการสำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา สสส.
- รศ. นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ ผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัวมหาวิทยาลัยมหิดล และหัวหน้าโครงการศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก สาขาวิชาเวชศาสตร์ ผู้ป่วยนอกเด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- นพ.พินิจ ฟาอำนาจผล ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
- ผศ. ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ หัวหน้าแผนงานการพัฒนาดัชนีภาวะทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบายสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
- ผศ. นพ.คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผศ. ภญ.ดร.นิตดา เกียรติยิ่งอังศุลี ผู้จัดการแผนงานพัฒนาไกลเฝ้าระวังระบบยา
- ดร.เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ ผู้อำนวยการวิจัยนโยบายการกำกับดูแลที่ดี สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
- ธารทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
- ดร.ศรีดา ตันตะอิพานิช กรรมการผู้จัดการมูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย
- เครือข่ายอากาศสะอาด ประเทศไทย
- บริษัท ไวซ์ไซท์ ประเทศไทย จำกัด





ดาวโหลดเนื้อหาได้ที่