



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นางสาววราภรณ์ ศิลาแยง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	จังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนสว่าง หมู่ที่ ๘ ตำบลเหนือเมือง กลุ่มงานบริหารสาธารณสุข

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

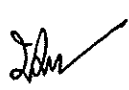
ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๕

(นายเชวงศักดิ์ พลเยี่ยม)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาววราภรณ์ ศิลาแยง	จังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนสว่าง หมู่ที่ ๘ ตำบลเหนือเมือง กลุ่มงานบริหารสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	๒๔๘๘๗๗	จังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนสว่าง หมู่ที่ ๘ ตำบลเหนือเมือง กลุ่มงานบริหารสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๘๘๗๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน “การรับรู้และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชนในการดำเนินงานเฝ้าระวัง การบริโภคยาสูบในสถานศึกษาและในชุมชน ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”		 (นายนรากร สุทธิประภา) ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด		

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง การรับรู้และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ องค์ความรู้เกี่ยวกับยาสูบและโทษของยาสูบ

๓.๒ การจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบด้วยระบบการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ และเหตุการณ์สำคัญด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย

๓.๓ แนวทางการควบคุมยาสูบระดับสากลและแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ

๓.๕ บทบาทขององค์กรชุมชนในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

๓.๖ แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้

๓.๗ แนวคิดและหลักการของการมีส่วนร่วม

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ภูมิหลัง

“บุหรี่ยาสูบหรือ Tobacco” จัดเป็นยาเสพติดประเภทหนึ่งที่ทำให้โทษแก่ผู้เสพอย่างมาก โดยในบุหรี่ยาสูบ ๑ มวนเมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดการเคมีต่างๆ มากกว่า ๗,๐๐๐ ชนิด ในจำนวนนี้เป็นสารพิษที่ก่อมะเร็งได้มากถึง ๗๐ ชนิด นอกจากนั้นยังมีนิโคติน(Nicotine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ทั้งยังเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง โดยนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอดและบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด นิโคตินทำให้เกิดความชินยาและโรคติดสารเสพติด (เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ, ๒๕๖๑)

การบริโภคยาสูบหรือการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยพบว่าสาเหตุการตายจาก ๖ ใน ๘ อันดับของโรคเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคยาสูบ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคถุงลมปอดอุดตัน วัณโรค และมะเร็งหลอดลมและจากสถานการณ์การบริโภคยาสูบที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก มีแนวโน้มการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชนและสตรีในประเทศกำลังพัฒนา (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปของประเทศไทย พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่จากร้อยละ ๓๒.๐ ในปี พ.ศ.๒๕๓๔ ลดลงเป็นร้อยละ ๒๘.๘, ๒๕.๔, ๒๒.๙, ๒๑.๒, ๒๐.๗, ๒๑.๔, ๑๙.๙, ๑๙.๙ และร้อยละ ๑๙.๑ ในปี พ.ศ.๒๕๓๙, พ.ศ.๒๕๔๔, พ.ศ.๒๕๔๗, พ.ศ.๒๕๕๐, พ.ศ.๒๕๕๒, พ.ศ.๒๕๕๔, พ.ศ.๒๕๕๖, พ.ศ.๒๕๕๘ และ ปี พ.ศ.๒๕๖๐ ตามลำดับ ส่วนข้อมูลค่าใช้จ่ายในการซื้อยาสูบประเภทต่างๆ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่ามีค่าใช้จ่ายในการซื้อยาสูบเฉลี่ย ๔๘๓ บาท/เดือน/คน โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เป็นปกติครั้งแรกคืออายุ ๑๙.๕ ปี และอายุต่ำสุดที่เริ่มสูบบุหรี่คืออายุ ๗ ปี เมื่อจำแนกตามเพศของการบริโภคยาสูบโดยเฉลี่ยพบว่า เพศชายสูบบุหรี่จำนวน ๑๐.๒๖ มวน/วัน ส่วนเพศหญิงสูบบุหรี่จำนวน ๖.๙๕ มวน/วัน สำหรับข้อมูลด้านความถี่ในการสูบบุหรี่ภายในตัวบ้าน พบว่า มีการสูบบุหรี่ทุกวันมากที่สุด ร้อยละ ๗๓.๘ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๑)และจากผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรในปี ๒๕๖๔ พบว่าประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๕๗ ล้านคน มีผู้สูบบุหรี่ ๙.๙ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๑๗.๔ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่มีมูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจรวมปีละ ๒๒๐,๔๖๑ ล้านบาท หรือเฉลี่ย ๒๐,๕๖๕ บาทต่อผู้สูบบุหรี่ ๑ คนต่อปี โดยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบได้กำหนดนโยบายและมาตรการสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบในทุกมิติ พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่พื้นที่เพื่อสร้างความตระหนักและ

เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหา นำไปสู่การผลักดันให้เกิดการปฏิบัติ ควบคู่ไปกับการประสานพลังกับภาคี เครือข่าย รวมถึงการร่วมสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคมไทยปลอดบุหรี่อย่างเข้มแข็งซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จในการ ควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย โดยภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคมได้ร่วมแรงร่วมใจ สนับสนุนทุ่มเทสรรพกำลังเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบอย่างเข้มข้นมาอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุม โรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ ร้อย ละ ๑๒.๖๑ ใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๑.๙๕ ในปี พ.ศ.๒๕๖๒ และพบว่าลดลงเป็นร้อยละ ๒๑.๕๐ ,๑๒.๓๗ และ ร้อยละ ๑๐.๑๗ ในปี พ.ศ.๒๕๖๒ ,ปี พ.ศ.๒๕๖๓ และปี พ.ศ.๒๕๖๔ ตามลำดับ (HDC กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)

ข้อมูลการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป อำเภอเมืองร้อยเอ็ด พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ ๑๘.๖๙ ในปี พ.ศ.๒๕๖๐ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๗.๘๗ ในปี พ.ศ.๒๕๖๑ ส่วนในปี พ.ศ.๒๕๖๒ พบว่ามีการ สูบบุหรี่ ร้อยละ ๑๕.๑๐ และลดลงมาเป็นร้อยละ ๖.๒๐ และร้อยละ ๖.๑๒ ในปี พ.ศ.๒๕๖๓ และปี พ.ศ.๒๕๖๔ ตามลำดับ ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลงนี้เป็นข้อมูลการคัดกรองการบริโภคยาสูบของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีอัตราการคัดกรองลดลงจากร้อยละ ๔๓.๔๒ ในปี พ.ศ.๒๕๖๒ คัดกรองลดลงเป็นร้อยละ ๑๙.๒๘ และร้อยละ ๒๖.๐๔ ในปี พ.ศ.๒๕๖๓ และปี พ.ศ.๒๕๖๔ ตามลำดับ (HDC กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)

สำหรับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปของตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง ร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามีการสูบบุหรี่ ร้อยละ ๒๕.๘๕ ในปี พ.ศ.๒๕๖๓ และลดลงเป็นร้อยละ ๑.๒๖ และ ร้อยละ ๓.๕๗ ในปี พ.ศ.๒๕๖๔ และไตรมาสที่ ๓ ของปี ๒๕๖๕ (HDC กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) จากการ พิจารณารายละเอียดข้อมูลการสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลเหนือเมือง ปี ๒๕๖๕ พบว่ากลุ่มอายุที่สูบบุหรี่มาก ที่สุดคือกลุ่มวัยทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวที่มีการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน ๑๓ คน และมีผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจากสูบบุหรี่ จำนวน ๔ ราย ใน ปี พ.ศ.๒๕๖๔ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง, ๒๕๖๔)

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับสองของการสูญเสียสุขภาพของคนไทย โดยแต่ละปีมีคนไทยเสียชีวิต อันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังที่มีต้นเหตุจากการสูบบุหรี่และยาเส้นประมาณ ๕๐,๐๐๐ คน โดยรัฐบาลมีนโยบาย จัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของประชาชนในรูปแบบแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ซึ่งการจัดการ ปัญหาการบริโภคยาสูบที่สำคัญอีกวิธีการหนึ่งคือการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ ๕ มิติ ได้แก่ ๑)ปัจจัยต้นเหตุ ๒) พฤติกรรมเสี่ยง ๓)การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค ๔)การป่วย/การตาย ด้วยโรคที่สัมพันธ์กับยาสูบและ ๕)เหตุการณ์ผิดปกติและการระบอบ ซึ่งการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบทั้ง ๕ มิติสามารถนำมาพัฒนาเป็น ประเด็นการวิจัยได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการวิจัยกระบวนการใหม่หรือนวัตกรรมที่จะใช้เป็นแนวทางใน การดำเนินงานแก้ไขปัญหาการบริโภคยาสูบให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย โดยมีการพัฒนากลไกการเรียนรู้ เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับองค์กรชุมชนในระดับพื้นที่ให้สามารถถ่ายทอดนโยบายและขับเคลื่อน กิจกรรมสำคัญในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบไปสู่ประชาชนทั่วไป จนเกิดกลไกการทำงานแบบมี ส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากสร้างความรู้ความเข้าใจแก่แกนนำของประชาชนในชุมชน เช่น อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชาชนชาวบ้าน องค์กรชุมชน รวมถึงผู้ประกอบการร้านค้าและร้านขายของ ชำ และภาคีเครือข่าย รวมถึงองค์กรภาคเอกชนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งมี ๓ เหตุผลหลักในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ประกอบด้วย ด้านสุขภาพด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ,๒๕๕๘)

แนวทางการควบคุมการบริโภคยาสูบที่กล่าวมานั้นสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ แห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๐ ทั้ง ๖ ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ๑)ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การเสริมสร้าง ความเข้มแข็งและยกระดับขีดความสามารถการควบคุมยาสูบของประเทศ โดยการผลักดันนโยบาย ปรับปรุง

กฎหมาย ระบบการบังคับใช้กฎหมาย ตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ การเฝ้าระวัง วิจัย จัดการ ความรู้ กำกับ ติดตามประเมินผลการควบคุมยาสูบในทุกระดับ, ๒) ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบ รายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ ได้แก่ การให้ความรู้ โฆษ พิชภัย ของยาสูบ ให้แก่เด็ก เยาวชนและนักสูบหน้า ใหม่ เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ การโฆษณา และรู้เท่าทันกลยุทธ์ของ อุตสาหกรรมยาสูบ, ๓) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : บำบัดผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ ได้แก่ การสร้างเสริมพลังชุมชนและ เครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อบำบัดผู้เสพยาสูบ การพัฒนาระบบบริการเลิกยาสูบและสายด่วนเลิกบุหรี่, ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : การควบคุม ตรวจสอบ เฝ้าระวังและเปิดเผยรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ได้แก่ ปรับปรุง กฎหมาย แนวทางการดำเนินโครงการให้สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก สร้างกระบวนการบริหารจัดการข้อมูลส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อวัดสารที่อยู่ในยาสูบและ สารที่ปล่อยออกมา, ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : การทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ได้แก่ การออกประกาศกฎกระทรวง กฎ ระเบียบ และอื่นๆที่เกี่ยวข้องให้สถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงาน ทุกแห่งปลอดควันบุหรี่ การปรับเปลี่ยน ทัศนคติ พฤติกรรมและค่านิยมของการเสพยาสูบ เพื่อให้การไม่สูบบุหรี่ในบ้าน สถานที่ทำงานและสถานที่ สาธารณะเป็นบรรทัดฐานของสังคมไทย และยุทธศาสตร์ที่ ๖ การป้องกันและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, ๒๕๕๙)

กลยุทธ์สำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพจำเป็นต้องได้รับความ ร่วมมือหรือมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งระบบ โดยในระดับหมู่บ้านมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาชุมชนและเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพและเป็น แกนนำที่สำคัญในการพัฒนาชุมชนทุกด้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีพลังในการขับเคลื่อนให้สมาชิกในครอบครัวและใน ชุมชนมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งมีบทบาททำให้บุคคลในครอบครัวและชุมชนสามารถลด ละ เลิก บุหรี่ได้ในที่สุด ทำให้มีชีวิตยืนยาว และมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป ซึ่งรูปแบบการจัดการ ปัญหาการบริโภคยาสูบ ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ที่ผ่านมามีการศึกษารับรู้ของ อสม.ในประเด็นที่เป็นข้อกฎหมายสำคัญ และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ อย่าง เป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบที่เป็นนโยบายของชาติตาม ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๗๐

ผู้ศึกษาในฐานะที่ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการ บริโภคยาสูบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัด ร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นบุคลากรในระดับฐานรากที่รับผิดชอบงานนโยบายและยุทธศาสตร์ที่สำคัญของกระทรวง สาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญต่อประเด็นปัญหาการบริโภคยาสูบของประชาชนตำบลเหนือเมือง จึงได้มุ่งศึกษา การรับรู้และการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ในมิติที่สามารถดำเนินการได้ ๔ มิติ ได้แก่ ๑) การเฝ้าระวัง ณ จุดขาย และการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ๆ ๒) การสูบบุหรี่ในที่ สาธารณะ ๓) พฤติกรรมการซื้อ/การขายบุหรี่ และ ๔) การชักชวนเลิกบุหรี่รวมถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ เพื่อเป็น ข้อมูลนำไปสู่การวางแผนพัฒนาแนวทางการดำเนินงานจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของประชาชนตำบลเหนือ เมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดและพื้นที่อื่นต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเด็นการเฝ้าระวังและควบคุมการ บริโภคยาสูบ ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

๒. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและควบคุมการ บริโภคยาสูบ ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

๔.๓ ขอบเขตของการศึกษา

๔.๓.๑ ประชากรที่ศึกษา คือ อสม.ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน ๓๒๓ คน

การได้มาซึ่งประชากรที่ศึกษาได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งพิจารณาลักษณะที่สอดคล้องตามคุณสมบัติที่ผู้ศึกษากำหนด ซึ่งเกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา (Selection Criteria) มีดังนี้

- เกณฑ์การรับเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

๑) ปฏิบัติหน้าที่ อสม.มาแล้วไม่น้อยกว่า ๓ ปี

๒) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด มาแล้วไม่น้อยกว่า ๓ ปี

๒) สามารถอ่านออกเขียนได้

- เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการศึกษา

๔.๓.๒ กลุ่มตัวอย่าง (Samples) จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด ๑๗๗ คน กลุ่มตัวอย่างคือแกนนำชุมชน ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane (วิรัตน์ ปานศิลา, ๒๕๕๕) เป็นรายปีงบประมาณ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ

N = จำนวนประชากร

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (๐.๐๕)

$$n = \frac{323}{1 + 323(0.05)^2}$$

$$= 177.72$$

รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ๑๗๘ คน

โดยคำนวณสัดส่วนของแกนนำชุมชนออกมาเป็นรายหมู่บ้าน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ ๑๗๘ คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systemic Random Sampling) (วิรัตน์ ปานศิลา, ๒๕๕๕) ส่วนการได้มาซึ่งรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างตามสถานภาพการปฏิบัติหน้าที่เป็นแกนนำชุมชน ผู้ศึกษาใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล อสม. ของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข (มิถุนายน, ๒๕๖๕)

๔.๓.๓ พื้นที่ศึกษา : ศึกษาในพื้นที่ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

๔.๓.๔ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือนมิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕

๕.ระเบียบวิธีการศึกษา

๕.๑ รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

๕.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

๕.๒.๑ การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้ศึกษาได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือในการศึกษาโดยพัฒนาจากการสรุปแนวคิดรวบยอดเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบโดยชุมชน ซึ่งเครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ๓ ส่วน ได้แก่

๑) ส่วนที่ ๑ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๒) ส่วนที่ ๒ การรับรู้ประเด็นการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

๓) ชุดที่ ๓ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

๕.๒.๒ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น ๒ ขั้นตอน ดังนี้

๑) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง โดยผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์เพื่อปรึกษาและขอรับคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ด้านการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง จำนวน ๓ ท่าน ประกอบด้วย

๑) นายวีระศักดิ์ จรรย์มัย ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

๒) นายชอบ จิตรไทย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง

๓) นางสาวจุไรลักษณ์ แสนจันทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอเมืองร้อยเอ็ด

๒) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขจากการ

แนะนำของผู้มีประสบการณ์ด้านการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) โดยการสัมภาษณ์ อสม. ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนาสร้าง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ใกล้เคียงกันกับพื้นที่ศึกษา จำนวน ๓๐ ตัวอย่าง แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (พิมพ์ทอง สังสุทธิพงศ์, ๒๕๕๒) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ ๐.๘๑๖ ถือว่าแบบสัมภาษณ์มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

๕.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

๕.๔.๑ ผู้ศึกษาทำหนังสือถึงผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม.ทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อแจ้งให้ทราบถึงแผนการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ภาคสนาม

๕.๔.๒ ผู้ศึกษาดำเนินการจัดอบรมทีมผู้ช่วยผู้ศึกษาซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จำนวน ๙ คน

เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม โดยอธิบายการใช้แบบสัมภาษณ์จนเป็นที่เข้าใจและผู้ศึกษามีความเชื่อมั่นว่าทีมเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามนี้จะสามารถดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนถูกต้องทุกประเด็น

๕.๔.๓ ทีมผู้ช่วยผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมายตามแผนที่กำหนด

๕.๕ การจัดการกระทำกับข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์กลับคืนมาแล้ว ผู้ศึกษาดำเนินการจัดการกระทำกับข้อมูล ดังนี้

๑) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์เพื่อให้มีความถูกต้องมากที่สุด

๒) กำหนดค่าคะแนนของข้อมูลและกำหนดเกณฑ์เพื่อการแปลผล ดังนี้

๒.๑ ข้อมูลการรับรู้ของ อสม.ในประเด็นการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ประมวลผลและนำเสนอข้อมูลเป็นค่าจำนวนและร้อยละ

๒.๒ ข้อมูลการมีส่วนร่วมของอสม.ในประเด็นการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ประมวลผลและนำเสนอข้อมูลเป็นค่าจำนวนและร้อยละ ซึ่งเป็นข้อคำถามมาตราวัดค่าเลือกตอบ ๓ ตัวเลือก คือ มีส่วนร่วมทุกครั้งหรือส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมบางครั้ง และไม่มีส่วนร่วม โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มีส่วนร่วมทุกครั้งหรือส่วนใหญ่ กำหนดให้เท่ากับ ๒ คะแนน

มีส่วนร่วมบางครั้ง กำหนดให้เท่ากับ ๑ คะแนน

ไม่มีส่วนร่วม กำหนดให้เท่ากับ ๐ คะแนน

สำหรับการแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อการแปลผลและอธิบายตัวแปร โดยแบ่งช่วงตามสูตรการหา
อันตรภาคชั้น (ชาญชัย บุตรแสนโคตร, ๒๕๔๗ อ้างอิงใน สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, ๒๕๒๘) ดังนี้

$$\text{ขนาดอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบจำแนกเป็น ๓ ระดับ
ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง และมีช่วงของค่าเฉลี่ยมาจัดระดับ (บุญชม ศรีสะอาด,
๒๕๓๕) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๐.๐๐ - ๐.๖๖	หมายถึง	มีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๐.๖๗ - ๑.๓๓	หมายถึง	มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๑.๓๔ - ๒.๐๐	หมายถึง	มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง

๕.๖ การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์มาจัดทำคู่มือลงรหัสแล้วนำ
ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดลงรหัส และประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดย
วิเคราะห์ข้อมูลและใช้สถิติ ดังนี้

๕.๖.๑) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร การรับรู้ และการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการ
เฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ด้วยค่าจำนวนและร้อยละ

๕.๖.๒) วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) ระดับการมีส่วนร่วมของอสม.ในการเฝ้าระวังและ
ควบคุมการบริโภค
ยาสูบ โดยภาพรวมและแต่ละด้าน (บุญชม ศรีสะอาด, ๒๕๓๕) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๐.๐๐ - ๐.๖๖	หมายถึง	มีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๐.๖๗ - ๑.๓๓	หมายถึง	มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง ๑.๓๔ - ๒.๐๐	หมายถึง	มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง

๕.๗ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๕.๗.๑) สถิติที่ใช้ในการหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุม
การบริโภคยาสูบ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

๕.๗.๒) สถิติพื้นฐาน ได้แก่

- ๒.๑) ร้อยละ (Percentage)
- ๒.๒) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean)
- ๒.๓) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๕.๘ ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๘.๑) ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๘.๔ อายุอยู่ใน
ในช่วง ๔๑-๕๐ ปี ร้อยละ ๓๘.๒ ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม.มากกว่า ๑๐ ปี ร้อยละ ๗๔.๒ ระยะเวลาที่อาศัย
อยู่ในพื้นที่ตำบลเหนือเมือง มากกว่า ๑๐ ปี ร้อยละ ๘๙.๙ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ ๕๕.๖
สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ ๗๓.๐ มีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๑๙.๑ และ อสม.ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๑๐๐ ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละ ลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ลำดับ	ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=๑๗๘)	ร้อยละ
๑	เพศ		
	ชาย	๗๔	๔๑.๖
	หญิง	๑๐๔	๕๘.๔
๒	อายุ		
	ต่ำกว่า ๓๐ ปี	๑๓	๗.๓
	๓๑-๔๐ ปี	๓๖	๒๐.๒
	๔๑-๕๐ ปี	๖๘	๓๘.๒
	๕๑-๖๐ ปี	๔๒	๒๓.๖
	มากกว่า ๖๐ ปี	๑๙	๑๐.๗
๓	ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ อสม.		
	๓-๕ ปี	๔	๒.๒
	๖-๑๐ ปี	๔๒	๒๓.๖
	มากกว่า ๑๐ ปี	๑๓๒	๗๔.๒
๔	ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเหนือเมือง		
	๓-๕ ปี	๑	๐.๖
	๖-๑๐ ปี	๑๗	๙.๕
	มากกว่า ๑๐ ปี	๑๖๐	๘๙.๙
๕	ระดับการศึกษา		
	ประถมศึกษา	๔๙	๒๗.๕
	มัธยมศึกษา	๙๙	๕๕.๖
	อนุปริญญา	๒๗	๑๕.๒
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	๓	๑.๗
๖	สถานภาพสมรส		
	โสด	๑๘	๑๐.๑
	สมรส	๑๓๐	๗๓.๐
	หม้าย หย่า แยก	๓๐	๑๖.๙
๗	มีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่		
	มี	๓๔	๑๙.๑
	ไม่มี	๑๔๔	๘๐.๙
๘	ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่		
	สูบ	๐	๐
	ไม่สูบบุหรี่	๑๗๘	๑๐๐

สำหรับการรับรู้ของ อสม. ในประเด็นการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่าประเด็นที่ อสม. รับรู้มากที่สุดคือมีโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ร้านขายยา/ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ(Quitline ๑๖๐๐) มีบริการเลิกสูบบุหรี่(ร้อยละ ๑๐๐) รองลงมาคือ ห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี การรู้จักโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย และรู้จักสมุนไพรรักษาในชุมชน เช่นดอกหญ้าขาว เป็นสมุนไพรรักษาที่ช่วยเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ ๘๔.๘, ๘๐.๓ และ ๖๕.๒ ตามลำดับ ส่วนประเด็นการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบที่ อสม. ยังไม่รับรู้มากที่สุดคือ การเพิ่มโทษ

ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่เป็นปรับไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท และกรณีเจ้าของสถานที่เขตปลอดบุหรี่มีการฝ่าฝืน โดยไม่ดำเนินการตามมาตรฐานสถานที่เขตปลอดบุหรี่ เจ้าของสถานที่มีโทษปรับ ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท (ร้อยละ ๘๖.๕ เท่ากัน) รองลงมาคือห้ามตั้งวางโชว์ผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือซองบุหรี่ ณ จุดขายปลีกที่ทำให้ผู้บริโภคหรือประชาชนมองเห็น ห้ามแบ่งซองขายบุหรี่เป็นรายมวน ห้ามผู้ประกอบการธุรกิจผลิตภัณฑ์ยาสูบทำกิจกรรมประชาสัมพันธ์ อุปถัมภ์สนับสนุนบุคคล หรือองค์กรที่เป็นการสร้างภาพลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และห้ามโฆษณาสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบในทุกรูปแบบ อาทิ การแสดงโชว์เพื่อส่งเสริมการขายในงานคอนเสิร์ต ร้อยละ ๗๓.๐, ๖๘.๕, ๖๓.๕ และร้อยละ ๖๑.๒ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเด็นการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

ลำดับ	ประเด็นการรับรู้	จำนวน(ก=๑๗๘)	ร้อยละ
๑	ห้ามขายหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี	รู้	๑๕๑
		ไม่รู้	๒๗
๒	ผู้ชายผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องมีอายุไม่น้อยกว่า ๑๘ ปี	รู้	๗๙
		ไม่รู้	๙๙
๓	ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบใน ๔ กลุ่มสถานที่ ได้แก่ วัดหรือสถานที่ปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา สถานพยาบาลและร้านขายยา สถานศึกษาทุกระดับ สวนสาธารณะ สวนสัตว์และสวนสนุก	รู้	๘๓
		ไม่รู้	๙๕
๔	ห้ามโฆษณาสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ยาสูบในทุก รูปแบบ อาทิ การแสดงโชว์เพื่อส่งเสริมการขายในงานคอนเสิร์ต	รู้	๖๙
		ไม่รู้	๑๐๙
๕	ห้ามผู้ประกอบการธุรกิจผลิตภัณฑ์ยาสูบทำกิจกรรมประชาสัมพันธ์ อุปถัมภ์สนับสนุนบุคคล หรือองค์กรที่เป็นการสร้างภาพลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ	รู้	๖๕
		ไม่รู้	๑๑๓
๖	ห้ามตั้งวางโชว์ผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือซองบุหรี่ ณ จุดขายปลีกที่ทำให้ผู้บริโภคหรือประชาชนมองเห็น	รู้	๔๘
		ไม่รู้	๑๓๐
๗	ห้ามแบ่งซองขายบุหรี่เป็นรายมวน	รู้	๕๖
		ไม่รู้	๑๒๒

๘	การเพิ่มโทษผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่เป็นปรับไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท รู้ ไม่รู้	๒๔ ๑๕๔	๑๓.๕ ๘๖.๕
๙	กำหนดหน้าที่ให้เจ้าของสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ มีหน้าที่ต้องประชาสัมพันธ์ แจ้งเตือน ดูแลให้ไม่มีการฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ รู้ ไม่รู้	๓๓ ๑๔๕	๑๘.๕ ๘๑.๕
๑๐	กรณีเจ้าของสถานที่เขตปลอดบุหรี่มีการฝ่าฝืน โดยไม่ดำเนินการตามมาตรฐานสถานที่เขตปลอดบุหรี่ เจ้าของสถานที่มีโทษปรับ ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท รู้ ไม่รู้	๒๔ ๑๕๔	๑๓.๕ ๘๖.๕
๑๑	การรู้จักโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย รู้จัก ไม่รู้จัก	๑๔๓ ๓๕	๘๐.๓ ๑๙.๗
๑๒	มีโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ร้านขายยา/ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ(Quitline ๑๖๐๐) มีบริการเลิกสูบบุหรี่ รู้ ไม่รู้	๑๔๘ ๓๐	๘๓.๑ ๑๖.๙
๑๓	รู้จักสมุนไพรในชุมชน เช่นดอกหญ้าขาว เป็นสมุนไพรที่ช่วยเลิกบุหรี่ได้ รู้ ไม่รู้	๑๑๖ ๖๒	๖๕.๒ ๓๔.๘

สำหรับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่า อสม.กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมากที่สุดในกิจกรรมเข้าร่วมประชุม ปรึกษาหารือเกี่ยวกับการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ รองลงมาคือ ร่วมปฏิบัติงานเชิงรุกขับเคลื่อนการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน ร่วมชักชวน/แนะนำผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ โดยวิธีการต่างๆ และ ร่วมประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบคลินิกหรือระบบบริการเลิกบุหรี่ ส่วนกิจกรรมที่มีส่วนร่วมต่ำที่สุดคือ ร่วมเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ ร่วมประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ การเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ และร่วมการบริหารงบประมาณตามแผนงาน/โครงการด้านการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม (n=๑๗๘)			\bar{X}	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
	ทุกครั้ง/เป็นส่วนใหญ่	มีส่วนร่วมบางครั้ง	ไม่มีส่วนร่วม			
๑. เข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ	๑๒๖ (๗๐.๘)	๕๒ (๒๙.๒)	๐	๑.๘๖	๐.๔๓	สูง
๒. ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบในชุมชน	๕๓ (๒๙.๘)	๙๘ (๕๕.๑)	๒๗ (๑๕.๑)	๑.๐๙	๐.๔๖	ปานกลาง
๓. ร่วมกำหนดวิธีการหลักหรือรูปแบบในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบในชุมชน	๖๖ (๓๗.๑)	๙๘ (๕๕.๑)	๑๔ (๗.๘)	๑.๑๒	๐.๔๘	ปานกลาง
๔. ร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการปฏิบัติงานด้านการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ	๖๖ (๓๗.๑)	๙๘ (๕๕.๑)	๑๔ (๗.๘)	๑.๑๒	๐.๔๘	ปานกลาง
๕. ร่วมปฏิบัติงานเชิงรุกขับเคลื่อนการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน	๑๐๔ (๕๘.๔)	๗๔ (๔๑.๖)	๐	๑.๔๖	๐.๔๔	สูง
๖. ร่วมประสานงานกับผู้นำชุมชน ที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ	๑๐๖ (๕๙.๖)	๖๕ (๓๖.๕)	๗ (๑.๓๔)	๑.๔๓	๐.๕๓	สูง
๗. ร่วมการบริหารงบประมาณตามแผนงาน/โครงการด้านการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ	๗๘ (๔๓.๘)	๘๗ (๔๘.๙)	๑๓ (๗.๓)	๑.๐๕	๐.๔๙	ปานกลาง
๗. ร่วมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโทษและอันตรายของการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะการป้องกันนักสูบหน้าใหม่	๑๑๐ (๖๑.๘)	๖๖ (๓๗.๑)	๒ (๑.๑)	๑.๒๗	๐.๕๒	ปานกลาง
๘. ร่วมเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ๆ ณ จุดขาย	๘๒ (๔๖.๑)	๓๒ (๑๘.๐)	๖๔ (๓๕.๙)	๑.๐๑	๐.๕๖	ปานกลาง

๙.ร่วมเฝ้าระวังการโฆษณา ผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านสื่อต่างๆ เช่นหนังสือพิมพ์ นิตยสาร เอกสารโฆษณาต่างๆสื่อ อิเล็กทรอนิกส์/วิทยุ / โทรทัศน์/ อินเทอร์เน็ต	๑๐๗ (๖๐.๑)	๓๘ (๒๑.๔)	๓๓ (๑๘.๕)	๑.๑๒	๐.๕๒	ปานกลาง
๑๐.ร่วมสำรวจและคัดกรอง การบริโภคยาสูบในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	๑๐๗ (๖๐.๑)	๔๒ (๒๓.๖)	๒๙ (๑๖.๓)	๑.๑๓	๐.๕๔	ปานกลาง
๑๑.ร่วมเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ ในที่สาธารณะ	๖๔ (๓๕.๙)	๔๒ (๒๓.๖)	๗๒ (๔๐.๕)	๐.๖๙	๐.๕๑	ปานกลาง
๑๓.ร่วมเฝ้าระวังและสังเกต พฤติกรรมกรซื้อ/การขาย บุหรี่	๗๙ (๓๑.๓)	๓๙ (๒๑.๙)	๑๒ (๖.๘)	๐.๙๕	๐.๕๗	ปานกลาง
๑๓.ร่วมชักชวน/แนะนำผู้สูบ บุหรี่ให้เลิกบุหรี่ โดยวิธีการ ต่างๆ	๑๒๐ (๖๗.๔)	๕๘ (๓๒.๖)	๐	๑.๔๖	๐.๔๖	สูง
๑๔.ร่วมประสานงานกับ บุคลากรสาธารณสุขที่ รับผิดชอบคลินิกหรือระบบ บริการเลิกบุหรี่	๑๐๙ (๖๑.๓)	๖๒ (๓๔.๘)	๗ (๓.๙)	๑.๓๘	๐.๔๗	สูง
๑๕.ร่วมประชุมติดตาม ความก้าวหน้าในการ ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง และควบคุมการบริโภคยาสูบ	๙๓ (๕๒.๓)	๗๔ (๔๑.๕)	๑๑ (๖.๒)	๑.๐๘	๐.๕๐	ปานกลาง
๑๖.ร่วมประเมินผลการ ดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการ การเฝ้าระวังและ ควบคุมการบริโภคยาสูบ	๘๐ (๔๔.๙)	๘๓ (๔๖.๗)	๑๕ (๘.๔)	๑.๐๒	๐.๕๒	ปานกลาง
โดยรวม	๕๓.๗	๓๗.๕	๘.๘	๑.๒๑	๐.๕๑	ปานกลาง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของประชาชนตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด และเป็นแนวทางการดำเนินงานและกำหนดนโยบายการจัดการปัญหาเพื่อลดการบริโภคยาสูบสำหรับพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมคล้ายคลึงกัน

๖.๒ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการวิจัยในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในวางแผนการสร้างและพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของประชาชน ภายใต้บริบทที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่

๗. ความยุ่งยากและข้อขัดข้องในการดำเนินการ

๗.๑ ต้องใช้ความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดสภาพปัญหาการบริโภคนยาสูบของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

๗.๒ ต้องใช้ความพยายามในการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

๗.๓ ต้องมีการปรึกษาผู้มีประสบการณ์ด้านการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคนยาสูบ เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงานภาคสนาม

๗.๔ ต้องใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

๗.๕ ต้องใช้เทคนิควิชาการและองค์ความรู้ด้านสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลข้อมูล

๗.๖ ต้องใช้ความสามารถเชิงวิชาการในการเขียนรายงานการศึกษา

๗.๗ ต้องใช้เทคนิคการประสานงานเพื่อให้การศึกษาดำเนินการไปตามขั้นตอนที่กำหนด

๘. ข้อเสนอแนะ

๘.๑ ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

๘.๑.๑ กิจกรรมที่ อสม.ยังมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคนยาสูบอยู่ในระดับตำบองพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรให้ความช่วยเหลือ อสม. โดยการส่งเสริมองค์ความรู้และพัฒนาทักษะการจัดการปัญหาการบริโภคนยาสูบให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

๘.๑.๒ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน ควรจัดแผนการติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการจัดการปัญหาการบริโภคนยาสูบในชุมชนร่วมกับ อสม. โดยกลไกการมีส่วนร่วม อย่างน้อยปีละ ๓ ครั้ง และออกปฏิบัติงานตามแผนเพื่อการพัฒนาการรับรู้เสริมขวัญกำลังใจแก่ อสม. รวมถึงบุคลากรในสถานศึกษา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนกลุ่มอื่นๆในพื้นที่ ให้ทราบถึงวิธีการประเมินสถานการณ์และการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคนยาสูบร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

๘.๑.๓ ผู้รับผิดชอบงานการควบคุมยาสูบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง ควรนำสารสนเทศที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการกำหนดทิศทางการจัดการปัญหาการบริโภคนยาสูบ โดยใช้กลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม. ด้านการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคนยาสูบเป็นแนวทางหลักในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ตำบลเหนือเมือง และขยายผลสู่พื้นที่อื่นต่อไป

๘.๑.๔ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบ ควรจัดสร้างกระแสสังคมประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายรูปแบบในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการให้เกิดความตระหนักต่อการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมยาสูบ ประกอบกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรจัดระบบการเฝ้าระวังอย่างจริงจัง และเข้มงวดเรื่องพฤติกรรมการขายของร้านค้าระดับต่างๆให้อยู่ในกรอบกฎหมาย รวมทั้งร้านค้าปลีกย่อย อาทิ การปิด/เปิด และการตั้งบูทหรือตู้โชว์ ควรวางให้ต่ำกว่าระดับสายตา หรือให้มิดชิดภายในร้าน

๘.๒ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๘.๒.๑ หากมีการวิจัยครั้งต่อไป ผู้ศึกษาอยากเห็นการวิจัยพฤติกรรมกรจำหน่ายบุหรี่ในแหล่งสถานบันเทิงอื่นๆ ซึ่งเป็นแหล่งรวมของเยาวชน อาทิ ผับ บาร์ ร้านเกมส์ ฯลฯ เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการส่งเสริมการขาย และการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน รวมทั้งการศึกษากลยุทธ์การเสริมสร้างความตระหนักในกลุ่มเยาวชน เพื่อให้รับรู้ค่านิยมที่ถูกต้อง และสามารถตอบโต้กลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทยาสูบได้อย่างเท่าทัน

๘.๒.๒ ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม.ด้านการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลหลักในการอ้างอิงเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบของประชาชน ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ต่อไป

๘.๒.๓ ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ในการมีส่วนร่วมของ อสม.ในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ตามคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ ฐานะของครอบครัว และระดับการศึกษา หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อจัดระบบการมีส่วนร่วมและการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุดต่อไป

๘.๒.๔ ควรมีการพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชน เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ในสถานศึกษาและในชุมชน เป็นการทำงานร่วมกับกับภาคีเครือข่ายในชุมชนให้มีระบบและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

๙. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาววารภรณ์ ศีลาแยง สัดส่วนของผลงาน.....๑๐๐ %.....
- ๒)สัดส่วนของผลงาน.....
- ๓)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางสาววารภรณ์ ศีลาแยง)

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ


วันที่ ๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววารภรณ์ ศิลาแยง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

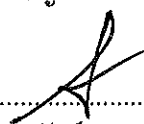
(ลงชื่อ) 

(นายชอบ จิตรไทย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง

วันที่ ๕ / ธันวาคม / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายจุลพันธ์ สุวรรณ)

สาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

วันที่ ๕ / ธันวาคม / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

**ข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

**๑. เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชนในการดำเนินงานเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบในสถานศึกษา
และในชุมชน ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด”**

๒. หลักการและเหตุผล

“เยาวชน” เป็นกลุ่มเป้าหมายลูกค้าที่สำคัญของการตลาดธุรกิจยาสูบ ซึ่งในแต่ละปีเยาวชนไทยเสพติด บุหรี่ใหม่และกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำ ๒-๓ แสนคน ทดแทนผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ที่เสียชีวิตหรือเลิกสูบ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ก็จะยังคงเป็นกลุ่มลูกค้าของธุรกิจยาสูบต่อไปอีกเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ธุรกิจมองว่าคุ้มค่าที่จะลงทุนเพื่อค้นหากลุ่มนักสูบรายใหม่ด้วยการทำกลยุทธ์การตลาดที่ดึงดูดใจและมีความน่าสนใจไม่หยุดนิ่ง ถึงแม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายและมีมาตรการควบคุมยาสูบมากกว่า ๒๐ ปี แต่การบริโภคยาสูบก็ยังไม่ลดลงและยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ด้วยเหตุนี้เยาวชนจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้อง เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อสกัดกั้นนักสูบหน้าใหม่ที่จะเข้ามาเป็นเหยื่อของธุรกิจยาสูบนั่นเอง (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗)

“บุหรี่หรือยาสูบหรือ Tobacco” จัดเป็นยาเสพติดประเภทหนึ่งที่ทำให้โทษแก่ผู้เสพอย่างมาก โดยในบุหรี่ ๑ มวนเมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดการเคมีต่างๆ มากกว่า ๗,๐๐๐ ชนิด ในจำนวนนี้เป็นสารพิษที่ก่อมะเร็งได้มากถึง ๗๐ ชนิด นอกจากนั้นยังมีนิโคติน(Nicotine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ทั้งยังเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง โดยนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอดและบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด นิโคตินทำให้เกิดความชินยาและโรคติดสารเสพติด (เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ, ๒๕๖๑)

การบริโภคยาสูบหรือการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยพบว่ามีสาเหตุการตายจาก ๖ ใน ๘ อันดับของโรคเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคยาสูบ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคถุงลมปอดอุดตัน วัณโรค และมะเร็งหลอดลมและจากสถานการณ์การบริโภคยาสูบที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกมีแนวโน้มการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชนและสตรีในประเทศกำลังพัฒนา (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปของประเทศไทย พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ จากร้อยละ ๓๒.๐ ในปี พ.ศ.๒๕๓๔ ลดลงเป็นร้อยละ ๒๘.๘, ๒๕.๔, ๒๒.๙, ๒๑.๒, ๒๐.๗, ๒๑.๔, ๑๙.๙, ๑๙.๙ และร้อยละ ๑๙.๑ ในปี พ.ศ.๒๕๓๙, พ.ศ.๒๕๔๔, พ.ศ.๒๕๔๗, พ.ศ.๒๕๕๐, พ.ศ.๒๕๕๒, พ.ศ.๒๕๕๔, พ.ศ.๒๕๕๖, พ.ศ.๒๕๕๘ และ ปี พ.ศ.๒๕๖๐ ตามลำดับ ส่วนข้อมูลค่าใช้จ่ายในการซื้อยาสูบประเภทต่างๆ ในปี พ.ศ.๒๕๖๐ พบว่ามีค่าใช้จ่ายในการซื้อยาสูบเฉลี่ย ๔๘๓ บาท/เดือน/คน โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบเป็นปกตินิสัยครั้งแรก คืออายุ ๑๙.๕ ปี และอายุต่ำสุดที่เริ่มสูบบุหรี่คืออายุ ๗ ปี เมื่อจำแนกตามเพศของการบริโภคยาสูบโดยเฉลี่ย พบว่า เพศชายสูบบุหรี่จำนวน ๑๐.๒๖ มวน/วัน ส่วนเพศหญิงสูบบุหรี่จำนวน ๖.๙๕ มวน/วัน สำหรับข้อมูลด้านความถี่ในการสูบบุหรี่ภายในตัวบ้าน พบว่า มีการสูบทุกวันมากที่สุด ร้อยละ ๗๓.๘ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๑)และจากผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรในปี ๒๕๖๔ พบว่าประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๕๗ ล้านคน มีผู้สูบบุหรี่ ๙.๙ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๑๗.๔ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่มีมูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐกิจรวมปีละ ๒๒๐,๔๖๑ ล้านบาท หรือเฉลี่ย ๒๐,๕๖๕ บาทต่อผู้สูบบุหรี่ ๑ คนต่อปี โดยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบได้กำหนดนโยบายและมาตรการสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบในทุกมิติ พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่พื้นที่เพื่อสร้างความตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหานำไปสู่การผลักดันให้เกิดการปฏิบัติ ควบคู่ไปกับการประสานพลังกับภาคีเครือข่าย รวมถึงการร่วมสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคมไทยปลอดบุหรี่อย่างเข้มแข็งซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย

โดยภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคมได้ร่วมแรงร่วมใจ สนับสนุนทุ่มเทสรรพกำลังเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบอย่างเข้มข้นมาอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ ๑๒.๖๑ ใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๑.๙๕ ในปี พ.ศ.๒๕๖๒ และพบว่าลดลงเป็นร้อยละ ๒๑.๕๐ , ๑๒.๓๗ และ ร้อยละ ๑๐.๑๗ ในปี พ.ศ.๒๕๖๒ ,ปี พ.ศ.๒๕๖๓ และปี พ.ศ.๒๕๖๔ ตามลำดับ ข้อมูลการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป อำเภอเมืองร้อยเอ็ด พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ ๑๘.๖๙ ในปี พ.ศ.๒๕๖๐ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๗.๘๗ ในปี พ.ศ.๒๕๖๑ ส่วนในปี พ.ศ.๒๕๖๒ พบว่ามีการสูบบุหรี่ ร้อยละ ๑๕.๑๐ และลดลงมาเป็นร้อยละ ๖.๒๐ และร้อยละ ๖.๑๒ ในปี พ.ศ.๒๕๖๓ และปี พ.ศ.๒๕๖๔ ตามลำดับ ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลงนี้เป็นข้อมูลการคัดกรองการบริโภคยาสูบของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปมีอัตราการคัดกรองลดลงจากร้อยละ ๔๓.๔๒ ในปี พ.ศ.๒๕๖๒ คัดกรองลดลงเป็นร้อยละ ๑๙.๒๘ และร้อยละ ๒๖.๐๔ ในปี พ.ศ.๒๕๖๓ และปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปของตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ามีการสูบบุหรี่ ร้อยละ ๒๕.๘๕ ในปี พ.ศ.๒๕๖๓ และลดลงเป็นร้อยละ ๑.๒๖ และร้อยละ ๓.๕๗ ในปี พ.ศ.๒๕๖๔ และไตรมาสที่ ๓ ของปี ๒๕๖๕ (HDC กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) จากการพิจารณารายละเอียดข้อมูลการสูบบุหรี่ของประชาชนตำบลเหนือเมือง ปี ๒๕๖๕ พบว่ากลุ่มอายุที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือกลุ่มวัยทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวที่มีการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน ๑๓ คน และมีผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจากสูบบุหรี่ จำนวน ๔ ราย ในปี พ.ศ.๒๕๖๔ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง, ๒๕๖๔)

ประเทศไทยมีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองในที่สาธารณะเป็นจำนวนมาก โดยพิจารณาจากการไปในเขตบริเวณที่สาธารณะ ซึ่งในปี พ.ศ.๒๕๖๐ มีผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มากที่สุดคือ จากตลาดสดและตลาดนัด ร้อยละ ๖๑.๘ รองลงมาคือ จากร้านอาหาร/ภัตตาคาร สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม , สถานบริการขนส่งสาธารณะ , ศาสนสถาน, และ อาคารสถานที่ราชการ ร้อยละ ๓๗.๗, ๒๕.๕, ๒๓.๑, ๑๑.๔, ๘.๑, ๖.๒ และร้อยละ ๒.๖ ตามลำดับ ในด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบว่าการสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งปี เป็นเงิน ๗๔,๘๔๔ ล้านบาท โดยเกิดการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรมากที่สุดคือ เป็นเงิน ๖๑,๒๑๙ ล้านบาท (ร้อยละ ๘๑.๗) รองลงมาคือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทางตรง ๑๑,๔๗๓ ล้านบาท (ร้อยละ ๑๕.๐) และทางอ้อม ๑,๑๖๘ ล้านบาท (ร้อยละ ๑.๖) และการสูญเสียผลิตภาพจากการทำงานของผู้ป่วย จำนวน ๗๓๑ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๙) และผู้ดูแลผู้ป่วย ๒๙๓ ล้านบาท(ร้อยละ ๐.๓) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่ายาสูบส่งผลให้เกิดพลังใหม่ เกิดการระเบิดอันเนื่องมาจากซีเก้ทของบุหรี่ อุบัติเหตุ เกิดความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นผลเสียหายจากยาฆ่าแมลง การทำลายป่า และก้นบุหรี่ส่งผลต่อมลภาวะต่อดินและน้ำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๑)

การบริโภคยาสูบถือเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับสองของการสูญเสียสุขภาพของคนไทย แต่ละปีมีคนไทยเสียชีวิตอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังที่มีต้นเหตุจากการสูบบุหรี่และยาเส้นประมาณ ๕๐,๐๐๐ คน ซึ่งการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบที่สำคัญอีกวิธีการหนึ่งคือการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ ๕ มิติ ได้แก่ ๑)ปัจจัยต้นเหตุ ๒) พฤติกรรมเสี่ยง ๓)การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค ๔)การป่วย/การตาย ด้วยโรคที่สัมพันธ์กับยาสูบ และ ๕) เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด ซึ่งการเฝ้าระวังเป็นการดำเนินงานที่เป็นระบบต่อเนื่อง เพื่อติดตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยการกำหนดและรวบรวมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้อง นำเอาข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบความถูกต้องเพื่อให้รู้ข้อจำกัด วิเคราะห์ความหมาย การสังเคราะห์เป็นข้อความรู้ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานทางสาธารณสุข โดยการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดำเนินงานเพื่อการบริโภคยาสูบของประเทศ เพื่อนำข้อมูลและผลที่ได้จากการเฝ้าระวังนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการให้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อบอกความรุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพ การแสดงธรรมชาติของโรค/ปัญหาสุขภาพตามเวลา สถานที่และบุคคล บอกถึงการแพร่ระบาดของโรค/ปัญหาสุขภาพสามารถเปรียบเทียบ เพื่อบอกการเปลี่ยนแปลงของโรค/ปัญหา

สุขภาพ ใช้ในการประเมินผล/ติดตามของแผนงานงานหรือกิจกรรมควบคุมป้องกันโรครวมทั้งระบบบริการสุขภาพ เพื่อกำหนดสมมุติฐานและสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น สามารถพัฒนาเป็นประเด็นการวิจัยได้

ข้อมูลด้านผลกระทบจากควันบุหรี่ภาพรวมของประเทศยังพบว่า มีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองในที่สาธารณะเป็นจำนวนมาก โดยพิจารณาจากการไปในเขตบริเวณที่สาธารณะ ซึ่งในปี พ.ศ.๒๕๖๐ มีผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มากที่สุดคือ จากตลาดสดและตลาดนัด ร้อยละ ๖๑.๘ รองลงมาคือ จากร้านอาหารภัตตาคาร สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม , สถานบริการขนส่งสาธารณะ, ศาสนสถาน, และ อาคารสถานที่ราชการ, (ระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา) ร้อยละ ๓๗.๗, ๒๕.๕, ๒๓.๑, ๑๑.๔, ๘.๑, ๖.๒ และร้อยละ ๒.๖ ตามลำดับ ในด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของประเทศไทย พบว่า การสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งปีเป็นเงิน ๗๔,๘๔๔ ล้านบาท โดยพบว่าเกิดการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควร มากที่สุดคือ เป็นเงินจำนวน ๖๑,๒๑๙ บาท (ร้อยละ ๘๑.๗) รองลงมาคือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทางตรง ๑๑,๔๗๓ ล้านบาท (ร้อยละ ๑๕.๐) และทางอ้อม ๑,๑๖๘ บาท (ร้อยละ ๑.๖) และการสูญเสียผลิตภาพจากการทำงานของผู้ป่วย จำนวน ๗๓๑ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๙) และผู้ดูแลผู้ป่วย ๒๙๓ ล้านบาท(ร้อยละ ๐.๓) ผลกระทบในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมพบว่า ยาสูบส่งผลให้เกิดพลังใหม่ เกิดการระเบิดอันเนื่องมาจากซีเก้้าของบุหรี่ อุบัติเหตุ เกิดความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นผลเสียหายจากยาฆ่าแมลง การทำลายป่า และกันบุหรี่ส่งผลต่อมลภาวะต่อดินและน้ำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๑)

จากการสุ่มสัมภาษณ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนอายุระหว่าง ๑๒-๒๐ ปี ตำบลเหนือเมือง ในเดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๖๕ จำนวน ๓๔ คน พบว่าเยาวชนกลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่ จำนวน ๑๑ คน (ร้อยละ ๓๒.๓๕) ค่าเฉลี่ยของอายุในการสูบบุหรี่ครั้งแรกเท่ากับ ๑๓.๒ ปี ส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่แบบซองโดยการแบ่งขายจากร้านค้าในชุมชน ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ทุกคนเคยสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ ปริมาณการสูบ ๓-๑๐ มวนต่อวัน ร้อยละ ๓๖.๓๖ ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด ระยะเวลาที่สูบบวนแรกหลังตื่นนอน ภายใน ๕ นาที ร้อยละ ๑๘.๑๘ ค่าใช้จ่ายในการบริโภคยาสูบมากกว่า ๓๕๐-๕๐๐ บาทต่อเดือน ร้อยละ ๒๗.๒๗และเคยซื้อบุหรี่กับคนขายที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี ร้อยละ ๕๔.๕๔ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง, ๒๕๖๕)

วัยรุ่นสูบบุหรี่เป็นระยะเวลายาวนาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พัฒนาไปใช้ยาเสพติดชนิดต่างๆที่อันตรายขึ้น เช่น Cocain , Methamphetamine , Alcohol และจากการศึกษาในหนูทดลองพบว่า มีผลกระทบด้านความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น กล่าวโดยสรุป บุหรี่ คือยาเสพติดต้นทาง (Gateway) นำไปสู่ยาเสพติดชนิดที่ร้ายแรงขึ้นนั่นเอง จากผลกระทบดังกล่าวของนิโคตินในวัยรุ่นจะลดลงตามเวลาถ้าการได้รับนิโคตินลดลงทันทีทันใด แต่ยังคงมีการศึกษาวิจัยอีกหลายงานวิจัยที่ขัดแย้งกัน เช่น ทำให้หุ่นหันพลันแล่นมากขึ้น มีความระมัดระวังตัวน้อยลง แนวทางการช่วยเหลือวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ไม่ใช่มุ่งเน้นไปที่ตัววัยรุ่นอย่างเดียวเท่านั้น ควรทำให้องค์ประกอบต่างๆที่อยู่รอบตัว ไม่ว่าจะเป็นตัววัยรุ่น ครอบครัว สถานศึกษาและชุมชน เพื่อรณรงค์ป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพ การคัดกรองและการประเมิน เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด ผู้ประเมินต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของสูบบุหรี่ จะทำให้สามารถคัดกรองได้อย่างครอบคลุมและสามารถหาแนวทางการช่วยเหลือวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ได้ตรงประเด็นปัญหาเนื่องจากการช่วยเหลือและบำบัดรักษาผู้ที่เสพติดบุหรี่ยังจะแตกต่างกันไปตามระยะเวลาการสูบและระดับความรุนแรงของการติด การสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ มักจะมีอาการคล้ายการถอนยาที่รุนแรงเพราะ ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นตัวกระตุ้นให้อยากสูบ วัยรุ่นอาการถอนยารุนแรงน้อยกว่าแต่โอกาสพัฒนาเป็นยาเสพติดชนิดอื่นของวัยรุ่นมีสูงในขณะที่ของผู้ใหญ่ที่ไม่มีการป้องกันและบำบัดรักษา ต้องประสานงานและร่วมมือกับบุคลากรทั้งสถานศึกษา ครอบครัว ชุมชน ให้ความรู้แก่วัยรุ่นทั่วไปเกี่ยวกับโทษและพิษภัยของสูบบุหรี่ ทักษะชีวิตและการดำเนินชีวิตเพื่อห่างไกลบุหรี่และรู้เท่าทันกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ในการ หลอกล่อให้เกิดผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ ในส่วนของการบำบัดรักษานั้นมีทั้งการบำบัดด้วยยาและการบำบัดรักษาทางจิตสังคมซึ่งจะแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของระยะเวลาการสูบและระดับความรุนแรงของนิโคตินจากการคัดกรองและประเมินดังกล่าว

โดยส่วนใหญ่วัยรุ่นที่สูบบุหรี่มักมีระดับความรุนแรงของนิโคตินเล็กน้อยถึงปานกลาง ดังนั้นการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือ การบำบัดทางจิตสังคม การประเมินแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม การให้การปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มทั้งผู้ปกครองและวัยรุ่น เนื่องจากการบำบัดด้วยยาอาจมีผลเสียที่ตามมา เช่น การติดนิโคตินเพิ่มมากขึ้น ปัญหาความรุนแรงของการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นทั้งระยะเวลาและความรุนแรงของระดับการติดนิโคตินมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมทั้งมีการพัฒนาของชนิด ส่วนผสม เช่น บุหรี่รสต่างๆ บุหรี่ไฟฟ้ามาหลอกล่อให้วัยรุ่นสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ผิดของตนเองและความสะดวกในการเสพและพกพามากยิ่งขึ้น (Menglu Yuan, Sarah J Cross et al., ๒๐๑๕)

กลยุทธ์เพื่อเยาวชนปลอดบุหรี่ ประกอบด้วย ๑) กลยุทธ์ที่มุ่งเยาวชน ๒) กลยุทธ์ที่มุ่งการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ๓) กลยุทธ์การสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน ๔) กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข ๕) กลยุทธ์การสร้างนโยบายสาธารณะที่สนับสนุนการควบคุมยาสูบ นอกจากนี้ยังพบว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการใช้บุหรี่ของประชาชน ได้แก่ การสูบบุหรี่ของพ่อ แม่ และเพื่อน การขาดความเข้าใจถึงอันตรายของบุหรี่ การรับรู้มาตรการทางการตลาดของธุรกิจยาสูบ อยู่ในครอบครัวที่ยากจน เพื่อนหรือพี่น้องสนับสนุนการสูบบุหรี่ ความง่ายในการได้บุหรืมา เช่น มีบุหรืในบ้าน บุหรืราคาถูก พ่อแม่ไม่ทำอะไรที่จะทดลองบุหรื ขาดทักษะในการปฏิเสธการชักชวนของเพื่อน มีผลการเรียนไม่ดี มีความเชื่อมั่นและยอมรับนับถือตัวเองน้อย มีความเชื่อว่าบุหรืช่วยตัวเองได้ มีพฤติกรรมเสี่ยงอื่น เช่น ดื่มสุรา รวมถึงการไม่เข้าใจถึงความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ได้แก่ การเสพติดบุหรืเกือบทั้งหมดจะเกิดขึ้นในขณะที่เป็นวัยรุ่น การให้การศึกษาและข้อมูลที่ถูกต้องมีความสำคัญในการป้องกันวัยรุ่นจากบุหรืวัยรุ่นที่เสพติดจะเริ่มจากการทดลองสูบ การสูบเป็นครั้งคราว การสูบทุกวันจนติดบุหรื วัยรุ่นประเมินอำนาจการเสพติดของบุหรืต่ำกว่าความจริง ไม่เชื่อว่าทดลองแล้วจะติด ไม่เชื่อว่าติดแล้วจะเลิกยาก รวมถึงวัยรุ่นประเมินอันตรายต่อสุขภาพของบุหรืต่ำกว่าความเป็นจริง (ศ.นพ.ประภคิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่, ๒๕๕๗)

จากการศึกษาการรับรู้และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบ ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด พบว่า อสม.มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับปานกลาง และมีบางประเด็นที่ต้องดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะการเฝ้าระวังในสถานศึกษา จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเยาวชนเพื่อร่วมดำเนินการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในสถานศึกษา และสถานที่สาธารณะนอกจากนั้น สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนวคิดการสร้างหลักสูตรการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับเยาวชน โดยเป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย/แกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบในสถานศึกษาและชุมชนโดยรอบสถานศึกษา ซึ่งเนื้อหาในหลักสูตร ประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ๑) ส่วนที่เป็นเนื้อหาว่าด้วยเรื่องแนวคิดหลักการของการเฝ้าระวังโทษและพิษภัยยาสูบ ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบต่างๆ รวมไปถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๒) ส่วนที่เป็นภาคปฏิบัติ ซึ่งจะต้องฝึกอบรมให้แกนนำเยาวชน สามารถทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังยาสูบในสถานศึกษาของตนและกรอกข้อมูลที่เป็น รวมทั้งส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปแบบเดียวกัน โดยมุ่งเน้นให้เกิดความชัดเจนและครอบคลุมในทุกมิติของการเฝ้าระวังยาสูบที่สอดคล้องกับกฎหมายควบคุมยาสูบของประเทศไทย ทั้งสองฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ และ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕ อันจะนำมาซึ่งการเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่และการสื่อสารข้อมูลเตือนภัยยาสูบในประเด็นที่อยู่นอกเหนือ/ยังมีได้ครอบคลุมด้วยกฎหมายที่มีอยู่ทำให้เกิดรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของเครือข่าย/แกนนำเยาวชนที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการเติมเต็มข้อจำกัดด้านความไม่เพียงพอของบุคลากรภาครัฐ ซึ่งหลักสูตรนี้จะใช้ภาพและรูปแบบการนำเสนอที่กระชับเข้าใจง่าย สวยงาม มีความน่าสนใจเหมาะกับกลุ่มเยาวชนผู้เรียนรู้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร และการนำไปประยุกต์ใช้กับการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จากการศึกษาสถานการณ์ ความเสี่ยง ความรุนแรงของปัญหาบุหรี่ยุคใหม่กับเยาวชน และแนวทางในการแก้ไข ปัญหาการเข้าถึงบุหรี่ยุคใหม่ของเยาวชนที่กล่าวมานั้น ผู้เสนอแนวคิดจึงได้เกิดแนวคิดในการสร้างและพัฒนา นักสืบ- ยาสูบ สำหรับเยาวชน ในการเฝ้าระวังและควบคุมการบริโภคยาสูบในสถานศึกษาและ ในชุมชน ตำบลเหนือ เมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยชุมชนต้องร่วมมือกันในการป้องกันและช่วยเหลือให้กำลังใจและให้ โอกาสแก่วัยรุ่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยให้สังคมวัยรุ่นปลอดบุหรี่ได้อย่างแท้จริง

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

การบริโภคยาสูบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยพบว่าสาเหตุการตาย จาก ๖ ใน ๘ อันดับของโรคเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคยาสูบ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือด สมอง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคถุงลมปอดอุดตัน วัณโรค และมะเร็งหลอดลม และจากสถานการณ์ การบริโภคยาสูบที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก มีแนวโน้มการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชนและสตรีในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียซึ่งยังมีอัตราการสูบบุหรี่ในสตรีและเยาวชนต่ำ และกำลังเป็นเป้าหมายหลักของ ธุรกิจยาสูบในทางการตลาดทุกรูปแบบ ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงระบบทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม อย่างมากและรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตค่านิยม และบรรทัดฐานในสังคมเปลี่ยนไป ยิ่งทำให้การแก้ไขปัญหาการบริโภค ยาสูบมีความซับซ้อนและยากขึ้นไปอีก (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๗)

จากสถานการณ์การบริโภคยาสูบที่กล่าวมานั้น สะท้อนถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนามาตรการและกลไก ต่างๆ โดยเฉพาะกฎหมายให้สามารถแก้ไขปัญหาตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควร ทบทวนและบังคับใช้มาตรการและกฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่อย่างเป็นรูปธรรม และปรับปรุงกฎหมาย นโยบายการ ควบคุมยาสูบให้ทันสมัย ตอบสนอง ต่อสถานการณ์ทางสังคม เพื่อสกัดกั้นการเกิดนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่ม เยาวชน ตลอดจนการสนับสนุนการขวนเล็บบุหรี่ในชุมชนและการให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล โดยผลักดันการ ให้ยารักษาการติดยาโคตินที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพอยู่ในบัญชียาหลักให้มากขึ้น ช่วยลดนักสูบหน้าเก่า ลด จำนวนผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ สร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยจากควันบุหรี่ ซึ่งขณะนี้ สสส.และภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้ง ภาครัฐและนอกภาครัฐ กำลังพยายามดำเนินการด้วยวิธีต่างๆ เพื่อลดและป้องกันการบริโภคยาสูบของเยาวชนไทย ให้เป็นผลต่อไป ซึ่งมาตรการเหล่านี้จะทำให้รัฐบาลสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้เห็นหน้าสร้างสังคมไทยปลอดควันบุหรี่ สร้างความยั่งยืนทางสุขภาพสถานการณ์และความสำคัญ “บุหรี่” ยังคง เป็นภัยคุกคามสุขภาพ โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ยุคใหม่กว่า ๖.๓ ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทย จากผลการ สืบสวนของสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งล่าสุดใน พ.ศ.๒๕๕๘ พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๕๔.๘ ล้านคน สูบบุหรี่ร้อยละ ๑๙.๙ หรือประมาณ ๑๐.๙ ล้านคน เป็นเพศชายร้อยละ ๓๙.๓ เพศหญิงร้อยละ ๑.๘ โดย อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิง ๒๑.๘ เท่า “บุหรี่เข้าถึงและหาซื้อได้ง่าย” ในแต่ละปีมีเด็กและ เยาวชนเข้าสู่วงจรการเสพติดบุหรี่ยุคใหม่จำนวนมาก ที่น่ากังวลคือ ข้อมูลจากการสำรวจการบริโภคยาสูบในเด็กนักเรียน อายุ ๑๕-๑๗ ปีในสถานศึกษาและพื้นที่โดยรอบในเขตบริการสาธารณสุข ๑๒ เขตทั่วประเทศของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๘ พบว่า เด็กไทยสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ ๑๗.๘ ปี และเริ่มสูบบุหรี่เป็นประจำหรือสูบบุหรี่เป็นประจำเมื่ออายุ ๑๙.๕ ปี โดยพบผู้ที่สูบบุหรี่อายุน้อยที่สุดเพียง ๖ ปี ความสูญเสียจากการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ สามารถป้องกันได้ด้วยการไม่สูบบุหรี่ ประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จึงได้ร่วมแสดงเจตนารมณ์ด้วย การร่วมกันตั้งเป้าหมายลดการบริโภคยาสูบ เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนใน พ.ศ.๒๕๗๓ โดยสมัชชา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) กำหนดให้ทุกประเทศลดอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ ๓๐ ให้ได้ภายใน พ.ศ.๒๕๖๘ เพื่อลดการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประเทศไทยต้องลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ให้ เหลือ ๙ ล้านคนใน พ.ศ.๒๕๖๘ หรือลดผู้สูบบุหรี่ลงให้ได้โดยเฉลี่ย ๑.๓ แสนคนต่อปี แนวทางการลดจำนวนคนสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือ การใช้มาตรการทางภาษีและกฎหมาย ที่จะสามารถควบคุมและป้องกันได้อย่างมี

ประสิทธิภาพสูงสุด กฎหมายควบคุมยาสูบของไทย พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.๒๕๓๐ และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๓๕ เป็นกฎหมายที่ใช้มากกว่า ๓๐ ปี ส่งผลให้มาตรการการควบคุมต่างๆ ไม่ทันต่อสถานการณ์ทางสังคมและกลยุทธ์การส่งเสริมการขายของอุตสาหกรรมยาสูบที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มาตรการควบคุมและบทลงโทษต่างๆ มีความอ่อนแอ ที่สำคัญส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่ยังสูงมาก โดยยาสูบเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย หรือการะโรคอันดับที่ ๒ ของประชากรไทย ซึ่งเป็นปัญหาที่ไม่สามารถเพิกเฉยได้ ภาพรวมของประเทศไทยพบว่า มีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองในที่สาธารณะเป็นจำนวนมาก โดยพิจารณาจากการไปในเขตบริเวณที่สาธารณะ ซึ่งในปี พ.ศ.๒๕๖๐ มีผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มากที่สุดคือ จากตลาดสด และตลาดนัด ร้อยละ ๖๑.๘ รองลงมาคือ จากร้านอาหาร/ภัตตาคาร สถานที่จำหน่ายอาหาร เครื่องดื่ม , สถานบริการขนส่งสาธารณะ, ศาสนสถาน, และ อาคารสถานที่ราชการ ร้อยละ ๓๗.๗, ๒๕.๕, ๒๓.๑, ๑๑.๔, ๘.๑, ๖.๒ และร้อยละ ๒.๖ ตามลำดับ ในด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งปี เป็นเงิน ๗๔,๘๔๔ ล้านบาท โดยพบว่าเกิดการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควร มากที่สุดคือ เป็นเงินจำนวน ๖๑,๒๑๙ บาท (ร้อยละ ๘๑.๗) รองลงมาคือค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทางตรง ๑๑,๔๗๓ ล้านบาท (ร้อยละ ๑๕.๐) และทางอ้อม ๑,๑๖๘ บาท (ร้อยละ ๑.๖) และการสูญเสียผลิตภาพจากการทำงานของผู้ป่วยจำนวน ๗๓๑ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๙) และผู้ดูแลผู้ป่วย ๒๙๓ ล้านบาท (ร้อยละ ๐.๓) ผลกระทบในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่า ยาสูบส่งผลให้เกิดพลังใหม่ เกิดการระเบิดอันเนื่องมาจากข้อขัดแย้งของบุหรี่ อุบัติเหตุ เกิดความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นผลเสียจากยาฆ่าแมลง การทำลายป่า และกันบุหรี่ส่งผลต่อมลภาวะต่อดินและน้ำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๑)

ความรุนแรงของปัญหาการบริโภคยาสูบของเยาวชน คือ เยาวชนไทยสูบบุหรี่ กว่า ๓ แสนคน สูบครั้งแรก ๑๕-๑๗ ปีโดยผลสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๖ และปี ๒๕๕๘ ระบุว่า มีเยาวชน สูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ ๘.๔ (๓๓๗,๖๗๙ คน) ในปี ๒๕๕๖ เหลือร้อยละ ๗.๙ (๓๑๒,๖๑๐ คน) ในปี ๒๕๕๘ โดย ๕ ใน ๑๐ ของนักสูบบุหรี่ใหม่เริ่มต้นสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ ๑๕-๑๗ ปี โดยเยาวชนในกลุ่มนี้ คนที่สูบบุหรี่เป็นประจำนิยมสูบบุหรี่ของที่วางจำหน่ายตามร้านค้า เพราะเข้าถึงง่าย ทั้งนี้ปัจจัยหลักในการป้องกันเยาวชนจากการเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่ต้องอาศัยกฎหมายใหม่คือ ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ที่แก้ไขเพิ่มเติม มีการเพิ่มมาตรการป้องกันการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน ต้องมีการทำงานในทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องใน "แบบจำลองเชิงนิเวศวิทยา (Ecological Model) อย่างครบวงจร ประกอบด้วย ๑) เยาวชนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่อยู่สูงสุดในสุด โดยต้องเสริมด้านความรู้และกิจกรรม เพื่อให้รู้ทันโทษพิษภัยบุหรี่ และกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่รวมถึงสร้างเสริมให้มีทักษะชีวิตในการปฏิเสธบุหรี่ ๒) ระหว่างบุคคล คือกลุ่มบุคคลเครือข่ายที่แวดล้อมเยาวชนในบ้าน บ้านที่หัวหน้าครอบครัวไม่สูบบุหรี่มีโอกาสที่เยาวชนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ สูงถึง ๑๙ เท่า รวมทั้งกลุ่มครูในโรงเรียนควรทำตัวเป็นแบบอย่างไม่สูบบุหรี่ ๓)องค์กร ได้แก่ บ้าน โรงเรียน วัด สถาบันกวดวิชา ต้องปฏิบัติตามกฎหมายสร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ ๔)ชุมชนมีเครือข่ายเฝ้าระวังไม่ให้เยาวชนสูบบุหรี่ ร้านค้าในชุมชนต้องไม่จำหน่ายบุหรี่ให้เด็กวัยต่ำกว่า ๑๘ ปี และ ๕) รัฐบาลหรือองค์กรของรัฐบังคับใช้กฎหมาย ภาคส่วนต่างๆ สามารถกำหนดกฎเกณฑ์ กฎกติกาภายในส่วนงานหรือชุมชนเพื่อให้สอดคล้องและหนุนเสริมนโยบายระดับประเทศ

ธนาคารโลกระบุว่า ในแต่ละวันมีเด็กติดบุหรี่ใหม่ ๘๒,๐๐๐ ถึง ๙๙,๐๐๐ คน โดยเป็นเด็กในประเทศที่พัฒนาแล้ว ๑๔,๐๐๐ ถึง ๑๕,๐๐๐ คน จากประเทศที่กำลังพัฒนา ๖๘,๐๐๐ ถึง ๘๘,๐๐๐ คน จากการสำรวจการสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียน อายุ ๑๓-๑๕ ปี ขององค์การอนามัยโลกใน ๑๕๑ ประเทศ พ.ศ.๒๕๕๐ พบว่า ร้อยละ ๙.๘ ใช้นยาสูบ, ร้อยละ ๔๗ ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน, ร้อยละ ๖๐ ได้รับควันบุหรี่มือสองในที่สาธารณะ และร้อยละ ๒๓.๑ ของคนที่สูบบุหรี่เริ่มทดลองสูบก่อนอายุ ๑๐ ขวบ เนื่องจากบุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดแรกที่วัยรุ่นเข้าไปเสพติด ก่อนที่จะไปติดสิ่งเสพติดอื่น เช่น สุราและยาเสพติดร้ายแรงอื่นๆ ซึ่งเด็กที่สูบบุหรี่อายุน้อยจะเสพติดบุหรี่ยุติแรงกว่าผู้ที่เสพติดเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น การวิจัยในอังกฤษและสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ ๓๓ ถึง ๕๐ ของเด็กที่ทดลองสูบบุหรี่จะกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำ โดยผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพเยาวชน ได้แก่

- ๑) สุขภาพของเยาวชนที่สูบบุหรี่ไม่แข็งแรงเท่าสุขภาพของเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่
- ๒) เยาวชนที่สูบบุหรี่จะมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่
- ๓) ยิ่งเริ่มสูบบุหรี่อายุน้อย ความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งยิ่งมาก
- ๔) เยาวชนที่สูบบุหรี่จะพบการเปลี่ยนแปลงในเส้นเลือดที่เป็นระยะแรกของโรคหัวใจและหลอดเลือด

ในสมอง

- ๕) การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นลดอัตราการเจริญเติบโตและสมรรถภาพของปอด
- ๖) วัยรุ่นที่สูบบุหรี่จะมีความพิตน้อยกว่าคนที่ไม่สูบและจะออกกำลังกายได้น้อยกว่าคนที่ไม่สูบ
- ๗) มีอาการไอและเสมหะมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่
- ๘) ระดับไขมันไม่ดีเพิ่มขึ้น ระดับไขมันดีลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ๙) การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นหญิง จะเพิ่มความเสี่ยงประจำเดือนมาไม่ปกติ, มักจะเป็นคนซึมเศร้ามากกว่า

คนไม่สูบ, การเริ่มติดบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำให้น้ำหนักลด

๑๐) การได้รับควันบุหรี่ในวัยรุ่น จะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปอดเมื่อเป็นผู้ใหญ่, เพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อทางเดินหายใจ ทีดจับรุนแรง ทำให้ปอดพัฒนาการน้อยลง

เยาวชนที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงที่ผู้ปกครองและสังคมต้องตระหนัก โดยข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่าในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉลี่ยวัยรุ่น ๑๕ ปี จำนวน ๑,๐๐๐ คน ที่เสพติดบุหรี่ เมื่อติดตามไปเรื่อยๆ พบว่าประมาณ ๑๐ คน จะเสียชีวิตจากความรุนแรง, ประมาณ ๑๐ คนจะเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน, ประมาณ ๓๐ คน จะเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับสุรา, ประมาณ ๑๒๕ คน จะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ในวัยกลางคน และประมาณ ๑๒๕ คน จะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ในวัยสูงอายุ ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้วโดยเฉลี่ยในผู้ที่อายุ ๒๐ ปี จำนวน ๑,๐๐๐ คน ที่เสพติดบุหรี่ พบว่า ๒๕๐ คน จะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ในวัยกลางคน, ๒๕๐ คนจะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ในวัยสูงอายุ โดยการแก้ไขปัญหานี้กับเยาวชน ควรเน้นกลยุทธ์เพื่อเยาวชนปลอดบุหรี่ โดยให้ความรู้ถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อสุขภาพ ค่าใช้จ่าย การยอมรับของสังคม และผลกระทบต่อสังคมโดยรวม การฝึกทักษะในการรับแรงกดดันจากเพื่อนและธุรกิจยาสูบในการชักนำให้สูบบุหรี่ การใช้นวัตกรรมการเรียนการสอนในการฝึกให้นักเรียนปฏิเสธการสูบบุหรี่ในระดับต่างๆ ตั้งแต่การไม่ทำให้เริ่มและการเลิกใช้บุหรี่ การจัดให้เรื่องบุหรี่และสุขภาพอยู่ในหลักสูตรประจำชั้น ประถมและมัธยม ด้วยรูปแบบการสอนที่หลากหลายให้นักเรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้

ดังนั้น การเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบในการเสนอแนวคิดครั้งนี้ หมายถึง การเฝ้าสังเกต การติดตามสถานการณ์ ปรากฏการณ์การบริโภคยาสูบและบริบทสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ โดยแกนนำเยาวชน ซึ่งมีเหตุผลสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้แก่

- ๑) เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองและบุคคลใกล้ชิด
- ๒) กลยุทธ์ด้านการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบมีการปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ
- ๓) กฎหมายและระเบียบต่างๆ มีข้อจำกัด/ไม่ครอบคลุม
- ๔) ระบบการค้าเสรีส่งผลให้เกิดการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบราคาถูกและการหลีกเลี่ยงภาษี
- ๕) อัตรากำลังและงบประมาณที่จำกัดของหน่วยงานภาครัฐ

ซึ่งการจัดระบบเฝ้าระวังในรูปแบบนี้จะเกิดประโยชน์ ดังนี้

- ๑) ทราบภาวะเสี่ยงของเยาวชนต่อการเกิดโรคเนื่องจากยาสูบ
- ๒) ทราบสถานการณ์ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวในเขตรับผิดชอบ
- ๓) สามารถพยากรณ์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในชุมชนได้

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบในสถานศึกษาและในชุมชน ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด

๕. เป้าหมาย

แกนนำเยาวชนตำบลเหนือเมือง โดยเป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย ระดับมัธยมศึกษาและ เยาวชนนอกระบบการศึกษา จำนวน ๑๒ หมู่บ้าน หมู่บ้านละ ๓ คน รวม ๓๖ คน

๖. ขั้นตอน/วิธีการดำเนินงาน

๖.๑ คัดเลือกแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ

๖.๒ จัดทำหลักสูตร/เนื้อหา “หลักสูตรนักสืบ-ยาสูบ” โดยผู้เสนอแนวคิดได้ประยุกต์หลักสูตรการเฝ้า ระวังและควบคุมบริโภคยาสูบสำหรับเยาวชน ของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข ซึ่งมีเนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วย ๖ บทเรียน ดังนี้

๖.๒.๑ ทำไมต้องเฝ้าระวังยาสูบ??

๖.๒.๒ รู้ทันผลิตภัณฑ์ยาสูบ

๖.๒.๓ สารพิษและภัยยาสูบ

๖.๒.๔ กฎหมายน่ารู้เพื่อการเฝ้าระวังควบคุมยาสูบสำหรับเยาวชน

๖.๒.๕ เริ่มต้นภารกิจนักสืบยาสูบ

๖.๒.๖ เคล็ดลับง่ายๆในการเก็บข้อมูล

๖.๓ จัดอบรมวิทยากรฝึก จำนวน ๗ คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้า พนักงานสาธารณสุข ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

๖.๔ ครูฝึกตามข้อ ๕.๓ ดำเนินการอบรมแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ หลักสูตร ๒ วัน

๖.๕ แกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบดำเนินการปฏิบัติงานเชิงรุกทั้งในโรงเรียนจำนวน ๔ โรงเรียน และในชุมชน จำนวน ๑๒ หมู่บ้าน

๖.๖ ประเมินผลการดำเนินงาน

๖.๗ ปรับปรุงและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

๗) ตารางฝึกอบรมแกนนำเยาวชนในการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ “หลักสูตรนักสืบ-ยาสูบ สำหรับเยาวชน ตำบลเหนือเมือง”

วันที่ ๑ ของการฝึกอบรม	
๐๘.๐๐-๐๘.๓๐ น.	พิธีเปิดการอบรม
๐๘.๓๐-๐๙.๓๐ น.	ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ,ด้านสิ่งแวดล้อม, ด้านเศรษฐกิจและสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม
๐๙.๓๐-๑๐.๐๐ น.	ข้อมูลสำคัญเรื่องบุหรี่กับเยาวชน
๑๐.๐๐-๑๐.๓๐ น.	พักรับประทานอาหารว่าง-สันทนาการ
๑๐.๓๐-๑๒.๐๐ น.	ทำไมต้องเฝ้าระวังยาสูบ??
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐-๑๓.๔๕ น.	รู้ทันผลิตภัณฑ์ยาสูบ
๑๓.๔๕-๑๔.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารว่าง-สันทนาการ
๑๔.๐๐-๑๕.๐๐ น.	สารพิษและภัยยาสูบ
วันที่ ๒ ของการฝึกอบรม	
๐๙.๐๐-๐๙.๓๐ น.	ทบทวนความรู้ของวันที่ ๑
๐๙.๓๐-๑๐.๓๐ น.	กฎหมายน่ารู้เพื่อการเฝ้าระวังควบคุมยาสูบสำหรับเยาวชน
๑๐.๓๐-๑๐.๔๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง-สันทนาการ
๑๐.๔๕-๑๒.๐๐ น.	เริ่มต้นภารกิจนักสืบยาสูบ

๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐-๑๔.๓๐ น.	เคล็ดลึกลับง่าย ๆ ในการเก็บข้อมูล
๑๔.๓๐-๑๔.๔๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง-สัมมนาการ
๑๔.๔๕-๑๖.๓๐ น.	อภิปรายปัญหา และมอบหมายภารกิจ

๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

แกนนำเยาวชนที่ผ่านการอบรมตาม“หลักสูตรนักสืบ-ยาสูบ สำหรับเยาวชน”มีศักยภาพขั้นสูง ในการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ ทั้งในโรงเรียนและในชุมชน ในพื้นที่ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

๙. ตัวชี้วัดความสำเร็จ : ร้อยละของเยาวชนที่สามารถปฏิบัติงานเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบในโรงเรียนและในชุมชนได้ โดยผู้เสนอแนวคิดออกแบบเครื่องมือประเมินตัวชี้วัดความสำเร็จ ประกอบด้วย

- ๑) เยาวชนมีการทำงานเป็นทีม
- ๒) เยาวชนมีการสื่อสารและประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการเฝ้าระวังยาสูบ
- ๓) เยาวชนออกปฏิบัติงานเชิงรุกเพื่อเฝ้าระวังยาสูบในโรงเรียนและในชุมชน
- ๔) เยาวชนมีการวิเคราะห์ผลการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ และสามารถกำหนดแนวทางในการจัดการ

ปัญหาได้

ลงชื่อ.....ผู้เสนอแนวคิด

(นางสาววารภรณ์ ศีลาแยง)

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระดับปฏิบัติการ

วันที่...๕...เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕