

**การศึกษาวิจัย เรื่อง**

**วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย**

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์\*

นพ.สุภกร บัวสาย\*\*

การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องนี้ นับว่าเป็นการวิเคราะห์/สังเคราะห์วิวัฒนาการของการควบคุมบริโภคยาสูบในประเทศไทย ในรอบสี่ทศวรรษโดยอิงเหตุการณ์ที่สำคัญมากอย่างต่อเนื่อง ตามทำช่วงเวลาด้วยขั้นตอนการวิจัยที่ครบถ้วน ทั้งในด้านการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร การจัดเวทีระดมความคิดและสัมภาษณ์นักวิชาการและผู้เกี่ยวข้อง และสังเคราะห์โดยการระดมความคิดนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้องอีกครั้ง จนได้ความคิดที่ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์มากที่สุดที่ควรบันทึกไว้เป็นประวัติศาสตร์ของการรณรงค์ต่อสู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยการพัฒนาให้เกิดจิตสำนึกร่วมและแรงสนับสนุนที่เข้มแข็ง ในลักษณะประชาสังคมที่ประสบความสำเร็จอย่างงดงาม และน่าจะเป็นรูปแบบตัวอย่างที่ดีสำหรับการรณรงค์โดยประชาสังคมในปัญหาที่วิกฤตอื่นๆ ปัญหาอยู่ที่ความสามารถในการสร้าง Social Protection ให้คงความยั่งยืนและต่อเนื่องน่าจะเป็นสิ่งท้าทายต่อไป--บรรณาธิการวิชาการ

**ความนำ**

คนไทยสูบบุหรี่มาช้านาน นับตั้งแต่กรุงศรีอยุธยา จวบจนปัจจุบัน โดยพบว่าการสูบบุหรี่เริ่มแพร่หลายในรัชกาลที่ 5 ต่อมารัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้นเมื่อปีพ.ศ. 2482 ในช่วงเวลาดังกล่าวไม่ปรากฏหลักฐานว่ามีการควบคุมการบริโภคยาสูบแต่อย่างใด จนเมื่อถึงปีพ.ศ. 2500 หรือก่อนหน้านั้นไม่นานนัก จึงได้เริ่มมีการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เรื่อยมาโดยไม่มีนโยบาย ทิศทาง หรือแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน จนกระทั่งในปีพ.ศ. 2529 ได้เกิดองค์การพัฒนาเอกชนเพื่อสาธารณประโยชน์ (NGOs) ชื่อโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ขึ้นมา และนับจากนั้นมา การควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทยจึงได้ดำเนินไปอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษาวิจัยเรื่อง วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย มิได้มุ่งหวังที่จะบันทึก

ละเอียดของกิจกรรมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ หากแต่มุ่งเน้นการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยวิเคราะห์ให้เห็นถึงเหตุปัจจัย ตลอดจนผลกระทบจากเหตุการณ์ที่สำคัญเหล่านี้ รวมทั้งการสังเคราะห์ให้เห็นพัฒนาการในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งนอกจากจะทำให้เห็นพัฒนาการได้ชัดเจนอย่างเป็นระบบแล้ว ยังอาจเป็นบทเรียนสำหรับการดำเนินการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ หรือการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ทั้งของประเทศไทย และของต่างประเทศอีกด้วย

**วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย**

1. เพื่อศึกษาวิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ
2. เพื่อศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่นำไปสู่เหตุการณ์ที่

\* MD, MPH, MOH. อว. เวชศาสตร์ป้องกันฯ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

\*\* Ph.D (Health Planning) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบตามวิวัฒนาการแต่ละช่วงตอน ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่สำคัญนั้นๆ

## เครื่องมือและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยอาศัยการศึกษาจากเอกสาร และสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดเหตุการณ์ที่สำคัญ (critical events) เป็นหน่วยวิเคราะห์ (unit of analysis) อีกทั้งนำเอาเหตุการณ์ที่สำคัญมาเป็นตัวแบ่งช่วงเวลาของการควบคุมการบริโภคยาสูบ

2. จัดเวทีระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการ นักบริหาร และผู้ปฏิบัติรวม 10 ท่าน เพื่อพิจารณาเหตุการณ์ที่สำคัญและการแบ่งช่วงเวลา

3. รวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจากองค์กรหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

4. ทำการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 ท่าน ในจำนวนนี้เป็นพระภิกษุสงฆ์ 3 รูป แพทย์/นักวิชาการ 5 ท่าน อดีตปลัดกระทรวงพาณิชย์ 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติ 1 ท่าน สื่อมวลชน 1 ท่าน และศิลปินนักแสดง 5 ท่าน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่สำคัญในแต่ละช่วงเวลา และใช้การสัมภาษณ์แบบ semi-structured interview

5. ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากเอกสารและการสัมภาษณ์ ให้เห็นถึงเหตุปัจจัยที่นำไปสู่เหตุการณ์ที่สำคัญ ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้นในแต่ละช่วงเวลา

6. จัดเวทีระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ทั้งจากภาครัฐและเอกชน จำนวน 8 ท่าน เพื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์

7. ประมวลผลที่ได้จากการระดมความคิดเห็นในข้อ 6 ทำการปรับปรุงให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์แบบมากขึ้น

## ผลการศึกษา

ดังได้กล่าวข้างต้นแล้วว่า การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำเอาเหตุการณ์ที่สำคัญเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ และเป็นตัวตั้งในการแบ่งช่วงเวลาของการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งแบ่งได้ 5 ช่วงด้วยกัน ดังกล่าวข้างต้น

ในแต่ละช่วงเวลา จะทำการวิเคราะห์ใน 3 ส่วนที่สำคัญคือ

1) สถานการณ์ทั่วไปและสภาพปัญหา  
2) เหตุการณ์ที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งประกอบด้วยบทบาทและวิธีการของบุคคล องค์กรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

3) ผลกระทบที่ตามมาภายหลัง แล้วทำการสังเคราะห์ ซึ่งทำให้เห็นพัฒนาการ ตลอดจนความเชื่อมโยงของพัฒนาการการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบ สำหรับในช่วงเวลาสุดท้าย คือ พ.ศ. 2540-2550 เป็นความพยายามมองไปข้างหน้า โดยดูจากเหตุปัจจัยในสถานการณ์ปัจจุบันว่า เหตุการณ์ที่สำคัญอะไรบ้างจะเกิดขึ้นในทศวรรษนี้ เป็นการคาดการณ์และให้ข้อเสนอแนะไปด้วยในตัว

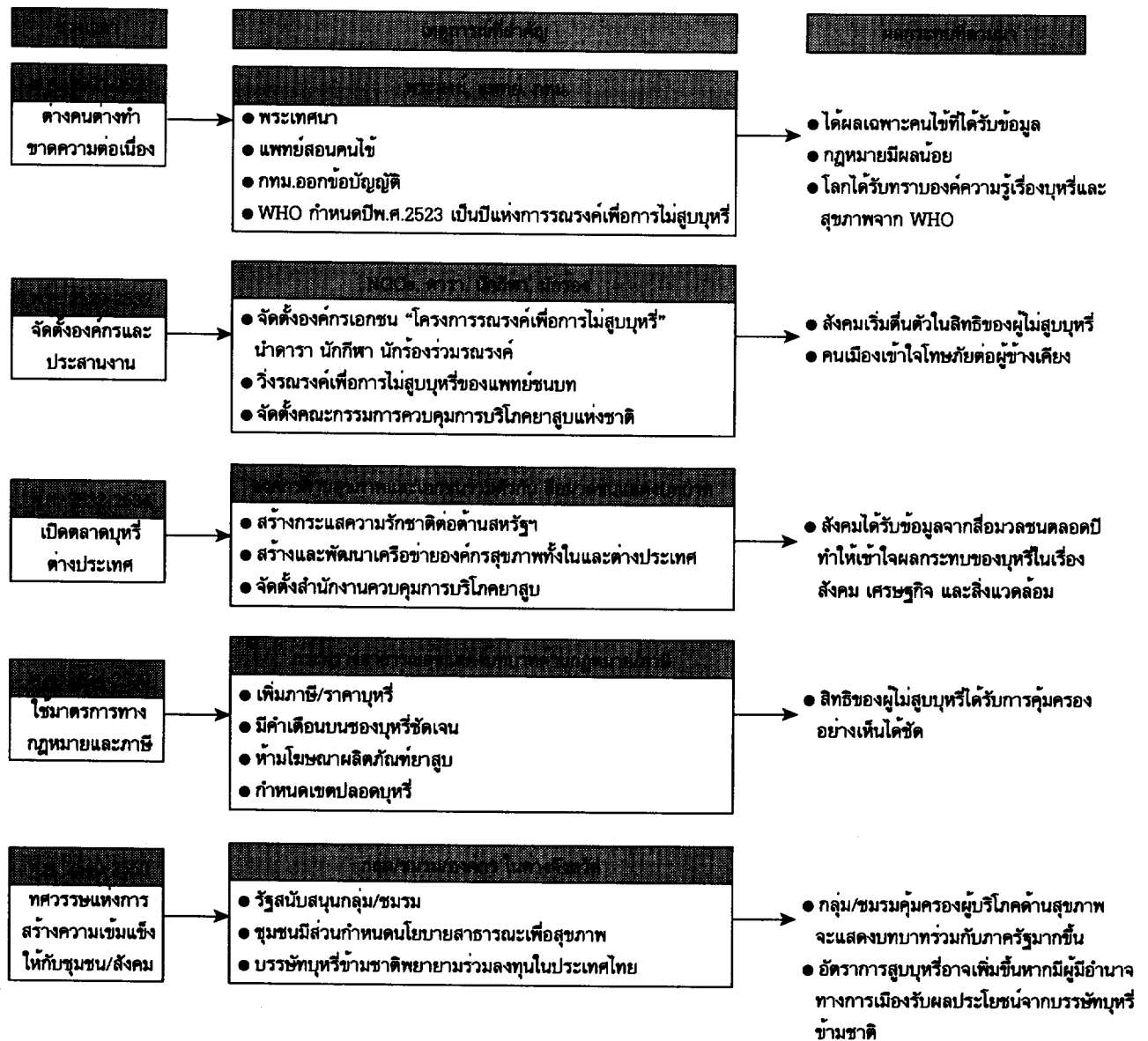
ช่วงเวลาของการควบคุมการบริโภคยาสูบ มีรายละเอียดที่จะนำเสนอต่อไปนี้ (ดูแผนภูมิที่ 1 และตารางที่ 1)

1. ก่อนพ.ศ. 2500 ถึง พ.ศ. 2529: ช่วงเวลาที่ต่างคนต่างทำ ขาดความต่อเนื่อง

### 1.1 สถานการณ์ทั่วไปและสภาพปัญหา

1) การสูบบุหรี่ของคนไทยก่อนปีพ.ศ. 2500 ตามบันทึกของสมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพได้อธิบายเรื่องบุหรี่ไว้ว่า มองลิเออร์ เดอลาลูแบร์ อัครราชทูตฝรั่งเศสได้เขียนเล่าเรื่องประเทศสยามว่า ในสมัยกรุงศรีอยุธยาคนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างอุกทั้งผู้ชายและผู้หญิง ครั้นถึงรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) ได้มีผู้คิดดัดแปลงบุหรี่ป้านซึ่งได้รับความนิยมเป็นอย่างมากต่อมามีการนำบุหรี่ป้านจากต่างประเทศเข้ามาจำหน่าย

แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนและช่วงเวลาของพัฒนาการการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย



เกิดอุตสาหกรรมยาสูบขึ้นมา และนำรายได้มาสู่ผู้ผลิตอย่างมหาศาล

2) การจัดตั้งโรงงานยาสูบ รัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้นเมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2482 ปัจจุบัน “โรงงานยาสูบ” เป็นรัฐวิสาหกิจสังกัดกระทรวงการคลัง เป็นหนึ่งในสามรัฐวิสาหกิจที่ทำรายได้ให้แก่รัฐสูงสุด (ปีพ.ศ. 2534) รายได้ปีละประมาณ 15,000 ล้านบาท โดยทำการผลิตบุหรี่ประมาณปีละ 40,000 ล้านมวน ผลิตบุหรี่ต่างๆ

ออกจำหน่ายแล้ว 14 ตรา

3) อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยในช่วงนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519-2531 การขยายตัวของกาสูบในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง ดังจะเห็นได้จากในปีพ.ศ. 2519 มีผู้สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 30.1 ของประชากรทั้งหมด แต่ในปี พ.ศ. 2524 ลดเหลือร้อยละ 27.8 และลดลงอีกเหลือร้อยละ 26.4 ในปีพ.ศ. 2529 (ดูตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 1 แสดงวิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

ช่วงเวลา (พ.ศ.)	สถานการณ์ทั่วไป และสภาพปัญหา	บทบาทของบุคคลและองค์กร	เหตุการณ์สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ	วิธีการ	ผลกระทบที่ตามมาภายหลัง
1) ก่อนปีพ.ศ.2500 ถึง พ.ศ.2529 "ต่างคนต่างทำ ขาดความต่อเนื่อง"	1. คนไทยเข้าใจเรื่องโทษภัยของบุหรี่น้อย 2. ไม่คำนึงถึงสิ่งเลวร้ายของคนที่สูบบุหรี่	1. พระสงฆ์, แพทย์, กทม., แพทยสมาคมฯ, องค์การอนามัยโลก (WHO)		1. ต่างคนต่างทำ โดยแพทย์ให้คำแนะนำกับคนไข้ พระสงฆ์เทศนาให้เลิกสูบบุหรี่ กม. ออกเทศบัญญัติ ฯลฯ 2. WHO กำหนดปีพ.ศ. 2523 เป็นปีแห่งการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	1. ได้ผลเฉพาะบุคคลที่ได้รับข้อมูล 2. กฎหมายมีผลทางปฏิบัติเพียง 3. โลกได้รับทราบองค์ความรู้เรื่องบุหรี่และสุขภาพจาก WHO
2) พ.ศ. 2532 ถึง พ.ศ. 2532 "จัดตั้งองค์กรและประสานงาน"	1. คนในกทม. และในเมืองใหญ่ได้รับข้อมูลโทษภัยของบุหรี่มากขึ้น 2. สังคมเริ่มตระหนักถึงสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่	1. ดารา นักร้อง นักแสดง ช่างรณรงค์ฯ 2. องค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาทที่สำคัญ 3. เริ่มมีการประสานงานขององค์กรและหน่วยงานต่าง	1. มีการจัดตั้ง "โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่" 2. แพทย์ชนบทที่รณรงค์เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ทั่วประเทศ 3. จัดตั้ง "คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คยช.)"	1. สังคมเริ่มตื่นตัวในสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ 2. คนในเมืองเข้าใจโทษของบุหรี่ต่อผู้ข้างเคียง	
3) พ.ศ. 2532 ถึง พ.ศ. 2534 "เปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ"	1. รัฐบาลไทยถูกบีบบังคับจากสหรัฐอเมริกา ให้เปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ 2. สังคมเริ่มสร้างและยอมรับ "คุณค่า" การไม่สูบบุหรี่ต่อหน้าสาธารณชน	1. องค์กรด้านสุขภาพของไทยรวมตัวกันคัดค้านการนำเข้าบุหรี่ 2. สื่อมวลชนมีบทบาทมากขึ้น 3. กระทรวงสาธารณสุขประกาศเขตปลอดบุหรี่	1. สร้างกระแสความรับผิดชอบด้านสุขภาพที่ต่อสู้กับสหรัฐฯ ทำให้เข้าใจผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น 2. สร้างและพัฒนาเครือข่ายขององค์กรสุขภาพของประเทศไทยและต่างประเทศ 3. ขยายเขตปลอดบุหรี่ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ 4. จัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ	1. สังคมได้รับข้อมูลจากสื่อมวลชนตลอด 2 ปีที่ต่อสู้กับสหรัฐฯ ทำให้เข้าใจผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น	
4) พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2539 "ใช้มาตรการทางกฎหมายและภาษี"	1. มีการแสวงหาค้นกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ 2 ฉบับ 2. ขยายเขตปลอดบุหรี่ 3. อัตราการสูบบุหรี่ทุกกลุ่มอายุเริ่มลดลง (ยกเว้นเยาวชน)	1. กระทรวงสาธารณสุขแสดงบทบาทด้านกฎหมาย และเห็นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพ 2. เริ่มมีชมรมรณรงค์ผู้ไม่สูบบุหรี่ในต่างจังหวัด	1. ภาษี/ราคาบุหรี่ 2. มีคำเตือนบนซองบุหรี่ชัดเจน 3. ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ 4. กำหนดเขตปลอดบุหรี่มากขึ้น	1. มาตรการทางกฎหมายมีผลน้อย 2. สิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับการคุ้มครองอย่างเต็มที่	
5) พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2550 "ทศวรรษแห่งการสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับชุมชนและสังคม"	1. มีการปฏิรูปการเมืองและระบบราชการ 2. มีการแสวงหาค้นนวัตกรรมใหม่ 3. อัตราการสูบบุหรี่ลดลงทุกกลุ่มอายุ	1. กลุ่ม/ชมรมเพื่อการคุ้มครองสุขภาพเกิดขึ้นในต่างจังหวัดและเชื่อมโยงกันทั่วประเทศ 2. บรรลุพันธกิจด้านสุขภาพเยาวชนร่วมลงพื้นที่ในประเทศไทย	1. รัฐสนับสนุนกลุ่ม/ชมรมของประชาชน 2. ชุมชน/สังคมจะมีส่วนกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ 3. บรรลุพันธกิจด้านสุขภาพเยาวชนร่วมลงพื้นที่ในประเทศไทย	1. กลุ่ม/ชมรมคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพทั่วประเทศจะแสดงบทบาทที่เข้มแข็งร่วมกับรัฐและภาคอื่นๆ ในสังคม 2. อัตราการสูบบุหรี่อาจเพิ่มขึ้นหากผู้มีอำนาจทางการเมืองรับผลประโยชน์จากบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ	

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้สูบบุหรี่และอัตราส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ ปีพ.ศ. 2519-2539

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้สูบบุหรี่			อัตราส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2519	28.7 <sup>1/</sup>	8.6	7.7	0.9	30.1	54.7	6.1
2524	35.1 <sup>1/</sup>	9.8	9.0	0.8	27.8	51.2	4.4
2529	38.0 <sup>2/</sup>	10.4	9.6	0.8	27.4	50.4	4.2
2531	40.5 <sup>2/</sup>	10.1	9.4	0.7	25.0	46.7	3.5
2534	43.3 <sup>2/</sup>	11.4	10.6	0.8	26.3	49.0	3.8
	38.3 <sup>3/</sup>	11.4	10.5	0.8	29.7	55.3	4.3
2536	45.7 <sup>2/</sup>	10.4	9.8	0.6	22.8	43.2	2.5
	40.7 <sup>3/</sup>	10.4	9.8	0.6	25.5	48.5	2.8
2539	48.0 <sup>2/</sup>	11.2	10.6	0.6	23.4	44.5	2.5

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: <sup>1/</sup> ประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป <sup>2/</sup> ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป <sup>3/</sup> ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 3 แสดงอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยจำแนกตามระดับอายุและเพศ พ.ศ. 2529-2536 (ร้อยละ)

ภาค อายุ/เพศ	2529	2531	2534	2536	2539	2529	2531	2534	2536	2539
	ชาย	ชาย	ชาย	ชาย	ชาย	หญิง	หญิง	หญิง	หญิง	หญิง
11-14	0.7	0.8	0.8	0.3	0.4	0.3	-	<0.1	0.1	0.1
15-19	23.6	19.2	23.4	16.5	18.3	0.8	0.4	0.7	0.3	0.3
20-24	54.2	48.2	54.3	47.4	47.7	1.7	1.3	1.3	1.0	1.1
25-29	65.3	59.5	62.6	52.6	54.3	3.0	1.4	2.5	1.4	1.4
30-34	66.6	62.3	64.0	58.2	56.0	4.0	3.2	3.4	1.7	2.4
35-39	69.6	63.9	63.7	56.0	58.3	5.8	5.1	5.6	2.5	2.6
40-49	71.7	66.5	65.2	58.5	56.4	8.8	7.6	7.5	5.0	3.8
50-59	75.5	68.9	64.8	59.5	58.0	10.5	9.4	9.0	7.1	6.0
60 ขึ้นไป	67.3	59.7	58.7	49.6	48.7	8.7	7.0	8.2	5.1	4.8
รวมทุกกลุ่มอายุ	48.8	46.7	48.9	48.5	44.5	4.1	3.5	3.8	2.8	2.5

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาจากการจำหน่ายของโรงงานยาสูบ เราจะพบว่าอัตราการเติบโตของการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นเกือบทุกปี สาเหตุที่เป็นเช่นนั้นเพราะประชากรเพิ่มขึ้น ภาวะเศรษฐกิจที่ดีขึ้น และคนไทยจำนวนมากเปลี่ยนจากการสูบบุหรี่มวนเองมาเป็นการสูบบุหรี่ของโรงงานยาสูบ

4) ความเข้าใจเรื่องโทษภัยจากบุหรี่ คนไทยยังเข้าใจเรื่องโทษภัยจากบุหรี่ย่อย โดยเฉพาะโทษที่มีต่อคนข้างเคียงผู้สูบบุหรี่ ทั้งนี้สืบเนื่องจากคนไทยไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องนี้อย่างเพียงพอ (สม่าเสมอและต่อเนื่อง) นอกจากนี้ ยังพบเห็นผู้สูบบุหรี่ตามที่สาธารณะทั่วไป โดยไม่

คำนึงถึงสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่

### 1.2 เหตุการณ์ที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ: บทบาทและวิธีการ ของบุคคล องค์กร ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

1) บทบาทของพระสงฆ์และแพทย์ พระมหาเถระรูปแรกที่ทำกรบุกเบิกในการต่อต้านการสูบบุหรี่เมื่อประมาณ 40 ปีที่ผ่านมาคือ ท่านอาจารย์ปัญญานันท์ภิกขุ แห่งวัดชลประทานรังสฤษฎ์ โดยการดำเนินการตามหลักพุทธศาสนา ที่เห็นว่า บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นสำหรับชีวิต เป็นส่วนเกินมากกว่าเน้นเรื่องโทษภัยของบุหรี่ ท่านชี้ให้เห็น

คำ 3 คำ สุรา เมรัย และมัชชะ ท่านบอกว่า มัชชะ หมายถึง สิ่งเสพติดทุกประเภท เช่น หมาก บุหรี่ หรือ กัญชา สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งต้องห้ามตามหลักศีลในพระพุทธศาสนา ต่อมาพระภิกษุในรุ่นหลังได้มีบทบาทในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มากขึ้น

ในขณะที่พระภิกษุสงฆ์เน้นให้ลด ละ เลิกสูบบุหรี่ แพทย์เป็นกลุ่มอาชีพที่สำคัญที่สุดกลุ่มหนึ่งในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยชี้ให้เห็นถึงโทษภัยของบุหรี่ ต่อสุขภาพ แต่การดำเนินงานเป็นในลักษณะเดียวกันกับพระภิกษุสงฆ์ คือ ต่างคนต่างทำขาดความต่อเนื่อง

2) สมาคมวิชาชีพเสนอให้มีค่าเดือนบนของบุหรี่ยนพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ เลขานุการแพทย์สมาคมในขณะนั้น (พ.ศ. 2510) ได้เสนอให้โรงงานยาสูบ พิมพ์ค่าเดือนบนของบุหรี่ยันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพบนของบุหรี่ย ซึ่งเกิดผลในเวลาต่อมา กล่าวคือ ในปีพ.ศ. 2517 โรงงานยาสูบต้องพิมพ์ค่าเดือนบนของบุหรี่ยว่า “การสูบบุหรี่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ”

3) เหตุการณ์ที่สำคัญอื่นๆ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ได้ออกข้อบัญญัติเรื่อง ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล และในรถประจำทาง และองค์การอนามัยโลกกำหนดให้ปีพ.ศ. 2523 เป็นปีแห่งการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

### 1.3 ผลกระทบที่ตามมาภายหลัง

1) การเทศนาของพระภิกษุสงฆ์และการสอนของแพทย์ การเทศนาของพระภิกษุมีผลเฉพาะบุคคลที่มีความเลื่อมใส ศรัทธาเท่านั้น สำหรับคำแนะนำของแพทย์จะได้ผลสำหรับผู้ป่วยหนักเนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บอันเนื่องมาจากบุหรี่

2) ค่าเดือนข้างของบุหรี่ย ค่าเดือนข้างของบุหรี่ยเป็นตัวหนังสือมีขนาดเล็กซึ่งมองเห็นได้ยากนอกจากนี้ยังใช้คำว่า “อาจ” ดังนั้นผลต่อการลดอัตราการสูบบุหรี่ยน่าจะไม่มีมาก

3) มาตรการทางกฎหมายของกทม. ถึงแม้ว่าทางกทม. ได้ออกข้อบัญญัติห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล และรถเมล์ประจำทาง แต่พบว่ายังมีคนสูบบุหรี่ในโรงพยาบาล และบนรถเมล์อยู่เสมอ

4) บทบาทขององค์การอนามัยโลก องค์การอนามัยโลกได้พิมพ์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่เผยแพร่ไปทั่วโลก ตลอดจนกลวิธีในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งมีผลกระทบต่อ การควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยในเวลาต่อมา

## 2. ช่วงพ.ศ.2529-2532: ช่วงเวลาที่มีการประสานงาน และมีการจัดตั้งองค์กร

### 2.1 สถานการณ์ทั่วไปและสภาพปัญหา

1) คนในกทม.และเมืองใหญ่ได้รับความรู้เรื่องโทษภัยของบุหรี่ยมากขึ้น เหตุการณ์ที่เป็นข่าวฮือฮาไปทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2530 คือ การนำสารคดีชีวิตของ พ.ต.ต.สุนทร รักตะบุตร ซึ่งป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพองออกอากาศทางโทรทัศน์ช่อง 9 อสมท.

2) สังคมไทยเริ่มตระหนักถึงสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ยมากขึ้น ทั้งนี้สืบเนื่องจากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ยต่อทั้งตัวผู้สูบและผู้อยู่ใกล้เคียงได้กระจายออกไปมากขึ้น เหตุการณ์วิงวอนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ยของแพทย์หนุ่มสาวในชนบทที่เรียกร้องให้ปกป้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ยได้รับการขานรับจากผู้คนในวงกว้างมากขึ้น

3) อัตราการสูบบุหรี่ยของคนไทยในช่วงนี้ พบว่าในปีพ.ศ. 2531 คนไทยสูบบุหรี่ยประมาณ 10 ล้านคน ผู้ชายเกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ยขณะที่ผู้หญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ยที่ยังต่ำ (ดูตารางที่ 2 และ 3)

### 2.2 เหตุการณ์ที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ: บทบาทและวิธีการ ของบุคคล องค์กร ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

1) มีการจัดตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนในปีพ.ศ. 2529 โดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี, ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, ศ.นพ.ประทีป วาทีสาธกกิจ และคุณบังอร ฤทธิภักดี เพื่อให้องค์กรแห่งนี้ดำเนินการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ย องค์กรนี้ได้จัดตั้งขึ้นภายใต้ชื่อ “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ย” ในมูลนิธิหมอลำชาวนาน องค์กรพัฒนาเอกชนแห่งนี้ ได้แสดงบทบาทที่สำคัญที่สุดในการควบคุมการบริโภคยาสูบใน

ประเทศไทยในเวลาต่อมา จุดเด่นที่สำคัญขององค์กรพัฒนาเอกชนแห่งนี้ นอกเหนือจากมีความคล่องตัวมากกว่าองค์กรในภาครัฐแล้วยังดำเนินการโดยอาศัยองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) การวิงรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2530 ของแพทย์หนุ่มสาวในชนบท โดยการนำของมูลนิธิ/ชมรมแพทย์ชนบท โดยมีศ.นพ.เสม พริ่งพวงแก้ว เป็นประธาน และ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นเลขานุการในโครงการวิงรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ วัตถุประสงค์ของการวิงรณรงค์ฯ ในครั้งนี้เพื่อเรียกร้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ ให้มีการคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ ปรากฏว่าได้รับการสนับสนุนจากประชาชนร่วมลงชื่อกว่า 6 ล้านชื่อ นับได้ว่าเป็นประชาตติครั้งใหญ่ที่สุดของประเทศไทย และมีการมอบรายชื่อให้แก่ประธานสภาผู้แทนราษฎรเพื่อบอกถึงความต้องการของประชาชน

ปรากฏการณ์ของการเกิดการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ได้รับการสนับสนุนจากทุกส่วนของสังคมในครั้งนี้ น่าจะมีสาเหตุมาจากการรณรงค์ในครั้งนี้ไม่ได้โจมตีต่อต้านผู้สูบบุหรี่แต่อย่างใด แต่ได้เรียกร้องให้ผู้สูบบุหรี่คำนึงถึงผู้ที่อยู่ใกล้เคียง

3) การก่อตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คยช.) ในปีพ.ศ. 2532

คยช. ได้รับการจัดตั้งขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2532 โดย นพ.ทภัย ชิตานนท์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ ในขณะนั้นได้ทำบันทึกเสนอถึง นายชวน หลีกภัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขว่า เนื่องจากการดำเนินงานในเรื่องบุหรี่ที่ผ่านมา เป็นการให้สุขศึกษาโดยหน่วยงานต่างๆ อย่างไม่เป็นระบบ ขาดการประสานงาน ไม่มีแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งคณะกรรมการนี้ได้แสดงบทบาทที่สำคัญในเวลาต่อมา

4) เหตุการณ์ที่สำคัญอื่นๆ เช่น คณะรัฐมนตรีระงับโครงการสร้างโรงงานยาสูบ มีการท่มุขหมายุหรี่ต่างประเทศ ด้วยคาดหวังว่ารัฐบาลไทยจะเปิดตลาดบุหรี่ยุโรป

การงดสูบบุหรี่ในที่ประชุมคณะรัฐมนตรี เป็นต้น

### 2.3 ผลกระทบที่ตามมาภายหลัง

1) การดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชน มีผลกระทบที่ตามมาดังนี้

1.1 ได้ทำการพัฒนาและสร้างสื่อในการรณรงค์ที่มีชีวิตชีวา น่าสนใจ อย่างมีอาชีพ

1.2 สามารถประสานงานกับสื่อมวลชน โดยการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชนเป็นระยะๆ อย่างเป็นระบบ ซึ่งทำให้คนในเมืองเริ่มได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ยุโรปมากขึ้น

1.3 สามารถชักชวนดารานักร้อง นักกีฬาชั้นนำ ให้เลิกสูบบุหรี่และหันกลับมาช่วยรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างเต็มที่ ซึ่งมีผลต่อกลุ่มเด็กและเยาวชน

1.4 ทำหน้าที่กระตุ้นให้องค์กรภาครัฐองค์กรวิชาชีพและองค์กรเอกชนอื่นๆ ช่วยกันรณรงค์ในขอบเขตที่กว้างขวางมากขึ้น

1.5 มีบทบาทที่สำคัญในการประสานงานกับองค์กรในต่างประเทศในการคัดค้านการนำเข้าบุหรี่ยุโรปต่างประเทศ มีผลให้สร้างเครือข่ายกับองค์กรในต่างประเทศในเวลาต่อมา

2) การวิงรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของแพทย์หนุ่มสาวจากชนบทสู่ทวม. มีผลกระทบที่สำคัญต่อการเรียกร้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในเมืองไทยซึ่งนำไปสู่การสร้าง "คุณค่า" ใหม่ในสังคมไทยว่า การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม

3) การดำเนินงานของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คยช.) มีผลกระทบที่ตามมาดังนี้

3.1 มีมติไม่เห็นด้วยกับการนำเข้าบุหรี่ยุโรปต่างประเทศ

3.2 ผลักดันให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ ห้ามสูบบุหรี่ในยานพาหนะขนส่งสาธารณะในส่วนที่ปรับอากาศ รวมทั้งเครื่องบินโดยสารที่มีช่วงเวลาบินไม่เกิน 2 ชั่วโมง

3.3 ผลักดันให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบและมีมติให้พิมพ์คำเตือนบนหน้าของบุหรี่ยุโรปอย่างชัดเจน 6 คำเตือนสลับกันไป

3.4 ทำการร่างพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ

พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

#### 4) การที่บรรษัทบุหรี่ข้ามชาติได้พยายามทุ่มเท การโฆษณา

ทำให้เกิดกระแสคัดค้านอย่างหนัก ส่งผลให้ในวันที่ 10  
กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2532 รัฐบาลได้มีประกาศในราชกิจจานุ-  
เบกษาอาศัยความตามในพ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522  
กำหนดให้บุหรี่เป็นสินค้าที่ควบคุมฉลาก จึงห้ามโฆษณา  
ด้วยสื่อทุกชนิด

### 3. ช่วงพ.ศ.2532-2534: ช่วงเวลาที่ถูกบีบบังคับให้เปิด ตลาดบุหรี่ต่างประเทศ

#### 3.1 สถานการณ์ทั่วไปและสภาพปัญหา

1) สหรัฐฯใช้มาตรา 301 บังคับไทยให้เปิดตลาด  
บุหรี่ต่างประเทศ เมื่อวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2532 นพ.หทัย  
ชิตานนท์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเลขาธิการ  
คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ได้ออกมา  
คัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศด้วยความห่วงใยต่อ  
สุขภาพของเพื่อนร่วมชาติ ต่อมา ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ  
เลขาธิการโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ได้ยื่นจดหมาย  
เปิดผนึกถึงนายกรัฐมนตรีที่ทำเนียบรัฐบาล เรื่องร้องเรียน  
ให้คัดค้านข้อเสนอของกระทรวงการคลังที่จะให้มีการนำ  
เข้าบุหรี่ต่างประเทศ สื่อมวลชนเสนอเป็นข่าวใหญ่ไปทั่ว  
ประเทศ

2) สังคมเริ่มสร้าง “คุณค่า” การไม่สูบบุหรี่ต่อหน้า  
สาธารณชน หลังเหตุการณ์รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่  
ของแพทย์หนุ่มสาวในชนบท เพื่อเรียกร้องสิทธิของคนไม่  
สูบบุหรี่ การชักนำดารานักกร้อง ฯลฯ มาร่วมรณรงค์เพื่อ  
การไม่สูบบุหรี่ การอาศัยสื่อมวลชนนำเสนอข่าวอย่างสม่ำเสมอ  
และต่อเนื่อง ตลอดจนกระแสการคัดค้านการนำเข้า  
บุหรี่ต่างประเทศ เหตุปัจจัยที่สำคัญเหล่านี้ นำไปสู่การสร้าง  
“คุณค่า” ของสังคมไทยที่เห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรม  
ที่ไม่เหมาะสม

3) อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยในช่วงนี้ พบว่าใน  
ปีพ.ศ. 2534 คนไทยสูบบุหรี่กว่า 11 ล้านคน อัตราการสูบ  
บุหรี่โดยเฉลี่ยร้อยละ 26.30 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2531 ทั้งนี้

เนื่องจากสถานะเศรษฐกิจดีขึ้น ประชาชนมีกำลังซื้อมากขึ้น  
(ดูตารางที่ 2 และ 3)

#### 3.2 เหตุการณ์ที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ: บทบาทและวิธีการ ของบุคคล องค์กร ในการควบคุม การบริโภคยาสูบ

1) องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพรวมตัวกัน  
คัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ โดยมีการคัดค้าน  
และเปิดเผยข้อมูลให้เห็นว่ายุทธวิธีที่บรรษัทข้ามชาติใช้นั้น  
ไร้จริยธรรม กระแสการคัดค้านที่หนักหน่วงทำให้สมาชิกผู้  
แทนราษฎรและวุฒิสมาชิกของสหรัฐฯได้ผลักดันให้มีการ  
เปิดรับฟังความคิดเห็นในเรื่องนี้ถึง 2 ครั้ง ในสหรัฐฯเองได้  
มีกระแสคัดค้าน และตั้งคำถามในเรื่องนโยบายการค้าบุหรี่  
ของรัฐบาลสหรัฐฯอย่างกว้างขวาง จนกระทรวงต่างประเทศของ  
สหรัฐฯต้องเสนอให้สำนักผู้แทนการค้าส่งเรื่อง  
ให้แกตต (GATT-General Agreement on Tariffs and  
Trade) ไปพิจารณาเมื่อวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2532 ซึ่ง  
เมื่อแกตตได้ทำการพิจารณาและสรุปผลการพิจารณา  
ทำให้รัฐบาลไทยต้องยอมประกาศเปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ  
แต่ในแวดวงขององค์กรทางด้านสุขภาพนานาชาติ ถือว่า  
กรณีของไทยเป็นชัยชนะต่อบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ

2) กระทรวงสาธารณสุขขยายเขตปลอดบุหรี่ทั่ว  
ประเทศ โดยการสั่งการให้สำนักงานสาธารณสุขทุกจังหวัด  
โรงพยาบาลและสถานบริการทุกแห่งเป็นเขตปลอดบุหรี่  
และไม่ให้เจ้าหน้าที่และข้าราชการในสังกัดสูบบุหรี่ในขณะ  
ปฏิบัติหน้าที่ต่อประชาชน

3) จัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบใน  
กระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นหน่วยงานมีฐานะเทียบเท่า  
ฝ่าย สังกัดอยู่ในกองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัด  
กระทรวงฯ ต่อมาภายหลังได้เปลี่ยนชื่อเป็นสถาบันการ  
ควบคุมการบริโภคยาสูบ สังกัดกรมการแพทย์ อย่างไรก็ตาม  
สถาบันแห่งนี้ถูกระบบราชการและการเมืองครอบงำ จนไม่  
สามารถแสดงบทบาทนำในการควบคุมการบริโภคยาสูบตั้ง  
ที่ผ่านมา

4) เหตุการณ์อื่นๆ เช่น การบินไทยประกาศให้เที่ยว



บิณฑกภายในประเทศปลอดบุหรี่ เป็นต้น

### 3.3 ผลกระทบที่ตามมาภายหลัง

1) ผลจากการบังคับให้ไทยเปิดบุหรี่ต่างประเทศในช่วงระยะเวลาที่มีการเจรจาและไต่สวน นับตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2532 จนถึงวันที่ไทยประกาศเปิดตลาดบุหรี่คือ วันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2533 นั้น มีผลกระทบต่อการณ์รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทั้งภายในและภายนอกประเทศไทยดังนี้

#### 1.1 ภายนอกประเทศ

- ก. การเจรจาทางการค้ากับผู้แทนการค้าสหรัฐฯ (USTR) สหรัฐฯ ได้รับความเสียหายในด้านภาพลักษณ์เป็นอย่างมากไปทั่วโลก
- ข. เกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายขององค์กรด้านสุขภาพของไทยกับต่างประเทศ

#### 1.2 ภายในประเทศ

- ก. สังคมได้เรียนรู้เรื่องราวเกี่ยวกับบุหรี่ในทุกด้าน นับเป็นช่วงที่มีเหตุการณ์ที่สำคัญที่สุดของการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในเมืองไทย ทั้งนี้เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าว (พ.ศ.2532-2534) สังคมไทยได้รับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับบุหรี่มากมาย ไม่เพียงแต่โทษภัยของบุหรี่ต่อผู้สูบและผู้อยู่ข้างเคียงเท่านั้น หากยังเห็นถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมสิ่งแวดล้อม

ดร.เกรก คอลแนลลี ผู้แทนสมาคมมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐฯ ได้บอกว่า การที่สหรัฐฯ ใช้กฎหมายการค้ามาตรา 301 บังคับให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่นั้น มีผลกระทบที่สำคัญ คือ ทำให้อัตราเร่งในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยเร็วขึ้น 10 ปี คำกล่าวข้างต้นมีความเป็นจริงอยู่มาก

- ข. มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2533 เห็นชอบในหลักการกับ “ร่างพระราช

บัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.....”

และอนุมัติให้ตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2) การจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ การจัดตั้งสำนักงานในระบบราชการเป็นบทเรียนที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบว่า หน่วยงาน/องค์กรใดในภาครัฐไม่สามารถแสดงบทบาทนำในการควบคุมการบริโภคยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยข้อจำกัดที่โครงสร้างของระบบราชการที่ขาดความอิสระ และระบบการเมืองที่มีสายสัมพันธ์และผลประโยชน์โยงใยกับธุรกิจบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติที่ครอบงำระบบราชการ

### 4. ช่วงพ.ศ.2534-2539: ช่วงเวลาของการใช้มาตรการทางกฎหมายและภาษี

#### 4.1 สถานการณ์ทั่วไปและสภาพปัญหา

1) มีกระแสผลักดันทางกฎหมาย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ จากทั้งบุคคล หน่วยงาน/องค์กรด้านสุขภาพ ตลอดจนสื่อมวลชนมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงหลัง (พ.ศ. 2534) ของการต่อสู้กับสหรัฐฯ เมื่อทราบนั่นชัดแล้วว่าไทยต้องเปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศตามมติของ GATT ผู้แทนทางด้านสุขภาพของไทยจึงได้ขอต่อรองให้รัฐบาลไทยออกกฎหมาย รวมทั้งจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ในกระทรวงสาธารณสุข

2) มีการขยายเขตปลอดบุหรี่ทั่วประเทศ นับตั้งแต่คณะรัฐมนตรีมีมติให้ที่ประชุมกรมเป็นเขตปลอดบุหรี่ สายการบินไทยจึงได้ประกาศเที่ยวบินปลอดบุหรี่ภายในประเทศ และกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรงพยาบาลและสถานบริการทุกแห่งในสังกัดเป็นเขตปลอดบุหรี่

3) อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยในช่วงนี้ ในปีพ.ศ. 2536 อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยโดยเฉลี่ยเหลือเพียงร้อยละ 22.8 และอัตราการสูบบุหรี่ลดลงในทุกกลุ่มอายุ (ดังปรากฏในตารางที่ 2 และ 3)

#### 4.2 เหตุการณ์ที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ: บทบาทและวิธีการ ของบุคคล องค์กร ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

1) รัฐสภาไทยได้ออกกฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

2) มีนโยบายขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพเป็นครั้งแรกในเดือนธันวาคม ปีพ.ศ. 2536 เป็นครั้งแรกที่กระทรวงสาธารณสุข โดย ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น เสนอให้รัฐบาลขึ้นภาษีบุหรี่ด้วยเหตุผลทางสุขภาพเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน

#### 4.3 ผลกระทบที่ตามมาภายหลัง

1) การขึ้นภาษีบุหรี่ด้วยเหตุผลทางสุขภาพ แม้คณะรัฐมนตรีไม่ได้มีมติให้ขึ้นภาษีอย่างเต็มที่ตามข้อเสนอแนะของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม แต่จากการศึกษาของนพ.สุภกร บัวสายพบว่า 7 เดือนหลังการขึ้นภาษียังมีผลกระทบที่ตามมา คือ ปริมาณการจำหน่ายบุหรี่รวมลดลง รายได้ภาษีสรรพสามิตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้มีเยาวชนเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นประมาณ 200,000 คน

2) มาตรการทางกฎหมายมีผลไม่มากเท่าที่ควร โดยดูจากผลการศึกษาของ นพ.ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล และคณะ เรื่อง “การปฏิบัติตามกฎหมายห้ามการขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี” และการศึกษาของ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ เรื่อง “การประเมินผลกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ในร้านอาหารที่มีห้องปรับอากาศ”

#### 5. ช่วงพ.ศ.2540-2550: ทศวรรษแห่งการสร้างเสริมเข้มแข็งให้กับชุมชนและสังคม

##### 5.1 สถานการณ์ทั่วไปและสภาพปัญหา

\* การดำเนินงานในลักษณะประชาสังคม คือ การที่ผู้คนจากภาคีต่างๆ ในสังคม ทั้งจากภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน และภาคประชาชน (สังคม) เห็นปัญหาร่วมกัน ก่อให้เกิดจิตสำนึกร่วมกัน (civic consciousness) มาร่วมกันในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนต่อกัน (partnership) มีวัตถุประสงค์สอดคล้องต้องกันในการร่วมกันแก้ไขปัญหาในสังคม ตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน/สังคม ทั้งนี้ด้วยความสมานฉันท์ เอื้ออาทรต่อกันภายใต้การจัดการที่ถูกต้องเหมาะสม

1) ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยในทศวรรษนี้ จะมีปรากฏการณ์ที่น่าสนใจหลายประการซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินงานคุ้มครองสุขภาพในทุกๆ ด้านปรากฏการณ์ดังกล่าว ได้แก่ มีการเติบโตและขยายตัวของชั้นกลางจำนวนมาก มีพัฒนาการกระบวนการประชาธิปไตยโดยมาถึงระดับหนึ่ง สังคมไทยก้าวหน้าเข้าสู่ยุคข้อมูลสารสนเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นแผนพัฒนาฯ ที่ถือเอาคนเป็นตัวตั้ง และมีการปฏิรูปการเมืองและระบบราชการในสังคมไทย

2) กระแสโลกาภิวัตน์ โดยปกติแล้ว เวลาพูดถึงโลกาภิวัตน์ ผู้คนมักจะมองในเรื่องเศรษฐกิจ และข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมต่อกันทั้งโลก และมีผลกระทบต่อคนทั้งโลก แต่มีกระแสโลกาภิวัตน์อื่นๆ อีก ได้แก่ สิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียมกันทางเพศ การฟื้นฟูและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ความเป็นชุมชน (Community) และความเป็นประชาสังคม (Civil Society)\*

3) อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย การสำรวจล่าสุดในปีพ.ศ. 2539 (ดูตารางที่ 2 และ 3) พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลง ส่วนในกลุ่มเยาวชน (15-19 ปี) ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น

#### 5.2 เหตุการณ์ที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ: บทบาทและวิธีการ ของบุคคล องค์กร ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

1) เกิดประชาคมจังหวัดทั่วประเทศ ในแผนพัฒนาฉบับที่ 8 ยอมรับว่า ประชาคมจังหวัดเป็นกลไกที่สำคัญที่จะเป็นเครื่องมือให้คนสร้างทักษะ ให้คนมาทำงานและมาเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างความเจริญก้าวหน้าให้แก่ท้องถิ่น

2) รัฐจะให้การสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) มากขึ้น ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 รัฐมีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนองค์กรนอกภาครัฐ ดังนั้น องค์กร

ชุมชนท้องถิ่น และองค์กรพัฒนาเอกชนจะได้รับการสนับสนุนมากขึ้น

3) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กลุ่ม/ชมรม/สมาคม องค์กรต่างๆ ในสังคมไทย จะมีส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แทนที่จะให้พรรคการเมืองหรือข้าราชการประจำเป็นผู้กำหนดดังที่ผ่านมา

4) อยางก้าวบรรษัทบุหรี่ยามชาติในประเทศไทย ขณะนี้มีข่าวว่าบรรษัทบุหรี่ยามชาติได้เข้ามายื่นข้อเสนอเพื่อช่วยเหลือด้านเทคนิคและร่วมลงทุนในการผลิตให้แก่โรงงานยาสูบนอกจากนี้บรรษัทบุหรี่ยามชาติได้มีการลดราคา (dumping) บุหรี่ต่างประเทศลงมาอย่างมากเพื่อยึดครองตลาดในไทยให้มากที่สุด

### 5.3 ผลกระทบที่ตามมาภายหลัง

1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หากองค์กรด้านสุขภาพสามารถสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น เพิ่มภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนลดลง

2) เพิ่มงบประมาณให้ NGOs หากมีการเพิ่มงบประมาณให้องค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อสาธารณประโยชน์ (NGOs) เพิ่มขึ้น องค์กรเหล่านี้จะแสดงบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3) ประชาคมจังหวัดจะเกิดขึ้นทั่วประเทศ โดยเฉพาะในช่วงปลายแผนพัฒนา ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2544) จะเกิดประชาคมจังหวัดในหลายจังหวัดทั่วประเทศ เวทีประชาคมจังหวัด จะเป็นช่องทางหนึ่งที่สิทธิของผู้บริโภค จะได้รับการปกป้องคุ้มครองอย่างมีประสิทธิภาพ

4) บรรษัทบุหรี่ยามชาติลงทุนร่วม หากบรรษัทบุหรี่ยามชาติสามารถลงทุนร่วม (joint venture) และนำไปสู่การขึ้นนำยุทธศาสตร์ของกิจการโรงงานยาสูบได้สำเร็จ จะเกิดอันตรายอย่างใหญ่หลวงต่อสุขภาพของคนไทย เนื่องจากบรรษัทบุหรี่ยามชาติจะกระทำทุกวิถีทางอย่างไร้จริยธรรม เพื่อให้ได้กำไรมากที่สุด

## สรุป

การควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยได้ดำเนินการมาไม่น้อยกว่า 4 ทศวรรษ ก่อนปี พ.ศ. 2529 มีการดำเนินงานในลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดความต่อเนื่อง แม้แต่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นองค์กรภาครัฐที่รับผิดชอบในเรื่องสุขภาพโดยตรง ยังไม่มีแผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ จนกระทั่งปีพ.ศ. 2529 ได้เกิดองค์กรพัฒนาเอกชน ชื่อ *โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่* ภายใต้มูลนิธิหมอชาวบ้าน องค์กรพัฒนาเอกชนแห่งนี้ ได้แสดงบทบาทที่สำคัญที่สุดในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยในเวลาต่อมา ในช่วงปลายปีพ.ศ. 2530 ได้มีการวิงวอนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของแพทย์หนุ่มสาวในชนบท ซึ่งก่อให้เกิดการตื่นตัวในเรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสังคมไทย และในปีพ.ศ. 2532 รัฐบาลได้เห็นความสำคัญในการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คยบช.) เพื่อทำการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ซึ่งต่อมากยบช. ได้มีส่วนสำคัญในการร่างกฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับในการคุ้มครองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่และควบคุมการบริโภคยาสูบ

ในช่วงปีพ.ศ. 2532-2534 ได้มีเหตุการณ์ที่สำคัญ คือ สหรัฐฯ ได้ใช้กฎหมายการค้ามาตรา 301 บังคับให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ ถึงแม้ไทยต้องยินยอมให้บุหรี่ต่างประเทศเข้ามาวางจำหน่าย แต่ผลกระทบที่สำคัญจากการที่องค์กรสุขภาพ ทั้งในและต่างประเทศ ตลอดจนสื่อมวลชน รวมตัวกันคัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศก็คือ ทำให้สังคมไทยได้เข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นจากบรรษัทบุหรี่ยามชาติ ทำให้อัตราเร่งในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทยเร็วขึ้นอย่างมาก ต่อมาในปีพ.ศ. 2535 รัฐสภาไทยได้ผ่านร่าง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพ.ร.บ.ควบคุมสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 กฎหมายทั้งสองฉบับเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ แม้ว่าผลในทางปฏิบัติยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรก็ตาม ต่อมาในปีพ.ศ. 2536 รัฐบาลได้มีนโยบายการขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพเป็นครั้งแรกในเมืองไทย ซึ่งส่งผลสำคัญในการ

ควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนในเวลาต่อมา สำหรับในช่วงปีพ.ศ. 2540-2550 นั้น ได้มีการคาดการณ์ว่า ปัจจัยต่างๆ ในสังคมไทยและกระแสโลกาภิวัตน์จะเอื้ออำนวยให้สังคมและชุมชนมีความเข้มแข็ง ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

การดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2529-2539) ดังกล่าวข้างต้นมีผลให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบดังกล่าวข้างต้นประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ มีดังนี้

1. การเกิดขึ้นขององค์กรพัฒนาเอกชน ชื่อ “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน” ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนแห่งแรกและแห่งเดียวในประเทศไทย ที่ดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจัง และต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีบทบาทที่สำคัญในการทำให้การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ออกนอกวงการศึกษาและสาธารณสุขไปสู่ส่วนอื่นๆ ของสังคม เช่น นักร้อง นักแสดง สื่อมวลชน

2. มีผู้นำที่มีความรู้ความสามารถ ตลอดจนมีจิตใจที่แน่วแน่เข้มแข็งในการดำเนินงาน บุคคลที่สำคัญ 2 ท่าน คือ นพ.หทัย ชิตานนท์ และศ.นพ.ประภีต วาทีสาธกกิจ ทั้งสองท่านได้นำการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการวางจังหวะก้าวในการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม

3. การดำเนินงานโดยไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง กระบวนการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย เกิดจากบุคคล หน่วยงาน และองค์กรที่ไม่มีผลประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่ตั้ง แต่คำนึงถึงสุขภาพของคนไทยเป็นสำคัญ ทำให้ได้รับความช่วยเหลือจากสาธารณชน สื่อมวลชน อย่างกว้างขวางและสนิทใจ

4. การดำเนินงานบนฐานของความรู้จริง ไม่เพียงแต่การทบทวนรวบรวมองค์ความรู้จากทั่วโลกในการควบคุมการบริโภคยาสูบ หากแต่ยังทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาภายในประเทศอย่างต่อเนื่อง งานศึกษาวิจัยทั้งหมด

เป็นไปเพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ถูกต้องเหมาะสม

5. ความขัดแย้งทางการค้าระหว่างไทยกับสหรัฐอเมริกา ส่งผลให้สื่อมวลชน สาธารณชน หันมาสนใจเรื่องบุหรี่ยิ่งขึ้น ทั้งโทษภัยของบุหรี่ยิ่งขึ้น นำไปสู่ความไม่พอใจสหรัฐฯ ที่ยึดเยียดสินค้าแห่งความตายในแง่มุมต่างๆ ซึ่งมีผลให้การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นไปด้วยอัตราเร่ง

6. ได้รับการสนับสนุนจากนานาชาติ การที่สหรัฐฯ ได้ใช้มาตรา 301 ข่มขู่ไทยทำให้องค์กรทางด้านสุขภาพในเมืองไทยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรด้านสุขภาพจากนานาชาติ โดยเฉพาะในสหรัฐฯ ในด้านข้อมูลองค์ความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

7. การมีกลวิธีที่ครบถ้วนในการควบคุม กล่าวคือ การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบมีกลวิธีหลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ การให้สุขศึกษาและข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณชน มีกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ยิ่งขึ้น กำหนดค่าเตือนบนซองบุหรี่ยิ่งขึ้น กำหนดเขตปลอดบุหรี่ และมีนโยบายเพิ่มภาษีบุหรี่ยิ่งขึ้น เพื่อสุขภาพเป็นครั้งแรก ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

### ปัจจัยที่นำไปสู่ความล้มเหลว

อย่างไรก็ตาม กระบวนการหรือวิธีการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบที่ผ่านมา มีจุดอ่อนที่เป็นบทเรียน ดังนี้

1. การจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบภายใต้ระบบราชการ การดำเนินงานที่ผ่านมาของสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบมักสร้างความไม่พอใจให้กับนักการเมืองและข้าราชการประจำในกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากบรรษัทบุหรี่ยิ่งขึ้นชาติมีอิทธิพลสูง และอยู่เบื้องหลังพรรคการเมือง การดำเนินงานมีขอบเขตจำกัด

2. การสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนของรัฐ กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนงบประมาณในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แก่องค์กรพัฒนาเอกชนยังไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง งบประมาณในบางปีถูกตัดทอนเนื่องจากนักการเมืองและข้าราชการประจำที่มีอำนาจใน

กระทรวงสาธารณสุขไม่พอใจในการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชน

3. ความไม่ต่อเนื่องและมั่นคงทางการเมือง ทำให้มีการผลัดเปลี่ยนนักการเมืองเข้ามารับผิดชอบงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ทำให้นโยบายที่วางไว้ไม่ต่อเนื่อง

4. กฎหมายไม่มีผลในทางปฏิบัติเท่าที่ควร กระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องนี้ ขาดการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและจริงจังจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ

5. การสนับสนุนองค์กรท้องถิ่นโดยรัฐ คนในชนบทหรือท้องถิ่นได้รับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอและต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมาการสนับสนุนของรัฐต่อชมรม/สมาคมในภูมิภาคและท้องถิ่นยังมีน้อย

### เอกสารอ้างอิง

#### ภาษาไทย

1. แคทลียา อิงลิช. (กุมภาพันธ์ 2539) สัมภาษณ์.
2. โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) บุหรี่: ภัยเงียบที่กัดกร่อนสังคม. รายงานการสัมมนา, 7 พฤศจิกายน 2529. (ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์).
3. โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. มูลนิธิแพทย์ชนบท, ชมรมแพทย์ชนบท, มูลนิธิหมอชาวบ้าน และสโมสรนักศึกษาแพทย์ 7 สถาบัน. (2532) *ทำไมจึงคัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ.* (ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์).
4. ช่อผกา วิริยานนท์. (กุมภาพันธ์ 2539) สัมภาษณ์.
5. ชูชัย ศุภวงศ์. (2539) *การก่อดำเคลื่อนไหวของประชาสังคมไทยกับการพัฒนาสุขภาพ.* ใน: เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปี ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ, 1-2 กุมภาพันธ์ 2539. กรุงเทพฯ.
6. ชูชัย ศุภวงศ์. (2540) *การศึกษาประเมินผลกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในร้านอาหารที่มีห้องอาหารปรับอากาศ.* (ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์).
7. ดวงดา ตุงคะมณี. (กุมภาพันธ์ 2539) สัมภาษณ์.
8. ดอกดิน กัญญามาลย์. (มกราคม 2539) สัมภาษณ์.

9. โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. *แนวทางเจรจาแก้ปัญหาการค้ายาสูบกับสหรัฐอเมริกา.* เอกสารอัดสำเนา.
10. ประภิต วาทีสาธกิจ, เลขาธิการโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน. (10 มิถุนายน 2537) สัมภาษณ์.
11. ประภิต วาทีสาธกิจ และบังอร ฤทธิภักดี. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) *สังคมไทยกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.* เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 2 เรื่อง สุขภาพกับการพัฒนา, 24-27 ตุลาคม 2533 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
12. ประเวศ วะสี, ประธานโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน. (28 มิถุนายน 2539) สัมภาษณ์.
13. ปัญญานันท์ทิกขุ, เจ้าอาวาสวัดชลประทานรังสฤษฎ์ จ.นนทบุรี. (8 กรกฎาคม 2537) สัมภาษณ์.
14. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)
15. พชร อิศรเสนา ณ อยุธยา, อดีตปลัดกระทรวงพาณิชย์. (29 มิถุนายน 2539) สัมภาษณ์.
16. พยอม กลยานโน, เจ้าอาวาสวัดสวนแก้ว จ.นนทบุรี. (13 สิงหาคม 2537) สัมภาษณ์.
17. มูลนิธิหมอชาวบ้าน คณะกรรมการการควบคุมการบริโภคยาสูบ, ผู้รวบรวม. (2535) *สรุปสถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย.* มูลนิธิหมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ.
18. มูลนิธิหมอชาวบ้าน คณะกรรมการการควบคุมการบริโภคยาสูบ. *สรุปสถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย.* เอกสารอัดสำเนา.
19. วิสา หงษ์ศิริวัณ. (มกราคม 2539) สัมภาษณ์.
20. วรวิทย์ เลิศนาค. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) *สรุปการบรรยายเรื่อง มาตรการในการควบคุมการสูบบุหรี่.* ใน: เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง การสูบบุหรี่และสุขภาพในประเทศไทย ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 23-25 พฤศจิกายน 2526. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
21. เวทย์ อารีย์ชน. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) *สรุปการบรรยายเรื่อง ทบทวนการดำเนินงานเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และ*

- สุขภาพในประเทศไทย. ใน: เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องบุหรี่และสุขภาพ. 23-25 พฤศจิกายน 2526. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
22. สงคราม ทรัพย์เจริญ. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) ข้อเสนอแนะในการป้องกันอันตรายจากการสูบบุหรี่. ใน: กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจะดี เมื่องดบุหรี่ได้. (ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์).
23. สงคราม ทรัพย์เจริญ. (พฤษภาคม 2540) สัมภาษณ์.
24. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) สรุปสถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย. สถานการณ์ฉบับที่ 1 .
25. ดร.ชาติชาย ณ เชียงใหม่. (มิถุนายน 2539) บทสัมภาษณ์. ใน: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) ประชาสังคม: ทักษะนักคิดในสังคมไทย. (ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์).
26. สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย, ศูนย์อาสาสมัครต่อต้านยาเสพติดให้โทษ. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) อันตรายของบุหรี่และวิธีเลิก. (ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์).
27. สมทรง ปุญญฤทธิ์. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) ชีวิตและงานหลวงตาไสว ลิวญาโณ แห่งสวนโมกขพลาราม. (ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์).
28. สันติวิริยะรังสฤษฏ์, คอลัมนิสต์หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. (14 พฤษภาคม 2539) สัมภาษณ์.
29. สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ, กระทรวงสาธารณสุข. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) สรุปผลงานของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
30. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การขึ้นภาษีสรรพสามิต. เอกสารประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี, 7 ธันวาคม 2536.
31. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กองศึกษาและเผยแพร่การพัฒนา ฝ่ายการศึกษาและวิจัยพัฒนาสังคม. (2531) สังคมไทย 2530.
32. สุกกร บัวสาย. การขึ้นภาษีสรรพสามิต. เอกสารประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี, 7 ธันวาคม 2536.
33. สุกกร บัวสาย. ผลจากการขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซิการ์แรด. เอกสารประกอบการประชุม ครั้งที่ 1/2537 ของคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ, ธันวาคม 2536.
34. ไสว ลิวญาโณ, ผู้จัดการโรงเรียน สวนโมกขพลาราม วัดธารน้ำไหล อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี. (27 พฤษภาคม 2537) สัมภาษณ์.
35. ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. ขึ้นภาษีบุหรี่: รัฐบาลจริงใจหรือกระเป๋าคอมมิชชั่น. เอกสารเสนอต่อหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน, 5 พฤศจิกายน 2539.
36. ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล และคณะ. (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติเกี่ยวกับบุหรี่ในเขตเทศบาลเมืองหนองคาย. รายงานการวิจัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, หนองคาย.
37. ทภัย ชิดานนท์, ประธานสมาคมควบคุมการบริโภคยาสูบภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก, สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. สัมภาษณ์, 6 มิถุนายน 2537
38. ทภัย ชิดานนท์. ถ้าจะไม่ให้คนไทยสูบบุหรี่มากขึ้น จะต้องสกัดกั้นการรุกรานของบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติ. หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน 17 มีนาคม พ.ศ. 2540. ไม่ปรากฏเลขหน้า.
39. อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, รองประธานโครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน. (3 มิถุนายน 2539) สัมภาษณ์.
40. อภิญา ดันทวิวงศ์. สิบปีแรงใจ ขอบคุมหิตที่ไม่สูบบุหรี่. ใน: บทสัมภาษณ์ บังอร ฤทธิภักดี โครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน. เอกสารอัดสำเนา.
41. Chitanondh, H. (No year of publication) Tobacco Use. The National Committee for Control of Tobacco Use, Office for Tobacco Consumption Control, The Ministry of Public Health, Bangkok.

42. Chitanondh, H. (No year of publication) Control of Tobacco Use in Thailand, The National Committee for Control of Tobacco Use, Office for Tobacco Consumption Control, The Ministry of Public Health, Bangkok. (A Summary)
43. Connolly GN. *Smoking or Health: The International Marketing Tobacco*. Tobacco Use in America Conference, January 27-29, 1989.
44. GATT and Thailand Tobacco 301 Trade Case.
45. Paibul Suriyawongpaisal...[et al.]. (1996) Retailers' Compliance to the Law Banning Cigarette Sale to Minors. *Journal of the Medicine Association of Thailand*. 79(2), 127-131.
46. USG Proposal on Essential Element of Effective Market Access for Foreign Cigarettes.
47. Thailand-Restrictions on Importation of and Internal Taxes on Cigarettes. Report of panel.
48. The National Committee for Control of Tobacco Use, Ministry of Public Health, The Royal Thai Government. *Tobacco Colonialism Threatening Thailand*. (1990) No place of publication.
49. Swaddiwudhipong, W. ...[et al.]. (1993) A Thai Monk: An agent for Smoking Reducing in a Rural Population. *International Journal of Epidemiology* 4(22).



#### คมคำ ♦ ความคิด

“คนไทยเป็นคนที่มิ ‘ศักยภาพทางปัญญา’ ไม่แตกต่างไปจากมนุษย์เผ่าพันธุ์หรือชาติอื่น ‘ศักยภาพของมนุษย์’ คือขุมพลังอันยิ่งใหญ่ของการวิจัย จุดอ่อนของสังคมไทยเกี่ยวกับเรื่องนี้ ก็คือ ไม่มีความเชื่อมั่นในสติปัญญาหรือศักยภาพของคนไทยในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ สังคมไทย ยังไม่ได้เอาใจใส่ต่อการจัดระบบเพื่อดึงศักยภาพทางปัญญาของคนไทยออกมาใช้อย่างเต็มที่ การบริหารงานวิจัย คือการประยุกต์ใช้หลักการและวิธีการด้านการจัดการเพื่อดึงศักยภาพของคนในสังคม เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ ผู้บริหารงานวิจัยจะต้องมีความเชื่อมั่นต่อ ‘ศักยภาพอันไม่สิ้นสุด’ ของมนุษย์ และสร้างความเชื่อมั่นนั้นให้เกิดขึ้นในสังคม”

⇒ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช “การบริหารงานวิจัย แนวคิดจากประสบการณ์”