

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล

(Individual Study)

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่

กรุงเทพมหานคร

จัดทำโดย นางสาวปณัสยา ชะเอม

ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ

สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด

สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม

หลักสูตรนักบริหารมหานครระดับกลาง รุ่นที่ ๑๗

สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล

(Individual Study)

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่
กรุงเทพมหานคร

จัดทำโดย นางสาวปณัสยา ชะเอม

ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ

สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด

สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

หลักสูตรนักบริหารมหานครระดับกลาง รุ่นที่ ๑๗

สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....
(.....)

บทสรุปผู้บริหาร

การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศและสากลองค์การอนามัยโลกได้จัดให้การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับต้นๆ ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน ประเทศไทยการบริโภคยาสูบนับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโรคสูงเป็นลำดับที่ ๒ โดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า ๕๐,๐๐๐ รายต่อปี ที่เป็นโรคร้ายที่ป้องกันได้ ในปี ๒๕๕๒ พบว่า ประชากรไทยที่สูบบุหรี่อายุ ๓๐ ปีขึ้นไป เสียชีวิตที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๕๐,๗๑๐ คน สาเหตุที่สำคัญ ๕ อันดับ คือ ๑. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๒. โรคมะเร็งปอด ๓. โรคหัวใจและหลอดเลือด ๔. โรคมะเร็งอื่น ๕. โรคระบบทางเดินหายใจ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๓๔- พ.ศ.๒๕๕๗ โดยการศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปในภาพรวมพบว่า ในช่วงพ.ศ.๒๕๓๔ - ๒๕๕๒ อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ ๓๒.๐ และ ๒๐.๗ ตามลำดับ)ในพ.ศ.๒๕๕๗ อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ลดลงเป็น ๑๕.๖ ปี อัตราการบริโภคยาสูบที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ ๘.๒๕ ดังนั้นจากสถานการณ์ของการควบคุมการบริโภคยาสูบพบว่ามีประเด็นสำคัญ ๓ ประเด็น คือ

๑. การบริโภคยาสูบของประชากรไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและคนในชนบทมีอัตราเพิ่มขึ้น
๒. การได้รับควันบุหรี่มือสองของประชากรอยู่ในระดับสูง
๓. ทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปีเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่น

กรุงเทพมหานครจะต้องดำเนินการการควบคุมการบริโภคยาสูบให้สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เสริมสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็กเยาวชน และนักสูบหน้าใหม่ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ใช้มาตรการทางภาษีและปราบปราม และสอดคล้องตามข้อตกลงเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกัน NCD จากองค์การอนามัยโลก โดยลดอัตราการเสพยาสูบลง ร้อยละ ๓๐ ของอัตราการเสพติด ๒๕๕๔ ภายในปี ๒๕๖๘ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวไม่สามารถดำเนินการได้เบ็ดเสร็จภายในหน่วยงานเดียว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือการมีส่วนร่วมในการบูรณาการ การดำเนินงานจากทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร หน่วยงานและส่วนราชการสังกัดกรุงเทพมหานคร ผู้ประกอบการในพื้นที่สำนักงานเขต ชุมชน ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

ดังนั้นเพื่อให้การควบคุมการบริโภคยาสูบมีประสิทธิภาพ จึงได้มีการวางแผนกำหนดแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติงานในการดำเนินการดังกล่าว โดยนำแนวคิดและทฤษฎีมาใช้ในการดำเนินโครงการ คือ การมีส่วนร่วมหลักธรรมาภิบาล สารพิษในควันบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ ควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke) ปัจจัยที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นยุทธศาสตร์การพัฒนากรุงเทพมหานคร ๑๒ ปีพัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานคร แห่งคุณภาพชีวิตที่ดี และมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพ และสร้างสังคมแห่งสุขภาวะมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์และดำเนินการแก้ไขปัญหา สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักงานยาสูบ ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เล็งเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบใน ๕ ประเด็น ดังนี้

๑. การป้องกันนักสูบหน้าใหม่เพื่อป้องกันเยาวชนจากธุรกิจยาสูบและไม่ต้องทำให้มีนักสูบรายใหม่เพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียนทั้งระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา โดยมีมาตรการและแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่

๒. การบริการช่วยเหลือผู้เสพยาสูบ โดยคลินิกฟ้าใส และศูนย์บริการสาธารณสุขจัดบริการช่วยเหลือ ยาสูบโดยมีการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ในผู้ป่วยนอก (OPD) ทุกราย และมีการให้บริการแนะนำช่วยเหลือยาสูบใน คลินิกต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) วัณโรค (TB) โรคหลอดเลือด หัวใจและความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง (STROKE) โรคเบาหวาน (DM) โรคทางจิตเวช มีบริการ แนะนำ และช่วยเหลือยาสูบเชิงรุกในชุมชน โดยอาสาสมัครที่ผ่านการอบรม มีระบบบันทึกข้อมูล / รายงาน การดำเนินงานช่วยเหลือยาสูบของสถานพยาบาล และมีการติดตามผลการให้บริการช่วยเหลือยาสูบ

๓. การดำเนินการจัดสถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่ สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕

๔. การดำเนินโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่ ซึ่งกรุงเทพมหานครสามารถนำข้อเสนอแนะแนวทางในการควบคุม การบริโภคยาสูบของจังหวัดปลอดบุหรี่ปรับใช้ ดังนี้

๑. การตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบระดับกรุงเทพมหานคร

๒. การตั้งคณะทำงานบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบโดยผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร

๓. มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายมากขึ้น

๔. มีแผนการออกตรวจร่วมกันของคณะทำงานเป็นประจำและตรวจในงานเทศกาลต่างๆ

๕. มีการดำเนินการลักษณะเดียวกันโดยคณะทำงานระดับเขตและมีการตรวจควบคุมกับการตรวจ

ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๖. ใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็งและมาตรการของชุมชน ทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่

๗. มีมาตรการการเฝ้าระวังและควบคุมภายในชุมชน

๕. การดำเนินโครงการเขตปลอดบุหรี่ต้นแบบ โดยพิจารณาคัดเลือกเขตตลาดพรวัวเป็นเขตปลอดบุหรี่ ต้นแบบ เนื่องจากเขตตลาดพรวัวเป็นเขตที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เป็น ๑ ใน ๕๐ เขต ของกรุงเทพมหานครที่ได้รับการพิจารณาคัดเลือกจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด (สำนักงานปป.ส.) ให้เป็น ๑ ใน ๑๐ แห่ง ของระดับประเทศให้จัดทำแผนปฏิบัติการ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในเขตนาร่อง (เขตตลาดพรวัว) กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.๒๕๕๙ – ๒๕๖๒

โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นโครงการที่สามารถนำมา ปฏิบัติได้จริง เพราะเป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนและสามารถป้องกันการเกิดโรคภัยได้ ช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพยาสูบ รวมทั้งการคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในที่ สาธารณะต่าง ๆ ทำให้พื้นที่ที่ถูกกำหนดว่าเป็นพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่มีการควบคุมเพิ่มมากขึ้น เป็นประโยชน์กับ ประชาชนกรุงเทพมหานครเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ ผู้บริหารกรุงเทพมหานครและภาคีเครือข่ายยังให้การ สนับสนุนในการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เมื่อโครงการได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการจนประสบ ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ก็จะเป็นแบบอย่างที่ดี สามารถขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุม ทั่วทุกพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหารมหานครระดับกลาง (บนก.) รุ่นที่ ๑๗ ระหว่างวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๘ ถึง วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๕๙ ประกอบวิชาการบริหารเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ และมีทักษะในการวางแผนและจัดทำแผนเชิงกลยุทธ์ ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์สุนทร สุนทรชาติ ผู้อำนวยการสำนักป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร อาจารย์ที่ปรึกษา การจัดทำรายงานการศึกษาส่วนบุคคล (Individual Study) ที่ท่านได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษาแนะนำการจัดทำรายงานส่วนบุคคลฉบับนี้ มาโดยตลอด และเสร็จสมบูรณ์ตามเวลาที่กำหนด

นอกจากนี้ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ที่กรุณาให้โอกาสข้าพเจ้าได้เข้ารับการฝึกอบรมในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ สถาบันพัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานครที่ได้อำนวยความสะดวกในทุกๆเรื่อง และท้ายสุดนี้ขอขอบคุณ ร.ต.ท.นันทฐพนธ์ เฉลิวงศ์ สามีของข้าพเจ้าที่ช่วยเหลือและกำลังใจด้วยดีเสมอมา ข้าพเจ้านำความรู้และประสบการณ์อันทรงคุณค่านำไปพัฒนาตนเอง และหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนกรุงเทพมหานคร ต่อไป

นางสาวปณัสยา ชะเอม

กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
หลักการและเหตุผล	ด
วัตถุประสงค์	ด๔
เป้าหมาย	ด๔
ปัจจัยสู่ความสำเร็จ	ด๔
นิยามตัวแปร	ด๕
แผนปฏิบัติการและงบประมาณ	ด๖
แนวทางในการบริหารความเสี่ยง	ด๙
การประเมินผล	ด๙
ข้อเสนอแนะ	๒๐
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก	
ประวัติผู้เขียนเอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคล	
แผนการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ ปีพ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒	

ชื่อโครงการ การเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

หลักการและเหตุผล

การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับประเทศและสากลองค์การอนามัยโลกได้จัดให้การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับต้นๆ ที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน ประเทศไทยการบริโภคยาสูบนับเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโรคสูงเป็นลำดับที่ ๒ โดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า ๕๐,๐๐๐ รายต่อปี ที่เป็นโรคร้ายที่ป้องกันได้ ในปี ๒๕๕๒ พบว่า ประชากรไทยที่สูบบุหรี่อายุ ๓๐ ปีขึ้นไป เสียชีวิตที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน ๕๐,๗๑๐ คน สาเหตุที่สำคัญ ๕ อันดับ คือ ๑. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๒. โรคมะเร็งปอด ๓. โรคหัวใจและหลอดเลือด ๔. โรคมะเร็งอื่น ๕. โรคระบบทางเดินหายใจ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม การสูญเสียทางเศรษฐกิจไม่น้อยกว่าปีละ ๕๒,๑๘๙ ล้านบาท คิดเป็น ๐.๕๔% ของ GDP ในภาพรวมของประเทศ โดยเป็นต้นทุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ถึงปีละ ๑๑,๒๐๐ ล้านบาท ที่เกิดจากโรคทุกโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบและจากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๓๔- พ.ศ.๒๕๕๗ โดยการศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้แก่ โครงการอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๓๔ , พ.ศ. ๒๕๓๙ และ พ.ศ. ๒๕๔๔ โครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พ.ศ. ๒๕๔๗ , พ.ศ. ๒๕๕๐, พ.ศ. ๒๕๕๔ และ พ.ศ. ๒๕๕๗ การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (GATS) พ.ศ.๒๕๕๒ และ พ.ศ.๒๕๕๔ เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปในภาพรวมพบว่า ในช่วงพ.ศ.๒๕๓๔ -๒๕๕๒ อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ ๓๒.๐ และ ๒๐.๗ ตามลำดับ) พ.ศ.๒๕๕๔ อัตราสูบเพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ ๒๑.๔ และลดลงเหลือร้อยละ ๑๙.๙ ในพ.ศ.๒๕๕๖ ผลสำรวจครั้งล่าสุดในพ.ศ.๒๕๕๗ อัตราการสูบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐.๗ นอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาล ๑.๓ เท่า (ร้อยละ ๒๓.๐ และ ๑๘.๐ ตามลำดับ) จากการสำรวจอัตราการบริโภคยาสูบจำแนกตามเพศพบว่า ในช่วง พ.ศ.๒๕๕๒ เป็นต้นมา เพศหญิงมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยร้อยละ ๒.๑ จากที่เคยต่ำสุดใน พ.ศ.๒๕๕๐ ร้อยละ ๑.๙๔ และ ในเพศชายพบว่า มีอัตราการบริโภคยาสูบลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยใน พ.ศ.๒๕๕๔ ร้อยละ ๔๑.๖๙ และลดลงใน พ.ศ.๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๔๐.๐๐

จากผลการสำรวจใน พ.ศ.๒๕๕๗ พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเทียบกับ พ.ศ.๒๕๕๐ ซึ่งพบว่า ทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลงโดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่นๆ คือ จากพ.ศ.๒๕๕๐ เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ ๑๖.๘ ปี และในพ.ศ.๒๕๕๗ อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ลดลงเป็น ๑๕.๖ ปี อัตราการบริโภคยาสูบที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ ๘.๒๕ ดังนั้นจากสถานการณ์ของการควบคุมการบริโภคยาสูบมีประเด็นสำคัญ ๓ ประเด็น คือ

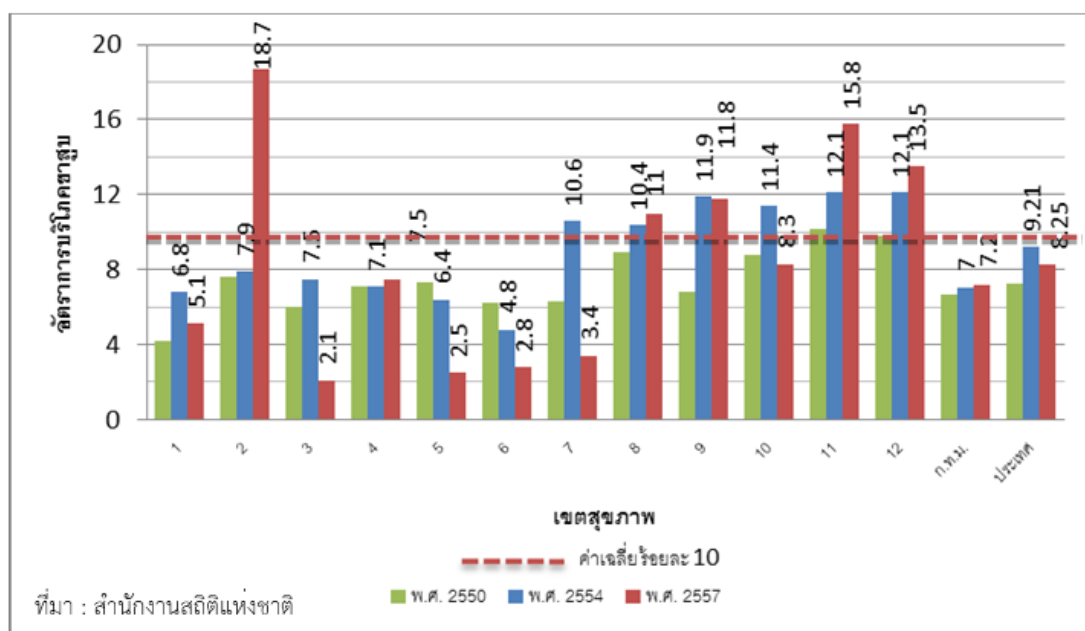
๑. การบริโภคยาสูบของประชากรไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและคนในชนบทมีอัตราเพิ่มขึ้น
๒. การได้รับควันบุหรี่มือสองของประชากรอยู่ในระดับสูง
๓. ทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่นๆ คือ จากพ.ศ.๒๕๕๔ เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ ๑๖.๙ ปี และในพ.ศ. ๒๕๕๗ อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ลดลงเป็น ๑๕.๖ ปี ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป
ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.๒๕๔๔-๒๕๕๗

พ.ศ.	เยาวชน (๑๕-๒๔ ปี)	วัยทำงาน (๒๕-๕๙ ปี)	วัยสูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)	อายุเฉลี่ย
๒๕๔๔	๑๖.๙	๑๘.๗	๑๙.๓	๑๘.๕
๒๕๔๗	๑๖.๕	๑๘.๖	๑๙.๒	๑๘.๔
๒๕๔๙	๑๖.๖	๑๘.๑	๑๘.๕	๑๘.๓
๒๕๕๐	๑๖.๘	๑๘.๗	๑๙.๓	๑๘.๕
๒๕๕๔	๑๖.๒	๑๘.๑	๑๘.๖	๑๗.๙
๒๕๕๗	๑๕.๖	๑๘.๐	๑๘.๕	๑๗.๘

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา
ของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๗

การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน (GATs ๒๕๕๔) พบว่าเยาวชนอายุน้อยกว่า ๑๘ ปียังคงเข้าถึง
และซื้อบุหรี่ซิการ์แบบแบ่งขายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๘๔.๓ เป็นร้อยละ ๘๘.๓ ซื้อบุหรี่จากร้านขายของชำมาก
ที่สุดถึงร้อยละ ๙๗.๗ สังเกตเห็นการโฆษณาจุดขายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๑.๖ เป็นร้อยละ ๒๔.๕ และ
สังเกตเห็นกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๘.๔ เป็นร้อยละ ๓๔.๒
เยาวชนคิดจะเลิกยาสูบลดลง จากร้อยละ ๖๐.๖ เหลือร้อยละ ๔๒.๖ และเลิกยาสูบได้สำเร็จลดลงจากร้อยละ
๖.๒ เหลือร้อยละ ๒.๒ จำนวน ๑.๒ แสนคน เหลือ ๖ หมื่นคน



ภาพที่ ๑ สถานการณ์รายเขตสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๐ พ.ศ.๒๕๕๔ และ พ.ศ.๒๕๕๗

เมื่อเปรียบเทียบรายเขตสุขภาพแล้วพบว่า เขตสุขภาพที่ ๒,๔,๘,๑๑,๑๒ กรุงเทพมหานคร มีแนวโน้ม
การสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนอายุ ๑๕-๑๘ ปี สูงขึ้น จากพ.ศ.๒๕๕๔ และพ.ศ.๒๕๕๗ โดยในพ.ศ.๒๕๕๗ เขต ๒,๘,๙,๑๑
และ๑๒ มีอัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนสูงกว่าค่าเป้าหมาย อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มวัยรุ่นอายุ
๑๕-๑๘ ปี ไม่เกินร้อยละ ๑๐ และค่าเฉลี่ยของประเทศ ดังภาพที่ ๑

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น กรุงเทพมหานครจะต้องดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบให้สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ เสริมสร้างความเข้มแข็งและพัฒนาความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็กเยาวชน และนักสูบหน้าใหม่ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ยุทธศาสตร์ที่ ๖ ใช้มาตรการทางภาษีและปราบปราม และสอดคล้องตามข้อตกลงเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกัน NCD จากองค์การอนามัยโลก โดยลดอัตราการเสพยาสูบลง ร้อยละ ๓๐ ของอัตราการเสพปี ๒๕๕๔ ภายในปี ๒๕๖๘ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวไม่สามารถดำเนินการได้เบ็ดเสร็จภายในหน่วยงานเดียว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในการบูรณาการ การดำเนินงานจากทุกภาคส่วน ได้แก่ โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร หน่วยงานและส่วนราชการสังกัดกรุงเทพมหานคร ผู้ประกอบการในพื้นที่สำนักงานเขต ชุมชน ภาคประชาชนและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

การนำแนวคิดและหลักวิชาการมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนี้

๑. การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (participation) คือ เป็นผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและความเห็นพ้องต้องกัน จะต้องมีความชัดเจน ความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลเบื้องต้นของการที่มีคนมารวมกันได้ควรจะต้องมีการตระหนัก ว่าปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมดที่ทำโดยกลุ่มหรือในนามกลุ่มนั้น กระทำผ่านองค์การ (organization) ดังนั้นองค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ (ยุพาพร รูปงาม, ๒๕๕๕)

ระดับการมีส่วนร่วม

พัชรี สีโรส (๒๕๔๘) ได้จำแนกระดับของการมีส่วนร่วมเอาไว้ ๕ ลำดับ ดังนี้

๑. การมีส่วนร่วมในระดับให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) เป็นการให้ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางเลือกและทางเลือก

๒. การมีส่วนร่วมในระดับการรับฟังและปรึกษาหารือ (Consult) เพื่อให้ได้รับข้อมูลและความเห็นจากประชาชนเกี่ยวกับสภาพปัญหาทางเลือกและแนวทางแก้ไข

๓. การมีส่วนร่วมในระดับการเข้ามามีบทบาท (Involve) ร่วมทำงานกับประชาชนเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน ว่าความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนจะได้รับการพิจารณา

๔. การมีส่วนร่วมในระดับการสร้างความร่วมมือ (Collaboration) เพื่อเป็นหุ้นส่วนกับประชาชนทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ ตั้งแต่การการระบุปัญหา พัฒนาทางเลือกและแนวทางแก้ไข

๕. การมีส่วนร่วมในระดับให้อำนาจแก่ประชาชน (Empower) เพื่อให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ

๒. หลักธรรมาภิบาลมีองค์ประกอบที่สำคัญ ๖ ประการดังนี้

๑. หลักนิติธรรม คือ การตรากฎหมายกฎระเบียบข้อบังคับและกติกาต่างๆให้ทันสมัยและเป็นธรรมตลอดจนเป็นที่ยอมรับของสังคมและสมาชิกโดยมีการยินยอมพร้อมใจและถือปฏิบัติร่วมกันอย่างเสมอภาคและเป็นธรรมกล่าวโดยสรุปคือสถาปนาการปกครองภายใต้กฎหมายมิใช่กระทำกันตามอำเภอใจหรืออำนาจของบุคคล

๒. หลักคุณธรรม คือ การยึดถือและเชื่อมั่นในความถูกต้องดีงามโดยการรณรงค์เพื่อสร้างค่านิยมที่ดีงามให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรหรือสมาชิกของสังคมถือปฏิบัติได้แก่ความซื่อสัตย์สุจริตความเสียสละความอดทน ขยันหมั่นเพียรความมีระเบียบวินัย เป็นต้น

๓. หลักความโปร่งใส คือ การทำให้สังคมไทยเป็นสังคมที่เปิดเผยข้อมูลข่าวสารอย่างตรงไปตรงมา และสามารถตรวจสอบความถูกต้องได้โดยการปรับปรุงระบบและกลไกการทำงานขององค์กรให้มีความโปร่งใส มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารหรือเปิดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวกตลอดจนมีระบบหรือกระบวนการตรวจสอบและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะเป็นการสร้างควมไว้วางใจซึ่งกันและกันและช่วยให้การทำงานของภาครัฐและภาคเอกชนปลอดจากการทุจริตคอร์รัปชัน

๔. หลักความมีส่วนร่วม คือ การทำให้สังคมไทยเป็นสังคมที่ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้และร่วมเสนอความเห็นในการตัดสินใจสำคัญของสังคมโดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีช่องทางในการเข้ามามีส่วนร่วมได้แก่ การแจ้งความเห็นการไต่สวนสาธารณะการประชาพิจารณ์การแสดงประชามติหรืออื่นๆและจัดการผูกขาดทั้งโดยภาครัฐหรือโดยภาคธุรกิจเอกชนซึ่งจะช่วยให้เกิดความสามัคคีและความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน

๕. หลักความรับผิดชอบต่อผู้บริหารตลอดจนคณะข้าราชการทั้งฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำต้องตั้งใจปฏิบัติภารกิจตามหน้าที่อย่างดียิ่งโดยมุ่งให้บริการแก่ผู้มารับบริการเพื่ออำนวยความสะดวกต่าง ๆ มีความรับผิดชอบต่อความบกพร่องในหน้าที่การงานที่ตนรับผิดชอบอยู่และพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขได้ทันท่วงที

๖. หลักความคุ้มค่าผู้บริหารต้องตระหนักว่ามีทรัพยากรค่อนข้างจำกัดดังนั้นในการบริหารจัดการจำเป็นจะต้องยึดหลักความประหยัดและความคุ้มค่าซึ่งจำเป็นจะต้องตั้งจุดมุ่งหมายไปที่ผู้รับบริการหรือประชาชนโดยส่วนรวม

๓. สารพิษในควันบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ๒๕๕๕, น.๒-๓)

บุหรี่ที่เผาไหม้ก่อให้เกิดควันบุหรี่ที่มีสารประกอบทางเคมี มากกว่า ๗,๐๐๐ ชนิด เป็นสารเคมีที่เป็นพิษต่อร่างกาย ๒๕๐ ชนิด และในจำนวนนี้เป็นสารก่อมะเร็ง ๗๐ ชนิด เช่น

- นิโคติน เป็นสารไม่มีสีลักษณะคล้ายน้ำมัน มีอำนาจการเสพติดสูง ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ภายใน ๑๐ วินาที ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกเป็นสุข สบายใจ เสพติดบุหรี่และเลิกได้ยาก
- ทาร์ มีลักษณะคล้ายน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารอันตรายหลายชนิดที่ก่อให้เกิดมะเร็ง ละอองของเหลวของสารทาร์จะจับติดที่ทางเดินหลอดลม และถุงลมปอด ทำให้เกิดอาการระคายเคือง ไอเรื้อรัง มีเสมหะ เป็นสาเหตุของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังและมะเร็งปอด รวมทั้งมะเร็งในอวัยวะอื่น ๆ
- คาร์บอนมอนนอกไซด์ มีการแย่งจับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจน ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ
- ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลาย ทำให้ผนังถุงลมโป่งพอง ส่งผลให้การทำงานของปอดลดลง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เหนื่อยหอบง่าย เป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและทรมาณ
- ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนต้น ซึ่งบริเวณนี้จะทำหน้าที่ช่วยดักสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจ ผู้สูบบุหรี่มีอาการไอ มีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
- สารกัมมันตภาพรังสี ควันบุหรี่ประกอบด้วยสารกัมมันตภาพรังสีต่าง ๆ ที่เป็นสารก่อมะเร็ง
- สารปรุงแต่งในบุหรี่ ในการผลิตบุหรี่จะใส่สารปรุงแต่งหลายชนิด เพื่อให้บุหรี่ยามีรสชาติดีขึ้น แต่สารเหล่านี้ก่อให้เกิดพิษภัยของบุหรี่ยามากมาย เช่น โกลี มีฤทธิ์ขยายหลอดลม ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่ ได้รับควันบุหรี่ และสารนิโคตินเพิ่มขึ้น เมื่อเกิดการเผาไหม้โกลี จะกลายเป็นสารก่อมะเร็งชนิดหนึ่ง น้ำตาล เมื่อเผาไหม้จะ

ช่วยเสริมฤทธิ์เสพติดของนิโคติน แอมโมเนีย มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อทำให้แสบตา หลอดลมอักเสบและไอ รวมทั้งทำให้การดูดซึมนิโคตินดีขึ้น เมานทอล ทำให้รู้สึกเย็นคอ ผู้สูบบุหรี่สามารถอดควันบุหรี่อยู่ในปอดได้นานขึ้น ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้เพิ่มขึ้น

ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกาย สารต่างๆที่อยู่ในบุหรี่ที่กล่าวมาแล้ว เมื่อผู้สูบบุหรี่สูดเข้าสู่ร่างกาย พร้อม ๆ กันจะก่อให้เกิดพิษภัยที่ทำอันตรายต่อร่างกายและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ทำให้เกิดอาการดังนี้ (Stephen Haman และคณะ ๒๕๔๘, น. ๙๕-๙๖)

ผลกระทบระยะสั้น ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่นและรสชาติทำให้น้ำน้อยลง แสบตา น้ำตาไหล หนาวที่หน้าท้องที่ปวดโบท เพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลมเป็นอัมพาต หรือทำงานได้น้อยลง ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในปอดและในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้นหัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูง มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้นเกิดกลิ่นที่น้ำรังเกียจตามร่างกาย เสื้อผ้า ลมหายใจมีกลิ่นเหม็นและมีกลิ่นปาก

ผลกระทบระยะยาว เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคมะเร็งปอด และมะเร็งในส่วน ต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น กล้องเสียง หลอดอาหาร กระเพาะปัสสาวะ โรคเส้นเลือดในหัวใจตีบ และโรคหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวาย โรคหลอดเลือดในสมอง หลอดเลือดส่วนอื่น ๆ ตีบตัน และหลอดเลือดใหญ่ ทรวงอกและช่องท้องโป่งพอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมจากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศ เกิดอาการเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงแขนขาตีบตัน อาจต้องตัดแขนหรือขาทิ้ง

๔. ควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke)

การเผาไหม้ของมวนบุหรี่จะทำให้เกิดสารเคมีที่เป็นพิษส่งผ่านมายังผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่บริเวณเดียวกันในรูปของควันบุหรี่ ซึ่งผู้ที่สูบบุหรี่นั้นจะสูดและกลืนเพียงบางส่วนของควันบุหรี่เข้าไปในร่างกาย แต่จะมีควันบุหรี่ออกมาในสิ่งแวดล้อมอีกจำนวนมากที่เรียกว่า Secondhand Smoke (SHS) หรือควันบุหรี่มือสอง มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้สูบบุหรี่ โดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งเป็นมลพิษทางอากาศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและเกิดอาการ เช่น ระคายเคืองต่อเยื่อเยื่อตา อาการแสบจมูก ลำคอ ไอจากการระคายเคืองของหลอดลม อาจเป็นผลให้เกิดอาการเครียด ปวดศีรษะ อาการเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนบุหรี่ที่สูดในห้องนั้น ระยะเวลาที่อยู่ในห้องเดียวกันขนาดของห้องและการถ่ายเทอากาศของห้องนั้น (Stephen Haman และคณะ ๒๕๔๘, น. ๙๙-๑๐๐)

จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งสำรวจโดยมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตในหัวข้อเรื่อง ประชาชนรู้ถึงโทษภัยจากบุหรี่ ๑๐๐% แต่ก็ยังสูบบุหรี่ เพราะมีความเคยชินและอ้างว่าดับความเครียดได้ ประกอบกับจิตใจไม่เข้มแข็งพอที่จะตัดสินใจเลิกบุหรี่ (ไทยโพสต์. ๒๕๕๗, น. ๘) นอกจากนี้ควันบุรียังส่งผลกระทบต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ หรือที่เรียกว่า การสูบบุหรี่มือสอง (Secondhand smoke) เช่น คนในครอบครัว หรือคนทั่วไป หากมีการสูดดมควันบุหรี่ในปริมาณที่มากและต่อเนื่อง ก็มีโอกาสมะเร็งเช่นเดียวกับคนที่สูบบุหรี่ได้ โดยอาการที่พบจากสูดดมควันบุหรี่ที่มากเกินไปคือ เคืองตา คัดจมูก ปวดศีรษะ แสบจมูก สำหรับผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหอบหืดอยู่แล้วหากได้รับการสูดดมควันบุหรี่ อาจมีการกำเริบได้

๕. ปัจจัยที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อยาเสพติดมากที่สุด เนื่องจากสมองอยู่ระหว่างการพัฒนาความคิด เป็นเหตุเป็นผล พร้อมกับการที่วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังค้นหาตนเอง อยากเท่ อยากเก่ง เป็นที่ยอมรับของเพื่อนฝูง แรงกระตุ้นเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงได้อย่างง่าย โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงนำไปสู่ยาเสพติด โดยพบว่า

บุหรีเป็นยาเสพติดชนิดแรกที่จะนำไปสู่ยาเสพติดชนิดอื่นๆ (สุริยเดว ทรีปาตี ๒๕๕๐, น. ๒๕๑-๒๕๒) ปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นในการสูบบุหรี มีดังนี้

๑. ลักษณะของตนเองความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ผลการเรียนไม่ดี พฤติกรรมเกเร เครียด ซึมเศร้า ขาดทักษะในการคบเพื่อนและขาดทักษะในการปฏิเสธ นอกจากนี้การเข้าสู่วัยรุ่นเร็วในผู้หญิงและการเข้าสู่วัยรุ่นช้าในผู้ชาย รวมทั้งความอยากรู้ อยากเห็น อยากทดลอง เป็นต้น

๒. ลักษณะเพื่อนกลุ่มเพื่อนที่คบด้วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี เพื่อนที่มีบุคลิกลักษณะเท่ เพื่อนฝูงมากเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน แต่มีพฤติกรรมการสูบบุหรีจะมีอิทธิพลต่อการโน้มน้าวเพื่อนรอบข้างให้สูบบุหรี เพื่อนสนิทที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี เพื่อนขาดกิจกรรม การมีส่วนร่วมในโรงเรียน เช่น ชมรมต่างๆ หรือการบำเพ็ญ เป็นต้น

๓. ลักษณะโรงเรียนหรือชุมชนบรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมในรั้วโรงเรียนที่เอื้อต่อการสูบบุหรี เช่น ห้องน้ำอยู่ในมุมอับ หรือห้องต่างๆ ที่ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครู ครูเป็นแบบอย่างที่ไม่ดี เช่น ดิบหรีและสูบบุหรีให้นักเรียนเห็น ชุมชนสิ่งแวดล้อมรอบๆ โรงเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น มีร้านจำหน่ายบุหรี และมีคนที่สูบบุหรี ดื่มเหล้า เป็นต้น

๔. ลักษณะพ่อแม่พ่อแม่ที่ปกครองแบบเผด็จการ ไม่รับฟังความคิดเห็น หรือพ่อแม่เป็นแบบอย่างที่ไม่ดี เช่น สูบบุหรี ดื่มแอลกอฮอล์ พ่อแม่หย่าร้าง ทะเลาะวิวาท ขาดการเป็นที่พึ่ง ไม่มีเวลา เป็นต้น

หลักบริหารจัดการ

วิสัยทัศน์การพัฒนากทม. (Vision of Bangkok ๒๐๒๐) เพื่อให้เป็นเมืองระดับโลก และเมืองศูนย์กลางแห่งภูมิภาคตะวันออกเฉียยใต้ ที่จะให้มีหลักประสานการพัฒนาอย่างสมดุลภายใต้หลักการ “มหานครน่าอยู่อย่างยั่งยืน” ยุทธศาสตร์การพัฒนากทม. ๑๒ ปี ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานคร แห่งคุณภาพชีวิตที่ดี และมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพ และสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ

การวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อโครงการดังนี้

SWOT ANALYSIS

การประเมินสภาพแวดล้อมภายใน

จุดแข็ง (Strength)

๑. มียุทธศาสตร์และนโยบาย
๒. ผู้บริหารให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน
๓. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการดำเนินงานควบคุมยาสูบ
๔. มีทีมงานในการดำเนินงานเข้มแข็ง รวมทั้งมีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน
๕. บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ (ยกเว้นความรู้เรื่องกฎหมาย)
๖. บุคลากรปฏิบัติงานทุ่มเท ตั้งใจทำงาน รวมทั้งมีการบูรณาการดำเนินการร่วมกัน
๗. มีคู่มือช่วยในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ เช่น คุณทำได้ การบำบัดบุหรี เป็นต้น

จุดอ่อน (Weakness)

๑. การให้ความรู้เชิงรุกในสถานศึกษา รวมถึงการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษ ภัย / กฎหมายให้ประชาชนยังน้อยและไม่ต่อเนื่อง
๒. สื่อประชาสัมพันธ์ไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย
๓. ไม่มีโครงสร้างรองรับการทำงานควบคุมยาสูบ (สายการบังคับบัญชา) ที่ชัดเจน
๔. บุคลากรมีภาระงานหลากหลายเปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อย
๕. บุคลากรขาดความรู้ ความชำนาญเรื่องกฎหมาย (ขาดทักษะและประสบการณ์)
๖. การสนับสนุนงบประมาณไม่เพียงพอ
๗. ขาดการวิเคราะห์สถานการณ์ ขาดระบบสารสนเทศ

การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอก

โอกาส (Opportunity)

๑. ประชาชนมีความตื่นตัวและเห็นความสำคัญตระหนักถึงโทษ พิษ ภัยยาสูบมากขึ้น
๒. มีองค์กรที่ช่วยในรณรงค์สื่อสารไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งสนับสนุนสื่อต่างๆ ที่หลากหลาย
๓. มีเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย สามารถสื่อสารและเข้าถึงบริการมากขึ้น
๔. มี พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยเฉพาะประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๙

๕. มีงบประมาณหลากหลายแหล่งมาสนับสนุน เช่น สสส.

๖. นโยบายควบคุมยาสูบระดับประเทศที่ชัดเจน ภาครัฐและภาคเอกชนให้การสนับสนุน

อุปสรรค (Threat)

๑. การบังคับใช้กฎหมายไม่เข้มแข็งไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่
๒. การเมืองไม่ให้ความสำคัญกับการควบคุมยาสูบ
๓. มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการเลิกบุหรี่
๔. พบปัญหาแรงงานต่างด้าว แรงงานเถื่อนมีการสูบบุหรี่มาก
๕. ร้านขายบุหรี่มีมาก สามารถหาซื้อได้ง่าย
๖. ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องกฎหมาย ทำให้เกิดการละเมิด
๗. การซื้อขายออนไลน์ ทำให้สามารถซื้อขายผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ง่าย

สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เล็งเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องดำเนินการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบใน ๕ ประเด็น ดังนี้

๑. การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ สืบเนื่องจากข้อมูลการดำเนินการด้านการตลาดและการส่งเสริมการขายของอุตสาหกรรมยาสูบที่ทำการศึกษาวិจัยแล้วพบว่า ลูกค้ายาสูบของตนเองลดน้อยลงเรื่อยๆ จากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตไปจากโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบ บริษัทจึงต้องวางแผนพัฒนาการตลาดและส่งเสริมการขายเพื่อดึงดูดลูกค้ารายใหม่ ๆ เข้ามาทดแทนลูกค้ารายเก่า ที่เจ็บป่วยจนไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ หรือเสียชีวิตไป (บทสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงงานยาสูบไทย, ๒๕๔๘) เพราะแผนการตลาดได้สร้างภาพ หรือวัฒนธรรมการบริโภคยาสูบ เป็นค่านิยมที่ทันสมัย โกะเก้ เทห์ แสดงความเป็นผู้ใหญ่ เป็นผู้สำเร็จในชีวิตหน้าที่การงาน ความมีรสนิยม ความท้าทาย ซึ่งเป็นสีสันแห่งชีวิต สอดคล้องกับธรรมชาติของคนรุ่นใหม่ หรือวัยรุ่น ที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง คนรุ่นใหม่จึงอยากลองของใหม่ กิจกรรมใหม่ ๆ โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ว่า ฤทธิ์การเสพติดนิโคตินมีความรุนแรงเท่ากับสารเสพติด

เฮโรอีน เมื่อเสพติดไปแล้วการเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยาก ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงให้ความสำคัญกับการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ เพื่อปกป้องไม่ให้มีนักสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียนทั้งระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา โดยมีมาตรการและแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ มาตรการและแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่

มาตรการ	แนวทางการดำเนินงาน
๑. การกำหนดนโยบาย “โรงเรียนปลอดบุหรี่” โรงเรียนในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร	๑.๑ จัดทำนโยบายโรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ เป็นลายลักษณ์อักษรและลงนามโดยผู้บริหาร
	๑.๒ ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการประกาศเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งเผยแพร่ นโยบายสู่นักเรียน ครู บุคลากร ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงเรียน โดยมีการระบุงการห้ามสูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ของโรงเรียนและมีมาตรการลงโทษผู้ฝ่าฝืน
	๑.๓ ประชาสัมพันธ์นโยบายผ่านช่องทางที่หลากหลาย
๒. การบริหารจัดการโรงเรียนปลอดบุหรี่	๒.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ และกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน
	๒.๒ สํารวจข้อมูลการสูบบุหรี่ในโรงเรียน เช่น จำนวนผู้สูบบุหรี่ ความต้องการเลิกบุหรี่ การพบเห็นละเมิดการสูบบุหรี่
	๒.๓ ติดตามผลการดำเนินงาน และโรงเรียนประเมินตนเอง โดยคณะกรรมการหรือคณะทำงานของโรงเรียน
๓. การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อ “โรงเรียนปลอดบุหรี่”	๓.๑ จัดสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียนให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามที่กฎหมายกำหนดต้องมีการดำเนินการ ดังนี้
	๓.๑.๑ ติดเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ให้เห็นชัดเจนบริเวณทางเข้า
	๓.๑.๒ ติดเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ให้เห็นชัดเจนภายในอาคารสถานที่
	๓.๑.๓ ไม่มีอุปกรณ์/สิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่
	๓.๒ ปรับปรุงสภาพแวดล้อม และจุดเสี่ยงต่อการแอบสูบบุหรี่ภายในโรงเรียน
๔. การสอดแทรกเรื่องบุหรี่ในการเรียนการสอนและกิจกรรมนอกหลักสูตร	๔.๑ วางแผนและกำหนดกิจกรรมเพื่อสอดแทรกเรื่องบุหรี่ในรายวิชาและกิจกรรมต่างๆ ทั้งในและนอกหลักสูตร
๕. การมีส่วนร่วมของนักเรียนในการขับเคลื่อนโรงเรียนปลอดบุหรี่	๕.๑ ส่งเสริมให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันเพื่อควบคุมยาสูบ ทั้งบริเวณในและนอกโรงเรียน
	๕.๒ ส่งเสริมให้นักเรียนร่วมรณรงค์บ้านและชุมชนปลอดบุหรี่ และชักชวนให้คนในบ้านเลิกบุหรี่
	๕.๓ ส่งเสริมให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ ตามช่องทางต่างๆ
๖. การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่	๖.๑ มีกระบวนการดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษานักเรียนที่สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ ส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการเลิกบุหรี่ตามความเหมาะสม และติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนที่เข้าสู่กระบวนการเลิกสูบบุหรี่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
	๖.๒ มีกระบวนการป้องกัน คัดกรอง และติดตามนักเรียนกลุ่มเสี่ยงเป็นประจำ เพื่อป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ของนักเรียน
๗. การมีกิจกรรมร่วมระหว่างโรงเรียนกับชุมชน	๗.๑ สร้างความตระหนักและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับชุมชน โดยผลักดันให้ผู้นำชุมชนมีนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมบุหรี่ในชุมชน
	๗.๒ ชี้แจงและขอความร่วมมือร้านค้าในชุมชน ในการงดจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เยาวชน

๒. การบริการช่วยเหลือผู้เสเพลิกยาสูบ

หลักพื้นฐานของการช่วยเหลือผู้เสเพลิกยาสูบ ประกอบด้วย

๑. การจูงใจ เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูบเกิดความต้องการเลิกบุหรี่

๒. การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูบเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถควบคุมตนเองให้เลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

หลักการสร้างแรงจูงใจ โดยใช้แนวทางที่ให้ผู้สูบเห็นความสำคัญและเห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ แนวทางนี้ เรียกว่า ๕A ประกอบด้วย ASK ADVICE ASSESS ASSIST ARRANGE หรือ ส - บ - ม คือ สอบถาม บำบัด หมั่นติดตาม การเลิกบุหรี่เป็นหนทางเดียวที่จะช่วยยืดอายุของผู้สูบ บุหรี่ได้ ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพต้องให้ความสำคัญในการ Brief Advice ด้วยเทคนิค STAR

S = Set target date (กำหนดวันหยุดบุหรี่ทันที)

T = Tell family (บอกครอบครัวว่าคุณตัดสินใจจะเลิกบุหรี่แล้ว)

A = Anticipate challenge (จากนี้ไป ๒ - ๓ สัปดาห์ ไม่ให้ไปเข้าวงเหล้า หลีกให้ไกลจากคนที่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และอย่าอยู่ว่าง หากิจกรรมที่ชอบทำ)

R = Removal (ทิ้งอุปกรณ์ที่สูบให้หมด)

หรือเทคนิค ๔ ล คือ เลือกว้น ล้นวาจา ลาอุปกรณ์ คิดก่อนลงมือทำ

ซึ่งสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เปิดบริการคลินิกฟ้าใส จำนวน ๑๘ แห่ง เพื่อให้การบำบัดรักษา บุหรี่จากผู้สูบที่มีความสมัครใจ

กลไกของการเสเพลิกยาสูบ

- เกิดจากพฤติกรรมหรือความเคยชิน โดยการสร้างความสัมพันธ์ในวงเหล้า กาแฟ หลังเบรก

- ทางจิตใจ เกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึก ผ่อนคลาย คลายกังวล มีสมาธิ กระตุ้นให้ตื่นตัว รู้สึกดีใจเมื่อได้สูดควัน

- ภาวะติดนิโคติน เกิดอาการถอนยา

ศูนย์บริการสาธารณสุขจัดบริการช่วยเหลือผู้เสเพลิกยาสูบควรดำเนินการ ดังนี้

๑. มีนโยบายและแผนการพัฒนาระบบบริการช่วยเหลือผู้เสเพลิกยาสูบของศูนย์และชุมชน

๒. มีคณะทำงานรับผิดชอบ / ดำเนินการตามแผน และเชื่อมโยงการดำเนินงาน อย่างเป็นระบบ และเป็นรูปธรรม

๓. มีการคัดกรองผู้สูบ บุหรี่ในผู้ป่วยนอก (OPD) ทุกราย

๔. มีการให้บริการแนะนำช่วยเหลือผู้เสเพลิกยาสูบในคลินิกต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน โรคเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) วัณโรค (TB) โรคหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง (STROKE) โรคเบาหวาน (DM) โรคทางจิตเวช

๕. มีระบบบันทึกข้อมูล / รายงานการดำเนินงานช่วยเหลือผู้เสเพลิกยาสูบของสถานพยาบาล

๖. มีบริการแนะนำ และช่วยเหลือผู้เสเพลิกยาสูบเชิงรุกในชุมชน โดยอาสาสมัครที่ผ่านการอบรม

๗. มีการจัดบริการช่วยเหลือผู้เสเพลิกยาสูบผ่านช่องทางต่างๆ ในพื้นที่ที่สามารถทำได้

๘. มีการติดตามผลการให้บริการช่วยเหลือผู้เสเพลิกยาสูบ

๓. การดำเนินการจัดสถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้เนื่องจากเป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์ว่าควัน บุหรี่เป็นผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบและผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียง นอกจากนี้ยังพิสูจน์ได้ว่า การที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ จึงสมควรต้องคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ มิให้ได้รับควันบุหรี่ในที่สาธารณะ

โดยการห้ามสูบบุหรี่ในบางสถานที่ หรือจัดเขตสูบบุหรี่ให้สูบบุหรี่โดยเฉพาะ หรือโดยวิธีอื่นๆ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๙ กำหนดให้สถานที่สาธารณะและที่ทำงานเป็นเขตปลอดบุหรี่(มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๓) ดังนี้

สถานที่ปลอดบุหรี่ประเภทที่ ๑ เป็นสถานที่ที่ต้องปลอดบุหรี่ทั้งหมด (ปลอดบุหรี่ ๑๐๐%) ไม่อนุญาตให้จัดส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นที่สูบบุหรี่ทั้งในและนอกอาคาร

๑. สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพทุกประเภท เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาล คลินิก สถานอบไอน้ำ อบสมุนไพร สปา นวดแผนโบราณ

๒. สถานศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา

๓. ศาสนสถาน สถานปฏิบัติธรรม ในศาสนานิกายต่าง ๆ เช่น วัด มัสยิด โบสถ์

๔. ยานพาหนะและสถานที่ขนส่งสาธารณะ เช่น รถแท็กซี่รถโดยสารประจำทาง เรือ ป้ายรถเมล์ ท่าเรือ เป็นต้น

๕. สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันทั้งรัฐและเอกชน เช่น ร้านอาหาร ตลาด สนามกีฬา สวนสาธารณะ สถานบันเทิง เป็นต้น

๖. สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น โรงงาน สถานที่ทำงานเอกชน สถานีขนส่ง (เฉพาะในอาคาร/สิ่งปลูกสร้าง)

สถานที่ปลอดบุหรี่ประเภทที่ ๒ เป็นเขตปลอดบุหรี่ที่มีข้อยกเว้น ให้จัดเขตสูบบุหรี่ได้ตามประกาศฉบับนี้ แบ่งเป็น ๒ ประเภท คือ

๑. สถานที่ที่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่ได้ทั้งภายในและภายนอกตัวอาคาร ได้แก่ ท่าอากาศยานนานาชาติ เช่น ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

๒. สถานที่ที่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่ได้ในบริเวณนอกเหนือจากตัวอาคารและสิ่งปลูกสร้าง ได้แก่ สถานศึกษาในระดับอุดมศึกษา สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง

เงื่อนไขการจัดเขตสูบบุหรี่นอกอาคารสิ่งปลูกสร้าง

๑. จะต้องไม่อยู่บริเวณทางเข้า-ออกของสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
๒. จะต้องอยู่ในที่ที่ลับตา
๓. จะต้องไม่เป็นการรบกวนผู้อื่น

สภาพและลักษณะของเขตปลอดบุหรี่ ต้องเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

๑. ต้องติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ บริเวณทางเข้าสถานที่สาธารณะทุกช่องทาง และภายในสถานที่สาธารณะที่เห็นได้ชัด

๒. ไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่

๓. ไม่มีการสูบบุหรี่

ความรับผิดชอบของเจ้าของสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

๑. ต้องติดเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนด

๒. ต้องดูแลไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในพื้นที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่

บทกำหนดโทษ

๑. ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ มีโทษปรับไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท

๒. เจ้าของสถานที่ไม่ติดเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่หรือเขตสูบบุหรี่ มีโทษปรับไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท

๓. เจ้าของสถานที่จัดสถานที่เป็นเขตปลอดบุหรี่หรือเขตสูบบุหรี่ไม่ถูกต้อง มีโทษปรับไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท

ผู้บริหารกรุงเทพมหานครประกาศนโยบายและดำเนินการขับเคลื่อนให้สถานที่สาธารณะจัดเขตปลอดบุหรี่อย่างพร้อมเพรียงกัน

๔. การดำเนินโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่

แนวความคิดการดำเนินโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่ เป็นการปรับกลยุทธ์ในการควบคุมยาสูบเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง ในการดำเนินการควบคุมยาสูบในพื้นที่จังหวัดให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ของประเทศ และเพื่อบรรลุเป้าหมายตามแผนควบคุมยาสูบแห่งชาติด้วยการริเริ่มโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่ ในระหว่างการพัฒนาการปฏิบัติตามแผนควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ ๑ และต่อเนื่องในแผนฉบับที่ ๒ จังหวัดที่ดำเนินการควบคุมยาสูบอย่างเป็นระบบ ตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ครบทุกยุทธศาสตร์ ตามบริบทของจังหวัด อย่างบูรณาการในแต่ละพื้นที่เขตเมืองและชนบท เข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย ใช้ทุนทางสังคม และกระบวนการควบคุมทางสังคมของพื้นที่ ในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ ช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบ และทำให้ทุกพื้นที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย โดยเริ่มดำเนินการในพื้นที่นำร่อง แล้วขยายพื้นที่ดำเนินการต่อไปให้เต็มในจังหวัด และเพิ่มจำนวนจังหวัดต่อไปจนทั่วประเทศ

ภาพรวมของโครงการที่ผ่านมา

๑. เป็นโครงการที่ดีและสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายการควบคุมยาสูบของประเทศได้

๒. สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม บุคคล พื้นที่ และภาคีเครือข่ายในจังหวัด

๓. เกิดภาวะการใหม่ในการควบคุมยาสูบโดยผู้นำในระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน

๔. ทำให้มีการดำเนินการควบคุมยาสูบในพื้นที่ อย่างไม่เคยปรากฏมาก่อนดำเนินการเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ที่ยั่งยืนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๕. เป็นศูนย์กลางให้เกิดความร่วมมือและบูรณาการการดำเนินการของภาคีภาคส่วนต่างๆทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค

ด้านการบริหารจัดการโครงการ

กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นจุดบริหารจัดการ เนื่องจากต้องมีการบังคับใช้กฎหมาย และการให้บริการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ มีคณะกรรมการควบคุมยาสูบระดับจังหวัดเป็นกลไกอำนวยการโครงการในระยะยาวต่อไป โดยมีคณะทำงานพหุภาคีจากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องและฝ่ายต่างๆ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อบูรณาการและร่วมบริหารจัดการโครงการในระดับอำเภอ มีโครงสร้างการบริหารลักษณะเดียวกันกับกรรมการระดับจังหวัด ซึ่งมีหลายจังหวัดมีกลไกรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการที่เข้มแข็งจนถึงระดับชุมชน โดยเครือข่ายพหุภาคี เช่น จังหวัดตรัง สกลนคร นครราชสีมา นครปฐม พิษณุโลก และกระบี่ ผลงานดีมีตัวอย่างรูปแบบการบริหารจัดการโครงการที่ดีได้ทดสอบกลไกที่ได้กำหนดไว้ในพ.ร.บ.ฉบับปรับปรุงใหม่ (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ... ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำลังดำเนินการขับเคลื่อน โดยคณะรัฐมนตรีเห็นชอบอนุมัติหลักการ (ร่าง) พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ... ทั้งนี้ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีมีมติเพิ่มเติม ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบตามแนวทางแบ่งส่วนราชการแล้วแจ้งผลให้สำนักงานกฤษฎีกาเพื่อประกอบการพิจารณาโดยสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ ในฐานะผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขได้ชี้แจงต่อคณะกรรมการกฤษฎีกาครั้งที่ ๑๐ สำนักกฤษฎีกาอย่างต่อเนื่อง จังหวัดมีการพัฒนาและเกิดตัวอย่างกลไกการจัดการควบคุมยาสูบที่เข้มแข็งทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ในชุมชน และภายใน setting ต่างๆ เกิดความร่วมมือของเครือข่ายพหุภาคีหลายรูปแบบพัฒนาต่อเนื่องให้เป็นเครือข่ายควบคุมยาสูบระยะยาว การคัดเลือกผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบเป็น

ปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของโครงการ การพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบและภาคีเครือข่ายหลักเป็นสิ่งจำเป็น การออกเยี่ยมติดตามความก้าวหน้าจากทีมส่วนกลางมีผลมากในการกระตุ้น สนับสนุนและช่วยเหลือทั้งผู้รับผิดชอบหลักและภาคีเครือข่ายการสร้างเครือข่ายของผู้รับผิดชอบหลัก และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการกระตุ้นและสร้างความเข้มแข็งในการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบหลักที่มีความมุ่งมั่น และมีประสบการณ์ในการทำงานกับภาคีเครือข่าย สามารถทำให้งานมีความก้าวหน้า และสำเร็จได้ดีกว่าการประสานกับจังหวัด ในการคัดเลือกผู้รับผิดชอบโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่จึงมีความสำคัญที่สุดต่อการดำเนินงานตามโครงการ

ตารางแสดงจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่ และจังหวัดควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบต้นแบบ ในโครงการพัฒนาการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบต้นแบบ

จังหวัดในโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่		จังหวัดต้นแบบใน โครงการพัฒนาการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบต้นแบบ (ก.ค.๕๖ – มี.ค. ๕๘)	จังหวัดปลอดบุหรี่ตามกฎหมายผ่านมูลนิธิธรรมาภิบาล (ก.ค.๕๕ – ก.ค. ๕๖)
จังหวัดปลอดบุหรี่ (เดิม) ปี ๒๕๕๔ – ๒๕๕๖ (ต.ค. ๕๔ – ก.ย. ๕๖) (มีขยายการดำเนินงาน)	จังหวัดปลอดบุหรี่ (ใหม่) ต.ค. ๕๖ – มี.ค. ๕๘		
๑. ร้อยเอ็ด ๒. ขอนแก่น ๓. เลย ๔. หนองบัวลำภู ๕. น่าน ๖. เชียงราย ๗. แม่ฮ่องสอน ๘. กระบี่ ๙. ปัตตานี ๑๐. นราธิวาส	๑. นครนายก ๒. สระบุรี ๓. สมุทรปราการ ๔. ปราจีนบุรี ๕. ตราด ๖. นครปฐม ๗. นครราชสีมา ๘. อุตรธานี ๙. มหาสารคาม ๑๐. สกลนคร ๑๑. อำนาจเจริญ ๑๒. ศรีสะเกษ ๑๓. อุบลราชธานี ๑๔. ระนอง ๑๕. สตูล ๑๖. ตรัง ๑๗. ตาก	๑. ลำพูน ๒. ยโสธร ๓. ชัยนาท ๔. พัทลุง ๕. นครนายก ๖. นครศรีธรรมราช ๗. สุรินทร์ ๘. ปราจีนบุรี ๙. เพชรบุรี ๑๐. มหาสารคาม ๑๑. พิษณุโลก ๑๒. ปทุมธานี	๑. พิษณุโลก ๒. สุโขทัย ๓. เชียงใหม่ ๔. จันทบุรี ๕. สุราษฎร์ธานี

การขับเคลื่อนโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่ดำเนินการแบ่งออกเป็นรุ่นและระยะ ตามหน่วยงานเจ้าภาพหลักที่รับผิดชอบ โดยเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะเพื่อเป็นผู้นำในการควบคุมยาสูบ เสริมพลังให้ผู้มีกลยุทธ์ แนวทางในการทำงาน และเชื่อมโยงให้มีการดำเนินงานเป็นเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และเปิดเวทีให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ข้อเสนอแนะและแนวทางในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่กรุงเทพมหานครสามารถนำมาปรับใช้ มีดังนี้

๑. การตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบระดับกรุงเทพมหานคร
๒. การตั้งคณะทำงานบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบโดยผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร
๓. มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายมากขึ้น
๔. มีแผนการออกตรวจร่วมกันของคณะทำงานเป็นประจำและตรวจในงานเทศกาลต่างๆ
๕. มีการดำเนินการลักษณะเดียวกันโดยคณะทำงานระดับเขตและมีการตรวจควบคุมกับการตรวจตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๖. ใช้กระบวนการชุมชนเข้มแข็งและมาตรการของชุมชน ทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่
๗. มีมาตรการการเฝ้าระวังและควบคุมภายในชุมชน

๕. การดำเนินโครงการเขตปลอดบุหรี่ต้นแบบ

ผู้ศึกษาพิจารณาคัดเลือกเขตลาดพร้าวเป็นเขตปลอดบุหรี่ต้นแบบ เนื่องจากเป็นเขตที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็น ๑ ใน ๕๐ เขตของกรุงเทพมหานครที่ได้รับการพิจารณาคัดเลือกจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.) ให้เป็น ๑ ใน ๑๐ แห่งของระดับประเทศ ให้จัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในเขตนาร่อง (เขตลาดพร้าว) กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.๒๕๕๙ – ๒๕๖๒ ประกอบด้วยคณะทำงาน จำนวน ๔ คณะ ดังนี้

๑. คณะทำงานด้านการป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดและการมีส่วนร่วมภาคประชาชน

๒. คณะทำงานด้านการควบคุมตัวยาและผู้ค้ายาเสพติดและการสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันยาเสพติด

๓. คณะทำงานด้านการแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติดและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม

๔. คณะทำงานด้านการพัฒนาระบบและบริหารจัดการข้อมูลยาเสพติด

สำนักงานเขตลาดพร้าวมีเนื้อที่ทั้งหมดรวม ๒๑.๓๖๒ ตารางกิโลเมตร แบ่งออกเป็น ๒ แขวง คือ

๑. แขวงลาดพร้าว ประกอบด้วย ๑๔ หมู่บ้าน

๒. แขวงจระเข้บัว ประกอบด้วย ๕ หมู่บ้าน

โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร	จำนวน ๗ โรงเรียน
โรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	จำนวน ๒ โรงเรียน
โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน	จำนวน ๑๕ โรงเรียน
โรงพยาบาล	จำนวน ๒ แห่ง
ศูนย์บริการสาธารณสุข	จำนวน ๓ แห่ง
หน่วยงานของรัฐในพื้นที่	จำนวน ๕ แห่ง
ศาสนสถาน	จำนวน ๕ แห่ง
ตลาดถาวร	จำนวน ๘ แห่ง

จากการพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ ในพื้นที่ เขตลาดพร้าวมีศักยภาพและความสามารถในการขับเคลื่อนเขตปลอดบุหรี่ต้นแบบ เพราะสามารถนำแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ประกอบด้วย ๘ ยุทธศาสตร์ มาดำเนินการร่วมกับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการ/ความคาดหวัง	วิธีดำเนินการ
๑. ผู้บังคับบัญชา	- หน่วยงานมีผลงานเป็นที่ยอมรับของผู้บริหารกรุงเทพมหานคร	การดำเนินโครงการให้บรรลุเป้าหมายที่ผู้บริหารต้องการ
๒. ผู้ร่วมงาน	- มีความรู้ ความสามารถในการควบคุมการบริโภคยาสูบ - มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน - ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ	- อบรมพัฒนาความรู้ - ได้รับการพิจารณาความดีความชอบ - ได้รับงบประมาณจากแหล่งงบประมาณต่างๆ
๓. ผู้รับบริการ / ผู้เสพยาสูบ	สามารถเลิกเสพยาสูบได้	- เข้าถึงการให้บริการบำบัดบุหรืในคลินิกฟ้าใส สำนักงานมัยและโรงพยาบาล สำนักงานแพทย์
๔. ผู้บริหารโรงเรียน ครู และนักเรียน	โรงเรียนเป็นโรงเรียนปลอดบุหรื	บุคลากรทุกฝ่ายให้ความร่วมมือเพื่อให้โรงเรียนปลอดบุหรื
๕. ภาคิเครือข่ายทั้งภายในและนอกสังกัดกรุงเทพมหานคร	มีความรู้ ความสามารถในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และสามารถนำไปดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานร่วมทั้งพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับยาสูบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะได้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่
๒. เพื่อให้ผู้เสพยาเข้าถึงบริการเลิกยาสูบ
๓. เพื่อให้สถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานปลอดบุหรืตามกฎหมาย
๔. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการจังหวัดปลอดบุหรืที่จะนำมาปรับใช้ในประเทศไทย

เป้าหมาย

๑. ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรืในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน ๔๓๘ แห่ง
๒. ส่งเสริมการให้บริการเลิกเสพยาสูบในคลินิกฟ้าใส และบำบัดบุหรืในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย ๑๘ แห่ง
๓. หน่วยงานและส่วนราชการในสังกัดกรุงเทพมหานคร และสถานที่สาธารณะอื่นๆ จัดเขตปลอดบุหรื
๔. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเขตต้นแบบปลอดบุหรื

ปัจจัยสู่ความสำเร็จ

๑. ภาคิเครือข่ายมีความร่วมมือที่เข้มแข็ง
๒. การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ จัดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรื โดยการติดสติ๊กเกอร์ให้ชัดเจนทำให้ผู้สูบบุหรืไม่สูบบุหรืในที่ห้ามสูบ
๓. การกำหนดให้ติดป้ายห้ามสูบบุหรื เป็นการจำกัดพื้นที่ในการสูบ ทำให้คนสูบน้อยลง
๔. การประสานงานและบูรณาการความร่วมมือระหว่างเครือข่าย
๕. มาตรการทางสังคมมองว่าบุหรืเป็นสิ่งทำลายสุขภาพ

นิยามตัวแปร

๑. ยาสูบ (Tobacco) หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของ ใบยาสูบ ที่ใช้ในการสูด ดม อม และเคี้ยว หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน รวมถึง บุหรี่ซิการ์เรต ชิการ์ ยาเส้น ยาปรุง และผลิตภัณฑ์ยาสูบ ใหม่ๆ เช่น บุหรี่ไฟฟ้า บารากุไฟฟ้า ซึ่งหมายรวมถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Tobacco Product) ทุกชนิด

๒. โรงเรียนปลอดบุหรี่ หมายถึง โรงเรียนที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

๒.๑ เป็นสถานศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษาที่มีการจัดสถานที่ทุกพื้นที่ของโรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๙ ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕

๒.๒ มีการดำเนินการตามมาตรการและแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ รวมทั้งมีการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในโรงเรียน และมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบเมื่อพบว่าการสูบบุหรี่ในโรงเรียน

๒.๓ มีการเสริมสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และปลูกฝังค่านิยมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ให้แก่เยาวชน ทั้งนี้ แม้ว่าจะมีบุคลากรหรือนักเรียนที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ก็ตาม แต่บุคคลเหล่านั้นต้องไม่สูบบุหรี่ในเขตโรงเรียน

๓. ชุมชนปลอดบุหรี่ หมายถึง ชุมชนที่ปลอดจากควันบุหรี่

๓.๑ ไม่มีการสูบบุหรี่ในทุกที่ที่กฎหมายกำหนดห้ามสูบ และมีการจัดเขตสูบไว้เป็นการเฉพาะ

๓.๒ มีการช่วยให้คนสูบลีกสูบ

๓.๓ ป้องกันเยาวชนไม่ให้ริเริ่มสูบ

๓.๔ ดำเนินการโดยกระบวนการชุมชนเข้มแข็ง ใช้กลไกและมาตรการทางวัฒนธรรมการควบคุมทางสังคมของชุมชน

แผนปฏิบัติการและงบประมาณ

ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง กันยายน ๒๕๖๐

ขั้นตอนการปฏิบัติและผู้รับผิดชอบ

แผนปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ขั้นตอน / กิจกรรม	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐												ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ
	ต.ค. ๕๙	พ.ย. ๕๙	ธ.ค. ๕๙	ม.ค. ๖๐	ก.พ. ๖๐	มี.ค. ๖๐	เม.ย. ๖๐	พ.ค. ๖๐	มิ.ย. ๖๐	ก.ค. ๖๐	ส.ค. ๖๐	ก.ย. ๖๐		
๑. การเตรียมการ														
๑.๑ จัดทำโครงการเพื่อเสนอขออนุมัติ	↔												กลุ่มป้องกันฯ	๘๑,๑๘๐ บาท
๑.๒ จัดตั้งคณะทำงานระดับสำนักงาน		↔											กลุ่มป้องกันฯ	
๑.๓ จัดประชุมหารือคณะทำงานเพื่อกำหนดรูปแบบและวิธีการดำเนินงาน		↔											กลุ่มป้องกันฯ	
๑.๔ ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานโครงการ			↔	↔	↔	↔							กลุ่มป้องกันฯ	
๑.๕ ประชุมชี้แจงและประสานความร่วมมือภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการ กระบวนการและขั้นตอนการทำงานเชื่อมเครือข่ายการทำงานในพื้นที่			↔										กลุ่มป้องกันฯ	
๑.๖ จัดทำข้อมูลสถานการณ์ที่สำคัญ				↔	↔								กลุ่มแผนงานฯ	
๑.๗ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผน / กิจกรรมแนวทางการดำเนินงาน				↔								↔	กลุ่มป้องกันฯ	

แผนปฏิบัติการและงบประมาณ

ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง กันยายน ๒๕๖๐

ขั้นตอนการปฏิบัติและผู้รับผิดชอบ

แผนปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ขั้นตอน / กิจกรรม	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐												ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ
	ต.ค. ๕๙	พ.ย. ๕๙	ธ.ค. ๕๙	ม.ค. ๖๐	ก.พ. ๖๐	มี.ค. ๖๐	เม.ย. ๖๐	พ.ค. ๖๐	มิ.ย. ๖๐	ก.ค. ๖๐	ส.ค. ๖๐	ก.ย. ๖๐		
๒. การดำเนินการ														
๒.๑ จัดประชุมผู้บริหารโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงแนวทางตามแผนแนวทางการดำเนินโรงเรียนปลอดบุหรี่					↔								กลุ่มป้องกันฯ	๕๘,๕๐๐ บาท
๒.๒ อบรมความรู้ / ชี้แจงการดำเนินการช่วยเหลือบุหรี่กับบุคลากรคลินิกฟ้าใส ศูนย์บริการสาธารณสุข และผู้แทนชุมชน โดย อสส.					↔								กลุ่มพัฒนาฯ	๒๑,๓๒๐ บาท
๒.๓ อบรมให้ความรู้กฎหมายควบคุมยาสูบแก่ร้านค้าและสถานประกอบการเพื่อให้ดำเนินการจัดเขตปลอดบุหรี่					↔								กลุ่มป้องกันฯ	๒๖,๐๐๐ บาท
๒.๔ จัดทีมชี้แจงรายละเอียดและลงพื้นที่ตรวจเตือน/ประชาสัมพันธ์/ตรวจสอบบังคับใช้กฎหมายร้านค้า ร้านอาหาร ตลาดสถานประกอบการ						↔		↔		↔		↔	กลุ่มป้องกันฯและคณะทำงานตรวจลงพื้นที่ตรวจ	๑๐,๐๐๐ บาท
๒.๕ จัดทำสรุปผลลงพื้นที่ตรวจเตือน							↔		↔		↔	↔	กลุ่มป้องกันฯ	

แผนปฏิบัติการและงบประมาณ

ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง กันยายน ๒๕๖๐

ขั้นตอนการปฏิบัติและผู้รับผิดชอบ

แผนปฏิบัติการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ขั้นตอน / กิจกรรม	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐												ผู้รับผิดชอบ	งบประมาณ
	ต.ค. ๕๙	พ.ย. ๕๙	ธ.ค. ๕๙	ม.ค. ๖๐	ก.พ. ๖๐	มี.ค. ๖๐	เม.ย. ๖๐	พ.ค. ๖๐	มิ.ย. ๖๐	ก.ค. ๖๐	ส.ค. ๖๐	ก.ย. ๖๐		
๓. หลังการดำเนินการ ๓.๑ จัดทำสรุปผลการดำเนินงานปัญหา อุปสรรคตลอดจนความสำเร็จจากการ ดำเนินงานตามแผน (เป็นภาพรวมโครงการ รายงานความก้าวหน้า ๖ เดือน และสิ้นสุด โครงการฯ						↔						↔		๓,๐๐๐ บาท

ใช้งบประมาณทั้งสิ้น ๒๐๐,๐๐๐ บาท จากเงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร ประจำปีพ.ศ. ๒๕๖๐
แนวทางในการบริหารความเสี่ยง

ประเด็นความเสี่ยง	สาเหตุ	ผลกระทบ	แนวทางแก้ไข
๑. การขอรับ การสนับสนุนงบประมาณ	ไม่ได้รับการจัดสรร งบประมาณจาก กรุงเทพมหานคร	ไม่มีงบประมาณใน การดำเนินการ	หาแหล่งงบประมาณสนับสนุน จาก สสส. หรือภาคเอกชน
๒. การแต่งตั้ง คณะกรรมการ	ผู้บริหารและ คณะกรรมการไม่เห็น ความสำคัญและไม่เข้า มามีส่วนร่วมในการ ขับเคลื่อนนโยบาย	การขับเคลื่อน การดำเนินงานไม่มี ประสิทธิภาพ	จัดประชุมคณะกรรมการ เพื่อมอบหมายภารกิจและ ติดตามผลการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง
๓. หน่วยงานและส่วน ราชการต่างๆ ไม่ให้ ความร่วมมือ	ไม่มีผู้รับผิดชอบเรื่อง การจัดเขตปลอดบุหรี่ และมีบุคลากรของหน่วย เป็นผู้สูบบุหรี่	มีการฝ่าฝืนในพื้นที่ ห้ามสูบ	จัดทำหนังสือขอรายชื่อ ผู้ประสานงาน ประชาสัมพันธ์ เชิญชวนผู้สูบบุหรี่เข้ารับการ บำบัดบุหรี่ในคลินิกฟ้าใส
๔. การบังคับใช้กฎหมาย	เจ้าหน้าที่ไม่ใช้มาตรการ ทางกฎหมายเมื่อพบเห็น ผู้กระทำความผิด หรือละเมิด เนื่องจากขาดความรู้และ ประสบการณ์	ไม่สามารถควบคุม การบริโภคยาสูบตาม แผนที่กำหนด	- การตั้งคณะทำงานบังคับใช้ กฎหมายควบยาสูบ - จัดอบรมองค์ความรู้เกี่ยวกับ กฎหมาย

การประเมินผล

การปกป้องเด็กและเยาวชนจากการเป็นนักสูบหน้าใหม่ การช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้ การจัด
เขตปลอดบุหรี่ในที่สาธารณะและการสร้างเขตในเขตปลอดบุหรี่ มีตัวชี้วัดสำเร็จและเครื่องมือที่ใช้ใน
การประเมิน ดังนี้

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครเข้าร่วมโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๒. คลินิกฟ้าใส และศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยดำเนินการบำบัดบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
๓. หน่วยงานและส่วนราชการสังกัดกรุงเทพมหานครดำเนินการจัดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่
ตามที่กฎหมายกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
๔. มีเขตต้นแบบปลอดบุหรี่อย่างน้อย ๑ เขต

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

๑. แบบการตรวจติดตามของผู้ตรวจราชการกรุงเทพมหานคร
๒. แบบบันทึกสถิติ หรือ ศูนย์รับแจ้งทุกข์ กรุงเทพมหานคร ๑๕๕๕
๓. แบบรายงานระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.)

ข้อเสนอแนะ

โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นโครงการที่สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เพราะเป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนและสามารถป้องกันโรคการเกิดโรคร้ายได้ ช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกยาสูบ รวมทั้งการคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ใน สถานการณ์ต่างๆ ทำให้พื้นที่ที่ถูกกำหนดว่าเป็นพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่มีการควบคุมเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้บริหาร กรุงเทพมหานครและภาคีเครือข่ายยังให้การสนับสนุนในการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เมื่อโครงการ ได้ดำเนินตามแผนปฏิบัติการจนประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ก็จะเป็นแบบอย่างที่ดี สามารถขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น

บรรณานุกรม

หนังสือ

ผ่องศรี ศรีมรกต. การใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบในงานประจำในโรงพยาบาล.

พิมพ์ครั้งที่ ๑.นนทบุรี : หจกมณีส फिल्ม, ๒๕๕๑

มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.คู่มือครูในการช่วยนักเรียนให้เลิกสูบบุหรี่ พิมพ์ครั้งที่ ๓.

กรุงเทพมหานคร : บริษัทนันทพิมพ์ พรินติ้ง จำกัด

สำนักงานสถิติแห่งชาติ,กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และ

การดื่มสุราของประชากร พ.ศ.๒๕๕๗

กรุงเทพมหานคร : บริษัท เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด, ๒๕๕๗

สุริยาเดวทริปาตี. ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพ

สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๑.กรุงเทพมหานคร : ๒๕๕๐

Stephen Human และคณะกรรมการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ.

กรุงเทพมหานคร : ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์ จำกัด, ๒๕๔๘

บทความ

“การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล”ไทยโพสต์ (๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๗)

ภาคผนวก

ประวัติผู้เขียนเอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคล

ชื่อ – นามสกุล	นางสาวปณัสยา ชะเอม
วันเดือนปีเกิด	๑๖ สิงหาคม ๒๕๐๙
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มป้องกันการติดยาเสพติด สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด อาคารสำนักงานเขตราชเทวี ชั้น ๗ ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. ๒๕๓๑ ศิลปศาสตรบัณฑิต (สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา) จาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.ศ. ๒๕๕๗ ประกาศนียบัตรหลักสูตรบริหารการแพทย์และสาธารณสุข รุ่นที่ ๗ จากสำนักอนามัย

ประสบการณ์การรับราชการ

พ.ศ. ๒๕๓๓	ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ๓ ฝ่ายป้องกันการติดยาเสพติด กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย
พ.ศ. ๒๕๓๕	ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ๔ ฝ่ายป้องกันการติดยาเสพติด กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย
พ.ศ. ๒๕๓๗	ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ๕ ฝ่ายป้องกันการติดยาเสพติด กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย
พ.ศ. ๒๕๔๒	ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ๖ ว ฝ่ายป้องกันการติดยาเสพติด กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย
พ.ศ. ๒๕๕๐	ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ๗ ว ฝ่ายป้องกันการติดยาเสพติด กองป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย
พ.ศ. ๒๕๕๓	ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ ๘ ว กลุ่มป้องกันการติดยาเสพติด สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย
พ.ศ. ๒๕๕๔	ตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มป้องกันการติดยาเสพติด สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย

รางวัลหรือผลงาน (เฉพาะที่สำคัญ)

- รางวัลบุคลากรดีเด่น ของสำนักอนามัย Health Department's Award
ได้รับ ณ วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๕๒
- รางวัลวัยทำงานสดใส ใส่ใจสุขภาพ ข้าราชการกรุงเทพมหานครสามัญประเภทเดียว
ระดับดีเยี่ยม ประจำปี ๒๕๕๘ ได้รับ ณ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘

แผนการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒

ลำดับ	สถานศึกษา/สังกัด	จำนวน (แห่ง)	ระยะเวลาการดำเนินการ			ผู้รับผิดชอบ
			ปี พ.ศ. ๒๕๖๐	ปี พ.ศ. ๒๕๖๑	ปี พ.ศ. ๒๕๖๒	
๑.	โรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานคร	๔๓๘	๘๐	๑๐๐	๑๐๐	๑.๑ สำนักงานป้องกันและ บำบัดการติดยาเสพติด ๑.๒ สำนักงานการศึกษา
๒.	โรงเรียนสังกัด สำนักงาน คณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)	๑๑๙	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๒.๑ สำนักงานมัธยม ๒.๒ สำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษากรุงเทพมหานคร เขต ๑ - ๒ (สพม. ๑ - ๒)
๓.	วิทยาลัยอาชีวศึกษา	๒๑	๖๐	๘๐	๑๐๐	๓.๑ สำนักงานมัธยม ๓.๒ สำนักงานการอาชีวศึกษา
๔.	มหาวิทยาลัย	๓๒	๖๐	๘๐	๑๐๐	๔.๑ สำนักงานมัธยม ๔.๒ ทบวงมหาวิทยาลัย