

แนวทางควบคุมและ กำกับการระบาดของยาสูบ

GUIDELINES FOR CONTROLLING AND MONITORING THE TOBACCO EPIDEMIC

เรียบเรียงโดย

รศ.ดร.อมรรัตน์ โพธิ์พรรค
พศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช
พศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย



ISBN 978-974-11-0805-3

แนวทางควบคุมและกำกับการระบาคของยาสูบ

องค์การอนามัยโลก
กรุงเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์



แนวทางควบคุมและกำกับการระบาดของยาสูบ

ISBN 978-974-11-0805-3

เรียบเรียงโดย

รศ.ดร.อมรรัตน์ โพธิ์พรรค

ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช

ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย

ฝ่ายสนับสนุน

นายสาโรจน์ นาคจุ

นางสาวศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์

นายณัฐพล เทศขยัน

นางสาวจินตนา ปีสึงห์

จัดพิมพ์โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ที่ เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ โทร.0-2457-2593

พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2550

จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

คำนำผู้จัดพิมพ์

ประเทศไทยมีการสำรวจข้อมูลการสูบบุหรี่มาอย่างต่อเนื่อง โดยหลายหน่วยงาน อาทิ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานวิชาการต่างๆ หากแต่มักจะพบปัญหาสำคัญคือ แต่ละหน่วยงานได้ให้นิยามของ “การสูบบุหรี่” ที่แตกต่างกัน เป็นผลให้เกิดข้อขัดแย้งและการสูบบุหรี่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อการเปรียบเทียบข้อมูลการสูบบุหรี่ทั้งภายในและระหว่างประเทศ

องค์การอนามัยโลก ภายใต้แผนงานยาสูบและสุขภาพ ได้จัดทำเอกสารเรื่อง “แนวทางการควบคุมและกำกับการระบาดของยาสูบ (Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic)” ขึ้น เพื่อให้แนวทางการควบคุม และกำกับการบริโภคยาสูบ และตัวอย่างการศึกษาทางระบาดวิทยาว่าด้วยเรื่องยาสูบอย่างละเอียด ทั้งในส่วนของนิยาม/คำจำกัดความ เกณฑ์ชี้วัด ข้อคำถาม คำอธิบาย การสุ่มตัวอย่าง และกรณีตัวอย่าง ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการสำรวจการบริโภคยาสูบในแต่ละประเทศ อีกทั้งยังพัฒนามาตรฐานข้อมูลให้เป็นสากล ที่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ได้อีกด้วย

ปัจจุบัน ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ ดังจะเห็นได้จากการมีงานสำรวจข้อมูลการสูบบุหรี่จากหน่วยงานต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ด้วยวัตถุประสงค์ที่ต่างกันไป หากแต่ได้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ อย่างใกล้ชิดมากขึ้น เพื่อพัฒนามาตรฐานการสำรวจและการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือขององค์การอนามัยโลกฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงาน สถาบันการศึกษา นักวิจัย นักระบาดวิทยาและนักศึกษาที่สนใจการควบคุมการบริโภคยาสูบ จะได้ใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานและตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสากลต่อไป

ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย

ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

สิงหาคม 2550

กิตติกรรมประกาศ

หนังสือคู่มือเล่มนี้ได้จัดทำขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญ 2 กลุ่ม คือในส่วนที่ 1 ดร.J.R.Menchaca ผู้จัดการคนก่อนของโครงการและแผนงานควบคุมยาสูบและสุขภาพขององค์การอนามัยโลกได้ร่วมกับคณะทำงานในแผนงานยาเสพติด ได้แก่ คุณ Neil Collishaw บรรณาธิการอาวุโส ส่วนที่ 2 โดย ดร.Alan Lopez และได้รับความอนุเคราะห์จาก คุณ Barbara Zolty ในการช่วยเหลือด้านการจัดพิมพ์ เพื่อให้หนังสือคู่มือเล่มนี้ออกมาสมบูรณ์ที่สุด

องค์การอนามัยโลกขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในด้านการจัดเตรียมต้นฉบับ การให้คำปรึกษาที่ไม่เป็นทางการ รวมทั้งการตรวจทานความถูกต้องในเนื้อหาของคู่มือเล่มนี้ ได้แก่ ดร.Gary Giovino (สหรัฐอเมริกา) ดร.Prakash Gupta (อินเดีย) ศาสตราจารย์ Judith Mackay (ประธาน จากฮ่องกง) ศาสตราจารย์ Pekka Puksa (ฟินแลนด์) ดร.Lars Ramstrom (สวีเดน) ดร.Annie Sasco (จาก IARC : International Agency for Research on Cancer) ดร.Vera Luiza da Costa e Silva (บราซิล) ดร.Krisela Steyn (แอฟริกาใต้) และ คุณ.David Swenor (ผู้นำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุมแคนาดา)และขอแนะนำในร่างคู่มือซึ่งได้รับความอนุเคราะห์จาก ดร.Thomas Novotny (สหรัฐอเมริกา) ดร.Derek Yach (แอฟริกาใต้) และคุณ. Howard Barnum (ธนาคารโลก)

ขอขอบคุณสำหรับข้อคิดเห็นและคำแนะนำจากสำนักงานองค์การอนามัยโลกในแต่ละภูมิภาคและจากโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบรวมถึงโครงการที่เกี่ยวข้อง

ท้ายสุด องค์การอนามัยโลก ขอขอบคุณ AusAID (The Australian Agency for International Development) ที่ให้การสนับสนุนด้านการเงิน และเตรียมการสำหรับหนังสือเล่มนี้ และขอขอบคุณสำนักงานบริหารสุขภาพ ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) ศูนย์ความร่วมมือองค์การอนามัยโลก สำหรับการสนับสนุนให้เผยแพร่เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทั่วโลก

สารบัญ

	หน้าที่
คำนำผู้จัดทำพิมพ์	i
กิตติกรรมประกาศ	ii
สารบัญ	iii
บทนำ	1
ส่วนที่ 1 การปฏิบัติการเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ	5
บทที่ 1 ความจำเป็นในการควบคุมการบริโภคยาสูบ	7
รูปแบบของการบริโภคบุหรี่และการตาย	8
ข้อสรุปจากที่ประชุมองค์การอนามัยโลก	8
การยอมรับการสูบบุหรี่ของสังคม	10
ความสำคัญของการควบคุมการสูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ	11
การควบคุมท่ากับการระบาดของบุหรี่	12
หนังสืออ่านประกอบ	12
บทที่ 2 แผนปฏิบัติการระดับชาติในการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ	15
เป้าหมายและวัตถุประสงค์	15
แผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก	17
▪ แผนงานของสำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก	17
▪ แผนปฏิบัติการของสำนักงานองค์การอนามัยโลกส่วนภูมิภาค	18
การส่งเสริมสุขภาพ	19
▪ วันงดสูบบุหรี่โลก	20
▪ การเผยแพร่ทางสื่อ หรือการใช้สื่อเป็นตัวแทน	20
▪ การโฆษณาผ่านสื่อ	21
▪ การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน	22
▪ การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน	22
▪ การให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมด้านวัฒนธรรม กีฬาและกิจกรรมชุมชน ต่าง ๆ	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้าที่
การเลิกบุหรี่	24
การปกป้องสุขภาพ	26
▪ มาตรการด้านกฎหมาย	26
▪ มาตรการด้านเศรษฐกิจ	28
▪ ทางเลือกทางเศรษฐกิจเพื่อทดแทนบุหรี่	28
การเสริมสร้างสมรรถนะ	30
การติดตามกำกับและการประเมินผล	30
สรุป	31
หนังสืออ่านประกอบ	31
บทที่ 3 การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระดับชาติ	33
หลักการ 7 ประการในการทำให้แผนปฏิบัติการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นจริง	34
7 กลวิธีในการควบคุมการบริโภคยาสูบ	37
หนังสืออ่านประกอบ	42
บทที่ 4 การได้รับการสนับสนุนในการควบคุมการบริโภคยาสูบ	43
แนวร่วมในแผนการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชาติ	43
▪ หน่วยงานรัฐบาล	43
▪ สื่อสารมวลชน	49
▪ กลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข	50
▪ องค์กรอาสาสมัครและวิชาชีพอื่นๆ	52
▪ วงการธุรกิจ อุตสาหกรรมและสหภาพแรงงาน	53
เครือข่ายต่อต้านนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ	54
บุหรี่เป็นปัญหาของทุกคน	54
สรุป	55
หนังสืออ่านประกอบ	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้าที่
บทที่ 5 ข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ	57
ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ	59
▪ อุตสาหกรรมบุหรี่	59
▪ อุตสาหกรรมบุหรี่กับเศรษฐกิจระดับประเทศ	59
▪ ค่าใช้จ่ายของผู้บริโภคยาสูบ	60
▪ ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจโดยรวม	61
การโฆษณาบุหรี่	63
นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชาติ	64
ภาษี ราคาค่าหน่วยและการบริโภค	65
การสำรวจความคิดเห็นของประชาคม/การทำประชาพิจารณ์	65
ข้อมูลเบื้องต้นของประเทศ	66
สรุป	66
หนังสืออ่านประกอบ	67
ส่วนที่ 2 การควบคุมกำกับการระบาคของการบริโภคยาสูบ	69
บทที่ 6 ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ	71
การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา	72
▪ การปรับอัตราการสูบบุหรี่	73
▪ ความต้องการข้อมูลที่เหมาะสม	73
▪ การติดตามกำกับการเกิดโรค	74
การติดตามกำกับการสูบบุหรี่	74
▪ ความชุกของการสูบบุหรี่	74
▪ การบริโภคบุหรี่เฉลี่ยต่อหัวประชากร	75
สรุป	76
หนังสืออ่านประกอบ	76

สารบัญ (ต่อ)

	หน้าที่
บทที่ 7 การติดตามกำกับกับการบริโภคยาสูบ	77
การคาดประมาณปริมาณการบริโภคบุหรี่	77
แหล่งข้อมูล	79
ปัญหาการใช้ค่าคาดประมาณเฉลี่ยต่อหัว	80
การประมาณปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวในประเทศออสเตรเลีย	82
สรุป	83
หนังสืออ่านประกอบ	83
บทที่ 8 การติดตามกำกับกับการใช้ยาสูบ	85
นิยามศัพท์	85
อัตราความชุกของการสูบบุหรี่	87
คำถามประเมินการใช้ยาสูบ	89
▪ การประเมินสถานภาพการสูบบุหรี่	90
▪ การประเมินสถานภาพการใช้ยาสูบแบบไร้ควัน	90
▪ คำอธิบายเพิ่มเติม	91
การใช้ยาสูบในประชากรกลุ่มเฉพาะ	91
▪ ผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์	91
▪ นักวิชาชีพสาธารณสุข : นักสาธารณสุข ครู และนักศึกษา	92
▪ วัยรุ่น	92
การเลือกคำถามหลัก	93
การเก็บข้อมูล	93
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง	96
▪ การเลือกตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น	96
▪ การสุ่มโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น	97
▪ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	99
การวัดการเปลี่ยนแปลงตามเวลา	100
การเตรียมข้อมูล การวิเคราะห์และการนำเสนอผล	101
▪ การตรวจสอบข้อมูล	101
▪ การคำนวณอัตราตอบกลับในการสำรวจ	102

สารบัญ (ต่อ)

	หน้าที่
▪ อัตราความชุกของการใช้ยาสูบชนิดต่าง ๆ	102
▪ ระดับการบริโภคบุหรี่	104
▪ การใช้ข้อมูลจากการสำรวจเพื่อประมาณค่าประชากร	104
ข้อคำถามเพิ่มเติมสำหรับการใช้ยาสูบ ความรู้และความคิดเห็น	105
▪ การใช้ยาสูบ	105
▪ ความรู้ด้านสุขภาพ	106
▪ ความคิดเห็นสาธารณะ	107
▪ การสำรวจสถานประกอบการ	108
ข้อพึงระวังในการสำรวจ	108
สรุป	109
หนังสืออ่านประกอบ	109
บทที่ 9 การประเมินผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ	111
การเก็บรวบรวมและการแปลความหมายข้อมูลด้านวิทยาการระบาด	112
▪ ข้อมูลพื้นฐานและคำนิยาม	112
การติดตามศึกษาปริมาณการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่	115
การศึกษาปริมาณการตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่	117
ความเสี่ยงและการเป็นสาเหตุ	119
การวัดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเจ็บป่วย	122
▪ การคาดประมาณค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์	124
▪ การคำนวณจำนวนการตายที่เกิดจากการสูบบุหรี่	125
▪ การคำนวณโดยวิธีอ้อม	126
▪ การทำนายการตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ในอนาคต	127
สรุป	128
หนังสืออ่านประกอบ	130

สารบัญ (ต่อ)

นิยามศัพท์		หน้า 131
ภาคผนวก		135
ภาคผนวก 1	ข้อตกลงของที่ประชุมอนามัยโลก เรื่อง บุหรี่กับสุขภาพ พ.ศ.2513-2538	137
ภาคผนวก 2	ตัวอย่างรูปแบบกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	153
ภาคผนวก 3	ข้อคิดจากชุดคู่มือแนะนำวันงดสูบบุหรี่โลก พ.ศ.2538 (WHO's World No Tobacco Day advisory kit, 1995) : “บุหรี่มี ราคาแพงกว่าที่คุณคิด”	159
ภาคผนวก 4	โครงสร้างฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก เรื่อง บุหรี่กับสุขภาพ	172
ภาคผนวก 5	ตัวอย่างข้อมูลระดับประเทศ	176
ภาคผนวก 6	กรณีศึกษาการสำรวจความชุก	185
ภาคผนวก 7	การสุ่มตัวอย่างในการสำรวจความชุกระดับชาติ	188
ภาคผนวก 8	กรณีศึกษาการสำรวจความชุก	189
ภาคผนวก 9	ตัวอย่างแบบสอบถาม : สถานประกอบการปลอดบุหรี่	191
ภาคผนวก 10	การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาในการประเมินผลเสียด้านสุขภาพที่ เกิดจากการสูบบุหรี่	194

บทนำ

ในแต่ละปี บุหรี่เป็นสาเหตุของการตายประมาณ 3.5 ล้านราย หรือ 1 รายในทุก 9 วินาที จำนวนคนตายด้วยบุหรี่เพิ่มขึ้นทุกปี และถ้าแนวโน้มยังเป็นเช่นนี้ต่อไป ในปี พ.ศ.2563-2573 จะมีคนตายจากบุหรี่ประมาณ 10 ล้านรายต่อปี ในจำนวนนี้ร้อยละ 70 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2484-2493 เป็นต้นมา หลักฐานทางวิทยาศาสตร์พบว่า บุหรี่เกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งมากกว่า 25 โรค โดยส่งผลต่อการสูญเสียชีวิตและสุขภาพ รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคม

เพื่อสะท้อนถึงความห่วงใยประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ที่ประชุมองค์การอนามัยโลกได้ยอมรับข้อตกลงหลายประการในการทำงานเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ รวมถึงการเรียกร้องให้มีการดำเนินกลวิธีต่าง ๆ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ มาตรการเหล่านี้เป็นความต้องการอย่างเร่งด่วนไม่เฉพาะประเทศที่มีการระบาดของบุหรี่เท่านั้น แต่ยังรวมถึงประเทศที่ยังไม่มีการระบาดของยาสูบซึ่งควรมีมาตรการป้องกันการระบาดไว้ก่อน

ขณะนี้หลายประเทศได้ดำเนินการตามข้อตกลงขององค์การอนามัยโลก แต่ขาดความรู้และประสบการณ์ในการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานที่เบ็ดเสร็จ และขาดนโยบายความร่วมมือจากหลายฝ่ายทำให้การดำเนินการไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร หนังสือเล่มนี้มีเนื้อหาที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้สนใจหรือผู้รับผิดชอบนโยบายและแผนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติในการกำหนดและจัดการนโยบายและแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จในระยะยาวและมีความร่วมมือจากหลายฝ่าย มีการทบทวนประสบการณ์การดำเนินงานในหลายประเทศ และผลการทบทวนได้ถูกนำมาวิเคราะห์ในหลายแง่มุม ซึ่งได้กลายเป็นหัวข้อที่ถูกนำเสนอสำหรับนำไปใช้ในประเทศอื่น ๆ ที่ต้องการพัฒนานโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศของตน

การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของแต่ละประเทศ ไม่ใช่เป็นการบังคับให้ดำเนินการตามแนวทางที่เสนออย่างเคร่งครัด แต่ควรนำหลักการทั่วไป ข้อเสนอแนะและตัวอย่างไปประยุกต์ใช้เพื่อให้สนองต่อวัตถุประสงค์เฉพาะของแต่ละพื้นที่ และการกำหนดกลวิธีในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ

หนังสือเล่มนี้ ประกอบด้วยเนื้อหาสองส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 การปฏิบัติการเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ส่วนที่ 2 การควบคุมกำกับการระบาดของสารพิษจากการบริโภคยาสูบ

ส่วนที่ 1 การปฏิบัติการเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทที่ 1 ความจำเป็นในการควบคุมการบริโภคยาสูบ : องค์ประกอบของการระบาดของบุหรี่และความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบุหรี่

บทที่ 2 แผนปฏิบัติการระดับชาติในการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ : การเตรียมการสำหรับจัดทำแผน ฯ โดยเน้นความสำคัญของแนวทางความร่วมมือของหลายฝ่าย มีการนำเสนอแนวทางในการนำภาษีบุหรี่มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และยังได้นำเสนอแนวทางในการถกแถลงถึงแรงต้านเรื่องการขึ้นภาษีบุหรี่ นอกจากนั้น ยังนำเสนอแนวทางในการจัดการและการประเมินผลนโยบายและแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทที่ 3 การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระดับชาติ : ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยอาศัยประสบการณ์ของประเทศที่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งได้นำเสนอแนวทางในการถกแถลงข้อจำกัดและอุปสรรคของการดำเนินงานในแง่มุมต่าง ๆ และในการพัฒนานโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ แต่ละประเทศต้องมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์การบริโภคยาสูบในแต่ละช่วง เช่น สิ่งที่ทำสำเร็จไปแล้ว และสิ่งที่จะต้องทำต่อไป

บทที่ 4 การได้รับการสนับสนุนในการควบคุมการบริโภคยาสูบ : กลุ่มหรือสถาบันที่มีบทบาทสำคัญ หรือสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบ รวมถึงกลุ่มหรือองค์กรที่จะขัดขวางนโยบายนี้

บทที่ 5 ข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ : นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการจัดทำแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ การจัดเก็บข้อมูลและการเขียนรายงานเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลที่อยู่ในรูปที่ง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์ อีกทั้งยังนำเสนอแนวทางในการจัดทำเอกสารข้อมูลของประเทศเรื่อง “บุหรี่กับสุขภาพ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลข่าวสารที่ใช้ในการดำเนินการและควบคุมกำกับประสิทธิภาพของนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ

ส่วนที่ 2 การควบคุมกำกับการระบาดของการบริโภคยาสูบ

บทที่ 6 ถึง 9 เน้นการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่และผลของบุหรี่ต่อสุขภาพ เช่น ข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ข้อมูลนี้เมื่อใช้ประกอบกับข้อมูลในบทที่ 4 และ 5 จะช่วยประเทศต่าง ๆ ในการควบคุมกำกับและเขียนรายงานเรื่องการระบาดของบุหรี่ และเป็นข้อมูลสนับสนุนนโยบายและแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ

ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้เกี่ยวกับพัฒนาการของการแพร่ระบาด โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรต่าง ๆ มีประโยชน์มากในการสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบ การเฝ้าระวัง รวมทั้งความสำคัญของการกระจายของข้อมูลในแต่ละกลุ่ม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ การคำนวณดัชนีต่าง ๆ และการแสวงหาแหล่งข้อมูลที่ช่วยในการกำกับการควบคุมการบริโภคยาสูบและการเจ็บป่วย หลักการนี้ใช้ได้ทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว

บทที่ 7 การติดตามกำกับการบริโภคยาสูบ : นำเสนอวิธีประมาณการจำนวนการบริโภคยาสูบจากปริมาณการผลิต จำนวนขายและการจำหน่ายบุหรี่ มีการนำเสนอข้อดีและข้อจำกัดในการวัดจำนวนการบริโภคยาสูบด้วยวิธีต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น ปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อคนซึ่งสามารถแสดงปริมาณบริโภคโดยรวม แต่ไม่สามารถชี้ถึงปริมาณการบริโภคในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ได้ เป็นต้น

บทที่ 8 การติดตามกำกับการใช้ยาสูบ : แสดงให้เห็นว่า การจะได้มาซึ่งข้อมูลนั้น ต้องทำการสำรวจในกลุ่มประชากรอย่างไร และจะใช้ประโยชน์จากข้อมูลนั้นอย่างไรในการประมาณอัตราการบริโภคยาสูบซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบต่อไป บทนี้กล่าวถึงข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่ได้ปรับปรุงใหม่เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปในทางเดียวกันในการวัดความชุกของการสูบบุหรี่ ทุกประเทศในโลกควรอย่างยิ่งที่จะดำเนินการตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกในการสำรวจความชุก ความรู้และความคิดเห็น ซึ่งจะขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรมในสังคมที่ต่างกัน ดังนั้น การสร้างหลักเกณฑ์เดียวสำหรับปฏิบัติในทุกประเทศจะทำได้ยาก อย่างไรก็ตาม หนังสือนี้นำเสนอเทคนิคการสำรวจซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ต้องการในด้านความรู้เกี่ยวกับผลของบุหรี่ต่อสุขภาพและความคิดเห็นของสาธารณชนในเรื่องนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทที่ 9 การประเมินผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ : นำเสนอข้อมูลพื้นฐานเรื่องแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยและการตาย และนำเสนอวิธีการประมาณการจำนวนการตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ ทั้งในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและทันต่อเหตุการณ์ จะส่งผลดีต่อการวางแผนนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ

ความจำเป็นของการดำเนินการในสถานการณ์ปัจจุบัน

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดต่อการตายก่อนวัยอันควรที่สามารถป้องกันได้ และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยรุ่นจะตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ การเพิ่มจำนวนของการบริโภคยาสูบอย่างน่าตกใจเป็นเครื่องยืนยันว่า ฤทธิ์เสพติดของนิโคตินนั้นรุนแรงมาก รวมทั้งความพยายามอย่างหนักของบริษัทบุหรี่ในการพยายามโฆษณาสินค้าในตลาดผู้บริโภค ท่ามกลางความพยายามของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการดำเนินการยับยั้งอย่างเข้มข้นเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามการตายเนื่องจากการสูบบุหรี่จะปรากฏก็ต่อเมื่อผู้นั้นสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่นาน 30-40 ปี ดังนั้นผลด้านสุขภาพของการสูบบุหรี่จึงเป็นประมาณการที่ต่ำกว่าความเป็นจริง แม้ว่าการประมาณการนั้นจะทำโดยหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก็ตาม ดังนั้นจึงมีความจำเป็นและเร่งด่วนที่ทั่วโลกจะต้องมีการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพ

หนังสือนี้นำเสนอแนวทางปฏิบัติที่กระทำได้จริง หากทุกประเทศทั่วโลกพร้อมใจปฏิบัติตามแนวทางที่มีประสิทธิภาพทันห่วงที่ย่อมควบคุมการระบาดของ การบริโภคยาสูบได้

ສ່ວນທີ່ 1

ການປຸກປັດການຄວບຄຸມການປະໂຫດຈາສູບ

ความจำเป็นในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ตั้งแต่ พ.ศ.2484-2493 งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ค้นพบข้อมูลที่ว่า บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งปอด นับแต่นั้นมีงานวิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นว่าบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคต่าง ๆ มากกว่า 25 โรคซึ่งล้วนคุกคามชีวิตทั้งสิ้น หลักฐานแสดงให้เห็นชัดเจนว่า การบริโภคยาสูบทุกรูปแบบต่างเกี่ยวข้องกับการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคเรื้อรัง แม้แต่ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ก็ยังได้รับผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่ที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดและโรคอื่น ๆ ด้วยเช่นเดียวกัน ดังนั้นบุหรี่จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคต่าง ๆ และเป็นสาเหตุของการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ในหลายประเทศ

ในแต่ละปีผลิตภัณฑ์ยาสูบคร่าชีวิตประชากรโลกราว 3 ล้านคน จำนวนการตายจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หากแนวโน้มการบริโภคยาสูบยังเป็นเช่นนี้ต่อไป องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่า ช่วงปี พ.ศ.2563-2573 บุหรี่จะเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของประชากรราว 10 ล้านคนต่อปี และประมาณร้อยละ 70 จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ผู้เสียชีวิตเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูบบุหรี่เอง ดังนั้นหากไม่ดำเนินการป้องกันอย่างจริงจังจะทำให้ผู้คนหลายสิบล้านคนตายก่อนวัยอันควรจากการระบาดของบุหรี่ ทั้ง ๆ ที่เป็นสิ่งที่เราสามารถป้องกันได้

แท้จริงแล้ว ความสูญเสียเนื่องจากบุหรืมีมากมายมหาศาลไม่เฉพาะแต่ผลเสียด้านสุขภาพเท่านั้น ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบุหรืเป็นภาระหนักของครอบครัวและสังคม การประชุมขององค์การระหว่างประเทศและผู้ที่เกี่ยวข้องในปี พ.ศ.2538 ณ เมืองเบลลาจิโอ ประเทศอิตาลี ได้มีการนำเสนองานวิจัยของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์พัฒนาการวิจัยระหว่างประเทศของประเทศแคนาดา ที่ประชุมมีข้อสรุปดังนี้

“การบริโภคยาสูบ/บุหรืเป็นภัยคุกคามต่อความยั่งยืนและความเสมอภาคในการพัฒนา... ในประเทศกำลังพัฒนานั้น ยาสูบ/บุหรืเป็นสิ่งที่ทำลายต่อสุขภาพ การพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ และต่อความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมด้วย”¹

การศึกษาของธนาคารโลกในปี พ.ศ.2537 คาดประมาณว่า ความสูญเสียเนื่องจากบุหรืสูงถึงสองแสนล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐต่อปี โดยครึ่งหนึ่งเป็นความสูญเสียที่อยู่ในประเทศกำลัง

¹ ประกาศเบลลาจิโอ เรื่องบุหรืและการพัฒนาที่ยั่งยืน ใน Tobacco Alert ฉบับตุลาคม พ.ศ.2538 (สืบค้นได้จาก Tobacco or Health Programme องค์การอนามัยโลก 1211 เจเนวา 27, สวิสเซอร์แลนด์)

พัฒนา ความสูญเสียที่ครอบคลุมถึงค่ารักษาพยาบาลของโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ การขาดงาน การถูกไล่ออก การสูญเสียมูลค่าการผลิต และรายได้ที่สูญเสียไปเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร มีความสูญเสียอื่น ๆ ที่ไม่สามารถประเมินเป็นตัวเลขได้ ได้แก่ การสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดีในกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มที่ได้รับควันบุหรี่ รวมถึงความทุกข์ทรมานจากการสูญเสียหรือการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก การคาดประมาณความสูญเสียเบื้องต้นจากบุหรี่สามารถทำได้ ดังในรายงานจากฝ่ายเทคโนโลยีการประเมินสภาพของเศรษฐกิจของสหรัฐอเมริกาฉบับปี พ.ศ.2536 กล่าวว่าความสูญเสียเนื่องจากบุหรี่ในปี พ.ศ.2533 มีมูลค่าประมาณ 2.60 เหยียดดอลลาร์สหรัฐต่อบุหรี่ 1 ซอง (ราคาของบุหรี่ในปี พ.ศ.2533 เท่ากับ 1.44 เหยียดดอลลาร์สหรัฐต่อซอง)

รูปแบบของการบริโภคบุหรี่และการตาย

เป็นที่ทราบกันอย่างกว้างขวางถึงโทษภัยของบุหรี่ แต่มาตรการควบคุมบุรียังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นการบริโภคบุหรี่โรงงานจึงเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าระหว่างปี พ.ศ.2510-2535 หรือจาก 2.8 ล้านล้านมวนเป็น 5.7 ล้านล้านมวน และอัตราเฉลี่ยต่อหัวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 25 ในช่วงเวลาดังกล่าว

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2474-2493 ประชาชนนิยมสูบบุหรี่สูงมาก และได้รับผลกระทบอย่างมากจากการสูบบุหรี่ กล่าวคือ เป็นสาเหตุการตาย ซึ่งเกือบร้อยละ 20 ของการตายใน พ.ศ.2524-2533 เป็นการตายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ในกลุ่มอายุ 35-69 ปี โดยประมาณร้อยละ 35 ของการตายในกลุ่มผู้ชายและร้อยละ 15 ในกลุ่มผู้หญิง แม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ค่อย ๆ ลดลงในกลุ่มผู้ใหญ่ในประเทศพัฒนาแล้ว แต่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศกำลังพัฒนา

ข้อสรุปจากที่ประชุมองค์การอนามัยโลก

องค์กรที่มีหน้าที่ดำเนินงานควบคุมการสูบบุหรี่ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติในองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาข้อตกลง 14 ประการ (ภาคผนวก 1) ในปี พ.ศ.2529-2538 เพื่อสนองตอบต่อความกังวลของชุมชนอันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ซึ่งที่ประชุมองค์การอนามัยโลกได้ยอมรับข้อตกลง 9 ประการในหัวข้อ “บุหรี่กับสุขภาพ” และถือเป็นพันธกรณีในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ข้อตกลงของที่ประชุมอนามัยโลกฉบับ WHA39.14 (พ.ศ.2529) เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ หรืออย่างน้อยที่สุดต้องดำเนินการตามมาตรการต่อไปนี้

- (1) มาตรการป้องกันผู้ไม่สูบบุหรี่ด้วยการคุมครองไม่ให้ได้รับควันบุหรี่ในที่สาธารณะ ภัตตาคาร ยานพาหนะ สถานที่ทำงานและสถานบันเทิง
- (2) มาตรการส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่เพื่อคุ้มครองเด็กและเยาวชนไม่ให้เสพติดบุหรี่
- (3) มาตรการส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพต่าง ๆ และบุคลากรสาธารณสุขเป็นตัวอย่างที่ดี
- (4) มาตรการในการกำจัดสิ่งจูงใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมและด้านอื่น ๆ ที่มีผลชักจูงให้สูบบุหรี่
- (5) มีการเตือนเรื่องพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพอย่างชัดเจน ซึ่งได้แก่การมีข้อความว่า บุหรี่เป็นสารเสพติดบนซองบุหรี่และหีบห่อของผลิตภัณฑ์บุหรี่ทุกชนิด
- (6) มีการจัดทำโครงการให้การศึกษาเรื่องบุหรี่และสุขภาพโดยตรงผ่านสื่อสารมวลชน รวมถึงการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ โดยให้มีความร่วมมือระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขและนักสื่อสารมวลชน
- (7) ควบคุมกำกับแนวโน้มของการสูบบุหรี่และการบริโภคยาสูบประเภทต่าง ๆ ควบคุมการเกิดโรคภัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ และการปฏิบัติการควบคุมบุหรี่ในระดับประเทศ
- (8) การส่งเสริมทางเลือกทางเศรษฐกิจที่ดำเนินการได้จริงเพื่อทดแทนการผลิตและการค้า บุหรี่และการใช้มาตรการทางภาษี
- (9) ดำเนินการจัดตั้งกลุ่มแกนนำในการกระตุ้น สนับสนุนและประสานงานให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

ในปี พ.ศ.2532 ข้อตกลงที่ 1 และ 4 ได้ถูกนำมาพิจารณาและได้เสนอแนะในข้อตกลงฉบับ WHA43.16 ที่เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการดังนี้

- (1) ดำเนินการตามกลวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จและร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน โดยจะต้องครอบคลุมข้อตกลงฉบับ WHA39.14 ทั้ง 9 ข้อ
- (2) ให้มีแผนกลยุทธ์ในการออกกฎหมายหรือมาตรการอื่น ๆ ที่สำคัญของการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เอื้อต่อ:
 - การคุมครองไม่ให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่ในสถานประกอบการ สถานที่สาธารณะ ยานพาหนะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคุมครองกลุ่มที่อ่อนแอ ได้แก่ หญิงมีครรภ์และเด็ก
 - มาตรการด้านเศรษฐกิจในการต่อต้านการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง
 - การขัดขวางการโฆษณา การส่งเสริมและการอุปถัมภ์ของบริษัทที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

ข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับบุหรืและสุขภาพสอดคล้องกับกฎบัตรรอตตาวาว่าด้วยเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งส่งเสริมนโยบายด้านสุขภาพและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ หน่วยงานที่ไม่ใช่ของรัฐบาล (NGOs) อาทิ International Union Against Cancer (UICC) International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (IUATLD) และการประชุมของ องค์การอนามัยโลกเรื่องบุหรืกับสุขภาพ ครั้งที่ 9 ได้ยอมรับข้อตกลงดังกล่าว นอกจากนี้ที่ประชุม ได้ขอให้องค์การอนามัยโลกช่วยเหลือประเทศต่าง ๆ ในการจัดทำนโยบายเรื่องการควบคุมบุหรื และควบคุมกำกับการระบาดของโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรื

การยอมรับการสูบบุหรืของสังคม

การควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นเรื่องยาก เพราะบุหรืเป็นสารเสพติดที่ติดง่าย นักวิจัยได้ จัดให้ฤทธิ์เสพติดของนิโคตินรุนแรงกว่าเฮโรอีน โคเคน หรือกัญชา แม้ว่าผู้สูบบุหรืจะพยายามเลิก บุหรืแต่ก็มักพบว่า การเลิกนั้นยากมากหรือไม่สามารถจะกระทำได้เลย และยังยากขึ้นหากอยู่ใน สิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยการโฆษณาและการส่งเสริมการสูบบุหรื กลวิธีการควบคุมการบริโภค ยาสูบจะต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง การเห็นคุณค่าและ ภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง และปัจจัยภายนอก เช่น แรงผลักดันในกลุ่มเพื่อน ราคา และการ ยอมรับทางสังคม (ยกเว้นบางสังคมที่มีข้อห้ามทางสังคมหรือศาสนาที่ยับยั้งไม่ให้สตรีสูบบุหรื) ใน สังคมทั่วไป บุหรืเป็นสิ่งที่ซื้อหาได้อย่างถูกกฎหมายและไม่มีข้อบังคับหรือข้อห้ามใด ๆ การผลิต และการขายจึงเป็นไปได้โดยสะดวก และในบางประเทศยังยอมให้มีการโฆษณาได้อีกด้วย

นอกจากนี้ มีการอนุญาตให้ขายบุหรืทั้งในลักษณะการขายส่งและขายปลีกในร้านค้าย่อย (ในบางประเทศสามารถซื้อได้ในร้านขายยาหรือในโรงพยาบาล) การค้าขายข้ามประเทศและการ พยายามหาและส่งเสริมตลาดใหม่ ก่อให้เกิดผลประโยชน์ของรัฐ ซึ่งได้รับผลจากการค้าขายบุหรื เป็นรายได้บางส่วนหรือทั้งหมด และผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวง เกษตรฯ บริษัทโฆษณา ร้านค้าย่อย กลุ่มสถาบันบันเทิง หรือสโมสกรีกีฬาซึ่งอาจได้รับเงินหรือการ สนับสนุนจากบริษัทบุหรื การสนับสนุนการค้าขายและการบริโภคบุหรื และการมีผลประโยชน์ ร่วมกันนี้เป็นสิ่งสนับสนุนการยอมรับทางสังคมในเรื่องการสูบบุหรือย่างชัดเจน

การยอมรับทางสังคมนี้ขัดแย้งกับข้อมูลข่าวสารด้านการสาธารณสุขและการส่งเสริม สุขภาพในเรื่องโทษภัยของบุหรื นักจิตวิทยากล่าวว่า วิจัยซึ่งเป็นวิจัยที่กำลังค้นหาตนเอง มักใช้ ข้ออ้างการโต้แย้งความคิดของข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพด้านหนึ่ง และการยอมรับของสังคมใน เรื่องบุหรือีกด้านหนึ่ง และสรุปเอาเองว่าไม่ควรเชื่อถือทั้งสองด้าน และมักจะอ้างถึงความขัดแย้งใน ข้อเสนอทั้งสองด้านนี้ในการตัดสินใจกระทำตามใจตนเอง เช่น การสูบบุหรื

ความสำคัญของการควบคุมการสูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ

หลายประเทศมีการดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่และการส่งเสริมสุขภาพ แต่ความพยายามเหล่านี้กลับถูกทำลายโดยบริษัทบุหรี่อย่างต่อเนื่อง จากประสบการณ์กว่า 40 ปี พบว่า มาตรการการให้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพมีผลน้อยมากในการต่อสู้กับบุหรี่ หากสังคมยังคงยอมรับการสูบบุหรี่ มาตรการการให้ความรู้เรื่องอันตรายของบุหรี่จะมีผลน้อยมากต่อผู้สูบบุหรี่ และได้ผลไม่มากนักในกลุ่มวัยรุ่นที่เพิ่งเริ่มสูบ ผลลัพธ์ก็คือสังคมมีความรู้มากขึ้นแต่คนก็ยังสูบบุหรี่กันอยู่ต่อไป ดังนั้น ถ้าจะให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี การให้ความรู้จะต้องดำเนินการพร้อมกับมาตรการอื่น ๆ เช่น มาตรการด้านกฎหมาย และมาตรการด้านภาษีบุหรี่ ซึ่งจะทำให้การยอมรับบุหรี่ในสังคมลดน้อยลง

การควบคุมการบริโภคยาสูบจะได้ผลดีในประเทศที่มีแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ ได้แก่ การห้ามโฆษณาบุหรี่ การมีคำเตือนอย่างชัดเจนบนซองบุหรี่ มาตรการห้ามสูบบุหรี่ในอาคาร การขึ้นอัตราภาษีบุหรี่ การให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และการมีโครงการลด ละ เลิกบุหรี่ ระหว่างปี พ.ศ.2513-2538 หลายประเทศได้ดำเนินนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ ได้แก่ ออสเตรเลีย ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกส สิงคโปร์ สวีเดน และประเทศไทย ทำให้การบริโภคยาสูบในประเทศเหล่านี้ลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นข้อพิสูจน์ว่า นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จส่งผลดีต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศอย่างแท้จริง

ทุกประเทศควรมีมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดจำนวนการเสียชีวิตด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่หรือการป้องกันการเกิดโรคร้ายแรงที่จะเป็นปัญหาสาธารณสุข ในประเทศที่การสูบบุหรี่ยังไม่แพร่หลายและในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ การควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้หญิงจะสกัดกั้นการขยายตัวของการสูบบุหรี่เหมือนในประเทศพัฒนาแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบัน เรามีความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี จึงควรใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคต การควบคุมการบริโภคยาสูบอาจมีความสำคัญเป็นลำดับรองในประเทศกำลังพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมุ่งลดการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อ ดังนั้นหากไม่ดำเนินมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างชัดเจนตั้งแต่บัดนี้ หลายชีวิตที่รอดชีวิตจากโรคติดเชื้อก็อาจจะสูญเสียชีวิตในวัยกลางคนหากคนเหล่านั้นเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่น

การควบคุมกำกับการระบาดของบุหรี่

นโยบายและแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบต้องการข้อมูลสนับสนุนในเรื่องบุหรี่ พิษภัยของบุหรี่และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมที่ชักนำให้สูบบุหรี่ ผลกระทบต่อสุขภาพที่ร้ายแรงและแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นจึงต้องควบคุมกำกับปริมาณการบริโภคยาสูบ และการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องและเก็บไว้ในระบบข้อมูลข่าวสารของประเทศ โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่มีอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นจึงต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะ ๆ เพื่อช่วยในการกำกับและการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ

นโยบาย แผนงาน และการดำเนินการดังกล่าวจะได้ผลดียิ่งขึ้นหากมีการเปรียบเทียบข้อมูลกับนานาชาติด้วยวิธีการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จะช่วยให้การควบคุมกำกับการบริโภคยาสูบและการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกัน รวมถึงการประเมินผลโปรแกรมต่าง ๆ ที่ทำได้ง่ายขึ้น โดยเปรียบเทียบกับระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ

หนังสืออ่านประกอบ

- Barnum H. The economic burden of the global trade in tobacco. *Tobacco control: an international journal*, 1994, 3:358-361.
- Bellagio statement on tobacco and sustainable development, *Tobacco Alert*, October, 1995 (available from Tobacco and Health Programme, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
- Chapman S, Wong WL. *Tobacco control in the third world: a resource atlas*. Penang, International Organization of Consumers Unions Regional Office for Asia and the Pacific, 1990.
- Controlling the smoking epidemic. Report of the WHO Expert Committee on Smoking Control*. Geneva, World Health Organization, 1979 (WHO Technical Report Series, No. 636).
- Doll R et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British medical journal*, 1994, 309:901-910.
- Growing up tobacco-free: preventing nicotine addiction in children and youth*. Washington, DC, National Academy Press, 1994.
- MacKenzie TD, Bertecchi CE, Schrier RW. The human cost of tobacco use. *New England journal of medicine*, 1994, 330:975-980.
- Ottawa charter on health promotion. *Health promotion*, 1986, 1: iii-v.
- Peto R et al. *Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000*. Oxford, Oxford University Press, 1994
- Reid DJ et al. Choosing the most effective health promotion options for reducing a nation's smoking prevalence. *Tobacco control*, 1992, 1: 185-197.

- Smokeless tobacco control. Report of a WHO Study Group*, Geneva, World Health Organization, 1988, (WHO Technical Report Series, No. 773).
- Smoking and its effects on health. Report of a WHO Expert Committee*, Geneva, World Health Organization, 1975, (WHO Technical Report Series, No. 568).
- Smoking control strategies in developing countries. Report of a WHO Expert Committee*, Geneva, World Health Organization, 1983, (WHO Technical Report Series, No. 695).
- US Department of Health and Human Services. *Reducing the health consequences of smoking, 25 years of progress: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, Centers for Disease Control, 1989 (DHHS Publication, No. CDC 89-8411).
- US Department of Health and Human Services. *Smoking and health in the Americas: a 1992 report of the Surgeon General*, in collaboration with the Pan American Health Organization. Atlanta, GA, Centers for Disease Control, 1992 (DHHS Publication, No. CDC 92-8419).
- US Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking, nicotine addiction: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, Centers for Disease Control, 1988 (DHHS Publication, No. CDC 88-8406).
- US Environmental Protection Agency. *Respiratory health effect of passive smoking: lung cancer and other disorders*. Washington, DC, US Environmental Protection Agency, 1993.
- US Food and Drug Administration. Regulation restricting the sale and distribution of cigarettes and smokeless tobacco products to protect children and adolescents: Proposed rule 21 CFR, parts 801, 803, 804 and 897. Washington, DC, *United States Federal Register*, August, 1995.

แผนปฏิบัติการระดับชาติในการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

เป้าหมายของการควบคุมการบริโภคยาสูบคือ เพื่อลดปริมาณการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งจะสำเร็จได้โดยองค์ประกอบดังนี้

- ช่วยให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ยังคงไม่สูบบุหรี่ต่อไป
- ส่งเสริมการลด ละ เลิกบุหรี่
- ปกป้องสุขภาพและสิทธิของเด็กและผู้ไม่สูบบุหรี่จากการได้รับควันบุหรี่ในที่สาธารณะ

แนวทางและตัวอย่างของโครงสร้างและแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบในหนังสือนี้เป็นตัวอย่างของประเทศหรือองค์กรต่าง ๆ ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งการนำไปใช้ควรพิจารณาถึงความเป็นไปได้และปรับตามสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม กล่าวคือ การวางแผนต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมเฉพาะพื้นที่นั้น ๆ การสร้างโครงสร้างพื้นฐานทางวัตถุหรือแผนงานอย่างเป็นทางการนั้นไม่ใช่เป้าหมายสุดท้าย แต่เป็นเพียงเครื่องมือเพื่อให้การดำเนินการเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ทั้งนี้เพราะที่ผ่านมาพบว่า การรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการสามารถสร้างผลงานให้ประสบความสำเร็จ ดังนั้น จึงควรสนับสนุนกิจกรรมดังกล่าว

แผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จระดับชาติ จากข้อตกลงของที่ประชุมอนามัยโลกและข้อเสนอแนะจากองค์การระหว่างประเทศและที่ประชุมผู้แทนรัฐต่าง ๆ เสนอให้แผนงานฯ ควรประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้ (ในทางปฏิบัติไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับตามนี้)

- (1) จัดตั้งกลุ่มแกนนำในการกระตุ้น สนับสนุนและประสานงานในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่อง
- (2) จัดตั้งองค์กรที่ทำหน้าที่ประสานงาน โดยให้มีงบประมาณและเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและควบคุมการบริโภคยาสูบ
- (3) ควบคุมกำกับแนวโน้มของการสูบบุหรี่และการควบคุมการบริโภคยาสูบในรูปแบบอื่น ๆ รวมถึงโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และประสิทธิภาพของแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ
- (4) ให้ความรู้และส่งเสริมการต่อต้านการสูบบุหรี่และส่งเสริมการลด ละ เลิกบุหรี่

- (5) ปกป้องคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่จากการได้รับควันบุหรี่ในยานพาหนะ สถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงานและสถานประกอบการ
- (6) หน่วยงานสาธารณสุขควรเป็นสถานที่ปลอดควันบุหรี่ บุคลากรสาธารณสุขควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ ควรจัดให้มีการให้คำปรึกษาและจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เน้นถึงผลดีของการมีชีวิตที่ปราศจากควันบุหรี่
- (7) ภาษีบุหรี่ควรจะขึ้นในอัตราที่เร็วกว่าราคาและการเพิ่มของรายได้
- (8) ส่วนหนึ่งของภาษีบุหรี่ควรถูกนำมาใช้ในกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบ และใช้เพื่อการสนับสนุนกีฬาและกิจกรรมด้านวัฒนธรรม
- (9) การห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขายบุหรี่ในทุกรูปแบบ
- (10) กฎหมายบังคับให้มีรูปภาพและ/หรือข้อความเตือนถึงพิษภัยของบุหรี่ยี่ห้อของบุหรี่
- (11) จำกัดการเข้าถึงบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงการห้ามขายบุหรี่ให้เด็กและเยาวชน
- (12) ให้มีโปรแกรมสนับสนุนการลด ละ เลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิผลให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง
- (13) จำกัดปริมาณทาร์และนิโคตินในบุหรี่ซิกาแรต
- (14) บังคับให้มีการระบุปริมาณสารพิษในผลิตภัณฑ์บุหรี่และควันบุหรี่
- (15) จัดหาทางเลือกให้แก่เกษตรกรที่ปลูกยาสูบ

ตัวอย่างการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศเนปาล ในกรอบข้อความ 1 แสดงให้เห็นถึงการเลือกมาตรการที่เหมาะสมจากข้อเสนอแนะเหล่านี้และนำไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศ

กรอบข้อความ 1 การวางแผนควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศเนปาล

ประเทศเนปาลประสบความสำเร็จในการดำเนินมาตรการตามแผนงานระดับชาติในการควบคุมการบริโภคยาสูบในระยะ 3 ปี หลังจากการทำแผนปฏิบัติการ ประเทศเนปาลได้จัดตั้งกลุ่มแกนนำในการต่อต้านบุหรี่และป้องกันการได้รับควันบุหรี่ในสถานบริการสาธารณสุข สถานที่สาธารณะ สถานที่ประกอบการ และยานพาหนะสาธารณะ นอกจากนี้ ยังได้พัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่ รวมทั้งการขึ้นภาษีบุหรี่และนารายได้ที่เพิ่มขึ้นมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ

ประเทศเนปาลได้สร้างแนวทางดำเนินกิจกรรม ตารางเวลา และทรัพยากรที่ต้องใช้ในองค์กรประกอบต่าง ๆ ของแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในองค์กรประกอบที่ 7, 11, 13 และ 14 ต้องการโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นรูปแบบเฉพาะและซับซ้อนซึ่งไม่มีในประเทศเนปาลซึ่งเป็นประเทศที่ยากจนที่สุดแห่งหนึ่งในโลก ดังนั้น ประเทศเนปาลจึงตัดสินใจที่จะไม่ดำเนินการใน 4 องค์กรประกอบดังกล่าวและมุ่งไปยังองค์กรประกอบอื่นๆ ซึ่งสามารถปฏิบัติให้เกิดผลได้จริง

แผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก

การทำให้นโยบายและแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบมีความเข้มแข็งนั้น เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องกระทำอย่างจริงจัง การดำเนินการให้ประสบความสำเร็จ ต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบและปรับให้ทันสมัยอยู่เสมอ แผนงาน “บุหรี่กับสุขภาพ” ของสำนักงานใหญ่ องค์การอนามัยโลกเป็นการปฏิบัติตามข้อตกลงของที่ประชุมองค์การอนามัยโลกระหว่าง ปี พ.ศ. 2531-2538 ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2539 ที่ประชุมฯได้รับรองแผนปฏิบัติการ “บุหรี่กับสุขภาพ ปี พ.ศ.2539-2543” ซึ่งจะเป็นแนวทางสำหรับองค์การอนามัยโลกใช้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบให้เข้มแข็งขึ้น

แผนงานของสำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก

ร่างของแผนงานของสำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลกได้จัดทำวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินงานและกิจกรรมใน 3 ส่วนประกอบหลัก ได้แก่

ส่วนประกอบที่ 1: การควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับชาติและระดับนานาชาติ

วัตถุประสงค์: เพื่อส่งเสริมการพัฒนาแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับชาติและนานาชาติในการป้องกันและลดการบริโภคยาสูบ

เนื้อหา: นำเสนอรายละเอียดของ 3 แนวทางปฏิบัติ และ 6 กิจกรรมเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

ส่วนประกอบที่ 2: การเป็นตัวแทนสาธารณะและข้อมูลสาธารณะ

วัตถุประสงค์: เพื่อส่งเสริมแนวความคิดเรื่องสังคมปลอดควันบุหรี่

เนื้อหา: นำเสนอรายละเอียดของแนวทางปฏิบัติในการทำให้เกิดตัวแทนสาธารณะและข้อมูลสาธารณะ และ 9 แนวทางการปฏิบัติ รวมทั้งการจัดพิมพ์เอกสาร Tobacco Alert อย่างต่อเนื่อง

ส่วนประกอบที่ 3: การวิจัยและศูนย์ข้อมูลเกี่ยวกับ “บุหรี่กับสุขภาพ”

วัตถุประสงค์: เพื่อเก็บรวบรวม วิเคราะห์ จัดการเอกสารและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางระบาดวิทยาในหัวข้อ บุหรี่กับสุขภาพ และกลวิธีในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

เนื้อหา: นำเสนอรายละเอียดของ 1 แนวทางปฏิบัติ และ 4 กิจกรรมเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

สำนักงานองค์การอนามัยโลกส่วนภูมิภาคบางแห่ง ได้ทำการทบทวนและปรับแผนปฏิบัติการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่และผลเสียต่อสุขภาพ

แผนปฏิบัติการของสำนักงานองค์การอนามัยโลกส่วนภูมิภาค

ภูมิภาคอเมริกา

ความร่วมมือระหว่างประเทศเป็นสิ่งสำคัญพื้นฐานของ Latin American Interagency Plan of Action on Tobacco or Health ซึ่งได้จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2538 แผนการนี้เรียกร้องให้มีความร่วมมือระหว่างองค์กรต่าง ๆ ได้แก่ Pan American Health Organization (PAHO), Latin American Coordinating Committee for Tobacco Control (LACCTA), United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC), United States National Cancer Institute (NCI), American Cancer Society (ACS), International Union Against Cancer (UICC) และ Health Canada เป็นแผนการให้การสนับสนุนวิชาการแก่ประเทศสมาชิกในการควบคุมการบริโภคยาสูบในแต่ละประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำการวิจัยเบื้องต้นใน 6 ประเทศ จัดตั้งและขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศ และระหว่างองค์กรในการดำเนินงาน พัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินผลและประเมินระบบติดตามกำกับความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด

แผนปฏิบัติการระหว่างองค์กรมีรายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละระยะ ซึ่งอธิบายถึงผลที่คาดหวังไว้ 3 ประการ 11 ดัชนี 8 กิจกรรม และงบประมาณสำหรับแต่ละกิจกรรม แผนการนี้เป็นโครงสร้างที่ดีสำหรับการดำเนินงานและกำกับความก้าวหน้าในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก

องค์ประกอบของปฏิบัติการเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศแถบภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ได้แก่

- แผนงานวิจัยเกี่ยวกับอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนและปริมาณการตายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่
- รักษาระดับความร่วมมือในการดำเนินงานกับองค์กรเอกชน
- ช่วยเหลือและสนับสนุนประเทศสมาชิกที่ยังไม่ได้จัดทำนโยบายและแผนการควบคุมการบริโภคยาสูบให้จัดทำแผนการดังกล่าว และทำให้แผนการของประเทศที่ได้จัดทำแผนไว้แล้วมีความเข้มแข็งมากขึ้น
- สนับสนุนผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขให้ออกกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ให้ปลอดภัยจากการได้รับควันบุหรี่โดยไม่สมัครใจ

หัวข้อสำหรับการปฏิบัติในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาค ได้แก่

- พัฒนาแนวนโยบาย แผนงานและกิจกรรมต่าง ๆ ในการลดปริมาณการบริโภคยาสูบ
- จัดเตรียมและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่และความจำเป็นในการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นภาษาอาราบิกและภาษาอื่น ๆ

ภูมิภาคยุโรป

แผนปฏิบัติการ “ยุโรปปลอดบุหรี่” ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่

- พันธมิตรเพื่อยุโรปปลอดบุหรี่
- นโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบที่ได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย
- สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่
- ประชาชนยุคไร้บุหรี่
- สนับสนุนการเลิกบุหรี่
- พัฒนาภาวะผู้นำและความสามารถในการดำเนินงานที่เข้มแข็ง

ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก

สำนักงานภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกได้จัดทำแผนปฏิบัติการเรื่อง บุหรี่กับสุขภาพ ในช่วงปี พ.ศ.2538-2542 ซึ่งมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมและตารางปฏิบัติงานและวัตถุประสงค์ 5 ข้อด้วยกัน ดังนี้

- พัฒนาการดำเนินการและเพิ่มความเข้มแข็งของนโยบายและแผนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จในระดับชาติ
- รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
- สนับสนุนการเป็นตัวแทนด้านสุขภาพ การศึกษาและข้อมูลข่าวสาร
- สนับสนุนการออกกฎหมาย
- ดำเนินการด้านนโยบายราคาเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ในภูมิภาค

การส่งเสริมสุขภาพ

มักกล่าวกันว่า โทษภัยของบุหรี่ยุคนั้นมีความชัดเจนมาเป็นเวลานาน จนไม่มีความจำเป็นต้องให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องดังกล่าวอีกต่อไป แต่ในความเป็นจริงก็ยังพบว่า แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ความเสี่ยงจากโทษภัยของบุหรี่ ผลดีของการเลิกบุหรี่ และความช่วยเหลือสนับสนุนในการเลิกบุหรี่ยังไม่ได้ดำเนินการอย่างเต็มที่ ผลก็คือ มีประชากรจำนวนมากที่ไม่ได้รับการฝึกฝนให้ใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพบนพื้นฐานของข้อมูลอย่างเต็มที่ ใน

ประเทศกำลังพัฒนา มักขาดแคลนข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงควรให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนอย่างต่อเนื่อง และข้อมูลข่าวสารสำหรับเด็กเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรื

องค์ประกอบที่สำคัญของนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบประกอบด้วย การออกกฎหมายและการจัดสรรงบประมาณ ข้อจำกัดด้านงบประมาณมักเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติงาน ดังนั้นแผนการที่ดีควรเป็นการผสมผสานกลวิธีที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและมีความคุ้มค่ากับงบประมาณที่ใช้

วันงดสูบบุหรี่โลก

องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้จัดงานวันงดสูบบุหรี่โลก (31 พฤษภาคม) เป็นประจำทุกปี โดยได้ผลิตเอกสารและวัสดุประกอบกิจกรรมที่เป็นหัวข้อเฉพาะของแต่ละปี การจัดงานในวันดังกล่าว (ในบางประเทศอาจจะเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน) เป็นกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรืที่ส่งผลให้สาธารณชนและสื่อสารมวลชนสนใจในเรื่องการงดสูบบุหรืมากขึ้น นอกจากนั้น ยังเป็นโอกาสของการแถลงนโยบายเกี่ยวกับบุหรืในแต่ละประเทศ กิจกรรมนี้ยังมีประโยชน์ในการทำงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการส่งเสริมนโยบายระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ตั้งไว้ในแต่ละปี

การเผยแพร่ทางสื่อ หรือการใช้สื่อเป็นตัวแทน

สื่อสารมวลชนมักให้ความสำคัญกับข่าวหรือข้อมูลด้านบุหรือยู่แล้ว ดังนั้น จึงควรให้เนื้อหาเกี่ยวกับสื่อมวลชนเพื่อนำไปพัฒนาเป็นข่าว หัวข้อหรือคอลัมน์ความคิดเห็นเกี่ยวกับบุหรื โดยบุคลากรสาธารณสุขจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำให้เกิดข่าวขึ้นได้

เนื้อหาที่เหมาะสมที่จะเป็นข่าว ต้องเป็นข่าวใหม่หรือกิจกรรมใหม่ และส่งถึงสื่อสารมวลชนอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังสามารถให้ข่าวผ่านทางบุคคลที่มีชื่อเสียง บุคลากรสาธารณสุขควรสำรวจข้อมูลใหม่ ๆ รายงานใหม่ ๆ กิจกรรมใหม่ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรื แนวคิดใหม่ด้านนโยบายหรือกิจกรรมการงดสูบบุหรื และทำให้ข่าวนี้ถูกส่งไปถึงกลุ่มสื่อสารมวลชนซึ่งจะทำให้สาธารณชนเข้าถึงและสนใจเรื่องบุหรืและผลของบุหรืต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยเสียค่าใช้จ่ายเพียงน้อยนิดหรือไม่เสียเลย

ตัวอย่างเช่น ในแคนาดา ฟินแลนด์ ฮังการี นิวซีแลนด์และนอร์เวย์ มีการทำประชาพิจารณ์อย่างกว้างขวางที่นำไปสู่นโยบายด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบซึ่งอยู่ในความสนใจของสื่ออย่างมากและเป็นเวลานาน ขณะเดียวกันช่วงที่มีการทำประชาพิจารณ์ ปริมาณการสูบบุหรืก็ลดลงอย่างมากด้วยเช่นกัน เพราะมีการกล่าวถึงผลเสียของการสูบบุหรือย่างต่อเนื่อง และยังส่งผลต่อการลดลงของปริมาณการสูบบุหรือย่างต่อเนื่องเมื่อนโยบายนี้มีผลบังคับใช้

สื่อสารมวลชนอาจมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ประชาชน โดยปกติ สื่อสารมวลชนมักเผยแพร่ข่าวสารโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ในบางพื้นที่ การเผยแพร่ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะถือเป็นส่วนหนึ่งของการได้รับใบอนุญาตการสื่อสารด้วย ในบางประเทศที่อนุญาตให้โฆษณาบุหรี่ย่อมมีการตั้งเงื่อนไขให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องพิษภัยของบุหรี่ไปในช่วงของการโฆษณาบุหรี่ยไปพร้อมกัน

การโฆษณาผ่านสื่อ

ในพื้นที่ที่อนุญาตให้มีการโฆษณาบุหรี่ยได้นั้น บริษัทบุหรี่ย่อมทุ่มเงินมหาศาลในการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์บุหรี่ย ในปี พ.ศ.2537 สหรัฐอเมริกาใช้เงิน 6,200 ล้านดอลลาร์ในการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์บุหรี่ย ซึ่งเป็นจำนวนเงินเกือบ 5,000 เท่าของงบประมาณในปีเดียวกันที่องค์กรอนามัยโลกใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการสูบบุหรี่ย แม้ว่างบประมาณการโฆษณาบุหรี่ยอาจน้อยกว่านี้มาก แต่เงินจำนวนนี้ก็ยังมากกว่างบประมาณที่องค์กรต่าง ๆ ใช้เพื่อการต่อต้านการสูบบุหรี่ย

วงการสาธารณสุขไม่สามารถใช้เงินจำนวนมากมาเทียบเท่ากับเงินที่ใช้ในการโฆษณาเพื่อดำเนินกิจกรรมต่อต้านการสูบบุหรี่ยได้ และก็ไม่ควรเป็นเช่นนั้น อย่างไรก็ตาม การสื่อข้อความผ่านสื่อมวลชนเป็นทางหนึ่งที่ทำได้โดยใช้เงินจำนวนน้อยแต่ได้ผลในการต่อต้านการสูบบุหรี่ยอย่างกว้างขวาง หรือโดยใช้เงินจากภาษีบุหรี่ยจำนวนหนึ่งเพื่อการนี้

ในรายงานของกลุ่มศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2537 เรื่องการป้องกันการสูบบุหรี่ยในกลุ่มเยาวชน ได้เสนอหลักในการออกแบบการณรงค์ทางสื่อในการป้องกันการสูบบุหรี่ย อาทิ

- การจำแนกกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน
- การวางแผนงานด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเยาวชนควรเน้นเนื้อหาที่สำคัญที่ตอบสนองต่อความสนใจของกลุ่มวัยรุ่น เช่น การยอมรับของเพื่อน ความเป็นอิสระ และภาวะการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยใช้โมเดลที่เป็นภาพลักษณ์วัยรุ่นหรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่น่าสนใจ เนื้อหาที่ใหม่และมีความทันสมัย หลีกเลี่ยงการแนะนำที่เป็นทางการ ควรใช้บุคคลที่กลุ่มเป้าหมายให้ความสนใจและสนิทสนมทั้งการป้องกันหรือการหลีกเลี่ยงบุหรี่ย
- เนื้อหาของข่าวสารจะต้องมีการพิจารณาอย่างละเอียดทั้งโดยผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้แน่ใจว่าจะไม่มีผลสะท้อนในแง่ซึ่งจะทำให้เสียความสำคัญของเนื้อหาหลัก
- ในกระบวนการนี้ จะต้องมีการวิจัยเพื่อทราบสถานการณ์และข่าวสารอื่น ๆ ไปพร้อม ๆ กัน อาจโดยการสำรวจหรือการสัมภาษณ์กลุ่ม

- การรณรงค์ควรมีความเข้มข้นเพียงพอที่จะทำให้เกิดผลที่ต้องการ
- การรณรงค์ควรมีความคุ้มค่ากับค่าใช้จ่าย

การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน

โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน บุคลากรทางการศึกษา ครอบครัวและสมาชิกของชุมชน เพราะเป็นโอกาสในการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ได้ผลดีแม้มีข้อจำกัดด้านงบประมาณก็ตาม แผนงานการศึกษาและสาธารณสุข แผนงานในการสร้างทักษะการปฏิบัติและทำให้เยาวชนเป็นตัวนำในการทำให้พ่อแม่เลิกบุหรีได้จะเกิดผลดีในระยะสั้น ในบางพื้นที่ มีการใช้โปรแกรมป้องกันการสูบบุหรีในโรงเรียน แต่จากการประเมินผลระยะยาวพบว่า ไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง เหตุผลสำคัญก็คือ ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่ไม่เอื้อต่อผลที่ต่อเนื่องในระยะยาว อย่างไรก็ตามหากแผนงานได้ดำเนินการไปพร้อมกันกับมาตรการอื่น ๆ ก็อาจทำให้เกิดผลในระยะยาวได้ในระดับหนึ่ง

การประเมินผลโครงการในอดีตอาจนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้สุขศึกษาในโรงเรียนเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรีได้ ขณะเดียวกัน โรงเรียนอาจสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรีและสุขภาพในหลักสูตรในบางวิชา เช่น ชีววิทยา สังคมศาสตร์ คณิตศาสตร์ ฟิสิกส์ เคมี ศิลปศาสตร์ เป็นต้น และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับบริบทของโรงเรียน

การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

การจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพกับชุมชนหรือองค์กรชุมชน และการเปลี่ยนแปลงนโยบายท้องถิ่นให้ผลดีทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้ว โครงการจะส่งผลไปถึงเยาวชนที่ไม่ได้อยู่ในสถานศึกษาหรือเยาวชนนอกระบบโรงเรียนที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา และอาจมีโครงการที่ทำงานกับกลุ่มเฉพาะ เช่น เด็กเร่ร่อน ดังกรอบข้อความ 2 แสดงตัวอย่างโครงการชุมชนในประเทศเนปาล

กรอบข้อความ 2 โครงการชุมชนในการส่งเสริมสภาวะการดำรงชีวิตที่ปราศจากควันบุหรี

โครงการชุมชนนี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งในกาฐมันฑู ประเทศเนปาล โครงการประกอบด้วยกิจกรรมที่กระทำร่วมกันระหว่างเด็กนักเรียน ครูใหญ่ พ่อแม่ ครูในโรงเรียน บุคลากรสาธารณสุข และสภาหมู่บ้านในการส่งเสริมสภาวะการดำรงชีวิตที่ปราศจากควันบุหรี เทคนิคที่ใช้ได้แก่ การสื่อสารระหว่างโรงเรียนและบ้าน ก่อนเริ่มโครงการ ผู้ชายร้อยละ 85 และผู้หญิงร้อยละ 62 สูบบุหรี แต่หลังจากดำเนินโครงการนี้แล้ว พบว่า อัตราการสูบบุหรีลดลงอย่างเห็นได้ชัด ในขณะที่หมู่บ้านที่ไม่ได้ดำเนินโครงการยังคงมีอัตราการสูบบุหรีสูงอยู่

การให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมด้านวัฒนธรรม กีฬาและกิจกรรมชุมชนต่าง ๆ

การให้ทุนสนับสนุนอาจกระทำได้หลายรูปแบบ แม้หน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานรัฐที่มีเงินงบประมาณน้อยก็อาจส่งข้อมูลข่าวสารผ่านทาง การสนับสนุนกิจกรรมบางอย่างได้ เช่น กรณีที่รัฐให้การสนับสนุนกีฬาอยู่แล้ว ก็อาจสอดแทรกเรื่องการไม่สูบบุหรี่เข้าไปได้ในสัญลักษณ์บนหน้าอกเสื้อของทีมกีฬาดังกล่าว ในกรอบข้อความ 3 มีรายละเอียดเกี่ยวกับการให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมและส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และตัวอย่างกิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ได้แก่

- ในปี พ.ศ.2537 กลุ่ม Hellenic Action Against Cancer ได้จัดกิจกรรม (ได้รับการสนับสนุนบางส่วนจากองค์การอนามัยโลก) เทศกาลต่อต้านการสูบบุหรี่ในเยาวชนในกรุงเอเธนส์ ประเทศกรีก ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมจะสร้างสรรค์ข้อความเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในลักษณะต่าง ๆ เช่น การเขียนเรียงความ กีฬา ดนตรีหรือศิลปะแขนงอื่น ๆ
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบในบราซิล ได้จัดกิจกรรม “วิ่งเพื่อเลิกบุหรี่” ขึ้น (Run or Quit Smoking)
- มีการตั้งชื่อเรือแข่งตามชื่ออุปกรณ์ที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ ซึ่งเรือลำนี้ได้เข้าแข่งขันเรือยอร์ชระยะไกลจากประเทศอัฟริกาใต้ถึงบราซิล หลังการเตรียมนานหลายเดือน ผู้ที่เข้าแข่งขันได้รับแจ้งว่า บริษัทบุหรี่ที่ให้ทุนสนับสนุนการแข่งขันจะไม่อนุญาตให้เรือลำนี้เข้าแข่งขันจนกว่าจะเปลี่ยนชื่อเป็นชื่ออื่น ดังนั้น จึงมีการสร้างข้อโต้แย้งผ่านสื่อว่า บริษัทบุหรี่มักจะเรียกร่องอิสรภาพในการแสดงออกของฝ่ายตนเสมอ แต่กลับจำกัดอิสรภาพในการแสดงออกของฝ่ายตรงข้าม ซึ่งควรให้สิทธิที่เท่าเทียมกันในการแสดงตัวตนหรือความคิดเห็น ในที่สุดบริษัทบุหรี่ซึ่งเป็นแหล่งทุนต้องอนุญาตให้เรือดังกล่าวเข้าร่วมการแข่งขันได้

กรอบข้อความ 3 โครงการส่งเสริมสภาวะการดำรงชีวิตที่ปราศจากควันบุหรี่ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์

การให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมจะกระทำได้ในประเทศที่ไม่มีข้อห้ามทางกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาหรือการให้ทุนสนับสนุนของบริษัทบุหรี่ ตัวอย่างเช่น ในเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ CIPRET (Centre d'Information pour la Prevention du Tabagisme) เป็นองค์กรระดับท้องถิ่นของรัฐที่มีงบประมาณดำเนินงานจากเงินทุนท้องถิ่น CIPRET ให้ทุนสนับสนุนโครงการกิจกรรมด้านกีฬาและวัฒนธรรมที่พัฒนาจากท้องถิ่น เช่น การแสดงดนตรีร็อค การแข่งแรลลี่ สนับสนุนทีมแข่งเรือยอร์ช ทีมกีฬาบาสเกตบอล และนักกีฬาแข่งรถจักรยานยนต์ โดยจะมีการส่งข้อมูลข่าวสารเรื่องสภาวะการดำรงชีวิตที่ปราศจากควันบุหรี่ควบคู่ไปกับการสนับสนุน และแสดงตนให้สาธารณชนเห็นเป็นประจำในกิจกรรมชุมชน ตั้งแต่งานแสดงเกี่ยวกับสุขภาพไปจนถึงการแสดงรถยนต์ การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและสม่ำเสมอเป็นช่องทางที่ดีในการสื่อสารข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ประเทศต่าง ๆ ควรพยายามจัดสรรทุนจากภาษีบุหรี่เพื่อสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น รวมถึงมูลนิธิด้านการสาธารณสุขดังปรากฏในหลายประเทศ (กรอบข้อความ 4)

กรอบข้อความ 4 การส่งเสริมสุขภาพในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ได้รับการสนับสนุนจากเงินภาษีบุหรี่

รัฐวิคตอเรียเป็นรัฐแรกที่มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพโดยได้รับทุนสนับสนุนจากภาษีบุหรี่ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ปัจจุบันมีกิจกรรมเช่นเดียวกันนี้ในหลายรัฐ มูลนิธิฯ มีทรัพยากรมากพอสำหรับสนับสนุนการกีฬา กิจกรรมชุมชนอื่นๆ และกิจกรรมส่งเสริมวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ มูลนิธิให้การสนับสนุนองค์กรอื่นๆ รวมถึงกิจกรรมการพัฒนาชุมชนและการวิจัยนโยบายต่อต้านบุหรี่ แนวทางนี้มีผลต่อการเปลี่ยนแนวคิดกลุ่มต่อต้านที่เคยได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทบุหรี่ให้กลายเป็นผู้สนับสนุนนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ มีการจัดทำเอกสารต่างๆ มากมายเกี่ยวกับการจัดตั้งและการดำเนินงานของมูลนิธิสาธารณสุขเหล่านี้

นอกจากนี้ ประเทศนิวซีแลนด์จะมีกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพโดยการห้ามโฆษณาบุหรี่ในทุกรูปแบบ ยังได้มีการจัดตั้งสภากองทุนสนับสนุนด้านสุขภาพ (Health Sponsorship Council) ซึ่งได้รับเงินจากภาษีบุหรี่ และได้ให้การสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ปราศจากควันบุหรี่

การเลิกบุหรี่

เป้าหมายของการควบคุมการบริโภคยาสูบคือ การลดปริมาณการตายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ และการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ ตามรายงานของสมาคมศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาแสดงให้เห็นว่าการหยุดสูบบุหรี่สามารถป้องกันโรคได้ (ระดับปฐมภูมิ) ลดการป่วยในระยะเริ่มต้น และยับยั้งความรุนแรงของโรค (ระดับทุติยภูมิ) นั่นคือ การหยุดสูบบุหรี่จะสามารถลดจำนวนคนตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ได้ ลดอัตราการตายได้ภายในเวลา 2-3 ปี ส่วนการป้องกันการสูบบุหรี่จะสามารถลดอัตราการตายได้ในระยะ 30-50 ปีต่อมา ดังนั้นวัยรุ่นที่เริ่มสูบบุหรี่วันนี้จะตายด้วยโรคจากบุหรี่ในอนาคต สารนิโคตินถูกจัดไว้ในกลุ่มสารเสพติด ตามรายงานของสมาคมศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา และตามระบบการจำแนกกลุ่มของโรค (International Classification of Diseases) ขององค์การอนามัยโลกซึ่งจัดนิโคตินไว้ในกลุ่มเดียวกับเฮโรอีนและโคเคน

ในระดับบุคคล การเลิกบุหรี่จะเป็นไปได้ต้องมีเงื่อนไข 2 ประการ คือ แรงจูงใจและความสามารถในการเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อพยายามเลิกสารเสพติด ดังนั้นจุดประสงค์ในโครงการลด ละ เลิกบุหรี่จะต้องสร้างแรงจูงใจและ/หรือทำให้แรงจูงใจเข้มแข็งขึ้น ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจและ/หรือทำให้เข้มแข็งขึ้น ทำได้โดยการให้ความรู้ การให้ข่าวสารต่อสาธารณะ กลวิธีด้าน

ราคา นโยบายสังคมปลอดควันบุหรี่ การปรับพฤติกรรม ฯลฯ และการทำให้อุปสรรคอ่อนแอลง (ได้แก่ การปรับพฤติกรรม และการใช้ยาหรือสารเคมีทดแทน) ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีแรงจูงใจและอุปสรรคในระดับที่ต่างกัน

แม้ว่าร้อยละ 75-80 ของคนที่สูบบุหรี่ต้องการเลิกบุหรี่และประมาณหนึ่งในสามเคยพยายามเลิกอย่างจริงจัง หากแต่น้อยกว่าร้อยละ 50 สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จก่อนอายุ 60 ปี การติดสารนิโคตินเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อความพยายามในการเลิกบุหรี่

ในประเทศที่มีระบบบริการสาธารณสุขที่ดี ประชากรมักไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์อย่างน้อยปีละครั้งเพื่อรับฟังคำแนะนำ คำแนะนำที่สั้นและมีน้ำหนักจะสามารถช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกได้ประมาณร้อยละ 5 หากให้คำแนะนำร่วมกับการบำบัดโดยใช้นิโคตินทดแทน (Nicotine Replacement Therapy หรือ NRT) ภายใต้คำแนะนำของแพทย์จะทำให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้ภายใน 1 ปีสูงขึ้น แม้ว่า NRT จะมีราคาค่อนข้างสูง แต่ถือเป็นมาตรการที่คุ้มค่าในระยะยาวทั้งต่อรัฐและบุคคล การให้ NRT เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับบุคคลที่ไม่สามารถทนต่อการขาดนิโคตินได้ และลดผลกระทบที่เกิดจากการขาดนิโคตินจากบุหรี่ อย่างไรก็ตามนิโคตินเป็นสารอันตรายและสามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพได้หากใช้ไม่ถูกวิธี อาทิ ผู้ที่มีปัญหาโรคหัวใจอาจได้รับอันตรายจากอาการแทรกซ้อนของโรคหากไม่หยุดสูบบุหรี่ในขณะที่ได้รับ NRT งานวิจัยยืนยันว่า NRT มีอาการข้างเคียงน้อยมากหากใช้ถูกวิธี ดังนั้นคนที่เข้าโครงการบำบัดด้วย NRT ควรอยู่ภายใต้คำแนะนำของบุคลากรที่มีความรู้

การดำเนินการลด ละ เลิกบุหรี่ในวงกว้าง บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เกษัชกร ควรได้รับการฝึกฝนขั้นพื้นฐานในเรื่องของเทคนิคการช่วยให้คนลด ละ เลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการจัดทำแผนและกลวิธีควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับชาติ ผู้บริหารต้องสร้างแผนที่ครอบคลุมบริการหลายด้าน เช่น โปรแกรมการเลิกบุหรี่ การให้คำแนะนำของแพทย์ และการใช้ NRT ประเทศที่มีระบบบริการสาธารณสุขที่ดีควรมีบริการให้คำปรึกษาและการรักษาอาการขาดนิโคตินให้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการประกันสุขภาพด้วย

สื่อสารมวลชนจะช่วยสร้างบรรยากาศของการเลิกสิ่งเสพติด ให้คำแนะนำและให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ด้วย เนื้อหาจะถูกส่งถึงประชาชนนับล้านคนและเนื้อหาจะมีประโยชน์ก็ต่อเมื่อใช้ร่วมกับการแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การปกป้องสุขภาพ

มาตรการด้านกฎหมาย

ข้อตกลงในที่ประชุมอนามัยโลกเรียกร้องให้มีแผนการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ นักวิเคราะห์ต่างลงความเห็นว่า มาตรการที่สำคัญคือการออกกฎหมาย (กรอบข้อความ 5) ข้อตกลง WHA43.16 เรียกร้องให้มีการใช้กฎหมายบังคับเรื่องการห้ามโฆษณา เพื่อไม่ให้อุตสาหกรรมยาสูบดำเนินการใด ๆ ตามอำเภอใจ

การจัดการควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมของสถานประกอบการสามารถดำเนินการได้ง่ายทั้งในแง่ของความร่วมมือโดยสมัครใจและการบริหารจัดการ เพราะนายจ้างย่อมเห็นความสำคัญของการมีสถานประกอบการที่ไร้ควันบุหรี่ การออกกฎหมายเป็นวิธีเดียวที่รับรองถึงภาวะไร้ควันบุหรี่ได้ มาตรการทั้งที่สมัครใจหรือบังคับโดยกฎหมาย รวมทั้งแนวทางปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของชุดแนะนำ (advisory kit) เพื่อใช้ในกิจกรรมวันงดสูบบุหรี่ในปี พ.ศ.2534, 2535 และ 2536 โดยเน้นเรื่องการงดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ในสถานประกอบการ และในสถานบริการสาธารณสุข เอกสารเหล่านี้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการทำงานเพื่อป้องกันการได้รับควันบุหรี่ในที่สาธารณะได้ดีขึ้น

ประเทศที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบจะมีกฎหมายครอบคลุมทุกด้าน ในภาคผนวก 2 แสดงตัวอย่างกฎหมายการควบคุมการบริโภคยาสูบที่อาจนำไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ในแต่ละประเทศตามสภาพวัฒนธรรม ภาษา ระบบการปกครอง และระบบการออกกฎหมายที่แตกต่างกัน กลุ่มคนที่ทำงานด้านการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ ควรศึกษากระบวนการขั้นตอนในประเทศต่าง ๆ และใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ของประเทศอื่น ๆ เพื่อการทำงานให้เกิดประสิทธิผลในประเทศของตน

แม้องค์การอนามัยโลกจะแนะนำว่าทุกประเทศควรมีกฎหมายนี้ หากแต่ในบางประเทศอาจต้องใช้เวลาและขั้นตอนมากมายเพื่อให้กฎหมายนี้เกิดขึ้น ดังนั้นแต่ละขั้นตอนถือเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามที่จะทำให้เกิดขึ้นในแต่ละประเทศในระยะยาว ควรหลีกเลี่ยงการออกกฎหมายเล็ก ๆ น้อย ๆ แต่ควรออกกฎหมายที่ครอบคลุมเพื่อให้สามารถนำไปดำเนินการได้ในแต่ละช่วงเวลาที่เหมาะสมอันเนื่องด้วย เช่น

- ข้อบังคับบางอย่างอาจนำมาบังคับใช้ในภายหลัง
- ถ้าปัจจุบันยังไม่สามารถหยุดการส่งเสริมการสูบบุหรี่ได้ อาจดำเนินการโดยทำให้การสูบบุหรี่ขึ้นและยับยั้งการเกิดกิจกรรมใหม่ ๆ ที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่
- ข้อบังคับทั่วไปอาจให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับการสร้างมาตรการป้องกันด้านสุขภาพภายใต้กฎกระทรวง

มาตรการสุดท้ายคือการบังคับใช้กฎหมายเป็นกิจกรรมสำคัญของกระบวนการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ ตัวอย่างเช่น ข้อความเตือนเรื่องพิษภัยบุหรี่ขนาดใหญ่และครอบคลุมพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่หน้าซองบุหรี่ได้ถูกบังคับใช้ในหลายประเทศ เช่น ออสเตรเลีย ไชล์แลนด์ สิงคโปร์ อัฟริกาใต้และประเทศไทย

ในบางสถานการณ์ การใช้กลวิธีเชิงบวกเพื่อช่วยเสริมการบังคับใช้กฎหมายอาจให้ผลดี เช่น การห้ามขายบุหรี่แก่เด็กและเยาวชน โดยการให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการสำรวจและส่งเสริมการห้ามขายบุหรี่แก่เด็กและเยาวชน

กรอบข้อความ 5 มาตรการด้านกฎหมายที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

มาตรการด้านกฎหมายมีความสำคัญมากในการควบคุมการบริโภคยาสูบและหยุดยั้งการระบาดของยาสูบหรือบุหรี่ ซึ่งจำเป็นต้องให้มีการบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพและกฎหมายควรให้อำนาจเจ้าหน้าที่ดังต่อไปนี้ :

- การจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ ซึ่งขึ้นอยู่กับอันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้ ดังนั้นมาตรการจะครอบคลุมถึง
 - มาตรการด้านภาษี เพื่อลดอำนาจการซื้อ
 - การห้ามขายบุหรี่ในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษาและสถานฝึกหรือสนามกีฬา
 - การยกเลิกการขายบุหรี่โดยเครื่องอัตโนมัติและร้านค้าแบบบริการตนเอง
 - การห้ามขายบุหรี่แก่เด็กและเยาวชน
- ควรให้กลุ่มผู้สูบบุหรี่และผู้ที่กำลังจะสูบบุหรี่ตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างเต็มที่และยุติธรรม ซึ่งครอบคลุมถึง
 - การห้ามโฆษณาบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพราะการโฆษณาบุหรี่เป็นการชักนำที่ทำให้หลงผิด
 - การห้ามใช้ข้อความบนซองบุหรี่และป้ายที่ชักนำให้เข้าใจผิด
 - มีคำเตือนและข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เห็นได้ชัดเจนบนซองบุหรี่และสถานที่ขายบุหรี่
 - การเปิดเผยรายชื่อ ปริมาณสารพิษและสารแต่งกลิ่นรสทุกชนิดที่มีในบุหรี่แก่สาธารณชน
 - การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับบริษัทบุหรี่
 - จัดให้มีการให้ความช่วยเหลืออย่างชัดเจนและจริงจังแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ รวมถึงผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเรียกร้องค่าทดแทนสำหรับอันตรายที่เกิดขึ้นแก่ตน
- ให้มีการปกป้องสุขภาพ สิทธิและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่
 - การห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ สถานประกอบการและยานพาหนะสาธารณะ
 - การช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่
 - การออกกฎหมายเพื่อป้องกันและการเรียกร้องค่าทดแทนสำหรับความเสียหายที่เกิดจากไฟไหม้ อันเนื่องมาจากบุหรี่
- กฎหมายควรครอบคลุมถึงผลิตภัณฑ์บุหรี่ด้วย ได้แก่
 - การห้ามซื้อขายสินค้าต่าง ๆ ที่มีนิโคตินเป็นองค์ประกอบ
 - การควบคุมสารประกอบที่เพิ่มกลิ่นรสในบุหรี่
 - การควบคุมระดับของสารพิษในบุหรี่
 - การให้มีการปรับเปลี่ยนผลิตภัณฑ์บุหรี่

มาตรการด้านเศรษฐกิจ

ในชุดคู่มือแนะนำขององค์การอนามัยโลกสำหรับวันงดสูบบุหรี่โลกในปี พ.ศ.2538 หัวข้อที่ใช้คือเศรษฐศาสตร์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งได้อธิบายถึงเหตุผลและความสำคัญของการใช้มาตรการทางภาษีบุหรี่ในกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบซึ่งมีผลทั้งต่อการเพิ่มรายได้ให้รัฐและลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชากร (กรอบข้อความ 6) รายละเอียดบางส่วนอยู่ในชุดคู่มือแนะนำและในภาคผนวก 3

วัตถุประสงค์หลักของการเก็บภาษีบุหรี่ คือ การทำให้บุหรี่มีราคาสูง ซึ่งจะช่วยให้กำลังซื้อของคนบางกลุ่มน้อยลง และจะทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลง การขึ้นราคาบุหรี่จะต้องสูงกว่าอัตราเงินเฟ้อ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ประชากรมีรายได้มากขึ้นย่อมทำให้มีความต้องการบุหรี่ปริมาณมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่เห็นได้ชัดในประเทศกำลังพัฒนาที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ตัวอย่างในบางประเทศอาจมีอัตราการสูบบุหรี่สูง แต่การที่มีรายได้ต่ำทำให้เป็นข้อจำกัดในการหาซื้อบุหรี่ปริมาณ ดังนั้น ถ้าไม่มีนโยบายการขึ้นภาษีบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ย่อมจะยังสูงขึ้น

การขึ้นภาษีบุหรี่ให้เกินกว่าอัตราเงินเฟ้อและใช้เงินที่ได้จากภาษีบุหรี่บางส่วนมาใช้ในการกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบนั้นเป็นยุทธวิธีที่ทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบมีประสิทธิภาพ และมีเงินทุนสนับสนุนจากธุรกิจบุหรี่ปริมาณเอง ซึ่งมาตรการนี้จะได้ผลดีในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีเงินงบประมาณจำกัด

มาตรการทางเศรษฐกิจที่สามารถทำได้อีกมาตรการหนึ่งคือ การกำหนดราคาขายก่อนเสียภาษีบุหรี่ ซึ่งจะทดแทนกำไรมหาศาลของบริษัทบุหรี่ซึ่งมักเป็นธุรกิจผูกขาด และถ้าไม่ทำเช่นนั้น การขึ้นภาษีอาจไม่กระทบถึงราคาขายปลีก ประเทศบราซิลมีประสบการณ์ในเรื่องนี้มาแล้วในช่วงปี พ.ศ.2514-2523 ซึ่งมาตรการควบคุมอัตราเงินเฟ้อทำให้บริษัทบุหรี่ไม่สามารถขึ้นราคาบุหรี่ได้ เมื่อไม่สามารถทำกำไรจากการขึ้นราคา บริษัทบุหรี่จึงทำการลดต้นทุนให้ต่ำลง ผลก็คือ การโฆษณาและกิจกรรมส่งเสริมการขายบุหรี่ปริมาณน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งปรากฏการณ์ตรงข้ามจะปรากฏออกมาหากมาตรการควบคุมราคาซื้อขายอ่อน

ทางเลือกทางเศรษฐกิจเพื่อทดแทนบุหรี่

เนื่องจากบุหรี่ปริมาณมีฤทธิ์เสพติดรุนแรง จึงส่งผลให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างช้า ๆ แม้จะมีการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม ขณะที่ระบบเศรษฐกิจจะปรับตัวแบบค่อยเป็นค่อยไป อย่างไรก็ตาม การวางแผนงานที่ดีจะมีผลต่อการลดการผลิตของอุตสาหกรรมบุหรี่ปริมาณที่ละน้อย ดังนั้น การเสนอแนะแนวทางการเปลี่ยนงานของคนงานในบริษัทบุหรี่ปริมาณเป็นกลวิธีที่ดี เพราะจะเป็นการลดแรงเสียดทานจากกระทรวงเกษตรฯ คนงานที่ทำงานในบริษัทบุหรี่ปริมาณ และกลุ่มคนที่ได้รับ

ผลประโยชน์จากอุตสาหกรรมยาสูบ และอาจเป็นแรงสนับสนุนต่อโครงการนี้ ประเทศที่มีพื้นที่การปลูกยาสูบเป็นจำนวนมาก อาจร้องขอความช่วยเหลือจากองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ได้

กรอบข้อความ 6 มาตรการด้านเศรษฐกิจ

- นอกจากผลกระทบทางสุขภาพอันมหาศาลแล้ว บุหรียังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 2 ล้านล้านบาทต่อปี ความสูญเสียประมาณครึ่งหนึ่งเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา
- การขึ้นราคามะพร้าวโดยการขึ้นภาษีบุหรีจะเป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้อัตราการบริโภคบุหรีลดลง
- การขึ้นภาษีบุหรีและใช้เงินส่วนหนึ่งเพื่อสนับสนุนการกีฬา ศิลปะและกิจกรรมทางวัฒนธรรม จะเป็นการลบล้างอิทธิพลทางเศรษฐกิจของบริษัทบุหรี และยังเป็นส่งเสริมข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพด้วย
- การกำหนดราคาต่ำสุดของผลิตภัณฑ์บุหรีในท้องตลาด จะทำให้กลุ่มคนที่อ่อนไหวต่อราคา ได้แก่ กลุ่มเยาวชนไม่เข้ามาเป็นกลุ่มลูกค้าใหม่ หรืออาจเป็นการป้องกันไม่ให้กลุ่มนี้เริ่มสูบบุหรีได้
- ถ้าไม่มีมาตรการของรัฐ การบริโภคยาสูบจะสูงขึ้นหากประชากรมีรายได้เพิ่มขึ้น ซึ่งปรากฏการณ์นี้เห็นได้ชัดในประเทศกำลังพัฒนาที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว
- ราคาขายของบุหรีต้องขึ้นให้สูงกว่าการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจหรืออัตราเงินเฟ้อ เพื่อให้แน่ใจว่ากำลังซื้อของประชากรจะไม่สูงขึ้นเมื่อมีรายได้มากขึ้น และเป็นการจูงใจให้คนที่สูบบุหรีเลิกบุหรีได้ด้วย
- การขึ้นภาษีต้องให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุหรีด้วย เพื่อให้แน่ใจว่า ผลิตภัณฑ์ทดแทนอื่นๆ เช่น ยาเส้นและบุหรีท้องถิ่นชนิดมวนเองจะไม่ถูกนำมาใช้แทน
- การเก็บภาษีบุหรีในอัตราสูงไม่เพียงแต่ทำให้ประชากรมีสุขภาพดีแต่ยังทำให้รัฐมีรายได้มากขึ้น ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมทางสุขภาพอื่นๆ หรือลดภาษีในด้านอื่นๆ
- ภาษีบุหรีเป็นสิ่งที่จัดการได้ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บน้อย
- การขึ้นภาษีบุหรีมักได้รับการยอมรับจากสาธารณชนแม้ในกลุ่มที่สูบบุหรีเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากแสดงให้เห็นวัตถุประสงค์ชัดเจนว่า การขึ้นภาษีเป็นไปเพื่อยับยั้งไม่ให้กลุ่มเยาวชนเริ่มสูบบุหรี

ความสำเร็จของโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จในประเทศแคนาดาส่วนหนึ่งเกิดจากการให้เงินชดเชยแก่เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบเพื่อเปลี่ยนไปเพาะปลูกพืชอย่างอื่น มีการจ่ายเงินก้อนให้แก่เกษตรกรที่ตัดสินใจเลิกกิจการที่เกี่ยวข้องกับบุหรี เป็นผลให้อัตราการสูบบุหรีในช่วงระยะเวลา 10 ปี ลดลงถึงร้อยละ 40 และจำนวนเกษตรกรที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง พื้นที่ที่เคยปลูกยาสูบมีเศรษฐกิจดีขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากเปลี่ยนไปทำกิจการอื่น ในหลายประเทศเช่น บราซิล มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ กำลังพยายามหาพืชเศรษฐกิจทดแทนการปลูกยาสูบ

ในบังคลาเทศมีโครงการสาธิตการเกษตรในชุมชนซึ่งประสบความสำเร็จในพื้นที่ที่เคยปลูกยาสูบ การเปลี่ยนไปปลูกพืชชนิดอื่นทำให้ประสบความสำเร็จด้านเศรษฐกิจดีกว่าการปลูกยาสูบ

การเสริมสร้างสมรรถนะ

การเสริมสร้างสมรรถนะครอบคลุมถึงการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ เศรษฐกิจ และโครงสร้างพื้นฐานเพื่อความยั่งยืนของโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบภายในประเทศ ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานจะต้องกำหนดเป้าหมายไว้เสมอ ไม่เช่นนั้นเป้าหมายของกิจกรรมหนึ่ง ๆ อาจไม่สอดคล้องหรืออาจให้ผลตรงกันข้ามกับอีกกิจกรรมหนึ่ง ตัวอย่างเช่น เป้าหมายของโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบอาจเป็นวัตถุประสงค์ของการสาธารณสุข แต่อาจเป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จหากแนวทางหรือทิศทางการปฏิบัติไม่ชัดเจนหรือไม่มุ่งไปสู่การควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างแท้จริง

ขีดความสามารถในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้แก่ ความสามารถในการกระทำการใด ๆ ให้บรรลุเป้าหมายได้สำเร็จ ในทางปฏิบัติ การควบคุมการบริโภคยาสูบมักเริ่มต้นด้วยบุคคลเพียงคนเดียวหรือกลุ่มเดียว และมักคิดแผนปฏิบัติการตามความสามารถของตน และค่อย ๆ พัฒนาในรายละเอียดขยายความร่วมมือในวงกว้างและได้รับทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากต้องการให้โครงการควบคุมการบริโภคยาสูบมีความยั่งยืนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชนด้วย

การสร้างเสริมสมรรถนะต้องกระทำอย่างมีเป้าหมายชัดเจนและสามารถช่วยในการควบคุมการบริโภคยาสูบ สามารถทำได้โดย

- ให้ความรู้ความสามารถพื้นฐานแก่บุคคลหรือกลุ่มที่สนใจเข้าร่วมทำงานเพื่อให้ทำงานสำเร็จได้ด้วยดี
- เพิ่มความรู้ความสามารถของบุคลากรในด้านข้อมูลข่าวสารและการประเมินผล
- พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการดำเนินโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบแม้ว่าสถานการณ์ของประเทศจะเปลี่ยนแปลงไป

ในบางประเทศ การเสริมสร้างสมรรถนะทำได้โดยการจัดการอบรมให้แก่ผู้สนใจหรือพัฒนาระบบในการแลกเปลี่ยนและเผยแพร่ข่าวสาร การพัฒนาความสามารถในการค้นหาและใช้ประโยชน์ข้อมูล การเพิ่มการสนับสนุนจากภาครัฐและภายนอก การลดปัญหาและอุปสรรค ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไป

การติดตามกำกับและการประเมินผล

แผนงานระดับชาติในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ดี ต้องมีโครงการติดตามกำกับสภาวะการณ์ต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องทั้งด้านบุหรี่ยาสูบและโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ยาสูบ ซึ่งกิจกรรมบางอย่างสามารถดำเนินการได้ง่ายแม้มีทรัพยากรจำกัด

การวางแผนที่ดีจะรวมถึงการวางแผนประเมินความก้าวหน้า ความสำเร็จและความล้มเหลว ผลของการประเมินจะใช้ในการปรับปรุงแผนงานและโครงการในอนาคต เพื่อให้โครงการประสบความสำเร็จในการลดอัตราการสูบบุหรี่ของชุมชน

สำหรับการประเมินผลที่ดีจำเป็นต้องมีการวางแผนล่วงหน้าอย่างรอบคอบ ผู้สนใจสามารถอ่านได้ในหนังสือ “การประเมินกิจกรรมควบคุมยาสูบ : ประสบการณ์และแนวทางการดำเนินงาน” (Evaluating tobacco control activities: experiences and guiding principles)

สรุป

เนื้อหาสำคัญของการวางแผนปฏิบัติการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ ได้แก่

- จัดทำนโยบาย แผนงานและจัดตั้งองค์กรระดับชาติในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ดำเนินงานในระดับชาติให้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้
 - การให้สุศึกษา รวมถึงความช่วยเหลือในการลด ละ เลิกบุหรี่
 - การออกกฎหมายห้ามไม่ให้มีการขายบุหรี่แก่เยาวชน การห้ามโฆษณาบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม การใช้ข้อความเตือนด้านสุขภาพที่เห็นได้ชัดเจนบนซองบุหรี่ การจัดสถานที่สาธารณะ สถานที่ประกอบการและยานพาหนะสาธารณะให้เป็นสถานที่ปลอดควันบุหรี่ การออกกฎหมายบังคับให้มีการระบุชนิดและปริมาณสารพิษที่มีอยู่ในบุหรี่
 - มาตรการด้านภาษีและราคา รวมถึงการลดกำลังซื้อด้วยการเพิ่มภาษีในอัตราที่สูงกว่าอัตราเงินเฟ้อ และจัดสรรเงินส่วนหนึ่งจากภาษีบุหรี่ไปใช้ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และสนับสนุนกีฬาและกิจกรรมทางวัฒนธรรม
- พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การเงินและโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้มีการสนับสนุนกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่อง
- ที่สำคัญ ควรมีการวางแผนเรื่องการติดตามกำกับและประเมินผลการควบคุมการบริโภคยาสูบ

หนังสืออ่านประกอบ

Action plan on tobacco or health for 1995-1999. Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 1994.

Chapman S, Richardson J. Tobacco excise and declining tobacco consumption: the case of Papua New Guinea. *American journal of public health*, 1990, 80(5): 537-540.

- Chapman S, Lupton D. *The fight for public health, principles and practice of media advocacy*. London, British Medical Journal Publishing Group, 1994.
- Chollat-Traquet C. *Evaluating tobacco control activities: experiences and guiding principles*. Geneva, World Health Organization, 1996.
- Cigarette advertising and promotion in the United States, 1993*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 1995.
- Death or taxes, a health advocate's guide to increasing tobacco taxes*. Toronto and Ottawa, The Non-Smokers' Rights Association, and Washington, DC, Advocacy Institute, 1990.
- Galbally R. *How to set up a health promotion foundation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994.
- Glynn TJ, Anderson DM, Schwarz L. Tobacco use reduction among high-risk youth: recommendations for a National Cancer Institute Expert Advisory Panel. *Preventive medicine*, 1991, 20(2): 279-291.
- International Union Against Cancer; *Tobacco control fact sheets* (Nos 1-10). Geneva, UICC, 1993.
- Krueger RA. *Focus groups, a practical guide for applied research*. Newbury Park, CA, Sage Publications, 1988.
- Russel M. Help and treatment for addicted smokers. *World Health Forum*, 1995, 16: 19-21.
- Sweanor DT, Martial LR, Dossetor JB. *The Canadian tobacco tax experiences: a case study*. Toronto, Non-Smokers' Right Association and The Smoking and Health Action Foundation, 1993.
- Tang JL, Law M, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking? *British medical journal*, 1994, 308: 21-26.
- The media and tobacco: getting the health message across. *Advisory kit and press kit*, 1994 (available from: Tobacco or Health Programme, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
- Tobacco control: the role of media*. Geneva, World Health Organization (in preparation).
- Tobacco-free Europe. Action Plan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.
- US Department of Health and Human Services. *Major local tobacco control ordinances in the United States*. Rockville, MD, National Institute of Health, 1993.
- US Department of Health and Human Services. *Media strategies for smoking control guidelines*. Rockville, MD, National Institute of Health, 1988.
- US Department of Health and Human Services. *Preventing tobacco use among young people*. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention , 1994.
- Victorian Health Promotion Foundation. *Annual report 1994*. Melbourne, VicHealth, 1994.
- Wallack et al. *Media advocacy and public Health, power for prevention*. Newbury Park, CA, Sage Publications, 1993.
- Warner KE. *Consumption impacts of a change in the federal cigarette excise tax*. Ann Arbor, MI, University of Michigan, 1985.
- Women and tobacco*. Geneva, World Health Organization, 1992.

การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการระดับชาติ

ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา มีรายงานวิจัยมากกว่า 60,000 เรื่องที่รายงานถึงพิษภัยของบุหรื
ดังนี้

- บุหรืจะคร่าชีวิตของคนที่สูบบุหรืเป็นเวลานาน ผู้เริ่มสูบบุหรืมาตั้งแต่เป็นวัยรุ่น และสูบอย่างต่อเนื่อง ครึ่งหนึ่งของคนกลุ่มนี้จะตายในช่วงวัยกลางคน
- ในช่วง พ.ศ.2524-2533 บุหรืคร่าชีวิต 1 คนทุก 10 วินาที และถ้าไม่มีการกระทำ เพื่อหยุดยั้งการสูบบุหรืในระหว่างปี พ.ศ.2563-2572 อัตรานี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 1 คน ทุก 3 วินาที
- บุหรืประกอบด้วยสารก่อมะเร็งได้ จำนวน 43 ชนิด
- หน่วยงานสาธารณสุขระบุว่า ไม่ควรให้มนุษย์คนใดสัมผัสกับควันบุหรืไม่ว่า ทางตรงหรือทางอ้อม

ถึงแม้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืจะเป็นที่ทราบกันอย่างแพร่หลายทั่วโลก และ หอสมุดของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรเอกชนต่างก็มีรายงานของแผนปฏิบัติการที่ดีเลิศ แต่ ประมาณครึ่งหนึ่งของแผนปฏิบัติการควบคุมการบริโภคยาสูบเหล่านี้ไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะ บุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถต่อสู้กับแรงเสียดทาน หรือไม่สามารถหาการสนับสนุนได้มากพอ สำหรับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนั้น การทำงานตามแผนปฏิบัติการควบคุมการบริโภคยาสูบ จึงเป็นงานที่ทำทนายและไม่เหมือนกับการต่อสู้กับปัญหาสุขภาพอื่น ๆ

แรงต่อต้านอย่างรุนแรงมักมาจากกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์จากบุหรื ดังนั้นถ้าไม่มีกลวิธีที่ ชัดเจนในการเอาชนะคู่ต่อสู้ ก็มีความเสี่ยงที่จะล้มเหลวทั้งสิ้น

เป็นความยากที่จะเขียนคำแนะนำอย่างชัดเจนถึงการเอาชนะฝ่ายตรงข้ามในการควบคุม การบริโภคยาสูบ ความท้าทายนี้ไม่เหมือนกับความพยายามรักษาโรค แต่จะเหมือนกับความ พยายามเอาชนะในเกมฟุตบอล การเตรียมการที่ดีเป็นสิ่งจำเป็น แต่การทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นใน ระหว่างเกมเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ดังนั้นกลวิธีจะต้องถูกจัดเตรียมเป็นอย่างดีและสามารถ ปรับเปลี่ยนได้เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของฝ่ายตรงข้าม และการคาดหวังว่าจะชนะทุกแมทช์ เหมือนเกมกีฬาที่เป็นไปไม่ได้เช่นกัน อาจจะต้องถอยบ้างในบางเวลา หากแต่นักสาธารณสุขต้อง ยืนหยัดอยู่กับแผนการที่ได้จัดวางไว้และมีการปฏิบัติการที่ดี

หลักการ 7 ประการในการทำให้แผนปฏิบัติการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นจริง

1. การเตรียมตัวที่ดี

ในปี พ.ศ.2537 บริษัทบุหรี่ที่ใหญ่ที่สุดมีรายได้กว่า 2.5 ล้านล้านบาท เกือบเท่ากับรายได้ประชาชาติของประเทศโปรตุเกสหรืออิสราเอล บริษัทบุหรี่มีการเตรียมเอกสารจำนวนมากไว้ใช้โต้แย้งเกี่ยวกับความรู้เรื่องบุหรี่ทั้งนี้เพื่อปกป้องรายได้ของบริษัท ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการเตรียมการด้านเอกสารงานวิจัยทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

การควบคุมการบริโภคยาสูบให้ประสบความสำเร็จ จะต้องอาศัยเทคนิคในการรวบรวมและใช้ประโยชน์จากข้อมูล ข้อสรุป และแผนที่ดี เราไม่จำเป็นต้องมีข้อมูลข่าวสารทุกเรื่อง แต่ควรจะสามารถเรียกดูข้อมูลทุกเรื่องได้อย่างรวดเร็ว และสามารถใช้ในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้

2. ความยืดหยุ่นได้

การควบคุมการบริโภคยาสูบมักมีแรงต่อต้านจากฝ่ายตรงข้าม เช่น การใช้กระบวนการทางศาลในการต่อสู้เรื่องการควบคุมการโฆษณา นักสาธารณสุขที่ชาญฉลาดจะไม่ตั้งต้นทำในสิ่งที่เป็นไปได้ แต่ต้องหากวิธีหรือแผนการอื่นในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่หรือการปกป้องไม่ให้คนได้รับควันบุหรี่ในสถานประกอบการ เป็นต้น ดังนั้นแผนงานและกลวิธีควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์แต่ละขณะ

3. ช่วงชิงโอกาส

นักปฏิบัติการสาธารณสุขด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบจะต้องฉวยโอกาสทุกสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาเป็นตัวช่วยในการสร้างแรงสนับสนุนในการดำเนินการ ดังตัวอย่างกรณีรายงานข่าวหนังสือพิมพ์เรื่องการเรียกคืนน้ำดื่มบรรจุขวด เนื่องจากมีความสงสัยเรื่องการปนเปื้อนสารเบนซินในน้ำ นักสาธารณสุขจะต้องมีความพร้อมในการจัดเตรียมข้อมูลให้สื่อมวลชนได้ทราบ ว่า คนที่สูบบุหรี่จะได้รับสารเบนซินในแต่ละวันมากกว่าการดื่มน้ำที่มีสารเบนซินปะปนอยู่ไปตลอดชีวิต

4. เปลี่ยนจากลบให้เป็นบวก

กิจกรรมที่ส่งผลเสียต่อความพยายามในการควบคุมการบริโภคยาสูบควรได้รับการเฝ้าระวังติดตามและในบางกรณีสามารถปรับเปลี่ยนเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังแสดงในกรอบข้อความ 7

5. ใช้ประโยชน์จากข้อโต้แย้งมาเป็นแรงจูงใจ

ในกระบวนการทำประชาพิจารณ์หรือสร้างข้อตกลงสาธารณะเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ นักสาธารณสุขจะต้องทำงานร่วมกับแวดวงอื่น ๆ ที่อาจไม่สนใจงานสาธารณสุขนักกรณีเช่นนี้นักสาธารณสุขอาจไม่ต้องเน้นย้ำเรื่องผลเสียต่อสุขภาพ แต่ควรหันเหไปในเรื่องที่กลุ่มเป้าหมายนั้นสนใจ ดังเช่น ในการแสวงหาความร่วมมือจากกระทรวงการคลัง ควรเน้นเรื่องการขึ้นภาษีบุหรี่ที่ทำให้รัฐจัดเก็บภาษีได้มากขึ้นและจากการสำรวจความเห็นของสาธารณสุขชนพบว่าสาธารณสุขชนเห็นด้วย (หรืออย่างน้อยก็เห็นด้วยมากกว่าการขึ้นภาษีอื่น ๆ) ต่อประเด็นที่ว่า รัฐจะประหยัดงบประมาณได้ในระยะยาวและค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บนั้นน้อยกว่าจำนวนเงินภาษีที่จะจัดเก็บได้มากนัก สุดท้ายไม่ควรลืมที่จะเน้นว่าการจัดเก็บภาษีดังกล่าวจะช่วยให้เกิดผลสัมฤทธิ์ด้านการสาธารณสุขด้วย

กรอบข้อความ 7 ปรับเปลี่ยนการส่งเสริมบุหรี่ให้เป็นการส่งเสริมสุขภาพ

ในปี พ.ศ.2524 บริษัทบุหรี่ในประเทศออสเตรเลียจัดการประกวดหนุ่มความอยเพื่อชิงเงินรางวัล 25,000 เหรียญออสเตรเลียเพื่อให้เป็นนายแบบในการโฆษณาบุหรี่ (เพื่อใช้แทนนายแบบชาวอเมริกันที่บริษัทได้ใช้ในการโฆษณามาแต่เดิม) บุคลากรที่ทำงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งจำนวนหนึ่งเป็นแพทย์ได้ถามแฟรงค์ซึ่งเป็นบุคคลที่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และยังคงสูบบุหรี่อยู่ผ่านท่อที่เปิดสู่ภายนอกเพื่อให้หายใจได้ โดยถามความสมัครใจว่าแฟรงค์จะเข้าประกวดหรือไม่โดยไม่ได้รับการสปอนเซอร์จากกองทุน แฟรงค์ตอบรับการเข้าประกวด ทางกองทุนก็ได้ส่งแฟรงค์เข้าร่วมในการประกวดดังกล่าวและได้จัดพิมพ์โปสเตอร์เป็นรูปของแฟรงค์และข้อความประกอบว่า “แฟรงค์น่าจะชนะไหม?” แจกจ่ายไปทั่ว แม้ว่าแฟรงค์จะไม่ชนะการประกวดดังกล่าวแต่หนังสือพิมพ์สามในสี่ฉบับตีพิมพ์ผลการประกวดพร้อมด้วยข่าวที่ว่า แฟรงค์ก็เข้าร่วมประกวดด้วย ดังนั้นจากการประกวดดังกล่าว แม้ว่าจะเป็นโอกาสของการควบคุมการบริโภคยาสูบ แต่ถือเป็นการ “ได้” ประโยชน์ของการสื่อสารของการสาธารณสุขด้วยความตั้งใจและจินตนาการของผู้ปฏิบัติงาน กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ได้รับความสนใจจากประชาชนเป็นอย่างมาก และในหลายปีต่อมาได้มีการห้ามโฆษณาบุหรี่ในออสเตรเลียและห้ามการจัดประกวดในลักษณะเดียวกันเช่นนี้อีก

กระบวนการควบคุมการบริโภคยาสูบก้าวไกลไปถึงบริษัทการบินต่าง ๆ โดยแสดงให้เห็นว่าผู้โดยสารจำนวนมากต้องการเที่ยวบินที่ปราศจากควันบุหรี่ และบริษัทจะมีลูกค้ามากขึ้นหากจัดบริการดังกล่าว อีกทั้งยังเป็นการปกป้องสุขภาพของลูกเรือ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาความสะอาด ซึ่งได้มีข้อเรียกร้องขององค์การการบินนานาชาติ (International Civil Aviation Organization) เรียกร้องให้สายการบินต่าง ๆ จัดเที่ยวบินที่ปราศจากควันบุหรี่ก่อนวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2539 และได้มีการเชื่อมโยงให้เห็นว่าเป็นการกระทำที่ส่งเสริมสุขภาพของสาธารณสุข

การลดค่าใช้จ่ายของธุรกิจและอุตสาหกรรมนั้น ทำได้โดยการแสดงให้เห็นว่าการปกป้องคนงานจากการได้รับควันบุหรี่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพคนงาน ลดการขาดงานเนื่องจากการเจ็บป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการทำความสะดวกและการบำรุงรักษา ลดความเสี่ยงต่อการเกิดไฟไหม้ ส่งเสริมขวัญกำลังใจของคนงาน และปกป้องนายจ้างจากข้อผูกพันในการคุ้มครองแรงงานโดยการให้การปกป้องสุขภาพคนงานตามความเหมาะสม

โดยสรุป การทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบควรค้นหาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแนวร่วมจากวงการต่าง ๆ และแสดงให้เห็นว่า ความร่วมมือจะเกิดผลดีต่องานและผลประโยชน์ต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

6. ความกระตือรือร้น

การขับเคลื่อนให้เกิดความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ดังเช่น ถ้าต้องการความช่วยเหลือจากรัฐมนตรีกระทรวงการคลังในการขึ้นภาษีบุหรี่จะต้องมีการกระทำที่มากกว่าการเขียนจดหมาย ดังนั้น จะต้องมีการวิธีในการทำให้เป็นไปตามนโยบาย ทางที่เป็นไปได้ก็คือใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่และผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ (บทที่ 4 และบทที่ 5) เขียนบทความวิชาการสั้น ๆ ส่งถึงรัฐมนตรีฯ โดยชี้ให้เห็นถึงผลประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงนโยบายและความเห็นสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การติดตามอย่างต่อเนื่องจากรัฐมนตรีช่วย คณะที่ปรึกษาด้านนโยบายภาชีอารและสื่อมวลชนจะเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบาย หลังจากส่งเรื่องให้รัฐมนตรีและจัดให้มีการประชุมระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับสูงเพื่อให้พิจารณาร่วมกันแล้ว ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องและด้วยท่าทีสุภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายได้ในที่สุด

7. ความมุ่งมั่น

การทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลได้มาก แต่พึงระลึกไว้ว่าการเดินทางที่ยาวไกลจะเริ่มต้นจากก้าวที่หนึ่ง นักสาธารณสุขควรเริ่มต้นด้วยการเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ ก่อน ซึ่งการเริ่มต้นในวินดสูบบุหรี่โลกจะเป็นก้าวแรกที่ดี

บริษัทบุหรี่จะต่อสู้อย่างไม่ท้อถอยในการปกป้องผลประโยชน์ของตน นักสาธารณสุขก็ต้องต่อสู้อย่างไม่ท้อถอยเช่นเดียวกัน แม้จะต้องกระทำโดยไม่ได้รับความสนใจและด้วยเงินสนับสนุนเพียงน้อยนิด

การวางเป้าหมายในระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็น ดังเช่น การทำให้นโยบายการขึ้นภาษีบุหรี่เกิดสัมฤทธิ์ผลและเป็นกระบวนการที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตามการพิจารณาประมาณเกิดขึ้นทุกปี ดังนั้นการขึ้นภาษีบุหรี่อาจได้รับการพิจารณาในปีต่อไป ขณะเดียวกันการใช้กลวิธีอื่น เช่น การเรียกร้องให้มีการห้ามโฆษณาบุหรี่ยังอาจเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำควบคู่กัน

7 กลวิธีในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

1. ต้องผลักดันให้การควบคุมการบริโภคยาสูบจัดอยู่ในความสำคัญอันดับต้นของนโยบายสาธารณะ

การทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ในความสำคัญอันดับต้นของงานสาธารณสุขนั้นจะต้องนำเสนอขนาดของปัญหาที่เกิดจากบุหรี่ควบคู่ไปกับมาตรการต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนโดยใช้หลักการที่ว่า การระบาดของบุหรี่เป็นสิ่งที่ควบคุมได้และหลายชีวิตจะได้รับการช่วยเหลือให้ปลอดภัย และเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายจะครอบคลุมถึงหน่วยงานอื่น ๆ ด้วย ดังนั้นนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบจะต้องแข่งขันกับเรื่องอื่น ๆ เพื่อให้ได้รับความสนใจในกลุ่มของผู้กำหนดนโยบายสาธารณะ โดยนักสาธารณสุขจะต้องเน้นย้ำถึงข้อมูลข่าวสารในระดับท้องถิ่นระดับประเทศ และระดับโลกเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ จำนวนผู้สูบบุหรี่และจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคและตายจากการสูบบุหรี่ ซึ่งควรนำเสนอด้วยกระบวนการที่เข้าใจง่าย

2. โครงการควบคุมการบริโภคยาสูบควรมีเงินทุนสนับสนุนโครงการอย่างเพียงพอ

มักมีข้อโต้แย้งว่า โครงการควบคุมการบริโภคยาสูบจะต้องใช้เงินเป็นจำนวนมากและรัฐไม่มีเงินงบประมาณเพียงพอสำหรับภาระนี้ นักสาธารณสุขต้องสามารถโต้แย้งได้ ทั้งนี้ธนาคารโลกได้ประมาณการไว้ว่า กลวิธีการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความคุ้มค่ามากที่สุดในการควบคุมการปฏิบัติงานสาธารณสุข และจะส่งผลต่อการเพิ่มรายได้จากการจัดเก็บภาษี มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบบางอย่าง เช่น การจัดสถานที่ปลอดบุหรี่ยังสามารถกระทำได้โดยใช้เงินงบประมาณน้อยมากหรือไม่ใช้เลย มาตรการด้านกฎหมายสามารถบังคับให้บริษัทบุหรี่ปัฟฟิตชอปปตค่าใช้จ่ายในการจัดทำข้อความเตือนเรื่องสุขภาพบนซองบุหรี่ เช่นเดียวกับการทดสอบสารพิษในบุหรี่และการขึ้นภาษีบุหรี่จะสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ลงและเพิ่มรายได้ให้รัฐ

การเพิ่มภาษีบุหรี่จะทำให้มีเงินสนับสนุนกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จและต่อเนื่อง และยังสามารถสนับสนุนกิจกรรมสาธารณสุขและการพัฒนาชุมชนในโครงการอื่น ๆ ได้ด้วย รวมทั้งการให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมอื่น ๆ แทนบริษัทบุหรี่ เช่น กิจกรรมด้านการกีฬาและวัฒนธรรม ดังที่นำเสนอในบทที่ 2 เกี่ยวกับประสบการณ์ของประเทศออสเตรเลียและประเทศอื่น ๆ ซึ่งสามารถจัดตั้งมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพจากส่วนหนึ่งของเงินภาษีบุหรี่

การเพิ่มภาษีนุหรีเพียงเล็กน้อยจะทำให้ราคาบุหรีเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเช่นกัน (ประมาณร้อยละ 3 หรือน้อยกว่า) ซึ่งจะไม่ส่งผลให้อัตราการบริโภคบุหรีเปลี่ยนแปลงแต่อย่างใด แต่จะทำให้รัฐมีรายได้จากภาษีนุหรีมากขึ้นมหาศาล ซึ่งจะทำให้มีเงินสนับสนุนกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบมากขึ้นด้วย ดังนั้นหลักการเรื่องการมีเงินสนับสนุนโครงการนี้ควรถูกเน้นย้ำให้รัฐมนตรีและผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญ

3. การขอความช่วยเหลือจากแนวร่วม

บทที่ 4 แสดงถึงแนวร่วมที่เป็นไปได้ในกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งควรทำให้เกิดการร่วมมืออย่างจริงจัง ด้วยการชักชวนให้เขียนบทความวิชาการเกี่ยวกับบุหรีและสุขภาพลงในวารสารวิชาการ นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมที่จัดโดยกลุ่มสุขภาพ กลุ่มผู้บริโภค กลุ่มเยาวชน กลุ่มกฎหมาย กลุ่มสิ่งแวดล้อมและกลุ่มสตรี และการเข้าร่วมประชาสัมพันธ์ที่รัฐจัดขึ้น ชักชวนกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพให้บรรจุหัวข้อเรื่องบุหรีกับสุขภาพลงในหลักสูตรสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข ขอให้บุคลากรด้านการแพทย์ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลิกบุหรี และให้กำลังใจสำหรับความพยายามในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

4. แสวงหาพันธมิตรและความร่วมมือ

บริษัทบุหรีมักให้เงินสนับสนุนแก่องค์กรด้านกีฬาและวัฒนธรรม บริษัทโฆษณา สื่อมวลชน และเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ และมักขัดขวางไม่ให้องค์กรเหล่านี้ให้การสนับสนุนกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ บางครั้งบุคลากรในหน่วยงานเหล่านี้จะถูกบังคับให้กระทำการที่เอื้อประโยชน์ต่อบริษัทบุหรี ดังนั้นหากโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบสามารถให้ทุนสนับสนุนทดแทนบริษัทบุหรีในด้านกีฬาและวัฒนธรรม บริษัทโฆษณาและสื่อมวลชนเพื่อดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และให้สิ่งจูงใจแก่เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบเปลี่ยนไปปลูกพืชชนิดอื่น ๆ ซึ่งจะเป็นการสร้างโอกาสที่ทำให้กลุ่มเหล่านี้หันมาให้ความร่วมมือกับการควบคุมการบริโภคยาสูบมากขึ้น และจะเป็นการแยกบริษัทบุหรีออกจากกลุ่มพันธมิตรเหล่านี้ด้วย

นอกจากนั้น กลุ่มที่ทำงานด้านสิ่งแวดล้อม ศาสนา และกลุ่มที่สนใจด้านการลดภาษีอื่น ๆ นอกเหนือไปจากภาษีนุหรี (เช่น ภาษีสรรพสามิต) ก็เป็นกลุ่มที่สามารถนำมาเป็นพันธมิตรใหม่ในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบได้เช่นกัน

5. เตรียมหาคำตอบหรือชี้แจงข้อโต้แย้ง

บริษัทบุหรีมักเป็นบรรษัทข้ามชาติที่มีทรัพยากรในการพัฒนา ทดสอบข้อมูลและสรุปเหตุผลเพื่อใช้เป็นข้อโต้แย้งกับกลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศใดประเทศหนึ่ง และนำวิธีการเดียวกันนี้ไปใช้ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก บางครั้งถึงกับส่งผู้เชี่ยวชาญเดินทางไปทั่วโลกเพื่อ

ชี้แจงเหตุผลในการต่อต้านกิจกรรมเหล่านี้ ดังนั้นนักสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมในการตอบคำถามและข้อโต้แย้งของบริษัทบุหรี่ ซึ่งจะใช้ข้อโต้แย้งและบุคลากรเดิมในการโต้แย้งเป็นเวลานาน แม้จะทำให้ลดความน่าเชื่อถือลงหรือได้ถูกตอบโต้ไปแล้ว ดังนั้นนักสาธารณสุขควรศึกษากรณีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในอดีตและเตรียมการตอบโต้ที่รวดเร็วและได้ผลหากมีการนำข้อโต้แย้งดังกล่าวเข้ามาในประเทศของตน ดังเช่นกรณีของการโฆษณา ในกรอบข้อความ 8 กรอบคลุมข้ออ้างต่าง ๆ ของบริษัทบุหรี่ที่ได้เคยใช้ในการโต้แย้งเรื่องการห้ามการโฆษณาและมีคำตอบว่า “จะหาข้อคัดค้านเหตุผลเหล่านี้ได้อย่างไร”

ความสัมพันธ์ระหว่างการโฆษณาและการสูบบุหรี่อาจเชื่อมโยงให้มองเห็นได้ยาก เพราะการโฆษณาเป็นเพียงเหตุผลหนึ่งของการตัดสินใจสูบบุหรี่ แต่เป็นที่แน่ชัดว่าการห้ามโฆษณาบุหรี่สามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ได้ ดังเช่นในประเทศนอร์เวย์ และในกรอบข้อความ 9 แสดงให้เห็นผลของการห้ามโฆษณาและข้อโต้แย้งของบริษัทบุหรี่

6. เตรียมการตอบสนองต่อแรงต้านหรือข้อโต้แย้ง

ช่วงการทำประชาพิจารณ์ หน่วยงานสาธารณสุขและบริษัทบุหรี่ต่างต้องการทำให้ฝ่ายตนได้รับเสียงตอบรับข้างมากจากประชาชน ซึ่งในประเทศส่วนใหญ่ การควบคุมการบริโภคยาสูบตามแบบที่นำเสนอโดยที่ประชุมองค์การอนามัยโลกจะได้รับการสนับสนุนจากประชาชนมากกว่าข้อโต้แย้งที่มาจากบริษัทบุหรี่ และถ้าบริษัทบุรุษียกข้อโต้แย้งที่น่าสงสัยใด ๆ ข้อโต้แย้งเหล่านั้นจะอ่อนลงจนเห็นได้ชัดเมื่อมีการเปิดเผยความจริงออกมา

7. ไม่ควรหลงระเหิรในชัยชนะ

แม้จะมีกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบออกมาแล้ว หรืออัตราภาษีบุหรี่ใหม่ได้รับความเห็นชอบ บริษัทบุรุษียังคงทำทุกวิถีทางที่จะหลีกเลี่ยงกฎหมายหรือทำให้กฎหมายไม่ประสบผลสำเร็จและไม่เคยย่อท้อที่จะต่อต้านมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขจะต้องไม่หยุดการต่อสู้ การเพิ่มภาษีอาจจะถดถอยลงเนื่องจากอัตราเงินเฟ้อ ข้อบังคับเรื่องค่าเตือนบนซองบุหรี่อาจถูกทำให้มีผลน้อยลง การห้ามโฆษณาอาจถูกแทรกแซงโดยใช้เล่ห์กลอื่น ๆ ของบริษัทบุรุษีย การทำให้ตัวอักษรมีสีจางหรือมีสีที่ใกล้เคียงกับสีพื้นหลัง ดังนั้น ภาษีจะต้องถูกปรับใหม่ตลอดเวลาเพื่อให้ทดแทนกับการราคาสินค้าและรายได้ที่สูงขึ้น และการเขียนข้อบังคับจะต้องรัดกุมพอที่จะไม่บริษัทบุรุษียสามารถเล่นแง่ได้ในการปฏิบัติ

กรอบข้อความ 8 ข้อโต้แย้งของบริษัทบุหรี่ต่อการห้ามโฆษณาบุหรี่

1. “การค้ำบุหรี่เป็นกิจการที่ถูกต้องตามกฎหมาย การโฆษณาบุรียก็ควรจะต้องตามกฎหมายด้วย” ข้อโต้แย้งนี้ดูเหมือนว่า จะให้ยอมรับการโฆษณาสินค้าที่ถูกกฎหมายทุกชนิด เหตุผลนี้ทำให้เป้าหมายของการต่อสู้หันเหไปจากประเด็นสำคัญ คือไม่ใช่ว่าบุหรี่เป็นสิ่งที่ถูกกฎหมายหรือไม่ แต่อยู่ที่ผลต่อสุขภาพ เป็นที่กล่าวกันว่าหากบุหรี่ถูกผลิตขึ้นในท้องตลาดวันพรุ่งนี้ ด้วยข้อมูลความรู้ทั้งหมดเกี่ยวกับบุหรี่ที่เรามีในวันนี้ จะไม่มีรัฐบาลโดยอมให้มีการขายบุหรี่อย่างถูกกฎหมายเป็นอันขาด หากแต่ความรู้เรื่องภัยต่อสุขภาพของบุรียนั้นได้ถูกค้นพบหลังจากที่มีการสูบและเผยแพร่บุรียไปทั่วโลกมาเป็นเวลานานมาก ดังนั้นการทำให้บุรียเป็นสิ่งผิดกฎหมายจึงเป็นไปได้ยาก แต่ก็ไม่ควรส่งเสริมการสูบบุหรี่โดยอนุญาตให้มีการโฆษณาเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามในบางประเทศจะห้ามการขายบุรียแก่เด็กและเยาวชน แต่เด็กและเยาวชนก็ได้รับอิทธิพลของการโฆษณาเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ “เสรีภาพในการโฆษณา” จะเท่ากับสิทธิของผู้โฆษณาที่จะชักชวนให้คนใช้สินค้าใดสินค้าหนึ่งซึ่งเป็นสารเสพติดร้ายแรง และเมื่อเสพติดแล้วบุรียจะคร่าชีวิตครึ่งหนึ่งของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ แม้ว่าสินค้าที่สามารถก่อให้เกิดอันตรายอื่นๆ เช่น แอลกอฮอล์ รถยนต์และน้ำตาล สามารถโฆษณาได้ แต่บุรียเป็นสินค้าเพียงอย่างเดียวที่สามารถฆ่าคนได้ตามวิธีใช้ที่ถูกต้องของมัน

2. “การโฆษณาไม่ทำให้มีผู้สูบบุหรี่มากขึ้น แต่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เปลี่ยนยี่ห้อบุรียเท่านั้น” บริษัทบุรียมักใช้เป็นข้ออ้าง ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการโฆษณาบุรียโดยทั่วไปนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายตลาดให้มากที่สุดและทำให้ยอดขายสูงที่สุดยกเว้นบางยี่ห้อที่มีตลาดแคบมากเท่านั้น บริษัทบุรียไม่เคยมีนโยบายจำกัดตลาดในกลุ่มผู้สูบบุหรี่เท่านั้นหรือแม้แต่ในพื้นที่ที่ผลิตบุรียโดยการผูกขาดของรัฐ แต่จะชักชวนให้คนที่ไม่สูบบุหรี่เริ่มสูบบุหรี่ด้วย โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน ดังนั้นจึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องโฆษณาให้ผู้สูบบุหรี่อยู่เปลี่ยนยี่ห้อแต่ประการใด

3. “การโฆษณามุ่งเป้าหมายที่ผู้ใหญ่ ไม่ใช่เด็กและเยาวชน” การริเริ่มสูบบุรียนั้น ส่วนมากเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น คนที่ไม่สูบบุรียจนถึงอายุ 20 ปีจะมีแนวโน้มที่จะไม่สูบบุรียไปตลอดชีวิตและคนที่สูบบุรียมักจะสูบบุรียไปจนตลอดชีวิต ดังนั้นการเพิ่มลูกค้าแต่ละคนจึงมีความสำคัญมากต่อบริษัทบุรีย ด้วยเหตุนี้ข้ออ้างว่าการโฆษณาจะไม่เกิดต่อการชักจูงให้เยาวชนสูบบุรีย แต่จะทำให้ผู้ใหญ่เปลี่ยนยี่ห้อหนึ่งจึงไม่น่าเป็นเหตุผลที่ดี

4. “การโฆษณาทำให้ผู้สูบบุรียเปลี่ยนไปสูบบุรียยี่ห้อที่“ปลอดภัยกว่า” ในประเทศที่ห้ามโฆษณาบุรีย มีคนจำนวนมากสูบบุรียที่ไม่มีก้นกรอง แต่ในประเทศที่อนุญาตให้มีการโฆษณา บุรียที่มีก้นกรองจะเป็นที่นิยมมากกว่า หลักฐานนี้เป็นสิ่งที่บริษัทบุรียใช้อ้างว่าการโฆษณาจะทำให้ผู้สูบบุรียหันไปหาบุรียที่มีความ“ปลอดภัย” มากขึ้น แต่คำกล่าวอ้างนี้ยังเป็นที่น่าสงสัย เพราะในความเป็นจริงในหลายประเทศที่อนุญาตให้มีการโฆษณาบุรีย บุรียที่สูบก้นส่วนมากก็ยังเป็นบุรียที่ไม่มีก้นกรอง

ปรับเนื้อหาจาก : Chapman S. *Pushing smoke: tobacco advertising and promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 1988 (Smoke-free Europe, No.8)

กรอบข้อความ 9 ผลของการห้ามโฆษณาบุหรี่ในประเทศนอร์เวย์

ประเทศนอร์เวย์ห้ามการโฆษณาบุหรี่โดยเด็ดขาดตั้งแต่ปี พ.ศ.2518 ซึ่งบริษัทได้มีข้อโต้แย้งมากมาย การวิพากษ์ข้อโต้แย้งเหล่านั้นจะทำให้เกิดความเข้าใจในกลุ่มควบคุมยาสูบมากขึ้น ดังนี้

1. การห้ามโฆษณาบุหรี่จะทำให้วงการโฆษณาของนอร์เวย์อ่อนแอลง ซึ่งในความเป็นจริง การเติบโตของการโฆษณาในประเทศนอร์เวย์สูงขึ้นในช่วง 8 ปีหลังการห้ามโฆษณา (ร้อยละ 4.3) ซึ่งมากกว่าในช่วง 8 ปีก่อนการห้ามโฆษณา (ร้อยละ 3.6)
2. การห้ามโฆษณาบุหรี่จะทำให้ความสามารถในการแข่งขันของบริษัทบุหรี่ของนอร์เวย์ลดลงเมื่อเทียบกับบริษัทบุหรี่ต่างประเทศ บุหรี่ที่ผลิตในนอร์เวย์ส่วนมากเป็นบุหรี่ที่มวนด้วยมือ ซึ่งครอบครองตลาดในประเทศประมาณร้อยละ 95 และยังคงครองตลาดด้วยสัดส่วนนี้หลังการห้ามโฆษณา สำหรับบุหรี่ที่ทำจากโรงงาน สัดส่วนของตลาดบุหรี่ที่ผลิตในนอร์เวย์ลดลงประมาณสองในสามในช่วงระยะเวลา 10 ปีก่อนการห้ามโฆษณา และยังคงลดลงในอัตราเดิมในช่วง 10 ปีหลังจากมีการห้ามโฆษณาแล้ว
3. การห้ามโฆษณาบุหรี่จะทำให้โอกาสจ้างงานในอุตสาหกรรมบุหรี่น้อยลง ช่วงระยะ 10 ปีก่อนการห้ามโฆษณา จำนวนคนงานในอุตสาหกรรมบุหรีลดลงประมาณร้อยละ 2.7 และในช่วง 10 ปีหลังจากมีการห้ามโฆษณาแล้วยังคงเท่ากับร้อยละ 2.6
4. การห้ามโฆษณาบุหรี่จะทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจของกิจการสื่อสารมวลชนตกต่ำลง ช่วงระยะ 8 ปีก่อนการห้ามการโฆษณา การขายโฆษณาในหนังสือพิมพ์นอร์เวย์ทุกประเภทเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.9 และในช่วง 8 ปีหลังจากมีการห้ามการโฆษณาแล้วกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.6
5. การห้ามโฆษณาบุหรี่จะไม่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เปลี่ยนไปสูบบุหรี่ที่มีอันตรายน้อยกว่า ปริมาณการสูบบุหรี่ของนอร์เวย์ลดลงอย่างรวดเร็วเท่าๆ กับในประเทศเดนมาร์กซึ่งไม่มีการห้ามการโฆษณา และสัดส่วนของบุหรี่ที่มีปริมาณการสูบบุหรี่น้อยก็เพิ่มขึ้นในอัตราเดียวกันกับที่เพิ่มขึ้นในประเทศเดนมาร์ก
6. การห้ามโฆษณาบุหรี่เป็นการละเมิดสิทธิในการแสดงออกตามที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายและองค์กรศาลกล่าวว่า มิได้เป็นการละเมิดสิทธิแต่ประการใด
7. การห้ามโฆษณาบุหรี่เป็นการยากที่จะดำเนินการและการบังคับใช้กฎหมาย โดยทั่วไปบริษัทบุหรี่และผู้ขายบุหรียินยอมทำตามกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ หน่วยงานที่มีหน้าที่รับมือกับการต่อต้านกฎหมายได้รับมอบหมายหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมาย แต่ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องนำคดีขึ้นสู่ศาล หน่วยงานตำรวจกล่าวว่าการห้ามโฆษณาบุหรี่เป็นตัวอย่างที่ดีในการออกกฎหมายที่ไม่เพิ่มภาระให้แก่ตำรวจ
8. การห้ามโฆษณาบุหรี่จะมีผลน้อยต่อปริมาณการบริโภคยาสูบ ปริมาณการขายบุหรีในนอร์เวย์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วระหว่างปี พ.ศ.2508-2513 ซึ่งอยู่ในระดับคงที่ในปี พ.ศ.2513 และเริ่มลดลงในปี พ.ศ.2518 และลดลงเรื่อยๆ หลังจากนั้น จากการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของกลุ่มเด็กผู้หญิงอายุ 15 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3 ในปี พ.ศ.2501 เป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ.2518 และลดลงเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ.2528

สรุปความจาก : Bjartveit K. Fifteen years of comprehensive legislation: results and conclusions. In: *The global war: proceedings of the Seventh World Conference on Tobacco and Health*. Perth, Health Department of Western Australia, 1990.

หนังสืออ่านประกอบ

- Bjartveit K. Fifteen years of comprehensive legislation: results and conclusions. In: *Tobacco and Health 1990: The global war. Proceedings of the Seventh World Conference on Tobacco and Health. Perth, 1990.* Perth, Health Department of Western Australia, 1990.
- Chapman S. *Pushing smoke: tobacco advertising and promotion.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 1988 (Smoke-free Europe, No.8).
- Chapman S, Lupton D. *The fight for public health, principles and practice of media advocacy.* London, British Medical Journal Publishing Group, 1994.
- Kill B. What civil servants can do to get legislation passed. In: Slama K, ed. *Tobacco and health.* New York/ London, Plenum Press, 1995.
- Tobacco Alert*, October 1992 (available from: Tobacco or Health Programme, World Health Organization, 1211 Geneva, Switzerland).
- Tobacco costs more than you think. *Advisory kit*, 1995 (available from: Tobacco or Health Programme, World Health Organization, 1211 Geneva, Switzerland).
- US Department of Health and Human Services. *Strategies to control tobacco use in the United States: a blueprint for public health action in the 1990s.* Rockville, MD, National Institute of Health, 1993.

การได้รับการสนับสนุนในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทที่ 1 กล่าวถึงข้อตกลงของที่ประชุมอนามัยโลกเรื่องบุหรี่ยุติและพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ข้อตกลงที่สำคัญ คือ WHA39.14 (พ.ศ.2529) ซึ่งได้วางแนวทางในการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ บทนี้จะขยายความและให้แนวทางการปฏิบัติงานว่า องค์กรใดบ้างที่ควรจะเข้าร่วม และแต่ละองค์กรจะมีหน้าที่เกี่ยวข้องกันอย่างไรและจะทำการวิเคราะห์สถานการณ์ในแต่ละประเทศ ได้อย่างไรในการกำหนดทิศทางของการควบคุมการบริโภคยาสูบในอนาคต

แนวร่วมในแผนการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชาติ

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพระดับสูงสุด รัฐมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในขณะที่ฝ่ายสาธารณสุขมีหน้าที่โดยตรงและต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น สื่อมวลชน องค์กรอาสาสมัคร องค์กรวิชาชีพ ธุรกิจและอุตสาหกรรมซึ่งมีบทบาทในการดำเนินนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนี้

หน่วยงานรัฐบาล

ปณิธานด้านนโยบายที่แรงกล้าและพันธกิจที่รัฐจะรับผิดชอบในการพัฒนานโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบและทำให้มีความยั่งยืนมีความสำคัญยิ่ง นโยบายที่วางไว้แบบเบ็ดเสร็จจะต้องครอบคลุมงานของหน่วยงานของรัฐหน่วยอื่น ๆ ด้วย ข้อแนะนำนี้อาจทำได้ทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค หรือจังหวัด ซึ่งน่าจะทำได้ในประเทศที่มีขนาดใหญ่เช่น บราซิล ที่รัฐบาลกลางมีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานของกระทรวงต่าง ๆ ของรัฐบาลท้องถิ่น 26 เขต ตัวอย่างนี้เพื่อความเข้าใจเท่านั้นแต่ความเป็นจริงของการปฏิบัติต้องคำนึงถึงการแบ่งอำนาจที่แตกต่างกันมากในแต่ละประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถือเป็นหน่วยงานหลักในงานควบคุมการบริโภคยาสูบ อย่างไรก็ตามบทบาทนี้อาจเป็นของกระทรวงอื่น ซึ่งไม่ว่าจะเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงใด กระทรวงนั้นจะต้องให้ความสำคัญต่อการกระตุ้นสนับสนุน และประสานงานในกิจกรรมต่าง ๆ ของการควบคุมการบริโภคยาสูบ

กระทรวงการคลัง

กระทรวงการคลังมีหน้าที่ตรากฎหมายเกี่ยวกับภาษีและจัดเก็บภาษี ดังที่ทราบแล้วว่าการขึ้นภาษีบุหรี่สามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ลงได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน ขณะเดียวกันยังทำให้รัฐมีรายได้มากขึ้น การกำหนดและการจัดเก็บภาษีบุหรี่ถือเป็นกลวิธีที่ง่ายที่สุดในการควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทสำคัญร่วมร่างนโยบายการจัดเก็บภาษีบุหรี่ที่สัมพันธ์กับสุขภาพด้วย

ศุลกากรและสรรพสามิต

หน่วยงานเหล่านี้มีผลประโยชน์ในการทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในกระบวนการของภาษีบุหรี่ ได้แก่ การร่วมให้ข้อมูลในเรื่องของจำนวนการบริโภคบุหรี่และความร่วมมือต่าง ๆ อาทิ

- ให้ข้อมูลเรื่องการลักลอบนำเข้าและทำการสกัดกั้นการลักลอบด้วยการให้มีการแสดงเครื่องหมายการเสียภาษีศุลกากรและสรรพสามิตให้ชัดเจนทำให้ปลอมแปลงไม่ได้
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดเก็บภาษียาสูบ ปริมาณการขายบุหรี่ และภาษีที่ได้จากบุหรี่ทั้งในปัจจุบันและในอดีต
- แจ้งเตือนหน่วยงานสาธารณสุขถึงมาตรการที่บริษัทบุหรี่ใช้ในการหลีกเลี่ยงกฎหมายเกี่ยวกับภาษี หรือการนำเอามาตรการเรื่องภาษีไปหาประโยชน์ใส่ตน

กระทรวงพาณิชย์

ในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและธุรกิจนั้น กระทรวงพาณิชย์อาจส่งเสริมการตั้งโรงงานผลิตบุหรี่หรือสนับสนุนอุตสาหกรรมและธุรกิจบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยมีมาตรการให้แรงจูงใจแก่บริษัทบุหรี่ เช่น การหาแหล่งเงินทุนดอกเบี้ยต่ำให้ การยกเว้นภาษีในด้านอาคารสถานที่ ที่ดิน เครื่องจักร และอุปกรณ์ต่าง ๆ ในอัตราต่ำกว่าธุรกิจอื่น ๆ

กิจกรรมเหล่านี้ ไม่เป็นไปตามข้อตกลงของที่ประชุมอนามัยโลก (WHA39.14) และสวนทางกับเจตนารมณ์ของธนาคารโลก การสนับสนุนธุรกิจบุหรี่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนต่อสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาวด้วย องค์กรที่ทำงานพัฒนาสุขภาพและเศรษฐกิจต่างเห็นพ้องต้องกันว่า ผลประโยชน์ระยะสั้นที่ได้จากการสนับสนุนธุรกิจบุหรี่ไม่คุ้มกับผลเสียต่อสุขภาพ ภาวะสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาว

กระทรวงพาณิชย์มีบทบาทในการให้ทางเลือกในการส่งเสริมแรงจูงใจในการพัฒนาอุตสาหกรรมทดแทนอุตสาหกรรมบุหรี อาทิ การทดแทนการปลูกยาสูบและการผลิตบุหรี เพื่อให้นโยบายของรัฐบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกและธนาคารโลก

ในประเทศที่กระทรวงพาณิชย์มีหน้าที่ดูแลตลาดสินค้าภายในประเทศ อาจใช้มาตรการอื่นในการจำกัดการจำหน่ายบุหรี เช่น การห้ามขายบุหรีในสถานบริการสาธารณสุขและสถานศึกษา การห้ามขายบุหรีแก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นต้น

กระทรวงเกษตร

กระทรวงเกษตรมีหน้าที่ดูแลเรื่องเศรษฐกิจและเทคโนโลยีการเกษตรแก่เกษตรกร ซึ่งรวมทั้งเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ เนื่องจากยาสูบเป็นพืชที่จัดอยู่ในกลุ่มพืชเศรษฐกิจที่สำคัญ เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบจึงมักได้รับความช่วยเหลือด้านเงินชดเชยหรือด้านเทคนิคเหมือนกับธุรกิจบุหรี การปลูกยาสูบเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบที่ไม่อยู่ภายใต้คำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและธนาคารโลก แต่หากได้รับการร้องขอ องค์การอาหารและยาแห่งสหประชาชาติจะเข้ามาให้ความช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนาในการปรับเปลี่ยนหาพืชเศรษฐกิจอื่นเพื่อปลูกทดแทนยาสูบ กระทรวงเกษตรควรหยุดส่งเสริมการปลูกยาสูบ ผลจากนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จจะส่งผลอย่างช้า ๆ ซึ่งจะทำให้ภาวะเศรษฐกิจมีเวลาในการปรับตัวจากภาคเกษตร ในขณะที่อัตราการสูบบุหรี่โดยรวมค่อย ๆ ลดลง การเพิ่มขึ้นของประชากรอาจทำให้ปริมาณการบริโภคบุหรีคงที่หรือเพิ่มขึ้น และภายใต้นโยบายฯ นี้ หากสามารถทำให้ความต้องการใบยาสูบในตลาดลดลง ก็จะสามารถให้ความช่วยเหลือแก่เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบหันไปปลูกพืชชนิดอื่นทดแทนการปลูกยาสูบ ซึ่งจะต้องมุ่งเป้าหมายเรื่องสุขภาพควบคู่ไปด้วย

กระทรวงการต่างประเทศและการค้าระหว่างประเทศ

กระทรวงเหล่านี้ควรทำหน้าที่

- วิเคราะห์ดุลการค้าเรื่องบุหรีกับอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งการนำเข้าและส่งออก
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎหมายระหว่างประเทศที่มีผลต่อกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ให้ความช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้านในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ตอบตอบการท้าทายของบริษัทบุหรีต่างประเทศ

กระทรวงที่ทำหน้าที่ดูแลตลาดต่างประเทศและจัดการเรื่องสินค้านำเข้าและส่งออกมีบทบาทในการช่วยเหลือกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบได้เช่นเดียวกัน ในประเทศกำลังพัฒนา อุตสาหกรรมบุหรีมักขาดดุลการค้า ดังนั้นนโยบายการค้าระหว่างประเทศภายใต้ข้อตกลง

ขององค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกจะกำหนดให้ผู้นำเข้าและบุหรี่ปroducerในประเทศต้องเสียภาษีในอัตราที่เท่าเทียมกัน มีการควบคุมการตลาด การโฆษณาและค่าเตือนบนซอง นอกจากนี้นโยบายการค้าระหว่างประเทศยังมุ่งลดการอุดหนุนของรัฐต่อการปลูกยาสูบและการส่งออกบุหรี่ ซึ่งนโยบายการควบคุมบุหรี่ปroducerได้นำไปใช้ในประเทศต่าง ๆ ดังนั้นธุรกิจการค้าบุหรี่ปroducerระหว่างประเทศอาจมีอนาคตที่ไม่สดใสนัก

กระทรวงการค้าต่างประเทศของประเทศกำลังพัฒนาที่ธุรกิจบุหรี่ปroducerกำลังขยายตัว ควรระมัดระวังในการใช้เงินสำรองระหว่างประเทศที่มีไม่มากนักในการซื้อเครื่องจักรกลสำหรับผลิตบุหรี่ปroducer และอุปกรณ์นำเข้าอื่น ๆ ความคาดหวังกำไรจากธุรกิจนี้ อาจจะไม่ประสบผลสำเร็จในระยะสั้นถ้ากิจกรรมดังกล่าวได้ทำให้เงินสำรองระหว่างประเทศหมดไป

กระทรวงกฎหมายและยุติธรรม

การออกกฎหมายควบคุมยาสูบเป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จประสบความสำเร็จ ข้อตกลงของที่ประชุมอนามัยโลก WHA43.16 (พ.ศ.2533) เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญในการออกกฎหมายหรือใช้มาตรการอื่น ๆ ที่ได้ผลเหมือนกันในการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ภาคผนวก 1) ประเทศที่ทำตามข้อเรียกร้องนี้มักจะร่วมมือกันระหว่างกระทรวงยุติธรรมและกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนา ดำเนินการ บริหารจัดการ และเร่งรัดให้มีการออกกฎหมายการควบคุมการบริโภคยาสูบ

กระทรวงยุติธรรมสามารถ

- ให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมายหากมีข้อโต้แย้งในการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎหมายรัฐธรรมนูญและข้อผูกพันตามสัญญาการค้าต่างประเทศ
- ช่วยพัฒนาและจัดทำร่างกฎหมายการควบคุมการบริโภคยาสูบและข้อกำหนดต่าง ๆ

ในบางประเทศ หน่วยงานรัฐมีหน้าที่ตรวจสอบและบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับสถานที่ปลอดบุหรี่ปroducer การจำกัดการโฆษณา การห้ามขายบุหรี่ปroducer แก่เยาวชนและกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบอื่น ๆ กรมตำรวจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้การบังคับใช้กฎหมายการควบคุมการบริโภคยาสูบ เช่น การลักลอบนำเข้าบุหรี่ปroducer เป็นต้น

กระทรวงแรงงาน กระทรวงคมนาคม และการสาธารณสุข

กระทรวงแรงงานควรเข้มงวดเรื่องการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับเขตปลอดบุหรี่ในพื้นที่กำหนดด้วยการใช้กฎหมาย ข้อบังคับ มาตรฐานสิ่งแวดล้อมหรือข้อกำหนดต่าง ๆ ซึ่งเขตปลอดบุหรี่จะต้องครอบคลุมสถานประกอบการ ยานพาหนะสาธารณะและสถานที่ราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานที่มีประชาชนใช้บริการเป็นจำนวนมาก หลายประเทศพบว่าหลังจากมีการเข้มงวดเรื่องสถานที่ราชการปลอดบุหรี่ พบว่าในเวลาต่อมานโยบายนี้เป็นที่ยอมรับและบังคับใช้ในสถานที่เอกชนด้วย นอกจากนี้กระทรวงคมนาคมยังอาจห้ามการโฆษณาบุหรี่ในยานพาหนะสาธารณะ และป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ในยานพาหนะนั้น สำหรับการคมนาคมระหว่างประเทศอาจจะทำได้โดยการประชุมร่วมกันเพื่อการตกลงทวิภาคีหรือพหุภาคี

กระทรวงศึกษาธิการ

ความร่วมมือจากกระทรวงศึกษาธิการจะทำให้การดำเนินงานตามนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบนั้นมีความสมบูรณ์ได้ กระทรวง ฯ จะมีส่วนช่วยในการทำให้บรรลุเป้าหมาย ดังนี้

- เด็กได้รับความรู้เรื่องอันตรายของบุหรี่และประโยชน์ของการมีชีวิตโดยปราศจากควันบุหรี่ตลอดช่วงเวลาที่อยู่ในสถานศึกษา
- โรงเรียนเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ทั้งสำหรับบุคลากรและนักเรียนนักศึกษา ปกป้องคุ้มครองทุกคนให้พ้นจากการได้รับควันบุหรี่โดยไม่สมัครใจและสร้างเสริมให้มีตัวแบบในการไม่สูบบุหรี่ในหมู่นักศึกษา
- การอบรมครูและการเรียนรู้ระหว่างการทำงานของผู้ปฏิบัติงานของครูต้องครอบคลุมกระบวนการเรียนการสอนในโรงเรียนที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่

สถาบันการศึกษาสายวิทยาศาสตร์ เช่น แพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ ฯลฯ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมเรื่องบุหรี่และสุขภาพ การติดบุหรี่ และเทคนิคช่วยให้เลิกบุหรี่ และเน้นย้ำเรื่องบทบาทหน้าที่ขององค์กรวิชาชีพสาธารณสุขในการควบคุมยาสูบด้วย

กระทรวงสิ่งแวดล้อม

กระทรวงสิ่งแวดล้อมสามารถช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- ปกป้องคุ้มครองสิ่งแวดล้อมจากการทำลายป่า การใช้สารพิษในอุตสาหกรรมบุหรี่ การใช้กระดาดเกินจำเป็นในอุตสาหกรรมการผลิตบุหรี่ การใช้ไม้เกินจำเป็นในการอบใบยาสูบ การใช้สารเคมีมากเกินไปในการปลูกยาสูบ การเกิดไฟฟ้าและไฟไหม้ทรัพย์สินอันเนื่องมาจากบุหรี่และอุปกรณ์การสูบบุหรี่
- ปกป้องคุ้มครองการได้รับควันบุหรี่โดยไม่สมัครใจภายในบ้าน

กระทรวงกลาโหม

กระทรวงกลาโหมสามารถช่วยเหลือกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยการส่งเสริมสุขภาพของกำลังพลและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา โดย

- ปกป้องคุ้มครองการได้รับควันบุหรี่โดยไม่สมัครใจภายในอาคารทุกประเภท
- บังคับให้บุหรี่ที่ขายในหน่วยทหารมีราคาเท่ากับราคาขายภายนอก ซึ่งจะได้ประโยชน์ทั้งการลดอัตราการสูบบุหรี่และป้องกันการลักลอบนำบุหรี่ไปขายภายนอกหน่วยทหารอีกด้วย

กระทรวงวัฒนธรรมและการกีฬา

กระทรวงวัฒนธรรมและการกีฬาสามารถช่วยเหลือกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบได้ ดังนี้

- ใช้เงินจากภาษีบุหรี่ในการส่งเสริมกีฬาและกิจกรรมด้านวัฒนธรรม
- กิจกรรมด้านกีฬาและวัฒนธรรมต้องเป็นกิจกรรมปลอดบุหรี่และห้ามทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการสูบบุหรี่ทุกประเภท
- ไม่ให้นักกีฬากลายเป็นเครื่องมือโฆษณาหรือสนับสนุนกิจกรรมของบริษัทบุหรี่
- ส่งเสริมภาพลักษณ์ด้านการกีฬาและวัฒนธรรมแก่คนที่เป็นตัวแทนของวัยรุ่นที่ดำเนินชีวิตโดยปราศจากบุหรี่

กระทรวงศาสนา

กระทรวงศาสนาสามารถมีบทบาทโดย

- สร้างกลุ่มสนับสนุนการงดบุหรี่ในชุมชนศาสนา
- ทำให้ศาสนสถานเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่
- ให้ผู้นำทางศาสนาเป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่

หน่วยงานรัฐอื่น ๆ

กิจกรรมบางอย่างอยู่ในความควบคุมของหน่วยงานส่วนท้องถิ่นของรัฐ เช่น

- การปกป้องคุ้มครองการได้รับควันบุหรี่โดยไม่สมัครใจภายในอาคารทุกประเภท
- การห้ามขายบุหรี่แก่เยาวชนและการจำกัดจุดขายบุหรี่
- ส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องบุหรี่
- จัดให้มีและให้การสนับสนุนโปรแกรมลด ละ เลิกบุหรี่
- ควบคุมการโฆษณาบุหรี่

รัฐบาลกลางควรสนับสนุนหน่วยงานส่วนท้องถิ่นของรัฐให้มีบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบ การเริ่มใช้ข้อกำหนดบางประการในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และเป็นจุดนำร่องสำหรับขยายผลไปในส่วนภูมิภาคและส่วนกลาง

สื่อสารมวลชน

ในเมื่อสื่อสารมวลชนถูกใช้ในการโฆษณาบุหรี่ยุคใหม่ ก็สามารถใช้ในกิจกรรมควบคุมการสูบบุหรี่ได้ด้วยเช่นเดียวกัน ป้ายโฆษณา หนังสือพิมพ์ แมกกาซีน รายการวิทยุและโทรทัศน์เป็นเครื่องมือที่ดีในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และใช้ในการรายงานความก้าวหน้าของกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ (กรอบข้อความ 10)

หากยังไม่มีกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ยุคใหม่ นักสาธารณสุขควรชักชวนให้กองบรรณาธิการของสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เป็นแนวร่วมในการต่อต้านการโฆษณาบุหรี่ยุคใหม่ ซึ่งมาตรการนี้ประสบความสำเร็จในบางประเทศ ด้วยความร่วมมือของบรรณาธิการและเจ้าของสื่อสิ่งพิมพ์ ทำให้เกิดการปฏิเสธการรับโฆษณาบุหรี่ยุคใหม่บนพื้นฐานเหตุผลด้านสุขภาพ จริยธรรม และแรงกดดันจากองค์กรด้านสุขภาพ

สื่อมวลชนบางแขนงอาจเข้าใจผิดว่า รัฐจะเก็บภาษีได้น้อยลงถ้าสื่อมวลชนสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบ แต่เรื่องนี้ไม่เป็นความจริงเพราะมีการยืนยันด้วยการศึกษาวิจัยมาแล้ว

สื่อมวลชนสามารถช่วยการควบคุมยาสูบได้โดย

- ปฏิเสธการโฆษณาบุหรี่ยุคใหม่
- เสนอข้อมูลข่าวและความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ยุคใหม่เป็นบริการสาธารณะโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ดังนั้นผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบควรสำรวจความเป็นไปได้ในการใช้สื่อมวลชนให้เป็นประโยชน์

กรอบข้อความ 10 การตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์เรื่องพิษภัยของบุหรี่ยุคใหม่ในประเทศปาปัวนิวกินี

ด้วยคำแนะนำของเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลกในปาปัวนิวกินี หนังสือพิมพ์ท้องถิ่นฉบับหนึ่งได้ทำการจัดพิมพ์เอกสารแทรกเกี่ยวกับสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนจากบริษัทผลิตยาแห่งหนึ่ง เอกสารแทรกนี้มีบทความหลักเรื่องพิษภัยของบุหรี่ยุคใหม่ รายได้จากการโฆษณาเพียงพอสำหรับจัดพิมพ์เอกสารแทรกด้วยภาษาอังกฤษและภาษาท้องถิ่น ซึ่งรัฐบาลได้ส่งหนังสือพิมพ์นี้ให้กับสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศเพื่อให้นำไปใช้ในชุมชน ด้วยความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสื่อมวลชนจึงสามารถเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องพิษภัยของบุหรี่ยุคใหม่ไปทั่วประเทศ โดยไม่ได้ใช้งบประมาณขององค์การอนามัยโลก รัฐบาลหรือของสื่อสิ่งพิมพ์เอง

กลุ่มวิชาชีพสาธารณสุข

คำแนะนำและการรักษาโดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีความพยายามและประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ คำแนะนำสั้น ๆ และสม่ำเสมอจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นวิธีการที่มีผลทำให้บุคคลสูบบุหรี่น้อยลง หากแต่บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญมากนัก จึงมักให้คำแนะนำแบบปกติธรรมดา ปรากฏการณ์นี้มักเป็นเพราะพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์เองที่ทำให้ความน่าเชื่อถือของคำแนะนำนั้นน้อยลง และทำให้การลดหรือเลิกบุหรี่ไม่ประสบความสำเร็จ

แพทย์

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประชาชนทั่วไปมักไปพบแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง ซึ่งเป็นโอกาสที่ดีในการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ แม้ในประเทศที่ประชาชนไม่ใคร่ได้พบแพทย์มากนัก คำแนะนำของแพทย์ก็ยังเป็นที่น่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตามในบางประเทศอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มแพทย์สูงมาก บางแห่งสูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรทั่วไป

กลุ่มสมาคมวิชาชีพ เช่น สมาคมวิชาชีพแพทย์แห่งยุโรปเพื่อการไม่สูบบุหรี่ (European Medical Association: Smoking or Health : EMASH) กลุ่มวิชาชีพแพทย์ในสหรัฐอเมริกา (Doctors Ought to Care : DOC) และกลุ่มวิชาชีพแพทย์เพื่อแคนาดาปลอดบุหรี่ (Physicians for a Smoke-free Canada : PSC) ได้ร่วมกันจัดกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ

- กระตุ้นให้แพทย์มีความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ และชักชวนให้เลิก บุหรี่
- ส่งเสริมการใช้กระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วย เลิกบุหรี่
- ร่วมทำงานในการพัฒนาแผนการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชาติ

องค์กรวิชาชีพระหว่างประเทศอื่น ๆ เช่น สมาคมแพทย์ของโลก (World Medical Association : WMA) และองค์กรแพทย์นานาชาติเพื่อการไม่สูบบุหรี่ (International Doctors Against Tobacco : IDAT) มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ข้อตกลงของสหพันธ์ โรคหัวใจนานาชาติ (International Society and Federal of Cardiology) ได้ขอให้แพทย์ทุกคนไม่ สูบบุหรี่และชักชวนให้เพื่อนแพทย์ไม่สูบบุหรี่ด้วย ดังในกรอบข้อความ 11

กรอบข้อความ 11 ข้อตกลงเกี่ยวกับแพทย์และการสูบบุหรี่ของสหพันธ์โรคหัวใจนานาชาติ สหพันธ์นานาชาติของโรคหัวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหัวใจในทุกประเทศทั่วโลก โดยร่วมมือกับสมาคมและมูลนิธิโรคหัวใจ

การสูบบุหรี่ถูกระบุว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการป่วยและการตายด้วยโรคหัวใจในทั่วโลก แพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์โรคหัวใจ เป็นกลุ่มที่รับรู้ถึงผลของบุหรี่ต่อโรคหัวใจ จึงเป็นแบบอย่างที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วยและสาธารณชน รวมทั้งเป็นตัวแทนในการต่อสู้เรื่องบุหรี่ด้วย

การลดอัตราการสูบบุหรี่ส่งผลดีต่อสุขภาพและการลดปริมาณการเจ็บป่วย ดังนั้นสหพันธ์ฯ ขอร้องให้ทุกสมาคมและมูลนิธิที่เกี่ยวข้องริเริ่มหรือเพิ่มความพยายามให้มากขึ้นในการชักชวนให้สมาชิกเลิกสูบบุหรี่ ส่งเสริมนโยบายการห้ามสูบบุหรี่ในกลุ่มสมาชิกและกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ รวมทั้งนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาสาขาอื่นๆ และทำให้สถานบริการทางการแพทย์และสถานที่ประชุมขององค์กรเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่

ข้อตกลงนี้ สรุปรวโดยคณะกรรมการบริหารของสหพันธ์โรคหัวใจนานาชาติ, 16 กันยายน พ.ศ. 2538.

พยาบาล

พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดสำหรับวงการวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข การให้คำปรึกษาและการเป็นตัวอย่างของพยาบาลมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามในบางประเทศอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มแพทย์ต่ำ แต่อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มพยาบาลกลับสูง และอาจสูงกว่าอัตราสูบบุหรี่ในประชากรทั่วไป ดังนั้นพยาบาลควรทำหน้าที่เป็นต้นแบบที่ดี และให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นอย่างดี

เภสัชกร

ในประเทศที่มีบุหรี่ขายในร้านขายยา สมาคมวิชาชีพเภสัชกรควรยกเลิกการขายบุหรี่ในร้านขายยา อย่างไรก็ตามเป็นเรื่องยากที่จะกำจัดให้หมดไป แต่จะต้องพยายามต่อไปแม้ทำได้เพียงการจำกัดการจำหน่าย นอกจากนั้นในการขายอุปกรณ์เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำด้านการเลิกบุหรี่แก่ลูกค้าได้ด้วย

ทันตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่น ๆ

ทันตแพทย์เป็นกลุ่มที่ให้ความสนใจเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เห็นปัญหาของสภาวะภายในช่องปากและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จึงเป็นกลุ่มคนที่จะเป็นแนวร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่ และให้คำแนะนำแก่เยาวชนเกี่ยวกับบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ได้

เพื่อประสิทธิผลของการควบคุมการบริโภคยาสูบ สมาคมวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุขควรร่วมมือกันในการสนับสนุนการจัดทำนโยบายและแผนการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชาติ ประสิทธิภาพการทำงานในชุมชนและในด้านการปกครองจะเพิ่มสูงขึ้นหากบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขร่วมมือกัน และร่วมมือกับองค์กรอื่น ๆ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

องค์กรอาสาสมัครและวิชาชีพอื่น ๆ

ในหลายประเทศ องค์กรอาสาสมัคร เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้บริโภค กลุ่มรักษาสีงแวดล้อม กลุ่มสตรี และกลุ่มศาสนา เข้าร่วมให้การสนับสนุนกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบ อาทิ กลุ่มเยาวชนร่วมมือในการจัดงานวันงดสูบบุหรี่โลก กลุ่มศาสนาบางกลุ่ม เช่น กลุ่มเซเวนเดย์ แอดเวนติสซึ่งเป็นองค์กรของศาสนาคริสต์ได้จัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ในหลายประเทศ สมาคมแพทย์อิสลามในมาเลเซีย (Islamic Medical Association) ได้มีส่วนร่วมอย่างมาก ในกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบ กลุ่มศาสนาซิกข์และศาสนาอื่น ๆ ก็มีข้อห้ามเรื่องการสูบบุหรี่ด้วยเช่นกัน

องค์กรสาธารณสุข

องค์กรสาธารณสุข เช่น สมาคมโรคหัวใจ ปอดและมะเร็งแห่งชาติ สมาคมต่อต้านยาเสพติดและสมาคมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ มีการทำงานร่วมกันในการพัฒนานโยบายและแผนการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชาติ ในบางประเทศสมาคมเหล่านี้มีสมาชิกและกลุ่มผู้สนับสนุนเป็นจำนวนมาก และสามารถทำงานร่วมกับรัฐในการให้การศึกษาและจัดโปรแกรมลด ละ เลิกบุหรี่ในโรงเรียน สถานบริการสาธารณสุข และองค์กรชุมชน กลุ่มสมาคมเหล่านี้ยังมีขีดความสามารถในการเชื่อมโยงกับองค์กรนานาชาติอีกด้วย

องค์กรสาธารณสุขสามารถมีบทบาทดังนี้

- เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเรื่องบุหรี่ให้แก่ผู้บริหารและสื่อมวลชน
- ชี้แนะให้รัฐปรับปรุงนโยบายและแผนงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ให้การสนับสนุนต่อธุรกิจและอุตสาหกรรมที่จะเป็นเขตปลอดบุหรี่
- สนับสนุนสื่อมวลชนและกลุ่มอื่น ๆ ในการจัดทำแผนงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในทุกระดับ

กลุ่มวิชาชีพครูและกลุ่มสงเคราะห์

สมาชิกกลุ่มวิชาชีพครูและกลุ่มสงเคราะห์ เช่น นักวิชาการ วิทยากร นักสังคมสงเคราะห์ สามารถทำงานเป็นตัวอย่างด้านการไม่สูบบุหรี่และเป็นมาตรฐานของสังคม องค์กรเหล่านี้สามารถให้การสนับสนุนกลุ่มอื่น ๆ ในการพัฒนานโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบระดับประเทศ ครูสามารถเรียกร้องให้โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ และจัดทำโครงการป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียน

นักกฎหมาย

การสร้างและบังคับใช้กฎหมายมีความสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ นักกฎหมายสามารถเป็นตัวแทนในการแก้ไขกฎหมาย ช่วยในการร่างและปรับปรุงกฎหมาย ตอบโต้ข้อโต้แย้งของบริษัทบุหรี่และตรวจสอบการบังคับใช้กฎหมาย นอกจากนี้ยังช่วยในการดูแลกฎหมายทั่วไป เช่น กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค การควบคุมหีบห่อและการโฆษณา ในทางตรงกันข้ามนักกฎหมายบางคนก็มีบทบาทในการเป็นตัวแทนบริษัทบุหรี่ในการต่อสู้กับมาตรการทางสาธารณสุขโดยใช้ข้ออ้างที่ซับซ้อนในรัฐธรรมนูญ หรือในข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ ผู้เชี่ยวชาญกฎหมายท้องถิ่นหรือผู้ที่ทำงานในองค์กรระหว่างประเทศจะมีความสามารถในการโต้ตอบต่อปัญหากฎหมาย และป้องกันการขัดขวางหรือหยุดยั้งมาตรการด้านการสาธารณสุข

คดีความฟ้องร้องต่อบริษัทบุหรี่ได้รับความสนใจมากขึ้นในบางประเทศ ซึ่งเป็นพัฒนาการที่สำคัญสำหรับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งได้รับผลดีเป็นอย่างมากในรูปของผลลัพธ์ที่ได้และการให้ข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณชนเมื่อมีการประกาศผลการตัดสินให้ทราบโดยทั่วกัน อย่างไรก็ตาม การดำเนินคดีฟ้องร้องบริษัทบุหรี่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและใช้เวลานานมาก ดังนั้นน่าจะเป็นการดีกว่าถ้าจะให้ความสำคัญกับการพัฒนามาตรการด้านกฎหมาย การใช้กฎหมายสถานที่ปลอดบุหรี่ การห้ามโฆษณาบุหรี่และการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่แล้ว

วงการธุรกิจ อุตสาหกรรมและสหภาพแรงงาน

การได้รับควมสนับสนุนโดยไม่สมัครใจในสถานประกอบการ เป็นปัญหาสำหรับวงการธุรกิจและอุตสาหกรรม ดังนั้นกลุ่มนี้ควรมีส่วนร่วมในการช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยกระทรวงต่าง ๆ ควรจัดทำข้อบังคับที่ปกป้องคุ้มครองบุคคลจากการได้รับควมสนับสนุนมือสอง ถ้าหากไม่ต้องการกระบวนการของรัฐ องค์กรธุรกิจและอุตสาหกรรมสามารถจัดทำนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ของตนเอง ควรให้สหภาพแรงงานซึ่งเคยประสบความสำเร็จในการต่อสู้เรื่องสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงานเข้ามามีบทบาทในเรื่องนี้ นโยบายนี้ควรถูกจัดทำและให้มีผลบังคับใช้โดยไม่มีข้อต่อรองเรื่องผลกำไรและผลประโยชน์ ซึ่งรัฐจะได้ประโยชน์จากนโยบายการควบคุมการสูบบุหรี่ของธุรกิจและอุตสาหกรรม และเมื่อมีการใช้ข้อบังคับของรัฐจะเกิดผลดีและจะทำให้การบังคับใช้มีความเข้มแข็ง

ขึ้น ในที่สุดนายจ้างที่ไม่คุ้มครองลูกจ้างจากการได้รับวันบຸຮຶโดยไม่สมัครใจ อาจถูกฟ้องเรียกค่าเสียหายจากการได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการที่ได้รับวันบຸຮຶในสถานประกอบการ ซึ่งได้เคยมีคดีความในเรื่องนี้มาแล้ว

ธุรกิจอุตสาหกรรมยาที่ผลิตยาช่วยในการเลิกบຸຮຶจะมีส่วนช่วยในกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบได้เป็นอย่างดี ในวงการอุตสาหกรรมเริ่มเล็งเห็นประโยชน์ที่จะได้รับการเป็นสถานประกอบการปลอดบຸຮຶ และการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือการลด ละ เลิกบຸຮຶ ในบางประเทศบริษัทประกันภัยได้มีข้อเสนอที่จะเก็บเบี้ยประกันในอัตราต่ำลงสำหรับผู้ที่ไม่สูบบຸຮຶ

เครือข่ายต่อต้านนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ในการจัดทำนโยบายและกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบย่อมมีการต่อต้านและข้อโต้แย้งจากอุตสาหกรรมบຸຮຶและฝ่ายที่เสียผลประโยชน์ทั้งทางตรงหรือทางอ้อมจากธุรกิจบຸຮຶ อุตสาหกรรมผลิตบຸຮຶจะมีกลุ่มผู้สนับสนุน เช่น ผู้แทนการค้า ผู้ผลิต เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ กลุ่มผู้จัดทำหีบห่อ บริษัทโฆษณา สื่อสารมวลชนที่รับโฆษณา กลุ่มผู้ค้าส่งและผู้ค้าปลีกในเอเชียใต้ ความสัมพันธ์นี้ขยายไปถึงผู้ปลูกและผู้ผลิต temburni ที่ใช้ในการห่อมวนบีดีส์ (bidis) ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เป็นที่นิยมมากในอินเดีย รวมถึงหมากและใบหมาก ซึ่งใช้ร่วมกับยาสูบชนิดเคี้ยวหลายชนิดในอินเดีย นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอื่น ๆ ที่ต้องพึ่งพาธุรกิจและอุตสาหกรรมบຸຮຶ อาทิ กิจกรรมที่ถูกซื้อโดยบริษัทบຸຮຶ กิจกรรมด้านการกีฬาและวัฒนธรรมที่ได้รับการอุดหนุนจากบริษัทบຸຮຶ

ในการที่จะเอาชนะเครือข่ายต่อต้านนี้ มีเทคนิคและข้อโต้แย้งที่ใช้ได้ดีในหลายประเทศทั่วโลก ข้อมูลเหล่านี้หาได้ง่าย แต่ควรทำการประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับด้วย ข้อมูลต่าง ๆ ที่เผยแพร่โดยบริษัทบຸຮຶควรถูกนำมาพิจารณาโดยละเอียดเกี่ยวกับข้อเท็จจริง คุณภาพของเอกสาร และอคติต่าง ๆ ที่ซ่อนเร้นอยู่ บริษัทบຸຮຶจะตรวจสอบคุณภาพและทำลายข้อมูลข่าวสารที่นำมาเผยแพร่โดยหน่วยงานสาธารณสุข ดังนั้นการจัดทำเอกสารที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ชัดเจน และใช้อ้างอิงได้จึงเป็นเรื่องสำคัญ

บຸຮຶเป็นปัญหาของทุกคน

ผู้คนเป็นจำนวนมากที่สูบบຸຮຶและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบຸຮຶ คนที่ไม่สูบบຸຮຶก็ได้รับวันบຸຮຶมีสองจากเพื่อนร่วมงาน เพื่อน และญาติ ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร การสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของกำลังที่สำคัญทางเศรษฐกิจเหล่านี้สามารถป้องกันได้ หากแต่ปัญหาที่มีขอบเขตครอบคลุมกว้างไกลเช่นนี้ต้องการมาตรการที่ครอบคลุมทุกส่วนของสังคมด้วยเช่นกัน

สรุป

กลุ่มบุคคลหรือองค์กรที่มีความสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบได้แก่ กระทรวงหรือองค์กรของรัฐ หน่วยงานของรัฐในระดับต่าง ๆ สื่อสารมวลชน องค์กรวิชาการหรือวิชาชีพ สาธารณสุข องค์กรอาสาสมัคร นักวิชาชีพต่าง ๆ เช่น นักกฎหมาย วิทยากร และผู้นำทางศาสนา

หนังสืออ่านประกอบ

Health services: our window to a tobacco-free world. *Advisory kit*, 1993 (available from: Tobacco or Health Programme, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

Medical care expenditures attributable to cigarette smoking, United States, 1993. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, 43(26): 469-472.

Raw M, White P, McNeill A. Clearing the air. *A guide for action on tobacco*. London, British Medical Association, 1990.

Reid DJ et al. Choosing the most effective health promotion options for reducing a nation's smoking prevalence. *Tobacco control*, 1992, 1: 185-197.

Tobacco price and the smoking epidemic. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (Smoke-free Europe, No. 9).

World Bank, World Development Report, 1993: Investing in health. New York, Oxford University Press, 1993: 86-89.

World smoking and health: packaging and health warnings. American Cancer Society, Vol 18, No 2, 1993.

ข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

โดยปกติ ข้อมูลข่าวสารมีอยู่ในหน่วยงานต่าง ๆ และพร้อมที่จะนำมาใช้ในนโยบายและกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งนี้ควรรวบรวมนโยบายและมาตรการจากประเทศอื่น ๆ ก่อนที่จะรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ตัวอย่างเช่น รถยนต์ที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีข้อบกพร่องใน 20 ประเทศมาแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องทำการทดสอบอีกในประเทศที่ 21 ดังนั้นก่อนที่จะดำเนินการตามมาตรการใด ๆ ควรมีข้อมูลที่เพียงพอในการสร้างและดำเนินนโยบายในการปกป้องคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่โดยไม่สมัครใจ ในบางกรณีข้อมูลในระดับประเทศหรือระดับท้องถิ่นก็อาจมีประโยชน์ในการทำให้นโยบายมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การสำรวจข้อมูลพื้นฐานอัตราการสูบบุหรี่ของประชากร (บทที่ 8) หรือการคาดประมาณผลกระทบในอนาคตจากสถานการณ์การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (บทที่ 9) ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่มีคุณค่ามาก

หลายประเทศมีข้อมูลที่มีความสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดนโยบาย การพัฒนาและการใช้เป็นข้อมูลในการทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบเข้มแข็งขึ้น บางประเทศอาจมีข้อมูลเกี่ยวกับภาษีย้อนหลังนับสิบปีในฐานะข้อมูลของกระทรวงการคลัง สามารถนำมาใช้ในการขึ้นภาษีบุหรี่ในอนาคต ข้อมูลพื้นฐานที่มีอยู่เกี่ยวกับดัชนีการบริโภคยาสูบ อัตราการสูบบุหรี่ อัตราการเจ็บป่วยและการตายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ความรู้ทัศนคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับกลุ่มหรือองค์กรที่มีความเห็นสนับสนุนหรือต่อต้านการควบคุมการบริโภคยาสูบจะต้องทำเป็นรายงานไว้ รวมทั้งข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่อาจเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ก็ควรถูกบันทึกไว้เช่นกัน

ข้อมูลบางอย่างอาจหาได้จากฐานข้อมูลของบริษัทบุหรี่ แต่ควรตรวจสอบอย่างระมัดระวังก่อนนำมาใช้ ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงจะสามารถนำมาใช้ในการโต้แย้งแบบเดียวกับที่บริษัทบุหรือนำมาใช้ในการต่อต้านนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนั้นจึงควรจัดทำฐานข้อมูลที่เป็นระเบียบเพื่อง่ายต่อการนำมาใช้อ้างอิงต่อไป

ปัจจุบันมีฐานข้อมูลจำนวนมากเกี่ยวกับบุหรี่และผลของบุหรี่ต่อสุขภาพ องค์การอนามัยโลกเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของประชากรทั่วโลก และฐานข้อมูลที่ซับซ้อนของ Technical Information Center of the United States Office on Smoking and Health¹ เป็นฐานข้อมูลที่จัดเก็บเอกสารบรรณานุกรมที่ใหญ่และสมบูรณ์ที่สุดของรายงานและสิ่งตีพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่และสุขภาพ ให้บริการกับประชาชนทั่วไปโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย แม้ว่าในระดับบุคคลอาจไม่มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่กว้างขวางเกี่ยวกับการระบาดของบุหรี่ แต่ในระดับประเทศอาจใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลนี้ได้

เป็นความจำเป็นที่จะต้องมีข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะทำให้เข้าใจผลกระทบของการระบาดของบุหรี่ บทบาทและความสำคัญของอุตสาหกรรมบุหรี่ในท้องถิ่น และนโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ที่มีอยู่หรือที่กำลังดำเนินการอยู่ องค์การอนามัยโลกได้จัดทำรายการของดัชนีต่าง ๆ ขึ้น โดยใช้พื้นฐานจากประสบการณ์ในประเทศต่าง ๆ เพื่อใช้ติดตามกำกับสถานการณ์ตามดัชนีต่าง ๆ

ดัชนีแบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ดัชนีด้านสังคมเศรษฐกิจ 2) ดัชนีด้านการผลิตบุหรี่ การค้าขายและอุตสาหกรรม 3) ดัชนีด้านการบริโภคบุหรี่ 4) อัตราการสูบบุหรี่ 5) การเจ็บป่วยและการตายด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ และ 6) ดัชนีด้านมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์กรและสถาบันต่าง ๆ (รายละเอียดในภาคผนวก 4)

ในบางประเทศ รัฐไม่มีตัวเลขสถิติหรือถ้ามี ตัวเลขเหล่านั้นอาจเชื่อถือไม่ได้ ดังนั้นอาจใช้ดัชนีจากแหล่งอื่น ๆ เช่น จากระายงานประจำปีหรือรายไตรมาสของบริษัทบุหรี่และรายงานอื่น ๆ ที่จัดพิมพ์เป็นประจำ การวิจัยทางการตลาดเกี่ยวกับทัศนคติของผู้บริโภค สื่อสารมวลชนและกิจกรรมของธุรกิจที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข่าวธุรกิจและวารสารเกี่ยวกับการจำหน่ายบุหรี่ เครือข่ายอินเทอร์เน็ตขององค์กรที่ทำงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ เช่น SCARCNET ซึ่งจัดทำโดยสถาบันชี้แนะสาธารณะ (Advocacy Institute) วอชิงตัน ดีซี สหรัฐอเมริกา ซึ่งจัดทำโดยสหพันธ์นานาชาติต่อต้านมะเร็ง (International Union Against Cancer) เจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ องค์กรระหว่างประเทศที่เป็นแหล่งข้อมูลที่ดี เช่น สำนักงานสถิติของสหประชาชาติ (UNSO) องค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา (UNCTAD) องค์การอาหารและยา (FAO) องค์กรเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) และสหพันธ์ยุโรป (EU)

¹ Technical Information Center, Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control, 1600 Clifton Road, Rhodes Building, MS K-12, Atlanta, Georgia 30333, United States of America. Tel: 1 404 488 5708.

ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ มีดังนี้

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

หลายประเทศมีการรวบรวมและรายงานข้อมูลด้านเศรษฐกิจรวมถึงข้อมูลเรื่องบุหรี่ แม้ว่าบางครั้งข้อมูลอาจไม่มีการตีพิมพ์ แต่สามารถหาข้อมูลได้จากหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในเรื่องนี้ ได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงการคลัง กรมสรรพากร กรมสรรพสามิต กระทรวงเกษตร กระทรวงอุตสาหกรรม องค์การคุ้มครองผู้บริโภคและการสื่อสาร

อุตสาหกรรมบุหรี่

การดำเนินนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบจำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับอุตสาหกรรมบุหรี่ ซึ่งมีอยู่ในหน่วยงานของรัฐบางหน่วยงาน หรือข้อมูลจากบริษัทบุหรี่เอง เช่น การวิเคราะห์สินค้าคงคลัง รายงานจากองค์กรที่กำกับดูแลตลาดสินค้าอุปโภคบริโภค และข้อมูลจากองค์กรระหว่างประเทศ นอกจากนี้ยังอาจมีองค์กรเอกชนที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ สมาคมอุตสาหกรรมบุหรี่ สมาคมผู้ปลูกยาสูบ สมาคมสิทธิเสรีภาพของผู้สูบบุหรี่ และองค์กรที่ต่อสู้เพื่อเสรีภาพในการโฆษณา องค์กรเหล่านี้มักมีความสัมพันธ์ที่ดีกับอุตสาหกรรมบุหรี่โดยเฉพาะด้านการเงิน ดังนั้น องค์กรเหล่านี้มักต่อต้านนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ จึงควรให้ความสนใจกับองค์กรเหล่านี้เพื่อป้องกันการโจมตีและต่อต้านนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ และทำการตอบโต้ที่เหมาะสม

ในประเทศที่มีอุตสาหกรรมการผลิตยาสูบ ควรมีการบันทึกหรือรายงานเกี่ยวกับภาษีใบยาสูบ จำนวนเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ สัดส่วนของยาสูบกับพืชผลการเกษตรอื่น ๆ สัดส่วนของยาสูบกับสินค้าส่งออก สัดส่วนของสินค้าบุหรืกับผลผลิตทั้งหมด การบริโภคยาสูบภายในประเทศ การส่งออกและการประเมินผลผลิตด้านยาสูบทั้งในอดีตและการคาดประมาณในอนาคต การวิเคราะห์นี้ควรรวมถึงการผลิตและการค้าบุหรืทั้งหมด โครงสร้างอุตสาหกรรมและบทบาทของบริษัทข้ามชาติในการผลิต การนำเข้าและการส่งออกยาสูบ จำนวนโรงงาน จำนวนพนักงานในอุตสาหกรรมบุหรื การขายส่งและการขายปลีก สัดส่วนของแรงงานในอุตสาหกรรมบุหรื การคาดประมาณรายได้ที่เกิดจากการผลิต การค้าส่ง การค้าปลีก รวมทั้งการนำเข้าและส่งออก

อุตสาหกรรมบุหรืกับเศรษฐกิจระดับประเทศ

ควรมีการประเมินลักษณะและขนาดของอุตสาหกรรมบุหรืในระบบเศรษฐกิจของประเทศ ในประเทศกำลังพัฒนาที่มีเงินสำรองระหว่างประเทศน้อย ควรมีการบันทึกปริมาณเงินตราต่างประเทศที่ใช้ในการซื้อใบยาสูบ เครื่องจักรการผลิตบุหรื และสินค้าอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับธุรกิจการ

ผลิตบุหรี การสนับสนุนของรัฐในเรื่องการปลูกยาสูบและการผลิตบุหรี โดยทั่วไปการบันทึกข้อมูลและการวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจเกี่ยวกับบทบาทของอุตสาหกรรมบุหรีในระบบเศรษฐกิจของประเทศมักกระทำโดยธุรกิจบุหรีเอง ธุรกิจบุหรีจะทำรายงานจำนวนบุคลากร บุคลากรทำงานเต็มเวลาหรือบุคลากรที่ทำงานในธุรกิจบุหรีทั้งหมด ซึ่งการนำเสนอนี้มักให้ตัวเลขที่เกินจริง กล่าวคือ

- นับจำนวนการจ้างงานทางอ้อมในอุตสาหกรรมบุหรี เช่น นับสัดส่วนของงานและแรงงานที่เกิดจากธุรกิจสินค้าและบริการอื่น ๆ ในธุรกิจบุหรี นำมาคิดเป็นค่าใช้จ่ายทั้ง ๆ ที่ไม่มีค่าใช้จ่ายจริง
- นับจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่ทำงานในธุรกิจบุหรีว่า เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาธุรกิจนี้
- นับจำนวนเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบเป็นพืชเศรษฐกิจรองว่าเป็นเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบเป็นพืชหลัก
- นับจำนวนคนงานที่ทำงานแบบไม่เต็มเวลาเป็นคนงานที่ทำงานแบบเต็มเวลา

ในความเป็นจริงถ้าคนงานเหล่านี้ไม่ทำงานในอุตสาหกรรมบุหรีก็สามารถไปทำงานในธุรกิจอื่นที่สร้างผลผลิตทางเศรษฐกิจได้เช่นเดียวกัน จากการศึกษาวิจัยพบว่า หากลดการจ้างงานในอุตสาหกรรมบุหรีลงผลกระทบทางเศรษฐกิจจะเป็นไปในทางบวก

ค่าใช้จ่ายของผู้บริโภคยาสูบ

ควรมีการบันทึกค่าใช้จ่ายของผู้บริโภคยาสูบ เช่น สัดส่วนค่าใช้จ่ายยาสูบจากการบริโภคทั้งหมด ร้อยละของค่าใช้จ่ายต่อค่าเฉลี่ยผลผลิตมวลรวมประชาชาติและต่อผู้สูบบุหรี่แต่ละคน หรือค่าเฉลี่ยเวลาของการทำงานเพื่อให้มีรายได้สำหรับซื้อบุหรี 20 มวน (1 ซอง) โดยใช้ราคาบุหรียี่ห้อที่เป็นที่นิยมมากที่สุดและค่าแรงงานท้องถิ่นเป็นเกณฑ์ จะทำให้สามารถคำนวณดัชนีค่าใช้จ่ายของผู้บริโภคยาสูบได้ ตัวอย่างเช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีรายได้เท่ากับค่าแรงขั้นต่ำใน Côte d'Ivoire จะต้องทำงานถึงสองชั่วโมงครึ่งจึงจะสามารถซื้อบุหรีหนึ่งซอง หรือนำราคาบุหรีไปเทียบกับสินค้าอื่น ๆ ที่จำเป็นในการอุปโภคบริโภค

ตาราง 1 ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ของประเทศแคนาดา พ.ศ.2532 (หมื่นล้านบาท)

ค่าใช้จ่าย	อายุ (ปี)		
	35 - 64	65+	รวม
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ			
ค่าใช้จ่ายทางตรง	4	1.8	5.8
ความสูญเสียอันเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร	12.3	8.1	20.4
ความสูญเสียอันเนื่องจากการพิการ	1.8		2.1
ความสูญเสียอันเนื่องจากการตายปริกำเนิด			0.3
ความเสียหายเนื่องจากไฟไหม้ทรัพย์สินและไฟฟ้า			0.3
ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ			
ภาษีบุหรี่			16.5
ส่วนต่างในด้านการค้า			8.1
ค่าใช้จ่ายรวมอันเนื่องมาจากบุหรี่			53.5

แหล่งข้อมูล : *Tobacco or Health: status in the Americas*. Washington, DC, Pan American Health Organization. 1992 (Scientific Publication, No. 536). Reproduced by permission of the publisher

ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจโดยรวม

ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนงานในอนาคตได้ มีการศึกษาและวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจในประเทศพัฒนา เช่น ประเทศแคนาดาพบว่ามีความสูญเสียทางเศรษฐกิจดังในตารางที่ 1 ซึ่งแม้จะวิเคราะห์ในบางส่วน ก็ยังมีประโยชน์อย่างมากในการวิจัยนโยบาย

ในหลายประเทศมีการประเมินค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจของการให้บริการสาธารณสุขที่เกิดจากการสูบบุหรี่โดยมีการประเมินหลายวิธี ไรซ์และคณะ (Rice et al.) ใช้วิธีการ AR (Attributable Risk²) ในการประมาณค่าใช้จ่ายทางตรง ได้แก่ การเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ และทางอ้อม ได้แก่ การขาดงาน การตายก่อนวัยอันควร และการไม่สามารถทำงานบ้านได้ ในประเทศสหรัฐอเมริกาใช้ข้อมูลการใช้ทรัพยากรด้านการแพทย์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง โรคหัวใจและโรคปอด โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจระดับประเทศร่วมกับอัตราการสูบบุหรี่ อัตราการใช้ทรัพยากรในกลุ่มคนที่เคยสูบบุหรี่และกลุ่มสูบบุหรี่เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ในทำนองเดียวกับการคำนวณค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ เพื่อคำนวณค่า SAF (Smoking Attributable Fraction) ที่สามารถนำมาคำนวณร่วมกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดที่แยกหมวดประเภท

² ผลต่างของอุบัติการณ์ระหว่างกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มไม่เสี่ยง

ค่าใช้จ่ายแล้ว เพื่อทำการคาดประมาณค่าใช้จ่ายโดยตรงด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังคำนวณค่า SAF สำหรับจำนวนวันที่ขาดงานและวันที่ไม่สามารถทำงานบ้านได้ เพื่อคาดประมาณค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เกิดจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ ยังคาดประมาณความสูญเสียในแต่ละปีของชีวิตที่สูญเสียไปของประชาชน (DALYs) ไม่ว่าชายหรือหญิงที่ตายก่อนวัยอันควรที่อายุหนึ่ง ๆ เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องจากบุหรี่ ผลรวมทั้งหมดแสดงตัวเลขคาดประมาณของค่าใช้จ่ายทางอ้อมอันเนื่องมาจากการตาย ในช่วงปี พ.ศ.2523-2532 ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเท่ากับ ประมาณ 2,600,000 ล้านบาทต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้ ประมาณ 950,000 ล้านบาทเป็นค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยตรง

วิธีการของไรซ์และคณะ ถูกนำไปใช้ในการคาดประมาณค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากบุหรี่ในประเทศอื่น ๆ ด้วย วิธีการหาค่า AR ตั้งอยู่บนเงื่อนไขที่ว่ากลุ่มสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ต่อการเกิดโรคเหมือนกัน ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ สถานะสุขภาพทั่วไป และลักษณะการใช้บริการทางการแพทย์ ดังนั้นการใช้วิธีนี้จะต้องระบุเงื่อนไขดังกล่าวทั้งหมดนี้ไว้ด้วย

ในปี พ.ศ.2537 นักวิจัยของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียที่เบิร์คเลย์ได้เสนอวิธีการคาดประมาณที่ซับซ้อนมากขึ้น เพื่อคำนวณหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกินจากปกติอันเนื่องจากการสูบบุหรี่ โดยใช้ข้อมูลการสำรวจค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ระดับชาติครั้งที่ 2 (National Medical Expenditure Survey II, NMES-II) การสำรวจนี้เก็บข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการใช้บริการทางการแพทย์ของประชากรจำนวน 35,000 คน โดยทำการสำรวจ 4 รอบระหว่างปี พ.ศ.2530 – 2531 นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการยังได้มาจากฝ่ายผู้ให้บริการ และมีการสำรวจเสริมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในระดับบุคคลจากกลุ่มดังกล่าว³ ซึ่งสามารถคาดประมาณการใช้บริการสุขภาพลักษณะประชากร ลักษณะปัจจัยเสี่ยงและค่าใช้จ่ายของแต่ละบุคคลได้⁴ แม้ในปัจจุบัน รูปแบบการคาดประมาณนี้จะให้ค่าประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากบุหรี่ที่ถูกต้องมากที่สุด ซึ่งการคาดประมาณสำหรับปี พ.ศ.2536 พบว่าค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจที่สูญเสียไปเนื่องจากการสูบบุหรี่ในสหรัฐอเมริกามีค่าประมาณ 2 ล้านล้านบาท⁵ ค่าใช้จ่ายนี้สะท้อนถึงภาวะเงินเฟ้อทางการแพทย์ที่สูงขึ้น แต่ยังไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตายและการบาดเจ็บเนื่องจากไฟไหม้ การเจ็บป่วยก่อนและหลังคลอดในมารดาและหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ และค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เกิด

³ Miller LS et al. *Medical care expenditures attributable to cigarette smoking: methodology, descriptive statistics, parameter, and expenditure estimates*. Berkeley, University of California, 1994. (Center for Family and Community Health Monograph).

⁴ Duan W et al. A comparison of alternative models for the demand for medical care. *Journal of business and economic statistics*, 1983. 1:115-126.

⁵ *Medical care expenditures attributable to cigarette smoking, United States, 1993. Morbidity and mortality weekly report*, 1994, 4(26): 469-472

จากความพิการและการตายก่อนวัยอันควร ดังนั้นการคาดประมาณวิธีนี้เป็นการประมาณค่าขั้นต่ำสุดของค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการสูญบุหรื

องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในกระบวนการคาดประมาณดังกล่าว ได้แก่ ทำการสำรวจที่สามารถเชื่อมโยงปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ สภาวะสุขภาพ ค่าใช้จ่าย และรูปแบบการใช้บริการทางการแพทย์เข้าด้วยกัน ในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ยังไม่สามารถกระทำได้อย่างไรก็ตาม ควรให้มีข้อคำถามเรื่องการสูญบุหรืในการสำรวจค่าใช้จ่ายครัวเรือน เพื่อประเมินสภาวะและความสามารถด้านเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้นการพัฒนาฐานข้อมูลจึงมีความสำคัญเป็นลำดับแรก และการใช้โมเดลทางเศรษฐศาสตร์อาจมีความจำเป็นในการคาดประมาณผลกระทบของบุหรืต่อระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างถูกต้อง

ความสูญเสียอันเนื่องมาจากบุหรืบางอย่างอาจวัดได้ยากหรืออาจวัดไม่ได้เลย ตัวอย่างเช่น การตายอันเนื่องมาจากการสูญบุหรืของบุคคลที่มีชื่อเสียงในด้านศิลปะ การเมืองหรือธุรกิจ เช่นเดียวกันกับการประเมินความสูญเสียของครอบครัวที่มีสมาชิกไร้ความสามารถหรือได้รับการศึกษาที่ด้อยกว่าปกติเพราะพ่อแม่มีค่าใช้จ่ายเรื่องบุหรืหรือพ่อแม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากบุหรื ความสูญเสียที่เกิดจากบุหรืจึงไม่ใช่ความสูญเสียในรูปตัวเงินเท่านั้น แต่ในรูปของความโศกเศร้า ความทุกข์และการสูญเสียชีวิตและสุขภาพโดยไม่จำเป็น

การโฆษณาบุหรื

ในประเทศที่อนุญาตให้มีการโฆษณาบุหรื ค่าใช้จ่ายรายการที่ใหญ่ที่สุดของบริษัทบุหรื ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการโฆษณาและการส่งเสริมการขายซึ่งมากกว่าจำนวนเงินที่ใช้ในการซื้อใบยาสูบ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบจะต้องจับตาต่อการโฆษณาบุหรื การส่งเสริมการขายและการตลาดภายในประเทศอย่างสม่ำเสมอ ต้องมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับยี่ห้อบุหรืที่มีขายในตลาด ปริมาณทาร์และนิโคตินในบุหรืแต่ละชนิด และประชากรกลุ่มเป้าหมายของบุหรืแต่ละยี่ห้อ รวมทั้งการจับตาดูกระบวนการ ขั้นตอน และการดำเนินการในการออกกฎหมาย ข้อบังคับการตลาด การโฆษณา การส่งเสริมการขายของบุหรื รวมทั้งสถานะของข้อตกลงโดยสมัครใจทั้งที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการระหว่างบริษัทบุหรืด้วยกันหรือระหว่างบริษัทบุหรืกับรัฐ

ควรมีการระบุและรายงานเกี่ยวกับหน่วยงานและสมาคมที่ได้รับผลประโยชน์จากการโฆษณาและการส่งเสริมการขายบุหรื กลุ่มนี้มีขอบเขตกว้างขวางมากตั้งแต่บริษัทที่รับทำป้ายโฆษณาจนถึงหน่วยงานด้านการขนส่งมวลชนที่มีรายได้จากการให้พื้นที่โฆษณาบนรถโดยสาร โรงภาพยนตร์และกลุ่มนักดนตรีที่ได้รับการอุดหนุนจากบริษัทบุหรื การคาดประมาณจำนวนคนที่

เกี่ยวข้องกับธุรกิจการโฆษณาบุหรี่ยังจะมีประโยชน์ในการทำความเข้าใจถึงอิทธิพลของบริษัทบุหรี่ย่อย
ธุรกิจโฆษณา

นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชาติ

รัฐบาลหลายประเทศได้จัดทำนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบแล้ว เกือบครึ่งหนึ่งของ
ประเทศเหล่านี้มีกฎหมายหรือข้อกำหนดเกี่ยวกับบุหรี่ย และในบางประเทศได้ดำเนินกิจกรรมการ
ควบคุมการบริโภคยาสูบแล้ว แต่ไม่ว่าจะทำกิจกรรมใดก็ตาม ควรมีการเขียนรายงานเพราะการ
ควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จเกิดขึ้นได้โดยอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน
จำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ย
และกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาจสนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบได้

ในการทบทวนนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับชาติ ควรตอบคำถามต่อไปนี้

- ได้มีการชั่งน้ำหนักระหว่างการเข้าถึงผลิตภัณฑ์อันตรายของประชาชนที่ใช้
ผลิตภัณฑ์นั้นหรือไม่ เพราะผลิตภัณฑ์อันตรายที่ไม่มีการกำหนดระดับการใช้ที่
ปลอดภัยและสามารถคร่ำชีวิตคนได้ถึงครึ่งหนึ่งของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์นั้นไม่ควร
จำหน่ายได้ในราคาถูก ไม่ควรจำหน่ายในสถานบริการสาธารณสุข ไม่ควร
จำหน่ายโดยเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติและไม่ควรจำหน่ายให้แก่เด็กและเยาวชน
- กฎหมายเอื้อให้มีข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอต่อการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระในกลุ่มผู้
สูบบุหรี่และผู้มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่หรือไม่ การสื่อสารที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด
การโฆษณาภาพลักษณ์ที่ไม่เป็นความจริง การจงใจด้วยการบรรจุหีบห่อ สิ่ง
เหล่านี้ควรถูกห้ามโดยกฎหมาย ควรจัดให้มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ชัดเจน
บนหีบห่อหรือภายในซองบุหรี่ยและที่จุดจำหน่ายบุหรี่ย ควรมีการเปิดเผยรายการ
สารพิษและสารแต่งกลิ่นรสในบุหรี่ยต่อสาธารณชนอย่างเต็มที่ ควรมีข้อบังคับใน
การให้ความรู้ที่เหมาะสม รวมทั้งความพยายามในการชี้แจงต่อสาธารณชน
เกี่ยวกับบทบาทของบริษัทบุหรี่ย และควรให้ความช่วยเหลือต่อบุคคลที่ต้องการ
เลิกบุหรี่ย
- มีกฎหมายจำกัดอันตรายให้อยู่เฉพาะในกลุ่มคนที่สูบบุหรี่โดยไม่ทำอันตรายแก่
บุคคลที่ไม่สูบบุหรี่หรือไม่ ซึ่งหมายความว่ามีการป้องกันการใช้ควันบุหรี่ยมือสอง
โดยไม่สมัครใจของคนที่ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ สถานประกอบการและ
ยานพาหนะสาธารณะ
- มีกฎหมายให้อำนาจเจ้าหน้าที่รัฐในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือไม่ ในความ
เป็นจริง สินค้าทุกชนิดย่อมอยู่ในการควบคุมของรัฐ การควบคุมการผลิตบุหรี่ยและ

ข้อจำกัดที่อนุญาตให้จำหน่ายผลิตภัณฑ์บางชนิดได้ จะส่งผลต่ออัตราการเสพติด และอัตราตายในอนาคต

ในปัจจุบัน มีหลายประเทศที่ให้ความคุ้มครองต่อการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะต่าง ๆ ด้วยระดับความสำเร็จที่แตกต่างกัน ซึ่งการปกป้องคุ้มครองนี้กระทำได้โดยข้อกำหนดระดับประเทศ ภาค และท้องถิ่น และข้อตกลงร่วมกันโดยสมัครใจ การเขียนรายงานและการวิเคราะห์ข้อมูลการได้รับควันบุหรี่มือสองในแต่ละพื้นที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบในอนาคต

กฎหมายและข้อบังคับในการห้ามจำหน่ายหรือแจกบุหรี่และผลิตภัณฑ์บุหรี่แก่เด็กและเยาวชนควรได้รับความสนใจด้วยเช่นกัน หรือหากมีกฎหมายอยู่แล้วแต่ไม่มีการบังคับใช้ก็ควรมีอยู่ในรายงานด้วย

ภาษี ราคาจำหน่ายและการบริโภค

ภาษีบุหรี่เป็นองค์ประกอบสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยทั่วไปกระทรวงการคลังเป็นผู้กำหนดอัตราภาษีและกรมสรรพากรเป็นผู้จัดเก็บภาษี ในประเทศที่ใช้การบริหารระบบมลรัฐ อาจจะมีการเก็บภาษีบุหรี่ในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับชาติ มลรัฐและเมือง ไม่ว่าระบบการจัดเก็บภาษีจะเป็นอย่างไร ความสำเร็จของการควบคุมการบริโภคยาสูบขึ้นอยู่กับความเข้าใจในระบบภาษีและระดับความสำคัญของภาษีบุหรี่ต่อระบบรายได้รัฐ

ในทุกร้อยละ 10 ของการขึ้นราคาที่เกิดขึ้นจริง (ราคาที่เปลี่ยนไปโดยคำนึงถึงอัตราเงินเฟ้อแล้ว) การบริโภคจะลดลงในอัตราที่น้อยกว่า โดยอาจจะลดลงร้อยละ 2-8 ส่วนในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มคนที่มีรายได้น้อย อัตราการบริโภคจะลดลงมากกว่านี้หากราคาบุหรี่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ดังนั้น จึงเป็นข้อสังเกตว่าราคาบุหรี่จะเปลี่ยนแปลงไปตามอัตราภาษี ซึ่งราคาบุหรี่ที่สูงขึ้นจะทำให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลง และในขณะเดียวกันก็จะทำให้รัฐมีรายได้มากขึ้น ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในการจัดทำนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การสำรวจความคิดเห็นของประชาคม/การทำประชาพิจารณ์

บทที่ 8 กล่าวถึงการทำประชาพิจารณ์เกี่ยวกับนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบซึ่งอาจนำไปใช้ในการสำรวจความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมของประชาชนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ รายงานการทำประชาพิจารณ์ต่อมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบที่จะนำมาบังคับใช้ จะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนานโยบายและการดำเนินการของรัฐ การสำรวจมักพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่รวมทั้งกลุ่มคนที่สูบบุหรี่เองมักให้ความเห็นชอบต่อนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ได้จัดทำตามข้อตกลงขององค์การอนามัยโลก

ข้อมูลเบื้องต้นของประเทศ

การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นในระดับประเทศจะมีประโยชน์หลายประการ (ในส่วนของรายละเอียดอาจแตกต่างกันไป) อาจอยู่ในรูปของบทความที่สรุปอย่างชัดเจนเกี่ยวกับบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ (ในภาคผนวก 5 เป็นตัวอย่างของการใช้ข้อมูลเบื้องต้นจากรายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ 1) หรือการอธิบายสถานการณ์ของประเทศ ซึ่งการจัดทำข้อมูลนี้จะมีประโยชน์ในการนำไปสู่การเปรียบเทียบ “สถานการณ์การสูบบุหรี่ในต่างประเทศ”

หนังสือรายงานที่จัดพิมพ์โดยองค์การอนามัยโลก และวารสาร International digest of health legislation ซึ่งจัดพิมพ์รายไตรมาสจะมีประโยชน์ในการจัดทำมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างประเทศ หรือหนังสือที่จัดพิมพ์โดยองค์การพันธมิตรกับองค์การอนามัยโลก เช่น International Agency for Research on Cancer และองค์การระหว่างประเทศอื่น ๆ เช่น UICC ถือเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญเช่นกัน

สรุป

เพื่อสนับสนุนนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น จำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของแต่ละประเทศ หลายประเทศมีฐานข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ได้เลย โดยทั่วไปข้อมูลที่ต้องการจะประกอบด้วย

- ลักษณะทางด้านประชากรและสังคม
- การผลิตบุหรี่ การค้าบุหรี่ และอุตสาหกรรมยาสูบ
- อัตราการบริโภคบุหรี่
- ความชุกของการบริโภค
- อัตราป่วยและอัตราตายด้วยภาวะที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่
- มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ องค์กร และสถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- ความสำคัญของธุรกิจบุหรี่ต่อเศรษฐกิจของประเทศ
- การโฆษณาบุหรี่และการส่งเสริมการขาย
- ความคิดเห็นของประชาคมต่อประเด็นเกี่ยวกับบุหรี่

หนังสืออ่านประกอบ

- Barnum H. The economic burden of the global trade in tobacco. *Tobacco control: an international journal*, 1994, 3: 358-361.
- Bartlett JC et al. Medical care expenditures attributable to cigarette smoking, United States, 1993. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994: 43(26): 469-472.
- Cigarette advertising and promotion in the United States, 1993*, Washington, DC, Federal Trade Commission, 1995.
- Collishaw NE, Myers G. Dollar estimates of the consequences of tobacco use in Canada, 1979. *Canadian journal of public health*, 1984, 75: 192-199.
- Duan W et al. A comparison of alternative models for the demand for medical care. *Journal of business and economic statistics*, 1983, 1: 115-126.
- Durstun B, Jamrozik K, eds. *Tobacco and Health 1990; the global war. Preceedings of the Seventh World Conference on Tobacco and Health, Perth, 1990*. Perth, Health Department of Western Australia, 1990.
- Gray N, Daube M. eds. *Guidelines for smoking control*, 2nd ed, Geneva, International Union Against Cancer, 1980.
- Manning WG et al. The taxes of sin. Do smokers and drinkers pay their way? *Journal of the American Medical Association*, 1989, 261: 1604-1609.
- Miller LS et al. Medical care expenditures attributable to cigarette smoking: methodology, descriptive statistics, parameters and expenditure estimates. Berkeley, University of California School of Public Health, 1994 (Monograph).
- Pekurinen M. *Economic aspects of tobacco smoking: is there a case for government intervention in Finland?* Helsinki, VAPK Publishing, 1992 (National Agency for Welfare and Health, Research Report 16/1991).
- Raw M, White P, McNeil A. *Clearing the air. A guide for action on tobacco*. London, British Medical Association, 1990.
- Rice D et al. The economic costs of the health effects of smoking, 1984. *Milbank quarterly*, 1986, 64(4): 489-547.
- Roemer R. *Legislative action to combat the world tobacco epidemic* (2nd edition). Geneva, World Health Organization, 1997.
- Tobacco or Health: a global status report*. Geneva, World Health Organization, 1997.
- Tobacco or Health: status in the Americas*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 1992 (Scientific Publication, No. 536).
- Tobacco taxes in the European Union: how to make them work for health*. London, Health Education Authority, 1994 (booklet produced for European seminar on tobacco taxation policy, London, 1-2 December 1994).
- US Department of Health and Human Services. *Smoking and health in the Americas: a 1992 Report of the Surgeon General, in collaboration with the Pan American Health Organization*, Atlanta, GA, Centers for Disease Control, 1992.

- US Department of Health and Human Services. *Smoking attributable mortality, morbidity and economic costs*. Computer software and documentation. SAMMEC II. Atlanta, GA, Centers for Disease Control, 1990.
- Warner EK. Cigarette taxation: doing good by doing well. *Journal of public health policy*, 1984, 5(3): 312-319.
- World Health Organization. *Legislative responses to tobacco use*. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1991.

ส่วนที่ 2

การควบคุมกำกับการระบาดของงูเห่า

ข้อมูลที่ใช้เป็นการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การศึกษาในห้องทดลอง ทางคลินิกและทางระบาดวิทยา ชี้ให้เห็นว่าการบริโภคยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ ล้วนเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด มะเร็งกลุ่มเสียง มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดคอ มะเร็งตับอ่อน และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยเสริมต่อโรคมะเร็งไต และมะเร็งปากมดลูกด้วย

นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยอื่น ๆ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ แผลในกระเพาะอาหาร ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ กล่าวคือ ถ้าหญิงมีครรภ์สูบบุหรี่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง เช่น น้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย (ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการตายของทารก) การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การเกิดไริซิป และการตายระหว่างนอนหลับของทารก (Sudden Infant Death syndrome : SIDS) ยาสูบแบบไม่ได้สูดควันเข้าปอด เช่น การเคี้ยวยาเส้นหรือการปั่นเป็นผงเพื่อการสูดดมโดยตรง เป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งช่องปาก ภาวะการเจ็บป่วยเหล่านี้เป็นภาวะร้ายแรงในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากประชากรเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ยากและมักมีทรัพยากรน้อยในการรักษาโรคเหล่านี้

การได้รับควันบุหรี่มือสองของกลุ่มคนที่ไม่สูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ เช่น มะเร็งปอด เด็กที่มีพ่อแม่สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ มากกว่าเด็กที่มีพ่อแม่ไม่สูบบุหรี่ อัตราการป่วยและความรุนแรงของโรคหอบหืดจะมีความรุนแรงมากขึ้นจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง นอกจากนี้ยังอาจมีการสะสมพิษของควันบุหรี่ต่อเด็กที่เกิดจากมารดาที่สูบบุหรี่และได้รับควันบุหรี่อย่างต่อเนื่องตั้งแตอยู่ในครรภ์

นโยบายและแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบที่ดีจะต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่เชื่อถือได้และทันสมัยในเรื่องแบบแผน ขนาด ปริมาณและแนวโน้มของการบริโภคยาสูบในประชากร ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคมที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ การที่บุหรี่เป็นสาเหตุที่อันตรายต่อสุขภาพ และผลกระทบของบุหรี่ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมากในอนาคต จึงควรมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมและการบริโภคยาสูบ และภาวะการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบข้อมูลข่าวสารของประเทศ

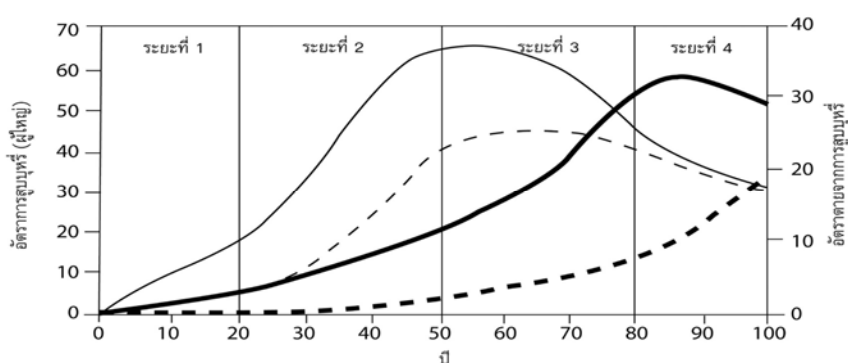
องค์การอนามัยโลกและองค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการวิจัยโรคมะเร็ง และองค์กรต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง UICC) ได้นำเสนอ

แนวทาง คำจำกัดความและแบบสอบถามสำหรับการสำรวจการบริโภคยาสูบในประชากรวัยผู้ใหญ่และเยาวชน ในกลุ่มนักสาธารณสุขและกลุ่มครูในสถานศึกษา เครื่องมือนี้จะช่วยในการสำรวจได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามควรมีการปรับปรุงให้ทันสมัยทั้งในด้านความรู้และกระบวนการสำรวจอยู่เสมอ

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่การดำเนินของโรคจนถึงขั้นปรากฏอาการของโรคใช้เวลาค่อนข้างยาวนาน ตัวอย่างเช่น การป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดจะขึ้นอยู่กับการสูบบุหรี่ ดังนั้น อัตราป่วยด้วยมะเร็งปอดในปัจจุบันจะเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ของประชากรเมื่อยี่สิบหรือสามสิบปีที่แล้ว พยาธิสภาพของโรคที่มีระยะเวลาในการก่อโรคนานเช่นนี้ (แผนภาพ 1) ทำให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ โมเดลในแผนภาพ 1 เป็นการจำลองจากประสบการณ์ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มของการระบาดของการสูบบุหรี่ ในระยะแรกการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ชาย และเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้หญิงในระยะต่อมา (ซึ่งทั้งสองกลุ่มจะมีระยะเวลาก่อนการเกิดโรคและก่อนการตายด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ยาวนานเช่นกัน) จากโมเดลสามารถนำมาเข้าใจสภาวะสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนาได้ว่า อัตราตายต่อสุขภาพของการสูบบุหรี่อาจยังไม่แสดงให้เห็นเด่นชัดเนื่องจากกลุ่มประชากรในประเทศเหล่านี้ยังสูบบุหรี่ไม่ยาวนานพอและควรดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งขณะนี้อัตราการสูบบุหรี่ยังคงต่ำอยู่

แผนภาพ 1 ลักษณะการระบาดของบุหรี่แบ่งเป็น 4 ระยะ



โดยทั่วไป ความชุกของการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ชายและจะขึ้นถึงจุดสูงสุดเมื่ออัตราการความชุกของการสูบบุหรี่ในผู้ชายเป็นร้อยละ 60-70 ในช่วง 20-30 ปีต่อมา อัตราตายในกลุ่มผู้ชายจะเริ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกันกับในผู้หญิง หลังจากอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายขึ้นไปถึงจุดสูงสุดแล้ว 30 ปีต่อมาอัตราตายในผู้ชายจะอยู่ในจุดสูงสุดและเริ่มคงที่ ทั้งนี้การตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ของผู้ชายอาจสูงถึงหนึ่งในสามของการตายทั้งหมดและอาจสูงกว่านี้ (ร้อยละ 40-45) ในกลุ่มชายวัยกลางคน

แหล่งข้อมูล : Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model for the cigarette epidemic in developed countries. Tobacco control, 1994, 3(3): 242-247

การปรับอัตราการสูบบุหรี่

กระบวนการปรับอัตราการสูบบุหรี่จะทำให้สามารถควบคุมกำกับการระบาดของบุหรี่ในระดับประเทศ ภูมิภาค และโลกได้ นอกจากนี้ ยังสามารถประเมินผลนโยบายและแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบได้อีกด้วย องค์การอนามัยโลกได้ทำตามข้อเรียกร้องในข้อตกลงอนามัยโลกในการช่วยให้ประเทศต่าง ๆ จัดทำนโยบายและแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ รวมถึงการควบคุมกำกับการระบาดของโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั่วโลกอย่างใกล้ชิด ดังนั้น นโยบายและแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศต่าง ๆ ควรทำในหลักการและวิธีการเดียวกัน วัตถุประสงค์ของหนังสือเล่มนี้จึงมุ่งส่งเสริมให้มีการใช้วิธีการมาตรฐานในการประเมินการบริโภคบุหรี่และผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ความต้องการข้อมูลที่เหมาะสม

นโยบายและแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบจะสามารถลดอัตราการสูบบุหรี่และการเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากบุหรี่ได้นั้น ต้องการข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละกลุ่มประชากร ได้แก่

- เพศ : ผู้ชายจะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยกว่าและสูบในปริมาณมากกว่าผู้หญิง อัตราการสูบบุหรี่ในผู้หญิงมักไม่สูงเท่าผู้ชายและไปถึงจุดสูงสุดของการสูบและตายช้ากว่าผู้ชาย (แผนภาพ 1) ดังนั้นข้อมูลที่เป็นภาพรวมทั้งสองเพศ จะทำให้มองไม่เห็นความแตกต่างระหว่างเพศ
- อายุ : รูปแบบการกระจายตามอายุ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาพบว่า กลุ่มคนอายุน้อยเริ่มสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก ในขณะที่ผู้หญิงที่อายุมากสูบบุหรี่น้อยกว่า ในบางประเทศของยุโรปตอนใต้ ประมาณครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นหญิงสูบบุหรี่ ขณะที่ผู้หญิงอายุระหว่าง 55-60 ปีสูบบุหรี่น้อยกว่าร้อยละ 5 ดังนั้นหากไม่มีการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มหญิงวัยรุ่น ในอนาคตอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มหญิงสูงอายุก็ย่อมมากขึ้นเมื่อวัยรุ่นสูบบุหรี่มีอายุมากขึ้น ดังนั้น จึงควรเก็บข้อมูลการสูบบุหรี่ในทุกกลุ่มอายุ
- สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ : อัตราการสูบบุหรี่มักเปลี่ยนแปลงไปตามสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ในระยะแรกของการระบาดของบุหรี่ คนที่อยู่ในสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูงจะสูบบุหรี่มากกว่า เพราะมีกำลังซื้อมากกว่า แต่หลังจากที่มีการรณรงค์เรื่องการไม่สูบบุหรี่มากขึ้น อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่มีการศึกษาสูง (สถานะทางสังคมสูง) จะลดลงก่อน ซึ่งจะทำให้กลุ่มที่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำมีอัตราการสูบบุหรี่สูง

การติดตามกำกับกับการเกิดโรค

นอกจากการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในประชากรกลุ่มย่อยต่าง ๆ แล้ว ยังต้องเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคอันเนื่องมาจากบุหรี่ด้วย ในประเทศกำลังพัฒนา ฐานข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนการตายจำแนกตามสาเหตุที่จะทำให้ทราบจำนวนการตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่นั้นทำได้ยากและต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

การติดตามกำกับกับการเกิดโรค ถือเป็นดัชนีทางอ้อมในการอธิบายอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ เพราะโรคต่าง ๆ เกิดจากหลายสาเหตุ อย่างไรก็ตาม โรคมะเร็งปอดจะเป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนถึงผลกระทบที่เกิดจากบุหรี่ได้ดี เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่า มะเร็งปอดมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการสูบบุหรี่

การติดตามกำกับกับการสูบบุหรี่

การบริโภคยาสูบส่วนมากจะกระทำโดยการสูบบุหรี่เข้าปอด ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก หากแต่ในบางประเทศนิยมการบริโภคยาสูบชนิดไม่ใช้การจุดสูบ เช่น การเคี้ยวซึ่งเป็นสาเหตุใหญ่ของการเกิดมะเร็งช่องปาก ดังนั้นการบริโภคยาสูบในลักษณะนี้จะต้องมีการควบคุมกำกับเป็นการเฉพาะ

บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรมเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่นิยมมากที่สุด ดังนั้น การวัดปริมาณบุหรี่จึงทำได้ง่าย อย่างไรก็ตาม ยังมีบุหรี่อีกหลายชนิดที่วัดปริมาณการใช้ได้ยาก เพราะปริมาณที่ใช้ในแต่ละครั้งไม่เท่ากัน เช่น บุหรี่มวนเอง บีตีสไปป์ ฯลฯ ดังนั้น การสำรวจโดยตรงในประชากรและคำนวณค่าเฉลี่ยต่อหัวจากปริมาณการขายหรือการผลิตบุหรี่ ทั้งสองวิธีเมื่อนำมาประกอบกันจะทำให้เข้าใจสภาวะการระบาดของบุหรี่และใช้ประโยชน์การควบคุมกำกับกับการบริโภคยาสูบ

ความชุกของการสูบบุหรี่ (Prevalence of smoking)

การสำรวจความชุกของการสูบบุหรี่อธิบายอย่างละเอียดไว้ในบทที่ 8 ในบทนี้จะกล่าวสรุปเพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างความชุกของการสูบบุหรี่กับวิธีการศึกษาการบริโภคบุหรี่ การสำรวจความชุกเป็นการวัดพฤติกรรมในกลุ่มต่าง ๆ เช่น ความแตกต่างของการบริโภคจำแนกตามเพศ อายุ สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ เชื้อชาติ ผู้ป่วย ระดับการศึกษาและอาชีพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม การยอมรับทางสังคมต่อบุหรี่ ความเชื่อมั่นในตนเอง หรือความกลัวการถูกเปิดโปง นอกจากนี้ การสำรวจด้วยวิธีการที่แตกต่างกันจะให้ผลที่แตกต่างกัน เช่น การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า การใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือการใช้

ดัชนีทางด้านชีวเคมี เช่น การทดสอบโคตินินในน้ำลายทำได้ยากและราคาแพง แต่ถือเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้และควรทำถ้าเป็นไปได้

การสำรวจข้อมูลในระดับประเทศเป็นการให้ค่าคาดประมาณความชุกของการสูบบุหรี่ได้ดี (มีความใกล้เคียงกับข้อมูลที่ได้จากการทดสอบยืนยันทางชีวเคมี ประมาณร้อยละ 1-3) การได้ค่าคาดประมาณที่ต่ำกว่าความเป็นจริงมักพบในสังคมที่การสูบบุหรี่ไม่เป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิง กลุ่มศาสนาบางกลุ่ม กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้คนที่สูบบุหรี่มักรายงานจำนวนบุหรี่ที่สูบน้อยกว่าความเป็นจริง ในกลุ่มวัยรุ่นก็มีการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง และอัตราการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจากการสำรวจในครัวเรือนจะต่ำกว่าการสำรวจในโรงเรียน ทั้งนี้เพราะผู้ตอบไม่มั่นใจเรื่องการเก็บข้อมูลเป็นความลับ การออกแบบการสำรวจให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในเรื่องการเก็บข้อมูลเป็นความลับ พบว่าทำให้อัตราการสูบบุหรี่ที่สำรวจได้สูงขึ้นเกือบสองเท่าของค่าที่เคยสำรวจได้

การบริโภคบุหรี่เฉลี่ยต่อหัวประชากร

ค่าเฉลี่ยของการบริโภคบุหรี่ต่อหัวประชากร (คำนวณจากจำนวนบุหรี่ที่ขายได้หารด้วยจำนวนประชากร) อาจใช้ในการควบคุมกำกับปริมาณการบริโภคบุหรี่โรงงานในกลุ่มประชากรหนึ่ง ๆ ในอดีตค่าประมาณนี้คำนวณจากจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งได้ค่าที่ไม่ถูกต้องนัก ควรคำนวณการบริโภคบุหรี่ตามกลุ่มอายุ เพราะในสังคมส่วนใหญ่ เด็กจะเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่น้อย ในประเทศที่มีข้อมูลอายุของประชากร ตัวเลขตัวหารที่ควรใช้ คือ จำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (เช่นเดียวกับที่องค์การอนามัยโลกใช้) ดังนั้น การคำนวณปริมาณการบริโภคบุหรี่ของประชากรควรคำนวณค่าเฉลี่ยต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งจะช่วยในการควบคุมกำกับบริโภคบุหรี่ทั่วโลกได้ อย่างไรก็ดีในแต่ละประเทศการเลือกอายุในการคำนวณอาจแตกต่างกัน หากแต่ข้อจำกัดก็คือแม้จะทำให้ตัวเลขนั้นเชื่อถือได้ แต่ก็ไม่สามารถเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ได้

หากจำนวนเงินที่ได้จากภาษีสรรพสามิต ภาษีการค้า และการสำมะโนประชากรเชื่อถือได้ การคำนวณค่าเฉลี่ยการบริโภคต่อหัวประชากรก็เป็นค่าประมาณการบริโภคบุหรี่ที่เชื่อถือได้เช่นกัน ค่าเฉลี่ยการบริโภคต่อหัวประชากรถือเป็นดัชนีที่ใช้ในการติดตามกำกับเปลี่ยนแปลงการบริโภคอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของราคาหรือภาษี ซึ่งใช้เป็นตัววัดประสิทธิผลของแผนงานการควบคุมการบริโภคยาสูบ อย่างไรก็ดี ตัวเลขนี้ไม่ได้รับถึงพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ในกลุ่มเฉพาะ หรือไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มย่อยและอาจเป็นหรือไม่เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงในภาพใหญ่ก็ได้ ดังเช่น อัตราการบริโภคในกลุ่มผู้ชายลดลงแต่ในกลุ่มผู้หญิงกลับเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้ภาพรวมของการบริโภคไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือค่าเฉลี่ยการบริโภคต่อหัวประชากรอาจลดลงแม้ว่าอัตราการบริโภคสูงขึ้นอย่างมากในกลุ่มวัยรุ่น เป็นต้น

สรุป

- ข้อมูลข่าวสารการบริโภคบุหรี่ยี่ห้อและผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ รวมทั้งพลวัตของการระบาดของบุหรี่มีประโยชน์ต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนั้นประเทศต่าง ๆ ควรจัดเก็บข้อมูลภายในประเทศของตน เพราะข้อมูลเฉพาะพื้นที่ที่มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์และด้านการเมือง
- ความซับซ้อนของการระบาดของบุหรี่และระยะเวลาที่ยาวนานกว่าจะเกิดโรคภายหลังการสูบบุหรี่ ทำให้มีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลทั้งปริมาณการสูบบุหรี่ ปริมาณการเกิดโรคและลักษณะของโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่
- ทั้งอัตราการสูบบุหรี่และค่าเฉลี่ยการบริโภคต่อหัวของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นดัชนีที่สำคัญของการบริโภคบุหรี่ของประชากร และควรมีการควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่อง
- ข้อมูลข่าวสารอื่น ๆ ที่สำคัญในการสนับสนุนนโยบาย ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ความคิดเห็นของประชาชน และข้อมูลข่าวสารด้านการดำเนินการตามมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มาตรการด้านกฎหมายที่เกี่ยวกับการโฆษณาและการตลาด
- ข้อมูลอัตราการบริโภคยาสูบ และการตายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ ควรรายงานข้อมูลของประชากรกลุ่มย่อย เพราะพฤติกรรมการบริโภคยาสูบและการตายมีความแตกต่างกันมากในประชากรแต่ละกลุ่ม และที่สำคัญคือการศึกษาผลของนโยบายควรอยู่บนพื้นฐานข้อมูลของแต่ละพื้นที่ที่เชื่อถือได้

หนังสืออ่านประกอบ

- Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. *Basic epidemiology*. Geneva, World Health Organization, 1993.
- Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model for the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco control*, 1994, 3(3): 242-247.
- US Department of Health and Human Services. *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD, Centers for Disease Control, 1989 (DHHS Publication No. (CDC) 89-8411).

การติดตามกำกับการบริโภคยาสูบ

การต่อสู้กับการระบาดของบุหรี่จะต้องมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับขอบเขตของการระบาด ทั้งนี้เพราะปริมาณการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการวัดขนาดของปัญหา ตัวเลขปริมาณการบริโภคบุหรือนั้นสามารถหาได้จากหลายแหล่ง หากแต่มีความถูกต้องมากน้อยต่างกัน ดังนั้นจึงควรระมัดระวังในการใช้ข้อมูลดังกล่าว

ปริมาณการบริโภคบุหรือนั้นสามารถคาดประมาณโดยอ้อมจากข้อมูลปริมาณการขาย การผลิต การค้าและภาษีที่เก็บได้จากผลิตภัณฑ์บุหรี่ การคาดประมาณโดยอ้อม หมายรวมถึงปัจจัยอื่น ๆ อาทิ การบริโภคบุหรืมวลเอง ความนิยมในการปลูกยาสูบเพื่อใช้ในบ้านและชุมชน การลักลอบนำเข้าบุหรี่ และการยกเว้นภาษีบางรายการซึ่งทำให้ค่าที่คาดประมาณได้นั้นอาจไม่ถูกต้องนัก ในบางประเทศการคาดประมาณปริมาณการบริโภคยาสูบจะคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย

โดยทั่วไป การบริโภคยาสูบก็คือการสูบบุหรี่ แต่ในบางประเทศการบริโภคยาสูบบมีหลายแบบ ดังนั้นการคาดประมาณปริมาณการบริโภคยาสูบจึงจำเป็นต้องรวมการใชยาสูบชนิดอื่น อย่างน้อยที่สุดแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ บุหรี่และยาเส้นหรือบุหรืมวลเอง ดังนั้นจึงควรทำการคาดประมาณปริมาณการบริโภคยาสูบตามรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่จริงในประชากร แต่ถ้าไม่สามารถกระทำได้ อาจใช้ข้อมูลจากการผลิตบุหรืในอุตสาหกรรมบุหรืมาใช้ในการควบคุมกำกับการบริโภคยาสูบ ทั้งนี้เนื่องจากดัชนีนี้ใช้การคาดประมาณปริมาณการบริโภคยาสูบได้ดีในหลายประเทศ

การคาดประมาณปริมาณการบริโภคบุหรื

ในบางประเทศ รายได้จากภาษีบุหรืโรงงานเป็นรายได้สำคัญของรัฐ ดังนั้นจึงมีการติดตามกำกับปริมาณการผลิต การค้า การนำเข้าและการส่งออกอย่างเข้มงวด ดัชนีที่สามารถนำมาใช้ในการเปรียบเทียบปริมาณการบริโภคบุหรืในประเทศต่าง ๆ ได้แก่

ปริมาณการบริโภคบุหรื ในประเทศในปีใดปีหนึ่ง	=	จำนวนบุหรืที่ผลิตได้ + จำนวนการนำเข้า - จำนวนการส่งออก (ในปีนั้น)
---	---	---

ดังนั้น

$$\text{ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคบุหรี่ต่อหัวต่อปี} = \frac{\text{จำนวนบุหรี่ที่ผลิตได้} + \text{จำนวนการนำเข้า} - \text{จำนวนการส่งออก}}{\text{จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป}}$$

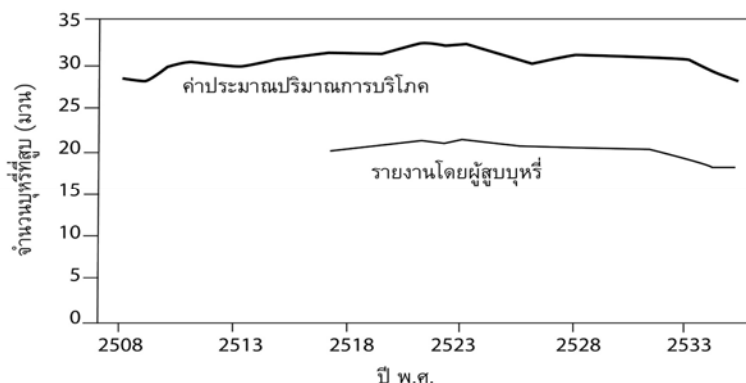
ตัวหารปริมาณการบริโภคบุหรี่ต่อหัวต่อปี อาจใช้สัดส่วนของการสูบบุหรี่ในประชากร (ได้มาจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรภายในประเทศ) ซึ่งสามารถประมาณปริมาณการบริโภคบุหรี่ต่อผู้สูบบุหรี่ 1 คนต่อปีหรือต่อวัน ดังนี้

$$\text{ค่าเฉลี่ยปริมาณต่อผู้สูบบุหรี่ต่อวัน} = \frac{\text{ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคบุหรี่ต่อหัวต่อปี}}{\text{สัดส่วนการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป}} \times \frac{1}{365}$$

วิธีการคาดประมาณสัดส่วนการสูบบุหรี่ในประชากร จะมีผลกระทบต่อค่าที่คำนวณได้ เนื่องจากในการประมาณค่าการบริโภคบุหรี่ต่อหัวต่อปี คำนวณโดยนับรวมผู้สูบบุหรี่ทุกคนไม่ว่าจะสูบเป็นประจำหรือสูบเป็นครั้งคราว ถ้าสัดส่วนการสูบบุหรี่ในประชากรที่นำมาใช้ในการคำนวณเป็นตัวเลขเฉพาะกลุ่มที่สูบเป็นประจำเท่านั้น ค่าที่คำนวณได้ต่อผู้ที่สูบเป็นประจำ 1 คนจะสูงกว่าความเป็นจริง แต่ถ้าสัดส่วนการสูบบุหรี่ในประชากรที่นำมาใช้เป็นจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด ค่าที่คำนวณได้ต่อผู้ที่สูบเป็นประจำ 1 คนจะต่ำกว่าความเป็นจริง

ค่าเฉลี่ยปริมาณบุหรี่ต่อผู้สูบบุหรี่ 1 คนต่อวันที่คำนวณจากค่าประมาณการบริโภคบุหรี่ทั้งหมดนี้จะสูงกว่าค่าที่ได้จากการสำรวจที่ผู้สูบบุหรี่ให้ข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งมักให้ตัวเลขปริมาณบุหรี่ที่น้อยกว่าความเป็นจริง ในแผนภาพ 2 แสดงรายงานปริมาณบุหรี่ที่สูบที่น้อยกว่าความเป็นจริงที่พบในประเทศสหรัฐอเมริกา ในประเทศส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยปริมาณบุหรี่ต่อผู้สูบบุหรี่ 1 คนต่อวันมักมีค่าอยู่ระหว่าง 10-30 มวน ถ้าค่าที่คำนวณได้อยู่นอกขอบเขตนี้ ควรทำการตรวจสอบข้อมูลอีกครั้ง

แผนภาพ 2 ค่าเฉลี่ยปริมาณบุหรี่ต่อผู้สูบบุหรี่ 1 คนต่อวัน ในสหรัฐอเมริกา ระหว่าง
ปี พ.ศ.2508-2535



ที่มา : United States Centres for Disease Control and Prevention, WHO 97319

แหล่งข้อมูล

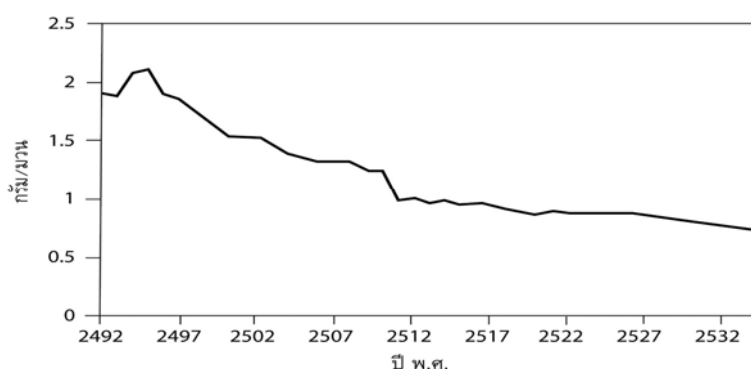
โดยหลักการข้อมูลปริมาณการค้ำบุหรี่ในแต่ละปีจะเป็นดัชนีที่ใช้คาดประมาณปริมาณการบริโภคบุหรี่ในประชากร ข้อมูลด้านปริมาณการค้ำจะถูกกำกับอย่างใกล้ชิดจากหน่วยงานของรัฐ เนื่องจากเป็นแหล่งภาษีรายได้ สามารถหาตัวเลขข้อมูลดังกล่าวจากรายงานขององค์กรรัฐหรือองค์กรอื่น ๆ กรณีที่ไม่มีข้อมูลปริมาณการค้ำบุหรี่ ตัวเลขประมาณการบริโภคบุหรี่อาจได้มาจากตัวเลขการผลิตและการขายผลิตภัณฑ์บุหรี่ ข้อมูลนี้มักหาได้จากอุตสาหกรรมบุหรี่และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังเช่น สำนักงานสถิติแห่งสหประชาชาติ (United Nations Statistical Office) มีการจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการผลิตและการค้ำบุหรี่และได้ตีพิมพ์ไว้ในรายงานสถิติประจำปีขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Statistical Yearbook)

ในแต่ละประเทศ มักมีการทำสำมะโนประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมักจำแนกตามสภาพภูมิศาสตร์หรือเขตการปกครอง สามารถนำมาใช้คำนวณปริมาณการบริโภคยาสูบในแต่ละพื้นที่หากมีข้อมูลจำนวนบุหรี่ที่จำหน่ายและการคาดประมาณจำนวนประชากรเป็นระยะ ๆ หน่วยงานประชากรของสหประชาชาติ (United Nations Population Division) ได้ทำการจัดพิมพ์รายงานโครงสร้างประชากรตามอายุทุกสองปี ค่าคาดประมาณเหล่านี้มีความเหมาะสมและเป็นแหล่งข้อมูลที่ใช้เปรียบเทียบระหว่างประเทศได้ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลภายในประเทศ

ปัญหาการใช้ค่าคาดประมาณเฉลี่ยต่อหัว

แม้ว่าค่าคาดประมาณเฉลี่ยต่อหัวจะเป็นดัชนีที่สำคัญต่อการประเมินปริมาณการบริโภคยาสูบโดยรวมแต่มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ตัวเลขการผลิตบุหรี่ยังมีการประมาณค่ายาเส้น 1 กรัมต่อบุหรี่ 1 มวน ซึ่งก็ไม่ใช่จริงเสมอไป เพราะในอดีต บุหรี่ 1 มวนมียาเส้นมากกว่า 1 กรัม หากแต่ในทางกลับกันในปัจจุบันในบางประเทศบุหรี่ 1 มวนมียาเส้นน้อยกว่า 1 กรัม (แผนภาพ 3)

แผนภาพ 3 น้ำหนักยาเส้นในบุหรี่ 1 มวน ของประเทศแคนาดาระหว่างปี พ.ศ.2482-2532



ที่มา : ประเทศแคนาดา, WHO 97320

ในบางประเทศไม่มีข้อมูลการผลิตบุหรี่ ดังนั้นตัวเลขสถิติที่มีอยู่อาจคาดประมาณจากน้ำหนักของยาสูบที่ผลิตได้ ซึ่งอาจทำให้ค่าที่คาดประมาณมีความเบี่ยงเบนสูงมาก ถ้าหากค่าการคาดประมาณนั้นคงที่ตลอดระยะเวลาหลายปีหรือสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงมากเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านหรือแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ค่าที่คาดประมาณนั้นก็ก็จะไม่น่าเชื่อถือ ในบางประเทศมีข้อมูลมากมายจากหลายแหล่งและมักให้ข้อมูลที่ขัดแย้งกัน ดังนั้นจำเป็นต้องพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลและเปรียบเทียบความสอดคล้องกันของข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ

การลักลอบนำเข้าบุหรี่จะทำให้ค่าคาดประมาณผิดไปจากความเป็นจริงได้เช่นกัน ตัวอย่างเช่น มีการประมาณการว่า การลักลอบนำเข้าบุหรี่เข้าคิดเป็นร้อยละ 10-30 ของปริมาณการบริโภคบุหรี่ในเบลเยียมและแคนาดา ซึ่งการประมาณการค่าเฉลี่ยการบริโภคของสองประเทศนี้ได้คิดเอาจำนวนการลักลอบนำเข้ารวมเข้าไปด้วย ซึ่งการปรับจำนวนบริโภคเช่นนี้จะทำได้ในบางประเทศเท่านั้น อย่างไรก็ตามมีวิธีการอื่นในการคาดประมาณจำนวนลักลอบนำเข้าบุหรี่โดยให้เจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายและจัดเก็บภาษีทำการคาดประมาณ ความพยายามในการลดการลักลอบ เช่น การติดตามการเสียภาษีให้เห็นเด่นชัดและการเพิ่มค่าปรับในการบังคับใช้กฎหมาย

ซึ่งไม่เพียงแต่จะลดการลักลอบนำเข้าเท่านั้น แต่จะทำให้ได้ตัวเลขการบริโภคบุหรี่ยุติธรรมที่ถูกต้องด้วย ในปี พ.ศ.2537 มีการลักลอบนำเข้าบุหรี่ปริมาณร้อยละ 5 ของปริมาณการผลิตบุหรี่ยุติธรรมในโลก เราอาจคาดประมาณปริมาณการลักลอบนำเข้าในระดับโลกได้โดยการศึกษาตัวเลขส่งออกที่มากกว่าตัวเลขนำเข้า การลักลอบนี้เพิ่มขึ้นในระหว่าง ปี พ.ศ.2423-2533 ในปี พ.ศ.2537 ปริมาณร้อยละ 30 ของจำนวนบุหรี่ยุติธรรมที่ส่งออกโดยบริษัทบุหรี่ยุติธรรมจะตกไปอยู่ในมือของผู้ที่ทำการลักลอบอย่างผิดกฎหมาย แทนที่จะอยู่ในมือของผู้ที่ทำหน้าที่กระจายสินค้าตามปกติ

ในประเทศที่มีคนท้องถื่นน้อยแต่มีคนที่ย้ายมาอยู่ชั่วคราวเป็นจำนวนมาก (เช่น นักท่องเที่ยว) จะต้องทำการคาดประมาณการบริโภคในคนทั้งสองกลุ่มแยกจากกัน ในบางกรณีสามารถแยกกลุ่มผู้บริโภคยาสูบสองกลุ่มนี้ออกจากกันได้ เพราะรัฐอาจเก็บภาษีบุหรี่แตกต่างกันระหว่างคนท้องถื่นและผู้ที่ย้ายมาอยู่ชั่วคราว จึงสามารถคำนวณสัดส่วนการบริโภคยาสูบของสองกลุ่มนี้จากภาษีที่เก็บได้ ตัวอย่างเช่น ในประเทศไชปรัสมีประชากรท้องถื่นวัยผู้ใหญ่ 522,000 คนที่ซื้อบุหรี่ยุติธรรมที่รัฐตั้งไว้ แต่นักท่องเที่ยวประมาณ 1.5 ล้านคนต่อปี ผู้ที่ย้ายมาอยู่ชั่วคราวและครอบครัวในกรมทหารสามารถซื้อบุหรี่ยุติธรรมที่ไม่ต้องเสียภาษี ประเทศที่มีระบบการจัดเก็บภาษียุติธรรมดังกล่าวสามารถพัฒนาวิธีการคาดประมาณที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้นสำหรับการบริโภคยาสูบในประเทศ โดยใช้เครื่องหมายที่แตกต่างกันสำหรับบุหรี่ยุติธรรมที่เสียภาษีแต่ละประเภท

ความผันแปรในการประมาณการจำนวนบริโภคต่อหัว ไม่น่าจะมีการเปลี่ยนแปลงมากนักในแต่ละปี ยกเว้นกรณีที่มีเหตุการณ์ผิดปกติ เช่นภาวะสงครามหรือภาวะภัยพิบัติต่าง ๆ หากตรวจสอบพบความเปลี่ยนแปลงอย่างมากในบางปี ควรสำรวจดูในรายละเอียดและตรวจสอบความถูกต้องสำหรับการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงที่ไม่มากนัก อาจใช้วิธีการปรับส่วนยอดของกราฟให้เรียบโดยวิธีการ smoothing techniques เช่น การใช้ค่าเฉลี่ยทุก 3 ปี

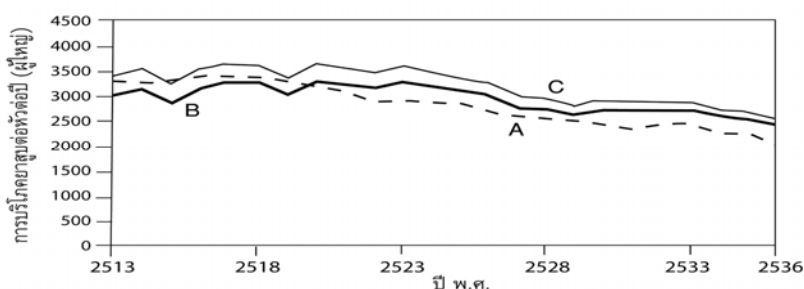
ข้อมูลการขายบุหรี่ยุติธรรมเป็นเพียงตัวเลขประมาณการของการบริโภคบุหรี่ยุติธรรมในแต่ละปี เพราะบุหรี่ยุติธรรมที่ผลิตหรือนำเข้าในปีหนึ่ง ๆ อาจไม่ถูกบริโภคในปีนั้น ถ้าอัตราการผลิตในช่วงต้นปีและปลายปีไม่แตกต่างกันมากนัก การคาดประมาณแนวโน้มของการบริโภคจากปริมาณผลิตในแต่ละปีก็จะพอเชื่อถือได้ ข้อมูลปริมาณการขายจะถูกกระทบด้วยระยะเวลาการส่งสินค้าจากผู้ผลิตและระยะเวลาการเก็บสต็อกสินค้าของผู้ค้าส่งและผู้ค้าปลีก การกระทำดังกล่าวนี้อาจทำให้กิจกรรมด้านสุขภาพดูอ่อนแอลงไป ทำให้ดูเหมือนว่ามาตรการเหล่านั้นไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่จำเป็น และยังอาจเกี่ยวข้องกับมาตรการควบคุมบุหรี่ยุติธรรม เพราะผู้ผลิตได้รับส่งออกรายการค้าเพื่อหลีกเลี่ยงการเสียภาษีในอัตราใหม่หรือหลีกเลี่ยงข้อบังคับใหม่เกี่ยวกับค่าเตือนบนซองบุหรี่ยุติธรรม

ค่าคาดประมาณการบริโภคบุหรี่ที่ได้จากปริมาณการขายบุหรี่ อาจไม่ถูกต้องหากมีการบริโภคบุหรี่ที่ปลูกเองเป็นจำนวนมาก (บุหรืรมวนเองมีอันตรายพอ ๆ กับบุหรืโรงงาน) ตัวอย่างเช่น บุหรืรมวนเองหรือบีตัส (bidis) ซึ่งเป็นที่นิยมกันมากในประเทศแถบเอเชียใต้ ในอินเดียการบริโภคบีตัสคิดเป็นร้อยละ 80-90 ของการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมด ดังนั้นหากไม่สนใจการบริโภคยาสูบดังกล่าวจะทำให้การประมาณการผิดไปจากความเป็นจริงเป็นอย่างมาก จึงควรศึกษาข้อมูลท้องถิ่นและควรรวมการบริโภคยาสูบประเภทนี้เข้าไปในการคาดประมาณการบริโภคยาสูบด้วย

การประมาณปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวในประเทศออสเตรเลีย

แผนภาพ 4 แสดงความแตกต่างของค่าที่ประมาณได้ในประเทศออสเตรเลียโดยแสดงแนวโน้มการบริโภคยาสูบตามเวลาของข้อมูล 3 แหล่ง เส้น A เป็นข้อมูลปริมาณการขายบุหรืระดับประเทศ เส้น B เป็นข้อมูลการผลิตรวมทั้งการนำเข้าและส่งออก ([จำนวนที่ผลิต+จำนวนนำเข้า-จำนวนส่งออก] / จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป) เส้น C เป็นข้อมูลการผลิตรวมทั้งการนำเข้าและส่งออก รวมทั้งการประมาณการใช้บุหรืที่ผลิตเองและมวนเองในบ้าน เส้น A และเส้น B มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แสดงว่า การคาดประมาณโดยอ้อมน่าจะเป็นวิธีการที่ให้ผลที่เชื่อถือได้ ในหลายประเทศผลกระทบจากการใช้บุหรืรมวนเอง (ประมาณร้อยละ 85 ของปริมาณการขายยาเส้น) ทำให้เส้นมูลค่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจากข้อมูลการผลิตและการค้า หากแต่ผลกระทบนี้จะลดลงตามเวลา เพราะความนิยมของการบริโภคยาสูบประเภทนี้จะค่อย ๆ เสื่อมความนิยมลงตามลำดับ

แผนภาพ 4 ปริมาณการแนวโน้มของปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวในประเทศออสเตรเลีย ระหว่างปี พ.ศ.2513-2536



เส้น A : ปริมาณการขายบุหรืจากข้อมูลการขาย

เส้น B : การประมาณโดยอ้อมจากข้อมูลผลผลิตและการค้า (ไม่รวมที่ค้ำสต็อก)

เส้น C : ข้อมูลการผลิตและการค้าที่มีการปรับด้วยค่าประมาณการใช้บุหรืรมวนเอง

ที่มา : Department of Health and Family Services, Canberra, Australia

สรุป

- ข้อมูลการบริโภคยาสูบใช้เป็นดัชนีชี้วัดขนาดของปัญหาการระบาดของยาสูบ (ปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวของประชากร)
- ในประเทศที่ไม่มีข้อมูลความชุกของการบริโภค การประมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวจะเป็นดัชนีที่คำนวณได้ง่ายจากการใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว
- การติดตามกำกับกับการระบาดของยาสูบ การใช้การประมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวจะเป็นวิธีที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย
- ในประเทศที่มีข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับรายได้จากภาษียาสูบหรือการขายยาสูบได้ สามารถใช้วิธีการประมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวโดยตรง
- การแปลผลข้อมูลการบริโภคยาสูบต่อหัว ควรคำนึงถึงปัจจัยการลักลอบนำเข้า และการนิยามที่ไม่รวมการบริโภคยาสูบที่ปลูกไว้สูบเองหรือสูบหมวนเอง

หนังสืออ่านประกอบ

Joosens L, Raw M. Smuggling and cross-border shopping of tobacco in Europe. *British medical journal*, 1995, 310: 13933-1397.

Nicolaides-Bourman A, Wald N, Forey B, Lee P (eds). *International smoking statistics*. Oxford, Oxford University Press, 1993.

United Nations Statistical Yearbook. New York, United Nations (see latest available year).

การติดตามกำกับการใช้ยาสูบ

อัตราความชุกของการบริโภคยาสูบของประชากรเป็นดัชนีชี้วัดขนาดของปัญหาได้ดีและหากสามารถคำนวณอัตราความชุกของการบริโภคยาสูบของประชากรกลุ่มอายุต่าง ๆ ได้ก็จะเป็นสามารถระบุกลุ่มเสี่ยงได้ ซึ่งมีความสำคัญต่อการวางแผนให้ความรู้และการปฏิบัติงานที่เหมาะสมสำหรับแต่ละกลุ่ม

อัตราความชุกของการบริโภคยาสูบของประชากรเป็นประโยชน์ต่อการเรียกร้องให้มีการควบคุมการบริโภคยาสูบและสนับสนุนการผลักดันให้เกิดมาตรการต่าง ๆ อีกทั้งยังเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินประสิทธิผลของแผนงานกิจกรรม หรือการรณรงค์ให้ความรู้ในชุมชน การสำรวจความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรเป็นระยะอย่างต่อเนื่องจะมีประโยชน์ต่อการศึกษาแนวโน้มของพฤติกรรมกรรมการบริโภคด้วย แต่เนื่องจากการใช้ยาสูบมีหลายลักษณะ ดังนั้น การสำรวจความชุกของการบริโภคยาสูบต้องจำแนกตามชนิดของยาสูบ โดยเฉพาะยาสูบที่เป็นที่นิยม ดังเช่นในประเทศอินเดีย การสำรวจความชุกของการใช้ยาสูบทั้งหมดจะต้องศึกษาการใช้บีดีส์ (bidis) การเคี้ยวยาเส้นและอื่น ๆ ด้วย

นิยามศัพท์

ในการติดตามกำกับการระบาดของยาสูบและการเปรียบเทียบระหว่างประเทศต่าง ๆ จะต้องมีคำนิยามและวิธีการคำนวณที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และต้องมีการให้คำจำกัดความตามแนวคิดให้ชัดเจน ดังต่อไปนี้

ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูบบุหรี่และกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่

1. ผู้สูบบุหรี่ (Smoker) หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ในขณะที่ทำการสำรวจ ทั้งสูบเป็นประจำหรือสูบเป็นครั้งคราว ผู้สูบบุหรี่สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

1.1 ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน (Daily smoker) หมายถึง ผู้สูบบุหรี่อย่างน้อยวันละครั้ง (ผู้สูบบุหรี่ทุกวัน แต่งดสูบบุหรี่ในวันถือศีลอด ก็ยังคงถือเป็นผู้สูบเป็นประจำ)

1.2 ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว (Occasional smoker) หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ไม่ทุกวัน ซึ่งหมายถึง

1.2.1) ผู้สูบบุหรี่น้อยลง (Reducer) หมายถึง คนที่เคยสูบบุหรี่ทุกวัน แต่ปัจจุบันไม่ได้สูบบุหรี่ทุกวัน

- 1.2.2) ผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวอย่างต่อเนื่อง (*Continuing occasional smoker*) คือ ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ทุกวัน แต่สูบบุหรี่มาแล้วไม่น้อยกว่า 100 มวนในช่วงชีวิต (หรือใช้ยาเส้นในสัดส่วนที่เท่ากัน) และยังคงสูบเป็นครั้งคราวอยู่
- 1.2.3) ผู้ทดลองสูบบุหรี่ (*Experimenter*) หมายถึง ผู้สูบบุหรี่น้อยกว่า 100 มวน ในช่วงชีวิต (หรือใช้ยาเส้นในสัดส่วนที่เท่ากัน) และปัจจุบันยังคงสูบเป็นครั้งคราว

2. ผู้ไม่สูบบุหรี่ (**Non-smoker**) หมายถึง ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (ขณะสำรวจ) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 2.1 ผู้เคยสูบบุหรี่ (**Ex-daily smoker**) คือ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน แต่ปัจจุบันไม่ได้สูบแล้ว
- 2.2 ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ (**Never smoker**) หมายถึง ผู้ที่เคยสูบบุหรี่เลย หรือ ไม่เคยสูบบุหรี่ทุกวัน และเคยสูบบุหรี่น้อยกว่า 100 มวนในช่วงชีวิต (หรือใช้ยาเส้นในสัดส่วนที่เท่ากัน)
- 2.3 ผู้เคยสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว (**Ex-occasional smoker**) หมายถึง บุคคลที่เมื่อก่อนเป็นคนสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว แต่ไม่สูบทุกวัน และเคยสูบบุหรี่น้อยกว่า 100 มวนในช่วงชีวิต

3. ผู้เคยสูบบุหรี่ (**Ever smoker**) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 3.1 ผู้เคยสูบบุหรี่ (**Ever smoker**) หมายถึง ผู้ที่เคยสูบบุหรี่มาแล้วไม่น้อยกว่า 100 มวนในช่วงชีวิต (หรือใช้ยาเส้นในสัดส่วนที่เท่ากัน) แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว
- 3.2 ผู้เคยสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน (**Ever daily smoker**) หมายถึง ผู้ไม่สูบบุหรี่ทุกวันในช่วงเวลาเมื่อไม่นานมานี้ รวมกับกลุ่มผู้ที่สูบน้อยลง (1.2.1) และ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ (2.1)

กลุ่มที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ คือ คนที่เคยสูบเป็นประจำทุกวัน (3.2) และผู้ที่สูบเป็นประจำทุกวัน (1.1) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ แสดงใน ตาราง 2

การจัดกลุ่มการสูบบุหรี่นั้น ทำได้ดังนี้

ผู้สูบบุหรี่ (<i>smokers</i>)	=	ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน (1.1) + ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว (1.2)
ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ (<i>ever smokers</i>)	=	ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน (1.1) + ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว (1.2) + ผู้ที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว (2.1) + ผู้ที่เคย สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว (2.3)
กลุ่มเคยสูบบุหรี่เป็นประจำ (<i>ever daily smokers</i>)	=	ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน (1.1) + ผู้ที่สูบน้อยลง (1.2.1) + ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ (2.1)
กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (<i>ex smokers</i>)	=	ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ (2.1)

ในส่วนท้ายของบทจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ กับการตอบข้อคำถามหลัก 7 ข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นความพยายามในการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่

ตาราง 2 การจำแนกกลุ่มประชากรตามพฤติกรรมการบริโภคยาสูบ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในอดีต	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน		
	ทุกวัน (1.1)	เป็นครั้งคราว (1.2)	ไม่สูบ (2)
สูบทุกวัน	ผู้สูบทุกวัน (1.1)	ผู้สูบน้อยลง (1.2.1)	ผู้เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ (2.1)
ไม่ได้สูบทุกวัน แต่สูบบ้างไม่น้อยกว่า 100 มวนในช่วงชีวิต	-	ผู้สูบเป็นครั้งคราวอย่างสม่ำเสมอ (1.2.2)	ผู้เคยสูบเป็นครั้งคราว (2.3)
ไม่ได้สูบทุกวัน และสูบน้อยกว่า 100 มวนในช่วงชีวิต	-	ผู้ทดลองสูบ (1.2.3)	ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ (2.2)
ไม่เคยสูบเลย	-	-	ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ (2.2)

หมายเหตุ : การใช้ยาสูบชนิดอื่น คำจำกัดความข้างต้นครอบคลุมไปถึงการใช้ยาเส้นหรือยาสูบไร้ควันด้วย
ผู้บริโภคยาสูบ หมายถึง ผู้สูบบุหรี่หรือใช้ยาเส้นหรือยาสูบไร้ควัน หรือทั้งสองอย่าง

อัตราความชุกของการสูบบุหรี่

อัตราความชุกของการสูบบุหรี่ หมายถึง สัดส่วน ของประชากรที่เป็นผู้สูบบุหรี่ (รวมทั้งสูบทุกวันและสูบเป็นครั้งคราว) ในขณะใดขณะหนึ่ง โดยปกติมักแสดงในรูปของร้อยละ ดังนี้

$$\text{อัตราความชุกของการสูบบุหรี่ (ร้อยละ)} = \frac{\text{จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ในประชากรที่ทำการสำรวจ}}{\text{จำนวนประชากรที่ทำการสำรวจทั้งหมด}} \times 100$$

ตัวอย่าง ในการสำรวจประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นชาย 400 คนและหญิง 500 คนพบว่า ผู้ชาย 200 คนและผู้หญิง 50 คนสูบบุหรี่ ดังนั้น

$$\begin{aligned} \text{อัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในเพศชาย} &= \frac{200}{400} \times 100 = 50\% \\ \text{อัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในเพศหญิง} &= \frac{50}{500} \times 100 = 10\% \end{aligned}$$

หมายเหตุ : อัตราความชุกของการสูบบุหรี่ที่ควรคำนวณแยกกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย และถ้าต้องการทราบอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ทั้งหมด (รวมทั้งสองเพศ) ทำได้โดยการรวมจำนวนคนที่สูบบุหรี่ทั้งชายและหญิง และหารด้วยจำนวนรวมของประชากรทั้งชายและหญิง ภายใต้เงื่อนไขที่ว่า การสุ่มตัวอย่างเป็นไปอย่างไม่เอนเอียงไปในเพศใดเพศหนึ่ง กล่าวคือ สัดส่วนระหว่างเพศในกลุ่มตัวอย่างควรจะเท่ากับสัดส่วนระหว่างเพศในกลุ่มประชากร

$$\frac{\text{อัตราความชุกของการสูบบุหรี่ทั้งหมด (รวมทั้งสองเพศ)}}{(200+50)} = \frac{(200+50)}{(400+500)} \times 100 = 27.8\%$$

ข้อสังเกต ไม่ควรคำนวณอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ทั้งหมดโดยใช้ค่าเฉลี่ยระหว่างความชุกของเพศชายและเพศหญิง โดยไม่ทำการถ่วงน้ำหนักด้วยสัดส่วนที่แท้จริงในประชากรของเพศชายและหญิง เพราะถ้าไม่ถ่วงน้ำหนักประชากรอัตราความชุกจะเท่ากับร้อยละ 30 ดังนั้นการคำนวณอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ ต้องให้ความสำคัญกับตัวเลขสองตัว คือ ตัวตั้งและตัวหาร ซึ่งตัวตั้งคือจำนวนคนที่สูบบุหรี่ และตัวหารคือจำนวนคนของประชากรกลุ่มนั้น (รวมทั้งคนสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่) ตัวอย่างเช่น ถ้าตัวหารเป็นภาพสะท้อนของชุมชนหนึ่ง ๆ ตัวเลขที่คำนวณได้จะเป็นความชุกของการสูบบุหรี่ของชุมชน ถ้าตัวตั้งและตัวหารเป็นกลุ่มย่อย ความชุกของการสูบบุหรี่ที่คำนวณได้จะเป็นความชุกของการสูบบุหรี่ในกลุ่มย่อยนั้น

ควรคำนวณความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรกลุ่มย่อยจำแนกตามอายุ เพศ และปัจจัยทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา เชื้อชาติ และกลุ่มภาษาต่าง ๆ ในแต่ละกรณีจำนวนประชากรที่สูบบุหรี่ควรถูกหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมดในกลุ่มย่อยนั้น (คนที่สูบบุหรี่รวมกับคนที่ไม่สูบบุหรี่) เพื่อให้ได้อัตราความชุกของการสูบบุหรี่เฉพาะกลุ่มย่อย

ถ้ามีวิธีการใช้ยาสูบหลายชนิด สามารถคำนวณอัตราความชุกของการใช้ยาสูบชนิดต่าง ๆ โดยตัวหารจะยังคงเป็นตัวเดิมเพียงแต่เปลี่ยนจำนวนของตัวตั้ง ตัวอย่างเช่น ตัวตั้งจะเป็นคนที่ใช้บีดีส์ (bidis) เมื่อต้องการคำนวณหาอัตราความชุกของการใช้บีดีส์ (bidis)

ดังนั้น สามารถคำนวณหาอัตราความชุกของการใช้ยาสูบชนิดต่าง ๆ ดังนี้

$$\begin{array}{l} \text{อัตราความชุกของการ} \\ \text{สูบบุหรี่เป็นประจำ} \\ \text{(Prevalence of daily} \\ \text{smoking)} \end{array} = \frac{\text{จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ (1.1)}}{\text{จำนวนประชากรที่ทำการสำรวจทั้งหมด} \\ \text{(คนสูบบุหรี่เป็นประจำ (1.1) + เป็นครั้งคราว (1.2) + คนไม่สูบบุหรี่ (2))}} \times 100$$

$$\begin{array}{l} \text{อัตราความชุกของการใช้} \\ \text{บุหรี่แบบไร้ควัน} \\ \text{(Prevalence of} \\ \text{smokeless tobacco use)} \end{array} = \frac{\text{จำนวนผู้ที่บุหรี่แบบไร้ควัน (ประจำ+ครั้งคราว)}}{\text{จำนวนประชากรที่ทำการสำรวจทั้งหมด} \\ \text{(คนที่ใช้บุหรี่แบบไร้ควัน (ประจำ+ครั้งคราว) + คนไม่สูบบุหรี่แบบไร้ควัน)}} \times 100$$

การคำนวณความชุกของอัตราการเลิกบุหรี่สำหรับผู้เคยสูบบุหรี่ มีอัตราสองประเภทที่สามารถใช้ได้ ประเภทแรกคือร้อยละของผู้เคยสูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรทั้งหมด ซึ่งคำนวณได้จาก

$$\begin{array}{l} \text{อัตราความชุกของ} \\ \text{ผู้เคยสูบบุหรี่} \\ \text{(Prevalence of ex-} \\ \text{smokers)} \end{array} = \frac{\text{จำนวนผู้เคยสูบบุหรี่ (2.1)}}{\text{จำนวนประชากรที่ทำการสำรวจทั้งหมด} \\ \text{(คนที่เคยสูบบุหรี่(2.1) + คนสูบบุหรี่(1.1) + คนไม่สูบบุหรี่(2))}} \times 100$$

ปัญหาของการคำนวณอัตราความชุกก็คือ ไม่มีการให้คำนิยามของการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มคนเคยสูบบุหรี่ เพื่อให้ทราบร้อยละของคนเคยสูบบุหรี่เป็นประจำ เราอาจใช้อัตราความชุกของการเลิกบุหรี่ เป็นดัชนีแทน ได้แก่

$$\begin{array}{l} \text{อัตราความชุกของ} \\ \text{การเลิกบุหรี่} \\ \text{(Prevalence of cessation)} \end{array} = \frac{\text{จำนวนผู้เคยสูบบุหรี่ (2.1)}}{\text{จำนวนคนที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ (3.2)}} \times 100$$

หมายเหตุ : ค่าอื่น ๆ ที่ใช้ ได้แก่ อัตราเลิกบุหรี่ (quit rate) ดัชนีเลิกบุหรี่ (quit index) และ สัดส่วนการเลิกบุหรี่ (quit ratio) ที่นำมาใช้เพื่อประเมินอัตราความชุกของการเลิกสูบบุหรี่

คำถามประเมินการใช้ยาสูบ

การประเมินอัตราความชุกเป็นการระบุสถานภาพการสูบบุหรี่ของแต่ละบุคคล ในการนี้อาจต้องใช้คำถามหลายข้อในการถามกลุ่มตัวอย่าง การพัฒนาแบบสอบถามต้องทำด้วยความระมัดระวัง เพราะความถูกต้อง ครบถ้วน และประโยชน์ที่จะได้จากข้อมูลจะขึ้นอยู่กับคุณภาพของแบบสอบถามเป็นสำคัญ

การประเมินสถานการณ์การสูบบุหรี่

คำถามหลักในแบบสอบถามต่อไปนี้เป็นคำถามที่แนะนำให้ใช้ในการประเมินสถานการณ์การสูบบุหรี่ และมักถามเรื่องปัจจัยทางสังคมและประชากรด้วย (อย่างน้อยที่สุด ได้แก่ อายุ เพศ และฐานะทางเศรษฐกิจ)

- คำถาม 1 คุณเคยสูบบุหรี่ใช่หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าไม่ใช่ ให้หยุดการถาม
- คำถาม 2 การสูบบุหรี่เท่าที่ผ่านมา คุณเคยสูบบุหรี่ถึง 100 มวน (หรือใช้ยาเส้นในปริมาณที่เท่ากัน) ใช่หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่)
- คำถาม 3 คุณเคยสูบบุหรี่ทุกวันใช่หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่)
- คำถาม 4 ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่ทุกวัน/สูบไม่ทุกวัน (เป็นครั้งคราว)/หรือไม่สูบเลย
- คำถาม 5 โดยเฉลี่ยคุณใช้ยาสูบเหล่านี้ในปริมาณเท่าไรต่อวัน ได้แก่ บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน (บุหรี่ยี่ห้อ) บุหรี่ที่มวนเองด้วยมือ บิดิส (bidis) ไปป์ ชิการ์ โกซา (goza) และ ฮุกกา (hookah)
- คำถาม 6 (ถามเฉพาะคนที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ) คุณเคยสูบบุหรี่/สูบบุหรี่เป็นประจำอยู่นานเท่าไร
- คำถาม 7 (ถามเฉพาะคนที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว) คุณเลิกบุหรี่มานานเท่าไร (น้อยกว่า 1 เดือน, 1-6 เดือน, 6 เดือน - 1 ปี, 1-5 ปี, 5-10 ปี, และมากกว่า 10 ปี)

การประเมินสถานการณ์การใช้ยาสูบแบบไร้ควัน

นอกจากบุหรี่แล้ว อาจมีการใช้ยาสูบในรูปแบบอื่น ๆ เช่น การเคี้ยวยาเส้น การกวนหมักด้วยยาเส้น หรือการใช้สูดดมทางจมูก ในการประเมินสถานการณ์การใช้ยาสูบแบบไร้ควัน จะใช้คำถามต่อไปนี้

- คำถาม 1 คุณเคยใช้ยาสูบแบบไม่มีควันใช่หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่) ถ้าไม่เคยให้หยุดการสอบถาม
- คำถาม 2 ที่ผ่านมามีการใช้ยาสูบแบบไร้ควัน ถึง 100 ครั้ง ใช่หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่)
- คำถาม 3 คุณเคยใช้ยาสูบแบบไม่มีควันทุกวัน ใช่หรือไม่ (ใช่/ไม่ใช่)
- คำถาม 4 ปัจจุบันคุณใช้ยาสูบแบบไม่มีควันทุกวัน/ไม่ทุกวัน (เป็นครั้งคราว)/หรือไม่ใช้เลย
- คำถาม 5 โดยเฉลี่ย คุณใช้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ในปริมาณเท่าไรต่อวัน ได้แก่ ยาเส้นชนิดอมในปาก ยาเส้นชนิดสูดดมทางจมูก ยาเส้นสำหรับเคี้ยว และเคี้ยวหมากพลู
- หมายเหตุ ในแต่ละประเทศ จะมีการใช้ยาสูบชนิดต่าง ๆ แตกต่างกัน ดังนั้นควรสร้างรายการให้ครอบคลุมการใช้ยาสูบทั้งหมดในพื้นที่นั้น
- คำถาม 6 (ถามเฉพาะคนที่เคยใช้ยาสูบแบบไร้ควัน) ใช้ยาสูบแบบไร้ควันเป็นประจำอยู่นานเท่าไร
- คำถาม 7 (ถามเฉพาะคนที่เคยใช้ยาสูบแบบไร้ควันเป็นประจำและปัจจุบันเลิกใช้แล้ว) เลิกใช้ยาสูบแบบไร้ควันมานานเท่าไร (น้อยกว่า 1 เดือน, 1-6 เดือน, 6 เดือน-1 ปี, 1-5 ปี, 5-10 ปี, และมากกว่า 10 ปี)

คำอธิบายเพิ่มเติม

การอธิบายเพิ่มเติมคำถามหลักในการประเมินสถานภาพการสูบบุหรี่ นอกจากผู้มีหน้าที่บริหารจัดการการสำรวจแล้ว ยังจะเป็นประโยชน์ต่อพนักงานสัมภาษณ์และคนที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ข้อมูลอีกด้วย

- คำถาม 1** คนที่สูบบุหรี่แม้แต่เพียง 1 มวน ก็ควรจะตอบว่า “ใช่” สำหรับคำถามข้อนี้
- คำถาม 2** การสูบบุหรี่ 100 มวนจะประมาณเท่ากับการสูบบุหรี่วันละ 1 มวนเป็นเวลา 3-4 เดือน หรือเท่ากับการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวประมาณ 1 ปี
- คำถาม 3** อาจใช้คำอธิบายเสริมว่า “อย่างน้อย 6 เดือน” เพื่อให้เหมือนกับคำนิยามขององค์การอนามัยโลก
- คำถาม 4** หมายถึงสถานภาพการสูบบุหรี่ในขณะสำรวจ
- คำถาม 5** รายการบุหรี่ยังต้องปรับให้เหมาะสมกับชนิดของยาสูบในพื้นที่นั้น ควรตัดรายการที่ไม่เหมาะสมออก และเพิ่มรายการที่เหมาะสมแทน ถ้ามีการใช้ยาสูบชนิดอื่นเฉลี่ยน้อยกว่าหนึ่งครั้งต่อวัน ให้ใส่เลข 0 และสำหรับผู้ที่เคยสูบบุหรี่ ควรเป็นจำนวนที่ใช้ในช่วงเวลาที่สูบบุหรี่นั้น
- คำถาม 6,7** ควรบันทึกปริมาณที่ใช้จริงในแต่ละวัน ไม่ควรใช้รหัสแบบเป็นช่วง เช่น 1-10 หรือ 11-20 มวนต่อวัน และคำถามนี้ควรถามเฉพาะคนที่เคยสูบหรือสูบประจำ (คือคนที่ตอบว่า “ใช่” ใน คำถาม 3 หรือตอบว่า “ทุกวัน” ในคำถาม 4) ใส่คำตอบเป็นจำนวนปีตามจริง ถ้าน้อยกว่า 1 ปี ให้ใส่เลข 0
- คำถาม 7** ควรถามเฉพาะคนที่เคยสูบประจำ (คือ คนที่ตอบว่า “ใช่” ใน คำถาม 3 หรือตอบว่า “ทุกวัน” ใน คำถาม 4) ใส่คำตอบเป็นจำนวนปี ถ้าน้อยกว่า 1 เดือน ให้ใส่เลข 0 คนที่เลิกสูบบุหรี่ด้วยระยะเวลาอันสั้น เช่น 1 วันก่อนการสำรวจควรจัดกลุ่มไว้ในกลุ่มที่ “เคย” สูบบุหรี่ด้วยระยะเวลา “น้อยกว่า 1 เดือน”

การใช้ยาสูบในประชากรกลุ่มเฉพาะ

ผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์

พิษภัยของบุหรี่ต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์จะมีลักษณะเฉพาะ ซึ่งต้องการรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ ในหญิงตั้งครรภ์ควรใช้คำถามมาตรฐานในการถาม แต่ต้องเพิ่มเติมคำถามบางประเด็น เช่นเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และความเห็นเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ เป็นต้น

นักวิชาชีพสาธารณสุข : นักสาธารณสุข ครู และนักศึกษา

นักวิชาชีพสาธารณสุขเป็นที่นับถือของคนในชุมชนในการให้คำปรึกษาและเป็นตัวแบบในเรื่องสุขภาพ การกระทำตนเองให้เป็นตัวอย่าง ความรู้ พฤติกรรมและทัศนคติของนักวิชาชีพสาธารณสุขล้วนมีความสำคัญต่อความก้าวหน้าในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังนั้นการสำรวจในกลุ่มนักวิชาชีพสาธารณสุขทั้งที่ทำงานแล้วและขณะยังเป็นนักศึกษา จึงควรถามถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้เรื่องผลของบุหรี่ต่อสุขภาพ เนื้อหาของหลักสูตร และการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่

วัยรุ่น

ข้อคำถามที่ใช้สำรวจผู้ใหญ่จะประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่มากกว่าการเริ่มสูบบุหรี่ เพราะในวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะเลิกมากกว่าเริ่ม ในทางกลับกัน ถ้าสำรวจในกลุ่มวัยรุ่น ข้อคำถามจะมุ่งเน้นเรื่องการเริ่มสูบบุหรี่ เพราะโดยทั่วไปวัยที่เริ่มสูบบุหรี่คือ วัยรุ่น

วัยรุ่นที่สูบบุหรี่มักไม่ยอมบอกความจริงว่าสูบบุหรี่ ความแปรปรวนนี้มักเกิดในการสำรวจในครัวเรือนมากกว่าการสำรวจที่โรงเรียน เพราะวัยรุ่นมักกลัวว่าผู้ใหญ่ในบ้านจะทราบ ดังนั้น จึงควรมีมาตรการรักษาความลับในการสำรวจในครัวเรือน เช่น ใช้แบบสอบถามที่ให้อายุรุ่นกรอกเองใน ส่วนข้อมูลบุคคล และการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไม่ควรถามข้อมูลจากบุคคลอื่น เช่น พ่อแม่ เพราะพ่อแม่มักไม่ทราบว่าลูกสูบบุหรี่หรือไม่

ข้อคำถามและคำนิยามที่ใช้ในการสำรวจผู้ใหญ่สามารถนำมาดัดแปลงใช้ในการสำรวจกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นอยู่ในระยะปรับตัวเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้น วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ในเดือนที่แล้ว โอกาสจะกลายเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ประจำจะมีน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ช่วงเวลาในการปรับตัวของวัยรุ่นจากการทดลองสูบบุหรี่เป็นการสูบบุหรี่ประจำมักใช้เวลาประมาณ 2-3 ปี ดังนั้น จึงควรใช้คำถามต่อไปนี้

ถามการทดลองสูบบุหรี่ : “คุณเคยทดลองสูบบุหรี่ไหม แม้เพียงหนึ่งหรือสองครั้ง” และถ้าตอบว่าเคยทดลองสูบบุหรี่ให้ถามต่อในประเด็น ดังนี้

อายุเมื่อเริ่มสูบ : “คุณทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร”

จำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่มาตลอดชีวิต : “ตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณสูบบุหรี่มาทั้งหมดกี่มวน”

ความถี่ของการสูบ : “ปัจจุบันสูบบุหรี่ทุกวัน/อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง/ไม่ได้สูบทุกสัปดาห์แต่อย่างน้อยเดือนละครั้ง/น้อยกว่าเดือนละครั้ง/หรือไม่ได้สูบเลย

ความน่าจะเป็นของการสูบ : อาจใช้ข้อคำถามหลายข้อเพื่อศึกษาว่า วัยรุ่นนั้นมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่หรือไม่ หากวัยรุ่นตอบว่า จะไม่ทดลองสูบบุหรี่ในเร็ว ๆ นี้/หรือคนที่ยืนยันว่าจะไม่สูบบุหรี่แม้ว่าเพื่อนจะชวนให้สูบ หรือคนที่ยืนยันว่าจะไม่สูบบุหรี่อย่างแน่นอนในช่วง 12 เดือนข้างหน้า

นี้ ทั้งหมดนี้ควรถูกจัดอยู่ใน “กลุ่มที่ไม่น่าจะสูบบุหรี่” ส่วนวัยรุ่นที่ให้คำตอบไม่ชัดเจน ให้คำตอบในทางบวก หรือปฏิเสธการตอบคำถาม ตอบว่าไม่ทราบหรือไม่ตอบ ควรถูกจัดกลุ่มว่า “เป็นกลุ่มที่อาจเริ่มสูบบุหรี่” กลุ่มนี้จะมีแนวโน้มที่จะริเริ่มสูบบุหรี่และอาจพัฒนาไปเป็นผู้สูบประจำมากกว่ากลุ่มแรก

การเข้าถึงบุหรี่ : ควรถามวัยรุ่นว่า ได้บุหรี่มาอย่างไร และควรถามด้วยคำถามทั่วไป เช่น “โดยปกติคุณได้บุหรี่มาอย่างไร” หรือถ้าจะเฉพาะเจาะจงคือ “เอาบุหรี่ที่สูบมาจากไหน” ตัวเลือกของคำตอบอาจจะเป็น : ซื้อจากร้าน/ซื้อจากเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ/จากเพื่อนหรือญาติ/จากพ่อหรือแม่/ให้เพื่อนซื้อมาให้/ขโมยมาจากร้าน เป็นต้น คำตอบเหล่านี้จะมีประโยชน์สำหรับผู้บริหารประเทศที่มีกฎหมายห้ามขายบุหรี่แก่เยาวชน

การเลือกคำถามหลัก

โดยปกติการถามเรื่องการสูบบุหรี่ควรมีคำถามหลัก 7 ข้อ แต่ในทางปฏิบัติอาจทำได้เพียงหนึ่งหรือสองข้อ (เช่น การสำรวจสำมะโนประชากร หรือการสำรวจขนาดใหญ่ระดับชาติ)

1. ถ้าถามได้เพียง 1 คำถาม ควรใช้คำถามว่า “ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่ทุกวัน/สูบเป็นครั้งคราวหรือไม่/หรือไม่สูบเลย” ซึ่งเป็นคำถามที่ใช้ในการประเมินความชุกของกลุ่มเรื่องการสูบบุหรี่เท่านั้น

สำหรับประชากรที่มีการใช้ยาสูบชนิดอื่น ๆ ที่ไม่ใช่บุหรี่โรงงานมากกว่าร้อยละ 5 ข้อคำถามอาจเปลี่ยนเป็น “ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่ หรือใช้ยาสูบชนิดอื่น ๆ หรือใช้ทั้งสองอย่างหรือไม่ และลักษณะการใช้เป็นแบบทุกวัน/ใช้เป็นประจำหรือไม่ หรือไม่ใช่หรือไม่สูบเลย

2. ถ้าถามได้ 2 คำถาม ควรถามเพิ่มเกี่ยวกับปริมาณที่สูบแต่ละวัน หรือถามประวัติการสูบบุหรี่ ได้แก่

2.1 ถามทุกคนว่า ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่ทุกวัน/สูบเป็นครั้งคราว/หรือไม่สูบเลย ถ้าสูบทุกวัน - สูบมากกว่า 100 มวนหรือไม่ ถ้าไม่ได้สูบทุกวัน/ไม่สูบหรือสูบน้อยกว่า 100 มวนเท่าที่ผ่านมา

2.2 ถามผู้ที่สูบทุกวันว่าปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบชนิดต่าง ๆ เป็นปริมาณเท่าใด ได้แก่ บุหรี่ซอง/บุหรี่ยี่ห้อเอง บีดิส(bidis)/ไปป์/ยาสูบชนิดเคี้ยว/ผงบอญสำหรับสูดดม การประมวลคำตอบจะทำให้ทราบความชุกของการสูบบุหรี่

การเก็บข้อมูล

แบบสอบถามจะประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ประเภท คือ คำถามปลายปิดและปลายเปิด ในคำถามปลายปิด ลักษณะคำตอบจะกำหนดไว้ให้เลือกตอบ ในคำถามปลายเปิด คำตอบจะไม่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า ตัวอย่างเช่น คำถาม “ทำไมคุณจึงเริ่มสูบบุหรี่” หรือ “ทำไมคุณจึงเลิกสูบบุหรี่” ซึ่งมักเป็นคำถามปลายเปิด และคำตอบที่ได้จากคำถามปลายเปิดจะถูกจัดกลุ่มหรือแปลงเป็นรหัส

ขณะทำการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะเสียเวลาและยากต่อการวิเคราะห์ ดังนั้น ถ้าเป็นไปได้ควรทำเป็นคำถามปลายปิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสำรวจขนาดใหญ่

การย้อนกลับไปถามบุคคลเดิมจะทำให้ได้ยากมาก ดังนั้น ควรถามข้อมูลที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ให้ครบถ้วนในรายละเอียดเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ต้องชัดเจน พนักงานสัมภาษณ์จะต้องตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องกันของคำตอบขณะยังอยู่กับผู้ให้สัมภาษณ์ และควรถามเฉพาะข้อคำถามที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ เพราะแม้จะเสียเวลาและค่าใช้จ่ายเพิ่มเพียงเล็กน้อยในการเพิ่มข้อคำถาม แต่การถามหลายคำถามเกินไปจะทำให้ความสำคัญของคำถามหลักลดลงและใช้เวลาในการสัมภาษณ์มาก เพื่อไม่ให้มีการถามคำถามที่ไม่จำเป็น ควรวางแผนการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ล่วงหน้า

คำถามทุกข้อควรให้คำนิยามและระบุเงื่อนไขไว้ให้ชัดเจน เพราะคำถามที่ดูเหมือนง่ายและตรงไปตรงมาผู้ตอบอาจแปลได้หลายความหมาย ตัวอย่างเช่น “คุณสูบบุหรี่หรือไม่” ดูเป็นคำถามที่ชัดเจน แต่คำถามนี้ไม่ได้แยกระหว่างคนที่สูบบุหรี่ทุกวันและสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว เพื่อไม่ให้เกิดความสับสน ควรทำคำนิยามและระบุเงื่อนไขต่าง ๆ และจัดทำเป็นคู่มือในการสัมภาษณ์ และควรใช้ข้อคำถามที่เป็นมาตรฐาน โดยปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่

ในคู่มือ ควรมีข้อปฏิบัติสำหรับพนักงานสัมภาษณ์ทั้งก่อนและระหว่างการสัมภาษณ์ รวมทั้งมีคำอธิบายข้อคำถามแต่ละข้อ คำนิยาม เงื่อนไข คำตอบที่อาจเกิดขึ้นได้ และตัวอย่างของคำตอบที่ไม่ยอมรับ คู่มือในการสัมภาษณ์ยังช่วยนักวิจัยในการเขียนรายงานวิจัยอีกด้วย ในการสำรวจที่ใช้การสัมภาษณ์ พนักงานสัมภาษณ์ควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้แนวทางการสัมภาษณ์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

การทดสอบแบบสอบถามเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือ ทำได้โดยการทดลองถามในกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อทราบปัญหาที่อาจเกิดขึ้น หรือค้นหาข้อคำถามที่อาจทำให้เกิดการเข้าใจผิด เพื่อทำการแก้ไขก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และอาจต้องทำซ้ำหลายครั้งก่อนที่จะได้แบบสอบถามสุดท้ายที่จะนำไปใช้จริง จำนวนคนที่ใช้ทดสอบประมาณ 50 คนโดยให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

มีวิธีการหลายอย่างที่ใช้ได้ในการสำรวจ เช่น แบบสอบถามแบบให้กรอกด้วยตนเองโดยแจกให้กับกลุ่มตัวอย่างหรือส่งทางไปรษณีย์ วิธีนี้ถูกใช้มากในประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศกำลังพัฒนาวิธีนี้ใช้ได้เฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษา เช่น กลุ่มแพทย์และนักวิชาการสาธารณสุข คนทำงานในสำนักงาน หรือนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย สำหรับกลุ่มที่มีอัตราการอ่านออกเขียนได้ต่ำ ไม่ควรใช้วิธีนี้

ตาราง 3 ข้อดีและข้อด้อยของการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ

วิธีการเก็บข้อมูล	ประเทศกำลังพัฒนา		ประเทศที่พัฒนาแล้ว	
	ข้อดี	ข้อด้อย	ข้อดี	ข้อด้อย
การสัมภาษณ์ที่บ้าน	- สามารถอธิบายข้อคำถามได้ - มีอัตราการตอบรับดี	- ค่าใช้จ่ายสูง^a - ไม่มีความเป็นส่วนตัว ทำให้พบความซุกน้อยกว่าความเป็นจริง	- ทำให้เข้าใจคำถามได้ดี - มีอัตราการตอบรับดี	- ค่าใช้จ่ายสูง^a - ไม่มีความเป็นส่วนตัว ทำให้พบความซุกน้อยกว่าความเป็นจริง
การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์	- ค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการสัมภาษณ์ที่บ้าน - สามารถอธิบายข้อคำถาม	- บางบ้านไม่มีโทรศัพท์ - อาจไม่ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนกลุ่มเป้าหมาย - ถ้าไม่มีความเป็นส่วนตัว จะทำให้พบความซุกน้อยกว่าความเป็นจริง	- ค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการสัมภาษณ์ที่บ้าน - ถ้าอัตราการมีโทรศัพท์สูง จะทำให้อคติน้อยลง	- ถ้ามีความเป็นส่วนตัว จะทำให้พบความซุกน้อยกว่าความเป็นจริง
การให้กรอกคำตอบเองที่บ้าน โดยส่งแบบสอบถามให้กับมือผู้ตอบ	- สามารถอธิบายข้อคำถามและสามารถซักถามได้ - มีอัตราการตอบรับดี	- ค่าใช้จ่ายสูงกว่าการส่งทางไปรษณีย์ - ถ้าอัตราการไม่รู้หนังสือสูง จะทำให้ต้องมีการช่วยเหลือในการตอบ ค่าใช้จ่ายจะสูงและลดความเป็นส่วนตัว	- มีความเป็นส่วนตัว - สามารถซักถามได้ - มีอัตราการตอบรับดีกว่าการส่งทางไปรษณีย์	- ค่าใช้จ่ายสูงกว่าการส่งทางไปรษณีย์
การให้กรอกคำตอบเองโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์	- มีความเป็นส่วนตัว - ค่าใช้จ่ายต่ำ - ลดอคติของพนักงานสัมภาษณ์	- อัตราการไม่รู้หนังสืออาจสูง - การไม่ตอบคำถามบางข้อทำให้วิเคราะห์ข้อมูลได้ยาก - อัตราการตอบรับต่ำ	- มีความเป็นส่วนตัว - ค่าใช้จ่ายต่ำ และใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ได้ - ลดอคติของพนักงานสัมภาษณ์	- อาจมีอัตราการตอบรับต่ำในบางวัฒนธรรม - การไม่ตอบคำถามบางข้อทำให้วิเคราะห์ข้อมูลยาก

^a เมื่อเทียบกับทางเลือกอื่น ๆ ในการสำรวจ

ในประเทศกำลังพัฒนามักเก็บข้อมูลโดยใช้พนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี โดยพนักงานสัมภาษณ์จะถามคำถามที่ละเอียดและจดบันทึกคำตอบ และมีอธิบายเพิ่มเติมถึงเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในคู่มือ ควรบอกคำตอบทั้งหมดแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยควรหลีกเลี่ยงคำถามนำเพื่อให้ได้คำตอบที่ต้องการ เช่น “คุณสูบบุหรี่วันละมากกว่าสิบมวนต่อวันใช่ไหม?”

การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์โดยการสุ่มหมายเลขโทรศัพท์ อาจเป็นไปได้ในประเทศที่พัฒนาแล้วที่โทรศัพท์เป็นโครงสร้างพื้นฐานของทุกครัวเรือน แต่ประเทศที่กำลังพัฒนาอาจทำได้ยากเนื่องจากข้อจำกัดเรื่องอัตราการมีโทรศัพท์

กรณีที่ไม่สามารถสัมภาษณ์ตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้ พนักงานสัมภาษณ์อาจสัมภาษณ์บุคคลใกล้เคียง แต่จะถามได้เพียงบางคำถาม อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวไม่ควรใช้ในการสำรวจความชุกของการสูบบุหรี่

หากใช้การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ควรมีกระบวนการที่จะทำให้ได้อัตราตอบกลับสูง โดยแบบสอบถามควรจัดทำอย่างประณีตและให้ความรู้สึกรองง่าย และติดแสตมป์พร้อมส่งกลับ หากไม่ตอบกลับ ควรใช้การส่งจดหมายเตือนตามไปในเวลาไม่นานนัก และหากจำเป็นต้องส่งหนังสือเตือนฉบับที่สองควรส่งแบบสอบถามไปด้วย การตามอาจมากถึง 3-4 ครั้ง จนกว่าจะได้อัตราตอบกลับที่ต้องการ ควรได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการสำรวจความชุกของการสูบบุหรี่ การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีความสำคัญซึ่งจะเป็น “ตัวหาร” ของกลุ่มที่ต้องการทราบความชุก ประโยชน์ของการสุ่มตัวอย่างก็เพื่ออธิบายอัตราความชุกของประชากรจากกลุ่มตัวอย่าง บางครั้งกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรที่ต้องการ ขึ้นอยู่กับวิธีการเลือกตัวอย่างดังต่อไปนี้

การเลือกตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling)

วิธีการที่ดีที่สุดในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากร คือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling Selection) นั่นคือ คนทุกคนในกลุ่มประชากรมีโอกาสในการที่จะตกเป็นกลุ่มตัวอย่าง วิธีการนี้จะต้องรู้ข้อมูลประชากรกลุ่มนั้นและทำการเลือกตัวอย่างด้วยความระมัดระวัง โดยนักวิจัยควรมีรายชื่อหรือหมายเลขประจำตัวของกลุ่มประชากร และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling : SRS)

การสุ่มอย่างง่ายเป็นกระบวนการที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่ทุกคนมีความน่าจะเป็นที่จะถูกเลือกเป็นตัวอย่างเท่ากัน โดยปกติมักทำโดยใช้เลขสุ่ม เลขสุ่มนี้หาได้จากหนังสือสถิติ เครื่องคิดเลข บางรุ่นและโปรแกรมสำเร็จรูปบางโปรแกรมสามารถสร้างเลขสุ่มได้ การเลือกเลขสุ่มนั้นค่อนข้างง่าย สมมติว่ามีประชากร 9,000 คน ซึ่งมีหมายเลขประจำตัว 0001 ถึง 9,000 คอมพิวเตอร์จะสร้างเลขสุ่มระหว่าง 0 ถึง 1 แล้วนำมาคูณด้วย 10,000 ตัดตัวเลขหลังจุดทศนิยม นำเฉพาะเลขจำนวนเต็มมาเป็นหมายเลขของคนที่ตกเป็นตัวอย่าง เช่น ถ้าเลขสุ่มที่คอมพิวเตอร์ให้มาได้แก่ 0.4632717 เมื่อนำมาคูณด้วย 10,000 จะได้ 4632.717 หมายเลข 4632 จะตกเป็นตัวอย่าง แต่ถ้าตัวเลขที่คุณได้มากกว่า 9,000 ให้ทิ้งตัวเลขนั้นไปและให้คอมพิวเตอร์ทำการสุ่มตัวเลขใหม่ จนกระทั่งได้จำนวนคนตามที่ต้องการและถ้าได้ตัวเลขซ้ำก็ให้ตัดทิ้งไป

โดยปกติ นักวิจัยมักจะไม่มีรายชื่อหรือหมายเลขของประชากร แต่มักมีหมายเลขบ้านหรือกลุ่มบ้าน ตัวอย่างเช่น ในการสำมะโนประชากรอาจมีหมายเลขกลุ่มบ้านและรายละเอียดประชากรในแต่ละกลุ่มบ้าน ดังนั้นนักวิจัยจะไม่เลือกบุคคลเป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่จะเลือกกลุ่มบ้านเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม และให้คนทุกคนในกลุ่มบ้านนั้นเป็นกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก 6 กรณีศึกษา 1) หรืออาจจะสุ่มเลือกบุคคลจากกลุ่มบ้านที่ตกเป็นตัวอย่าง (การสุ่มแบบสองขั้นตอน) (ภาคผนวก 6 กรณีศึกษา 2) ในภาคผนวก 7 มีตัวอย่างของการสุ่มแบบหลายขั้นตอนที่ใช้ในการสำรวจครัวเรือนในระดับชาติ

ข้อด้อยของการสุ่มแบบนี้คือ เสียค่าใช้จ่ายสูงและเสียเวลามากในการค้นหากลุ่มบ้านหรือกลุ่มคนที่ตกเป็นตัวอย่าง นอกจากนั้นการสุ่มแบบนี้ยังต้องมีข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับประชากร ซึ่งมักหาไม่ได้ในประเทศกำลังพัฒนา

แม้ว่าการสุ่มแบบนี้จะไม่สามารถทำได้ในการสำรวจระดับใหญ่ แต่อาจทำได้ในหน่วยงานรัฐที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และอาจเป็นไปได้ที่จะขอความร่วมมือให้หน่วยงานทำการสำรวจเรื่องการสูบบุหรี่ไปด้วย เช่น ในอินเดียการสำรวจระดับชาติเกี่ยวกับสถานะการใช้จ่ายของครอบครัวได้สำรวจค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุหรี่เอาไว้ด้วย ในมาเลเซียกองทุนนครกรรมได้ทำการสำรวจภาวะการสูบบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจโรคมะเร็งในช่องปากระยะแรกด้วย (ภาคผนวก 6 กรณีศึกษา 2) ในประเทศไทย การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติได้มีข้อความเรื่องการสูบบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจด้วยเช่นกัน

การสุ่มโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non-Probability Sampling)

การสุ่มโดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์วิธีเดียวในการศึกษาความชุก ดังนั้น นักวิจัยควรใช้วิธีนี้ แต่หากมีทรัพยากรจำกัดและไม่สามารถสุ่มโดยใช้ความน่าจะเป็นได้ อาจ

พิจารณาทางเลือกอื่นในการสุ่มตัวอย่างได้ โดยข้อจำกัดของค่าประมาณที่ได้จากการใช้วิธีการอื่น ๆ ควรมีการเขียนไว้ในรายงานอย่างชัดเจน

การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นนั้นทำได้ยาก นักวิจัยอาจต้องการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่หาได้ง่าย เช่น คนที่มาจ่ายตลาด กลุ่มตัวอย่างแบบนี้ไม่เป็นตัวแทนของประชากรที่ต้องการ เพราะคนแต่ละคนมีโอกาสแตกต่างกันและไม่แน่นอนในการที่จะไปตลาด และพนักงานสัมภาษณ์มักจะเลือกสัมภาษณ์คนที่มีลักษณะเปิดเผยและมีมนุษยสัมพันธ์ และอาจมีหลายคนที่มีภูมิลำเนาให้สัมภาษณ์ จึงมีความยากลำบากในการระบุกลุ่มประชากรที่กลุ่มตัวอย่างจะเป็นตัวแทน ดังนั้นจึงไม่ควรเลือกตัวอย่างโดยวิธีนี้

การเลือกตัวอย่างในโรงพยาบาล

นักวิจัยอาจทำการสัมภาษณ์กลุ่มคนที่มาโรงพยาบาลหากได้รับอนุญาต (ภาคผนวก 6 กรณีศึกษา 3) ซึ่งควรมีวัตถุประสงค์และระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน นักวิจัยอาจทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ หรือเพื่อนของผู้ป่วยแล้วแต่กรณี ซึ่งหากไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ทุกคนได้ จะต้องมีการเลือกตัวอย่างโดยกำหนดไว้ก่อน ตัวอย่างเช่น ขึ้นอยู่กับลำดับของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและความร่วมมือในการสัมภาษณ์ หรืออาจกำหนดที่จะทำการสัมภาษณ์ญาติหรือเพื่อนของผู้ป่วยทุก 3 หรือ 4 คน เป็นต้น

การใช้วิธีนี้ควรเลือกโรงพยาบาลอย่างระมัดระวังตามลักษณะของโรงพยาบาล เช่น ขนาดเล็กและใหญ่หรือโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมประชากรที่ต้องการให้มากที่สุด การสุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลจะใช้ทรัพยากรน้อยและมักได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี เนื่องจากญาติและเพื่อนผู้ป่วยมักยินดีตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แต่การใช้วิธีนี้จะดีไม่เท่ากับวิธีการสุ่มโดยใช้ความน่าจะเป็น เพราะคนแต่ละคนมีโอกาสแตกต่างกันในการที่จะถูกเลือกเป็นตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างในกลุ่มอาชีพ

การประมาณค่าความชุกจะทำได้ง่ายในกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ในโรงงานหรือสถานประกอบการ แต่อัตราการความชุกที่ได้จากการสำรวจแบบนี้จะไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรได้ ดังนั้นการนำเสนอข้อมูลควรระบุให้ชัดเจนว่า สำรวจในกลุ่มอาชีพใด ข้อดีของการสำรวจแบบนี้ก็คือ ประชากรมีขอบเขตชัดเจน ซึ่งจะมีข้อมูลพื้นฐานสำหรับการสุ่มแบบง่าย ถ้าหัวหน้าหน่วยงานให้ความร่วมมือ การเก็บข้อมูลจะได้รับความร่วมมือดี และยิ่งถ้าคนในกลุ่มอ่านออกเขียน

ได้ นักวิจัยจะเสียค่าใช้จ่ายน้อยเพราะสามารถใช้แบบสอบถามชนิดที่ให้กรอกเองแทนการสัมภาษณ์

อัตราความซุกที่สำรวจได้จะเป็นค่าที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ศึกษา เป็นกลุ่มเฉพาะ ซึ่งไม่ควรขยายผลไปสู่ประชากรทั่วไป การสำรวจในกลุ่มเฉพาะจะมีประโยชน์มากหากนำไปใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องในอนาคต (ภาคผนวก 6 กรณีศึกษา 4)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการกำหนดความเชื่อถือได้ของอัตราความซุกที่สำรวจได้ หากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ความน่าเชื่อถือได้ของอัตราความซุกที่สำรวจได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มแบบง่ายก็มีมากขึ้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก โอกาสที่อัตราความซุกจะเป็นค่าที่แท้จริงของประชากรมีความเป็นไปได้น้อยเช่นกัน

ความเชื่อถือได้ (reliability) ของอัตราความซุกที่สำรวจได้จากกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายมีขนาดเท่ากับรากที่สองของขนาดตัวอย่าง ดังนั้น ความเชื่อถือได้จึงเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ตามขนาดตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น โดยทั่วไปความเชื่อถือได้ของอัตราความซุกที่สำรวจได้ควรอยู่ในพิสัยไม่เกินร้อยละ 5 ของค่าที่แท้จริง ตาราง 4 ให้ค่าขนาดตัวอย่างที่ต้องการในพื้นที่ที่มีอัตราความซุกต่าง ๆ และตามค่าความผิดพลาดไม่เกินขนาดที่กำหนดไว้ ขนาดตัวอย่างที่เล็กกว่า 1,000 คน จะให้ค่าที่เชื่อถือได้น้อย โดยเฉพาะเมื่อต้องการวิเคราะห์กลุ่มย่อยและได้รับความร่วมมือไม่ดีนัก ในการสำรวจประชากรขนาดใหญ่ส่วนมากที่มีการวิเคราะห์กลุ่มย่อย จะใช้ขนาดตัวอย่างประมาณ 2,000-4,000 คน

นอกเหนือจากอัตราความซุกที่สำรวจได้ในกลุ่มประชากรและค่าประมาณการที่จำแนกตามเพศแล้ว ยังอาจมีการคำนวณอัตราความซุกในกลุ่มประชากรตามลักษณะเฉพาะอื่น ๆ ซึ่งความน่าเชื่อถือของอัตราความซุกที่สำรวจได้จะขึ้นอยู่กับขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่มย่อย

สรุปได้ว่า การประมาณค่าทางสถิติจะถูกต้องและมีความหมายก็ต่อเมื่อสุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็นเท่านั้น การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่สามารถกำหนดกลุ่มประชากรที่จะใช้เป็นกรอบคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ การคำนวณค่าช่วงความเชื่อมั่นและค่าสถิติต่าง ๆ รวมทั้งอัตราความซุกที่สำรวจได้จะต้องถูกนำไปใช้อย่างระมัดระวัง

การวัดการเปลี่ยนแปลงตามเวลา

การวัดการเปลี่ยนแปลงของอัตราการสูบบุหรี่ สามารถใช้วิธีการสำรวจซ้ำแบบเดียวกันเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้โดยใช้แบบสอบถามที่มีคำถามหลักเหมือนกัน และใช้วิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการรายงานแบบเดียวกันในประชากรกลุ่มย่อยต่าง ๆ นอกจากนั้นการสำรวจใหม่แต่ละครั้งควรใช้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับกลุ่มที่ทำ การสำรวจครั้งแรก และถ้ามีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการสำรวจ ควรประมาณการ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นด้วย ตัวอย่างเช่น ใช้การสำรวจด้วยวิธีต่าง ๆ ในกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมใน เวลาเดียวกันเพื่อศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการสำรวจ

ตาราง 4 ขนาดตัวอย่างที่ต้องการในการสำรวจอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ (P) และด้วย ความผิดพลาดที่กำหนดไว้ (d) ในการเก็บตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย ที่ความเชื่อมั่น 95%

ความชุกของอัตราการสูบบุหรี่ที่คาดไว้											
d (%)	5	10	15	20	25	30	40	50	60	70	80
± 1	1825	3457	4898	6147	7203	8067	9220	9604	9220	8067	6147
± 2	456	864	1225	1537	1801	2017	2305	2401	2305	2017	1537
± 3	203	384	544	683	800	896	1024	1067	1024	896	683
± 4	114	216	306	384	450	504	576	600	576	504	384
± 5	73	138	196	246	288	323	369	384	369	323	246
± 10	18	35	49	61	72	81	92	96	92	81	61

d เป็นค่าความผิดพลาดที่กำหนดไว้ ซึ่งจะสะท้อนความแม่นยำ (precision) ที่ต้องการ (วัดเป็นร้อยละ) ซึ่งเป็นขอบเขตแต่ละด้านของค่าที่ประมาณได้ของ P และค่า d ไม่ควรเกิน $\pm 5\%$ แต่ควรจะใช้ค่าต่ำ ๆ ตัวอย่างเช่น ถ้าค่าความชุกของอัตราการสูบบุหรี่ที่คาดไว้ในประชากรหรือ กลุ่มย่อย เท่ากับ 20% และต้องการให้ค่าที่ประมาณได้อยู่ภายในขอบเขต $\pm 5\%$ (ความเชื่อมั่น 95%) จำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 246 คน โดยปกติค่านี้อาจใช้สำหรับประชากรกลุ่มย่อย เช่น กลุ่มผู้ชายอายุ 15-24 ปี ขนาดตัวอย่างควรใช้จำนวนมากกว่านี้เพื่อให้การประมาณค่าใน ประชากรแต่ละกลุ่มอายุและเพศเชื่อถือได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุดควรประมาณ 2,000

คน (ผู้ชาย 1,000 คนและผู้หญิง 1,000 คน) เพื่อให้ค่าที่คาดประมาณได้ในแต่ละกลุ่มอายุของผู้ชาย และผู้หญิงนั้นเชื่อถือได้¹

การสำรวจควรทำทุก 5 ปี ในช่วงระยะเวลาเดียวกันของปี ถ้ามีทรัพยากรมากพออาจสำรวจทุกปีหรือทุก 2 ปี ถ้ามีทรัพยากรจำกัด ควรสำรวจในกลุ่มตัวอย่างขนาดพอเหมาะและทำบ่อยครั้งแทนการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และนาน ๆ ครั้ง เหตุผลประการหนึ่งก็คือ ผลที่ได้จากการสำรวจซ้ำสามารถนำมาคำนวณรวมกันในการประมาณค่าในกลุ่มย่อยได้ ซึ่งควรทำแบบนี้โดยเฉพาะในกรณีที่มีการระบาดของบรูชีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

การเตรียมข้อมูล การวิเคราะห์และการนำเสนอผล

การสำรวจเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลควรใช้แบบสอบถามมาตรฐานในการเก็บข้อมูลและใช้วิธีการมาตรฐานในการวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย เช่น นำเสนอในรูปแบบของตาราง

การตรวจสอบข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลจะต้องทำการตรวจสอบและจัดสิ่งปนเปื้อนในข้อมูล ได้แก่ การตรวจสอบความสอดคล้องต่อเนื่องและความถูกต้องตรงกัน (consistency) ความครบถ้วน (completeness) และความถูกต้องเที่ยงตรง (accuracy) การตรวจสอบคำตอบที่ผิดพลาดหรือไม่ตอบ (missing answers) และความไม่ถูกต้องตรงกันในข้อมูล เช่น ตอบจำนวนบรูชีที่สูบต่อวันทั้ง ๆ ที่ตอบคำถามก่อนหน้านี้ว่าเป็นคนที่ไม่สูบบุหรี่

วิธีจัดการความไม่ถูกต้องตรงกันของข้อมูลทำได้โดยกระบวนการต่อไปนี้

- ตรวจสอบซ้ำข้อมูลในแบบสอบถามและนำไปตรวจสอบกับแฟ้มข้อมูลนำเข้า
- ทำการนำเข้าข้อมูลสองครั้ง (2 ไฟล์) และนำมาตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล (validation)
- สร้างกฎเกณฑ์สำหรับการนำเข้าข้อมูล เช่น ถ้าตัวอย่างตอบ “ไม่” ในคำถาม 1/ตอบ “ใช่” ในคำถาม 2 และตอบว่า 10 ในคำถามเกี่ยวกับจำนวนบรูชีที่สูบในคำถาม 5 สามารถควบคุมความผิดพลาดโดยการกำหนดให้คำตอบทั้งสามข้อนี้กลายเป็น missing แต่ปรากฏการณ์นี้จะไม่เกิดขึ้นหากพนักงานสัมภาษณ์ทำการตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลหลังจบการสัมภาษณ์

¹ การคาดประมาณขนาดตัวอย่างที่ซับซ้อนกว่านี้ และค่าความเชื่อมั่นระดับอื่นๆ ดูได้ใน Lwenga SK, Lemeshow S. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva, World Health Organization, 1991.

การคำนวณอัตราตอบกลับในการสำรวจ (response rate)

การคำนวณอัตราตอบกลับในการสำรวจ ควรมีตัวเลขต่อไปนี้

N = จำนวนคนทั้งหมดในกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น

D = จำนวนคนที่ไม่สามารถเข้าถึงได้เนื่องจากการตายหรือการย้ายถิ่น คนกลุ่มนี้จะถูกหักออกจากตัวหาร

M = จำนวนคนที่เข้าถึงได้ในการสัมภาษณ์และมีลักษณะตรงตามเงื่อนไขที่ตั้งไว้

$$(M = N - D)$$

R = จำนวนคนที่ทำการสัมภาษณ์ได้จริง

$$\text{อัตราตอบกลับ} = \frac{R}{N - D} \times 100$$

อัตราความชุกของการใช้ยาสูบชนิดต่าง ๆ

จำนวนคนที่ตอบคำถามแต่ละข้อมักมีจำนวนไม่เท่ากัน เช่น คนที่ไม่สูบบุหรี่จะไม่ต้องตอบคำถามเรื่องจำนวนบุหรี่ที่สูบ ดังนั้นจำนวนอาจจะตรงหรือไม่ตรงกับจำนวนคนที่ใช้ในการคำนวณอัตราความชุกดังตัวอย่างต่อไปนี้

- คนที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน หมายถึงคนที่ตอบว่า “ทุกวัน” ในคำถาม 4 อัตราความชุกที่คำนวณในข้อนี้ไม่ใช่สัดส่วนของจำนวนคนที่ตอบว่าทุกวันต่อคำตอบที่เป็นไปได้ทั้งหมด 3 คำตอบ เพราะจำนวนคนกลุ่มนี้เป็นเฉพาะกลุ่มคนที่ตอบว่า “ใช่” ในคำถาม 1 เท่านั้น หากต้องการหาความชุกคนที่ตอบว่า “ไม่ใช่” ในคำถาม 1 จะต้องถูกรวมในตัวหาร เพื่อให้ได้ค่าอัตราความชุกที่ถูกต้องของการสูบบุหรี่ทุกวัน
- คนที่ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ คนที่ตอบว่า “ไม่ใช่” ในคำถาม 1 และคนที่ตอบว่า “ไม่สูบเลย” ในคำถาม 4 ดังนั้นจำนวนคนที่เป็นตัวหารได้แก่คนที่ตอบคำถามข้อ 1 ทั้งหมด

ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีกฎเกณฑ์ดังในตาราง 5 ซึ่งได้วางแนวทางสำหรับคำตอบในคำถามหลักที่ใช้ในการจำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และในการเตรียมโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล กลุ่มพฤติกรรม การสูบบุหรี่ชนิดต่าง ๆ อาจถูกจำแนกโดยใช้ประโยคเงื่อนไข “ถ้า... ดังนั้น ...” ในการกำหนดค่าให้ตัวแปรใหม่ที่สร้างขึ้น และควรใช้หลักการเดียวกันในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลของการใช้ยาสูบชนิดอื่น ๆ เช่น ยาสูบชนิดไร้ควัน

การประเมินรูปแบบของการใช้ยาสูบควรคำนึงอยู่เสมอว่าอาจมีส่วนเหลื่อมซ้อนกันระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ใช้ยาสูบชนิดอื่น ๆ อัตราความชุกของกลุ่มที่ “สูบบุหรี่ทุกวัน” (รวมคนที่ใช้ยาสูบชนิดอื่น ๆ หรือใช้ทั้งสองอย่าง) ไม่ได้คำนวณจากการรวมจำนวนคนในแต่ละกลุ่มเข้าด้วยกัน เพราะจะทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจถูกนับซ้ำสองครั้ง

การวิเคราะห์ควรทำแยกกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง แบ่งตามกลุ่มอายุเป็นช่วงละ 10 ปี อาจเริ่มตั้งแต่อายุ 15-24 ปีหรืออาจใช้ช่วงอายุที่กว้างกว่านี้เมื่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ตัวอย่างเช่น 15-24 ปี/ 25-44 ปี/ 45-64 ปี และ 65 ปีขึ้นไป ตาราง 6 เป็นตัวอย่างของการคำนวณและการนำเสนอข้อมูลอัตราความชุกจากข้อมูลสมมติ

ตาราง 5 กฎเกณฑ์ที่ควรใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่ม	การวิเคราะห์กลุ่มตามคำตอบของคำถามหลัก
กลุ่มสูบบุหรี่ทุกวัน - บุหรี่อย่างเดียว - บุหรี่และยาสูบชนิดอื่น ๆ (กลุ่มสูบยาสูบหลายชนิด) - ยาสูบชนิดอื่น ๆ นอกเหนือจากบุหรี่	คำถาม 4 : “ทุกวัน” คำถาม 5 : ตัวเลข >0 ในคำตอบบุหรี่ซองหรือบุหรี่มวนเอง และ 0 ในคำตอบข้ออื่น ๆ คำถาม 5 : ตัวเลข >0 ในคำตอบบุหรี่ซองหรือบุหรี่มวนเอง และ >0 ในคำตอบข้ออื่น ๆ อย่างน้อย 1 ข้อ คำถาม 5 : ตัวเลข 0 ในคำตอบบุหรี่ซองหรือบุหรี่มวนเอง และ >0 ในคำตอบข้ออื่น ๆ อย่างน้อย 1 ข้อ
กลุ่มสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว - คนที่เคยสูบบุหรี่ทุกวัน (reducers) - คนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ทุกวันแต่สูบบามากกว่า 100 มวนในช่วงชีวิต (continuing occasionals) - คนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ทุกวันแต่สูบบาน้อยกว่า 100 มวนในช่วงชีวิต (experimenters)	คำถาม 4 : “เป็นครั้งคราว” ผนวกคำถาม 4 : “เป็นครั้งคราว” และคำถาม 3 : “ใช่” ผนวกคำถาม 4 : “เป็นครั้งคราว” และคำถาม 3 : “ไม่ใช่” และ คำถาม 2 : “ใช่” ผนวกคำถาม 4 : “เป็นครั้งคราว” และคำถาม 3 : “ไม่ใช่” และ คำถาม 2 : “ไม่ใช่”
กลุ่มไม่สูบบุหรี่ (Non-smokers) - คนที่เคยสูบบุหรี่ทุกวัน (ex-smokers) - คนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ทุกวันแต่สูบบามากกว่า 100 มวนในช่วงชีวิต (ex-occasionals) - คนที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย หรือสูบบาน้อยกว่า 100 มวนในช่วงชีวิต และไม่เคยสูบบทุกวัน (non-smokers)	คำถาม 1 : “ไม่ใช่” หรือ คำถาม 4 “ไม่สูบบเลย” และ ผนวกคำถาม 4 : “ไม่สูบบเลย” และคำถาม 3 : “ใช่” ผนวกคำถาม 4 : “ไม่สูบบเลย” และคำถาม 3 : “ไม่ใช่” และ คำถาม 2 : “ใช่” อาจจะ คำถาม 1 : “ไม่ใช่” หรือ คำถาม 2 : “ไม่ใช่” และ คำถาม 3 : “ไม่ใช่” และคำถาม 4 : “ไม่สูบบเลย”
กลุ่มเคยสูบบุหรี่ (Ever smokers)	คำถาม 1 : “ใช่”
กลุ่มเคยสูบบุหรี่ทุกวัน (Ever daily smokers)	คำถาม 3 : “ใช่”

หมายเหตุ : การคำนวณอัตราความชุกของกลุ่มแต่ละกลุ่มให้ใช้จำนวนคนที่ตอบคำถาม 1 ทั้งหมดเป็นตัวหาร

การรายงานอัตราความชุก ควรใช้ตัวเลขหลังจุดทศนิยมเพียง 1 ตำแหน่งก็เป็นการเพียงพอ และในการรายงานอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นนั้นจะแตกต่างออกไปเนื่องจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในวัยรุ่น ความถี่ของการสูบบุหรี่ควรใช้ตามที่ได้เสนอไว้ในหัวข้อ “วัยรุ่น” การรายงานของกลุ่มอายุ 10-19 ปีควรเป็นอายุรายปี และรวมกลุ่ม 10-14 และ 15-19 ปี หรืออาจเป็น 10-12 / 13-14 / 15-16 และ 17-19 ปี อย่างน้อยที่สุดข้อมูลที่เชื่อถือได้ควรถูกนำเสนอในรูปของช่วงอายุ 10-14 และ 15-19 ปี

ตาราง 6 ตัวอย่างการนำเสนออัตราความชุกของการสูบบุหรี่จากข้อมูลสมมติ

อายุ (ปี)	15-24		25-44		45-64		65+		รวมทุกอายุ	
เพศ	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ	244	250	189	213	467	479	263	362	1,136	1,304
จำนวนที่สำรวจได้	244	243	189	212	457	476	257	350	1,147	1,281
Missing data	0	7	0	1	10	3	6	12	16	23
อัตราความชุก (คำนวณจากจำนวนคนที่สำรวจได้ทั้งหมด ไม่รวม missing data)										
คนที่สูบบุหรี่ทุกวัน (%)	20	34	26	37	30	31	19	15	24	29
คนที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว (%)	19	18	14	9	10	6	4	3	12	8
คนที่ไม่สูบบุหรี่ (%)	61	48	60	54	60	63	77	82	64	63
รวม (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ระดับการบริโภคบุหรี่

การรายงานระดับการบริโภคบุหรี่ทำได้หลายวิธี สำหรับกลุ่มที่สูบบุหรี่ทุกวันอาจใช้ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุหรี่ที่สูบแต่ละวัน หรือใช้การกระจายของกลุ่มคนตามจำนวนบุหรี่ที่สูบ เช่น 1-4 / 5-14 / 15-24 / 25+ มวนต่อวัน หรือ 1-7 / 8-12 / 13-17 / 18-22 / 23-27 และ 28+ มวนต่อวัน การจัดกลุ่มแบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ตัวเลขอ้างอิงการรายงานจำนวนที่ลงท้ายด้วยเลข 5 หรือเลข 0 หรือถ้าจำนวนคนที่สูบบุหรี่มีน้อยอาจรวมกลุ่มเพื่อให้จำนวนคนในแต่ละกลุ่มมีมากขึ้น

การใช้ข้อมูลจากการสำรวจเพื่อประมาณค่าประชากร

ในหลายประเทศ ค่าที่ได้จากการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นจะสามารถใช้คำนวณประมาณการจำนวนคนที่สูบบุหรี่ในประชากรได้ ในการประมาณการต้องนำข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ รายได้มาใช้คำนวณด้วย และ

อาจต้องมีค่าที่ใช้ถ่วงน้ำหนัก (weighting factor) เพื่อใช้คำนวณค่าประชากร ค่าที่ใช้ในการถ่วงน้ำหนักจะใช้ในการปรับค่าที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างให้สะท้อนภาพจริงของประชากร

การวิเคราะห์ประมาณค่านี้ทำให้ข้อมูลหนึ่งคนของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นข้อมูลแทนคนนับพันคนในประชากรได้ ซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางสถิติหรือผู้เชี่ยวชาญด้านการสุ่มตัวอย่างช่วยในการคำนวณ นอกจากนี้การคำนวณค่าช่วงความเชื่อมั่นและการทดสอบทางสถิติ จะต้องอาศัยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อทำการถ่วงน้ำหนัก

การนำเสนอข้อมูลที่ไม่ได้ทำการถ่วงน้ำหนัก จะต้องนำเสนอแยกระหว่างเพศชายและเพศหญิง เพราะสัดส่วนของเพศชายและหญิงในกลุ่มตัวอย่างอาจแตกต่างจากสัดส่วนของเพศชายและหญิงในประชากร การถ่วงน้ำหนักข้อมูลจะสามารถนำเสนอในรูปของค่ารวมของกลุ่มย่อยและค่ารวมของประชากรได้

ข้อคำถามเพิ่มเติมสำหรับการใช้ยาสูบ ความรู้และความคิดเห็น

การใช้ยาสูบ

คำถามเพิ่มเติมเรื่องการใช้ยาสูบ ได้แก่

- อายุเมื่อเริ่มทดลองสูบบุหรี่และอายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน คำถามนี้ควรใช้ในการสำรวจที่เน้นเรื่องการริเริ่มสูบบุหรี่
- ยี่ห้อของบุหรี่ที่ใช้เป็นประจำ ระดับของทาร์ในบุหรี่ที่สูบเป็นประจำ และสูบบุหรี่ที่มีหรือไม่มีก้นกรอง
- ความสนใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งอาจถามว่า “ในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยหยุดสูบบุหรี่หนึ่งวันหรือมากกว่าหนึ่งวันเพื่อพยายามที่จะเลิกบุหรี่หรือไม่” และ “คุณอยากเลิกสูบบุหรี่อย่างถาวรหรือไม่”
- เคยมีแพทย์หรือนักวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ฯลฯ แนะนำให้เลิกบุหรี่หรือไม่
- ดัชนีที่แสดงระดับการติดนิโคติน คือ ระยะเวลาจากตื่นนอนจนถึงสูบบุหรี่ี่มวนแรก โดยควรแบ่งระยะเวลาดังนี้ 1-5 / 6-29 / 30-60 / >60 นาที
- การได้รับควันบุหรี่ที่บ้าน ที่ทำงานและสถานที่สาธารณะ ควรถามเรื่องระยะเวลาที่ได้รับ และมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ที่บ้านหรือไม่

ความรู้ด้านสุขภาพ

การทราบความคิดเห็นของสาธารณชนเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่จะช่วยในการควบคุมการบริโภคยาสูบได้เป็นอย่างดี เพราะข้อมูลข่าวสารมีผลต่อพฤติกรรม ดังนั้นจึงต้องมีกลวิธีในการให้ความรู้แก่ประชาชนที่จะทำให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องในด้านสุขภาพของตน และการเข้าใจว่าประชากรมีความรู้เพียงใดจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนต่อไปในการใช้คำเตือนบนซองบุหรี่ การรณรงค์ให้ความรู้ และมาตรการอื่น ๆ

ข้อมูลที่ควรทราบมีดังนี้

- การทราบถึงโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การที่ประชาชนรู้ว่าบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดีหรือบุหรี่สามารถก่อให้เกิดโรคได้ ไม่ได้แสดงว่า บุคคลนั้นมีความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ ควรใช้คำถามปลายเปิดที่ว่า “เท่าที่ท่านทราบ มีอันตรายหรือโรคอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการสูบบุหรี่” หรือใช้คำถามกึ่งปลายปิดและปลายเปิดเมื่อมีการถามข้อคำถามนี้ การสำรวจในแคนาดาในปี พ.ศ.2533 พบว่ามีประชากรเพียงร้อยละ 20 ที่สามารถระบุได้ว่า โรคหัวใจเป็นโรคร้ายแรงที่เกิดขึ้นเกี่ยวเนื่องมาจากการสูบบุหรี่
- ความตระหนักถึงความเป็นไปได้ในการป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ประชาชนอาจทราบว่า โรคมะเร็งปอดเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ แต่อาจคิดว่า มีคนเพียงไม่กี่คนที่สูบบุหรี่และป่วยด้วยมะเร็งปอด
- ความตระหนักถึงผลที่เกิดจากโรค เป็นคำถามที่จะทำให้ทราบว่า ประชาชนทราบถึงผลที่เกิดขึ้นตามมาจากการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่มากน้อยเพียงใด ด้วยการถามว่า “เท่าที่ท่านทราบ ร้อยละเท่าไรของผู้ป่วยด้วยมะเร็งปอดจากการสูบบุหรี่ที่จะเสียชีวิต” จากข้อมูลสำรวจในแคนาดาในปี พ.ศ.2533 พบว่าหนึ่งในสามของผู้ถูกสำรวจตอบว่า ไม่ทราบ และมีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ตอบได้ถูกต้อง ดังนั้นผู้คนส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 ประเมินความร้ายแรงของโรคผิดไปจากความเป็นจริง
- ความตระหนักถึงผลดีของการเลิกบุหรี่ คนที่คิดว่าการเลิกบุหรี่ไม่มีผลต่อการลดการป่วยด้วยโรคหัวใจทำให้ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ดังความเห็นที่ว่า “ผมสูบบุหรี่มากกว่า 30 ปีแล้ว ดังนั้น มันสายเกินไปแล้วที่จะเลิกบุหรี่เพื่อป้องกันโรค”

ความคิดเห็นสาธารณะ

การสำรวจความคิดเห็นสาธารณะจะช่วยให้การกำหนดนโยบายและการออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยทั่วไปการวางแผนและมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จเพื่อป้องกันเยาวชนไม่ให้เริ่มสูบบุหรี่จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก มักพบว่าผู้สูบบุหรี่ก็มักสนับสนุนมาตรการนี้ เนื่องจากไม่ต้องการให้ลูกหลานของตนสูบบุหรี่ นอกจากนี้ผลจากการสำรวจความคิดเห็นสาธารณะยังมีประโยชน์ในการใช้เป็นข้อโต้แย้งกับบริษัทบุหรี่ด้วย

การสำรวจความคิดเห็นสาธารณะอาจทำร่วมกับการสำรวจความชุกหรือการสำรวจความรู้ แต่ถ้าเป็นไปได้ควรสำรวจเฉพาะเรื่องเพราะจะมีผลโดยตรงต่อความเป็นไปได้ทางการเมืองในการจัดทำมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งถ้าหากรัฐจะมีกฎหมายห้ามการส่งเสริมการขายและการบริโภคยาสูบ ก็ควรสร้างแบบสอบถามที่เน้นเฉพาะเรื่องนั้น การสำรวจความคิดเห็นสาธารณะยังมีประโยชน์ในการพิจารณาทางเลือก เช่น จะใช้วิธีการขึ้นภาษีบุหรี่หรือภาษีสินค้าอื่น ๆ และข้อดีของการสำรวจนี้ก็คือ สามารถทำได้ในระยะเวลาสั้น

การสำรวจความคิดเห็นสาธารณะอาจทำโดยหน่วยงานของรัฐ แต่โดยปกติมักทำโดยหน่วยวิจัยของมหาวิทยาลัย สถาบันด้านการสาธารณสุขหรือองค์กรวิจัยด้านการตลาดของบริษัทเอกชน เนื่องจากผลการสำรวจสามารถนำมาใช้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบได้ ดังนั้นการสำรวจต้องมีการวางแผนเป็นอย่างดีและปราศจากอคติ และเพื่อให้ข้อมูลสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ ควรวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามอายุ เพศ สถานะการสูบบุหรี่ เป็นต้น

ตัวอย่างหัวข้อในการสำรวจความคิดเห็นสาธารณะ ได้แก่

- การจัดให้มีสถานที่ปลอดบุหรี่
- การห้ามขายบุหรี่แก่เด็กและเยาวชน
- การห้ามขายบุหรี่โดยเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ
- การห้ามแจกสินค้าย่อยเพื่อการโฆษณา
- ภาษีบุหรี่
- การใช้เงินจากภาษีบุหรี่ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กีฬาและศิลปะ
- การห้ามโฆษณาบุหรี่
- ค่าเตือนหรือภาพคำเตือนเรื่องอันตรายของบุหรี่

ภาคผนวก 8 แสดงตัวอย่างของข้อคำถามที่ใช้ในการสำรวจความคิดเห็นสาธารณะที่ทำในประเทศแคนาดา

การสำรวจสถานประกอบการ

การสำรวจสถานประกอบการเพื่อให้มีข้อมูลประกอบการพิจารณาการห้ามสูบบุหรี่ หรือ จำกัดการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ การสำรวจต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ที่ทำงานในสถานประกอบการนั้นเพื่อค้นหาความคิดเห็นสนับสนุนในกิจกรรมดังกล่าว การสำรวจจะรวมถึงสภาวะการสูบบุหรี่ การจัดพื้นที่ที่เหมาะสม และความต้องการในการเลิกบุหรี่ และหากได้ทำกิจกรรมการห้ามหรือจำกัดการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ ควรทำการสำรวจเป็นระยะ ๆ เพื่อติดตามกำกับความร่วมมือในระยะยาวต่อไป ภาคผนวก 9 แสดงตัวอย่างการสำรวจสถานประกอบการ

ข้อพึงระวังในการสำรวจ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจ ไม่ควรเลือกเฉพาะคนที่สมัครใจ เพราะคนที่สมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยตนเองนั้นมักไม่ใช่ตัวแทนที่ดีของประชากร และจะทำให้ผลการสำรวจเอนเอียงไปทางใดทางหนึ่ง ดังนั้นการสำรวจความซุกจะต้องมีกระบวนการสุ่มตัวอย่างที่ดี

การสำรวจโดยการสัมภาษณ์ต้องพยายามลดการปฏิเสธการเข้าร่วมให้มน้อยที่สุด เช่น กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจไม่วางใจในตอนที่ขอสัมภาษณ์หรือปฏิเสธการสัมภาษณ์ และควรหลีกเลี่ยงการเลือกผู้อื่นแทนหากอัตราการปฏิเสธสูง เพราะอาจทำให้ผลการศึกษาเอนเอียงไปจากความเป็นจริงได้ ดังเช่น การไปสัมภาษณ์ที่บ้าน บุคคลที่มักตกหล่นไปจากการสำรวจมักเป็นผู้ชายและกลุ่มคนในวัยทำงาน ซึ่งมีพฤติกรรมสูบบุหรี่แตกต่างไปจากประชากรกลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นจำเป็นต้องพยายามชักถามกลุ่มตัวอย่างที่ได้เลือกไว้ด้วยการนัดสัมภาษณ์ในวันหลัง การวางแผนการสัมภาษณ์จึงอาจต้องระบุจำนวนครั้งของการกลับไปเก็บซ้ำ 2-3 ครั้ง เป็นต้น

การสัมภาษณ์บุคคลควรทำในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และชักถามกลุ่มเป้าหมายโดยตรง ถ้ามีบุคคลอื่นอยู่ด้วยกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ตอบตามความเป็นจริง ในบางวัฒนธรรมผู้หญิงอาจไม่ยินดีที่จะพูดเรื่องการสูบบุหรี่ต่อหน้าผู้อื่น หรือวัยรุ่นมักไม่บอกความจริงเรื่องการสูบบุหรี่ต่อหน้าพ่อแม่หรือบุคคลอื่น

สรุป

การมีข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากร จำแนกตามเพศชายและเพศหญิง และตามลักษณะต่าง ๆ มีความสำคัญและมีประโยชน์ในการบอกถึงขนาดของปัญหาการระบาดของบุหรี่ในประชากร

การสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นเป็นวิธีการเดียวที่จะทำให้ได้ผลการศึกษาที่สามารถคาดประมาณความชุกในประชากรได้ถูกต้อง

การเลือกตัวอย่างควรหลีกเลี่ยงอาสาสมัครที่เสนอตัวเป็นตัวอย่างของการสำรวจหรือเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และต้องลดอัตราการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด

การสำรวจอัตราความชุกควรทำซ้ำอย่างน้อยทุก 5 ปี ถ้ามีทรัพยากรมากพอควรทำทุกปี เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการควบคุมกำกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบในประชากร

หนังสืออ่านประกอบ

Giovino GA et al. Epidemiology of tobacco use and dependence. *Epidemiologic reviews*, 1995, 17(1): 48-65.

Gray N, Daube M. *Guidelines for smoking control*. 2nd ed. Geneva, International Union Against Cancer, 1980.

Gupta P, Mackay J. How to conduct a prevalence survey. Geneva, International Union Against Cancer, 1993, (Tobacco Control Factsheets, No.10).

Lwanga SK, Lemeshaw S. *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva, World Health Organization, 1991.

Mehta FS et al. Epidemiologic and histologic study of oral cancer and leukoplakia among 50915 villagers in India. *Cancer*, 1969, 24: 832—849.

Rahkonen O, Berg M, Puska P. Relationship between educational status, gender and smoking in Finland. 1978-1992. *Health Promotion International*. 1995, 10(2): 115-120.

The evaluation and monitoring of public action on tobacco. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (Smoke-free Europe, 3).

US Department of Health and Human Services. *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD, Centers for Disease Control, 1989.

US Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: chronic obstructive lung disease. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD, Centers for Disease Control, 1984.

การประเมินผลกระทบของบุหรีต่อสุขภาพ

หลักการพื้นฐานของการสาธารณสุข คือ การค้นหาสาเหตุของการเจ็บป่วย และสาเหตุของการระบาดของโรค การบันทึกเหตุการณ์และการติดตามกระบวนการเจ็บป่วยจากการสัมผัสปัจจัยต่าง ๆ ด้วยวิธีการทางระบาดวิทยา ซึ่งได้ถูกนำไปใช้กับโรคเรื้อรังต่าง ๆ นอกเหนือไปจากโรคติดเชื้อ

การบริโภคยาสูบทำให้เกิดการเจ็บป่วยในมนุษย์นับล้านคนในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังจะคร่าชีวิตผู้คนอีกมากมายในประเทศกำลังพัฒนา ในปี พ.ศ.2507 สมาคมศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาได้จัดพิมพ์รายงานเรื่องบุหรีและสุขภาพซึ่งสรุปว่า “การสูบบุหรีเป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างมากในสหรัฐอเมริกาและเรื่องนี้ต้องการการดูแลอย่างเหมาะสม” ในปี พ.ศ.2514 ราชแพทยวิทยาลัยแห่งสหราชอาณาจักรได้ประกาศว่า บุหรีเป็นสาเหตุสำคัญของการตายในช่วงอายุของคนรุ่นก่อน และยังมีรายงานของการตายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การระบาดของโรคตายที่เกี่ยวข้องกับบุหรีได้เริ่มในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว แบบแผนของการตายนั้น พบในผู้ชายก่อนแล้วระบาดมายังกลุ่มผู้หญิง ซึ่งสะท้อนพฤติกรรมของการสูบบุหรีที่แตกต่างกัน ปลายศตวรรษที่ 20 การสูบบุหรีจะคร่าชีวิตคนถึง 62 ล้านคนในประเทศที่พัฒนาแล้ว (ผู้ชาย 52 ล้านคน และผู้หญิง 10 ล้านคน) ในช่วง พ.ศ.2524-2533 หนึ่งในสี่ของผู้ชายทั้งหมดจะตายเนื่องจากการสูบบุหรี โดยหนึ่งในสามอยู่ในกลุ่มอายุ 35-69 ปี

อัตราการตายเนื่องจากการสูบบุหรีในเพศหญิงจะน้อยกว่าในเพศชายมาก แต่กำลังพุ่งสูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังเห็นได้จากสัดส่วนของการตายในเพศหญิงวัยกลางคนเนื่องจากการสูบบุหรีเพิ่มขึ้นเป็น 6 เท่า จากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 13 ในปี พ.ศ.2538 องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่า บุหรีจะเป็นสาเหตุสำคัญของการตายก่อนวัยอันควรในประเทศที่พัฒนาแล้วและประมาณครึ่งหนึ่งของการตายอยู่ในกลุ่มอายุ 35-69 ปี

การนำเสนอแนวคิดพื้นฐานด้านวิทยาการระบาดจะทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรีกับการเจ็บป่วย แหล่งข้อมูลสถิติการป่วยและตายได้ถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อคาดประมาณหรือคาดคะเนแนวโน้มของการตายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี มีการนำเสนอวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ประเทศที่สนใจเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ในประเทศของตน

การเก็บรวบรวมและการแปลความหมายข้อมูลด้านวิทยาการระบาด

ประเทศส่วนมากมีระบบจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของประชากร ซึ่งความครอบคลุมและความถูกต้องของข้อมูลจะเป็นไปตามระดับการพัฒนาสุขภาพของประเทศ ประเทศที่พัฒนาแล้วมักมีระบบสถิติชีพที่มีการรายงานสาเหตุการตายที่ครบถ้วนและเชื่อถือได้ การตายทุกรายจะถูกบันทึกและตรวจสอบสาเหตุการตายโดยแพทย์ในทางตรงกันข้าม ข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วยจะมีความถูกต้องน้อยกว่าแม้ในประเทศที่มีระบบสถิติที่ก้าวหน้าก็ตาม มีประเทศที่พัฒนาแล้วเพียงไม่กี่ประเทศที่มีระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งในระดับชาติ

ในประเทศกำลังพัฒนา ข้อมูลเรื่องการตายและการป่วยจะมีลักษณะแตกต่างกันไป ควรตระหนักว่า แต่ละประเทศจะมีความสามารถในการควบคุมกำกับการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่แตกต่างกันมาก บางประเทศในแถบละตินอเมริกาและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีข้อมูลในเรื่องการตายที่เชื่อถือได้โดยเฉพาะสำหรับประชากรวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการประเมินความสำคัญของโรคที่เกิดในพื้นที่ได้ ในส่วนอื่น ๆ ของโลกข้อมูลที่มีอยู่อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากร ข้อมูลเชื่อถือไม่ได้และไม่ทันสมัย ความท้าทายก็คือ จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลเหล่านั้นเพื่อการวางแผนควบคุมการบริโภคยาสูบได้อย่างไร ซึ่งอาจทำการรวบรวมข้อมูลตามวิธีที่ได้แนะนำไว้ในหนังสือนี้

ข้อมูลพื้นฐานและคำนิยาม

ข้อมูลเกี่ยวกับขนาด โครงสร้างและการกระจายตามสภาพภูมิศาสตร์ของประชากรเป็นสิ่งจำเป็นในการแปลผลข้อมูลด้านสุขภาพทั้งการป่วยและการตายได้อย่างถูกต้อง ในการประเมินและติดตามการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ จะต้องทราบขนาดของประชากรจำแนกตามเพศและอายุ เพื่อใช้ในการคำนวณอัตราต่าง ๆ นักระบาดวิทยามีข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนป่วยหรือจำนวนตายด้วยโรคมะเร็งปอดหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ แต่ถ้าหากไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับขนาดและองค์ประกอบของประชากรที่เสี่ยงต่อโรคแล้ว ก็ไม่สามารถใช้ประโยชน์ข้อมูลเหล่านั้นได้อย่างเต็มที่

ดังนั้น ข้อมูลที่จำเป็นต้องมีก็คือ จำนวนป่วยหรือตาย ขนาดและลักษณะของประชากร จะทำให้สามารถคำนวณอัตราป่วยและอัตราตายได้ การป่วยจะขึ้นอยู่กับเพศและอายุ อาทิ โรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่จะมีอัตราป่วยสูงในกลุ่มผู้ชาย และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามอายุ ดังนั้น ข้อมูลประชากรจึงมักจำแนกตามเพศและอายุ โดยปกติ กลุ่มอายุมักแบ่งออกเป็นช่วงละ 10 ปี ได้แก่ 15-24 / 25-34 / 35-44 / 45-54 / 55-64 / 65-74 และ 75+ ปี อย่างไรก็ตาม อาจมีการแบ่งช่วงอายุที่กว้างกว่านี้ เช่น 15-44 / 45-64 หรือ 69 / 65+ หรือ 70+ ปี

อัตราการตายอย่างหยาบ (M) ในประชากรหนึ่ง ๆ คำนวณได้จากจำนวนตาย (D) ของประชากรในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ส่วนมากมักใช้ระยะเวลา 1 ปีหารด้วยจำนวนประชากร (P) ของกลุ่มนั้น โดยทั่วไปมักใช้จำนวนประชากรกลางปีในการคำนวณ และอัตรา มักนำเสนอในรูปของอัตราต่อ 1,000 ต่อปี เช่นการคำนวณอัตราการตายในแต่ละกลุ่มอายุและเพศ ดังตาราง 7 แสดงตัวอย่างข้อมูลที่ได้มีการจำแนกตามอายุ

ตาราง 7 ตัวอย่างข้อมูลการตายด้วยมะเร็งปอดที่ได้จากระบบสถิติชีพ

อายุ	จำนวนตาย	จำนวนประชากรเสี่ยง (ประชากรกลางปี)	อัตราการตายด้วยมะเร็งปอด จำแนก ตามอายุ (ต่อ 1,000 ประชากร)
35-39	140	1,650,000	0.08
40-44	480	1,850,000	0.26
45-49	1,070	1,840,000	0.58
50-54	2,090	1,670,000	1.25
55-59	3,000	1,340,000	2.24
60-64	3,200	1,100,000	2.91
65-69	2,900	900,000	3.22
70+	3,600	1,400,000	2.57

อัตราป่วยอย่างหยาบ (Crude Death Rate) ด้วยโรคหนึ่ง ๆ สามารถคำนวณได้ด้วยวิธีเดียวกันนี้ แต่แทนที่จะใช้จำนวนตายจะใช้จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่พบในประชากรนั้นในช่วงระยะเวลา 1 ปี อัตราป่วยตามอายุและเพศจะคำนวณเช่นเดียวกับอัตราการตาย

อัตราป่วยหรือตายตามอายุอาจแปลความหมายได้ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกลุ่มอายุมีหลายกลุ่ม การคำนวณดัชนีรวมทุกช่วงอายุหรือครอบคลุมช่วงอายุกว้าง ๆ จะช่วยให้เห็นภาพการเกิดโรคได้ดีกว่า นอกจากนี้ ดัชนีนี้ยังเป็นข้อมูลที่ดีในการศึกษาแบบแผนและแนวโน้มการเกิดโรค ตัวอย่างเช่น อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอดอาจเพิ่มสูงขึ้นในประชากรเพียงเพราะประชากรนั้นมีอายุเพิ่มขึ้น ทั้ง ๆ ที่ความเสี่ยงต่อการตายด้วยมะเร็งปอดอาจจะไม่ได้เพิ่มขึ้นเลย

มีดัชนี 2 ชนิดที่นิยมใช้มากในทางระบาดวิทยา ได้แก่

1. อัตราอุบัติการณ์สะสม (Cumulative Incidence Rate : CIR) หรืออัตราการตายสะสม (Cumulative Mortality Rate : CMR) ซึ่งเป็นการรวมอัตราการตายเฉพาะอายุ หากแบ่งกลุ่มอายุเป็นแบบช่วง ๆ ละ 5 ปี (15-19 / 20-24 /) CIR หรือ CMR จะเท่ากับ 5 คูณผลรวมของอัตราการตายเฉพาะอายุนั้น ๆ ดังตัวอย่างในตาราง 7 จะคำนวณได้ดังนี้

$$CMR = (\text{จำนวนของ } a \text{ ถึง } b) \times (\sum Mx)$$

$$\begin{aligned} CMR &= \text{จำนวนปีของช่วงอายุ} \times (\text{ผลรวมของอัตราตายตามกลุ่มต่าง ๆ}) \\ &= 5 \times (0.08 + 0.26 + 0.58 + 1.25 + 2.24 + 2.91 + 3.22) \\ &= 52.7 \text{ ต่อ } 1,000 \text{ ต่อปี} \end{aligned}$$

เมื่อ a เป็นอายุที่เริ่มต้น และ b เป็นขอบเขตบนของช่วงอายุ Mx เป็นอัตราตายตามอายุในแต่ละช่วง 5 ปีนั้น

2. Age Standardized Incidence (mortality) Rate (ASR) ใช้ในการเปรียบเทียบการป่วยหรือตายในประชากรที่มีโครงสร้างอายุแตกต่างกัน อัตราอย่างหยาบจะถูกแทรกแซงด้วยอิทธิพลของโครงสร้างอายุของประชากร เนื่องจากการตายด้วยโรคเรื้อรังจะพบมากในประชากรที่มีอายุมาก กรณีนี้ต้องคำนวณอัตราตายเฉพาะอายุก่อน ASR จะคำนวณได้จากการนำอัตราตายเฉพาะอายุมาคูณด้วยค่าถ่วงน้ำหนักที่กำหนดไว้และนำมารวมกันทุกอายุ ค่าถ่วงน้ำหนัก ได้แก่ จำนวนประชากรรายอายุในประชากรกลุ่มหนึ่งที่สมมติขึ้นมา หรือที่เรียกว่า ประชากรมาตรฐาน

ดังนั้น ASR เป็นอัตราที่คาดหวังในประชากรสมมติที่มีโครงสร้างตามที่กำหนดไว้ (หรือประชากรมาตรฐาน) ในทางปฏิบัติอาจเลือกประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นประชากรมาตรฐานก็ได้ แต่โดยทั่วไปมักเลือกประชากรที่ไม่แตกต่างจากประชากรที่กำลังศึกษามากนักเป็นประชากรมาตรฐาน ประชากรมาตรฐานที่นิยมใช้ได้แก่ ประชากรโลกและประชากรยุโรป ตัวอย่างโครงสร้างทั้งสองแบบอยู่ในภาคผนวก 10 การใช้ประชากรมาตรฐานที่แตกต่างกันจะทำให้ค่า ASR ที่คำนวณได้แตกต่างกัน แต่ถ้านำมาใช้ในการเปรียบเทียบกับมาตรฐานเดียวกัน ผลของการเปรียบเทียบก็ยังคงเดิม

ตาราง 8 ตัวอย่างของ ASR ของข้อมูลจากในตาราง 7

อายุ	อัตราตายด้วยมะเร็งปอด จำแนกตามอายุ (ต่อ 1,000 ประชากร)	ประชากรมาตรฐาน	ค่าจำนวนตายที่คาดหวังในประชากรมาตรฐาน
35-39	0.08	7,000	0.56
40-44	0.26	7,000	1.82
45-49	0.58	7,000	4.06
50-54	1.25	7,000	8.75
55-59	2.24	6,000	13.44
60-64	2.91	5,000	14.55
65-69	3.22	4,000	12.88
35-69		43,000	56.06

ตัวอย่าง : ในการคำนวณ ASR จากการตายด้วยมะเร็งปอดในกลุ่มอายุ 35-69 ปีจากข้อมูลในตาราง 7 ทำการคำนวณดังนี้

ขั้น 1 : คำนวณอัตราการตายเฉพาะอายุ (ดังตาราง 7)

ขั้น 2 : คูณอัตราการตายเฉพาะอายุด้วยจำนวนประชากรมาตรฐานในชั้นอายุนั้น ซึ่งจะทำให้ได้จำนวนตายที่คาดหวังในประชากรมาตรฐานในแต่ละกลุ่มอายุ

ขั้น 3 : รวมจำนวนตายที่คาดหวังในประชากรมาตรฐานในแต่ละกลุ่มอายุเข้าด้วยกัน และหารด้วยจำนวนประชากรมาตรฐานทั้งหมด จะได้ค่า ASR นำมาคูณด้วย 1,000 จะได้ ASR อัตราตายที่ปรับแล้วต่อ 1,000 ประชากร

หมายเหตุ ตัวอย่างนี้ใช้ประชากรยุโรปเป็นประชากรมาตรฐาน

การติดตามศึกษาปริมาณการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

การคำนวณอัตราความชุกของการป่วยกระทำโดยวิธีเดียวกันกับการคำนวณอัตราความชุกของการสูบบุหรี่คือ สัดส่วนของจำนวนคนที่ป่วยในช่วงระยะเวลาหนึ่งต่อประชากรทั้งหมด

$$\text{อัตราความชุกของโรค (Disease Prevalence : DP)} = \frac{\text{จำนวนคนที่ป่วยด้วยโรคหนึ่งๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี}}{\text{ประชากรกลางปี}} \times 100$$

มีการใช้คำว่า อัตราความชุก (Prevalence Rate) และ อัตราอุบัติการณ์ (Incidence Rate) ในความหมายเดียวกัน ซึ่งเป็นการใช้ที่ผิดเพราะอัตราอุบัติการณ์เป็นการวัดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะที่อัตราความชุกเป็นการวัดปริมาณการป่วยที่มีอยู่ในชุมชนในระยะเวลาหนึ่ง อย่างไรก็ตามทั้งสองอัตรานี้มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากอัตราความชุกจะขึ้นอยู่กับอัตราอุบัติการณ์ในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งขึ้นอยู่กับระยะเวลาการป่วยและอัตราตายด้วยโรคนั้น

ดัชนีการเจ็บป่วยและการตายมีความเหมาะสมที่จะใช้วัดการระบาดของบุหรี่ โดยแสดงให้เห็นปริมาณการป่วยและการตายด้วยโรคที่เกิดเนื่องจากบุหรี่ แม้ว่าอัตราอุบัติการณ์จะเป็นดัชนีที่เหมาะสมกว่า แต่จะหาข้อมูลได้ยากกว่าการวัดอัตราการตาย เพราะไม่ค่อยมีฐานข้อมูลที่สามารถใช้ในการติดตามศึกษาปริมาณการป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ ในหลายประเทศมีการจัดทำฐานข้อมูลของโรคมะเร็งที่ครอบคลุมประชากรบางส่วน อย่างไรก็ตามแม้ในประเทศที่พัฒนาแล้วก็ยังมีข้อมูลอุบัติการณ์ที่ครอบคลุมประชากรบางส่วนเท่านั้น ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดในประเทศ องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer : IARC) ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งและพิมพ์ข้อมูลที่ได้จากการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งใน

ประเทศต่างๆ ทั่วโลกในหนังสือ Cancer incidences in five continents และยังได้จัดทำคู่มือในการจัดตั้งและดูแลรักษาระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งด้วย

แหล่งข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ทะเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชน แม้ว่าข้อมูลเหล่านี้จะมีประโยชน์ในการศึกษาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ยิ่ง แต่ข้อมูลมีความลำเอียงเนื่องจากการเป็นกลุ่มประชากรที่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลเท่านั้น ทำให้ขาดข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ยิ่งของประชากรที่ยากจนและที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ ดังนั้นข้อมูลเหล่านี้สามารถใช้ศึกษาแนวโน้มของการเกิดโรคได้บ้าง แต่ไม่สามารถแสดงปริมาณการเกิดโรคที่แท้จริงได้ การที่โรงพยาบาลมีรายงานผู้ป่วยด้วยมะเร็งปอดรายใหม่จำนวน 62 รายก็ไม่มีประโยชน์ในการศึกษาปริมาณการเกิดโรคมานัก และแม้จะเปรียบเทียบกับปีก่อนแล้วพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังเป็นเพียงแค่อ้างอิงได้ว่าปริมาณการป่วยกำลังเพิ่มขึ้น ไม่ได้เป็นดัชนีชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง เนื่องจากปริมาณการป่วยที่เพิ่มขึ้นอาจเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรการวินิจฉัยโรคดีขึ้น ประชากรเข้าถึงบริการมากขึ้น หรือมาจากหลายสาเหตุรวมกัน

ข้อมูลที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับการเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ นอกเหนือจากโรคมะเร็งนั้นหาได้ยากในประเทศที่พัฒนาแล้วบางประเทศ มีระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดีเนื่องจากความช่วยเหลือของโครงการติดตามศึกษาแนวโน้มและตัวกำหนดโรคหัวใจและหลอดเลือดขององค์การอนามัยโลก (Monitoring Trends and Determinants of Cardiovascular Disease : MONICA) ในกลางทศวรรษที่ 1980 (ราว พ.ศ.2518) ซึ่งได้มีการศึกษาถึงการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการสูบบุหรี่ด้วย โครงการนี้มีความร่วมมือจากศูนย์ท้องถิ่นประมาณ 40 แห่ง เนื่องจากมีการวางแผนการวินิจฉัยโรคที่เข้มงวดและการเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน ข้อมูลนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษาการเจ็บป่วยในประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างไรก็ตามการจัดตั้งระบบทะเบียนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจะต้องใช้งบประมาณจำนวนมหาศาล และอาจมีไว้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยและพัฒนามากกว่าการจัดตั้งขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังระดับชาติ

หลายประเทศกำลังพัฒนาระบบทะเบียนจำหน่ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลเพื่อให้เป็นฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการศึกษาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งระบบนี้ต้องการการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน ข้อมูลนี้ควรเชื่อมโยงกับระบบทะเบียนการตายเพื่อให้ได้จำนวนการป่วยของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งหมดทั้งที่ตายและไม่ตาย วิธีการนี้จะมีประโยชน์ในการติดตามศึกษาปริมาณการเกิดโรคได้ดีถ้าหากได้รับความร่วมมือจากทุกโรงพยาบาลในพื้นที่ และทราบจำนวนประชากรในพื้นที่นั้นๆ

ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจจะได้จากการสำรวจสภาวะสุขภาพเป็นระยะ ๆ ซึ่งจะทำให้ได้ปริมาณการเกิดโรค แต่ก็ไม่เพียงพอสำหรับศึกษาแบบแผนการเกิดโรคได้ เพราะการสำรวจส่วนใหญ่จะถามอาการกว้าง ๆ ซึ่งต้องนำมาสรุปเพื่อการวินิจฉัยโรคอีกครั้ง อย่างไรก็ตามโรคเรื้อรังหลายโรคมีอาการคล้ายคลึงกัน ดังนั้นการสรุปการวินิจฉัยโรคจึงทำได้ยาก นอกจากนั้น การศึกษาอาการทำได้แค่การซักถามจากผู้ป่วยซึ่งอาจไม่สามารถระบุอาการเฉพาะบางอย่างได้ชัดเจน หรืออาจจะรายงานอาการหรือโรคน้อยกว่าความเป็นจริง ดังนั้นการสำรวจสภาวะสุขภาพจะมีประโยชน์น้อยในการศึกษาการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งในการสำรวจบางครั้ง จะถามว่า “เคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าตนเองป่วยด้วยโรคอะไรบ้างหรือไม่” ซึ่งข้อมูลก็จะเป็นดัชนีกว้างๆ สำหรับประชากรในกลุ่มนั้น

ในพื้นที่ที่ข้อมูลการเจ็บป่วยเชื่อถือได้ก็จะมีประโยชน์ในการศึกษาภาวะโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่มากกว่าการศึกษาข้อมูลการตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เป็นแล้วไม่ตาย หรือโรคที่มีระยะเวลาการป่วยนานกว่าจะตาย เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรือถุงลมโป่งพอง ดังนั้น ก่อนศึกษาควรพิจารณาว่า การเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องการป่วยนั้นจะมีประโยชน์คุ้มกับทรัพยากรที่ต้องใช้ไปหรือไม่

การศึกษาปริมาณการตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่

ข้อดีของข้อมูลการตายกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ก็คือ เป็นข้อมูลที่หาได้ง่ายและชัดเจน เพราะข้อมูลการตายจะมีการจดบันทึกหรือลงทะเบียนไว้แล้ว แหล่งข้อมูลการตายที่ใหญ่ที่สุด ได้แก่ ระบบสถิติชีพซึ่งมีอยู่ในเกือบทุกประเทศ ในระบบนี้หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบจะได้รับแจ้งการตายภายในระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมายและจะออกใบมรณบัตรที่มีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตาย เช่น อายุ เพศ สถานที่พักอาศัย นอกจากนั้น ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการตายที่ได้จำแนกตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International statistical classification of diseases and related health problems,; ICD)

โดยทั่วไป การตายทุกรายจะต้องมีการจดทะเบียน และมีการตรวจชันสูตรและยืนยันการตายโดยบุคลากรทางการแพทย์ ใน 50-60 ประเทศ ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 30 ของประชากรโลก มีการบันทึกข้อมูลโครงสร้างประชากรจำแนกตามอายุและเพศ ทำให้สามารถศึกษาแนวโน้มการตายด้วยโรคเรื้อรังได้ ซึ่งในบางประเทศอาจพัฒนาการพิสูจน์หาสาเหตุการตายให้ดีขึ้น เช่น การใช้วิธีผ่าศพชันสูตร สำหรับรายงานสถิติการตายทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดพิมพ์อยู่ในรายงานสถิติประจำปีเกี่ยวกับสุขภาพของประชากรโลก (World Health Statistics Annual)

ในบางประเทศมีการจัดทำเฝ้าระวัง (Sentinel Surveillance) เพื่อจมนับการตายในประชากรเฉพาะกลุ่มทุกรายในพื้นที่ที่กำหนดและจำแนกตามเพศและอายุ การตายทุกรายได้รับการชันสูตรโดยบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นในประเทศที่มีหน่วยเฝ้าระวังกระจายไปทั่วประเทศ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังดังกล่าวจะนำไปใช้ในการติดตามศึกษาการเกิดโรคเรื้อรังในประเทศได้ ดังในประเทศจีน ในปี พ.ศ. 2536 มีหน่วยเฝ้าระวังอยู่ 135 แห่ง สามารถครอบคลุมการตายประมาณ 50,000 รายต่อปี

วิธีการอื่นที่สามารถใช้ในการจมนับการตายตามสาเหตุ เช่น การรายงานจากชาวบ้าน การสำรวจย้อนหลัง และการวิเคราะห์เวชระเบียนของโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีความลำเอียงอยู่บ้าง การรายงานจากชาวบ้านมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและเสียค่าใช้จ่ายน้อย สำหรับการวินิจฉัยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทำได้โดยการเยี่ยมบ้านและซักถามอาการและข้อมูลอื่นๆ ของผู้ตาย เพื่อประมวลหาสาเหตุการตายตามแผนผังมาตรฐาน และจะได้รับการสุ่มเพื่อตรวจสอบยืนยันโดยแพทย์ ระบบนี้ใช้ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน 1,400 แห่งในประเทศอินเดีย และจากการประเมินผลระบบนี้พบว่า ข้อมูลที่ได้มีประโยชน์ในการศึกษาสาเหตุการตายหลักๆ และการเจ็บป่วย แต่ไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการศึกษาการตายด้วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับบุหรื

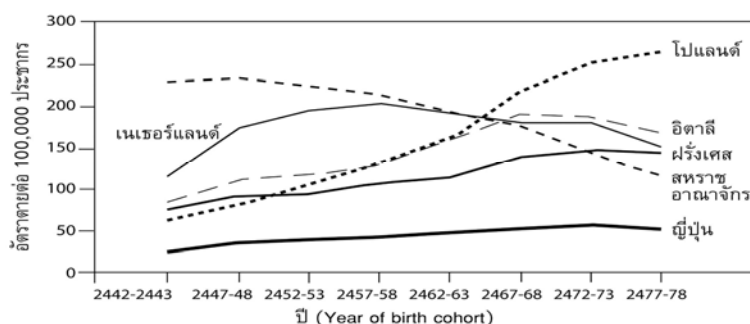
โดยสรุป ระบบการจดทะเบียนการเกิดตาย (สถิติชีพ) และระบบเฝ้าระวัง (Sentinel Surveillance) ที่มีความถูกต้องและครบถ้วนจะสามารถนำมาใช้ในการศึกษาแนวโน้มการตายเนื่องจากโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรื และแทนที่จะทำการศึกษาทุกโรค ควรศึกษาเฉพาะบางโรคที่สำคัญที่เกี่ยวข้องอย่างมากกับบุหรื หรือโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการตาย หรือทั้งสองอย่าง ได้แก่ โรคต่อไปนี้ (ตัวเลขในวงเล็บเป็นรหัส ICD-9/ICD-10)

- มะเร็งปอด (162/C33, C34)
- มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกล่องเสียงและหลอดคอ (140-150, 161/C00-C15, C32)
- โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (410-414/I20-I25)
- โรคหลอดเลือดสมอง (430-438/I60-I69)
- โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง (490-2, 494-6/J40-J44, J47)

นอกจากนี้ ยังควรศึกษาการตายด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด (140-209/C00-C97) และการตายจากทุกสาเหตุ การให้ความสำคัญเฉพาะโรคที่สำคัญ จะลดภาระการวิเคราะห์ข้อมูลมาก แทนที่จะวิเคราะห์มากถึง 30-50 สาเหตุซึ่งมีภาระงานเพิ่มขึ้นมากแต่ได้ประโยชน์เพียงน้อยนิด

แผนภาพ 5 แนวโน้มการตายด้วยมะเร็งปอดในช่วงเวลาเดียวกันของประชากรเพศชาย

อายุ 50-59 ปีในบางประเทศที่พัฒนาแล้ว



แหล่งที่มา : Peto R et al. *Mortality from smoking in develop countries 1950-2000*. Oxford University Press. 1994.

การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์การตายในงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ควรพิจารณาการจัดกลุ่มอายุให้เหมาะสม โรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่นั้นจะพบได้น้อยในกลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี ดังนั้น การจำแนกกลุ่มอายุควรทำในช่วงละ 5 ปี จาก 35-39 ปี จนถึง 80-84 ปี และ 85 ปีขึ้นไป และในการนำเสนอข้อมูล อาจใช้กลุ่มอายุในช่วง 10 ปี ได้แก่ 35-44 ปี จนถึง 65-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป

การวิเคราะห์แนวโน้มของโรคนอกจากจะวิเคราะห์ตามปีปฏิทินเป็นระยะเวลายาวนาน เช่น ศึกษาการเปลี่ยนแปลงในช่วงระยะเวลา 10 ปี หรือระหว่างปี พ.ศ. 2513-2538 และควรทำการวิเคราะห์ตามกลุ่มบุคคล เช่น ในแผนภาพ 5 แสดงการวิเคราะห์การตายด้วยมะเร็งปอดในเพศชาย อายุ 55-59 ปีในบางประเทศ โดยเลือกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มคนที่เกิดในช่วงระยะเวลาเดียวกัน (birth cohort) โดยเริ่มจากคนที่เกิดในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 การนำเสนอในรูปแบบนี้จะแสดงให้เห็นผลในเวลาเดียวกัน ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่า เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในคนที่เกิดในยุคต่างกัน จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการตายด้วยมะเร็งปอดในลักษณะต่างกันด้วย

ความเสี่ยงและการเป็นสาเหตุ

ผู้ที่รับผิดชอบงานสาธารณสุขที่ทำการประเมินอิทธิพลของการสูบบุหรี่ต่อการเจ็บป่วยและการตายจะต้องตระหนักว่า โรคเหล่านี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้ด้วยเช่นกัน การสูบบุหรี่ของประชากรในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนมากจะทำให้เกิดมะเร็งปอด แต่ก็ไม่ใช่ทั้งหมด เช่นเดียวกันกับบุหรี่ที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดคอและกล่องเสียง แต่ก็ไม่ใช่ทั้งหมดเช่นกัน ดังนั้นความรู้เรื่องปริมาณและแนวโน้มการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ยังไม่เพียงพอที่จะทำความเข้าใจเรื่องการระบาดของบุหรี่ การวาง

มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากทราบถึงภาระโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

วิทยาการระบาดเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ถือเป็นการผิตจริยธรรมหากทำการศึกษาโดยให้กลุ่มตัวอย่างสัมผัสปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคโดยเจตนา ดังนั้นการพิสูจน์ว่า บุหรี่เป็นสาเหตุของโรคนั้นกระทำได้เพียงการรวบรวมผลการศึกษาที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง บุหรี่และการเกิดโรคต่างๆ อีกนัยหนึ่งก็คือ การพิสูจน์นั้นวางอยู่บนพื้นฐานปรากฏการณ์ธรรมชาติที่ “ไม่มีข้อสงสัยอีกต่อไป” ในช่วงเวลาที่ผ่านมา การสรุปสาเหตุของโรคอยู่บนหลักการของการ พิสูจน์โรคติดต่อ ส่วนในกลุ่มโรคเรื้อรังได้มีการวางหลักเกณฑ์อย่างชัดเจนในการพิสูจน์ถึงความ เป็นสาเหตุดังแสดงไว้ในตาราง 9 และมีคำอธิบายสั้นๆ เกี่ยวกับเหตุผลที่ทำให้สรุปได้ว่า บุหรี่เป็น สาเหตุของมะเร็งปอด

การใช้อัตราอุบัติการณ์และอัตราตายเพื่อวัดการเจ็บป่วยนั้น เป็นสิ่งที่ใช้อยู่เป็นประจำใน งานสาธารณสุข เช่น อัตราปรับตามอายุ (age standardized rates) และอัตราอุบัติการณ์สะสม (cumulative incidence rates) เป็นการวัดความเสี่ยงสมบูรณ์ (absolute risk) ซึ่งสะท้อนถึงความ น่าจะเป็นในการที่คนๆ หนึ่งจะป่วยหรือตายด้วยโรคใดโรคหนึ่งในช่วงระยะเวลา 1 ปี ในกลุ่ม ประชากรต่างๆ ระดับความเสี่ยงนี้จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ สัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงหรือสารอันตราย เช่น บุหรี่ ในตาราง 12 แสดงตัวอย่างเปรียบเทียบความเสี่ยง ในประชากร 2 กลุ่ม

ตาราง 9 เงื่อนไขสำหรับการเป็นสาเหตุ และการประยุกต์เรื่องการสูบบุหรี่และมะเร็งปอด

เงื่อนไข	ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และมะเร็งปอด
การตอบสนองต่อปริมาณสิ่งเร้า	การสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน หรือสูบบุหรี่จำนวนมากต่อวัน ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดก็สูงขึ้น
ลำดับของเหตุการณ์	การสูบบุหรี่เกิดขึ้นก่อนเกิดโรค 20-30 ปี
ความมากน้อยของความสัมพันธ์	ความเสี่ยงต่อการตายด้วยมะเร็งปอดในกลุ่มสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน เสี่ยงเป็น 20-25 เท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่
ผลของการหยุดสัมผัสกับปัจจัย	เมื่อหยุดสูบบุหรี่ ความเสี่ยงของการเกิดโรคจะลดลง และจะลดลงมาก ขึ้นหากหยุดสูบเป็นระยะเวลานานขึ้น
ความสอดคล้องกับหลักฐานอื่นๆ	การทดลองในห้องปฏิบัติการและการวิเคราะห์ทางเคมีแสดงให้เห็นว่า บุหรี่มีพิษที่สามารถก่อให้เกิดมะเร็งในสัตว์ทดลอง
ความสอดคล้องกับการวิจัยอื่นๆ	มีรายงานวิจัยนับพันเรื่องที่ทำการวิจัยในประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่ใช้วิธีการต่างๆ แต่ให้ผลการศึกษาในทิศทางเดียวกันเกี่ยวกับพิษภัยของ บุหรี่กับการเกิดโรค

มีข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการตายและการป่วยด้วยมะเร็งอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ในประชากรหลายกลุ่ม ซึ่งโดยทั่วไปข้อมูลพวกนี้จะไม่จำเพาะเจาะจงกับการสูบบุหรี่ เพราะในบางประเทศ ข้อมูลการตายจะเป็นการตายทั้งหมดโดยไม่ได้แยกกลุ่มระหว่างผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ แต่ในบางประเทศมีระบบข้อมูลที่บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ด้วย ทำให้สามารถเปรียบเทียบการตายระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ได้ ถ้านำอัตราตายในกลุ่มสูบบุหรี่มาหารด้วยอัตราตายในกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ก็จะได้ค่าดัชนีความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk : RR) ที่แสดงให้เห็นว่าอัตราตายในกลุ่มสูบบุหรี่นั้นสูงเป็นกี่เท่าของอัตราตายในกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ดังแสดงในกรอบข้อความ 12 การคำนวณนี้เป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่า คนสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการตายด้วยโรคมะเร็งปอดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่สูงถึง 30 เท่า

ดัชนี Population Attributable Risk (PAR) เป็นดัชนีที่มีประโยชน์ในการวางแผนการควบคุมการบริโภคยาสูบด้วยเช่นกัน ดัชนีนี้จะเป็นค่าคาดประมาณสัดส่วนหรือร้อยละของการตายหรือป่วยด้วยโรคหนึ่งๆ ของประชากรที่เนื่องมาจากการสูบบุหรี่ หากอัตราตายด้วยมะเร็งปอดหรือโรคหัวใจมีสูง การวางมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบจะทำได้ง่ายขึ้นหากนักสาธารณสุขสามารถแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของบุหรี่ต่อการตายด้วยโรคต่างๆ เหล่านี้ กรอบข้อความ 12 แสดงวิธีการคำนวณ PAR จากค่าอัตราความชุก (P) และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (RR) ของการตายหรือป่วยด้วยโรคหนึ่งๆ (กลุ่มสูบบุหรี่เปรียบเทียบกับกลุ่มไม่สูบบุหรี่) การพิสูจน์สูตรแสดงไว้ในภาคผนวก 10

กรอบข้อความ 12 การคำนวณค่าวัดความเสี่ยงทางวิทยาการระบาด

A) ค่าความเสี่ยงสมบูรณ์ (Absolute Risk : AR)

1) คน 100,000 คนที่สูบบุหรี่ มี 250 คนตายด้วยมะเร็งปอดในระยะเวลา 1 ปี

AR ของคนสูบบุหรี่กับการตายด้วยโรคมะเร็งปอด = $250/100,000$(AR₁)

2) คน 100,000 คนที่ไม่สูบบุหรี่ มี 10 คนตายด้วยมะเร็งปอดในระยะเวลา 1 ปี

AR ของคนไม่สูบบุหรี่กับการตายด้วยโรคมะเร็งปอด = $10/100,000$(AR₂)

B) ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk : RR)

$$\begin{aligned} \text{RR ของการตายด้วยมะเร็งปอด} &= \text{AR}_1 / \text{AR}_2 \\ &= 250/10 = 25 \end{aligned}$$

C) Population Attributable Risk (PAR)

ถ้าในประชากร มีอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ 40% (P) ดังนั้น ค่า PAR ของการตายด้วยมะเร็งปอด จะคำนวณได้จาก

$$\text{PAR} = \frac{P(\text{RR} - 1)}{P(\text{RR} - 1) + 1} = \frac{0.4(25 - 1)}{0.4(25 - 1) + 1} = \frac{9.6}{10.6} = 0.9 \text{ หรือ } 90\%$$

กล่าวได้ว่า 90% ของการตายด้วยมะเร็งปอดในชุมชนนี้ เป็นการตายเนื่องจากการสูบบุหรี่

การวัดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเจ็บป่วย

การวัดอิทธิพลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพเริ่มมีมาตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 20 เมื่อมีการพบการป่วยด้วยโรคมะเร็งช่องปากในคนที่เคี้ยวยาเส้นในประเทศอินเดีย การวิจัยถึงอิทธิพลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพมีมากขึ้นเมื่อมีการสังเกตเห็นการป่วยด้วยมะเร็งปอดที่มีมากขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักรในทศวรรษที่ 1940 การศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยาในระยะแรกมุ่งค้นคว้าหาสาเหตุหลายประการที่อาจทำให้เกิดโรคนี้อีกขึ้น เช่น ภาวะมลพิษในอากาศและการทำถนนโดยใช้น้ำมันดิน ตอนปลายทศวรรษที่ 19 Doll & Hill ได้ทำการวิจัยเรื่องหนึ่ง ซึ่งผลการศึกษายังมีการอ้างอิงมาจนถึงปัจจุบัน เป็นการศึกษาแบบย้อนไปข้างหลัง (Case-Control Study) โดยซักถามถึงปัจจัยต่างๆ เปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและผู้ที่ไม่ป่วยด้วยมะเร็งปอด ผลการวิจัยสรุปว่า “บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปอด” ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Wynder & Graham และงานวิจัยอื่นๆ ในระยะเวลาเดียวกันที่ทำในประเทศสหรัฐอเมริกา

เพื่อทดสอบยืนยันข้อสรุปดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2494 Doll & Hill ได้ทำการวิจัยโดยเก็บประวัติการสูบบุหรี่และปัจจัยต่างๆ ในแพทย์ชาวอังกฤษจำนวน 60,000 ราย และได้ติดตามไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง (Cohort study) จำนวน 40,000 ราย ผลการติดตามพบว่า อัตราการตายในกลุ่มแพทย์ที่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มแพทย์ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างชัดเจน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นเป็นครั้งแรกว่า โรคหัวใจขาดเลือด/หัวใจล้มเหลว โรคปอดเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพองและโรคอื่นๆ อีกมาก มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

การศึกษารูปแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) อีกหลายเรื่องในยุโรป ญี่ปุ่นและสหรัฐอเมริกายืนยันว่า บุหรี่เป็นสาเหตุของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคหลอดเลือดแตกในสมอง และโรคหลอดเลือดส่วนปลาย) แม้ว่าค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจะต่ำกว่าโรคมะเร็งปอด แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวนตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่จะสูงกว่าโรคมะเร็งมาก ทั้งนี้เพราะประชากรมีการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมานานนั่นเอง

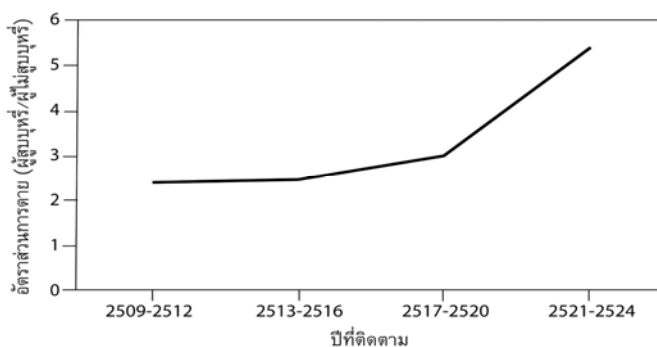
จนถึงปัจจุบัน มีโรรมากกว่า 25 โรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ บางโรคมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ซึ่งเป็นเพียงความเสี่ยงที่ไม่ทำให้ตาย แต่โรคอื่นๆ นั้นเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมากขึ้นในหลายประเทศ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด

ตาราง 10 แสดงรายชื่อโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่เปรียบเทียบการป่วยระหว่างคนสูบบุหรี่กับคนไม่สูบบุหรี่ แยกระหว่างเพศชายและหญิง และในช่วงเวลาต่างๆ (ข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกา) ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์นี้คำนวณจากการศึกษาเพื่อ

ป้องกันโรคมะเร็งครั้งที่ 1 (Cancer Prevention Study : CPS-I) จัดทำโดยสมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา ในปีพ.ศ.2502-2508 และ จัดทำครั้งที่ 2 (CPS-II) ใน 25 ปีต่อมา คือ ในปี พ.ศ. 2525-2529 พบว่าช่วง CPS-I ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ใน CPS-II มีค่าสูงขึ้นกว่าช่วง CPS-I เนื่องจากระยะเวลาสูบบุหรี่ที่ยาวนานขึ้น และอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ด้วย ดังเช่นใน CPS-I กลุ่มผู้หญิงสูบบุหรี่มานาน 10-20 ปี ใน CPS-II การสูบบุหรี่จะนานกว่า 30 ปี พบว่าค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ในผู้ชายที่สูบบุหรี่เป็น 11.4 เท่าของคนไม่เคยสูบบุหรี่ และ 25 ปีต่อมาในช่วง CPS-II ความเสี่ยงนี้เพิ่มขึ้นเป็น 22.4 เท่า และในผู้หญิงเพิ่มจาก 2.7 เท่าเป็น 11.9 เท่า

ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่สูงขึ้นตามระยะเวลาการสูบบุหรี่นี้ สามารถพบได้ในหลายประเทศ ในแผนภาพ 6 แสดงให้เห็นว่า ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์สูงขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ติดตามไป ในผู้ชายญี่ปุ่นที่สูบบุหรี่ และการที่ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ในญี่ปุ่นต่ำกว่าในสหรัฐอเมริกานั้น เป็นเพราะว่าสังคมญี่ปุ่นเพิ่งหันมานิยมการสูบบุหรี่หลังจากที่บุหรีเป็นที่นิยมมาเป็นเวลานานในประเทศสหรัฐและสหราชอาณาจักร ดังนั้นหากคนญี่ปุ่นมีระยะเวลาการสูบบุหรี่นานขึ้น ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดมะเร็งปอดและโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการสูบบุหรี่ในญี่ปุ่นนั้นย่อมจะสูงขึ้น เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ

แผนภาพ 6 ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์เปรียบเทียบระหว่างเพศชายที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่กับการตายด้วยมะเร็งปอด ประเทศญี่ปุ่น ระหว่างปี พ.ศ. 2509-2524



ที่มา : Hirayama 6-prelecture cohort study (N = 265,000)

การคาดประมาณค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Estimation of Relative Risk : RR)

มีรูปแบบการวิจัยทางระบาดวิทยาสองรูปแบบที่ช่วยให้สามารถคำนวณค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (RR) ได้ คือ การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort Study) และการศึกษาแบบย้อนไปข้างหลัง (Case-Control Study) นอกจากนี้จะใช้ศึกษาเกี่ยวกับโรคแล้ว วิธีการศึกษาเหล่านี้ยังสามารถใช้ในการประเมินผลกระทบของบุหรืต่อปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น ผลต่อภาวะการเจริญพันธุ์ และผลต่อคนไม่สูบบุหรืหรือผู้ได้รับควันบุหรืมือสอง

หมายเหตุ รายละเอียดของการดำเนินการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลมีอยู่ในตำราด้านวิทยาการระบาด

การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort Study หรือ Prospective Study)

ความคิดพื้นฐานของการศึกษานี้ คือ การสัมภาษณ์คนกลุ่มหนึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรืและการได้รับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ (เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับมลพิษทางอากาศ) ลักษณะเฉพาะบุคคล (อายุ เพศ ความสูง น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต) ลักษณะและประวัติทางการแพทย์ และทำการติดตามศึกษาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ของคนเหล่านี้ไปข้างหน้าเป็นระยะเวลาหลายปี ข้อดีของการศึกษาแบบนี้ก็คือ สามารถศึกษาการตายและระบุสาเหตุการตายของคนกลุ่มนี้ และถ้าสามารถติดตามได้ ก็สามารถคำนวณอัตราตายในกลุ่มสูบบุหรื และกลุ่มไม่สูบบุหรื และคำนวณค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (RR) ได้ นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการตายด้วยสาเหตุต่างๆ โดยทำการเปรียบเทียบอัตราตายในกลุ่มสูบบุหรื และกลุ่มไม่สูบบุหรืตามช่วงระยะเวลาที่กำหนด เช่น ทุก 5 ปี

ปัญหาที่สำคัญของการศึกษาแบบนี้ก็คือ เสียค่าใช้จ่ายสูง ใช้ระยะเวลานาน การอพยพย้ายถิ่นของประชากร ระบบข้อมูลที่มีอยู่และความเชื่อถือได้ของการบันทึกสาเหตุการตาย การเชื่อมโยงข้อมูลจากการสำรวจพื้นฐานและข้อมูลการตายต้องอาศัยระบบและวิธีการระบุตัวบุคคลที่ชัดเจน

ในประเทศกำลังพัฒนามหาชนของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากการสูบบุหรืต้องการการศึกษาอย่างเร่งด่วน เพราะกำลังมีการระบาดของการสูบบุหรือย่างมากและรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกร่วมกับ IARC และมหาวิทยาลัยออกซฟอร์ดสนับสนุนการวิจัยโดยการจัดตั้งเครือข่ายการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort Study) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดเนื่องจากบุหรืในประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ อาทิ อาร์เจนตินา บราซิล จีน คิวบา อียิปต์และอินเดีย งานวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของความเสี่ยงอันเนื่องมาจากบุหรื และมีประโยชน์ทั้งด้านการวางมาตรการควบคุมบุหรืและการควบคุมกำกับการระบาดในระดับโลก

การศึกษาแบบย้อนหลัง (Case-Control Study)

ในการศึกษาแบบนี้ กลุ่มคนที่ป่วยด้วยโรคที่จะศึกษา (เรียกว่ากลุ่มศึกษา : Case) จะถูกนำไปเปรียบเทียบกับกลุ่มคนที่ไม่ป่วยด้วยโรคนั้น (เรียกว่ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบ : Control) โดยคัดเลือกมาจากประชากรเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มเปรียบเทียบจะถูกเลือกโดยให้มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้ป่วยทั้งในด้านอายุ เพศ และปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจต่างๆ ตัวอย่างเช่น ในการศึกษาเรื่องโรคมะเร็งแบบ Case-Control Study กลุ่มเปรียบเทียบจะเป็นกลุ่มคนที่มีสุขภาพดี หรืออาจเป็นคนที่ป่วยด้วยโรคอื่นๆ (แม้กระทั่งโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ) ที่สุ่มเลือกมาจากกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคที่ไม่เกี่ยวเนื่องกับบุหรี่ จะมีการซักประวัติเกี่ยวกับการได้รับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย ผลภาวะในบ้าน และอื่นๆ และทำการเปรียบเทียบสัดส่วนของการสูบบุหรี่ในกลุ่ม case และกลุ่ม control จะสามารถคำนวณหา Odds Ratio (OR) หรือค่าคาดประมาณของความเสี่ยงสัมพัทธ์ (RR) ได้

ข้อดีของการศึกษาแบบย้อนหลังเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าก็คือ มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า สามารถประเมินค่าความเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วในเวลาอันสั้นและใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยกว่า ข้อจำกัดคือ สามารถศึกษาได้ทีละโรคและไม่สามารถแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงค่าความเสี่ยงได้ นอกจากนี้จะทำการศึกษาซ้ำเป็นระยะๆ อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้งสองรูปแบบมีประโยชน์ในการประมาณค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ สามารถกระทำได้ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งจะขึ้นอยู่กับการทรัพยากรและทักษะความชำนาญด้านวิทยาการระบาด และวัตถุประสงค์ของการศึกษาว่า ต้องการนำไปเพื่อการติดตามกำกับกับการระบาดหรือเพื่อศึกษาความเสี่ยงในปัจจุบัน

การคำนวณจำนวนการตายที่เกิดจากการสูบบุหรี่

เพื่อกระตุ้นให้เกิดมาตรการควบคุมบุหรี่ จำนวนการตายเนื่องจากบุหรี่จะมีประโยชน์มากในการคาดประมาณจำนวนการตายที่เกิดจากบุหรี่ จะทำได้จากการคำนวณ Population Attributable Risk (PAR) สำหรับแต่ละโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (ดังแสดงในภาคผนวก 10) การคูณ PAR เข้ากับจำนวนการตายที่ศึกษาได้ในประชากรจากสาเหตุต่างๆ จะทำให้ได้ค่าประมาณของจำนวนการตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุหรี่ การคำนวณนี้ควรคำนวณแยกกันระหว่างเพศชายและเพศหญิงในแต่ละกลุ่มอายุ

จำนวนการตายเนื่องจากยาสูบ (Tobacco Attributable Mortality : TAM) ของโรค (i) จะคำนวณได้จาก

$$TAM(i) = PAR(i) \times D(i)$$

เมื่อ PAR(i) เป็น tobacco-attributable fraction สำหรับโรค (i) และ D(i) เป็นจำนวนการตายเนื่องจากโรค (i) ค่า Smoking attributable mortality (SAM) คำนวณได้โดยวิธีเดียวกัน หากใช้ PAR ที่เป็นของการสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียว

ในการคำนวณค่า PAR ควรใช้อัตราการสูบบุหรี่และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ในประชากรเดียวกันและในช่วงระยะเวลาเดียวกัน เนื่องจากความแตกต่างในลักษณะของการสูบบุหรี่ การบริโภคยาสูบ ชนิดของบุหรี่ที่สูบและอื่นๆ จะทำให้การสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงในเรื่องบุหรี่ในชุมชนนั้นในขณะนั้น (ที่วัดได้โดยอัตราความชุกของการสูบ) และในกลุ่มประชากรที่เกิดก่อนหน้านั้นจะไม่เหมือนกันหรืออาจแตกต่างกันมาก กรณีเช่นนี้จะพบมากกรณีที่การบริโภคยาสูบ และการสูบบุหรี่เพิ่งได้รับความนิยมในประชากร เช่นในประเทศกำลังพัฒนาต่าง ๆ ดังแสดงในตาราง 10 และแผนภาพ 6 ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์จะสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อระยะเวลาการสูบบุหรือนานขึ้น ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ในประเทศที่มีการสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลานานแล้ว (เช่น สหรัฐอเมริกา หรือสหราชอาณาจักร) มาใช้ในการคาดประมาณ SAM ในประเทศกำลังพัฒนา เพราะจะทำให้ค่าที่คาดประมาณได้มากเกินไปกว่าความเป็นจริง

การคำนวณจำนวน Smoking Attributable Deaths (SAD) จะเชื่อถือได้ในประเทศที่มีประวัติการบริโภคยาสูบเหมือนกับในประเทศที่นำค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์มาใช้ ดังนั้นในสหรัฐอเมริกา ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) จะทำการคำนวณค่า SAD จากค่า AR เป็นประจำ และได้พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการคำนวณค่า SAM และค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจ (SAMMEC) ซึ่งทำให้สามารถติดตามแนวโน้มการเกิดโรคในประเทศที่มีประวัติการบริโภคยาสูบ เช่นเดียวกับในสหรัฐอเมริกาได้ อย่างไรก็ตามควรใช้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่คำนวณเฉพาะสำหรับประเทศหนึ่งๆ เพื่อนำมาใช้กับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ดังกล่าว

การคำนวณโดยวิธีอ้อม

เราสามารถคำนวณค่า SAM ได้โดยวิธีอ้อม โดยการคาดว่าการตายด้วยมะเร็งปอดในประเทศหนึ่งๆ นั้นสามารถสะท้อนให้เห็นประวัติการสูบบุหรี่ในประเทศนั้นในด้านอัตราความชุกระยะเวลา ความเข้มข้นของการสูบบุหรี่และค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของมะเร็งปอด โดยถือว่า มะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากบุหรี่เพียงอย่างเดียว โดยมีผลของปัจจัยอื่นๆ น้อยมาก และสาเหตุการเกิดมะเร็งปอดในคนที่ไม่สูบบุหรี่เหมือนกับในประเทศที่ใช้วิธีนี้ เช่น การได้รับสารแอสเบสตอส และสาเหตุอื่นๆ เช่น ในประเทศจีน ดังนั้น วิธีนี้ควรใช้ในประเทศที่เป็นไปตามเงื่อนไขต่าง ๆ เหล่านี้ และมีข้อมูลเรื่องสาเหตุการตายที่เชื่อถือได้

ผลจากการคำนวณได้ถูกจัดพิมพ์และมีการดัดแปลงวิธีการคำนวณไปบ้าง แต่ผลที่ได้จะใกล้เคียงกัน ค่าอธิบายโดยละเอียดของวิธีการนี้แสดงไว้ในภาคผนวก 10 อีกทั้งแสดงวิธีการประยุกต์ใช้ในประเทศแถบละตินอเมริกา

การคำนวณโดยวิธีอ้อมจะให้ค่าประมาณของ SAM ที่ค่อนข้างเชื่อถือได้ในประเทศที่มีข้อมูลสาเหตุการตายเป็นอย่างดี และมีอัตราการตายด้วยมะเร็งปอดในคนไม่สูบบุหรี่มีค่าใกล้เคียงกับในสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือในด้านการคำนวณสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกได้

การทำนายการตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ในอนาคต

การประมาณค่า SAM จะไม่สามารถนำไปใช้ในประเทศกำลังพัฒนาที่ไม่มีข้อมูลสาเหตุการตายและอัตราการตายในกลุ่มไม่สูบบุหรี่ที่เชื่อถือได้ อย่างไรก็ตาม หากประเทศเหล่านี้มีข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่ ก็อาจใช้ข้อมูลนี้ในการสนับสนุนโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบได้

การป้องกันขั้นแรก ได้แก่ การลดจำนวนตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากแบบแผนการสูบบุหรี่ในปัจจุบันโดยใช้อัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันมาคาดคะเนจำนวนตายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และใช้ตัวเลขคาดประมาณนี้เรียกร้องความสนใจจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ในการทำนายจำนวนตาย ต้องมีอัตราการสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุ 20-24 ปี เนื่องจากคนส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะสร้างพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำในช่วงอายุนี้นั้นอัตราการสูบบุหรี่ในช่วงอายุนี้นี้จะเป็นดัชนีที่ดีสำหรับคนที่เสี่ยงต่อการตายด้วยโรคลung ในอนาคต

การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort Study) ในประชากรที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน เช่นในสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักรได้แสดงให้เห็นว่า อัตราตายในคนที่สูบบุหรี่จะเป็นประมาณสองถึงสามเท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่ในทุกกลุ่มอายุ ถ้าคนที่สูบบุหรี่มีอัตราการตายสูงกว่าอย่างน้อยสองเท่าในทุกช่วงอายุ ซึ่งหมายความว่าอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจะตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ในวัยกลางคนหรือวัยชรา ทั้งนี้ในอนาคตรูปแบบการสูบบุหรี่อาจเปลี่ยนไปและบุหรี่อาจจะมีผลร่วมกับปัจจัยอื่นในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้นอันตรายของการสูบบุหรี่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอาจแตกต่างจากในปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น การลดอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ย่อมมีผลทำให้ความเสี่ยงในอนาคตลดลง ซึ่งการทำนายจำนวนตายในอนาคตจากรูปแบบการสูบบุหรี่ในปัจจุบันนั้น จึงควรใช้กลุ่มเด็กและวัยรุ่น อายุ 0-19 ปี เป็นกลุ่มอ้างอิง (ดูกรอบข้อความ 13)

เราคาดคะเนได้ว่า จำนวนการตายจากบุหรี่ในอนาคตจะลดลงถ้าวัยรุ่นมีการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น หรือหากอันตรายของบุหรี่ในประเทศกำลังพัฒนาแตกต่างไปจากที่สังเกตได้ในที่อื่นๆ หรือทั้งสองสาเหตุ

ข้อมูลประเภทนี้หรือการคาดประมาณค่า SAM ได้มีการจัดทำแล้วในประเทศกำลังพัฒนา และควรถูกใช้ในการประชาสัมพันธ์เพื่อเรียกร้องความสนใจในการทำงานควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเร่งด่วนในการต่อสู้กับการระบาดของบุหรี่ ทั้งนี้เพราะการระบาดของอัตราการสูบบุหรี่ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันต้องการการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดมากขึ้น อีกทั้งยังต้องการการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort Study) มากขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาเพื่อประเมินอันตรายและความรุนแรงในปัจจุบัน และติดตามการระบาดซึ่งจะมีมากขึ้นหากอัตราการสูบบุหรี่ยังเป็นเช่นปัจจุบัน

กรอบข้อความ 13 การคาดประมาณจำนวนตายจากอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

สมมติว่า N เป็นจำนวนเด็กและวัยรุ่นอายุ 0-19 ปีในประชากร และอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 20-24 ปีเท่ากับ P ดังนั้น $N \times P$ จะเป็นจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่จะมีในอนาคต และ $\frac{1}{2} \times N \times P$ จะเป็นจำนวนคนที่ตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ (Smoking Attributable Deaths : SAD) ในกลุ่มคนอายุ 0-19 ปีในปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น ในประเทศหนึ่ง

N เป็นจำนวนเด็กและวัยรุ่นอายุ 0-19 ปี = 2,000,000

P เป็นอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 20-24 ปี = 30%

$N \times P$ เป็นจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่จะมีในอนาคต = $0.3 \times 2,000,000 = 600,000$ คน ซึ่งในจำนวนนี้ 300,000 คนจะตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ โดยที่ครึ่งหนึ่ง (150,000 คน) จะตายในวัยกลางคน และอีกครึ่งหนึ่งจะตายด้วยบุหรี่ในวัยสูงอายุ ในระดับโลกใช้วิธีนี้ซึ่งทำให้คาดประมาณได้ว่า อย่างน้อย 200-300 ล้านคนจะตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ การตายส่วนมากจะเกิดขึ้นประมาณกลางศตวรรษหน้าและจำนวนตายแต่ละปีจะมีประมาณ 10-15 ล้านคน

สรุป

- ตัวหาร (ได้แก่ ข้อมูลประชากร) เป็นจำนวนซึ่งมีความสำคัญมากในการคำนวณค่าอัตราป่วยและอัตราตายต่างๆ ควรแยกตามกลุ่มอายุและเพศ
- ควรแน่ใจว่าประชากรตัวตั้งและตัวหารมาจากกลุ่มประชากรเดียวกัน เพราะหากกลุ่มผู้ป่วยมาจากกลุ่มประชากรเฉพาะที่เป็นตัวตั้ง และนำมาคำนวณเทียบกับจำนวนคนทั้งภูมิภาคหรือทั้งประเทศเป็นตัวหาร จะทำให้การคาดประมาณการป่วยและการตายต่ำกว่าความเป็นจริง

- ข้อมูลประชากรมีหลายแหล่ง แหล่งที่เชื่อถือได้มากที่สุดคือ การสำมะโนประชากร ซึ่งมักทำทุก 5 หรือ 10 ปี และใช้ร่วมกับการคาดคะเนจำนวนประชากรในระหว่างปีสำมะโน (intercensal estimates) ในแต่ละกลุ่มอายุและเพศ การเก็บและประมวลผลข้อมูลจากการสำมะโนประชากรในพื้นที่หนึ่งๆ จะใช้ประโยชน์ในการคำนวณอัตราในประชากรกลุ่มย่อย ในบางประเทศมีการจดทะเบียนราษฎรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลประชากรในการคำนวณได้
- แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยสามารถหาได้จากเวชระเบียนของโรงพยาบาล สถานบริการสาธารณสุขต่างๆ การจดทะเบียนผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ และการสำรวจสภาวะสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากสถานบริการจะครอบคลุมเฉพาะคนที่แสวงหาการรักษาพยาบาล และอาจไม่สามารถเชื่อมโยงกับประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อการคำนวณอัตราต่างๆ ได้จึงควรใช้ข้อมูลด้วยความระมัดระวัง
- ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดจะมีอยู่ในบางกลุ่มประชากร และอาจนำมาใช้ในการคำนวณอัตราได้ แหล่งข้อมูลประเภทนี้ควรได้รับการสนับสนุนให้จัดทำอย่างเป็นระบบและมีความน่าเชื่อถือ และใช้ประโยชน์ในการติดตามแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังควรใช้ระบบทะเบียนนี้ในการพัฒนาและตรวจสอบอัตราการเกิดโรคที่ได้จากระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล
- การสำรวจสภาวะสุขภาพจากข้อมูลรายงานด้วยตนเอง ซึ่งโรคที่ได้จะเป็นกลุ่มอาการและใช้ประโยชน์ได้น้อยในการติดตามแนวโน้มของโรค ดังนั้นจึงควรสำรวจสภาวะสุขภาพที่มีข้อมูลโรคที่ได้จากการวินิจฉัยของแพทย์
- วิธีการคาดประมาณจำนวนตายเนื่องจากการสูบบุหรี่มีหลายวิธีหากแต่ควรใช้เมื่อเงื่อนไขต่างๆ เป็นไปตามที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ไม่ควรใช้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของประเทศที่พัฒนาแล้วในการคาดประมาณจำนวนตายในประเทศกำลังพัฒนา
- ในสภาวะที่ระดับการสูบบุหรี่สูงดังเช่นในปัจจุบัน การคาดประมาณจำนวนตายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจะมีประโยชน์ในการจัดทำนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ข้อมูลเรื่องพิษภัยของบุหรี่จะมีประโยชน์ในการควบคุมกำกับและการระบาดของบุหรี่ และเป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายด้วย อย่างไรก็ตามเรารู้เรื่องพิษภัยของบุหรีค่อนข้างดีแล้ว ดังนั้นจึงควรมีมาตรการต่างๆ อย่างเร่งด่วนเพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบในประชากรให้น้อยลง

หนังสืออ่านประกอบ

- Akiba S, Hirayama T. Cigarette smoking and cancer mortality risk in Japanese men and women. Results from reanalysis of the six prefecture cohort study data. *Environmental health perspectives*, 1990, 87: 19-26.
- Cancer incidence in five continents*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, (see latest available year).
- Cancer registration: principles and methods*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1991.
- Doll R et al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British medical journal*, 1994, 309: 901-911.
- Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. *British medical journal*, 1950, (30/9)ii: 739-748.
- Doll R, Peto R. *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risk of cancer in the United States today*. Oxford, Oxford University Press, 1981.
- Esteban D et al. *Manual for cancer registry personnel*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1995 (IARC Technical Report, No. 10).
- Lay reporting of health information*. Geneva, World Health Organization. 1978.
- Lilienfeld AM, Lilienfeld D. *Foundations of epidemiology*. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press. 1980.
- MacMahon B, Pugh TF. *Epidemiology: principles and methods*. Boston, Little Brown, 1970.
- Peto R et al. *Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000*. Oxford, Oxford University Press. 1994.
- Rothman KJ. *Modern epidemiology*. Boston, Little Brown, 1986.
- US Department of Health and Human Services. *Smoking and health in the Americas: a 1992 report of the Surgeon General, in collaboration with the Pan American Health Organization*. Atlanta, GA, Center for Disease Control, 1992.
- World health statistics annual*. Geneva, World Health Organization. (see latest available volume).
- Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma; a study of 684 proved cases. *Journal of the American Medical Association*, 1950, 143: 329-336.
- Zaridze D, Peto R, eds. *Tobacco: a major international health hazard*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1995 (IARC Scientific Publication, No. 74).

นิยามศัพท์เฉพาะ (Glossary)

คำนิยามต่อไปนี้ใช้สำหรับคำศัพท์ในหนังสือนี้เท่านั้น และอาจมีความหมายอย่างอื่นเมื่อใช้ในกรณีอื่นๆ

Algorithm	ชุดของกฎหรือขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติตามเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ เช่น กลวิธีในการถามจะประกอบด้วยข้อคำถามชุดหนึ่งที่เรียงไว้ตามลำดับ ซึ่งคำตอบที่ได้จะทำให้สามารถวินิจฉัยโรคได้
Areca nut	ผลของพืชตระกูลหมาก โดยปกติผลจะใช้เคี้ยวร่วมกับใบพลู ปูนและยาเส้นรวมกัน ใช้กันมากในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ส่วนในประเทศอินเดีย มักนิยมใช้ผลนี้หมักก่อนนำมาเคี้ยว
Betel-quid	ส่วนผสมระหว่างหมาก ยาเส้น ปูนและสารประกอบที่ให้ความหวานและห่อด้วยใบพลู ใช้กันมากในประเทศบังคลาเทศ กัมพูชา อินเดีย มาเลเซีย ศรีลังกา และประเทศในแถบเอเชีย
Bidis	บุหรี่ยาวขนาดเล็กและห่อด้วยใบไม้ผูกด้วยเส้นด้าย มีใช้กันมากในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเป็นนิยมใช้มากที่สุดที่อินเดีย
Catchment area	ขอบเขตพื้นที่ที่ชัดเจนที่ประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นจะไปรับบริการที่สถานบริการเดียวกัน เช่น โรงพยาบาล
Chilum	กล้องยาสูบที่ทำด้วยดินเหนียว การสูบยากล้องชนิดนี้นิยมมากในภาคเหนือของอินเดีย กล้องยาสูบนี้จะถูกถือตามแนวดิ่งและจะมีลิ้นเล็กๆ กันเพื่อไม่ให้ยาเส้นหลุดเข้าไปในปาก ตัวกล้องยาสูบจะถูกบรรจุด้วยยาเส้นจนเต็ม และมีผ้าเปียกชื้นเล็กๆ หุ้มในส่วนที่สัมผัสกับปากเพื่อป้องกันความร้อนและทำหน้าที่เป็นตัวกรองในขณะเดียวกัน
Cohort	กลุ่มบุคคลที่มีลักษณะใดลักษณะหนึ่งร่วมกัน (เช่น คนที่เกิดในปีเดียวกัน) และถูกใช้ในการศึกษาเพื่อวัตถุประสงค์หนึ่งๆ (เช่น เพื่อเปรียบเทียบสภาวะการตายในกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่)

Confounding	ปัจจัยที่มีบทบาทหรือมีส่วนแทรกแซงในการเปรียบเทียบลักษณะใดลักษณะหนึ่งของบุคคลสองกลุ่ม ในกรณีของบุหรี่ การเปรียบเทียบอัตราการตายในคนสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่อาจจะถูกแทรกแซงโดยปัจจัยอื่นๆ ของคนทั้งสองกลุ่ม โดยที่ปัจจัยนั้นไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ตัวอย่างเช่น คนสูบบุหรี่มักมีความใส่ใจในสุขภาพน้อยกว่าคนไม่สูบบุหรี่ มักไม่ค่อยสนใจการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และมักมีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า เป็นต้น
Crude Mortality Rate (CMR)	ดัชนีพื้นฐานที่ใช้ในการวัดสถานะการตายของประชากรในชุมชนหนึ่งๆ และคำนวณได้จากการใช้จำนวนตายหารด้วยประชากรทั้งหมด (มักใช้ค่าประชากรกลางปี)
Environmental Tobacco Smoke (ETS)	ควันที่บุคคลสูดเข้าไปโดยที่ไม่ใช่ควันจากบุหรี่ที่สูบด้วยตนเองหรือที่เรียกว่าควันบุหรี่มือสอง มักประกอบไปด้วย • ควันบุหรี่ที่ออกมาจากคนที่สูบบุหรี่อยู่ใกล้ • ควันที่เกิดจากปลายบุหรี่ที่ติดไฟอยู่ • ควันที่ผ่านออกมาจากด้านข้างบุหรี่ที่จุดไว้
Excess mortality	จำนวนตายที่มีมากเกินไปในประชากรหนึ่งๆ (เช่น กลุ่มสูบบุหรี่) และประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่ใช้ในการเปรียบเทียบ (เช่น กลุ่มไม่สูบบุหรี่)
Excise tax on cigarette	ภาษีสรรพสามิตบุหรี่ โดยปกติจะมีสองวิธีที่จัดเก็บภาษีบุหรี่ • ภาษีตามสภาพ (specific rate) เป็นภาษีที่จัดเก็บตามปริมาณและ/หรือนำหนักต่อบุหรี่ 1 มวนหรือ ยาเส้น 1 กรัม • ภาษีแบบตามมูลค่า (ad valorem) เป็นภาษีที่จัดเก็บบนพื้นฐานของราคาราบุหรี่ในท้องตลาด
Hookah	วิธีการสูบบุหรี่แบบหนึ่งที่ใช้ในอินเดียซึ่งจะมีภาชนะเล็กๆ สำหรับบรรจุน้ำและมีส่วนขาเป็นไม้ ภาชนะนี้มีไว้ใส่ยาเส้นที่ผสมกับน้ำตาลเหนียวเล็กน้อยและถูกจุดด้วยก้อนถ่าน การสูบบุหรี่ทำโดยผ่านหลอดยาวที่ยื่นออกมาจากด้านข้างของแอ่ง ควันที่เกิดจากการเผาไหม้จะผ่านน้ำเพื่อให้เย็นลงและเพื่อกรองควันก่อน

Lay reporting	ระบบที่ทำให้มีการแจ้งการตายที่เกิดขึ้นในชุมชนที่ไม่มีการจดสถิติชีพ มักให้ญาติพี่น้องเป็นผู้ให้ข้อมูลอาการก่อนตายแก่เจ้าหน้าที่
Manufactured cigarette	บุหรี่ที่มวนด้วยกระดาษและผลิตโดยเครื่องจักร
Moving average	วิธีการทางสถิติที่ทำให้กราฟที่มีการเคลื่อนไหวขึ้นลงมีความเรียบมากขึ้น เช่น ปริมาณการบริโภคยาสูบในแต่ละปีหรืออัตราการตายในแต่ละปี ตัวอย่างเช่น มีสถิติการตายรายปีในระหว่างปี พ.ศ.2513-2533 เราสามารถคำนวณค่าเฉลี่ยของปี พ.ศ.2513, 2514, 2515 ต่อไปโดยคำนวณค่าเฉลี่ยของปี พ.ศ.2514, 2515, 2516 เป็นต้น และนำค่าเฉลี่ยที่ได้มาสร้างกราฟซึ่งจะทำให้ได้กราฟที่มีความเรียบมากกว่าการพล็อตจากข้อมูลเดิม นอกจากนี้ยังสามารถนำปีที่ติดต่อกัน 5 ปีมาหาค่าเฉลี่ย ซึ่งจะเรียกว่า five-year moving average
Nicotine Replacement Therapy (NRT)	การให้การรักษาอาการติดสารนิโคตินในผู้ที่พยายามเลิกบุหรี่ โดยการให้นิโคตินทดแทน เช่น แผ่นพลาสเตอร์นิโคตินปิดที่ผิวหนัง หมากฝรั่งนิโคติน ยาพ่นทางจมูกและที่พ่นทางปาก
Non-Governmental Organization (NGO)	กลุ่มคนที่ทำงานร่วมกันด้วยวัตถุประสงค์หนึ่งๆ ซึ่งไม่ได้ทำงานในองค์กรของรัฐและอาจทำงานร่วมกับองค์กรของรัฐ ตัวอย่างขององค์กรเอกชนที่ทำงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบได้แก่ สมาคมโรคมะเร็ง มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยและสมาคมวิชาชีพด้านการสาธารณสุขต่างๆ
Population subgroup	กลุ่มคนที่มีลักษณะใดลักษณะหนึ่งร่วมกัน เช่น กลุ่มอายุเดียวกันหรือเพศเดียวกัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประชากรทั้งหมด
Risk	ความน่าจะเป็นหรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์หนึ่งๆ ขึ้น เช่น โอกาสที่คนๆ หนึ่งจะป่วยเป็นโรคที่ศึกษา
Roll-your-own cigarette	บุหรี่ที่ผู้สูบบวนด้วยตนเอง

Sentinel surveillance points/sites	พื้นที่หรือกลุ่มประชากรเฉพาะหนึ่งๆ ที่มีการเฝ้าสังเกตเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด เช่น การเกิด การตาย การอพยพย้ายถิ่น หรือเหตุการณ์ทางประชากรอื่นๆ
Smoking Attributable Death (SAD)	การตายที่เกิดเนื่องจากการสูบบุหรี่ โดยที่ไม่ใช่ความน่าจะเป็นของการตายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ แต่เป็นสัดส่วนของการตายในประชากรที่คาดว่าจะเกิดจากการสูบบุหรี่
Standardization	วิธีการมาตรฐานที่ใช้ในการเตรียมข้อคำถาม หรือวิธีการทางสถิติที่ใช้เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบประชากรสองกลุ่มได้
Stockpiling (of tobacco products)	กรรมวิธีในการเพิ่มการขายส่งหรือขายปลีกของผลิตภัณฑ์บุหรี่ มักกระทำเมื่อมีการคาดคะเนว่า จะมีการขึ้นภาษีบุหรี่ในอนาคตอันใกล้

ກາດຜູວ

ข้อตกลงของที่ประชุมอนามัยโลก เรื่อง บุหรี่กับสุขภาพ พ.ศ.2513-2538

WHA23.32	การจำกัดการสูบบุหรี่	พ.ศ.2513
WHA24.48	การจำกัดการสูบบุหรี่	พ.ศ.2514
WHA29.55	การควบคุมการสูบบุหรี่	พ.ศ.2519
WHA31.56	การควบคุมการสูบบุหรี่	พ.ศ.2521
WHA33.35	การควบคุมการสูบบุหรี่	พ.ศ.2523
WHA39.14	บุหรี่กับสุขภาพ	พ.ศ.2539
WHA40.38	7 เมษายน 2531 วันงดสูบบุหรี่โลก	พ.ศ.2530
WHA41.25	แผนปฏิบัติในโครงการบุหรี่กับสุขภาพ	พ.ศ.2531
WHA42.19	บุหรี่กับสุขภาพ	พ.ศ.2532
WHA43.16	บุหรี่กับสุขภาพ	พ.ศ.2533
WHA44.26	การสูบบุหรี่กับการเดินทาง	พ.ศ.2534
WHA45.20	ความร่วมมือระหว่างองค์กรในโครงการ บุหรี่กับสุขภาพ	พ.ศ.2535
WHA46.8	การบริโภคยาสูบในอาคารองค์การสหประชาชาติ	พ.ศ.2536
WHA48.11	กลวิธีการควบคุมการสูบบุหรี่ระหว่างประเทศ	พ.ศ.2538

WHA23.32 : การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 23 / พฤษภาคม พ.ศ.2513

ข้อกังวลเกี่ยวกับผลร้ายแรงของการสูบบุหรี่ต่อการเกิดโรคปอดและโรคหัวใจ รวมทั้งมะเร็งหลอดลมและปอด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพองและโรคหัวใจขาดเลือด ทั้งนี้เพราะตระหนักว่า มะเร็งหลอดลมและปอดเพิ่มขึ้นในทุกประเทศที่มีระบบบันทึกข้อมูลให้ตรวจสอบได้ ดังนั้นหน่วยงานด้านสุขภาพจะต้องมีมาตรการในการลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลักของโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ นอกจากนั้นมีการพิจารณาถึง การสูบบุหรี่ในที่ประชุมใด ๆ ที่เป็นการก่อความรำคาญแก่ผู้อื่น โดยมีข้อเสนอดังนี้

- (1) ผู้ที่เข้าประชุมในที่ประชุมอนามัยโลกใด ๆ ขอให้งดสูบบุหรี่ในที่ประชุม
- (2) ขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการ ดังนี้
 - พิจารณาที่จะให้หัวข้อของวันอนามัยโลกเป็นเรื่อง “ผลสืบเนื่องจากการสูบบุหรี่” อยู่ในความสำคัญลำดับแรก ๆ
 - เรียกร้องสมาชิกและสมาชิกสมทบให้สนใจเรื่องของการจำกัดการสูบบุหรี่ และเสนอให้ประเทศต่าง ๆ พิจารณาถึงข้อดีของข้อเสนอแนะนั้น

- พิจารณาจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับมาตรการต่างๆ เพื่อชักชวนให้มีการลดการสูบบุหรี่
- พิจารณาเนื้อหาและวิธีการให้ความรู้ต่าง ๆ ในการที่จะทำให้วัยรุ่นไม่ริเริ่มสูบบุหรี่
- เสนอให้องค์กรอาหารและเกษตรโลกหาพืชเศรษฐกิจอื่น ๆ ทดแทนในประเทศที่ผลิตยาสูบ
- ให้งานความก้าวหน้าในที่ประชุมผู้บริหาร ครั้งที่ 47 และในที่ประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 24 รวมถึงการเสนองบประมาณด้วย

WHA24.48: การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 24 / พฤษภาคม พ.ศ.2514

ที่ประชุมย้ำเตือนให้ตระหนักถึงผลของการสูบบุหรี่ต่อการเกิดโรคปอดและโรคหัวใจ รวมทั้งมะเร็งปอด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดอีกเสบเรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง โดยเชื่อว่าความพยายามอย่างไม่หยุดยั้งของหน่วยงานด้านการศึกษาและสุขภาพ และหน่วยงานต่าง ๆ จะช่วยลดการบริโภคยาสูบ และยับยั้งการแพร่กระจายการสูบบุหรี่ และให้มุ่งเน้นในกลุ่มวัยรุ่นและหญิงตั้งครรภ์

ที่ประชุมเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกและสมาชิกสมทบให้ความสนใจและร่วมมือในการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ และขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการ ดังนี้

- รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลสืบเนื่องของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และการปฏิบัติงานของประเทศต่าง ๆ ในการลดการสูบบุหรี่
 - ให้กิจกรรมการป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการ
 - ให้ความร่วมมือกับองค์การสหประชาชาติ และองค์กรเอกชนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากบุหรี่ และกระทำทุกวิถีทางที่เป็นไปได้เพื่อลดการสูบบุหรี่ ให้องค์กรอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติดำเนินการศึกษาพืชพันธุ์ต่าง ๆ ที่จะนำมาปลูกทดแทนในพื้นที่ที่ปลูกยาสูบ
- กระตุ้นและเพิ่มความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมด้านการให้การศึกษา การผลิต การเผยแพร่ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเพื่อลดการสูบบุหรี่
- วางแนวทางปฏิบัติสำหรับรัฐบาลที่จะออกกฎหมายที่เหมาะสมในการควบคุมการสูบบุหรี่

WHA29.55: การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 29 / พฤษภาคม พ.ศ.2519

เตือนความจำเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่และวิธีการควบคุมการสูบบุหรี่ และมีการตั้งข้อสังเกตที่น่าสนใจเรื่องรายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับบุหรี่ และผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ สรุปความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และข้อเสนอแนะที่สำคัญขององค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิก

พิจารณาข้อสรุปจากที่ประชุมประเทศโลกที่สามในหัวข้อเรื่องบุหรี่กับสุขภาพที่จัดที่นิวยอร์กในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2518 ซึ่งที่ประชุมให้การสนับสนุนหลักฐานและโครงการที่ตระหนักถึงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อีกมากมาย นอกจากนั้นยังเป็นอันตรายต่อคนที่ได้รับควันบุหรี่มือสองด้วย ซึ่งได้เสนอโดยที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก

มีความกังวลเกี่ยวกับการป่วยและการตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกประเทศทั่วโลก และมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้หญิง แม้ในประเทศที่ไม่นิยมการสูบบุหรี่มาก่อน

กิจกรรมการควบคุมยาสูบจะต้องเป็นความร่วมมือกันในหลายด้าน เช่น การศึกษา กฎหมาย ภาษีอากรและนโยบายด้านราคา ซึ่งต้องมีการวิจัยและการประเมินในลักษณะสหสาขาวิชา

มีการตั้งข้อสังเกตว่า มีเพียงไม่กี่ประเทศที่มีแนวทางการปฏิบัติในเรื่องการควบคุมการสูบบุหรี่ที่ชัดเจนและเชื่อว่าไม่มีองค์กรด้านสุขภาพใดที่จะนิ่งเฉยต่อกิจกรรมนี้ได้ โดยองค์การอนามัยโลกมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมนโยบายการควบคุมการสูบบุหรี่ ซึ่งมีการบันทึกไว้ในโครงการที่ 6 ขององค์การอนามัยโลกซึ่งครอบคลุมปี พ.ศ.2521-2526 ดังนี้

1. ร้องขอให้รัฐบาลของประเทศสมาชิกระบุปัญหาสุขภาพที่พบหรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ในประเทศของตน

2. แนะนำให้รัฐบาลของประเทศสมาชิก

- สร้างและพัฒนากระบวนการประสานงานและให้คำแนะนำในโครงการควบคุมและป้องกันการสูบบุหรี่ในระยะยาวและต่อเนื่อง
- ทำให้การให้ความรู้ด้านพิษภัยของบุหรี่มีความเข้มแข็ง โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้ด้านสุขศึกษา และด้วยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างองค์กรด้านสุขภาพ โรงเรียน สื่อมวลชน องค์กรอาสาสมัคร สภานายจ้าง สมาลูกจ้าง และองค์กรต่าง ๆ ที่เน้นเรื่องผลดีของการไม่สูบบุหรี่และช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ซึ่งแต่ละกลุ่มเป้าหมายควรมีกระบวนการหรือแผนงานที่แตกต่างกัน

- พิจารณาขั้นตอนที่ทำให้แน่ใจว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ได้รับการปกป้องจากมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากควันบุหรี่
- ให้มีการพิจารณาอย่างจริงจังเรื่องการออกกฎหมายหรือมาตรการอื่น ๆ

3. ขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการ ดังนี้

- ทำกิจกรรมเรื่องการต่อต้านการสูบบุหรี่ขององค์การอนามัยโลกอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง
- เปรียบเทียบและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ และกิจกรรมการต่อต้านการสูบบุหรี่ในประเทศสมาชิก
- ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้มีการวิจัยเรื่องบุหรี่และสุขภาพ โดยเน้นการวิจัยด้านการประเมินและการพัฒนาประสิทธิภาพของกิจกรรมต่อต้านการสูบบุหรี่
- ส่งเสริมให้มีการจัดทำมาตรฐานสำหรับ
 - คำนิยาม วิธีการวัด และการคำนวณด้านสถิติในเรื่องการสูบบุหรี่ การบริโภคยาสูบ และการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่
 - วิธีการทดลองในห้องปฏิบัติการในการวัดปริมาณสารอันตรายที่มีอยู่ในบุหรี่
- ให้ความช่วยเหลือแก่รัฐบาล (หากมีการร้องขอ) ในการจัดทำแผนการดำเนินงานและการประเมินนโยบายและแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการต่อต้านการสูบบุหรี่
- ทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยความร่วมมือขององค์การสหประชาชาติ องค์การชำนาญพิเศษ และองค์กรเอกชนอื่น ๆ ในการลดการสูบบุหรี่ด้วยเหตุผลด้านสุขภาพ และให้ความร่วมมือกับองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติในการหาพืชทดแทนในพื้นที่ที่ปลูกยาสูบ เพื่อลดผลกระทบด้านเศรษฐกิจหากมีการบริโภคยาสูบน้อยลง
- จัดให้มีการประชุมผู้เชี่ยวชาญในปี พ.ศ.2520 หรือ พ.ศ.2521 เพื่อทบทวนและประเมินสถานการณ์ระดับโลกในด้านการควบคุมการสูบบุหรี่
- ให้มีการรายงานต่อการประชุมอนามัยโลกถึงพัฒนาการในด้านการควบคุมการสูบบุหรี่

WHA31.56: การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 31 / พฤษภาคม พ.ศ.2521

ให้ตระหนักถึงการเพิ่มขึ้นของปริมาณการผลิตและการสูบบุหรี่ในห้วงสองทศวรรษที่ผ่านมาในบางประเทศ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งเดิมไม่นิยมการสูบบุหรี่ รวมทั้งการส่งเสริมการขายบุหรี่ย่างกว้างขวางทั้งในสื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ นอกจากนั้นยังกระทำผ่านองค์กรด้านกีฬาและวัฒนธรรมซึ่งจะเป็นการชักจูงให้วัยรุ่นสูบบุหรี่มากขึ้น

มีข้อสังเกตว่า มีเพียงไม่กี่ประเทศที่มีกิจกรรมการควบคุมยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ ทั้งในด้านการให้ความรู้ การวางมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการให้ข้อมูลผ่านสื่อและการโฆษณาในสื่อสิ่งพิมพ์ รวมทั้งมาตรการด้านภาษีและด้านราคา

เชื่อว่าองค์การอนามัยโลกจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมนโยบายการควบคุมการสูบบุหรี่ ซึ่งได้มีการบันทึกในโครงการที่ 6 ขององค์การอนามัยโลกซึ่งครอบคลุมปี พ.ศ.2512-2526

1. แนะนำให้รัฐบาลของประเทศสมาชิก

- ส่งเสริมความเข้มแข็งในการให้ความรู้ด้านพิษภัยของบุหรี่ โดยให้เป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาทั่วไป และด้วยความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างองค์กรด้านสุขภาพ โรงเรียน สื่อมวลชน องค์กรอาสาสมัคร สภานายจ้าง สภาลูกจ้าง และองค์กรอื่น ๆ ในการทำงานที่เน้นเรื่องผลดีของการไม่สูบบุหรี่และช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ ซึ่งแต่ละกลุ่มเป้าหมายอาจต้องมีการวางแผนหรือแผนงานที่แตกต่างกัน
- ทำตามมาตรการเบ็ดเสร็จในการควบคุมการสูบบุหรี่ โดยมีการเพิ่มภาษีบุหรี่และจำกัดการโฆษณาบุหรี่ในทุกทางเท่าที่กระทำได้
- ปกป้องสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยให้ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปนเปื้อนด้วยควันบุหรี่
- ให้มีพืชเศรษฐกิจทางเลือกที่จะนำมาทดแทนการปลูกและการผลิตยาสูบในพื้นที่ปลูกยาสูบเท่าที่สามารถทำได้

2. ขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการ ดังนี้

- ทำกิจกรรมเรื่องการต่อต้านการสูบบุหรี่ขององค์การอนามัยโลกอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง
- ประสานงานกับประเทศสมาชิก ด้วยความร่วมมือขององค์การสหประชาชาติ องค์กรเฉพาะทาง และองค์กรเอกชนอื่น ๆ ในการสร้าง การดำเนินงานและการประเมินโครงการในการต่อต้านการสูบบุหรี่ รวมถึงการศึกษาเรื่องพืชทดแทน
- ประสานงานกับประเทศสมาชิกในการควบคุมการโฆษณาบุหรี่ต่อสาธารณะ

โดยเฉพาะการโฆษณาผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์

- ให้มีการพิจารณาอย่างเร่งด่วนเกี่ยวกับการเสนอหวัข้อการไม่สูบบุหรี่ในการรณรงค์วันอนามัยโลก และให้มีการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวาง
- ส่งเสริมให้มีการวิจัยเรื่องสาเหตุของการสูบบุหรี่
- ให้มีการรายงานต่อการประชุมอนามัยโลกครั้งที่ 33

WHA33.35: การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 33 / พฤษภาคม พ.ศ.2523

เตือนความจำเรื่องข้อตกลงที่ผ่านมามีเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่และบทบาทขององค์การอนามัยโลกในการควบคุมการสูบบุหรี่

ให้เน้นการทบทวนหลักฐานเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศที่มีการขยายตัวของอุตสาหกรรมยาสูบทั่วโลกและในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศ และปัญหานี้กำลังขยายไปสู่ประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย หากไม่มีการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง

ข้อควรตระหนัก คือ ผลของบุหรี่ต่อสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเช่น หญิงตั้งครรภ์ มารดาที่ให้นมบุตรและเด็ก และตระหนักถึงความพยายามของอุตสาหกรรมยาสูบในการเผยแพร่บุหรี่อย่างกว้างขวางโดยการโฆษณาบุหรี่โดยใช้กลวิธีทางจิตวิทยาทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมุ่งชักจูงให้วัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่และพัฒนาเป็นนิสัยการสูบบุหรี่ต่อไป

หลายประเทศมีการจำกัดการโฆษณาบุหรี่และมีกิจกรรมระดับชาติที่มีขอบเขตกว้างขวาง ทำให้สาธารณชนมีการตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่มากขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความพยายามขององค์การอนามัยโลกในการรณรงค์ในวันอนามัยโลก เรื่อง “บุหรี่หรือสุขภาพ: คุณเป็นคนเลือกเอง” (Smoking or Health : the choice is yours)

และด้วยความตระหนักว่า กลวิธีในระดับชาติและระดับนานาชาติในเรื่องการต่อต้านการสูบบุหรี่จะต้องมีความต่อเนื่องในระยะยาว และองค์การอนามัยโลกมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมนโยบายการควบคุมการสูบบุหรี่ ดังนี้

แนะนำให้รัฐบาลของประเทศสมาชิก

- ให้มีมาตรการที่เข้มแข็งในการควบคุมการสูบบุหรี่ตามที่ได้วางแนวทางไว้แล้วในครั้งก่อน โดยเน้นหนักเรื่องการให้ความรู้แก่วัยรุ่น และการจำกัดการโฆษณาบุหรี่
- ให้การสนับสนุนการทำงานขององค์การอนามัยโลกในเรื่องของบุหรี่กับสุขภาพ

2. ขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการ ดังนี้

- พัฒนาแผนการปฏิบัติงานขององค์การอนามัยโลกที่มีประสิทธิภาพในเรื่องของ

บุหรีกับสุขภาพ โดยระบุความรับผิดชอบและเรียงลำดับงานที่ต้องปฏิบัติ ก่อนหลัง ให้มีความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพและความร่วมมือระหว่าง องค์การในเรื่องของบุหรีกับสุขภาพ

- ให้องค์การอนามัยโลกเป็นตัวกลางในการทำงานระหว่างประเทศ และ ประสานงานกับประเทศสมาชิก รวมทั้งองค์กรอื่น ๆ ของสหประชาชาติ องค์กร เอกชนอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษาพืชทดแทนยาสูบโดยความร่วมมือ กับองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ
- ประสานงานกับประเทศสมาชิกในการลดการสูบบุหรี
- พิจารณานโยบายที่เกิดจากการค้าและการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะในประเทศ กำลังพัฒนา
- จัดหาทรัพยากรเพื่อใช้ในโครงการ
- ให้งานความก้าวหน้าต่อที่ประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 35

WHA39.14: การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 39 / พฤษภาคม พ.ศ.2529

เตือนความจำเรื่องข้อตกลงเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรีและแผนปฏิบัติการของ องค์การอนามัยโลกในการควบคุมการสูบบุหรี อีกทั้งมีข้อตระหนักร้อยมากเกี่ยวกับการขยายตัว ของการสูบบุหรีและการใช้ยาสูบชนิดอื่น ๆ ทั่วโลก ซึ่งส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก และการเสียชีวิตหลายล้านชีวิตในแต่ละปี และเป็นที่เชื่อว่าการต่อสู้ระหว่างสุขภาพกับบุหรีจะต้อง ดำเนินต่อไป และต้องได้รับชัยชนะเพื่อสุขภาพที่ดีของมนุษย์

องค์การอนามัยโลกยังคงเรียกร้องการปฏิบัติการ ดังนี้

1. ยืนยันว่า

- การสูบบุหรีและการใช้ยาสูบในทุกรูปแบบ เป็นปฏิปักษ์กับการมีสุขภาพดีทั่ว หน้าในปี 2543
- สารก่อมะเร็งและสารพิษต่าง ๆ ในควันบุหรีและผลิตภัณฑ์บุหรีอื่น ๆ เป็น สาเหตุของโรคต่าง ๆ มากมายซึ่งเป็นความจริงที่ได้รับการยืนยันและได้รับการ พิสูจน์ยืนยันชัดเจนทางวิทยาศาสตร์แล้ว

2. เรียกร้องให้มีการปฏิบัติการควบคุมการระบาดของ การสูบบุหรีในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก

3. คัดค้านกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากเป็นสาร เสพติดและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

4. ร้องขอให้ประเทศสมาชิกที่ยังไม่มีโครงการควบคุมการสูบบุหรีควรมีกิจกรรมต่อไปนี้

ได้แก่

- มาตรการที่ทำให้แน่ใจว่า ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับการปกป้องคุ้มครองจากการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะ ภัตตาคาร ยานพาหนะ สถานประกอบการและสถานบันเทิง
- มาตรการส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ เพื่อปกป้องเด็กและเยาวชนไม่ให้เริ่มติดบุหรี่
- มาตรการจัดให้มีตัวแบบหรือบุคคลต้นแบบที่เหมาะสมในสถานบริการสาธารณสุขและบุคลากรสาธารณสุขทุกคน
- มาตรการที่นำไปสู่การกำจัดปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรม และสิ่งจูงใจที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่
- คำเตือนด้านสุขภาพที่ชัดเจน ซึ่งอาจเป็นข้อความที่ว่า “บุหรี่เป็นสารเสพติด” บนซองและหีบห่อบุหรี่และผลิตภัณฑ์บุหรี่ทุกชนิด
- จัดทำโปรแกรมการให้ความรู้และข่าวสารสาธารณะในเรื่องของบุหรี่กับสุขภาพ รวมทั้งการเลิกบุหรี่ โดยมีความร่วมมือเชิงรุกของบุคลากรสาธารณสุขและสื่อสารมวลชน
- ควบคุมกำกับแนวโน้มของการสูบบุหรี่และการใช้ยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ โรคที่เกิดจากบุหรี่ และการควบคุมการสูบบุหรี่ในระดับประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ
- ส่งเสริมให้มีผลตอบแทนทางเศรษฐกิจทดแทนรายได้จากการปลูกยาสูบ การค้าและภาษีบุหรี่
- จัดตั้งศูนย์ที่จะทำหน้าที่กระตุ้น สนับสนุนและประสานงานในกิจกรรมต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว

5. ยื่นเรื่องต่อองค์กรของสหประชาชาติในเรื่อง

- ให้การสนับสนุนองค์การอนามัยโลกในทุกวิถีทางที่จะกระทำได้ตามความเชี่ยวชาญขององค์กรนั้น ๆ
- ร่วมมือเป็นหนึ่งเดียวกับองค์การอนามัยโลกเพื่อหยุดยั้งการเกิดโรคที่เกิดจากบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปกป้องสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
- ช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการจัดหาพืชทดแทนการปลูกยาสูบ การผลิตและการค้าบุหรี่

6. ขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการ ดังนี้

- ส่งเสริมความเข้มแข็งของโครงการด้านบุหรี่และสุขภาพโดยไม่ต้องรอการเปิดตัวอย่างเป็นทางการในโครงการที่ 8 องค์การอนามัยโลกให้การสนับสนุนประเทศสมาชิกต่าง ๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่จำเป็นในการหยุดยั้งการระบาด

ของบุนุห์ก่อนปี พ.ศ.2543

- จัดหาทรัพยากรสนับสนุนโครงการบุนุห์กับสุขภาพในรูปของเงินทุนและกำลังคน เพื่อให้โครงการเหล่านั้นสามารถยืนหยัดอยู่ได้ในระยะยาว
- ประสานงานกิจกรรมเพื่อสนับสนุนองค์การอนามัยโลกในเรื่องบุนุห์กับสุขภาพ โดยประสานงานกับบุคลากรระดับสูงในองค์กรอื่น ๆ ในเครือข่ายสหประชาชาติ
- ประสานงานอย่างต่อเนื่องกับองค์กรเอกชนต่าง ๆ ตามความเหมาะสม
- องค์การอนามัยโลกต้องเป็นตัวแทนในการเรียกร้องแทนประเทศต่าง ๆ ในกิจกรรมด้านบุนุห์กับสุขภาพ และร่วมกับสถาบันสาธารณสุขต่าง ๆ ในการเป็นตัวอย่างของการไม่สูบบุหรี่
- ให้การสนับสนุนประเทศต่าง ๆ ในความพยายามควบคุมบุนุห์
- ให้งานความก้าวหน้าต่อที่ประชุมผู้บริหารในการประชุมครั้งที่ 38 และในการประชุมอนามัยโลกครั้งที่ 41

WHA40.38: การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 40 / พฤษภาคม พ.ศ.2530

เตือนความจำเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ขององค์การอนามัยโลกในมาตรา 1 ของธรรมนูญ “การทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีที่สุดในระดับที่เป็นไปได้”

เตือนความจำเรื่องข้อตกลง WHA39.14 ในเรื่องบุนุห์กับสุขภาพ

แสดงความพอใจในมาตรการต่าง ๆ ที่ประเทศสมาชิกได้ดำเนินการในการลดการสูบบุหรี่

แสดงความขอบคุณผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกที่ได้แถลงว่า สถานที่ต่าง ๆ ในความดูแลขององค์การอนามัยโลกเป็นสถานที่ปลอดควันบุนุห์

ตระหนักว่า การสูบบุหรี่และการบริโภคยาสูบเป็นผลเสียต่อสุขภาพ และปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เห็นได้ชัดในประเทศกำลังพัฒนา

มีข้อสังเกตว่า วันที่ 7 เมษายน พ.ศ.2531 องค์การอนามัยโลกจะฉลองครบรอบ 40 ปี

1. เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกกระทำการต่อไปนี้ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการควบคุมการสูบบุหรี่ และการออกกฎหมายและข้อบังคับถ้าเป็นไปได้

- ให้จัดการฉลองวันที่ 7 เมษายน 2531 เป็นวันงดสูบบุหรี่โลก
- ให้ชักชวนประชาชนในประเทศต่าง ๆ ให้หยุดสูบบุหรี่และหยุดบริโภคยาสูบทุกชนิดในวันนั้น
- จัดให้มีกิจกรรม หรือส่งเสริมกิจกรรมใด ๆ ที่มีอยู่แล้ว ที่เกี่ยวกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และการส่งเสริมสุขภาพ โดยได้รับความร่วมมือจากองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

- ชักชวนให้ผู้จำหน่ายการจำหน่ายบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบในวันนั้น
 - แจ้งให้ผู้จำหน่ายทราบถึงกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ
2. ยื่นข้อเรียกร้องให้ผู้ผลิตบุหรี่และผู้ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมส่งเสริมการสูบบุหรี่ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกดักกิจกรรมในวันนั้น โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา และชักชวนให้สื่อมวลชนในประเทศต่าง ๆ ทำอย่างเดียวกัน
3. ร้องขอให้ผู้อำนวยการรายงานต่อที่ประชุมอนามัยโลกในครั้งต่อไป เกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้กระทำ

WHA41.25: การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 41 / พฤษภาคม พ.ศ.2531

- เตือนความจำเรื่องข้อตกลงและความสำคัญของการปฏิบัติตามข้อตกลงต่าง ๆ
- พิจารณารายงานของผู้จำหน่าย ข้อสังเกตจากที่ประชุมผู้บริหาร และรายงานของคณะที่ปรึกษาของแผนปฏิบัติการระดับโลกในเรื่องบุหรี่กับสุขภาพ
- ขอให้ผู้อำนวยการจัดทำแผนปฏิบัติการตามข้อแนะนำของคณะที่ปรึกษา โดยให้ครอบคลุมเรื่อง ดังต่อไปนี้
- ปัญหาในประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้จากการปลุกยาสูบเป็นรายได้หลัก
 - กลุ่มเป้าหมายและแผนกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการจัดกิจกรรมวันงดสูบบุหรี่โลก ในอนาคต หรือวันอนามัยโลกในแต่ละปี
 - โครงสร้างการบริหารจัดการให้มีความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ขององค์กร
 - ทรัพยากรที่ต้องการ
 - แหล่งทรัพยากรและความสนับสนุนอื่น ๆ

WHA42.19: การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 42 / พฤษภาคม พ.ศ.2532

ย้ำให้ตระหนักว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการตายก่อนวัยอันควรประมาณ 2 ล้านคนต่อปีทั่วโลก และเตือนความจำเรื่องความพยายามแก้ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากการลดการผลิตบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ในประเทศที่พัฒนาแล้วลดลง เนื่องจากมีโครงการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการออกกฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนากลับมีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยงานด้านสุขภาพจะต้องให้ข่าวสารต่อสาธารณะในเรื่องพิษภัยของบุหรี่และให้การสนับสนุนการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับบุหรี่

ให้ความเห็นชอบกับแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลกเรื่องบุหรี่กับสุขภาพในปี พ.ศ.2531-2538 ซึ่งนำเสนอโดยผู้อำนวยการและผ่านความเห็นชอบของที่ประชุมคณะ

ผู้บริหารและขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการ ดังนี้

1. ให้การสนับสนุนโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้วางแผนไว้อย่างต่อเนื่อง และให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรเพิ่มจากเงินงบประมาณที่เหลือ
2. ให้การสนับสนุนหน่วยงานรัฐในการดำเนินมาตรการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ส่งเสริมวิถีชีวิตที่ปราศจากบุหรี่ และควบคุมการส่งเสริมการสูบบุหรี่
3. ทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ และองค์กรของสหประชาชาติ และองค์กรเอกชนต่าง ๆ ในการดูแลด้านสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างเต็มที่
4. ทบทวนผลกระทบของการผลิตบุหรี่ต่อเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชากรในประเทศกำลังพัฒนาที่มีการพึ่งพิงอุตสาหกรรมการผลิตบุหรี่ที่เป็นรายได้หลักของประเทศ และให้รายงานต่อที่ประชุมอนามัยโลกครั้งที่ 43
5. ร่วมมือกับองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติและองค์กรต่าง ๆ ของสหประชาชาติ ในการหาพืชเศรษฐกิจทดแทนการปลูกยาสูบในประเทศที่มีรายได้หลักจากการผลิตยาสูบ และชักชวนให้ประเทศเหล่านั้นให้ความร่วมมือกับโครงการนี้

ที่ประชุมตกลงให้ วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันงดสูบบุหรี่โลก

WHA43.16 : การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 43 / พฤษภาคม พ.ศ.2533

เตือนความจำเรื่องพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพและโครงการเรื่องบุหรี่กับสุขภาพขององค์การอนามัยโลก และร้องขอให้ประเทศสมาชิกดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ ผลสำเร็จที่น่าชื่นชม ได้แก่

1. ความก้าวหน้าเป็นอย่างดีในการดำเนินการของประเทศสมาชิก
2. การลดลงอย่างต่อเนื่องของการบริโภคยาสูบในประเทศสมาชิกที่ได้จัดทำโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ
3. ข้อมูลข่าวสารที่แสดงถึงประสิทธิภาพของโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 - การออกกฎหมายหรือมาตรการในการป้องกันการได้รับควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ สถานที่สาธารณะและยานพาหนะสาธารณะ
 - การจัดทำนโยบายเพื่อการเพิ่มราคาบุหรี่อย่างต่อเนื่อง
 - การออกกฎหมายเพื่อจำกัดการโฆษณาและการส่งเสริมการสูบบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม

ที่ประชุมมีความกังวลเกี่ยวกับหลักฐานที่ยืนยันถึงพิษภัยของการได้รับควันบุหรี่มือสอง และองค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่า ถ้าอัตราการสูบบุหรี่ยังเป็นเช่นในปัจจุบัน จะมีการตายอันเนื่องมาจากบุหรี่ประมาณ 3 ล้านรายต่อปี ในช่วงปี พ.ศ.2533-2543 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคนต่อปีในปี พ.ศ.2563 ซึ่งเป็นที่เชื่อว่า จำนวนตายดังกล่าวจะสามารถหลีกเลี่ยงได้หากการสูบบุหรี่ลดลงอย่างมากและรวดเร็ว

1. ร้องขอประเทศสมาชิกให้ดำเนินการ ดังนี้

- ดำเนินการควบคุมการสูบบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ โดยได้รับความร่วมมือระหว่างองค์กรต่าง ๆ และให้ครอบคลุม 9 ประเด็นตามการประชุมครั้งที่ 39
- พิจารณาการออกกฎหมายหรือมาตรการที่ครอบคลุมการควบคุมการสูบบุหรี่
 - การปกป้องคนไม่สูบบุหรี่จากการได้รับควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ สถานที่สาธารณะ ยานพาหนะสาธารณะ โดยมุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็กและหญิงตั้งครรภ์
 - มาตรการด้านการเงินในการลดการบริโภคบุหรี่
 - จำกัดการโฆษณา การส่งเสริมการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ และอาจห้ามโดยเด็ดขาดในอนาคต

2. มีข้อสังเกตว่า ในประเทศที่มีการบริหารจัดการแบบรัฐที่มีโครงสร้างหลายระดับ องค์กรระดับชาติอาจไม่มีอำนาจในการจัดการเรื่องนี้อย่างเด็ดขาด

3. ขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการ ดังนี้

- ให้การสนับสนุนเพิ่มขึ้นในแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลกในเรื่องบุหรี่กับสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ.2531-2538
- ให้การสนับสนุนด้านการเงินอย่างเพียงพอแก่ประเทศสมาชิกในการดำเนินการควบคุมการสูบบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ
- ควบคุมกำกับและรายงานความก้าวหน้าและประสิทธิภาพของโครงการควบคุมการสูบบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จทุกสองปีต่อที่ประชุมอนามัยโลก
- ให้รายงานต่อที่ประชุมในครั้งต่อไป ในเรื่องการให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศที่เศรษฐกิจพึ่งพาการผลิตยาสูบ โดยเน้นเรื่องประสิทธิภาพของการให้ความช่วยเหลือ

WHA44.26:การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 44 / พฤษภาคม พ.ศ.2534

เตือนความจำเรื่องข้อตกลงเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพและโครงการ “บุหรี่กับสุขภาพ” ขององค์การอนามัยโลก และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกมีมาตรการปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่

จากการได้รับควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ สถานที่สาธารณะ ยานพาหนะสาธารณะ โดยให้ตระหนักว่า ไม่มีระดับการสูบบุหรี่ใดและในที่ไหนที่ปลอดภัย

ตระหนักถึงปัญหาด้านเทคนิคในการดำเนินการให้สถานที่ต่าง ๆ ปลอดภัยจากควันบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรถไฟและเครื่องบิน และมีการแสดงความยินดีต่อบริษัทขนส่งที่ให้บริการที่ปลอดภัยจากควันบุหรี่ และเสนอให้ชักจูงองค์กรอื่น ๆ กระทำแบบเดียวกัน

หากแต่ยังคงมีข้อกังวลอย่างมากเกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพ และการละเมิดสิทธิด้านสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับจำนวนคนตายแต่ละปีเนื่องด้วยการสูบบุหรี่ตั้งแต่ พ.ศ. 2533-2543 พบว่า จะมีประมาณ 3 ล้านคนต่อปี

1. เรียกร้องประเทศสมาชิกให้ปฏิบัติการ ดังนี้

- ดำเนินการตามมาตรการที่เหมาะสมในการปกป้องผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จากการได้รับควันบุหรี่ในยานพาหนะสาธารณะ
- ห้ามการสูบบุหรี่ในยานพาหนะสาธารณะ
- ส่งเสริมการให้ความรู้แก่สาธารณชนให้ตระหนักถึงความสำคัญของการปกป้องตนเองและครอบครัว โดยเฉพาะเด็กให้ปลอดภัยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองระหว่างการเดินทางในยานพาหนะส่วนบุคคล

2. ขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการ ดังนี้

- ให้ความร่วมมือกับองค์การการบินนานาชาติ และองค์กรระหว่างประเทศและระดับชาติในการสร้างแนวทางและคำแนะนำเพื่อให้การเดินทางในยานพาหนะสาธารณะทุกชนิดปลอดภัยจากควันบุหรี่
- สนับสนุนประเทศสมาชิก ในการดำเนินการตามมาตรการปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่ให้ปลอดภัยจากการได้รับควันบุหรี่ในที่สาธารณะ

WHA45.20 การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 45 / พฤษภาคม พ.ศ.2535 : ความร่วมมือระหว่างองค์กรต่าง ๆ ในโครงการบุหรี่กับสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

พิจารณารายงานของผู้อำนวยการเรื่องความร่วมมือระหว่างองค์กรในเครือสหประชาชาติ และตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับความร่วมมือในโครงการต่าง ๆ และผลกระทบทางเศรษฐกิจในประเทศที่พึ่งพาการผลิตยาสูบเป็นรายได้หลัก

ยืนยันถึงความจำเป็นที่ต้องมีความร่วมมือระหว่างองค์กรต่าง ๆ และองค์กรในเครือสหประชาชาติในการจัดการเรื่องบุหรี่กับสุขภาพที่มีความซับซ้อนและยุ่งยาก

เตือนความจำในการตัดสินใจของคณะผู้บริหารในการประชุมครั้งที่ 89 (EB89(16))

เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการในการรายงานต่อสภาสังคมและเศรษฐกิจแห่งสหประชาชาติ

มีข้อกังวลเรื่องการขาดการติดตามอย่างเหมาะสมในรายงานของผู้อำนวยการที่รายงานต่อสภาสังคมและเศรษฐกิจแห่งสหประชาชาติ เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2534 ดังนี้

1. ที่ประชุมกระตุ้นความสนใจของสภาสังคมและเศรษฐกิจแห่งสหประชาชาติในเรื่องความจำเป็นที่ต้องมีความร่วมมือระหว่างองค์กรในเครือสหประชาชาติในเรื่องของบุหรีกับสุขภาพ
2. ร้องขอต่อสภาสังคมและเศรษฐกิจให้นำเรื่องบุหรีกับสุขภาพเข้าในวาระการประชุมครั้งต่อไป เพื่อให้มีการพิจารณาอย่างเป็นทางการและมีการติดตามในการประชุมสหประชาชาติและองค์กรในเครือสหประชาชาติ

3. ขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการ

- ให้มีความร่วมมือระหว่างองค์กรต่าง ๆ ในเครือสหประชาชาติอย่างต่อเนื่องในโครงการบุหรีกับสุขภาพ
- กระตุ้นความสนใจของสภาสังคมและเศรษฐกิจเกี่ยวกับข้อกังวลขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการจัดการในเรื่องบุหรีกับสุขภาพและผลกระทบทางเศรษฐกิจในการลดการผลิตยาสูบในประเทศที่ยังไม่สามารถหาพืชเศรษฐกิจอื่นมาทดแทนยาสูบได้และความยุ่งยากในการให้ความช่วยเหลือประเทศที่ต้องพึ่งพาการผลิตยาสูบ ซึ่งสะท้อนในรายงานการดำเนินงานตามข้อตกลง WHA42.19 และ WHA43.16

WHA46.8 การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 46 / พฤษภาคม พ.ศ.2536 : การสูบบุหรีในอาคารขององค์กรในเครือสหประชาชาติ

เตือนความจำเรื่องข้อตกลง WHA43.16 ที่ร้องขอให้ประเทศสมาชิกดำเนินการผ่านกระบวนการทางกฎหมายหรือมาตรการอื่น ๆ ในการปกป้องผู้ไม่สูบบุหรีจากการได้รับควันบุหรีมือสองในสถานประกอบการ สถานที่สาธารณะและยานพาหนะและข้อตกลง WHA45.20 ที่ร้องขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการให้มีความร่วมมือระหว่างองค์กรต่าง ๆ ในเครือสหประชาชาติอย่างต่อเนื่องในโครงการบุหรีกับสุขภาพ

ผลของการร้องขอ คือ เรื่องบุหรีกับสุขภาพได้รับการบรรจุในวาระการประชุมสำหรับการประชุมครั้งต่อไปของสภาสังคมและเศรษฐกิจแห่งสหประชาชาติ

ข้อกังวลใจคือ ยังมีการยินยอมให้สูบบุหรีในสถานประกอบการ สถานที่สาธารณะและในอาคารขององค์กรในเครือสหประชาชาติเป็นเจ้าของ/ผู้ครอบครองหรือควบคุมดูแล ดังนี้

- ◆ เรียกร้องให้ผู้อำนวยความสะดวกเรียกร้องต่อเลขาธิการสหประชาชาติเกี่ยวกับ
 - ดำเนินกิจกรรมที่จำเป็นในการห้ามการขายและใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิดในอาคารทุกอาคารขององค์กรในเครือที่สหประชาชาติเป็นเจ้าของ/ผู้ครอบครองหรือควบคุมดูแล
 - ทำให้แน่ใจว่า การดำเนินการตามข้อห้ามนี้ดำเนินการได้ในระยะเวลาสองปีเป็นอย่างน้อยนับจากวันประชุมอนามัยโลกครั้งนี้
 - ดำเนินการชักชวนและช่วยเหลือลูกจ้างที่มีความประสงค์จะเลิกบุหรี่ให้เข้าโครงการเลิกบุหรี่ และจัดหาสถานที่นอกอาคารให้เป็นที่สูบบุหรี่

WHA48.11: การประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 48 / พฤษภาคม 2538

เตือนความจำเรื่องข้อตกลง WHA33.35, WHA39.14, WHA43.16 และ WHA45.20 ที่ได้เรียกร้องให้มีการประสานงานระหว่างองค์กรต่าง ๆ ในการควบคุมการสูบบุหรี่ และร่างหัวข้อสำคัญในนโยบายและกลวิธีในระดับประเทศและระหว่างประเทศ

ให้ตระหนักถึงงานที่ทำโดยองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานเรื่องบุหรี่กับสุขภาพ และตั้งข้อสังเกตว่าแผนปฏิบัติงานเรื่องบุหรี่กับสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ.2531-2538 จะสิ้นสุดในปีนี้

มีการตั้งข้อสังเกตว่าผู้อำนวยการและเลขาธิการได้มีส่วนสำคัญในความสำเร็จของการประชุมเรื่องในระดับนานาชาติ “บุหรี่กับสุขภาพโลก ครั้งที่ 9” (ปารีส, ตุลาคม พ.ศ.2537) ซึ่งได้มีการยอมรับกลวิธีในการควบคุมการสูบบุหรี่ในระดับนานาชาติ ที่ครอบคลุมหัวข้อสำคัญในนโยบายขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่ ควบคุมการส่งเสริมผลิตภัณฑ์บุหรี่ให้มีการลดการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้หญิงและเยาวชน โครงการเลิกบุหรี่ นโยบายด้านเศรษฐกิจ คำเตือนด้านสุขภาพและข้อบังคับเรื่องปริมาณสารและนิโคตินในผลิตภัณฑ์บุหรี่ สถานที่ปลอดบุหรี่ และควันบุหรี่ การตลาดและการกำกับดูแล

1. เรียกร้องให้องค์กรการbinระหว่างประเทศตอบสนองต่อข้อเรียกร้องให้งดสูบบุหรี่บนเครื่องบินตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2539 เป็นต้นไป

2. เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จให้ความช่วยเหลือองค์การอนามัยโลกในการประสานงานร่วมกับองค์กรในเครือข่ายสหประชาชาติที่เกี่ยวข้องกับเรื่องบุหรี่กับสุขภาพ เพื่อให้ความช่วยเหลืออย่างทันเวลาและมีประสิทธิภาพในการให้การสนับสนุนประเทศอื่น ๆ ในการดำเนินการควบคุมการสูบบุหรี่ รวมทั้งการให้มีคำเตือนบนซองบุหรี่ที่ส่งออกนอกประเทศ

3. ขอให้ผู้อำนวยการดำเนินการ ดังนี้

- รายงานต่อที่ประชุมอนามัยโลกครั้งที่ 49 ในเรื่องความเป็นไปได้ของการจัดทำ

เครื่องมือสากล ได้แก่ แนวทางปฏิบัติ การประกาศหรือการประชุมนานาชาติ เรื่องการควบคุมบุหรื เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของสหประชาชาติโดยคำนึงถึง ข้อตกลงทางการค้าต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้ว

- แจ้งให้สภาสังคมและเศรษฐกิจรับทราบถึงข้อตกลงเหล่านี้
- ให้องค์การอนามัยโลกมีบทบาทในการเป็นตัวแทนอย่างเข้มแข็งในเรื่องของ “บุหรืกับสุขภาพ” และให้นำเสนอแผนปฏิบัติการในเรื่องบุหรืกับสุขภาพที่ครอบคลุมระยะเวลาระหว่างปี พ.ศ.2539-2543 ต่อที่ประชุมอนามัยโลก ครั้งที่ 49

ตัวอย่างรูปแบบกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ¹

กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นกฎหมายที่ว่าด้วยการห้ามการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย องค์ประกอบ การติดฉลาก การควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ การควบคุมการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ สถานประกอบการและยานพาหนะ การควบคุมกำกับอุตสาหกรรมบุหรี่ และการควบคุมกำกับจำหน่ายบุหรี่แก่เยาวชน

1. กฎหมายนี้เรียกว่า กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

2. คำจำกัดความในกฎหมายนี้

การโฆษณา	ความพยายามทางการค้า รวมถึงการให้การสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ในการส่งเสริมการบริโภค การรับรู้ถึงภาพลักษณ์หรือผลิตภัณฑ์ เครื่องหมายการค้า ชื่อการค้า หรือชื่อบริษัทผู้ผลิต
นักวิเคราะห์	ผู้ที่ทำหน้าที่วิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ยาสูบ
สถานที่ที่จัดไว้ให้สูบบุหรี่	พื้นที่ในอาคารหรือนอกอาคาร ที่ได้กำหนดไว้ให้เป็นบริเวณสูบบุหรี่ได้ตามความในวรรค 12(2)
ห้องที่จัดไว้ให้สูบบุหรี่	พื้นที่ในห้องใด ๆ ที่ได้กำหนดไว้สำหรับการสูบบุหรี่ ตามความในวรรค 12(2)
ผู้จัดจำหน่าย	บุคคลที่เกี่ยวข้องในการจัดจำหน่ายสินค้าที่มีไซการจำหน่ายปลีกแต่เพียงอย่างเดียว โดยรวมถึงผู้ผลิตและผู้นำเข้าด้วย
ลูกจ้าง	คนที่ถูกจ้างโดยนายจ้าง
นายจ้าง	คนที่จ้างบุคคลอื่น รวมถึงคนที่ทำหน้าที่ดูแลในสถานที่ใด ๆ
ผู้ตรวจสอบ	คนที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ตรวจสอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ
ผู้ผลิต	บริษัทใด ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ผลิตรายใด ๆ
รัฐมนตรี	รัฐมนตรีที่มีหน้าที่กำกับการดำเนินการตามกฎหมายนี้และข้อบังคับอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
บรรจุภัณฑ์	ซอง หีบห่อใด ๆ ที่ใช้ในการบรรจุบุหรี่เพื่อการค้าปลีก
prescribed	รายการที่ถูกกำหนดไว้ในข้อบังคับ
ผู้ค้าปลีก	ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการค้าปลีกผลิตภัณฑ์ยาสูบ
การสูบบุหรี่	รวมถึงการถือหรือพกพาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จุดไว้แล้ว
ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตโดยบริษัทบุหรี่ใช้โดยการสูบ สูดดม เคี้ยว อม หรือทาที่ผิวหนัง
เครื่องหมายการค้า	เครื่องหมายการค้าทุกชนิด ทั้งที่จดทะเบียนและไม่จดทะเบียน ที่ทำให้จดจำความแตกต่างได้
สถานประกอบการ	สถานที่ซึ่งเป็นห้องที่ให้คนทำงานประกอบการทำงานตามที่ได้รับจ้าง รวมถึงระเบียง ห้องโถง ซองบันได ลิฟท์ ห้องอาหาร ห้องน้ำหรือสถานที่ที่คนทำงานใช้ร่วมกันระหว่าง

¹ Slama K. Tobacco control and prevention. A guide for low-income countries. Paris, International Union Against Tuberculosis and Lung disease, 1998. Reproduced by permission of the publisher.

วัตถุประสงค์

3. วัตถุประสงค์ของกฎหมายนี้ คือ การตอบสนองด้านกฎหมายต่อปัญหาสุขภาพระดับชาติ เพื่อ

- (ก) ปกป้องสุขภาพของประชากร เพราะการได้รับควันบุหรี่ทำให้เกิดโรคหรือการเจ็บป่วยมากมาย
- (ข) ปกป้องเยาวชนและบุคคลอื่น ๆ จากการถูกชักจูงให้สูบบุหรี่และติดบุหรี่
- (ค) เพิ่มความตระหนักของสาธารณะในเรื่องพิษภัยของบุหรี่ โดยให้มีการเผยแพร่ข่าวสารอย่างมีประสิทธิภาพต่อผู้บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- (ง) ปกป้องประชากร (ในขอบเขตที่เป็นไปได้) จากการได้รับควันบุหรี่โดยไม่สมัครใจ
- (จ) ควบคุมกำกับผลิตภัณฑ์ยาสูบและการกระจายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้สอดคล้องกับเป้าหมายด้านการสาธารณสุข

การโฆษณา

- 4. (1) ห้ามมิให้ผู้ใดทำการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- (2) ห้ามมิให้ผู้ใดตีพิมพ์ กระจายเสียง หรือเผยแพร่ในวิถีทางใด ๆ หรือเป็นตัวแทนในการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 5. นอกเหนือจากกิจกรรมที่ได้ห้ามไว้ในมาตรา 4 ผู้ค้าปลีกอาจ
- (ก) แสดงผลิตภัณฑ์บุหรี่ ณ จุดขายเพื่อการค้า หากการแสดงนั้นไม่ขัดต่อกฎหมายและเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้
- (ข) ติดป้ายแสดงว่า มีผลิตภัณฑ์บุหรี่จำหน่าย หากการแสดงนั้นมีข้อความด้านสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด และเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้
- 6. ห้ามมิให้ผู้ใดใช้ชื่อการค้า เครื่องหมายการค้าของผลิตภัณฑ์บุหรี่ หรือสมาคมการค้าผลิตภัณฑ์บุหรี่แสดงต่อสาธารณะเพื่อการต่อไปนี้
- (ก) การสนับสนุนบุคคลหรือกลุ่มบุคคล สถาบัน อาคาร สถานที่ สถานศึกษา องค์การวัฒนธรรม องค์การกีฬา กิจกรรมใด ๆ หรือ
- (ข) แสดงความขอบคุณต่อการให้การสนับสนุนด้านการเงินหรือด้านอื่น ๆ จากผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่ที่มีต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคล สถาบัน อาคาร สถานที่ องค์การ หรือกิจกรรมต่าง ๆ
- 7.(1) ผู้จัดจำหน่ายจะต้องไม่แจกผลิตภัณฑ์บุหรี่ฟรี หรือให้ผลิตภัณฑ์บุหรี่แก่ผู้ใดโดยมีวัตถุประสงค์ให้แจกจ่ายโดยไม่มีค่าการตลาดเป็นการตอบแทน

(2) ห้ามมิให้ผู้ใดให้ของขวัญ สินค้า การลดราคา หรือส่วนลดเงินสด หรือสิทธิในการเข้าร่วมประกวดใด ๆ ลีอตเตอร์ หรือการชิงรางวัลแก่ผู้ซื้อผลิตภัณฑ์บุหรื

8.(1) ห้ามมิให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์บุหรืที่มีสิทธิใช้เครื่องหมายการค้าของผลิตภัณฑ์บุหรืนั้น ๆ หรือผู้แทน กระทำการต่อไปนี้

(ก) แสดงเครื่องหมายการค้าของผลิตภัณฑ์บุหรืบนผลิตภัณฑ์ใด ๆ นอกเหนือจากบนซองบุหรืหรือหีบห่อบุหรืหรือตู้บรรจุที่มีไว้เพื่อจำหน่ายหรือขนส่ง

(ข) แสดงเครื่องหมายการค้าของผลิตภัณฑ์บุหรืเพื่อการโฆษณาองค์กร บริการ และกิจกรรมต่าง ๆ

(2) ห้ามมิให้ผู้ใดแจกจ่าย จำหน่าย เสนอขายหรือแสดงสิ่งใด ๆ เพื่อการจำหน่ายสินค้าที่มีเครื่องหมายการค้าของผลิตภัณฑ์บุหรื นอกเหนือจากบนซองบุหรืหรือหีบห่อบุหรืหรือตู้บรรจุที่มีไว้เพื่อจำหน่ายหรือขนส่ง

ผลิตภัณฑ์บุหรื

9.ห้ามมิให้ผู้ใดผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์บุหรืที่มีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในกฎหมายนี้

10. (1) ห้ามมิให้ขายหรือเสนอขายผลิตภัณฑ์บุหรื ยกเว้นบนซองผลิตภัณฑ์บุหรืนั้นได้แสดงข้อความเตือนเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพของผลิตภัณฑ์บุหรื ข้อความที่กำหนดไว้ และรายการสารพิษในผลิตภัณฑ์บุหรืที่กำหนดไว้ หรือในควันบุหรืที่เกิดจากการเผาไหม้ โดยต้องระบุปริมาณสารเหล่านั้นด้วย และต้องแสดงในรูปแบบที่กฎหมายกำหนด

(2) ห้ามมิให้ขายหรือเสนอขายผลิตภัณฑ์บุหรืที่มีข้อความหรือรูปภาพอื่น ๆ นอกเหนือไปจากชื่อสินค้า เครื่องหมายการค้าของผลิตภัณฑ์บุหรื ข้อความและรายการที่ระบุไว้ในข้อ (1) หรือข้อความอื่น ๆ ที่อาจกำหนดโดยกฎหมายหรือข้อบังคับฉบับอื่น ๆ

(3) จากข้อ (2) ผู้จำหน่ายอาจแสดงข้อความหรือรูปภาพบนซองผลิตภัณฑ์บุหรืที่ได้รับการอนุญาตจากกฎหมายนี้

(4) ห้ามมิให้ขายหรือเสนอขายบุหรื ยกเว้นเป็นการขายในรูปแบบของซองและบนซองบุหรืได้มีการแสดงจำนวนบุหรืไว้ตามที่กำหนด

11. (1) ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์บุหรืจะต้องรายงานต่อรัฐมนตรี ในรูปแบบ วิธีการ และในระยะเวลาที่กำหนด ถึงสารที่เป็นองค์ประกอบของผลิตภัณฑ์บุหรืและองค์ประกอบของควันบุหรืที่เกิดจากการเผาไหม้ รวมทั้งแจ้งปริมาณของสารเหล่านั้นด้วย

(2) ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์บุหรี่ยังจะต้องรายงานต่อรัฐมนตรี ในรูปแบบ วิธีการ และในระยะเวลาที่กำหนด ถึงปริมาณผลิตภัณฑ์บุหรี่ยังที่ผลิตหรือที่นำเข้า และปริมาณที่จำหน่าย โดยผู้ผลิตหรือผู้นำเข้านั้น ๆ

(3) ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์บุหรี่ยังจะต้องรายงานต่อรัฐมนตรี ในรูปแบบ วิธีการ และในระยะเวลาที่กำหนด ถึงการนำเข้า การส่งออก การผลิต และการค้าผลิตภัณฑ์บุหรี่ยัง รายงาน อาจจะประกอบด้วยข้อมูลอื่น ๆ ที่ถูกกำหนดโดยวัตถุประสงค์ของกฎหมายนี้

(4) ข้อมูลต่าง ๆ ที่ระบุในกฎหมายฉบับนี้จะต้องเปิดเผยต่อสาธารณะ

(5) ห้ามมิให้จำหน่ายหรือเสนอขายผลิตภัณฑ์บุหรี่ยัง ยกเว้น

(ก) ผลิตภัณฑ์บุหรี่ยังที่มีปริมาณจำกัด ที่วัดโดยวิธีที่กำหนดในมาตรา (1) ต่ำกว่า

- 15 ม.ก.ต่อมวน นับจากวันที่ 1 มกราคม 2543 เป็นต้นมาและ

- 12 ม.ก.ต่อมวน นับจากวันที่ 1 มกราคม 2547 เป็นต้นมาและ

(ข) ผลิตภัณฑ์บุหรี่ยังนั้นเป็นไปตามข้อกำหนดที่อาจเกิดขึ้นใหม่ในอนาคต

การปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่ให้ปลอดภัยจากการได้รับควันบุหรี่

12.(1) นายจ้างหรือผู้แทนทุกราย จะต้องห้ามมิให้มีการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ หรือสถานที่สาธารณะภายใต้การควบคุมกำกับของนายจ้าง

(2) นายจ้างอาจจะกำหนดสถานที่ที่มีช่องทางที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ใช้อยู่เพื่อเป็นที่สูบบุหรี่โดย อยู่ในความดูแลของนายจ้าง และลูกจ้างจะต้องไม่ถูกบังคับให้ทำงานตามหน้าที่ในห้องเหล่านี้ ห้องสูบบุหรี่เหล่านี้จะต้องจำกัดควันให้ไปรบกวนผู้อื่นให้น้อยที่สุด และต้องเป็นไปตามข้อกำหนด ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

13.(1) ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในสถานประกอบการหรือสถานที่สาธารณะที่อยู่ภายใต้การ ควบคุมดูแลของนายจ้าง ยกเว้นในสถานที่ที่จัดให้สำหรับสูบบุหรี่

(2) นายจ้างต้องแจ้งแก่ลูกจ้างและบุคคลอื่น ๆ เกี่ยวกับข้อห้ามตามระเบียบข้อ (1) และแจ้งถึงสถานที่ที่สามารถสูบบุหรี่ได้โดยต้องแสดงเครื่องหมายสัญลักษณ์ให้ชัดเจน

14.(1) นายจ้างจะต้องไม่กำหนดให้มีสถานที่สูบบุหรี่ตามข้อ 12(2) ในเครื่องบินหรือ ยานพาหนะรับจ้าง

(2) ลูกจ้างที่เห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ในเครื่องบินหรือยานพาหนะขนส่งผู้โดยสารที่ ดำเนินการโดยนายจ้าง จะสามารถร้องขอให้บุคคลนั้น ๆ งดการสูบบุหรี่ได้

(3) หากผู้โดยสารนั้นไม่กระทำตามคำร้องขอในข้อ (2) นายจ้างจะต้องให้ผู้โดยสาร นั้นลงจากยานพาหนะ ณ จุดหมายต่อไปที่กำหนดไว้

15. ไม่มีข้อใดในข้อ 13 หรือ 14 ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการตามกฎหมายหรือข้อบังคับอื่นในแง่ของการปกป้องบุคคลจากการได้รับควันบุหรี่

การค้าบุหรี่

16. ห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่ใน ...

(ก) โรงพยาบาล สถานบริการด้านสุขภาพ ร้านขายยาหรือสถานบริการด้านสุขภาพอื่น ๆ

(ข) โรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย

(ค) สนามกีฬา

(ง) สถานที่อื่น ๆ ที่อาจถูกกำหนดต่อไปในอนาคต

17. ห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่

(ก) ด้วยเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ

(ข) ด้วยการจำหน่ายที่เป็นการบริการตนเอง

(ค) ทางไปรษณีย์

(ง) ด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่อาจถูกกำหนดในอนาคต

18. ผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่จะต้องมีใบอนุญาตที่ได้มาตามกระบวนการที่กำหนด เพื่อการจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่ และจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดในใบอนุญาตนั้น

19.(1) บุคคลใดก็ตามที่ให้ผลิตภัณฑ์บุหรี่แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีความผิดฐานละเมิด

(2) หากมีการกระทำความผิดตามข้อ (1) ผู้กระทำผิดไม่สามารถอ้างว่า คิดว่าผู้รับมีอายุเกิน 18 ปี ยกเว้นกรณีผู้กระทำผิดได้กระทำการยืนยันตามขั้นตอนอย่างถูกต้องในการตรวจสอบอายุของผู้รับ

การบังคับใช้ ฐานความผิด บทลงโทษและการบริหารจัดการ

20. รัฐมนตรีอาจแต่งตั้งผู้ตรวจสอบผลิตภัณฑ์บุหรี่หรือผู้วิเคราะห์ผลิตภัณฑ์บุหรี่ที่มีความสามารถหรือคุณสมบัติที่เหมาะสมกับหน้าที่ดังกล่าว เพื่อให้มีการบังคับใช้กฎหมายในข้อ 19 รัฐมนตรีอาจแต่งตั้งผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีเป็นผู้ตรวจสอบซึ่งต้องทำงานภายใต้การดูแลของผู้ตรวจสอบอื่น ๆ ที่มีอายุเกิน 18 ปี

(อาจมีกฎหมายมาตราอื่น ๆ ที่จะทำให้เป็นไปตามกฎหมายของแต่ละประเทศ)

(บางประเทศอาจจะให้มีการตั้งมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพหรือสถาบันอุปถัมภ์ด้านสุขภาพไว้ในกฎหมาย เพื่อทำหน้าที่อุปถัมภ์กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยได้รับการสนับสนุนจากบริษัทบุหรี่ การจัดตั้งมูลนิธิหรือสถาบันนี้เป็นไปตามข้อเสนอแนะของ International Non-Governmental

Coalition Against Tobacco (INGCAT) และองค์การอนามัยโลก และอาจจำเป็นต้องระบุถึงโครงสร้างและการปฏิบัติงานในกฎหมายนี้ ผู้สนใจอาจขอคำปรึกษาจาก New Zealand Smoke-free Environment Act ที่ออกในปี พ.ศ.2533 แสดงให้เห็นตัวอย่างที่ดีเลิศและประสบความสำเร็จในการจัดทำโครงสร้างและแนวทางการปฏิบัติงานของสถาบันสนับสนุนด้านสุขภาพ กฎหมายอื่นหรือมาตราอื่น ๆ ที่เหมาะสมอาจนำมาแทรกไว้ตรงนี้)

ข้อบังคับ

(รายละเอียดที่ต้องการกำหนดตามมาตรา 5, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18 อาจระบุไว้ท้ายนี้)

ภาคผนวก 3

ข้อคิดจากชุดคู่มือแนะนำวันงดสูบบุหรี่โลก ปีพ.ศ.2538

(WHO's World No Tobacco Day advisory kit, 1995) : “บุหรี่ยี่มีราคาแพงกว่าที่คุณคิด”

เปลี่ยนสมการเศรษฐศาสตร์สุขภาพด้วยการสูบบุหรี่

ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบุหรี่จะต้องผลักดันให้บริษัทผู้ผลิตเป็นผู้รับผิดชอบ เราต้องการมาตรการที่จะทำให้ผลกำไรของอุตสาหกรรมบุหรี่และความสามารถในการส่งเสริมการระบาดของบุหรี่ยี่นั้นลดน้อยลง สิ่งที่ยี่อาจดำเนินการได้ มีดังนี้

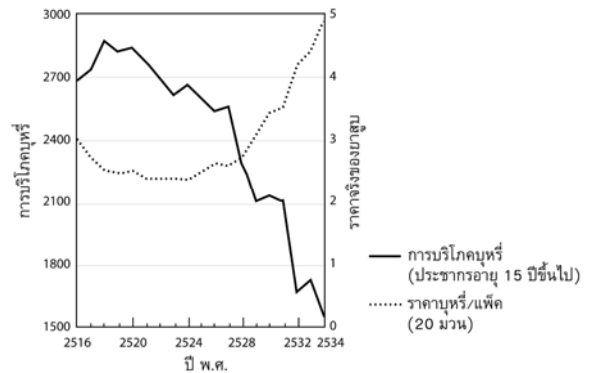
- **ขึ้นราคาบุหรี่โดยการขึ้นภาษีบุหรี่** การขึ้นภาษีบุหรี่เป็นอาวูที่สำคัณที่สุดที่นักชีแะสาธารณสุขด้านสาธารณสุขสามารถใช้ในการเปลี่ยนเศรษฐศาสตร์บุหรี่ยี่เพื่อให้ปัญหาสุขภาพลดน้อยลง
- **จัดหารัพยากรสำหรับทดแทนการอุปถัมภ์ของบริษัทบุหรี่ยี่** การขึ้นภาษีบุหรี่ยี่จะทำให้มีทรัพยากรเพียงพอที่จะอุปถัมภ์กิจกรรมต่าง ๆ แทนการอุปถัมภ์ของบริษัทบุหรี่ยี่ ตัวอย่างที่ยี่เห็นได้ชัดเจนได้แก่ ในหลายรัฐของออสเตรเลียที่ให้การสนับสนุนองค์กรด้านสุขภาพโดยใช้เงินภาษีที่ยี่ได้จากบุหรี่ยี่
- **หยุดการส่งเสริมการสูบบุหรี่** การห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขายเป็นส่วนสำคัณในการหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนผู้สูบบุหรี่ ซึ่งจะลดปัญหาสุขภาพและผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การสำรวจในประเทศอังกฤษ พบว่า ประชากรจำนวนครั้งหนึ่งเห็นด้วยกับข้อความที่ยี่ว่า “การสูบบุหรี่ไม่น่าจะเป็นอันตรายมาก ไม่อย่างนั้นรัฐบาลคงจะห้ามการโฆษณาไปแล้ว”
- **รัฐบาลต้องหยุดการชดเชยให้บริษัทบุหรี่ยี่** การชดเชยนี้กระทำในหลายรูปแบบ เช่น การช่วยเหลือเกษตรกร การส่งเสริมการลงทุน การให้เครดิตเพื่อการส่งออก และการหาตลาดใหม่ให้ สิ่งเหล่านี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายให้บริษัทบุหรี่ยี่และกิจกรรมบางอย่างช่วยขยายขนาดของอุตสาหกรรมบุหรี่ยี่ โดยย้ายความเสี่ยงจากบริษัทบุหรี่ยี่มาอยู่ที่รัฐบาล

การวัดผลกระทบของการไม่ให้สิ่งจูงใจด้านเศรษฐศาสตร์

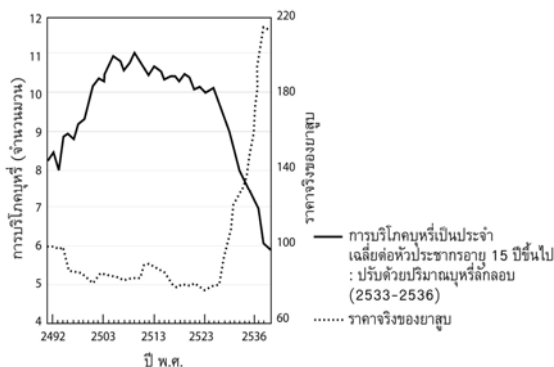
เทคนิคทางเศรษฐศาสตร์มีความสำคัณต่อการประมาณขนาดความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกับราคา ซึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงว่า หากราคาเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 (หลังจากปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อ) การบริโภคจะลดลงร้อยละ 2-8 วิยรุ่นและคนที่มีรายได้น้อยจะอ่อนไหวต่อการขึ้น

ราคาของบุหรี่มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังแผนภาพ 1 และ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างราคากับการบริโภค ซึ่งแสดงด้วยกราฟระหว่างราคาจริงและการบริโภคเฉลี่ยต่อหัวประชากรในประเทศนิวซีแลนด์และแคนาดา

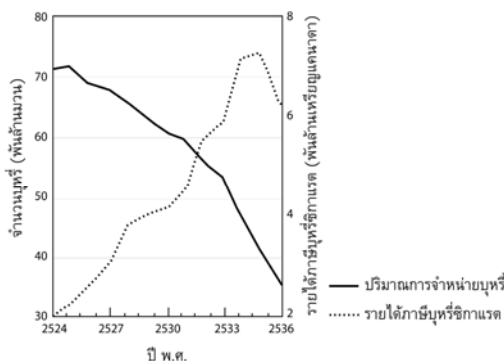
การใช้ข้อมูลประเภทนี้สามารถแสดงความสัมพันธ์ที่เด่นชัดซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และมีประโยชน์ในการดึงดูดความสนใจของรัฐ อาจมีข้อโต้แย้งว่า การขึ้นภาษีบุหรี่อาจทำให้การบริโภคยาสูบลดลง และทำให้รัฐมีรายได้น้อยลง หากแต่การศึกษาข้อมูลย้อนหลังพบว่า ข้อโต้แย้งนี้ไม่เป็นความจริง (แผนภาพ 3)



แผนภาพ 1 การบริโภคบุหรี่กับราคา ประเทศนิวซีแลนด์



แผนภาพ 2 การบริโภคบุหรี่เป็นประจำเฉลี่ยต่อหัวประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป กับราคาจริงของยาสูบ ประเทศแคนาดา ปี พ.ศ.2502-2536



แผนภาพ 3 ยอดจำหน่ายบุหรี่ในประเทศและรายได้ภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซิกาแรต ประเทศแคนาดา ปี พ.ศ.2524-2536

ในการสร้างกราฟต้องวัดให้ได้ว่า ในแต่ละปีมีการบริโภคบุหรี่เท่าไร ปริมาณการบริโภค บุหรี่หาได้จากการศึกษาอัตราความชุกหรือตัวเลขปริมาณการขายบุหรี่ที่บันทึกไว้ในระบบจัดเก็บ ภาษี หรือในรายงานประจำปีของบริษัทบุหรี่ และจากกรมสรรพากรหรือกระทรวงการคลัง ซึ่งเป็น ที่รวบรวมตัวเลขเรื่องภาษีบุหรี่ ในปัจจุบันนี้ ตัวเลขปริมาณการบริโภคบุหรี่หาได้จากจำนวน เงินภาษีที่เก็บได้ และอัตราภาษีบุหรี่ต่อซองของกรมสรรพากร

ตัวเลขเหล่านี้จะเชื่อถือได้หากข้อมูลมีความถูกต้อง และมีมาตรฐานราคาบุหรี่ที่คงที่ (หลังจากปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อ) จะสามารถหาอัตราเงินเฟ้อได้จากหน่วยงานของรัฐ ส่วนราคา บุหรี่จะหาได้จากหน่วยงานรัฐหรือจากสิ่งตีพิมพ์ของบริษัทที่แนะนำราคาขายปลีกแก่ผู้ค้ารายย่อย

กราฟในลักษณะเดียวกันนี้ จะสามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของ รายได้ที่เหลือจากความจำเป็นอื่น ๆ กับการเปลี่ยนแปลงปริมาณการบริโภคบุหรี่ หรือระหว่าง ราคาและปริมาณการบริโภคต่อหัว ข้อจำกัดของการใช้กราฟดังกล่าว ได้แก่ ข้อจำกัดเรื่องข้อมูล และความเป็นจริงของการไม่ให้สิ่งจูงใจด้านเศรษฐศาสตร์ในเรื่องบุหรี่

การใช้นโยบายภาษีบุหรี่ในการส่งเสริมสุขภาพ

เป้าหมายสำคัญของการใช้นโยบายภาษีบุหรี่ต่อสุขภาพ คือ การลดอันตรายจากการ บริโภคบุหรี่ ซึ่งทำได้หลายทาง ได้แก่

- กำหนดอัตราพื้นฐานต่ำสุดของราคาผลิตภัณฑ์บุหรี่ เพื่อให้คนที่อ่อนไหวต่อราคา ไม่เข้าเป็นลูกค้ารายใหม่ มาตรการนี้จะมีประสิทธิภาพในการป้องกันกลุ่มที่มีรายได้น้อย และกลุ่มเยาวชนไม่ให้เริ่มสูบบุหรี่
- ทำให้ราคาบุหรี่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ให้ทันกับอัตราเงินเฟ้อ เพื่อให้แน่ใจว่าการซื้อบุหรี่ ไม่ได้ง่ายขึ้นเมื่อรายได้ประชากรเพิ่มขึ้น และกลับเป็นการชักจูงให้คนที่สูบบุหรี่พยายาม เลิกบุหรี่
- ทำให้แน่ใจว่า ราคาบุหรี่จะแตกต่างกันมากพอที่จะสะท้อนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น (เช่น ในบางแห่งไม่มีเหตุผลเพียงพอในการไม่จัดเก็บภาษียาสูบสำหรับยาเส้นที่ใช้เคี้ยวหรือ สูดดม) หรือป้องกันการใช้อย่างผิดวิธีอื่นทดแทน (เช่น ในบางประเทศมีการจัดเก็บภาษี ยาสูบประเภทที่มวนเองต่ำกว่าภาษีที่จัดเก็บจากบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน)
- การจัดเก็บภาษีบุหรี่ มีสองแบบ คือ

- (1) ภาษีตามสภาพ (Specific Rate) ซึ่งเป็นการวางระบบการจัดเก็บภาษีต่อมวน หรือต่อน้ำหนักกรัมของยาเส้น ภาษีแบบนี้มีประโยชน์ต่อการกำหนดราคาขั้นต่ำ ของบุหรี่ แต่รัฐจะต้องทำการขึ้นอัตราภาษีทุกปี (หากอัตราภาษีไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราเงินเฟ้อ) เพื่อไม่ให้ราคาบุหรี่ถูกทำให้ต่ำลงด้วย

อัตราเงินเฟ้อ นอกจากนั้น ภาษีประเภทนี้ยังสามารถปิดกั้นไม่ให้มีบุหรี่ราคาถูก ออกมาล้นตลาด และยังส่งผลดีต่อบุหรี่มียี่ห้อที่เป็นของบริษัทข้ามชาติ ที่ต้องการทำการตลาดโดยการแข่งขันเรื่องภาพลักษณ์มากกว่าเรื่องราคา

- (2) ภาษีตามมูลค่า (Ad Valorem Rate) เป็นระบบการจัดเก็บภาษีที่คิดเป็นสัดส่วน โดยตรงกับราคาขาย วิธีนี้มีข้อดีตรงที่ว่า อัตราภาษีจะเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ หากราคามันเปลี่ยนแปลงไป ข้อเสียก็คือ จะทำให้ความแตกต่างด้านราคามาก ขึ้นระหว่างบุหรี่ราคาแพงและบุหรี่ราคาถูก

เพื่อประโยชน์ด้านการสาธารณสุข ระบบภาษีตามสภาพจะมีประสิทธิภาพสูง หากมีการ ขึ้นภาษีบุหรี่อย่างสม่ำเสมอเพื่อทดแทนการขึ้นราคาสินค้าและรายได้ และมีมาตรการอื่น ๆ ในการขัดขวางการเข้ามาของบริษัข้ามชาติ การสร้างความเชื่อมโยงโดยตรงระหว่างภาษีและดัชนี ผู้บริโภคโดยอัตโนมัติจะทำให้แน่ใจได้ว่า ภาษีจะไม่ถูกกดให้ต่ำลงด้วยอัตราเงินเฟ้อ วิธีหนึ่งที่ดีก็คือ การขึ้นภาษีบุหรี่ทุกปีโดยให้เร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของรายได้ประชากรเพื่อให้อำนาจการซื้อ ลดลง ระหว่างปี พ.ศ.2533-2543 รัฐบาลอังกฤษตั้งเป้าหมายในการลดการบริโภคบุหรี่ร้อยละ 40 โดยสร้างข้อตกลงที่จะขึ้นภาษีบุหรี่ทุกปี และเป็นการเพิ่มที่สูงกว่าการเพิ่มขึ้นของดัชนี ผู้บริโภคอีกร้อยละ 3

ในบางประเทศ มีการใช้ระบบผสม (compound rate) ระหว่างระบบภาษีตามสภาพและ ภาษีตามมูลค่า เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด แต่ละประเทศต้องตัดสินใจเลือกระบบภาษีที่เหมาะสม กับตน แต่เป้าหมายสูงสุดก็คือ การลดอำนาจซื้อของประชากรเท่าที่จะทำได้

อุตสาหกรรมบุหรี่ย่อมต้องการลดผลกระทบของมาตรการภาษีให้น้อยที่สุด เช่นเดียวกัน กับผู้บริโภค ยกตัวอย่างเช่น

- หากมีการใช้ระบบภาษีที่เป็นระบบต่อซอง บริษัทบุหรี่ย่อมจะทำบุหรี่ยาว หรือ “คิงไซด์” (King size)
- หากมีการใช้ระบบภาษีที่เป็นระบบต่อน้ำหนัก บริษัทบุหรี่ย่อมจะทำบุหรี่ที่มีน้ำหนัก น้อยลง
- หากมีความแตกต่างระหว่างภาษีบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานและบุหรี่ที่มวนเอง บริษัทบุหรี่ย่อมจะส่งเสริมการใช้บุหรี่มวนเองมากขึ้น

ดังนั้น จะต้องมีการควบคุมกำกับตลาดบุหรี่ย่างเข้มงวด เพื่อให้แน่ใจว่ามาตรการภาษี จะไม่ส่งผลในทางตรงกันข้ามกับการส่งเสริมสุขภาพ และไม่ว่าบริษัทบุหรี่ย่อมมีปฏิกิริยาอย่างไร มาตรการภาษียังคงถูกใช้ในการเปลี่ยนแปลงตลาดบุหรี่ได้เสมอ และอีกทางเลือกหนึ่งก็คือ การขึ้นภาษีบุหรี่ย่อม

ในชนบท อาจมีความยากลำบากในการจัดเก็บภาษีบุหรี่ปroducer ในท้องถิ่น แต่ควรทำการจัดเก็บภาษีให้ได้และการดำเนินการจะต้องปรับไปตามสถานการณ์ของแต่ละประเทศ

การโต้ตอบกับข้อโต้แย้งของฝ่ายตรงข้ามในการขึ้นภาษีบุหรี่ปroducer

การขึ้นภาษีบุหรี่ปroducer เป็นมาตรการสำคัญในการลดการบริโภคบุหรี่ปroducer แต่ฝ่ายตรงข้ามจะมี “ข้อโต้แย้ง” มากมายที่หยิบยกขึ้นมามีต่อการขึ้นภาษีบุหรี่ปroducer ดังนี้

1. การขึ้นภาษีบุหรี่ปroducer จะทำให้อัตราเงินเฟ้อสูงขึ้น

บุหรี่ปroducer เป็นเพียงส่วนน้อยของสินค้าในตลาดที่ใช้ในการคำนวณดัชนีผู้บริโภค ดังนั้นหลายรัฐจึงลังเลที่จะรวมบุหรี่ปroducer ไว้ในรายการสินค้า อย่างไรก็ตาม รัฐมนตรีกระทรวงการคลังของออสเตรเลีย พอล คิตติง กล่าวว่า “การรวมบุหรี่ปroducer ไว้ในการคำนวณดัชนีผู้บริโภคไม่ก่อให้เกิดแรงต้านที่สำคัญในการยับยั้งการสูบบุหรี่ปroducer การเพิ่มภาษีบุหรี่ปroducer ร้อยละ 10 จะทำให้ดัชนีผู้บริโภคเพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 0.1” ผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินหลายคนให้ความเห็นว่า ไม่ควรรวมราคามูลค่าของบุหรี่ปroducer ในการคำนวณดัชนีผู้บริโภค ดังในประเทศฝรั่งเศส ในปี พ.ศ. 2535 ได้เอาบุหรี่ปroducer ออกจากรายการและราคามูลค่าได้เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 50 ในระยะเวลาสองปี

2. ภาษีบุหรี่ปroducer เป็นการถดถอย

ความกังวลที่ว่า ภาษีบุหรี่ปroducer เป็นการเพิ่มภาระให้แก่ประชากรที่ยากจน เป็นข้ออ้างที่ฟังไม่ขึ้นในการที่จะไม่ให้มีการขึ้นภาษีบุหรี่ปroducer อัตราการสูบบุหรี่ปroducer ปัจจุบันและอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ปroducer อาจมีการถดถอยอย่างมากเช่นเดียวกัน คำถามก็คือ เราควรปล่อยให้การตายก่อนวัยอันควรก้าวกระโดดไปข้างหน้าอย่างนั้นหรือ ทั้ง ๆ ที่มีหลักฐานมากมายที่แสดงว่า คนที่มีรายได้น้อยจะเลิกสูบบุหรี่ปroducer มากขึ้นหากบุหรี่ปroducer มีราคาสูงขึ้น ดังนั้นคนกลุ่มนี้จะได้ประโยชน์จากมาตรการดังกล่าวมากกว่าคนที่ฐานะดี และยังเป็นที่ยับยั้งการติดบุหรี่ปroducer ในกลุ่มเยาวชนได้ด้วย เพราะจำนวนเด็กที่เริ่มติดบุหรี่ปroducer จะเป็นสัดส่วนผกผันกับราคามูลค่าของบุหรี่ปroducer

3. การจ้างงานในส่วนของอุตสาหกรรมบุหรี่ปroducer จะลดลง

การขึ้นภาษีบุหรี่ปroducer ไม่ใช่สาเหตุสำคัญที่ทำให้คนตกงาน แต่การขึ้นภาษีบุหรี่ปroducer ทำให้การขยายตัวของการจ้างงานในอุตสาหกรรมบุหรี่ปroducer ช้าลง การใช้ข้ออ้างนี้ในการต่อต้านภาษี เท่ากับจะชี้ให้เห็นว่าการเจ็บป่วยและการตายอันเนื่องมาจากบุหรี่ปroducer นั้นควรต้องยอมให้เป็นเช่นนี้ต่อไปเพื่อให้มีการจ้างงาน ซึ่งการโต้แย้งแบบนี้ก็เท่ากับการคิดว่ เราควรส่งเสริมการทำสงคราม เพราะสงครามจะทำให้อุตสาหกรรมผลิตอาวุธเจริญเติบโตขึ้น

การนำเรื่องการทำงานมาใช้เป็นเหตุผล เท่ากับพูดว่า จำนวนเงินที่ใช้ไปในการบริโภค บุหรี่นั้น “หาย” ไปจากระบบเศรษฐกิจ แต่ในความเป็นจริง เงินนั้นจะถูกนำมาใช้ในการซื้อสินค้าและบริการอย่างอื่นที่มีโทษน้อยกว่า ซึ่งจะทำให้การทำงานในอุตสาหกรรมเหล่านี้นั้นเติบโตขึ้น และรายได้จากการขึ้นภาษีบุหรี่จะถูกนำไปใช้ในการสร้างงานในภาคส่วนต่าง ๆ

ในประเทศที่ส่งออกบุหรี่เป็นหลัก การทำงานในอุตสาหกรรมบุหรือาจจะถูกกระทบจากมาตรการภาษีที่ทำให้อุปสงค์ในประเทศน้อยลงในอัตราที่น้อยกว่าในประเทศอื่น ในประเทศที่นำเข้าบุหรืเป็นหลักจะมีความกังวลเรื่องการทำงาน ดังนั้นความพยายามในการปกป้องอุตสาหกรรมบุหรืในประเทศเหล่านี้ต้องเดินสายกลางระหว่างสุขภาพของประชาชนและความเข้มแข็งของอุตสาหกรรมของประเทศ

เกี่ยวกับงานในอุตสาหกรรมบุหรืควรมองเป็นสามมิติ คือพิจารณาจำนวนจ้างงานทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคบุหรืภายในประเทศ ข้อมูลนี้หาได้จากหน่วยงานของรัฐหรือจากบริษัทบุหรืเอง และสามารถนำมาใช้คำนวณว่าจะมีการจ้างงานลดลงเท่าไรหากมีการขึ้นภาษีบุหรื และเปรียบเทียบกับรายได้ที่รัฐจะได้มากขึ้นจากการขึ้นภาษี การคำนวณจะแสดงให้เห็นว่า การตัดสินใจในการคงระดับภาษีบุหรืที่ต่ำเพื่อรักษาการทำงานในอุตสาหกรรมบุหรืจะไม่คุ้มค่าในแง่ของเศรษฐศาสตร์ และในแง่ของสุขภาพประชากร

4. รัฐจะมีรายได้ลดลง

ข้อโต้แย้งนี้วางบนพื้นฐานที่ว่า คนจะซื้อบุหรืน้อยลงและจะทำให้รัฐเก็บภาษีได้น้อยลง อย่างไรก็ตาม คงต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่งในการดูผลลัพธ์ เพราะยังมีบุหรืจำนวนหนึ่งที่ค้างอยู่ในสต็อก ทั้งของผู้ค้าปลีกและผู้บริโภค และจากการวิเคราะห์เท่าที่ผ่านมา ไม่เคยมีรัฐบาลประเทศใดที่มีรายได้ลดลงอันเนื่องมาจากปริมาณการบริโภคบุหรืที่ลดลงอย่างมากอันเนื่องมาจากการขึ้นภาษี

ดังนั้นในด้านการสาธารณสุข น่าจะเป็นการดีที่การขึ้นภาษีบุหรืทำให้การบริโภคบุหรืลดลงอย่างมาก แต่ความสัมพันธ์ระหว่างราคาและอุปสงค์ไม่เป็นเช่นนั้น เพราะภาษีเป็นแค่ส่วนหนึ่งของราคาทั้งหมด ดังนั้นหากการบริโภคลดลงจริง แสดงว่าต้องมีปัจจัยอื่นด้านการตลาดที่เปลี่ยนแปลงไปจนสามารถทำให้ภาษีที่จัดเก็บทั้งหมดนั้นน้อยลงได้

5. จะทำให้เกิดการลักลอบค้าบุหรื

การลักลอบนั้นเป็นปัญหาสำคัญ เพราะจากการทบทวนตัวเลขการค้าระหว่างประเทศแสดงให้เห็นว่า มีบุหรืที่ถูกส่งออกมากกว่า 170 พันล้านมวนที่เกินจำนวนที่นำเข้าอย่างถูก

กฎหมาย ความแตกต่างในจำนวนนี้แสดงให้เห็นว่า บุหรี่จำนวนหนึ่งที่ส่งออกอย่างถูกกฎหมาย ได้ถูกนำเข้าไปยังประเทศนั้นหรือประเทศอื่น ๆ อย่างผิดกฎหมาย

บางประเทศมีความกังวลเกี่ยวกับการลักลอบตามลักษณะเฉพาะของสถานการณ์ในประเทศนั้น เช่น

- การไม่มีกองกำลังรักษาชายแดน
- การมีธุรกิจการลักลอบอย่างครบวงจร
- การที่ประเทศเพื่อนบ้านมีระดับภาษีบุหรี่ที่ต่ำกว่ามาก
- การมีกระบวนการกระจายสินค้าที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายและไม่ถูกตรวจสอบ

การมีเงื่อนไขดังกล่าวในบางประเทศ ไม่ได้หมายความว่าภาษีบุหรี่จะไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในงานด้านสาธารณสุขได้ หากแต่การวางนโยบายจะต้องคำนึงถึงสภาพการณ์ดังกล่าวด้วย รัฐมีอำนาจในการจัดการและสามารถดำเนินมาตรการต่าง ๆ เพื่อหยุดยั้งการลักลอบได้

การลักลอบและการซื้อขายบุหรี่ข้ามพรมแดนมักเกิดขึ้นเสมอในพื้นที่ที่มีอัตราภาษีแตกต่างกัน ซึ่งจะสามารถจัดการควบคุมได้โดยมาตรการบังคับใช้กฎหมายโดยปกติการค้าขายข้ามพรมแดนมีอยู่แล้ว แต่ปริมาณการค้าขายเกี่ยวกับบุหรี่ยังมีไม่มากนัก การควบคุมการลักลอบนั้น ไม่จำเป็นต้องลดภาษีลง แต่อาจทำได้ในหลายกรณี ดังนี้

- มีข้อบังคับให้บุหรี่ที่จำหน่ายทุกซองต้องมีเครื่องหมายที่แสดงว่าเสียภาษีแล้ว ในประเทศต่าง ๆ จะมีวิธีการที่แตกต่างกันไป ที่สำคัญคือ ต้องทำให้จำแนกได้ง่ายระหว่างบุหรี่ที่ถูกกฎหมายและบุหรี่ที่ผิดกฎหมาย ซึ่งจะทำให้ผู้บังคับใช้กฎหมายทำงานได้ง่ายขึ้น บางประเทศในทวีปยุโรปจะบังคับให้มีการติดแสตมป์ภาษีอากรบนซองบุหรี่โดยให้ติดได้แผ่นพลาสติกที่หุ้มซอง

การติดเครื่องหมายนี้ สามารถนำไปใช้กับการติดคำเตือนเรื่องสุขภาพด้วย ในบางประเทศบังคับให้มีการติดคำเตือนบนซองบุหรี่ โดยให้มีพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของพื้นที่หน้าซอง คำเตือนจะต้องมีสีที่ติดกับสีพื้นของอย่างชัดเจน ซึ่งจะช่วยในการจำแนกบุหรี่ยี่ห้อต่างกันออกจากกันด้วย มาตรการนี้จะทำให้รัฐสามารถดำเนินโครงการการให้ความรู้แก่สาธารณะโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ พร้อมกับป้องกันการลักลอบได้ด้วย ดังนั้น มาตรการการให้ความรู้ จะได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงการคลัง กรมสรรพากร และหน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมาย และอาจทำให้มีแรงสนับสนุนด้านนโยบายต่อการให้มีคำเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ในบางประเทศที่ยังไม่ได้ดำเนินการ

- ปรับปรุงบทลงโทษในการลักลอบค้าบุหรี่ ในบางประเทศบทลงโทษสำหรับการลักลอบค้าบุหรี่ยังมีโทษจำคุกและมีข้อหาโทษมากในการจัดเก็บภาษีอากร ดังนั้น บทลงโทษและการบังคับให้รายงานการลักลอบค้าบุหรี่ยังอาจทำได้โดยการปรับปรุงกฎหมาย สิ่งสำคัญก็คือ การทำให้บทลงโทษสูงและโอกาสที่จะถูกจับได้สูง เมื่อรวมกันแล้วสูงพอที่จะทำให้คนไม่กล้าทำการลักลอบต่อไป
- เจ้าหน้าที่ในประเทศที่มีอัตราภาษีสูง อาจเจรจากับประเทศเพื่อนบ้านที่มีอัตราภาษีต่ำกว่าให้ทำการปรับขึ้นภาษีซึ่งจะทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น และอาจทำให้มีการปรับปรุงระบบภาษีในประเทศที่มีอัตราภาษีบุหรี่ยี่ต่ำ การกระทำนี้อาจทำแบบนุ่มนวลโดยให้ข้อมูลเรื่องนโยบายภาษีบุหรี่ ดังเช่นในสหราชอาณาจักรที่ได้ทำตามประเทศในสหภาพยุโรป และเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ

6. อัตราภาษีไม่ควรถูกใช้เป็นเครื่องมือดำเนินนโยบายสังคม

นโยบายภาษีมีผลกระทบต่อพฤติกรรม นโยบายภาษีและนโยบายสังคมมีความเกี่ยวข้องกัน กล่าวคือหากอัตราภาษีรายได้สูงขึ้นจะทำให้คนลดการทำงานลง และภาษีการลงทุนที่สูงขึ้นจะทำให้การออมลดลง การไม่สามารถขึ้นภาษีบุหรี่ให้ทันกับการเพิ่มขึ้นของรายได้ที่เหลืออกจะกระทบกับนโยบายสังคม คือ ทำให้มีการบริโภคบุหรี่ยี่มากขึ้น การทำให้คนมีกำลังซื้อบุหรี่ยี่มากขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงสังคมโดยอัตโนมัติ เพราะจะทำให้มีปริมาณการป่วย การตาย และการสูญเสียทางเศรษฐกิจมากขึ้น การขึ้นภาษีบุหรี่ยี่เป็นการสร้างนโยบายสังคมที่มีผลดีและสร้างสรรค์สังคมในการป้องกันไม่ให้มีการสูบบุหรี่ยี่มากขึ้น

7. คนที่สูบบุหรี่ยี่ได้จ่ายค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นไปแล้ว

ข้อมูลจากบางประเทศแสดงให้เห็นว่า ภาษีบุหรี่ยี่ไม่สามารถชดเชยค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ยี่ได้ และส่วนต่างดังกล่าวจะเห็นได้ชัดเจนหากปริมาณการตายในกลุ่มคนที่สูบบุหรี่ยี่ที่สูงนั้นถูกนำมาคำนวณรวมด้วย ในบางแห่งอาจมองว่าอัตราตายที่สูงนี้จะเป็นการลดภาระของรัฐในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งข้อโต้แย้งนี้ย่อมไม่เป็นที่ยอมรับอย่างแน่นอน

ในทางตรงกันข้าม การสนับสนุนนโยบายภาษีบุหรี่ยี่จะมาจากมุมมองด้านเศรษฐศาสตร์อย่างแท้จริง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุหรี่ยี่นั้นสูงกว่าค่าใช้จ่ายปัจจุบันในด้านการรักษาพยาบาลและการสูญเสียรายได้จากการตายก่อนวัยอันควรมากนัก ในสหรัฐอเมริกาเมื่อมีการคำนวณค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการป่วยและการตายอันเนื่องมาจากบุหรี่ยี่ พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในปี พ.ศ.2536 เท่ากับ 52 พันล้านเหรียญ และหากรวมความสูญเสียผลผลิตอันเนื่องจากการเจ็บป่วย

และการตายก่อนวัยอันควรอันเนื่องมาจากบุหรืด้วย ภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดจากบุหรืนั้นมีมูลค่าสูงกว่า 1 แสนล้านเหรียญ

ค่าใช้จ่ายของสินค้าอุตสาหกรรมบุหรืไม่ควรถูกมองว่าเป็นค่าใช้จ่ายของคนสูบบุหรืหรือคนที่ได้รับควันบุหรืเท่านั้น การอนุญาตให้ผู้ผลิตและผู้ค้ามีกำไรจากการค้าและจากตลาดที่โตขึ้นเนื่องจากราคาที่ต่ำนั้นจะทำให้เกิดปัญหามากมาย นอกเสียจากว่า ผู้ผลิตและผู้ค้าบุหรืไม่ขายบุหรืแก่เด็ก มีการให้ความรู้แก่ผู้สูบบุหรืเกี่ยวกับความเสี่ยงต่าง ๆ และมีการช่วยให้เลิกบุหรือย่างเต็มที่

ในการวิเคราะห์ขั้นสุดท้าย มูลค่าของความระทมทุกข์ (*pretium doloris*) นั้นมากจนไม่สามารถประมาณได้ เราจะตีค่าความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยหรือความสูญเสียชีวิตมนุษย์เนื่องจากการสูบบุหรืหรือการได้รับควันบุหรืได้อย่างไร ตราบใดที่ยังมีการสูบบุหรื ความสูญเสียมหาศาลทางสังคมก็ยังคงดำเนินต่อไป จากสามัญสำนึกสามารถบอกได้ว่า เราควรลดความสูญเสียเหล่านั้นหากทำได้ และการขึ้นภาษีบุหรืก็จะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในกระบวนการดังกล่าว

8. การขึ้นภาษีบุหรืจะทำให้เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบสูญเสียอาชีพ

ในพื้นที่ที่มีการผลิตยาสูบโดยเกษตรกรท้องถิ่น อุตสาหกรรมบุหรืและเกษตรกรจะโต้แย้งว่า การขึ้นภาษีบุหรืเป็นการทำลายอาชีพของกลุ่มนี้โดยตรง แต่อย่างไรก็ตาม มีข้อโต้แย้งที่ตรงกันข้ามมากมายที่ควรพิจารณาในเรื่องความเดือดร้อนของเกษตรกรเหล่านี้ ได้แก่

- นโยบายนี้จะมีผลกระทบต่อการผลิตในประเทศเพื่อการบริโภคภายในประเทศเท่านั้น ในประเทศที่มีการผลิตเป็นจำนวนมากนั้น ส่วนหนึ่งจะเป็นการผลิตเพื่อการส่งออก ผลกระทบจากมาตรการนี้จะทำให้การบริโภคลดลงหรืออาจทำให้เติบโตช้าลง จะมีผลกระทบต่อจำนวนการผลิตรวมน้อยกว่ามีผลต่อจำนวนการบริโภครวม ตัวอย่างเช่น บริษัทบุหรืชั้นนำแห่งหนึ่งได้ส่งออกถึงร้อยละ 98 ของผลผลิตทั้งหมด และส่วนมากส่งไปยังยุโรป
- เกษตรกรมีส่วนได้น้อยมากจากมูลค่าผลผลิตบุหรืทั้งหมด สัดส่วนของปริมาณการค้าบุหรืที่ส่งไปยังเกษตรกรจะคล้ายกับปริมาณการค้ารถยนต์ที่ส่งผลประโยชน์ให้แก่คนงานเหมืองแร่เหล็ก ผลประโยชน์ที่เกษตรกรได้รับมีมูลค่าเพียงน้อยนิดเมื่อเทียบกับมูลค่ารวม การตัดสินใจที่จะขึ้นภาษีเพื่อช่วยเกษตรกรจะไร้ประสิทธิภาพในแง่ของค่าใช้จ่ายต่อการจ้างงานในแง่เศรษฐกิจและสุขภาพ
- การขึ้นภาษีจะมีความคุ้มค่าในแง่ของการจัดเก็บภาษีและการสาธารณสุข จนสามารถทดแทนเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบที่ต้องเปลี่ยนอาชีพใหม่ การเปลี่ยนแปลงนี้จะเป็นไป

ในทางที่ดีขึ้นสำหรับเกษตรกรที่จะหันไปทำอาชีพอื่นหรือปลูกพืชอื่นทดแทนยาสูบ

9. บริษัทบุหรี่จะเปลี่ยนการลงทุนภายในและมีผลเสียต่ออุตสาหกรรมค้า

ในระดับการค้าโลก บริษัทบุหรี่เป็นผู้ลงทุนรายใหญ่ในประเทศที่เพิ่งเริ่มพึ่งตนเองและเริ่มพัฒนาอุตสาหกรรม บริษัทข้ามชาติยักษ์ใหญ่เหล่านี้จะสนใจในการแปรรูปรัฐวิสาหกิจและเสนอที่จะสร้างโรงงานใหม่ในประเทศที่หาเงินลงทุนจากแหล่งอื่นได้ยาก ดังกรณีการเปิดตลาดใหม่ในยุโรปตะวันออกและยุโรปกลาง บริษัทบุหรี่ข้ามชาติได้ลงทุนประมาณ 2 พันล้านเหรียญในการซื้อและดำเนินกิจการโรงงานบุหรี่ในประเทศเหล่านี้

ในระยะสั้น เงินทุนเหล่านี้ดูน่าสนใจ แต่เป้าหมายระยะยาวของการลงทุนของบริษัทบุหรี่เหล่านี้คือ การหาตลาดใหม่สำหรับสินค้าของตน บริษัทบุหรี่จะได้ประโยชน์จากตลาดเหล่านี้มากกว่าที่ตลาดจะได้จากบริษัทอย่างแน่นอน และผลที่ได้จากการลงทุนนี้จะไม่ใช่ภาวะเศรษฐกิจที่ดีขึ้น แต่จะเป็นการเปลี่ยนการใช้จ่ายในตลาดท้องถิ่นให้ซื้อสินค้าที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาทางเศรษฐกิจตามมาแทน

10. ภาษีบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียด้านเศรษฐกิจ

บริษัทบุหรี่อาจมีข้อโต้แย้งว่า ภาษีบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียด้านเศรษฐกิจโดยการบิดเบือนทางเลือกของประชาชน การเปลี่ยนแปลงที่หวังผลดีด้านสุขภาพย่อมบิดเบือนทางเลือกของประชาชน และนั่นเป็นเจตนาของนโยบายนี้ เพราะจะทำให้ประชากรเริ่มสูบบุหรี่น้อยลงและทำให้คนที่สูบบุหรี่สูบในปริมาณที่น้อยลงด้วย การกระทำดังกล่าวจะมีผลดีเป็นอย่างมากเพราะจะทำให้เกิดผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อความทุกข์ของครอบครัว และคนที่ได้รับควันบุหรี่อย่างไม่สมัครใจน้อยลง ขณะเดียวกัน ยังลดค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ จึงเป็นการดีกว่าหากการขึ้นภาษีบุหรี่ทำให้การสูบบุหรี่น้อยลงแทนที่จะไปขึ้นภาษีอื่น ๆ ที่อาจทำให้แรงจูงใจในการทำกิจการการค้าอื่น ๆ ลดน้อยลง

11. การขึ้นภาษีบุหรี่จะทำให้รัฐต้องพึ่งพาอุตสาหกรรมบุหรี่มากขึ้น

ข้อโต้แย้งข้อหนึ่งที่มักถูกนำมาวิเคราะห์ในการขึ้นภาษีบุหรี่ก็คือ การขึ้นภาษีบุหรี่จะทำให้รัฐบาล (โดยเฉพาะในประเทศยากจน) ต้องพึ่งพาธุรกิจการค้าบุหรี่จนไม่อาจสร้างมาตรการเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่ภาษีบุหรี่เป็นรายได้หลักของรัฐ ในประเทศดังกล่าว บริษัทบุหรี่จะพยายามชี้ให้เห็นสัดส่วนของภาษีที่รัฐได้รับจากบุหรี่โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการโต้แย้ง ตัวอย่างเช่น บริษัทผูกขาดการผลิตบุหรี่ในประเทศหนึ่งได้จ่ายภาษีและประกาศให้สาธารณชนรับรู้ก่อนวันรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่เพียงไม่กี่วันเท่านั้น

แม้ว่ารูปแบบการพึ่งพิงแบบนี้จะถูกสร้างขึ้นได้แต่ไม่น่าทำให้เกิดขึ้น ถ้าอัตราภาษีบุหรี่สูงมีผลดีต่อบริษัทบุหรี่ บริษัทเหล่านี้ควรเป็นหัวหอกในการสร้างนโยบายนี้มากกว่าการต่อต้าน ทั้งนี้เนื่องจากมีหลายวิธีการที่นโยบายภาษีบุหรี่จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ อาทิ

- จากมุมมองของรัฐบาลที่ต้องการจัดเก็บภาษีให้ได้มากที่สุด มาตรการที่ดีก็คือ การขึ้นภาษีบุหรี่ ซึ่งจะทำให้ปริมาณการขายบุหรีลดลง การที่มีส่วนแบ่งภาษีในราคาขายมากขึ้นสำหรับบุหรีแต่ละซองจะทำให้รัฐมีรายได้จากภาษีมากขึ้น ดังนั้นแม้แต่รัฐบาลที่ต้องพึ่งพาภาษีบุหรี ก็อาจมีรายได้สูงขึ้นจากการใช้นโยบายนี้
- การลดปริมาณการสูบบุหรีอื่นเนื่องมาจากภาษีที่สูงขึ้นนั้น จะทำให้การดำเนินนโยบายอื่น ๆ ทำได้ง่ายขึ้น เช่น การจัดสถานที่ปลอดควันบุหรีจะทำได้ง่ายขึ้นเพราะมีคนสูบบุหรีน้อยลง
- การบังคับใช้กฎหมายภาษีที่สูงขึ้นจะทำให้ได้เงินภาษีมากขึ้นและจะสามารถส่งเสริมกิจกรรมอื่น ๆ ได้ เช่น การใช้ค่าเตือนบนซองบุหรีและการห้ามไม่ให้จำหน่ายบุหรีแก่เยาวชน
- ในการพิจารณาภาษีบุหรีที่สูงขึ้น รัฐบาล (แม้แต่รัฐบาลที่ต้องพึ่งพาภาษีบุหรี) จะต้องแสดงให้เห็นแรงจูงใจด้านสุขภาพ เพราะไม่เช่นนั้นแล้ว รัฐบาลจะไม่ได้รับการสนับสนุนจากสาธารณะในการขึ้นภาษีอย่างแน่อน เงินที่ได้จากภาษีบุหรีจะสามารถนำไปใช้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ขณะเดียวกันรัฐบาลควรออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบมาพร้อม ๆ กัน ไม่ว่าจะเป็นกรณีใด การขึ้นภาษีบุหรีจะทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบดีขึ้น และทำให้อัตราการสูบบุหรีลดลงอย่างแน่อน

บันทึกเตือนความจำถึงรัฐมนตรีกระทรวงการคลัง

เหตุผล 9 ประการที่ควรขึ้นภาษีบุหรี

มาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยทั่วไปอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข แต่มาตรการการขึ้นภาษีอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงการคลัง ดังนั้น เหตุผลที่จะนำเสนอสำหรับผู้มีอำนาจในกระทรวงการคลังต้องเป็นข้อเสนอที่รับฟังได้ ได้แก่

1. การสูบบุหรีเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยมากมายและการตายก่อนวัยอันควร บุหรีไม่มีระดับความเข้มข้นในการใช้ที่ปลอดภัย แม้ว่าจะใช้ในวิธีการที่ระบุให้ใช้ การสูบบุหรีทำให้มีการตายทั่วโลกมากกว่า 3 ล้านคนต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 6 ของการตายทั้งหมด) การตายนี้จะเพิ่มเป็นร้อยละ 10 ภายในปี พ.ศ.2563 และใน 30–40 ปีข้างหน้า ถ้าอัตราการสูบบุหรียังเป็นเช่นนี้ หนึ่งในสามของการตายเนื่องจากบุหรีทั้งหมดอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา คือ จำนวน

การตายประมาณ 7 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่าจากเดิม

2. การสูญเสียของมนุษย์เนื่องจากบุหรี่ยุติ หมายถึง ความถึง ความสูญเสียทางเศรษฐกิจด้วย เพราะการตายเนื่องจากบุหรี่ยุติในประเทศที่พัฒนาแล้วประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในวัยกลางคน ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสังคมของประเทศและเกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลต่อเศรษฐกิจโลก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่กำลังสร้างผลผลิตทางเศรษฐกิจ ความสูญเสียประมาณได้เท่ากับ 2 แสนล้าน เหรียญต่อปี และครึ่งหนึ่งเกิดในประเทศกำลังพัฒนา การบริโภคยาสูบจะทำลายทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจ และทำให้หลายประเทศขาดปัจจัยสำคัญที่ต้องใช้ในการพัฒนาประเทศ

3. หากไม่มีมาตรการของภาครัฐที่ชัดเจน อัตราการสูบบุหรี่จะสูงขึ้นหากประชากรมีรายได้มากขึ้น ปรากฏการณ์นี้พบได้มากในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางที่มีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูง ในประเทศที่พัฒนาแล้วและมีประวัติการสูบบุหรี่ที่ยาวนาน จะมีการเพิ่มของอัตราการสูบบุหรี่น้อยกว่าอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง อัตราการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเท่ากับอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้เป็นเพราะจำนวนประชากรที่มีเงินเหลือใช้ที่จะนำมาซื้อบุหรี่ได้มีสัดส่วนมากขึ้น รัฐบาลสามารถเปลี่ยนแปลงแนวโน้มนี้ได้โดยทำให้บุหรี่มีราคาแพงขึ้น ซึ่งจะทำให้กำลังซื้อบุหรี่ของประชากรถูกจำกัดลง ในบางประเทศเมื่อรัฐปรับการขึ้นภาษีในบางระดับ อาจทำให้ปริมาณการบริโภคบุหรี่ยุติลง หรืออย่างน้อยที่สุดก็คือ ทำให้อัตราการเพิ่มช้าลง ซึ่งแสดงว่า รัฐบาลสามารถแทรกแซงอุปสงค์ต่อบุหรี่ยุติในประเทศได้ ซึ่งย่อมหมายความว่ากระทรวงการคลังก็สามารถลดอัตราการเจ็บป่วย การตายและความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากบุหรี่ยุติได้

4. การที่ภาษีบุหรี่ยุติมีอัตราสูงจะทำให้สุขภาพดีขึ้น และมีผลดีด้านเศรษฐกิจต่อรัฐบาล คือ ทำให้รัฐเก็บภาษีได้มากขึ้น และเนื่องจากภาษีเป็นเพียงส่วนหนึ่งของราคามูลค่าและกำไรของการผลิต การสูบจะน้อยกว่าการเพิ่มของราคา ดังนั้น รัฐจะมีรายได้มากขึ้น ดังแผนภาพ 3 แสดงประสิทธิภาพของประเทศแคนาดาที่แสดงให้เห็นว่า จำนวนเงินภาษีที่ลดลงเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยอื่น และการลักลอบจำนวนมหาศาลจากประเทศอื่นทำให้ภาษีที่จัดเก็บได้ลดลง ดังนั้น การขึ้นภาษีจะต้องดำเนินการไปพร้อมกับการป้องกันการลักลอบนำเข้าบุหรี่ยุติ

5. การขึ้นภาษีบุหรี่ยุติอาจทำให้สามารถลดอัตราภาษีประเภทอื่น ๆ ได้ ภาษีทุกประเภทมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อาทิ การขึ้นภาษีรายได้จะทำให้คนทำงานน้อยลงและ/หรือการจ้างภาษีลดลง การขึ้นภาษีเงินออมจะทำให้การออมน้อยลงและทำให้ความสามารถในการลงทุนน้อยลง แต่การขึ้นภาษีบุหรี่ยุติจะทำให้การสูบบุหรี่น้อยลง ซึ่งจะทำให้เกิดผลดีหลายด้าน ได้แก่

- ลดการสูญเสียผลผลิตประชากรอื่นเนื่องมาจากการสูบบุหรี่
- ลดภาระการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นเนื่องมาจากการสูบบุหรี่
- ลดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายที่ป้องกันได้ และการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากบุหรี่

6. การขึ้นภาษีบุหรี่จะทำให้รัฐสามารถ “ยึด” ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของธุรกิจการค้าบุหรี่ที่เป็นรายได้ของบริษัทข้ามชาติหากไม่มีการขึ้นภาษี โดยปกติบริษัทผลิตและค้าบุหรี่ให้ความสำคัญกับรายได้และผลกำไรมากกว่าสุขภาพและชีวิตของประชากรโลก การที่ในบุหรี่มีนิโคติน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติดมากกว่าแอลกอฮอล์ กาแฟ เฮโรอีนและโคเคน ดังนั้นบริษัทบุหรี่อาจทำกำไรมากขึ้นด้วยการขึ้นราคา ขณะเดียวกันยังสามารถผลิตสินค้าราคาต่ำเพื่อดึงดูดลูกค้าหน้าใหม่ นโยบายภาษีที่เอื้อประโยชน์ด้านสุขภาพจะสามารถป้องกันบุหรี่ราคาต่ำในท้องตลาด และเงินจำนวนนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์อื่น ๆ ได้ อาทิ

- ให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมการรักษาพยาบาลหรือการส่งเสริมสุขภาพ
- ให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมทางเลือกอื่น ๆ สำหรับเกษตรกรที่ปลูกยาสูบ
- ให้ทุนสนับสนุนกิจกรรมภาครัฐและหน่วยงานต่าง ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับบุหรี่
- ลดภาษีประเภทอื่น ๆ ลง

7. ภาษีบุหรี่เป็นส่วนที่จัดการได้ง่าย ในประเทศต่าง ๆ ส่วนมากการผลิตบุหรี่อยู่ในมือของบริษัทไม่กี่บริษัท และการจัดเก็บภาษีโรงงานกระทำได้ง่ายและใช้บุคลากรจำนวนน้อย จึงมีค่าใช้จ่ายน้อยมากในการจัดเก็บ ในประเทศที่มีระบบการจัดเก็บภาษีบุหรี่อยู่แล้ว ก็จะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นน้อยมากเมื่อเทียบกับภาษีที่จัดเก็บได้

8. การขึ้นภาษีบุหรี่อาจเป็นที่พึงพอใจมากในกลุ่มคนระดับต่าง ๆ ดังสะท้อนให้เห็นในข้อคิดเห็นของข้าหลวงใหญ่แห่งสหพันธรัฐแห่งราชอาณาจักรอังกฤษที่ว่า “การหว่านล้อมให้เห็นด้วยกับการควบคุมบุหรี่ในสภาผู้แทนราษฎรนั้นจะทำให้ได้เพื่อนมากกว่าศัตรู และเรื่องภาษีบุหรี่ทำให้ได้รับคำชมเชยมากกว่าคำติเตียน..”

9. การขึ้นภาษีบุหรี่ทำให้ประเทศมีรายได้เพิ่มขึ้น และยังคงมีรายได้มากขึ้นแม้ว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่จะลดลง และเป็นทางที่จะทำให้รัฐมีเงินไปใช้ในโครงการต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการพัฒนาด้านสังคมและเศรษฐกิจสำหรับประชากรในช่วงอายุต่อ ๆ ไป

โครงสร้างฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก เรื่อง บุหรี่กับสุขภาพ

1. ลักษณะทางด้านสังคมและประชากร

- 1.1 จำนวนประชากร (หน่วย : พันคน): ประชากรรวม ประชากรชายและหญิง ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนประชากรในเขตเมืองและเขตชนบท
- 1.2 โครงสร้างประชากรตามอายุและเพศ
- 1.3 อัตราการตาย ต่อ 1,000 ประชากรที่เกิดมีชีวิต
- 1.4 การเปลี่ยนแปลงของอัตราการตาย (ร้อยละ)
- 1.5 อายุคาดเฉลี่ยของประชากรเมื่อแรกเกิดและเมื่ออายุ 15 ปี : ชายและหญิง
- 1.6 ผลผลิตมวลรวมประชาชาติแท้จริงต่อหัวประชากร (อำนาจซื้อ : เหรียญสหรัฐ)
- 1.7 ผลผลิตมวลรวมประชาชาติต่อหัวประชากร (เหรียญสหรัฐ)
- 1.8 อัตราการเติบโตของผลผลิตประชาชาติมวลรวม (ร้อยละ)
- 1.9 โครงสร้างแรงงาน จำแนกตามประเภทงาน : เกษตร อุตสาหกรรมและบริการ
- 1.10 อัตราการอ่านออกเขียนได้ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป : ประชากรรวม และจำแนกตามเพศชาย/หญิง
- 1.11 อัตราการศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษา

2. การผลิต การค้า และอุตสาหกรรมบุหรี่

- 2.1 จำนวนพื้นที่ที่ใช้เพื่อการปลูกยาสูบ :
 - จำนวนพื้นที่การเกษตรทั้งหมด
 - จำนวนพื้นที่ปลูกยาสูบ
 - ร้อยละของพื้นที่ปลูกยาสูบ
- 2.2 รายได้จากการส่งออกบุหรี่ (พันเหรียญสหรัฐ) ได้แก่ ไบยาสูบ บุหรี่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ และร้อยละของผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อสินค้าส่งออกทั้งหมด
- 2.3 การนำเข้าบุหรี่ (พันเหรียญสหรัฐ) ได้แก่ ไบยาสูบ บุหรี่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ และร้อยละของผลิตภัณฑ์ยาสูบต่อสินค้านำเข้าทั้งหมด
- 2.4 การนำเข้าสินค้าอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่
 - เครื่องจักรและอุปกรณ์ (เหรียญสหรัฐ)
 - สินค้าและบริการ (เหรียญสหรัฐ)

- เครื่องจักรและบริการที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ (ร้อยละของสินค้านำเข้าทั้งหมด)
 - มูลค่าของการนำเข้ายาสูบ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องจักรที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละของการใช้เงินทุนสำรองระหว่างประเทศ)
- 2.5 จำนวนแรงงาน (คนงานทำงานเต็มเวลาหรือเทียบเท่า) การจ้างงานในอุตสาหกรรมบุหรื การผลิตบุหรื การปลูกยาสูบ (จำนวนแรงงานและร้อยละของแรงงานในอุตสาหกรรมยาสูบต่อแรงงานทั้งหมด)
- 2.6 การผลิต การนำเข้า การส่งออก การบริโภคบุหรืที่ไม่ได้ผลิตจากโรงงาน (น้ำหนักใบยา, เมตริกตัน) (ตัน, ร้อยละต่อปริมาณทั้งหมดทั่วโลก)
- 2.7 การผลิต การนำเข้า การส่งออก การบริโภคบุหรืที่ผลิตจากโรงงาน (จำนวนล้านมวน) (ตัน, ร้อยละต่อปริมาณทั้งหมดทั่วโลก)
- 2.8 การผลิต การนำเข้า การส่งออก การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทอื่น ๆ (น้ำหนักแห้ง, เมตริกตัน) (ตัน, ร้อยละต่อปริมาณทั้งหมดทั่วโลก)
- 2.9 การผลิต การนำเข้า การส่งออก การบริโภคซิการ์ (น้ำหนักแห้ง, เมตริกตัน) (ตัน, ร้อยละต่อปริมาณทั้งหมดทั่วโลก)
- 2.10 การผลิต การนำเข้า การส่งออก การบริโภคที่ผลิตจากโรงงานทั้งหมด (น้ำหนักแห้ง, เมตริกตัน) (ตัน, ร้อยละต่อปริมาณทั้งหมดทั่วโลก)
- 2.11 ภาษีที่จัดเก็บได้จากบุหรื ได้แก่ ปริมาณการค้าบุหรื ภาษีบุหรื ใบยาสูบ และการโฆษณาบุหรื

3. การบริโภคยาสูบ

- 3.1 จำนวนเวลา (นาทีก) ของการทำงานโดยเฉลี่ยเมื่อเทียบกับรายจ่ายเพื่อซื้อบุหรื 20 มวน
- 3.2 ปริมาณทาร์และนิโคตินในบุหรื (มิลลิกรัม)
- ทาร์ : ปริมาณสูงสุด ปริมาณต่ำสุด ปริมาณของยี่ห้อที่นิยมที่สุด
- นิโคติน : ปริมาณสูงสุด ปริมาณต่ำสุด ปริมาณของยี่ห้อที่นิยมที่สุด
- 3.3 ร้อยละของบุหรืก้นกรองที่ผลิตจากโรงงาน
- 3.4 ค่าเฉลี่ยของการบริโภคยาสูบต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (บุหรื : มวน, ยาสูบอื่น ๆ : กรัม)
- 3.5 ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุหรืที่สูบต่อวันต่อผู้สูบบุหรื 1 คน (ชายและหญิง)
- 3.6 ร้อยละของผู้สูบบุหรืที่สูบบุหรืเกิน 20 มวนต่อวัน (ชายและหญิง)

4. ความชุก

- 4.1 ร้อยละของการสูบบุหรี่/การบริโภคยาสูบ จำแนกตามลักษณะด้านสังคมเศรษฐกิจ/อาชีพ (ประชากรรวม, และจำแนกตามเพศชาย/หญิง)
- 4.2 ร้อยละของการสูบบุหรี่/การบริโภคยาสูบ จำแนกตามลักษณะประชากร (เมือง/ชนบท ศาสนา เชื้อชาติ)
- 4.3 ร้อยละของการสูบบุหรี่/การบริโภคยาสูบในกลุ่มแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และครู
- 4.4 ร้อยละของการสูบบุหรี่/การบริโภคยาสูบเป็นประจำ (ทุกวัน) จำแนกตามเพศและอายุ
- 4.5 ร้อยละของการสูบบุหรี่/การบริโภคยาสูบเป็นครั้งคราว (ไม่ทุกวัน) จำแนกตามเพศและอายุ (10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70+ ปี, รวมทุกอายุ)
- 4.6 ร้อยละของการสูบบุหรี่/การบริโภคยาสูบทั้งหมด (ประจำ+ครั้งคราว) จำแนกตามเพศและอายุ
- 4.7 ร้อยละของการบริโภคยาสูบทั้งหมด จำแนกตามเพศและอายุ
- 4.8 ร้อยละของการสูบบุหรี่/การบริโภคยาสูบเป็นประจำ (ทุกวัน) ในกลุ่มผู้ใหญ่ อายุ 15 ปี ขึ้นไป (ประชากรรวมและจำแนกตามเพศชาย/หญิง)
- 4.9 ร้อยละของประชากรที่เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันไม่สูบ (ประชากรรวมและจำแนกตามเพศชาย/หญิง)
- 4.10 อัตราการเลิกบุหรี่ คือจำนวนคนที่เคยสูบบุหรี่ที่เลิกสูบแล้วต่อจำนวนคนที่เคยสูบบุหรี่ทั้งหมด (ประชากรรวมและจำแนกตามเพศชาย/หญิง)
- 4.11 ร้อยละของคนที่ไม่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน จำแนกตามอายุเมื่อเริ่มสูบ (ประชากรรวม, และจำแนกตามเพศชาย/หญิง) ได้แก่ <10, 10-14, 15-19 และ 20+ ปี

5. การป่วยและการตาย

- 5.1 อัตราตายปรับตามอายุจากสาเหตุต่าง ๆ ต่อ 100,000 ประชากร ได้แก่ รวมทุกสาเหตุ มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง (laryngeal cancer) มะเร็งช่องปาก ริมฝีปาก หลอดอาหาร (pharynx) มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งทุกชนิด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจทุกชนิด
- 5.2 จำนวนตายโดยประมาณที่สืบเนื่องจากการสูบบุหรี่ (จำนวนตาย, ร้อยละของการตาย ทั้งหมด) (ทุกอายุ, 35-69, 70+ ปี) (ประชากรชาย/หญิง และประชากรรวม) ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจทุกชนิด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และทุกสาเหตุ

6. มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ องค์กร และสถาบัน

6.1 การออกกฎหมาย

6.1.1 ราคา ภาษี การจำกัดการค้า

6.1.2 การจำกัดอายุผู้ซื้อ

6.1.3 การป้องกันการได้รับควันบุหรี่โดยไม่สมัครใจในสถานที่ต่าง ๆ ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขสถานที่สาธารณะ ยานพาหนะสาธารณะ สถานประกอบการ และสถานที่อื่น ๆ (ระบุ)

6.1.4 การห้ามโฆษณา

6.1.5 การจำกัดปริมาณทาร์ และนิโคติน

6.1.6 ค่าเตือนเรื่องสุขภาพบนซองบุหรี่

6.1.7 ระบบการรายงาน

6.2 การให้ความรู้และการรณรงค์ให้ความรู้ต่อสาธารณะ

6.3 การปลูกยาสูบ

6.4 การส่งเสริมการวิจัย

6.5 มาตรการอื่น ๆ

6.6 องค์กรและสถาบัน ได้แก่ หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานเอกชน

6.7 สรุปสาระสำคัญ

ตัวอย่างข้อมูลระดับประเทศ : ประเทศอินโดนีเซีย

ลักษณะด้านสังคมประชากร

ประชากร	พ.ศ.2533	พ.ศ.2538	พ.ศ.2568
รวม	182,812,000	197,588,000	275,598,000
ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	117,578,000	132,398,000	212,324,000
ร้อยละของประชากรในเขตเมือง	30.6	35.54	60.7
ร้อยละของประชากรในเขตชนบท	69.4	64.6	39.3

สถานะสุขภาพ

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ปี พ.ศ.2534 – 2538 : 61.0 (ชาย) 64.5 (หญิง)

อัตราการตาย ปี พ.ศ.2534 – 2538 : 58 ต่อ 1,000 เกิดมีชีวิต

สถานะสังคมเศรษฐกิจ

ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวประชากร ปี พ.ศ.2534 : 610 (เหรียญสหรัฐ)

ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติแท้จริง ต่อหัวประชากร : 2,730 (เหรียญอินโดนีเซีย)

สัดส่วนการกระจายแรงงานตามกลุ่มอาชีพ ปี พ.ศ.2533-2535 : เกษตร ร้อยละ 56
อุตสาหกรรม ร้อยละ 14 และบริการ ร้อยละ 30

อัตราการอ่านออกเขียนได้ในประชากรวัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ) ปี พ.ศ.2535 : รวมร้อยละ 84;
ชาย ร้อยละ 91 และหญิง ร้อยละ 77

การผลิต การค้า และอุตสาหกรรมบุหรี

การปลูกยาสูบ

ในปี พ.ศ.2533 มีจำนวนพื้นที่ปลูกยาสูบ 183,785 เฮกตาร์ ลดลงจากปี พ.ศ.2528 ซึ่งมีพื้นที่ปลูกยาสูบ 288,000 เฮกตาร์ และคิดเป็นร้อยละ 1-2 ของพื้นที่การเกษตรทั้งหมด

การผลิตและการค้า

ระหว่างปี พ.ศ.2533-2535 อินโดนีเซียผลิตยาสูบประมาณร้อยละ 2.0 ของจำนวนยาสูบที่ไม่ได้ผลิตจากโรงงานทั้งหมดทั่วโลกในปี พ.ศ.2537 อินโดนีเซียผลิตบุหรีประมาณ 180,000

ล้านมวน (คิดเป็นร้อยละ 3.3 ของผลผลิตรวมทั่วโลก) เพิ่มขึ้นจาก 83,900 ล้านมวน ในปี พ.ศ. 2523 การเพิ่มของการผลิตบุหรี่จำนวนมหาศาลนี้ เกิดจากการที่มีการผลิต kretek (บุหรี่ยผสมระหว่างยาสูบและกานพลู) เป็นจำนวนมาก

ในปี พ.ศ.2535 อินโดนีเซียนำเข้าใบยาสูบประมาณ 21,650 ตัน (ร้อยละ 1.4 ของยาสูบที่นำเข้าทั่วโลก) และส่งออกเป็นจำนวน 18,900 ตัน (ร้อยละ 1.1 ของยาสูบที่ส่งออกทั่วโลก) อินโดนีเซียนำเข้าบุหรี่จำนวน 15 ล้านมวน และส่งออก 15,000 ล้านมวน หรือร้อยละ 2.2 ของจำนวนส่งออกทั่วโลก

ในปี พ.ศ.2533 มูลค่าการนำเข้าใบยาสูบและบุหรี่ยี่มีจำนวน 42.1 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ร้อยละ 0.1 ของมูลค่าการนำเข้าทั้งหมด) เทียบมูลค่า 17 ล้านดอลลาร์ในปี พ.ศ.2528 และในปี พ.ศ.2533 อินโดนีเซียมีรายได้ประมาณ 124.6 ล้านดอลลาร์ (ร้อยละ 0.4 ของมูลค่าการส่งออกทั้งหมด) เพิ่มขึ้นจาก 48.2 ล้านดอลลาร์ในปี พ.ศ.2528

อุตสาหกรรม

มีแรงงานประมาณ 214,300 คนที่ทำงานเต็มเวลาในอุตสาหกรรมการผลิตบุหรี่ในปี พ.ศ.2532 อุตสาหกรรม kretek ของอินโดนีเซียนับเป็นนายจ้างที่ใหญ่เป็นอันดับสองรองจากรัฐบาลอินโดนีเซีย

การบริโภคยาสูบ

การบริโภคยาสูบส่วนใหญ่ในประเทศอินโดนีเซีย คือ การสูบบุหรี่ และร้อยละ 85-90 เป็นการสูบบุหรี่ประเภท kretek ส่วนแบ่งตลาดของ kretek เพิ่มจากร้อยละ 30 ในปี พ.ศ.2517 เป็นร้อยละ 90 ตั้งแต่ พ.ศ.2533-2543 นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2513-2515 เป็นต้นมา จำนวนการบริโภคยาสูบต่อหัวประชากรเพิ่มมากกว่าสองเท่า จาก 500 เป็น 1,180 มวนต่อหัวประชากร การสำรวจในกรุงจาการ์ตาในปี พ.ศ.2524 ได้ประมาณว่า ผู้ที่สูบบุหรี่แต่ละคนจะสูบประมาณ 12 มวนต่อวัน และร้อยละ 5 ของผู้ที่สูบบุหรี่สูบมากกว่า 20 มวนต่อวัน

ทาร์/นิโคติน/ก้นกรอง

ในปี พ.ศ.2536 ปริมาณทาร์ในบุหรี่สูง ซึ่งค่าเฉลี่ยของปริมาณทาร์ใน kretek 18 ยี่ห้อ เท่ากับ 58.0 มก. (พิสัย 41-71) และปริมาณนิโคตินเฉลี่ย 2.4 มก. (พิสัย 1.2-3.2) ซึ่งสูงกว่าระดับที่ได้รับอนุญาตในประเทศอุตสาหกรรมอื่น ๆ และประมาณร้อยละ 73 เป็นบุหรี่ที่มีก้นกรอง

ความชุก

การสำรวจครัวเรือนในปี พ.ศ.2523 พบว่า ผู้ชายอายุ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54 และ ร้อยละ 3 ในผู้หญิงสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน การสำรวจแบบเดียวกันในปี พ.ศ.2529 พบอัตราการสูบ

บุหรี่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 53 ในผู้ชาย และร้อยละ 4 ในผู้หญิง) การสำรวจอื่น ๆ ในปี พ.ศ.2523 ในลอมบอค จากการ์ตา และย็อคจากการ์ตา พบอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ชายร้อยละ 75, 65 และ 61 ตามลำดับ ขณะที่ในผู้หญิง พบน้อยกว่าร้อยละ 5 (ยกเว้นในจากการ์ตา พบร้อยละ 9.8) ข้อมูลระดับประเทศ พบอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ชายร้อยละ 60 และในผู้หญิง ร้อยละ 5

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข

จากการสำรวจในปี พ.ศ.2528 ในเซมารัง พบว่า มีการสูบบุหรี่ในกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้ แพทย์ร้อยละ 36 บุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ร้อยละ 79 คนขับสามล้อรับจ้างร้อยละ 96 ข้าราชการร้อยละ 52 ในการสำรวจกลุ่มนักศึกษาแพทย์ในปี พ.ศ.2535 พบว่า นักศึกษาแพทย์ชาย ร้อยละ 8 และนักศึกษาแพทย์หญิงร้อยละ 1 สูบบุหรี่ประจำทุกวัน และอีกร้อยละ 39 และร้อยละ 15 สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว

สถานการณ์การสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มอายุ

การสำรวจในกลุ่มนักเรียนในปี พ.ศ.2528 ในกรุงจาการ์ตา พบว่า เด็กนักเรียนอายุระหว่าง 10-14 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 49 และหญิงร้อยละ 9 สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน และจากการสำรวจในปี พ.ศ.2533 ในจากการ์ตาพบการสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันในเด็กอายุ 11-14 ปี เพียงร้อยละ 1 ในเด็กอายุ 15 ปี ร้อยละ 9 และอายุ 16 ปี ร้อยละ 6 และพบการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวร้อยละ 15, 22 และ 44 ตามลำดับ การศึกษานี้ยังพบว่า เด็กเหล่านี้ร้อยละ 9 เริ่มสูบบุหรี่ก่อนอายุ 10 ปี ร้อยละ 8 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 11 ปี ร้อยละ 18 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 12 ปี ร้อยละ 23 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 13 ปี และร้อยละ 40 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 14-16 ปี โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 95 สูบ kretek และร้อยละ 72 กล่าวว่า พ่อแม่ไม่ทราบว่าตนสูบบุหรี่

การตายเนื่องจากการสูบบุหรี่

ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลการตายที่เชื่อถือได้ในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่มีอยู่ พบว่าการตายด้วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น การคาดประมาณจำนวนตาย พบว่า การตายเนื่องจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2-3 ของการตายทั้งหมดในปี พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 3-4 ในปี พ.ศ.2529 ทำให้คาดประมาณได้ว่า มีจำนวนตายด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ประมาณ 57,000 รายต่อปี (ส่วนมากเป็นเพศชาย) และน่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในระยะ 20-30 ปีข้างหน้า

มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ

มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบส่วนใหญ่ดำเนินการโดยองค์กรเอกชน

การควบคุมผลิตภัณฑ์บุหรี่

มาตรการเดียวที่ใช้ในการจำกัดการโฆษณาบุหรี่ในโทรทัศน์ ได้แก่ การห้ามมิให้เห็นคนสูบบุหรี่หรือเห็นมวนบุหรี่ในโทรทัศน์ ไม่มีการห้ามโฆษณาบุหรี่ในรายการวิทยุ ป้าย โฆษณาขนาดใหญ่ โฆษณา ณ จุดขายบุหรี่ ในหนังสือพิมพ์ หรือการสนับสนุนกิจกรรมใด ๆ ในสังคม มีการให้คำเตือนบนซองบุหรี่ในปี พ.ศ.2534 แต่ไม่มีการห้ามขายบุหรี่โดยเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติหรือการห้ามขายบุหรี่แก่เด็ก การปรับขึ้นภาษีบุหรี่ในปี พ.ศ.2535 ทำให้ราคาขายของบุหรี่เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ภาษีบุหรี่ที่ผลิตในประเทศจัดเก็บในอัตราร้อยละ 37.5 และร้อยละ 70 สำหรับบุหรือนำเข้า ภาษีบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 10 ของภาษีทั้งหมดที่จัดเก็บได้

การปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่

มี 3 กระทรวงที่ถูกประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่แต่ไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง มีข้อกำหนดบังคับไว้ว่า สถานบริการสาธารณสุขเป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่ยังมีแพทย์บางคนสูบบุหรี่ ในขณะที่ตรวจผู้ป่วย โรงเรียนและมหาวิทยาลัยเป็นเขตปลอดบุหรี่ โรงภาพยนตร์ที่ใช้เครื่องปรับอากาศมีการห้ามสูบบุหรี่ และในภัตตาคารมีการขอร้องให้งดสูบบุหรี่ ให้จัดเที่ยวบินที่มีระยะเวลาบินน้อยกว่าสองชั่วโมงเป็นเที่ยวบินปลอดบุหรี่ แต่ไม่มีข้อบังคับเรื่องการห้ามสูบบุหรี่บนรถไฟ รถเมล์ หรือรถรับจ้างสาธารณะ

การให้ความรู้

องค์กรเอกชน เช่น มูลนิธิมะเร็งแห่งอินโดนีเซีย และมูลนิธิโรคหัวใจแห่งอินโดนีเซียได้จัดทำโปสเตอร์ แผ่นพับ และจัดอบรมการเลิกบุหรี่เป็นระยะ ๆ องค์กรเอกชนเหล่านี้ยังได้จัดกิจกรรมชุมชนเป็นครั้งคราว และมีการจัดงานวันงดสูบบุหรี่โลกเป็นประจำทุกปี อย่างไรก็ตาม กิจกรรมการควบคุมการบริโภคบุหรี่ยังคงมีจำกัด และไม่มียุทธศาสตร์การควบคุมการสูบบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จในระดับชาติ

ตัวอย่างข้อมูลระดับประเทศ : ประเทศไทย

ลักษณะด้านสังคมประชากร¹

ประชากร	พ.ศ.2543	พ.ศ.2553	พ.ศ.2563	พ.ศ.2573
รวม (ล้านคน)	62.806	69.681	75.097	79.525
ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	73.3	76.1	79.6	80.9
ร้อยละของประชากรในเขตเมือง	21.6	26.7	32.6	39.1
ร้อยละของประชากรในเขตชนบท	78.4	74.2	67.4	60.9

สถานะสุขภาพ¹

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พ.ศ. 2543 : 66.7 (ชาย) 72.6 (หญิง)

อัตราการตาย พ.ศ.2543 : 21 ต่อ 1,000 เกิดมีชีวิต

สถานะสังคมเศรษฐกิจ

ผลผลิตมวลรวมประชาชาติต่อหัวประชากร พ.ศ. 2543 : 2,010 (เหรียญสหรัฐ) ผลผลิตมวลรวมประชาชาติแท้จริงต่อหัวประชากร: 6,330 (เหรียญสหรัฐ)¹

สัดส่วนการกระจายแรงงานตามกลุ่มอาชีพ³ พ.ศ.2546 : เกษตร 55.1% อุตสาหกรรม 35.2% และบริการ 9.7 %

อัตราการอ่านออกเขียนได้ในประชากรวัยผู้ใหญ่⁴ (ร้อยละ) พ.ศ.2544 : รวม 90.8% ; ชาย 92.6% หญิง 89.2 %

การผลิต การค้า และอุตสาหกรรมสุทธิ

การปลูกยาสูบ²

ในปี พ.ศ.2543 ประเทศไทยมีจำนวนพื้นที่ปลูกยาสูบ 43,330 เฮกตาร์ คิดเป็นร้อยละ 0.09 ของพื้นที่การเกษตรทั้งหมด ผลผลิตใบยาสูบในปี พ.ศ.2543 เท่ากับ 57,000 เมตริกซ์ตัน คิดเป็นร้อยละ 0.8 ของการผลิตใบยาสูบทั่วโลก

การผลิตและการค้า

ในปี พ.ศ.2543 ประเทศไทยผลิตใบยาสูบได้ประมาณร้อยละ 2.0 ของจำนวนใบยาสูบทั้งหมดทั่วโลก มีการส่งออกใบยาสูบเป็นจำนวน 27,924 ตัน และมีการนำเข้าใบยาสูบประมาณ 9,123 ตัน²

ในปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยผลิตบุหรี่ได้ประมาณ 34,030 ล้านมวน⁵ มีการนำเข้าบุหรี่จำนวน 9,740 ล้านมวน⁶ และส่งออก 10.7 ล้านมวน⁵

สัดส่วนการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ (Market Share) ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2542 พบว่า โรงงานยาสูบกระทรวงการคลัง มีสัดส่วนการตลาดอยู่ที่ร้อยละ 87 ในขณะที่บริษัทยาสูบต่างชาติ คือ บริษัท ฟิลิป มอริส บริษัท อาร์.เจ. เรย์โนลด์ บริษัทบริติช อเมริกัน โทแบคโค มีสัดส่วนการตลาดอยู่ที่ร้อยละ 8, 3 และ 1 ตามลำดับ¹

อุตสาหกรรม

ในปี พ.ศ.2539 มีการจ้างแรงงานในการเพาะปลูกยาสูบประมาณ 384,000 คน และแรงงานจำนวน 6,500 คน ในอุตสาหกรรมยาสูบ โดยล่าสุดมีการจ้างแรงงานในอุตสาหกรรมยาสูบ คิดเป็นร้อยละ 2.5 ถึง 5 ของแรงงานในภาคอุตสาหกรรม

การบริโภคยาสูบ⁵

การบริโภคยาสูบส่วนใหญ่ในประเทศไทย คือ การสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่รวมทุกประเภทของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นเล็กน้อยจาก 11.85 มวนต่อวันต่อคนในปี พ.ศ.2542 เป็น 10.38 มวนต่อวันต่อคนในปี พ.ศ.2547 เมื่อจำแนกปริมาณการสูบบุหรี่ตามประเภทบุหรี่ที่สูบเป็นส่วนใหญ่ พบว่า ปริมาณการสูบบุหรี่ทั้ง 2 กลุ่ม เป็นดังนี้ 1) บุหรี่มวนเอง ร้อยละ 52.7 (พ.ศ.2544)³ และ 2) บุหรี่อื่น ๆ อาทิ บุหรี่ซอง (ผลิตในประเทศ ร้อยละ 46.0 และผลิตนอกประเทศร้อยละ 1.2 ในปี พ.ศ.2544)⁴ ไซการ์ และซิโย

ความชุก⁷

ระหว่างปี พ.ศ.2542-2549 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยรวมทุกประเภทมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 30.46 ในปี พ.ศ.2542 เป็นร้อยละ 19.47 ในปี พ.ศ.2547 และในปี พ.ศ.2549 อัตราการสูบบุหรี่ลดลงเหลือร้อยละ 18.94 อัตราการสูบบุหรี่ของทั้งเพศชายและหญิงระหว่างปี พ.ศ.2542 - พ.ศ.2549 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยประชากรชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าประชากรหญิงประมาณ 10 เท่าในทุกรอบของการสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 อัตราการสูบบุหรี่ของเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 4.60 ในขณะที่เพศชายร้อยละ 55.63 และในปี พ.ศ.2549 เพศหญิงเท่ากับร้อยละ 2.00 และเพศชายเท่ากับร้อยละ 36.91

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข⁸

ข้อมูลจากการสำรวจในโครงการ Thailand Health Professional Survey (THPS) โดยสำรวจข้อมูลนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ของแต่ละวิชาชีพ ประกอบด้วย 7 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ และสาธารณสุข พบว่านักศึกษาที่สูบ

บุหรี่แม้เพียงครั้งเดียว พบในนักศึกษาวิชาชีพสาธารณสุข สูงสุดคือร้อยละ 24.1 รองลงมาคือ เทคนิคการแพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกร แพทย์ กายภาพบำบัด และพยาบาล ร้อยละ 19.5, 16.4, 15.5, 14.3, 14.2 และ 13.9 ตามลำดับ

สถานการณ์การสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มอายุ⁷

ผลการสำรวจข้อมูลการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ.2549 ซึ่งสำรวจเด็กวัยรุ่นตั้งแต่อายุ 11 ปีขึ้นไป พบว่า วัยรุ่นอายุ 20-24 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 15.82 ขณะที่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 5.75 และอายุ 11-14 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 0.22 เมื่อจำแนกอัตราการสูบบุหรี่ตามเพศ ในเพศชาย พบว่า วัยรุ่นชายอายุ 20-24 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 30.39 อายุ 15-19 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 10.66 และอายุ 11-14 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 0.24 สำหรับวัยรุ่นหญิง พบว่า วัยรุ่นหญิงอายุ 20-24 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 0.81 ขณะที่อายุ 15-19 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 0.61 และอายุ 11-14 ปี สูบบุหรี่น้อยมาก คือน้อยกว่าร้อยละ 0.01 ช่วงอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดคือ ประชากรอายุ 41-59 ปี รองลงมาคือ 25-40 ปี อัตราการสูบบุหรี่ระหว่างปี พ.ศ.2542-2549 ในทุกกลุ่มอายุมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง ยกเว้นใน ปี พ.ศ.2549 ที่กลุ่มอายุ 15-18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งต้องติดตามเฝ้าระวังต่อไป กลุ่มอายุที่มีการสูบบุหรี่ลดลงต่ำที่สุดคือ กลุ่มอายุ 25-40 ปี

การตายเนื่องจากการสูบบุหรี่⁸

จากสถิติของประเทศไทย (สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546) พบว่า สาเหตุของการเสียชีวิต 3 อันดับแรกของคนไทยได้แก่ มะเร็ง (73.3 ต่อประชากร 100,000 คน) อุบัติเหตุ (55.3 ต่อประชากร 100,000 คน) และโรคหัวใจหลอดเลือด (51.2 ต่อประชากร 100,000 คน) จากการประมาณการของผู้เชี่ยวชาญพบว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน

มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ¹⁰

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ซึ่งในเดือนธันวาคม พ.ศ.2548 มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 17 ซึ่งเป็นผลให้สถานที่สาธารณะหลายแห่งต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่ เช่น โรงเรียนหรือสถานศึกษาหรือสถาบันการศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา รถรับส่งนักเรียน สนามเด็กเล่น ที่พักผู้โดยสาร ตู้โทรศัพท์สาธารณะ ห้องสมุด หอศิลป์ ห้างสรรพสินค้า สถานที่บริการคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม เป็นต้น โดยการกำหนดเขตปลอดบุหรี่นี้มีการประกาศเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบ นอกจากนี้ยังมีการปรับอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซิกาแรตอย่าง

ต่อเนื่อง ทำให้ราคาจำหน่ายบุหรี่ปรับตัวสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีรายจ่ายสูงขึ้น และอัตราการสูบบุหรี่ลดลง

การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ¹¹

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ซึ่งห้ามไม่ให้มีการโฆษณาบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ ทุกประเภท ห้ามไม่ให้มีการส่งเสริมการขาย แจกบุหรี่ ห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี การห้ามแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย ห้ามจำหน่ายบุหรี่ด้วยเครื่องอัตโนมัติ มีการกำหนดให้พิมพ์ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ที่จำหน่ายในประเทศไทย การห้ามการผลิต นำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ที่มีฉลากคำว่าไมลด์ โลท์ รวมทั้งมีการปรับอัตราภาษีบุหรี่ซิการ์อย่างต่อเนื่อง จนในปัจจุบัน (ปี พ.ศ.2549) อัตราภาษีอยู่ที่ร้อยละ 79

การปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่¹⁰

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ซึ่งมีผลให้สถานที่สำคัญหลายแห่งเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล สถานที่ราชการ ป้ายรถประจำทาง ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่จากการได้รับอันตรายจากควันบุหรี่ โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน รวมทั้งมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ และสร้างความตระหนักถึงอันตรายจากพิษภัยของบุหรี่ทั้งต่อตัวผู้สูบบุหรี่เอง และต่อบุคคลข้างเคียงที่จะได้รับอันตรายจากควันบุหรี่ยี่มือสอง

การให้ความรู้

ประเทศไทยมีหลายหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) เช่น กรมควบคุมโรค ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ฯลฯ ที่ทำหน้าที่รณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้ด้านกฎหมายและพิษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่ยี่มือสองแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และมีส่วนร่วมในการควบคุมยาสูบ และป้องกันตนเองจากอันตรายของบุหรี่

- ที่มา :
- 1) World Health Organization. (2002). *Country Profile On Tobacco or Health*. New Delhi.
 - 2) World Health Organization. (2003). *Tobacco Control Country Profile 2nd*. [Online].
Available: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/437C3114-24FE-45CA-9A62-8E119BC66CC6/0/TCCP2.pdf>. [20/02/2550].
 - 3) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2544 - 2547*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
 - 4) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543*. [Online].
Available : http://service.nso.go.th/nso/data/data23/stat_23/toc_3/3.1.1-21.xls. [23/02/2550].
 - 5) โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง. (2549). *ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2548*. [Online].
Available : http://www.thaitobacco.or.th/page/infor_view.php?gid=113. [26/02/2550].
 - 6) กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง. (2549). *ข้อมูลปริมาณการนำเข้าบุหรี่ของประเทศไทย เอกสารสำเนา*.
 - 7) ศรัณยู เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2549). *สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534 - 2547*. กรุงเทพฯ : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
 - 8) ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2549). *โครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับวิชาชีพด้านสุขภาพ (Global Health Professional Survey : GHPS)*. เอกสารโรเนียว.
 - 9) วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. *แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร*. [Online]. Available : <http://www.thaicpg.org/file/smoking-course.pdf>. [23/02/2550].
 - 10) กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2549). *พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : บริษัทสินทวีการพิมพ์จำกัด.
 - 11) กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2548). *พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด.

กรณีศึกษา 1: TIFR ในประเทศอินเดีย

Tara Institute of Fundamental Research (TIFR) ได้ทำการศึกษาวิจัยในชุมชนชนบทหลายแห่งในประเทศอินเดียเพื่อทราบความชุกของการสูบบุหรี่และการมีรอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งในช่องปาก (pre cancerous lesions) 1 ตำบลถูกเลือกเป็นตัวแทนพื้นที่ด้านภูมิศาสตร์และอีก 5 ตำบล (มีประชากร 1-4 ล้านคน) ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการจัดทำรายชื่อหมู่บ้านจากคู่มือสำรวจสำมะโนระดับตำบลที่จัดพิมพ์โดยสำนักงานสำมะโนแห่งชาติ หมู่บ้านที่มีประชากรมากกว่า 2,500 คน หรือน้อยกว่า 500 คนถูกคัดออก มีการคำนวณจำนวนหมู่บ้านที่ครอบคลุมประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 10,000 คน โดยใช้ข้อมูลการกระจายของประชากรตามหมู่บ้านและอายุ และคัดเลือกหมู่บ้านเหล่านี้โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย

ทีมสำรวจประกอบไปด้วยทันตแพทย์และพนักงานสัมภาษณ์โดยสำรวจบ้านที่ตกเป็นตัวอย่างและทำการสัมภาษณ์บุคคลทุกคนในบ้านนั้นที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทีมสำรวจจะเยี่ยมแต่ละบ้านอย่างน้อยสองครั้งเพื่อลดอัตราการไม่เข้าร่วมการวิจัย เมื่อสำรวจครบทุกหมู่บ้านแล้ว ทีมสำรวจจะสำรวจแต่ละหมู่บ้านอีกหนึ่งรอบเพื่อสัมภาษณ์คนที่ตกหล่น

กระบวนการนี้ทำให้ได้ค่าประมาณการสูบบุหรี่ที่เชื่อถือได้ในชุมชนชนบทของอินเดีย ดังข้อค้นพบที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การเคี้ยว หมายถึงการเคี้ยวยาเส้นและจำนวนคนที่เคี้ยวหมากพลูโดยไม่มียาเส้นมีน้อยมาก

ข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ ค่าใช้จ่ายสูงและใช้เวลานาน การเลือกหมู่บ้านด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายทำให้ได้หมู่บ้านตัวอย่างที่กระจายในพื้นที่กว้างและอาจจะเข้าถึงได้ยาก อย่างไรก็ตาม การสำรวจแบบนี้ใช้ได้ในการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้คือ การศึกษาระบาดวิทยาของรอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งในช่องปากในประชากร

กรณีศึกษา 2 : ประเทศมาเลเซีย

กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขของประเทศมาเลเซียได้ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างเป็นประจำเพื่อคาดประมาณขนาดของปัญหาด้านทันตสุขภาพ และตามคำแนะนำของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมาลายา โดยทำการสำรวจสภาวะรอยโรคในเยื่อช่องปาก

และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มพื้นที่และแบบสุ่มสองระดับเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

หน่วยที่เล็กที่สุดที่หาได้จากสำนักงานสำมะโนแห่งชาติ ได้แก่ กลุ่มหน่วยสำรวจ ประกอบด้วย 80-120 หลังคาเรือน เป็นกลุ่มสำหรับการสุ่มตัวอย่าง ประเทศมาเลเซียแบ่งเป็น 4 กลุ่มพื้นที่ คือ เมืองหลวงและปริมณฑล เขตเมืองขนาดใหญ่ เขตเมืองขนาดเล็ก และเขตชนบท ภายในแต่ละกลุ่มพื้นที่ มีการเลือกตัวอย่างกลุ่มหน่วยสำรวจด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย และภายในแต่ละกลุ่มหน่วยสำรวจ มีการสุ่มเลือกครัวเรือนด้วยวิธีสุ่มแบบเป็นระบบ (เช่น ทุก 10 ครัวเรือน เลือก 1 ครัวเรือน) โดยมีจุดเริ่มต้นแบบสุ่ม เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 11,000-12,000 ราย สัมภาษณ์และตรวจร่างกายประชากรทุกคนที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปในครัวเรือนที่เป็นตัวอย่าง ครัวเรือนที่มีลักษณะเป็นสถาบันหรือหน่วยงาน เช่น โรงแรม โรงพยาบาล เรือนจำ กรมทหาร จะถูกคัดออกจากการสำรวจ

นักวิจัยที่เป็นบุคคลอาจจะทำการศึกษานี้ได้ยาก เพราะต้องใช้ทรัพยากรมากและค่าใช้จ่ายสูง จึงเป็นไปได้มากหากทำโดยกระทรวงสาธารณสุข และด้วยคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในมหาวิทยาลัย อีกทั้งมีความเป็นไปได้สูงที่จะดัดแปลงงานสำรวจที่ทำเป็นประจำอยู่แล้วให้เป็นงานวิจัยเพื่อให้ได้ค่าความชุกของการสูบบุหรี่

กรณีศึกษา 3: ความชุกในกลุ่มผู้ป่วยในประเทศอินเดีย

ศาสตราจารย์ชาวเดนมาร์กซึ่งทำงานสอนนักศึกษาทันตแพทย์ในอินเดีย ทำการศึกษาความชุกของรอยโรคในช่องปากและความสัมพันธ์ระหว่างรอยโรคและการบริโภคยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ โดยได้ทำการสัมภาษณ์และตรวจผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของคณะทันตแพทย์ในเมืองลัคเนา บอมเบย์ และ บังกาลอร์ แห่งละ 10,000 ราย และที่ตริวันดรัมอีก 5,000 ราย

คณะผู้วิจัยทราบดีว่า กลุ่มตัวอย่างนี้อาจมีความแตกต่างจากประชากรทั่วไป โดยเฉพาะด้านอายุและเพศ สำหรับฐานะทางสังคมเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างไม่น่าจะแตกต่างจากประชากรทั่วไป ยกเว้นในกลุ่มชนที่ร่ำรวยมากซึ่งมักทำการรักษาโดยคลินิกเอกชนซึ่งหาได้ยากและมีราคาแพงมาก

ผลจากการสำรวจพบวิธีการใช้ยาสูบที่หลากหลายมาก พบว่ามีการใช้ยาสูบทั้งหมด 7 วิธี คือ สูบบุหรี่มวนเอง บิดิส (bidis) ชิลัม (chilum) ฮุกก้า (hookah) เคี้ยวยาเส้น และเคี้ยว paan ทั้งที่มีและไม่มียาเส้นเป็นส่วนประกอบ และมีการใช้ยาสูบเป็นส่วนประกอบต่าง ๆ ถึง

38 รูปแบบ ดังนั้นหากนักวิจัยต้องการสำรวจเรื่องการใช้ยาสูบในอินเดีย จะต้องระมัดระวังเรื่อง
นิยามของการใช้ยาสูบ และนับจำนวนวิธีการที่ชาวอินเดียบริโภคยาสูบด้วย

กรณีศึกษา 4: การศึกษากลุ่มตำรวจในบอมเบย์ ประเทศอินเดีย

การสำรวจการใช้ยาสูบในกลุ่มตำรวจในบอมเบย์ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย
เกี่ยวกับ leukoplakia ในปี พ.ศ.2502 นักวิจัยเลือกกลุ่มตำรวจเพราะเป็นกลุ่มที่มีความคล้ายคลึง
กันภายในกลุ่มสูง และมักจะมาจากตำบลเดียวกัน

นักวิจัยเป็นศัลยทันตแพทย์ของงานตำรวจ ดังนั้น จึงได้รับความร่วมมืออย่างดีจาก
ผู้บังคับบัญชาระดับสูงของกรมตำรวจ กลุ่มตัวอย่างถูกสั่งให้มารายงานตัวที่โรงพยาบาลตามวันที่
กำหนดไว้ ซึ่งนักวิจัยได้ทำการสัมภาษณ์และตรวจหารอยโรคในช่องปาก จำนวน 4,734 ราย
และเสร็จสิ้นภายในระยะเวลาอันสั้น

แม้ว่า ผลการวิจัยจะไม่สามารถนำไปใช้กับประชากรทั่วไปได้ หากแต่อัตราความชุกของ
การบริโภคยาสูบที่พบน่าสนใจมาก กล่าวคือมากกว่าร้อยละ 85 ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 26 ปี
ขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมการเคี้ยวยาเส้นหรือสูบบุหรี่และได้มีการติดตามกลุ่มตัวอย่างนี้ไปเป็นเวลา
5-10 ปี ถือเป็นงานวิจัยแรกของอินเดียที่มีการติดตามกลุ่มบริโภคยาสูบ ผลการศึกษาได้มี
การยืนยันด้วยการศึกษาวิจัยในประชากรชนบทที่มีการติดตามกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ด้วย

การสุ่มตัวอย่างสำหรับการสำรวจสองพื้นที่ (เขตเมืองและเขตชนบท)

1. จัดหารายชื่อตำบล สมมติว่า ร้อยละ 80 เป็นตำบลเขตเมือง และร้อยละ 20 เป็นตำบลเขตชนบท
2. แยกรายการออกเป็น
 - ตำบลเขตชนบท = เขตชนบท
 - ตำบลเขตเมือง = เขตเมือง
3. ในแต่ละเขต เลือก 20 ตำบลด้วยวิธีสุ่ม
 - เขตชนบท เลือก 20 ตำบล
 - เขตเมือง เลือก 20 เขตย่อย

ในการเลือกตำบลหรือเขตย่อยนั้น โอกาสที่แต่ละตำบลหรือเขตย่อยจะถูกเลือกควรจะ เป็นสัดส่วนโดยตรงกับจำนวนประชากรในตำบลหรือเขตย่อยนั้น
4. ในแต่ละตำบลเขตชนบท เลือก 10 หมู่บ้าน
ในแต่ละเขตย่อยของเมือง เลือก 10 กลุ่มบ้าน/ชุมชุมอาคาร
5. ในแต่ละหมู่บ้าน คำนวณหาจำนวนครัวเรือนที่จะตกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามที่แสดงไว้ในข้อ 7
ในแต่ละกลุ่มบ้าน/ชุมชุมอาคาร เลือก 4-5 ชุมชน
6. คาดคะเนจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปว่า น่าจะมีประมาณ 3 รายในแต่ละครัวเรือน
7. จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
 - เขตชนบท 4,000 ราย
 - เขตเมือง 4,000 ราย

ซึ่งจะเท่ากับ $4,000/3 = 1,400$ ครัวเรือนในแต่ละเขตพื้นที่
8. ในเขตชนบท จะทำการสุ่ม 1,400 ครัวเรือน/ 20 ตำบล = 70 ครัวเรือนในแต่ละตำบล หรือ ประมาณ 7 ครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้าน
9. ในเขตเมือง จะทำการสุ่ม 1,400 ครัวเรือน/ 20 เขตย่อย = 70 ครัวเรือนในแต่ละเขตย่อย หรือ ประมาณ 6-7 ครัวเรือนในแต่ละกลุ่มบ้าน/ชุมชุมอาคาร โดยเลือก 1-2 ครัวเรือนต่อชุมชน
10. ดำเนินการเยี่ยมบ้านที่เลือกไว้ ทำการสัมภาษณ์ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในบ้านนั้น

ภาคผนวก 8
กรณีศึกษาการสำรวจความชุก

	ร้อยละที่เห็นด้วย		
	รวม (%)	กลุ่มไม่สูบบุหรี่ (%)	กลุ่มสูบบุหรี่ (%)
พ.ศ.2522			
• รัฐต้องควบคุมโดยการออกกฎหมายในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่			
- การแจ้งองค์ประกอบบนซองบุหรี่ (เช่น ทาร์ นิโคติน คาร์บอนมอนนอกไซด์)	80	82	79
- คำเตือนบนซองบุหรี่หรือในการโฆษณาบุหรี่เรื่องผลกระทบต่อสุขภาพ	80	83	77
- การแจ้งปริมาณของทาร์ และนิโคตินในบุหรี่	72	74	71
- การแจ้งปริมาณของสารอื่น ๆ ในบุหรี่	66	68	65
- การโฆษณาบุหรี่	65	69	62
- การส่งเสริมการสูบบุหรี่	63	68	59
พ.ศ.2524			
• ท่านสนับสนุนสิ่งต่อไปนี้หรือไม่			
- การออกกฎหมายเพื่อควบคุมปริมาณทาร์ และนิโคตินในบุหรี่	84	86	82
- การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการจำหน่ายบุหรี่ หรือปริมาณบุหรี่ที่จำหน่ายในแต่ละปี	41	51	31
พ.ศ.2525			
1. ท่านคิดว่าควรมีเขตปลอดบุหรี่ในรถโดยสารประจำทาง รถไฟ และเครื่องบินหรือไม่	93	95	90
2. ท่านคิดว่า ควรลดการโฆษณาบุหรี่ให้น้อยลง หรือห้ามการโฆษณาบุหรี่หรือไม่	64	69	56
3. ท่านเห็นด้วยหรือไม่สำหรับข้อความต่อไปนี้			
- รัฐควรห้ามการโฆษณาบุหรี่	42	-	-
- รัฐควรห้ามการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ	54	-	-
พ.ศ.2528			
• มาตรการในการหาเงินเข้ารัฐโดยการขึ้นราคาบุหรี่ชนิดบรรจุ 25 มวนเป็นเงิน 25 เซนต์จะก่อให้เกิดผลดีต่อประเทศโดยทันทีหรือไม่	75	-	-
พ.ศ.2529			
• ท่านเห็นด้วยหรือไม่สำหรับข้อความต่อไปนี้			
- รัฐควรห้ามการโฆษณาบุหรี่ในทุกรูปแบบ	63	-	-

	ร้อยละที่เห็นด้วย		
	รวม (%)	กลุ่มไม่สูบบุหรี่ (%)	กลุ่มสูบบุหรี่ (%)
- รัฐควรห้ามการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ	60	-	-
• ท่านคิดว่าควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ในสถานประกอบการหรือไม่			
- ควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ได้ทั่วไป	18	9	31
- ควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางสถานที่เท่านั้น	57	58	54
- ไม่ควรอนุญาต	22	30	12
• ท่านคิดว่าควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ในเครื่องบินหรือไม่			
- ควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ได้ทั่วไป	6	3	10
- ควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางสถานที่เท่านั้น	51	43	63
- ไม่ควรอนุญาต	41	52	24
พ.ศ.2530			
• ท่านจะพูดได้หรือไม่ว่าท่านชื่นชอบกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานประกอบการยกเว้นที่ทำงานส่วนตัวและห้องสูบบุหรี่	70	-	-
• ท่านจะออกเสียงสนับสนุนกฎหมายที่ห้ามการโฆษณาบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ หรือไม่*			
พฤษภาคม	68	74	56
พฤศจิกายน	67	74	54
• ท่านจะออกเสียงสนับสนุนหรือคัดค้านการห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบต่าง ๆ หรือไม่	38	46	24

* ไม่รวมผู้ที่ไม่ตอบ

ภาคผนวก 9

ตัวอย่างแบบสอบถาม : สถานประกอบการปลอดบุหรี่

1. ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้ในเรื่องการสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน (เลือก 1 คำตอบ)

- ก. ควรห้ามการสูบบุหรี่ ☐
- ข. ควรจัดให้มีสถานที่สำหรับการสูบบุหรี่โดยเฉพาะ ☐
- ค. ควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ได้ทุกแห่ง ☐
- ง. ไม่ทราบ ☐

2. ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้ (เลือก 2 คำตอบตามลำดับที่ 1 และ 2)

อันดับ 1 อันดับ 2

- ก. ควรอนุญาตให้สูบบุหรี่ได้ทุกแห่ง ☐ ☐
- ข. แยกห้องทำงานที่อนุญาตและไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ ☐ ☐
- ค. ห้ามสูบบุหรี่ขณะทำงาน ยกเว้นเวลาพักและในสถานที่ที่อนุญาต ☐ ☐
- ง. ควรห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานโดยเด็ดขาด ☐ ☐
- จ. อื่น ๆ ระบุ ☐ ☐

3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับการสูบบุหรี่ในสถานที่ต่อไปนี้

สถานที่	ควรห้าม โดยเด็ดขาด	ควรแยกพื้นที่ สำหรับการ สูบบุหรี่	ให้สูบบุหรี่เฉพาะใน เวลาที่กำหนด	ไม่ควรห้าม การสูบบุหรี่
ห้องน้ำ-ห้องส้วม	☐	☐	☐	☐
โรงอาหาร	☐	☐	☐	☐
ห้องกาแฟ	☐	☐	☐	☐
สถานที่เล่นกีฬา	☐	☐	☐	☐
ลิฟท์	☐	☐	☐	☐
ระเบียง	☐	☐	☐	☐
สถานที่อื่น ๆ	☐	☐	☐	☐

4. เมื่อมีการประชุม ท่านเห็นด้วยกับการ ...
- ก. ห้ามสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด ☐
 - ข. ให้สูบบุหรี่เฉพาะเวลาพักประชุม ☐
 - ค. ให้เป็นไปตามเสียงส่วนมากในที่ประชุม ☐
 - ง. ห้ามสูบบุหรี่ยกเว้นได้รับความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ ☐
 - จ. อนุญาตให้สูบบุหรี่ได้ ☐
5. สถานที่ทำงานของท่าน (เลือก 1 คำตอบ)
- ก. เป็นห้องทำงานส่วนตัวของท่าน ☐
 - ข. เป็นห้องทำงานที่ใช้ร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ☐
 - ค. เป็นห้องเปิดโล่งทั้งหมด ☐
 - ง. เป็นพื้นที่การค้า ☐
 - จ. อื่น ๆ ระบุ ☐
6. ท่านเป็นคนที่ (เลือก 1 คำตอบ)
- ก. สูบบุหรี่ แต่อยากเลิกสูบ ☐
 - ข. สูบบุหรี่ และยังไม่อยากเลิกสูบ ☐
 - ค. เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ☐
 - ง. ไม่สูบบุหรี่ ☐
7. สถานที่ทำงานของท่านห้ามการสูบบุหรี่หรือไม่
- ก. ห้าม ☐
 - ข. ไม่ห้าม ☐
8. ท่านรำคาญควันบุหรี่ในที่ทำงานหรือไม่
- ก. รำคาญ ☐
 - ข. ไม่รำคาญ ☐
9. ถ้าท่านรำคาญควันบุหรี่ในที่ทำงาน เลือกข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
- ก. กังวลเกี่ยวกับผลของควันบุหรี่ต่อสุขภาพ ☐
 - ข. ทำให้ระคายเคืองนัยน์ตา ☐
 - ค. ทำให้ปวดศีรษะ ☐
 - ง. ทำให้ไอ ☐
 - จ. ทำให้คัดจมูก น้ำมูกไหล ☐

- ฉ. ทำให้หายใจลำบาก ☐
 - ช. ทำให้เสียสมาธิในการทำงาน ☐
 - ซ. ทำให้เสื้อผ้าและผมเหม็นควันบุรี ☐
 - ณ. อื่น ระบุ
10. ท่านเคยย้ายโต๊ะทำงานเพราะเพื่อนร่วมงานสูบบุหรี่หรือไม่
- ก. บ่อย ๆ ☐
 - ข. เป็นครั้งคราว ☐
 - ค. ไม่เคย ☐

ข้อคำถามต่อไปนี้ สำหรับผู้สูบบุหรี่เท่านั้น สำหรับผู้ไม่สูบบุหรี่ สิ้นสุดการตอบคำถาม

11. ท่านสูบบุหรี่ในที่ทำงานหรือไม่
- ก. สูบ ☐
 - ข. ไม่สูบ ☐
12. ถ้าท่านไม่สามารถสูบบุหรี่ในที่ทำงานได้ ท่านจะ...
- ก. สูบบุหรี่น้อยลง ☐
 - ข. เลิกสูบบุหรี่ ☐
 - ค. ไม่เปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ ☐
13. ถ้าท่านไม่สามารถสูบบุหรี่ในที่ทำงานได้ ท่านจะเป็นอย่างไรบ้าง
- ก. สบายมาก ไม่เป็นอะไรเลย ☐
 - ข. สบาย ☐
 - ค. ลำบาก ☐
 - ง. ลำบากมาก ☐
14. ท่านจะเข้าโครงการการเลิกสูบบุหรี่หรือไม่หากหน่วยงานจัดให้
- ก. เข้าร่วม ☐
 - ข. ไม่เข้าร่วม ☐

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

โปรดให้ข้อคิดเห็น.....

โปรดคืนแบบสอบถามนี้ให้แก่.....

ภายในวันที่.....

ภาคผนวก 10

การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาในการประเมินผลเสียด้านสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่

การคำนวณอัตราป่วย (หรืออัตราตาย) มาตรฐาน

ประชากรมาตรฐานที่นิยมใช้

กลุ่มอายุ (ปี)	โลก	ยุโรป
0 - 1	2,400	1,600
1 - 4	9,600	6,400
5 - 9	10,000	7,000
10 - 14	9,000	7,000
15 - 19	9,000	7,000
20 - 24	8,000	7,000
25 - 29	8,000	7,000
30 - 34	6,000	7,000
35 - 39	6,000	7,000
40 - 44	6,000	7,000
45 - 49	6,000	7,000
50 - 54	5,000	7,000
55 - 59	4,000	6,000
60 - 64	4,000	5,000
65 - 69	3,000	4,000
70 - 74	2,000	3,000
75 - 79	1,000	2,000
80 - 84	500	1,000
85+	500	1,000
รวม	100,000	100,000

สูตรการคำนวณ Population Attributable Risk (PAR) อันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่

สมมติว่า สัดส่วน (หรือร้อยละ) ของการสูบบุหรี่ในประชากรกลุ่มหนึ่ง เท่ากับ p และกำหนดให้สัญลักษณ์ในเรื่องการป่วย (หรือการตาย) ด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (เช่น มะเร็งปอด) เป็นดังนี้

I_t = อัตราป่วย (หรือตาย) ด้วยโรคนั้น ๆ ในประชากรทั้งหมด

I_e = อัตราป่วย (หรือตาย) ด้วยโรคนั้น ๆ ในกลุ่มสูบบุหรี่ (กลุ่มสัมผัสปัจจัย)

I_u = อัตราป่วย (หรือตาย) ด้วยโรคนั้น ๆ ในกลุ่มไม่สูบบุหรี่ (กลุ่มไม่สัมผัสปัจจัย)

อัตราป่วยด้วยโรคนั้น ๆ ในประชากรทั้งหมด คำนวณได้จากผลรวมของอัตราป่วยในกลุ่มสัมผัสปัจจัยและอัตราป่วยในกลุ่มไม่สัมผัสปัจจัย โดยถ่วงน้ำหนักด้วยขนาดสัมพัทธ์ของประชากรแต่ละกลุ่ม ดังนี้

$$I_t = p \cdot I_e + (1 - p) \cdot I_u$$

ความเสี่ยงสัมพัทธ์ คำนวณได้จาก

$$RR = \frac{I_e}{I_u}$$

การคำนวณ PAR ของโรคหนึ่ง ๆ ในประชากร สามารถคำนวณความเสี่ยงที่เกินจากความเสี่ยงปกติโดยการลบค่าความเสี่ยงของกลุ่มไม่สูบบุหรี่ (หรือความเสี่ยงพื้นฐาน) ออกจากความเสี่ยงในกลุ่มสูบบุหรี่ สิ่งที่ได้คือ ค่าความเสี่ยงแท้จริงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และคูณค่านี้เข้ากับสัดส่วนของประชากรที่สูบบุหรี่ จะทำให้ได้จำนวนการป่วยที่คาดประมาณว่าน่าจะเกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งแสดงได้ดังสมการนี้

$$PAR = \frac{p(I_e - I_u)}{I_t}$$

และใช้วิธีการทางพีชคณิตเปลี่ยนรูปสมการเป็น

$$PAR = \frac{p(RR - 1)}{p(RR - 1) + 1}$$

ดังที่ได้แสดงไว้ใน กรอบข้อความ 10

การคำนวณการตายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ จากค่าอัตราป่วยด้วยมะเร็งปอด

วิธีการนี้ ใช้ค่าอัตราป่วยด้วยมะเร็งปอดที่จัดบันทึกได้ในประชากรหนึ่ง ๆ ในการประมาณค่าสัดส่วนการตายจากโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ (Smoking Attributable Mortality : SAM) ในกลุ่มที่มีการตายด้วยมะเร็งปอดสูง เช่นในชายชาวฮังการี จะคาดคะเนได้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการตายด้วยโรคอื่น ๆ ด้วยเช่นเดียวกัน ในขณะที่ในกลุ่มที่มีการตายด้วยมะเร็งปอดต่ำ เช่นในหญิงชาวสเปน จะคาดคะเนได้ว่าจะมีการตายด้วยโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่น้อยด้วยเช่นกัน

ในการคาดประมาณจำนวนตายด้วยมะเร็งปอดที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในประเทศหนึ่ง (X) นั้น ใช้สูตรดังนี้

$$SAM = \frac{f}{1+f} D$$

เมื่อ D เป็นจำนวนตายด้วยมะเร็งปอดในประเทศ X และ

เมื่อ X = ประเทศ X

$$f = \frac{L_x - L_{usns}}{L_{usns}}$$

L = อัตราตายด้วยมะเร็งปอดต่อ 100,000 ประชากร

L_{usns} = อัตราตายด้วยมะเร็งปอดในกลุ่มไม่สูบบุหรี่ของสหรัฐอเมริกา ที่ได้จาก American Cancer Society Prevention Study II (ACS CPS II) (จากตาราง 1)

ควรคำนวณค่าแยกกันในกลุ่มย่อย เช่น ผู้ชาย ผู้หญิง และจำแนกตามอายุเท่าที่มีข้อมูล

ตาราง 1 อัตราตายด้วยมะเร็งปอด ต่อ 100,000 ประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ 5 และ 10 ปี ในกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ในการศึกษา ACS CPS II

อายุ	ชาย				หญิง			
	กลุ่มสูบบุหรี่ (uss)		กลุ่มไม่สูบบุหรี่ (usns)		กลุ่มสูบบุหรี่ (uss)		กลุ่มไม่สูบบุหรี่ (usns)	
	5 ปี	10 ปี	5 ปี	10 ปี	5 ปี	10 ปี	5 ปี	10 ปี
35 - 39	*		2		*		2	
40 - 44	*	12	3	2	*	10	3	2
45 - 49	35		5		49		4	
50 - 54	114	91	7	6	71	63	7	6
55 - 59	227		10		136		10	
60 - 64	375	296	14	12	195	164	14	12
65 - 69	599		20		310		19	
70 - 74	899	708	27	23	339	321	26	22
75 - 79	1168		35		429		34	
80+	1191	1174	46	46	400	420	44	39
RR**	26				13			

* มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะคำนวณค่าที่เชื่อถือได้

** RR เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ใช้วิธีของ Mantel Haenszel ในกลุ่มอายุ 10 ปี โดยไม่ใช้เทคนิคการปรับเรียบ สำหรับค่าที่ใช้เทคนิคการปรับเรียบ ดูในตาราง 2

ในการคาดประมาณจำนวนตายด้วยโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการสูบบุหรี่ในประเทศ X นั้นทำได้ยาก เพราะสูตรที่ใช้จะยุ่งยากและไม่สามารถกล่าวได้ว่า ความเสี่ยงต่อการตายในกลุ่มไม่สูบบุหรี่นั้นจะเท่ากันในกลุ่มประชากรต่างกัน (ดังที่ใช้ในการคำนวณมะเร็งปอด) และยังมีอีกความแตกต่างในปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น ความดันเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง) หรือมะเร็งหลอดอาหารส่วนต้น (เช่น แอลกอฮอล์) ในกลุ่มไม่สูบบุหรี่ในประเทศต่าง ๆ ด้วย

ผู้สูบบุหรี่มักเป็นผู้ที่ไม่ค่อยสนใจเรื่องสุขภาพ และมักมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ (เช่น รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มักมีผลแบบเป็นเอกเทศหรือมีผลร่วมกับการสูบบุหรี่ในการทำให้ความเสี่ยงต่อการตายสูงขึ้น ดังนั้นในการศึกษา CPS II การตายที่เกินค่าปกติในกลุ่มสูบบุหรี่อาจเนื่องมาจากปัจจัยอื่นที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่ด้วย ในความพยายามควบคุมตัวแปรกวน และเพื่อไม่ให้เกิดการประเมินค่าผล

ของบุหรี่เกินจากความเป็นจริง จำนวนการตายที่เกินปกตินี้จะถูกหารด้วยสองก่อนที่จะนำมา
คำนวณค่า attributable mortality อันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่

ดังนั้น สำหรับโรค i นอกเหนือไปจากมะเร็งปอด จะคำนวณปริมาณการตายที่เกิด
เนื่องจากการสูบบุหรี่ได้จากสูตร

$$SAM_i = \frac{f_i}{2 + f_i} D_i$$

เมื่อ D เป็นจำนวนตายทั้งหมดด้วยโรค i และ

$$f_i = (RR - 1)(SIR)$$

เมื่อ RR เป็นค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรค i ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ที่ได้จากการศึกษา
ACS SPC II (จากตาราง 2) และ SIR (Smoking Impact Ratio) ที่คำนวณได้จากสูตร

$$SIR_i = \frac{L_x - L_{usns}}{L_{uss} - L_{usns}}$$

เมื่อ L_{uss} = อัตราตายด้วยมะเร็งปอดในกลุ่มสูบบุหรี่ของสหรัฐอเมริกา ที่ได้จาก American
Cancer Society Prevention Study II (ACS CPS II) (ตาราง 1)

การคำนวณนี้ควรทำแยกกันในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง และในแต่ละกลุ่มอายุ

ตาราง 2 ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์* ของกลุ่มสูบบุหรี่เทียบกับกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ในการศึกษา CPS II ในการติดตามปีที่ 3 ถึงปีที่ 6 (ปี พ.ศ.2527 - 2531) ของการศึกษา ACS CPS II ในชาวอเมริกัน 1 ล้านราย

ICD-9	ชาย	หญิง
มะเร็งปอด (ICD 162)	24.22	12.50
มะเร็งหลอดอาหารส่วนต้น – ช่องปาก pharynx larynx	7.87	6.95
หลอดอาหาร (ICD 140-150 และ 161)		
มะเร็งอื่น ๆ (ICD อื่น ๆ ระหว่าง 140-209)	1.69	1.20
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ICD 490-492, 492-496)	13.82	14.21
สาเหตุทางการแพทย์อื่น ๆ (ICD อื่น ๆ ระหว่าง 000-799)**		
อายุ 35 - 59 ปี	3.05	2.69
60 - 64 ปี	2.31	2.68
65 - 69 ปี	2.09	2.52
70 - 74 ปี	2.00	2.00
75+ ปี	1.54	1.44

* ความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ถูกทำให้เป็นค่ามาตรฐานโดยวิธีของ Mantel Haenszel ด้วยกลุ่มอายุราย 5 ปี จาก 30-34 จนถึง 75-79 ปี และ 80+ ปี ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ในผู้หญิงอาจเพิ่มสูงขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา อย่างน้อยก็คือกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อกลุ่มผู้หญิงที่สูบบุหรี่ในบางช่วงชีวิตถูกทดแทนด้วยกลุ่มผู้หญิงที่สูบบุหรี่มาตลอดชีวิต

** ยกเว้นในกลุ่มสูงอายุมาก ๆ สาเหตุการตายที่สำคัญ ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดในสมองแตก สำหรับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์เฉพาะกลุ่มอายุเดียวกับที่แสดงในตารางในเพศชายจะเท่ากับ 3.45, 2.33, 2.01, 1.87 และ 1.53 ตามลำดับ และในเพศหญิงจะเท่ากับ 2.96, 2.89, 2.53, 2.09 และ 1.43 ตามลำดับ

หมายเหตุ : สำหรับรหัส ICD-10 จะหาได้จาก *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th ed., เจนีวา องค์การอนามัยโลก 1992.

แหล่งข้อมูล : Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*. 1992, 339: 1268-1278. โดยได้รับอนุญาตแล้ว

การรวมค่า SAM สำหรับทุกกลุ่มอายุ เพศ และสาเหตุ เพื่อคาดประมาณปริมาณการตายที่เกิดเนื่องจากการสูบบุหรี่ในประเทศ X

วิธีการคำนวณนี้ ถูกพัฒนาโดย Peto และคณะในต้นทศวรรษ 2533 รายละเอียดและการประยุกต์วิธีนี้ได้ใช้กับประเทศพัฒนาแล้ว ดูได้จาก Peto R et. al., *Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000* (Oxford, Oxford University Press, 1994).

วิธีการที่ใช้ในการคำนวณปริมาณการตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ในทวีปอเมริกา

1. การคาดประมาณจำนวนตายทั้งหมด

มีการประเมินคุณภาพข้อมูลสถิติชีพในแต่ละประเทศ และนำส่วนของข้อมูลที่เชื่อถือได้มาใช้ในการคำนวณ

ใน 10 รัฐที่ไม่มีข้อมูลการตาย ได้มีการนำข้อมูลจากประเทศที่มีสภาวะสังคมเศรษฐกิจใกล้เคียงกันที่สามารถหาได้จากข้อมูลประชากรขององค์การสหประชาชาติ

ไม่มีการปรับในเรื่องการตกสำรวจ

มีการตัดจำนวนตายที่ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ชัดเจนออก และไม่ได้มีการปรับแก้ตัวเลขที่เหลือแต่อย่างใด

2. การคาดประมาณจำนวนตายตามสาเหตุ

มีการระบุโรคหลัก ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการสูบบุหรี่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งปอด มะเร็งช่องปากและหลอดคอ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

มีการใช้ข้อมูลการตายเฉพาะสาเหตุในประเทศที่มีสถิติที่เชื่อถือได้

ใน 10 รัฐที่ไม่มีข้อมูลการตายเฉพาะสาเหตุที่เชื่อถือได้ มีการนำข้อมูลจาก 4 ประเทศที่สามารถเป็นตัวแทนด้านประชากรและด้านสังคมเศรษฐกิจของอเมริกา ได้แก่ อาร์เจนตินา โคลัมเบีย กัวเตมาลา สหรัฐอเมริกา

3. การคาดประมาณความเสี่ยงสัมพัทธ์และ Attributable Risk (AR)

ใช้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่คาดประมาณสำหรับสหรัฐอเมริกาเพื่อทดแทนข้อมูลในประเทศที่ไม่สามารถคำนวณค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ในประเทศนั้น ๆ ได้

Smoking Attributable Fraction (SAF) สำหรับอเมริกาถูกคำนวณจากวิธีของ AR

4. การปรับค่าคาดประมาณโดยใช้ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปอด

มีการใช้ดัชนีของความสมบูรณ์ของข้อมูล (index of maturity) ของการระบาดที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปอดในประเทศต่าง ๆ เทียบกับสหรัฐอเมริกา

ในแต่ละประเทศ มีการคำนวณค่าปรับ SAF (adjusted SAF) สำหรับแต่ละโรคโดยการคูณดัชนีนี้เข้ากับ SAF ของสหรัฐอเมริกา และการคำนวณค่า adjusted SAF สำหรับแต่ละโรคจะคูณด้วยจำนวนตายจากโรคนั้น ๆ เพื่อให้ได้ค่าประมาณของ Smoking Attributable Mortality (SAM) ประมาณ 375,000 ราย

5. การปรับค่าคาดประมาณเพิ่มเติม

มีการคำนวณค่า SAM ของสหรัฐอเมริกาโดยวิธีนี้ และผลที่ได้ถูกนำไปเทียบกับค่าการรายงานอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ.2528 (US Department of Health and Human Services. *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General.* Rockville, MD, Centers for Disease Control, 1989).

สำหรับแต่ละสาเหตุ มีการคำนวณค่าความแตกต่างระหว่างค่าที่คาดประมาณได้กับค่าที่เคยมีรายงานไว้จริง

มีการปรับให้ค่า SAM เฉพาะสาเหตุสูงขึ้น ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถูกปรับให้สูงขึ้นร้อยละ 230 มะเร็งถูกปรับให้สูงขึ้นร้อยละ 10.4 (โดยใช้ค่าความแตกต่างในเรื่องของมะเร็งปอด) และโรคอื่น ๆ ถูกปรับให้สูงขึ้นร้อยละ 16.4 มีการคำนวณค่าประมาณของ SAM ของทวีปอเมริกาประมาณ 526,000 ราย