



รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ The Development of a Model Public Policy for a Smoke-Free University

จิรวุฒิ กุจะพันธ์^{1*}, วรารัตน์ สังวะลี², นาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ³

¹สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด 45120

²สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา 30000

³สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ขอนแก่น 40000

Jirawoot Kujapun^{1*}, Wararat Sungwalee², Natnapa Heebkaew Padchasuwan³

¹Division of Public Health, Faculty of Liberal Arts and Science, Roi Et Rajabhat University 45120

²Division of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University,
Nakhon Ratchasima 30000

³Division of Public Health Administration Health Promotion Nutrition, Faculty of Public Health,
Khon Kaen University, Khon Kaen 30000

*Email: jkujapun@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษา จำนวน 274 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ รูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะมี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1) สำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่ของนักศึกษา 2) การวางแผนสร้างนโยบายสาธารณะ 3) การประกาศนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ 4) การประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้นโยบายสาธารณะและความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและนโยบายสาธารณะ ก่อนและหลังการพัฒนานโยบาย โดยใช้ paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลจากการสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่ของนักศึกษา พบสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.33 ผลการดำเนินรูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ โดยวางแผนสร้างนโยบายสาธารณะ เริ่มจากแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินนโยบายสาธารณะมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่และแอลกอฮอล์ แต่งตั้งแกนนำเยาวชนอาสาสร้างสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ร่างนโยบายสาธารณะมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ และจัดเวทีประกาศนโยบายสาธารณะให้นักศึกษาและบุคลากรทุกรายได้รับทราบและปฏิบัติตาม จัดอบรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายมาตรการและบทลงโทษ เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ภายในสถานศึกษาแก่นักศึกษาแกนนำในแต่ละคณะ และจัดสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ โดยกำหนดเขตพื้นที่ปลอดบุหรี่ภายในมหาวิทยาลัย การประเมินผลการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ และเห็นด้วยกับการพัฒนามาตรการและนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ดังนั้น การพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ เป็นสิ่งที่สถาบันการศึกษาทุกแห่งควรให้ความสำคัญและดำเนินการเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่และกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ เกิดความตระหนักในการ ลด ละ เลิกบุหรี่

คำสำคัญ : การพัฒนา นโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่



Abstract

This study aimed to develop a model public policy for a smoke-free university. The study involved 274 students at a private university. The instrument used in the research was the development of a model public policy for a smoke-free university including a 4-step public policy model as follows: Step 1) exploring student smoking scenarios 2) planning to create a public policy 3) making a policy declaration for a non-smoking university 4) evaluating and collecting data using public policy awareness surveys, public policy, opinions and comments, questionnaires about perceived public policy and attitude of public policy towards a smoke-free university. Data were collected using questionnaires and analyzed by descriptive statistics, frequencies, percentages, averages, standard deviations and comparing means between before and after the policy development by using paired sample t-test at statistically significant levels of 0.05.

The incidence of smoking among students is 15.33%. The public policy development process towards a non-smoking university used planning to create public policy. This process included appointing a public policy committee for a non-smoking and alcohol-free university, appointing young volunteers to establish a non-smoking university, setting a public policy, organizing a public policy forum for all students and staff to be aware and observe the precepts and setting up a non-smoking environment for designating non-smoking areas within the university. The mean scores between before and after the model started, about the perception and attitude towards a public policy for a smoke-free university, increased by a statistically significant amount ($p < 0.001$).

Therefore, the development of public policy for a smoke-free university is something that every institution should give attention to. It will help to stop new smokers and encourage smokers' awareness towards reducing and quitting smoking.

Keywords : Development, public policy, smoke-free university

บทนำ

ยาสูบหรือบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังหลายชนิด องค์การอนามัยโลกได้คาดคะเนว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรโลกเสียชีวิตเนื่องจากโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบถึงปีละ 8 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 600,000 ราย เนื่องจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และพบว่าร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีอายุไม่เกิน 44 ปี ผู้ที่ติดบุหรี่ มีอายุสั้นลง 20-25 ปี⁽¹⁾ ที่ผ่านมามีประชาชนตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ในแง่ของการก่อให้เกิดมะเร็ง แต่บุรียังก่อให้เกิดโรคเรื้อรังไม่ต่ำกว่า 25 โรค รวมถึงโรคหัวใจด้วย ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากโรคหัวใจประมาณ 9 ล้านคน พิสูจน์ได้ว่าเกิดจากบุหรี่ 1.7 ล้านคน ขณะที่คนไทย 1.5 ล้านคน ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เสียชีวิตจากหัวใจวายในช่วงอายุ 50-60 ปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่ทำให้เส้นเลือดหัวใจตีบเกิดภาวะหัวใจวาย⁽²⁾ สถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทยจากผลการสำรวจล่าสุด ปี พ.ศ. 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽³⁾ พบว่า คนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป สูบบุหรี่ ร้อยละ 19.1 หรือ 10.7 ล้านคน โดยเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำ ร้อยละ 16.8 หรือ 9.4 ล้านคน และอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเพิ่มขึ้นเป็น 18 ปี จากเดิม 17.8 ปี มาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ เช่น มาตรการป้องกันการแทรกแซงนโยบายสาธารณะ



จากอุตสาหกรรมยาสูบ มาตรการเพื่อลดอุปสงค์และอุปทาน มาตรการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ มาตรการช่วยเหลือ บุหรี่ และมาตรการลดความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทย โดยความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทย 15 ปี ขึ้นไป ภายในปี พ.ศ. 2562 ต้องไม่เกิน ร้อยละ 16.7 และอัตราการได้รับควันบุหรี่ของประชาชนต้องลดลง ร้อยละ 25 จากปี พ.ศ. 2557 ภายใน ปี พ.ศ. 2562 ดังนั้น ทิศทางการดำเนินงานควบคุมยาสูบเพื่อบรรลุเป้าหมายระดับโลกใน ช่วงเวลา 11 ปีต่อจากนี้ นอกเหนือจากการดำเนินงานควบคุมยาสูบให้ครอบคลุมตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ ขององค์การอนามัยโลกแล้วยังควรเร่งรัดและมุ่งสกัดกั้นการเข้ามาเป็นนักสูบหน้าใหม่ของเด็กและเยาวชน อีกทั้ง เร่งรัดให้ผู้เสพติดบุหรี่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยมุ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่เชิงรุก รวมทั้งทำให้ การรักษาการเลิกบุหรี่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของการรักษาพยาบาล⁽⁴⁾

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนามาเป็นระยะเวลายาวนาน นับตั้งแต่การผลักดัน เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ตามคำประกาศแห่ง Alma Ata (Declaration of Alma Ata) เมื่อปี พ.ศ. 2521 ซึ่งระบุว่า สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และการบรรลุซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนต้อง อาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในสังคม นอกจากนี้ ในการประชุมวิชาการนานาชาติเรื่อง “การสร้างเสริม สุขภาพครั้งที่ 1 (the First International Conference on Health Promotion)” ซึ่งจัดขึ้นที่เมืองออตตาวา (Ottawa) ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ. 2529 ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องมีสำคัญใน การสร้างความเท่าเทียมด้านสุขภาพ โดยการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพต้องประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ซึ่งหนึ่งในนั้น คือ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ องค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ ได้ให้คำจำกัดความของนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพว่า คือ “นโยบายสาธารณะที่มีความหวังใจต่อสุขภาพอย่างชัดเจน พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อ ผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทาง กายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นนโยบายที่มุ่งทำให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิด สุขภาพดี” รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การก่อตัวของนโยบาย 2) การ กำหนดนโยบาย 3) การนำนโยบายไปปฏิบัติ 4) การติดตามประเมินผล การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบ มีส่วนร่วม เป็นทิศทางและกระบวนการที่สำคัญ⁽⁶⁾ และการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานขับเคลื่อนจังหวัดตรังปลอด บุหรี่ โดยใช้แนวคิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีการดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและ กระบวนการสาธารณะ ผลการศึกษา⁽⁷⁾ พบว่า 1) การประสานเครือข่ายระดับจังหวัด 2) การจัดตั้งทีมงาน 3) การศึกษาสถานการณ์การรับรู้กฎหมายควบคุมยาสูบของประชาชน 4) การกำหนดมาตรการควบคุมยาสูบของ จังหวัด 5) การขับเคลื่อนมาตรการควบคุมยาสูบสู่การปฏิบัติ กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพกับการควบคุมยาสูบโดยใช้ ชุมชนเป็นฐาน การสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดความยั่งยืน โดย 5 กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ตามข้อเสนอในกฎบัตร ออตตาวาในการประชุมที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ. 2529⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) การ พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข

จากการศึกษาของ นัยนา หนูนิล และคณะ⁽⁹⁾ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานขับเคลื่อนจังหวัดตรังปลอด บุหรี่ โดยใช้แนวคิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีการดำเนินงาน 2 ระยะ คือ เตรียมการและ กระบวนการนโยบายสาธารณะ (ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดประเด็นปัญหา การกำหนดทางเลือกเชิงนโยบาย การตัดสินใจเชิงนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินนโยบาย) ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่จังหวัดตรังปลอดบุหรี่ ประกอบด้วย 1) การประสานงานเครือข่ายของจังหวัด 2) การ จัดตั้งทีมงาน 3) การศึกษาสถานการณ์การรับรู้กฎหมายการควบคุมยาสูบของประชาชน 4) การกำหนดมาตรการ ควบคุมยาสูบของจังหวัด 5) การขับเคลื่อนมาตรการควบคุมยาสูบสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 5.1) มาตรการสร้างความ เข้าใจกฎหมาย เน้นการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับ



ผลกระทบของบุหรี่ในทุกช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงได้ เช่น การเดินรณรงค์ตามสถานที่ต่าง ๆ สื่อวิทยุ โปสเตอร์และเอกสารแผ่นพับ และ 5.2) มาตรการขยายพื้นที่ปลอดบุหรี่ โดยเริ่มจากหน่วยงานราชการ โรงพัก ศาลากลางจังหวัด และที่ว่าการอำเภอ รวมทั้งสถานที่สาธารณะอื่น ๆ เช่น ตลาด สถานีขนส่ง และสวนสาธารณะ และ 6) การประเมินผลการดำเนินงาน พบว่า การรับรู้เขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศ โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ สถานที่ราชการอื่น ๆ และตลาดสดเพิ่มขึ้น ผู้ประกอบการร้านค้าบุหรี่ยังมีการรับรู้กฎหมายเพิ่มขึ้นว่าการขายบุหรี่/ยาเส้นแก่ผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปีเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และการวางซองบุหรี่ให้เห็นผ่านตู้โชว์โดยไม่เห็นหยี่ห้อถือเป็นการโฆษณาบุหรี่

จากสถานการณ์และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ทำให้คาดการณ์ว่า ผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่มีแนวโน้มมากขึ้นและอาจส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในมหาวิทยาลัย จึงเกิดแนวคิดกระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ เพื่อให้เกิดค่านิยมใหม่ที่ไม่สูบบุหรี่ในสถานบันการศึกษา การแก้ปัญหาหรือป้องกันการสูบบุหรี่ และร่วมกันหากวิธีให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมในสถานศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและสถานการณ์การสูบบุหรี่ของนักศึกษา
2. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน คือ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2561 ณ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ นักศึกษา ทั้งหมด 8 คณะวิชา จำนวน 2,328 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁽¹⁰⁾ ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องทำการศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 274 ราย โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{[NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)]}{[e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)]}$$

N = 2,328 ราย (จำนวนประชากรทั้งหมด)

Z = 1.96 (คะแนนมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %, $\alpha = 0.05$)

P = 0.15 (อัตราการบริโภคยาสูบของคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 19.1)⁽³⁾

e = 0.05 (ความแม่นยำการประมาณค่า)

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 274 ราย จากนั้นจึงคำนวณหาค่าสัดส่วนประชากรในแต่ละคณะ ซึ่งทำการคำนวณหาค่าสัดส่วนของตัวอย่าง ดังแสดงในตาราง 1



ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างแต่ละคณะ

คณะ	จำนวนประชากร(ราย)	จำนวนตัวอย่าง(ราย)
นิติศาสตร์	154	18
บริหารธุรกิจ	475	56
วิศวกรรมศาสตร์	259	31
นิเทศศาสตร์	176	21
สถาปัตยกรรมศาสตร์	120	14
พยาบาลศาสตร์	515	61
สาธารณสุขศาสตร์	236	28
ศึกษาศาสตร์	393	45
รวม	2,328	274

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ
 - ขั้นตอนที่ 1) สำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่ของนักศึกษา
 - ขั้นตอนที่ 2) การวางแผนสร้างนโยบายสาธารณะ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่และแอลกอฮอล์ แต่งตั้งแกนนำเยาวชนอาสาสร้างสถานศึกษาปลอดบุหรี่ และกรรมการทั้ง 2 ส่วน ร่วมกันร่างนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่
 - ขั้นตอนที่ 3) การประกาศนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ โดยการจัดเวทีประกาศนโยบายให้นักศึกษาและบุคลากรทุกคนได้รับทราบและถือปฏิบัติตาม มีการจัดอบรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการในการควบคุมการสูบบุหรี่ภายในสถานศึกษาแก่นักศึกษาแกนนำในแต่ละคณะเพื่อนำไปขยายผลต่อในคณะของตน และจัดสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ โดยกำหนดเขตพื้นที่ปลอดบุหรี่และเขตบุหรี่ภายในมหาวิทยาลัย และประกาศแจ้งให้นักศึกษาและบุคลากรทุกคนได้รับทราบ
 - ขั้นตอนที่ 4) ขั้นตอนการประเมินผล ด้วยแบบสอบถามการรับรู้นโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่
- แบบสอบถาม การรับรู้และความคิดเห็น ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ตำแหน่งหน้าที่ การสนับสนุนกิจกรรมควบคุมการสูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัย
 - ส่วนที่ 2 การรับรู้นโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีหลักการให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก ให้ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และคำถามเชิงลบให้ 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ
 - ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า จำแนกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีหลักการให้คะแนนดังนี้ คำถามเชิงบวก ให้ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และคำถามเชิงลบให้ 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (item-objective congruence index: IOC) IOC เท่ากับ 0.88 และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าประสิทธิสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน(version) 20.0 สถิติที่ใช้ ได้แก่

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะประชากร และอัตราการสูญบุหรืของบุคลากรและนักศึกษา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (inference statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้นโยบายสาธารณะและความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดภัย ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ โดยใช้ paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง จริยธรรมการวิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 005/2561 วันที่รับรอง 21 มิถุนายน พ.ศ. 2561 และได้อนุมัติจัดทำโครงการวิจัยมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดภัย โปรแกรมการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1) สํารวจสถานการณ์การสูญบุหรืของนักศึกษา

1.1 ข้อมูลทั่วไป การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษา จาก 8 คณะวิชาในมหาวิทยาลัย จำนวนทั้งสิ้น 274 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.17 เพศหญิง ร้อยละ 28.83 อายุเฉลี่ย 21.21 ปี (SD=1.33) กำลังศึกษาอยู่ชั้นปี 3 ร้อยละ 40.88 ปี 2 ร้อยละ 32.85 พบสูญบุหรื ร้อยละ 15.33 เคยสูบแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 4.02 ต้องการให้สถานศึกษาสนับสนุนกิจกรรมควบคุมการสูญบุหรื ร้อยละ 89.42 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n =274)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	195	71.17
หญิง	79	28.83
อายุ Mean (SD)	21.21 (1.33)	
ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่		
ปี 1	49	17.88
ปี 2	90	32.85
ปี 3	112	40.88
ปี 4	19	6.93
มากกว่าปี 4	4	1.46
ปัจจุบันท่านสูบบุหรืหรือไม่		
ไม่สูบ	221	80.65
สูบ	42	15.33
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	11	4.02
ความต้องการให้สถานศึกษา สนับสนุนกิจกรรมควบคุมการสูญบุหรื		
ไม่ต้องการ	29	10.58
ต้องการ	245	89.42



1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่แล้วจำนวน 53 ราย เหตุผลของการสูบบุหรี่ครั้งแรกของท่านส่วนใหญ่ สูบแก้เหงาในเวลาว่างจำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.13 รองลงมาสูบคลายความเครียดจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.87 อายุที่เริ่มสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยเท่ากับ 16.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.85 ค่าใช้จ่ายของการซื้อบุหรี่ต่อเดือนโดยเฉลี่ยเท่ากับ 753.84 ช่วงเวลาในการสูบบุหรี่เป็นช่วงที่เครียดจำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.44 รองลงมาหลังรับประทานอาหารจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.84 สถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างมักจะสูบบุหรี่ ภายในมหาวิทยาลัย คือห้องน้ำจำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.88 และความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.13 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการนักศึกษาสูบบุหรี่ (n=53)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เหตุผลของการสูบบุหรี่ครั้งแรกของท่าน		
สูบคลายความเครียด	10	18.87
สูบแก้เหงาในเวลาว่าง	43	81.13
อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ Mean (SD)	16.71 (1.85)	
ค่าใช้จ่ายของการซื้อบุหรี่ต่อเดือน Mean (SD)	753.84 (1.95)	
ช่วงเวลาในการสูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เวลาใช้ความคิดอยู่คนเดียว	17	9.34
เมื่อมีความเครียด	37	20.44
เมื่อมีความประหม่า	4	2.20
หลังรับประทานอาหาร	27	14.84
ก่อนรับประทานอาหาร	3	1.65
หลังตื่นนอนใหม่	11	6.04
ทุกครั้งที่มีโอกาส	10	5.49
เวลาหยุดพักระหว่างเรียน	19	10.50
ก่อนนอน	4	2.20
หลังเลิกเรียน	16	8.79
สถานที่ที่สูบบุหรี่ ภายในมหาวิทยาลัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรงอาหาร	10	18.63
ห้องน้ำ	38	71.70
ป้อมยาม	9	16.98
ภายในอาคาร	3	5.60
ปัจจุบันมีความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่หรือไม่		
ไม่ต้องการ	10	18.87
ต้องการ	43	81.13

ขั้นตอนที่ 2) การวางแผนสร้างนโยบายสาธารณะ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่และแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบไปด้วยอธิการบดี ตัวแทนฝ่ายบริหาร คณบดีคณะต่าง ๆ และตัวแทนคณาจารย์และบุคลากร และแต่งตั้งแกนนำเยาวชนอาสาสร้างสถานศึกษาปลอดบุหรี่โดยเป็นตัวแทนนักศึกษาจากทั้งหมด 8 คณะวิชา หลังจากมีการประกาศแต่งตั้งแล้ว กรรมการทั้ง 2 ส่วนได้มีการประชุมร่วมกันร่างนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ รวมทั้งกำหนดมาตรการและบทลงโทษร่วมกันกรณีมีผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ

ขั้นตอนที่ 3) การประกาศนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ โดยการจัดเวทีประกาศนโยบายให้นักศึกษาและบุคลากรทุกคนได้รับทราบและถือปฏิบัติตาม มีการจัดอบรมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายและมาตรการในการควบคุมการสูบบุหรี่ภายในสถานศึกษาแก่นักศึกษาแกนนำในแต่ละคณะ เพื่อนำไปขยายผลต่อในคณะของตน และจัดสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ โดยกำหนดเขตพื้นที่ปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ภายในมหาวิทยาลัย และประกาศแจ้งให้นักศึกษาและบุคลากรทุกคนได้รับทราบและถือปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด



ขั้นตอนที่ 4) ขั้นตอนการประเมินผล ทำการประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม ก่อนและหลังการพัฒนา นโยบายสาธารณะ ผลการประเมินพบว่า ก่อนการพัฒนา นโยบายสาธารณะ เพื่อเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ กลุ่ม ตัวอย่างมีการรับรู้นโยบายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.53 และระดับสูงร้อยละ 14.96 และหลังการพัฒนา การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.88 และระดับสูงร้อยละ 26.65 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้ นโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ การสร้างนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ (n=274)

ระดับการรับรู้ นโยบายสาธารณะ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับสูง	41 (14.96)	73 (26.65)
ระดับปานกลาง	196 (71.53)	186 (67.88)
ระดับต่ำ	37 (13.51)	15 (5.47)
รวม	274 (100.00)	274 (100.00)

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและนโยบายสาธารณะ พบว่า ก่อนการพัฒนาความคิดเห็นเกี่ยวกับ มาตรการและนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยร้อยละ 54.38 และหลังการพัฒนา ความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 71.53 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ก่อน และหลังการพัฒนา รูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ (n=274)

ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและ นโยบายสาธารณะ	ก่อนพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	118 (43.07)	196 (71.53)
เห็นด้วย	149 (54.38)	77 (28.10)
ไม่แน่ใจ	6 (2.19)	1 (0.36)
ไม่เห็นด้วย	-	-
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1(0.36)	-
รวม	274 (100.00)	274 (100.00)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ นโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ นโยบายสาธารณะ หลังการพัฒนา รูปแบบมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.67 คะแนน และค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็น พบว่า หลังพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยเกี่ยวกับการพัฒนา มาตรการและ นโยบายสาธารณะมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.09 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการรับรู้ นโยบายสาธารณะ และความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอด บุหรี่ (n=274)

ตัวแปร	Mean	SD	Mean difference	t	p - value
การรับรู้ นโยบายสาธารณะ					
ก่อนพัฒนารูปแบบ	40.75	5.77	1.67	10.61	<0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	42.42	5.00			
ความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและนโยบายสาธารณะ					
ก่อนพัฒนารูปแบบ	43.90	4.72	1.09	11.63	<0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	44.99	4.02			



สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนา นโยบายสาธารณะ เพื่อเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ เป็นสิ่งที่สถาบันการศึกษาทุกแห่งควรให้ความสำคัญ ซึ่งการที่นโยบายสาธารณะจะมีผลตามจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์อันเป็นที่ต้องการหรือไม่นั้น นอกจากจะถูกกำหนดโดยเนื้อหาของนโยบายนั้น ๆ ว่า⁽¹⁰⁾ ได้รับการพัฒนามาเป็นอย่างดีเพียงใดแล้ว ยังขึ้นอยู่กับขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะปลอดบุหรี่ คือ 1) การมีผู้นำที่เข้มแข็ง และผู้นำเป็นต้นแบบ ในการไม่สูบบุหรี่ 2) การมีทีมงาน มีคณะกรรมการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายที่มีความทุ่มเทและมีศักยภาพในการประสานงานเครือข่าย และ 3) การมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ดังนั้น การดำเนินงานนโยบายสาธารณะมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ต้องมีการจัดการด้านการสื่อสารนโยบายต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และการอาศัยความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ และการอาศัยการช่วยเหลือจากเพื่อนช่วยเพื่อน หรือพี่ช่วยน้องในการชวนให้ ลด ละ เลิกสูบบุหรี่⁽¹¹⁾ การพัฒนารูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การจัดตั้งเครือข่ายคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบาย ในระดับบริหาร คณาจารย์ และแกนนำนักศึกษา ร่วมกันร่างนโยบายและการประกาศนโยบายให้รับทราบทั่วทั้งทั้งมหาวิทยาลัย การคุ้มครองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง โดยการจัดสภาพแวดล้อม อาคารเรียนหรือสิ่งปลูกสร้างภายในมหาวิทยาลัย ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ รวมถึงการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโทษและภัยบุหรี่สำหรับนักศึกษาและมาตรการ บทลงโทษเกี่ยวกับการฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่และกระตุ้นให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เกิดความตระหนักในการ ลด ละ เลิก บุหรี่ และเคารพสิทธิของผู้อื่น ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากผู้บริหารสถานศึกษา คณาจารย์ บุคลากร และนักศึกษาทุกคน และแนวปฏิบัติสำหรับผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ให้ดำเนินการระงับการฝ่าฝืนและตักเตือนในทันทีที่พบเห็นผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ โดยแสดงตัวต่อผู้ฝ่าฝืนและให้จดบันทึก ชื่อ-สกุล คณะ สาขา ชั้นปี รายงานต่อคณบดี ถ้ายังกระทำหรือฝ่าฝืน ให้ดำเนินตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560⁽¹²⁾ ห้ามผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่เป็นเขตสูบบุหรี่และจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า นักศึกษาต้องการให้สถานศึกษาสนับสนุนกิจกรรมควบคุมการสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 94.89 โดยต้องการให้จัดเขตสูบบุหรี่ให้เหมาะสม ร้อยละ 59.85 และจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ในสถานศึกษา ร้อยละ 43.43 เช่นเดียวกับการศึกษาของ นิยม จันทน์นวล และพลากร สืบสำราญ⁽⁷⁾ ได้ศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่า ร้อยละ 92.5 เห็นด้วยกับการดำเนินงานมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรี่ โดยร้อยละ 85.8 ต้องการให้จัดเขตพื้นที่สูบบุหรี่โดยเฉพาะ ร้อยละ 84.5 ต้องการให้จัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในทุกช่องทาง และร้อยละ 81.3 ต้องการให้จัดกิจกรรมช่วยเลิกสูบบุหรี่ การศึกษาของ สุปราณี อันทะเสรี⁽⁸⁾ ศึกษาการพัฒนาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ พบว่า ความต้องการของบุคลากรและนักศึกษาในการดำเนินงานมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ คือ ต้องการจัดเขตพื้นที่สูบบุหรี่ มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ผ่านทางสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ และการดำเนินการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ควรมีรูปแบบที่หลากหลาย และต้องมีทิศทางหรือเป้าหมายที่สอดคล้องกัน โดยกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการควบคุมยาสูบ ผลการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา หนูนิล และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานขับเคลื่อนจังหวัดตรังปลอดบุหรี่ โดยใช้แนวคิดกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พบว่า การประเมินผลการดำเนินงาน พบว่าการรับรู้เขตปลอดบุหรี่มหาวิทยาลัย/สถานศึกษาระดับอุดมศึกษา และสถานที่ราชการอื่น ๆ ในจังหวัดตรังเพิ่มขึ้นหลังจากการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ



การพัฒนาโยบายสาธารณะ เพื่อเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ เป็นสิ่งที่สถาบันการศึกษาทุกแห่งควรให้ความสำคัญและดำเนินการ เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ เกิดความตระหนักในการ ลด ละ เลิก บุหรี่ ซึ่งสิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไปในทางที่ดีขึ้น เกิดจากการใช้เทคนิค การดำเนินงานที่มีความเหมาะสม คือ การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ โดยเริ่มจากการสำรวจ สภาพปัญหาการสูบบุหรี่ การทำให้เกิดการรับรู้ การสร้างเครือข่ายร่วมมือกันวางแผนกำหนดแนวทาง การสร้างแกน นำ และการกำหนดสถานที่ปลอดบุหรี่และสูบบุหรี่ที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอด บุหรี่ จากการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากร และนักศึกษา และการบังคับใช้มาตรการตามกฎหมายการ ควบคุมยาสูบและมาตรการกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่

อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ สถานศึกษาปลอดบุหรี่ ดังต่อไปนี้

1. ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูล อัตราการสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษาให้เป็นปัจจุบันเพื่อใช้เป็น ฐานข้อมูลในการพัฒนาและขับเคลื่อนการเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ที่ยั่งยืนต่อไป
2. ควรมีการจัดประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ และมีการจัดทำ รายงานการประชุมให้เป็นปัจจุบัน รวมทั้งมีการวิเคราะห์ปัญหาในการดำเนินงานโดยใช้หลักการ SWOT Analysis
3. การประกาศนโยบายสาธารณะและการรณรงค์การลด ละ เลิก บุหรี่ ควรใช้รูปแบบการสื่อสารที่สามารถ เข้าถึงได้ง่ายในทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้โซเชียลมีเดีย (Social Media) หรือเครือข่ายสังคมออนไลน์ (social network)
4. ควรจัดให้มีคลินิกช่วยเลิกบุหรี่และคลินิกให้คำปรึกษาในสถานศึกษา และมีการเก็บสถิติคนที่มาใช้บริการ
5. ควรมีกิจกรรมการคัดกรอง และตรวจสุขภาพสำหรับนักศึกษาและบุคลากรในมหาวิทยาลัย เพื่อเป็น ฐานข้อมูลในการหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรี่
6. ควรพัฒนาเครือข่ายนักศึกษาให้เข้ามามีบทบาทในการร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาบุหรี่ใน สถานศึกษา
7. การกำหนดสถานที่สูบบุหรี่ควรปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐานตาม พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และควรมีการติดป้ายรณรงค์ให้ ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ในสถานที่ดังกล่าว
8. ควรใช้ระบบการช่วยเหลือระหว่างเพื่อนช่วยเพื่อนหรือพี่ช่วยน้องในการเชิญชวนกัน ลด ละ เลิก บุหรี่
9. ควรผลักดันการบังคับใช้กฎหมายการควบคุมยาสูบของสถานศึกษาของผู้มีหน้าที่รับผิดชอบให้มีความ ครองครัดมากขึ้น โดยมีการประกาศนโยบายบังคับโดยผู้บริหาร และมีบทลงโทษที่ชัดเจน เพื่อให้การควบคุมยาสูบ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากร และนักศึกษามหาวิทยาลัยวงษ์วลิตกุลที่เกี่ยวข้องทุกคน และได้ให้ความร่วมมือและ สละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ควันบุหรีมือสองคร่าชีวิตคนไทยจำนวนมาก [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19 มกราคม 2562]. เข้าถึงจาก: <https://www.thaihealth.or.th>
2. กรมสุขภาพจิต. สิ่งหอมควันไทยลด ซึ่บุหรีตัวร้ายทำหัวใจวายตายเร็วสุด [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19 มกราคม 2562]. เข้าถึงจาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27960>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19 มกราคม 2562]. เข้าถึงจาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N31-08-61-1.aspx>
4. ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราตล เก่งการพานิช, ดุสิต สุจิรารัตน์. รายงานการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ: แนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
5. ยศ ตีระวัฒนานนท์, ศรีเพ็ญ ตันติเวส, ศิตาพร ยังกง, อินทิรา ยมาภัย, จอมขวัญ โยธาสมุทร, พิศพรรณ วีระยิ่งยง และคณะ. รายงานวิจัย การประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงจาก: <http://kbphpp.nationalhealth.or.th>.
6. พิรุฬห์ ศิริทองคำ, วิลาวัลย์ บุญประกอบ, นาวิณ พรหมใจสา, รัชณี มิตกิตติ. รูปแบบการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพท้องถิ่นในภาคพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ. 2561;11(1):215-31.
7. นิยม จันทรินวล, พลากร สืบสำราญ. สถานการณ์การสูบบุหรีของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี: ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2559;18(2):1-10.
8. สุปรานี อันทอเสรี. การพัฒนามหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรีต้นแบบ. วารสารการพยาบาล. 2552;58(3-4):1-14.
9. นัยนา หนูนิล, สายฝน เอกวางกูร, เรวดี หนูนิล. กระบวนการนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพการขับเคลื่อนจังหวัดตรังปลอดบุหรี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11(3):414-26.
10. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2550.
11. จิรภูมิ กุจะพันธ์, จุน หน่อแก้ว, จิรายุทธ์ เชื้อตานาม, นาฏนภา ปัตตชาสุวรรณ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษา: คู่เสี้ยวบอกเลิก เพื่อลดการสูบบุหรีของนักศึกษามหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2560;10(2):248-53.
12. กระทรวงสาธารณสุข สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.