

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของการศึกษา

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่สำคัญ โรคเนื่องมาจากการสูบบุหรี่อาจบั่นทอนและลดอายุของผู้สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยแล้ว 5-10 ปีและมีหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งกับสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่เองและบุคคลอื่นที่อยู่บริเวณใกล้เคียงที่ได้รับควันจากบุหรี่ ซึ่งควันบุหรีมีส่วนผสมของสารต่างๆ มากกว่า 4,000 ชนิด สารเหล่านี้มากกว่า 10 ชนิดทำให้เกิดมะเร็ง เช่นทาร์ ฟีนอล ครีซอลและเบนโซไพรีนเป็นต้น และสารบางชนิดเมื่อสูดเข้าไปจะเป็นพิษ และระคายเคืองต่อหลอดลมและถุงลมทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง (กรมการแพทย์, 2536) และเกิดโรคอื่นๆเช่น โรคหัวใจซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่ากลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง หรือมีไขมันในเลือดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่าและการสูบบุหรี่ยังมีผลกระทบต่อสตรีมีครรภ์เพิ่มอัตราการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด สำหรับเด็กที่ได้รับควันบุหรีจะส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของระดับสติปัญญา โรคระบบทางเดินหายใจและโรคมุมแพ้อีกด้วย (กรมการแพทย์, 2536)

บุหรีเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคถึง 25 โรค ซึ่งล้วนแต่เป็นโรคที่คุกคามต่อสุขภาพทั้งสิ้น บุหรีเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 2.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมดที่เกิดขึ้นรวมทั้งโรคร้ายต่างๆ และจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าคือ ร้อยละ 8.9 ภายในปี พ.ศ. 2563 โดยทุกๆ 1,000 ต้นของบุหรีที่ผลิตขึ้นจะมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากบุหรี 1,000 คนเช่นกัน (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2540) การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงร้อยละ 30-80 (มณฑา โมธิ, 2541) โดยครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่จะเสียชีวิตเมื่ออายุต่ำกว่า 70 ปี และเสียชีวิตจากโรคที่บุหรีเป็นสาเหตุโดยตรง (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2540 ; สุวพัคตร์ พนมวัน ณ อยุธยา, 2539) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าคนสูบบุหรี่ 4 คนจะต้องตายด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ 1 คนและหากไม่มีการควบคุมอย่างจริงจังในอีก 30 ปีข้างหน้าจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ถึง 10 ล้านคนต่อปีหรือเสียชีวิต 1 คนในทุก 3 วินาที (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2540) โดยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาถึง 7 ล้านคน (มณฑา โมธิ, 2541) ซึ่งเป็นจำนวนผู้เสียชีวิตที่มากกว่าโรค

เอดส์ วัณโรค และความผิดปกติในทารกแรกเกิดรวมกัน (สถาบันควบคุมการบริโภคนาสุบ, 2540) แสดงให้เห็นว่าบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง

ซึ่งในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 11,000 ล้านคนหรือเท่ากับ 1 ใน 3 ของประชากรโลกทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542) สำหรับประเทศไทย มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ประจำทั้งสิ้น 10.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.5 (ตารางที่1)

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราร้อยละผู้สูบบุหรี่ อายุ 11 ปีขึ้นไป

ปี	จำนวนประชากรทั้งหมด	สูบบุหรี่เป็นประจำ		สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2519	28,685,940	8,629,510	30.1	-	-
2529	39,245,800	10,377,000	26.4	-	-
2531	40,478,580	10,109,890	25.0	1,244,650	3.1
2534	43,292,100	11,402,100	26.3	884,000	2.4
2536	45,680,300	10,406,200	22.8	1,196,400	2.6
2539	48,009,200	11,254,200	23.4	1,293,700	2.7
2542	49,905,600	10,230,600	20.5	1,761,100	3.5

* เริ่มตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2536)

ตารางที่ 2 จำนวนคนไทยที่เสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ จากการสูบบุหรี่ (2536)

โรค	จำนวนคน	สัดส่วน
โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease)	15,498	37.5%
โรคปอดและมะเร็งปอด (Lung Cancer and Lung Disease)	10,619	25.9%
โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema)	5,945	14.5%
โรคหลอดเลือดในสมอง (Cerebrovascular disease)	2,501	6.1%
โรคสมองขาดเลือด (Stroke)	1,722	4.2%
โรคอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (Other Diseases)	4,715	11.5%
รวม	41,000	100%

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2536)

ในแต่ละปีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 41,000 คน หรือวันละ 115 คน (ตารางที่ 2) โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุด ประกอบด้วย โรคหัวใจ 37.5%, โรคปอดและมะเร็งปอด 25.9%, โรคถุงลมโป่งพอง 14.5%, โรคหลอดเลือดในสมอง 6.1%, โรคสมองขาดเลือด 4.2% และโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้อง 11.5% โรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่จากตารางข้างต้นนั้น ส่วนใหญ่โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ล้วนเป็นโรคเรื้อรัง เพิ่มอัตราป่วยและอัตราการตาย และยังเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงกิจวัตรเพื่อให้สอดคล้องกับภาวร่างกายที่อ่อนแอลง และต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ลดความรุนแรงของโรคและต้องเข้ารับการรักษาตัวเสมอตามแผนการรักษา ตลอดจนถึงอาชีพการงาน ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัว

ผลกระทบของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่นอกจากเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญจากการเพิ่มอัตราการป่วยและอัตราการตายมีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตแล้วยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับประเทศและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยมีขีดจำกัดด้านกิจกรรมประกอบกับการรักษาที่ต้องใช้เวลายาวนาน ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงความมั่นคงของสังคมและประเทศชาติ ซึ่งการสูญเสียทางเศรษฐกิจแบ่งได้ 2 ทาง คือ (คุณาลักษณ์, 2539)

1. ความสูญเสียทางเศรษฐกิจทางตรง ได้แก่ต้นทุนที่เกิดจากการจัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องจ่ายเพื่อการรักษา ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารหรือยาบำรุงร่างกาย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษา เป็นต้น ทำให้เสียโอกาสที่จะนำเงินไปใช้ในทางอื่นที่ก่อให้เกิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจ

2. ความสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยอ้อม ได้แก่ รายได้ที่ผู้ป่วยควรจะได้รับแต่ไม่ได้รับเพราะไม่สามารถทำงานได้หรือทำได้แต่ไม่เต็มที่อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่นี้ ทำให้สังคมต้องสูญเสียมูลค่าผลผลิตที่ควรเกิดขึ้นของผู้ป่วยเนื่องจากทำงานไม่ได้ไปด้วย เนื่องจากสุขภาพจะเป็นตัวกำหนดทั้งปริมาณและคุณภาพของแรงงาน การมีสุขภาพดีทำให้คนมีอายุขัยสูงขึ้น ช่วงวัยทำงานจะยาวนานตามไปด้วย แรงงานที่มีสุขภาพดีจะมีการขาดงานน้อยกว่า มีผลิตภาพของร่างกายสูงกว่าแรงงานที่มีสุขภาพไม่ดี การมีสุขภาพที่ดีของมนุษย์จึงสะท้อนออกมาในรูปผลผลิตหรือรายได้ที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของแรงงาน เช่น การเจ็บป่วย พิการ ตาย จะสะท้อนออกมาในรูปของผลผลิตหรือรายได้ที่เปลี่ยนแปลงไป

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า จำนวนผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 8.6 ล้านคนในปี 2519 เพิ่มขึ้นเป็น 10.2 ล้านคน (ตารางที่ 3) เมื่อจำนวนผู้ป่วยจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทำให้ทรัพยากรของประเทศถูกจัดสรรไปยังโครงการดูแลและรักษาสุขภาพมากขึ้น ทำให้เหลือทรัพยากรไปใช้ประโยชน์ในกิจกรรมอื่นลดลง ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการพัฒนาประเทศ

ตารางที่ 3 จำนวนผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทย (พ.ศ. 2519-2542)

ปี	จำนวนผู้สูบบุหรี่ (ล้านคน)	การเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยต่อปี (%)
2519	8.6 ^a	30.1
2524	9.7 [*]	27.8
2529	10.3 [*]	26.4
2531	11.1 ^{**}	25
2534	11.4 ^{**}	26.3
2536	10.4 ^{**}	22.8
2539	11.2 ^{**}	23.4
2542	10.2 ^{**}	20.5

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2542)

หมายเหตุ : * เป็นจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่เป็นประจำ

**เป็นจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่เป็นประจำไม่รวมผู้สูบบุหรี่เป็นครั้งคราว

ดังนั้น ผลกระทบของการสูบบุหรี่จึงเป็นปัญหาที่สำคัญมาก ดังนั้นหากใช้หลักการทางเศรษฐศาสตร์มาประเมินต้นทุนของผู้ป่วยออกมาเป็นตัวเงิน ซึ่งจะสามารถนำข้อมูลไปใช้ในเชิงนโยบายเกี่ยวกับภาษีเพื่อควบคุม การผลิตและการจำหน่ายบุหรี่ในประเทศไทย

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

1.2.2 เพื่อประเมินต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

1.2.3 เพื่อประเมินต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยที่ป่วยจากการสูบบุหรี่

1.3 ขอบเขตการศึกษา

กำหนดขอบเขตการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ใน 3 กลุ่มโรคที่สำคัญคือ กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ ทั้งผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ โดยประเมินต้นทุนของการเป็นโรคซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลซึ่งเป็นต้นทุนทางตรงและค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี คือ ภายในปี พ.ศ. 2546 โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าวที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกและโรงพยาบาลศรีสังวร จังหวัดสุโขทัย จำนวน 600 ราย

1.4 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามาจาก 2 แหล่งที่สำคัญคือ

1.4.1 ข้อมูลปฐมภูมิ ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลหลักๆ 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 เป็นประวัติการสูบบุหรี่และจังหวะสุขภาพของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลค่าใช้จ่ายและต้นทุนที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 เป็นข้อมูลของญาติพี่น้องผู้ป่วย

ส่วนที่ 5 เป็นข้อมูลคำรักษาพยาบาลที่ระบุโดยโรงพยาบาล

การรวบรวมข้อมูลจะทำการรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่ภายในจังหวัดพิษณุโลก โดยจะเลือกใช้กลุ่มตัวอย่าง 600 ชุด ซึ่งแบ่งเป็น

1) ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 150 ชุด

2) ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่า 15 ปี จำนวน 150 ชุด

3) ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า 15 ปี จำนวน 300 ชุด

1.4.2 ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลรายงานสถิติของฝ่ายสถิติและเวชระเบียน ฝ่ายบัญชีและหน่วยงานต่างๆที่ต้องการศึกษาจากโรงพยาบาล รวมทั้งข้อมูลซึ่งรวบรวมจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.5 ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

ทราบถึงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องเสียไปในการป่วยเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และทราบถึงมูลค่าของต้นทุนของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่ประเมินออกมา

1.6 องค์ประกอบของวิทยานิพนธ์

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 6 บท ดังนี้คือ

บทที่ 1 บทนำ ประกอบด้วยที่มาและความสำคัญของการศึกษา วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอบเขตการศึกษา แหล่งที่มาของข้อมูล ประโยชน์ของการศึกษา รวมถึงองค์ประกอบของวิทยานิพนธ์ ตามลำดับ

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและผลงานการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา แบ่งออกได้เป็นสามหัวข้อ คือกรอบแนวคิด ทฤษฎี และระเบียบวิธีการศึกษา

บทที่ 4 กล่าวถึงผลการศึกษา ซึ่งแบ่งออกได้เป็นสองหัวข้อ คือหัวข้อแรกกล่าวถึงลักษณะข้อมูลของประชากรที่ศึกษา ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งประกอบไปด้วยลักษณะทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วย ประวัติและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พฤติกรรม การเสี่ยงต่างๆของผู้ป่วย ลักษณะค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลรายปีของผู้ป่วยที่ผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอก ค่าใช้จ่ายซื้อยารักษาโรค และค่าใช้จ่ายอื่นๆ และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย สำหรับหัวข้อที่สองจะกล่าวถึงต้นทุนเนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม

บทที่ 5 กล่าวถึงผลการศึกษาด้านทุนค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ ซึ่งแบ่งออกได้เป็นสองส่วนคือ การคำนวณค่าสัดส่วนที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ (SAFs) ของประชากรที่ศึกษา และการนำเอาค่าสัดส่วนดังกล่าวไปคำนวณหาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการสูบบุหรี่ (Smoking-Attributable Expenditures: SAEs) ของประชากรที่ศึกษา

บทที่ 6 กล่าวถึงการสรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะในการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากการศึกษา