

กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพกับการควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

มณฑา เก่งการพานิช¹ ธราดล เก่งการพานิช²

¹ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดความยั่งยืน โดย 5 กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ตามข้อเสนอในกฎบัตรออตตาวา ในการประชุมที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา ปี พ.ศ.2529 ประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเมื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองและระดมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคลที่เชื่อว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทุกระดับตั้งแต่ครอบครัว สังคม ชุมชน องค์กร ระบบบริการสาธารณสุข และนโยบายชุมชนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ทำให้เกิดการเลิกบุหรี่ ซึ่งส่งผลต่ออัตราการสูบบุหรี่ของชุมชนที่ลดลง และคาดหวังที่จะให้การเลิกสูบบุหรี่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนได้ในที่สุด

คำสำคัญ: กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ, การควบคุมยาสูบ, ชุมชนเป็นฐาน

Health Promotion Strategies and Tobacco Control with Community Based Intervention

Mondha Kengganpanich¹ Tharadol Kengganpanich¹

Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health,
Mahidol University

Abstract

Health promotion to achieve sustainability with five health strategies, according to the proposal in the Ottawa Charter, at a meeting in Ottawa, Canada in 1986, including 1) build healthy public policy, 2) create supportive environment, 3) strengthen community action 4) develop personal skills, and 5) reorient health service. When applied to guide the implementation in tobacco control in community with a community based intervention, it can raise ability of the community to self-management and mobilizing the participation of various stakeholders and partners for behavioral change of individual. The environmental factors of all level, from family, society, community organizations, public health system and its community policy have influence on civil behavior. Furthermore, changing important risk behavior is to change the behavior of individuals who contribute to quit smoking which will impact on decreasing rate of smoking in community. And it also expect to give up the smoking affects the health promotion and control chronic diseases in the community eventually.

Keywords: HEALTH PROMOTION STRATEGIES, TOBACCO CONTROL, COMMUNITY BASED
INTERVENTION

บทนำ

ในทศวรรษที่ผ่านมา แผนงานควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินงานควบคุมยาสูบในชุมชนที่ให้ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและมีผลงานวิจัยจากงานประจำ (Routine to research) ปัจจุบันปี 2559 มีชุมชนเข้าร่วมกว่า 200 ตำบลและประสบความสำเร็จแล้วกว่า 80 ตำบล มีผู้ที่สามารถลด เลิกบุหรี่ได้กว่า 20,000 คน (เลิกได้เกือบ 5,000 คน)¹ โดยการทำเนิงานเน้นกระบวนการควบคุมการใช้ยาสูบในชุมชนความโดดเด่นที่เป็นเอกลักษณ์ของแผนงานคือ การอบการดำเนินงานตามกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพของกฎบัตรอตตาวา ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสุขภาพที่มีประสิทธิผลและมีความยั่งยืนโดยใช้หลักการตามศาสตร์พระราชา "เข้าใจ (รู้จัก) เข้าถึง (ทำงานเชิงรุก ครอบคลุมรอบด้าน) และพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (ทำอย่างเป็นระบบและทุกฝ่ายร่วมมือ)" ถือเป็นกลไกสำคัญ² ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีมุมมองการเข้าใจปัญหาและปัจจัยในหลายระดับ อาทิ แนวคิดทฤษฎีเชิงนิเวศวิทยาสังคม (Social Ecological Theory) ของ Bronfenbrenner³ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมบุคคล (Individual) มีความสัมพันธ์และถูกกำหนดโดยระดับครอบครัว เพื่อน สังคม วัฒนธรรมและนโยบาย เช่นเดียวกับแนวคิดแบบจำลองเชิงนิเวศสำหรับพฤติกรรมสุขภาพ (Ecological model of health behavior) ของ Glanz และคณะ⁴ ที่ชี้ให้เห็นความซับซ้อนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพบุคคล

รู้จักกฎบัตรอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

กฎบัตรอตตาวา (Ottawa Charter)⁵ เกิดขึ้นจากการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 ณ กรุงอตตาวา ประเทศแคนาดา ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน ค.ศ. 1986 (พ.ศ. 2529) โดยมีเป้าหมายเพื่อการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2543 และต้องการให้เกิดการขับเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่ที่เกิดขึ้นทั่วโลก การประชุมนี้มีพื้นฐานมาจากความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามคำประกาศเจตนารมณ์เรื่องการสาธารณสุขมูลฐานที่เมืองอัลมา อะตา ประเทศรัสเซีย จากเอกสารขององค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า และจากการอภิปรายในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกในประเด็นการร่วมมือกันทุกภาคส่วนด้านสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิตและสังคมนั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้ สุขภาพจึงมิใช่เป้าหมายแห่งการดำรงชีวิตอยู่อีกต่อไป หากแต่เป็นแหล่งประโยชน์ของทุกวันที่เราดำเนินชีวิต สุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวกที่มุ่งเน้นแหล่งประโยชน์ทางสังคม และแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล รวมถึงศักยภาพทางกายของบุคคล ดังนั้น

การสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่เป็นเพียงความรับผิดชอบของภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมุ่งไปที่รูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพะในที่สุด

สำหรับประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2520-2528 ก่อนที่จะมีประกาศกฎบัตรรอตตาวานั้น ประเทศไทยได้มีนโยบายในการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ครอบคลุมทั่วประเทศปรากฏเห็นเป็นรูปธรรมคือ กองทุนยา ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการดำเนินงานตาม 14 องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน⁶ ประกอบด้วย 1) งานโภชนาการ 2) งานสุขศึกษา 3) การรักษาพยาบาล 4) การจัดหายาที่จำเป็น 5) การสุขภิบาลและจัดหาน้ำสะอาด 6) อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว 7) งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น 8) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 9) การส่งเสริมสุขภาพฟัน 10) การส่งเสริมสุขภาพจิต 11) อนามัยสิ่งแวดล้อม 12) คุ้มครองผู้บริโภค 13) การป้องกันควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ และ 14) เอดส์ ดังนั้นการประกาศกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นการหนุนเสริมแนวคิดที่ประเทศไทยได้ดำเนินการอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กฎบัตรรอตตาวาได้เสนอว่า กลยุทธ์และโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพควรปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของท้องถิ่น และสามารถนำไปปรับใช้ได้ยาวนานประเทศและทุกภูมิภาคทั่วโลกที่มีระบบทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ซึ่งได้เสนอ 5 กลยุทธ์เป็น

แนวทางในการดำเนินการการสร้างเสริมสุขภาพ⁷ คือ



1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build health public policy) 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment) 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) 4) การพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล (Develop personal skills) และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข (Reorient health services) ซึ่งในการดำเนินงานควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐานได้นำกลยุทธ์ดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1 คือการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตัวชี้วัดความสำเร็จคือ การให้มโนนโยบายของชุมชนในด้านการควบคุมยาสูบ ซึ่งเป็นได้ทั้งระดับหมู่บ้าน ตำบลหรืออำเภอ ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์และศักยภาพของคณะทำงานในการขับเคลื่อน คำว่า “นโยบายชุมชน” ในที่นี้ หมายรวมถึง มาตรการชุมชน กฎกติกา ข้อตกลงหรือระเบียบที่ร่วมกันกำหนดให้เป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติตาม และมีบทลงโทษ/มาตรการต่อการละเมิดตามข้อตกลงที่อาจไม่เป็นไปตามตัวบทกฎหมาย ฐานคิดของการให้ชุมชนมีนโยบาย คือ



1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การขับเคลื่อนนโยบายจะต้องมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

(ประกอบด้วยผู้นำส่วนต่างๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รพ.สต. ครู/โรงเรียน พระ/วัด กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กรรมการชุมชน สภาเด็กและเยาวชน ประชาชน ชาวบ้าน ฯลฯ โดยทุกภาคส่วนจะเข้ามาร่วมรับรู้ร่วมกัน ร่วมคิดและร่วมกำหนดแนวทางและนโยบายชุมชน



2) กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เนื่องจากปัญหาการสูบบุหรี่ไม่ใช่ปัญหาที่ประชาชนตระหนัก

แต่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อปัญหาการเกิดโรคเรื้อรัง อาทิ โรคถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด หลอดเลือดสมอง และโรคที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง เช่น หอบหืด โรคทางเดินหายใจ .. ดังนั้นข้อมูลการเจ็บป่วยและสถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนในชุมชน จะเป็นปัญหาที่ต้องนำมาเรียนรู้ร่วมกันและใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดนโยบายชุมชน



3) เป็นแนวทางปฏิบัติที่มาจากชุมชน ชุมชนจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ พร้อมปฏิบัติตามและกำกับ

ให้เป็นไปตามนโยบาย



4) การประกาศให้รับรู้ในวงกว้าง นโยบายที่ได้จะต้องถูกถ่ายทอดไปยังชุมชนในหลายรูปแบบ

รูปแบบ เช่น การติดป้ายประชาสัมพันธ์ให้รับทราบ การประกาศผ่านหอกระจายข่าว/วิทยุชุมชน การแจ้งในที่ประชุม การให้ผู้นำ เช่น นายอำเภอมอบป้ายนโยบายเพื่อนำไปติดในชุมชน เป็นต้น

กลยุทธ์ที่ 2 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (ไม่ได้รับควันบุหรี่มือสองและมือสาม และไม่สูบบุหรี่) และไม่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยง (สูบบุหรี่) การดำเนินงานในโครงการมีการสร้างสิ่งแวดล้อมหลากหลายลักษณะดังนี้

- ให้ทุกชุมชนจัดสถานที่สาธารณะที่ต้องปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย พื้นที่หลักๆ ที่ต้องทำคือ สถานบริการสาธารณสุข อบต. โรงเรียน วัด ศาลาประชุม และสถานที่อื่นๆ โดยให้ติดป้ายแจ้งเตือนห้ามสูบบุหรี่หรือขอขอบคุณที่ไม่สูบบุหรี่ในบริเวณดังกล่าว

- งานบุญประเพณีปลอดบุหรี่ (บูรณาการเหล้าด้วย) เป็นการมุ่งปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่ไม่ให้ได้รับควันบุหรี่มือสอง เกิดรูปธรรมปลอดบุหรี่ในพื้นที่คือ งานศพ/งานบุญ

- บ้านปลอดบุหรี่ มีทั้งบ้านที่ไม่มีคนสูบบุหรี่แล้วกับบ้านที่มีคนเลิกสูบที่มีการสื่อสารโดยการณรงค์และติดป้ายสัญลักษณ์เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ

- การขอความร่วมมือร้านค้าในพื้นที่ในการปฏิบัติตามกฎหมายด้วยการไม่ขายบุหรี่ให้กับเด็กเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี และมีป้ายแสดงเจตนารมณ์ชัดเจน ไม่โฆษณาหรือส่งเสริมการขาย เช่น การตั้งวางบุหรี่ให้สามารถเห็นได้อย่างเปิดเผย เป็นต้น ร่วมกับกระบวนการสร้างนโยบายก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อร้านค้าในหลายพื้นที่ที่ประกาศไม่จำหน่ายบุหรี่ในวันพระและวันอาทิตย์

- การจัดบริการเลิกบุหรี่ที่ง่ายและสะดวกต่อการเข้าถึงบริการทั้งบริการแบบเชิงรับ (ที่ รพ.สต. และ รพช.) และเชิงรุก (ที่ ศูนย์สาธารณสุขชุมชนในหมู่บ้านและคลินิกเคลื่อนที่เข้าไปในพื้นที่)

ด้วยเชื่อว่า การจัดสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ทั้งด้วยการติดป้ายถาวรเพื่อให้ประชาชนทราบถึงเขตปลอดบุหรี่ และโทษของ

การฝ่าฝืน นอกจากจะทำให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ไม่ได้รับภัยอันตรายจากควันบุหรี่มือสองและมือสามแล้ว ยังส่งผลให้พื้นที่ในการสูบบุหรี่ของผู้สูบลดลง เกิดความยากลำบากในการสูบและการเข้าถึงบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ (เด็กและเยาวชน)



ความสำเร็จกลยุทธ์นี้เกิดได้ด้วยความร่วมมือของภาคประชาชนโดยเฉพาะแกนนำและอสม. ที่ดำเนินการจัดสถานที่ให้ครอบคลุม 100% อีกทั้งการสนับสนุนสื่อจากมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่



กลยุทธ์ที่ 3 การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง เปรียบเสมือนการตอกเสาเข็มหรือการทำให้รากฐานให้มีความแข็งแรง “ชุมชนเป็นฐาน” มุ่งสร้างความเข้มแข็งให้แก่แกนนำและคนในชุมชนเข้าใจในโครงการและความสำคัญของปัญหา กิจกรรมหลักที่ดำเนินการ ได้แก่ การประชุมแกนนำ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดเวทีประชาคมเรียนรู้ปัญหาร่วมกัน วิเคราะห์

หาปัจจัยสาเหตุ และกำหนดแนวทางแก้ปัญหาตามหลักการของอริยสัจสี่ (ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค) และการอบรมพัฒนาศักยภาพติดอาวุธทางปัญญาและทักษะต่างๆ เช่น การช่วยเลิก การนัดจดจุดเท้า หัวใจสำคัญของชุมชนเป็นฐานคือการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและในทุกขั้นตอนที่ต้องร่วมกันคิด ร่วมกันทำและร่วมกันกำหนด

อนาคตชุมชนร่วมกัน และชุมชนสามารถทำได้ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จาก รพ.สต. และ รพช.) เป็นแกนนำและเชื่อมโยงการทำงานของทุกภาคส่วนในท้องถิ่นให้เข้ามาหนุนเสริม

ความเข้มแข็งปรากฏให้เห็นรูปธรรมจากการทำงานร่วมกัน การจัดเวทีประชาคมกำหนดข้อตกลงของชุมชน การจัดกิจกรรมขับเคลื่อนในชุมชนไม่ว่าจะเป็นการช่วยกันจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย/บุหรื การรณรงค์สร้างความรู้ความตระหนัก การช่วยกันป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อเข้าถึงทุกหมู่บ้านที่รับผิดชอบ การค้นหาและระดมทุนทางสังคมและวัฒนธรรมและทรัพยากรในท้องถิ่นเข้ามาใช้ในโครงการได้สอดคล้องกับบริบท เช่น การใช้ปราชญ์ชุมชน/ผู้นำการเปลี่ยนแปลง สมุนไพร การแพทย์ทางเลือก วัฒนธรรมเฉพาะถิ่นบุคคลต้นแบบ.. เราได้เห็นการดำเนินงานโดยใช้ศักยภาพของชุมชน ความร่วมมือกัน และการช่วยเหลือกันและกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ



ตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชนเห็นได้จากหลายลักษณะ เช่น คนมาร่วมเวทีประชาคมสำเร็จเต็มศาลา บรรยายภาคการดำเนินงานที่กระตือรือร้น/ยิ้มแย้มแจ่มใส จัดกิจกรรมอะไรก็มี

ทีมทำงานและได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากแกนนำ อสม.และภาคีเครือข่าย เสี่ยงสะท้อนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นเจ้าภาพ “งานหนักแต่ทำงานง่าย ผู้นำและชุมชนเข้มแข็ง.. ทำงานให้เกียรติกัน เจ้าหน้าที่โดยลำพังทำงานไม่ได้ จะทำงานให้สำเร็จต้องให้ชุมชนเป็นพระเอก..” การมีส่วนร่วมเพื่อทำกิจส่วนรวมจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการทำให้ชุมชนเข้มแข็งยิ่งขึ้น และจะก่อให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ .. สำหรับเราผู้เป็นคนนอกคงเป็นเพียงแค่ผู้อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้ชุมชนทำงานตามหลักการ “ชุมชนเป็นฐาน”



กลยุทธ์ที่ 4 การพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล ใช้การอบรมและจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่กลุ่มต่างๆ ตัวชี้วัดความสำเร็จแตกต่างกันตามลักษณะกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

- ในส่วนที่เป็นกลุ่มแกนนำและ อสม. มีการเสริมสร้างศักยภาพให้เป็นแกนนำหรืออาสาสมัครเชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการช่วยเหลือเกื้อกูล สามารถดำเนินการตั้งแต่ขั้นสำรวจข้อมูล คัดกรอง ชักชวนให้เลิกติดตามและประเมินผล นอกจากนั้นยังสามารถ

เป็นวิทยากรในการอบรมและจัดกิจกรรมช่วยเหลือ
บุหรี

- ในส่วนของกลุ่มผู้สูบและใช้ยาสูบ มีการให้ความรู้ความเข้าใจ กระตุ้นและชักชวนให้ เลิก และให้วิธีการในการเลิกบุหรีโดยเน้นแบบไม่ ใช้น้ำยา (ใช้สมุนไพร การแพทย์ทางเลือก) และการ ทักท้วง (ใช้ใจ) ซึ่งวัดความสำเร็จได้จากจำนวนคน สูบบุหรี/ใช้ยาสูบสามารถเลิกบุหรีได้สำเร็จ

- ในกลุ่มนักสูบบุหรี่ใหม่/เด็กและเยาวชน มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ สร้างความตระหนัก ให้ภูมิคุ้มกันในการปกป้องตนเองจากการ กลายเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่ การหลีกเลี่ยงจากการ สูบบุหรีและการได้รับควันบุหรีมือสอง

- ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุข มีการ พัฒนาศักยภาพในการทำวิจัยจากงานประจำ

(Routine to Research: R2R) ในรูปของการ อบรมเชิงปฏิบัติการและสนับสนุนให้นำผลงานที่ ทำมาเรียบเรียงเขียนเป็นงานวิจัย ทำให้ เจ้าหน้าที่ได้พัฒนาศักยภาพทางวิชาการและการ นำเสนอผลงานในเวทีระดับชาติ ที่ผ่านมามีการ นำเสนอแล้วกว่า 20 เรื่อง

การพัฒนาศักยภาพบุคคลยังใช้สื่อสาร ออนไลน์ในการแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ ระหว่างนักวิชาการกับผู้ปฏิบัติ ระหว่างผู้ปฏิบัติ กับปฏิบัติ ระหว่างพี่เลี้ยงกับพื้นที่ ระหว่าง จังหวัดกับอำเภอและตำบล ซึ่งทำเป็นห้องเรียน ออนไลน์ของพื้นที่ดำเนินการซึ่งมีทั้งห้องเรียน จังหวัดและห้องเรียนข้ามจังหวัด ซึ่งเป็นการ เรียนรู้ที่กว้างไกล ต่อเนื่อง รวดเร็วและมี ประสิทธิภาพ



กลยุทธ์ที่ 5 การปรับเปลี่ยนระบบ บริการสาธารณสุขจากเชิงรับเป็นเชิงรุก จุดเด่น ของการปรับระบบบริการที่เห็นเด่นชัดใน โครงการคือ การปรับการให้บริการช่วยเหลือบุหรี จากเดิมที่อยู่ใน รพ.สต./รพช. แบบตั้งรับ ซึ่ง พบว่ามีปัญหาของการเข้าถึง เนื่องจากผู้สูบบุหรี ไม่ได้คิดว่าตนเองเป็นผู้ป่วยจึงจะไม่เข้ามายัง สถานพยาบาล อีกทั้งผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ก็ยัง ขาดแรงจูงใจและความตั้งใจที่จะเลิก ดังนั้นจึง ปรับระบบให้เป็นเชิงรุกในรูปแบบของคลินิก

เคลื่อนที่หรือคลินิกบุหรีสัญจร คือ การจัดกิจการ ช่วยเหลือเข้าไปยังในทุกชุมชนตามวันเวลาที่ ประชาชนสะดวก (อาจในหรือนอกเวลาราชการ อาจเป็นวันหยุดหรือวันทำการ) เพื่อให้ประชาชน สามารถเข้าถึงได้ง่าย และอาจจะบูรณาการกับ งานประจำที่ต้องทำงานเชิงรุกอยู่แล้ว เช่น งาน ป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน งานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งาน ป้องกันและควบคุมอันตรายจากการใช้สารเคมี งานวัคซีน ฯลฯ ซึ่งตัวชี้วัดความสำเร็จที่เห็น

ชัดเจนคือ ผู้สูบบุหรี่เข้ามาตรวจคัดกรอง (เป่าปอดวัดค่าคาร์บอนมอนอกไซด์) และเข้ารับบริการช่วยเลิกมากขึ้น และมีผู้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากกว่านั้น ทำให้งานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมีชีวิตชีวา เข้าถึงและได้ใจประชาชนมากขึ้น

แม้จะเน้นการปรับบริการเป็นเชิงรุก หากแต่บริการเชิงรับในสถานบริการก็ยังคงมีความสำคัญ เนื่องจากงานประจำในกลุ่มโรคเรื้อรังยังคงมีผู้ป่วยตามนัดที่มารับบริการสม่ำเสมอ ดังนั้นการจัดบริการสถานพยาบาลจะ

สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะดำเนินการชักชวนให้เลิกบุหรี่ อีกทั้งพบว่า เมื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชนแล้ว ชุมชนจะมีความตื่นตัว มีการสื่อสารปากต่อปาก และการเห็นผลสำเร็จของคนอื่นทำให้อยากเลิกบ้าง จึงพบว่าผู้สูบบางรายเดินเข้ามายังสถานพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำและช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ ทำให้ระบบบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



ของชุมชน รวมทั้งการติดตามประเมินผล

สรุป

5 กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง สิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นระดับนโยบาย/มาตรการชุมชน ด้านกายภาพด้วยวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และร้านค้าปฏิบัติตามกฎหมาย ระบบบริการและสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ครอบครัว และชุมชนให้มีภูมิคุ้มกันและเข้มแข็งที่จะดำเนินการด้วยตนเองและชุมชน (ชุมชนเป็นฐาน) กระบวนการดำเนินงานตามกลยุทธ์ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการวิเคราะห์และเข้าใจปัญหา กำหนดเป้าหมายและแนวทางในการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบท

ความสำเร็จที่นำไปสู่การสร้างชุมชนปลอดบุหรี่ และชุมชนมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. มณฑา เก่งการพานิช ธีราดล เก่งการพานิช ศรัณญา เบญจกุลและกรกนก ลัธธนันท์. แนวทางการดำเนินงานควบคุมบุหรี่มวนเอง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2557.
2. มณฑา เก่งการพานิช ธีราดล เก่งการพานิช ศรัณญา เบญจกุลและกรกนก ลัธธนันท์.

- บันทึกไว้ให้เป็นบทเรียนโครงการควบคุมบุหรี่ (ยาเส้น/มวนเอง) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2557.
3. Bronfenbrenner, U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
 4. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, Editors. Health Behavior and Health Education : Theory, Research, and Practice. 4th Edition. CA: John Wiley & Sons, Inc. ed; 2008.
 5. สันศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ผู้แปลและเรียบเรียง. พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ รายงานประชุมระดับโลกรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ, นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
 6. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ประวัติการสาธารณสุขมูลฐาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2559, [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2559] เข้าถึงได้จาก http://phc.moph.go.th/www_hss/central/Intro1_3.php.
 7. อำพล จินดาวัฒนะ สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการและบทเรียนของไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2550.