

ปีที่ ๑๓ | ๑๖๓ | พฤษภาคม ๒๕๖๗

สารพลัง

สารพลังปัญญา สร้างสรรค์ นโยบายนวัตกรรม

ทัศนทัศน์ที่ทรูมาจาก
'บุหรี่ยไฟฟ้า'

นี่คือ
มนตรากาย
ไม่ใช่สิ่งที่ปกติ



สารบัญ

ฉบับ ๑๖๓ | พฤษภาคม ๒๕๖๗

๔ **คุยกับเลขา**
ปัจจัยกำหนด
สุขภาพ

๖ **เรื่องจากปก**
กัณฑ์กรรม
จาก **'บุหรี่ไฟฟ้า'**
นี่คือ 'มหันตภัย' ไม่ใช่สิ่งปกติ

๑๘ **นานาชาติ**
ประเทศไทย
ควรรับมืออย่างไร?
กับการระบาดของ
'บุหรี่ไฟฟ้า'

๒๒ **นโยบายสร้างได้**
'E-cigarette'
มหันตภัยคุกคาม
'เด็ก-เยาวชน'

๒๕ **เกาะรอยโลก**
๓ มาตรการเร่งด่วน
ของ WHO
ปกป้องเด็กจากบุหรี่ไฟฟ้า

๒๖ **เกาะติด คสช.**
คสช. รับทราบความคืบหน้า
'นโยบายระดับพื้นที่'
กขป.เขต ๑๒ มุ่งขับเคลื่อน
'บุหรี่และปัจจัยเสี่ยง'

๓๐ **เรื่องเล่าจากพื้นที่**
สมาชิกฯ กทม. ครั้งที่ ๕
ประกาศเจตนารมณ์
ป็นต้นแบบ
'พื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ'
จัดระเบียบ 'หาบเร่-แผงลอย'
๕๐ เขต ใน ๓ ปี

๓๕ **ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง**
การจัดการขยะชุมชน
อบจ.สระบุรี

๓๖ **Right to Health**
ตายดีวิถีพุทธ :
ศูนย์พุทธวิธี วัดป่าโนนสะอาด
อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา

๓๘ **เล่าให้ลึก**
คำอธิบาย
ปรัชญาปารมิตาหฤทัยสูตร
โดย ทะไล ลามะ (๓)

๔๒ **สื่อขอเข้า**
เมื่อเราเป็นไก่อรมควัน

๔๔ **คลิปที่ต้องดู**
ภัยร้าย
ที่นักสูบยังชะล่าใจ

ปัจจัยกำหนด สุขภาพ

จากการศึกษาวิจัยพบว่าคนในประเทศไทยจะมีสุขภาพดีและอายุยืนยาวแค่ไหนขึ้นอยู่กับ ระบบบริการสุขภาพ ๙% พันธุกรรม ๑๖% พฤติกรรม ๕๑% และ สิ่งแวดล้อม ๒๔%

เราจะลงทุนพัฒนาระบบการแพทย์ สร้างโรงพยาบาล มียา มีครุภัณฑ์อุปกรณ์การแพทย์ราคาแพง มากมายขนาดไหน กลับช่วยให้คนมีสุขภาพดีได้แค่ ๙% ขณะที่สาเหตุปัจจัยหลัก ๗๕% ขึ้นอยู่กับ พฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

การจะทำให้คนสุขภาพดี จึงต้องมาจัดการที่ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinant of health) ซึ่งเป็นสาเหตุให้คนไทยเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

สาเหตุหลักการตายของคนไทยคือ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคถุงลมโป่งพองและปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุจลาจล และฆ่าตัวตาย

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ บุหรี่ แอลกอฮอล์ อาหาร การออกกำลังกาย สุขภาพจิต มลพิษ สิ่งแวดล้อมต่างๆ

การสูบบุหรี่ ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งที่ทำให้ชาวไทยเจ็บป่วยหรือตายก่อนวัยอันควร บุหรี่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งหลายชนิด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคกระเพาะอาหาร โรคกระดูกพรุน ฯลฯ



“เราจะลงทุนพัฒนาระบบการแพทย์ สร้างโรงพยาบาล มียา มีครุภัณฑ์ อุปกรณ์การแพทย์ราคาแพง มากมายขนาดไหน กลับช่วยให้คนมีสุขภาพดีได้แค่ ๙% ขณะที่สาเหตุปัจจัยหลัก ๗๕% ขึ้นอยู่กับ พฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ประเทศไทยดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบได้ดี คนสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่บริษัทผู้ผลิตจำหน่ายบุหรี่คิดผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ มุ่งตลาดที่เด็กและเยาวชนเป็นธุรกิจที่กินยาว ในปัจจุบันจะเห็นการระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพของประชากรไทยในยุค “เด็กเกิดน้อย สังคมสูงวัย” อย่างน่าเป็นห่วง

ต่างประเทศอย่าง อังกฤษ นิวซีแลนด์ มองเห็นปัญหามองไกลไปถึงมีการร่างกฎหมายยุคปลอดบุหรี่ (Smoke-free generation) แบนบุหรี่ชั่วนิรันดร ห้ามเด็กเกิดใหม่ตั้งแต่นี้ไปสูบบุหรี่

มาร่วมกันปกป้องสุขภาพคนไทย ปกป้องคุ้มครองลูกหลานเด็กและเยาวชนไทย ให้ปลอดภัยจากบุหรี่ไฟฟ้ากันนะครับ 🙏

ทัศนทัศน์ที่ทรมาณ จาก 'บุหรี่ไฟฟ้า'

เมื่อพูดถึง 'ยาเสพติด' ทุกคนต่างรับรู้ถึงโทษภัยที่ภัยอันตราย เป็นอย่างดี แต่เมื่อพูดถึง 'บุหรี่ไฟฟ้า' ความรู้สึกและการรับรู้ ของผู้คนจำนวนหนึ่งกลับแตกต่างออกไป กว่าในมุมมอง ทางกฎหมายแล้ว ทั้งยาเสพติดและบุหรี่ไฟฟ้า มีความร้ายแรงทัดเทียมกัน

นี่คือ... มนต์ตบถ ไม่ใช่สิ่งปกติ



อัตรา
การใช้บุหรี่ไฟฟ้า
ในเด็กนักเรียนไทย
(อายุ ๑๓-๑๕ ปี)
ได้เพิ่มขึ้นจาก ๘.๑%
ในปี ๒๕๖๔
เป็น ๑๗.๖%
ในปี ๒๕๖๕

ทุกวันนี้ มองไป
ทางไหนก็ได้เจอกับ
ภาพของเด็กและ
เยาวชนคือ
'พอดบุหรี่ไฟฟ้า'
กันอย่างชินตา



ทุกวันนี้ ความนิยมของ 'บุหรี่ไฟฟ้า' แปรผกผันกับ 'อายุของผู้สูบ' กล่าวคือ ความนิยมทวีความรุนแรงขึ้น ขณะที่อายุของผู้สูบลดน้อยลงทุกที

ผลสำรวจและงานวิจัยทางวิชาการจำนวนมาก ยืนยันตรงกันว่า 'บุหรี่ไฟฟ้า' อันตรายต่อสุขภาพอย่างยิ่ง หนำซ้ำยังทำลายสุขภาพมากกว่า 'บุหรี่มวน' เสียอีก แต่ทว่าทุกวันนี้ มองไปทางไหนก็ได้เจอกับภาพของเด็กและเยาวชนคือ 'พอดบุหรี่ไฟฟ้า' กันอย่างชินตา

ยังไม่นับร้านรวงและแผงค้าที่วางขายกันตามที่สาธารณะอย่างเปิดเผย รวมถึงบนตลาดออนไลน์ marketplace ที่เพียงแค่ search เข้าไปก็สามารถเข้าถึงสินค้าที่ทำลายสุขภาพนี้ได้ทันที

แน่นอน การเดินทางประเทศไทยไปสู่สังคมสุขภาวะดี คงไม่อาจปล่อยปละให้สถานการณ์ดำรงอยู่เช่นนี้ไปได้ เราจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย และอาศัยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพฯ ที่ทุกภาคส่วนร่วมกันจัดทำขึ้น เป็นเครื่องมือในการยับยั้งปัญหา

มิติสุขภาพ: ‘บุหรี่ไฟฟ้า’ รุนแรงกว่า ‘บุหรี่ปมวน’

โลกใบนี้ได้ทำความรู้จักกับ ‘บุหรี่’ มาแล้ว เป็นเวลาหลายร้อยปี ครั้งหนึ่งการสูบบุหรี่เคยถูกมองเป็นสิ่งที่ปกติ (Normalize) แต่เมื่อมนุษย์เริ่มมีองค์ความรู้มีการพัฒนาทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้น ก็เริ่มมีความเข้าใจมากขึ้นถึงโทษภัยอันตรายของบุหรี่ที่มีต่อร่างกาย จนเกิดความพยายามในการรณรงค์เพื่อลดการสูบบุหรี่ ผ่านทั้งมาตรการทางกฎหมาย และนโยบายต่างๆ ในทั่วโลก

ตลอดระยะเวลา ๔๐ ปี ที่มีการเปิดฉากรณรงค์ลดการสูบบุหรี่อย่างเข้มข้น ส่งผลต่อพฤติกรรมและค่านิยมของคนจำนวนมาก การสูบบุหรี่จึงกลายเป็นเรื่องที่ ‘ไม่ใช่สิ่งปกติ’ (Denormalized) ผู้คนต่างหันหลังให้กับบุหรี่ปมวนแน่นอน อุตสาหกรรมยักษ์ใหญ่ที่มีอิทธิพลไปทั่วโลกอย่างบริษัทบุหรี่ต้องเผชิญกับความยากลำบาก

การปรับตัวครั้งใหญ่ของบริษัทบุหรี่เพื่อทวงคืนระบบนิเวศของนักสูบจึงเกิดขึ้น ผ่านทั้งกลเม็ดการทำการตลาดใหม่ และการออกผลิตภัณฑ์ใหม่ ศ.เกียรติคุณ นพ.ประกิต วาทีสารทกิจ ประธานมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ บอกว่า เมื่อผู้คนรุ่นใหม่ต่างหันหลังให้กับบุหรี่ปมวน จนบริษัทบุหรี่มียอดขายที่ลดลงเรื่อยๆ อุตสาหกรรมบุหรี่จึงต้องหานวัตกรรมที่เข้ามา ‘Disruption’ อุตสาหกรรมนี้ใหม่ เพื่อให้การสูบบุหรี่กลับมาเป็นสิ่งที่ปกติอีกครั้ง (Re-Normalized)

และคำตอบก็คือ ‘บุหรี่ไฟฟ้า’



“ปัจจุบันเด็กวัยรุ่นไม่เอาบุหรี่ปมวนแล้ว เขากะใจนเข้ามาสูบบุหรี่ไฟฟ้าแทน และนี่กำลังจะเป็นหายนะที่รุนแรงกว่า เพราะบุหรี่ไฟฟ้าสูบง่าย ติดได้หนักกว่า เลิกได้ยากกว่า ขณะเดียวกันจากผลสำรวจก็พบว่ายังมีเด็กจำนวนมากที่ไม่เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งที่ข้อมูลทางการแพทย์ได้พิสูจน์และรายงานออกมาแล้วถึงผลกระทบมากมาย อีกทั้งยังพบว่า บุหรี่ไฟฟ้าไม่ได้มีส่วนช่วยให้เลิกบุหรี่ปมวนได้แต่อย่างใด” ศ.นพ.ประกิต ระบุ



ปัจจุบันเด็กวัยรุ่น
ไม่เอาบุหรี่ปมวนแล้ว
เขากะใจนเข้ามา
สูบบุหรี่ไฟฟ้าแทน
และนี่กำลังจะ
เป็นหายนะที่
รุนแรงกว่า
เพราะบุหรี่ไฟฟ้า
สูบง่าย
ติดได้หนักกว่า
เลิกได้ยากกว่า...

ศ.เกียรติคุณ
นพ.ประกิต วาทีสารทกิจ



เป็นเรื่องที่น่าแปลกใจที่คนจำนวนมากไม่เชื่อว่า บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายต่อสุขภาพ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะ ผู้ที่สูบไม่ได้ทราบถึงข้อมูลที่น่าสะพรึงกลัวเหล่านี้

เมื่อพูดถึงบุหรี่และความอันตราย ย่อมนึกถึงสาร 'นิโคติน' ซึ่งมีฤทธิ์เสพติดสูงสุดและมีโทษต่อร่างกาย ซึ่งในประเด็นนี้เรายังไม่ต้องลงลึกในเชิง 'ตัวเลข' หรือ 'ค่า' ปริมาณต่างๆ เอาเพียงการเทียบเคียงให้เห็นภาพว่า 'บุหรี่มวน' จะมีนิโคตินจากธรรมชาติ และมีปริมาณคงที่ จากโรงงาน ส่วน 'บุหรี่ไฟฟ้า' จะเป็นนิโคตินสังเคราะห์ ที่มีการปรับแต่งให้ระคายค่อน้อยลง มีกลิ่น-รสชาติดี ดูดซึมได้เร็วขึ้น และที่ร้ายแรงที่สุดคือ 'เติมได้ไม่จำกัด'

ที่นี้ลงมาถึงรายละเอียดตัวเลขง่ายๆ เพื่อให้เห็นภาพมากขึ้น ทุกวันนี้ เราตระหนักถึงมลพิษและปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM ๒.๕ ว่าสร้างผลกระทบต่อสุขภาพเพียงใด เพราะนั่นเล็กในระดับที่ทะลุทะลวงเข้าไปสู่เส้นเลือดได้อย่างง่ายดาย

แต่หากพิจารณา 'ไอระเหยของบุหรี่ไฟฟ้า' ที่ประกอบไปด้วยคาร์บอนมอนอกไซด์ สารโลหะหนักต่างๆ แล้ว ภายในไอระเหยนั้นยังมีฝุ่นละอองขนาดเล็ก จี๋วลงไปกว่าอีกหลายเท่า คือ PM ๐.๑ ซึ่งทั้งหมดทั้งมวล ล้วนส่งผลให้เกิดผู้ป่วยที่มีอาการปอดอักเสบชนิดรุนแรง หรือ 'EVALI'

ยังไม่นับรวมถึงความสามารถในการก่อมะเร็ง การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ การมีผลต่อสมองในเด็ก และวัยรุ่น ฯลฯ ซึ่งทั้งหมดนี้ไม่ได้ส่งผลเฉพาะกับตัวผู้สูบเท่านั้น แต่ยังมีผลไปถึงคนรอบข้างที่รับควันเข้าไปด้วย

"เราจะเห็นได้ว่าบุหรี่มวนนั้นใช้เวลาราว ๓๐-๕๐ ปี จึงเริ่มมีรายงานการก่อโรคมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่กับบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่งเกิดขึ้นมาในโลกนี้เพียงไม่กี่ปี ขณะนี้มีรายงานที่พบแล้วว่าเพิ่มโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าคนที่ไม่สูบถึง ๒.๒ เท่า" ศ.เกียรติคุณ พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ระบุ



...บุหรี่มวนนั้นใช้เวลาราว ๓๐-๕๐ ปี จึงเริ่มมีรายงานการก่อโรคมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่กับบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่งเกิดขึ้นมาในโลกนี้เพียงไม่กี่ปี ขณะนี้มีรายงานที่พบแล้วว่าเพิ่มโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าคนที่ไม่สูบถึง ๒.๒ เท่า

ศ.เกียรติคุณ พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ รองผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)



ศ.เกียรติคุณ พญ.สุวรรณา บอกอีกว่า สิ่งสำคัญคือการปรุงแต่งน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าจนมีความหอม หวาน มีรสชาติมากกว่า ๑.๖ หมื่นชนิด ซึ่งกลายเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กและเยาวชนทั่วโลก เลือกลูกสูบ อีกทั้งการตลาดของบุหรี่ไฟฟ้าขณะนี้ก็มาในรูปแบบของเล่น หรือที่เรียกว่า Toy Pod ก็แสดงให้เห็นว่าเป็นการจงใจทำมาเพื่อหลอกลายให้กับเด็กและเยาวชน ทำให้ทุกวันนี้เราเห็นแม้กระทั่งเด็ก ป. ๑ ก็หาซื้อสูบเองได้ 🚬

มติดกฏหมาย : ‘บุหรี่ไฟฟ้า’ แรงเทียบเท่า ‘ยาเสพติด’

ปัจจุบันบุหรี่ไฟฟ้า
กำลังแพร่หลาย
หนักมากในหมู่เด็ก
และเยาวชน
ทั้งที่มีกฎหมาย
ควบคุมอยู่แล้ว
จึงขอให้หน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกัน
ดำเนินการปราบ
ปรามและจับกุม
ผู้ลักลอบเข้า
และผู้จำหน่าย
อย่างจริงจัง
เด็ดขาด



ความน่ากลัวของบุหรี่ไฟฟ้า ยังสะท้อนออกมาผ่านตัวเลขสถิติโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง ๒ ปีหลังมานี้ ที่การระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าที่ความรุนแรงขึ้นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นจำนวนการสูบในกลุ่มคนทั่วไป (อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นจาก ๗.๘ หมื่นคนในปี ๒๕๖๔ กลายเป็น ๗ แสนคนในปี ๒๕๖๕ หรือเพิ่มถึงสิบเท่า และที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งคืออัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กนักเรียนไทย (อายุ ๑๓-๑๕ ปี) ได้เพิ่มขึ้นจาก ๘.๑% ในปี ๒๕๖๔ เป็น ๑๗.๖% ในปี ๒๕๖๕

แน่นอนว่าข้อห่วงกังวลนี้ ส่งผลให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต่างต้องเร่งหามาตรการเพื่อจัดการเรื่องนี้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเท่าที่ล่าสุดจาก **เศรษฐา ทวีสิน** นายกรัฐมนตรี ได้ตอกย้ำถึงประเด็นนี้ในการแถลงผลการประชุมคณะรัฐมนตรี (ครม.) ที่ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ ๙ เม.ย. ๒๕๖๗

“ปัจจุบันบุหรี่ไฟฟ้ากำลังแพร่หลายหนักมากในหมู่เด็กและเยาวชน ทั้งที่มีกฎหมายควบคุมอยู่แล้ว จึงขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันดำเนินการปราบปรามและจับกุมผู้ลักลอบนำเข้าและผู้จำหน่ายอย่างจริงจังเด็ดขาด โดยบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด” นายกรัฐมนตรี กำชับ

พร้อมกันนั้น ยังได้ขอให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) กระทรวงอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ร่วมกันออกมาตรการป้องกัน เช่น การรณรงค์โทษของบุหรี่ไฟฟ้า การสร้างความตระหนักรู้ถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงการจัดให้มีการตรวจตราที่เข้มงวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานศึกษา และการจำหน่ายและการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชน



ในส่วนข้อเท็จจริงตั้งที่นายกรัฐมนตรึระบุ หากไปดูจะพบว่าปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าแล้วถึง ๔ ฉบับ ซึ่งประกอบด้วย ๑. ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า เป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. ๒๕๕๗ มีโทษจำคุกไม่เกิน ๑๐ ปี หรือปรับเป็นเงิน ๕ เท่าของสินค้า หรือทั้งจำทั้งปรับ

๒. คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ ๙/๒๕๕๘ เรื่อง ห้ามขายหรือห้ามให้บริการสินค้า “บารากู บารากูไฟฟ้า หรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือตัวยาบารากู น้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า” ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๓ ปี หรือปรับไม่เกิน ๖ แสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ๓. พ.ร.บ.ศุลกากร พ.ศ. ๒๕๖๐ ห้ามนำเข้า และห้ามพักสินค้า มีโทษจำคุกไม่เกิน ๕

ปี หรือปรับเป็นเงิน ๔ เท่าของสินค้า หรือทั้งจำทั้งปรับ ๔. พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ ห้ามสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ มีโทษปรับไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท

“ถ้าพิจารณาจากสถานะทางกฎหมาย บุหรี่ไฟฟ้าสามารถเทียบเคียงได้กับการเป็นยาเสพติด เพราะมีทั้งการห้ามนำเข้า ห้ามขาย ห้ามให้บริการ รวมถึงห้ามครอบครอง คำถามคือขณะนี้มันถือกันอยู่ในมือของคนทั่วไปได้อย่างไร ดังนั้นจึงเป็นประเด็นที่เราต้องสร้างการรับรู้เรื่องกฎหมาย เพราะยังมีคนที่ไม่เข้าใจเรื่องนี้กันอีกมาก รวมทั้งต้องมาร่วมกันหาแนวทางในการเฝ้าระวัง บังคับใช้กฎหมาย และยืนยันถึงความจำเป็นของนโยบายและมาตรการในการป้องกันและปราบปรามการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า” ดร.วศิน พิพัฒน์จิตร ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ศจย. ด้านกฎหมาย ระบุ



ดร.วศิน พิพัฒน์วัตร
 ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ศจย.
 ด้านกฎหมาย

ถ้าพิจารณาจากสถานะทางกฎหมาย **บุหรี่ไฟฟ้า** สามารถเทียบเคียงได้กับการเป็นยาเสพติด เพราะมีทั้งการห้ามนำเข้า ห้ามขาย ห้ามให้บริการ รวมถึงห้ามครอบครอง *คำถามคือขณะนี้มันถือกันอยู่ในมือของคนทั่วไปได้อย่างไร...*



ยับยั้งภัยอันตราย

ด้วยนโยบายสาธารณะ

หากประเมินจากภาพรวมของสถานการณ์และความรุนแรงที่เกิดขึ้น คงเห็นได้ว่าเรื่องนี้ไม่ใช่ปัญหาที่จะสามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่นี่คือสิ่งที่ต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อเข้ามาช่วยกันระดมแนวทางและหามาตรการเพื่อหยุดยั้งผลกระทบนี้ ก่อนที่จะขยายวงไปมากขึ้น

ปัจจุบันภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง อาทิ ศจย., มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการค้าไม่สูบบุหรี่ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงกำลังอยู่ระหว่างเดินทางพัฒนาโยบายสาธารณะ ประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าด้วยกระบวนการ ‘สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น’ ที่จะเป็นการระดมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในส่วนกลาง/ภูมิภาค/ท้องถิ่น ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม/เอกชน ที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้มาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การมี ‘ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะ’ ที่เหมาะสมต่อไป

นพ.สุเทพ เพชรมาก เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ระบุว่า จากปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน คสช. จึงแต่งตั้ง “คณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า” ซึ่งมี **ศ.เกียรติคุณ พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์** เป็นประธาน

ขณะนี้ได้มีการจัดเวทีเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายในหลากหลายส่วนไปแล้ว ตั้งแต่ช่วงเดือน ก.พ. ๒๕๖๗ เป็นต้นมา ซึ่งจากการร่วมกันหารือในเบื้องต้นได้มีร่างข้อเสนอเชิงนโยบายออกมารวม ๘ ข้อ มีประเด็นที่สำคัญประกอบด้วย



๑. บูรณาการการเรียนการสอนรู้เท่าทันพิษภัยและการตลาดของบุหรี่ไฟฟ้าในระบบการศึกษาแต่ละระดับ
๒. ร่วมกันเผยแพร่ภัยอันตรายและการเสพติดของบุหรี่ไฟฟ้า และเป็นแบบอย่างของการไม่สูบบุหรี่
๓. ฝึกระวังเนื้อหาที่เกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อต่างๆ
๔. ปรามปรามบุหรี่ไฟฟ้าอย่างจริงจัง ทั้งการขายในสถานที่และในระบบออนไลน์ พร้อมติดตามสืบทอดของผู้กระทำความผิด
๕. เสนอให้รัฐบาลคงไว้ซึ่งนโยบายห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า
๖. ร่วมกันฝึกระวังและเปิดโปงกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ พร้อมป้องกันกรแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบผ่านช่องทางต่างๆ
๗. ควบคุม ปรามปราม ดำเนินการทางกฎหมายต่อร้านค้าบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงมีแนวทางปฏิบัติให้กับผู้ให้บริการธุรกิจแพลตฟอร์มออนไลน์ ธุรกิจโลจิสติกส์ ธุรกิจไปรษณีย์และขนส่งเอกชน
๘. ร่วมกันสื่อสารให้เครือข่ายในทุกระดับตระหนักถึงความสำคัญและร่วมกันปกป้องเด็กและเยาวชนจากการเสพติดบุหรี่ไฟฟ้า พร้อมฝึกระวังการตลาดของบุหรี่ไฟฟ้าที่มุ่งเป้าไปยังเด็กและเยาวชนในระดับพื้นที่

ในส่วนของข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกิดขึ้นนี้ จะมีการนำไปจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นก่อนนำเข้าสู่การพิจารณาให้ฉันทมติผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ซึ่งจะได้ออกมาเป็นมติที่เข้าสู่การพิจารณาให้ความเห็นชอบโดย คสช. และจะนำไปเข้าที่ประชุม ครม. เพื่อรับทราบเป็นนโยบายที่จะไปมีผลผูกพันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ทั้งหมดนี้ก็เพื่อพัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายและบูรณาการความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งการสื่อสารสาธารณะสร้างกระแสสังคม เพื่อไม่ให้เด็ก-เยาวชนประชาชนคนไทย ต้องเผชิญกับภัยอันตรายทางสุขภาพจากบุหรี่ไฟฟ้าอีกต่อไป

ประเทศไทย ควรรับมือ อย่างไร? กับการระบาดของ ของ ‘บุหรี่ไฟฟ้า’

เมื่อวันที่ ๓ เม.ย. ๒๕๖๗ เวทีเสวนา “ประเทศไทยควรรับมือกับการระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าอย่างไร?” ถูกจัดขึ้นภายในงานสัมมนาภาคีเครือข่ายด้านควบคุมยาสูบ ๑๐ จังหวัดต้นแบบ (Mapping) นูรณาการงานร่วมปกป้องเด็กจากบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า โดยมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจมากมายจากภาคีเครือข่ายที่ขับเคลื่อนงานด้านนี้อย่างเข้มแข็ง



ศ.นพ.ประทีป วาทีสารทกิจ
ประธานมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

“...ไม่มีอะไรคุกคามต่อสุขภาพของเด็กไทยได้ร้ายแรงเท่ากับบุหรี่ไฟฟ้าอีกแล้ว และมันส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การลดประสิทธิภาพการเรียนรู้ และการเจริญเติบโตของเด็กอย่างมีคุณภาพ

ที่สำคัญ เราต้องจับตาดูการตลาดของบุหรี่ไฟฟ้าที่อันตรายอย่างมาก เขามุ่งเน้นให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นเรื่องปกติ ด้วยการสูบง่าย สูบได้ทุกที่ และอ้างว่าไม่อันตรายเท่าบุหรี่มวน แต่จริงๆ แล้วมันอันตรายกว่ามาก เพราะบุหรี่ไฟฟ้ามันติดง่าย สูบได้ตลอด ก็เท่ากับรับสารนิโคตินเข้าร่างกายตลอดเช่นกัน...”





**นพ.นิตี เคนานุรักษ์
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)**

“...ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ
อย่างมาก และเรื่องบุรีไฟฟ้า เด็กและ
เยาวชนยังไม่มีความรู้ด้านนี้มากนัก
กรมควบคุมโรคมองว่าเป็นหน้าที่หลักที่
ต้องสร้างความรู้ให้กับเขา และต้องให้
ตระหนักถึงอันตรายจากบุรีไฟฟ้า
ที่หากเลือกสุบจะต้องยอมรับภัยสุขภาพ
ที่จะตามมา และมีผลอันตรายต่อร่างกาย
กรมควบคุมโรค จึงต้องการเน้นการ
พัฒนาองค์ความรู้ให้กับเด็ก วัยรุ่น รวมถึง
ถึงสาธารณชน เพื่อให้รู้เท่าทันกับโทษ
และพิษภัยของบุรีไฟฟ้า ควบคู่ไปกับการ
เฝ้าระวัง รวมถึงบังคับใช้กฎหมาย
แต่ที่สำคัญคือต้องพัฒนาศักยภาพ
เครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะ
ภาคประชาชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมกับ
ภาครัฐ ที่จะสนับสนุน และช่วยขับเคลื่อน
มาตรการควบคุมบุรีไฟฟ้า และป้องกันการ
เข้าถึงของเด็กและวัยรุ่น...”



**นพ.สุทพ เวชрмаก
เลขาธิการคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ**

“...การสานพลังของทุกภาคส่วนใน
สังคม ทั้งรัฐ เอกชน ประชาชน ที่เข้า
มาช่วยกันจัดการบุรีไฟฟ้ามีรูปธรรม
แต่บริษัทบุรีไฟฟ้าก็หากทางจะ
เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น ดังนั้น
ทุกภาคส่วนยังคงต้องร่วมมือกัน
ต่อไป เพื่อดูแลเด็กและเยาวชน ที่เป็น
สิ่งมีค่าที่สุดต่อการพัฒนาประเทศ
และรักษาพวกเขาเอาไว้ให้เติบโตเป็น
กำลังที่มีคุณภาพในอนาคต
อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับโทษ
ภัยของบุรีไฟฟ้าที่เราต้องสื่อสาร
ต่อสาธารณะในรูปแบบที่เป็นนโยบาย
อย่างเดียวยังไม่พอ เพราะต้องเสริม
เรื่องของการรู้เท่าทันการตลาดของ
บุรีไฟฟ้า เพราะผลิตภัณฑ์เหล่านี้
ด้วยรูปทรง มันบอกชัดเจนว่าพวก
เขาเลือกกลุ่มเป้าหมายที่จะมาสูบบุรี
ไฟฟ้า คือเด็กและวัยรุ่น...”



**นายพิทยา จินาวัฒน์
คณะกรรมการบริหารแผนคณะ
ที่ ๑ สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)**

“...เรากำลังต่อสู้กับศัตรูที่ชื่อ บุรี
ไฟฟ้า และอาวุธสำคัญคือ ความรู้
ด้านสุขภาพ และรู้ทันภัยของบุรี
ไฟฟ้า ที่จะพลังที่ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะ
ประชาชนจะใช้นำไปสู่กับบริษัท
บุรีไฟฟ้า
เพราะประชาชนคือหุ้นส่วนสำคัญ
ของสังคม ที่จะช่วยเป็นหูเป็นตาใน
การสร้างเครือข่ายป้องกัน เป็นหู
เป็นตาให้กับสังคม ชุมชน โรงเรียน
ป้องกันการเข้าถึงบุรีไฟฟ้าในกลุ่ม
ลูกหลานของเรา และเมื่อมันสำเร็จ
มันจะเป็นผลงานของคนทั้งประเทศ
ได้ภูมิใจ...”



**นายพรสวรรค์ ประจวบลาภ
เลขาธิการสถาบันยุวทัศน์
แห่งประเทศไทย**

“...ผลสำรวจเยาวชนอายุเฉลี่ย ๑๕
ปี เมื่อปี ๒๕๖๖ ของกรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ พบว่าเด็กที่อายุไม่
เกิน ๑๕ ปี สูบบุรีไฟฟ้าถึง ๒๕%
หมายความว่าเด็กเดินมาทัน ๔ คน
หนึ่งในนั้นจะสูบบุรีไฟฟ้าแล้ว เพราะ
ผลิตภัณฑ์มันดึงดูด มันชักชวน และ
การเข้าถึงที่ง่ายเหลือเกิน
ที่สำคัญ บุรีไฟฟ้าเข้าถึงได้ทุกกลุ่ม
และมันไม่เลือกเด็กดีหรือไม่ดี เรียนดี
หรือไม่ดี รวยหรือจน แต่บุรีไฟฟ้าเข้า
ถึงได้ทั้งหมด แม้แต่นักเรียนแพทย์ก็
ยังสูบเหมือนกัน ดังนั้น ครู อาจารย์
ต้องเฝ้าระวังทุกกลุ่มจริงๆ เพราะบุรี
ไฟฟ้า เป็นอีกโอกาสในการเข้าถึงยา
เสพติดชนิดอื่นๆ ต่อไป...”





E-cigarette

มันน่ะกับคอกคาม

‘เด็ก-เยาว์ชน’

บุหรี่ไฟฟ้า (Electronic cigarette หรือ E-cigarette) เป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ชนิดหนึ่งที่น่าสนใจนิโคตินสังเคราะห์เข้าสู่ร่างกาย บุหรี่ไฟฟ้าอาจมีชื่อเรียกหลายอย่าง เช่น e-cigs, mods, vape pens, electronic nicotine delivery systems: ENDS

ผลสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๔ ในประชาชนอายุมากกว่า ๑๕ ปีพบว่า มีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ ๐.๔๑ หรือ ๗๘,๗๔๒ คน ในจำนวนนี้ร้อยละ ๓๐.๕ เป็นกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง ๑๕-๒๔ ปี บุหรี่ไฟฟ้าได้ระบาดมากขึ้นในเด็กอายุที่ลดลง จากการสำรวจระดับชาติในกลุ่มอายุน้อยลงคือ นักเรียนอายุ ๑๓-๑๗ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔) สามเณรอายุ ๑๒-๑๙ ปี ในโรงเรียนพระปริยัติธรรม (พ.ศ. ๒๕๖๕) และนักเรียนอาชีวศึกษาอายุ ๑๔-๒๔ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๔) พบอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเท่ากับร้อยละ ๑๓.๖, ๑๔.๔ และ ๒๖.๗ ตามลำดับ

ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประเทศไทย ได้แสดงความกังวลต่อสถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนไทยน่าเป็นห่วง เพราะรายงานสำรวจสุขภาพของนักเรียนมัธยมต้นอายุ ๑๓-๑๕ ปี โดย

องค์การอนามัยโลกหรือ Global School-based Student Health Survey พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓.๓ (พ.ศ. ๒๕๕๘) เป็น ๘.๑ (พ.ศ. ๒๕๖๔) และยังพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในเยาวชนหญิงเพิ่มขึ้นในสัดส่วนสูงกว่าในเยาวชนชาย

ผลกระทบต่อสุขภาพ

บุหรี่ไฟฟ้าก่อให้เกิดสารพิษหลายชนิดที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น นิโคตินที่เป็นสารทำให้เสพติดโดยนิโคตินสังเคราะห์ที่ใช้ในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าจะไม่ระคายเคืองทำให้เสพติดได้มากและดูดซึมได้เร็วกว่าบุหรี่มวน บุหรี่ไฟฟ้า ๑ แท่ง มีสารนิโคตินเท่าบุหรี่ของ ๒๐ มวน สารอินทรีย์ระเหยง่าย (volatile organic compound; VOC) ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide; CO) ฟอรัมาลีน โลหะหนัก ตะกั่ว และสารแต่งกลิ่นทั้งหมดนี้สามารถทำให้เกิดการระคายเคืองในเยื่อบุทางเดินหายใจ (irritate mucus membranes) ทำให้เกิดการหลังสารอักเสบและมีการเปลี่ยนแปลงของ DNA ทำให้เป็นมะเร็ง นอกจากนี้ยังพบว่าสมรรถภาพปอดลดลงในผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

บุหรี่ไฟฟ้ากับเยาวชน

บุหรี่ไฟฟ้าเข้าถึงเด็กและเยาวชนได้ง่ายขึ้น โดยผ่านสื่อออนไลน์ ‘บุหรี่ไฟฟ้า’ ในโซเชียลมีเดียมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้จำหน่ายดึงดูดใจเยาวชนให้เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าด้วยภาพลักษณ์แปลกใหม่ทันสมัย รูปทรงสวยงามขนาดเล็ก สามารถพกซ่อนติดตัวได้ง่าย มีความแตกต่างจากบุหรี่ทั่วไป อีกทั้งยังหาซื้อได้ง่าย จึงเข้าถึงเด็กและเยาวชนมากขึ้น

ในเด็กและเยาวชนที่สมองยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ พิษของนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้าจะส่งผลให้เด็กที่สูบมีอาการหงุดหงิดง่าย เรียนหนังสือไม่รู้เรื่อง ความจำแยลงปวดศีรษะ อารมณ์แปรปรวน สมาธิสั้น และมีภาวะซึมเศร้า การผสมสารปรุงแต่งรสชาติยังเป็นการอำพรางกลิ่นของบุหรี่ที่ต่างไปจากเดิม มีผลการวิจัยเผยให้เห็นว่า สารแต่งกลิ่นรสทำปฏิกิริยาผลิตสารระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ การสัมผัสเป็นเวลานานอาจทำให้ไอเรื้อรัง มีการอักเสบในทางเดินหายใจ และปอดถูกทำลายได้

ทำไมต้องมีนโยบายเพื่อควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า

1. **ความรู้และความเข้าใจของสังคม** ที่ไม่ถูกต้องต่อบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งการสื่อสารของบริษัทบุหรี่ที่มีการบิดเบือนข้อมูล
2. **การตลาดล่าเหยื่อ** โดยมุ่งเป้าไปที่เด็กและเยาวชนด้วยรูปปลั๊กซองที่ดึงดูด สารปรุงแต่ง กลิ่นรสชาติและราคาที่เข้าถึงได้
3. **การแทรกแซงนโยบายภาครัฐจากเครือข่ายที่สนับสนุนและนักการเมือง** ที่มีความเชื่อมโยงกับบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ
4. **ข้อจำกัดการบังคับใช้กฎหมาย** ที่ไม่จริงจังและไม่ต่อเนื่อง กฎหมายยังไม่ครอบคลุมการตลาดออนไลน์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้เล็งเห็นความสำคัญและผลกระทบที่นับวันทวีความรุนแรงขึ้นทุกที คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานโยบายสาธารณะประเด็นการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า คำสั่งลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๖ ภายใต้เครื่องมือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดยมีบทบาทพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีส่วนร่วมและขับเคลื่อนแสวงหาความร่วมมือจากหน่วยงาน/ภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอย่างเป็นทางการ

ขณะนี้อยู่ระหว่างพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายฯ โดยมุ่งเน้นไปที่ ๑. การสื่อสารสร้างความตระหนักรู้ให้เท่าทันพิษภัยบุหรี่และการตลาดของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ๒. ความร่วมมือในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการปราบปรามการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า ๓. ให้รัฐบาลคงไว้ซึ่งนโยบายห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าและการป้องกันการแทรกแซงนโยบายของอุตสาหกรรมยาสูบ

ทั้งนี้ สช. จะจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น “การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า” ในวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เพื่อให้เกิดการหาข้อสรุปร่วมกันหรือที่เรียกว่า “การมีฉันทมติต่อข้อเสนอเชิงนโยบาย” และมีความเข้าใจชัดเจนจนสามารถนำไปขับเคลื่อนต่อตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน/องค์กรและเครือข่ายได้

จากนั้นจะนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อให้ความเห็นชอบ ก่อนที่จะนำเข้าสู่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี (ครม.) เพื่อให้มีมติรับทราบและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการต่อไป ●

๓ มาตรการเร่งด่วน ของ WHO ปกป้องเด็กจากบุหรี่ไฟฟ้า

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ปัจจุบัน มี ๓๔ ประเทศทั่วโลก ห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ารวมถึง บราซิล อินเดีย อิหร่านและประเทศไทยด้วย มี ๘๘ ประเทศไม่มีการกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อบุหรี่ไฟฟ้า และมี ๗๔ ประเทศไม่มีกฎระเบียบสำหรับผลิตภัณฑ์นี้ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในแอฟริกา แต่ก็รวมถึงปากีสถาน โคลัมเบีย และมองโกเลีย และยังพบว่าบุหรี่ไฟฟ้าพุ่งเป้าหมายไปที่เด็กและเยาวชนมากขึ้น โดยเห็นได้จากมีการผลิตรสชาติมากกว่า ๑.๖ หมื่นรสชาติ และพบว่าในประเทศแคนาดานั้นอัตราของประชาชนที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าอายุระหว่าง ๑๖-๑๙ ปี เพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่าระหว่าง พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕ และประเทศอังกฤษพบว่าเยาวชนผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นเป็น ๓ เท่าในรอบ ๓ ปีที่ผ่านมา



ปัจจุบัน
มี ๓๔ ประเทศทั่วโลก
ห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า
รวมถึง บราซิล อินเดีย
อิหร่านและไทย
มี ๘๘ ประเทศ
ไม่มีการกำหนดอายุขั้นต่ำ
ในการซื้อบุหรี่ไฟฟ้า
และ ๗๔ ประเทศไม่มีกฎ
ระเบียบสำหรับผลิตภัณฑ์นี้
ส่วนใหญ่อยู่ในแอฟริกา
รวมถึงปากีสถาน โคลัมเบีย
และมองโกเลีย

ส่องมาตรการควบคุม จากประเทศที่ 'อนุญาต' ให้จำหน่าย

ทั้งนี้แม้ว่าในหลายประเทศจะห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าแต่ก็พบปัญหาในการปราบปรามและควบคุม เพราะว่ามีักจะพบการขายในตลาดมืดหรือตลาดออนไลน์เป็นต้น แต่ทั้งนี้ในประเทศที่อนุญาตให้จำหน่ายภายใต้มาตรการควบคุมอย่างสหรัฐอเมริกา จีน ออสเตรเลีย ก็มีมาตรการการควบคุมที่น่าสนใจ เช่น ออสเตรเลียจะต้องมีใบสั่งยาเพื่อใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่มีสารนิโคติน แต่ประเทศนี้ก็ยังมีเผชิญกับปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าแบบใช้แล้วทิ้งที่ผิดกฎหมายจำนวนมาก และตั้งแต่เดือนมีนาคมนี้เป็นต้นไปออสเตรเลียจะไม่อนุญาตให้นำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าที่ขาดการรับการรับรองว่าใช้เพื่อการรักษาโรค

ในขณะที่ประเทศผู้ผลิตที่ใหญ่ที่สุดของโลกอย่างจีนนั้น พบว่าบริษัทที่ผลิตบุหรี่ไฟฟ้าจะต้องมีใบอนุญาตและประเทศนี้เริ่มใช้ภาษีการผลิต การนำเข้า และการจัดจำหน่ายขายส่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ด้านสหภาพยุโรปและสมาชิก มีการจัดทำมาตรฐานการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งรวมถึงการกำหนดปริมาณนิโคตินและติดป้ายอธิบายว่าไม่ควรใช้ในผู้สูบ และโรงงานจะต้องมีการลงทะเบียนกับรัฐบาลก่อนจัดจำหน่าย

WHO ประกาศ ๓ มาตรการเร่งด่วน

๑. กรณีที่ประเทศห้ามการขายบุหรี่ไฟฟ้า

ให้เร่งดำเนินการมาตรการห้ามดังกล่าวและติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนมาตรการด้านสาธารณสุขและบังคับใช้มาตรการหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเข้มงวด

๒. กรณีที่ประเทศต่างๆ อนุญาตให้มีการค้าภายใต้การควบคุม

(การขาย การนำเข้า การจัดจำหน่าย และการผลิต) โดยบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าอุปโภคบริโภค ให้มีกฎระเบียบที่เข้มงวดเพื่อลดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน รวมถึงการจำกัดความเข้มข้นและคุณภาพของนิโคติน และการเก็บภาษีจากนิโคติน

๓. กลยุทธ์การเลิกบุหรี่ ด้วยการใช้นิโคตินจะต้องอยู่บนพื้นฐานหลักฐานที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้จากหลักฐานที่มีอยู่ไม่แนะนำให้รัฐบาลอนุญาตให้ขายบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าอุปโภคบริโภคเพื่อเป้าหมายของการเลิกบุหรี่ แต่หากรัฐบาลใดดำเนินการกลยุทธ์เลิกบุหรี่ด้วยบุหรี่ไฟฟ้าควรควบคุมเงื่อนไขในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ รวมถึงการต้องได้รับอนุญาตทางการตลาดว่าเป็นยา

ข้อมูลจาก <https://www.who.int/news/item/14-12-2023-urgent-action-needed-to-protect-children-and-prevent-the-uptake-of-e-cigarettes> และ <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/e-cigarettes-around-world-2023-12-19/>



การประชุมคณะกรรมการคุณภาพแห่งชาติ (คสช.)

คสช.รับทราบ ความคืบหน้า

‘นโยบายระดับพื้นที่’

กขป.เขต ๑๒ มุ่งขับเคลื่อน

‘บุนร์และปัจจัยเลี้ยง’

เกาะติด คสช.

ที่ประชุมคณะกรรมการคุณภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๑ มี.ค. ๒๕๖๗ ซึ่งมี นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน มีมติรับทราบความคืบหน้าการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ซึ่งมีการขับเคลื่อนทั้งในระดับเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยการสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ในระดับจังหวัด โดยสนับสนุนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชชาสุขภาพจังหวัด และในระดับพื้นที่ โดยการสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่/ตำบล

นพ.สุเทพ เพชรมาก เลขาธิการ คสช. เปิดเผยว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ ตามเจตนารมณ์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ร่วมกับกรอบทิศทางธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ และทิศทางการดำเนินงานตามแผนงานหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐

สำหรับความคืบหน้าการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ในส่วนของ การขับเคลื่อนในระดับเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนงาน ได้แก่ ความมั่นคงและความปลอดภัยทางอาหาร/เกษตรสุขภาพ (เขตพื้นที่ ๒, ๓, ๕, ๖, ๘, ๑๑ และ ๑๒) การเตรียมรับมือสังคมสูงวัย/ผู้สูงอายุ/คนพิการ/กลุ่มเปราะบาง (เขตพื้นที่ ๑, ๒, ๔, ๕, ๗, ๘, ๑๑ และ ๑๒) สุขภาวะเด็ก และเยาวชน/การพัฒนาเด็กปฐมวัย/สุขภาพแม่และเด็ก (เขตพื้นที่ ๒, ๖, ๘, ๑๐, ๑๑, และ ๑๒)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ/การพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิ/การสร้างชุมชนเข้มแข็ง/สุขภาพะเขตเมือง (เขตพื้นที่ ๓, ๙ และ ๑๓) การบริหารจัดการฝุ่นควันไฟป่าและหมอกควัน (เขตพื้นที่ ๑ และ ๒) สุขภาวะพระสงฆ์(เขตพื้นที่ ๑ และ ๗) การแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน (เขตพื้นที่ ๔ และ ๖) การใช้



ขยายอย่างสมเหตุสมผลและการจัดการการตัดยาต้านจุลชีพ (เขตพื้นที่ ๑๐) พื้นที่สาธารณะปลอดขยะ (เขตพื้นที่ ๑๑) บุหรี่และปัจจัยเสี่ยง (เขตพื้นที่ ๑๒) ส่วนการขับเคลื่อนในระดับจังหวัด มีการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญของกลุ่มจังหวัดที่มีความพร้อม ประกอบด้วย ความมั่นคงทางอาหาร/อาหารปลอดภัย (ลำพูน ลำพูน นครปฐม ระยอง ตราด สุรินทร์ หนองบัวลำภู อำนาจเจริญ สุราษฎร์ธานี ยะลา) การรับมือสังคมสูงวัย/ผู้สูงอายุ (ลำปาง พิจิตร นครสวรรค์ กาญจนบุรี ขอนแก่น กาฬสินธุ์ สุรินทร์ อุบลราชธานี สุราษฎร์ธานี) การจัดการไฟฟ้าและหมอกควันฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) (แม่ฮ่องสอน ลำปาง อุบลราชธานี) การจัดการขยะชุมชนอย่างยั่งยืน/การจัดการขยะสิ่งปฏิกูล (สระบุรี อุบลราชธานี) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (อุบลราชธานี) การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้เท่าทันสื่อของเด็กและเยาวชน (อุบลราชธานี) การจัดการภัยพิบัติ (นครปฐม) การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต BCG Plus (สกลนคร) ความปลอดภัยทางถนน (ศรีสะเกษ) งานบุญปลอดเหล้า (ศรีสะเกษ) ระบบสุขภาพจิต (หนองบัวลำภู) การแก้ไขปัญหายาเสพติด (หนองบัวลำภู) การลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (หนองบัวลำภู) การพัฒนาระบบสวัสดิการสังคม (กระบี่) การสร้างภูมิคุ้มกันรองรับผลกระทบหลังวิกฤตโควิด-19 ในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (สงขลา) และการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มข้อมูลสถิติ การออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชนภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจใหม่ (BCG Model) และการท่องเที่ยวชุมชน (ยะลา)

ขณะที่การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ตำบล ได้มีการสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่รับมือสังคมสูงวัย ต่อเนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๖๔ พื้นที่ (ตำบล) ครอบคลุม ๑๘ จังหวัด มีการสนับสนุนพื้นที่ขับเคลื่อนแผนรองรับสังคมสูงวัย จำนวน ๔๐ พื้นที่ (ตำบล) ครอบคลุม ๑๐ จังหวัด จังหวัดละ ๔ พื้นที่ และสนับสนุนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพการจากระบบอาหารและโภชนาการและการดูแลสุขภาพในมิติต่างๆ ของกลุ่มเปราะบางทางโภชนาการ ใน ๕ พื้นที่ ซึ่งมีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพร้อมกันทั้ง ๕ แห่ง

ด้าน นายจาริก ไชยรักษ์ ผู้ช่วยเลขาธิการคสช. ได้นำเสนอประเด็นสุขภาพที่สำคัญในการขับเคลื่อนงาน ปี ๒๕๖๗ ของ กขป. รายเขต โดยพบว่าเรื่องของ “บุหรี่และปัจจัยเสี่ยง” เป็นประเด็น

สำคัญที่มีการขับเคลื่อนในเขตพื้นที่ ๑๒ ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดพัทลุง ตรัง นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล พร้อมมีผลผลิตที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็น ๑. เกิดมติการประชุม กขป. เขตพื้นที่ ๑๒ จำนวนไม่น้อยกว่า ๒ ฉบับ ๒. มีกลไกความร่วมมือรายประเด็น/กลุ่มจังหวัด/จังหวัด และแผนปฏิบัติการปี ๒๕๖๗ ๓. มี Open Data ระบบสารสนเทศกลาง www.AHsouth.com

ขณะที่มีผลลัพธ์ อาทิ ๑. จำนวนแผนงานโครงการของภาคีเครือข่ายตามแผนปฏิบัติการปี ๒๕๖๗ นำเข้าสู่ระบบสารสนเทศกลาง www.AHsouth.com ๒. มีตัวอย่างความสำเร็จนำเสนอผ่านสื่อสาธารณะอย่างน้อยประเด็นละ ๑ แห่ง ๓. มีมติจากการประชุมที่สามารถนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างน้อย ๒ ฉบับ ๔. มีแผนปฏิบัติการปี ๒๕๖๗ สนับสนุนการดำเนินงาน ๔ ประเด็น

๒๘ | ฉบับที่ ๑๖๓ : พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่องเล่าจากพื้นที่
เรื่อง ศูนย์ขับเคลื่อนสุขภาพเขตเมือง



สมัชชาฯ กทม. ครั้งที่ ๔ ประกาศเจตนารมณ์

ป็นต้นแบบ
'พื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ'
จัดระเบียบ 'เขาพระ-แดงลอย' ๕๐ ไร่ ใน ๓ ปี

เมื่อวันที่ ๓๑ มี.ค. ๒๕๖๗ กรุงเทพมหานคร (กทม.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พร้อมด้วยหน่วยงานภาคีเครือข่าย ร่วมกันจัดงานสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๗ ภายใต้แนวคิด “ร่วมสร้างมหานครแห่งโอกาสและความเป็นธรรมเพื่อสังคมสุขภาพะ” ณ ลานคนเมือง ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร เสาชิงช้า ซึ่งเป็นกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่จัดขึ้นตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

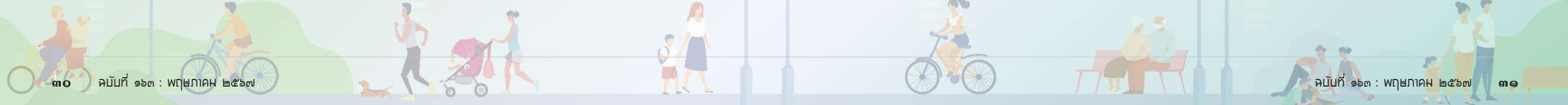
ทั้งนี้ ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ เข้าร่วมงานกว่า ๑,๐๐๐ คน นำโดย นายชัชชาติ สิทธิพันธุ์ ผู้ว่าราชการ กทม. นพ.สุเทพ เพชรมาก เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ ศ.สุริชัย หวันแก้ว ประธานร่วม คณะกรรมการสนับสนุนการจัดและขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ได้มีการประกาศเจตนารมณ์และยุทธศาสตร์ร่วมปี ๒๕๖๗-๒๕๗๐ ระบุว่า “เราจะร่วมสร้างมหานครแห่งโอกาสและความเป็นธรรมเพื่อสังคมสุขภาพะ ให้บรรลุเป้าหมายในการสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และความปลอดภัยอย่างเท่าเทียม ด้วยพลังความร่วมมือที่เข้มแข็งของทุกภาคส่วน ภายในปี ๒๕๗๐”

สำหรับกิจกรรมงานสมัชชาสุขภาพกรุงเทพฯ ในครั้งนี้ ได้มีการจัดเวทีสานพลังเสวนา นโยบายสาธารณะ (Policy Dialogue) ใน ๔ ประเด็น ได้แก่ ๑. ธรรมนูญสุขภาพกรุงเทพมหานคร ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๓ ๒. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครเพื่อรองรับภาวะวิกฤต และสุขภาพดีทุกช่วงวัยด้วยระบบบริการสุขภาพเขตเมืองที่เน้นคุณค่า ๓. การสานพลังพัฒนาพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพะของชุมชน

๔. การจัดการหาเว่แผงลอยและการใช้พื้นที่สาธารณะ และพื้นที่เศรษฐกิจปลอดภัย ภายใต้ความหลากหลาย

นายเดชิต ชาวบางพรหม หัวหน้าศูนย์ขับเคลื่อนสุขภาพเขตเมือง (ศสม.) สช. เปิดเผยว่า นอกจากสมัชชาสุขภาพกรุงเทพฯ แล้ว ยังมีธรรมนูญสุขภาพกรุงเทพฯ ที่เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือในฐานะพื้นที่กลางที่เปิดโอกาสให้คนตัวเล็กตัวน้อยในสังคมเมืองได้เข้ามาส่งเสียงสะท้อนถึงปัญหา ความต้องการ ตลอดจนข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยปัจจุบันได้มีการจัดทำ ‘ธรรมนูญสุขภาพพระดัดเขต’ ที่แยกย่อยลงไปแล้วใน ๒๒ เขตของ กทม. และในไม่ช้าก็จะมีธรรมนูญฯ อีก ๒๔ เขตตามมา เป้าหมายที่มีการตั้งร่วมกันไว้ภายใน ๓ ปี คือให้มีการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระดัดพื้นที่ ในทั้ง ๕๐ เขตของ กทม. ที่เชื่อมโยงกับธรรมนูญสุขภาพกรุงเทพฯ และกลไกอื่นๆ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนสังคมสุขภาพะให้เกิดขึ้น

นพ.สุนทร สุนทรชาติ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กทม. กล่าวว่า เรื่องของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิใน กทม. นับว่ามีความเปราะบาง



การจัดการพื้นที่สีเขียว

ความร่วมมือในการทำงาน
 - ปรับวิธีคิด กระบวนการทำงาน ให้ทันสมัย
 - ฝึกอบรมบุคลากร
 - วัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน

การเตรียมพื้นที่
 - ศึกษาดูงาน
 - ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
 - ศึกษารูปแบบพื้นที่สีเขียว

การพัฒนาพื้นที่
 - ปลูกต้นไม้
 - ปลูกผักสวนครัว
 - ปลูกหญ้า
 - ปลูกไม้ประดับ

การขยายผล
 - ฝึกอบรม
 - ศึกษาดูงาน
 - ศึกษารูปแบบพื้นที่สีเขียว

ความท้าทาย
 - งบประมาณ
 - ทรัพยากร
 - ระยะเวลา

การขยายผลสู่ 50 เขต
 - ฝึกอบรม
 - ศึกษาดูงาน
 - ศึกษารูปแบบพื้นที่สีเขียว

พัฒนาพื้นที่สาธารณะ

City Lab
 - พื้นที่ทดลอง
 - ฝึกอบรม
 - ศึกษาดูงาน

กลไกการมีส่วนร่วม
 - ปรึกษาหารือ
 - ศึกษารูปแบบพื้นที่สาธารณะ

ระบบ Bonus
 - ฝึกอบรม
 - ศึกษาดูงาน

การขยายผล
 - ฝึกอบรม
 - ศึกษาดูงาน

การพัฒนาพื้นที่สาธารณะอย่างมีต้นแบบ
 - ศึกษารูปแบบพื้นที่สาธารณะ
 - ฝึกอบรม
 - ศึกษาดูงาน

เนื่องจากสภาพความซับซ้อนของปัญหาที่เมืองใหญ่ต่างๆ มักจะเผชิญ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ได้มีการหารือกันในเวที คือจะทำอย่างไรให้ประชาชนเข้าไปใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น ซึ่งก็ต้องไปแก้ไขปัญหาในเรื่องของการเชื่อมต่อข้อมูลขณะเดียวกันก็ต้องมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ภายใต้การมีส่วนร่วมของคลินิกเอกชนและประชาชนในพื้นที่เป็นสำคัญ

นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท หัวหน้ากลุ่มสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กล่าวว่า เรื่องของพื้นที่สาธารณะมีความเกี่ยวข้องในฐานะปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ซึ่งอันดับแรกจะต้องเปลี่ยนความเข้าใจ จาก 'สวนสาธารณะ' เป็น 'พื้นที่เพื่อสุขภาพของทุกคน' ที่จะทำให้อุณหภูมิทุกกลุ่มมีสุขภาพที่ดีได้ โดยเฉพาะกลุ่มคนในชุมชนแออัดหรือไม่มีที่อยู่อาศัย ซึ่งการจะเกิดขึ้นได้เช่นนี้จำเป็นจะต้องมีกลไกกลางในระดับพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนมาช่วยกันออกแบบ ไปจนถึงการพัฒนาเครื่องมือ 'ผังเมืองร่วม' ตามมา

อย่างไรก็ตาม อีกสิ่งสำคัญคือการสร้างพื้นที่นำร่อง (Sandbox) ในการมีส่วนร่วมพัฒนาพื้นที่สาธารณะให้เกิดขึ้น โดยปัจจุบันกำลังจะมีโมเดลที่ทดลองเตย และภายใน 3 ปีนี้ก็มีที่ตั้งเป้าให้เกิดกลไกขับเคลื่อนให้มีพื้นที่ต้นแบบทั้ง 50 เขต

ของ กทม. พร้อมกับมีการกำหนดนิยาม สัดส่วนและการใช้ประโยชน์ที่ครอบคลุมการสร้างสุขภาพให้ขยายผลไปสู่ทุกเขตต่อไป ซึ่งนับเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับนโยบาย 'เส้นเลือดฝอย' ของ กทม.

ด้าน ศ.นฤมล นิราทร ประธานอนุกรรมการวิชาการสนับสนุนการจัดและขับเคลื่อนมิติสุขภาพสุขภาพ กล่าวว่ เรื่องของเศรษฐกิจนั้นว่ามีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ และหาบเร่แผงลอยก็ถือเป็นกลไกทางเศรษฐกิจฐานรากที่สำคัญของเมือง ซึ่งเรื่องนี้ไม่ใช่แค่เรื่องของขายของริมถนนเท่านั้นแต่ยังเป็นเรื่องของห่วงโซ่อุปทานทั้งหมด ความท้าทายคือเรายังมีพื้นที่ต้นแบบชัดเจนในเรื่องการบริหารจัดการหาบเร่แผงลอย เป้าหมายที่เราต้องการให้เกิดใน 3 ปีนี้ เป็นการจัดทำระบบ กลไกและต้นแบบการจัดการการค้าริมทางและเศรษฐกิจฐานรากอย่างมีส่วนร่วม มีความเหมาะสมหลากหลายกับทั้ง 50 เขตใน กทม.

นอกจากนี้ ภายในงานสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๗ ยังมีกิจกรรมมากมายสำหรับประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วม ประกอบด้วย

กิจกรรมชวน check 'สภาวะสุขภาพ' บริการตรวจสุขภาพ โดย ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักงานกมล และโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการ

แพทย์ ประกอบด้วย ๑. คัดกรองสุขภาพ ร่างกาย และสุขภาพจิต ๒. ตรวจคัดกรอง Metabolic ๓. คัดกรองจอประสาทตา ๔. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ๕. การประเมินภาวะ Stroke ๖. การรักษาแพทย์ทางเลือก (ฝังเข็ม) ๗. กายภาพบำบัดลดปวด ๘. ตรวจช่องปาก/ทำฟัน ๙. แนะนำให้ความรู้ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย บริการรถตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ โดย สำนักงาน/กอง ในสังกัดสำนักอนามัย ประกอบด้วย ๑. รถทันตกรรมเคลื่อนที่อุดฟัน/ถอนฟัน ๒. รถเอกซเรย์เคลื่อนที่ ๓. รถคัดกรองมะเร็งสตรีเคลื่อนที่ Mobile Lady Check ๔. รถหน่วยตรวจคุณภาพอาหาร บริการทำหมัน แนะนำให้ความรู้ การดูแลสุนัข แมว

กิจกรรมชวนเดิน พื้นที่สุขภาพที่เข้าถึงได้ภายใน ๑๕ นาที จากลานคนเมืองมุ่งหน้าสู่สวนรมณีนาถ และวัดสุทัศนเทพวราราม โดยเป็นกระบวนการเดิน Walk Rally **กิจกรรมเดินซ้อปซิม mini hawker center** ณ ลานคนเมือง จากตัวแทนร้านค้าหาบเร่แผงลอยพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ผ่านการอบรมจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กิจกรรมเดินชมบุญนิทรรศการความเป็นมาของสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร นำเสนอการขับเคลื่อนมิติสุขภาพ ณ ลานคน

เมือง และบูธกิจกรรมจากภาคีเครือข่าย ณ ลานองค์พระ ภายในศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร กิจกรรมเวทีกลาง **กล่าวสุนทรพจน์ Citizen Talk** เปิดงานสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๗ การประกาศเจตนารมณ์ "ร่วมสร้างมหานครแห่งโอกาสและความเป็นธรรมเพื่อสังคมสุขภาพดี" **กิจกรรม Hyde Park Tiktok** เปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อเมือง คนละ ๓ นาที โดยมีจุดแสดงความคิดเห็น ๕ จุด

กิจกรรมประกาศเกณฑ์การคัดเลือกหน่วยงาน องค์กร ชุมชน เข้ารับรางวัล "เสริมสร้างชุมชนสุขภาพดี" ในงานสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร ครั้งที่ ๕ **ดนตรีและการแสดงเพื่อเมืองสุขภาพดี** จากสำนักงานวัฒนธรรมกรุงเทพมหานคร, เครือข่าย Home net และสภาเด็กและเยาวชนกรุงเทพมหานคร และ เปิดตัว Application BKK Policy Maker พัฒนาช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อขยายโอกาสและเป็นเครื่องมือการมีส่วนร่วม เปิด "พื้นที่กลาง" ของประชาชนภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน พัฒนาประเด็นและนโยบายสาธารณะ ผ่าน Policy Platform โดย ผศ.ดร.ณัฐวุฒิ อัครวิกรม ผู้อำนวยการศูนย์การทดลองเมือง กรุงเทพมหานคร

ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง

เรื่อง : สุวิชา ทวีสุข

กิจกรรมการทบทวนร่างรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพการจัดการขยะชุมชน องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี เมื่อวันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชน หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ทบทวนร่างรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ซึ่งทางทีมคณะทำงานได้ดำเนินการศึกษาไว้ กระบวนการในวันนี้ได้ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ และทบทวนรายงาน เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหายขยะในพื้นที่ร่วมกัน ซึ่งได้รับความสนใจจากผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในระดับนโยบายได้แก่ นายขุนทอง แสนวิเศษ รองนายก อบจ.สระบุรี นายนาวร เทพวิมลเพชรกุล สมาชิกวุฒิสภา



การจัดการขยะชุมชน อบจ.สระบุรี



ในช่วงเข้านำเสนอกรณีตัวอย่างการจัดการขยะโดยชุมชนในพื้นที่ตำบลไถ่ภู อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี เป็นชุมชนจัดการขยะได้อย่างครบวงจร สร้างแรงจูงใจให้กับชาวบ้านในการจัดการขยะร่วมกัน รวมทั้งเชื่อมโยงกับการจัดสวัสดิการของชุมชนซึ่งเป็นแรงจูงใจในการจัดการขยะได้อย่างยั่งยืน

จากการกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ มีการกำหนดการศึกษาการจัดการขยะ ๓ รูปแบบ คือ (๑) จัดการขยะแบบเทกอง ปัจจุบันมี ๒ แห่งอยู่ภายใต้การควบคุมของ อบจ.สระบุรี และอบต. ชิดชน ซึ่งอยู่บริเวณติดกัน (๒) การจัดการขยะจากแหล่งกำเนิด (ครัวเรือน) และ (๓) การบริหารการจัดการขยะของหน่วยงานที่รับผิดชอบ

จากการศึกษาทั้ง ๓ รูปแบบพบผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบต่อสุขภาพ ๔ มิติ ได้แก่

(๑) มิติร่างกาย เกิดผลกระทบเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคือ แสบจุก คัดน้ำ ปวดศีรษะ เครียด/หงุดหงิด/นอนไม่หลับ น้ำมูกไหล และคันผิวหนัง หลังได้รับกลิ่นเหม็นจากบ่อฝังกลบขยะ โดยผลกระทบทางสุขภาพในมิตินี้มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของบ่อขยะและคุณภาพสิ่งแวดล้อมรอบบ่อ

(๒) มิติทางจิตใจ จากการศึกษากลับพบว่าชาวบ้านมองเป็นผลกระทบเชิงบวกที่มีความพึงพอใจกับการดูแลจัดการปัญหาขยะในพื้นที่ประชาชนส่วนน้อย ที่รู้สึกกังวลใจต่อสุขภาพที่อยู่ใกล้เคียงในพื้นที่ฝังขยะ

(๓) มิติเศรษฐกิจและสังคม เกิดผลกระทบเชิงบวกเช่นเดียวกับมิติทางจิตใจ ที่ชาวบ้านเห็นมูลค่าของขยะ นำไปขายแล้วสร้างรายได้เสริมให้กับคนในชุมชนได้ แต่อย่างไรก็ตามประชาชนมีความกังวลต่อความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ประชาชน กรณีมีเหตุร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดการขยะที่บ่อขยะ

(๔) มิติทางปัญญา พบว่าชุมชนตระหนักถึงปัญหาด้านต่างๆ จากบ่อฝังกลบขยะแบบเทกอง ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนน้อย โดยประชาชนที่ระบุว่าได้รับผลกระทบเชิงลบสามารถป้องกันตนเองจากผลกระทบด้านกลิ่นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และสามารถแนะนำวิธีการป้องกันตนเองให้กับผู้อื่นได้

โดยกระบวนการในเวทีนี้ได้มีการแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการทบทวนร่างรายงานในแต่ละมิติ และได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์การจัดการปัญหายขยะในพื้นที่เพิ่มเติม โดยทางคณะทำงานวิชาการจะรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการจัดกระบวนการในวันนี้ไปเพิ่มเติมรายงาน และนำเสนอในเวทีเสนอรายงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป



ตายตัวก็พุทธ ศูนย์พุทธวิธี วัดป่าโนนสะอาด อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา

วัดป่าโนนสะอาด อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา โดย พระอาจารย์แสนปราชญ์ ปัญญาคโม เจ้าอาวาส ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์พุทธวิธี (Buddhist Hospice Care Center) เพื่อให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองพระสงฆ์อาพาธและผู้ป่วยยากไร้ระยะท้ายของชีวิตทั้งภายในและภายนอกจังหวัดนครราชสีมา ได้นำหลักการดูแลตามแนวทางพุทธศาสนาที่มีแนวคิด “กายป่วย แต่ ... ใจไม่ป่วยก็ได้” และการปฏิบัติกรรมฐานตามแนวทางสติปัฏฐาน ๔ ให้มีสติ มีสมาธิ เป็นการรักษาจิตวิญญาณผู้ป่วยไม่ให้หลุดเหวี่ยงพร้อมเผชิญความตายอย่างไม่หวาดหวั่น ดำเนินการพัฒนาและจัดระบบบริการร่วมกับหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและความยั่งยืนและต่อเนื่องของศูนย์พุทธวิธีมุ่งเน้นการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายให้เป็นไปตามเจตนาความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามมาตรา ๑๒ แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมีรูปธรรมความสำเร็จในการดำเนินการในด้านต่างๆ ที่สำคัญดังนี้

ด้านการจัดบริการ มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณนำหลักการ คำสอน และแนวปฏิบัติการฝึกสติของพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมตัวพร้อมที่จะจากไปอย่างสงบมาบูรณาการกับการดูแลตามแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ที่มีแนวทางการดูแลใน ๔ มิติ (กาย จิต สังคม ปัญญา)

ด้านกฎหมายและนโยบาย ดำเนินการจัดบริการที่เป็นไปตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสิทธิส่วน



“ป่วยกาย แก่ที่จิต”
มีสติไม่หลงตาย
จิตจะไม่เศร้าหมอง
นำไปสู่
“ลีลาการตายดี”
ตามที่พระพุทธเจ้า
ตรัสว่า
“จิตเต อะสังกิสิฏฐ
สุคติ ปาฎิกังขา”
แปลว่า
“จิตที่ไม่มีกิเลสเศร้า
หมอง สุขคติเป็นที่
หวังได้”



บุคคลในการดูแลสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตและสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเองเพื่อให้สามารถตายอย่างสงบตามธรรมชาติมีคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมและภาคีเครือข่าย กำหนดข้อตกลงร่วม (MOU) ของหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมรับผิดชอบในการจัดบริการและให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายภายใต้บทบาทและอำนาจหน้าที่ เช่น **กระทรวงสาธารณสุข** ร่วมให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่ดีและเป็นไปตามเจตนาที่เขียนไว้ **กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์** ให้ความช่วยเหลือดูแลทางสังคมสงเคราะห์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินงานระหว่างภาครัฐ เอกชน และประชาชน **องค์กรศาสนา (วัด)** จัดสรรพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อรองรับผู้ป่วย **จิตอาสา และประชาชนในพื้นที่** ร่วมสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานและร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายภายใต้ชื่อ “พุทธจิตอาสา”

ด้านบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพ สร้างและพัฒนาศักยภาพบุคลากร Caregiver ภาย

ใต้ชื่อ “พุทธจิตอาสา” ที่มาจากกลุ่มจิตอาสาที่อยู่ในพื้นที่และนอกพื้นที่เพื่อร่วมเป็นทีมให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยจะต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรที่ออกแบบและพัฒนาขึ้นโดยศูนย์พุทธวิธี เพื่อให้มีทักษะการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีหลักปฏิบัติและคำสอนทางพุทธศาสนาเป็นแนวทางเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยและประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตของตนเองได้

ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายนอกจากการดูแลรักษาทางการแพทย์เพื่อสุขภาพทางกายให้มีคุณภาพแล้ว ผู้ป่วยระยะท้ายยังมีความต้องการการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณซึ่งมีพื้นฐานบนศรัทธาและความเชื่อส่วนบุคคลเป็นสำคัญ การเข้ารับบริการของผู้ป่วยระยะท้ายที่ศูนย์พุทธวิธี จึงเป็นทางเลือกเพื่อเข้าถึงการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณที่จะได้รับการดูแลตามแนวคิดและการปฏิบัติที่มุ่งไปสู่ “ป่วยกาย แก่ที่จิต” มีสติไม่หลงตาย จิตจะไม่เศร้าหมอง นำไปสู่ “ลีลาการตายดี” ตามที่พระพุทธเจ้าตรัสว่า “จิตเต อะสังกิสิฏฐ สุคติ ปาฎิกังขา” แปลว่า “จิตที่ไม่มีกิเลสเศร้าหมอง สุขคติเป็นที่หวังได้” ❀

เล่าให้ลึก

เรื่อง นายแพทย์วิรัช ไชยวิวัฒน์

คำอธิบาย ปรัชญา ปารมิตาหฤทัยสูตร โดย ทะไล ลามะ (๓)

ท่านทะไลลามะเป็นประมุขทั้งฝ่ายอาณาจักร และศาสนจักรของทิเบต ได้รับการศึกษาทางพุทธศาสนาตามขนบของทิเบตอย่างเป็นระบบ จึงมีความรู้ทางปริยัติธรรมอย่างลุ่มลึก เมื่อต้องอพยพลี้ภัยไปอยู่ในอินเดีย ต้องเผชิญกับทุกขเวทนาแสนสาหัสจากการที่พลกนิกรชาวทิเบตของพระองค์ถูกเช่นฆ่า ทำลาย ทรมานอย่างรวดเร็ว จึงทรงมีโอกาส “ปฏิบัติภาวนา” จากปัญหาชีวิตจริง และบรรลุถึงซึ่งการให้อภัย นับเป็นการ “บรรลุธรรม” อย่างแท้จริง

ตลอดพระชนมชีพอันยาวนานของพระองค์ ท่านยังทรงทำหน้าที่เป็นประมุขและผู้นำจิตวิญญาณของชาวทิเบตอย่างดียิ่ง ที่สำคัญทรงถึงพร้อมซึ่งพระปัญญาคุณ บริสุทธิคุณ และมหากรุณาธิคุณ ทรงทำหน้าที่ เผยแผ่พระพุทธศาสนาในสายมหายานและวัชรยานแก่ชาวโลก จนเป็นที่รู้จักและยอมรับอย่างกว้างขวาง

สำหรับอรรถกถาแห่งปรัชญาปารมิตาหฤทัยสูตรทรงใช้เนื้อที่หนังสือราว ๑ ใน ๓ “ปูพื้น” ความเข้าใจในศาสนธรรมและพุทธศาสนาอย่างลุ่มลึก แต่กระชับ ก่อนจะให้อรรถาธิบายหฤทัยสูตรอย่างละเอียดและอย่างเป็นระบบ

เริ่มจากความเป็นมาแห่งพระสูตรว่าเป็นข้อวิชันนาของพระโพธิสัตว์อวโลกิเตศวรที่แสดงแก่พระสาวรีบุตรตามด้วย

“อารัมภบท” อธิบายว่าพระหฤทัยสูตร ซึ่งเป็นพระสูตรสั้นๆ แต่ “ในประเทศทิเบต ปรัชญาปารมิตาหฤทัยสูตรเป็นหัวข้อสำคัญของการอภิปรายในวิทยาลัยสงฆ์ โดยทั่วไปแล้วภิกษุจะใช้เวลาประมาณ ๕-๗ ปี เพื่อศึกษาพระสูตรนี้อย่างละเอียด ยิ่งไปกว่านั้น นิสิตสงฆ์ยังต้องศึกษาอรรถกถาของพระสูตรเหล่านี้ซึ่งมีมากมาย มีอรรถกถาของอินเดียที่แปลเป็นภาษาทิเบตอย่างน้อย ๒๑ ล้านวน และยังมีของทิเบตเองอีกหลายล้านวน นิกายฌึงมาปะ, สาเกียปะ, กาจูปะ และเกลุกปะ ล้วนให้ความสำคัญกับการศึกษาปรัชญาปารมิตาสูตรทั้งสิ้น”

“นามของพระสูตรที่ปรากฏในล้านวนทิเบตคือ ‘ปรัชญาปารมิตาหฤทัย ภควตี’ คำว่า *ภควตี* แปลว่า *มารดา* ด้วยเหตุนี้ ปรัชญาปารมิตาจึงเปรียบเสมือนมารดา ผู้ให้กำเนิดเหล่า *อารยะ* หรือผู้ประเสริฐทั้งหลาย นาม ‘ปรัชญาปารมิตา’ บ่งบอกถึงสาระสำคัญของพระสูตร คำว่า ‘หฤทัย’ ชี้ให้เห็นว่าในบรรดาพระสูตรทั้งหลายในปรัชญาปารมิตา *หฤทัยสูตร* นี้คือแก่น — คือเป็นการสรุปใจความของพระสูตรอื่นๆ ที่เหลือในปรัชญาปารมิตา เช่นนี้เอง พระสูตรนี้จึงเป็นหัวใจของคำสอนแห่งปรัชญาปารมิตาทั้งปวง”

ในฝ่ายเถรวาท พระโพธิสัตว์ หมายถึง “ผู้ที่จะตรัสรู้” แต่ในฝ่ายมหายาน โดยเฉพาะคำนี้ในภาษาทิเบต หมายถึง “วีรบุรุษผู้รู้แจ้งในธรรม” กล่าวกันว่า พระโพธิสัตว์คือผู้ยึดมั่นในเมหากรุณาต่อสรรพสัตว์อย่างไม่เสื่อมคลาย ท่านจะใส่ใจในความเป็นอยู่ของสรรพสัตว์ทั้งหมดอยู่เป็นนิจ และทุ่มเทอุทิศตนเพื่อปกป้องให้สรรพสัตว์อยู่ดีมีสุข ด้วยเหตุนี้พระนามโพธิสัตว์ จึงหมายถึงผู้มีปัญญาบำเพ็ญเพียรเพื่อความรู้แจ้งอย่างอาจหาญ ทั้งนี้ก็ด้วยความกรุณาห่วงใยในสรรพสัตว์ทั้งปวง คำคำนี้แสดงให้เห็นคุณสมบัติอันเป็นหัวใจของผู้มีความรักต่อสรรพสัตว์อย่างไม่มีประมาณ”

ใจความหลักในพระหฤทัยสูตร เริ่มต้นที่
ในกาลนั้นเอง ด้วยแรงดลใจแห่งพระพุทธองค์
พระสารีบุตรได้กล่าวต่อพระอริยวโลกิเตศวรโพธิสัตว์ว่า
“แม้ในกัลป์ หรือ กุลธิดาใดๆ ใครจะเจริญในปรัชญา
ปารมิตาอันลึกซึ้งนั้น
พวกเขาพึงฝึกฝนตามครรลองใด”

ท่านทะไลลามะ ได้อธิบาย เรื่อง “ปรมัตตโพธิจิต” “แนวคิดเรื่องอนัตตา หรือความไร้ตัวตน” “ความว่าง”

โดยก้าวความถึง
ความคิดของสำนัก
ปรัชญา คัมภีร์ และ
อรรถกถาจารย์
คนสำคัญๆ ของ
อินเดีย และลังกา



เมื่อพระอวโลกิเตศวรโพธิสัตว์ได้สดับพระสารีบุตรกล่าวเช่นนั้น จึงตอบว่า
“สารีบุตร กุลบุตรหรือกุลธิดาใดๆ แม้นปรารถนา
จะเจริญเจริญในปรัชญาปารมิตาอันลึกซึ้ง พวกเขา
พึงพิจารณาอย่างนี้ คือ พิจารณาจนเห็นแจ้งว่า
แม้แต่ขั้น ๕ เอง ก็ว่างจากสภาวะ”

คำตอบนี้ เป็น “การสรุปความโดยกระชับ จากนั้นจึงเป็นการพรรณนาโดยละเอียด”

ท่านทะไลลามะได้อธิบาย เรื่อง “ปรมัตตโพธิจิต” “แนวคิดเรื่องอนัตตาหรือความไร้ตัวตน” “ความว่าง” โดยก้าวความถึงความคิดของสำนักปรัชญา คัมภีร์ และอรรถกถาจารย์คนสำคัญของอินเดีย และลังกา เช่น สำนักไวยาษิกะ, สำนักจิตตมาตร, มหายมิกะ, เสตรานตริกะ, ทศภูมิสูตร, ลังกาวดารสูตร, คุรุณาจารย์, คุรุสุพันธุ, วิมุกติเสนา

แสดงถึงความกว้างขวางและลุ่มลึกของท่านทะไลลามะ
หฤทัยสูตรได้กล่าวถึง “ลักษณะอันประณีต ๘ ประการ” ดังนี้

ฉันทัน สารีบุตร ธรรมทั้งปวงล้วนว่างเปล่า หาได้มีลักษณะอื่นใดไม่
ไม่เกิด ไม่ดับ ไม่มีหมอง ไม่มีองแล้ว ไม่พร่อง ไม่เต็ม

ท่านทะไลลามะอธิบายว่า “คุณลักษณะทั้ง ๘ ประการนี้ อาจจำแนกได้เป็น ๓ กลุ่ม” เป็นการพิจารณา ‘ความว่าง’ จากมุมมองที่ต่างกัน มุมมองทั้ง ๓ นี้เรียกว่า *วิโมกขมุข* (ประตูสู่ความหลุดพ้น) ได้แก่ (๑) *สุญญตวิโมกข์* (ประตูสู่ความว่าง) เป็นการมองความว่างจากแง่ของตัวเอง และปราศจากลักษณะเฉพาะ ดังในหฤทัยสูตรที่ว่า “ธรรมทั้งปวงล้วนว่างเปล่า หาได้มีลักษณะอื่นใดไม่” (๒) *อนิมิตตวิโมกข์* (ประตูสู่ความไร้ซึ่งคุณลักษณะ) คือ ไม่เกิด ไม่ดับ ไม่มีหมอง ไม่มีองแล้ว และ (๓) *อัปณิหิตวิโมกข์* (ประตูสู่การไม่มีความปรารถนา) คือ ไม่พร่องไม่เต็ม

นี่คือมุมมองเรื่อง “ความว่าง” จากมุมมองของฝ่ายมหายานและวชิรยาน ผู้ประสงค์ความเข้าใจเพิ่มเติมพึงศึกษาจากคำสอนเรื่องความว่างของท่านพุทธทาสภิกขุ ☸

เมื่อเราเป็น ไก่ รม ควัน

ใครเป็นแบบดิฉันบ้าง? sensitive กับควันหรือกลิ่นต่างๆ นานา ไปเสียทุกอย่าง ทั้งกลิ่นน้ำมัน ควันรถ ควันไฟ แม้แต่กระทั่งกลิ่นเทียนหอม น้ำมันหอมระเหย เขาบอกว่า ... ใครที่สูดดมเข้าไปก็มีความสุขเหมือนอยู่ในทุ่งลาเวนเดอร์ แต่ส่วนตัวดิฉันนะเธอ! พอได้กลิ่นก็มันตีบ ปวดหัวจากซีกซ้ายไปซีกขวา หนักสุดก็เวียนหัวคลื่นไส้เหมือนโรคผู้ดีเก่ากำเริบ

แม้กระทั่งเวลาที่พวกเราไปทำบุญจุดธูปเทียนเพื่อสวดมนต์อธิษฐานต่างๆ นานา พอสูดดมควันเหล่านี้เข้าไปรู้หรือไม่ว่า ... อันตรายสุดๆ ไม่นับรวมอาหารที่เรานำไปทำบุญถวายพระภิกษุสงฆ์แบบอร่อยหวานเค็มมัน จู๊ๆ ระวัง โรค NCDs จะเข้ามาเยือนนะ ลองไปอ่านธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์เพิ่มเติมได้ค่ะ (ขอขายของสักหน่อย)

สมัยก่อนเวลาไปเที่ยวผับ จะเห็นวัยรุ่นสูบบุหรี่กันแบบไม่กลัวมะเร็งปอด พอมีการรณรงค์เรื่องนี้อย่างจริงจัง อัตราการสูบบุหรี่ก็ลดน้อยลง แต่ไม่นานเกินรอก็มีคนหัวใสคิดการใหญ่ผลิตบุหรี่ไฟฟ้าออกมาแทนอีก ยิ่งสูบเราก็จะถูกสูบ หดึ๊งการคล้ายๆ call center ที่นอกจากจะสูบสุขภาพเราแล้ว ยังจะสูบเงินเราไม่ให้เหลือสักบาทด้วย เสมือนไถรมควันจากตัวอ้วนๆ ก็จะไม่ค่อยๆ แห้งเหี่ยวไปเรื่อยๆ

มาถึงตรงนี้ หลายคนคงสงสัยบุหรี่ไฟฟ้ามันเกิดมาได้อย่างไร ?

บุหรี่ไฟฟ้ารูปแบบที่เราได้ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ได้ถือกำเนิดขึ้นในปี ๑๙๙๐ เมื่อเภสัชกรชาวจีนได้ค้นพบทางเลือกอื่นแทนการสูบบุหรี่จริง ที่ทันสมัย และใช้งานได้จริงเป็นคนแรก โดยใช้แบตเตอรี่ พัด และอะตอมไมเซอร์ เพื่อทำให้น้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าระเหยกลายเป็นไอให้เราได้สูบบัน โดยบุหรี่ไฟฟ้าของเภสัชกรรายนี้ สร้างสำเร็จในปี ๒๐๐๓ และถูกวางจำหน่ายในประเทศจีน และยุโรปในเดือนเมษายน ปี ๒๐๐๖ นี้ยังไม่รวมพัฒนาการของบุคคลผู้สร้างสรรค์ต้นแบบบุหรี่ไฟฟ้าในรูปแบบต่างๆ นะคะ

ทุกท่านสามารถไปหาอ่านได้ใน อากู (google) ส่วนภัยพิบัติที่เกิดจากบุหรี่ไฟฟ้า นั้น มันก็จะกลืนกินเราได้ทั้งตัวและหัวใจนะจ๊ะ

ปล. สัมบอกว่าดิฉันไม่แพ้อยู่ ๒ กลิ่น นั่นคือ กลิ่นของความรัก และกลิ่นของอาหาร

สองกลิ่นนี้มันช่างเข้ายวนใจเสียเหลือเกิน 🍷

คลิปที่ต้องดู

เรื่อง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจุบัน ‘บุหรี่ไฟฟ้า’ ได้รับความนิยมขึ้นกว่าในอดีตมาก ซึ่งที่ผ่านมานิยามบุหรี่ไฟฟ้ามักถูกอ้างสรรพคุณว่าเป็นเครื่องมือช่วยให้เลิกบุหรี่ที่ทำได้ง่ายขึ้นและไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ทั้งที่มีผลการศึกษาออกมาแล้วว่า ‘ไม่จริง!’



ภัยร้าย ที่นักสูบยังชะล่าใจ

ในวันนี้ “บุหรี่ไฟฟ้า” กลายมาเป็นเหมือนกับทางเลือกของวัยรุ่น ในฐานะ “แฟชั่นใหม่” โดยที่ผู้สูบไม่รู้เท่าทันว่า บุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายต่อร่างกายรุนแรงมากเพียงใด จึงยังชะล่าใจต่อโทษภัยทั้งมะเร็งปอด โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ มะเร็งช่องปาก หลอดอาหาร และตับอ่อน

คลิปที่ต้องดูฉบับนี้ ชวนมาศึกษาข้อมูลเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าภัยร้ายที่ถูกลืมมองข้าม



ติดตาม
รับชมคลิปได้



ติดตาม
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

EDITORIAL TEAM

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เจ้าของ
นพ.สุเทพ เพชรมาก ที่ปรึกษา
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ
ชนิษฐา แซ่เจี๋ย
แคทรียา การาม
บัณฑิต มั่นคง
ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์
พรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์
ชนัญชิตา จันทร์หมื่น

ที่อยู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๑๓ แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑
อีเมล nhco@saraban.mail.go.th
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th
เฟซบุ๊ก www.facebook.com/NHCO.thai

ติดต่อกองบรรณาธิการ
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด
๓๕๓/๔๔๕ หมู่บ้าน The Connect
๗/๑ ถ.เทิดราชัน แขวงสีกัน เขตดอนเมือง
กทม. ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ ๐๘ ๗๑๗๑ ๘๙๔๔



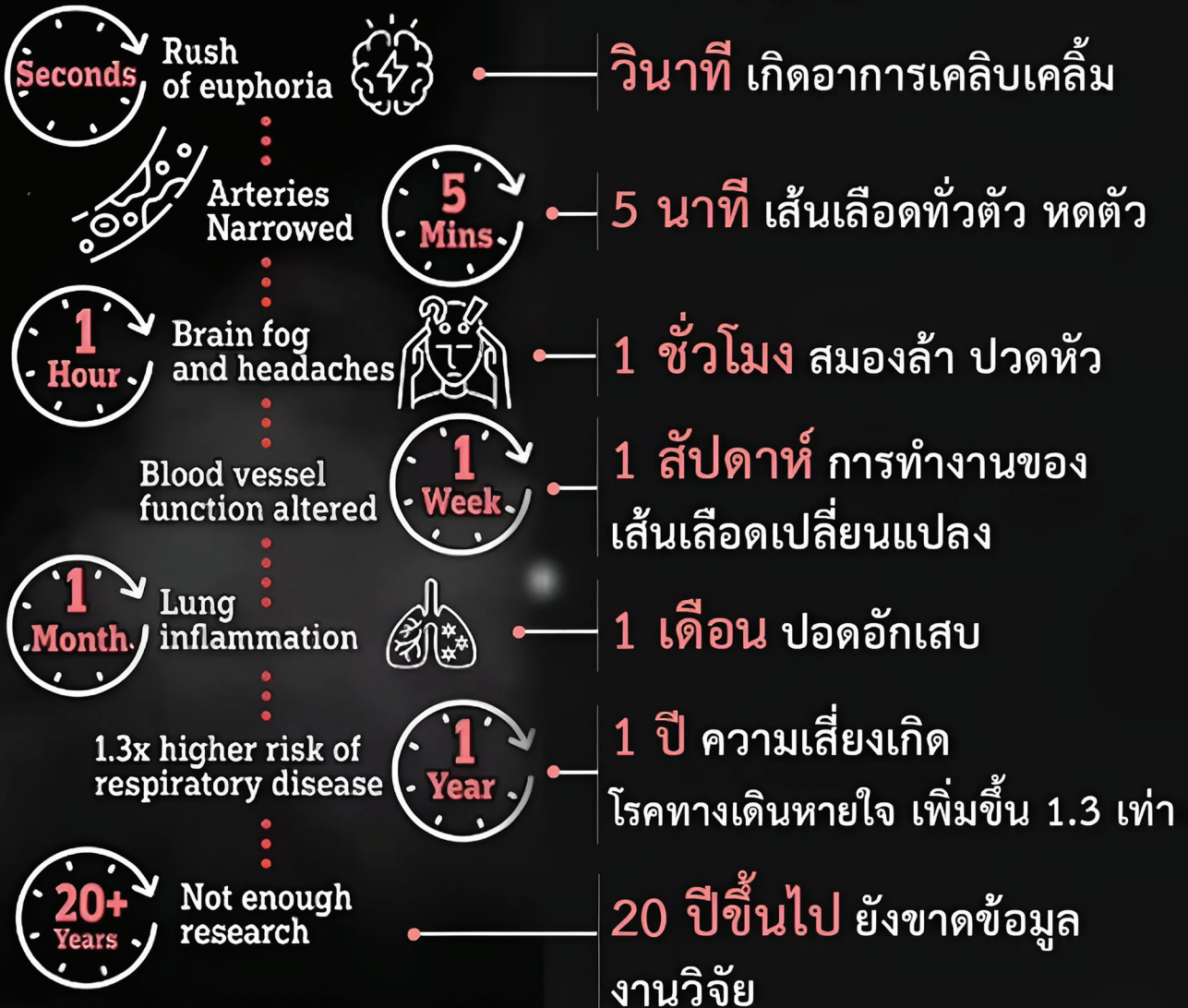
JAMJAM GROUP CO.,LTD.

"ช็อก" วิจัยพบ บุหรี่ไฟฟ้าทำลายดีเอ็นเอเหมือนกับบุหรี่ปั่น

กลัวบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เป็นมะเร็งได้

Fears vaping could cause CANCER : Shock study reveals e-cigs damage DNA just like smoking

ผลกระทบสั้น และ ระยะเวลาของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า



อ้างอิง : Fears vaping could cause CANCER | <https://www.dailymail.co.uk/health/article-13215373/Fears-vaping-cause-CANCER-shock-study.html>