

---

# ปรีทัศน์รายงานการวิจัย

---

## วิวัฒนาการของการควบคุม การบริโภคยาสูบในเมืองไทย

---

ผู้วิจัย:

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์

นพ.สุภกร บัวสาย

จิตสิริ ทัศนภัทร

---

ผู้ปรีทัศน์:

วิวิธ วุฒิวีรวรรณ

วรารณณ์ พันธุ์พงศ์

## เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

**เรื่อง:** “วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย”

**ผู้วิจัย:** ชูชัย ศุภวงศ์, สุภกร บัวสาย, จิตสิริ ธนภัทร

**เสนอ:** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีนาคม 2541

### วัตถุประสงค์:

1. ศึกษาวิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ
2. ศึกษาเหตุปัจจัยที่นำไปสู่เหตุการณ์สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และผลกระทบที่เกิดขึ้น
3. ศึกษากระบวนการและวิธีการทำงานในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

### วิธีการ:

ศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีในประเทศไทย และสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง 15 คน รวมทั้งจัดเวทีระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการ นักบริการ และผู้ปฏิบัติ 2 ครั้ง

### กรอบความคิด:

ใช้เหตุการณ์สำคัญเป็นตัวตั้งในการแบ่งช่วงเวลาของวิวัฒนาการการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย เป็น 4 ช่วง คือ 1) ก่อนปีพ.ศ. 2500-2529, 2) พ.ศ.2529-2532, 3) พ.ศ.2532-2534 และ 4) พ.ศ. 2534-2539

โดยแต่ละช่วง วิเคราะห์ 2 ส่วนสำคัญ 1) สถานการณ์ทั่วไป และสภาพปัญหา 2) เหตุการณ์สำคัญ รวมถึงกระบวนการ วิธีการทำงานของบุคคลและองค์กรที่ดำเนินการ และผลกระทบที่ตามมา

## วิวัฒนาการการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2530 แพทย์และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ จำนวน 250 คน ร่วมกันวิ่งเพื่อการรณรงค์เป็นเวลา 7 วัน จาก 4 ภาคของประเทศ สู่จุดหมายที่หน้าศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ด้วยระยะทางรวมกันกว่า 3,000 กิโลเมตร เป้าหมายของการรณรงค์คือ การเรียกร้องสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยมีประชาชนในเส้นทางร่วมลงชื่อกว่า 6 ล้านชื่อ

เหตุการณ์นั้นไม่เพียงแต่เป็นประจักษ์พยานครั้งใหญ่ที่สุดของประเทศ แต่ยังเป็นการรณรงค์เพื่อสุขภาพระดับชาติครั้งแรกและครั้งใหญ่ที่สุดเท่าที่เคยมีมา ได้รับความสนใจจากประชาชนและสื่อมวลชนอย่างกว้างขวางและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการรณรงค์ ต่อมาสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้บันทึกไว้ใน “สังคมไทย 2530” ว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญที่เป็นผลดีสำหรับสังคมไทย ซึ่งนำไปสู่การพลิกเปลี่ยนค่านิยมของสังคมไทย จากที่เคยถือเอาการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่โก้เก๋ กลายเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

มีนิยามของ “ผู้สังเกตการณ์” จากการวิ่งรณรงค์ครั้งนั้นว่า เป็นการเรียกร้องแนวความคิดหล่อหลอมเป็นร่างกายแรงใจที่เสียสละและทุ่มเทของคนจำนวนร้อยเพื่อคนจำนวนล้าน ที่ได้รับการสนองตอบอย่างน่าประทับใจ

แต่ก่อนที่จะนำมาถึงเหตุการณ์ดังกล่าวซึ่งเป็นยุคที่สองของการรณรงค์เรื่องบุหรี่ ตามการศึกษาวิจัยของนพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ เรื่อง “วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย” จุดเริ่มต้นอาจย้อนไปถึงช่วงปีพ.ศ. 2500 โดยผ่านคำแนะนำของแพทย์ และการเทศนาของพระสงฆ์บางกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้ลำดับเหตุการณ์สำคัญในยุคต่างๆ รวม 4 ยุคไว้ดังต่อไปนี้

## 1. ยุคแรก (พ.ศ. 2500-2529) - การเริ่มต้น

### สถานการณ์การสูบบุหรี่

นับจากรัฐบาลจัดตั้งโรงงานยาสูบในปีพ.ศ. 2482 และประกาศใช้พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2486 ผูกขาดการประกอบการอุตสาหกรรมบุหรี่ การสูบบุหรี่ของคนไทย ก็เปลี่ยนจากบุหรี่มวนเองมาเป็นบุหรี่แบบซิการ์เรตมากขึ้นตามลำดับ ยอดผลิตและจำหน่ายบุหรี่ของโรงงานยาสูบเพิ่มขึ้นทุกปี (ยกเว้นในปี 2525 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการขึ้นภาษีบุหรี่ในปี 2524)

ส่วนจำนวนผู้สูบบุหรี่ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่เมื่อเทียบอัตราส่วนต่อจำนวนประชากรแล้วมีอัตราการลดลง จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2519 อัตราส่วนผู้สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 30.1 ของประชากร และลดลงเป็นร้อยละ 27.8 ในปี 2524 และร้อยละ 26.4 ในปี 2529 ตามลำดับ

### เหตุการณ์สำคัญ

การตีความข้อ 5 ของท่านปัญญาเนนทมิทชูลัดชอลประทานรังสฤษฏ์ โดยถือเอาบุหรี่เป็นหนึ่งในสิ่งเสพยาติต (“มัชชะ”) เช่นเดียวกับสุรา ทำให้ท่านเป็นพระรูปแรกที่ต่อต้านการสูบบุหรี่ในสังคมไทยมาตั้งแต่ช่วงปี 2500 ทั้งโดยการเทศนาสั่งสอน และกำหนดว่าผู้ที่จะบวชกับท่านต้องเลิกบุหรี่ให้ได้ก่อน อย่างไรก็ตาม ในขณะนั้นยังไม่มีกรณีจนถึงพิษภัยอันเกิดจากบุหรี่โดยตรง ต่อมา พระภิกษุอีกหลายรูปได้มีบทบาทในการรณรงค์เพื่อลด-ละ-เลิกบุหรี่ในฐานะที่เป็นสิ่งเสพยาติตอย่างหนึ่ง อย่างต่อเนื่อง เช่น ท่านอาจารย์ไสว สิวญาโณ แห่งสวนโมกขพลาราม, ท่านอาจารย์พยอม กลญาโณ วัดสวนแก้ว และเริ่มมีทิศทางการชี้ถึงโทษภัยต่อสุขภาพมากขึ้น

ในช่วงเดียวกัน (ประมาณปี 2500) นพ.โรเจอร์ เนลสัน โรงพยาบาลมิชชั่น ได้เริ่มจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ถือเป็นจุดเริ่มที่เป็นรูปธรรมของการเคลื่อนไหวทางด้านการแพทย์ที่ออกมาชี้โทษภัยจากการสูบบุหรี่ เหตุการณ์สำคัญอื่นๆ ในยุคนี้คือ

● พ.ศ. 2516 รัฐบาลประกาศ ปว. 294 ห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี แต่ไม่ปรากฏการบังคับใช้

● พ.ศ. 2517 แพทยสมาคมฯ โดยนพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ เลขานุการฯ ยื่นข้อเรียกร้องให้รัฐบาลดำเนินการควบคุมบุหรี่ 5 ข้อ และข้อที่ได้รับการสนองตอบคือ โรงงานยาสูบพิมพ์คำเตือนระบุว่าบุหรี่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

● พ.ศ. 2519 กรุงเทพมหานครออกข้อบัญญัติห้ามสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์และรถโดยสารประจำทาง ตามที่นพ.โอภาส ธรรมวานิช รองผู้ว่าฯ ฝ่ายการสาธารณสุขเสนอ (โดยการติดต่อจากนพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ)

สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย จัดตั้งศูนย์อาสาสมัครต่อต้านยาเสพติดให้โทษ และต่อมาในปี 2521 มีการตั้งกลุ่มมัชชวริต โดยมี นพ.สนอง อุณากร เป็นแกนนำ จัดกิจกรรมให้ความรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่และสนับสนุนให้ผู้ที่สูบลเลิกสูบรวมทั้งรณรงค์ให้พระเป็นผู้นำในการนี้ และขอให้ประชาชนงดนำบุหรี่ไปถวายพระ

● พ.ศ. 2523 สมาคมวิชาชีพทางการแพทย์สาขาต่างๆ (สมาคมอุรเวชช์ฯ, สมาคมปราบวัณโรค, สมาคมแพทย์โรคหัวใจ, แพทยสมาคมฯ, สมาคมโรคทรวงอกอเมริกา สาขาประเทศไทย) ร่วมกันทำบันทึกเสนอ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ นายกรัฐมนตรี ให้รณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่

มูลนิธิหมอชาวบ้านเริ่มจัดทำวารสาร “หมอชาวบ้าน” มีส่วนขอเนื้อหาเรื่องโทษภัยจากการสูบบุหรี่ และข่าวการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในต่างประเทศ เสนอเป็นประจำ

● พ.ศ. 2526 คณะผู้เชี่ยวชาญเรื่องการสูบบุหรี่และสุขภาพ มีนพ.เวทย์ อารียชน เป็นประธาน ร่วมกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก จัดสัมมนาระดับชาติเรื่อง “การสูบบุหรี่และสุขภาพในประเทศไทย” และมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางรับผิดชอบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่

## 2. ยุคที่สอง (พ.ศ. 2529-2532) - ชี้นำสังคม

### สถานการณ์การสูบบุหรี่

หลังจากสภาพเศรษฐกิจฟื้นตัวขึ้นเป็นลำดับจากปีพ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ยอดการจำหน่ายบุหรี่เริ่มสูงขึ้นอีกครั้ง แต่อัตราส่วนเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรยังอยู่ในระดับลดลง จากร้อยละ 26.4 ในปี 2529 เหลือร้อยละ 24.97 ในปี 2531 โดยมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ประมาณ 10 ล้านคน

### เหตุการณ์สำคัญ

แม้กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นองค์กรภาครัฐที่รับผิดชอบด้านสุขภาพโดยตรง จะได้รับมอบหมายให้เป็นแกนกลางการป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ มาตั้งแต่ปี 2526 แต่ก็ยังไม่มีแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบที่ชัดเจน ในส่วนอื่นๆ ก็ยังดำเนินงานในลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการประสานงาน และขาดความต่อเนื่อง

จนกระทั่งพ.ศ. 2529 ได้เกิด “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” ภายใต้มูลนิธิการหมอกควัน นับจากนั้นองค์กรพัฒนาเอกชนแห่งนี้ ได้แสดงบทบาทที่สำคัญที่สุดในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง

ปลายปี 2530 แพทย์หนุ่มสาวในชนบท ทำการวิงวอนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งสร้างความตื่นตัวในเรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสังคมไทยอย่างกว้างขวาง และในปี 2532 รัฐบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เป็นองค์กรระดับชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งต่อมา คบยช. ได้มีส่วนสำคัญในการร่างกฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับ ในการคุ้มครองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่และควบคุมการบริโภคยาสูบ

เหตุการณ์สำคัญในการรณรงค์ยุคที่สอง สามารถสรุปได้ดังนี้

- พ.ศ. 2529 ศ.นพ.ประเวศ วะสี, ศ.นพ. อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ,

ศ.นพ.ประกิต วาทีสาชกกิจ ร่วมกันจัดตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ในมูลนิธิหมอชาวบ้าน (ปัจจุบันเป็นมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่)

● พ.ศ. 2530 ชมรมแพทย์ชนบท และมูลนิธิแพทย์ชนบท จัดโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทั่วประเทศ มีนายเทอดพงษ์ ไชยนันท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการอำนวยการ, ศ.นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท เป็นประธานดำเนินงาน, นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานฯ และ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบท เป็นเลขานุการ มีประชาชนร่วมลงชื่อสนับสนุนการเรียกร้องสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่กว่า 6 ล้านชื่อ รายชื่อทั้งหมดได้มอบให้นายชวน หลีกภัย ประธานสภาผู้แทนราษฎร

● พ.ศ. 2530 กรุงเทพมหานครยุคพลตรีจำลอง ศรีเมือง เป็นผู้ว่าราชการ และนพ.ฉลาด ทิรพัฒน์ รองผู้ว่าฯ จัดรณรงค์เรื่องบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ให้ข้าราชการในสังกัด กทม. เลิกสูบบุหรี่เป็นแบบอย่าง, เลิกสูบบุหรี่บนรถโดยสารประจำทาง, จัดคลินิกอดบุหรี่บริการแก่ผู้ต้องการเลิกบุหรี่

พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ นายกรัฐมนตรี สั่งเก็บที่เขี่ยบุหรี่ออกจากห้องประชุม และกรมมีมติห้ามสูบบุหรี่ทั้งในที่ประชุม กรม. และการประชุมอื่นๆ ในทำเนียบรัฐบาล

● พ.ศ. 2531 คณะรัฐมนตรีมีมติวันที่ 26 มกราคม อนุมัติให้กระทรวงการคลังโรงงานยาสูบสร้างโรงงานเพิ่มอีก 1 โรง และเปลี่ยนเครื่องจักรใหม่ในโรงงานยาสูบ 3 โรง แต่ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางจากสื่อมวลชน และองค์กรที่รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ทำให้พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ นายกรัฐมนตรี เสนอให้กระทรวงการคลังระงับโครงการสร้างโรงงานไว้ก่อน แต่ให้ทำการปรับปรุงเครื่องจักรที่ใช้ในการผลิตได้

บุหรี่ต่างประเทศหลายยี่ห้อซึ่งเดิมเป็นสินค้าที่ห้ามนำเข้า เริ่มลงโฆษณาในหน้าหนังสือพิมพ์และนิตยสารอย่างต่อเนื่อง ใช้ขบโฆษณาประมาด

17 ล้านบาท โดยคาดหวังว่าจะผลักดันให้รัฐบาลไทยเปิดตลาดบุหรี่ได้ ในขณะที่โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และสื่อมวลชนเรียกร้องให้ รัฐบาลกำหนดมาตรการที่ชัดเจนเรื่องการโฆษณาบุหรี่ ในที่สุด คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบตามที่กระทรวงการคลังเสนอห้ามการโฆษณาในที่ สาธารณะ และสื่อทุกชนิด ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในวันที่ 20 ธันวาคม แต่เนื่องจากมติดังกล่าวไม่มีผลบังคับในทางกฎหมาย และสื่อที่ตีพิมพ์ไม่ ได้ให้ความร่วมมืองดรับโฆษณาตามที่กระทรวงสาธารณสุขร้องขอ การ โฆษณาจึงยังมีไปถึงต้นปี 2532 ท่ามกลางกระแสคัดค้าน จนกระทั่งรัฐบาล กำหนดให้บุหรี่เป็นสินค้าควบคุมฉลากและห้ามโฆษณา

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์กรต่างๆ จัดอบรมวิทยากรเพื่อส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะ ระดับโรงพยาบาลชุมชน ได้เรียนรู้เทคนิคการเป็นวิทยากรจากวิทยากร อาชีพภาคเอกชน และสามารถนำความรู้เรื่องโทษภัยจากบุหรี่ไปเผยแพร่ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

● พ.ศ. 2532 จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เมื่อวันที่ 14 มีนาคม ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการ ดำเนินงาน ประสานงาน กำกับและประเมินผล มีนายชวน หลีกภัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคนแรก และนพ.หทัย ชิตานนท์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ทำบันทึกเสนอให้จัดตั้งคณะกรรมการฯ เป็นกรรมการและเลขานุการคนแรก

กระทรวงสาธารณสุข โดยนายชวน หลีกภัย รัฐมนตรีว่าการ มี หนังสือถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด สั่งการให้หน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง เป็นเขตปลอดบุหรี่ ห้ามข้าราชการและเจ้าหน้าที่ในสังกัดกระทรวงฯ สูบบุหรี่ขณะปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งให้ร้านค้าร้านอาหารในเขตหน่วยงานงดจำหน่ายบุหรี่



### 3. ยุคที่สาม (พ.ศ. 2532-2534) สังคมเข้มแข็ง

#### สถานการณ์การสูบบุหรี่

จำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 11 ล้านคนในปี 2534 โดยที่อัตราส่วนผู้สูบบุหรี่ต่อประชากรก็เพิ่มเป็นร้อยละ 26.3 ซึ่งใกล้เคียงกับปี 2539 วิเคราะห์ว่าส่วนสำคัญเป็นผลมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ในช่วงที่ประเทศเริ่มเคลื่อนเข้าสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ และสังคมก็เคลื่อนเข้าสู่ยุคทุนนิยมที่ส่งเสริมการบริโภคนิยม

#### เหตุการณ์สำคัญ

เหตุการณ์สำคัญที่สุดในช่วงนี้ คือ สำนักงานผู้แทนการค้าสหรัฐ อเมริกา (USTR) ได้ใช้กฎหมายการค้ามาตรา 301 บังคับให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ตามข้อเรียกร้องของสมาคมผู้ส่งออกบุหรี่แห่งสหรัฐฯ หลังจากที่ประสบความสำเร็จในการบังคับให้ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน ยอมเปิดตลาดรับบุหรี่ต่างประเทศมาก่อนแล้ว

ความพยายามดังกล่าว ทำให้เกิดกระแสคัดค้านที่ผืนก้นอย่างเข้มแข็งของทุกฝ่ายในประเทศไทย เริ่มจาก นพ.หทัย ชิตานนท์ เลขานุการคอบยช. เป็นคนแรกที่ให้ข้อมูลเรื่องนี้ต่อสาธารณชนในเดือนมีนาคม 2532 ต่อมาศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขานุการโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ได้ยื่นจดหมายเปิดผนึกต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อคัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ และเมื่อสมาคมผู้ส่งออกบุหรี่แห่งสหรัฐฯ ยื่นหนังสือต่อ USTR เมื่อวันที่ 10 เมษายน เรียกร้องให้ใช้กฎหมายการค้ามาตรา 301 บังคับให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ การคัดค้านก็ขยายวงกว้างออกไปอย่างรวดเร็ว ทั้งจากรัฐมนตรีและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายชวน หลีกภัย, นายสุทัศน์ เงินหมื่น), จากองค์กรสุขภาพต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน, จากสื่อมวลชนแขนงต่างๆ, สหภาพแรงงานและชาวไร่ยาสูบ, กระทั่งถึงประชาชนทั่วไป

ประเด็นสำคัญของกระแสรณรงค์คัดค้าน มุ่งเปิดโปงพฤติกรรมที่ไร้จริยธรรมของบรรษัทพหุหรือข้ามชาติในสหรัฐฯ ที่ต้องการขยายตลาดบุนหรือของตนออกไปเพื่อทดแทนตลาดในประเทศที่มีผู้ซบถลง และเป็นกรคัดค้านต่อรัฐบาลสหรัฐฯ ที่ให้การสนับสนุนโดยใช้ฐานะความเป็นประเทศที่มีอำนาจเหนือกว่าบีบบังคับประเทศอื่น ทำให้เกิดกระแสสำนึกความรักชาติอย่าง เป็นเอกภาพทั่วทั้งประเทศ และเป็นฐานที่เข้มแข็งของการเจรจาต่อรองในเวลาต่อมา

นอกจากนี้ ยังมีกรสร้างเครือข่ายออกไปนอกประเทศ ทำให้ได้รับการสนับสนุนและการหนุนช่วยจากองค์กรระหว่างประเทศ เช่น ที่ประชุมของสมาคมควบคุมการบริโภคยาสูบภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก ได้ทำหนังสือเรียกร้องให้ประธานาธิบดีจอร์จ บุช ยุติการใช้มาตรา 301 บีบบังคับประเทศไทย, ในการประชุมนานาชาติเรื่องบุนหรือและสุขภาพ มีการลงมติคัดค้านการรุกรานของบรรษัทพหุหรือข้ามชาติ และเรียกร้องให้แกตต์ตัดบุนหรือออกจากรายการสินค้าที่ต้องเจรจาทางการค้า

องค์กรด้านสุขภาพของสหรัฐฯ ก็ร่วมคัดค้านในเรื่องนี้และตั้งคำถามกับของต่นก่อนนโยบายการค้าบุนหรือ แม้กระทั่ง สมาชิกสภาผู้แทนและวุฒิสภาของสหรัฐฯ ก็ต้องเปิดรับฟังความคิดเห็นในเรื่องนี้ โดยมีตัวแทนประเทศไทย (ดร.สุรินทร์ พิศสุวรรณ ในฐานะสมาชิกรัฐสภาไทย และศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ) ไปชี้แจง

กระแสคัดค้านที่เข้มแข็งและแผ่ขยายออกไปทั่วโลก ทำให้รัฐบาลสหรัฐฯ เล็งกรตัดสินใจ กรทรวงกรต่างประเทศ สหรัฐฯ จึงเสนอให้นำเรื่องนี้ส่งให้คณะกรรมการตัดสินปัญหาขัดแย้งทางการค้าระหว่างประเทศ (GATT) พิจารณา ผลปรากฏว่าการห้ามนำเข้าบุนหรือต่างประเทศขัดต่อกฎบัตรของ GATT แต่ประเทศไทยสามารถงกฎหมายห้ามโฆษณาและมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมการสูบบุนหรือได้อย่างเต็มที่เสมอกันระหว่างบุนหรือในประเทศและบุนหรือนำเข้า

เมื่อเลี้ยงไม่ได้ที่จะต้องเปิดตลาดให้กับบุหรีต่างประเทศ ผู้นำการคัดค้าน (นพ.หทัย ชิตานนท์, ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ) โดยการแนะนำของนายพชร อิศรางกูร ณ อยุธยา ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ได้เจรจากรัฐบาลเพื่อดำเนินการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ และในปี 2533 ก็มีมติ ครม. วันที่ 9 ตุลาคม เห็นชอบในหลักการต่อร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.....

นอกจากนั้น ยังมีการจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ในกองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการริเริ่มของนพ.หทัย ชิตานนท์ รองปลัดกระทรวงฯ ให้ทำหน้าที่เลขานุการกิจของคยช. และเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสาร กฎ ระเบียบเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ, วิเคราะห์ วางแผน และให้ความรู้ เพื่อลดอัตราการสูบบุหรี

เหตุการณ์อื่นๆ ในช่วงนี้

● พ.ศ. 2532 การบินไทยประกาศให้เที่ยวบินภายในประเทศเป็นเที่ยวบินปลอดบุหรี

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดตั้งคลินิกช่วยแก้ปัญหาคอแห้งบุหรีซึ่งไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง

กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี กรุงเทพมหานคร สมาสตรีแห่งชาติ จัดนิทรรศการ “สตรีและบุหรี” เนื่องในวันงดสูบบุหรีโลก โดยมุ่งเป้าหมายเฉพาะที่กลุ่มผู้หญิง เนื่องจากประสบการณ์นานาชาติบอกว่าผู้หญิงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของบริษัทบุหรีข้ามชาติ นอกจากนี้ยังมีการสัมมนาระดับชาติเรื่องบุหรีกับสุขภาพครั้งที่ 2

#### 4. ยุคที่สี่ (พ.ศ. 2534-2539) - สุนโยบายสาธารณสุข

##### สถานการณ์การสูบบุหรี่

หลังจากอัตราส่วนผู้สูบบุหรี่ต่อประชากรเพิ่มขึ้นในปี 2534 (ร้อยละ 26.3) จากนั้นแนวโน้มก็ลดลงอีกครั้งหนึ่งในพ.ศ. 2536 มีอัตราร้อยละ 22.8 ก่อนที่จะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2539 (ร้อยละ 23.4-แต่ยังต่ำกว่าปี 2534) โดยอัตราการเพิ่มอยู่ที่กลุ่มอายุ 15-19 ปี, 25-29 ปี, 35-39 ปี และผู้หญิงในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ส่วนกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนทั้งสองเพศ

##### เหตุการณ์สำคัญ

หลังจากคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการต่อร่างพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในปี 2533 ก็มีความพยายามผลักดันต่อมา เพื่อให้ผ่านการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี โดยนายกรัฐมนตรี นายอานันท์ ปันยารชุน, นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้การสนับสนุน และในที่สุด รัฐสภาได้ผ่านร่างพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยไม่มีการแก้ไขมาตราสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคต่อการค้าบุหรี่ตามที่บริษัทข้ามชาติพยายามลอบบีให้ตัดออก

กฎหมายทั้งสองฉบับเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และถือได้ว่าประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมบุหรี่ที่ก้าวหน้าที่สุดประเทศหนึ่ง ซึ่งเป็นต้นแบบการร่างกฎหมายของอีกหลายประเทศ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 รัฐบาลขึ้นภาษีบุหรี่ด้วยเหตุผลเพื่อสุขภาพของประชาชนเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ ตามข้อเสนอของนายอาทิตย์ อุไรรัตน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และส่งผลสำคัญต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนในเวลาต่อมา

## ผลการรณรงค์ที่มีต่อสังคมไทย

การแบ่งช่วงหรือยุคของการรณรงค์โดยมีเหตุการณ์สำคัญเป็นตัวตัดแบ่ง ดังกล่าว สามารถสะท้อนให้เห็นการคลี่คลาย และวิวัฒนาการของการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการคุ้มครองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ในสังคมไทยได้อย่างชัดเจน รวมทั้งทำให้สามารถประเมินผลของการรณรงค์และกิจกรรมสำคัญได้ชัดเจนด้วย

ในแง่วิวัฒนาการ กล่าวได้ว่าเราใช้เวลาประมาณ สามทศวรรษในการสั่งสมข้อมูลความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ และกระจายสู่สาธารณชนในลักษณะต่างคนต่างทำ จุดเปลี่ยนที่สำคัญและนำไปสู่การรณรงค์อย่างเข้มแข็ง ต่อเนื่อง และบรรลุผล เกิดขึ้นจากสองทาง ทางหนึ่งคือ การวิงรณรงค์ของแพทย์ชนบทจากทั่วประเทศ ที่มีผลเร่งเร้าให้เกิดจิตสำนึกเรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ และเน้นย้ำถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ไปพร้อมกัน อีกทางหนึ่งคือ การเกิดขึ้นขององค์กรส่งเสริมสุขภาพภาคเอกชนอย่าง โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ในมูลนิธิหมอชาวบ้าน เป็นแกนกลางของการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาการดำเนินงานให้เกิดหุ้นส่วนและการมีส่วนร่วมของภาคต่างๆ ในสังคมอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งทุกวันนี้

ระยะเวลาประมาณหนึ่งทศวรรษ (2529-2539) ซึ่งในเชิงประวัติศาสตร์สังคม เป็นช่วงเวลาที่ไม่นานนัก การรณรงค์เรื่องบุหรี่ได้สร้างผลกระทบที่สำคัญต่อสังคมไทยดังนี้

### 1. สร้างค่านิยมใหม่ของการไม่สูบบุหรี่

สังคมไทยก่อนหน้าการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นสังคมที่ยึดถือ “การสูบบุหรี่เป็นเสรีภาพของผู้สูบ” และนำมาซึ่งค่านิยมของการสูบบุหรี่ที่แสดงความ “เป็นผู้ใหญ่”, ความ “ทันสมัย” และ ความ “โก้เก๋” นับจากการวิงรณรงค์ครั้งใหญ่ในปี 2529 ที่ได้รับการขานรับอย่างกว้างขวาง และหนุน

เนื่องโดยการรณรงค์ต่อมา เริ่มมีการปลูกฝังแนวคิด “คนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่” ที่แสดงผลชัดเจนขึ้นเป็นลำดับ ในขณะที่เสรีภาพโดยไม่จำกัดสถานที่ของการสูบบุหรี่เริ่มแคบลง ตั้งแต่ก่อนมีกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ส่วนหนึ่งโดยสำนักของผู้สูบ ส่วนหนึ่งโดยค่านิยมของสังคมที่ไม่ยอมรับต่อการสูบบุหรี่ ซึ่งรวมถึงนโยบายของหน่วยงานรัฐที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำ และหน่วยงานภาคเอกชนที่เริ่มจัดพื้นที่ปลอดบุหรี่มากขึ้น ทั้งในสำนักงาน โรงงาน และห้างสรรพสินค้า

## 2. สร้างสังคมที่เคารพสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เป็นรูปธรรมของการยืนยันและคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในทางนิติบัญญัติ โดยได้ขยายเขตปลอดบุหรี่ออกไปอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ส่วนทางพฤตินัย ถือได้ว่าจากสังคมที่ยึดถือ “การสูบบุหรี่เป็นเสรีภาพของผู้สูบ” ได้เปลี่ยนแปลงสู่สังคมที่ยึดถือ “สิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่” แทนจะสิ้นเชิง

## 3. ความสามารถด้านทานปัจจัยคุกคามของบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ

แม้ประเทศไทยไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเปิดตลาดให้กับบุหรี่จากบรรษัทข้ามชาติแต่นั้นก็เป็นความเพียงพอแล้วทางเทคนิคของกลไกการค้าเท่านั้น ผลได้ที่สำคัญจากท่าที “ยึดเยียดสินค้าแห่งความตาย” ให้กับประเทศที่อ่อนแอและเสียเปรียบ ปลูกกระแสความรักชาติให้เกิดการผนึกกำลังอย่างเข้มแข็งของทุกฝ่ายในการต่อต้านคัดค้าน และตื่นตัวในเรื่องพิษภัยจากบุหรี่มากขึ้น โดยผลพวงจากการเผยแพร่ข้อมูลด้านต่างๆ เกี่ยวกับบุหรี่ในช่วงกระแสคัดค้านขึ้นสูงอย่างต่อเนื่อง ผู้แทนสมาคมมะเร็งแห่งชาติสหรัฐฯ ถึงกับบอกว่า การบังคับให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ทำให้อัตราเร่งในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยเร็วขึ้น 10 ปี

และเมื่อประเทศไทยต้องเปิดท่าเรือรับบุหรี่นำเข้าได้ไม่นานผลแห่งการ

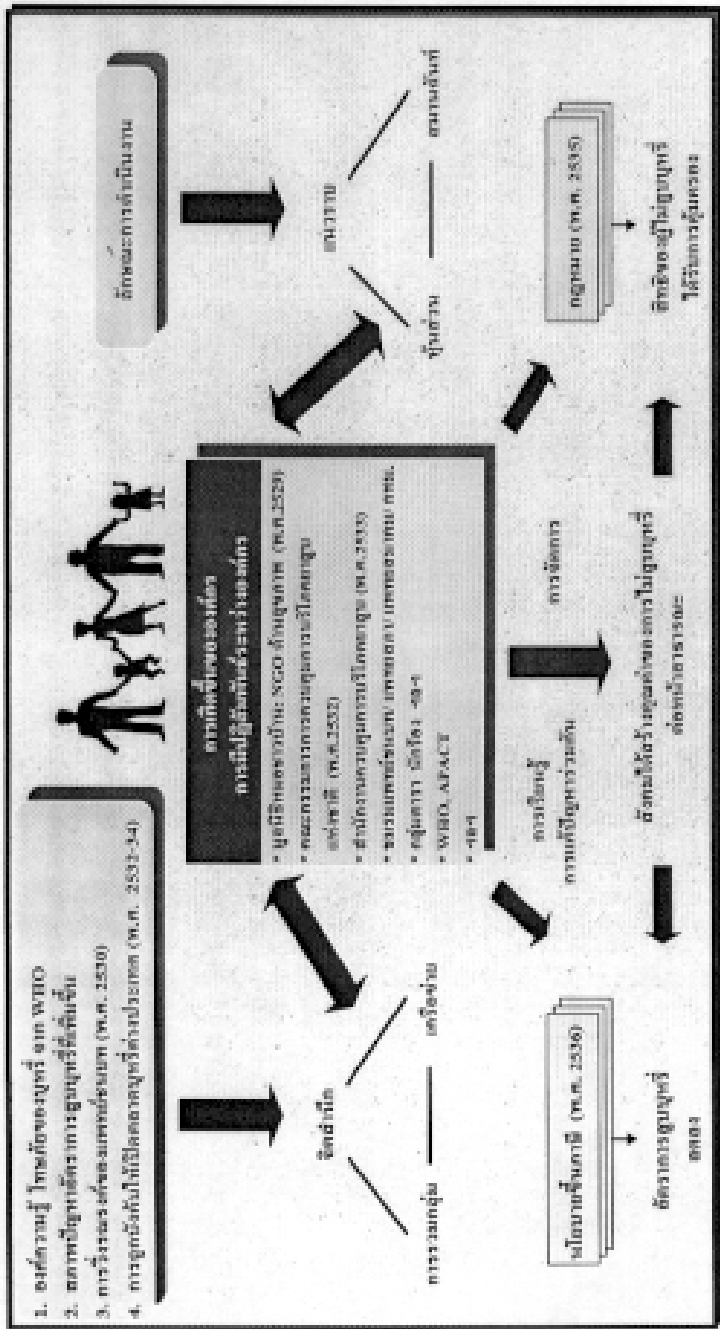
รณรงค์ช่วงปี 2532-2534 ก็ได้นำมาซึ่งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ซึ่งอาจนับเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่ทำหน้าที่สกัดกั้นกลยุทธ์การตลาดและการโฆษณาทุกรูปแบบที่บรรษัทบุหรี่ข้ามชาติเคยใช้และประสบความสำเร็จมาแล้วในหลายประเทศที่ถูกสหรัฐฯ บีบให้เปิดตลาดบุหรี่มาก่อน และน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยค่อนข้างคงที่ เมื่อเทียบกับประเทศเหล่านั้น แม้ต่อมากจะมี การวิพากษ์วิจารณ์ถึงการบังคับใช้กฎหมายอยู่บ้าง เช่น ในประเด็นการขาย บุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และการเปิดเผยส่วนประกอบที่มีในบุหรี่ (ซึ่ง ยังยึดเยื้อมาตั้งแต่ปี 2541) แต่โครงการขยับใจความที่เน้นหนวดคอกของ พ.ร.บ. ฉบับนี้สามารถยับยั้งการโฆษณาและการกระตุ้นตลาดอย่างได้ผล

#### 4. ควบคุมอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย

ตามข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ อัตราส่วนผู้สูบบุหรี่ ต่อประชากรในช่วง 10 ปีหลัง จากอัตราร้อยละ 27.4 ในปี 2529 ลดลงมา เป็นลำดับจนถึงจุดต่ำสุดที่ร้อยละ 22.8 ในปี 2536 อย่างไรก็ตาม อัตรานี้ เพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2539 เป็นร้อยละ 23.4 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.6 หรือประมาณ 8 แสนคน

อย่างไรก็ตาม จำนวนที่เพิ่มขึ้น ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าปี 2534 และย้อน หลังไปจากนั้น โดยการเพิ่มอยู่ในเพศชายสองกลุ่มอายุ คือ 15-19 ปี และ 25-29 ปี ในขณะที่กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลงทุกช่วงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการควบคุมอัตราการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ระดับหนึ่ง และอัตราดังกล่าวอาจแสดงนัยถึงกลุ่มเป้าหมายที่การรณรงค์จะ ต้องให้ความสนใจมากขึ้นเป็นพิเศษต่อไป

## ภาพแสดงกระบวนการและวิธีการทำงาน





## บทเรียนจากการรณรงค์

ผู้วิจัยได้สรุป **กระบวนการและวิธีการทำงาน** ในช่วงปี 2529-2539 (ดูภาพประกอบ) ที่ทำให้การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ประสบความสำเร็จว่า

1. การก่อเกิดจิตสำนึก การรวมกลุ่ม และการสร้างเครือข่ายซึ่งส่งสมมาเป็นลำดับ และโยงใยประสานอย่างสมบูรณ์ในช่วงที่ถูกบังคับให้เปิดตลาดบุหรี่

2. ลักษณะการดำเนินงานในลักษณะประชาสังคม องค์กร หน่วยงาน จากทุกภาค ทุกส่วน ได้ร่วมแสดงบทบาทและวิธีการทำงานในแต่ละเหตุการณ์อย่างเหมาะสม มีการประสานความร่วมมือที่ดี บนพื้นฐานความสัมพันธ์เชิงราบ มีความสมานฉันท์ ช่วยเหลือเกื้อกูล และให้เกียรติกัน

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กร หน่วยงานต่างๆ ที่ร่วมรณรงค์ สร้างกระบวนการเรียนรู้และแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาบทบาทที่เหมาะสม มีลักษณะเป็นพลวัตที่สามารถปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของแต่ละสถานการณ์ โดยมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากตัวอย่างสองเหตุการณ์สำคัญ คือ การวิงรณรงค์ของแพทย์ชนบท การคัดค้านการเปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ

นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังได้วิเคราะห์ **ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ** ว่าประกอบด้วย

1. การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชน คือโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการเคลื่อนไหวรณรงค์อย่างต่อเนื่อง และยังคงความเข้มแข็งมาจนถึงปัจจุบัน สามารถประสานความร่วมมือและสร้างภาคีจากฝ่ายต่างๆ ได้อย่างกว้างขวาง

2. มีผู้นำที่สามารถ คือ นพ.หทัย ชิตานนท์ ซึ่งเป็นผู้ผลักดันให้เกิดคณะกรรมการระดับชาติเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ และศ.นพ.ประภคิต วาที

สาขากิจ เลขานุการโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน) และต่อมาได้ร่วมกันผลักดันกฎหมายสองฉบับที่วางรากฐานให้กับการควบคุมบุหรี่และคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ จนเป็นที่ยอมรับของนานาประเทศว่าเป็นกฎหมายควบคุมบุหรี่ที่ก้าวหน้ายิ่งกว่ากฎหมายของประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชน

3. เป็นการดำเนินการที่บริสุทธิ์ ไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง มุ่งที่ผลทางสุขภาพของประชาชน สิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ และผลประโยชน์ของประเทศเป็นที่ตั้ง ทำให้ได้รับการยอมรับจากสาธารณชน การหนุนช่วยจากสื่อมวลชน และความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ อย่างกว้างขวาง

4. เป็นการดำเนินงานบนฐานของความรู้ โดยศึกษา ทบทวน รวบรวมองค์ความรู้จากทั่วโลกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ รวมทั้งทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาภายในประเทศอย่างต่อเนื่อง งานศึกษาวิจัยทั้งหมดเป็นไปเพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ถูกต้องเหมาะสม

5. การสนับสนุนจากนานาชาติกรณีที่สหรัฐอเมริกาได้ใช้มาตรการทางการค้า มาตรา 301 เป็นเครื่องมือบีบให้รัฐบาลไทยเปิดตลาดบุหรี่ นอกจากนี้เป็นตัวเร่งให้การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เข้มข้นขึ้น ยังนำมาซึ่งการสนับสนุนจากองค์กรด้านสุขภาพจากนานาชาติโดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาเอง และการเชื่อมโยงประสานงานยังดำเนินเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

6. มีกลวิธีที่ครบถ้วนในการดำเนินงาน คือ

- 1) การให้สุขศึกษาและข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะ
- 2) มีกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ กำหนดค่าเตือนบนซองบุหรี่ กำหนดเขตปลอดบุหรี่ ฯลฯ และ
- 3) มีนโยบายเพิ่มภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพเป็นครั้งแรก

ซึ่งมีผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะหากดำเนินการเฉพาะให้สุขศึกษาต่อประชาชนอย่างเดียว โดยไม่มีมาตรการทางกฎหมาย

ทางสังคม ทางอาชีพ หรืออื่นๆ มาสนับสนุน การดำเนินงานควบคุมการ  
บริโภคยาสูบก็ยากที่ประสบความสำเร็จได้

ส่วน **ปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อความสำเร็จ** หรือทำให้การรณรงค์ประสบ  
ผลลัพธ์ต่ำกว่าระดับที่พึงจะเป็น มีหลายปัจจัยด้วยกัน หากสรุปรวมแล้วน่าจะ  
จะอยู่ที่นโยบายของภาครัฐที่ขาดความต่อเนื่อง เช่น นโยบายขึ้นภาษีบุหรี่  
โดยเหตุผลทางสุขภาพของประชาชน ซึ่งเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว (การขึ้นภาษี  
ครั้งต่อๆ มารัฐบาลไม่ได้ใช้เป็นโอกาสในการขึ้นภาษีส่งเสริมให้เห็นพิษภัยของบุหรี่)  
และกลไกภาครัฐก็ไม่ได้แสดงบทบาทที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง  
ขึ้นอยู่กับผู้รับผิดชอบ แม้จะมีการวางโครงสร้างและองค์กรในด้านต่างๆ ไว้  
แล้ว เช่น คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ และสำนักงาน  
ควบคุมการบริโภคยาสูบ (ซึ่งต่อมาย้ายไปสังกัดกรมการแพทย์ และเป็นข้อ  
จำกัดในการดำเนินงานที่ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือจากหน่วยงาน  
ต่างๆ แม้ในกระทรวงสาธารณสุขด้วยตนเอง) ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมาย  
โดยเฉพาะการขายบุหรี่แก่เยาวชน และการดูแลให้เป็นไปตามข้อกำหนด  
เรื่องพื้นที่ปลอดบุหรี่

## ส่งท้าย

ความสำเร็จของการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในกรณีการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในสังคมไทย อาจแสดงถึงนัยประการสำคัญว่า หากฝ่ากบทบาทภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบเรื่องสุขภาพไว้กับนโยบายและกลไกภาครัฐ ความสำเร็จที่เป็นผลบวกจากการรณรงค์อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2529 อาจยังไม่เกิดขึ้นในวันนี้ และอาจไม่รู้ด้วยว่าเมื่อไร

หากนำเอา **กรอบความคิดตามกฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ** มาใช้בחวนการรณรงค์เรื่องนี้ (โดยไม่ใช้เพื่อพิจารณาความต้องตรงตามทฤษฎี เพราะการเริ่มต้นและดำเนินการมาอย่างน้อยที่สุดจนถึงยุคที่สาม แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรดังกล่าว ซึ่งประกาศเมื่อปลายปี 2529- ยังไม่น่าจะสัมฤทธิ์ผลโดยตรงต่อการรณรงค์ในประเทศไทย) จะเห็นได้ว่า **การรณรงค์ประกอบด้วยกลยุทธ์พื้นฐานทั้งสามประการ** (ตามนิยามที่ทำให้ชัดเจนขึ้นใน Health Promotion Glossary ฉบับปรับปรุงค.ศ. 1998 ขององค์การอนามัยโลก) คือ

### 1. การชี้แนะ (advocate)

โดยการให้ความรู้ถึงโทษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ, การเปิดประเด็นสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่, การเปิดโปงบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ ผ่านรูปแบบต่างๆ รวมถึงการอาศัยสื่อสารมวลชนในการกระจายสาร, การแสวงหาการสนับสนุนทางการเมือง (เสนอจัดตั้ง คบยช., นโยบายเขตปลอดบุหรี่ของกระทรวงสาธารณสุข, กระบวนการพิจารณา พ.ร.บ.เกี่ยวกับบุหรี่สองฉบับ), การสร้างฉันทามติและระดมพลังประชาชน (ประชามติเรื่องสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่, การคัดค้านสหรัฐอเมริกาและบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ)

### 2. การเพิ่มความสามารถ (enable)

โดยการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นภาคีกับกลุ่ม องค์กร หน่วยงานต่างๆ นับตั้งแต่การวิงวอนรณรงค์ของแพทย์ชนบทที่ได้รับการสนับสนุนอย่างกว้าง

ขวางจากภาคและฝ่ายต่างๆ ในสังคม, การดำเนินงานของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ก็เช่นเดียวกัน สามารถขยายวงพันธมิตรและภาคีออกไปยังแวดวงต่างๆ อย่างกว้างขวาง เพื่อร่วมกันรณรงค์ หนุนช่วย ซึ่งด้านหนึ่งได้แสดงถึง “ศักยภาพ” ของแต่ละบุคคลหรือองค์กรในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น นักร้องนักแสดงที่สามารถสื่อ “สาร” ของการรณรงค์ไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนอย่างได้ผล และในภาพรวม การระดมทรัพยากรจากทุกฝ่ายได้สอดคล้องประสานเป็น “เสียง” ที่ทรงพลังที่มีผลต่อนโยบายสาธารณะ

### 3. การไกล่เกลี่ย (mediate)

เป็นกลยุทธ์สำคัญที่แทรกอยู่ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ดังที่เลขาธิการโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้เคยแสดงจุดยืนที่ชัดเจนว่า “ไม่ต่อต้านผู้สูบบุหรี่ แต่เรียกร้องให้ทุกคนในสังคมช่วยกันสร้างสังคมปลอดบุหรี่” หรือจากกรณีตัวอย่าง ชาวไร่ยาสูบร่วมประสานกับการรณรงค์คัดค้านการเปิดตลาดรับบุหรี่ต่างประเทศ, และกรณีศึกษาที่สำคัญ คือ การขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่โดยเหตุผลเพื่อสุขภาพในปี 2536 โดยมีฐานความรู้จากการศึกษาวิจัยรองรับว่า แม้ปริมาณการจำหน่ายจะลดลง แต่รายได้จากภาษีจะเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถประสานประโยชน์กับกระทรวงการคลังซึ่งเกรงว่าการขึ้นภาษีจะกระทบต่อรายได้ภาษีและผลก็เป็นไปตามข้อมูลการวิจัย

กลยุทธ์พื้นฐานทั้งสาม ได้นำไปสู่ **กิจกรรมสำคัญ 5 กลุ่ม** คือ **การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ** (ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนคือ พ.ร.บ.เกี่ยวกับยาสูบ 2 ฉบับ และการขึ้นภาษีบุหรี่ปี 2536), **การสร้างสรรค์สิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อสุขภาพ** (เช่น ขยายเขตปลอดบุหรี่ไปอย่างกว้างขวาง, สร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่), **การสร้างความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมชุมชน** (เช่น การรณรงค์รูปแบบต่างๆ โดยกลุ่ม องค์กร หน่วยงานในภาคต่างๆ), **การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล** (เช่น สร้างเข้าใจโทษภัยของบุหรี่, เรียก้องสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่) และ **การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข** (คลินิกอดบุหรี่สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเลิก

ได้ด้วยตัวเอง)

กลยุทธ์และกลุ่มกิจกรรมสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวถือเป็นกระบวนการ**ให้อำนาจด้านสุขภาพแก่ปัจเจกบุคคล และกลุ่มบุคคล** เพื่อให้มีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง แม้ในบางเรื่อง อาจต้องอาศัยอำนาจรัฐ “รับรอง” เช่น กระบวนการออกกฎหมาย นโยบายต่างๆ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย (ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องผลักดันกันต่อไป) แต่ปัจจัยผลักดันย่อมต้องอาศัยฐาน “รองรับ” ที่แน่นอนของประชาชน จึงจะบรรลุผล ซึ่งแสดงว่าแท้จริง “อำนาจ” ของประชาชนมีอยู่แล้วโดยธรรมชาติ เพียงแต่อาจต้องอาศัยกระบวนการเร่งเร้าเพื่อแสดงออกมา

และหากข่าวการร่วมลงทุนของบรรษัทหรือข้ามชาติกับโรงงานยาสูบ ซึ่งเป็นไปตามกลยุทธ์รุกยึดตลาดต่างประเทศ ได้รับการสนองตอบจากรัฐบาลไทย พลังอำนาจดังกล่าวอาจได้รับการทดสอบอีกครั้งหนึ่ง

---

# ปริทัศน์รายงานการวิจัย

---

## วิวัฒนาการของ

## การควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย

---

ผู้วิจัย:

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธา

วิภา ภavnagrณ, รัญญา เตียวกุล

ชวลิต ต้นตนิมิตรกุล

---

ผู้ปริทัศน์:

วราภรณ์ พันธุ์พงศ์

วิวิธ วุฒิวรรรณ

## เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

**เรื่อง:** “วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย”

**ผู้วิจัย:** นพ.วิพุธ พูลเจริญ, ปิติพร จันทรทัต ณ อยู่ธยา,  
วิภา ภวานาภรณ์, วรรณญา เตียวกุล, ชวลิต ดันตินิมิตรกุล

**เสนอ:** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย

### วัตถุประสงค์:

1. ทบทวนแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย เพื่อให้สามารถอธิบายวิวัฒนาการและการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการควบคุมโรคเอดส์
2. ทบทวนบทบาทของภาคี และกลไกการประสานงานของภาคีต่างๆ เพื่อให้เข้าใจเงื่อนไขและศักยภาพของแต่ละภาคี รวมทั้งแนวทางสร้างเอกภาพในการทำงาน
3. อธิบายกลไกและโครงสร้างพื้นฐาน อันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
4. นำเสนอจุดอ่อนจุดแข็งในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ อันจะมีผลต่อการนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะอื่นต่อไป

### วิธีการ:

ทบทวน ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลและผลการศึกษาวิจัยที่นำเสนอเกี่ยวกับภารกิจและการประเมินผล ของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ ตั้งแต่ปี 2527-ปัจจุบัน โดยอาศัยกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ The Ottawa Charter for Health Promotion ในการวิเคราะห์



## วิวัฒนาการการรณรงค์ควบคุมโรคเอดส์

ปัญหาโรคเอดส์ เปรียบเสมือนวิกฤตที่ใหญ่ของสังคมไทย สร้างความสูญเสียและผลกระทบอย่างใหญ่หลวงในทุกๆด้าน แต่ในขณะเดียวกัน ก็เป็นโอกาสสำคัญที่ทำให้ทุกภาค ทุกส่วน ในสังคม ได้ร่วมกันสร้างความเอื้ออาทร ระดมพลัง ทรัพยากร และสติปัญญาเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา เกิดภาคีด้านสุขภาพที่ประสานความร่วมมือของทุกฝ่าย เกิดกระบวนการแก้ไขปัญหาที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และในที่สุดสามารถควบคุมสถานการณ์ของปัญหาเอาไว้ได้ในระดับที่ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศว่า “ประสบความสำเร็จ” และเป็นแบบอย่างของการทำงานที่สามารถผนึกกำลังของทุกภาคส่วนให้เข้ามาดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างมีเอกภาพ

ผู้วิจัย (นพ.วิพุธ พูลเจริญ และคณะ) ได้ศึกษาวิวัฒนาการการรณรงค์ควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย โดยมุ่งหวังให้เห็นพัฒนาการในเชิงนโยบาย มาตรการ และกลไก ที่เปลี่ยนแนวคิดจากการแก้ปัญหา “โรค” ซึ่งเป็นภารกิจของภาคสาธารณสุข มาเป็นประเด็นทางสังคม วัฒนธรรม ซึ่งเป็นภารกิจของสังคมประชาชาติ (Civil Society) โดยแยกเป็น 5 ส่วน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร, ด้านบทบาทประชาสังคม, ด้านโครงสร้างทางนโยบาย, ด้านมาตรการทางสุขภาพ และด้านมาตรการทางสังคม ดังนี้

### 1. วิวัฒนาการของระบบข้อมูลข่าวสาร

พัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงระบบข้อมูลข่าวสารที่สร้างบรรยากาศเปิดกว้างให้สังคมได้รับรู้เข้าใจสถานการณ์ และแง่มุมต่างๆ ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เป็นกลไกพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมในภาคสังคมประชาชาติ ส่งผลให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนเกิดการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในระยะแรกก่อนปีพ.ศ. 2530 ระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ภายใต้กรอบที่กำหนดให้เป็นโรคที่ต้องแจ้งความตามกฎหมาย จึงมีการรายงานอัตราผู้ติดเชื้อเข้ามาที่ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ต่ำมาก และจำกัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง

พ.ศ. 2531 ได้ใช้กลวิธีการค้นหาผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เชิงรุก โดยการสุ่มตรวจในคลินิกรักษาผู้ติดยาเสพติด และกลุ่มชายรักร่วมเพศ พบอัตราการติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นเป็น 32-43% เมื่อเทียบกับอัตรา 1% เมื่อต้นปี 2530 อัตราการติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้นได้สร้างความตื่นตัวและความขัดแย้งระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน โดยมีข้อโต้แย้งในเรื่องฐานข้อมูลและอคติในการเลือกสรรกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจ

ในปี 2532 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบฐานข้อมูลสำคัญสำหรับติดตามการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยพัฒนาระบบการเฝ้าระวังเฉพาะขึ้นมา ทำให้มั่นใจในข้อมูลอัตราการติดเชื้อที่สูงในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และกลุ่มผู้ต้องขังใหม่ที่ถูกจับในข้อหาขายเสพติด และในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ข้อมูลดังกล่าวยังทำให้สาธารณสุขชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความตื่นตัวมากขึ้น เพราะเห็นได้ชัดว่ามีการแพร่ระบาดจากเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงอย่างชัดเจนแล้ว

พ.ศ. 2533 รัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ประกาศนโยบายการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ มีการเฝ้าระวังโรคเอดส์ในทุกจังหวัด และปรับเปลี่ยนระบบข้อมูลเพื่อให้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการใช้ยางอนามัยในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ ในปีเดียวกัน สภาวิชาชีพไทย ร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมทางเพศ” ได้ข้อมูลที่ช่วยเชื่อมโยงปรากฏการณ์การแพร่ระบาดของโรคกับเงื่อนไขทางพฤติกรรมและวัฒนธรรมของสังคมไทย และต่อมาในปี 2537 สถาบันวิจัยประชากรและสังคมฯ โดยการสนับสนุนของกองโรคเอดส์ และโครงการ

โรคเอดส์สหประชาชาติ ก็ได้สานต่อการสำรวจในลักษณะเดียวกัน ทำให้ได้ข้อมูลเพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศในระดับชาติ

พ.ศ. 2534 รัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน ซึ่งได้ประกาศว่าเอดส์เป็นปัญหาและความหายนะของสังคม ได้กำหนดนโยบายที่ชัดเจน และกระตุ้นให้พลังของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา มีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง รวมทั้งโครงการ “ถุงยางอนามัย 100%” เพื่อเร่งให้มีการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มซื้อขายบริการทางเพศ และมีการจัดทำ แผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ พ.ศ. 2534-2538 เพื่อเป็นแผนระดับชาติในการแก้ไขปัญหา โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นผู้ประสาน และมีนักวิชาการ, นักวิจัยสาขาต่างๆ มีส่วนร่วมในการจัดทำ ซึ่งได้พัฒนามาเป็น แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2539-2544 ที่ใช้ในปัจจุบัน

บรรยากาศของการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นก็มีความสำคัญ โดยมีพัฒนาการทั้งด้านจำนวนและคุณภาพของงานวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทั้งการวิจัยเพื่อพัฒนาข้อมูลทางระบาดวิทยา ที่ช่วยเสริมความเข้าใจในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์, การวิจัยทางสังคมและจิตวิทยา ที่มีผลต่อการพัฒนากรอบความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอดส์ให้ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้กว้างและชัดเจนขึ้น, การพัฒนารูปแบบทางคณิตศาสตร์เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ และผลกระทบด้านต่างๆ เช่น จำนวนเด็กกำพร้าในอนาคต ซึ่งล้วนแต่มีส่วนเสริมองค์ความรู้และพัฒนาระบบทศน์ในการแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างมีบูรณาการมาเป็นอย่างดี

ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เปิดกว้าง และนำเสนอต่อสาธารณชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมา นอกจากจะสร้างความตื่นตัวทางสังคมต่อความสำคัญของปัญหา ยังได้พัฒนาความเข้าใจในแง่มุมต่างๆ

ทั้งในส่วนของปัจจัยที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาด, สร้างความเข้าใจต่อผู้ติดเชื้อ, เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งทำให้อัตราการติดเชื้อรายใหม่ในหลายกลุ่มประชากรลดลง และเป็นพื้นฐานที่ดีของการระดมความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่อไป

## 2. วิชาการด้านบทบาทประชาสังคม

ผู้วิจัยระบุชัดเจนว่า “กระบวนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ เมื่อเทียบกับการดำเนินงานพัฒนาด้านอื่นๆ ของรัฐ มีจุดเด่นสำคัญอยู่ที่การระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ องค์กรชุมชน และกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาเอ็ดส์ ให้มาผนึกกำลังกับภาคราชการ” และชี้ว่า จากดำเนินงานที่ผ่านมา องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ หรือองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นกลไกสำคัญที่สุดที่เร่งให้ชุมชนเกิดความตื่นตัวให้ความสนใจกับปัญหาโรคเอ็ดส์ในท้องถิ่น และเกิดการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ เพื่อร่วมกันทำกิจกรรมรณรงค์เรื่องเอ็ดส์ในระดับชุมชนและครอบครัว รวมทั้งการมีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเรื่องเอ็ดส์

บทบาทประชาสังคมที่เข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ เริ่มจากบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชน ที่มีบทบาทสำคัญในการติดตามวิพากษ์วิจารณ์นโยบายภาครัฐ ได้เข้าไปสัมผัสกับปัญหาและผลกระทบที่โรคเอ็ดส์มีต่อสังคม ส่วนบทบาทของภาคประชาชน เกิดขึ้นจากสถานการณ์ของปัญหาที่มีผลกระทบต่อทุกส่วนของสังคม จึงเกิดการรวมตัวเพื่อแก้ปัญหาเช่นกรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มผู้นำชุมชน องค์กรทางศาสนา หมอพื้นบ้าน ตลอดจนนักวิชาการ

รูปแบบของประชาสังคมในการแก้ปัญหาเอ็ดส์ในประเทศไทย มีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ (ในปี 2538 มีรายงาน 189 องค์กร) เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์ สมาคมแนวร่วมภาค

ธุรกิจด้านภัยเอเดส องค์กรประชาชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน พระ หมอพื้นบ้าน ประชาคมของนักวิชาการ ข้าราชการ และกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอเดส ทั้งหมด ได้มีส่วนร่วมกับภาครัฐในฐานะเป็นพันธมิตรที่มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาเอเดสร่วมกัน

ปัจจัยที่เกื้อหนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอเดส ได้แก่ (1) การตระหนักถึงปัญหาเอเดสว่าเป็นปัญหาของสังคม ที่ทุกฝ่ายต้องเข้าร่วมแก้ไข (2) แหล่งเงินทุนที่ให้การสนับสนุน โดยเฉพาะในระยะแรกที่องค์กรระหว่างประเทศเน้นการส่งเสริมบทบาทของภาคเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (3) นโยบายรัฐที่ชัดเจนว่าต้องการระดมความร่วมมือจากทุกภาคในสังคมเพื่อแก้ปัญหา

กลไกการสนับสนุนงบประมาณให้กับองค์กรเอกชนได้เพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2535 จำนวน 11.9 ล้านบาท เป็น 90 ล้านบาท ในปี 2540 จำนวนโครงการและองค์กรที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมทวีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จาก 23 องค์กร 35 โครงการ ในปี 2535 เป็น 184 องค์กร 247 โครงการ ในปี 2540 ที่สำคัญคือมีการสนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการในระดับริกษากฎาอันได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอเดสด้วย โดยพบว่ามีการขยายการรวมตัวของกลุ่มองค์กรผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 11 กลุ่ม ในปี 2537 เป็น 108 กลุ่มในปี 2540

ผู้วิจัยมีความเห็นว่ากระบวนการประชาสังคมในการแก้ไขปัญหาเอเดส นอกจากทำให้เกิดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ประชาชนมีทัศนคติที่ถูกต้องและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ยังได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดในการแก้ไขปัญหาจากการมองปัญหาในลักษณะของโรค เป็นปัญหาของสังคมที่เป็นภารกิจของสังคมประชารัฐ

### 3. วิวัฒนาการด้านโครงสร้างทางนโยบาย

ผู้วิจัยได้แบ่งช่วงวิวัฒนาการด้านโครงสร้างทางนโยบายเป็น 3 ยุค คือ

#### ● นโยบายควบคุมการแพร่ระบาด (ก่อนปีพ.ศ. 2534)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนงานทั้งระยะสั้นและระยะยาวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ส่วนใหญ่เน้นที่มาตรการ และกลวิธีทางด้านสาธารณสุข เช่น การตรวจเลือด การป้องกันการติดเชื้อ การให้สุขศึกษา การรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น โดยเน้นเป้าหมายที่กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด หญิงบริการ อาชีพพิเศษ และดำเนินงานโดยบางหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ยังไม่มีส่วนร่วมจากหน่วยงานอื่น

#### ● นโยบายการประชาสัมพันธ์นำการสาธารณสุข (พ.ศ. 2534-2536)

ปัญหาเอดส์กลายเป็นนโยบายระดับชาติ ในสมัยรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน โดยการผลักดันของนายมีชัย วีระไวทยะ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ซึ่งมีประสบการณ์การรณรงค์เรื่องเอดส์ในฐานะผู้บริหารองค์การเอกชนสาธารณสุขประโยชน์มาก่อน รัฐบาลมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นผู้ประสานการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2535-2539 ในขณะที่เดียวกันก็พยายามระดมความร่วมมือในการแก้ปัญหาเอดส์จากฝ่ายต่างๆ และให้ความสำคัญกับกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อมวลชนและสื่อต่างๆ อย่างกว้างขวางจนอาจนับได้ว่าเป็นยุคที่การประชาสัมพันธ์นำการสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม ในปี 2536 สถานการณ์เอดส์เปลี่ยนแปลงไป มีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมากขึ้น โดยที่ระบบบริการสาธารณสุขไม่พร้อมจะรองรับ จึงมีการปรับนโยบายให้ครอบคลุมแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์มากขึ้น

## ● นโยบายที่เป็นองค์รวมโดยมีคนเป็นศูนย์กลาง (พ.ศ.2537-ปัจจุบัน)

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อแก้ปัญหาเอดส์ พร้อมๆ กับการพัฒนาแผนเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ซึ่งได้เปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบเข้าร่วมระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ใหม่ได้เปลี่ยนจุดเน้นของการแก้ปัญหาจากเรื่องของโรคมาให้ความสำคัญกับคน และสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยให้ความสำคัญกับกลไกการพัฒนาการบริหารจัดการที่มีฐานในระดับชุมชน

ในด้านการประสานนโยบาย เพื่อให้องค์กรในทุกระดับสามารถจัดการกับปัญหาเอดส์ในกรอบนโยบายเดียวกันได้อย่างสอดคล้องกับภารกิจหลักของหน่วยงาน มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน เป็นองค์กรหลักในระดับชาติ และมีโครงสร้างขององค์กรประสานนโยบายระดับเขต, คณะกรรมการระดับจังหวัด, โครงสร้างองค์กรระดับท้องถิ่น กระจายอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ โดยที่การจัดสรรงบประมาณรองรับได้มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในปัจจุบันได้แยกแผนงบประมาณสำหรับงานป้องกันและควบคุมโรค ด้านสาธารณสุขกับแผนงานแก้ไขปัญหาเอดส์ซึ่งเป็นแผนงานด้านสังคมออกจากกัน โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและชุมชน กับการบริการทางสังคมอย่างชัดเจน

### 4. วิวัฒนาการของมาตรการทางสาธารณสุข

มาตรการทางสาธารณสุข เป็นกลไกส่วนแรกของสังคมไทยที่มีการปรับตัวเพื่อรองรับกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ตั้งแต่ยุคแรกสุดของการแพร่ระบาดที่เชื่อว่าเอดส์เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษา ต่อมาเมื่อเริ่มเรียนรู้ว่าการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม สามารถควบคุมการดำเนินโรคได้ ทำให้กระบวนทัศน์ของผู้ให้บริการเปลี่ยนไปเป็นการมองโรค

เอเดสในฐานะโรคเรื้อรัง ต้องสร้างระบบและกระบวนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

วิวัฒนาการของมาตรการทางสาธารณสุขต่อปัญหาโรคเอเดสที่เริ่มเห็นได้ชัดเจนตั้งแต่ช่วงปี 2530 ได้แก่

### ● การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคเอเดส

ในระยะแรก (พ.ศ. 2527-2530) รัฐจัดบริการให้แก่กลุ่มเสี่ยง พร้อมไปกับการให้สุขศึกษาและแนะแนวในหน่วยงานกามโรค ซึ่งอยู่ในขอบข่ายที่จำกัดมาก ต่อมาในสมัยรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน ได้ใช้นโยบายประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลความรู้แก่สาธารณชนอย่างกว้างขวาง จนเกิดความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องการติดเชื้อ อาการ การป้องกัน และมีทัศนคติที่เห็นอกเห็นใจผู้ติดเชื้อ เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ส่วนการให้สุขศึกษาในคลินิก และการจัดบริการต่างๆ ได้คำนึงถึงปัจจัยทางจิตวิทยามากขึ้น เช่น ให้คำปรึกษาร่วมกับการจัดบริการกามโรค การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รวมทั้งการสร้างคุณค่าของตนเอง

### ● คลินิกกามโรค

เดิมคลินิกกามโรคของกรมควบคุมโรคติดต่อดำเนินงานในลักษณะตั้งรับ เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคเอเดส ได้มีการปรับยุทธศาสตร์เป็นเชิงรุกมากขึ้น โดยการรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยในสถานบริการทางเพศบางพื้นที่ และขยายผลต่อมาเป็น โครงการถุงยางอนามัย 100% เพื่อดำเนินการในระดับชาติ ในปี 2534 โดยได้รับความร่วมมือจากเจ้าของสถานบริการทางเพศในแต่ละพื้นที่ ซึ่งนอกจากจะหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอเดส ยังส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยกามโรคทั่วประเทศลดลง

### ● การป้องกันโรคเอเดสในคลินิกผู้ติดยาเสพติด

การติดเชื้อโรคเอเดสในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี 2530 ปัจจัยเสี่ยงคือการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และอาจมีพฤติกรรมร่วมเพศที่ทำให้แพร่ขยายไปสู่กลุ่มอื่นๆ สถานบริการรักษาผู้ติดยาเสพติด



จึงเริ่มจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อให้ตระหนักถึงความเสี่ยงและรับรู้วิธีป้องกัน ให้อาย Methadone และ Naltrexone (ยาแก้ปวดชนิดเสพยาติ) ในระยะ ยาวขึ้น เพื่อทดแทนการฉีดยาเสพยาติเข้าเส้น รวมทั้งพัฒนาแนวคิดชุมชน บำบัดเพื่อเพิ่มสมรรถนะให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้ดังปกติ

### ● การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

มีพัฒนาการ 2 ด้านคือ การวิจัยทางคลินิก เช่น ปรับใช้ยาต้านไวรัส เอดส์ในขนาดที่เหมาะสมกับคนไทย และมีความเป็นไปได้ทางเศรษฐกิจ กับ การพัฒนาโครงสร้างบริการทางการแพทย์และสังคม

พ.ศ. 2532 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับโครงการโรคเอดส์ สภากาชาด ไทย รณรงค์ในโครงการ “ชีวิตเด็กไทยให้ปลอดจากภัยเอดส์” ในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ด้วยการจัดยาต้านไวรัส (AZT) ให้แก่แม่ผู้ ติดเชื้อและทารก โดยโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการจะต้องปรับปรุงบริการ สูติศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์ให้ได้มาตรฐานตามที่โครงการกำหนด จนถึง ปลายปีพ.ศ. 2540 มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการถึง 80 แห่ง

นอกจากนี้ โรงพยาบาลใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้ปรับโครงสร้างบริการเพื่อจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก รวมถึงการ รณรงค์ให้มีการตรวจหาเชื้อโรคเอดส์และบริการให้คำปรึกษาก่อนการสมรส ซึ่งต่อมากลายเป็นแม่แบบที่กรมอนามัยนำไปพัฒนาดำเนินการในสำนักงาน ส่งเสริมสุขภาพเขตอีกหลายแห่ง

ส่วนเด็กที่ปลอดจากการติดเชื้อแต่ต้องได้รับผลกระทบจากผู้ปกครอง ที่ติดเชื้อ ได้มีองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์เข้ามาร่วมประสานงานกับ ภาครัฐ และเอกชนเพื่อให้ความช่วยเหลือ โดยถือเป็นการถวายพระราช กุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในวโรกาสที่จะมีพระชนมายุครบ 72 พรรษา ในปีพ.ศ. 2542

### ● บริการให้คำปรึกษา และคลินิกนิรนาม

ตั้งแต่พ.ศ. 2532 มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถให้คำ

ปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ พ.ศ. 2534 รัฐได้สั่งการให้สถานบริการต่างๆ เปิดบริการคลินิกนิรนาม เพื่อให้บริการแก่ประชาชนที่ต้องการเข้ารับบริการขอคำปรึกษา และตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อโรคเอดส์ โดยไม่จำเป็นต้องเปิดเผยตนเอง หลังจากนั้น องค์การภาคเอกชน เริ่มพัฒนาตนเองเข้ามาทำงานด้านการให้คำปรึกษามากขึ้น กรมสุขภาพจิตก็ได้พัฒนาเทคนิคการให้คำปรึกษาใหม่ๆ แก่สมาชิกในครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ปรับสภาพจิตใจ และเกิดการยอมรับ จนสามารถให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ให้สามารถอยู่ร่วมกันในครอบครัว และชุมชนได้

### ● การป้องกันการติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข

หลังจากเริ่มรับผู้ป่วยเข้าทำการรักษาเป็นครั้งแรกในโรงพยาบาล บำราศนราดรุร ก็ได้มีการพัฒนาแนวทางป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเทคนิคการผ่าตัดแบบ “โนทัช” และวิธีการทำลายเชื้อในการผ่าตัดผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และในที่สุด กระทรวงสาธารณสุขตั้งคณะทำงานกำหนดแนวทางป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์จากการให้บริการทางการแพทย์ และจัดทำเป็นคู่มือออกมา 2 เล่มในปี 2538 สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล และสำหรับบุคลากรในสถานเอนามัย เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนที่เข้ารับบริการ ขณะเดียวกันก็ป้องกันการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการ

### ● การให้บริการโลหิต

พ.ศ. 2530 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทยกำหนดหลักเกณฑ์ให้ไม่รับเลือดจากกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของไวรัสเชื้อโรคเอดส์ในเลือดที่มีผู้บริจาค ในขณะที่ศูนย์บริการโลหิตฯ ก็ได้กำหนดแนวทางการจัดบริการเลือดโดยมีเงื่อนไขให้ตรวจหาภูมิคุ้มกัน (Antibody) ในเลือดบริจาคทั้งหมด ต่อมาในพ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุขจัดงบประมาณให้ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย และธนาคารเลือดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำการตรวจ

เลือดทุกหน่วยและตรวจหาองค์ประกอบของตัวไวรัส (Antigen) ด้วย

### ● การจัดการบริการสุขภาพอย่างครบวงจร

พ.ศ. 2530 โรงพยาบาลศูนย์ 17 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 72 แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้ ต่อมาเมื่อพบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ได้รับการดูแล และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมทางสุขภาพ จะสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น การดูแลผู้ป่วยโรค เอดส์จึงเปลี่ยนมาเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบโรคเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องสร้าง ระบบการรักษาที่ครบถ้วนและต่อเนื่องทั้งความต่อเนื่องในส่วนของผู้ให้การ ดูแล และระบบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย และสร้างให้เกิดระบบที่ให้การดูแล แก่ผู้ป่วยขยายไปถึงระดับครอบครัวและชุมชน โดยดูแลทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และปัญหาสังคม โดยได้รับความร่วมมือจากองค์กรภาคต่างๆ จำนวนมาก

## 5. วิวัฒนาการของมาตรการทางสังคม

ผู้วิจัยได้ศึกษามาตรการทางสังคมที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์ โดยแยกเป็น 3 กลุ่ม

### ● การจัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหา

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ที่พบผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นครั้งแรกในประเทศไทย ภาพของผู้ป่วยที่ถูกผลักดันออกจากครอบครัวและชุมชนได้สะท้อนให้เห็น อย่างชัดเจน หน่วยงานเอกชนหลายแห่งจึงเริ่มให้ความสนใจ เข้ามาช่วย รองรับและบรรเทาปัญหาในลักษณะต่างๆ กัน เช่น สมาคมส่งเสริม สถานภาพสตรี, ศูนย์ฮอทไลน์, มูลนิธิดวงประทีป และเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น ลำดับ

ภาครัฐก็ได้เริ่มจัดการบริการในลักษณะเดียวกัน เช่น สภาอากาศไทย-จัด ตั้งคลินิกนิรนาม และสนับสนุนให้กลุ่มผู้ติดเชื้อรวมตัวกันเพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อด้วยตัวเอง ในชื่อของ “ชมรมเพื่อนวันพุธ” กรม

ประชาสงเคราะห์-แทรกการดำเนินงานปัญหาเอดส์เข้าไปในแผนงาน เช่น การฝึกอาชีพให้หญิงบริการที่ติดเชื้อเอดส์ และรับเด็กที่ติดเชื้อเอดส์เข้ามา ในสถานสงเคราะห์ ต่อมากระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมได้จัด สวัสดิการสังคมสำหรับผู้ประสบปัญหาเอดส์เพิ่มมากขึ้น ในส่วนของการจัดงบประมาณสำหรับฝึกอาชีพ และการลงทุนเพื่อเริ่มอาชีพใหม่

นอกจากนี้ยังมีการทำงานในลักษณะเครือข่าย ระหว่างกระทรวง สาธารณสุข และหน่วยงานที่ให้บริการทางสังคมอีกด้วย เช่น กองโรคเอดส์ ร่วมมือกับสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล ทั่วไป และประชาสงเคราะห์จังหวัด พัฒนาระบบบริการสังคมสำหรับผู้ติด เชื้อเอดส์ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัวขึ้นในทุกจังหวัด

### ● มาตรการทางการศึกษา

ปลายปี 2530 กระทรวงศึกษาธิการได้ขอความร่วมมือจากกรมต้น สังกัดของสถาบันการศึกษา ให้มีการสอนความรู้เรื่องโรคเอดส์ในหลักสูตร ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อให้เยาวชนมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง ต่อโรคเอดส์ สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และปฏิบัติตนให้รอดพ้นจากการ ติดโรคเอดส์ รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำหรือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มี ปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้อย่างถูกต้อง ต่อมาในปี 2534 ที่ประชุมคณะ กรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ มีมติให้ปรับปรุงหลักสูตร เรื่องเพศศึกษาโดยให้เริ่มสอนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา (ป.5-ป.6) เนื่องจาก เห็นว่านักเรียนจำนวนมากถึงร้อยละ 60 ไม่มีโอกาสศึกษาต่อในชั้นมัธยม ศึกษา

ช่วงปี 2536-2539 ได้มีการนำกลวิธีในการสร้างความเข้าใจ แรงจูงใจ และทักษะเพื่อการป้องกันเอดส์ในทางสังคม มาใช้ในกลุ่มเยาวชนซึ่งถือเป็น กลุ่มเสี่ยงที่สำคัญที่สุด โดยกรมสามัญศึกษาได้กำหนดนโยบายนำเอา กระบวนการทางการศึกษาสามผสานกับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและ กระบวนการเรียนรู้ มาเป็นกลวิธีหลัก และใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม เกิด

เป็นกิจกรรม “เพื่อนเตือนเพื่อน” ที่ประสบความสำเร็จ และขยายผลไปทั่วประเทศ ทำให้เยาวชนมีเจตคติที่ถูกต้อง มีทักษะการปฏิเสธ ทักษะการเตือนเพื่อการป้องกัน และการเฝ้าระวัง

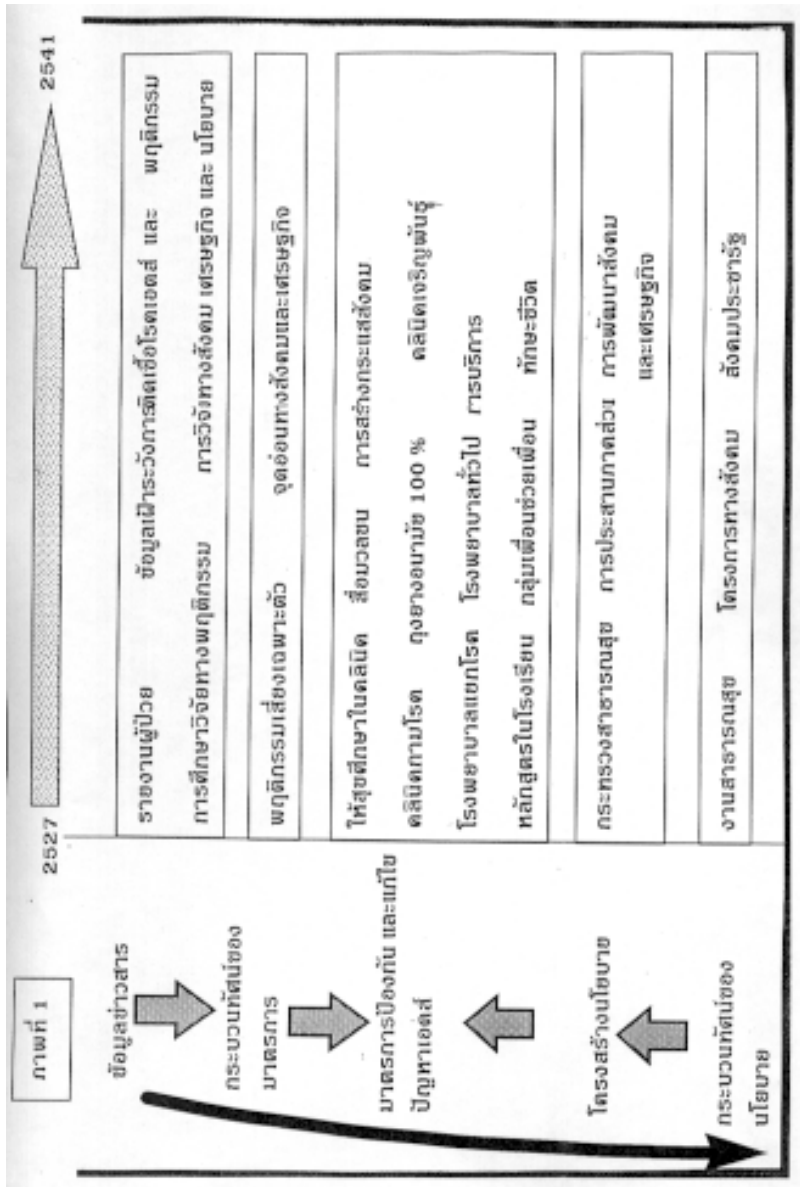
### ● การพัฒนางานเอดส์ในสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2535 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม จัดกิจกรรมให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันกลุ่มแรงงานจากการติดเชื้อเอดส์ ในประเทศไทยครั้งแรก ในขณะที่ภาคเอกชนมีการรวมตัวกันจัดตั้งเป็นสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ (TBCA) ในปี 2536 เพื่อช่วยบริษัทสมาชิกจำนวนกว่า 100 บริษัท พัฒนานโยบายด้านเอดส์ และสนับสนุนการบริหารและจัดการปัญหาเอดส์ รวมทั้งการจัดฝึกอบรมให้แก่ลูกจ้างบริษัทต่างๆ ตามความประสงค์

ต่อมาสถาบันทางวิชาการและองค์กรเอกชนหลายหน่วยงานที่เริ่มพัฒนากรอบแนวคิด และกลวิธีใหม่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการ เช่น การพัฒนาโครงการบัณฑิตอาสาสมัครป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานครในปี 2536-2537 โดยสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล จัดส่งบัณฑิตอาสาสมัครเข้าไปแฝงตัวทำงานร่วมกับคนงานในโรงงาน และพยายามสอดแทรกความรู้เรื่องเอดส์ให้กับคนงาน พบว่า สามารถสร้างคนงานอาสาสมัครได้กลุ่มหนึ่ง และสร้างการรับรู้พฤติกรรมให้คนงานได้มากขึ้นอย่างชัดเจน กล่าวคือ มีพฤติกรรมการเที่ยวโสเภณีลดลง ใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีอัตราป่วยจากกามโรคลดลงอย่างชัดเจนตามไปด้วย

แต่ในภาพรวม การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการ ยังไม่ได้รับการพัฒนาไปมากเท่าที่ควร

บทสรุปของวิวัฒนาการการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย



## ผลต่อสังคม และบทเรียนจากการรณรงค์

ผู้วิจัยได้ให้บทสรุปของวิวัฒนาการการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทยว่า ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน และให้แง่มุมที่กว้างขวางเพียงพอ ช่วยให้ผู้สังคมเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นจริง เข้าใจความสลับพันของเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มประชากรต่างๆ แล้วพัฒนาเป็นกระบวนการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ ซึ่งส่งผลต่อโครงสร้างทางนโยบาย ทั้งกลไกการพัฒนานโยบาย กลไกการนำนโยบายไปปฏิบัติ และกลไกการประเมินนโยบาย ในขณะเดียวกัน นักวิชาการและนักกิจกรรมก็สามารถพัฒนากรอบแนวคิดในการจัดทำโครงการต่างๆ ควบคู่กันไปอย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ของปัญหาแต่ละช่วง (ดูภาพประกอบ)

องค์ประกอบเหล่านั้นจึงนำมาซึ่งการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลในการเปลี่ยนวิถีชีวิตของประชาชนให้มีพฤติกรรมที่ปลอดภัยขึ้นได้

ตามข้อสรุปดังกล่าว ผู้วิจัยได้เน้นความสำคัญของการปรับใช้องค์ประกอบและกลไกทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามแนวทางของการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับชื่อรองของรายงานการวิจัยฉบับนี้คือ “แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ” นอกจากนี้ผู้วิจัยได้อุทิศเนื้อที่ 1 บทสำหรับการวิเคราะห์วิวัฒนาการและผลลัพธ์ในการควบคุมจัดการกับปัญหาเอดส์ที่ผ่านมา โดยอาศัยกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวา ในประเด็นต่อไปนี้

### 1. การสร้างนโยบายสาธารณะ

บทบาทขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ มีส่วนสำคัญในการเสนอแนวคิดเชิงนโยบายต่อรัฐบาล ตั้งแต่ปี 2530 และกระทำอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนของรัฐบาลก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายอย่างชัดเจน

คือรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน ถือว่าปัญหาเอดส์เป็นปัญหาสำคัญของสังคม และได้กำหนดโครงสร้างทางนโยบายหลายส่วน เน้นการสร้างกระแสสังคม และสนับสนุนบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนอย่างชัดเจน โดยใช้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์แห่งชาติเป็นองค์กรประสานและบริหารนโยบาย มีการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ขึ้นเป็นแผนแม่บทในการดำเนินการรณรงค์ ควบคุม และแก้ปัญหา เมื่อปี 2534 และมีการพัฒนามาจนถึงแผนฉบับปัจจุบัน รวมทั้งให้ความรู้แก่สาธารณชนโดยกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางต่อเนื่อง และเปิดกว้างให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

หลังจากนั้น รัฐบาลทุกชุดก็ยังคงให้ความสำคัญกับปัญหานี้ และองค์กรบริหารนโยบายด้านเอดส์ก็ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นทั้งองค์กรหลักในระดับชาติ และถือได้ว่าเป็นองค์กรภาคีความร่วมมือระหว่างภาค โดยมีตัวแทนภาคราชการ ภาคเอกชน องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และตัวแทนผู้ติดเชื้อ อยู่ในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ และอนุกรรมการทุกคณะ

นอกจากนี้ยังมีกลไกระดับบรอง กระจายอยู่ทั่วทุกจังหวัด ลงไปถึงระดับท้องถิ่น

การจัดโครงสร้างทางงบประมาณตามแผนงบประมาณป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2540-2544 ได้สะท้อนถึงการพัฒนานโยบายสาธารณะอีกประเด็นหนึ่ง จากที่เคยจัดงบประมาณตามแผนงาน/โครงการย่อยๆ ปัจจุบันได้จัดเป็นแผนงบประมาณ 2 แผนหลักตามโครงสร้างแผนยุทธศาสตร์ คือแผนงบประมาณด้านสังคม และแผนงบประมาณด้านสาธารณสุข ตามโครงสร้างของแผนยุทธศาสตร์ โดยมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และชุมชนรวมอยู่ด้วย



## 2. การสร้างสิ่งแวดล้อม

ตามแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2535-2539 มุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ ในขณะเดียวกัน นโยบายเชิงสิทธิมนุษยชน และจริยธรรม ที่จะช่วยป้องกันการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ ก็ได้รับการพัฒนามาเป็นลำดับ มีองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ทำหน้าที่รับเรื่องร้องทุกข์ และเป็นปากเสียงให้กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ถูกละเมิดสิทธิ และในที่สุด สำนักงานอัยการสูงสุดก็ได้พัฒนาบทบาทมาให้ความช่วยเหลือในด้านนี้เพิ่มขึ้น อาจกล่าวได้ว่า จากโรคที่สังคมรังเกียจ ได้เปลี่ยนมาเป็นความเข้าใจ ความเอื้ออาทร และเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อในด้านต่างๆ มากขึ้น

สำหรับแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2540-2544 แสดงให้เห็นถึงกระบวนการที่ค้นที่เปลี่ยนไปสู่การให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมมากขึ้น โดยมุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อปัญหาเอดส์ ทั้งในระดับชุมชนและครอบครัว โดยครอบคลุมถึงเรื่องของสถานเริงรมย์ สภาพการทำงานในสถานประกอบการ ปัญหาการโยกย้ายถิ่น การใช้สารเสพติด การหาประโยชน์ทางเพศจากเด็กและสตรี

## 3. การเสริมพลังของกิจกรรมชุมชน

การรณรงค์ให้คนมองเห็นปัญหาของโรคเอดส์ และนำไปสู่การรวมตัวเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา ในระยะแรกเริ่มจากองค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ที่เข้าไปทำงานกับชุมชนโดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือ ต่อมาภาครัฐได้เข้าไปมีส่วนร่วมและสนับสนุน ทำให้เกิดการประสานงานระหว่างภาครัฐ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และองค์กรชุมชน เช่น โครงการรณรงค์ครอบครัวไทยต้านภัยเอดส์, การจัดตั้งศูนย์ประสานงานต้านภัยเอดส์ ภาคเหนือตอนบน, สนับสนุนของค์กรท้องถิ่นทั้งเทศบาลและ

อบต.ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานเรื่องเอดส์

สถาบันและองค์กรในชุมชน เช่น พระสงฆ์ ชาวบ้าน ครู ชุมชนแรงงาน ได้พัฒนาขึ้นมาแสดงบทบาทในกิจกรรมแก้ไขปัญหาเอดส์และให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างกว้างขวาง ส่วนกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ก็ได้รวมตัวกันเป็นชุมชน มีความเข้มแข็ง จนกระทั่งพัฒนาเป็นเครือข่ายระดับชาติ สามารถให้ข้อเสนอแนะและติดตามตรวจสอบการดำเนินนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ ซึ่งถือเป็นตัวอย่างในการพัฒนาประชาสังคมสำหรับกลุ่มด้อยโอกาสอื่นๆ ในสังคมไทย

#### 4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล

หลังจากดำเนินการให้สุศึกษาและข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในระยะหนึ่ง นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานในภาคต่างๆ เริ่มตระหนักว่า ความรู้เรื่องโรคและการติดต่อไม่เพียงพอต่อการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ จึงเริ่มให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะของแต่ละบุคคลมากขึ้น ธุรกรรมที่เห็นได้ชัดเจน คือ การที่หลายหน่วยงานได้ร่วมกันวางแผนและพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะชีวิตให้กับเยาวชนในสถานศึกษา ให้สามารถหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมและสถานการณ์เสี่ยง ซึ่งต่อมาได้พัฒนาไปเป็นแผนการเรียนการสอนของกระทรวงศึกษาธิการ

ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มหญิงบริการทางเพศ เด็กเร่ร่อน กลุ่มกรรมกร ทหารเกณฑ์ แรงงานต่างชาติ ตลอดจนแรงงานในสถานประกอบการเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ในช่วงที่ผ่านมา นักวิชาการและนักกิจกรรมด้านเอดส์จำนวนมากได้พยายามพัฒนากรอบความคิดและแนวทางปฏิบัติที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ และได้เรียนรู้ว่า การสร้างทักษะให้กลุ่มคนเหล่านี้ ต้องให้ความสำคัญกับเงื่อนไขทางสังคมจิตวิทยาของแต่ละบุคคล

สำหรับผู้ติดเชื้อ มีการพัฒนาในด้านการให้บริการปรึกษา และการพยาบาลในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมถึงการพัฒนาทวิวิธีอย่างหลากหลายโดยผู้มีความรู้ในสาขาต่างๆ นับตั้งแต่เรื่องของอาหาร การใช้สมุนไพร การนึ่งสมาธิ และกลวิธีทางจิตวิญญาณตามพื้นฐานความเชื่อของศาสนาต่างๆ

## 5. การปรับบริการสุขภาพและสังคม

นับตั้งแต่การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ได้มีการปรับกลไกการบริการและการศึกษาวิจัยภายในประเทศทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในส่วนของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข นับจากการให้สุขศึกษาและการให้บริการปรึกษาแนะนำ การรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก การจัดระบบบริการโลหิตที่พัฒนาวิธีการตรวจคัดกรองเลือด การให้บริการทางสังคมจิตวิทยาที่ประสานกับหน่วยงานบริการทางสังคมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องภายนอกระบบบริการสาธารณสุข

ในด้านบริการทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มีทั้งบริการทางสังคม สงเคราะห์ ฝึกอาชีพ สวัสดิการแรงงาน และที่สำคัญคือเรื่องของการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ กับการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนในสถานศึกษาทั้งระดับประถม มัธยม และอุดมศึกษา เพื่อสร้างทักษะชีวิตให้กับเยาวชน

## ส่งท้าย

วิวัฒนาการการรณรงค์เพื่อควบคุมโรคเอดส์สะท้อนบทเรียนที่ชัดเจนว่า ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน ไม่สามารถใช้กระบวนการทศวรรษ และการแก้ปัญหาโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงด้านเดียว ต้องอาศัยกรอบแนวทางการพัฒนาที่ครอบคลุม ทั้งการปรับโครงสร้างเชิงนโยบาย ไม่เฉพาะแต่นโยบายสาธารณสุขเท่านั้น แต่รวมถึงนโยบายสาธารณะอื่นๆ ทั้งทางกฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การจัดองค์กร เป็นต้น, **การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ** เช่น การให้ข้อมูลที่โปร่งใส ชัดเจน การแก้ปัญหาทางสังคมและจริยธรรม, **การเพิ่มความสามารถของชุมชน และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล** เพื่อให้ชุมชนและบุคคลมีส่วนร่วมสำคัญในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุม และพึ่งตนเองได้, และ**การปรับระบบบริการ**ที่เชื่อมโยงไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกมากขึ้น

แม้วิกฤตของปัญหาเอดส์จะยังดำรงอยู่ และยังคงส่งผ่านปัญหาต่อสังคมไทยไปอีกยาวไกล โดยเฉพาะผลกระทบที่จะเกิดกับเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่ติดเชื้อโรคเอดส์

แต่การรณรงค์เพื่อแก้ปัญหาและควบคุมโรคเอดส์ในช่วงหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา ก็บอกได้ว่า พลังอันเกิดจากการประสานความร่วมมือของทุกฝ่ายในสังคม สามารถสร้างผลลัพธ์ที่แตกต่างได้

และเป็นผลลัพธ์ที่อาจใช้เป็นบทเรียนเพื่อการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในเรื่องต่างๆ ต่อไป

ปริทัศน์ (preview) รายงานการศึกษาวิจัย  
เกี่ยวกับวิวัฒนาการของการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ  
ในระดับชาติ 3 เรื่อง คือ  
การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่  
การรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์  
การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุจราจร  
ซึ่งได้ศึกษาแนวคิด กระบวนการดำเนินงาน  
สัมฤทธิ์ผล และผลกระทบต่อสังคมไทย  
เพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนา  
กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ  
รวมทั้งการประเมินเปรียบเทียบ  
โดยกรอบความคิดของกฎบัตรรอตตาวา



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



ปริทัศน์โดย  
วิวิธ วุฒิวิวัฒน์  
วารสารณั พันธุ์พงศ์

ปริทัศน์การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย

เอกสารประกอบ  
การประชุมวิชาการ  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  
ครั้งที่ 2 เรื่อง  
ส่งเสริมสุขภาพ:  
บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน  
วันที่ 6-8 พฤษภาคม 2541

# ปริทัศน์ การรณรงค์ ส่งเสริมสุขภาพ ในสังคมไทย



จากรายงานการศึกษาวิจัยของ  
นพ.ชูชัย ศุภวงศ์  
นพ.วิพุธ พูลเจริญ  
ผศ.ดร.บัญญัติ แก้วส่อง และคณะ

- ➔ วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ➔ วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์
- ➔ วิวัฒนาการของการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

ISBN 974-291-181-9



9 789742 911812

ราคา 65 บาท



---

# ปรีทัศน์

---

## การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ

---

### ในสังคมไทย

---

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 2

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เรื่อง “ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน”

ปรีทัศน์โดย

วิวิธ วุฒิวิวรรธน์

วรารมณีย์ พันธุ์พงศ์

---

จากรายงานการวิจัยของ

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ

นพ.วิพุธ พูลเจริญ และคณะ

ผศ.ดร.บัญญัติ แก้วส่อง และคณะ



**สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**

# ปริทัศน์การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย

โดย: วิวิธ วุฒิวีรวรรณ

วราภรณ์ พันธุ์พงศ์

จัดพิมพ์โดย

โครงการสำนักพิมพ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2541

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ราคา 65 บาท

## ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

วิวิธ วุฒิวีรวรรณ.

ปริทัศน์การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย.--กรุงเทพฯ:

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

160 หน้า.

1. การส่งเสริมสุขภาพ. I. วราภรณ์ พันธุ์พงศ์, ผู้แต่งร่วม.

II. ชื่อเรื่อง.

613

ISBN: 974-291-181-9

ออกแบบ: Desire CRM.

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซน์ จำกัด

---

# คำนำ

---

โรคอันเกิดจากการสูบบุหรี่ ปัญหาโรคเอดส์ และความสูญเสียจากอุบัติเหตุจรวด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของสังคมไทย เฉพาะกลุ่มโรคหัวใจ ฤๅลมปอดพอง มะเร็งปอด และอื่นๆ อันเนื่องจากการสูบบุหรี่ คาดประมาณเมื่อปี 2538 โดย ศ.ริชาร์ด เปโต นักระบาดวิทยาของโลกว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยประมาณปีละ 20,000-30,000 คน (เฉพาะกลุ่มผู้เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี) ผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์แม้จะข้อมูลประมาณปีละ 3,100 คน แต่หากรวมสาเหตุจากโรคแทรกซ้อนอื่นๆ (ซึ่งในคนที่มิภูมิต้านทานปกติสามารถรักษาได้) ที่ทำให้เสียชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประมาณว่าอาจสูงถึง 45,000 คน ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรวดในปี 2538 มีจำนวนประมาณ 16,000 คน

ความสูญเสียที่นับวันจะเพิ่มขึ้นเหล่านี้ มีสาเหตุจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในการใช้ชีวิต ซึ่งเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพคือแนวทางของการสาธารณสุขยุคใหม่ที่มุ่งไปยังจุดนี้ โดยเสนอกลยุทธ์และกลวิธีเบ็ดเสร็จที่จะช่วยเพิ่มทักษะความสามารถของคนเราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและ



ควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในส่วนที่ปัจเจกบุคคลสามารถกระทำได้ และเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน, สังคม ในการร่วมกันแก้ไขปัญหาพัฒนาให้เกิดภาวะแวดล้อมในชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

สังคมไทยไม่ได้เพิกเฉยต่อความสูญเสียที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ แม้ว่าก่อนหน้านี้ แนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ-ซึ่งเริ่มมีบทบาทระดับสากลจากการประชุมนานาชาติครั้งแรกเมื่อสิบสองปีก่อน-จะยังไม่ “ปรากฏ” ชัดเจนในบริบทของสังคมไทย แต่ความพยายามที่จะบรรเทาและป้องกันปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดย “รุก” เข้าไปรณรงค์ที่สาเหตุ แทนการ “ตั้งรับ” ด้วยการจัดบริการรักษา ได้เกิดขึ้นและดำรงอยู่มาก่อนแล้ว และเห็นได้ชัดจากการรณรงค์เรื่องบุหรี่ เรื่องเอดส์ เรื่องอุบัติเหตุจราจร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการวิจัยถึงความเป็นมาของการดำเนินการในสามเรื่องดังกล่าว คือ **“วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย”** โดย นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, **“วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย”** โดย นพ.วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, และ **“วิวัฒนาการของการป้องกันอุบัติเหตุจราจร”** โดย ผศ.ดร.บัญญัติกรแก้วส่อง และคณะ นอกจากนี้เพื่อศึกษาในด้านวิวัฒนาการแล้ว ยังมุ่งศึกษาให้รู้ถึงแนวคิด กระบวนการดำเนินการ บทบาทของภาคีต่างๆ ที่มีส่วนร่วมในการรณรงค์-ควบคุม-แก้ไขปัญหา และผลที่เกิดขึ้น โดยหวังว่าความรู้ที่ได้จะเป็นบทเรียนที่มีประโยชน์และสามารถนำไปปรับใช้ในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในเรื่องต่างๆ ต่อไปได้

สำหรับหนังสือเล่มนี้ เป็นการ “ปริทัศน์”-ในความหมายของ preview-รายงานการวิจัยทั้งสามฉบับ โดยมีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อให้เห็นภาพลำดับ

ของการรณรงค์ที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ และบทเรียน โดยสังเขป เพื่อประโยชน์  
ในการทำความเข้าใจเบื้องต้นกับวิวัฒนาการที่ผ่านมา และเชื่อมโยงกับ  
กระบวนการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพที่มีนิมิตว่าจะได้รับการขานรับและสืบ  
สานต่อไปอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น

ส่วนผู้ที่สนใจจะศึกษาเพิ่มเติมโดยละเอียดจากรายงานการวิจัย  
ฉบับสมบูรณ์ สามารถค้นคว้าได้จากห้องสมุดของสถาบันวิจัยระบบ  
สาธารณสุข ซึ่งยินดีให้บริการ

**โครงการสำนักพิมพ์  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**

(6) บริษัทประกันภัยที่ส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย



**ปริทัศน์รายงานการวิจัย  
วิวัฒนาการของการป้องกัน  
อุบัติเหตุจรรยาจร**

วิวัฒนาการ	47
สัมฤทธิ์ผล	51
ผลต่อสังคมไทย	55
บทเรียนจากการรณรงค์	57
ส่งท้าย	59

**ภาคผนวก**

**ศาสตร์และศิลป์ในการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ  
บทเรียนจากการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่  
โดย นพ.ประกิต วาทีสาชกกิจ, บั๋งอร ฤทธิภักดี**

บทนำ	64
แนวคิดและยุทธวิธีที่สำคัญของการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	66
แนวคิดและกลวิธีในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	69
การดำเนินงานของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	72
ตัวอย่างกิจกรรมและวิธีการดำเนินงาน	85

---

# ปริทัศน์รายงานการวิจัย

---

## วิวัฒนาการของ

## การป้องกันอุบัติเหตุจราจร

---

ผู้วิจัย:

ผศ.ดร. บัญชร แก้วส่อง

รศ.พีระศักดิ์ ศรีฤๅชา, ผศ.บุษบา จันทร์ม่อง

สุกัญญา เอ็มอิมธรรม, อมร สุวรรณนิมิตร

---

ผู้ปริทัศน์:

วิวิธ วุฒิวีรบรรณ

วรารณณ์ พันธุ์พงศ์

## เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

**เรื่อง:** “วิวัฒนาการของการป้องกันอุบัติเหตุจราจร”

**ผู้วิจัย:** ผศ.ดร.บัญญัติ แก้วส่อง, รศ.พีระศักดิ์ ศรีฤๅชา, ผศ.บุษบา จันทร์ผ่อง, สุกัญญา เอ็มอิมธรรม, อมร สุวรรณนิมิตร

**เสนอ:** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย  
มีนาคม 2541

### วัตถุประสงค์:

1. ทบทวนวิวัฒนาการของการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของประเทศไทย
2. ศึกษาสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุจราจร
3. ศึกษากลยุทธ์ในการดำเนินการที่เป็นเงื่อนไขของสัมฤทธิ์ผล รวมทั้งเงื่อนไข สภาพแวดล้อม และกระบวนการดำเนินการ
4. ศึกษาแบบแผนความสัมพันธ์ของภาคีต่างๆ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

### วิธีการ:

ศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับวิวัฒนาการการป้องกันอุบัติเหตุในขอบเขตทั่วประเทศระหว่างปี 2528-2540 และศึกษารายกรณีในพื้นที่ 3 จังหวัดโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง

### กรอบการวิเคราะห์:

การวิเคราะห์สภาพการณ์ของอุบัติเหตุใช้ The Haddon Matrix การวิเคราะห์กลยุทธ์การป้องกันอุบัติเหตุ ใช้ The Ottawa Charter โดยผสมผสานกับ The Health Promotion Strategy Analysis Model

## วิวัฒนาการการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุจราจร

ความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรกลายเป็นภาระที่หนักหน่วงของสังคมไทย เป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 3 อันดับแรก ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ พ.ศ. 2538 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 16,782 คน คิดเป็นอัตรา 28.3 ต่อประชากรแสนคน และคิดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่มีอัตราสูงถึงร้อยละ 5.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด ส่วนจำนวนผู้บาดเจ็บสูงประมาณ 50,000 รายหรือประมาณ 3 เท่าของผู้เสียชีวิต คิดเป็นอัตรา 85.6 ต่อประชากรแสนคน

แม้ข้อมูลเดียวกันจะแสดงความสูญเสีย “โดยตรง” ของทรัพย์สิน อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ เป็นเงินประมาณ 1,600 ล้านบาท แต่แท้จริงแล้วยังมีความสูญเสียที่ยากจะประมาณค่าอีกมาก ทั้งในแง่ของชีวิต ภาวะการรักษาพยาบาล ความทุพพลภาพ ภาระของครอบครัวและสังคม ตลอดจนถึงผลิตภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ในแง่มุมนี้ ดร.ดิเรก บัณฑิตวิวัฒน์ ได้ทำการศึกษาเสนอต่อมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เมื่อปีพ.ศ. 2537 พบว่า “ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ” โดยรวมอาจทวีสูงถึง 50 เท่าของ “ความสูญเสียทางตรง” ณ จุดที่เกิดอุบัติเหตุ คือประมาณปีละ 70,000-90,000 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 16.54 ของงบประมาณประเทศ

และความสูญเสียเหล่านี้ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทุกปี

เส้นทางคมนาคมที่ขยายขอบข่ายออกไปอย่างกว้างทั่วประเทศถือเป็นหนึ่งในโครงสร้างพื้นฐานของการพัฒนาประเทศ และสิ่งที่เกิดควบคู่กันมากก็คือปริมาณรถที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วทุกปี จนกระทั่งก่อนที่สถานการณ์ทางเศรษฐกิจจะพลิกไปสู่ด้านที่วิกฤต ประเทศไทยกำลัง(วาดหวัง)จะเป็น “ดีทรอยต์แห่งเอเชีย” บริษัทรถยนต์ชั้นนำของโลกทุกแห่งเชื่อว่าประเทศไทยกำลังก้าวถึงยุค “มอเตอร์ไรเซชัน” ซึ่งนั่นก็หมายความว่า



ความสูญเสียของชีวิต ทรัพย์สิน เศรษฐกิจ ผลิตภาพ จะเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สัมพันธ์โดยตรงกับโครงข่ายถนนและจำนวนรถ

ข้อมูลที่ผ่านมาบอกกับเราอย่างนั้น

เป็นความจริงที่ว่า อุบัติเหตุจราจร คือสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตในนานาประเทศ แต่อัตราส่วนของความสูญเสียโดยเปรียบเทียบกับความสูญเสียจากสาเหตุอื่น และศักยภาพในการควบคุมป้องกันเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ คือความแตกต่างที่สำคัญ คำถามจึงอยู่ที่ว่าประเทศไทยมีความพยายามและประสบความสำเร็จเพียงไร ในการป้องกัน “ความสูญเสีย” อันใหญ่โตนี้

การศึกษาของผศ.ดร.บัญญัติกร แก้วส่อง และคณะ แสดงให้เห็นว่า ความตระหนักต่อความสำคัญของปัญหา เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในปีพ.ศ. 2524 เมื่อรัฐบาลได้กำหนดแผนป้องกันอุบัติเหตุร้ายแรงแห่งชาติไว้ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2524-2529) และมีความพยายามในการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องหลังจากนั้น และหากศึกษาย้อนกลับไปจนถึงการออกพระราชบัญญัติรถยนต์ฉบับแรก ในปีพ.ศ. 2448 ถือได้ว่า ความปลอดภัยในการใช้รถเป็นประเด็นที่ได้รับการคำนึงถึง และวิวัฒนาการมาระดับหนึ่ง ซึ่งอาจแบ่งเป็นยุคได้ดังนี้

## 1. ยุคก่อนพ.ศ. 2500

- พ.ศ. 2448 มีพระราชบัญญัติรถยนต์ฉบับแรก เพื่อจัดระเบียบการจดทะเบียนคนขับ กำหนดค่าทะเบียนใบอนุญาต ตลอดจนข้อบังคับเกี่ยวกับความปลอดภัย เช่น ข้อกำหนดเกี่ยวกับการบรรทุกผู้โดยสาร การตรวจสภาพรถ ฯลฯ

- พ.ศ. 2463 ตราพ.ร.บ.รถยนต์ พ.ศ. 2463 ใช้แทนฉบับเดิม โดยให้อำนาจแก่ตำรวจในการปฏิบัติงานด้านจราจร

- พ.ศ. 2475 กรมตำรวจตั้งกองยวดยาน เพื่อทำหน้าที่ในการออก

ตรวจตราและควบคุมการจราจร โดยในขณะนั้นถนนสายหลักคือถนนเจริญกรุงและเยาวราชเริ่มมีปัญหการจราจรและอุบัติเหตุจราจร

- พ.ศ. 2477 เริ่มบังคับใช้ พ.ร.บ. การจราจรทางบก ตามที่กรมตำรวจเสนอร่างในปี 2474 (ร่างเป็นภาษาอังกฤษโดย พ.ต.อ.ซี.บี. ฟอลเลต ตามแนวทางกฎหมายการจราจรของอังกฤษ) และเป็นครั้งแรกที่กำหนดช่องทางเดินรถ โดยให้เดินรถด้านซ้ายเช่นเดียวกับอังกฤษ

## 2. ยุคพัฒนาประเทศ

- พ.ศ. 2503 เริ่มใช้มาตรการจำกัดความเร็วบนทางหลวงสายหลักเนื่องจากมีการสร้างและพัฒนาทางหลวงที่เชื่อมระหว่างกรุงเทพฯ กับภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ และมีอุบัติเหตุบนทางหลวงเพิ่มมากขึ้น แต่การบังคับใช้ยังมีปัญหาเนื่องจากขาดกำลังคนและอุปกรณ์ตรวจจับความเร็ว

- พ.ศ. 2515 ประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 295 เรื่องทางหลวง ลงวันที่ 28 พ.ย. ให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคมออกกฎกระทรวงกำหนดความเร็วของยานพาหนะ เครื่องหมายจราจร เครื่องหมายสัญญาณ และเครื่องหมายอื่นๆ บนทางหลวงพิเศษ ทางหลวงแผ่นดิน และทางหลวงจังหวัด ส่วนทางหลวงชนบท ทางหลวงในเขตเทศบาล และสุขาภิบาล ให้เป็นอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้การใช้บังคับครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งมีเส้นทางเป็นโครงข่ายถนนเชื่อมโยงทั่วถึงกันแล้ว

- พ.ศ. 2522 ตราพระราชบัญญัติสำคัญ 3 ฉบับ ซึ่งเป็นกฎหมายแม่บทที่บังคับใช้ในปัจจุบัน คือ พ.ร.บ.จราจรทางบก พ.ศ. 2522, พ.ร.บ.ขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 และ พ.ร.บ.รถยนต์ พ.ศ. 2522

- พ.ศ. 2524 รัฐบาลบรรจุแผนป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 เป็นครั้งแรก เนื่องจากพบว่ามีสถิติอุบัติเหตุซึ่งเป็นสาเหตุการตายและบาดเจ็บของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

- พ.ศ. 2524 ออกกฎกระทรวงคมนาคม ฉบับที่ 9 ตาม พ.ร.บ.ขนส่งทางบก พ.ศ. 2522 กำหนดให้มีการตรวจสภาพรถเพื่อจดทะเบียนและเสียภาษีประจำปี โดยกรมการขนส่งทางบกเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ
- พ.ศ. 2526 จัดตั้ง คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ (กปอ.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่วางนโยบายและแผนหลักในการป้องกันอุบัติเหตุทุกรูปแบบ โดยมีอนุกรรมการ 4 คณะ คือ 1) คณะอนุกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจรทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ 2) คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานและจากสารเคมี 3) คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน 4) คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในสาธารณสถาน
- พ.ศ. 2531 มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ และให้ กปอ. สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- พ.ศ. 2534 จัดตั้งคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุระดับจังหวัด เพื่อกระจายแผนระดับชาติไปทั่วประเทศ

### 3. ยุคปรับโครงสร้าง

- พ.ศ. 2535 รัฐบาลประกาศนโยบายปรับปรุงทางหลวงสายหลักเป็นทาง 4 ช่องจราจรทั่วประเทศ ให้สอดคล้องกับปริมาณการจราจรและลดอุบัติเหตุจากความคับคั่งบนถนนที่มี 2 ช่องจราจร

รัฐบาลไทยและธนาคารโลกมีข้อตกลงวางแผนปฏิบัติการเพิ่มความปลอดภัยบนท้องถนน ข้อตกลงดังกล่าวเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ทางธนาคารโลกกำหนดในการให้เงินกู้แก่รัฐบาลไทยเพื่อปรับปรุงถนนสายหลักเป็น 4 ช่องจราจร สำคัญสำคัญของข้อตกลงที่ประเทศไทยต้องดำเนินการคือ 1) ดำเนินการให้มีความปลอดภัยบนถนนทั่วประเทศ 2) ดำเนินการลดมลพิษที่เกี่ยวข้องกับการขนส่ง เช่น ฝุ่น เสียง คาร์บอน 3) ปรับปรุงประสิทธิภาพระบบ

การขนส่งให้ดีขึ้น

จากข้อตกลงดังกล่าว ทำให้มีการบังคับใช้ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 กำหนดให้รถยนต์ทุกประเภท (ยกเว้นตามที่กำหนด) ต้องทำประกันภัยบุคคลที่ 3 ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากเหตุการณ์ที่สถานพยาบาล โดยเฉพาะภาคเอกชนมักปฏิเสธการรักษาผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุในรายที่คิดว่าอาจเก็บค่ารักษาไม่ได้

ในปีเดียวกัน มีการจัดตั้งสำนักงานจัดระบบการจราจรทางบก (สจร.) สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อแก้ไขปัญหาการจราจรในกรุงเทพมหานคร และเมืองหลักทั่วประเทศ และออก พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 สาระสำคัญประการหนึ่งคือกำหนดมาตรการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการขนส่งและเคลื่อนย้ายวัตถุอันตราย หลังจากที่เกิดเหตุระเบิดของรถขนส่งแก๊สซึ่งทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก

- พ.ศ. 2538 บังคับใช้เข็มขัดนิรภัยในรถยนต์ใหม่ บังคับใช้การสวมหมวกนิรภัย กำหนดระเบียบการใช้วัสดุกรองแสงติดรถ และมีการตั้งด่านตรวจบัสสภาวะของผู้ขับขี่รถยนต์โดยสารและรถยนต์สาธารณะเพื่อตรวจหาการเสพยาบ้า

(การศึกษาตามรายงานฉบับนี้คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษารณีตัวอย่างระดับจังหวัดที่ขอนแก่น ภูเก็ต และระดับชุมชนที่หมู่บ้านวังข่อย นครสวรรค์ด้วย แต่ไม่ขอนำมาพิจารณารวมในที่นี้)

## สัมฤทธิ์ผลในการป้องกันอุบัติเหตุ

หากพิจารณาโดยอาศัยข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ตัวเลขการเสียชีวิต การบาดเจ็บเป็นประจักษ์พยานยืนยันว่า การดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในประเทศไทยตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จ เพราะนอกจากไม่สามารถควบคุมจำนวนความสูญเสียได้แล้ว ความสูญเสียยัง

เพิ่มมากขึ้นทุกปี

ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ ในช่วงปี 2527-2538 จำนวนอุบัติเหตุจราจรเพิ่มขึ้นจาก 18,334 ในปี 2527 เป็น 94,362 ในปี 2538 จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มจาก 2,904 คน (2527) เป็น 16,727 คน (2538) จำนวนผู้บาดเจ็บ เพิ่มจาก 8,770 คน (2527) เป็น 50,718 คน (2538)

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเสนอข้อสังเกตว่า จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บ ที่เพิ่มอย่างรวดเร็วส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากระบบรายงานอุบัติเหตุที่ยังมี ปัญหาความน่าเชื่อถือ เนื่องจากขาดความครอบคลุม และการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง และความแตกต่างระหว่างข้อมูลต่างแหล่ง บางปีที่มี ข้อมูลอุบัติเหตุ หรือการบาดเจ็บและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมาก มีความ สัมพันธ์กับการปรับปรุงระบบจัดเก็บข้อมูล เช่น การปรับปรุงระบบของ กรมทางหลวงในปี 2535 ทำให้ข้อมูลที่ได้เพิ่มสูงกว่าข้อมูลปี 2534 อย่างมาก

นอกจากนี้ ยังมีความแตกต่างอย่างมากระหว่างข้อมูลต่างแหล่ง เช่น ข้อมูลกรมทางหลวง กับข้อมูลของ กปอ.

ผู้วิจัยสรุปผลว่าการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุที่ผ่านมาไม่ประสบผล สำเร็จ และการป้องกันแก้ไขส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ระบบสภาพแวดล้อมการ จราจรมากกว่าการมุ่งเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชนซึ่ง ผู้วิจัยก็ยอมรับว่ากระทำได้ยากกว่า และเห็นว่า ในเชิงนโยบายแล้ว มีความ สำเร็จในการนำนโยบายบางประการมาใช้ เช่น นโยบายการบังคับสวมใส่ หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย เป็นต้น ถึงแม้ว่าบางพื้นที่ประสบผลสำเร็จไม่สูง เท่าที่ควรก็ตาม และบางพื้นที่ก็มีการประท้วงการบังคับใช้ในช่วงแรก แต่ อัตราการสวมใส่ในบางพื้นที่ก็มีอยู่สูงพอสมควร

นอกจากนี้ผู้วิจัยมีความเห็นเสริมว่า นโยบายเกี่ยวกับการประกันภัย บุคคลที่สามถือว่าประสบความสำเร็จในการประกาศใช้ ส่วนนโยบายที่ไม่ สำเร็จก็คือ การจำกัดความเร็ว เพราะยังไม่สามารถบังคับได้อย่างจริงจัง

## ข้อสังเกตจากการปริทัศน์

ผู้ปริทัศน์พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจประการหนึ่ง คือ การวิเคราะห์ข้อมูลของกรมทางหลวง ซึ่งเสนอการวิเคราะห์สถิติอุบัติเหตุโดยใช้อัตราเปรียบเทียบต่อยานพาหนะ 100,000 คัน และต่อการเดินทางหนึ่งร้อยล้านคัน-กิโลเมตร นอกเหนือจากอัตราต่อประชากร 100,000 คน ตามตารางต่อไปนี้

### ตารางที่ 1 สถิติการเกิดอุบัติเหตุ และแบบแผนการวิเคราะห์ข้อมูลของกรมทางหลวง ปี 2527 - 2537

ปี พ.ศ.	อัตราการเกิดอุบัติเหตุ			อัตราตาย			อัตราการบาดเจ็บ		
	ป	ร	ด	ป	ร	ด	ป	ร	ด
2526	35	60	13	6	10	7	18	30	24
2527	36	55	8	6	9	4	17	23	14
2528	35	56	12	5	8	6	16	25	22
2529	45	68	9	4	5	5	16	25	17
2530	45	na	9	4	na	5	25	na	15
2531	64	58	9	4	3	6	24	22	16
2532	76	59	11	12	11	6	23	21	17
2533	71	53	12	10	8	7	32	24	16
2534	77	na	11	11	na	6	34	na	15
2535	106	64	20	14	9	9	35	22	21
2536	145	76	24	16	8	10	43	29	24
2537	174	81	26	26	12	9	74	35	24

ที่มา: กองวิศวกรรมจราจร กรมทางหลวง 2538

หมายเหตุ ป=อัตราต่อประชากรแสนคน

ร=อัตราต่อยานพาหนะแสนคัน

ด=อัตราต่อการเดินทางหนึ่งร้อยล้านคัน-กม.

หากใช้สมมติฐานว่าข้อมูลตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมา ข้อมูลกรมทางหลวงครบถ้วนสมบูรณ์ระดับหนึ่ง (โดยเปรียบเทียบความสอดคล้องใกล้เคียงกับข้อมูล กปอ.) แม้อัตราตายและอัตราบาดเจ็บต่อประชากรหนึ่งแสนคนจะยืนยันชัดเจนถึงอัตราเพิ่มของความสูญเสีย แต่ในขณะที่จำนวนประชากรมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ปริมาณรถยนต์กลับเพิ่มอย่างรวดเร็ว โดยปี 2535 มีรถทุกประเภท (ไม่รวม) รถจักรยานยนต์ จดทะเบียนเพิ่มประมาณ 5 แสนคัน ปี 2536 เพิ่มอีก 5.3 แสนคัน และ เพิ่มอีก 5.6 แสนคันในปี 2537 อัตราเพิ่มของอุบัติเหตุต่อจำนวนรถและการเดินทางในช่วงดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำกว่าอัตราเพิ่มเมื่อคำนวณเปรียบเทียบกับจำนวนประชากร (ดูตารางที่ 2) และอาจจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุจราจร

**ตารางที่ 2 อัตราการเพิ่มของผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บโดยเปรียบเทียบ**

ปี	อัตราตาย						อัตราการบาดเจ็บ					
	ป	%	ร	%	ด	%	ป	%	ร	%	ด	%
2535	14	100.0	9	100.0	9	100.0	35	100.0	22	100.0	21	100.0
2536	16	114.3	8	88.9	10	111.1	43	122.8	29	131.8	24	114.3
2537	26	162.5	12	150.0	9	90.0	74	172.1	35	100.7	24	100.0

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลกองวิศวกรรมจราจร กรมทางหลวง 2538

หมายเหตุ ป=อัตราต่อประชากรแสนคน

ร=อัตราต่อยานพาหนะแสนคัน

ด=อัตราต่อการเดินทางหนึ่งร้อยล้านคัน-กม.

## ผลต่อสังคมไทย

แม้ในแง่สัมฤทธิ์ผลจะเป็นไปตามข้อสรุปของผู้วิจัยว่า “ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร” และเห็นว่า แท้ที่จริงแล้ว การดำเนินการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจรวดพุ่งจะเริ่มต้นอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรมมากขึ้นในปี 2535 นี้เอง ปัจจุบันจึงถือเป็นช่วงแรกๆของการดำเนินงาน อัตราการเกิดอุบัติเหตุ, อัตราการตายและการบาดเจ็บ, ตลอดจนความสูญเสียชีวิตต่างๆ ที่อาจใช้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานจึงอาจยังไม่สามารถประเมินได้ชัดเจน

แต่ผู้วิจัยก็มีความเห็นว่า การที่หน่วยงานต่างๆ เริ่มตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและบทบาทหน้าที่ของตนต่อการแก้ปัญหา พร้อมกับหามาตรการเพื่อให้มีการประสานงานอย่างเป็นระบบและมีเอกภาพชัดเจนขึ้น มีแผนแม่บท และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนขึ้น และมีการกระจายการดำเนินงานลงสู่ระดับจังหวัดหรือพื้นที่ต่างๆ ภายใต้การสนับสนุนทางเทคนิควิชาการ และงบประมาณในการดำเนินงานจากภาครัฐ ถือว่าเป็นนิมิตหมายที่ดี

หากยึดตามกรอบความเห็นของผู้วิจัยดังกล่าว ซึ่งถือว่าความพยายามในการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจรวดพุ่งจะเริ่มต้น และพิจารณาในกรอบทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุที่ชี้ว่า มาจาก 3 สาเหตุหลัก คือ สภาพรถ, สภาพถนน (หรือรวมถึงสภาพแวดล้อมในการจราจร), และสภาพผู้ขับขี่ นับแต่ปี พ.ศ. 2535 (ภายใต้ข้อตกลงกับธนาคารโลก) การควบคุมป้องกันอุบัติเหตุในสังคมไทย เริ่มมีแนวโน้มและส่งผลในเชิงบวกทางสังคม ซึ่งสามารถแยกแยะได้ดังนี้

### 1. มีแผนงานและองค์กรรับผิดชอบในการแก้ปัญหา

ตามข้อตกลงกับธนาคารโลกด้านความปลอดภัย ทำให้มีการจัดตั้งหน่วยประสานงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุ (APCC) และจัดทำแผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนนขึ้น โดยมีเป้าหมายลดจำนวนอุบัติเหตุและผู้



เสียชีวิตจากอุบัติเหตุร้อยละ 10 ในช่วงเวลาดำเนินการ 5 ปี (2540-2544) รวมทั้งจัดตั้งหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในการประสานงานด้านความปลอดภัยบนถนนโดยตรง

หากมีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพตามแผนงาน และโดยได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากรัฐบาล องค์กรใหม่อาจจะสามารถพัฒนาบทบาทเป็นองค์กรหลักในการประสานความร่วมมือเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรให้มีเอกภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ในอนาคต

## 2. มีกฎหมายและมาตรการเพิ่มความปลอดภัย

ประเทศไทยมีกฎหมายและมาตรการที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการจราจรมากขึ้น เช่น การกำหนดชั่วโมงการทำงานของพนักงานขับรถโดยสารและรถบรรทุก การตรวจหาการเสพยาบ้า ส่วน พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 และการบังคับใช้หมวกนิรภัยและเข็มขัดนิรภัย แม้ว่าจะไม่มียieldต่อการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุที่สาเหตุโดยตรง แต่เป็นมาตรการความปลอดภัยที่จะช่วยลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุได้ นอกจากนี้ยังมีพรบ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งแม้จะไม่มียieldต่อการเพิ่มความปลอดภัย แต่ช่วยลดและบรรเทาความรับผิดชอบจากผลของอุบัติเหตุ โดยเฉพาะกรณีไม่สามารถหาผู้ก่อเหตุได้

แต่ผลดีที่จะเกิดขึ้นต่อไป จำเป็นต้องมีเงื่อนไขของการบังคับใช้อย่างจริงจังเป็นปัจจัยสนับสนุน

## 3. มีการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อการจราจรที่ปลอดภัยขึ้น

โครงการขยายถนนเป็น 4 ช่องจราจร และแผนงานต่างๆ ตามแผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนน อันเนื่องมาจากข้อผูกพันกับธนาคารโลก เช่น การแก้ไขจุดอันตรายบนถนน, ระบบตรวจสอบการออกแบบถนน, จัด

ทำคู่มือมาตรฐานป้ายสัญญาณและเส้นเครื่องหมายจราจรบนพื้นฐานของ  
อนุสัญญานานาชาติเวียนนา, ทบทวนมาตรฐานการออกแบบทางหลวงใหม่,  
ตลอดจนการใช้กำหนดมาตรฐานนานาชาติด้านความปลอดภัยของยาน  
พาหนะ ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้สภาพแวดล้อมของการจราจรมี  
มาตรฐานความปลอดภัยสูงขึ้น และจะมีส่วนช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุได้

#### 4. สังคมตื่นตัวเรื่องความปลอดภัย

แม้ความพยายามที่ผ่านมา การควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจะยังขาดการ  
มีส่วนร่วมในการรณรงค์จากนอกภาครัฐ แต่การบังคับใช้กฎหมายใหม่ๆ  
เพื่อความปลอดภัย เช่น หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย (โดยความร่วมมือจาก  
ผู้ผลิตรถยนต์ รถจักรยานยนต์) ก็มีผลทางอ้อมในการลดความถี่ของ  
เรื่องความปลอดภัยให้เพิ่มขึ้นบ้าง

### บทเรียนจากการรณรงค์

ผู้วิจัยสรุปว่า สาเหตุที่การดำเนินการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุใน  
ประเทศไทยที่ผ่านมาไม่เกิดผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร เนื่องจากสาเหตุต่อไปนี้

#### 1. ขาดความเป็นเอกภาพในการดำเนินงาน

องค์กรภาคีในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ในการดำเนินงานระดับ  
ประเทศ แม้จะมีครอบคลุมทุกหน่วยงานในภาครัฐที่เกี่ยวข้อง แต่ขาดการ  
ปฏิบัติการจริงจังและขาดอำนาจในการจัดการ คณะอนุกรรมการ  
ป้องกันอุบัติภัยฯ ไม่มีบทบาทในการดำเนินการโดยตรง เนื่องจากบ  
ประมาณจะเป็นของหน่วยงานต่างๆซึ่งดำเนินการไปในลักษณะต่างคนต่างทำ  
ไม่มีการประสานงานที่เป็นระบบ

จำเป็นต้องปรับโครงสร้างการป้องกันอุบัติเหตุใหม่ให้เป็นเอกภาพ มี

แผนงานร่วมกัน มีงบประมาณอนุมัติตามแผนงานหลักร่วมกัน การแก้ไข หรือการป้องกันปัญหาจึงจะมีเอกภาพและต่อเนื่องมากขึ้น

## 2. มีโครงสร้างแต่ขาดกลไกในการปฏิบัติ

คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในระดัจังหวัด เป็นโครงสร้างที่ดีของการแก้ปัญหาที่กระจายออกไปอย่างทั่วถึงทั่วประเทศ แต่ในการปฏิบัติงานพบว่าไม่ได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาจราจรอย่างจริงจังและเป็นระบบ สาเหตุสำคัญคือการขาดทีมงานในระดับปฏิบัติการ

การสร้างทีมงานป้องกันอุบัติเหตุในระดับปฏิบัติการเพื่อเป็นกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุระดับจังหวัดจึงเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น

## 3. กระบวนการบังคับใช้กฎหมาย

โดยทั่วไปแล้ว โครงสร้างกฎหมายจราจรที่มีอยู่ในประเทศไทย มีความสมบูรณ์ระดับหนึ่ง ปัญหาคือการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนทรัพยากรทั้งกำลังคนและเครื่องมือที่จำเป็นอย่างเพียงพอ

กรณีการตรวจจับการขับซึ่ขณะมีนเมาเป็นตัวอย่งที่แสดงให้เห้เห็นว่าแม่จะมีกฎหมายให้อำนาจเจ้าพนักงานมานานแล้ว แต่หากขาดการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง การควบคุมป้องกันอุบัติเหตุโดยมาตรการทางกฎหมายย่อมไม่อาจบรรลุผลได้

## 4. ขาดการมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยเสนอผลการศึกษาคณะกรณิตัวอย่งจังหวัดขอนแก่นว่า การพัฒนาองค์กรชุมชนและเครือข่ายป้องกันอุบัติเหตุ ที่มีความสำนึกและร่วมมือในการแก้ไขปัญหา สามารถเป็นแนวทางสำคัญของการดำเนินกิจกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในระดัจังหวัด ซึ่งควรมีการศึกษาและขยายผลต่อไป

## ส่งท้าย

การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุในประเทศไทยมีวิวัฒนาการเข้ามา และมีอัตราเร่งในช่วงเวลาไม่กี่ปีมานี้เอง โดยที่เงื่อนไขภายนอกคือข้อตกลงกับธนาคารโลกเป็นปัจจัยผลักดันที่สำคัญ

การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ มีความแตกต่างที่สำคัญจากการรณรงค์เรื่องบุหรี่และเอดส์ ที่นำมาบริทัศน์รวมกันในหนังสือเล่มนี้ ตรงที่**มาตรการทางกฎหมายมีผลโดยตรงต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้น** หากพิจารณาตามกรอบกลุ่มกิจกรรมสำคัญในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ อาจตีความได้ว่า **นโยบายสาธารณะ** มีผลต่อ “พฤติกรรมเสี่ยง” ของผู้ขับขี่มากและรวดเร็วกว่า**การพัฒนาทักษะและจิตสำนึกส่วนบุคคล** ในการขับขี่ย่างปลอดภัย นโยบายสาธารณะดังกล่าว ได้แก่ กฎระเบียบและมาตรการทางกฎหมายที่มีผลโดยตรงต่อความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ (เช่น ตรวจจับความเร็ว, ห้ามขับรถขณะมึนเมา, การกำหนดชั่วโมงการทำงานของพนักงานขับรถโดยสารและรถบรรทุก)

ข้อแตกต่างปลีกย่อยอีกประการหนึ่ง แต่อาจจะมีผลสำคัญต่อ “พฤติกรรม” ก็คือ ในขณะที่ผู้สูบบุหรี่ยอมรับ “ชะตากรรม” คือผลพวงทางสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และในกรณีของโรคเอดส์ รับรู้ว่าการป้องกันตัวเองเป็นปัจจัยเดียวที่จะปิดโอกาสการเป็นโรค แต่ในกลุ่มผู้ขับขี่ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (ความเร็ว, ความมึนเมา) มักมีความทะนงสูงในศักยภาพการควบคุมสถานการณ์ของตนเอง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทักษะและจิตสำนึก

การบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่แล้วจึงมีความสำคัญเป็นลำดับแรกในการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุจรรยาจรโดยภาครัฐ เพราะแม้แต่มาตรการหรือข้อบังคับเพื่อความปลอดภัยหรือเพื่อบรรเทาความรุนแรงเมื่อเกิดอุบัติเหตุ (เช่น การใช้เข็มขัดและหมวกนิรภัย-ซึ่งไม่มีผลโดยตรงต่อการลดหรือเพิ่มจำนวน

อุบัติเหตุ) ก็จะสามารถลดภาระของระบบบริการสาธารณสุขลงได้

**การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจราจร** (เช่น ปรับปรุงสภาพถนน, แก้ไขจุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง, มาตรฐานความปลอดภัยของรถ) มีผลโดยตรงต่อการลดการเกิดอุบัติเหตุเช่นเดียวกัน และถือเป็นภารกิจสำคัญอีกด้านหนึ่งที่ต้องถือเป็นความรับผิดชอบของภาครัฐ

หากเราถือว่าความสูญเสียมหากาลที่เกิดจากอุบัติเหตุเป็นความสูญเสียที่สำคัญ ซึ่งต้องเร่งควบคุมแก้ไขอย่างเร่งด่วน แต่ในขณะที่การดำเนินงานที่ผ่านมาของภาครัฐยังไม่ไกลไปกว่าจุดเริ่มต้น การดำเนินงานของภาครัฐจึงน่าจะมุ่งไปที่การบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมของการจราจรที่ปลอดภัยในเรื่องมาตรฐานสภาพถนน, มาตรฐานความปลอดภัยของรถ ซึ่งเป็นสองกลุ่มกิจกรรมที่มีลำดับความสำคัญสูงและไม่อาจมอบหมายให้ภาคอื่นดำเนินการแทนได้

**การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และกิจกรรมชุมชน** ที่จะมีผลต่อการลดอุบัติเหตุในระยะยาว โดยมีพฤติกรรมจราจรที่เหมาะสม ปลอดภัย ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมหรือบทบาทที่สำคัญของภาคเอกชน ชุมชน ประชาชน ทางหนึ่งสามารถทำได้โดยพัฒนารูปแบบคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในระดับจังหวัด ให้สามารถสร้างความเป็นภาคีที่จะระดมและประสานความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อร่วมกันรณรงค์และหาแนวทางควบคุมป้องกันอุบัติเหตุในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ (ดูกรณีตัวอย่างเขตเทศบาลจังหวัดขอนแก่น จากรายงาน) เพราะสามารถ “ชี้นำ” ให้เห็นความสูญเสียจากอุบัติเหตุเป็นเรื่องใกล้ตัว และสร้างกิจกรรมพัฒนาทักษะและจิตสำนึกเรื่องความปลอดภัยในการขับขี่ ให้กระจายทั่วถึงได้อย่างแท้จริง

อีกทางหนึ่ง คือ “การเพิ่มความสามารถ” ของกลุ่มองค์กร หน่วยงาน ต่างๆ ในการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุและสร้างจิตสำนึกแห่งความปลอดภัย ดังเช่น ชมรมเมาไม่ขับ ที่เริ่มรณรงค์เรื่องไม่ขับขีเมือมีนเมา บทบาทเช่นนี้ ต้องได้รับการสนับสนุนให้มีมากขึ้น และหลากหลายขึ้น

เพราะเส้นทางที่จะบรรลุเป้าหมายการควบคุมอุบัติเหตุในสังคมไทย  
แม้เพียงระดับไม่ให้อัตราเพิ่มอย่างรวดเร็วเท่าที่ผ่านมา ยังต้องการ “พลัง”  
ที่จะเคลื่อนไป อีกมาก



---

**ภาคผนวก**

---

**ศาสตร์และศิลป์ในการ  
รณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ**

---

**บทเรียนจากการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่**

---

นพ.ประภิต วาทีสาธกกิจ\*  
บังอร ฤทธิภักดี\*

---

\* มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่



# 1. บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในหลายทศวรรษที่ผ่านมาทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง แบบแผนของโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นกับคนไทย จากโรคติดต่อซึ่งเคยเป็น สาเหตุนำของการป่วยและเสียชีวิต เปลี่ยนไปเป็นโรคที่เกิดกับสังคมที่ พัฒนาแล้ว ดังจะเห็นได้จากในหลายปีที่ผ่านมาสาเหตุการเสียชีวิตของคน ไทยในสามอันดับแรกได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ ทั้งสาม กรณีล้วนเป็นผลจากวิถีการดำรงชีวิตหรือที่เรียกกันว่าพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย การรั่วรั้นในการขับขี่รถยนต์ การ ดื่มสุรา การสูบบุหรี่ รวมทั้งพฤติกรรมสำส่อนทางเพศที่นำไปสู่การเป็นโรค เอดส์ เป็นต้น

พฤติกรรมการสูบบุหรี่จัดเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและ จัด เป็นสาเหตุของการเกิดโรคที่ป้องกันได้ที่สำคัญที่สุด ปัจจุบันนี้ทั่วโลกมี ผู้ สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 1,100 ล้านคน องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ในขณะนี้ปีละ 3,500,000 คน และจะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคนในปีพ.ศ. 2563 โดยบุหรี่ยังมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 9 ของภาระโรค ทั้งหมดในแต่ละปี นับเป็นสาเหตุของภาระโรคอันดับหนึ่งของมนุษยชาติ

ในประเทศไทย รัฐบาลโดยกระทรวงการคลังเป็นเจ้าของผูกขาดการ ผลิตและขายบุหรี่ยี่สิบกว่าปี คนไทยสูบบุหรี่เป็นจำนวน 8.6 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2519 เพิ่มขึ้นเป็น 11.2 ล้านคนในการสำรวจเมื่อปีพ.ศ. 2539 ผลกระทบของอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงมากของชายไทย ปรากฏเห็นชัดเป็นรูป ธรรมจากการที่มะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบบนอันดับหนึ่งของชายทุกภาคยกเว้น ภาคอีสาน และสถิติโรคเส้นเลือดหัวใจตีบที่พุ่งสูงขึ้นมาเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนไทย

การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยเริ่มต้นขึ้นอย่างจริงจังเมื่อ

แพทยสมาคมผลักดันให้มีการพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่ไทยจนเป็นผลสำเร็จในปีพ.ศ. 2517 หลังจากนั้นได้มีการดำเนินการโดยหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่เป็นระยะๆ

อย่างไรก็ตาม ในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2517-2529 ประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานที่ทำการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะในภาครัฐหรือภาคเอกชน โดยในส่วนของภาครัฐ งานรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ถูกรวมอยู่ในงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ส่วนในภาคเอกชน มีการประชาสัมพันธ์ถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ และผลักดันให้รัฐบาลกำหนดนโยบายการควบคุมการสูบบุหรี่เป็นครั้งแรก โดยมีสมาคมอูเรวซ์ สมาคมโรคหัวใจ และสมาคมปราบวัณโรค เป็นองค์กรหลัก

ในปีพ.ศ. 2529 มูลนิธิหมอชาวบ้านได้ก่อตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ขึ้นเพื่อเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมที่สำคัญๆ ตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมาดังแสดงในตารางที่ 1

บทความนี้จะวิเคราะห์ถึงการดำเนินงานของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน ในทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาแนวคิด รูปแบบ และวิธีการที่ใช้ในการรณรงค์
2. เพื่อวิเคราะห์ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรณรงค์จากการใช้กลยุทธ์ในรูปแบบต่างๆ
3. เพื่อวิเคราะห์ถึงแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์ในการรณรงค์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. เพื่อวิเคราะห์ถึงแนวทางในการนำกลยุทธ์ในการรณรงค์ไปปรับใช้ในการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคมในเรื่องอื่นๆ

# ตารางที่ 1 กิจกรรมของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน พ.ศ. 2529-2539

## ปีพ.ศ. กิจกรรม

2529	- จัดการสัมมนาเรื่อง “บุหรี: ภัยเงียบที่กัดกร่อนสังคม”
2530	- เป็นองค์กรร่วมในการจัดวีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จากทุกภาคสู่กรุงเทพฯ
2531	- คัดค้านการสร้างโรงงานยาสูบเพิ่มอันนำมาซึ่งนโยบายของรัฐบาลในการควบคุมการสูบบุหรี่ตามที่เสนอโดยกระทรวงสาธารณสุข - เริ่มรณรงค์ให้เลิกถวายบุหรีแด่พระสงฆ์
2532	- ผลักดันให้ห้ามโฆษณาบุหรีทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นผลสำเร็จ โดยคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคกำหนดให้บุหรีเป็นสินค้าควบคุมฉลากห้ามโฆษณา - เป็นองค์กรนำในการคัดค้านการที่สหรัฐฯ บีบให้ไทยเปิดตลาดบุหรี
2533	- จัดสัมมนาเรื่องอันตรายของบุหรีต่อผู้ไม่สูบบุหรี่และสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ - ผลักดันให้ กรม. รับหลักการพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการก่อตั้งสถาบันควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อแลกเปลี่ยนกับการที่รัฐบาลยอมให้มีการเปิดตลาดบุหรีเสรี
2534	- เชิญชวนบุคคลในวงการบันเทิงเข้าร่วมขบวนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ - เริ่มโครงการสำนักงานปลอดบุหรี และโครงการเยาวชนปลอดสะอาด
2535	- ประสานงานกับองค์กรต่างๆ ในการผลักดัน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ผ่านสภาฯ ออกมาเป็นกฎหมายจนสำเร็จ - เริ่มโครงการเด็กคือดวงใจ เพื่อรณรงค์ให้ผู้ใหญ่งดสูบบุหรี่เพื่อเด็ก
2536	- เริ่มโครงการ Quitline เพื่อให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์
2537	- ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขผลักดันให้รัฐบาลขึ้นภาษีบุหรีจนเป็นผลสำเร็จ - เริ่มโครงการหญิงไทยไม่สูบบุหรี่ และโครงการร้านอาหารปลอดบุหรี
2538	- เริ่มโครงการคนรุ่นใหม่ไม่สนใจบุหรี
2539	- คัดค้านโครงการผลิตบุหรีสำหรับผู้หญิงของโรงงานยาสูบจนสำเร็จ - คณะผู้ร่วมรณรงค์เข้าเฝ้าสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ เพื่อรับพระราชทานโล่ในโอกาสครบรอบสิบปีของการก่อตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ - โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เปลี่ยนเป็นมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

## 2. แนวคิดและยุทธวิธีที่สำคัญ ของการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม

การรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งกฎเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสมของสังคม ไม่ได้เป็นสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นในสังคมยุคปัจจุบัน แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่โบราณกาล ในสมัยกรีกและโรมัน ได้มีการรณรงค์เพื่อปลดปล่อยทาส ในอังกฤษ สมัยปฏิวัติอุตสาหกรรมมีการรณรงค์เพื่อหยุดเลิกการใช้แรงงานเด็ก รณรงค์เพื่อให้ผู้หญิงมีสิทธิออกเสียงเลือกตั้ง หรือแม้กระทั่งการปฏิรูปสังคมของอเมริกาในสมัยศตวรรษที่ 19 เช่น การให้รัฐบาลกลางเข้ามาควบคุมดูแลคุณภาพของอาหารและยา ก็ล้วนเป็นผลมาจากการรณรงค์ทั้งสิ้น

### การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม คืออะไร

การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม คือ การดำเนินงานอย่างเป็นกระบวนการโดยองค์กรใดองค์กรหนึ่ง เพื่อมุ่งที่จะชักจูงให้กลุ่มเป้าหมายยอมรับและปรับเปลี่ยนความคิด ค่านิยมและพฤติกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

### การตลาดทางสังคม: กลยุทธ์หลักของการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม

การตลาดทางสังคม (Social Marketing) เป็นกลยุทธ์ประการหนึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในกระบวนการของการตลาดเพื่อสังคม จะอาศัยทั้งวิธีการที่มีประสิทธิภาพในอดีตและเทคโนโลยีการสื่อสาร รวมถึงทักษะทางการตลาดแนวใหม่ ทั้งนี้ในการดำเนินงานจะต้องมีแผนงานรองรับอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีการออกแบบกิจกรรม ดำเนินงาน และดูแลกำกับโครงการต่างๆ

เป้าหมายของการตลาดทางสังคม คือ การเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดหรือพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อ หักศนคติ ค่านิยม การกระทำ พฤติกรรม หรือ วัสดุอุปกรณ์ที่จับต้องได้ เช่น ความเชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การฉีดวัคซีน การไปออกเสียงเลือกตั้ง หรือการคาดเข็มขัดนิรภัย เป็นต้น

บทบาทของนักการตลาดทางสังคม จะเป็นคนขายทั้งความคิดและวิถีปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น การรณรงค์ด้านโภชนาการ จะไม่แต่เพียงเพื่อให้ผู้บริโภคหรือมีความต้องการอาหารตามหลักโภชนาการ แต่ต้องเปลี่ยนพฤติกรรมการกินของผู้บริโภคด้วย

### **ปัจจัยที่กำหนดความสำเร็จของการรณรงค์**

ในช่วงคริสต์ศตวรรษ 1950 นักสังคมศาสตร์อเมริกันได้เริ่มทำการศึกษาถึงกระบวนการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคมอย่างจริงจังและเป็นระบบ โดย Lazarsfeld และ Merton ได้วิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ทำให้การรณรงค์ประสบผลสำเร็จ พบว่าประกอบด้วย

1. การผูกขาดในการให้ข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรณรงค์ในลักษณะการให้ข้อมูลข่าวสาร จะต้องยึดถือทั้งหมดให้ได้ เพื่อว่าข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ออกไปจะได้เป็นเอกภาพ อย่างไรก็ตาม ในสังคมส่วนใหญ่ การรณรงค์จะเผชิญกับคู่แข่งหรือการรณรงค์ในเรื่องอื่นๆ ซึ่งมาแย่งความสนใจของสังคมไป จึงทำให้ไม่สามารถทำให้ทุกสื่อพูดถึงแต่เรื่องใดเรื่องหนึ่งแต่เพียงเรื่องเดียวได้

2. การสร้างทางเลือก การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยกระบวนการให้ข้อมูลข่าวสารทางสื่อมวลชนจะสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าสาธารณชนเห็นคล้อยตามด้วยหรือไม่ ซึ่งต่างจากการโฆษณาขายสินค้าที่จะเป็นการให้ทางเลือกโดยอยู่บนพื้นฐานของความรู้และพฤติกรรมแบบที่มีอยู่เดิม เช่น ผู้ผลิตยาสีฟันไม่จำเป็นต้องรณรงค์เพื่อให้คนแปรงฟัน แต่

จะรณรงค์ให้คนใช้ยาสีฟันยี่ห้ออื่นๆ ดังนั้น การให้คนทำตามเจตคติเดิมจึงง่ายกว่าการไปเปลี่ยนหรือสร้างใหม่ การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงควรมีการพิจารณาถึงประเด็นนี้ด้วย

3. การมีกระบวนการสนับสนุน การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคมจะได้ผลหากมีทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารทางสื่อมวลชนร่วมกับการสื่อสารแบบตัวต่อตัว ทั้งนี้เพราะการสื่อสารแบบปากต่อปากหรือการพูดคุยในหมู่คนที่มีพื้นฐานทางสังคมเหมือนกัน จะทำให้เขาเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลนั้นได้ดียิ่งขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงมากขึ้น

### 3. แนวคิดและกลวิธีในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

#### จุดเริ่มต้นของการรณรงค์

ที่คณะแพทยศาสตร์ในกรุงวอชิงตัน ช่วงปีค.ศ. 1919 หากมีผู้ป่วยด้วยมะเร็งปอดเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจารย์แพทย์จะเรียกนักศึกษาให้มาดู เพราะนานๆ ครั้งจึงจะพบผู้ป่วยด้วยอาการเช่นนี้ แต่อีก 20 ปีต่อมา แพทย์พบโรคนี้น้อยขึ้น และเป็นที่น่าแปลกใจที่พบว่า 9 ใน 10 คนของผู้ป่วยโรคนี้เป็นผู้ชายและเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ โดยทั้งหมดเริ่มสูบในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มมีการผลิตบุหรี่ด้วยเครื่องจักรออกมาจำหน่าย

ข้อสงสัยของแพทย์ในเรื่องนี้นำไปสู่การวิจัยทางระบาดวิทยาของนักวิชาการ 2 กลุ่ม คือ การวิจัยโดยเออร์เนสต์ ไวน์เดอร์ และอีเอ. แกรแฮม ในสหรัฐอเมริกา กับการวิจัยของริชาร์ด ดอล และออสติน แบริดฟอร์ด ฮิลล์ ในอังกฤษ งานวิจัยทั้ง 2 ชิ้นนี้ได้รับการตีพิมพ์ในปีค.ศ.1950 ในวารสารของสมาคมแพทย์อเมริกัน และในวารสารของสมาคมแพทย์อังกฤษตามลำดับ

การศึกษาของริชาร์ด ดอล เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เป็นการศึกษาที่มีน้ำหนักที่สุด เพราะเมื่อเริ่มการวิจัยเขาไม่ได้ตั้งสมมุติฐานไว้ว่าการสูบบุหรี่ คือ

สาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น แต่เขาคิดว่ามะเร็งปอดเกิดเพิ่มขึ้นจากการจราจรและมลพิษในอากาศ แต่ผลการวิจัยของเขาพบว่าบุหรีเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของมะเร็งปอด

นับแต่นั้นเป็นต้นมา ก็มีการศึกษาอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งต่างก็ตอกย้ำถึงข้อสรุปที่ว่า การสูบบุหรีเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดมะเร็งปอด และองค์กรต่างๆ ได้ชานรับ โดยขยายบทบาท หรือตั้งหน่วยงานใหม่ขึ้นมาเพื่อดำเนินการรณรงค์ควบคุมการสูบบุหรีเป็นการเฉพาะ เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การต่อต้านมะเร็งนานาชาติ สำนักงานยาแพทยใหญ่สหรัฐฯ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งอังกฤษ รวมทั้งองค์กรสุขภาพที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อทำงานเรื่องนี้โดยตรงอีกหลายองค์กรในประเทศต่างๆ ทั่วโลก

## มาตรการในการรณรงค์

เป็นเรื่องที่น่ายินดีว่า มีองค์กรต่างๆ มากมาย ได้ศึกษาและนำเสนอแนวทางต่างๆ เพื่อลดความสูญเสียอันเกิดจากการสูบบุหรี แนวทางเหล่านี้ได้รับการปฏิบัติและพัฒนาจนกลายเป็นแนวทางที่มีการนำไปประยุกต์ใช้ทั่วโลก

สถาบันควบคุมโรคมะเร็งนานาชาติได้เสนอว่าในการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรีนั้น เป้าหมายสำคัญคือการลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นจากโรคอันเนื่องจากการสูบบุหรี โดยการสร้างค่านิยมการไม่สูบบุหรีและการเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี ทั้งนี้มาตรการและกลวิธีที่สำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว คือ

1. การให้ข้อมูลและสร้างความตื่นตัวในพิษภัยของการสูบบุหรี และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี
2. การกำหนดมาตรการทางกฎหมายในเรื่องต่างๆ คือ
  - การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย
  - การพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี
  - การจำกัดการสูบบุหรีในที่สาธารณะ

- การเข้มงวดเรื่องการทำนายบุหรี่ปักแยะวชน

### 3. การใช้มาตรการทางภาษี

สหพันธ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของยุโรปได้เสนอมาตรการในการรณรงค์ไว้ ดังนี้

1. จะต้องมีการพิทักษ์สิทธิของประชาชนในการเลือกที่จะดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ปลอดจากควันบุหรี่
2. มีมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ เช่น การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ
3. มีกฎหมายห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด รวมถึงห้ามการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ โดยบริษัทบุหรี่
4. ห้ามขายบุหรี่แก่เด็กและเยาวชน
5. ให้ข้อมูลแก่ประชาชนทุกระดับถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ รวมทั้งบรรจุเรื่องพิษภัยของการสูบบุหรี่ไว้ในหลักสูตรของชั้นเรียนตั้งแต่ระดับอนุบาลขึ้นไป
6. มีหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ต้องการเลิกบุหรี่อย่างเพียงพอ และมีการกระจายอย่างทั่วถึง
7. มีการจัดสรรเงินจากภาษีบุหรี่จำนวนหนึ่งเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
8. ต้องมีการเพิ่มภาษีบุหรี่เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง
9. ต้องมีการติดตามผลและสำรวจอัตราการสูบบุหรี่เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง
10. สร้างเครือข่ายระหว่างองค์กรต่างๆ ที่ต้องการร่วมรณรงค์

องค์การอนามัยโลกได้รณรงค์ให้ประเทศสมาชิกมีมาตรการอย่างจริงจังในการควบคุมการระบาดของการสูบบุหรี่ ตั้งแต่ปีค.ศ. 1970 เป็นต้นมา นโยบายและมาตรการต่างๆ ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมาตรการสำคัญซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอให้ประเทศต่างๆ ทำการ



ดำเนินงานอย่างจริงจัง คือ

1. การปกป้องเด็กจากการติดบุหรี่ โดยกลยุทธ์สำคัญ คือ การห้ามขายบุหรี่แก่เด็ก
2. การมีมาตรการในการป้องกันอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ เช่น การห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงาน ในที่สาธารณะ
3. การให้ความรู้และสร้างความตื่นตัวถึงพิษภัยจากบุหรี่แก่ประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การมีโครงการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่
5. การพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่อย่างชัดเจน
6. การห้ามโฆษณาบุหรี่
7. การเพิ่มภาษีบุหรี่ เพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่

#### 4. การดำเนินงานของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

##### เป้าหมายในการรณรงค์

จากการวิเคราะห์กิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินงานโดยโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา สามารถจำแนกเป้าหมายในการดำเนินงานได้ดังนี้

1. การรณรงค์สร้างค่านิยมที่ไม่สูบบุหรี่
2. การรณรงค์ให้มีมาตรการทางกฎหมายห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ
3. การรณรงค์ให้มีกฎหมายห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี
4. การรณรงค์ให้มีมาตรการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะและที่ทำงาน
5. การรณรงค์ให้มีการขึ้นภาษีบุหรี่
6. การสกัดกั้นการสูบบุหรี่ในหมู่ผู้หญิงและเยาวชน

7. การสร้างเครือข่ายและความร่วมมือของสังคมในการรณรงค์
8. การช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบ

## **กลยุทธ์ในการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาสูบบุหรี**

กลยุทธ์หลักของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี คือ

1. การรณรงค์โดยให้ข้อมูลข่าวสาร (Public Education) เป็นกลยุทธ์หลักในการรณรงค์ เนื่องจากเป็นกลไกสำคัญในการกระจายข้อมูลข่าวสารไปถึงประชาชน สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ

- 1.1 การให้ข้อมูลทางสื่อสารมวลชน (Mass Communication)
- 1.2 การให้ข้อมูลแบบเจาะเฉพาะกลุ่ม (Selective Communication)
- 1.3 การให้ข้อมูลรายบุคคล (Personal Communication)

2. การชักชวนกลุ่มหรือบุคคลซึ่งมีอิทธิพลในสังคม (Mobilizing Influence Groups) ให้เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการรณรงค์ เช่น นักร้อง นักแสดง นางสาวไทย นักการเมือง คอลัมนิสต์ และที่มีบทบาทสำคัญมากคือ ผู้ป่วยจากการสูบบุหรี

3. การสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมรณรงค์ (Public Participation) โดยผ่านทางกิจกรรมต่างๆ เช่น การประกวดคำขวัญ ประกวดวาดภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจัดขึ้นเป็นระยะ

4. การอาศัยมาตรการทางกฎหมายและกระบวนการทางการเมือง (Political and Legal Action) โดยการผลักดันให้รัฐบาลและรัฐสภาผ่านร่างกฎหมายออกมา 2 ฉบับ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการจัดระเบียบของสังคมในเรื่องการสูบบุหรี และได้อาศัยกระบวนการทางการเมือง ในการผลักดันให้รัฐขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรีจนเป็นผลสำเร็จ ซึ่งเป็นมาตรการที่สำคัญในการลดอัตราการสูบบุหรีในหมู่เยาวชน

5. การใช้กระบวนการด้านการตลาดทางสังคม (Social Marketing)

ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยมีการกำหนดเป้าหมายเฉพาะ กำหนดประเด็นที่ชัดเจน และจัดทำสื่อเพื่อการกระจายสื่อให้สอดคล้องกับประเด็นและกลุ่มเป้าหมาย

6. การสร้างค่านิยมที่ไม่สูบบุหรี่โดยผสมผสานเข้าไปในระบบการเรียนการสอนของโรงเรียน (Comprehensive School Program) โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่วัยอนุบาล เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันแก่เด็กตั้งแต่เยาว์วัย และบ่มเพาะค่านิยมที่ไม่สูบบุหรี่

## ตารางที่ 2 กลุ่มเป้าหมายและกิจกรรมของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน

กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่/ช่องทาง/องค์กร	กิจกรรม
1. เด็กเล็ก	รร.อนุบาล	โครงการเด็กคือดวงใจ
เด็กโต	รร.ประถมศึกษา	โครงการ Smoke Buster Caravan
2. วัยรุ่น	สื่อมวลชน	โครงการคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่
	รร.มัธยม	โครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่
	ร้านค้า	โครงการรณรงค์ไม่ขายบุหรี่แก่เด็ก
3. ผู้สูบบุหรี่	สำนักงาน/บ้าน	โครงการ Quitline
	สื่อมวลชน	โครงการสำนักงานปลอดบุหรี่
4. ผู้ไม่สูบบุหรี่	สำนักงาน	โครงการสำนักงานปลอดบุหรี่
	ที่สาธารณะ	โครงการร้านอาหารปลอดบุหรี่
5. ผู้หญิง	สื่อมวลชน	โครงการหญิงไทยไม่สูบบุหรี่
6. พระ/พุทธศาสนิกชน	วัด	โครงการวัดปลอดบุหรี่

## ผลจากรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

จริงอยู่ผลกระทบของการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของประเทศไทยเป็นผลงานจากการที่ทุกฝ่ายได้ร่วมกันดำเนินงาน แต่ปฏิเสธไม่ได้ว่าในช่วงสิบปีที่ผ่านมา โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นหน่วยงานหลักในการ

ก่อกระแส และประสานงานการดำเนินงาน ซึ่งส่งผลในภาพรวมดังนี้

### 1. สถิติการสูบบุหรี่ลดลง

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของ  
คนไทยลดลง ทั้งนี้จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของประชากร  
(ดูตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3 จำนวนประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ จำแนกตามเพศ**

	2529	2531	2534	2536	2539
จำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด (ล้านคน)	10.38	10.10	11.40	10.40	11.25
คิดเป็นร้อยละของประชากร	26.4	25.0	26.3	22.8	23.4
จำนวนผู้สูบบุหรี่เพศชาย (ล้านคน)	9.58	9.40	10.56	9.84	10.64
ร้อยละในเพศชาย	48.8	46.7	48.9	43.2	44.6
จำนวนผู้สูบบุหรี่เพศหญิง (ล้านคน)	0.80	0.70	0.84	0.57	0.61
ร้อยละในเพศหญิง	4.1	3.5	3.8	2.5	2.5

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

### 2. ผลในระดับนโยบาย

รัฐบาลระงับแผนการสร้างโรงงานยาสูบเพิ่ม และมีมติให้กระทรวง  
สาธารณสุข กำหนดแผนการควบคุมสูบบุหรี่ระดับชาติในปีพ.ศ. 2531 นำ  
มาซึ่งการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติในปีพ.ศ.  
2532 การก่อตั้งหน่วยงานสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบขึ้นในกระทรวง  
สาธารณสุขในปีพ.ศ. 2534 การผ่านพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ  
พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535  
และการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ในปีพ.ศ. 2536

### 3. การเปลี่ยนแปลงของค่านิยมของการสูบบุหรี่

ปัจจุบันจะพบว่า การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม  
อีกต่อไป มีการจัดเขตปลอดบุหรี่ในที่สาธารณะและในสำนักงานส่วนใหญ่

สื่อมวลชนต่างๆ เสนอข่าวเกี่ยวกับบุหรีและสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช หรือในนามปากกาว่า “จุก กั้นซอย” ได้ให้ทัศนะไว้ในคอลัมน์ซอยสวนพลู ในหนังสือพิมพ์สยามรัฐ ฉบับวันจันทร์ที่ 30 เมษายน 2533 ถึงกระแสค่านิยมที่เปลี่ยนไปว่า

“.....ผลของการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรีที่ผมออกจะประทับใจมากนั้น ก็คือการงดเว้นการสูบบุหรีเองโดยไม่มีใครห้าม คล้ายๆ ว่าเกิดเป็นกฎของสังคมใหม่ขึ้นมาที่ไม่นิยมการสูบบุหรี และไม่นิยมคนสูบบุหรี

“แต่ก่อนแต่ไรมา ในงานสังคมต่างๆ เช่น งานรับรอง หรืองานอื่นๆ แม้แต่งานศพ ก็จะมีการสูบบุหรีทั้งนั้น แต่ก่อนนั้นเจ้าภาพต้องจัดหาหมากพลูบุหรีใส่พานมาตั้งเลี้ยงแขกไว้ด้วยแม่แต่ของถวายพระเป็นเครื่องไทยธรรมก็มีบุหรีถวายติดไปด้วยรวมไปกับหมากพลู ซึ่งเดี๋ยวนี้พระท่านเลิกฉันหมากเด็ดขาด และไม่สูบบุหรี เพราะท่านถือเป็นการผิดวิสัยสมณะ

“เริ่มที่พระแล้ว คนก็เริ่มเลิกติดบุหรี การงานต่างๆ ไม่มีการเอาบุหรีมาตั้งให้แขกสูบ และที่สำคัญที่สุดคือ ทุกวันนี้ ในงานสังคมไม่ว่าจะงานใดแขกที่ไปในงานนี้ ก็ไม่มีใครที่จะควักบุหรีของตัวเองออกมาสูบ ดูคล้ายๆ กับการสูบบุหรีนั้น เป็นสิ่งที่สังคมรังเกียจ หรือไม่ควรทำต่อหน้าผู้คนจำนวนมาก.....”

## **ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรีประสบความสำเร็จ**

1. การสร้างเครือข่ายการรณรงค์กับวงการต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่สื่อมวลชน ศิลปิน วงการกีฬา องค์กรสตรี สมาคมวิชาชีพทางสาธารณสุข ตลอดจนบริษัทห้างร้านต่างๆ โดยเน้นการประสานงานและการสร้างเครือข่ายกับบุคคลต่างๆ ซึ่งทำให้การรณรงค์ขยายไปสู่ประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ที่สำคัญมีการสร้างเสริมให้เกิดความภูมิใจและความปิติในหมู่ผู้มีส่วนร่วมในการรณรงค์ ซึ่งทำให้เครือข่ายการรณรงค์ขยายไป

กว้างขวางยิ่งขึ้น

2. การที่สามารถชี้ให้เห็นว่าการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่มิใช่เป็นหน้าที่ของวงการแพทย์และสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว แต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกฝ่าย

3. การใช้กลยุทธ์ด้านบวก (positive approach) ในการนำเสนอและแก้ไขปัญหา ซึ่งทำให้การรณรงค์ได้รับการยอมรับทั้งจากผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ โครงการรณรงค์ฯ ได้รับความร่วมมือจากผู้สูบบุหรี่หลายต่อหลายท่านในการร่วมกิจกรรมต่างๆ

4. ข้อมูลที่เชื่อถือได้ มีความถูกต้อง ชัดเจน และมีการนำเสนอในมิติที่เกี่ยวข้องกับผู้รับข้อมูล มิใช่เฉพาะด้านการแพทย์ แต่นำเสนอด้านสังคมและวัฒนธรรมด้วย

5. คณะทำงานประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้จากสาขาต่างๆ ทั้งด้านการแพทย์ สื่อมวลชน สังคมศาสตร์ และสาขาอื่นๆ

6. มีแผนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีการกำหนดกิจกรรมอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

7. มีเงินทุนจำนวนหนึ่ง แม้จะไม่มาก แต่ประเด็นสำคัญคือ ต้องมีความคล่องตัวในการใช้งาน

8. กระบวนการดำเนินงานมีความครอบคลุมในทุกระดับทั้งระดับการกำหนดนโยบาย ระดับหน่วยย่อยของชุมชน และระดับปัจเจกชน

9. การติดตามกระแสการรณรงค์ในเรื่องนี้ในระดับโลกโดยนำมาดัดแปลงและขยายผลให้เข้ากับสถานการณ์ในประเทศไทย มีผลอย่างมากในการทำให้การรณรงค์ก้าวไปข้างหน้าอย่างรวดเร็ว

10. การที่สามารถ “แปลงวิกฤตเป็นโอกาส” โดยอาศัยกรณีที่รัฐบาลสหรัฐฯ ใช้กฎหมายการค้ามาตรา 301 บีบบังคับให้ไทยเปิดให้มีการนำเข้าบุหรี่อย่างเสรี โดยขบวนการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ใช้เรื่องนี้สร้างความตื่นตัวของพิษภัยจากการสูบบุหรี่ภายในสังคมไทย รวมทั้งชี้ให้เห็นความจำเป็นที่

ประเทศไทยจะต้องมีมาตรการที่จะลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน อันเป็นผลจากการเปิดให้มีการค้าหรืออย่างเสรี จนสามารถสร้างกระแสสังคมใ้มน้ำวให้รัฐบาลกำหนดมาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ที่สำคัญๆ หลายมาตรการเป็นผลสำเร็จ

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ยังมีอุปสรรคที่สำคัญ คือ

1. การขาดงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ ทำให้การรณรงค์ไม่สามารถทำได้ครบทุกกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ รวมทั้งไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ได้กว้างขวางเพียงพอ

2. เนื่องจากกลยุทธ์หลักของการรณรงค์ คือการให้ข้อมูลข่าวสารทางสื่อมวลชน แต่จากการที่สังคมปัจจุบันมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย ทำให้ประเด็นปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประเด็นสำคัญของสื่อสารมวลชน เฉพาะช่วงวันงดสูบบุหรี่โลกเป็นหลัก ในขณะที่ในช่วงอื่นๆ ผู้รณรงค์ต้องใช้ความพยายามอย่างยิ่งในการทำให้การรณรงค์เรื่องบุหรี่เป็นข่าวสำคัญ

3. แม้รัฐบาลไทยจะออกกฎหมายที่มีคุณภาพในการควบคุมอัตราการบริโภคยาสูบมา 2 ฉบับ แต่รัฐบาลก็ยังให้ความสำคัญในปัญหานี้น้อย และกฎหมายทั้ง 2 ฉบับ ยังมิได้มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง ทำให้เกิดประสิทธิผลในการรณรงค์น้อยกว่าที่ควรจะเป็น

4. เนื่องจากนิโคติน เป็นสารที่มีฤทธิ์ในการเสพติดสูงมาก จึงทำให้พฤติกรรมการสูบบุหรี่มิใช่เป็นเพียงพฤติกรรมอันเกิดจากค่านิยมและความเคยชิน แต่เป็นพฤติกรรมทางกายภาพอันเกิดจากการติดนิโคตินด้วย (Physical and phamacological dependence) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่จึงมีความยากลำบากมากขึ้น

5. อุตสาหกรรมบุหรี่เป็นธุรกิจที่ให้ผลกำไรสูงมาก ผู้ผลิตจึงพยายามที่จะรักษาลูกค้าของตนไว้ รวมทั้งการหาลูกค้าเพิ่มเติม ทำให้ผู้ผลิต

พยายามคัดค้านมาตรการต่างๆ ที่จะทำให้คนสูบบุหรี่น้อยลง โดยการทุ่มเงินอย่างมหาศาลเพื่อการนี้

## ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาประสิทธิภาพการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

### ข้อเสนอต่อภาครัฐ

#### 1. รัฐบาลต้องมีความจริงใจและจริงจัง

ความสนใจในการควบคุมการสูบบุหรี่แตกต่างกันในแต่ละรัฐบาล แม้ในรัฐบาลที่แสดงความสนใจก็ไม่ได้มีการดำเนินการอย่างจริงจัง

#### 2. รัฐบาลพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร

ข้อจำกัดประการหนึ่งขององค์กรที่ดำเนินการรณรงค์ที่เป็นอยู่คือขาดข้อมูลที่จำเป็นต่อการรณรงค์ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยกลุ่มต่างๆ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรณรงค์ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ข้อมูลเหล่านี้เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการประเมินสถานการณ์เพื่อวางนโยบายและกำหนดกลยุทธ์ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงจะต้องพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องบุหรี่ โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงหรืออาจจะประสานงาน และสนับสนุนองค์กรอื่นๆ ให้ดำเนินงานเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเหล่านี้

#### 3. มีการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ในการดำเนินงาน

ในอังกฤษ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา แคนาดา และอีกหลายประเทศ รัฐบาล ธุรกิจเอกชน และมูลนิธิต่างๆ ได้ให้เงินอุดหนุนแก่หน่วยงานของรัฐและองค์กรเอกชนที่ดำเนินการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กระทรวงสาธารณสุขของออสเตรเลียตะวันตกเพียงรัฐเดียว ได้รับเงินอุดหนุนในเรื่องนี้เป็นจำนวนมากถึงปีละ 500 ล้านบาท (4% ของภาษีที่เก็บจากการค้าบุหรี่) ทำให้สามารถว่าจ้างบริษัทโฆษณาเอกชนซึ่งมีความเชี่ยวชาญให้



ผลิตและกระจายสื่อเพื่อการรณรงค์อย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพ งานค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับบุหรีและสุขภาพก็ปรากฏออกมาเป็นจำนวนมาก ด้วยเงินทุนเหล่านี้ สำหรับประเทศไทยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณสำหรับ กิจกรรมควบคุมการสูบบุหรีให้แก่กระทรวงสาธารณสุขเพียงปีละสิบกว่า ล้านบาท ซึ่งไม่เพียงพอต่อการที่จะพัฒนากลยุทธ์การรณรงค์

รัฐซึ่งได้รับผลประโยชน์มหาศาลจากอุตสาหกรรมบุหรี (ปีละเกือบ สามหมื่นล้านบาท) สมควรอย่างยิ่งที่จะต้องผันงบประมาณจำนวนหนึ่งมา สนับสนุนการรณรงค์ ทั้งในส่วนที่ดำเนินการโดยรัฐและโดยองค์กรเอกชน เนื่องจากบทบาทขององค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการรณรงค์เพื่อการ ไม่สูบบุหรียังมีไม่มากเท่าที่ควร สาเหตุหลักอยู่ที่การขาดงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินการ

#### 4. รัฐควรกระตุ้นให้หน่วยงานราชการตื่นตัว

นอกจากการสนับสนุนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขให้ จริงจังกว่าที่ผ่านมาแล้ว รัฐบาลควรจะสนับสนุนให้หน่วยงานอื่นๆ มีความ ตื่นตัวและมีบทบาทในเรื่องนี้ด้วย เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง มหาดไทย กระทรวงการคลัง และหน่วยงานอื่นๆ เพราะการแก้ปัญหาการ สูบบุหรีจำเป็นที่จะต้องประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วย งานนอกกระทรวงสาธารณสุขด้วย

#### 5. ต้องมีการดูแลการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง

ขณะนี้ประเทศไทยมีกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี 2 ฉบับ แต่ปัญหาคือการ ขาดแคลนเจ้าหน้าที่และความหย่อนยานของเจ้าพนักงานตำรวจในการ บังคับใช้กฎหมาย การเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ให้สังคมได้ทราบถึงรายละเอียดของกฎหมายนี้ยังไม่เพียงพอ และอุตสาหกรรมบุหรียังมีความ พยายามอย่างไม่มีที่สิ้นสุดที่จะหลบเลี่ยงกฎหมาย ดังนั้นรัฐจะต้องมีการ ดำเนินงานเรื่องนี้อย่างจริงจังและเป็นระบบ

## ข้อเสนอต่อขบวนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

1. ควรขยายเครือข่ายการรณรงค์ทั้งในเชิงลึกและเชิงกว้างให้มากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้เพื่อให้การรณรงค์ครอบคลุมประชากรกลุ่มต่างๆ มากขึ้น และส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

2. ควรมีการพัฒนาช่องทางในการให้ข้อมูลข่าวสารทางสื่อมวลชน เพื่อให้มีความเป็นกระแสหลักอย่างสม่ำเสมอ และพัฒนารูปแบบให้มี สีสันและหลากหลาย มิเช่นนั้นจะทำให้การรณรงค์ลดถอยความสำคัญลง ได้ในอนาคต

ปัจจุบันเป็นยุคที่ข้อมูลข่าวสารต่างๆ พัฒนาไปเร็วมาก ประชาชนผู้ บริโภคคือเป้าหมายสำคัญของธุรกิจการค้าต่างๆ แม้ประเทศไทยไม่ อนุญาตให้มีการโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่แต่ด้วยค่านิยมดั้งเดิมต่างๆ ที่ยังดำรงอยู่ จึงยังปรากฏมีภาพหรือเรื่องราวเชิญชวนให้มีการสูบบุหรี่โดย อ้อมผ่านทางสื่อมวลชนต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ ละคร ดารา นักร้อง

ดังนั้นสื่อของการรณรงค์ควรจะต้องดึงดูดใจ และที่สำคัญต้องทันกับ สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม

3. เน้นการคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยขยายบทบาทเด็กและ ผู้หญิงให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์

จากสถิติอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนไทยที่พบว่าผู้ชายวัยกลางคน คือ อายุระหว่าง 30-60 ปี สูบบุหรี่มากที่สุด ผู้ที่อยู่ในวัยนี้ส่วนใหญ่มี ครอบครัวแล้ว ผู้ที่จะมีบทบาทมากที่สุดใน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเขา คือครอบครัวและสถานที่ทำงาน ดังนั้นหากขบวนการรณรงค์สามารถสร้างความตื่นตัวในหมู่เด็กและสตรีขึ้นมาให้พิทักษ์และปกป้องสิทธิของตนเอง ในการได้รับอากาศบริสุทธิ์ และรณรงค์ให้สำนักงานต่างๆ ประกาศเป็นเขต ปลอดบุหรี่ ก็จะสามารถเป็นแรงกระตุ้นให้มีการลด ละ เลิก บุหรี่ ในหมู่ผู้ ชายไทยได้มาก

## ข้อเสนอแนะต่อการนำกลยุทธ์การรณรงค์ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคมอื่นๆ

1. การเมืองีองค์กรที่ดูแลรับผิดชอบและดำเนินงานรณรงค์ในเรื่องหนึ่งเรื่องใดเป็นการเฉพาะอย่างจริงจังและต่อเนื่อง มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์ความรู้และกลวิธีการดำเนินงานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม

2. รัฐต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงานขององค์กรที่กล่าวแล้ว ทั้งองค์กรของภาครัฐและเอกชน

3. กระบวนการดำเนินงานและการบริหารงานการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องมีความคล่องตัว ว่องไว ทันสถานการณ์ ไม่ติดกับระบบระเบียบที่ยุ่งยากหรือซับซ้อน

4. วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการรณรงค์ต้องมีความโปร่งใส ปลอดภัยจากการแทรกแซงทางการเมือง หรือไม่ตกเป็นช่องทางในการแสวงหาประโยชน์ขององค์กรหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

5. ในการทำงานต้องให้ความสำคัญและมีความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะต้องมีความทันสมัยและทันสถานการณ์ และควรมีการวิจัยในเรื่องนั้นเป็นการเฉพาะอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความรอบรู้อย่างถ่องแท้ และทันกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น

6. ต้องให้ความสำคัญต่อกระบวนการใช้สื่อ และให้ความสำคัญต่อความละเอียดอ่อนของข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ออกไป

7. การมีผู้นำทางความคิดในการรณรงค์แต่ละเรื่อง นับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้การรณรงค์สัมฤทธิ์ผล

8. รัฐต้องสนับสนุนให้มีมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นกลไกทางสังคมในการควบคุมพฤติกรรมต่างๆ

9. รัฐควรร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนในการดำเนินงานรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องต่างๆ เพราะในบางบทบาทรัฐมีข้อจำกัดในการ

ดำเนินงาน ขณะที่องค์กรพัฒนาเอกชนเองก็ไม่สามารถทำงานที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้กว้างขวางเท่าภาครัฐ

## เอกสารอ้างอิง

1. นายศรี สุพรศิลป์ชัย. 2540. พฤติกรรมสังคมกับผลกระทบต่อสุขภาพ . สารคดีราช 49: 166-77.
2. ประกิจ วาที่สาธกกิจ. กลยุทธ์ในการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม : ศึกษาเฉพาะกรณีการดำเนินงานของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่มูลนิธิหมอชาวบ้าน. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักรรุ่นที่ 39 พ.ศ. 2539-2540.
3. ประกิจ วาที่สาธกกิจ. 2539. การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทย. สารคดีราช 48: 119-152 (Supplement).
4. มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช. 2539. คอลัมน์ชอยสว่นพลู. สยามรัฐ. 30 เมษายน . หน้า 5
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2529, 2531, 2534, 2536, 2539.
6. Doll, R.; Hill, A.B. 1952. Smoking and Carcinoma of the Lung. British Medical Journal 2: 1271-2.
7. Galbally, R. 1994. Setting Up a Health Promotion Foundation. Copenhagen: WHO.
8. International Union Against Cancer. 1980. Guideline for Smoking Control. Geneva: International Union Against Cancer, p.14-15.
9. Kotler, P.; Roberto, L. 1989. Social Marketing. New York: The Free Press, p.6.
10. Murray, J.L.; Lopez, A.D. 1996. The Global Burden of Disease.

Geneva: WHO.

11. Raw, M.; White, P. and McNeil, A. 1990. Clearing the Air. London: World Health Organization, p. 6-7.
12. Vatanasapt, W.; Martin, N.; Sriplung, H.; et al. 1991. Cancer in Thailand. IARC Technical Report, No. 16 Lyon, France : International Agency for Research on Cancer.
13. World Health Organization. Tobacco Alert: World No Tobacco Day 1996.

## ตัวอย่างกิจกรรมและวิธีการดำเนินงาน

### โครงการเด็กคือดวงใจ

#### กลยุทธ์

1. การรณรงค์โดยให้ข้อมูลข่าวสาร 2. การชักชวนกลุ่มหรือบุคคลที่มีอิทธิพลในสังคม 3. การมีส่วนร่วมของสังคม 4. การสร้างเครือข่าย

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อรณรงค์ให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักถึงพิษภัยของควันบุหรี่ที่มีต่อเด็กและงดสูบบุหรี่ในทุกๆ ที่ที่มีเด็กอยู่
2. เพื่อรณรงค์ให้แต่ละครอบครัวมีความตื่นตัวในการทำให้บ้านเป็นเขตปลอดบุหรี่
3. เพื่อให้เด็กได้แสดงความห่วงใย และให้กำลังใจแก่บุคคลอันเป็นที่รักให้เลิกสูบบุหรี่

#### กลุ่มเป้าหมาย

1. นักเรียนระดับอนุบาล และประถมศึกษา 2. ประชาชนทั่วไป

#### ช่วงเวลาดำเนินงาน

ตุลาคม 2538 - ธันวาคม 2539

#### งบประมาณ

700,000 บาท

#### กิจกรรม

1. การเขียนบัตรอวยพร “ด้วยความรักและความห่วงใย” ประสานงานกับโรงเรียนระดับประถมศึกษาในเขตกรุงเทพฯ โดยเชิญชวนให้นักเรียนเขียนบัตรอวยพรเพื่อให้กำลังใจแก่บุคคลที่ตนรักและอยากให้เลิกสูบบุหรี่ โดยทางโครงการฯ จัดเตรียมบัตรให้

จากนั้นนำบัตรอวยพรที่นักเรียนส่งเข้ามา ร้อยใส่เชือกและให้นักเรียนร่วมกันถือเดินรณรงค์ในวันเด็กแห่งชาติ (13 ม.ค. 2539) บริเวณหน้ากองทัพอากาศที่ 1 ถึงแยกพิษณุโลก เพื่อแสดงถึงพลังแห่งความรักและความห่วงใยของเด็กๆ ที่มีต่อบุคคลที่ตนเองรัก โดยมีแม่ทัพอากาศที่ 1 เป็นประธานฯ และมีนักแสดงจำนวนมากเข้าร่วมงาน

หลังจากนั้น ได้คัดเลือกบัตรอวยพรดีเด่นจำนวน 100 แผ่นเพื่อมอบรางวัลและนำไปแสดงในงาน “วันครอบครัวปลอดบุหรี่”

## 2. กิจกรรม “วันครอบครัวปลอดบุหรี่”

จัดที่ศูนย์การค้าเซ็นทรัลพลาซ่า ลาดพร้าว วันที่ 2-3 มีนาคม 2539 เพื่อให้ความรู้และสร้างแก่ประชาชนเรื่องอันตรายของควันบุหรี่ต่อเด็กในงานประกอบด้วยกิจกรรมการแสดงของนักเรียน, นิทรรศการ “เลิกสูบบุหรี่เพื่อตัวคุณเองและคนที่คุณรัก”, เผยแพร่สื่อรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, บริการตรวจสมรรถภาพปอดและให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่

## 3. กิจกรรม “เลิกบุหรี่ได้โชค ไปเที่ยวสมุย”

มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้พยายามเลิกบุหรี่และแบ่งปันประสบการณ์การเลิกบุหรี่ โดยจัดแถลงข่าวเชิญชวนให้ผู้ที่เลิกบุหรี่ได้เขียนประสบการณ์ความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ และคัดเลือกผลงานที่น่าสนใจ, น่าประทับใจ มามอบรางวัลตัวเครื่องบินไปเที่ยวเกาะสมุยพร้อมที่พักและอาหาร รสม 5 รางวัล

## 4. ผลิตสื่อรณรงค์

โดยจัดทำหนังสือคู่มือเลิกบุหรี่ด้วยตัวเอง และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ เช่น โปสเตอร์, แผ่นพับ รวมทั้งสื่ออื่น เช่น เทปเพลง, ภาพยนต์โฆษณาทางโทรทัศน์, สื่อ, ลูกโป่ง

## 5. กิจกรรม “เด็กคือดวงใจ”

มุ่งให้เด็กได้มีส่วนร่วมในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และสนับสนุนให้โรงเรียน ได้จัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยจัดประกวดระบายสีในโรงเรียนระดับอนุบาล และประกวดเขียนคำขวัญในระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้นเรียกร้องให้พ่อเลิกสูบบุหรี่เนื่องในวันพ่อแห่งชาติ (5 ธ.ค.)

นอกจากนี้ยังจัดกิจกรรม “โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่” โดยมูลนิธิรณรงค์ฯ ได้จัดส่งสติ๊กเกอร์เขตปลอดบุหรี่ให้ตามจำนวนที่โรงเรียนขอ เพื่อติดตามห้อง หรือบริเวณที่ต้องการจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่

## **การเคลื่อนไหวคัดค้านการผลิตบุหรี่สำหรับผู้หญิง**

### **กลยุทธ์**

1. สร้างเครือข่าย 2. ให้ข้อมูลสื่อสารมวลชน 3. ผลักดันทางการเมือง

### **ความเป็นมา**

เนื่องจากโรงงานยาสูบแถลงข่าวเมื่อเดือนมิถุนายน 2539ว่าจะผลิตบุหรี่สำหรับผู้หญิงออกจำหน่าย ซึ่งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ถือว่าเป็นเรื่องที่ต้องเคลื่อนไหวคัดค้านอย่างถึงที่สุด เพราะการสูบบุหรี่ของผู้หญิงมีเพียงแต่เป็นอันตรายต่อตัวเองเท่านั้น หากยังเป็นอันตรายต่อลูกและทารกในครรภ์อีกด้วย นอกจากนั้นสังคมไทยมีอัตราการสูบบุหรี่ในหมู่ผู้หญิงต่ำมาก คือเพียงร้อยละ 2-4 เท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงไทยโดยส่วนใหญ่ไม่นิยมการสูบบุหรี่ จึงไม่ควรให้มีการผลิตบุหรี่สำหรับผู้หญิงตามแนวทางการตลาดเพียงเพื่อเพิ่มยอดจำหน่ายเท่านั้น



## กิจกรรม

โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้ส่งข่าวถึงสื่อมวลชนเรียกห้องให้โรงงานยาสูบยกเลิกนโยบายดังกล่าว พร้อมทั้งทำจดหมายถึง สส.หญิง ผู้ที่มีชื่อเสียงในสังคม แนวร่วมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และองค์กรที่ทำงานด้านสตรีให้ร่วมกันคัดค้านการผลิตบุหรี่สำหรับผู้หญิง หลังจากนั้นได้จัดเสวนาสื่อมวลชนเรื่อง “บุหรืกับผู้หญิง” เพื่อนำเสนอข้อมูล และระดมความคิดเห็นในการร่วมกันปกป้องหญิงไทยจากการเสพติดบุหรี่ โดยมีนักการเมือง แพทย์ นักวิชาการ สื่อมวลชน นักแสดง และองค์กรต่างๆ เข้าร่วม

## ผลการดำเนินงาน

เกิดเป็นพลังของสื่อมวลชนและองค์กรต่างๆ รวมทั้ง สส.หญิง และนักแสดง ร่วมคัดค้านนโยบายดังกล่าวอย่างกว้างขวาง จนในที่สุดกระทรวงการคลังและโรงงานยาสูบได้แถลงในเดือนกันยายน ปีเดียวกันว่า โรงงานยาสูบได้ยกเลิกนโยบายที่จะผลิตบุหรี่ผู้หญิงแล้ว