



รายงานฉบับสมบูรณ์
การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติในชุมชน
บ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
สัญญาเลขที่ 55-01-09

โดย

อมร สุวรรณนิมิตร
สุภาพร อาญาเมือง
และ คณะ

สนับสนุนโดย

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

มกราคม 2557

คำนำ

รายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัยเรื่องการนำดีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติในชุมชน บ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ซึ่งให้การสนับสนุนการวิจัย เชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการนำดีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมที่ระดับจังหวัด

สำหรับในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม คณะผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเรื่องการนำดีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติในชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งชุมชนบ้านขามเรียง อยู่ห่างจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประมาณ 2 กิโลเมตร โดยจากข้อมูลเบื้องต้นพบว่ามีการสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 11.42 ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้เลือกพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่เป้าหมายในการปฏิบัติการวิจัยเพื่อค้นหาแนวทางในการนำดีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านยาสูบ ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม

การดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาได้ก่อให้เกิดการตื่นตัวแก่คนในชุมชน รวมถึงได้แนวทางในการแก้ปัญหาเบื้องต้น และได้มีการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายในระดับท้องถิ่น ซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดไว้ในเอกสารรายงานผลการวิจัย

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโครงการ ได้แก่ชุมชนบ้านขามเรียงหมู่ที่ 20 กลุ่มผู้นำชุมชนตำบลขามเรียง ผู้ที่สูบบุหรี่และครอบครัวที่ร่วมในกิจกรรม และแหล่งทุนคือศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

มกราคม 2556

สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามวิจัย	2
วัตถุประสงค์โครงการ	2
ขอบเขตการศึกษา	2
ขอบเขตการวิจัย	2
กลุ่มเป้าหมาย	2
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	3
ความรู้เกี่ยวกับบุหรีและอันตรายของบุหรี	3
ประวัติความเป็นมาของบุหรี	3
การสูบบุหรีในประเทศไทย	4
ชนิดของบุหรี	4
สถานการณ์ปัญหาบุหรี	7
ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ	10
นโยบาย มาตรการ กฎหมาย ควบคุมยาสูบ	12
ผลกระทบของบุหรีต่อระบบสุขภาพ	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	27
กรอบแนวคิด	40
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	27
ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา	40
ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผนแบบมีส่วนร่วม	42
ระยะที่ 3 การประเมินผลและสรุปผลการศึกษา	28
บทที่ 4 ผลการศึกษา	40
สภาพทั่วไป บริบทของหมู่บ้านและ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	45
ลักษณะทางประชากร	52
สถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรีและแนวทางแก้ไขปัญหา	55
แนวทางในการแก้ปัญหายา	63
สรุปการขับเคลื่อนโครงการ	65

สารบัญ (ต่อ)

เนื้อหา	หน้า
บทที่ 5 สรุป อภิปราย	70
สรุปผล	70
ข้อเสนอแนะ	79
ภาคผนวก	81

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ เกิดขึ้นภายหลังจากการประกาศใช้ รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 และริเริ่มให้มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 พร้อมการสร้างการเรียนรู้ทางสังคมและการผลักดันเชิงนโยบายสุขภาพ จนกระทั่งได้มี พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สำหรับการเคลื่อนไหวระดับชาติ ได้มีการดำเนินงานและเกิดผลสำเร็จในหลายๆพื้นที่ โดยเฉพาะจะเห็นได้ชัดว่าประชาชนมีบทบาทในการร่วมสร้างสุขภาพมากขึ้น มีการสนับสนุนงบประมาณให้ประชาชนได้ดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ โดยเน้นการพัฒนากลไกของภาคประชาสังคมในจังหวัด ด้วยการประสานความร่วมมือจากองค์กรภาคในพื้นที่ เป็นต้นว่า ฝ่ายการเมืององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ภาคราชการ องค์กรชุมชน ตลอดจนภาคธุรกิจเอกชน ให้เกิดเป็นองค์กรภาคีและเครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง

จังหวัดมหาสารคาม ตั้งอยู่ในภาคอีสานตอนกลาง ข้อมูลการสำรวจ ณ วันที่ 31 ธ.ค.2550 พบว่ามีจำนวนประชากรเท่ากับ 936,005 คน จัดเป็นอันดับของประชากรอันดับที่ 23 จาก 76 อันดับ จำนวนที่อยู่อาศัย 241,216 หน่วย มีพื้นที่รวม 529.7 ตร.กม.หรือ 3,307,302 ไร่ (บริษัทอัลฟา รีเสิร์ช,2552) ข้อมูลทางด้านสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคามมีโรงพยาบาลหรือสถานบริการของรัฐ 11 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง สำหรับสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ในภาพรวมพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้านเช่นเดียวกันกับจังหวัดอื่นๆของไทย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาผลกระทบจากสารเคมี ปัญหายาเสพติด ปัญหาการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ดังข้อมูลที่บ่งชี้ว่า ประชาชนในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามมีอัตราการสูบบุหรี่ 57 ถึงร้อยละ 22.53.ในปี 2550 และ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.12 ในปี 2554 คิดเป็นอัตรา การเพิ่ม ร้อยละ .59

ส่วนประเด็นของการดำเนินงานด้านสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ในช่วงเวลาที่ผ่านมาก่อนที่จะมีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นทางการภายใต้ พรบ.สุขภาพแห่งชาตินั้นในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามก็ได้มีการเคลื่อนไหวงานสมัชชาสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกับองค์กรภาคีทั้งระดับจังหวัด ระดับภาคและมีส่วนร่วมในระดับประเทศ จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว รศ.ดร.ดรุณี รุจกรกานต์ ซึ่งเป็นคณะทำงานของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงได้เป็นผู้ริเริ่มในการประสานภาคีหรือตัวแทนขององค์กรภาคีเครือข่ายสุขภาพจังหวัดมหาสารคามเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาของจังหวัดมหาสารคาม โดยในช่วง2-3 ปีที่ผ่านมาได้มุ่งเน้นปัญหาของเยาวชน อย่างไรก็ตามก็มีข้อสังเกตว่าปัญหาต่างๆไม่สามารถดำเนินการเป็นเฉพาะเรื่องได้ ดังนั้นในปัจจุบันจังหวัดมหาสารคาม โดย ผศ.ดร.อมร สุวรรณนิมิตร จึงได้ร่วมกันกับภาคร้อยแก่นสารสินธุ์ (จังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) เพื่อพัฒนาโครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนกลุ่มน้ำชีเครือข่ายร้อยแก่นสารสินธุ์ โดยมีที่มั่นกวีวิชาการใน

คณะพยาบาลศาสตร์เป็นคณะทำงานร่วมในการขับเคลื่อนงานได้แก่ อาจารย์สุภาพร อาญาเมือง และแกนนำจากภาคีอื่น

และเพื่อเป็นการร่วมผลักดันมติที่ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติระดับจังหวัด คณะผู้วิจัยจึงเสนอโครงการวิจัยเรื่องการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติในชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งชุมชนบ้านขามเรียง อยู่ห่างจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประมาณ 2 กิโลเมตร ประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน คือ บ้านขามเรียง หมู่ 1 หมู่ 15 หมู่ 20 มีประชากรรวมประมาณ 400 หลังคาเรือน ประชากรประมาณ 1,000 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาและรับจ้าง มีอาชีพเสริมคือ ปลูกพืชผัก และเลี้ยงสัตว์ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการแฝงอาศัยอยู่ในชุมชนประมาณ 1,000 คน โดยอาศัยอยู่ในหอพักที่ตั้งอยู่ในชุมชนซึ่งส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในบ้านขามเรียงหมู่ 20 ข้อมูลเบื้องต้นพบว่ามีประชากรสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 11.42 ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมจากความเจริญรุ่งเรืองหลังการก่อตั้งของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้เลือกพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่เป้าหมายในการปฏิบัติการวิจัยต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านยาสูบ นำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคามได้อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์โครงการ

3.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ปัจจัยเงื่อนไข ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบของประชาชนชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 จังหวัดมหาสารคาม

3.2 เพื่อค้นหาแนวทางในทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบของประชาชนชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 จังหวัดมหาสารคาม

3.3 เพื่อหารูปแบบกระบวนการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาแห่งชาติในประเด็นยาสูบสู่ภาคปฏิบัติจริงในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม

3.4 เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาแห่งชาติในประเด็นยาสูบสู่ภาคปฏิบัติจริงในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม

1.4 **ขอบเขตการวิจัย** ประชาชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาในการดำเนินงาน 1 ปี ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2555 – 31 กรกฎาคม 2556

1.5 กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายหลัก กลุ่มผู้สูบบุหรี่หลักในชุมชน (ร้อยละ 11.42)

กลุ่มเป้าหมายรอง ประชาชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 100 คน

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการนำเสนอแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะนำเสนอเป็นรายประเด็นดังต่อไปนี้ คือ 1) สถานการณ์ปัญหาบุหรี่ในภาพรวมและของประเทศไทย 2) แนวทางการจัดการกับปัญหา 3) มาตรการที่เกี่ยวข้อง และ3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และอันตรายของบุหรี่

ความหมายของบุหรี่ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หมายถึง สารเสพติดชนิดหนึ่งที่เป็นผลิตภัณฑ์ทางธรรมชาติ ซึ่งอนุญาตให้ใช้โดยไม่ผิดกฎหมายเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายช่วงระยะเวลาหนึ่งติดต่อกันจะทำให้บุคคลนั้นต้องตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสารนั้นโดยมีสาระสำคัญ คือ

- 1.1.1 ต้องเพิ่มขนาดการเสพมากขึ้นเรื่อย ๆ
- 1.1.2 มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 1.1.3 เมื่อถึงเวลาเสพไม่ได้เสพจะทำให้เกิดอาการอยากยา
- 1.1.4 สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง

จึงพบว่า บุหรี่เป็นสารเสพติดที่อำนาจการเสพติดสูงสุดและเลิกยากที่สุดในหมู่ สารเสพติดด้วยกัน ผู้ที่ติดบุหรี่จะตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของนิโคติน ไม่มีอิสระในการควบคุมตนเอง (กรองจิต วาที่สาธกกิจ.2548)

บุหรี่ ในพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 หมายถึง ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะจะมีใบยาแห้งหรือยาอัดเค็บบนหรือไม่ว่า ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่สร้างขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัด

บุหรี่ที่เป็นปัญหาของทั่วโลกนี้มีประวัติความเป็นมาที่ยาวนานและมีแหล่งเริ่มต้นในแถบทวีปอื่นก่อนที่จะแพร่หลายไปทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ดังที่ประกิต วาที่สาธกกิจ และกรองจิต วาที่สาธกกิจ ได้สรุปไว้ในสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 28 ดังนี้

ประวัติความเป็นมาของบุหรี่

ชาวอินเดียนแดงซึ่งเป็นชนพื้นเมืองในทวีปอเมริกา ได้เริ่มต้นใช้ยาสูบเป็นพวกแรก โดยปลูกยาสูบเพื่อใช้เป็นยาและนำมาสูบในพิธีกรรมต่างๆ ใน พ.ศ. ๒๐๓๕ เมื่อคริสโตเฟอร์ โคลัมบัส (Christopher Columbus) เดินทางไปขึ้นฝั่งที่ซันซัลวาดอร์ ในหมู่เกาะเวสต์อินดีส์นั้น ได้เห็นชาวพื้นเมืองนำเอาใบไม้ชนิดหนึ่งมามวนและจุดไฟตอนปลายแล้วดูดควัน ต่อมา พ.ศ. ๒๐๙๑ มีการปลูกยาสูบในบราซิลซึ่งเป็นอาณานิคมของโปรตุเกสในทวีปอเมริกาใต้ เพื่อเป็นสินค้าส่งออก เป็นผลให้ยาสูบแพร่หลายเข้าไปในประเทศโปรตุเกสและสเปนตามลำดับ ต่อมาใน พ.ศ. ๒๑๐๓ นายฌอง นิโกต์ (Jean Nicot) เอกอัครราชทูตฝรั่งเศสประจำประเทศโปรตุเกส ได้ส่งเมล็ดยาสูบ

มายังราชสำนักฝรั่งเศส ชื่อของนายนิโคตจึงเป็นที่มาของชื่อสารนิโคติน (Nicotin) ที่รู้จักกันในปัจจุบัน ใน พ.ศ. ๒๑๐๗ เซอร์จอห์น ฮอคคินส์ (Sir John Hawkins) ได้นำยาสูบเข้าไปในประเทศอังกฤษ และใน พ.ศ. ๒๑๕๕ นายจอห์น รอล์ฟ (John Rolfe) ชาวอังกฤษ ประสบผลสำเร็จในการปลูกยาสูบเชิงพาณิชย์ เป็นครั้งแรก และ ๗ ปีต่อมา ก็ได้ส่งออกผลผลิตไปยังประเทศอาณานิคมเป็นจำนวนมหาศาล อีก ๒๐๐ ปีต่อมา การทำไร่ยาสูบเชิงพาณิชย์จึงเกิดขึ้นอย่างแพร่หลายทั่วโลก

การสูบบุหรี่ในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการใช้ยาสูบตั้งแต่สมัยอยุธยาแล้ว โดยมีหลักฐานจากจดหมายเหตุของเมอร์ซีเออร์ เดอลาลูแบร์ (Monsieur De La Loubere) อัครราชทูตฝรั่งเศสที่เดินทางมาเมืองไทย สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อ พ.ศ. 2230 ได้เขียนเล่าเรื่องประเทศสยามว่า คนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างคนทั้งผู้ชายและผู้หญิง โดยได้ยาสูบมาจากเมืองมะนิลา ในหมู่เกาะฟิลิปปินส์ จากประเทศจีน และที่ปลูกในประเทศเอง ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าสิงหนาทราชดรุณีได้ทรงประดิษฐ์บุหรี่กันปานขึ้น เพื่อสูบควันและอมยาแก้หมากพร้อมกัน ครั้นถึงรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการผลิตบุหรี่ขึ้นโดยบริษัทที่มีชาวอังกฤษ เป็นเจ้าของได้เปิดดำเนินการเป็นบริษัทแรกใน พ.ศ. 2460 การผลิตบุหรี่ในระยะแรกจะมวนด้วยมือ ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการนำเครื่องจักรเข้ามาจากประเทศเยอรมนี และทำการผลิตบุหรี่ออกมาจำหน่ายหลายยี่ห้อ การสูบบุหรี่จึงแพร่หลายมากขึ้น จนกระทั่งใน พ.ศ. 2482 รัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้น โดยซื้อกิจการมาจากห้างหุ้นส่วนบูรพา ยาสูบ จำกัด (สะพานเหลือง) ถนนพระราม 4 กรุงเทพฯ และดำเนินการกิจการอุตสาหกรรมยาสูบภายใต้การควบคุมของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง หลังจากนั้น รัฐบาลได้ซื้อกิจการของบริษัททวงฮก บริษัททอปปัน และบริษัทบริติชอเมริกันโทแบกโคเพิ่มขึ้น แล้วรวมกิจการทั้งหมดเข้าด้วยกัน และดำเนินการภายใต้ชื่อว่า โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง มาจนถึงปัจจุบัน

ชนิดของบุหรี่

บุหรี่มี 2 ชนิดคือ บุหรี่ที่มวนเอง และบุหรี่ที่ผลิตโดยเครื่องจักร บุหรี่ที่มวนเอง ทำโดยใช้ใบตองแห้ง ใบบัว หรือกระดาษ ที่ใช้มวนห่อใบยาสูบ บุหรี่ชนิดนี้จะดับง่ายเนื่องจากไม่มีการปรุงแต่งสารเคมีที่ช่วยให้ไฟติดทน สำหรับบุหรี่ที่ผลิตโดยเครื่องจักรมี 2 ชนิด คือ บุหรี่ที่ไม่มีก้นกรอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ปาคาญ และ บุหรี่ที่มีก้นกรอง นอกจากนี้ บริษัทบุหรี่ยังผลิตบุหรี่ ชนิดที่เรียกว่า "ไลต์" และ "ไมลด์" โดยระบุไว้ว่าเป็นบุหรี่ชนิดรสถอนที่มีอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่า บุหรี่ธรรมดา แต่จากการวิจัยพบว่า บุหรี่ทั้ง 2 ชนิดมิได้มีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ปาคาญแต่อย่างใด เพียงแต่ต่างกันที่รสชาติเท่านั้น และบุหรี่ปาคาญที่มีก้นกรองจะสามารถกรองละอองสารที่มีขนาด

ใหญ่ได้บางชนิดเท่านั้น โดยสารทาร์และนิโคตินซึ่งมีขนาดเล็กยังคงผ่านเข้าไปได้ในปริมาณเดียวกับการสูบบุหรี่ที่ไม่มีก้นกรอง

ชนิดของยาสูบ

ยาสูบที่ใช้กันอยู่มีหลายรูปแบบ ทั้งแบบสูด แบบดม แบบอมและเคี้ยว

- **แบบสูด** โดยกระทำให้เกิดการเผาไหม้ใบยาสูบซึ่งอยู่ในรูปของบุหรี่ หรือซิการ์ (cigar) ที่ใช้ใบยาสูบมวนผงใบยาสูบอยู่ภายใน หรือไปป์ (pipe) ที่บรรจุใบยาไว้ในกล่องยาสูบ แล้วจุดไฟให้เกิดการเผาไหม้ แล้วผู้สูดสูดควันเข้าสู่ร่างกาย
- **แบบดม** โดยดมใบยาสูบให้ละเอียด แล้วผสมในรูปของยานัตถุ์
- **แบบอมและเคี้ยว** โดยนำใบยาสูบแห้งมาหั่นเป็นฝอย นำมาเคี้ยวแล้วอมอยู่ระหว่างริมฝีปากกับเหงือก บางครั้งเรียกว่า บุหรี่ไร้ควัน

ยาสูบส่วนใหญ่มีการใช้สารเคมีเพื่อปรุงแต่งกลิ่นรส และเพื่อลดความระคายเคือง บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานจะใช้สารเคมีปรุงแต่งมากที่สุด นอกจากนี้ ยังมีสารเคมีที่ใช้ในการรักษาความชื้นของใบยาสูบ และสารป้องกันเชื้อรา เพื่อให้เก็บบุหรี่ได้นาน รวมทั้งสารเคมีที่ใช้ในการรักษาสภาพกระดาษที่ใช้มวนบุหรี่อีกด้วย

1.2 สารที่พบในบุหรี่

ควันบุหรี่มีสารประกอบทางเคมีประมาณ 4,000 ชนิด อยู่ในรูปของละอองและก๊าซ ในระหว่างการสูบบุหรี่จะเกิดควันบุหรี่ 2 แบบ คือ ควันบุหรี่ที่สูดเข้าปอดหรือที่พ่นออกมาและควันบุหรี่ที่ออกมาจากการเผาไหม้บุหรี่ ควันบุหรือนอกจากจะมีนิโคตินแล้ว ยังมีสารน้ำมันดิน (Tar) ประกอบด้วยสารก่อมะเร็งมากกว่า 40 ชนิด สารพวกอนุมูลอิสระ คาร์บอนมอนอกไซด์ สารกัมมันตรังสี และสารอื่นๆอีกมากมาย (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล.2549) ดังต่อไปนี้

1.2.1 นิโคติน

เป็นสารที่พบได้ในใบยาสูบ มีลักษณะคล้ายน้ำมัน และไม่มีสี นิโคตินสามารถออกฤทธิ์โดยตรงที่สมอง ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกที่เป็นสุข สบายใจ ตีตนุหรี่และเลิกได้ยากนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่อจะไปจับที่ปอด และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดโดยจะไปมีผลต่อการหลั่งสารอิพิเนพรีนจากต่อมหมวกไต ทำให้มีความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นแรงเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ และเส้นเลือดแดงหดตัว เป็นต้น เมตาบอลิซึมของนิโคตินส่วนใหญ่จะเกิดที่ตับและประมาณร้อยละ 70 ของนิโคตินในกระแสเลือดจะถูกเมตาบอลิซึมเปลี่ยนเป็นโคตินิน โดย cytochrome P450 และ aldehyde oxidase

1.2.2 ทาร์

มีลักษณะคล้ายน้ำมันดิน เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระดาษมวน และส่วนประกอบอื่นๆในบุหรี่ ทาร์มีสีน้ำตาลประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายหลายชนิดผสมรวมกัน

เช่น เบนโซ-ไพรีน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง นอกจากนี้ละอองของเหลวจากทาร์จะเข้าไปติดอยู่ตามทางเดินหลอดลม และถุงลมปอด โดยประมาณร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอดและเมื่อทาร์รวมตัวกับฝุ่นต่างๆที่หายใจเข้าไปก็จะขังอยู่ในถุงลมปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ ไอเรื้อรังและมีเสมหะ ซึ่งเป็นสาเหตุการก่อโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งโรคมะเร็งปอดและมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ เป็นต้น

1.2.3 คาร์บอนมอนนอกไซด์

เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น เกิดจากการเผาไหม้ของไบยาสูบอย่างไม่สมบูรณ์ ในควันบุหรี่จะประกอบด้วยคาร์บอนมอนนอกไซด์ ประมาณร้อยละ 2-6 ก๊าซนี้จะแย่งจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าก๊าซออกซิเจนประมาณ 200 เท่า ดังนั้นร่างกายของผู้ที่สูบบุหรี่จึงได้รับออกซิเจนน้อยลง การลำเลียงออกซิเจนไปให้อวัยวะต่างๆลดลง มีผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้เพียงพอ และถ้าได้รับก๊าซนี้จำนวนมากจะทำให้เกิดอาการมึนงง คลื่นไส้ และเหนื่อยง่าย นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ พบว่าทารกในครรภ์จะได้รับออกซิเจนน้อย และเด็กที่เกิดมาจะมีการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สติปัญญาและพฤติกรรม

1.2.4 ไนโตรเจนไดออกไซด์

เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมโป่งพอง ถุงลมในปอดลดจำนวนลง ส่งผลให้การทำงานของปอดลดลง ซึ่งมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เหนื่อยหอบง่าย เป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรังและผู้ป่วยจะทรมาณมาก

1.2.5 ไฮโดรเจนไซยาไนด์

เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนต้น ซึ่งบริเวณนี้จะทำหน้าที่คอยช่วยดักสิ่งแปลกปลอมต่างๆไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจ ซึ่งผลของการได้รับก๊าซชนิดนี้จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการไอมีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

1.2.6 สารกลุ่ม polycyclic aromatic hydrocarbons(PAH)

ตัวอย่างของสารในกลุ่มนี้เช่น เบนโซไพรีน เป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งของอวัยวะหลายแห่งเช่น ปอด กล้องเสียง หลอดอาหาร ตับอ่อน กระเพาะอาหาร และช่องปาก เป็นต้น โดยกระบวนการเมตาบอ-ลิซึมของสารในกลุ่ม PAH จะทำให้ดีเอ็นเอ เกิดการกลายพันธุ์และส่งเสริมการสร้างเซลล์มะเร็งที่จำเพาะต่ออวัยวะต่างๆ

1.2.7 สารอนุมูลอิสระ

กระบวนการเผาไหม้ของไบยาสูบทำให้เกิดสารพวกอนุมูลอิสระเป็นจำนวนมาก เช่น peroxy radical, hydroxy radical เป็นต้น โดยสารอนุมูลอิสระชนิดต่างๆสามารถเหนี่ยวนำ

ทำให้เกิดกระบวนการต่างๆในร่างกายเช่น การกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิดpolymorphonuclear cells การสร้างสารกระตุ้น การกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์และการเปลี่ยนแปลงไขมันบางชนิดไปเป็นไขมันชนิดที่เป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว นอกจากนี้สารพวกอนุมูลอิสระยังทำให้เกิดโรคของระบบทางเดินหายใจโดยการก่อให้เกิด oxidative stress ในปอด ผลที่เกิดขึ้นคือ มีการชุมนุมของเม็ดเลือดขาวที่ทำให้เกิดการอักเสบ มีการทำลายเซลล์และเซลล์ตาย

1.2.8 สารกัมมันตรังสี

ในควันบุหรี่ประกอบด้วยมีสารกัมมันตรังสีต่างๆเช่น polonium 210 ที่มีรังสีแอลฟาและยังเป็นสารก่อมะเร็ง เช่น ทำให้เกิดมะเร็งปอด

2.2 สถานการณ์ปัญหาบุหรี่

สถานการณ์การสูบบุหรี่โลกในปัจจุบันในปี 2554 รายงานของ Global Adult Tobacco Survey (GATS).2011 ระบุว่าจำนวนผู้บริโภคยาสูบชนิดมีควัน คือ 13.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 24.0 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยมีอัตราการบริโภคยาสูบชนิดมีควันในเพศชาย 46.6 % และในเพศหญิง 2.6 % โดยแบ่งออกได้ ดังนี้ ผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่โรงงาน (หรือบุหรี่ซอง) เพียงอย่างเดียว คิดเป็น 5.1 ล้านคน ผู้สูบบุหรี่มวนเองเพียงอย่างเดียวคิดเป็น 4.7 ล้านคน ผู้ที่สูบบุหรี่โรงงานและ บุหรี่มวนเองคิดเป็น 3.1 ล้านคน และผู้ที่สูบบุหรี่ชนิดอื่นชนิดมีควัน (เช่น ใปปี้ ชิการ์ บาราเก้ เป็นต้น) คิดเป็น 1 แสนคน และจากการเปรียบเทียบข้อค้นพบสำคัญจากผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554 กับปี 2552 ที่ผ่านมา พบว่าแนวโน้มการบริโภคยาสูบมีจำนวนและอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-17 ปี และเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ที่อายุน้อยลง (จากเริ่มสูบเมื่ออายุเฉลี่ย 18.5 ปี เป็น 17.4 ปี) ส่วนการได้รับควันบุหรี่มือสอง สถานที่สาธารณะ 5 ลำดับแรกที่ได้รับควันบุหรี่สูงสุด ได้แก่ ตลาด สถานบันเทิง ร้านอาหาร มหาวิทยาลัย และที่ทำงาน โรงเรียนมีแนวโน้มได้รับควันบุหรี่ลดลง แต่ 1 ใน 4 ยังคงได้รับควันบุหรี่ที่โรงเรียน บ้านเป็นสถานที่ที่ประชากรไทยได้รับควันบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และด้านการเลิกสูบบุหรี่พบว่า ความสนใจ(หรือคิดจะเลิกยาสูบ) และเคยพยายามเลิกยาสูบลดลง บุคลากรสุขภาพ มีการซักถาม และแนะนำให้เลิกยาสูบเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่,โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ในระดับโลก ปี 2554 [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2556. เข้าถึงได้จาก<http://www.ashthailand.or.th/th/uploads/download/GATS2011.pdf>) จะเห็นได้ว่าจากรายงาน การสูบบุหรี่ในเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกทั้งความคิดของการเลิกบุหรี่ยังมีแนวโน้มที่ลดลง

ส่วนปัญหาการบริโภคยาสูบในประเทศไทยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ประจำปี 2550 ได้ระบุว่า มีผู้ที่

สูบบุหรี่ 10.8 ล้านคน หรือร้อยละ 21.2 โดยสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน 9.4 ล้านคน หรือร้อยละ 18.5 และพบว่าผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 22 เท่า คือร้อยละ 41.7 และ 1.9 ตามลำดับ และผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลสูบบุหรี่มากกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 23.4 และ 16.3 ตามลำดับ ผลการสำรวจอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเริ่มสูบบุหรี่ที่อายุเฉลี่ย 18.5 ปี ผู้ชายเริ่มสูบบุหรี่เร็วกว่าเพศหญิงโดยผู้ชายเริ่มสูบเมื่ออายุ 18.4 ปี ขณะที่ผู้หญิงเริ่มสูบเมื่ออายุ 22.4 ปี และสำหรับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน พบว่าในปี 2550 มีจำนวนเฉลี่ย 10.3 มวนต่อวัน ซึ่งผู้ชายจะสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงคือ 10.4 และ 8.3 มวน ตามลำดับ กลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) และกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูบบุหรี่ปริมาณต่อวันมากกว่ากลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) คือประมาณ 10 มวนต่อวัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, บทสรุปการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร ปี 2550 .[ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2556. เข้าถึงได้จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/sum_alco-ciga50.pdf)

จากสถิติตัวเลขของผู้สูบบุหรี่ทั่วโลก พบว่ามีจำนวนมากถึง 1,300 ล้านคน และในจำนวนนี้พบมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ไปแล้ว 500 ล้านคน ที่สำคัญยังพบอีกว่า คนที่สูบบุหรี่นั้นจะอายุสั้นลงประมาณ 15 ปีด้วย ด้านประเทศไทยเองก็ตาม ถึงแม้จะมีผลสำรวจออกมาว่า ปัจจุบันคนไทยเกิดความตื่นตัวถึงภัยบุหรี่มากถึง 90% จนทำให้ต้องมีการจำกัดพื้นที่ในการสูบบุหรี่กันมากขึ้น ทั้งในสำนักงานและพื้นที่สาธารณะ แต่นั่นก็ไม่ช่วยให้คนไทยสูบบุหรี่น้อยลง เพราะเมื่อกลับมามองตัวเลขการสูบบุหรี่ของคนไทยแล้ว พบว่าในปี 2549 คนไทยสูบบุหรี่ 9.5 ล้านคน แต่เมื่อเทียบกับสถิติในปี 2550 แล้ว ไทยกลับสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นถึงปีละ 10.8 ล้านคน ซึ่งเป็นสถิติที่น่าตกใจเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีมาตรการควบคุมยาสูบที่ค่อนข้างครบวงจร ตั้งแต่การห้ามโฆษณา การพิมพ์คำเตือนเป็นรูป การขยายเขตคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และการขึ้นภาษีเป็นระยะก็ตาม... แต่จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติบ่งบอกว่า ประเทศไทยยังติดอันดับที่ 5 ใน 10 ประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่มีผู้สูบบุหรี่มากที่สุด สูงถึง 10.8 ล้านคน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 10.3 ล้านคน คิดเป็น 41.70% เพศหญิง 0.51 ล้านคน คิดเป็น 1.94 %

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย

(<http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/article/31024> วันที่ 11 ตุลาคม 2555)

และจากข้อมูลของคณะทำงานในประเด็นมาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 มีเนื้อหาสำคัญ ดังนี้

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย

1. ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ 10.90 ล้านคน (ร้อยละ 20.70) เพศหญิงเท่ากับร้อยละ 2.01 และเพศชายเท่ากับร้อยละ 40.46 โดยทั่วไปเพศชายเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 18 ปี ส่วนเพศหญิงเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ 22 ปี

2. การสูบบุหรี่ในรอบ 18 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง แต่ในปีพ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2550 เล็กน้อย ดังนี้ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่¹ มีจำนวนลดลงจาก 12.26 ล้านคน (ร้อยละ 32.00) ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 10.86 ล้านคน (ร้อยละ 21.22) ในปี พ.ศ. 2550 แต่ในปี พ.ศ. 2552 กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 10.90 ล้านคน (ร้อยละ 20.70)² ทั้งนี้เพราะมีนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเยาวชนและผู้หญิงโดยมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ. 2550 ที่ ร้อยละ 1.94 และ กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 2.01 จากการที่บุหรี่ราคาถูกชนิดใหม่ออกมาตีตลาด และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่มุ่งเข้าไปที่เยาวชนและผู้หญิง

๓. ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เฉลี่ยสูงถึง 10 มวนต่อวัน ผู้สูบบุหรี่แบ่งเป็นผู้สูบน้อยกว่า 10 มวน จำนวน 5.06 ล้านคน (ร้อยละ 46.6) และผู้สูบบตั้งแต่ 10 มวนขึ้นไป จำนวน 5.79 ล้านคน (ร้อยละ 53.4)³ ซึ่งผู้สูบบ 10 มวนขึ้นไปจำเป็นต้องใช้ยาในการบำบัดโรคเสพยาสูบ เนื่องจากเป็นผู้ที่ติดนิโคติน

๔. ผู้สูบบุหรี่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปประมาณกึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ี่มวนเอง ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่าสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ี่มวนเองอยู่ระหว่าง ร้อยละ ๕๐.๘๕-๔๓.๙๙ โดยร้อยละ ๙.๑๙ สูบทั้งบุหรี่ซองและบุหรี่ี่มวนเอง⁴ และ มีการสับเปลี่ยนประเภทไปมา เนื่องมาจากการขึ้นราคาบุหรี่ี่ซองที่มีผลมาจากการขึ้นภาษี หรือราคาทีลดลงมาจากการลดภาษีนำเข้าหรือการขยายตลาดของบุหรี่ี่ราคาถูกภายในประเทศ โดยที่ยาเส้นที่เป็นส่วนประกอบของบุหรี่ี่มวนเองมีอัตราภาษีเพียงร้อยละ ๐.๑ ในขณะที่บุหรี่ี่ซองมีการเพิ่มอัตราภาษีสูงขึ้นตามภาวะเงินเฟ้อ จนปัจจุบันมีอัตราภาษีอยู่ที่ร้อยละ ๘๕ จากราคา ณ โรงงานอุตสาหกรรม สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่

¹ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ/ ทุกวัน และผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว

² สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

³ การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. ๒๕๕๐. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

⁴ การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. ๒๕๕๐. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผลิตในประเทศ และราคานำเข้า CIF รวมอากรขาเข้าและภาษีอื่นๆ (ถ้ามี) สำหรับผลิตภัณฑ์ ยาสูบนำเข้า

เด็กและเยาวชน

๕. อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ ๑๙-๒๔ ปี ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ.๒๕๔๙ และค่อยๆ เพิ่มขึ้น จนมีอัตราการสูบบุหรี่เท่ากับ ร้อยละ ๒๒.๑๙ ในปีพ.ศ.๒๕๕๒ โดยสูงขึ้นจากปีพ.ศ.๒๕๕๐ จำนวน ร้อยละ ๐.๙๒ ส่วนช่วงอายุ ๑๕-๑๘ ปี ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ. ๒๕๔๔ และค่อยๆ เพิ่มขึ้น จนมีอัตราการสูบบุหรี่เท่ากับ ๑๕.๙๑ ซึ่งในปีพ.ศ.๒๕๕๒ โดย สูงขึ้นจากปี พ.ศ.๒๕๕๐ จำนวน ร้อยละ ๐.๓๗

๖. จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ พบว่าเยาวชนอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๓.๖๐ ไม่เคยถูกผู้ขายขอคุบัตร์ประชาชน และโดยส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่แบบแบ่ง มวนขายหรือซื้อเป็นมวนร้อยละ ๖๘.๒๕ รองลงมาซื้อเป็นซองร้อยละ ๓๑.๔๖ และอีกเล็กน้อยซื้อ เป็นห่อใหญ่ หรือคาร์ตันร้อยละ ๐.๒๙⁵

๗. ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ อัตราการบริโภคยาสูบซึ่งรวมทั้งยาสูบชนิดมีควันและชนิดไม่มีควัน ของเยาวชนไทยอายุ ๑๓-๑๕ ปีสูงถึงร้อยละ ๑๖.๔ โดยอัตราการบริโภคยาสูบในเพศชายร้อยละ ๒๕.๔ เพศหญิง ร้อยละ ๗.๘ ส่วนอัตราผู้สูบบุหรี่ร้อยละ ๑๑.๗ อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายร้อยละ ๒๐.๑ เพศหญิง ร้อยละ ๓.๘ และ เป็นที่น่าตกใจว่าร้อยละ ๘ ของเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน คิดว่าตนเองจะเริ่มสูบบุหรี่ในปีหน้า⁶ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเด็กและเยาวชนมีความอ่อนไหว และชัก จูงให้เอาแบบอย่างได้ง่าย โดยสื่อต่างๆ และผู้ที่อยู่รอบข้าง

ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ

๘. การบริโภคยาสูบ มีผลเสียต่อสุขภาพ และนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะ โรคสูงสุดเป็นอันดับ ๓ รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยเสี่ยง ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลจากการศึกษาภาวะโรค ของกระทรวงสาธารณสุข⁷ ประมาณการว่า มีผู้เสียชีวิต ๔๑,๐๐๒ คนต่อปี จากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (เสียชีวิตและเจ็บป่วยจาก โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ) และในปี พ.ศ.๒๕๔๙ ประมาณการว่ามี

⁵ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ ๑๑-๒๔ ปี พ.ศ.๒๕๓๔-๒๕๕๐.

⁶ ศุภวรรณ มโนสุนทร, นวรัตน์ เพ็ชรเจริญ, สาลินี เข็นเสถียร, นพวรรณ อัศวรัตน์. การสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย อายุ ๑๓-๑๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒. ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

⁷ การศึกษาภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๗. โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาวะโรค และปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (Burden of Disease). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ คือโรคมะเร็งปอด ๕,๒๙๙ ราย โรคหัวใจ ๕๒,๖๐๕ ราย และโรคถุงลมโป่งพอง ๖๒๔,๓๐๙ ราย รวมค่ารักษาพยาบาล เป็นเงิน ๙,๘๕๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๘ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙⁸

๙.ปี พ.ศ.๒๕๕๐ ครั้วเรือนที่จนที่สุด จ่ายเงินซื้อบุหรี่สูบร้อยละ ๘.๐๔ ของรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยทุกกลุ่มประมาณร้อยละ ๔.๔๔⁹ และพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคจากการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ โรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ อุดตัน และโรคถุงลมโป่งพอง เท่ากับ ๑๐๓,๖๐๒.๖๑, ๓๕,๙๙๖.๖๓ และ ๑๔,๙๒๓.๒๘ บาท/คนปี¹⁰

๑๐. ผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองมากกว่าร้อยละ ๓๙.๑ ที่สมควรได้รับความคุ้มครองเนื่องจากในควันบุหรี่มีสารเคมีกว่า ๔,๐๐๐ ชนิด เป็นสารพิษมากกว่า ๒๕๐ ชนิด เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ และกว่า ๕๐ ชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง¹¹ ซึ่งควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของโรคและการตายก่อนวัยอันควรในเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มือสอง¹² โดยมีผลกระทบต่อระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบเลือด ถึงแม้ว่าในประเทศไทยร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในบ้านลดลง จากร้อยละ ๘๕.๗๖ ในปี พ.ศ.๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๕๘.๙๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐¹³ แต่ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่าประชากรร้อยละ ๓๙.๑ ยังได้รับควันบุหรี่ในบ้าน¹⁴ และสัมผัสควันบุหรี่ในที่ทำงานถึงร้อยละ ๒๗.๒

⁸ Jitrakul Leartsakulpanitch and Wimol Nganthavee. The Economic Burden of Smoking-Related Disease in Thailand: A Prevalence-Based Analysis. *J Med Assoc Thai* 2007; 90 (9): 1925-9.

⁹ ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เดิมศิริกุลชัย. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.๒๕๓๔-๒๕๕๐. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

¹⁰ Pongpanich S. A comparative analysis between present and future tobacco related health care costs in Thailand. Bangkok: The College of Public Health. Chulalongkorn University; 2003.

¹¹ วราวุฒิ เจริญศิริ. ควันบุหรี่มือสอง. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. แหล่งข้อมูล www.bangkokhealth.com. วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๓.

¹² สุทัศน์รุ่งเรืองหิรัญญา, รณชัย คงสกนธ์. พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่. เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ๒๕๕๒.

¹³ ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เดิมศิริกุลชัย. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.๒๕๓๔-๒๕๕๐. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

¹⁴ โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey; GATS). เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๒.

๑๑. ถึงแม้ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่มีถึง ๔.๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓๗ ของประชากรที่เคยสูบ ๑๕.๖ ล้านคน¹⁵ แต่ทดแทนด้วยผู้สูบบุหรี่ใหม่ที่มีอัตราเพิ่มขึ้น โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อย อยู่ในชนบท และยากจน มีโอกาสเข้าถึงบริการเลิกยาสูบได้น้อย เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการเลิกบุหรี่ ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการราชการ ยังไม่เป็นรูปธรรม ถึงแม้ว่าผู้รับบริการส่วนหนึ่งจะได้รับการบำบัดการติดยาสูบโดยมิต้องใช้จ่ายช่วยเลิกยาสูบ แต่ยังมีผู้ติดยาสูบอีกจำนวนไม่น้อยที่ต้องรับการบำบัดโดยการใช้จ่าย

นโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกลไกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

๑๒. ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเป็นประเทศภาคีสมาชิกตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบของประเทศเป็นลำดับที่ ๓๖ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จาก ๑๖๘ ประเทศ¹⁶ ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญอันหนึ่งคือ มาตรา ๕.๓ ของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการใส่ร้ายและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ โดยที่ประเทศไทยมีกฎหมายที่สำคัญ ๓ ฉบับ ที่ใช้เป็นกลไกในการควบคุมยาสูบก่อนการเกิดขึ้นของอนุสัญญาดังกล่าว ได้แก่ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ และ พ.ร.บ. ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๐๙ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสร้างกลไกใหม่ในการใส่ร้ายและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ

๑๓. กลยุทธ์และวิธีปฏิบัติด้านการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ มีพัฒนาการตลอดเวลา ได้แก่ การโฆษณา (Advertising) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) และการอุปถัมภ์ (Sponsorship) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบอ้าง ว่าเป็นกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม รวมถึงกิจกรรมที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมภายใต้กรอบนโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility) เช่น การสนับสนุนเงินให้กับหน่วยงานการศึกษาและกิจกรรมด้านเยาวชนเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อเยาวชน ชุมชนและสังคม รวมทั้งสร้างการยอมรับตัวสินค้าว่าเป็นสินค้าปกติในชีวิตประจำวันอันจะเป็นผลทางอ้อมต่อการบริโภคยาสูบ รวมไปถึงการแทรกแซงของผู้ประกอบการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบ ต่อกระบวนการนโยบายควบคุมยาสูบ อันได้แก่ การขอเข้าพบเพื่อเจรจาต่อรองขอผ่อนปรนกฎระเบียบต่างๆ กับผู้มีส่วนในการกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบ

¹⁵ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๕๒. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

¹⁶ UPDATED STATUS OF THE WHO FCTC: RATIFICATION AND ACCESSION BY COUNTRY. แหล่งข้อมูล http://www.fctc.org/dmdocuments/ratification_latest_Bahamas.pdf. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒.

๑๔. การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีหลายองค์การเป็นภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งภาครัฐ องค์กรพิเศษภายใต้การกำกับของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรอื่นๆ โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงเครือข่าย ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงบริบทในสังคมไทย จึงได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ ขึ้นจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน

๑๕. นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ จนถึงปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิต บุหรี่ซีกาแรตรวม ๙ ครั้ง โดยล่าสุดเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ มีการปรับขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยีกาแรตเป็นร้อยละ ๘๕ ทำให้รายได้สรรพสามิตบุหรี่ยีกาแรตที่รัฐจัดเก็บได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ๑๕,๔๓๘ ล้านบาท เป็น ๔๓,๙๓๖ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒¹⁷ แต่การขึ้นภาษีในแต่ละครั้งไม่ได้ทำให้ราคาบุหรี่ยีกาแรตเพิ่มสูงกว่าอัตราเงินเฟ้อ อีกทั้งอัตราภาษียาเส้นไม่ได้เพิ่มไปด้วย ดังนั้นกลไกด้านราคาจึงยังไม่ได้ทำหน้าที่ในการลดการบริโภคยาสูบเท่าที่ควร ในขณะที่อัตราภาษีบุหรี่ยีกาแรตมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง มีผลมาจากมาตรการทางกฎหมายและมาตรการทางสังคมร่วมด้วย เช่น การทำให้บุหรี่ยีกาแรตเป็นสินค้าไม่ปกติ รวมทั้งการสูบบุหรี่ยีกาแรตเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม และการห้ามสูบบุหรี่ยีกาแรตในที่สาธารณะ เป็นต้น

๑๖. ปัจจุบันยาเส้นและยาสูบ ได้แก่ ซีการ์ ยาเส้นปรุง ยาเคี้ยว และบุหรี่ยีกาแรตอื่นๆ จัดเก็บภาษีตาม พ.ร.บ. ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๐๙ มีโครงสร้างภาษี เป็นการจัดเก็บภาษีจากราคา ณ โรงงานอุตสาหกรรม สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผลิตในประเทศ และราคานำเข้า CIF รวมอากรขาเข้าและภาษีอื่นๆ (ถ้ามี) สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบนำเข้า แต่ปรากฏว่าปัจจุบันบริบทได้เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ การแจ้งราคานำเข้าของบุหรี่ยีกาแรตต่างประเทศไม่สามารถตรวจสอบได้ จึงอาจได้รับแจ้งในราคาที่ต่ำ ประกอบกับอัตราภาษีนำเข้าจะทยอยลดลงอันเนื่องมาจากข้อตกลงการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องปรับโครงสร้างภาษียาสูบและบุหรี่ยีกาแรตเพื่อให้ราคาบุหรี่ยีกาแรตไม่ลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้มีบริโภคยาสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น

แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗

๑๗. กระทรวงสาธารณสุขได้จัดกระบวนการเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ กำหนดวิสัยทัศน์ คือ การควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีประสิทธิภาพ ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง มีพันธกิจ สนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วน ร่วมกันเฝ้าระวังและดำเนินการ เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทย ให้ได้มาตรฐาน ทันต่อการ

¹⁷ กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

เปลี่ยนแปลง เพื่อให้พ้นจากการเสพติด เจ็บป่วย พิกการ และตายอันเนื่องมาจากอันตรายของ ยาสูบ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๓ แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗ ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คยช.) แล้ว เมื่อ คณะรัฐมนตรีให้เห็นชอบแล้ว จะมีผลผูกพันกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

๑๘. แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗ มีจุดมุ่งหมายสูงสุดเพื่อ การลดอัตราการบริโภคยาสูบ การลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร และการทำให้ สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญใน การดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศ ๘ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิย ยาสูบรายใหม่ ๒) การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ ๓) การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ ยาสูบ ๔) การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ๕) การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีด ความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ๖) การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ที่ผิดกฎหมาย ๗) การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี ๘) การเฝ้าระวังและ ควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ รายละเอียดอยู่ในเอกสารภาคผนวก

๑๙. ถึงแม้ว่าแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗ จะกำหนดให้มี ผลผูกพันกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องรับไปดำเนินการตาม แต่ในความเป็นจริงการ ดำเนินงานจะสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาค ส่วน ซึ่งหมายรวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม การดำเนินงานควบคุมยาสูบของ ประเทศไทยยังขาดการระดมศักยภาพของภาคประชาชน ให้มาสนใจและเฝ้าระวังการคุกคามจาก อุตสาหกรรมยาสูบ

มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ

๘. การบริโภคยาสูบ มีผลเสียต่อสุขภาพ และนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะ โรคสูงสุดเป็นอันดับ ๓ รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยเสี่ยง ด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลจากการศึกษาภาระโรค ของกระทรวงสาธารณสุข¹⁸ ประมาณการ ว่ามีผู้เสียชีวิต ๔๑,๐๐๒ คนต่อปี จากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (เสียชีวิตและเจ็บป่วยจาก โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ) และในปี พ.ศ.๒๕๔๙ ประมาณการว่ามี

¹⁸ การศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๗. โครงการพัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาระ โรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (Burden of Disease). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวง สาธารณสุข

ผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ คือโรคมะเร็งปอด ๕,๒๙๙ ราย โรคหัวใจ ๕๒,๖๐๕ ราย และโรคถุงลมโป่งพอง ๖๒๔,๓๐๙ ราย รวมค่ารักษาพยาบาล เป็นเงิน ๙,๘๕๗ ล้านบาท

คิดเป็นร้อยละ ๐.๔๘ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ในปี พ.ศ.๒๕๔๙¹⁹

๙.ปี พ.ศ.๒๕๕๐ คริวเรือนที่เงินที่สุด จ่ายเงินซื้อบุหรี่สูบร้อยละ ๘.๐๔ ของรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยทุกกลุ่มประมาณร้อยละ ๔.๔๔²⁰ และพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคจากการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ.๒๕๔๖ โรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ อุดตัน และโรคถุงลมโป่งพอง เท่ากับ ๑๐๓,๖๐๒.๖๑, ๓๕,๙๙๖.๖๓ และ ๑๔,๙๒๓.๒๘ บาท/คน/ปี²¹

๑๐.ผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสองมากกว่าร้อยละ ๓๙.๑ ที่สมควรได้รับความคุ้มครอง เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารเคมีกว่า ๔,๐๐๐ ชนิด เป็นสารพิษมากกว่า ๒๕๐ ชนิด เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ และกว่า ๕๐ ชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง²² ซึ่งควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของโรคและการตายก่อนวัยอันควรในเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มือสอง²³ โดยมีผลกระทบต่อระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบเลือด ถึงแม้ว่าในประเทศไทยร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในบ้านลดลง จากร้อยละ ๘๕.๗๖ ในปี พ.ศ.๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๕๘.๙๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐²⁴ แต่ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่าประชากรร้อยละ ๓๙.๑ ยังได้รับควันบุหรี่ในบ้าน²⁵ และสัมผัสควันบุหรี่ในที่ทำงานถึงร้อยละ ๒๗.๒

¹⁹ Jittrakul Leartsakulpanitch and Wimol Nganthavee. The Economic Burden of Smoking-Related Disease in Thailand: A Prevalence-Based Analysis. *J Med Assoc Thai* 2007; 90 (9): 1925-9.

²⁰ ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.๒๕๓๔-๒๕๕๐. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

²¹ Pongpanich S. A comparative analysis between present and future tobacco related health care costs in Thailand. Bangkok: The College of Public Health. Chulalongkorn University; 2003.

²² วราวุฒิ เจริญศิริ. ควันบุหรี่มือสอง. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. แหล่งข้อมูล www.bangkokhealth.com. วันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๓.

²³ สุทัศน์รุ่งเรืองหิรัญญา, รณชัย คงสกนธ์. พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่. เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ๒๕๕๒.

²⁴ ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี พ.ศ.๒๕๓๔-๒๕๕๐. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

²⁵ โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey; GATS). เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๒.

๑๑. ถึงแม้ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่มีถึง ๔.๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๓๗ ของประชากรที่เคยสูบ ๑๕.๖ ล้านคน^{๒๖} แต่ทดแทนด้วยผู้สูบบุหรี่ใหม่ที่มีอัตราเพิ่มขึ้น โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อย อยู่ในชนบท และยากจน มีโอกาสเข้าถึงบริการเลิกยาสูบได้น้อย เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการเลิกบุหรี่ ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการราชการ ยังไม่เป็นรูปธรรม ถึงแม้ว่าผู้รับบริการส่วนหนึ่งจะได้รับการบำบัดการติดยาสูบโดยมิต้องใช้จ่ายเลิกยาสูบ แต่ยังมีผู้ติดยาสูบอีกจำนวนไม่น้อยที่ต้องรับการบำบัดโดยการใช้จ่าย

นโยบาย มาตรการ กฎหมาย และกลไกที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบของประเทศไทย

๑๒. ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเป็นประเทศภาคีสมาชิกตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบของประเทศเป็นลำดับที่ ๓๖ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จาก ๑๖๘ ประเทศ^{๒๗} ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญอันหนึ่งคือ มาตรา ๕.๓ ของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการใส่ร้ายและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ โดยที่ประเทศไทยมีกฎหมายที่สำคัญ ๓ ฉบับ ที่ใช้เป็นกลไกในการควบคุมยาสูบก่อนการเกิดขึ้นของอนุสัญญาดังกล่าว ได้แก่ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ และ พ.ร.บ. ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๐๙ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสร้างกลไกใหม่ในการใส่ร้ายและปกป้องจากอิทธิพลของอุตสาหกรรมยาสูบจากการแทรกแซงนโยบายของรัฐ

๑๓. กลยุทธ์และวิธีปฏิบัติด้านการสื่อสารการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ มีพัฒนาการตลอดเวลา ได้แก่ การโฆษณา (Advertising) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) และการอุปถัมภ์ (Sponsorship) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมที่อุตสาหกรรมยาสูบอ้าง ว่าเป็นกิจกรรมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคม รวมถึงกิจกรรมที่ระบุว่าเป็นกิจกรรมภายใต้กรอบนโยบายความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคธุรกิจ (Corporate Social Responsibility) เช่น การสนับสนุนเงินให้กับหน่วยงานการศึกษาและกิจกรรมด้านเยาวชนเพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อเยาวชน ชุมชนและสังคม รวมทั้งสร้างการยอมรับตัวสินค้าว่าเป็นสินค้าปกติในชีวิตประจำวันอันจะเป็นผลทางอ้อมต่อการบริโภคยาสูบ รวมไปถึงการแทรกแซงของผู้ประกอบการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบ ต่อกระบวนการนโยบายควบคุมยาสูบ อันได้แก่ การขอเข้าพบเพื่อเจรจาต่อรองขอผ่อนปรนกฎระเบียบต่างๆ กับผู้มีส่วนในการกำหนดนโยบายควบคุมยาสูบ

^{๒๖} การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๕๒. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

^{๒๗} UPDATED STATUS OF THE WHO FCTC: RATIFICATION AND ACCESSION BY COUNTRY. แหล่งข้อมูล

http://www.fctc.org/dmdocuments/ratification_latest_Bahamas.pdf. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๒.

๑๔. การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีหลายองค์การเป็นภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนเพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งภาครัฐ องค์กรพิเศษภายใต้การกำกับของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรอื่นๆ โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงเครือข่าย ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงบริบทในสังคมไทย จึงได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ ขึ้นจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน

๑๕. นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ จนถึงปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีสรรพสามิต บุหรี่ซีกาแรตรวม ๙ ครั้ง โดยล่าสุดเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ มีการปรับขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยีกาแรตเป็นร้อยละ ๘๕ ทำให้รายได้สรรพสามิตบุหรี่ยีกาแรตที่รัฐจัดเก็บได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ๑๕,๔๓๘ ล้านบาท เป็น ๔๓,๙๓๖ ล้านบาท ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒^{๒๘} แต่การขึ้นภาษีในแต่ละครั้งไม่ได้ทำให้ราคาบุหรี่ยีกาแรตเพิ่มสูงกว่าอัตราเงินเฟ้อ อีกทั้งอัตราภาษียาเส้นไม่ได้เพิ่มไปด้วย ดังนั้นกลไกด้านราคาจึงยังไม่ได้ทำหน้าที่ในการลดการบริโภคยาสูบเท่าที่ควร ในขณะที่อัตราภาษีบุหรี่ยีกาแรตมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง มีผลมาจากมาตรการทางกฎหมายและมาตรการทางสังคมร่วมด้วย เช่น การทำให้บุหรี่ยีกาแรตเป็นสินค้าไม่ปกติ รวมทั้งการสูบบุหรี่ยีกาแรตเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม และการห้ามสูบบุหรี่ยีกาแรตในที่สาธารณะ เป็นต้น

๑๖. ปัจจุบันยาเส้นและยาสูบ ได้แก่ ซีการ์ ยาเส้นปรุง ยาเคี้ยว และบุหรี่ยีกาแรตอื่นๆ จัดเก็บภาษีตาม พ.ร.บ. ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๐๙ มีโครงสร้างภาษี เป็นการจัดเก็บภาษีจากราคา ณ โรงงานอุตสาหกรรม สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผลิตในประเทศ และราคานำเข้า CIF รวมอากรขาเข้าและภาษีอื่นๆ (ถ้ามี) สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบนำเข้า แต่ปรากฏว่าปัจจุบันบริบทได้เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ การแจ้งราคานำเข้าของบุหรี่ยีกาแรตต่างประเทศไม่สามารถตรวจสอบได้ จึงอาจได้รับแจ้งในราคาที่ต่ำ ประกอบกับอัตราภาษีนำเข้าจะทยอยลดลงอันเนื่องมาจากข้อตกลงการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องปรับโครงสร้างภาษียาสูบและบุหรี่ยีกาแรตเพื่อให้ราคาบุหรี่ยีกาแรตไม่ลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้มีบริโภคยาสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น

แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗

๑๗. กระทรวงสาธารณสุขได้จัดกระบวนการเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ กำหนดวิสัยทัศน์ คือ การควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีประสิทธิภาพ ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง มีพันธกิจ สนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วน ร่วมกันเฝ้าระวังและดำเนินการ เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทย ให้ได้มาตรฐาน ทันต่อการ

^{๒๘} กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

เปลี่ยนแปลง เพื่อให้พ้นจากการเสพติด เจ็บป่วย พิกการ และตายอันเนื่องมาจากอันตรายของ ยาสูบ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๓ แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗ ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คยช.) แล้ว เมื่อ คณะรัฐมนตรีให้เห็นชอบแล้ว จะมีผลผูกพันกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

๑๘. แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗ มีจุดมุ่งหมายสูงสุดเพื่อ การลดอัตราการบริโภคยาสูบ การลดปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร และการทำให้ สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญใน การดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศ ๘ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิย ยาสูบรายใหม่ ๒) การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ ๓) การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ ยาสูบ ๔) การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ๕) การสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีด ความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ ๖) การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ที่ผิดกฎหมาย ๗) การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี ๘) การเฝ้าระวังและ ควบคุมอุตสาหกรรมยาสูบ รายละเอียดอยู่ในเอกสารภาคผนวก

๑๙. ถึงแม้ว่าแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗ จะกำหนดให้มี ผลผูกพันกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องรับไปดำเนินการตาม แต่ในความเป็นจริงการ ดำเนินงานจะสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาค ส่วน ซึ่งหมายรวมถึงภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม การดำเนินงานควบคุมยาสูบของ ประเทศไทยยังขาดการระดมศักยภาพของภาคประชาชน ให้มาสนใจและเฝ้าระวังการคุกคามจาก อุตสาหกรรมยาสูบ

ผลกระทบของบุหรี่ต่อระบบสุขภาพ

จากการสำรวจของมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ พบว่า บุหรี่คร่าชีวิตคนไทยไปแล้วกว่า ปีละ 42,000 คน คิดเป็น 115 คนต่อวัน เฉลี่ยชั่วโมงละ 4.7 คน โดยโรคยอดฮิตที่ทำให้คนเราตาย เพราะบุหรี่ อันดับที่ 1 เป็นโรคถุงลมโป่งพอง 10,427 คนต่อปี อันดับที่ 2 โรคมะเร็งปอด 9,979 คน ต่อปี อันดับที่ 3 คือโรคหัวใจและโรคหลอดเลือด 9,707 คนต่อปี อันดับที่ 4 โรคอื่นๆ 7347 คนต่อปี ส่วนอันดับที่ 5 คือโรคมะเร็ง 6,340 คนต่อปี ทั้งนี้ จะเป็นโรคอะไรนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการสูบ ของแต่ละคนด้วย ส่วนวัยที่น่าเป็นห่วงที่สุดเห็นทีจะเป็น “เด็กและเยาวชนไทย” เพราะล่าสุดมีการ สำรวจพบว่าเยาวชนที่สูบบุหรี่มีจำนวนสูงถึง 1,605,211 คน ที่สำคัญเมื่อมองถึงตัวเลขของผู้ที่เริ่ม สูบบุหรี่แล้ว นับวันตัวเลขยิ่งลดลงจนน่าใจหาย ล่าสุดพบเยาวชนที่สูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดเพียง 13 ปีเท่านั้น อีกทั้งการสูบบุหรี่ยังเป็นต้นตอทำให้เยาวชนติ่มสุราสูงถึง 88% เทียบกลางคืนอีก 68% มี

เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรถึง 67% เล่นการพนันถึง 40% และใช้ยาเสพติดสูงถึง 17 % ถือเป็น เรื่องที่ควรเร่งแก้ไขเป็นการเร่งด่วน เพราะหากปล่อยโดยไม่ได้รับการแก้ไข จำนวนนักสูบบุหรี่ใหม่ เหล่านี้ อาจจะมีเพิ่มมากขึ้นจนส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาอีกมากมายก็เป็นได้ (ณัฐฐิ์ ตุ่มภู www.thaihealth.or.th)

ในกลุ่มผู้ชายที่มีประวัติสูบบุหรี่ มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งที่ไต สูงกว่าชายที่ไม่สูบบุหรี่ ถึงร้อยละ 50 และในกลุ่มผู้หญิงที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงสูงกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 22 เนื่องจากผู้ชายเริ่มสูบบุหรี่กันมาตั้งแต่ช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 แต่ผู้หญิงเริ่มสูบบุหรี่เมื่อ สงครามโลกครั้งที่ 2 อัตราความเสี่ยงจึงแตกต่างกัน ความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งไตในผู้หญิงอาจ สูงกว่านี้ แม้สูบบุหรี่ไม่กี่มวนต่อวัน (เฉลี่ยต่ำกว่า 10 มวนต่อวัน) ก็เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งไต สูง กว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 60 แต่ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่ไต จะลดลงอย่างสม่ำเสมอเมื่อ เลิกสูบบุหรี่ (ฝ่ายศูนย์ข้อมูลมูลนิธิโรคมะเร็งเพื่อการไม่สูบบุหรี่ <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/article/4806>)

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นผลจากบุหรี่

เสี่ยงมะเร็งปอด เป็นโรคแรกที่ได้รับการประกาศแล้วว่าเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่เมื่อ 40 กว่าปีมาแล้ว เนื่องจากช่วงนั้นประเทศอังกฤษพบว่าคนเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น จึงมีการศึกษาวิจัย ว่าอะไรเป็นสาเหตุ โดยความสงสัยเบื้องต้นส่วนใหญ่คิดว่ามาจากมลพิษในอากาศจากกรที่มี รถยนต์วิ่งมากขึ้น แต่ผลวิจัยกลับพลิกพลิกที่พบว่ามะเร็งปอดสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไม่ใช่มลพิษ ในอากาศ โดยร้อยละ 80 - 90 ของผู้ที่เป็นมะเร็งปอดมาจากการการสูบบุหรี่และได้รับควันบุหรี่มือ สอง ผลการวิจัยต่อๆ มา พบว่า ในควันบุหรี่มีสารก่อมะเร็งจำนวนมาก มากที่สุดกว่าสารก่อมะเร็ง ที่มนุษย์จะได้รับจากแหล่งอื่นๆ

เสี่ยงโรคหัวใจ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตมากที่สุดของคนสูบบุหรี่ สารพิษมากมายในควันบุหรี่จะทำให้เกิดความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด โดยทำให้ไขมัน ชนิดดีลดลง ไขมันชนิดไม่ดีเพิ่มขึ้น สารพิษเหล่านี้ยังทำให้เกิดหลอดเลือดเกาะตัวกันง่ายขึ้น ทำให้ เลือดมีความหนืดเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันสารพิษในควันบุหรี่ยังทำให้เกิดอนุมูลอิสระจำนวนมาก ซึ่ง ทำให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือด เป็นเหตุให้หลอดเลือดและเม็ดเลือดขาวมาเกาะที่บริเวณ ที่อักเสบนี้

เสี่ยงโรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่คนสูบบุหรี่เป็นมากที่สุด เพราะปอดเป็นอวัยวะ ที่ได้รับควันบุหรี่มากที่สุด ทุกครั้งที่สูบบุหรี่ สารพิษจากควันบุหรี่จะกระทบและก่อให้เกิดการ อักเสบแก่อวัยวะต่างๆ ของหลอดลมและเนื้อปอด เนื้อเยื่อปอดส่วนปลายที่สุดเป็นถุงลมขนาดเล็ก ที่จะค่อยๆ ถูกทำลายโดยควันบุหรี่ แต่เนื่องจากปอดมีสมรรถภาพในการรองรับการใช้งานมากกว่า ปกติถึง 100 เปอร์เซ็นต์ อาการเหนื่อยจึงเกิดขึ้นหลังจากเนื้อปอดถูกทำลายไปเกินกว่าครึ่ง

เสียงอัมพาต ชาวของชาย เมืองสิงห์ ที่ป่วยเป็นอัมพาต แขนขาข้างขวาไม่มีแรง เกิดจากการสูบบุหรี่ ชาวยังระบุว่าเส้นเลือดในท้องและที่ขาซ้ายของคุณชายก็ตีบด้วย การตีบของเส้นเลือดในสมองเป็นผลจากสารพิษในควันบุหรี่ เช่นเดียวกับการตีบของเส้นเลือดหัวใจ ถ้าผู้ป่วยรู้ตัวเร็ว เส้นเลือดในสมองยังตีบแต่ยังไม่ถึงต้น หรือต้นแต่เส้นเลือดขนาดเล็ก ผู้ป่วยก็จะเป็นอัมพาต แต่หากต้นที่เส้นเลือดขนาดใหญ่ก็จะเป็นอัมพาต

เสียงเกิดมะเร็งในที่ต่าง ๆ ทุกครั้งที่คุณสูบบุหรี่หรือคนที่ไม่สูบบุหรี่ แต่หายใจเอาควันบุหรี่เข้าสู่ปอด สารก่อมะเร็งนับสิบนชนิดในควันบุหรี่จะสัมผัสกับอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายที่สัมผัสโดยตรงด้วยการหายใจ คือ ช่องปาก ลำคอ กล่องเสียง หลอดลม และปอด ที่สัมผัสผ่านกระแสเลือด คือ เม็ดเลือดขาว ตับอ่อน ปากมดลูก ที่สัมผัสโดยสารก่อมะเร็งถูกขับออกมาทางปัสสาวะ คือ ไตและกระเพาะปัสสาวะ รวมแล้วควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งถึงสิบอวัยวะด้วยกัน

ควันบุหรี่มือสองทำร้ายเด็ก ควันบุหรี่มือสองประกอบด้วยสารพิษและสารก่อมะเร็งเช่นเดียวกับที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าสู่ร่างกาย และเป็นอันตรายแก่เด็กมากกว่าผู้ใหญ่ เพราะเนื้อเยื่อต่างๆ ของเด็กยังอยู่ในระหว่างการเจริญเติบโต โดยเฉพาะเด็กเล็กจะหายใจเร็วกว่าผู้ใหญ่มาก สารในควันบุหรี่จึงเข้าสู่ร่างกายเด็กได้ง่าย ส่งผลให้เด็กเป็นหวัดบ่อย หลอดลมอักเสบจนถึงปอดบวม เกิดหูด่าง การเจริญเติบโตของปอดเกิดได้ไม่เต็มที่ และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดไหลตาย

เสียงแก่ก่อนวัย เมื่อสารพิษในควันบุหรี่ถูกดูดซึมผ่านปอดเข้าสู่กระแสเลือด สารพิษที่อยู่ในเลือดเหล่านี้จะไหลเวียนไปยังทุกเนื้อเยื่อ ทุกอวัยวะของร่างกาย ก่อให้เกิดอนุมูลอิสระมากมาย ทำให้เกิดการอักเสบและอุดตันของเส้นเลือดฝอยในอวัยวะต่างๆ ทำให้เลือดไปเลี้ยงได้น้อยลง ทั้งยังไปทำลายคอลลาเจนที่ปรากฏชัดที่สุด คือ ใต้ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแห้งกร้านและเหี่ยวก่อนวัยขึ้น จะเห็นว่าคนที่สูบบุหรี่นานๆ มักแก่กว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 10 ปี

เสียงเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เพราะสารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการตีบตันของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศน้อยลง นอกจากนี้ ประสาทที่ควบคุมเกี่ยวกับการแข็งตัวของอวัยวะเพศก็พลอยได้รับผลกระทบไปด้วย

(<http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/article/9178>วันที่ 10 พ.ย.55)

ผลของควันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพของผู้ที่ได้รับควันบุหรี่

ผู้ใหญ่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง ในบ้าน หรือที่ทำงาน วันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25-30 เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 จะมีอัตราการเป็นโรคมะเร็งที่ลำคอกว่าผู้ที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ 3 เท่า และเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งอื่น ๆ มากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า โดยควันบุหรี่มือสองก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบเลือดหัวใจทันทีที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง

หญิงมีครรภ์และทารกที่ได้รับควันบุหรี่มืออย่างต่อเนื่อง จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตรได้ โดยอาจมีอาการครรภ์เป็นพิษ แท้ง คลอดก่อนกำหนด และเกิดอาการไหลตายในเด็กสูงขึ้น

เด็กเล็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบและปอดบวม สูงกว่าเด็กทั่วไป มีอัตราการเกิดโรคที่เพิ่มขึ้น เกิดการติดเชื้อของหูส่วนกลาง ในระยะยาว เด็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะมีพัฒนาการของปอดน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่

สถาบันพิทักษ์สิ่งแวดล้อมสหรัฐอเมริกา และศูนย์วิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ พิสูจน์แล้วว่า ควันบุหรี่มือสองเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ เมื่อคนไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสอง เขาได้สูดดมสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกายเช่นเดียวกับคนสูบบุหรี่ และไม่มีระดับที่ปลอดภัยจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง แม้จะได้รับเพียงระยะเวลาสั้น ๆ ก็เป็นอันตรายได้ แต่โดยเฉลี่ยแล้วเด็ก ๆ จะได้รับควันบุหรี่มือสองมากกว่าผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สสส. <http://www.thaihealth.or.th/>)

1.3 โรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่

1.3.1 ผลต่อตัวผู้สูบเอง

บุหรี่ 1 มวนจะให้ควันบุหรี่ในปริมาณเกือบ 1 ลิตร ซึ่งในควันบุหรี่จะมีสารเคมีต่างๆที่เป็นสารก่อมะเร็งเพราะฉะนั้นการสูบบุหรี่ก็คือการดูดเอาควันพิษเข้าไปในร่างกายซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายอย่างมาก บุหรี่ 1 มวนจะทำให้อายุสั้นลง 5 นาที 30 วินาที ทำให้ผู้สูบบุหรี่ตายก่อนอายุเฉลี่ย 65 ปี ประมาณ 5 - 8 ปีและจากสถิติการตายพบว่าผู้สูบบุหรี่จะมีการตายมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 30.83 และพบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ (จิรพร สร้อยสุวรรณ.2554) ดังนี้

โรคมะเร็ง ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 20 เท่า ทั้งนี้ ขึ้นกับจำนวนมวนที่สูบต่อวัน ลักษณะการสูบและระยะเวลาที่สูบ สำหรับอาการบ่งชี้เฉพาะโรคในระยะแรกของมะเร็งปอดนั้นยังไม่ชัดเจนจึงทำให้การวินิจฉัยของแพทย์ยังยากมาก ส่วนใหญ่จะพบในระยะที่โรคลุกลามไปมากแล้วทำให้การรักษาได้ผลน้อยหรือไม่ได้ผลเลย ในผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ 15 ปี จะทำให้โอกาสที่จะเป็นมะเร็งปอดลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และพบมะเร็งช่องปากในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 5 เท่า โดยเฉพาะผู้สูบบุหรี่ที่ดื่มสุราเป็นประจำจะทำให้มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งในช่องปากสูงขึ้นไปอีกซึ่งขึ้นอยู่กับปริมาณสุราที่ดื่มด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งกล่องเสียง หลอดอาหาร กระเพาะปัสสาวะ ตับอ่อน กระเพาะอาหาร ไต ซึ่งถ้ามีการเลิกบุหรี่ก็จะทำให้อัตราตายดังกล่าวลดลง

โรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณกรดไขมันอิสระในพลาสมา มากขึ้น การจับกลุ่มของเกร็ดเลือดมากขึ้น เป็นผลให้ผู้สูบบุหรี่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า ซึ่งโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้ขึ้นกับจำนวนของบุหรี่และระยะเวลา ที่สูบ ยิ่งสูบจัดนานเท่าไรก็จะยิ่งทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจยิ่งสูงมากขึ้น ในผู้หญิงที่สูบ บุหรี่และกินยาเม็ดคุมกำเนิดด้วยจะมีโอกาสตายด้วยโรคหัวใจมากกว่าหญิงที่สูบบุหรี่แต่ไม่ได้กิน ยาเม็ดคุมกำเนิดถึง 10 เท่า กรณีที่โรคหัวใจขาดเลือดและยังไม่เลิกสูบบุหรี่นอกจากจะให้เลือดที่ ไปเลี้ยงหัวใจตีบแล้วยังทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือปลายเท้าอักเสบและอุดตันได้ทำให้เกิด ปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้นๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด แขนขาเน่าจนต้อง ตัดทิ้ง

ในระบบทางเดินหายใจ คาร์บอนนิโคตินจะก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อเมือกของ หลอดลม และถุงลม ทำให้เกิดอาการไอ หอบหืด อันตรายต่อระบบทางเดินหายใจนี้พบในผู้สูบ บุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่ง พอง ถึงร้อยละ 70 โรคหลอดลมอักเสบจะทำให้เกิดอาการไอเสมหะมากในตอนเช้าทำลายบุคลิก และสุขภาพ ยิ่งสูบบุหรี่นานมากขึ้นจะยิ่งทำให้อาการของโรคมากขึ้นและไม่มีโอกาสรักษาให้ หายขาดได้ ส่วนโรคถุงลมโป่งพองมักเป็นร่วมกับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง พบว่าผู้สูบบุหรี่มี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 30 เท่า โรคนี้เกิดจากสารพิษในคาร์บ อนนิโคตินทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ถุงลมบางและแตกถุงลมเล็กๆ หลายอันแตก รวมกันเป็นถุงลมใหญ่และมีจำนวนน้อยลง เกิดอาการอึดอัด แน่นหน้าอก ไอ หอบเหนื่อย ออก กำลังกายไม่ได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการและ ชะลอให้ตายช้าลง ซึ่งจะทรมานไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมที่โป่งนั้นฉีกขาดทำให้ลมรั่วเข้าไปยัง ช่องเยื่อหุ้มปอดจนเกิดปอดแฟบและทำให้แน่นหน้าอกถ้าเลิกสูบบุหรี่จะทำให้อาการไอเรื้อรังและ มีเสมหะลดน้อยลง ในผู้ที่หอบเหนื่อยจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง แม้จะเลิก สูบบุหรี่อาการจะดีขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ในผู้ที่อายุน้อยหากเลิกสูบบุหรี่หน้าที่การทำงานของปอด จะกลับคืนสู่สภาพปกติ

โรคระบบทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่ทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้น คน สูบบุหรี่จึงมีโอกาสเป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

ผลต่อระบบสืบพันธุ์ ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่จัดจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่า ปกติและจะใช้เวลานานขึ้นในการที่จะเริ่มตั้งครรภ์ ในผู้ชายพบว่าจะมีการตีบตันของหลอดเลือด แดงไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วนทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง

ผลต่อเหงือกและฟัน ผู้ที่สูบบุหรี่จะเกิดโรคเหงือกและฟันมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ทำให้ฟันมีสีเหลือง และผู้ที่สูบมานานๆ ฟันจะมีสีดำ ทำให้เกิดกลิ่นปากและฟันผุก่อน

1.3.2 ผลต่อบุคคลข้างเคียง

การสูบบุหรี่นอกจากจะทำให้โทษต่อผู้สูบเองแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในบรรยากาศของการสูบบุหรี่สูดเอาควันพิษเข้าไปด้วย การรับควันบุหรี่เข้าไปโดยไม่ได้สูบเองก็ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เรียกว่าการสูบบุหรี่มือสอง ควันบุหรี่มี 2 ประเภทคือ ควันบุหรี่ที่สูดเข้าไปในปากและพ่นออกมา ซึ่งเรียกว่าควันแท้หรือควันสายใหญ่ (Mainstream smoke) อีกประการหนึ่งคือควันบุหรี่ที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ที่อยู่ระหว่างการสูบ ซึ่งเรียกว่าควันหลง (Side stream smoke) สำหรับผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียง (จรัพร บัวลอย .2554) มีดังนี้

กลุ่มเด็ก การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวทำให้อุบัติการณ์ของโรคหลอดลมอักเสบในวัยทารกและในกลุ่มอายุต่ำกว่า 2 ปีเพิ่มขึ้น และยังมีผลต่อเนื่องในวัยรุ่นและผู้ใหญ่อีกด้วย

กลุ่มคู่แต่งงานของผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่แต่งงานของผู้ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 เท่า

บุคคลทั่วไป ควันหลงมักก่อให้เกิดอาการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูก โดยเฉพาะ ผู้ที่มีอาการหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดลมอักเสบจะทำให้อาการของโรคเพิ่มขึ้น

1.3.3 ผลกระทบของบุหรี่กับเศรษฐกิจ

ในประเทศไทย จากการสำรวจของศูนย์กสิกรไทยในปี พ.ศ.2548 พบว่ามีค่าใช้จ่ายจากการสูบบุหรี่ประมาณ 57,380 ล้านบาท ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีค่าใช้จ่ายจากการสูบบุหรี่เฉลี่ยประมาณวันละ 14.6 บาทต่อคน จากการประมาณการรายได้ของรัฐบาลไทยในแต่ละปีพบว่าอุตสาหกรรมยาสูบสร้างรายได้ประมาณร้อยละ 5 ของรายได้ทั้งหมดที่รัฐบาลได้รับ แยกเป็นรายได้จากโรงงานยาสูบในสังกัดของกรมสรรพสามิตประมาณร้อยละ 4 และจากภาษีบุหรี่นำเข้าอีกประมาณร้อยละ 0.7 ตัวอย่างเช่นในปี พ.ศ.2546 รัฐบาลมีรายได้จากบุหรี่ประมาณ 43 พันล้านบาท ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการเก็บ ถึงแม้ว่าอุตสาหกรรมยาสูบสร้างรายได้ให้กับรัฐเป็นจำนวนมาก แต่บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพต่อตัวผู้สูบเองและผู้อื่นรวมทั้งยังเป็นการเพิ่มภาระให้กับรัฐที่ต้องสูญเสียงบประมาณเป็นจำนวนมากเพื่อใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดการสูญเสียผลผลิตที่ควรจะได้เนื่องจากการทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้ที่สูบบุหรี่ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล.2549)

1.3.4 ผลกระทบของบุหรี่ด้านสังคม

การสูบบุหรี่มีความสำคัญใกล้ชิดกับการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ พบว่าร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดกัญชาและฝิ่น ร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้า จะเริ่มจากการสูบบุหรี่ก่อนทั้งสิ้น ซึ่งเท่ากับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจะนำไปสู่การใช้ยาเสพติดซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ และมีผลกระทบต่อชุมชนอย่างมาก (จรัพร บัวลอย .2554)

1.3.5 ผลกระทบของบุหรี่ต่อสิ่งแวดล้อม

นอกจากบุหรี่จะทำให้บ้านเมืองสกปรกแล้ว ควันบุรียังก่อให้เกิดอากาศเป็นพิษ โดยเฉพาะในสถานที่แออัดซึ่งจะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ นอกจากนี้บุรียังเป็นสาเหตุของการเกิดเพลิงไหม้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น (จรีพร บัวลอย .2554)

1.4 กลไกการเสพติดนิโคติน

นิโคตินเป็นสารอัลคาลอยด์ที่พบในใบยาสูบ และเป็นสาเหตุให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการเสพติด การเสพติดที่เกิดจากนิโคตินมีความรุนแรงมากเทียบเท่ากับสารเสพติดชนิดอื่น เช่น เฮโรอีน และโคเคน บุหรี่หนึ่งมวนมีนิโคตินประมาณ 1.5-1.6มิลลิกรัม บุหรี่ก้นกรองไม่ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลง

เมื่อสูบบุหรี่ นิโคตินจะเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วภายในเวลา 10 วินาที แพร่ไปทั่วร่างกายรวมทั้งสมอง ไปกระตุ้นตัวรับชนิดพิเศษที่เรียกว่า cholinergic receptors ซึ่งพบได้ในสมองหลายส่วน รวมทั้งกล้ามเนื้อ ต่อมหมวกไต หัวใจ และอวัยวะอื่นๆ โดยปกติตัวรับนี้จะถูกกระตุ้นโดยสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งคือ อะซิติลโคลีน แล้วมีบทบาทเกี่ยวกับการหายใจ รักษาอัตราการเต้นของหัวใจ ความจำ ความกระปรี้-กระเปร่า และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ แต่เนื่องจากโครงสร้างทางเคมีของนิโคตินคล้ายกับอะซิติลโคลีน นิโคตินจึงกระตุ้น cholinergic receptors และทำลายการทำหน้าที่ตามปกติของสมอง การเสพนิโคตินเป็นประจำจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนของ cholinergic receptors และความไวของตัวรับนี้ต่อนิโคตินและอะซิติลโคลีนทำให้เกิดการตื้อต่อนิโคติน ดังนั้นผู้เสพนิโคตินจึงต้องการนิโคตินไปให้สมองเพื่อให้สมองทำหน้าที่ได้ตามปกติ หากระดับนิโคตินลดลง ผู้เสพจะรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการถอนนิโคติน

กลไกอีกอย่างหนึ่งของการเสพนิโคตินคือ ไปกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท โดพามีนในวงจรแห่งความสุขของสมอง โดยมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการเสพติด ผ่านกระบวนการ brain rewarding pathway ซึ่งเป็นกลไกที่คล้ายกับสารเสพติดชนิดอื่นเช่น แอมเฟตามีน เฮโรอีน และโคเคน

ระบบประสาทส่วนกลางมีส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกเป็นสุข โดยประกอบด้วยสมองส่วนที่เรียกว่า ventral tegmental area (VTA) ซึ่งจะส่งสารสื่อประสาทคือ สารเคมี ชื่อโดพามีนไปยังสมองส่วน nucleus accumbens สารโดพามีนที่สมองมีคุณสมบัติทำให้ร่างกายรู้สึกสบาย มีความสุข อิ่มเอิบใจ มีแรงจูงใจ นิโคตินจากควันบุรียี่ที่ผ่านจากกระแสเลือดเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางจะออกฤทธิ์ไปกระตุ้น brain rewarding pathway โดยจับกับตัวรับของมันคือ nicotine receptor ที่อยู่บนปลายประสาทของ VTA มีผลทำให้มีการหลั่งโดพามีนออกมามากขึ้น ดังนั้น จึงทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขสบาย มีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น และลดความอยากอาหาร (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล.2549)

1.5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล

Tomkins กล่าวถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลไว้ 4 ประการ ดังนี้

1.5.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual smoking) นักสูบบุหรี่ ประเภทนี้จะมีบุหรี่ปติดอยู่กับปากตลอดเวลาถึงแม้ว่าจะไม่ได้จุดบุหรี่ยังคาบไว้ที่ปากเฉยๆ มีบุหรี่ปอยู่ใกล้ตัวหรือติดตัวตลอดเวลา การสูบบุหรี่จะทำให้รู้สึกสบายใจ มีความสุข บางคนอาจมีความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ช่วยทำให้เกิดความภูมิฐาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลกลุ่มนี้จะ เป็นไปแบบอัตโนมัติ เป็นกิจวัตรที่ทำเป็นประจำ

1.5.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองโลกในแง่ดี (Positive affect smoking) แบบฉบับของนักสูบบุหรี่ประเภทนี้ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยให้เกิดความพอใจ เกิดความสุข ความตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็กวัยรุ่นสูบบุหรี่เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่ หรือสูบเพราะทำตามพ่อแม่ที่สูบบุหรี่ ทำตามบุคคลที่ตัวเองชื่นชอบ บุคคลกลุ่มนี้บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ปไว้ มีความสุขที่ได้สัมผัสกับควันบุหรี่ปที่ออกมาจากปากและจมูก

1.5.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ (Negative affect smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ไม่สูบบุหรี่ต่อเนื่อง เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เกิดความกดดัน มีปัญหาเพื่อที่จะระงับอารมณ์ตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์หรือสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งก็มักจะหาทางออกด้วยการสูบบุหรี่ เช่น เมื่อมีความทุกข์ หวาดกลัว เหนื่อย รู้สึกตื่นเต้น ความเศร้า อยู่คนเดียว หรือขณะขับรถ เป็นต้น

1.5.4 พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive smoking) บุคคลกลุ่มนี้เป็นพวกติดบุหรี่ปถือว่าบุหรี่ปคือสิ่งจำเป็นที่จะขาดไม่ได้ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยให้อาการดีขึ้น มีความพอใจช่วยลดความรู้สึกกดดัน ทำให้เกิด บรรยากาศที่ดีขึ้น และคิดอะไรได้มากขึ้น

2. วิธีการและเทคนิคการเลิกสูบบุหรี่

วิธีการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ติดบุหรี่ปนั้น สามารถทำสำเร็จได้หากมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างแน่วแน่และพิจารณาอย่างถ่องแท้ด้วยตนเองเสียก่อนว่าบุหรี่ปนั้นเป็นอันตรายต่อสุขภาพและมีโทษอย่างไร ผู้ที่ได้รับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ส่วนมากใช้วิธีเลิกเด็ดขาดด้วยพลังใจอันเข้มแข็งของตนเองเป็นสำคัญ และเลิกสูบเลยจะได้ผลดีกว่า (กาญจนศรี สิงห์ภู.2543) วิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่ได้ผลมีวิธีที่พอสรุปได้ ดังนี้

2.1 การสร้างกำลังใจให้เข้มแข็ง

ในการงดสูบบุหรี่โดยใช้หลักการให้กำลังใจด้วยการตัดสินใจทิ้งบุหรี่ปและอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้

ในการสูบบุหรี่ทั้งหมดที่มีอยู่ ต้องมีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ มีความพยายาม ความอดทน และหาเหตุผลต่าง ๆ ของการไม่สูบบุหรี่ เช่น เพื่อชีวิตที่ยืนยาว หรือเป็นการประหยัด เปลี่ยนนิสัยในชีวิตประจำวันหลังจากรับประทานอาหารเสร็จแล้วให้ใช้วิธีเดินเล่น บอกกับตัวเอง บอกเพื่อนๆ และผู้ที่รักใคร่นับถือว่า กำลังงดสูบบุหรี่ เพื่อเพิ่มกำลังใจให้กับตัวเอง พยายามชักชวนให้เพื่อนๆ เลิกสูบบุหรี่ด้วย เพื่อจะได้ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้แก่กันและกัน ยึดมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ จะเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วย ส่งเสริมให้กำลังใจ

2.2 การปฏิบัติทางร่างกาย

การปฏิบัติทางร่างกายเพื่อขจัดความอยากสูบบุหรี่ ได้แก่ ดื่มน้ำเปล่า วันละ 8-10 แก้วจะเป็นการช่วยขับนิโคตินออกจากร่างกายได้เร็วที่สุดใน 3-4 วัน ไม่รับประทานอาหารจังก์ฟู้ด ไขมันสูง และอาหารรสหวาน รับประทานผัก ผลไม้ให้มาก ดื่มน้ำผลไม้แทนน้ำชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด อาบน้ำวันละหลายครั้งจะช่วยทำให้รู้สึกสดชื่น ถ้ารู้สึกหงุดหงิดไม่สดชื่นแก้ไขโดยการรับประทานวิตามินบี 1 ซึ่งพบได้ในถั่ว ข้าวซ้อมมือ ผักที่มีสีเขียว ออกกำลังกายทุกวันแต่ต้องไม่หนักเกินไป อาจทำได้โดยการเดินหรือการสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ

ปัจจุบันได้มีการคิดหาวิธีการและแนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่หยุดสูบบุหรี่กันมากมายหลายวิธี อย่างไรก็ตามการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ ไม่ใช่เรื่องที่จะกระทำได้ง่าย เพราะฤทธิ์ของนิโคตินในบุหรี่ยังทำให้คนติดบุหรี่มากกว่าร้อยละ 80 ไม่สามารถเลิกได้โดยเด็ดขาด ดังนั้นจึงมีความพยายามหาวิธีการมากมายที่จะช่วยผู้สูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยวิธีการมีทั้งที่ต้องใช้ยา และไม่ต้องใช้ยาตามรายละเอียด ดังนี้

สำหรับวิธีการที่ไม่ต้องใช้ยาจะใช้วิธีการการให้คำปรึกษาทางการแพทย์แก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ มีวิธีการ 5 ขั้นตอน เรียกว่า 5A's ดังนี้ ได้แก่ การถาม (Ask) การชักชวน (Advise) การประเมินความพึงพอใจ (Assess) การวางแผนช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ (Assist) และขั้นสุดท้ายเป็นการติดตามผล (Arrange)

ส่วนการใช้ยาในการรักษาผู้ติดบุหรี่ มีทั้งใช้และไม่ใช้นิโคติน การรักษาโดยใช้นิโคตินในการทดแทน ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน มีประโยชน์มากเพราะตัวยาสสามารถป้องกันอาการที่เกิดจากการอยากยาหลังเลิกสูบบุหรี่ แขนงนิโคติน แปะที่คอและข้อมือ สารนิโคตินจะเข้าสู่กระแสเลือดภายใน 4-9 ชั่วโมง แต่มีผลเสีย คือ อาจมีอาการนอนไม่หลับสนิท (Sleep disturbance) บางรายอาจระคายเคืองแก้ไขโดยการเปลี่ยนที่แปะไปเรื่อยๆ หรือใช้ยา Hydrocortisone หรือ Triamcinolone cream ทา การรักษาโดยการใช้ยาไม่มีนิโคติน ได้แก่ Bupropion เป็นยาที่อยู่ในรูปเม็ด ออกฤทธิ์ลดอาการ ซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล และสามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ดี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีรายงานการสำรวจการขายบุหรี่ให้กับเยาวชน พบผลการสำรวจชี้ว่า ร้านค้ารอบโรงเรียน นิยมขายบุหรี่แบบแบ่งมวนให้เด็ก 67% ไม่เคยขอคู่มือประชาชน 74% ส่วนในโรงเรียนมีรุ่นพี่ขาย รุ่นน้องมากถึง 56% ทำเด็กเข้าถึงบุหรี่ง่าย ส่งยอดนักสูบหน้าใหม่พุ่ง 3 แสนคนต่อปี ด้าน นักวิชาการหนุนร่าง กม.ควบคุมบริโภคยาสูบฉบับใหม่ ขยายอายุผู้ซื้อเป็น 20 ปี ห้ามเด็กต่ำกว่า 18 ปีเป็นผู้ขาย พร้อมครอบคลุมการห้ามขายทางอินเทอร์เน็ตและสถานศึกษาด้วย wannapa | วันที่ 22 ตุลาคม 2555

จากการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา มีอัตราการสูบลดลง โดยในปี 2554 มีอัตรา การสูบบุหรี่ร้อยละ 21.36 แต่อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2554 มีอัตรา การสูบบุหรี่ร้อยละ 22 ซึ่งสูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย โดยเฉพาะช่วงอายุ 15-18 ปี อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 9.2 สูงกว่าเมื่อ 10 ปีที่แล้วคือปี 2544 ที่มีอัตราการสูบเพียงร้อยละ 6.44 เท่านั้น นอกจากนี้ ยังพบว่าเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่อายุต่ำสุดที่ 6 ปี โดยนิยมสูบบุหรี่โรงเรียนร้อยละ 74.72 บุหรี่มวนเองร้อยละ 24.99 สาเหตุเพราะเยาวชนสามารถเข้าถึงการซื้อบุหรี่ได้ง่าย จึง จำเป็นต้องหามาตรการป้องกันเยาวชนไทยไม่ให้กลายเป็นนักสูบหน้าใหม่ โดยควรต้องปรับปรุง กฎหมายให้มีประสิทธิภาพและมีการบังคับใช้ได้จริง วันนี้ (22 ต.ค.) เมื่อเวลา 09.30 น. ที่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัย และจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล, 22 ต.ค.55)

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวนประมาณ 2,000 คน จากโรงเรียนมัธยม 7 แห่ง แบ่งเป็นกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง และ สงขลา 1 แห่ง ในเรื่องการซื้อขายบุหรี่พบว่า เยาวชนร้อยละ 79 ระบุว่า มีร้านขายบุหรี่อยู่บริเวณ รอบสถานศึกษา ร้อยละ 67 ระบุว่า ร้านค้าใกล้สถานศึกษานิยมขายบุหรี่แบบแบ่งมวน ร้อยละ 56.1 ระบุว่า มีรุ่นพี่รุ่นน้องหรือเพื่อนในโรงเรียนนำบุหรี่มาขายแบบแบ่งมวนในโรงเรียน ร้อยละ 80 ระบุว่า ร้านค้าแถวบ้านขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และร้อยละ 74.4 ระบุว่า สามารถหาซื้อ บุหรี่ได้ง่าย เนื่องจากผู้ชายไม่เคยขอคู่มือประชาชน ทั้งนี้ แหล่งที่สามารถหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายและ ต้องเฝ้าระวังคือ บริเวณหน้าโรงเรียน ร้านชำแถวบ้าน/แหล่งช้อปปิ้ง/ตลาดกลางคืน และหน้า ห้างสรรพสินค้า โดยพบว่ากลุ่มมัธยมมีความเสี่ยงสูงสุ่มมากกว่ากลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย (ศิริรัช ลาภใหญ่, 2555)

ในขณะที่ ผศ. ลักขณา เตมศิริกุลชัย (2555) กล่าวว่า ร่างพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) ควบคุมการบริโภคยาสูบฉบับใหม่จะช่วยให้เด็กสูบบุหรี่น้อยลงและเข้าถึงบุหรี่ได้ยากขึ้น เนื่องจากเป็นร่างกฎหมายที่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่ากฎหมายเดิม 2 ฉบับคือ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ทั้งนี้ ในกฎหมายฉบับใหม่ได้เพิ่มอายุขั้นต่ำในการซื้อบุหรี่จากเดิมอายุ 18 ปี เป็น 20 ปี และห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีขายบุหรี่ ซึ่งหากมีการละเมิดผู้ขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี และนายจ้างของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีขายบุหรี่ ต้องระวางโทษจำคุก 1 ปี ปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ส่วนในต่างประเทศ พบว่า ตอนนี้อยู่ปูนก็มีกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปีแล้ว ขณะที่ควेटฮอนดูรัส กำหนดที่อายุ 21 ปี อย่างในอังกฤษก็ใช้วิธี No ID , No Sale คือต้องขอคู่มือประจำตัวประชาชนก่อนขายทุกครั้ง หากไม่มีบัตรก็ห้ามขายบุหรี่ ส่วนกรณีกำหนดห้ามเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีขายบุหรี่เป็นการละเมิดสิทธิเด็กหรือไม่ องค์กรสิทธิเด็กได้ออกมาให้ข้อมูลแล้วว่า เด็กสามารถประกอบอาชีพใดก็ได้แต่ต้องไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น การกำหนดดังกล่าวจึงไม่ถือเป็นการละเมิดสิทธิเด็ก และ ผศ. ลักขณา กล่าวอีกว่า กฎหมายฉบับใหม่ยังห้ามวิธีการขายที่เด็กสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย ได้แก่ ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานศึกษา ห้ามขายทางอินเทอร์เน็ต ห้ามขายผ่านเครื่องขาย ห้ามขายบุหรี่ต่ำกว่าซองละ 20 มวน และห้ามแบ่งขายเป็นมวนๆ นอกจากนี้ ยังห้ามลดแลกแจกแถมบุหรี่ หรือซื้อบุหรี่แล้วแถมของ ห้ามโฆษณาในทุกรูปแบบ ห้ามแสดงบุหรี่และราคาบุหรี่ ณ จุดขาย ห้ามสถานศึกษาของรัฐบาลรับเงินอุปถัมภ์จากบริษัทยาสูบ และห้ามบริษัทยาสูบเผยแพร่หรือประชาสัมพันธ์กิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR)

ซึ่งที่ผ่านมาบริษัทบุหรี่และโรงงานยาสูบไม่ยอมให้มีการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบฉบับใหม่ จึงใช้วิธี "องค์กรหน้าชั้น" โดยตนเองไม่ได้เป็นผู้คัดค้านกฎหมายด้วยตัวเอง แต่อาศัยการเกณฑ์ชาวไร่ยาสูบมาเป็นเครื่องมือในการต่อต้าน ทั้งนี้ ขอยืนยันว่า กฎหมายฉบับใหม่ไม่มีมาตราใดที่พูดถึงชาวไร่ยาสูบหรือการจำกัดการปลูกใบยาสูบเลย แต่กฎหมายฉบับนี้ต้องการป้องกันการเกิดของนักสูบหน้าใหม่ที่เพิ่มขึ้นปีละ 3 แสนคน ซึ่งขณะนี้กฎหมายได้ผ่านวาระรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนทั้ง 4 ภาคแล้ว กำลังอยู่ในขั้นตอนการสรุปประเด็นประชาพิจารณ์จากกรมควบคุมโรคและให้นักวิชาการ นักควบคุมยาสูบแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม จากนั้นจึงจะนำเข้าสู่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี (ครม.) ในช่วงเดือน พ.ย.-ธ.ค. นี้ ซึ่งหาก ครม. ผ่านร่างกฎหมายนี้แล้ว จะเข้าสู่สภานิติบัญญัติ ผ่านวาระ 1 ในการตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณากฎหมายแบบรายข้อต่อไป" (ลักขณา เตมศิริกุลชัย, 2555) (ผู้จัดการออนไลน์ <http://www.thaihealth.or.th/>)

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ เปิดเผยว่า จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ล่าสุดในปี 2552 พบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้ประชากรไทยเสียชีวิตประมาณ 5 หมื่นคนต่อปี โดยเฉลี่ย ผู้ชาย 1 ใน 6

คน และผู้หญิง 1 ใน 25 คนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ(ปีที่มีสุขภาพดี)จากการตายก่อนวัยอันควรและความพิการ 6 แสนปี หรือ 11.1% ของภาวะโรคทั้งหมดในผู้ชาย และสูญเสียปีสุขภาวะ 8.8 หมื่นปี หรือ 2.1% ของภาวะโรคทั้งหมดในผู้หญิง ในจำนวนนี้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็งปอดเป็นหลัก (24% และ 20% ตามลำดับ)

ภาวะโรคจากบุหรี่เป็นโรคมะเร็งปอดสูงสุด 75% โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 50% จากการเปรียบเทียบกับภาวะโรคในปี 2547 พบว่าแนวโน้มผู้สูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อย แต่ภาวะจากโรคยังคงเพิ่มขึ้น เป็นผลจากการสูบบุหรี่ในอดีต โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด หากคนไทยทุกคนไม่สูบบุหรี่ จะทำให้ภาวะโรคจากการสูบบุหรี่ลดลง 86% ในเพศชาย และ 61% ในเพศหญิง ซึ่งปีสุขภาวะที่สูญเสียไปนั้น ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ และเศรษฐกิจด้วย” (กนิษฐา,2555)

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา กรรมการเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ คลินิกฟ้าใส กล่าวว่า การสำรวจพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ พบว่า จากจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด มี 60% ที่มีความคิดอยากเลิกสูบบุหรี่ โดยกว่าครึ่งเคยเริ่มเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ซึ่งในจำนวนนี้กว่าครึ่งไม่สามารถเลิกเองได้ การให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่ จึงถือเป็นเรื่องสำคัญ แต่ปัจจุบันพบว่าภาครัฐยังไม่ได้บรรจุสิทธิเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่เข้าไปในหลักประกันสุขภาพทุกระบบ โดยมีเพียงคำแนะนำ แต่ยังไม่มีการจัดเตรียมยาเลิกบุหรี่ ซึ่งผู้ที่ติดบุหรี่หนัก ตั้งแต่วันละ 1 ซองขึ้นไป จะไม่สามารถเลิกเองได้ จำเป็นต้องมียาช่วย แต่เมื่อต้องจัดหาด้วยตนเอง จึงทำให้ส่วนหนึ่งล้มเลิกความตั้งใจ อย่างไรก็ตาม หากเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายจากการเลิกบุหรี่ พบว่า ค่ำค่าในการลงทุน เพราะมีค่าใช้จ่ายวันละ 40-60 บาท เพียง 3 เดือน แต่หากยังสูบบุหรี่ก็จะเสียทั้งเงินและเกิดโรคมามากมาย(ที่มา : หนังสือพิมพ์บางกอกทูเดย์ <http://www.thaihealth.or.th/>)

รายงานของสำนักควบคุมการบริโภคบุหรี่(2555) สรุปรายงานการเฝ้าระวังสถานการณ์การบริโภคบุหรี่ตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมา พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่น่าห่วงใยหลายประการได้แก่ 1) มีจำนวนผู้สูบและปริมาณที่สูบเพิ่มขึ้น 2) อายุเมื่อเริ่มสูบเป็นครั้งแรกลดลง 3) ผู้ที่สูบบุหรี่ที่อยู่ในกลุ่มจนที่สุดยังคงได้รับผลกระทบสูงกว่ากลุ่มคนรวยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบระหว่างรายได้กับค่าใช้จ่ายที่ชื้อยามาสูบ 4) ภาคใต้อุบัติการณ์สูบบุหรี่ในปัจจุบันสูงสุดและเปลี่ยนแปลงลดลงต่ำสุด ขณะที่กรุงเทพฯมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา และ 5) อัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ชี้การเรตที่เพิ่มสูงถึง 85% ของราคา ณ โรงงานมิได้ส่งผลกระทบต่ออัตราการลดลงของรายได้ประเทศจากภาษีบุหรี่

นอกจากนั้นข้อมูลสถานการณ์ยังสะท้อนให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ชนิดมีควันเพิ่มขึ้นในปีล่าสุด (2554) ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงจาก 12 เท่า เป็น 20 เท่า โดยพบในกลุ่มอายุระหว่าง 41-59 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงานสำหรับผู้ชายจะสูบบุหรี่เฉลี่ย 10 มวนต่อวัน ในขณะที่ผู้หญิง

2. วิธีการและเทคนิคการเลิกสูบบุหรี่

วิธีการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ติดบุหรี่นั้น สามารถทำสำเร็จได้หากมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างแน่วแน่และพิจารณาอย่างถ่องแท้ด้วยตนเองเสียก่อนว่าบุหรือนั้นเป็นอันตรายต่อสุขภาพและมีโทษอย่างไร ผู้ที่ได้รับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ส่วนมากใช้วิธีเลิกเด็ดขาดด้วยพลังใจอันเข้มแข็งของตนเองเป็นสำคัญ และเลิกสูบบุหรี่จะได้ผลดีกว่า (กาญจนศรี สิงห์ภู.2543) วิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่ได้ผลมีวิธีที่พอสรุปได้ ดังนี้

2.1 การสร้างกำลังใจให้เข้มแข็ง

ในการงดสูบบุหรี่โดยใช้หลักการให้กำลังใจด้วยการตัดสินใจทิ้งบุหรี่และอุปกรณต่างๆที่ใช้ในการสูบบุหรี่ทั้งหมดที่มีอยู่ ต้องมีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ มีความพยายาม ความอดทน และหาเหตุผลต่าง ๆ ของการไม่สูบบุหรี่ เช่น เพื่อชีวิตที่ยืนยาว หรือเป็นการประหยัด เปลี่ยนนิสัยในชีวิตประจำวันหลังจากรับประทานอาหารเสร็จแล้วให้ใช้วิธีเดินเล่น บอกกับตัวเอง บอกเพื่อนๆ และผู้ที่รักใคร่นับถือว่า กำลังงดสูบบุหรี่ เพื่อเพิ่มกำลังใจให้กับตัวเอง พยายามชักชวนให้เพื่อนๆเลิกสูบบุหรี่ด้วย เพื่อจะได้ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้แก่กันและกัน ยึดมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ จะเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วย ส่งเสริมให้กำลังใจ

2.2 การปฏิบัติทางร่างกาย

การปฏิบัติทางร่างกายเพื่อขจัดความอยากสูบบุหรี่ ได้แก่ ดื่มน้ำเปล่า วันละ 8-10 แก้วจะเป็นการช่วยขับนิโคตินออกจากร่างกายได้เร็วที่สุดใน 3-4 วัน ไม่รับประทานอาหารจังก์ฟู้ด ไขมันสูง และอาหารรสหวาน รับประทานผัก ผลไม้ให้มาก ดื่มน้ำผลไม้แทนน้ำชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด อาบน้ำวันละหลายครั้งจะช่วยทำให้รู้สึกสดชื่น ถ้ารู้สึกหงุดหงิดไม่สดชื่นแก้ไขโดยการรับประทานวิตามินบี 1 ซึ่งพบได้ในถั่ว ข้าวซ้อมมือ ผักที่มีสีเขียว ออกกำลังกายทุกวันแต่ต้องไม่หนักเกินไป อาจทำได้โดยการเดินหรือการสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ

ปัจจุบันได้มีการคิดหาวิธีการและแนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่หยุดสูบบุหรี่กันมากมายหลายวิธี อย่างไรก็ตามการช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ ไม่ใช่เรื่องที่จะกระทำได้ง่าย เพราะฤทธิ์ของนิโคตินในบุหรือนั้นทำให้คนติดบุหรือนานกว่าร้อยละ 80 ไม่สามารถเลิกได้โดยเด็ดขาด ดังนั้นจึงมีความพยายามหาวิธีการมากมายที่จะช่วยผู้สูบบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยวิธีการมีทั้งที่ต้องใช้ยา และไม่ต้องใช้ยาตามรายละเอียด ดังนี้

สำหรับวิธีการที่ไม่ต้องใช้ยาจะใช้วิธีการการให้คำปรึกษาทางการแพทย์แก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ มีวิธีการ 5 ขั้นตอน เรียกว่า 5A's ดังนี้ ได้แก่ การถาม (Ask) การชักชวน (Advise) การประเมินความพึงพอใจ (Assess) การวางแผนช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ (Assist) และขั้นสุดท้ายเป็นการติดตามผล (Arrange)

ส่วนการใช้ยาในการรักษาผู้ติดบุหรี่ มีทั้งใช้และไม่ใช้นิโคติน การรักษาโดยใช้นิโคตินในการทดแทน ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน มีประโยชน์มากเพราะตัวยาสสามารถป้องกันอาการที่เกิดจากการอยากยาหลังเลิกสูบบุหรี่ แผ่นแปะนิโคติน แปะที่คอและข้อมือ สารนิโคตินจะเข้าสู่กระแสเลือดภายใน 4-9 ชั่วโมง แต่มีผลเสีย คือ อาจมีอาการนอนไม่หลับสนิท (Sleep disturbance) บางรายอาจระคายเคืองแก่ไขโดยการเปลี่ยนที่แปะไปเรื่อยๆ หรือใช้ยา Hydrocortisone หรือ Triamcinolone cream ทา การรักษาโดยใช้ยาไม่มีนิโคติน ได้แก่ Bupropion เป็นยาที่อยู่ในรูปแบบเม็ด ออกฤทธิ์ลดอาการ ซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล และสามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ดี

3.แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

3.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

คำว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ ดังนี้

Cobb (Cobb ,1976) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้างโดยกล่าวว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Kahn (Kahn ,1979) กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง

Norbeck (Norbeck ,1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลงสามารถป้องกัน การเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

Thoits (Thoits ,1982) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ ซึ่งเกิดจากมีการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

Kaplan (Kaplan, 1997) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 2 ความหมายคือ

1. หมายถึง ความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมในแต่ละบุคคล ซึ่งได้รับความเห็นอกเห็นใจ ความช่วยเหลือ ในสภาพแวดล้อมในสังคมนั้นๆ ได้แก่ การได้รับความรัก

การยกย่องนับถือ การมีคุณค่า การเป็นส่วนหนึ่งและความปลอดภัย ซึ่งได้รับการปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้อื่น

2. หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีอยู่ หรือขาดหายไปของแหล่งที่ให้การสนับสนุน

Beck (beck, 1982) ให้ความหมายว่า การนับถือซึ่งกันและกันและความช่วยเหลือของบุคคลในเครือข่ายของสังคม ถ้าได้รับแรงสนับสนุน ก็จะรอดพ้นอันตรายจากสถานการณ์ที่มีความเครียดสูงได้ แต่หากไม่ได้รับก็จะเกิดการเก็บกดทางสังคม (Social stressors)

สรุปแล้วแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการปฏิบัติสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยบุคคล 2 ฝ่าย คือ ฝ่าย “ผู้ให้แรงสนับสนุน” อาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน แล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมชั้นเรียน และหรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับฝ่ายผู้รับแรงสนับสนุน ซึ่งหมายถึงผู้ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจาก ผู้ให้แรงสนับสนุน

3.2 แหล่งแรงสนับสนุนทางสังคม

Kaplan (Kaplan, 1979) ได้กล่าวไว้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น ต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือ ได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย (Social network) ของแต่ละคน และจากการศึกษาของ Kaplan พบว่าคนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคม จะทำให้เกิดโรคสังคมแตกแยก (Social breakdown syndrome) คือ เป็นอาการที่ไม่เป็นตัวของตัวเองตัดสินใจไม่ได้ขาดความเชื่อมั่นในตัวเองและไม่สามารถดูแลตัวเองได้และในทางตรงกันข้าม คนเราอยู่ในสังคมเมื่อประสบปัญหา มักจะได้รับความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง แรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือเกิดปัญหา

House (House, 1981) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่มตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง ประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น แพทย์พยาบาล/ทีมสุขภาพ เป็นต้น

Pender (Pender 1996) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural support systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดา และมารดา คอยดูแลช่วยเหลือ บุตรให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่บุตรหรือสมาชิกของครอบครัว

2. กลุ่มเพื่อน (Peer support systems) คนกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มี ผลกระทบที่รุนแรงในชีวิตประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่เกิดขึ้นในตัวเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบพบมากับเพื่อนได้

3. องค์การศาสนา (Organized religious support systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized support systems of care giving or helping professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแล สุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคล จะแสวงหา กลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ หรือแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ และพยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized support groups not directed by health professional) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหาบริหารให้แกตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิต ความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์เหมือนกัน

3.3 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

House (House ,1985) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ได้แก่ การให้คำแนะนำข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

Pender (Pender, 1996) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่แสดงถึงความห่วงใย

2. แรงสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดการเข้าใจว่าอย่างไรควรทำ จึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือทางด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือ ในเรื่องแรงงาน เวลา

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

cobb (cobb, 1976) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และมีความสนิทสนมใกล้ชิด มีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. แรงสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า และบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าของตนเอง

3. แรงสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นเครือข่ายทางสังคม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

Thoits (Thoits, 1982) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. ด้านเครื่องมือ เป็นการได้รับแรงสนับสนุนด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของเงินทอง

2. ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ และการป้องกันตนเองจากอันตราย

3. ด้านอารมณ์และสังคม เป็นการได้รับความรักความเอาใจใส่ การยอมรับเห็นคุณค่า การให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Shaefer (Shaefer, 1981) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1.ด้านอารมณ์และความรู้สึก เป็นความรู้สึกถึงความเอาใจใส่ ซึ่งรวมถึงความใกล้ชิดและความรักใคร่ผูกพัน การให้ความมั่นใจ การยอมรับห่วงใย การกระตุ้นเตือน ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและห่วงใยเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2.ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลป้อนกลับ เพื่อช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาได้ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ สิ่งทีบุคคลควรปฏิบัติ

3.ด้านสิ่งของ เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้านวัตถุสิ่งของ เงินทอง หรืออาจเป็นการให้ความช่วยเหลือทางอ้อม เช่น แรงงาน หรือ เวลา

จากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ โดยการให้ความใกล้ชิด ให้ความสนใจ รับฟังปัญหา การให้กำลังใจ คำแนะนำ การกระตุ้นเตือนจากครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเป็นแรงเสริมให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การที่บุคคลได้รับรู้ถึงความเอาใจใส่จากบุคคลอื่น รับรู้ว่าบุคคลอื่นให้ความห่วงใย จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความคล้อยตาม และอยากจะทำตามปฏิบัติตนตามที่บุคคลอื่นได้แนะนำ

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จรีพร บัวลอย (2554) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดการสูบบุหรี่ของเกษตรกรชาย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม 6 ครั้ง ประกอบด้วย การบรรยาย การชมวิดีโอ การอภิปรายกลุ่ม การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ และการศึกษาจากตัวแบบจริง โดยกลุ่มทดลองมีจำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มจากก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับปานกลาง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และมีความพึงพอใจต่อการนำมะขามป้อมมาใช้ลดความอยากบุหรี่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.3

เรวัต เทพไทยอำนวย (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมอดบุหรี่โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการอดบุหรี่โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมสุขศึกษา แบบบันทึกการกระตุ้นเตือนและให้คำแนะนำจากผู้วิจัย โดยกลุ่มทดลองมีจำนวน 40 รูป และกลุ่มเปรียบเทียบ 43 รูป ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

ปิยาภรณ์ เยาวเรศ (1551) ได้ศึกษากระบวนการบริการของคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลสังกัดรัฐและเอกชน มหาวิทยาลัยมหิดล สุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่ขึ้นทะเบียนคลินิกอดบุหรี่ ปี 2546 จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข บริบทองค์การที่เอื้อแก่การดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ พบว่าโรงพยาบาลมีการประกาศนโยบายในการควบคุมการบริโภคยาสูบครบ 5 นโยบาย (ร้อยละ 65.9) มีหน่วยงานรับผิดชอบ (ร้อยละ 100) มีทีมผู้รับผิดชอบดำเนินงานแบบสหสาขา (ร้อยละ 61.7) ส่วนการจัดสถานที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 63.7) งบประมาณส่วนใหญ่มาจากการจัดสรรของโรงพยาบาล (ร้อยละ 76.3) มีการประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 88.6) โดยใช้สื่อมวลชนมากกว่าสื่อระดับบุคคล / กลุ่ม (ร้อยละ 47.3 และ ร้อยละ 23.6 ตามลำดับ) กระบวนการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ พบว่ามีการให้บริการเลิกบุหรี่ โดยใช้หลักการ 5A's ส่วนใหญ่ครบ 5 ขั้นตอน (ร้อยละ 91.0) โดยร้อยละ 100 มีการดำเนินงานในขั้นตอนการถาม (Ask) และให้คำแนะนำ (Advise) ในขั้นตอนการประเมินความพร้อม (Assess) ร้อยละ 69.4 ขั้นตอนการช่วยเหลือ ร้อยละ 96.2 การช่วยเหลือส่วนใหญ่ไม่ใช้ยา (ร้อยละ 98.7) ร้อยละ 100.0 เป็นการให้คำปรึกษา ขั้นตอนที่ 5 การติดตามและประเมินผล (Arrange Follow up) มีการดำเนินการน้อยที่สุด (ร้อยละ 91.0) โดยใช้ทั้งการนัดพบที่คลินิกและการใช้โทรศัพท์ติดตาม (ร้อยละ 97.8 และ 83.1 ตามลำดับ) วิชาชีพที่มีบทบาทดำเนินการมากที่สุดทั้ง 5 ขั้นตอน ของ 5 A's คือ พยาบาล ลำดับต่อมาคือ แพทย์และนักวิชาการสาธารณสุข มีผู้รับบริการระหว่าง 1-5 รายต่อเดือน (ร้อยละ 46.0) และหนึ่งในสี่ของผู้รับบริการทั้งเลิกบุหรี่ได้สำเร็จและไม่สำเร็จสามารถติดตามได้ คิดเป็นร้อยละ 34.8 และ 18.0 ตามลำดับ และผู้รับบริการสามในสี่มาบำบัดตามนัดต่อปี คิดเป็นร้อยละ 12.4

ลดาวัลย์ คันธธาศิริ (2550) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือนักศึกษากลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 20 ปี คือนักศึกษาในชั้นปี 1-2 และนักศึกษาที่อายุมากกว่า 20 ปี คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ทั้งเพศหญิงและชาย จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่นั้นมีหลายปัจจัยด้วยกัน ดังนี้

เพศ - ผลการศึกษาพบว่า เมื่อแบ่งตามเพศของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ปัจจัยแตกต่างทางด้านเพศจะมีผลต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายจะมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง

อายุและชั้นปีที่กำลังศึกษา - ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ขึ้นไป จะมีอัตราการสูบบุหรี่ที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ขึ้นไปนั้นจะศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3-4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ขึ้นไปนั้นจะศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1-2

ภูมิลำเนา - ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่จะมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งทำให้เห็นถึงความแตกต่างด้านภูมิลำเนาจะมีผลต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนปัจจัยต่อไปนี้เป็นเมื่อศึกษาแล้วพบว่าไม่มีผลต่อการเลือกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คนในครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถาม คะแนนเฉลี่ย (GPA) รายได้ต่อเดือนและที่พักอาศัย

สุวรรณี แสงอาทิตย์ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและเสพยาเสพติดในวัยรุ่นที่มีสุขภาพปกติและมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นสุขภาพปกติ จำนวน 111 คน และวัยรุ่นเจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 136 คนที่ได้จากการสุ่มผลการวิจัยสรุปผลได้ดังนี้ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นทั้งที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นผู้ที่อาจมีสารเสพติดและมีการคบเพื่อนที่ไม่เหมาะสมได้ โดยพฤติกรรมการคบเพื่อนที่เสียง่ายสามารถชักนำให้วัยรุ่นมีการเสพยาเสพติดดังนั้นการดูแลด้านการคบเพื่อน การให้ความอบอุ่นในครอบครัว และส่งเสริมการรับรู้บทบาทผู้ป่วยที่เหมาะสมในวัยรุ่นที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นเรื่องสำคัญในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านการเสพยาเสพติดในวัยรุ่น การบริหารงานเพื่อป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษาช่วงชั้นที่ 3-4 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานองคาย เขต 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้อำนวยการโรงเรียน รองผู้อำนวยการโรงเรียน หัวหน้าฝ่ายปกครอง ครูผู้รับผิดชอบและประธานคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 90 คน โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด ผลการวิจัยพบว่า

1. บุคลากรมีความคิดเห็นต่อระดับการบริหารงานเพื่อป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษาที่จัดการศึกษาช่วงชั้นที่ 3-4 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานองคาย เขต 2 โดยรวมอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับจากด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย คือด้านการวางแผนด้านการจัดการองค์กร ด้านการใช้สิทธิพลหรือการจูงใจ ด้านการประเมินผล และด้านการประสานงานเป็นอันดับสุดท้าย

2. ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคลากรต่อระดับการบริหารงานเพื่อป้องกันยาเสพติด พบว่า ไม่แตกต่างกัน ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย

๑. ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่าประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ ๑๐.๙๐ ล้านคน (ร้อยละ ๒๐.๗๐) เพศหญิงเท่ากับร้อยละ ๒.๐๑ และเพศชายเท่ากับร้อยละ ๔๐.๔๖ โดยทั่วไปเพศชายเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ ๑๘ ปี ส่วนเพศหญิง เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุประมาณ ๒๒ ปี

๒. การสูบบุหรี่ในรอบ ๑๘ ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง แต่ในปีพ.ศ. ๒๕๕๒ มีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. ๒๕๕๐ เล็กน้อย ดังนี้ ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปสูบบุหรี่^{๒๙} มีจำนวนลดลงจาก ๑๒.๒๖ ล้านคน (ร้อยละ ๓๒.๐๐) ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ เป็น ๑๐.๘๖ ล้านคน (ร้อยละ ๒๑.๒๒) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ แต่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น ๑๐.๙๐ ล้านคน (ร้อยละ ๒๐.๗๐)^{๓๐} ทั้งนี้เพราะมีนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเยาวชนและผู้หญิงโดยมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ ร้อยละ ๑.๙๔ และ กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปีพ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๒.๐๑ จากการที่บุหรี่ปริมาณถูกขจัดใหม่ออกมาตีตลาด และกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่มุ่งเข้าไปที่เยาวชนและผู้หญิง

๓. ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เฉลี่ยสูงถึง ๑๐ มวนต่อวัน ผู้สูบบุหรี่แบ่งเป็นผู้สูบน้อยกว่า ๑๐ มวน จำนวน ๕.๐๖ ล้านคน (ร้อยละ ๔๖.๖) และผู้สูบบ้างตั้งแต่ ๑๐ มวนขึ้นไป จำนวน ๕.๗๙ ล้านคน (ร้อยละ ๕๓.๔)^{๓๑} ซึ่งผู้สูบบ้าง ๑๐ มวนขึ้นไปจำเป็นต้องใช้ยาในการบำบัดโรคเสพยาสูบ เนื่องจากเป็นผู้ที่ติดนิโคติน

๔. ผู้สูบบุหรี่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปประมาณกึ่งหนึ่งสูบบุหรี่มวนเอง ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่าสัดส่วนผู้สูบบุหรี่มวนเองอยู่ระหว่าง ร้อยละ ๕๐.๘๕-๔๓.๙๙ โดยร้อยละ ๙.๑๙ สูบทั้งบุหรี่ซองและบุหรี่ปริมาณเอง^{๓๒} และ มีการสับเปลี่ยนประเภทไปมา เนื่องมาจากการขึ้นราคาบุหรี่ซองที่มีผลมาจากการขึ้นภาษี หรือราคาที่ลดลงมาจากการลดภาษีนำเข้าหรือการขยายตลาดของบุหรี่ปริมาณภายในประเทศ โดยที่ยาเส้นที่เป็นส่วนประกอบของบุหรี่ปริมาณเองมีอัตราภาษีเพียงร้อยละ ๐.๑ ในขณะที่บุหรี่ปริมาณมีการเพิ่มอัตราภาษีสูงขึ้นตามภาวะเงินเฟ้อ จนปัจจุบันมีอัตราภาษีอยู่ที่ร้อยละ ๘๕ จากราคา ณ โรงงานอุตสาหกรรม สำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่

^{๒๙} หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ/ ทุกวัน และผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว

^{๓๐} สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

^{๓๑} การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. ๒๕๕๐. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

^{๓๒} การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ. ๒๕๕๐. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผลิตในประเทศ และราคานำเข้า CIF รวมอากรขาเข้าและภาษีอื่นๆ (ถ้ามี) สำหรับผลิตภัณฑ์ ยาสูบนำเข้า

เด็กและเยาวชน

๕. อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ ๑๙-๒๔ ปี ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ.๒๕๔๙ และค่อยๆ เพิ่มขึ้น จนมีอัตราการสูบบุหรี่เท่ากับ ร้อยละ ๒๒.๑๙ ในปีพ.ศ.๒๕๕๒ โดยสูงขึ้นจากปีพ.ศ.๒๕๕๐ จำนวน ร้อยละ ๐.๙๒ ส่วนช่วงอายุ ๑๕-๑๘ ปี ลดลงต่ำสุดในปีพ.ศ. ๒๕๔๔ และค่อยๆ เพิ่มขึ้น จนมีอัตราการสูบบุหรี่เท่ากับ ๑๕.๙๑ ซึ่งในปีพ.ศ.๒๕๕๒ โดย สูงขึ้นจากปี พ.ศ.๒๕๕๐ จำนวน ร้อยละ ๐.๓๗

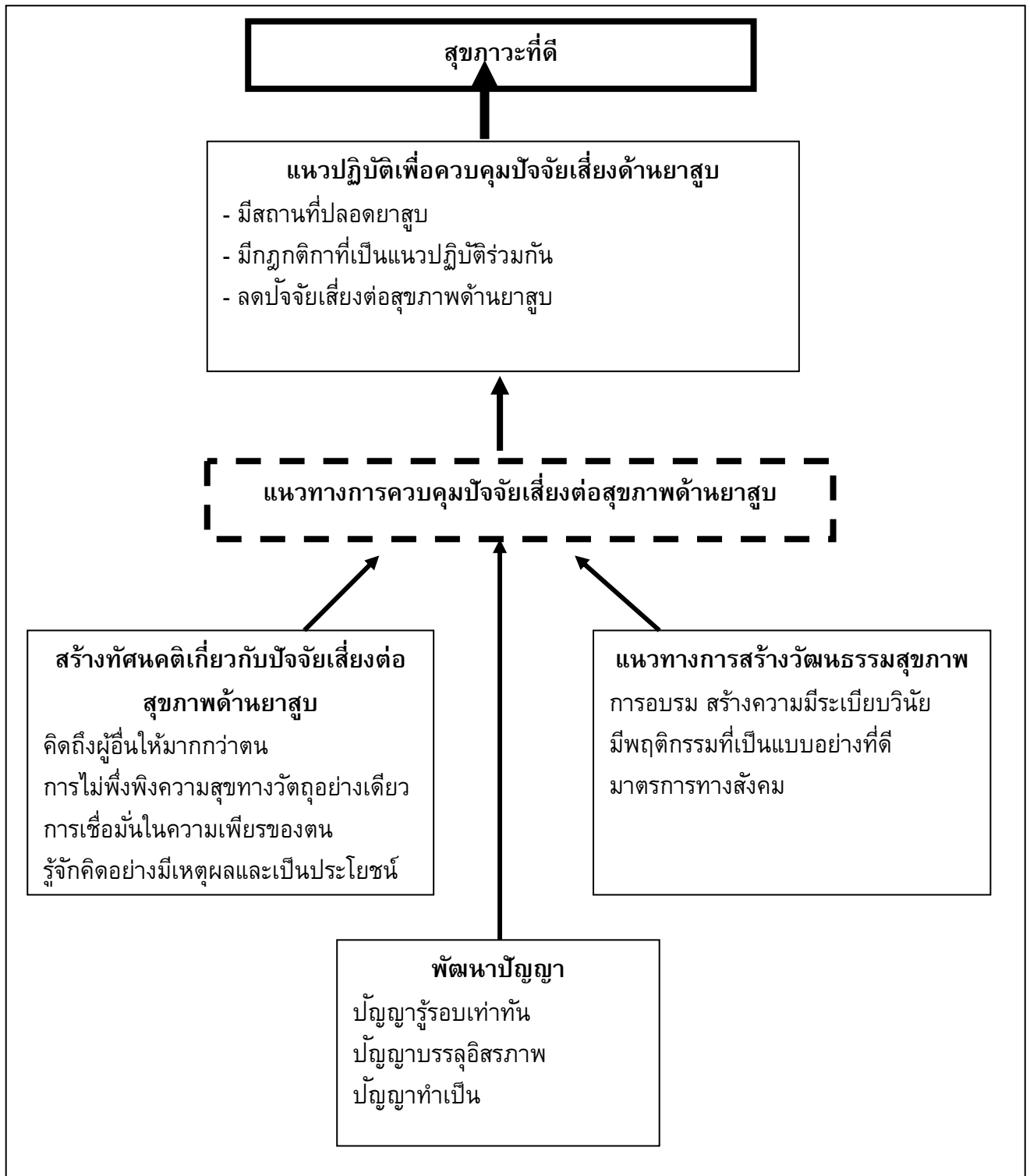
๖. จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ พบว่าเยาวชนอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๓.๖๐ ไม่เคยถูกผู้ขายขอคุบัตริประชาชน และโดยส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่แบบแบ่ง มวนขายหรือซื้อเป็นมวนร้อยละ ๖๘.๒๕ รองลงมาซื้อเป็นซองร้อยละ ๓๑.๔๖ และอีกเล็กน้อยซื้อ เป็นห่อใหญ่ หรือคาร์ตันร้อยละ ๐.๒๙³³

๗. ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ อัตราการบริโภคยาสูบซึ่งรวมทั้งยาสูบชนิดมีควันและชนิดไม่มีควัน ของเยาวชนไทยอายุ ๑๓-๑๕ ปีสูงถึงร้อยละ ๑๖.๔ โดยอัตราการบริโภคยาสูบในเพศชายร้อยละ ๒๕.๔เพศหญิง ร้อยละ ๗.๘ ส่วนอัตราผู้สูบบุหรี่ร้อยละ ๑๑.๗ อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายร้อยละ ๒๐.๑เพศหญิง ร้อยละ ๓.๘ และ เป็นที่น่าตกใจว่าร้อยละ ๘ ของเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน คิดว่าตนเองจะเริ่มสูบบุหรี่ในปีหน้า³⁴ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเด็กและเยาวชนมีความอ่อนไหว และ ชักจูงให้เอาแบบอย่างได้ง่าย โดยสื่อต่างๆ และผู้ที่อยู่รอบข้าง

³³ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ ๑๑-๒๔ ปี พ.ศ.๒๕๓๔-๒๕๕๐.

³⁴ ศุภวรรณ มโนสุนทร, นวรัตน์ เพ็ชรเจริญ, สาลินี เซ็นเสถียร, นพวรรณ อัครรัตน์. การสำรวจการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย อายุ ๑๓-๑๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒. ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

6. กรอบแนวคิด (Conceptual framework)



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัยเรื่องการนำมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติในชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ระเบียบวิธีวิจัย เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ร่วมกับกระบวนการวิจัยท้องถิ่น (Community Base Research : CBR) โดยมีคำถามการวิจัย คือ รูปแบบการนำมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านยาสูบสู่การปฏิบัติในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคามได้อย่างไร

การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การศึกษาระยะที่ 1

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ปัจจัยเงื่อนไข ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบของประชาชนชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อค้นหาแนวทางในทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบของประชาชนชุมชนบ้าน ขามเรียง หมู่ 20 จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายหลัก กลุ่มผู้สูบบุหรี่หลักในชุมชน (ร้อยละ 11.42)

กลุ่มเป้าหมายรอง ประชาชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 100 คน

นิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 16 คน

ขอบเขตการวิจัย ประชาชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาในการดำเนินงาน 1 ปี ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2555 – 31 กรกฎาคม 2556

เครื่องมือในการวิจัย แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มย่อย การจัดเวทีสรุปบทเรียนและการร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ขั้นตอนการดำเนินงานในระยะที่ 1

ระยะที่ 1 : การศึกษาสถานการณ์ปัญหาเบื้องต้น

- 1) ประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงความเข้าใจเกี่ยวกับกรอบการวิจัยและกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ทีมวิจัยได้ค้นหาที่ทีมวิจัยเพื่อที่จะช่วยกันขับเคลื่อนงานในเชิงนโยบาย โดยคำนึงถึงบทบาทและภารกิจของแต่ละคน ประกอบด้วยนักวิชาการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักสื่อสาร นอกจากนั้นได้ตั้งทีมวิจัยในพื้นที่ ประกอบด้วยผู้นำชุมชนและ อสม.

2) เวทีชี้แจงโครงการชุมชน

การจัดกิจกรรมชี้แจงโครงการต่อชุมชน ทีมวิจัยได้ทำควบคู่ไปกับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน ซึ่งนิสิตพยาบาล จำนวน 16 คน ได้เข้าฝึกงานในพื้นที่บ้านขามเรียงหมู่ที่ 20 ดังนั้นจึงเป็นสถานการณ์และโอกาสที่เอื้ออำนวยต่อการขยายงานวิจัย เพราะทีมวิจัยสามารถแทรกซึมเข้าไปในชุมชนในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป โดยใช้กระบวนการสร้างความไว้วางใจต่อชุมชน รวมถึงการเชิญผู้ชุมชนในช่วงแรก ซึ่งผลที่เกิดขึ้นคือ คนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มแกนนำทั้งผู้ใหญ่บ้าน อสม. ต่างก็ให้การยอมรับโครงการดังกล่าว โดยเฉพาะกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบได้ให้การสนับสนุนและต้องการให้มีการดำเนินการในประเด็นดังกล่าว การจัดเวทีชี้แจงเบื้องต้น มีผู้เข้าร่วมเวทีประมาณ 30 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อสม. และชาวบ้านขามเรียงหมู่ 20

3) ประชุมที่มิจวิจัยสร้างเครื่องมือ แต่กรอบเพื่อเก็บข้อมูล

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ทีมวิจัยได้ออกแบบแนวทางการเก็บข้อมูล โดยทำการเก็บข้อมูล 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลจากเอกสาร 2) ข้อมูลเชิงปริมาณ และ 3) ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากเอกสาร ทำการทบทวนเอกสารงานวิจัยและสถานการณ์เกี่ยวกับยาสูบเพื่อสรุป

ทบทวนองค์ความรู้ให้เป็นปัจจุบัน และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงนำมาประกอบการกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนโครงการ

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาสถานการณ์ และความรู้พฤติกรรมเสี่ยง

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความรู้ และทัศนคติการสูบบุหรี่ หาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.82

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ผู้สูบบุหรี่ ผู้ได้รับผลกระทบ เช่น ภรรยา บุตร บุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน รวมถึงการสังเกต

นอกจากนั้นได้ทำการค้นหากรณีศึกษาที่พร้อมจะเข้าร่วมกิจกรรม และสมัครใจเป็นคนต้นแบบเพื่อที่จะเป็นตัวอย่างให้กับผู้อื่น รวมถึงการค้นหาครอบครัวและร้านค้าต้นแบบเพื่อลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และการขาย

4) การเก็บรวบรวมข้อมูล

นอกจากทีมวิจัยหลักแล้ว ในการเก็บข้อมูลมีทีมผู้ช่วยเก็บข้อมูล ได้แก่ นิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จำนวน 16 คน อสม. จำนวน 10 คน โดยมีแนวทางในการเก็บข้อมูล ดังนี้

4.1 ศึกษาและสำรวจสถานการณ์ โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์กลุ่ม และการจัดประชุมระดมความคิดเห็น

4.2 สร้างตัวชี้วัด แนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ โดยทีมวิจัยหลักได้ประชุมร่วมกับผู้นำชุมชน และ อสม.เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานเบื้องต้น

4.3 เก็บข้อมูลวิเคราะห์ปัญหา แนวโน้ม ผลกระทบต่อผู้สูบบุหรี่ ครอบครัวและชุมชน รวมถึงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยการสัมภาษณ์กลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก

4.4 เวทีถอดบทเรียนแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

5) ประชุมทีมวิจัยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดแนวทางการจัดเวทีนำเสนอข้อมูลสู่ชุมชน ทีมวิจัยได้ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและข้อมูลสถานการณ์เบื้องต้น (รายละเอียดดังบทที่ 4)

6) เวทีนำเสนอข้อมูลระดับชุมชนและกำหนดแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ มีการนำเสนอในเวทีประชาคมสุขภาพ ในประเด็นบุหรี่ ทำให้ชาวบ้านตระหนักถึงปัญหาและต้องการหาทางออกร่วมกันทั้งในระดับครัวเรือนและระดับชุมชน

7) การจัดกิจกรรมปฏิบัติการเบื้องต้น จากการนำเสนอข้อมูลต่อชุมชน ชาวบ้านเสนอให้มีการดำเนินงานในระดับชุมชนเพื่อรณรงค์ให้ชาวบ้านเกิดความตระหนักและสร้างการตื่นตัว จึงได้มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการจัดนิทรรศการเกี่ยวกับบุหรี่ การประกวดคำขวัญเพื่อต้านภัยบุหรี่ คำขวัญที่ได้รับรางวัลที่ 1 คือ “จุดบุหรี่ทุกมวน เป็นชนวนแห่งความตาย”

8) การเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทีมวิจัยได้เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมกลางสองครั้ง คือในเวทีที่กรุงเทพฯ และที่จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งหลังนี้ ทีมพื้นที่ได้แก่กำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและ อสม.ที่เข้าร่วมเวทีได้เกิดแนวคิดในการทำงานในระดับพื้นที่ และเกิดแรงบันดาลใจที่จะทำงานต่อเนื่อง

การศึกษาระยะที่ 2 : การปฏิบัติการตามแผนแบบมีส่วนร่วม

1) ประชุมทีมวิจัยเพื่อวางแผนปฏิบัติการ

การดำเนินการในระยะนี้ ทีมวิจัยได้ประชุมทีมพื้นที่และชาวบ้าน เพื่อนำเสนอข้อมูลความก้าวหน้าของโครงการและได้หาแนวทางในการแก้ปัญหา เพื่อนำไปกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมประมาณ 50 คน ประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อสม. ชาวบ้านและมีเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการทางการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทั้งพยาบาลและเภสัชกร ซึ่งภายหลังจากการประชุม ได้มีการกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนงานร่วมกันในระดับภาคีเครือข่ายเพื่อการรักษาและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่

นอกจากนี้ยังได้ค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมในโครงการ เช่น การใช้หมอลำในการรณรงค์ การค้นหาภูมิปัญญาในการอดบุงหรี เป็นต้น

2) ปฏิบัติการแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบโดยการ (เริ่มดำเนินงานเป็นบางกิจกรรม)

- ส่งเสริมกลุ่มเด็กเยาวชนให้สามารถพึ่งพาตนเอง ป้องกันภัยคุกคามทางสังคมได้
- ส่งเสริมผู้ประกอบการ ครู ผู้นำชุมชนและประชาชนในการร่วมสร้างแนวทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบโดยกระบวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา
- ส่งเสริมการสร้างครอบครัวเข้มแข็ง
- ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพเยาวชน ผู้ปกครอง และชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกภาคส่วน
- ส่งเสริมการสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภาคีเครือข่ายการสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง

13) เวทีติดตามความก้าวหน้า

ระยะที่ 3 : การประเมินผลและสรุปผลการศึกษา

การดำเนินงานในช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 มีการประเมินผลกระบวนการและปรับรูปแบบการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยพยายามเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม และสร้างพลังให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการแก้ปัญหาเรื่องบุงหรี นอกจากนี้ในระบะสิ้นสุดโครงการ จะมีแนวทางในการสรุปประเมินผล ดังนี้

- 1) สรุปผลการปฏิบัติการ
- 2) เวทีนำเสนอผลระดับชุมชน
- 3) ประชุมทีมวิจัยเพื่อสรุปบทเรียน
- 4) รายงานฉบับสมบูรณ์

ขั้นตอนและวิธีการในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตาม CIPP Model

1. การประเมินสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation: C) ประเมินจากการศึกษาบริบทชุมชน สถานการณ์ปัญหา เพื่อค้นหาสาเหตุ ผลกระทบ และแนวโน้ม

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) ประเมินจากการความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าร่วมเป็นทีมวิจัย ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลในชุมชนที่จะเป็นแรงขับเคลื่อนให้มีแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) โดยการคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อร่วมตรวจสอบข้อบกพร่องพร้อมทั้งแนวทางในการแก้ไข และหาแนวทางในการปฏิบัติการร่วมกัน

4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการเพื่อหาแนวทางในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน

บทที่ 4 ผลการศึกษาเบื้องต้น

โครงการวิจัยเรื่องการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติในชุมชน บ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีคำถามการวิจัยคือมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านยาสูบ นำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคามได้อย่างไร และมีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ปัจจัยเงื่อนไข ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบของประชาชนชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 จังหวัดมหาสารคาม 2) เพื่อค้นหาแนวทางในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบของประชาชนชุมชนบ้าน ขามเรียง หมู่ 20 จังหวัดมหาสารคาม 3) เพื่อหารูปแบบกระบวนการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาแห่งชาติในประเด็นยาสูบสู่ภาคปฏิบัติจริงในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม และ 4) เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนการนำมติสมัชชาแห่งชาติในประเด็นยาสูบสู่ภาคปฏิบัติจริงในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม

สำหรับการนำเสนอผลการศึกษา จะจำแนกเป็น 4 ประเด็น ตามวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

- | | |
|----------|--|
| ตอนที่ 1 | สภาพทั่วไป บริบทของหมู่บ้านและ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) |
| ตอนที่ 2 | ลักษณะทางประชากรและสังคม (Social – demographic data) |
| ตอนที่ 3 | สถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรี่และแนวทางแก้ไขปัญหา |
| ตอนที่ 4 | แนวทางในการแก้ปัญหาและการขับเคลื่อนไปสู่นโยบายสาธารณะของชุมชน |
| ตอนที่ 5 | ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค |

ผลการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 สภาพทั่วไป บริบทของหมู่บ้านและ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)

บริบททั่วไปของบ้านขามเรียงหมู่ 20

จากการศึกษาชุมชน โดยการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามและการสังเกตของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้ลงพื้นที่เพื่อการศึกษาชุมชนเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2555 พบว่า สภาพที่ตั้งของครัวเรือนมีความเป็นสัดส่วน มีถนนแบ่งขอบเขตชัดเจน ภายในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ค่อยสะอาดยังมีเศษขยะเคลื่อนกลาดบริเวณหน้าบ้าน และบริเวณหน้าบ้านบางครัวเรือนเป็นที่ตั้งของกองขยะ บางครั้งหลายๆครัวเรือนนำขยะมากองรวมกันเพื่อให้เทศบาลมาเก็บทำให้ขยะล้นเคลื่อนกลาด

สภาพถนนภายในหมู่บ้านมีที่ระบายน้ำ แต่และในหมู่บ้านบางซอยยังไม่มีที่ระบายน้ำทำให้มีน้ำเสียส่งกลิ่นเหม็นมีขยะตกหล่นในแหล่งน้ำเสีย ก่อเกิดปัญหาขยะส่งกลิ่นเหม็น และบางครัวเรือน ยังไม่มีที่ระบายน้ำ จึงระบายลงพื้นในบ้าน น้ำจึงไหลออกมาบริเวณหน้าบ้านทำให้บางครัวเรือนมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ถนนเส้นหลักที่เข้าหมู่บ้านเป็นถนนลาดยาง ส่วนถนนที่เป็นซอยในหมู่บ้านเป็นถนนคอนกรีตทั้งหมด มีเพียงไม่กี่ซอยที่เป็นถนนดินแดง และมีหลุมมีบ่อ การคมนาคมสะดวก เข้าถึงบริการต่างๆได้ง่าย

เนื่องจากสภาพการตั้งครัวเรือนค่อนข้างห่างกัน ถนนภายในหมู่บ้านมีความสะดวกสบาย ไม่เป็นหลุมเป็นบ่อ ทำให้การเดินทางไปมาสะดวก รวมทั้งการเดินทางไปใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลขามเรียง จึงมีความสะดวกสบายที่จะเข้ารับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งห่างจากหมู่บ้านระยะทางประมาณ 12 กิโลเมตร

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)

บ้านขามเรียง หมู่ที่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามพื้นที่ มีอาณาเขตครอบคลุมพื้นที่กว้างขวางจนไปถึงมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง – วัดป่ากู่แก้ว ลักษณะหมู่บ้าน เป็นหมู่บ้านขนาดเล็ก ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม อยู่ติดกับมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (มอใหม่) ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในที่สาธารณะประโยชน์ ติดถนนทางหลวงชนบท สายบ้านขามเรียง-บ้านนาสีนวล เป็นลาดยาง ตั้งอยู่ห่างจากที่ตั้งสำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลขามเรียง 1 กิโลเมตร ห่างจากอำเภอเมืองมหาสารคามประมาณ 12 กิโลเมตร ห่างจากที่ว่าการอำเภอกันทรวิชัย 15 กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งหมด 1,933 ไร่ ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย 47 ไร่ พื้นที่ไร่นา 1,048 ไร่ พื้นที่สาธารณะ 836 ไร่ มีจำนวนหลังคาเรือน 76 หลังคาเรือน ประชากรรวม 267 คน มีอาณาเขตดังนี้ ทิศเหนือ ติดกับบ้านโนนแสวง ทิศตะวันออก ติดกับบ้านขามเรียง หมู่ที่ 1 ทิศใต้ ติดกับบ้านท่าขอนยาง ทิศตะวันตก ติดกับบ้านขามเรียงหมู่ที่ 15 ปัจจุบันมีจำนวนหอพักนักศึกษา และอาคารพาณิชย์ร้านค้าเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยขาดการวางแผนโดยเฉพาะเรื่องผังเมืองทำให้บ้านขามเรียงเริ่มประสบปัญหาความแออัดและปัญหาอื่นๆตามมาอีกมาก

ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบ ประมาณ 80% ใช้ทำนา และเป็นที่ดิน ประมาณ 20% ใช้เป็นที่อยู่อาศัย ลักษณะของดิน ส่วนใหญ่เป็นดินทราย ลึกลงไปประมาณ 1.50 เมตร จะพบชั้นหินลูกรังกระจายอยู่ทั่วไปแต่ไม่มีความหนา พื้นผิวส่วนใหญ่เป็นดินอุ้มน้ำไม่ดี เมื่อฝนหยุดตก น้ำในที่นาจะแห้งเร็วกว่าปกติ การทำการเกษตรของราษฎรในหมู่บ้านจะอาศัยน้ำฝนจากธรรมชาติ และระบบคลองชลประทานจากแม่น้ำชี สภาพถนนโดยทั่วไปเป็นถนนคอนกรีตทั่วทั้งชุมชน สภาพถนนในแต่ละฤดูกาลไม่แตกต่างกันมากนัก บางซอยมีถนนชำรุด ในฤดูฝนถนนบางซอยมีน้ำขัง

แหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ในเขตชุมชน บ้านขามเรียง หมู่ที่ 20 มีพื้นที่ทั้งหมด 836 ไร่ มีแหล่งน้ำที่สำคัญ ได้แก่ ห้วยสายคอไหลจากบ้านโนนแสวงผ่านไปที่บ้านดอนหนองหรือหนองคู และมีสระน้ำอยู่ 1 แห่ง คือ หนองลิ้มใต้ ไม่ได้ใช้เพื่อการเกษตร แต่ใช้ในการอุปโภค ไม่สามารถบริโภคได้ เพราะไม่ได้ผ่านการกรองและระบบฆ่าเชื้อ และป่าไม้ เดิมอยู่ห่างจากหมู่บ้าน 1 กิโลเมตร ด้านทิศตะวันออกเนื้อที่ 1300 ไร่ ปัจจุบันเป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง หมู่ที่ 20

การตั้งบ้านเรือนโดยส่วนใหญ่ไม่แออัดมาก ยกเว้นบริเวณที่เป็นหอพัก บริเวณรอบบ้านมีรั้วรอบขอบชิดชัดเจน ทำให้มีพื้นที่ระหว่างบ้านเรือนแต่ละหลัง ทำให้การเดินทางหรือสภาพแวดล้อมไม่แออัด

จนเกินไป ในชุมชนจะมีหอพักที่บางครัวเรือนสร้างขึ้นเพื่อหารายได้ และส่วนใหญ่ในหมู่บ้านจะเป็นบ้านเรือนมากกว่าพื้นที่ในการประกอบอาชีพ พื้นที่ที่ใช้ในการประกอบอาชีพ เช่น ทำนา เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

ระบบสาธารณูปโภคในชุมชน

ระบบสาธารณูปโภคในชุมชน มีน้ำประปาที่ทางเทศบาลตำบลขามเรียงจัดไว้ให้สำหรับการอุปโภค น้ำประปาที่ใช้ในการอุปโภคผลิตจากน้ำผิวดินจากหนอง อบต. หมู่ 15 และน้ำใต้ดินที่วัด และใช้น้ำประปาจากส่วนภูมิภาค และจากการสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม ครัวเรือนส่วนใหญ่มีน้ำใช้เพื่อการอุปโภคบริโภคอย่างพอเพียง และมีบางครัวเรือนใช้น้ำฝนที่กักเก็บไว้ในการบริโภคด้วย นอกจากนี้ยังมีระบบไฟฟ้าทุกหลังคาเรือน รวมทั้งระบบสื่อสารด้วยระบบโทรศัพท์ แบบตั้งเสารับสัญญาณในหมู่บ้าน การรับสัญญาณโทรศัพท์ สะดวก มีโทรศัพท์สาธารณะ และระบบโทรศัพท์มือถือ ตู้โทรศัพท์ 3 ตู้ เสือโทรศัพท์ ที่วางข้างศูนย์เด็กเล็ก/บ้านโนนแสง

สำหรับแหล่งบริการและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน ได้แก่

สถานพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยผู้รับบริการจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามเรียง และผู้รับบริการไปรับการรักษาโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นประจำ ภายในหมู่บ้านมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1 แห่ง ผู้รับบริการไม่ได้เข้าไปใช้บริการ

เทศบาลตำบลขามเรียง เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบตามภารกิจของเทศบาล เช่น การจัดเก็บขยะ การเสียภาษีหอพัก และการติดต่อทะเบียนราษฎร การได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น

วัด ส่วนใหญ่ผู้รับบริการและครอบครัวจะไปทำบุญที่วัดชัยชุมพล ซึ่งตั้งอยู่ หมู่ที่ 1 บ้านขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านขามเรียง ครอบครัวผู้รับบริการไม่ได้เข้าไปใช้บริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเนื่องจากภายในครอบครัวไม่มีเด็กที่สามารถเข้าเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

โรงสีข้าว ในชุมชนบ้านขามเรียงหมู่ 20 มีโรงสีข้าว 1 แห่ง เป็นโรงสีข้าวส่วนบุคคล ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของชุมชน เวลาการเปิด-ปิดไม่แน่นอนแล้วแต่ปริมาณข้าวที่ชาวบ้านนำมาสี ไม่เสียค่าบริการ แต่เจ้าของโรงสีจะได้ในส่วนของรำข้าว ส่วนใหญ่ครอบครัวผู้รับบริการจะไปสีข้าวที่โรงสีข้าวแห่งนี้

ร้านขายของชำทั่วไป ในชุมชนมีร้านค้าและร้านขายของชำทั้งสิ้น 4 แห่ง กระจายอยู่ตามหมู่บ้าน ผู้รับบริการบอกว่าส่วนใหญ่จะซื้อสินค้าอุปโภค บริโภค จากร้านค้าในหมู่บ้านเนื่องจากราคาของสินค้าใกล้เคียงกับราคาทั่วไปในท้องตลาด

ร้านขายอาหารต่างๆ ร้านขายอาหารมีทั้งหมด 3 แห่ง ซึ่งจำหน่ายอาหารปรุงสำเร็จ อาหารตามสั่ง ลักษณะอาหารสะอาด ถูกสุขลักษณะ ราคาไม่แพง ชาวบ้านสามารถซื้อรับประทานได้ ครอบครัวผู้รับบริการจะซื้ออาหารปรุงสำเร็จมารับประทานบ้าง ส่วนใหญ่จะปรุงอาหารเอง โดยวัตถุดิบในการประกอบอาหารจะซื้อจากร้านค้าภายในหมู่บ้าน และตลาดนัดทุกวันอังคารและวันเสาร์

หอกระจายข่าว ภายในหมู่บ้านมีหอกระจายข่าว 1 แห่ง ตั้งอยู่ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งใช้ในการประกาศข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ นัดหมาย และให้ข้อมูลต่างๆ แก่ประชาชน นอกจากนั้นยังมีการกระจายข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อให้คนในชุมชนมีความรู้และสามารถติดตามข่าวสารได้ทันเวลา ครอบครัวผู้รับบริการรับฟังข่าวสารทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้านทุกวัน ได้ยินเสียงประกาศชัดเจนดี

ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน ในชุมชนไม่มีที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ครอบครัวผู้รับบริการจะรับฟังข่าวสารทางโทรทัศน์มากกว่า

ร้านซ่อมรถจักรยานยนต์ ในชุมชนมีร้านซ่อมรถจักรยานยนต์จำนวน 1 ร้าน หากรถจักรยานยนต์ของครอบครัวผู้รับบริการมีปัญหาจะมาใช้บริการที่ร้านแห่งนี้

ร้านซ่อมอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ในชุมชนมีร้านซ่อมอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์จำนวน 1 ร้าน หากในครัวเรือนมีปัญหาต้องซ่อมอุปกรณ์ไฟฟ้าก็จะมารับบริการที่ร้านแห่งนี้

ความเป็นมาและขนบธรรมเนียมประเพณี

พ.ศ. 2339 ชาวบ้านกลุ่มหนึ่งอพยพมาจากบ้านโคก บ้านแต่ บ้านขาดเหล่าแดง บ้านข่อย อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ มาตั้งถิ่นฐานอยู่ โดยมีนายจุมพล (ไม่ทราบสกุล) เป็นหัวหน้ากลุ่ม พอมีราษฎรเพิ่มมากขึ้นทางการจึงตั้งผู้ใหญ่บ้านขึ้นปกครอง โดยมีนายกลาง ศีระคร เป็นผู้ใหญ่บ้านคนแรกในตำบลท่าขอนยาง

ชื่อบ้านขามเรียง เดิมเป็นพื้นที่ที่มีต้นขามเรียง(มะขามเทศ) ขึ้นอยู่เรียงรายเป็นจำนวนมาก จึงตั้งชื่อว่า ขามเรียง แต่ได้เรียกกันเพี้ยนเรื่อยมาจนเป็น บ้านขามเรียง จนถึงปัจจุบัน และปัจจุบัน ตำบลท่าขอนยาง มีหมู่บ้านเพิ่มมากขึ้น ทางราชการแยกบ้านขามเรียงออกมาเป็นตำบลขามเรียง ใน พ.ศ. 2515 สมัยที่นายประสิทธิ์ บุญเรืองเป็นผู้ใหญ่บ้าน มีหมู่บ้านในเขตตำบลขามเรียง จำนวน 10 หมู่บ้าน ดังนี้ 1) บ้านขามเรียง 2) บ้านโนนแสง 3) บ้านเขียบ 4) บ้านหนองแซ่ 5) บ้านมะกอก 6) บ้านห้วยชัน 7) บ้านดอนนา 8) บ้านหนองขาม 9) บ้านหัวหนอง 10) บ้านดอนหนอง ภายหลังมีหมู่บ้านเพิ่มมากขึ้นใหม่อีก 3 หมู่บ้าน คือ 1) บ้านกุดหัวช้าง 2) บ้านดอนมัน 3) บ้านโขงกุดเวียน

ชาวบ้านขามเรียงโดยทั่วไปมีความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย แม้ว่าสภาพทั่วไปของชุมชนจะมีลักษณะเป็นแบบกึ่งเมือง แต่ชาวบ้านส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป ค้าขาย รับราชการ และประกอบธุรกิจเปิดร้านค้าขายของชำ

สำหรับสภาพบ้านเรือนและสุขอนามัยของครัวเรือน พบว่า ส่วนใหญ่ทุกครัวเรือนมีสภาพมั่นคงทุกครัวเรือนมีห้องน้ำ ห้องส้วม ส่วนใหญ่เป็นส้วมซึม การกำจัดขยะ ภายในชุมชนจะมีถังขยะตั้งไว้เป็นจุดๆ จำนวนไม่มาก และอยู่ห่างกัน ซึ่งทางเทศบาลจัดไว้ และรถเก็บขยะจะเข้ามาจัดเก็บ แต่มักมีปัญหาว่าขยะค้าง เพราะรถไม่เพียงพอ ส่วนสภาพบ้านเรือนส่วนใหญ่มีความคงทนถาวร มีลักษณะ ส่วนใหญ่เป็นบ้าน 2 ชั้น ข้างล่างเป็นปูนข้างบนเป็นไม้ มีรั้วรอบขอบชิด อากาศถ่ายเทได้สะดวก

ปฏิทินชุมชน

เดือน	ประเพณี
เดือนอ้าย	บุญกุ่มข้าวใหญ่
เดือนยี่	บุญกุ่มข้าวใหญ่
เดือนสาม	บุญข้าวจี
เดือนสี่	บุญผะเหวด
เดือนห้า	บุญสงกรานต์
เดือนหก	บุญบั้งไฟ
เดือนเจ็ด	บุญเบิกบ้าน
เดือนแปด	บุญเข้าพรรษา
เดือนเก้า	บุญข้าวประดับดิน
เดือนสิบ	บุญข้าวสาก
เดือนสิบเอ็ด	บุญออกพรรษา (ตักบาตรเทโว)
เดือนสิบสอง	บุญกฐิน บุญลอยกระทง

เดือนอ้าย บุญกุ่มข้าวใหญ่

เดือนยี่ บุญปีใหม่ ชาวบ้านจะทำอาหารคาวหวาน และนำไปร่วมตักบาตรที่วัดที่บริเวณถนนเส้นกลางหมู่บ้าน โดยการทำบุญขึ้นปีใหม่นี้จะนิมนต์พระมารับบิณฑบาตประมาณ 9-12 รูปสาเหตุที่ทำให้บุญตักบาตรในช่วงปีใหม่เนื่องจากคนสูงอายุในหมู่บ้านต้องการที่จะให้บุตรหลานได้อนุรักษ์ประเพณีและวัฒนธรรมอันดีงามของคนไทยไว้ถือเป็นการร่วมทำบุญในหมู่บ้านเพิ่มความสามัคคีในหมู่บ้าน

เดือนสาม บุญข้าวจี ชาวบ้านจะนำข้าวจีใส่น้ำอ้อยและไข่ ข้าวจีที่ชาวบ้านร่วมกันทำโดยนำไปทำบุญร่วมกันในช่วงเช้าที่วัด โดยมีความเชื่อว่าเป็นการสักการะและบูชาเทวดาที่เป็นผู้คุ้มครองหมู่บ้านเพื่อให้อยู่กันอย่างร่มเย็นเป็นสุขและถือว่าเป็นมงคลชีวิต

เดือนสี่ บุญผะเหวด จะมีการห่อข้าวต้ม ของหวานเพื่อเตรียมนำไปใส่บาตรตอนเช้าในการทำบุญนั้น ชาวบ้านจะนำข้าวสารเครื่องอุปโภคและบริโภคต่างๆ ไปรวมกันที่วัด เนื่องจากเชื่อว่าเป็นการทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้กับญาติพี่น้องที่เสียชีวิตหรือล่วงลับไปแล้ว ในช่วงเพลจะมีการนิมนต์พระจากหมู่บ้านอื่นมาให้เทศน์ผะเหวด โดยชาวบ้านจะร่วมรับฟังและมีการถวายผะเหวด จากนั้นจะมีการเทศน์ผะเหวดต่อจนจบเรื่อง ในระหว่างที่เทศน์จะมีต้นกันหลอนจากต่างหมู่บ้านร่วมทำบุญเรื่อย ๆ เมื่อหมดต้นกันหลอนชาวบ้านจะร่วมกันทำความสะอาดวัดและกลับมาร่วมทำบุญในหมู่บ้าน ซึ่งในวันนี้ถือเป็นช่วงเวลาการพบปะสังสรรค์ระหว่างญาติพี่น้องหรือเพื่อนพ้อง

เดือนห้า บุญอัฐิ ในช่วงนี้จะถือเอาวันสงกรานต์ที่ตรงกับวันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นการรดน้ำดำหัวให้กับผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เมื่อเวลาบ่ายสามจะมีการเชิญพระพุทธรูปเพื่อทำการสงฆ์น้ำพระในช่วงวันสงกรานต์วันที่ 14 เมษายน ในช่วงเช้าจะมีการสงฆ์น้ำกระตวยที่ห้องที่ล่องลับไปแล้วที่ศาลาวัด พร้อมทั้งร่วมทำบุญตักบาตรที่ศาลาการเปรียญในวันที่ 15 เมษายน จะมีการแห่พระพุทธรูปรอบหมู่บ้าน ในระหว่างที่แห่นั้นจะมีกลองยาวร่วมขับกล่อมดนตรี ชาวบ้านจะร่วมกันสงฆ์น้ำและร่วมกันสาดน้ำมีความสุขสนุกสนานรื่นเริงไปตลอดเส้นทาง โดยถือว่าเป็นการต้อนรับเข้าสู่ประเพณีสงกรานต์อย่างแท้จริง

เดือนหก บุญเลี้ยงศาลเจ้าปู่ประจำหมู่บ้าน โดยชาวบ้านจะมีการจัดเหล่าไก่ตัว เพื่อนำไปเลี้ยงเจ้าปู่ และจัดทำบั้งไฟเพื่อเสี่ยงทายสถานการณ์ของหมู่บ้าน เช่น ดิน ฟ้า อากาศ ความสงบสุขของหมู่บ้านโดยจะทำบั้งไฟขนาดเล็กจำนวน 3 ลำเพื่อทำการเสี่ยงทายในการทำพิธีจะมีชะจ้ำเป็นผู้นำในการทำพิธีดังกล่าว ในช่วงเพลจะมีการเลี้ยงพระสงฆ์บริเวณหนองสิมเพื่อเป็นการเอาบุญหนอง บุญบ้านเพื่อให้หมู่บ้านมีความอุดมสมบูรณ์และอยู่เย็นเป็นสุข ในช่วงเย็นจะมีการนำพระสงฆ์มาสวดมนต์บริเวณศาลาประชาคมหมู่บ้านเชื่อว่าเป็นการสวดขับไล่ผีสงออกจากหมู่บ้านเพื่อให้หมู่บ้านอยู่เย็นเป็นสุข ในช่วงเช้าของวันต่อมา จะมีการเลี้ยงพระสงฆ์เพื่อทำสังฆทาน โดยจะมีการทำธงหน้าวัว ธงข้าวดำ ข้าวแดง ไปที่วัดทุกหลังคาเรือนให้พระสวดขับไล่สิ่งไม่ดีออกจากหมู่บ้าน และพระจะเสกคาถาใส่หินและข้าวสารให้ชะจ้ำนำมาหว่านรอบหมู่บ้านเป็นอันเสร็จพิธีกรรม

เดือนเจ็ด มีบุญบั้งไฟซึ่งจัดร่วมกับหมู่บ้านอื่น ๆ บริเวณใกล้เคียง โดยแต่ละหมู่บ้านจะนำบั้งไฟไปร่วมขบวนหนึ่งบั้ง มีการแต่งตัวเป็นผาแดง นางไอ่ และพ่อนรำกันอย่างสนุกสนาน เป็นพิธีกรรมเพื่อให้ฝนตกต้องตามฤดูกาลในเดือนนี้จะมีการบวชนาคก่อนเข้าพรรษาโดยในพิธีการบวชนาคนั้นจะมีการจัดขบวนแห่มาครอบหมู่บ้านเพื่อนำไปทำพิธีในวัด ซึ่งในตอนเย็นจะมีพิธีกรรมจัดมหรสพให้ชาวบ้านชม ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับเจ้าภาพที่มีการจัดงานบวช

เดือนแปด บุญเข้าพรรษา จัดในวันขึ้น 15 ค่ำ ภายในพิธีกรรม จะมีการตักบาตรถวายเทียนพรรษา และผ้าอาบน้ำฝนแก่พระสงฆ์ที่วัด ส่วนตอนเย็นจะมีการทำขันธดอกเบญจใบตองกล้วยทำส่วยเอาดอกไม้เสียบบูชาหิ้งพระและเอาไปถวายพระที่วัดจนกระทั่งถึงตอนค่ำ ชาวบ้านจะไปรวมกันที่วัดเพื่อตั้งบุญคุณรับศีลรับพรและเวียนเทียนเป็นอันเสร็จพิธี

เดือนเก้า บุญข้าวประดับดิน จัดในวันขึ้น 15 ค่ำ โดยชาวบ้านจะห่อข้าวต้ม ขนม รวมทั้งห่อข้าวสำหรับญาติผู้ล่องลับ ประกอบไปด้วย ข้าว พริก เกลือ ปลาจ๋า ข้าวดำ ข้าวแดง ข้าวเปลือก ข้าวสาร หมากพลู กอกยก และข้าวต้มขนม โดยห่อรวมกันในใบตองตอนเย็น ก่อนวันงานจะมีการตั้งบุญคุณที่วัดรุ่งเช้าก็จะเอาข้าวของที่เตรียมไว้ให้พระสวดมนต์ใส่ห่อข้าวแล้วเอาห่อข้าววางไว้บนดินพร้อมกับเรียกญาติที่ล่องลับและแม่ธรณีมารับเอา โดยจะแบ่งส่วนหนึ่งไปถวายที่ศาลเจ้าปู่ ในช่วงเช้าวันต่อมาก็ไปทำบุญตักบาตรที่วัด และร่วมถวายจตุปัจจัยและพระจะเทศน์ 1 กัณฑ์

เดือนสิบ บุญข้าวสาก ทำในวันเพ็ญเดือนสิบ ก่อนถึงวันงานหนึ่งวันญาติพี่น้องจากหมู่บ้านใกล้เคียงจะเอาข้าวสากกล้วยสุกสำหรับไว้ทำข้าวต้มในวันประกอบพิธีกรรมมาให้ญาติผู้ใหญ่ ญาติผู้ใหญ่จะให้ศีล

ให้พร รวมถึงให้เงินตลอดจนหาของฝากกลับบ้านให้ด้วย เช่น ข้าวสาร ปลาข้าว มัน ผลไม้ต่าง ๆ เป็นต้น ก่อนถึงวันงานหนึ่งวันชาวบ้านจะเตรียมข้าวต้มขนมและห่อข้าวสำหรับญาติผู้ล่วงลับไปแล้วเช่นเดียวกับบุญข้าวประดับดินแต่แตกต่างกันตรงที่บุญข้าวสากจะต้องมีผลไม้เป็นส่วนประกอบรุ่งเช้าของวันงานประมาณเจ็ดโมงเช้า ชาวบ้านจะนำเอาข้าวต้ม ขนม ไปทำบุญตักบาตรที่วัด และในเวลาพล 10.00 น. โดยเตรียมห่อข้าวสาก ห่อคำหมาก ห่อยาสูบ และห่อข้าวปลาอาหารซึ่งเย็บคู่กันพร้อมกับห่อข้าวใหญ่ เพื่อนำไปถวายพระสงฆ์ซึ่งใช้เส้นไหม หรือเส้นด้ายมัดห่อหุ้ม เนื่องจากมีความเชื่อว่าเส้นไหมหรือเส้นด้ายดังกล่าวจะจุงดวงวิญญาณญาติผู้ล่วงลับตลอดจนญาติที่ยังมีชีวิตอยู่ไปสู่สวรรค์โดยห่อข้าวใหญ่จะเอาไปถวายพระส่วนห่อข้าวสากจะเอาไปให้พระพรมน้ำมนต์และสวด หลังจากนั้นชาวบ้านจะเอาไปหย่อนตามต้นไม้แล้วเรียกญาติผู้ล่วงลับมารับส่วนบุญโดยเหลือไว้เพื่อนำไปใส่ในนา ที่สวน เพื่อบูชาตาแฮกและคอกวัว ควาย เพื่อเป็นสิริมงคล พิธีกรรมดังกล่าวมีการจัดขึ้นทุกปี

เดือนสิบเอ็ด มีบุญออกพรรษา ทำในวันขึ้น 15 ค่ำ และบุญกฐินทำในวันแรม 1 ค่ำ ถึงขึ้นหนึ่งค่ำ เดือนสิบสอง โดยชาวบ้านจะทำข้าวต้ม ขนม ชันธดอกเบญจ ขึ้นหิ้งบูชาพระจากนั้นเอาขนมไปใส่บาตรร่วมกันที่วัด พิธีกรรมดังกล่าวมีการจัดขึ้นทุกปี

เดือนสิบสอง บุญกฐิน มีการห่อข้าวต้ม ขนมต่าง ๆ ไปร่วมทำบุญที่วัดในตอนเช้าส่วนที่บ้านจะมีการเลี้ยงแขก ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงเพื่อร่วมสังสรรค์ ในวันต่อมาจะมีการไปทอดกฐินที่วัดต่าง ๆ โดยในต้นกฐินนั้นจะมีเงิน ต้นกล้วย ข้าวสาร ต้นอ้อย เครื่องอุปโภค บริโภคต่าง ๆ โดยพิธีกรรมนี้จะมีการจัดขึ้นทุกปี

ภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน

1. การบายศรีสู่ขวัญ ได้แก่ นางสังข์ พรหมกลิ้ง น.ส.เจน อรรคชาติสี นางทองมา เหล่าวงศรี นางเพ็ญ อรรคชาติสี
2. หมอพื้นบ้าน ได้แก่ 1) นายจันทร์ เนื่องกัลยา มีความสามารถในการ เป่าพิษไฟ เป่าพิษหมา กัด เป่าคางทูม 2) นายพิมพ์ เนื่องไชยยศ สามารถ เป่ากำเจ็ด 3) นายสงวน เหล่าสมบัติ มีความสามารถในการเป่ากลาง (แผลร้อนใน)

ประเพณีและความเชื่อ

ชาวบ้านในหมู่บ้านขามเรียงหมู่ 20 นับถือศาสนาพุทธ ในหมู่บ้านมีศาสนสถาน คือ วัดชัยจุมพล เพื่อทำบุญตามประเพณีและบำเพ็ญทางจิตใจ ชาวบ้านมีความเชื่อในเรื่องของบาปบุญคุณโทษ ภูตผี เทวดา โดยชาวบ้านจะนับถือจารีต ประเพณี การทำบุญ การแต่งงาน การสะเดาะเคราะห์ และประเพณีทางศาสนา ได้ยึดถือประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น ได้มีการปฏิบัติตามประเพณีท้องถิ่น โดยตลอดและพร้อมเพียงกัน ความเชื่อ

ชาวบ้านขามเรียงยังคงมีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องไสยศาสตร์หรือผี วิญญาณ เช่น เชื่อว่าหากเคารพหรือบูชาพระแม่ธรณี ผีปอบตา จะทำให้คนและสัตว์เลี้ยงหลุดพ้นจากอันตรายทั้งปวง

นอกจากนี้ชาวบ้านยังเชื่อว่า ผีนา ผีตาแฮก ซึ่งสิงสถิตอยู่บริเวณที่นา ที่ทำการเกษตร ทำให้สภาพความเป็นอยู่ดีขึ้น ชาวบ้านมีความสบายใจที่ได้ให้ความเคารพบูชา

ประเพณีเกี่ยวกับการเกิด แก่ เจ็บ ตาย

การเกิด ในอดีตชาวบ้านต้องทำคลอดกับหมอต่าบล เนื่องจากการเดินทางไปทำคลอดที่โรงพยาบาลไม่สะดวก หลังจากทำคลอดเสร็จแล้วหมอต่าแยจะตัดสายสะดือของเด็ก นำไปใส่กระดังง่อนพร้อมกับมีคำกล่าววว่า “คั้นแม่น์ลูกสู ให้มาเอามือนี้วันนี้ มือหน้าเป็นลูกกู กู้ลูกกู กู้ลูกกู” กรรมดังกล่าวเป็นการช่วยคุ้มครองให้เด็กมีชีวิตรอดและเลี้ยงง่าย

ในอดีตนางทอง คลังแสง (เสียชีวิตแล้ว) เป็นหมอต่าแยประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรมวิธีทำคลอดบุตรที่อำเภอโกสุมพิสัย แต่ในปัจจุบันไม่มีหมอต่าแยแล้วเนื่องจากชาวบ้านไปใช้บริการที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาล

การเจ็บป่วย หากมีคนเจ็บป่วยและรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันไม่หาย ชาวบ้านมักสันนิษฐานว่ามาจากกรรมที่ผิดศีล ดังนั้นวิธีการรักษาต่อมาคือจะเชิญหมอธรรมมารักษา ปัจจุบันมีชาวบ้านมีชาวบ้านมารับการรักษากับหมอธรรมในชุมชนแต่ไม่บ่อยนักเนื่องจากเป็นความเชื่อส่วนบุคคล

การตาย เมื่อมีผู้เสียชีวิตเกิดขึ้นในหมู่บ้าน หากเป็นการตายธรรมชาติ ชาวบ้านจะนำไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่วัดชัยชุมพล ซึ่งเป็นวัดประจำหมู่บ้าน แต่ถ้าเป็นการตายที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ตายโหง) ศพจะถูกนำไปตั้งบำเพ็ญกุศลที่บริเวณวัดเลย เนื่องจากมีความเชื่อว่าถ้าหากนำศพมาเก็บไว้บริเวณบ้านจะทำให้ชาวบ้านในหมู่บ้านมีความเป็นอยู่อย่างไม่เป็นสุข

ตอนที่ 2 ลักษณะทางประชากรและสังคม (Social – demographic data)

จำนวนประชากรทั้งหมด จำนวนประชากรทั้งหมดตามทะเบียนราษฎร 282 คน คน 86 ครั้วเรือน จำแนกเป็น เพศชาย จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 47.16 เพศหญิง จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 52.83 จำนวนประชากรทั้งหมดที่สำรวจจริง 267 คน 76 ครั้วเรือน เพศชาย จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 47.60 เพศหญิง จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 52.40 (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม , 2555)

โครงสร้างประชากร

ด้านอายุและเพศหรือโครงสร้างอายุและเพศ (Age sex Structure)

จากการสำรวจข้อมูลประชากรจำแนกเป็นกลุ่มอายุพบว่า ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 15-19 ปี และ 40-44 ปี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 11.6 ของประชากรทั้งหมด รองลงมา คือ ช่วงอายุ 30-34 ปี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของประชากรทั้งหมด ช่วงอายุ 50-54 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ

7.5 ของประชากรทั้งหมด และพบว่าช่วงอายุของประชากรที่พบน้อยที่สุด คือ ช่วงอายุ 80 - 84 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ของประชากรทั้งหมด **ระดับการศึกษา**

ระดับการศึกษาที่สำเร็จ

ส่วนใหญ่ประชาชนในชุมชนสำเร็จการศึกษาระดับ ประถมศึกษา จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 36.3 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปลาย จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 และระดับปริญญาตรี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9

ระดับการศึกษาที่กำลังศึกษา ส่วนใหญ่ประชาชนในชุมชนกำลังศึกษา ระดับปริญญาตรี และระดับประถมศึกษา จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 13 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.9 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5

เชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพการสมรส

เชื้อชาติ ประชาชนในชุมชนทั้งหมดมีเชื้อชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 100

ศาสนา ประชาชนในชุมชนทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100

สถานภาพสมรส สถานะภาพสมรส ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนมีสถานภาพสมรส จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 46.8 รองลงมาคือ โสด 113 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 และหย่า จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 หย่า จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 และแยกกันอยู่ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5

อาชีพหลัก

การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประชาชนในชุมชนมีอาชีพหลักเป็นเกษตรกรรวม จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 29 รองลงมาคือ รับจ้าง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 19.7

อาชีพเสริม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเสริมคือ รับจ้าง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3 รองลงมา คือค้าขาย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.0 ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 และส่วนใหญ่ไม่มีเสริมจำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 85.14 รายละเอียด

รายได้ พบว่าประชากรมีรายได้ส่วนใหญ่ 10,000 บาท/เดือน มีรายจ่ายส่วนใหญ่ 8,000 บาท/เดือน มีหนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 75 ไม่มีหนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 25

จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 39 คน ประกอบด้วย เพศชาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 41 เพศหญิง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 59

ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว (ครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย) ครอบครัวเดี่ยว จำนวน 48 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 63 **ครอบครัวขยาย** จำนวน 28 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 37 **จำนวนสมาชิกในครอบครัว** จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 - 4 คน/หลังคาเรือน

ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

1. ปัญหาการรับประทานผงชูรสร้อยละ 97.7 โดยให้เหตุผลว่าถ้าไม่ใส่ผงชูรสอาหารก็ไม่อร่อย
2. ปัญหาการรับประทานอาหารหมักดอง ร้อยละ 81.5
3. ปัญหาการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ร้อยละ 59.9
4. ปัญหาการไม่สวมหมวกกันน็อคร้อยละ 45
ปัญหาการกำจัดสารพิษในผักไม่ล้างอย่างถูกวิธีโดยการแช่น้ำเปล่า ร้อยละ 65.3 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 37.4
5. ปัญหาการสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.8 และมีหลายรายพยายามจะเลิกสูบบุหรี่แต่เลิกไม่ได้สักที

ปัญหาสุขภาพิบาล สิ่งแวดล้อม ได้แก่

1. ปัญหาขยะมูลฝอย พบว่าขยะส่วนใหญ่มาจากหอพัก ปริมาณขยะมีจำนวนมาก เกิดการหมักหมม ส่งกลิ่นเหม็น มีการทิ้งขยะจะไม่มีภาชนะรองรับขยะก่อนทิ้ง โดยจะเอาใส่ถุงรวมกันแล้วเอาไปทิ้งเทศบาลมาเก็บขยะวันเว้นวัน ถึงขยะไม่เพียงพอ

มีหอพักในชุมชนทำให้ปริมาณขยะเพิ่มมากขึ้น บริเวณที่ทิ้งขยะมีเศษขยะดันออกมาจากถังขยะเกลื่อนกลาด และจากการสำรวจพบว่าชุมชนถูกรบกวนจากมลพิษด้านขยะ ร้อยละ 5.3

2. ปัญหาการระบายน้ำเสีย พบว่า มีการเทน้ำลงบริเวณหน้าบ้าน การระบายน้ำจากการอาบน้ำจะทำให้มันไหลออกไปในพื้นที่ว่างหลังบ้าน ส่วนปัญหาของโครงการชุดลอกคลองระบายน้ำแต่ไม่งบประมาณในการดำเนินโครงการ มีร่องน้ำเสียบริเวณหน้าบ้าน และจากการสำรวจพบว่าในชุมชนมีแหล่งน้ำเสียภายในบ้าน ร้อยละ 52.6 ในขณะที่ชุมชนถูกรบกวนจากมลพิษด้านน้ำเสีย ร้อยละ 3.9

3. ปัญหาสัตว์นำโรคในชุมชน พบว่า ในบ้านบริเวณบ้าน ในครัวจะมีหนู ต้องใช้กาบดักหนู หรือใช้ยาเม็ดสีชมพูมาวางไว้ให้หนูกิน นอกจากนั้นยังมียุง โดยจากการสำรวจชุมชน พบว่า มียุงคิดเป็นร้อยละ 98.7 แมลงสาบคิดเป็นร้อยละ 55.3 แมลงวันคิดเป็นร้อยละ 60.5 หนูคิดเป็นร้อยละ 72.4 และเห็บ หมัด คิดเป็นร้อยละ 21.1 จากทั้งหมด 76 หลังคาเรือน

ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ ได้แก่

1. ปัญหาถนนในหมู่บ้าน ซึ่งพบว่าเกิดอุบัติเหตุบริเวณทางโค้งเดือนละประมาณ 3 ครั้ง จากสภาพทางโค้งถนนสายหลักผ่านหมู่บ้าน ถนนที่แยกเข้าหมู่บ้านไม่มีสัญญาณเตือน ไม่มีฝาปิดท่อระบายน้ำ

2. ปัญหาเสียงรบกวนจากหอพัก จากการที่นิสิตส่งเสียงดัง มีรถวิ่งเข้าออกหมู่บ้านทั้งวัน มีถนนสายหลักผ่านหมู่บ้าน มีหอพักในชุมชน จากการสำรวจปัญหาของหอพัก พบว่ามีปัญหาเรื่องเสียงดัง ร้อยละ 36.7

3. ปัญหาการลักขโมย พบปัญหาการลักเล็กขโมยน้อย ของหาย มีปัญหาการลักทรัพย์ ร้อยละ 20.0

4. ปัญหาหนี้สิน เป็นหนี้ ธกส. จากการสำรวจชุมชน พบว่า ชุมชนมีภาระหนี้สินร้อยละ 75 เป็นหนี้ในระบบร้อยละ 75

ตอนที่ 3 สถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรี่และแนวทางแก้ไขปัญหา

ชุมชนบ้านขามเรียงหมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม เป็นชุมชนเกษตรกรรมที่ความเจริญเข้าถึงเนื่องจากมีมหาวิทยาลัยตั้งอยู่ใกล้ ส่งผลให้วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม บริบทในสังคมมีการเปลี่ยนแปลง มีทั้งคนในพื้นที่และนอกพื้นที่ต่างเข้ามาอาศัยในหมู่บ้าน อีกทั้งการประกอบอาชีพก็มีความหลากหลายขึ้น และประชาชนส่วนใหญ่นิยมสูบบุหรี่เนื่องด้วยบริบท สิ่งแวดล้อม จากการสำรวจเบื้องต้นในเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ในชุมชนขามเรียงพบว่ามีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก และจากการสอบถามผู้สูงอายุที่สามารถเลิกบุหรี่ได้แล้วและที่ยังไม่สามารถเลิกได้ระบุว่า ในหมู่บ้านยังมีผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่จำนวนมาก โดยเฉพาะในวัยแรงงานที่ต้องพึ่งบุหรี่เพื่อผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน ประกอบกับการที่ร้านค้าในชุมชนก็มีสินค้าประเภทบุหรี่ที่ซื้อสามารถซื้อขายได้ทั่วไป ดังนั้นเมื่อถึงเวลาเลิกงานก็จะสามารถพบเห็นวัยแรงงานสูบบุหรี่ได้ สำหรับการเลิกบุหรี่เป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก บางคนเลิกได้เพราะครอบครัว บางคนเลิกได้เพราะโรคประจำตัวหรือโรคที่เกิดจากบุหรี่

นอกจากนั้น จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่าการที่คนในชุมชนที่นิยมสูบบุหรี่เนื่องด้วยวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ซึ่งบุหรี่อยู่กับคนในชุมชนมานาน ในอดีตมีการเพาะปลูกเองไม่ได้ซื้อแต่ในปัจจุบันไม่มีการปลูกส่วนใหญ่ที่ยังสูบบุหรี่สำเร็จและบุหรี่งูมามวนเอง จากการสัมภาษณ์ผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่ามีผู้ที่สูบบุหรี่จำนวนมากที่มีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ แต่ยังหาวิธีในการเลิกบุหรี่ไม่ได้ เนื่องด้วยปัจจัยต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อมที่ยังมีคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ สภาพจิตใจ ความเอาใจจริงเอาใจในการเลิก และยังไม่มียุทธวิธีที่จะเลิกสูบบุหรี่

ผลการศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ พบว่า

1) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่บ้านขามเรียง หมู่ 20 เป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 97.70 ที่เหลือเป็นเพศหญิง ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.5 อายุเฉลี่ย 43.86 ปี ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.18 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ ระหว่าง 40 - 44 ปี และช่วงอายุ 45 - 49 ปี โดยมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 13.64 ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.28 รองลงมา มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและอนุปริญญา ร้อยละ 34.09 และร้อยละ 9.09 ตามลำดับ

รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 – 7,499 บาทต่อเดือน ร้อยละ 27.27 และมากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 27.27 รองลงมาอยู่ระหว่าง 1,000 – 2,499 บาท ร้อยละ 15.91 โดยค่าเฉลี่ยรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 7,234.15 บาท

ปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน 12.57 มวน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ จำนวน 10-14 มวน ร้อยละ 31.81 รองลงมาจำนวน 5 – 9 มวน ร้อยละ 25.00, จำนวน 15 – 19 มวน และ 20 – 24 มวน ร้อยละ 13.64

อายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรกส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 15 – 17 ปี ร้อยละ 43.18 รองลงมาอายุ 18 - 20 ปี ร้อยละ 34.09 และอายุ ต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 13.64 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.50 ปี

2) สาเหตุหรือแรงจูงใจที่ทำให้สูบบุหรี่อันดับแรก คือ สูบตามเพื่อน ร้อยละ 66.7

อยากลอง/อยากรู้รสชาติ ร้อยละ 50.00 รองลงมาเพื่อนชวน ร้อยละ 31.81 และเครียด/กลุ่มใจ ร้อยละ 22.73

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 1 – 9 ปี ร้อยละ 22.73 รองลงมาอายุระหว่าง 20 -29 ปี ร้อยละ 40.45 และ 40 – 49 ปี ร้อยละ 40.45 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 26.27 ปี

ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 96.9 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 78.1 และพบว่ามีผู้สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวน/วันอีกด้วย

บุหรี่ที่นำมาสูบส่วนใหญ่ซื้อมาเอง ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อสัปดาห์เฉลี่ย 92.84 บาท โดยมี ค่าใช้จ่ายระหว่าง 1 – 49 บาท ร้อยละ 47.71 รองลงมาคือ 100 – 149 บาท ร้อยละ 22.83 และ 50 – 99 บาท ร้อยละ 11.36

และจากการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติม พบว่าค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยการซื้อบุหรี่ต่อเดือนอยู่ที่ 850 บาท ค่าต่ำสุดอยู่ที่ 60 บาท/เดือน สูงสุดอยู่ที่ 2400 บาท/เดือน

และเมื่อต้องการสูบบุหรี่สามารถหาบุหรี่มาสูบได้ง่ายโดยส่วนใหญ่ซื้อจากร้านค้าในหมู่บ้าน ร้อยละ 87.9 เวลาสูบบุหรี่จะสูบที่บ้านของตนเอง ร้อยละ 87.5

คนรอบข้างที่สูบบุหรี่อันดับแรก คือ เพื่อน ร้อยละ 72.72 รองลงมาบุตร/หลาน/ญาติ ร้อยละ 25.00 และบิดา/มารดา ร้อยละ 15.90

ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กันดี ร้อยละ 70.45 รองลงมาไม่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน บ้าง ร้อยละ 27.27 และทะเลาะกันเป็นประจำ ร้อยละ 2.27

สถานที่ซื้อบุหรี่สามารถหาซื้อได้ง่ายถึงร้อยละ 50 โดยซื้อจากร้านค้าในหมู่บ้านมากถึงร้อยละ 87.9

ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ 82.5 เคยคิดจะเลิกสูบ ร้อยละ 17.5 ยังไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ จำนวนครั้งในพยายามเลิกสูบบุหรี่เฉลี่ย 6 ครั้ง เลิกได้เด็ดขาดร้อยละ 15.0 เลิกไม่ได้ยังสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 37.5 เลิกไม่ได้

การขอรับคำปรึกษาจากหน่วยงานร้อยละ พบว่าร้อยละ 90 ไม่เคยขอรับคำปรึกษา ส่วนที่เหลือเคยขอรับคำปรึกษา

จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ดังกล่าวเมื่อสอบถามข้อมูลเชิงลึกพบว่า เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการสูบบุหรี่ครั้งแรกจะแตกต่างกันออกไป เช่น อยากรู้ อยากลอง เพื่อความโก้เก๋ เครียด สูบตามพ่อหรือเห็นผู้ใหญ่ในหมู่บ้านสูบอยากสูบตามบ้าง บางคนก็ให้เหตุผลว่าถ้าไปคบหรืออยู่กับเพื่อนที่สูบบุหรี่ถ้าเราไม่สูบก็จะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ หรือเกิดความแตกต่างจากเพื่อน เมื่อได้ลองสูบแล้วก็ไม่ได้ อยากรู้อยากลอง บางคนอยากเลิกแต่เลิกไม่ได้ มีแต่จะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย บางคนสูบมากที่สุดวันละ 40 มวน เวลาอยู่ในกลุ่มคนที่สูบด้วยกันจะยิ่งทำให้อยากสูบมากยิ่งขึ้น ถ้าเห็นเพื่อนในกลุ่มสูบบุหรี่ก็จะแบ่งปันกันสูบ ส่วนใหญ่มักสูบในวงดื่มสุราหรือยามมีงานสังสรรค์ แต่เดิมกลุ่มผู้สูบส่วนใหญ่คิดว่าการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อเฉพาะผู้สูบเท่านั้น แต่ปัจจุบันจากการได้รับข้อมูลที่เผยแพร่ตามสื่อต่างๆ ทำให้ทราบว่ามีผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดหรือผู้ที่ได้รับความบุหรี่เข้าสู่ร่างกายด้วย ถึงแม้จะรู้แต่ก็ยังสูบต่ออยู่ ร้านค้าในหมู่บ้านเป็นแหล่งที่ผู้สูบบุหรี่มาสูบมากที่สุดเพราะเดินทางไปซื้อได้สะดวกสบาย หากร้านที่เคยซื้อประจำไม่ขายก็ไปหาซื้อร้านอื่นที่อยู่ละแวกใกล้เคียง ร้านค้าในหมู่บ้านส่วนใหญ่มีบุหรี่ขายเกือบทุกร้าน

3) ความคิดเห็นต่อประเด็นการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองนั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นอันตรายอย่างแน่นอน ร้อยละ 75 และเห็นว่าเป็นอันตรายต่อผู้อยู่ใกล้เคียง เช่น บุตรหรือภรรยา ร้อยละ 69.7 สำหรับความพอใจกับการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เห็นด้วยเล็กน้อย ร้อยละ 36.4

4) ทักษะคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดกับการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง เช่น โรงภาพยนตร์ คาราโอเกะเห็นด้วยมาก ร้อยละ 69.7 รองลงมาคือการห้ามสูบบุหรี่ในอาคาร ภัตตาคารส่วนใหญ่เห็นด้วยมาก ร้อยละ 66.7 ส่วนการขึ้นภาษีบุหรี่ซึ่งทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้นทำให้ประชาชนสูบบุหรี่น้อยและการสูบบุหรี่เป็นสิ่งน่ารังเกียจกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยน้อยที่สุดร้อยละ 42.4

นอกจากนั้นจากการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เพราะวัฒนธรรมเนื่องจากในอดีตเวลาที่บวชเณร บวชพระ ญาติโยมก็จะนำบุหรี่มาให้ และขณะบวชเวลาวางมีเยอะกอรบกับการสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องปกติ แสดงออกถึงสถานการณ์เป็นหนุ่ม และบุคคลเมื่อเป็นหนุ่มไปจีบสาวเวลาไปที่บ้านของหญิงสาวจะจัด "พวยพวยมาก" มาต้อนรับซึ่งเวลาที่บุคคลไปจีบสาวจะไปเป็นกลุ่มเพื่อนหลายคนจึงสูบด้วยกัน เมื่อได้ลองสูบแล้วก็ไม่อยากเลิก บางคนอยากเลิกแต่เลิกไม่ได้ มีแต่จะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ปัจจุบันการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักสูบในวงดื่มสุราหรือยามมีงานสังสรรค์หรืองานสังคม เช่น งานศพ งานบุญอยู่ในกลุ่มคนที่สูบด้วยกันจะยิ่งทำให้อยากสูบมากยิ่งขึ้น ถ้าเห็นเพื่อนในกลุ่มสูบบุหรี่ก็จะแบ่งปันกันสูบ

สำหรับมุมมองของญาติหรือบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากบุหรี่มือสอง สะท้อนให้เห็นว่าได้รับความทุกข์หรือความไม่สุขสบายจากการได้กลิ่นบุหรี่ ทำให้เครียด เหม็น เวียนหัวและต้องการให้บุคคลในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการสูบในบ้าน นอกจากนี้การรับรู้ของคนในชุมชนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ก็มีจำกัด ยกเว้นในกลุ่ม อสม. โดยส่วนใหญ่จะรู้แต่เพียงว่าสูบบุหรี่ไม่ดีต่อสุขภาพ

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่

ข้อความ	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบเป็นโรคมะเร็งช่องปาก	32	100
การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบเป็นโรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้สูบบุหรี่เพศชาย	32	100
ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับบุหรี่มือสองเป็นโรคมะเร็งปอดได้	32	100
ทำให้ผู้สูบบุหรี่ฟันดำ	32	100
ทำให้ผู้สูบบุหรี่ฟันเหลือง	32	100
ทำให้ผู้สูบบุหรี่แก่ก่อนวัย	32	100
ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ หลอดเลือดสมองตีบหรือตัน	32	100
หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย	31	96.9
การสูบบุหรี่ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว	32	100
บุหรี่มีนิโคตินเป็นส่วนประกอบที่มีฤทธิ์เสพติดรุนแรง	29	90.6
ผู้ที่สูบบุหรี่นิโคตินจะออกฤทธิ์ขึ้นถึงสมองภายใน 7 วินาที	29	90.6
บุหรี่เมื่อจุดไฟเกิดการเผาไหม้จะมีสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ	32	100
บุหรี่เป็นสิ่งเสพติด	32	100

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องของบุหรี่ค่อนข้างดี ยกเว้นในบางหัวข้อ เช่น ส่วนผสมของบุหรี่ การออกฤทธิ์ของสารนิโคติน รวมถึงผลต่อหญิงตั้งครรภ์

ตารางที่ 2 ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ข้อความ	เห็นด้วย				ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง	มาก	ปานกลาง	น้อย	
สังคมไทยไม่ยอมรับการสูบบุหรี่	30.3	45.5	21.2	3	0
การสูบบุหรี่เป็นสัญลักษณ์ของความทันสมัย	3	27.3	54.5	15.2	0
ผู้ชายอายุ 15 – 25 ปี สูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ยอมรับได้	3	45.5	24.2	18.2	9.1
ผู้หญิงอายุ 15 – 25 ปี สูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ยอมรับได้	9.1	36.4	21.2	21.2	12.1
การสูบบุหรี่เป็นสิ่งน่ารังเกียจ	24.2	42.4	33.3	0	0
การสูบบุหรี่ทำให้คนอายุน้อยดูเป็นผู้ใหญ่ขึ้น	27.3	39.4	33.3	0	0
กฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้บุคคลที่อายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้อง	27.3	57.6	9.1	6.1	0
ควรมีการห้ามโฆษณาบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยสิ้นเชิง	21.2	60.6	15.2	3	0
ห้ามสูบบุหรี่ในอาคาร ภัตตาคาร	18.2	66.7	15.2	0	0
การออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง เช่น โรงภาพยนตร์ คาราโอเกะ	24.2	69.7	6.1	0	0
การห้ามสูบบุหรี่ในตัวตึกและอาคารที่เป็นที่สาธารณะ เช่น ในวัด โรงเรียน โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์เรียนรู้ เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน	27.3	54.5	18.2	0	0
การบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะมีผลต่อการสูบบุหรี่	27.3	57.6	15.2	0	0
การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะทำให้ท่านสูบบุหรี่น้อยลง	18.2	57.6	21.2	3	0
การห้ามโฆษณา ณ จุดขาย สามารถช่วยให้ลดการสูบบุหรี่ได้	24.2	51.5	21.2	0	0
ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่มีผลให้การสูบบุหรี่ลดลงได้	18.2	48.5	27.3	6.1	0
การขึ้นภาษีบุหรี่ซึ่งทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้นทำให้ประชาชนสูบบุหรี่น้อยลง	15.2	42.4	30.3	12.1	0
ควรมีการปรับปรุงการดำเนินการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะอย่างเคร่งครัด	18.2	60.6	18.2	3	0

จากตารางที่ 2 สะท้อนให้เห็นว่า มีทัศนคติที่ดีต่อการกำกับดูแลและควบคุมในการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย แต่ก็ยังมียอมรับได้ในระดับปานกลางสำหรับการสูบบุหรี่ของผู้ชายและผู้หญิงที่อยู่ในวัยอายุ 15-25 ปี

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากบุหรี่

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากบุหรี่อยู่ในระดับดี คือส่วนใหญ่ร้อยละ 56.82 รับรู้ว่าการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดมากที่สุด ($\bar{X} = 3.45$) รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ในห้องแอร์ที่มีเครื่องฟอกอากาศจะทำให้เป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง ($\bar{X} = 3.36$) ส่วนการรับรู้ในระดับต่ำ คือ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ($\bar{X} = 2.27$)

การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการลดสูบบุหรี่

ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่รับรู้ถึงโทษของการลดสูบบุหรี่ คือร้อยละ 63.64 รับรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด ($\bar{X} = 3.61$) และรับรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายประจำวัน ($\bar{X} = 3.52$)

สำหรับการรับรู้ถึงแนวทางการเลิกบุหรี่เช่น ผลไม้รสเปรี้ยว เช่นมะนาว มะขามป้อมช่วยลดความอยากบุหรี่ได้ และการเคี้ยวหมากฝรั่ง อมลูกอมหรือดื่มน้ำมากๆช่วยลดความอยากบุหรี่ได้นั้นผู้ที่สูบบุหรี่ยังคงรับรู้ค่อนข้างน้อย ($\bar{X} = 2.68$)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่

กลุ่มผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.73 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับการส่งเสริมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ($\bar{X} = 3.02$) ด้วยการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 3.16$) รองลงมาคือ การส่งเสริมให้ท่านมีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ($\bar{X} = 3.14$) และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เวลาในการรับฟังปัญหาของท่าน ($\bar{X} = 2.82$) โดยมีผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก 32 คน

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในเกณฑ์ระดับมากคิดเป็น ร้อยละ 70.45 ส่วนผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง 11 คน ร้อยละ 25.00 และระดับต่ำ 2 คน ร้อยละ 4.55

สำหรับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่จากครอบครัว ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.18$) โดยการที่คนในครอบครัวได้พูดให้กำลังใจเมื่อไม่สบายใจหรือมีปัญหาเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

($\bar{X} = 3.36$) รองลงมาคือ คนในครอบครัวได้ส่งเสริมให้มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ($\bar{X} = 3.25$) และ ส่วนประเด็นที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่จากครอบครัวที่ค่อนข้างน้อยคือการรับฟังปัญหา และการให้คำแนะนำต่างๆในการปฏิบัติตนเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 3.07

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

ในภาพรวมผู้ที่สูบบุหรี่ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 52.27 รองลงมาคือ ระดับมากจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 34.09 และระดับน้อยจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64

สำหรับระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่จากเพื่อน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.62$) โดยการส่งเสริมชักชวนให้มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ($\bar{X} = 2.73$) รองลงมาคือ เพื่อน ให้เวลาในการรับฟังปัญหา และเพื่อนได้ช่วยเหลือแนะนำไปในทางที่ดีเมื่อท่านไม่สบายใจหรือมีปัญหา มี ค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.68 ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เพื่อนได้คอยช่วยเหลือแนะนำในการลด และเลิกบุหรี่ ($\bar{X} = 2.45$)

การปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่มีการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่อยู่ในเกณฑ์ระดับมาก 27 คน ร้อยละ 61.36 เกณฑ์ระดับ ปานกลาง 15 คน ร้อยละ 34.09 เกณฑ์ระดับน้อย 2 คน ร้อยละ 4.55

การปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่รายด้านมีระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.95$) โดยการลดจำนวนการสูบบุหรี่เมื่อมี เพื่อน บุคคลในครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้คอยช่วยเหลือแนะนำในการลดและเลิกบุหรี่ ($\bar{X} = 3.11$) รองลงมาคือ มีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อมีคนได้พูดให้กำลังใจช่วยเหลือแนะนำในทางที่ดี เมื่อไม่ สบายใจหรือมีปัญหา ($\bar{X} = 3.07$) และการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่รายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด คือ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเพื่อนได้ส่งเสริมชักชวนให้มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ($\bar{X} = 2.80$)

2. ผลการศึกษาการใช้ภูมิปัญญากับการลด ละ เลิกบุหรี่ของชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20

การใช้สมุนไพรผลไม้รสเปรี้ยว มีการใช้มากที่สุดคือร้อยละ21.7 ระยะเวลาที่ใช้ร้อยละ90.0 ใช้ น้อยกว่า6เดือน วิธีการใช้ร้อยละ100.0อม อาการหลังใช้ร้อยละ60.0ลิ้นชา/เผื่อน ร้อยละ40 เฉยๆ ผลการใช้ ร้อยละ30.0ลดสูปร้อยละ10.0เลิกสูบเด็ดขาดร้อยละ60.0เท่าเดิมรองลงมามีการใช้การใช้ไปฝรั่ง มีการใช้ร้อย ละ12.5 ไม่ใช้ร้อยละ77.5 ไม่รู้จักร้อยละ10.0 ระยะเวลาที่ใช้ร้อยละ10.00 ใช้้น้อยกว่า6เดือน วิธีการใช้ร้อยละ 100.0เคี้ยว อาการหลังใช้ร้อยละ50ลิ้นชา/เผื่อน ร้อยละ3.5มีเมา ร้อยละ20.0 เฉยๆ ผลการใช้ร้อยละ20.0ลด สูปร้อยละ80.0เท่าเดิม รากมะยมตัวผู้ มีการใช้ร้อยละ10.0 ไม่ใช้ร้อยละ57.5 ไม่รู้จักร้อยละ32.5 ระยะเวลา ที่ใช้ร้อยละ100.0 ใช้้น้อยกว่า6เดือน วิธีการใช้ร้อยละ100.0ต้ม อาการหลังใช้ร้อยละ75.0มีเมา ร้อยละ25.0 อาเจียน ผลการใช้ร้อยละ100.0ลดสูบ หญ้าดอกขาว มีการใช้ร้อยละ2.5 ไม่ใช้ร้อยละ42.5 ไม่รู้จักร้อยละ 55.5 ระยะเวลาที่ใช้ร้อยละ100.0 ใช้้น้อยกว่า6เดือน วิธีการใช้ร้อยละ100.0อม อาการหลังใช้ร้อยละ100.0 ลิ้นชา/เผื่อน ผลการใช้ร้อยละ100.0เท่าเดิม

รางวัล มีการใช้ร้อยละ2.5 ไม่ใช้ร้อยละ70.0 ไม่รู้จักร้อยละ27.5 ระยะเวลาที่ใช้ร้อยละ 100.0ใช้น้อยกว่า6เดือน วิธีการใช้ร้อยละ100.0ต้ม อาการหลังใช้ร้อยละ100.0มีนเมา ผลการใช้ร้อยละ100.0เท่าเดิม อมเม็ตมะขาม มีการใช้ร้อยละ2.5 ไม่ใช้ร้อยละ90.0 ไม่รู้จักร้อยละ7.5 ระยะเวลาที่ใช้ร้อยละ100.0 ใช้น้อยกว่า6เดือน วิธีการใช้ร้อยละ100.0อม อาการหลังใช้ร้อยละ100.0เฉยๆ ผลการใช้ร้อยละ100.0สูบเท่าเดิม ไปร่งฟ้า ไม่มีการใช้ คำแนะนำให้ใช้สมุนไพรร้อยละ15.2คือคนในชุมชนร้อยละ13.0จากสมาชิกในครอบครัวร้อยละ6.5จากเพื่อนผลข้างเคียงที่พบร้อยละ28.3ไม่มีผลข้างเคียงร้อยละ6.5มีอาการมีนเมา เหตุผลของการใช้สมุนไพรคือร้อยละ80.0อยากเลิก ร้อยละ6.5มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ13.5หาจ่าย

การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการเลิกสูบบุหรี่หรือเข้าวัดปฏิบัติธรรมมีการใช้วิธีนี้มากที่สุดร้อยละ5.0 ไม่ใช้ร้อยละ95.0 รองลงมาดื่มน้ำมนต์ร้อยละ2.5ใช้ ร้อยละ97.5 ไม่ใช้ ไม่เคยใช้ และบวชร้อยละ2.5เคยใช้ ร้อยละ97.5ไม่ใช้ สาบานร้อยละ2.5เคยใช้ร้อยละ97.5ไม่ใช้ อดสมุนไพรร้อยละ2.5ใช้ ร้อยละ97.5ไม่ใช้ ตามลำดับ

วิธีการอื่นๆ

วิธีหักดิบมีการใช้มากที่สุดในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร้อยละ50ใช้ ร้อยละ50ไม่ใช้ รองลงมาคือการลดสูบลงทีละน้อยร้อยละ45.0ใช้ ไม่ใช้ร้อยละ55.0 ออกกำลังกายหนักๆร้อยละ22.5ใช้ ร้อยละ77.5ไม่ใช้ วิถีไปอยู่คนเดียว ร้อยละ20.0ใช้ ร้อยละ80.0ไม่ใช้ ดื่มน้ำมากๆ ร้อยละ5.0ใช้ร้อยละ95.0ไม่ใช้

กรณีศึกษา

นายชาย (นามสมมุติ) อายุ 63 ปี สูง 167 เซนติเมตร น้ำหนัก 76 กิโลกรัม มีประวัติ สูบบุหรี่ประมาณวันละ 40 มวน เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่น เหตุผลที่สูบบุหรี่ครั้งแรกคือสูบตามเพื่อน หลังจากเริ่มสูบแล้วก็สูบเรื่อยมา จากวันละมวน ก็เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ รวมระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบถึงปัจจุบันประมาณ 50 ปี สุขภาพร่างกายปัจจุบันมีปัญหา มักจะมีอาการไอตอนเช้า มีเสมหะใส และเวลาเป็นหวัดจะใช้เวลานานกว่าจะหาย ประมาณ 2 อาทิตย์ ที่ผ่านมามีทั้งตัวนายชายเอง รวมทั้งครอบครัวได้พยายามเลิกสูบบุหรี่แต่ทำไม่ได้โดยเด็ดขาด ทำได้เพียงลดจำนวนลงเท่านั้น ตัวนายชายเองได้เล็งถึงแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่คือหลานสาวที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน เนื่องจากได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ ว่าการสูบบุหรี่ทำให้มีผลกระทบต่อบุคคลใกล้เคียง จึงเกรงว่าหลานสาวจะได้รับผลกระทบนี้ไปด้วย แต่สำหรับลูกๆและภรรยาถึงแม้จะได้รับผลกระทบแต่ตัวนายชายเองคิดว่าคงไม่มากเท่ากับหลานสาวตัวเล็ก ความพยายามของนายชายที่จะเลิกสูบบุหรี่ ทำได้เพียงลดจากสูบวันละ 40 มวนเหลือวันละ 10 มวน หลังจากหลานสาวย้ายตามผู้ปกครองไปอยู่กรุงเทพ แรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ก็หมดลง และยิ่งบางวันหากภรรยาบ่นก็จะยิ่งสูบบุหรี่มากขึ้นกว่าเดิม และที่สำคัญภรรยาของนายชายมีโรคประจำตัวคือเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ที่เป็นภรรยาต้องประสบปัญหาจากการที่ต้องสูดดมควันบุหรี่เป็นประจำ เกิดภาวะเครียด บ่อยครั้งที่เกิดการทะเลาะกันในครอบครัว

การที่นายชายกลับมาสูบบุหรี่หนักเหมือนเดิม ยังมีทัศนคติเหมือนเดิมที่ว่าภรรยาเป็นผู้ใหญ่แล้ว ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ไม่มากเท่าเด็กเล็ก และหากไม่อยากได้กลิ่นควันบุหรี่หรือได้รับผลกระทบจากควัน บุหรี่ก็ให้ภรรยาหลบออกไปจากบ้านในขณะที่นายชายสูบบุหรี่ ในส่วนของภรรยารู้สึกเครียดกับการสูบบุหรี่ ของนายชาย หากบอกหรือเตือนก็จะยิ่งสูบบมากกว่าเดิม โดยให้เหตุผลแต่ที่ว่าถ้าหลานสาวกลับมาอยู่ด้วยถึง จะเลิกสูบ ภรรยาเป็นเบาหวานความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว บางครั้งเครียดมากทำให้ปวดหัวความดันก็ขึ้นสูง

และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมทำให้ทราบว่านายชายได้พยายามเลิกบุหรี่มาแล้วประมาณ 5 ครั้ง แต่ ยังไม่สามารถเลิกได้เด็ดขาด เลิกได้นานที่สุด 6-7 เดือน ก็กลับมาสูบอีก วิธีที่นายชายใช้เลิกบุหรี่มีหลายวิธีเช่น ต้มรากมะยมต้มน้ำดื่ม หลังจากดื่มมีอาการมึนเมา อาเจียน เลยกดดื่ม เคยใช้หญ้าดอกขาวมาอมแต่ไม่ได้ผล ลดจำนวนการสูบลงโดยใช้การบันทึกจำนวนการสูบต่อวัน ใช้วิธีพกบุหรี่แต่ไม่พกไม่ขีด ซึ่งผลของความ พยายามทำได้เพียงลดสูบเท่านั้นไม่สามารถเลิกสูบได้บวกกับเวลากลางคืนนายชาย ต้องดูแลหอพักโดยให้ ข้อมูลว่ากลางคืนมันเหงาไม่รู้จะคุยกับใครไม่มีอะไรทำเลยสูบบุหรี่ซึ่งเป็นเหตุผลให้นายชายยังเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้

สำหรับบุคคลอื่นที่สูบส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยแรงงาน เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นญาติเช่น น้องชาย ลูกชาย ซึ่งเมื่อสูบบุหรี่แล้วมักส่งผลให้บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะฝ่ายหญิงไม่ว่าจะเป็นภรรยา แม่ หรือญาติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงถูกรบกวนอย่างมากจากกลิ่นบุหรี่ที่ส่งกลิ่นเหม็นรบกวน

ประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบโดยรวมของการสูบบุหรี่ต่อชุมชน คือ

1. การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว
2. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น วัด รถโดยสาร โรงเรียน

ส่วนที่ 4 แนวทางการแก้ปัญหาและการขับเคลื่อนไปสู่นโยบายสาธารณะของชุมชน

การจัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาของชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ที่ 20 ได้แนวทางการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ ดังนี้

1. การแก้ปัญหาระดับครอบครัว

จากข้อมูลเชิงลึก พบว่า ผู้ที่ติดบุหรี่ มักจะไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรม แต่ยินดีจะให้ความร่วมมือในการลด ปริมาณการสูบลง ที่สำคัญคือต้องการกำลังใจในการงดสูบบุหรี่ เนื่องจากรู้สึกอาย และรู้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ดี และยังไม่สามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ อย่างไรก็ตามกลุ่มบุคคลดังกล่าวก็พร้อมที่จะให้ความร่วมมือผ่าน ทางครอบครัว เช่น ยินดีให้ภรรยา และลูก เป็นสื่อกลางในการเข้าร่วมรับฟังข้อมูล ทำกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ นอกจากนี้กลุ่มบุคคลดังกล่าวยังสะท้อนว่าไม่ต้องการให้บังคับหรือกดดัน

ดังนั้นแนวทางการแก้ปัญหาในระดับครอบครัวจึงได้ออกแบบไว้ดังนี้

1) การติดตามเยี่ยมที่บ้าน เป็นรายครัวเรือนและออกแบบการแก้ปัญหาร่วมกันของบุคคลใน ครอบครัว ขณะเดียวกันบุคคลในครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องต้องมีบทบาทในการหนุนเสริมและให้กำลังใจ

อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้มีครอบครัวต้นแบบที่จะเข้าร่วมโครงการครอบครัวลดบุญหรือปลอดบุญจำนวน 17 ครอบครัว

ในการติดตามเยี่ยมบ้าน มีคณะทำงานที่เป็นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่เรียกว่า หมอประจำครอบครัว อสม. และ ทีมวิจัย เป็นผู้รับผิดชอบติดตามเยี่ยมบ้าน

2) การจัดทำสมุดบันทึก เพื่อให้บุคคลในครอบครัวช่วยกันจดบันทึกข้อมูลการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่าย การเปลี่ยนแปลงของผู้สูบ

3) การจัดทำป้ายสติ๊กเกอร์ สำหรับครอบครัวที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

4) ค้นหาบุคคลต้นแบบในการลด ละ เลิกบุหรี่

5) การจัดทำป้ายยกย่องร้านค้าตัวอย่าง

2. การแก้ปัญหาในระดับชุมชน

เนื่องจากมีข้อมูลสะท้อนว่า การซื้อบุหรี่สามารถหาซื้อได้ง่ายในร้านค้าของชุมชนและไม่ค่อยเข้มงวด กวดขันกับการขายให้กับเด็กและเยาวชน นอกจากนี้ผู้ปกครองยังใช้ให้ลูกหลานไปซื้อให้ ดังนั้นในการทำงานร่วมกับชุมชนจึงมุ่งให้ความสำคัญกับร้านค้าขายของชำโดยค้นหาร้านค้านำร่องเพื่อเข้าร่วมโครงการ

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น ชุมชนได้เสนอทางออกร่วมกันโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการการแก้ปัญหาบุหรี่ของชุมชนและจะผลักดันมาตรการงดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเช่นที่วัด โรงเรียน ตามหอพัก รวมทั้งในกลุ่มโซเชียลมีเดียรับจ้างระหว่างชุมชน ในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สรุปเป้าหมายการดำเนินงานในระดับชุมชน คือ

1) มีคณะกรรมการชุมชน โดยมีการอาสาทำงานเพื่อช่วยกันให้คำแนะนำ เป็นกำลังใจให้เลิกบุหรี่ตามสถานที่สาธารณะ

2) มีร้านค้าตัวอย่าง โดยในเบื้องต้นมีร้านค้า 2 ร้านสมัครใจที่จะเป็นร้านค้าต้นแบบสำหรับการงดขายบุหรี่ในทุกวันพระ ขณะเดียวกันต้องมีมาตรการในการกำกับดูแลการซื้อขายให้กับเยาวชนเป็นต้น

3) มีกิจกรรมรณรงค์ในโรงเรียนและสถานที่ราชการ วัด ซึ่งปัจจุบันมีแนวปฏิบัติแต่การติดตามกำกับดูแลยังไม่เข้มข้น และที่วัดก็มีข้อกำหนดเรื่องห้ามถวายบุหรี่แก่พระสงฆ์ รวมถึงมีความพยายามที่จะให้มีการงดสูบบุหรี่ในงานบุญต่างๆในที่สาธารณะร่วมด้วย

4) มีกิจกรรมรณรงค์ในกลุ่มโซเชียลมีเดียสองแถว

3. การทำงานร่วมกับองค์กรภาคี ในเบื้องต้นได้มีการกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนงานกับองค์กรภาคีดังนี้

1) ประสานงานกับศูนย์บริการสุขภาพคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2) ประสานงานกับมหาวิทยาลัยมหาสารคามในการดำเนินโครงการรณรงค์ในกลุ่มนิสิตและบุคลากร

3) ประสานกับเครือข่ายแกนนำชุมชนตำบลขามเรียง

4) การค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมในโครงการ เช่น การใช้หมอลำในการรณรงค์ การค้นหาภูมิปัญญาในการอดบุหรี่ เป็นต้น

ส่วนที่ 4 สรุปการขับเคลื่อนโครงการ จุดแข็งของโครงการ ปัญหาอุปสรรค/แผนการทำงานในระยะต่อไป

สรุปผลการดำเนินงาน

จากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ปัญหา และได้มีการนำเสนอภาพรวมต่อชุมชน ผลที่เกิดขึ้น ๆ ทำให้มีข้อมูลบ่งชี้ได้ว่า

1. ปัญหาบุหรีเป็นปัญหาที่กระทบทั้งต่อผู้สูบและผู้อยู่ใกล้ชิดโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ก่อให้เกิดความขัดแย้งและความเครียดในขณะที่ชุมชนก็ได้รับผลกระทบอย่างบุหรีมือสองเช่นเดียวกัน สำหรับตัวผู้สูบเองรับทราบถึงปัญหาต่อสุขภาพแต่ก็ยังไม่คิดอยากจะทำอะไรก็ตามที่พร้อมจะให้ความร่วมมือ และเห็นด้วยกับการมีมาตรการให้งดสูบในที่สาธารณะ

2. กระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการแก้ปัญหาการสูบบุหรีและการที่ขับเคลื่อนให้เป็นนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นนอกเหนือจากการรณรงค์แล้วต้องมีกลวิธีในการดำเนินงานในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และการผลักดันในเชิงนโยบาย

3. มีการนำเสนอผลงานทางวิชาการ (ภาคผนวก)

กิจกรรมปฏิบัติการ

1. การนำเสนอข้อมูลและรณรงค์ในชุมชน โดยจัดขึ้นที่ตลาดนัดวัดบ้านขามเรียง ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ได้ใช้สื่อพื้นบ้านคือหมอลำ ในการนำเสนอและรณรงค์ มีผู้เข้าร่วมเวทีประมาณ ดังนี้

ชาวบ้าน 70 คน

อส. 10 คน

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 15 คน

หมอลำภูมิปัญญาพื้นบ้าน (หมอลำสินค้า) 1 คน

นอกจากนี้ยังมีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ทีมเยาวชน ศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยมหาสารคามที่มาร่วมเล่นดนตรีพื้นบ้าน อีก 5 คน

2. การนำเสนอข้อมูลผ่านชมรมผู้นำตำบลขามเรียงที่มีการจัดประชุมเป็นประจำทุกเดือน โดยมีสมาชิกของชมรมซึ่งมีกำนันตำบลขามเรียง คือ กำนันอดิศร เป็นประธาน มีสมาชิกประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน 15 หมู่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. กรรมการหมู่บ้าน นอกจากนั้นยังมีผู้แทนขององค์กรภาคี ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามเรียง นายกเทศบาลตำบลขามเรียง เกษตรตำบล เป็นต้น

การนำเสนอข้อมูลและการร่วมกิจกรรมผ่านเวทีดังกล่าวได้มีการออกแบบกิจกรรมร่วมกัน ได้แก่ การรณรงค์การลดละเลิกบุหรีในงานบุญประเพณี เช่นงานทอดเทียนเข้าพรรษา หรืองานบุญของหมู่บ้าน เป็นต้น

3. การรณรงค์การลดละเลิกบุหรีในงานทอดเทียนเข้าพรรษา ซึ่งมีการดำเนินการในทุกหมู่บ้าน

ทีมวิจัยได้ร่วมมือให้ข้อมูลและแจกเอกสารเรื่องพิษภัยของบุหรี่

4. การรณรงค์ในระดับบุคคลและครอบครัว การดำเนินการในระดับครอบครัวสามารถดำเนินการได้ แต่เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากและมีความละเอียดอ่อน เพราะการรับรู้ถึงปัญหานั้นส่วนใหญ่เป็นการรับรู้ของภรรยาหรือบุคคลในครอบครัว ในขณะที่คนสูบบุหรี่ไม่ได้รู้สึกว่าเป็นปัญหา หรือกระทั่งความต้องการที่จะให้เลิกบุหรี่ก็เป็นความต้องการของบุคคลในครอบครัวมากกว่าเจ้าตัว ดังนั้นการออกแบบกิจกรรมที่จะให้เกิดความร่วมมือนั้นต้องใช้กลวิธีที่เหมาะสม ยืดหยุ่น เพื่อป้องกันความขัดแย้งในครอบครัวของกลุ่มเป้าหมาย

กิจกรรมที่ดำเนินการในระดับครอบครัว ได้แก่ การทำคู่มือบันทึกการสูบบุหรี่ (โดยบุตร) การเยี่ยมบ้าน การติดตามให้กำลังใจ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล การแนะนำ ให้ความรู้ การประกวดคำขวัญ ซึ่งคำขวัญที่ชนะเลิศ คือ “จุดบุหรี่ทุกมวน เป็นชนวนแห่งความตาย”

5. การรณรงค์ให้ใช้ภูมิปัญญาในการลดละเลิกบุหรี่

ผลจากการรวบรวมองค์ความรู้เรื่องการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีร่วมกับภาคีเครือข่ายทำให้ทราบว่าสมุนไพรหลายชนิดสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ เช่น รากต้นมะยมผู้ หญ้าขาว รวมถึงการใช้แนวทางดั้งเดิมที่คนเฒ่า คนแก่เคยใช้มา คือการปฏิบัติตน การถือศีล การอดเข้าพรรษา เป็นต้น

6. การผลิตสื่อหมอลำพื้นบ้าน

ผลการดำเนินงาน พบว่า สื่อพื้นบ้านเป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงชุมชนได้โดยงาน สร้างความสนุกสนาน เป็นกันเอง และเนื้อหาจดจำได้ง่าย การผลิตสื่อดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าขอนยางได้นำไปใช้ในกิจกรรมของหน่วยงาน เพื่อประกวด อสม.ดีเด่น เนื่องจากผู้ที่เป็นศิลปินนำร้องเพลง เป็น อสม. จึงนับได้ว่าการใช้ทั้งสื่อบุคคลและสื่อพื้นบ้านช่วยให้การสื่อสารสู่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

7. การทำวิจัยเพื่อค้นหาคำตอบความรู้เพิ่มเติม เพื่อเป็นการบูรณาการเข้ากับการจัดการเรียนการสอน 2 เรื่อง คือ

- 1) แนวทางการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการเลิกสูบบุหรี่หรือกรณีศึกษาชุมชนบ้านขามเรียง

ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

- 2) แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่ของผู้ที่ติดบุหรี่ของชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง

อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ผลการศึกษาทั้งสองเรื่องช่วยให้ค้นพบชุดองค์ความรู้ที่น่าสนใจ มีการสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญคือสามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลได้ พร้อมทั้งได้รับความสนใจจากชุมชนเป็นอย่างมาก

8. การจัดเวทีพิจารณาภูมิปัญญาของหมู่บ้านเรื่องการสูบบุหรี่ในชุมชน กิจกรรมดังกล่าวจัดขึ้นเพื่อเป็นเวที

สาธารณะเพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม ต่อประกาศตำบลขามเรียง เรื่อง นโยบายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่และจัด “เขตสูบบุหรี่” เป็นการเฉพาะ พ.ศ.2556 มีผู้เข้าร่วมมากกว่า 80 คน ประกอบด้วยภาคชุมชน รัฐ และนักวิชาการ ผลการประชุม ได้ข้อสรุปประกาศตำบลขามเรียง ซึ่งมีผู้อภิปรายอย่างกว้างขวางและนำไปสู่การปรับปรุงร่างจนได้ข้อสรุป ดังนี้

ประกาศตำบลขามเรียง

เรื่อง นโยบายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่และจัด “เขตสูบบุหรี่” เป็นการเฉพาะ พ.ศ.2556

.....

ตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553 เรื่อง “กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่”

ตำบลขามเรียง จึงกำหนดให้ใช้ประกาศตำบลขามเรียงเรื่องนโยบายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่และจัด “เขตสูบบุหรี่” เป็นการเฉพาะ พ.ศ.2556 ตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

1. สถานที่สาธารณะ ได้แก่ วัด สถานประกอบกิจการทางศาสนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน โรงเรียนหรือสถานบันการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา ในตัวอาคารศูนย์เรียนรู้ เทศบาลตลาดนัดชุมชน เป็นสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่
2. สถานที่นอกเหนือจากพื้นที่ในข้อที่ 1 สามารถจัด “เขตสูบบุหรี่” เป็นการเฉพาะได้
3. สภาพและลักษณะเขตปลอดบุหรี่ต้องเป็นดังนี้
 - 3.1 ติดสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่รูปแบบตามเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด โดยติดไว้ตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน
 - 3.2 ไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสูบบุหรี่
 - 3.3 ไม่มีการสูบบุหรี่
4. การจัดให้มีเขตสูบบุหรี่ต้องเป็นดังนี้
 - 4.1 ต้องไม่อยู่บริเวณเข้า-ออก
 - 4.2 ต้องไม่ประเจิดประเจ้อ
 - 4.3 ไม่ก่อความเดือดร้อนรำคาญต่อผู้อื่น
 - 4.4 มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้เกิดแรงจูงใจในการลด ละ เลิกบุหรี่
5. ผู้ที่เข้ามาในพื้นที่ตำบลขามเรียงต้องปฏิบัติตามประกาศคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ตำบลขามเรียง พ.ศ.2556

6. องค์การชุมชนตำบลขามเรียงมีภารกิจในการกำกับดูแลให้เป็นไปตามประกาศ

จึงประกาศมาให้ทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่

สภาองค์การชุมชนตำบลขามเรียง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค

การดำเนินงานของโครงการพบว่ามีประเด็นน่าสนใจหลายประการ ดังนี้

ปัจจัยความสำเร็จของโครงการ

1. ผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมองเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน นอกจากนั้นในภาพรวมของการทำงานระหว่างทีมวิจัยและภาคีในพื้นที่ก็เป็นจุดแข็งที่สำคัญเพราะสามารถประสานความร่วมมือ ความเข้าใจที่ดี สามารถเชื่อมงบประมาณจากเทศบาล และการมีส่วนร่วมของ รพ.สต. ได้เป็นอย่างดี
2. ทีม อสม. เข้มแข็ง มีความเสียสละและเห็นความสำคัญของปัญหา ให้การสนับสนุน รวมถึงให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
3. ตำบลขามเรียงมีแกนนำชุมชนที่รวมตัวกันอย่างเป็นรูปธรรม มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวในประเด็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเป็นประจำทุกเดือน ทำให้เป็นโอกาสที่ชุมชนจะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลใหม่ที่มาจากนโยบายทั้งภายในและภายนอกชุมชน ซึ่งช่วยให้มีการกำหนดแนวทางการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ชาวบ้านส่วนใหญ่มีภารกิจประจำไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้เวลาในการนัดหมายค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในช่วงฤดูการทำนา เก็บเกี่ยว หรือช่วงเทศกาล อย่างไรก็ตามจากการเข้าคลุกคลีทำงานในพื้นที่มาเป็นเวลานานก็พบว่าชุมชนนี้มีความเข้มแข็งและสามารถที่จะขับเคลื่อนงานต่อไปได้ นอกจากนั้นการสื่อสารและการรณรงค์ในวงกว้างยังมีข้อจำกัดซึ่งจะทำงานในเชิงรุกมากขึ้นในระยะต่อไป

ในช่วงฤดูเก็บเกี่ยว ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดได้ได้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนตามบริบทของชุมชน

2. ทีมวิจัยและกลุ่มเป้าหมายมีระยะเวลาในการทำกิจกรรมที่จำกัด บางครั้งเวลาวางไม่ตรงกันเนื่องจากทีมวิจัยส่วนใหญ่มีงานประจำ และกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน การจัดกิจกรรมส่วนใหญ่จึงเป็นตอนเย็นหลังเลิกงานหรือวันหยุดเสาร์-อาทิตย์

3. ในการแก้ไขปัญหาคารสูบบุหรี่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด เมื่อมีการจัดกิจกรรมจะมีเพียงตัวแทนหรือผู้สูบบุหรี่เข้าร่วม แต่ยังคงขาดบุคคลในครอบครัว จึงต้องมีทีมวิจัยเข้าไปร่วมกิจกรรมกับทางครอบครัวหรือเข้าไปเยี่ยมที่บ้าน ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาและทีมวิจัยเพิ่มขึ้น
- 4) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูบบุหรี่ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมกิจกรรมส่วนกลางของชุมชน เนื่องจากจะถูกมองจากชุมชน เนื่องจากเป็นเป้าสายตา หรือไม่อยากถูกมองว่าเป็นผู้สูบบุหรี่ สร้างปัญหาให้ชุมชน แต่ถ้าหากจะเข้าไปทำกิจกรรมกับครอบครัวหรือเป็นส่วนตัวจะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
- 5) คนใกล้ชิดของผู้ที่สูบบุหรี่ รู้สึกท้อใจที่ไม่สามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวลดบุหรี่ได้ บางครั้งไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมอีก ทำให้จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมลดลงจากครั้งแรกๆ

ผลการดำเนินการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ชุมชน การเปลี่ยนแปลงที่สังเกตเห็นในระดับชุมชน คือ ประชาชนเกิดการตื่นตัวในการรณรงค์แก้ไขปัญหาคารสูบบุหรี่ ซึ่งแต่เดิมมองว่าปัญหาคารสูบบุหรี่ หากเกิดกับครอบครัวใด หรือ บุตรหลานของใครก็แก้ไขกันเอง แต่เมื่อได้รับทราบถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นในชุมชนจึงทำให้เห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวที่มีบุตร หลาน หรือสามีสูบบุหรี่จะพยายามชักชวนเข้ามาร่วมกิจกรรมหรือหากมีความรู้หรือแนวทางในการลดบุหรี่ก็จะนำไปเผยแพร่และเล่าสู่กันฟังในครอบครัว

ทีมวิจัย มีความเข้มแข็งและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สามารถเป็นแกนนำหรือผู้นำในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ รวมถึงมีความกล้าแสดงออกมากขึ้น ซึ่งที่ผ่านมามองว่าการรณรงค์การลดละเลิกสูบบุหรี่เป็นหน้าที่ของรัฐบาลหรือหน่วยงานภายนอกชุมชนที่จะเข้ามาแก้ปัญหา แต่เมื่อได้มีโอกาสเข้ามาเป็นทีมวิจัย ได้เข้าร่วมเวทีในการจัดกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้เป็นบุคคลหนึ่งที่มีส่วนช่วยในการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

โครงการวิจัยเรื่องการนำมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติในชุมชน บ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม มีคำถามการวิจัยคือมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านยาสูบ นำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคามได้อย่างไร และมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ปัจจัยเงื่อนไข ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบของประชาชนชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 จังหวัดมหาสารคาม
- 2) เพื่อค้นหาแนวทางในทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบของประชาชนชุมชนบ้าน ขามเรียง หมู่ 20 จังหวัดมหาสารคาม
- 3) เพื่อหารูปแบบกระบวนการหนุนเสริมการขับเคลื่อนการนำมิติสมัชชาแห่งชาติในประเด็นยาสูบสู่ภาคปฏิบัติจริงในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม และ
- 4) เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อนการนำมิติสมัชชาแห่งชาติในประเด็นยาสูบสู่ภาคปฏิบัติจริงในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม

สำหรับผลการวิจัยโดยสรุป มีดังนี้

1 สภาพทั่วไป บริบทของหมู่บ้านและ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)

บ้านขามเรียง หมู่ที่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม อยู่ติดกับมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (มอใหม่) ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในที่สาธารณะประโยชน์ ติดถนนทางหลวงชนบท สายบ้านขามเรียง-บ้านนาสีนวล เป็นลาดยาง ตั้งอยู่ห่างจากที่ตั้งสำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลขามเรียง 1 กิโลเมตร ห่างจากอำเภอมหาสารคามประมาณ 12 กิโลเมตร ห่างจากที่ว่าการอำเภอกันทรวิชัย 15 กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งหมด 1,933 ไร่ ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย 47 ไร่ พื้นที่ไร่นา 1,048 ไร่ พื้นที่สาธารณะ 836 ไร่ มีจำนวนหลังคาเรือน 76 หลังคาเรือน ประชากรรวม 267 คน ปัจจุบันมีจำนวนหอพักนักศึกษา และอาคารพาณิชย์ร้านค้าเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยขาดการวางแผนโดยเฉพาะเรื่องผังเมืองทำให้บ้านขามเรียงเริ่มประสบปัญหาความแออัดและปัญหาอื่นๆตามมาอีกมาก

2. ลักษณะทางประชากรและสังคม (Social – demographic data)

จำนวนประชากรทั้งหมด จำนวนประชากรทั้งหมดตามทะเบียนราษฎร 282 คน คน 86 ครั้วเรือน จำแนกเป็น เพศชาย จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 47.16 เพศหญิง จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 52.83 จำนวนประชากรทั้งหมดที่สำรวจจริง 267 คน 76 ครั้วเรือน เพศชาย จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 47.60 เพศหญิง จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 52.40

ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ 1) ปัญหาการรับประทานผงชูรสร้อยละ 97.7 โดยให้เหตุผลว่าถ้าไม่ใส่ผงชูรสอาหารก็ไม่อร่อย 2) ปัญหาการรับประทานอาหารหมักดอง ร้อยละ 81.5 3) ปัญหาการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ร้อยละ 59.9 4) ปัญหาการไม่สวมหมวกกันน็อคร้อยละ 45 5) ปัญหา

การกำจัดสารพิษในผักไม่ล้างอย่างถูกวิธีโดยการแช่น้ำเปล่า ร้อยละ 65.3 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 37.4 6) ปัญหาการสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.8 และมีหลายรายพยายามจะเลิกสูบบุหรี่แต่เลิกไม่ได้สักที

ปัญหาสุขภาพibal สิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) ปัญหาขยะมูลฝอย พบว่าขยะส่วนใหญ่มาจากหอพัก ปริมาณขยะมีจำนวนมาก เกิดการหมักหมม ส่งกลิ่นเหม็น มีการทิ้งขยะจะไม่มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง 2) ปัญหาการระบายน้ำเสีย พบว่า ขาดการจัดการที่ดี ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของชุมชน และ 3) ปัญหาสัตว์นำโรคในชุมชน พบว่า ในบ้านบริเวณบ้าน ในครัวจะมีหนู ต้องใช้กาวดักหนู หรือใช้ยาเม็ดสีชมพูมาวางไว้ให้หนูกิน

ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ ได้แก่ 1) ปัญหาถนนในหมู่บ้าน 2) ปัญหาเสียงรบกวนจากหอพัก 4) ปัญหาการลักขโมย และ 5) ปัญหา

ตอนที่ 3 สถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรี่และแนวทางแก้ไขปัญหา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่บ้านขามเรียง หมู่ 20 เป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 97.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป จบระดับประถมศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 – 7,499 บาทต่อเดือน โดยค่าเฉลี่ยรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 7,234.15 บาท

ปริมาณการสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน 12.57 มวน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ จำนวน 10-14 มวน รองลงมา จำนวน 5 – 9 มวน

อายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรกส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 15 – 17 ปี รองลงมาอายุ 18 - 20 ปี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.50 ปี

1) สาเหตุหรือแรงจูงใจที่ทำให้สูบบุหรี่อันดับแรก คือ สูบตามเพื่อน ร้อยละ 66.7 อยากรลอง/อยากรู้รสชาติ ร้อยละ 50.00 รองลงมาเพื่อนชวน ร้อยละ 31.81 และเครียด/กั๊กใจ ร้อยละ 22.73

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 1 – 9 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 20 -29 ปี ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 26.27 ปี

ปัจจุบันยังสูบอยู่ร้อยละ 96.9 ส่วนใหญ่สูบทุกวัน ร้อยละ 78.1 และพบว่า มีผู้สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวน/วันอีกด้วย

บุหรี่ที่นำมาสูบส่วนใหญ่ซื้อมาเอง ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อสัปดาห์เฉลี่ย 92.84 บาท โดยมีค่าใช้จ่ายระหว่าง 1 – 49 บาท รองลงมาคือ 100 – 149

และจากการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติม พบว่าค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยการซื้อบุหรี่ต่อเดือนอยู่ที่ 850 บาท ค่าต่ำสุดอยู่ที่ 60 บาท/เดือน สูงสุดอยู่ที่ 2400 บาท/เดือน

และเมื่อต้องการสูบบุหรี่ที่สามารถหาบุหรี่มาสูบได้ง่ายโดยส่วนใหญ่ซื้อจากร้านค้าในหมู่บ้าน ร้อยละ 87.9 เวลาสูบบุหรี่จะสูบที่บ้านของตนเอง ร้อยละ 87.5

คนรอบข้างที่สูบบุหรี่อันดับแรก คือ เพื่อน ร้อยละ 72.72 รองลงมาบุตร/หลาน/ญาติ ร้อยละ 25.00 และบิดา/มารดา ร้อยละ 15.90

ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กันดี รองลงมาไม่มีความคิดเห็นไม่ตรงกันบ้าง

สถานที่ซื้อบุหรี่ที่สามารถหาซื้อได้ง่ายถึงร้อยละ 50 โดยซื้อจากร้านค้าในหมู่บ้านมากถึงร้อยละ 87.9

ความพยายามเลิกสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ 82.5 เคยคิดจะเลิกสูบ ร้อยละ 17.5 ยังไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ จำนวนครั้งในพยายามเลิกสูบบุหรี่เฉลี่ย 6 ครั้ง เลิกได้เด็ดขาดร้อยละ 15.0 เลิกไม่ได้ยังสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 37.5 เลิกไม่ได้

การขอรับคำปรึกษาจากหน่วยงานพบว่าร้อยละ 90 ไม่เคยขอรับคำปรึกษา

ส่วนหนึ่งเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการสูบบุหรี่ครั้งแรกจะแตกต่างกันออกไป เช่น อยากรู้ อยากรลอง เพื่อความโก้ เก๋ เครียด สูบตามพ่อหรือเห็นผู้ใหญ่ในหมู่บ้านสูบบุหรี่ตามบ้าง บางคนก็ให้เหตุผลว่าถ้าไปคบหรืออยู่กับเพื่อนที่สูบบุหรี่ถ้าเราไม่สูบก็จะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ หรือเกิดความแตกต่างจากเพื่อน เมื่อได้ลองสูบแล้วก็ไม่อยากจะเลิก บางคนอยากเลิกแต่เลิกไม่ได้ มีแต่จะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย บางคนสูบมากที่สุดวันละ 40 มวน เวลาอยู่ในกลุ่มคนที่สูบบุหรี่ด้วยกันจะยิ่งทำให้อยากสูบบุหรี่มากขึ้น ถ้าเห็นเพื่อนในกลุ่มสูบบุหรี่ก็จะแบ่งปันกันสูบ ส่วนใหญ่มักสูบในวงดื่มสุราหรือยามมีงานสังสรรค์ แต่เดิมกลุ่มผู้สูบส่วนใหญ่คิดว่าการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อเฉพาะผู้สูบเท่านั้น แต่ปัจจุบันจากการได้รับข้อมูลที่เผยแพร่ตามสื่อต่างๆ ทำให้ทราบว่าผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดหรือผู้ที่ได้รับควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายด้วย ถึงแม้จะรู้แต่ก็ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้านค้าในหมู่บ้านเป็นแหล่งที่ผู้สูบซื้อบุหรี่มาสูบมากที่สุดเพราะเดินทางไปซื้อได้สะดวกสบาย หากร้านที่เคยซื้อประจำไม่ขายก็ไปหาซื้อร้านอื่นที่อยู่ละแวกใกล้เคียง ร้านค้าในหมู่บ้านส่วนใหญ่มีบุหรี่ขายเกือบทุกร้าน

3) ความคิดเห็นต่อประเด็นการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองนั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นอันตรายอย่างแน่นอน ร้อยละ 75 และเห็นว่าเป็นอันตรายต่อผู้ใกล้ชิดเคียง เช่น บุตรหรือภรรยา ร้อยละ 69.7 สำหรับความพอใจกับการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เห็นด้วยเล็กน้อย ร้อยละ 36.4

4) ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดกับการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง เช่น โรงภาพยนตร์ คาราโอเกะเห็นด้วยมาก ร้อยละ 69.7 รองลงมาคือการห้ามสูบบุหรี่ในอาคาร ภัตตาคารส่วนใหญ่เห็นด้วยมาก ร้อยละ 66.7 ส่วนการขึ้นภาษีบุหรี่ซึ่งทำให้ราคามันสูงขึ้นทำให้ประชาชนสูบบุหรี่น้อยและการสูบบุหรี่เป็นสิ่งน่ารังเกียจกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยน้อยที่สุดร้อยละ 42.4

นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่สูบบุหรี่เพราะวัฒนธรรมเนื่องจากในอดีตเวลาที่บวชเณร บวชพระ ญาติโยมก็จะนำบุหรี่มาให้ และขณะบวชเวลาว่างมากก็มีการสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องปกติแสดงออกถึงสถานการณ์เป็นหนุ่ม และบุคคลเมื่อเป็นหนุ่มไปจีบสาวเวลาไปที่บ้านของหญิงสาวจะจัด "พายา พายา" มาต้อนรับซึ่งเวลาที่บุคคลไปจีบสาวจะไปเป็นกลุ่มเพื่อนหลายคนจึงสูบบุหรี่ด้วยกัน เมื่อได้ลองสูบแล้วก็ไม่อยากจะเลิก บางคนอยากเลิกแต่เลิกไม่ได้ มีแต่จะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ปัจจุบันการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักสูบในวงดื่มสุราหรือยามมีงานสังสรรค์หรืองานสังคม เช่น งานศพ งานบุญยังอยู่ในกลุ่มคนที่สูบบุหรี่ด้วยกันจะยิ่งทำให้อยากสูบบุหรี่มากขึ้น ถ้าเห็นเพื่อนในกลุ่มสูบบุหรี่ก็จะแบ่งปันกันสูบบุหรี่

สำหรับญาติหรือบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากบุหรี่มือสอง สะท้อนให้เห็นว่าได้รับความทุกข์หรือความไม่สุขสบายจากการได้กลิ่นบุหรี่ ทำให้เครียด เหม็น เวียนหัวและต้องการให้บุคคลในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ในบ้าน นอกจากนี้การรับรู้ของคนในชุมชนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ก็มีจำกัด ยกเว้นในกลุ่ม อสม. โดยส่วนใหญ่จะรู้แต่เพียงว่าสูบบุหรี่ไม่ดีต่อสุขภาพ

ด้านความรู้ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องของบุหรี่ค่อนข้างดี ยกเว้นในบางหัวข้อ เช่น ส่วนผสมของบุหรี่ การออกฤทธิ์ของสารนิโคติน รวมถึงผลต่อหญิงตั้งครรภ์

ด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ พบว่า ชาวบ้านมีทัศนคติที่ดีต่อการกำกับดูแลและควบคุมในการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย แต่ก็ยังมียอมรับได้ในระดับปานกลางสำหรับการสูบบุหรี่ของผู้ชายและผู้หญิงที่อยู่ในวัยอายุ 15-25 ปี

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากบุหรี่

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากบุหรี่อยู่ในระดับดี คือส่วนใหญ่ร้อยละ 56.82 รับรู้ว่าการสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดมากที่สุด ($\bar{X} = 3.45$) รองลงมา คือ การสูบบุหรี่ในห้องแอร์ที่มีเครื่องฟอกอากาศจะทำให้เป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง ($\bar{X} = 3.36$) ส่วนการรับรู้ในระดับต่ำ คือ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ($\bar{X} = 2.27$)

การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการลดสูบบุหรี่

ส่วนใหญ่รับรู้ถึงโทษของการลดสูบบุหรี่ คือร้อยละ 63.64 รับรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด ($\bar{X} = 3.61$) และรับรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายประจำวัน ($\bar{X} = 3.52$)

สำหรับการรับรู้ถึงแนวทางการเลิกบุหรี่เช่น ผลไม้รสเปรี้ยว เช่นมะนาว มะขามป้อมช่วยลดความอยากบุหรี่ได้ และการเคี้ยวหมากฝรั่ง อมลูกอมหรือดื่มน้ำมากๆช่วยลดความอยากบุหรี่ได้นั้นผู้ที่สูบบุหรี่ยังคงรับรู้ค่อนข้างน้อย ($\bar{X} = 2.68$)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่

กลุ่มผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.73 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยได้รับการส่งเสริมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ($\bar{X} = 3.02$) ด้วยการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 3.16$) รองลงมาคือ การส่งเสริมให้ท่านมีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ($\bar{X} = 3.14$) และระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เวลาในการรับฟังปัญหาของท่าน ($\bar{X} = 2.82$)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

สำหรับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่จากครอบครัว ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.18$) โดยการที่คนในครอบครัวได้พูดให้กำลังใจเมื่อไม่สบายใจหรือมีปัญหาเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 3.36$) รองลงมาคือ คนในครอบครัวได้ส่งเสริมให้มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ($\bar{X} = 3.25$) และส่วนประเด็นที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่จากครอบครัวที่ค่อนข้างน้อยคือการรับฟังปัญหา และการให้คำแนะนำต่างๆในการปฏิบัติตนเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 3.07

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน

ในภาพรวมผู้ที่สูบบุหรี่ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 52.27 รองลงมาคือ ระดับมากจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 34.09 และระดับน้อยจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 13.64

สำหรับระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่จากเพื่อน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.62$) โดยการส่งเสริมชักชวนให้มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ($\bar{X} = 2.73$) รองลงมาคือ เพื่อนให้เวลาในการรับฟังปัญหา และเพื่อนได้ช่วยเหลือแนะนำไปในทางที่ดีเมื่อท่านไม่สบายใจหรือมีปัญหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.68 ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เพื่อนได้คอยช่วยเหลือแนะนำในการลดและเลิกบุหรี่ ($\bar{X} = 2.45$)

การปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่

การปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่รายด้านมีระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.95$) โดยการลดจำนวนการสูบบุหรี่เมื่อมีเพื่อน บุคคลในครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้คอยช่วยเหลือแนะนำในการลดและเลิกบุหรี่ ($\bar{X} = 3.11$) รองลงมาคือ มีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อมีคนได้พูดให้กำลังใจช่วยเหลือแนะนำในทางที่ดีเมื่อไม่สบายใจหรือมีปัญหา ($\bar{X} = 3.07$) และการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่รายข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับน้อยที่สุดคือ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเพื่อนได้ส่งเสริมชักชวนให้มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ($\bar{X} = 2.80$)

2. ผลการศึกษาการใช้ภูมิปัญญากับการลด ละ เลิกบุหรี่ของชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20

การใช้สมุนไพรผลไม้รสเปรี้ยว รากมะยมตัวผู้ หญ้าดอกขาว รางจืด โปรงฟ้า

การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการเลิกสูบบุหรี่เข้าวัดปฏิบัติธรรมมีการใช้วิธีนี้มากที่สุดร้อยละ5.0 ไม่ใช้ร้อยละ95.0 รองลงมาดื่มน้ำมนต์ร้อยละ2.5ใช้ ร้อยละ97.5 ไม่ใช้ ไม่เคยใช้ และบวชร้อยละ2.5เคยใช้ ร้อยละ97.5ไม่ใช้ สาบานร้อยละ2.5เคยใช้ร้อยละ97.5ไม่ใช้ อบสมุนไพรร้อยละ2.5ใช้ ร้อยละ97.5ไม่ใช้ ตามลำดับ

วิธีการอื่นๆ เช่น วิธีหักดิบมีการใช้มากที่สุดในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การลดสูบลงทีละน้อย ออกกำลังกายหนักๆ วิธีไปอยู่คน ดื่มน้ำมากๆ

ประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อโดยรวมของการสูบบุหรี่ต่อชุมชน คือ

1. การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว
2. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น วัด รถโดยสาร โรงเรียน

ส่วนที่ 4 แนวทางในการแก้ปัญหาและการขับเคลื่อนไปสู่นโยบายสาธารณะของชุมชน

1. การแก้ปัญหาในระดับครอบครัว

1) การติดตามเยี่ยมที่บ้าน เป็นรายครัวเรือนและออกแบบการแก้ปัญหาร่วมกันของบุคคลในครอบครัว ขณะเดียวกันบุคคลในครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องต้องมีบทบาทในการหนุนเสริมและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้มีครอบครัวต้นแบบที่จะเข้าร่วมโครงการครอบครัวลดบุหรี่หรือปลอดบุหรี่ จำนวน 17 ครอบครัว

ในการติดตามเยี่ยมบ้าน มีคณะทำงานที่เป็นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่เรียกว่า หมอประจำครอบครัว อสม. และ ทีมวิจัย เป็นผู้รับผิดชอบติดตามเยี่ยมบ้าน

2) การจัดทำสมุดบันทึก เพื่อให้บุคคลในครอบครัวช่วยกันจดบันทึกข้อมูลการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่าย การเปลี่ยนแปลงของผู้สูบ

3) การจัดทำป้ายสติ๊กเกอร์ สำหรับครอบครัวที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

4) ค้นหาบุคคลต้นแบบในการลด ละ เลิกบุหรี่

5) การจัดทำป้ายยกย่องร้านค้าตัวอย่าง

2. การแก้ปัญหาในระดับชุมชน

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น ชุมชนได้เสนอทางออกร่วมกันโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการการแก้ปัญหาหรือของชุมชนและจะผลักดันมาตรการงดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเช่นที่วัด โรงเรียน ตามหอพัก รวมทั้งในกลุ่มโซเชียลมีเดียหรือรับจ้างระหว่างชุมชน ในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สรุปเป้าหมายการดำเนินงานในระดับชุมชน คือ

1) มีคณะกรรมการชุมชน โดยมีการอาสาทำงานเพื่อช่วยกันให้คำแนะนำ เป็นกำลังใจให้เลิกบุหรี่ตามสถานที่สาธารณะ

2) มีร้านค้าตัวอย่าง โดยในเบื้องต้นมีร้านค้า 2 ร้านสมัครใจที่จะเป็นร้านค้าต้นแบบสำหรับการงดขายบุหรี่ในทุกๆวันพระ ขณะเดียวกันต้องมีมาตรการในการกำกับดูแลการซื้อขายให้กับเยาวชนเป็นต้น

3) มีกิจกรรมรณรงค์ในโรงเรียนและสถานที่ราชการ วัด ซึ่งปัจจุบันมีแนวปฏิบัติแต่การติดตามกำกับดูแลยังไม่เข้มข้น และที่วัดก็มีข้อกำหนดเรื่องห้ามถวายบุหรี่แก่พระสงฆ์ รวมถึงมีความพยายามที่จะให้มีการงดสูบบุหรี่ในงานบุญต่างๆในที่สาธารณะร่วมด้วย

4) มีกิจกรรมรณรงค์ในกลุ่มโซเชียลมีเดียสองแถว

3. การทำงานร่วมกับองค์กรภาคี ในเบื้องต้นได้มีการกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนงานกับองค์กรภาคีดังนี้

1) ประสานงานกับศูนย์บริการสุขภาพคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2) ประสานงานกับมหาวิทยาลัยมหาสารคามในการดำเนินโครงการรณรงค์ในกลุ่มนิสิตและบุคลากร

3) ประสานกับเครือข่ายแกนนำชุมชนตำบลขามเรียง

4) การค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมในโครงการ เช่น การใช้หมอลำในการรณรงค์ การค้นหาภูมิปัญญาในการอดบุหรี่ เป็นต้น

ส่วนที่ 4 สรุปการขับเคลื่อนโครงการ จุดแข็งของโครงการ ปัญหาอุปสรรค/แผนการทำงานในระยะต่อไป

สรุปผลการดำเนินงาน

กิจกรรมปฏิบัติการ

1. การนำเสนอข้อมูลและรณรงค์ในชุมชน โดยจัดขึ้นที่ตลาดนัดวัดบ้านขามเรียง
2. การนำเสนอข้อมูลผ่านชมรมผู้นำตำบลขามเรียงที่มีการจัดประชุมเป็นประจำทุกเดือน
3. การรณรงค์การลดละเลิกบุหรี่ปริมาณงานทอดเทียนเข้าพรรษา ซึ่งมีการดำเนินการในทุกๆหมู่บ้าน ที่มิวิชัยได้ร่วมให้ข้อมูลและแจกเอกสารเรื่องพิษภัยของบุหรี่ปริมาณงาน
4. การรณรงค์ในระดับบุคคลและครอบครัว การดำเนินการในระดับครอบครัวสามารถดำเนินการได้ แต่เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากและมีความละเอียดอ่อน เพราะการรับรู้ถึงปัญหานั้นส่วนใหญ่เป็นการรับรู้ของภรรยาหรือบุคคลในครอบครัว
5. การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญากับการลด ละ เลิก บุหรี่ปริมาณงาน
6. การผลิตสื่อหอมล่ำพื้นบ้าน
7. การทำวิจัยเพื่อค้นหาองค์ความรู้เพิ่มเติม เพื่อเป็นการบูรณาการเข้ากับการจัดการเรียนการสอน 2 เรื่อง คือ

- 1) แนวทางการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ปริมาณงานศึกษาชุมชนบ้านขามเรียง ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
- 2) แร่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่ปริมาณงานของผู้ที่ติดบุหรี่ปริมาณงานของชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง

อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ผลการศึกษาทั้งสองเรื่องช่วยให้ค้นพบชุดองค์ความรู้ที่น่าสนใจ มีการสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สำคัญคือสามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลได้ พร้อมทั้งได้รับความสนใจจากชุมชนเป็นอย่างมาก

- 8.การจัดเวทีพิจารณากฎกติกาของหมู่บ้านเรื่องการสูบบุหรี่ปริมาณงานในชุมชน

ส่วนที่ 5 ปัจจัยของความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค

ปัจจัยความสำเร็จของโครงการ

1. ผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน นอกจากนั้นในภาพรวมของการทำงานระหว่างที่มิวิชัยและภาคีในพื้นที่ก็เป็นจุดแข็งที่สำคัญเพราะสามารถประสานความร่วมมือ ความเข้าใจที่ดี สามารถเชื่อมงบประมาณจากเทศบาล และการมีส่วนร่วมของ รพ.สต.ได้เป็นอย่างดี

2. ทีม อสม. เข้มแข็ง มีความเสียสละและเห็นความสำคัญของปัญหา ให้การสนับสนุน รวมถึงให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

3. ตำบลขามเรียงมีแกนนำชุมชนที่รวมตัวกันอย่างเป็นรูปธรรม มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวในประเด็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ชาวบ้านส่วนใหญ่มีภารกิจประจำไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้เวลาในการนัดหมายค่อนข้างจำกัด

2. ทีมวิจัยและกลุ่มเป้าหมายมีระยะเวลาในการทำกิจกรรมที่จำกัด บางครั้งเวลาวางไม่ตรงกัน

3. ในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด เมื่อมีการจัดกิจกรรมจะมีเพียงตัวแทนหรือผู้สูบบุหรี่เข้าร่วม แต่ยังคงขาดบุคคลในครอบครัว จึงต้องมีทีมวิจัยเข้าไปร่วมกิจกรรมกับทางครอบครัวหรือเข้าไปเยี่ยมที่บ้าน ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาและทีมวิจัยเพิ่มขึ้น

4) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูบบุหรี่ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมกิจกรรมส่วนกลางของชุมชน เนื่องจากจะถูกลองจากชุมชน

5) คนใกล้ชิดของผู้ที่สูบบุหรี่ รู้สึกท้อใจที่ไม่สามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวลดบุหรี่ได้ บางครั้งไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมอีก ทำให้จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมลดลงจากครั้งแรกๆ

ผลการดำเนินการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ชุมชน การเปลี่ยนแปลงที่สังเกตเห็นในระดับชุมชน คือ ประชาชนเกิดการตื่นตัวในการรณรงค์แก้ไขปัญหการสูบบุหรี่

ทีมวิจัยชุมชน มีความเข้มแข็งและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สามารถเป็นแกนนำหรือผู้นำในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้

อภิปรายผล

1. กระบวนการแก้ปัญหาต้องอาศัยการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายและแก้ปัญหาทุกระดับ จากการค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาพบว่าต้องร่วมกันขับเคลื่อนในรูปแบบของการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี และมีการแก้ไขปัญหามาในทุกระดับ ที่สำคัญคือการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแบนดูรา (Bandura. 1997 : 193) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์ทางตรงหรือประสบการณ์ทางอ้อม และการเรียนรู้เหล่านี้จะกลายเป็นความเชื่อ เป็นข้อมูลในการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรม นอกจากนี้ยังระบุว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว และเพื่อน มีผลต่อระดับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ซึ่ง

อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของเรวัต เทพไทยอำนวย (2554 : 84) พบว่า การได้รับการอบรม การสร้างพลังและความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้เรื่องการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนั้นกระบวนการให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูบบุหรี่ก็เป็นเรื่องสำคัญดังเช่นงานของ จูรีพร บัวลอย (2553 : 58) ที่ชี้ว่าผู้สูบบุหรี่ที่ผ่านกระบวนการทำกิจกรรม การให้ความรู้ ให้คำแนะนำ มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการกระตุ้นเตือนทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ลดความอยากบุหรี่ จึงทำให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยง ประโยชน์และอุปสรรค และการปฏิบัติตัวเพื่อลดการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

และในการดำเนินงานในระดับบุคคล ครอบครัว ควรคำนึงถึงด้านจิตใจและข้อจำกัดของบุคคลที่อาจไม่ยอมเปิดเผยตัวตนต่อสาธารณะ

2. ปัจจัยที่ทำให้กระบวนการขับเคลื่อนได้ในระดับท้องถิ่นคือมีนโยบายของรัฐที่ชัดเจน แต่พบว่าข้อจำกัดคือ การบังคับใช้กฎหมาย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อการนำสู่การปฏิบัติ

1.1 เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้บุคคลในครอบครัวและคนรอบข้างเดือดร้อน รำคาญใจ เป็นสาเหตุให้เกิดการทะเลาะขัดแย้งในครอบครัว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหานี้ในทุกๆระดับ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องควรหาแนวทางในการทำงานร่วมกันโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ควรมีบทบาทหลักในการให้การช่วยเหลือ

1.2 ผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชนเป็นกลุ่มที่มีพลังในการนำไปสู่การปฏิบัติการ โดยเฉพาะการดำเนินงานผ่านวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี ที่จัดขึ้นอย่างสอดคล้องกับความเป็นอยู่ของชุมชน ดังนั้นจึงควรประยุกต์แนวทางการลด ละ เลิกบุหรี่เข้ากับกิจกรรมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาสื่อพื้นบ้านเพื่อนำมาใช้ประชาสัมพันธ์

1.3 จากผลการศึกษาพบว่ายังไม่มีระบบการให้คำปรึกษาในชุมชนอย่างเป็นทางการ ทำให้คนที่ต้องการเลิกบุหรี่ยังไม่ทราบว่าต้องทำอย่างไร จึงควรที่จะจัดให้มีศูนย์ให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย

1.4 จากการศึกษาเรื่องการใช้สมุนไพรและการประยุกต์ใช้แนวทางของพุทธศาสนาในการลด ละ เลิกบุหรี่ ซึ่งพบว่าในชุมชนมีสมุนไพรที่หาได้ง่าย ดังนั้นจึงควรมีการนำมาประยุกต์ใช้สำหรับผู้ที่สนใจ

1.5 การดำเนินงานให้ต่อเนื่องควรมีองค์กรท้องถิ่นร่วมเป็นเจ้าของหลัก เพื่อให้มีการผลักดันและสนับสนุนเรื่องงบประมาณและการขยายผลในเชิงนโยบาย

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการประกาศใช้ประกาศของชุมชนในการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

2.2 ควรมีการศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อการลดละเลิกบุหรี่ในชุมชน

2.3 ควรวิจัยปฏิบัติการทดลองในพื้นที่อื่น

ภาคผนวก

ภาคผนวก



ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

โครงการประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2555
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
เรื่อง “ระบบสุขภาพไทย การจัดการศึกษาทางการพยาบาล และ
ปฏิบัติการพยาบาล ในยุคประชาคมอาเซียน” ระหว่างวันที่ 11-13
ธันวาคม 2555

โครงการวิจัย

การนำมิติสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติที่จังหวัดมหาสารคาม

อมร สุวรรณนิมิตร *

สุภาพร อาญาเมือง **

.....

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จังหวัดมหาสารคามได้มีการเคลื่อนไหวงานสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกับองค์กรภาคีทั้งระดับจังหวัด ระดับภาคและมีส่วนร่วมในระดับประเทศ สำหรับสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ในภาพรวมพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับปัญหาหลายๆด้าน เช่นเดียวกันกับจังหวัดอื่นๆของไทย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาผลกระทบจากสารเคมี ปัญหายาเสพติด ปัญหาการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ซึ่งในประเด็นบุหรี่ยี่นับว่าเป็นปัญหาสำคัญ

ระดับชาติ และสำหรับประชาชนในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามก็มีอัตราการสูบบุหรี่สูง ถึงร้อยละ 22.53.ในปี 2550 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.12 ในปี 2554 คิดเป็นอัตรา การเพิ่ม ร้อยละ .59

ดังนั้นเพื่อเป็นการร่วมผลักดันมติที่ผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติระดับจังหวัด คณะผู้วิจัยจึงเสนอโครงการวิจัยเรื่องการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องยาสูบไปปฏิบัติในชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งชุมชนบ้านขามเรียง อยู่ห่างจากคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประมาณ 2 กิโลเมตร ประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน คือ บ้านขามเรียง หมู่ 1 หมู่ 15 หมู่ 20 มีประชากรรวมประมาณ 400 หลังคาเรือน ประชากรประมาณ 1,000 คน และจากข้อมูลเบื้องต้นพบว่ามีประชากรสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 11.42 ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้เลือกพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่เป้าหมายในการปฏิบัติการวิจัยเพื่อค้นหาแนวทางในการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านยาสูบ ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม

คำถามการวิจัย

รูปแบบการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้านยาสูบสู่การปฏิบัติในพื้นที่ของจังหวัดมหาสารคาม ได้อย่างไร

วัตถุประสงค์โครงการในระยะที่ 1

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา ปัจจัยเงื่อนไข ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบของ ประชาชนชุมชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อค้นหาแนวทางในทางการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบของประชาชนชุมชนบ้าน ขามเรียง หมู่ 20 จังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ร่วมกับ กระบวนการวิจัยท้องถิ่น (Community Base Research : CBR)

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายหลัก กลุ่มผู้สูบบุหรี่ในชุมชน (ร้อยละ 11.42)

กลุ่มเป้าหมายรอง ประชาชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 100 คน

นิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 16 คน

ขอบเขตการวิจัย ประชาชนบ้านขามเรียง หมู่ 20 ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
ระยะเวลาในการดำเนินงาน 1 ปี ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2555 – 31 กรกฎาคม 2556

เครื่องมือในการวิจัย แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มย่อย การจัดเวทีสรุปบทเรียน และการร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผลการศึกษา

1.สถานการณ์การสูบบุหรี่

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้สูบบุหรี่

ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จำนวน 33 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 53.1 ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.5 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 20 ปี มากที่สุดร้อยละ 27.3

1.2 ข้อมูลการสูบบุหรี่ เจื่อนใจและปัจจัยต่างๆ ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่คือ สูบตามเพื่อน ร้อยละ 66.7 ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ร้อยละ 96.9 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 78.1 และพบว่าผู้สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวน/วันอีกด้วย บุหรี่ที่นำมาสูบส่วนใหญ่ซื้อมาเอง โดยใช้เงินในการซื้อบุหรี่สูบเองประมาณ 60 บาท/สัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 20 เมื่อต้องการสูบบุหรี่สามารถหาบุหรี่มาสูบได้ง่ายโดยส่วนใหญ่ซื้อจากร้านค้าในหมู่บ้าน ร้อยละ 87.9 เวลาสูบบุหรี่จะสูบที่บ้านของตนเอง ร้อยละ 87.5

1.3 ความคิดเห็นต่อประเด็นการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองนั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นอันตรายอย่างแน่นอน ร้อยละ 75 และเห็นว่าเป็นอันตรายต่อผู้ใกล้ชิด เช่น บุตรหรือภรรยา ร้อยละ 69.7 สำหรับความพอใจกับการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เห็นด้วยเล็กน้อย ร้อยละ 36.4

1.4 ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดกับการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง เช่น โรงภาพยนตร์ คาราโอเกะเห็นด้วยมาก ร้อยละ 69.7 รองลงมาคือการห้ามสูบบุหรี่ในอาคาร ภัตตาคารส่วนใหญ่เห็นด้วยมาก ร้อยละ 66.7 ส่วนการขึ้นภาษีบุหรี่ซึ่งทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้นทำให้ประชาชนสูบบุหรี่น้อยและการสูบบุหรี่เป็นสิ่งน่ารังเกียจกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยน้อยที่สุดร้อยละ 42.4

1.5 สำหรับมุมมองของญาติหรือบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากบุหรี่ยี่มือสอง สะท้อนให้เห็นว่าได้รับความทุกข์หรือความไม่สุขสบายจากการได้กลิ่นบุหรี่ ทำให้เครียด เหม็น เวียนหัวและต้องการให้บุคคลในครอบครัวเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการสูบในบ้าน นอกจากนั้นการรับรู้ของคนในชุมชนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ยี่มือสองก็มีจำกัด ยกเว้นในกลุ่ม อสม. โดยส่วนใหญ่จะรู้แต่เพียงว่าสูบบุหรี่ไม่ดีต่อสุขภาพ

2. แนวทางในการแก้ปัญหาและการขับเคลื่อนไปสู่นโยบายสาธารณะของชุมชน

2.1 การแก้ปัญหาในระดับครอบครัว บุคคลที่ติดบุหรี่ มักจะไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรม แต่ยินดีจะให้ความร่วมมือในการลดปริมาณการสูบลง ที่สำคัญคือต้องการกำลังใจในการงดสูบบุหรี่ ไม่ต้องการให้บังคับหรือกดดัน ดังนั้นแนวทางการแก้ปัญหาในระดับครอบครัวคือการเยี่ยมบ้านเป็นรายครัวเรือนและออกแบบการแก้ปัญหา ร่วมกันของบุคคลในครอบครัว ขณะเดียวกันบุคคลในครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องต้องมีบทบาทในการหนุนเสริม และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้มีครอบครัวต้นแบบที่จะเข้าร่วมโครงการ ครอบครัวลดบุหรี่หรือปลอดบุหรี่ จำนวน 17 ครอบครัว

2.2 การแก้ปัญหาในระดับชุมชน เนื่องจากมีข้อมูลสะท้อนว่า การซื้อบุหรี่สามารถหาซื้อได้ง่ายในร้านค้าของชุมชนและไม่ค่อยเข้มงวดกวดขันกับการขายให้กับเด็กและเยาวชน นอกจากนี้ผู้ประกอบการยังใช้ให้ลูกหลานไปซื้อให้ ดังนั้นในการทำงานร่วมกับชุมชนจึงมุ่งให้ความสำคัญกับร้านค้าขายของชำโดยค้นหาร้านค้า นำร่องเพื่อเข้าร่วมโครงการ โดยในเบื้องต้นมีร้านค้า 2 ร้านสมัครใจที่จะเป็นร้านค้าต้นแบบสำหรับการงดขาย บุหรี่ในทุกๆวันพระ ขณะเดียวกันต้องมีมาตรการในการกำกับดูแลการซื้อขายให้กับเยาวชน

2.3 การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่น ชุมชนได้เสนอทางออกร่วมกันโดยการแต่งตั้ง คณะกรรมการการแก้ปัญหามะเร็งของชุมชนและจะผลักดันมาตรการงดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเช่นที่วัด โรงเรียน ตามหอพัก รวมทั้งในกลุ่มโซเชียลมีเดียรับจ้างระหว่างชุมชน ในมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นต้น

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัญหามะเร็งเป็นปัญหาที่กระทบทั้งต่อผู้สูบและผู้ถูกสูบโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ก่อให้เกิด ความขัดแย้งและความเครียดในขณะที่ยังไม่คิดอยากจะทำอะไรก็ตามที่พร้อมจะให้ความร่วมมือ และเห็น ด้วยกับการมีมาตรการในงดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

2. กระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการแก้ปัญหามะเร็งและการที่ขับเคลื่อนให้ เป็นนโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่นนอกเหนือจากการรณรงค์แล้วต้องมีกลวิธีในการดำเนินงานในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และการผลักดันในเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

การเคลื่อนนโยบายสาธารณะเรื่องบุหรี่เป็นเรื่องค่อนข้างยากเพราะส่วนหนึ่งมองว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคล ดังนั้นการดำเนินงานในเชิงสาธารณะจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะจากกลุ่มผู้นำ ของชุมชนที่จะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีและเอาจริงเอาจัง ภายใต้การสนับสนุนขององค์กรภาคี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ ขอขอบคุณผู้นำชุมชนและสมาชิกบ้านขามเรียงหมู่ที่ 20 และนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 กลุ่มบ้านขามเรียงหมู่ที่ 20 ที่มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและร่วมรณรงค์ลด ละ เลิก บุหรี่ในชุมชน