



กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่การขับเคลื่อนจังหวัดตรังปลอดบุหรี่

นัยนา หนูนิล*

สายพน เอกวางกูร*

เรวดี เพชรศิราสัทธ์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: นัยนา หนูนิล

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพเน้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานขับเคลื่อนจังหวัดตรังปลอดบุหรี่ โดยใช้แนวคิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) กลุ่มแกนนำภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน จำนวน 50 คน และ 2) กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าบุหรี่ยี่ 120 คน และร้านอาหาร 120 คน รวมทั้งสิ้น 240 คน มีการดำเนินงาน 2 ระยะ คือ เตรียมการ และ กระบวนการนโยบายสาธารณะ (ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดประเด็นปัญหา การกำหนดทางเลือกเชิงนโยบาย การตัดสินใจเชิงนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินนโยบาย) รวบรวมข้อมูลด้วยการสำรวจ ประชุมกลุ่มย่อย และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปประเด็น ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่จังหวัดตรังปลอดบุหรี่ ประกอบด้วย 1) การประสานงานเครือข่ายของจังหวัด 2) การจัดตั้งทีมงาน 3) การศึกษาสถานการณ์การรับรู้กฎหมายการควบคุมยาสูบของประชาชน 4) การกำหนดมาตรการควบคุมยาสูบของจังหวัด 5) การขับเคลื่อนมาตรการควบคุมยาสูบสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 5.1) มาตรการสร้างความเข้าใจกฎหมาย เน้นการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ในทุกช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงได้ เช่น การเดินรณรงค์ตามสถานที่ต่างๆ สื่อวิทยุ ไปสเตอร์ และเอกสารแผ่นพับ และ 5.2) มาตรการขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ โดยเริ่มจากหน่วยงานราชการ โรงพัก ศาลากลางจังหวัด และที่ว่าการอำเภอ รวมทั้งสถานที่สาธารณะอื่นๆ เช่น ตลาด สถานีขนส่ง และสวนสาธารณะ และ 6) การประเมินผลการดำเนินงาน พบว่าการรับรู้เขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ สถานที่ราชการอื่นๆ และตลาดสดเพิ่มขึ้น (21.16%, 19.71%, 15.39%, และ 15.16% ตามลำดับ) ผู้ประกอบการร้านค้าบุหรี่ยี่มีการรับรู้กฎหมายเพิ่มขึ้นว่า การขายบุหรี่/ยาเส้นแก่ผู้ที่ยังอายุต่ำกว่า 18 ปีเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และการวางซองบุหรี่ให้เห็นผ่านตู้โชว์โดยไม่เห็นยี่ห้อถือเป็นการโฆษณาบุหรี่ (4.11% และ 3.7% ตามลำดับ) และปัจจัยความสำเร็จ คือ 1) การมีผู้นำที่ไม่สูบบุหรี่ (ผู้ว่าราชการจังหวัดตรัง) เป็นต้นแบบ 2) การมีทีมงานที่ทุ่มเทและมีศักยภาพในการประสานงานเครือข่าย และ 3) การมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ดังนั้นการดำเนินงานจังหวัดปลอดบุหรี่ ต้องมีการจัดการด้านการสื่อสารต่อสาธารณะที่สามารถสร้างพลังการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ และเป็นการพัฒนาประชาชนให้เป็นพลเมืองที่มีความตื่นรู้ และเอาใจใส่ต่อสุขภาพและความเป็นไปของสังคมมากขึ้น

คำสำคัญ: กระบวนการนโยบายสาธารณะ, การควบคุมการบริโภคยาสูบ, การขับเคลื่อนระดับจังหวัด

*สำนักวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**Abstract** The Healthy Public Policy Process for Trang Provincial Driven Tobacco Control

Naiyana Noonil*, Saifon Aekwarangkoon*, Rewwadee Petsirasan*

*School of Nursing, Walailak University

Corresponding author: Naiyana Noonil, nnaiyana@hotmail.com

This study is a mixed methods research between quantitative and qualitative research focusing on action that aimed to develop a Trang province tobacco control model by using healthy public policy concept. Purposive sampling was employed to recruit the target groups including: 1) 50 leaders of the central and local government and people sectors, and 2) 120 cigarette sellers and 120 restaurant owners; 240 persons, altogether. The operation comprised two phases: preparation phase and the 5 steps of healthy public policy process phase (as agenda setting, policy formulation, decision-making, policy implementation and policy evaluation). Data were collected by the survey, group discussions, and in-depth interviews, and analyzed by descriptive statistics for quantitative data, and by content and thematic analysis for qualitative data. The results showed that the model of driving public policy to tobacco control of Trang province consisted of 1) provincial network coordination, 2) team establishment, 3) exploration on the tobacco control awareness of the people, 4) the establishment of tobacco control measures in the province, 5) driving tobacco control measures into practice, as 5.1) measures to understand the law: focusing on the outreach campaign at the provincial and district levels to inform the effects of smoking in all media accessible to the public (such as location-based, radio campaigns, posters and leaflets, and 5.2) non-smoking enforcement measures: starting from government offices and expanding to public areas (such as markets, bus stations, and parks), and 6) performance evaluation. The research found the increases in the perception of non-smoking law enforcement in the restaurant without air condition, hospitals and health care services, other government offices and fresh markets (21.16%, 19.71%, 15.39%, and 15.16%, respectively). The cigarette sellers were more aware of the cigarette/tobacco vending law that selling cigarette to those under 18 years of age is illegal, and displaying cigarettes in the window even without seeing brands also considered advertising (4.11% and 3.7%). The key success factors were identified: 1) having a non-smoking leader (the governor of Trang province himself) 2) having a dedicated and capable team to coordinate the network and 3) having a variety of communication channels. Therefore, the provincial tobacco control model requires strong public communication management to empower network partners to participate in the public policy process and to develop people to be an active citizen and care for the health and well-being of the society.

Keywords: healthy public policy process, tobacco control, provincial movement

ภูมิหลังและเหตุผล

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการการสูญเสียชีวิตของประชากรโลกจากการสูบบุหรี่ว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นประมาณ 6 ล้านคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเสียชีวิตโดยตรงจากการสูบบุหรี่⁽¹⁾ และจากผลการศึกษาย้อนหลังใน 192 ประเทศทั่วโลกในปี ค.ศ. 2004 มีรายงานผู้ไม่สูบบุหรี่ที่เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบหรือควันบุหรี่มือสอง (second-hand smoker)

จำนวน 603,000 คน⁽²⁾ เนื่องจากการได้รับสารพิษที่อยู่ในควันบุหรี่ซึ่งประกอบด้วยสารเคมีต่างๆ ไม่ต่ำกว่า 4,000 ชนิด และในจำนวนนี้มีไม่ต่ำกว่า 50 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง⁽³⁾ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก มะเร็งลำคอและกล่องเสียง มะเร็งหลอดอาหารส่วนต้น มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิดเฉียบพลัน มะเร็งไต⁽⁴⁾ ทำให้เกิดภาวะโรคสูงสุดเป็นอันดับ 3 ของโรคเรื้อรัง ข้อมูลจากการศึกษาภาวะโรค



ของกระทรวงสาธารณสุขประมาณการว่า มีผู้เสียชีวิตมากถึงจำนวน 48,244 คนต่อปีจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เสียชีวิต 1 คนในทุก 10 คน โดยภายในปี พ.ศ. 2573 สัดส่วนการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 คนในทุก 6 คน ทั้งนี้ ผู้สูบบุหรี่เป็นระยะเวลาเวลานานจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตเพราะบุหรี่ และครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 20-25 ปี นอกจากนั้นควันบุหรี่มือสองยังเป็นสาเหตุของโรคและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่โดยมีผลกระทบต่อระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ และทรวงอก และระบบเลือด⁽⁴⁾

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁵⁾ พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่จำนวน 10.90 ล้านคน (ร้อยละ 20.70) เป็นเพศหญิงร้อยละ 2.01 เพศชายร้อยละ 40.46 แม้ว่าข้อมูลการสูบบุหรี่ในรอบ 18 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 27.91 ในปี พ.ศ. 2550 เหลือร้อยละ 25.78 ในปี พ.ศ. 2554⁽⁶⁾ แต่สิ่งที่น่าวิตกคือนักสูบหน้าใหม่ที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.44 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 9.2 ในปี พ.ศ. 2554 โดยเฉพาะเยาวชนในภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด คือร้อยละ 23.76⁽⁶⁾ เนื่องจากเยาวชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.60 ไม่เคยถูกผู้ขายขอคุ้บตรประชาชน และร้อยละ 68.25 ซึ่อบุหรี่แบบแบ่งมวนชาย ตลอดจนพบว่าการกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบมีส่วนสำคัญในการโน้มน้าวให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว โดยใช้กลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบหลากหลายรูปแบบ เช่น การโฆษณา การส่งเสริมการขาย ออกบุหรี่ชนิดใหม่/รสชาติใหม่/ราคาถูกและการให้ทุนอุปถัมภ์ที่อ้างเป็นกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ⁽⁶⁾

จากข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง พบว่า ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปอดที่ไปรับการรักษาในโรง

พยาบาลตรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2553 พบจำนวน 163, 252 และ 257 คนตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่าจังหวัดตรังมีอัตราการสูบบุหรี่สูงเป็นอันดับที่ 10 ของประเทศ และเป็นอันดับที่ 3 ของภาคใต้ตอนล่าง โดยพบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 26.39 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 20.70)⁽⁵⁾ และระดับภาคใต้ (ร้อยละ 23.76)⁽⁶⁾ และยังพบว่า การสูบบุหรี่ยังกระจายอยู่ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งกลุ่มเยาวชน วัยแรงงาน และวัยผู้สูงอายุ ในขณะที่อัตราการเลิกบุหรี่ได้มากกว่า 6 เดือนของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 17.38

ท่ามกลางกระแสการสร้างสุขภาพแนวใหม่ (new paradigm of health promotion) หนึ่งในห้ากลยุทธ์ที่สำคัญ⁽⁷⁾ คือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (creating healthy public policy) ซึ่งเดิมเน้นบทบาทของรัฐในการกำหนดนโยบายโดยให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันและผลกระทบต่อสุขภาพ แต่เมื่อภาคประชาสังคมเติบโตขึ้น ความคิดนโยบายสาธารณะแนวใหม่จึงเกิดขึ้นโดยเน้นให้ภาคประชาชนและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าไปมีส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะต่างๆ เพื่อให้การแก้ปัญหาของชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับจังหวัดตรังนั้น ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2554 ได้มีการนำกระบวนการสมัชชาสุขภาพมาใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของคนในจังหวัด เช่น ชุมชนป่าชายเลนลุ่มน้ำปะเหลียน จังหวัดตรัง⁽⁸⁾ ที่ใช้กระบวนการนโยบายสาธารณะในการอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรในชุมชน นับว่าเป็นพลังการเคลื่อนไหวที่ทำให้ชาวบ้านเข้มแข็งขึ้นและมีพลังในการต่อรองมากขึ้น ซึ่งรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540 มาตรา 76 ได้ระบุให้รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจ และการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

ด้วยสถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรี่ของจังหวัดตรังดังกล่าวข้างต้น ทีมผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการสมัชชา



สุขภาพจังหวัดตรังจึงได้จัดทำโครงการวิจัยจังหวัดตรังปลอดบุหรี่ขึ้น โดยนำแนวคิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy Process: HPPP)⁽⁷⁾ มาขับเคลื่อนให้จังหวัดตรังปลอดบุหรี่ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การดำเนินงานตามนโยบายและการประเมินผลนโยบายสาธารณะ

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผสมผสาน (mixed methods) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนจังหวัดตรังปลอดบุหรี่โดยใช้แนวคิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม สอดคล้องกับวิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) การวิจัยเชิงคุณภาพ เจาะจงเลือกแกนนำจาก 3 ภาคีหลัก ที่อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยขับเคลื่อนจังหวัดตรังปลอดบุหรี่ด้วยกระบวนการนโยบายสาธารณะ ได้แก่ ภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล จำนวน 50 คน และ 2) การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อการประเมินผลลัพธ์การรับรู้กฎหมายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มผู้ประกอบการร้านค้าบุหรี่ยี่ 120 คน และกลุ่มร้านอาหาร 120 คน ที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม จำนวนกลุ่มละ 12 คนต่ออำเภอ ครอบคลุม 10 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 240 คน

วิธีดำเนินงานวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ โดยการชี้แจงกระบวนการวิจัยและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการนโยบาย

สาธารณะเพื่อสุขภาพและกฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และการจัดตั้งทีมงาน

2. ระยะการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยดำเนินการตามแนวทางการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดประเด็นปัญหา (agenda setting) เริ่มจากการศึกษาสถานการณ์การบริโภคยาสูบ การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่เพื่อกำหนดประเด็นปัญหา 2) กำหนดทางเลือกเชิงนโยบาย (policy formulation) 3) ตัดสินใจเชิงนโยบาย (decision-making) 4) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) มีการจัดเวทีประชุมเพื่อวางแผนปฏิบัติการตามมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ และนำแนวทางไปปฏิบัติ และ 5) การประเมินนโยบาย (policy evaluation) ด้วยการประชุมแกนนำอย่างต่อเนื่องเพื่อร่วมกันถอดบทเรียน สะท้อนคิด ปรับปรุง และหาแนวทางแก้ไขต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ 014/2557 ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรม และความถูกต้องโดยการขออนุญาตเข้าทำการศึกษาในพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขอความร่วมมือในการเป็นผู้ให้ข้อมูลอ้างอิงชื่อบุคคลเฉพาะกรณีที่ได้รับอนุญาต และสะท้อนข้อมูลในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ



เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาสถานการณ์การรับรู้กฎหมายการควบคุมยาสูบทั้งก่อนและหลังการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการรับรู้กฎหมายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จำนวน 10 ข้อ เลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” 2) แบบสอบถามการรับรู้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 16 ข้อ (สถานที่เป็นเขตปลอดบุหรี่) เลือกตอบว่า “ทั่วทั้งอาณาเขต” “บางส่วน” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ” ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือทั้ง 2 ชุดขึ้นจากกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พ.ร.บ.การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับบุคคลทั่วไปจำนวน 30 คน และตรวจสอบความเที่ยงตรงภายใน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ของแบบสำรวจส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 คือ 0.98 และ 0.85 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ประกอบการร้านอาหาร ด้วยแบบสอบถามการรับรู้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และจากผู้ประกอบการร้านค้าบุหรี่ยี่ ด้วยแบบสอบถามการรับรู้กฎหมายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2 ครั้ง (ก่อนและหลังดำเนินการ) โดยคณะทำงานของแต่ละอำเภอ (ซึ่งผ่านการอบรมเกี่ยวกับแบบสำรวจและวิธีการสัมภาษณ์)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง และ จัดการสนทนากลุ่ม (focus group) แกนนำเพื่อแสดงความคิดเห็นอภิปรายปัญหา และอุปสรรคของการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่เป้าหมายจังหวัดตรังปลอดบุหรี่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่การรับรู้กฎหมายตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พรบ.คุ้มครองสุขภาพของ

ผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคี ปัญหา อุปสรรคในการพัฒนากระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบในจังหวัดตรัง ที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่มแกนนำ ถูกนำมาถอดเทป รวบรวม และสกัดเพื่อวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสรุปประเด็น (thematic analysis) โดยทีมวิจัย 3 คน ซึ่งมีประสบการณ์การวิจัยเชิงคุณภาพได้ช่วยกันตรวจสอบความตรงของแนวคิด ทฤษฎี (dependability) ความถูกต้องของการถอดเทป (confirmability) การให้รหัสข้อมูล (credibility) ความสอดคล้องของการให้รหัสเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล (axial coding) และการถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) นอกจากนั้นหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการประชุมเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบประเด็นสำคัญให้ตรงกับความรู้สึก/ข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง (confirmability)

ผลการศึกษา

รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่การขับเคลื่อนจังหวัดปลอดบุหรี่

1. การประสานงานเครือข่ายควบคุมการบริโภคยาสูบของจังหวัด คณะทำงานหลักซึ่งประกอบด้วยนักวิจัยพื้นที่ ผู้ประสานงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดตรัง หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ประธานชมรมคนไร้กโลงเสียง ผู้ประสานงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ได้รับการประสานงานจากผู้ประสานงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดตรัง เพื่อชี้แจงรายละเอียดและเป้าหมายการขับเคลื่อนจังหวัดตรังปลอดบุหรี่ หลังจากนั้นคณะทำงานได้ขอพบผู้ว่าราชการจังหวัดเพื่อ



รายงานชี้แจงถึงจุดมุ่งหมายการวิจัยและขอเชิญท่านเป็นประธานคณะกรรมการการขับเคลื่อนจังหวัดตรังปลอดบุหรี่ครั้งนี้

2. การจัดตั้งทีมงาน ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการจังหวัด ทำหน้าที่กำหนดนโยบายการควบคุมยาสูบด้วยการบูรณาการกับคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีอยู่เดิมและใช้ชื่อใหม่ว่า “*คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบจังหวัดตรัง พ.ศ. 2557*” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และมีนายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังเป็นเลขานุการ และมีตัวแทนสมัชชาสุขภาพจังหวัดตรังร่วมเป็นคณะกรรมการ และ 2) คณะทำงานมี 2 ชุด คือ ระดับจังหวัด มีรองผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นรองประธาน และระดับอำเภอ มีนายอำเภอเป็นประธานและสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ แบ่งทีมงานออกเป็น 3 โซน คือ โซน A ได้แก่ อำเภอเมืองกันตัง นาโยง และสิเกา โซน B ได้แก่ อำเภอห้วยยอด วังวิเศษ และรัชฎา และโซน C ได้แก่ อำเภอปะเหลียน ย่านตาขาว และหาดสำราญ

3. การศึกษาสถานการณ์การรับรู้กฎหมายควบคุมยาสูบ โดยมุ่งเน้นที่การสำรวจร้านอาหารและร้านค้าบุหรี่ยัง 10 อำเภอ พบว่า **1) การรับรู้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่/เขตปลอดบุหรี่ของร้านอาหาร** จาก 120 ร้าน ผู้ตอบแบบสอบถามอายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี (SD=12.43) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.1) มีการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 30.7) รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 26.3) และอุดมศึกษา (ร้อยละ 23.7) ผู้ชายส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นประจำ (ร้อยละ 82.0) ผลสำรวจพบว่าสถานที่ที่ไม่ใช่เขตปลอดบุหรี่ คือ ตลาด (ร้อยละ 25.98) สวนสาธารณะ (ร้อยละ 18.9) ร้านอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 15.57) และร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ (ร้อยละ 12.5) สำหรับสถานที่ราชการนั้น พบว่ายังคงมีผู้ที่รับรู้ว่าไม่ใช่เขตปลอดบุหรี่ แต่มี

ไม่มาก คือ โรงเรียน (ร้อยละ 4.69) มหาวิทยาลัย (ร้อยละ 3.94) และโรงพยาบาล (ร้อยละ 3.19) และสถานที่ราชการอื่น ๆ เช่น โรงพัก ศาลากลางจังหวัด ที่ว่าการอำเภอ (ร้อยละ 2.34) ตามลำดับ สำหรับสถานที่ที่รับรู้ว่าไม่ใช่เขตปลอดบุหรี่ทั้งอาณาเขตมากที่สุด คือ โรงเรียน (ร้อยละ 78.91) มหาวิทยาลัย (ร้อยละ 71.65) และโรงพยาบาล (ร้อยละ 67.19) ตามลำดับ ส่วนที่รู้ว่าเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งอาณาเขตน้อยที่สุด คือ ร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ (ร้อยละ 17.97) ตลาด (ร้อยละ 18.9) และห้องพักในโรงแรม (ร้อยละ 37.8) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ **2) กฎหมายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ** ผลการสำรวจผู้ประกอบการร้านค้าบุหรี่ยัง 10 อำเภอ จำนวน 120 ร้าน พบว่าการจำหน่ายบุหรี่ยังในประเทศเฉลี่ย 106.1 (SD=135.8) ชอง/เดือน ราคาเฉลี่ย 62.7 (SD=8.5) บาท และบุหรี่ยังต่างประเทศราคาเฉลี่ย 48.2 (SD=47.8) ชอง/เดือน ราคาเฉลี่ย 69.9 (SD=12.7) บาท และยาเส้นราคาเฉลี่ย 130.2 (SD=155.7) ชอง ราคาเฉลี่ยเฉลี่ย 7.5 (SD=3.8) บาท ส่วนใหญ่ผู้ขายไม่ขอคุ้บตรประชาชนเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้อยละ 70.6 และไม่วางตู้โชว์จำหน่ายบุหรี่ยัง ร้อยละ 77.0 โดยระยะทางระหว่างร้านค้าบุหรี่ยังถึงสถานศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 101-500 เมตร (ร้อยละ 32.4) รองลงมาคือ 501-1,000 เมตร (ร้อยละ 23.4) และพบว่าผู้ประกอบการร้านค้าบุหรี่ยังร้อยละ 70.6 ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่มาก่อน นอกจากนี้ในการรับรู้กฎหมายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พบว่า เข้าใจกฎหมายถูกต้องมากที่สุด 3 ประเด็นแรก คือ “การขายบุหรี่ยัง/ยาเส้นแก่ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 18 ปีเป็นสิ่งผิดกฎหมาย” (ร้อยละ 91.05) “วางซองบุหรี่ยังให้เห็นผ่านตู้โชว์และเห็นยี่ห้อถือเป็นการโฆษณาบุหรี่ยัง” (ร้อยละ 78.95) “วางซองบุหรี่ยังในตู้โชว์ที่บดและตีปายว่าที่นี่ขายบุหรี่ยังถือเป็นการโฆษณา” (ร้อยละ 74.24) สำหรับกฎหมายที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง คือ “การให้บุหรี่ยัง/ยาเส้นแก่เด็กเป็นสิ่งที่ไม่ผิดกฎหมาย” (ร้อยละ 24.44) และ “วางซองบุหรี่ยังในตู้



ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ประกอบการร้านอาหารต่อการรับรู้กฎหมายการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่/เขตปลอดบุหรี่ (n=120)

ข้อความ	ทั่วทั้งอาณาเขต		เฉพาะส่วน		ไม่ใช่		ไม่แน่ใจ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. โรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ สปา และร้านขายยา	67.19	86.96	28.13	10.14	3.91	2.90	0.78	0.72
2. โรงเรียน/สถานศึกษาต่ำกว่าอุดมศึกษา	78.91	85.61	15.63	10.79	4.69	3.60	0.78	0.00
3. มหาวิทยาลัย/สถานศึกษาระดับอุดมศึกษาขึ้นไป	71.65	79.86	21.26	14.39	3.94	3.60	3.15	2.16
4. สนามแข่งขันกีฬา	40.94	49.64	43.31	38.85	10.24	4.32	5.51	7.19
5. ร้านอินเทอร์เน็ต	53.54	55.80	28.35	33.33	15.75	5.07	2.36	5.80
6. ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์	58.59	71.22	31.25	24.46	8.59	2.16	1.56	2.16
7. ร้านอาหารที่มีแอร์	63.28	69.06	20.31	24.46	12.50	5.04	3.91	1.44
8. ร้านอาหารที่ไม่มีแอร์	17.97	39.13	60.94	46.38	12.50	5.07	8.59	9.42
9. ห้องพักในโรงแรมและเกสต์เฮาส์	37.80	52.52	41.73	38.85	11.02	5.04	9.45	3.60
10. สถานที่ราชการ เช่น โรงพัก ศาลากลางจังหวัด ที่ว่าการอำเภอ	56.25	71.64	39.84	23.13	2.34	1.49	1.56	3.73
11. สถานที่ทำงานเอกชน เช่น บริษัท	39.68	53.62	49.21	36.96	6.35	3.62	4.76	5.80
12. สวนสาธารณะ	40.16	55.80	37.01	23.19	18.90	7.97	3.94	13.04
13. ตลาดสด ตลาดนัด	18.90	34.06	45.67	26.09	25.98	20.29	9.45	19.57
14. ยานพาหนะขนส่งมวลชน	58.27	59.12	25.20	22.63	10.24	11.68	6.30	6.57
15. สถานีขนส่งมวลชน ป้ายรถเมล์ สถานีรถไฟ	53.91	51.47	31.25	31.62	10.94	10.29	3.91	6.62
16. ศาสนสถาน เช่น วัด โบสถ์ มัสยิด	57.03	70.80	35.16	14.60	3.91	8.03	3.91	6.57

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ประกอบการร้านค้าบุหรีต่อการรับรู้กฎหมายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (n=120)

ข้อความ	ใช่		ไม่ใช่	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1. วางซองบุหรีให้เห็นผ่านตู้โชว์ และเห็นยี่ห้อ ถือเป็น การโฆษณาบุหรี	78.95	82.65	21.05	17.35
2. วางซองบุหรีให้เห็นผ่านตู้โชว์ แต่ไม่เห็นยี่ห้อ ถือเป็น การโฆษณาบุหรี	70.68	65.57	29.32	34.43
3. วางซองบุหรีในตู้โชว์ทึบ แต่เปิดฝาไว้ ถือว่าเป็น การโฆษณา	56.06	50.82	43.94	49.18
4. วางซองบุหรีในตู้โชว์ทึบ และติดป้ายว่าที่นี่ขายบุหรี ถือเป็น การโฆษณา	74.24	76.23	25.76	23.77
5. วางซองบุหรีในตู้โชว์ทึบ และติดป้าย ราคาบุหรี ถือเป็น การโฆษณา	69.93	72.03	30.07	27.97
6. แฉวนยาเส้นบรรจุซองแต่ไม่แสดงยี่ห้อ ให้เห็นที่หน้าร้าน ถือเป็น การโฆษณา	66.92	65.55	33.08	34.45
7. การขายบุหรี/ยาเส้น แก่ผู้ที่ไม่อายุไม่ครบ 18 ปีเป็น สิ่งผิดกฎหมาย	91.05	95.16	8.95	4.84
8. การให้บุหรี/ยาเส้น แก่เด็ก เป็น สิ่งที่ทำได้ ไม่ผิดกฎหมาย	24.44	29.84	76.56	70.16
9. การโชว์ ของชำร่วยที่มีตรา ยี่ห้อบุหรีที่หน้าร้าน เป็น สิ่งที่ทำได้ ไม่ผิดกฎหมาย	56.15	63.93	43.85	36.07
10. การบรรจุบุหรีด้วยซองขนาดเล็ก รอขายให้ลูกค้า เป็น สิ่งที่ทำได้ ไม่ผิดกฎหมาย	55.91	52.85	44.09	47.15



โซว์ทึบและติดป้ายว่าที่นี่ขายบุหรี่ “ไม่ผิดกฎหมาย” ร้อยละ 76.56 ดังตารางที่ 2

4. การกำหนดมาตรการการควบคุมยาสูบของจังหวัด คณะกรรมการและคณะทำงานจังหวัด และภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้มีการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดประเด็นปัญหา (agenda setting) ด้วยการรับฟังสถานการณ์ปัญหาการควบคุมยาสูบภายในจังหวัดจริง และกำหนดทางเลือกเชิงนโยบาย (policy formulation) เพื่อนำไปสู่แผนปฏิบัติการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และที่ประชุมมีความเห็นร่วมกันว่าควรให้ความสำคัญกับการรับรู้กฎหมายของประชาชนเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ (เขตปลอดบุหรี่) และการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ หลังจากการกำหนดทางเลือก ที่ประชุมมีการตัดสินใจเชิงนโยบาย (decision-making) ร่วมกันกำหนดเป็นมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของจังหวัดจริง 2 มาตรการ คือ 1) การสร้างความเข้าใจในกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้ประชาชนรับทราบและเห็นถึงความสำคัญอย่างทั่วถึง และ 2) การขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่โดยเฉพาะสถานที่ราชการ

5. การขับเคลื่อนมาตรการควบคุมยาสูบสู่จังหวัดจริงปลอดบุหรี่ (policy implementation)

5.1 มาตรการสร้างความเข้าใจกฎหมาย มี การดำเนินงาน ดังนี้ **1) การรณรงค์และประชาสัมพันธ์กฎหมาย** โดยมีกิจกรรมต่อเนื่องและเจาะจงพื้นที่เป้าหมาย ดังนี้ **(1) การรณรงค์จังหวัดจริงปลอดบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวันสำคัญ** เช่น (1.1) วันงดสูบบุหรี่โลก มีภาคีเครือข่ายในจังหวัดจริงเข้าร่วม ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานจังหวัด โรงเรียนต้นบากราษฎร์บำรุง โรงเรียนพรศิริกุล โรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีรั้ง โดยการรณรงค์แบบดาวกระจายร่วมกับคลินิกฟ้าใส โรงพยาบาลจริง เพื่อให้บริการเลิกบุหรี่ การออกรณรงค์

เชิงรุกยังพื้นที่ต่างๆ ได้แก่ โรงพยาบาลจริงและชุมชนรอบโรงพยาบาล สถานีขนส่งจังหวัด ศาลากลางจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สถานีตำรวจภูธรอำเภอเมือง ที่ว่าการอำเภอเมือง เทศบาลนครตรัง สถานีขนส่ง (บขส.) และตลาดสด มีนักเรียนและนักศึกษาร่วมรณรงค์จำนวนประมาณ 200 คน โดยใช้โรงพยาบาลศูนย์เป็นศูนย์กลางการประชาสัมพันธ์เนื่องจากมีผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลประมาณ 1,900 คน (1.2) วันฉลองรัฐธรรมนูญ เถลิงพระชนมพรรษาและงานกาชาด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ประสานขอความร่วมมือจากสถานีตำรวจภูธรจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ ในการตั้งแถวออกตรวจเตือนร้านค้าในบริเวณงานให้ปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งพบว่าร้านค้าให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าพนักงานเป็นอย่างดี แต่มีข้อเสนอเพิ่มเติมว่าหน่วยงานต้องทำความเข้าใจกับผู้รับจัดงานตั้งแต่เริ่มต้นทำสัญญา และควรมีการประชาสัมพันธ์เพื่อห้ามปรามไม่ให้ประชาชนสูบบุหรี่ในพื้นที่บริเวณซึ่งมีความผิดตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 (1.3) วันปิ่นเพื่อแม่ ได้จัดซุ้มรณรงค์อันตรายจากควันบุหรี่ และขอความร่วมมือนักปั่นไม่สูบบุหรี่ตลอดกิจกรรม พร้อมจัดน้ำดื่มสมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่สำหรับนักปั่นที่สูบบุหรี่ ปรากฏว่านักปั่นให้ความร่วมมือไม่สูบบุหรี่ตลอดระยะเวลาร่วมกิจกรรม

(2) การรณรงค์เจาะจงพื้นที่เป้าหมาย ประกอบด้วย (2.1) เขตเทศบาลนครตรังปลอดบุหรี่ เนื่องจากเทศบาลนครตรังเปรียบเสมือน “ห้องรับแขก” ต้อนรับนักท่องเที่ยวที่มาเยือนเมืองตรัง คณะทำงานจังหวัดจึงได้ประสานกับนายกเทศมนตรีนครตรังเพื่อขอความร่วมมือในการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของควันบุหรี่ มีการแจกสติ๊กเกอร์รณรงค์ในที่ประชุมของประธานชุมชนในเขตเทศบาลนครตรัง และเทศบาลฯ ยังเข้าร่วมรณรงค์ในกิจกรรมสำคัญๆ ของเทศบาล เช่น งานวันสิ่งแวดล้อมไทย งาน 100 ปีทับเที่ยง มีการมอบสื่อวีซีดีสโปตประชาสัมพันธ์ให้เทศบาลฯ เพื่อเปิดรณรงค์



เสียงตามสาย วันละ 2 ครั้ง คือ เช้าและเย็นอย่างต่อเนื่อง และมีการนิมนต์เจ้าคณะอำเภอร่วมมรณงค์ให้ประชาชนดูแลสุขภาพและลดละเลิกเครื่องดื่มและของมีนเมา รวมถึงบุหรี่ มีการติดตั้งป้ายถาวร ห้ามสูบบุหรี่ในสวนสาธารณะในเขตเทศบาลนครตรัง (2.2) **วัดในเขตเทศบาล** การรณรงค์คณะสงฆ์ปลอดบุหรี่ คณะทำงานจังหวัดได้ปรึกษาเจ้าอาวาสวัดกะพังสุรินทร์ (มีตำแหน่งเป็นเจ้าคณะจังหวัด) เรื่องบุหรี่ในหมู่คณะสงฆ์ และได้จัดรณงค์ในวันชุมนุมหมู่คณะสงฆ์ทั้งจังหวัด ร่วมกับคลินิกฟ้าใสแห่งโรงพยาบาลศูนย์ตรัง 3 ครั้ง โดยการให้ความรู้เรื่องพิษภัยควันบุหรี่ พร้อมให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่แก่พระภิกษุที่สมัครใจ และจัดมุขมาฆสงฆ์พรหมญาณอกขาว โดยมีพระมหาปลัด รองเจ้าอาวาสวัดกะพังสุรินทร์ นำเทศน์ให้ความรู้ถึงโทษและอันตรายของควันบุหรี่ ทำให้พระวัดกะพังสุรินทร์ 4 รูปเลิกสูบบุหรี่ จากนั้นจึงเผยแพร่ผลงานไปยังวัดต่างๆ ภายในจังหวัดตรัง (2.3) **ร้านค้าบุหรี่** คณะทำงานจังหวัดทำงานร่วมกับสำนักงานสรรพสามิตจังหวัดตรัง เพื่อส่งรายชื่อร้านค้าที่ขอขึ้นทะเบียนจำหน่ายยาสูบและร้านค้าที่มาต่อทะเบียนให้แก่คณะทำงานอำเภอ ในการลงไปสำรวจและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งก่อนและหลังอย่างน้อยอำเภอละ 10-15 ร้าน พร้อมกับการแจกป้ายเขตปลอดบุหรี่ สติกเกอร์/โปสเตอร์อันตรายจากควันบุหรี่ และ (3) **การรณรงค์โดยระบบการสื่อสารของเครือข่ายจังหวัด** ได้แก่ สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดตรัง สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย (สวท.) และสถานีวิทยุชุมชนตรังเรดิโอ 92.75 MHz และสื่อเคเบิลทีวี IPM โดยคณะทำงานได้ส่งเอกสารความรู้และสปอตรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เปิดในรายการ ต่อมาได้จัดรายการวิทยุชุมชน “ตรังปลอดสวย” ทุกวันอาทิตย์ เวลา 13.00-14.00 น. ทำให้เป็นที่รู้จักของประชาชนจังหวัดตรัง 2) **การพัฒนาศักยภาพคณะทำงาน** มีการจัดประชุมวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (interactive learning through action)

ให้แก่คณะทำงานในพื้นที่ดังนี้ (1) **จัดประชุมเรื่อง “การช่วยเลิกบุหรี่”** จำนวน 2 รุ่น (2) **จัดอบรมแกนนำเสริมพลังในสถานประกอบการ** โดยการสาธิตและให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารและสมุนไพรที่ช่วยเลิกบุหรี่ มีผู้เข้าร่วมประชุมจาก 10 อำเภอ และสถานประกอบการจำนวน 84 แห่ง และ (3) **จัดประชุมเรื่อง “กฎหมายบุหรี่”** มีผู้เข้าร่วมประชุมจาก 10 อำเภอ รวม 80 คน และ 3) การพัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างคณะทำงานกับภาคีเครือข่าย ผ่านสื่อออนไลน์ โดยมีกลุ่มไลน์ (Line group) ชื่อตรังปลอดสวย ปัจจุบันนี้มีสมาชิก 116 คน มีการส่งข้อมูลความรู้ คำแนะนำ และนัดหมายการทำงาน ทำให้สามารถติดต่อประสานงานกันได้อย่างสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

5.2 **มาตรการขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่** โดยผู้ว่าราชการจังหวัดได้มีหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรไปยังที่ว่าการอำเภอทุกแห่งเกี่ยวกับการกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่ เพื่อให้ทางอำเภอได้มีส่วนร่วมในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในการขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ระดับอำเภอ ดังนี้ 1) **การประชาสัมพันธ์เขตปลอดบุหรี่** มีการประชาสัมพันธ์ทุกเขตพื้นที่อำเภอ ด้วยการติดป้ายเขตปลอดบุหรี่ ติดสติ๊กเกอร์/โปสเตอร์ “อันตรายจากควันบุหรี่” และสนับสนุนสื่อความรู้ต่างๆ เช่น แผ่นพับและเอกสารจากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ให้แก่ส่วนราชการเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนอำเภอปลอดบุหรี่ สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดตรังได้ประชาสัมพันธ์ทางสื่อวิทยุชุมชน สื่อหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น และสุ่มตรวจพื้นที่ที่ระบุไว้ตามกฎหมาย หากพบว่ามีมีการสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ เช่น ศาลากลางจังหวัด ที่ว่าการอำเภอทุกแห่ง สถานีตำรวจภูธรจังหวัด ศาลากลาง ร้านน้ำชา สนามกีฬา สวนสาธารณะ จะมีการว่ากล่าวตักเตือน หรือจับและปรับจริง 2) **การกำหนดหน่วยงานราชการปลอดบุหรี่** แบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ (1) **หน่วยงานราชการที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งอาณาเขต** เช่น สถานบริการสาธารณสุขและสถานศึกษา และ (2) **หน่วย**



งานราชการที่มีการจัดสรรเขตสูบบุหรี่ เช่น ศาลากลางจังหวัด ที่ว่าการอำเภอ สถานีตำรวจ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของที่ประชุมคณะกรรมการจังหวัดว่าควรมีการกำหนดเขตปลอดบุหรี่ เช่น ห้องประชุม ห้องทำงานต่างๆ ภายในอำเภอ และมีพื้นที่สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการจัดสรรเขตสูบบุหรี่ไว้บริเวณโรงรถโดยการเขียนป้ายอนุญาต แต่ในตัวอาคารทั้งหมดจะมีป้ายห้ามสูบบุหรี่ทั้งหมด 3) **การสนับสนุนร้านอาหารปลอดบุหรี่** ชมรมผู้ประกอบการร้านอาหารและคณะทำงานอำเภอร่วมกันรณรงค์ตามร้านอาหารต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายเขตปลอดบุหรี่ พร้อมกับการแจกป้ายเขตปลอดบุหรี่ สติกเกอร์/โปสเตอร์ “อันตรายจากควันบุหรี่” จากผลการสำรวจอุปสรรคในการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ของผู้ประกอบการร้านอาหาร พบว่า ร้อยละ 51.3 เห็นว่าไม่จำเป็นต้องจัดเขตสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ร้อยละ 40.0 เห็นว่ามีลูกค้าที่ไม่ยอมรับการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ร้อยละ 33.6 เห็นว่าการห้ามสูบบุหรี่ในการร้านมีผลกระทบต่อจำนวนลูกค้า เมื่อพนักงานตักเตือนลูกค้าที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 38.3) พบว่ามีลูกค้าที่ถูกเตือนร้อยละ 25.8 ที่ปฏิบัติตาม และร้อยละ 12.5 ที่ไม่ปฏิบัติตาม แต่มีการขัดแย้งระหว่างพนักงานกับลูกค้าที่ฝ่าฝืนการสูบบุหรี่ในร้านเพียงร้อยละ 4.0 สำหรับการร้องเรียนของลูกค้าที่ไม่สูบบุหรี่เกี่ยวกับมีคนสูบบุหรี่ในร้านมีเพียงร้อยละ 7.7 ในส่วนของสถานประกอบการพบว่าพนักงานในร้านส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในการบริการอาหาร (ร้อยละ 89.3) หนึ่งในสามของผู้ประกอบการไม่รู้จักควันบุหรี่มือสอง (ร้อยละ 31.6) ร้านอาหารส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร (ร้อยละ 78.2) แม้กระนั้นก็ตาม ไม่มีร้านค้าต้องเสียค่าปรับจากการที่เจ้าหน้าที่มาตรวจเตือนเรื่องการห้ามสูบบุหรี่ (ร้อยละ 100.0) และครึ่งหนึ่งของผู้ประกอบการต้องการสติกเกอร์เขตปลอดบุหรี่เพื่อติดที่ร้าน (ร้อยละ

52.0) มีเพียงร้อยละ 28.5 ที่ไม่ต้องการการสนับสนุนใด ๆ และ 4) **การสนับสนุนสถานประกอบการปลอดบุหรี่** เริ่มจากโรงงานปัมปุย มีการจัดอบรมให้แก่พนักงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เช่น บุหรี่ เหล้า อุบัติเหตุ และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ รวมทั้งการทำงานเป็นทีม หลังจากนั้นขยายไปสู่โรงงานตั้งน้ำมันปาล์ม มีการกำหนดเขตปลอดสูบบุหรี่ และเชิญคลินิกฟ้าใสแห่งโรงพยาบาลศูนย์ตั้งมาให้ความรู้แก่คนงาน ในปัจจุบันมีสถานประกอบการเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 56 โรงงาน

6. **การประเมินผลการขับเคลื่อนจังหวัดตั้งปลอดบุหรี่** ในกระบวนการประเมินผล ประกอบด้วย 1) **การประเมินผลลัพธ์** เป็นการประเมินการรับรู้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่/เขตปลอดบุหรี่หลังการใช้มาตรการควบคุมยาสูบ ซึ่งพบว่า ผู้ประกอบการร้านอาหารรับรู้สถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั่วทั้งอาณาเขตเพิ่มขึ้น เช่น โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพจากร้อยละ 67.19 เป็นร้อยละ 86.96 สถานที่ราชการอื่นๆ เช่น โรงพัก ศาลากลางจังหวัด ที่ว่าการอำเภอจากร้อยละ 56.25 เป็นร้อยละ 71.64 ร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศจากร้อยละ 17.97 เป็นร้อยละ 39.13 และตลาดสด ตลาดนัดจากร้อยละ 18.90 เป็นร้อยละ 34.06 (ดังตารางที่ 1) สำหรับการรับรู้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของผู้ประกอบการร้านค้าบุหรี่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย คือ รับรู้ “การขายบุหรี่/ยาเส้นแก่ผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปีเป็นสิ่งผิดกฎหมาย” จากร้อยละ 91.05 เป็นร้อยละ 95.16 “วางของบุหรี่ให้เห็นผ่านตู้โชว์ แต่ไม่เห็นยี่ห้อ ถือเป็นการโฆษณาบุหรี่” จากร้อยละ 78.95 เป็นร้อยละ 82.65 และ “การบรรจุด้วยซองขนาดเล็ก (แบ่งขาย) รอขายให้ลูกค้าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย” จากร้อยละ 44.09 เป็นร้อยละ 47.15 ในขณะที่มีประเด็นที่ยังคงเข้าใจผิด เช่น “การให้บุหรี่/ยาเส้น แก่เด็ก เป็นสิ่งที่ทำได้ ไม่ผิดกฎหมาย” มีการรับรู้ว่าผิดกฎหมายจากร้อยละ 76.75 ลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 70.16 (ดังตาราง



ที่ 2) และ 2) การประเมินกระบวนการ พบว่าการนำมาตรการการควบคุมยาสูบไปสู่การปฏิบัติได้ มีปัจจัยความสำเร็จ คือ (1) การมีผู้นำที่ไม่สูบบุหรี่ (ผู้ว่าราชการจังหวัดตรัง) เป็นต้นแบบ (2) การมีทีมทำงานที่ทุ่มเทและมีศักยภาพในการประสานงานเครือข่าย และ (3) การมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย

วิจารณ์

1. สถานการณ์การรับรู้กฎหมายการควบคุมยาสูบของจังหวัดตรัง พบสิ่งที่น่าสนใจ คือ 1) กลุ่มเป้าหมายเข้าใจว่าสถานที่สาธารณะและร้านที่ไม่ใช้เครื่องปรับอากาศ เช่น ตลาด สวนสาธารณะ ร้านอินเทอร์เน็ต และร้านอาหาร ไม่ใช่เขตปลอดบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของอารี จำปากลายเป็น และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่ากฎหมายไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่เฉพาะสถานที่ที่ใช้เครื่องปรับอากาศเท่านั้น และ 2) กฎหมายได้กำหนดห้ามการวางโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย แต่พบว่ามีการวางโชว์จำหน่ายบุหรี่ร้อยละ 23.0 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจระดับประเทศ (ร้อยละ 21.2) ในปี พ.ศ. 2551⁽⁹⁾ รวมทั้งผู้ขายบุหรี่ยังเข้าใจผิดอยู่มาก (ร้อยละ 76.56) ว่าการวางโชว์บุหรี่ในตู้โชว์ที่ปิดและติดป้ายว่าที่นี่ขายบุหรี่ไม่ผิดกฎหมาย และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.6) ผู้ขายบุหรี่ไม่ขอคู่มือประชาชนเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และเข้าใจว่าการให้บุหรี่/ยาเส้นแก่เด็กเป็นสิ่งที่ไม่ผิดกฎหมาย (ร้อยละ 24.44) ซึ่งผลการสำรวจสะท้อนให้เห็นว่าแม้จะมีมาตรการทางกฎหมายเพื่อป้องกันและควบคุมยาสูบที่ดี แต่การบังคับใช้กฎหมายยังมีจุดอ่อนที่ต้องการการติดตามควบคุมให้มีการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดจึงจะช่วยให้การควบคุมยาสูบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ ดังนั้น ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจำเป็นต้องเข้มงวดอย่างสม่ำเสมอให้มากขึ้น

2. การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ จังหวัดตรังปลอดบุหรี่ จังหวัดตรังให้ความสำคัญกับ 2 มาตรการหลัก คือ 1) มาตรการสร้างความเข้าใจ

กฎหมาย โดยเน้นการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่ทั้งต่อตนเองและคนรอบข้างอย่างต่อเนื่องในทุกช่องทางที่สามารถเข้าถึงประชาชน มีผลทำให้เกิดความเข้าใจกฎหมายบุหรี่มากขึ้น และเป็นเหตุผลหนึ่งที่ช่วยทำให้คนเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น เนื่องจากความกังวลเรื่องผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่มีต่อคนรอบข้างที่ไม่สูบบุหรี่และความเสี่ยงต่อสุขภาพของตนจากการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม การรณรงค์เพื่อเลิกสูบบุหรี่ต้องให้ความสำคัญกับความแตกต่างระหว่างเขตเมืองกับชนบทด้วย เนื่องจากการรับรู้ ทักษะคิด และการใช้ชีวิตของประชาชนทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน สำหรับกฎหมายการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบดีขึ้นเพียงเล็กน้อย และที่สำคัญยังมีประเด็นที่ผู้ขายบุหรี่เข้าใจผิดว่าการให้บุหรี่/ยาเส้นแก่เด็กกรวมทั้งการบรรจุด้วยซองขนาดเล็ก (แบ่งขาย) รอขายให้ลูกค้าเป็นสิ่งที่ไม่ได้ ไม่ผิดกฎหมาย ร้อยละ 70.16 และ 47.15 ตามลำดับ ซึ่งยังคงเป็นปัญหากับการควบคุมนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน เนื่องจากความอยากรู้อยากลองสิ่งใหม่ๆ รวมทั้งเชื่อว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดและไม่กระทบต่อการเรียน⁽¹⁰⁾ จึงควรมีมาตรการที่หลากหลาย เช่น การมอบเกียรติบัตรร้านค้าที่ปฏิบัติตามข้อบังคับการควบคุมยาสูบ ควบคู่กับการให้ความรู้และสร้างความตื่นตัวถึงพิษภัยบุหรี่พร้อมกับการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง⁽¹¹⁾ และ 2) มาตรการขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ จังหวัดตรังเริ่มจากหน่วยงานราชการและสถานที่สาธารณะอื่นๆ เช่น ตลาด สถานีขนส่ง และสวนสาธารณะ นอกเหนือจากโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ที่ถูกกำหนดเป็นเขตปลอดบุหรี่อยู่แล้ว อย่างไรก็ตามควรมีการส่งเสริมให้ประเด็นบุหรี่และสุขภาพเป็นประเด็นสาธารณะอย่างต่อเนื่อง⁽¹¹⁾ ตลอดจนการสร้างค่านิยมใหม่ที่สำคัญกับสุขภาพมากขึ้น

3. กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของจังหวัดตรัง จังหวัดตรังให้ความสำคัญกับภาคีต่างๆ โดยเริ่มจากทีมทำงานเล็กๆ ต่อมาจึงมีการขยายวง



ภาคีสู่ระดับจังหวัด ทำให้สามารถสร้างความสัมพันธ์ ความร่วมมือและความไว้วางใจได้ ซึ่งส่งผลต่อการเปิด นโยบาย (policy windows) สอดคล้องกับการกำหนด นโยบายของทฤษฎีหลายกระแส⁽¹²⁾ นั่นคือ ไม่ได้อยู่ที่ คำประกาศหรือข้อเขียนที่ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร หรือเป็นทางการจากผู้ว่าราชการจังหวัดเท่านั้น แต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ของการดำเนินการให้ได้มาซึ่งเกิด จากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาทำงาน ร่วมกัน รวมไปถึงการจัดโครงสร้างของเครือข่ายที่เหมาะสม⁽¹³⁾ โดยจังหวัดตั้งได้แบ่งคณะทำงานออกเป็นระดับ จังหวัดและระดับอำเภอเพื่อให้เข้าถึงพื้นที่มากขึ้น ส่งผลถึงการสร้างความเข้าใจกฎหมายของประชาชนและ มีการปฏิบัติตามมากขึ้น และพบว่าการนำนโยบายไป สู่การปฏิบัติได้นั้น กลุ่มที่ผลักดันนโยบายต้องมีความ เชื่อในนโยบายร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วยภาคีที่เกี่ยวข้อง มิใช่มีเพียงผู้ตัดสินใจ แต่ยังรวมถึงระดับปฏิบัติการด้วย อย่างไรก็ตาม จังหวัดตั้งยังไม่สามารถลงสู่ระดับตำบล และหมู่บ้านได้ จึงควรมีการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการนโยบายสาธารณะ พิษภัยของบุหรี่ และ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมให้ ครอบคลุมภาคีย่อยในระดับหมู่บ้านอย่างแท้จริง โดยมีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ การมีกลไกการประสาน งานที่ชัดเจน การจัดโครงการเครือข่ายที่เหมาะสมและ ครอบคลุม การจัดกระบวนการเรียนรู้ของเครือข่าย และ การสื่อสารเพื่อกระตุ้นเครือข่ายและสังคมอย่างต่อเนื่อง การขับเคลื่อนจังหวัดตั้งปลอดบุหรี่จึงจะประสบความสำเร็จได้

ข้อยุติและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะจังหวัดตั้งปลอดบุหรี่ จากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาค ประชาชน จนทำให้เกิดมาตรการสร้างความเข้าใจด้าน

กฎหมายการควบคุมยาสูบและมาตรการขยายพื้นที่ ปลอดบุหรี่ และการวิจัยเชิงปริมาณทำให้ได้ข้อมูลเพื่อบ่งชี้ ผลลัพธ์ของการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติจริง ที่พบว่าการรับรู้กฎหมายการควบคุมยาสูบของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ จังหวัดปลอดบุหรี่ต่อไป ดังนี้

1. ควรพัฒนาเครือข่ายของภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน ซึ่งเป็นทุนทางสังคมในพื้นที่เพื่อเป็น ฐานสำคัญสำหรับการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะ เครือข่ายภาคประชาชน ด้วยการเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการควบคุมยาสูบให้ครอบคลุมทุกระดับทั้งจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมคิดร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบสุขภาพของคนในจังหวัด
2. ควรมีการพัฒนากระบวนการประเมินผลนโยบาย ที่เหมาะสม คือ การประเมินบนฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการขับเคลื่อนนโยบาย เพราะจะทำให้มีแนวทางที่ชัดเจนในการทบทวนและ เปลี่ยนแปลงนโยบาย
3. ควรพัฒนาการจัดการด้านการสื่อสารต่อ สาธารณะที่สามารถสร้างพลังการมีส่วนร่วมของสังคมวง กว้างอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างแรงจูงใจเข้ามามีส่วนร่วม ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ และเป็นการพัฒนา ประชาชนให้เป็นพลเมืองที่มีความตื่นรู้ (active citizen) และเอาใจใส่ต่อความเป็นไปของสังคมมากขึ้น
4. ควรผลักดันการบังคับใช้กฎหมายการควบคุม ยาสูบของผู้มีหน้าที่รับผิดชอบให้มีความเคร่งครัดมาก ขึ้น เพื่อให้การควบคุมยาสูบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ว่าราชการจังหวัดตั้ง ทีมวิจัย พื้นที่ คณะกรรมการจังหวัด คณะทำงานระดับจังหวัด และอำเภอ แกนนำและเครือข่ายจังหวัดตั้งทุกท่านที่ เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานจังหวัดตั้งปลอดบุหรี่



พร้อมทั้งผู้ประกอบการร้านค้าบุหรี่ยี่ห้อและร้านอาหารที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม และขอบคุณศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่สนับสนุนงบประมาณ

References

1. World Health Organization. Tobacco Fact sheet No 339. [cited 2016 Mar 6]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
2. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to secondhand smoke: a retrospective analysis of data from 192 counties. *The Lancet* 2011;377:139-46.
3. Rungruanghiranya S, Kongsakon R. Toxicity and management of tobacco dependence. Bangkok: Sahoprachaphanit; 2009. (in Thai)
4. Action on Smoking and Health Foundation Thailand. 5 new types of cancer are caused by smoking 2009. [cited 2016 Mar 12]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/Content/5297-.html>. (in Thai)
5. National Statistical Office. The smoking and drinking behavior survey 2011. [cited 2016 Oct 3]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokeRep54.pdf>. (in Thai)
6. Pitayangsarit S, Lamanan P, Punkrajang P, Sommit K. Summary of the situation on tobacco control in Thailand 2012. 2nd ed. Bangkok: Charoen Dee Monkong Printer; 2012. (in Thai)
7. National Health Assembly Office. Operational definition for driving public health policy in community level. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand; 2014. (in Thai)
8. Sirichai L. Public policy driven on natural resources: area of mangrove forest and river basin of Palian, Trang Province. *Journal of Social Sciences Walailak University* 2008;2(2):61-111. (in Thai)
9. Pornvivattanachai S, Konkaew T, Sirirassamee B, Gainroj P, Jampaklay A, Sirirassamee T. Report from the National Survey Round 3: impact of Tobacco Control Policy in Thailand (2008). Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2010. (in Thai)
10. Noonil N, Akewarangkoon S. Public policy process for the improvement of children's and youths' life's assets. *Thai Journal of Nursing Council* 2011;(special issues):30-43.
11. Petsirasan R, Noonil N. The national health assembly of the tobacco control resolution to the action in the local area at Pathew district, Chumporn province. *Area Based Development Research Journal*. 2014;6(6):5-22. (in Thai)
12. Kingdon JW. Agendas, alternatives, and public policies. New York: Longman; 2003.
13. Chindawattana A. Participatory public policy formulation: a new dimension of health promotion. 3rd ed. Bangkok: National Health Commission Office of Thailand; 2008. (in Thai)