

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในอดีตจะพบว่าลักษณะโครงสร้างองค์กรไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล กระบวนการขั้นตอนในการทำงาน ตลอดจนลักษณะองค์กรและการจัดการ มักมีสายการบังคับบัญชาหลายช่วงชั้น บุคลากรสามารถทำงานได้เฉพาะในหน้าที่การงานของตน หน่วยงานในแต่ละองค์กรให้ความสำคัญเฉพาะหน่วยงานตนเอง โดยขาดความเชื่อมโยงกับ หน่วยงานอื่นในการประสานงานมีลักษณะการทำงานแบบตัวใครตัวมันไม่เกี่ยวข้องกัน แต่ในปัจจุบันมีแนวโน้มลักษณะตรงกันข้าม จากแนวคิดการบริหารองค์กรแบบจิวแต่แจ้ว (Small is Beautiful) คือการมุ่งเน้นประสิทธิภาพคุณภาพมากกว่าปริมาณ และการใช้คนให้สามารถทำ หน้าที่ได้หลายๆ อย่างโดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการทำงาน รวมทั้งการ ทำงานแบบองค์รวม (Holistic) ที่มีความเชื่อมโยงกันในลักษณะของสหวิชาชีพ (Multi Disciplinary) โดยเน้นการทำงานเป็นทีม (Team Work) ตลอดจนกระบวนการทำงานที่สั้นลง แต่มี ประสิทธิภาพเน้น "คุณภาพ" เป็นแนวทาง (Mean) ในการปฏิบัติงานโดยยึดหลักผู้ใช้บริการเป็น ศูนย์กลาง ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการและ ยังผลให้การปฏิบัติงานบรรลุประสงค์ที่ตั้งไว้ เนื่องจาก "เรื่องคุณภาพไม่ใช่ทางเลือกที่จะมีก็ได้ หรือไม่มีก็ได้อีกต่อไปแล้ว ดังนั้น นับจากนี้ต่อไปการสร้างคุณภาพการให้บริการเป็นสิ่งสำคัญ จะ เป็นถนนสายเดียวเท่านั้นที่เราทุกคนจะต้องเดินกันไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ถ้าต้องการอยู่รอด" (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2541, น. 1, อ้างถึงใน จิรวาส ฉัตรไชยสิทธิกุล, 2543, น. 1) การปรับตัวของ องค์กรเพื่อความอยู่รอดและเตรียมความพร้อมสำหรับอนาคตก็คือการปรับเปลี่ยนระบบบริหาร จัดการ ระบบบริการ โดยมุ่งเน้นความมี "คุณภาพ" เพราะ "คุณภาพ" จะช่วยให้เกิดการลด ค่าใช้จ่ายจากความซ้ำซ้อนของงาน "คุณภาพ" จะช่วยให้ลดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง "คุณภาพ" จะช่วยให้การบริการขององค์กรดีขึ้น

การทำให้ "คุณภาพบริการ" เกิดขึ้นและมีอยู่อย่างต่อเนื่องได้ ก็ต่อเมื่อผู้ให้บริการมี การพัฒนาคุณภาพบริการ ให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการและสร้างความพึงพอใจ กับบริการที่ได้รับ โดยการบริหารงานขององค์กรที่ให้บริการต้องมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย ปลูกฝังให้เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีจิตสำนึกในการทำงานกันเป็นทีมโดยมีจุดมุ่งหมายร่วมกันที่จะ

สร้างความพอใจให้ลูกค้า (Customer Satisfaction) ตลอดจนกระบวนการให้บริการต้องมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้บริการต้องศึกษาและฝึกอบรมหาความรู้อย่างเพียงพอ ซึ่งการเรียนรู้จะเป็นพื้นฐานสำคัญของการปรับปรุงคุณภาพบริการให้ดีขึ้น (วิฑูรย์ สิมะโชคดี, 2541, น. 9-11) ดังนั้น การสร้างคุณภาพการให้บริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้องค์กรอยู่รอดภายใต้สภาวะการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีเช่นทุกวันนี้ คุณภาพบริการจะก่อให้เกิดประสิทธิผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของการบริหารจัดการและการบริการที่ยึดกระบวนการทำงานที่ถูกต้องมาแต่ต้นจนถึงตอนสุดท้ายและมีความถูกต้องทุกครั้ง ช่วยลดความผิดพลาดและความสูญเสียให้น้อยที่สุดหรือไม่มีความผิดพลาดเลย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในองค์กร และสมาชิกในองค์กรได้รับผลจากการพัฒนา และมีการปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และการบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถเป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการ แม้กระทั่งหน่วยงานที่ให้บริการสาธารณะแก่ประชาชนทั่วไป ยังต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการอีกด้วย

สำหรับงานสวัสดิการสังคม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อคนในสังคม โดยเฉพาะในเรื่องของ “บริการ” เพื่อให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ดีและมีหลักประกันในชีวิต ดังนั้น “คุณภาพ” จึงมีความสำคัญสำหรับงานสวัสดิการสังคมเป็นอย่างยิ่ง ส่วนหนึ่งของงานสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของคนก็คือ สวัสดิการด้านสุขภาพ ซึ่งกฎหมายรัฐธรรมนูญให้หลักไว้ว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” ด้วยเหตุนี้ การบริการด้านสาธารณสุขจึงต้องให้ความสำคัญในเรื่องของ “คุณภาพ” เป็นประการสำคัญ เพราะคุณภาพเป็นเรื่องของมาตรฐานในวิชาชีพและบริการ โดยปราศจากความเสี่ยง มีความไว้วางใจ และถูกต้องเหมาะสมมาแต่แรกเริ่มจนถึงขั้นสุด นั่นคือมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

การบริการให้คำปรึกษาเชิงรุกหรือทางโทรศัพท์ ถือเป็นบริการด้านสุขภาพและเป็นบริการสาธารณะรูปแบบหนึ่งที่ให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปที่ต้องการเลิกบุหรี่ ซึ่งการให้คำปรึกษาเชิงรุกหรือทางโทรศัพท์มี 2 แบบ ได้แก่ การบริการเชิงรุก (Proactive Calls) และเชิงรับ (Reactive Calls) ทั้งสองแบบสามารถเข้าถึงประชาชนได้มากกว่าการให้บริการในระบบบริการสุขภาพแบบดั้งเดิม คือ โรงพยาบาล คลินิก นอกจากนั้น ยังมีจุดเด่นที่เป็นการพูดคุยโดยไม่เห็นหน้าและมีระบบในการรักษาความลับส่วนบุคคล ทำให้สื่อสารกันได้อย่างเปิดเผยมากขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายน้อย การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จึงถูกจัดเป็นมาตรการสำคัญในแผนการ

ควบคุมยาสูบของชาติในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทยก็เช่นกัน การให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ถือเป็นช่องทางที่สำคัญที่ทำให้คนเลิกบุหรี่ได้ รวมทั้งมีหลักฐานชัดเจนที่ยืนยันประสิทธิภาพการเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ สำหรับการบริการเชิงรับในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา พบว่า สายปลอดบุหรี่ที่มีความพร้อมและให้คำปรึกษาเต็มรูปแบบเพียงครั้งเดียวสามารถ เพิ่มอัตราการเลิกสูบและป้องกันการกลับมาสูบอีกได้มากกว่าการอ่านเอกสารคู่มือเลิกด้วยตนเอง (มูลนิธิสร้างสุขไทย, 2550)

จากสถานการณ์การเลิกสูบบุหรี่ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกปี โดยผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อัตราการเลิกบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.95 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 18.29 ในปี พ.ศ. 2550 เมื่อจำแนกตามเพศแล้ว พบว่าประชากรหญิง มีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าประชากรชายในทุกรอบการสำรวจ และทั้งสองกลุ่มต่างมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น โดยประชากรหญิงมีอัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.67 ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 24.83 ในปี พ.ศ. 2550 ขณะที่ประชากรชาย มีอัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.61 เป็น 17.94 ในปีช่วงเวลาเดียวกัน (ศรัญญา เบญจกุล และคณะ, 2551, น. 134) (ตารางที่ 1.1)

ตารางที่ 1.1

จำนวนร้อยละของการเลิกบุหรี่โดยรวม จำแนกตามเพศ

ปี พ.ศ. สำรวจ	ร้อยละของการเลิกบุหรี่		
	รวม (ร้อยละ)	จำแนกตามเพศ	
		ชาย	หญิง
2534	9.95	9.61	13.67
2539	11.63	11.24	16.63
2544	11.97	11.76	15.27
2547	15.19	14.89	19.80
2549	12.29	12.23	13.03
2550	18.29	17.94	24.83

ที่มา: "สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534-2550," โดย ศรัญญา เบญจกุล และคณะ, 2551, น. 134.

จากตารางข้างต้น แสดงให้เห็นถึง ประชาชนมีความต้องการเลิกบุหรี่เพิ่มมากขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงจากโรคร้ายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ แต่จากข้อมูลของมูลนิธิสร้างสุขไทย พบว่า ผู้ติดยูรี่ถึงกว่าร้อยละ 70 ต้องการเลิกบุหรี่แต่เลิกไม่ได้ ในขณะที่บริการรองรับผู้ติดยูรี่ที่อยากจะเลิกมีอยู่จำนวนจำกัดอย่างมาก โดยข้อมูลในปี 2548 พบว่า มีสถานบริการเลิกบุหรี่อยู่เพียงประมาณ 1,120 แห่ง อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 127 แห่ง ต่างจังหวัด 993 แห่ง เป็นของรัฐ 839 แห่งและเอกชน 281 แห่ง ซึ่งยังมีน้อย ไม่ครอบคลุมบริการในระดับปฐมภูมิ และส่วนใหญ่ยังไม่เป็นระบบที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง (มูลนิธิสร้างสุขไทย, 2550) จึงมีความจำเป็นที่ประเทศไทยต้องมีระบบบริการเลิกบุหรี่ที่มีคุณภาพ เพื่อเข้ามารองรับในการให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ จึงเกิดข้อตกลงในการร่วมกันก่อตั้งและสนับสนุนการดำเนินงานของ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดตั้งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ หรือ National Quitline เป็นโครงการหนึ่งของ มูลนิธิสร้างสุขไทย (Thai Wellbeing Foundation) ซึ่งเป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือประชาชนที่สูบบุหรี่ ทั้งผู้ที่ต้องการรักษาพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ที่เจ็บป่วยจากพิษภัยบุหรี่ และผู้ที่ต้องการการส่งเสริมสุขภาพโดยการเลิกบุหรี่ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2553, น. 46)

เมื่อพิจารณากรณีของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ที่เปิดให้บริการประชาชนตั้งแต่เดือนมกราคม 2552 จึงเป็นการดำเนินการในปีแรกที่เปิดให้บริการควบคู่กับการสร้างองค์ความรู้ การพัฒนาระบบงาน การพัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรมผู้ให้คำปรึกษา และการบริหารจัดการบริการไปพร้อมๆ กัน จึงมีความจำเป็นต้องปรับรูปแบบในการบริหารจัดการและการให้บริการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการที่เป็นมาตรฐานการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งการให้บริการของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติที่ผ่านมา ยังไม่มีการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการให้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพบริการเกิดขึ้น จึงต้องมีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ เพื่อเตรียมความพร้อมให้สามารถอยู่รอดท่ามกลางการแข่งขันและให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในอนาคต

## มูลเหตุจูงใจในการศึกษา

การเลิกสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลดีต่อทั้งผู้สูบและต่อสังคม เนื่องจากเป็นการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งมีการพัฒนาให้ประชากรมีคุณภาพชีวิต คือ มีชีวิตที่ดีประกอบด้วยความสุข ความพอใจในชีวิต ความนับถือตนเอง สุขภาพและสภาพการทำงานของร่างกาย และสภาวะทางเศรษฐกิจที่ดี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือ อาหาร สุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร ที่อยู่อาศัย จะเห็นได้ว่า สุขภาพอนามัยซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงจากการสูบบุหรี่ ดังนั้น การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างหนึ่ง เช่นกัน ชีวิตของมนุษย์มีคุณค่าในเชิงชีววิทยา คุณค่าในเชิงเศรษฐกิจ และคุณค่าในเชิงสังคม และวัฒนธรรม และมีได้มีคุณค่าสำหรับตัวเราเองเท่านั้น ชีวิตเรายังมีคุณค่าสำหรับคนอื่น ๆ ดังนั้นการเลิกบุหรี่จึงเป็นการทำให้เกิดผลดีต่อตัวผู้สูบบุหรี่ ต่อครอบครัว และต่อประเทศชาติ

ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้จัดให้โรคติดบุหรี่ (Tobacco Dependence) เป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่เป็นๆ หายๆ (remitting & relapsing) คล้ายกับโรคทางกายอื่นๆ ที่ทุกคนคุ้นเคยกันดี เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (Swartz SH, & Hays JT, 2004, อ้างถึงใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และ รณชัย คงสกนธ์, 2552, น. 499) ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีโรคนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเป็นระบบ พร้อมกับมีการประเมินผลและติดตามอาการเป็นระยะๆ เช่นเดียวกับโรคอื่นๆ การดูแลรักษาโรคติดบุหรี่นั้นแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา แนวทางนี้จะเน้นที่การให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ เป็นการให้คำแนะนำสั้นๆ (brief intervention or motivation enhancement therapy) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่ การจัดการกับอาการถอนและอาการอยากบุหรี่ในระหว่างหยุด และการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ และอีกวิธีการหนึ่ง คือ การดูแลรักษาโดยใช้ยา เป็นการดูแลรักษาแบบใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่เป็นแนวทางเสริมประสิทธิภาพการดูแลรักษาโรคติดบุหรี่ให้ดีขึ้น ซึ่งยาเลิกบุหรี่ทุกชนิดไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยที่ติดบุหรี่อยู่เปลี่ยนใจมาอยากเลิกบุหรี่เองได้ ทั้งนี้ ต้องอาศัยความตั้งใจของผู้ป่วยโดยตรง เพราะเมื่อใดที่ผู้ป่วยประสงค์อยากเลิกบุหรี่แล้ว ยาช่วยเลิกบุหรี่จะเข้ามามีบทบาทได้ ซึ่งการรักษาด้วยยาช่วยเลิกบุหรือนั้นจัดได้ว่าเป็นแนวทางเสริมเท่านั้นที่จะช่วยให้การเลิกบุหรี่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่น สำเร็จได้ง่ายขึ้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, อ้างถึงใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา และ รณชัย คงสกนธ์, 2552, น. 467-500) ดังนั้น เพื่อให้การช่วยเหลือการเลิกบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพ การบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย จึงเป็นความรับผิดชอบ

ของผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ต้องเป็นผู้มีความรู้เรื่อง พิษภัยบุหรี่ การควบคุมการบริโภคยาสูบ และมีความรู้ ความชำนาญในการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ หรือ “การบำบัดรักษาโรคติดยาสูบ” ซึ่งในกรณีนี้ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ และผู้แทนองค์กรทางการแพทย์และสาธารณสุข องค์กรอิสระ และองค์กรวิชาชีพสุขภาพ รวม 34 องค์กร ร่วมกันกำหนด “แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ การบำบัดรักษาโรคติดยาสูบ ในประเทศไทย พ.ศ.2552 สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ” (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2553, น. 45)

ในแนวทางเวชปฏิบัติฉบับดังกล่าว กำหนดแนวทางการบำบัด ตาม มาตราการ 5A ได้แก่ A1-Ask (ถามประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์) A2-Advise (แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด) A3-Assess (ประเมินความรุนแรงในการในการติดยาสูบและความประสงค์ในการเลิกบุหรี่) A4-Assist (ช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ) และ A5-Arrange (ติดตามผลการบำบัดเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่-Follow up) และ 2P ได้แก่ P1-Prevent new smoker และ P2-Prevent Relapse ตลอดจนรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนการรักษา พร้อมตัวอย่าง ในแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ ระบุว่าศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ มีส่วนร่วม/ช่วยในกระบวนการบำบัดรักษาโรคติดยาสูบร่วมกับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ในขั้นตอน A4-Assist คือ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Proactive & Reactive telephone counseling) และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยขอการสนับสนุนและกำลังใจจากภายนอกสถานพยาบาล (Extra treatment support) P2-Prevent Relapse คือการแนะนำให้กำลังใจเพื่อการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2553, น. 45)

ดังนั้น การให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ถือเป็นการดูแลรักษาผู้ติดยาสูบโดยไม่ใช้ยาที่สำคัญวิธีการหนึ่ง ซึ่งผู้ขอรับคำปรึกษาเป็นฝ่ายโทรศัพท์เข้ามาหาผู้ให้คำปรึกษา การให้บริการในลักษณะนี้เป็นการให้ความสะดวกเต็มที่ต่อผู้ขอรับคำปรึกษาที่จะตัดสินใจและเลือกเวลาเข้ามาขอรับคำปรึกษาด้วยตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาจะใช้ความรู้ ความสามารถ รวมทั้งทักษะส่วนตัวและกลยุทธ์ในการสื่อสาร เพื่อจะสร้างแรงจูงใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลิกบุหรี่ ในประเทศไทย การบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ เริ่มดำเนินการเป็นครั้งแรก โดยมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ตั้งแต่ พ.ศ.2536 มีผู้ให้คำปรึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน พร้อมอาสาสมัครจำนวนหนึ่ง ให้บริการแก่ผู้โทรเข้าครั้งละ 1-2 คน และใช้การติดตามผลทางไปรษณีย์ ต่อมาภายหลังการระดมความเห็น และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ของนักวิชาการ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ที่ดำเนินการคลินิกเลิก

บุหรื และผู้ที่ทำงานด้านระดับนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญด้าน Quitline or Help line จากต่างประเทศ ในการประชุม “บุหรืกับสุขภาพแห่งชาติ” ครั้งที่ 6 เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2550 มีความเห็นตรงกันว่า การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกบุหรื เป็นการบริการที่นำไปสู่การมีสังคมปลอดบุหรืได้ในวงกว้าง และมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย ว่า ควรกำหนดให้การบริการเลิกบุหรืทางโทรศัพท์เป็นนโยบายของชาติ โดยรูปแบบบริการต้องคำนึงถึงบริบทของสังคมไทยเป็นสำคัญ ทั้งในเรื่องลักษณะนิสัย วัฒนธรรม ความยากง่าย ความสามารถในการเข้าถึง และแหล่งทุนสนับสนุน ซึ่งควรวางแผนให้เกิดระบบการบริการและการส่งต่ออย่างเป็นรูปธรรม ที่จะให้บริการประชาชนได้ทั่วประเทศ จัดระบบให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก ประหยัด และต่อเนื่อง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2553, น. 46) จึงเกิดข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อผลักดันนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพเพื่อการเลิกบุหรื โดยก่อตั้งมูลนิธิสร้างสุขไทยขึ้นเพื่อเป็นองค์กรที่มีความคล่องตัว มีสถานภาพที่รัฐรับรอง ซึ่งมีภารกิจหลัก คือ การให้บริการเลิกบุหรืทางโทรศัพท์ที่มีประสิทธิภาพระดับชาติ ซึ่งก็คือโครงการศูนย์บริการเลิกบุหรืทางโทรศัพท์แห่งชาติ หรือ National Quitline Center (NQC) นี้ขึ้น โดยมีนโยบายหลักเพื่อให้เป็นศูนย์บริการเลิกบุหรืทางโทรศัพท์ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากข้อมูลหลักฐานที่เชื่อถือได้ โดยมีประสิทธิภาพและคุณภาพด้านการให้บริการในระดับสากลที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2552)

ศูนย์บริการเลิกบุหรืทางโทรศัพท์แห่งชาติ โดยความรับผิดชอบของมูลนิธิสร้างสุขไทย เริ่มก่อตั้งเมื่อเดือนกันยายน 2551 และเปิดบริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรืทางโทรศัพท์ หรือ Quitline สายด่วนเลิกบุหรื 1600 เมื่อต้นเดือนมกราคม 2552 โดยมีผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญ (Counselor) จำนวน 2 คน จากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรื ซึ่งสถิติตั้งแต่เปิดให้บริการมาจนถึงเดือนสิงหาคม 2552 มีจำนวนผู้ขอรับคำปรึกษามากกว่า 20,000 ราย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2552) โดยมีทุกระดับ ทุกเพศ ทุกวัย ทุกสาขาอาชีพ ไม่ว่าจะเป็นหมอ ตำรวจ นักเรียน นักศึกษา แม่บ้าน หรือกระทั่งพระสงฆ์ ศูนย์ฯ ได้เปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 7.30-20.00 น. ทุกวันจันทร์-ศุกร์ สำหรับนอกเวลาทำการและวันหยุดต่างๆ จะบันทึกการโทรเข้าและดำเนินการโทรกลับเพื่อให้คำปรึกษา

จากผลการดำเนินงานการให้คำปรึกษาเลิกบุหรืทางโทรศัพท์ของศูนย์บริการเลิกบุหรืทางโทรศัพท์แห่งชาติ ระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2552 พบว่าในเดือนกรกฎาคม 2552 มี

จำนวนผู้ขอรับคำปรึกษา 3,606 ครั้ง และเดือนสิงหาคม 2552 มีจำนวนผู้ขอรับคำปรึกษาฉุกเฉินหรือเพิ่มขึ้นเป็น 4,365 ครั้ง โดยมีจำนวนสายโทรศัพท์เพิ่มขึ้น 759 ครั้ง เป็นสถิติในการให้บริการให้คำปรึกษาและการให้กำลังใจตามขั้นตอน(การให้บริการเชิงรับ) สถิติจำนวนการโทรกลับเพื่อให้คำปรึกษา การส่งต่อ และการติดตามผล และสถิติ การขอรับคำปรึกษาเพื่อผู้อื่น ขอข้อมูล และสายหลุด (การให้บริการเชิงรุก) ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์การให้บริการฉุกเฉินหรือทางโทรศัพท์ของศูนย์บริการฉุกเฉินหรือทางโทรศัพท์แห่งชาติ แสดงให้เห็นถึงจำนวนผู้ขอรับคำปรึกษาที่มีปริมาณความต้องการในการฉุกเฉินหรือเพิ่มมากขึ้น ในระยะปีแรกของการบริการฉุกเฉินหรือทางโทรศัพท์ของศูนย์ฯ ยังมีข้อสงสัยในเชิงคุณภาพอาจเกี่ยวเนื่องด้วยบุคลากรผู้ให้คำปรึกษาที่มีค่อนข้างน้อย บางส่วนอยู่ในระหว่างการพัฒนา และระบบเทคโนโลยีบางช่วงที่อยู่ระหว่างการติดตั้งการใช้งาน ยังมีปัญหาเกี่ยวกับความคล่องตัว รวมทั้งความเข้าใจของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการฉุกเฉินหรือทางโทรศัพท์ซึ่งถือเป็นการบำบัดโรคจิตฉุกเฉิน อาจยังสับสนว่าเป็นเพียงการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำการฉุกเฉิน (ตารางที่ 1.2)

#### ตารางที่ 1.2

จำนวนการให้บริการของศูนย์บริการฉุกเฉินหรือทางโทรศัพท์  
เดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2552

ผลการดำเนินงานการให้คำปรึกษา ฉุกเฉินหรือทางโทรศัพท์	จำนวนสายโทรศัพท์ (ครั้ง)	
	ระยะเวลาให้บริการ	
	1-31 กรกฎาคม 52	1-31 สิงหาคม 52
1. การให้คำปรึกษาและให้กำลังใจได้ตาม ขั้นตอนการให้คำปรึกษา	2,140	2,284
2. การโทรกลับจากการบันทึกข้อความเสียง การส่งต่อ และโทรติดตามผล	1,096	1,029
3. โทรเพื่อผู้อื่น ขอข้อมูล และสายหลุด (การให้คำปรึกษาไม่ครบถ้วน)	370	1,052
รวมจำนวนทั้งหมด	3,606	4,365

ที่มา: “การดำเนินงานของศูนย์บริการฉุกเฉินหรือทางโทรศัพท์แห่งชาติ,” โดย ศูนย์บริการฉุกเฉินหรือทางโทรศัพท์แห่งชาติ, 2552, น. 138.

จากการให้บริการดังกล่าวของศูนย์ฯ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาถึงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการอิเล็กทรอนิกส์ทางโทรศัพท์ ซึ่งคุณภาพบริการสามารถวัดผลได้หลายลักษณะ และความพึงพอใจก็เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่จะวัดผลได้ โดย อเดย์ และ แอนเดอร์สัน (Aday & Anderson, 1975, pp. 55-80) ได้ชี้ให้เห็นถึงพื้นฐาน 6 ประการ เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความรู้สึกที่ผู้รับบริการได้รับจากการบริการ คือ ความพึงพอใจต่อความสะดวก ความพึงพอใจต่อการประสานบริการ ความพึงพอใจต่ออรรถาธิบายความสนใจของผู้ให้บริการ ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ และความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุดของงานบริการ คือ การทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ โดยเริ่มจากการเข้าใจถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการก่อน จึงจะสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงได้ โดย แดนสกี และ ไมล์ (Dansky & Miles, 1997, p. 165) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการว่ามีความสำคัญด้วยเหตุผลหลายประการ คือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการจะช่วยรักษาสัมพันธภาพระหว่างองค์กรผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ การหาปัจจัยที่สร้างความไม่พึงพอใจจะทำให้ผู้ให้บริการรู้ถึงจุดด้อย และสามารถจัดการกับความเสียนี้ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการจะทำให้สามารถวางแผนการรักษาในสิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการ และการวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นข้อมูลที่สำคัญในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ดังนั้น ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการอิเล็กทรอนิกส์ทางโทรศัพท์ เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการและการเข้าถึงบริการของผู้ใช้บริการ ว่าการให้บริการของศูนย์ฯ เป็นที่พึงพอใจต่อผู้ให้บริการเพียงใด เพื่อให้ศูนย์ฯ พัฒนาศูนย์ฯ ให้มีคุณภาพ (Quality) มีความสะดวกสบาย (Accommodation) ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย (Accessibility) ในราคาที่เหมาะสม (Affordability)

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการและการเข้าถึงบริการของผู้ใช้บริการ
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการอิเล็กทรอนิกส์ทางโทรศัพท์

## ขอบเขตการศึกษา

ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาการศึกษา คือ ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการและการเข้าถึงบริการของผู้ใช้บริการ และศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์
2. ขอบเขตด้านพื้นที่ ผู้ศึกษาได้กำหนดจากกลุ่มผู้ใช้บริการของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์
3. ขอบเขตด้านประชากร ผู้ศึกษาได้กำหนดกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา คือ ผู้ใช้บริการที่โทรศัพท์เข้ามาหรือได้รับการส่งต่อมาใช้บริการของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ซึ่งมีความต้องการในการเลิกสูบบุหรี่โดยขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ และได้รับคำปรึกษาในการเลิกบุหรี่จากผู้ให้คำปรึกษา โดยอนุญาตให้ติดต่อกลับทางโทรศัพท์เพื่อติดตามผลการให้คำปรึกษา

## นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

**การบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์** หมายถึง การให้ข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการเลิกสูบบุหรี่ผ่านทางโทรศัพท์ และการบำบัดผู้ติดยาหรือผู้ติดบุหรี่ด้วยการให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นที่ครอบคลุมการสร้างแรงจูงใจ ความตั้งใจ และความมั่นใจในการดำเนินการเลิกบุหรี่ ตลอดจนการติดตามให้กำลังใจ และช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่อย่างถาวร

**ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ หรือศูนย์ฯ** หมายถึง หน่วยงานที่ให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ผ่านเบอร์โทรศัพท์หมายเลข 1600 หรือเรียกว่า Quitline ซึ่งให้บริการทั้งเชิงรับ คือ การรับคำปรึกษาจากผู้ขอรับคำปรึกษาที่โทรศัพท์เข้ามา และบริการเชิงรุก คือ การโทรกลับเพื่อบริการผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ โทรกลับเพื่อการติดตามระดับประคองในระยะกำลังเลิก และโทรกลับเพื่อติดตามผล

**ผู้ให้คำปรึกษา** หมายถึง บุคลากรที่ผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมการเป็นที่ปรึกษาของ Quitline มีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นในการเลิกบุหรี่

**ผู้ใช้บริการ** หมายถึง บุคคลที่โทรเข้าหรือได้รับการส่งต่อมาใช้บริการของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ ซึ่งมีความต้องการในการเลิกสูบบุหรี่โดยขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ และได้รับคำปรึกษาในการเลิกบุหรี่จากผู้ให้คำปรึกษา

**ความพึงพอใจ** หมายถึง ความรู้สึกหรือการแสดงออกที่พอใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ตามที่ต้องการ เช่น การบริการ การให้คำปรึกษา การพูดจาอ่อนหวาน มีไมตรีจิต รวมทั้งการแสดงออกถึงท่าทางการเห็นอกเห็นใจ ซึ่งเป็นไปตามที่คาดหวังและสิ่งที่ได้รับ โดยอาจจะเกิดความรู้สึกทางด้านบวกหรือลบก็ได้

**ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์** หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษาให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แก่ผู้ใช้บริการ โดยสามารถตอบสนองตรงต่อความต้องการในการเลิกบุหรี่และสร้างความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ โดยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ หมายถึง ผู้ใช้บริการสามารถเข้าใช้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว
  2. การสื่อสารการให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ หมายถึง ผู้ให้คำปรึกษาชี้แจง/อธิบายเกี่ยวกับข้อมูลการให้บริการเลิกบุหรี่ผ่านทางโทรศัพท์
  3. การบริการที่ได้รับ หมายถึง ผู้ขอรับคำปรึกษาพึงพอใจต่อการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ สร้างความมั่นใจในการลงมือเลิกบุหรี่ การแก้ไขปัญหาความอยากบุหรี่และการกลับไปสูบบุหรี่ และข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ผ่านทางโทรศัพท์จากผู้ให้คำปรึกษา
  4. ทัศนคติและความสนใจของผู้ให้คำปรึกษา หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษามีความเป็นกันเอง และมีความกระตือรือร้นในการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์
  5. การประสานงานในบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ภายในศูนย์ฯ หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษาส่งต่อบริการไปยังหน่วยงานอื่นๆ ตามความต้องการของผู้ใช้บริการ เช่น โรงพยาบาลคลินิกอดบุหรี่ ร้านขายยา เป็นต้น
  6. ค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ หมายถึง ค่าโทรศัพท์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ามาขอรับคำปรึกษา
- ภาพรวมของการบริการ หมายถึง ภาพรวมของการให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ที่สอดคล้องต่อความต้องการในการเลิกบุหรี่ของผู้ใช้บริการ

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ทำให้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการและการเข้าถึงบริการของผู้ใช้บริการ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางการให้บริการ

2. ทำให้ทราบถึงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น

3. นำเสนอผลการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ เพื่อสร้างความพึงพอใจและประทับใจต่อการให้บริการของศูนย์ฯ