

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทบาทการคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล

ยงยุทธ เรือนทา

ชิตชนก เรือนก้อน

ชบาไพร โพธิ์สุยะ

สายวิชาวิทยาลัยการสาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทการคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมการบริโภคยาสูบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 98 คน ในเขต 7 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ในช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายน 2549 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

การศึกษาพบว่า บทบาทหลักในการควบคุมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ การควบคุมกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมายที่เน้นการแนะนำให้ปฏิบัติตามกฎหมายมากกว่า การตรวจจับ การรณรงค์สุขภาพที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และการบำบัดรักษาในคลินิกอนุเคราะห์ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการโดยพยาบาล

ในขณะที่ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้แก่ การได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาตรการทางสังคม ความตั้งใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ และสื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน ผ่านทางทีวี หรือวิทยุ ทำให้การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมยาสูบทำได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น อุปสรรคของการดำเนินงาน ได้แก่ การไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างเคร่งครัด การติดตามและประเมินผลโครงการยังไม่เป็นระบบ จำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับการะงาน การขาดความตระหนักถึงโทษของบุหรี่ในชุมชน การขาดองค์ความรู้ด้านการรักษาด้วยยา และการให้ความสำคัญของผู้บริหารต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบซึ่งมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณ

การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในอนาคต ควรมีการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ควรทำงานบูรณาการร่วมกับองค์กรอื่น เน้นการรณรงค์สุขภาพโดยมีกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญคือ กลุ่มเยาวชน การมีส่วนร่วมของชุมชนและมาตรการทางสังคมจะทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบมีประสิทธิภาพขึ้น

คำสำคัญ: การคุ้มครองผู้บริโภค, บทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, การควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทนำ

เป็นที่ยอมรับกันว่า บุหรี่เป็นสารเสพติดที่ก่อให้เกิดพิษภัยต่อสุขภาพของคนทั่วโลก จากการสำรวจของ

สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า การสูบบุหรี่นับเป็นปัญหาสำคัญด้านพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย โดยใน พ.ศ. 2547 มีประชากรไทยที่สูบบุหรี่ทั้งหมดถึงประมาณ

11.3 ล้านคน เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี ประมาณ 1.26 ล้านคน⁽¹⁾ การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุให้คนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 52,000 คน⁽²⁾ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ โดยพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ต่อปีมีประมาณร้อยละ 6-15 ของงบประมาณประจำปีด้านการรักษาพยาบาล⁽³⁾ และการสูบบุหรี่ยังนำไปสู่ปัญหาการเสพติดสารอื่น ๆ ซึ่งเป็นรากฐานของปัญหาต่าง ๆ ในสังคม

ใน พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้นำที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับประชาชน และประชาชนให้ความเชื่อถือ^(4,5) แม้ว่าจะเป็นภาระให้คำแนะนำในระยะเวลายาวนาน ๆ จากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ก็สามารถที่จะทำให้เกิดการละเว้นการสูบบุหรี่ในประชาชนได้ถึงร้อยละ 30⁽⁵⁾ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีบทบาททั้งเชิงรุกและเชิงรับ ได้แก่ การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การช่วยคนที่เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบ รวมทั้งการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ และการดำเนินงานส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะร่วมมือกันเป็นสหสาขาวิชาชีพ⁽⁴⁾

วิชาชีพแพทย์ถือเป็นแกนนำในการควบคุมการบริโภคยาสูบ มีบทบาทในการรักษาโรคที่เป็นผลพวงจากการสูบบุหรี่ เป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ปลอดบุหรี่ และเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนบทบาทเชิงรุกต่าง ๆ⁽⁴⁾ วิชาชีพทันตแพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาผลเสียของยาสูบที่มีต่อช่องปาก ส่วนใหญ่จะไม่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการงดสูบบุหรี่ของผู้ป่วยมากนัก^(6,7) บทบาทของเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบในเชิงรุก ได้แก่ การเข้าไปมีส่วนร่วมในการรณรงค์ เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ ส่วนบทบาทในเชิงรับ ได้แก่ การให้คำแนะนำ ติดตามผลจากการใช้

ยาช่วยเลิกบุหรี่ทั้งในโรงพยาบาลและร้านยา สำหรับบทบาทของพยาบาล ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ และการป้องกันไม่ให้ผู้สูบบุหรี่รายใหม่ ๆ เกิดขึ้น ซึ่งในการปฏิบัติงานนั้นครอบคลุมทั้งในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ^(4,6) ผลการศึกษาจากงานวิจัยหลายงานวิจัย สามารถสรุปได้ว่าพยาบาลมีบทบาทในการช่วยผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ผ่านการอบรมวิธีการอดบุหรี่มาก่อน^(5,8-9)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับอำเภอและระดับตำบล เป็นหนึ่งในสาขาวิชาชีพสุขภาพ ที่มีส่วนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และเป็นกลุ่มบุคลากรที่ถือได้ว่าเข้าถึงและใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด อย่างไรก็ตามบทบาทและการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ ร่วมกับลักษณะการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ที่มีความหลากหลาย และแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทการคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและอุปสรรคของการดำเนินการ และศึกษาแนวทางในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในอนาคต โดยข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในระดับนโยบายในการกำหนดบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่และการควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อให้มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ (qualitative research) ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่หรือปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในการควบคุม

การบริโภคยาสูบ ในเขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน และพะเยา

เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาสูบ เช่น เจ้าหน้าที่ในฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอหรือตำบล ในแต่ละอำเภอของ 7 จังหวัดภาคเหนือตอนบน จำนวน 98 คน

รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ณ พื้นที่ 7 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ในช่วงเดือนมกราคม 2549 - เมษายน 2549 แบ่งการสนทนาเป็นกลุ่มย่อย จังหวัดละ 1-2 กลุ่ม โดยในแต่ละกลุ่มย่อยมีสมาชิกประมาณกลุ่มละ 8-15 คน ทำการสนทนาตามประเด็นที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น บันทึกการสนทนาในสมุดบันทึกข้อมูลภาคสนาม พร้อมทั้งขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างบันทึกเสียงในเครื่องบันทึกเทป

นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (induction)

ผลการศึกษา

1. บทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทบาทหลักในการควบคุมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มี 3 ด้าน คือ การควบคุมกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมาย การรณรงค์สุขภาพศึกษา และบทบาทในคลินิกอดบุหรี่

1.1 การควบคุมกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมาย

การดำเนินงานจะเน้นการแนะนำให้ปฏิบัติตามกฎหมายมากกว่าการตรวจจับ จึงเป็นการทำงานในเชิงบวก ออกตรวจร้านค้า และร้านชำ ไม่ให้จำหน่ายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และไม่แสดงบุหรี่ ณ จุดขาย นอกจากนี้ ยังมีการออกตรวจร้านอาหาร โดยส่งเสริมให้มีการจัดพื้นที่ หรือเขตปลอดบุหรี่ การทำงานต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานงานกับ

บุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ตำรวจ และบุคลากรจากกรมสรรพสามิต การกำกับดูแลมักผนวกไปกับการตรวจผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เช่น อาหาร ยา เครื่องสำอาง และสุรา ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

“จะเน้นให้คำแนะนำมากกว่า ไม่เฉพาะแค่บุหรี่ยับสุรารอย่างเดียว เราทำเรื่องของ อย. ทุกอย่างหมดเลยคะ เราพยายามที่จะให้ในมุมมองแก่เขา เพราะถ้าเราให้มุมลบกับเขารั้งเดียว ครั้งต่อไปเราก้เข้าไปหาเขาไม่ได้อีก”

1.2 การรณรงค์สุขภาพศึกษา

การดำเนินกิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละจังหวัด มีระดับผลสัมฤทธิ์ และความต่อเนื่องแตกต่างกัน ขึ้นกับนโยบายของจังหวัดที่เน้นความสำคัญแตกต่างกัน

รูปแบบในการดำเนินการมีความหลากหลาย ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งที่เป็นประชาชนทั่วไปและเยาวชนในสถานศึกษา ซึ่งมีหลายแห่งที่เริ่มให้สุขภาพศึกษาตั้งแต่เด็กนักเรียนอนุบาลจนถึงระดับมัธยมศึกษา สร้างแกนนำเยาวชนในสถานศึกษา ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อไปนี้

“รณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก ทำในเดือน พ.ค. ใช้เด็กเยาวชนเป็นแกนนำ จัดนิทรรศการ จัดประกวดคำขวัญ ใช้เพื่อนช่วยเพื่อน ถ้าใครมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ก็ชวนให้เพื่อนเข้ากิจกรรมงดสูบบุหรี่นี้ โดยให้ตัดเอง ไม่ต้องพึ่งคลินิกอดบุหรี่ เป็นการตัดเองโดยใช้กลุ่มเป็นตัวช่วย”

“กิจกรรมป้องกันหรือคะตอนนี้เรากำลังเริ่มทำในกลุ่มเด็กอนุบาลจนถึง ป.3 ซึ่งจังหวัดของเราทำเอง โดยเราจะจัดโครงการลูกหลานไทยไม่สูบบุหรี่ โดยเราเข้าไปจัดกิจกรรมให้เด็ก 1 วัน”

“ทำอยู่หลายกิจกรรมนะ มีการอบรมคนสูบบอกวิธีการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมการเขียนจดหมายจากลูกถึงผู้ปกครอง เราจะประสานไปทางครูให้สอนเด็กเขียนจดหมายไปยังผู้ปกครองหรือญาติพี่น้องที่เกี่ยวข้องที่สูบบุหรี่ หลังจากนั้นก็มีติดตาม

ประเมินผลถ้าญาติหรือผู้ปกครองของเด็กคนนั้นเลิกสูบบุหรี่ เราก็มีทุนการศึกษาให้เด็ก ก็ประมาณ 300-400 บาท”

กลยุทธ์ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ มีการดึงแกนนำคนสำคัญในชุมชน เช่น พระ เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและคิดค้นกระบวนการในการแก้ปัญหาตามสภาพบริบทของแต่ละชุมชน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

“แต่เดิมเรื่องของบุหรี่ จะมีการถวายให้คนเฒ่าคนแก่ที่ตาย เอาบุหรี่ถวายบ้าง เอาเหล้าใส่ถุงถวายด้วย เพราะพ่ออู๊ยแม่อู๊ย สมัยที่ยังไม่ตายชอบดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ณ วันนี้พ่อพระเขาบอกว่ามันไม่ดีนะที่ส่งมา ถ้าเขามาถวายทาน สุดท้ายมันก็จะกลับไปถึงลูกถึงหลาน ถ้าพระไม่สูบบุหรี่ เห็นเด็กมาเล่นที่วัดก็เกิดความเสียดาย บุหรี่เขาซื้อมาถวายหลายบาท ก็เลยเอาให้เด็กไปสูบบุหรี่กว่าเอาไปทิ้งเปล่าๆ... ณ วันนี้พระสงฆ์จะบอกว่าเหล้า บุหรี่ไม่ต้องเอามาถวายแล้ว เราก็ไปช่วยประชาสัมพันธ์ว่าเอาบุหรี่เหล้ามาถวายให้พระมันเป็นบาปนะ เดียวนี้คิดว่าน่าจะไม่มีเลย”

1.3 บทบาทในคลินิกอดบุหรี่

หน่วยงานส่วนใหญ่มีคลินิกอดบุหรี่และมีสถานที่ตั้งของคลินิกอดบุหรี่หรืออยู่ในโรงพยาบาล ทั้งในระดับจังหวัดและชุมชน บางหน่วยงานจัดคลินิกอดบุหรี่ไว้เป็นส่วนหนึ่งของคลินิกจิตเวช จะมีผู้รับผิดชอบหลักเป็นพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีอนามัยมีบทบาทน้อยในคลินิกอดบุหรี่ โดยบุคลากรกลุ่มนี้จะทำหน้าที่ในการรณรงค์และให้สุขศึกษาเป็นหลัก

2. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

2.1 ปัจจัยสนับสนุน

ผลสำเร็จของการควบคุมการบริโภคยาสูบขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุน ดังต่อไปนี้

2.1.1 ความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน วัด องค์กรบริหารส่วนตำบล และการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนมาตรการบังคับใช้

ทางกฎหมายที่เข้มงวดและชัดเจนมีผลอย่างมากในการทำให้ผู้ประกอบการปฏิบัติตามกฎหมาย อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลหรือความรู้ในเรื่องกฎหมาย และกิจกรรมในลักษณะเชิงบวก เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ปฏิบัติในปัจจุบัน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า

“พระจะมีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจเกี่ยวกับเรื่องลดละเลิก” “ถ้า อบต.ไม่มาร่วมด้วย ก็คงทำได้ยากอยู่ ก็มีหลายหมู่บ้านที่ผู้นำยังไม่มาร่วมด้วย” และ “อยากจะให้ตำรวจเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ความสำเร็จก็จะสูง เพราะเราก็ได้แค่พูดแนะนำ เรามีแต่พระคุณไม่มีพระเดช ถ้าพระเดชกับพระคุณไปด้วยกันก็จะประสบความสำเร็จ”

2.1.2 มาตรการทางสังคมทำให้การดำเนินกิจกรรมได้ผลดีมากขึ้น การสร้างกระแสหรือค่านิยมในเรื่องการไม่สูบบุหรี่มีผลดีอย่างมากเพราะทำให้คนที่สูบบุหรี่ตระหนักว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่น่ารังเกียจของสังคม คนส่วนมากไม่ยอมสูบ และส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบและผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า

“ช่วงนี้เป็นกระแสสร้างสุขภาพ คนกลัวตาย ไทน์จะออกกำลังกาย งดเหล้า งดบุหรี่ แพนที่นิ่งดไปเลย ไตน์ดูถูกว่าเป็นประชาชนชั้นสอง เค้ารังเกียจ” และ “...คนเริ่มลดไปนะ กระแสสังคมบีบกันเองไง ไม่รู้จะไปอยู่ไหน สูบบุหรี่พวกคุณก็ همینกัน ถ้าสูบบุหรี่ในห้องทำงาน... ‘ใครสูบบุหรี่ همین !’ ก็ไม่มีใครเอานะ เริ่มเบรกกันเอง”

2.1.3 ความตั้งใจ ความสนใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ ต้องมีใจรักงานที่ทำเป็นอย่างมาก งานจึงจะสำเร็จ หากเป็นการปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีความชอบงานนี้เป็นส่วนตัว ก็เป็นการยากที่จะประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน

2.1.4 การได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจากองค์กรที่มีส่วนรับผิดชอบโดยตรง เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักงานกองทุนสนับสนุน

การสร้างเสริมสุขภาพ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

“ถ้ามีงบประมาณสนับสนุนก็จะมีแรงขับเคลื่อนมากขึ้น”

2.1.5 การรณรงค์และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว

ปัจจัยสนับสนุนดังกล่าวข้างต้นนี้มีส่วนสำคัญทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบประสบผลสำเร็จ

2.2 ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ เกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่

2.2.1 การบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ไม่สามารถบังคับใช้ได้เคร่งครัด ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายประการ ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับชุมชน การที่ต้องทำงานใกล้ชิดกับชุมชนค่อนข้างมาก ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกรงว่าหากบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจะส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานเอง 2) ขาดความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมาย 3) ความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่และการแบ่งความรับผิดชอบในงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ปัญหาว่าหน่วยงานใดควรจะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก หรือแต่ละหน่วยงานควรจะรับผิดชอบกิจกรรมใดบ้าง หรือมีขอบเขตมากน้อยเพียงใด ส่งผลต่อการประสานงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของภาครัฐ 4) ความขัดแย้งของนโยบายในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข และกรมสรรพสามิต โดยกรมสรรพสามิตต้องการให้มีการเก็บภาษีให้มากขึ้นจากการจำหน่ายบุหรี่ ในขณะที่เดียวกัน กระทรวงสาธารณสุข ต้องการลดอัตราภาษีบริโภคยาสูบทำให้การจัดทำโครงการมีความขัดแย้งกัน และ 5)

พฤติกรรมของผู้นำ หากผู้บังคับบัญชาหรือผู้นำยังคงสูบบุหรี่ ก็มักไม่ค่อยให้ความสำคัญหรือดำเนินโครงการควบคุมการบริโภคบุหรี่อย่างเอาใจจริงเอาจัง ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า

“...มีอีกหนึ่งอัน ซึ่งจะทำให้กิจกรรมสะดุดคืออยู่ที่ตัวผู้บริหารเอง ซึ่งสูบบุหรี่ พอเวลามีเรื่องบุหรี่เข้ามา จะไม่ค่อยสนใจ ไม่ค่อยสนับสนุนกิจกรรมนี้เท่าไร ถ้าดูผลกระทบตรงนี้ ตัวเขาเองยังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ ก็เลยทำให้กิจกรรมนี้ไม่ค่อยมีความสำคัญและไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น ตัวผู้บริหารเองสำคัญมาก”

2.2.2 การประเมินผลโครงการ มีการประเมินตามเกณฑ์และตัวชี้วัดที่กำหนดมาจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังมีปัญหาเรื่องความถูกต้องแม่นยำของผลการประเมิน และยังไม่มีการติดตามโครงการอย่างชัดเจนและเป็นระบบ

2.2.3 ปัจจัยด้านบุคลากร ปริมาณงานและเวลาในการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความคิดเห็นว่างานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นงานหลักของตน แต่บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีจำนวนไม่เพียงพอ และร้านที่ต้องไปตรวจมีจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถทำได้ครอบคลุมทุกพื้นที่

2.2.4 การที่ผู้สูบบุหรี่ไม่ตระหนักถึงโทษหรือพิษภัยของบุหรี่ เนื่องจากคนในชุมชนมองว่าไม่ใช่ปัญหาของชุมชน และการเกิดผลเสียต่อสุขภาพไม่เกิดขึ้นทีไรในระยะเวลานั้น ถ้าเปรียบเทียบกับพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ หรือ การกินยาบ้า ซึ่งเห็นผลเสียได้ชัดเจนกว่า ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

“ก็คือมันไม่เห็นผลต่อสุขภาพโดยทันทีใบบางคนสูบมา 5 ปียังเฉยเลย ไม่เป็นอะไร มันไม่ชัดเจนนะ ไม่เกิดผลชัดเจนต่อสุขภาพ มันไม่เหมือนเราไปทำอย่างอื่นมันเห็นผลไว”

“บ้านเราเขาไม่ได้บอกว่าสูบบุหรี่แล้วมันมีอันตรายระยะยาว ไม่เหมือนกับเหล้า ซึ่งเหล้ามันจะเห็นผลในบัดดล บุหรี่นี้ไม่ใช่ว่าสูบบุหรี่แล้วขับรถไปชน

ซึ่งมันเป็นไปได้ถ้าดื่มเหล้าแล้วขับรถไปชนก็ว่าไปอย่าง”

2.2.5 องค์ความรู้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเห็นว่าตนมีความรู้ในด้านนโยบายและกฎหมาย แต่ยังคงขาดด้านการรักษาด้วยยา จึงอาจให้คำปรึกษาแก่ประชาชนได้ แต่ไม่สามารถให้ความรู้แก่กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกัน

2.2.6 งบประมาณมีความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ การจัดสรรงบประมาณลงในแต่ละพื้นที่ ขึ้นกับการจัดลำดับความสำคัญของผู้บริหาร และปัญหาหลักต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้น ๆ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข “ถ้างบประมาณที่ให้มาน้อย งานก็สำเร็จยาก หรือทำไม่ได้เต็มที่”

3. แนวทางในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในอนาคต

3.1 นโยบายเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ

ควรมีการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน นโยบายสำคัญที่ควรกำหนด คือ การยกเลิกการผลิต และห้ามจำหน่ายบุหรี่ รวมถึงการกำหนดนโยบายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบเฉพาะงานป้องกัน รักษา และการรณรงค์เท่านั้น การดำเนินการควบคุมตามกฎหมายควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานอื่น เช่น ตำรวจ

3.2 การรณรงค์สุขภาพ

ควรเน้นการรณรงค์ในกลุ่มเยาวชนเนื่องจากเป็นการป้องกันที่ดี โดยเน้นที่การให้ความรู้ การสร้างจิตสำนึกและการเปลี่ยนค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข “โครงการต้องเน้นที่เยาวชนคนที่ยังไม่สูบบุหรี่ ถ้าเราป้องกันตรงจุดนี้ได้ก็ถือว่าดีมาก”

3.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน และมาตรการทางสังคม

ความเข้มแข็งของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และมาตรการทางสังคมช่วยควบคุมการบริโภคยาสูบ แต่มาตรการทางสังคมนี้ประสบความสำเร็จ

สำเร็จมากน้อยเพียงใด ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมของแต่ละชุมชนและบริบททางสังคมด้วย เช่น ค่านิยมที่แตกต่างกันของวัยรุ่นและผู้ใหญ่

“...ในส่วนของผู้ใหญ่ มาตรการของสังคมเขาจะจัดการเอง คล้าย ๆ ว่าคนสูบบุหรี่ก็รู้ว่าคนอื่นเหม็นแล้วเขาก็ไม่ชอบให้มาอยู่ใกล้ แต่มันตรงกันข้ามกับกลุ่มวัยรุ่น คือมาดูแลแล้วในกลุ่มวัยรุ่นนั้นจะคะ เขาจะคิดอีกอย่างหนึ่งว่า การสูบบุหรี่เป็นการเท ซึ่งไม่ว่าผู้หญิงหรือผู้ชายเขาจะสูบกินหมด ไม่เหมือนกับผู้ใหญ่ที่เวลาจะสูบบุหรี่เขาจะต้องหลบออกจากวงไปสูบบุหรี่ที่ไกล ๆ ลักษณะแบบนี้แสดงถึงค่านิยมซึ่งแตกต่างตามวัยของผู้สูบคะ”

3.4 การทำงานบูรณาการร่วมกับองค์กรอื่น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเห็นว่า ควรมีการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรต่าง ๆ ในท้องถิ่น ทั้งฝ่ายปกครอง ฝ่ายการศึกษา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจะต้องร่วมกันทำงานอย่างจริงจัง และควรบูรณาการทั้งในแง่ของผู้ดำเนินการ นโยบาย และกิจกรรม เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนกับนโยบายหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

“ผมว่าถ้าพูดถึงความสำเร็จนี้มันยากนะ เราจะต้องทำในรูปบูรณาการกับองค์กรอื่น เช่น เราต้องมีพันธมิตรเพิ่มขึ้น เพราะว่าองค์กรส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และกระทรวงอื่นด้วย เราต้องช่วยกันอย่างจริงจังไม่ใช่เข้ามาโยนให้ฝ่ายสาธารณสุขทำฝ่ายเดียว ซึ่งคงไปไม่รอดแน่นอน เพราะงานประจำวันของเราก็เยอะอยู่แล้ว”

“ทีมที่จะทำงานเรื่องบุหรี่ในระดับอำเภอ เน้นถ้าเรามองว่าจะให้มันเข้มแข็งหรือประสบความสำเร็จน่าจะมีฝ่ายปกครอง ตำรวจ นายอำเภอมาร่วมทีม”

วิจารณ์

บทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทบาทด้านการควบคุมกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมาย เป็นการทำงานในเชิงบวก ได้แก่ การ

ออกตรวจร้านค้า และจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร การทำงานเน้นการแนะนำให้ปฏิบัติตามกฎหมายมากกว่าการแสดงบทบาทด้านการตรวจจับ สาเหตุที่การทำงานเป็นลักษณะเชิงบวก อาจเนื่องมาจากการทำงานในชุมชน บุคลากรสาธารณสุขต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก การรักษาสัมพันธภาพกับคนในชุมชนมีความสำคัญต่อผลสำเร็จของการดำเนินงาน และสถานประกอบการเหล่านี้เป็นแหล่งรวมของคนในชุมชนซึ่งเจ้าหน้าที่ต้องอาศัยเป็นสื่อกลางในการทำงาน มีผลการวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งจำกัดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ระมัดระวังไม่สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่มากขึ้น สามารถปรับตัวและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามข้อกำหนดเป็นอย่างดี และพบว่า การกำหนดเขตปลอดบุหรี่ไม่ส่งผลกระทบต่อรายได้ของร้านอาหาร⁽¹⁰⁻¹³⁾

บทบาทด้านรณรงค์สุขภาพ มีรูปแบบในการดำเนินการที่หลากหลาย ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งที่เป็นกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา กลยุทธ์ที่สำคัญคือมีการดึงแกนนำต่าง ๆ ในชุมชน เช่น พระ เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ คำแนะนำของผู้นำทางศาสนามีส่วนกระตุ้นให้ผู้ที่กำลังสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้ประมาณร้อยละ 25 และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อาศัยในชนบทและเขตเมือง พบว่า โดยภาพรวมผู้อาศัยอยู่ในชนบทเชื่อว่าคำแนะนำจากพระมีผลต่อการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้อาศัยในเมือง⁽¹⁴⁾

บทบาทในการช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ มีการดำเนินงานในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ผู้รับพิชชอบหลักส่วนใหญ่เป็นพยาบาล งานวิจัยหลายชิ้นในต่างประเทศ ได้ศึกษาบทบาทของพยาบาลในการช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ พบว่าพยาบาลมีบทบาทในการช่วยผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ผ่านการอบรมมาก่อน^(5,8-9) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีอนามัย มีบทบาทน้อยในคลินิกอดบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากมีการจัดตั้งคลินิกดังกล่าว

ในโรงพยาบาลเป็นหลัก และในสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ค่อนข้างน้อย โดยรณรงค์และให้สุศึกษาเป็นหลัก

ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การควบคุมการบริโภคยาสูบของกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะสำเร็จลุล่วงไปได้ ขึ้นกับปัจจัยสนับสนุนหลายอย่าง ได้แก่ การได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ใช้มาตรการทางสังคมเป็นสิ่งสร้างความตระหนักให้คนในชุมชนเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่น่ารังเกียจ การได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจากองค์กรที่มีส่วนรับผิดชอบโดยตรง เช่น กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ นับตั้งแต่มีพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ทำให้มีแหล่งเงินทุนที่จะสนับสนุนหน่วยงานในการดำเนินกิจการเพื่อควบคุมยาสูบเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁵⁾ แต่ถึงแม้จะมีแหล่งสนับสนุนงบประมาณจากหลาย ๆ แห่ง หากผู้บริหารหรือผู้นำไม่เห็นความสำคัญของการดำเนินการจัดสรรงบประมาณให้กิจกรรมดังกล่าวก็จะมีน้อยและงบประมาณถูกดึงไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่เห็นว่าสำคัญกว่า นอกจากนี้ การรณรงค์ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานได้ง่าย และรวดเร็วขึ้น

การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็มีปัญหาอุปสรรคเช่นกัน คือไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างเคร่งครัด โดยมีหลายสาเหตุ ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับชุมชน ซึ่งแม้จะมีผลดีในเรื่องการให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ แต่ก็ทำให้ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างเข้มงวด ปัญหาการขาดความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hamann S และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า การทำงานในลักษณะต่างคนต่างทำในหลายหน่วยงาน ขาดการประสานพลังในการทำงาน เป็นปัจจัยคุกคามที่ทำให้

งานควบคุมการบริโภคยาสูบไม่ประสบผลสำเร็จ รวมถึงความไม่ชัดเจนในการแบ่งความรับผิดชอบในงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ยังคงเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อการประสานงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวีณา ศิริสุข⁽¹⁶⁾ พบบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่มีความเห็นว่าภาครัฐยังขาดนโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินงาน นอกจากนี้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้นำทางสาธารณสุขก็เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ การสูบบุหรี่ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เองถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ขัดขวางการดำเนินงานในการควบคุมการบริโภคยาสูบ⁽⁵⁾

นอกจากนี้ในการดำเนินงานยังมีอีกหลายปัญหา ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวีณา ศิริสุข⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าร้อยละ 80.5 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการดำเนินการตามกฎหมายมีปัญหาหลักในด้านการขาดเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย และงานวิจัยของ Hamann S และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า การขาดบุคลากรและการทำงานอย่างไม่ทุ่มเท เป็นจุดอ่อนในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบให้สัมฤทธิ์ผล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเห็นว่าตนมีความรู้ในด้านนโยบายและกฎหมาย แต่ยังขาดด้านการรักษาด้วยยา ซึ่งหลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพในปัจจุบันส่วนใหญ่ก็ยังไม่ให้หัวข้อการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่⁽⁶⁾ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขอาจต้องพิจารณาถึงการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการบังคับใช้กฎหมายเน้นการให้ความรู้เรื่องกฎหมาย และการส่งเสริมให้กระทำถูกต้องตามกฎหมายมากกว่าการ

ตรวจจับ เนื่องจากในทางปฏิบัติเป็นเรื่องที่ทำได้ลำบาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนไว้ และต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายส่วน นอกจากนี้บทบาทหนึ่งที่ชัดเจนในการควบคุมการบริโภคยาสูบ คือ การรณรงค์ให้สูชศึกษา ถึงแม้มีรูปแบบและกิจกรรมหลากหลายในแต่ละจังหวัด กลยุทธ์ที่สำคัญคือให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์วางแผน และแก้ไขปัญหา กลุ่มเป้าหมายที่ควรมุ่งเน้นคือกลุ่มเยาวชน และสำหรับคลินิกอดบุหรี่มีการให้บริการแก่ผู้ที่ต้องการอดบุหรี่ในโรงพยาบาลเท่านั้น และส่วนใหญ่ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ ได้แก่ พยาบาล

ผลสำเร็จของการควบคุมการบริโภคยาสูบขึ้นกับปัจจัยสนับสนุนหลายประการ ได้แก่ สื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน ผ่านทางทีวี หรือวิทยุ ทำให้การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมยาสูบทำได้ง่าย และรวดเร็วขึ้น เนื่องจากประชาชนมีความคุ้นเคยกับการส่งเสริมให้มีการเลิกสูบบุหรี่ หรือควบคุมการสูบบุหรี่อยู่แล้วระดับหนึ่ง ความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาตรการทางสังคม ความตั้งใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และความสนับสนุนด้านงบประมาณ อย่างไรก็ตาม ปัญหาของเจ้าหน้าที่ในการควบคุมการบริโภคยาสูบมีหลายประการ ได้แก่ การไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบได้อย่างเคร่งครัด การติดตามและประเมินผลโครงการอย่างไม่เป็นระบบ จำนวนเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานมีน้อย การขาดองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ และการขาดความตระหนักถึงโทษของบุหรี่ในชุมชน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการศึกษานี้มีหลายประการด้วยกัน คือ 1) กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบให้ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ผู้บริหารและผู้บังคับบัญชาในระดับต่าง ๆ ควรให้ความสำคัญและ

กำหนดให้งานควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นนโยบายที่สำคัญของงานสาธารณสุข 3) การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งในด้านกฎหมาย และการรณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้โดยมุ่งเน้นในกลุ่มเยาวชน ควรดำเนินการในลักษณะที่สหสาขาวิชาชีพ ซึ่งควรประกอบด้วยบุคลากรด้านสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงบุคลากรด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ สรรพสามิต ครู ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระ และผู้นำชุมชน รวมถึงบูรณาการกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ เข้ากับกิจกรรมอื่น ๆ ที่ดำเนินการอยู่ 4) ใช้มาตรการทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนมาเป็นเครื่องมือในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และ 5) ควรติดตามและประเมินผลโครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบ และควรมีการพัฒนาตัวชี้วัดที่สามารถปฏิบัติได้โดยง่ายและมีความถูกต้องแม่นยำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบุหรี่ ในเขต 7 จังหวัดภาคเหนือทุกท่าน ในการให้ข้อมูลที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ และขอขอบคุณเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2548. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
2. มณฑา เก่งการพานิช, ลักขณา เดิมศิริกุลชัย, ศรีณญา เบญจกุล, สาโรจน์ นาคจู, บรรณาธิการ. สรุปรายงานการประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 เรื่อง รวมพลังประชาคมจัดภัยบุหรี่; 5-6 มิถุนายน 2549; ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2549.

3. รัชนา ศานติยานนท์. พิชัยบุหรี. ใน: สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, บรรณาธิการ. การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่; 2549. หน้า 49-75.
4. สมศรี เผ่าสวัสดิ์, สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, วิกุล วิลาสเสสส์, สิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, จินดนา ยูนิพันธ์, สมหมาย หิรัญนุช และคณะ. บทบาทวิชาชีพสุขภาพและการสร้างจิตสำนึกกิจกรรมการสร้างความเป็นผู้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ใน: สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, บรรณาธิการ. การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่; 2549. หน้า 81-116.
5. Seoane M. WHO urges health professionals to engage in tobacco control; survey shows lack of training on tobacco cessation techniques for health-profession students. News [serial online] 2005 [cited 2007 Nov 26]. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr22/on/index.html>
6. Hamann S, เนาวรัตน์ เจริญคำ, นิภาพรรณ กังสกุลนิติ, นิทัศน์ศิริโชติรัตน์, ชวลา ภาวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, สถาพร จิรัตนานนท์. การทบทวนองค์ความรู้การควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์; 2548.
7. Block D, Block L, Hutton S, Johnson K. Tobacco counseling practices of dentists compared to other health care providers in a Midwestern region. J Dent Educ 1999; 63: 821-7.
8. Chan S, Sarna L, Wong D, Lam T. Nurses' tobacco-related knowledge, attitudes, and practice in four major cities in China. J Nurs Scholarsh 2007; 39: 46-53.
9. Barnes M, Courtney M, Pratt J, Walsh A. School-based youth health nurses: roles, responsibilities, challenges, and rewards. Public Health Nurs 2004; 21: 316-22.
10. Farrelly MC, Evans WN, Sfekas AE. The impact of workplace smoking ban: results from a national survey. Tob Control 1999; 8: 272-7.
11. Bauer JE, Hyland A, Li Q, Steger C, Cummings KM. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. Am J Public Health 2005; 95: 1024-9.
12. Stolzenberg L, D'Alessio SJ. Is nonsmoking dangerous to the health of restaurant? The effect of California's indoor smoking ban on restaurant revenues. Eval Rev 2007; 31: 75-92.
13. Borland R, Yong HH, Siahpush M, Hyland A, Campbell S, Hastings G, et al. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) four country control. Tob Control 2006; 15: iii34-41.

14. นุปลา ศิริวิทย์, จรรยา เศรษฐบุตร, ฟิลิป เกสต์, อารีย์ พรหม-
ไม้, วรางคณา ผลประเสริฐ, ปรียา เกนโรจน์. ผลกระทบจาก
นโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจ
กลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่ 1 (พ.ศ. 2548). นครปฐม:
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม/The US National Institutes
of Health; 2549.
15. มณฑา เก่งการพาณิชย์, ลักษณา เต็มศิริชัยกุล, ธราดล เก่ง-
การพาณิชย์. สถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อ
พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535.
กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุม
การบริโภคยาสูบ/สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง
เสริมสุขภาพ; 2548.
16. วิณา ศิริสุข. สถานการณ์การคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของ
ผู้ไม่สูบบุหรี่. กรุงเทพมหานคร: โครงการข่างานวิจัย
พฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และ
สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2534.

Abstract Consumer Protection Roles of Health Personnel in Tobacco Control
Hathaikan Chowwanapoonpohn, Yongyuth Ruanta, Chidchanok Ruengorn, Chabaprai Phosuya

Pharmaceutical Care Department, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University
Journal of Health Science 2007; 16:951-60.

The objective of this qualitative study was to examine health personnel's consumer protection roles of health personnel in tobacco control. Participants were 98 health workers in 7 Upper Northern provinces. Data were collected by focus group discussion in the period January-April, 2006. An inductive method was used to analyze the data.

It was found that the main roles to control tobacco consumption of health personnel were composed of three activities, for example, law compliance control focusing more on recommendation than punitive measures, different and diverse health education campaigns in particular areas, and finally with therapeutic treatment in smoking cessation clinic managed mostly by nurses.

Meanwhile, factors supporting the programs on tobacco consumption control were cooperation from related organizations, social sanction, health personnel's dedication, financial support, and campaign media for public relation currently existed via television or radio which facilitates more efficient tobacco control process. Obstacles were ambiguous legal enforcement, non-systematic program evaluation and follow-up, limited number of health personnel relative to workload, lack of awareness on smoking health hazard in community, lack of drug therapeutic knowledge, and priority setting on budget allocation by administrators.

Tobacco control should be guided by clear policy and practical guidelines. Tobacco control should be integrated with those of other organizations and focusing on health education campaign targeting teenagers. Community participation and social norm will lead to more effective tobacco control.

Key words: consumer protection, role of health personnel, tobacco control