

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรีถือเป็นยาเสพติดอีกชนิดหนึ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคลายไข้เจ็บไม่ว่าจะเป็น โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งปอด หลอดเลือดหัวใจตีบ ฯลฯ ในควันบุหรีมีสารนิโคตินซึ่งเป็นสารพิษที่สำคัญกลุ่มหนึ่งของสารเคมี ที่ทำให้การไหลเวียนของเลือดช้าลง ผิวหนังห่อ่นยานและแห้ง เกิดมะเร็งผิวหนังได้ง่ายขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุขอย่างมาก ปัจจุบันปัญหาการสูบบุหรีได้แพร่ระบาดในประชากรทุกกลุ่มเนื่องจากบุหรีเป็นสิ่งเสพติดที่หาซื้อได้ง่ายและราคาไม่แพง ตลอดจนเสพติดง่ายแต่เลิกยากนั่นเอง เพราะสารนิโคตินเป็นตัวการที่ทำให้ผู้สูบบุหรีนั้นติดบุหรี คนที่สูบบุหรีเริ่มติดบุหรีตั้งแต่วัยรุ่น สาเหตุสำคัญคือ อยากรทดลอง เอาอย่างเพื่อน เอาอย่างผู้ปกครองหรือผู้มีชื่อเสียงในสังคม ต้องการแสดงว่าตัวเองเป็นผู้ใหญ่แล้ว ได้รับอิทธิพลจากการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขาย วัยรุ่นจำนวนมากที่ลองแล้วจึงติดทั้ง ๆ ที่รู้ว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่เมื่อติดแล้วก็ยากที่จะเลิกสูบได้ แม้ว่าต้องการที่จะเลิก จึงกลายเป็นผู้ติดบุหรีไปในที่สุด และส่วนมากจะติดไปตลอดชีวิต

นอกจากตัวผู้ที่สูบบุหรีเองที่จะได้รับอันตรายจากบุหรีแล้ว คนทั่วไปที่อยู่ในบรรยากาศที่มีควันบุหรี ก็จะทำให้เกิดอาการไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรีที่มีอาการหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดอีกเสบ จะทำให้มีอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น หากได้รับควันบุหรีเป็นเวลาหลายปีจะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปอด และปอดจะถูกทำลายเช่นเดียวกับปอดของผู้ที่สูบบุหรีวันละ 1 – 10 มวน และมีความเสี่ยงในการเกิดโรคของระบบต่างๆ ได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี ผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรีที่แต่งงานกับผู้ชายที่สูบบุหรีจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรีและแต่งงานกับผู้ชายที่ไม่สูบบุหรีถึง 2 เท่า และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี (Winster and Difranza, 1985 อ้างถึงใน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ควันบุหรีทำให้เด็กทารกที่สูดควันบุหรีเข้าไปเสียชีวิตได้ทันที และเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี ซึ่งอยู่ในบ้านที่พ่อแม่สูบบุหรีจะเป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจมากกว่าเด็กที่พ่อแม่ไม่สูบบุหรี 2 เท่า

บุหรีนอกจากจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพโดยตรงต่อผู้สูบเอง และโดยอ้อมต่อบุคคลใกล้เคียงแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอีกด้วย การสูญเสียทางเศรษฐกิจที่สามารถคำนวณได้ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจาก

การสูบบุหรี่ ความสูญเสียที่ยากจะคำนวณได้ ได้แก่ เวลาและแรงงานที่ครอบครัวต้องเสียไปในการดูแลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ที่ผู้นำครอบครัวป่วย หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่ ในครอบครัวที่ยากจนอยู่แล้ว การซื้อบุหรี่สูบเป็นการเบียดบังเงินที่จะนำไปใช้ ในสิ่งที่เป็นประโยชน์กว่า เช่น การซื้ออาหาร และการใช้จ่ายในด้านการศึกษาของบุตร ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของท้องถิ่นจากการที่ต้องเสียเงินตราออกนอกประเทศ ให้แก่บริษัทบุหรี่ต่างประเทศ และ ความสูญเสียที่ไม่สามารถจะคำนวณได้ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้สูบบุหรี่ ความทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตของครอบครัวและ/หรือเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ความรำคาญ และความทุกข์ของผู้ที่ต้องรับควันบุหรี่ จากการวิเคราะห์ของธนาคารโลกเกี่ยวกับรายได้ และความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ ใน พ.ศ. 2538 พบว่าในทุก ๆ 1,000 ต้น ของยาสูบที่ผลิตออกมา จะทำรายได้หรือผลกำไรสุทธิให้แก่ผู้ผลิต 65 ล้านบาท แต่ทำให้มีผู้เสียชีวิต 650 คน และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 245 ล้านบาท จากความสูญเสียทางเศรษฐกิจเหล่านี้ ทำให้ปัจจุบันธนาคารโลกและธนาคารพัฒนาเอเชียได้งดการให้สินเชื่อแก่ประเทศที่ขอกู้ไปลงทุนเรื่องยาสูบทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นการเพาะปลูก การส่งออก หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่สนับสนุนการกู้ยืมเงินเพื่อใช้ในการควบคุมการสูบบุหรี่

ตารางที่ 1 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในประเทศต่าง ๆ ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ประเทศ	อัตราการสูบบุหรี่ (%)		
	รวม	ชาย	หญิง
สปป. ลาว	38.0	41.0	15.0
กัมพูชา	37.0	66.0	8.0
ฟิลิปปินส์	32.4	53.8	11.0
พม่า	32.0	43.5	22.3
อินโดนีเซีย	31.4	59	3.7
เวียดนาม	27.1	50.7	3.5
บรูไน	27.0	40.0	14.0
มาเลเซีย	26.4	49.2	3.5
ไทย	23.4	44.1	2.6
สิงคโปร์	15.0	26.9	3.1

ประเทศ สปป. ลาว มีอัตราสูบบุหรี่มากที่สุดในเอเชีย (ร้อยละ 38) รองลงมาเป็นกัมพูชา (ร้อยละ 37) ตามลำดับ แต่อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชายสูงที่สุดคือประเทศ กัมพูชา และ อินโดนีเซีย ในเพศหญิงมากที่สุดคือประเทศ พม่า ประเทศ สปป. ลาว มีอัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 2 เท่ากว่า คือเพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 41 และเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 15 (ตารางที่ 1) เนื่องจากการเพราะปลูกใบยาสูบมีถึง 6,700 เฮกตาร์ หรือร้อยละ 87 ของเนื้อที่ทั้งประเทศ และ ให้ผลผลิตปีละ 33,400 ประเทศลาวเป็นประเทศที่มีผู้สูบบุหรี่มากที่สุดใน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Shafey O, Dolwick S, Guindon GE, 2003)

การสูบบุหรี่ของแพทย์ชายในโรงพยาบาล Mahosot ที่ตั้งอยู่ในนครหลวงเวียงจันทน์ ประเทศ สปป. ลาว พบร้อยละ 35 (ร้อยละ 16 สูบประจำ และ ร้อยละ 19 สูบบางครั้งบางโอกาส) ปริมาณบุหรี่ที่สูบ 14 มวนต่อวัน และในผู้สูบบางครั้งบางโอกาส 22 มวนต่อเดือน (Tomson T, 2003) การสูบบุหรี่ของแพทย์มีแนวโน้มลดลง จากการศึกษาของ Phengsavanh A. (2008) ที่ทำการศึกษ้อัตราการสูบบุหรี่ ของแพทย์เพศชายทั้งประเทศสูบบุหรี่ร้อยละ 17 (ร้อยละ 9.3 สูบทุกวัน และ ร้อยละ 7.7 สูบบางครั้ง) ผลการศึกษาการสูบบุหรี่ของศัลยแพทย์ชาย ในประเทศจีน พบอัตราการสูบบุหรี่ของ ศัลยแพทย์ชาย ร้อยละ 45.2 ในจำนวนนั้น ร้อยละ 42.5 ของผู้สูบบุหรี่ประจำ เคยสูบบุหรี่ต่อหน้าคนไข้ (Yao T, 2009)

แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคลากรที่สำคัญและเป็นผู้มีอิทธิพล ที่จะช่วยให้โครงการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ผลสมบูรณ์ คือทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า นั่นก็คือ การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ รัฐบาลได้วางแนวทางดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมโรคที่ไม่ติดต่อซึ่งประกอบด้วย การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการค้นคว้าวิจัยโรคเหล่านี้ คือ โรคหลอดเลือดและหัวใจ และ โรคมะเร็ง ซึ่งมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่

การทำตัวให้เป็นตัวอย่างให้แก่บุคคลทั่วไปในการไม่สูบบุหรี่ และสามารถช่วยคนไข้จำนวนมากในการเลิกบุหรี่ โดยการให้คำแนะนำคนไข้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ช่วยคนไข้ในการวางแผนการเลิกบุหรี่ จัดหาอุปกรณ์ให้คนไข้ช่วยตนเองในการเลิกบุหรี่ ติดตามคนไข้ และนำส่งคนไข้เข้าโครงการเลิกบุหรี่ คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพแม้จะเพียงสั้นๆก็สามารถเพิ่มความสำเร็จให้กับผู้สูบที่ต้องการเลิกบุหรี่ได้ การบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญในกลยุทธ์การควบคุม เพราะการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้คนเป็นล้าน ๆ คนปลอดภัยจากการเจ็บป่วย และไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และก่อประโยชน์สูงสุดต่อการสาธารณสุข ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์ควรตระหนักถึงการให้ความรู้เรื่องพิษของบุหรี่ต่อสุขภาพและควรเป็นตัวอย่างเพื่อให้ประชาชนเกิดความห่วงใยต่อสุขภาพและการสร้างกฎระเบียบที่ดีของสังคม เป็นการส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และการ

เผยแพร่ว่าสัมพันธ์ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ด้วยวิธีการต่าง ๆ จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความตั้งใจจนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

การประชุมสมัชชาสามัญครั้งที่ 8 ของสภาแห่งชาติ ชุดที่ 6 ของ ประเทศ สปป. ลาวที่จัดขึ้นในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ได้ออกกฎหมายควบคุมบุหรี่ ประกอบด้วย การให้คำจำกัดความเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และผลเสียของบุหรี่ การควบคุมผลิตภัณฑ์บุหรี่ การป้องกันสุขภาพจากผลเสียของบุหรี่ การแก้ไขผลเสียจากบุหรี่ ข้อห้ามเกี่ยวกับบุหรี่ การจัดการ การตรวจตราและควบคุมบุหรี่ และนโยบายต่อผู้มีผลงานและมาตรการต่อผู้ละเมิด เมื่อมีกฎหมายควบคุมบุหรี่แล้วจะทำให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติ หรือการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพให้ทุกคนรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดต่อสุขภาพ ผลเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม เพื่อมุ่งหวังให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการป้องกันที่อาจเกิดขึ้นตามมามากมาย ดังนั้นการควบคุมการสูบบุหรี่จึงต้องใช้บุคลากร หน่วยงานของรัฐ และองค์กรสากลหลาย ๆ ฝ่ายร่วมมือกันจึงจะประสบผลสำเร็จ (กฎหมายว่าด้วยการควบคุมบุหรี่, กรมอนามัย-ป้องกันโรค กระทรวงสาธารณสุข ประเทศ สปป. ลาว, 2553)

หลายงานวิจัยระบุไว้ว่า ผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย และประกอบอาชีพขั้นพื้นฐานมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดและเป็นผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ของประเทศ ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่า บุคลากรสาธารณสุขซึ่งมีระดับการศึกษาสูงและมีอาชีพมั่นคง เหตุใดจึงยังมีการสูบบุหรี่อยู่ จากการศึกษา ทศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุข ที่โรงพยาบาล Mahosot นครหลวงเวียงจันทน์ ประเทศลาว พบว่า กลุ่มอายุ 44-65 ปี จะสูบบุหรี่เป็น 2 เท่าของกลุ่มอายุ 24-44 ปี (Tomson T, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยความชุกของการสูบบุหรี่ ในแพทย์ผ่าตัด ทรวงอกประเทศอิตาลี ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ คือ กลุ่มอายุที่สูบบุหรี่มากคือกลุ่มอายุระหว่าง 40-50 ปี (Nardini S, 1998) เพราะเหตุใดการณรงค์ที่ผ่านมาของหลายหน่วยงาน จึงยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มดังกล่าวได้ แล้วจะอย่างไรจึงจะสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนกลุ่มนี้ลงได้

การเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกจะเริ่มเมื่ออายุน้อย จากการศึกษาของ Phengsavanh A (2009) พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 8 ปี และอายุเฉลี่ยเริ่มสูบบุหรี่ 23.3 ปี ปริมาณบุหรี่ที่สูบจะไม่มาก แต่เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ปริมาณบุหรี่ที่สูบก็จะเพิ่มตาม คือ อายุ 24-30 ปี เฉลี่ยสูบบุหรี่ 1 มวนต่อวัน อายุ 31-40 ปี เฉลี่ยสูบบุหรี่ 6 มวนต่อวัน อายุ 41-50 ปี เฉลี่ยสูบบุหรี่ 7 มวนต่อวัน อายุ 51-65 ปี เฉลี่ยสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน

จากปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจจะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อปริมาณการสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางมาตรการหรือแนวทางในการเลิกหรือลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยเน้นการวิเคราะห์เพื่อหา

ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณการสูบบุหรี่ โดยวัดปริมาณการสูบบุหรี่จาก จำนวนมวนสูบบุหรี่ที่สูบโดยเฉลี่ยต่อวัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา ที่มักจะพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบหรือไม่สูบบุหรี่ และเนื่องจากจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันเป็นข้อมูลจำนวนนับ ดังนั้น การศึกษานี้จึงจะประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยปัวส์ซองในการวิเคราะห์ข้อมูล

2. คำถามการวิจัย

มีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ของบุคลากรสาธารณสุข ประเทศสปป. ลาว

3. วัตถุประสงค์

ศึกษาปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน ของบุคลากรสาธารณสุข ประเทศสปป. ลาว

4. นิยามศัพท์

4.1 ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน หมายถึง จำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ภายใน 1 วัน นับเป็นมวนโดยนับจากบุหรี่มวนแรกภายหลังตื่นนอนในตอนเช้า ถึงก่อนนอนในตอนเย็น

4.2 บุหรี่ หมายถึง ซิกาเรต หรือ ซิการ์ หรือยาสูบที่ใช้ใบตองหรือกระดาษมวนใบยาที่หั่นเป็นฝอย แต่ในปัจจุบันบุหรี่ส่วนมากจะเป็นบุหรี่สำเร็จรูปที่ผลิตจากโรงงาน

4.3 การสูบบุหรี่ หมายถึง การรมควันที่มีผลทำให้เกิดควันหรือการกระทำใด ๆ ซึ่งมีผลทำให้เกิดควันจากการเผาไหม้ของบุหรี่

4.4 การสูบประจำหรือทุกวัน หมายถึง ปกตินิสัยในการสูบบุหรี่และสูบบุหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน วันที่มีกิจธุระหรือเจ็บป่วย อาจมีการงดสูบบุหรี่ชั่วคราว โดยคำนวณปริมาณและความถี่ของการสูบบุหรี่แล้วว่าเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ มากกว่า/เท่ากับ 100 มวนขึ้นไปในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

4.5 สูบบุหรี่นาน ๆ ครั้งหรือบางโอกาส หมายถึง การสูบบุหรี่ที่มีลักษณะการสูบไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้

4.6 ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประเภทใดเลยทั้งในอดีตและปัจจุบัน

4.7 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว หมายถึง ในอดีตเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว

4.8 ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการจำ ระลึกได้ การเข้าใจ การแปลความหมาย การตีความ ทายความ เกี่ยวกับ สารเคมีในบุหรี่ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพคนสูบและและคนใกล้ชิด

4.9 ทักษะคติ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และท่าทีที่มีต่อการซื้อขายบุหรี่ การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น โรงพยาบาล บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข ต่อการให้คำแนะนำ การห้ามโฆษณาบุหรี่ การส่งเสริมเขตปลอดบุหรี่ ค่าเตือนเกี่ยวกับอันตรายบนซองบุหรี่ และการเพิ่มภาษีบุหรี่

4.10 การปฏิบัติในที่ทำงาน หมายถึง มีนโยบายปลอดบุหรี่ในสถานที่ทำงาน การห้ามซื้อขายบุหรี่ในโรงพยาบาลและสถานที่ใกล้เคียง การแสดงบทบาทของบุคลากรสาธารณสุข ต่อการให้คำแนะนำเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่

4.11 ความตั้งใจต่อการควบคุมบุหรี่ในอนาคต หมายถึง การได้รับการอบรมวิธีการเลิกบุหรี่ การทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการไม่สูบบุหรี่

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

นำผลที่ได้ไปปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน ป้องกัน และควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาเป็นแหล่งอ้างอิง และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุข