



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาเรื่อง การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องมาตรการในการควบคุม
ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมที่ระดับจังหวัดจริง

สัญญาเลขที่ 55-01-20

โดย

สุวณี สมาธิ และคณะ

สนับสนุนโดย

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.)และ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

มิถุนายน 2556

ชื่อเรื่อง	การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมที่ระดับจังหวัดตั้ง
ชื่อผู้วิจัย	นางสุวณี สมานธิ นางนวลฉวี เนตรแสงทิพย์ นางสาวอารีย์ อภรณ์ นายขจรพล พูลพงศ์ นายอาทร อุคคติ
อาจารย์ที่ปรึกษา	รศ.ดร.นัยนา หนูนิล นายชัยพร จันทร์หอม นายกรุณพล พราหมเภทย์
ชื่อแหล่งทุน	ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.)และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
ปีที่รับทุน	2555

บทคัดย่อ

โครงการวิจัยนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมระดับจังหวัดตั้งระยะ 12 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2555 – มิถุนายน 2556 ในพื้นที่เป้าหมาย 3 แห่ง ได้แก่ 1) ชุมชนบ้านโคกไม้ไผ่ หมู่ที่ 4 ตำบลนาบินหลา 2) โรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 ซึ่งตั้งอยู่ใน บ้านโคกไม้ไผ่ ต.นาบินหลา และ 3) โรงพยาบาลต.ทับเที่ยง ซึ่งทั้ง 3 พื้นที่ อยู่ในเขตของอ.เมือง จ.ตรัง โดยมีกลุ่มหลัก คือ คณะทำงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายรอง คือ กลุ่มผู้ค้ายาสูบ และ กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมาย

ซึ่งจากการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษามาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบในพื้นที่อำเภอเมือง โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่กระบวนการวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผล ได้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจในระดับการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ทั้ง 3 ระดับคือ โรงเรียน สถานบริการ และชุมชน และยังสามารถขยายผลว่าการอำเภอ ก่อให้เกิดแรงกระเพื่อมยังเครือข่ายพื้นที่ตำบลอีก 13 ตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองตรัง

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของสมาชิกสภาจังหวัดตรัง ซึ่งไม่อาจจะนำมากล่าวได้ทั้งหมด ซึ่งผู้มีพระคุณท่านแรกที่คุณศึกษาใคร่ขอกราบพระคุณคือนายวิจิต คงจันทร์ ประธานชมรมคนไร้กล่องเสียงจังหวัดตรัง ผู้ซึ่งอุทิศเวลาบำเพ็ญตนเป็นประโยชน์กับสังคมในการรณรงค์ลดละเลิกการสูบบุหรี่ และคุณการุณพล พรหมเมทย์ รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 13 และนายแพทย์ไพศาล เกื้ออรุณ แพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ผู้ซึ่งคอยให้คำแนะนำในการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการสูบบุหรี่อย่างใกล้ชิด และขอขอบคุณ รศ.ดร.นัยนา หนูนิล มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์พี่เลี้ยงผู้ซึ่งให้คำแนะนำตรวจทานและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ทุกขั้นตอน เพื่อให้การเขียนรายงานฉบับนี้สมบูรณ์ที่สุด

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณนายนิพนธ์ ศิริธร นายอำเภอเมืองตรัง , นางหนูเนียม คำจตุติ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาบินหลา และนายแพทย์ชัยยุทธ ศักดิ์ศรีชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง ผู้ซึ่งนำมติสมาชิกสภาผู้การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่อย่างเป็นทางการ

สุวณี สมานธิ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(1)
กิตติกรรมประกาศ	(2)
สารบัญ	(3)
สารบัญตาราง	(4)
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี	5
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
กลุ่มเป้าหมาย	23
การดำเนินงาน	23
การเก็บรวบรวมข้อมูล	24
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	24
4 ผลการวิจัย	25
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผล	42
ข้อเสนอแนะ	44
บรรณานุกรม	45
ภาคผนวก	
ประวัติผู้เขียน	

ตารางสารบัญ

ตารางที่

- | | | |
|----|---|----|
| 1. | ข้อมูลโรงเรียนวิเชียรมาตุ ปีการศึกษา 2555 | 29 |
| 2. | แสดงจำนวนผู้สูบบุหรี่ อำเภอเมืองตรัง | 41 |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสุวณี สมาธิ
วันเดือนปีเกิด	7 กรกฎาคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดตรัง
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนสภาราชนิจังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2532 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนวิเชียรมาตุจังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2535 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี คณะวิทยาการจัดการ เอกคอมพิวเตอร์ธุรกิจ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2539 สำเร็จการศึกษาปริญญาโท คณะรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2544
ตำแหน่งหน้าที่	พ.ศ.2540-2543 อาจารย์พิเศษ คณะบริหารธุรกิจ วิทยาลัยการอาชีพอ่าวลึก พ.ศ.2544-2545 อาจารย์พิเศษ คณะบริหารธุรกิจ วิทยาลัยการอาชีพตรัง พ.ศ.2546-2547 ผู้ประสานงาน โครงการเสริมสร้างศักยภาพเยาวชนในการ อนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมร่วมกับ ชุมชน พ.ศ.2548-2549 ผู้ประสานงานพื้นที่จังหวัดตรัง โครงการดับบ้านดับเมืองเรียน รู้อยู่ที่ปากใต้ พ.ศ.2552 –ปัจจุบัน ผู้ประสานงานสมัชชาสุขภาพจังหวัดตรัง

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

จากข้อมูลโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยสำรวจ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ของจังหวัดตรัง ปี 2554 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 26.39 เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุเฉลี่ยประมาณ 18 ปีโดยพบว่าเยาวชน อายุตั้งแต่ 15-18 มีแนวโน้มสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.89 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 11.57 ปี มีแนวโน้มการสูบบุหรี่เป็นประจำเพิ่มจำนวนมากยิ่งขึ้น กลุ่มอายุ 25-40 ปีเป็นกลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 32.88 ซึ่งเพิ่มจากเดิมร้อยละ 30.59 ในปี 2550 อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่าการสูบบุหรี่ยังกระจายอยู่ในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน วัยแรงงานและวัยผู้สูงอายุ ในขณะที่อัตราการเลิกบุหรี่ที่เลิกบุหรี่ได้มากกว่า 6 เดือนของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 17.38

ผลกระทบต่อสุขภาพของการสูบบุหรี่ในระยะยาว คือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาทิ โรคมะเร็งปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง พบ ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปอดที่ไปรับการรักษาในโรงพยาบาล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2551 – 2553 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสสูงที่จะเป็นมะเร็งปอดกว่าคนปกติ 10 เท่าและในวันบุหรี่ก็มีสารประกอบมากกว่า 4,000 ชนิด และในจำนวนนี้มีประมาณ 60 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง มีตัวกระตุ้นและตัวส่งเสริมให้เกิดมะเร็งปอด ได้แก่ ทาร์ นิโคติน คาร์บอนมอนนอกไซด์ ไฮโดรเจน ไซยานายด์ ฟีนอล แอมโมเนีย เบนซิน และฟอร์มาลดีไฮด์ เป็นต้น

การควบคุมการสูบบุหรี่ของจังหวัดตรัง คณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อควบคุมป้องกันการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสร้างความร่วมมือใช้มาตรการทางกฎหมายตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมของหมู่บ้าน/ชุมชนในการรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยเน้นหนักในการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ สำหรับมาตรการทางกฎหมายในการดำเนินการควบคุมยาสูบของจังหวัดตรัง ไม่สามารถบังคับใช้อย่างได้ผล จากรายงานผลการสำรวจข้อมูลจากโครงการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าเด็กวัยรุ่น 15-18 ปียังสามารถซื้อบุหรี่ได้เองร้อยละ 100 ทั้งที่ร้อยละ 96.01 ระบุว่ากฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เห็นว่าการบังคับใช้กฎหมายไม่สามารถบังคับใช้ได้ ปัญหาการสูบบุหรี่จึงมีสามารถแก้ไขได้โดยอาศัยกฎหมายแต่เพียงอย่างเดียว จำเป็นต้องหามาตรการทางสังคมอื่นๆ มาร่วมดำเนินการด้วย เพื่อสร้างความตระหนักและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ต่อไป

ปัญหาดังกล่าวสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นความสำคัญจึงได้กำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ ซึ่งเน้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ โดยได้มีมติสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2553 มติที่ 6 เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ สมัชชาสุขภาพจังหวัดตรังในฐานะเป็นจังหวัดนำร่อง 1 ใน 6 จังหวัดภาคใต้ที่นำกระบวนการสมัชชาสุขภาพมาพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ พ.ศ.2551 – 2553 โดยความร่วมมือของ 36 องค์กรภาคีทั้งภาคราชการ ท้องถิ่น ภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน และภาควิชาการ ร่วมบันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในจังหวัดตรัง เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดตรัง ได้เห็นความสำคัญของการนำมติสมัชชาสุขภาพมาขับเคลื่อนในพื้นที่เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

คำถามวิจัย

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ของจังหวัดตรังได้อย่างไร?

วัตถุประสงค์

- 1) ศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบในพื้นที่จังหวัดตรัง
- 2) ศึกษารูปแบบการนำมติดสมัชชาแห่งชาติเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบสู่การปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดตรัง
- 3) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการนำมติดสมัชชาแห่งชาติเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบไปสู่ภาคปฏิบัติ

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ ดำเนินงานเฉพาะพื้นที่เป้าหมาย 3 แห่ง ดังนี้ 1) ชุมชนบ้านโคกไม้ไผ่ หมู่ที่ 4 ตำบลนาบีนหลา 2) โรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 ซึ่งตั้งอยู่ใน บ้านโคกไม้ไผ่ ตำบลนาบีนหลา และ 3) โรงพยาบาลตรัง ตำบลทับเที่ยง ซึ่งทั้ง 3 พื้นที่ อยู่ในเขตของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรที่สูบบุหรี่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
 - 1.1 สารพิษในบุหรี่
 - 1.2 โทษจากการสูบบุหรี่
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่
 - 2.1 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้สูบบุหรี่

- 2.1.1 สารนิโคติน
- 2.1.2 เพศ
- 2.1.3 อายุ
- 2.1.4 การศึกษา
- 2.1.5 ด้านสภาพแวดล้อม
- 2.2 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ทำให้สูบบุหรี่
 - 2.2.1 ความอยากลอง
 - 2.2.2 ความเครียด
 - 2.2.3 การตามแบบอย่างและการเลียนแบบ
 - 2.2.4 เพื่อเข้าสังคม
 - 2.2.5 กระแสโฆษณา
- 3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

1.1 สารพิษในบุหรี่

ในบุหรี่ 1 มวน เมื่อมีการเผาไหม้ จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิดสารหลายร้อยชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและมี 42 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง (ศิริศักดิ์ ภูริพัฒน์, 2531) คือ

1.1.1 นิโคติน (Nicotine) นิโคตินเป็นสารพิษอย่างแรง สามารถดูดซึมเข้าทางผิวหนังและเยื่อในร่างกายได้ และเป็นสารที่มีฤทธิ์เสพติด ถ้าได้รับสารขนาดน้อยๆ เช่นการสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรกอาจกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบ่อยๆ หลายๆ มวนจะกดประสาทส่วนกลางทำให้ความรู้สึกต่างๆ ช้าลง ซึ่งสารนี้ในระยะแรกออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ยังมีผลต่อ

ต่อมหมวกไตทำให้เกิดการหลั่งอิพิเนฟริน (Epineppine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นหัวใจและชีพจรเต้นเร็วขึ้น และไม่เป็นจังหวะ (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ, 2551) โดยอาจจะเพิ่มขึ้นถึง 33 ครั้งต่อวินาที ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักกว่าปกติ หลอดเลือดที่แขน และขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด และกระตุ้นการบีบลำไส้

1.1.2 ทาร์ (Tar) ประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิดที่มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง เช่น ปอด, กล้องเสียง, หลอดลม, หลอดอาหาร, ไต, กระเพาะปัสสาวะ โดยร้อยละ 50 ของสารทาร์ (Tar) จะจับอยู่ที่ปอด เมื่อผู้สูบบุหรี่หายใจสูดอากาศที่มีฝุ่นละอองต่างๆ ปนอยู่เข้าไป สารทาร์ (Tar) ที่ปอดก็จะรวมตัวกับฝุ่นละอองที่สูดเข้าไปนั้นแล้วจับตัวสะสมอยู่ในถุงปอดทำให้เกิดการระคายเคืองและไอเรื้อรัง อันเป็นสาเหตุของการไอ และก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด และโรคถุงลมโป่งพอง

1.1.3 คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ชนิดเดียวกับที่พ่นออกจากท่อไอเสียรถยนต์ ก๊าซนี้จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10 -15 ทำให้ มีเมื่อย ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ ผู้ที่สูบบุหรี่จัดร่างกายต้องสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดข้นและเหนียวมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นและทำงานมากขึ้น เพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายให้เพียงพอ ถ้ามีก๊าซจำนวนมากจะทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

1.1.4 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen Cyanide) ก่อให้เกิดอาการไอ มีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียน เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงคราม สารไนเตรทในบุหรี่ทำให้เกิดสารนี้ และเป็นตัวสกัดกั้นเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการหายใจหลายตัว ทำให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญพลังงานที่กล้ามเนื้อหัวใจและที่ผนังหลอดเลือด

1.1.5 ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen Dioxide) เป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง โดยจะไปทำลายเยื่อบุหลอดลมช่วยปลายและถุงลม

1.1.6 แอมโมเนีย (Ammonia) ใช้ในการปรุงแต่งรสชาติและช่วยให้ไนโคตินดูดซึมเข้าสู่สมองและประสาทเร็วขึ้น มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ

1.1.7 โพลonium- 210 (Polonium-210) เป็นสารกัมมันตรังสี ก่อให้เกิดมะเร็ง และในควันบุหรี่มีสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย

1.1.8 แคดเมียม (Cadmium) เป็นสารที่ใช้ในอุตสาหกรรมโพลีเมอร์อิเล็กทรอนิกส์ และเป็นสารประกอบที่อยู่ในถ่านไฟฉายด้วย มีผลกระทบต่อตับ ไต และสมอง บุหรี่ 1 มวนมีแคดเมียม 1-2 ไมโครกรัม และ 10 % ของแคดเมียมจะถูกหายใจเข้าไปเวลาสูบบุหรี่ซึ่งจะสะสมในร่างกายปีละ 0.5-1.2 มิลลิกรัมเพิ่มขึ้นทุกปี [แคดเมียมทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและต่อมลูกหมาก \(วารุณี เจริญศิริ, 2551\)](#)

1.1.9 สารหนู (Arsenic) เป็นสารเคมีที่ประกอบอยู่ในจำพวกผลิตภัณฑ์ยาฆ่าหญ้า มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร เมื่อรับเอาสารนี้เข้าไปจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและท้องร่วงอย่างแรง

1.1.10 ฟอมาลดีไฮด์ (Formaldehyde) คนที่สูบบุหรี่วันละ 20 มวน จะได้รับสารฟอร์มาลดีไฮด์ในประมาณ 1 มิลลิกรัมต่อวัน และยังเป็นสารก่อมะเร็งอีกด้วย จากการวิจัยพบว่าเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ปริมาณของฟอมาลดีไฮด์ที่มากกว่า 2.5-3 ppm จะทำให้ระคายเคืองเยื่อทางเดินหายใจและเยื่อตา และอาจก่อให้เกิดอาการภูมิแพ้ที่รุนแรง(ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ,2551)

1.1.11 ตะกั่ว (Lead) จะพบอยู่ตามโรงงานอุตสาหกรรมจำพวกแบตเตอรี่ หรือโรงถลุงโลหะ เหล็กต่างๆ เป็นสารก่อมะเร็ง มีผลต่อหลายระบบในร่างกาย เช่น ทางระบบประสาท จะทำให้การได้ยินผิดปกติ ระดับไอคิวต่ำ ผลต่อระบบเลือด คือ จะทำให้ความดันเลือดสูงมีผลต่อระบบไต และที่สำคัญมีผลต่อระบบสืบพันธุ์ในผู้ใหญ่ จะทำให้เป็นหมันในเพศชาย ซึ่งจะทำให้ตัวอสุจิ (sperm) ผิดปกติ และน้อยลง จึงทำให้เกิดสมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้

1.1.12 อะซิโตน (Acetone) เป็นสารประกอบสำคัญที่อยู่ในน้ำยาล้างเล็บ ซึ่งพบว่าอยู่ในบุหรี่ด้วยเช่นกัน ก่อให้เกิดการระคายเคืองจากการสูดดมและมีผลต่อเซลล์ตับทำให้เซลล์ตับตายได้เป็นจำนวนมาก (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ; 2551)

1.1.13 สารเพิ่มความหวานรสชาติ สารเหล่านี้ถูกเพิ่มเข้าไปกลบรสชาติกระด้างของควันทูหรี่ เพื่อสร้างความพอใจในรสชาติแก่เด็กๆ และผู้ที่เพิ่งเริ่มสูบบุหรี่เป็นครั้งแรก เมนทอลและสารปรุงแต่งอย่างอื่นถูกนำมาใช้เพื่อทำให้ลำคอของผู้สูบบุหรี่ไม่รู้สึกระคายเคืองจากควันทูหรี่ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2543)

1.2 โทษจากการสูบบุหรี่

โทษของบุหรี่สมัยนี้มีมากกว่าสมัยก่อนหลายเท่าเนื่องจากบุหรี่ปัจจุบันมีสารนิโคตินและทาร์ต่าทำให้คนสูบบุหรี่เข้าปอด ผู้ที่อยู่กับผู้ที่สูบบุหรี่ก็ได้รับผลเช่นเดียวกัน เราเรียกกลุ่มนี้ว่า สูบบุหรี่มือสอง ควันทู

นอกจากผู้สูบบุหรี่จะมีสารที่มีขนาดเล็กสามารถเข้าปอดของผู้สูบบุหรี่มือสอง ผลเสียของการสูบบุหรี่หรือโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่

1.2.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด

การ

สูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวหรือหลอดเลือดแข็งตัว เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคภัยหลายชนิด เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ ที่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโลก โดยทุก ๆ 2 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิต 1 ราย โรคหัวใจวายเฉียบพลัน มีผู้เสียชีวิตทุก ๆ 5 วินาที และทุก ๆ 6 นาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต(เปียมิตร ศรีธนา, 2551) สำหรับประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึง 36.771 คน คิดเป็นอัตราการตายต่อประชากรแสนคน คือ 59.12 คน ขณะที่โรคเหล่านี้มีค่ารักษาพยาบาลสูงถึงครั้งละ 110,000 บาท (ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข , 2548)ซึ่งปัจจุบันปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคดังกล่าว ก็คือการสูบบุหรี่โดยจากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีระดับไขมัน HDL-Cholesterol (ไขมันซึ่งป้องกันหลอดเลือดแดงตีบ) ต่ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันเลือดสูงหรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันเลือดสูงและไขมันในเลือดจะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป นอกจากนี้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า โดยความเสี่ยงจะเพิ่มจากจำนวนบุหรี่ที่สูบ และในกลุ่มผู้เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันนั้น ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) จะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุเลย และอีกร้อยละ 25 จะไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาล และยังกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หัวใจและหลอดเลือดเกิดโรค ยิ่งสูบบ่อยิ่งมีโอกาสเกิดโรคมก โดยเฉพาะผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจมากกว่าผู้ชายที่สูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลต่อระดับฮอร์โมน estrogen นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลจากการสูบบุหรี่ (องค์การอนามัยโลก, 2549)

1.2.2 โรคระบบทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอดดังนี้

นักวิทยาศาสตร์ และแพทย์ทั่วโลกยืนยันซึ่งโรคนี้เป็นได้ทั้งผู้สูบ และผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ และเป็นโรคที่พบมากที่สุด เป็นอันดับหนึ่งในผู้ชายไทย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ของไทย, 2551) โดยบุหรี่ จะทำลายเซลล์ที่มีความสำคัญในการป้องกัน การเกิดเซลล์มะเร็งในร่างกาย ดังนั้นในแต่ละวัน ที่มีการสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะมากหรือน้อยเพียงใด ก็เหมือนกับทำลายกลไกป้องกันมะเร็งปอดไปด้วย ดังที่กล่าวไว้ข้างต้นในเนื้อหาโรคมะเร็งแล้วนอกจากนี้ยังพบว่าการสูบบุหรี่ ยังทำให้เกิด การระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่าง

มาก และทำให้เนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพลง เมื่อมีการสะสม ของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่องโดยโรคที่พบ คือ ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นหวัดและหลอดลมอักเสบง่าย และโรคทางเดินหายใจอื่นๆ ซึ่งโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งเป็นโรคของระบบทางเดินหายใจ ที่พบบ่อย และรุนแรงมากที่สุด เพราะภายในปอดมีถุงลมเล็กๆ มากมาย ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซ โดยขั้วก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ออกทางลมหายใจ แล้วนำออกซิเจนเข้าสู่เลือด การสูบบุหรี่จะทำให้สารไนโตรเจนไดออกไซด์ในควันบุหรี่จะทำลายเนื้อเยื่อในปอดและในถุงลมให้ฉีกขาดทีละน้อยๆ และ รวมตัวกลายเป็นถุงลมที่มีขนาดใหญ่ขึ้นพื้นที่ผิวเนื้อเยื่อภายในปอด ซึ่งเป็นที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมีขนาดเล็กลง เนื้อปอดค่อยๆ เสื่อมสมรรถภาพ เยื่อบุหลอดลมหนาขึ้นจึงต้องหายใจเร็วขึ้นและ ต้องออกแรงมากขึ้นในการหายใจขึ้น เพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพียงพอ เยื่อและถุงลมเกิดการอักเสบ เปราะแตก ฉีกขาดมารวมกัน ทำให้เป็นถุงลมขนาดใหญ่ และไม่สามารถขั้วก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และมีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลา ทรมานไปจนกว่าจะเสียชีวิต เพราะไม่มีทางรักษาให้หายได้ (กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2551) โรคถุงลมโป่งพองนี้ในระยะท้ายๆ ของโรคจะทำให้ผู้ป่วยทรมานมาก เนื่องจากเหนื่อยจนทำอะไรไม่ได้ ต้องนอนอยู่กับที่ และอาจ ต้องได้รับออกซิเจนจากถังตลอดเวลา ซึ่งจากรายงานการศึกษาพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่อาการอยู่ในระยะสุดท้ายจะ เสียชีวิตภายใน 10 ปี โดยมีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลาจนกว่าจะเสียชีวิต

1.2.3 โรคมะเร็ง การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งหลายชนิดโดยเฉพาะมะเร็งปอด หลอดลมและกล่องเสียง และปัจจุบันยังพบอีกว่ามีความสัมพันธ์กับมะเร็งเต้านม มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น สถาบันมะเร็งสหรัฐอเมริกา (National Cancer Institute, USA)พบว่าโรคมะเร็งทั้งหมดมีสาเหตุมาจากบุหรี่ประมาณร้อยละ 33 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของโรคมะเร็งมีสาเหตุมาจากบุหรี่ โดยโรคมะเร็งปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่พบว่าเป็นสาเหตุการตายสำคัญรองลงมาจากโรคหัวใจ ซึ่งพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยมะเร็งปอดจะสูบบุหรี่ซึ่งเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมากติดอันดับ 1 ใน 5 ทุกประเทศและประมาณการกันว่า ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น 1.2 ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (องค์การอนามัยโลก, 2251) การสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า และถ้าสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง หรือ 20 มวน โอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอดจะเพิ่มเป็น 20 เท่าทั้งนี้เนื่องจากในบุหรี่ 1 มวนจะมีสารซึ่งเป็นส่วนประกอบประมาณ 4,000 ชนิด และในจำนวนนี้จะมีประมาณ 60 ชนิดที่เป็นสารพิษหรือสารก่อมะเร็ง สารเหล่านี้เมื่อผ่านเข้าปอดจะทำลายเซลล์ปอดทำให้เกิดความผิดปกติของเซลล์ เมื่อระยะเวลาผ่านไปเซลล์เหล่านี้จะกลายเป็นเซลล์มะเร็ง จึงโอกาสในการเกิดมะเร็ง

ปอด โดยระยะแรกของมะเร็งปอดจะไม่มีอาการ เมื่อไรที่มีอาการแสดงว่าโรคเป็นมากแล้วอาการที่พบคือ ไอเรื้อรัง ไอเสมหะมีเลือดปน น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีไข้เล็กน้อย เจ็บหน้าอก เจ็บปวดกระดูก หรือบางรายมีอาการอัมพาตของแขนขาเกิดขึ้น (กรีซ โพธิ์สุวรรณ, 2545) สำหรับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ก็ยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากได้อีกด้วย (วรวิมล เจริญศิริ, 2551) นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งในกระเพาะอาหารในผู้ที่สูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 1.5-3 เท่าและผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดมะเร็งปากมดลูกกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ 3.42 เท่า เมื่อวิเคราะห์ปริมาณนิโคตินที่ปากมดลูกพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก (วีรวรรณ เด็กสกุลไชย, 2550)

1.2.4 ระบบทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงมากมาย และมีการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆ รวมทั้งระบบอาหาร โรคทางเดินอาหารที่สัมพันธ์กับบุหรี่ คือ การสูบบุหรี่จะทำให้เกิดมะเร็งในช่องปากและหลอดอาหาร มากกว่า 80% ของผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากและหลอดอาหารเกิดจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดโรคแผลในกระเพาะอาหาร เกิดการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) ได้ง่าย เชื้อดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรคกระเพาะอาหาร และสารเคมีในบุหรี่ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการดัดแปรพันธุกรรมในกระเพาะอาหาร เกิดการระคายเคือง การอักเสบของเยื่อบุกระเพาะอาหาร ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารมากขึ้นเป็น 2 เท่าและ เสียชีวิตด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหารถึง 3 เท่า (สุรพจน์ วงศ์ใหญ่, 2551) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้ตับอ่อนไม่สามารถสร้างต่างได้มากพอ กรดที่มาจากกระเพาะจึงมีความเป็นกรดมากจึงทำให้เกิดแผลโดยเฉพาะแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น duodenal ulcer และจะหายยากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบโรคทางเดินอาหารที่สัมพันธ์กับบุหรี่มี ได้แก่ Heartburn หรือคนไทยเรียกร้อนใน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการจุกหน้าอก เกิดจากการที่บุหรี่ทำให้หลอดที่กั้นระหว่างกระเพาะและหลอดอาหารหย่อนตัว กรดจากกระเพาะล้นเข้าไปยังหลอดอาหารทำให้เกิดการอักเสบและการสูบบุหรี่จะทำให้ตับมีความสามารถในการกำจัดของเสียลดลง

1.2.5 ผลของบุหรี่ต่อระบบสืบพันธุ์ ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่ที่จะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ ส่วนในผู้ชายที่สูบบุหรี่จะทำให้ขนาดของอวัยวะเพศเล็กลง และเสื่อมสมรรถภาพ มีการหดตัวของอวัยวะเพศจากการสูบบุหรี่ และพบว่าการสูบบุหรี่จะเป็นตัวกระตุ้นไขมันในร่างกายนี้นอกหรือเกาะผนังหลอดเลือดเร็วขึ้น ผลก็คือ เส้นเลือดจะมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง ที่พบเห็นบ่อย คือ โรคหัวใจ ในส่วนอวัยวะเพศเองก็มีหลอดเลือดอยู่มากมาย ผลจากการสูบบุหรี่ที่เป็นตัวเร่งการเกาะตัวตามผนังหลอดเลือดของไขมัน ซึ่งจะมีผลกับอวัยวะเพศด้วยเช่นกัน เมื่อไขมันพอกตัวกับหลอดเลือดบริเวณอวัยวะเพศจนเส้นผ่าศูนย์กลางหลอดเลือดมีขนาดเล็กลง การไหลเวียนของโลหิตก็จะติดขัด กรณีที่หลอดเลือดอุดตัน

หรือมีขนาดเล็กลง การไหลเวียนโลหิตที่จะไหลเข้าสู่อวัยวะเพศก็เป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยลักษณะของอวัยวะเพศมีความยืดหยุ่น มีเนื้อเยื่อคล้ายฟองน้ำ หากหลอดเลือดมีไขมันเกาะกันอยู่เป็นจำนวนมาก การไหลเวียนของโลหิตก็จะเข้าไปคั่งในเนื้อเยื่อได้จำนวนน้อย เมื่อหลอดเลือดเข้าไปอยู่ในเนื้อเยื่อที่มีคุณสมบัติคล้ายฟองน้ำได้น้อย ขนาดของอวัยวะเพศก็เล็กลงด้วย ปัญหาที่จะเกิดขึ้นนอกจากจะมีผลต่อสมรรถภาพทางเพศและขนาดอวัยวะเพศเล็กลงแล้ว ยังมีผลไปถึงครอบครัว เพราะเมื่อเกิดการหดตัวและสมรรถภาพทางเพศเสื่อมลง ความมั่นใจในความเป็นชายก็จะขาดหายไปด้วย จนเกิดปัญหาทำให้ครอบครัวแตกแยกได้ (นริศ เจนวิริยะ, 2551)

1.2.6 ผลของบุหรี่ต่อระบบและประสาทการรับฟังเสียง

เนื่องจากการสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงช่องหู สารนิโคตินจะทำลายเซลล์ขนอ่อนในช่องหูชั้นใน ซึ่งมีหน้าที่แปลงสัญญาณคลื่นเสียงให้กลายเป็นคลื่นไฟฟ้า เพื่อส่งต่อไปยังกระบวนการรับรู้ของสมอง จึงมีผลทำให้ระบบและประสาทการรับฟังเสียง บกพร่อง (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551)

1.2.7 ผลร้ายต่อเด็กในครรภ์ และทารก ผู้ที่

สูบบุหรี่วันละซองโดยเฉพาะที่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 18 ปีจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นหมัน ครรภ์นอก มดลูก และยังเพิ่มอัตราการตายในทารก การสูบบุหรี่จะไปลดกรดโฟลิก กรดโฟลิกจะมีส่วนช่วยป้องกันความพิการแต่กำเนิด ลูกที่เกิดจากแม่ที่สูบบุหรี่มักจะมีน้ำหนักตัวเด็กเมื่อแรกเกิดต่ำกว่าเด็กที่มารดาไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยทารกที่เกิดจากหญิงที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่าปกติถึง 200 กรัม ที่อายุครรภ์ขณะคลอดเท่ากัน หรือเมื่อคลอดครบกำหนดจะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2.5 กิโลกรัม (วีรวรรณ เล็กสกุลไชย, 2550) ระยะเวลาการตั้งครรภ์สั้นลง มีผลทำให้เด็กคลอดก่อนกำหนดโดยมารดาที่สูบบุหรี่ประมาณ 1-9 มวนต่อวัน และมารดาที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 มวนขึ้นไปต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบกับคนไม่สูบบุหรี่ อัตราเสี่ยงต่อการคลอดลูกก่อนกำหนดในมารดาที่สูบบุหรี่ จะเพิ่มขึ้น 1.9 และ 2.6 เท่า ตามลำดับอันเป็นผลจากการที่ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเวลา ตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ รวมทั้งคลอดก่อนเวลาโดยไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2547) และมีโอกาสเสียชีวิตได้มาก อัตราการแท้งสูงขึ้น และค่อนข้างจะเรื้อรังกว่าปกติ มีความพิการแต่กำเนิด ลดคุณภาพของน้ำนม ทั้งนี้เนื่องจากบุหรี่มีสารเคมีหลายชนิดที่มีอันตรายผ่านรกและสายสะดือไปยังตัวเด็ก ซึ่งมีผลกระทบต่อสมองเด็ก ระบบไหลเวียนของรก ทำให้ลูกในครรภ์ได้รับออกซิเจนหรือสารอาหารที่ผ่านรกน้อยลง ลูกที่คลอดออกมาจึงตัวเล็กผิดปกติ และสมองมี

ขนาดเล็กเซลล์สมองก็น้อยตามไปด้วย ทำให้การทำงานของสมองด้อยประสิทธิภาพ มีผลกระทบต่อการเรียนรู้หรือไอคิวของเด็ก เด็กมีการเรียนรู้ค่อนข้างช้ากว่าเด็กปกติ

นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่เกิดจากแม่ที่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ เมื่อโตขึ้นจะมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ติดบุหรี่หรือยาเสพติด ก่ออาชญากรรมหรือติดคุกมากกว่าเด็กที่เกิดจากแม่ที่ไม่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์

1.2.8 ผลของบุหรี่ต่อผิวหนังและริมฝีปาก ผู้สูบบุหรี่จะเกิดรอยเหี่ยวย่นบนใบหน้ามากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า และถ้าเป็นคนสูบบุหรี่จัด โอกาสที่ใบหน้าจะเหี่ยวย่นก่อนวัยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.7 (มหาวิทยาลัยยูทาห์ สหรัฐอเมริกา; 2250) ใบหน้าของผู้สูบบุหรี่มานานชั่วระยะเวลาหนึ่ง จะมีริ้วรอยลึกที่สังเกตได้ง่าย และมักจะมีผิวสีหมองคล้ำมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยผู้ที่สูบบุหรี่จัด (มากกว่า 20 มวนต่อวัน) จะมีผิวหนังเหี่ยวย่นก่อนวัย ซึ่งริ้วรอยที่เหี่ยวย่นมักปรากฏเป็นรอยตีนกาที่หางตา และเป็นรอยเหี่ยวย่นที่มุมปาก สำหรับริมฝีปากของผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะมีสีคล้ำกว่าปกติจนถึงสีเขียวคล้ำ ทั้งนี้เพราะไอร้อนและแก๊สพิษในควันบุหรี่ทำให้ผิวหนังที่สัมผัสเกิดอาการแสบก้ำร้อน แดง และระคายเคือง สารนิโคตินในบุหรี่จะดูดซึมผ่านผิวหนังไปทำอันตรายหลอดเลือดและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันทำให้เส้นเลือดฝอยทั่วร่างกายหดตัวตลอดเวลา ขาดเลือดไปเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้น และทำให้มีการสร้างคอลลาเจน (collagen) ลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังจึงลดลง ความสามารถในการรักษารูปทรงหรือความเต่งตึงจึงสูญเสียไป ทำให้เกิดรอยเหี่ยวย่นตามผิวหนังเร็วขึ้น (วิจรรณ เล็กสกุลไชย, 2550)

1.2.9 การสูบบุหรี่กับสุขภาพในช่องปาก การสูบบุหรี่ส่งผลเสียมากมาย ที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ กลิ่นปาก คราบสีน้ำตาลติด ตามเหงือก และฟัน ซึ่งเป็นสิ่งที่สัมผัสได้ แต่ความจริงแล้วบุหรี่จะมีผลเสียมากกว่านั้น นั่นคือ ความร้อน จากควันบุหรี่ที่ดูดเข้าปาก จะมีอุณหภูมิสูง อาจมีผล ต่อเนื้อเยื่อทั่วทั้งปาก ในลักษณะกระตุ้น ให้มีการหนาตัวของเยื่อเหงือกในช่องปากที่ผิดปกติ อาจก่อให้เกิดมะเร็งในช่องปากได้ เกิดคราบสีบนตัวฟัน วัสดุอุดหรือครอบฟัน เกิดกลิ่นปาก การรับรู้รสชาติเปลี่ยนไป ส่งผลให้เกิดโรคฟันผุในรากฟัน (อิทธิพล สูงแข็ง, 2551) เนื้อเยื่อเหงือกไม่แข็งแรง โดยเฉพาะความสามารถการยึดเกาะคอฟันและกระดูกจะลดลง นำมาซึ่งอาการ เหงือกอักเสบ รากฟันจะถูกเปิดออกมา คนที่สูบบุหรี่จึงมักจะมีอาการเสียวฟันมาก เมื่อฟันสัมผัสกับอาหารร้อนๆ หรือน้ำเย็นๆ การที่รากฟันโผล่ ไม่ใช่แต่จะทำให้เสียวฟันเท่านั้น แต่มันยังทำให้รากฟันผุได้ง่ายขึ้นด้วย ซึ่งยากต่อการซ่อมแซมแก้ไข เหมือนฟันที่ตัวฟันโดยทั่วไป การสูบบุหรี่จึงบั่นทอนและทำให้แผลหายช้าลง หากมีการถอนฟันหรือผ่าตัด ในช่องปาก โดยเฉพาะผู้ที่ทำการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม คนที่สูบบุหรี่จะมี ความเสี่ยงที่รากฟัน

เทียมจะหลุดได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ อีกอย่างที่คนสูบบุหรี่ มักไม่ค่อยทราบคือ การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นปาก และก่อให้เกิดการเกาะของ หินปูนง่ายขึ้น มีควาบสีดำติดที่ฟันและลิ้น (พจนารถ พุ่มประกอบศิริ, 2550) นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้เชื้อโรคในช่องปาก มีการเปลี่ยนแปลงอาจมีปริมาณมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ หรือโรคปริทันต์อักเสบง่าย

ซึ่งการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อการเกิดโรคปริทันต์มีผลต่อร่างกายทั้งผลเฉพาะที่และผลทางระบบ โดยเฉพาะคือ นิโคตินและสารประกอบเคมีอื่นๆ จะถูกดูดซึมผ่านทางผิวหนัง มีผลให้ไฟโบรบลาสต์ (Fibroblast) ของเหงือกเพิ่มการทำงานของเซลล์สูงขึ้น ในขณะที่ความสามารถในการสร้างคอลลาเจน (Collagen) ลดลง การยึดของเหงือกกับผิวหนังจึงลดลง จากรายงานการวิจัยงานสารปริทันต์ พบว่าความล้มเหลวในการปลูกกระดูกเข้าฟันและการปลูกเนื้อเยื่อในผู้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ

กล่าวได้ว่า การสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งในการกำหนดความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการรักษาโรคปริทันต์ และการฝังรากเทียมนิโคตินในบุหรี่ยังมีผลทางระบบคือ ยับยั้งการทำงานของนิวโตรฟิล (Neutrophil) ลดภูมิคุ้มกันของร่างกาย และเพิ่มการหดตัวของเส้นเลือดฝอยรอบนอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเส้นเลือดฝอยบริเวณเหงือก คาร์บอนมอนอกไซด์ในควันบุหรี่เข้าไปลดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทำให้การเคลื่อนตัวของเม็ดเลือดขาวช้าลง ลดความสามารถทำลายเชื้อแบคทีเรียในร่องเหงือก และมีผลยับยั้งการทำงานของโพลีมอร์โฟนิวเคลียร์ลิมโฟไซด์ (Polymorphonuclear Lymphocyte PMNs) การสร้างเอนไซม์ไลโซซอมอล (Lysosomal Enzyme) ลดลง เป็นผลให้บริเวณชั้นผิวหน้าของเนื้อเยื่อปริทันต์ไม่แสดงลักษณะอักเสบ เช่น เหงือกแดง และเลือดออกตามไรฟัน (กนิกันต์ บุญเพิ่ม, 2550)

1.2.10 การสูบบุหรี่กับโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ บุหรือนอกจากจะทำให้เกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดยังก่อให้เกิดโรคข้อและกระดูก นั่นก็คือโรคกระดูกพรุน การสูบบุหรี่จะลดเลือดที่ไปเลี้ยงกระดูก นิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ยังลดการสร้างกระดูกและลดการดูดซึมแคลเซียมทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโรคกระดูกพรุน กระดูกหักง่ายโดยเฉพาะกระดูกสะโพก กระดูกสันหลังและกระดูกข้อมือ การสูบบุหรี่ในช่วงวัยที่ร่างกายกำลังสร้างมวลกระดูก (หรือช่วงก่อนอายุ 30 ปี) จะทำให้ระดับมวลกระดูกสูงสุด (peak bone mass) นั้นต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุนต่อมา ส่วนการสูบบุหรี่ในช่วงหลังอายุ 30 ปีนั้น จะเร่งให้เกิดการสูญเสียมวลกระดูกเร็วขึ้น 1.5-2 เท่า โดยทั่วไปจะมีผลต่อกระดูกทุกส่วนของร่างกาย และโดยปกติแล้ววิตามินดีจะช่วยกระดูกในการดูดซึมแคลเซียม แต่การสูบบุหรี่จะรบกวนใช้วิตามินดีของร่างกายจึงทำให้แคลเซียมที่จะสร้างกระดูกให้แข็งแรงเหลือน้อยลง จึงส่งผลให้กระดูกเริ่มเปราะบาง(มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่,2551) เกิดการอักเสบของข้อและกระดูกจากการ

ออกกำลังได้ง่าย มีการฉีกของเอ็นและกล้ามเนื้อ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้ ระดับฮอริโมนเอสโตรเจน ทั้งในเพศหญิงและเพศชายลดลง ซึ่งเอสโตรเจนนี้มีความสำคัญในการสะสมแคลเซียมและแร่ธาตุอื่นๆ ที่ช่วยทำให้กระดูกแข็งแรง

1.2.11 โรคอัลไซเมอร์ในคนสูบบุหรี่

ผู้สูบบุหรี่

บุหรี่มีความเสี่ยงต่อการที่ภาวะสมองถูกทำลาย หรืออาจเป็นโรคอัลไซเมอร์ สูงกว่าคนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า โดยโรคอัลไซเมอร์จะเกิดขึ้นได้กับผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น และพบว่าหากผู้สูบบุหรี่มี อโป เอ ยีน (ApoE A Gene) จะไม่มีผลต่อความเสี่ยงของโรคอัลไซเมอร์ เพราะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในสมอง เป็นไปได้ว่าผู้สูบบุหรี่ที่มี อโป เอ ยีน อาจตายตั้งแต่อายุยังน้อย หรือมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานพอที่จะเป็นโรคอัลไซเมอร์ เพราะตายเนื่องจากเกิดโรคอื่นๆ จากการสูบบุหรี่ และพบว่า การสูบบุหรี่เพิ่มโอกาสสูญเสียความจำในผู้ใหญ่วัยกลางคน

1.2.12 ผลของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียง การสูบบุหรี่นั้นนอกจากจะมีผลต่อผู้สูบบุหรี่

โดยตรงแล้วยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในบรรยากาศของควันบุหรี่สูดเอาพิษจากควันบุหรี่เข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตรายเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ การรับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูดจำนวน 20 มวน ในห้องที่ไม่มีอากาศถ่ายเท ประมาณครึ่งชั่วโมงจะทำให้ ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องหายใจเอาควันบุหรี่เข้าไปเป็นปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 มวน ซึ่งผลกระทบของบุหรี่ที่มีต่อคนข้างเคียงได้แก่ การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ทำให้เด็กป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบ ปอดบวม หอบหืด หูชั้นกลางอักเสบเพิ่มมากขึ้น (สุรพจน์ วงศ์ใหญ่, 2551) และผู้หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดจะเพิ่มสูงขึ้นทุกๆ ครั้ง ที่สูดเอาควันบุหรี่เข้าไปในปอด คาร์บอนมอนอกไซด์จะเข้าไปแทนที่ออกซิเจนในเลือด ทำให้ออกซิเจนในเลือดน้อยลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ส่วนนิโคตินในบุหรี่นั้น จะมีผลทำให้ผนังเส้นเลือดตีบแคบลง เป็นผลให้อัตราการเต้นของหัวใจมารดาสูงขึ้น ในขณะที่เดียวกันอัตราการเต้นของหัวใจทารกก็สูงขึ้นด้วย เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดผ่านทางรกขณะที่มารดาสูบบุหรี่นั้นลดลงจากฤทธิ์ของสารนิโคติน โดยสรุปแล้ว หญิงมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ จะทำให้น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์เพิ่มน้อยกว่าปกติ และมีโอกาสแท้งคลอดก่อนกำหนด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอดมากเป็น 2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ ทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำและรกลอกตัวก่อนกำหนดมากขึ้น เด็กที่คลอดจากมารดาที่สูบบุหรี่ จะมีน้ำหนักและความยาวน้อยกว่าปกติ พัฒนาการด้านสมองช้ากว่าปกติ อาจมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท มีระยะเวลาความสนใจสั้น พฤติกรรมไม่สงบนิ่ง และมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจได้มากจนไปถึงอายุ 5 ขวบ และในการศึกษาของคณะวิจัยมหาวิทยาลัยมินเนโซตา เมืองบอสตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ตรวจพบว่า มีสารนิโคตินในเด็ก

ทารกที่เพิ่งคลอดจากมารดาที่สูบบุหรี่ แสดงว่าทารกได้สารเคมีที่เกิดจากพิษของบุหรี่ผ่านมารดาตามรกเข้าไป ในครรภ์ตั้งแต่แรกเกิด โดยปริมาณสารเคมีที่วัดได้ในตัวทารกมีประมาณ ร้อยละ 10 ของปริมาณสารเคมีที่มี อยู่ในปัสสาวะของผู้ที่ใหญ่ที่สูบบุหรี่นอกจากนี้ผู้สมรสของผู้สูบบุหรี่ ก็มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่ สมรสที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า โดยมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี ส่วน คนทั่วไปที่ได้รับ คอวบบุหรี่จะทำให้เกิดอาการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการ หอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ก็จะทำให้มีอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น (สถาบันควบคุมการบริโภค ยาสูบ, 2551)

1.2.13 ผลกระทบของบุหรี่ต่อเศรษฐกิจ

การ

สูบบุหรี่ไม่ใช่มีผลกระทบต่อผู้สูบและบุคคลรอบข้างเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจของ ประเทศ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันอุตสาหกรรมยาสูบเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญแหล่งหนึ่งของรัฐ แต่รัฐบาลต้อง จ่ายงบประมาณจำนวนมากในการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ซึ่งอัตราการ เจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้มีเพิ่มขึ้นทุกภาคทั่วประเทศไทย รวมทั้งอัตราการตายก็สูงขึ้นโดยมีผู้เสียชีวิต จากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 5 ล้านคน ที่ผ่านมามีคนไทยต้องเสียชีวิตอย่างทุกข์ทรมาน ด้วยโรคที่เกิดจากการ สูบบุหรี่ ที่สำคัญคือโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ปีละ 52,000 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน และต้องสูญเสียเงินรักษาผู้ เป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 3 โรคหลัก ได้แก่ มะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง รวมปีละไม่ต่ำกว่า 50,000 ล้านบาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และจากการศึกษาเปรียบเทียบ ค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและ อนาคต ทางด้านสุขภาพของโรค ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546-2550 พบว่ารัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ดังนี้ โรคถุงลม โป่งพอง 8,746,235,942 บาท โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน 2,725,124,874 บาท โรคมะเร็งปอด 3,707,419,399 บาท จากผลการประเมินและคาดการณ์ค่าใช้จ่ายของทั้ง 3 โรค จากปี 2542-2550 และรายรับ จากการเก็บภาษีบุหรี่ของภาครัฐ จากปี 2542-2550 พบว่า ค่าใช้จ่ายของ 3 โรค นั้น เริ่มเพิ่มสูงกว่ารายรับ ของภาครัฐ จากภาษีบุหรี่ในปี 2543 และเพิ่มมากขึ้นในปีถัดมา และต่อไปในอนาคต แสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายของเพียง 3 โรค มีแนวโน้มสูงกว่ารายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ในอนาคต(สถิกรร พงศ์พานิช, 2550)

นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.25 ซึ่อบุหรี่เป็นมวน โดยร้อยละ 93.6 ของ เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถซื้อบุหรี่ได้ง่าย โดยที่ผู้ชายไม่ขอดูบัตรประชาชน ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 91 เป็นการซื้อจากร้านค้าใกล้บ้าน คิดเป็นมูลค่าการใช้จ่ายวันละ 12.58 บาทต่อวัน ดังนั้น เมื่อรวมค่าใช้จ่าย

บุหรืของเยาวชนทั้งประเทศสูงถึงวันละ 20.3 ล้านบาท เยาวชนเหล่านี้ร้อยละ 2.19 เป็นการสูบบุหรืเถื่อนที่ไม่มีภาพคำเตือน เป็นผลให้รัฐต้องสูญเสียรายได้จากภาษีบุหรืถึงวันละ 6.9 ล้านบาท หรือไม่ต่ำกว่า 2,500 ล้านบาทต่อปี (ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย, 2551) การสูญเสียรายได้ของรัฐบาลเหล่านี้ ชี้ให้เห็นว่าประเทศสูญเสียเงินไปกับบุหรืเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรื

สาเหตุของการสูบบุหรืในคนทั่วไป สุภา มาลากุล ณ อยุธยา (อ้างในวันเพ็ญ ทาราตี, 2533) ได้แบ่งสาเหตุที่ทำให้คนติดบุหรื 3 ประการ คือ เหตุกระตุ้น ความเครียดอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางกายใจ และสังคมของบุคคล เช่น การแสดงออกในที่สาธารณะ ทำให้เกิดการประหม่า บุคคลเหล่านี้คิดว่าการสูบบุหรืช่วยให้หายประหม่า เหตุสนับสนุน การหาซื้อได้สะดวก ง่ายตาย พ่อแม่สูบบุหรื เพื่อนสูบบุหรืกันมาก การโฆษณา อยากรเด่นดัง เช่น เลียนแบบดาราศิลปินชื่อดัง ทำให้อยากเป็นดาราทำตาม

การวิเคราะห์สาเหตุของการสูบบุหรืในทางพฤตินิสัย สรุปลักษณะของการสูบบุหรืได้ดังนี้ การเอาแบบอย่าง โดยบุคคลมักจะมีกลุ่มอ้างอิงเสมอในแง่ความคิด ความรู้สึกและการกระทำ ทั้งนี้เพราะบุคคลต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และต้องการยอมรับจากกลุ่ม ดังนั้นเมื่อกลุ่มอ้างอิงการสูบบุหรืของบุคคลในกลุ่มนั้นย่อมจะสูบบุหรืตามไปด้วย การอยากลองทำ การอยากตามผู้อื่นในสังคมเริ่มตั้งแต่สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง ครู ดารา นักร้อง และผู้นำกลุ่มต่างๆ กิจกรรมทางสังคมก็เป็นสาเหตุหนึ่ง เมื่อมีการรวมกลุ่มในสังคม เช่นเดียวกับธรรมเนียมชุมชนไทยแต่โบราณที่ใช้บุหรื หมายน้ำ เป็นสิ่งต้อนรับผู้ที่มาเยือน กลไกการปรับตัวก็เป็นสาเหตุหนึ่ง โดยบุคคลจำนวนมากใช้การสูบบุหรืเป็นทางออกของความตึงเครียดทางอารมณ์ โดยอ้างว่าการสูบบุหรืจะระงับอาการเหล่านี้ และการที่บุหรืมีจำหน่ายโดยทั่วไป การโฆษณาทางสื่อมวลชน มีส่วนทำให้คนสูบบุหรืได้สะดวก และมีการสูบบุหรืมากขึ้น

2.1 ปัจจัยส่งเสริมทำให้คนสูบบุหรื

2.1.1 สารนิโคติน บุหรืใช้ใบยาสูบซึ่งมีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบอยู่ตามธรรมชาติ ร้อยละ 85 - 95 ของสารแอลคาลอยด์ทั้งหมด ขึ้นอยู่กับชนิดของใบยาสูบ โดยสารนิโคตินสามารถกระตุ้นส่วนสมองที่เกี่ยวข้องกับความอยาก ความสุขสม รวมทั้งเป็นการเสพติด (องค์การอนามัยโลก; 2550) เนื่องจากผู้สูบบุหรืที่มีความต้องการอยากทดลอง เมื่อทดลองแล้วทำให้ต้องการสูบบุหรืซ้ำ กลิ่นของยาสูบ

ไปเชื่อมต่อการหลั่งโดปามีน (Dopamine) ในสมอง โดยนิโคตินมีผลโดยตรงต่อสมองทำให้รู้สึกเป็นสุข เกิดความต้องการสูบบุหรี่หรือผู้สูบบุหรี่ก็มักต้องการความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เมื่อมีการสูบ แล้วเกิดความรู้สึกหรืออารมณ์ในทางที่ดีจึงต้องการสูบบุหรี่ซ้ำอีก ซึ่งเป็นอาการที่คล้ายคลึงกับการได้รับสารเสพติดและความรู้สึกพึงพาสารที่อยู่ในสิ่งเสพติดอื่นๆไม่มีสารเสพติดตัวอื่นใดที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเสพติดอย่างมากมายเท่ากับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ (ทัศนาศ นุญทอง, 2550) และนิโคตินยังเป็นยาเสพติดซึ่งผู้เสพติดแล้วต้องใช้เวลาและทุกวัน ยกเว้นเวลาอนหลับ มีฤทธิ์ด้านดีคือ กระตุ้นต่อมพิทูอิทารีและอะดรีนัลให้เกิดความรู้สึกคลายเครียด และควบคุมน้ำหนักตัว แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ ฤกษ์ลมโป่งพองได้ เมื่อสูดควันบุหรี่เข้าไป สารนิโคตินจะเข้าสู่ร่างกาย โดยร้อยละ 95 จะจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจะดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิต เมื่อใดที่ระดับของสารนิโคตินลดลงจากที่เคยมีอยู่ในร่างกาย ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนมวนบุหรี่ที่ผู้สูบสูดต่อวัน จะทำให้เกิดอาการขาดสารนิโคตินคือ ภาวะถอนยา หงุดหงิด ขาดสมาธิ ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย ชีพเสีร้าง่วง มีนิโคตินสะสมในสมองและหัวใจ บางคนนอนไม่หลับ และบางคนมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ครั่นเนื้อครั่นตัว ถ้าผู้สูบบุหรี่ไม่มีความตั้งใจแน่วแน่ในการเลิกสูบ ก็จะวนกลับไปสูบบุหรี่อีกเพื่อระงับอาการเหล่านี้

2.1.2 เพศ จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พบว่าผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 22 เท่า คือ ร้อยละ 41.7 และ 1.9 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของผู้ชายเป็นเพศที่ชอบความท้าทาย น่าตื่นเต้น และสนุกสนานต้องการที่จะทำตัวให้ดูดีที่สุดในสายตาของเพศตรงข้ามและสายตาของกลุ่มเพื่อน คิดว่าตนเองเป็นเพศที่หนักแน่นกว่าผู้หญิง การสูบบุหรี่ก็เป็นสิ่งที่ทำให้ตนดูดี ดูเท่ แสดงความเป็นชายที่แท้จริง โดยผู้ชายที่ชอบกีฬาที่ท้าทาย มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่เป็น 2 เท่าของเด็กผู้ชายที่ไม่สนใจกีฬาเหล่านี้ บุคคลที่มีบุคลิกภาพขาดความมั่นใจในตนเอง ประหม่าง่าย วิดกกังวล จะมีความเสี่ยงสูงต่อการสูบบุหรี่ และบุคคลที่ชอบความก้าวร้าวรุนแรง ไม่เกรงใจ ไม่เคารพในสิทธิผู้อื่น ไม่รู้สึกผิดในสิ่งที่ตนกระทำต่อผู้อื่น บุคคลกลุ่มนี้ก็มีความเสี่ยงต่อการเสพติดบุหรี่เช่นกัน ในเด็กวัยรุ่นชายที่กำลังริเริ่มสูบบุหรี่หรือบางคนสูบบุหรี่ติดเป็นนิสัยคือ มีบุหรี่พกติดตัวอยู่เสมอ สูบทุกวันและสูบมาประมาณ 1 ปี ซึ่งเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าติดบุหรี่ ส่วนผู้ที่ริเริ่มสูบบุหรี่ คือ เริ่มรับบุหรี่จากเพื่อนเพื่อเข้าสังคมหรืออยู่ในกลุ่มของเพื่อนที่มีหรืออยู่ในตัวประจำ หรือซ่อนไว้เพื่อหยิบได้ รวมกลุ่มกันสูบบุหรี่ เมื่อพบปะกันอาจจะเป็นวันละ 1-2 มวน หรือ สัปดาห์ละ 3-4 มวน สูบมาน้อยกว่า 3 เดือน ถึง 6 เดือน ให้เหตุผลต่าง ๆ ว่าสูบบุหรี่เพื่อเข้าสังคม เพื่อให้หายกลุ้มใจ เด็กที่ติดบุหรี่ส่วนมากเพื่อนมักเป็นบุคคลแรกที่ให้บุหรี่ บุคคลอีกพวก

หนึ่งคือ บิดามารดาที่สูบบุหรี่มักมีลูกสูบบุหรี่ เพราะเห็นว่าสูบบุหรี่มาตลอดชีวิตแล้วยังไม่เห็นอันตรายเกิดขึ้น

จากการจัดโครงการค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่ พบว่า เยาวชนกลุ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 99 ซึ่งถือว่ามีจำนวนมาก และเพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่มากเป็น 67.57 เท่า ของ ซึ่งสอดคล้องผู้หญิง ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจและการศึกษาที่ผ่านมา อาทิสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2549 ซึ่งพบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่เท่ากับ 9.0 ล้านคน ในขณะที่วัยรุ่นหญิงมีอัตราสูบบุหรี่เท่ากับ 5 แสนกว่าคน จากทั้งหมด 9.5 ล้านคน ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งยั่วยุต่อเพศชายในสังคมปัจจุบันมีมาก บุหรี่มีการวางจำหน่ายอย่างกว้างขวาง หาซื้อได้ทั่วไป และถึงแม้ว่าบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดีในสายตาของบุคคลส่วนใหญ่ในสังคม แต่บุหรี่ยังมีใช้สิ่งผิดกฎหมาย(ศรัทธา เบญจกุล, 2549) นอกจากนี้เพศชายจะพฤติกรรมส่วนตัว เจตคติ ค่านิยม ความรู้สึกนึกคิด และสังคมต่างกัน การสูบบุหรี่ของเพศชายเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงสังคมเป็นผู้ใหญ่ และมีอำนาจที่มีเหนือเพศหญิงและเด็ก ทั้งนี้ผู้ชายที่สูบบุหรี่จะมีการยอมรับของสังคมมากกว่า และด้วยลักษณะเฉพาะของวัยรุ่นเพศชายเป็นวัยอยากรู้ อยากลอง วัยของความต้องการและการยอมรับในกลุ่มเพื่อนและในสังคม วัยที่ต้องการแสดงออกซึ่งตัวตนอย่างเต็มที่และวัยที่ยิ่งห้ามเหมือนยิ่งยุ

ดังนั้นการสูบบุหรี่จึงอาจเป็นหนทางที่วัยรุ่นเพศชายนำมาใช้บ่อยที่สุดเพื่อแสดงออกซึ่งความเป็นชาย และ ตอบสนองความคึกคะนองแห่งวัย (ปรียาพร ชูเอียด และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2549)

2.1.3 อายุ จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2549) พบว่ากลุ่มประชากรที่มีอายุในช่วง 25-40 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด ซึ่งมีจำนวน 3,732,242 จากทั้งหมด 9,535,484 คน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์การสูบบุหรี่ของสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ผลสรุปการสำรวจการสูบบุหรี่ของประชากรไทยตั้งแต่ปี 2519 ถึง 2544 พบว่ากลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 25-49 ปี มีสัดส่วนการสูบบุหรี่สูงกว่าช่วงอายุอื่น คือ ร้อยละ 21.3 ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ร้อยละ 18.2 และกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปีสูบบุหรี่ร้อยละ 10.9 และสอดคล้องกับโครงการสำรวจการสถานการณ์บริโภคยาสูบเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งพบว่า ผู้ที่บริโภคยาสูบมีอายุอยู่ในระยะผู้ใหญ่ตอนต้น (21-40ปี) และระยะผู้ใหญ่ตอนปลาย (41-60ปี) ซึ่งการที่ประชากรกลุ่มนี้มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด เนื่องจากประชากรเป็นวัยที่มีรายได้เป็นของตนเอง จึงมีอำนาจในการซื้อบุหรี่หรือยาสูบเพื่อบริโภคได้เอง (ศรัทธา เบญจกุล, 2550)

2.1.4 **ระดับการศึกษา** จากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราในประชาชน จังหวัดเพชรบุรี พบว่าระดับการศึกษามีปัจจัยพื้นฐานหรือลักษณะชีวสังคม เรื่องหนึ่งที่มีผู้สูบบุหรี่ โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (ระดับประถมศึกษา) สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง (วิไลรัตน์ เดียวกุล, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจการบริโภคของ ทศนา บุญทอง ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.0) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ เกษตรกร ซึ่งเป็นลักษณะที่เห็นได้ทั่วไปในสังคมชนบท ที่ผู้บริโภคมักมีอาชีพรับจ้างหรือเกษตรกรและการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เพราะประชากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ใช้แรงงาน มีรายได้ไม่มาก การศึกษาน้อยทำให้ขาดความรู้ ในการพิจารณาถึงผลเสียของการสูบบุหรี่อย่างถี่ถ้วน นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง โดยจากการจัดนโยบายการรณรงค์เพื่อลดการบริโภคยาสูบ ซึ่งผลการจัดโครงการพบว่า ได้ผลดีค่อนข้างดีกว่า สำหรับผู้ที่มีการศึกษาสูง และไม่ค่อยได้ผลนักสำหรับผู้ที่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำกว่า (วิชัย โชควิวัฒน์ และคณะ, 2550) จึงเห็นได้ว่าระดับการศึกษาก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

2.1.5 **สภาพแวดล้อม** สถานที่ทำงานที่มีผู้สูบบุหรี่จำนวนมาก มีความเสี่ยงสูงที่จะกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ได้ยาก โรงเรียนที่มีครูอาจารย์สูบบุหรี่ก็จะมีความเสี่ยงที่นักเรียนนักศึกษาจะสูบบุหรี่มากขึ้น ทั้งนี้ ผู้ที่ติดบุหรี่ส่วนใหญ่จะเริ่มสูบบุหรี่ก่อนจบชั้นมัธยมศึกษา หมายความว่าถ้าเยาวชนคนไหนไม่เคยสูบบุหรี่ในระหว่างที่เรียนชั้นมัธยมศึกษา เยาวชนคนนั้นก็จะมีแนวโน้มเป็นคนที่ไม่สูบบุหรี่ เยาวชนที่สูบบุหรี่จะส่งผลให้มีผลการเรียนต่ำกว่าที่เคยเป็น และมีแนวโน้มที่จะติดกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกัน นอกจากนี้ ยังมีผลเสียต่อบุคลิกภาพ กลายเป็นคนไม่แข็งแรง และไม่มั่นใจในตนเอง (ประกิต วาทีสาธกกิจ และกรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2550) นอกจากนี้พบว่า การหาซื้อบุหรี่ได้ง่าย ซึ่ง สามารถหาซื้อได้ทุกสถานที่ ทุกเวลา ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้มีการสูบบุหรี่มาก

2.2 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ทำให้สูบบุหรี่

2.2.1 **ความอยากลอง** เป็นธรรมชาติของผู้ชายที่ความอยากลองเป็นเรื่องที่ทำท่าย นำ ตื่นเต้น และสนุกสนาน ถึงแม้จะทราบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพก็ตาม และบวกกับความคิดว่า ผู้ชายต้องการที่จะทำตัวให้ดูดีที่สุดในสายตาของเพศตรงข้ามและสายตาของกลุ่มเพื่อน คิดว่าตนเองเป็นเพศที่หนักแน่นกว่าผู้หญิง จึงสามารถทำอะไรก็ได้ สังคมไม่ได้บังคับเหมือนอย่างเพศหญิง การสูบบุหรี่ก็เป็นสิ่งที่ทำให้ตนดูดี ดูเท่ แสดงความเป็นชายที่แท้จริง และจากสถานภาพสังคมที่เหนือกว่า จึงทำให้ผู้ชายมอง

ว่าไม่ได้เสียหายอะไรที่จะสูบบุหรี่ ซึ่งแตกต่างจากผู้หญิงที่สังคมคาดหวังว่าต้องเรียบร้อยเป็นกุลสตรี
อ่อนหวานไม่เหมาะที่จะมาสูบบุหรี่ จึงเป็นส่วนน้อยที่จะเห็นผู้หญิงสูบบุหรี่ และเนื่องจากเพศชายเป็นเพศที่
ต้องออกทำงานนอกบ้าน เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว บางครั้งเกิดความเครียดขึ้น จากการได้รับอิทธิพลจาก
กลุ่มคนในสังคมว่าการสูบบุหรี่ เป็นการคลายเครียด จึงทำให้ผู้ชายหันมาสูบบุหรี่กันมากขึ้นเพราะคิดว่า
สามารถคลายเครียดได้ นอกจากนี้การได้รับค่านิยมที่ผิดคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้ตนดูดี ดูเท่ มีเสน่ห์ ก็
ก่อให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้

2.2.2 การตามแบบอย่างและการเลียนแบบโดยพบว่าเยาวชนที่สูบบุหรี่ร้อยละ 35.9
เริ่มสูบบุหรี่เพราะเพื่อนชวน เนื่องมาจากเพื่อนจะมีอิทธิพลอย่างมากสำหรับวัยรุ่น วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการ
เพื่อนและสิ่งหนึ่งที่วัยรุ่นต้องการมากที่สุด คือ การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ไม่ว่าจะเพื่อนจะทำอะไรก็มักจะ
คล้อยตาม วัยรุ่นจะคิดแค่ทำให้ตนเองสนุกและเป็นที่ยอมรับจากกลุ่มเพื่อนก็เพียงพอ เพื่อนสูบบุหรี่ ตนก็
สูบ บางคนไม่ยอมสูบแต่เห็นเพื่อนสูบก็นึกด้วยเพื่อให้เพื่อนยอมรับ คิดว่าถ้าตนไม่สูบ ตนก็จะเป็นบุคคลที่
แปลกแยกของกลุ่มไป เพื่อนจะไม่ยอมรับ ถึงแม้ไม่ยอมสูบแต่เพื่อไม่ให้แตกต่างจากคนในกลุ่ม จึงต้องสูบ
บุหรี่ให้เป็น เพื่อให้เพื่อนในกลุ่มยอมรับ และเหมือนกับเพื่อนในกลุ่ม บางคนมีเจตคติที่ว่า ถ้าไม่สูบบุหรี่จะ
เข้ากับเพื่อนไม่ได้ เพื่อนจะไม่ยอมรับเข้ากลุ่ม และหลายคนไม่กล้าเลิกสูบบุหรี่ เพราะกลัวเพื่อนจะล้อเลียน
และไม่ให้เข้ากลุ่มดังนั้นการสูบบุหรี่ของเพื่อนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่

และเมื่อมีคนในบ้านไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา หรือญาติพี่น้อง ซึ่งอยู่บ้านเดียวกันสูบบุหรี่ หลาย
คนจะสูบบุหรี่ เพราะเห็นการสูบในบ้าน และคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา หรือตามแบบอย่างญาติพี่น้อง อยาก
ลองสูบบ้าง และคิดว่าเป็นการแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่ เป็นชาย และมองเห็นว่าพ่อแม่ พี่น้อง ทำ
ได้ ก็คิดว่าดีและเขาสามารถทำได้ จึงทำให้เขาทำตาม ถึงแม้จะมีคนบอกว่าไม่ดี เขาก็จะทำเพราะเห็น
แบบอย่างจากพ่อแม่ พี่น้อง

จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยสังกัดกรม
อาชีวศึกษาในเขตภาคใต้ตอนบน ประเทศไทย พบว่า คนที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนมาก มีแนวโน้มจะ
สูบบุหรี่มากกว่าบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนกลุ่มน้อย จึงมีโอกาสที่เพื่อนสนิทจะชักชวนให้สูบบุหรี่ได้
มาก ยิ่งถ้าอยู่ในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีความใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าครอบครัว เพราะวัยรุ่นใช้เวลา
ส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียน เมื่อมีความต้องการด้านต่างๆ ที่ซับซ้อนขึ้นไม่สามารถบอกหรืออธิบายให้พ่อแม่รู้
ได้ ดังนั้นจึงคบหาบุคคลที่มีความคิด และอุดมคติคล้ายกับตนเองกระทำพฤติกรรมตามกลุ่มเพื่อน จนทำ

ให้มีการเลียนแบบการกระทำของเพื่อนในกลุ่มโดยขาดเหตุผล หากกลุ่มเพื่อนสูบบุหรี่ และคิดว่าการสูบบุหรี่จะเป็นการยอมรับซึ่งกันและกัน เป็นการผูกมัดทางจิตใจ ก็จะถูกจูงให้เพื่อนสูบบุหรี่ด้วย (ปรียาพร ชูเอียด และนรลัทธน์ เอื้อกิจ, 2549) และการศึกษาหาแนวทางลด และเลิกสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายพบว่า เยาวชนมีโอกาสดูได้สัมผัส กับควันบุหรี่ และบุคคลที่สูบบุหรี่ ตั้งแต่ในครอบครัว ชุมชน และในโรงเรียน โดยพบว่า ในครอบครัวไทยปัจจุบัน ยังมีบุคคลที่สูบบุหรี่อยู่จำนวนมาก และพบว่า มากกว่าร้อยละ 65 ของครอบครัวของเยาวชน ที่มีบุคคลที่สูบบุหรี่ และประมาณร้อยละ 60 ของบุคคลที่สูบบุหรี่ในครอบครัว จะเป็นบิดา มารดา หรือหัวหน้าครอบครัวเอง ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิด กับประชาชนมากที่สุด และถือว่าเป็นครอบครัวเป็นสถาบัน ที่มีความสำคัญต่อการเลียนแบบ และปลูกฝังทัศนคติของเยาวชน เมื่อเข้าสู่โรงเรียน ซึ่งถือเป็นสถานศึกษาของเยาวชน พบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของนักเรียน มีเพื่อนในโรงเรียนสูบบุหรี่ และมีครูในโรงเรียนสูบบุหรี่ ถึงร้อยละ 25-45 บุคคลที่เป็นที่ชื่นชอบของเยาวชน เช่น ดารา ภาพยนตร์ นักร้อง นักแสดง หรือบุคคลสำคัญทางการเมือง ครูที่นักเรียนประทับใจ พบว่า เป็นแบบอย่างในการสูบบุหรี่ของเยาวชน ถึงร้อยละ 20 ของนักเรียน (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, 2530)

2.2.3 เพื่อเข้าสังคม บางคนต้องสูบบุหรี่เพราะหน้าที่การงานที่ต้องเข้าสังคม งานเลี้ยงสังสรรค์หรืองานเลี้ยงรับรอง ซึ่งมีผู้สูบ ในสังคมนั้นๆ เชิญชวนให้สูบ บางคนจะสูบเฉพาะในงานสังคมนั้นๆ ทั้งนี้เป็นความเชื่อที่ว่าถ้าไม่สูบก็จะเข้ากลุ่มไม่ได้ และทำธุรกิจไม่สำเร็จ

2.2.4 ความเครียด ความเครียด กังวล ขาดสมาธิ พบว่าความเครียดเป็นปัจจัยหลักในลำดับต้นๆ ที่ทำให้เกิดการติดบุหรี่ ทั้งนี้เพราะเมื่อเกิดความเครียด ขาดสมาธิ กังวล ไม่สบายใจ ถ้าได้สูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกสบายขึ้น ทั้งนี้เพราะสารนิโคตินในบุหรี่เมื่อซึมซาบเข้าสู่กระแสเลือดแล้วจะไปสมองอย่างรวดเร็วภายในไม่เกิน 7-10 วินาที (เร็วกว่าเฮโรอีน 2 เท่า) ซึ่งออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดแดงหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น และกระตุ้นสมองส่วนกลางทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ในระยะต้น จากนั้นจะไปกระตุ้นการหลั่งสารโดปามีน (dopamine) จากสมองทำให้เกิดอารมณ์แห่งความสุข นอกจากนั้นนิโคตินจะไปมีผลต่อเซลล์ประสาทให้หลั่งสารเอ็นโดฟิน (Endorphine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ รู้สึกสบาย อีกทั้งนิโคตินจะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งนอร์อิพิเนฟริน ทำให้เกิดการตื่นตัวและมีพลัง ดังนั้นผู้ที่มีความเครียด กังวล ไม่สบายใจ หรือขาดสมาธิ ถ้าได้สูบบุหรี่แล้วจะทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกผ่อนคลายมีความสุข รู้สึกกระปรี้กระเปร่า มีพลัง จึงทำให้เกิดการเสพติดในที่สุด แต่เมื่อปริมาณนิโคตินใน

สมองลดลง จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการหงุดหงิด และเครียดได้ในเวลาต่อมา และนี่คือเหตุผลที่ทำให้ต้องสูบบุหรี่อยู่เสมอเพื่อคงระดับนิโคตินไว้ในร่างกาย (สุรพจน์ วงศ์ใหญ่, 2547)

2.2.5 กระแสของสื่อโฆษณา ปัจจุบันโฆษณาทางโทรทัศน์มีอิทธิพลอย่างมากต่อการบริโภคสินค้าของคนในปัจจุบัน สิ่งใดที่มีการโฆษณาทางโทรทัศน์เยอะ และมีการโฆษณาสรรพคุณมาก ๆ ก็จะมีอิทธิพลทำให้คนสนใจและอยากเป็นเจ้าของ พบว่าร้อยละ 72 บุหรี่มาร์ลโบโลเป็นยี่ห้อที่เห็นทางสื่อโฆษณามากที่สุด และร้อยละ 67 เห็นยี่ห้อมาร์ลโบโลบนผลิตภัณฑ์ชนิดอื่นบ่อยที่สุด ถึงแม้การเห็นยี่ห้อบุหรี่มาร์ลโบโลบ่อยๆ อาจจะได้ไม่ได้เป็นสาเหตุของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก็ตามแต่ก็ทำให้เราเห็นว่ามาร์ลโบโลคือบุหรี่ที่เป็นที่รู้จักมากที่สุด จากแนวโน้มนี้สะท้อนให้เห็นว่า โฆษณามีอิทธิพลเป็นอย่างมาก เพราะอย่างน้อยการโฆษณาก็ทำให้ได้รู้จักว่าบุหรี่ที่มีชื่อเสียงที่สุด คือยี่ห้ออะไร และมีสินค้าอีกหลาย ๆ ยี่ห้อที่ใช้ชื่อนี้เป็นชื่อของผลิตภัณฑ์ ทำให้เป็นชื่อที่คุ้นหูมากที่สุด และยังมีมีการโฆษณาบุหรี่มาก มีการนำบุคคลที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับของคนในสมัยนั้นมาเป็นพรีเซ็นเตอร์ด้วย (Marvin Goldberg; 2542) บวกกับมีการโฆษณาทำให้รู้สึกว่าการสูบบุหรี่แล้วเท่ ดี คลายเครียดได้ ยิ่งทำให้วัยรุ่นอยากสูบบุหรี่มากขึ้น สื่อโฆษณาต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมล้วนมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตคนอย่างมาก สามารถก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะซื้อและนิยมชมชอบในผลิตภัณฑ์ที่โฆษณา ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายห้ามการโฆษณาบุหรี่ และไม่ให้ขายแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี แต่ก็ดูเหมือนว่าจะไม่ได้ผล ไม่มีการลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนอย่างจริงจัง จึงทำให้สามารถหาซื้อบุหรี่ได้ไม่ยากนัก เมื่อบุหรี่สามารถหาซื้อได้ง่าย การที่จะสูบบุหรี่ก็เป็นที่ทำได้ง่ายด้วย เพราะถ้าหาซื้อได้ยากแล้ว โอกาสที่จะสูบบุหรี่ก็จะมีน้อยลง แต่บางประเทศที่ไม่มีกฎหมายห้ามก็มีการโฆษณาทุกรูปแบบ ซึ่งเผยแพร่ไปทั่วโลกตามการสื่อสารไร้พรมแดน ในปัจจุบันสามารถรับรู้สื่อโฆษณานะบูหรี่ของต่างประเทศได้ทั้งทางหนังสือหรือสิ่งพิมพ์ชนิดต่างๆ ทาง วิทยุและโทรทัศน์ นอกจากนี้กลยุทธ์ในการโฆษณาแฝงของอุตสาหกรรมบุหรี่ที่หลีกเลี่ยงกฎหมายก็มีมาก คือ การจดทะเบียน การค้าโดยใช้สัญลักษณ์ตราบุหรี่ป็นสินค้า และการสนับสนุนต่างๆ ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น การจัดแสดงดนตรี การจัดแข่งรถให้วัยรุ่น การแสดงแบบเสื้อให้กลุ่มสตรี และการแจกสมุดหรือหนังสือที่มีตราบุหรี่ปresent ให้แก่เด็กเล็ก ในต่างประเทศยังมีการโฆษณา แฝงทางภาพยนตร์ โดยให้ดาราคือเป็นที่ชื่นชอบสูบบุหรี่หรือให้ดาราคือมีชื่อเสียงมาเป็นแบบโฆษณาจะช่วยปลุกเร้าให้เกิดความอยากลองหรืออยากสูบบุหรี่มากขึ้น และให้เห็นสัญลักษณ์ของบุหรี่ปั่นด้วย การโฆษณาทุกรูปแบบจะเน้นที่ความโก้เก๋ ทันสมัย และเร้าใจ ซึ่งส่งผลอย่างมากในการส่งเสริมให้สูบบุหรี่ เยาวชนจึงมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ยี่ห้อที่มีการโฆษณาบ่อยๆ โดยพบว่าในเด็ก

ที่อายุน้อยกว่า 13 ปี ที่สูบบุหรี่หรือติดยาสูบ ร้อยละ 33.3 ระบุว่า การดูภาพยนตร์ที่มีการสูบบุหรี่ทำให้อายากลองสูบบุหรี่ (**ประภิต วาที่สาธกกิจ และกรองจิต วาที่สาธกกิจ, 2550**)

3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ พบว่าปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ ที่ตอบแบบสอบถามระบุปัจจัย 5 อันดับแรกที่กระตุ้นให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ คือ ความเครียด การดื่มสุรา โมโห/หงุดหงิด การเที่ยวกลางคืน และการดูภาพยนตร์ที่มีการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ พบว่าการดูภาพยนตร์ที่มีการสูบบุหรี่ทำให้อายากลองสูบบุหรี่ แม้ว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่ตอบแบบสอบถามกลุ่มนี้จะยังไม่เคยสูบบุหรี่เลยก็ตาม (โพลล์ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2546)

การศึกษาระบาดวิทยาของการสูบบุหรี่ ของนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ในอำเภอเมือสงขลา พบว่า ปัจจัยการสูบบุหรี่ ไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่มีมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความรู้เรื่องบุหรี่ อาชีพมารดา ที่พักปัจจุบัน บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ เพื่อนสนิทที่โรงเรียนสูบบุหรี่ และรายรับประจำเดือน ปัจจัยเหล่านี้ เกือบจะแยกออกจากกันไม่ได้ เนื่องจากวัยที่ทำการศึกษเป็นวัยที่พฤติกรรมกลุ่มมีอิทธิพลมาก รวมทั้งการเอาแบบอย่างบุคคลที่พวกเขาอมรับทั้งๆ ที่ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ ยอมรับว่าบุหรี่มีโทษ ทำให้เกิดโรคต่างๆ มากมาย ทำให้เสียสุขภาพ และเสียการเรียนแต่ต้องการสูบบุหรี่เพราะบุหรี่เป็นเพื่อนที่ดี ทำให้หายเครียด ดังนั้น จึง ยอมเสียเงินซื้อบุหรี่เพื่อจะสูบ และให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่ม และเหตุผลสำคัญ คือโทษ จากบุหรี่ไม่ได้เกิดขึ้นทันที ต้องอาศัยระยะเวลาอันนานจึงจะเกิดโรค แต่ความสบายใจที่ เกิดจากการสูบบุหรี่เกิดขึ้นได้ทันที ส่วนความรู้เรื่องบุหรี่ บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ เพื่อนสนิทที่โรงเรียนสูบบุหรี่ ที่พักปัจจุบัน และรายรับประจำเดือนมีความ สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมการเอาอย่างกลุ่ม และมีรายได้พอที่จะซื้อบุหรี่ได้ง่าย การที่คบเพื่อนสูบบุหรี่มีโอกาที่จะสูบบุหรี่ได้ง่าย ๆ เนื่องจากอยากทดลอง ปัจจัยทางสังคมไทยที่ส่งเสริมให้มีการสูบบุหรี่มาก คือ การหาซื้อบุหรี่ได้ง่าย ซึ่ง สามารถหาซื้อได้ทุกสถานที่ ทุกเวลา ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้มีการสูบบุหรี่มาก (สมฤดี มอบนรินทร์, 2542)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ และดื่มสุราในประชาชนจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน เช่น ปัจจัยทางเพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพรายได้ และเขตพื้นที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดังนี้ เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง

(5 เท่า) ผู้ที่มีการศึกษาดำ (ระดับประถมศึกษา) สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง คนที่มีรายได้ต่ำสูบบุหรี่มากกว่าคนที่มีรายได้สูง และการมีแบบอย่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ไวไลต์นั เดียวกุล, 2549)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) เพื่อขับเคลื่อนมติสมัชชาแห่งชาติ เรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบในพื้นที่จังหวัดตรัง

กลุ่มเป้าหมาย

เจาะจงเลือกกลุ่มเป้าหมายจากพื้นที่ที่ศึกษา ได้แก่ 1) ชุมชนบ้านโคกไม้ไผ่ หมู่ที่ 4 ตำบลนาบินหลา 2) โรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 ซึ่งตั้งอยู่ใน บ้านโคกไม้ไผ่ ตำบลนาบินหลา และ 3) โรงพยาบาลตรัง ตำบลทับเที่ยง ซึ่งทั้ง 3 พื้นที่ อยู่ในเขตของอำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มเป้าหมายหลัก :

คณะทำงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2) กลุ่มเป้าหมายรอง : กลุ่ม

ผู้ขายยาสูบ และ กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมาย

การดำเนินงาน

แบ่ง

ออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1) จัด

ประชุมชี้แจง สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ นโยบาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาชาติด้านการควบคุมยาสูบ

2)

สำรวจสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบในจังหวัดตั้ง

3)

ค้นหาทุน/เครือข่าย โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ

ขั้นการดำเนินงาน

- 1) ประชุมชี้แจงคณะทำงานในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบและนโยบายสมัชชาชาติด้านการควบคุมยาสูบ
- 2) ร่วมระดมสมองเพื่อวางแผน กำหนดแนวทางและบทบาทของทีมงาน/เครือข่ายเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่
- 3) ขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน โรงเรียน และสถานบริการด้านสุขภาพ

ขั้นตอนประเมินผล

- 1) จัดประชุมแลกเปลี่ยนนำผลการประเมินมาร่วมสะท้อนคิดเพื่อปรับปรุงแผนงาน/วิธีการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง
- 2) มีการการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่างพื้นที่หลังสิ้นสุดโครงการ

การรวบรวมข้อมูล

เก็บ

รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและการดำเนินงานก่อนปฏิบัติการวิจัย ระหว่างปฏิบัติการวิจัย และในสัปดาห์สุดท้ายของการปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ จำนวนคนผู้สูบบุหรี่ หรือกลุ่มเสี่ยงใช้วิธีวิเคราะห์ทางสถิติอย่างง่าย คือ ความถี่ ร้อยละ เป็นต้น และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการได้แก่ บันทึกการสังเกต ภาพถ่าย ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อความดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนการนำนโยบายไปใช้

บทที่ 4

ผลการวิจัย

กษาศครั้งนี้ขอเสนอผลการศึศึกษาใน 3 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบในจังหวัด
ตรัง 2) กระบวนการนำมติสมัชชาแห่งชาติเรื่องมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบสู่
การปฏิบัติในพื้นที่ และ 3) ปัจจัยความสำเร็จในการนำมติสมัชชาแห่งชาติเรื่องมาตรการในการควบคุม
ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบไปสู่การปฏิบัติ ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบในพื้นที่จังหวัดตรัง

ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบมายาวนาน โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้ง
ภาครัฐ องค์กรเอกชน และชุมชน แต่ก็ยังมีขนาดที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการแล้วแต่ยังไม่ได้ผลดี
เท่าที่ควร ประกอบกับประเทศไทยได้ร่วมลงสัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ โดยมีผล
บังคับใช้เมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2548 และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมจัดทำแผน
ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ปี 2553-2557 และผ่านการเห็นชอบ
จากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เมื่อ 22 เมษายน 2553

การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2553 เป็นการดำเนินการตามบทบัญญัติแห่ง
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนพลังการมีส่วนร่วมของภาคส่วน
ต่างๆ ให้เกิดการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้างสรรค์ นโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพของประชาชนคนไทยทั้ง
ประเทศใช้หลักการทำงานด้วยยุทธศาสตร์สามเหลี่ยม เขื่อนกฎเขา(ศ.นพ.ประเวศ วะสี) ซึ่งใช้ในการ
ขับเคลื่อน เพื่อแก้ปัญหาที่ยาก และซับซ้อน โดยพลัง 3 ส่วน ที่เชื่อมโยงกัน คือ พลังทาง ปัญญา พลัง
ทางสังคม และพลังแห่งอำนาจรัฐ หรืออำนาจทางการเมือง เน้นกระบวนการ ที่ให้ประชาชนและหน่วยงาน
ของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่ การเสนอแนะ
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยในปี 2553 มีจำนวนทั้งสิ้น 9 ประเด็น ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ เรื่องมาตรการ
ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ โดยสมัชชาได้รับรองมติให้ภาคีร่วมกันขับเคลื่อนการ

ควบคุมยาสูบ ซึ่งในมติข้อที่สาม มีการกล่าวให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้ความร่วมมือในการสนับสนุนมาตรการความเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งในทิศทางการขับเคลื่อนมติสู่แนวปฏิบัติควรมีการขับเคลื่อนเครือข่ายร่วมทำงาน รวมถึงข้อเสนอให้หน่วยงานเกี่ยวข้องรวมตัวทำงานแบบบูรณาการโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง และพัฒนาเพิ่มศักยภาพกลไกการทำงานของแต่ละจังหวัด

จังหวัดตรังมีพื้นที่ 4,941,439 ตร.กม. หรือ 3,088,399.375 ไร่ ใหญ่ลำดับ 4 ของภาคใต้ ลำดับ 33 ของประเทศ มีประชากร 622,659 คน (ชาย 305,678 คน และหญิง 316,981 คน) โดยมีคนไทยเชื้อสายจีน 30 % คริวเรือน 195,489 นับถือศาสนา พุทธ 84.42% อิสลาม 14.17% คริสต์ 1.04% อื่นๆ 0.37% แบ่งเขตพื้นที่ปกครอง 10 อำเภอ

คนในจังหวัดตรังมีค่านิยมในการศึกษา และส่งเสริมบุตรหลานให้เรียนสูง นักเรียนวัย 15 –19ปี มีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ย 9.46 ปี มากกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มจังหวัดฝั่งอันดามัน ของภาคใต้ (9.01) และของประเทศ (8.90) เป็นจังหวัดในภาคใต้ที่มีสถาบันศึกษาทุกระดับ นอกจากนั้นยังพบว่าจังหวัดตรังซึ่งอยู่ในกลุ่มจังหวัดภาคใต้ฝั่งอันดามัน มีอัตราความก้าวหน้าด้านการศึกษาสูงกว่าดัชนีความก้าวหน้าเฉลี่ยของประเทศ โดยจังหวัดตรัง อยู่ในอันดับ 2 รองจาก จังหวัดภูเก็ต และติดอันดับ 1 ใน 5 ของจังหวัดที่มีจำนวนปีเฉลี่ยของประชากรในการศึกษาสูงที่สุดในประเทศไทย จังหวัดภูเก็ตมีนักเรียนชั้น ม.6 ซึ่งมีคะแนน O-Net เฉลี่ยสูงอันดับ 2 ของประเทศ (รองจากกรุงเทพฯ)

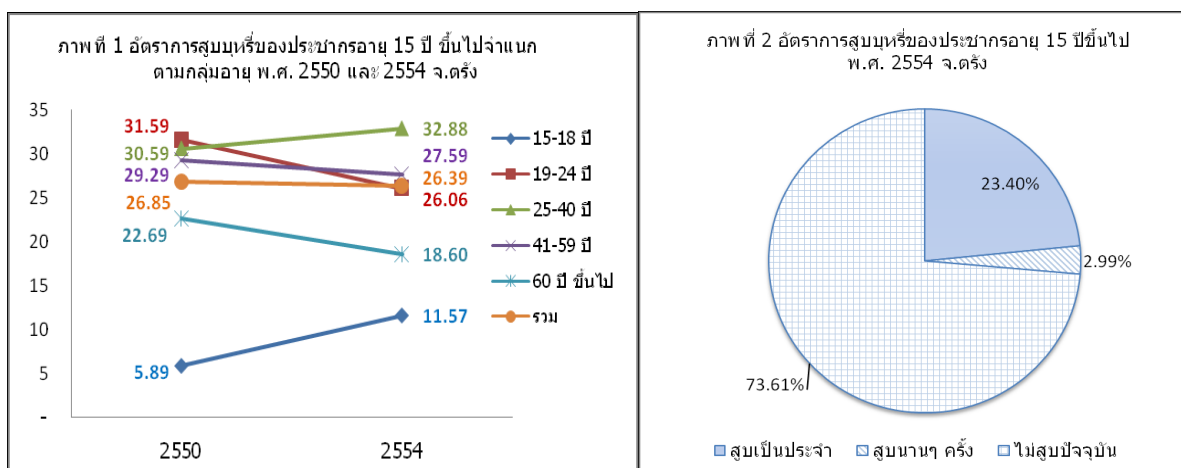
1.2.1 การดำเนินงานควบคุมยาสูบของจังหวัดตรัง พบว่า นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง นายแพทย์วิฑูรย์ เหลืองดิลก มีแนวทางการดำเนินงานที่ถือปฏิบัติเป็นประจำ คือ **2อ. 2ส. ออกกำลังกาย กินอาหารที่ปลอดภัยและไม่อ้วนลงพุง เลี่ยงสุราและไม่สูบบุหรี่ และมีมาตรการในการควบคุมการสูบบุหรี่** ดังนี้

- 1) ร่วมรณรงค์ทุกปี ในวันงดสูบบุหรี่โลก 31 พฤษภาคม
- 2) ปี 2554 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง สํารวจและจัดเขตปลอดบุหรี่ของสถานประกอบการร้านจำหน่ายอาหารภายในจังหวัด รณรงค์ลดเสี่ยงลดโรคเทเหล้าเผาบุหรี่
- 3) จัดกิจกรรมให้สถานที่ราชการทุกแห่งในจังหวัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100%

- 4) ปี 2555 เตือนประชาชนควรรู้พิษภัยของบุหรี่ที่ส่งผลร้ายต่อสุขภาพแนะเตือนให้รู้เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบโดยใช้คำขวัญรณรงค์ว่า **“จับตาฝ่าระวิงยับยั้งอุตสาหกรรมยาสูบ”** หรือ **Tobacco Industry Interference** ที่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาการควบคุมยาสูบจากการตลาด ที่ซับซ้อนและเป็นอันตรายต่อประชาชน อาทิ การส่งเสริมการขาย การโฆษณาแอบแฝงของบริษัทบุหรี่ในด้านการช่วยเหลือสังคม ชุมชน สถานศึกษา การรักษาสีงแวดล้อม เป็นต้น
- 5) ปี 2555 รณรงค์ให้ประชาชนได้เห็นถึงภัยร้ายของบุหรี่มือ 2 ซึ่งผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับผลกระทบจากควันของผู้สูบ
- 6) มี รพ. ดำเนินการ รพ. ปลอดบุหรี่ ได้แก่ รพ. ตรัง รพ. กันตัง รพ. ห้วยยอด โดย รพ. ห้วยยอดได้เข้าร่วมโครงการ รพ. ปลอดบุหรี่ 100% กับมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

1.2.2 สำนักงานเขตการศึกษามัธยมศึกษา เขต 13 ซึ่งรับผิดชอบโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาพื้นที่จังหวัดตรังและกระบี่ ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องแนวทางการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๗ โดยมีแผนงานโครงการที่ชัดเจนต่อการแก้ปัญหา เช่น การสำรวจข้อมูลนักเรียนสูบบุหรี่ปีละ 2 ครั้ง, การจัดอบรมให้ความรู้เยาวชนแกนนำเพื่อรณรงค์การเลิกบุหรี่ในนักเรียน ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม จากแผนภาพที่ 1 และ 2 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15-18 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากที่สุด ปี 2550 5.89% เพิ่มเป็น 11.57% ในปี 2554 ซึ่งในเด็กกลุ่มนี้ พบว่าสูบบุหรี่เป็นประจำมากถึง 23.40% เป้าหมายของการศึกษาคั้งนี้จึง เป็นโรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 ที่มีนักเรียนสูบบุหรี่จำนวนมาก และหมู่บ้านที่นักเรียนอาศัยอยู่ คือ หมู่ที่ 4 บ้านโคกไม้ไผ่ ตำบลนาบิณฑล เลือกโรงพยาบาลตรังเป็นพื้นที่เป้าหมาย



ส่วนที่ 2 กระบวนการนำนโยบายสมัชชาชาติด้านการควบคุมยาสูบสู่การปฏิบัติในพื้นที่

กระบวนการนำนโยบายสมัชชาชาติการควบคุมยาสูบสู่การปฏิบัติ ในพื้นที่ศึกษา ได้แก่ โรงเรียนวิเชียรมาตุ 3, ชุมชนหมู่ 4 บ้านโคกไผ่ ตำบลนาบิณฑล และ โรงพยาบาลตรัง มีกระบวนการ ดังนี้

โรงเรียนวิเชียรมาตุ 3

ที่ม

วิจัยเลือกโรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 เป็นพื้นที่ในการศึกษา เนื่องจาก โรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 เป็นโรงเรียนมัธยมศึกษา ม.1-ม.6 ซึ่งเป็นโรงเรียนที่เปิดโอกาสให้กับนักเรียนที่มีปัญหาจากโรงเรียนอื่นๆสามารถโอนย้ายมาเรียนที่โรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 นี้ได้ และที่สำคัญผู้บริหารให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพของนักเรียน ดังคำกล่าวของ ผอ.โรงเรียนว่า

“โดยส่วนตัวมีความเชื่อว่า ตัวบุหรี่ป็นสารตั้งต้นของสารเสพติดอื่นๆที่ตามมา มีความเชื่ออย่างนั้น ก็เลยคิดว่าเมื่อเรามาอยู่ มาเป็นผู้บริหารที่นี่ สิ่งหนึ่งที่เราต้องแก้ปัญหาคือเรื่องของยาเสพติดก่อน และจะต้องแก้ที่บุหรี่ปีก่อน เลยได้คุยกับคณะครูเรา ให้ร่วมกันดำเนินงานเรื่องนี้”

โรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 ดำเนินการสำรวจข้อมูลนักเรียนที่สูบบุหรี่ ปีการศึกษา 2555 ไม่พบนักเรียนหญิงสูบบุหรี่ มีเฉพาะนักเรียนชายทั้งระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายสูบบุหรี่ รายละเอียดดังตาราง 1

นักเรียนชาย	ปีการศึกษา 1 /2555		ปีการศึกษา 2/2555	
	จำนวน	สูบบุหรี่	จำนวน	สูบบุหรี่

ระดับมัธยมศึกษาต้น	81	35	69	26
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	37	14	43	12
รวม	118	49	112	38

ตาราง 1 ข้อมูลโรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 ปีการศึกษา 2555

จากการพูดคุยกับครู พบว่าครูมีความกังวลต่อการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ของนักเรียน เนื่องจากประสบการณ์กว่า 10 ปีของครูที่ดูแลงานด้านนี้ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ และไม่มีข้อมูลยืนยันว่านักเรียนเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่ ส่วนสาเหตุการสูบบุหรี่ของนักเรียน ครูเชื่อว่าเกิดจากค่านิยมของสังคม

นโยบายของโรงเรียนในการควบคุมยาเสพติดก่อนเข้าร่วมโครงการ คือ

1. มีระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีตัดคะแนนความประพฤตินักเรียน พ.ศ. 2555 ข้อ 12 ความผิดที่ถูกตัดคะแนนความประพฤติ 5 คะแนน กรณี **สูบบุหรี่ในที่เปิดเผย**
2. “โครงการป้องกัน ใฝ่ระวัง และแก้ปัญหายาเสพติด” โดยดำเนินกิจกรรมดังนี้
 - 1) กิจกรรมให้ความรู้ป้องกัน ใฝ่ระวัง และแก้ปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาโรงเรียนวิเชียรมาตุ 3
 - 2) กิจกรรมส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดตามระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน ได้แก่ กีฬาต้านภัยยาเสพติด กิจกรรมนักเรียนเข้าวัด นั่งสมาธิ กิจกรรมศิลปะ นาฏศิลป์ และกิจกรรมปลูกต้นไม้ถาวรเฉลิมพระเกียรติ เป็นต้น
3. มีการติดสติ๊กเกอร์เขตปลอดบุหรี่ และในห้องน้ำ
4. พูดคุยกับผู้ปกครองของเด็กที่ติดบุหรี่ ให้ช่วยดูแล ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ดังคำพูดของ ผอ.โรงเรียน

“พูดคุยกับผู้ปกครองของเด็กที่ติดบุหรี่ ให้ช่วยดูแลว่าทำอะไรถึงจะให้เลิก ซึ่งก็เป็นแค่การพูดคุยธรรมดา เวลาผู้ปกครองมาประชุมเราก็พยายามใส่เรื่องนี้ไป แต่คิดว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุมากกว่า แล้วก็มีป้ายห้ามสูบบุหรี่อยู่แล้ว ก็แค่ติดๆๆไป”

5. สำหรับกลุ่มเสี่ยง คือกลุ่มที่สูบบุหรี่ หรือยาเสพติด ทางโรงเรียนจะให้โอกาสนักเรียนเลิกให้ได้ภายในหนึ่งภาคการศึกษา แต่หากทำไม่ได้ก็จะให้ย้ายไปเรียนการศึกษาทางเลือกหรือการศึกษาตามอัธยาศัยเป็นการเรียนเสาร์ อาทิตย์ ซึ่งมีนักเรียนอยู่ประมาณ 80 กว่าคน ส่วนใหญ่จะเป็นเด็กนักเรียนที่มาจากโรงเรียนอื่น ท่าน ผอ.โรงเรียนกล่าวว่า

“เราถือว่าเป็นเด็กพวกนี้เป็นกลุ่มเสี่ยง ก็พยายามคุย แต่ว่า ความตั้งใจคือทำอะไรให้เด็กเลิกได้ภายในหนึ่งภาคเรียนการศึกษา คือถ้าเด็กเลิกไม่ได้ ก็แสดงว่าเด็กไม่พร้อมที่จะอยู่ในระบบ ก็จะส่งออกไปนอกระบบ ทางโรงเรียนก็จะย้ายไปเรียนการศึกษาทางเลือก ซึ่งในภาคเรียนที่ 1 พ.ศ. 2555 มีจำนวน 11 คน”

6. เด็กกลุ่มเสี่ยงทุกคน ต้องพบ ผอ.โรงเรียน ช่วงบ่ายวันศุกร์ เพื่อมาคุยเรื่องโทษของบุหรี่ และจูงใจให้เด็กเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ และมีการแต่งตั้งอาจารย์ฝ่ายงานระบบดูแลช่วยเหลือเด็ก และครูแนะแนวที่คอยช่วยเหลือเด็ก

ปัญหาและอุปสรรค จากการดำเนินงานของโรงเรียนที่ผ่านมา มีดังนี้

1) ผู้ปกครองบางคนยังมองว่าการสูบบุหรี่เป็นปกติ ดังจะเห็นว่ามีเด็กบางคนสูบบุหรี่ตั้งแต่ ป. 3 ก่อนที่จะมาเข้าโรงเรียนนี้ ดังคำพูดของ ผอ.โรงเรียน

“ปัญหาที่เราทำอะไรไม่ได้คือผู้ปกครองมองว่า บุหรี่ไม่ใช่เรื่องอันตราย เป็นเรื่องปกติ แล้วไปในบ้านเด็ก ไปเปิดดูในถังขยะ ในชอกก็พบบุหรี่ตั้งกองอยู่ แล้วถามว่าเราอยู่โรงเรียนแล้วเราจะแก้ปัญหาเหล่านั้นได้อย่างไร.....” ปัญหาที่เกิดขึ้นคือเด็กที่ติดบุหรี่ตอนมาเรียนมัธยมมันไม่ถึงครึ่งแต่มันติดมาจากประถมแล้ว เด็กอายุที่น้อยที่สุด เป็นเด็ก ป.3 แล้วติดมา 4 ปี แล้ว กว่าจะมาขึ้นม.1 ที่โรงเรียนนี้”

2) มีร้านค้ารายรอบโรงเรียน 5 ร้านค้า ที่ยังคงขายบุหรี่ให้กับนักเรียน ทั้งที่ทางโรงเรียนได้ทำหนังสือประสานความร่วมมือ ห้ามขายบุหรี่ให้กับเด็กนักเรียน แต่ก็ยังมีการขายให้กับนักเรียน อาจารย์ฝ่ายปกครองกล่าวว่า

“ถึงแม้ว่าทางโรงเรียนได้ทำหนังสือแจ้งตามร้านค้า เพราะกฎหมายเขารู้อยู่แล้ว แต่จริงๆสอบถามนักเรียนว่าซื้อที่ไหน เขาก็บอกว่าซื้อตามร้านค้ารอบๆโรงเรียน โดยรอบแรกจะแจ้งผ่านผู้ใหญ่ไปก่อน แต่ว่าที่ผ่านมาก็คือเขายังขาย คือผมไม่ทราบว่าผู้ใหญ่เขามีหน้าที่หรือตำรวจ เพราะว่าจริงๆ เขาไม่ได้ทำ เหมือนผู้ใหญ่เขาก็ต้องมีฐานเสียอะไรของเขา ซึ่งต้องเห็นใจเขา”

การวางแผนงาน ทางโรงเรียน ทีมวิจัยและผู้เกี่ยวข้อง ได้วางแผนไว้ ดังนี้

- 1) ยังคงใช้มาตรการของโรงเรียนที่มีระเบียบอยู่เดิม แต่เพิ่มความเข้มข้นและจริงจังมากขึ้น
- 2) นำนโยบายของสมัชชาสุขภาพมาดำเนินงานอย่างจริงจัง ได้แก่
 - การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาและห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตามที่กฎหมายกำหนด
 - การห้ามสูบบุหรี่ในขณะที่อยู่ในชุดของสถาบันหรือชุดนักศึกษา
 - การให้บุคลากรทางการศึกษา เช่น ครู อาจารย์ ผู้นำทางศาสนาเป็นแบบอย่างแก่นักเรียน
 - การสนับสนุนงบประมาณการผลิตสื่อนวัตกรรมเพื่อการเรียนรู้ ด้านพิษภัยจากบุหรี่อย่างเป็นทางการ
- 3) ทำงานประสานกับผู้ปกครองและผู้นำชุมชน

ก า ร

ดำเนินงาน มีการดำเนินงาน 3 มาตรการ ดังนี้

- 1) มาตรการป้องกันและเฝ้าระวัง มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้
 - 1.1) การให้ความรู้ ได้แก่
 - 1.1.1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการกิจกรรมโรงเรียนปลอดบุหรี่ ทีมวิจัยร่วมกับโรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลนาบินหลา ณ ห้องโสตทัศนศึกษาโรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 กลุ่มเป้าหมายหลักคือ นักเรียนชายสูบบุหรี่ปีการศึกษา 2/2555 จำนวน 38 คน และกลุ่มเป้าหมายรองคือ แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลนาบินหลา จำนวน 5 คน
 - 1.1.2) จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่และยาสูบและวิธีการเลิกสูบบุหรี่ ทีมวิจัยร่วมกับโรงเรียน โดยเชิญเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตรังและประธานชมรมคนไร้กล่องเสียง โรงพยาบาลตรังเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่นักเรียนกลุ่มเป้าหมาย ทำให้เด็กเกิดความตระหนักมากขึ้นกว่าที่เคยทำมาโดยการหัก

คะแนนไม่ได้ผล แต่ก็ไม่แน่ใจว่าจะได้ผลกับเด็กมัธยมปลายหรือไม่เพราะเด็กเหล่านี้ได้สูบบุหรี่มาหลายปีแล้ว ดังคำพูดของอาจารย์ท่านหนึ่ง

“พอคนไร่กล่อมเสียงมา ผมว่าสร้างความตระหนกได้ดี คือคุยกับผอ.แล้วว่าเราทำตรงนี้มานานแล้วมันไม่ได้ผล เพราะเด็กเห็นแล้วว่ามันชาชิน การหาวิธีให้มันต้องจับใจเด็กให้ได้ ถ้าทำได้ก็จะมีแรงจูงใจที่จะเลิกให้เขาคเลิกของเขาเอง ถ้าไปหักคะแนนจะไม่ค่อยได้ผลคือตอนนี้ผมสังเกตแล้วว่า ม.ต้นยังได้ผลแต่ ม.5-6 ประมาณ 10 คนจะไม่ได้ผลเพราะว่าระยะเวลาที่เขาสูบมามันนาน”

- 1.2) การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โดยมุ่งเน้นนักเรียนที่เข้ามาใหม่ มีแนวทางดำเนินการ ดังนี้
 - 1.2.1) มีการสำรวจเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ 1 ซึ่งเป็นเด็กเข้ามาใหม่ และพบว่า ในปีนี้มีเด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเคยสูบบุหรี่มาแล้ว 15 คน
 - 1.2.2) แจ้งให้ผู้ปกครองทราบว่า นักเรียนเหล่านี้เป็นกลุ่มเสี่ยงต้องร่วมกันกับทางโรงเรียนช่วยให้เด็กเลิกสูบบุหรี่
 - 1.2.3) ให้ครูที่ปรึกษาประจำชั้น มีหน้าที่คอยดูแล และให้คำแนะนำ ว่าเด็กยังสูบอีกหรือไม่ และเกิดปัญหาอะไร
 - 1.2.4) ส่งต่อไปที่ครูแนะแนว หากมีปัญหา เพื่อให้คำปรึกษา เฉพาะเป็นรายบุคคล
 - 1.2.5) ส่งต่อมาที่ระบบดูแล (คล้ายๆครูปกครอง) หากยังไม่ยอมเลิกบุหรี่ เพื่อให้คำปรึกษานักเรียน รับการบำบัด หรือใช้มาตรการลงโทษอื่นๆ ตามความเหมาะสม
- 1.3) การติดตั้งป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษา ด้านหน้าประตูทางเข้าโรงเรียนและหน้าอาคาร บริเวณห้องน้ำ เป็นต้น
- 1.4) ร่วมกันจัดทำข้อตกลงของโรงเรียนปลอดบุหรี่ ดังนี้
 - 1.3.1) ไม่สูบบุหรี่ในขณะที่อยู่ในชุดนักเรียน
 - 1.3.2) บุคลากร โรงเรียน เช่น ผู้อำนวยการ ครู อาจารย์ นักการภารโรง เป็นแบบอย่างแก่นักเรียน
 - 1.3.3) ไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียน เพื่อโรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 ปลอดบุหรี่

2) มาตรการบำบัด มีวิธีปฏิบัติ ดังนี้

- 2.1) โดยจัดคลินิกอดบุหรี่ให้กับนักเรียนในโรงเรียน โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตรัง, สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดตรัง และชมรมคนไร้กล่องเสียงจังหวัดตรัง ช่วงเวลา 12.30-13.00 น. สัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 3 ครั้ง เพื่อให้เด็กที่สูบบุหรี่ทั้งหมดได้รับการบำบัด
- 2.2) เชิญผู้ปกครองประชุมเพื่อขอความร่วมมือในการกวดขัน ดูแล และช่วยเหลือให้นักเรียนสามารถเลิกบุหรี่ เนื่องจากเด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นเด็กที่อ่อนแอ จึงต้องพึ่งพาเสพติด หากมีการลงไปเยี่ยมเด็กที่บ้านทำเด็กเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น และเข้มแข็งมากขึ้นที่จะเลิกสูบบุหรี่ ดังคำพูดของอาจารย์ฝ่ายปกครองว่า “ที่นี้ถ้าเชื่อมได้ระหว่าง โรงเรียน กับบ้านนี้ละ ที่นี้เด็กก็จะมีความรู้สึกว่าผู้ใหญ่เป็นห่วงเรามากขนาดไหน เพราะเด็กพวกนี้ยอมรับได้ว่าเป็นเด็กที่อ่อนแอ เขาถึงติดยาเสพติด”

2.3) จี ค

กิจกรรมเพื่อนเตือนเพื่อนใน โรงเรียน

การประเมินผล จากการติดตามของคณะวิจัย พบว่า

1. สำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษา เขต 13 ผู้อำนวยการสำนักงานเขต ได้มอบนโยบายตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง แนวทางปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 ในสถานศึกษา วันที่ 29 มิถุนายน 2555 เพื่อให้ทุกสถานศึกษาปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อในการดำเนินงานตามโครงการวิจัย
2. จากการดำเนินงานตามโครงการวิจัย พบว่า ปีการศึกษาที่ 2 พ.ศ.2555 นักเรียนชายสูบบุหรี่จำนวน 38 คน สามารถเลิกบุหรี่จำนวน 15 คน คิดเป็น 39.47 เปอร์เซ็นต์ เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาต้นจำนวน 13 และมัธยมศึกษาตอนปลาย 2 คน และพบว่าปีการศึกษาที่ 1 พ.ศ.2556 นักเรียนชายสูบบุหรี่จำนวน 24 คน เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 12 คน และมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 14 คน (สำรวจข้อมูลนักเรียนสูบบุหรี่,31 พฤษภาคม 2556)
3. เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภายนอก ผู้อำนวยการโรงเรียนจึงได้มอบเกียรติบัตรแก่ผู้ทำคุณประโยชน์แก่โรงเรียน ได้แก่ ทีมงานวิจัย ,เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตรัง, เจ้าหน้าที่ รพ.สต.นาบินหลา,นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาบินหลาและผู้ใหญ่บ้านและแกนนำ อสม.ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่
4. โรงเรียนยังคงมีแผนงานดำเนินการอย่างต่อเนื่องในปีการศึกษา 2556 และมุ่งมั่นให้ระบบการช่วยเหลือนักเรียนเลิกบุหรี่เป็นเป็นผลงานดีเยี่ยมของโรงเรียนต่อไปด้วย

หมู่ที่ 4 บ้านโคกไม้ไผ่ ตำบลนาบिनหลา

สาเหตุการเลือกหมู่บ้าน เนื่องจากโรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 ตั้งอยู่ในพื้นที่บ้านโคกไม้ไผ่ หมู่ที่ 4 ต.นาบिनหลาและข้อมูลของโรงเรียนพบว่านักเรียนจำนวน 49 คน มี 10 คนอาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านโคกไม้ไผ่ คิดเป็น 20.40 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมากที่สุด จึงเป็นเหตุผลที่นักวิจัยเลือกหมู่ที่ 4 บ้านโคกไม้ไผ่เป็นพื้นที่ศึกษา

นอกจากนั้นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาบिनหลา (นางหนูเนียร คำจตุ) ยังเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินงานโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิจัยการนำมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องมาตรการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมระดับพื้นที่จังหวัดตรัง แต่มีความห่วงใยว่าอาจจะประสบความสำเร็จยากเพราะสูบกันมานาน จึงต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ดังคำพูดของนายก อบต.ว่า

“โดยเฉพาะบ้านโคกไม้ไผ่หมู่ที่ 4 ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านทั้ง 2 ท่าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหมู่ที่ 4 สูบบุหรี่ทุกคน เป็นห่วงว่าจะเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานของโครงการ และในการทำงานอยากให้ทำร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลนาบिनหลา”

ผลการสำรวจ ระดับตำบล พบว่ายังไม่มีการดำเนินเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เนื่องจากส่วนใหญ่จะไปเน้นที่ยาบ้า กระท่อม จึงมีเพียงป้ายห้ามสูบบุหรี่หน้าห้องประชุมเพียงแผ่นเดียว ดังภาพที่ 3 หัวหน้าสำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาบिनหลา กล่าวว่า

“ที่ผ่านมา อบต.นาบिनหลายังไม่มีแผนงานที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่โดยตรง โดยแผนงานหลักของหน่วยงานจะมุ่งเน้นแก้ปัญหาเสพติด เช่น ยาบ้า น้ำกระท่อม ฯลฯ และยังไม่มีการจัดดำเนินงานเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในพื้นที่ ดังนั้นในหน่วยงาน จึงมีเพียงป้ายห้ามสูบบุหรี่ติดอยู่หน้าห้องประชุม”

อย่างไรก็ตามขณะนี้องค์การบริหารส่วนตำบลนาบिनหลาก็ได้มีการดำเนินงาน เช่น

- 1) กำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่ บริเวณภายในอาคารสำนักงานและห้องประชุมขององค์การบริหารส่วนตำบลนาบिनหลาปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์
- 2) เจ้าหน้าที่บุคลากรและลูกจ้างหรือผู้ที่มาติดต่อราชการสูบบุหรี่ก็จะเป็นบริเวณลานจอดรถ

ระดับหมู่บ้าน จากผลการสำรวจครัวเรือนในพื้นที่หมู่ที่ 4 จำนวน 143 ครัวเรือน พบว่ามีหัวหน้าครอบครัวสูบบุหรี่จำนวน 93 ครัวเรือน คิดเป็น 65.03 เปอร์เซ็นต์ (ผลการสำรวจของอาสาสมัครสาธารณสุข , 27 กุมภาพันธ์ 2556)

การวางแผนงาน ผู้ใหญ่บ้านและแกนนำอสม.และทีมวิจัย ประชุมวางแผนเพื่อนำมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบมาใช้ในพื้นที่ และกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่ภายในหมู่บ้าน ดังนี้

1) การนำมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบมาใช้ในพื้นที่ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งระดับตำบล และหมู่บ้าน (หมู่ 4) มีบทบาทร่วมในการใช้มาตรการทางกฎหมาย/ข้อบังคับอย่างจริงจัง เช่น การห้ามขายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และห้ามสูบบุหรี่ในที่ที่มีป้ายห้ามสูบบุหรี่ เป็นต้น

2) กำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่ภายในหมู่บ้าน ได้แก่

2.1) ขอให้บ้านเป็นที่ปลอดบุหรี่

2.2) ที่ทำการผู้ใหญ่บ้านปลอดบุหรี่

2.3) เต็นท์งานเลี้ยงปลอดบุหรี่

3) ไม่จำหน่ายบุหรี่ให้เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี

4) แกนนำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. เป็นตัวอย่างไม่สูบบุหรี่

การ

ดำเนินงาน โดยยึด 2 มาตรการหลัก คือ มาตรการป้องกัน และมาตรการบำบัด ดังนี้

1. มาตรการป้องกัน

1.1 จัดเวทีเชิงปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนพื้นที่ตำบลนาบิณฑลปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ โดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาบิณฑล เป็นผู้ประสานงานหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่และทีมวิจัยเชิญนักวิชาการ ซึ่งในวันจัดงาน นายอำเภอเมืองตรังได้มอบให้ปลัดอำเภอมาร่วมเป็นประธานเปิดการประชุมและร่วมเสวนา ภายหลังจากเสร็จการประชุมที่มงานวิจัย, นายกองการบริหารส่วนตำบลนาบิณฑล, แกนนำ อสม., ผู้นำท้องที่ และเจ้าหน้าที่รพ.สต.นาบิณฑล หลังการประชุมประเมินผลการทำงาน(AAR) พบว่าผู้ใหญ่บ้านโคกไม้ไผ่ กล่าวต่อที่ประชุมว่า “ผมจะเลิกสูบบุหรี่” สร้างความแปลกใจให้กับทุกคนแต่ก็ปรบมือแสดงความยินดีกับผู้ใหญ่ที่ตัดสินใจเลิกในวันนั้น

1.2 ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ในพื้นที่ที่ทำการผู้ใหญ่บ้านติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำการผู้ใหญ่บ้านและมีการติดสติ๊กเกอร์และโปสเตอร์ที่สามารถเห็นได้โดยง่าย

1.3 มีกิจกรรมรณรงค์ติดสติ๊กเกอร์ไม่จำหน่ายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ตามร้านค้าต่างๆ ในหมู่บ้าน

2.

มาตรการบำบัด

2.1 ประสานงานโรงพยาบาลตรังจัดคลินิกเลิกบุหรี่ให้กับประชาชนในพื้นที่ ณ ที่ทำการบ้านผู้ใหญ่บ้าน

2.2 ผู้นำเลิกบุหรี่เป็นตัวอย่าง โดยเบื้องต้นผู้ใหญ่บ้านเริ่มต้นจากตัวเองและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ร่วมกับครอบครัวอาสาสมัครสม.นำร่องอีก 13 คน

2.3 ให้กำลังใจผู้นำที่เลิกบุหรี่ เช่น ติดตามผู้ใหญ่บ้านที่เลิกสูบบุหรี่ พบว่ามีอาการข้างเคียงซึ่งมีผลมาจากการเลิกบุหรี่ เช่น หงุดหงิด เนื่องจากอยากกลับไปสูบบุหรี่ โดยเฉพาะใน 2-5 วันแรกของการหยุดสูบ แต่หากมีจิตใจที่เข้มแข็งและมีการให้กำลังใจที่ดี อาการเหล่านี้ก็จะค่อยๆ ดีขึ้นภรรยาผู้ใหญ่พูดด้วยความกังวลว่า “หลังจากผู้ใหญ่ประชุมแล้ววันรุ่งขึ้นสูบบุหรี่มวนเดียวและไม่สูบบ่อยเลย เขามีอาการหงุดหงิด จนอยากให้เขาสูบบุหรี่เหมือนเดิม และได้สอบถามผู้ใหญ่บ้านว่าต้องการความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่หรือไม่ ผู้ใหญ่ก็ปฏิเสธและยืนยันที่จะเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองแบบฉบับพลัน”

2.4 ประชาสัมพันธ์ให้เลิกบุหรี่ โดยใช้วิธีการขอร้องกันโดย แกนนำอสม.ซึ่งรับผิดชอบจะร่วมกันติดสติ๊กเกอร์และโปสเตอร์รณรงค์พิษภัยจากบุหรี่และยาสูบยังทุกครัวเรือน

ผลการประเมิน

1. ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เลิกบุหรี่เพื่อเป็นแบบอย่าง และนำร่อง 13 ครอบครัวปลอดควันบุหรี่ การให้ความรู้โทษและพิษภัยของสารเสพติดในบุหรี่และความรู้ด้านกฎหมายแก่ประชาชนในพื้นที่ ส่งผลให้คนในหมู่บ้านเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจุบันพบว่ามียาสูบ 11 ครอบครัวที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการติดตามในวันทำการธนาคารหมู่บ้านซึ่งเปิดให้สมาชิกฝากเงินและกู้เงิน

พบว่า มีการพูดถึงผลเสียหรือพิษภัยของบุหรี่ในระดับครอบครัวมากขึ้น สมาชิกที่เป็นผู้หญิงในหมู่บ้านเริ่มพูดถึงสามีหรือลูกที่บ้านที่ยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตาม ก็มีการยกกรณีตัวอย่างของผู้ใหญ่บ้านที่เป็นตัวอย่างเพื่อโน้มน้าวให้สามีหรือลูกเลิกบุหรี่

2. นายกองค้การบริหารส่วนตำบลนาบินหลา กล่าวว่า ก็ต้องค่อยเป็นค่อยไป เพราะเขายังเลิกไม่ได้ เช่น รองนายกองค้การบริหารส่วนตำบลกีฬายามเล็ก ดังนั้นในเดือนพฤษภาคมนี้ทางองค์การบริหารส่วนตำบลจะขยายพื้นที่หมู่บ้านปลอดบุหรี่ หมู่ที่ 3 ตำบลนาบินหลา ต่อไป

3. ผู้ใหญ่บ้าน เป็นครูสอนเลิกบุหรี่ในหมู่บ้านและใช้บ้านเป็นห้องเรียน ซึ่งบ้านผู้ใหญ่เป็นสถานที่นัดประชุมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และเป็นแหล่งสูบบุหรี่ เมื่อผู้ใหญ่เลิกสูบบุหรี่ก็เป็นเหตุจูงใจให้ลูกบ้านหลายคนเลิกตาม และขอคำแนะนำจากผู้ใหญ่ในการเลิกบุหรี่

โรงพยาบาลตรัง

นายแพทย์ชัยยุทธ ศักดิ์ศรีชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลตรัง

ผลการสำรวจ พบว่า โรงพยาบาลมีสติ๊กเกอร์เขตปลอดบุหรี่ขนาดเล็กติดอยู่กระจายทั่วทั้งโรงพยาบาล และบริเวณระเบียงอาคารหอพักผู้ป่วยพบป้ายไฟเจอร์บอร์ด์ห้ามสูบบุหรี่ติดอยู่แต่ในละชั้นสามารถเห็นได้อย่างชัดเจนแต่บริเวณระเบียงหอพักผู้ป่วยตึก 298 มีกั้นบุหรี่และซี้เก้าอี้ผู้ป่วยประปราย ส่วนบริเวณหลังคาตึกอำนวยการจะพบกั้นบุหรี่จำนวนมาก

การดำเนินงาน โรงพยาบาลตรังได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และมีมาตรการควบคุมยาสูบในโรงพยาบาล

มาตรการควบคุมยาสูบของโรงพยาบาล มีดังนี้

1. รณรงค์ภายในโดยเปิดเสียงตามสายให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และยาสูบ
2. ติดสติ๊กเกอร์และไฟเจอร์บอร์ด์ห้ามสูบบุหรี่ในบริเวณอาคาร ระเบียงหอพักผู้ป่วย
3. ติดป้ายไวนิล โรงพยาบาลเขตปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ หน้าประตูโรงพยาบาล
4. จัดยามและตำรวจลาดตระเวนในพื้นที่บริเวณโรงพยาบาล
5. แต่งตั้งคณะกรรมการโรงพยาบาลตรังปลอดบุหรี่ ประกอบด้วย

5.1)

คณะกรรมการที่ปรึกษา ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายต่างๆ ได้แก่ ฝ่ายการแพทย์
ฝ่ายการพยาบาล กลุ่ม

ภารกิจปฐมภูมิและงานประกันสุขภาพ และกลุ่มภารกิจผู้อำนวยการ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

5.1.1) สนับสนุนการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานทางด้านนโยบาย
บุคลากรและ งบประมาณ เพื่อให้การดำเนินงานโรงพยาบาลปลอดภัยประสบความสำเร็จ

5.1.2) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงาน
โรงพยาบาลปลอดภัย

5.2) คณะกรรมการดำเนินงานโรงพยาบาลปลอดภัย มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

5.2.1) เก็บรวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงาน
โรงพยาบาลปลอดภัย

5.2.2) เป็นศูนย์กลางข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลปลอดภัย

5.2.3) ดำเนินการจัดกิจกรรมรณรงค์ เผยแพร่ความรู้รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

5.2.4) ประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องในการ
ดำเนินการตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ

5.2.5) ถ่ายภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว บันทึกเสียง หรือเก็บรวบรวมวัตถุอื่นใดเพื่อ
เป็นพยานหลักฐาน

5.2.6) มีหน้าที่ควบคุม ห้ามปรามหรือดำเนินการอื่นใดไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในเขต
โรงพยาบาลตรัง

การประเมินผล หลังจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลตรัง

1. โรงพยาบาลเริ่มมาตรการจับปรับเดือนธันวาคมจนถึงปัจจุบันมีจำนวนผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายและถูก
ดำเนินการจับปรับจำนวน 25 ราย(ข้อมูลโรงพยาบาลตรัง,31 พฤษภาคม 2556) ซึ่งมีผลทำให้คนในชุมชน

พูดกันต่อๆ ว่าหากต้องมาโรงพยาบาลสูบบุหรี่ไม่ได้ ถูกจับแน่นอน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า หน้าประตูโรงพยาบาลจะมีกั้นบุหรี่ที่ญาติ หรือประชาชนที่มาโรงพยาบาลดับทิ้งไว้ก่อนเข้าโรงพยาบาลมากมาย

2.พบว่า ป้ายห้ามสูบบุหรี่ที่ติดตั้งในพื้นที่โรงพยาบาล เช่น ในลิบ ถูกทำลาย โดยการใช้มีดกรีด และเจ้าพนักงานที่ดำเนินการจับปรับโดนกระแสดต่อต้านจากบุคลากรที่สูบบุหรี่ของโรงพยาบาล

3.คิววินมอเตอร์ไซค์ที่อยู่ข้างประตูทางเข้าโรงพยาบาลตรงทั้ง 2 ด้าน กลายเป็นสถานที่สูบบุหรี่ของผู้มาติดต่อและใช้บริการโรงพยาบาลตรง ดังนั้นโรงพยาบาลตรงจึงจับมือกับหัวหน้าวินมอเตอร์ไซค์ประกาศวินมอเตอร์ไซค์ปลอดบุหรี่และเตรียมจัดคลินิกเลิกบุหรี่ให้คนขับรถมอเตอร์ไซค์รับจ้างสูบบุหรี่จำนวน 11 คน จากคนขับรถมอเตอร์ไซค์รับจ้างจำนวน 49 คนโดยไม่มีค่าใช้จ่าย และติดตั้งไว้นิลห้ามสูบบุหรี่

3 โรงพยาบาลทำงานเชิงรุก โดยจัดคลินิกให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ตามบริบทของพื้นที่ เช่น จัดคลินิกเลิกบุหรี่ให้นักเรียนช่วงพักกลางวัน และจัดกิจกรรมวันงดสูบบุหรี่ ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนรอบโรงพยาบาล โดยมีตำรวจจากสถานีตำรวจภูธรจังหวัดตรัง, โรงเรียนวิเชียรมาตุ 3 และวินมอเตอร์ไซค์ ร่วม

การขยายผลสู่ที่ว่าการอำเภอเมืองตรัง

ที่มา

ของการเข้าร่วมโครงการ ทีมวิจัยเข้าพบนายอำเภอเมืองตรังเพื่อเรียนปรึกษาเรื่อง การนำร่องพื้นที่ระดับหมู่บ้านปลอดบุหรี่ บ้านโคกไม้ไผ่ หมู่ที่ 5 ตำบลนาบินหลา ทีมวิจัยได้นำเรียนสถานการณ์บุรีและยาสูบ และข้อมูลพื้นที่เบื้องต้น นายอำเภอยินดีให้การสนับสนุนและร่วมดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ นำร่องพื้นที่ “ที่ว่าการอำเภอเมืองตรัง” และอนุญาตทีมวิจัยเข้าร่วมประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านของอำเภอเมืองตรัง เพื่อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรี่และรณรงค์เลิกบุหรี่ผู้นำท้องถิ่น

ผล

การสำรวจ พบว่า ผู้นำท้องถิ่นซึ่งประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตร และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน

251 คน เพศชายจำนวน 460 คน เพศหญิง 61 คน พบผู้นำเพศหญิง 100 เปอร์เซ็นต์ไม่สูบบุหรี่ และผู้นำเพศชาย 199 คนสูบบุหรี่คิดเป็น 43.26 เปอร์เซ็นต์ และตำบลนาบิณฑลผู้นำชายจำนวน 27 คน ผู้นำหญิง 4 ผู้นำชายสูบบุหรี่จำนวน 11 คน คิดเป็น 47.83 เปอร์เซ็นต์ รายละเอียดดังตาราง 2 และพบว่าสถานที่ที่คนใช้เป็นที่สูบบุหรี่ ได้แก่ 1) บริเวณระเบียงหน้าว่าการอำเภอเมืองตรัง 2) ด้านเข้าทางข้างหลังที่ว่าการอำเภอทั้งสองฝั่ง และ 3) บริเวณหน้าห้องที่ทำการกำนันผู้ใหญ่บ้านซึ่งวางโบลงทะเปียน คว้นบุหรี่ย่อยอบอวลทั้งที่ว่าการอำเภอที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอเมืองตรัง (ข้อมูลสำรวจผู้นำสูบบุหรี่, 2 มกราคม 2556)

ลำดับ	พื้นที่	จำนวน	ผู้นำชาย	ผู้นำหญิง	ผู้นำชายสูบบุหรี่	เปอร์เซ็นต์
1	ต.บ้านควน	27	26	1	15	57.69
2	ต.นาโยงใต้	34	25	9	14	56.00
3	ต.นาท่ามใต้	35	33	2	18	54.55
4	ต.นาตาล่วง	27	25	2	13	52.00
5	ต.บางรัก	26	20	6	10	50.00
6	ต.นาบิณฑล	27	23	4	11	47.83
7	ต.นาท่ามเหนือ	55	51	4	24	47.06
8	ต.หนองตรุด	39	35	4	16	45.71
9	ต.ควนปริง	38	36	2	16	44.44
10	ต.โคกหล่อ	51	40	11	17	42.50
11	ต.น้ำผุด	50	47	3	19	40.43
12	ต.นาพละ	43	33	10	11	33.33

13	ต.นาไต่หะมิ่ง	26	23	3	6	26.09
14	ต.บ้านโพธิ์	43	43	0	9	20.93
รวม		521	460	61	199	43.26

ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้นำสูบบุหรี่ อำเภอเมืองตรัง (ผู้นำหญิงไม่สูบบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์)

การดำเนินงาน

1. นายอำเภอเมืองตรัง นำมติสภามัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านการควบคุมยาสูบแจ้งให้ที่ประชุมทราบ และประกาศเป็นนโยบาย “ที่ว่าการอำเภอปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย” และได้ประกาศให้ที่ประชุมทราบว่า ขณะนี้มีพื้นที่นำร่องปลอดบุหรี่และยาสูบ คือ ตำบลนาบินหลา หมู่บ้านโคกไม้ไผ่ หมู่ที่ 4

2. ที่ว่าการอำเภอเมืองตรัง มีการติดป้ายประกาศ **“ที่ว่าการอำเภอเมืองตรังปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์”** หน้าที่ว่าการอำเภอเมืองตรัง เพื่อประกาศที่ว่าการอำเภอเมืองตรังปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย และป้ายห้ามสูบบุหรี่ในที่ว่าการอำเภอ 2 จุด ได้แก่ 1) หน้าห้องที่ทำการกำนันผู้ใหญ่บ้าน และหน้าห้องประชุมที่ว่าการอำเภอเมืองตรัง

3. จัด

คลินิกเลิกบุหรี่ให้กับผู้นำทุกเดือนในคราวประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านโดยบรรจุเป็นวาระก่อนการประชุม โดยโรงพยาบาลตรังและชมรมคนไร้กล่องเสียงจังหวัดตรัง

การ

ประเมินผล

หลังจากการดำเนินงาน 3 เดือน ที่ว่าการอำเภอเมืองตรัง พบว่า

1)ในวันประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านวันที่ 2 เมษายน 2556 ผู้นำท้องที่ให้ความร่วมมือไม่สูบบุหรี่ ภายในอาคารที่ว่าการอำเภอเมืองตรัง แต่จะมีผู้ออกมาสูบบุหรี่อยู่ด้านนอก

2) มี

ผู้นำสนใจเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และผู้นำเลิกบุหรี่จำนวน 6 คน (ที่มวิจัย , 2 เมษายน) และที่เหลือยังคงมีความพยายามในการเลิก ซึ่งผู้นำโดยส่วนใหญ่บอกว่า “วันนี้แม้จะเลิกไม่ได้ แต่ก็ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง”

3) นายอำเภอเมืองตรังสนับสนุนให้ผู้นำท้องที่ทั้ง 14 ตำบลเลิกบุหรี่และประกาศที่ว่าการอำเภอเมืองตรังปลอดบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ทั้งมีการติดตามผลและชื่นชมให้รางวัลแก่ผู้นำท้องที่ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และมอบปลัดอำเภอเมืองตรังประชุมร่วมกับคณะทำงานระดับพื้นที่ระดับตำบลเพื่อวางมาตรการร่วมกันในการแก้ปัญหาและให้นำเสนอความก้าวหน้าต่อนายอำเภอทุกเดือน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความสำเร็จในการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านการควบคุมยาสูบไปสู่การปฏิบัติ

1.การทำงานแบบเครือข่ายที่ช่วยกันหนุนเสริมให้เกิดความเข้มแข็งและต่อเนื่องในการทำงาน ทั้งให้เกิดพลังใจ พลังสมอง และพลังในการลงแรงทำกิจกรรม เนื่องจากการทำงานรณรงค์ลดยาสูบ อาทิ ในโรงเรียนแม้ครูจะทำมานานแต่ยากจะสำเร็จโดยการดำเนินการของโรงเรียนโดย ลำพัง ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าถ้ามีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากภายนอกไปร่วม ด้วย ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและเพิ่มพลังให้ครูได้มีแนวทางใหม่ และมีกำลังใจในการรณรงค์กับนักเรียนมากขึ้น

1.1

เกิดเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้และดำเนินงานเพื่อลดละเลิกบุหรี่ รวมทั้งได้แนวทางการร่วมผลักดันการทำงานต่อในระยะยาวอย่างเป็นรูปธรรม อาทิ การร่วมกันพัฒนาโครงการจังหวัดตรังปลอดบุหรี่โดยดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ 10 อำเภอ โดยนำโรงเรียนปลอดบุหรี่ และที่ว่าการอำเภอปลอดบุหรี่เป็นโมเดล

1.2 เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อาทิ โรงเรียนกับโรงพยาบาล , องค์การบริหารส่วนตำบลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อาสาสมัครสาธารณสุขกับโรงเรียน เป็นต้น ก่อให้เกิดพลังในการดำเนินงานเพื่อลดละเลิกบุหรี่

1.3 ค้นพบแนวทางการทำกิจกรรมรณรงค์ใหม่ๆ เช่น การให้ชมรมผู้รักเสียง ร่วมรณรงค์กับนักเรียน หรือให้นักเรียนเป็นอาสาสมัครร่วมกับ รพ. หรือ อำเภอกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

2. ผู้นำให้ความสำคัญ อาทิ ผู้อำนวยการโรงเรียน,ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายอำเภอเมืองตรัง, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง, ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษามัธยมศึกษา เขต 13, นายกองดีการบริหารส่วนตำบล ,กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน โดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 4 ที่ประกาศเลิกบุหรี่ เป็นต้น

3. การไปขยายผลของ สมาชิกสมัชชาสุขภาพจังหวัดและภาคีเครือข่ายที่ติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เช่น นายแสวง ขุนอาจ ประธานสภาองค์กรชุมชนตำบลจังหวัดตรังและรองประธานชมรมประชมพื้นบ้าน ประกาศเลิกบุหรี่เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2555 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นผลจากการไปรณรงค์ในเวทีกิจกรรมกับภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดตรัง และการขยายผลยังที่ว่าการอำเภอเมืองตรังและตำบลอื่น ๆ ในพื้นที่อำเภอเมืองตรังโดยนายอำเภอเมืองตรังเป็นแกนนำ

4. มีการเผยแพร่ผ่านสื่อวิทยุ สื่ออินเทอร์เน็ต และที่ประชุมผู้บริหารสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานการศึกษามัธยมศึกษาเขต 13 และที่ประชุมผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง และที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านอำเภอเมืองตรัง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

“ทำงาน” หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติระดับพื้นที่ได้รับนโยบายจาก หน่วยงานต้นสังกัดและมีผู้รับผิดชอบและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนต่อมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อ สุขภาพด้านยาสูบ แต่จากจำนวนตัวเลขผู้สูบบุหรี่ยังคงสูงอยู่ โดยเฉพาะนักสูบบุหรี่ใหม่ที่เป็นเด็กและ เยาวชน สะท้อนให้เห็นความจริงในสังคมที่ยังต้องยอมรับว่ายังไม่เสร็จสมบูรณ์

การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษามาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบใน พื้นที่อำเภอเมือง โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่กระบวนการวางแผน การปฏิบัติการ และการ ประเมินผล ได้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจในระดับการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ทั้ง 3 ระดับคือ โรงเรียน สถานบริการ และชุมชน และยังสามารถขยายผลว่าการอำเภอ ก่อให้เกิดแรงกระเพื่อมยังเครือข่ายพื้นที่ ตำบลอีก 13 ตำบลในพื้นที่อำเภอเมืองตรัง

“ตาย

ผ่อนส่ง” ควันบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรง แต่การวินิจฉัยของแพทย์ก็ไม่สามารถระบุได้ว่า โรคร้ายแรงเหล่านั้นเกิดจากควันบุหรี่? หากแต่แนะนำผู้ป่วยที่เป็นโรคให้เลิกสูบบุหรี่ กว่า 10 ปีของผู้ป่วยที่ สูบบุหรี่และเป็นโรค สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ และเมื่อทบทวนอดีตหลายคนก็เสียใจ อยากเปลี่ยนแปลง อยากถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเพื่อเตือนเพื่อนร่วมสังคม ให้ตระหนักและเท่าทันต่อความสุขที่ได้รับ จากการสูบบุหรี่ และอันตรายที่จะตามมาไม่ว่าจากการสูบบุหรี่ก้นกรองหรือใบจากยาเส้น และเตือนผู้ที่ไม่ สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่จากคนใกล้ชิดทั้งสัมผัสโดยตรงหรือโดยอ้อม (นายวิจิต คงจันทร์ ชมรมบุคคลผู้ไร้ กล้องเสียงโรงพยาบาลตรัง)

“การ

สร้างพลังทางสังคมเพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่” เป็นแนวทางสำคัญในการแก้ปัญหา โดยทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องจะต้องร่วมกันคิด และมีข้อตกลงร่วมกันเพื่อคุ้มครองสุขภาพเด็ก เยาวชน ผู้หญิง และผู้สูงอายุให้ ปลอดภัยจากควันบุหรี่อย่างจริงจัง เช่น พื้นที่บริเวณบ้าน โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็กก่อนวัยเรียน โรงพยาบาล และบางพื้นที่ในชุมชนเช่น เต้นงานเลี้ยง งานมหรสพ งานบุญ งานประเพณี ซึ่งจะทำสำเร็จได้ก็ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้สูบบุหรี่

“การ

เลิกสูบบุหรี่ ทำยากกว่าที่คิด” จากประสบการณ์ของผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สามารถเลิกได้ เกิดจาก “ความ

อยากลองและคิดว่าบุนหรีเล็กเมื่อไหร่ก็ได้” แต่เมื่อสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาานาน ๆ ก็มีภาวะติดสารนิโคติน ดังนั้นการเลิกบุนหรีจึงจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรืออยู่ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญและต้องได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง

“บริการอดบุนหรี” การให้บริการในผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปที่ต้องการเลิกบุนหรี มีบริการในโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งซึ่งยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ระดับอำเภอ จึงเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากและซับซ้อนสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะเข้าไปใช้บริการในสถานประกอบการของรัฐ ดังนั้นการจัดคลินิกอดบุนหรีบริการเชิงรุกยังกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่โดยร่วมมือกับองค์กรในชุมชน สามารถจัดคลินิกให้บริการแก่ประชาชนได้โดยการนัดหมายวันเวลาและสถานที่อย่างชัดเจนทำให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้โดยสะดวกขึ้น แต่ทั้งนี้ควรทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อการติดตามผลและการป้องกันการสูบบุหรี่ในผู้ที่เลิกบุนหรีและป้องกันนักสูบบุหรี่รุ่นใหม่

การ

เริ่มต้นเลิกสูบบุหรี่และทำได้สำเร็จในผู้นำองค์กร ผู้นำท้องที่ท้องถิ่น นอกจากนี้ยังเป็นแบบอย่างที่ดียังเป็นกำลังใจให้กับผู้ที่ต้องการเลิกบุนหรี แล้วยังจะก่อให้เกิดกระแสการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ชุมชนอย่างรวดเร็ว และส่งผลให้เกิดค่านิยมใหม่ ที่เกิดจากการชื่นชม และมอบรางวัลให้โดยผู้บังคับบัญชาและประกาศให้เป็นที่รับทราบโดยกว้าง

“การแก้ปัญหาเชิงรุก” การทำงานกับคณะทำงาน ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่และกลุ่มผู้ขายยาสูบและกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมาย ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบและวัฒนธรรมการทำงาน ซึ่งผสมผสานการทำงานภายใต้กลไกอำนาจรัฐและความสัมพันธ์แนวราบของขบวนการภาคประชาชน โดยมุ่งที่เป้าหมายความสำเร็จของพื้นที่เป็นตัวตั้ง

และสำหรับมาตรการที่องค์กรที่ระบุตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น สามารถดำเนินการได้ทันทีและเห็นผลชัดเจนคือการจัดทำป้ายที่มีข้อความ “สถานที่ราชการปลอดบุนหรีตามกฎหมาย ฝ่าฝืนปรับ 2,000” ติดตั้งให้เห็นโดยง่ายเพื่อเตือนให้ประชาชนได้รับทราบถึงมาตรการควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

สถานศึกษา

1. การดำเนินการของสถานศึกษา นอกจากมาตรการของนักเรียน ต้องมีมาตรการของครู นักการภารโรง ที่ชัดเจน นักเรียนทราบว่าครูสูบบุหรี่และครูสูบบุหรี่รับผิดชอบคลินิกเลิกบุหรี่ในนักเรียน ครูเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญต่อการเลิกบุหรี่ของนักเรียน ดังนั้นในชั้นการดำเนินการเพื่อให้โรงเรียนปลอดบุหรี่ ครูและบุคลากรทางการศึกษาทุกระดับต้องปลอดบุหรี่ และเป็นแบบอย่างให้กับนักเรียน

2. ควรมีการบูรณาการสอนโดยครูทุกคนต้องทำความเข้าใจถึงโทษและพิษภัยจากควันบุหรี่และสอดแทรกการตักเตือนด้วยความรัก และไม่กล่าวโทษผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งทางกายและวาจา ปรับเปลี่ยนมุมมองนักเรียนที่สูบบุหรี่เป็นเหยื่อของสารเสพติดที่ถูกต้องตามกฎหมาย

สถานบริการด้านสุขภาพ

1. สำนักงานสาธารณสุขควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดคลินิกเลิกบุหรี่ในพื้นที่ระดับตำบล เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้ง่ายขึ้นและมีการติดตามผลอย่างจริงจัง

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ควรมีการรณรงค์ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องทุกระดับ โดยพื้นที่ระดับตำบล หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ รพสต. ต้องดำเนินการในการให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ถึงอันตรายและโรคร้ายที่เกิดจากควันบุหรี่

ชุมชน

1. ชุมชนควรเพิ่มคุณสมบัติผู้สมัครเลือกตั้งในตำแหน่ง ผู้นำท้องที่และท้องถิ่น “ต้องไม่สูบบุหรี่ เพราะไม่ควรเลือกคนที่ร้ายทั้งตัวเองและคนรอบข้างมาเป็นผู้นำชุมชน

บรรณานุกรม

กนิกนนต์ บุญเพิ่ม.(2550).บทความวิชาการ การสูบบุหรี่กับโรคปรีทัศน์. กลุ่มงานทันตกรรม

โรงพยาบาล ชลบุรี จังหวัดชลบุรี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2549

ค้นข้อมูล 3 สิงหาคม 2551.

From:<http://www.school.net.th/library /snet4/june 22/cigar.htm>.

จิราพร สุวรรณธีรวงูร. (2542).ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา จังหวัดเชียงใหม่.

วารสาร Smart 91 (8) สิงหาคม 2550. มุลินิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

จันทนา จันทรไพจิตร.(2545). เหตุผลการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัด

เชียงใหม่.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชูลีพร เจริญปัญญา.(2550) ฉันทสูบบุหรี่ทำไม:สาเหตุ ค่านิยม พฤติกรรม และทางออกของสตรีและ

สตรีวัยรุ่น. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ชานินทร์ สุธิประเสริฐ.(2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัด

สุพรรณบุรี. โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช

ทัศนาศ นุญทองและคณะ.(2550) รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจสภาพการบริโภคยาสูบในชุมชน

เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. สำนักวิชาพยาบาล มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.

นิพนธ์ กุลนิตย์.(2542) ปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอน

ปลายในจังหวัด เชียงใหม่.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประกิต วาทีสาธกกิจ.(2547). ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการสูบบุหรี่. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ(สสส). วันที่ค้นข้อมูล 20 กรกฎาคม 2551.

From:<http://kanchanapisek.or.th/kp6/BOOK28/chapter6/t28-6-13.htm>

ปรียาพร ชูเอียด, นรลักษณ์ เอื้อกิจ.(2549). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษา

วิทยาลัยสังกัด กรมอาชีวศึกษา ในเขตภาคใต้ตอนบน ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์

พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่ค้นข้อมูล 3 สิงหาคม 2551. from:

http://www.siamhealth.net/public_html/Health/smoking/bad_effect.htm

ป ทมาภรณ์ สุขสมโส.(2551). ละครโทรทัศน์ ที่มีผล อการเลียนแบบของเด็กวัยรุ่น

นตอนต้น.

ศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสื่อสารมวลชน คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

มารวิณ โกลเบิ้ล.(2547). แบบแผนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย ใน เยาวชนไทยกับการ

สูบบุหรี่.วันที่ค้นข้อมูล. 3 สิงหาคม 2551.from: <http://www.ashthailand.or.th>.

มันทนา เหมชะญาติ.(2550). **ปัจจัยพยากรณ์การสูบบุหรี่ตามทฤษฎีการกระทำพฤติกรรมโดย**

เจตนาของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดจันทบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาล

พระปกเกล้า

จันทบุรี. 1.(16).

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย.(2549). **ผลสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทย** วันที่ค้นข้อมูล 20

กรกฎาคม 2551.from: <http://www.bangkokbiznews.com/2008/05/24/>

[news_26473346.php?news_id=26473346](http://www.bangkokbiznews.com/2008/05/24/news_26473346.php?news_id=26473346).

วิชัย ไชควิวัฒน์ และคณะ.(2550). **บุหรี่ยและสุรา ความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ** ระหว่าง

ครัวเรือน ที่มีฐานะและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 16

(เพิ่มเติม). พฤษภาคม.

วีไลรัตน์ เดียวกุล.(2549). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราในประชาชน**

จังหวัดเพชรบุรี.วารสารการพยาบาลและสาธารณสุข วิทยาลัยเครือข่ายภาคใต้ 2

(3),หน้า10-17

วีรวรรณ เล็กสกุลไชย(2550). **พิษของควันบุหรี่.** J Hearth Res. 21(4) หน้า 287-290

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2547). **สถานการณ์การสูบบุหรี่ของโลก.มูลนิธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่.**

กรุงเทพฯ.สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี.

ศรัณญา เบญจกุล และคณะ.(2543). **ประสิทธิผลของโครงการ ค่ายเยาวชนรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่.**

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์วิจัยและจัดการควบคุมเพื่อการควบคุมยาสูบ (2549).การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ
ประชากร

ไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2534-2549.มหาวิทยาลัยมหิดล

สมิต วัฒนธัญญกรรม(2545).การแพร่ระบาดของสารเสพติดและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ
เสพ

สารเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดปทุมธานี.โรงพยาบาลธัญญารักษ์

สุรางค โค วตระกูล.จิตวิทยาการศึกษา. (พิมพ์ ครั้งที่ 4) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ แห จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย, 2541.

สมภพ ห่วงทอง.(2546)ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนามัย

จังหวัดราชบุรี.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ. (2551).วันที่ค้นข้อมูล 28 กรกฎาคม

2551.from: http://www.thaiantitobacco.com/php/index.php?Itemid=0&id=28&option=com_content&task=view

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ.(2551).สารประกอบในบุหรี่วันที่

ค้นข้อมูล 28 กรกฎาคม 2551. form:<http://www.thaihealth.net/h/article464.html>

สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 28 (2551). พิษภัยของบุหรี่วันที่ค้นข้อมูล 3

สิงหาคม 2551. From:<http://kanchanapisek.or.th/kp6/BOOK28/chapter6/t28-6-l3.htm>

สถาบันธัญญารักษ์ (2551). **ครอบครัวคือหัวใจช่วยไม่ให้คนติดยา.**วันที่ค้นข้อมูล 28 กรกฎาคม

2551 From:http://www.thanyarak.go.th/thai4.5.5/index.php?option=com_

[content&task=view&id=49 &Itemid=54.](#)

เอกสารเผยแพร่ของสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข(2548).

วันที่ค้นข้อมูล 3 สิงหาคม 2551.

from:<http://www.school.net.th/library/snet4/june22/cigar.htm>

อัจฉรา สร้อยทอง.(2542) **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น.**

มหาวิทยาลัยมหิดล