

การประชุมเครือข่ายนักวิจัย ในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผล ด้านการควบคุมยาสูบ

วันที่ 22 ธันวาคม 2552 อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

(ภาคใต้)



สถาบันวิจัยและ
พัฒนาสุขภาพภาคใต้
(วพส.)

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณโดย
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

การประชุมเครือข่ายนักวิจัย ในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผล ด้านการควบคุมยาสูบ

วันที่ 22 ธันวาคม 2552 อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

(ภาคใต้)

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณโดย

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



สถาบันวิจัยและ
พัฒนาสุขภาพภาคใต้
(วพส.)



คณะทำงาน

นพ. ท้าย ชิตานนท์

ดร. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์

ทพญ. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์

ผศ.ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

คุณประภาพรพรรณ เอี่ยมอนันต์

คุณสรวิญญา เลหาพันธ์พงศ์

ศ.นพ. วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้

ดร.พญ. รัศมี สังข์ทอง

คุณฐนัชตา นันทกุลิต

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้

ออกแบบและรูปลักษณ์

สุดารัตน์ รัตนโชติ

นิพนธ์ รัตนาคม

จัดพิมพ์โดย

พิมพ์ครั้งที่ 1

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

กุมภาพันธ์ 2553

สารบัญ

- 📖 กิตติกรรมประกาศ
- 📖 บทสรุปผู้บริหาร

มทที่ 1

- 📖 เปิดการประชุม 12
- 📖 การนำเสนอ 7 กรอบประเด็น: คำถามการวิจัยที่สำคัญในการควบคุมยาสูบ 14

มทที่ 2

- 📖 รายงานทางระบาดวิทยา สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทย และภาคใต้ สองทศวรรษของการบริโภคยาสูบในประเทศไทย 22
- 📖 สถานการณ์และหัวข้อวิจัยด้านยาสูบภาคใต้ 25

มทที่ 3

- 📖 การสนับสนุน การวิจัยและเครือข่ายนักวิจัย 32

มทที่ 4

- 📖 นำเสนอผลการศึกษาวิจัยด้านยาสูบในภาคใต้
 - การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย 36
 - : การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม 41
 - : อิทธิพลของสังคมหรือตัวบุคคล
 - ผลของชางหัวไซ่ต่อการลดความอยากสูบบุหรี่ 47
 - การดำเนินการตามกฎหมาย พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 49
 - กรณีศึกษาพื้นที่หาดใหญ่

มทที่ 5

- 📖 อภิปรายโจทย์วิจัยที่สำคัญระดับประเทศ และภูมิภาค 53

ภาคผนวก

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> 📖 โครงการ และกำหนดการ 📖 บทคัดย่อและPowerPoint ประกอบการนำเสนอ 📖 สรุปผลการประเมินจากแบบสอบถาม 📖 สรุปผลการประชาสัมพันธ์ฯ 📖 ภาพกิจกรรมน่าสนใจ | <ul style="list-style-type: none"> 📖 แบบสอบถามผู้เข้าร่วมประชุม 📖 รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม 📖 สรุปผลด้านการบริหารจัดการ 📖 เอกสารแจกอื่น ๆ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



กิตติกรรมประกาศ

การประชุมเครือข่ายนักวิจัยในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้) สำเร็จสมบูรณ์นี้ด้วยดีจากความร่วมมือของหลายองค์กรและหลายฝ่าย

ขอขอบคุณ **ทพญ.ดร. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์** ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่เห็นความสำคัญ ริเริ่ม สนับสนุนการจัดประชุมในภาคใต้ ตลอดจนให้คำแนะนำ การตรวจสอบแก้ไขการจัดทำเอกสารสรุปการประชุมให้มีความชัดเจนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ **คณะบริหารและเจ้าหน้าที่ ศจย.** ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีโดยตลอด โดยไม่ใช้เวลาและระยะทางที่ห่างไกลเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน

ขอขอบคุณ **นพ. หทัย ชิตานนท์** ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ที่เสียสละเวลามาให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์อันมีคุณค่ายิ่ง และเป็นตัวอย่างของบุคคลที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบอย่างจริงจังจนประสบความสำเร็จ

ขอขอบคุณ **วิทยากรทุกท่าน** ที่ได้นำเสนอผลงานวิชาการที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ ซึ่งนับเป็นองค์ความรู้ที่มีประโยชน์ อีกทั้งเป็นการกระตุ้นให้มีการทำวิจัยในภาคใต้ต่อไป

ขอขอบคุณ **นักวิจัย นักวิชาการ และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน** ที่ให้ความสนใจเข้าร่วมการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาการดำเนินงานการควบคุมยาสูบในภาคใต้

ขอขอบคุณ **ทีมงานสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) และเจ้าหน้าที่หน่วยระดับวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์** ที่เตรียมงาน ประสานงานและอำนวยความสะดวกให้การจัดการประชุมครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี ในบรรยากาศที่เป็นวิชาการและเป็นกันเอง รวมถึงจัดทำประเมินผลและรายงาน

ขอขอบคุณ **สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)** ที่ให้ทุนสนับสนุนโครงการประชุมเครือข่ายนักวิจัยในครั้งนี้ นับเป็นอีกก้าวที่สำคัญในการดำเนินงานระดับภูมิภาคอย่างเป็นรูปธรรม

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานฉบับนี้เป็นบันทึกการประชุมเครือข่ายนักวิจัยในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้) ซึ่งรวบรวมรายละเอียด ประเด็นสำคัญ กิจกรรมต่าง ๆ บรรยากาศในการประชุม ตลอดจนการประเมินผลการประชุม ซึ่งจัดขึ้นโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับ สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) ในวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ณ ห้องประชุมเกษมสันต์ โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

การประชุมมีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 87 คน โดยการประชุมแบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) การนำเสนอแนวทางสนับสนุนการทำวิจัยของ ศจย. 2) การนำเสนอสถานการณ์และปัญหาด้านยาสูบในภาคใต้ และการนำเสนอประสบการณ์การศึกษาวิจัยด้านยาสูบในภาคใต้ จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย : การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม: อิทธิพลของสังคมหรือตัวบุคคล, ผลของชาชงหัวไซ้เท้าต่อการลดความอยากบุหรี่ และการดำเนินการตามกฎหมายพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และ 3) อภิปรายโจทย์วิจัยที่สำคัญในการควบคุมยาสูบในระดับประเทศและภาคใต้ โดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มย่อย ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 การอดบุหรี่ กลุ่มที่ 2 บุหรี่หนีภาษี กลุ่มที่ 3 มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ กลุ่มที่ 4 การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน และกลุ่มที่ 5 บุหรี่กับโรคไม่ติดต่อ ซึ่งสามารถสรุปโจทย์วิจัยที่สำคัญในแต่ละประเด็นได้ดังนี้ คือ

กลุ่มที่ 1 การอดบุหรี่ ได้แก่ สื่อที่ช่วยในการอดบุหรี่ที่สอดคล้องกับเขตพื้นที่ (ภาษายาวี) ประสิทธิภาพของชาชงหัวดอกขาวเพื่อช่วยอดบุหรี่ ร่วมกับคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล การจัดทำรูปแบบการรายงานผลการบำบัดบุหรี่ (หน่วยจัดเก็บข้อมูล) ที่ชัดเจน และทางเลือกอื่น ๆ สำหรับการอดบุหรี่โดยอบรมผู้นำชุมชนเป็นต้นแบบการดำเนินงาน

กลุ่มที่ 2 บุหรี่หนีภาษี ได้แก่ ช่องทางการนำเข้าบุหรี่หนีภาษี และการกระจายสินค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบหนีภาษีในประเทศไทย ผลกระทบจากการลักลอบค้าบุหรี่หนีภาษี กับอัตราการบริโภคบุหรี่ในประเทศไทย และขนาดปริมาณการลักลอบค้าบุหรี่หนีภาษีในประเทศไทย

กลุ่มที่ 3 มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้แก่ การศึกษาถึงมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบชนิดบุหรี่มวนเองในพื้นที่ภาคใต้ ความสำเร็จในการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และศึกษามาตรการทางสังคมในการควบคุมยาสูบ

กลุ่มที่ 4 การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน ได้แก่ การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อประเมินสภาพปัญหาการบริโภคยาสูบและพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชนในภาคใต้ การสร้างภูมิคุ้มกันด้านจิตใจให้กับเยาวชนโดยบูรณาการร่วมกับทางด้านศาสนาและวัฒนธรรม โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับ 3 จังหวัดภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) ซึ่งวัฒนธรรมด้านศาสนามีอิทธิพลมากและอาจเป็นหนทางหนึ่งในการป้องกันเยาวชนจากภัยบุหรี่ รวมทั้งประเด็นการดำเนินงานร่วมกันอย่างจริงจังขององค์กรต่าง ๆ เช่น รวมทั้งประเด็นหรือปัจจัยให้กับเยาวชนโดยบูรณาการร่วมกับทางด้านศาสนา กระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงศึกษาธิการ ในการผลิตตำราด้านสุขภาพ การทำโครงการวิจัยและโครงการต่าง ๆ ที่เปิดโอกาสให้เยาวชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

กลุ่มที่ 5 บุหรี่กับโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่กับการฟื้นตัวของอวัยวะปริทันต์ การสร้างองค์ความรู้ในสื่อสาธารณะที่ชัดเจนให้ประชาชนเข้าใจถึงพิษภัยของบุหรี่ การรับรู้เรื่องควันบุหรี่มือสองในกลุ่มแม่บ้านมุสลิม และการเพิ่มบทบาทของผู้นำศาสนาและครูสอนศาสนาในโรงเรียนเพื่อป้องกันเยาวชนจากบุหรี่ สื่อวิชาการที่ระบุชัดเจนว่าในบุหรี่มีสารอะไรบ้าง มวนใบจากมีองค์ประกอบอย่างไร มีการเปรียบเทียบ



เทียบให้เห็นอย่างชัดเจน เพื่อประกอบการอธิบายในการสร้างความเข้าใจให้ประชาชน และสำหรับบุคคลบางกลุ่มที่ต้องการเหตุผลจึงยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ การรณรงค์ให้พ่อเลิกสูบบุหรี่ระหว่างแม่ตั้งครรภ์ ผลการประเมินโครงการจากแบบสอบถามพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจและคิดว่ามีประโยชน์ จุดเด่นของการประชุม คือ เนื้อหาการประชุมมีสาระน่าสนใจ ศจย. มีแนวทางในการสนับสนุนงานวิจัยที่ชัดเจน วิทยากรมีความรู้ ประสบการณ์ และให้ข้อมูลได้ตรงประเด็น มีการเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้จัดงานมีความตั้งใจ บรรยากาศเรียบง่าย เป็นกันเอง จุดที่ควรปรับปรุง ได้แก่ ระยะเวลาประชุมน้อยเกินไป ข้อเสนอแนะได้แก่ ควรสนับสนุนค่าที่พักและการเดินทางให้ผู้เข้าร่วมประชุมให้เหมาะสมเท่าเทียมกันทุกจังหวัด ควรจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงานวิจัยอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

การประชุมครั้งนี้ บรรลุวัตถุประสงค์ในการสร้างเครือข่ายนักวิจัย และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายบนพื้นฐานของงานวิจัย ได้โจทย์วิจัยทั้งในระดับประเทศและภาคใต้ อีกทั้งเครือข่ายนักวิจัยรับทราบแนวทางการสนับสนุนการทำวิจัยจาก ศจย.

คำนำ

ผลการสำรวจการบริโภคยาสูบระดับประเทศโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ปัญหายาสูบมีการระบาดมากในระดับภูมิภาคมากกว่าในกรุงเทพฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคใต้ และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ การดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบที่ผ่านมาในระดับภูมิภาคยังมีน้อย

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) เล็งเห็นความสำคัญในการขยายการดำเนินงานสู่ภูมิภาค จึงร่วมมือกับองค์กรส่วนภูมิภาคในการจัดประชุมเพื่อให้เกิดเครือข่ายระหว่างนักวิจัย และเป็นโอกาสอันดีในการเสนอแนวทางสนับสนุนการทำวิจัยของ ศจย. โดยเฉพาะใน 7 กรอบประเด็นสำคัญในการควบคุมยาสูบ เพื่อให้มีการทำวิจัยและเกิดองค์ความรู้การดำเนินงานควบคุมยาสูบที่สอดคล้องกับสภาพและสถานการณ์ปัญหาจริงในระดับภูมิภาค

การประชุมเครือข่ายนักวิจัยในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้) ครั้งนี้เป็นการจัดประชุมระดับภูมิภาคครั้งที่สอง โดยครั้งแรกจัดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ในนามผู้จัดประชุมระดับภูมิภาค (ภาคใต้) ศจย. และ วพส. หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการประชุมครั้งนี้จะเป็นก้าวสำคัญในการทำงานเชิงรุกเพื่อลดการระบาดของปัญหายาสูบในภาคใต้ และเป็นการกระตุ้นให้เกิดงานวิจัยเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการลดและควบคุมปัญหายาสูบในระดับภูมิภาค และ ระดับประเทศต่อไป

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)
กุมภาพันธ์ 2553



บทที่ 1

- เปิดการประชุม
- การนำเสนอ 7 กรอบประเด็น
: คำตามการวิจัยที่สำคัญในการควบคุมยาสูบ





เปิดการประชุม

โดย ศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

หัวหน้าหน่วยระบาดวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

และผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล และ สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้มีความร่วมมือเพื่อดำเนินงานด้านวิชาการเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

วพส. เป็นสถาบันที่จัดตั้งขึ้นโดยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับ สสส. และที่ผ่านมาได้ร่วมงานกับ สกว. มีหน้าที่ในการสนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาสุขภาพภาคใต้ กิจกรรมร้อยละ 70 สนับสนุนเรื่องของการสร้างสันติสุขภาวะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เครือข่ายที่มาร่วมประชุมในครั้งนี้ จึงมีทั้งเครือข่ายของ ศจย. และ วพส.

จากการสำรวจที่ผ่านมาในหลายปี พบว่า ภาคใต้มีปัญหาเรื่องการบริโภคยาสูบรุนแรงกว่าภาคอื่น ๆ และนโยบายที่ผ่านมายังขาดองค์ความรู้ที่จะต้องศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในบางเรื่อง และศึกษาในระดับภูมิภาค ซึ่งงานวิจัยในระดับประเทศมีข้อมูลมากแล้ว แต่ในระดับภูมิภาคโดยเฉพาะในภาคใต้ ยังมีไม่มาก จึงต้องช่วยกันกำหนดทางเลือกนโยบายที่เหมาะสมกับประเทศไทยใน 7 กรอบประเด็น ประกอบด้วย 1.การเฝ้าระวังสถานการณ์ 2.การแก้ปัญหการบริโภคยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษีและการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรี 3.รูปแบบการบูรณาการการเลิกบุหรี่ในระดับต่าง ๆ 4.การควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่าง ๆ ของยาสูบ 5.งานวิจัยเชิงพฤติกรรม สังคมและการสื่อสาร 6.บุหรี่ปริมาณเอง 7.ประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบ

“

จากการสำรวจที่ผ่านมาในหลายปี พบว่าภาคใต้มีปัญหาเรื่องการบริโภคยาสูบรุนแรงกว่าภาคอื่น ๆ และนโยบายที่ผ่านมายังขาดองค์ความรู้ที่จะต้องศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในบางเรื่อง

”

โดยกรอบประเด็นดังกล่าว ศจย. และเครือข่ายทั่วประเทศร่วมกันกำหนดไว้ ดังนั้น เพื่อให้ นักวิจัยและผู้สนใจงานวิจัยด้านยาสูบในภาคใต้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ด้านยาสูบ จึงได้จัดการประชุมครั้งนี้ขึ้นเพื่อสร้างเครือข่ายให้เข้มแข็ง และเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ต่อไป

วัตถุประสงค์การประชุม

1. อภิปรายโจทย์วิจัยที่สำคัญระดับประเทศและระดับภูมิภาค (ภาคใต้) และควรมีการวิจัยในเรื่องใดบ้าง
2. สร้างกลุ่มศึกษานโยบายควบคุมยาสูบในประเด็นที่สำคัญในภาคใต้ สามารถทำวิจัยประเมินผล และตอบคำถามเชิงนโยบายในด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบได้อย่างเท่าทันสถานการณ์ ซึ่งจะมีการประชุมกันเป็นระยะ เพื่อจะทำให้เกิดนโยบายที่สอดคล้องกับสภาพที่เป็นรูปธรรมของภาคใต้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เป็นพหุวัฒนธรรม
3. เพื่อให้ นักวิจัยในภาคใต้ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีกระบวนการในการแก้ไขปัญหาการบริโภค การควบคุมยาสูบอย่างเป็นระบบ

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้บริหารงานวิจัย นักวิชาการ และนักวิจัยระดับสูงของสถาบันการศึกษาในภาคใต้
2. นักวิชาการและเครือข่ายที่มีผลงานวิชาการด้านยาสูบ และผู้ที่เกี่ยวข้องงานวิจัยด้านยาสูบ

ศึกษาคำอ่านข้อมูลประกอบการนำเสนอได้ในหน้า 76





นำเสนอ 7 กรอบประเด็น : คำถามการวิจัยที่ต้องการองค์ความรู้ เพื่อการควบคุมยาสูบในประเทศไทย พ.ศ. 2552 - 2554



โดย ทพญ.ดร. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์
ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

ประเด็นคำถามการวิจัยที่ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบได้วิเคราะห์ และนำเสนอขึ้นเพื่อชี้ให้เห็นถึงปัญหาในระดับประเทศว่ามีอะไรบ้างและต้องการองค์ความรู้อะไรบ้าง ซึ่งคำตอบเหล่านี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

วัตถุประสงค์

- สนับสนุนการสร้างงานวิจัยและสร้างนักวิจัยเพื่อการควบคุมยาสูบ
- ตอบสนองต่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบภายใต้กรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก
- การควบคุมยาสูบของไทยและประเทศทั่วโลกมีแนวทางชัดเจนภายใต้กรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เรียกว่า “Framework Convention on Tobacco Control” (FCTC) ซึ่งประเทศทั่วโลกได้นำประสบการณ์ต่าง ๆ มาแลกเปลี่ยนกันจนได้เป็นกรอบของกฎหมายโลก ซึ่งประเทศไทยได้ลงนามเข้าร่วมและให้คำมั่นสัญญาว่าจะดำเนินการ
- การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิสัยทัศน์ (Vision)

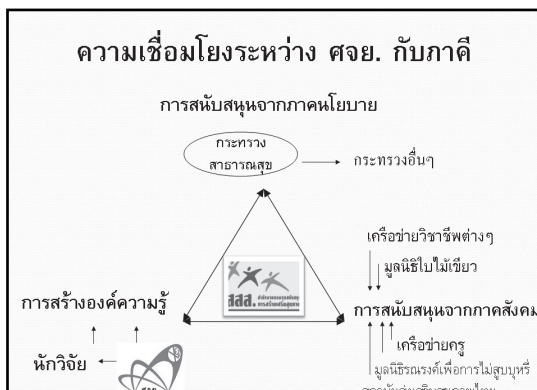
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) เป็นศูนย์กลางสนับสนุนงานวิจัยและบริการวิชาการเพื่อการควบคุมยาสูบของประเทศไทยและเป็นศูนย์ข้อมูลระดับชาติเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ

พันธกิจ (Mission)

- เป็นศูนย์วิชาการที่มีพันธกิจครอบคลุมการวิจัยและสนับสนุนนักวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- จัดทำระบบฐานข้อมูลวิจัย และมีข้อมูลเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ
- สนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือทางด้านวิชาการกับกระทรวงสาธารณสุขในการจัดทำรายงานการดำเนินงานควบคุมยาสูบตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก
- เชื่อมโยงงานวิจัยไปสู่นโยบาย ทำทั้งสองส่วนในการเชื่อมไปสู่สาธารณะ โดยการใช้สื่อสารสาธารณะเชื่อมไปสู่ผู้มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบายโดยตรง คือกระทรวงสาธารณสุข

ความเชื่อมโยงระหว่าง ศจย. กับภาคี

โดยใช้แนวคิดของ ศ.นพ. ประเวศ วะสี คือ สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ศจย. เป็นหน่วยงานที่สร้างองค์ความรู้ สนับสนุนนักวิจัยและสนับสนุนงานวิจัยที่เชื่อมโยงโดย สสส. ไปสู่ภาคนโยบายที่มีการสนับสนุนจากภาคสังคม คือองค์กรเครือข่ายต่าง ๆ ภาคประชาสังคม ดังนั้นในการใช้ 3 แรงร่วมกันโดยที่เคลื่อนสังคมไปอยู่บนฐานขององค์ความรู้ ทำให้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมที่ดีขึ้น



- #### ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (พ.ศ.2552-2554)
- ❖ เกิดกลุ่มศึกษานโยบายยาสูบอย่างน้อย 7 กลุ่มในประเด็นเฉพาะ ที่มีความเข้มแข็งในการทำวิจัยนโยบาย และประเมินผล และสามารถตอบคำถามเชิงนโยบายในด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้อย่างทันเหตุการณ์
 - ❖ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในประเด็นเฉพาะที่สำคัญ อย่างน้อย 7 ด้าน
 - ❖ เกิดฐานข้อมูลวิชาการด้านยาสูบ ที่เข้าถึงง่าย
 - ❖ มีการจัดประชุมวิชาการประจำปีเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการ และเสนอแนะข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสาธารณะ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (พ.ศ. 2552 – 2554)

- มีกลุ่มนักวิจัยที่เข้มแข็ง และศึกษานโยบายยาสูบอย่างน้อย 7 กลุ่มประเด็น ประเมินผลและสามารถตอบคำถามเชิงนโยบายในด้านการควบคุมยาสูบได้อย่างทันเหตุการณ์
- การสร้างองค์ความรู้ของนักวิจัย ไม่ใช่อยู่ที่รายงานการวิจัยแต่ความรู้จะอยู่ในตัวนักวิจัย เมื่อใดก็ตามที่ต้องการการตัดสินใจ จำเป็นต้องให้นักวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมและสามารถตัดสินใจได้อย่างทันเหตุการณ์ ดังนั้นการทำวิจัยจึงเป็นการสร้างองค์ความรู้ในตัวของนักวิจัยในการเป็นผู้เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น
- ภายใน 3 ปี ศจย. หวังว่าจะมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในประเด็นที่สำคัญ อย่างน้อย 7 ด้าน
- เกิดฐานข้อมูลวิชาการด้านยาสูบที่เข้าถึงง่าย
- จัดประชุมวิชาการประจำปีเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการระดับชาติและการประชุมระดับภูมิภาค

!! การสร้างองค์ความรู้ของนักวิจัย ไม่ใช่อยู่ที่รายงานการวิจัย แต่ความรู้จะอยู่ในตัวนักวิจัย เมื่อใดก็ตามที่ต้องการการตัดสินใจ จำเป็นต้องให้นักวิจัยเข้ามามีส่วนร่วม และสามารถตัดสินใจได้อย่างทันเหตุการณ์ !!



สภาพปัญหาการสูบบุหรี่ในประเทศไทย

สภาพปัญหาการควบคุมยาสูบในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำประมาณร้อยละ 18.54 หรือประมาณ 9.49 ล้านคน ซึ่งอัตราการลดลงลักษณะนี้เริ่มชะลอตัว ดังนั้น คงต้องมีมาตรการใหม่มาเสริมสำหรับแรงต้านในเรื่องการสูบบุหรี่และไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่เพิ่มขึ้น

อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ กลุ่มประชากรชายมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ 18 ปี ส่วนประชากรหญิงมีอายุเริ่มสูบบุหรี่ 22 ปี ซึ่งตัวเลขนี้เป็นการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

จำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ปัจจุบันสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันลดลงจาก 11.85 มวน ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 10.27 มวน ในปี พ.ศ. 2550

ประเภทของบุหรี่ที่สูบบุหรี่เป็นประจำในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

บุหรี่ปริมาณเองหรือเอายาเส้นมามวนด้วยกระดาษหรือใบจาก ขณะนี้มีสัดส่วนเกินครึ่งหนึ่งของประชากรที่สูบบุหรี่ คือ ร้อยละ 53.95 จึงเป็นอีกหนึ่งกรอบประเด็นที่สำคัญ

ปัญหาการสูบบุหรี่ของประชากรไทย

ปัญหาการสูบบุหรี่ในเพศชายยังสูง (อายุ 15 – 59 ปี)

จำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่มีประมาณร้อยละ 18 แต่มีการทดแทนด้วยนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น

ในปี พ.ศ. 2550 กลุ่มเยาวชนอายุ 15 – 18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 7.25 ในอายุ 19 – 24 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 21.27 ถือว่าสูงในกลุ่มเยาวชนระดับมหาวิทยาลัย หรือในระดับปวช. ซึ่งอยู่ในวัยแรงงาน

เยาวชนเพศหญิงอายุ 15 – 24 ปี ร้อยละ 69 เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 14 ปี ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่ากลยุทธ์การตลาดของบริษัทบุหรี่อาจจะรุกไปที่ผู้หญิงและคนที่อายุน้อยลง

ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาชั้นน้อย อยู่ในชนบทและยากจน

ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ปริมาณเองเกือบร้อยละ 50 เยาวชนนิยมสูบบุหรี่ปริมาณเองถึงร้อยละ 32.83 และสูบบุหรี่ก้นกรองในประเทศร้อยละ 63.25

ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะโรคสูงสุดเป็นอันดับ 3 วัตจากการตายและการเจ็บป่วยจากการศึกษาของโครงการภาระโรคประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ประมาณ 41,002 คน ต่อปี ซึ่งเป็นข้อมูลเก่า (ปี พ.ศ. 2547)

การประมาณการในปี 2549 พบว่า มีผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ : โรคมะเร็งปอด 5,299 ราย โรคหัวใจ 52,605 ราย และโรคถุงลมโป่งพอง 624,309 ราย

ค่ารักษาพยาบาลประมาณ 9,857 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.48 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งมีผลกระทบทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ

สถานการณ์การเพาะปลูกยาสูบในประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีพื้นที่ปลูกยาสูบประมาณ 260,000 ไร่ มีกำลังการผลิต 87,400 ตัน พื้นที่ปลูกยาสูบในประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือตอนบนและภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จากการสำรวจจังหวัดที่มีการปลูกยาสูบ มีจำนวน 27 จังหวัด โดยที่จังหวัดสุโขทัยมีพื้นที่เพาะปลูกมากที่สุดจำนวน 4,131 ครัวเรือน

จากการสำรวจข้อมูลของสำนักงานเกษตรจังหวัด พบว่า มีโรงงานยาเส้นในจังหวัดต่าง ๆ ถึง 800 กว่าแห่ง และมีหลายขนาด ทั้งขนาดครัวเรือนและระดับโรงงาน

แนวโน้มการปลูกยาสูบขึ้นอยู่กับข้อกำหนดพื้นที่ปลูกของกรมสรรพสามิต และการให้โควตาการปลูกยาสูบของโรงงานยาสูบและมีภาคเอกชนมาให้โควตาด้วย โดยรวมพื้นที่การปลูกยาสูบทุกจังหวัดมีแนวโน้มลดลง โดยสาเหตุหลักน่าจะมาจากการกำหนดโควตาการเพาะปลูกยาสูบให้แก่เกษตรกรของโรงงานยาสูบ และการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลง

สถานการณ์การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย

กรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เสนอมาตรการในการควบคุมยาสูบแบ่งเป็น 5 ประเภท คือ

1. มาตรการลดอุปสงค์ ลดความต้องการการใช้ยาสูบ (Reduce the demand of tobacco)
2. มาตรการลดอุปทาน เพื่อลดการบริโภคยาสูบ ไปสกัดกั้นเรื่องของ supply (Reduce the supply of tobacco)
3. การควบคุมกำกับสารประกอบในผลิตภัณฑ์ยาสูบ ควบคุมสารพิษในบุหรี่หรือมีมาตรการในการตรวจสอบสารประกอบในบุหรี่เพื่อลดความเป็นพิษของยาสูบ (Regulate the contents of tobacco)
4. มาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ซึ่งประเทศไทยดำเนินการได้ผลค่อนข้างดี (Protect public from smoke)
5. การช่วยให้ผู้เสพติดเลิกใช้ยาสูบ ซึ่งอาจมีรูปแบบที่หลากหลาย (Promote cessation and provide adequate treatment)

ประเทศไทยได้ลงนามรับรอง FCTC เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบของประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา

ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

มาตรการที่ดำเนินการแล้วแต่ยังต้องปรับปรุงอีก เช่น มาตรการให้ความรู้ การสื่อสารให้ตระหนักหรือการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย มีการบังคับใช้อาจยังไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ การห้ามขายบุหรี่แก่เยาวชน ยังพบว่ามียูอยู่ จากการสำรวจระดับชาติยังพบว่าเด็กสามารถซื้อบุหรี่ได้ เพราะฉะนั้นยังมีมาตรการอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้ใช้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมของประเทศด้วย

ประสิทธิผลของมาตรการ

จากการศึกษาของนักวิชาการต่างประเทศร่วมกับนักวิชาการไทย ประเมินผลของมาตรการในช่วงปี พ.ศ. 2534 – 2549 พบว่า มาตรการที่ได้ผลสูง คือ มาตรการด้านการเพิ่มภาษีบุหรี่และมาตรการห้ามโฆษณา จัดว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดอัตราการบริโภคยาสูบ รองลงมา คือ มาตรการสื่อรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มาตรการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และมาตรการเตือนภัยจากบุหรี่ และมีมาตรการอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้ประเมินหรือยังไม่เห็นภาพของการประเมิน ซึ่งทาง ศจย. อยากเห็นภาพการประเมินนโยบายต่าง ๆ ของมาตรการด้านการควบคุมยาสูบ

จากการประมาณการทางวิชาการระบุว่า การควบคุมยาสูบในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2534 – 2550 ที่ผ่านมามีจำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงถึง 4 ล้านคน ด้วยการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ 2.4 ล้านคน และป้องกันนักสูบหน้าใหม่ 1.6 ล้านคน ลดผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จำนวน 31,867 คน



ลักษณะงานวิจัยและการจัดการความรู้ที่ประยุกต์ใช้

การวิจัยอย่างเดียวยังอาจไม่เพียงพอในการผลักดันนโยบาย ต้องมีการสังเคราะห์และจัดการความรู้ในการหาส่วนขาดขององค์ความรู้ อาจใช้กระบวนการจัดการความรู้ คือให้คนที่ทำวิจัยด้วยกันหรือมีความรู้ในระดับหนึ่งมาแลกเปลี่ยนกันเพื่อจะดูว่ายังมีช่องว่างของงานวิจัยอะไรบ้าง งานวิจัยอาจจะเป็นลักษณะของการทบทวนองค์ความรู้จากต่างประเทศก็ได้ และนำไปสู่การศึกษาศาสนาการณหรือการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ในประเทศไทย หรือศึกษาบริบทในประเทศไทยว่าจะมี intervention หรือมาตรการอะไรที่เอามาใช้ได้

นอกจากนี้อาจมีการประเมินความเป็นไปได้เชิงนโยบาย งานเหล่านี้เป็นงานวิจัยที่เหมาะสมในการนำไปสู่นโยบาย โดยเมื่อนำองค์ความรู้ทั้งหมดมารวมกันแล้วต้องมีกระบวนการในการสังเคราะห์เพื่อจัดทำเนื้อหา และข้อเสนอเชิงนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทในช่วงนั้น ๆ เมื่อนโยบายได้ดำเนินการไปแล้วควรมีการวิจัย ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เรื่องของประสิทธิภาพในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และประเมินผลเรื่องของผลดีหรือผลกระทบของนโยบาย สิ่งเหล่านี้เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของการจัดทำนโยบายและประเมินนโยบายด้วย โดยดำเนินการร่วมกันระหว่างการหาองค์ความรู้กับการจัดการองค์ความรู้

ผลงานทางวิชาการที่นำไปสู่นโยบายและปฏิบัติ (พ.ศ. 2548 - 2551)

ตัวอย่างงานวิจัยที่นำไปสู่นโยบาย โดยเครือข่าย ศจย. ในอดีต คือ

- งานวิจัยห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขาย นำไปสู่การบังคับใช้กฎหมาย เมื่อ 24 กันยายน พ.ศ. 2548
- งานวิจัยเรื่องการได้รับควันบุหรี่มือสองของพนักงานและผู้มาเที่ยวในสถานบันเทิงโดยประเมินจากสารโคตินินในปีสภาวะ นำไปสู่การบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง (กฎกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18)
- งานวิจัยการเก็บภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซิการ์เรตในต่างประเทศ นำไปสู่การปรับภาษีสรรพสามิตเป็นร้อยละ 80 คู่มือสำหรับสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษาและสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น

“ การวิจัยอย่างเดียวยังอาจไม่เพียงพอในการไปผลักดันนโยบาย ต้องมีการสังเคราะห์และจัดการความรู้ ในการหาส่วนขาดขององค์ความรู้ อาจใช้กระบวนการจัดการความรู้ คือให้คนที่ทำวิจัยด้วยกันหรือมีความรู้ในระดับหนึ่งมาแลกเปลี่ยนกันเพื่อจะดูว่ายังมีช่องว่างของงานวิจัยอะไรบ้าง ”

ส่วนขาดขององค์ความรู้ เกี่ยวกับมาตรการต่าง ๆ สู่กรอบการวิจัย 7 ประเด็น

1. การแก้ปัญหาหรือมีมุมมอง ทั้งในเรื่องสถานการณ์การสูญพันธุ์หรือมีมุมมอง แบบแผนการสูญพันธุ์ ระบบการจัดเก็บภาษีหรือมีมุมมอง การบังคับใช้กฎหมายหรือมีมุมมอง และผลกระทบต่อสุขภาพ
2. การแก้ปัญหาการบริโภคยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี และการรับมือภาวะคุกคามที่มาจาก การค้าเสรี สิ่งที่มาคือการมีบุหรี่หนีภาษี
3. รูปแบบบูรณาการการเลิกบุหรี่ เรื่องต้นทุนหรือลักษณะของบริการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ต่าง ๆ ที่ประหยัดและราคาไม่แพง
4. งานวิจัยเชิงพฤติกรรมและสังคม เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนสังคมและพฤติกรรมซึ่งจะนำไป ใช้ในการรณรงค์สร้างกระแสได้
5. การควบคุมผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ผิดกฎหมาย เช่น บุหรี่ไร้ควัน บารากู และการลดอันตรายใน ผลิตภัณฑ์ยาสูบ
6. งานเฝ้าระวังในระดับประเทศมีค่อนข้างมาก แต่บางอย่างยังจัดระบบได้ไม่ดี เช่น เรื่องของการ เฝ้าระวังยาสูบผิดกฎหมายต่าง ๆ
7. การประเมินประสิทธิภาพมาตรการ การควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งนักกระบวนทัศน์ทางจิต methodlogy ในเรื่องการประเมินประสิทธิภาพ หรือมองเห็นภาพรวมของเรื่อง ระบบการควบคุมยาสูบที่จะมาช่วยประเมินในส่วนนี้ได้มาก

!!

เมื่อนโยบายได้ดำเนินการไปแล้ว ควรมีการ วิจัย ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เรื่องของ ประสิทธิภาพในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และประเมินผลเรื่องของผลดีหรือผล กระทบของนโยบาย สิ่งเหล่านี้เป็นงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของการจัดทำ นโยบายและประเมินนโยบายด้วย โดยดำเนินการร่วมกันระหว่างทางองค์ความรู้กับ การจัดการองค์ความรู้

!!



อภิปราย ชักถามและข้อเสนอแนะ

ผู้เข้าร่วมประชุมมีการอภิปรายชักถามในประเด็นต่อไปนี้

1.1 สถานการณ์เรื่องบุหรี่ไรค์วันในประเทศไทย

บุหรี่ไรค์วัน หมายถึง บุหรี่ที่ใช้/ชนิดเคี้ยว ลักษณะจะเป็นตลับ เป็นบุหรี่ที่ผลิตในประเทศตะวันตก ซึ่งคนตะวันตกนิยมใช้กันมาก เมื่อ 10 กว่าปีมาแล้ว ประเทศไทยพบว่ามีผู้นำมาขายย่านสุขุมวิท กระทรวงสาธารณสุขจึงแจ้งไปยังกระทรวงการคลังเกี่ยวกับผลกระทบที่จะตามมาจากผลิตภัณฑ์ดังกล่าว กระทรวงการคลังเห็นชอบและห้ามนำเข้าและจำหน่ายในประเทศไทย ถ้าพบถือว่าผิดกฎหมาย แต่บุหรี่ไทย คือบุหรี่พื้นเมืองที่อาจเรียกว่าบุหรี่ปั๊ว ไรค์วัน จัดอยู่ในประเภทบุหรี่ปั๊ว มีในภาคเหนือ ถือว่าเป็นบุหรี่ปั๊วชนิดหนึ่งเหมือนกัน แต่เป็นไรค์วันที่แห้ง

1.2 สถานการณ์บารากู๋ในเมืองไทย

บารากู๋เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดหนึ่งซึ่งตามประวัติศาสตร์แล้วมีมาประมาณ 500 ปี กระทรวงสาธารณสุขมีกฎหมายมาตรา 11 บอกว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดที่จะนำเข้ามาขายในประเทศไทยจะต้องไปแจ้งส่วนประกอบที่กระทรวงฯ แต่บารากู๋ไม่มีการแจ้ง ดังนั้นถือว่าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายเพราะฉะนั้นเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขสามารถไปจับได้ โดยจับเจ้าของที่นำเข้ามา (ไม่จับคนสูบ) เพราะบารากู๋เป็นสิ่งที่ไม่อนุญาตให้นำเข้ามา และได้เสนอให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในอำเภอหาดใหญ่มีการจับบารากู๋ซึ่งถือเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

เสนอให้ทำวิจัยเรื่องบารากู๋ เพราะว่าภาคใต้เป็นภาคที่มีประชากรมุสลิมมาก บารากู๋จะสัมพันธ์กับคนที่นับถือศาสนาอิสลาม เป็นวัฒนธรรมอันหนึ่งของเขา และควรทำวิจัยควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมาย

นอกจากนี้ พบว่า มหาวิทยาลัยรังสิตได้มีการศึกษาเรื่องบารากู๋ โดยทำการศึกษาวรรณ มหาวิทยาลัยเพื่อดูปรากฏการณ์ของบารากู๋ และได้ขยายโครงการไปศึกษาที่เชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์เพื่อจะดูว่าเส้นทางบารากู๋เป็นอย่างไร อย่างไรก็ตาม การเข้ามาของบารากู๋ พบว่า ภาคใต้เป็นแหล่งเข้ามาแหล่งใหญ่เพื่อจะกระจายไปทั่วประเทศ จึงเสนอให้นักวิจัยภาคใต้ศึกษาเรื่องนี้อาจจะทำเป็น project ร่วมกันกับที่กำลังดำเนินการอยู่

ส่วนบุหรี่ปั๊วในประเทศไทยยังไม่ถือว่าเป็นปัญหา แต่ได้มีโครงการวิจัยของคณะทันตแพทย มหาวิทยาลัยมหิดล มีการดำเนินการทบทวนประสบการณ์จากต่างประเทศและดูมาตรการที่ต่างประเทศใช้และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะต้องตั้งรับอะไรบ้างเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ปั๊วเพื่อหาวิธีการป้องกันล่วงหน้าต่อไป

บทที่ 2

- รายงานทางระบอบวิทยา
สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทย
และภาคใต้ สองทศวรรษของการบริโภคยาสูบใน
ประเทศไทย
- สถานการณ์และหัวข้อวิจัยด้านยาสูบภาคใต้





รายงานทางระบาดวิทยา สถานการณ์การบริโภคยาสูบ ในประเทศไทยและภาคใต้ สองทศวรรษของการบริโภคยาสูบ ในประเทศไทย



โดย **ดร.พญ.รัศมี สังข์ทอง**
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่ายาสูบมีอันตรายต่อสุขภาพ หนึ่งในสิบของการเสียชีวิตทั่วโลก และหนึ่งในสามของการเจ็บป่วยทั่วโลก มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่

ในปี พ.ศ. 2529 ประเทศไทย เริ่มมีการรณรงค์ควบคุมยาสูบอย่างจริงจังและในปี พ.ศ. 2547 ประเทศไทยให้สัตยาบันต่อสนธิสัญญาที่องค์การอนามัยโลกจัดขึ้นในเรื่องการควบคุมยาสูบ แต่อุตสาหกรรมยาสูบได้ใช้เทคโนโลยี การวิจัย และการตลาดเพื่อส่งเสริมการบริโภคยาสูบ มีผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ เช่น บารากู่ การแสดงผลผลิตภัณฑ์ยาสูบ

วัตถุประสงค์

- เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2529 - 2550
- ศึกษาความชุกของการบริโภคยาสูบระดับประเทศ ภูมิภาค และจังหวัดในภาคใต้
- ศึกษาผลของเพศ ช่วงอายุ ปีเกิด
- ศึกษาชนิดของยาสูบที่นิยมบริโภค

ข้อมูล

ข้อมูลระดับประเทศที่นำมาวิเคราะห์นั้น มาจากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้แก่ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ และการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ซึ่งสำรวจเป็นประจำทุก 2-3 ปี สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์คือข้อมูลการสูบบุหรี่เป็นประจำอย่างน้อย 1 มวนทุกวัน ในบุคคลอายุตั้งแต่ 11 ปี ขึ้นไป

เนื่องจากกระบวนการในการจัดเก็บข้อมูลใช้รูปแบบเดียวกัน รวมถึงการสุ่มตัวอย่าง ทำทุกจังหวัด แบ่งเป็นในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล ในเขตใช้วิธีสุ่มเขตเจนนับ 15 ครั้วเรือนสัมภาษณ์ทุกคนในครั้วเรือน ส่วนใหญ่หัวหน้าครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูล นอกเขตสุ่มหมู่บ้านละ 10-12 ครั้วเรือน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติแบบพรรณนา

- ศึกษาช่วงระยะเวลา ระหว่างปี พ.ศ. 2529-2550
- ศึกษาพื้นที่ในระดับภูมิภาค และ 14 จังหวัดภาคใต้
- ศึกษาปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ และปีเกิด
- ผลลัพธ์หรือข้อมูลที่ได้จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ประจำวัน และชนิดของยาสูบที่นิยมบริโภค

ที่สุด

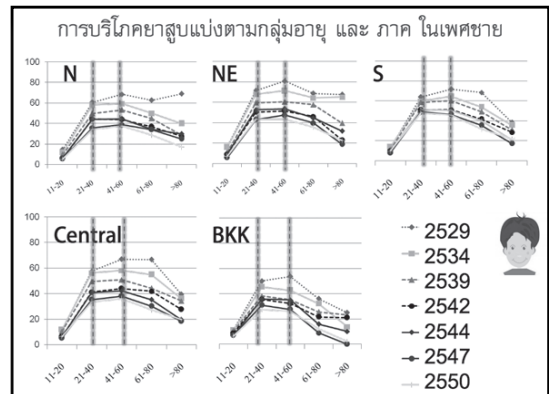
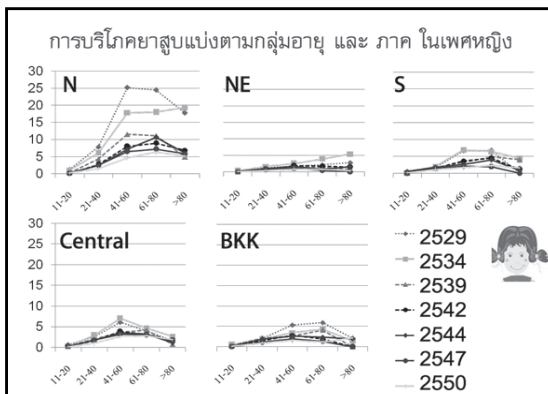
ผลการศึกษา สถานการณ์การบริโภคยาสูบ ที่ให้เห็นในประเด็นต่อไปนี้

การบริโภคยาสูบระดับประเทศ แบ่งตามเพศ และภาค

ปีที่สำรวจระหว่าง พ.ศ. 2529-2550 พบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีแนวโน้มอัตราการบริโภคนยาสูบลดลงเรื่อย ๆ แต่เริ่มชะลอตัวใน 10 ปีหลัง

ในเพศชายของทุกภาค มีอัตราการบริโภคยาสูบสูง ส่วนกรุงเทพมหานครมีอัตราต่ำสุด

ในเพศหญิง ภาคเหนือมีอัตราการบริโภคยาสูบมากที่สุด ส่วนในภูมิภาคอื่น ๆ รวมถึงกรุงเทพมหานคร อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สูง



การบริโภคยาสูบแบ่งตามกลุ่มอายุและภาค

แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 11-20, 21-40 เรื่อยมาจนกระทั่งอายุมากกว่า 80 ปี แบ่งเป็น 4 ภาค และ กรุงเทพมหานคร ในเพศชาย พบว่าเริ่มมีการสูบบุหรี่มากขึ้นตั้งแต่อายุ 11-20 ปี และสูบมากที่สุด ในอายุระหว่าง 21-60 ปี หลังจากนั้นเริ่มลดลง ในเพศหญิงรูปแบบเช่นเดียวกับเพศชายแต่มีอัตราการบริโภคนยาสูบน้อยกว่า

ผลของปีเกิดต่อการบริโภคยาสูบ

ได้รวมคนที่เกิดในปีเกิดเดียวกันทุก ๆ 5 ปี โดยแบ่งกลุ่มอายุในทุก 5 ปี ตั้งแต่ 11-15 ปีเรื่อยไปกระทั่งอายุมากกว่า 80 ปี ในเพศชาย พบว่า ณ ช่วงอายุเดียวกันคนรุ่นเก่าจะสูบบุหรี่มากกว่าคนรุ่นใหม่ลดหลั่นลงมาจนกระทั่งมาถึง 11-20 ปี ส่วนในเพศหญิงอัตราการบริโภคนยาสูบน้อยกว่าเพศชาย

การบริโภคยาสูบของเพศชายใน 14 จังหวัดภาคใต้

จังหวัดในภาคใต้มีอัตราการบริโภคยาสูบในเพศชายสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2550 ได้แก่ ปัตตานี ร้อยละ 42.7 สุราษฎร์ธานี ร้อยละ 41.4 และสตูล ร้อยละ 40.8 อัตราการบริโภคนยาสูบน้อยที่สุด ได้แก่ ยะลา ร้อยละ 28.2 จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในเพศชาย ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2550 ได้แก่ จังหวัดกระบี่ ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ชุมพร ปัตตานี นราธิวาส

ชนิดของยาสูบที่นิยมบริโภค

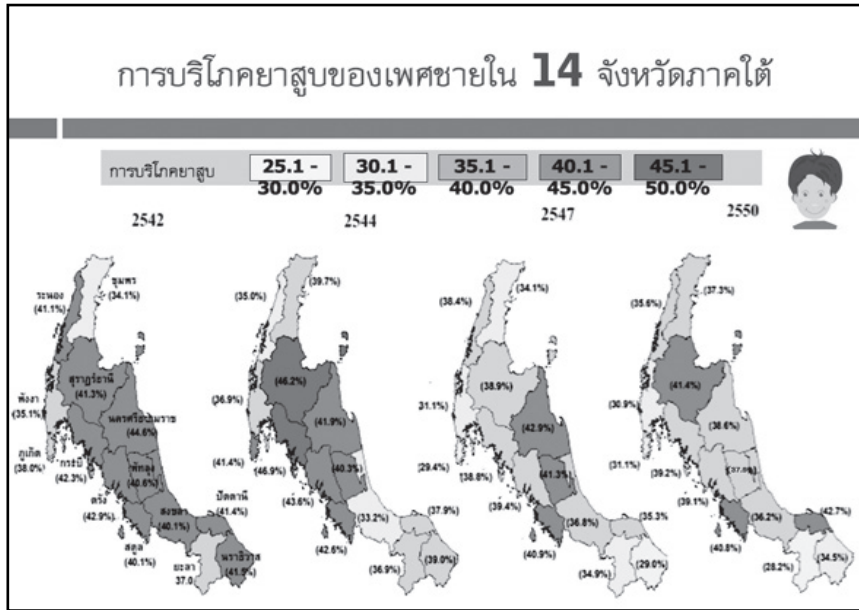
ชนิดของยาสูบที่นิยมมากที่สุดคือยาสูบมวนเอง และบุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่ยาสูบมวนเองเป็นที่นิยมบริโภคในภูมิภาค ส่วนกรุงเทพมหานครนิยมบริโภคบุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศเป็นหลัก และบุหรี่ยี่ห้อนำเข้า ส่วนภาคเหนือพบการบริโภคซิการ์หรือไปป์

ในเด็กผู้ชายวัย 16-20 ปี ศึกษาแยกตามชนิดยาสูบที่นิยม และภูมิภาค

โดยรวมอัตราการบริโภคเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ทั้งชนิดบุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศและบุหรี่ยี่ห้อนำเข้า เมื่อวิเคราะห์ตามภูมิภาคพบว่าทุกภาคมีอัตราการบริโภคบุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศและบุหรี่ยี่ห้อนำเข้าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีอัตราลดลงอย่างต่อเนื่อง และไม่นิยมพบบุหรี่ยี่ห้อนำเข้า



โดยสรุป การบริโภคยาสูบลดลงในช่วง 10 ปีแรก และชะลอตัวใน 10 ปีหลัง อัตราการสูบบุหรี่พบมากในเพศชาย อายุระหว่าง 21-60 ปี ภาคใต้มีอัตราการบริโภคยาสูบสูงสุดในประเทศ จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคยาสูบมากที่สุดในปี พ.ศ. 2550 ในภาคใต้ คือ ปัตตานี สุราษฎร์ธานี สตูล และชนิดของบุหรี่ยอดนิยมบริโภคมากที่สุดคือบุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตในประเทศและบุหรี่ยี่ห้อเอง



แนวโน้มเรื่องการบริโภคยาสูบมากขึ้นในเยาวชนเพศชาย ทั้งบุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตในประเทศเป็นส่วนใหญ่และบุหรี่ยี่ห้อเอง ในภูมิภาคต่าง ๆ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ควรมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลจากงานวิจัยเพื่อใช้ในการปรับกระบวนการทัศนในการควบคุมยาสูบให้ทันกับสถานการณ์และการคุกคามจากอุตสาหกรรมยาสูบ และเพื่อใช้ข้อมูลในการแนะนำการเพิ่มหรือปรับมาตรการควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน บุหรี่ยี่ห้อเอง และระดับภูมิภาคต่าง ๆ

อภิปราย ชักถามและข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เมื่อบริบทของสังคมเปลี่ยนไป มีผลทำให้การสูบบุหรี่ลดลง มี term ที่เรียกว่า Age Period Cohort (APC) 3 ตัวนี้แยกไม่ออกจากกัน age คือ เมื่ออายุมากขึ้นการสูบบุหรี่จะเปลี่ยนไป คืออัตราการสูบบุหรี่น้อยลง period คือ การ survey ในปีทีใกล้เคียงปัจจุบัน จะสูบน้อยกว่าปีที่ผ่านมา cohort คือ ระยะเวลาของการเริ่มศึกษาคนสูบบุหรี่ตั้งแต่คนที่เกิดในอดีตจนกระทั่งรุ่นปัจจุบัน พบว่าสูบน้อยกว่าคนรุ่นเก่า ซึ่งการที่มีอัตราการสูบลดลงเมื่ออายุถึงจุดหนึ่งจะลดลง ส่วนหนึ่งเกิดจากการเลิกบุหรี่ยี่ห้ออีกส่วนหนึ่งคือตายไปแล้ว โดยผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเจ็บป่วยและตายมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

ติดตามอ่านข้อมูลประกอบการนำเสนอได้ในหน้า 82

สถานการณ์และห้วงข้อวิจย ด้านยาสูบภาคใต้



โดย ดร.พญ.รัศมี สังข์ทอง

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จากการศึกษาในวารสารงานวิจัยของ The Wall Street Journal ปี 2005 พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มประเทศเอเชียเรียงจากน้อยไปมาก ประเทศไทยอยู่ในอันดับสามรองจากสิงคโปร์ และอินเดีย จากการสำรวจของ Global Adult Tobacco Survey (GATS) ในปี 2009 พบว่า มีอัตราการบริโภคยาสูบทุกชนิดในเพศชายร้อยละ 46.4 เพศหญิงร้อยละ 9.1 อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายร้อยละ 45.6 เพศหญิงร้อยละ 3.1 อัตราการบริโภคบุหรี่ของ เพศชายร้อยละ 29.6 เพศหญิงร้อยละ 1.1 อัตราการบริโภคบุหรี่รวมเอง เพศชายร้อยละ 27.0 เพศหญิงร้อยละ 1.8

ผลการสูบบุหรี่ในเยาวชน 13-15 ปี ใน 131 ประเทศ (GYTS)												
	Any tobacco use			Current cigarette smoking			Current other tobacco use			Never-smokers susceptible to smoking		
	Total	Boy	Girl	Total	Boy	Girl	Total	Boy	Girl	Total	Boy	Girl
Total	17.3	20.1	14.3	8.9	10.5	6.7	11.2	13.8	7.8	18.3	20.1	15.8
AM	22.2	24.0	20.4	17.5	17.4	17.5	11.3	14.8	7.8	24.8	24.3	25.6
EU	19.8	22.3	17.0	17.9	19.9	15.7	8.1	10.0	6.0	30.5	26.9	33.0
AF	16.8	19.7	13.9	9.2	13.0	5.8	10.5	10.9	9.9	17.7	18.2	17.4
EA	15.3	18.8	11.3	5.0	6.7	3.2	12.9	15.6	9.9	13.4	16.1	10.9
MED												
SEA	12.9	18.4	7.1	4.3	5.8	1.9	13.3	16.4	8.4	17.0	21.2	10.7
WE	11.4	15.0	7.8	6.5	9.9	3.3	6.4	7.7	5.4	8.3	10.0	7.1
PAC												

GYTS: The Lancet, (367) March 4, 2006

การควบคุมยาสูบในปัจจุบันอาจไม่ได้ผลดีในวัยรุ่น
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สื่อข้อมูลความรู้ไม่น่าสนใจ และ ใช้วิธีการแบบเก่าๆ <input type="checkbox"/> ความครอบคลุมและการบังคับใช้กฎหมายยังมีช่องว่าง <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สื่อและโฆษณายังพบได้ผ่านทาง internet and cable TV <input type="checkbox"/> การห้ามขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ยังควบคุมยาก <input type="checkbox"/> อัตราภาษีที่เพิ่มขึ้นมีผลได้ไม่เต็มที่สำหรับการขายแบบปลีกย่อย และ บุหรี่ผิดกฎหมาย <input type="checkbox"/> การดื่มกาแฟและคำเตือนบนซองบุหรี่ ยังไม่ครอบคลุมปริมาณรวม และ บุหรี่ผิดกฎหมาย <input type="checkbox"/> งานวิจัยแนะนำว่ามาตรการควบคุมยาสูบในเยาวชน ควรมีผลต่อหลายระดับ (เช่น ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน) และ เป็นความร่วมมือจากหลายสาขาวิชา และ หน่วยงาน

จากการสำรวจข้อมูลการสูบบุหรี่ในเยาวชนอายุ 13-15 ปี ของ GYTS เมื่อปี ค.ศ. 2006 ใน 131 ประเทศ พบว่า ในแถบเอเชียอาคเนย์ เยาวชนบริโภคยาสูบทุกชนิดร้อยละ 13 เป็นเพศชายร้อยละ 18 เพศหญิงร้อยละ 7 และปัจจุบันยังสูบบุหรี่ เป็นเพศชายร้อยละ 6 เพศหญิงร้อยละ 2

วัยรุ่นเป็นลูกค้าคนสำคัญของอุตสาหกรรมยาสูบ และเป็นลูกค้าระยะยาว เพราะร่างกายยังแข็งแรงและสามารถทดแทนผู้ที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ คือ การเห็นคุณค่าของตนเองต่ำ ขาดความมั่นใจ ความเครียดจากครอบครัว การเรียน การไม่เข้าใจโทษของบุหรี่อย่างแท้จริงคิดว่าจะไม่ป่วยเมื่อตอนแก่ คิดว่าจะหยุดทัน ไม่รู้ว่าตนเองมีโอกาที่จะติดบุหรี่ได้ นอกจากนี้ก็ยังมีอิทธิพลของบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ มีเพื่อนสูบบุหรี่ชักชวน ปฏิเสธไม่เป็น อิทธิพลของสื่อโฆษณา

ปัญหาของวัยรุ่นไม่ได้เป็นที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เป็นเรื่องขององค์รวม ตัวของวัยรุ่นเอง ครอบครัว เพื่อน ครู โรงเรียน ชุมชนและสังคม

ปัจจุบันการป้องกัน ควบคุมและรักษา มุ่งที่ระดับบุคคลเป็นส่วนใหญ่ การควบคุมยาสูบในปัจจุบัน ยังได้ผลไม่ดีในวัยรุ่น เพราะสื่อ ข้อมูลความรู้ อาจจะไม่น่าสนใจ ไม่สะกิดใจวัยรุ่นสมัยใหม่ ยังใช้วิธีแบบเก่า ๆ ความครอบคลุมและการบังคับใช้กฎหมายยังมีช่องว่าง สื่อโฆษณาพบได้ทางอินเทอร์เน็ตและเคเบิล



ทีวี การห้ามขายบุหรี่ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปียังคงคลุมเครือ อัตราภาษีที่เพิ่มขึ้นมีผลได้ไม่เต็มที่สำหรับการขายแบบปลีกย่อย บริษัทบุหรี่หาช่องว่างทางกฎหมาย จึงยังสามารถดำเนินการธุรกิจต่อไปได้ และยังมีเรื่องของบุหรี่ผิดกฎหมาย การพิมพ์ภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่ ยังไม่ครอบคลุมบุหรี่มวนเองและบุหรี่ผิดกฎหมาย งานวิจัยแนะนำว่ามาตรการควบคุมยาสูบในเยาวชนควรมีผลต่อหลายระดับ เช่น ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และควรเป็นความร่วมมือจากหลายสาขาวิชาและหน่วยงานด้วยจึงจะได้ผลดี

จากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยหลายฉบับ สรุปว่า เหตุผลสำคัญของการสูบบุหรี่มวนเองคือ

1. คิดว่าไม่มีอันตราย
2. ราคาถูก
3. เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม

ความจริงบุหรี่มวนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งในช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง

การเพิ่มภาษีหรืออาจมีผลให้การสูบบุหรี่มวนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากเรื่องของราคา รูปแบบใหม่ของยาสูบดึงดูดผู้สูบบมากขึ้น จากเมื่อก่อนที่เป็นใบจากแล้วนำมามวนปัจจุบันนี้สามารถทำได้เหมือนมาจากโรงงานแล้ว

การควบคุมยาสูบในปัจจุบัน ยังเน้นที่บุหรี่จากโรงงาน ภาษีของบุหรี่มวนเองประมาณร้อยละ 1 ไม่มีฉลากรูปภาพหรือคำเตือนอยู่บนซอง การขายให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ยังคงพบได้ ประชาชนยังไม่มีความรู้เรื่องผลเสียจากการสูบบุหรี่มวนเองอย่างจริงจัง และยังไม่มีความตระหนักที่ชัดเจน

ปัญหาสาบฐานอื่น ๆ ในภาคใต้

มุสลิมกับการสูบบุหรี่

เรื่องของมุสลิมกับการสูบบุหรี่ นพ. สวัสดิ์ รามบุตร สรุปหลักฐาน 5 อย่างในบัญญัติอิสลามที่บ่งชี้ว่าการสูบบุหรี่เป็นฮาราม เป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเอง ผู้อื่น เป็นสิ่งเสพติด ก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้อื่นใกล้เคียง และเป็นสิ่งฟุ่มเฟือย การเผยแพร่การตีความของข้อห้ามเหล่านี้ยังไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และไม่สามารถกระจายข้อมูลความรู้เหล่านี้ถึงพี่น้องมุสลิมอย่างทั่วถึง

จากรายงานข้างต้น พบว่า จังหวัดปัตตานีและสตูล มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด แต่ไม่พบสถิติดังกล่าวในจังหวัดยะลาและนราธิวาส นอกจากนี้ ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาสูบระหว่างผู้นับถือศาสนาอิสลามและศาสนาอื่น ๆ อย่างชัดเจนในประเทศไทย

เนื่องจากฐานข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ไม่มีตัวแปรเรื่องของศาสนาจึงยังไม่ชัดเจนว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นอย่างไร และจะรับมือหรือมีมาตรการอะไรที่จะช่วยพี่น้องในภาคใต้

มุสลิมกับการสูบบุหรี่
<input type="checkbox"/> นพ. สวัสดิ์ รามบุตร สรุปหลักฐาน 5 อย่างในบัญญัติอิสลามที่บ่งชี้ว่าการสูบบุหรี่ฮาราม
<input type="checkbox"/> เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง
<input type="checkbox"/> เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้อื่นใกล้เคียง
<input type="checkbox"/> เป็นสิ่งเสพติด
<input type="checkbox"/> ก่อความรำคาญแก่ผู้อื่นใกล้เคียง
<input type="checkbox"/> เป็นสิ่งฟุ่มเฟือย
<input type="checkbox"/> การเผยแพร่การตีความของข้อห้ามนี้ไม่ได้ทำอย่างเป็นระบบ และไม่สามารถกระจายข้อมูลความรู้เหล่านี้ถึงพี่น้องมุสลิมอย่างทั่วถึง

มุสลิมกับการสูบบุหรี่
<input type="checkbox"/> จากรายงานข้างต้น จังหวัด ปัตตานี และ สตูล มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด แต่ไม่พบสถิติลักษณะดังกล่าวใน ยะลา และ นราธิวาส
<input type="checkbox"/> ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาสูบระหว่างผู้นับถือศาสนาอิสลามและศาสนาอื่น ๆ อย่างชัดเจน ในประเทศไทย
<input type="checkbox"/> ไม่มีข้อมูลการนับถือศาสนาในฐานะข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากฐานข้อมูลที่น่าเสนอข้างต้น

บุหรี่ปิดกฎหมาย

บุหรี่ปิดกฎหมาย แบ่งออกเป็นสองชนิดหลัก คือ บุหรี่เลี้ยงภาษีและบุหรี่ปลอม

ธนาคารโลกประมาณว่ามีบุหรี่ปิดกฎหมายประมาณร้อยละ 6 - 8.5 ของการบริโภคยาสูบในโลก บุหรี่ปลอมมีประมาณร้อยละ 25 - 50 ของบุหรี่ปิดกฎหมายที่จับได้และส่วนใหญ่เรื่องของบุหรี่ปิดกฎหมายเกี่ยวข้องกับปัญหาการขึ้นในประเทศ และบุหรี่ปิดกฎหมายมากกว่าการขึ้นภาษีของบุหรี่ปิดกฎหมาย อย่างไรก็ตามบุหรี่ปิดกฎหมายเปิดโอกาสให้มีการเข้าถึงยาสูบได้มากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและทำให้มาตรการการเพิ่มภาษียาสูบมีประสิทธิภาพไม่เต็มที่

เส้นทางการค้าบุหรี่ปิดกฎหมายในโลก พบว่า ทางชายแดนมาเลเซียมีการค้าขายบุหรี่ปิดกฎหมายอยู่ในตลาดร้อยละ 21 - 30

ความพยายามแก้ปัญหาและขับเคลื่อนโดย WHO Framework Convention on Tobacco Control WHO (WHO FCTC) โดย

- การสร้างระบบที่ติดตามผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทจากแหล่งผลิตถึงจุดขาย
- จัดทะเบียนผู้ซื้อ - ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และตัดสิทธิ์หากเกี่ยวข้องกับบุหรี่ปิด
- มีข้อกำหนดและการควบคุมห่วงโซ่อุปทานและมีการลงโทษเมื่อทำผิด
- เสริมสร้างความเข้มแข็งของกฎหมาย

ทั้งนี้ ไม่พบการศึกษาเรื่องบุหรี่ปิดกฎหมายในประเทศไทยในฐานะข้อมูลเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ เช่น PubMed นอกจากนี้ประมาณการบุหรี่ปิดกฎหมายมาจากสถิติการจับกุมเป็นหลัก ซึ่งอาจต่ำกว่าความจริง ดังนั้นข้อมูลส่วนนี้ก็ยังเป็นข้อมูลส่วนขาดและต้องทำการศึกษาต่อไป

การบ้านให้คิดและช่วยกันหาคำตอบ

- อัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นในวัยกลางคนแล้วลดลงในวัยผู้สูงอายุเกิดจากเหตุผลอะไรได้บ้าง อาจเป็นคนที่เลิกสูบบุหรี่หรือเสียชีวิตไปแล้ว แต่จะมีเหตุผลอย่างอื่นด้วยหรือไม่

- ทำไมเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง
- เยาวชนไทยเพศชายสูบบุหรี่มากขึ้นเป็นเพราะอะไร
- ทำไมชายใต้จึงสูบบุหรี่สูงสุด
- ทำไมการสูบบุหรี่ในภูมิภาคจึงสูงกว่าในกรุงเทพมหานคร
- ทำไมอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
- ปัญหาอื่นๆ ในภาคใต้

มุสลิมกับการสูบบุหรี่

บุหรี่ปิดกฎหมาย

- ปัญหาอื่นๆ

ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดต่างๆ ที่ไม่ใช่บุหรี่ปิดและบุหรี่ปิดแปลงร่าง

คลินิกเลิกบุหรี่ปิด ทางเลือกอื่นเพื่อให้ได้ผลดีขึ้น

การป้องกันการสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ

การป้องกันผู้ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่ปิด

กระบวนการการศึกษาวิจัยยังจำกัด บางกลุ่มเข้าถึงยาก เช่น เด็กนักเรียนสูบบุหรี่ และ

อุปกรณ์ในการตรวจวัดการบริโภคยาสูบ ส่วนใหญ่เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม



เป้าหมายการทำวิจัยระหว่างสาธารณสุข กับ อุตสาหกรรมยาสูบ

อุตสาหกรรมยาสูบ	สาธารณสุข
ความอยู่รอดของธุรกิจและกำไรมหาศาล	สุขภาพและสุขภาวะที่ดี
กระบวนการที่ค้ำ คือ เชิงรุก นวัตกรรมใหม่ กลยุทธ์ใหม่ และการบุกตลาด	ติดตาม รับมือแก้ไขปัญหา
ทีมงานจริงจัง มีศูนย์วิจัย มีบริษัทวิจัย คำถามวิจัยลึกซึ้ง มีเล่ห์กล ใช้ประโยชน์จาก ช่องโหว่ของกฎหมาย ทำวิจัยทุกตารางมิลลิเมตร ของบุหรี่และทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรม การสูบบุหรี่ - ออกแบบของบุหรี่ที่ดึงดูดวัยรุ่นอย่างไร ไม่ให้ผู้ บังคับใช้กฎหมายรู้ - เพิ่มสารเสพติดในบุหรี่แต่ไม่ให้เห็นตรวจสอบได้	จริงจัง สม่ำเสมอ สนใจ บางที่เป็นหน้าที่ที่ต้องทำ ตรงไปตรงมา นำไปสู่การปฏิบัติยาก ให้ความรู้กับเยาวชน : หนังสือ แผ่นพับยังไม่โดน ใจวัยรุ่น ดังนั้นต้องเปลี่ยนคำถามวิจัยใหม่ว่าจะ ให้ความรู้หรือเสริมภูมิคุ้มกันเรื่องสารเสพติดแก่ เยาวชนอย่างไรจึงจะได้ผล
เครื่องมือไม่จำกัดและทันสมัย มีกรณีศึกษาปริมาณ สารพิษที่ผู้สูบได้รับ	จำกัด
ทุนมากมายมหาศาล	จำกัด
นำไปใช้ปฏิบัติอย่างจริงจังทั้งในและนอกกฎหมาย	ปรากฏในรายงาน บทความวิชาการ ข้อบังคับใน กฎหมาย แต่ยังไม่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างเต็มที่จาก ช่องโหว่ต่าง ๆ และการหาผลประโยชน์ส่วนตัวของ ผู้ร่วมค้า

จากโครงการสู่โครงการวิจัย

นักวิชาการสาธารณสุขมีการทำโครงการต่าง ๆ จำนวนมาก โครงการและโครงการวิจัยมีความแตกต่างกัน ขอสนับสนุนและผลักดันให้ทำโครงการและพัฒนาเป็นโครงการวิจัย โครงการจะทำเมื่อเห็นว่าดี ทำแล้วมีประโยชน์ หรือถูกกำหนดให้ทำ แต่โครงการวิจัยต้องมีการทบทวนวรรณกรรม มีหลักฐานชัดเจน มีกระบวนการที่เป็นมาตรฐาน เช่น มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง มีการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม เครื่องมือใด ถูกต้อง แม่นยำ มีกลุ่มเปรียบเทียบ มีการวัด ควบคุม ลดความผิดพลาดและความลำเอียง สงครามยาสูบยังดำเนินต่อไป งานวิจัยเป็นส่วนหนึ่ง และต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อสร้างองค์ความรู้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนทางสังคมและอำนาจทางการเมือง

โครงการ ➡ โครงการวิจัย (แบบทดลอง)		
หัวข้อ	โครงการ	โครงการวิจัย
ที่มา และ หัวข้อวิจัย	คิดว่าดี น่าทำ น่าจะมีประโยชน์ กำหนดให้ทำ	ทบทวนวรรณกรรม มีหลักฐานประกอบว่าดี ควรทำ มีประโยชน์
*กลุ่มตัวอย่าง	*สะดวก	*สุ่ม เพื่อเป็นตัวแทนของประชากร
*ขนาดตัวอย่าง	*อาจคำนวณขนาด (Yamane)	*คำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม
*Intervention	*ไม่มี	*สุ่ม
*เครื่องมือ	*แบบสอบถามเป็นหลัก	*ไว้ ถูกต้อง แม่นยำ
*กลุ่มเปรียบเทียบ	*ไม่มี	*มี
*ความผิดพลาด และความลำเอียง	*ไม่มี ไม่ลด	*วัด ควบคุม พยายามลด
ประเมินผล และ รายงาน	*ประเมินผลการทำงาน (output) *รายงานโครงการ	*ประเมินผลต่อสุขภาพ (outcome) *รายงาน และ แชนเจอร์

บทส่งท้าย

- ☐ สงครามยาสูบยังดำเนินต่อไป
- ☐ การรับมือภัยคุกคามจากยาสูบ
 - ☐ องค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหา ป้องกัน ควบคุม และ แก้ไขปัญหาผ่านงานวิจัย
 - ☐ ความร่วมมือจากทุกฝ่าย: ครอบครัวยุวมชน องค์กร ภาครัฐ ฯลฯ

การสร้างองค์ความรู้

การเปลี่ยนเงื่อนไขของ
สม.ท. ประวัช วชิ

การเคลื่อนไหวทางสังคม อำนจการเมือง

อภิปราย ชักถามและข้อเสนอแนะ

ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรเพศชายสูงที่สุด ครั้งหนึ่งได้มีการกล่าวว่า เราเคยบอกว่าผู้หญิงภาคเหนือสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก เมื่อ generation เปลี่ยน ต่อมาผู้หญิงสมัยใหม่ของภาคเหนือเปลี่ยนรูปแบบชีวิตใหม่ โดยลดการสูบบุหรี่ลง แต่ยังไม่ถึงจุดต่ำสุด ซึ่งคล้ายกับสถานการณ์ของภาคใต้ในปัจจุบันนี้ ดังนั้นปัญหาของภาคใต้ ฝากไว้กับนักวิจัยทุกคนที่มาร่วมประชุมให้ช่วยกันปลดแอมป์การสูบบุหรี่มากที่สุดในประเทศลงให้ได้ โดยตั้งเป้าไว้ใน 5 ปีข้างหน้าจะลดอัตราการสูบบุหรี่ลงได้เท่าไร

ปัญหาการบริโภคยาสูบ ส่วนหนึ่งสะท้อนถึงความล้าหลังและปัญหาด้านการพัฒนาทางสังคม การอดบุหรี่เป็นคลื่นของ civilization เพราะคนต้องการสุขภาพที่ดีขึ้น ต้องการอากาศที่บริสุทธิ์ การเกิดพิษภัยของบุหรี่มาจากสองส่วน ส่วนหนึ่งเกิดจากสารพิษจำนวนมากที่อยู่ในตัวของยาสูบเอง ถึงแม้ไม่สูบ เหน็บเฉย ๆ ก็เกิดได้ ถ้าเอาใบยาสูบไปใส่ในตู้เสื้อผ้า แมลงก็หนี ยาสูบเป็นยาฆ่าแมลงโดยพื้นฐาน มีสารก่อมะเร็งอยู่ มีนิโคตินที่ทำให้เส้นเลือดหดตัว การสูบบุหรี่ เป็นกระบวนการนำเข้าสู่ร่างกายโดยผ่านปอด ซึ่งมีพื้นที่ในการรับยามากกว่าสองตารางเมตร ดูดซับสารพิษเข้าไปในปริมาณมาก ดังนั้นจึงเป็นเสมือนการฉีดสารพิษเข้าสู่ร่างกายโดยไม่ผ่านการทำลายพิษที่ตับ และทวาร จะไปติดที่ปอด ซึ่งเป็นตัวก่อมะเร็ง

ติดตามอ่านข้อมูลประกอบการนำเสนอได้ในหน้า 84



!!

สงครามยาสูบยังดำเนินต่อไป งานวิจัยเป็นส่วนหนึ่ง และต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อสร้างองค์ความรู้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนทางสังคมและอำนาจทางการเมือง

!!





บทที่ 3

- การสนับสนุน การวิจัยและเครือข่ายนักวิจัย





การสนับสนุนการวิจัย ประจำปี 2552 - 2554



โดย ทพญ.ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์

รองผู้อำนวยการ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

ลักษณะโครงการ

ศจย. มีการสนับสนุนกับผู้สนใจในการทำวิจัยเรื่องยาสูบ และสนับสนุนงบประมาณให้กับนักวิจัยที่สนใจ ลักษณะของโครงการวิจัย มีดังนี้

- ต้องเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับความต้องการในเชิงนโยบายของประเทศตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (FCTC) และหัวข้อการวิจัย 7 กรอบประเด็น
- ลักษณะของงานวิจัยควรเป็นทั้งการวิจัยพื้นฐาน วิจัยประยุกต์ซึ่งนำไปสู่การสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายหรือนำผลไปแก้ไขปัญหาของประเทศในด้านการควบคุมบุหรี่ย
- งานวิจัยต้องมีมาตรฐานทางวิชาการและเมื่อจบโครงการสามารถตีพิมพ์ในวารสาร

โครงการวิจัยที่ให้ทุน แบ่งออกเป็น 3 ประเภท

1. ประเภทชุดโครงการ มีโครงการย่อยอยู่ในโครงการใหญ่ งบประมาณมากกว่า 400,000 บาท ต่อปี
2. ประเภทนักวิชาการและบุคคลทั่วไป งบประมาณที่สนับสนุน น้อยกว่า 400,000 บาทต่อปี และใช้เวลาศึกษาไม่เกิน 1 ปี
3. ประเภทวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศและต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยได้รับการรับรองจาก กพ. ปริญญาโท สนับสนุน ไม่เกิน 30,000 บาท ปริญญาเอก สนับสนุนไม่เกิน 50,000 บาท การขอรับทุนจากผู้สนใจในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนน้อยมาก อาจเป็นเพราะว่ารายละเอียดของการศึกษาที่จะต้องขอทุนนี้จะต้องเกี่ยวข้องกับบุหรี่ย นักศึกษายังสนใจประเด็นเกี่ยวกับเรื่องนี้น้อยเกินไป จึงมีการขอทุนน้อยด้วย

ในส่วนของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอก ทาง ศจย. กำหนดให้เป็นหลักสูตรที่กำหนดให้ทำวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโทไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต และปริญญาเอกไม่น้อยกว่า 24 หน่วยกิต ระยะเวลาการศึกษาที่เหลือน้อยกว่า 2 ภาคการศึกษาหรือ 1 ปี และผ่านการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์แล้ว จึงอนุมัติทุนให้ดำเนินการ และไม่มีการอนุมัติทุนย้อนหลัง

ขั้นตอนการเสนอขอรับทุน

1. ทุนประเภทชุดโครงการ

- 1.1 ส่งร่างแนวคิดของการวิจัยพร้อมวัตถุประสงค์
- 1.2 ศจย. พิจารณาและเห็นชอบ
- 1.3 ศจย. จัดประชุม ผู้ขอทุนนำเสนอโครงการต่อกลุ่ม
ศึกษานโยบายและผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงความคิดเห็น

2. ทุนประเภทนักวิชาการและบุคคลทั่วไป

- 2.1 ส่งโครงร่างการวิจัยพร้อมวัตถุประสงค์
- 2.2 ศจย. พิจารณาและเห็นชอบ
- 2.2 ศจย. ส่งโครงร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
- 2.3 สรุปผล
 - ก. ศจย. สรุป และแจ้งผู้ขอทุน
 - ข. ศจย. จัดประชุม (โครงการที่มีผลกระทบต่อนโยบาย)
- 2.4 ผู้ขอรับทุนปรับแก้ (ถ้ามี)

กรอบระยะเวลา

- ประเภทนักวิชาการและบุคคลทั่วไป
- ประเภทวิทยานิพนธ์

รอบที่ 1: 1 กรกฎาคม – 31

ตุลาคม

รอบที่ 2: 1 มกราคม – 30

เมษายน

สิ้นสุดการวิจัย

- นำเสนอผลการวิจัยในการประชุมวิชาการ
- ทำเอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์ในต่างประเทศ
 - เผยแพร่บนเว็บไซต์ของศจย.

ขั้นตอนการเสนอขอรับทุน

1. ทุนประเภทชุดโครงการ ที่มีงบประมาณมากกว่า 400,000 บาทขึ้นไป
 - ส่งร่างแนวคิดของการวิจัยพร้อมวัตถุประสงค์
 - ศจย. และผู้ทรงคุณวุฒิร่วมพิจารณาและเห็นชอบ ถ้าเห็นชอบจะจัดทำโครงร่างงานวิจัย
2. ทุนประเภทนักวิชาการและบุคคลทั่วไป มีขั้นตอนดังนี้
 - ส่งโครงร่างการวิจัยพร้อมวัตถุประสงค์
 - ศจย. พิจารณาและเห็นชอบ
 - ส่งโครงร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ขึ้นอยู่กับงบประมาณที่เสนอมา เช่น ถ้าต่ำกว่า 200,000 บาท จะมีเพียง 1 ท่าน หากงบประมาณอยู่ระหว่าง 200,000 – 500,000 บาท มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา 3 ท่าน
 - สรุปผลให้ผู้ขอทุนทราบ จากนั้นให้ผู้ขอทุนนำเสนอโครงการและผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงความคิดเห็น และผู้ขอรับทุนปรับแก้ (ถ้ามี)

กรอบระยะเวลา

- ประเภทนักวิชาการและบุคคลทั่วไป
 - ประเภทวิทยานิพนธ์
- รอบที่ 1: 1 กรกฎาคม – 31 ตุลาคม
- รอบที่ 2: 1 มกราคม – 30 เมษายน



สิ้นสุดการวิจัย

- นำเสนอผลการวิจัยในการประชุมวิชาการ หลังจากทำงานวิจัยดำเนินการเสร็จสมบูรณ์แล้ว ถ้าเป็นเรื่องที่น่าสนใจจะนำเข้าประชุมวิชาการบุหรีเพื่อสุขภาพประจำปี
- จัดทำเอกสารวิชาการตีพิมพ์ในและต่างประเทศ
- เผยแพร่บนเว็บไซต์ของ ศจย.

ผู้สนใจสามารถจัดทำเอกสารจำนวน 3 ชุด และ CD ส่งมาที่ ศจย. ที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสามารถเปิดเว็บไซต์ ที่ www.trc.or.th ดูรายละเอียดได้ทั้งหมด ผู้ประสานงานคือคุณวัฒนา ไพโรแกน

อภิปราย ชักถามและข้อเสนอแนะ

ในกรณีนักศึกษาแพทย์ซึ่งเป็นแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์ต่อยอดสนใจที่จะทำวิจัยด้านยาสูบสามารถขอทุนได้ ประเภทนักวิชาการและบุคคลทั่วไป และมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอาจารย์แพทย์ และอาจารย์ภายในหน่วยระดับวิทยา

ในกรณีที่เป็นชุดโครงการ ซึ่งในชุดโครงการย่อยประกอบด้วยวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาที่มีมากกว่า 1 คน กรณีนี้ไม่สามารถขอของบประมาณสนับสนุนในลักษณะเป็นชุดโครงการได้ ให้นักศึกษาขอเป็นประเภทวิทยานิพนธ์แยกกันแต่ละคน

งบประมาณที่สนับสนุนการวิจัยนั้นไม่มีการแบ่งว่าในแต่ละกลุ่ม 7 กรอบประเด็นได้งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการกลุ่มละเท่าไร แต่ขึ้นอยู่กับหัวข้อการวิจัย

บทที่ 4

นำเสนอผลการศึกษาวิจัยด้านยาสูบในภาคใต้

- การได้รับวันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย:
การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม :
อิทธิพลของสังคมหรือตัวบุคคล
- ผลของชาชงหัวไซเท้าต่อการลดความอยากสูบบุหรี่
- การดำเนินการตามกฎหมาย พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของ
ผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 กรณีศึกษาพื้นที่ภาคใต้





การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย : การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง



โดย รศ. พญ.วนพร อนันตเสรี
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะมีกฎหมายควบคุม แต่การสูบบุหรี่ในบ้านนั้น ไม่มีกฎหมายควบคุม และคนที่สูบบุหรี่คือพ่อ ดังนั้นการที่จะควบคุมหรือรณรงค์ โอกาสที่จะประสบผลสำเร็จนั้น น้อยมาก จากข้อมูลในต่างประเทศที่รณรงค์เรื่องบ้านปลอดบุหรี่ พบว่า ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ปี พ.ศ. 2541 ความชุกของการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กร้อยละ 41 เมื่อรณรงค์กันเต็มที่ เวลาผ่านไป 8 ปี เหลือร้อยละ 18 ในสหรัฐฯ จากร้อยละ 35 เหลือร้อยละ 25 ซึ่งเป็นตัวอย่างของ ประเทศที่รณรงค์แล้วได้ผล

การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กไทย

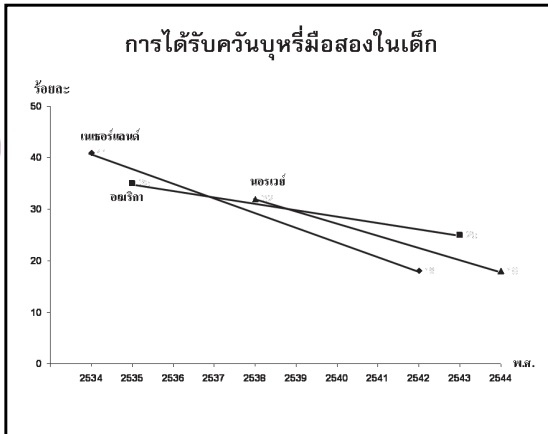
ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 มีการสำรวจว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2.28 ล้านคน ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน และในปี พ.ศ. 2550 ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ 10.8 ล้านคน ร้อยละ 58.9 สูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้าน

วิธีการสำรวจการได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านจากการศึกษาอื่น ๆ

- โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งถามคนที่สูบเองว่า “คุณสูบบุหรี่ในบ้านหรือเปล่า” ไม่ได้ถามว่า “ขณะที่สูบมีเด็กอยู่ด้วยไหม”
- ใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Cotinine (Metabolite of nicotine, Recent exposure) โดยตรวจว่าเด็กมีสิ่งทีบอกว่าเขาได้รับควันบุหรี่จริง ๆ คือการตรวจ lab ซึ่งวิธีใช้แบบสอบถามมี โอกาสได้ข้อมูลจริงไม่มาก การตรวจ lab มีปัญหาบ้างเนื่องจากมีค่าใช้จ่าย และต้องมีการคงอยู่ของ สารนิโคตินภายในประมาณ 2-3 วัน จึงจะตรวจพบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย อายุ 1 ปี และความ สัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐฐานะ



การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กไทย

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

- พ.ศ. 2549
เด็กอายุ < 5 ปี 2.28 ล้านคน ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน
- พ.ศ. 2550
ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ 10.8 ล้านคน
ร้อยละ 58.9 สูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้าน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง เก็บข้อมูล 5 พื้นที่ เป็นทารกที่เกิดในอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดน่าน และกรุงเทพมหานคร ครบทั้ง 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร ศึกษาในเด็กทุกคนในอำเภอดังกล่าว จำนวนเด็กในแต่ละพื้นที่ประมาณ 1,000 คน รวมทั้งหมด 4,000 กว่าคน เก็บข้อมูลขณะทารกอายุครบ 1 ปี ในปี พ.ศ. 2544-2545 โดยสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลัก ส่วนการเก็บปัสสาวะตรวจระดับ cotinine เก็บเฉพาะพื้นที่อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา เพราะพื้นที่อื่นไม่พร้อมที่จะตรวจ เก็บข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว คำถามหลักคือ “ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยในห้องเดียวกันหรือไม่”

ผลการศึกษา

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ในห้องเดียวกันร้อยละ 47.2 บิดาสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยร้อยละ 35.1 ส่วนมารดาค่อนข้างน้อย คนอื่น ๆ ในครอบครัวสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย พบว่า เป็นปู่และตา ประมาณร้อยละ 8.6 และร้อยละ 9.1

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะบิดาที่สูบบุหรี่จำนวน 1,917 คน และถามว่า “สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยหรือไม่” พบว่า ร้อยละ 56 ของคนที่สูบบุหรี่จะตอบว่าสูบบุหรี่เมื่อเด็กอยู่ด้วยในห้องเดียวกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า บิดาที่มีอายุมากกว่า 44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยค่อนข้างสูง ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือบิดาที่อายุระหว่าง 25 – 34 ปี ร้อยละ 36.3

ระดับการศึกษาพบว่า บิดาที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 มีอัตราการสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยค่อนข้างสูง ร้อยละ 44.1

บิดาที่เป็นมุสลิมมีพฤติกรรมของการสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ในจำนวน 567 คนนี้ เกือบทั้งหมดอยู่ในอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

อาชีพ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับวิชาชีพ ระดับแรงงานและไม่ได้ทำงานและที่ชัดเจนคือระดับแรงงาน มีอัตราการสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยสูงที่สุด ร้อยละ 37.1



ระดับเศรษฐฐานะ พบว่าพ่อที่มีฐานะยากจนมีอัตราการสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยสูงถึงร้อยละ 35.9

ปัจจัยของเด็กทารกเอง พบว่า เด็กชาย เด็กหญิง น้ำหนักแรกเกิด ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนลำดับของการเป็นบุตรนั้น พบว่า ลูกคนที่ 3 ขึ้นไปมีความสัมพันธ์ต่อการที่พ่อสูบบุหรี่ อาจเนื่องมาจากบ้านหลังเล็กมีพื้นที่จำกัด และมีลูกหลายคน จึงต้องสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย และพบว่าอายุของพ่อที่สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย คือ 25-34 ปี

พ่อที่มีระดับการศึกษาน้อยจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย บิดาที่นับถือศาสนาอิสลามมีปัจจัยเสี่ยง 6.7 เท่า อาชีพ เศรษฐฐานะ และลำดับที่ของการเป็นบุตร พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

การตรวจ cotinine ในปัสสาวะเด็ก 725 คน ซึ่งเป็นคนในพื้นที่อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา พบว่า มีเด็กจำนวน 295 คน (ร้อยละ 40.7) มี cotinine ในปัสสาวะ แสดงว่าเด็กได้รับควันบุหรี่ และมีเด็กจำนวน 25 คน ที่ตรวจแล้วมีระดับ cotinine > 100 ng/mg (ถ้าเกิน 100 คือ เท่ากับผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่จัด) การตรวจพบสาร cotinine ในปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับบิดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

ปัจจัย (บิดา)	จำนวน	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบิดา (ร้อยละ)			P
		สูบบุหรี่ ขณะที่เด็กอยู่ด้วย	สูบบุหรี่ แต่ไม่ให้สูบบุหรี่ที่เด็กอยู่ด้วย	ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ)	
อายุ, ปี					<0.01
15-24	588	28.9	33.3	37.8	
25-34	1,622	36.3	24.7	39.0	
35-44	706	33.1	22.0	44.9	
>44	107	46.7	15.0	38.3	
ระดับการศึกษา, ปี					<0.01
< 6	1,581	44.1	23.8	32.1	
6-12	852	30.9	25.8	43.3	
>12	579	13.6	29.2	52.7	

<ul style="list-style-type: none"> ● การตรวจ cotinine ในปัสสาวะเด็ก 725 คน <ul style="list-style-type: none"> - มี cotinine ในปัสสาวะ 295 คน (40.7%) - 25 คน (3.4%) มีระดับ cotinine >100 ng/ml - การตรวจพบ cotinine ในปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับบิดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

ผลการศึกษา (วิเคราะห์แยกตามพื้นที่เฉพาะภาคใต้)

- ข้อมูลของบิดาที่สูบบุหรี่ขณะที่มารดาตั้งครรภ์ พบว่า จังหวัดสงขลาสูงสุด คือ ร้อยละ 74
- บิดาสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย จังหวัดสงขลาสูงที่สุด ร้อยละ 65
- เมื่อดูข้อมูลเฉพาะที่บิดาสูบบุหรี่ พบว่า สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย ร้อยละ 86
- บิดาสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยแยกตามระดับการศึกษาวิเคราะห์จากบิดาทั้งหมด (3,561 คน) พบว่า มีอัตราการลดลงตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น แต่ในภาคใต้ถึงแม้จะลดลงแต่ตัวเลขยังสูง แม้ว่าคนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ม. 6 ยังมีอัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 50 ซึ่งตัวหารคือพ่อทั้งหมด แต่ถ้าวิเคราะห์เฉพาะบิดา ที่สูบบุหรี่เป็นตัวหาร (1,917 คน) พบว่า ระดับการศึกษาน้อยหรือมากก็จะสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยสูงถึงร้อยละ 76 - 88

คนไทยนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 318 คน สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยร้อยละ 61.6 คนไทยนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 68.4

สรุปผลการศึกษา

พบความชุกของเด็กทารกไทยที่ได้รับควันบุหรี่มือสองสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับประเทศที่รณรงค์มาเป็นอย่างดี บิดาเป็นบุคคลหลักที่สูบบุหรี่และสัมพันธ์กับบิดาที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า ๖ ปี นี้อาศัยในภาคใต้มีความชุกสูงสุด และใกล้เคียงกันในทุกระดับการศึกษา

การตรวจ cotinine ในปัสสาวะเด็กทารก ในต่างประเทศจะมีการสุ่มตรวจเด็กเป็นระยะ บางครั้งทำทุกปี เช่น ประเทศฝรั่งเศส ในปี ค.ศ. 1993 มี prevalence ร้อยละ 64 เมื่อทำการรณรงค์ เหลือร้อยละ 13 ในปี ค.ศ. 2000

ดังนั้นจึงมีคำถามวิจัยว่าทำไมคนที่สูบบุหรี่ ต้องสูบบุหรี่ที่เด็กอยู่ด้วย ทำไมไม่หลีกเลี่ยง เพราะไม่รู้หรือว่าไม่ใส่ใจ และเป็นหน้าที่ที่ต้องให้ข้อมูล

การตรวจ cotinine ในปัสสาวะเด็กทารก : การศึกษาในต่างประเทศ

ประเทศ	ปี ค.ศ.	Urinary	Cotinine
		Cut-point	Detectable (%)
France	1993	5 ng/ml	64
France	2000	6 ng/ml	13
Australia	2001	0	47
Present study	2002	0	40

สรุปผลการศึกษา

- พบความชุกการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทยสูงมาก
- บิดาเป็นผู้สูบบุหรี่หลัก
- สัมพันธ์กับระดับการศึกษาของบิดา, มุสลิม
- ภาคใต้ มีความชุกสูงสุด ความชุกใกล้เคียงกันในทุกระดับการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

- ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็น เหตุใด ผู้สูบบุหรี่จึงไม่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วย
- ให้ความรู้ ผลเสียของการได้รับควันบุหรี่มือสอง
- การดำเนินการ ควรเจาะจงกลุ่มเป้าหมาย



อภิปราย ชักถามและข้อเสนอแนะ

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้จัดรณรงค์ร่วมกับสถาบันเด็กมาแล้วหลายปี แต่กิจกรรมเรื่องการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ทำที่กรุงเทพมหานครทั้งหมด ในพื้นที่ภาคใต้แทบไม่ได้ทำเลย

ข้อสังเกตจากผลการวิจัย พบว่า เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่เป็นประจำจนเป็นความเคยชิน เห็นมาตั้งแต่เกิด เด็ก 1 ขวบก็เห็นแล้ว อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีอัตราการสูบบุหรี่ในภาคใต้จำนวนมาก การเก็บข้อมูลในการศึกษารังนี้ไม่ได้สัมภาษณ์บิดาเกี่ยวกับความรู้ของผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองว่ามีอันตรายอย่างไร แต่เป็นโครงการที่จะศึกษาต่อไป จะเป็นคำอธิบายเพราะเป็นการตรวจสอบข้อมูลกับคนที่ในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มมุสลิม การจะเข้าถึงกลุ่มนี้อาจต้องอาศัยผู้นำศาสนา และอาจถามเรื่องยี่ห้อที่สูบบุหรี่ คนที่มีศึกษาน้อยหรือกลุ่มใช้แรงงาน รายได้ต่ำจะสูบบุหรี่ กrongทิพย์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีทาร์สูง ประเทศไทยจะมีเฉพาะทาร์สูงกับปานกลาง ปานกลางคือยี่ห้อสามิต สูงที่สุดคือกรงทองและกรongทิพย์

จากประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมการประชุมที่สูบบุหรี่ โดยเริ่มจากการได้เห็นและคุ้นเคยกับบิดาสูบบุหรี่มาตั้งแต่เด็ก เมื่อโตจึงได้สูบบุหรี่ สำหรับคนในพื้นที่ส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่จาก เนื่องจากต้นทุนต่ำและหาได้เอง ชื่อเพียงยาเส้น ที่สูบบุหรี่เพราะสังคมยอมรับและไม่รู้ว่ามันมีอันตรายต่อเด็ก และที่สำคัญคือการไม่ได้ดู สื่อทางทีวี วิทยูทูปไม่ได้ฟัง อีกทั้งการสื่อสารด้านบุหรี่มีอยู่น้อยมาก

พฤติกรรมสูบบุหรี่ ของนักเรียนไทยพุทธไทยมุสลิม : อิทธิพลทางสังคมหรือตัวบุคคล



โดย รศ.ดร.ดวงมณี จงรักษ์
และอาจารย์เพ็ญประภา ปริญญาพล
คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ในจังหวัดปัตตานีและจังหวัดยะลา พบว่ามีเยาวชนส่วนหนึ่งสูบบุหรี่ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเพศชาย ซึ่งในพื้นที่มีทั้งนักเรียนไทยพุทธ และไทยมุสลิม จึงได้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะพิเศษนี้ว่ามีสาเหตุอะไรบ้างที่ทำให้เขาสูบบุหรี่ โดยเลือกอิทธิพลทางสังคมและอิทธิพลตัวบุคคล อะไรจะเป็นคำตอบได้มากกว่ากัน เมื่อวัยรุ่นในพื้นที่สูบบุหรี่ค่อนข้างมาก จึงควรมีแนวทางในการป้องกันไม่ให้เยาวชนสูบบุหรี่ต่อไป แต่ก่อนที่จะนำไปสู่แนวทางการป้องกันได้ ต้องหาข้อมูล ตัวแปร ปัจจัยอื่น ๆ มารองรับว่าเกิดจากสาเหตุใด จึงจะหาแนวทางป้องกัน โดยการค้นคว้าข้อมูลส่วนหนึ่งที่เป็นรายงานจากต่างประเทศ เช่น มีการศึกษาการสูบบุหรี่ของนักเรียนอังกฤษนักเรียนอเมริกัน พบว่า นักเรียนชาวอังกฤษนักเรียนมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนอเมริกัน โดยสาเหตุการสูบบุหรี่ของนักเรียนอังกฤษนักเรียนเกิดจากแรงจูงใจทางสังคม ในขณะที่แรงจูงใจการลดความรู้สึกเบื่อ และแรงจูงใจการจัดการกับอารมณ์ จะเป็นตัวทำนายการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาวอเมริกัน จากงานวิจัยของประเทศแคนาดาพบว่า วัยรุ่นเชื้อชาติยุโรปตะวันตก ยุโรปตะวันออก และยุโรปใต้มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มาก ในขณะที่วัยรุ่นเชื้อชาติจีน เอเชียใต้ อินเดียตะวันออกและตะวันตกมีแนวโน้มที่จะไม่สูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มแรก โดยปัจจัยที่ทำให้แตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มนี้ คืออิทธิพลตัวแบบเพื่อนและพื้นที่ที่สูบบุหรี่

คำถามการวิจัย

1. เยาวชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างไร
2. อะไรคือตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคล ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม
3. อะไรคือตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงในบริบทสังคม ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม
4. อะไรคือตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลและบริบทสังคมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่นักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม
5. เปรียบเทียบระหว่างตัวแปรระดับบุคคลกับตัวแปรบริบทสังคม ตัวแปรใดมีอิทธิพลมากกว่ากัน



กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ ได้นำปัจจัยเหล่านั้นมารวบรวมและศึกษา ดูว่าปัจจัยอะไรที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยอะไรที่เป็นปัจจัยป้องกัน ในระดับบุคคล พบว่า ปัจจัยป้องกันจะเป็นการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม ถ้าสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ ก็สามารถป้องกันการสูบบุหรี่ได้ ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมพฤติกรรมทั่วไป และควบคุมพฤติกรรมในห้องเรียนหรือเมื่ออยู่กับเพื่อน

ปัจจัยป้องกันระดับบริบทสังคม ประกอบด้วย

- การมีตัวแบบที่ไม่สูบบุหรี่ เช่น ผู้ปกครอง พี่น้องหรือเพื่อนไม่สูบบุหรี่ ก็จะเป็นปัจจัยป้องกันให้ไม่สูบบุหรี่
- การเลี้ยงดู ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งการเลี้ยงดูออกเป็น การเลี้ยงดูแบบควบคุมแต่รับรู้ข้อมูล และการเลี้ยงดูแบบสนับสนุนทางอารมณ์
- การได้รับการสนับสนุนกำลังใจจากครู เพื่อนและครอบครัว

ปัจจัยเสี่ยงระดับบุคคล ประกอบด้วย

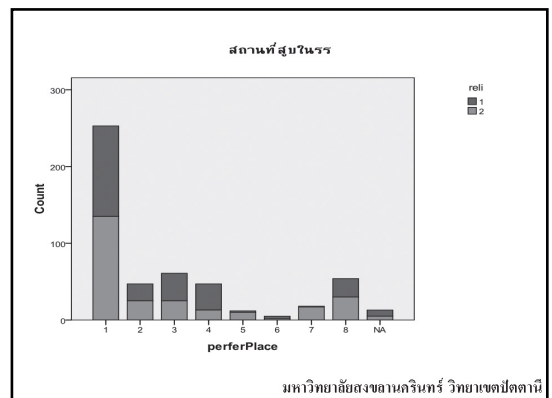
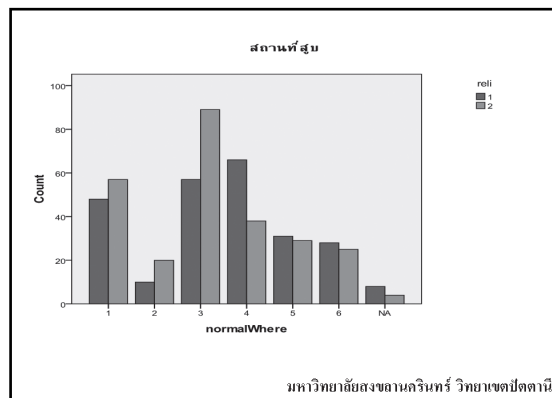
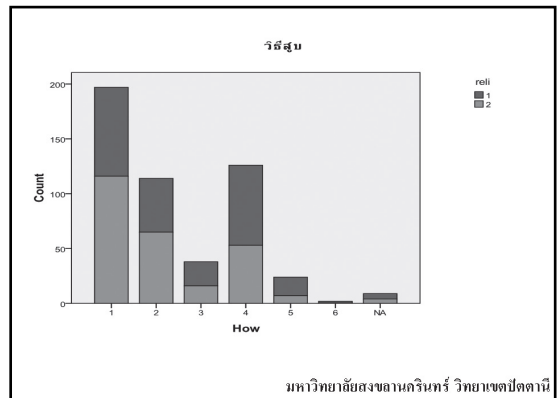
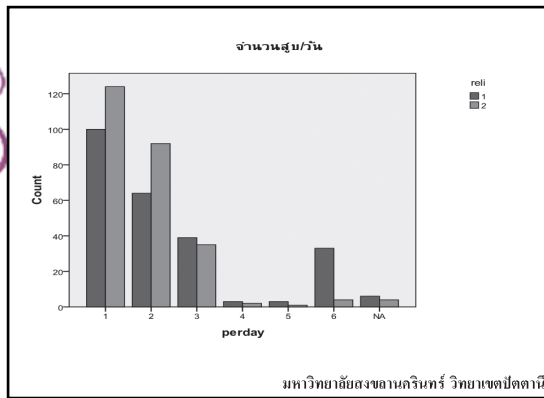
- แรงจูงใจ เด็กมีแรงจูงใจในเรื่องของสังคม เช่น สูบบุหรี่เพื่อเข้าสังคม เพื่อเพิ่มความมั่นใจ เพื่อจัดการกับอารมณ์และเพื่อลดความเบื่อ
- พฤติกรรมเสี่ยง เด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ชอบขับรถเร็ว ชอบดูภาพโป๊หรือมีการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ก็จะเพิ่มแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ หรือเด็กที่มีแนวโน้มที่จะมีความซึ่มเศร้าหรือความวิตกกังวล
- ปัจจัยเสี่ยงบริบทสังคม คือตัวแบบที่สูบบุหรี่ อาจเป็นผู้ปกครอง พี่น้อง เพื่อนและผู้นำชุมชน การเลี้ยงดูที่จะทำให้เป็นความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ คือการเลี้ยงดูแบบควบคุมทางจิตวิทยาเข้มงวด และนำปัจจัยทั้งหมดมาเข้าใน model เพื่อดูว่าปัจจัยอะไรที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเด็ก

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,048 คน นักเรียนไทยพุทธ จำนวน 517 คน นักเรียนไทยมุสลิม จำนวน 531 คน เก็บข้อมูลทั้งหมด 3 จังหวัด จังหวัดปัตตานี 3 โรงเรียน จังหวัดยะลา 2 โรงเรียน และจังหวัดนราธิวาส 2 โรงเรียน การศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ในโรงเรียนสายสามัญและโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม โดยเก็บในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ Binary logistic regression



ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องอายุที่เริ่มต้นสูบ จำนวนมวนที่สูบต่อวัน วิธีสูบบุหรี่ สถานที่ที่ปกติที่สูบบุหรี่ และสถานที่ในโรงเรียนที่ชอบสูบบุหรี่

นักเรียนไทยพุทธเริ่มสูบเมื่ออายุ 10 ปี และสูบมากที่สุดเมื่ออายุ 13 ปี ส่วนนักเรียนไทยมุสลิม เริ่มสูบเมื่ออายุ 11 ปี สูบมากที่สุดเมื่ออายุ 12 และ 15 ปี

จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน พบว่า

- อัตราการสูบบุหรี่ในนักเรียนไทยมุสลิมที่ไม่ได้สูบทุกวันสูงกว่านักเรียนไทยพุทธ
- สูบน้อยกว่า 5 มวน ต่อวัน : นักเรียนไทยมุสลิมยังมีอัตราสูงกว่านักเรียนไทยพุทธ
- สูบประมาณ 5 – 10 มวนต่อวัน : มีอัตราใกล้เคียงกัน
- ส่วนการสูบบุหรี่มากกว่า 5 มวนต่อวัน : อัตราการสูบของนักเรียนไทยพุทธมากกว่านักเรียน

ไทยมุสลิม

วิธีสูบ

สูบจนหมดมวนแล้วหยุดสูบ พบว่า นักเรียนไทยมุสลิมมีสัดส่วนมากกว่านักเรียนไทยพุทธ สูบประมาณครึ่งมวน ดับแล้วทิ้งไป พบว่า นักเรียนไทยมุสลิมมีสัดส่วนมากกว่านักเรียนไทยพุทธ สูบครึ่งมวนแล้วดับและเก็บไว้สูบต่อ พบว่า นักเรียนไทยพุทธมีสัดส่วนมากกว่านักเรียนไทยมุสลิม



เวลาสูบในกลุ่มเพื่อนและได้มีการแบ่งสูบในหมู่เพื่อน พบว่า นักเรียนไทยพุทธมากกว่าไทยมุสลิม

สถานที่สูบ

สถานที่ที่ปกติเด็กชอบสูบบุหรี่ พบว่า บ้านเพื่อนมากที่สุด หมายถึงการไปสูบในสวน ในป่า หรือเวลาไปตกปลา เวลาที่พ่อแม่ไม่อยู่ บางครั้งเป็นบ้านเช่าที่พ่อแม่เช่าให้ลูกอยู่เรียนหนังสือ และพบว่านักเรียนไทยมุสลิมสูบมากกว่านักเรียนไทยพุทธ รองลงมาคือสูบที่โรงเรียน พบว่านักเรียนไทยพุทธสูบมากกว่านักเรียนไทยมุสลิม และสูบในห้องนอน พบว่านักเรียนไทยมุสลิมสูบมากกว่านักเรียนไทยพุทธ

ส่วนการสูบในสถานที่สาธารณะอัตราการสูบทั้งนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิมมีอัตราการสูบแตกต่างกันไม่มาก

สถานที่ที่นักเรียนนิยมสูบมากที่สุด ในโรงเรียนคือในห้องน้ำ นักเรียนไทยมุสลิมมีส่วนร่วมการสูบบุหรี่มากกว่านักเรียนไทยพุทธ รองลงมาคือใต้ต้นไม้ หลังอาคารเรียน ในห้องเรียนและโรงอาหาร

2. ตัวแปรเสี่ยงตัวแปรป้องกันระดับบุคคล

เมื่อศึกษาเฉพาะตัวแปรป้องกันระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม ทั้งพฤติกรรมควบคุมตนเอง พฤติกรรมเสี่ยง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และแรงจูงใจ พบว่า ตัวแปรที่ทำให้เด็กสูบบุหรี่ คือ แรงจูงใจลดความเบื่อและแรงจูงใจจัดการกับอารมณ์ ทั้งในนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิมมีความเหมือนกัน คือมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เด็กสูบบุหรี่มากกว่า 1 เท่า ถ้าเด็กนักเรียนมีพฤติกรรมที่สามารถควบคุมตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อนซึ่งมีอิทธิพลต่อโอกาสการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธได้มากกว่าไทยมุสลิม

3. ตัวแปรเสี่ยง ตัวแปรป้องกันบริบทสังคม พบว่า

ตัวแปรเสี่ยงเหมือนกัน คือ ตัวแบบเพื่อนสูบบุหรี่ ซึ่งมีอิทธิพลต่อโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิม มากถึง 4 เท่า และ 3 เท่าในนักเรียนไทยพุทธ การเลี้ยงดูจิตวิทยาเข้มงวด มีอิทธิพลต่อโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิมใกล้เคียงกันคือ มากกว่า 1

ตัวแปรเสี่ยงที่แตกต่าง คือ ตัวแบบสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน โต๊ะครู อิหม่าม ที่มีอิทธิพลต่อโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิมมากถึง 4 เท่า แต่ไม่พบตัวแปรเสี่ยงนี้ในนักเรียนไทยพุทธ

ตัวแปรบริบทสังคมที่พบแตกต่างกันคือ นักเรียนไทยพุทธมีตัวแปรป้องกัน 2 ตัวคือ

- การเลี้ยงดูแบบรับรู้ข้อมูลและ
- การสนับสนุนกำลังใจจากเพื่อน

ทั้ง 2 ตัวแปรนี้ลดโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนลงได้เกือบ 1 เท่าเหมือนกัน

สำหรับนักเรียนไทยมุสลิม พบตัวแปรเพียงตัวเดียว คือ การสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัว

4. ตัวแปรเสี่ยง ตัวแปรป้องกันระดับบุคคลและบริบทสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม พบว่า บริบทสังคมมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ในนักเรียนไทยมุสลิมสูง สำหรับนักเรียนไทยพุทธตัวแปรระดับบุคคลมีอิทธิพลมากกว่า ตัวแปรระดับบุคคล ตัวแบบ

เพื่อนมีอิทธิพลมากกว่า 10 เท่า ต่อโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิมแต่ไม่พบอิทธิพลตัวแบบเพื่อนในนักเรียนไทยพุทธ

สำหรับนักเรียนไทยพุทธ พบว่า ตัวแปรระดับบุคคล คือ แรงจูงใจสังคม แรงจูงใจลดความเบื่อและแรงจูงใจจัดการอารมณ์เพิ่มโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนมากกว่า 1 เท่า ซึ่งในนักเรียนไทยมุสลิมไม่พบว่าแรงจูงใจสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่

ปัจจัยที่ทำให้ลดความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ทั้งนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิมเหมือนกัน คือ การเลี้ยงดูแบบสนับสนุนกำลังใจ โดยลดการสูบบุหรี่เกือบ 1 เท่า การควบคุมตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อน เมื่อนักเรียนรู้จักปฏิเสธ ก็ลดความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ทั้งในนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม ที่ต่างกันบ้าง คือ นักเรียนไทยมุสลิม ถ้าหากมีพฤติกรรมเสี่ยง พบว่า มีโอกาสที่เด็กจะสูบบุหรี่ แต่ไม่พบพฤติกรรมเสี่ยงว่ามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในนักเรียนไทยพุทธ

โดยสรุปคือรูปแบบของสังคม บริบทภายนอกมีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิมมากกว่านักเรียนไทยพุทธ ผู้นำในชุมชนและเพื่อนไม่มีอิทธิพลต่อนักเรียนไทยพุทธ ในขณะที่นักเรียนไทยมุสลิม ผู้นำศาสนามีอิทธิพลถึง 6 เท่า เพื่อนมีอิทธิพลถึง 10 เท่า

”

โดยสรุปคือรูปแบบของสังคม บริบทภายนอก มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิม มากกว่านักเรียนไทยพุทธ ผู้นำในชุมชนและเพื่อนไม่มีอิทธิพลต่อนักเรียนไทยพุทธ ในขณะที่นักเรียนไทยมุสลิม ผู้นำศาสนามีอิทธิพลถึง 6 เท่า เพื่อนมีอิทธิพลถึง 10 เท่า

”



อภิปราย ชักถามและข้อเสนอแนะ

การแก้ไขปัญหาในตัวแปรเพื่อนั้นค่อนข้างยาก แต่ผู้นำศาสนามีอิทธิพลถึง 6 เท่า ซึ่งสามารถมีส่วนในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของเยาวชนในพื้นที่ของเขาเอง จากข้อสังเกตของผู้วิจัยพบว่า เด็กนักเรียนไทยมุสลิมจะมีวัฒนธรรมทางสังคมค่อนข้างจำกัดมากในด้านของความบันเทิง สุราดื่มไม่ได้ บุหรี่อาจเป็นสิ่งที่เขารู้สึกว่าเป็นความบันเทิง เป็นเรื่องของวัฒนธรรมที่อ่อนไหวมาก ถ้าบอกเขาว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ แล้วมีอะไรทดแทนให้เขาที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม ในเมื่อวัฒนธรรมของเขาค่อนข้างเข้มงวด ผู้นำศาสนาดูบันเทิงไม่ได้ ไม่ควรดู เหล้าไม่ควรดื่ม ถ้าห้ามไม่ให้สูบบุหรี่ควรมีอะไรไปทดแทนให้

“การสูบบุหรี่เป็นเสมือนทางออก ถ้าไม่ให้เขาสูบบุหรี่ ต้องมีอย่างอื่นมาชดเชย” ข้อสมมติฐานนี้จะจริงต่อเมื่อมีข้อมูลมาสนับสนุน ไม่เช่นนั้นจะเกิดการประเมินนโยบายที่ผิด เช่น คนไทยพุทธที่เข้ามาสูบบุหรี่ในปั๊บบาร์ ไม่ได้แปลว่าเขาไม่ได้ไปบันเทิง แต่ในโอกาสที่เขาบันเทิงเขาสูบบุหรี่ด้วย

ข้อมูลจากการศึกษา พบว่า บริบททางสังคมมีความสำคัญมากในกลุ่มมุสลิม แต่ไม่ได้บอกว่าเป็นเพราะเขาไม่มีความบันเทิง ก่อนที่จะสรุปต้องทำวิจัยในประเด็นดังกล่าวก่อนว่าบุหรี่เป็นความบันเทิงหรือเป็นแรงจูงใจ แต่ความบันเทิงและแรงจูงใจเป็นอันเดียวกันอาจต้องหาคำจำกัดความในความหมายอื่นหรือต้องทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม แรงจูงใจประกอบด้วย

1. สูบบุหรี่เพื่อสังคม เพื่อให้เข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ เพื่อเพิ่มความสนุกสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อน
2. สูบบุหรี่เพื่อลดความเบื่อ ไม่มีอะไรจะทำ
3. สูบบุหรี่เพราะว่าต้องการความเป็นผู้ใหญ่ อยากเท ไม่พบทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิม
4. สูบบุหรี่เพื่อจัดการกับอารมณ์ พบทั้งไทยพุทธและมุสลิม
5. สูบบุหรี่เมื่อรู้สึกตื่นเต้น
6. สูบบุหรี่เพื่อทำให้อารมณ์ดี
7. สูบบุหรี่แล้วสมองปลอดโปร่ง
8. สูบบุหรี่เพื่ออยากลิ้มเรื่องราวในอดีต ลดอาการเศร้าเสียใจ
9. แก่งวงนอน ต้องการผ่อนคลาย พบทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิม

จากการศึกษาไม่พบแรงจูงใจทางสังคมในนักเรียนไทยมุสลิม เพราะสังคมมุสลิมมีความเป็นเพื่อนสูง ไปละหมาด ทำกิจกรรมด้วยกัน ดังนั้นจึงรู้วิธีที่จะมีเพื่อนอยู่แล้ว แต่จะพบในนักเรียนไทย

จากประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ของผู้เข้าร่วมการประชุมที่เป็นมุสลิม พบว่า กลุ่มคนที่นับถือศาสนาอิสลาม ผู้นำศาสนาจะมีบทบาททางสังคม มีอิทธิพลต่อคนในชุมชน ผู้นำศาสนาส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ถ้าต้องการแก้ปัญหาบุหรี่ในมุสลิม ควรให้ความรู้กับผู้นำศาสนา เพราะส่วนใหญ่ที่สูบอาจจะไม่รู้ ถ้าให้ความรู้ เขาสามารถไปขยายผลต่อในชุมชนได้ เพราะมีหลายกิจกรรมที่ทำในพื้นที่ได้ ผู้นำศาสนา เช่น โต๊ะอิหม่าม คอเนตบิหร่าน เป็นผู้ที่มีอิทธิพลในสังคม และอีกกลุ่มคือครูสอนศาสนาในพื้นที่ ถ้าเขาสอนหรือ พูดถึงใด คนจะเชื่อฟัง ควรให้ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์เสริมให้ โดยเชื่อมหลักศาสนา หรือนำนักวิชาการที่มีความรู้ด้านศาสนา มาสอนกลุ่มนี้อีกที เพื่อบูรณาการเรื่องหลักศาสนาและหลักการทางการแพทย์มาผสมผสานกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน และชาวบ้านให้มากที่สุด

ผลของชาชงหัวไชเท้า ต่อการลดความอยากสูบบุหรี่



โดย รศ.ถนอมจิต สุภาวิตา
สำนักวิชาเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช

การศึกษาที่ผ่านมามีการใช้สมุนไพรช่วยลดการสูบบุหรี่ เช่น การนำหญ้าดอกขาวหรือต้นหมอนน้อยมาชงดื่ม สารที่ออกฤทธิ์เป็นสารประเภทไซโตเคมิคัลในเตตราไฮโดรคานนาบินออล จึงมีการค้นคว้าว่าจะมีทางเลือกอื่นที่ปลอดภัยกว่าการใช้หญ้าดอกขาวหรือไม่ และพบว่าประเทศญี่ปุ่นใช้น้ำคั้นจากหัวไชเท้าในการลดบุหรี่ แต่ข้อมูลที่พบยังไม่เด่นชัดจึงได้ศึกษาประสิทธิผลของหัวไชเท้าต่อการลดความอยากสูบบุหรี่ที่เลือกหัวไชเท้าเพราะเป็นอาหาร และน่าจะมีอันตรายน้อยกว่าการใช้หญ้าดอกขาว ซึ่งเป็นพวกไซโตเคมิคัล โดยกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาอยู่ในจังหวัดปัตตานี ส่วนใหญ่ทำอาชีพประมง และเป็นคนมุสลิม ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

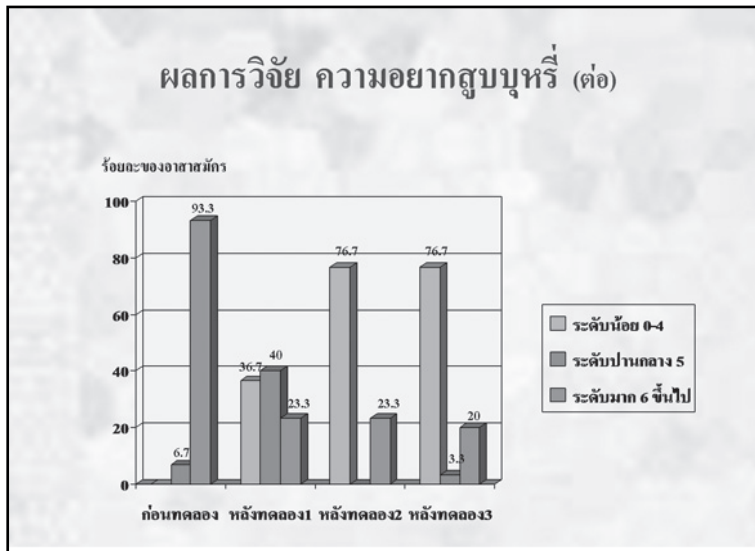
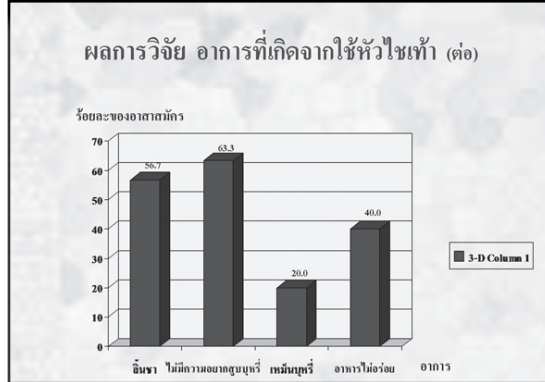
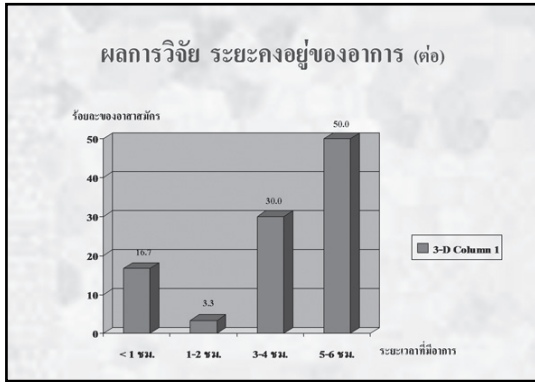
ก่อนการทดลองให้ชาชงหัวไชเท้า ผู้วิจัยจะให้กลุ่มศึกษาทำแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการให้ชาชงหัวไชเท้า คำถามส่วนแรกเป็นข้อมูลทั่ว ๆ ไป โดยใช้หมายเลขประจำตัวแทนชื่อ และสอบถามเรื่องระยะเวลาที่สูบ จำนวนบุหรี่ที่สูบทั้งก่อนและหลังโดยใช้เวลาในการศึกษา 3 เดือน การศึกษาครั้งนี้ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้ใหญ่บ้าน เพราะต้องการให้ลูกบ้านลดการสูบบุหรี่ลง

ขั้นเตรียมการ นำหัวไชเท้าสดมาล้างไม่ต้องปอกเปลือก ฝานและนำไปอบแห้ง โดยใช้ความร้อนไม่มาก ถ้าใช้ความร้อนมากจะดำ และบรรจุซอง ซองละ 2 กรัม สำหรับชง ที่เลือกซองละ 2 กรัมเนื่องจากได้คำนวณจากคนที่สามารถกินหัวไชเท้า 1 หัว จะสามารถกินได้ก็มี/วัน เมื่อลองชิมรู้สึกทำให้ลิ้นสาก ๆ ซา ๆ คล้าย ๆ กับหญ้าดอกขาว จากนั้นใส่ซองและเก็บในถุงพลาสติกอีกครึ่ง และให้ใช้วันละ 1 ครั้ง โดยให้ดื่มในตอนเช้า และติดตามผล จากนั้นนำผลมาวิเคราะห์ข้อมูลและแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุประมาณ 20 – 30 ปี เป็นผู้ที่สูบบุหรี่มาก และสูบบุหรี่มาแล้วไม่เกิน 10 ปี

ผู้ที่ดื่มชาชงหัวไชเท้า มีปริมาณการสูบบุหรี่ลดลง มีอาการสูบบุหรี่ไม่อร่อย ไม่มีความรู้สึกอยาก ทำให้ลิ้นซาร้อยละ 40 อาหารไม่อร่อย เหม็นกลิ่นบุหรี่ร้อยละ 50 ระยะของอาการที่ทำให้ลิ้นซารหรือไม่อยากบุหรี่ คงอยู่ประมาณ 1-2 ชั่วโมง ส่วนมากประมาณ 5-6 ชั่วโมง ซึ่งถือว่าค่อนข้างนาน

คนที่สูบบุหรี่ปริมาณมากไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ในระยะหลัง กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อายุมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และกลุ่มที่สูบบุหรี่มานานมักไม่เปลี่ยนแปลง

สรุปว่าชาชงหัวไชเท้าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของคนที่อยากเลิกบุหรี่ แต่มีผลข้างเคียง ได้แก่ รับประทานอาหารไม่อร่อย



อภิปราย ชักถามและข้อเสนอแนะ

- ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มควบคุมเพราะจำนวนคนที่ได้ไม่มาก และไม่ได้ใช้ Behavior Therapy ร่วมด้วย ใช้เพียงชาชงหัวไชเท้าอย่างเดียว ส่วนเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ใช้เพียงแบบสอบถาม
- หากจะนำผลการวิจัยนี้ไปต่อยอดหรือประยุกต์ใช้ ควรตรวจสอบว่าชาชงหัวไชเท้ามีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการ withdrawal ด้วยหรือไม่

การดำเนินการตามกฎหมาย พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 กรณีศึกษาพื้นที่หาดใหญ่



โดย คุณวีระพงศ์ จินะดิษฐ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ปี พ.ศ. 2535 กำหนดสถานที่สาธารณะเอาไว้ เพื่อป้องกันผู้ไม่สูบบุหรี่ให้ปลอดภัยจากควันบุหรี่มือสอง โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

อาคารที่กำหนดเป็นเขตปลอดบุหรี่ เจ้าของสถานที่ที่จะต้องแสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ ณ ทางเข้าออกทุกทาง ให้มองเห็นเด่นชัด เมื่อเข้าไปในอาคารนั้นจะต้องมีเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ติดไว้ให้เห็นเด่นชัดโดยเปิดเผย ลักษณะของเขตปลอดบุหรี่ มีดังนี้

แสดงเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ และห้ามมีการสูบบุหรี่ภายในเขตปลอดบุหรี่ และไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก เมื่อเข้ามาแล้วพบที่เขี่ยบุหรี่ถือว่ามีความผิด เช่น สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ซึ่งกฎหมายประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ ถ้ามองจากทางด้านหน้าไม่เห็นสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ ถือว่าผิด และจะถูกปรับปรับ 2,000 บาท ถือว่าสถานที่ดังกล่าวไม่ได้จัดเขตปลอดบุหรี่

ในรอบแรกของการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้มีการตรวจเยี่ยมร้านอาหารติดแอร์ และโรงแรมในอำเภอหาดใหญ่ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยเชิญกลุ่มผู้ประกอบการที่ต้องการจัดเขตปลอดบุหรี่มาประชุม หลังจากประชุมแล้วได้มอบเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ไว้ เพื่อนำไปติดยังสถานประกอบการของตน จากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์ เจ้าหน้าที่ได้ไปตรวจเยี่ยม เพื่อตรวจสอบว่ามีการติดสติ๊กเกอร์ห้ามสูบบุหรี่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์หรือไม่ หากไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำพร้อมดำเนินการติดสติ๊กเกอร์ให้เรียบร้อย นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่จะทำการบันทึกว่าได้มาให้คำแนะนำแล้ว สัปดาห์ถัดมา เจ้าหน้าที่จะตรวจสอบอีกครั้ง และหากพบว่าร้านใดที่ยังไม่มีการติดสติ๊กเกอร์ตั้งแต่รอบแรก และเมื่อเข้ามาตรวจสอบในรอบที่สอง ยังไม่ทำการติดสติ๊กเกอร์อีก จะถือว่าผิดกฎหมายและดำเนินการจับทันที ด้วยเหตุผลคือ

1. เชิญมาประชุมแล้ว
2. เจ้าหน้าที่ได้เข้ามาตรวจสอบในรอบแรกพร้อมให้คำแนะนำแล้ว

กรณีตัวอย่างของร้านอาหารแห่งหนึ่ง ยังไม่ดำเนินการติดสติ๊กเกอร์ในรอบแรก และเมื่อเจ้าหน้าที่มาตรวจสอบในรอบที่สอง ยังพบว่าไม่ได้ติดสติ๊กเกอร์ เจ้าหน้าที่จะดำเนินการแจ้งจับเจ้าของร้านทันที ใน 2 ข้อหาด้วยกัน คือ 1. ไม่จัดเขตปลอดบุหรี่ 2. ไม่อำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ เมื่อเชิญตัวไปโรงพัก เจ้าของร้านคนดังกล่าวไม่ให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ จึงเพิ่มอีก 1 ข้อหา ทำให้เจ้าของร้านดังกล่าวโดนปรับไป 2,100 บาท จากนั้นสัปดาห์ถัดมา เจ้าหน้าที่ที่ตามไปตรวจอีกครั้ง พบว่า ร้านดังกล่าวได้ติดสติ๊กเกอร์เรียบร้อยแล้ว



อีกกรณีหนึ่งที่ร้านสะดวกซื้อ มีชาวบ้านร้องเรียนมาว่า ร้านสะดวกซื้อแถวหาดใหญ่ใน มีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทางจังหวัดประสานมาให้เจ้าหน้าที่ไปจับ เมื่อไปพบได้แจ้งจับเลย

สติ๊กเกอร์ที่ติดอยู่ในโรงแรม หรือสติ๊กเกอร์ที่ผลิตโดยสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ ได้งบประมาณจากโรงพยาบาลอำเภอหาดใหญ่ เวลาที่ไปตรวจจะได้รับข้อเสนอแนะจากสถานประกอบการว่าอยากได้สติ๊กเกอร์ขนาดเล็ก บางร้านบอกว่าอยากได้ขนาดใหญ่ จึงของบประมาณจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ดำเนินการ การดำเนินการจัดสถานที่ปลอดบุหรี่ในโรงแรม พบว่าลอบบี้หรือบริเวณหน้าลิฟท์โดยสารถ้ามีถังทรายอยู่ ถือว่ามีความผิด จะแนะนำให้เอาออก แต่โรงแรมในหาดใหญ่ตอนนี้ไม่มีแล้ว ถ้าโรงแรมไหนที่ยังไม่มีสติ๊กเกอร์ปิด จะเข้าไปเตือนก่อน ทำบันทึกเตือน ถ้าไม่ดำเนินการตามที่แนะนำจะจับปรับ ถ้าจับแล้วไม่มีการยกเว้น ที่ผ่านมาจับปรับทุกราย และได้มีการจัดประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อที่จะบอกว่า ถ้ากำนันผู้ใหญ่บ้านในอำเภอหาดใหญ่ โดนจับเพราะสูบบุหรี่จะไม่มีการช่วย ไม่ต้องขอยกเว้นและให้ไปจ่ายค่าปรับ

นอกจากนี้ได้เชิญพนักงานเจ้าหน้าที่ในอำเภอหาดใหญ่ทั้งหมดทุกกระทรวง จำนวน 140 คน มาประชุมเพื่อชี้แจงว่าตอนนี้ในอำเภอหาดใหญ่ได้ทำอะไรบ้าง จับที่ไหนบ้าง จับประเด็นไหน ทุกคนที่มาประชุมจะต้องไปบอกญาติพี่น้องคนที่รู้จัก อย่าให้โดนจับ เข้าประชุมพนักงานเจ้าหน้าที่ช่วงบ่ายเชิญสถานประกอบการมาประชุม ช่วงเบรกและพักรับประทานอาหารกลางวัน จะปล่อยพนักงานเจ้าหน้าที่ไป 3 ชุด ไปจับที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ 1 ชุด โรงแรมอีก 2 ชุด และผู้ประกอบการโรงแรมที่เข้ามาช่วงบ่าย ก็บอกเขาว่าตอนนี้ได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปตรวจสถานที่ของท่านแล้วให้ประสานไปทางโรงแรมได้เลย ซึ่งเป็นการประชาสัมพันธ์ด้วย

ต่อมามีมาตรการใหม่ออกมาว่า สถานบันเทิงและร้านอาหารต้องปลอดบุหรี่ ก่อนหน้านี้สถานบันเทิงส่วนใหญ่และห้องอาหาร ไม่ได้เป็นห้องแอร์ แต่สูบบุหรี่ได้ เมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2551 ต้องให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มที่จัดเขตปลอดบุหรี่ได้ง่ายที่สุดคือกลุ่มสถานบันเทิง กลุ่มที่ท้าทายที่สุดคือสถานที่ราชการ หลังจากที่มีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิงก็ออกตรวจ และได้จัดกิจกรรมรณรงค์สถานบันเทิงเป็นเขตปลอดบุหรี่ในหาดใหญ่ และยังมีตลาดกรีนเวย์ซึ่งเป็นตลาดจำหน่ายสินค้าที่ใหญ่ในหาดใหญ่ มีการทำป้ายติดกลางแจ้ง และติดกล้องวงจรปิดทุกมุม และจะมีการนั่งดู ถ้าบริเวณไหนที่มีการสูบบุหรี่ เจ้าหน้าที่จะพูดออกทางไมค์เลยว่าตลาดแห่งนี้ปลอดบุหรี่





การดำเนินการตรวจจับนั้นเมื่อมีการร้องเรียนเข้ามาจะเก็บเรื่องร้องเรียนเอาไว้ ไม่ได้ออกตรวจทุกวัน เมื่อพร้อมก็นัดทีมงานลงตรวจประมาณครั้งละ 10 – 15 คน การไปตรวจจับต้องเตรียมพร้อมในเรื่องของอุปกรณ์เครื่องมือ ต้องมีกล้องวิดีโอถ่ายไว้ บางคนสูบในร้านอาหารพอเดินเข้าห้องน้ำทิ้งบุหรี่ไว้ในห้องน้ำ ไม่มีหลักฐาน ต้องเปิดกล้องวิดีโอให้ดูจึงยอมจำนนต่อหลักฐานและไปจ่ายค่าปรับที่โรงพัก

สถานที่หลายแห่งพยายามจัดพื้นที่สูบบุหรี่ แต่บางครั้งผิดหลักเกณฑ์ บางครั้งทำที่สูบบุหรี่อยู่ที่ทางเดินเข้าหน้าร้าน แบบนี้ถือว่าผิด เพราะการจัดเขตให้เป็นที่สูบบุหรี่จะมีหลักเกณฑ์ 3 ข้อ คือ 1.ไม่อยู่ทางเข้าออกและไม่ใช่ที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญ 2.มองไม่เห็นเด่นชัด และ 3.ต้องมีโลโก้ติดอยู่ด้วย ไม่มีก็ถือว่ามีความผิด จัดแล้ว จัดไม่ถูกก็โดนปรับ 10,000 บาท ในอำเภอหาดใหญ่ถ้ามีการกระทำผิดกฎหมาย พ.ร.บ. คู่คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ฯ จะไม่มีการยกเว้น โรงแรมโนโวเทลก็เคยแจ้งจับมาแล้ว เนื่องจากมีที่เขี่ยบุหรี่บนโต๊ะอาหาร

กรณีร้องเรียนคนสูบบุหรี่ที่ตลาด เมื่อไปตรวจ พบว่า มีก้นบุหรี่มาก การร้องเรียนว่ามีคนสูบบุหรี่จับค่อนข้างยาก ดังนั้นจึงต้องรณรงค์ติดป้ายที่ตลาด ที่สถานีขนส่งและคิวรถตู้เป็นอีกแห่งหนึ่งที่มีการร้องเรียนเป็นจำนวนมากและเป็นสถานที่ที่จับคนสูบบุหรี่ได้มากที่สุด ประมาณ 50 คน ก่อนจับจะมีป้ายผ้าขนาด 3 เมตร ไปติดและมีการประชาสัมพันธ์ก่อนทุกครั้ง



!!

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มที่
จัดเขตปลอดบุหรี่ได้ง่ายที่สุด คือกลุ่มสถาน
บันเทิง กลุ่มที่ทำยากที่สุดคือสถานที่ราชการ

!!



บทที่ 5

อภิปรายปัจจัยวิจัยที่สำคัญระดับประเทศ และภูมิภาค

- กลุ่มย่อยที่ 1 การออกแบบธุรกิจ
- กลุ่มย่อยที่ 2 ธุรกิจหนีภาษี
- กลุ่มย่อยที่ 3 มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- กลุ่มย่อยที่ 4 การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน
- กลุ่มย่อยที่ 5 บุหรี่กับโรคไม่ติดต่อ





กลุ่มย่อยที่ 1 การถอดบทเรียน

หัวข้อในการอภิปราย

1. ใคร(หน่วยงาน/องค์กร) คือผู้ที่มีศักยภาพในการทำวิจัย
- เรื่องการถอดบทเรียนในภาคใต้**
2. องค์ความรู้สำคัญที่ค้นพบแต่ยังไม่ได้ดำเนินการที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องการถอดบทเรียน
 3. หัวข้อการวิจัยใดบ้างที่เครือข่ายสนใจ และคิดว่าจะทำได้
 4. ประเด็นอื่น ๆ ที่ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอ

รายชื่อผู้เข้าร่วมอภิปราย

คุณกุลธิดา จันทรานุสรณ์
คุณสรวิญญา เลหาพันธ์พงศ์
คุณสมคิด เรืองนุ
พศ.ดร.สุชาดา สุรพันธ์
อาจารย์นุศรา ดาวโรจน์
พศ.ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์
คุณพลพีร์ พรศิรณานันต์
ดร.สุวรรณี พรหมศิริ
ดร.พัชรี หล่งหม่าน
รศ.ถนอมจิต สุภาวิตา
คุณพัชราวดี ทองเนือง
คุณปรีดา ชุนณรงค์
คุณเดชทวี ศิริรักษ์
คุณพรพิลาส ลิ้มปิเจริญ
คุณษมาพร สิงห์พันธุ์

โรงพยาบาลป่าบอน จ.พัทลุง (Moderator)
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (Facilitator)
โรงพยาบาลป่าบอน
คณะเภสัชศาสตร์ มอ. วิทยาเขตหาดใหญ่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
โรงพยาบาลหาดใหญ่
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
สำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
โรงพยาบาลป่าบอน จ.พัทลุง
โรงพยาบาลวิชะโรเกิด
โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ฝ่ายเภสัชกรรม จ.สุราษฎร์ธานี
ด้านศุลกากรกันตัง จ.ตรัง

ประเด็นที่น่าสนใจ/ประเด็นสำหรับการทำวิจัย ได้แก่

1. **สื่อที่ช่วยในการถอดบทเรียนที่สอดคล้องกับเขตพื้นที่ (ภาษายาวี)** ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูง โดยเฉพาะจังหวัดปัตตานี ดังนั้น ใน 3 จังหวัดชายแดนจะมีปัญหาในเรื่องภาษา วัฒนธรรม จึงเป็นที่น่าสนใจที่จะศึกษาเรื่องสื่อที่ช่วยในการถอดบทเรียนเพื่อให้สอดคล้องกับเขตพื้นที่ โดยจัดทำสื่อในรูปแบบภาษายาวี และร่วมกันรณรงค์ในเรื่องโตะอิหม่าม โตะะครู เพราะว่าผลจากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าโตะะอิหม่าม โตะะครู มีอิทธิพลกับการสูบบุหรี่ของเยาวชนใน 3 จังหวัดชายแดนได้
2. **ประสิทธิผลของช่างหม้อดอกขาวช่วยถอดบทเรียน** ร่วมกับคลินิกถอดบทเรียนในโรงพยาบาล ช่างหม้อดอกขาวมีหลายโรงพยาบาลที่ดำเนินการอยู่ แต่เรื่องประสิทธิผลที่นำมาวัดในงานวิจัยยังไม่ชัดเจน จึงเป็นหัวข้อวิจัยที่น่าสนใจและควรมีการต่อยอดในเรื่องรูปแบบการวิจัย
3. **รูปแบบการรายงานผลการบำบัดบทเรียน (หน่วยจัดเก็บข้อมูล)** อยากให้มีหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจนลักษณะเหมือนกับจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่คิดรูปแบบของการบำบัด แต่จังหวัดอื่นยังไม่มีรูปแบบในการรายงานผล
4. **ทางเลือกอื่น ๆ สำหรับการถอดบทเรียน (อบรมผู้นำ)** หัวข้อเรื่องการถอดบทเรียน มีองค์ความรู้ที่ไม่ได้ดำเนินการชัดเจนในเรื่องการถอดบทเรียน และการใช้สมมุติฐานพื้นฐานในการช่วยลดการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการถอดบทเรียน เช่น หัวใจเท่า หรือการอบสมมุติฐาน การนวด การประคบ





กลุ่มย่อยที่ 2 บุหรืหนีภาษี

หัวข้อในการอภิปราย

1. ใคร(หน่วยงาน/องค์กร) คือผู้ที่มีศักยภาพในการทำวิจัยเรื่องบุหรืหนีภาษีในภาคใต้
2. องค์ความรู้สำคัญที่ค้นพบแต่ยังไม่ได้ดำเนินการที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องบุหรืหนีภาษี
3. หัวข้อการวิจัยใดบ้างที่เครือข่ายสนใจ และคิดว่าจะทำได้
4. ประเด็นอื่น ๆ ที่ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอ

รายชื่อผู้เข้าร่วมอภิปราย

คุณจิตตเวช เกตุชู

คุณวัลย์ลักษณ์ จิตพิบูลย์

ผศ.ดร. ปฐมา อักษรจรุง

ดร. กรรณิกา เรืองเดช

อาจารย์อัญชลี พงศ์เกษตร

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มอ.วิทยาเขตหาดใหญ่ (Moderator)

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มอ.วิทยาเขตหาดใหญ่ (Facilitator)

คณะศิลปศาสตร์ มอ.วิทยาเขตหาดใหญ่

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา



การลักลอบจำหน่ายบุหรี่ปิดกฎหมายหรือบุหรี่ปิดกฏหมายที่เถื่อนเป็นปัจจัยแทรกแซงประสิทธิภาพของมาตรการขึ้นภาษีเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยทำให้ราคาบุหรี่ปิดกฏหมาย การสูบเพิ่มขึ้น สุขภาพของประชาชนอ่อนแอลง ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อรัฐ

จากข้อมูลการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่ามาตรการในการขึ้นภาษีบุหรี่ปิดกฏหมายทำให้ราคาบุหรี่ปิดกฏหมายเพิ่มขึ้นสามารถลดอัตราการบริโภคบุหรี่ปิดกฏหมายได้ ดังนั้นบุหรี่ปิดกฏหมายจึงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพ เพราะราคาบุหรี่ปิดกฏหมายนั้นมีราคาสูงกว่าบุหรี่ปิดกฏหมายที่มีอยู่ทั่วไปในท้องตลาด ประมาณการว่า ร้อยละ 11.6 ของบุหรี่ปิดกฏหมายในตลาดยาสูบทั่วโลกเป็นบุหรี่ปิดกฏหมายซึ่งเป็นจำนวนบุหรี่ปิดกฏหมายถึง 657 พันล้านมวน และทำให้สูญเสียรายได้จากภาษียาสูบถึงประมาณ 40.5 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยร้อยละ 16.8 ของบุหรี่ปิดกฏหมายอยู่ในประเทศรายได้ต่ำ ร้อยละ 11.8 ในประเทศรายได้ปานกลาง และร้อยละ 9.8 ในประเทศรายได้สูง

ธนาคารโลกได้ประมาณการว่า ในประเทศไทยนั้นมีบุหรี่ปิดกฏหมายอยู่ในตลาดการค้ายาสูบประมาณร้อยละ 11 จากการประมาณการของธนาคารโลกในปี ค.ศ. 2005 ปริมาณของบุหรี่ปิดกฏหมายทั่วโลกประมาณ 595 พันล้านมวน หรือประมาณ 10.7 ของบุหรี่ปิดกฏหมายทั้งหมดที่มีขายอยู่ในตลาด โดยในอเมริกาเหนือมีปริมาณบุหรี่ปิดกฏหมายทั้งหมดที่มีขายอยู่ในตลาด 414 พันล้านมวน เป็นบุหรี่ปิดกฏหมายร้อยละ 5 (21 พันล้านมวน) อเมริกาใต้มีปริมาณบุหรี่ปิดกฏหมายทั้งหมดที่มีขายอยู่ในตลาด 295 พันล้านมวน เป็นบุหรี่ปิดกฏหมายร้อยละ 20 (59 พันล้านมวน) ยุโรปมีปริมาณบุหรี่ปิดกฏหมายทั้งหมดที่มีขายอยู่ในตลาด 869 พันล้านมวน เป็นบุหรี่ปิดกฏหมายร้อยละ 9 (78 พันล้านมวน) แอฟริกาและตะวันออกกลางมีปริมาณบุหรี่ปิดกฏหมายทั้งหมดที่มีขายอยู่ในตลาด 414 พันล้านมวน เป็นบุหรี่ปิดกฏหมายร้อยละ 15 (62 พันล้านมวน) ส่วนใหญ่เอเชียมีปริมาณบุหรี่ปิดกฏหมายทั้งหมดที่มีขายอยู่ในตลาด 3,050 พันล้านมวน เป็นบุหรี่ปิดกฏหมายร้อยละ 9 (275 พันล้านมวน)

การศึกษาวิจัยโดยการศึกษาจากข้อมูล 2 ประเภท คือ ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data)

การได้มาซึ่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data)

1. การประมาณการโดยวิธีการขยายเครือข่าย (Network scale up method)
2. วิธีการปลอมตัวเพื่อการซื้อหา (Secret shopping)

การได้มาซึ่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data)

โดยการรวบรวมและสรุปข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมศุลกากร กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นหัวข้อวิจัยที่สนใจศึกษา

1. ช่องทางการนำเข้าบุหรี่ปิดกฏหมาย และการกระจายสินค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบหนีภาษีในประเทศไทย
2. ผลกระทบจากการลักลอบค้าบุหรี่ปิดกฏหมาย กับอัตราการบริโภคบุหรี่ปิดกฏหมายในประเทศไทย
3. ขนาดปริมาณการลักลอบค้าบุหรี่ปิดกฏหมายในประเทศไทย



กลุ่มย่อยที่ 3 มาตรการ การควบคุมการบริโภคยาสูบ

หัวข้อในการอภิปราย

1. ใคร(หน่วยงาน/องค์กร) คือผู้ที่มีศักยภาพในการทำวิจัย เรื่องมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบในภาคใต้
2. องค์ความรู้สำคัญที่ค้นพบแต่ยังไม่ได้ดำเนินการที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ
3. หัวข้อการวิจัยใดบ้างที่เครือข่ายสนใจ และคิดว่าจะทำได้
4. ประเด็นอื่น ๆ ที่ผู้เข้าร่วมเสนอ

รายชื่อผู้เข้าร่วมอภิปราย

คุณวีระพงศ์ จินะดิษฐ

คุณประภาพรธรรม เอี่ยมอนันต์

คุณณิชนิฎาดา รองเดช

คุณวิเชียร จิตต์พิศาล

คุณสุติน ลาเต๊ะ

คุณสุวิมล แก้วแดง

คุณเสาวลักษณ์ มุสิกะรังษี

รศ.ชาณูชัย เรืองขจร

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ (Moderator)

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (Facilitator)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

สำนักงานสาธารณสุข อ.ตะกั่วป่า จ.พังงา

โรงพยาบาลพัทลุง

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ประเด็นที่น่าสนใจ/ประเด็นสำหรับการทำวิจัย ได้แก่

1. การศึกษาถึงมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบในบุหรี่ยุคใหม่ในพื้นที่ภาคใต้ จากผลการศึกษา พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ใกล้เคียงกันระหว่างบุหรี่ยุคใหม่กับบุหรี่ยุคเก่าที่ทำจากโรงงาน และยังไม่ได้มีการศึกษาเฉพาะบุหรี่ยุคใหม่จริง ๆ

2. ศึกษาความสำเร็จในการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ หรือความสำเร็จของมาตรการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ การศึกษามาตรการทางกฎหมายต้องศึกษาให้ชัดเจน เช่น ในกรณีของอำเภอหาดใหญ่ที่เข้าไปแล้วก็มีข้อเปรียบเทียบที่แตกต่างกัน เช่น สถานที่ห้ามสูบบุหรี่ที่เป็นห้องแอร์ คิดว่าน่าจะเปรียบเทียบระหว่างสถานที่ซึ่งจัดไว้ให้มีที่สูบบุหรี่กับสถานที่ซึ่งไม่ได้จัดให้มีที่สูบบุหรี่โอกาสที่จะทำให้ผู้ที่เข้ามาเกิดการฝ่าฝืนหรือให้ความเคารพในมาตรานั้นมีมากน้อยแค่ไหน เช่น ถ้าผู้ที่สูบบุหรี่ต้องขึ้นมาประชุมในห้องแอร์นี้เมื่อต้องการสูบบุหรี่ ต้องกดลิฟท์ลงไปสูบลชั้น 1 เพราะชั้นนี้ไม่มีที่ให้สูบบุหรี่ถูกต้องตามกฎหมาย อาจต้องศึกษาจุดนี้ด้วย

นอกจากนี้ ควรมีการทำการศึกษาในส่วนของร้านอาหารที่เป็น open air ในหาดใหญ่หลายร้านที่จัดสถานที่ให้สูบบุหรี่ได้ เพราะกฎหมายระบุว่าร้านอาหารสูบบุหรี่ไม่ได้ ยกเว้นที่ทางร้านจัดให้อาจทำการศึกษาเปรียบเทียบ 2 ร้านที่จัดสถานที่ให้สูบบุหรี่กับไม่ได้จัดสถานที่ให้สูบบุหรี่ แบบไหนจะมีโอกาสทำให้มาตรการประสบความสำเร็จตามกฎหมายมากกว่ากัน

3. ศึกษามาตรการทางสังคม เช่น มีการตรวจบัสสาวะเด็กหรือสอบถามเด็กกว่าที่บ้านมีคนสูบบุหรี่หรือไม่ และอาจมีมาตรการไปกับนักเรียนอนุบาล นักเรียนประถม ซึ่งควรทำอะไรให้มีสื่อไปถึงพ่อแม่ มาตรการนี้ศึกษาเปรียบเทียบดูว่ามีผลทำให้พ่อเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่





กลุ่มย่อยที่ 4

การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน

หัวข้อในการอภิปราย

1. ใคร(หน่วยงาน/องค์กร) คือผู้ที่มีศักยภาพในการทำวิจัยเรื่องการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนในภาคใต้
2. องค์ความรู้สำคัญที่ค้นพบแต่ยังไม่ได้ดำเนินการที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน
3. หัวข้อการวิจัยใดบ้างที่เครือข่ายสนใจ และคิดว่าจะทำได้
4. ประเด็นอื่น ๆ ที่ผู้เข้าร่วมเสนอ

รายชื่อผู้เข้าร่วมอภิปราย

ดร.พญ.รัศมี สังข์ทอง

คุณดาริกา ไสงาม

รศ.ดร.วันชัย ธรรมสังข์การ
 รศ.อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ
 อาจารย์ไศรยา นิชะ
 อาจารย์นิโลบล สัตยานุรักษ์
 คุณภัทรพร สหพัฒน์นา
 อาจารย์กนกพรรณ เรืองนภา
 ผศ.พรเพ็ญ ภัทรนุภาพร
 ดร.อลิสรา ชมชื่น
 ผศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
 รศ.ดร.บุปผา ศิริรัศมี
 ผศ.พญ.ทวิมา ศิริรัศมี
 ผศ.ดร.ปฐมมา อักษรจรุง
 คุณกุลศรี พึ่งพันธ์
 รศ.พญ.วนพร อนันตเสรี
 คุณวรรณมณี สุวรรณมณี
 คุณวัลย์ลักษณ์ สิทธิพรณ์
 คุณสุทัศน์ เหมทานนท์
 คุณจิราภรณ์ เทพหนู
 คุณสุธาทิพย์ ชุนทอง
 คุณรสติกร ขวัญชุม

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มอ.วิทยาเขตหาดใหญ่ (Moderator)
 หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มอ.วิทยาเขตหาดใหญ่ (Facilitator)
 คณะศิลปศาสตร์ มอ.วิทยาเขตหาดใหญ่
 คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.วิทยาเขตหาดใหญ่
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
 สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตยะลา
 สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตยะลา
 คณะแพทยศาสตร์ มอ.วิทยาเขตหาดใหญ่
 คณะศึกษาศาสตร์ มอ. วิทยาเขตปัตตานี
 คณะศึกษาศาสตร์ มอ. วิทยาเขตปัตตานี
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 คณะศิลปศาสตร์ มอ. วิทยาเขตหาดใหญ่
 คณะทันตแพทยศาสตร์ มอ. วิทยาเขตหาดใหญ่
 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มอ. หาดใหญ่
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จ.นครศรีธรรมราช
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา
 โรงพยาบาลพัทลุง
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

สถานการณ์

ปัญหาการสูบบุหรี่ในเยาวชนภาคใต้ ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนจากการศึกษาของผู้เข้าร่วมการประชุม โดยทำการศึกษา 2 จังหวัดน่านรอง คือจังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล กลุ่มอายุและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ในเยาวชนอายุ 9-24 ปี ศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติต่อยาสูบ พบว่า ร้อยละ 40.6 เยาวชนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ครั้งหนึ่งพยายามจะเลิกแต่กลับมาสูบใหม่เกือบทั้งหมด ระยะเวลาการเริ่มต้นสูบบุหรี่อายุประมาณ 7 ปี เฉลี่ยต่อวัน 8-9 มวน

เรื่องครอบครัวพบว่าเกือบร้อยละ 60 ของสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่โดยเฉพาะคนที่ เป็นบิดา สูบบุหรี่ 50%

เรื่ององค์ความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.44 ทราบเกี่ยวกับโทษ ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ แต่ยังมีความเข้าใจที่ผิดที่คิดว่ายาสูบบวมเองหรือยาสูบจากใบจาก ไม่ใช่บุหรี่ ร้อยละ 44

เรื่องการปฏิบัติตามกฎหมาย ร้อยละ 37 ไม่รู้ว่าสถานที่สาธารณะบางแห่ง เช่น บริเวณสถานีนขนส่งโดยสารเป็นเขตปลอดบุหรี่

เรื่องเจตคติ พบว่า เยาวชนส่วนใหญ่ต้องการเห็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ เช่น ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ เป็นต้นแบบที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 45

เรื่องค่านิยม พบว่า เรื่องการสูบบุหรี่กับความเท่ พบร้อยละ 37 การสูบบุหรี่แสดงออกถึงความทันสมัย ร้อยละ 38

เรื่องพฤติกรรม พบว่า ร้อยละ 18 ไม่อ่านฉลากบนซองบุหรี่

เรื่องศาสนา พบว่า ไม่มีผลกับการสูบบุหรี่ วัยรุ่นพุทธและอิสลาม มีการใช้ยาสูบคล้ายๆ กัน อีกทั้งยังพบว่าความรู้และระดับการศึกษามีผลต่อการสูบบุหรี่

นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ชอบนั่งสูบบุหรี่ที่ร้านขายกาแฟหน้าโรงเรียนหลังเลิกเรียนตอนเย็น อีกทั้งยังคงมีนักเรียนนักศึกษาสูบบุหรี่ในสถาบันการศึกษาซึ่งไม่มีมาตรการใดหรือใครทำอะไรได้

เด็กที่มีปัญหามากที่สุดคือกลุ่มอาชีวศึกษา จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ในห้อง 30 คน มีคนที่ไม่สูบบุหรี่เพียง 2 คน

อะไรคือจุดเริ่มต้นในการสูบบุหรี่ของเยาวชน

จากการสัมภาษณ์นักเรียน พบว่า จุดเริ่มต้นของการสูบบุหรี่คือ เมื่อเห็นเพื่อนสูบบุหรี่อยากลองบ้าง เมื่อลองก็ติด นักเรียนบอกว่าการสูบบุหรี่ครั้งแรกนั้นเพื่อให้เพื่อนในกลุ่มยอมรับ ถ้าไม่สูบบุหรี่เพื่อนในกลุ่มไม่ยอมรับ ดังนั้น การสูบบุหรี่เป็นการแสดงออกถึงความจริงใจที่มีให้กันในกลุ่ม และส่วนใหญ่ พบว่า เป็นเด็กในกลุ่มที่มีปัญหา

ต้นเหตุที่สำคัญคือสังคมและครอบครัวต้นแบบ บางครั้งคนในครอบครัวสูบบุหรี่และส่งบุหรี่ให้ อีกทั้งยังเป็นเรื่องที่ยอมรับกันในสังคมและครอบครัว ความเข้าใจผิดของเด็กในเรื่องความรู้ การเห็นพ่อสูบบุหรี่ตั้งแต่ยังเด็กแต่ไม่เคยเห็นพ่อป่วยเป็นโรคอะไร คุณตาอายุ 80 ปียังสูบบุหรี่ ร่างกายแข็งแรงดี จึงมีความเข้าใจว่ายาสูบไม่มีพิษภัยและอันตราย

ดังนั้น ครอบครัวมีความสำคัญมาก ถ้าครอบครัวไม่มีการเลี้ยงดูที่อบอุ่น เด็กมักไปคบเพื่อน



ที่มีปัญหาคล้ายกับตัวเองและหาทางระบายความเครียดด้วยการสูบบุหรี่

จากประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในกลุ่มจิตเวชบำบัดยาเสพติด เด็กที่เข้ามาบำบัดยาเสพติด เกือบ 100 % เป็นเด็กที่สูบบุหรี่และกินเหล้ามาก่อน คือใช้ทั้ง 2 อย่างคู่กันทั้งสูบบุหรี่และดื่มเหล้า ตามมาด้วยยาเสพติด ส่วนมากเป็นเด็กที่มีปัญหาครอบครัว สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวไม่ดี จากการสอบถาม พบว่า เด็กส่วนใหญ่รู้ถึงโทษของเหล้าและบุหรี่ แต่ไม่เชื่อ

ประเด็นที่น่าสนใจ/ประเด็นสำหรับการทำวิจัย

การวิจัยเชิงพฤติกรรมที่ผ่านมามีส่วนใหญ่อ้างอิงที่จุดยืน ทั้งกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ มาตรการทางภาษี มาตรการทางสังคม เสนอให้มีการวิจัยที่สามารถตอบโจทย์ที่ทำอย่างไรไม่ให้เยาวชนเข้ามาสู่แวดวงของการสูบบุหรี่ สื่อต้องมีความทันสมัยมากกว่านี้

- วิจัยเชิงคุณภาพ และพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในเชิงลึก
- วิจัยเพื่อหาช่องว่างทางความคิด ทำอย่างไรที่จะเปลี่ยนความคิดของเยาวชนที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้

- ใน 3 จังหวัดภาคใต้ วัฒนธรรมมีอิทธิพลมาก (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) ชาวบ้านในพื้นที่จะเชื่อผู้นำศาสนา ศาสนาเป็นวิถีชีวิต ดังนั้นถ้าผู้นำศาสนาเข้ามาช่วย มาให้ความรู้ มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยไม่ให้เยาวชนรุ่นใหม่เข้าสู่แวดวงของการสูบบุหรี่ได้

- การวิจัยเพื่อประเมินสภาพปัญหาการบริโภคยาสูบของเยาวชนในพื้นที่ภาคใต้
- ทำการวิจัยในรูปแบบปฏิบัติการ ออกแบบเรื่องการประเมินผลให้ชัดเจน ศึกษาเรื่องกิจกรรม เรื่องทักษะว่าเยาวชนมีทักษะต่าง ๆ อย่างไร และด้านใดบ้าง

การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมาในโรงเรียน พบว่า เมื่อมีกิจกรรมให้เด็ก ๆ ได้มานำเสนอรูปแบบการจัดกิจกรรมหรือแลกเปลี่ยนความคิดมักจะเป็นกลุ่มเด็กดี ส่วนเด็กที่มีปัญหาหรือกลุ่มที่สูบบุหรี่มักไม่เข้ามาร่วมทำกิจกรรมด้วย ซึ่งแนวความคิดอาจสอดคล้องกับความต้องการของเด็กอีกกลุ่มหนึ่ง ดังนั้นควรศึกษากับเด็กกลุ่มที่สูบบุหรี่ว่าจะได้อะไรบ้างที่น่าสนใจเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหาแนวทางในการปรับกิจกรรมและช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ให้เลิกสูบบุหรี่

- การให้ความรู้แก่เยาวชนยังน้อย เพราะเยาวชนส่วนใหญ่ยังไม่รู้ว่าบุหรี่มีมวนเอง คือบุหรี่ที่สูบแล้วมีอันตรายเช่นเดียวกัน

- การสื่อสารที่ผ่านมายังไม่สามารถเข้าถึงใจของวัยรุ่นได้ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง
- เรื่องวัฒนธรรม การมองเห็น การเป็นตัวแบบ การปฏิบัติกันมา ชาวมุสลิมยังไม่ชัดเจนว่าการสูบบุหรี่เป็นฮาราลหรือฮารอม (ฮารอม คือปฏิบัติไม่ได้ ฮาราล คือ ปฏิบัติได้)

- ให้เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วม เข้ามาแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน
- การสื่อสารที่โดนใจวัยรุ่นและดำเนินการเป็นระยะไม่ใช่ครั้งเดียวแล้วเลิก ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน ดังนั้นการสื่อสารจึงเป็นส่วนสำคัญที่ต้องเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทั้งกลุ่มวัยรุ่น เยาวชนกลุ่มวัยทำงาน ทำอย่างไรที่จะสื่อสารกับพวกเขาได้ หรืออาจให้เขามาเรียนรู้และนำเอาไปสื่อสารกับกลุ่มเพื่อน

- ศึกษาหามาตรการที่ทำให้เยาวชนมีจิตใจที่เข้มแข็งซึ่งจะเป็นภูมิคุ้มกันได้ รวมทั้งงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

- กระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงศึกษาธิการอาจต้องทำงานร่วมกันในการผลิตตำราเกี่ยว

กับเรื่องของสุขภาพในทุกระดับชั้นตั้งแต่ประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาและมีการปรับปรุงตำราในทุก 3 ปี และเหมาะสมกับวัย คล้ายกับการดำเนินการที่ประเทศญี่ปุ่น

ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ

การศึกษาเรื่องความรู้ การสื่อสาร วัฒนธรรม มาตรการ ภัยคุกคามอื่น ๆ

- นอกจากนักวิจัยที่ต้องศึกษาในเรื่องดังกล่าวแล้ว ยังต้องขอความร่วมมือกับครู อาจารย์ ผู้นำศาสนา ชุมชน

- สภาเด็กและเยาวชน

การศึกษาด้านวัฒนธรรมศาสนา

- สำนักงานพระพุทธศาสนา

- สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด

- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน

- สถาบันการศึกษา

- วิทยุชุมชน

งานวิจัยที่จะเข้าถึงครอบครัว

- อสม.

- สสอ.

มีโครงการที่เกี่ยวข้องที่ได้ดำเนินไปแล้วและกำลังจะดำเนินการอยู่นั้น เช่น โครงการ 5 รั้ว ที่รัฐบาลได้มอบนโยบายให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ดำเนินการเกี่ยวกับรั้วครอบครัว รั้วชุมชนในเรื่องของการป้องกันยาเสพติด และโครงการ 3 D free drug ของกระทรวงศึกษาธิการ โครงการต่าง ๆ ที่มหาวิทยาลัยร่วมมือกับ สสส. ดูแลเรื่องยาสูบและสิ่งเสพติด ที่ประชุมได้เสนอว่าควรเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมที่มีอยู่แล้วเพื่อต่อยอดและทำงานอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยง ทำงานอย่างจริงจังและประเมินผลออกมาเป็นรูปธรรม อีกทั้งในการทำโครงการแต่ละโครงการนั้นควรต่อยอดเป็นงานวิจัย และประเมินว่าโครงการดังกล่าวมีผลอย่างไร

ในเบื้องต้นต้องศึกษาบริบทของแต่ละพื้นที่ที่ทำโครงการว่ามีสถานการณ์อย่างไร อัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนเป็นอย่างไร และกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดทำขึ้นมานั้น ต้องมีการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม กิจกรรมดังกล่าวได้ผลดีหรือไม่ อย่างไร ถ้าเกิดผลดีอาจต่อยอดให้เป็นงานวิจัย โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจนำผลจากการศึกษาไปต่อยอดและขยายผลได้ โดยนำมาเป็นต้นแบบสำหรับการดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนอื่น ๆ ได้





กลุ่มย่อยที่ 5 บุกรุกกับโรคไม่ติดต่อ

หัวข้อในการอภิปราย

1. หาข้อมูลเชิงประจักษ์/หลักฐาน เพื่อการสนับสนุนและผลักดันนโยบาย
2. ใคร(หน่วยงาน/องค์กร) คือผู้ที่มีศักยภาพในการทำวิจัยเรื่องบุกรุกกับโรคไม่ติดต่อในภาคใต้
3. องค์ความรู้สำคัญที่ค้นพบแต่ยังไม่ได้ดำเนินการที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องบุกรุกกับโรคไม่ติดต่อ
4. หัวข้อการวิจัยใดบ้างที่เครือข่ายสนใจ และคิดว่าจะทำได้
5. ประเด็นอื่น ๆ ที่ผู้เข้าร่วมเสนอ

รายชื่อผู้เข้าร่วมอภิปราย

ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย

คุณหงส์ แซ่ลิ่ม

คุณรุสมีนา นิมะ

คุณเดชทวี ศิริรักษ์

คุณเรณู บุญจันทร์

คุณรัตติยา เพชรน้อย

นพ.คณพล ภูมิรัตนประพิณ

นางบุญญา อักษรชู

นางอาภรณ์ บริรักษ์

ดร.กรรณิกา เรืองเดช

อาจารย์อัญชลี พงศ์เกษตร

อาจารย์อินัฐดา พิมพ์พวง

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (Moderator)

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (Facilitator)

โรงพยาบาลพัทลุง

โรงพยาบาลวิชะโร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

โรงพยาบาลป่าบอน จ.พัทลุง

โรงพยาบาลป่าบอน จ.พัทลุง

โรงพยาบาลป่าบอน จ.พัทลุง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา

คณะศึกษาศาสตร์ มอ. วิทยาเขตปัตตานี

งานวิจัยบุหรืกับโรคไม่ติดต่อ ทีสมาชิกกลุ่มได้ดำเนินการศึกษาแล้ว มีดังต่อไปนี้

1. ดร.กรรณิกา เรืองเดช ทบพทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับยาเสพติด และมีเรื่องบุหรืรวมอยู่ด้วย
2. ทพญ.ศิริเพ็ญ มีการตรวจมะเร็งช่องปาก และพัฒนาทันตแพทย์ในการตรวจคัดกรอง
3. โครงการพัฒนานักศึกษามหาวิทยาลัยในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
4. ผอ.รพ.ป่าบอน มีการเก็บข้อมูลคนไข้ทีสูบบุหรืทีเป็นโรคเรื้อรัง เช่น
 - โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดลมอุดกัันเรื้อรัง (COPD)
 - พฤติกรรมการสูบบุหรืกับ Intervention ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - การรณรงค์ระดับชุมชน เช่น การรณรงค์ในร้านค้า ร้านอาหาร สถานที่ราชการ สำหรับกลุ่มเสี่ยงทีจะเป็นโรคเรื้อรัง เช่น กลุ่มทีเริ่มมีความดันโลหิตสูง จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีหลักสูตรเรื่องบุหรืเสริมด้วย
5. กลุ่มเยาวชนในโรงเรียนปอเนาะ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำเรื่องศาสนสถานนำอยู่ มัลลียิตส่งเสริมสุขภาพจะมีกิจกรรมปลอดบุหรืด้วย เนื่องจากพบว่าเด็กในโรงเรียนปอเนาะสูบบุหรืเป็นจำนวนมาก

ประเด็นที่น่าสนใจ/ประเด็นสำหรับการทำวิจัย ได้แก่

1. ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลิกบุหรืกับการฟื้นตัวของอวัยวะปริทันต์
2. ความเข้าใจทีถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องบุหรื เช่น ความเข้าใจผิดของชาวบ้านทีเชื่อว่าบุหรืมวนเองอันตรายน้อยกว่าบุหรืซอง ความเข้าใจในเรื่องชนิดของบุหรื ว่าการสูบบไจาก หรือการอมการเคี้ยว ยาเส้น ไม่ใช่บุหรืและไม่อันตราย ความเชื่อว่าการจุดให้ติดควันจึงจะเป็นอันตราย ซึ่งสื่อต่าง ๆ มักแสดงออกถึงการจุดเป็นควัน จึงเป็นที่น่าสนใจการศึกษาปริมาณคนในพื้นที่ทีเสพในลักษณะนี้
3. พฤติกรรมการสูบบุหรื/สูบบไจากเพื่อไล่ยุงของชาวสวนยางพาราเวลาไปกรีดยาง
4. ประเด็นการสื่อสารสาธารณะ เช่น มีข้อเสนอแนะให้มีการผลิตแผ่นโปสเตอร์ทีมีข้อมูลทางวิชาการระบุชัดเจนว่าในบุหรืมีสารอะไรบ้าง มวนบไจากมืองค์ประกอบอย่างไร มีการเปรียบเทียบให้เห็นอย่างชัดเจน เพื่อประกอบการอธิบายในการสร้างความเข้าใจให้ประชาชน และสำหรับบุคคลบางกลุ่มทีต้องการเหตุผลจึงยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ การรณรงค์ให้พอเลิกสูบบุหรืพร้อม ๆ กับทีแม่ตั้งครรภ์
5. การได้รับควันบุหรืมือสองโดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงมุสลิม ในประเด็นว่ามีการรับรู้วิธีการกับการได้รับควันบุหรืในครอบครัว
6. ผลของ Second hand smoking และ Third hand smoking เช่น สูบบุหรืในขณะทีไม่มีใครอยู่บ้าน แต่ยังมีกลิ่นติดเสื้อผ้า หรือการสูบบในห้อง ซึ่งมีสารพิษหลงเหลืออยู่
7. Second hand smoking กับ Low birth weight
8. ยังไม่มีการศึกษาทีชัดเจนเกี่ยวกับผลจากการทีเด็กได้รับควันบุหรื
9. โรงพยาบาลป่าบอนมีการสังเกตผู้ป่วยเด็กทีมาด้วยโรคหอบหืด จากการสอบถามข้อมูลพบว่า 80-90% มีคนในบ้านสูบบุหรื จึงสนใจทำวิจัยประเด็นผลกระทบของคนในบ้านทีเป็น Second hand smoking และ Third hand smoking
10. การศึกษาการรับรู้ของผู้นำศาสนาต่อการสูบบุหรืของมุสลิม เพื่อนำไปสู่กระบวนการจัดการต่อไป



11. การเพิ่มบทบาทของผู้นำศาสนาและครูสอนศาสนาในโรงเรียน ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับด้านศาสนา แต่มีข้อสังเกตว่าหากผู้นำศาสนาสุบบุหรี จะสามารถเป็นตัวอย่างที่ดี หรือเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นต่อได้หรือไม่

12. คนใช้จิตเวชกับการใช้นิโคติน มีผลต่อการ relapse ของโรค



ภาคผนวก

- โครงการประชุมฯ
- กำหนดการประชุมฯ
- แบบสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมฯ
- บทคัดย่อ และ Power point ประกอบการนำเสนอ
- รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
- สรุปผลการประเมินจากแบบสอบถาม
- สรุปผลแสดงความคิดเห็น
- สรุปผลด้านการบริหารจัดการ
- การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่
- ภาพกิจกรรมน่าสนใจ

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วสส.)

เกาะติด-รู้กัน
ต้านภัย มุนรี

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วสส.) ขอเชิญผู้สนใจร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ประเด็นโรคเรื้อรังในชุมชนระดับประเทศและภาคใต้ เพื่อร่วมพัฒนาระบบการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในงาน...

**ประชุมเครือข่ายนักวิจัย
ในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผล
ด้านการควบคุมยาสูบ
(ภาคใต้)**

วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2552 เวลา 08.30 - 15.30 น.
โรงแรมโกลด์เคอราวัน พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

สำหรับผู้ที่สนใจเข้าร่วมการประชุมดังกล่าว
สอบถามรายละเอียดและสำรองที่นั่งได้ที่
โทร. 074-455150
หรือ canik5@hotmail.com
ดูรายละเอียดได้ที่ WWW.RDH.PSU.AC.TH





โครงการประชุมเครือข่ายนักวิจัย ในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้) โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)

1. หลักการและเหตุผล

ด้วยปรากฏว่า ภาคใต้มีปัญหาเรื่องการบริโภคยาสูบรุนแรงกว่าภาคอื่น ๆ คณะนักวิชาการด้านยาสูบของประเทศและของภาคใต้โดยการสนับสนุนของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และ สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) เห็นสมควรให้มีการจัดประชุมเครือข่ายนักวิจัย ในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ เพื่อหาทางเลือกเชิงนโยบายที่เหมาะสมกับประเทศไทย 7 กรอบประเด็น ได้แก่ 1.การเฝ้าระวังสถานการณ์ 2.การแก้ปัญหาการบริโภคยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษีและการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรี 3.รูปแบบการบูรณาการการเลิกบุหรี่ในระดับต่าง ๆ 4.การควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ ของยาสูบ 5.งานวิจัยเชิงพฤติกรรม สังคมและการสื่อสาร 6.บุหรี่ปริมาณเอง และ 7.ประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบ

ทั้งนี้ ศจย. ได้มีการประเมินผลการศึกษาวิจัย กิจกรรม หรือนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้ว นั้น พบว่า ในกรอบประเด็นดังกล่าว ยังขาดองค์ความรู้ของการศึกษาวิจัยในบางเรื่องทั้งในระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ดังนั้น เพื่อสรรหานักวิชาการ นักวิจัย ในการศึกษาค้นคว้า และหาข้อเสนอเชิงนโยบายในแต่ละกรอบประเด็นดังกล่าวในภาคใต้ จึงจัดประชุมเครือข่ายนักวิจัยในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลขึ้นเพื่อสร้างเครือข่ายการวิจัยให้เป็นวงจรที่ต่อเนื่อง เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 อภิปรายโจทย์วิจัยที่สำคัญระดับประเทศ และระดับภูมิภาค (ภาคใต้)
- 2.2 สร้างกลุ่มศึกษานโยบายควบคุมยาสูบในประเด็นที่สำคัญในภาคใต้ สามารถทำการวิจัย ประเมินผล และตอบคำถามเชิงนโยบายในด้านควบคุมการบริโภคยาสูบได้อย่างเท่าทัน สถานการณ์
- 2.3 เพื่อให้ให้นักวิจัยในภาคใต้ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีกระบวนการในการแก้ไขปัญหาการบริโภคการควบคุมยาสูบอย่างเป็นระบบ

3. กลุ่มเป้าหมาย

- 3.1 ผู้บริหารงานวิจัย นักวิชาการ และ นักวิจัย ระดับสูง ของสถาบันการศึกษาในภาคใต้
- 3.2 นักวิชาการและเครือข่ายที่มีผลงานวิชาการด้านยาสูบ หรือ สนใจงานวิจัยด้านยาสูบ

4. ระยะเวลาและสถานที่

วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2552 เวลา 08.30 – 15.00 น. สถานที่ ห้องประชุมเกษมสันต์
โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

5. การดำเนินงาน

1. สืบค้นข้อมูลรวบรวมรายชื่อของนักวิจัย นักวิชาการที่เคยทำศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ หรือมหาวิทยาลัย หน่วยงาน และสถาบันที่เกี่ยวข้อง ที่มีที่ตั้งอยู่ในภาคใต้
2. ติดต่อประสานงานเชิญเข้าร่วมการประชุม และทราบจำนวนผู้ตอบรับการเข้าร่วม
3. ประสานงานเครือข่ายนักวิจัยในสถาบันในภูมิภาคนั้น ให้เป็นเจ้าภาพร่วมจัด
4. เตรียมแนวทางการประชุม
5. จัดประชุม
6. สรุปการประชุมและจัดทำรายงาน

6. ลักษณะการประชุม

1. รับฟังการบรรยายโจทย์วิจัย และ แนวทางการสนับสนุนการทำวิจัยโดย ศจย.
สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศ และภาคใต้ โครงการวิจัยระดับชาติด้านยาสูบในภาคใต้
2. อภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ประเด็นโจทย์วิจัยที่สำคัญระดับประเทศและภาคใต้

7. งานหลังการประชุม

วพส. จัดทำรายงานและประเมินผลติดตามเครือข่าย และสนับสนุนการทำวิจัยของเครือข่ายและผู้เข้าร่วมประชุมต่อไป

หัวหน้าทีมติดต่อประสานงาน

คุณจูนชตา นันทดุสิต
สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ศ.นพ. วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์
สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



กำหนดการประชุม

โครงการเครือข่ายนักวิจัยในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้)

วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2552 เวลา 08.30 - 15.00 น.

ณ ห้องประชุมเกษมสันต์ โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ภาคเช้า

- 08.30-09.00 น. ลงทะเบียนและรับเอกสาร
- 09.00-09.15 น. **เปิดการประชุม** โดย ศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์
หัวหน้าหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
และ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)
- 09.15-09.45 น. **นำเสนอ 7 รอบประเด็น: คำถามการวิจัยที่สำคัญในการควบคุมยาสูบ**
โดย ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์
ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
- 09.45-10.00 น. **รายงานทางระบาดวิทยาเรื่อง สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทย
และ ภาคใต้**
โดย ดร.พญ.รัศมี ลังษ์ทอง
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 10.00-10.15 น. รับประทานอาหารว่าง (ฮาลาล)
- 10.15-10.30 น. **สถานการณ์และหัวข้อวิจัยด้านยาสูบในภาคใต้**
โดย ดร.พญ.รัศมี ลังษ์ทอง
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- 10.30-10.45 น. **การสนับสนุน การวิจัยและเครือข่ายนักวิจัย**
โดย ทพญ. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และทีมงาน
รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
- 10.45-12.00 น. **นำเสนอผลการศึกษาวิจัยด้านยาสูบในภาคใต้และชกถาม**
(เรื่องละ 15-20 นาที)
- การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย: การศึกษาความชุกและปัจจัยที่
เกี่ยวข้อง โดย รศ. พญ.วนพร อนันตเสรี
- พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม : อิทธิพลของสังคม
หรือตัวบุคคล โดย รศ.ดร.ดวงมณี จงรักษ์ และอาจารย์เพ็ญประภา ปริญญาผล
- ผลของชาชงหัวไชเท้าต่อการลดความอยากสูบบุหรี่
โดย รศ. ถนอมจิต สุภาวิตา
- การดำเนินการตามกฎหมาย พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
พ.ศ.2535 กรณีศึกษาพื้นที่หาดใหญ่ โดย คุณวีระพงศ์ จินะดิษฐ์
- 12.00 – 13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน (ฮาลาล)

ภาคบ่าย

13.00-14.30 น.

อภิปรายโจทย์วิจัยที่สำคัญระดับประเทศ และภูมิภาค

กลุ่มย่อยที่ 1 การอดบุหรี่

กลุ่มย่อยที่ 2 บุหรี่หนีภาษี

กลุ่มย่อยที่ 3 มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ

กลุ่มย่อยที่ 4 การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน

กลุ่มย่อยที่ 5 บุหรี่กับโรคไม่ติดต่อ

14.30-15.00 น.

นำเสนอผลการอภิปรายโจทย์วิจัย โดยตัวแทนกลุ่มย่อย
(รับประทานอาหารว่างบ่าย (ฮาลาล) เสริฟในห้องประชุม)

หมายเหตุ * กำหนดการประชุมเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม



แบบสอบถามผู้เข้าร่วมประชุมโครงการเครือข่ายนักวิจัยใน
การวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้)
วันอังคารที่ 22 ธันวาคม 2552 เวลา 08.30 – 15.00 น.
ณ โรงแรมไกลเด็น คราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

คำชี้แจง โปรดแสดงความคิดเห็น โดยทำเครื่องหมาย ✓ หรือกรอกข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่าน
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลของผู้เข้าร่วมประชุม

1.1 ชื่อ.....นามสกุล.....

1.2 ท่านสังกัด คณะ/สถาบันมหาวิทยาลัย/วิทยาลัย (โปรดระบุ).....

.....จังหวัด.....

1.3 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

1.4 เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....E-mail.....

1.5 ท่านเคยเข้าชม Website ของ ศจย. (www.trc.or.th) หรือไม่

เคย เข้าชมครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่.....

ไม่เคย

2. กรุณาเลือกประเด็นวิจัยที่ท่านสนใจ

ประเด็นวิจัย	ท่านสนใจวิจัย (ตอบได้มากกว่า 1คำตอบ)
1. การเฝ้าระวังสถานการณ์ การบริโภคยาสูบ ¹	
2. การเฝ้าระวังสถานการณ์ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ²	
3. มาตรการทางภาษีกับการควบคุม ³	
4. การบูรณาการบริการการเลิกบุหรี่ ⁴	
5. บุหรี่มีวนเอง ⁵	
6. พฤติกรรม สังคม และการสื่อสาร ⁶	
7. ประเมินนโยบาย ⁷	

¹ การบริโภคยาสูบ การกระทำผิดกฎหมายการโฆษณา การส่งเสริมการขาย การไม่บังคับใช้กฎหมาย และการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย

² การควบคุมผลิตภัณฑ์ รูปแบบต่าง ๆ รวมถึงอุตสาหกรรมยาสูบ) และแนวความคิดลดอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบของโลก ซึ่งส่งผลข้างเคียงในรูปแบบต่าง ๆ

³ การแก้ปัญหาการบริโภคยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี และการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรีการทำข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทยกับประเทศ/ภูมิภาคต่าง ๆ ระหว่างอาเซียนกับประเทศ/ภูมิภาคต่าง ๆ

⁴ รูปแบบการบูรณาการบริการการเลิกบุหรี่ในระดับต่าง ๆ ต้นทุนของการจัดบริการ และประมาณการค่าใช้จ่ายต่อปีสำหรับผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ รวมทั้งการพัฒนาประสิทธิภาพสายเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quit line) และหาปัจจัยที่นำไปสู่การเลิกบุหรี่

⁵ สถานการณ์การสูบบุหรี่มีวนเอง แบบแผนการสูบบุหรี่ ระบบการจัดเก็บภาษีบุหรี่มีวน

⁶ การสื่อสาร สื่อมวลชน สังคม เพื่อการรณรงค์ ขับเคลื่อนสังคม

⁷ การประเมินประสิทธิภาพมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ใช้อยู่เดิม และข้อเสนอแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพรวมทั้งประเมินประสิทธิภาพของสื่อรณรงค์ และประเมินความสำเร็จของการผลักดันนโยบาย ในรูปตัวชี้วัดความสำเร็จ



3. หัวข้อ / ชื่อเรื่องวิจัย หรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบของท่านที่ผ่านมา

หัวข้อ

ปี พ.ศ. ที่ทำ

แหล่งทุน

.....

.....

.....

.....

.....

4. หัวข้อ / แนวคิดที่ท่านสนใจ และต้องการพัฒนาไปเป็นงานวิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. ท่านต้องการมีบทบาทอย่างไรต่อไป (เลือกตอบได้ทุกข้อ)

- เป็นนักวิจัยกลุ่มโครงการย่อย เรื่อง.....
- เป็นนักวิจัยอิสระ เรื่อง.....
- ต้องการรับข่าวสารการวิจัย “ก้าวทันวิจัยกับ ศจย.” ฉบับต่อ ๆ ไป
- เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี
- เข้าร่วมประชุมในระดับภูมิภาค
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)

6. การสนับสนุนที่ท่านต้องการได้จากทางศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

.....

.....

.....

.....

.....



ตอนที่ 2 การแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม

1. ท่านมีความคิดเห็นของ “การประชุม” ในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด

ความคิดเห็นต่อการจัดประชุม	ระดับความคิดเห็น			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านวิทยากร				
1. มีความรู้ความเข้าใจในหัวข้อที่นำเสนอ				
2. สามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างชัดเจน				
3. ให้คำแนะนำ คำปรึกษาต่างๆ ได้เป็นอย่างดี				
ด้านอาคารสถานที่				
1. ความเหมาะสมของสถานที่ที่จัดประชุม				
2. ความเหมาะสมของที่พัก				
3. สถานที่จัดประชุมมีความสะดวกในการเดินทาง				
4. ความพร้อมของห้องประชุม				
5. ความพร้อมของสื่อและอุปกรณ์นำเสนอ				
6. สถานที่รับประทานอาหารมีความสะอาดและสะดวก				
7. อาหารและเครื่องดื่ม				
ด้านกระบวนการจัดประชุม				
1. การแจ้งข่าว/การประชาสัมพันธ์การจัดประชุม				
2. เอกสาร ประกอบการประชุม ครบถ้วนสมบูรณ์				
3. มีอุปกรณ์หรือสื่อที่ทันสมัยในการประกอบการประชุม				
4. มีการเปิดโอกาสในการแสดงความคิดเห็น				
5. ระยะเวลาในการจัดประชุมมีความเหมาะสม (1 วัน)				
6. ช่วงเวลาที่จัดมีความเหมาะสม (เดือนธันวาคม)				
ภาพรวมการจัดประชุม				



2. "จุดเด่น" ของการประชุมที่ท่านประทับใจ คือ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. "จุดที่ควรปรับปรุง" ของการจัดประชุม คือ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่สละเวลาในการตอบข้อมูลดังกล่าว
กรุณาส่งเอกสารฉบับนี้ที่เจ้าหน้าที่ หรือ ณ จุดลงทะเบียน



Power point ประกอบการนำเสนอ

การเปิดการประชุม

โดย ศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์



การประชุม

โครงการเครือข่ายนักวิจัย ในการวิจัยเชิงนโยบายและ ประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้)

โดย

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล
และสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วทส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หลักการและเหตุผล

- ภาคใต้มีปัญหาเรื่องการบริโภคยาสูบรุนแรงกว่าภาคอื่น ๆ
- นโยบายที่ผ่านมา ยังขาดองค์ความรู้ของการศึกษาวิจัยในบางเรื่องทั้งในระดับภูมิภาค และระดับประเทศ
- จำเป็นต้องมีการกำหนดทางเลือกเชิงนโยบายที่เหมาะสมใน 7 กรอบประเด็น
- จึงจัดประชุมเพื่อสร้างเครือข่ายการวิจัยให้เป็นวงจรที่ต่อเนื่อง เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ต่อไป

7 กรอบประเด็น

- การเฝ้าระวังสถานการณ์
- การแก้ปัญหาการบริโภคยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษีและ การรับมือภาวะฉุกเฉินที่มาจากการกักตุน
- รูปแบบการบูรณาการการเลิกบุหรี่ในระดับต่าง ๆ
- การควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ ของยาสูบ
- งานวิจัยเชิงพฤติกรรม สังคมและการสื่อสาร
- บุหรี่มวนเอง
- ประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบ

วัตถุประสงค์

1. อภิปรายโจทย์วิจัยที่สำคัญระดับประเทศ และระดับภูมิภาค(ภาคใต้)
2. สร้างกลุ่มศึกษานโยบายควบคุมยาสูบในประเด็นที่สำคัญในภาคใต้ สามารถทำการวิจัย ประเมินผล และตอบคำถามเชิงนโยบายในด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบได้อย่างเท่าทันสถานการณ์
3. เพื่อให้ นักวิจัยในภาคใต้ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีกระบวนการในการแก้ไขปัญหาการบริโภค การควบคุมยาสูบอย่างเป็นระบบ

กลุ่มเป้าหมายของการประชุม

- ผู้บริหารงานวิจัย
- นักวิชาการ นักวิจัยระดับสูงในสถาบันการศึกษาภาคใต้
- นักวิชาการและเครือข่ายที่มีผลงานวิชาการด้านยาสูบ
- ผู้สนใจงานวิจัยยาสูบ

ผู้บริหารงานวิจัย



นพ.หทัย ชิตานนท์
ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย

ศ.ดร.นพ. วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์
หัวหน้าหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
และผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)



ผู้บริหารงานวิจัย



ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

ทพญ. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์
รองผอ.ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ



ผู้บริหารงานวิจัย



ดร.พญ.รัศมี สังข์ทอง

หัวหน้าโครงการกลุ่มศึกษานโยบายยาสูบด้านระบาดวิทยา
(ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ)

กำหนดการประชุม

09.15 – 09.45 น.	7 กรอบประเด็น:คำถามการวิจัยที่สำคัญในการควบคุมยาสูบ โดย ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์
09.45 – 10.00 น.	สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทยและภาคใต้
10.15 – 10.30 น.	สถานการณ์และหัวข้อวิจัยด้านยาสูบในภาคใต้ โดย ดร.พญ.รัศมี สังข์ทอง
10.30 – 10.45 น.	การสนับสนุน การวิจัยและเครือข่ายนักวิจัย โดย ทพญ. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และทีมงาน

กำหนดการประชุม

10.45-12.00 น.	การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย: การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดย รศ. พญ.วนพร อนันตเสรี
	พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม : อิทธิพลของสังคมหรือตัวบุคคล โดย รศ.ดร.ลวงมณี จงรัตน์ และอาจารย์พิเศษประจำ ปรินซ์ยูนิฟเวอริตี้
	ผลของช่างทอผ้าไหมต่อการลดความอยากสูบบุหรี่ โดย รศ. ฉนมอจิต สุตาวีลา
	ผลการดำเนินงานตามกฎหมาย พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 กรณีศึกษาพื้นที่ภาคใต้ โดย คุณวีระพงษ์ ฉินะสินธุ

กำหนดการประชุม

อภิปรายโจทย์วิจัย	
13.00-15.00 น.	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเลิกบุหรี่ 2. บุหรี่หนีภาษี 3. มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ 4. การป้องกันบุหรี่ในเยาวชน 5. บุหรี่กับโรคไม่ติดต่อ



Power point

ประกอบการนำเสนอ

นำเสนอ 7 กรอบประเด็น:

คำถามการวิจัยที่สำคัญ

ในการควบคุมยาสูบ

โดย ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์

**7 กรอบประเด็น: คำถามการวิจัย
ที่ต้องการองค์ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
ในประเทศไทย พ.ศ.2552-2554**




โดย
ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์
ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)





**ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
พ.ศ.2552-2554**

มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการสร้างงานวิจัย นักวิจัยเพื่อการควบคุมยาสูบ ตอบสนองต่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ภายใต้กรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก "Framework Convention on Tobacco Control" (FCTC) และเพื่อการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

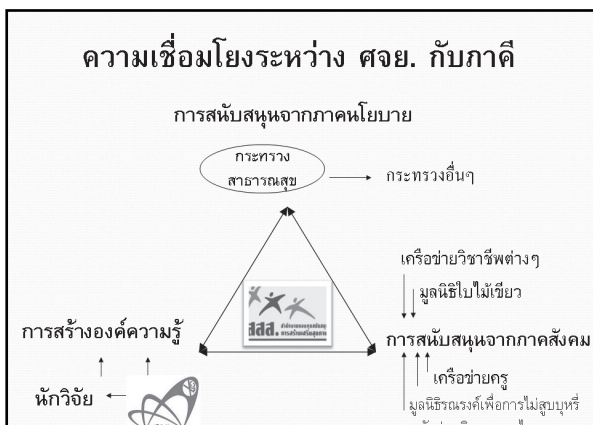
Vision และ Mission

วิสัยทัศน์ (Vision)
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ เป็น

- ❖ ศูนย์กลางสนับสนุนงานวิจัย และบริการวิชาการเพื่อการควบคุมยาสูบของประเทศไทย และศูนย์ข้อมูลระดับชาติเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ

พันธกิจ (Mission)

- ❖ เป็นศูนย์วิชาการที่มีพันธกิจครอบคลุมการวิจัย และสนับสนุนนักวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ❖ การจัดทำระบบฐานข้อมูลวิจัย การเฝ้าระวัง และการรายงานการดำเนินงานควบคุมยาสูบตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก
- ❖ การสื่อสารข้อมูลวิชาการสู่สาธารณะ

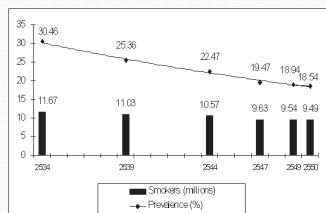


ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (พ.ศ.2552-2554)

- ❖ เกิดกลุ่มศึกษานโยบายยาสูบอย่างน้อย 7 กลุ่มในประเด็นจำเพาะที่มีความเข้มแข็งในการทำวิจัยนโยบาย และประเมินผล และสามารถตอบคำถามเชิงนโยบายในด้านควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้อย่างทันเหตุการณ์
- ❖ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในประเด็นจำเพาะที่สำคัญ อย่างน้อย 7 ด้าน
- ❖ เกิดฐานข้อมูลวิชาการด้านยาสูบ ที่เข้าถึงง่าย
- ❖ มีการจัดประชุมวิชาการประจำปีเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการ และเสนอแนะข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสาธารณะ

สภาพปัญหาการสูบบุหรี่ในประเทศไทย

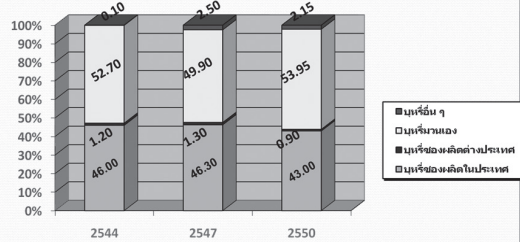
จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำและอัตราต่อประชากร (ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี)



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- อัตราผู้สูบบุหรี่ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่การลดลงเริ่มชะลอตัว โดยในปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.49 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.54
- อายุที่เริ่มสูบ กลุ่มประชากรชายมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่เท่ากับ 18 ปี ขณะที่ประชากรหญิงมีอายุเริ่มต้นสูบบุหรี่เท่ากับ 22 ปี
- จำนวนบุหรี่ที่สูบ ผู้สูบบุหรี่มีจำนวน สูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันลดลงจาก 11.85 มวนในปี พ.ศ.2534 เป็น 10.27 มวน ในปี พ.ศ.2550

ร้อยละของผู้สูบบุหรี่แต่ละประเภทที่สูบประจำอายุ 15 ขึ้นไป



หมายเหตุ: วิเคราะห์จากข้อมูลปี พ.ศ. 2550 เฉพาะประเภทบุหรี่ที่สูบมากที่สุด ถ้าพบเพียง

ปัญหาการสูบบุหรี่ของประชาชนไทย

- อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชาย อายุ 19-59 ปี สูงกว่าร้อยละ 40
- จำนวนผู้เลิกสูบบุหรี่มีถึงร้อยละ 18 แต่ทดแทนด้วยผู้สูบบุหรี่ใหม่ที่มีอัตราเพิ่มขึ้น
- ในกลุ่มเยาวชน 15-18 ปี และ 19-24 ปี มีอัตราสูบบุหรี่ร้อยละ 7.25 และร้อยละ 21.27 ในปี พ.ศ.2550 ตามลำดับ
- ร้อยละ 69 ของผู้สูบบุหรี่เยาวชนเพศหญิง (15-24 ปี) เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 14 ปี
- ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อย อยู่ในชนบท และยากจน
- ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่มาเองเกือบร้อยละ 50 เยาวชนนิยมสูบบุหรี่มาเองถึงร้อยละ 32.83 (เยาวชนสูบบุหรี่ที่กินซองในประเทศร้อยละ 63.25) (สำรวจปี 2550)

ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบ

- การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการโรคสูงสุดเป็นอันดับ 3 (เสียชีวิตและเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง)
- ประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิต 41,002 คนต่อปี (พ.ศ.2547) จากโรคที่เกี่ยวข้อง (Deaths attributable to Tobacco)
- ประมาณการในปี พ.ศ.2549 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่: โรคมะเร็งปอด 5,299 ราย, โรคหัวใจ 52,605 ราย และโรคถุงลมโป่งพอง 624,309 ราย
- ค่ารักษาพยาบาล เป็นเงิน 9,857 ล้านบาท, คิดเป็น 0.48% ของ GDP ในปี พ.ศ. 2549

สถานการณ์การเพาะปลูกยาสูบในประเทศไทย

- ในปี พ.ศ.2549 ประเทศไทยมีพื้นที่ปลูกยาสูบประมาณ 260,000 ไร่ มีกำลังการผลิต 87,400 ตัน พื้นที่ปลูกยาสูบในประเทศไทยส่วนใหญ่จะอยู่ในภาคเหนือตอนบน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน
- จังหวัดที่มีการปลูกยาสูบมีจำนวน 27 จังหวัด จังหวัดสุโขทัยมีพื้นที่เพาะปลูกมากที่สุด และมีครัวเรือนเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ มากที่สุดจำนวน 4,131 ครัวเรือน
- โรงงานยาเส้นจากข้อมูลสำรวจของสำนักงานเกษตรจังหวัด พบว่ามีในจังหวัดต่าง ๆ ถึง 800 กว่าแห่ง
- แนวโน้มการเพาะปลูกยาสูบขึ้นอยู่กับข้อกำหนดพื้นที่ปลูกของกรมสรรพสามิต และการให้โควตาการปลูกยาสูบของโรงงานยาสูบ และบริษัทเอกชน ซึ่งจำนวนพื้นที่ปลูกยาสูบในทุกจังหวัดโดยรวมแล้วมีแนวโน้มลดลง โดยสาเหตุหลักน่าจะมาจากการกำหนดโควตาการเพาะปลูกยาสูบให้แก่เกษตรกร ของโรงงานยาสูบ

สถานการณ์การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย

- กรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบ Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) ขององค์การอนามัยโลกมีมาตรการในการควบคุมยาสูบ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 5 ประเภท คือ
 - มาตรการลดอุปสงค์การบริโภคยาสูบ (Reduce the demand of tobacco)
 - มาตรการด้านอุปทาน เพื่อการลดการบริโภคยาสูบ (Reduce the supply of tobacco)
 - การควบคุมกำกับสารประกอบในผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Regulate the contents of tobacco)
 - มาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ (Protect public from smoke)
 - การช่วยให้ผู้เสพติดเลิกใช้ยาสูบ (Promote cessation and provide adequate treatment)
- ประเทศไทยได้ลงนามรับรอง FCTC เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบของ



ความก้าวหน้าในการดำเนินงานของไทย ลดการสูญเสียชีวิต

- มาตรา 6: มาตรการด้านราคาและภาษี
- มาตรา 7: มาตรการที่ไม่เกี่ยวข้องกับราคา
- มาตรา 11: มาตรการห้ามโฆษณาของบุหรี่
- มาตรา 12: มาตรการให้ความรู้ การสื่อสาร ให้ตระหนัก
- มาตรา 13: มาตรการห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่
- มาตรา 9: การตรวจวัดและควบคุมระดับสารประกอบในผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสารที่ปล่อยออกจากการสูบบุหรี่
- มาตรา 10: การแจ้งข้อมูลสารประกอบและสารที่ปล่อยออกจากการสูบบุหรี่ ต่อกระทรวงสาธารณสุข
- มาตรา 19: การกล่าวโทษเพื่อฟ้องร้องดำเนินคดีความร้ายแรงจากภาคอุตสาหกรรม

ก. มาตรการอุปสงค์การบริโภคยาสูบ	ค. การควบคุมกำกับสารประกอบในผลิตภัณฑ์ยาสูบ	
ข. มาตรการด้านอุปทาน	ง. มาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ (มาตรา 9)	จ. การช่วยเหลือผู้เสพติดเลิกใช้ยาสูบ (มาตรา 14)

- มาตรา 15: การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
- มาตรา 16: การห้ามขายบุหรี่แก่ผู้เยาว์
- มาตรา 17: การสนับสนุนการปลูกพืชทดแทนยาสูบ
- มาตรา 18: การคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ

❖ สีเขียว: มาตรการที่ดำเนินการแล้ว
❖ สีม่วง: มาตรการที่ประเทศไทยดำเนินการแล้วแต่ยังปรับปรุงได้อีกมาก

ประสิทธิผลของมาตรการ

- ❖ การประเมินผลของมาตรการในช่วงปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2549 พบว่ามาตรการด้านการเพิ่มภาษีบุหรี่และการห้ามโฆษณา จัดว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลสูงในการลดอัตราการบริโภคยาสูบ รองลงมาคือมาตรการ สื่อรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, มาตรการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะและมาตรการการเตือนภัยจากบุหรี่ (1)
- ❖ มาตรการประมาณการทางวิชาการระบุว่า การควบคุมยาสูบในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2534 – 2550 ที่ผ่านมามีผู้สูบบุหรี่ถึง 4.0 ล้านคน ด้วยการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ 2.4 ล้านคนและป้องกันนักสูบหน้าใหม่ 1.6 ล้านคน และลดผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากยาสูบบุหรี่ จำนวน 31,867 คน (2)

ที่มา: (1) Levy D., Benjakul S., Ross H. (2008)
(2) ศรีนิชญา เบนจกุล และคณะ (2551) : สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2534 – 2550



ผลงานทางวิชาการที่นำไปสู่นโยบาย และปฏิบัติ (พ.ศ.2548-2551) โดย เครือข่ายของ ศจย.

- วิชาการห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย → กฎหมายบังคับใช้ 24 ก.ย.2548
- วิชาการได้รับคำมั่นหรือสองของพนักงานและผู้มาที่ยาในสถานบันเทิงโดยประเมินจากสารโคดีนีนในปีสภาวะ → นโยบายการห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง กฎกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18
- วิชาการเก็บภาษีสรรพสามิตบุหรี่ชี้ขาด ในต่างประเทศ → ปรับภาษีสรรพสามิตเป็นร้อยละ 80
- คู่มือ สำหรับสถานศึกษาระดับ มัธยม อาชีวฯ และสำหรับบุคคลากร

ผลงานทางวิชาการที่นำไปสู่นโยบาย และปฏิบัติ (พ.ศ.2548-2551) โดย เครือข่ายของ ศจย. (ต่อ)

- การประเมินผลมาตรการ สถานที่ปลอดบุหรี่ ภาพเดือนหมของบุหรี่ เป็นต้น
- โครงการพัฒนาบริการเลิกบุหรี่ทางอินเทอร์เน็ต
- ประเมินนโยบายควบคุมยาสูบในประเทศที่มีผลต่อการลดอัตราการสูบบุหรี่
- การจัดทำรายงานการติดตามประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยภายใต้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ
- มีโครงการวิจัยที่ได้รับทุน กว่า 20 โครงการ

ส่วนขาดขององค์ความรู้ที่เกี่ยวกับมาตรการต่าง ๆ

- มาตรการที่ดำเนินการไปแล้ว แต่พบว่ามีข้อจำกัดที่ปรับปรุงได้อีก เช่น
- ❖ การปรับวิธีการคำนวณภาษีสรรพสามิตบุหรี่ จากฐานราคา ณ โรงงาน มาเป็นฐานราคาขายปลีก
- ❖ การเพิ่มการจัดเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มจูงใจเก็บภาษีต่ำมากแต่ 1% ในขณะที่ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่มาเองเกือบร้อยละ 50
- ❖ ระบบการเฝ้าระวัง รายงานบุหรี่ผิดกฎหมาย และตรวจจับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
- ❖ การบังคับใช้กฎหมายและการเพิ่มความร่วมมือในการจัดสถานที่ปลอดบุหรี่
- ❖ ระบบการช่วยเหลือผู้เสพติดเลิกยาสูบ ยังไม่เพียงพอ ไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ และไม่ได้ บูรณาการในระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น



ประเด็นวิจัยที่ ศย. ให้ความสำคัญ ในช่วง พ.ศ.2552-2554

1. **บุหรืหม่าเอง** ทั้งในเรื่องสถานการณ์การสูบหม่าเอง แบบแผนการสูบบุหรื ระบบการจัดเก็บภาษีหม่าเอง การบังคับใช้กฎหมายบุหรืหม่าเอง ผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นต้น
2. **การแก้ปัญหาการบริโภคยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี** และการรับมือภาวะฉุกเฉินที่มาจากการค้าเสรี
3. **รูปแบบการบูรณาการบริการการเลิกบุหรื** ในระดับต่างๆ ต้นทุนของการจัดบริการ และประมาณการค่าใช้จ่ายต่อปีสำหรับผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ รวมทั้งการพัฒนาประสิทธิภาพสายเลิกบุหรื
4. **งานวิจัยเชิงพฤติกรรมและสังคม** เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนสังคมและพฤติกรรม และผลักดันงานรณรงค์สร้างกระแส
5. **การควบคุมผลิตภัณฑ์ รูปแบบต่างๆ ของยาสูบ** เช่น บุหรืไรควัน เป็นต้น และการลดอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบ
6. **การเฝ้าระวัง** รายงาน และควบคุมการทำผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมาย
7. **การประเมินประสิทธิภาพมาตรการ การควบคุมการบริโภคยาสูบ** ที่ใช้อยู่เดิมและข้อเสนอแนะทางการเพิ่มประสิทธิภาพ เช่น การห้ามใช้คำว่า **Light , Mild** บนซองบุหรื การพิมพ์รายชื่อสารพิษ/สารก่อมะเร็งบนซองบุหรื การขึ้นภาษีบุหรื การห้ามสูบในอาคาร บาร์ ตลาดสด และการห้ามตั้งแสดง ณ จุดขาย เป็นต้น

(ร่าง) แผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ

พ.ศ. 2553-2557

- ❑ **วิสัยทัศน์:** มุ่งสู่การพัฒนา การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง
- ❑ **พันธกิจ:** สนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันเฝ้าระวังและดำเนินการเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนไทย ให้ได้มาตรฐาน ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้พ้นจากการเสพติดเจ็บป่วย พิกัด และตายอันเนื่องมาจากอันตรายของยาสูบ

(ร่าง) แผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ

พ.ศ. 2553-2557 (ต่อ)

❑ **จุดหมายสูงสุด**

1. การลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชาชน
2. การลดอัตราการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากร
3. การทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรืที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

❑ **เป้าหมาย:**

1. ลดอัตราการสูบบุหรืปัจจุบันของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงเหลือร้อยละ 19.2 ในปี พ.ศ.2557
2. ควบคุมมิให้อัตราการบริโภคยาสูบชนิดอื่นๆ เพิ่มขึ้น
3. ลดอัตราการได้รับควันบุหรืมือสองของประชาชนลงเหลือ 30% ในปี 2557

(ร่าง) แผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ

พ.ศ. 2553-2557 (ต่อ)

ประกอบด้วย 8 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ดังนี้

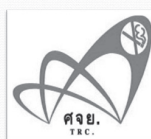
- ❖ **ยุทธศาสตร์ที่ 1** การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคนิยสูบรายใหม่
- ❖ **ยุทธศาสตร์ที่ 2** การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลด และเลิกใช้ยาสูบ
- ❖ **ยุทธศาสตร์ที่ 3** การลดพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- ❖ **ยุทธศาสตร์ที่ 4** การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรื
- ❖ **ยุทธศาสตร์ที่ 5** การสร้างเสริมความแข็งแรง และพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ
- ❖ **ยุทธศาสตร์ที่ 6** การควบคุมการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย
- ❖ **ยุทธศาสตร์ที่ 7** การแก้ปัญหาการควบคุมยาสูบโดยใช้มาตรการทางภาษี
- ❖ **ยุทธศาสตร์ที่ 8** การเฝ้าระวังอุตสาหกรรมยาสูบ

สรุป

- ❑ ปัญหาสังคมภาพและอาจทวีความรุนแรง ถ้าการเปิดเสรีทางการค้า ส่งผลให้มีกลยุทธ์การแข่งขันทางการตลาดมากขึ้น ซึ่งจะกระตุ้นให้มีผู้สูบบุหรืหน้าใหม่
- ❑ ผู้สูบบุหรืส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส มีการศึกษาน้อย อยู่ในชนบท และยากจน
- ❑ โครงสร้างของรัฐในการควบคุมยาสูบ ไม่เข้มแข็ง

ข้อเสนอ

- การเพิ่มศักยภาพของภาคประชาชน ให้มาสนใจและเฝ้าระวังการคุกคามจากอุตสาหกรรมยาสูบ น่าจะเป็นแนวทางที่นำไปสู่ความสำเร็จ ในบริบทของประเทศไทยในอนาคตได้





บทคัดย่อ

สองทศวรรษของการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

โดย พญ. รัศมี สังข์ทอง, ศ.นพ. วีระศักดิ์
จงสู่วิวัฒน์วงศ์, วลัยลักษณ์ จิตพิบูลย์
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทนำ

ถึงแม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วว่าการบริโภคยาสูบมีผลร้ายต่อสุขภาพ อัตราการบริโภคยาสูบยังอยู่ในระดับสูงและเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรทั้งในระดับชาติ และนานาชาติ และถึงแม้ว่าประเทศไทยจะเป็นประเทศหนึ่งที่มีมาตรการการควบคุมยาสูบที่เข้มแข็ง ในขณะเดียวกันอุตสาหกรรมยาสูบก็มีความพยายามอย่างไม่หยุดยั้งที่จะขยายตลาดและส่งเสริมการบริโภคยาสูบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องตรวจสอบสถานการณ์การบริโภคยาสูบ และปรับมาตรการและแนวทางในการควบคุมยาสูบให้ทันต่อเหตุการณ์และการคุกคามจากอุตสาหกรรมยาสูบ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ นำข้อมูลการสำรวจความชุกของการบริโภคยาสูบ (บริโภคยาสูบอย่างน้อยวันละ 1 มวน) ระดับประเทศจำนวน 7 ฐานข้อมูล ระหว่างปี พ.ศ. 2529-2550 จากสำนักงานสถิติมาวิเคราะห์เพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ในแต่ละกลุ่มอายุ เพศ ปีเกิด ภาค รวมถึงชนิดของยาสูบที่นิยมใช้

ผลการศึกษา

อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทยในสองทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามการลดลงดังกล่าวเริ่มชะลอตัวในช่วงสิบปีหลัง โดยในปี พ.ศ. 2550 อัตราการบริโภคยาสูบในเพศชาย และ เพศหญิงเป็นร้อยละ 31 และ 1.7 ตามลำดับ ช่วงอายุที่มีการบริโภคยาสูบมากที่สุดได้แก่ 21-60 ปี ในเพศชาย และ 61-80 ปี ในเพศหญิง ถึงแม้ผู้มีอายุระหว่าง 11-20 ปี ทั้งสองเพศมีอัตราการบริโภคยาสูบน้อยกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่น ๆ แต่พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบในช่วงอายุดังกล่าวไม่ค่อยลดลง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550

อัตราการบริโภคยาสูบในภาพรวมในเขตภูมิภาคสูงกว่าภาคกลาง และ กรุงเทพฯ โดย ภาคใต้ และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการบริโภคยาสูบในเพศชายสูงสุด ภาคเหนือมีอัตราการบริโภคยาสูบในเพศหญิงสูงสุด กรุงเทพฯ เป็นเขตที่มีอัตราการบริโภคยาสูบต่ำสุดในเพศชาย และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการบริโภคต่ำสุดในเพศหญิง ระหว่างการสำรวจในปี พ.ศ. 2547-2550 พบว่าเยาวชนเพศชายอายุระหว่าง 16-20 ปีมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงขึ้นในทุกภาค โดยเฉพาะในภาคใต้ (ร้อยละ 21.8) และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 6.2) ยกเว้นเขตกรุงเทพฯ ที่พบว่ามีแนวโน้มลดลง

จังหวัดในภาคใต้ที่มีอัตราการบริโภคยาสูบในเพศชายสูงสุดในปี พ.ศ. 2550 ได้แก่ ปัตตานี

(ร้อยละ 42.7) สุราษฎร์ธานี (ร้อยละ 41.4) และ สตูล (ร้อยละ 40.8) อัตราการบริโภคยาสูบน้อยที่สุด ได้แก่ ยะลา (ร้อยละ 28.2) จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในเพศชาย ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2550 ได้แก่ จังหวัด กระบี่, ภูเก็ต, สุราษฎร์ธานี, ชุมพร, ปัตตานี, นราธิวาส

บุหรี่ยี่ห้อที่ผลิตในประเทศ และยาสูบมวนเองเป็นผลิตภัณฑ์ที่เป็นที่นิยมสูงสุดทั้งในเพศชาย และ เพศหญิง แนวโน้มอัตราการบริโภคบุหรี่ยี่ห้อของลดลง แต่อัตราการบริโภคยาสูบมวนเองค่อนข้างคงที่โดยยาสูบมวนเองเป็นที่นิยมมากกว่าบุหรี่ยี่ห้อในภูมิภาคต่าง ๆ ยกเว้นในเขตกรุงเทพฯ ที่นิยมบุหรี่ยี่ห้อมากกว่ายาสูบมวนเอง

สรุป

สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง แต่ชะลอตัวในช่วงทศวรรษหลัง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนในเขตภูมิภาค และ การบริโภคยาสูบชนิดมวนเอง

มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยควรครอบคลุมถึงการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ และการบริโภคยาสูบในเยาวชนควรขยายพื้นที่การควบคุมที่มีประสิทธิภาพให้ครอบคลุมในระดับภูมิภาค และ มีมาตรการที่ชัดเจนในการควบคุมยาสูบชนิดมวนเอง



Power point ประกอบการนำเสนอ

รายงานทางระบาดวิทยา

สถานการณ์การบริโภคยาสูบใน

ประเทศไทย และภาคใต้

สองทศวรรษของการบริโภคยาสูบ

ในประเทศไทย

โดย ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์



การบริโภคยาสูบในประเทศไทยในสองทศวรรษ

รัศมี สังข์ทอง
วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์
วลัยลักษณ์ จิตพิบูลย์

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทนำ: สงครามยาสูบ

- 1 ใน 10 ของการเสียชีวิตทั่วโลกมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่
- 1 ใน 3 ของการเจ็บป่วยทั่วโลกมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่
- ปี พ.ศ. 2529 ประเทศไทยเริ่มมีการรณรงค์ควบคุมยาสูบ
- ปี พ.ศ. 2547 ประเทศไทยให้สัตยาบันต่อ WHO FCTC
- อุตสาหกรรมยาสูบใช้เทคโนโลยี การวิจัยและการตลาดเพื่อส่งเสริมการบริโภคยาสูบ เช่น ผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ CSR TABINFO



วัตถุประสงค์

- เพื่อศึกษาสถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2529 – 2550
- ความชุกของการบริโภคยาสูบระดับประเทศ ภูมิภาค และ จังหวัด (ภาคใต้)
- ผลของ เพศ ช่วงอายุ ปีเกิด
- ชนิดของยาสูบ

เครื่องมือและวิธีการ

- ข้อมูลจากการสำรวจระดับประเทศ
- การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ
 - การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา
- สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม
- ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ: สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวน ทุกวัน
- อายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป

Two-stage sampling



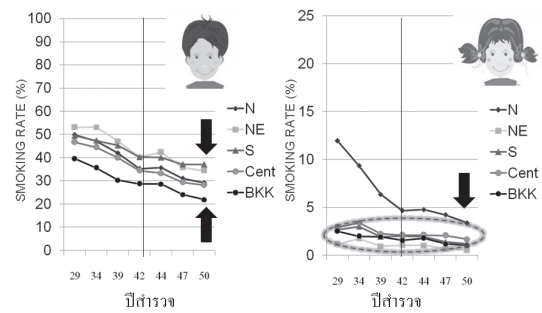
การวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติแบบพรรณนา
 - ช่วงเวลา: พ.ศ. 2529-2550
 - Place: ภูมิภาค และ 14 จังหวัดภาคใต้
 - Person: เพศ อายุ ปีเกิด
 - Outcome:
 - สถานการณ์การสูบบุหรี่ประจำวัน (daily smoking)
 - ชนิดของยาสูบที่นิยมใช้มากที่สุด

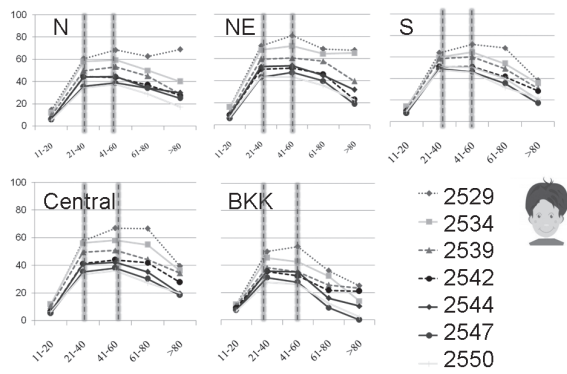
ผลการศึกษาด้านการณการบริโภคยาสูบ

- การบริโภคยาสูบระดับประเทศ แบ่งตาม เพศ
- การบริโภคยาสูบระดับภูมิภาค แบ่งตาม ช่วงอายุ เพศ
- การบริโภคยาสูบแบ่งตามปีเกิด และ เพศ
- การบริโภคยาสูบใน 14 จังหวัดภาคใต้
- ชนิดของยาสูบ
- ชนิดของยาสูบในเพศชาย ช่วงอายุ 16-20 ปี และ ภูมิภาค

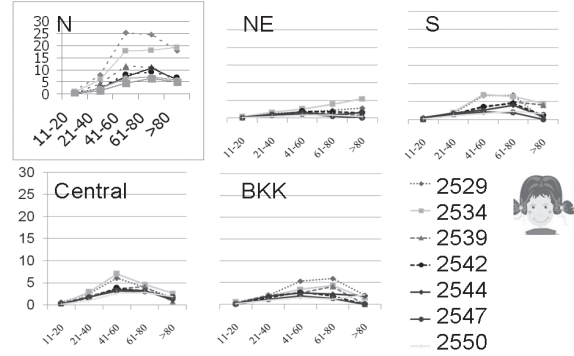
การบริโภคยาสูบแบ่งตาม เพศ และ ภาค



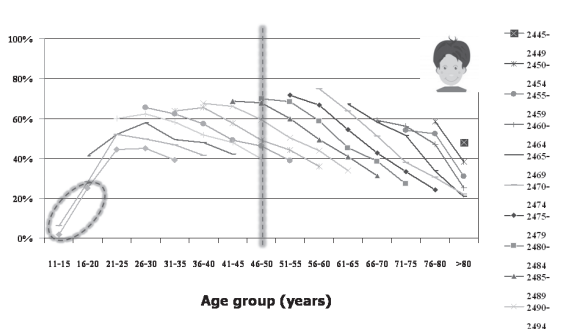
การบริโภคยาสูบแบ่งตามกลุ่มอายุ และ ภาค ในเพศชาย



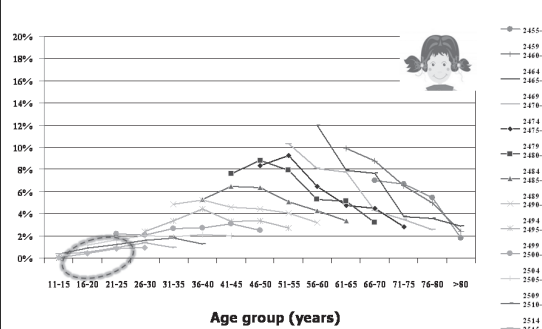
การบริโภคยาสูบแบ่งตามกลุ่มอายุ และ ภาค ในเพศหญิง

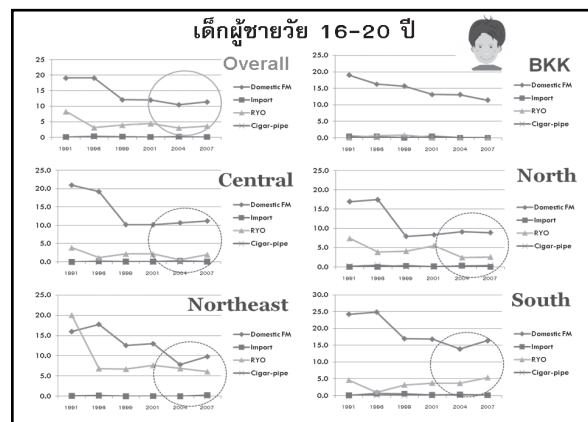
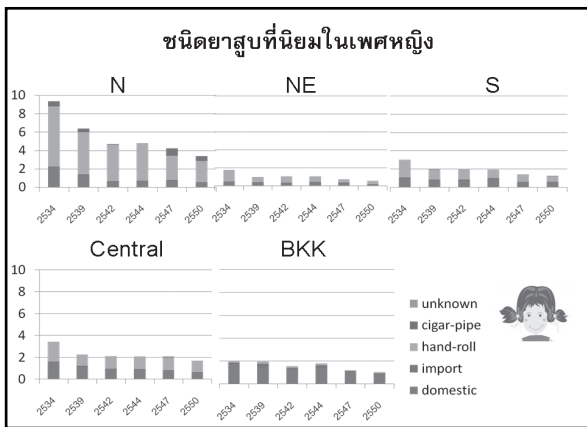
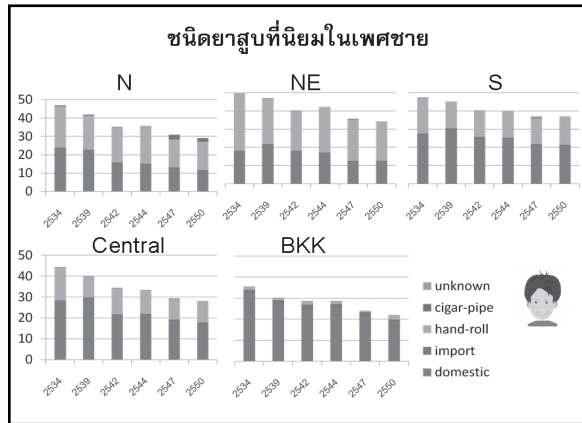
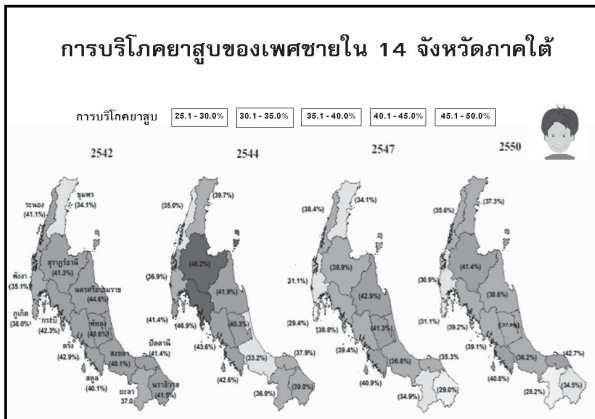


ผลของปีเกิดต่อการบริโภคยาสูบในเพศชาย



ผลของปีเกิดต่อการบริโภคยาสูบในเพศหญิง





- ### สรุป
- การบริโภคยาสูบลดลงในช่วง 10 ปีแรกและชะลอตัวใน 10 ปีหลัง
 - อัตราการสูบบุหรี่พบมากใน
 - เพศชาย
 - อายุระหว่าง 21-60 ปี
 - ภูมิภาคต่างๆ โดยเฉพาะภาคใต้ที่สูงที่สุดในประเทศ
 - ภาคใต้ (ปี พ.ศ. 2550) : ปัตตานี สุราษฎร์ธานี สตูล
 - บุหรี่ของผลิตในประเทศ และ บุหรี่มวนเอง
 - แนวโน้มการบริโภคยาสูบมากขึ้นใน
 - เฮาชนเพศชาย ทั้งบุหรี่ยี่ห้อ (ส่วนใหญ่) และ บุหรี่มวนเอง ในภูมิภาคต่างๆ ยกเว้น กรุงเทพฯ

- ### ข้อเสนอแนะ
- นำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับกระบวนการบังคับในการควบคุมยาสูบให้ทันกับสถานการณ์และการคุกคามจากอุตสาหกรรมยาสูบ
 - งานวิจัย
 - เพิ่ม/ปรับ มาตรการในการควบคุมยาสูบ
 - กลุ่มเยาวชน
 - บุหรี่มวนเอง
 - ภูมิภาคต่างๆ




Power point ประกอบการนำเสนอ

สถานการณ์และหัวข้อวิจัย

ด้านยาสูบในภาคใต้

โดย ดร.พญ.รัศมี สังข์ทอง



สถานการณ์และหัวข้อวิจัยด้านยาสูบภาคใต้

รัศมี สังข์ทอง

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อัตราการสูบบุหรี่ในประเทศต่าง ๆ

Example s of large countries	
Men	
<25%	Nigeria, Iran, Sudan, Tanzania, Canada
25-35%	India, USA, France, UK, Italy, Colombia, Morocco
35-45%	Brazil, Pakistan, Germany, Egypt, Thailand, Burma
45-55%	China, Bangladesh, Japan, Philippines, Vietnam, Turkey
>55%	Indonesia, Russia, Ukraine, Kenya
Women	
<4%	China, India, Indonesia, Nigeria, Vietnam, Iran, Thailand
4-14%	Pakistan, Russia, Japan, Philippines, Turkey, Congo
14-24%	USA, Bangladesh, Egypt, France, Italy, Burma
>24%	Brazil, Germany, UK, Spain, Kenya

Lancet, 2008



Global Adult Tobacco Survey (GATS)

<input type="checkbox"/> อัตราการบริโภคยาสูบทุกชนิด <input checked="" type="checkbox"/> เพศชาย: 46.4 % <input checked="" type="checkbox"/> เพศหญิง: 9.1 %	<input type="checkbox"/> อัตราการบริโภคบุหรี่ซอง <input checked="" type="checkbox"/> เพศชาย: 29.6 % <input checked="" type="checkbox"/> เพศหญิง: 1.1 %
<input type="checkbox"/> อัตราการสูบบุหรี่ <input checked="" type="checkbox"/> เพศชาย: 45.6 % <input checked="" type="checkbox"/> เพศหญิง: 3.1 %	<input type="checkbox"/> อัตราการบริโภคบุหรี่มวนเอง <input checked="" type="checkbox"/> เพศชาย: 27.0 % <input checked="" type="checkbox"/> เพศหญิง: 1.8 %

GATS fact sheet (household survey of persons ≥ 15 yrs): Thailand 2009

ผลการสูบบุหรี่ในเยาวชน 13-15 ปี ใน 131 ประเทศ (GYTS)

	Any tobacco use			Current cigarette smoking			Current other tobacco use			Never-smokers susceptible to smoking		
	Total	Boy	Girl	Total	Boy	Girl	Total	Boy	Girl	Total	Boy	Girl
Total	17.3	20.1	14.3	8.9	10.5	6.7	11.2	13.8	7.8	18.3	20.1	15.8
AM	22.2	24.0	20.4	17.5	17.4	17.5	11.3	14.8	7.8	24.8	24.3	25.6
EU	19.8	22.3	17.0	17.9	19.9	15.7	8.1	10.0	6.0	30.5	26.9	33.0
AF	16.8	19.7	13.9	9.2	13.0	5.8	10.5	10.9	9.9	17.7	18.2	17.4
EA MED	15.3	18.8	11.3	5.0	6.7	3.2	12.9	15.6	9.9	13.4	16.1	10.9
SEA	12.9	18.4	7.1	4.3	5.8	1.9	13.3	16.4	8.4	17.0	21.2	10.7
WE	11.4	15.0	7.8	6.5	9.9	3.3	6.4	7.7	5.4	8.3	10.0	7.1
PAC												

GYTS: The Lancet, (367) March 4, 2006



การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

- วัยรุ่นเป็นลูกสำคัญของอุตสาหกรรมยาสูบ
 - เป็นลูกค้ำระยะยาว และ แทนที่ผู้ที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่
- ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่
 - เห็นคุณค่าของตนต่ำ ขาดความมั่นใจ
 - ความเครียดจากครอบครัว การเรียน
 - ไม่เข้าใจโทษของบุหรี่อย่างแท้จริง
 - ไม่ทราบว่าตนเองมีโอกาสสูบบุหรี่/ ติดบุหรี่
 - บุคคลในครอบครัว เพื่อน สูบบุหรี่
 - โฆษณา
- การป้องกัน รักษามุ่งเน้นระดับใดระดับหนึ่งเท่านั้น

การควบคุมยาสูบในปัจจุบันอาจไม่ได้ผลดีในวัยรุ่น

- สื่อข้อมูลความรู้ไม่น่าสนใจ และ ใช้วิธีการแบบเก่า ๆ
- ความครอบคลุมและการบังคับใช้กฎหมายยังมีช่องว่าง
 - สื่อและโฆษณายังพบได้ผ่านทาง internet and cable TV
 - การห้ามขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ยังควบคุมยาก
 - อัตราภาษีที่เพิ่มขึ้นมีผลได้ไม่เต็มที่สำหรับการขายแบบปลีกย่อย และ บุหรี่ผิดกฎหมาย
 - การพิมพ์ภาพและค่าเตือนบนซองบุหรี่ ยังไม่ครอบคลุมบุหรี่มวนเอง และ บุหรี่ผิดกฎหมาย
- งานวิจัยแนะนำว่ามาตรการควบคุมยาสูบในเยาวชน ควรีผลต่อหลายระดับ (เช่น ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน) และเป็นความร่วมมือจากหลายสาขาวิชา และ หน่วยงาน

บุหรี่มวนเอง

- เหตุผลสำคัญของการสูบบุหรี่มวนเอง
 - คิดว่าไม่มีอันตราย
 - ราคาถูก
 - เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม
- บุหรี่มวนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 - มะเร็งหลอดอาหาร (OR=2.7)
 - มะเร็งในช่องปาก (OR=2.5)
 - มะเร็งกล่องเสียง (OR=2.7)
 - มะเร็งตับอ่อน
- การเพิ่มภาษีบุหรี่ซึ่งอาจส่งผลให้การสูบบุหรี่มวนเองเพิ่มขึ้น
- รูปแบบใหม่ของยาสูบดึงดูดผู้สู่มากขึ้น

การควบคุมยาสูบเน้นที่บุหรี่จากโรงงาน

- ภาษีของบุหรี่มวนเองประมาณ 1 %
- ไม่มีผลจากรูปภาพหรือคำเตือนอยู่บนซอง
- การขายให้แก่เด็กต่ำกว่า 18 ปี ยังพบได้
- ไม่มีการให้ความรู้เรื่องผลเสียจากการสูบบุหรี่มวนเองอย่างจริงจัง
- ยังไม่มีมาตรการควบคุมอย่างชัดเจน

- มุสลิมกับการสูบบุหรี่
- บุหรี่ผิดกฎหมาย

มุสลิมกับการสูบบุหรี่

- นพ. สวัสดิ์ รามบุตร สรุปหลักฐาน 5 อย่างในบัญญัติอิสลามที่บ่งชี้ว่าการสูบบุหรี่ฮารอม
 - เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง
 - เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่ใกล้เคียง
 - เป็นสิ่งเสียด
 - ก่อความรำคาญแก่ผู้อยู่ใกล้เคียง
 - เป็นสิ่งฟุ่มเฟือย
- การเผยแพร่การตีความของข้อห้ามนี้ไม่ได้ทำอย่างมีระบบ และไม่มีการกระจายข้อมูลความรู้เหล่านี้ถึงพี่น้องมุสลิมอย่างทั่วถึง



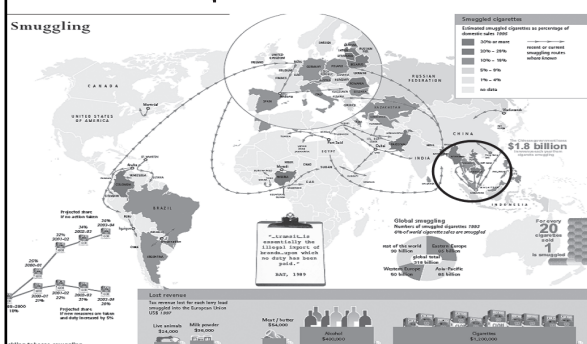
มุสลิมกับการสูบบุหรี่

- จากการรายงานข้างต้น จังหวัด ปัตตานี และ สตูล มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด แต่ไม่พบสถิติลักษณะดังกล่าวใน ยะลา และ นราธิวาส
- ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาสูบระหว่างผู้นับถือศาสนาอิสลามและศาสนาอื่นๆ อย่างชัดเจน ในประเทศไทย
- ไม่มีข้อมูลการนับถือศาสนาในฐานะข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ จากฐานข้อมูลที่น่าสนใจข้างต้น

บุหรีผิดกฎหมาย

- บุหรีผิดกฎหมายสองชนิดหลัก
 - บุหรีเสื่องภ่า
 - บุหรีปลอม
- ธนาคารโลกประมาณว่าบุหรีผิดกฎหมายประมาณ 6% -8.5% ของการบริโภคยาสูบในโลก
- บุหรีปลอมมีปริมาณ 25%-50% ของบุหรีผิดกฎหมายที่จับได้
- ธนาคารโลกรายงานว่าบุหรีผิดกฎหมายสัมพันธ์กับขนาดการคอร์ปชั่นของประเทศ และ บุหรีเสื่องภ่ามากกว่า การขึ้นภาษีของบุหรีของที่ถูกกฎหมาย
- บุหรีผิดกฎหมายเปิดโอกาสให้มีการเข้าถึงยาสูบได้มากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่ม

เส้นทางการค้าบุหรีผิดกฎหมายในโลก



สัดส่วนการค้าบุหรีผิดกฎหมายในโลก



บุหรีผิดกฎหมาย

- ความพยายามแก้ปัญหาและขับเคลื่อนโดย WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)
 - สร้างระบบที่ติดตามผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทจากแหล่งผลิตถึงจุดขาย
 - จัดทะเบียนผู้ซื้อ-ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และตัดสิทธิ์หากเกี่ยวข้องกับบุหรีเถื่อน
 - มีข้อกำหนดและการควบคุมห่วงโซ่อุปทาน และ มีการลงโทษเมื่อทำผิด
 - เสริมสร้างความเข้มแข็งของกฎหมาย
- (Lancet, 2008)
- ไม่พบการศึกษาเรื่องบุหรีผิดกฎหมายในประเทศไทยในฐานะข้อมูลวิชาการนานาชาติ (PubMed)
 - ประมาณการบุหรีผิดกฎหมายมาจากสถิติการจับกุมเป็นหลัก ซึ่งอาจประมาณการได้ต่ำกว่าความจริง

การบ้านให้ขบคิด และ ช่วยกันหาคำตอบ ?

- จากการนำเสนอรายงานข้างต้น
 - ? อัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นในวัยกลางคนแล้วลดลงในผู้สูงอายุเกิดจากเหตุผลอะไรได้บ้าง
 - ? ทำไมเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง
 - ? ชาวชนไทยเพศชายสูบบุหรี่มากขึ้น
 - ? ทำไมชายใต้จึงสูบบุหรี่สูงสุด
 - ? ทำไมการอัตราการสูบบุหรี่ในภูมิภาคจึงสูงกว่าในกรุงเทพฯ
 - ? ทำไมอัตราการสูบบุหรี่ตนเองเพิ่มขึ้น



การบ้านให้ขบคิด และ ช่วยกันหาคำตอบ ?

- ปัญหาอื่นๆ ในภาคใต้
 - ? มุสลิมกับการสูบบุหรี่
 - ? บุหรี่ผิดกฎหมาย
- ปัญหาอื่นๆ
 - ? ผลกระทบที่ยาสูบชนิดต่างๆ ที่ไม่ใช่บุหรี่ และ บุหรี่ปลอมบ้าง
 - ? คลินิกเลิกบุหรี่ : ทางเลือกอื่นๆ เพื่อให้ได้ผลดีขึ้น
 - ? การป้องกันการสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ
 - ? การป้องกันผู้ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่
 - ? กระบวนการการศึกษาวิจัยยังจำกัด:
 - บางกลุ่มเข้าถึงยาก เช่น เด็กนักเรียนสูบบุหรี่
 - อุปกรณ์ในการตรวจ วัด การบริโภคยาสูบ

งานวิจัย: อุตสาหกรรมยาสูบ VS สาธารณสุข

ประเด็น	กองทัพอุตสาหกรรมยาสูบ	กองทัพสาธารณสุข
เป้าหมาย	เพื่อความอยู่รอดของธุรกิจ และ กำไรมหาศาล	เพื่อสุขภาพ และ สุขภาวะ ที่ดี
กระบวนทัศน์	เชิงรุก • นวัตกรรมใหม่ กลยุทธ์ใหม่ บุคลากร	เชิงรับ • ติดตามแก้ไข้ปัญหา
ทีมงาน	จริงจัง: ศูนย์วิจัย บริษัทวิจัย	จริงจัง: สมัชชาฯ สนใจ หน้าที่
คำถามวิจัย	สักตั้ง มีเล่ห์กล ใช้ประโยชน์จากช่องโหว่ของกฎหมาย วิจัยทุกตาราง มม. ของบุหรี่ และ ทุกอย่างที่เกี่ยวข้อง เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ • ออกแบบของบุหรี่ตั้งแต่อายุรุ่นแต่ไม่ให้ผู้บังคับใช้กฎหมายรู้ • เพิ่มสารเสพติดในบุหรี่ แต่ไม่ให้ตรวจสอบได้	ตรงไป ตรงมา ยังนำไปสู่การปฏิบัติยาก • ให้ความรู้แก่เยาวชน: หนังสือ แผ่นพับ ↓ • ให้ความรู้ (ภูมิคุ้มกัน) แก่เยาวชน อย่างไรได้ผล ???

งานวิจัย: อุตสาหกรรมยาสูบ VS สาธารณสุข

ประเด็น	กองทัพอุตสาหกรรมยาสูบ	กองทัพสาธารณสุข
เครื่องมือ	ไม่จำกัด ทันสมัย • กรณีศึกษาปริมาณสารพิษที่ผู้สูบบุหรี่ได้รับ	จำกัด
ทุน	มากมาย (ลงทุนเพื่อได้กำไร)	จำกัด
จริยธรรม	ปกปิดข้อมูลความจริง • กรณีศึกษาโทษของยาสูบ	ปฏิบัติตามหลักจริยธรรม
การนำไปใช้	นำไปใช้ปฏิบัติอย่างจริงจังทั้งในและนอกกฎหมาย	ปรากฏในรายงาน บทความวิชาการ ข้อบังคับในกฎหมาย แต่ยังไม่มีการปฏิบัติอย่างเต็มที่ จากข้อโหว่ต่างๆ และการหาผลประโยชน์ส่วนตนของผู้ร่วมค้า

โครงการ ➡ โครงการวิจัย (แบบทดลอง)

หัวข้อ	โครงการ	โครงการวิจัย
ทีมฯ และ หัวข้อวิจัย	คิดว่าดี น่าทำ น่าจะมีประโยชน์ ถูกกำหนดให้ทำ	ทบทวนวรรณกรรม มีหลักฐานประกอบว่าดี ควรทำ มีประโยชน์
• กลุ่มตัวอย่าง	• สะดวก	• สุ่ม เพื่อเป็นตัวแทนของประชากร
• ขนาดตัวอย่าง	• อาจคำนวณขนาด (Yamane)	• คำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม
• Intervention	• ไม่สุ่ม	• สุ่ม
• เครื่องมือ	• แบบสอบถามเป็นหลัก	• ivo ถูกต้อง แม่นยำ
• กลุ่มเปรียบเทียบ	• ไม่มี	• มี
• ความผิดพลาด และความเอนเอียง	• ไม่วัด ไม่ลด	• วัด ควบคุม พยายามลด
ประเมินผล และ รายงาน	• ประเมินผลการทำงาน (output) • รายงานโครงการ	• ประเมินผลต่อสุขภาพ (outcome) • รายงาน และ เผยแพร่

บทส่งท้าย

- สงครามยาสูบยังดำเนินต่อไป
- การรับมือภัยคุกคามจากยาสูบ
 - องค์ความรู้เพื่อให้เข้าใจปัญหา ป้องกัน ควบคุม และ แก้ไขปัญหาผ่านงานวิจัย
 - ความร่วมมือจากทุกฝ่าย: ครอบครัวยุวมชน องค์กร รัฐบาลฯ

- ### กิตติกรรมประกาศ
- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
 - ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
 - สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)
 - ตัวอย่างในการสำรวจที่ให้ข้อมูลมาศึกษา
 - ผู้เข้าร่วมประชุมที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
 - ทีมงาน (ศจย.+วพส.+ระบอบาวิทยา) ทุกคนที่ช่วยกันจัดประชุมนี้ให้เกิดขึ้น



Power point ประกอบการนำเสนอ

การสนับสนุน การวิจัย
และเครือข่ายนักวิจัย

โดย ทพญ. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์



การสนับสนุนการวิจัย

ประจำปี พ.ศ. 2552 – 2554

โดย

ทพญ. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์

รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

ลักษณะโครงการ

- สอดคล้องกับความต้องการเชิงนโยบายของประเทศ /FCTC
- วิจัยพื้นฐาน / วิจัยเชิงประยุกต์
- มีมาตรฐานทางวิชาการ สามารถตีพิมพ์ในวารสาร

โครงการวิจัยที่ให้ทุน

1. ประเภทชุดโครงการ (> 400,000 บาทต่อปี)
2. ทุนประเภทนักวิชาการและบุคคลทั่วไป (< 400,000 บาท ต่อปี และใช้ระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี)

โครงการวิจัยที่ให้ทุน (ต่อ)

3 ทุนประเภทวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา
(ต่างประเทศที่รับรองจาก กพ.)

ปริญญาโท ไม่เกิน 30,000 บาท

ปริญญาเอก ไม่เกิน 50,000 บาท

โครงการวิจัยที่ให้ทุน (ต่อ)

- หลักสูตรที่กำหนดให้ทำวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโท / เอก ไม่น้อยกว่า 12 / 24 หน่วยกิต
- ระยะเวลาการศึกษาที่เหลือ > 2 ภาคการศึกษา / 12 เดือน
- เป็นวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการสอบโครงร่างแล้ว
- แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์แล้ว
- ไม่นอมนัดทุนย้อนหลัง



ขั้นตอนการเสนอขอรับทุน

1. ทุนประเภทชุดโครงการ

- 1.1 สร้างแนวคิดของการวิจัยพร้อมวัตถุประสงค์
- 1.2 ศย. พิจารณาและเห็นชอบ
- 1.3 ศย. จัดประชุม ผู้ขอทุนนำเสนอโครงการต่อกลุ่มศึกษานโยบายและผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงความคิดเห็น

2. ทุนประเภททุนวิชาการและบุคคลทั่วไป

- 2.1 ส่งโครงการวิจัยพร้อมวัตถุประสงค์
- 2.2 ศย. พิจารณาและเห็นชอบ
- 2.3 สรุปผล
 - ก. ศย. สรุป และแจ้งผู้ขอทุน
 - ข. ศย. จัดประชุม (โครงการที่มีผลกระทบต่อนโยบาย)
- 2.4 ผู้ขอรับทุนปรับแก้ (ถ้ามี)

กรอบระยะเวลา

- ประเภทนักวิชาการและบุคคลทั่วไป
- ประเภทวิทยานิพนธ์

รอบที่ 1: 1 กรกฎาคม – 31 ตุลาคม

รอบที่ 2: 1 มกราคม – 30 เมษายน

สิ้นสุดการวิจัย

- นำเสนอผลการวิจัยในการประชุมวิชาการ
- ทำเอกสารวิชาการที่ตีพิมพ์ในต่างประเทศ
- เผยแพร่บนเว็บไซต์ของศย.

ที่อยู่

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
เลขที่ 420/1 อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 5
วิทยาเขตราชวิถี คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400

การติดต่อ

โทรศัพท์ 0-2354-5346

โทรสาร 0-2354-5347

E mail : webmaster@trc.or.th

Web : <http://www.trc.or.th> (ขอแบบฟอร์ม)

ผู้ประสานงานหลัก

- คุณสุวัฒนา ไพรงแก่น
- อีเมล suwatthana@trc.or.th
- โทรศัพท์ 087-090-0098

กลุ่มศึกษานโยบาย ด้านการควบคุมยาสูบ

ชื่อกลุ่ม	ผู้ประสานงานหลัก	อีเมล
1. ฝ่ายระวังสถานการณ์	ประภาพรพรณ เอี่ยมอนันต์	prapapun @trc.or.th
2. ควบคุมผลิตภัณฑ์	สุวัฒนา ไพรงแก่น	suwatthana @trc.or.th
3. มาตรการทางภาษี	ศัญชญา ภูเด่นสูง	sunchaya @trc.or.th
4. รูปแบบการบูรณาการการเลิกบุหรี่	สรัญญา เลหาพันธ์พงศ์	sarinnya @trc.or.th
5. บุหรี่มือสอง	ประภาพรพรณ เอี่ยมอนันต์	prapapun @trc.or.th
6. พฤติกรรม สังคม สื่อ	หริศร์ ทวีพัฒนา	haris@trc.or.th
7. ประเมินนโยบาย	ประภาพรพรณ เอี่ยมอนันต์	prapapun @trc.or.th
8. ควบคุมยาสูบในโรงเรียน	สรัญญา เลหาพันธ์พงศ์	sarinnya @trc.or.th





บทคัดย่อ

การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย : การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

โดย แพทย์หญิงวนพร อนันตเสวี
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทนำ

เด็กเล็กเป็นวัยที่มีความเสี่ยงของการได้รับควันบุหรี่มือสองค่อนข้างสูงเนื่องจากเด็กจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้านและไม่สามารถพาตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่ได้ การได้รับควันบุหรี่มือสองก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้หลายประการ ในประเทศที่เจริญแล้วได้มีการรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วย ซึ่งพบว่าช่วยลดการได้รับควันบุหรี่มือสองลงอย่างมาก สำหรับประเทศไทยยังไม่เคยมีการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวที่เป็นสาเหตุของการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กเล็กมาก่อน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วยของบุคคลในครอบครัวเพื่อให้ทราบความชุกของการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ

วิธีการ

เป็นการศึกษาแบบตัดขวางในเด็กทารกอายุ 1 ปี ที่เข้าร่วมในโครงการการศึกษาระยะยาวในเด็กไทย จาก 5 พื้นที่ คือ (1) อ.พนมทวน จ.กาญจนบุรี (2) อ.เทพา จ.สงขลา (3) อ.กระนวน จ.ขอนแก่น (4) อ.เมือง จ.น่าน และ (5) กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2543 ถึง 2545 โดยการสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็กและเก็บปัสสาวะเด็กในพื้นที่ อ.เทพา จังหวัดสงขลา ส่งตรวจระดับ cotinine ซึ่งเป็นสารที่ได้จากการสลายของ nicotine

ผลการศึกษา

เด็กทารกที่ศึกษา 3,256 คน พบว่า ร้อยละ 47.2 อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกอย่างน้อย 1 คนสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วย บิดาร้อยละ 35.1 และ มารดาร้อยละ 0.3 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วย เมื่อวิเคราะห์เฉพาะบิดาที่สูบบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 56.6 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบิดาขณะเด็กอยู่ด้วยหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ปัจจัยเสี่ยงของการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย คือ เด็กที่บิดามีอายุ 25-34 ปี หรือมากกว่า 44 ปี บิดาที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า หรือ บิดาที่เป็นมุสลิม สำหรับผลการตรวจระดับ cotinine ในปัสสาวะจากเด็ก 725 คน พบว่า ร้อยละ 40.7 ตรวจพบสารดัง

กล่าว พบเด็ก 25 คน (ร้อยละ 3.4) มีระดับ cotinine สูงกว่า 100 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ซึ่งถือเป็นระดับที่พบในปัสสาวะผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่จัด การตรวจพบ cotinine ในปัสสาวะ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับบิดาที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

สรุป

ความชุกของการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทยพบสูงกว่าในประเทศที่เจริญแล้วมาก สาเหตุหลักมาจากบิดา บิดาที่มีระดับการศึกษาต่ำจะสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยมากกว่าบิดาที่การศึกษาสูงกว่า ซึ่งผลการศึกษานี้คล้ายกับที่พบในต่างประเทศ ช่วงอายุของบิดาที่สูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วยพบมีความแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับผลการศึกษาที่พบว่าบิดาที่เป็นมุสลิมสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยสูงมากนั้นเป็นข้อมูลใหม่ที่ไม่เคยมีการรายงานมาก่อน

ข้อเสนอแนะและประยุกต์ใช้

1. การศึกษานี้พบความชุกของการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทยสูงกว่าในประเทศที่เจริญแล้วมาก ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมให้ทราบเหตุผลที่แท้จริงว่าเหตุใดบิดากลุ่มดังกล่าวข้างต้นจึงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วย สาเหตุเป็นเพราะการขาดความรู้ความเข้าใจว่าบุหรี่มีโทษต่อเด็กหรือเป็นเนื่องจากความไม่ใส่ใจ ไม่ให้ความสำคัญในการปกป้องเด็กจากควันบุหรี่ การทราบสาเหตุที่แท้จริงจะช่วยให้ทราบวิธีการที่เหมาะสมในการลดการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็ก

2. ประเทศไทยควรมีนโยบายและกลยุทธ์ด้านสาธารณสุข ที่จะช่วยลดการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กอย่างจริงจัง เพราะถึงแม้ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา องค์กรของรัฐและเอกชนจะได้มีการรณรงค์การลดการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะโดยใช้กฎหมายเป็นตัวควบคุม แต่วิธีการดังกล่าวจะมีผลช่วยลดควันบุหรี่มือสองลงได้เฉพาะในที่สาธารณะเท่านั้น ไม่สามารถช่วยลดการสูบบุหรี่ในบ้านซึ่งเป็นแหล่งที่สำคัญของการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็ก การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วย จะต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะจงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง คือ ครอบครัวที่มีเด็กเล็ก วิธีการรณรงค์ต้องทำหลากหลายวิธี ทั้งการเผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ การให้ความรู้แก่มารดาเมื่อมารดามาฝากครรภ์ และเมื่อมารดานำเด็กมารับการตรวจสุขภาพที่สถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

อ้างอิง/อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

1. Anuntaseree W, Mo-suwan L, Ovatlarnporn L, Tantana C, Ma-a-lee A. Exposure to Environmental Tobacco Smoke among Infants in Southern Thailand: A Study of Urinary Cotinine. Bull Environ Contam Toxicol 2008, 80:34–37.
2. Anuntaseree W, Mo-suwan L, Ma-a-lee A, Choprapawon C. Prevalence and associated factors of passive smoking in Thai infants. Preventive Medicine 2008, 47:443–446.



Power point ประกอบการนำเสนอ

การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็ก
ทารกไทย: การศึกษาความชุกและ
ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
โดย รศ. พญ.วนพร อนันตเสรี

การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย : การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

แพทย์หญิงวนพร อนันตเสรี
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

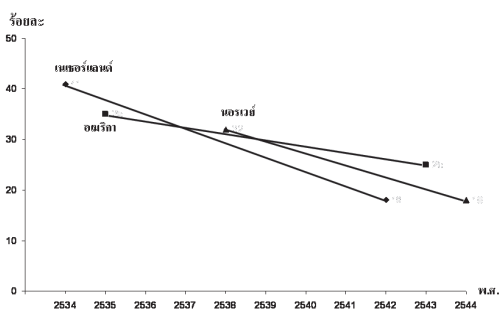
การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็ก (Secondhand smoke exposure)

- ความชุก (องค์การอนามัยโลก)
 - ร้อยละ 50
 - เกิดจากการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว
- ผลกระทบ
 - โรคทางระบบหายใจ
 - สมรรถภาพปอด

การรณรงค์เพื่อลดการได้รับควันบุหรี่มือสอง

- การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ
- การห้ามสูบบุหรี่ในบ้าน

การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็ก



การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กไทย

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

- พ.ศ. 2549
 - เด็กอายุ < 5 ปี 2.28 ล้านคน ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน
- พ.ศ. 2550
 - ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ 10.8 ล้านคน
 - ร้อยละ 58.9 สูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้าน

วิธีการสำรวจการได้รับควันบุหรี่มือสอง

- แบบสอบถาม
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Cotinine

- Metabolite of nicotine
- Recent exposure

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษาความชุกของการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย อายุ 1 ปี และความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ

วิธีการวิจัย

ประชากร ทารกอายุ 1 ปี จาก 5 พื้นที่ที่ทำการศึกษา

อำเภอ	จังหวัด	ทารกที่เกิดในรอบ 1 ปี นับจาก	จำนวน (คน)
พนมทวน	กาญจนบุรี	15 ต.ค. 43	786
เทพา	สงขลา	15 พ.ย. 43	1076
กระนวน	ขอนแก่น	20 ม.ค. 44	862
เมือง	น่าน	20 มี.ค. 44	779
-	กทม.*	7 ก.ย. 44	744

ระเบียบวิธีวิจัย

- เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง
- เก็บข้อมูลขณะทารกอายุครบ 1 ปี
 - การสัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูหลัก
 - การเก็บปัสสาวะตรวจระดับ cotinine (เฉพาะพื้นที่ อ.เทพา)

ข้อมูลที่เก็บ

- ข้อมูลพื้นฐาน
- ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว

“ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยในห้องเดียวกันหรือไม่”

ผลการศึกษา

ความชุกของการสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วยของบุคคลในครอบครัว (จำนวน 3,256 คน)

การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว	จำนวน	ความชุก (ร้อยละ)
มือข้างน้อย 1 คน ที่สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย	1,538	47.2
บิดาสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย	1,144	35.1
มารดาสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย	11	0.3
คนอื่น ๆ ในครอบครัวสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย		
ปู่	181	8.6
ย่า	23	0.7
ตา	296	9.1
ยาย	29	0.9



ผลการศึกษา

- วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะบิดาที่สูบบุหรี่ 1,917 คน
 - สูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วย 1,086 คน (56.6%)

ความชุกของการสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยของบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (จำนวน 3,256 คน)

ปัจจัย (บิดา)	จำนวน	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบิดา (ร้อยละ)		ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ)	P
		สูบบุหรี่ ขณะที่เด็กอยู่ด้วย	สูบบุหรี่ แต่ไม่ได้สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย		
อายุ, ปี					<0.01
15-24	588	28.9	33.3	37.8	
25-34	1,622	36.3	24.7	39.0	
35-44	706	33.1	22.0	44.9	
>44	107	46.7	15.0	38.3	
ระดับการศึกษา, ปี					<0.01
< 6	1,581	44.1	23.8	32.1	
6-12	852	30.9	25.8	43.3	
>12	579	13.6	29.2	52.7	

ความชุกของการสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยของบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (จำนวน 3,256 คน)

ปัจจัย (บิดา)	จำนวน	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบิดา (ร้อยละ)		ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ)	P
		สูบบุหรี่ ขณะที่เด็กอยู่ด้วย	สูบบุหรี่ แต่ไม่ได้สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย		
ศาสนา					<0.01
พุทธ	2,365	27.9	29.7	42.4	
อิสลาม	567	64.7	9.5	25.8	
คริสต์	20	15.0	15.0	70.0	
อื่นๆ	69	17.4	8.7	73.9	
อาชีพ					<0.01
ระดับวิชาชีพ	273	11.7	23.1	65.2	
ระดับแรงงาน	2,673	37.1	25.5	37.4	
ไม่ได้ทำงาน	76	23.7	31.6	44.7	

ความชุกของการสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยของบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (จำนวน 3,256 คน)

ปัจจัย (บิดา)	จำนวน	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบิดา (ร้อยละ)		ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ)	P
		สูบบุหรี่ ขณะที่เด็กอยู่ด้วย	สูบบุหรี่ แต่ไม่ได้สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย		
ระดับเศรษฐฐานะ					<0.01
ยากจน	2,645	35.9	25.8	38.3	
ปานกลาง	491	22.6	24.6	52.8	
ร่ำรวย	49	21.7	19.6	58.7	

ความชุกของการสูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วยของบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (จำนวน 3,256 คน)

ปัจจัย (ทารก)	จำนวน	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบิดา (ร้อยละ)		ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ)	P
		สูบบุหรี่ ขณะที่เด็กอยู่ด้วย	สูบบุหรี่ แต่ไม่ได้สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย		
เพศ					0.80
ชาย	1,627	32.8	25.7	41.5	
หญิง	1,629	34.0	25.3	40.7	
น.น.แรกเกิด, กรัม					0.20
<2,500	253	35.2	28.8	36.0	
≥2,500	2,895	33.3	25.2	41.5	
ลำดับที่ของการเป็นบุตร					<0.01
1	1,009	29.9	28.4	41.7	
2	1,901	32.0	28.1	39.9	
≥3	868	43.3	18.2	38.5	

การสูบบุหรี่ของบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	บิดาที่สูบบุหรี่ขณะที่เด็กอยู่ด้วย		บิดาที่ไม่สูบบุหรี่	
	Adjusted OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI
อายุ, ปี				
15-24	1.0		1.2	0.9 - 1.6
25-34	1.6	1.2 - 2.2	1.3	1.1 - 1.5
35-44	1.3	0.9 - 1.9	1.0	
>44	2.3	1.1 - 4.6	1.3	0.8 - 2.1
ระดับการศึกษา, ปี				
≤6	2.1	1.5 - 3.0	2.0	1.6 - 2.6
6-12	1.7	1.2 - 2.5	1.4	1.1 - 1.7
>12	1.0	1.0		
ศาสนา				
พุทธ	1.0		1.0	
อิสลาม	6.7	4.8 - 9.4	1.7	1.4 - 2.2
คริสต์	1.2	0.7 - 20.8	0.2	0.1 - 0.6
อื่นๆ	1.5	0.5 - 4.5	0.2	0.1 - 0.3

การสูบบุหรี่ของบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	บิดาที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ด้วย		บิดาที่สูบบุหรี่	
	Adjusted OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI
อาชีพ				
ระดับวิชาชีพ	1.0		1.0	
ระดับแรงงาน	1.5	0.9 - 2.6	1.9	1.4 - 2.6
ไม่ได้ทำงาน	1.1	0.4 - 2.8	1.9	1.1 - 3.4
ระดับเศรษฐฐานะ				
ยากจน	0.9	0.3 - 2.7	1.7	0.9 - 3.2
ปานกลาง	0.9	0.3 - 2.5	1.4	0.7 - 2.6
ร่ำรวย	1.0		1.0	

ผลการศึกษา

- การตรวจ cotinine ในปัสสาวะเด็ก 725 คน
 - มี cotinine ในปัสสาวะ 295 คน (40.7%)
 - 25 คน (3.4%) มีระดับ cotinine >100 ng/ml
 - การตรวจพบ cotinine ในปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับบิดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

ผลการตรวจ cotinine ในปัสสาวะ และลักษณะของครอบครัว

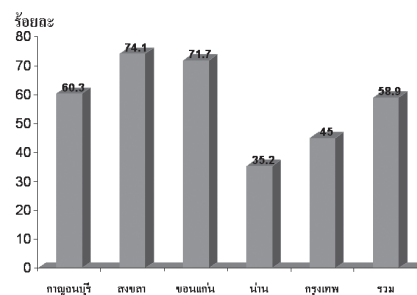
Variable	Urinary cotinine		P
	Detectable (n = 295)	Not detectable (n = 430)	
การสูบบุหรี่ของภรรยาในครอบครัว (จำนวน, ร้อยละ)			
จำนวนคนที่สูบบุหรี่			
0	83 (28.1)	108 (25.2)	0.34
1	150 (50.8)	240 (56.1)	
>1	62 (21.0)	80 (18.7)	
บิดาสูบบุหรี่	188 (63.5)	272 (63.7)	0.96
ลักษณะของบิดา			
อายุ, median, ปี	31	31	0.71
การศึกษา			
<6 ปี	196 (68.5)	249 (60.9)	0.039
≥6 ปี	90 (31.5)	160 (39.1)	

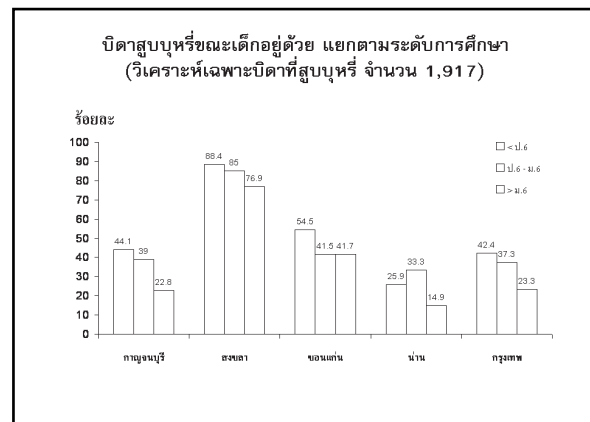
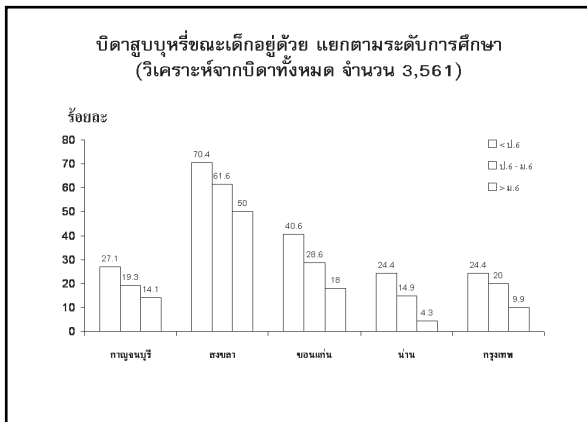
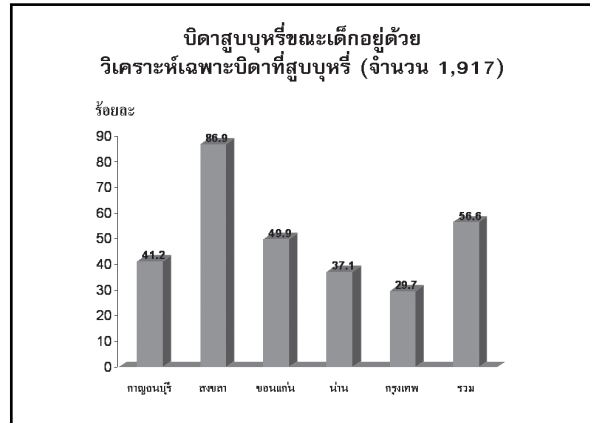
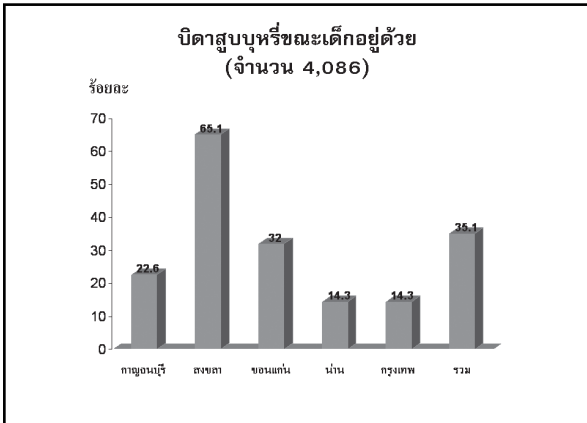
ผลการตรวจ cotinine ในปัสสาวะ และลักษณะของครอบครัว

Variable	Urinary cotinine		P
	Detectable (n = 295)	Not detectable (n = 430)	
ลักษณะของบิดา			
ภรรยา			0.22
มีบุตร	90 (31.6)	149 (36.1)	
ติดตาม	195 (68.4)	264 (63.9)	
อาชีพ			
แรงงาน	273 (95.5)	399 (96.4)	0.54
วิชาชีพ	13 (4.5)	15 (3.6)	
รายได้ต่อปี, บาท	75,145	75,215	0.61

ผลการศึกษา (วิเคราะห์แยกตามพื้นที่)

บิดาสูบบุหรี่ขณะมารดาตั้งครรภ์ (จำนวน 3,346)





ความชุกของการสูบบุหรี่หรือขณะเด็กอยู่ด้วย แยกตามศาสนา (วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะ อ.เทพา 982 คน)

ศาสนา	สูบ (จำนวน, ร้อยละ)	ไม่สูบ (จำนวน, ร้อยละ)	รวม
พุทธ	196 (61.6)	122 (38.4)	318
อิสลาม	454 (68.4)	210 (31.6)	664

- ### สรุปผลการศึกษา
- พบความชุกการได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทยสูงมาก
 - บิดาเป็นผู้สูบบุหรี่หลัก
 - สัมพันธ์กับระดับการศึกษาของบิดา, มุสลิม
 - ภาคใต้ มีความชุกสูงสุด ความชุกใกล้เคียงกันในทุกระดับการศึกษา



การตรวจ cotinine ในปัสสาวะเด็กทารก :
การศึกษาในต่างประเทศ

ประเทศ	ปี ค.ศ.	Urinary	Cotinine
		Cut-point	Detectable (%)
France	1993	5 ng/ml	64
France	2000	6 ng/ml	13
Australia	2001	0	47
Present study	2002	0	40

ข้อเสนอแนะ

- ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็น เหตุใด ผู้สูบบุหรี่จึงไม่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วย
- ให้ความรู้ ผลเสียของการได้รับควันบุหรี่มือสอง
- การดำเนินการ ควรเจาะจงกลุ่มเป้าหมาย



บทคัดย่อ

พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม : อิทธิพลของสังคมหรือตัวบุคคล?

Smoking among Thai and Muslim Students: Does Individual or Social Context Matter?

โดย รศ.ดร. ดวงมณี จงรักษ์
และ เพ็ญประภา ปริญญาพล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตปัตตานี

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เปรียบเทียบเยาวชน สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เป็นไทยพุทธและไทยมุสลิมในเรื่อง 1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 2) อิทธิพลของตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลที่มีผลการสูบบุหรี่ 3) อิทธิพลของตัวแปรบริบทสังคม ที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ และ 4) อิทธิพลของตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงทั้งระดับบุคคลและสังคมที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมตนเอง พฤติกรรมเสี่ยง ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล แรงจูงใจในการสูบบุหรี่ การได้รับความสนับสนุนกำลังใจ รูปการเลี้ยงดู ตัวแบบสูบบุหรี่ของเพื่อน สมาชิกในครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้แบบวัดทุกฉบับเป็นแบบวัดของต่างประเทศ ซึ่งได้มีการหาค่าความเชื่อมั่นอีกครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 1,048 คน ไทยพุทธจำนวน 517 คน (สูบบุหรี่ = 248 คน; ไม่สูบบุหรี่ = 269 คน) ไทยมุสลิม จำนวน 531 คน (สูบบุหรี่ = 262 คน; ไม่สูบบุหรี่ = 269 คน) ผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 48.7 และ 51.3 ข้อมูลเก็บจากโรงเรียนขนาดใหญ่ในจังหวัดยะลา 2 โรงเรียน จังหวัดปัตตานี 3 โรงเรียน และจังหวัดนราธิวาส 2 โรงเรียน กระจายไปในแต่ละระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนสายสามัญ และโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม โดยเก็บในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยใช้สถิติ Binary logistic regression

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นใช้สถิติร้อยละ พบว่า ผู้สูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดในนักเรียนไทยพุทธ คือ 10 ปี นักเรียนไทยมุสลิมมีอายุ 11 ปี ในขณะที่นักเรียนที่มีอายุมากสำหรับนักเรียนไทยพุทธ คือ 23 ปี และ อายุ 27 ปี เป็นนักเรียนไทยมุสลิม

จำนวนพี่น้อง นักเรียนไทยพุทธ มีพี่น้อง 2 คนมากที่สุด (ร้อยละ 48.7) น้อยที่สุดคือมากกว่า 5 คน (ร้อยละ 5.9) ในขณะที่กลุ่มนักเรียนไทยมุสลิม มีพี่น้องมากกว่า 5 คน มากที่สุด (ร้อยละ 28) น้อยที่สุดคือมีพี่น้อง 1 คน (ร้อยละ 6.6) สำหรับการเป็นบุตรคนที่ 1 พบในนักเรียนไทยพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 49.0) เช่นเดียวกับนักเรียนไทยมุสลิม (ร้อยละ 38.1) และพบน้อยคือการเป็นบุตรคนที่ 4 ของทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิม (ร้อยละ 4.1 และ 9.1)

สภาพครอบครัว ทั้งนักเรียนไทยพุทธไทยมุสลิม รายงานบิดามารดาอาศัยอยู่ด้วยกันมากที่สุด (ร้อยละ 66.1 และ 87.0) บิดาเสียชีวิตพบน้อยที่สุดในนักเรียนไทยพุทธ (ร้อยละ 7.3) ขณะ

ที่มารดาเสียชีวิตพบน้อยที่สุดในนักเรียนไทยมุสลิม (ร้อยละ 0.1) และเช่นเดียวกัน นักเรียนไทยพุทธ และไทยมุสลิมปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดามารดามากที่สุด (ร้อยละ 60.5 และ 82.1) นักเรียนไทยพุทธ อาศัยอยู่กับมารดาบิดาเลี้ยงน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.2) เช่นเดียวกับนักเรียนไทยมุสลิม ที่อยู่กับมารดา บิดาเลี้ยง และ บิดามารดาเลี้ยง น้อยที่สุด (ร้อยละ 2.3 เท่ากัน)

อาชีพของผู้ปกครอง ทั้งนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม มีมารดาที่เป็นแม่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 23.0 และ ร้อยละ 28.5) อาชีพรองลงมาของมารดาทั้ง 2 เชื้อชาติพบคล้ายคลึงกัน คือ ค้าขาย (ร้อยละ 19.8 และ 23.8) สำหรับอาชีพของบิดา นักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม มีบิดารับราชการมากที่สุดเหมือนกัน (ร้อยละ 29.5 และ 28.7) อาชีพรองลงมาคือ รับจ้าง ในสัดส่วนที่คล้ายคลึงกัน (ร้อยละ 20.9 และ 20.5) สำหรับอาชีพ ทำสวน ทำนา พบน้อยที่สุด ทั้งมารดาและบิดา ของนักเรียน 2 เชื้อชาติ

พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม พบว่า ไม่ได้สูบบุหรี่ทุกวันจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 40.3 และ 47.3) รองลงมาคือ สูบน้อยกว่า 5 มวนต่อวัน (ร้อยละ 25.8) วัน (ร้อยละ 35.1) การสูบบ่อยกว่า 20 มวนต่อวัน ไม่ปรากฏพบในนักเรียนไทยมุสลิม แต่พบในนักเรียนไทยพุทธ ถึง ร้อยละ 13.3 วิธีสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธไทยมุสลิมพบคล้ายคลึงกัน ใช้วิธีสูบจนหมด มวนมากที่สุด (ร้อยละ 32.7 และ 45.0) รองลงมาในนักเรียนไทยพุทธคือการจุดสูบ แบ่งสูบในหมู่เพื่อน (ร้อยละ 29.4) ในขณะที่นักเรียนไทยมุสลิมสูบบางครั้งมวนแล้วดับทิ้งไป (ร้อยละ 25.2) วิธีที่น้อยที่สุดคือ สูบครึ่งมวนแล้วดับเก็บไว้สูบต่อ พบเหมือนกันทั้งนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม (ร้อยละ 8.9 และ 6.2)

สถานที่ปกติสูบบุหรี่ นักเรียนไทยพุทธสูบที่โรงเรียนมากที่สุด (ร้อยละ 26.6) ขณะที่นักเรียนไทยมุสลิมสูบบ้านเพื่อนมากที่สุด (ร้อยละ 34.5) สถานที่รองลงมาคือห้องนอนที่บ้าน (ร้อยละ 22.1) นักเรียนไทยสูบที่บ้านเพื่อนเป็นสถานที่รองลงมา (ร้อยละ 23.0) และห้องนอนที่บ้านสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 19.4) สำหรับสถานที่สูบน้อยที่สุด พบเหมือนกันทั้งนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม คือ ห้องน้ำที่บ้าน (ร้อยละ 4.0 และ 7.8)

สถานที่ในโรงเรียนที่นักเรียนชอบสูบบุหรี่ พบเหมือนกันในนักเรียน 2 เชื้อชาติคือ ห้องน้ำ (ร้อยละ 47.6 และ 52.5) สถานที่สูบรองลงมาคือ ใต้ต้นไม้ คล้ายคลึงกัน (ร้อยละ 14.5 และ 9.7) สำหรับสวนเกษตรพบน้อยมาก เหมือนกัน (ร้อยละ 1.2 และ ร้อยละ 0.8)

ตัวแบบสูบบุหรี่กลุ่มเพื่อน นักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิมมีความเหมือนกัน คือ มีเพื่อนบางคนสูบแต่ส่วนใหญ่ไม่สูบ มากที่สุด (ร้อยละ 43.3 และ 49.6) น้อยที่สุดคือ ไม่มีใครสูบ (ร้อยละ 14.2 และ 8.1) ตัวแบบสูบบุหรี่ในครอบครัว พบมากที่สุดเหมือนกัน คือบิดา (ร้อยละ 43.3 และ 46.5) รองลงมาคือ พี่ชายสำหรับนักเรียนไทยมุสลิม (ร้อยละ 23.1) ขณะที่รองลงมาของไทยพุทธคือ ลุง หรือ อา หรือ น้า (ร้อยละ 21.9) ตัวแบบมารดาสูบบุหรี่ พบน้อยที่สุดในนักเรียน 2 เชื้อชาติ (ร้อยละ 1.4 และ 1.2) สำหรับตัวแบบผู้นำในชุมชน พบมากที่สุดเหมือนกัน คือ ผู้ใหญ่บ้าน โต๊ะครู อิหม่าม มีสูบบุหรี่บ้าง (ร้อยละ 88.3 และ 94.7)

สำหรับผลการวิเคราะห์ตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลและระดับตัวแปรบริบทสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่มีดังนี้

1) ตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธ พบว่าตัวแปรเสี่ยงมีอิทธิพลมากกว่าตัวแปรป้องกัน กล่าวคือ ตัวแปรแรงจูงใจสังคม แรงจูงใจลดความ



เบื่อ และแรงจูงใจจัดการอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียน มากกว่า 1 เท่า ขณะที่ตัวแปรป้องกันคือ พฤติกรรมควบคุมตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อน มีส่วนลดโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนน้อยกว่า (0.843 เท่า) (ตาราง 1)

2) ตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงบริบทสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธ พบว่า ตัวแปรเสี่ยง ตัวแบบเพื่อนสูบบุหรี่ มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่มากที่สุด คือ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียน มากกว่า 3 เท่า ตัวแปรเสี่ยงที่มีอิทธิพลรองลงมาคือ การเลี้ยงดูแบบจิตวิทยาเข้มงวด มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่มากกว่า 1 เท่า ตัวแปรป้องกันคือตัวแปรป้องกันคือ การได้รับการกำลังใจสนับสนุนจากเพื่อน และการเลี้ยงดูควบคุมรับรู้ข้อมูล มีแนวโน้มลดโอกาสที่นักเรียนจะสูบบุหรี่ ประมาณ 0.900 เท่า (ตาราง 2)

3) ตัวแปรป้องกันตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลและบริบทสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธ พบว่า ตัวแปรบริบทส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่มากกว่าตัวแปรบริบทสังคม กล่าวคือ ตัวแปรเสี่ยง แรงจูงใจทางสังคม แรงจูงใจลดความเบื่อ และ แรงจูงใจจัดการอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียน มากกว่า 1 เท่า ในขณะที่ ตัวแปรป้องกันบริบทสังคมคือ การเลี้ยงดูแบบสนับสนุนกำลังใจ ลดโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนน้อยกว่า 1 เท่า เช่นเดียวกับตัวแปรป้องกัน พฤติกรรมควบคุมตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อน ที่สัมพันธ์กับการลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียน (ตาราง 3)

4) ตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิม พบว่า ตัวแปรเสี่ยงแรงจูงใจลดความเบื่อ แรงจูงใจจัดการอารมณ์ และ การมีพฤติกรรมเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียน มากกว่า 1 เท่า ขณะที่ ตัวแปรป้องกันคือ พฤติกรรมควบคุมตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับการลดโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนได้บ้าง (ตาราง 4)

5) ตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงบริบทสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิม พบว่าตัวแปรเสี่ยงตัวแบบมีความสัมพันธ์กับโอกาสสูบบุหรี่มากที่สุด กล่าวคือ ตัวแบบสูบบุหรี่ของเพื่อน และตัวแบบผู้นำในชุมชน มีความสัมพันธ์กับโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียน มากกว่า 4 เท่า การเลี้ยงดูแบบจิตวิทยาเข้มงวดเป็นตัวแปรเสี่ยงที่มีอิทธิพลรองลงมา ตัวแปรป้องกันพบเพียงตัวแปรเดียว คือ การได้รับการสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัว มีอิทธิพลลดโอกาสสูบบุหรี่ในนักเรียนได้ (ตาราง 5)

6) ตัวแปรป้องกันตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลและบริบทสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิม พบว่าตัวแปรบริบทสังคมเป็นตัวแปรเสี่ยงที่มีกำลังมากกว่าตัวแปรระดับบุคคล กล่าวคือ ตัวแบบสูบบุหรี่ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ที่ความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนมากกว่า 10 เท่า ตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลมีอิทธิพลรองลงมาคือ แรงจูงใจลดความเบื่อ มีความสัมพันธ์ต่อโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียน มากกว่า 2 เท่า ตัวแปรเสี่ยงอื่น คือ แรงจูงใจจัดการอารมณ์และพฤติกรรมเสี่ยงแรง มีความสัมพันธ์ต่อโอกาสสูบบุหรี่ มากกว่า 1 เท่า สำหรับตัวแปรป้องกัน คือ การเลี้ยงดูสนับสนุนกำลังใจ และ พฤติกรรมควบคุมตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อนมีอิทธิพลลดโอกาสการสูบบุหรี่ ไม่มากนัก (ตาราง 6)

ตาราง 1 สมการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมดกับการสูบบุหรี่ของทั้งไทยพุทธ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	OR	p-value
แรงจูงใจสังคม	.477	.101	1.611	.000
แรงจูงใจลดความเบื่อ	.222	.108	1.249	.040
แรงจูงใจจัดการอารมณ์	.168	.042	1.183	.000
พฤติกรรมควบคุมตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อน	-.170	.035	.843	.000

ตาราง 2 สมการความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระปัจจัยสังคมทั้งหมดกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	OR	p-value
การสนับสนุนกำลังใจจากเพื่อน	-.069	.032	.933	.030
การเลี้ยงดูจิตวิทยาเข้มงวด	.078	.027	1.081	.005
การเลี้ยงดูควบคุมรับรู้ข้อมูล	-.072	.028	.930	.009
ตัวแบบเพื่อนสูบบุหรี่	1.123	.287	3.075	.000

ตาราง 3 สมการความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสังคมกับสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	OR	p-value
การเลี้ยงดูสนับสนุนกำลังใจ	-.042	.023	.959	.031
แรงจูงใจทางสังคม	.471	.105	1.602	.000
แรงจูงใจลดความเบื่อ	.235	.112	1.265	.036
แรงจูงใจจัดการอารมณ์	.194	.043	1.215	.000
พฤติกรรมควบคุมตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อน	-.172	.037	.842	.000



ตาราง 4 สมการความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมดกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	OR	p-value
พฤติกรรมเสี่ยง	.136	.054	1.146	.013
แรงจูงใจลดความเบื้อ	.569	.167	1.766	.001
แรงจูงใจจัดการอารมณ์	.186	.057	1.205	.001
พฤติกรรมควบคุมตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อน	-.410	.069	.664	.000

ตาราง 5 สมการความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระปัจจัยสังคมทั้งหมดกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	OR	p-value
การสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัว	-.121	.025	.886	.000
การเลี้ยงดูจิตวิทยาเข้มงวด	.058	.021	1.059	.007
ตัวแบบเพื่อนสูบบุหรี่	1.451	.246	4.269	.000
ผู้นำในชุมชนสูบ	1.456	.536	4.290	.007

ตาราง 6 สมการความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	OR	p-value
พฤติกรรมเสี่ยง	.153	.064	1.165	.017
การเลี้ยงดูสนับสนุนกำลังใจ	-.142	.054	.868	.008
แรงจูงใจลดความเบื้อ	.831	.241	2.296	.001
แรงจูงใจจัดการอารมณ์	.188	.077	1.207	.014
พฤติกรรมควบคุมตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อน	-.513	.100	.599	.000
ตัวแบบเพื่อนส่วนใหญ่สูบ	2.327	.972	10.242	.017

Power point

ประกอบการนำเสนอ

พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทย
พุทธและไทยมุสลิม : อิทธิพลของ
สังคมหรือตัวบุคคล

โดย รศ.ดร.ดวงมณี จงรักษ์ และ
อาจารย์เพ็ญประภา ปริญญาพล

พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธไทยมุสลิม อิทธิพลทางสังคมหรือตัวบุคคล

ดวงมณี จงรักษ์
เพ็ญประภา ปริญญาพล

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

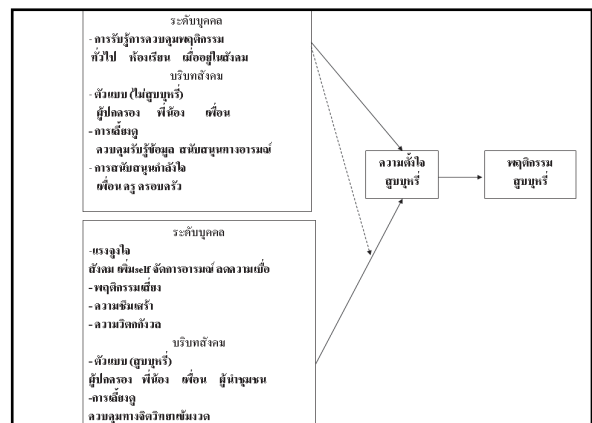
คำถามการวิจัย

- 1.เยาวชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่อย่างไร
- 2.อะไรคือตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลที่สามารถทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม
- 3.อะไรคือตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงบริบทสังคมที่สามารถทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม
- 4.อะไรคือตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลและบริบทสังคมที่สามารถทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่นักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม
- 5.เปรียบเทียบระหว่างตัวแปรระดับบุคคลกับตัวแปรบริบทสังคมตัวแปรใดมีอิทธิพลมากกว่ากัน

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ของวัย รุ่นจำนวนบุหรี่ที่สูดต่อวันในปัจจุบัน วิชาสูบบุหรี่ สถานที่สูบบุหรี่ สถานที่ในโรงเรียนที่ชอบสูบ
2. ศึกษาตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลที่สามารถทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม
3. ศึกษาตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงบริบทสังคมที่สามารถทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม
4. ศึกษาตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลและบริบทสังคมที่สามารถทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่นักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม
5. เปรียบเทียบอิทธิพลระหว่างตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคลกับตัวแปรบริบทสังคมที่ทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่นักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม





สมมติฐานการวิจัย

1. เยาวชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เป็นไทยพุทธและไทยมุสลิม มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่แตกต่างกันในเรื่องอายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในปัจจุบัน สถานที่ปกติสูบบุหรี่ สถานที่ที่ชอบสูบบุหรี่ในโรงเรียน



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

สมมติฐานการวิจัย

2. ตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงระดับบุคคล ได้แก่ การควบคุมพฤติกรรม พฤติกรรมเสี่ยง แรงจูงใจ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า สามารถทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิมได้อย่างแตกต่างกัน



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

สมมติฐานการวิจัย

3. ตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงบริบทสังคม ได้แก่ ตัวแบบผู้ปกครอง พี่น้อง เพื่อน ผู้นำชุมชน การสนับสนุนกำลังใจ (ครอบครัว เพื่อน ครู) รูปแบบการเลี้ยงดู สามารถทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิมได้อย่างแตกต่างกัน



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

สมมติฐานการวิจัย

4. ตัวแปรป้องกันและตัวแปรเสี่ยงบริบทบุคคล และบริบทสังคมร่วมกันทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิมได้อย่างแตกต่างกัน
5. ตัวแปรในระดับบุคคลมีอำนาจทำนายพฤติกรรมสูบบุหรี่แตกต่างจากตัวแปรบริบทสังคม



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

กลุ่มตัวอย่าง



มีจำนวนทั้งสิ้น 1,048 คน
 ไทยพุทธจำนวน 517 คน
 (สูบ = 248 คน; ไม่สูบ=269 คน)
 ไทยมุสลิม จำนวน 531 คน
 (สูบ = 262 คน; ไม่สูบ= 269 คน)

โรงเรียนขนาดใหญ่จังหวัดยะลา 2 โรงเรียน
 จังหวัดปัตตานี 3 โรงเรียน และจังหวัดนราธิวาส 2 โรงเรียน
 ระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้น ม. 1 ถึง ม. 6
 ในโรงเรียนสายสามัญและโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม
 โดยเก็บในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของ
 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม
 โดยใช้สถิติ Binary logistic regression

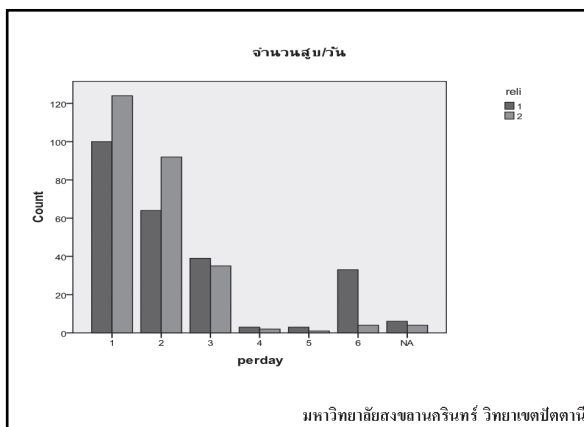
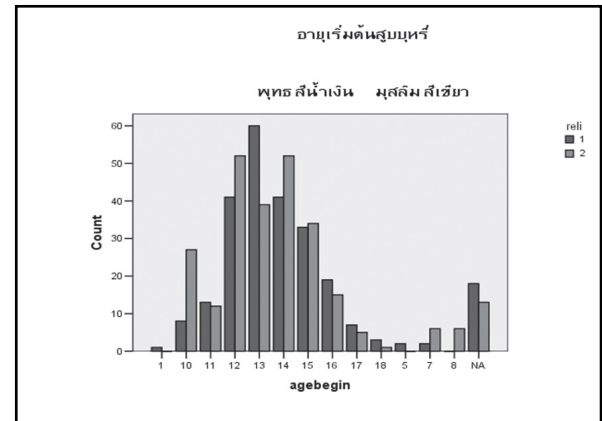


ผลการวิจัย

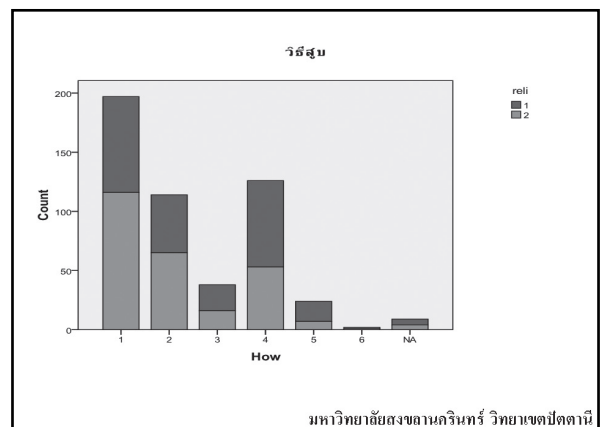
1. พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธไทยมุสลิม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่อง อายุที่เริ่มต้นสูบ จำนวนวันที่สูบต่อวัน วิธีสูบบุหรี่ สถานที่ปกตสูบบุหรี่ และ สถานที่ในโรงเรียนที่ชอบสูบบุหรี่

ดังนี้

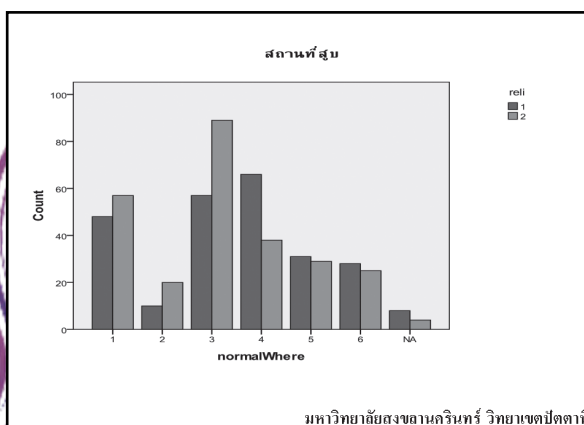
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี



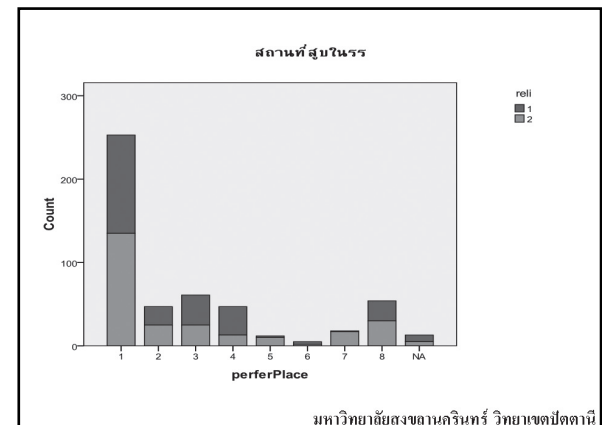
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี



2. ตัวแปรเสี่ยงตัวแปรป้องกันระดับบุคคลที่มีอิทธิพลพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม

ผลการวิจัย

คล้ายคลึงกันมากกว่าแตกต่างกัน
ตัวแปรเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่คือ
แรงจูงใจลดความเบื่อและแรงจูงใจจัดการอารมณ์
มีความสัมพันธ์กับ โอกาสสูบบุหรี่มากกว่า 1 เท่า
ตัวแปรป้องกันที่ตรงกันคือ
พฤติกรรมควบคุมตนเองเมื่ออยู่กับเพื่อนซึ่งมีอิทธิพลต่อโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธได้มากกว่านักเรียนไทยมุสลิม

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

3. ตัวแปรเสี่ยงตัวแปรป้องกันบริบทสังคมที่มีอิทธิพลพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม พบแตกต่าง- คล้ายคลึง
ตัวแปรเสี่ยงเหมือนกัน ตัวแปรเพื่อนสูบบุหรี่

มีอิทธิพลต่อโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและนักเรียนไทยมุสลิมมากถึง 4 และ 3 เท่า (ตามลำดับ)
ทั้งนี้ตัวแปรเพื่อนมีอิทธิพลต่อโอกาสสูบบุหรี่ในนักเรียนไทยมุสลิมมากกว่า

ที่แตกต่างคือตัวแปรสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน โต๊ะครู อีหม่าม) มีอิทธิพลต่อโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิมมากถึง 4 เท่า แต่ไม่พบตัวแปรเสี่ยงนี้ในนักเรียนไทยพุทธ



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ตัวแปรเสี่ยงบริบทสังคมที่พบเหมือนกันในนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิมอีกตัวคือ การเลี้ยงดูจิตวิทยาเข้มงวดที่มีอิทธิพลต่อโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนมากกว่า 1 เท่าพอๆกัน
ตัวแปรบริบทสังคมที่พบแตกต่างกันคือนักเรียนไทยพุทธมีตัวแปรป้องกัน 2 ตัวคือการเลี้ยงดูแบบรับรู้ข้อมูลและการสนับสนุนกำลังใจจากเพื่อนทั้ง 2 ตัวแปรนี้ลดโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนลงได้เกือบ 1 เท่าเหมือนกันสำหรับนักเรียนไทยมุสลิม พบตัวแปรเพียงตัวเดียวคือการสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัว

4. ตัวแปรเสี่ยงตัวแปรป้องกันระดับบุคคลและบริบทสังคมที่มีอิทธิพลพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม

นักเรียนไทยมุสลิมตัวแปรบริบทสังคมมีอิทธิพลสูงต่อโอกาสสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนไทยพุทธตัวแปรระดับบุคคลมีอิทธิพลมากกว่า



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ตัวแปรเพื่อนมีอิทธิพลมากกว่า 10 เท่าต่อโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยมุสลิม แต่ไม่พบอิทธิพลตัวแปรเพื่อนในนักเรียนไทยพุทธ



สำหรับนักเรียนไทยพุทธ พบว่าตัวแปรระดับบุคคลคือแรงจูงใจสังคม แรงจูงใจลดความเบื่อและแรงจูงใจจัดการอารมณ์เพิ่มโอกาสสูบบุหรี่ของนักเรียนมากกว่า 1 เท่าซึ่งในนักเรียนไทยมุสลิมไม่พบว่าแรงจูงใจสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่



มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี



บทคัดย่อ

ผลของชาชงหัวไชเท้าต่อการลดความอยากบุหรี่

โดย รศ.ถนอมจิต สุภาวิตา
สำนักวิชาเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

การศึกษาผลของชาชงหัวไชเท้าต่อการลดความอยากสูบบุหรี่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experiment research) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ชายที่ติดบุหรี่ อายุระหว่าง 20-60 ปี ในหมู่บ้านละเวง ต.ดอนทราย อ.ไม้แก่น จ.ปัตตานี จำนวน 30 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบสมัครใจ (volunteer samplings) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 แบบ คือ แบบสอบถามก่อนการทดลอง และแบบสอบถามหลังการทดลอง ลักษณะแบบสอบถามมี 2 ส่วน ดังนี้ แบบสอบถามก่อนการทดลอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความอยากสูบบุหรี่ก่อนการทดลอง และแบบสอบถามหลังการทดลอง ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบคำถามหลังการทดลอง และส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความอยากสูบบุหรี่ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติพื้นฐาน

ผลการวิจัย

อาสาสมัครส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี และร้อยละ 53.3 ของอาสาสมัครทั้งหมด เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ไม่เกิน 10 ปี โดยที่ร้อยละ 88.9 ของอาสาสมัครที่สูบบุหรี่ไม่เกิน 10 ปี เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 20-30 ปี

ผลของชาชงหัวไชเท้าทำให้อาสาสมัครส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 63.3 มีอาการสูบบุหรี่ไม่ร่อยหรือไม่มีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.7 บอกว่าทำให้ลิ้นชา ร้อยละ 40 บอกว่ารับประทานอาหารไม่ร่อย และร้อยละ 20 บอกว่าเหม็นกลิ่นบุหรี่ โดยอาสาสมัครครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) บอกว่าอาการดังกล่าวจะเป็นอยู่ประมาณ 5-6 ชั่วโมงหลังจากดื่มชาชงหัวไชเท้า และอีกร้อยละ 30.0 บอกว่าอาการดังกล่าวจะเป็นอยู่ประมาณ 3-4 ชั่วโมง

จากการวิเคราะห์แบบประเมินระดับความอยากสูบบุหรี่ของอาสาสมัคร พบว่า ก่อนการทดลอง อาสาสมัครถึงร้อยละ 93.3 เป็นผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับมาก และหลังจากการทดลอง พบว่า มีผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับมาก ลดลงถึงร้อยละ 73.3 ทำให้มีผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับน้อย เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 76.7 อีกร้อยละ 20.0 เป็นผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับมาก และอีกร้อยละ 3.3 เป็นผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง

สรุปผลการวิจัย

จากงานวิจัยนี้ สรุปได้ว่า ชาชงหัวไชเท้า น่าจะสามารถลดความอยากสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากทำให้มีอาการสูบบุหรี่ไม่ร่อย ลิ้นชา เหม็นกลิ่นบุหรี่ ทำให้อาสาสมัครส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.7) ลด



ความอยากสูบบุหรี่ให้อยู่ในระดับน้อยได้ แต่ก็มีอาสาสมัครจำนวนหนึ่ง(ประมาณร้อยละ 20) ที่ยังคงมีระดับความอยากสูบบุหรี่ในระดับมากอยู่ ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านอายุและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับผลของชาชงหัวไซเท่าต่อการลดความอยากสูบบุหรี่ คือ อาสาสมัครที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี และสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี จะตอบสนองต่อชาชงหัวไซเท่าได้ดีกว่า จึงพบว่าอาสาสมัครกลุ่มนี้สามารถลดความอยากสูบบุหรี่ได้ดี และร้อยละ 20 ที่ไม่สามารถลดความอยากสูบบุหรี่ได้เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาเกินกว่า 20 ปี



Power point ประกอบการนำเสนอ

ผลของชาขงหัวไชเท้า

ต่อการลดความอยากสูบบุหรี่

โดย รศ. ถนนมจิต สุภาวิตา

ผลของชาขงหัวไชเท้า ต่อการลดความอยากสูบบุหรี่

Effect of *Raphanus Sativus* L. infusion to
reduce smoking habit.

รศ. ถนนมจิต สุภาวิตา

นพท. นีวันตี นิมะ

นพท. ปัทมาภรณ์ ศรีขาว

หลักการและเหตุผล

บุหรี่นับเป็นยาเสพติดที่ประชาชนทั่วไปมักมองข้ามถึงภัยอันตราย แต่แท้ที่จริงแล้ว บุหรี่มีโทษมหันต์ต่อผู้สูบและบุคคลข้างเคียง ซึ่งพบว่าจากการสูบบุหรี่ของประชาชนทั่วโลกส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชากรโลก ทำให้มีคนที่ตายอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ปีละ 5 ล้านคน หรือตายถึงนาทีละ 9 คน หากใน 20 ปีข้างหน้าไม่มีการดำเนินการใด ๆ ประชากรโลกจะเสียชีวิต และพิการจากการสูบบุหรี่เป็นอันดับหนึ่ง

หลักการและเหตุผล (ต่อ)

สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจในปี 2544 พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปทั้งประเทศ มีประมาณ 51.3 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 12.0 ล้านคน (ร้อยละ 23.4) ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสูบบุหรี่ทุกวัน 10.6 ล้านคน (ร้อยละ 20.6)

หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ปัจจุบันยาแผนปัจจุบันที่ใช้บำบัดผู้ติดบุหรี่มีมากขึ้นได้ผลดี แต่ก็มีผลข้างเคียงมาก และการรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับสมุนไพรไทยที่ช่วยบำบัดผู้ติดบุหรี่ เช่น ชาหัวไชเท้า ซึ่งได้ผลดี เนื่องจากหัวไชเท้าดอกขาวมีฤทธิ์ทำให้ลิ้นชา กินอาหารไม่อร่อย ไม่รู้สึกอยากสูบบุหรี่ แต่ทั้งนี้การใช้หัวไชเท้าดอกขาวในผู้ติดบุหรี่ ต้องระวังในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายหรือไตวาย

หลักการและเหตุผล (ต่อ)

คณะผู้วิจัยได้พยายามศึกษาสมุนไพรชนิดอื่นที่มีผลข้างเคียงหรือมีข้อจำกัดน้อยกว่า และจากประสบการณ์ของอาจารย์พยาบาลท่านหนึ่งซึ่งเคยลองใช้หัวไชเท้าในผู้ติดบุหรี่ ปรากฏว่าได้ผล เนื่องจากหัวไชเท้ามีฤทธิ์ทำให้ผู้รับรสที่ลิ้นรับรสเปลี่ยนไป ทำให้ไม่มีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ และเมื่อค้นหาข้อมูลของหัวไชเท้าพบว่า มีรสจัดขื่น กลิ่นฉุน กล้ายา หัวไชเท้าดอกขาวที่มีรสขมขื่น กลิ่นฉุนเล็กน้อย คณะผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่าหัวไชเท้าสามารถลดความอยากบุหรี่ได้เช่นเดียวกับหัวไชเท้าดอกขาว และมีผลข้างเคียงหรือข้อจำกัดน้อยกว่า เนื่องจากหัวไชเท้ามีลักษณะเป็นอาหารมากกว่า



วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาวิจัยผลของช่างหัวไซ่ต่อการลดความอยากสูบบุหรี่

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือผู้ติดบุหรี่โดยทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยค้างนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ชายที่ติดบุหรี่ อายุระหว่าง 20-60 ปี ในหมู่บ้านละเวง ต. ดอนทราย อ. ไม้แก่น จ. ปัตตานี จำนวน 30 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบสมัครใจ (volunteer samplings)

วิธีการวิจัย (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยค้างนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความอยากสูบบุหรี่ของอาสาสมัครทั้งก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ซึ่งแต่ละแบบแบ่งเป็น 2 ส่วนค้างนี้

วิธีการวิจัย (ต่อ)

แบบสอบถามก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ได้แก่ หมายเลขประจำตัว อายุ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความอยากสูบบุหรี่ของอาสาสมัคร

แบบสอบถามหลังการทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบคำถามหลังการทดลอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความอยากสูบบุหรี่

วิธีการวิจัย (ต่อ)

วิธีการทดลอง/วิธีการเก็บข้อมูล

- สำรวจรายชื่อผู้ติดบุหรี่ในหมู่บ้านละเวง ตำบลดอนทราย อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี คัดกรองอาสาสมัคร ให้อาสาสมัครกรอกแบบสอบถามก่อนการทดลอง ประกอบด้วยแบบข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินระดับความอยากสูบบุหรี่ เพื่อประเมินข้อมูลก่อนการทดลอง
- เตรียมหัวไซ่ทำในรูปแบบช่าง
 - เตรียมหัวไซ่ทำสด ล้างสะอาด
 - ผ่านหัวไซ่ทำเป็นชิ้นบางๆ แล้วนำมาเรียงใส่ถาด เคลือบบางๆ ให้ทั่วถาด

วิธีการวิจัย (ต่อ)

วิธีการทดลอง/วิธีการเก็บข้อมูล

- สำรวจรายชื่อผู้ติดบุหรี่ในหมู่บ้านละเวง ตำบลดอนทราย อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี คัดกรองอาสาสมัคร ให้อาสาสมัครกรอกแบบสอบถามก่อนการทดลอง ประกอบด้วยแบบข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินระดับความอยากสูบบุหรี่ เพื่อประเมินข้อมูลก่อนการทดลอง
- เตรียมหัวไซ่ทำในรูปแบบช่าง
 - เตรียมหัวไซ่ทำสด ล้างสะอาด
 - ผ่านหัวไซ่ทำเป็นชิ้นบางๆ แล้วนำมาเรียงใส่ถาด เคลือบบางๆ ให้ทั่วถาด



วิธีการวิจัย (ต่อ)

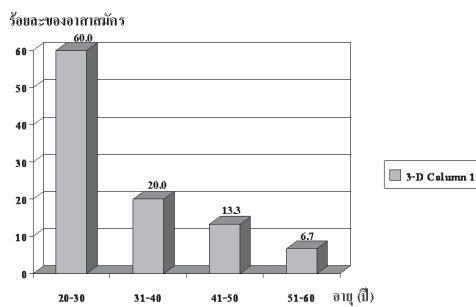
- นำไปอบที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส นาน 60 ชั่วโมง
 - นำหัวไข่แห้งไปบดหยาบ ผ่านร่อนเบอร์ 20
 - บรรจุผงขงหัวไข่แห้งในซองชา ของละ 2 กรัม
 - เก็บรักษาผงขงหัวไข่แห้งในถุงปิดมิดชิด เก็บที่อุณหภูมิห้อง ป้องกันแสงแดด เก็บในที่แห้ง และป้องกันความชื้น
1. ให้อาสาสมัครชงชาขงหัวไข่แห้ง ต้มทุกวัน ในตอนเช้า ครั้งละ 1 ซอง/ถ้วยกาแฟ เป็นเวลา 3 เดือน
 2. ผู้วิจัยติดตามผลเดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 เดือน โดยให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง เพื่อประเมินผลหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

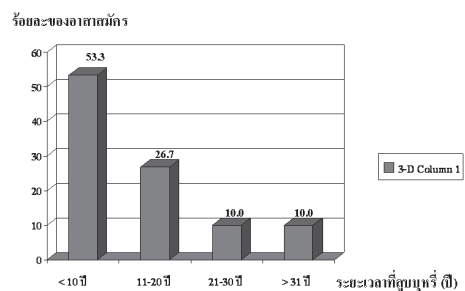
ผลข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี และร้อยละ 53.3 ของอาสาสมัคร เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ไม่เกิน 10 ปี โดยที่ร้อยละ 88.9 ของอาสาสมัครที่ไม่สูบบุหรี่ไม่เกิน 10 ปี เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 20-30 ปี (ประมาณร้อยละ 47.4 ของอาสาสมัคร)

ผลการวิจัย อายุของผู้ติดบุหรี่ (ต่อ)



ผลการวิจัย ระยะเวลาที่ติดบุหรี่ (ต่อ)

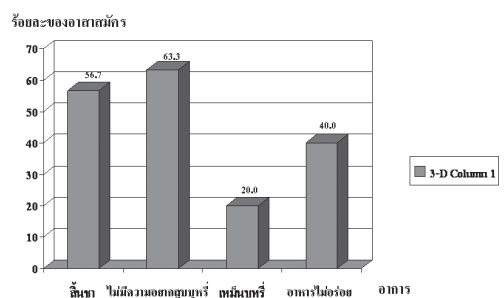


ผลการวิจัย (ต่อ)

ผลการวิเคราะห์อาการและระยะเวลาที่แสดงอาการหลังจากดื่มชาขงหัวไข่แห้ง

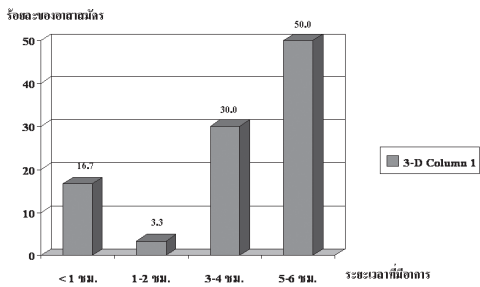
ผลของชาขงหัวไข่แห้งทำให้อาสาสมัครส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 63.3 มีอาการสูบบุหรี่ไม่ร้อย หรือไม่มีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.7 บอกว่าทำให้ลิ้นชา ร้อยละ 40 บอกว่ารับประทานอาหารไม่ร้อย และร้อยละ 20 บอกว่าหมื่นกลิ่นบุหรี่ โดยอาสาสมัครครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) บอกว่าอาการดังกล่าวจะเป็นอยู่ประมาณ 5-6 ชั่วโมงหลังจากดื่มชาขงหัวไข่แห้ง และอีกร้อยละ 30.0 บอกว่าอาการดังกล่าวจะเป็นอยู่ประมาณ 3-4 ชั่วโมง

ผลการวิจัย อาการที่เกิดจากใช้หัวไข่แห้ง (ต่อ)





ผลการวิจัย ระยะคงอยู่ของอาการ (ต่อ)



ผลการวิจัย (ต่อ)

ผลการวิเคราะห์ระดับความอยากสูบบุหรี่ที่เปลี่ยนแปลงหลังการทดลอง

จากการวิเคราะห์ที่แบบประเมินระดับความอยากสูบบุหรี่ของอาสาสมัคร พบว่า ก่อนการทดลองอาสาสมัครส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.3) มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับมาก คือมีคะแนนจากแบบประเมินระดับความอยากสูบบุหรี่ เท่ากับ 6 คะแนนขึ้นไป และอีกร้อยละ 6.7 เป็นผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนจากแบบประเมินระดับความอยากสูบบุหรี่ เท่ากับ 5 คะแนน

ผลการวิจัย (ต่อ)

หลังการวิจัยครั้งที่ 1 (เดือนที่ 1) พบว่า อาสาสมัครร้อยละ 40 เป็นผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง และเป็นผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับน้อยร้อยละ 36.7 โดยที่ยังมีผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับมากบ้างคือร้อยละ 23.3 ซึ่งผลการวิจัยครั้งที่ 1 นี้ ถือว่าผลเป็นที่น่าพอใจเนื่องจากสามารถทำให้อาสาสมัครลดความอยากสูบบุหรี่ได้ในระดับหนึ่ง

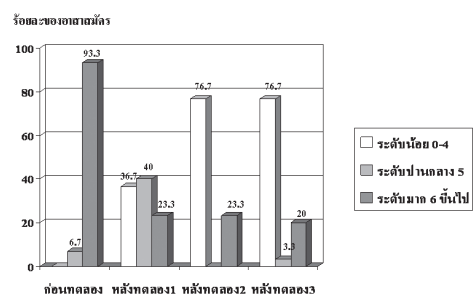
ผลการวิจัย (ต่อ)

และหลังจากให้อาสาสมัครดื่มชาขงหัวไชเท้าผ่านไป 2 เดือน พบการเปลี่ยนแปลงดังนี้ อาสาสมัครส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 76.7 เป็นผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับน้อย และเป็นผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับมากร้อยละ 23.3 ซึ่งผลการทดลองครั้งที่ 2 นี้ ไม่มีการลดอัตราของผู้ที่ติดบุหรี่ในระดับมากเลย ยังคงอัตราร้อยละ 23.3 และหลังการทดลองครั้งที่ 3 พบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.7) เป็นผู้ที่ไม่ติดบุหรี่ในระดับน้อย ร้อยละ 3.3 เป็นผู้ติดบุหรี่ในระดับปานกลางและร้อยละ 20 เป็นผู้ติดบุหรี่ในระดับมาก

ผลการวิจัย (ต่อ)

การวิจัยนี้ ทำให้อาสาสมัครมีความอยากสูบบุหรี่ลดลง คือ ก่อนการวิจัย อาสาสมัครถึงร้อยละ 93.3 เป็นผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับมาก และหลังจากการวิจัยพบว่า มีผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับมาก ลดลงถึงร้อยละ 73.3 ทำให้มีผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับน้อย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 76.7 อีกร้อยละ 20.0 เป็นผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับมาก และอีกร้อยละ 3.3 เป็นผู้ที่มีความอยากสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัย ความอยากสูบบุหรี่ (ต่อ)



อภิป്രาย และสรุปผลการทดลอง

จากงานวิจัยนี้ สรุปได้ว่า ชาวหงษ์หัวเข่า สามารถลดความอยากสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากทำให้มีอาการสูบบุหรี่ไม่อร่อย/ไม่มีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ลิ้นชา เหม็นกลิ่นบุหรี่ รับประทานอาหารไม่อร่อย ทำให้อาสาสมัครส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.7) สามารถลดความอยากสูบบุหรี่ให้อยู่ในระดับน้อยได้ แต่ก็มีอาสาสมัครจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 20) ที่ยังคงมีระดับความอยากสูบบุหรี่ในระดับมากอยู่ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาอาสาสมัครกลุ่มนี้ พบว่าเป็นผู้ที่มียาอายุ 41ปีขึ้นไป และสูบบุหรี่มานานกว่า 21 ปี ซึ่งอภิป്രายสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านอายุ และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการลดความอยากสูบบุหรี่ ที่ยังมีอยู่มากและสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ทำให้เวลาเลิกชาวหงษ์หัวเข่าจะไม่ค่อยมีอาการลิ้นชา เหม็นกลิ่นบุหรี่ หรือสูบบุหรี่ไม่อร่อย

อภิป്രาย และสรุปผลการทดลอง (ต่อ)

ผู้ติดบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้เพียงแต่เลิกชาวหงษ์หัวเข่า ชาวหงษ์หัวเข่าเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ทั้งนี้การเลิกบุหรี่อย่างสิ้นเชิงนั้นขึ้นอยู่กับแนวทางการบำบัดที่ถูกต้อง ซึ่งต้องอาศัยผู้ให้คำปรึกษาและบำบัดที่เชี่ยวชาญ กระบวนการบำบัดที่ถูกต้อง และที่สำคัญผู้ป่วยต้องมีแรงจูงใจสูงในการเลิกบุหรี่ มีความพร้อมที่จะรับความเปลี่ยนแปลง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่ และมีการสนับสนุนทางสังคม คือ ไม่มีผู้สูบบุหรี่อยู่ในบ้าน ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่ทำการเลิกบุหรี่

อภิป്രาย และสรุปผลการทดลอง (ต่อ)

การนำชาวหงษ์หัวเข่าไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการบำบัดของสถานพยาบาล ถือเป็นขั้นตอนของการช่วยลดอาการถอนนิโคตินของผู้ติดบุหรี่ แทนการใช้ นิโคตินทดแทนหรือยาเม็ด bupropion SR รวมทั้งยาในกลุ่ม second-line agent คือ nortriptyline และ clonidine ที่มีผลข้างเคียงและข้อจำกัดมากกว่า หรือแม้แต่หญ้าดอกขาว ก็สามารถนำชาวหงษ์หัวเข่าแทนได้ เนื่องจากชาวหงษ์หัวเข่ามีลักษณะเป็นอาหารมากกว่าหญ้าดอกขาว จึงน่าจะปลอดภัยกว่า แต่ทั้งนี้การนำชาวหงษ์หัวเข่ามาใช้บำบัดผู้ติดบุหรี่ อาจต้องมีการศึกษาผลทางคลินิกให้มากและละเอียดกว่านี้ เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยพื้นฐาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาให้ละเอียดกว่านี้ เพื่อประสิทธิภาพของการนำชาวหงษ์หัวเข่าไปใช้ในการบำบัดจริงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้ชาวหงษ์หัวเข่า เป็นหัวเข่าสดทำให้แห้ง อาจทำให้บางคนรู้สึกมีกลิ่นฉุน และทำให้ทานอาหารไม่ค่อยอร่อย อาจทำให้เกิดปัญหาได้ การแก้ไข : อาจใช้หัวเข่าที่กินเป็นอาหาร โดยหันเป็นชิ้น และต้มน้ำไม่นาน นำมารับประทาน
ปัญหา : การใช้วิธีนี้อาจยุ่งยาก เนื่องจากหาของสดไม่ได้ตลอดฤดูกาล และต้องปรุงที่บ้าน ทดหาไปไม่ได้
2. อาสาสมัครที่ไม่สามารถลดความอยากสูบบุหรี่จากระดับมากได้ อาจต้องใช้วิธีร่วมกันหลายอย่าง เพื่อให้มีการลดความอยากสูบบุหรี่ลง

บรรณานุกรม

- การงดบุหรี่ : ชาวหญ้าดอกขาว (ออนไลน์) สืบค้นได้จาก L:ศูนย์ธรรมชาติบำบัดบลิ.htm (วันที่ 10 มิถุนายน 2551)
- คู่มือการดำเนินงาน คลินิกอดบุหรี่.2540. โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ กระทรวงสาธารณสุข.
- หัวเข่า. (ออนไลน์) สืบค้นได้จาก : www.samunprai.com. (วันที่ 10 มิถุนายน 2551)

ภาคผนวก

แบบสอบถามก่อนการทดลอง

โครงการวิจัย

เรื่อง “ผลของชาวหงษ์หัวเข่าต่อการลดความอยากสูบบุหรี่”



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่านให้ครบทุกข้อ

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเลขประจำตัว อายุ

ท่านสูบบุหรี่มาแล้ว ปี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความอยากสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามข้างล่างนี้ทุกข้อตามความเป็นจริง หรือใกล้เคียงใกล้เคียงมากที่สุด กรุณาทำเครื่องหมาย รอบอักษรหน้าคำตอบที่ท่านเลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น

คำถามคำตอบคะแนน(ผู้วิจัย)

1. โดยปกติแล้วเมื่อท่านตื่นนอน ท่านสูบบุหรี่วันแรก

ก. สูบหลังจากตื่นนอนทันที หรือภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที

ข. สูบหลังจากตื่นนอนแล้ว แต่ไม่เกิน 30 นาที (ครึ่งชั่วโมง)

ค. สูบหลังจากตื่นนอนแล้ว แต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง

ง. สูบหลังจากตื่นนอนแล้ว เกิน 1 ชั่วโมง

2. ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อต้องอยู่ในสถานที่สาธารณะ ที่ห้ามสูบบุหรี่ เป็นเวลานาน เช่น ขณะฟังพระสวด อยู่ในห้องประชุม ห้องอาหารที่ห้ามสูบบุหรี่ โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือ อยู่บนรถประจำทาง เป็นต้น

ก. รู้สึกหงุดหงิด อึดอัด

ข. รู้สึกเฉย ๆ

3. บุหรี่มวนใดที่ท่านคิดว่า ถ้าท่านไม่ได้สูบแล้วท่านจะรู้สึกหงุดหงิดมากที่สุด

ก. บุหรี่มวนแรกของวัน

ข. บุหรี่มวนไหน ๆ ก็เหมือนกัน

4. โดยปกติท่านสูบบุหรี่วันละกี่มวน

ก. สูบบุหรี่ไม่เกิน 10 มวน

ข. สูบบุหรี่ตั้งแต่ 11-20 มวน

ค. สูบบุหรี่ตั้งแต่ 21-30 มวน

ง. สูบบุหรี่มากกว่า 31 มวนขึ้นไป

5. โดยเฉลี่ยแล้วท่านสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมง แรกหลังจากตื่นนอน มากกว่าช่วงอื่นๆของวัน ใช่หรือไม่

ก. ใช่

ข. ไม่ใช่

6. ในขณะที่ท่านป่วย และต้องได้รับการรักษา หรือต้องพักฟื้น ที่เตียงตลอดเวลา ท่านต้องการสูบบุหรี่หรือไม่

ก. ต้องสูบ

ข. ไม่ต้องสูบก็ได้

รวมคะแนน ข้อ 1-6 = 0 – 10 คะแนน

แบบสอบถามหลังการทดลอง
โครงการวิจัย
เรื่อง “ผลของชาขงหัวไชเท้าต่อการลดความอยากสูบบุหรี่”



ส่วนที่ 1 แบบคำถามหลังการทดลอง

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ใน () และเติมค่าในช่องว่างตามความเป็นจริงของท่านได้ครบทุกข้อ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ติดตามผลการใช้

รหัสประจำตัว

1. หลังจากดื่มชาชงหัวไชเท้า ท่านมีอาการอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ลิ้นชา
- () สุขุมหรือไม่อร่อย หรือไม่มีความรู้สึกอยากสุขุม
- () เหม็นกลิ่นบูหรี
- () รับประทานอาหารไม่อร่อย
- () อื่น ๆ

2. ท่านมีอาการผิดปกติจากการดื่มชาชงหัวไชเท้าท่านนอกจากอาการในข้อ 1 หรือไม่

() ไม่มี

() มี (ระบุ).....

3. ท่านมีอาการลิ้นชา/สุขุมหรือไม่อร่อย หรือไม่มีความรู้สึกอยากสุขุม/เหม็นกลิ่นบูหรี/รับประทานอาหารไม่อร่อย หรืออื่นๆ ที่ชัดเจนหลังจากดื่มชาชงหัวไชเท้า

.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความอยากสุขุมบูหรี

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามข้างล่างนี้ทุกข้อตามความเป็นจริง หรือใกล้เคียงมากที่สุด กรุณาทำเครื่องหมาย ○ รอบอักษรหน้าคำตอบที่ท่านเลือกเพียง 1 ข้อเท่านั้น

1. โดยปกติแล้วเมื่อท่านตื่นนอน ท่านสุขุมบูหรีรวมแรก

- ก. สุขุมหลังจากตื่นนอนทันที หรือภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที
- ข. สุขุมหลังจากตื่นนอนแล้ว แต่ไม่เกิน 30 นาที (ครึ่งชั่วโมง)
- ค. สุขุมหลังจากตื่นนอนแล้ว แต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง
- ง. สุขุมหลังจากตื่นนอนแล้ว เกิน 1 ชั่วโมง

2. ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อต้องอยู่ในสถานที่สาธารณะ ที่ห้ามสุขุมบูหรีเป็นระยะเวลานาน เช่น ขณะฟังพระสวด อยู่ในห้องประชุม ห้องอาหารที่ห้ามสุขุมบูหรี โรงพยาบาลศูนย์ ห้างสรรพสินค้า หรืออยู่บนรถประจำทาง เป็นต้น

ก. รู้สึกหงุดหงิด อึดอัด

ข. รู้สึกเฉยๆ

3. บูหรีรวมแรกที่ท่านคิดว่า ถ้าท่านไม่ได้สุขุมแล้วท่านจะรู้สึกหงุดหงิดมากที่สุด

ก. บูหรีรวมแรกของวัน

ข. บูหรีรวมไหนๆก็เหมือนกัน

4. โดยปกติท่านสุขุมบูหรีวันละกี่มวน

- ก. สุขุมบูหรีไม่เกิน 10 มวน
- ข. สุขุมบูหรีตั้งแต่ 11-20 มวน
- ค. สุขุมบูหรีตั้งแต่ 21-30 มวน
- ง. สุขุมบูหรีมากกว่า 31 มวนขึ้นไป

5. โดยเฉลี่ยแล้วท่านสุขุมบูหรีรวมที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมง แรกหลังจากตื่นนอน มากกว่าช่วงอื่นๆของวัน ใช่หรือไม่

- ก. ใช่
- ข. ไม่ใช่

6. ในขณะที่ท่านป่วย และต้องได้รับการรักษา หรือต้องพักผ่อนเกือบตลอดวัน ท่านต้องการสุขุมบูหรีอยู่หรือไม่

- ก. ต้องสุขุม
- ข. ไม่ต้องสุขุมก็ได้



เกณฑ์การให้คะแนนการติดบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่	
คำถาม - คำตอบ	คะแนนที่ได้
1. โดยปกติแล้วเมื่อท่านตื่นนอน ท่านสูบบุหรี่วันแรก	
ก. สูบหลังจากตื่นนอนทันที หรือภายในเวลาไม่เกิน 5 นาที	3 คะแนน
ข. สูบหลังจากตื่นนอนแล้ว แต่ไม่เกิน 30 นาที (ครึ่งชั่วโมง)	2 คะแนน
ค. สูบหลังจากตื่นนอนแล้ว แต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง	1 คะแนน
ง. สูบหลังจากตื่นนอนแล้ว เกิน 1 ชั่วโมง	0 คะแนน
2. ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อต้องอยู่ในสถานที่สาธารณะ ที่ห้ามสูบบุหรี่ เป็นระยะเวลา นาน เช่น ขณะฟังพระสวด อยู่ในห้องประชุม ห้องอาหารที่ห้ามสูบบุหรี่ โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า หรือ อยู่บนรถประจำทาง เป็นต้น	
ก. รู้สึกหงุดหงิด ใจอัด	1 คะแนน
ข. รู้สึกเฉยๆ	0 คะแนน

3. บุหรี่มวนใดที่ท่านคิดว่า ถ้าท่านไม่ได้สูบแล้วท่านจะรู้สึกหงุดหงิดมากที่สุด	
ก. บุหรี่มวนแรกของวัน	1 คะแนน
ข. บุหรี่มวนไหนๆก็เหมือนกัน	0 คะแนน
4. โดยปกติท่านสูบบุหรี่วันละกี่มวน	
ก. สูบบุหรี่ไม่เกิน 10 มวน	0 คะแนน
ข. สูบบุหรี่ตั้งแต่ 11-20 มวน	1 คะแนน
ค. สูบบุหรี่ตั้งแต่ 21-30 มวน	2 คะแนน
ง. สูบบุหรี่มากกว่า 31 มวนขึ้นไป	3 คะแนน

5. โดยเฉลี่ยแล้วท่านสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมง แรกหลังจากตื่นนอน มากกว่าช่วงอื่นๆของวัน ใช่หรือไม่	
ก. ใช่	1 คะแนน
ข. ไม่ใช่	0 คะแนน
6. ในขณะที่ท่านป่วย และต้องได้รับการรักษา หรือต้องพักฟื้น เกือบตลอดวัน ท่านต้องการสูบบุหรี่หรือไม่	
ก. ต้องสูบ	1 คะแนน
ข. ไม่ต้องสูบบุหรี่ก็ได้	0 คะแนน
รวมคะแนนเต็ม 0 - 10	

การแปลผลคะแนน	
ได้ 10.00 - 8.01 คะแนน	ติดบุหรี่ระดับ มากที่สุด
ได้ 8.00 - 6.01 คะแนน	ติดบุหรี่ระดับ มาก
ได้ 6.00 - 4.01 คะแนน	ติดบุหรี่ระดับ ปานกลาง
ได้ 4.00 - 2.01 คะแนน	ติดบุหรี่ระดับ น้อย
ได้ 2.00 - 0.00 คะแนน	ติดบุหรี่ระดับ น้อยที่สุด

ขอขอบคุณ
<ul style="list-style-type: none"> ขอขอบคุณคณะแพทย์แผนไทย และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ ให้อุปกรณ์การศึกษาวิจัยโครงการนี้ ขอขอบคุณผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครทั้ง 30 ท่าน จากหมู่บ้านละเวง ตำบลคอนทราย อำเภอยี่งอ จังหวัดปัตตานี ที่ได้ให้ความร่วมมือ ในการอำนวยความสะดวกแก่งานวิจัยนี้ ตลอดจนปฏิบัติตาม แผนการวิจัยอย่างต่อเนื่อง และตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้



บทคัดย่อ

การดำเนินการตามกฎหมาย พ.ร.บ. คຸ້ມครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 กรณีศึกษาพื้นที่หาดใหญ่

โดย คุณวีระพงษ์ จินะดิษฐ์

การบังคับใช้กฎหมายพระราชบัญญัติคຸ້ມครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ มีวัตถุประสงค์เพื่อรณรงค์ให้สถานที่สาธารณะที่กฎหมายประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ มีการดำเนินการจัดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด เพื่อคຸ້ມครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยการดำเนินการเชิงรุก เริ่มจากการประชุมชี้แจงผู้ดูแลสถานที่สาธารณะเป้าหมายที่ต้องจัดสถานที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ สนับสนุนเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ การตรวจสถานที่แนะนำผู้ประกอบการ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปที่ไม่สูบบุหรี่ได้รับรู้กฎหมายเพื่อปกป้องสิทธิเมื่อต้องเข้าไปในสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ การดำเนินคดีกับผู้ฝ่าฝืนกฎหมาย การประชุมชี้แจงปัญหาการดำเนินงานและแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่องแก่เจ้าหน้าที่ จากทุกกระทรวง ได้แก่ ข้าราชการสาธารณสุข ปลัดอำเภอ ครู เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ข้าราชการตำรวจ และผู้ประกอบการที่เป็นผู้ดูแลสถานที่สาธารณะ ที่กฎหมายประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ ฯลฯ มีการจัดพนักงานเจ้าหน้าที่ลงตรวจสถานประกอบการเพื่อแนะนำการจัดเขตปลอดบุหรี่ และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ลูกค้าไม่ให้ความร่วมมือ หรือกรณีผู้ประกอบการปล่อยปละละเลยยินยอมให้มีการสูบบุหรี่เป็นต้น การแก้ปัญหาดังกล่าว ต้องเร่งการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และลงตรวจพื้นที่สม่ำเสมอ จนต้องตัดสินใจดำเนินคดีกับผู้ฝ่าฝืนหลายราย แล้วนำภาพการลงพื้นที่ ภาพความผิดที่มีการดำเนินคดีกับผู้ฝ่าฝืน มานำเสนอที่ประชุมผู้ประกอบการเพื่อเป็นตัวอย่างการกระทำ ความผิด การมีส่วนร่วมของสื่อมวลชนในการรับเรื่องราวร้องเรียน การตรวจเหตุร้องเรียนและดำเนินการกับผู้ฝ่าฝืนอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาส่งผลให้โรงแรมไม่น้อยกว่า 90 แห่ง ร้านอาหารไม่น้อยกว่า 250 แห่ง โรงพยาบาลหาดใหญ่ สถานีอนามัยในอำเภอหาดใหญ่ จัดเขตปลอดบุหรี่ 100% สถานบันเทิงในอำเภอหาดใหญ่จัดเขตปลอดบุหรี่ถูกต้องมากกว่า 80 แห่ง สถานีขนส่ง และสวนสาธารณะได้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครหาดใหญ่ ในการติดตั้งเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ครอบคลุมเต็มพื้นที่ตามหลักเกณฑ์ จากการปฏิบัติงานเชิงรุกดังกล่าวส่งผลให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ได้รับเรื่องราวร้องเรียนการสูบบุหรี่เฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการดำเนินคดีข้อหาไม่จัดเขตปลอดบุหรี่ จำนวน 13 ราย แยกเป็นร้านอาหาร 6 ราย โรงแรม 4 ราย สถานบันเทิง 3 ราย และดำเนินคดีกับผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ จำนวน 62 ราย แยกเป็นที่สถานีขนส่ง บขส. 42 ราย คิวรวมรถตู้(ตลาดเกษตรหาดใหญ่ใน) 11 ราย โรงพยาบาลหาดใหญ่ 7 ราย สถานบันเทิงและร้านอาหารแห่งละ 1 ราย



ในอนาคตอันใกล้ จากการศึกษาวิจัยโดยสารรื่องเรียนผ่านสถานีวิทย์ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่บนรถโดยสารสาธารณะ ได้แก่ รถสองแถว และรถตุ๊กตุ๊ก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะร่วมมรณรงค์ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่บนรถโดยสารสาธารณะต่อไป และจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาส่งผลให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณ หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบประจำปี 2551 โดยเข้ารับประทานโล่จากพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลีพระวรราชาทินัดดามาตุ เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2551 (วันงดสูบบุหรี่โลก)



Power point ประกอบการนำเสนอ

การดำเนินการตามกฎหมาย
พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
พ.ศ.2535 กรณีศึกษา
พื้นที่หาดใหญ่
โดย คุณวีระพงศ์ จินะดิษฐ์

ควันบุหรี่ จะทำร้ายลูก
การดำเนินงานตามกฎหมาย
พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535
การดำเนินงานในอำเภอหาดใหญ่

22 ธันวาคม 2552
ณ ห้องประชุมเกษมสันต์ โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า หาดใหญ่
วีระพงศ์ จินะดิษฐ์

เด็กในโลกมากกว่า 800 ล้านคนเป็นเหยื่อของควันบุหรี่มือ
สองที่บ้าน และมากกว่า 900 ล้านคนในที่สาธารณะ

ควันบุหรี่ จะทำร้ายลูก

O Ministério da Saúde alerta:
CRIANÇAS QUE CONVIVEM
COM FUMANTES TEM
MAIS ASMA, PNEUMONIA,
SINUSITE E ALERGIA.

**ประกาศกระทรวงฯ หลักระทนต์ วิธีการในการแสดง
เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่** ๒๓ มกราคม ๒๕๕๑ (ยกเลิก ฉบับที่ ๑๕)

สถานที่สาธารณะประเภท
ตั้งอยู่ในอาคารหรือสิ่งก่อสร้าง
(ข้อ ๓.๓)

แสดง ณ บริเวณ
ทางเข้าทุกช่องทาง

แสดงโดยเปิดเผย มองเห็น
ชัดเจน ภายในสถานที่

ห้ามสูบบุหรี่
ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ๒,๐๐๐ บาท

ร้องเรียน-โทร 0 2590 3342

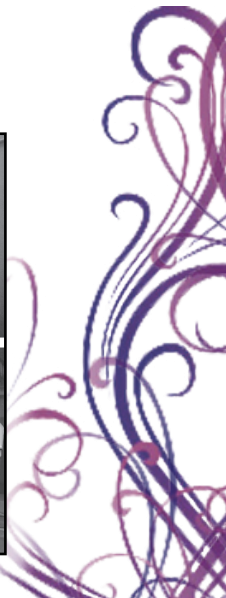
สภาพและลักษณะของเขตปลอดบุหรี่

- 1 ต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่
- 2 ไม่มีการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่
- 3 ไม่มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับบริการสูบบุหรี่ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่

ห้ามสูบบุหรี่
ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ๒,๐๐๐ บาท

ร้องเรียน-โทร 0 2590 3342





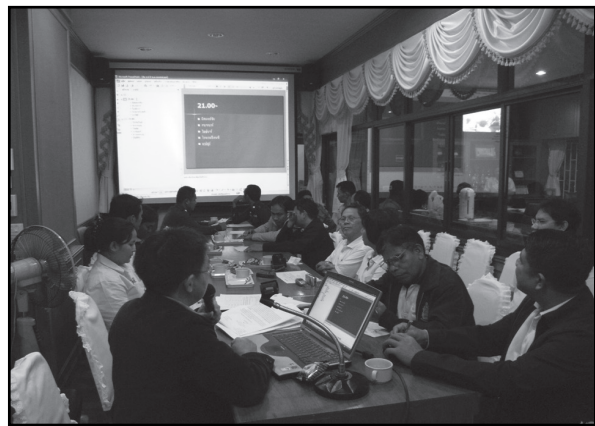
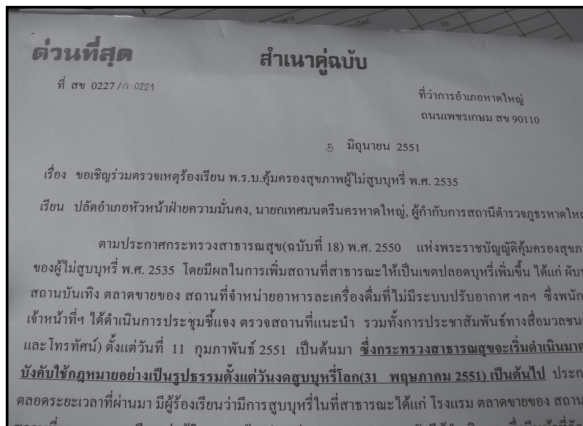
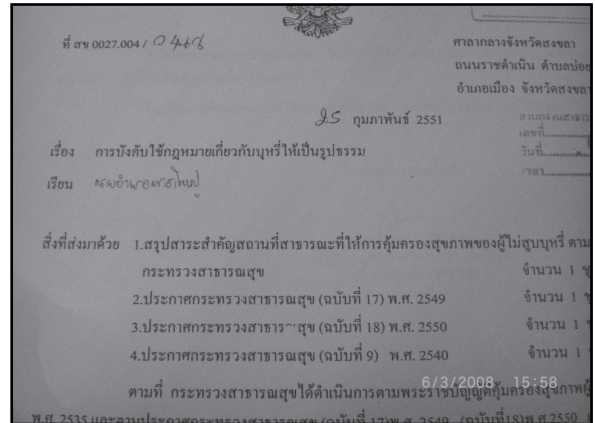


ประเภท ๗ (ฉบับที่ ๑๘) พ.ศ. ๒๕๕๐ เพิ่ม ๓ ประเภท
๑๑ ก.พ. ๕๑

- ๑ **พับ บาร์ สถานบันเทิง** (พ.ร.บ.สถานบันเทิง ๒๕๕๙)
- ๒ **ตลาดสด ตลาดเปิดท้ายขายของ ตลาดขายเสื้อผ้า**
- ๓ **สถานที่จำหน่ายอาหาร อาหารและ เครื่องดื่มทั้งหมด (ปรับ ไม่ปรับสภาพ)**











สภาพและลักษณะของ เขตสูบบุหรี่

1. ไม่อยู่ในบริเวณ
ทางเข้าออก
2. ไม่อยู่ในบริเวณที่ก่อ
ความเดือดร้อนรำคาญ
แก่ผู้ที่อยู่ข้างเคียง
3. ไม่มองเห็นได้ชัดเจน





เรื่อง ห้องจอด
วันที่ 16 มิถุนายน 2551
จากสิ่งที่ปรากฏออกมาว่า พบพนักงานขับรถตู้ และ
พนักงานขายตั๋ว คู่มือรายวัน รถโดยสาร นครราชสีมา
ที่ทำงานจัดมีพรตบลดหมาย รอลให้ชื้อบัตรลดคอง
112 หน้า การขโมยไป 1122 คริวคือ
ดง
คือ ดง

ด่วนที่สุด
ที่ ศท.0027.004/ พ 22 จ
30 มิถุนายน 2551
เรื่อง ขอความร่วมมือในการตรวจสอบและดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย
รถโดยสารสาธารณะภาคใต้
ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้รับแจ้งจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1
สงขลา ผ่านศูนย์รับเรื่องร้องเรียนบุรีและสุราษฎร์ พบกักรถโดยสารในร้านอาหารชื่อ ร้านหยอ เป็น
อาหารที่ไม่มีระบบปรับอากาศ ตั้งอยู่บริเวณสนามบิน ตรงข้ามโรงเรียนหาดใหญ่รัฐประชาสรรค์ อ.
เมือง จังหวัดสงขลา ซึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ตามประกาศ
ของสาธารณสุข ฉบับที่ 18 กำหนดให้ร้านอาหารที่ไม่มีระบบปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่
ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จึงขอความร่วมมือผู้รับผิดชอบงาน
ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ ตรวจสอบข้อเท็จจริงดังกล่าว ในวันที่ 2 กรกฎาคม 2
ไป
[Signature]
[Name and Title]





เรื่อง รายงานผลการควบคุมยาสูบในสถานประกอบการ
 เว้น ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา
 อ้างอิง หนังสือ ที่ สธ 0027.004/ว.468 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551
 สังกัดแผนกสุขภาพ สำนักงานที่สำนักงาน (สบ. 03) จำนวน 15 ฉบับ

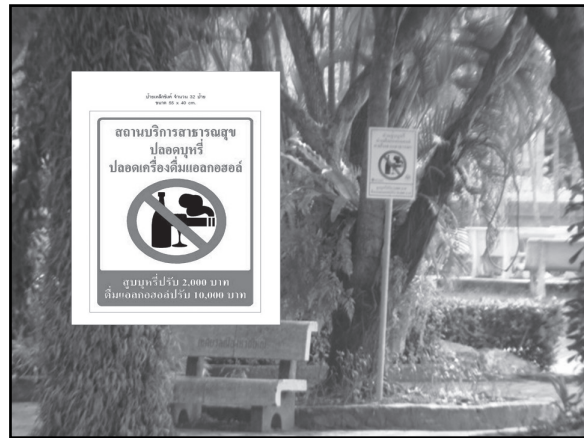
ตามที่บังคับตั้งแต่ปี 2551 ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา ขอความร่วมมือให้นายอำเภอหาดใหญ่
 ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่อย่างเคร่งครัด ในระยะเวลาที่ผ่านมานี้ นายอำเภอหาดใหญ่
 ได้รับเรื่องร้องเรียนทางโทรศัพท์ และผ่านทางสถานีวิทยุคลื่น 88.5 มอ. ว่ามีผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ที่สถานประกอบการ
 หาดใหญ่ และสถานีขนส่งผู้โดยสารจำนวนมาก ซึ่งนายอำเภอหาดใหญ่ โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่
 สถานีขนส่งผู้โดยสารใหญ่ ได้ประชาสัมพันธ์ด้วยสติ๊กเกอร์ ป้ายคำ และเสียงตามสาย ให้ผู้ฝ่าฝืนรีบทราบ และ
 การฝ่าฝืนมาโดยตลอด อำเภอหาดใหญ่โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร่วมกับสถานีตำรวจภูธรหาดใหญ่
 และเทศบาลนครหาดใหญ่ ได้ร่วมตรวจเหตุร้องเรียนเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2551 โดยดำเนินคดีกับผู้สูบบุหรี่
 ที่สถานีขนส่งผู้โดยสารรวมรถตู้ จำนวน 4 ราย และที่สถานขนส่งผู้โดยสารใหญ่ จำนวน 11 ราย รวม 15
 ซึ่งพนักงานสอบสวนได้เปรียบเทียบปรับรายละ 200 บาท

ในการนี้ อำเภอหาดใหญ่ จึงขอส่งสำเนาแบบบันทึกค่าใช้การ จำนวน 15 ฉบับ รายงาน
 ที่ส่งมาด้วย

ได้รับสำเนากับการชี้แจงแล้ว
 ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจ
 22/ พ.ศ./2551

ผู้กำกับฯ ไม่ประสงค์ลงลายมือชื่อในบันทึกการชี้แจง
 ๕๓๓. ๖๓๓๓. ผู้กำกับฯ





งบจาก CUP
งบจากสำนัก
งบจากเทศบาล



เรื่องนี้เป็นเรื่องราวของคน 4 คนที่มีนามว่า
"ทุกคน" "บางคน" "ใครซักคน" และ "ไม่มีใคร"

มีงานสำคัญงานหนึ่งที่ต้องทำให้เสร็จ
"ทุกคน"แน่ใจว่า "บางคน"จะทำ
"ใครซักคน"ควรจะทำได้แต่ "ไม่มีใคร"ทำ
"บางคน"คิดว่า "ใครซักคน"ควรจะทำได้
แต่ "ไม่มีใคร"ระลึกได้ว่า "ทุกคน"ไม่ได้ทำ
เรื่องนี้จบลงด้วยการที่ "ทุกคน"กล่าวโทษ "บางคน"
ในขณะที่ "ไม่มีใคร"ทำในสิ่งที่ "ใครซักคน"
ควรจะทำได้สำเร็จ





Power point

ประกอบการนำเสนอ

ประเด็นบุหรี่หนีภาษี



ประเด็น “บุหรี่หนีภาษี”



Scale and impact of global illicit cigarette trade



The Global Trade in Smuggled Cigarettes



Table E.1: Relation Between Legal Price and Illicit Trade in 2007

World Bank Income Group	Average Legal Price (US\$)	Average Percent of Consumption That is Illicit
Low Income	1.13	16.8%
Middle Income	1.89	11.8%
High Income	4.91	9.8%

Note: Country specific illicit consumption shares and prices are weighted by consumption. For the technical details of the methods used to arrive at these numbers see the methods section and Appendix 3.

- Volumes of DNP (duty not paid) cigarettes are largest in Eastern Europe (about 13%) and in Africa and the Middle East (about 12%) are also substantial in Latin America (about 9%) and Western Europe (about 7%).
- Smuggling in Asia has also been used as a means of exerting political leverage to secure market opening. (Chanorwong S, 2001)
- In East Asia the purchase of confiscated contraband at customs auctions also provided “a shelter for subsequent purchases from other sources”. (Desai N, 1994)



การศึกษาในต่างประเทศ

- ยุโรป-> สหภาพยุโรป อังกฤษ สันการี ยูเครน
- อเมริกา -> แคนาดา สหรัฐอเมริกา บราซิล
- เอเชีย -> เอเชีย จีน ไต้หวัน กัมพูชา

หัวข้อวิจัยที่เกี่ยวกับเมืองไทย

- Thailand—lighting up a dark market: British American tobacco, sports sponsorship and the circumvention of Legislation.

• หัวข้อที่สนใจ

- สาเหตุและผลกระทบของการลักลอบนำเข้าบุหรี่หนีภาษีในประเทศไทย
- การศึกษาเส้นทางนำเข้าและการกระจายผลิตภัณฑ์บุหรี่หนีภาษี
- ความสัมพันธ์ระหว่างบุหรี่หนีภาษีและอัตราการสูบบุหรี่



รายนามผู้เข้าร่วมการประชุม

เครือข่ายนักวิจัย ในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้)

วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ.2552 เวลา 08.30 – 15.00 น.

สถานที่ ห้องประชุมเกษมสันต์ โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	E-MAIL
สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ				
1	นพ.หทัย ชิตานนท์	ประธานสถาบัน	0 2650 2607	pirayu@asianet.co.th
มหาวิทยาลัยมหิดล				
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ				
2	ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์	ผู้อำนวยการ	0 2354 5346	siriwan@ihpp.thaigov.net
3	ทพญ.ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายจัดการความรู้	0 2354 5346	siripe@gmail.com
4	ศศ.ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์	ที่ปรึกษาด้านประเมินนโยบายยาสูบ	0 2354 5346	psunida@hotmail.com
5	คุณประภาพรธรรม เอี่ยมอนันต์	นักวิชาการ	0 2354 5346	prapapun@trc.or.th
6	คุณสรินญา เลหาพันธ์พงศ์	นักวิชาการ	0 2354 5346	sarinya@trc.or.th
คณะสาธารณสุขศาสตร์				
7	ศศ.ดร.นิทัศน์ ศรีโชติรัตน์	อาจารย์	0 2644 8833	nithats@gmail.com
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม				
8	รศ.ดร.บุปผา ศิริวิศรี	อาจารย์/นักวิจัย	0 2441 0201	prbsr@mahidol.ac.th
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ				
9	ศศ.พญ.ทวิมา ศิริวิศรี	อาจารย์/นักวิจัย	0 3739 5085	tawima_s@yahoo.com
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่				
คณะศิลปศาสตร์				
10	รศ.ดร.วันชัย ธรรมสังการ	หัวหน้าภาควิชาสารัตถศึกษา	0 7428 6720	wanchai.t@psu.ac.th
11	ศศ.ดร.ปฐมา อักษรจรุง	อาจารย์	0 7428 6795	-
คณะพยาบาลศาสตร์				
12	รศ.อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ	หัวหน้าภาควิชา การพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์	0 7428 6421	usanee.pa@psu.ac.th
คณะวิทยาการจัดการ				
13	อาจารย์ชัชฌา ณ นคร	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา	0 7428 7916	chutsana.n@psu.ac.th
14	คุณอนุ เจริญวงศ์ระยับ	เจ้าหน้าที่	0 7428 7850	arujarer@gmail.com

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	E-MAIL
คณะแพทยศาสตร์				
15	รศ.พญ.วนพร อนันตเสรี	อาจารย์	0 7442 9618	wanaporn.a@psu.ac.th
16	รศ.พญ.วิไลวรรณ วิริยะไชโย	อาจารย์	0 7445 1454	vvilaiwa@medicine.psu.ac.th
17	อาจารย์กนกพรธม เรืองนภา	อาจารย์	0 7445 1251	rkanokpa@medicine.psu.ac.th
คณะทันตแพทยศาสตร์				
18	ทพญ.สมพิศ คินทรักษ์	อาจารย์	0 7428 7581	sompid.k@psu.ac.th
19	คุณกุลศรี พึ่งพันธ์	เจ้าหน้าที่	0 7428 7510	kulsri.p@psu.ac.th
คณะเภสัชศาสตร์				
20	ผศ.ดร.สุชาดา สุรพันธ์	อาจารย์	0 7428 8879	suchada.so@psu.ac.th
สถานีวิทยุ ม.อ. 88				
21	คุณโสฬฏฐนิส สิกขิชนทร์กุล	เจ้าหน้าที่	0 7441 2182	-
สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้				
22	ศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์	ผู้อำนวยการ	0 7445 5150	cvirasak@medicine.psu.ac.th
23	ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย	รองผู้อำนวยการ	0 7445 5150	vorasith@msn.com
24	คุณวัลภา ฐานำกาญจน์	ผู้จัดการแผนงานพัฒนา	0 7445 5150	t.wallapa@gmail.com
25	คุณกิตติวรรณ เดชวายุกุล	ผู้จัดการแผนงานสนับสนุนการวิจัย	0 7445 5150	kitiwan_white@hotmail.com
26	คุณนิพนธ์ รัตนาคม	ผู้ประสานงานแผนงานสื่อสาร สาธารณะและขับเคลื่อน	0 7445 5150	nipon.rdh@gmail.com
27	คุณสุนัชดา นันทคูสิต	หัวหน้าสำนักงาน	0 7445 5150	cantik5@hotmail.com
28	คุณทิพย์วดี มากแก้ว	ผู้ประสานงาน แผนงานสนับสนุนการวิจัย	0 7445 5150	tipwadee.m@gmail.com
29	คุณศิริยา โต๊ะปะ	เจ้าหน้าที่การเงิน	0 7445 5150	sirisa.to@gmail.com
30	คุณรัตติกาล ขนานแก้ว	ผู้ช่วยผู้ประสานงานแผนงานสื่อสาร สาธารณะและขับเคลื่อน	0 7445 5150	rattikan.ka@gmail.com
31	คุณหงส์ แซ่ลิม	ผู้ประสานงานแผนงานพัฒนา	0 7445 5150	hong.saelim@gmail.com
หน่วยระบาดวิทยา				
32	ดร.พญ.รัศมี สังข์ทอง	อาจารย์	0 7445 1165-6	rassamee_sangthong@yahoo.com
33	คุณจิตตเวช เกตุชู	นักศึกษาระดับปริญญาโท	0 7445 1165-6	drjimmyarm@hotmail.com
34	คุณคาริกา ไสงาม	นักศึกษาระดับปริญญาเอก	1 7445 1165-6	timsaingam161@hotmail.com
35	คุณธีระพงษ์ พรหมพันธ์	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	2 7445 1165-6	mr.modx@gmail.com
36	คุณวลัยลักษณ์ จิตพิบูลย์	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	0 7445 1165-6	wansabay@hotmail.com



ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	E-MAIL
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี				
คณะศึกษาศาสตร์				
37	รศ.ดร.ดวงมณี จงรักษ์	รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและวิจัย	0 7333 7383	cdoungma@bunga.pn.psu.ac.th
38	อาจารย์เพ็ญประภา ปริญญาพล	อาจารย์	0 7333 7383	penprapa@bunga.pn.psu.ac.th
39	ศส.พรเพ็ญ ภัทรนุชาพร	อาจารย์	0 7333 1301	ppornpen@bunga.pn.psu.ac.th
40	ศส.ดร.ณัฐวิทย์ พจนันต์	อาจารย์	0 7333 1301	pnathavi@bunga.pn.psu.ac.th
41	อาจารย์ธินัฐดา พิมพ์พวง	อาจารย์	0 7333 1301	thinadda@hotmail.com
42	ดร.อลิสรา ชมชื่น	อาจารย์	0 7333 1301	-
43	คุณวิไล เสนาการ	เจ้าหน้าที่	0 7331 3928	wilai_psu@hotmail.com
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา				
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี				
44	ดร.สุวรรณี พรหมศิริ	รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ	0 7433 6949	suwannee_p@hotmail.com
45	ดร.พัชรี หล่งหม่าน	อาจารย์	0 7433 6949	plungmann@yahoo.com
46	รศ.ชาญชัย เรืองจจร	อาจารย์	0 7433 6949	charn-ruangkajorn@yahoo.com
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์				
สำนักวิชาเภสัชศาสตร์				
47	รศ.ถนอมจิต สุภาวิตา	อาจารย์	0 7552 3000	tanomjit.s@psu.ac.th
48	ศส.ดร.จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์	อาจารย์	0 7567 2101-2	jjraporns@gmail.com
มหาวิทยาลัยนเรศวรราชชนนี				
คณะพยาบาลศาสตร์				
49	อาจารย์พัชราวดี ทองเนื่อง	อาจารย์	0 7351 1427	tt_pum@hotmail.com
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี				
50	คุณรสติกร ขวัญหอม	พยาบาลวิชาชีพ	0 7728 7813	suwanrost@hotmail.com
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช				
51	คุณสุทัศน์ เหมทานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	0 7532 4443	-
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา				
52	ดร.กรรณิกา เรืองเดช	อาจารย์	0 7321 2109	kanni43@gmail.com
53	อาจารย์อัญชลี พงศ์เกษตร	อาจารย์	0 7321 2109	pulo_1999@yahoo.com
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา				
54	อาจารย์ไศรยา นิสะ	อาจารย์	0 7322 2010	soyake@hotmail.com
55	อาจารย์นุศรา ดาวโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	0 7322 2010	hu_memee@hotmail.com

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	E-MAIL
สถาบันการศึกษา วิทยาเขตยะลา				
56	อาจารย์นิโลบล สัตยานุรักษ์	อาจารย์	0 7321 2899	nil_obon_007@hotmail.com
57	อาจารย์ภัทรพร สหพัฒน์นา	อาจารย์	0 7321 2890	patta_ple@hotmail.com
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี				
58	คุณรัตติยา เพชรน้อย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	0 7727 2784	rattiyaphetnoi@yahoo.com
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง				
59	คุณเรณู บุญจันทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	0 7781 1076	rboonechan@yahoo.com
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา				
60	คุณพรศักดิ์ มธุรส	เภสัชกรชำนาญการ	0 7641 3300	-
61	คุณจิราภรณ์ เทพหนู	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	0 7461 2400	lthepnoo@yahoo.com
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง				
62	คุณฉันทัญญาดา รอดเดช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	0 7520 5615-22	rongdach1@yahoo.com
63	คุณเสาวลักษณ์ พลายมี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	0 7520 5615-22	-
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล				
64	คุณรัชณี จิระวัฒน์เดชะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	0 7471 1071	daeng2495@yahoo.co.th
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา				
65	คุณวีระพงษ์ จินะดิษฐ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	0 7425 2018	jinadit2@hotmail.com
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา				
66	คุณวิเชียร จิตต์พิศาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	0 7642 1672	chian5443@gmail.com
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควนโดน จังหวัดสตูล				
67	คุณวัฒน์ชัย ไชยจิตต์	ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ	0 7479 5063	tum_rabbit@hotmail.com
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี				
68	คุณอามีเนาะ หมิ่นเสน	นักวิชาการสาธารณสุข	0 7343 9062	mead_ami@hotmail.com
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช				
69	คุณวรรณมณี สุวรรณมณี	นิติกร	0 7534 2328	sugar_free-101@hotmail.com
70	คุณวลัยลักษณ์ สิทธิพรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	0 7536 0068	-
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา				
71	คุณสุวิมล แก้วแดง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	0 7433 6080	suwimon183@hotmail.com
72	คุณเสาวลักษณ์ มุสิกะรังยี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	0 7433 6080	saowamu@hotmail.com



ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	โทรศัพท์	E-MAIL
โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี				
73	คุณพรพิลาส ลิมปิเจริญ	เภสัชกรปฏิบัติการ	0 7724 4518	tongs_6@hotmail.com
โรงพยาบาลวิชะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต				
74	คุณเดชทวี ศิริรักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	0 7636 1234	epatong@gmail.com
โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง				
75	คุณรุสมิณา นิมะ	นักวิชาการสาธารณสุข	0 7460 9500	-
76	คุณสุติน ลาเต๊ะ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ	0 7460 9500	-
77	คุณสุธาทิพย์ ขุนทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	0 7460 9500	-
โรงพยาบาลป่าบอน จังหวัดพัทลุง				
78	นพ.คณพล ภูมิรัตนประพิณ	ผู้อำนวยการ	0 7462 5100	-
79	คุณกุลธิดา จันทรานุสรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	0 7462 5100	koontida2508@hotmail.com
80	คุณปรีดา ขุนณรงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	0 7462 5100	peeda_k@hotmail.com
81	คุณบุญญา อักษรชู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	0 7484 1634	-
82	คุณอารณีย์ บริรักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	0 7462 5100	-
83	คุณสมคิด เรืองหนู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	0 7484 1634	-
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา				
84	คุณพลพีร์ พรศิริชนานันท์	เจ้าหน้าที่	0 7427 3100	-
ด่านศุลกากรกันตัง จังหวัดตรัง				
85	คุณชมมาพร สิงห์พันธ์	นักวิชาการศุลกากรชำนาญการ	0 7525 1003	75210000@customs.go.th

สรุปผลแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม

การสรุปผลแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมประชุม และ 2) การสรุปผลด้านการบริหารจัดการของการประชุม โดยมีผลสรุปดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมประชุม

1. ข้อมูลของผู้เข้าร่วมประชุม

1.1 ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมดจำนวน 85 คน จัดแบ่งเป็นกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุม	จำนวน (คน)
ผู้บริหารงานวิจัย นักวิชาการ และ นักวิจัย ระดับสูง ของสถาบันการศึกษาในภาคใต้	6
เครือข่าย ศจย.	23
เครือข่าย วพส. และนักวิชาการทั่วไป	47
ทีม ศจย. และนักวิจัย/ผู้เข้าร่วมจาก กทม.	9

1.2 ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมดจำนวน 85 คน จัดแบ่งเป็นหน่วยงานที่สังกัด ดังนี้

หน่วยงานที่สังกัด	จำนวน (คน)
มหาวิทยาลัย / วิทยาลัย	55
โรงพยาบาล	13
หน่วยงานสาธารณสุข / สำนักงานป้องกันควบคุมโรค	13
หน่วยงานอื่น ๆ	4

1.3 การเข้าชม website ศจย. (www.trc.or.th) ของผู้เข้าร่วมประชุม

การเข้าชม website	ร้อยละ
เคย	50
ไม่เคย	50



2. ร้อยละของประเด็นวิจัยที่ผู้เข้าร่วมประชุมได้ให้ความสนใจ

ประเด็นวิจัย	ร้อยละ
1. การเฝ้าระวังสถานการณ์ การบริโภคยาสูบ การกระทำผิดกฎหมายการโฆษณา การส่งเสริมการขาย การไม่บังคับใช้กฎหมาย และการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผิดกฎหมาย	16
2. การเฝ้าระวังสถานการณ์ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การควบคุมผลิตภัณฑ์ รูปแบบต่าง ๆ รวมถึงอุตสาหกรรม ยาสูบ และแนวคิดการลดอันตรายในผลิตภัณฑ์ยาสูบของโลก ซึ่งส่งผลข้างเคียงในรูปแบบต่าง ๆ	5
3. มาตรการทางภาษีกับการควบคุม การแก้ปัญหาการบริโภคยาสูบโดยใช้มาตรการ ทางภาษี และการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรี การทำข้อตกลง การค้าเสรีระหว่างไทยกับประเทศ/ภูมิภาคต่าง ๆ ระหว่าง อาเซียนกับประเทศ/ภูมิภาคต่าง ๆ	2
4. การบูรณาการบริการการเลิกบุหรี่ รูปแบบการบูรณาการบริการการเลิกบุหรี่ในระดับต่างๆ ต้นทุนของการจัดบริการ และประมาณการค่าใช้จ่ายต่อปี สำหรับผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ รวมทั้ง การพัฒนาประสิทธิภาพสายเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quit line) และหาปัจจัยที่นำไปสู่การเลิกบุหรี่	21
5. บุหรี่มวนเอง สถานการณ์การสูบบุหรี่มวนเอง แบบแผนการสูบบุหรี่ ระบบการจัดเก็บภาษีบุหรี่มวน	19
6. พฤติกรรม สังคม และการสื่อสาร การสื่อสาร สื่อมวลชน สังคม เพื่อการรณรงค์ ขับเคลื่อน สังคม	29
7. ประเมินนโยบาย การประเมินประสิทธิภาพมาตรการการควบคุมการบริโภค ยาสูบยาที่ใช้ยู่เดิม และข้อเสนอแนวทางการเพิ่ม ประสิทธิภาพ รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพของสื่อรณรงค์ และประเมินความสำเร็จของการผลักดันนโยบาย ในรูป ตัวชี้วัดความสำเร็จ	8

3. 1. ผลงานวิจัย หรือ ชื่อเรื่องวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบที่ผ่านมา ของผู้เข้าร่วมประชุม

ลำดับ	หัวข้อ	แหล่งทุน
ปี 2540 1	พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษา	-
ปี 2548 2	ทัศนคติของนักท่องเที่ยวต่อการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่บริเวณล็อบบี้ของโรงแรม	สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)
ปี 2550 3	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการในจังหวัดนครราชสีมา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนโกสินทร์
ปี 2551 4	การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดตรัง	ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
5	การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมการบริโภคยาสูบบ้านท่าจูด ตำบลบางพายลี อำเภอดงตาล จังหวัดพิจิตร	ศจย. ผ่านทางมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย
6	พฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชน	ศจย.
7	วิจัยเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างศักยภาพนักวิจัยแกนนำในการรณรงค์ให้โรงเรียนปลอดบุหรี่จังหวัดสตูล	กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ก.สาธารณสุข
8	พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
9	พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม : อิทธิพลของสังคมหรือตัวบุคคล	วพส.
ปี 2552 10	พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดสตูล	-
11	กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชมรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างภาวะปลอดบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดสตูล	-
12	แกนนำสุขภาพร่วมใจต้านภัยบุหรี่ในเยาวชนจังหวัดสตูล	กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ก.สาธารณสุข



4. หัวข้อ และ/หรือ แนวคิดที่ผู้เข้าร่วมประชุมสนใจและต้องการพัฒนาเป็นงานวิจัยในอนาคต

o การเลิกบุหรี่

- o บูรณาการการบริการการเลิกบุหรี่
- o บูรณาการทางเลือกอื่น ๆ ในการเลิกบุหรี่
- o บูรณาการเลิกบุหรี่กับแพทย์แผนไทย
- o ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่บนความหลากหลายทางวัฒนธรรมในพื้นที่ภาคใต้
- o นวัตกรรมชุมชนกับการเลิกบุหรี่ จังหวัดภูเก็ต
- o ประสิทธิภาพของชาชงหญ้าดอกขาวที่ช่วยอดบุหรี่ ร่วมกับคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล
- o ทางเลือกอื่น ๆ สำหรับการอดบุหรี่ เช่น การอบสมุนไพร ชาชงหัวไชเท้า ฯลฯ

o มาตรการ

- o มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- o มาตรการเพื่อลดการสูบบุหรี่ในบ้าน (intervention to decrease passive smoking)

o การสูบบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อเด็ก และเยาวชน

- o พื้นที่ทางความคิด (space) ของเยาวชนที่สูบบุหรี่
- o ผลกระทบการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพเด็ก ทางระบบการหายใจ
- o การดูแลตนเองของเยาวชนที่มีครอบครัวสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้สูบบุหรี่

o สื่อ

- o การพัฒนาสื่อเพื่อการป้องกันการบริโภคยาสูบโดยวัยรุ่น

o บุหรี่มวนเอง

- o สถานการณ์การบริโภคยาสูบมวนเองประเภทและชนิดต่าง ๆ ในจังหวัดสตูล ปัจจัยเอื้อต่อการสูบบุหรี่มวนเอง และปัจจัยอุปสรรคต่อการเลิกบุหรี่มวนเอง

o การได้รับควันบุหรี่มือสอง

o พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของมุสลิม

o การเฝ้าระวังพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในจังหวัดภูเก็ต

o การพัฒนาเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อให้เป็นต้นแบบ และเลิกสูบบุหรี่

5. ผู้เข้าร่วมประชุมต้องการมีบทบาทต่อ ศจย. ดังต่อไปนี้

o บทบาทนักวิจัยกลุ่มโครงการย่อย มีผู้สนใจ จำนวน 13 คน ในประเด็น ต่อไปนี้

- o บุหรี่มือสอง
- o ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับบุหรี่มวนเอง
- o การบูรณาการเลิกบุหรี่กับแพทย์แผนไทย
- o การเฝ้าระวังสถานการณ์การบริโภคยาสูบ
- o การประเมินนโยบาย
- o คลินิกอดบุหรี่

o บทบาทนักวิจัยอิสระ มีผู้สนใจ จำนวน 14 คน ในประเด็น ต่อไปนี้

- o พฤติกรรมสังคม และการสื่อสาร
- o กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชมรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสร้างภาวะปลอดบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดสตูล

o รับข่าวสารการวิจัย “ก้าวทันวิจัยกับ ศจย.” ฉบับต่อ ๆ ไป จำนวน 36 คน

o ร่วมประชุมวิชาการประจำปี จำนวน 38 คน

- ร่วมประชุมในระดับภูมิภาค จำนวน 33 คน
- บทบาทอื่น ๆ ต่อไปนี้ จำนวน 2 คน
 - ยินดีในการเป็นผู้ร่วมวิจัย หรือช่วยเหลือในการทำวิจัย
 - นักสื่อสารด้านการรณรงค์ป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน

7. การสนับสนุนที่ผู้เข้าร่วมประชุมต้องการได้รับจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

- การสนับสนุนด้านทุนวิจัย จำนวน 7 คน
- การสนับสนุนด้านข้อมูลทางวิชาการ จำนวน 9 คน ได้แก่
 - เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง และทันสมัย
 - สื่อความรู้ เพื่อสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่ (ไวนิล, สติกเกอร์, เอกสาร ฯลฯ)
 - ข้อมูลสถานการณ์การบริโภคบุหรี่
- การพัฒนาศักยภาพนักวิชาการ หรือ นักวิจัย จำนวน 5 คน ได้แก่
 - การพัฒนาโครงสร้างวิจัย
 - การพัฒนาศักยภาพด้านการทำและการเขียนงานวิจัย
 - การพัฒนาความรู้นักวิชาการ
 - การอบรมเพื่อพัฒนาทักษะของนักวิจัย เช่น การใช้สถิติในการวิจัย การเลือกหัวข้อวิจัย รูปแบบ การวิจัยต่าง ๆ การเขียนโครงสร้างวิจัยอย่างไรให้ได้รับทุนการวิจัย จาก ศจย.
 - การจัดประชุม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- ความรู้ แนวทางการวิจัยและงบประมาณ
- คณะที่ปรึกษา
- สัมพันธภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

7. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

- การสนับสนุนจากหน่วยงานที่ให้ทุน
 - เมื่อสนับสนุนทุนวิจัยแล้ว ควรจะมีช่องทางในการเผยแพร่ให้ด้วย
 - ควรมีการจัดประชุมอย่างต่อเนื่อง
 - ควรจัดกิจกรรมการให้ความรู้ แนวทางการทำวิจัยแบบนี้ต่อไปเรื่อย ๆ
- ไม่มีข้อเสนอแนะ มีแต่ข้อชื่นชมว่า เป็นศูนย์วิจัยที่ดีมากจริง ๆ และเป็นโอกาสอันดีที่สุดที่ได้ร่วมงานกับ ศจย.



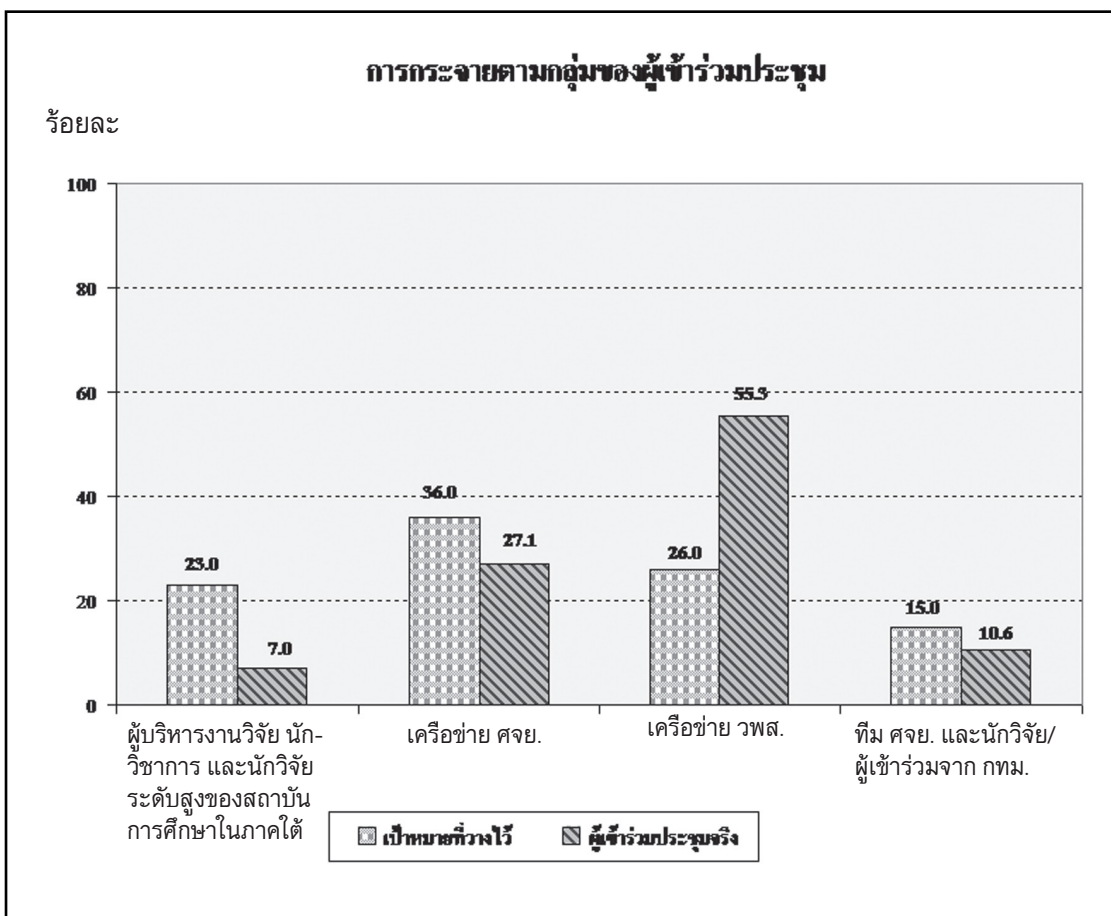
ตอนที่ 2 การสรุปผลด้านการบริหารจัดการของการประชุม มีดังนี้

1.กลุ่มเป้าหมาย

ศจย. ได้กำหนดผู้เข้าร่วมประชุมเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารงานวิจัย นักวิชาการ และนักวิจัยระดับสูงของสถาบันการศึกษาในภาคใต้ 2) เครือข่าย ศจย. 3) เครือข่าย วพส. และ 4) ทีม ศจย. และนักวิจัย/ผู้เข้าร่วมจาก กทม. รวมจำนวน 100 คน

ทั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 85 คน และได้ทำการเปรียบเทียบสัดส่วนผู้เข้าร่วมประชุมตามเป้าหมายและที่เข้าร่วมประชุมจริง ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละเปรียบเทียบสัดส่วนผู้เข้าร่วมประชุมตามเป้าหมายและผู้เข้าร่วมประชุมจริง



จากแผนภูมิข้างต้น พบว่าผู้เข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้ มีน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้บริหารงานวิจัย นักวิชาการ และนักวิจัยระดับสูงของสถาบันการศึกษาในภาคใต้ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มดังกล่าวมีภารกิจมาก และการประชุมเครือข่ายอาจไม่ได้เป็นภารกิจหลัก

เมื่อมีผู้ตอบรับร่วมการประชุมน้อยกว่ากำหนด วพส. ได้ทำการประชาสัมพันธ์เพิ่มเติมให้แก่เครือข่าย และผู้สนใจทั่วไป ผ่านทางเว็บไซต์ของ วพส. และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมถึงติดประกาศตามคณะและหน่วยงานต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่เป็นเครือข่าย วพส. และมีจำนวนมากกว่ากำหนด

2. การบริหารจัดการ

- o การติดต่อประสานงานระหว่าง วพส. กับ ศจย. มีกระบวนการและขั้นตอนในการจัดทำข้อตกลงที่ใช้เวลาค่อนข้างนาน จึงทำให้มีระยะเวลาในการดำเนินงานส่วนอื่น ๆ ลดน้อยลงตามลำดับ
- o การเดินทางและการเข้าพัก ภูมิประเทศของภาคใต้ในแต่ละจังหวัดมีระยะทางห่างไกลกัน และต้องใช้เวลาในการเดินทางมาก ดังนั้น ระเบียบในเรื่องที่พักและค่าเดินทางของ ศจย. ควรปรับให้สอดคล้องตามความเหมาะสม

3. ความคิดเห็นต่อการจัดประชุม ในด้านต่าง ๆ

ความคิดเห็นต่อการจัดประชุม	ระดับความคิดเห็น (%)			
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านวิทยากร				
1. มีความรู้ความเข้าใจในหัวข้อที่นำเสนอ	34.1	65.9	-	-
2. สามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างชัดเจน	31.7	68.3	-	-
3. ให้คำแนะนำ คำปรึกษาต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี	27.5	67.5	5.0	-
ด้านอาคารสถานที่				
1. ความเหมาะสมของสถานที่ที่จัดประชุม	48.8	48.8	2.4	-
2. ความเหมาะสมในที่พักของผู้เข้าพัก	50	40	6.7	3.3
3. สถานที่จัดประชุมมีความสะดวกในการเดินทาง	41.0	53.8	4.6	-
4. ความพร้อมของห้องประชุม	42.5	55.0	2.5	-
5. ความพร้อมของสื่อและอุปกรณ์นำเสนอ	37.5	62.5	-	-
6. สถานที่รับประทานอาหารมีความสะอาดและสะดวก	27.0	70.3	2.7	-
7. อาหารและเครื่องดื่ม	31.6	60.5	7.9	-
ด้านกระบวนการจัดประชุม				
1. การแจ้งข่าว/การประชาสัมพันธ์การจัดประชุม	43.9	46.3	7.3	2.4
2. เอกสาร ประกอบการประชุม ครบถ้วนสมบูรณ์	46.3	51.2	2.4	-
3. มีอุปกรณ์หรือสื่อที่ทันสมัยในการประกอบการประชุม	38.5	59.0	2.6	-
4. มีการเปิดโอกาสในการแสดงความคิดเห็น	42.5	45.0	12.5	-
5. ระยะเวลาในการจัดประชุมมีความเหมาะสม (1 วัน)	29.3	41.5	24.4	4.9
6. ช่วงเวลาที่จัดมีความเหมาะสม (เดือนธันวาคม)	39.0	53.7	7.3	-
ภาพรวมการจัดประชุม	38.1	55.7	5.6	0.6

จากความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม ต่อการจัดประชุม สรุปได้ว่า วิทยากร อาคารสถานที่ และกระบวนการจัดประชุม มีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด



4. จุดเด่น ของการประชุมที่ผู้เข้าร่วมประชุมประทับใจ คือ

o เนื้อหาของการประชุม

- การนำเสนอมีเนื้อหาสาระดี ทุกประเด็นมีความตั้งใจและมีจุดหมายเดียวกัน คือ เพื่อสุขภาพ และสุขภาพที่ดี
- วิทยากร และวิทยากรประจำกลุ่ม สามารถให้ข้อมูลได้ตรงประเด็น

o ทิศทางการทำวิจัย

- มีแนวทางในการขอทุนสนับสนุนการวิจัยที่ชัดเจน
- มีโจทย์วิจัยที่สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมประชุม สามารถนำไปดำเนินการวิจัยที่เหมาะสมในพื้นที่

o ภาพรวม และ การบริหารจัดการ

- ดีทุกอย่าง เป็นที่น่าพอใจ
- การรวบรวมผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา ชี้ให้เห็นสถานการณ์ของภาคใต้ ทำให้ได้ความคิดริเริ่มที่ดีในการทำวิจัย เพื่อให้มีประโยชน์เชิงนโยบายจริง
- สถานที่และวิทยากร มีประสบการณ์ดีมาก
- ความมุ่งมั่นของผู้จัด และอาจารย์ นักวิชาการจากที่ต่าง ๆ
- การสื่อสาร หรือ การกำหนดการประชุมที่แจ่มล่งหน้าเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมมาก เพื่อจะได้มีการเตรียมตัว และจัดโปรแกรมการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี
- ทุกคนเป็นกันเอง เรียบง่าย มีสาระ และมีความตั้งใจ
- ใช้เวลากระชับ ควบคุมเวลาดี
- การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมประชุมที่หลากหลาย

5. จุดที่ควรปรับปรุง ของการจัดประชุม คือ

o ระยะเวลา

- ระยะเวลาในแต่ละช่วงน้อยเกินไป ควรจะเพิ่มเวลาให้มากขึ้น
- ควรเพิ่มเวลาเป็น 2 วัน เนื่องจาก มีเนื้อหาสาระมาก ทำให้ไม่สามารถนำเสนอผล
- การวิจัยได้อย่างละเอียดและชัดเจน ทั้งนี้ เนื้อหาที่นำเสนอ นั้น สามารถเป็นแนวทางในการทำการวิจัยต่อไปได้
- ควรจัดประชุม เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการทำงานวิจัย อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

o การนำเสนอ

- ควรให้ผู้มีประสบการณ์การทำวิจัยยาสูบ ได้นำเสนอผลงานด้วย
- วิจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำเสนอ ควรจัดให้มีการจัดนิทรรศการ หรือ รวบรวมเป็นรูปเล่ม
- สไลด์ที่นำเสนอ มีเนื้อหาการบรรยายมากเกินไป

6. อื่น ๆ

- ควรให้ผู้เข้าร่วมประชุมที่มาจากจังหวัดพัทลุง สตูล และ ปัตตานี ได้พักค้างคืนด้วย
- ผู้เข้าร่วมประชุมมีความหลากหลายด้านวิชาชีพ บางคนไม่มีประสบการณ์ บางคนไม่มีความรู้ ทำให้การแบ่งกลุ่มระดมสมอง ได้ความคิดเห็นไม่เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น กลุ่มอดบุหรี่
- อุณหภูมิของเครื่องปรับอากาศในห้องประชุมเย็นเกินไป

สรุปผลการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่

เพื่อให้การจัดงานนี้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่วางไว้ ผู้จัดงานและ ศจย. ได้ดำเนินการเผยแพร่/ประชาสัมพันธ์ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังงาน ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเพื่อให้ภาคีเครือข่ายและประชาชนทั่วไปได้รับทราบข่าวการจัดงาน ตลอดจนความรู้ต่าง ๆ ที่น่าสนใจ ผ่านทางสื่อและช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อออนไลน์ และสื่อที่ผลิตโดย วพส. โดยสามารถสรุปการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ได้ดังนี้

- เผยแพร่ทางสื่อออนไลน์ (เว็บไซต์)
- เผยแพร่ทางสื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุท้องถิ่น
- เผยแพร่ทางสื่อของ วพส. ได้แก่ ไปสเตอร์ และจดหมายข่าว

โดยมีตัวอย่างการเผยแพร่ที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

หนังสือพิมพ์โลกวันนี้
วันที่ 22 ธันวาคม 2552

Media: **โลกวันนี้**

Page: ๗ A

Date: 22 ธ.ค. 2552

ใต้แชมป์ 'สิงห์อมควัน'

กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยบุหรี่ เผยภาคใต้มีปัญหาการระบาดของบุหรี่รุนแรงกว่าภาคอื่น นำโดยปัตตานี-สุราษฎร์ฯ-สตูล ร่วมหลายหน่วยงานประชุมระดมนักวิจัย-นักวิชาการหาทางออกสอดรับแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ

ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) เปิดเผยว่า ภาคใต้มีปัญหาการระบาดของบุหรี่รุนแรงกว่าภาคอื่น โดยการสำรวจความชุกของการบริโภค

ยาสูบในภาคใต้ทั้ง 14 จังหวัด ปี 2550 พบว่าเยาวชนชายอายุ 16-20 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 21.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 16.2 ขณะที่การสำรวจในรายจังหวัด เพศชายอายุ 11 ขึ้นไปพบว่าอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดได้แก่

ปัตตานีร้อยละ 42.7 สุราษฎร์ธานีร้อยละ 41.4 สตูลร้อยละ 40.8 และยะลาร้อยละ 28.2 ในขณะที่ยังมีปัญหากลุ่มอุตสาหกรรมบุหรี่พยายามขยายตลาดและส่งเสริมการบริโภคมากขึ้นเรื่อยๆ

ทางด้านการศึกษา ประเมินผลการศึกษารวิจัยที่ผ่านมา 7 เรื่องได้แก่ 1.การเฝ้าระวังสถานการณ์ 2.การแก้ปัญหาโดยใช้มาตรการทางภาษีและการรับมือภาวะฉุกเฉินที่มาจากการค้าเสรี 3.รูปแบบการเลิกบุหรี่ในระดับต่างๆ 4.ควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆของบุหรี่ 5.งานวิจัยเชิงพฤติกรรม สังคม และการสื่อสาร 6.มาตรการรับมือกับบุหรี่มวนเอง และ 7.การประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบ พบว่ายังขาดความรู้ในการศึกษาวิจัย อาทิ การแก้ปัญหาในระดับภูมิภาค และประเทศ

ดังนั้น ในการประชุมเพื่อเฝ้าระวังการระบาดและการคุกคามจากอุตสาหกรรมบุหรี่ที่ ศจย. ร่วมกับอีกหลายหน่วยงานจัดขึ้นในวันที่ 22 ธ.ค. นี้ ที่โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา จำเป็นที่นักวิชาการ นักวิจัย ต้องร่วมกันศึกษา ค้นคว้าเรื่องของบุหรี่อย่างจริงจัง เพื่อ ศจย. จะผลักดันเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557 ต่อไป ซึ่งจะลดจำนวนการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปให้เหลือร้อยละ 19.2 ภายในปี 2557



หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์
วันที่ 22 ธันวาคม 2552

Media: **ไทยโพสต์**

Page: 1, 2

Date: 22 ธ.ค. 2552



กรุงเทพฯ • ศูนย์วิจัยบุหรี่เพียงภาคใต้มี ปัญหาการระบาดของบุหรี่รุนแรงกว่าภาคอื่น โดยเฉพาะที่ปัตตานี-สุราษฎร์ธานี-สตูล ยอมรับ 7 มาตรการแก้ปัญหาไม่คืบ

ดร.ศิริวรรณ พิชัยรังษฤษฎ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) กล่าวว่า ภาคใต้มี ปัญหาการระบาดของบุหรี่รุนแรงกว่าภาคอื่น จากการสำรวจความชุกของการบริโภคยาสูบในภาคใต้ทั้ง 14 จังหวัด เมื่อปี 2550 พบว่าเยาวชนชาย 16-20 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 21.8 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 16.2 ขณะที่การสำรวจในรายจังหวัด เพศชายอายุ 11 ปีขึ้นไป พบว่าอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ได้แก่ ปัตตานี ร้อยละ 42.7 สุราษฎร์ธานี ร้อยละ 41.4 สตูล ร้อยละ 40.8 และยะลา ร้อยละ 28.2 อีกทั้งปัญหาขณะนี้กลุ่มอุตสาหกรรมบุหรี่พยายามขยายตลาดและส่งเสริมการบริโภคมากขึ้นเรื่อยๆ

จากปัญหาดังกล่าว เพื่อเฝ้าระวัง การระบาดและปรับมาตรการแนวทางในการควบคุมให้ทันต่อเหตุการณ์และการคุกคามจากอุตสาหกรรมบุหรี่ ศจย.ร่วมกับ สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดประชุมนักวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบในวันที่ 22 ธันวาคมนี้ ที่โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลจช่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา เพื่อระดมนักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านบุหรี่ในภาคใต้ มาร่วมแลกเปลี่ยนทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาไม่ให้การสูบบุหรี่ลุกลาม

ดร.ศิริวรรณกล่าวว่า จากการประเมินผลการศึกษารายที่ผ่านมา 7 เรื่อง ได้แก่ 1.การเฝ้าระวังสถานการณ์ 2.การแก้ปัญหาโดยใช้มาตรการทางภาษี และการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรี 3.รูปแบบการเลิกบุหรี่ในระดับต่างๆ 4.ควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ ของบุหรี่ 5.งานวิจัยเชิงพฤติกรรม สังคมและการสื่อสาร 6.มาตรการรับมือกับบุหรี่มือสอง และ 7.การประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบ

ทั้ง 7 ประเด็น พบว่ายังขาดความรู้ การศึกษาวิจัย อาทิ การแก้ปัญหาในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ ดังนั้น การประชุมครั้งนี้จำเป็นที่นักวิชาการ-นักวิจัยต้องร่วมกันศึกษาค้นคว้าเรื่องของบุหรี่อย่างจริงจัง โดย ศจย.พร้อมสนับสนุนและนำข้อมูลที่ได้ผลักดันเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้แก่รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปปรับใช้ให้สอดคล้องแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-2557 ที่ระบุว่า ภายในปี 2557 ต้องลดจำนวนการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้เหลือร้อยละ 19.2 นอกจากนี้ ต้องควบคุมไม่ให้จำนวนการสูบบุหรี่ชนิดอื่นเพิ่มขึ้น และลดการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลงเหลือร้อยละ 30.

Quality of Life - Manager Online

คุณภาพชีวิต

SEARCH ค้นหาวันนี้ Submit

หน้าแรกผู้จัดการ Online | หน้าแรกคุณภาพชีวิต | สุขภาพ [RSS](#)

สุขภาพ > ข่าว [RSS](#)

เข้าสู่ระบบ

ความเร็วสูงสุด 3-16 Mbps เพียง 599 บาท

ภาคใต้ครองแชมป์สิงห์อมควัน ปิดตานียอดนักสูบสูงสุด

โดย ASTVผู้จัดการออนไลน์ 21 ธันวาคม 2552 12:21 น.

ศูนย์วิจัยบุหรี่ ชี้ภาคใต้พบสิงห์อมควันครองแชมป์ ปิดตานียอดนักสูบสูงสุด มาตรการ แก้ปัญหาไม่ถิม ขณะที่สสส.-ศจย.-วพส. ไรระดมนักวิจัย-นักวิชาการ หาทางออก สอดรับแผนควบคุม การบริโภคยาสูบแห่งชาติ

ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) กล่าวว่า ภาคใต้มี ปัญหาการระบาดของบุหรี่รุนแรงกว่าภาคอื่น การสำรวจ ความชุกของการบริโภคยาสูบในภาคใต้ ทั้ง 14 จังหวัด ปี 2550 พบว่า เยาวชนชาย 16-20 ปี สูบบุหรี่ 21.8 % และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 16.2% ขณะที่การสำรวจ ในรายจังหวัด เพศชาย อายุ 11 ปีขึ้นไป พบว่า อัตราการ สูบบุหรี่สูงสุด ได้แก่ 1.ปัตตานี 42.7% 2.สุราษฎร์ธานี 41.4% 3. สตูล 40.8% 4.ยะลา 28.2% อีกทั้งปัญหา ขณะนี้กลุ่มอุตสาหกรรมบุหรี่พยายามขยายตลาดและส่งเสริม การบริโภคมากขึ้นเรื่อยๆ



ดร.ศิริวรรณ กล่าวว่า เพื่อเฝ้าระวังการระบาด และปรับ มาตรการแนวทางในการควบคุมให้ทันต่อเหตุการณ์และการคุกคาม จากอุตสาหกรรมบุหรี่ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการ ควบคุมยาสูบ (ศจย.) จึงร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ภาคใต้ (วพส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.) จัดประชุมนักวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผล ด้านการควบคุมยาสูบ ขึ้นในวันที่ 22 ธ.ค. 2552 ที่ห้องประชุม เกษมสันต์ โรงแรมโกลเด้นคอรวัล พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา เพื่อระดมนักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านบุหรี่ในภาคใต้ มาร่วมแลกเปลี่ยนทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาไม่ให้การสูบน บุหรี่ลุกลาม

ดร.ศิริวรรณ กล่าวว่า การประเมินผลการศึกษารายปีที่ผ่านมา 7 เรื่อง ได้แก่ 1.การเฝ้าระวังสถานการณ์ 2.การแก้ปัญหา โดยใช้มาตรการทางภาษีและการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรี 3.รูปแบบการเลิกบุหรี่ในระดับต่างๆ 4.ควบคุม ผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ ของบุหรี่ 5.งานวิจัยเชิงพฤติกรรม สังคมและการสื่อสาร 6.มาตรการรับมือกับบุหรี่มือสอง และ 7.การ ประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบ พบว่ายังขาดความรู้การศึกษาวิจัย อาทิ การแก้ปัญหาในระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ดังนั้นการประชุมครั้งนี้จำเป็นที่นักวิชาการ นักวิจัย ต้องร่วมกันศึกษาค้นคว้าเรื่องของบุหรี่อย่างจริงจัง โดย ศจย.พร้อมสนับสนุน และนำข้อมูลที่ได้ผลักดันเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องแผนควบคุม การบริโภคยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-2557 ที่ระบุว่า ภายในปี 2557 ต้องลดจำนวนการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้ลดลงเหลือ 19.2% นอกจากนี้ ต้องควบคุมไม่ให้จำนวนการสูบบุหรี่ชนิดอื่นเพิ่มขึ้น และลดการได้รับควันบุหรี่มือสองของ ประชาชนลงเหลือ 30%

ข่าวล่าสุด ในหมวด

- สธ.ออกหนังสือขอความร่วมมือออลดองมีใหม่ เจ้าภาพเตรียมอุปกรณ์ป้องกันโรค 09 ระบาด
- สปสช.ชงของบหมากจ่ายรายหัวปี 54 เพิ่มเป็น 2,814 บาท
- ฟรุ้งนี่!! เครือข่ายงดเหล้า ดมเท้าให้กำลังใจ "หมอสมาน"
- "ประเดิม" สร้างเสน "หมอพื้นบ้าน "ไทยใหญ่"
- ส่งยานา"ตำรวจ ตำราไทย" ก้าวใหม่การอนุรักษ์แบบยั่งยืน

- 5 อันดับข่าวลดนิยมของหมวด
- โดนถ่วงหน้า "สิงห์-ลีโอ-ช้าง-อาว 65 คดีขัดกฎหมายน้ำเมา
 - "ดร.ชินภัทร" คนชี้เบื้อ
 - ปิดสนามหลวง 300 วันปรับปรุงภูมิ ขนุนทางการเมือง
 - สมเด็จพระสังฆราช ประทาน "พระ เพชร" ให้คนไทยช่วงปีใหม่ 84,000 บวรา-รพ.ลำพูน
 - ครม.ปี "เลิศรา"ไขรัศม่อวชีวะไม่

ด้วยรางวัล Franchise Standard

ถ้วยรางวัล แฟรนไชส์ดี

ด้านการบริหารจัดการ จากกระทรวงพาณิชย์

เครื่องมือจัดการเว็บ

- NEWS SMS MGR News
- ส่งบทความนี้ต่อ
- คืนหน้า
- ข่าวที่มีผู้ส่งมากที่สุด
- แสดงความคิดเห็นผ่านเว็บบอร์ด
- แบ่งปันให้เพื่อน

MEEDAT

www.meedat.co

ต้นตอของ... ขมิ้น

ข่าวดี... (small text)



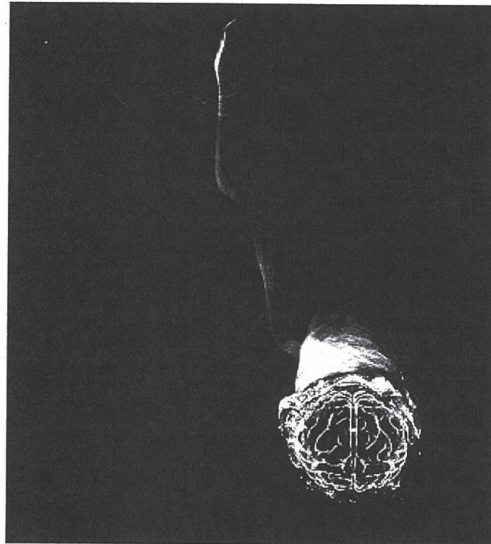
เว็บไซต์ www.manager.co.th

ภาคใต้ครองแชมป์สิงห์อมควัน ปิดตานี ยอดนักสูบสูงสุด

โดย ASTVผู้จัดการออนไลน์ 21 ธันวาคม 2552 12:21 น.

ศูนย์วิจัยบุหรี่ยุคใหม่ ภาคใต้พบสิงห์อมควันครองแชมป์ ปิดตานี 42.7% สรรสาร 41.4% สตูล 40.8% ยอมรับ 7 มาตรการ แก้ปัญหาไม่คืบ ขณะที่ สสส.-ศจย.-วพส. วิจารณ์นักวิจัย-นักวิชาการ หาทางออก สอดรับแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ

ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ผู้อำนวยการ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้ เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) กล่าวว่า ภาคใต้มีปัญหาการระบาดของบุหรี่ยุคใหม่รุนแรงกว่าภาคอื่น การสำรวจความชุกของการบริโภคยาสูบในภาคใต้ ทั้ง 14 จังหวัด ปี 2550 พบว่า เยาวชนชาย 16-20 ปี สูบบุหรี่ 21.8 % และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 16.2% ขณะที่การสำรวจในรายจังหวัด เพศชาย อายุ 11 ปีขึ้นไป พบว่า อัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ได้แก่ 1.ปิดตานี 42.7% 2.สรรสาร 41.4% 3. สตูล 40.8% 4. ยะลา 28.2% อีกทั้งปัญหาขณะนี้กลุ่มอุตสาหกรรมบุหรี่ยายามขยายตลาดและส่งเสริมการบริโภคมากขึ้นเรื่อยๆ



ดร.ศิริวรรณ กล่าวว่า เพื่อเฝ้าระวังการระบาด และปรับมาตรการแนวทางการควบคุมให้ทันต่อเหตุการณ์และการคุกคามจากอุตสาหกรรมบุหรี่ยุคใหม่ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) จึงร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดประชุมนักวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ ขึ้นในวันที่ 22 ธ.ค. 2552 ที่ห้องประชุมเกษมสันต์ โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา เพื่อระดมนักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านบุหรี่ยุคใหม่ มาร่วมแลกเปลี่ยนทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาไม่ให้การ

พบคนได้สูบจับปิดตานี้นำโด่งเปิดผลวิจัยการแพร่ระบาดของบุหรี่

Source - เว็บไซต์ไทยโพสต์ (Th)

Tuesday, December 22, 2009 05:00

32665 XTHAI XFRONT XLIFE COVR V%NETNEWS P%WTP

ศูนย์วิจัยบุหรี่เผยภาคใต้มีปัญหาการระบาดของบุหรี่รุนแรงกว่าภาคอื่น โดยเฉพาะที่
ปัตตานี-สุราษฎร์ธานี-สตูล ยอมรับ 7 มาตรการแก้ปัญหาไม่คืบ

ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
กล่าวว่า ภาคใต้มีปัญหาการระบาดของบุหรี่รุนแรงกว่าภาคอื่น จากการสำรวจความชุกของการบริโภคยาสูบ
ในภาคใต้ทั้ง 14 จังหวัด เมื่อปี 2550 พบว่าเยาวชนชาย 16-20 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 21.8 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 16.2 ขณะที่การสำรวจในรายจังหวัด เพศชายอายุ 11 ปีขึ้นไป พบว่าอัตราการสูบบุหรี่
สูงสุด ได้แก่ ปัตตานี ร้อยละ 42.7 สุราษฎร์ธานี ร้อยละ 41.4 สตูล ร้อยละ 40.8 และยะลา ร้อยละ 28.2
อีกทั้งปัญหานี้กลุ่มอุตสาหกรรมบุหรี่พยายามขยายตลาดและส่งเสริมการบริโภคมากขึ้นเรื่อยๆ

จากปัญหาดังกล่าว เพื่อเฝ้าระวังการระบาดและปรับมาตรการแนวทางในการควบคุมให้ทันต่อเหตุการณ์
และการคุกคามจากอุตสาหกรรมบุหรี่ ศจย.ร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดประชุมนักวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการ
ควบคุมยาสูบในวันที่ 22 ธันวาคมนี้ ที่โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา เพื่อระดมนัก
วิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านบุหรี่ในภาคใต้ มาร่วมแลกเปลี่ยนทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาไม่ให้การสูบบุหรี่
ลุกลาม

ดร.ศิริวรรณกล่าวว่า จากการประเมินผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา 7 เรื่อง ได้แก่ 1.การเฝ้าระวัง
สถานการณ์ 2.การแก้ปัญหาโดยใช้มาตรการทางภาษี และการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรี 3.รูปแบบ
การเลิกบุหรี่ในระดับต่างๆ 4.ควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ ของบุหรี่ 5.งานวิจัยเชิงพฤติกรรม สังคม
และการสื่อสาร 6.มาตรการรับมือกับบุหรี่มวนเอง และ 7.การประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบ

ทั้ง 7 ประเด็น พบว่ายังขาดความรู้การศึกษาวิจัย อาทิ การแก้ปัญหาในระดับภูมิภาคและระดับ
ประเทศ ดังนั้น การประชุมครั้งนี้จำเป็นที่นักวิชาการ-นักวิจัยต้องร่วมกันศึกษาค้นคว้าเรื่องของบุหรี่อย่างจริง
จัง โดย ศจย.พร้อมสนับสนุนและนำข้อมูลที่ได้ผลักดันเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้แก่รัฐบาลและหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง นำไปปรับใช้ให้สอดคล้องแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-2557 ที่ระบุว่า ภายในปี
2557 ต้องลดจำนวนการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปให้เหลือร้อยละ 19.2 นอกจากนี้ ต้องควบคุม
ไม่ให้จำนวนการสูบบุหรี่ชนิดอื่นเพิ่มขึ้น และลดการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลงเหลือร้อยละ

30.--จบ--

ผลสำรวจภาคใต้“ปัดตานี”ครองแชมป์สิงห์อมควัน

Source - เว็บไซต์สยามรัฐ (Th)

Monday, December 21, 2009 11:59

46624 XTHAI XHEALTH HEA V%NETNEWS P%WSR

ข่าววันที่ 21 ธันวาคม 2552 แหล่งข่าวจาก สยามรัฐ

ดร. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) กล่าวว่า ภาคใต้มีปัญหาการระบาดของบุหรี่รุนแรงกว่าภาคอื่น การสำรวจความชุกของการบริโภคยาสูบในภาคใต้ ทั้ง 14 จังหวัด ปี 2550 พบว่า เยาวชนชาย 16-20 ปี สูบบุหรี่ 21.8 % และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 16.2% ขณะที่การสำรวจในรายจังหวัด เพศชาย อายุ 11 ปีขึ้นไป พบว่า อัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ได้แก่ 1.ปัดตานี 42.7% 2.สุราษฎร์ธานี 41.4% 3. สตูล 40.8% 4.ยะลา 28.2% อีกทั้งปัญหานี้กลุ่มอุตสาหกรรมบุหรี่พยายามขยายตลาดและส่งเสริมการบริโภคมากขึ้นเรื่อยๆ

ดร. ศิริวรรณ กล่าวว่า เพื่อเฝ้าระวังการระบาด และปรับมาตรการแนวทางในการควบคุมให้ทันต่อเหตุการณ์และการคุกคามจากอุตสาหกรรมบุหรี่ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) จึงร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดประชุมนักวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ ขึ้นในวันที่ 22 ธ.ค. 2552 ที่ห้องประชุมเกษมสันต์ โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา เพื่อระดมนักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านบุหรี่ในภาคใต้ มาร่วมแลกเปลี่ยนทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาไม่ให้เกิดการสูบบุหรี่ลุกลาม

ดร. ศิริวรรณ กล่าวว่า การประเมินผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา 7 เรื่อง ได้แก่ 1. การเฝ้าระวังสถานการณ์ 2. การแก้ปัญหาโดยใช้มาตรการทางภาษีและการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรี 3.รูปแบบการเลิกบุหรี่ในระดับต่าง ๆ 4. ควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ ของบุหรี่ 5.งานวิจัยเชิงพฤติกรรม สังคมและการสื่อสาร 6. มาตรการรับมือกับบุหรี่มวนเอง และ 7. การประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบ พบว่ายังขาดความรู้การศึกษาวิจัย อาทิ การแก้ปัญหาในระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ดังนั้นการประชุมครั้งนี้จึงเป็นที่นักวิชาการ นักวิจัย ต้องร่วมกันศึกษาค้นคว้าเรื่องของบุหรี่อย่างจริงจัง โดย ศจย.พร้อมสนับสนุน และนำข้อมูลที่ได้ผลักดันเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557 ที่ระบุว่า ภายในปี 2557 ต้องลดจำนวนการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้ลดลงเหลือ 19.2 % นอกจากนี้ต้องควบคุมไม่ให้จำนวนการสูบบุหรี่ชนิดอื่นเพิ่มขึ้น และลดการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลงเหลือ 30%--จบ--

ที่มา: <http://www.siamrath.co.th>



ไม่ระบุที่มา

สูบบุหรี่ลูกหลาน

ดร.ศิริวรรณ กล่าวว่า การประเมินผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา 7 เรื่อง ได้แก่ 1.การเฝ้าระวังสถานการณ์ 2.การแก้ปัญหาโดยใช้มาตรการทางภาษี และการรับมือภาวะคุกคามที่มาจากการค้าเสรี 3.รูปแบบการเลิกบุหรี่ในระดับต่างๆ 4.ควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ ของบุหรี่ 5.งานวิจัยเชิงพฤติกรรม สังคมและการสื่อสาร 6.มาตรการรับมือกับบุหรี่มวนเอง และ 7.การประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบ พบว่ายังขาดความรู้การศึกษาริวิจัย อาทิ การแก้ปัญหาในระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ดังนั้นการประชุมครั้งนี้จำเป็นที่นักวิชาการ นักวิจัย ต้องร่วมกันศึกษาค้นคว้าเรื่องของบุหรี่อย่างจริงจัง โดยศจย.พร้อมสนับสนุน และนำข้อมูลที่ได้ผลักดันเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องแผนควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2553-2557 ที่ระบุว่า ภายในปี 2557 ต้องลดจำนวนการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้ลดลงเหลือ 19.2% นอกจากนี้ ต้องควบคุมไม่ให้จำนวนการสูบบุหรี่ชนิดอื่นเพิ่มขึ้น และลดการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนลงเหลือ 30%



ประชุมเครือข่ายนักวิจัย ในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้)

Page 1 of 2

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้

ค้นหา...

เกี่ยวกับ วพส.

สื่อความรู้

ติดต่อเรา

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) เป็นหน่วยงานในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยความร่วมมือและการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ความคิดในการก่อตั้งเริ่มต้นตั้งแต่ พ.ศ.2546 เพื่อขยายศักยภาพของนักวิชาการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพภาคใต้ หลังจากการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ การก่อสร้างเสร็จเรียบร้อยและเริ่มทำงาน ตั้งแต่วันที่ พ.ศ.2547

Home > บล็อก > กิจกรรม > ประชุมเครือข่ายนักวิจัย ในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้)

Main Menu

- หน้าหลัก
- เกี่ยวกับ วพส.
- บล็อก
- บทความน่าสนใจ
- สารบัญ
- กิจกรรม
- ฐานข้อมูลงานวิจัย
- ปฏิทินกิจกรรม
- สื่อความรู้
- กระดานสนทนา
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ติดต่อเรา

ประชุมเครือข่ายนักวิจัย ในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้)



เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2552 ที่ผ่านมา สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) ร่วมกันสนับสนุนและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (คย.) มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดประชุมเครือข่ายนักวิจัย ในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้) ขึ้น เพื่อระดมนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง มาร่วมกันอภิปรายโจทย์วิจัยที่สำคัญเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ ตลอดจนสร้างกลุ่มผู้ศึกษานโยบายควบคุมยาสูบ วิจัย ประเมินผล และจะสามารถตอบคำถามเชิงนโยบายได้

โดยได้รับเกียรติจากประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ผู้อำนวยการ คย. นักวิชาการ นักวิจัย และแขกผู้เกียรติกว่า 80 ท่าน เข้าร่วมการประชุม กิจกรรมในช่วงเช้า คือ การนำเสนอผลการศึกษาด้านยาสูบในภาคใต้ โดยมีนักวิจัยมาร่วมนำเสนอผลงานถึง 4 เรื่อง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมประชุมซักถาม และกิจกรรมในช่วงบ่ายได้ให้ผู้เข้าร่วมประชุมแบ่งกลุ่มย่อยเพื่ออภิปรายโจทย์วิจัยที่สำคัญระดับประเทศและภูมิภาค และนำเสนอผลการอภิปรายโจทย์วิจัยโดยตัวแทนกลุ่มย่อย แม้การจัดงานจะสิ้นสุดในวันเดียว แต่เชื่อว่าเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการจะยังคงดำเนินอยู่ โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือเพื่อการลดการบริโภคยาสูบในภาคใต้และในประเทศ



เข้าสู่ระบบ

ชื่อผู้ใช้

รหัสผ่าน

จำข้อมูลการเข้าสู่ระบบ

ลืมรหัสผ่าน?

ลืมชื่อผู้ใช้/อีเมล?

ลงทะเบียน



ขอเชิญร่วมงานประชุมเครือข่ายนักวิจัยในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ... Page 1 of 1



ขอเชิญร่วมงานประชุมเครือข่ายนักวิจัยในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้)

ค้นหา

เริ่ม: 12/22/2009 08:30

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) ขอเชิญผู้สนใจร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ประเด็นวิจัยที่สำคัญระดับประเทศและภาคใต้ เพื่อร่วมพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในงาน "ประชุมเครือข่ายนักวิจัยในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้) ในวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ.2552 เวลา 08.30-15.30 น. ณ ห้องประชุมเกษมสันต์ โรงแรมไกลเด่นครวาม์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา"

สำหรับผู้สนใจเข้าร่วมการประชุมดังกล่าว สอบถามข้อมูลและสำรองที่นั่งได้ ตั้งแต่วันที่ - วันที่ 16 ธันวาคม 2552 โทร. 074-455-150 หรือ cantik5@hotmail.com ดูรายละเอียดได้ที่ www.rdh.psu.ac.th (รับจำนวนจำกัด ไม่เกิน 40 ที่นั่ง)



**สัมภาษณ์โดยสถานีวิทยุอมอ. FM 88.0 Mhz
ออกอากาศในรายการสภากาแฟ**



เผยแพร่ผ่านจดหมายข่าว วพส.
ฉบับที่ 7 (ตุลาคม - ธันวาคม 2552)

จดหมายข่าว สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)

www.rdh.psu.ac.th

รอบรู้สุขภาพภาคใต้

มีที่ 2 ฉบับที่ 7 ประจำเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2552

เกาะติด-รู้ทัน ต้านภัย มุนรี



ดนไทย 12.5 ล้านคน,
จึงเป็นทาสมุนรี

การกักโทษรมพิษมุนรีมือสอง

นักเรียนในวัย 1 ใน 4,
เสี่ยงติดมุนรี

การสูดมุนรีเป็น 'ฮาราม'
ตามมโนทัศน์อิสลาม??



ขนมบรจของ
ภัยร้ายใกล้ตัวเด็ก



บันทึกอาสา รุ่นที่ 5
กับ 31 สะพานสู่ชุมชน



กระสุนนัดเดียว
เปลี่ยนได้ทั้งชีวิต



น้ำมันทอดซ่า
ก่อนเริ่ม อันตราย



ความสำเร็จอย่างยั่งยืน
ของกลุ่มพิภปลดสารพิษ



ร่วมเติมแรงใจ
สู่โรงเรียน
กลางกรุงไผ่ใต้



โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ในมหาวิทยาลัยและหน่วยงานเครือข่าย

สถาบันวิจัยและ
พัฒนาสุขภาพภาคใต้
(วพส.)



เกาะติด-รู้ทัน ต้านภัย มุนร

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) ขอเชิญผู้สนใจร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ประเด็น
โจทย์วิจัยที่สำคัญระดับประเทศและภาคใต้ เพื่อร่วมพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหา
การควบคุมการบริโภคยาสูบ ในงาน.....



ประชุมเครือข่ายนักวิจัย ในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผล ด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้)

วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2552 เวลา 08.30 - 15.30 น.
โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

สำหรับผู้สนใจเข้าร่วมการประชุมดังกล่าว
สอบถามข้อมูลและสำรองที่นั่งได้ที่
โทร. 074-455150
หรือ cantik5@hotmail.com
ดูรายละเอียดได้ที่ WWW.RDH.PSU.AC.TH

เอกสารแจกอื่น ๆ ภายในงานประชุม : บทความข่าว 'เกาะติดรู้ทัน ควันกัญ มุนรี'

New Movement

เกาะติด-รู้ทัน ควันกัญ มุนรี



ประเทศไทยเริ่มรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่มาตั้งแต่ปี 2529 และได้ลงนามในอนุสัญญาแม่บทว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control) ส่งผลให้แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่จากกระแสการสื่อสารที่ทันสมัยและการประชาสัมพันธ์เชิงรุกของบริษัทผู้ผลิตบุหรี่ รวมถึงบุหรี่สายพันธุ์ใหม่ เช่น บุหรี่รสผลไม้ และควีนละมุน ทำให้การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ทำได้ยากขึ้น ส่งผลให้การบริโภคบุหรี่ของคนไทยเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

บริษัทบุหรี่ใหม่รุกตลาดเอเชีย

ล่าสุด กลุ่มบริษัทผู้ผลิตบุหรี่ยุคใหม่ร่วมกันจัดงาน TAB INFO ASIA 2009 หรืองานแสดงสินค้าและการประชุมของอุตสาหกรรมยาสูบ เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2552 ที่ผ่านมา โดยเชื่อว่าเป็นการขยายตลาดในประเทศไทยและเอเชีย ท่ามกลางการวิพากษ์วิจารณ์และลงชื่อคัดค้านจำนวน 86,238 คน การจัดงานดังกล่าวจะส่งผลเสียระยะยาวทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อนโยบายการควบคุมยาสูบ และสุขภาพของคนทั่วโลก

คนไทย 12.5 ล้านคน ยังเป็นทาสบุหรี่

ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย ประธานคณะทำงานวิชาการโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก เปิดเผยว่า จากการสำรวจในปี 2552 พบว่า ขณะนี้ประเทศไทยมีจำนวนผู้บริโภทยาสูบรวม 12.5 ล้านคน โดย 7.9 ล้านคนสูบบุหรี่ซึ่งผลิตจากโรงงาน และ 7.4 ล้านคนสูบบุหรี่มวนเอง โดยมีประชากรจำนวนหนึ่งสูบบุหรี่ทั้งสองประเภท อัตราการบริโภคยาสูบชนิดมิกซ์วันในเพศชายเท่ากับ 45.6 % และเพศหญิง 3.1 %

การสำรวจยังพบอีกว่า ร้อยละ 27.2 ของประชากรวัยทำงาน หรือ 3.3 ล้านคน ได้รับควันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน และร้อยละ 39.1 ของประชากรผู้ใหญ่ หรือ 20.5 ล้านคนได้รับควัน

บุหรี่มือสองในบ้าน ประชากรที่สูบบุหรี่ของเสียเงินซื้อบุหรี่เฉลี่ยเดือนละ 576 บาท ซึ่งเท่ากับร้อยละ 9.1 ของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ยังมาเป็นห่วงคือประชาชนจำนวนมากที่ยังเข้าใจผิดว่าการสูบบุหรี่เส้นมีอันตรายน้อยกว่าซอง ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เส้นไม่คิดที่จะเลิกสูบ

การกไทยสูบบุหรี่มือสอง

จากการศึกษาเรื่อง “การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็กทารกไทย: การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง” โดย พญ. วนพร อนันตเสรี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการการศึกษาระยะยาวในเด็กไทยจาก 5 จังหวัดของไทย พบว่า เด็กทารกร้อยละ 47.2 อยู่ในครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วย บิดาร้อยละ 56.6 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ขณะเด็กอยู่ด้วย โดยส่วนมากเป็นบิดาที่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี หรือมากกว่า 44 ปี บิดาที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า และบิดาที่เป็นมุสลิม

สำหรับผลการตรวจระดับ cotinine ในปัสสาวะจากเด็ก 725 คน พบว่า ร้อยละ 40.7 ตรวจพบสารดังกล่าว พบเด็ก 25 คน (ร้อยละ 3.4) มีระดับ cotinine สูงกว่า 100 นาโนกรัม/มิลลิลิตร ซึ่งถือเป็นระดับที่พบในปัสสาวะผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่จัด และการตรวจพบ cotinine ในปัสสาวะ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับบิดาที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

นักเรียนได้ 1 ใน 4 เสี่ยงติดบุหรี่

จากงานวิจัยเรื่อง “การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและการใช้สารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในภาคใต้ พ.ศ. 2548” โดย รศ. พญ. สาวิตรี อัมภางค์กรชัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า นักเรียนชายร้อยละ 20 และนักเรียนหญิงร้อยละ 4 เคยมีประสบการณ์สูบบุหรี่จน



เอกสารแจกอื่น ๆ ภายในงานประชุม : บทความข่าว 'เกาะติครู้ทัน ค้านภัยบุหรี่' (ต่อ)

New Movement

หมดความมาแล้ว นักเรียนสายอาชีพและนักเรียนโรงเรียนเอกชนมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนสายสามัญและนักเรียนโรงเรียนรัฐบาล สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่นั้น พบว่านักเรียนชายร้อยละ 41 และนักเรียนหญิงร้อยละ 32 กลับเพิกเฉยและไม่รังเกียจผู้สูบบุหรี่

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง **“พฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม : อิทธิพลของสังคมหรือตัวบุคคล?”** โดย รศ. ดร. ดวงมณี จงรักษ์ และ อ.เพ็ญประภา ปริณญาพล คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ซึ่งสรุปและวิเคราะห์ผลการวิจัยว่า ผู้สูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดในนักเรียนไทยพุทธและไทยมุสลิม คือ 12 ปี โดยนักเรียนทั้งสองกลุ่มนิยมใช้บ้านเพื่อนและโรงเรียน โดยเฉพาะในห้องน้ำโรงเรียนเป็นสถานที่สูบบุหรี่

การมีเพื่อนส่วนมากที่สูบบุหรี่ทำให้นักเรียนมีโอกาสที่จะสูบบุหรี่เป็น 6.087 เท่าในนักเรียนไทยพุทธ และ 19.786 เท่าสำหรับนักเรียนไทยมุสลิม เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีเพื่อนส่วนมากสูบบุหรี่

โดยปัจจัยที่มีผลต่อการลดโอกาสสูบบุหรี่ในนักเรียนทั้งสองกลุ่ม คือ การได้รับความสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัวและการเลี้ยงดูแบบรับรู้ข้อมูล ในขณะเดียวกัน การเลี้ยงดูแบบเข้มงวดจะเพิ่มโอกาสการสูบบุหรี่ของนักเรียน

นักท่องเที่ยวยกข้อ

กฎหมายปลอดบุหรี่ยุโรป

ทางด้านภาคเอกชนนั้น รศ. พญ. วิไลวรรณ วิริยะไชยศานต์ แพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เปิดเผยว่า จากโครงการวิจัยเรื่อง **“ทัศนคติของนักท่องเที่ยวต่อการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่บริเวณล็อบบี้โรงแรม”** พบว่านักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80.9 เห็นด้วยกับการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่บริเวณห้องโถงของโรงแรมที่ประกาศใช้มาตั้งแต่ปี 2549 นอกจากนี้ นักท่องเที่ยวผู้ให้ข้อมูลเกินครึ่งบอกว่าไม่มีผลกระทบต่อทัศนคติมาเที่ยวเมืองไทย ในขณะที่กว่า 1 ใน 3 ยอมรับว่าอยากมาเที่ยวเมืองไทยมากขึ้น

มุสลิมกับการสูบบุหรี่

นพ.สวัสดิ์ งามบุตร ที่ได้นำเสนอมุมมองการสูบบุหรี่ของมุสลิมในบทความ **“มุสลิมกับการสูบบุหรี่”** ว่า การนิยมสูบบุหรี่ในประชากรของประเทศมุสลิมหลายประเทศมีอัตราสูง โดยเฉพาะในประเทศอินโดนีเซียที่ประชากรชายร้อยละ 59 นิยมสูบบุหรี่ สำหรับในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคใต้อัตราการสูบบุหรี่ของกลุ่มดังกล่าวสูงกว่าค่าเฉลี่ยของภาคอื่น ๆ โดยจังหวัดที่มีอัตราสูงถึงร้อยละ 47-53 ได้แก่ สตูล ปัตตานี ยะลาและนราธิวาส ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิม

แม้ในศาสนาอิสลามจะไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการห้ามสูบบุหรี่ไว้อย่างชัดเจน เนื่องจากในยุคนอกชานชาลาตามอัมมัด (ซล) ยังไม่มีใบยาสูบและการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม มีหลักฐาน

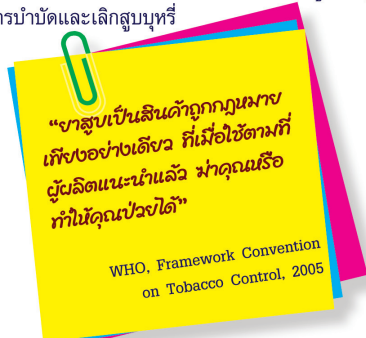
5 อย่างในบัญญัติอิสลามที่ใช้ในการตัดสินว่าการสูบบุหรี่เป็นฮาราม (สิ่งต้องห้าม) ได้แก่

1. เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง
2. เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่ใกล้เคียง
3. เป็นสิ่งเสพติด
4. ก่อความรำคาญแก่ผู้ที่อยู่ใกล้เคียง
5. เป็นสิ่งฟุ่มเฟือย

ดังนั้น เราควรร่วมรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ โดยดำเนินการพร้อมกันใน 2 ด้าน ได้แก่

- **การป้องกันไม่ให้เยาวชนริเริ่มการสูบบุหรี่** โดยการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ และไม่แสดงตัวอย่างที่ไม่ดีแก่เยาวชน

- **ช่วยเหลือแนะนำและให้กำลังใจแก่ผู้ที่ติดยาสูบให้เข้ารับการรักษาและเลิกสูบบุหรี่**



จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้เห็นว่าสถานการณ์การบริโภคบุหรี่ทั้งในระดับประเทศ และระดับท้องถิ่นภาคใต้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบายจึงควรเร่งให้ความสำคัญกับการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน ตลอดจนเข้มงวดกับผู้ผลิตและจำหน่ายบุหรี่ยิ่งขึ้น และทุกหน่วยงานควรร่วมมือร่วมใจทำทุกวิถีทางที่จะต่อต้านภัยคุกคามจากบุหรี่ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานทั้งในระดับปฏิบัติและนโยบายไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มที่เนื่องจากขาดองค์ความรู้ที่เหมาะสมสำหรับการขับเคลื่อนการทำงาน **ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)** ร่วมกับ **สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)** จึงได้จัดงานประชุม **เครือข่ายนักวิจัยในการวิจัยเชิงนโยบายและประเมินผลด้านการควบคุมยาสูบ (ภาคใต้)** ขึ้นในวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2552 โรงแรมไกลเด็นคราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา เพื่อร่วมกันอภิปรายโจทย์วิจัยที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาค จนพัฒนาเป็นกระบวนการในการแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบ

สำหรับผู้ที่สนใจเข้าร่วมการประชุมดังกล่าว สอบถามข้อมูลและสำรองที่นั่งได้ที่ โทร. 074-455150 หรือ cantik5@hotmail.com

เอกสารแจกอื่น ๆ ภายในงานประชุม

มุสลิมกับการสูบบุหรี่

โดย สวัสดิ์ งามบุตร

ทุกประเทศทั่วโลกถือว่ายาเสพติด หรือสิ่งเสพติดเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย หรือเป็นสิ่งที่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมายในการซื้อหรือขายอย่างเคร่งครัด แต่น่าแปลกเป็นอย่างยิ่งว่า สิ่งเสพติดสองชนิด คือ บุหรี่และเหล้า ที่นอกจากจะไม่ถือเป็นสิ่งผิดกฎหมายแล้ว ยังได้รับอนุญาตให้มีการจำหน่ายและโฆษณาอย่างกว้างขวาง มีหน้าซ้ำ ในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย รัฐบาลยังเป็นเจ้าของโรงงานผลิตเสียเอง

ผลร้ายของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพเป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางมานาน ไม่ว่าจะเป็นมะเร็งปอดและหลอดลม หลอดลมโป่งพอง โรคหัวใจ เส้นเลือดแข็งหรือตีบตัน และโรคอื่นๆอีกหลายโรค ความรู้เหล่านี้ไม่ค่อยมีผลโดยตรงที่จะทำให้คนสูบบุหรี่ลดจำนวนลงแต่อย่างใด แต่กลับจะมีแนวโน้มสูงขึ้นในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก ที่เป็นเช่นนี้เพราะผลร้ายของบุหรี่ต่อสุขภาพเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ กว่าที่รู้สึกตัวก็ติดบุหรี่จนถอนตัวไม่ขึ้นเสียแล้ว ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งก็คืออิทธิพลและวิธีการตลาดอันฉลาดแกมโกงของบริษัทผู้ผลิตบุหรี่ ที่ทำให้วัยรุ่นคิดอยากลองสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นการโฆษณา การแจกตัวอย่างฟรี การสนับสนุนทุนการศึกษา การสนับสนุนการแข่งขันกีฬา โดยเฉพาะการแข่งขันรถ การแทรกฉากการสูบบุหรี่อย่างพร่ำเพรื่อในภาพยนตร์ รวมถึงการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่ใช้เครื่องหมายการค้าเดียวกับบุหรี่ เช่น น้ำหอมหรือเสื้อผ้า

นับว่ายังโชคดีอยู่บ้างสำหรับประเทศไทยที่มีการรณรงค์ต่อต้านบุหรี่ยังจริงจังมาตั้งแต่ปี 2532 ในปัจจุบัน ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในไม่กี่ประเทศทั่วโลกที่มาตรการควบคุมบุหรี่ส่งผลให้มีแนวโน้มของอัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ในภาวะปัจจุบันที่มีการสื่อสารที่ทันสมัยสามารถติดต่อกันได้อย่างทั่วถึงทุกมุมโลก ทำให้แต่ละประเทศประสบความยากลำบากในการควบคุมการเผยแพร่โฆษณาส่งเสริมการสูบบุหรี่จากประเทศอื่นได้

ปัญหาของมุสลิมกับการสูบบุหรี่

การที่ผมนำเรื่องนี้ขึ้นมาเขียนเพราะได้เห็นถึงปัญหาอย่างชัดเจนของการนิยมนสูบบุหรี่ในหมู่มุสลิม ไม่เฉพาะในประเทศไทย แต่รวมถึงในประเทศมุสลิมอื่น ด้วยในประเทศอินโดนีเซียซึ่งมีประชากรมุสลิมสูงที่สุดในโลก (ประมาณ 225 ล้านคน) พบว่าร้อยละ 59 ของผู้ชายอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ ซึ่งถือว่าสูงที่สุดในโลก รองลงมาคือบังคลาเทศ ซึ่งมีประชากร 152 ล้านคน ร้อยละ 54 ของผู้ชายกลุ่มอายุเดียวกันสูบบุหรี่ สำหรับซาอุดีอาระเบีย อียิปต์ และปากีสถานอยู่ในเกณฑ์ร้อยละ 35- 40

ในประเทศไทย สถิติสำหรับปี 2547 พบว่าผู้ชายอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 39 (ลดลงจากร้อยละ 56 ในปี 2534) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการสำรวจโดยเฉพาะว่า มุสลิมในประเทศไทย มีอัตราการสูบบุหรี่สูงเท่าใด แต่จากการสังเกตทั่ว ปคงเป็นที่ยอมรับว่า ผู้ชายมุสลิมสูบบุหรี่กันอย่างกว้างขวาง เวลาเราไปละหมาดวันศุกร์ หรือเวลาร่วมงานเฉลิมฉลองต่างๆ ตามสุเหร่า จะเห็นกลุ่มพี่น้องมุสลิมนั่งร่วมวงสนทนา ชดน้ำชาและสูบบุหรี่ไปพร้อม ๆ กัน นอกจากนี้ยังพบว่า ครูสอนศาสนา และผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับศาสนาติดบุหรี่ รวมทั้งป่วยและตายด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่จำนวนมาก



จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2547 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในชายอายุ 15 ปีขึ้นไปในภาคใต้ สูงกว่าภาคอื่น ๆ และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และที่ชัดเจนกว่านั้นพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในจังหวัดสตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส (ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิม) อยู่ระหว่างร้อยละ 47-53 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของภาคใต้ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 44 หากวิเคราะห์จากข้อมูลเหล่านี้ก็พอสรุปได้โดยทางอ้อมว่ามุสลิมไทยมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าคนที่ไม่ใช่มุสลิม

อาจมีหลายคนสงสัยว่าทำไมถึงเป็นเช่นนี้ มุสลิมสูบบุหรี่กันมากเพราะไม่มีคำสั่งห้ามการสูบบุหรี่ที่ชัดเจนในอิสลามเหมือนห้ามการดื่มเหล้า จึงสูบบุหรี่แทนการดื่มเหล้ากระนั้นหรือ? ข้อสงสัยนี้อาจตอบได้อย่างสั้นๆว่า อิสลามมีข้อห้ามอย่างชัดเจนที่ครอบคลุมถึงการสูบบุหรี่ (ซึ่งจะชี้แจงในรายละเอียดต่อไป) ปัญหาอยู่ที่การเผยแพร่การตีความของข้อห้ามนี้มิได้ทำอย่างมีระบบ และไม่สามารถกระจายข้อมูลความรู้เหล่านี้ถึงพี่น้องมุสลิมอย่างทั่วถึง

ในยุคของท่านศาสดามูฮัมมัด (ซล) ยังไม่มีใครรู้จักใบยาสูบ และไม่มีการสูบบุหรี่เหมือนกับการดื่มเหล้า จึงเป็นความจริงว่าไม่มีโองการกรูอาณหรือฮาดิษกล่าวถึงบุหรี่โดยเฉพาะ แม้แต่ในยุคของท่านอิหม่ามทั้งสี่ บุหรี่เริ่มเป็นที่รู้จักและเสพกันในช่วง 600 ปีมานี้เอง และเริ่มแพร่หลายสู่กลุ่มประเทศมุสลิม ประมาณอิเรอานศักราช 1100 หรือประมาณ 300 กว่าปีมาแล้ว ในระยะแรก ๆ กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิของทั้งสี่มัชฮับได้พยายามรวบรวมความคิดที่จะตัดสินใจเด็ดขาดลงไปที่ว่าการสูบบุหรี่ฮาลาลหรือไม่ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ ในขณะที่ส่วนใหญ่ตัดสินว่าฮาลาล บางกลุ่มไม่ถือว่าฮาลาลแต่เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง และส่วนน้อยอีกกลุ่มหนึ่งถือว่าอนุญาตให้สูบได้

กลุ่มที่ถือว่าการสูบบุหรี่ฮาลาล กลุ่มนี้รวมถึง ผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 11 ท่านจากทั้งสี่มัชฮับ สถาบันทางศาสนาชั้นนำ เช่น Al-Azhar Fatwa Committee, International Islamic Conference และ Grand Mufti of Saudi Arabia ให้เหตุผลจากหลักฐานต่อไปนี้

- จากผลการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ และทางการแพทย์ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ และสิ่งใดก็ตามที่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อสุขภาพ ถือเป็นสิ่งที่ต้องห้ามทางศาสนา
- บุหรี่ถือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเคลิบเคลิ้ม (และยอมนำสู่การเสพติด) อย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องห้ามตามคำสอนของอิสลาม ท่านศาสดามูฮัมมัด (ซล.) ห้ามทุกสิ่งที่เป็นพิษต่อร่างกาย หรือก่อให้เกิดความเคลิบเคลิ้มหรือมึนเมา
- บุหรี่ก่อให้เกิดกลิ่นที่น่ารังเกียจ และก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้อยู่ใกล้เคียงที่ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะเมื่อมีการชุมนุมกันเพื่อการละหมาด หรือเพื่อกิจกรรมอื่น ๆ ท่านศาสดามูฮัมมัด (ซล.) ได้กล่าวว่า “ผู้ที่รับประทานกระเทียมหรือหัวหอม ต้องอยู่ห่างจากพวกเราหรือจากมัสยิด และควรจะอยู่ที่บ้านดีกว่า” และ “ใครก็ตามก่อความไม่พอใจแก่พี่น้องมุสลิม เขาผู้นั้นก่อความไม่พอใจแก่ฉัน และใครก็ตามก่อความไม่พอใจแก่ฉัน เขาผู้นั้นก่อความไม่พอใจต่อองค์อัลเลาะห์ (ซบ)”
- บุหรี่เป็นสิ่งฟุ่มเฟือย นอกจากไม่มีประโยชน์แล้วยังเป็นโทษต่อสุขภาพด้วย ซึ่งมีหลักฐานทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์อย่างชัดเจน

กลุ่มที่ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ (แต่ไม่ฮาลาล) ให้เหตุผลดังต่อไปนี้

- บุหรี่เป็นสิ่งฟุ่มเฟือย ทำให้ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น เช่นเดียวกับหอมและกระเทียม ผู้มีศรัทธาควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

• อันตรายต่อสุขภาพยังไม่มีข้อตกลงแน่นอน ผู้ที่คิดว่าบุหรีเป็นอันตรายต่อสุขภาพจริง ก็ถือว่าบุหรีเป็นสิ่งต้องห้าม ผู้ทรงความรู้ท่านนี้นำบุหรีไปเปรียบกับน้ำผึ้ง ซึ่งระบุไว้ในกุรอ่านว่า มันมีทั้งคุณและโทษ (แต่ไม่เป็นสิ่งต้องห้าม)

กลุ่มที่ถือว่าการสูบบุหรีเป็นสิ่งอนุมัติ ให้เหตุผลว่า

- เป็นที่ทราบกันดีว่ามุสลิมจำนวนมากสูบบุหรี การตัดสินว่าบุหรีเป็นสิ่งอนุมัติจะช่วยผ่อนคลายนโยบายอย่างมาก (ไม่มีรายละเอียดชัดเจนว่าผ่อนคลายนโยบายด้านใด)
- เมื่อใดก็ตามที่มีสองสิ่งให้เลือก ท่านศาสดาเลือกสิ่งที่ยาก
- บุหรีเป็นสิ่งเกิดขึ้นมาใหม่ ไม่ใช่เรื่องสำคัญที่จะต้องนำมาเกี่ยวข้องกับศาสนา
- บุหรีไม่มีอันตรายต่อสุขภาพแต่อย่างใด จึงไม่เป็นสิ่งต้องห้ามตามบัญญัติอิสลาม

กล่าวโดยสรุป ผู้ทรงความรู้ที่ตัดสินว่าบุหรีเป็นสิ่งอนุมัติ ตัดสินบนพื้นฐานที่ว่า ก) ไม่มีหลักฐานที่บ่งชี้เฉพาะเกี่ยวกับการสูบบุหรีและระบุว่ามันเป็นสิ่งต้องห้าม ข) ไม่มีหลักฐาน (ในขณะนั้น) ว่าบุหรีเป็นพิษต่อร่างกายหรือมีผลทางประสาท อย่างไรก็ตาม หลังจากการตัดสินของผู้ทรงความรู้เหล่านี้ ก็ได้ปรากฏหลักฐานทางการแพทย์ที่ชัดเจนมากมายอย่างปราศจากข้อสงสัยว่า บุหรีมีผลร้ายต่อสุขภาพอย่างร้ายแรงต่อทั้งผู้สูบเอง และต่อผู้ได้รับควันบุหรีทั้ง ๆ ที่ไม่ได้สูบเอง โรคที่เกิดจากการสูบบุหรีเป็นโรคเรื้อรังที่ยากแก่การรักษา และมีโอกาสสูงที่จะทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร เหตุผลที่นำมาอ้างว่าบุหรีไม่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพจึงตกไปโดยสิ้นเชิง

ด้วยหลักฐานทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ รัฐบาลในหลาย ๆ ประเทศบังคับให้บริษัทผู้ผลิตบุหรีพิมพ์คำเตือนเกี่ยวกับอันตรายของมันไว้บนซอง ถ้าบุหรีไม่มีอันตรายต่อสุขภาพจริง ไม่มีทางที่บริษัทผู้ผลิตบุหรีจะยอมปฏิบัติตาม เพราะโดยธรรมชาติของการทำธุรกิจ อย่างไรก็ตามแต่พูดถึงโทษหรืออันตรายของสินค้าเลย แม้แต่จุดอ่อนก็ไม่อยากเอ่ยถึง มีแต่จะโฆษณาคุณภาพเกินความเป็นจริง

หลักฐานทางการแพทย์เหล่านี้จึงนำมาประยุกต์เข้าบัญญัติของอิสลามได้เป็นอย่างดีเพื่อการตัดสินว่าการสูบบุหรีฮาราม องค์อัลเลาะ (ซบ.) ทรงห้ามการทำลายตัวเอง ดังโองการกุรอ่าน (3:29) ที่ว่า “ห้ามสูเจ้าฆ่าตัวตาย เพราะแท้จริงอัลเลาะฮ์กรูณาต่อสูเจ้ายิ่ง” ท่านศาสดามุฮัมมัด(ซล.) ได้กล่าวไว้อีกว่า “อย่าทำร้ายตนเองและผู้อื่น” นอกจากนี้ องค์อัลเลาะฮ์ (ซบ.) ทรงให้ยกเว้นแม้แต่การอาบน้ำละหมาดสำหรับผู้ป่วยที่จะทำการละหมาด หากว่าการอาบน้ำละหมาดจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

นอกเหนือจากข้อบัญญัติห้ามในด้านการทำร้ายร่างกายแล้ว ยังมีข้อห้ามในเรื่องการใช้จ่ายสุรุษสุร่าย การสูบบุหรีเท่ากับเป็นการเผาทรัพย์สินให้หายไปเป็นเถ้าและควัน พร้อมกับนำโรคภัยมาสู่ตัวเอง

กล่าวโดยสรุป มีหลักฐาน 5 อย่างในบัญญัติอิสลามที่ใช้ในการตัดสินว่าการสูบบุหรีฮาราม

- เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง
- เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่ใกล้เคียง
- เป็นสิ่งเสียดัด



- ก่อความรำคาญแก่ผู้อยู่ใกล้เคียง
- เป็นสิ่งฟุ่มเฟือย

ผู้ที่มีโอกาสไปประกอบพิธีฮัจย์ในระยะ 4-5 ปีหลังนี้คงจะสังเกตเห็นว่า รัฐบาลซาอุดีอาระเบียได้ทำการรณรงค์อย่างจริงจังในการต่อต้านการสูบบุหรี่ ทุก ๆ ปี จะเห็นป้าย “Tobacco Free Hajj” (พิธีฮัจย์ปลอดบุหรี่) ขนาดใหญ่ ติดอยู่ในตำแหน่งสำคัญ ๆ ทั่วไป ในมักกะฮ์ มีนา และมาดีนะฮ์ เพราะรัฐบาลตระหนักถึงผลร้ายของการสูบบุหรี่ รวมถึงการก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้อยู่ใกล้เคียง โดยเฉพาะในภาวะที่มีผู้ประกอบพิธีฮัจย์อยู่รวมกันอย่างแออัด

คนติดบุหรี่จะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างไร?

คำแนะนำที่จะให้ในที่นี้ เป็นวิธีการที่ไม่ต้องใช้ยาช่วย แต่เป็นการใช้ความตั้งใจและกำลังใจเสียมากกว่า ก่อนที่จะให้คำแนะนำ ผมขอยกตัวอย่างของผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จในกรณีต่าง ๆ (โดยไม่ต้องใช้ยา) มาให้พิจารณา

ตัวอย่างที่ 1

ในปี 2522 ผมได้มีโอกาสไปปฏิบัติงานในหน่วยพยาบาลไทยในมักกะฮ์และมาดีนะฮ์พร้อมกับคุณหมอต่านหนึ่ง ในระหว่างที่อยู่ในมักกะฮ์คุณหมอได้รับความช่วยเหลือจากนักเรียนไทยในมักกะฮ์ให้ได้พบกับอีมามของมัสยิดฮารอม คุณหมอเล่าว่า ทันทที่อีมามเห็นซองบุหรี่ในเสื้อคลุม อีมามได้ขอให้คุณหมอเอาบุหรี่และที่จุดบุหรี่ออกจากกระเป๋าเสียก่อนจึงจะคุยด้วย ก่อนที่จะลาอีมามออกมา ท่านได้ขอให้คุณหมอสัญญาว่าจะเลิกสูบบุหรี่ตลอดไป คุณหมอได้รักษาสัญญาเป็นอย่างดี และสามารถเลิกบุหรี่ได้ตั้งแต่นั้นมา

ตัวอย่างที่ 2

เมื่อประมาณ 20 ปีมาแล้ว ผมได้เดินทางจากนครสวรรค์กลับกรุงเทพฯพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนหนึ่งด้วยรถทัวร์ปรับอากาศ ซึ่งเป็นการเดินทางตอนกลางคืน ขณะที่รถเวลารถออกจากสถานี มีผู้โดยสารคนหนึ่งกำลังจะจุดบุหรี่สูบ ผู้โดยสารที่นั่งใกล้เคียงต่างโวยวายว่าสูบไม่ได้เพื่อนของผมเป็นคนติดบุหรี่อย่างหนักชนิดมวนต่อมวนกำลังลั้งเกตุอยู่ และคิดว่าถ้าผู้โดยสารคนนั้นสูบได้เขาก็จะสูบเหมือนกัน เมื่อเห็นปฏิกิริยาของผู้โดยสารอื่น ๆ แล้วจึงเลิกล้มความตั้งใจ หลังจากรถวิ่งมาได้ประมาณ 3 ชั่วโมง รถก็จอดให้ผู้โดยสารลงไปพักผ่อน ทันทที่ที่ลงจากรถเพื่อนผมก็ควักบุหรี่ออกมาทันที แต่ก่อนที่จะจุดสูบก็จุกคิดว่าเราอดมาได้ตั้ง 3 ชั่วโมงทำไมจะอดต่อให้ถึงปลายทางไม่ได้ จึงเก็บบุหรี่เข้ากระเป๋า อีกประมาณ 3 ชั่วโมงต่อมา รถถึงปลายทางตลาดหมอชิต เพื่อนผมจึงเตรียมจะสูบบุหรี่เต็มที แต่ก็เกิดจุกคิดขึ้นอีกครั้งหนึ่งว่า เราอดมาได้ตั้ง 6 ชั่วโมง ทำไมจะอดต่อไปไม่ได้ เชื่อหรือไม่ว่าเพื่อนผมคนนั้นสามารถงดบุหรี่ได้ตั้งแต่วันนั้นเป็นต้นมา

ตัวอย่างที่ 3

เป็นการเลิกบุหรี่จากความกดดันภายในครอบครัว พ่อติดบุหรี่อย่างหนัก วันหนึ่งมาพบว่าลูกสาวซึ่งกำลังย่างเข้าวัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่ ตนเองไม่สามารถห้ามได้เพราะเป็นตัวอย่างให้ลูกเห็นอยู่ จึงต้องตัดสินใจเลิก

ตัวอย่างที่ 4

ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคที่เกิดจากพิษภัยของบุหรี่ ถ้าไม่เลิกโรคจะไม่หาย และจะเป็นอันตรายถึงชีวิต

ทั้งสี่ตัวอย่างดังกล่าว เป็นการเลิกบุหรี่โดยไม่ต้องใช้ยาช่วย เป็นการเลิกด้วยตัวเอง อย่างไรก็ตามก็มีไม่กี่คนที่จะโชคดีอย่างคุณหมอบนตัวอย่างแรก และเราก็ไม่อยากจะให้เกิดปัญหาเหมือนตัวอย่างที่สาม และตัวอย่างที่สี่จึงจะคิดเลิกบุหรี่ แต่อยากให้เห็นการเลิกบุหรี่ตามตัวอย่างที่สองให้มากที่สุด ทั้งสี่ตัวอย่างมีหลักสำคัญแห่งความสำเร็จร่วมกันอยู่อย่างหนึ่งคือ การเลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาดโดยทันทีทันใด (เพราะไม่เคยมีใครเลิกบุหรี่สำเร็จโดยการลดขนาดลงทีละเล็กทีละน้อย) การที่จะทำได้เช่นนี้จะต้องมีความตั้งใจว่าจะเลิกจริง ๆ และจิตใจต้องเข้มแข็งแน่วแน่จริง ๆ ถ้าไม่มีความตั้งใจจริงก็ไม่มีทางสำเร็จ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือมุสลิมที่ติดบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในเดือนถือศีลอด ทั้ง ๆ ที่สามารถอดมาในแต่ละวันได้ติดต่อกัน 10-12 ชั่วโมง เพราะเขาไม่ได้ตั้งใจว่าจะเลิก แต่ตั้งความหวังว่าจะอดบุหรี่ให้เต็มที่ทันทีที่ได้เวลาคือถือศีลอด

จะไปตัวอย่างของเพื่อนผมที่เลิกบุหรี่ได้เองย่อมเป็นฮิตายะฮ์จากองค์อัลเลาะห์ (ซบ) ให้เกิดความตั้งใจอย่างกะทันหันที่จะเลิกบุหรี่ การที่จะพยายามอธิบายชี้แนะแก่คนติดบุหรี่ถึงอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพเพื่อให้เขาเลิกบุหรี่มักไม่ค่อยได้ผล ไม่ใช่เพราะเขาไม่เชื่อหรือไม่รู้ แต่เป็นเพราะยังไม่อยากเลิกเอง (เนื่องจากเสพติดเข้าไปแล้ว) การแนะนำเรื่องภัยของบุหรี่จะได้ผลดีกว่าในคนที่ยังไม่ติดบุหรี่

การที่จะช่วยให้พี่น้องมุสลิมที่ติดบุหรี่สำเร็จมีอยู่ 3 ขั้นตอนใหญ่ ๆ

1. ปลุกฝังความคิดความศรัทธาให้ยอมรับว่าการสูบบุหรี่ฮาราม
2. ผู้ติดบุหรี่ต้องขอพรต่อองค์อัลเลาะห์ (ซบ.) ให้พระองค์โปรดประทานความตั้งใจจริง และความเข้มแข็งในการเลิกสูบบุหรี่
3. กำหนดวันที่จะทำการเลิกบุหรี่ แล้วเลิกโดยฉับพลันทันที เดือนรอมฎอนถือเป็นโอกาสที่ดีอย่างยิ่งโอกาสหนึ่ง

ไม่เคยปรากฏว่ามีผู้ใดที่เลิกบุหรี่อย่างฉับพลัน (หักดิบ) แล้วเกิดผลร้ายต่อสุขภาพเลย จะมีก็เพียงความรู้สึกหงุดหงิดในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกเท่านั้น ถ้าผ่านระยะนี้ไปได้ก็จะสบาย แต่อาจยังมีความอยากหลงเหลืออยู่บ้าง ถ้าอดใจต่อไปอีกก็จะสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด ลองคุยกับคนที่เลิกบุหรี่สำเร็จว่าสุขภาพก่อนเลิกกับหลังเลิกบุหรี่ต่างกันอย่างไร คนหนุ่มอาจจะบอกว่าสามารถเล่นกีฬาได้ตลอดเกมโดยไม่เหนื่อยเหมือนก่อน คนสูงอายุอาจจะบอกว่าสามารถเดินได้ไกลขึ้นกว่าเดิม

หน้าที่ของพี่น้องมุสลิมในการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ต้องทำไปสองด้านพร้อม ๆ กันคือ

- 1) ป้องกันมิให้เยาวชนริเริ่มการสูบบุหรี่ โดยการให้ความรู้ความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ และไม่แสดงตัวอย่างไม่ดีให้ลูกหลานเห็น
- 2) ช่วยเหลือแนะนำให้ผู้ติดบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

รัฐบาลไทยได้ดำเนินการอย่างเข้มงวด โดยการออกกฎหมายควบคุมการโฆษณาและการจำหน่ายบุหรี่ การขึ้นภาษีบุหรี่ และการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ วิธีการเหล่านี้ ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง แต่ต้องอาศัยเวลาจึงจะเห็นผล ในประเทศไทยมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2534 นอกจากกฎหมายที่ออกมาเพื่อลดการสูบบุหรี่แล้ว กฎหมายที่สำคัญอีกฉบับหนึ่ง



คือ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 กฎหมายฉบับนี้ผ่านออกมาเพราะมีหลักฐานแน่ชัดว่า ผู้ไม่สูบบุหรี่หากหายใจเอาควันบุหรี่เข้าไปก็มีโอกาสเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากพิษภัยของบุหรี่ เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ กฎหมายนี้จึงห้ามการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะต่าง ๆ ที่มีคนอยู่ร่วมกันหลาย ๆ คน ซึ่งรวมถึงศาสนสถานด้วย การสูบบุหรี่ในศาสนสถาน (รวมถึงมัสยิด) จึงถือว่าผิดกฎหมาย

โดยความเป็นจริง คำสอนของศาสนาอิสลามมีกำหนดข้อห้ามสิ่งที่เป็นภัยต่อสุขภาพ และที่เกี่ยวกับจริยธรรมกว้างขวางกว่าข้อกำหนดในกฎหมายมากมาย มีหลายอย่างที่กระทำแล้วไม่ผิดกฎหมาย แต่ผิดหลักการของศาสนาอิสลาม เช่น การดื่มสุรา การบริโภคสัตว์ตายโดยไม่ผ่านการเชือด แต่เมื่อมาถึงเรื่องการสูบบุหรี่ หลายมัสยิดกลับยังปล่อยให้ผู้มาร่วมละหมาดสูบบุหรี่ในบริเวณมัสยิดอย่างเปิดเผย ทำให้ดูเหมือนกับว่าคำสอนของศาสนาอิสลามล้ำหลังกว่ากฎหมาย ฉะนั้นถึงเวลาแล้วที่เราจะร่วมกันรณรงค์เพื่อ “มัสยิดปลอดบุหรี่”

ความจริงอิสลามในประเทศไทยมีโครงสร้างองค์กรที่ดีมาก เรามีสำนักจุฬาราชมนตรีเป็นศูนย์กลางที่ปรึกษาและนำกิจกรรมของศาสนาอิสลามทั่วประเทศ มีคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดในหลายจังหวัด และมีคณะกรรมการมัสยิดในทุกชุมชนมุสลิมที่มีการก่อตั้งมัสยิดอย่างเป็นทางการ เพียงแต่ว่าเราไม่ได้ใช้ประโยชน์จากองค์กรเหล่านี้เพียงพอ ผมเชื่อว่าถ้าสำนักจุฬาราชมนตรีมีพิตวาทว่าการสูบบุหรี่ฮาราม และผ่านพิตวานี้ไปยังคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด และคณะกรรมการมัสยิดตามลำดับ การรณรงค์ต่อต้านบุหรี่ในกลุ่มมุสลิมจะได้ผลเป็นอย่างดี และถ้าจะให้เห็นผลอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น กรรมการทุกระดับที่สูบบุหรี่ต้องเลิกบุหรี่ก่อนเป็นตัวอย่าง

ก่อนจบผมขอฝากกลอนสั้น ๆ เพื่อเป็นข้อคิดสำหรับผู้อ่าน

มีหลักฐาน ให้เห็น ที่เด่นชัด
ไม่ต้องตี ความไป ให้มากมี
เสพบุหรี่ มีภัย ต่อชีวิต
จงตักเตือน คนสนิท ใกล้ชิดเรา
เลิกสูบบุหรี่ พ่อแม่ เห็นแก่ลูก
จงปลุกฝัง แต่ตัวอย่าง ที่ดีงาม

ในบัญญัติ อิสลาม ห้ามบุหรี่
ควรช่วยชี้ ทางถูก ลูกหลานเรา
คนเสพติด คิดให้ดี ที่สูญเปล่า
อย่ามัวเมา ล้มลง ของฮาราม
ความพินาศ แคไหน ไม่ต้องถาม
ลูกจะตาม พ่อแม่ อย่างแน่นอน

ของค้ออัลเลาะห์ (ซบ) ทรงโปรดประทานฮิदाเยฮ์แก่ผู้ติดบุหรี่ทั้งมวล ให้เกิดความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ และประสบผลสำเร็จในการเลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาดด้วย และขอพระองค์ทรงโปรดคุ้มครองเยาวชนมุสลิมให้ห่างไกลจากการล้มลงสูบบุหรี่และการติดบุหรี่ด้วย...อามีน

เอกสารอ้างอิง

1. การสาธารณสุขไทย 2544-2547 กระทรวงสาธารณสุข
2. Islamic Ruling on Smoking – Dr Hamid Jamie, Former Secretary of Al-Azhar University, Consultant, Islamic Fiqh Encyclopaedia, Kuwait.
3. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2534-2547 ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. 2549

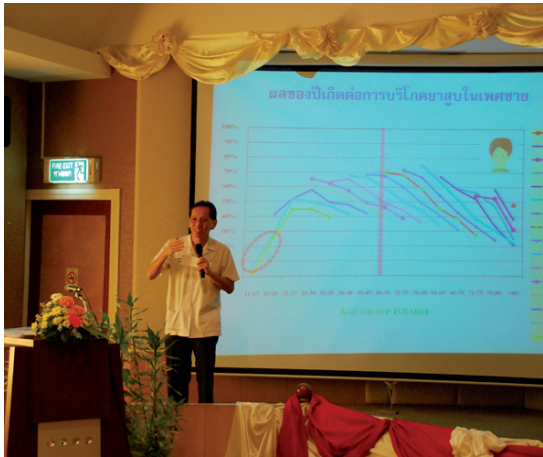
ภาพกิจกรรมที่น่าสนใจ

: เยี่ยมร้านอาหารที่เข้าร่วมโครงการร้านอาหารปลอดบุหรี่





ภาพกิจกรรมที่น่าสนใจ : บรรยายภาคการประชุม



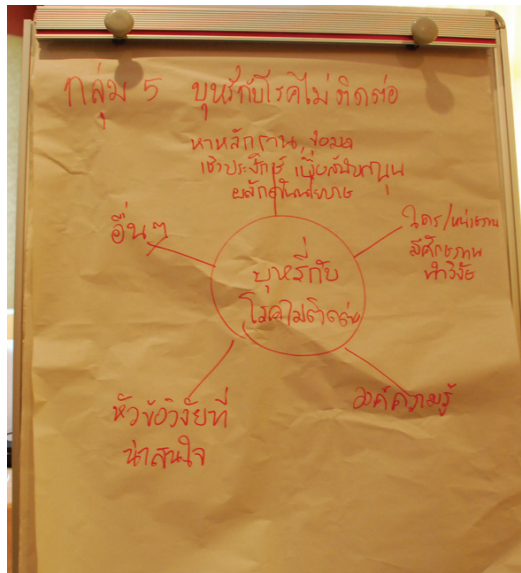
ภาพกิจกรรมที่น่าสนใจ

: บรรยายการนำเสนองานวิจัย



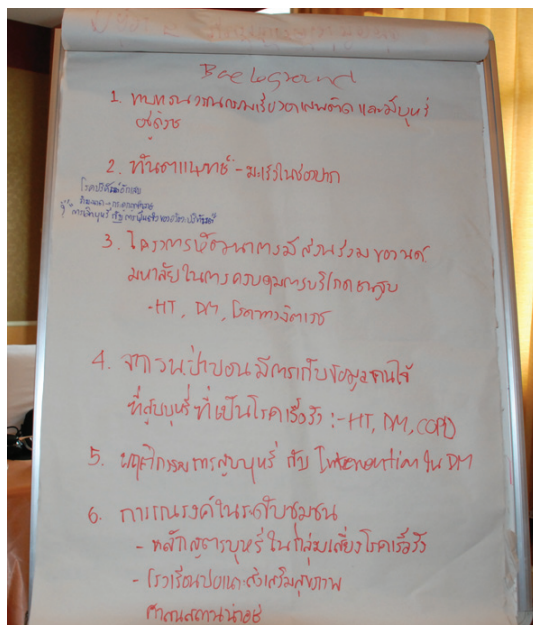


ภาพกิจกรรมที่น่าสนใจ : การแบ่งกลุ่มย่อย และนำเสนอผลการระดมสมอง



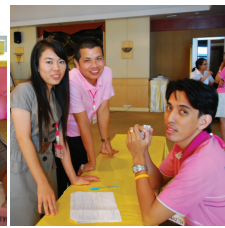
ภาพกิจกรรมที่น่าสนใจ

: การแบ่งกลุ่มย่อย และนำเสนอผลการระดมสมอง





ภาพกิจกรรมที่น่าสนใจ : บรรยายภาคการจัดงาน







ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

วิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 5 ถ.ราชวิถี เขตราชวิถี กรุงเทพฯ 10400

โทร.: +662-354-5346 แฟกซ์: +662-354-5347 อีเมล: webmaster@trc.or.th

