

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาวิจัย รูปแบบการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ในเรือนจำกลางนครสวรรค์ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายเล่ม เพื่อความสมบูรณ์ของงานวิจัย โดยมีสาระดังต่อไปนี้

1. บริบทของเรือนจำกลางนครสวรรค์
 - 1.1 ประวัติความเป็นมา
 - 1.2 ที่ตั้ง
 - 1.3 อาคารสถานที่
 - 1.4 อำนาจหน้าที่
 - 1.5 โครงสร้างการบริหาร
 - 1.6 อัตราค่าจ้างพนักงาน
 - 1.7 อัตราผู้ต้องขัง
 - 1.8 การสูบบุหรี่ในเรือนจำกลางนครสวรรค์
2. การคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
 - 2.1 ความหมายของสิทธิมนุษยชน
 - 2.2 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ
 - 2.3 สิทธิ 10 ประการของคนไทยด้านสุขภาพ
 - 2.4 สิทธิของผู้ต้องขัง
 - 2.5 กฎหมายและมาตรการเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคบุหรี่
 - 2.6 วิวัฒนาการการพิทักษ์สิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทย
 - 2.7 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535
 - 2.8 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2546
 - 2.9 หนังสือสั่งการกรมราชทัณฑ์เกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

3. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี
 - 3.1 ความเป็นมาของบุหรี
 - 3.2 สารที่มีในบุหรี
 - 3.3 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี
 - 3.4 ผลกระทบจากการสูบบุหรีต่อบุคคลใกล้เคียง
4. การสนทนากลุ่ม
 - 4.1 ความหมายของการสนทนากลุ่ม
 - 4.2 ความสำคัญของการสนทนากลุ่ม
 - 4.3 ขั้นตอนการจัดสนทนากลุ่ม
 - 4.4 ข้อดีและข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยในประเทศ
 - 5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ
6. กรอบความคิดในการวิจัย

บริบทของเรือนจำกลางนครสวรรค์ (เรือนจำกลางนครสวรรค์. 2547 : 1 – 4)

1. ประวัติความเป็นมา

เรือนจำกลางนครสวรรค์สันนิษฐานว่าสร้างขึ้นราว พ.ศ.2435 และในปี พ.ศ. 2471 พศดี เรือนจำได้มีการบันทึกเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเรือนจำไว้เป็นครั้งแรก ต่อมาได้มีการขยายอาณาบริเวณของเรือนจำและทำการซ่อมแซมครั้งใหญ่เมื่อปี พ.ศ. 2516 จนถึงปี พ.ศ. 2519 จึงได้ยกฐานะจากเรือนจำจังหวัดนครสวรรค์ เป็นเรือนจำกลางนครสวรรค์

2. ที่ตั้ง

เรือนจำกลางนครสวรรค์เป็นส่วนราชการส่วนกลาง สังกัดกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม ตั้งอยู่เลขที่ 401 หมู่ที่ 9 ถนนโกสีย์ใต้ ตำบลนครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ห่างจากศาลจังหวัดนครสวรรค์ประมาณ 200 เมตร มีเนื้อที่ประมาณ 15 ไร่ เป็นเนื้อที่ภายนอกประมาณ 3 ไร่ และเนื้อที่ภายในประมาณ 12 ไร่

3. อาคารสถานที่

อาคารสถานที่บริเวณภายนอกเรือนจำ ประกอบด้วย ที่ทำการเรือนจำ (ฝ่ายบริหารทั่วไป) อาคารเฉลิมพระเกียรติ (ฝ่ายทัณฑปฏิบัติและฝ่ายสวัสดิการผู้ต้องขัง) ร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์เรือนจำ ห้องเขียนญาติ ร้านค้าสวัสดิการ อาคารห้องประชุม โรงเก็บรถยนต์ สนามฟุตบอล และบ้านพักเจ้าพนักงาน จำนวน 49 หลัง

อาคารสถานที่บริเวณภายในเรือนจำแบ่งออกเป็น 4 แคน ดังนี้

แคน 1 ประกอบด้วย เรือนนอนผู้ต้องขังชาย จำนวน 5 เรือนนอน โรงเรียนผู้ใหญ่ สวรรค์วิทยา ห้องสมุด ห้องสุขาผู้ต้องขัง อ่างอาบน้ำผู้ต้องขัง และป้อมรักษาการณ์ จำนวน 3 ป้อม

แคน 2 ประกอบด้วย อาคารศูนย์ปฏิบัติการทัณฑวิทยา ฝ่ายควบคุม ฝ่ายรักษาการณ์ ฝ่ายการศึกษาและพัฒนาจิตใจ สถานพยาบาลเรือนจำ โรงเลี้ยงอาหารผู้ต้องขัง ห้องทนายและพนักงานสอบสวน และห้องพักเวรรักษาการณ์

แคน 3 ประกอบด้วย อาคารที่ทำการฝ่ายฝึกวิชาชีพ โรงงานฝึกวิชาชีพผู้ต้องขัง ร้านส่งเคราะห์ผู้ต้องขัง สุทกรรม และป้อมรักษาการณ์ จำนวน 2 ป้อม

แคนผู้ต้องขังหญิง ประกอบด้วย เรือนนอนผู้ต้องขังหญิง จำนวน 2 หลัง ที่ทำการแคนผู้ต้องขังหญิง และห้องเก็บวัสดุฝึกวิชาชีพ

4. อำนาจหน้าที่

เรือนจำกลางนครสวรรค์ มีหน้าที่ปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดให้เป็นไปตามคำพิพากษาของศาล และคำสั่งของผู้มีอำนาจ การดำเนินงานเป็นไปตามขั้นตอนและวิธีที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ.2499 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ.2478 พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2479 และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง มีอำนาจการคุมขังที่มีกำหนดโทษจำคุกไม่เกิน 25 ปี

5. โครงสร้างการบริหาร

เรือนจำกลางนครสวรรค์แบ่งโครงสร้างการบริหารงานออกเป็น 7 ฝ่าย 1 งาน ขึ้นตรงต่อผู้บัญชาการเรือนจำกลางนครสวรรค์ ดังนี้

5.1 ฝ่ายบริหารทั่วไป มีหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับงานสารบรรณ งานทะเบียน เอกสารสำคัญ การเงิน การบัญชี การพัสดุและอาคารสถานที่ ขานพาหนะ การบริหารงานบุคคล เบื้องต้น การประชาสัมพันธ์ งานรับเรื่องราวร้องทุกข์ งานเลขานุการ งานการประชุม การรวบรวมสถิติข้อมูลของหน่วยงาน งานแผนงานโครงการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งงานที่มีได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งโดยเฉพาะ

5.2 ฝ่ายควบคุม มีหน้าที่วางแผนและดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมผู้ต้องขัง ให้อยู่ในกฎระเบียบของเรือนจำ ตลอดจนแนะนำอบรมเกี่ยวกับระเบียบวินัยและการปฏิบัติตนในเรือนจำ แก่ผู้ต้องขัง พิจารณาเสนอความคิดเห็นความชอบ และความเห็นเกี่ยวกับการเลื่อนหรือลดชั้น การลงโทษทางวินัย กักเลือกผู้ต้องขังออกทำงานนอกเรือนจำ การควบคุมผู้ต้องขังจำขังนอก หรือออกรักษาตัวนอกเรือนจำ ควบคุมดูแลระบบน้ำและไฟฟ้าของเรือนจำ รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.3 ฝ่ายพัฒนาปฏิบัติ มีหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจสอบหมายศาล การจัดทำทะเบียนประวัติและการจำแนกลักษณะผู้ต้องขัง การดำเนินงานพัฒนาปฏิบัติ เช่น การเลื่อนหรือลดชั้น การลดวันต้องโทษ การพักการลงโทษ การขอพระราชทานอภัยโทษ การย้ายผู้ต้องขัง การคัดเลือกผู้ต้องขังออกทำงานนอกเรือนจำ เป็นต้น รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.4 ฝ่ายรักษาการณ์ มีหน้าที่วางแผนและดำเนินการเกี่ยวกับงานรักษาการณ์เรือนจำ การป้องกันการลักลอบนำสิ่งของต้องห้ามเข้า - ออกเรือนจำ ตลอดจนการควบคุม ดูแลเก็บรักษา และการใช้อาวุธปืนของเรือนจำ รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.5 ฝ่ายฝึกวิชาชีพ มีหน้าที่วางแผนและดำเนินการฝึกวิชาชีพผู้ต้องขัง ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่มีอยู่ในพื้นที่ ความต้องการของตลาด และความถนัดของผู้ต้องขัง พัฒนากิจกรรมของผู้ต้องขังด้านการฝึกวิชาชีพ ตลอดจนการทดสอบมาตรฐานฝีมือแรงงานผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ด้านการฝึกวิชาชีพ การเตรียมความพร้อมด้านวิชาชีพให้กับผู้ต้องขังใกล้ปลดปล่อย (เหลือโทษไม่เกิน 6 เดือน) การจัดหาวัสดุ การหาตลาดและการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์ การบริหารเงินทุน ผลประโยชน์ ควบคุมการใช้จ่ายพาหนะที่จัดซื้อด้วยเงินทุนฝึกวิชาชีพ การคัดเลือกและควบคุมผู้ต้องขังออกทำงานสาธารณะ รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.6 ฝ่ายการศึกษาและพัฒนาจิตใจ มีหน้าที่วางแผนดำเนินการเกี่ยวกับการศึกษาและพัฒนาจิตใจผู้ต้องขัง จัดการศึกษาวิชาสามัญ วิชาชีพ และธรรมศึกษา ตลอดจนการจัดอบรมหลักสูตรเตรียมเข้าทำงาน การอบรมและพัฒนาจิตใจ การจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุน ส่งเสริมปลูกฝัง ปรับเปลี่ยนทัศนคติ จิตสำนึก ค่านิยม และพฤติกรรมของผู้ต้องขัง ให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม จัดกิจกรรมเสริมการศึกษา เช่น ห้องสมุด การจัดทำโสตทัศนอุปกรณ์การศึกษาทางไกลผ่านดาวเทียม เป็นต้น รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.7 ฝ่ายสวัสดิการผู้ต้องขัง มีหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับ อาหารและการจัดเลี้ยงผู้ต้องขัง การเยี่ยมญาติ การรับฝากเงิน การจำหน่ายเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นให้แก่ผู้ต้องขัง รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5.8 งานสถานพยาบาลเรือนจำ มีหน้าที่ให้การบำบัดรักษาขั้นต้นแก่ผู้ต้องขัง ดูแลควบคุมและดำเนินงานอนามัย อาชีวอนามัย สุขาภิบาลเรือนจำและสิ่งแวดล้อมในเรือนจำ ให้คำแนะนำแก่ผู้บริหาร ในการส่งผู้ต้องขังป่วยออกไปทำการรักษาพยาบาลนอกเรือนจำ ตลอดจนประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6. อัตรากำลังเข้าพนักงาน

เรือนจำกลางนครสวรรค์มีอัตรากำลังเข้าพนักงาน ณ วันที่ 30 กันยายน 2547 รวมทั้งสิ้น
จำนวน 131 คน

ตารางที่ 2.1 อัตรากำลังเข้าพนักงานเรือนจำกลางนครสวรรค์

ระดับ	จำนวน		
	ชาย	หญิง	รวม
8	1	-	1
7	5	1	6
6	7	2	9
5	50	5	55
4	11	3	14
3	5	2	7
2	12	1	13
1	8	-	8
ลูกจ้างประจำ	3	-	3
ลูกจ้างชั่วคราว	4	11	15
รวม	106	25	131

ที่มา : เรือนจำกลางนครสวรรค์. (2547 : 5)

จากตารางที่ 2.1 จะเห็นได้ว่าอัตรากำลังเข้าพนักงานชายมากกว่าเข้าพนักงานหญิงถึง 4 เท่า โดยเข้าพนักงานชายส่วนใหญ่เป็นข้าราชการระดับ 5 สำหรับเข้าพนักงานหญิงส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราว เข้าพนักงานที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ปกครอง ควบคุมดูแลผู้ต้องขังได้ ต้องเป็นข้าราชการ ซึ่งมี จำนวน 113 คน ต่อ ผู้ต้องขัง 2,051 คน คิดเป็นอัตราส่วน 1 : 18 โดยมาตรฐานสากลควรจะเป็น 1 : 3

7. อัตราผู้ต้องขัง

เรือนจำกลางนครสวรรค์มีอัตราผู้ต้องขัง ณ วันที่ 30 กันยายน 2547 ผู้ต้องขังชาย จำนวน 1,698 คน ผู้ต้องขังหญิง จำนวน 353 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 2,051 คน

ตารางที่ 2.2 อัตราผู้ต้องขังเรือนจำกลางนครสวรรค์

ประเภทคดี	ระหว่าง		เด็ดขาด		รวม	คิดเป็น%
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง		
ผิดต่อพ.ร.บ.ยาเสพติด	135	168	846	146	1,295	63.1
ผิดต่อทรัพย์สิน	184	39	340	-	563	27.5
ผิดต่อชีวิต	17	-	30	-	47	2.3
ผิดเกี่ยวกับเพศ	10	-	16	-	26	1.3
ผิดต่อร่างกาย	48	-	20	-	68	3.3
อื่น ๆ	25	-	27	-	52	2.5
รวม	419	207	1,279	146	2,051	100.0

ที่มา : เรือนจำกลางนครสวรรค์. (2547 : 5)

จากตารางที่ 2.2 ผู้ต้องขังส่วนใหญ่กระทำความผิดในคดี พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ มีจำนวน 1,295 คน คิดเป็นร้อยละ 63.1 รองลงมาเป็นคดีความผิดต่อทรัพย์สิน มีจำนวน 563 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 เป็นผู้ต้องขังที่ศาลตัดสินเด็ดขาดแล้ว จำนวน 1,425 คน คิดเป็นร้อยละ 69.5 และเป็นผู้ต้องขังระหว่างที่ฝากขัง จำนวน 626 คน คิดเป็นร้อยละ 30.5

8. การสูบบุหรี่ในเรือนจำกลางนครสวรรค์

จากการสำรวจเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2548 เรือนจำกลางนครสวรรค์มีผู้ต้องขังทั้งสิ้น 2,028 คน เป็นผู้ต้องขังชาย 1,697 คน และผู้ต้องขังหญิง 331 คน (เรือนจำกลางนครสวรรค์. 2548 : ไม่มีเลขหน้า) ในส่วนของแดนผู้ต้องขังหญิงเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่ 100% แต่ในส่วนของแดนผู้ต้องขังชายยังมีการสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก ผลการสำรวจพบว่ามีผู้ต้องขังชายที่สูบบุหรี่ในเรือนจำจำนวน 1,423 คน และมีผู้ต้องขังชายที่ไม่สูบบุหรี่เพียง 274 คน หรือร้อยละ 16.1 จึงส่งผลทำให้ผู้ต้องขังที่สูบบุหรี่ซึ่งมีจำนวนมากกว่าละเมิดสิทธิของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่า

การคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

1. ความหมายของสิทธิมนุษยชน

พระราชบัญญัติคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พุทธศักราช 2542 มาตรา 3 บัญญัติว่า สิทธิมนุษยชน หมายความว่า สักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรองหรือคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หรือตามกฎหมายไทย หรือตามสนธิสัญญาที่ประเทศไทยมีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติตาม

ทวีรัตน์ นาคเนียม (2542 : 16 – 24) ได้ให้ความหมายของสิทธิมนุษยชนไว้ว่า เป็นสิทธิที่ครอบคลุมการดำรงอยู่ของมนุษย์ เพื่อชีวิตที่ดีในสังคมที่ดี โดยมีหลักการที่สำคัญ 3 เรื่อง คือ สิทธิในชีวิต สิทธิในการยอมรับนับถือ และสิทธิในการดำเนินชีวิตและพัฒนาตนเองตามแนวทางที่ชอบธรรม

ชะวัชชัย ภาคินฐ (2546 : 29 – 30) ได้ให้ความหมายของสิทธิมนุษยชนไว้ว่า เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์เกิดมาพร้อมกับความเท่าเทียมกันในแง่ศักดิ์และสิทธิ์ เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ สีผิว เพศ อายุ ภาษา ศาสนา และสถานภาพทางกายภาพและสุขภาพ รวมทั้งความเชื่อทางการเมืองหรือความเชื่ออื่น ๆ ที่ขึ้นกับพื้นเพทางสังคมชาติกำเนิดสิทธิทางสถานะและการครอบครองทรัพย์สิน

จากคำจำกัดความของสิทธิมนุษยชนที่กล่าวมา ผู้วิจัยสรุปได้ว่า สิทธิมนุษยชน หมายถึง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ ของบุคคลที่เกิดมาพร้อมกับความเท่าเทียมกันในสังคม โดยได้รับการรับรองหรือคุ้มครองตามกฎหมาย

2. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำไว้ถึง 30 ข้อ แต่เมื่อพิจารณาเนื้อหาแล้วอาจจัดเนื้อหาของสิทธิที่ได้รับการรับรองและคุ้มครองได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้ (อุดม รัฐอมฤต, นพนธิ สุริยะ และบรรเจิด สิงคะเนติ, 2544 : 77 – 78)

ส่วนแรก หลักการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพ ซึ่งมีหลักการที่สำคัญ 3 ประการ ที่ครอบคลุมในแห่งสิทธิต่าง ๆ ทั้งทางแพ่ง และทางการเมือง ตั้งแต่ข้อ 4 ถึงข้อ 21 ได้แก่ สิทธิในชีวิต สิทธิในการได้รับการยอมรับนับถือ และสิทธิในการที่จะพัฒนาตนเอง สิทธิในชีวิต เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในการที่จะมีชีวิตอยู่ และได้รับการคุ้มครองให้ปลอดภัย ได้รับสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตอันได้แก่ปัจจัยสี่ สำหรับสิทธิที่จะได้รับการยอมรับเป็นข้อกำหนดให้บุคคลปฏิบัติต่อกันด้วยการยอมรับซึ่งกันและกัน โดยตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของชีวิตที่เสมอภาคเท่าเทียมกัน ส่วนสิทธิในการที่จะพัฒนาตนเอง เป็นการให้บุคคลได้มีโอกาสจากสังคมในการที่จะพัฒนาตนเองอย่างชอบธรรม เพื่อที่จะสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และปกครองตนเองได้

ส่วนที่สอง หลักการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพ ซึ่งบัญญัติไว้ในปฏิญญาฯ ข้อ 22 ถึง ข้อ 27 ได้แก่สิทธิในทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิที่บุคคลพึงมีในฐานะที่เป็นสมาชิกในสังคม และมีความจำเป็นสำหรับเกียรติภูมิของมนุษยชาติ ตลอดจนการพัฒนาบุคลิกภาพโดยเสรี แต่ทั้งนี้อยู่ภายใต้ข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากรของแต่ละประเทศ

ส่วนที่สาม ตามปฏิญญาฯ ข้อ 28 ถึง ข้อ 30 เป็นการรับรองว่าบุคคลชอบที่จะได้รับประโยชน์จากสังคมของตนและนานาชาติในเรื่องสิทธิและเสรีภาพ ตามที่ปฏิญญานี้ได้ระบุไว้

อย่างเต็มที่ รวมทั้งการเน้นถึงหน้าที่ซึ่งปัจเจกบุคคลพึงมีต่อประชาคมของตน และในตอนท้ายเป็นข้อห้ามมิให้รัฐ กลุ่มชน หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดกล่าวอ้างสิทธิตามปฏิญญานี้เพื่อบำเนิภารกิจกรรมหรือกระทำการใด ๆ อันเป็นการมุ่งทำลายสิทธิและเสรีภาพตามที่ปฏิญญานี้ได้รับรองไว้

สรุปแล้ว ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำไว้ 30 ข้อ นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อรับรองและคุ้มครองศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของบุคคลให้เกิดความเท่าเทียมกัน ซึ่งสิทธิในชีวิต สิทธิในการได้รับการยอมรับนับถือ รวมทั้งสิทธิในการดำเนินชีวิตและพัฒนาตนเอง เหล่านี้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษยชาติที่ติดตัวมาแต่กำเนิดไม่สามารถถ่ายโอนให้ผู้อื่นได้ รัฐควรให้สิทธิและคุ้มครองอย่างเท่าเทียมกัน

3. สิทธิ 10 ประการของคนไทยด้านสุขภาพ

สิทธิ 10 ประการของคนไทยด้านสุขภาพ (ชูชัย ศุภวงศ์ 2538: 38 – 108) ประกอบด้วย

3.1 สิทธิในการเกิดมาเป็นคนปกติไม่พิการหรือเป็นพาหะนำโรคมองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ

3.1.1 การปราศจากโรคที่ถ่ายทอดได้ทางกรรมพันธุ์ (Hereditary diseases)

3.1.2 การปลอดจากการติดเชื้อโรคในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดา

3.1.3 การปลอดภัยจากสารเคมีนาาชนิดที่จะเป็นอันตรายต่อพัฒนาการ ในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดา ไม่ว่าจะเกิดจากอาหารหรือยาที่แม่กินเข้าไป หรือแม้กระทั่งอากาศที่หายใจ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่ร่างกายของแม่ต้องสัมผัส

3.1.4 การได้มีโอกาสเจริญเติบโตในครรภ์มารดาตามจังหวะเวลา โดยไม่หยุดชะงัก อันเนื่องมาจากการขาดอาหารหรือโรคแทรกซ้อนแห่งภาวะการตั้งครรภ์ หรือถูกทำให้ตาย โดยไม่มีเหตุผลที่เพียงพอ

3.2 สิทธิในการได้กินนมแม่ เด็กไทยทุกคนเมื่อเกิดมาแล้วควรได้กินนมแม่อย่างน้อยในระยะ 4 - 6 เดือนแรก เพราะนมแม่เป็นนมตามธรรมชาติ สะอาด มีประโยชน์และปลอดภัย ที่สำคัญมีสารต้านเชื้อโรคที่อยู่ในหัวน้ำนมที่เราเรียกว่า “โคลอสตรัม” (Colostrum) ซึ่งไม่มีในนมผงทุกชนิด เด็กกินนมแม่จึงแข็งแรง โอกาสที่จะเจ็บป่วยจึงมีน้อย ซึ่งถือว่ามีผลสำคัญต่อการพัฒนาการของเด็กต่อไป

3.3 สิทธิในการได้รับอาหารอย่างดีและเพียงพอ ประกอบด้วย

3.3.1 ได้รับอาหารที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในช่วง 0 - 6 ปีแรก

3.3.2 ไม่ขาดสารอาหารที่จำเป็น เช่น สารไอโอดีน และธาตุเหล็ก

3.3.3 ไม่บริโภคเกินพอดีจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ไม่บริโภคอาหารที่ไม่สะอาด และปนเปื้อนด้วยสารพิษ

3.4 สิทธิในการได้รับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขจากรัฐที่ครบถ้วน มีคุณภาพอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน ประกอบด้วย

3.4.1 ได้รับวัคซีนทุกชนิดที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ตลอดจนได้รับการป้องกัน และ ควบคุมโรคติดต่ออย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันจากรัฐ

3.4.2 ได้รับบริการด้านส่งเสริมสุขภาพอย่างครบถ้วน ตลอดจนจัดสร้างสภาพแวดล้อมที่ถูกลงและเอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี

3.4.3 ได้รับการคุ้มครองสุขภาพอย่างทั่วถึงในการไปใช้บริการ และการบริโภคอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ

3.4.4 ได้รับการประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกันจากรัฐ

3.5 สิทธิในการได้อยู่อาศัยในครอบครัวที่เป็นสุข ครอบครัวเป็นสถานที่พักผ่อนแห่งแรกของมนุษยชาติ จึงเป็นฐานที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ในฐานะบุคคล อีกทั้งเป็นฐานของชุมชน สังคม และประเทศชาติ ครอบครัวไทยควรเป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย

3.5.1 มีสมาชิก 3 รุ่น อยู่อาศัยร่วมกัน ปู่ย่า หรือตายาย พ่อแม่ ลูกหรือหลาน

3.5.2 พ่อแม่มีการศึกษา (อย่างน้อยก็ต้องอ่านออกเขียนได้) มีสัมมาอาชีพ มีรายได้ที่เลี้ยงครอบครัวได้อย่างดี ไม่มีหนี้สิน

3.5.3 คนในครอบครัวมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี รวมทั้งมีความผูกพันทางจิตวิญญาณ (Spiritual binding) ในเหล่าเครือญาติและชุมชน

3.5.4 ครอบครัวควรเป็นสถานที่ดูแลสุขภาพ ขามเจ็บไข้ได้ป่วย โรคทางกายของคนชราเป็นโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์คนชราไม่ใช่สถานที่ที่เหมาะสมในการดูแลหรือให้การพยาบาลคนชรา

3.5.5 ครอบครัวเป็นสถานที่พักผ่อนแห่งแรกของมนุษยชาติ ควรเป็นสถานที่พักผ่อนสุดท้ายของมนุษย์ด้วย หากเป็นไปได้คนไทยควรตายในครอบครัวของเขา ท่ามกลางคนที่เขารักและคนที่รักเขา

3.6 สิทธิในการได้เรียนรู้และพัฒนาสติปัญญา เด็กไทยทุกคนไม่ว่าจะเกิดในครอบครัวที่ยากจนหรือร่ำรวย เกิดมาเป็นคนเมืองหรือคนชนบท ควรได้มีโอกาสเรียนรู้พัฒนาสติปัญญา ให้เป็นคนแข็งแรง ฉลาดดี และมีความสุข เมื่อเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ควรได้รับสิทธิในการได้รับการเลี้ยงดู และกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมในช่วงอายุ 0 - 6 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญอย่างยิ่งของชีวิต โดยที่ทารกควรได้กินนมแม่ และแม่ได้เลี้ยงลูกอย่างน้อยใน 6 เดือนแรก และเมื่อถึงวัยเรียนเด็กไทยทุกคนควรได้เรียนในโรงเรียนที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนา

สุขภาพร่างกาย สถิติปัญหา และจิตวิญญาณ โดยถ้าเขาเหล่านั้นมีสถิติปัญหาเรียนชั้นสูง ๆ ขึ้นไปก็ให้มีโอกาสเรียนได้

3.7 สิทธิในการได้ทำงานในสถานที่ทำงานที่ถูกสุขลักษณะ และมีความปลอดภัย สถานที่ทำงานที่มีสภาพการทำงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ถูกสุขลักษณะมีความปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วย

3.7.1 มีนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัย ด้านสุขภาพ และภาวะแวดล้อมในการทำงาน

3.7.2 มีการกำหนดสภาพการทำงาน และการควบคุมป้องกันด้านสิ่งแวดล้อม มีการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพ

3.8 สิทธิในการได้อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย และสงบสุข คนทุกคนโดยทั่วไปเกิดมาแล้วต้องการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย และสงบสุข ไม่เพียงแต่มีอากาศที่สะอาดบริสุทธิ์ มีน้ำอุปโภค บริโภค ที่สะอาดและปลอดภัยไม่มีมลพิษทางเสียง แสง ความร้อน ตลอดจนสารที่ก่ออันตรายต่อร่างกายได้รับการเก็บไว้ในที่ที่ปลอดภัย หรือหากปล่อยออกมาใน สิ่งแวดล้อม จะต้องได้รับการบำบัดจนไม่เป็นอันตรายต่อคน พืช สัตว์ แต่รวมถึงการมีถนนหนทางที่ดี มีความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนน ตลอดจนคนเดินเท้าหรือผู้ขี่จักรยานในอารยประเทศ มีสวนสาธารณะในเมือง หรือชุมชนไว้พักผ่อนหย่อนใจ มีสนามกีฬาเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอ ตลอดจนมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยจากการฉกชิงวิ่งราว การไล่ล่าฆ่าฟัน การข่มขู่กรรโชกทรัพย์ ฯลฯ นอกจากนี้ยังเป็นสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาจริยธรรม คุณธรรม ของมนุษย์มากกว่าการกระตุ้นกิเลสให้เกิดความยากไม่รู้จักสิ้น โดยมีโบสถ์ มัสยิด หรือ วัด เป็นแหล่งพักผ่อนจิตวิญญาณ และพัฒนาปัญญาไปสู่อิสรภาพหลุดพ้นและ ปลอดภัย

3.9 สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย

3.9.1 ข้อมูลข่าวสารที่ช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่ดี เช่น การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ทำให้มีผลกระทบต่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และค่านิยมทางสังคมได้อย่างชัดเจน

3.9.2 ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องครบถ้วนสำหรับผู้รับบริการหรือผู้ป่วย

3.9.3 ข้อมูลข่าวสารที่ช่วยให้สามารถดูแลตนเอง และช่วยคุ้มครองปกป้องสุขภาพของประชาชน มุ่งเน้นข่าวสารให้ผู้บริโภคได้รับรู้ถึงคุณภาพ ราคา และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด วัตถุมีพิษ เครื่องสำอางค์และเครื่องมือแพทย์ เพื่อนำไปสู่การ

ตัดสินใจที่เหมาะสม ดังเช่น มีคำเตือนบนหน้าของนุหรี เห็นได้ชัดเจนถึงโทษภัยนุหรี ซึ่งผู้บริโภค จะได้มีความยับยั้งชั่งใจก่อนสูบนุหรี

3.10 สิทธิในการไม่ตายอย่างโง่ ๆ ป่วย อังภากรณ์ (อ้างถึงในชูชัย สุภวงศ์ 2538 : 107) ได้สร้างจินตนาการไว้ใน คุณภาพแห่งชีวิต ปฏิทินแห่งความหวัง : จากครรภ์มารดาถึงเชิง ตะกอน โดยได้เรียกร้องสิทธิอันชอบธรรมเมื่อจะตายว่า ...เมื่อจะตายก็ขออย่าให้ตายอย่างโง่ ๆ อย่างบ้า ๆ คือตายในสงครามที่คนอื่นก่อให้เกิดขึ้น ตายในสงครามกลางเมือง ตายเพราะอุบัติเหตุ รถยนต์ตายเพราะน้ำหรืออากาศเป็นพิษ หรือตายเพราะการเมืองเป็นพิษ... การตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้อง กับนุหรี ตายด้วยโรคเอดส์ ตายจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตายด้วยโรคที่รักษาได้ไม่ยาก แต่เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ทันทั่วถึง เพราะระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ เท่าที่ควร ซึ่งการตายดังกล่าวไม่ใช่การตายอย่างสมศักดิ์ศรี หรือสมคุณค่าที่เกิดมาเป็นมนุษย์

สรุปแล้ว สิทธิของคนไทยด้านสุขภาพ เป็นสิทธิที่คุ้มครองคนไทยที่เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์ มารดา จะกระทำการใด ๆ ให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์มิได้ เมื่อเกิดมาแล้วมีสิทธิที่จะได้กิน นมแม่ มีสิทธิได้รับการเลี้ยงดูและบริโภคอาหารอย่างเพียงพอต่อพัฒนาการของเด็ก เมื่อโตขึ้นหรือ เจ็บป่วยก็มีสิทธิได้รับการทางการแพทย์หรือบริการทางสาธารณสุขจากรัฐอย่างครบถ้วน ได้อยู่ อาศัยกับครอบครัวที่เป็นสุข มีสิทธิได้รับการศึกษาเพื่อพัฒนาตนเอง มีสิทธิที่จะได้ทำงานและอยู่ อาศัยในสถานที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย รวมไปถึงสถานที่ที่ปลอดภัยจากควันนุหรี และสิทธิที่จะ ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเหมาะสม สิทธิเหล่านี้ย่อมได้รับการคุ้มครอง แม้กระทั่งตายยังมีสิทธิ ที่จะตายอย่างสมศักดิ์ศรีหรือสมคุณค่าที่เกิดเป็นมนุษย์

4. สิทธิของผู้ต้องขัง

สิทธิของผู้ต้องขัง (Prisoner's rights) นับเป็นสิทธิมนุษยชนประเภทหนึ่ง ซึ่งในอดีตได้ มีการเรียกร้องให้มีการรับรองและคุ้มครองในฐานะที่เป็นสิทธิของพลเมือง อีกทั้งยังเป็นผลของ ความพยายามในการแสวงหาหลักเกณฑ์พื้นฐานของความเป็นปัจเจกชนของผู้ต้องขัง เพราะในอดีต ผู้กระทำผิดหรือผู้ต้องขังมักถูกมองว่าเป็นผู้ที่บกพร่องทางศีลธรรม และได้รับความช่วยเหลือใน ขอบเขตที่จำกัด ดังนั้นในระยะต่อมา แนวความคิดเรื่องสิทธิของผู้ต้องขังจึงได้รับการพัฒนามาใน ทางที่ดีขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าเอกสารรับรองสิทธิระหว่างประเทศที่สำคัญ ๆ เช่นปฏิญญาสากลว่าด้วย สิทธิมนุษยชน กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิของพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ซึ่งจัดทำโดย องค์กรสหประชาชาติและสาส์นรับรองสิทธิในภูมิภาคต่าง ๆ ได้มีการรับรองสิทธิผู้ต้องขังไว้ หลายประการ และต่อมาได้เป็นแนวทางในการตรากฎหมายภายในของแต่ละประเทศ รวมทั้ง กฎหมายของประเทศไทยด้วย

สิทธิของผู้ต้องขังตามหลักสากลที่ปรากฏในสาส์นรับรองสิทธิฉบับต่าง ๆ ที่สำคัญ ๆ อาจแยกพิจารณาได้ ดังนี้ (กุลพล พลวัน และรัชนิกร โชติชัยสถิตย์. 2543 : 58 – 60)

4.1 การยอมรับศักดิ์ศรีของผู้ต้องขังในฐานะที่เป็นมนุษย์

การยอมรับศักดิ์ศรีของผู้ต้องขังในฐานะที่เป็นมนุษย์เป็นหลักการที่เป็นสากลพื้นฐาน แม้ว่าผู้ต้องขังจะเป็นบุคคลที่ถูกจำกัดสิทธิหลาย ๆ ประการ โดยเฉพาะการถูกแยกตัวออกไปจากการมีชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปก็ตาม ซึ่งการถูกจำกัดสิทธิดังกล่าวเป็นไปเพียงเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่างของการลงโทษ หรืออาจถูกจำกัดสิทธิในบางช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ตลอดระยะเวลาที่เขาตกเป็นผู้ต้องขัง เขายังมีศักดิ์ความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับบุคคลอื่นทั่วไปทุกประการ

4.2 การยอมรับความเสมอภาคกันภายใต้กฎหมาย

สิทธิของผู้ต้องขังที่เป็นหลักสากลอีกประการหนึ่ง คือ การยอมรับที่จะได้รับการปฏิบัติต่ออย่างเท่าเทียมกันตามกฎหมาย โดยไม่เลือกปฏิบัติหรือโดยปราศจากการแบ่งแยกในเรื่องต่าง ๆ อาทิ เชื้อชาติ ผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมือง หรือความคิดเห็นอื่นใด เผ่าพันธุ์ ทรัพย์สิน กำเนิดหรือสถานะอื่น ๆ

4.3 การยอมรับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังอย่างมีมนุษยธรรม

หลักในข้อนี้เป็นการยอมรับเป็นสากลว่า ผู้ต้องขังทุกคนจะต้องได้รับการปฏิบัติต่อจากเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างมีมนุษยธรรมในทุก ๆ เรื่อง เช่น การใช้เครื่องพันธนาการ สภาพเรือนจำ วิธีการลงโทษประเภทต่าง ๆ การควบคุมตัวในลักษณะต่าง ๆ หรือการให้การรักษาพยาบาลกรณีที่ผู้ต้องขังเจ็บป่วย เป็นต้น

4.4 การยอมรับสิทธิในการพัฒนาศักยภาพของผู้ต้องขัง

ในฐานะผู้ต้องขังเป็นมนุษย์คนหนึ่ง แม้ว่าเขาจะถูกจำกัดสิทธิหรือลงโทษสถานใดก็ตาม สิทธิในความเป็นมนุษย์ที่เขายังมีอยู่ประการหนึ่ง ซึ่งเป็นที่ยอมรับและรับรองกันเป็นสากลคือ สิทธิในการพัฒนาศักยภาพตนเองของผู้ต้องขัง ผู้ต้องขังอาจได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การได้รับการศึกษา อบรมวิชาการ วิชาชีพต่าง ๆ ตามความถนัด การอบรมขัดเกลาจิตใจในทางศาสนา การได้รับข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ ที่ทันสมัย การออกไปทำงานสาธารณประโยชน์ เป็นต้น

4.5 การให้โอกาสผู้ต้องขังกลับตนเป็นคนดี

จุดมุ่งหมายของการลงโทษและการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่สำคัญในปัจจุบัน คือ การมุ่งให้ผู้ต้องขังกลับตนเป็นคนดี และมุ่งฟื้นฟูแก้ไขผู้ต้องขังให้ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งการให้โอกาสแก่ผู้ต้องขังในการกลับตนเป็นคนดีมีการยอมรับโดยทั่วไป โดยเฉพาะกรณีผู้ต้องขัง

ประพัตติคนอยู่ในเกณฑ์เป็นที่น่าพอใจมีวิธีปฏิบัติหลายประการตามความเหมาะสม เช่น การลดวัน
ต้องโทษ การพักการลงโทษ การอภัยโทษ การให้ไปทำงานสาธารณะ เป็นต้น

4.6 การให้สิทธิผู้ต้องขังยื่นเรื่องราวร้องทุกข์

สิทธิของผู้ต้องขังยื่นเรื่องราวร้องทุกข์นับเป็นหลักสากลประการหนึ่งที่เป็นมาตรการ
สำคัญในการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องขัง ในกรณีที่ผู้ต้องขังถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน หรือไม่ได้รับ
การปฏิบัติต่อตามมาตรการที่กฎหมายรับรองไว้

4.7 การยอมรับสิทธิในการได้รับความช่วยเหลือทางกฎหมายและสื่อสารและการ เยี่ยม

การที่ผู้ต้องขังเป็นผู้อยู่ในสถานะที่ถูกตัดขาดจากโลกภายนอก ไม่สามารถติดต่อ
สื่อสารกับบุคคลอื่นได้โดยเสรี ดังนั้น เพื่อให้การรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานในการติดต่อสื่อสารของ
ผู้ต้องขัง จึงมีการยอมรับเป็นหลักสากลว่า ผู้ต้องขังพึงมีสิทธิที่จะติดต่อสื่อสารกับโลกภายนอกใน
ลักษณะต่าง ๆ ตามความเหมาะสมที่สำคัญ เช่น การติดต่อสื่อสารเพื่อขอรับความช่วยเหลือทาง
กฎหมายกับทนายความโดยมีโอกาสพูดคุยกับทนายความสองต่อสอง การได้รับการเยี่ยมเยียนจาก
ญาติพี่น้อง เพื่อนผู้ใกล้ชิดอื่น ๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สถานชุกครณินที่บุคคลนั้นเป็นผู้ต้องขังชาว
ต่างชาติ หรือการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น โดยทางจดหมาย เป็นต้น

4.8 การยอมรับสิทธิของผู้ต้องขังในการได้รับค่าสินไหมทดแทน

โดยหลักสากลยังมีการยอมรับสิทธิของผู้ต้องขังในการได้รับค่าสินไหมทดแทน ใน
กรณีที่ผู้ต้องขังถูกคุมขังโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย ในประเทศไทยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติ
ค่าตอบแทนผู้เสียหาย และค่าทดแทน และค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา พ.ศ. 2544 ขึ้นมารองรับ

5. กฎหมายและมาตรการเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคบุหรื

ควันบุหรืเป็นผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบและผู้ไม่สูบบุหรืที่อยู่ใกล้เคียงหลายประการ ดัง
ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และยังพิสูจน์ได้ว่าการที่ผู้ไม่สูบบุหรืต้องสูดควันบุหรืจากผู้สูบเข้าไปยังเป็น
ผลเสียต่อสุขภาพของผู้นั้นเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรืเอง จึงสมควรที่จะมีการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพ
ของผู้ที่ไม่สูบบุหรื ซึ่งสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรื มีดังนี้ (ขนิษฐา ธรรมเนียม, 2537 : 14 – 15)

5.1 สิทธิที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์

เป็นสิทธิของบุคคลที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์ ปราศจากควันบุหรื โดยสิทธิของผู้ไม่
สูบบุหรืย่อมมาก่อนสิทธิของผู้สูบบุหรืเสมอ แม้ว่าในขณะนั้นจะมีผู้สูบบุหรืจำนวนมากกว่าผู้ไม่
สูบบุหรืก็ตาม

5.2 สิทธิทางกฎหมาย

ผู้ไม่สูบบุหรี่มีสิทธิฟ้องร้องผู้สูบบุหรี่ หากได้รับผลจากการสูบบุหรี่ของผู้นั้นตามกฎหมายต่าง ๆ อาทิ

5.2.1 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติหลายข้อ เช่น ข้อ 25 บัญญัติว่า ...บุคคลทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพ และความเป็นอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย...

5.2.2 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เช่น มาตรา 420 ผู้ใดจงใจประมาทหรือเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่น โดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิต แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างใดอย่างหนึ่งก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น

5.2.3 กฎหมายอาญา เช่น มาตรา 1 ให้คำจำกัดความของคำว่า การใช้กำลังประทุษร้าย ไว้ว่า ทำการประทุษร้ายแก่ร่างกายและจิตใจของบุคคลไม่ว่าจะทำด้วยแรงกายหรือด้วยวิธีอื่นใด และให้หมายรวมถึงการกระทำใด ๆ ซึ่งเป็นเหตุให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถ ขัดขืนได้ ไม่ว่าจะโดยใช่ยา ทำให้มีเมามา สะกดจิต หรือใช้วิธีอื่นที่คล้ายคลึงกัน

5.3 สิทธิในการร้องขอ

ผู้ไม่สูบบุหรี่มีสิทธิที่จะแสดงออกต่อผู้สูบบุหรี่อย่างสุภาพ ถึงความไม่พอใจและความเดือดร้อนที่ได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่ และมีสิทธิที่จะคัดค้านเมื่อมีการสูบบุหรี่โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ไม่สูบบุหรี่

5.4 สิทธิในการแสดงออก

บุคคลมีสิทธิในการกระทำใด ๆ ทั้งโดยส่วนตัวหรือในรูปของกลุ่มคน อันจะก่อให้เกิดมาตรการทางสังคมหรือกฎหมาย เพื่อที่จะปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่ให้พ้นจากควันพิษที่เกิดจากบุหรี่ เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

5.5 การประชุมเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ (วรากรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ. 2542 : 17 - 20)

จากสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้นำไปสู่ความตื่นตัวในการควบคุมการสูบบุหรี่หรือการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ เพื่อช่วยให้มนุษย์สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างราบรื่นโดยไม่รบกวนสิทธิซึ่งกันและกัน ซึ่งจะเห็นได้จากการที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้ร่วมประชุมกันเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ คั้งนี้

5.5.1 ค.ศ. 1967 ได้มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ครั้งที่ 1 ขึ้นที่กรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ต่อมาอีก 4 ปี คือ ปี ค.ศ. 1971 ได้มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ครั้งที่ 2 ที่กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศกฎหมายเกี่ยวกับเขตปลอดบุหรี่ และเขตสูบบุหรี่ในสายการบินพาณิชย์ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1973

5.5.2 ค.ศ. 1974 องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุม Expert committee เกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพขึ้น ซึ่งในที่ประชุมได้เสนอแนะให้ทุกประเทศออกกฎหมายเกี่ยวกับการพิมพ์ข้อความตักเตือนไว้ที่ข้างซองบุหรี่และวางแผนระดับชาติเกี่ยวกับการต่อต้านบุหรี่

5.5.3 ค.ศ. 1975 มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ครั้งที่ 3 ขึ้นที่กรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา การประชุมครั้งนี้ได้กระตุ้นให้ทั่วโลกตระหนักถึงอันตรายอันเกิดจากบุหรี่ซึ่งเป็นผลเสียดังกล่าว

5.5.4 ค.ศ. 1978 เป็นปีที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคำขวัญวันอนามัยโลกเกี่ยวกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ด้วยข้อความว่า Smoking or Health : The Choice is Yours ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยได้ว่า อยากจะสูบบุหรี่หรืออยากจะมีสุขภาพดี การตัดสินใจเป็นเรื่องของท่าน

5.5.5 ค.ศ. 1979 ได้มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ครั้งที่ 4 ขึ้นที่กรุงสต็อกโฮล์ม ประเทศสวีเดน ซึ่งผลการประชุมสรุปได้ดังนี้

1. บุหรี่มีสารพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น ทาร์ นิโคติน คาร์บอนไดออกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ และไนโตรเจนออกไซด์
2. กลไกการติดบุหรี่มีความซับซ้อนมาก ซึ่งพบว่ามีสาเหตุจากหลายประการ เช่น ผู้ที่ติดบุหรี่ยังจะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุยังน้อย คือ 12 - 14 ปี บุคคลจะไม่ติดบุหรี่ยังไม่เคยสูบบุหรี่ในช่วงอายุก่อน 30 ปี คนที่ดื่มสุรามากจะสูบบุหรี่มากขึ้น ช่วงเวลาใกล้สอบนักเรียนจะสูบบุหรี่มากขึ้น
3. อันตรายจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ ทำให้อายุสั้นลง ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง มะเร็งปอด ซึ่งพบมากในผู้สูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ เด็กอ่อนที่บิดา มารดา หรือผู้อื่นสูบบุหรี่ในบ้านแล้วเด็กสูดควันเข้าทำให้มีโอกาสเป็นโรคปอดบวม และหลอดลมอักเสบมากขึ้น ควันบุหรี่อาจมีสารพิษที่ทำให้เกิดการผ่าเหล่า (Mutagenic substances) หมิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่จะเป็นอันตรายต่อทารก ทำให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนดและทารกมีน้ำหนักน้อย ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งอื่น ๆ เช่น บริเวณปาก คอ ไต และกระเพาะปัสสาวะ มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคนั้นโลหิตติดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะขาดงานมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ยังเป็นอันตรายต่อผู้ที่อยู่ใกล้เคียงซึ่งมีโอกาสสูดควันบุหรี่เข้าไปด้วย

การประชุมดังกล่าว ได้มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการควบคุมการสูบบุหรี่ คือ ให้ทุกประเทศพยายามที่จะให้มีปริมาณของผู้สูบบุหรี่น้อยลงในกลุ่มประชากรทุกระดับ ดังนี้

1. มีค่าเตือน คำแนะนำทางด้านสุขภาพที่ของบุหรี่
2. การเก็บภาษีบุหรี่เพิ่ม
3. จำกัดโอกาสที่จะได้สูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่
4. เพิ่มสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่
5. สนับสนุนผู้ที่ยังไม่สูบบุหรี่และป้องกันการสูบบุหรี่
6. ลดการโฆษณา และประชาสัมพันธ์บุหรี่

5.5.6 ค.ศ. 1982 Expert committee on smoking WHO ได้จัดประชุมขึ้นที่ประเทศสวีเดน เพื่อกำหนดกลวิธีควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ต่อมาปี ค.ศ. 1983 ได้มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ครั้งที่ 5 ขึ้นที่กรุงวินนิเพ็ก ประเทศแคนาดา และในปีเดียวกันนี้ องค์การอนามัยโลกได้ตีพิมพ์กำหนดแนวทางและมาตรฐานของแบบสอบถาม เพื่อใช้ในการประเมินผลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ใหญ่เยาวชน และบุคลากรสาธารณสุข

5.5.7 ค.ศ. 1987 มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ครั้งที่ 6 ขึ้นที่กรุงโตเกียว จะเห็นว่าการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ครั้งที่ 1 - 6 ได้จัดขึ้นทุก 4 ปี แต่หลังจากการประชุมครั้งที่ 6 ที่กรุงโตเกียวแล้วที่ประชุมได้กำหนดให้จัดการประชุมทุก 2 ปี เนื่องจากสถานการณ์ของปัญหาที่เกิดจากพิษภัยของบุหรี่นั้น ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นในปี ค.ศ. 1989 จึงมีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ครั้งที่ 7 ขึ้นที่เมืองเทิร์ซ ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่คณะผู้แทนไทยส่งผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นถึงระดับรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมประชุมครั้งนี้ด้วย

5.5.8 วันที่ 31 มีนาคม - 3 เมษายน 2535 ได้มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ครั้งที่ 8 ขึ้นที่ กรุงบัวโนสไอเรส ประเทศสาธารณรัฐอาร์เจนตินา คณะผู้แทนไทยจำนวน 10 คน เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ เนื้อหาของการประชุมได้เน้นหนักในเรื่องหลัก ๆ 4 เรื่อง คือ

1. การโต้ตอบบริษัทบุหรี่ เรื่องการตลาด การโฆษณา และส่งเสริมการขาย
2. การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน
3. การสร้างนโยบาย "อากาศบริสุทธิ์" ปลอดภัยควันบุหรี่ในสถานที่ต่าง ๆ
4. การสร้างเครือข่ายสนับสนุนให้เกิดการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ผลการประชุมและข้อเสนอแนะ สรุปได้ดังนี้

1. มติที่ประชุมต้องการที่จะผลักดันให้การแข่งขันกีฬานานาชาติในภูมิภาคเอเชีย อันได้แก่ซีเกมส์ และเอเชียนเกมส์ในครั้งต่อ ๆ ไป เป็นการแข่งขันที่ปลอดบุหรี่ และมีมติให้ความช่วยเหลือกลุ่มทางสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งได้มีมาตรการทางกฎหมายด้านต่าง ๆ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการให้สายการบินในประเทศอาเซียนปลอดกับบุหรี่ทั้งหมด

2. คณะผู้แทนไทยที่เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ ได้รับความรู้ ความเข้าใจ รับรู้สถานการณ์ และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในประเด็นต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ สถานการณ์ของอัตราป่วย อัตราตายของโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบในปัจจุบันและอนาคต อิทธิพลของบุหรี่ต่อชาวโลก สถานะเศรษฐกิจของยาสูบในประเทศกำลังพัฒนา การโต้ตอบบริษัทบุหรี่ในเรื่องการตลาด การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ กลุ่มสตรี กลุ่มผู้ด้อยโอกาส (คนยากจน) กลุ่มเยาวชน การรณรงค์เนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลก การกำหนดคนโยบายเขตปลอดบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ เช่น สถานบริการสาธารณสุข รถโดยสาร สถานที่ทำงานและโรงเรียน การใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบการสร้างเครือข่ายเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ การจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่และเทคนิควิธีในการเลิกสูบบุหรี่ การวางแผนและประเมินผลการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนการกำหนดแผนงานในเชิงกลยุทธ์ เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก

3. คณะผู้เข้าร่วมประชุมมีข้อเสนอแนะสำหรับการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ดังนี้

3.1 การใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งมีประเทศต่าง ๆ รวม 91 ประเทศที่ใช้กฎหมายบังคับเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ เช่น การมีกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งมีการดำเนินการในหลายประเทศ ได้แก่ อังกฤษ แคนาดา บางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และสิงคโปร์ จากการวิจัยในสหรัฐอเมริกา พบว่า ภายหลังจากการใช้กฎหมายนี้ อัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาอายุต่ำกว่า 18 ปี ลดลงร้อยละ 50 สำหรับมาตรการที่ให้ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ต้องติดป้ายว่า ห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นสิ่งผิดกฎหมายไว้ให้ชัดเจน บางประเทศผู้ที่ขายบุหรี่ให้แก่เยาวชน ต้องขอฉันทราบก่อนทุกครั้ง ในขณะที่บางประเทศใช้รูปแบบของอาสาสมัครในการตรวจตราให้เป็นไปตามกฎหมาย

3.2 มาตรการขึ้นราคาบุหรี่ เป็นมาตรการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมาก น่าจะนำมาพิจารณาเพื่อใช้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย และจากบทเรียนในหลายประเทศ เช่น แคนาดา นิวซีแลนด์ และออสเตรเลีย พบว่า เมื่อมีการขึ้นราคาบุหรี่เพียงร้อยละ 10 จะสามารถลดอัตราการเริ่มสูบบุหรี่ของเด็กได้ถึงร้อยละ 15 - 20

3.3 วัยรุ่นหญิงในยุโรป อเมริกาสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นชาย เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมาบริษัทบุหรี่ของต่างประเทศจงใจที่จะผลิต และโฆษณาบุหรี่สำหรับผู้หญิงโดยเฉพาะ สำหรับประเทศไทยผู้หญิงยังสูบบุหรี่กันน้อย คือ เพียงร้อยละ 4 เนื่องจากสังคมไทยยังมีค่านิยมอันดีงามว่าผู้หญิงไม่ควรสูบบุหรี่ และที่ผ่านมาโรงงานยาสูบของไทย ก็มีได้มีเป้าหมายที่จะเจาะตลาดบุหรี่กับผู้หญิงไทยโดยเฉพาะ อย่างไรก็ตาม การหลังไหลเข้ามาของวัฒนธรรมตะวันตก ประกอบกับความพยายามในเชิงธุรกิจของบริษัทข้ามชาติ ก็เป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขจะนั่งนอนใจไม่ได้ จำเป็นต้องเร่งรณรงค์สร้างค่านิยมที่ค่านิยมนี้ให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับองค์กรสตรี เช่น คณะกรรมการเอกลักษณ์ไทย สื่อมวลชนต่างๆ เพื่อให้องค์กรเหล่านี้มีบทบาทในการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ให้เป็นเอกลักษณ์ของหญิงไทยตลอดไป

3.4 การประชุมครั้งนี้มีการตั้งคณะทำงานเพื่อรณรงค์ให้สายการบินทั่วโลก รวมทั้งเที่ยวบินระหว่างประเทศเป็นเที่ยวบินปลอดบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของผู้โดยสารและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นไปตามมติของที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก เมื่อ เดือนพฤษภาคม 2534 ที่เรียกร้องให้ยานขนส่งสาธารณะที่ปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่สำหรับประเทศไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ประสานงานกับบริษัทการบินไทยเพื่อแจ้งให้ทราบถึงข้อมูลดังกล่าว และบริษัทการบินไทยก็ได้กำหนดท่าที และนโยบายที่ถูกต้องต่อนโยบาย Smoke - Free skies worldwide ของสายการบินนานาชาติ

6. วิวัฒนาการการพิทักษ์สิทธิผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทย

แบ่งช่วงเวลาของการพิทักษ์สิทธิตามลำดับเหตุการณ์สำคัญ เป็น 5 ช่วง ดังต่อไปนี้

(แอมอร์ พุทธิพิสิฐเชฐ. 2542 : 27 - 31)

6.1 ก่อนปี พ.ศ. 2500 - 2529 เป็นช่วงเวลาการดำเนินงานในลักษณะต่างคนต่างทำขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากไม่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง โดยเฉพาะ ถึงแม้ในช่วงนี้จะมีเหตุการณ์สำคัญในการพิทักษ์สิทธิผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อยู่บ้าง แต่ไม่เกิดผลในทางปฏิบัติมากนัก เช่น

6.1.1 พระสงฆ์ และแพทย์ มีบทบาทในการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะพระสงฆ์เน้นให้ลด ละ เลิก บุหรี่ เพราะถือว่าบุหรี่เป็นสิ่งเสพติด ไม่จำเป็นสำหรับชีวิตและ

เป็นสิ่งต้องห้ามตามหลักพุทธศาสนา ส่วนแพทย์ทำการรณรงค์โดยชี้ให้เห็นโทษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ แต่ทั้งแพทย์และพระสงฆ์ต่างดำเนินการในลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดความต่อเนื่อง

6.1.2 สมาคมวิชาชีพเสนอให้มีคำเตือนบนซองบุหรี่ (ในปี 2510) จนกระทั่งปี พ.ศ. 2517 โรงงานยาสูบพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่ว่า การสูบบุหรี่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

6.1.3 ปี พ.ศ. 2519 กรุงเทพมหานครได้ออกข้อบัญญัติ เรื่องห้ามสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์และในรถประจำทาง หากฝ่าฝืนมีความผิดต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทและห้าร้อยบาทตามลำดับ ถึงแม้ว่าจะมีข้อบัญญัตินี้ออกมา ก็ยังคงพบเห็นคนสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์และบนรถประจำทางอยู่เสมอ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2521 ผู้บริหารกรุงเทพมหานครในขณะนั้นได้ดำเนินการอย่างจริงจัง จึงสามารถจับผู้ฝ่าฝืนได้ประมาณ 8,000 คน และเก็บค่าปรับได้ถึง 1,313,150 บาท แต่การบังคับใช้ในเวลาต่อมาก็ไม่เกิดผลเท่าที่ควร

6.1.4 ปี พ.ศ. 2523 องค์การอนามัยโลกกำหนดให้เป็นปีแห่งการรณรงค์เพื่อไม่สูบบุหรี่ โดยจัดพิมพ์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ ตลอดจนกลวิธีในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เผยแพร่อย่างกว้างขวางซึ่งส่งผลกระทบต่อควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยในเวลาต่อมา

6.2 ช่วง พ.ศ. 2529 - 2533 เป็นช่วงเวลาที่มีการประสานงาน มีการจัดตั้งองค์กรและสร้างเครือข่าย

6.2.1 ปี พ.ศ. 2529 มีการจัดตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนขึ้นมาเป็นครั้งแรก โดย ศ.นพ.ประเวศ วชิ, ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ และ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ โดยให้องค์กรแห่งนี้ดำเนินการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ภายใต้ชื่อ โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ในมูลนิธิหมอชาวบ้าน ซึ่งองค์กรแห่งนี้ได้แสดงบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย โดยมีส่วนในการผลักดันการออกกฎหมายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อควบคุมการบริโภคบุหรี่

6.2.2 ปี พ.ศ. 2530 มีการวิงรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของชมรมแพทย์ชนบท โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ เพื่อเรียกร้องสิทธิของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และให้มีการคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ ปรากฏว่า ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนร่วมลงชื่อกว่า 6 ล้านชื่อ นับว่าเป็นประชามติครั้งใหญ่สุดของประเทศไทย และมีการมอบรายชื่อแก่ประธานสภาผู้แทนราษฎรเพื่อบอกถึงความต้องการของประชาชน

6.2.3 ปี พ.ศ. 2532 มีการก่อตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คยช.) โดย นพ.หทัย ชิตานนท์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ในขณะนั้น ได้ทำบันทึกถึง นายชวน หลีกภัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ว่า เนื่องจากการดำเนินการในเรื่องบุหรี่ที่ผ่านมาเป็นการให้สูบบุหรี่โดยหน่วยงานต่าง ๆ อย่างไม่เป็นระบบ ขาดการประสานงาน ไม่มีแผนงานควบคุม

การบริโภคยาสูบที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งภายหลังจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ได้มีส่วนผลักดันในการควบคุมการบริโภคยาสูบดังนี้

1. ผลักดันให้คณะรัฐมนตรี เห็นชอบห้ามสูบบุหรี่ในยานพาหนะขนส่งใน ส่วนที่ปรับอากาศรวมทั้งเครื่องบินโดยสารที่มีช่วงเวลาบิน ไม่นเกิน 2 ชั่วโมง
2. ผลักดันให้คณะรัฐมนตรี เห็นชอบและมีมติให้พิมพ์คำเตือนบนหน้าซอง บุหรี่อย่างชัดเจน 6 คำเตือนสลับกันไป
3. ทำการร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และพระราชบัญญัติ คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

6.3 ช่วง พ.ศ. 2532 - 2534 เป็นช่วงเวลาที่ถูกบังคับให้เปิดตลาดต่างประเทศ

สหรัฐอเมริกาได้ใช้กฎหมายการค้ามาตรา 301 บังคับให้ประเทศไทยเปิดตลาดบุหรี่ทำให้เกิดกระแส คัดค้านที่ผนึกกำลังกันอย่างเข้มแข็งของทุกฝ่ายในประเทศ เริ่มจาก นพ.หทัย ชิดานนท์ รองปลัด กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติได้ออกมา คัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศและต่อมา ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ เลขานุการโครงการ รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้ยื่นจดหมายเปิดผนึกถึงนายกรัฐมนตรีเพื่อร้องเรียนให้คัดค้านข้อเสนอ ของกระทรวงการคลังที่จะให้มีการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ โดยสื่อมวลชนเองได้มีการเสนอข่าวนี้ ทั่วประเทศ ทำให้กระแสนี้ขยายไปถึงประชาชนทั่วไป ซึ่งเป็นการสร้างกระแสสำนึกความรักชาติ อย่างเป็นเอกภาพทั่วประเทศ นอกจากนี้ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตัวรับรู้ผลกระทบของบุหรี่ต่อ สุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม มากขึ้น ซึ่งเป็นฐานที่เข้มแข็งในการเจรจาต่อรองในเวลาต่อมา แต่ ผลการเจรจาปรากฏว่าการห้ามนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศขัดต่อกฎบัตรของ GATT แต่ประเทศไทย สามารถคงกฎหมายห้ามโฆษณาและมาตรการอื่น ๆ เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ได้อย่างเต็มที่เสมอกัน ระหว่างบุหรี่ในประเทศและนุหรีนำเข้า ซึ่งต่อมา นพ.หทัย ชิดานนท์และศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ ได้ทำการเจรจาต่อรัฐบาลเพื่อดำเนินการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งคณะรัฐมนตรีมี มติอนุมัติในวันที่ 9 ตุลาคม 2533 ว่า

1. เห็นชอบ ในหลักการร่างพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบ
2. อนุมัติให้ตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบโดยเป็นหน่วยงานมีฐานะ เทียบเท่าฝ่าย อยู่สังกัดกองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงฯ ต่อมาภายหลังเปลี่ยน ชื่อเป็นสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ สังกัดกรมการแพทย์

6.4 ช่วง พ.ศ. 2534 - 2539 เป็นช่วงเวลาผลักดันกฎหมายและนโยบายขึ้นภาษีนุหรี

6.4.1 พ.ศ. 2534 เริ่มมีกระแสผลักดันกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือในการควบคุม

ผลิตภัณฑ์ยาสูบและการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ จากทั้งบุคคล หน่วยงาน องค์กรด้านสุขภาพ ตลอดจนสื่อมวลชนอย่างต่อเนื่อง และหลังจากที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้มีการร่างพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบขึ้นมา จึงมีการตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ขึ้นมาร่างกฎหมาย โดยมีการรวบรวมองค์ความรู้ในเรื่องกฎหมายจากทั่วโลก เป็นการนำส่วนดีจากแต่ละประเทศมารวมกัน โดยที่คิดว่าสามารถนำมาปรับใช้ ในบริบทของสังคมไทยได้และรอจนถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมคือช่วงที่นายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี และ นพ.ไพโรจน์ ینگสานนท์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทั้ง 2 ท่าน ให้การสนับสนุนและผลักดันให้กฎหมายทั้ง 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ผ่านคณะรัฐมนตรีโดยได้แก้ไขมาตราสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคต่อการค้าบุหรี่ ตามที่บรรษัทบุหรี่ข้ามชาติพยายามลobbี้ให้ตัดออก ซึ่งถือว่ากฎหมายทั้งสองฉบับนี้เป็นกฎหมายที่ก้าวหน้าและเป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมบุหรี่

6.4.2 พ.ศ. 2536 รัฐบาลขึ้นภาษีด้วยเหตุผลเพื่อสุขภาพของประชาชนเป็นครั้งแรก ตามข้อเสนอของ นายอาทิตย์ อุไรรัตน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการขึ้นภาษีสรรพสามิตจากเดิม ร้อยละ 55 มาเป็นร้อยละ 63 แต่คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้ขึ้นเป็นร้อยละ 60 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขประมาณการว่า การที่ราคาบุหรี่แพงขึ้นจะส่งผลกระทบต่อกลุ่มเยาวชน ซึ่งสูบบุหรี่หรือกำลังทดลองสูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จำนวน 2 แสนคน

6.5 ช่วง พ.ศ. 2540 - 2550 เป็นทศวรรษแห่งการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและสังคม เนื่องจากทศวรรษนี้เป็นช่วงเวลาที่มีการเติบโตและขยายตัวของชนชั้นกลางเป็นจำนวนมาก มีพัฒนาการกระบวนการประชาธิปไตยมาถึงระดับหนึ่ง สังคมไทยก้าวหน้าเข้าสู่ยุคข้อมูลข่าวสาร สันเทศและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทยแห่งชาติฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 เป็นแผนพัฒนาที่ถือเอาคนเป็นตัวตั้ง โดยมีการสนับสนุนให้เกิดประชาคมจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญที่จะพัฒนาให้คนมีทักษะในการทำงาน และเรียนรู้ร่วมกัน อีกทั้งตามแผน ฯ 9 ยุทธศาสตร์ การพัฒนาคนและการคุ้มครองทางสังคม ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนไทยทุกคนให้มีคุณภาพ มีสุขภาพแข็งแรง เป็นคนเก่ง คนดี มีระเบียบวินัย รู้หน้าที่ มีความซื่อสัตย์สุจริต รับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุปว่า วิวัฒนาการการพิทักษ์สิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยดำเนินการมาไม่น้อยกว่า 4 ทศวรรษ ก่อนปี พ.ศ. 2529 มีการดำเนินงานในลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดความต่อเนื่อง ไม่มีองค์กรหรือหน่วยงานใดเข้ามารับผิดชอบโดยตรง จนกระทั่งปี พ.ศ. 2529 ได้เกิดองค์กรพัฒนาเอกชนชื่อ โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ภายใต้มูลนิธิหมอชาวบ้าน ซึ่งเป็นองค์กรที่แสดงบทบาทสำคัญในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการพิทักษ์สิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ ในเวลา

ต่อมาในช่วงปลายปีพ.ศ. 2530 ได้มีโครงการวิงรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มแพทย์ชนบท ซึ่งก่อให้เกิดการตื่นตัวในเรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสังคมไทย และในปีพ.ศ. 2532 รัฐบาลได้เห็นความสำคัญในการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เพื่อทำการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ซึ่งต่อมา คบยช. ได้มีส่วนสำคัญในการร่างกฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับ เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และควบคุมการบริโภคยาสูบ ในช่วงปีพ.ศ. 2532-2534 ได้มีเหตุการณ์สำคัญคือ สหรัฐได้บังคับให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ ถึงแม้ไทยต้องยินยอมให้บุหรี่ต่างประเทศเข้ามาวางจำหน่าย แต่ผลดีที่สำคัญจากการที่ทุกฝ่ายร่วมกันคัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศคือ สังคมไทยได้เข้าใจถึงผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ ส่งผลทำให้อัตราเร่งในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยเร็วขึ้นอย่างมาก ต่อมา พ.ศ. 2535 รัฐสภาไทยได้ผ่าน พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยกฎหมายทั้ง 2 ฉบับเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และพิทักษ์สิทธิผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ต่อมาในปีพ.ศ. 2536 รัฐบาลไทยได้มีนโยบายขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพเป็นครั้งแรก และในปี พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2539 ได้มีการปรับภาษีบุหรี่ขึ้นอีก โดยในปัจจุบันปรับขึ้นมาเป็นร้อยละ 68 สำหรับปีพ.ศ. 2540 - 2550 นั้น ได้มีการคาดการณ์ว่า ปัจจัยต่าง ๆ ในสังคมไทยและกระแสโลกาภิวัตน์จะเอื้ออำนวยให้สังคมและชุมชนมีความเข้มแข็ง ซึ่งส่งผลต่อการพิทักษ์สิทธิมากยิ่งขึ้น

7. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 (กรมควบคุมโรค.

2546 : 2 - 6)

7.1 มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

7.2 มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

7.3 มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

บุหรี่ยาสูบ หมายความว่า บุหรี่ซิการ์ บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ

สูบบุหรี่ หมายความว่า รวมถึงการกระทำใด ๆ ซึ่งมีผลทำให้เกิดควันจากการเผาไหม้ของบุหรี่

สถานที่สาธารณะ หมายความว่า สถานที่หรือยานพาหนะใด ๆ ซึ่งประชาชนมีความชอบธรรมที่จะเข้าไปได้

ผู้ดำเนินการ หมายความว่า เจ้าของ ผู้จัดการ ผู้ควบคุม หรือผู้ที่รับผิดชอบ
ดำเนินงานของสถานที่สาธารณะ

เขตปลอดบุหรี่ หมายความว่า บริเวณที่ห้ามมิให้มีการสูบบุหรี่

เขตสูบบุหรี่ หมายความว่า บริเวณที่ให้มีการสูบบุหรี่ได้

พนักงานเจ้าหน้าที่ หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตาม
พระราชบัญญัตินี้

รัฐมนตรี หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

7.4 มาตรา 4 ให้รัฐมนตรีมีอำนาจประกาศในราชกิจจานุเบกษา

1. กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของ
ผู้ไม่สูบบุหรี่

2. กำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะตาม ข้อ 1 เป็นเขต
สูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่

3. กำหนดสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานของเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่
เกี่ยวกับการระบายควันหรืออากาศ

4. กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ ในการแสดงเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือ
เขตปลอดบุหรี่

ประกาศตาม ข้อ 3 หรือ ข้อ 4 ให้กำหนดวัน เวลา หรือระยะเวลาที่ผู้ดำเนินการจะ
ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จในประกาศด้วย

7.5 มาตรา 5 เมื่อรัฐมนตรีประกาศตาม มาตรา 4 แล้ว ให้ผู้ดำเนินการมีหน้าที่

1. จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่
และเขตปลอดบุหรี่

2. จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานตามที่รัฐมนตรีกำหนด

3. จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และ
วิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด

7.6 มาตรา 6 ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่

7.7 มาตรา 7 ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่สาธารณะตามที่

รัฐมนตรีประกาศตาม มาตรา 4 ข้อ 1 และ ข้อ 2 ในระหว่างเวลาพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตก
หรือเวลาทำการของสถานที่นั้น เพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

7.8 มาตรา 8 ในการปฏิบัติหน้าที่ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่แสดงบัตรประจำตัว
พนักงานเจ้าหน้าที่ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง

บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

7.9 มาตรา 9 ให้ผู้ดำเนินการและบรรดาผู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่สาธารณะอำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตาม มาตรา 7

7.10 มาตรา 10 ในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

7.11 มาตรา 11 ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่ปฏิบัติตาม มาตรา 5 ข้อ 1 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่ปฏิบัติตาม มาตรา 5 ข้อ 2 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท และผู้ดำเนินการผู้ใดไม่ปฏิบัติตาม มาตรา 5 ข้อ 3 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท

7.12 มาตรา 12 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 6 ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท

7.13 มาตรา 13 ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติการตาม มาตรา 7 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินสองพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

7.14 มาตรา 14 บรรดาความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานสอบสวนผู้มีอำนาจทำการสอบสวนคดีนั้น มีอำนาจเปรียบเทียบได้ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

7.15 มาตรา 15 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ กับออกประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

ประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

8. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2546 (กรมควบคุมโรค. 2546 : 11 – 31)

เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดคนบุหรี่ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 ข้อ 1 และ ข้อ 2 และ มาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิเสรีภาพของบุคคลซึ่งมาตรา 29 ประกอบกับมาตรา 31 มาตรา 35 มาตรา 48 และมาตรา 40 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้จัดทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

8.1 ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2540 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2540

8.2 ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้ เป็นสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ (แก้ไขเพิ่มเติมตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 13) พ.ศ.2546 คือ ข้อ 6,17 และ 20)

1. รถยนต์โดยสารประจำทาง
2. รถยนต์โดยสารรับจ้าง
3. ตู้โดยสารรถไฟที่มีระบบปรับอากาศ
4. เรือโดยสาร
5. เครื่องบินโดยสารภายในประเทศ
6. ที่พักผู้โดยสารเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศและที่พักผู้โดยสารรถไฟฟ้า
7. ลิฟต์โดยสาร
8. ตู้โทรศัพท์สาธารณะ
9. รถรับส่งนักเรียน
10. โรงมหรสพ
11. ห้องสมุด
12. ร้านตัดผม ร้านตัดเสื้อ สถานเสริมความงาม ร้านขายยาหรือสถานที่บริการอินเตอร์เน็ตเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
13. ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า หรือสถานที่จำหน่ายสินค้าเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
14. สถานที่ออกกำลังกายเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
15. สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
16. ศาสนสถานเฉพาะบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ
17. สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม อาหารและเครื่องดื่มหรือสถานที่จัดเลี้ยงเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ ยกเว้น
 - 17.1 สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม อาหารและเครื่องดื่ม หรือสถานที่จัดเลี้ยงเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ ที่เป็นหรืออยู่ภายในสถานบริการ ตามมาตรา 3 ข้อ 1,2 และ 3 แห่งพระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ. 2509 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2521

17.2 สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม อาหารและเครื่องดื่ม หรือสถานที่จัดเลี้ยงเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ ที่เป็นหรืออยู่ในสถานบริการ ตามมาตรา 3 (4) แห่งพระราชบัญญัติสถานบริการพ.ศ.2509 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2525 ที่ได้ห้ามผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ซึ่งมีได้ทำงานในสถานบริการนั้นเข้าไปในสถานบริการระหว่างเวลาทำการ โดยแสดงป้ายถาวรเป็นภาษาไทยบนพื้นสีขาว ตัวอักษรสีพระยา สีแดง ขนาดไม่น้อยกว่า 200 พอยต์ มีข้อความ ห้ามผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีเข้า ในบริเวณทางเข้าสถานที่นั้น ที่เห็นได้อย่างชัดเจน

สถานบริการที่มีสถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม อาหารและเครื่องดื่ม หรือสถานที่จัดเลี้ยง เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ ที่เป็นหรืออยู่ในสถานบริการตาม ข้อ 17.1 และ 17.2 จะต้องไม่เป็นสถานบริการที่ตั้งอยู่ในสถานที่สาธารณะตาม ข้อ 8.2 ข้อ 8.3 และ ข้อ 8.4

18. สุขา

19. ท่าเทียบเรือสาธารณะ

20. สถานที่เล่นกีฬาโบว์ลิ่ง

ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่ง ขณะทำการ ให้หรือให้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ ทั้งหมด

8.3 ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้ เป็นสถานที่ที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ (แก้ไขเพิ่มเติมตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2546 คือ (1))

1. โรงเรียนหรือสถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา โดยครอบคลุมพื้นที่ภายในบริเวณรั้วโรงเรียนหรือสถานศึกษาทั้งหมด

2. อาคารจัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถาน หรือหอศิลป์

3. สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

4. สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน

5. สนามกีฬาในร่ม

ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่ง ขณะทำการ ให้หรือให้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่บริเวณห้องพักผ่อนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่สาธารณะนั้น

8.4 ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้ เป็นสถานที่ที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

1. อาคารของมหาวิทยาลัย วิทยาลัย และสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา

2. บริเวณแสดงสินค้าหรือนิทรรศการ เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

3. สถานที่ราชการและรัฐวิสาหกิจ
4. ธนาคาร และสถาบันการเงิน
5. สำนักงานที่มีระบอบปรับอากาศ
6. อาคารท่าอากาศยาน

ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่ง ขณะทำการให้หรือใช้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่

1. บริเวณห้องพักส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัว ของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่ สาธารณะนั้น
2. บริเวณที่จัดไว้ให้เป็น “เขตสูบบุหรี่” เป็นการเฉพาะโดยสภาพ ลักษณะและ มาตรฐานของเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่เกี่ยวกับการระบายควันและอากาศให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด

8.5 ให้ผู้โดยสารรถไฟที่ไม่มีระบบปรับอากาศเป็นสถานที่ที่ไม่ให้มีการคุ้มครอง สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่ง ขณะทำการให้หรือใช้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่ผู้ที่จัดให้เป็น เขตสูบบุหรี่ เป็นการเฉพาะโดยสภาพ ลักษณะและมาตรฐานของเขตปลอด บุหรี่และเขตสูบบุหรี่เกี่ยวกับการระบายควันและอากาศ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ รัฐมนตรีกำหนด ซึ่งจะต้องมีจำนวนไม่เกินร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ที่ไม่มีระบบปรับอากาศใน ขบวนนั้น

8.6 ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันถัดจากวัน ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

9. หนังสือสั่งการกรมราชทัณฑ์เกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

กรมราชทัณฑ์ได้กำหนดมาตรการเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ต้องขังครั้งแรกตามข้อบังคับ ที่ 12/2484 ลงวันที่ 8 กันยายน 2484 (กรมราชทัณฑ์. 2542 : 49) ซึ่งกำหนดให้ผู้ต้องขังสูบบุหรี่ได้ วันละ 3 ครั้ง ๆ ละไม่เกิน 30 นาที โดยให้สูบบุหรี่หลังรับประทานอาหารเช้า เวลาหยุดพักกลางวัน และภายหลังการรับประทานอาหารเย็น และกำหนดสถานที่ให้ผู้ต้องขังสูบบุหรี่ในเขตสูบบุหรี่ที่ กำหนดไว้ แต่อย่างไรก็ตามการออกข้อบังคับในครั้งนั้นเป็นไปเพื่อป้องกันอัคคีภัยที่อาจจะเกิดจาก การสูบบุหรี่ของผู้ต้องขัง และการวางเพลิงเผาเรือนนอนเพื่อให้สะดวกต่อการหลบหนี ซึ่งยังไม่ เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ จนถึงปี พ.ศ. 2535 กรมราชทัณฑ์จึงได้เริ่ม ตระหนักถึง พิษภัยอันเกิดจากบุหรี่ จึงได้สั่งการให้เรือนจำและทัณฑสถานต่าง ๆ ทั่วประเทศ ดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ดังนี้

9.1 หนังสือกรมราชทัณฑ์ ที่ มท 0908/ว. 47 ลงวันที่ 30 เมษายน 2535 กรมราชทัณฑ์สั่งการให้เรือนจำและทัณฑสถานต่าง ๆ ทั่วประเทศร่วมกับจัดกิจกรรมในสัปดาห์การรณรงค์งดสูบบุหรี่ ระหว่างวันที่ 25 – 31 พฤษภาคม 2535 ภายใต้คำขวัญที่ว่า ที่ทำงานปลอดควันบุหรี่ : เพื่อสุขภาพที่ดี ชีวิตปลอดภัย (Tobacco free workplaces : Safer and healthier) ที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนด

9.2 หนังสือกรมราชทัณฑ์ ที่ มท 0908/ว. 18 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2541 กรมราชทัณฑ์ได้สั่งการให้เรือนจำและทัณฑสถานทุกแห่ง ทำป้ายเขตปลอดบุหรี่ติดไว้ตามบริเวณที่กำหนด ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ให้เด่นชัด โดยเฉพาะบริเวณสถานพยาบาลที่ใช้ทำการบำบัดรักษาผู้ต้องขังป่วย

9.3 หนังสือกรมราชทัณฑ์ ที่ ขธ 0908/2162 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2545 กรมราชทัณฑ์ได้สั่งการให้เรือนจำและทัณฑสถานต่าง ๆ กำหนดบริเวณหรือพื้นที่เป็นเขตปลอดบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545 เพื่อปกป้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่และให้ทันต่อเหตุการณ์ที่มีสถานประกอบการใหม่ ๆ เกิดขึ้น

9.4 หนังสือกรมราชทัณฑ์ ที่ ขธ 0908/924 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2546 กรมราชทัณฑ์ได้สั่งการให้เรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษ ภัย โรคที่เกิดจากบุหรี่ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง รณรงค์ให้ผู้ต้องขังสมัครใจเลิกสูบบุหรี่ และจัดให้ผู้ต้องขังออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิกในวังงดสูบบุหรี่โลก เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผู้ต้องขังให้ตระหนักถึงโทษ พิษ ภัย โรคที่เกิดจากบุหรี่

9.5 หนังสือกรมราชทัณฑ์ ที่ ขธ 0908/614 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2547 กรมราชทัณฑ์ได้ตระหนักถึงพิษภัยของควันบุหรี่ ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพตัวผู้สูบเองและบุคคลใกล้เคียง จึงได้กำหนดมาตรการคุ้มครองสุขภาพเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ ให้ได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ.2545 และ (ฉบับที่ 13) พ.ศ.2546 จึงสั่งการให้เรือนจำและทัณฑสถานทุกแห่งดำเนินการดังนี้

9.5.1 แจ้งเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังให้ทราบรายละเอียดของประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 10 – 13 ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535

9.5.2 กำหนดพื้นที่สาธารณะต่อไปนี้อยู่ในเรือนจำและทัณฑสถาน เป็นสถานที่ที่ไม่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

1. อาคารสำนักงาน
2. อาคารสำนักงานที่มีระบบปรับอากาศ
3. สถานพยาบาล
4. โรงเรียน
5. ห้องสมุด
6. โรงฝึกวิชาชีพ
7. เรือนนอน
8. โรงสุทกรรม
9. ห้องสุขา
10. สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ด้านหน้าและภายในเรือนจำ
11. ห้องเชื่อมญาติ

9.5.3 จัดทำป้ายแขวนหรือติดสัญลักษณ์ เขตปลอดบุหรี่ แสดงให้เห็นชัดเจน เปิดเผย ณ บริเวณทางเข้าสถานที่ที่ระบุในข้อ 2

9.5.4 จัดให้มีสถานที่ สูบบุหรี่ สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขัง โดยสถานที่สูบบุหรี่ต้องมีสภาพและลักษณะดังนี้

1. ไม่อยู่ในบริเวณที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญ
2. ไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผยอันเป็นที่เห็นได้ชัดแก่ผู้มาใช้สถานที่นั้น
3. ไม่อยู่บริเวณทางเข้า – ออก ของสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของ
4. จัดเตรียมภาชนะสำหรับทิ้งก้นบุหรี่เพื่อป้องกันอัคคีภัยและดูแลความ

ผู้ไม่สูบบุหรี่

สะอาด

9.5.5 เรือนจำและทัณฑสถานใด มีความพร้อมจะดำเนินการกำหนดพื้นที่ สาธารณะเพิ่มจากระบุในข้อ 2 หรือสามารถดำเนินการให้เป็น “สถานที่ราชการปลอดบุหรี่ 100%” ให้ดำเนินการได้ทันที

9.6 หนังสือกรมราชทัณฑ์ ที่ บธ 0908/882 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2547 กรมราชทัณฑ์ได้สั่งการให้เรือนจำและทัณฑสถานเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษ ภัย โรคที่เกิดจาก บุหรี่ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และรณรงค์ให้ผู้ต้องขัง สมัยครใจเลิกสูบบุหรี่เนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลก

9.7 หนังสือกรมราชทัณฑ์ ที่ ขธ 0908/2168 ลงวันที่ 8 ตุลาคม 2547 กรมราชทัณฑ์ ได้สั่งการให้เรือนจำและทัณฑสถานดำเนินการให้สถานที่ราชการเป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ดังนี้

9.7.1 พื้นที่สาธารณะที่กำหนดไว้ 11 แห่ง ให้มีป้ายแขวนหรือติดสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ แสดงให้เห็นชัดเจน ถ้าป้ายซีดเห็นไม่ชัดเจนหรือสติ๊กเกอร์เก่าชำรุด ให้ดูแลป้ายหรือสติ๊กเกอร์ให้เห็นชัดเจน

9.7.2 กำชับ ดูแล เจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังให้สูบบุหรี่เฉพาะในบริเวณที่จัดให้เป็นเขตสูบบุหรี่เท่านั้น

สรุปได้ว่า กรมราชทัณฑ์ได้มีมาตรการเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ต้องขังครั้งแรกตามข้อบังคับที่ 12/2484 ลงวันที่ 8 กันยายน 2484 ซึ่งกำหนดให้ผู้ต้องขังสูบบุหรี่ได้วันละ 3 ครั้ง ๆ ละไม่เกิน 30 นาที และกำหนดสถานที่ให้ผู้ต้องขังสูบบุหรี่ในเขตสูบบุหรี่ที่กำหนดไว้ แต่การออกข้อบังคับในครั้งนั้นเป็นไปเพื่อป้องกันอัคคีภัยที่อาจเกิดจากการสูบบุหรี่ของผู้ต้องขัง และการวางเพลิงเผาเรือนนอนเพื่อให้สะดวกต่อการหลบหนี ยังไม่เกี่ยวข้องกับมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ต่อมาปี พ.ศ. 2535 กรมราชทัณฑ์จึงได้เริ่มตระหนักถึง โทษ พิษ ภัย อันเกิดจากบุหรี่ และได้มีมาตรการเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในเรือนจำ ซึ่งเป็นปีเดียวกันกับที่ประเทศไทยได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 จากนั้นกรมราชทัณฑ์ได้สั่งการกำชับให้เรือนจำและทัณฑสถานต่างๆ ดำเนินการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 7, 10 และ 13 ตามลำดับ ตลอดจนการรณรงค์เนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลก จนถึงปี พ.ศ. 2547 กรมราชทัณฑ์ได้สั่งการให้เรือนจำและทัณฑสถานกำหนดพื้นที่สาธารณะทั้งภายในและภายนอก ให้เป็นสถานที่ที่มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ รวม 11 แห่ง จัดเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่อย่างชัดเจน รวมทั้งสนับสนุนให้เรือนจำที่มีความพร้อม ดำเนินการให้เป็นสถานที่ราชการปลอดบุหรี่ 100% ซึ่งนับได้ว่าเป็นนโยบายการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ชัดเจนที่สุด

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

1. ความเป็นมาของบุหรี่

บุหรี่เป็นสิ่งที่ทำจากใบยาสูบกล่าวกันว่าคำว่า บุหรี่ เป็นภาษาชาวชวา ส่วนคำไทยแท้ ๆ ดั้งเดิมคือ ยาสูบ ยาสูบจัดว่าเป็นวัชพืชมีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า นิโคติเนียโทบาคคุม (Nicotinia – Tobaccum) โดยคนเผ่าอินเดียนแดงในอเมริกาเหนือใช้ก้านสูบในพิธีแลกส์ตยาบันสันติภาพเรียกว่าก้านสันติภาพ – คาลูเมต (Calumet) เมื่อโคลัมบัสและชาวยุโรปอื่นค้นพบทวีปอเมริกาในปี ค.ศ. 1492 ได้ทดลองสูบบุหรี่ และมีความพึงพอใจในรสชาติ จึงได้นำไปเผยแพร่ในยุโรปประมาณปี

ค.ศ. 1530 มีผู้นำพันธุ์ยาสูบมาปลูกเป็นครั้งแรกที่ยุโรป บนเกาะฮิสแปนิโคลาส (His panicla) อย่างไรก็ตามค่านิยมของสังคมยุโรปในศตวรรษที่ 16 นั้น ต่อต้านการสูบบุหรี่และการใช้ยาสูบ เพราะถือว่าบาปและผิดกฎหมาย (สุภาณี สันตยากร. 2540 : 7)

นักผจญภัยชาวสเปนได้ไปพบเห็นชาวเม็กซิกัน ใช้เปลือกข้าวโพดหรือใบตาลอ่อนห่อใบยาสูบ จึงนำมาพัฒนากลายเป็นซิการ์แรกที่ใช้กระดาษมวน และถูกนำมาเผยแพร่ในยุโรป โดยจุดฝรั่งเศสประจำสเปนชื่อจิ้ง นิโคต (Jean Nicot) ซึ่งเป็นที่มาของคำว่า นิโคติน และเซอร์วอลเตอร์ ราเลย์ นำมาเผยแพร่ในประเทศอังกฤษว่า การสูบบุหรี่นั้นเป็นผลดีต่อสุขภาพของทุก ๆ คน ดังนั้นคนเราก็ควรจะสูบบุหรี่ เพื่อจะได้ฟอกปอดให้สะอาดขึ้น และบุหรี่ยังส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ขึ้น เซอร์วอลเตอร์ ราเลย์ ได้พยายามทุกวิถีทางที่จะให้ประชาชนในสมัยนั้น หันมาหัดสูบบุหรี่กัน หลังจากนั้นการสูบบุหรี่ก็ได้แพร่หลายมากขึ้น (ชามี อัฐกิจ. 2538 : 76)

สมัยก่อนนั้น นิยมสูบบุหรี่จากกัล้อง หรือทำเป็นมวนใหญ่แบบซิการ์ หรือเคี้ยวเส้นยาสูบ บางทีก็ป็นเป็นผงแล้วสูดเข้าจมูกแบบยานัตถุ์ จนกระทั่งถึง พ.ศ. 2453 จึงเริ่มมีโรงงานผลิตยาสูบเป็นมวนบุหรี่ปั้นสำเร็จรูปขึ้นเป็นครั้งแรก โดยมวนบุหรี่ปั้นด้วยกระดาษ ทำให้ขนาดมวนบุหรี่ปั้นเล็กกะทัดรัด สวยงาม นำสูดสะดวกใช้มากขึ้น เป็นเหตุให้ผู้คนหันมานิยมเสพอบายมุขนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (อรวรรณ หุ่นดี. 2542 : 16)

จากความหลงเชื่อที่ผิด ๆ ว่าบุหรี่ปั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพ และวิวัฒนาการความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการผลิตบุหรี่ปั้นที่มวนด้วยกระดาษสีต่าง ๆ บรรจุลงในห่อหรือกล่องที่ออกแบบงดงามทันสมัย สามารถพกพาติดตัวไปไหนได้สะดวก การกีดกันกั้นกรอง การนำเม้นทอลมาผสมตลอดจนการนำกลอุบายการโฆษณา และการตลาดอันชาญฉลาดของบริษัทข้ามชาติ ที่ทุ่มโฆษณาอ้างสมรรถนะของโลกให้มีความนิยมที่ผิด ๆ ว่าการสูบบุหรี่เป็นสัญลักษณ์ของความโก้เก๋ ทันสมัย เป็นเครื่องหมายของผู้ชาย ของผู้ประสบความสำเร็จ มีผลทำให้คนหลงผิดคิดบุหรี่ปั้นมากขึ้น

2. สารที่มีในบุหรี่ปั้น

บุหรี่ปั้นมีสารประกอบต่าง ๆ อยู่ประมาณ 4,000 ชนิด มีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 43 ชนิด ซึ่งสารบางชนิดเป็นอันตราย ที่สำคัญคือ(อรวรรณ หุ่นดี. 2542 :17 - 22)

2.1 นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมันไม่มีสี เมื่อเข้มข้นจะเป็นสารที่มีพิษมากที่สุดตัวหนึ่ง และเป็นสารที่มีฤทธิ์แรงที่สุดในบรรดาสารทั้งหลายที่อยู่ในควันบุหรี่ปั้น ออกฤทธิ์ได้ทั้งเป็นตัวกระตุ้น กด และกล่อมประสาทกลางของสมอง เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้คนติดบุหรี่ปั้น

นิโคติน คือยาพิษที่มีฤทธิ์ฆ่ารุนแรงมาก เพียงนิโคตินเข้มข้น 2 – 3 หยดบนลิ้นก็สามารถฆ่าคน ๆ นั้นได้ บุหรี่ปั้นธรรมดาหนึ่งจะมีนิโคติน รว 15 – 20 มิลลิกรัม จำนวนนิโคตินในบุหรี่ปั้น 2

มวน ก็พอทำให้คนตายได้ แต่คนที่สูบบุหรี่ติดต่อกันหลายมวนแล้วไม่ตาย เพราะส่วนน้อยของนิโคตินในควันบุหรี่เมื่อสูบแล้ว จะดูดซึมเข้าไปในร่างกายของผู้สูบ ถึงแม้ว่าบุหรี่หนึ่งมวนจะมีปริมาณนิโคตินระหว่าง 15 – 20 มิลลิกรัม แต่จะให้นิโคตินออกมาในควันบุหรี่ประมาณ 0.6 – 2.6 มิลลิกรัมต่อมวน บุหรี่ไทยมีนิโคตินระหว่าง 0.1 – 1.6 มิลลิกรัมต่อมวนเท่านั้น บุหรี่ที่มีก้นกรองไม่ได้ทำให้ปริมาณนิโคตินน้อยลง เพราะฉะนั้นมีก้นกรองหรือไม่มีก้นกรองก็ได้รับพิษจากนิโคตินเท่าเทียมกัน ถ้าใครสูบถี่ สูบแรง สูบยาวและอัดลึก ก็จะได้ปริมาณนิโคตินเข้าปอดมาก ถ้ายังสูบจนเหลือก้นบุหรี่สั้นเท่าไร ก็จะได้ปริมาณนิโคตินเข้าปอดได้เท่านั้น

2.2 ทาร์ (Tar) คือ น้ำมันที่เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระจาษมวน และสิ่งแปลกปลอมอื่น ๆ ในบุหรี่ ประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิด เกาะติดกันเป็นสีน้ำตาล ส่วนใหญ่เป็นสารที่มีอันตราย เช่น เบนโซไพรีน ไฮโดรคาร์บอน หรือน้ำมัน ซึ่งเป็นตัวการทำให้เกิดมะเร็งในคนและสัตว์ บุหรี่ต่างประเทศจะควบคุมปริมาณทาร์อยู่ในระหว่าง 1 – 18 มิลลิกรัมต่อมวน บุหรี่ไทยมีปริมาณทาร์ระหว่าง 24 – 33 มิลลิกรัมต่อมวน ซึ่งสูงกว่าบุหรือนอกมาก คนที่สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ปอดจะได้รับน้ำมันทาร์ราว 300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ 110 กรัมต่อปี

ตารางที่ 2.3 แสดงปริมาณของนิโคตินและทาร์ในบุหรี่ไทยชนิดต่าง ๆ

ชื่อบุหรี่	ประเภท	นิโคติน/มวน	ทาร์/มวน
พระจันทร์	ไม่มีก้นกรอง	0.6	24
รวงทิพย์	ไม่มีก้นกรอง	0.8	24
เกล็ดทอง	ไม่มีก้นกรอง	1.0	26
รอแบล สแตนดาร์ด 3	ไม่มีก้นกรอง	1.5	28
รอแบล สแตนดาร์ด 3	ก้นกรอง	1.6	28
สามิต 14	ก้นกรอง	1.5	29
สามิต	ไม่มีก้นกรอง	1.6	31
กรองทิพย์	ก้นกรอง	1.6	28
กรุงทอง 85	ก้นกรอง	1.8	29
กรุงทอง	ไม่มีก้นกรอง	1.8	30
สายฝน	ก้นกรองกับเมนทอล	1.8	28
ทีทีเอ็ม	ก้นกรอง	2.6	33

ที่มา : อรวรรณ หุ่นดี. (2542 : 19)

จากตารางที่ 2.3 จะเห็นได้ว่านุหรียี่ห้อ ทีทีเอ็ม มีปริมาณนิโคตินและทาร์มากที่สุด คือ มีนิโคติน 2.6 มิลลิกรัม และมีทาร์ 33 มิลลิกรัมต่อมวน สำหรับนุหรีที่ผู้ต้องขังในเรือนจำกลาง นครสวรรค์สูบส่วนใหญ่เป็นยี่ห้อกรองทิพย์ และสายฝน ซึ่งมีนิโคติน 1.6 มิลลิกรัม และ 1.8 มิลลิกรัมต่อมวน ตามลำดับ และมีทาร์ในปริมาณเท่ากัน คือ 28 มิลลิกรัมต่อมวน

2.3 คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) แก๊สนี้จะพบในควันนุหรี เหมือนกับที่พบจากการเผาไหม้ของเครื่องยนต์ การหายใจเอาแก๊สนี้เข้าไปเป็นจำนวนมาก จะทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหนะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ผู้สูดแก๊สนี้จะหมดกำลังวังชา หายใจสั้นเข้า ทำให้ผู้นั้นมีประสิทธิภาพในการทำงานหนักหรือออกแรง ตลอดจนความกระฉับกระเฉงในการทำงานด้วยมือลดลง เกิดหอบเหนื่อยหรือหายใจไม่เต็มอิ่ม ไม่อาจขึ้นที่สูง ๆ ได้ แก๊สนี้ยังมีผลต่อความไวของตา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลากลางคืน ถ้ามีแก๊สในเลือดสูงถึงร้อยละ 30 จะเกิดอาการรุนแรง และจะตายเมื่อมีแก๊สคาร์บอนมอนอกไซด์ร้อยละ 60

2.4 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) เป็นแก๊สพิษที่สามารถทำลายเยื่อผิว หลอดลมส่วนต้น (ส่วนมีขน) ซึ่งเป็นแนวป้องกันตามธรรมชาติที่คอยขจัดความสกปรก ฝุ่นละออง และเชื้อโรค ฯลฯ ที่หายใจเข้าไป คือเมื่อมีความสกปรกดังกล่าวผ่านเข้าไปในท่อทางเดินอากาศหายใจ ต่อเมื่อกัดผิวหลอดลมชั้นเมือกเหนียวมากลุมปิดสิ่งสกปรกกลับคืนออกมา แล้วขนเล็ก ๆ ที่เยื่อผิวหลอดลมค่อย ๆ ปิดสวนทางเอาแผ่นเมือกพร้อมสิ่งสกปรกกลับออกมา เมื่อถึงคอจะระคายเคือง ทำให้ไอออกเป็นเสมหะ

ควันร้อนและสารพิษจากนุหรี จะทำลายคุณสมบัติดังกล่าว ร่างกายหมดความต้านทานตามธรรมชาติ สิ่งสกปรกเกาะติดหลอดลม ทำให้เกิดอาการอักเสบเป็นแผล เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง เกิดอาการไอเรื้อรังมีเสมหะเป็นประจำ ทำลายบุคลิกและทำลายสุขภาพเรื่อย ๆ เมื่อปล่อยให้เป็นอย่างนั้น ๆ จะไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ ร่างกายจะทรุดโทรมออกกำลังมากไม่ได้ จนในที่สุดแม้แต่เดินก็หอบเหนื่อย ไปไหนมาไหนไม่ได้ แต่ไม่ตายง่าย ๆ เป็นการทรมานอย่างยิ่ง

2.5 ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นสารพิษช่วยทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบาง โป่งพองหลายอันแตกรวมกันกลายเป็นโรคถุงลมโป่งพอง (ปอดปกติจะมีถุงลมอยู่ประมาณ 300 ล้าน กินเนื้อที่ประมาณ ร้อยละ 50 - 60 ของปริมาตรปอด) มักเป็นร่วมกับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง คุณสมบัติที่จะช่วยเป็นทางนำออกซิเจนเข้าสู่ปอดเสื่อมลง ส่วนของถุงลมที่พองออกคล้ายลูกโป่งช่วยกั้นเนื้อปอดส่วนดี ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง อาจเกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย ออกกำลังไม่ได้ โรคดังกล่าวจะเป็นเรื้อรัง เป็นแล้วไม่มีโอกาสหาย จะทรมาณไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมที่โป่งพองนั้นฉีกขาด ทำให้ลมรั่วเข้าไป

ในช่องเยื่อหุ้มปอด กดปอดแฟบจะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อยมากถ้าแพทย์ช่วยไม่ทัน อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

2.6 แอมโมเนีย (Ammonia) สารนี้มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอและมีเสมหะมาก

2.7 สารกัมมันตภาพรังสี (Radioactive agents) ควันทูหรือจะมีสารโพลONIUM-210 ที่มีรังสีแอลฟาอยู่ กัมมันตภาพรังสีของสารนี้เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็ง และในควันทูหรือยังเป็นพาหะร้ายแรงในการนำสารกัมมันตภาพรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างที่ไม่สูบทูหรือหายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย ผู้ที่สูบทูหรือ 40 มวนต่อวันจะพบว่า มีสารดังกล่าวในปัสสาวะมากกว่าคนที่ไม่สูบทูหรือถึง 60 เท่า

2.8 แคดเมียม (Cadmium) เป็นสารที่ใช้ในอุตสาหกรรมโพลีเมอร์อิเล็กทรอนิกส์ และเป็นสารประกอบที่อยู่ในถ่านไฟฉาย มีผลกระทบต่อตับ ไต และสมอง บุหรี่ 1 มวนมีแคดเมียม 1 – 2 ไมโครกรัม และ 10% ของแคดเมียมจะถูกหายใจเข้าไปเวลาสูบ

2.9 สารหนู (Arsenic) เป็นสารเคมีที่ประกอบอยู่ในจำพวกผลิตภัณฑ์ยาฆ่าหญ้า มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร เมื่อรับเอาสารนี้เข้าไปจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและท้องร่วงอย่างแรง

2.10 ฟอร์มัลดีไฮด์ (Formaldehyde) เป็นสารที่ใช้ในการดองศพ คนที่สูบทูหรือวันละ 20 มวน จะได้รับสารฟอร์มัลดีไฮด์ในปริมาณ 1 มิลลิกรัมต่อวัน และยังเป็นสารก่อมะเร็งอีกด้วย

2.11 ตะกั่ว (Lead) จะพบอยู่ตามโรงงานอุตสาหกรรมจำพวกแบตเตอรี่ หรือ โรงถลุงโลหะ เหล็กต่าง ๆ เป็นสารก่อมะเร็ง มีผลต่อหลายระบบในร่างกาย เช่น ทางระบบประสาท จะทำให้การได้ยินผิดปกติ ระดับไอคิวต่ำ ผลต่อระบบเลือด คือ จะทำให้ความดันเลือดสูง มีผลต่อระบบไต และที่สำคัญมีผลต่อระบบสืบพันธุ์ในผู้ใหญ่ จะทำให้เป็นหมันในเพศชาย ซึ่งจะทำให้ตัวอสุจิ (Sperm) ผิดปกติ และน้อยลง จึงทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้

2.12 อะซิโตน (Acetone) เป็นสารประกอบสำคัญที่อยู่ในน้ำยาล้างเล็บ ซึ่งพบว่าอยู่ในบุหรี่ด้วยเช่นกัน

2.13 แร่ธาตุและสารเคมีต่าง ๆ มีแร่ธาตุบางอย่างเช่น โปแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ทองแดง นิกเกิล และโครเมียม สารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลงตกค้าง เช่น ดีดีที (DDT) ซึ่งเป็นสารตกค้างในใบยาสูบหลังจากพ่นยาฆ่าแมลง เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกายได้ สารดีดีทีจะละลายในไขมันเข้าสู่ร่างกายสะสมตามเนื้อเยื่อไขมันของร่างกาย ไม่สามารถขับทางปัสสาวะได้ เพราะไม่ละลายในน้ำ นิกเกิลเมื่อทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่นจะกลายเป็นสารพิษที่ก่อให้เกิดโรค

3. โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

บุหรี่เป็นสาเหตุของโรคที่คุกคามชีวิตถึง 25 โรค ซึ่งส่วนใหญ่สามารถจะป้องกันได้หรือทำให้เจ็บป่วยช้าลง หรือรุนแรงน้อยลงได้ด้วยการเลิกสูบบุหรี่ โรคที่สำคัญที่เกิดจากบุหรี่ได้แก่ หัวใจวาย เส้นเลือดสมองแตก โรคมะเร็งปอด และมะเร็งอวัยวะอื่น ๆ เช่น มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลอดลม มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว และโรคปอดเรื้อรังต่าง ๆ เช่น หลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ. 2542 : 13 – 17)

ตัวอย่างของโรคที่มีสาเหตุจากบุหรี่ ลักษณะอาการของโรค และการรักษา ดังนี้

3.1 โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (อรรรรณ หุ่นดี. 2542 : 37 – 43)

โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการหายใจลำบาก เหมือนหอบขณะออกกำลังกายได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งมีพยาธิสภาพของการอุดกั้นส่วนใหญ่ที่ไม่อาจคืนสู่สภาพปกติได้

3.1.1 โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หมายถึงโรคที่มีอาการไอ มีเสมหะมากกว่าปกติ เป็นอย่างเรื้อรัง หรือเป็น ๆ หาย ๆ ติดต่อกันไม่ต่ำกว่าสามเดือนในหนึ่งปี เป็นระยะเวลาติดต่อกันตั้งแต่สองปีขึ้นไป

3.1.2 โรคถุงลมโป่งพอง หมายถึงโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงในเนื้อปอดทางเดินลมหายใจที่อยู่ถัดจากหลอดลมส่วนหายใจ มีการทำลายผนังกันระหว่างถุงลมปอดด้วยยังไม่ทราบสาเหตุของโรคที่แน่นอน แต่มักพบว่ามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ มลพิษ (Air pollution) หรือมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ ลักษณะของโรคที่เกิดขึ้นในถุงลมโป่งพองพบได้หลายแบบ คือ

1. มีการอักเสบของหลอดลมส่วนหายใจ และหลอดลมเล็ก ๆ ร่วมกับมีการหดเกร็งของหลอดลมทำให้เกิดการอุดตัน

2. มีการเสื่อมของผนังถุงลม ความยืดหยุ่นของปอดเสียไป

3. ผนังถุงลมฉีกขาดและมีการรวมกันของถุงลมหลาย ๆ ถุง กลายเป็นถุงใหญ่เรียกว่า เบลบ หรือ บูลเล (Bleb or Bulle)

4. หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมถูกทำลายไปบางส่วน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคือ ถุงลมปอดถูกทำลาย ร่วมกับมีการหดเกร็งของหลอดลม ทำให้หลอดลมแฟบเกิดการอุดกั้นในทางเดินหายใจขณะหายใจออก และมีการทำลายในเนื้อปอดยืดและหดตัวไม่ตี เกิดลมกั่งในถุงลม

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหอบหืดเรื้อรัง ได้แก่

1. การสูบบุหรี่ เนื่องจากควันบุหรี่ประกอบด้วยสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ทั้งส่วนที่เป็นอนุภาคเล็ก ๆ และส่วนที่เป็นก๊าซ อนุภาคซึ่งเป็นส่วนประกอบอยู่ในน้ำมูกดิน (ทาร์) ประกอบด้วย นิโคติน ฟีนอล ไฮโดรคาร์บอน อัลดีไฮด์ คีโตน กรดอินทรีย์หลายชนิด แอลกอฮอล์ สารกัมมันตภาพรังสี ตะกั่ว โพลีเนียม รวมทั้งสารก่อมะเร็ง สารเหล่านี้จะระคายเคืองต่อเยื่อหอบหืด กระตุ้นให้มีการสร้างมูก (Mucus) สารจากควันบุหรี่ไปเกาะตามเยื่อหอบหืดเป็นผลให้การขับมูกช้าลง มีมูกกักค้างมากขึ้น เป็นผลทำให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย โรคหอบหืดเรื้อรังพบมากในคนที่สูบบุหรี่ และอัตราการเกิดโรคสูงตามปริมาณบุหรี่ที่สูบ

2. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infection) เป็นสาเหตุร่วม โดยที่ผู้ป่วยมีประวัติของโรคหอบหืดอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อมาก่อนและการที่มีเสมหะกักค้างยังเป็นแหล่งให้เชื้อโรคเจริญเติบโต

3. สารระคายเคือง (Allergic factors) การระคายเคืองของสารพิษที่เกิดขึ้นบริเวณหอบหืดใหญ่ หอบหืดส่วนปลายหรือถุงลมกับขนาดของสารนั้น

เมื่อนุ้ชย์หายใจเอาพิษจากควันบุหรี่หรือจากอากาศเป็นพิษเข้าไปในปอดนานเข้าจะทำให้เกิดการอักเสบของหอบหืดทั้งเล็กและใหญ่อย่างเรื้อรัง ทำให้ผนังหอบหืดหนาขึ้น รูของหอบหืดเล็กแคบลง ต่อมเมือกที่ผนังของหอบหืดจะขับเสมหะเข้ามาในหอบหืดมากขึ้น ทำให้เกิดการอุดตันในหอบหืดจึงทำให้หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย และไอมีเสมหะเรื้อรัง เมื่อมีถุงลมโป่งพองโดยมีการถูกทำลายของผนังถุงลมร่วมด้วย ก็จะทำให้อากาศที่หายใจเข้าไปตกค้างอยู่ในปอดเพิ่มมากขึ้น และหอบหืดจะแฟบในขณะที่หายใจออกได้ง่ายขึ้น ทำให้เกิดการอุดตันของปอดเพิ่มขึ้นด้วย เกิดมีอาการเหนื่อยมากขึ้น

เมื่อเริ่มแรกผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรังอาจยังไม่มีอาการอะไรเลย เมื่อเวลาผ่านไปจนพยาธิสภาพของโรคมีมากขึ้นพอสมควรแล้วจึงเกิดมีอาการขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการหลังอายุ 40 ปีขึ้นไป อาการสำคัญที่พบบ่อยเมื่อผู้ป่วยโรคนี้มาหาแพทย์ คือ ไอเรื้อรัง (65%) เหนื่อยง่ายหรือหอบ (20%) หายใจมีเสียงดังวิ๊ด ๆ (15%) เมื่อมีอาการแล้วโรคนี้จะเป็นชนิดเรื้อรัง และอาการเพิ่มขึ้นทีละน้อย ๆ ในปัจจุบันยังไม่มีทางที่แพทย์จะรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะเหนื่อยง่ายมากขึ้น และสมรรถภาพปอดจะเลวลงตามลำดับ ระยะสุดท้ายจะมีภาวะของกรวยหัวใจล้มเหลว ปอดพอกออกซิเจนได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และการขับคาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งเป็นพิษออกจากร่างกายได้ไม่ดีพอ อาจทำให้ผู้ป่วยหมดสติและถึงแก่ชีวิตได้ การดำเนินของโรคตั้งแต่ระยะเริ่มมีอาการจนถึงระยะสุดท้ายนี้อาจกินเวลาหลายปี แต่ก่อนที่ถึง

ระยะสุดท้ายที่มีพยาธิสภาพของปอดมากจริง ๆ นี้ คือแค่ระยะที่มีพยาธิสภาพของปอดปานกลาง ผู้ป่วยก็อาจจะมีอาการมากขึ้น และเสียชีวิตได้เนื่องจากเกิดโรคแทรก เช่น หลอดลมอักเสบเพิ่มขึ้นอย่างมากจากเชื้อไวรัส เช่น เป็นไข้หวัด หรือ จากโรคปอดบวมจากเชื้อแบคทีเรีย เป็นต้น

ข้อควรปฏิบัติและควรรู้เกี่ยวกับโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง

1. ในคนที่ไม่สูบบุหรี่ จากการศึกษาของแพทย์พบว่า อัตราการตายของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังในผู้สูบบุหรี่มีมากกว่าในผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 20 เท่า ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดคือการป้องกันโดยไม่หัดหรือลองสูบบุหรี่ ซึ่งถ้าทำได้จะทำให้โอกาสที่จะเป็นโรคนี้น้อยลงมาก

2. ในคนที่สูบบุหรี่ จากการศึกษาของแพทย์ในปัจจุบันพบว่า เริ่มมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นในหลอดลมเล็ก ๆ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 2 มม. ก่อน และเป็นเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ แต่ยังไม่มากพอจนทำให้เกิดอาการใด ๆ ขึ้นในระยะเริ่มแรกของโรคนี้ ในระยะก่อนเกิดอาการนี้แพทย์เชื่อกันว่าโรคยังไม่เป็นชนิดเรื้อรังและอาจกลับหายใจได้โดยการเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่จึงควรปฏิบัติอย่างขี้ง

3. ในผู้ป่วยที่มีอาการเกิดขึ้นแล้ว ควรปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์อาจวินิจฉัยโรคนี้ได้ถูกต้องจากประวัติอาการ การตรวจร่างกาย ภาพรังสีทรวงอก และจากการตรวจสมรรถภาพปอด หลักในการรักษาโรคในระยะนี้ของแพทย์ คือ

3.1 แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ถ้าผู้ป่วยสูบบุหรี่ แม้ว่าในระยะนี้จะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว แต่ถ้าผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ อาการของโรคนี้อาจจะลดน้อยลงบ้าง และต่อไปโรคจะลุกลามมากขึ้นช้ากว่าในผู้ป่วยที่ยังไม่ยอมเลิกสูบบุหรี่มาก

3.2 ทานยาขยายหลอดลม ผู้ป่วยโรคนี้ทานยาขยายหลอดลมตามแพทย์แนะนำตลอดไป เพื่อช่วยให้มีอาการเหนื่อยน้อยลง ยาขยายหลอดลมมีหลายชนิด อาจต้องทานหลายอย่างตามความจำเป็น บางอย่างมีปฏิกิริยาข้างเคียงมาก บางอย่างมีน้อย เช่น อาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด นอนไม่หลับ เป็นแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ มีสิวเพิ่มมากขึ้น หน้าบวม กระดูกกร่อนเป็นรู เป็นต้น ดังนั้นควรทานยาเฉพาะตามที่แพทย์แนะนำไม่ควรซื้อยาทานเอง เพราะอาจเป็นอันตรายได้และเมื่อสงสัยว่ามีอาการจากปฏิกิริยาข้างเคียงของยา หรือทานยาที่แพทย์แนะนำแล้วอาการไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์ใหม่ เพื่อแพทย์จะได้พิจารณาเปลี่ยนยาให้ใหม่ตามสมควร

3.3 เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ คือหอบเหนื่อยมากขึ้น ไอ และมีเสมหะมากขึ้นกว่าธรรมดา เสมหะเปลี่ยนจากสีขาวเป็นสีเหลือง หรือสีเขียว แสดงว่ามีโรคแทรกดังกล่าวในตอนต้น ควรทานยาปฏิชีวนะตามที่แพทย์สั่งเพิ่มขึ้นด้วยประมาณ 7 - 10 วัน ถ้าระหว่างที่ทานยานี้ อาการไม่ดีขึ้นควรรีบปรึกษาแพทย์เพราะ โรคแทรกนี้อาจทำให้เกิดมีภาวะการหายใจล้มเหลว ปอด

ฟอกออกซิเจนและขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ไม่เพียงพอสำหรับร่างกาย ทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยมาก กระสับกระส่าย ริมฝีปากและเล็บเขียว ซีพจรเต้นเร็ว หรืออาจง่วงนอนมาก นอนหลับไม่ต่อเนื่อง อาจหมดสติ และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ระยะนี้แพทย์จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยให้ออกซิเจนหรือใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยผู้ป่วยในการหายใจตามที่เห็นว่าจำเป็น และแพทย์อาจช่วยผู้ป่วยจากโรคแทรกซ้อนได้ ถ้ารับมาปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะมีอาการหนักมากจนเกินแก้

3.4 ในระยะหลังของโรคนี้ คือเมื่อพยาธิสภาพของปอดมีมาก หลังจากที่เป็นมาหลาย ๆ ปีแล้วเวลาเดินนิดหน่อยก็เหนื่อย อาน้ำ หรือเพียงแค่หิวผมให้ตัวเองก็เหนื่อย เมื่อถึงระยะนี้แพทย์จะแนะนำให้ใช้ออกซิเจนขนาดน้อย ๆ ช่วยในการหายใจตลอดเวลา โดยมีออกซิเจนไว้ใช้ที่บ้านผู้ป่วย เมื่อโรคนี้เป็นมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้ายจริง ๆ ถึงแม้จะให้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น หรือจะใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดที่มีประสิทธิภาพสูงสุด แพทย์ก็ไม่สามารถช่วยชีวิตได้

3.2 โรคมะเร็งปอด (อรรถรรณ หุ่นดี. 2542 : 43 – 48)

มะเร็งปอดเป็นโรคน่ากลัว อาการมักปรากฏช้า ระยะแรกจะไม่มีอาการ แต่เมื่อไรที่มีอาการแสดงว่าโรคเป็นมากแล้ว ทำให้การรักษาสายไปอยู่เสมอ การสูบบุหรี่จัดเป็นเวลานานจะทำให้เกิดเป็นมะเร็งปอดได้อย่างแน่นอน ซึ่งวงการแพทย์ได้ทำการศึกษาค้นคว้ากันมาเป็นเวลานานกว่า 40 ปี และได้รับการพิสูจน์ยืนยันว่าองค์ประกอบภายหลังการเผาไหม้ของบุหรี่ ได้สารที่อาจก่อให้เกิดมะเร็งและสามารถนำมาทดลองทำให้เกิดมะเร็งปอดขึ้นได้

3.2.1 คนไทยเป็นโรคมะเร็งปอดกันมาก การป้องกันโรคทำได้โดยง่ายเพียงไม่สูบบุหรี่ แต่ไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ทั้งจากผู้สูบบุหรี่เอง และรัฐฯ เพราะ

1. มีสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย (นิโคติน) สูบแล้วเลิกยาก
2. ระยะก่อโรครกินเวลานานมาก (20-30 ปี) ขึ้นไป
3. ความสูญเสีย (เงินและสุขภาพ) วันละเล็กน้อย แต่ค่อย ๆ สะสม

ผู้สูบบุหรี่ไม่ได้คิดและไม่รู้สึก

4. รายได้ที่รัฐได้รับจากการผลิตบุหรี่จำหน่าย (กระทรวงการคลัง) มีมากมาย (ปีละกว่า 2 หมื่นล้านบาท) เห็นผลทันที

5. รายจ่ายที่รัฐเสียเพื่อการรักษาโรคที่เกิดขึ้น มากมายหลายเท่ากว่าที่ได้รับ แต่รัฐมองไม่เห็นเพราะไม่ได้รวมเป็นกลุ่มก้อนเหมือนตอนได้รับ เพราะรายจ่ายกระจายไปหลายส่วนของราชการที่มีสถานพยาบาลคือ กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย ฯลฯ รวมทั้งภาคเอกชนและผู้ป่วยต้องจ่ายเอง ฝ่ายทำรายได้ให้รัฐจากการผลิตบุหรี่จึงมองไม่เห็น ฝ่ายผู้รักษาโรคทราบและพยายามช่วยได้ด้วยความยากลำบากเป็นอย่างยิ่ง

3.2.2 อาการของผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งปอด เช่น ไอ ไอมีเสมหะ ไอเป็นเลือด (มักเป็นสาย ๆ ไม่มากนัก) เจ็บหน้าอก และมีอาการเหมือนเป็นไข้หวัดแต่หายยาก นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคมะเร็งทั่ว ๆ ไป เช่น น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ซีดเซียว อ่อนเพลีย ผอมลง โดยรวมกับอาการทางปอด หรือไม่มีอาการทางปอดอย่างชัดเจนก็ได้ อาการสำคัญที่บ่งว่าเป็นมานานแล้ว และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก คือ

1. เสียงแหบ เพราะมะเร็งลุกลามมายังประสาทกล่องเสียง และเกิดอัมพาตของสายเสียง คอไปอาจมีอาการสำลักน้ำ หรืออาหาร
2. บวมหน้า คอ แขน และอกส่วนบน เนื่องจากเลือดคั่งค้าง เพราะเส้นเลือดดำใหญ่ที่นำเลือดดำจากร่างกายส่วนบนเข้าสู่หัวใจซีกขวาถูกก้อนมะเร็งลุกลามมา และกดทับ กดเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจไม่สะดวก
3. หายใจลำบาก หอบเหนื่อย เพราะก้อนมะเร็งอุดหลอดลมซึ่งเป็นท่อทางเดินอากาศหายใจเข้าสู่ปอด หรือไปสู่อุดข้างที่เป็นโรคไม่ได้ มะเร็งลุกลามไปกินเนื้อปอด ไม่มีปอดเหลือพอที่จะทำหน้าที่หายใจ และเกิดน้ำในเยื่อหุ้มปอด เพราะการลุกลามของมะเร็งและปอดถูกกด
4. กลืนลำบาก เพราะมะเร็งลุกลามไปสู่หรือกดหลอดอาหาร
5. เจ็บปอด เนื่องจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปสู่กระดูกหรืออวัยวะใกล้เคียง ๆ บางรายก็ปวดมากจนขยับขยับตัวใด ๆ ก็ไม่อาจบรรเทาได้
6. อัมพาต ลุกไม่ได้ เดินไม่ได้ กลืนอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ เพราะมะเร็งลุกลามไปสมองไขสันหลังหรือกระดูกสันหลัง

เมื่อโรคดำเนินมาถึงระยะดังกล่าวนี้ จะเกิดความทรมานมากทั้งต่อผู้ป่วยเองและแพทย์ ผู้ป่วยทุกรายที่ทราบว่าเป็นโรคนี้นักขอร้องแพทย์เสมอว่า จะตายก็ไม่ว่า ขออย่างเดี๋ยวอย่าให้ทรมาน ซึ่งเป็นที่ทราบกันคืออยู่ว่าแพทย์มีความสามารถเพียงใดก็ช่วยแก้ปัญหาข้อนี้ได้ไม่มากนัก

3.2.3 การรักษาทำอยู่ในปัจจุบันประกอบด้วยวิธีต่าง ๆ ตามระยะของโรคดังนี้

1. ศัลยกรรม ตัดปอดที่เป็นมะเร็งปอด ซึ่งนายแพทย์แกร์หม์ แห่งสหรัฐอเมริกา ทำการผ่าตัดปอดที่เป็นมะเร็งออกได้สำเร็จเป็นรายแรกของโลก เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2476 (ค.ศ.1933) การแพทย์ปัจจุบันยังถือการผ่าตัดเป็นวิธีมาตรฐานที่จะช่วยรักษามะเร็งปอดให้หายได้ แต่วิธีการ ผ่าตัดได้ปรับเปลี่ยนไปตามความรู้และประสบการณ์ใหม่ ๆ ความก้าวหน้าทางวิชาการแขนงอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การดมยาสลบ การเตรียมดูแลคนไข้ก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด ช่วยให้การผ่าตัดช่วยรักษามะเร็งปอดได้รับความสะดวก ปลอดภัย ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของมะเร็งช่วยสนับสนุนให้มีวิธีการรักษาเสริมที่ถูกต้อง ทำให้ผลการผ่าตัดดีขึ้นกว่าในอดีตมาก

2. รังสีบำบัด

3. เคมีบำบัด คือรักษาด้วยยา สุดแต่ระยะของโรคและความเหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละราย วิธีการดังกล่าวนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หรือเสริมการผ่าตัด หรือรังสีให้ได้ผลดีขึ้น

4. ชีวภาพบำบัด เป็นวิธีใหม่ เพื่อกระตุ้น เสริมภูมิคุ้มกันมะเร็งในตัวผู้ป่วยให้ช่วยทำลายมะเร็งเป็นความหวังสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง

5. วิชผสมผสาน อาจนำวิธีดังกล่าวมารวมกันรักษาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

6. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการ เมื่อระยะของโรคเป็นมากและสภาพทางกายของผู้ป่วยไม่เหมาะที่จะให้การรักษาเพื่อทำลายมะเร็งโดยตรงได้ แพทย์ก็ยังคงให้การรักษาด้วยวิธีอื่นเพื่อคงสภาพชีวิตที่ติดคความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยทั้งทางกายและใจต่อไป อาจให้ฮอร์โมนและอาหารเสริม บางรายสภาพการดีขึ้นจนให้การรักษาโดยตรงต่อไปได้ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งแต่ละรายยุ่งยากซับซ้อน แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้เลือกวิธีการที่เหมาะสมให้

3.2.4 ระยะคงชีพสำหรับผู้เป็นมะเร็งปอดนั้น หากเป็นแล้วไม่ได้รับการรักษาเสียแต่ระยะแรก เป็นการแน่นอนว่าจะมีอายุสั้น ภายหลังการวินิจฉัย หากไม่ได้รับการรักษา โดยเฉลี่ยแล้วมีชีวิตรอดอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี ทั้งนี้สุดแต่ความรุนแรงของชนิดมะเร็ง หากผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่พอจะรับการรักษาด้วยมาตรฐาน คือ ผ่าตัดออกได้ ก็มีโอกาสรอดหรือมีชีวิตรอดอยู่เกิน 5 ปีได้สูง ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ปัจจุบัน เช่น การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัด ฯลฯ จะช่วยให้ผลการผ่าตัดดีขึ้น

3.3 โรคมะเร็งในช่องปาก (อรวรรณ หุ่นดี. 2542 : 48 – 49)

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งในช่องปากได้ เมื่อสูบบุหรี่ควันที่ร้อน ๆ ของการสูบบุหรี่จะเข้าไปในช่องปาก ทำอันตรายให้กับเนื้อเยื่อ โดยเฉพาะที่เพดานมักจะเป็แผลง่ายและบ่อยลมหายใจที่เข้าออกจะมีกลิ่นบูหรี่ซึ่งเหม็นมาก เกิดคราบบูหรี่สีเหลืองหรือสีน้ำตาลเกาะบนตัวฟัน และสิ่งที่สำคัญจะทำลายตัวรับรสบนลิ้น ทำให้ไม่อร่อยกับรสอาหาร หรือเครื่องดื่ม กลิ่นปากและการทำลายประสาทของการรับรส เป็นส่วนหนึ่งที่เกิดจากบูหรี่ ในผู้สูบบุหรี่หากจำเป็นต้องถอนฟัน ผ่าตัด ศัลยกรรมในช่องปาก หรือเกิดแผลในช่องปาก มักจะพบว่าแผลหายช้ากว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่สูบบุหรี่ก็อาจเป็นโรคปริทันต์หรือโรคเหงือกได้ จากผลดังกล่าวจะทำให้สูญเสียฟันได้ง่าย สิ่งที่น่ากลัวที่สุดคือผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็น “มะเร็งในช่องปาก” มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 4 เท่า

การสูบบุหรี่สามารถทำให้เกิดมะเร็งในช่องปากและคอ การรักษาโรคมะเร็งจำเป็นต้องสามารถวินิจฉัยโรคนี้อให้ได้ในระยะต้น แต่ส่วนใหญ่แล้วไม่สามารถวินิจฉัยโรคนี้อได้ในระยะต้น

การตายจากมะเร็งช่องปากนั้น ผู้ที่สูบบุหรี่จะตายมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หลายเท่า ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นมะเร็งในช่องปากทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวเองว่าเป็นก็จะต้องตายภายใน 5 ปี

สัญญาณอันตรายที่จะเตือนอาการมะเร็งในช่องปาก ได้แก่ มีแผลแดงบนริมฝีปาก เหงือกหรือภายในช่องปาก ซึ่งไม่หายภายใน 2 - 3 สัปดาห์ มีฝ้าขาวในช่องปากหรือริมฝีปาก บวมหรือมีก้อนนูนในช่องปาก บนคอ ริมฝีปาก หรือลิ้น มีอาการชา หรือปวดในปาก ในคอ โดยไม่สามารถหาสาเหตุได้ มีเลือดออกบ่อย ๆ ในปาก โดยไม่มีสาเหตุปรากฏให้เห็น เป็นต้น

3.4 นิ้วค้ำวนเพราะบุหรี่ (อรรถวรม หุ่นดี. 2542 : 49)

บุหรี่ยังนอกจากจะทำให้เป็นโรคหัวใจ มะเร็งปอด ถุงลมพอง หรือแขนขาเป็นอัมพาตแล้ว ยังอาจทำให้นิ้วแต่งงานต้องตัดทิ้งกลายเป็นคนนิ้วพิการ ทั้งนี้เพราะบุหรี่ยังจะทำให้หลอดเลือดตีบตัน ทำให้นิ้วมีนิ้วเท้าขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดการอักเสบและเน่าเปื่อยในที่สุด โรคนี้ภาษาแพทย์เรียกว่า Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease) พบมากในผู้ชายอายุระหว่าง 20 - 40 ปี ที่ติดบุหรี่ อาการในระยะแรกเริ่มก็คือ มือเท้ามีอาการเย็นและปวด ซึ่งจะเป็นหลังออกกำลังหรือเดินมาก ๆ และจะทุเลาเมื่อได้พัก ต่อมานิ้วมีนิ้วเท้ากลายเป็นแผลเน่า หรือกลายเป็นสีดำเพราะขาดเลือด คนที่สงสัยว่าจะเป็นโรคนี้ควรปรึกษาแพทย์ หากสามารถเลิกบุหรี่ได้ตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นั้นก็ยังสามารถรักษานิ้วมิให้ค้ำวนได้

3.5 สูบบุหรี่ 1 ปีเป็นอันตรายเท่ากับเอกซเรย์ 300 ครั้ง (อรรถวรม หุ่นดี. 2542 : 50)

บทความเรื่องของฝากชิ้นใหม่แก่นักสูบบุหรี่ ตีพิมพ์ในนิตยสารอนุทินแพทย์โอลันระบุว่านักวิทยาศาสตร์พบว่า ถ้าสูบบุหรี่วันละครั้งของภายใน 1 ปี คนผู้นั้นจะมีกัมมันตภาพรังสีในปอดเท่ากับถูกเอกซเรย์ตรวจอกด้วยรังสีเอกซ์ 300 ครั้ง และเชื่อว่าเพราะรังสีเหล่านี้จากบุหรี่เพียงอย่างเดียวเป็นสาเหตุครึ่งหนึ่งของโรคมะเร็งทั้งหมดในคนสูบบุหรี่

บุหรี่ยังมีกัมมันตภาพรังสีได้เพราะใบยาสูบที่ชาวไร่ปลูกนั้นดูดเอาธาตุยูเรเนียม ซึ่งมีปะปนอยู่กับปุ๋ยฟอสเฟตเข้าไป โดยธรรมชาติยูเรเนียมจะสลายตัวเกิดธาตุเรเดียม - 226 ซึ่งจะกลายเป็นเรดอน - 222 และในที่สุดได้ธาตุตะกั่ว - 210 และโพลONIUM - 210 ดันยาสูบสามารถดูดซึมธาตุกัมมันตภาพรังสีต่าง ๆ ในธรรมชาติจากพื้นดิน น้ำ อากาศ นอกจากนี้กระแสลมและเครื่องมือเกษตรกรรมยังช่วยพัดตีฝุ่นธาตุเหล่านี้ให้ฟุ้งขึ้นในอากาศ และไปติดที่ปลายขนเล็ก ๆ ซึ่งมียางเหนียวบนใบยาสูบอีกด้วย

3.6 โรคหัวใจและหลอดเลือด

เกิดจากความผิดปกติจากการทำงานของหัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิต มีปัจจัยเสี่ยง 3 ประการ ได้แก่ การสูบบุหรี่ โคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์

3.7 โรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการที่หัวใจขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง ทำให้หัวใจหยุดเต้น กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือเจ็บหน้าอก

3.8 การตายเฉียบพลันจากโรคหัวใจ

ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดการตายเฉียบพลันจากโรคหัวใจมากเป็น 2 - 4 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงเพิ่มตามปริมาณการสูบบุหรี่

3.9 หลอดเลือดสมองตีบ (Stroke)

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของหลอดเลือดสมองตีบ เกิดจากการแข็งตัวของหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายและความพิการในระดับต่าง ๆ ขึ้นกับบริเวณของสมองที่ได้รับผลกระทบ

3.10 หลอดเลือดส่วนปลายตีบ

เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงแขนขา ส่วนใหญ่จะเกิดที่ขาและเท้า แต่สามารถลุกลามไปที่แขนและมือได้ ซึ่งมีผลให้เจ็บปวดอย่างรุนแรง เป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อส่วนขาตายทำให้ต้องตัดขาเพื่อลดความเจ็บปวด และป้องกันการลุกลาม

3.11 บุหรี่ทำให้เกิดโรคกับคุณแม่และทารกในครรภ์

มารดาที่สูบบุหรี่ขณะที่ตั้งครรภ์หรือได้รับควันหลงของบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์สูง เช่น ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ ทารกคลอดตัวก่อนกำหนด คลอดก่อนกำหนด เสี่ยงต่อการแท้ง ทารกตายคลอด เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ น้ำนมมารดาน้อยกว่าปกติ เป็นต้น

สรุปแล้วการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ และทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร โรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคมะเร็งปอดซึ่งคนไทยเป็นกันมาก โรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งในช่องปาก โรคหลอดเลือดสมองตีบ นิ้วด้วน เป็นต้น นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังส่งผลต่อทารกในครรภ์ เช่น ครรภ์เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด เสี่ยงต่อการแท้ง เป็นต้น การสูบบุหรี่นอกจากจะสูญเสียเงินตราในการซื้อบุหรี่แล้ว ยังต้องเตรียมเงินตราในการบำบัดรักษาโรคที่จะตามมาอีก และเมื่อเกิดโรคที่มีสาเหตุจากบุหรี่แล้วจะต้องเป็นภาระแก่ญาติมิตรในการนำส่งแพทย์ ตลอดจนคอยเฝ้าดูแลปรนนิบัติ เพราะโรคที่เกิดจากบุหรี่ส่วนใหญ่จะทนทุกข์ทรมานเป็นเวลานาน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การสูบบุหรี่ไม่เกิดประโยชน์มีแต่ความสูญเสีย ผลเสียที่เกิดขึ้นไม่เฉพาะตนเองเท่านั้นแต่ยังส่งผลต่อบุคคลรอบข้าง รวมไปถึงผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ร่วมด้วยเป็นเวลานาน ก็มีโอกาสดังกล่าวเช่นเดียวกัน

4. ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อบุคคลใกล้เคียง

การสูบบุหรี่มิได้มีผลกระทบเฉพาะต่อผู้สูบบุหรี่เท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ด้วย เนื่องจากควันบุหรี่ในบรรยากาศ (Environmental tobacco smoke หรือมีชื่อย่อว่า ETS) จะประกอบด้วยควันหลัก 2 ชนิด คือ (U.S. Department of Health and Human Services, 1986 : 78)

4.1 ควันสายหลัก (Mainstream smoke) คือ ควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปในร่างกาย และที่สุดจะพ่นควันนี้ออกสู่อากาศรอบ ๆ ตัวผู้สูบบุหรี่

4.2 ควันสายข้างเคียง (Sidestream smoke) คือ ควันที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ที่อยู่ระหว่างการสูบ หรือบุหรี่ที่ผู้สูดถือไว้เฉย ๆ บางครั้งได้รับการขนานนามว่า “ควันมือสอง” หรือ Second – hand smoke

จากการเปรียบเทียบสารประกอบในควันสายหลักและควันสายข้างเคียง พบว่าสารพิษและสารคาซิโนเจนในควันสายหลักและควันสายข้างเคียง มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน แต่ที่มีความแตกต่างกันคือ ในควันสายข้างเคียงจะมีอนุภาคมุขุมการเผาไหม้ต่ำกว่าในควันสายหลัก ส่งผลให้ปริมาณความเข้มข้นของสารพิษในควันสายข้างเคียงมากกว่าควันสายหลัก คือ ในควันสายข้างเคียงจะมีปริมาณของ แอมโมเนีย เบนซิน คาร์บอนมอนอกไซด์ นิโคติน คาซิโนเจน ไนโตรซามาย แนฟธารามาย แอมมิโนไบโพีนอล เบนบาทาราซิน และ เบนโซไพรีน มากกว่าในควันสายหลัก ดังนั้น การได้รับควันบุหรี่ทางอ้อม หรือการหายใจเอาควันบุหรี่จากการสูบของผู้อื่นเข้าไป จึงถือว่าเป็นปัญหาทางสังคมอย่างหนึ่ง เพราะว่าการสูบบุหรี่ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพอากาศในบริเวณนั้น ๆ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ในสถานที่อากาศไม่ถ่ายเท เช่น ในสถานที่ทำงาน บ้าน หรือร้านอาหาร ยังถือว่าเป็นปัญหาสำคัญต่อผู้ที่ต้องอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่หรือทำงานร่วมกับผู้สูบบุหรี่ (Peter E.S. Freund, 1995 : 63)

ควันบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

1. ผลในระยะสั้น (Allen and Adier, Jr. 1989 : 39 – 40)

1.1 เกิดการระคายเคืองต่อจมูก ตา คอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ ไข้ไม่สบาย การที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบโต้เช่นนี้เพราะ ในควันบุหรี่มีส่วนประกอบทางเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด และมีถึง 48 ชนิด ที่รู้จักในชื่อ คาซิโนเจน ซึ่งเป็นสารประกอบที่ทำให้เกิดมะเร็ง นอกจากนั้นในควันบุหรี่ยังประกอบด้วยสารที่มีพิษร้ายแรงอีกเป็นจำนวนมาก เช่น ชนิดไอระเหย ได้แก่ คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เบนโซไพรีน และชนิดที่เป็นฝุ่นผง ได้แก่ นิโคติน สารไพโลเนน – 210 เป็นต้น

1.2 ทำให้มีอาการกำเริบมากขึ้นในผู้ที่เป็โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืดและโรคปอดเรื้อรัง โดยจะมีอาการหายใจติดขัดหรือถึงขั้นเหนื่อยหอบ

1.3 ในผู้ได้รับควันบุหรี่ที่เป็นโรคหัวใจ จะทำให้เกิดอาการเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอมากขึ้น

2. ผลในระยะยาว (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2547 : 3)

2.1 ในห้องที่อากาศไม่ถ่ายเท การสูบบุหรี่ทุก ๆ 20 มวน จะทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องหายใจเอาควันบุหรี่เข้าไปเป็นปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 มวน

2.2 ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ต้องอยู่ในห้องทำงานหรือในสถานที่แออัดที่มีควันบุหรี่เป็นเวลานาน จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นจากคนทั่วไปเฉลี่ยร้อยละ 10 - 30

2.3 ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ในห้องทำงานที่มีควันบุหรี่ประมาณครึ่งชั่วโมง จะมีปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ ในเลือดเท่ากับคนที่สูบบุหรี่เอง 1 มวน

สรุปแล้วควันบุหรี่นอกจากจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบแล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพของผู้ที่อยู่ใกล้เคียง ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ทำงานในห้องที่อากาศไม่ถ่ายเท เมื่อมีการสูบบุหรี่ทุก ๆ 20 มวน จะทำให้ได้รับควันบุหรี่ในปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 มวน ซึ่งควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ออกมาและควันที่ออกมาจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดทิ้งไว้ นั้น เรียกว่า ควันบุหรี่มือสอง โดยควันดังกล่าวจัดเป็นสารก่อมะเร็งชนิดร้ายแรงที่สุด มีผลทำร้ายผู้ไม่สูบบุหรี่ได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ระคายเคืองต่อจมูก ตา คอ ปวดศีรษะ ไอ มีอาการกำเริบมากขึ้นในผู้ที่ป่วยเป็นโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรคปอดเรื้อรัง และมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นจากคนทั่วไปเฉลี่ยร้อยละ 10 - 30

การสนทนากลุ่ม

1. ความหมายของการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ได้มีผู้ให้ความหมาย ของการสนทนากลุ่มไว้หลากหลาย ดังนี้

โยธิน แสงวดี (อ้างถึงใน พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ. 2540 : 65) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่ม หมายถึง การรวบรวมข้อมูลแบบการนั่งสนทนากับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในลักษณะจับเข่าคุย ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนี้ได้จากการคัดเลือกตามหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ผู้สนใจศึกษาได้กำหนดไว้ โดยถือหลักว่าผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้เป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ และเกี่ยวข้องกับประเด็นที่นักวิจัยสนใจศึกษาและคาดว่าจะป็นกลุ่มบุคคลที่ให้เนื้อหาสาระในการศึกษาได้ละเอียดและดีที่สุด ดังนั้นการสนทนากลุ่มจึงเกิดขึ้นจากการให้มีการนั่งสนทนากัน ระหว่างนักวิจัยกับกลุ่มคนที่เป็นผู้รู้ (Key informants) ที่ควรมีลักษณะต่างๆ ตลอดจนภูมิหลังที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อต้องการที่จะแก้ไขปัญหามาไม่ให้เกิดการครอบงำทางปัญญา หรือความคิดของผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาด้วยตนเอง

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543 : 105-106) ได้ให้ความหมายของ Focus group หมายถึง การสนทนากลุ่ม ๆ ละ 6 - 12 คน การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการศึกษาชุมชน ที่เป็นการสนทนากันในบรรยากาศที่เป็นกันเอง มีการวางแผนและเตรียมการ โดยเรื่องที่สนทนานั้นจะต้องเป็นเรื่องที่กลุ่ม

ให้ความสนใจ มีผู้ดำเนินการสนทนาเป็นผู้จุดประเด็นเพื่อชักจูงให้บุคคลในกลุ่มแสดงความคิดเห็น ได้อย่างลึกซึ้งและละเอียดที่สุดเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงคุณภาพ

เบิร์ก (Berg. 1995 : 68) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่ม หมายถึง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในสิ่งแวดล้อม หรือสถานการณ์หนึ่ง ๆ โดยใช้กลุ่มคนที่เป็นผู้รู้เรื่องที่จะศึกษาชัดเจนเข้ากลุ่มสนทนาภายใต้การนำของผู้ดำเนินการสนทนา ภายในเวลาจำกัด เมื่อมีการเลือกที่เหมาะสมจะเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สนทนาภายในกลุ่ม ความคิดเห็นของคน ๆ หนึ่งในกลุ่มจะไปกระตุ้นให้ผู้ร่วมกลุ่มคนอื่น ๆ อยากแสดงความคิดเห็น เป็นการระดมสมองของสมาชิกในกลุ่ม

วอห์น , ชุม และสินากัป (Vaughn , Schumm and Sinagub. 1996 : 5) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่ม หมายถึง การรวบรวมบุคคลที่เป็นเป้าหมายที่ได้รับการถูกขอร้องจำนวน 6-12 คน โดยมีลักษณะที่คล้ายกัน มีผู้ดำเนินการสนทนาพร้อมด้วยคำถามที่ได้รับการจัดเตรียมเพื่อไปสู่การตอบสนองของผู้ร่วมสนทนา โดยมีจุดมุ่งหมายในการให้ผู้สนทนาแสดงการรับรู้ ความรู้สึกทัศนคติ และความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา การสนทนากลุ่มจะไม่ก่อให้เกิดข้อมูลเชิงปริมาณที่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มใหญ่ได้

กล่าวโดยสรุป การสนทนากลุ่ม เป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการนั่งสนทนากลุ่ม โดยมีกลุ่มบุคคลจำนวน 6 - 12 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน มีความรู้ มีประสบการณ์ และเกี่ยวข้องในประเด็นที่สนใจศึกษาเพื่อให้ได้ข้อสรุปของข้อมูลที่สมบูรณ์ตรงตามประเด็นที่ศึกษา

2. ความสำคัญของการสนทนากลุ่ม

วาริ เกิดคำ (2542:173 - 174) ได้ให้ความสำคัญของการสนทนากลุ่มไว้ ดังนี้

1. เทคนิคการสนทนากลุ่ม จะช่วยประหยัดเวลาว่าการสัมภาษณ์รายบุคคล กลุ่มมีโอกาสดูคุยสนทนาซักถาม ถกประเด็นต่าง ๆ ได้ชัดเจน ได้เรียนรู้แง่มุมของคนภายในกลุ่มด้วยกัน เกิดภาวะความรู้สึกร่วม รับรู้ รับทราบประเด็นต่าง ๆ ซึ่งสภาพการณ์นี้จะไม่เกิด ในการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล และการสนทนากลุ่มในสนามสามารถพูดคุยจัดทำได้ง่าย

2. คุณภาพของข้อมูลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของกลุ่มว่ามีความเป็นกันเอง อยากพูดจากร่วมกัน อยากร่วมแสดงความคิดเห็น และไม่มีผู้ใดผูกขาดการพูด หรือมีท่าทางใช้อำนาจเหนือความคิดผู้ใด ฯลฯ และสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ความสามารถและประสบการณ์ของผู้ดำเนินการสนทนาว่าจะสามารถจัดการกลุ่มให้เกิดการพูดคุยดำเนินไปอย่างราบรื่น สนุกสนาน ทุกคนกระตือรือร้น เวลาผ่านไปอย่างไม่น่าเบื่อหน่าย รวมทั้งได้เนื้อหาข้อมูลครบถ้วนตามหัวข้อที่ต้องการ

3. มีความคล่องตัวในการแสดงความคิดเห็นได้ต่อกันอย่างต่อเนื่อง ในบางครั้งมีแนวความคิดใหม่ ๆ เกิดขึ้นในกลุ่ม เป็นการสร้างโอกาสในการพัฒนาแนวความคิดใหม่ ๆ ที่มีศักยภาพ

4. การที่มีผู้นิยมใช้การสนทนากลุ่มกันอย่างแพร่หลายนั้นเป็นเพราะเชื่อกันว่าเสียค่าใช้จ่ายน้อย นอกจากนี้ยังมีความรวดเร็วในการรายงานผล ทั้งนี้หากผู้วิจัยไม่ต้องการบันทึกที่ถอดออกมาจากเทป ก็จะสามารถผลอย่างคร่าว ๆ ของการวิจัยนั้น ภายในเวลาเพียง 2 – 3 วัน เท่านั้น

3. ขั้นตอนการจัดสนทนากลุ่ม

วารี เกิดคำ (2542 : 174 – 182) และสาธิตา เมธนาวิณ (2541:13 - 18) กล่าวว่า การสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนใหญ่ ๆ 3 ขั้นตอน คือ

3.1 ขั้นเตรียมการสนทนา

3.1.1 สิ่งแรกที่ต้องทำในเรื่องของการสนทนากลุ่ม คือ การกำหนดเรื่องที่จะทำการศึกษา การกำหนดหัวข้อเรื่องนี้ อาจเกิดจากแนวคิด ทฤษฎี หรือเรื่องที่สนใจศึกษานั้นเอง

3.1.2 กำหนดตัวแปรหรือตัวบ่งชี้ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษา เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา ซึ่งการกำหนดตัวแปรนั้น ก็จำแนกแยกแยะมาจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั่นเอง วัตถุประสงค์ต้องการทราบอะไร ก็กำหนดตัวแปรออกมาแล้วนำมาสร้างเป็นคำถามย่อย ๆ

3.1.3 เขียนแนวคำถาม โดยแนวคำถามทุกข้อจะต้องประกอบด้วยตัวแปร แล้วนำมาสร้างเป็นคำถามที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัยที่ชัดเจนที่สุดนั่นเอง นั่นคือนำวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละข้อไปจำแนกตัวแปรแล้วสร้างคำถามย่อย ๆ โดยมีหลักการที่ว่า คำถามแต่ละคำถามต้องตั้งสมมติฐานย่อย ๆ ไว้ในตัวเองว่า ทำไมเป็นอย่างนี้ เพราะอะไร ทำไมอย่างไร เขียนคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อให้ได้คำตอบออกมาในเชิงเป็นเหตุเป็นผลนั่นเอง การเรียงคำถาม ควรจะเริ่มจากคำถามง่าย ๆ เพื่อการเข้าใจ และสร้างบรรยากาศที่คุ้นเคยกันระหว่าง ผู้นำการสนทนา และผู้ร่วมสนทนา สำหรับคำถามหลักนั้นควรอยู่ในช่วงกลาง ๆ ของการสนทนา เพราะเมื่อสมาชิกกลุ่มคุ้นเคยบรรยากาศดีแล้วก็สนทนากันในประเด็นที่สำคัญจะได้คำตอบมากขึ้น และเมื่อซักถามประเด็นสำคัญแล้ว ในตอนท้ายของการสนทนาจึงจะเป็นคำถามเบา ๆ ง่าย ๆ อีกครั้งเพื่อผ่อนคลายบรรยากาศในการสนทนา

3.1.4 คัดเลือกบุคลากร บุคลากรในการสนทนากลุ่มจะประกอบด้วยผู้นำการสนทนา สมาชิกกลุ่ม และผู้จัดบันทึกการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้ได้ข้อมูลสมบูรณ์หรือไม่ จึงต้องพิถีพิถันในการเลือกเป็นพิเศษ

การคัดเลือกผู้นำการสนทนา(Moderator) โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกว่าผู้นำการสนทนาหากไม่ใช่ผู้วิจัยเองจะต้องเป็นผู้ที่รู้เบื้องหลังความต้องการและวัตถุประสงค์โครงการวิจัยเป็นอย่างดี รู้จักทฤษฎีและรู้จักวิธีการควบคุมปัญหา ควบคุมการสนทนาแบบกลุ่มเป็นอย่างดี ผู้นำการสนทนาจะต้องชักจูงให้สมาชิกกลุ่มอธิบายความรู้สึกในประเด็นที่ซักถามนั้นออกมาให้ได้ ว่าจะมีความคิดเห็นหรือมีทัศนคติอย่างไร ผู้นำการสนทนาจะต้องรู้จักนำทฤษฎีหรือความสนใจมาตั้งสมมติฐานตลอดเวลา และจะต้องทดลองสมมติฐานเล็ก ๆ เหล่านั้นก่อนล่วงหน้า โดยการถามปัญหาที่จะนำไปสู่การสนทนาที่ชัดเจน ซึ่งสมมติฐานนี้เป็นสมมติฐานย่อย ซึ่งต่างจากสมมติฐานหลักที่ตั้งไว้แต่แรกควบคุมไว้กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในการนั่งสนทนา ผู้นำการสนทนาจะต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับประกอบการสนทนาไปด้วย โดยพยายามหาความสัมพันธ์ของข้อมูลนั้นกับข้อมูลอื่น ๆ ที่ได้รับมาก่อน ผู้นำการสนทนาที่ดีจึงจะต้องมีความชำนาญในการตั้งสมมติฐานเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ปรากฏขึ้นในวงสนทนา การตั้งสมมติฐานย่อย ๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้นำการสนทนาสามารถสร้างคำถามได้อย่างเหมาะสม และตรงกับจุดมุ่งหมาย ช่วยให้ผู้นำการสนทนาถามตรงตามแนวทางที่ต้องการ

การคัดเลือกสมาชิกสนทนา การคัดเลือกสมาชิกเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการสนทนากลุ่ม เรียกได้ว่าสำคัญเท่า ๆ กับการดำเนินการสนทนากลุ่มเลยก็ว่าได้ เพราะหากไม่ได้บุคคลตรงตามเป้าหมายมาเข้าสนทนากลุ่ม ผลการสนทนากลุ่มก็ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย หรือถ้าได้บุคคลประเภทบุคคลอื่นเรื่องก็จะทำให้การสนทนากลุ่มล้มเหลวกลางคัน หรือถ้าได้บุคคลที่ไม่สามารถแสดงความคิดเห็นและพูดจาเพื่อเชื้อ คุณภาพของข้อมูลก็ค่อยลงไป ผู้วิจัยควรคิดว่าโดยหลักของการจัดสนทนากลุ่มแล้วสมาชิกกลุ่ม ไม่ใช่จะเป็นใครก็ได้ เพราะแม้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพไม่เน้นการเป็นตัวแทน แต่การวิจัยลักษณะนี้เน้นถึงการที่สมาชิกกลุ่มเป็นตัวอย่งที่ดีของชุมชน หรือกลุ่มเป้าหมาย ที่จะสามารถพูดคุยได้ตอบในรูปแบบของกลุ่มการสนทนา ในอันที่จะแสดงทัศนะและค่านิยมของสังคม ตลอดจนถึงประสบการณ์รอบ ๆ ตัวได้ดี และควรหลีกเลี่ยงบุคคลที่ไม่เหมาะสมในการเข้ากลุ่ม เช่น คนที่เป็นผู้บังคับบัญชา คนที่ขี้อายเกินไป คนที่พูดเก่งจนคุมการสนทนาเพียงคนเดียว คนที่ฟังไม่ค่อยได้ยิน คนที่มีปัญหาทางจิตใจ เป็นต้น ซึ่งลักษณะที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เข้าข่ายเหล่านี้ อาจทำให้ข้อมูลที่ได้บิดเบือน หรือทำให้ผู้วิจัยไม่ได้ข้อมูลในเรื่องสำคัญที่ต้องการเช่น ถ้ามีนายจ้างอยู่ในกลุ่มเดียวกับลูกจ้างก็อาจทำให้ลูกจ้างไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แท้จริงเพราะกลัวนายจ้างอาจจะเลิกจ้าง เป็นต้น

3.1.5 เตรียมอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ในการจัดสนทนากลุ่ม อุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล คือ เทปบันทึกเสียง เพราะในวงสนทนานั้น ตลอดการดำเนินสนทนากลุ่ม จะมีการถกประเด็นปัญหา การโต้แย้ง เป็นกระแสความคิดโต้ตอบกันตลอดเวลา ดังนั้นจึงต้องบันทึก

เสียงเอาไว้ เพราะคำตอบที่เป็นการถกประเด็นกันด้วยเหตุผล ถือเป็นหัวใจสำคัญของการสนทนากลุ่ม เทปบันทึกเสียงเป็นอุปกรณ์บันทึกข้อมูลที่ดีที่สุดที่สามารถเก็บรายละเอียด และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันมาก ๆ มันคือจุดที่ละเอียดที่สุดของการวิเคราะห์ข้อมูลนั่นเอง และการตีความต้องพิจารณาละเอียดลงไปถึงเหตุผลที่ถกโต้แย้ง หรือเสนอคำตอบความเห็นนี้ด้วย จะช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลได้คำตอบที่ดีที่สุด ในการจัดการสนทนากลุ่มจะใช้เทปบันทึกเสียง 2 เครื่องบันทึกข้อมูลเหลื่อมล้ำกันประมาณ 5 นาที เพื่อที่จะได้บันทึกข้อมูลส่วนที่เสียไประหว่างการเปลี่ยนเทปและเป็นประโยชน์สำหรับป้องกันการบันทึกข้อมูลไม่คิด นอกจากนี้ก็กันหาย และแบ่งกันฟังในกรณีมีผู้วิจัยหลายด้าน นอกจากเทปบันทึกข้อมูลแล้ว ก็จะต้องมีสมุดจดบันทึกข้อมูลด้วย สำหรับผู้จดบันทึกคำสนทนา นอกจากนี้ก็มีอุปกรณ์สนามอื่น ๆ อีก เช่น ถ่านไฟฉาย เทปเปล่า ดินสอ ฯลฯ นอกจากนี้ควรเตรียมอุปกรณ์ที่จะช่วยเสริมการสนทนากลุ่มให้ดูเป็นธรรมชาติ ได้แก่ น้ำดื่ม ขนม หรืออาจจะเป็นรูปภาพ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจเรื่องหรือประเด็นที่เราสนใจจะถามมากยิ่งขึ้น

3.1.6 จัดเตรียมสถานที่ที่จะจัดสนทนากลุ่ม ควรมีการกำหนดให้แน่นอน ควรเป็นสถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน แดดไม่ร้อน ผู้เข้าร่วมกลุ่มรู้จักดี

3.1.7 จัดเตรียมของกำนัลของที่ระลึกมอบไว้ก่อนจากกัน ให้ไว้แก่สมาชิกกลุ่มที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาร่วมวงสนทนา มิใช่เป็นค่าจ้าง แต่มอบให้รำลึกถึงกันว่าเราเคยมานั่งถกประเด็นปัญหาด้วยกัน

3.1.8 กำหนดระยะเวลาของการดำเนินการจัดสนทนากลุ่มผู้ดำเนินการอภิปราย ควรจะใช้เวลาในการสนทนาไม่เกิน 2 ชั่วโมง 15 นาที นับแต่เริ่มคำถาม เพราะถ้ามากกว่านี้สมาชิกกลุ่มจะล้า คำตอบที่ได้ตอนท้ายเป็นคำตอบที่ผู้ตอบตอบเพื่อให้เสร็จสิ้นการสนทนา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะน้อยลง

3.2 ชั้นดำเนินการสนทนา

เมื่อสมาชิกกลุ่มมาพร้อมกันแล้ว ก็เริ่มดำเนินการสนทนา โดยผู้ดำเนินการสนทนาในที่นี้ คือ ผู้นำการสนทนา แนะนำตนเองและทีมงาน อันประกอบด้วย ผู้นำการสนทนา ผู้จดบันทึกและผู้บริการทั่วไป บางครั้งถ้ามีผู้สังเกตการณ์ (Observer) ก็แนะนำด้วย แล้วอธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการสนทนา วัตถุประสงค์ของการวิจัย และบอกว่าจะมีการบันทึกเทปคำสนทนา ตลอดจนการถกประเด็นปัญหา นอกจากนี้จะมีผู้คอยจดบันทึกคำสนทนาด้วย แล้วจึงเริ่มถามนำด้วยคำถามούνเครื่องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นในการสนทนา หลังจากพิจารณาว่ากลุ่มเริ่มคุ้นเคยกันดีแล้วก็เริ่มคำถามในแนวการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ ชักใช้ไล่เรียง

คำถาม โดยการทิ้งช่วงให้มีการถกประเด็น และได้แย้งกันให้พอสมควร พยายามสร้างบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในในกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนาด้วยกันเอง ควบคุมเกมไม่ให้หุคหนึ่ง อย่าซักถามคนใดคนหนึ่งจนเกินไป คำถามที่ถามไม่ใช่ถามคนเดียว แต่เป็นการสร้างประเด็นปัญหาถามทั้งกลุ่ม ให้กลุ่มถกประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ถ้าไม่จำเป็นอย่าซักถามรายคน ผู้นำการสนทนาจะต้องเป็นผู้ช่างคุย ช่างซัก เป็นผู้ที่มีพรสวรรค์ในการพูดคุย มีการเว้นจังหวะการถามที่ดี

3.3 ชั้นสรุปผลการสนทนา

ข้อมูลของการสนทนาจะถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียงและในแบบจดบันทึก การสนทนาของผู้ร่วมสนทนาที่อยู่ในเทปจะถูกถอดออกมาเป็นบทคำสนทนา โดยละเอียดทุกคำพูด ทุกบททุกตอน เหตุผลที่ถอดละเอียดทุกคำพูด เพราะถือว่าจุดประเด็นสำคัญของคำตอบในการวิเคราะห์อยู่ที่บทของการเสวนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันของสมาชิกภายในกลุ่มการถอดละเอียดทุกคำพูดจะช่วยให้อ่านแล้วได้เข้าใจ และสามารถมองภาพของการสนทนาดังนั้น ๆ ได้ว่ามีบรรยากาศเป็นอย่างไร การมีส่วนร่วมในการถกประเด็นปัญหาของสมาชิกกลุ่มเป็นอย่างไร มีการโต้แย้งกันดีหรือไม่ ดังนี้ เป็นต้น บางโครงการวิจัย จะถอดเทปเพียงบางส่วน อาจถอดเพียง 80% 50% หรือ 30% แล้วแต่ว่าผู้ศึกษาต้องการความละเอียดของข้อมูลมากน้อยแค่ไหน

การถอดเทปข้อมูล ถ้าถอดละเอียดทุกคำพูดก็จะเป็นประโยชน์ ต่อการวิเคราะห์ข้อมูลเพราะง่ายต่อการอ่านและสรุปคำตอบนอกจากนี้คำตอบที่ถอดออกมาเป็นบทสนทนาดังนั้น นอกจากจะใช้วิเคราะห์ในเรื่องที่สนใจศึกษานั้นแล้ว ยังสามารถหยิบยกมาวิเคราะห์เรื่องอื่น ๆ ได้อีก เพราะในวงสนทนาในแต่ละครั้งไม่ใช่ถกเถียงกันเพียงประเด็นเดียว แต่จะมีประเด็นอื่น ๆ คิดพันออกมาด้วย ดังนั้นจึงสามารถนำมาวิเคราะห์เป็นการวิเคราะห์แบบข้อมูลทุติยภูมิต่อไปได้อีก นั่นคือ จัดสนทนาดังหนึ่งเรื่องสามารถวิเคราะห์ได้หลายเรื่อง

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยก็จะอ่านจากบทสนทนาที่ถอดเทปออกมาแล้วจดคำตอบที่ละเอียดที่สุด และให้เหตุผลที่ดีที่สุดในกระดาษจดข้อมูล ซึ่งจัดทำไว้แล้วเขียนเรียงคำตอบไว้ในเครื่องหมายคำพูด ว่าเป็นคำพูดของใคร กลุ่มไหน จัดเมื่อไร เรียงเอาไว้ในคำถามเรื่องอะไร ทำให้เป็นระบบเดียวกัน แล้วก็วิเคราะห์โดยการตีความหมายในรูปของการวิเคราะห์เนื้อหา เหมือนกับการตีความหรือวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพวิธีอื่น ๆ เช่นกัน ถ้ามีผู้วิเคราะห์หลายคน และมีความคิดเห็นไม่ตรงกันหรือแปลผลไม่ตรงกัน ก็จะกลับไปฟังรายละเอียดในเทปใหม่เพื่อความกระจ่างนั่นเอง การที่มีการถกประเด็นปัญหาในคำตอบของสมาชิกกลุ่มจะเป็นการช่วยไม่ให้ผู้วิจัยลำเอียงในการตีความเป็นคำตอบแต่ละคำตอบ จะมีเหตุผลห้อยท้ายมาเสมอ ประกอบกับในแต่

ละเรื่องจะจัดสนทนาหลายกลุ่ม ดังนั้นจึงสามารถนำคำตอบในเรื่องเดียวกันมาตรวจสอบความชัดเจนของเหตุผลกันได้ (Cross check) ซึ่งจะขจัดความลำเอียงของผู้วิจัยได้

4. ข้อดีและข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม

วารี เกิดคำ (2542 : 183 – 185) และสาธิตา เมธนาวัน (2541:23 - 24) กล่าวถึง การสนทนากลุ่มว่ามีข้อดีและข้อจำกัดดังนี้

4.1. ข้อดีของการสนทนากลุ่ม

4.1.1 เป็นการนั่งสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้รู้ให้ข้อมูลหลาย ๆ คนที่เป็นกลุ่ม ดังนั้น จึงก่อให้เกิดการสนทนากันในเรื่องที่สนใจไม่มีการปิดบัง เพราะกลุ่มส่วนใหญ่มีการแสดงความคิดเห็น ถ้าประเด็นต่าง ๆ ยังไม่ชัดเจนเพียงพอก็สามารถซักถามต่อไปได้เพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนที่สุดในกลุ่ม

4.1.2 การสนทนากลุ่ม จะเป็นการสร้างบรรยากาศสนทนาให้เป็นกันเอง ระหว่างผู้นำการสนทนากับสมาชิกกลุ่ม สนทนาหลาย ๆ คนพร้อมกันจึงลดภาระการเขินอายออกไป สมาชิกกล้าคุย กล้าแสดงความคิดเห็น เป็นเพราะมีพวกที่ลักษณะคล้าย ๆ กันอยู่ด้วย

4.1.3 การใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ถ้าผู้วิจัยเป็นผู้นำการสนทนา แม้ว่าแนวคำถามจะไม่ละเอียดนักหรือยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาดีเท่าที่ควร แต่เมื่อดำเนินการสนทนาไปแล้ว ผู้วิจัยก็สามารถสร้างแนวคำถามขึ้นมา โดยการตั้งคำถามต่อจากคำตอบที่สมาชิกกลุ่มตอบมา หรือวิพากษ์คำถามนั้น โดยการโต้แย้งซึ่งวิธีการนี้จะช่วยให้ได้ข้อมูลละเอียดละเอียดและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษายิ่งขึ้น

4.1.4 คำตอบจากการสนทนากลุ่ม ก็มีลักษณะเป็นคำตอบเชิงเหตุผลคล้าย ๆ กับการรวบรวมข้อมูลแบบเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้ประโยชน์เสริมในการอธิบายข้อมูลในเชิงปริมาณ

4.1.5 ประหยัดเวลา และงบประมาณของผู้วิจัยในการศึกษาเรื่องเดียวกันจาก ประชากรบางกลุ่มและในชุมชนบางแห่ง เพราะแทนที่จะเสียเวลาไปนั่งสังเกตการณ์และเข้าร่วมทำ ความสนทนากลุ่มเป็นเดือน เป็นปี

4.1.6 ทำให้ได้รายละเอียดลึกซึ้งซึ่งสามารถตอบคำถามประเภททำไม และอย่างไร ซึ่งการวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถบอกได้

4.1.7 การสนทนากลุ่มจะช่วยลดอิทธิพลของวัฒนธรรม และคุณค่าต่าง ๆ ของ สังคมนั้นได้ เนื่องจากสมาชิกของกลุ่มมาจากวัฒนธรรมเดียวกัน

4.2 ข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม

4.2.1 ถ้าวัตถุประสงค์ของการวิจัยยังคลุมเครือไม่ชัดเจน ก็ยากต่อการกำหนดตัวแปรและการสร้างแนวคำถาม การสนทนากลุ่มก็จะไปคนละทิศคนละทาง และได้คำตอบไม่สอดคล้องกับสิ่งที่อยากจะรู้อะไรจริงๆ

4.2.2 การสร้างแนวคำถามถ้าวางรูปแบบคำถามไม่ราบรื่นและไม่ต่อเนื่องกัน จะทำให้การถามวาทกรรมคนถามก็เบื่อ คนร่วมกลุ่มสนทนาก็งง ไม่ทราบว่ากำลังคุยอะไรกันแน่

4.2.3 การคัดเลือกสมาชิกผู้เข้าร่วมวงสนทนาจะต้องได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยต้องมีลักษณะต่าง ๆ ที่เหมือนกัน (Homogeneous) ซึ่งก่อนข้างจะหายาก

4.2.4 ถ้าพฤติกรรมหรือความคิดเห็นหรือทัศนคติในบางเรื่อง ซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชน อาจจะไม่ได้รับการเปิดเผยในวงสนทนากลุ่ม

4.2.5 ถ้าผู้นำการสนทนากลุ่มไม่ได้รับการฝึกฝนให้เป็นผู้ดำเนินการสนทนาที่ดีเตรียมตัวไม่พร้อม นั่งคุยเกมการสนทนาไม่ได้นาน ก็จะทำให้วงสนทนาดำเนินไปได้ไม่ราบรื่น อาจจะทำให้รูปกลุ่มเสียไปเลยก็ได้

4.2.6 การสนทนากลุ่มทำได้เพียงบางเรื่องเท่านั้น มิใช่จะทำการศึกษาได้ทุกเรื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจะต้องพิจารณาว่าเรื่องใดควรจะใช้การสนทนากลุ่ม ถ้าใช้การสนทนากลุ่มจะคุ้มกันหรือไม่ จะได้คำตอบมากมายพอกับวิเคราะห์และตีความเพียงใด

4.2.7 ควรใช้ผู้นำการสนทนาที่สามารถพูดภาษาของสมาชิกในกลุ่มสนทนาหรือในพื้นที่ที่ทำการศึกษ เพื่อถ่ายทอดการสื่อความหมาย การถามการสร้างบรรยากาศลดจนการควบคุมเกมให้เป็นกันเอง

4.2.8 เหตุการณ์หรือพฤติกรรมหรือคำตอบในบางประเด็นคำถามที่สมาชิกกลุ่มคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาและเคยชินอยู่แล้ว บางทีสมาชิกกลุ่มนี้ก็ไม่ถึง ลืมหยิบมาตอบ ทำให้นักวิจัยไม่ได้คำตอบในประเด็นดังกล่าว

อย่างไรก็ตามการจัดสนทนากลุ่มก็ยังเป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลที่นิยมใช้กันมากและมีจุดเด่น คือ การนำพลวัตรของกลุ่มมาเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการสนทนาแสดงความคิดเห็นและทัศนคติของตนออกมาอย่างเปิดเผยและจริงใจ (สาธิตา เมธนาวิณ. 2545 : 24) ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมักเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นทัศนคติ ความคิดเห็น และแบบแผนพฤติกรรมที่อยู่เบื้องหลัง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยในประเทศ

สมชัย ชื่นตา และคนอื่น ๆ (2536) ได้วิจัยเรื่อง การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในจังหวัดมุกดาหารต่อกฎหมายเกี่ยวกับยาสูบ พ.ศ. 2535 ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 94.5 เห็นด้วยกับการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับสาระสำคัญของพระราชบัญญัตินี้ พบว่า

1. ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการกำหนดให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมดในขณะที่ทำการ คือ รถยนต์รับ – ส่ง นักเรียน (ร้อยละ 93.2) เครื่องบินโดยสารภายในประเทศ (ร้อยละ 92.5) รถยนต์โดยสารประจำทาง (ร้อยละ 90.9) ลิฟต์โดยสาร (ร้อยละ 90.7) ตู้โดยสารของการรถไฟเฉพาะส่วนที่มีระบบปรับอากาศ (ร้อยละ 88.9) รถยนต์โดยสารรับจ้าง (ร้อยละ 85.4) และห้องชมมหรสพ (ร้อยละ 83.8)

2. ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการกำหนดให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้ เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมดขณะทำการ ยกเว้นห้องพัก/ห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงาน คือ สถานที่รับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน (ร้อยละ 77.0) ห้องสมุด (ร้อยละ 75.2) โรงเรียนและสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 74.6) และอาคารแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์ (ร้อยละ 73.6)

3. ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการกำหนดให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้ เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมดขณะทำการ ยกเว้นบริเวณที่จัดไว้เป็นเขตสูบบุหรี่ และห้องพัก/ห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงาน คือ ศูนย์การค้า/ห้างสรรพสินค้า เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ (ร้อยละ 72.4) สถานที่ราชการ/รัฐวิสาหกิจเฉพาะบริเวณที่ประชาชนไปติดต่อเป็นปกติ (ร้อยละ 70.9) สถานพยาบาล (ร้อยละ 70.6) ที่พักผู้โดยสารรถยนต์ประจำทางบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ (ร้อยละ 70.3) ธนาคาร/สถาบันการเงินบริเวณที่มีประชาชนเข้าไปใช้บริการเป็นปกติ (ร้อยละ 69.4) สนามกีฬาในร่ม (ร้อยละ 68.7) และอาคารของมหาวิทยาลัย/วิทยาลัย/สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา (ร้อยละ 68.3)

4. ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการกำหนดให้สถานที่จำหน่ายอาหารและสถานที่จัดเลี้ยง เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ (ร้อยละ 74.6) และรถไฟโดยสารของการรถไฟทั่วไป (ร้อยละ 71.2) เป็นสถานที่สาธารณะที่ปลอดบุหรี่อย่างน้อยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ทั้งหมด และอีกส่วนหนึ่งกำหนดให้เป็นเขตสูบบุหรี่

5. ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการลงโทษผู้ฝ่าฝืนพระราชบัญญัตินี้ คือการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่จะถูกปรับไม่เกินสองพันบาท (ร้อยละ 81.7) ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ จะถูกปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

(ร้อยละ 80.0) และการไม่จัดให้มีเครื่องหมายในเขตปลอดภัยหรือเขตสุขบุรี จะถูกปรับไม่เกินสองพันบาท

6. ปัจจัยด้านเพศ อาชีพ และการเคยสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเห็นด้วยต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

ขนิษฐา ธรรมนิยม (2537) ได้วิจัยเรื่อง ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายต่อพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่านักเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.99) มีความรู้ในระดับที่ควรปรับปรุง แต่มีทักษะและการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี และปัจจัยทางลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ สถานที่โรงเรียน อายุ สถานศึกษา และสังกัดสถานศึกษา มีผลต่อความรู้ และปัจจัยเกี่ยวกับเพื่อนสนิทใกล้บ้าน ชั้นปีที่ศึกษา สถานศึกษา และสังกัดสถานศึกษา มีผลต่อทักษะ ส่วนปัจจัยด้านอายุ เพศ ที่ เพื่อนสนิท ญาติ ครู ชั้นปีที่ศึกษา สถานศึกษา และการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในรูปของกฎหมาย มีผลต่อการปฏิบัติตน ปัจจัยด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มสูบและกลุ่มไม่สูบ พบว่า ไม่มีผลต่อความรู้และทักษะ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนตามพระราชบัญญัตินี้ พบว่า ความรู้และการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับทักษะ แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน

บุพยงค์ เขียวบำรุงเกียรติ (2538) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยการเข้ารับบริการคลินิกอดบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะในทางเห็นด้วย คือ ร้อยละ 92.2 เห็นด้วยว่า บุหรี่ทุกชนิดมีผลต่อสุขภาพของผู้สูบเท่ากับบุคคลข้างเคียง ร้อยละ 90.9 เห็นด้วยที่มีบทลงโทษที่ชัดเจนสำหรับผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และรองลงมา ร้อยละ 87 เห็นด้วยว่า สังคมส่วนใหญ่เริ่มรังเกียจผู้สูบบุหรี่ ส่วนทักษะต่อการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ว่ามีส่วนทำให้สังคมมีระเบียบและเคารพกฎเกณฑ์ และร้อยละ 77.3 เห็นด้วยที่ให้รัฐบาลรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการจากคลินิกอดบุหรี่ แบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การเห็นโทษของบุหรี่ และสุขภาพทรุดโทรมเนื่องจากเกิดโรคจากบุหรี่
2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับอิทธิพลจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน โดยผู้xorองให้กลุ่มตัวอย่างเลิกบุหรี่ ร้อยละ 26.6 เป็นคู่สมรส ร้อยละ 16.9 เป็นบิดามารดา และผู้แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างเลิกบุหรี่ ร้อยละ 34.4 คือเพื่อน รองลงมา ร้อยละ 24 คือแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์

นอกจากนี้สื่อทางโทรทัศน์เป็นสื่อการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างชื่นชอบประทับใจ และใช้ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่ได้ผล ส่วนสภาพแวดล้อมจากที่ทำงานโดยการสนับสนุนชักชวน การผลักดันจากเพื่อนและเจ้านาย ตลอดจนการส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพแก่ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ ล้วนส่งผลต่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลิกบุหรี่

สุภาณี สันตยากร (2540) ได้วิจัยเรื่อง ความรู้และความตระหนักต่อกฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่ของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนในสถานีตำรวจจังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า ข้าราชการตำรวจมีความรู้ต่อกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอายุมีผลต่อความรู้เรื่องดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความตระหนักที่มีต่อกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับสูง ประเภทข่าวสารทางสื่อมวลชนและความถี่ในการได้รับข่าวสารทางสื่อมวลชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสื่อทางโทรทัศน์มีผลกระทบมากที่สุดถึงร้อยละ 81 และการได้รับข่าวสารทุก ๆ วัน มีจำนวนถึงร้อยละ 61 สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความตระหนักนั้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทวีศักดิ์ เสวตเสริม (2540) ได้วิจัยเรื่อง การศึกษาความคิดเห็นของประชาชน และความเป็นไปได้ของโครงการพื้นที่อากาศสดใส : กรณีศึกษาจังหวัดแพร่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีความน่าจะเป็นที่จะทำให้โครงการประสบผลสำเร็จมากกว่าเพศหญิง และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความน่าจะเป็นที่จะทำให้โครงการประสบผลสำเร็จมากกว่าคนโสด และในกรณีการประชาสัมพันธ์โครงการก็มีผลต่อความเป็นไปได้ที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จถึง 3 เท่า ในส่วนของการกำหนดพื้นที่อากาศสดใสนั้น พื้นที่ที่มีโอกาสเป็นไปได้มาก ในการกำหนดเป็นเขตอากาศสดใส คือ สถานเลี้ยงเด็กอ่อน โรงพยาบาล สถานีอนามัย สถานศึกษา สถานที่ราชการ รถโดยสาร โรงภาพยนตร์ เป็นต้น เมื่อวิจัยถึงผลกระทบที่เกิดจากโครงการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การดำเนินงานของโครงการมีผลกระทบทั้งส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดผลดีทั้งด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ ในกรณีของผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การจัดพื้นที่เขตอากาศสดใส ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีการลดการสูบบุหรี่ลงได้ อีกทั้งยังทำให้เป็นการประหยัด ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และเมื่อพิจารณาถึงผลด้านสิ่งแวดล้อม ก็จะพบได้ว่ามีส่วนที่จะช่วยให้สิ่งแวดล้อมดีขึ้น นั่นก็คือพื้นที่ต่าง ๆ ปลอดภัยจากควันบุหรี่ของการสูบบุหรี่ ส่วนด้านผลกระทบจากโครงการ ในด้านความรู้สึกต่อโครงการว่าเป็นเรื่องของการถูกจำกัดสิทธิหรือไม่นั้น ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า เป็นสิ่งที่มีผลกระทบน้อยมาก และผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ยังยอมรับในเรื่องของการกำหนดพื้นที่ที่จะให้สูบบุหรี่ได้ โดยยินยอมที่จะปฏิบัติตามในที่มีเครื่องหมายจุดสูบบุหรี่และสูบบุหรี่ได้

ซูชัย สุภวงส์ และคนอื่น ๆ (2540) ได้วิจัยเรื่องกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในร้านอาหารที่มีห้องอาหารปรับอากาศ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีในเรื่องโทษภัยของบุหรี่ต่อตัวผู้สูบและผู้ที่อยู่ใกล้เคียงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.9) มีความเห็นว่าการขยายเขตปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้นจากเดิมคือร้อยละ 50 ของพื้นที่ทั้งหมด เป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 92.5 มีความเห็นว่าร้านอาหารที่ไม่มีระบบปรับอากาศก็ควรจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ด้วย ส่วนการลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎหมายซึ่งสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่นั้น ร้อยละ 96.3 เห็นด้วยกับการลงโทษผู้ฝ่าฝืน นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มประชาชนจำนวน ร้อยละ 81 มีความรู้ว่าการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ของห้องอาหารที่มีระบบปรับอากาศเป็นการทำผิดกฎหมาย โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง หรือระหว่างผู้สูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่

วารกรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ (2542) ได้วิจัยเรื่อง การศึกษาความรู้และทัศนคติของข้าราชการ ในจังหวัดนครสวรรค์ที่มีต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ผลการวิจัยพบว่า ข้าราชการมีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 7.22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน หรือร้อยละ 48.13 โดยข้าราชการมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.00) มีความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญทั่วไปของพระราชบัญญัติอยู่ในระดับต่ำ (54.75) และมีความรู้เกี่ยวกับชื่อ/ลักษณะของสถานที่สาธารณะที่คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และบทลงโทษตามพระราชบัญญัตินี้ อยู่ในระดับต่ำมาก (ร้อยละ 41.25 และร้อยละ 36.50 ตามลำดับ) ส่วนทัศนคติพบว่า ข้าราชการมีทัศนคติต่อพระราชบัญญัตินี้โดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก นอกจากนี้ ข้าราชการจำนวนร้อยละ 39.50 ได้เสนอแนะว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ควรปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้อย่างเคร่งครัด จริงจังและสม่ำเสมอ สถานที่สาธารณะที่คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ควรติดป้ายบอกให้ชัดเจน ควรเพิ่มบทลงโทษแก่ผู้ฝ่าฝืน และลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนพระราชบัญญัตินี้อย่างจริงจัง

เอมอร พุฒิปิสิฐเชษฐ (2542) ได้วิจัยเรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ ผลการวิจัยพบว่า คนไทยมีการรับรู้ในเรื่องอันตรายจากบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้เรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2540 และการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับมาก โดยการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ด้านพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ ต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะดับบุหรี่ก่อนเข้าไปในเขตห้ามสูบบุหรี่ รวมทั้งก่อนสูบบุหรี่จะมองคว้ามียาห้ามสูบบุหรี่ในบริเวณนั้นหรือไม่ และมีความระมัดระวังไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ที่มีประชาชนอยู่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่ต้องการให้ควันบุหรี่

รบกวนผู้ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งสะท้อนว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ให้ความเคารพในกฎหมาย โดยมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 14.3) ที่สูบบุหรี่ในเขตห้ามสูบบุหรี่ เนื่องจากเห็นว่ามีคนอื่นสูบบุหรี่จึงคิดว่าตนเองสามารถสูบบุหรี่ได้ รวมทั้งคิดว่ากฎหมายห้ามสูบบุหรี่ไม่มีผลบังคับใช้อย่างจริงจัง ส่วนพฤติกรรมของผู้ไม่สูบบุหรี่ต่อการพิทักษ์สิทธิของตนเองจากการได้รับควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ พบว่า ผู้ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพื่อไม่ให้ตนเองต้องได้รับควันบุหรี่ โดยการเดินเลี่ยงหรือไม่ไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้สูบบุหรี่อยู่ แต่ในส่วนการแสดงพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิของตนเองอย่างชัดเจน เช่นการเรียกร้องให้สถานที่ที่ตนเองอยู่เป็นเขตปลอดบุหรี่ การพูดตำหนิผู้ที่สูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ หรือการขอร้องให้ผู้สูบบุหรี่ใกล้ ๆ หยุดสูบบุหรี่ พบว่าอยู่ในระดับน้อย

จำเนียร โหม่ปิยะ (2543) ได้วิจัยเรื่อง ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของประชากรในเขตจังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพในระดับต่ำ แต่ข้าราชการมีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัตินี้ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณหมายควบคุมยาสูบในเรื่องเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 จากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์ ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และศาสนาของข้าราชการ ประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัตินี้ และปัจจัยทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา รายได้ นอกจากนี้ คนที่เคยสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ (2545) ได้วิจัยเรื่อง ความคิดเห็นต่อการประกาศเขตปลอดบุหรี่ : กรณีศึกษาผู้ประกอบการและประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,254 คน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการห้ามสูบบุหรี่ ดังนี้

1. ด้านความสนใจข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.8 ให้ความสนใจข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ โดยกลุ่มผู้ที่สนใจ ได้ให้ความสนใจเรื่องเกี่ยวกับ โทษ พิษ ภัย และผลกระทบของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ ซึ่งแหล่งข่าวสารที่รับทราบข้อมูลความรู้เรื่องบุหรี่มากที่สุด คือ โทรทัศน์ (ร้อยละ 89.8) และยังมีความคิดเห็นต่อปริมาณข่าวสารเกี่ยวกับเรื่อง การรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ในปัจจุบันว่า มีน้อยเกินไป (ร้อยละ 64.6)

2. ด้านความเชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.5 มีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และร้อยละ 95.4 ทราบว่าผู้ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งได้

3. ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับความเข้มงวดของมาตรการในการห้ามสูบบุหรี่ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.9 มีความเห็นว่า มีความเข้มงวดน้อยเกินไป และความคิดเห็นต่อการให้ความร่วมมือของผู้คนทั่วไปในการปฏิบัติตามข้อห้ามในการงดสูบบุหรี่ในที่ต่าง ๆ ร้อยละ 70.9 มีความเห็นว่ายังไม่ดี

2. งานวิจัยในต่างประเทศ

เพเดอร์สัน และคนอื่น ๆ (Pederson and others. 1986, อ้างถึงในเอมอร์ พุฒิพิสิฐเชฐ. 2542) ได้วิจัยเรื่อง การสำรวจประชามติเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมาย ในการจำกัดการสูบบุหรี่ในเมืองออนตาริโอ ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่จะทราบถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ โดยที่ตนเองเป็นผู้สูบ (Active smoke) มากกว่าผลเสียของการได้รับควันบุหรี่ โดยที่ตนเองมิได้เป็นผู้สูบ (Passive smoke) นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับกฎหมายจำกัดการสูบบุหรี่ในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ในสถานรับเลี้ยงกลางวัน สถานบริการทางสุขภาพ ซึ่งควรจะห้ามสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด อย่างไรก็ตาม ยังมีความคิดเห็นหลายประการที่แตกต่างกันต่อประเด็นที่ว่า กฎหมายดังกล่าวมีผลในการช่วยให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่ ความคิดเห็นเหล่านี้จะแปรเปลี่ยนไปตามสภาพภูมิประเทศ และที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะในเขตเมือง ซึ่งกฎหมายจะมีความเข้มงวดมากกว่า

สแตนวิก และคนอื่น ๆ (Stanwick and others. 1988, อ้างถึงในเอมอร์ พุฒิพิสิฐเชฐ. 2542) ได้วิจัยเรื่อง การตอบสนองของร้านค้าปลีกย่อย 490 แห่ง และภัตตาคาร 161 แห่ง ในเมืองวินนิเพก ประเทศแคนาดา ต่อกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 87 ของประชากรทราบว่าในเมืองวินนิเพกมีกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ร้อยละ 48 ทราบว่าจะพบเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่ที่ไหนบ้าง ร้อยละ 22 ทราบว่ามีการปรับเมื่อทำผิดกฎหมาย มีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่รู้อัตราค่าปรับ นอกจากนี้ร้อยละ 60 ของร้านค้าปลีกย่อย และร้อยละ 93 ของภัตตาคารให้จัดร้านของตนเป็นเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 58 ของภัตตาคาร จะเตือนลูกค้าเมื่อเขาสูบบุหรี่ในที่ที่มีได้จัดไว้ให้ และยังพบว่า กฎหมายดังกล่าวมีผลมากในการก่อให้เกิดเขตปลอดบุหรี่มากขึ้นในเมืองวินนิเพก นอกจากนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอว่า ควรจะจัดให้มีการติดป้ายหรือสัญลักษณ์ของการไม่สูบบุหรี่ให้เด่นชัด และมีจำนวนเพียงพอ เนื่องจากป้ายและสัญลักษณ์เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จที่ดียิ่งกว่าการประกาศใช้กฎหมาย เพราะเมื่อพบเห็นป้ายเหล่านี้บ่อยขึ้น ประชาชนก็อาจจะงดหรือละเว้นการสูบบุหรี่

โรโอะ โอตซูกะ และคนอื่น ๆ (Ryo Otsuka and others. 2001) ได้วิจัยเรื่อง ผลกระทบที่ร้ายแรงของการสูบบุหรี่มือสองที่มีต่อการไหลเวียนของกระแสโลหิตในหลอดเลือดหัวใจของวัยเริ่มเข้าสู่ผู้ใหญ่ โดยทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวญี่ปุ่นอายุ 27 ปี จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า การที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่ ทำให้อัตราความเร็วในการไหลเวียนของกระแสโลหิตในหลอดเลือดหัวใจของผู้ไม่สูบบุหรี่ลดลง ซึ่งเป็นหลักฐานยืนยันได้ว่า การสูบบุหรี่มือสอง เป็นสาเหตุของการเสื่อมประสิทธิภาพในการไหลเวียนของโลหิตในผู้ไม่สูบบุหรี่

ฟูมิโอะ โมริยา และคนอื่น ๆ (Fumio Moriya and others. 2004) ได้วิจัยเรื่อง ระดับนิโคตินสูงในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่กระทำการฆ่าตัวตาย โดยได้ศึกษาหาระดับนิโคตินในร่างกายของผู้เสียชีวิตจำนวน 31 คน จากการผ่าศพในระหว่างเดือนตุลาคม 2545 ถึงเดือนธันวาคม 2546 ผลการวิจัยพบว่า ในจำนวนผู้ที่เสียชีวิต 31 คน เป็นผู้สูบบุหรี่ 13 คน ซึ่งมี 8 คน ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยมีระดับนิโคตินในเลือดสูงถึง 65.1 – 205 ไมโครกรัม และอีก 5 คน เสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น โดยมีระดับนิโคตินในเลือดเพียง 4.4 – 62.1 ไมโครกรัม และยังพบอีกว่าระดับนิโคตินในเลือดของคนสูบบุหรี่ที่ฆ่าตัวตายจะสูงกว่าคนสูบบุหรี่ที่ตายจากสาเหตุอื่นถึง 3.5 เท่า

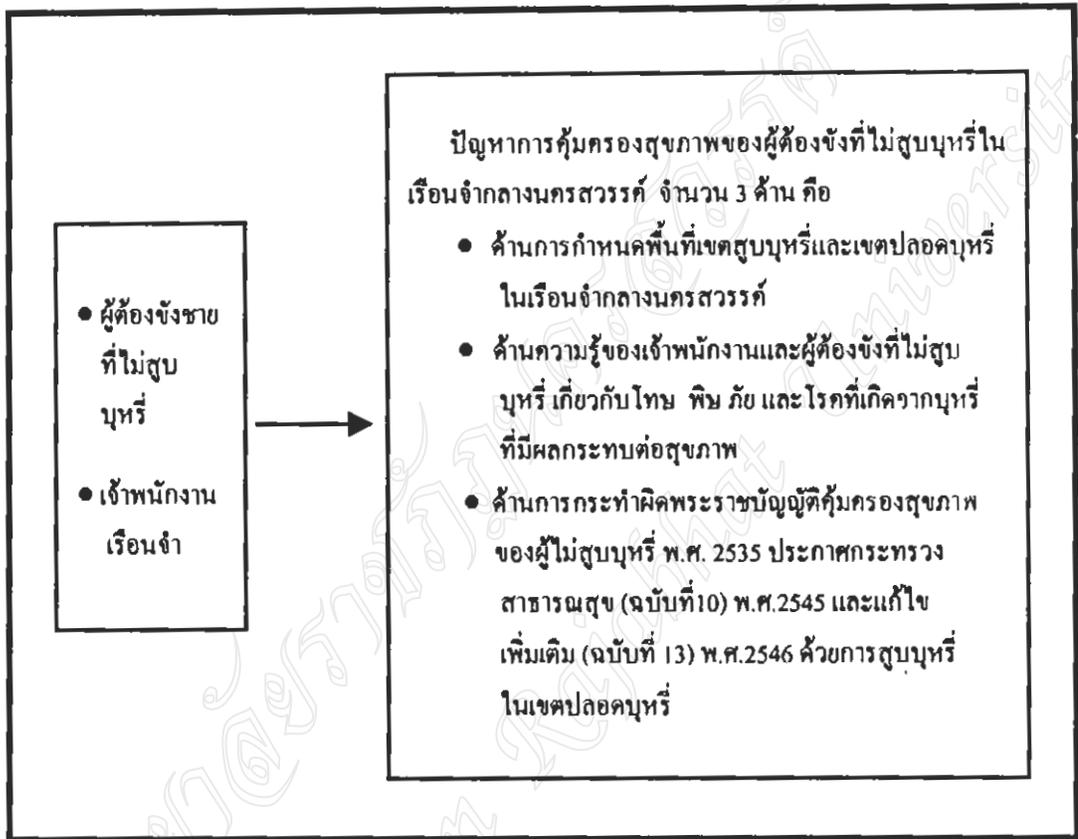
องค์การอนามัยโลก (World Health Organization. 2004) ได้วิจัยเรื่อง ผลกระทบของการสูบบุหรี่ที่มีต่อประชาชน ผลการวิจัยพบว่า การบริโภคยาสูบหรือการสูบบุหรี่ทำให้ประชาชนยากจนขึ้น เป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลกปีละ 5 ล้านคนก่อนวัยอันควรที่สามารถป้องกันได้ และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้กำหนดมาตรการหลัก ๆ ที่แต่ละประเทศจำเป็นต้องมีเพื่อป้องกันการสูญเสียดังกล่าว ได้แก่ การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ การตรวจจับการลักลอบนำเข้าบุหรี่เถื่อน การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ มาตรการด้านราคาและภาษี การรณรงค์ให้สังคมรับรู้ถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ รวมถึงการพิมพ์คำเตือนและการช่วยให้ผู้ที่ติดเลิกสูบ โดยกำหนดเป็นมาตรการที่เรียกว่า กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบ

กรอบความคิดในการวิจัย

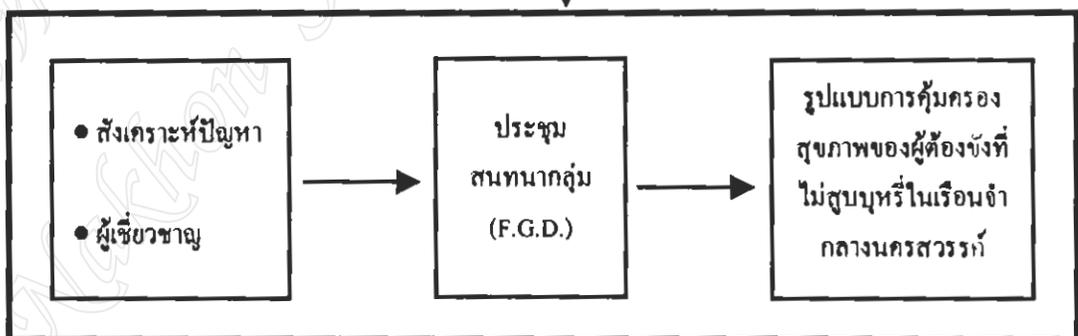
สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายเล่ม และได้พบว่า ควันบุหรี่เป็นผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบและผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียงหลายประการ เช่น อาจทำให้เกิดมะเร็งของปอดและอวัยวะอื่น ๆ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น ซึ่งประชาชนคนไทยส่วนใหญ่ได้เกิดความตระหนักถึงโทษ พิษ ภัย ของบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ จึงได้มีการรณรงค์และผลักดันให้มีการตราพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ขึ้น เพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้รอดพ้นจากควันบุหรี่ที่ตนเอง ไม่ได้สูบ

กอปรกับกรมราชทัณฑ์ได้เห็นความสำคัญและตระหนักถึงโทษ พิษภัย ของคว้นนุหรีที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ จึงได้กำหนดมาตรการคุ้มครองสุขภาพเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ ตามหนังสือที่ ยธ 0908/614 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2547 เรื่องการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับนุหรีให้เป็นรูปธรรม โดยได้สั่งการให้เรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศกำหนดพื้นที่เขตสูบบุหรี่และเขตปลอดนุหรีภายในเรือนจำ และให้ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษ ภัย ของนุหรีแก่เจ้าหน้าที่และผู้ต้องขัง รณรงค์ ชักชวนให้ผู้สูบบุหรี่เลิกนุหรี นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยของชนินฐา ธรรมเนียม (2537) สุภาณี สันตยากร (2540) วราภรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ (2542) และจำเนียร ไหมเปียะ (2543) ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษ ภัย ของนุหรีที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ถึงต่ำมาก จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบความคิดในการวิจัย เพื่อทำการศึกษาปัญหาการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ในเรือนจำกลางนครสวรรค์ จำนวน 3 ด้าน คือ ปัญหาด้านการกำหนดพื้นที่เขตสูบบุหรี่และเขตปลอดนุหรีในเรือนจำ ปัญหาด้านความรู้ของเจ้าพนักงานและผู้ต้องขังเกี่ยวกับโทษ พิษ ภัย และโรคที่เกิดจากนุหรีที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และปัญหาด้านการกระทำผิดพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2546 ด้วยการสูบบุหรี่ในเขตปลอดนุหรี เสร็จแล้วนำปัญหาที่ได้รับมาสังเคราะห์หาแนวทางแก้ไข และกำหนดเป็นรูปแบบการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ในเรือนจำกลางนครสวรรค์ ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบความคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 2.1

ช่วงที่ 1 การศึกษาปัญหาการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ในเรือนจำกลางนครสวรรค์



ช่วงที่ 2 รูปแบบการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ในเรือนจำกลางนครสวรรค์



ภาพที่ 2.1 กรอบความคิดในการวิจัย รูปแบบการคุ้มครองสุขภาพของผู้ต้องขังที่ไม่สูบบุหรี่ในเรือนจำกลางนครสวรรค์