รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง การนำมติสมัชชาชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่จังหวัดชุมพร ปี ๒๕๕๖

สัญญาเลขที่ ๕๕-๐๑-๒๑

โดย

นางสมใจ ด้วงพิบูลย์

สนับสนุนโดย

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ (ศจย.)และ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๖

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่จังหวัดชุมพร เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้ยาสูบและมาตรการมาตรการควบคุมยาสูบ รูปแบบกระบวนการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำมาตรการควบคุมยาสูบสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และโรงเรียน และค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนบ้านปากบ่อ ตำบลทะเลทรัพย์ และบ้านวังช้าง ตำบลชุมโค อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร จำนวนหมู่บ้านละ ๒๐๐คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และการสังเกต

ผลการศึกษาพบว่าด้านสถานการณ์การใช้ยาสูบและมาตรการมาตรการควบคุมยาสูบมีการดำเนินการในส่วนของนโยบาย การปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยให้บริการสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้านและโรงเรียนและภาคประชาสังคม แต่ไม่จริงจังเท่าที่ควร เนื่องจากผู้รับผิดชอบงานมีน้อย ประชาชนไม่ตระหนักและไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร ด้านรูปแบบการดำเนินงานที่สำคัญคือต้องมีการประชุมชี้แจง ทำข้อตกลงชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกกลุ่ม ร่างมาตรการ ทดลองใช้ สรุปผลและประกาศใช้อย่างจริงจัง ส่วนด้านปัจจัยความสำเร็จของการขับเคลื่อนคือผู้นำทุกระดับมีส่วนสำคัญต้องให้ความสำคัญ เป็นแบบอย่าง ประกาศใช้และผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะของชุมชน และที่สำคัญประชาชนผู้สูบยาสูบและครอบครัวต้องตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ เห็นความสำคัญที่ต้องลด-ละ-เลิกยาสูบอย่างจริงจังเพื่อประโยชน์ของตนเองและบุคคลรอบข้าง ตลอดจนต้องมีระยะเวลาในการศึกษาชุมชนให้มากกว่านี้ ในการนี้มีผู้เลิกยาสูบได้จริงจำนวน ๓ รายและพระภิกษุ ๕ รูปในหมู่บ้านปากบ่อ และเลิกยาสูบได้จริงจำนวน ๒ รายในหมู่บ้านวังช้าง ซึ่งไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ที่ลด-ละ ยาสูบก็มีจำนวนใกล้เคียงกัน

ดังนั้นควรมีการดำเนินการที่ต่อเนื่องและทั่วถึงเพื่อป้องกันและดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและมีผลกระทบจากยาสูบ ลดความสูญเสียและภาวะโรคที่เกิดจากยาสูบ และเพิ่มประสิทธิภาพของผู้รับผิดชอบงาน ตลอดจนควรมีการศึกษาในระยะยาวต่อไปในการดำเนินงานควบคุมยาสูบจังหวัดชุมพร

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจากดร.นัยนา หนูนิล และ ดร.เรวดี เพชรศิราสัณห์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการศึกษาค้นคว้าอย่างใกล้ชิดเสมอมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้งบประมาณสนับสนุน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อนร่วมทีมวิจัยและคณะทำงานทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ครั้งนี้ ที่อำนวยความสะดวก และให้การช่วยเหลือ

สุดท้ายขอขอบคุณประชาชนบ้านปากบ่อ ตำบลทะเลทรัพย์ บ้านวังช้าง ตำบลชุมโค อำเภอปะทิว และบ้านแหลมยางนา ตำบลตะโก อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ทุกคนที่กรุณาให้ข้อมูลที่แท้จริงตามแบบสอบถาม

ทีมงานผู้วิจัยยาสูบจังหวัดชุมพร

๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๖

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ค

กิตติกรรมประกาศ ง

สารบัญตาราง ช

สารบัญภาพ ซ

บทที่ ๑ บทนำ ๑

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ๑

วัตถุประสงค์การวิจัย ๓

ขอบเขตของการวิจัย ๓

นิยามศัพท์เฉพาะ ๔

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ๕

บทที่ ๒ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ๖

แนวคิดและสถานการณ์เกี่ยวกับยาสูบ ๖

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๑๕

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ๒๙

บทที่ ๓ วิธีดำเนินการวิจัย ๓๖

รูปแบบงานวิจัย ๓๖

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ๓๗

การเก็บรวบรวมข้อมูล ๓๘

การวิเคราะห์ข้อมูล ๓๘

บทที่ ๔ ผลการวิจัย ๓๙
สถานการณ์การขับเคลื่อนมติสมัชชาด้านการควบคุมยาสูบในพื้นที่จังหวัดชุมพร ๓๙
รูปแบบการควบคุมยาสูบในพื้นที่จังหวัดชุมพร ๔๔
ปัจจัยความสำเร็จในการนำมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบสู่การปฏิบัติ ๕๓

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ ๕ สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ๕๕
สรุปการวิจัยและอภิปรายผล ๕๕
ข้อเสนอแนะ ๖๐
บรรณานุกรม ๖๒
ภาคผนวก ๖๔
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ๖๔
ภาพกิจกรรม ๘๐
ประวัติผู้วิจัย ๘๕

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ ๑ ผลทางชีวภาพของสารสื่อประสาทชนิดต่างๆ ที่ถูกทำให้หลั่งเพิ่มขึ้นด้วยนิโคติน ๑๒

ตารางที่ ๒ จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง ๔๖

ตารางที่ ๓ จำนวน และร้อยละของประชาชนบ้านปากบ่อ
ต่อระดับการติดสารนิโคตินในบุหรี่/ใบจาก ๕๒

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการวิจัย ๓

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลกระทบและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ โดยเพิ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงของการโรคที่เกิดจากสารเคมีในควันบุหรี่ที่ตกค้างในร่างกาย โดยเฉพาะนิโคตินที่จะไปจับที่ปอดและบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองและอวัยวะต่างๆ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขสหรัฐอเมริการะบุว่า บุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจ โรคระบบสืบพันธุ์ การสูบบุรี่ทำให้ผู้สูบเสียชีวิต ๑ คน ในทุก ๑๐ คน ภายใน พ.ศ. ๒๕๗๓ สัดส่วนการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑ คน ในทุก ๖ คน และผู้สูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง ๓ เท่า โดยร้อยละ ๕๐ จะเสียชีวิตเพราะบุหรี่ โดยครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เร็วขึ้น ๒๐-๒๕ ปี (ประภาพรรณ เทวกุล ณ อยุธยา, ๒๕๔๓: ๓) ไม่เพียงแต่ผู้สูบบุหรี่เท่านั้นที่ได้รับอันตรายจากการสูบบุหรี่ บุคคลที่อยู่รอบข้างก็ได้รับอันตรายจากควันบุหรี่เช่นกัน ซึ่งผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่ต้องอยู่ในบรรยากาศที่มีควันบุหรี่จะทำให้เกิดการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดลมอักเสบจะทำให้อาการของโรคกำเริบ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากควันบุหรี่เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๖: ๔) สถิติชี้บอกว่า ๑๗ เปอร์เซ็นต์ของคนที่เป็นมะเร็งปอดและไม่เคยสูบบุหรี่เลยเสียชีวิตเพราะได้รับควันบุหรี่มากขณะที่อยู่ในวัยเด็ก ส่วนพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพสตรีพบว่าพิษบุหรี่สามารถทำร้ายระบบสืบพันธุ์สตรี ที่สูบบุหรี่เวลาตั้งครรภ์มีโอกาสแท้งลูกและโอกาสการคลอดตายสูง และทารกที่คลอดจากมารดาที่สูบบุหรี่มักมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ มีผลทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตการเรียนดีเท่าทารกที่พ่อแม่ไม่สูบ

องค์การอนามัยโลกกำหนดให้วันที่ ๓๑ พฤษภาคมของทุกปีเป็นวันงดสูบบุหรี่โลก เพื่อให้หลายประเทศทั่วโลกเกิดความสนใจและจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ประชาชนงดสูบบุหรี่ รัฐบาลไทยจึงให้ความสำคัญกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของประชาชนเป็นอย่างมาก เช่น กำหนดนโยบายต่อต้านการสูบบุหรี่ ให้มีการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนด้วยวิธีการต่างๆ อย่างไรก็ตามวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่มีหลายวิธีที่ต้องประสานกันไป โดยเฉพาะภายในสถาบันการศึกษา ซึ่งต้องดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ กระทรวงศึกษาธิการรับนโยบายจากรัฐบาลมาปฏิบัติ โดยได้ออกระเบียบต่างๆ เช่นระเบียบกระทรวงศึกษาธิการว่าด้วยการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชนโดยสถานศึกษา พ.ศ. ๒๕๔๓ ในข้อที่ ๑๖ ได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า “ให้บุคลากรทางการศึกษาถือเป็นหน้าที่ในการเข้ามามีบทบาท

และมีส่วนร่วมในการป้องกันบำบัด ฟื้นฟูเด็กและเยาวชนในสถานศึกษาที่มีปัญหาเกี่ยวกับบุหรี่และยาเสพติดทุกชนิด" (คู่มือนักเรียนและผู้ปกครอง ๒๕๔๘ : ๑๓๒) และในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ประเทศไทยมีทิศทางในการขับเคลื่อนสังคม โดยเน้นในกลุ่มเยาวชนที่มีปัญหาจากผลพวงของการโฆษณาและส่งเสริมการขายของอุตสาหกรรมยาสูบที่พยายามทำการตลาดกับเยาวชนในฐานะนักสูบหน้าใหม่และลูกค้ารายใหญ่ ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการไประยะหนึ่งแล้ว ดังที่มีคำขวัญที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ให้ว่า "เยาวชนรุ่นใหม่ ร่วมใจ ต้านภัยบุหรี่" ที่มุ่งเป้าหมายทำให้เยาวชนปลอดบุหรี่ และปี พ.ศ.๒๕๕๒ "บุหรี่มีพิษ ร่วมคิดเตือนภัย" (Tobacco Health Warnings) สถานการณ์นี้จึงเป็นปัญหาที่ยากแก่การควบคุมและต้องเฝ้าระวังดำเนินการอย่างจริงจัง ในการทำงานควบคุมยาสูบนั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากสถาบันสังคม หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และบุคคลต่าง ๆ ในสังคม รวมทั้งสื่อที่จะต้องร่วมมือกันในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากบุหรี่และกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ การสร้างภูมิคุ้มกันและพลังให้แก่ประชาชนให้มีศักยภาพในการต้านภัยบุหรี่

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นการดำเนินการตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ มีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนพลังการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ให้เกิดการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้างสรรค์ นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพของประชาชนคนไทยทั้งประเทศใช้หลักการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยม เขยื้อนภูเขา (ศ.นพ.ประเวศ วะสี) ซึ่งใช้ในการขับเคลื่อน เพื่อแก้ปัญหาที่ยาก และซับซ้อน โดยพึ่งพลัง ๓ ส่วน ที่เชื่อมโยงกัน คือ พลังทาง ปัญญา พลังทางสังคม และพลังแห่งอำนาจรัฐ หรืออำนาจทางการเมือง เน้นกระบวนการ ที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่ การเสนอแนะ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยในปี ๒๕๕๓ มีจำนวนทั้งสิ้น ๙ ประเด็น ซึ่งหนึ่ง ในนั้นคือ เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ โดยสมัชชาได้รับรองมติให้ภาคีร่วมกันขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ ซึ่งในมติข้อที่สาม มีการกล่าวให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้ความร่วมมือในการสนับสนุนมาตรการความเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งในทิศทางการขับเคลื่อนมติสู่แนวปฏิบัติควรมีการขับเคลื่อน เครือข่ายร่วมทำงาน รวมถึงข้อเสนอให้หน่วยงานเกี่ยวข้องรวมตัวทำงานแบบบูรณาการโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง และพัฒนาเพิ่มศักยภาพกลไกการทำงานของแต่ละจังหวัด

จากภาวะสถานการณ์ทั่วไปของจังหวัดชุมพร จากผลการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่แยกรายจังหวัด ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ และปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งจังหวัดชุมพรมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ ๒.๑๓ (ร้อยละ๒๗.๙๑ และร้อยละ ๒๕.๗๘ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามพบว่ามีการดำเนินงานในเรื่องการควบคุมยาสูบของหน่วยงานต่างๆ ยังไม่ไม่มีการร่วมประสานภารกิจหรือขับเคลื่อนนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม ในการกำหนดแผนการมาตรการ และยุทธศาสตร์เพื่อควบคุมการบริโภคบุหรี่ โดยประสานงาน กับหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติที่มีอัตลักษณ์ของจังหวัดชุมพร จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อเป็นการขับเคลื่อนกลไกมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับประเด็นอื่น ๆ ของจังหวัดชุมพร ดังนั้นผู้วิจัยและคณะจึงได้จัดทำโครงการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการเรื่อง *การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่จังหวัดชุมพร* ซึ่งเป็นการร่วมมือและบรูณาการทางความคิดระหว่างนักวิชาการและนักประชาสังคม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนมติ หารูปแบบกระบวนการหนุนเสริมการและค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมที่จังหวัดชุมพร

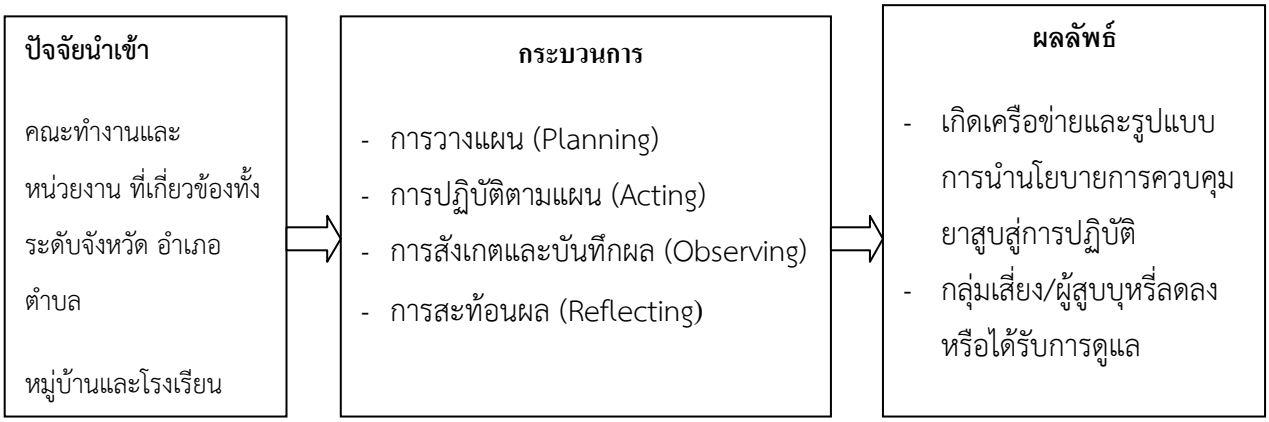
วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. ศึกษาสถานการณ์การใช้ยาสูบและมาตรการมาตรการควบคุมยาสูบในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และโรงเรียน

๒. ศึกษารูปแบบกระบวนการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำมาตรการควบคุมยาสูบสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และโรงเรียนj

๓. ค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดงานวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยกำหนดขอบเขตในแต่ละขั้นตอนออกเป็น ๓ ด้าน คือ พื้นที่ศึกษา กลุ่มเป้าหมาย และระยะเวลาการศึกษา

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษา คือ หมู่ที่ ๕ ตำบลทะเลทรัพย์ และหมู่ที่ ๔ตำบลชุมโค อำเภอ ปะทิว จังหวัดชุมพร

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายหลัก : คณะทำงานและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง

ระดับจังหวัด คือ คณะกรรมการที่มาจากภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาครัฐ

ระดับอำเภอ คือ คณะทำงานระดับอำเภอที่มาจากภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาครัฐ

ระดับตำบล คือ ผู้นำชุมชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรสาธารณสุขระดับท้องถิ่นในตำบล

ระดับหมู่บ้านและโรงเรียน คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้อำนวยการโรงเรียน คณาจารย์ และ ผู้ปกครองนักเรียน

กลุ่มเป้าหมายรอง : ผู้สูบบุหรี่ และกลุ่มเสี่ยง เช่น เยาวชน

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้วิจัยทำการศึกษาในพื้นที่อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพรเท่านั้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

ระยะเวลาที่กำหนดไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในข้อเสนอโครงการ(วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๕ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๖)

นิยามศัพท์เฉพาะ

สถานการณ์ หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบ

รูปแบบกระบวนการ หมายถึง วิธีดำเนินการตามแบบแผนและขั้นตอนที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีเพื่อถ่ายทอดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ โดยใช้สื่อที่ทำให้เข้าใจได้ง่ายและกระชับถูกต้อง และสามารถตรวจสอบเปรียบเทียบกับปรากฏการณ์จริงได้เพื่อช่วยให้ตนเองและคนอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ หมายถึงปัจจัยที่สำคัญยิ่งประกอบด้วยการจัดการ ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับองค์กรที่ต้องทำให้บรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เกิดภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ในการขับเคลื่อนมติการควบคุมยาสูบจังหวัดชุมพร

๒. เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อขับเคลื่อนมติการควบคุมยาสูบ จังหวัดชุมพร

๓. เกิดแนวทางการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนมติการควบคุมยาสูบของจังหวัดชุมพรอย่างเป็นรูปธรรม

บทที่ ๒

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่จังหวัดชุมพรปี ๒๕๕๖ มีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ดังนี้

๑. แนวคิดและสถานการณ์เกี่ยวกับยาสูบ

๒. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๓. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑. แนวคิดและสถานการณ์เกี่ยวกับยาสูบ

๑.๑ ความหมาย

บุหรี่ ในพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. ๒๕๐๙ หมายถึง ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมีใบยาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัด

องค์การอนามัยโลกจึงรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกร่วมกันป้องกันพิษภัย ลดการป่วย และเสียชีวิตของประชาชน โดยกำหนดประเด็นรณรงค์ในปีนี้ไว้ว่า "จับตา เฝ้าระวัง ยับยั้งอุตสาหกรรมยาสูบ" เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันกลยุทธ์ และร่วมมือกันเฝ้าระวังความพยายามของอุตสาหกรรมยาสูบหรือบริษัทบุหรี่ต่าง ๆ ในการขัดขวางมาตรการสำคัญในการควบคุมยาสูบ(๒๕๕๕)

๑.๒ สถิติการสูบบุหรี่ของคนไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้มีการสำรวจ การสูบบุหรี่ของคนไทยทั้งประเทศครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๙ พบว่า มีผู้สูบบุหรี่จำนวน ทั้งสิ้น ๘.๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๑ จากการสำรวจใน พ.ศ. ๒๕๔๔ พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจำนวน ทั้งสิ้น ๑๐.๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๖ ของประชากรที่มีอายุมากกว่า ๑๑ ปี ในปี ๒๕๔๔ พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ ๑๗.๙ ปี โดยมีอายุน้อยลง เมื่อเทียบกับปี ๒๕๐๐ (๑๘.๕ปี) และพบว่าทุกกลุ่มวัยมีอายุเริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน(๑๕-๒๔ ปี) เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่น คือจากปี ๒๕๕๐ เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่อายุเกือบ ๑๗ ปี และในปี ๒๕๕๔ ลดลงเป็น ๑๖.๒ ปี

สำนักงานสถิติแห่งชาติ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีการสำรวจสถานการณ์การบริโภคบุหรี่และยาสูบปี ๒๕๕๔ ซึ่งเป็นการสำรวจครั้งที่ ๒ หลังจากที่ดำเนินการครั้งแรกในปี ๒๕๕๒ ในคนไทยตั้งแต่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พบว่า มีผู้สูบบุหรี่และบริโภคยาสูบทุกชนิดเพิ่มสูงขึ้นถึง ๑๓ ล้านคน หรือร้อยละ ๒๔ ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป แบ่งเป็นชาย ร้อยละ ๔๖.๖ หญิงร้อยละ ๒.๖ เพิ่มจากปี ๒๕๕๒ ถึง ๕ แสนคน โดยแบ่งเป็นการสูบบุหรี่ชนิดต่าง ได้แก่ ผู้สูบบุหรี่จากโรงงาน (บุหรี่ซอง) จำนวน ๕.๑ ล้านคน บุหรี่มวนเอง จำนวน ๔.๗ ล้านคน สูบรวมทั้ง ๒ ชนิด จำนวน ๓.๑ ล้านคน และชนิดอื่น ๆ เช่น บารากู ไปป์ ซิการ์ ฯลฯ จำนวน ๑ แสนคน

๑.๓ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย

ผลจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ปี ๒๕๕๔ พบว่าประชากรที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๕๓.๙ ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ ๑๑.๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๒๑.๔ โดยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ๙.๙ ล้านคน(ร้อยละ ๑๘.๔) และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง ๑.๖ ล้านคน (ร้อยละ ๒.๙) โดยอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ๒๐ เท่า คือร้อยละ ๔๑.๗ และ ๒.๑ ตามลำดับ เป็นผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล ๑.๔ เท่า คือ ร้อยละ ๒๓.๕ และ ๑๗.๓ ตามลำดับ มีผู้ที่เคยสูบเป็นประจำเลิกสูบแล้วร้อยละ ๒๗.๒ ผู้ที่สูบปัจจุบันและคิดจะเลิกสูบ ร้อยละ ๕๔ เคยพยายามเลิกสูบในช่วง ๑๒ เดือนร้อยละ ๓๖.๗ และผู้ที่คิดอยากเลิกสูบเพราะเห็นภาพคำเตือน ร้อยละ ๖๒.๖ โดยสิ่งที่น่าเป็นห่วง คือ พบผู้ที่สูบนิยมบุหรี่ราคาถูกมากขึ้น จากเดิม ๑ ใน ๕ ยี่ห้อ เพิ่มเป็น ๒ ใน ๕ ราคาเฉลี่ย ๓๐-๔๕ บาท ขณะที่สถานการณ์การสูดควันบุหรี่มือสองในตลาดสด หรือตลาดนัดมากที่สุดร้อยละ ๖๘.๘ ในบ้านร้อยละ ๓๖ และที่ทำงานร้อยละ ๓๐.๕ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีการสำรวจสถานการณ์การบริโภคบุหรี่และยาสูบปี ๒๕๕๔) พิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ในช่วงปี ๒๕๔๔-๒๕๕๒ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง แต่ในปี ๒๕๕๔ มีอัตราการสูบเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๒ คือจากร้อยละ ๑๘.๑ เป็นร้อยละ ๑๘.๔ โดยเพิ่มขึ้นในผู้ชายจากร้อยละ ๓๕.๕ เป็น ๓๖.๑ ส่วนผู้หญิงอัตราการสูบยังคงที่ จากการสำรวจพฤติกรรมของผู้ที่ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่แต่ในอดีตเคยสูบเป็นประจำ ในปี ๒๕๕๔ พบว่า สาเหตุที่ทำให้เลิกสูบมากที่สุดเพราะ พบว่า ไม่ดีเลยตัดสินใจเลิกเอง (ร้อยละ ๓๔.๒) รองลงมา คือป่วย/เป็นโรคแล้วแพทย์แนะนำ ให้งดสูบบุหรี่ (ร้อยละ ๒๘.๒) และสามี/ภรรยา/ลูก ขอร้อง(ร้อยละ ๑๔) ตามลำดับ ผู้ชายเลิกสูบบุหรี่มีสาเหตุเดียวกับที่กล่าวข้างต้น ในขณะที่ผู้หญิงเลิกสูบบุหรี่เพราะพบว่าไม่ดีเลยตัดสินใจเลิกเองมากที่สุด (ร้อยละ ๓๗.๓)

๑.๔ กลไกการติดบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อตัวผู้สูบ และมีผลกระทบต่อสุขภาพผู้ที่อยู่ใกล้เคียงที่สูดควันบุหรี่เข้าไป ในทางการแพทย์ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นโรคชนิดหนึ่งที่ต้องการการบำบัดรักษา ผลิตภัณฑ์ยาสูบหลายชนิดได้รับการปรุงแต่งกลิ่น รส เพื่อให้ผู้เสพเกิดความพึงพอใจในการเสพ ยิ่งไปกว่านั้น การเริ่มต้นหัดลองบุหรี่เร็วเท่าไรก็ยิ่งส่งผล

ให้มีปัญหาทางสรีระ, จิตใจ และสังคมมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งจะทำให้กลายเป็นผู้ติดบุหรี่ และรับผลกระทบจากบุหรี่สูง สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ง่าย การเลิกบุหรี่จึงไม่ใช่ทางเลือกที่ง่ายสำหรับคนที่สูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่ เพราะจำเป็นต้องเอาชนะการเสพ และการติดนิโคติน อย่างไรก็ตามการหยุดหรือเลิกบุหรี่ไม่ว่าในช่วงเวลาใดของชีวิต จะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้น และในระยะยาวแน่นอน คนที่สูบหรือคนที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบส่วนใหญ่จะพบว่า การเลิกอย่างเด็ดขาดเป็นสิ่งที่ค่อนข้างยาก อาจเลิกได้เพียง ๒-๓ วันแรกเท่านั้น การใช้พฤติกรรมบำบัด การให้ยาช่วยการเลิกบุหรี่จึงถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถเพิ่มความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ และแต่ละวิธีก็สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของกันและกันได้ด้วย ผู้ป่วยโรคต่างๆ หรือผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคหลายชนิดล้วนแต่ได้รับผลเสียจากการสูบบุหรี่ ทั้งทำให้เกิดภาวะกำเริบของโรค และปฏิกิริยาระหว่างยากับสารต่างๆ ในบุหรี่ด้วย

๑.๕ สาเหตุการติดบุหรี่ สามารถแบ่งออกเป็น ๓ แบบด้วยกัน

๑.๕.๑ ภาวะเสพติดทางสังคมหรือสภาพแวดล้อม พบว่าคนรอบข้างเป็นปัจจัยสำคัญในการเริ่มต้นทดลองสูบบุหรี่ และการได้รับความยอมรับจากคนรอบข้าง และเพื่อนฝูง เช่น การเลียนแบบหรือได้รับการยั่วยุจากคนรอบข้าง

๑.๕.๒ภาวะเสพติดทางพฤติกรรมและจิตใจ เป็นการเสพติดชนิดหนึ่งโดยเกิดจากการเรียนรู้แล้วปฏิบัติจนเคยชิน ยกตัวอย่างเช่น การกินกาแฟหรือดื่มเหล้าไปด้วย และสูบบุหรี่ไปด้วย ดังนั้นเวลากินกาแฟหรือดื่มเหล้าแล้วจึงอยากสูบบุหรี่ หรือ การสูบบุหรี่ในห้องทำงาน เวลาเมื่อเข้ามาในห้องทำงานจะเกิดความอยากสูบบุหรี่ หรือการสูบบุหรี่เวลาขับถ่ายเป็นประจำ นอกจากนี้การสูบบุหรี่เวลาขับถ่ายอาจเกิดได้จากภาวะเสพติดนิโคตินได้ด้วยเช่นกัน เป็นต้น

๑.๕.๓ ภาวะเสพติดนิโคติน คือ ในภาวะที่สูบบุหรี่ร่างกายจะทำงานได้เสมือนเป็นปกติ แต่เมื่อขาดนิโคตินร่างกายจะเสียสมดุลทำให้เกิดอาการขาดนิโคติน (withdrawal symptoms) เช่น หงุดหงิด, กระสับกระส่าย, ปวดหัว, นอนไม่หลับ, วิงเวียนศีรษะ, ซึมเศร้า, หดหู่, สมาธิไม่ค่อยดี, คิดอะไรไม่ออก และท้องผูก เป็นต้น ผลเหล่านี้มักทำให้ผู้ที่พยายามหยุดบุหรี่ทนไม่ได้ และต้องการบุหรี่มาสูบอีก

๑.๖ ผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ

บุหรี่ที่ผ่านการเผาไหม้แล้ว จะได้ควันบุหรี่ที่ประกอบไปด้วยนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติด, ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ (carbonmonoxide) และสารประกอบอื่นๆ มากกว่า ๔,๐๐๐ ชนิด มีสารมากกว่า ๔๐ ชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง สารเหล่านี้จะเป็นสารพิษ และสารก่อมะเร็งเมื่อบุหรี่มีการเผาไหม้เกิดขึ้น

สารประกอบในบุหรี่มีดังนี้

๑. nicotine สารที่พบเฉพาะในใบยาสูบเท่านั้น มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทแบบอ่อน ๆ โดยออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง ทำให้ผู้ที่ใช้เกิดการติดได้ nicotine ซึ่งนิโคตินเป็นสารที่มีฤทธิ์กระตุ้น คือทำให้

หลอดเลือดเกิดการหดรัดตัว (vasoconstriction), ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น, หัวใจเต้นเร็ว และแรงขึ้น และทำให้ความอยากอาหารลดน้อยลง

๒. tar หรือน้ำมันดินเป็นสารประกอบเกาะกันเป็นสีน้ำตาล ทำให้ระคายเคืองทางเดินหายใจ และเป็นสารก่อมะเร็ง เช่น มะเร็งปอด, มะเร็งหลอดลม, มะเร็งหลอดอาหาร, มะเร็งไต และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

๓. acetaldehyde เป็นสารปรุงแต่งซึ่งช่วยเสริมฤทธิ์กับนิโคติน ทำให้มีฤทธิ์เสพติดมากขึ้น

๔. ammonia ทำให้ค่าความเป็นกรด-ด่าง หรือค่าpH ในควันบุหรี่ต่ำลง และสร้างนิโคตินที่แตกตัวอิสระ (free nicotine) ในระดับสูงที่ร่างกายสามารถที่จะดูดซึมได้เร็วกว่านิโคตินที่ไม่แตกตัว แอมโมเนียทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้แสบตา, แสบจมูก และระคายเคืองทางเดินหายใจ

๕. arsenic หรือ สารหนู เป็นสารเคมีที่ประกอบอยู่ในจำพวกผลิตภัณฑ์ยาฆ่าหญ้า มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร เมื่อรับเอาสารนี้เข้าไปจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องร่วงอย่างแรง

๖. cadmium เป็นสารที่ใช้ในอุตสาหกรรม polymer electronic และเป็นสารประกอบที่อยู่ในถ่านไฟฉายด้วย มีผลกระทบต่อตับ ไต และสมอง ก่อให้เกิดมะเร็ง

๗. carbonmonoxide เป็นก๊าซที่แย่งจับกับเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจน ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน และเกิดอาการมึนงง คลื่นไส้ เหนื่อยง่าย

๘. formaldehyde สารนี้ก่อให้เกิดมะเร็ง และมีฤทธิ์กัดกร่อนตา, ผิวหนัง และระบบทางเดินหายใจ การหายใจเอาสารนี้เข้าไปจะทำให้ปอดอักเสบ การกลืนหรือกินเข้าไปจำทำลายตับ และไต การสัมผัสสารเป็นเวลานานทำให้ผิวหนังผิดปกติก่อให้เกิดเนื้องอก มีผลทำลายตับ ไต หัวใจ และอาจเป็นสารเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมด้วย

๙. mercury (สารปรอท) สารนี้มีผลทำลายระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ความจำเสื่อม บุคลิกภาพ และพฤติกรรมเปลี่ยน กระเพาะอาหารและลำไส้ผิดปกติ เกิดผื่นแดง ทำลายสมอง และไต

๑๐. nitrogen dioxide เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อบุทางเดินหายใจ และถุงลม และทำให้เกิดโรคถุงลมปอดโป่งพอง

ควันบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบและผู้ใกล้ชิด ได้แก่

๑. โรคหัวใจและหลอดเลือด บุหรี่ก่อให้เกิดการแข็งตัวของเส้นเลือดในหลอดเลือดใหญ่ และหลอดเลือดเล็กๆ (atherosclerosis) โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary) ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบแคบที่ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพอย่างฉับพลัน เกิดการปริแตก และกระตุ้นให้เกิดการก่อตัวของลิ่มเลือดจนทำให้หลอดเลือดอุดตันอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอกเป็นอาการสำคัญ ซึ่งหากรุนแรงมาก และเป็นระยะเวลานานสามารถทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน องค์การอนามัยโลกระบุชัดว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด จึงแนะนำให้เลิกบุหรี่เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเหล่านี้ นอกจากนี้บุหรี่

ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ทั้งนี้เนื่องจากเกิดการแข็งตัวของเส้นเลือด(atherosclerosis) ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง

๒. โรคมะเร็งปอด โดยเฉลี่ยผู้สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง ๑๒ เท่า และหากสูบมานาน ๒๑- ๔๐ปี โอกาสเสี่ยงจะมากว่าผู้ไม่สูบถึง ๓๐ เท่า จากสถิติของสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ ๓๐ ของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มิได้สูบบุหรี่ เกิดโรคมะเร็งจากควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ และมะเร็งปอดจัดเป็นมะเร็งอันดับหนึ่งในชายไทย

๓. โรคมะเร็งต่างๆ บุหรี่ยังเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งกล่องเสียง, ช่องปาก, หลอดอาหาร, ตับอ่อน, ไต และกระเพาะปัสสาวะ บุหรี่ยังอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งกระเพาะอาหารอีกด้วย

๔. โรค chronic obstructive pulmonary disease (COPD) หรือโรคถุงลมโป่งพอง -- บุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคCOPD และการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยทำให้เกิดการอักเสบ ระคายเคืองทางเดินหายใจ ส่งผลให้มีการสร้างเสมหะมากทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรัง ผนังทางเดินหายใจหนาขึ้น และช่องทางเดินหายใจแคบลง เกิดถุงลมปอดโป่งพองเนื่องจากมีการขยาย และทำลายถุงลมเล็กๆในปอด โรค COPD สามารถรักษา/แก้ไขให้ปอดกลับมาทำงานปกติได้ยากความผิดปรกติของสมรรถภาพปอดไม่สามารถกลับมาเป็นปรกติได้ แม้ว่าจะหยุดสูบบุหรี่มานาน และการตอบสนองต่อการรักษามีจำกัด ผู้ป่วยแต่ละคนตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่เหมือนกัน

๕. โรคระบบทางเดินอาหาร บุหรี่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดแผลในทางเดินอาหารส่วนบน พบแผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น (duodenum) ของผู้สูบบุหรี่ได้มากกว่า และอัตราการหายของแผลช้ากว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ รวมถึงมีโอกาสที่แผลจะทะลุสูงขึ้นด้วย

๖. โรคในช่องปาก มีการศึกษาที่แสดงว่าบุหรี่เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปริทันต์ สารเคมีในบุหรี่ทำให้กระบวนการหายของโรคปริทันต์ และแผลการผ่าตัดในช่องปากหายช้าลง และบุหรี่ยังลดการดูดซึมของวิตามินซีในร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาเลือดออกตามไรฟันได้ ดังนั้นการทานวิตามินซีเสริมควบคู่กับการเลิกบุหรี่อาจช่วยลดปัญหาเลือดออกตามไรฟันได้ ผู้สูบบุหรี่จะมีคราบหินปูนฝังแน่นที่ฟัน เกิดช่องว่างระหว่างฟัน และเหงือก โครงสร้างของกระดูก และเนื้อเยื่อที่ยึดฟันหายไป นอกจากนี้บุหรี่ยังก่อให้เกิดกลิ่นปาก, ฟันเหลือง, เหงือกร่น และอาการระคายเคืองในคออีกด้วย และยิ่งสูบปริมาณมาก ความเสี่ยงในการเกิดโรคปริทันต์ก็ยิ่งสูงขึ้น

๗. สตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้งโดยไม่ทราบสาเหตุ,เลือดออกระหว่างตั้งครรภ์, คลอดก่อนกำหนด และคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าสตรีมีครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง ๒๐๐ กรัม ธนาคารโลกรายงานว่า มีงานวิจัยที่ให้ข้อมูลว่าพบสารก่อมะเร็งซึ่งปรกติพบในควันบุหรี่ปนอยู่ในปัสสาวะของทารกแรกเกิดที่มารดาสูบบุหรี่ด้วย สตรีที่สูบบุหรี่จะหมดประจำเดือนเร็วกว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยถึง ๒ปีและยังมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะกระดูกพรุนขณะที่สตรีที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่จากบุคคลรอบข้างในช่วงตั้งครรภ์ มีโอกาสคลอดทารกที่มีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติได้

๘. ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่สัมผัสกับมลพิษจากควันบุหรี่ (environmental tobacco smoker, ETS หรือทารกที่สัมผัสมลพิษจากควันบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดบวม และหลอดลมอักเสบในขวบปีแรก หูชั้นกลางอักเสบ เสี่ยงต่อกลุ่มอาการเสียชีวิตเฉียบพลันของทารก (sudden infant death syndrome, SIDS) และมีโอกาสป่วยด้วยโรคหอบหืด ทารกที่ได้รับควันบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเป็นผู้สูบ และติดบุหรี่ต่อไปได้ในอนาคต ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่สามารถสูดหายใจเอาควันบุหรี่เข้าไปในร่างกายได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ถึง ๒ ทางคือ สูดควันบุหรี่ที่ผู้สูบพ่นออกมาโดยตรง (mainstream smoke) กับสูดควันจากบุหรี่ที่ถูกจุดไว้ (sidestream smoke) มลพิษจากควันบุหรี่ที่ผู้ไม่สูบได้รับเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปอด และโรคหัวใจในคนที่ไม่สูบบุหรี่ ทั้งนี้ขึ้นกับปริมาณที่มลพิษจากควันบุหรี่ที่ได้รับด้วย ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เมื่อได้รับควันบุหรี่ก็จะได้รับนิโคตินในบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย และจะถูกเปลี่ยนแปลงไปเป็นโคตินิน ดังนั้นจึงสามารถตรวจพบโคตินินได้ในเลือด น้ำลาย และปัสสาวะของผู้ไม่สูบบุหรี่ มลพิษจากควันบุหรี่ก่อให้เกิดอาการระคายเคืองที่ตา, ทำให้น้ำตาไหล, คันตา, เยื่อบุตาแดง และต้องกระพริบตาถี่กว่าปกติ นอกจากนี้ยังเกิดอาการระคายเคืองเยื่อบุในโพรงจมูกทำให้เกิดอาการบวม, น้ำมูกไหล และจามได้ด้วย มากไปกว่านั้นยังอาจก่อให้เกิดอาการระคายเคืองในลำคอ, ก่อให้เกิดอาการไอ มีเสมหะมาก และการทำงานของปอดลดลง มลพิษจากควันบุหรี่ก็ยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีอาการกำเริบได้ด้วย second hand smoker)

๙. การสูบบุหรี่กับการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของเพศชาย สารนิโคตินจะเข้าไปกระตุ้นการบีบตัวของหลอดเลือด รวมถึงทำให้ระดับฮอร์โมนในเลือดลดต่ำลง โดยเฉพาะฮอร์โมนเทสโตสเตอโรนซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมลักษณะทางเพศของชาย และยังทำให้เกิดการรวมตัวของกรดไขมันในเลือดเพิ่มขึ้นอีกด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตัน และการไหลเวียนเลือดที่บริเวณอวัยวะเพศชายผิดปกติ บุหรี่มีผลต่อการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศถึง ๒ เท่า และพบความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

๑.๗ กลไกการติดนิโคติน ทุกครั้งที่ผู้สูบบุหรี่ได้สูดควันบุหรี่เข้าไปในร่างกาย จะได้รับสารเคมีมากมายนับพันชนิด ซึ่งล้วนแต่มีโทษต่อร่างกายทั้งสิ้น ตัวอย่างเช่น สารก่อมะเร็ง สารที่เหนี่ยวนำให้เกิดอนุมูลอิสระ รวมทั้งสารเสพติดนิโคติน (nicotine)

การเข้าสู่ร่างกายของนิโคติน เมื่อสูดควันบุหรี่เข้าไป นิโคตินจะถูกดูดซึมผ่านผนังเซลล์ทางเดินหายใจเข้ากระแสเลือด แล้วไปออกฤทธิ์ที่ส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น สมอง หัวใจ และหลอดเลือด ทางเดินอาหาร และกล้ามเนื้อลาย เป็นต้น นิโคตินจะถูกกำจัดออกจากร่างกายทางปัสสาวะในรูปของโคตินิน (cotinine)

นิโคตินทำให้เกิดการเสพติด ซึ่งเป็นผลของนิโคตินต่อระบบประสาทส่วนกลาง พบว่านิโคตินออกฤทธิ์ใกล้เคียงกับสารเสพติดอื่นๆ เช่น แอมเฟตามีน โคเคน ต่อระบบประสาทส่วนกลางในการทำให้ติดยาในระบบประสาทส่วนกลางมีส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกเป็นสุขใจซึ่งเรียกว่า "brain rewarding pathway" โดยเริ่มจากสมองส่วนที่เรียกว่า ventral tegmental area (VTA) ซึ่งจะส่งสัญญาณประสาทไปที่สมองส่วน nucleus accumbens (shell region) ในรูปของสารเคมีที่ชื่อ "dopamine (DA) โดปามีน"สารโดปามีนที่สมองส่วนนี้ทำหน้าที่สำคัญในการทำให้ร่างกายรู้สึกมีความสุข, อิ่มเอิบใจ และมีแรงจูงใจ นิโคตินที่ได้จากควันบุหรี่จะผ่านจากเลือดเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางได้เร็วมาก จากนั้นนิโคตินจะไปออกฤทธิ์กระตุ้น "brain rewarding pathway" โดยการจับกับตัวรับของมันที่ชื่อ nicotinic receptor ที่อยู่บนปลายประสาทของ VTA มีผลทำให้มีการหลั่งของสารโดปามีนออกมามากขึ้น ดังแสดงในรูป

ที่ ๒ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขใจสบายใจขึ้น รู้สึกว่าความเครียดความกดดันต่างๆ ลดลงมีอารมณ์เป็นสุขมีแรงจูงใจให้ทำงานหรือวางแผนงานต่างๆ มากขึ้นมีความตื่นตัวมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลลดความอยากอาหารอีกด้วย

นอกจากนิโคตินจะมีผลเพิ่มการหลั่งของ dopamine ที่ brain rewarding pathway แล้ว นิโคตินยังมีผลเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาทอื่นๆ เช่น acetylcholine, glutamate, serotonin, norepinephrine และgamma-aminobutyric acid (GABA) ออกจากปลายประสาทอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจาก nicotinic receptor ซึ่งเป็นตำแหน่งออกฤทธิ์ของนิโคตีนมีอยู่ที่ปลายประสาทของสารสื่อต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสารสื่อประสาทเหล่านี้รวมทั้ง dopamine ส่งผลในเชิงบวกต่อระบบประสาทส่วนกลางดังสรุปไว้ในตารางที่ ๑ ซึ่งผลดังกล่าวนี้มีผลทำให้ผู้ที่ติดบุหรี่เกิดความพึงพอใจ

ตารางที่ ๑ ผลทางชีวภาพของสารสื่อประสาทชนิดต่างๆ ที่ถูกทำให้หลั่งเพิ่มขึ้นด้วยนิโคติน

สารสื่อประสาท	**ผลทางชีวภาพ**
Dopamine	ทำให้รู้สึกพึงพอใจ สุขใจ ลดความอยากอาหาร
Acetylcholine	ตื่นตัว ทำให้ความจำและสมาธิดีขึ้น
Serotonin	รักษาระดับอารมณ์ ลดความอยากอาหาร
Norepinephrine	ตื่นตัว มีแรงจูงใจ สดชื่น ลดความอยากอาหาร
Glutamate	เพิ่มความจำ
Vasopressin	เพิ่มความจำ
β-endorphin	ลดความวิตกกังวลและความเครียด
GABA	ลดความวิตกกังวล

ที่มา : วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกรกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. ๒๕๔๗

จะเห็นว่าผู้ที่ติดบุหรี่คือผู้ที่ต้องการได้รับสารนิโคติน ซึ่งจะไปออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้ลดความเครียด ความวิตกกังวลหรือทำให้ทนต่อความเครียดความกดดันจาสภาพแวดล้อมต่างๆได้ดีขึ้น ทำให้สมองมีความคิดอ่านที่ดีขึ้น มีสมาธิดีขึ้นมีความรู้สึกพึงพอใจ และเป็นสุข ดังนั้นในผู้ที่ติดบุหรี่อย่างมาก การเลิกบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดความรู้สึกในเชิงลบ เช่น อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เศร้า เหงา ไม่มีแรง หิวบ่อย เนื่องจากไม่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่เข้าไปกระตุ้น เรียกว่า อาการถอนนิโคติน (nicotine withdrawal) ซึ่งเป็นผลมาจากระดับสารสื่อประสาทต่างๆ ลดจำนวนลงอย่างมาก ผลคือผู้ที่ติดจะต้องกลับไปสูบบุหรี่อีกเพื่อให้ได้ความรู้สึกในเชิงบวกเหมือนเดิม

๑.๘ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการเริ่มสูบบุหรี่

๑.๘.๑ ความอยากลอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของวัยรุ่นที่ความอยากลองเป็นเรื่องที่ท้าทาย น่าตื่นเต้น และสนุกสนาน ถึงแม้จะทราบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพก็ตาม

๑.๘.๒ ตามอย่างเพื่อน เริ่มสูบบุหรี่เพราะเพื่อนชวน บางคนมีเจตคติที่ว่า ถ้าไม่สูบบุหรี่จะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เพื่อนจะไม่ยอมรับเข้ากลุ่ม และหลายคนไม่กล้าเลิกสูบบุหรี่ เพราะกลัวเพื่อนจะล้อเลียน และไม่ให้เข้ากลุ่ม

๑.๘.๓ ยึดถือค่านิยมผิด ๆ คิดว่าการสูบบุหรี่เป็นการโก้เก๋ หรือเป็นลูกผู้ชาย

๑.๘.๔ สภาพแวดล้อมภายในครอบครัวชักนำ เกิดจากสมาชิกบางคนในครอบครัวสูบบุหรี่ เช่น พ่อ แม่ ลุง น้า จึงต้องการเอาเยี่ยงอย่าง

๑.๘.๕ เพื่อเข้าสังคม บางคนต้องสูบบุหรี่เพราะหน้าที่การงานที่ต้องเข้าสังคม งานเลี้ยงสังสรรค์หรืองานเลี้ยงรับรอง

๑.๘.๖ กระแสของสื่อโฆษณา สื่อโฆษณาต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมล้วนมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตคนอย่างมาก

๑.๘.๗ ความเชื่อที่ผิดๆ เช่น เชื่อว่าเมื่อสูบบุหรี่จะทำให้สมองปลอดโปร่ง จิตใจแจ่มใสและไม่ง่วงนอน เป็นต้น

๑.๘.๘ ความเครียด สารนิโคตินในควันบุหรี่เมื่อสูดเข้าร่างกายจะเข้าสู่สมองภายในเวลา ๘-๑๐ วินาที ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดงหดรัดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น และกระตุ้นสมองส่วนกลางทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ในระยะต้น หลายคนจึงสูบบุหรี่ด้วยเหตุผลเพื่อคลายความเครียด แต่เมื่อปริมาณนิโคตินในสมองลดลง จะทำให้ผู้สูบเกิดอาการหงุดหงิด และเครียดได้ในเวลาต่อมา และนี่คือเหตุผลที่ทำให้ต้องสูบบุหรี่อยู่เสมอเพื่อคงระดับนิโคตินไว้ในร่างกาย

๑.๙ การใช้ยาบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่

การใช้ยาบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรักษาผู้ที่ติดบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ การใช้ยาบำบัดนี้มีความจำเป็น เพราะยาจะช่วยบรรเทา ระงับหรือป้องกันอาการถอนนิโคตินจากบุหรี่ นอกจากนี้การใช้ยายังทำให้ผู้ติดบุหรี่ไม่ต้องได้รับสารก่อมะเร็งหรือสารพิษจากควันบุหรี่ รวมทั้งอาการระคายทางเดินหายใจจากควันบุหรี่ การให้ยาที่เป็นนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy, NRT) ทำให้ร่างกายได้รับนิโคตินในขนาดต่ำ เพื่อเป็นการทดแทนนิโคตินที่ได้รับจากบุหรี่บางส่วน จึงทำให้สามารถลดอาการถอนนิโคตินลงได้ แต่นิโคตินในระดับต่ำดังกล่าวจะไม่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข เกิดความพึงพอใจหรือคลายเครียด จึงเป็นการลดการเสพติดนิโคตินทางจิตใจจากการเคี้ยวหมากฝรั่ง ซึ่งจะช่วยให้สามารถคงสภาพการเลิกบุหรี่ไว้ได้ การใช้ยาบำบัดนี้ควรใช้เพียงชั่วคราวเพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมเท่านั้น เมื่อเลิกบุหรี่ได้แล้วก็ไม่จำเป็นต้องใช้ยาต่อไป

ยาที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ที่จัดเป็นตัวเลือกแรก (first-line) ในปัจจุบัน โดยการรับรองขององค์การอาหาร และยาประเทศสหรัฐอเมริกา และมีใช้ในประเทศไทย ได้แก่ การให้นิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy, NRT) ซึ่งได้แก่ นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว (nicotine chewing gum) ชนิดแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) และยาเม็ดรับประทาน bupropion HCl sustained release ส่วนยาที่จัดเป็นตัวเลือกรอง (second-line) ซึ่งไม่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกาให้ใช้เป็นยาเลิกบุหรี่ ได้แก่ clonidine และ nortriptyline

ทางเลือกหนึ่งในการเลิกบุหรี่โดยใช้สมุนไพร

๑. หญ้าดอกขาว (*Vernonia cinerea*) หญ้าดอกขาว (Vernonia cinerea) มีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไปในแต่ละท้องถิ่น เช่น หญ้าหมอน้อย หญ้าละออง ก้านธูป ถั่วแฮะดิน ฝรั่งโคก เสือสามเขา หญ้าสามวัน เป็นต้น ปัจจุบันมีการนำหญ้าดอกขาวมาใช้ในการบำบัดผู้ติดบุหรี่ เนื่องจากในต้น ใบ และรากของหญ้าดอกขาวมีสารสำคัญคือ Sodium nitrate ทำให้ลิ้นชา ช่วยลดอาการอยากสูบบุหรี่ โดยเหตุผลสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่จากการใช้ชาหญ้าดอกขาว คือ ชาลิ้น กินอาหารไม่อร่อย ไม่รู้สึกอยากบุหรี่ รู้สึกเหม็นกลิ่นบุหรี่ เมื่อสูบบุหรี่แล้วรู้สึกอยากอาเจียน ส่วนในผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ให้เหตุผลว่า ดื่มชาหญ้าดอกขาวเหมือนดื่มน้ำธรรมดา ไม่มีอาการใดๆ ถึงแม้ว่าการใช้หญ้าดอกขาวเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ยังขาดข้อมูลทางคลินิกอีกมาก แต่ก็นับเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่ติดบุหรี่ เนื่องจากมีราคาถูก และเป็นการสนับสนุนการใช้สมุนไพรไทย อย่างไรก็ตามต้องระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายหรือไตวายร่วมด้วย

เภสัชภัณฑ์ในปัจจุบันที่มีหญ้าดอกขาวเป็นส่วนประกอบ

๑. ลูกกวาดแบบนุ่ม เนื่องมาจากชาชงสมุนไพรหญ้าดอกขาวมักมีกลิ่นเหม็นเขียว และไม่สะดวกในการพกพาไปบริโภคในที่ต่างๆ จึงได้มีการวิจัยปรับปรุงแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ลูกกวาดแบบนุ่ม (soft candies) เป็นการปรับปรุงรสชาติให้ถูกปากผู้บริโภค และสะดวกต่อการพกพา ง่ายต่อการบริโภค โดยนำน้ำสกัดจากหญ้าดอกขาวผสมกับน้ำตาลกลูโคสซีรัป นมข้นหวานเลซิทิน เนย และไขมัน ปรุงแต่งรสชาติ ๓ แบบคือ รสธรรมชาติดั้งเดิม รสนมมิ้นต์ และรสชามะนาว ผลิตเป็นลูกกวาดชนิดนุ่มแบบ open pan ที่อุณหภูมิ ๑๒๕-๑๓๐ องศาเซลเซียส ห่อแผ่นพลาสติกอ่อน ผู้วิจัยได้ทดลองให้น้ำสกัดหญ้าดอกขาว ๓ ความเข้มข้น คือ ๑๖% สำหรับลูกอมชนิดอม ๕ เม็ดต่อวัน, ๓๒% สำหรับลูกอมชนิดอม ๓ แบบคือ รสธรรมชาติ, รสมิ้นต์ และรสชามะนาวตามลำดับ นำลูกกวาดทั้ง ๙ แบบมาประเมินผลรสชาติ และความเข้มข้น โดยให้ผู้เข้ารับบริการคลินิกอดบุหรี่ ๕๔ คน ทดลองบริโภค และให้คะแนนโดยวิธี Hedonic scoring test พบว่าความชอบโดยรวมสูงสุด คือ ลูกกวาดชนิดรสนมมิ้นต์ ชนิดรับประทาน ๓ เม็ดต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญ ($p<๐.๐๕$) ดังนั้นลูกกวาดอดบุหรี่หญ้าดอกขาวแบบนุ่มรสนมมิ้นต์ ชนิดรับประทาน ๓ เม็ดต่อวัน จึงเป็นตัวเลือกใช้ในคลินิกอดบุหรี่เพื่อประเมินประสิทธิผลการลดความอยากบุหรี่ต่อไป

๒. ชาชง ชาชงสมุนไพรหญ้าดอกขาว ๑ ซองละลายน้ำ ๑ แก้ว ดื่มวันละ ๓ ครั้ง หลังอาหาร ร่วมกับการรับประทานวิตามินซี (๑๐๐ มิลลิกรัม) ๑ เม็ด วันละ ๓ ครั้ง หลังอาหาร แต่เนื่องจากหญ้าดอกขาวนั้นมีรสขม เฝื่อน จึงมีแนวคิดในการนำกาแฟมาช่วยกลบรสชาติ และพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์กาแฟในซองให้ชงดื่มรูปแบบเดียวกับชา เนื่องจากผู้ที่ติดบุหรี่แล้วต้องมาลดปริมาณการสูบลงนั้นจะมีความรู้สึกง่วง หัวใจเต้นช้าลง ไม่กระชุ่มกระชวย ไม่ตื่นตัว ดังนั้นสารคาเฟอีนในกาแฟ

จะช่วยกระตุ้นร่างกายให้ตื่นตัวอีก ข้อเสียของชาชง คือ น้ำชาชงมักมีกลิ่นเหม็นเขียว และไม่สะดวกในการพกพาไปบริโภคในที่ต่างๆ

ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่เป็น first-line drugs

๑.นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว ผู้ติดบุหรี่ต้องหยุดสูบบุหรี่ทันทีก่อนเริ่มใช้ยา โดยต้องงดรับประทานอาหาร และดื่มเครื่องดื่มที่มีความเป็นกรด เช่น กาแฟ น้ำส้ม น้ำอัดลม ไวน์ ๑๕นาที ก่อนใช้ยา และต้องเคี้ยวหมากฝรั่งช้าๆจนได้รสเผ็ดซ่า แล้วหยุดเคี้ยว อมหมากฝรั่งไว้ระหว่างกระพุ้งแก้ม และเหงือก จนรสซ่าหายไป จึงเคี้ยวใหม่ ทำเป็นระยะสลับกัน (chew-and-park technique) อย่างต่อเนื่อง ๓๐ นาที โดยเปลี่ยนบริเวณที่อมด้วย

อาการไม่พึงประสงค์ เจ็บปาก, ปวดกราม, ระคายเคืองทางเดินอาหาร (dyspepsia) และสะอึก

๒. นิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนัง ผู้ติดบุหรี่ต้องหยุดสูบบุหรี่ทันทีก่อนเริ่มใช้ยา ควรติดแผ่นยาบริเวณที่ไม่มีขน, ไม่มัน, ไม่มีบาดแผล, ไม่อักเสบหรือไหม้ โดยติดระหว่างบริเวณคอและสะโพก หรือต้นแขนด้านนอก ติดแผ่นยาทุกวันในเวลาเดียวกัน โดยติดตลอด ๒๔ ชั่วโมง ยกเว้นเมื่อมีอาการนอนไม่หลับหรือฝันร้าย ให้ดึงแผ่นยาออกก่อนนอน

ข้อห้ามโรคหัวใจและหลอดเลือด, hyperthyroidism, เบาหวานชนิดที่ ๑, ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้นิโคติน, life-threatening, arrhythmia, unstable angina, เพิ่งเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน ๑ เดือน, ผู้ที่เป็น atopic, eczematous dermatitis

๓. Bupropion HCl sustained release กลืนยาทั้งเม็ด ห้ามหัก เคี้ยว หรือบดยาก่อนกลืน

อาการไม่พึงประสงค์ นอนไม่หลับ ปากแห้ง ปวดศีรษะ มือสั่น วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ หากเกิดอาการนอนไม่หลับ ให้รับประทานยาในมื้อที่สองตอนบ่าย โดยห่างจากมื้อแรกอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง หรือลดขนาดยาลง ข้อควรระวัง ห้ามใช้ใน seizure disorders, bulimia, anorexia nervosa, ห้ามใช้ร่วมกับ MAOIs, หากใช้ร่วมกับนิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนัง อาจเกิดความดันโลหิตสูง, ระวังการใช้ในภาวะที่เพิ่มความเสี่ยงต่ออาการชัก

ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่เป็น second-line drugs

๑.Clonidine ระมัดระวังในผู้ป่วย severe coronary insufficiency, conduction disturbances, recent MI, cerebrovascular disease, chronic renal failure Hypotension ผู้ป่วยบางรายอาจมีการดื้อยาได้ จำเป็นต้องประเมินประสิทธิภาพของยาเป็นระยะ

๒.nortriptyline เริ่มใช้ยา ๑๐-๒๘ วันก่อนวันที่จะเลิกบุหรี่ และใช้ติดต่อกัน ๖-๑๒ สัปดาห์

อาการไม่พึงประสงค์ มีง่วงนอน ปากแห้ง ตาพร่า หน้ามืด มือสั่น ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์หากมีอาการง่วงซึมให้รับประทานก่อนนอน หรืออาจเริ่มใช้ยาในขนาดต่ำ แล้วจึงเพิ่มขนาดให้ยาสูงขึ้น

ข้อควรระวัง ระวังการใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคต้อหิน, hyperthyroidism, มีประวัติปัสสาวะคั่ง, โรคต่อมลูกหมากโต,โรคลมชัก หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออาการชัก, ผู้ป่วย schizophrenia, ผู้ที่มีโรคตับอาจต้องปรับลดขนาดยา เนื่องจากยาทำให้เกิดอาการง่วงซึม จึงควรระวังการทำงานที่ต้องการความตื่นตัว ใช้ความระมัดระวังสูง เช่น การทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ขับรถ, ห้ามใช้ร่วมกับยา MAOIs, ห้ามใช้ในผู้ที่เพิ่งฟื้นตัวจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ที่แพ้ยา

๑.๙ ข้อดีของการเลิกบุหรี่ ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น อายุยืน การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น การทำงานของประสาทในการรับรสและกลิ่นดีขึ้น อาการไอและเสมหะลดลง สมรรถภาพทางเพศดีขึ้น ปอดทำงานได้ดีขึ้น และภาวะเศรษฐกิจดีขึ้น

๑.๑๐วิธีการเลิกสูบบุหรี่ จัดการดูแลตัวเอง ทำจิตใจให้เข้มแข็ง ทิ้งทั้งบุหรี่และที่เขี่ยบุหรี่ไปให้พ้น ๆ สายตา อยู่ให้ห่างจากสภาพแวดล้อมเดิม ๆ ของคุณ หากิจกรรมทำ ห้ามใจอ่อนกับตัวเองเป็นอันขาด คอยย้ำเตือนตัวเองอยู่เสมอ และอย่าละเลยแม้เพียงเล็กน้อย

๒. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๒.๑ ความหมาย

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้ให้ความหมายของ “สมัชชาสุขภาพ” ว่าเป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพ จึงเป็นนวัตกรรมทางสังคม ที่เปิดพื้นที่สาธารณะรูปแบบใหม่ให้กับทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรประชาสังคม องค์กรเอกชน นักวิชาการและวิชาชีพ ร่วมทั้งฝ่ายการเมืองและราชการ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ได้เข้ามาร่วมกันทำงานเชิงนโยบายที่เรียกว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ตามวิถีทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ที่มีความสำคัญควบคู่ไปกับประชาธิปไตยแบบตัวแทน

“สมัชชาสุขภาพ” ในประเทศไทย เริ่มมีครั้งแรกในปีพ.ศ.๒๕๓๑ แต่ยังไม่ได้เรียกชื่อนี้ เมื่อคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติได้ร่วมกับหลายหน่วยงานจัดเวที “สมัชชาสาธารณสุขแห่งชาติ” ขึ้นและมีการเสนอแนวคิดในการจัดตั้ง “สภาสาธารณสุข” ขึ้นเพื่อเป็นองค์กรประสานระหว่างสาขาและกระทรวงต่างๆ มาร่วมกันในการทำงานพัฒนาสุขภาพ แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จ

หลังจากนั้นไม่มีหน่วยงานใดจัดสมัชชาเช่นนี้อีกเลย จนกระทั่งเมื่อมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๓ คณะรัฐมนตรีได้มอบหมายให้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ภายใต้ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส.) จัดการประสานงานกับทุกภาคส่วนของสังคม จัดทำพรบ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งภารกิจของ สปรส. ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของประชาคมร่วมกับภาครัฐและภาคเอกชน จนทำให้เกิดแนวคิดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy: PHPP) หรือที่เรียกว่า “สมัชชาสุขภาพ” ขึ้น เมื่อร่าง พรบ.สุขภาพแห่งชาติผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎร และผ่านออกมาเป็นกฎหมายในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พรบ.สุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทำหน้าที่หลักในการให้ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้าน สุขภาพ และมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นองค์กรเลขา ทั้งนี้ ยังกำหนดให้ คสช. กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น รวมทั้งจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๑๑ – ๑๓ ธันวาคมนี้ ถือเป็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นตามเจตนารมณ์ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ เป็นครั้งแรก ซึ่งในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง โดยปีนี้มีประเด็นการจัดอยู่ที่เรื่อง“ธรรมนูญว่าด้วยเรื่องระบบสุขภาพแห่งชาติ”ซึ่งมีวาระดังนี้ ๑) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ๒) การเข้าถึงยาจำเป็น: การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย ๓) ระบบสุขภาพและพหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้: นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ๔) กลไกการมีส่วนร่วมในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ: การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี ๕)เกษตรและอาหารในยุควิกฤต ๖)การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์: ยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๗) บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม ๘) ความเสมอภาคในระบบหลักประกันสุขภาพ: ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ๙) เด็กและเยาวชนกับสื่อ: แนวทางสร้างสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์สำหรับเด็กเยาวชนและครอบครัว - กองทุนสื่อสร้างสรรค์ช่องทางสำคัญของการเปลี่ยนสื่อสีดำเป็นสีขาว ๑๐) สุขภาวะทางเพศ:ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๑๑)กลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย ๑๒)การจัดการสุขภาพแรงงานนอกระบบ: นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ ๑๓)ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ๑๔) วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ มีมติการประชุม ๑๒ มติประกอบด้วย ๑) การจัดการขยะอันตรายจากชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ๒) แผนพัฒนาที่ยั่งยืนบนฐานการพึ่งตนเองด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กรณีภาคใต้ ๓) การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน๔)ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม : เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย๕)ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ๖) โรคติดต่ออุบัติใหม่๗)การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ ทางเลือกให้เป็น๘)ระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ คู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ๙) การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ๑๐) การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ๑๑) การพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชนและครอบครัว ๑๒) การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ มีมติการประชุม ๑) มาตรการทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน ๒)ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ๓) การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ๔)นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ๕)นโยบายสนับสนุนพื้นที่จัดการตนเองเพื่อสังคมสุขภาวะ ๖) **มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ** ๗)ร่วมฝ่าวิกฤตความไม่เป็นธรรม นำสังคมสู่สุขภาวะ ๘)การแก้ปัญหาวัยรุ่นไทยกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ๙) การป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หมายถึง สมัชชาสุขภาพที่ใช้ ประเด็นสาธารณะเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ เช่น สมัชชาสุขภาพเรื่องการเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ

๒.๒ ความสำคัญของสมัชชาสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพภายใต้กรอบคิดและเจตนารมณ์ของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มีบทบาทต่อสังคม ดังนี้

๒.๒.๑ สมัชชาสุขภาพมีฐานะเป็น “พื้นที่สาธารณะเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของภาคส่วนต่างๆในสังคม”สมัชชา สุขภาพเป็นการเปิดพื้นที่สาธารณะทางสังคมอย่างกว้างขวางและหลากหลาย เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้มาพบปะ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และค้นหาทางออกร่วมกัน ในประเด็นปัญหาร่วมที่แต่ละฝ่ายให้ความสำคัญและนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอต่อฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อเสนอนั้นอาจดำเนินการได้ทันทีในระดับท้องถิ่น

๒.๒.๒ สมัชชาสุขภาพมีฐานะเป็น “กลไกในการผลักดันนโยบายสาธารณะ”คุณค่าของกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่สำคัญและแตกต่างจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ทั่วๆ ไป คือ

การมีบทบาทในการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือให้เกิดทางเลือกเชิงนโยบายที่เอื้อหรือสนับสนุนการสร้างสุขภาวะของ ประชาชน ทั้งนี้เพราะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นั้นย่อมสามารถทำที่ไหนก็ได้ และปัจจุบันก็มีกลุ่มองค์กรและเครือข่ายที่มีบทบาทในการสนับสนุนและเสริม สร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนผ่านการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่างๆใน ระดับพื้นที่อยู่แล้ว

๒.๒.๓ สมัชชาสุขภาพในฐานะ“กระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม”สมัชชาสุขภาพสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ โดยอาศัยขบวนการประชาสังคมมาขับเคลื่อนเพื่อประสานงานทุกภาคส่วนเป็นแบบ เครือข่ายด้วยท่าทีและบรรยากาศแบบพันธมิตร ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายมุ่งให้มีลักษณะเป็นแบบพหุภาคี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง “ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม” ที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๔๐ และรัฐธรรมนูญฉบับที่ใช้ในปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๕๐) ระบุให้มีการขยายสิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคแก่ประชาชน และกำหนดให้รัฐต้องสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

๒.๓ นโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกลไกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย (สมัชชาสุขภาพ ๒๕๕๓)

ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเป็นประเทศภาคีสมาชิกตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบของประเทศ เป็นลำดับที่ ๓๖ ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๖ จาก ๑๖๘ ประเทศ ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญคือมาตรา ๕.๓ ของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกว่าด้วย การเฝ้าระวังและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ โดยที่ประเทศไทยมีกฎหมายที่สำคัญ ๓ ฉบับ ที่ใช้เป็นกลไกในการควบคุมยาสูบก่อนการเกิดขึ้นของอนุสัญญาดังกล่าว ได้แก่ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๓๕ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.๒๕๓๕ และ พ.ร.บ. ยาสูบ พ.ศ.๒๕๐๙ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสร้างกลไกใหม่ในการเฝ้าระวังและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ

กลยุทธ์และวิธีปฏิบัติด้านการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ มีพัฒนาการตลอดเวลา ได้แก่ การโฆษณา (Advertising) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) และการอุปถัมภ์ (Sponsorship) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบอ้างว่าเป็นกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม รวมถึงกิจกรรมที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมภายใต้นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility) เช่น การสนับสนุนเงินให้กับหน่วยงานภาคการศึกษาและกิจกรรมด้านเยาวชนเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อเยาวชน ชุมชนและสังคม รวมทั้ง สร้างการยอมรับตัวสินค้าว่าเป็นสินค้าปกติในชีวิตประจำวันอันจะเป็นผลทางอ้อมต่อการบริโภคยาสูบ รวมไปถึงการแทรกแซงของผู้ประกอบการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบ ต่อกระบวนการ

นโยบายควบคุมยาสูบ อันได้แก่ การขอเข้าพบเพื่อเจรจาต่อรองขอผ่อนปรนกฎระเบียบต่างๆ กับผู้มีส่วนในการกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบ

การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีหลายองค์กรเป็นภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งภาครัฐ องค์กรพิเศษภายใต้การกำกับของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรอื่นๆ โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงเครือข่าย ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงบริบทในสังคมไทย จึงได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓ – ๒๕๕๗ ขึ้นจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๓๕ จนถึงปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซิกาแรตรวม ๙ ครั้ง โดยล่าสุดเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๒๒ มีการปรับขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซิกาแรตเป็นร้อยละ ๘๕ ทำให้รายได้สรรพสามิตบุหรี่ซิกกาแรตที่รัฐจัดเก็บได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก ๑๕,๔๓๘ ล้านบาท เป็น ๔๓,๙๓๖ ล้านบาท ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ แต่การขึ้นภาษีในแต่ละครั้งไม่ได้ทำให้ราคาบุหรี่เพิ่มสูงกว่าอัตราเงินเฟ้อ อีกทั้งอัตราภาษียาเส้นไม่ได้เพิ่มไปด้วย ปัจจุบันอัตราค่าแสตมป์ยาเส้นคิดตามมูลค่าร้อยละ ๐.๐๑ บาท ดังนั้นกลไกด้านราคาจึงยังไม่ได้ทำหน้าที่ในการลดการบริโภคยาสูบเท่าที่ควร ในขณะที่อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง มีผลมาจากมาตรการทางกฎหมายและมาตรการทางสังคมร่วมด้วย เช่น การทำให้บุหรี่เป็นสินค้าไม่ปกติ รวมทั้งการสูบบุหรี่เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม และการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ
เป็นต้น

ปัจจุบันยาเส้นและยาสูบ ได้แก่ ซิการ์ ยาเส้นปรุง ยาเคี้ยว และบุหรี่อื่นๆ จัดเก็บภาษีตาม พ.ร.บ.ยาสูบ พ.ศ.๒๕๐๙ มีโครงสร้างภาษี เป็นการจัดเก็บภาษีจากราคา ณ โรงงานอุตสาหกรรม สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผลิตในประเทศ และราคานำเข้า CIF รวมอากรขาเข้าและภาษีอื่นๆ (ถ้ามี) สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบนำเข้า แต่ปรากฏว่าปัจจุบันบริบทได้เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ การแจ้งราคานำเข้าของบุหรี่ต่างประเทศไม่สามารถตรวจสอบได้ จึงอาจได้รับแจ้งในราคาที่ต่ำ ประกอบกับอัตราภาษีนำเข้าจะทยอยลดลงอันเนื่องมาจากข้อตกลงการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องปรับโครงสร้างภาษียาสูบและบุหรี่ซิกาแรตเพื่อให้ราคาบุหรี่ไม่ลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบให้มีผู้บริโภคยาสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดกระบวนการเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗ กำหนดวิสัยทัศน์ คือการควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีประสิทธิภาพ ก้าวทันกับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง มีพันธกิจสนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันเฝ้าระวังและดำเนินการเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทยให้ได้มาตรฐานทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้พ้นจากการเสพติด เจ็บป่วย พิการและตายอันเนื่องจากอันตรายของยาสูบ

โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ(คบยช.)แล้ว เมื่อ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๓ เมื่อคณะรัฐมนตรีเห็นชอบแล้ว จะมีผลผูกพันกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ๘ ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การเสริมสร้างความเข็มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

ยุทธศาสตร์ที่ ๗ การแก้ไขปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี

ยุทธศาสตร์ที่ ๘ การเฝ้าระวังและควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ

มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ มีมติ ๖ เรื่อง มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบดังนี้

ข้อ ๑ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนการดำเนินงานและเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น ครม. ได้มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบและเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ และมีความคิดเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

๑.๑ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพควรเพิ่มบทบาทในการป้องกัน และลดจำนวนประชาชนผู้บริโภคยาสูบให้เกิดผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้มีตัวชี้วัดผลสำเร็จที่ชัดเจนเพื่อให้สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่ และงบประมาณที่ได้รับ

๑.๒ ควรกำหนดยุทธศาสตร์ลดการนำเข้าใบยาสูบจากต่างประเทศ เนื่องจากใบยาสูบของต่างประเทศมีสารนิโคตินและทาร์ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีโทษมากกว่าใบยาสูบที่ปลูกในประเทศรวมทั้งเพื่อลดผลกระทบต่อเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบภายในประเทศด้วย

๑.๓ ควรกำหนดยุทธศาสตร์สนับสนุนและส่งเสริมให้เกษตรกรปลูกพืชชนิดอื่นทดแทนการปลูกยาสูบในการขับเคลื่อนมติ ครม. ทั้ง ๒ เรื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่สอดคล้องกัน กระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งกระทรวง

สาธารณสุข ที่ ๑๒๓๙/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ และคณะกรรมการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๗ และอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนโดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ และผู้แทนจากกระทรวงที่เกี่ยวข้องเป็นกรรมการและมีที่ปรึกษาจากองค์กรพัฒนาเอกชน และกรรมการจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกจากนั้น กรมควบคุมโรค ได้มีคำสั่งกรมควบคุมโรค ที่ ๑๕๖๙/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๕ แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ เพื่อเป็นกลไกติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติดังกล่าวมีตัวอย่างในการทำงานขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ดังนี้

๑.๓.๑ กรมควบคุมโรค ได้มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างกรมควบคุมโรค และภาคีเครือข่าย ๓๕ องค์กร เมื่อวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๕ เพื่อสนับสนุนการจัดทำและร่วมดำเนินการตามแผนปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติและมาตรการต่างๆ ตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแห่งองค์กรอนามัยโลก รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย รณรงค์เผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้การควบคุมยาสูบ

๑.๓.๒ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับ สช. สนับสนุนการขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติผ่านเครือข่ายสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ใน ๑๕ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลำพูนพัทลุง นครพนม มหาสารคาม อำนาจเจริญ อุบลราชธานี สุรินทร์ กาฬสินธุ์ สตูล ศรีษะเกษ ประจวบคีรีขันธ์ ยะลา ระนอง ตรัง และชุมพร

๑.๓.๓ สช. ได้จัดเวที สช. เจาะประเด็น เมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๕ เรื่อง “เจาะ ๒ มาตรการคุมเข้มยาสูบ” โดยเฉพาะมาตรการคุมเข้มบุหรี่เถื่อนที่ทะลักเข้ามาให้ประเทศไทยและมาตรการห้ามผู้จำหน่ายยาสูบใช้กลยุทธ์ส่งเสริมการตลาดด้วยกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR)

ข้อ ๒ ขอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ เรื่อง มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ และมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังต่อไปนี้

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น สช. ได้เสนอมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ” ต่อที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๔ และได้มีมติเห็นชอบให้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ครม. ได้ประชุมเมื่อวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๕ เห็นชอบมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

ด้านยาสูบ โดยมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการตามมติที่เกี่ยวข้องต่อไปอีกทั้งยังมี

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องที่ให้กระทรวงการคลังและสำนักงานตำรวจแห่งชาติให้ความสำคัญในการ

ปราบปรามบุหรี่ต่างประเทศที่มีการลักลอบนำเข้ามาในประเทศอย่างผิดกฎหมาย ซึ่งทำให้ราคาบุหรี่

ดังกล่าวต่ำกว่าบุหรี่ที่มีจำหน่ายอยู่โดยทั่วไป และส่งผลให้เกิดการบริโภคเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกรณีการ

สำแดงราคานำเข้าของบุหรี่ต่างประเทศที่ต่ำกว่าปกติ ทำให้รัฐได้รับความเสียหาย มีการวางระบบการติดตาม ความก้าวหน้าการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วมโดยการ

๒.๑ ให้หน่วยงานราชการปฏิบัติตามแนวทางของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกโดยเฉพาะมาตรา ๕.๓ การป้องกันการแทรกแซงนโยบายการควบคุมยาสูบของรัฐโดยอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการกำหนดนโยบายหรือระเบียบภายในหน่วยงานเพื่อป้ องกันการแทรกแซงดังกล่าว

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันตามอนุสัญญาการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHOFCTC) เป็นอันดับที่ ๓๖ จาก ๑๖๙ ประเทศที่ลงนามแล้ว โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์๒๕๔๘ ซึ่งเป็นพันธะกรณีระหว่างประเทศ ที่ประเทศรัฐภาคีต้องปฏิบัติตามอนุสัญญาฯ ดังกล่าว อย่างเคร่งครัดกรมควบคุมโรคได้ออกระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการติดต่อกับผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ ๓เมษายน ๒๕๕๕ เพื่อกำหนดมาตรการในการติดต่อประสานงานกับผู้ประกอบการ

และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เป็นไปด้วยความโปร่งใสกรมควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้จัดทำร่าง พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบ และมีระเบียบกรมควบคุมโรคกำหนดวิธีปฏิบัติของข้าราชการกรมควบคุมโรค ในการติดต่อกับผู้ประกอบการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เป็นไปตามพันธกรณีที่ประเทศไทยมี ภายใต้ข้อ 5.3 แห่งกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) เพื่อป้ องกันการแทรกแซงนโยบายสาธารณะว่าด้วยการควบคุมยาสูบจากผู้ประกอบการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ศจย. ร่วมกับภาคีเครือข่าย จัดประชุมวิชาการ “บุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ” ครั้งที่ ๑๑ เรื่อง “การแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ” (Against Tobacco Industry Interference) ระหว่างวันที่ ๑๕-๑๗สิงหาคม ๒๕๕๕ ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ โดยเผยแพร่แนวคิดนี้ให้กับผู้ประชุมอย่างกว้างขวาง

๒.๒ ให้กระทรวงการคลังดำเนินการ

๒.๒.๑ ปรับโครงสร้างภาษียาสูบ ให้สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบันเพื่อทำให้ราคาขายปลีกยาสูบโดยเฉลี่ยสูงขึ้นโดยขอให้พิจารณาจัดเก็บภาษีบุหรี่ซิกาแรต ทั้งตามสภาพและตามราคาขายปลีก รวมทั้งให้ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาสูบปิดแสตมป์ ยาสูบบนซองบรรจุยาเส้นที่ทำจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองด้วย และดำเนินการทยอยปรับขึ้นภาษียาเส้นและยาสูบประเภทอื่นอย่างค่อยเป็นค่อยไป

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น ครม. มีมติเห็นชอบการขึ้นภาษีสรรพสามิตยาสูบครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ เป็นการปรับโครงสร้างภาษียาสูบ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๕ มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลและลดการบริโภคยาสูบซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยปรับอัตราจัดเก็บภาษีให้มีทั้งการจัดเก็บตามมูลค่าร้อยละ ๘๗ และการจัดเก็บตามปริมาณ ๑ บาทต่อมวนเป็นครั้งแรก โดยกรมสรรพสามิตต้องนำทั้งมูลค่าและปริมาณมาคำนวณภาษี หากการคำนวณระหว่างการจัดเก็บตามมูลค่าและการจัดเก็บตามปริมาณตัวใดสูงกว่ากันก็ให้เก็บภาษีในส่วนนั้น เพื่อแก้ปัญหาบุหรี่ราคาถูกเข้ามาตีตลาดและผู้ประกอบการแสดงมูลค่าต้นทุนบุหรี่ต่ำกว่าราคาเป็นจริง ทำให้ราคาบุหรี่ทั้งบุหรี่ในและต่างประเทศปรับขึ้นซองละ ๗-๙ บาท อีกทั้งได้มีการปรับอัตราการจัดเก็บภาษียาเส้นพันธุ์เวอร์จิเนียร์พันธุ์เบอร์เลย์และพันธุ์เตอร์กิช จากเดิมมีอัตราตามมูลค่าร้อยละ ๐.๑ ปรับเป็นอัตราภาษีตามมูลค่าร้อยละ ๑๐ แต่ยังยกเว้นการจัดเก็บภาษีจากใบยาสูบพันธุ์พื้นเมืองอยู่และพบว่าเมื่อปรับอัตราภาษียาเส้นแล้วอัตราภาษียาเส้นยังคงต่ำกว่าอัตราภาษีบุหรี่ซองมากถึงประมาณ ๙ เท่า

๒.๒.๒ ห้ามธุรกิจยาสูบทำกิจกรรมภายใต้นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility ; CSR)

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น กรมควบคุมโรคร่วมกับ ศจย. ได้ทำข้อมูลเฉพาะ CSR โรงงานยาสูบ โดยมีโครงการกลุ่มศึกษาและเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนทางวิชาการเรื่องพัฒนาโมเดลต้นแบบเครือข่ายเฝ้าระวังแบบบูรณาการกับเครือข่ายที่มีอยู่เดิม และพัฒนากระบวนการเฝ้าระวัง เตือนภัย และตอบโต้อุตสาหกรรมยาสูบ รวมถึง ประเมินผล ถอดบทเรียน และ จัดการความรู้ รวมถึงศึกษาและเฝ้าระวังอุตสาหกรรมสูบ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารแจ้งว่าอยู่ในระหว่างการพิจารณาประเด็นต่างๆและ กม. ที่เกี่ยวข้อง กระทรวงศึกษาธิการ มีประกาศกระทรวง ห้ามมิให้หน่วยงานสถานศึกษาเข้าร่วมกิจกรรม หรือรับการสนับสนุนใดๆ จากผู้ประกอบธุรกิจยาสูบ ซึ่งรวมถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมของผู้ประกอบธุรกิจยาสูบภายใต้นโยบาย “ความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท” (Corporate Social Responsibility : CSR)กรมควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่าย ผลักดันการห้ามธุรกิจยาสูบทำกิจกรรมภายใต้นโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility; CSR) โดยบรรจุไว้ในร่าง พ.ร.บ.ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. ....

๒.๓ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคมกรมบัญชีกลาง และกระทรวงสาธารณสุข ให้หลักประกันการเข้าถึงการบำบัดโรคติดบุหรี่รวมถึงการเข้าถึงการรับยา สมุนไพร แพทย์แผนไทยหรือบริการแพทย์ทางเลือกที่จำเป็นต่อการบำบัดโรคติดบุหรี่และสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในงานเลิกบุหรี่ในชุมชน

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นบัญชีสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้บรรจุสมุนไพรหญ้าดอกขาวให้เป็นสมุนไพรช่วยเลิก บุหรี่แล้ว และในช่วงเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๔ สปสช. ได้ออกมาแถลงข่าวรับรองบริการเลิกบุหรี่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว โดยที่ยา Nortripthylin เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดการติดบุหรี่ที่อยู่ใน

บัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว (แต่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนด้วยข้อบ่งชี้ในการช่วยเลิกบุหรี่มีการนำ (ร่าง) คู่มือปฏิบัติการการให้บริการบำบัดผู้เสพยาสูบ (โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง) ที่จัดทำเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ทดสอบดำเนินการใน 3 พื้นที่นำร่องเพื่อชุมชนที่เป็นตัวอย่างของการเลิกบุหรี่ได้แก่ ชุมชนบ้านหางไหล หมู่ ๔ ตำบลมะต้อง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ชุมชนกระบี่ท่าเรือตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ และอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรามีโครงการนโยบายผลักดันให้มียาเลิกบุหรี่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยมีการกำหนดเป็นโครงการที่จะดำเนินการภายใน ๓ ปี ในกรอบโครงร่างการจัดทำแผนปฏิบัติการสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยรายยุทธศาสตร์ ประเด็นยุทธศาสตร์หลักที่ ๑ นโยบายสาธารณะสร้างสุขกระทรวงสาธารณสุข อยู่ระหว่างการผลักดันคลินิกอโรคยา โดยบรรจุอยู่ในนโยบาย "มุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทุกกลุ่มวัย เพื่อคนไทยสุขภาพดี"ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ ๕๕๕ แห่งทั่วประเทศ และ สปสช. ได้สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลแล้วกว่า ๒๖๐ แห่งในปี งบประมาณ ๒๕๕๓ และขยายจำนวนอย่างต่อเนื่อง สสส. ได้วางระบบเพื่อให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (๑๖๐๐ สายเลิกบุหรี่) ซึ่งศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติได้เปิดให้บริการแล้วตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพมีการดำเนินงานของเครือข่ายคลินิกฟ้าใส ปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น ๒๓๔ แห่ง

๒.๔ ให้กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารปรับปรุงกฎหมายเพื่อห้ามการโฆษณาและการส่งเสริมการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการประชาสัมพันธ์ การให้ทุนอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมยาสูบทางสื่อคอมพิวเตอร์ทั้งจากภายในและต่างประเทศ และออกกฎหมายจัดสรรเวลาในการนำเสนอโทษของยาสูบในทุกประเภทสื่อในสัดส่วนที่เหมาะสม

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น กรมควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่าย บรรจุประเด็นการห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการประชาสัมพันธ์ การให้ทุนอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมยาสูบทางสื่อคอมพิวเตอร์ทั้งจากภายในและต่างประเทศไว้ในร่าง พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ.....

๒.๕ ให้กระทรวงวัฒนธรรม กรมประชาสัมพันธ์ และกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ปรับปรุงกฎหมายเพื่อห้ามมีฉากสูบบุหรี่และการส่งเสริมการตลาดด้วยวิธีประชาสัมพันธ์ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจทางภาพยนตร์ โทรทัศน์และสื่อมวลชนต่างๆ และมีมาตรการส่งเสริมให้บุคคลสาธารณะที่มีชื่อเสียง เช่น ดารา นักร้องเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สาธารณชน โดยการไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารอยู่ระหว่างการดำเนินการศึกษาประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้วย ในการปรับปรุงกฎหมายห้ามมีฉากสูบบุหรี่ และการส่งเสริมการตลาดด้วยวิธีประชาสัมพันธ์ความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ ทางภาพยนตร์ โทรทัศน์และสื่อมวลชนต่างๆ และมีมาตรการส่งเสริมให้บุคคลสาธารณะที่มีชื่อเสียง

๒.๖ ให้กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา และกระทรวงวัฒนธรรม ควบคุมกำกับองค์กรและเครือข่ายไม่ให้รับการสนับสนุนใดๆ จากบริษัทยาสูบทั้งภายในและต่างประเทศตามกฎหมาย

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา มีหนังสือถึงหน่วยงานในสังกัดให้ร่วมรับผิดชอบปฏิบัติการตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติโดยกำหนดเป็นมาตรการและแนวทาง/กิจกรรม ในการควบคุมและป้องกันการสูบบุหรี่ของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ที่สำคัญ ได้แก่ กำหนดให้เป็นปี กีฬาปลอดบุหรี่ การสร้างแนวร่วมในการรณรงค์ในสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวและกีฬา การมอบรางวัลโรงแรมปลอดบุหรี่ด้านการกีฬา โรงงานยาสูบยังสนับสนุนทีมฟุตบอล TTM อย่างต่อเนื่อง ส่วนกีฬาอื่นๆไม่พบว่ามีการให้การสนับสนุน ด้านการท่องเที่ยว โรงงานยาสูบ ให้การสนับสนุนโครงการอนุรักษ์และฟื้นฟูทุเรียนพื้นบ้านนนทบุรี ซึ่งมีการประชาสัมพันธ์ทางหน้าหนังสือพิมพ์หลายฉบับในช่วงเดือน กรกฎาคม และสิงหาคม ๒๕๕๕ ที่ผ่านมา

๒.๗ ให้กระทรวงศึกษาธิการบรรจุเรื่องโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนและหน่วยงานที่มีสถานศึกษาในสังกัดทั้งภาครัฐและเอกชน ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบในสถานศึกษา กำชับให้สถานศึกษาทุกแห่งติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาและห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตามที่กฎหมายกำหนด ห้ามสูบบุหรี่ในขณะที่อยู่ในชุดของสถาบันหรือชุดนักศึกษาให้บุคลากรทางการศึกษา เช่น ครู อาจารย์ นักการภารโรง ผู้นำทางศาสนา เป็นต้น เป็นแบบอย่างแก่นักเรียนนักศึกษา สนับสนุนงบประมาณการผลิตสื่อนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ด้านพิษภัยจากบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม และการวิจัยกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น กระทรวงศึกษาธิการได้ออกประกาศ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ในสถานศึกษา ซึ่งเนื้อหาประกาศมีความสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ การห้ามมิให้หน่วยงานสถานศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมหรือรับการสนับสนุนใด ๆ จากผู้ประกอบธุรกิจยาสูบซึ่งรวมถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมของผู้ประกอบธุรกิจยาสูบภายใต้นโยบาย “ความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท” (Corporate Social Responsibility : CSR) ให้สถานศึกษาต้องบรรจุเรื่องโรคเกี่ยวกับบุหรี่ไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอน ให้สถานศึกษาทุกแห่งติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาและห้ามมิให้มีการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา ตลอดจนกำชับให้นักเรียน นักศึกษา ห้ามสูบบุหรี่ขณะอยู่ในเครื่องแบบนักเรียนนักศึกษา ให้ผู้บริหารการศึกษา ครู อาจารย์ ตลอดจนบุคลากรในสถานศึกษาควรประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีโดยการเลิกสูบบุหรี่ ให้การสนับสนุนงบประมาณในการผลิตสื่อนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อการเรียนรู้ด้านพิษภัยจากบุหรี่และการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงศึกษาธิการได้มีคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ โดยมีปลัดกระทรวงศึกษาธิการเป็นประธาน เพื่อพิจารณาแนวทางการติดตามสถานการณ์สารเสพติด รวมถึงการกำหนดมาตรการการเฝ้าระวังในสถานศึกษา ตั้งแต่วันที่ ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๕ กระทรวงศึกษาธิการได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบในสถานศึกษา สังกัดกระทรวงศึกษาธิการเพื่อกำหนดมาตรการแนวทางการขับเคลื่อนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษา รวมทั้งแนวทางปฏิบัติ กำกับดูแล ตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของสถานศึกษา ในการป้องกันและไขปัญหาการสูบบุหรี่ในสถานศึกษาในสังกัด ตั้งแต่ วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๕

๒.๘ ให้กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.)เป็นหน่วยงานหลักในการบูรณาการโดยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงการคลัง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพ

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นได้มีการประสานความร่วมมือกับกระทรวงกระทรวงมหาดไทย ขอความอนุเคราะห์มอบหมายภารกิจด้านการควบคุมยาสูบเป็นภารกิจเพิ่มเติมในคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๔๔๒.๕/๑๐๑๓ ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕ ได้มีการประสานความร่วมมือกับกระทรวงกระทรวงมหาดไทย ขอความอนุเคราะห์มอบหมายภารกิจด้านการควบคุมยาสูบเป็นภารกิจเพิ่มเติมในคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๔๔๒.๕/๑๐๑๓ ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕กระทรวงสาธารณสุข ได้มีหนังสือ ที่ สธ ๐๔๔๒.๕/๓๔๖๕ ลงวันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๕๕ เรื่องขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามประกาศกระทวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๙) พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้ขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานและกระทรวงต่างๆ ในการดำเนินการประชาสัมพันธ์และเฝ้าระวังมิให้มีการละเมิดสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๙)

๒.๙ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับมีบทบาทร่วมในการควบคุมแหล่งผลิต วัตถุดิบในพื้นที่และการใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อบังคับอย่างจริงจัง

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น ศจย. อยู่ระหว่างการประสานนักวิจัย สำรวจการควบคุมแหล่งผลิต วัตถุดิบในพื้นที่และการใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อบังคับอย่างจริงจังในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ

ข้อ ๓ สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความร่วมมือในการสนับสนุนมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ ดังนี้

๓.๑ สนับสนุน ส่งเสริมให้ภาคประชาสังคม เฝ้าระวังและติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งใช้มาตรการทางสังคมไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบพัฒนาช่องทางใหม่ๆ ในการโฆษณา การส่งเสริมการตลาด และการให้ทุนอุปถัมภ์ โดยมีกลไกระดับจังหวัด

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้น ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ได้ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สนับสนุนการขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติผ่านเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่๑๕ จังหวัดสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้ดำเนินโครงการจิตอาสาเฝ้าระวังเตือนภัยยาสูบ รุ่นแรกรับสมัครสมาชิกจำนวน ๑๐๐ คนเพื่อช่วยดำเนินการเฝ้าระวังในพื้นที่รับผิดชอบสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้ดำเนินการปฏิบัติการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชนภายใต้การดูแล กำกับ โดยตรงของสำนักฯ จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ เครือข่ายอาทิ เครือข่ายอัครสังฆมณฑล กทม. สำนักงานสถิติแห่งชาติ เครือข่ายจิตอาสาฯ

๓.๒ สนับสนุนการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้กระจายอย่างทั่วถึง โดยจัดสถานที่ปลอดบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ทั้งในที่สาธารณะ ที่ทำงาน ศาสนสถาน สถานศึกษา บริษัท ห้างร้าน เอกชน โดยเฉพาะสถานที่ราชการ และส่งเสริมให้มีหมู่บ้านปลอดบุหรี่

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นกรมควบคุมโรคและเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ฯ ซึ่งมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องดังนี้

๑) มีโครงการนำร่องชุมชนฟ้าใส ดำเนินการโดยเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่และเครือข่าย

๒) โครงการพัฒนาโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ๑๐๐% โดยดำเนินการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ รวมทั้งพัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ๑๐๐% โรงพยาบาลสามารถเป็นแกนนำการควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน และให้ความรู้กับเครือข่ายภาคประชาสังคมเพื่อสร้างชุมชนปลอดบุหรี่ได้ ซึ่งดำเนินการโดย เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพและเครือข่ายวิชาชีพแพทย์

๓) โครงการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ โดยดำเนินการแจ้งขนส่งทั่วประเทศประชาสัมพันธ์พร้อมติดป้ายสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ที่สถานีขนส่งผู้โดยสารทั้งสิ้น ๑๕๕ แห่ง ดำเนินการโดย กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม

๔) มีแผนงานพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ/โครงการพัฒนาสถานประกอบการปลอดบุหรี่ โดยดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในสถานประกอบการรวมทั้งบูรณาการเชิงประเด็น เหล้า บุหรี่ อุบัติเหตุ และการพนัน เพื่อผลักดันให้เป็นโรงงานสีขาวร่วมไปกับการจัดทำคู่มือการดำเนินการและสร้างการมีส่วนร่วม ดำเนินการโดยสมาคมพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

๕) โครงการโรงพักปลอดบุหรี่เพื่อประชาชน (สถานที่ราชการ) โดยได้ดำเนินการประกาศนโยบาย ลด ละ เลิกบุหรี่ อบรมเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติตามโครงการ ดำเนินการโดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

๖) โครงการรณรงค์สร้างกระแสสถานศึกษาปลอดบุหรี่ โดยมีการเผยแพร่องค์ความรู้ในรูปแบบต่างๆ จำนวน ๘๐๐,๐๐๐ ราย สนับสนุนการดำเนินการโรงเรียนปลอดบุหรี่โดยบูรณาการกิจกรรมควบคุมยาสูบร่วมกับการป้องกันยาเสพติด ดำเนินการโดย สำนักปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (สป.ศธ.)

๗) โครงการสถานที่สาธารณะลดโรค ลดควันบุหรี่ เกิดการดำเนินการจัดสถานที่สาธารณะในพื้นที่เขตนำ ร่อง เป็นเขตปลอดบุหรี่อย่างถูกต้องตามกฎหมายโดยมีการรณรงค์เผยแพร่และ

ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ จัดประชุมชี้แจงให้แก่ผู้ประกอบการ และจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมยาสูบ ดำเนินการโดยกรุงเทพมหานคร

๓.๓ ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนและดำเนินการตามมตินี้ และตาม “แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557” ให้เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นกรมควบคุมโรคได้ดำเนินการจัดทำหนังสือไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติในระดับจังหวัด โดยนำไปผนวกเข้ากับแผนปฏิบัติการประจำปี และดำเนินการแจ้งให้หน่วยงานระดับจังหวัดได้รับทราบเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติต่อไปกรมควบคุมโรคมีแผนการการดำเนินการการ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนแผน

ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติและมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบตามมติ

คณะรัฐมนตรีสู่การปฏิบัติ ระดับจังหวัด ในเดือนมกราคม ๒๕๕๖

ข้อ ๔ ขอให้คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และชุมชน สร้างแรงจูงใจในการดำเนินการตามมติและติดตามผลการดำเนินงานตามมตินี้

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นได้มีการประสานความร่วมมือกับกระทรวงกระทรวงมหาดไทย ขอความอนุเคราะห์มอบหมายภารกิจด้านการควบคุมยาสูบเป็นภารกิจเพิ่มเติมในคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๔๔๒.๕/๑๐๑๓ ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๕ และจากการประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๕ เมื่อวันศุกร์ที่ ๑ มิถุนายน๒๕๕๕ ผู้แทนปลัดกระทรวงมหาดไทย ได้รายงานความก้าวหน้าในการส่งหนังสือถึงกระทรวงมหาดไทยนั้น กระทรวงมหาดไทยจะใช้อำนาจการปกครองของผู้ว่าราชการจังหวัด โดยใช้คำสั่งให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประสานพนักงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ประชุมเพื่อกำชับให้ปฏิบัติตามกฎหมายกรมควบคุมโรคขอความร่วมมือจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นคณะกรรมการและเลขานุการในคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ในการบูรณาการงานควบคุมยาสูบของจังหวัดเข้าไปเป็นวาระหนึ่งเพื่อติดตามผลการดำเนินงานในการประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด

ข้อ ๕ ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๕

ผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นได้จัดให้มีการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ในวันที่ ๑๘-๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๕ แล้ว

สาระสำคัญของกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

๑. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ มีเหตุผลในการบังคับใช้ เนื่องจากเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ว่า ควันบุหรี่เป็นผลเสียแก่สุขภาพของผู้สูบและผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียงหลายประการ นอกจากนั้นยังพิสูจน์ได้ว่า การที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องสูดควันบุหรี่ซึ่งผู้อื่นสูบเข้าไปยังเป็นผลเสียแก่สุขภาพของผู้นั้นเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นกับผู้สูบบุหรี่เอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ผู้สูดควันบุหรี่นั้นเป็นเด็ก จึงได้ออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของ ผู้ไม่สูบบุหรี่มิให้ต้องรับควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ โดยกำหนดห้ามสูบบุหรี่ในบางสถานที่ หรือจัดเป็นเขตสูบบุหรี่ไว้โดยเฉพาะ หรือโดยวิธีอื่น ๆ กำหนดสภาพ ลักษณะและมาตรฐานของเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ หลักเกณฑ์และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ รวมทั้งกำหนดโทษกรณีกระทำการฝ่าฝืนบทบัญญัติกฎหมายดังกล่าว

๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๙ พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ มีผลใช้บังคับในวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๓ ออกโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ (๑) (๒) และมาตรา ๑๕ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของ ผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยสาระสำคัญของประกาศฉบับนี้ได้กำหนดพื้นที่ไว้ ๓ ประเภท ดังนี้

๒.๑ ประเภทที่ ๑ คือ เขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด คือห้ามสูบบุหรี่ทั้งในและนอกอาคารสถานที่ ได้แก่

๑) สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ร้านขายยา สถานประกอบกิจการนวดแผนไทยหรือแผนโบราณ สถานประกอบกิจการสปาเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

๒) สถานศึกษา เช่น โรงเรียนหรือสถานศึกษาหรือสถาบันการศึกษาระดับที่ต่ำกว่าอุดมศึกษา สถานกวดวิชา ศูนย์การเรียนรู้ พิพิธภัณฑ์หรือสถานที่จัดแสดงศิลปวัฒนธรรม เป็นต้น

๓) สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น ศาสนสถาน ธนาคารหรือสถาบันการเงิน อาคารห้างสรรพสินค้า อาคารหรือสถานที่ใช้ในการจัดประชุมสัมมนา สนามกีฬา (สนามกอล์ฟหรือสนามฝึกซ้อมไดร์ฟกอล์ฟ เฉพาะบริเวณพื้นที่อาคารและบริเวณที่มีหลังคา) สถานบันเทิง สถานเสริมความงาม สถานที่บริการคอมพิวเตอร์ สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม หรืออาหารและเครื่องดื่มที่มีระบบปรับอากาศ (ถ้าไม่มีระบบ

ปรับอากาศ เป็นเขตปลอดบุหรี่เฉพาะบริเวณที่ให้บริการอาหาร เครื่องดื่ม) ตลาด สวนสาธารณะ สนามเด็กเล่น บริเวณโถงพักคอยและบริเวณทางเดินทั้งหมดภายในอาคารโรงแรม อพาร์ทเมนต์ หรือคอนโดมิเนียม ลิฟท์โดยสาร ยานพาหนะและสถานีขนส่งสาธารณะ เป็นต้น

๒.๒ ประเภทที่ ๒ คือ กำหนดเป็นเขตปลอดบุหรี่เฉพาะในอาคาร แต่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่เป็นการเฉพาะนอกพื้นที่อาคารได้ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ สถานที่ให้บริการน้ำมันเชื้อเพลิง หรือแก๊สเชื้อเพลิง สถานศึกษาระดับอุดมศึกษา

๒.๓ ประเภทที่ ๓ คือ จัดให้มีเขตสูบบุหรี่ได้ทั้งภายในและภายนอกอาคาร ซึ่งปัจจุบันมีแห่งเดียวคือ สนามบินสุวรรณภูมิ ในพื้นที่ให้บริการระหว่างประเทศเท่านั้น

๓. เมื่อได้ประกาศกำหนดสถานที่สาธารณะที่ต้องจัดให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่แล้ว เจ้าของสถานที่มีหน้าที่ตามนัยมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของ ผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ดังนี้

๓.๑ จัดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่

๓.๒ จัดเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ให้มีสภาพ ลักษณะและมาตรฐานตามที่กำหนด คือ

เขตสูบบุหรี่ ต้องไม่อยู่ในบริเวณที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนที่อยู่บริเวณข้างเคียง ไม่อยู่ในบริเวณทางเข้า – ออกของสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผยอันเป็นที่เห็นได้ชัดแก่ผู้มาใช้สถานที่นั้น หากเป็นบริเวณที่มีระบบปรับอากาศต้องมีการระบายอากาศถ่ายเทหมุนเวียนระหว่างภายนอกอาคารและภายในเขตสูบบุหรี่ ไม่น้อยกว่า ๕๐ ลูกบาศก์ฟุต/นาที/คน (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๙) พ.ศ. ๒๕๔๐)

เขตปลอดบุหรี่ ต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่มีการสูบบุหรี่ รวมทั้งไม่มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่ในบริเวณดังกล่าว (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๐)

๓.๓ จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๕๑ สรุปได้ดังนี้

๓.๓.๑ ลักษณะเครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ ให้เป็นไปตามที่ประกาศกำหนด โดยอาจจัดแสดงเป็นป้ายถาวร ป้ายแขวน ป้ายตั้งโต๊ะหรือป้ายสติ๊กเกอร์ได้ตามความเหมาะสมของสถานที่

๓.๓.๒ การแสดงเครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผยและสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน กรณีที่สถานที่ดังกล่าวมีช่องทางเข้าอย่างชัดเจน จะต้องแสดงเครื่องหมาย ณ บริเวณ ทางเข้า ทุกช่องทาง ของสถานที่ดังกล่าวด้วย

๓.๓.๓ สถานที่สาธารณะที่กำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด แต่มีข้อยกเว้นสำหรับบริเวณที่จัดเป็นเขตสูบบุหรี่ไว้เป็นการเฉพาะ เจ้าของสถานที่อาจจัดให้มีข้อความ “ยกเว้น บริเวณที่จัดเป็นเขตสูบบุหรี่” หรือข้อความทำนองเดียวกัน ประกอบอยู่กับข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ๒,๐๐๐ บาท” ก็ได้

๔. **บทกำหนดโทษ** กรณีฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติกฎหมายดังกล่าว มีโทษดังนี้

๔.๑ ผู้ที่สูบบุหรี่ในเขตพื้นที่ปลอดบุหรี่ มีโทษปรับไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท

๔.๒ เจ้าของสถานที่ไม่จัดให้มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่หรือเขตสูบบุหรี่ มีโทษปรับไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท

๔.๓ เจ้าของสถานที่ไม่จัดเขตสูบบุหรี่ให้มีสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานตามที่กำหนดมีโทษปรับไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท

๔.๔ เจ้าของสถานที่ไม่จัดพื้นที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่มีโทษปรับไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท

๓. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชัยยุทธ จิตติยานุวัตร (๒๕๔๔) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรีพบว่า จากปัจจัยที่ศึกษาทั้งสิ้น ๑๓ ปัจจัย พบว่ามีเพียง ๕ ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งได้แก่ ๑) อายุ พบว่าอายุตั้งแต่ ๓๕ ปี ขึ้นไปมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มอายุดังกล่าวมีหน้าที่จะต้องรับผิดชอบในครอบครัว และลักษณะทางกายภาพและสุขภาพเริ่มเสื่อมถอย ทำให้คำนึงถึงผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพมากขึ้น ในขณะที่วัยรุ่นคิดว่าเรื่องเหล่านี้ยังเป็นเรื่องที่ไกลตัว ดังการศึกษาของชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ(๒๕๔๑) ที่พบว่าวัยรุ่นมากกว่าร้อยละ ๙๐ ต้องการที่จะ

เลิกสูบบุหรี่โดย ๑ ใน ๓ ได้ลองพยายามเลิกแล้วแต่ไม่สำเร็จ ๒) จำนวนครั้งที่พยายามเลิกก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง โดยพบว่าความพยายามครั้งที่ ๑ ถึง ๒ มักประสบความสำเร็จมากกว่าความพยายามหลายๆครั้ง เพราะครั้งแรกมักมีความตั้งใจมากกว่าครั้งหลังๆ ๓) ความตั้งใจที่จะเลิก ยิ่งมีความตั้งใจสูงก็มีโอกาสสำเร็จมาก ๔) วิธีการลดการสูบบุหรี่ พบว่าวิธีการลดหรือเลิกสูบอย่างฉับพลันหรือเด็ดขาดมีโอกาสที่จะสำเร็จมากกว่าค่อยๆ ลดจำนวนลง เนื่องจากการที่จะใช้วิธีดังกล่าวได้ต้องอาศัยความตั้งใจอย่างสูง ตรงข้ามกับการค่อยๆ ลดที่อาจทำให้กลับมาสูบใหม่ได้ ๕) ความเครียด ผู้ที่ไม่มีความเครียดสามารถประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มที่มีความเครียดสูง เนื่องจากผู้ที่มีความเครียดมักสูบบุหรี่เพื่อระบายความเครียดซึ่งสารนิโคตินในบุหรี่ช่วยกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกในสมองให้ปล่อยสารบางอย่างที่ช่วยให้ผู้สูบเกิดความสุขผ่อนคลายแต่เป็นแค่ช่วงแรกๆ เท่านั้น และการสูบบุหรี่ก็ไม่ได้เป็นการแก้ปัญหาโดยตรง ดังนั้นผู้ที่มีความเครียดและมักแก้ด้วยการสูบบุหรี่จึงไม่ประสบความสำเร็จเมื่อพยายามเลิกบุหรี่

ธนิดา มีต้องปัน (๒๕๔๔) ได้พัฒนากลวิธีในการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับนักศึกษาชาย สถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา โดยประยุกต์ใช้ McMOS Model มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่สูบบุหรี่เป็นประจำ โดยแบ่งเป็นก่อนและหลังโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ ๓ ขั้นตอน ตั้งแต่ ขั้นที่ ๑ เป็นการสร้างความตระหนักให้เกิดการรับรู้และคาดหวัง ในความสามารถของตนเอง ขั้นที่๒ เป็นการทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง ขั้นที่๓ เป็นการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัยและเพื่อนรวมทั้งการจัดสถานที่เขตปลอดบุหรี่และข้อกำหนดต่างๆ เกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ที่ถาวรต่อไป ผลพบว่า โปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ขั้นที่ ๑ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรง คาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น โปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ขั้นที่ ๒ กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับที่ถูกต้อง โปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ขั้นที่ ๓ มีการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้นักศึกษาที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ ๓๔ ส่วนกลุ่มที่ยังเลิกสูบไม่ได้พบว่ายังมีความพยายามและความตั้งใจที่จะเลิก แต่สาเหตุที่เลิกไม่ได้เกิดจากการสร้างสรรค์ระหว่างกลุ่มเพื่อนและการดื่มเหล้า ซึ่งกลุ่มนี้ก็สามารถลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลงได้ และกลุ่มที่เลิกแล้วไม่หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก

บุปผา ศิริรัศมี และคณะ (๒๕๔๘) ศึกษาการติดตามผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ระยะที่๑:การสำรวจข้อมูลพื้นฐานในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรีเพื่อสำรวจพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่และสำรวจความคิดเห็นต่อการสูบบุหรี่ ความรู้เรื่องผลกระทบของการสูบบุหรี่ทั้งกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่โดยการตรวจสุขภาพร่างกาย พบว่าพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่คือสูบบุหรี่ทุกวัน เฉลี่ยวันละ๑๑-๑๒ มวน ชนิดของบุหรี่ที่สูบมีทั้งบุหรี่จากโรงงาน และบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) ระยะเวลาสูบเฉลี่ย ๒๓.๗ ปี อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบครั้งแระ ๑๘.๑ ปี (อายุต่ำสุดคือ๗ปี) สาเหตุจูงใจให้สูบบุหรี่ คือทำตามเพื่อน และอยากทดลอง บุหรี่ที่นิยมสูบคือ กรองทิพย์ สายฝน วันเดอร์ กรุงทอง สำหรับยาเส้นนิยมตราผู้หญิง

และตราม้า ๒ ใน ๓ ของกลุ่มตัวอย่างเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่เฉลี่ยประมาณ ๓ ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการสูบบุหรี่พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นตรงกันในหลายประเด็น ส่วนที่มีความแตกต่างกัน เช่น ประเด็นบุหรี่ช่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลายและมีสมาธิซึ่งผู้สูบเห็นด้วยแต่ผู้ไม่สูบไม่เห็นด้วยกับประเด็นนี้ ทั้ง๒ กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและเป็นเชิงลบต่ออุตสาหกรรมบุหรี่ ทั้งสองกลุ่มมีความรู้เรื่องผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพในระดับปานกลางถึงระดับดี ในกลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่พบว่าร้อยละ๙๘ ระบุว่าในอนาคตจะไม่สูบบุหรี่อย่างแน่นอน สำหรับผลการประเมินสุขภาพ พบว่ากลุ่มผู้สูบบุหรี่มีปัญหาสุขภาพมากกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในหลาย ๆด้าน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ผลเอ็กซเรย์ปอดผิดปกติและปัญหาอนามัยช่องปาก ซึ่งน่าจะมีผลกระทบจากการสูบบุหรี่ จึงควรมีการรณรงค์เพื่อป้องกันไม่ให้คนเริ่มสูบบุหรี่และช่วยคนที่สูบบุหรี่ให้เลิก และควรกระทำอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (๒๕๕๐) ได้นำเสนอสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทยในปัจจุบันพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง โดยในปี ๒๕๑๙ ประชากรที่สูบบุหรี่มีอัตราร้อยละ ๓๐.๑ และลดลงเหลือร้อยละ ๑๗.๕ ในปี ๒๕๔๙ ทั้งชายและหญิงมีอัตราลดลงเช่นเดียวกัน ลักษณะของผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่าประชากรที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปมีจำนวนประมาณ ๕๐.๓ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่๑๑.๐ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ๒๑.๙ ซึ่งเป็นผู้ที่สูบประจำหรือสูบทุกวันประมาณ๙.๕ล้านคน หรือร้อยละ๑๘.๙ ผู้ที่สูบนานๆครั้ง(สูบไม่สม่ำเสมอหรือกำหนดระยะเวลาที่แน่นนอนไม่ได้)มีประมาณ๑.๕ล้านคนหรือร้อยละ๓.๐ และอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เป็น๑๕ปีขึ้นไปร้อยละ๕๐.๓ ผู้สูบบุหรี่ภาคใต้มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่าภาคอื่นร้อยละ ๒๒.๑ ของประชากรในภาค รองลงมาเป็นภาคเหนือและภาคตะวันออกมีจำนวนใกล้เคียงกันร้อยละ๒๐ ภาคกลางไม่รวมกรุงเทพมหานครร้อยละ๑๖.๕ และกรุงเทพมหานครมีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำต่ำกว่าทุกภาคร้อยละ๑๓.๙ เพศและอายุพบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ ๓๖.๙ เพศหญิงมีอัตราร้อยละ ๑.๙ ผู้สูบบุหรี่ประจำส่วนใหญ่หรือร้อยละ๖๘.๘ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าหรือไม่ได้รับการศึกษาเลย รองลงมาเป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ร้อยละ ๒๘.๔และ๒.๖ ตามลำดับ อัตราการสูบบุหรี่ผกผันกับระดับการศึกษาที่สำเร็จ กล่าวคือผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับสูงจะมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับปี๒๕๔๗ พบว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีอัตราร้อยละของการสูบบุหรี่ประจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ๒๔.๒ในปี๒๕๔๗ เป็นร้อยละ๒๘.๔ในปี๒๕๔๙หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ๑๗.๔ ด้านอาชีพพบว่าผู้สูบบุหรี่เป็นประจำส่วนใหญ่หรือร้อยละ ๓๕.๒ เป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านการเกษตร รองลงมาคืออาชีพธุรกิจด้านความสามารถทางฝีมือร้อยละ ๑๒.๕ อาชีพขั้นพื้นฐาน(ขายของข้างถนน ขายสินค้าแบบเคาะประตูบ้าน คนงานรับจ้างทั่วไป ยาม เป็นต้น) ร้อยละ๑๒.๔ ผู้มีอายุ๑๕ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ประจำเริ่มสูบเมื่ออายุเฉลี่ย ๑๘.๒ปี ชายเริ่มสูบเร็วกว่าหญิง โดยชายเริ่มสูบเมื่ออายุเฉลี่ย๑๘.๑ปี และหญิงเมื่ออายุเฉลี่ย๒๐.๔ปี สาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่พบว่าส่วนใหญ่หรือร้อยละ๔๔.๕ เริ่มสูบเพราะอยากทดลอง และตามอย่างเพื่อนหรือเพื่อนชวนสูบร้อยละ๓๒.๘ ส่วนสาเหตุอื่นได้แก่เพื่อเข้าสังคม มีความเครียด วิตกกังวล เพื่อความโก้เก๋ เพื่อความเป็นผู้ใหญ่ และอื่น ๆมีอัตราร้อยละไม่มากนัก ประเภทบุหรี่ที่สูบพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ ๕๐.๐ ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำสูบบุหรี่มวนเอง ร้อยละ ๔๖.๒ สูบบุหรี่ซองผลิตในประเทศ และร้อยละ ๑.๓ สูบบุหรี่ซองผลิตจากต่างประเทศ ด้านบุหรี่ที่สูบและค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่สูบต่อวัน ผู้ที่สูบบุหรี่

เป็นประจำ สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ ๙.๙ มวน ทุกหมวดอายุสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ ๙ – ๑๑ มวน โดยหมวดอายุ ๔๕ – ๔๙ ปี และ ๕๐ – ๕๔ ปี สูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันสูงที่สุด คือ สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ ๑๐.๖ มวน และหมวดอายุ ๒๐ – ๒๔ ปี สูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันต่ำที่สุดประมาณ ๘.๕ มวน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อคนต่อวันกับการสำรวจปี ๒๕๔๗ พบว่า จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงเล็กน้อย (ปี ๒๕๔๗ สูบเฉลี่ยวันละ ๑๐.๔ มวน) ส่วนค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่และสูบบุหรี่ต่อคนต่อวัน มีค่าใช้จ่ายประมาณ ๑๔.๖ บาท ในเขตเทศบาลมีค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่สูบเฉลี่ยต่อคนต่อวันประมาณ ๒๔.๒ บาท ซึ่งสูงกว่านอกเขตเทศบาลที่มีประมาณ ๑๑.๒ บาท ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้านกับสมาชิกในครัวเรือนพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ สูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้านกับสมาชิกในครัวเรือนถึงร้อยละ ๘๗.๙ พฤติกรรมนี้เปลี่ยนแปลงจากผลสำรวจเมื่อปี ๒๕๔๔ เล็กน้อย (ปี ๒๔๔๔ สูบบุหรี่ขณะอยู่กับสมาชิกในครัวเรือนร้อยละ ๘๘.๕) ทั้งชายและหญิงมีพฤติกรรมในการสูบขณะอยู่กับสมาชิกในครัวเรือนใกล้เคียงกัน โดยมีอัตราร้อยละ ๘๗.๗ และ ๙๑.๒ ตามลำดับ ด้านความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่และสาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ ๔๒.๒ ไม่เคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ ผู้ที่อยากเลิกสูบแต่ยังไม่เคยพยายามเลิกสูบมีร้อยละ ๒๓.๐ ส่วนผู้ที่อยากเลิกสูบและได้พยายามเลิกสูบมีร้อยละ ๓๓.๒ สำหรับผู้ที่อยากเลิกสูบและได้พยายามเลิกสูบนั้น มากกว่าครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ ๕๗.๗ เคยพยายาม ๑ – ๒ ครั้ง ร้อยละ ๒๒.๒ เคยพยายาม ๕ ครั้งขึ้นไป และร้อยละ ๒๐.๑ เคยพยายาม ๓ – ๔ ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจปี ๒๕๔๔ เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำและไม่เคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่มีอัตราร้อยละเพิ่มขึ้น (ปี ๒๕๔๔ มีร้อยละ ๓๓.๒ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๔๒.๒ ในปี ๒๕๔๗) ทั้งชายและหญิงมีอัตราร้อยละเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำและได้พยายามที่จะเลิกสูบในปี ๒๕๔๗ มีอัตราร้อยละสูงกว่าปี ๒๕๔๔ ร้อยละ ๓๒.๐ ให้เหตุผลว่า รู้สึกหงุดหงิดเมื่อไม่ได้สูบบุหรี่ร้อยละ ๒๕.๔ เป็นความเคยชินที่ต้องสูบบุหรี่ และร้อยละ ๒๐.๗ เห็นคนอื่นสูบบุหรี่ก็อยากสูบอีก

บุปผา ศิริรัศมี และคณะ (๒๕๕๑) ศึกษาผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่๓ ภายใต้โครงการInternational Tobacco Control Policy-Southeast Asia เพื่อนำเสนอการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ทำการสำรวจรอบที่๑(มกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘) การสำรวจรอบที่๒ (สิงหาคม-กันยายน ๒๕๔๙)และสำรวจรอบที่ ๓ (มกราคม-มีนาคม๒๕๕๑) ผลการศึกษาพบว่านอกจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกันตามสถานภาพการสูบบุหรี่แล้วยังพบว่าแตกต่างกันตามเขตที่อยู่อาศัยด้วย โดยพบว่าสัดส่วนการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ชายในเขตชนบทสูงกว่าในเขตเมือง สำหรับผู้หญิงสัดส่วนของผู้หญิงในเขตเมืองสูงกว่าผู้หญิงในเขตชนบทถึงสองเท่า แสดงให้เห็นถึงความชุกในการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในเขตเมืองสูงกว่าผู้หญิงในเขตชนบท ผู้สูบบุหรี่มีอายุน้อยกว่าและเป็นโสดมากกว่าผู้เลิกสูบบุหรี่ และผู้ที่อาศัยในเขตเมืองมีอายุน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ในเรื่องการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตเมืองมีการศึกษาสูงกว่าผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตชนบทอย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตามสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยเรียนหนังสืออยู่ในเขตเมืองสูงกว่าในเขตชนบททั้งในกลุ่มผู้สูบบุหรี่และผู้เลิกสูบบุหรี่ ในเรื่องอาชีพพบว่าผู้เลิกสูบบุหรี่มีอาชีพเกษตรกรรมในสัดส่วนที่สูงกว่าและทำอาชีพนอกเกษตรกรรมต่ำกว่าผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในเขตเมือง ผู้สูบบุหรี่

ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีตนเองเพียงคนเดียวที่สูบบุหรี่ การประเมินภาวะตนเองพบว่าผู้สูบบุหรี่มีสุขภาพแย่สูงกว่าผู้เลิกสูบบุหรี่มากกว่าสองเท่า ส่วนผู้เลิกสูบบุหรี่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากมากกว่าผู้สูบบุหรี่เกือบสองเท่า และยังพบอีกว่ามีการสูบบุหรี่เฉลี่ย๑๐.๓ มวนต่อวันมากกว่าครึ่งของผู้สูบบุหรี่ และพบว่าผู้สูบในเขตเมืองสูบบุหรี่มากกว่าเขตชนบทเล็กน้อย ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ในตอนเริ่มต้นของวันคือทันทีหลังตื่นนอน ก่อนอาหารเช้าและหลังอาหารเช้า ส่วนประเภทการสูบในภาพรวมผู้ที่สูบบุหรี่โรงงานอย่างเดียวและผู้ที่สูบบุหรี่มวนเองอย่างเดียวมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน สูบบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานภายในประเทศมากกว่าบุหรี่นอก ด้านเหตุผลในการเลือกบุหรี่พบว่ารสชาติและราคาของบุหรี่เป็นสิ่งที่ผู้สูบคำนึงมากที่สุดว่ารสชาติอยู่เหนือราคา ส่วนในกลุ่มผู้สูบบุหรี่มวนเองให้เหตุผลว่ารสชาติและราคาสัดส่วนใกล้เคียงกันและคิดว่าบุหรี่มวนเองอันตรายน้อยกว่าบุหรี่โรงงาน ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในชนบทเห็นว่าบุหรี่มวนเองมีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่โรงงานมากกว่าผู้สูบบุหรี่ในเขตเมือง ด้านฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่พบว่าผู้สูบบุหรี่ในเขตเมืองสังเกตเห็นบ่อยถึงบ่อยมากมากกว่าผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในชนบทและมีผลให้ผู้ที่อยู่ในชนบทเปลี่ยนใจไม่สูบบุหรี่มากกว่าในเขตเมืองเนื่องจากคิดถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับดี เห็นว่าบุหรี่ทำลายสุขภาพมากไม่แตกต่างกันทั้งเขตเมืองและเขตชนบท และมีความกังวลมากว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคปอดชนิดรุนแรงมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่มาก โดยเฉพาะผู้สูบบุหรี่ในเขตเมือง สำหรับความคิดเห็นต่อบริษัทผู้ผลิตนั้นพบว่าผู้สูบส่วนใหญ่เห็นว่าไม่ควรอนุญาตให้บริษัทที่ผลิตบุหรี่ส่งเสริมการขายโดยทุกวิธี ประมาณ ๓ใน๔ของผู้สูบเห็นว่าบริษัทผู้ผลิตยาสูบควรถูกจำกัดให้จัดทำซองบุหรี่แบบเรียบๆ ห้ามใช้สีสันสวยงามโดยมีเพียงชื่อและคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพเท่านั้นและเห็นว่าบริษัทบุหรี่ต่างชาติทำให้ปัญหาเรื่องยาสูบในประเทศไทยเลวร้ายกว่าเดิม แต่ผู้สูบประมาณ๑ใน๕เห็นว่าโรงงานยาสูบ/บริษัทผลิตบุหรี่ได้ทำสิ่งที่ดีๆให้สังคมไทยสอดคล้องกันทั้งผู้ที่สูบในเขตเมืองและเขตชนบท ในกลุ่มผู้เลิกสูบพบว่ากว่าครึ่งเลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีการหยุดสูบบุหรี่ทันทีโดยเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบทและกลุ่มที่เลิกสูบแล้วเกือบ๑ใน๔เคยสูบอีกอย่างน้อย๑ครั้งในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันทั้งเขตเมืองและเขตชนบท ประมาณ๑ใน๕ได้รับความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่โดยเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท ส่วนมากใช้หมากฝรั่งหรือลูกอมที่ไม่มีสารนิโคติน รองลงมาเลิกสูบบุหรี่เพราะได้รับคำแนะนำจากแพทย์/คลินิกเลิกบุหรี่โดยเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท โดยให้เหตุผลในการเลิกสูบกว่าร้อยละ๙๐ระบุว่ามีความกังวลเรื่องผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่มีต่อคนกับการสูบบุหรี่รอบข้างที่ไม่สูบ สุขภาพของตนเอง ความต้องการเป็นตัวอย่างสำหรับเด็ก การที่ครอบครัวไม่เห็นด้วยและการโฆษณาหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ส่วนผลของการเลิกสูบบุหรี่ต่อสุขภาพพบว่า ผู้เลิกสูบบุหรี่เกือบทุกคน(ร้อยละ๙๘)ประเมินว่าสุขภาพตนเองดีขึ้น และผู้เลิกสูบบุหรี่เกือบทุกคน(ร้อยละ๙๕.๕)บอกว่าแน่ใจมากและแน่ใจยิ่งว่าจะยังคงเลิกสูบบุหรี่ต่อไป และสุดท้ายผลการสำรวจพบแนวโน้มที่ดีอีกหลายเรื่อง เช่น ผู้สูบบุหรี่เคยเห็นการโฆษณาบุหรี่จากแหล่งต่างๆน้อยมากและมีแนวโน้มลดลง มีการจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ในบ้านเพิ่มขึ้น เห็นว่าไม่ควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ในโรงพยาบาลทุกพื้นที่มีสัดส่วนที่สูงสุดเมื่อเทียบกับพื้นที่สาธารณะอื่นๆและมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งเขตเมืองและเขตชนบท สถานที่ทำงานไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เห็นว่าไม่ควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ของร้านอาหารและสถานที่อื่นๆที่ไม่ใช้เครื่องปรับอากาศเพิ่มขึ้น

ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในสถานที่ใช้เครื่องปรับอากาศทุกพื้นที่เพิ่มขึ้น ไม่ควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ของรถโดยสารสาธารณะ

สุขุมาลย์ ประสมศักดิ์ (๒๕๕๑) ศึกษาปัจจัยและผลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า นักศึกษาที่สูบบุหรี่เรียนอยู่คณะบริหารธุรกิจมากที่สุด(ร้อยละ๒๘.๑) อายุเฉลี่ย๒๑.๒๙ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่๒ ร้อยละ๓๓.๒ มีผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ในช่วง๒.๐๑-๓.๐๐ได้รับค่าใช้จ่ายต่อเดือนมากกว่า๓,๐๐๐บาท บิดามารดาอยู่ด้วยกันส่วนใหญ่บิดาจะสูบทุกวัน มีบ้างที่มารดาสูบเป็นบางครั้ง แต่มีนักศึกษาส่วนใหญ่ที่มารดาไม่สูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามนักศึกษาที่สูบบุหรี่มักมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ ๒ คน นักศึกษาที่สูบเริ่มสูบเมื่ออายุ๑๖-๑๘ ปีมากที่สุดร้อยละ๓๐.๗ เหตุที่สูบบุหรี่เพราะอยากลองและได้รับบุหรี่มวนแรกจากเพื่อนสนิท บุหรี่ที่สูบเป็นชนิดก้นกรองและสูบทุกวัน ส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่เมื่อมีความเครียด โดยอัดควันบุหรี่เข้าปอดทุกครั้งเมื่อมีการสูบ ค่าใช้จ่ายในการสูบเดือนละ๑๐๑-๕๐๐บาท ถ้าอยู่ที่สถานศึกษามักเข้าไปสูบในห้องน้ำจะไม่สูบเมื่อเห็นป้ายห้ามหรือเป็นเขตปลอดบุหรี่ อีกทั้งส่วนใหญ่จะไม่สูบบุหรี่ต่อหน้าผู้ปกครองขณะอยู่ที่บ้าน นักศึกษาที่เคยเลิกสูบบุหรี่ถึงร้อยละ๗๘.๓แต่เลิกไม่ได้เพราะเพื่อนหรือผู้ใกล้ชิดยังสูบอยู่แต่ยังต้องการเลิกสูบบุหรี่เพราะกลัวจะเป็นมะเร็งปอด มีอยู่บ้างที่นักศึกษาไม่ต้องการเลิกบุหรี่เพราะเห็นว่าสูบบุหรี่ทุกวันก็ไม่มีปัญหาอะไร สำหรับนักศึกษาที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่นั้นมีความต้องการให้สถาบันหรือหน่วยงานอื่น ๆ ช่วยเหลือในเรื่องการห้ามขายบุหรี่ เลิกผลิตบุหรี่ และจัดรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

จริยา หัตถมาศ (๒๕๕๑) ศึกษาการประเมินโครงการรณรงค์การควบคุมการบริโภคยาสูบในจังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๔๙ ตามแบบจำลองCIPP ของ สตัฟเฟิลบีม ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินการกิจกรรมตามโครงการฯร้อยละ ๗๕.๖๘ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ คือสถานที่สาธารณะ ๕ ประเภทและร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ ปฏิบัติได้ถูกต้องตามกฎหมาย สำหรับตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ คือร้านค้าไม่จำหน่ายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี (ร้อยละ ๘๔.๘๔) ในปี๒๕๔๙ และจากการเปรียบเทียบการรับรู้ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าทั้งผู้ประกอบการ และประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น โดยมีความแกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติความเชื่อมั่น ร้อยละ ๙๕ ทั้งผู้ประกอบการและประชาชน วัตถุประสงค์ของโครงการส่วนใหญ่ เพื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องร้อยละ ๒๖.๓๒ รองลงมา เพื่อกระตุ้นให้สถานที่สาธารณะ ๕ ประเภทและร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ ปฏิบัติตามกฎหมายยาสูบร้อยละ ๒๔.๐๖ ด้านกิจกรรม ส่วนใหญ่คือการการออกตรวจเยี่ยมสถานที่สาธารณะ ๕ ประเภทและร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ ร้อยละ ๓๘.๙๕ โดยมีบุคลากรรับผิดชอบงานบุหรี่เพียง ๑ คน (ร้อยละ ๑๐๐) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในงานส่งเสริมสุขภาพร้อยละ ๓๒.๔๓ และรับผิดชอบงานอื่น ๆ ร่วมกับงานบุหรี่ร้อยละ ๘๑.๐๘ และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานสาธารณสุข ร้อยละ๔๑.๑๑ รองลงมาคือ ตำรวจร้อยละ๒๗.๗๘ ปัญหาในการดำเนินงาน ส่วนใหญ่เป็นปัญหาในด้านบุคลากร ร้อยละ ๓๕.๓๗ รองลงมาคือ ด้านการจัดกิจกรรมร้อยละ ๒๓.๑๗ สำหรับปัจจัยสนับสนุนและจุดเด่น ที่ทำให้การดำเนินโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ การมีคู่มือการปฏิบัติงานสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่าง

เพียงพอ ร้อยละ ๒๔.๔๓ มีจ้อเสนอแนะว่าควรมีการประสานงานกับกระทรวงที่เกี่ยวข้องระดับนโยบาย ผลักดันให้หน่วยงานท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในพื้นที่ด้วย ผู้บริหารควรสนับสนุนบุคลากรและการดำเนินงานต่างๆ ให้เพียงพอ พัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยงานสาธารณสุขให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

เรณู บุญจันทร์และคณะ (๒๕๕๒) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดระนอง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดระนองพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนเป็นชายร้อยละ๓๐.๘ หญิงร้อยละ๖.๙ อายุที่เริ่มสูบครั้งแรก๑๓-๒๐ปีร้อยละ๘๐.๓ อายุเฉลี่ยของการสูบบุหรี่ครั้งแรก ๑๓.๘๓ ปี สถานที่สูบบุหรี่ประจำคือสูบที่บ้านเพื่อนร้อยละ ๓๔.๑ เยาวชนมีพ่อสูบบุหรี่ร้อยละ๔๕.๙ แม่สูบร้อยละ ๗ และเพื่อนสนิทสูบบุหรรี่ร้อยละ ๗ และทราบว่ามีกฎหมายห้ามสูบในสถานที่สาธารณะ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ๐.๐๑ การได้รับสื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมา ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่และการสอนเกี่ยวกับบุหรี่ในโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดระนอง ซึ่งจะนำไปเป็นแนวทางจัดกิจกรรมลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ในเยาวชนต่อไป

ผลิน กมลวัทน์ และคณะ (๒๕๕๓) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาบุหรี่ในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนบ้านหนองบัว อ.บ้านแท่น จ.ชัยภูมิ สรุปผลการเรียนรู้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วมของทีมวิจัยและคนในชุมชนมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน มีเวทีประชาคมเป็นช่องทางสื่อสารและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนได้ และปรับเวลาที่ร่วมกันทำกิจกรรมในชุมชนให้เหมาะสมโดยไม่รบกวนเวลาของครอบครัวในชุมชน ไม่ควรทิ้งช่วงเวลาในการดำเนินงานไปนาน ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่องเชื่อมไม่ติดกับการดำเนินการในครั้งก่อน การเล่าเรื่องด้วยภาพจะน่าสนใจมากกว่าSlide การประชุมในวันเดียวและมีประเด็นมากจะทำให้ความคิดไม่โลดแล่น เหนื่อยล้าจนเกินไปเป็นต้น มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์หลายช่องทางทั้งหอกระจายข่าวและบัตรเชิญ จัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และจดจำได้ดียิ่งขึ้น และมีการนำข้อมูลคืนสู่ชุมชนโดยพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ ๓๔.๓๖ เป็นชายร้อยละ ๙๗.๖๙ สูบมากในช่วง ๒๕-๖๕ ปีร้อยละ ๘๓.๘๔ ผู้สูบอายุต่ำสุด ๑๔ ปี สูงสุด ๘๐ ปี ประเภทของยาสูบมีการใช้เป็นยาเส้นร้อยละ ๖๖ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุหรี่ในชุมชนต่อเดือน ๒๕,๖๒๕ บาท จำนวนบุหรี่ที่สูบ ๕-๑๐ มวนต่อวันต่อคน มีร้านขายบุหรี่ในชุมชน ๖ แห่ง มีลูกเมียคนรอบข้างจาก ๗ใน๑๐ ครัวเรือนต้องทนได้รับควันบุหรี่มือสอง เยาวชนมีแนวโน้มสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากคนในครอบครัวสูบบุหรี่ จากนั้นก็จัดเวทีประชาคมคืนข้อมูลสู่ชุมชน ชวนคุยคิด มองเห็นปัญหาบุหรี่ในชุมชนร่วมกันและร่วมกันวางแผนการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโดยจะขับเคลื่อน ๓ โครงการคือ๑)พัฒนาศักยภาพทีมวิจัยชุมชน ๒)สร้างแกนนำเยาวชน ๓) สร้างครอบครัวอบอุ่นไร้ควัน เพื่อหารูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชนบ้านหนองบัวที่เหมาะสมต่อไป

สนทรรศ บุษราทิจ และอภิญญา สิริไพบูลย์กิจ (๒๕๕๕) ศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลศิริราชปี ๒๕๕๒-๒๕๕๔ พบว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่จำนวน ๙๔ รายพบว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้ ๓๔ ราย(ร้อยละ๓๖.๒) ๓๕ราย(ร้อยละ๓๗.๒) ๓๐ ราย(ร้อยละ๓๑.๙) และ๑๖ ราย(ร้อยละ๑๗) เมื่อวัดที่ระยะเวลา ๔ และ๑๒ สัปดาห์ ๖และ๑๒ เดือนตามลำดับ ที่เวลา ๑๒

เดือน มีผู้ที่ไม่สามารถติดต่อได้จำนวน ๗๑ ราย หรือร้อยละ ๗๕.๕ ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จในช่วง ๑๒ สัปดาห์ และ๖ เดือน คือ สิทธิข้าราชการ การมีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ไม่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชรวมทั้งไม่เคยพยายามเลิกสูบมาก่อน

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

ผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ทำให้เข้าใจถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่/ใบจาก ทัศนคติ การรับรู้ผลกระทบของยาสูบที่มีต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ ความคิดที่จะเลิกยาสูบ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง บทบาทของสื่อต่างๆ ที่มีอิทธิพลและเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยจากยาสูบ องค์กรระดับต่าง ๆในพื้นที่และหน่วยงานภายนอกที่จะมาหนุนเสริมและสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ นโยบายรัฐภาค

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย (Research Design) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อขับเคลื่อนมติสมัชชาเรื่องมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การเตรียมการ

๑. การศึกษาบริบท การนำมาตรการควบคุมยาสูบไปปฏิบัติในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน

๒. ค้นหาทุน/เครือข่าย/กลไก โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ

ขั้นตอนที่ ๒ การวางแผนงาน

๑. ประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงโครงการ สร้างความเข้าใจ นโยบาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาควบคุมยาสูบปรึกษาหารือ แต่งตั้งคณะกรรมการ/เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อประเมินทุนเดิมและสรรหาอาสาสมัครปฏิบัติการในพื้นที่

๒. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อวางแผนการดำเนินงาน แบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการรวบรวมผลการปฏิบัติงาน

๓. จัดเวทีเพื่อเตรียมความพร้อมของคณะทำงานอาสาสมัครปฏิบัติการในพื้นที่ก่อนลงพื้นที่ เนื้อหาประกอบ องค์ความรู้เรื่อง การจัดการความรู้ การสร้างเครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลบทบาทภารกิจในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ขั้นตอนที่ ๓ การดำเนินงาน

๑. คณะทำงานลงพื้นที่ปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูล การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจัดเวทีประเมินวิเคราะห์ สถานการณ์ มุมมองการขับเคลื่อนรูปแบบกระบวนการ

๒. ร่างรูปแบบการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาแห่งชาติไปสู่ภาคปฏิบัติของประชาชนให้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพยาสูบ โดยผู้นำชุมชน องค์กรท้องถิ่นและ องค์กรสาธารณสุขระดับท้องถิ่น

๓. ทดลองใช้รูปแบบการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาแห่งชาติไปสู่ภาคปฏิบัติ ในชุมชนตัวอย่าง ตำบลชุมโค และตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร

๔. ประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานสรุปผลการดำเนินงานในเขตพื้นที่ ปรับปรุงรูปแบบกระบวนการและปัจจัยสนับสนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาแห่งชาติไปสู่ภาคปฏิบัติจริงในชุมชน จังหวัดชุมพร

๕. จัดให้มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรม/เผยแพร่ โดยสื่อสารสาธารณะต่อผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาและข้อเสนอในการขับเคลื่อนต่อไปทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ ๔ ประเมินผล

๑. คณะทำงานร่วมสังเกตการณ์ ประเมินผลใน ๔ ประเด็นในด้านบริบทของพื้นที่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์จากการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

๒. จัดประชุมแลกเปลี่ยนนำผลการประเมินมาร่วมสะท้อนคิดเพื่อปรับปรุงแผนงาน/วิธีการดำเนินงาน

๓. ผู้วิจัยและคณะทำงานนำผลที่ได้จากการเข้าเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีขับเคลื่อนภายในพื้นที่มาเรียบเรียงและจัดระเบียบข้อมูลที่ได้ร่วมกัน

๔. สรุปและประเมินผลในรูปแบบของแนวทางการขับเคลื่อน กระบวนการและปัจจัยในการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาแห่งชาติไปสู่จังหวัดชุมพร

๕. จัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคเรื้อรัง การสูบและพยายามเลิกบุหรี่มาแล้วกี่ครั้ง เลิกได้นาน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เลิกบุหรี่ และสาเหตุที่ยังไม่เลิกสูบ เป็นต้น

๒. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของแกนนำ ได้แก่เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคเรื้อรัง การสูบ ระดับแกนนำ หน่วยงาน บทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เป็นต้น

๓. แบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่/ใบจาก มีทั้งหมด ๖ ข้อ
คำถามข้อ๑ สามารถใช้เป็นเครื่องชี้วัดการติดบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ภายใน ๓๐ นาทีหลังตื่นนอน แสดงว่าติดบุหรี่มาก

การประเมินผลจากคะแนนรวมทุกข้อ

คะแนนมากกว่า ๖ คะแนน แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรี่มาก(ติดนิโคตินซึ่งเป็นการติดทางร่างกาย)

คะแนน ๕ คะแนน แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรี่ปานกลาง

คะแนน ๐-๔ คะแนน แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรี่น้อย

๔. แนวคำถามการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมบริโภคยาสูบในจังหวัดชุมพร และพื้นที่ศึกษา พัฒนาจากมติสมัชชาสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ ปี ๒๕๕๓ ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานระดับจังหวัด และในพื้นที่ ได้แก่

๔.๑ สถานศึกษา เกี่ยวกับบุหรี่เขาไปในหลักสูตรการเรียนการสอน และหน่วยงานที่มีสถานศึกษาในสังกัดภาครัฐ และเอกชน ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหายาสูบในสถานศึกษา กำชับให้สถานศึกษาทุกแห่งติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาและห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตามที่กฎหมายกำหนด ห้ามสูบบุหรี่ในขณะที่อยู่ในชุดของสถาบันหรือชุดนักศึกษา ให้บุคลากรทางการศึกษา เช่น ครู อาจารย์ นักการภารโรง ผู้นำศาสนา เป็นต้นแบบอย่าง แก่นักศึกษา และสนับสนุนงบประมาณการผลิตสื่อนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ ด้านพิษภัยจากบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม และการวิจัยกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

๔.๒ สถานพยาบาล ให้หลักประกันการเข้าถึงการบำบัดโรคติดบุหรี่รวมถึงการเข้าถึงการบำบัดโรคติดบุหรี่รวมถึงการเข้าถึงการรับยาสมุนไพร แพทย์แผนไทยหรือบริการแพทย์ทางเลือกที่จำเป็นต่อการบำบัดโรคติดบุหรี่ และสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในงานเลิกบุหรี่ในชุมชน

๔.๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับมีบทบาทร่วมในการควบคุมแหล่งผลิตวัตถุดิบในพื้นที่ และการใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อบังคับอย่างจริงจังอย่างไร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. จัดประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ เพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินควบคุมยาสูบ สำรวจโดยใช้แนวคำถามการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบในจังหวัดและพื้นที่ทั้งก่อนและหลังดำเนินงาน

๒. การสัมภาษณ์แกนนำทั้งในระดับจังหวัดและพื้นที่ เกี่ยวกับบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

๓. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งระดับจังหวัด และพื้นที่ เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จต่าง ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา และสรุปเป็นความเรียงเชิงพรรณนา

บทที่ ๕

สรุป การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

๑. สรุปและการอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่จังหวัดชุมพรครั้งนี้ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

๑.๑ ศึกษาสถานการณ์การใช้ยาสูบและมาตรการมาตรการควบคุมยาสูบในระดับ

จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และโรงเรียน พบว่าจากการดำเนินงานควบคุมบริโภคยาสูบของจังหวัดชุมพรที่ผ่านมาซึ่งศึกษาในพื้นที่ต่าง ๆที่มีความหลากหลายทั้งสถานศึกษา วัด ชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข ตลอดจนกลไกระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน ทั้ง ๘ อำเภอ มีการปฏิบัติที่ไม่แตกต่างกัน การขับเคลื่อนมติสมัชชาด้านการควบคุมยาสูบในพื้นที่ของจังหวัดชุมพรไม่มีการ ขับเคลื่อนโดยตรงแต่มีการขับเคลื่อนในเรื่องประเด็นเด็กและเยาวชน ประเด็นเหล้าและแอลกอฮอร์และประเด็นต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อเป็นการขับเคลื่อนกลไกมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับประเด็นอื่น ๆ ของจังหวัดชุมพร ดังเช่น

๑) การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบจังหวัดชุมพรมีหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนที่ดำเนินการโดยต่างคนต่างทำ โดยไม่มีผู้ที่เชื่อมโยงการปฏิบัติงานซึ่งถือว่าไม่มีการผนึกกำลังกันให้ไปสู่เป้าหมายเดียวกัน ประกอบด้วย (๑) สถานบริการสาธารณสุข มีหน้าที่ในการดำเนินงานที่ครอบคลุมประเด็น (๑.๑) ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ พิษภัยของยาสูบ และการลด ละ เลิก (๑.๒) รณรงค์การควบคุมการบริโภคยาสูบในวันงดบุหรี่โลกของทุกปี มีกิจกรรมให้ความรู้ ป้ายประชาสัมพันธ์และเอกสารสิ่งพิมพ์ เป็นต้น (๑.๓) ตรวจตราและป้องปรามผู้ละเมิดร่วมกับทีมงาน (๑.๔) ประชุมชี้แจงและขอความร่วมมือจากสถานประกอบการให้จัดสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงาน (๑.๕)จัดสิ่งแวดล้อม กำหนดให้โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ และติดป้ายประกาศ ติดสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ และป้ายกำหนดโทษการสูบบุหรี่ ตลอดจนเฝ้าติดตามบริเวณที่มีการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ และร้านค้าในโรงพยาบาลห้ามขายบุหรี่ เป็นต้น (๑.๖) การบำบัดผู้สูบบุหรี่ทั้งในคลินิกและหน่วยงานราชการ ภาคเอกชน สถานประกอบการ โรงงาน หรือภาคอุตสาหกรรมในจังหวัด โรงเรียนวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (๑.๗) การบริการเชิงรุกในชุมชน ตั้งแต่ประชุมชี้แจง จัดอบรมให้กับแกนนำจิตอาสาในชุมชนเพื่อดูแลติดตามผู้บริโภคยาสูบ พัฒนาแบบประเมินและแนวทางการคัดกรองผู้บริโภคยาสูบ สร้างและพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลผู้บริโภคยาสูบ และพัฒนา

ระบบการติดตามและดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.ในชุมชน ซึ่งมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องเจ้าหน้าที่ไม่ตระหนัก/ไม่เห็นความสำคัญไม่เพียงพอต่อการบริการ/มีภาระงานมาก และผู้สูบบุหรี่/ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินผลโครงการรณรงค์การควบคุมยาสูบของ จริยา หัตถมาศ (๒๕๕๑) ที่พบว่ามีการออกตรวจเยี่ยมสถานที่สาธารณะ๕ประเภทและร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ปฏิบัติได้ถูกต้องตามกฎหมาย ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น พบปัญหาอุปสรรค์ในเรื่องเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพอแต่จุดเด่นคือมีคู่มือปฏิบัติงานที่เพียงพอและเสนอให้ให้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับนโยบายผลักดันให้ระดับท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรพร้อมทั้งให้มีการพัฒนาศักยภาพที่เข็มแข็งยิ่งขึ้น (๒) ภาคประชาสังคม เครือข่ายงดเหล้า โครงการชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ และประชาชน ร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์การควบคุมการบริโภคยาสูบในเทศกาลสำคัญของจังหวัดชุมพรอย่างต่อเนื่อง จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ไม่สูบบุหรี่ที่มีแกนนำชุมชนให้ความรู้แก่ประชาชนและสื่อสาร (๓) สถานศึกษา มีการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบด้วยการ (๓.๑) ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาและห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตามที่กฎหมายกำหนดแต่ไม่ครอบคลุมทุกแห่ง (๓.๒) การห้ามสูบบุหรี่ในขณะที่อยู่ในชุดของสถาบันหรือชุดนักศึกษา มีการกำหนดแต่ไม่ครอบคลุม เนื่องจากบทกำหนดโทษไม่ชัดเจน หน่วยงานที่รับผิดชอบปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง นักศึกษาไม่เห็นอันตรายและพิษภัยของยาสูบ(บุหรี่)ที่เป็นช่องทางสู่การเสพสารเสพติดชนิดที่รุนแรงขึ้น (๓.๓) กลุ่มครู อาจารย์บางสถาบันไม่สูบบุหรี่ เป็นตัวอย่างให้กับนักเรียนและนักศึกษา มีการให้คำแนะนำสอนในชั้นเรียน และส่งผู้เสพเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล (๓.๔) การสนับสนุนงบประมาณการผลิตสื่อนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ ด้านพิษภัยจากบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรมมีน้อย มีเพียงสื่อที่ได้รับจากหน่วยงานสาธารณสุขที่เป็น แผ่นพับ โปสเตอร์ และสติ๊กเกอร์เท่านั้น (๔) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับนโยบายจากรัฐบาล และผู้ว่าราชการจังหวัดในการรณรงค์สิ่งเสพติด ได้แก่ บุหรี่ แอลกอฮอล์ การพนัน และยาเสพติด แต่ละตำบลไม่มีมาตรการในการใช้กฎหมายในการควบคุมบุหรี่ที่เป็นรูปธรรม (๕) ภาคเอกชนและสถานประกอบการ เช่น ห้างสรรพสินค้า มีการดำเนินงานมาตรการให้บริเวณภายในห้างเป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่จัดพื้นที่สูบบุหรี่บริเวณด้านนอก โรงงานอุตสาหกรรม (โรงงานปาล์มน้ำมัน ผลิตอาหาร และโรงงานผลไม้กระป๋อง) บริเวณอาคารสำนักงาน เป็นเขตปลอดบุหรี่ และจัดสถานที่ภายนอกอาคารให้สูบบุหรี่ได้ (๖) ศาสนสถานไม่มีการควบคุมที่ชัดเจน มีเพียงติดสติ๊กเกอร์เขตปลอดบุหรี่แต่ประชาชนที่มาประกอบกิจทางศาสนายังสูบบุหรี่อยู่

๒) กลไกระดับต่างๆ มีการดำเนินงานที่คล้ายคลึงกันทั้ง ๘ อำเภอทั้งในด้านนโยบาย การประชาสัมพันธ์ การจัดมุมและสถานที่สูบบุหรี่ รณรงค์เวทีประชุมประจำเดือน และการประกาศใช้กฎหมายแต่มีการแตกต่างด้านเชิงรุกบางอำเภอ เช่น ให้ทุนการศึกษาเฉพาะนักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ ให้รางวัลและมอบประกาศนียบัตรกับหมู่บ้านที่ปลอดบุหรี่เป็นการเสริมแรงจูงใจ รณรงค์เรื่องบุหรี่และแอลกอฮอล์ร่วมกันในเวทีชุมชนต่างๆและงานประเพณี การสร้างผู้นำต้นแบบในการลด ละ เลิกบุหรี่ โดยใช้งบประมาณท้องถิ่น ร่วมกับภาคีเครือข่ายติดตามข้อมูลข่าวสารจากสื่อโฆษณาต่างๆส่งเสริมให้ประชาชนรู้เท่าทันการส่งเสริมตลาดจากอุตสาหกรรมยาสูบ และเสนอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและภาครัฐไม่ให้มีโฆษณาทั่วไปโดยเฉพาะละครโทรทัศน์ที่ทำให้เยาวชนเลียนแบบ และบางอำเภอมีการทำหมู่บ้านปลอดบุหรี่ร่วมกับหมู่บ้านลดเสี่ยงลดโรค เป็นต้น

๑.๒ รูปแบบการควบคุมยาสูบในพื้นที่จังหวัดชุมพร แบ่งออกเป็น ๔ ระยะ ประกอบด้วย **๑) การเตรียมการ** มีการเตรียมความพร้อมในส่วนของทีมงาน ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในประเด็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับยาสูบทั้งหมด วิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลพื้นฐานที่ได้รับและขอข้อมูลเพิ่มเติมจากพื้นที่แต่ละระดับของจังหวัดชุมพรเพื่อเตรียมวางแผนการดำเนินงานต่อไป **๒) การวางแผน** มีการประชุมชี้แจงในเวทีสมัชชาจังหวัด รับสมัครทีมงานที่ครอบคลุมทั้งจังหวัด จัดทำแผนปฏิบัติการ แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อดำเนินการตามแผนที่กำหนด พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอปะทิวและตำบลทะเลทรัพย์เพื่อจัดการประชุมปฏิบัติและติดตามงานต่อไป ซึ่งมีผลการวิเคราะห์ปัญหาที่ผ่านมาพบว่าผู้ชายอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๘๐ สูบบุหรี่/ยาเส้นวันละ ๕-๑๗ มวนต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ(๒๕๕๐)ที่พบว่าผู้ชายอายุ๑๕ ปีขึ้นไปเริ่มสูบบุหรี่เร็วกว่าผู้หญิง โดยมีสาเหตุจากการอยากทดลอง ตามเพื่อนหรือเพื่อนชวน และบางรายสูบเพราะความเครียด/วิตกกังวลบางส่วนเพื่อความโก้เก๋ และความเป็นผู้ใหญ่เป็นต้น และไม่มีหมู่บ้านใดปลอดบุหรี่เลยในจังหวัดชุมพร นอกจากนี้ยังพบว่าร้านค้าในหมู่บ้านทุกร้านมีการขายบุหรี่ให้กับเด็กที่อายุน้อยกว่า ๑๘ ปี และแบ่งบุหรี่ขายอีกด้วย แต่ละตำบลไม่มีมาตรการในการใช้กฎหมายในการควบคุมบุหรี่ที่เป็นรูปธรรม จึงได้กำหนด ๓ แนวทางหลัก คือ (๑) การตรวจร้านขายของชำ ให้คำแนะนำการไม่ขายบุหรี่กับเด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี (๒)การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ประชาชนทั่วไป รณรงค์การลด-ละ-เลิกบุหรี่และโทษของบุหรี่ ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ ร่วมสนับสนุนการจัดกิจกรรมร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และ (๓) การจัดกิจกรรมและให้ความรู้แก่พนักงานและเยาวชนในพื้นที่ ทั้งในและนอกหน่วยงานท้องถิ่นและสาธารณสุข พร้อมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลจากประชาชนที่เข้าร่วมโครงการจำนวน ๑๙๔ คน พบว่า ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ ๗๘.๓๕ และสูบมานานน้อยกว่า ๑๐ ปีร้อยละ ๒๔.๒๓ สำหรับผู้ที่เลิกสูบจำนวน ๗ คน ส่วนใหญ่เลิกมานาน ๖-๑๐ ปี และมีอายุ ๕๑ ปีเป็นต้นไป สอดคล้องกับชัยยุทธ จิตติยานุวัตร (๒๕๔๔) ที่พบว่าผู้ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปมีหน้าที่จะต้องรับผิดชอบต่อครอบครัวและลักษณะทางกายภาพและสุขภาพเริ่มเสื่อมถอย ทำให้คำนึงถึงผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพมากขึ้นทำให้มีโอกาสจะเลิกบุหรี่ได้สูง ถ้าตั้งใจเลิก ด้านปัจจัยที่ช่วยให้เลิกสูบ คือ ออกกำลังกาย (ร้อยละ ๑๗.๐๑) และรองลงมาคือ การนำสิ่งเกี่ยวข้องกับบุหรี่ออกนอกบ้าน (ร้อยละ ๘.๗๖) สำหรับผู้ที่ยังสูบบุหรี่เคยพยายามจะเลิกสูบมาแล้ว ๑-๒ ครั้ง (ร้อยละ ๓๐.๔๑) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (อ้างถึงใน ชัยยุทธ จิตติยานุวัตร : ๒๕๔๔) ที่พบว่าความพยายามครั้งที่ ๑ ถึง ๒ มักประสบความสำเร็จมากกว่าความพยายามหลายๆครั้ง เพราะครั้งแรกมักมีความตั้งใจมากกว่าครั้งหลังๆ โดยสาเหตุของการเลิกสูบไม่ได้ส่วนใหญ่เนื่องจากเข้าสังคมเมื่อคนอื่นสูบก็สูบร้อยละ ๑๖.๔๙ และไม่เคยคิดจะเลิกร้อยละ ๑๑.๘๖ ในกลุ่มนี้เป็นผู้ติดสารนิโคตินในยาสูบระดับมากร้อยละ ๖๕.๘๙ ดังนั้นจำนวนผู้สูบกลุ่มนี้จึงจำเป็นที่ต้องได้รับการบำบัดต่อไป สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำและไม่เคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่มีอัตราเพิ่มขึ้นให้เหตุผลว่ารู้สึกหงุดหงิดเมื่อไม่ได้สูบ เคยชินและเห็นคนอื่นสูบก็อยากสูบ **๓) การดำเนินงาน**โดย (๑) ร่วมกำหนดมาตรการการลด-ละ-เลิกยาสูบของชุมชนในเทศบาลตำบลทะเลทรัพย์ประกอบด้วย (๑.๑)ปกป้องสุขภาพจากการสูบบุหรี่ของคนรอบข้าง ผลักดันให้บ้านปากบ่อเป็นหมู่บ้านต้นแบบปลอดบุหรี่ ๑๐๐% (๑.๒) ส่งเสริมให้คนในชุมชนเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้ฐานครอบครัวเป็นหลักในการตักเตือนและให้กำลังใจ

(๑.๓) ผลักดันให้โรงเรียนชุมชนทะเลทรัพย์เป็น “โรงเรียนสีขาวปลอดบุหรี่ ๑๐๐ %” (๒) ดำเนินงานตามมาตรการการควบคุมยาสูบของชุมชน ตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอปะทิว (๒.๑) ปกป้องสุขภาพจากการสูบบุหรี่ของคนรอบข้าง โดยผลักดันให้บ้านปากบ่อเป็นหมู่บ้านต้นแบบปลอดบุหรี่ ๑๐๐% ด้วยการกำหนดมาตรการทางสังคมของชุมชนบ้านปากบ่อ และประกาศเป็นนโยบายของชุมชนโดยผู้ใหญ่บ้าน ด้วยการทำป้ายประกาศ และแจ้งในที่ประชุมให้ประชาชนทุกคนรับทราบ กำหนดโซนบริเวณเขตปลอดบุหรี่และยาสูบ จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ มีการแต่งตั้งทีมงานเฝ้าระวังพื้นที่ กำหนดแนวทางการลงโทษ กรณีฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติกฎหมายดังกล่าว และประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ทางวิทยุชุมชนคลื่น FM ๑๐๐ ทุกวันโดยนักจัดรายการอิสระของชุมชนและผู้ใหญ่บ้านร่วมกันประชาสัมพันธ์ในเวทีประชุมหมู่บ้านทุกเดือนพร้อมทั้งมีการติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ไว้บริเวณศาลาหมู่บ้าน (๒.๒) ส่งเสริมให้คนในชุมชนเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้ฐานของครอบครัวเป็นหลักในการตักเตือนและให้กำลังใจ ด้วยการ (๒.๒.๑) จัดมหกรรมรณรงค์และให้ความรู้กับประชาชนด้วยการจัดนิทรรศการ บริการตรวจสุขภาพ ให้คำปรึกษา การรักษาพยาบาล ธรรมเทศนาและร่วมเผาบุหรี่จำลองเพื่อปฏิญาณตนในการเลิกยาสูบ พร้อมทั้งมีคำมั่นสัญญาในการลด ละเลิกบุหรี่ นำโดยผู้นำชุมชน (๒.๒.๒) ร่วมรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ โดยบ้านที่เข้าร่วมโครงการ ปักธงสีขาวสำหรับบ้านที่ปลอดบุหรี่หรือยาสูบ ปักธงแดงสำหรับบ้านที่ยังสูบอยู่ซึ่งมีผู้ได้รับธงทั้งหมด ๙๗ ครัวเรือนจาก ๑๕๗ ครัวเรือน คงเหลืออีก๖๐ครัวเรือนที่จะต้องรณรงค์ลด ละ เลิกยาสูบต่อไป(๒.๒.๓) ผลักดันให้โรงเรียนชุมชนทะเลทรัพย์เป็น“โรงเรียนสีขาวปลอดบุหรี่ ๑๐๐ %”เพื่อให้นักเรียนมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีปลอดจากสิ่งเสพติด มีการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหายาเสพติดในโรงเรียนด้วยการติดป้ายรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ในโรงเรียน สำรวจข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนใหม่ทุกคนในปีการศึกษาแรกเพื่อคัดกรองปัญหาเบื้องต้นและรายงานผลให้กับสำนักงานเขตการศึกษา มีระบบช่วยเหลือนักเรียน จัดกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านยาเสพติดร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี และจัดกิจกรรมเสริมเพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น กีฬาสี เตะฟุตบอลตอนเย็น รวมทั้งขอความร่วมมือร้านค้าในการไม่จำหน่ายยาเส้นหรือบุหรี่แก่เด็ก มีร้านค้าเข้าร่วมโครงการจำนวน ๕๘ ร้าน ทั้งตำบลและ ๕ ร้านในบ้านปากบ่อ ซึ่งหลังจากมีการรณรงค์ทุกร้านค้าไม่มีการแบ่งขายและมี อสม.ในหมู่บ้านคอยตรวจสอบและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (๓) หน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน (๓.๑) เทศบาลตำบลทะเลทรัพย์ร่วมกับชุมชนบ้านปากบ่อและหมู่บ้านใกล้เคียง ร่วมกับโรงเรียนทะเลทรัพย์ วัดปากบ่อ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะเลทรัพย์ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบรางวัลแก่ผู้ที่ทำดีเป็นแบบอย่างมอบเกียรติบัตรให้แก่แกนนำผู้สูบที่สามารถเลิกสูบได้ มอบธงขาวใหญ่ให้หมู่บ้านเป็นหมู่บ้านปลอดบุหรี่/ยาสูบ ๑๐๐% รวมทั้งมอบเกียรติบัตรให้กับร้านค้าที่ไม่ขายบุหรี่ พร้อมทั้งผลักดันแผนการดำเนินงานมาตรการเข้าสู่ข้อบัญญัติท้องถิ่นและกำหนดให้ผู้นำทุกคนกระทำตัวให้เป็นแบบอย่างกับประชาชนในชุมชนตนเองตลอดจนมีการประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องด้วยการจัดนิทรรศการ และรายการวิทยุคลื่นFM๑๐๐ทุกวัน ประกาศรูปแบบการขับเคลื่อนมาตรการการควบคุมยาสูบบ้านปากบ่อ (๓.๒) โรงพยาบาลปะทิวบริการในคลินิก โดยให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านวิชาการ การรักษาและให้ยาเลิกบุหรี่พร้อมทั้งนัดติดตามผลทุก ๒ สัปดาห์ กรณีไม่มาตามนัดจะโทรศัพท์ติดตามจะประสานไปยังหน่วยต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เยี่ยมบ้านพร้อม

จิตอาสาในพื้นที่ และค้นหาเชิงรุกในชุมชน กำหนดคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรใหม่ของโรงพยาบาลต้องไม่สูบบุหรี่ เป็นต้นแบบโรงพยาบาลปลอดบุหรี่และได้รับรางวัลเครือข่ายสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และประชาสัมพันธ์เรื่องเขตปลอดบุหรี่ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ประสานความร่วมมือเจ้าหน้าที่ในการ ตรวจตราและป้องปรามผู้ที่ละเมิดสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล พร้อมทั้งขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ให้มาตรวจตรา เดือนละครั้ง จัดกิจกรรมรณรงค์การเลิกบุหรี่ระดับอำเภอ นอกจากนี้ได้จัดอบรมและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ของรพ.สต.ในการจัดบริการคลินิกอดบุหรี่ของ รพ.สต. ชุมโค รพ.สต. ทะเลทรัพย์ และโรงพยาบาลมาบอำมฤต (๓.๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะเลทรัพย์ ติดตามดูแลและบำบัดผู้บริโภคยาสูบที่สมัครใจเลิกบุหรี่ร่วมกับแกนนำจิตอาสาที่ผ่านการอบรม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เสริมแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้บริโภคยาสูบ ประสานงานหน่วยงานและผู้นำระดับท้องถิ่นทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ได้แก่ โรงเรียน วัด องค์การบริหารส่วนตำบล สถานประกอบการ และร้านค้าที่จำหน่ายยาสูบ เป็นต้น **๔) การประเมินผล** จากข้อมูลและมีส่วนร่วมของชุมชนและเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีความพร้อมในการดำเนินการควบคู่ไปกับการรณรงค์ยาเสพติดตามนโยบายของประเทศ นำกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสพเข้าค่ายปรับพฤติกรรมเป็นประจำทุกปีโดยผู้ว่าราชการจังหวัดและทีมงานจากทุกภาคส่วน ซึ่งมีอุปสรรคในด้านความรู้และสื่อประชาสัมพันธ์ที่พร้อมและเพียงพอ ผลที่ได้พบว่า(๑)ชุมชนบ้านปากบ่อ เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการควบคุมยาสูบ ประเมินได้จาก (๑.๑)เกิดแกนนำในชุมชนลด-ละ-เลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่ และประชาชนที่เลิกได้อย่างเด็ดขาดอย่างน้อย ๓ คน และมีผู้ที่ลด-ละจำนวนมวนของยาสูบต่อวันลงมาก เช่น เดิมผู้ติดบุหรี่มาก ๖๕.๙ ลดลงเหลือ ๔๖.๕% และที่ติดบุหรี่น้อยเพิ่มขึ้นจาก ๑๔.๗ เป็น ๒๔.๘๑ เป็นต้น (๑.๒) เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำที่คอยเฝ้าระวังไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ตามที่ประกาศซึ่งยังไม่มีใครฝ่าฝืน (๑.๓) ร้านค้าทั้งหมดในหมู่บ้านไม่จำหน่ายยาเส้น/บุหรี่แก่เด็กต่ำกว่า ๑๘ ปี ไม่แบ่งขายและโชว์สินค้าในจุดเปิดเผย(๒) มีการขยายผลสู่หมู่บ้านอื่นๆในตำบลทะเลทรัพย์ โดยได้นำมาตรการการควบคุมยาสูบไปใช้กับหมู่บ้านของตนเอง ๕ หมู่บ้าน โดยเฉพาะหมู่ที่ ๒ สามารถประกาศเป็นหมู่บ้านปลอดบุหรี่ ๑๐๐% (๓) เกิดโรงเรียนสีขาวปลอดบุหรี่ ๑๐๐% (๔) เกิดวัดปลอดบุหรี่ เนื่องจากเจ้าอาวาสวัดบ้านปากบ่อ และพระลูกวัดรวมทั้งสิ้น ๖ รูป ประกาศเลิกสูบบุหรี่ และมีป้ายติดบริเวณวัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ รวมทั้งมีมาตรการห้ามการถวายบุหรี่แก่พระในวัด นอกจากนั้นยังพบว่าพระในตำบลทะเลทรัพย์ทั้งสิ้น ๙ วัดมีพระที่เลิกสูบบุหรี่ทั้งสิ้น ๓๓รูปจากทั้งหมด ๓๘ รูป ๕) มีการขยายผลสู่ตำบลอื่นๆ ได้แก่ ตำบลชุมโค นำมาตรการการลด ละ เลิกยาสูบพบว่า เกิดหมู่บ้านสีขาวขึ้น ๑ หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ ๔ มีการสนับสนุนให้กลุ่มเยาวชนมีการเล่นกีฬาอย่างต่อเนื่อง และมีมาตรการชุมชนในการควบคุมการสูบบุหรี่ ด้วยการส่งเสริมบุคคลแกนนำต้นแบบ เช่นประธานอาสาสมัครสาธารณสุข คณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่ไม่สูบ

๑.๓ ปัจจัยความสำเร็จในการนำมติสมัชชาแห่งชาติด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบสู่การปฏิบัติในพื้นที่ประกอบด้วย ๑) ความตระหนักในการควบคุมยาสูบของแกนนำ ๒)การมีส่วนร่วมกำหนดมาตรการควบคุมยาสูบของชุมชน ทำให้ข้อตกลงต่างๆมาจากเวทีประชาคมที่แท้จริง ซึ่งเป็นผลให้เกิดการยอมรับตั้งแต่ต้น เมื่อนำสู่การปฏิบัติก็จะทำให้เกิดการยอมรับได้ดี ๓) การมีจุดจัดการที่ดีและมีพลัง คือ ผอ.รพ.สต.ทะเลทรัพย์ ซึ่งเป็นที่ยอมรับ

ของประชาชนและแกนนำในชุมชน จึงสามารถประสานงาน และขอความร่วมในการนำมาตรการต่างๆในชุมชนมาใช้ได้เป็นอย่างดี ๔) การมีหน่วยสนับสนุน โดยโรงพยาบาลชุมชนสนับสนุนด้านวิชาการ นายอำเภอให้ความสำคัญเข้าร่วมในเวทีสำคัญๆ นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เกิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ให้แรงเสริมต่างๆ เช่น การมอบรางวัล หรือประกาศเกียรติคุณต่าง ๆ เพื่อเป็นกำลังใจ ให้กับคนทำงาน

๒.ข้อเสนอแนะ

๒.๑ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยโครงการสามารถบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรดำเนินการ ดังนี้

๑) ควรประสานความร่วมมือระดับบริหารองค์กรภาครัฐและภาคประชาชนให้เป็นต้นแบบของผู้ไม่สูบบุหรี่

๒) ผู้บริหารของหน่วยงาน/องค์กรควรกำหนดนโยบายเชิงปฏิบัติการและให้ความสำคัญในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในหน่วยงานและประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายชุมชน

๓) บุคลากรทุกภาคส่วนควรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมและความเข้มแข็งในการนำมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบไปปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

๔) ควรมีการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการระดับท้องถิ่นเพื่อขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

๒.๒ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑) ควรมีการดำเนินการวิจัยประเมินโครงการการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับหน่วยงานราชการ และระดับหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

๒) ควรมีการดำเนินการวิจัยเชิงผลลัพธ์การดำเนินการส่งเสริมการลด ละ เลิกยาสูบ และศึกษาผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของยาสูบ ในระดับพื้นที่

บทที่ ๔
ผลการวิจัย

ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบมายาวนาน โดยความร่วมมือของทุกภาค ทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน และชุมชน แต่ก็ยังมีส่วนขาดที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการแล้วแต่ยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ประกอบกับประเทศไทยได้ร่วมลงสัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ โดยมีผลบังคับใช้เมื่อ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๘ และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๗ และผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เมื่อ ๒๒ เมษายน ๒๕๕๓

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นการดำเนินการตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๓ มีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนพลังการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ให้เกิดการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้างสรรค์ นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพของประชาชนคนไทยทั้งประเทศใช้หลักการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยม เขยื้อนภูเขา(ศ.นพ.ประเวศ วะสี) ซึ่งใช้ในการขับเคลื่อน เพื่อแก้ปัญหาที่ยาก และซับซ้อน โดยพึ่งพลัง ๓ ส่วน ที่เชื่อมโยงกัน คือ พลังทาง ปัญญา พลังทางสังคม และพลังแห่งอำนาจรัฐ หรืออำนาจทางการเมือง เน้นกระบวนการ ที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่ การเสนอแนะ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยในปี ๒๕๕๓ มีจำนวนทั้งสิ้น ๙ ประเด็น ซึ่งหนึ่ง ในนั้น คือ เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ โดยสมัชชาได้รับรองมติให้ภาคีร่วมกันขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ ซึ่งในมติข้อที่สาม มีการกล่าวให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติให้ความร่วมมือในการสนับสนุนมาตรการความเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งในทิศทางการขับเคลื่อนมติสู่แนวปฏิบัติควรมีการขับเคลื่อน เครือข่ายร่วมทำงาน รวมถึงข้อเสนอให้หน่วยงานเกี่ยวข้องรวมตัวทำงานแบบบูรณาการโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง และพัฒนาเพิ่มศักยภาพกลไกการทำงานของจังหวัดชุมพร ดังต่อไปนี้

สถานการณ์การขับเคลื่อนมติสมัชชาด้านการควบคุมยาสูบในพื้นที่ของจังหวัดชุมพร

จังหวัดชุมพรเป็นจังหวัดที่อยู่บนสุดของภาคใต้ มีเนื้อที่ ๓.๗๕ ล้านไร่ หรือ ๖,๐๑๐.๘๔๙ ตารางกิโลเมตร มีประชากรทั้งหมด ๔๙๑,๖๐๒ คน เป็นชาย ๒๔๕,๓๙๖ คน หญิง ๒๔๖,๒๐๖คน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย นับถือศาสนาพุทธร้อยละ ๙๘.๙๗ อิสลามร้อยละ ๐.๘๖ และศาสนาคริสต์ร้อยละ ๐.๑๗ แบ่งเขตพื้นที่เป็น ๘ อำเภอ

จากภาวะสถานการณ์ทั่วไปของจังหวัดชุมพร พบว่ามีการดำเนินงานในเรื่องการควบคุมยาสูบบ้างแต่ยังไม่ชัดเจนว่าหน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบ ยังไม่ได้มีการขับเคลื่อนนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ผลการสำรวจการควบคุมยาสูบของจังหวัดชุมพรปี พ.ศ. ๒๕๕๐ และปีพ.ศ. ๒๕๕๔ พบมีผลลดลงร้อย๒.๑๓ (ร้อยละ๒๗.๙๑ และร้อยละ ๒๕.๗๘ ตามลำดับ) และจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไปในปี ๒๕๕๔ ที่ได้พบเห็น/ได้กลิ่น/เห็นก้นบุหรี่ในสถานที่สาธารณะของจังหวัดชุมพร ได้แก่ ตลาดนัดหรือตลาดสด ร้อยละ๗๔.๓๗ ร้านอาหาร/ภัตตาคารร้อยละ๓๗.๙๐ บริการขนส่งสาธารณะร้อยละ ๓๐.๗๓ ศาสนสถานร้อยละ ๒๓.๒๖ อาคารของสถานที่ราชการร้อยละ ๒๒.๖๖ สถานบริการสาธารณสุขร้อยละ ๒๑.๓๕ โรงเรียน/สถานศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษาร้อยละ๑๘.๗๙ และอาคารของมหาวิทยาลัยร้อยละ๕.๑๙ แต่มีการขับเคลื่อนในเรื่องประเด็นเด็กและเยาวชน ประเด็นเหล้าและแอลกอฮอร์ นอกจากนี้จังหวัดชุมพรมีการขับเคลื่อนประเด็นต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อเป็นการขับเคลื่อนกลไกมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่สอดคล้องกับประเด็นอื่น ๆ ของจังหวัดชุมพร โดยมีแกนนำบุคคลที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ภาคประชาสังคมจังหวัดชุมพร กลุ่มสมัชชาสุขภาพจังหวัดชุมพร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ/งานคุ้มครองผู้บริโภค) สถาบันการศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมรณรงค์และบรรจุถึงผลเสียของยาสูบไว้เป็นเรื่องของสิ่งเสพติด ส่วนในองค์การบริหารส่วนตำบลให้ความร่วมมือเพียงบางส่วนเท่านั้น และในส่วนของวัดมีการดำเนินการบางส่วนเช่นกัน และมีเพียงหนึ่งแห่งเท่านั้นที่กำหนดไว้ว่าเป็นวัดปลอดอบายมุข เป็นต้น

การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบจังหวัดชุมพร

การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบจังหวัดชุมพรมีหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนที่ดำเนินการโดยต่างคนต่างทำ โดยไม่มีผู้ที่เชื่อมโยงการปฏิบัติงานซึ่งถือว่าไม่มีการผนึก

กำลังกันให้ไปสู่เป้าหมายเดียวกัน เช่น บางหน่วยงานทำหน้าที่ให้ความรู้ ให้บริการกรณีที่ต้องการเลิกยาสูบทุกรูปแบบ หรือการบริการเชิงรุกเพื่อการค้นหา ป้องกันและการเฝ้าระวัง เป็นต้น

๑. การดำเนินงานโดยบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดชุมพรมีสถานบริการภาครัฐในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๑๐ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ๙๖ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๘ แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยแต่ละหน่วยมีหน้าที่ในการดำเนินงานแตกต่างกัน

๑.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร มีหน้าที่รับนโยบายจากหน่วยเหนือคือ รัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มอบหมายงานให้งานควบคุมโรคไม่ติดต่อและงานคุ้มครองผู้บริโภคดำเนินงาน ด้วยการ

๑) ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ พิษภัยของยาสูบ และการลด ละ เลิก รวมทั้งการบำบัดผู้สูบบุหรี่ ให้กับหน่วยงานราชการ ภาคเอกชน สถานประกอบการ โรงงาน หรือภาคอุตสาหกรรมในจังหวัด โรงเรียน วัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒) รณรงค์การควบคุมการบริโภคยาสูบในวันงดบุหรี่โลกของทุกปี มีกิจกรรมให้ความรู้ ป้ายประชาสัมพันธ์ และเอกสารสิ่งพิมพ์ เป็นต้น

๓) ตรวจตราและป้องปรามผู้ละเมิดร่วมกับทีมงาน ณ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ทุกเดือน โดยผู้ละเมิดต้องเสียค่าปรับตั้งแต่ ๑๐๐-๕๐๐ บาท

๔) ประชุมชี้แจงและขอความร่วมมือจากสถานประกอบการให้จัดสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงาน

๑.๒ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีหน้าที่รับนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพรและนายอำเภอ ประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ในการตรวจตราและป้องปรามผู้ที่ละเมิดในสถานประกอบการ ได้แก่ ร้านอาหาร ร้านคาราโอเกะ ร้านค้าในชุมชน เป็นต้น รวมทั้งสถานที่ของหน่วยงานราชการ โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งพบว่าไม่มีหน่วยงานใดที่ปลอดบุหรี่ ๑๐๐%

๑.๓ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน มีหน้าที่รับนโยบายจากรัฐบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร และประสานงานกับหน่วยงานพื้นที่ในแต่ละอำเภอ โดยมีการดำเนินการในภาพรวมของแต่ละโรงพยาบาลดังนี้

๑) ด้านนโยบาย มีการผสมผสานการดำเนินงานของโรงพยาบาล ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกหน่วยงานในการดำเนินงานทั้งการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจากผลกระทบของการสูบบุหรี่

๒) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม กำหนดให้โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ และติดป้ายประกาศ ติดสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ และป้ายกำหนดโทษการสูบบุหรี่ ตลอดจนเฝ้าติดตามบริเวณที่มีการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ และร้านค้าในโรงพยาบาลห้ามขายบุหรี่ เป็นต้น

๓) ด้านการประชาสัมพันธ์ ติดป้ายโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ๑๐๐% ตามกฎหมาย มีป้ายบอกถึงพิษภัยของบุหรี่ตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ห้องสุขา (การสูบบุหรี่จะทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง/ ริมฝีปากคล้ำดำและใบหน้าเหี่ยวย่น ฯลฯ) และจัดทำบอร์ดรณรงค์เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ การให้สุขศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มในคลินิกโรคเรื้อรัง เสียงตามสาย และการฉายภาพยนตร์เกี่ยวกับบุหรี่ และการปฐมนิเทศผู้ป่วยและญาติเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย เป็นต้น

๔) พัฒนาระบบบริการคลินิกอดบุหรี่ โดยการจัดกิจกรรมอดบุหรี่ในบุคลากร (ใช้เทคนิคการเสริมแรง/ให้รางวัลเมื่อทำสำเร็จ) จัดทำแนวทางการให้บริการทุกหน่วยบริการตั้งแต่การซักประวัติการสูบ การให้ความรู้ การบำบัดรักษา การใช้สมุนไพรหญ้าดอกขาวที่โรงพยาบาลผลิตเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ การให้คำปรึกษา และพัฒนาการบริการอย่างต่อเนื่องจากปัญหาและอุปสรรคจากผลการดำเนินการที่ผ่านมา

๕) การบริการเชิงรุกในชุมชน โดยประชุมชี้แจงและจัดอบรมให้กับแกนนำจิตอาสาในชุมชนเพื่อดูแลติดตามผู้บริโภคยาสูบ พัฒนาแบบประเมินและแนวทางการคัดกรองผู้บริโภคยาสูบ สร้างและพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลผู้บริโภคยาสูบ และพัฒนาระบบการติดตามและดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.ในชุมชน

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๑. เจ้าหน้าที่ไม่ตระหนักและไม่เห็นความสำคัญ บางคนเดินผ่านบุคคลที่สูบบุหรี่แล้วไม่กล่าวโทษหรือตักเตือน เจ้าหน้าที่บางรายยังสูบบุหรี่อยู่ เสนอให้มีการกำหนดนโยบายและประกาศใช้พร้อมกับให้เจ้าหน้าที่รายงานเป็นความเสี่ยง อบรม/เข้าค่ายผู้สูบบุหรี่และเจ้าหน้าที่ทุกคนที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งจัดให้มีผู้ติดตามอย่างต่อเนื่อง และไม่รับบุคคลที่สูบบุหรี่เข้าทำงานในโรงพยาบาล

๒. ผู้รับผิดชอบงานยังมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการรักษาพยาบาล (เจ้าหน้าที่ในคลินิกมีหลายคนแต่ให้บริการได้เพียงคนเดียว) เสนอให้มีการนำหลัก๕A มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เจ้าหน้าที่รู้ทุกหน่วยงานโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในงานคลินิกเดียวกันต้องรู้เหมือนกัน พร้อมทั้งจัดทำแนวทางการดูแลผู้สูบบุหรี่ไว้ประจำทุกหน่วยงาน

๓.เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ไม่สามารถให้บริการเรื่องยาสูบทั่วถึงทุกคลินิก เสนอให้รับสมัครจิตอาสาร่วมรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาล พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจในการทำงานของจิตอาสา

๔. ผู้สูบบุหรี่/ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ เสนอให้มีการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่และจิตอาสาในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

๒. การดำเนินงานโดยภาคประชาสังคม

ภาคประชาสังคม เครือข่ายงดเหล้า โครงการชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ และประชาชนร่วมกันจัดกิจกรรมรณรงค์การควบคุมการบริโภคยาสูบในเทศกาลสำคัญของจังหวัดชุมพรอย่างต่อเนื่อง เช่นงานแห่พระแข่งเรือของอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร วันรณรงค์การป้องกันอุบัติเหตุ งานกาชาดจังหวัด งานประจำปี งานเทิดพระเกียรติกรมหลวงชุมพรฯ เป็นต้น จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ไม่สูบบุหรี่ที่มีแกนนำชุมชนให้ความรู้แก่ประชาชนและสื่อสารถึงกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าวต้องลด ละ เลิก บุหรี่ เป็นเบื้องต้น

๓. การดำเนินงานโดยหน่วยอื่น ๆ ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัด และภาคอุตสาหกรรมมีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข

๓.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชุมพร ประกอบด้วย องค์กรบริหารส่วนตำบลจำนวน ๕๑ แห่ง เทศบาลเมือง ๒ แห่ง และเทศบาลตำบล ๒๕ แห่ง ทุกหน่วยงาน ได้รับนโยบายจากรัฐบาล และผู้ว่าราชการจังหวัดในการรณรงค์สิ่งเสพติด ได้แก่ บุหรี่ แอลกอฮอล์ การพนัน และยาเสพติด แต่ละตำบลไม่มีมาตรการในการใช้กฎหมายในการควบคุมบุหรี่ที่เป็นรูปธรรม

๓.๒ สถานศึกษา จังหวัดชุมพรมีพื้นที่เขตการศึกษา ๒ พื้นที่ประกอบด้วยเขต ๑ (อำเภอเมือง อำเภอปะทิว และอำเภอท่าแซะ) มีโรงเรียนของรัฐระดับอนุบาลและประถมศึกษาจำนวน ๔๓ แห่ง ระดับมัธยมศึกษาและขยายโอกาสจำนวน ๘๔ โรงเรียน และมีโรงเรียนเอกชนระดับอนุบาลและประถมศึกษาจำนวน ๑๔ แห่งและระดับมัธยมจำนวน ๓ โรงเรียนและมีระดับอุดมศึกษา ๓ แห่ง เขต ๒ (อำเภอสวี อำเภอทุ่งตะโก อำเภอหลังสวน อำเภอพะโต๊ะ อำเภอละแม) มีโรงเรียน

อนุบาล ประถมศึกษา และขยายโอกาสจำนวน ๑๒๕ โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน ๑๒ โรงเรียน และระดับอุดมศึกษา ๓ แห่ง มีนักเรียนและนักศึกษาจำนวน ๘๗,๑๐๐ คน และครูจำนวน ๔,๓๘๑ คน

การดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบของสถานศึกษา มีดังนี้

(๑) มีการติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาและห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตามที่กฎหมายกำหนดทุกโรงเรียน ซึ่งมีการติดไม่ครอบคลุมทุกสถานศึกษา ส่วนใหญ่มีการติดไว้หน้าห้องน้ำ ห้องพยาบาล ห้องเรียนที่มีการติดแอร์คอร์ดิชัน และห้องพักครูเป็นต้น บางโรงเรียนมีป้ายติดแต่นักเรียน/นักศึกษาฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตาม

(๒) การห้ามสูบบุหรี่ในขณะที่อยู่ในชุดของสถาบันหรือชุดนักศึกษา มีการกำหนด

โดยผู้บริหารสถาบันและครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน มีการดูแลสอดส่อง โดยผู้นำนักเรียนในแต่ละโรงเรียน และครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน แต่บางสถาบันยังมีนักเรียน/นักศึกษาสูบอยู่ทั้งชุดนักศึกษา เนื่องจากบทกำหนดโทษไม่ชัดเจน หน่วยงานที่รับผิดชอบปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง นักศึกษาไม่เห็นอันตรายและพิษภัยของยาสูบ(บุหรี่)ที่เป็นช่องทางสู่การเสพสารเสพติดชนิดที่รุนแรงขึ้น ถ้าพบว่า นักเรียนสูบบุหรี่ก็เรียกผู้ปกครองมาปรึกษา และติดตาม

(๓) การให้บุคลากรทางการศึกษา เช่น ครู อาจารย์ ผู้นำทางศาสนาเป็นแบบอย่าง

แก่นักเรียน นักศึกษา ซึ่งพบว่าในกลุ่มครู อาจารย์บางสถาบันมีการทำแบบตัวอย่างให้กับนักเรียนและนักศึกษา โดยไม่สูบบุหรี่ ให้คำแนะนำพร้อมทั้งมีการสอนในชั้นเรียน และส่งผู้เสพเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาล ยังมีบางคนที่ในโรงเรียนไม่สูบแต่นอกโรงเรียนยังสูบบุหรี่อยู่

(๔) การสนับสนุนงบประมาณการผลิตสื่อนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ ด้านพิษภัยจากบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรมมีน้อย มีเพียงสื่อที่ได้รับจากหน่วยงานสาธารณสุขที่เป็น แผ่นพับ โปสเตอร์ และสติ๊กเกอร์เท่านั้น

๓.๓ ภาคเอกชนและสถานประกอบการ เช่น ห้างสรรพสินค้า มีการดำเนินงานมาตรการให้บริเวณภายในห้างเป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่จัดพื้นที่สูบบุหรี่บริเวณด้านนอก โรงงานอุตสาหกรรม (โรงงานปาล์มน้ำมัน ผลิตอาหาร และโรงงานผลไม้กระป๋อง) บริเวณอาคารสำนักงานเป็นเขตปลอดบุหรี่ และจัดสถานที่ภายนอกอาคารให้สูบบุหรี่ได้

๓.๔ ศาสนสถาน ที่ประกอบด้วย วัด และมัสยิด ติดสติ๊กเกอร์เขตปลอดบุหรี่ แต่ยังคงมีประชาชนที่มาประกอบกิจทางศาสนาสูบบุหรี่ในบริเวณวัดและมัสยิด ซึ่งไม่มีการควบคุมที่ชัดเจน

๓.๕ กลไกระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน

๑) ระดับอำเภอ มีการดำเนินงานในอำเภอต่างๆ ดังเช่น

(๑) อำเภอท่าแซะมีการตรวจและติดตามผู้ขายบุหรี่ ให้ทุนการศึกษาเฉพาะนักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ มีการให้รางวัลและมอบประกาศนียบัตรกับหมู่บ้านที่ปลอดบุหรี่เป็นการเสริมแรงจูงใจ

(๒) อำเภอหลังสวนมีการรณรงค์เรื่องบุหรี่และแอลกอฮอล์ร่วมกันในเวทีชุมชนต่างๆ และงานประเพณีขึ้นโขนชิงธง เป็นต้น และการสร้างผู้นำต้นแบบในการลด ละ เลิก บุหรี่ โดยเริ่มที่ตำบลหาดยาย มีที่มีผู้นำชุมชนเสนอให้ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบุหรี่ติดในสถานที่ราชการทุกแห่งและที่ทำการหมู่บ้านทุกหมู่ในตำบลและกำลังขยายไปทุกตำบลต่อไป

(๓) อำเภอทุ่งตะโกมีการร่วมกับภาคีเครือข่ายติดตามข้อมูลข่าวสารจากสื่อโฆษณาต่างๆส่งเสริมให้ประชาชนรู้เท่าทันการส่งเสริมตลาดจากอุตสาหกรรมยาสูบ

(๔) อำเภอปะทิว เสนอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและภาครัฐไม่ให้มีโฆษณาทั่วไปโดยเฉพาะละครโทรทัศน์ที่ทำให้เยาวชนเลียนแบบ

(๕) อำเภอเมืองมีการทำหมู่บ้านปลอดบุหรี่ร่วมกับหมู่บ้านลดเสี่ยง ลดโรคแต่ยังไม่จริงจังเท่าที่ควร

ซึ่งทั้ง ๘ อำเภอของจังหวัดชุมพร มีมุมและบริเวณ สถานที่ปลอดบุหรี่ โดยมีป้ายติดทั้งในที่สาธารณะ ที่ทำงาน ศาสนสถาน สถานศึกษา บริษัท ห้างร้านเอกชน โดยเฉพาะสถานที่ราชการ และสถานประกอบการในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ (ชุมพรอุตสาหกรรมน้ำมันปาล์ม วิจิตภัณฑ์ปาล์มในอำเภอท่าแซะ/เมือง)

๒) ระดับตำบล เช่น ตำบลหาดยาย ห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานและ

ไม่ให้มีการ

โฆษณาประชาสัมพันธ์เรื่องการสูบบุหรี่และการจัดทำโครงการคนเชี่ยวย่าหมู่ ร่วมใจ ไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนมีคนต้นแบบเลิกสูบบุหรี่ และมีข้อเสนอให้จัดทำมาตรการควบคุมบุหรี่อย่างชัดเจน

๓) ระดับชุมชน ในวันประชุมประจำเดือน มีการรณรงค์ในหมู่บ้าน และให้การ
บำบัด ตลอดจนสนับสนุนให้ออกกำลังกายขณะบำบัดบุหรี่ โดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์แผนไทย

รูปแบบการควบคุมยาสูบในพื้นที่จังหวัดชุมพร

แบ่งออกเป็น ๔ ระยะ ได้แก่ การเตรียมการ การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล

การเตรียมการ

ทีมผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของทีมงานพร้อมทั้งศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในส่วนของข้อมูลประเด็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับยาสูบทั้งหมด จากเอกสารวิชาการ วิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลพื้นฐานที่ได้รับและและการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมจากพื้นที่แต่ละระดับของจังหวัดชุมพรเพื่อเตรียมวางแผนการดำเนินงานต่อไป

การวางแผน

๑.ระดับจังหวัด

๑.๑ การประชุมเครือข่ายสมัชชาจังหวัดชุมพร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินการตามมติสมัชชาที่กำหนดพร้อมเอกสารให้กับสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมทราบและหาอาสาสมัครและแนวร่วมในการดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องการควบคุมยาสูบมาใช้ที่จังหวัดชุมพร โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนนำข้อมูลที่เกี่ยวกับสถานการณ์และการขับเคลื่อนยาสูบในจังหวัดชุมพร และค้นหาปัญหาเกี่ยวกับมาตรการยาสูบในจังหวัดชุมพร มีผู้เข้าร่วมอุดมการณ์ลงนามจำนวน ๑๕ คน รวมทั้งได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดและพื้นที่ ได้แก่ คณะทำงาน อำเภอละ ๒ คน ๘ อำเภอ รวม ๑๖ คน และที่ปรึกษา เป็นสาธารณสุขอำเภออีก ๘ คน ผู้ทรงคุณวุฒิ ๔ คน ตัวแทนภาคประชาชน /สภาเด็ก/ท้องถิ่นและผู้ที่สนใจ จำนวน ๒๒ คน และคณะกรรมการในพื้นที่ศึกษา ได้แก่ บ้านปากบ่อ(หมู่บ้านนำร่อง) ตำบลทะเลทรัพย์

๑.๒ ประชุมคณะทำงาน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีตำบลทะเลทรัพย์ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาล ประธานชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอสม. ผู้ทรงคุณวุฒิ (ข้าราชการบำนาญ) หัวหน้าสถานีตำรวจ อาจารย์กศน. ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอปะทิว รพ.สต.ชุมโค และรพ.สต.ทะเลทรัพย์ และแกนนำประชาชน จัดทำร่างมาตรการชุมชนในการลด ละ เลิกบุหรี่/ยาสูบ เพื่อสร้างความเข้าใจมติสมัชชาสุขภาพชาติด้านการควบคุมยาสูบ และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่ผ่านมา พบว่าผู้ชาย

อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๘๐ สูบบุหรี่/ยาเส้นวันละ ๕-๑๗ มวนต่อวัน และไม่มีหมู่บ้านใดปลอดบุหรี่เลยในจังหวัดชุมพร นอกจากนี้ยังพบว่าร้านค้าในหมู่บ้านทุกร้านมีการขายบุหรี่ ขายให้กับเด็กที่อายุน้อยกว่า ๑๘ ปี และมีการแบ่งบุหรี่ขายอีกด้วย แต่ละตำบลไม่มีมาตรการในการใช้กฎหมายในการควบคุมบุหรี่ที่เป็นรูปธรรม

ดังนั้นในที่ประชุมจึงได้ร่วมกันกำหนด ๓ แนวทางหลัก คือ (๑) การตรวจร้านขายของชำ ให้คำแนะนำการไม่ขายบุหรี่กับเด็กอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี (๒) การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ประชาชนทั่วไป รณรงค์การลด-ละ-เลิกบุหรี่และโทษของบุหรี่ ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ ร่วมสนับสนุนการจัดกิจกรรมร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และ (๓) การจัดกิจกรรมและให้ความรู้แก่พนักงานและเยาวชนในพื้นที่ ทั้งในและนอกหน่วยงานท้องถิ่นและสาธารณสุข

จากนั้นที่ประชุมได้ร่วมกันกำหนดพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ตำบลทะเลทรัพย์ เนื่องจากมี ผอ. รพ.สต. ทะเลทรัพย์ที่เห็นความสำคัญของการควบคุมยาสูบ รวมทั้งนายกเทศมนตรีเห็นด้วยกับมติสมัชชาชาติด้านการควบคุมยาสูบและยินดีจะเป็นแกนนำหลัก โดยได้กล่าวว่า

“โดยส่วนตัวแล้วเห็นด้วยกับนโยบายการควบคุมยาสูบตั้งแต่เด็กไม่ชอบอยู่แล้ว เนื่องจากคนในครอบครัวสูบแต่ตนเองไม่ชอบ เคยทดลองสูบตอนเด็กๆแต่ไม่ติด ยินดีให้การสนับสนุนและเสนอให้ทุกคนในที่ประชุมร่วมกันกำหนดมาตรการของชุมชนทะเลทรัพย์โดยเฉพาะบ้านปากบ่อ”

๒. พื้นที่ศึกษา: เทศบาลตำบลทะเลทรัพย์

การเตรียมความพร้อมเทศบาลตำบลทะเลทรัพย์ คือ มีการจัดเวทีประชาคม โดยผู้นำองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและท้องที่ แกนนำชุมชนกลุ่มต่างๆ ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนภาคประชาชน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และนำเสนอสถานการณ์การสูบบุหรี่ของของคนในพื้นที่ หมู่ ๕ บ้านปากบ่อ เพื่อให้เกิดความตระหนักโทษภัยของบุหรี่ ผลการสำรวจ ๑๙๔ คน พบว่า ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ ๗๘.๓๕ และสูบมานานน้อยกว่า ๑๐ ปีร้อยละ ๒๔.๒๓ รองลงมาระยะ ๑๑-๒๐ ปีร้อยละ ๒๓.๗๑ สำหรับผู้ที่เลิกสูบจำนวน ๗ คน ส่วนใหญ่เลิกมานาน ๖-๑๐ ปีและมีอายุ ๕๑ ปีเป็นต้นไป ด้านปัจจัยที่ช่วยให้เลิกสูบ คือ ออกกำลังกาย (ร้อยละ ๑๗.๐๑) และรองลงมาคือ การนำสิ่งเกี่ยวข้องกับบุหรี่ออกนอกบ้าน (ร้อยละ ๘.๗๖) สำหรับผู้ที่ยังสูบบุหรี่เคยพยายามจะเลิกสูบมาแล้ว ๑-๒ ครั้ง (ร้อยละ ๓๐.๔๑) โดยสาเหตุของการเลิกสูบไม่ได้ส่วนใหญ่ทั้งเนื่องจากเข้าสังคมเมื่อคนอื่นสูบก็สูบและไม่เคยคิดจะเลิก ร้อยละ ๑๖.๔๙ และร้อยละ ๑๑.๘๖

ตามลำดับ โดยมีระดับการติดสารนิโคตินในยาสูบ ดังนี้ ระดับมากร้อยละ ๖๕.๘๙ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๑๙.๓๘ และระดับน้อย ร้อยละ ๑๔.๗๓ ตามลำดับ ดังตารางที่๒

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง (n = ๑๙๔)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๔๖	๗๕.๒๖
หญิง	๔๘	๒๔.๗๔
อายุ		
< ๒๐ ปี	๘	๔.๑๒
๒๑-๓๐	๒๕	๑๒.๘๙
๓๑-๔๐	๓๘	๑๙.๕๙
๔๑-๕๐	๓๙	๒๐.๑๐
๕๑-๖๐	๔๒	๒๑.๖๕
> ๖๐ ปี	๔๒	๒๑.๖๕

ระดับการศึกษา

ต่ำกว่าประถมศึกษา	๑๖	๘.๒๕
ประถมศึกษา	๑๒๑	๖๒.๓๗
มัธยมศึกษาตอนต้น	๒๓	๑๑.๘๖
มัธยมศึกษาตอนปลาย	๑๐	๕.๑๕
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	๑๘	๙.๒๘
ปริญญาตรี	๔	๒.๐๖
สูงกว่าปริญญาตรี	๒	๑.๐๓

สถานภาพ

โสด	๓๑	๑๕.๙๘
คู่	๑๔๐	๗๒.๑๖
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	๒๓	๑๑.๘๖

มีโรคเรื้อรัง

ไม่มี	๑๖๖	๘๕.๕๗
มี	๒๘	๑๔.๔๓
โรคหอบหืด	๘	๔.๑๒
ไอเรื้อรัง	๑	๐.๕๑
โรคภูมิแพ้/ทางเดินหายใจ	๒	๑.๐๓

ความดันโลหิตสูง	๕	๒.๕๘
เบาหวาน	๑	๐.๕๑
หัวใจและหลอดเลือด	๕	๒.๕๘
อื่นๆ	๖	๓.๐๙

ข้อมูลส่วนบุคคล	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ประวัติสูบบุหรี่/ใบจาก		
ไม่สูบ	๔๒	๒๑.๖๕
สูบ	๑๕๒	๗๘.๓๕
ระยะเวลาที่สูบ		
< ๑๐ ปี	๔๗	๒๔.๒๓
๑๑-๒๐ ปี	๔๖	๒๓.๗๑
๒๑-๓๐ ปี	๓๖	๑๘.๕๕
๓๑-๔๐ ปี	๑๘	๙.๒๘
๔๑-๕๐ ปี	๕	๒.๕๘
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน		
น้อยกว่า ๑๐ มวน	๕๖	๒๘.๘๗
๑๑-๒๐ มวน	๕๗	๒๙.๓๘

๒๑-๓๐ มวน	๒๕	๑๒.๘๘
๓๑ มวนหรือมากกว่า	๗	๓.๖๑

ระดับการติดสารนิโคติน

ระดับน้อย	๑๙	๑๔.๗๓
ระดับปานกลาง	๒๕	๑๙.๓๘
ระดับมาก	๘๕	๖๕.๘๙

จำนวนครั้งที่พยายามในเลิกสูบ

๑-๒ ครั้ง	๕๙	๓๐.๔๑
๓-๔ ครั้ง	๑๗	๘.๗๖
> ๕ ครั้ง	๑๑	๕.๖๗

การดำเนินงาน

๑.ร่วมกำหนดมาตรการการลด-ละ-เลิกยาสูบ โดยมีจัดประชุมของทีมทำงานของเทศบาลทะเลทรัพย์ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อสม. ร่วมกับชาวบ้านในชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพของ รพ.สต.ทะเลทรัพย์ ซึ่งที่ประชุมได้ร่วมกันกำหนดมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบของชุมชนในเทศบาลตำบลทะเลทรัพย์ ไว้ดังนี้

๑.๑ ปกป้องสุขภาพจากการสูบบุหรี่ของคนรอบข้าง โดยผลักดันให้บ้านปากบ่อเป็นหมู่บ้านต้นแบบปลอดบุหรี่ ๑๐๐%

๑.๒ ส่งเสริมให้คนในชุมชนเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้ฐานครอบครัวเป็นหลักในการตักเตือนและให้กำลังใจ

๑.๓ ผลักดันให้โรงเรียนชุมชนทะเลทรัพย์เป็น “โรงเรียนสีขาวปลอดบุหรี่ ๑๐๐ %” เพื่อให้นักเรียนมีสุขภาพกายและจิตดีปลอดจากสิ่งเสพติด

๒. ดำเนินงานตามมาตรการการควบคุมยาสูบของชุมชน ตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอปะทิว

๒.๑ ปกป้องสุขภาพจากการสูบบุหรี่ของคนรอบข้าง โดยผลักดันให้บ้านปากบ่อเป็นหมู่บ้านต้นแบบปลอดบุหรี่ ๑๐๐% มีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

๑) กำหนดมาตรการทางสังคมของชุมชนบ้านปากบ่อ และประกาศเป็นนโยบายของชุมชนโดยผู้ใหญ่บ้าน ด้วยการทำป้ายประกาศ และแจ้งในที่ประชุมให้ประชาชนทุกคนรับทราบ ดังนี้

(๑) กำหนดบริเวณห้ามสูบและห้ามจำหน่ายบุหรี่หรือยาสูบในโรงเรียน

(๒) ห้ามสูบบุหรี่ในที่ประชุมของหมู่บ้าน

(๓) ร้านค้าไม่จำหน่ายยาเส้น/บุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า ๑๘ ปีและไม่แบ่งขาย

(๔) แกนนำชุมชน เป็นต้นแบบของการลด ละ เลิกยาสูบ

(๕) ห้ามนำยาสูบถวายพระห้ามสูบและจำหน่ายบุหรี่หรือยาสูบในบริเวณวัด

๒) กำหนดบริเวณเขตปลอดบุหรี่และยาสูบ จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ โดยแบ่งเขตปลอดบุหรี่ออกเป็น ๒ โซน คือ

(๑) โซนปลอดบุหรี่ทั้งในและนอกอาคาร ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลทะเลทรัพย์ สถานศึกษา เช่น โรงเรียนทะเลทรัพย์และมหาวิทยาลัยราชมงคลศรีวิชัย (สถานีทดลองและฝึกงานจังหวัดชุมพร) สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น ศาลาหมู่บ้านปากบ่อ วัดทะเลทรัพย์ วัดปากบ่อ เป็นต้น

(๒) โซนปลอดบุหรี่เฉพาะในอาคาร แต่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่เป็นการเฉพาะ
นอกพื้นที่อาคารได้ เช่น เทศบาลตำบลทะเลทรัพย์ สถานีตำรวจทะเลทรัพย์

รวมทั้งได้มีการแต่งตั้งทีมงานเฝ้าระวังพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่ ประธานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำรวจสภต.ทะเลทรัพย์ และกำหนดแนวทางการลงโทษ กรณีฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามบทบัญญัติกฎหมายดังกล่าว ดังนี้

ก. ผู้ที่สูบบุหรี่ในเขตพื้นที่ปลอดบุหรี่มีโทษปรับไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท

ข. ไม่ให้กู้เงินกองทุน

ค. ไม่ให้รับบริการด้วยบัตรหลักประกันสุขภาพที่รพ.สต.ทะเลทรัพย์

ง. ไม่เลือกให้เป็นผู้นำท้องถิ่น

๓) มีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ดังนี้

(๑) จัดรายการวิทยุชุมชนคลื่น FM ๑๐๐ ทุกวันโดยนักจัดรายการอิสระของชุมชนถึงพิษภัยของยาสูบ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และโทษที่จะได้รับถ้าฝ่าฝืนและไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งมีการประสานการจัดรายการกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะเลทรัพย์

(๒) แกนนำชุมชนทุกกลุ่ม ผู้ใหญ่บ้านร่วมกันประชาสัมพันธ์ในเวทีประชุมหมู่บ้านทุกเดือนพร้อมทั้งมีการติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ไว้บริเวณศาลาหมู่บ้านซึ่งเป็นที่ประชุม

๒.๒ ส่งเสริมให้คนในชุมชนเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้ฐานของครอบครัวเป็นหลักในการตักเตือนและให้กำลังใจ

๑) จัดมหกรรมรณรงค์ และให้ความรู้กับประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการลด ละ เลิกยาสูบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะเลทรัพย์ ด้วยการจัดนิทรรศการ บริการตรวจสุขภาพ ให้คำปรึกษา การรักษาพยาบาล และการให้ความรู้โดยทีมวิทยากรจากโรงพยาบาลปะทิว และโรงพยาบาลท่าแซะ ให้การเยียวยาทั้งทางกายและทางจิต พร้อมทั้งมีธรรมเทศนาโดยท่านเจ้าอาวาสวัดถ้ำทะเลทรัพย์ แกนนำชุมชนร่วมกันเผาบุหรี่จำลองเพื่อปฏิญาณตนในการเลิกยาสูบ และร่วมกันรณรงค์ลด ละ เลิก บุหรี่ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม ๒๒๐ คน พร้อมทั้งมีคำมั่นสัญญาในการลด ละเลิกบุหรี่ นำโดยผู้ใหญ่หมู่ที่๕ บ้านปากบ่อ และประธานสภาตำบลทะเลทรัพย์

๒) ร่วมรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ โดยจากการสำรวจบ้านที่เข้าร่วมโครงการปักธงสีขาวสำหรับบ้านที่ปลอดบุหรี่หรือยาสูบ กรณีที่บ้านไหนยังมีการสูบอยู่ต้องรับธงแดงอย่างปราศจากเงื่อนไข รอจนกว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จึงจะเปลี่ยนเป็นธงขาว จากการดำเนินงานพบว่ามีบ้านที่ต้องการเปลี่ยนธงเป็นสีขาวเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะแกนนำชุมชน เพื่อเป็นต้นแบบการเลิกยาสูบ โดยเริ่มจากผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุข และไม่ต้องการให้มีธงสีแดงหน้าบ้านของตนเองซึ่งมีผู้ได้รับธงทั้งหมด ๙๗ ครัวเรือนจาก ๑๕๗ ครัวเรือน คงเหลืออีก ๖๐ ครัวเรือนที่จะต้องรณรงค์ลด ละ เลิกยาสูบต่อไป

๒.๓ ผลักดันให้โรงเรียนชุมชนทะเลทรัพย์เป็น “โรงเรียนสีขาวปลอดบุหรี่ ๑๐๐ %” เพื่อให้นักเรียนมีสุขภาพกายและจิตดีปลอดจากสิ่งเสพติด มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหายาเสพติดในโรงเรียน ดังนี้

๑) การดำเนินงานในโรงเรียน

(๑) ติดป้ายรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ในโรงเรียน

(๒) สำรวจข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนใหม่ทุกคนในปีการศึกษาแรกเพื่อคัดกรองปัญหาเบื้องต้นและรายงานผลให้กับสำนักงานเขตการศึกษา

(๓) ดำเนินโครงการจะมีระบบช่วยเหลือนักเรียน โดยมีอาจารย์ผู้รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือนักเรียนให้คำปรึกษาและพูดคุยกับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด คือ อาจารย์สอนศิลปะ และอาจารย์สอนวิชาพลศึกษาซึ่งไม่สูบบุหรี่ และประสานความร่วมมือกับผู้ปกครอง ครูบอกว่า

“นักเรียนปีนี้ไม่เกเร เรียบร้อย ส่วนใหญ่แค่ลองสูบไม่ได้ติด หากว่ามีสูบแล้วเลิกไม่ได้ก็จะเรียกมาคุย ติดต่อผู้ปกครอง”

ครูให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า

“โรงเรียนเราเล็ก เด็กน้อย ครูดูแลทั่วถึง มีนโยบายเยี่ยมบ้านเด็กทุกคน พ่อแม่ก็รู้จักซึ่งบางคนครูก็สอนมา วันนี้มาสอนลูกอีก จึงรู้ปัญหาของเด็กเป็นอย่างดี”

(๔) จัดกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านยาเสพติดร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขเป็นประจำทุกปี ซึ่งครูเล่าว่า

“เด็กนักเรียนเค้าชอบ แต่งตัวเป็นผี มีการทำสื่อต่อต้านยาเสพติด ทำบุหรี่มวนใหญ่ พากันเดินจากโรงเรียน ไปสถานีอนามัย ในวันพ่อวันแม่ และเราก็ทำพิธีถวายพระพรที่นั่นเลย” แหล่งที่ขายบ้าง ติดต่อผู้ปกครอง เริ่มสำรวจตั้งแต่รับนักเรียน

(๕) จัดกิจกรรมเสริมเพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น กีฬาสี เตะฟุตบอลตอนเย็น เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ ครูในโรงเรียนให้ความสำคัญกับผู้ปกครองเด็ก เนื่องจากที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ปกครองจำนวนมากที่ยังคงสูบบุหรี่ที่บ้านและที่สำคัญพ่อเด็กส่วนใหญ่ชอบใช้ให้เด็กไปซื้อบุหรี่ให้ ทำให้เด็กเกิดการเลียนแบบ เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน เด็กบางคนสูบบุหรี่ตั้งแต่เรียนอยู่ชั้นประถม ดังคำกล่าวของผู้ใหญ่บ้านท่านหนึ่งว่า

“ปัญหาคือผู้ปกครองคิดว่าบุหรี่ไม่ใช่ตัวอันตราย ที่บ้านมีบุหรี่ตั้งกองอยู่ ติดบุหรี่ดีกว่าติดอย่างอื่น เด็กอายุน้อยที่สุดคือนักเรียน ป. ๓ ติดมา ๓ ปี เมื่ออยู่มัธยมก็ติดแล้ว ทำอย่างไรให้ผู้ปกครองตระหนักว่าเด็กไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ ควรจะเริ่มต้นที่นักเรียนประถม โดยเฉพาะผู้ปกครอง มันมาจากประถม ควรไปรณรงค์สร้างความตระหนัก”

“เด็กที่สูบ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะพ่อเด็ก ชอบใช้เด็กให้ไปซื้อยาสูบให้เหมือนจะทุกบ้าน และร้านที่ขายบุหรี่ให้เด็กก็ผิด ผิดมากกว่าคนสูบเสียอีก”

ดังนั้นการรณรงค์จึงควรทำตั้งแต่ที่บ้านโดยเฉพาะทำกับผู้ปกครอง ให้เด็กชักชวนพ่อให้เลิกสูบบุหรี่ และมอบรางวัลให้กับนักเรียนที่ชวนพ่อเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ดังคำกล่าวของครูว่า

“ให้โรงเรียนมีนโยบายเกี่ยวกับสูบบุหรี่ ควรมีการคัดกรองเกี่ยวกับครอบครัวของเด็กนักเรียนที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่ ควรให้นักเรียนบอกผู้ปกครองเลิกสูบบุหรี่ ควรมีโครงการชักจูงให้รางวัลแก่นักเรียนที่ชักชวนให้ผู้ปกครองเลิกสูบบุหรี่ หรือครอบครัวปลอดบุหรี่ โดยวันสำคัญมีการมอบรางวัล ให้ความรู้สึกว่าพ่อทำเพื่อเรา”

๒) ขอความร่วมมือร้านค้าในการไม่จำหน่ายยาเส้นหรือบุหรี่แก่เด็ก มีการทำป้ายไม่จำหน่ายยาเส้น/บุหรี่แก่เด็กต่ำกว่า ๑๘ ปี ไม่แบ่งขายและโชว์สินค้าในจุดเปิดเผย มีร้านค้าเข้าร่วมโครงการจำนวน ๕๘ ร้าน ทั้งตำบลและ ๕ ร้านในบ้านปากบ่อ ซึ่งหลังจากมีการรณรงค์ทุกร้านค้าไม่มีการแบ่งขาย และมี อสม.ในหมู่บ้านคอยตรวจสอบและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

๓. หน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชน

๓.๑ เทศบาลตำบลทะเลทรัพย์

๑) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบรางวัลแก่ผู้ที่ทำดีเป็นแบบอย่าง จัดโดยเทศบาลตำบลทะเลทรัพย์ เพื่อมอบเกียรติบัตรให้แก่แกนนำผู้สูบที่สามารถเลิกสูบได้ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่๕ (ผญ.ธงชัย ทองบุญส่ง) และประธานสภาเทศบาลทะเลทรัพย์ (นายอนุภาส สินธุสะอาด) ตำรวจ (รตท.สวัสดิ์ คงแก้ว) โรงเรียนทะเลทรัพย์ (รองผอ.วิเชียร แจ่มใส) เจ้าอาวาสวัดปากบ่อ และพระภิกษุอีก ๕ รูป และผู้ใหญ่บ้านที่ทำการรณรงค์การลด ละ เลิก บุหรี่/ยาสูบจำนวน ๕ หมู่บ้าน คือ หมู่ที่๑ หมู่ที่๓ หมู่ที่๕ หมู่ที่ ๘ และหมู่ที่ ๒ นอกจากได้รับเกียรติบัตรแล้วยังได้รับธงขาวใหญ่เนื่องจากสามารถทำให้หมู่บ้านเป็นหมู่บ้านปลอดบุหรี่/ยาสูบ ๑๐๐% รวมทั้งมอบเกียรติบัตรให้กับร้านค้าที่ที่ไม่ขายบุหรี่เลย จำนวน ๑ ร้าน

๒) ผลักดันแผนการดำเนินงานมาตรการเข้าสู่ข้อบัญญัติท้องถิ่น โดยนายกเทศมนตรี นำเรื่องรณรงค์บุหรี่และยาสูบประกาศใช้ในสำนักงานและกำหนดให้ผู้นำทุกคนกระทำตัวให้เป็นแบบอย่างกับประชาชนในชุมชนตนเอง เป็นต้น

๓) มีการประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดนิทรรศการ และจัดรายการวิทยุคลื่นFM๑๐๐ทุกวัน ประกาศรูปแบบการขับเคลื่อนมาตรการการควบคุมยาสูบบ้านปากบ่อ ตำบลทะเลทรัพย์อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร

๓.๒ โรงพยาบาลปะทิว

๑) เป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้งมีการสนับสนุนด้านวิชาการ แนวทางการรักษาและยาเลิกบุหรี่ เป็นต้น

๒) มีการเยี่ยมบ้าน พร้อมกับจิตอาสาในพื้นที่ (จันทร์บ่าย) และมีการค้นหาเชิงรุกในชุมชนจากการประชุมหมู่บ้านและการรายงานของอสม.ในเขตรับผิดชอบ

๓) เป็นต้นแบบของโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ทำให้โรงพยาบาลปะทิวได้รับรางวัลเครือข่ายสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่อีกด้วย โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

(๑) ติดป้ายรณรงค์ ป้ายห้ามสูบ ในบริเวณโรงพยาบาลบริเวณทางเข้าออกโรงพยาบาล ศาลาพัก ห้องน้ำ หอผู้ป่วยใน เป็นต้น กำหนดคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรใหม่ของโรงพยาบาลต้องไม่สูบบุหรี่

(๒) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายในโรงพยาบาล เช่น เจ้าหน้าที่หรือพนักงานเปล พนักงานรักษาความปลอดภัย ในการประชาสัมพันธ์เรื่องเขตปลอดบุหรี่ในโรงพยาบาล ตรวจตราและป้องปรามผู้ที่ละเมิดสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล ทั้งนี้ได้ขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ให้มาตรวจตรา เดือนละครั้ง

(๓) บำบัดและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการที่ขอรับบริการจากคลินิกผู้ป่วยทั่วไปที่สมัครใจขอรับบริการเลิกสูบบุหรี่ และผู้รับบริการคลินิกโรคเรื้อรังทุกรายที่ยังสูบบุหรี่ โดยให้ความรู้ บำบัดรักษา และติดตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการต่อเนื่อง สำหรับผู้ที่ติดบุหรี่น้อยจะนัดเดือนละครั้ง สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า ๑ ซองขึ้นไป จะนัดติดตามผลทุก ๒ สัปดาห์ หากผู้รับบริการไม่มาตามนัด จะดำเนินการโดยโทรศัพท์ติดตามและประสานไปยังคลินิกผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยทั่วไปให้ติดตามผู้รับบริการต่อไป

(๔) ประสานงานกับเครือข่ายและหน่วยงานภายนอกในการรณรงค์การเลิกบุหรี่ระดับอำเภอ คือ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ศจย.สาธารณสุขอำเภอและสถานีตำรวจภูธรอำเภอประทิว

(๕) จัดอบรมและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ของรพ.สต.ในการจัดบริการคลินิกอดบุหรี่ของ รพ.สต. ชุมโค รพ.สต. ทะเลทรัพย์ และโรงพยาบาลมาบอำมฤต

๓.๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทะเลทรัพย์

มีหน้าที่ประสานงานหน่วยงานและผู้นำระดับท้องถิ่นทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ได้แก่ โรงเรียน วัด องค์การบริหารส่วนตำบล สถานประกอบการ และร้านค้าที่จำหน่ายยาสูบ เป็นต้น ติดตามดูแลและบำบัดผู้บริโภคยาสูบที่สมัครใจเลิกบุหรี่ร่วมกับแกนนำจิตอาสาที่ผ่านการอบรม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เสริมแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้บริโภคยาสูบ

การประเมินผล

การประเมินผลการดำเนินงานครั้งนี้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการดำเนินการควบคุมยาสูบควบคู่ไปกับการรณรงค์ยาเสพติด ซึ่งถือว่าบุหรี่เป็นสารตั้งต้นของยาเสพติดที่จะต้องดำเนินการตามนโยบายของประเทศ มีการนำกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสพเข้าค่ายปรับพฤติกรรมเป็นประจำทุกปีโดยผู้ว่าราชการจังหวัดและทีมงานท้องที่และท้องถิ่นร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีความพร้อมให้บริการระดับหนึ่ง มีอุปสรรคในด้านความรู้และสื่อประชาสัมพันธ์ที่เพียงพอ และคณะทำงานโครงการมีความพร้อมในการทำงานและมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. ชุมชนบ้านปากบ่อ เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการควบคุมยาสูบ ประเมินได้จาก

๑.๑ เกิดแกนนำในชุมชนลด-ละ-เลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่ และประชาชนที่เลิกได้อย่างเด็ดขาดอย่างน้อย ๓ คน และมีผู้ที่ลด-ละจำนวนมวนของยาสูบต่อวันลงมาก เช่น เดิมผู้ติดบุหรี่มาก ๖๕.๙ ลดลงเหลือ ๔๖.๕% และที่ติดบุหรี่น้อยเพิ่มขึ้นจาก ๑๔.๗ เป็น ๒๔.๘๑ เป็นต้น ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของประชาชนบ้านปากบ่อต่อระดับการติดสารนิโคตินในบุหรี่/ใบจาก

ระดับการติดนิโคตินในบุหรี่	ก่อนเข้าร่วมโครงการ (N=๑๒๙)		หลังเข้าร่วมโครงการ (N=๑๒๙)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ติดบุหรี่น้อย	๑๙	๑๔.๗๓	๓๒	๒๔.๘๑

ติดบุหรี่ปานกลาง	๒๕	๑๙.๓๘	๓๔	๒๖.๓๖
ติดบุหรี่มาก	๘๕	๖๕.๘๙	๖๐	๔๖.๕๑
ไม่ติดบุหรี่เลย	๐	๐	๓	๒.๓๒

๑.๒ เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำ เห็นได้จากแกนนำทุกกลุ่มเข้ามาร่วมผลักดันให้มีการขับเคลื่อน เช่น ผู้ให้บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่คอยเฝ้าระวังไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ตามที่ประกาศ และพบว่ายังไม่มีใครฝ่าฝืน ซึ่งผู้อำนวยการ รพ.สต. ทะเลทรัพย์ กล่าวว่า

“วันก่อนรณรงค์เทเหล้า เผาบุหรี่ ในวันมาฆบูชาของอำเภอประทิว ทำให้ผู้นำในชุมชน หลายคนเลิกสูบบุหรี่ได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รางวัลดีเด่น กำนัน เลิกแล้ว ร่วมกับ อบต. รพ.ท่าแซะ ให้ยาอดบุหรี่ สมุนไพรหญ้าดอกขาว เลยเลิกได้ ร่วมด้วยช่วยกัน”

๑.๓ ร้านค้าทั้งหมดในหมู่บ้าน จำนวน ๕ ร้านไม่จำหน่ายยาเส้น/บุหรี่แก่เด็กต่ำกว่า ๑๘ ปี ไม่แบ่งขายและโชว์สินค้าในจุดเปิดเผย

๒. มีการขยายผลสู่หมู่บ้านอื่นๆในตำบลทะเลทรัพย์ โดยได้นำมาตรการการควบคุมยาสูบไปใช้กับหมู่บ้านของตนเอง ๕ หมู่บ้าน โดยเฉพาะหมู่ที่ ๒ สามารถประกาศ เป็นหมู่บ้านปลอดบุหรี่ ๑๐๐%

๓. เกิดโรงเรียนสีขาวปลอดบุหรี่ ๑๐๐% จากการเข้าร่วมโครงการของโรงเรียนทะเลทรัพย์ ทำให้ ผู้อำนวยการโรงเรียนเห็นความสำคัญ และประกาศเป็นนโยบายของโรงเรียน ไม่มีการสูบบุหรี่ในโรงเรียนอย่างเด็ดขาด ซึ่งจากการสำรวจพบว่า เด็กนักเรียนทั้งหมด ๑๐๐ % ไม่มีใครสูบบุหรี่ และรองผู้อำนวยโรงเรียนที่เคยสูบบุหรี่ก็ได้ประกาศเลิกสูบอย่างเด็ดขาด

๔. เกิดวัดปลอดบุหรี่ เนื่องจากเจ้าอาวาสวัดบ้านปากบ่อ และพระลูกวัดรวมทั้งสิ้น ๖ รูป ประกาศเลิกสูบบุหรี่ และมีป้ายติดบริเวณวัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ รวมทั้งมีมาตรการห้ามการถวายบุหรี่แก่พระในวัด นอกจากนั้นยังพบว่าพระในตำบลทะเลทรัพย์ทั้งสิ้น ๙ วัดมีพระที่เลิกสูบบุหรี่ทั้งสิ้น ๓๓ รูปจากทั้งหมด ๓๘ รูป

๕. มีการขยายผลสู่ตำบลอื่นๆ ได้แก่ ตำบลชุมโค นำมาตรการการลด ละ เลิกยาสูบ มาใช้ พบว่า เกิดหมู่บ้านสีขาวขึ้น ๑ หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ ๔ มีการสนับสนุนให้กลุ่มเยาวชนมีการเล่นกีฬา

อย่างต่อเนื่อง และมีมาตรการชุมชนในการควบคุมการสูบบุหรี่ ด้วยการส่งเสริมบุคคลแกนนำต้นแบบ เช่น ประธานอสม. คณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยผู้ใหญ่ไม่สูบ

ปัจจัยความสำเร็จในการนำมติสมัชชาแห่งชาติด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบสู่การปฏิบัติในพื้นที่

การนำมติสมัชชาชาติด้านการควบคุมยาสูบสู่การปฏิบัติในพื้นที่มีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. การสร้างความตระหนักการควบคุมยาสูบของแกนนำ จากการศึกษาพบว่าพื้นที่ที่แกนนำเกิด

ความตระหนักและเห็นความสำคัญของมาตรการการควบคุมยาสูบ ก็จะสามารถนำสู่การปฏิบัติได้ดี ดังเช่น นายกเทศมนตรีเทศบาลทะเลทรัพย์ ที่รับอาสาเป็นตำบลนำร่อง รพ.สต.ทะเลทรัพย์ และผู้ใหญ่บ้าน รวมทั้งพื้นที่อื่นๆ ที่กลับไปดำเนินงานโดยไม่มีงบประมาณสนับสนุน ดังเช่น หมู่ที่ ๒ จน เป็นหมู่บ้านสีขาวปลอดยาสูบ นอกจากนั้นยังพบว่า พื้นที่ดังกล่าวที่ประสบความสำเร็จจะมีแกนนำที่ไม่สูบบุหรี่ หรือสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างจริงจัง

๒. การมีส่วนร่วมกำหนดมาตรการควบคุมยาสูบของชุมชน ทำให้ข้อตกลงต่างๆมาจากเวทีประชาคมที่แท้จริง ซึ่งเป็นผลให้เกิดการยอมรับตั้งแต่ต้น เมื่อนำสู่การปฏิบัติก็จะทำให้เกิดการยอมรับได้ดี

๓. การมีจุดจัดการที่มีพลัง การทำงานของตำบลทะเลทรัพย์พบว่าปัจจัยสำเร็จ อยู่ที่จุดจัดการที่ดีและมีพลัง นั้นคือ ผอ.รพ.สต.ทะเลทรัพย์ ซึ่งเป็นที่ยอมรับของประชาชนและแกนนำในชุมชน จึงสามารถประสานงาน และขอความร่วมในการนำมาตรการต่างๆในชุมชนมาใช้ได้เป็นอย่างดี

๔. การมีหน่วยสนับสนุน พบว่าหน่วยสนับสนุน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยสนับสนุนด้านวิชาการ นอกจากนั้นยังพบว่า ต้องมีหน่วยสนับทั้งในระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอให้ความสำคัญเข้าร่วมในเวทีสำคัญๆ และระดับตำบล เช่น นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่จัดให้เกิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งมีผลทำให้หมู่บ้านอื่นๆ ได้รับทราบผลการดำเนินงาน และเป็นเวทีในการให้แรงเสริมต่างๆ เช่น การมอบรางวัล หรือประกาศเกียรติคุณต่างๆ เพื่อเป็นกำลังใจ ให้กับคนทำงาน

บรรณานุกรม

จริยา หัตถมาศ. (๒๕๕๑).การประเมินโครงการรณรงค์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ในจังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๔๙ **วารสารโรคและภัยสุขภาพ สคร.๘.** ๒ (๓) (มิถุนายน – กันยายน): นิพนธ์ต้นฉบับ.

บุปผา ศิริรัศมี และคณะ. (๒๕๔๘). **การติดตามผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ระยะที่ ๑ : สำรวจข้อมูลพื้นฐานใน อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นครปฐม: โครงการกาญจนบุรี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุปผา ศิริรัศมี และคณะ. (๒๕๕๑). **ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่๓ ภายใต้โครงการ International Tobacco Control Policy-Southeast Asia**. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ The cancer Council Victoria, Australia และ University of Waterloo, Canada.

ประกิต วาทีสาธกกิจ และกรองจิต วาทีสาธกกิจ. (๒๕๕๔). **สถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย**.ค้นเมื่อ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๕ จากhttp://guru.sanook.com/search/knowledge_search.php?q=%BE

ผลิน กมลวัทน์ และคณะ. (๒๕๕๔). **โครงการวิจัย พัฒนารูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาบุหรี่ในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนบ้านหนองบัว อ.บ้านแท่น จ.ชัยภูมิ.** ค้นเมื่อ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๕ จาก http:// dpc๕.ddc.moph.go.th/KM/pharmacy/๕๔-asset.polf

รณรงค์งดสูบบุหรี่ไร้ผล อึ้งยอดผู้สูบเพิ่มพุ่ง ๑๓ ล้านคน ค้นเมื่อ๓ ตุลาคม ๒๕๕๕ จาก http://health.kapook.com/view41590.html

เรณู บุญจันทร์ และคณะ (๒๕๕๒).พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดระนอง. ค้นเมื่อ ๗ มกราคม ๒๕๕๖ จาก http://trc.or.th/th/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=๑๖๓&Itemid=๙๘๘

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๓,). **มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ**. การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๓ มติ ๖.๑๖ ธันวาคม(เอกสารอัดสำเนา)

สนทรรศ บุษราทิจ และอภิญญา สิริไพบูลย์. (๒๕๕๕). การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. ๕๗ (๓) (กรกฎาคม – กันยายน): ๓๐๕ – ๓๑๒.

สุขุมาลย์ ประสมศักดิ์ (๒๕๕๔).ปัจจัยและผลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร.**วารสารเกษมบัณฑิต.**๙ (๒) (กรกฎาคม – ธันวาคม): ๖๑-๗๓.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร.(๒๕๕๖) การตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข รอบที่๑/๒๕๕๖ (เอกสารอัดสำเนา).

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (๒๕๕๕) แถลงข่าว ค้นเมื่อ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๕ จาก http://www.thaipublica.org./๒๐๑๒/๐๕/hsri-researched-thaihealth

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.สถิติสำคัญเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทย.ค้นเมื่อ ๓ ตุลาคม ๒๕๕๕,จาก http://www.thaihealth.or.th/node/๔๔๓๘

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสุขภาพ สถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย ค้นเมื่อ๒๔ เมษายน ๒๕๕๖ จาก www.thaihealth.or.th/healthcontent/article/๓๑๐๒๔

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สรุปการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่
และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๔ ค้นเมื่อ๓ ตุลาคม ๒๕๕๕ จาก
http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_๒-๔-๗.html

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศ
ไทย(๒๕๕๐) ค้นเมื่อ๒๒ เมษายน ๒๕๕๖ จาก
http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/analyze/smoke๕๐.pdf

ศรัณญา เบญจกุลและคณะ.(๒๕๕๓).ข้อมูลสถานการณ์การสูบบุหรี่:รายจังหวัดใช้ประกอบการนิเทศติดตามและประเมินผลการปฏิบัติราชการ กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๓ ค้นเมื่อ ๓ มีนาคม ๒๕๕๖,จาก http://info.thaihealth.or.th/hilight/๑๒๓๓๑

ศิรินทร์ ฟาร์มาซี บุหรี่ ค้นเมื่อ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๕ จาก http://sirinpharmacy.exteen.com/๒๐๐๙๑๑๐๓/entry-๑

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ-key-success-factors ค้นเมื่อ๓ ตุลาคม ๒๕๕๕ จาก http://marky.blog'com/๒๐๑๑/๐๑/๒๖/

องค์การบริหารส่วนตำบลตูมใหญ่. (๒๕๕๔). โครงการอบรมป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติด.ค้นเมื่อ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๕ จาก perdsorbtoday.com/news_detail.php?news=๒๗๕๘

ภาคผนวก ๑ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของแกนนำ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนทั้งหมด ๕๐	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๖	๓๒.๐
หญิง	๓๔	๖๘.๐
อายุ		
๒๑-๓๐ ปี	๖	๑๒.๐
๓๑-๔๐ปี	๑๐	๒๐.๐
๔๑-๕๐ปี	๑๑	๒๒.๐
๕๑-๖๐ปี	๒๑	๔๒.๐
มากกว่า๖๐ ปี	๒	๔.๐
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	๒๐	๔๐.๐
มัธยมศึกษาตอนต้น	๗	๑๔.๐
มัธยมศึกษาตอนปลาย	๖	๑๒.๐
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	๒	๔.๐
ปริญญาตรี	๑๒	๒๔.๐
สูงกว่าปริญญาตรี	๓	๖.๐
สถานภาพ		
โสด	๔๔	๘๘.๐
คู่	๕	๑๐.๐
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	๑	๒.๐
โรคเรื้อรัง		
ไม่มี	๓๙	๗๘.๐
มี หอบหืด	๑	๒.๐
ไขมัน	๒	๔.๐
ความดันโลหิตสูง	๓	๖.๐
เบาหวาน	๒	๔.๐
นิ่ว	๑	๒.๐
หัวใจ	๑	๒.๐
ผังผืดที่มดลูก	๑	๒.๐
การสูบบุหรี่		
สูบ	๓	๖.๐
ไม่สูบ	๔๗	๙๔.๐

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนทั้งหมด ๕๐	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับแกนนำ		
จังหวัด	๔	๘.๐
อำเภอ	๕	๑๐.๐
ตำบล	๒๑	๔๒.๐
หมู่บ้าน	๒๐	๔๐.๐
แกนนำ		
ภาครัฐ	๑๓	๒๖.๐
ภาควิชาการ	๘	๑๖.๐
ภาคเอกชน/ประชาคม	๒๙	๕๘.๐
บทบาทในการสนับสนุนการควบคุมบริโภคยาสูบ		
ผู้รับผิดชอบงานบุหรี่แอลกอฮอล์ระดับอำเภอ	๒	๔.๐
ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน เยาวชนถึงพิษภัยของบุหรี่ ฯ	๑๙	๓๘.๐
เป็นตัวอย่างไม่สูบบุหรี่และเลิกยาสูบ	๓	๖.๐
รับผิดชอบงานในคลินิก/หน่วยงาน	๒	๔.๐
แนะนำให้ประชาชน ลด ละ เลิกยาสูบ	๑๘	๓๖.๐
จัดมุมเลิกบุหรี่ที่บ้าน	๑	๒.๐
จัดรายการวิทยุชุมชน	๑	๒.๐
ตรวจร้านค้า ร้านชำ และให้คำแนะนำข้อกฎหมายยาสูบ	๒	๔.๐
กรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพสนับสนุนสื่อฯ	๒	๔.๐
ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมบริโภคยาสูบ		
การบังคับใช้กฎหมายไม่จริงจัง	๗	๑๔.๐
ผู้บริหารสูบบุหรี่ทำให้การขับเคลื่อนยาก / ไม่เป็นตัวอย่างที่ดี	๒	๔.๐
ผู้ดำเนินการดูแลและควบคุมยาสูบมีน้อย	๓	๖.๐
ปัญหาส่วนตัวของผู้บริโภคที่อยากรู้ อยากลอง	๔	๘.๐
หาซื้อยาสูบได้ง่าย	๓	๖.๐
ขาดความร่วมมือของผู้สูบบุหรี่/ใบจาก	๕	๑๐.๐
ขาดจิตสำนึกในตนเองและหน้าที่	๖	๑๒.๐
ปิดบัง หลบซ่อน ทำให้แก้ไขยาก	๒	๔.๐
ผู้สูบไม่เชื่อ/ไม่ทำตามที่แนะนำ/ไม่ให้ความสำคัญ	๑๖	๓๒.๐
ไม่มีหน่วยงานภาครัฐรับผิดชอบที่ชัดเจนและจริงจัง	๒	๔.๐

ภาคผนวก ๒ แบบสอบถามปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างบ้านปากบ่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนทั้งหมด ๑๕๒	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๓๖	๘๙.๔๗
หญิง	๑๖	๑๐.๕๓
อายุ		
<๒๐ ปี	๖	๓.๙๕
๒๑-๓๐	๒๕	๑๖.๔๕
๓๑-๔๐	๓๔	๒๒.๓๗
๔๑-๕๐	๓๖	๒๓.๖๘
๕๑-๖๐	๓๗	๒๔.๓๔
>๖๐ ปี	๑๔	๙.๒๑
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	๑๕	๙.๘๗
ประถมศึกษา	๘๔	๕๕.๒๖
มัธยมศึกษาตอนต้น	๒๓	๑๕.๑๓
มัธยมศึกษาตอนปลาย	๑๐	๖.๕๘
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	๑๔	๙.๒๑
ปริญญาตรี	๔	๒.๖๓
สูงกว่าปริญญาตรี	๒	๑.๓๒
ศาสนา		
พุทธ	๑๕๐	๙๘.๖๘
คริสต์	๒	๑.๓๒

สถานภาพ		
โสด	๒๙	๑๙.๐๘
คู่	๑๑๐	๗๒.๓๗
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	๑๓	๘.๕๕
จำนวนบุตรในปัจจุบัน		
ไม่มี	๔๗	๓๐.๙๒
๑-๒ คน	๘๐	๕๒.๖๓
๓-๖ คน	๒๕	๑๖.๔๕

ข้อมูลส่วนบุคคล	**จำนวนทั้งหมด ๑๕๒**	
	จำนวน	**ร้อยละ**
อาชีพ		
รับราชการ	๒	๑.๓๒
รับจ้าง	๙๗	๖๓.๘๑
รัฐวิสาหกิจ	๓	๑.๙๗
ค้าขาย	๔	๒.๖๓
นักเรียน/นักศึกษา	๖	๓.๙๕
ทำสวน	๓๙	๒๕.๖๖
พระ	๑	๐.๖๖
สิทธิในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย		
รับราชการ	๖	๓.๙๕
ประกันสังคม	๒	๑.๓๒
หลักประกันสุขภาพ	๑๔๐	๙๒.๑๐
จ่ายเอง	๔	๒.๖๓
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
< ๒,๕๐๐ บาท	๑๘	๑๑.๘๔
๒,๕๐๑-๕,๐๐๐	๖๐	๓๙.๔๗
๕,๐๐๑-๗,๕๐๐	๔๒	๒๗.๖๓
๗,๕๐๑-๑๐,๐๐๐	๒๖	๑๗.๑๑
>๑๐,๐๐๐	๖	๓.๙๕

สถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัว		
มีเหลือเก็บ	๓๑	๒๐.๓๙
พอกินพอใช้	๑๐๗	๗๐.๓๙
มีหนี้สินเล็กน้อย	๑๓	๘.๕๖
มีหนี้สินมาก	๑	๐.๖๖

ส่วนที่๒ ข้อมูลสุขภาพ

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวนทั้งหมด ๑๕๒	
	จำนวน	ร้อยละ
BMI		
ต่ำกว่า 18.5 ผอม	๕	๓.๒๙
18.5 – 24.9 ปกติ	๑๒๓	๘๐.๙๒
25.0 – 29.9 อ้วน	๒๓	๑๕.๑๓
30.0 ขึ้นไป อ้วนมาก	๑	๐.๖๖
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	๑๓๖	๘๙.๔๗
โรคเบาหวาน	๑	๐.๖๖
โรคตับ	๑	๐.๖๖
โรคระบบภูมิคุ้มกัน	๑	๐.๖๖
โรคไต	๑	๐.๖๖
โรคภูมิแพ้/โรคระบบทางเดินหายใจ	๒	๑.๓๑
โรคทางระบบประสาท	๑	๐.๖๖
โรคระบบย่อยอาหาร/กระเพาะอาหาร	๒	๑.๓๑
โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด/ ความดันโลหิตสูง /ไขมันในเลือดสูง	๕	๓.๒๙
ทั้งโรคภูมิแพ้/โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบย่อยอาหาร/กระเพาะอาหาร	๑	๐.๖๖
ทั้งโรคภูมิแพ้/โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด/ความดันโลหิตสูง/ ไขมันในเลือดสูง	๑	๐.๖๖
อาการระบบทางเดินหายใจ		
ไม่มีอาการระบบทางเดินหายใจ	๑๔๓	๙๔.๐๘
ไอเรื้อรัง	๑	๐.๖๖
มีเสมหะมากในตอนเช้า	๑	๐.๖๖
เหนื่อยง่าย	๔	๒.๖๓
หายใจเหนื่อยหอบ	๑	๐.๖๖
มีเสมหะมากในตอนเช้า และหายใจเหนื่อยหอบ	๒	๑.๓๑

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลสุขภาพ (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวนทั้งหมด ๑๕๒	
	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกายเป็นประจำ		
ออกกำลังกายเฉลี่ย <๓ ครั้ง/สัปดาห์	๑๐๑	๖๖.๔๕
≥๓ครั้ง/สัปดาห์	๕๑	๓๓.๕๕
กิจกรรมที่ออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	๙๐	๕๙.๒๑
เดินเล่น	๑๗	๑๑.๑๘
เดินเร็ว	๗	๔.๖๑
วิ่งจ๊อกกิ้ง	๑๔	๙.๒๑
ฟุตบอล	๒	๑.๓๒
ตะกร้อ	๑	๐.๖๖
ทำสวน	๔	๒.๖๓
ก่อสร้าง	๓	๑.๙๗
หลายๆ กิจกรรม	๑๔	๙.๒๑
การดื่มชา/กาแฟ		
ไม่ดื่ม	๑๖	๑๐.๕๓
ดื่ม วันละ ๑-๒ แก้ว	๑๐๘	๗๑.๐๕
๓-๔ แก้ว	๒๕	๑๖.๔๕
≥๕แก้ว	๓	๑.๙๗
ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆนอกจากบุหรี่		
ไม่เคยใช้	๑๔๑	๙๒.๗๖
เคยใช้ แต่เลิกมานาน ๑-๓ ปี	๓	๑.๙๗
เลิกมานาน ๔-๕ ปี	๓	๑.๙๗
เลิกมานาน >๕ ปี	๑	๐.๖๖
ยังใช้อยู่กับสุรา	๔	๒.๖๔

ส่วนที่ ๓ การประเมินความเครียด

ความเครียด อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	$\overline{X}$	SD	ระดับ
นอนไม่หลับเพราะคิดมาก	๑.๕๕	.๕๓๘	น้อย
รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ	๑.๗๘	.๖๑๑	น้อย
ทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด	๑.๓๐	.๕๘๗	น้อย
มีความวุ่นวายใจ	๑.๕๙	.๗๓๒	น้อย
ไม่อยากพบปะผู้คน	๑.๓๔	.๖๐๘	น้อย
ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง	๑.๖๗	.๖๖๙	น้อย
รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	๑.๓๒	.๕๕๘	น้อย
รู้สึกหมดหวังในชีวิต	๑.๒๐	.๔๓๑	น้อย
รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า	๑.๒๒	.๔๗๕	น้อย
กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา	๑.๓๒	.๕๘๐	น้อย
รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ	๑.๕๓	.๖๔๐	น้อย
รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร	๑.๖๘	.๗๒๓	น้อย
รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร	๑.๖๕	.๖๖๔	น้อย
มีอาการหัวใจเต้นแรง	๑.๓๗	.๖๓๘	น้อย
เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ	๑.๓๒	.๖๓๗	น้อย
รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ	๑.๔๘	.๕๘๖	น้อย
ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่	๑.๕๕	.๕๖๒	น้อย
ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย	๑.๕๑	.๕๖๔	น้อย
มึนงงหรือเวียนศีรษะ	๑.๗๐	.๖๔๑	น้อย
ความสุขทางเพศลดลง	๑.๓๖	.๕๙๓	น้อย

ส่วนที่ ๔ ข้อมูลการสูบบุหรี่

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวนทั้งหมด ๑๕๒	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่เริ่มสูบ		
ไม่สูบบุหรี่	๑	๐.๖๖
๑๐-๒๐ ปี	๙๔	๖๑.๘๔
๒๑-๓๐ ปี	๔๔	๒๘.๙๕
๓๑-๔๐ ปี	๘	๕.๒๖
๔๑-๕๐ ปี	๓	๑.๙๗
>๕๐ ปี	๒	๑.๓๒
ระยะเวลาการสูบ		
<๑๐ปี	๔๗	๓๐.๙๒
๑๑-๒๐ ปี	๔๖	๓๐.๒๖
๒๑-๓๐ ปี	๓๖	๒๓.๖๘
๓๑-๔๐ ปี	๑๘	๑๑.๘๔
๔๑-๕๐ ปี	๕	๓.๓๐
จำนวนบุหรี่ที่สูบในช่วงชีวิตที่ผ่านมา		
มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๐๐ มวน	๑๒๙	๘๔.๘๗
น้อยกว่า ๑๐๐ มวน	๒๓	๑๕.๑๓
การสูบโดยเฉลี่ยวันละ		
<๑๐ มวน	๑๑๑	๗๓.๐๓
๑๑-๒๐ มวน	๒๗	๑๗.๗๖
๒๑-๓๐ มวน	๑๒	๗.๘๙
>๓๐ มวน	๒	๑.๓๒
ลักษณะการสูบบุหรี่		
สูบเป็นประจำทุกวัน	๑๒๙	๘๔.๘๗
ไม่ได้สูบทุกวัน	๒๒	๑๔.๔๗
ไม่สูบเลย	๑	๐.๖๖

ลักษณะบุหรี่ที่ใช้สูบประจำ		
ไม่ใช้บุหรี่ (ไม่สูบบุหรี่)	๑	๐.๖๖
บุหรี่ซอง/บุหรี่โรงงานทั้งในและต่างประเทศ	๑๗	๑๑.๑๘
บุหรี่มวนเอง : มวนเองจากใบจาก/กระดาษชนิดต่างๆ	๘๔	๕๕.๒๖
ทั้งบุหรี่ซอง/บุหรี่โรงงานทั้งในและต่างประเทศ และบุหรี่มวนเอง	๕๐	๓๒.๙๐

ส่วนที่ ๔ ข้อมูลการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	**จำนวนทั้งหมด ๑๕๒**	
	จำนวน	**ร้อยละ**
ช่วงเวลาที่ที่สูบโดยทั่วไป		
ไม่สูบบุหรี่เลย	๑	๐.๖๖
หลังตื่นนอนตอนเช้า	๑๙	๑๒.๕๐
ขณะเข้าห้องน้ำ	๐	๐
ขณะ/หลังดื่มกาแฟ	๗	๔.๖๑
หลังรับประทานอาหาร	๘	๕.๒๖
ขณะดื่มสุรา	๐	๐
ขณะขับรถ	๐	๐
เวลาเครียด ใช้ความคิด	๐	๐
เวลาหงุดหงิดหรืออารมณ์เสีย	๐	๐
เวลาเหงาๆ/ว่าง/รู้สึกผ่อนคลาย	๑๐	๖.๕๘
หลังเลิกงาน	๐	๐
ตั้งแต่ ๒ ช่วงเวลาเป็นต้นไป	๑๐๗	๗๐.๓๙
ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ที่บ้านและที่ทำงาน		
ไม่สูบ	๑	๐.๖๖
ที่บ้าน	๖๙	๔๕.๔๐
ที่ทำงาน	๒๒	๑๔.๔๗
พอๆกัน	๖๐	๓๙.๔๗
มีผู้สูบบุหรี่คนอื่นๆ ในบ้าน/ที่พัก		
ไม่มี	๙๐	๕๙.๒๑
มี จำนวน ๑คน /คู่สมรส/เพื่อน/บิดา/มารดา/บุตร	๓๕	๒๓.๐๒
๒คน/คู่สมรส/เพื่อน/บิดา/มารดา/บุตร	๑๑	๗.๒๔

๓คน/คู่สมรส/เพื่อน/บิดา/มารดา/บุตร	๑๑	๗.๒๔
๔คนเป็นต้นไป/คู่สมรส/เพื่อน/บิดา/มารดา/บุตร	๕	๓.๒๙
ที่พักอาศัยมีเด็ก/หญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่		
ไม่มี	๑๐๗	๗๐.๓๙
มี	๔๕	๒๙.๖๑
พฤติกรรมของเพื่อนสนิทหรือการพบปะสังสรรค์ด้วยกันบ่อยที่สุด (๕คน)	**(N=๗๖๐)**	
เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่	๑๒๑	๑๕.๙๒
เป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ	๑๔๕	๑๙.๐๘
เป็นผู้ที่กำลังพยายามเลิกบุหรี่	๑๖๒	๒๑.๓๒
เป็นผู้สูบบุหรี่และยังไม่คิดที่จะเลิก	๒๙๓	๓๘.๕๕

ส่วนที่ ๕ ประสบการณ์การเลิกบุหรี่

ข้อมูลการสูบบุหรี่	**จำนวนทั้งหมด ๑๕๒**	
	จำนวน	**ร้อยละ**
แหล่งรับข้อมูลข่าวสารการเลิกบุหรี่		
พยาบาล, แพทย์ หรือ บุคลากรทางด้านสุขภาพแนะนำ	๑๔	๙.๒๑
การรณรงค์ของหน่วยงาน / ต้นสังกัด / ผู้บังคับบัญชา	๐	๐
บุคคลใกล้ชิด / ครอบครัว / เพื่อน	๒	๑.๓๒
สื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ / วิทยุ / หนังสือพิมพ์ / อินเตอร์เน็ต	๔	๒.๖๓
เอกสารเผยแพร่ / แผ่นโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์	๓	๑.๙๗
๒ แหล่งข้อมูลข่าวสารขึ้นไป	๑๒๙	๘๔.๘๗
การใช้บริการการเลิกบุหรี่		
ไม่เคยใช้บริการ	๑๓๐	๘๕.๕๓
เคยใช้บริการ ๑ – ๒ ครั้ง	๒๑	๑๓.๘๑
เคยใช้บริการ ≥๓ ครั้ง	๑	๐.๖๖

การสูบบุหรี่ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา		
ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่	๒๗	๑๗.๗๖
พยายามเลิกบุหรี่ ๑ – ๓ ครั้ง	๑๑๔	๗๕.๐๐
พยายามเลิกบุหรี่ ๔ – ๖ ครั้ง	๗	๔.๖๑
พยายามเลิกบุหรี่ ≥ ๗ ครั้ง	๔	๒.๖๓
ระยะเวลาที่เลิกนานที่สุด		
๑ – ๙ วัน	๒๘	๑๘.๔๒
๑๐ – ๑๙ วัน	๑๒	๗.๘๙
๒๐ – ๒๙ วัน	๑๓	๘.๕๕
๑ เดือนขึ้นไป	๗๒	๔๗.๓๒
การพยายามเลิกบุหรี่ในระยะเวลา ๑๒ เดือนที่ผ่านมา		
ไม่เคยเลิก	๙๔	๖๑.๘๔
เคยเลิกได้นาน ๑ – ๙ วัน	๑๔	๙.๒๑
เคยเลิกได้นาน ๑๐ – ๑๙ วัน	๙	๕.๙๒
เคยเลิกได้นาน ๒๐ – ๒๙ วัน	๒	๑.๓๒
เคยเลิกได้นานเกิน ๑ เดือนขึ้นไป	๓๓	๒๑.๗๑

ส่วนที่ ๕ ประสบการณ์การเลิกบุหรี่ (ต่อ)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวนทั้งหมด ๑๕๒	
	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุที่ทำให้พยายามเลิกบุหรี่ทั้งในอดีตและปัจจุบัน		
กลัวการเกิดโรคร้ายแรงต่อตนเอง ครอบครัวและอื่นๆ	๔๐	๒๖.๓๒
กลัวตาย	๒๔	๑๕.๗๙
กลัวสังคมรังเกียจ/ต่อต้าน/ไม่ยอมรับ	๖	๓.๙๕
กฎหมายเข้มงวดมากขึ้น	๐	๐
ทำให้เสียบุคลิกภาพ เช่น ฟันเหลือง กลิ่นปาก แก่เร็ว	๕	๓.๒๙
เห็นอันตรายของบุหรี่	๓	๑.๙๗
สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	๑๗	๑๑.๑๘

ครอบครัว/บุคคลใกล้ชิดไม่อยากให้สูบ	๒๕	๑๖.๔๕
มีปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องเลิก	๓	๑.๙๗
ต้องการเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ครอบครัว/ผู้ร่วมงาน/สังคม	๒๗	๑๗.๗๖
เห็นการรณรงค์ของสื่อและอื่นๆ	๒	๑.๓๒
สาเหตุที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จและกลับไปสูบอีก		
รู้สึกหงุดหงิด/ฉุนเฉียว/โกรธง่าย	๔๔	๒๘.๙๕
รู้สึกเครียด	๒๕	๑๖.๔๕
ไม่มีสมาธิในการทำงาน	๑๑	๗.๒๔
นอนไม่หลับ	๖	๓.๙๕
เห็นคนอื่นสูบแล้วอยากสูบ	๔๙	๓๒.๒๓
ดื่มสุรา/แอลกอฮอล์แล้วต้องสูบ	๔	๒.๖๓
เพื่อเข้าสังคม	๕	๓.๒๙
คิดว่ามวนเดียวไม่เป็นไร	๗	๔.๖๐
ความพร้อมและเวลา	๑	๐.๖๖
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
ไม่สูบบุหรี่แล้ว	๗	๔.๖๑
ยังสูบบุหรี่อยู่ แต่วางแผนจะเลิกสูบใน **๓๐ วันข้างหน้า**	๒๙	๑๙.๐๘
ยังสูบบุหรี่อยู่ แต่วางแผนจะเลิกสูบใน **๖ เดือนข้างหน้า**	๓๑	๒๐.๓๙
ยังสูบบุหรี่อยู่ และตลอด ๖ เดือนที่ผ่านมาก็**ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบ**	๘๕	๕๕.๙๒

ส่วนที่ ๖ ปริมาณการติดนิโคติน และการติดบุหรี่ในปัจจุบัน

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวนทั้งหมด ๑๕๒	
	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่มวนแรก หลังตื่นนอนตอนเช้า		
ไม่สูบบุหรี่เลย	๗	๔.๖๐
ภายใน ๕ นาที หลังตื่นนอน	๕๙	๓๘.๘๒
๖ – ๓๐ นาที หลังตื่นนอน	๔๒	๒๗.๖๓
๓๑ – ๖๐ นาที หลังตื่นนอน	๑๔	๙.๒๑
หลังจากตื่นนอน ๖๐ นาทีขึ้นไป	๓๐	๑๙.๗๔
การระงับการสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบ เช่น วัด ห้องสมุด โรงภาพยนตร์ เป็นต้น		
ยากลำบาก	๔๘	๓๑.๕๘
ไม่ยากลำบาก	๙๗	๖๓.๘๒
ไม่สูบบุหรี่	๗	๔.๖๐
บุหรี่มวนที่เลิกยากที่สุด		
มวนแรกในตอนเช้า	๑๖	๑๐.๕๓
ทุกมวน	๑๒๙	๘๔.๘๗
ไม่สูบบุหรี่	๗	๔.๖๐
การสูบบุหรี่ต่อวัน		
น้อยกว่า ๑๐ มวน	๖๔	๔๒.๑๐
๑๑ – ๒๐ มวน	๗๓	๔๘.๐๓
๒๑ – ๓๐ มวน	๖	๓.๙๕
๓๑ มวน หรือมากกว่า	๒	๑.๓๒
ไม่สูบบุหรี่	๗	๔.๖๐
สูบบุหรี่ช่วงตื่นนอน มากกว่าช่วงอื่นของวัน		
ใช่	๔๑	๒๖.๙๗
ไม่ใช่	๑๐๔	๖๘.๔๓
ไม่สูบบุหรี่	๗	๔.๖๐
สูบบุหรี่ขณะป่วย		
ใช่	๗	๔.๖๐
ไม่ใช่	๑๓๘	๙๐.๘๐

ไม่สูบบุหรี่	๗	๔.๖๐

ส่วนที่ ๖ ปริมาณการติดนิโคติน และการติดบุหรี่ (ต่อ)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวนทั้งหมด ๑๕๒	
	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุที่ยังสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน		
ไม่สามารถอยู่ได้ถึงครึ่งวันโดยไม่สูบบุหรี่ต้องร่วมกับอย่างอื่น	๘๓	๕๔.๖๑
ขณะที่กำลังสูบบุหรี่อยู่จำไม่ได้ว่าจุดบุหรี่ตั้งแต่เมื่อไร	๑๖	๑๐.๕๓
สูบบุหรี่เพราะช่วยให้คิดได้ดี มีชีวิตชีวาขึ้น	๗	๔.๖๑
ชอบมองควันบุหรี่เมื่อพ่นออกมา	๒	๑.๓๑
รู้สึกอยากสูบมาก ถ้าไม่ได้สูบประมาณ ๒ – ๓ ชั่วโมง/มีความสุขถ้าได้สัมผัส	๓	๑.๙๗
สูบบุหรี่เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้พอใจในชีวิต	๒	๑.๓๑
ต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ตื่นนอนในตอนเช้า	๗	๔.๖๑
เวลาที่รู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นเวลาที่ต้องการบุหรี่มากที่สุด	๗	๔.๖๑
สูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักหรือหลังทานอาหาร	๒๐	๑๓.๑๖
สูบบุหรี่เมื่อโกรธหรือทุกข์ใจและทำให้ผ่อนคลาย	๒	๑.๓๑
การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายในเวลาตึงเครียด	๓	๑.๙๗

ส่วนที่ ๗ กระบวนการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่

ไม่เคยเกิดขึ้น	$\overline{X}$	SD	ระดับ
คนสำคัญในชีวิตยอมรับว่าเหมือนเดิม ไม่ว่าจะสูบบุหรี่หรือไม่	๒.๗๓	๑.๑๑๐	ปานกลาง
เห็นป้าย “ห้ามสูบบุหรี่” ในอาคารสาธารณะ	๒.๔๗	๑.๐๐๙	ปานกลาง
สามารถเปิดเผยประสบการณ์การสูบบุหรี่ของตนกับบุคคลที่สำคัญในชีวิตฟังอย่างน้อยหนึ่งคน	๒.๕๖	.๙๔๗	ปานกลาง
บอกกับตัวเองว่าสามารถเลิกที่จะสูบหรือไม่สูบก็ได้	๒.๔๔	๑.๑๔๔	ปานกลาง
ทำกิจกรรมที่ออกแรงแทนการสูบบุหรี่	๒.๗๐	๑.๐๙๘	ปานกลาง
จำได้ว่ามีบทความเกี่ยวกับปัญหาของการเลิกบุหรี่	๒.๗๖	๑.๐๒๓	ปานกลาง
สังเกตเห็นว่ามีบริเวณเฉพาะสำหรับผู้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ	๒.๔๑	๑.๐๖๔	ปานกลาง
จำประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ที่มีคนเคยบอกโดยตรงได้	๒.๖๓	๑.๐๙๖	ปานกลาง
กำลังพิจารณาความเชื่อที่ว่าบุคคลที่เลิกสูบบุหรี่ช่วยทำให้โลกใบนี้น่าอยู่ขึ้น	๒.๖๕	๑.๐๖๙	ปานกลาง
นึกถึงข้อมูลจากบทความและโฆษณาเกี่ยวกับวิธีเลิกสูบบุหรี่	๒.๕๑	๑.๑๙๐	ปานกลาง
ข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากการสูบบุหรี่ทำให้ไม่สบายใจ	๒.๕๗	๑.๐๗๑	ปานกลาง
บุคคลรอบตัวพยายามทำให้รู้สึกสบายใจเมื่อไม่สูบบุหรี่	๒.๖๑	๑.๐๙๓	ปานกลาง
บอกกับตัวเองว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้ถ้าต้องการ	๒.๔๑	๑.๒๖๘	ปานกลาง
มีคนที่รับฟังเมื่อต้องการพูดคุยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	๒.๕๑	๑.๒๓๙	ปานกลาง
นำสิ่งของต่างๆที่ทำให้นึกถึงการสูบบุหรี่ออกไปจากบ้าน	๒.๖๖	๑.๑๙๖	ปานกลาง
บอกตัวเองว่าถ้าพยายามมากพอ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้	๒.๙๗	๑.๑๔๘	ปานกลาง
จำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่มีคนบอกโดยตรงได้	๒.๘๗	๑.๐๔๖	ปานกลาง
มีความมุ่งมั่นที่จะเลิกสูบบุหรี่	๓.๐๗	.๙๖๔	มาก
ให้รางวัลตัวเองเมื่อไม่สูบบุหรี่	๓.๓๙	.๙๙๑	มาก
สังเกตเห็นว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่กำลังเรียกร้องสิทธิ	๓.๑๔	๑.๒๓๖	มาก
ชะงักและคิดว่าการสูบบุหรี่เป็นการสร้างมลภาวะให้สิ่งแวดล้อม	๒.๓๙	๑.๓๖๗	ปานกลาง
คาดการณ์ได้ว่าคนอื่นๆจะชื่นชมและยกย่อง ถ้าไม่สูบบุหรี่	๒.๓๓	๑.๓๓๑	ปานกลาง
วางสิ่งของต่างๆที่ช่วยเตือนไม่ให้สูบบุหรี่ไว้ในที่ทำงาน	๒.๘๘	๑.๐๘๘	ปานกลาง
พบว่าสังคมกำลังเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่ทำให้ชีวิตของคนที่ไม่สูบบุหรี่มีความสะดวกสบายมากขึ้น	๓.๐๐	๑.๑๑๐	มาก
รู้สึกหงุดหงิดเมื่อคิดถึงการสูบบุหรี่ของตนเอง	๒.๔๗	๑.๐๕๔	ปานกลาง
พบว่าการใช้มือทำกิจกรรมอื่นๆ เป็นสิ่งที่ทดแทนการสูบบุหรี่ได้ดี	๒.๘๙	๑.๒๓๒	ปานกลาง
พยายามคิดถึงเรื่องอื่นเมื่อรู้สึกว่ามีสิ่งมากระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่	๒.๖๔	๑.๑๔๘	ปานกลาง

ทำอย่างอื่นที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่เมื่อต้องการผ่อนคลายหรือจัดการกับความเครียด	๒.๕๑	๑.๓๕๗	ปานกลาง
นำสิ่งของต่างๆที่ทำให้นึกถึงการสูบบุหรี่ออกจากที่ทำงาน	๓.๗๒	๑.๓๔๔	มาก
คำเตือนเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพมีผลกระทบต่อจิตใจ	๒.๘๒	๑.๑๑๒	ปานกลาง
การแสดงภาพที่ชัดเจนเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อจิตใจ	๒.๘๒	๑.๐๕๑	ปานกลาง
มีปฏิกิริยาทางอารมณ์อย่างมากต่อคำเตือนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	๒.๕๓	๑.๒๓๙	ปานกลาง
คนอื่นๆชื่นชมยกย่องเมื่อไม่สูบบุหรี่	๒.๖๘	๑.๒๗๔	ปานกลาง

ส่วนที่ ๗ กระบวนการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่(ต่อ)

ข้อความ	$\overline{X}$	SD	ระดับ
พิจารณาความเห็นที่ว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม	๓.๔๔	๑.๒๒๗	มาก
กำลังคิดทบทวนว่ารู้สึกพอใจการเลิกสูบบุหรี่	๓.๐๕	๑.๑๐๐	มาก
กำลังรู้สึกลำบากใจเพราะการสูบบุหรี่ขัดแย้งกับการที่มองตัวเองว่าเป็นคนมีจิตใจดีและรับผิดชอบ	๒.๗๖	๑.๐๕๙	ปานกลาง
วางสิ่งของต่างๆ ที่ช่วยเตือนไม่ให้สูบบุหรี่ไว้ทั่วบ้าน	๓.๐๕	๑.๐๘๔	มาก
การที่ติดบุหรี่ทำให้รู้สึกผิดหวังกับตัวเอง	๓.๑๒	๑.๑๑๕	มาก
การที่ติดบุหรี่ทำให้รู้สึกผิดหวังกับตัวเอง	๓.๒๔	๑.๒๑๗	มาก
มีคนที่พึ่งพาได้เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	๒.๙๕	๑.๑๑๒	ปานกลาง

ส่วนที่ ๘ ประสิทธิภาพในการเลิกสูบบุหรี่

สถานการณ์	$\overline{X}$	SD	ระดับ
ขณะที่นั่งดื่มอยู่ที่บาร์หรือคอกเทลเลาจน์	๒.๐๘	๑.๐๕๘	ปานกลาง
เมื่อต้องการสูบบุหรี่	๒.๒๖	๑.๐๐๗	ปานกลาง
เมื่อกำลังขุ่นข้องหมองใจเนื่องจากสิ่งต่างๆรอบตัวไม่เป็นไปตามที่ต้องการ	๒.๔๑	.๘๗๙	ปานกลาง
เมื่ออยู่กับสามี/ภรรยาหรือเพื่อนที่กำลังสูบบุหรี่	๒.๕๗	.๙๗๔	ปานกลาง
เมื่อมีการโต้เถียงหรือความขัดแย้งในครอบครัว	๒.๓๕	.๙๗๒	ปานกลาง
เมื่อกำลังมีความสุขและต้องการเฉลิมฉลอง	๒.๖๒	.๙๓๕	ปานกลาง
ขณะที่กำลังโกรธมาก	๒.๔๙	.๘๖๑	ปานกลาง
เมื่อมีสิ่งมากระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การประสบอุบัติเหตุหรือสูญเสียบุคคลในครอบครัว	๒.๗๔	๒.๕๑๐	ปานกลาง

เมื่อเห็นคนสูบบุหรี่อย่างมีความสุข	๒.๑๖	.๙๕๒	ปานกลาง
ขณะที่กำลังดื่มกาแฟและพูดคุยหรือพักผ่อน	๒.๕๓	.๘๕๓	ปานกลาง
เมื่อรู้สึกว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องยากมากๆ	๒.๕๗	.๙๖๗	ปานกลาง
เมื่อกำลังอยากบุหรี่เป็นอย่างมาก	๒.๔๖	๑.๐๐๓	ปานกลาง
เมื่อตื่นนอนในตอนเช้า	๒.๔๙	.๙๗๗	ปานกลาง
เมื่อต้องการกำลังใจ	๒.๕๙	๑.๐๖๔	ปานกลาง
เมื่อเริ่มไม่ให้ความสนใจกับสุขภาพและรู้สึกไม่กระฉับกระเฉง	๒.๖๖	๑.๐๖๗	ปานกลาง
เมื่ออยู่กับเพื่อนในงานเลี้ยงสังสรรค์	๒.๖๗	๑.๐๔๗	ปานกลาง
เมื่อตื่นขึ้นมาตอนเช้าและรู้สึกว่าวันนั้นเป็นวันที่เหนื่อยยากลำบาก	๒.๕๘	.๘๘๘	ปานกลาง
เมื่อรู้สึกเศร้าหรือกลุ้มใจ	๒.๓๙	๑.๐๒๓	ปานกลาง
เมื่อกังวลหรือเครียดเป็นอย่างมาก	๒.๓๔	.๙๖๙	ปานกลาง
เมื่อรู้สึกว่าไม่ได้สูบบุหรี่มานานแล้ว	๒.๕๗	๑.๑๓๒	ปานกลาง

ส่วนที่ ๙ ความสมดุลในการตัดสินใจเลิกหรือสูบบุหรี่

สถานการณ์	$\overline{X}$	SD	ระดับ
การสูบบุหรี่ทำให้มีความสุข	๒.๔๑	๑.๒๕๒	ปานกลาง
การสูบบุหรี่ของตนเองมีผลต่อสุขภาพของผู้อื่น	๓.๑๕	๑.๓๓๖	มาก
รู้สึกชอบภาพลักษณ์ของคนสูบบุหรี่	๒.๒๖	๑.๐๖๔	ปานกลาง
บุคคลรอบตัวจะเดือดร้อนหากเจ็บป่วยเนื่องจากสูบบุหรี่	๒.๘๘	๑.๑๐๓	ปานกลาง
รู้สึกผ่อนคลายและมีความสุขมากขึ้นเมื่อได้สูบบุหรี่	๒.๔๖	.๙๖๒	ปานกลาง
เนื่องจากสูบบุหรี่มากอย่างต่อเนื่อง จึงมีคนคิดว่าไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้	๒.๕๔	.๙๑๓	ปานกลาง
เมื่อพยายามเลิกสูบบุหรี่ จะกลายเป็นคนที่หงุดหงิดง่ายและสร้างความเดือดร้อนใจให้คนรอบข้าง	๒.๔๖	.๙๘๙	ปานกลาง
การสูบบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพ	๒.๙๗	๑.๑๘๒	ปานกลาง
บุคคลในครอบครัวและเพื่อนๆ พอใจที่เห็นผู้สูบสูบบุหรี่อย่างมีความสุขมากกว่าที่จะเห็นความทุกข์จากการพยายามเลิกบุหรี่	๒.๓๘	๑.๐๔๒	ปานกลาง
รู้สึกอายที่ติดบุหรี่	๒.๓๓	.๙๓๓	ปานกลาง
มีความรู้สึกดีต่อตนเองมากขึ้นเมื่อได้สูบบุหรี่	๒.๒๕	.๘๗๘	ปานกลาง
การสูบบุหรี่สร้างความรำคาญให้กับผู้อื่น	๒.๖๓	.๙๔๘	ปานกลาง
การสูบบุหรี่ทำให้มีสมาธิและทำงานได้ดีขึ้น	๒.๔๘	.๙๓๕	ปานกลาง
คนคิดว่าผู้สูบโง่เขลาที่เพิกเฉยต่อคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่	๒.๖๒	.๙๖๙	ปานกลาง

การสูบบุหรี่ช่วยคลายเครียด	๒.๕๑	.๙๕๖	ปานกลาง
บุคคลใกล้ชิดไม่เห็นด้วยที่สูบบุหรี่	๒.๗๖	๑.๐๙๘	ปานกลาง
รู้สึกว่าเป็นการตัดสินใจของตนเองที่จะสูบบุหรี่ต่อไป	๒.๖๐	๑.๐๑๘	ปานกลาง
รู้สึกว่าตนเองโง่เขลาที่เพิกเฉยต่อคำเตือนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	๒.๕๓	๑.๐๐๓	ปานกลาง
รู้สึกดีมากเมื่อได้สูบบุหรี่หลังจากที่หยุดสูบไม่ระยะหนึ่ง	๒.๓๙	.๙๙๑	ปานกลาง
ตอนนี้จะรู้สึกกระปรี้กระเปร่ามากกว่านี้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่	๒.๘๑	๑.๑๔๙	ปานกลาง