

ข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องมาตรการและแรงจูงใจให้ลด การบริโภคยาสูบในกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมและการเกษตร

Policy recommendation entitled: Measures and motivation to reduce tobacco consumption in industrial and agricultural workers

กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร* ศิริวรรณ พิตยรังษณ์** และสุรินทร์ กลัมพากร***

Kannikar Chatdokmaiprai,* Siriwan Pitayarangsarit,** and Surintorn Kalampakorn***

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

***ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*College of Nursing, Christian University of Thailand

**Bureau of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

***Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทคัดย่อ

การบริโภคยาสูบส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคยาสูบ และผู้ได้รับสัมผัส โดยเฉพาะผู้บริโภคในกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมและการเกษตรซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานที่พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด หากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกำหนดนโยบาย ออกมาตรการและแรงจูงใจในการลดการบริโภคยาสูบที่ชัดเจน จะสามารถลดผลกระทบต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบได้ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อเสนอเชิงนโยบายแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในการออกมาตรการและแรงจูงใจในการลดการบริโภคยาสูบในกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมและการเกษตร ในการนี้ผู้แต่งได้ศึกษารวบรวมข้อมูล และแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเพื่อให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีประสิทธิผล และแก้ปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: มาตรการ, แรงจูงใจ, การบริโภคยาสูบ, กลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรม, กลุ่มแรงงานภาคการเกษตร

Abstract

Tobacco consumption has negative impact on health among tobacco consumers and surrounding non-smokers, especially among industrial and agricultural workers who are in the working-age group of the highest smoking rate. If the stakeholders indicate clear policy recommendation to set measures and motivation for reducing tobacco

consumption, its health hazard will be decreased. This academic article aims to propose policy recommendation to stakeholders that will be useful for setting up any measures and motivation to reduce tobacco consumption among industrial and agricultural workers. In order to gain the effective and sustainable policy recommendation, reviewing relevant literatures and interviewing a number of key informants were done by authors.

Keywords: Measures, Motivation, Tobacco Consumption, Industrial Workers, Agricultural Workers

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) รายงานว่า ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลก 1,100 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากถึงปีละไม่ต่ำกว่า 7 ล้านคน มากกว่า 6 ล้านคนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่โดยตรง และ 890,000 คน เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ในประเทศไทย การสูบบุหรี่ทำให้คนไทยเสียชีวิตปีละ 51,651 คน หรือวันละ 141 คน โดยผู้ที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่อายุสั้นลง 12 ปี และป่วยหนักโดยเฉลี่ย 2.5 ปีก่อนตาย (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2561) การบริโภคยาสูบส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และเศรษฐกิจของประเทศ ใบยาสูบเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดของบุหรี่ จากพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2560) ได้นิยามความหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบว่า คือ “ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือฟีนิกโคทีเยนา ทาแบกัม (Nicotiana tabacum) และหมายความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา” ใบยาสูบเป็นสาเหตุของโรคร้ายอย่างน้อย 25 โรค เริ่มตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า อาทิ โรคของระบบทางเดินหายใจ หัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางเดินหายใจและโรคมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อการจัดกรรมและทารก

ในครรภ์ได้โดยตรงอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่/ยาสูบทั้งทางตรงและการได้รับควันบุหรี่มือสอง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2556) ควันบุหรี่มีสารเคมีอยู่มากกว่า 7,000 ชนิด โดยสารเคมีอย่างน้อย 250 ชนิดเป็นอันตรายต่อร่างกาย และอย่างน้อย 69 ชนิด เป็นสารเคมีที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง เช่น สาร arsenic, benzene, beryllium, โลหะหนัก และฟอร์มาลดีไฮด์ เป็นต้น ซึ่งการได้รับควันบุหรี่มือสองแม้ในระดับต่ำก็ทำให้เกิดอันตรายได้ (สุดสวาท เลาวหิณี, 2555)

บุหรี่ยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจแก่ประเทศอย่างมาก บุหรี่ก่อให้เกิดต้นทุนแก่ผู้สูบ รัฐบาล และสังคมในรูปของค่าบุหรี่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ที่ต้องสูญเสียจากการหยุดงาน การสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน เวลาและแรงงานที่ญาติหรือครอบครัวผู้สูบบุหรี่ใช้ดูแลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ หรือแม้แต่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้สูบบุหรี่ การศึกษาความสูญเสียปีสุขภาพะของประชากรไทยสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ. 2556 พบว่า ประชากรไทยมีการสูญเสียปีสุขภาพดีรวมกัน 15.3 ล้านปี โดยเป็นความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร 10 ล้านปี และต้องอยู่อย่างเจ็บป่วยหรือพิการ 5.3 ล้านปี หากคำนวณเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจะสูงถึง 930,053 ล้านบาท (7.2%) ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product [GDP]) โดยมีกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable disease [NCDs])

เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะโรคที่สูงเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรค (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) แฉลงข่าว “ภาวะโรคและต้นทุนที่สูงสูญเสียจากการสูบบุหรี่” วันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2556 ว่าประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (Disease attributed to smoking) พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 52.2 พันล้านบาท (0.5% ของ GDP) คิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 10,137 ล้านบาท (20%) ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ 1,063 ล้านบาท (2%) การสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรเท่ากับ 40,464 บาท (77% ของค่าใช้จ่าย) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้คิดเป็นร้อยละ 13 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2557) เมื่อพิจารณาจากจำนวนคนที่สูบบุหรี่สูงอายุมีการสูบบุหรี่ต่อวันลดลงจาก 10.7 มวนเป็น 10.5 มวน กลุ่มเยาวชนเพิ่มจากวันละ 9.1 มวนเป็น 10.2 มวน กลุ่มวัยทำงาน จาก 11.2 มวนเป็น 11.9 มวน ผู้สูบบุหรี่ที่เป็นกลุ่มคนทำงานมีค่าใช้จ่าย 470 บาทต่อเดือน กลุ่มเยาวชน 409 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุ 208 บาทต่อเดือน โดยเฉลี่ยผู้สูบบุหรี่จ่ายเงิน 403 บาทต่อเดือน อย่างไรก็ตาม คนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จ่ายสูงกว่าคือ เฉลี่ยสูงสุด 810 บาทต่อเดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560ก)

กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกระทรวงฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553 เรื่อง “กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตปลอดบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535” (กระทรวงสาธารณสุข สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,

2553) ได้กำหนดประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ๔ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 นี้โดยกำหนดให้สถานที่ทำงาน รวมทั้งสถานที่ทำงานเอกชน โรงงานอุตสาหกรรมหรือสถานประกอบการให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ด้วย แม้ว่าสถานการณ์การบริโภคยาสูบมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ปัญหาของการรับควันบุหรี่มือสองในที่สาธารณะยังเป็นปัญหาที่สำคัญ จากการศึกษาของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลได้สำรวจสถานการณ์ควันบุหรี่มือสองในประชากรอายุ 15-64 ปี จำนวน 2,089 คนจากทั่วประเทศ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม ปี 2557 พบสถานที่สาธารณะ กว่า 2 ใน 3 มีการฝ่าฝืนสูบบุหรี่โดยสถานที่ที่มีการฝ่าฝืนการสูบบุหรี่มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ตลาดสด ตลาดนัด ร้อยละ 73.61 รองลงมาคือ สถานีขนส่ง ป้ายรถเมล์ สถานีรถไฟ ท่าเรือ ร้อยละ 72.66 และสนามกีฬา ร้อยละ 67.88 สอดคล้องกับจำนวนประชาชนที่รู้จักพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ตามกฎหมายกำหนดอย่างถูกต้องไม่ถึงครึ่ง (45 %) และมีประชาชนเพียงร้อยละ 46 เท่านั้น ที่เคยเห็นสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมายกำหนด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2557)

บทความวิชาการนี้ใคร่ขอเสนอเรื่องข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องมาตรการและแรงจูงใจให้ลดการบริโภคยาสูบในกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมและภาคการเกษตร ในหัวข้อต่อไปนี้ สถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทย ข้อเสนอทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาแรงงานภาคอุตสาหกรรมที่ยังสูบบุหรี่ ข้อเสนอทางเลือกที่มีประสิทธิภาพสำหรับกลุ่มแรงงานภาคการเกษตร และการประมง และข้อเสนอทางเลือกที่มีประสิทธิภาพสำหรับพยาบาล และพยาบาลอาชีวอนามัยในการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรม และการเกษตร ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทย

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อ พ.ศ. 2560 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560ข) ประเทศไทย มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 54.8 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 11.4 ล้านคน (20.7%) โดยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ 10 ล้านคน (18.2%) และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่นาน ๆ ครั้ง 1.4 ล้านคน (2.5%) กลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 23.5) รองลงมา คือกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) (16.6%) และกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) (14.7%) หากพิจารณาในภาพรวมของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพ.ศ. 2554 มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.4 แต่ในพ.ศ. 2556 ลดลงเหลือร้อยละ 19.9 อย่างไรก็ตาม ผลสำรวจล่าสุดปี พ.ศ. 2557 อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 ในปี 2556 และ 2557 พบว่าเพิ่มขึ้นทั้งผู้ชาย และผู้หญิง โดยผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 39 เป็นร้อยละ 40.5 ส่วนผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 2.1 เป็น 2.2

สถานการณ์การสูบบุหรี่ จำแนกตามอาชีพ พบว่า ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่เป็นประจำส่วนใหญ่ ที่มีจำนวนมากที่สุดคือผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรม การป่าไม้ และการประมง จำนวน 3,575,411 คน (43.0%) รองลงมา ได้แก่ การผลิต จำนวน 995,149 คน (12%) การขายส่ง และการขายปลีก การซ่อมยานยนต์ จำนวน 985,145 คน (11.9%) การก่อสร้าง จำนวน 942,411 คน (11.3%) การขนส่งและสถานที่เก็บสินค้า จำนวน 372,757 คน (4.5%) กิจกรรมโรงแรมและบริการด้านอาหารจำนวน 364,832 คน (4.4%) น้อยที่สุดคือผู้ประกอบการด้านศิลปะ ความบันเทิงและนันทนาการ มีจำนวน 55,904 คน (0.7%)

ทางเลือกที่มีประสิทธิผลในการแก้ปัญหาแรงงานภาคอุตสาหกรรมที่ยังสูบบุหรี่

การเจ็บป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ในคนทำงาน กลุ่มนี้ก่อให้เกิดผลกระทบทางตรงและทางอ้อมแก่นายจ้าง หรือเจ้าของกิจการหรือหัวหน้าหน่วยงานเพราะทำให้

ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง รวมทั้งบางหน่วยงาน ต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลในรูปแบบของสวัสดิการการรักษาพยาบาลอีกด้วย ทางเลือกที่มีประสิทธิผลสำหรับ นายจ้าง หรือเจ้าของกิจการหรือ หัวหน้าหน่วยงาน ในการแก้ปัญหาคนทำงานที่ยังสูบบุหรี่ซึ่งจะสูญเสียผลผลิตที่ยั่งยืนนั้น ควรสนับสนุนให้ลูกจ้างสามารถเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งสามารถกระทำได้ในหลายวิธี ได้แก่

1. นายจ้างสนับสนุนช่วยให้เลิกบุหรี่ โดยให้ลูกจ้างสามารถเข้าถึงบริการการเลิกบุหรี่ เช่น ไม่นับวันลาของการลาเพื่อไปบำบัดการเลิกบุหรี่หรือการจัดให้มีบริการเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการ ดังเช่น Fishwick และคณะ (2013) พบว่า การจัดบริการเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการให้ประโยชน์แก่พนักงานที่ต้องการที่จะเลิกบุหรี่หลายประการ เช่น ทำให้สะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงของพนักงานที่ต้องการเลิกบุหรี่ สามารถเข้าถึงกลุ่มนักสูบที่อายุน้อย และสามารถติดตามประเมินผลพนักงานที่เข้ารับบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างใกล้ชิด

2. นายจ้างสนับสนุนในเรื่องรางวัลตอบแทนโดยอาจมีแรงจูงใจพิเศษสำหรับการเลิกบุหรี่ เช่น ผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ อาจใช้เป็นข้อพิจารณาออกเหนือจากผลงานและความรับผิดชอบในการทำงาน ในการได้รับโบนัส หรือการขึ้นเงินเดือนที่ดี van den Brand และคณะ (2017) พบว่าการเพิ่มแรงจูงใจทางการเงินแก่ผู้สูบบุหรี่ เมื่อเปรียบกับการไม่เพิ่มแรงจูงใจ พบว่าการเพิ่มแรงจูงใจทางการเงินจะเพิ่มสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่ที่พยายามจะเลิกบุหรี่ การใช้การรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ และประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่

3. สถานประกอบการ ควรจัดให้มีคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็นซึ่งต้องมีการควบคุมบุหรี่ ในสถานที่ทำงานเป็นประเด็นหลัก(สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม, 2554) รวมทั้งต้องมีการอบรมคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กรณีสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานที่มีคนงาน หรือ ลูกจ้าง ตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป ซึ่งรัฐได้กำหนดให้มียาสูบ ประจำสถานประกอบการ (กระทรวงแรงงาน, 2552) เจ้าของ สถานประกอบการ ควรสนับสนุนให้พยาบาลเหล่านี้ได้รับการฝึกอบรมความรู้ในวิธีการหรือกระบวนการเลิกบุหรี่ เพื่อสามารถจัดบริการการเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเองในสถาน ประกอบการ อันจะทำให้ไม่สูญเสียเวลาสำหรับผู้ต้องการ เลิกบุหรี่ และสามารถติดตามผลของการบำบัดได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสามารถโน้มน้าวบุคลากรที่ยังไม่มีความ คิดที่จะเลิกบุหรี่ ปรับความรู้ ทักษะและเปลี่ยนเป็นเห็น ชอบที่จะเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับแผนงานพัฒนาการ สร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ ที่ระบุว่าสถาน ประกอบการควรมีการพัฒนาศักยภาพของคณะทำงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการสร้างคณะทำงาน ฯ และสนับสนุนคณะทำงาน ฯ ให้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ (สมาคม พัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม, 2555)

4. จากการสัมภาษณ์ ดร. ศันสนีย์ กิระวิริยาภรณ์ เลขานุการสมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ได้ให้ความคิดเห็นว่า สถานับรับรอง มาตรฐาน อาทิ มาตรฐานแนวทางความรับผิดชอบต่อ สังคม (ISO 26000) ควรบรรจุเนื้อหาการควบคุมบุหรี่ใน สถานประกอบการร่วมด้วย เช่น การไม่พบเห็นผู้สูบบุหรี่ หรือก้นบุหรี่หรือกลิ่นควันบุหรี่ในบริเวณอาคารสถาน ประกอบการ หรือบริเวณพื้นที่ส่วนกลางนอกอาคาร เช่น สนามกีฬา โรงอาหาร หรือการมีคณะกรรมการสร้างเสริม สุขภาพที่มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเรื่องบุหรี่ เพื่อเป็นการ กระตุ้นให้สถานประกอบการหรือโรงงานตระหนักถึงความ สำคัญของการควบคุมบุหรี่ในสถานประกอบการมากขึ้น รวมทั้งกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ควรบรรจุเนื้อหา การควบคุมบุหรี่ในสถานประกอบการในการพิจารณาการ ประกวดสถานประกอบกิจการดีเด่นด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในระดับประเทศ เช่น

เดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความคิดเห็นของ นายจ้างและเจ้าหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยต่อตัวชี้วัดการ สร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ พ.ศ. 2545 ที่มีข้อ เสนอว่าควรมีการรวมตัวชี้วัดเกี่ยวกับการสร้างเสริม สุขภาพในสถานประกอบการ เข้ากับมาตรฐานผลิตภัณฑ์ อุตสาหกรรม (มอก.) หรือขององค์การมาตรฐานสากล (International Organization for Standardization [ISO]) เพื่อใช้ประเมินการรับรองคุณภาพของสถานประกอบการ (อุดมลักษณ์ ไบไกร, 2545)

5. จากการสัมภาษณ์ ดร. คพา บัณฑิตานุกูล ประธานเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมยาสูบ เมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2557 ได้ให้ข้อคิดเห็นดังนี้ สำนักงานประกันสังคมควรเพิ่มสิทธิในการรับบริการเลิก บุหรี่สำหรับผู้ประกันตนที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยให้สิทธิเบิก ค่ารักษาพยาบาลโรคติดบุหรี่ได้ 2 ครั้งต่อปีงบประมาณ ติดต่อกันไม่เกิน 3 ปี ในอัตรา 940.00 บาท สำหรับการ ให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่เพียงอย่างเดียว (ต้นทุนของ quitline 1600) (Meeyai, Yunibhand, Punkrajang, & Pitayarangsarit, 2013) และจำนวน 4,000.00 บาทที่ รวมทั้งการให้คำปรึกษา และการใช้การบำบัดแบบการให้ หมายฝรั่งนิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy [NRT]) ในการช่วยเลิกบุหรี่ตลอดระยะเวลา 6 เดือนของ การบำบัด ตามมาตรา 5A (ทั้งนี้ถ้าไม่สามารถเลิกบุหรี่ ได้หลังจากใช้สิทธิประกันสังคมครบ 3 ปีแล้ว ผู้ประกันตน ที่ต้องการเลิกบุหรี่จะต้องชำระค่าใช้จ่ายร่วมกับประกัน สังคมในการใช้บริการเลิกบุหรี่ครั้งต่อไป

ข้อเสนอทางเลือกที่มีประสิทธิผลสำหรับกลุ่ม แรงงานภาคการเกษตร และการประมง

1. ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร มีนโยบายบริหารจัดการองค์กรด้วยความรับผิดชอบต่อ สังคม และสิ่งแวดล้อม (Cooperate social responsibility [CSR]) (ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร,

2554) ควรพิจารณาบรรจุนงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มแรงงานด้านการเกษตรและการประมงไว้ในแผนแม่บทด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมระยะ 5 ปี (ปีบัญชี 2560-2564) ในรูปแบบของการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบไว้ในโครงการต่าง ๆ ที่ดำเนินการอยู่ อาทิ

1.1 โครงการพัฒนาด้านวิชาการแก่กลุ่มเกษตรกรและการประมง ควรพิจารณาสอดแทรกเนื้อหาความรู้พิษภัยของบุหรี่ในการจัดประชุมชี้แจงเรื่องต่าง ๆ ในกลุ่มสมาชิก

1.2 โครงการการสนับสนุนการเรียนรู้ของบุตรหลานเกษตรกร ควรพิจารณาเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สูบบุหรี่พยายามเลิกบุหรี่ โดยให้สิทธิพิเศษแก่สมาชิกและครอบครัวของสมาชิกที่ไม่สูบบุหรี่ในการพิจารณาสนับสนุนทุนการศึกษาเป็นกรณีพิเศษ

1.3 โครงการพัฒนาชุมชนต้นแบบตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ควรเพิ่มเงื่อนไขของชุมชนต้นแบบที่ต้องเป็นชุมชนปลอดบุหรี่ร่วมด้วย โดยให้สิทธิพิเศษแก่ชุมชนที่ได้รับการประเมินว่าเป็นชุมชนต้นแบบ เช่นการลดอัตราดอกเบี้ยเป็นกรณีพิเศษ หรือการขยายระยะเวลาการชำระหนี้ให้กับประชาชนที่เป็นสมาชิกในชุมชนต้นแบบนั้น เป็นต้น

2. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน อาทิ การจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชุมชน (สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2555)

3. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ควรพิจารณาเพิ่มเติมตัวชี้วัดเกี่ยวกับหมู่บ้านปลอดบุหรี่ในการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และ ใช้ข้อมูลจปฐ สนับสนุน ขึ้นทะเบียนหมู่บ้านปลอดบุหรี่โดยหมู่บ้านที่ได้ขึ้นทะเบียนหมู่บ้านปลอดบุหรี่จะได้รับรางวัลตอบแทนในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ การได้รับการพิจารณาการจัดสรร

และโอนเงินตามโครงการเพิ่มทุนกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง ในช่วงหลังระยะที่ 3 จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติเมื่อวันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2557 ได้ให้ข้อมูลว่า เดิมตัวชี้วัดในการพิจารณาจัดสรรและโอนเงินตามโครงการเพิ่มทุนกองทุนหมู่บ้านในระยะที่ 1 ใช้ตัวชี้วัดหมู่บ้านปลอดยาเสพติด ปัจจุบันอยู่ในโครงการเพิ่มทุนกองทุนหมู่บ้านในระยะที่ 3 ซึ่งผ่านขั้นตอนการพิจารณาเรียบร้อยแล้ว

4. กรมวิชาการเกษตร ควรเพิ่มเนื้อหาการควบคุมบุหรี่ในสถานประกอบการ เช่นการไม่พบเห็นผู้สูบบุหรี่ หรือกันบุหรี่หรือกลิ่นควันบุหรี่ในบริเวณอาคารสถานประกอบการในระบับรับรองโรงงานผลิตสินค้าการเกษตร นอกเหนือจากเนื้อหาเดิมที่พิจารณาเพียงพนักงานที่ปฏิบัติงาน ห้ามสูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงานเท่านั้น (กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรมวิชาการเกษตร, 2554)

ข้อเสนอทางเลือกที่มีประสิทธิผลสำหรับพยาบาลและพยาบาลอาชีวอนามัย ในการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมและกลุ่มแรงงานภาคการเกษตรและการประมง

1. พยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ควรกำหนดผู้รับผิดชอบงานบุหรี่ที่ชัดเจน จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% มีการจัดทำฐานข้อมูลการสูบบุหรี่ในทะเบียนประวัติผู้ป่วยหรือแฟ้มครอบครัว รวมทั้งมีการจัดบริการการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่และจัดให้มีคลินิกเลิกบุหรี่ในงานประจำ (กรองจิต วาทีสาธกิจ, 2555) โดยให้เจ้าหน้าที่เข้าฝึกอบรมวิธีการเลิกบุหรี่จากโรงพยาบาลแม่ข่าย (Contracting Unit for Primary Care (CUP))

2. พยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน วัดและโรงเรียนในการเผยแพร่

แพร่ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ การห้ามสูบบุหรี่ในบ้าน และพิษภัยของบุหรี่มือสอง โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขควรให้เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมในเรื่องวิธีการเลิกบุหรี่ เพื่อสามารถช่วยพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่ได้

3. พยาบาลอาชีวอนามัยควรมีส่วนร่วมผลักดันผู้ประกอบการให้สร้างและส่งเสริมกลไกการดำเนินงานควบคุมการบริโภคบุหรี่ในหน่วยงาน เช่น สนับสนุนให้ผู้บริหารรับรองนโยบายสถานประกอบการปลอดบุหรี่ แต่งตั้งคณะทำงานการควบคุมการบริโภคบุหรี่รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพของคณะทำงานในการพัฒนาสถานประกอบการปลอดบุหรี่ (สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม, 2555)

4. พยาบาลอาชีวอนามัยควรให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคบุหรี่ในหน่วยงาน แนะนำแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาระหว่างดำเนินงาน เข้าร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการควบคุมการสูบบุหรี่ ผลักดันให้เกิดภาวะการปลอดบุหรี่ในที่ทำงาน รวมทั้งมีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ในสถานประกอบการ เนื่องจากสามารถเข้าถึงจำนวนพนักงานผู้สูบบุหรี่เป็นจำนวนมากและยังช่วยลดการรับควันพิษของบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่มือสอง (פורستي נחששלין, กรรณิการัตนดอกรัตน์ไพโร, และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2561)

5. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้และกระบวนการเรียนรู้ รวมทั้งทักษะความสามารถในการบริหารงานการควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีประสิทธิภาพลุ่มพอ อาทิ การให้คำปรึกษา การให้บริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ ตลอดจนการทำวิจัยเพื่อสร้างพัฒนาและสร้างองค์ความรู้ใหม่ ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นไปอย่างมีระบบ

บทสรุป

การแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มแรงงานอุตสาหกรรมและการเกษตรที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รวมทั้งองค์กรเอกชนอื่นที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม พยาบาลชุมชนและพยาบาลอาชีวอนามัยซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับกลุ่มแรงงานเหล่านี้มากที่สุด มีบทบาทโดยตรงในการขับเคลื่อนงานการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มแรงงานดังกล่าว และเป็นกลไกสำคัญในการผลักดันให้การดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มแรงงานเหล่านี้ ดำเนินไปอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง จะสามารถทำให้การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรมวิชาการเกษตร. (2554). *ระบบการรับรองโรงงานผลิตสินค้าการเกษตร*. สืบค้นเมื่อ 14 กรกฎาคม 2557, จาก <http://www.doa.go.th/psco/images/GMP/agricultur%20products%20certification%20system%2054-56.pdf>
- กระทรวงแรงงาน. (2552). *กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2548*. สืบค้นเมื่อ 24 พฤษภาคม 2557, จาก http://www.cpcsdo.com/Portals/2/pdf/1/Law_LAB_049.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2553). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553*. สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2561, จาก <http://btc.ddc.moph.go.th/upload/files/25.pdf>

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2555). *อสม. จะช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างไร*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร. (2554). *หลักการดำเนินงานด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2557, จาก <http://www.baac.or.th/csr2011/>
- พอรตรี นุชสงสิน, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, และ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. (2561). *มาตรการช่วยเลิกบุหรี่ในสถานที่ทำงาน: การทบทวนวรรณกรรม*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(1), 67-75.
- มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2560). *พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ฉบับสมบูรณ์*. สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2561, จาก http://www.ashthailand.or.th/th/data_center_page.php?id=1082
- มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2561). *บุหรี่ตัวร้าย ทำลายหัวใจ Tobacco Breaks Hearts*. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2561, จาก <http://www.thaihealth.or.th/partnership/Content/42704-%E0%B8%>
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2557). *การแถลงข่าวภาวะโรคและต้นทุนที่สูงขึ้นจากการสูบบุหรี่*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2557, จาก <http://www.trc.or.ac.th/th>
- สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน. (2555). *แนวทางการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชุมชน*. *โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2557, จาก <http://www.thaiichr.org/upload/forum/doc4f41ee3dd3cab.pdf>
- สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม. (2554). *รวมพลังสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2557, จาก <http://healthyenterprise.org/.../health%20promotion%20enterprise.ppt>
- สมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม. (2555). *ถอดรหัสสถานประกอบการปลอดบุหรี่: คู่มือคณะทำงาน*. กรุงเทพมหานคร: แปลน พรินท์ติ้ง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2556). *บุหรี่กับโรคทางกาย*. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2561, จาก <http://www2.thaihealth.or.th/Content/7183-%E0%B8%9A%>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). *ได้เวลา “Check in & Share” ทวงสิทธิ์..พื้นที่ห้ามสูบ*. สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2561, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/24796->
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). *รายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560 ก). *พฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร 2560*. สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2561, จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages.aspx>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560 ข). *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร สรรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560*. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2561, จาก http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/%A3_smoke60.pdf
- สุดสวาท เลหาวินิจ. (2555). *ควันบุหรี่มือสองไม่ได้เสี่ยงเป็นมะเร็งปอดเท่านั้น*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2557, จาก http://www.tsco.or.th/knowledge/healthtoday/Health_Today_Feb_12.pdf

- อุดมลักษณ์ ไปไกร. (2545). *ความคิดเห็นของนายจ้างและเจ้าหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยต่อตัวชี้วัดการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- Fishwick, D., Carroll, C., McGregor, M., Drury, M., Webster, J., Bradshaw, L., . . . Leaviss, J. (2013). Smoking cessation in the workplace. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 63(8), 526-536. doi: 10.1093/occmed/kqt107. Retrieved July, 2014, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24253806>
- Meeyai, A., Yunibhand, J., Punkrajang, P., & Pitayangsarit, S. (2013). *An evaluation of usage patterns, effectiveness and cost of the national smoking cessation quitline in Thailand*. Retrieved June 1, 2014, from <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2014/06/11/tobaccocontrol-2013-051520.abstract>
- Van den Brand, F. A., Nagelhout, G. E., Reda, A. A., Winkens, B., Evers, S. M. A. A., Kotz, D., & van Schayck, O. C. (2017). *Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment*. Cochrane Database of Systematic Review, 9:CD004305, doi 10.1002/14651858.CD004305. Retrieved June 1, 2014, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28898403>
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Tobacco*. Retrieved October 3, 2018, from <https://www.who.int/health-topics/tobacco>