

# Tobacco Use in Minnesota:

Perspectives from Cambodian, Hmong, Laotian, and Vietnamese Communities

## ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ នៅក្នុងរដ្ឋមេនីសូតា :

ទស្សនៈចេញពីសហគមន៍ខ្មែរ ម៉ុង លាវ និងវៀតណាម

## Kev Hau Luamyeeb Nyob Rau Minnesota:

Kev sojntxuam los ntawm cov pawg neeg Kanpodias, Hmoob, Nplog, thiab Nyablaj

## ການໃຊ້ຢາສູບໃນຣັຖມິນນີໂຊຕາ:

ຫັດສະນະຕ່າງໆ ຈາກຊຸມຊົນຊາວຂະເໝນ, ມົ້ງ, ລາວ ແລະວຽດນາມ

## Việc Sử Dụng Thuốc Lá ở Minnesota:

Cái nhìn từ các cộng đồng của người Miên, Hmong, Lào, và người Việt



**EXECUTIVE SUMMARY**  
**of Qualitative Research Findings from**  
**the Diverse Racial Ethnic Groups and Nations (DREGAN) Project**  
*A Participatory Research and Action Project*

**សេចក្តីសង្ខេបការប្រតិបត្តិ**  
**លទ្ធផលការស្រាវជ្រាវខាងគុណភាព ចេញពីផែនការ**  
**ក្រុមជាតិសាសន៍ និងប្រជាជាតិទីទៃពីគ្នា (DREGAN)**  
*ជាការស្រាវជ្រាវអ្នកចូលរួម និងផែនការចាត់វិធានការ*

**NTAUB NTAWV TSHAWBFAWB TSEEMCEEB NRHIAV POM**  
**ntawm cov Neeg Txawv Nqaijtawv ntawm tej**  
**Pawgneeg thiab Haivneeg (DREGAN) Teg num**  
*Yog Ib Qhov Kev Koomtes Tshawbfawb thiab Kev Koom Ua*

**ບົດສະຫລຸບສຳລັບຜູ້ບໍລິຫານກ່ຽວກັບການຄົ້ນພົບ**  
**ນພົບຈາກການຄົ້ນຄວ້າດ້ານຄຸນນະພາບ ຂອງໂຄງການຄວາມຫລາກຫລາຍດ້ານປະ**  
**ເທດຊາດແລະຊົນເຜົ່າເຊື່ອອຊາດ (DREGAN)**  
*ໂຄງການການປະຕິບັດວຽກແລະການຄົ້ນຄວ້າແບບມີສ່ວນຮ່ວມ*

**TÓM TẮT TỔNG QUAN**  
**về Những Phát Hiện Trong Nghiên Cứu Định Tính do Dự Án Nghiên Cứu các**  
**Nhóm Chủng Tộc và Dân Tộc Đa Dạng (DREGAN) thực hiện**  
*Dự Án Nghiên Cứu và Hành Động Có Sự Tham Gia của Cộng Đồng*

**TABLE OF CONTENTS / មាតិកាទៀង / ສາລະບານ / TXHEEJ TXHEEM SAU / MỤC LỤC**

<b>English</b> . . . . .	<b>2</b>
<b>ខ្មែរ</b> . . . . .	<b>8</b>
<b>Hmoob</b> . . . . .	<b>14</b>
<b>ລາວ</b> . . . . .	<b>20</b>
<b>Tiếng Việt</b> . . . . .	<b>26</b>

**Suggested Citation:**

*Executive Summary, Tobacco Use in Minnesota: Perspectives from Cambodian, Hmong, Laotian, and Vietnamese Communities.* Asian Pacific Tobacco-Free Coalition of Minnesota, Blue Cross and Blue Shield of Minnesota, Minnesota Partnership for Action Against Tobacco, Southeast Asian Refugee Community Home, March 2006.

**March 2006**

**Dear Friends of Minnesota's Southeast Asian Communities,**

The Diverse Racial Ethnic Groups and Nations (DREGAN) project aims to reduce the harm caused by tobacco in Minnesota's Cambodian, Hmong, Laotian, and Vietnamese communities. The project collaboration involves each of those communities, as represented by the Asian Pacific Tobacco-Free Coalition (APT-FCM) and Southeast Asian Refugee Community Home (SEARCH), plus Blue Cross and Blue Shield of Minnesota (Blue Cross) and the Minnesota Partnership for Action Against Tobacco (MPAAT). Blue Cross and MPAAT jointly fund the project.

The DREGAN project has three components: 1) qualitative research, to better understand the unique cultural characteristics of tobacco use in each community; 2) quantitative research, to determine the prevalence of tobacco use and other health risk behaviors; and 3) pilot intervention projects designed to test innovative programs to reduce tobacco use in the communities.

This report summarizes results of the qualitative research portion of the project. The report has two basic goals. First, we aim to reflect to the Southeast Asian communities their own tobacco-related beliefs and attitudes. Second, we seek to help the general community understand the unique cultural characteristics that influence tobacco use in these communities.

We hope that this report will encourage Southeast Asian and non-Southeast Asian leaders and policy makers to reduce tobacco use in the Southeast Asian communities. We are grateful to the many community leaders who took time to share their perspectives and knowledge, and to the community members who participated in this research as interviewers and colleagues.

Sincerely,

The DREGAN Project Team

## Introduction

### Tobacco use threatens the health of Minnesota's diverse Southeast Asian communities.

As the leading cause of preventable death in the United States,<sup>1,2</sup> tobacco use poses a serious threat to the health of Minnesota's growing Southeast Asian population. Smoking causes several cancers, cardiovascular disease, and respiratory disease, among other health complications.<sup>3</sup> Secondhand smoke exposure causes death in non-smokers due to lung cancer and coronary disease, and increases children's risk for middle-ear infections, asthma, bronchitis, and Sudden Infant Death Syndrome.<sup>4-6</sup> Smoking was responsible for \$1.98 billion in excess medical care expenditures in Minnesota in 2002.<sup>7</sup>

### What is the participatory research and action portion of the DREGAN project?

Community-based participatory research and action involves community members affected by health disparities in the design and conduct of the study. Community members served as project advisors and research team members. They actively participated in every phase of the research process, from development of the interview protocol to data analysis, to the preparation of this report. The DREGAN project began with a qualitative research project to better understand the unique cultural characteristics and complex meanings of tobacco use in the Southeast Asian communities. The primary objectives of the qualitative study were to understand:

- the social context and cultural meaning of tobacco use in the Cambodian, Hmong, Laotian, and Vietnamese communities,
- the social and cultural barriers to smoking prevention and cessation (quitting smoking), and
- the community assets upon which tobacco-reduction efforts could build.

This project is particularly important since most existing research on smoking among Southeast Asians tends to treat "Asians and Pacific Islanders" as a homogenous group rather than separately examining self-defined communities.

### Why is it important to study tobacco use among different Southeast Asian communities?

Although Minnesota's Southeast Asian communities have much in common with the general population of Minnesotans, they also have different vulnerabilities to tobacco use and different barriers to quitting smoking.

- Cambodians, Hmong, Laotians, and Vietnamese come from countries where rates of smoking for men are much higher than in the United States.<sup>8</sup> While high

rates of smoking have been observed in some Southeast Asian immigrant communities in America,<sup>9</sup> valid prevalence rates of smoking among them in Minnesota do not exist.

- Compared to the general population, Southeast Asians in the United States may experience different risk factors for smoking.
- Health care disparities and language barriers may impede health promotion and stop-smoking efforts.
- Southeast Asians have different norms regarding tobacco use, different beliefs about the causes of health and illness, and often less knowledge about tobacco's health risks.
- Different cultural norms and communication styles mean that standard prevention and stop-smoking strategies may not be effective in these communities.
- The tobacco industry disproportionately targets Asian Americans and Pacific Islanders, both in the United States and in their countries of origin.<sup>10, 11</sup>

Southeast Asian communities also possess unique strengths that are not common in the general population, which tobacco prevention and cessation efforts can leverage.

- Most Southeast Asian communities strongly emphasize the needs of family relative to the individual.
- Asian-American parents also have been shown to have more influence over their children than white parents have.
- Traditionally, Southeast Asian societies have placed high value on behaving properly so as not to hurt the reputation of one's family, including one's ancestors.
- Other cultural values, such as Buddhism's emphasis on avoiding addictive substances, also have the potential to aid tobacco-control efforts.

At this time, however, little is known about how to employ these assets for tobacco control, and more broadly, how to develop culturally sensitive tobacco control strategies for Minnesota's Southeast Asian communities.

### How this study was designed and conducted.

**STUDY DESIGN:** Bilingual community members were trained to conduct 90 minute face-to-face interviews with 60 formal and informal community leaders in English or in their native language.



**INTERVIEWEE SELECTION:** Community members identified twenty-eight women and thirty-two men (eight men and seven women each from the Cambodian, Hmong, Laotian, and Vietnamese communities) based on their community knowledge, leadership, and cultural expertise. Interviewees' ages ranged from 20 to 68. They included a mix of current, former, and never smokers.

**DATA ANALYSIS:** A seven-member multi-disciplinary research team analyzed the interview data. Working together, research team members generated key findings and identified major themes supported by interviewee quotations.

**LIMITATIONS:** By design, the interviewees were not randomly selected to represent their communities; therefore, the study cannot estimate the prevalence of smoking in the four

Southeast Asian communities. Instead, recognized leaders were selected for their knowledge of the communities. Enough interviews were completed to identify convergence on key themes.

### **Background on Minnesota's diverse Southeast Asian communities.**

Twenty-five years after the War in Vietnam ended, Census 2000 counted about 1.8 million persons of Cambodian, Hmong, Laotian, and Vietnamese ancestry residing in the United States. These Southeast Asians, representing many refugees from that war and subsequent immigrants, have established some large communities throughout the country through internal migration. Minnesota had just over 84,000 residents describing themselves in these groups, according to Census 2000.

## **Part I: Stories about Tobacco in the Homeland**

---

Since most Southeast Asians in Minnesota are refugees and immigrants, it is important to understand tobacco use in their homelands. What do community members remember about the acceptability of smoking, the role of tobacco, and the social restrictions that governed its use in their homelands? The interviewees' stories reflect their *memories* of life in the homeland, but do not necessarily describe present-day Cambodia, Laos, or Vietnam. Rather, the intent was to better understand the cultural *meanings* of tobacco that these immigrants brought with them to the United States. The interviewees' views about tobacco use in Southeast Asia were varied, making characterizing one Southeast Asian view difficult, if not impossible.

### **1. Tobacco was integral to the homeland culture of the Cambodians, Laotians, and Vietnamese.**

For Cambodian, Laotian, and Vietnamese men, regular smoking was common and acceptable. Tobacco was used to maintain social relationships. In these Southeast Asian cultures, tobacco was a prestige item, and often signified the social status of the smoker. However, smoking was restricted

to adult men and generally was not acceptable for women and youth. Tobacco appeared frequently in ceremonies and rituals and was also used for medicine.

### **2. Tobacco played a role in Hmong culture but traditionally was not used regularly.**

The Hmong had more negative attitudes toward regular smokers compared to the Cambodians, Laotians, and Vietnamese. Daily smoking in the homeland was relatively uncommon, except among elders to numb the pains of age. Daily smoking became much more common following contact with American soldiers during the Vietnamese War.

### **3. Some Southeast Asians began smoking in the homeland during conditions of war, forced labor, and social and political unrest.**

The civil war in Cambodia, the war in Vietnam, and the war in Laos created stresses for the survivors and their children that may have led to more smoking as a coping mechanism.

## **Part II: The Effects of Acculturation on Tobacco Use**

---

Upon coming to the United States, immigrants are immersed in a completely different cultural and social context. They experience a "culture clash" as they encounter attitudes, beliefs, and norms that differ—sometimes dramatically—from those of their homeland. *Acculturation* refers to the process by which immigrants learn the formal and informal cultural images, cues, and proper behaviors of the general

population in America. Acculturation may occur at different rates, depending on levels of English proficiency, interaction with the general population, and exposure to American media. Over time, the culture clash diminishes, but does not disappear. Acculturation to American life influences tobacco use for subgroups of Southeast Asian communities—such as men, women, and youth—in both positive and negative ways.

## 1. Immigrants experience clashing cultural views and norms about tobacco.

Immigrants transitioned from little knowledge of tobacco's harms to the knowledge that "smoking kills." Compared to the lack of scientific knowledge in the homeland, information about the dangers of smoking and secondhand smoke is widely available in the United States.

Immigrants transitioned from seeing smoking as a positive symbol conveying welcoming, honoring, and high social status to seeing smoking as social stigma. In Southeast Asian countries, highly valued commercial cigarettes helped demonstrate social status. They were also used to honor ancestors and social contacts. In the United States, immigrants quickly learned that cigarettes do not carry these symbolic messages. To the contrary, smoking in public is increasingly stigmatized.

Immigrants transitioned from being able to smoke "anywhere" to having to smoke away from others. In Southeast Asian countries, smoking with others was a routine social activity. In the United States, immigrants saw smokers sent to smoke outside.

Immigrants transitioned from seeing smoking being for "men only" to seeing that "anyone can smoke." In Southeast Asian countries, seldom would women and youth become smokers. In the United States, they could smoke openly.

## 2. Acculturation may decrease tobacco use.

Acculturation has both positive and negative consequences on tobacco use. On the positive side, acculturation leads to more pressure on male smokers to change smoking behaviors. Although the Cambodian, Laotian, and Vietnamese communities did not disapprove of men who smoke, they perceived smoking around others as a breach of the cultural value of respect. Over time, many male smokers began to view smoking as a stigma instead of as a status symbol, or as rude to others instead of as a way to maintain social relationships.

Acculturation raises awareness of the health risks of tobacco use and reduces tolerance of smoking. Public health messages in the United States increased awareness of the harms of smoking to physical health and appearance. Some Southeast Asians may have only felt free to voice these concerns in the United States, with exposure to both increased information about the dangers of smoking and the reduced social acceptability of the behavior. Despite this growing awareness, many members of the communities, especially the elderly or less acculturated, still lack understanding of the health dangers of smoking.

Acculturation also raises awareness of the dangers of secondhand smoke. In Southeast Asian countries, there was little, if any, awareness of the dangers of secondhand smoke. In Minnesota, awareness increased. Living in more insulated indoor spaces also increased the desire to quit. Yet, less acculturated community members still lack awareness of the dangers of secondhand smoke.

Over time, acculturation changes the informal rules of appropriate tobacco-related behavior. Among Southeast Asians in Minnesota, acculturation led to less smoking around others and decreased use of tobacco in rituals and celebrations. The cultural values of sensitivity and politeness have led many Southeast Asians to adjust their traditions and practices and to adopt American restrictions on tobacco use.

## 3. Acculturation may increase tobacco use among women, youth, Hmong, and new immigrants.

Acculturation leads to the negative consequence of encouraging tobacco use among some groups.

Acculturation may lead to more smoking among women—particularly younger and less traditional women. To the dismay of many community members, more women are now smoking as part of the process of becoming "Americanized," that is, using smoking to symbolically represent values of freedom and gender equality.

Acculturation may lead to more smoking among youth, due to lack of attention to long-term health risks, advertising images, and the desire to be like American youth. The perceived decreasing social control over children also may lead to an increase in smoking among young people in Southeast Asian immigrant communities.

Acculturation may lead to more smoking among the Hmong. In Minnesota, tobacco use is no longer restricted to ritual or healing purposes, as it was traditionally in their homeland.

The stress of acculturation may put immigrants at greater risk for smoking. Advertising and popular culture encourage the widely held perception that smoking can relieve stress. Given this impression, the high stress of immigration both contributes to smoking initiation and discourages quitting.

## Part III: The Association between Acculturation and Quitting Smoking

---

### 1. Acculturation leads some smokers to want to quit.

Increased knowledge of health risks and encouragement from family and community are strong motivators to quitting smoking among Southeast Asians in the United States.

### 2. Access and awareness barriers to culturally and linguistically appropriate services may prevent smokers from getting help to quit.

Despite the increased desire to quit, many leaders are unaware of stop-smoking educational resources and are unsure where to send someone who wants to quit smoking. Also, lack of educational resources and instructions in the native language is a major barrier to using stop-smoking medications.

### 3. Cultural barriers prevent smokers from seeking help and using stop-smoking medications.

A major cultural barrier to cessation is shame, or fear of “losing face.” For the Hmong, where daily smoking was traditionally culturally disapproved, one feels shame admitting to being a regular smoker. The Cambodians, Laotians, and Vietnamese perceive smoking as acceptable as long as it is a “habit” and not an “addiction.” A habit is not considered shameful because it can be stopped at any time. In contrast, addiction, the inability to quit at will, is viewed very negatively. In these cultures, which value mental control as a part of a Buddhist world view, physical addiction of any kind demonstrates a “weak mind.” Trying to quit thus becomes a highly private act because public failure confirms addiction and lack of self-control. This need to assert mental self-control also leads to the perception that smokers

should not need social support, counseling, or stop-smoking medications to support a quit attempt.

### 4. Culturally sensitive stop-smoking interventions build trust, employ sensitivity, and protect smokers’ privacy.

To overcome the barrier of shame in seeking help, interventions must avoid criticizing the smoker. Community-based services can build the trust of smokers by building on existing relationships. Telephone helplines also ensure confidentiality and privacy.

### 5. Family, community, and clan are key cultural assets to leverage in helping smokers quit.

The Southeast Asian focus on the needs of the family, community, and clan (as in Hmong society) over the individual could influence smokers to quit for the benefit of their children. Family members and respected community members are the primary people who can ask smokers to quit. Yet, acculturation sometimes leads to role reversals in which some children are now telling their parents to quit—a development that not everyone accepts.

### 6. Physicians can help smokers quit but must develop an effective message on prevention.

Although physicians are highly respected and influential, Southeast Asians tend not to associate doctors with preventive health or see smoking as a medical problem. Therefore, members of these communities tend not to see physicians as resources to help smokers quit.

## Part IV: Creating Culturally Competent Tobacco-Control Programs

---

Tobacco control efforts fall into three general categories: 1) prevention, or keeping new members of the population from starting to smoke; 2) cessation, or helping current smokers quit; and 3) reduction of exposure to secondhand smoke among all members of the population. The following specific guidelines are based on both implications from the findings of this report and the explicit recommendations of interviewees.

### 1. Develop strategies to counter the negative effects and build on the positive effects of acculturation.

Southeast Asians differ on the risk and protective factors for tobacco use based on their level of acculturation. Sensitivity to both traditional cultures and varying degrees of acculturation is critical to successful initiatives to reduce tobacco use in Southeast Asian communities.

### 2. Tailor interventions to the unique vulnerabilities of different segments of the community.

Rather than a “one-size-fits-all” approach, strategies should be tailored based on level of acculturation, age, and gender.

### 3. Develop tobacco-control programs built upon traditional cultural values and beliefs.

Interventions should leverage the cultural values of politeness and sensitivity as well as of acting to benefit the family. Interventions should involve the family, community, and clan as appropriate. Finally, culturally competent stop-smoking services will help smokers avoid the loss of face associated with seeking help to quit smoking.

#### **4. Tailor communication promoting knowledge about the harm of smoking to communities' existing levels of knowledge.**

Messages should counter current misconceptions about smoking and address different beliefs about health and disease for the less acculturated. Messages must also account for lack of English-language proficiency and low literacy levels among these groups.

#### **5. Address the social isolation and stress that may underlie smoking behavior for certain smokers and may be a barrier to quitting.**

Interventions should address use of tobacco to relieve stress as well as the underlying issues causing the stress.

#### **6. Modify cultural traditions that work against tobacco control.**

The cultural significance of tobacco in the homeland does not support efforts to de-normalize tobacco use in Southeast Asian communities. Communities can find ways to modify celebrations and cultural practices that traditionally involved tobacco use. Communities can also promote smoke-free public places and homes.

#### **7. Develop effective prevention messages for health care providers.**

Physicians can more actively identify and encourage patients to quit, countering the perception that only the sick can ask for help to quit. Health plans should partner with Southeast Asian communities to develop culturally competent tobacco-control interventions.



## **REFERENCES**

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual Causes of Death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291:1238-1245.
2. Nelson D, Kirkendall R, Lawton R, et al. Surveillance for smoking-attributable mortality and years of potential life lost; by state—United States, 1990. *MMWR*. 1994; 43:1-8.
3. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
4. National Cancer Institute. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: The Report of the California Environmental Protection Agency*. Bethesda, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; August 1999. No. NIH Pub. No. 99-4645.
5. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health; 1986. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398.
6. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders: The Report of the Environmental Protection Agency*. Washington, D.C.: U.S. Environmental Protection Agency, Office of Research and Development; 1993. No. EPA/600/6-90/006F.
7. Blue Cross and Blue Shield of Minnesota. *Health Care Costs and Smoking: The Bottom Line*. Eagan, Minn.: Center for Tobacco Reduction and Health Improvement; 2005.
8. Shafey O, Dolwick S, Guindon, GE (eds). *Tobacco Control Country Profiles 2003*, American Cancer Society, Atlanta, GA, 2003. Publication available through the World Health Organization, at [http://www.who.int/tobacco/global\\_data/country\\_profiles/en/](http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/en/).
9. Health Status of Cambodians and Vietnamese—Selected Communities, United States, 2001–2002. *MMWR*, August 27, 2004, 53(33); 760-65.
10. *Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minority Groups—African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1998.
11. Muggli ME, Pollay RW, Lew R, Joseph AM. Targeting of Asian Americans and Pacific Islanders by the tobacco industry: Results from the Minnesota Tobacco Document Depository. *Tobacco Control* 2002; 11:201-9.

ខែមីនា ឆ្នាំ 2006

សូមជូនមកដល់មិត្តភក្តិ នៃសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ នៅរដ្ឋមេនីស្កូតា

ផែនការក្រុមជាតិសាសន៍ និងប្រជាជាតិទីវង្ស (Diverse Racial Ethnic Groups and Nations) ដែលហៅកាត់ថា DREGAN មានគោលបំណង បន្ថយការគ្រោះថ្នាក់ បានបណ្តាលដោយសារធាតុជាក់ នៅក្នុងបណ្តាសហគមន៍ខ្មែរ ម៉ុង លាវ និងវៀតណាម នៅក្នុងរដ្ឋមេនីស្កូតា ។ ផែនការនេះមានការរួម សហការជាប់ទាក់ទងជាមួយនឹងសហគមន៍និមួយៗទាំងនោះ ដូចបានតំណាងដោយសម្ព័ន្ធភាពជនជាតិអាស៊ី-ប៉ាស៊ីហ្វិក ឥតប្រើធាតុជាក់សោះ (Asian Pacific Tobacco-Free Coalition) ដែលហៅកាត់ថា APT-FCM និងសមាគមគេហដ្ឋានជនអន្តោប្រវេសន៍មកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ (Southeast Asian Refugee Community Home ដែលហៅកាត់ថា SEARCH ថែមទាំង Blue Cross and Blue Shield of Minnesota ដែលហៅកាត់ថា Blue Cross និងដៃគូ សំរាប់វិធានការប្រឆាំងនឹងធាតុជាក់ រដ្ឋមេនីស្កូតា (Minnesota Partnership for Action Against Tobacco) ដែលហៅកាត់ថា MPAAT ។ Blue Cross និង MPAAT រួមគ្នាផ្តល់ថវិកាសំរាប់ផែនការនេះ ។

ផែនការ DREGAN មានសមាសភាពបីយ៉ាង : 1) ការស្រាវជ្រាវខាងគុណភាព ដើម្បីឲ្យយល់ច្បាស់ឡើងអំពីលក្ខណៈវប្បធម៌ នៃការប្រើធាតុជាក់នៅក្នុង សហគមន៍និមួយៗ; 2) ការស្រាវជ្រាវខាងគុណភាព ដើម្បីសំរេចការនិយមនៃការប្រើធាតុជាក់ និងឥរិយាបថគ្រោះថ្នាក់សុខភាពផ្សេងៗទៀត; និង 3) ផែន ការធ្វើអន្តរាគមន៍សាកល្បង បានរៀបចំឡើងដើម្បីសាកមើលកម្មវិធីរបៀបបញ្ចូលគំនិតថ្មី ដើម្បីបន្ថយការប្រើប្រាស់ធាតុជាក់ នៅក្នុងសហគមន៍ទាំងពួង ។

សេចក្តីរាយការណ៍នេះ សង្ខេបពីលទ្ធផលនៃផ្នែកការស្រាវជ្រាវខាងគុណភាពរបស់ផែនការនេះ ។ របាយការណ៍មានគោលដៅមូលដ្ឋានពីរយ៉ាង ។ ជាដំបូង យើងមានគោលបំណងរៀបរាប់អំពីជំនឿជាប់ទាក់ទងនឹងការប្រើធាតុជាក់ និងអាកប្បកិរិយារបស់សហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ នៅក្នុង រដ្ឋមេនីស្កូតាដែលមានច្រើនឡើងៗ ។ ទីពីរ យើងស្វែងយល់អំពីលក្ខណៈវប្បធម៌ប្លែកពីគេ ដែលមានអានុភាពទៅលើការប្រើធាតុជាក់ នៅក្នុងសហគមន៍ ទាំងនេះ ។

យើងសង្ឃឹមថារបាយការណ៍នេះ នឹងកំឡើងទឹកចិត្តអ្នកដឹកនាំប្រជាជនមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ និងអ្នកដឹកនាំដែលមិនមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ព្រមទាំងអ្នកបង្កើតច្បាប់ នានា ដើម្បីផ្សព្វផ្សាយឲ្យបន្ថយការប្រើធាតុជាក់ នៅក្នុងសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ។ យើងសូមថ្លែងអំណរគុណចំពោះអ្នកដឹកនាំសហគមន៍ជា ច្រើននាក់ ដែលបានចំណាយពេលវេលា ដើម្បីចែកចាយទស្សនៈ និងចំណេះដឹងរបស់គេ ព្រមទាំងអរគុណដល់សមាជិកសហគមន៍ ដែលចូលរួមក្នុង ការស្រាវជ្រាវនេះ ជាអ្នកធ្វើសំភាសន៍ និងអ្នករួមធ្វើការជាមួយផងដែរ ។

ដោយនូវក្តីស្មោះស្ម័គ្រ

ក្រុមផែនការ DREGAN

# អារម្ភកថា

## ការប្រើថ្នាំជក់ គំរាមកំហែងសុខភាពរបស់សហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ នៅរដ្ឋមេនីស្កូតា។

វាជាបច្ចុប្បន្នភាពដ៏ធំមួយនៃការស្លាប់ដែលអាចការពារបាន នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។<sup>1, 2</sup> ត្បិតការប្រើថ្នាំជក់បណ្តាលឲ្យគ្រោះថ្នាក់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ដល់សុខភាពនៃប្រជាជនមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ។ ការជក់បារី បណ្តាលឲ្យកើតរោគមហារីកជាច្រើនយ៉ាង រួមមានរោគបេះដូង និងរោគប្រព័ន្ធដកដង្ហើម និងក្នុងបណ្តាឥរិយាបថខាងសុខភាពផ្សេងៗទៀត ។ ការហិតស្បែកបារីរបស់អ្នកដទៃ បណ្តាលឲ្យអ្នកឥតជក់បារីស្លាប់ ដោយសាររោគមហារីកសួត និងរោគបេះដូង ទាំងបង្កើនភាពគ្រោះថ្នាក់ដល់ក្មេងៗ ដោយដំបៅខាងក្នុងគុម្ពត្រចៀក រោគហិត រោគរលាកទងសួត និងនិមិត្តរោគការស្លាប់ទារកភ្លាមៗ (Sudden Infant Death Syndrome) ។<sup>4-6</sup> ការជក់បារីបានចំណាយប្រាក់អស់ជាង \$1.98 កោដិដុល្លារ សំរាប់ការថែទាំសុខភាពនៅក្នុងរដ្ឋមេនីស្កូតា ឆ្នាំ 2002 ។<sup>7</sup>

## តើអ្នកដែលចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវ និងផ្នែកវិទ្យាសាស្ត្រនៃផែនការ DREGAN ជាអ្វី?

ការស្រាវជ្រាវអ្នកដែលចូលរួមនៅតាមសហគមន៍ និងវិទ្យាសាស្ត្រ គឺជាប់ទាក់ទងនឹងសមាជិកសហគមន៍ដែលបានប៉ះពាល់ ដោយមានបញ្ហាសុខភាពផ្សេងពីគ្នានៅក្នុងការរៀបចំ និងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ ។ សមាជិកសហគមន៍ បានធ្វើការជាអ្នកទីប្រឹក្សាផែនការ និងជាសមាជិកក្រុមស្រាវជ្រាវ ។ គេបានចូលរួមយ៉ាងសកម្ម នៅគ្រប់ទាំងដំណាក់កាលនៃការស្រាវជ្រាវ ចាប់តាំងពីការបង្កើតនូវពិធីការនៃការសវនាការ ដើម្បីវិភាគទិន្នន័យ និងរៀបចំនូវរបាយការណ៍នេះ ។ ផែនការ DREGAN បានចាប់ផ្តើមជាមួយនឹងផែនការនៃការស្រាវជ្រាវខាងគុណភាព ដើម្បីឲ្យយល់ច្បាស់ឡើងនូវលក្ខណៈវប្បធម៌ប្លែកពីគេ និងអត្ថន័យដ៏ស្មុគស្មាញនៃការប្រើថ្នាំជក់ នៅក្នុងសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ។ ទិសដៅដ៏ធំមួយនៃគុណភាពសិក្សា គឺដើម្បីឲ្យយល់អំពី :

- អត្ថន័យសង្គម និងវប្បធម៌ នៃការប្រើថ្នាំជក់ ក្នុងសហគមន៍ខ្មែរ ម៉ុង លាវ និងវៀតណាម
- ឧបសគ្គខាងសង្គម និងវប្បធម៌ ចំពោះវិធីការពារកុំឲ្យជក់បារី និងការបញ្ឈប់ជក់បារី (ការឈប់ជក់បារី) និង
- ទ្រព្យសហគមន៍ដែលអាចប្រើប្រាស់កុំឲ្យទៅលើការប្រឹងប្រែងបន្ថយថ្នាំជក់ ។

ផែនការនេះគឺមានសារៈសំខាន់ពិសេស ពីព្រោះការស្រាវជ្រាវដែលមានស្រាប់ទៅលើការជក់បារីក្នុងចំណោមជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ទំនងជាចាត់ទុកថាជា “ជនជាតិអាស៊ី” ឬ “អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក” ជាក្រុមដែលមានបែបដូចគ្នាទាំងអស់ ជាជាការពិនិត្យទៅលើសហគមន៍ដោយខ្លួនឯង ជាដាច់ខ្សែទៅវិញ ។

## តើហេតុអ្វីបានជាសារៈសំខាន់ ដើម្បីសិក្សាអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ក្នុងសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ខុសៗពីគ្នា?

ថ្វីបើសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍នៅរដ្ឋមេនីស្កូតា មានការនិយមយ៉ាងច្រើន ជាមួយនឹងប្រជាជនទូទៅនៃរដ្ឋមេនីស្កូតាក្តី តែគេក៏នៅខុសពីគ្នាប្រើថ្នាំជក់ និងមានឧបសគ្គខុសៗគ្នា ដើម្បីឈប់ជក់បារីដែរ ។

- ជនជាតិខ្មែរ ម៉ុង លាវ និងវៀតណាម គឺមកពីប្រទេសដែលកំរិតនៃពួកបុរសជក់បារីមានច្រើនជាងនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ។<sup>8</sup> ទិន្នន័យនេះ កំរិតនៃការជក់បារី គេបានសង្កេតឃើញនៅ ក្នុងសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ី អាគ្នេយ៍ មួយចំនួន នៅក្នុងអាមេរិក ។<sup>9</sup> ដែលកំរិតមានជាទូទៅរាប់ជាសាមញ្ញបាននៃការជក់បារីក្នុងចំណោមពួកគេ ដែលពុំមាននៅក្នុងរដ្ឋមេនីស្កូតា ។

- ដោយបានប្រៀបធៀបទៅនឹងប្រជាជនទូទៅ នោះជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ដែលនៅក្នុងសហរដ្ឋ អាចនឹងជួបប្រទះនូវកត្តាគ្រោះថ្នាក់ខុសៗគ្នាសំរាប់ការជក់បារី ។
- ភាពផ្សេងគ្នានៃការថែទាំសុខភាព និងឧបសគ្គនៃភាសា អាចបន្ថែមបង្ហាញដល់ការផ្សព្វផ្សាយខាងសុខភាព និងការប្រឹងប្រែងឈប់ជក់បារី ។
- ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ មានបទដ្ឋានខុសៗគ្នាជាប់ទាក់ទងការប្រើថ្នាំជក់ មានជំនឿខុសៗគ្នាអំពីបច្ចុប្បន្នភាពនៃសុខភាព និងជំងឺនានា ហើយជាញឹកញយ ពុំសូវមានចំណេះដឹងអំពីការគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពដោយសារថ្នាំជក់ឡើយ ។
- បទដ្ឋានខាងវប្បធម៌ និងសណ្ឋានការប្រស្រ័យទាក់ទងខុសៗគ្នា គឺមានន័យថា មាត្រដ្ឋាននៃរបៀបការពារ និងយុទ្ធវិធីឈប់ជក់បារី អាចនឹងពុំមានប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងសហគមន៍ទាំងនេះទេ ។
- ឧស្សាហកម្មថ្នាំជក់គ្មានភាពស្មើគ្នាឡើយ ដោយបានប៉ងទៅលើជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ និងអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក ទាំងនៅក្នុងសហរដ្ឋ និងនៅក្នុងប្រទេសកំណើតរបស់គេ ។<sup>10, 11</sup>



សហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ក៏មានកំឡាំងប្លែកពីគេ ដែលមិនមែនជាទូទៅនៅក្នុងបណ្តាជនទូទៅ ដែលរបៀបការពារកុំឲ្យជក់បារី និងការប្រឹងប្រែងឈប់អាចមានកំឡាំង ។

- ភាគច្រើននៃសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ សង្កត់យ៉ាងខ្លាំងទៅលើសេចក្តីត្រូវការនៃគ្រួសារ ជាប់ទាក់ទងទៅលើបុគ្គលម្នាក់ៗ ។
- ឪពុកម្តាយនៃជនជាតិអាស៊ីអាមេរិកាំង ក៏បានបង្ហាញឲ្យឃើញមានអានុភាពទៅលើកូនៗរបស់គេ ច្រើនជាងឪពុកម្តាយនៃពួកសាន់ស្ត្រាកស ។
- តាមប្រពៃណី សង្គមជាតិនៃជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ បានដាក់តម្លៃខ្ពស់ទៅលើការមានឥរិយាបថត្រឹមត្រូវ ប្រយោជន៍កុំឲ្យខូចកេរ្តិ៍ឈ្មោះរបស់គ្រួសាររួមទាំងកេរ្តិ៍ឈ្មោះរបស់ពួកគេផង ។
- តម្លៃវប្បធម៌ផ្សេងៗទៀត ដូចជាការកាន់ព្រះពុទ្ធសាសនា សង្កត់ទៅលើការជៀសវាងនូវការប្រើសារធាតុញៀន ក៏មានជាជំនួយយ៉ាងខ្លាំងទៅលើការប្រឹងប្រែងឈប់នឹងថ្នាំជក់ ។

តែជាយ៉ាងណាមិញ នៅពេលនេះ គេបានដឹងតិចតួចណាស់អំពីរបៀបប្រើប្រាស់ទ្រព្យធនទាំងនេះ សំរាប់ទប់ទល់នឹងថ្នាំជក់ ហើយបានដឹងទូលំទូលាយច្រើនទៀតអំពីរបៀបបង្កើតយុទ្ធវិធីទប់ទល់នឹងថ្នាំជក់ ដោយយោគយល់ដល់វប្បធម៌សំរាប់សហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ នៅក្នុងរដ្ឋមេនីស្កូតា ។

**របៀបការសិក្សានេះបានរៀបចំឡើង និងបានធ្វើការរៀបចំសិក្សា :** សមាជិកសហគមន៍ដែលនិយាយពីភាសា ត្រូវបានហ្វឹកហ្វឺន ដើម្បីធ្វើសវនាការដ៏រហ័សមុខចំនួន 90 នាទី ជាមួយនឹងអ្នកដឹកនាំសហគមន៍ជាផ្លូវការ និងក្រៅផ្លូវការចំនួន 60 នាទី ជាភាសាអង់គ្លេស ឬជាភាសាកំណើតរបស់គេ ។

**ការជ្រើសរើសអ្នកចូលសំភាសន៍ :** សមាជិកសហគមន៍បានសំគាល់ស្ត្រីសាមសីបនាត់ និងបុរសសាមសីបនាត់ (បុរសប្រាំបីនាត់ និងស្ត្រីប្រាំបីនាត់ ពីសហគមន៍ខ្មែរ ម៉ុង លាវ និងវៀតណាម) ដោយយោងទៅលើចំណេះដឹងនៃសហគមន៍ ភាពដឹកនាំ និងភាពព័ន្ធខាងវប្បធម៌របស់គេ ។ អ្នកដែលចូលសំភាសន៍មានអាយុពី 20 ទៅ 68 ឆ្នាំ ។ អ្នកទាំងនោះគឺមានលាយចម្រុះគ្នានៃអ្នកដែលជក់បច្ចុប្បន្ន អ្នកធ្លាប់ជក់ពីមុន និងអ្នកមិនដែលជក់សោះ ។

**ការវិភាគទិន្នន័យ :** សមាជិកប្រាំបីនាត់នៃក្រុមស្រាវជ្រាវពហុវិទ្យា បានវិភាគទិន្នន័យការសំភាសន៍ ។ ដោយធ្វើការជាមួយគ្នា សមាជិកក្រុមស្រាវជ្រាវបានបង្កើតគន្លឹះលទ្ធផល និងបានសំគាល់នូវសារៈសំខាន់ខ្លីៗ ដែលបានគាំទ្រដោយពាក្យដកស្រង់ចេញពីអ្នកចូលសំភាសន៍ ។

**ការកំរិត :** តាមរយៈការរៀបចំ គេពុំបានជ្រើសរើសអ្នកចូលសំភាសន៍ដោយប្រារៗ ឲ្យធ្វើតំណាងសហគមន៍របស់គេទេ; ដោយសារហេតុនេះហើយ ការសិក្សាពុំអាចស្តង់ដារនិយម នៃការជក់បារីក្នុងសហគមន៍ប្តូរមកពីអាស៊ី

**ផ្នែកទី I : រឿងអំពីថ្នាំជក់នៅក្នុងមាតុប្រទេស**

ពីព្រោះតែភាគច្រើននៃជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ នៅក្នុងរដ្ឋមេនីសូតាជាជនភៀសខ្លួន និងជាជនអន្តោប្រវេសន៍ បានជាសារៈសំខាន់ ដើម្បីឲ្យយល់ពីការប្រើថ្នាំជក់នៅក្នុងមាតុភូមិរបស់គេ ។ តើសមាជិកសហគមន៍នីតិវិធីខ្លះ អំពីភាពគួរគាប់នៃការជក់បារី តួនាទីនៃថ្នាំជក់ និងការគីរឺវីងនៅក្នុងសង្គមដែលគ្រប់គ្រងការប្រើរបស់វា នៅក្នុងមាតុភូមិរបស់គេ? រឿងរបស់អ្នកចូលសំភាសន៍ ឆ្លុះបញ្ចាំងទៅលើអនុស្សាវរីយ៍ របស់គេ នៃជីវិតនៅក្នុងមាតុភូមិ ក៏ប៉ុន្តែមិនប៉ាន់រៀបរាប់ពីពេលវេលាបច្ចុប្បន្ន នៅប្រទេសកម្ពុជា លាវ ឬវៀតណាមទេ ។ ផ្ទុយទៅវិញ គោលបំណងគឺដើម្បីឲ្យយល់ច្បាស់ឡើង នូវអត្ថន័យវប្បធម៌នៃថ្នាំជក់ដែលជនអន្តោប្រវេសន៍ទាំងនេះបាននាំមកជាមួយគេ ចូលមកក្នុងសហរដ្ឋ ។ ទស្សនៈរបស់អ្នកចូលសំភាសន៍ អំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់នៅក្នុងអាស៊ីអាគ្នេយ៍ គឺមានខុសៗគ្នា ដែលធ្វើឲ្យលក្ខណៈទស្សនៈមួយទៅលើអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ពិបាកយល់ បើដូច្នោះទេ ពុំអាចធ្វើទៅកើតឡើយ ។

**1. ថ្នាំជក់ជាផ្នែកមួយនៃវប្បធម៌ នៅក្នុងមាតុប្រទេសសំរាប់ជនជាតិខ្មែរ លាវ និងវៀតណាម**

សំរាប់បុរសខ្មែរ លាវ និងវៀតណាម ការជក់បារីគឺជាទូទៅ និងជាទីគួរគាប់ ។ ថ្នាំជក់ត្រូវបានគេប្រើ ដើម្បីរក្សាភាពទំនាក់ទំនងក្នុងសង្គម ។ នៅក្នុងវប្បធម៌នៃជនជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ទាំងនេះ ថ្នាំជក់គឺជារតន្ត្រីមួយ ហើយជាញឹកញយបានបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពសង្គមនៃអ្នកជក់បារី ។ តែជាយ៉ាងណាមិញ

**ផ្នែកទី II : ឥទ្ធិពលនៃការយកលំនាំតាម ការប្រើថ្នាំជក់**

នៅពេលមកដល់សហរដ្ឋ ជនអន្តោប្រវេសន៍ទាំងឡាយ ត្រូវបានមុជទៅក្នុងវប្បធម៌ និងសង្គមជាតិមួយខ្ពស់ស្រឡះ ។ គេពិសោធន៍ “វប្បធម៌មិនស៊ីគ្នា” គួរតែជួបប្រទះអាកប្បកិរិយា សេចក្តីជំនឿ និងបទដ្ឋានដែលខុសៗគ្នា - ជួនកាលខុសគ្នាយ៉ាងអនេក ពីវប្បធម៌នៃមាតុប្រទេសរបស់គេ ។ *ការយកលំនាំតាម* គឺសំដៅទៅលើដំណើរការដែលជនអន្តោប្រវេសន៍ រៀនរូបរាងជាប្រាកដនូវការ និងជំនាញសញ្ញាឲ្យធ្វើអ្វីមួយ និងគំរិយាបច្ច្រឹមត្រូវនៃប្រជាជនទូទៅនៅក្នុងប្រទេសអាមេរិក ។ ការយកលំនាំតាម អាចនឹងកើតឡើង ដោយមាន

អាគ្នេយ៍ ។ ផ្ទុយទៅវិញ អ្នកដឹកនាំដែលបានជ្រើសរើស បានទទួលស្គាល់នូវចំណេះដឹងនៃសហគមន៍របស់គេ ។ ការសំភាសន៍គ្រប់គ្រាន់ត្រូវបានបញ្ចប់ដើម្បីសំគាល់ការរួបរួមគ្នាទៅលើសារៈសំខាន់ជាគន្លឹះ ។

**ប្រវត្តិសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ទីទៃពីគ្នា នៅរដ្ឋមេនីសូតា**

បន្ទាប់ពីម៉ៃប្រាំឆ្នាំ នៃសង្គ្រាមនៅប្រទេសវៀតណាមបានចប់មក នោះការជំរុំមនុស្សឆ្នាំ 2000 បានរាប់ប្រហែលជា 1.8 លាននាក់ នៃអ្នកមានដើមកំណើតជាជនជាតិខ្មែរ ម៉ុង លាវ និងវៀតណាម ដែលកំពុងរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋ ។ ជនជាតិអាស៊ីអាគ្នេយ៍ទាំងនេះ ជាតំណាងច្បាស់នៃសង្គមជាច្រើននាក់ ដែលចេញពីសង្គ្រាមនោះ និងជនអន្តោប្រវេសន៍ជាបន្តបន្ទាប់ បានស្ថាបនានូវសហគមន៍ឡើងមួយចំនួន នៅសព្វទូទាំងប្រទេស តាមរយៈការផ្លាស់លំនៅក្នុងប្រទេស ។ យោងទៅលើការជំរុំមនុស្សឆ្នាំ 2000 នោះរដ្ឋមេនីសូតា មានប្រជាជនជាង 84,000 នាក់ ដែលរៀបរាប់ខ្លួនគេថាជាអ្នកនៅក្នុងក្រុមទាំងនេះ ។

ការជក់បារីគឺចំពោះតែបុរសៗ ហើយមិនជាទីគួរគាប់សំរាប់ស្ត្រី និងយុវវ័យឡើយ ។ ថ្នាំជក់បានឃើញមានជាញឹកញាប់នៅក្នុងពិធីបុណ្យ និងក្នុងពិធីទំលាប់ ហើយក៏បានប្រើសំរាប់ជាថ្នាំព្យាបាលដែរ ។

**2. ថ្នាំជក់មានតួនាទីមួយ នៅក្នុងវប្បធម៌ម៉ុង ប៉ុន្តែតាមប្រពៃណីមិនបានប្រើជាទៀងទាត់ទេ**

ការជក់បារីរៀងរាល់ថ្ងៃនៅក្នុងមាតុភូមិ ពុំជាទូទៅប៉ុន្មានទេ លើកលែងតែមេដឹកនាំយកមកប្រើធ្វើឲ្យស្លឹកការឈឺចាប់ព្រោះអាយុចាស់ ។ សាសន៍ម៉ុងមានអាកប្បកិរិយាជាអវិជ្ជមានច្រើនជាង ទៅលើអ្នកជក់បារីទៀងទាត់ បើប្រៀបធៀបទៅនឹងខ្មែរ លាវ និងវៀតណាម ។ ការជក់បារីរៀងរាល់ថ្ងៃ បានក្លាយជាទូទៅខ្លាំងជាងបន្ទាប់ពីមានការទាក់ទងជាមួយនឹងទាហានអាមេរិកាំង នៅក្នុងកំឡុងពេលសង្គ្រាមវៀតណាម ។

**3. ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍មួយចំនួន បានចាប់ផ្តើមជក់បារីនៅក្នុងមាតុប្រទេសរបស់គេ ក្នុងកំឡុងពេលសង្គ្រាម ក្នុងលក្ខណៈពេលកម្មដោយបង្ខិតបង្ខំ ឬការរីករស់រវើក និងនយោបាយ**

សង្គ្រាមស៊ីវិលនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា សង្គ្រាមនៅប្រទេសវៀតណាម និងប្រទេសលាវ បានបង្កើតនូវការតានតឹងចិត្ត សំរាប់អ្នកនៅរស់រានមានជីវិតនិងកូនៗរបស់គេ ដែលអាចបាននាំឲ្យគេជក់បារីច្រើនឡើង ដើម្បីបំបាត់សេចក្តីទុក្ខព្រួយរបស់គេ ។

កំរិតខុសៗគ្នា អាស្រ័យទៅលើថ្នាក់នៃចំណេះចំណានខាងភាសាអង់គ្លេស ឬការប្រកបគ្នាជាមួយនឹងប្រជាជនទូទៅ និងការប៉ះប្រទះទៅនឹងសារពត៌មានអាមេរិក ។ យូរៗទៅ វប្បធម៌ដែលមិនស៊ីគ្នាក៏ថយចុះ ក៏ប៉ុន្តែវាមិនសាបរលាបឡើយ ។ ការយកលំនាំតាមទៅនឹងជីវភាពអាមេរិកាំង មានអានុភាពលើការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់សំរាប់អនុក្រុមនៃសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ - ដូចជាបុរស ស្ត្រី និងយុវវ័យ - ទាំងក្នុងរបៀបជាមធ្យ័ត និងជាឥតមធ្យ័ត (អវិជ្ជមាន និងអវិជ្ជមាន) ។

**1. ជនអន្តោប្រវេសន៍ជួបប្រទះនឹងទស្សនៈវប្បធម៌មិនស៊ីគ្នា និងបទដ្ឋានអំពើផ្ទុំជាក់**

ជនអន្តោប្រវេសន៍បានផ្លាស់ប្តូរ ពីមានចំណេះដឹងតិចតួចនៃគ្រោះថ្នាក់របស់ផ្ទះជាក់ទៅជាមានការចេះដឹងច្រើនថា “ការជាក់ប្រវេសន៍មនុស្ស” ។ ដោយបានប្រៀបធៀបទៅនឹងកង្វះខាតនៃចំណេះដឹងខាងវិទ្យាសាស្ត្រនៅក្នុងមាតុភូមិ នោះពិតមានអំពីការគ្រោះថ្នាក់នៃការជាក់ប្រវេសន៍ និងផ្សែងពីអ្នកដទៃ គឺមាននៅទូទាំងសហរដ្ឋ ។

ជនអន្តោប្រវេសន៍បានផ្លាស់ប្តូរ ពីការឃើញថាការជាក់ប្រវេសន៍ជាសញ្ញាមួយវិវិជ្ជមាននៃការបង្ហាញឲ្យឃើញការស្នាក់នៅ ការផ្តល់កិត្តិយស និងស្ថានភាពសង្គមខ្ពស់ទៅជាឃើញថាការជាក់ប្រវេសន៍ជាស្នាក់នៅមិនទាន់យល់សោះ ។ នៅក្នុងប្រទេសអាស៊ីអាគ្នេយ៍ជាច្រើន គេបានឲ្យតម្លៃខ្ពស់លើពាណិជ្ជកម្មប្រវេសន៍ បានជួយបង្ហាញឲ្យឃើញនូវស្ថានភាពសង្គម ។ គេក៏បានប្រើដើម្បីគោរពព្រួយបារម្ភរបស់គេ និងការទាក់ទងសង្គមផងដែរ ។ នៅក្នុងសហរដ្ឋ គេបានរៀនយ៉ាងឆាប់រហ័ស ថាប្រវេសន៍នាំនិមិត្តសញ្ញាទាំងនេះឡើង ។ ជួយទៅវិញ ការជាក់ប្រវេសន៍នៅក្នុងទីសាធារណៈកំពុងតែត្រូវគេបានចាត់ទុកជាស្នាក់នៅមិនទាន់យល់សោះនៃខ្លាំងឡើងៗ ។

ជនអន្តោប្រវេសន៍បានផ្លាស់ប្តូរ ពីភាពអាចជាក់បាន “នៅគ្រប់ទិសទី” បែរទៅជាត្រូវទៅជាក់ឲ្យឆ្ងាយពីគេវិញ ។ នៅក្នុងប្រទេសអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ការជាក់ប្រវេសន៍ជាមួយនិងអ្នកដទៃគ្រប់គ្រង គឺជាទំលាប់នៃសកម្មភាពសង្គម ។ នៅក្នុងសហរដ្ឋ ជនអន្តោប្រវេសន៍ គេបានឃើញអ្នកជាក់ប្រវេសន៍ត្រូវបានគេចេញទៅជាក់នៅក្រៅផ្ទះ ។

ជនអន្តោប្រវេសន៍បានផ្លាស់ប្តូរ ពីការឃើញនូវការជាក់ប្រវេសន៍ សំរាប់តែ “បុរសប៉ុណ្ណោះ” ទៅជាឃើញថា “នរណា ក៏អាចជាក់បាន” ។ នៅក្នុងប្រទេសអាស៊ីអាគ្នេយ៍ គេកម្រឃើញស្ត្រី និងយុវវ័យក្លាយជាអ្នកជាក់ណាស់ ។ នៅក្នុងសហរដ្ឋ គេអាចជាក់ដោយឥតលាក់បាំង ។

**2. ការយកលំនាំតាម អាចនាំឲ្យពុំសូវប្រើផ្ទុំជាក់**

ការយកលំនាំតាម មានទាំងលទ្ធផលវិជ្ជមាន និងជាអវិជ្ជមាន ទៅលើការប្រើផ្ទុំជាក់ ។ ចំណែកខាងវិជ្ជមាន ការយកលំនាំតាម នាំទៅរកលទ្ធផលវិជ្ជមាននៃការរៀបចំសង្គមខ្លាំងជាង ទៅលើបុរសអ្នកជាក់ដើម្បីឲ្យផ្លាស់ប្តូរឥរិយាបថការជាក់ប្រវេសន៍ ។ ថ្វីបើសហគមន៍ខ្មែរ លាវ និងវៀតណាម ពុំបានចាត់ទុកបុរសដែលជាក់ជាទីគិតគូរគ្រប់គ្រងដោយ គងតែគេបានយល់ថាការជាក់នៅជិតអ្នកដទៃឲ្យគឺជាការរំលោភនូវតម្លៃវប្បធម៌នៃការគោរព ។ យូរៗទៅ បុរសអ្នកជាក់ប្រវេសន៍ច្រើន បានចាប់ផ្តើមមានទស្សនៈថាការជាក់ប្រវេសន៍ជាស្នាក់នៅមិនទាន់យល់សោះ ជាជាងថាជាសញ្ញានៃស្ថានភាពទៅវិញ ឬថាជាគំរោះគំរើយដល់អ្នកដទៃ ជាជាងជារបៀបរក្សាទំនាក់ទំនងសង្គមទៅវិញ ។

ការយកលំនាំតាម បង្កើនឲ្យមានការដឹងពីភាពគ្រោះថ្នាក់ខាងសុខភាពដោយសារការប្រើផ្ទុំជាក់ និងបន្ថយការទ្រាំទ្រនឹងការជាក់ប្រវេសន៍ ។ ដំណើរខាងសុខភាពសាធារណៈនៅក្នុងសហរដ្ឋ បានខំផ្សព្វផ្សាយឲ្យដឹងពីការគ្រោះថ្នាក់ដោយសារការជាក់ប្រវេសន៍ចំពោះរូបកាយ និងរូបរាង ។ ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍មួយចំនួន អាចមានសេរីភាពដើម្បីបញ្ចេញសំឡេងនៃកង្វល់ទាំងនេះបាន នៅក្នុងសហរដ្ឋ ដែលគេបានទទួលបានតិចតួចក្រសែក្រាល អំពីការគ្រោះថ្នាក់ដោយសារការជាក់ប្រវេសន៍ និងបន្ថយនូវឥរិយាបថនៃការគ្រប់គ្រងក្នុងសង្គម ។ ទោះបីការដឹងកាន់តែចំនើនឡើងក៏ដោយ គងតែសមាជិកសហគមន៍ជាច្រើន ជាពិសេសចាស់ទុំ ឬអ្នកដែលពុំសូវយកលំនាំតាម នៅតែខ្លះខាតការយល់ដឹងនូវភាពគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព ដោយសារការជាក់ប្រវេសន៍ដែល ។

ការយកលំនាំតាម ក៏បង្កើនពីការដឹងនូវភាពគ្រោះថ្នាក់ពីផ្សែងប្រវេសន៍អ្នកដទៃ ។ នៅក្នុងប្រទេសអាស៊ីអាគ្នេយ៍ មានការដឹងពីភាពគ្រោះថ្នាក់ពីផ្សែងប្រវេសន៍ស្រីតែគ្មានសោះ អំពីការដឹងពីភាពគ្រោះថ្នាក់ពីផ្សែងប្រវេសន៍អ្នកដទៃ ។ នៅក្នុងរដ្ឋមេនីសូតា គេបានដឹងច្រើន ។ ការរស់នៅក្នុងផ្ទះដែលបានបិទបាំងដោយប្រដាប់ការពារគ្រឿងកាំភ្លើង ក៏បានបង្កើននូវចំណង់ចិត្តចង់រំលែកផ្ទះដែរ ។ ក៏ប៉ុន្តែ សមាជិកសហគមន៍ដែលពុំសូវយកលំនាំតាម នៅតែខ្លះខាតការដឹងពីផ្សែងដែល អំពីភាពគ្រោះថ្នាក់ពីផ្សែងប្រវេសន៍អ្នកដទៃ ។

យូរៗទៅ ការយកលំនាំតាមផ្លាស់ប្តូរច្បាប់ទំលាប់ជាគ្រោះថ្នាក់រាងកាយ នូវឥរិយាបថ ត្រឹមត្រូវជាប់ទាក់ទងនឹងផ្ទុំជាក់ ។ ក្នុងបណ្តាជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ នៅរដ្ឋមេនីសូតា ការយកលំនាំតាម នាំឲ្យមានការជាក់ប្រវេសន៍នៅជិតអ្នកផ្សេងៗតិចទៅៗ និងបានបន្ថយការប្រើផ្ទុំជាក់ក្នុងពិធីទំនៀមទំលាប់ និងក្នុងពិធីបុណ្យ ។ តម្លៃវប្បធម៌នៃការរៀបចំរំលែក និងភាពសមគួរបាន នាំឲ្យជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ជាច្រើន កែសំរួលការយល់ដឹងទំនៀមទំលាប់ និងការអនុវត្តរបស់គេ និងដើម្បីសំរេចយកការតឹងរ៉ឹងរបស់អាមេរិកាំង អំពីការប្រើផ្ទុំជាក់ ។

**3. ការយកលំនាំតាម អាចនឹងបង្កើនការប្រើផ្ទុំជាក់ ក្នុងចំណោមស្ត្រីយុវវ័យ នៃជនជាតិម៉ុង និងជនអន្តោប្រវេសន៍ថ្មី**

ការយកលំនាំតាម នាំឲ្យមានលទ្ធផលជាអវិជ្ជមាន នៃការជំរុញចិត្តឲ្យប្រើផ្ទុំជាក់នៅក្នុងចំណោមក្រុមមួយចំនួន ។

ការយកលំនាំតាម អាចនឹងនាំឲ្យមានការជាក់ប្រវេសន៍ឡើង នៅក្នុងចំណោមស្ត្រី-ជាពិសេស ស្ត្រីក្មេងៗ និងស្ត្រីពុំសូវរាន់តាមប្រពៃណី ។ ចំពោះការឲ្យស្រងាក់ចិត្តនៃសមាជិកសហគមន៍ជាច្រើន ឥឡូវនេះមានស្ត្រីច្រើនឡើងៗដែលជាក់ប្រវេសន៍ជាផ្នែកនៃដំណើរការក្លាយជា “តាមរបៀបអាមេរិកាំង” ដោយប្រើការជាក់ប្រវេសន៍ជាជំនិមិត្តសញ្ញាគំណាងឲ្យតម្លៃនៃសេរីភាព និងភាពស្មើភាព ។

ការយកលំនាំតាម អាចនឹងនាំឲ្យមានការជាក់ប្រវេសន៍ឡើង នៅក្នុងចំណោមពួកយុវវ័យ ដោយសារតែខ្លះខាតនូវការយកចិត្តទុកដាក់ អំពីភាពគ្រោះថ្នាក់សុខភាពជាយូរអង្វែង ដោយឃើញរូបភាពការផ្សាយលក់ និងមានចិត្តចង់ធ្វើឲ្យដូចគ្នានឹងយុវវ័យអាមេរិកាំង ។ គេបានឆ្លងយល់ថាការខ្វិនចម្រើនខាងសង្គម ដើម្បីត្រួតត្រាលើកូនៗ ក៏អាចនឹងនាំឲ្យមានការជាក់ប្រវេសន៍តែច្រើនឡើងៗ ក្នុងចំណោមពួកយុវវ័យ នៅក្នុងសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ដែរ ។

ការយកលំនាំតាម អាចនឹងនាំឲ្យមានការជាក់ប្រវេសន៍ឡើង នៅក្នុងចំណោមជនជាតិម៉ុង ។ នៅរដ្ឋមេនីសូតា ការប្រើផ្ទុំជាក់លែងតឹងរ៉ឹងទៅលើការប្រើប្រាស់ជាទំនៀមទំលាប់ ឬសំរាប់គោលបំណងព្យាបាលឲ្យជាស្បើយឲ្យឆាប់ហើយ គ្យិតគេបានប្រើវាតាមប្រពៃណីនៅក្នុងមាតុប្រទេសរបស់គេ ។

ទំនំនៃការយកលំនាំតាម អាចធ្វើឲ្យជនអន្តោប្រវេសន៍មានចិត្តចង់ជាក់ប្រវេសន៍ឡើង ។ ការផ្សាយលក់ និងវប្បធម៌ប្រជាប្រិយ ជំរុញចិត្តឲ្យទៅលើជំនឿដ៏សាមញ្ញចូលចិត្តថា ថាការជាក់ប្រវេសន៍អាចសំរាលភាពតានតឹងចិត្តបាន ។ ដោយមានការឆ្លងយល់បែបនេះ ទំនំរបស់ជនអន្តោប្រវេសន៍យ៉ាងច្រើន ជាហេតុនាំឲ្យមានការចាប់ផ្តើមជាក់ប្រវេសន៍ និងបន្តបង្ហាញការយល់ជាក់ប្រវេសន៍ ។

### ផ្នែកទី III : ការជាប់ទាក់ទង រវាងការយកលំនាំតាម និងការឈប់ជក់បារី

#### 1. ការយកលំនាំតាម បណ្តាលឲ្យអ្នកជក់បារីមួយចំនួនចង់ឈប់ជក់

ការបានកើនចំណេះដឹង អំពីការគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព និងការកំឡាចិត្តចិត្តពីគ្រួសារ និងពិសហគមន៍ គឺជាអ្នកលើកទឹកចិត្តយ៉ាងខ្លាំង ឲ្យឈប់ជក់បារីនៅក្នុងចំណោមជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ដែលរស់នៅក្នុងសហរដ្ឋ ។

#### 2. លទ្ធភាព និងឧបសគ្គការដឹងព្រោះវប្បធម៌ និងការបដិសេធដោយច្រើនត្រឹមត្រូវខាងភាសា អាចរារាំងអ្នកជក់ ពីការទទួលបានជំនួយឈប់ជក់

ទោះជាមានចំណង់ចង់ឈប់បានកើនឡើងក្តី គង់តែមានអ្នកដឹកនាំជាច្រើននាក់ ពុំបានដឹងអំពីប្រភពជំនួយនៃការឈប់ជក់បារីទេ ហើយក៏មិនបានដឹងទីកន្លែងដើម្បីបញ្ជូនអ្នកដែលចង់ឈប់ជក់បារីឲ្យទៅផង ។ ការខ្វះខាតប្រភពជំនួយខាងការអប់រំ និងខាងសេចក្តីណែនាំ ជាភាសាកំណើតរបស់គេ គឺជាឧបសគ្គមួយដ៏សំខាន់ ដើម្បីប្រើប្រាស់ឈប់ជក់បារីដែរ ។

#### 3. ឧបសគ្គវប្បធម៌រវាងអ្នកជក់ ពីការស្វែងរកជំនួយ និងការប្រើថ្នាំឈប់ជក់បារី

ឧបសគ្គខាងសង្គមដ៏ចម្រុះ ដែលរារាំងរាងពោះការឈប់ជក់បារី គឺការខ្មាស់អៀន ឬខ្លាច “អាប់មុខ” ។ សំរាប់ជនជាតិម៉ុង ការជក់បារីជាជំនាញរាល់ថ្ងៃ គឺមិនជាទីគួរគប្បីតាមប្រពៃណីវប្បធម៌ទេ គួរតែមនុស្សអៀនខ្មាស់សារភាពថាខ្លួនជាអ្នកជក់ទេ រៀងទាត់ ។ រីឯខ្មែរ លាវ និងវៀតណាមវិញ គេយល់ថាការជក់បារីគឺជាទីគួរគប្បី ឲ្យតែវាជា “ទំលាប់” ហើយមិនមែនជាការ “ញៀន” ។ ទំលាប់គឺមិនបានចាត់ទុកថាជាការអៀនខ្មាស់ទេ ពីព្រោះវាអាចបញ្ឈប់នៅពេលណាក៏បាន ។ ដោយឆ្ងាយទៅវិញ ការញៀន គឺជាការរំលោភឈប់បានតាមធម្មៈ ដែលគេមានទស្សនៈថាជាអវិជ្ជមានខ្លាំងណាស់ ។ នៅក្នុងវប្បធម៌ទាំងនេះ ដែលឲ្យតម្លៃការត្រួតត្រាលើផ្លូវចិត្ត ជាផ្នែកនៃទស្សនៈពាក្យរបស់ព្រះពុទ្ធ ថាការញៀនខាងរូបកាយនៃប្រភេទអ្វីមួយ បង្ហាញឲ្យឃើញនូវ “កំសោយចិត្ត” ។ ម្ល៉ោះហើយ ការព្យាយាមឈប់ជក់ ក្លាយជាជំនាញរវាងអ្នកជក់យ៉ាងខ្លាំង ពីព្រោះការបរាជ័យជាសាធារណៈ បញ្ជាក់ពីការញៀន និងខ្វះខាតការត្រួតត្រាខ្លួនរវាង ។ ការនេះត្រូវការពេលអះអាងត្រួតត្រាលើផ្លូវចិត្តខ្លួនរវាង ក៏នាំឲ្យមានការយល់ឃើញថា អ្នកជក់បារី

មិនគួរត្រូវការនូវការគាំទ្រពីសង្គម មិនត្រូវការនូវការប្រឹក្សា ឬមិនត្រូវការថ្នាំពេទ្យ ដើម្បីគាំទ្រការប៉ុនប៉ងឈប់ជក់បារីឡើយ ។

#### 4. ការធ្វើអន្តរាគមន៍យោគយល់ដល់វប្បធម៌ ពង្រឹងការទុកចិត្ត ប្រើភាពយោគយល់ និងការពារភាពឯកជនរបស់អ្នកជក់

ដើម្បីឲ្យបានឈ្នះឧបសគ្គនៃការអៀនខ្មាស់ ក្នុងការស្វែងរកជំនួយ ការធ្វើអន្តរាគមន៍ត្រូវតែជៀសវាងនូវការទិញទិញដល់អ្នកជក់បារី ។ ការបដិសេធសហគមន៍អាចពង្រឹងការទុកចិត្តពីអ្នកជក់ តាមរយៈការពង្រឹងទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ ។ រីឯលេខទូរស័ព្ទជំនួយ ក៏ត្រូវអះអាងនូវភាពសំងាត់ និងភាពឯកជនដែរ ។

#### 5. គ្រួសារ សហគមន៍ និងបក្សសម្ព័ន្ធ គឺជាទ្រព្យធនវប្បធម៌ជាគន្លឹះដើម្បីផ្តល់កំឡុងក្នុងការជួយអ្នកជក់ ឲ្យឈប់ជក់

ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ផ្តោតចិត្តទៅលើសេចក្តីត្រូវការពីគ្រួសារ ឬពិសហគមន៍ និងបក្សសម្ព័ន្ធ (ដូចនៅក្នុងប្រពៃណីជាតិម៉ុង) ដែលអាចមានអានុភាពលើអ្នកជក់ឲ្យឈប់ជក់បារី សំរាប់ផលប្រយោជន៍នៃកូនៗរបស់គេ ។ សមាជិកគ្រួសារ និងសមាជិកសហគមន៍ គឺជាទីគោរព ជាមនុស្សដ៏ចម្រុះដែលអាចសូមឲ្យអ្នកជក់ឈប់ជក់ ។ ក៏ប៉ុន្តែ ជួនកាល ការយកលំនាំតាម នាំឲ្យបញ្ហាសត្វទាទៅវិញ ដែលក្មេងៗមួយចំនួននៅឥឡូវនេះ គេកំពុងតែប្រាប់ឱ្យពុកម្តាយរបស់គេឲ្យឈប់ ជក់ - ជាការលួតលាស់មួយដែលមនុស្សគ្រប់ៗគ្នាព្រមទទួល ។

#### 6. វេជ្ជបណ្ឌិត អាចជួយអ្នកជក់ឲ្យឈប់ជក់ ប៉ុន្តែត្រូវតែបង្កើតនូវសារមួយដែលមានប្រសិទ្ធិភាព ស្តីពីវិធីការពារ

ថ្វីបើវេជ្ជបណ្ឌិត ជាទីគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់ និងជាអ្នកមានអានុភាពក៏ដោយ គង់តែជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ហាក់ដូចជាមិនទាក់ទងជាមួយគ្រូពេទ្យ ជាមួយនឹងការថែទាំសុខភាពជាបង្ការ ឬយល់ឃើញថាការជក់បារីជាបញ្ហាខាងសុខភាព ។ ដោយសារហេតុនោះហើយ បានជាសមាជិកនៃសហគមន៍ទាំងនេះ ហាក់ដូចជាមិនទៅជួបគ្រូពេទ្យ ធ្វើជាប្រភពដើម្បីជួយអ្នកជក់ ឲ្យឈប់ជក់ទេ ។

### ផ្នែកទី IV : ការបង្កបង្កើតសមត្ថកិច្ចកម្មវិធីទប់ទល់ថ្នាំជក់ តាមវប្បធម៌

ការខំប្រឹងប្រែងទប់ទល់ថ្នាំជក់ ធ្លាក់ទៅលើលក្ខណៈទូទៅបីយ៉ាង : 1) វិធីការពារ ឬរក្សាសមាជិកថ្មីនៃប្រជាជនកុំឲ្យចាប់ផ្តើមជក់; 2) ការឈប់ ឬការជួយអ្នកដែលជក់បច្ចុប្បន្នឲ្យឈប់ជក់; និង 3) ការកាត់បន្ថយនៃការប៉ះពាល់នឹងផ្សែងបារីពីអ្នកដទៃ ក្នុងចំណោមសមាជិកប្រជាជនទាំងអស់ ។ គោលការណ៍ជាក់លាក់នៅខាងក្រោម គឺបានយោងទៅលើទាំងផ្នែកជាប់ទាក់ទង ចេញពីលទ្ធផលនៃរបាយការណ៍នេះ និងការឲ្យយោបល់យ៉ាងជាក់ច្បាស់ពីអ្នកចូលរួមសំភាសន៍ ។

#### 1. បង្កើតយុទ្ធវិធី ដើម្បីពាក់ព័ន្ធនឹងការធានាអវិជ្ជមាន និងពង្រឹងឥទ្ធិពលជាវិជ្ជមាន នៃការយកលំនាំតាម

ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ យល់ខុសៗគ្នាទៅលើភាពគ្រោះថ្នាក់ និងកត្តាការពារសំរាប់ការប្រើថ្នាំជក់ បានយោងទៅលើកំរិតនៃការយកលំនាំតាមរបស់គេ ។ ការយោគយល់ចំពោះវប្បធម៌ប្រពៃណី និងកំរិតនៃការយកលំនាំតាមខុសៗគ្នាទាំងពីរមុខ គឺជាសារៈសំខាន់ ដើម្បីផ្តួចផ្តើមឲ្យបានជោគជ័យ ដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រើថ្នាំជក់ នៅក្នុងសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ ។

#### 2. ការធ្វើអន្តរាគមន៍ត្រឹមត្រូវទៅនឹងភាពទន់ខ្សោយដែលប្លែកពីគេនូវផ្នែកខុសៗពីគ្នានៃសហគមន៍

ជាជាងរបៀបគេហៅថា “ទំហំមួយត្រូវទាំងអស់” នោះយុទ្ធវិធីគួរតែបានបង្កើតឲ្យត្រូវឥតហ្មងសេ! យោងទៅលើកំរិតនៃការយកលំនាំតាម អាយុ និងភេទ ។

#### 3. បង្កើតកម្មវិធីទប់ទល់ថ្នាំជក់ ដែលពង្រឹងទៅលើតម្លៃប្រពៃណីវប្បធម៌ និងសេចក្តីជំនឿ

ការធ្វើអន្តរាគមន៍ គួរតែផ្តល់កំឡុងពេលវប្បធម៌ នៃភាពគួរសម និងយោគយល់ព្រមទាំងការប្រព្រឹត្តិចំពោះផលប្រយោជន៍គ្រួសារ ។ ការធ្វើអន្តរាគមន៍ គួរតែមានគ្រួសារ សហគមន៍ និងបក្សសម្ព័ន្ធចូលប្រឡូកតាមភាពសមរម្យ ។ នៅទីបញ្ចប់ សមត្ថកិច្ចការបដិសេធការឈប់ជក់បារីតាមវប្បធម៌ នឹងជួយអ្នកជក់ឲ្យជៀសវាងការអាប់មុខ ជាប់ទាក់ទងជាមួយនឹងការស្វែងរកជំនួយ ដើម្បីឈប់ជក់បារី ។

**4. សំរេចសំរួលការប្រាស្រ័យទាក់ទង ក្នុងការផ្សព្វផ្សាយចំណេះដឹងអំពី ការគ្រោះថ្នាក់ដោយសារការជក់បារី មានទៅលើកិរិតការចេះដឹងរបស់ សហគមន៍ដែលមានស្រាប់**

ដំណើរការគួរតែតាំងចំពោះការយល់ច្រឡំបច្ចុប្បន្ន អំពីការជក់បារី និងដោះស្រាយ ជំនឿខុសៗគ្នា អំពីបញ្ហាសុខភាព និងជំងឺ សំរាប់អ្នកដែលពុំសូវយកលំនាំតាម។ ដំណើរការត្រូវតែរាប់បញ្ចូលនូវកង្វះចំណេះចំណានខាងភាសាអង់គ្លេស និងកិរិត ទាបខាងអក្សរសាស្ត្រ នៅក្នុងចំណោមក្រុមទាំងអស់នេះ ។

**5. ដោះស្រាយការនៅដាច់ខ្សែកពីសង្គម ទាំងសង្កត់ថាអាចនឹងជាមូល ដ្ឋាននៃឥរិយាបថការជក់បារី សំរាប់អ្នកជក់មួយចំនួន និងអាចទៅជា ឧបសគ្គចំពោះការឈប់ជក់**

ការធ្វើអន្តរាគមន៍ គួរតែដោះស្រាយដំណើរការប្រើថ្នាំឈប់ជក់បារី ដើម្បីសំរាល ការគ្រោះថ្នាក់ចិត្ត ព្រមទាំងអំពីរឿងរ៉ាវជាមូលដ្ឋាននៃបុព្វហេតុការគ្រោះថ្នាក់ចិត្ត ។

**6. តែសំរួលប្រពៃណីវប្បធម៌ ដែលមានប្រសិទ្ធិភាព ប្រឆាំងទប់ទល់ នឹងថ្នាំជក់**

វប្បធម៌ជាសំខាន់នៃថ្នាំជក់នៅក្នុងមាតុប្រទេស មិនគាំទ្រនូវការខំប្រឹងប្រែងដើម្បី បំបាត់ការប្រើថ្នាំជក់ជាធម្មតា នៅក្នុងសហគមន៍ជនជាតិមកពីអាស៊ីអាគ្នេយ៍ទេ។ សហគមន៍ទាំងពួងអាចរកមធ្យោបាយដើម្បីកែសំរួលពីធម្មណ្យ និងការអនុវត្តន៍ ខាងវប្បធម៌ ដែលជាប់ទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ជាប្រពៃណី ។ សហគមន៍ ទាំងឡាយក៏អាចផ្សព្វផ្សាយ ការឥតជក់បារីសោះនៅក្នុងទីកន្លែងសាធារណៈ និង នៅក្នុងគេហដ្ឋាន ផងដែរ ។

**7. បង្កើតដំណឹងពីរបៀបការពារដោយមានប្រសិទ្ធិភាព សំរាប់អ្នកផ្តល់ ការថែទាំសុខភាព**

វេជ្ជបណ្ឌិត អាចសំគាល់ឃើញបានច្រើនជាង ទាំងជំរុញទឹកចិត្តអ្នកជំងឺឲ្យឈប់ជក់ បារី ឥតទៅនឹងការធ្វេងយល់ថា មានតែអ្នកដែលឈឺទើបអាចសុំជំនួយឈប់ ជក់ ។ គំរោងសុខភាព គួរតែរួមសហការជាមួយនឹងសហគមន៍ជនជាតិមកពីអា ស៊ីអាគ្នេយ៍ ដើម្បីបង្កើតសមត្ថកិច្ចការធ្វើអន្តរាគមន៍ទប់ទល់ថ្នាំជក់តាមវប្បធម៌ ។



**សៀវភៅសំអាង**

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual Causes of Death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291:1238-1245.
2. Nelson D, Kirkendall R, Lawton R, et al. Surveillance for smoking-attributable mortality and years of potential life lost; by state—United States, 1990. *MMWR*. 1994; 43:1-8.
3. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
4. National Cancer Institute. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: The Report of the California Environmental Protection Agency*. Bethesda, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; August 1999. No. NIH Pub. No. 99-4645.
5. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health; 1986. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398.
6. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders: The Report of the Environmental Protection Agency*. Washington, D.C.: U.S. Environmental Protection Agency, Office of Research and Development; 1993. No. EPA/600/6-90/006F.
7. Blue Cross and Blue Shield of Minnesota. *Health Care Costs and Smoking: The Bottom Line*. Eagan, Minn.: Center for Tobacco Reduction and Health Improvement; 2005.
8. Shafey O, Dolwick S, Guindon, GE (eds). *Tobacco Control Country Profiles 2003*, American Cancer Society, Atlanta, GA, 2003. Publication available through the World Health Organization, at [http://www.who.int/tobacco/global\\_data/country\\_profiles/en/](http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/en/).
9. Health Status of Cambodians and Vietnamese—Selected Communities, United States, 2001–2002. *MMWR*, August 27, 2004, 53(33); 760-65.
10. *Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minority Groups—African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1998.
11. Muggli ME, Pollay RW, Lew R, Joseph AM. Targeting of Asian Americans and Pacific Islanders by the tobacco industry: Results from the Minnesota Tobacco Document Depository. *Tobacco Control* 2002; 11:201-9.

## **Peb Hlis 2006**

### **Nyob Zoo Cov Phoojywg hauv Minnesota Cov Pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj,**

Cov Neeg Txawv Nqaijtawv ntawm tej Pawgneeg thiab Haivneeg (DREGAN: Diverse Racial Ethnic Groups and Nations) raws li kev sawvce los ntawm Koom Haum Asian Pacific Tobacco-Free Coalition of Minnesota (APT-FCM) thiab Koom Haum Southeast Asian Refugee Home (SEARCH). teg num no yog ua los txos kev muaj mob los ntawm luamyeeb nyob rau hauv Minnesota cov pawgneeg Kanpodias, Hmoob, Nplog, thiab Nyablaj. Ntawm teg num no yog muab kev koomtes los ntawm txhua pawgneeg nrog rau Blue Cross thiab Blue Shield ntawm Minnesota (Blue Cross) thiab Minnesota Kev Koomtes rau Kev Tawmtsav Luamyeeb (MPAAT: Minnesota Partnership for Action Against Tobacco). Blue Cross thiab MPAAT koom kev pab nyiajtxiag rau teg num no.

Hauv DREGAN teg num muaj peb yam tseemceeb: 1) muab kev tshawbfawb, kom muaj kev to taub txog yam zoo ntawm cov neeg li kev coj hais txog kev siv luamyeeb nyob rau hauv tej pawgneeg; 2) muab kev tshawbfawb, ntxuam xyuas txog kev siv luamyeeb thiab lwm yam xwm txhej uas yuav ua rau muaj mob; 3) teg num no yog tsim ua los ua ib lub khoos kas muab kev tiv thaiv txo kev siv luamyeeb nyob rau hauv cov pawgneeg.

Cov ntaub ntawv no yog sau ua lus xau xab muab los ntawm ib cov ntawm cov kev tshawbfawb teg num los. Cov ntaub ntawv no muaj ob lub hom phiaj. Qhov ib, peb saib rau cov pawgneeg li kev siv luamyeeb uas muaj nyob rau hauv Minnesota uas muaj cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj. Qhov ob, peb nrhiav txoj kev to taub yam zoo ntawm cov pawgneeg txoj kev cai uas ua rau lawv siv luamyeeb.

Peb ntseeg haistias cov ntaub ntawv no yuav pab cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj thiab cov uas tsis yog neeg Axias Qabteb Hnubtuaj cov thawjcoj thiab cov neeg tsim kevcai txog kev txo kev siv luamyeeb nyob rau hauv cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj. Peb zoo siab rau cov thawjcoj ntawm txhua txhua pawgneeg uas siv sijhawm muab kev sojntxuum thiab tswvyim, thiab cov neeg zej zog uas muab kev koomtes rau teg num tshawbfawb uas ua cov neeg xamphaj thiab cov neeg ua haujlwm.

Ua tsaug,

DREGAN Pawg Neeg Ua Num

## Ncauj lug

### **Kev siv luamyeeb ua teebmeem rau kev noj qab nyob zoo rau Minnesota cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj.**

Nws yog yam uas tsim muaj mobnkeeg uas tsim nyog tiv thaiv tau ntawm txoj kev plojtuag uas muaj nyob rau tebchaw Amelikas,<sup>1, 2</sup> luamyeeb ua ib qhov teebmeem loj rau kev noj qab nyob zoo rau Minnesota cov pawgneeg uas muaj cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj. Kev haus luamyeeb ua mob keexawj, kab mob plaww, thiab kab mob ua pa, nrog rau lwm yam kev mob.<sup>3</sup> Cov pa luamyeeb uas ncho tawm mus tsim kev tuag rau cov neeg tsis haus luamyeeb vim rau qhov nws ua keexawj rau lub ntsuws thiab kab mob plaww, thiab nws kuj ua teebmeem rau menyuum yaus muaj mob ntsej rag, hawbpob, mob ntsuws, thiab ua rau cov menyuum mos liab raum (Sudden Infant Death Syndrome).<sup>4-6</sup> Kev haus luamyeeb raug nyiaj txog \$1.98 billion ntawm kev siv kho mob hauv Minnesota rau xyoo 2002.<sup>7</sup>

### **Cov ntaub ntawv kev koom tshawbfawb thiab kev ua num ntawm DREGAN yuav ua?**

Koos haum pabpawg ntawm kev koom tshawbfawb thiab ua num nws ua koom nrog rau cov pawgneeg uas muaj teebmeem ntawm kev noj qab nyob zoo uas tsis sib thooj ntawm txoj kev tsim los kawm no. Cov pawgneeg lawv los uas cov neeg ua teg num tawm tswvyim thiab cov los muab kev tshawbfawb. Lawv muab kev koomtes rau txhua fab ntawm txoj kev tshawbfawb, los ntawm kev xamphaj mus rau kev khaws tej ntaub ntawv kev kawm, mus txog rau thaum sau cov ntaub ntawv kev tshawbfawb. DREGAN Teg num nws pib rau txoj kev tshawbfawb zoo rau txoj kev to taub uas xyuas txog qhov zoo thiab qhov phem thiab lub tseem ntsiab ntawm tej pawgneeg txoj kev siv luamyeeb nyob rau hauv cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj. Qhov tseem ceeb thib ib ntawm kev kawm yog kom muaj kev to taub:

- kev noj nyob thiab kev ua neej uas siv luamyeeb nyob rau hauv cov pawgneeg Kanpodias, Hmoob, Nplog, thiab Nyablaj,
- kev noj nyob thiab kev ua neej uas ua ib qhov teeb meem rau kev tiv thaiv kev siv luamyeeb thiab kev thum luamyeeb (txiav luamyeeb), thiab
- ntawm tej pawgneeg tsim kom muaj kev pab rau kev txo kev siv luamyeeb.

Teg num no nws yog ib qhov tseem ceeb kawg rau qhov kev tshawbfawb uas muaj no yog ua muaj los rau cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj uas yuav ua los kho cov neeg “Axias” los yog cov neeg nyob “Hiavtxwv Paxifiv” (Pacific Islanders) uas yog lawv tib hom neeg dua li lawv tseem yuav tau kuaj lawv pawg neeg tus kheej.

### **Yog vim li cas ho tseem ceeb yuav tsum tau kawm kev siv luamyeeb los ntawm ntau pab pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj?**

Tab txawm Minnesota cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj muaj ntau yam sib xws nrog rau tej neeg thuaj pais nyob rau hauv Minnesota, lawv nyias kuj muaj nyias qhov teeb meem rau kev siv luamyeeb thiab teeb meem rau kev txiav luamyeeb.

- Kanpodias, Hmoob, Nplog, thiab Nyablaj lawv tuaj lub tebchaws uas txivneej haus luamyeeb coob dua li nyob tebchaws Amelikas.<sup>8</sup> Nws kuj muaj cov haus luamyeeb ntau dua nyob rau hauv cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj

raws li kev sojntxuum xyuas ntawm cov neeg tawgrog tuaj nyob rau hauv tebchaws Amelikas,<sup>9</sup> nws kuj tsis muaj ib qhov qhia txog kev haus luamyeeb sib thooj ntawm lawv nyob rau hauv Minnesota.

- Piv rau neeg thuaj pais, neeg Axias Qabteb Hnubtuaj nyob rau tebchaws Amelikas kuj yuav tau txais kev mob los ntawm kev haus luamyeeb sib txawv.
- Kev kho mob tsis txaus thiab teeb meem ntawm kev hais lus kuj yog ib qhov teeb meem txog kev qhia kev tsis txhob haus luamyeeb.
- Neeg Axias Qabteb Hnubtuaj lawv muaj kev cai txawv hais txog kev siv luamyeeb, kev ntseeg txawv hais txog yuav ua teeb meem rau kev noj qab nyob zoo thiab kev ua mob, thiab ntau zaus kuj paub txog haistias luamyeeb ua teeb meem rau kev noj qab nyob zoo.
- Txawv kev cai coj noj coj ua thiab kev hais lus txhais haistias kev tiv thaiv thiab kev txiav luamyeeb kuj yuav tsis zoo npaum twg rau cov pawgneeg.
- Cov chaw npo libxav ua luamyeeb thiaj txhob txwm tsum cov neeg Axias Amelikas thiab cov neeg Hiavtxwv Pasifiv, ob pab ntawm cov tuaj nyob tebchaws Amelikas thiab cov tseem nyob lawv lub tebchaws.<sup>10, 11</sup>

Cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj lawv kuj muaj peev xwm tab sis cov neeg thuaj pais tsis paub txog, xws muab li kev tiv thaiv thiab kev thum luamyeeb tau.

- Cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj feem coob lawv saib rau kev toob kas ntawm tsevneeg mus rau tus tibneeg kheej.
- Cov niamtxiv Axias-Amelikas kuj muaj kev qhuab ntuas lawv cov menyuum ntau dua li cov niamtxiv neeg tawv dawb qhuab ntuas lawv cov.
- Raws li ib txwm, cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj lawv saib txoj kev coj zoo yog ib qhov tseem ceeb kom txob ua puas lawv lub meej mom ntawm lawv tsevneeg nrog rau lawv tej pogkoob yawgkoob.
- Lwm yam kev coj zoo, xws li Npusdas qhia kom txhob quav yeeb quav tshuaj, nws kuj yog hais txog kev tiv thaiv kev siv luamyeeb.

Nyob rau lub sijhawm no, tab txawm li cas los xij, nws yog ib qhov uas me kawg li hais txog kev tiv thaiv kev siv luamyeeb, thiab qhov ib qhov ntau dua ntawd, yog yuav ua li cas thiaj tsim kom muaj lub tswvyim kev paub txog kev coj uas paub tiv thaiv kev siv luamyeeb rau Minnesota cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj.



## Qhov tsim cov kev kawm no thiab kev ua no yuav ua li cas ua.

**TSIM KEV KAWM:** Cob qhia cov neeg txawj hais ob yam lus mus muab kev xamphaj 90 nasthis tim ntsej tim muag nrog rau 60 tus neeg cov uas yog thawjcoj thiab tsis ua thawjcoj hais ua lus Askiv los yog lawv yam lus.

**XAIV COV NEEG XAMPHAJ:** Cov pawgneeg nrhiav pebcaug tus pojniam thiab pebcaug tus txivneej (yim tus txivneej thiab xya tus pojniam tej tug tuaj ntawm cov pawgneeg Kanpodias, Hmoob, Nplog, thiab Nyablaj) raws li lawv paub txog lawv pab pawgneeg, kev ua thawjcoj, thiab kev coj noj coj ua ntawm lawv tej pawgneeg. Cov neeg tuaj xamphaj no muaj hnuv nyoo pib li 20 txog 68 xyoo. Lawv muaj sib xyaws ntxaws xws li cov tseem haus luamyeeb, cov haus yav tas los, thiab cov uas tsis tau haus dua li.

**KUAJ XYUAS TEJ NTAUB NTAWV:** Ib pab uas muaj xya leej ntawm cov kev tshawbfawb los kuaj xyuas cov ntaub ntawv kev xamphaj. Ua haujlwm ua ked, pab neeg muab kev tshawbfawb ntawd los xyuas cov ntaub ntawv thiab cov lus tseem ceeb uas mus nrhiav tau los ntawd thiab xyuas yam uas yuav pab rau cov lus uas hais los ntawm cov neeg tuaj xamphaj tau hais tseg.

## Phab I: Hais txog Keebkwm Luamyeeb nyob rau Qub Tebchaws

Tsij li neeg Axias Qabteb Hnubtuaj nyob rau Minnesota yog neeg tawgrog thiab neeg tsiv tebchaws, nws tseem ceeb rau kev to taub paub txog kev siv luamyeeb nyob rau lawv lub qub tebchaws. Yam uas pab pawgneeg tej thawjcoj nco qab txog kev haus luamyeeb, kev siv luam yeeb, thiab kev cai txwv txiav txog luamyeeb txog kev siv luamyeeb nyob rau lawv lub qub tebchaws? Cov neeg tuaj xamphaj ntawd cov lus rov qab ua rau lawv *ncov qab txog* lawv lub neej qub qab, tab sis nws kuj yuav tsis cas pees yuav hais txog lub neej tamsim no hauv tebchaws Kanpodias, Nplog, los yog Nyablaj. Qhov tiag, yog xav kom to taub txog lub *ntsiab tseeb* ntawm kev coj hais txog luamyeeb uas cov neeg tsiv tebchaws no coj nrog lawv tuaj rau tebchaws Amelikas no. Cov neeg tuaj xamphaj no lawv pom luamyeeb nws kuj sib txawv, yog yuav saib ib pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj pom xwb nws kuj nyuaj, yog haistias ua tsis tau.

### 1. Luamyeeb nws kuj yog ib yam tseem ceeb rau kev coj noj coj ua nyob rau qub tebchaws rau Kanpodias, Nplog, thiab Nyablaj.

Rau txivneej Kanpodias, Nplog, thiab Nyablaj, lawv haus luamyeeb nws yog ib qhov tha mab das thiab siv tau. Luamyeeb yog ib yam siv rau kev ua phoojywg. Nyob rau hauv cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj no kev coj, luamyeeb yog ib yam khoom uas yog qav nomtsvw, thiab ua ib qhov tseem ceeb rau cov neeg haus luamyeeb. Txawm li cas los sij, kev haus luamyeeb tsuas pub cov txivneej laus xwb feem ntau txwv tsis pub pojniam thiab

## Phab II: Kev Hloov Kev Coj Ntawm Kev Siv Luamyeeb

Thaum tuaj txog tebchaws Amelikas, cov neeg tsiv tebchaws no tau poob mus rau txoj kev coj noj coj ua hloov tag nrog. Lawv ntsib txoj kev “coj tsis sib haum (culture clash)” xws li kev coj cwjpw, kev ntseeg, thiab kev cai sib txawv – tej zaum cia li hloov hlo tsis thooj li cov nyob rau lawv qub tebchaws hlo li. *Kev hloov kev coj*

**QHOV UA TSIS TAU:** Qhov tsim tau, cov neeg tuaj muab kev xamphaj no tsis tau xaiv coj los sawvcev rau lawv pab pawgneeg; yog li ntawd, txoj kev kawm no kuj yuav kwvyees tsis tau tag nrho kev haus luamyeeb ntawm plaub pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj. Thias thib haistias, tau lees paub cov thawjcoj uas tau xaiv lawv cov tswvyim los ntawm tej pab pawgneeg. Kev xamphaj txaus rau kev muab lub tseem ntsiab los tshawb xyuas cov lus tseem ceeb.

### Yav tag los hauv Minnesota cov pawgneeg txawv nqaijtawv Axias Qabteb Hnubtuaj.

Neesnkaum-tsis xyoo tom qab Rog nyob Nyablaj teb xaus, Kev kuaj lajmej pejxeem xyoo 2000 suav tau haistias muaj kwvyees 1.8 lab yog neeg Kanpodias, Hmoob, Nplog, thiab Nyablaj nyob rau tebchaws Amelikas. Cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj no, sawvcev ntau tus ntawm cov neeg tawg rog los ntawm txoj kev ua tsovrog yog li ntawd lawv thiaj tau tsiv tebchaws, tuaj tsim muaj ntau pab pawgneeg nyob thoob plays lub tebchaws los ntawm txoj kev tsiv mus los hauv tebchaws. Minnesota muaj tshaj li 84,000 yim neeg uas qhia haistias lawv yog cov neeg uas tau hais los no, raws li ntaub ntawv kuaj lajmej pejxeem xyoo 2000.

menyuam hluas haus. Luamyeeb feem ntau siv rau thaum muaj kev ua dab qhuas thiab kuj tseem siv ua tshuaj.

### 2. Luamyeeb kuj tseem siv rau Hmoob kev coj noj coj ua tab sis nws tsis siv tas mus li.

Nyob ntawm cov Hmoob lawv muaj tus yamntxwv tsis nyiam rau kev niaj hnuv haus luamyeeb piv nrog rau cov neeg Kanpodia, Nplog, thiab Nyablaj. Yuav niaj hnuv haus luamyeeb kuj tsis muaj nyob rau tebchaws qub qab, tshwj yog cov laus thiab haus kom loog lawv tej mob laug. Hmoob muaj tus yam ntxwv tsis nyiam haus luamyeeb tas mus li piv rau cov neeg Kanpodias, Nplog, thiab Nyablaj. Kev niaj hnuv haus luamyeeb pib muaj thaum muaj kev tiv toj tau Amelikas cov tub rog thuum ua Rog nyob Nyablaj teb.

### 3. Tej cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj pib haus luamyeeb hauv lawv lub qub tebchaws vim kev ua tsovrog, quab yuam ua haujlwm, los yog kev coj thiab kev nomtsvw tsis sib haum.

Kev ua tsovrog nyob tebchaws Kanpodias, kev ua rog nyob Nyablaj, thiab kev ua rog nyob Nplog teb nws tsim muaj kev nyuajsiab rau cov neeg uas khiav dim thiab lawv cov menyuam thiaj ua rau lawv haus luamyeeb tuaj ntau dua rau qhov tej kev lawv uv los nyiaj tej kev nyuajsiab.

(acculturation) nws qhia txog them kev hloov ntawm cov neeg tsiv tebchaws kev kawm kev coj qhov yog thiab tsis yog, yam ntxwv, thiab cov tus cwjpw zoo thuj pais li neeg Amelikas. Kev hloov kev coj nws kuj yuav txawj tej yam, nyob rau ntawm qib duas tus neeg ntawd hais tau lus Askiv zoo li cas, kev sib tham nrog neeg

thujaj pais, thiab pom xom xwm Amelikas. Feem ntau, kev tsis sib haum (culture clash) kuj yau zuj zus, tab sis nws kuj tsis ploj thiab. Kev hloov kev coj mus rau lub neej Amelikas ntawm kev sib yaum rau kev siv luamyeeb rau cov txawv qib ntawm cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj – xws li txivneej, pojniam, thiab cov hluas – ntawm ob yam kev zoo thiab kev phem.

### **1. Cov neeg tsiv tebchaws ntsib kev tsis sib haum txog kev coj thiab kev cai txog luamyeeb.**

Cov neeg tsiv tebchaws hloov mus rau txoj kev to taub paub txog luamyeeb tsim kev mob nkeeg yam tsawg kawg mus rau qhov qhia haistias “kev haus luamyeeb tua tibneeg tuag.” Piv rau txoj kev tsis paub txog feem vib thab nyas xaj nyob rau yav tebchaws qub qab, tej ntau ntawv uas qhia txog kev tsis zoo txog kev haus luamyeeb thiab cov pa luamyeeb nco nws muaj ntau nyob rau tebchaws Amelikas no.

Cov neeg tsiv tebchaws hloov pom txoj kev haus luamyeeb yog qhov zoo thiab tos txais, tsofbw, thiab saib rau qhov samxeeb ntawm txoj kev coj mus rau txoj kev pom kev haus luamyeeb yog qhov kev poob ntsejmuag. Nyob rau cov tebchaws Axias Qabteb Hnubtuaj, lawv nyiam cov luamyeeb npo lib xav ua (commercial) vim haistias nws pab lawv kom cobsu. Nws kuj tseem siv rau kev hawm pojyawm thiab kev ntau phoojywg. Nyob rau tebchaws Amelikas, cov neeg tsiv tebchaws kuj kawm paub sai txog luamyeeb tsis coj tus qaum ntawd lawm. Tsaj dua li, haus luamyeeb rau tej chaw nraum zoo nws tsim kev poob ntsejmuag.

Cov neeg tsiv tebchaws hloov ntawm txoj kev haus luamyeeb tau rau “txhua qhov” mus rau kev haus luamyeeb tawm ntawm lwm tus. Nyob rau tebchaws Axias Qabteb Hnubtuaj, kev haus luamyeeb nrog lwm tus nws yog ib txoj kev sib raug zoo. Nyob rau tebchaws Amelikas, cov neeg tsiv tebchaws pom cov neeg haus luamyeeb tawm mus haus luamyeeb nraum zoov.

Cov neeg tsiv tebchaws hloov ntawm qhov kev haus luamyeeb tsuas yog “txivneej xwb” mus rau qhov haistias “txhua tus haus tau luamyeeb.” Nyob rau tebchaws Qabteb Hnubtuaj, feem tsawg thiaj muaj pojniam thiab cov hluas haus luamyeeb. Nyob rau tebchaws Amelikas, lawv haus tau luamyeeb txhua tus tag nrho.

### **2. Kev hloov kev coj yuav coj mus rau kev siv luamyeeb tsawg.**

Kev hloov kev coj nws muaj qhov zoo thiab qhov phem rau kev siv luamyeeb. Nyob rau ntawm fab zoo, kev hloov kev coj nws yuav tsim kev nyuaj rau cov txivneej haus luamyeeb kom hloov kev haus luamyeeb. Tab sis nyob rau hauv cov pawgneeg Kanpodias, Nplog, thiab Nyablaj tsis muaj qhov tsis cias rau txivneej haus luamyeeb, lawv haus tau luamyeeb mus rau lwm tus raws li kev coj ntawm txoj kev tsofbwm. Feem ntau, muaj ntau tus txivneej haus luamyeeb pib pom haistias kev haus luamyeeb yog ib qhov kev poob ntsejmuag thias thib li yog tus yam ntxwv zoo, los yog ib qhov kev saib tsis tau lwm tus thias thib li yog txoj kev cog phoojywg.

Kev hloov kev coj nws kuj yog ib qhov kev qhia txog kev siv luamyeeb muaj mob nkeeg nws kuj yuav ua kom siv luamyeeb tsawg zuj zus. Kev noj qab haus huv nyob rau hauv tebchaws Amelikas muaj lus qhia ntau txog kev haus luamyeeb muaj teeb meem rau kev noj qab nyob zoo thiab lub cev ntaj ntsug. Muaj ib cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj lawv kam hais tau lawv

qhov kev nyuaj siab tawm tau tsuas yog lawm nyob rau tebchaws Amelikas no xwb uas hais txog tej kev qhia tias kev haus luamyeeb muaj teeb meem thiab kev tso luamyeeb tseg. Tab txawm yog muaj tej kev qhia, muaj ntau tus neeg hauv cov pawgneeg, tswj xeeb yog cov laus los yog cov tsis kam hloov kev coj, kuj tseem tsis to taub txog teeb meem ntawm kev haus luamyeeb.

Kev hloov kev coj nws kuj tseem qhia txog teeb meem ntawm cov pa luamyeeb nco tuaj. Nyob rau cov tebchaws Axias Qabteb Hnubtuaj, tsawg tus thiaj paub txog haistias cov pa luamyeeb nco tuaj no ua teeb meem. Nyob rau hauv Minnesota, txoj kev paub no nws muaj nce tuaj zuj zus. Nyob rau tej chaw uas tsis muaj pa tawm nws kuj ua rau ntau tus xav txiav luamyeeb. Tab sis, tsawg tus neeg thiaj hloov txoj kev coj yog li ntawd nws tseem tsis muaj cov kev qhia txog cov pa luamyeeb nco no ua teeb meem.

Feem ntau, kev hloov kev coj nws hloov tej kev tsis yog uas hais txog kev siv luamyeeb. Nyob rau hauv cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj hauv Minnesota, hloov kev coj dhau mus rau txoj kev siv luamyeeb tsawg nyob nrog rau lwm tus neeg thiab kuj siv tsawg zuj zus rau txoj kev siv ua dab qhuas thiab kev lom zem. Txoj kev coj noj coj ua uas hais txog tej kev tsi zoo thiab kev paub cai kuj coj cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj kuj xyaum hloov los ntawm txoj kev coj qub thiab xyaum yoog li kev cai Amelikas txog kev siv luamyeeb.

### **3. Kev hloov kev coj no kuj ua rau cov pojniam, tub ntxhais hluas, siv luamyeeb coob nyob rau hauv cov neeg Hmoob, thiab cov neeg tsiv tebchaws tuaj tshiab.**

Kev hloov kev coj nws kuj ua rau muaj kev tsis zoo rau tej pab pawgneeg uas ua rau lawv tseg kev siv luamyeeb.

Kev hloov kev coj nws kuj ua rau kev siv luamyeeb ntau tuaj nyob rau ntawm cov pojniam – xws li cov pojniam hluas thiab tsis coj li txoj qub kev cai coj noj coj ua. Ib qhov tsis zoo uas ntau pawgneeg pom, yog muaj pojniam coob haus luamyeeb rau qhov lawv coj li “neeg Amelikas,” rau qhov, kev siv luamyeeb yog ib qhov qaum sawvcev ntawm txoj kev ywjpheej thab pojniam txivneej muaj vaj huam sib luag.

Kev hloov kev coj nws kuj ua rau cov hluas coob haus luamyeeb tuaj, vim rau qhov lawv paub tsis txog qhov yuav ua mob rau lawv lub neej tom–ntej, pom tej kev khus xab nas, thiab xav nyiam ua zoo li cov tub ntxhais hluas Amelikas. Ib qhov yog tsawg kev tswj fwm menyuum kuj ua rau cov menyuum hluas haus luamyeeb coob nyob rau hauv cov pawgneeg tsiv tebchaws Axias Qabteb Hnubtuaj.

Kev hloov kev coj nws kuj uas rau ntau tus haus luamyeeb nyob rau hauv cov neeg Hmoob. Nyob rau hauv Minnesota, nws tsis muaj kev txwv rau kev siv luamyeeb rau txoj kev ua dab qhuas thiab txoj kev siv raws li kev lis kev cais li yav ntuj qub qab.

Kev txhawj xeeb rau txoj kev hloov kev coj ntawm cov neeg tsiv tebchaws no nws kuj yog ib qhov uas yuav rau lawv haus luamyeeb ntau tuaj. Kev khus xab nas thiab kev lom zem tau qhia ntau tawm haistias haus luamyeeb kuj txo tau txoj kev nyuaj siab. Muaj tej yam kev qhia zoo li no, cov neeg tsiv tebchaws uas muaj kev nyuaj siab kuj cia li haus luamyeeb thiab ua rau lawv tsis kam txiav luamyeeb.

## Phab III: Kev Sib Txheeb nyob rau ntawm kev Hloov Kev Coj thiab kev Txiaiv Luamyeeb

### 1. Kev hloov kev coj nws kuj uas rau ib cov neeg haus luamyeeb xav txiaiv luamyeeb.

Qhia kom neeg paub txog teeb meem kev haus luamyeeb rau kev noj qab nyob zoo thiab cov tsev neeg thiab cov pawgneeg qhia kom txiaiv luamyeeb nyob rau hauv cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj hauv tebchaws Amelikas.

### 2. Tej kev pab thiab kev qhia uas ua teeb meem txog rau kev coj thiab kev hais lus uas ua kev tab kaum rau cov neeg haus luamyeeb mus muab kev pab txiaiv luamyeeb.

Tab txawm yog muaj ntau tus xav txiaiv luamyeeb, ntau tus thawj coj kuj paub tsis txog tej chaw muab kev qhuab qhia txog kev txiaiv luamyeeb thiab kuj paub tsis meej tej chaw yuav xa cov neeg xav txiaiv luamyeeb mus rau. Thiab, kuj muaj kev pab qhia tsis txaus thiab cov kev qhuab qhia sau ua lawv cov lus nws yog yam teeb meem loj rau kev siv tshuaj-txiaiv luamyeeb.

### 3. Teeb meem ntawm kev coj nws ua rau cov neeg haus luamyeeb tsis paub mus nrhiav kev pab thiab siv tshuaj-txiaiv luamyeeb.

Ib qhov teeb meem loj ntawm kev thum yog kev txajmuag, los yog ntshai, “poob ntsejmuag.” Nyob rau ntawm cov neeg Hmoob, kev niaj hnub haus luamyeeb yog ib qhov uas kev coj noj coj uas yeej tsis pom zoo, nws yog ib qhov kev txajmuaj yog thaum paub haistias yog ib tug neeg uas niaj hnub haus luamyeeb. Nyob rau ntawm cov neeg Kanpodias, Nplog, thiab Nyabljaj kev haus luamyeeb yog ib yam kev haus thauj pais tsuav yog haus raws tus “yees” xwb thiab tsuav tsis yog ib qhov kev “quav luamyeeb.” Tus yees nws kuj tsis yog ib qhov kev txajmuaj rau qhov nws yuav xav tsotseg thaum twg lost au. Qhov uas txawm yog, quav luamyeeb, nws yuav yog ib qhov tso tseg nyuaj, nws ua rau seem uas tsis yog. Nyob rau hauv txoj kev coj noj coj ua, qhov ua zoo nyob rau hauv txoj kev xav uas yogi b feem ntawm kev cai Budas pom, kev tiv luamyeeb ntawm cev nqaij daimtawv yog ib qhov qhia haistias “hlwb tsis zoo.” Yog yuav xav txiaiv nws ua ib qhov kev nyuaj vim ntshai tsam txiaiv tsis tau ua rau tebchaws paub thiab tsis muaj peevxwm. Qhov kev toob kas no nws thiaj qhia txog kev tswjfwam ntawm tus kheej kuj yuav dhau mus ua kev xav haistias cov neeg haus luamyeeb tsis toob kas neeg zejzrog pab, kev qhuab qhia, los yog tshuaj txiaiv luamyeeb pab lawv ntawm kev yuav txiaiv luamyeeb. Nyob rau hauv lawv cov kev coj, uas nyiam txog kev kho sab hlwb hau, kev quav luamyeeb nws uas

qhov tsis zoo rau kev noj nyob. Kev yuav xyaum txiaiv yog ib qhov kev txiaiv txim siab twj ywm rau qhov yog txiaiv tsis tau tus yees thiab tsis muaj peev xwm qhia tau. Qhov kev qhia haistias ua tau rau txoj kev kho sab hlwb hau kuj yuav au tau rau kev xa haistias kev txiaiv luamyeeb yog nws kev zoo siab kheej, nws kuj ua rau tsis muaj kev rau lwm tus muab kev pab, kev qhuab ntuas, los yog tej tshuaj txiaiv-haus luamyeeb.

### 4. Paub txog kev coj ntawm kev txiaiv-haus luamyeeb nws tsim kev ntseeg siab, paub kev to taub, thiab muab kev tiv thaiv tus neeg haus luamyeeb.

Qhov yuav kom yeej txog qhov teeb meem kev txajmuag mus nrhiav kev pab, qhov kev tiv thaiv ntawm yuav tsum tsis txhob thuam tus neeg haus luamyeeb. Cov loos kam hauv pab-pawgneeg yuav tsum tsim kom muaj kev ntseeg siab rau cov neeg haus luamyeeb kom muaj kev phoojywg. Cov xovtooj uas siv hu mus muab kev pab los yuav tsum muaj kev txuag tsis qhia tawm thiab kev tiv thaiv.

### 5. Tsevneeg, pawgneeg, thiab cov xeem nws yog tus yawmsij txoj kev los pab kom cov neeg haus luamyeeb txiaiv luamyeeb.

Nyob rau hauv cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj lawv saib rau txoj kev toob kas ntawm tsevneeg cov pawgneeg thiab xeem (raws li hauv Hmoob txoj kev cai coj) mus rau tus neeg kheej uas yuav qhia tau kom txiaiv kev haus luamyeeb kom zoo rau lawv cov menyuum. Tsevneeg thiab cov neeg muaj meejmom yog cov neeg thib ib uas yuav hais kom tus neeg haus luamyeeb txiaiv luamyeeb. Tabsis, tej kev hloov kev coj no nws kuj tig rov qab thiab xws li kuj muaj cov menyuum qhia kom niamtxiv txiaiv luamyeeb – nws yog ib qhov kev uas sawvdaws tsis nyiam.

### 6. Tej kws kho mob kuj pab tau rau cov neeg haus luamyeeb txiaiv luamyeeb tabsis yuav tsum muaj kev qhia kom zoo rau txoj kev tiv thaiv ntawd.

Tab txawm haistias tej kws kho mob lawv yog ib cov muaj meejmom siab thiab txawj qhia, cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj lawv tsis nyiam kws kho mob qhia txog kev noj qab nyob zoo los yog kev haus luamyeeb yog kev ua mob nkeeg rau tus kheej. Yog li ntawd, cov pawgneeg thiaj tsis pom haistias kws kho mob yog lub chaw mus muab kev pab raukev txiaiv haus luamyeeb.

## Phab IV: Tsim Kom Muaj Kev Coj Meejpem rau Khoos Kas Tswj – Luamyeeb

Kev tswj luamyeeb nws poob mus rau peb yam xws li: 1) tiv thaiv, los yog pab cov neeg tshiab tsis txob mus haus luamyeeb; 2) thum luamyeeb, los yog pab cov nyuam qhuav haus luamyeeb txiaiv luamyeeb; thiab 3) txo kev mus raug cov pa luamyeeb haus tawm ntawm tej tibneeg. Cov kev cai hais hauv qab no nws ua raws ob qhov kev nrhiav tau los ntawm tsab ntawv thiab sau qhia ua lus povthawj los ntawm cov neeg muab kev xamphaj.

### 1. Rhawv tswvyim los ua rau qhov tsis zoo thiab tsim qhov uas zoo txog kev hloov kev coj.

Cov neeg Axias Qabteb Hnubtuaj lawv pom sib txawv txog teeb

meem thiab kev tiv thaiv txog kev siv luamyeeb nyob rau ntawm lawv txoj kev hloov kev coj. Nws yog ib qhov kev to taub ntawm ob seem xws li kev coj thiab kev hloov kev coj yog ib qhov tseem ceeb rau kev yuav txo tau kev siv luamyeeb nyob rau ntawm cov pawgneeg Axias Qabteb Hnubtuaj.

### 2. Tig mus rau txoj kev tiv thaiv sib txawv uas yog qhov nyuaj nyob rau hauv cov pawgneeg.

Nws kuj tsis yog qhov uas yuav ua “ib-sab-kom-tiav tagrho” ntawd, tig mus saib lub tswvyim ntawd nws kuj yuav ua raws li kev hloov kev coj, hnub nyooq, thiab pojniam los txivneej.

### 3. Tsim khoos kas tswj-luamyeeb ua raws li kev ib txwm koj ntawm qhov kev zoo thiab kev ntseeg.

Kev tiv thaiv yuav tsum muaj los ntawm kev cai koj kev paub cai thiab kev to taub nrog rau yam nuj nqi uas muaj rau tsevneeg. Kev tiv thaiv no yuav tsum tau ua koom nrog rau tsevneeg, pawgneeg, thiab cov xeeb raws li qhov zoo. Thaum kawg no, kev koj meejpem ntawm cov kev pab txiav luamyeeb yuav pab tau rau cov neeg haus luamyeeb zam tau kev poob ntsejmuag ntawm kev mus nrhiav kev pab txiav luamyeeb.

### 4. Tig mus saib rau kev hais lus nws txawb tswvyim pom txog teeb meem ntawm kev haus luamyeeb rau cov pawgneeg uas muaj kev paub.

Cov lus yuav tsum raug rau qhiv kev tsis to taub txog kev haus luamyeeb thiab qhia txog tej kev ntseeg sib txawv uas hais txog kev noj qab nyob zoo thiab kab mob rau cov tsis muaj kev hloov kev koj. Cov lus kuj yuav tsum hais txog qhov tsis txawj lus-Askiv txaus thiab tsis txawj ntawv nyob rau ntawm tej pab neeg.

### 5. Xyuas txog tej kev sibcais thiab kev txhawj xeeb uas yuav ua rau kev haus luamyeeb rau cov neeg haus luamyeeb txiav luamyeeb nyuaj.

Cov kev tiv thaiv yuav tsum tau xyuas txog kev siv luamyeeb daws tej kev nyuajsiab thiab ib yam li tej yam uas tsim kom muaj kev nyuaj siab.

### 6. Xyaum hloov kev koj yam uas yuav pab tawm tsav kev tswj luamyeeb.

Nyob rau hauv txoj kev koj tseem ceeb txog luamyeeb nyob rua lub neej qub tebchaws nws kuj yuav tsis pab ua kom muaj kev siv luamyeeb nyob rau hauv cov pawgneeg Axios Qabteb Hnubtuaj. Cov pawgneeg kuj yuav nrhiav tau tej txoj kev los hloov rau kev ua koob tsheej thiab kev cai koj txog kev siv luamyeeb. Cov pawgneeg kuj muaj feem txhawb nqa kev tsis haus luamyeeb nyob rau tej chaw nyob thiab hauv vajtsev.

### 7. Tsim kom tau qhov tseeb ntawm kev tiv thaiv rau tej chaw kho mob.

Cov kws kho mob kuj yuav tsum qhia thiab txhawb cov neeg mob txiav luamyeeb, qhia txog qhov haistias tsuas yog cov neeg mob thiaj nug txog kev txiav luamyeeb xwb. Cov tsev kho mob yuav tsum koomtes nrog rau cov pawgneeg Axios Qabteb Hnubtuaj tsim kev tiv thaiv rau kev tswj luamyeeb..

## POV THAWJ

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual Causes of Death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291:1238-1245.
2. Nelson D, Kirkendall R, Lawton R, et al. Surveillance for smoking-attributable mortality and years of potential life lost; by state—United States, 1990. *MMWR*. 1994; 43:1-8.
3. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
4. National Cancer Institute. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: The Report of the California Environmental Protection Agency*. Bethesda, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; August 1999. No. NIH Pub. No. 99-4645.
5. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health; 1986. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398.
6. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders: The Report of the Environmental Protection Agency*. Washington, D.C.: U.S. Environmental Protection Agency, Office of Research and Development; 1993. No. EPA/600/6-90/006F.
7. Blue Cross and Blue Shield of Minnesota. *Health Care Costs and Smoking: The Bottom Line*. Eagan, Minn.: Center for Tobacco Reduction and Health Improvement; 2005.
8. Shafey O, Dolwick S, Guindon, GE (eds). *Tobacco Control Country Profiles 2003*, American Cancer Society, Atlanta, GA, 2003. Publication available through the World Health Organization, at [http://www.who.int/tobacco/global\\_data/country\\_profiles/en/](http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/en/).
9. Health Status of Cambodians and Vietnamese—Selected Communities, United States, 2001–2002. *MMWR*, August 27, 2004, 53(33); 760-65.
10. *Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minority Groups—African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1998.
11. Muggli ME, Pollay RW, Lew R, Joseph AM. Targeting of Asian Americans and Pacific Islanders by the tobacco industry: Results from the Minnesota Tobacco Document Depository. *Tobacco Control* 2002; 11:201-9.

## ເດືອນມີນາ 2006

### ຮຽນເພງຂອງຊຸມຊົນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ຂອງຮັຖມິນນີໂຊຕາ,

ໂຄງການຄວາມຫລາກຫລາຍດ້ານປະເທດຊາດແລະຊົນເຜົ່າເຊື້ອຊາດ (DREGAN: Diverse Racial Ethnic Groups and Nations), ຊຶ່ງມີ ອົງການການຮ່ວມມືກັນສົ່ງເສີມການປອດຢາສູບສຳລັບຊາວອາຊີແປຊີຟິກແຫ່ງຮັຖມິນນີໂຊຕາ (APT-FCM) ແລະອົງການເຮືອນຊຸມຊົນຜູ້ອົບພະຍົບຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ (SEARCH) ເປັນຕົວແທນນັ້ນ, ມີຈຸດມຸ້ງໝາຍທີ່ຈະຫລຸດຜ່ອນອັນຕະລາຍ ທີ່ເກີດຈາກຢາສູບໃນຊຸມຊົນຊາວຂະເໝນ, ມົ້ງ, ລາວ ແລະວຽດນາມຂອງ ຮັຖມິນນີໂຊຕາ. ການຮ່ວມມືກັນຂອງໂຄງການແມ່ນ ມາຈາກແຕ່ລະຊຸມຊົນດັ່ງກ່າວ ບວກກັບໂຄງການ Blue Cross ແລະ Blue Shield of Minnesota (Blue Cross) ແລະໂຄງການການເປັນທຸ່ນສ່ວນກັນແຫ່ງ ຮັຖມິນນີໂຊຕາ ເພື່ອປະຕິບັດການ ຕໍ່ຕ້ານຢາສູບ (MPAAT: Minnesota Partnership for Action Against Tobacco). Blue Cross ແລະ MPAAT ຮ່ວມກັນໃຫ້ທຶນສະໜັບສະໜູນແກ້ໂຄງການນີ້.

ໂຄງການ DREGAN ແມ່ນປະກອບໄປດ້ວຍສາມພາກສ່ວນດັ່ງນີ້: 1) ການຄົ້ນຄວ້າໃນດ້ານຄຸນນະພາບ, ເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າໃຈໄດ້ດີຂຶ້ນ ກ່ຽວກັບລັກສະນະພິເສດທາງວັດທະນະທຳໃນການໃຊ້ຢາສູບໃນແຕ່ລະຊຸມຊົນ; 2) ການຄົ້ນຄວ້າໃນດ້ານປະລິມານ, ເພື່ອພິຈາລະນາເບິ່ງການແຜ່ຫລາຍຂອງການໃຊ້ຢາສູບ ແລະພຶດຕິກຳອື່ນໆທີ່ສູງຕໍ່ສຸຂະພາບ; ແລະ 3) ໂຄງການທົດລອງແຊກແຊງຊຶ່ງຖືກອອກແບບມາເພື່ອທົດສອບໂຄງການໃໝ່ໆ ເພື່ອຫລຸດຜ່ອນການໃຊ້ຢາສູບໃນຊຸມຊົນຕ່າງໆ.

ລາຍງານ ສະບັບນີ້ສະຫລຸບກ່ຽວກັບຜົນຂອງພາກສ່ວນການຄົ້ນຄວ້າໃນດ້ານຄຸນນະພາບຂອງໂຄງການ. ໃນລາຍງານແມ່ນມີເປົ້າໝາຍເບື້ອງຕົ້ນສອງຂໍ້. ຂໍ້ທຳອິດ, ພວກເຮົາມີເປົ້າໝາຍທີ່ຈະອະທິບາຍເຖິງຄວາມເຊື່ອແລະທັດສະນະຄະຕິທີ່ກ່ຽວພັນກັບຢາສູບໃນຊຸມຊົນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ທີ່ກຳລັງເຕີບໃຫຍ່ໃນຮັຖມິນນີໂຊຕາ. ຂໍ້ທີສອງ, ພວກເຮົາຕ້ອງການທີ່ຈະເຂົ້າໃຈເຖິງລັກສະນະພິເສດທາງວັດທະນະທຳມີອິດທິພົນຕໍ່ການໃຊ້ຢາສູບໃນຊຸມຊົນເຫລົ່ານີ້.

ພວກເຮົາຫວັງວ່າ ລາຍງານສະບັບນີ້ຈະຊຸກຍູ້ໃຫ້ຜູ້ນຳທີ່ແມ່ນຫລືບໍ່ແມ່ນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ ແລະຜູ້ຮ່າງນະໂຍບາຍໃຫ້ຊ່ວຍຫລຸດຜ່ອນການໃຊ້ຢາສູບໃນຊຸມຊົນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້. ພວກເຮົາຮູ້ສຶກຂອບໃຈຕໍ່ຜູ້ນຳຊຸມຊົນຫລາຍໆຄົນທີ່ເສັງສະຫລະເວລາມາແບ່ງປັນຄວາມຄິດເຫັນແລະຄວາມຮູ້ຂອງເຂົາເຈົ້າ, ແລະຕໍ່ສະມາຊິກຊຸມຊົນທີ່ໄດ້ປະກອບສ່ວນໃນການຄົ້ນຄວ້ານີ້ໃນຖານະເປັນຜູ້ສຳພາດແລະເພື່ອນຮ່ວມງານ.

ດ້ວຍຄວາມນັບຖື,

ຄະນະໂຄງການ DREGAN

# ບົດແນະນຳ

## ການສູບຢາເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງຊາວຊຸມຊົນອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ຂອງຮູບມິນິໂຊຕາ.

ໃນຖານະທີ່ວ່າມັນເປັນສາເຫດຫຼັກຂອງການເສັຽຊີວິດທີ່ສາມາດປ້ອງກັນໄດ້ໃນສະຫະຣັຖອາເມລິກາ,<sup>1, 2</sup> ການໃຊ້ຢາສູບໄດ້ກໍ່ໃຫ້ເກີດອັນຕະລາຍຮ້າຍແຮງຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງ ປະຊາຊົນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ທີ່ກຳລັງເຕີບໃຫຍ່ຂອງຮູບມິນິໂຊຕາ. ການສູບຢາແມ່ນສາເຫດຂອງພະຍາດມະເຮັງຫລາຍໆປະເພດ, ພະຍາດຫົວໃຈ, ແລະພະຍາດກ່ຽວກັບການຫາຍໃຈ, ທ່າມກາງພະຍາດແຊກແຊງອື່ນໆ.<sup>3</sup> ການຫາຍໃຈເອົາຄວັນຢາສູບຂອງຜູ້ອື່ນເຂົ້າໄປແມ່ນສາເຫດຂອງ ການເສັຽຊີວິດໃນກຸ່ມຜູ້ທີ່ບໍ່ສູບຢາ ເນື່ອງຈາກການເປັນພະຍາດມະເຮັງປອດແລະພະຍາດທີ່ກ່ຽວກັບຫົວໃຈ, ແລະເພີ່ມຄວາມສ່ຽງໃຫ້ກັບເດັກນ້ອຍໃນການຕິດເຊື້ອພະຍາດໃນຫຸ່ວ້ນກາງ, ເປັນຫົວ, ພະຍາດຫລອດລົມໃຄ່, ແລະການເສັຽຊີວິດທັນທີຂອງເດັກນ້ອຍເກີດໃໝ່.<sup>4-6</sup> ການສູບຢາແມ່ນເຮັດໃຫ້ເກີດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການແພດທີ່ຟຸ່ມເພື່ອເປັນຈຳນວນເງິນ \$1.98 ພັນລ້ານໃນຮູບມິນິໂຊຕາ ປີ 2002.<sup>7</sup>

## ພາກສ່ວນຂອງການຄົ້ນຄວ້າແບບມີສ່ວນຮ່ວມແລະການປະຕິບັດວຽກຂອງໂຄງການ DREGAN ມີຫຍັງແດ່?

ໃນຮູບແບບແລະການດຳເນີນການສຶກສານັ້ນ, ການຄົ້ນຄວ້າແລະການປະຕິບັດທີ່ອີງໃສ່ການປະກອບສ່ວນຂອງຊຸມຊົນເປັນຫຼັກ ກ່ຽວພັນເຖິງສະມາຊິກຊຸມຊົນທີ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຂຶ້ນຂອງຄວາມແຕກຕ່າງທາງດ້ານສຸຂະພາບ. ສະມາຊິກຊຸມຊົນໄດ້ຮັບໃຊ້ໃນຖານະເປັນທີ່ປຶກສາແລະສະມາຊິກໃນຄະນະຄົ້ນຄວ້າ. ເຂົາເຈົ້າໄດ້ປະກອບສ່ວນຢ່າງກະຕືລືລົ້ນໃນທຸກລະຍະຂອງຂັ້ນຕອນການຄົ້ນຄວ້າ, ນັບແຕ່ການພັດທະນາຄູ່ມືການສຳພາດໄປຈົນເຖິງການວິເຄາະຂໍ້ມູນ, ລວມເຖິງການຈັດຕັ້ງມາລາຍງານສະບັບນີ້. ໂຄງການ DREGAN ໄດ້ເລີ່ມຕົ້ນຈາກໂຄງການຄົ້ນຄວ້າໃນດ້ານຄຸນນະພາບ ເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າໃຈໄດ້ດີຂຶ້ນ ກ່ຽວກັບລັກສະນະພິເສດທາງວັດທະນະທັມແລະຄວາມພາຍໃຕ້ຂອງການໃຊ້ຢາສູບໃນຊຸມຊົນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້. ຈຸດປະສົງເບື້ອງຕົ້ນຂອງການສຶກສາໃນດ້ານຄຸນນະພາບແມ່ນເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າໃຈເຖິງ:

- ສະພາບການຂອງສັງຄົມແລະຄວາມພາຍທາງວັດທະນະທັມໃນການໃຊ້ຢາສູບໃນຊຸມຊົນຊາວຂະເໝນ, ມົ້ງ, ລາວ, ແລະວຽດນາມ,
- ອຸປະສັກທາງດ້ານສັງຄົມແລະວັດທະນະທັມ ຕໍ່ການປ້ອງກັນການສູບຢາແລະການຢຸດ (ການເຊົາສູບຢາ), ແລະ
- ຊັບສິນຂອງຊຸມຊົນທີ່ອາດມາຈາກໂຄງການຕ່າງໆ ທີ່ພະຍາຍາມຈະຫຼຸດຜ່ອນການໃຊ້ຢາສູບ.

ໂຄງການນີ້ມີຄວາມສຳຄັນເປັນພິເສດ ເນື່ອງຈາກວ່າ ການຄົ້ນຄວ້າສ່ວນຫລາຍທີ່ມີຢູ່ໃນປັດຈຸບັນກ່ຽວກັບການສູບຢາໃນກຸ່ມຄົນອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ນັ້ນມີຄວາມໂນ້ມອຸງທີ່ຈະປະຕິບັດຕໍ່ “ຊາວອາຊີ” ຫລື “ຊາວແປຊີຟິກ ໄອແລນດີ” ໃນລັກສະນະວ່າເປັນກຸ່ມທີ່ມີຄວາມຄ້າຍຄືກັນ ຫລາຍກວ່າທີ່ຈະກວດສອບເບິ່ງລັກສະນະຂອງຊຸມຊົນຕ່າງໆ ໂດຍແຍກຕ່າງຫາກ.

## ເປັນຫຍັງຈຶ່ງສຳຄັນທີ່ຈະສຶກສາເຖິງການໃຊ້ຢາສູບໃນຊຸມຊົນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້?

ເຖິງແມ່ນວ່າ ຊຸມຊົນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ໃນຮູບມິນິໂຊຕາ ຈະມີຫລາຍສິ່ງຫລາຍຢ່າງຄ້າຍຄືກັນກັບກຸ່ມປະຊາຊົນຊາວມິນິໂຊຕາທົ່ວໄປ, ແຕ່ເຂົາເຈົ້າກໍ່ຍັງມີຈຸດອ່ອນດ້ອຍທີ່ແຕກຕ່າງກັນ ໃນເລື່ອງການໃຊ້ຢາສູບແລະມີອຸປະສັກທີ່ແຕກຕ່າງກັນໃນການເຊົາສູບຢາ.

- ຊາວຂະເໝນ, ມົ້ງ, ລາວ, ແລະວຽດນາມ ມາຈາກບັນດາປະເທດທີ່ອັດຕາ

ການສູບຢາໃນກຸ່ມຜູ້ຊາຍມີສູງກວ່າໃນສະຫະຣັຖອາເມລິກາ.<sup>8</sup> ໃນຂະນະທີ່ມີການສັງເກດເຫັນອັດຕາການສູບຢາທີ່ສູງໃນຊຸມຊົນຄົນເຂົ້າເມືອງຊາວ ອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ບາງຊຸມຊົນໃນອາເມລິກາ,<sup>9</sup> ແຕ່ບໍ່ປາກົດວ່າມີອັດຕາການແຕ່ຫລາຍທີ່ຊັດເຈນຂອງການສູບຢາໃນກຸ່ມເຫລົ່ານີ້ໃນຮູບມິນິໂຊຕາ.



- ເມື່ອປຽບທຽບໃສ່ປະຊາຊົນທົ່ວໄປແລ້ວ, ຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ໃນສະຫະຣັຖອາເມລິກາອາດປະສົບກັບປັດໃຈສ່ຽງທີ່ແຕກຕ່າງກັນໃນດ້ານການສູບຢາ.
- ຄວາມແຕກຕ່າງດ້ານການດູແລສຸຂະພາບແລະອຸປະສັກດ້ານພາສາອາດກົດຂວາງການສົ່ງເສີມສຸຂະພາບແລະຄວາມພະຍາຍາມໃນການເຊົາສູບຢາ.
- ຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ມີບັດທັດຖານທີ່ແຕກຕ່າງກັນໃນເລື່ອງການໃຊ້ຢາສູບ, ຄວາມເຊື່ອທີ່ແຕກຕ່າງກັນກ່ຽວກັບສາເຫດຂອງສຸຂະພາບແລະ ການເຈັບປ່ວຍ, ແລະມັກມີຄວາມຮູ້ໜ້ອຍກ່ຽວກັບພາວະສ່ຽງຕໍ່ສຸຂະພາບທີ່ເກີດຈາກຢາສູບ.
- ບັດທັດຖານທາງວັດທະນະທັມແລະຮູບແບບການສື່ສານທີ່ແຕກຕ່າງກັນ ພາຍເຖິງວ່າ ວິທີການປ້ອງກັນທີ່ມີມາດຕະຖານແລະວິທີການໃນການເຊົາສູບຢາອາດບໍ່ມີປະສິດທິພາບໃນຊຸມຊົນເຫລົ່ານີ້.
- ອຸດສາຫະກຳຢາສູບໄດ້ແນໃສ່ກຸ່ມຊາວອາຊີ ອາເມລິກັນ ແລະຊາວແປຊີຟິກ ໄອແລນດີ ຢ່າງບໍ່ຖືກສັດສ່ວນ, ທັງໃນສະຫະຣັຖອາເມລິກາ ແລະປະເທດບ້ານເກີດຂອງເຂົາເຈົ້າ.<sup>10, 11</sup>

ຊຸມຊົນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ຍັງມີຄວາມເຂັ້ມແຂງທີ່ສຸດ ຊຶ່ງບໍ່ແມ່ນທຳມະດາໃນກຸ່ມປະຊາຊົນທົ່ວໄປ, ຊຶ່ງສາມາດຊ່ວຍສົ່ງເສີມການປ້ອງກັນຢາສູບແລະຄວາມພະຍາຍາມໃນການເຊົາສູບ.

- ຊຸມຊົນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ສ່ວນຫລາຍເນັ້ນໜັກຫລາຍຕໍ່ຄວາມຕ້ອງການຂອງຍາດພີ່ນ້ອງຂອງຄອບຄົວເຫນືອບຸກຄົນ.
- ພໍ່ແມ່ຊາວອາຊີ ອາເມລິກັນໄດ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າມີອິດທິພົນຕໍ່ລູກຂອງເຂົາເຈົ້າຫລາຍກວ່າພໍ່ແມ່ຄົນຂາວ.
- ຕາມປະເພນີແລ້ວ, ສັງຄົມຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ໄດ້ຈັດວາງຄຸນຄ່າສູງໄວ້ທີ່ການປະພຶດທີ່ເໝາະສົມຂອງຄົນ ເພື່ອບໍ່ໃຫ້ທຳລາຍຊື່ສຽງຂອງຄົນໃນຄອບຄົວ, ລວມເຖິງບັນພະບູລຸດຂອງເຂົາເຈົ້າ.
- ຄຳນິຍົມທາງວັດທະນະທັມອື່ນໆ, ເຊັ່ນວ່າ ການເນັ້ນໜັກທາງສາສະໜາໃນດ້ານການຫລີກເວັ້ນການຕິດສານເສບຕິດ, ຍັງມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ວ່າຈະຊ່ວຍໃຫ້ສາມາດຄວບຄຸມຢາສູບໄດ້.

ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ໃນເວລານີ້ ຍັງບໍ່ຮູ້ຈັກກັນດີວ່າ ຈະມີວິທີການນຳໃຊ້ຈຸດແຂງເຫລົ່ານີ້ເຂົ້າໃນການຄວບຄຸມຢາສູບໄດ້ແນວໃດ, ແລະໃນແບບກວ້າງໆນັ້ນ, ຈະພັດທະນາຍຸດທະສາດການຄວບຄຸມຢາສູບທີ່ອ່ອນໄຫວຕໍ່ວັດທະນະທັມຂອງຊຸມຊົນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ໃນມິນິໂຊຕາ ໄດ້ແນວໃດ.

## ການສຶກສາຄົ້ນຄວ້ານີ້ໄດ້ຖືກອອກແບບແລະ ດຳເນີນການຢ່າງໃດ.

**ຮູບແບບການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ:** ສະມາຊິກຊຸມຊົນທີ່ເວົ້າໄດ້ສອງພາສາແມ່ນ  
ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມໃຫ້ດຳເນີນການສຳພາດແບບຕົວຕໍ່ຕົວເປັນເວລາ 90 ນາທີ  
ກັບຜູ້ນຳຊຸມຊົນຈຳນວນ 60 ຄົນ ທັງທີ່ເປັນທາງການແລະບໍ່ເປັນທາງການ  
ໂດຍສຳພາດເປັນພາສາອັງກິດ ຫລືເປັນພາສາຂອງເຂົາເຈົ້າເອງ.

**ການຄັດເລືອກຜູ້ຖືກສຳພາດ:** ໄດ້ມີການຫາສະມາຊິກຊຸມຊົນທີ່ເປັນຜູ້ຍິງ  
ສາມສິບຄົນ ແລະຜູ້ຊາຍສາມສິບຄົນ (ຜູ້ຊາຍແປດຄົນແລະຜູ້ຍິງເຈັດຄົນຈາກ  
ແຕ່ລະຊຸມຊົນໃນຊຸມຊົນຂະເໝນ, ມົ້ງ, ລາວ, ແລະວຽດນາມ) ໂດຍອີງໃສ່  
ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບຊຸມຊົນແລະຄວາມຊ່ຽວຊານທາງວັດທະນະທັມຂອງເຂົາເຈົ້າ.  
ອາຍຸຂອງຜູ້ຖືກສຳພາດຢູ່ລະຫວ່າງ 20 ຫາ 68 ປີ. ໃນນັ້ນແມ່ນປະກອບດ້ວຍ  
ກຸ່ມປະສົມລະຫວ່າງຄົນທີ່ສູບຢາໃນປັດຈຸບັນ, ເຄີຍສູບຢາ, ແລະກຸ່ມທີ່ບໍ່ເຄີຍ  
ສູບຢາເລີຍ.

**ການວິເຄາະຂໍ້ມູນ:** ຄະນະຄົ້ນຄວ້າແບບໃຊ້ວິທີການຫລາຍແບບຊຶ່ງປະກອບດ້ວຍ  
ສະມາຊິກເຈັດຄົນໄດ້ວິເຄາະຂໍ້ມູນການສຳພາດ. ໂດຍຜ່ານການເຮັດວຽກຮ່ວມກັນ,  
ສະມາຊິກຄະນະຄົ້ນຄວ້າໄດ້ສ້າງຫລັກຖານການຄົ້ນພົບທີ່ສຳຄັນແລະແນວຄິດ  
ທີ່ສຳຄັນໆ ຊຶ່ງໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກຄຳອ້າງຂອງຜູ້ຖືກສຳພາດ.

## ພາກທີ I: ເລື່ອງລາວຕ່າງໆ ກ່ຽວກັບຢາສູບໃນປະເທດບ້ານເກີດ

ເນື່ອງຈາກວ່າ ຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ສ່ວນຫລາຍແມ່ນຜູ້ອົບພະຍົບ ແລະ  
ຄົນເຂົ້າເມືອງ, ມັນຈຶ່ງສຳຄັນທີ່ຈະຕ້ອງເຂົ້າໃຈເຖິງການໃຊ້ຢາສູບໃນປະເທດ  
ບ້ານເກີດຂອງເຂົາເຈົ້າ. ສະມາຊິກຊຸມຊົນຈື່ຫຍັງໄດ້ແດ່ ກ່ຽວກັບການຍອມຮັບ  
ການສູບຢາ, ບົດບາດຂອງຢາສູບ, ແລະຂໍ້ຈຳກັດທາງສັງຄົມ ຊຶ່ງຄວບຄຸມ  
ການນຳໃຊ້ໃນປະເທດບ້ານເກີດຂອງເຂົາເຈົ້າ? ເລື່ອງລາວຕ່າງໆ ຂອງຜູ້ຖືກ  
ສຳພາດສະທ້ອນໃຫ້ເຫັນເຖິງຄວາມຊົງຈຳໃນຊີວິດຂອງເຂົາເຈົ້າໃນປະເທດ  
ບ້ານເກີດ, ແຕ່ບໍ່ຈຳເປັນທີ່ຈະຕ້ອງບັນຍາຍເຖິງສະພາບປັດຈຸບັນຂອງປະເທດ  
ຂະເໝນ, ລາວ, ຫລືວຽດນາມ. ຖ້າຈະເວົ້າໃຫ້ຖືກ, ຄວາມຕັ້ງໃຈແມ່ນເພື່ອ  
ໃຫ້ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຕີຂຶ້ນເຖິງຄວາມພາຍທາງວັດທະນະທັມກ່ຽວກັບຢາສູບ  
ຊຶ່ງຄົນເຂົ້າເມືອງເຫລົ່ານີ້ໄດ້ນຳເອົາວັດທະນະທັມເຫລົ່ານັ້ນຕິດຕົວມາທີ່  
ສະຫະຣັຖອາເມລິກາດ້ວຍ. ຄວາມຄິດເຫັນຂອງຜູ້ຖືກສຳພາດ ກ່ຽວກັບການໃຊ້  
ຢາສູບໃນອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ ນັ້ນແມ່ນມີຫລາກຫລາຍ, ສະນັ້ນ ຈຶ່ງເຮັດໃຫ້  
ເປັນການຍາກທີ່ຈະສະແດງລັກສະນະຂອງຄວາມຄິດເຫັນຂອງຄົນອາຊີຕາເວັນ  
ອອກສຽງໃຕ້ຄົນໃດຄົນໜຶ່ງໄດ້, ຖ້າວ່າ ເປັນໄປໄດ້.

**1. ຢາສູບແມ່ນສ່ວນປະກອບສຳຄັນຕໍ່ວັດທະນະທັມໃນ  
ປະເທດບ້ານເກີດສຳລັບຊາວຂະເໝນ, ລາວ, ແລະວຽດນາມ.**  
ສຳລັບຜູ້ຊາຍຊາວຂະເໝນ, ລາວ, ແລະວຽດນາມ, ການສູບຢາເປັນປະຈຳ ແມ່ນ  
ເລື່ອງທຳມະດາແລະສາມາດຍອມຮັບໄດ້. ຢາສູບໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ ເພື່ອຮັກສາ  
ຄວາມສຳພັນທາງສັງຄົມ. ໃນວັດທະນະທັມຂອງຊາວ ອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້

**ຂໍ້ຈຳກັດຕ່າງໆ:** ອີງຕາມຮູບແບບການຄົ້ນຄວ້າ, ຜູ້ຖືກສຳພາດບໍ່ໄດ້ຖືກສູ່ມເລືອກ  
ເພື່ອໃຫ້ເປັນຕົວແທນຂອງຊຸມຊົນຂອງເຂົາເຈົ້າ; ເພາະສະນັ້ນ, ການສຶກສານີ້ບໍ່  
ສາມາດກະປະເນີນການແຕ່ຫລາຍຂອງການສູບຢາໃນກຸ່ມຊຸມຊົນຊາວອາຊີ  
ຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ທັງສີ່ແຫ່ງໄດ້. ແຕ່ກໍ່ໄດ້ມີການຄັດເລືອກຜູ້ນຳທີ່ມີຊື່ສຽງມາ  
ສຳພາດ ຍ້ອນວ່າເຂົາເຈົ້າມີຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບຊຸມຊົນ. ໄດ້ມີການສຳພາດທັງພຽງພໍ  
ເພື່ອໃຫ້ຄອບຄຸມແນວຄິດທີ່ສຳຄັນໆ.

## ຄວາມເປັນມາດ້ານຄວາມຫລາກຫລາຍຂອງຊຸມຊົນຊາວອາຊີ ຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ໃນຣັຖມິນນີໂຊຕາ.

ຊາວຫ້າປີຫລັງຈາກສົງຄາມໃນວຽດນາມໄດ້ສິ້ນສຸດລົງ, ຈາກການສຳຫລວດ  
ສຳມະໂນພິນລະເມືອງປີ 2000 ນັ້ນ ມີຄົນປະມານ 1.8 ລ້ານຄົນທີ່ເປັນ  
ບັນພະບຸລຸດຂອງຄົນຂະເໝນ, ມົ້ງ, ລາວ, ແລະວຽດນາມ ອາໄສຢູ່ໃນ  
ສະຫະຣັຖອາເມລິກາ. ຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ເຫລົ່ານີ້, ຊຶ່ງແມ່ນຕົວແທນ  
ຂອງຜູ້ອົບພະຍົບຫລາຍໆຄົນທີ່ມາຈາກສົງຄາມຄັ້ງນັ້ນ ຊຶ່ງຕໍ່ມາໄດ້ເປັນ  
ຄົນເຂົ້າເມືອງ, ໄດ້ຈັດຕັ້ງຊຸມຊົນຂະໜາດໃຫຍ່ຂຶ້ນຫລາຍແຫ່ງຕະຫລອດທົ່ວ  
ທັງປະເທດ ຜ່ານການອົບພະຍົບພາຍໃນ. ໃນຣັຖມິນນີໂຊຕາໄດ້ມີຜູ້ຢູ່ອາໄສ  
ຈຳນວນຫລາຍກວ່າ 84,000 ຄົນທີ່ເປັນຄົນໃນກຸ່ມເຫລົ່ານີ້, ອີງຕາມການ  
ສຳຫລວດສຳມະໂນພິນລະເມືອງ ປີ 2000.

ເຫລົ່ານີ້, ຢາສູບແມ່ນສິ່ງຂອງທີ່ສະແດງເຖິງຄວາມມີກຽດ, ແລະມັກຈະມີ  
ຄວາມພາຍໃຈທີ່ສະແດງເຖິງສະຖານະພາບທາງສັງຄົມຂອງຜູ້ສູບ. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ,  
ການສູບຢາໄດ້ຖືກຈຳກັດຢູ່ແຕ່ຜູ້ຊາຍແລະໂດຍທົ່ວໄປ ບໍ່ຖືກຍອມຮັບສຳລັບ  
ຜູ້ຍິງແລະໄວໜຸ່ມ. ຢາສູບມັກປາກົດເຫັນຢູ່ເລື້ອຍໆ ໃນພິທີແລະພິທີທາງ  
ສາສະໜາຕ່າງໆ ແລະຍັງຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອເປັນຢາດ້ວຍ.

## 2. ຢາສູບຍັງມີບົດບາດໃນວັດທະນະທັມມົ້ງ ແຕ່ຕາມປະເພນີ ແລ້ວ ມັນບໍ່ຖືກນຳໃຊ້ເປັນປະຈຳ.

ຊາວມົ້ງມີທັດສະນະຄະຕິທີ່ບໍ່ດີຫລາຍກວ່າຕໍ່ກັບຄົນສູບຢາທົ່ວໄປ ເນື່ອງທຽບໃສ່  
ກັບຊາວຂະເໝນ, ລາວ, ແລະວຽດນາມ. ຢູ່ໃນປະເທດບ້ານເກີດ ການສູບຢາທຸກ  
ນິ້ບໍ່ແມ່ນເລື່ອງທຳມະດາ, ຍົກເວັ້ນໃນກຸ່ມຄົນສູງອາຍຸທີ່ຢາກລະງັບຄວາມເຈັບ  
ປວດຕາມໄວ. ການສູບຢາທຸກນິ້ບໍ່ໄດ້ກາຍເປັນສິ່ງທຳມະດາຫລາຍຂຶ້ນຫລັງຈາກທີ່ມີ  
ການພົວພັນກັນກັບທະຫານຊາວອາເມລິກັນໃນລະຫວ່າງສົງຄາມໃນວຽດນາມ.

## 3. ຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ບາງຄົນໄດ້ເລີ່ມສູບຢາໃນ ປະເທດບ້ານເກີດໃນລະຫວ່າງມີສົງຄາມ, ມີການບັງຄັບໃຊ້ແຮງ ງານ, ຫລືຄວາມວຸ້ນວາຍທາງສັງຄົມແລະການເມືອງ.

ສົງຄາມກາງເມືອງໃນຂະເໝນ, ສົງຄາມໃນວຽດນາມ, ແລະສົງຄາມໃນລາວ ໄດ້ກໍ່  
ໃຫ້ເກີດຄວາມຕຶງຄຽດສຳລັບຜູ້ລອດຊີວິດແລະລູກຫລານຂອງເຂົາເຈົ້າຊຶ່ງອາດນຳ  
ໄປສູ່ການສູບຢາຫລາຍຂຶ້ນໃນຖານະເປັນກິນໂກໃນການຮັບມືກັບຄວາມຕຶງຄຽດ.

## ພາກທີ II: ຜົນກະທົບຂອງຂະບວນການປັບດ້ານວັດທະນະທັມໃນການໃຊ້ຢາສູບ

ເມື່ອມາເຖິງສະຫະຣັຖອາເມລິກາ, ບັນດາຄົນເຂົ້າເມືອງໄດ້ຖືກແຊ່ຢູ່ໃນສະພາບ  
ແວດລ້ອມທາງສັງຄົມແລະວັດທະນະທັມທີ່ແຕກຕ່າງໂດຍແທ້. ເຂົາເຈົ້າປະສົບກັບ  
“ຄວາມຂັດກັນທາງວັດທະນະທັມ” ເມື່ອເຂົາເຈົ້າຜະເຊີນກັບທັດສະນະຄະຕິ,  
ຄວາມເຊື່ອ, ແລະບັນທັດຖານທີ່ແຕກຕ່າງກັນ - ບາງຄັ້ງກໍ່ແຕກຕ່າງຢ່າງຊັດເຈນ  
ຈາກປະເທດບ້ານເກີດຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມ

ກໍ່ແມ່ນຂະບວນການຕ່າງໆທີ່ບັນດາຄົນເຂົ້າເມືອງໄດ້ຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບພາບພົດທາງ  
ວັດທະນະທັມທັງທີ່ເປັນທາງການ ຫລືບໍ່ເປັນທາງການ, ສັນຍານຕ່າງໆ, ແລະການ  
ປະພຶດທີ່ເໝາະສົມຂອງຄົນທົ່ວໄປໃນອາເມລິກາ. ຂະບວນການປັບຕົວທາງ  
ວັດທະນະທັມອາດເກີດຂຶ້ນໃນອິດຕາແຕກຕ່າງກັນ, ຂຶ້ນຢູ່ກັບລະດັບຄວາມ  
ຊຳນານດ້ານພາສາອັງກິດ, ການປະຕິບັດຕໍ່ກັບຄົນທົ່ວໄປ, ແລະການໄດ້ຮັບສື່

ສານອາເມລິກັນ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ, ຄວາມຂັດກັນທາງວັດທະນະທັມຈະຫລຸດໜ້ອຍລົງ, ແຕ່ວ່າກໍ່ບໍ່ໄດ້ຫາຍໄປ. ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມຕໍ່ຊີວິດແບບອາເມລິກັນມີອິດທິພົນຕໍ່ກັບການໃຊ້ຢາສູບສຳລັບກຸ່ມຍ່ອຍຕ່າງໆຂອງຊຸມຊົນອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ - ເຊັ່ນ ກຸ່ມຜູ້ຊາຍ, ຜູ້ຍິງ, ແລະເຍົາວະຊົນ - ທັງໃນລັກສະນະທີ່ດີແລະບໍ່ດີ.

### 1. ຄົນເຂົ້າເມືອງປະສົບກັບບັນຫາຄວາມຂັດກັນດ້ານຄວາມຄິດເຫັນທາງວັດທະນະທັມແລະບັນທັດຖານຕ່າງໆ ກ່ຽວກັບຢາສູບ.

ບັນດາຄົນເຂົ້າເມືອງໄດ້ຖືກປ່ຽນຈາກການມີຄວາມຮູ້ພຽງເລັກນ້ອຍກ່ຽວກັບອັນຕະລາຍຂອງຢາສູບມາເປັນຄວາມຮູ້ທີ່ວ່າ “ການສູບຢາສາມາດຂ້າຄົນໄດ້”. ເມື່ອປຽບທຽບກັບການຂາດຄວາມຮູ້ທາງວິທະຍາສາດໃນປະເທດບ້ານເກີດ, ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບອັນຕະລາຍຂອງການສູບຢາແລະການຫາຍໃຈເອົາຄວັນຢາສູບຂອງຜູ້ອື່ນເຂົ້າໄປ ແມ່ນມີໃຫ້ຢ່າງກວ້າງຂວາງໃນສະຫະຣັຖອາເມລິກາ.

ບັນດາຄົນເຂົ້າເມືອງໄດ້ຖືກປ່ຽນຈາກການເບິ່ງເຫັນວ່າການສູບຢາເປັນສັນຍະລັກທີ່ດີແລະມີຄວາມໝາຍເຖິງການຕ້ອນຮັບ, ການໃຫ້ກຽດ, ແລະຖານະສູງທາງສັງຄົມ ໄປເປັນການເຫັນວ່າການສູບຢາແມ່ນຄວາມເສື່ອມເສັ້ງຊີວິດທາງສັງຄົມ. ໃນບັນດາປະເທດອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້, ການໂຄສະນາຢາສູບໂດຍໃຫ້ຄຸນຄ່າສູງນັ້ນໄດ້ຊ່ວຍສະແດງເຖິງຖານະທາງສັງຄົມ. ມັນຍັງຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອເປັນການໃຫ້ກຽດແກ່ບັນພະບູລຸດແລະການພົວພັນທາງສັງຄົມ. ໃນສະຫະຣັຖອາເມລິກາ, ບັນດາຄົນເຂົ້າເມືອງໄດ້ຮຽນຮູ້ຢ່າງໄວວາວ່າ ຢາສູບບໍ່ໄດ້ເປັນຕົວແທນສັນຍະລັກເຫລົ່ານີ້. ໃນທາງກົງກັນຂ້າມ, ການສູບຢາໃນບ່ອນສາທາລະນະໄດ້ຖືກປະນາມເພີ່ມຫລາຍຂຶ້ນ.

ບັນດາຄົນເຂົ້າເມືອງໄດ້ປ່ຽນຈາກການທີ່ສາມາດສູບຢາ “ບ່ອນໃດກໍ່ໄດ້” ມາເປັນການສູບຢາໃຫ້ທ່າງໄກຈາກຄົນອື່ນໆ. ໃນບັນດາປະເທດອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້, ການສູບຢາກັບຜູ້ອື່ນໆ ແມ່ນກິດຈະກຳທາງສັງຄົມຕາມປົກກະຕິ. ໃນສະຫະຣັຖອາເມລິກາ, ບັນດາຄົນເຂົ້າເມືອງໄດ້ເຫັນວ່າຄົນສູບຢາຈະຖືກໃຫ້ອອກໄປສູບຂ້າງນອກ.

ຄົນເຂົ້າເມືອງໄດ້ປ່ຽນຈາກ ການເຫັນວ່າ ການສູບຢາແມ່ນສຳລັບ “ຜູ້ຊາຍເທົ່ານັ້ນ” ມາເປັນເຫັນວ່າ “ໃຜໆກໍ່ສາມາດສູບໄດ້.” ໃນບັນດາປະເທດອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້, ບໍ່ຄ່ອຍພົບເຫັນວ່າຜູ້ຍິງແລະໄວໜຸ່ມຈະກາຍເປັນຜູ້ສູບຢາ. ໃນສະຫະຣັຖອາເມລິກາ, ເຂົາເຈົ້າສາມາດສູບໄດ້ຢ່າງເປີດເຜີຍ.

### 2. ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມ ອາດເຮັດໃຫ້ການໃຊ້ຢາສູບຫລຸດໜ້ອຍລົງ.

ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມມີຜົນຕາມມາທັງໃນດ້ານດີແລະດ້ານບໍ່ດີຕໍ່ການໃຊ້ຢາສູບ. ໃນດ້ານດີນັ້ນ, ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມເຮັດໃຫ້ເກີດຜົນຕາມມາໃນດ້ານດີໃນການກົດດັນຜູ້ສູບຢາທີ່ເປັນຜູ້ຊາຍໃຫ້ປ່ຽນພຶດຕິກຳການສູບຢາ. ເຖິງວ່າຊຸມຊົນຊາວຂະເໝນ, ລາວ, ແລະວຽດນາມ ບໍ່ໄດ້ທຳມູນຜູ້ຊາຍທີ່ສູບຢາ, ແຕ່ເຂົາເຈົ້າກໍ່ເຫັນວ່າການສູບຢາໃກ້ໆຜູ້ອື່ນໆ ເປັນການທຳລາຍຄຸນຄ່າທາງສັງຄົມໃນດ້ານການເຄົາລົບ. ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ, ຜູ້ຊາຍທີ່ສູບຢາຫລາຍຄົນໄດ້ເລີ່ມທີ່ຈະເຫັນວ່າການສູບຢາເປັນການເຮັດໃຫ້ເສື່ອມເສັ້ງ ແທນທີ່ຈະເຫັນວ່າມັນເປັນສັນຍະລັກທາງສະຖານະພາບ, ຫລືເຫັນວ່າ ເປັນການບໍ່ສຸພາບຕໍ່ຜູ້ອື່ນໆ ແທນທີ່ຈະເຫັນວ່າເປັນວິທີການຮັກສາຄວາມສຳພັນທາງສັງຄົມ.

ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມໄດ້ຍົກສູງການຮັບຮູ້ດ້ານຄວາມສ່ຽງຕໍ່ສຸຂະພາບໃນການໃຊ້ຢາສູບ ແລະຫລຸດຄວາມທົນຂອງການສູບຢາ. ສີ່ຂ່າວຈາກກະຊວງສາທາລະນະສຸກໃນສະຫະຣັຖອາເມລິກາໄດ້ເພີ່ມການຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບອັນຕະລາຍຂອງການສູບຢາທີ່ມີຕໍ່ສຸຂະພາບຮ່າງກາຍແລະຮູບຮ່າງ. ຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ບາງຄົນອາດຮູ້ສຶກວ່າມີອິດສະຫລະທີ່ຈະສະແດງຄວາມກັງວົນໃຈເຫລົ່ານີ້ໃນສະຫະຣັຖອາເມລິກາ, ດ້ວຍການຮັບຮູ້ຂໍ້ມູນຫລາຍຂຶ້ນກ່ຽວກັບອັນຕະລາຍຂອງການສູບຢາແລະການຍອມຮັບຈາກສັງຄົມກ່ຽວກັບພຶດຕິກຳນີ້ທີ່

ຫລຸດໜ້ອຍລົງ. ທັງໆ ທີ່ມີການຮັບຮູ້ຫລາຍຂຶ້ນ, ສະມາຊິກຫລາຍຄົນຂອງຊຸມຊົນຕ່າງໆ, ສະເພາະແມ່ນຜູ້ສູງອາຍຸ ຫລືຜູ້ທີ່ມີການປັບຕົວວັດທະນະທັມໜ້ອຍ, ຍັງຄົງຂາດຄວາມເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບອັນຕະລາຍຕໍ່ສຸຂະພາບຈາກການສູບຢາ.

ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມຍັງໄດ້ຍົກລະດັບການຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບອັນຕະລາຍຂອງການຫາຍໃຈເອົາຄວັນຢາສູບຂອງຜູ້ອື່ນເຂົ້າໄປ. ໃນບັນດາປະເທດອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້, ມີການຮັບຮູ້ພຽງເລັກນ້ອຍກ່ຽວກັບອັນຕະລາຍຂອງການຫາຍໃຈເອົາຄວັນຢາສູບຂອງຜູ້ອື່ນເຂົ້າໄປ. ໃນຣັຖມົນນີໂຊຕາ, ການຮັບຮູ້ໄດ້ເພີ່ມສູງຂຶ້ນ. ການອາໄສຢູ່ໃນອາຄານບ້ານເຮືອນທີ່ມີການຫຸ້ມປ້ອງກັນຄວາມອຸ່ນຫລາຍຂຶ້ນຍັງຊ່ວຍເພີ່ມຄວາມປາດຖະໜາທີ່ຢາກຈະຢຸດສູບຢາ. ແຕ່ຈົນຮອດດຽວນີ້, ສະມາຊິກຊຸມຊົນທີ່ມີການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມໜ້ອຍຍັງຂາດການຮັບຮູ້ເຖິງອັນຕະລາຍຂອງການຫາຍໃຈເອົາຄວັນຢາສູບຂອງຜູ້ອື່ນເຂົ້າໄປ.

ເມື່ອເວລາຜ່ານໄປ, ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມໄດ້ປ່ຽນກົດລະບຽບຂອງພຶດຕິກຳທີ່ເໝາະສົມກ່ຽວຂ້ອງກັບຢາສູບ. ໃນກຸ່ມຄົນອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ໃນຣັຖມົນນີໂຊຕານັ້ນ, ການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມໄດ້ນຳໄປສູ່ການຫລຸດຜ່ອນການສູບຢາໃກ້ຜູ້ອື່ນໆ ແລະລົດການໃຊ້ຢາສູບໃນພິທີທາງສາສະໜາຫລືພິທີສະຫລອງຕ່າງໆ. ຄຳນິຍົມທາງວັດທະນະທັມດ້ານການຮູ້ສຶກໄວຕໍ່ຄວາມຕ້ອງການຂອງຜູ້ອື່ນແລະຄວາມສຸພາບໄດ້ເຮັດໃຫ້ຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ດັດປັບຄວາມຄິດດັ້ງເດີມແລະຮູບແບບການປະຕິບັດຂອງເຂົາເຈົ້າແລະຮັບເອົາຂໍ້ຈຳກັດຂອງອາເມລິກາມາໃຊ້ໃນການໃຊ້ຢາສູບ.

### 3. ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມອາດເພີ່ມການໃຊ້ຢາສູບໃນກຸ່ມຜູ້ຍິງ, ໄວໜຸ່ມ, ຊາວມົ້ງ, ແລະຄົນເຂົ້າເມືອງໃໝ່ໆ.

ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມນຳໄປສູ່ຜົນຕາມມາທີ່ບໍ່ດີໃນການກະຕຸ້ນໃຫ້ເກີດການໃຊ້ຢາສູບໃນຄົນບາງກຸ່ມ.

ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມອາດນຳໄປສູ່ການສູບຢາຫລາຍຂຶ້ນໃນກຸ່ມຜູ້ຍິງ - ໂດຍສະເພາະແມ່ນຄົນໜຸ່ມແລະຜູ້ຍິງສະໄໝໃໝ່. ນອກຈາກນີ້ຍັງເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມທີ່ໃຈຂອງສະມາຊິກຊຸມຊົນຫລາຍຄົນທີ່ວ່າ, ດຽວນີ້ ມີຜູ້ຍິງຈຳນວນຫລາຍຂຶ້ນທີ່ສູບຢາໃນຖານະເປັນສ່ວນໜຶ່ງໃນການກາຍເປັນ “ອາເມລິກັນ”, ຊຶ່ງນັ້ນຄື, ການໃຊ້ຢາສູບເປັນສັນຍະລັກທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງຄຳນິຍົມດ້ານການມີອິດສະຫລະເສລີແລະຄວາມເທົ່າທຽມກັນດ້ານເພດ.

ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມອາດເຮັດໃຫ້ມີການສູບຢາຫລາຍຂຶ້ນໃນກຸ່ມໄວໜຸ່ມ, ເນື່ອງຈາກການຂາດຄວາມເອົາໃຈໃສ່ຕໍ່ຄວາມສ່ຽງດ້ານສຸຂະພາບໃນລະຍະຍາວ, ພາບການໂຄສະນາ, ແລະຄວາມປາດຖະໜາທີ່ຢາກເປັນໄວໜຸ່ມອາເມລິກັນ. ການຄວບຄຸມທາງສັງຄົມຕໍ່ເດັກນ້ອຍກຳລັງຫລຸດໜ້ອຍລົງຢ່າງສັງເກດເຫັນໄດ້ຊຶ່ງອາດເຮັດໃຫ້ມີການສູບຢາຫລາຍຂຶ້ນໃນກຸ່ມໄວໜຸ່ມໃນຊຸມຊົນຄົນເຂົ້າເມືອງຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ດ້ວຍ.

ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມອາດເຮັດໃຫ້ມີການສູບຢາຫລາຍຂຶ້ນໃນກຸ່ມຄົນມົ້ງ. ໃນຣັຖມົນນີໂຊຕາ, ການໃຊ້ຢາສູບແມ່ນບໍ່ຈຳກັດຢູ່ພິທີທາງສາສະໜາ ຫລືການຮັກສາອີກຕໍ່ໄປ ດັ່ງທີ່ເຄີຍໃຊ້ໃນປະເທດບ້ານເກີດຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ຄວາມຕຶງຄຽດຂອງການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມອາດເຮັດໃຫ້ບັນດາຄົນເຂົ້າເມືອງ ຕົກຢູ່ໃນພາວະສ່ຽງຫລາຍຂຶ້ນໃນດ້ານການສູບຢາ. ການໂຄສະນາແລະວັດທະນະທັມທີ່ເປັນທີ່ນິຍົມໄດ້ຊຸກຍູ້ໃຫ້ເກີດຄວາມເຊື່ອທີ່ຜິດໆ ວ່າການສູບຢາສາມາດຊ່ວຍຫລຸດຜ່ອນຄວາມຕຶງຄຽດໄດ້. ດ້ວຍຄວາມເຊື່ອແນວນີ້, ບັນດາຄົນເຂົ້າເມືອງທີ່ມີຄວາມຕຶງຄຽດສູງໄດ້ເລີ່ມທີ່ຈະສູບຢາແລະບໍ່ຄ່ອຍຢາກເຊົາສູບ.

# ພາກທີ III: ຄວາມສໍາພັນກັນລະຫວ່າງຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມແລະການເຊົາສູບຢາ

## 1. ຂະບວນປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມຊ່ວຍເຮັດໃຫ້ຜູ້ສູບຢາ ບາງຄົນຢາກເຊົາສູບ.

ການມີຄວາມຮູ້ຫລາຍຂຶ້ນກ່ຽວກັບຄວາມສ່ຽງຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະການຊຸກຍູ້ ຈາກຄອບຄົວແລະຊຸມຊົນແມ່ນສິ່ງກະຕຸ້ນທີ່ມີອິດທິພົນທີ່ຈະຊ່ວຍໃນ ການເຊົາສູບຢາ ໃນກຸ່ມຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ໃນສະຫະຣັຖອາເມລິກາ.

## 2. ອຸປະສັກດ້ານການເຂົ້າເຖິງແລະການຮັບຮູ້ຕໍ່ການບໍລິການ ຕ່າງໆທີ່ເໝາະສົມທັງໃນດ້ານວັດທະນະທັມແລະພາສາ ອາດກົດກັນບັນດາຜູ້ສູບຢາຈາກການຮັບການຊ່ວຍເຫລືອໃນການ ເຊົາສູບຢາ.

ເຖິງແມ່ນວ່າມີຄວາມຕ້ອງການຫລາຍຂຶ້ນທີ່ຈະເຊົາສູບຢາ, ຜູ້ນໍາຫລາຍຄົນບໍ່ ຮັບຮູ້ວ່າມີແຫລ່ງຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບການເຊົາສູບຢາຫລາຍແຫ່ງ ແລະບໍ່ແນ່ໃຈວ່າ ຈະສົ່ງຄົນທີ່ຢາກເຊົາສູບຢາໄປບ່ອນໃດ. ນອກຈາກນີ້, ການຂາດແຫລ່ງ ຄວາມຮູ້ແລະຄໍາແນະນໍາຕ່າງໆທີ່ເປັນພາສາພື້ນເມືອງແມ່ນອຸປະສັກໃຫຍ່ ຕໍ່ການໃຊ້ຢາຊ່ວຍໃນການເຊົາສູບ.

## 3. ອຸປະສັກທາງວັດທະນະທັມກົດກັນບັນດາຜູ້ສູບຢາຈາກ ການຊອກຫາການຊ່ວຍເຫລືອແລະການໃຊ້ຢາຊ່ວຍໃນ ການເຊົາສູບ.

ອຸປະສັກໃຫຍ່ຕໍ່ການເຊົາສູບຢາແມ່ນຄວາມລະອາຍໃຈ, ຫລືຄວາມຍ້ານ “ເສັ້ນໜ້າ”. ສໍາລັບຊາວມື້ງ, ຊຶ່ງປະເພນີວັດທະນະທັມບໍ່ເຫັນພ້ອມນໍາ ຜູ້ທີ່ສູບຢາທຸກມື້, ຈະຮູ້ສຶກລະອາຍໃຈ ທີ່ຈະຍອມຮັບວ່າເປັນຄົນສູບຢາ ເປັນປະຈໍາ. ຊາວຂະເໝນ, ລາວ, ແລະວຽດນາມ ຮັບຮູ້ວ່າການສູບຢາ ສາມາດຍອມຮັບໄດ້ຕາບໃດທີ່ມັນແມ່ນ “ນິໄສ” ແລະບໍ່ແມ່ນ ການ “ຕິດ”. ນິໄສບໍ່ແມ່ນສິ່ງທີ່ເປັນຕາລະອາຍໃຈ ຍ້ອນວ່າມັນສາມາດຢຸດເຊົາຍາມໃດກໍໄດ້. ແຕ່ໃນທາງກົງກັນຂ້າມ, ການຕິດ, ຊຶ່ງແມ່ນການບໍ່ສາມາດເຊົາໄດ້ຕາມຄວາມຕັ້ງ ໃຈນັ້ນ, ແມ່ນຖືກເບິ່ງເຫັນວ່າເປັນສິ່ງທີ່ບໍ່ດີຫລາຍ. ໃນວັດທະນະທັມເຫລົ່ານີ້, ຊຶ່ງໃຫ້ຄຸນຄ່າກັບການຄວບຄຸມຈິດໃຈຕາມຄວາມຄິດເຫັນຂອງຊາວພຸດ, ການຕິດທາງກາຍບໍ່ວ່າຈະເປັນປະເພດໃດສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງການມີ “ຈິດໃຈທີ່ ອ່ອນແອ”. ສະນັ້ນ ການພະຍາຍາມເຊົາສູບຈຶ່ງກາຍເປັນການກະທໍາທີ່ອີງໃສ່ ສ່ວນຕົວເປັນຫລັກ ຍ້ອນວ່າ ການເຮັດບໍ່ສໍາເລັດຂອງປະຊາຊົນແມ່ນຍັງຍືນໃຫ້ ເຫັນເຖິງສະພາບການຕິດແລະການຂາດການຄວບຄຸມຕົນເອງ. ຄວາມຕ້ອງການ ໃນການຄວບຄຸມຈິດໃຈຕົນເອງດັ່ງກ່າວນີ້ຍັງນໍາໄປສູ່ການຮັບຮູ້ວ່າ ຜູ້ສູບຢາບໍ່ຄວນ ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫລືອຈາກສັງຄົມ, ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາ, ຫລືການຢຸດໃຊ້ຢາ ຊ່ວຍໃນການເຊົາສູບ.

# ພາກທີ IV: ການຈັດຕັ້ງໂຄງການຄວບຄຸມຢາສູບທີ່ຊໍານານດ້ານວັດທະນະທັມ

ຄວາມພະຍາຍາມໃນການຄວບຄຸມຢາສູບແມ່ນຖືກແບ່ງອອກເປັນສາມປະເພດຄື: 1) ການປ້ອງກັນ, ຫລືການຮັກສາສະມາຊິກໃໝ່ຂອງກຸ່ມປະຊາຊົນບໍ່ໃຫ້ເລີ່ມ ສູບຢາ; 2) ການຢຸດ, ຫລືການຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ສູບໃນປັດຈຸບັນເຊົາສູບ; ແລະ 3) ການຫລຸດຜ່ອນໂອກາດໃນການຫາຍໃຈເອົາຄວັນຢາສູບຂອງຜູ້ອື່ນເຂົ້າໄປ ຂອງປະຊາຊົນທຸກຄົນ. ຄໍາແນະນໍາທີ່ເສດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນອີງຕາມຜົນສະທ້ອນ ທີ່ໄດ້ທັງຈາກການຄົ້ນພົບຂອງລາຍງານສະບັບນີ້ແລະການແນະນໍາທີ່ຊັດເຈນຂອງ ບັນດາຜູ້ຖືກສໍາພາດ.

## 4. ການແຊກແຊງຊ່ວຍເຫລືອໃນການເຊົາສູບຢາໂດຍຄໍານຶງ ເຖິງວັດທະນະທັມໄດ້ສ້າງໃຫ້ເກີດຄວາມໄວ້ວາງໃຈ, ເກີດຄວາມເຂົ້າໃຈເຖິງຄວາມຕ້ອງການຂອງຜູ້ອື່ນ, ແລະປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ສູບຢາ.

ເພື່ອເອົາຂະນະອຸປະສັກດ້ານການຮູ້ສຶກອັບອາຍໃນການຊອກຫາການຊ່ວຍເຫລືອ, ການແຊກແຊງຕ້ອງຫລີກລ້ຽງການຕີວິຈານຜູ້ສູບຢາ. ການບໍລິການຕ່າງໆ ທີ່ອີງໃສ່ຊຸມຊົນເປັນຫລັກສາມາດສ້າງຄວາມໄວ້ວາງໃຈຈາກຜູ້ສູບຢາໄດ້ ໂດຍການສ້າງຈາກຄວາມສໍາພັນທີ່ມີຢູ່ໃນປັດຈຸບັນ. ສາຍຊ່ວຍເຫລືອທາງ ໂທຣະສັບຍັງຮັບປະກັນເຖິງການຮັກສາຄວາມລັບແລະຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ.

## 5. ຄອບຄົວ, ຊຸມຊົນ, ແລະຊົນເຜົ່າ ແມ່ນສິ່ງທີ່ມີຄຸນຄ່າທາງ ວັດທະນະທັມທີ່ສໍາຄັນທີ່ມີອິດທິພົນໃນການຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ສູບຢາ ເຊົາສູບໄດ້.

ຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ທີ່ເນັ້ນໃສ່ຄວາມຕ້ອງການຂອງຄອບຄົວ, ຊຸມຊົນ ແລະກຸ່ມເຜົ່າ (ຕາມປະເພນີຂອງຊາວມື້ງ) ເໝືອດິວບຸກຄົນນັ້ນສາມາດມີອິດທິພົນ ເຮັດໃຫ້ຜູ້ສູບຢາເຊົາສູບໄດ້ເພື່ອ ປະໂຫຍດຂອງລູກຫລານຂອງເຂົາເຈົ້າ. ສະມາຊິກຄອບຄົວແລະສະມາຊິກຂອງ ຊຸມຊົນທີ່ເປັນທີ່ເຄົາລົບແມ່ນບຸກຄົນ ສໍາຄັນທີ່ສາມາດຂໍຮ້ອງໃຫ້ຜູ້ສູບຢາເຊົາສູບໄດ້. ແຕ່ຈົນຮອດດຽວນີ້, ບາງຄັ້ງ ຂະບວນການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມກໍໄດ້ນໍາໄປສູ່ ການປ່ຽນບົດບາດຂຶ້ນດຽວນີ້ ເດັກນ້ອຍບາງຄົນໄດ້ບອກພໍ່ແມ່ຂອງເຂົາໃຫ້ເຊົາ ສູບຢາ - ນີ້ແມ່ນການພັດທະນາ ຢ່າງໜຶ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນວ່າທຸກຄົນຈະຍອມຮັບໄດ້.

## 6. ແພດຕ່າງໆ ສາມາດຊ່ວຍຜູ້ສູບຢາໃຫ້ເຊົາສູບໄດ້ ແຕ່ຕ້ອງພັດທະນາຂໍ້ຄວາມຫລືຂ່າວສານດ້ານການປ້ອງກັນ ທີ່ມີປະສິດທິພາບ.

ເຖິງແມ່ນວ່າ ແພດຕ່າງໆ ຈະໄດ້ຮັບການເຄົາລົບຢ່າງສູງແລະມີອິດທິພົນຕໍ່, ແຕ່ຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ມີຄວາມໂນ້ມຮຽງທີ່ຈະບໍ່ສະມາຄົມກັບພວກ ແພດໃນການປ້ອງກັນສຸຂະພາບ ຫລືເບິ່ງເຫັນວ່າການສູບຢາເປັນບັນຫາ ດ້ານການແພດ. ເພາະສະນັ້ນ, ສະມາຊິກຕ່າງໆຂອງຊຸມຊົນເຫລົ່ານີ້ມີຄວາມ ໂນ້ມຮຽງ ທີ່ຈະບໍ່ໄປຫາໝໍໃນຖານະເປັນແຫລ່ງຊ່ວຍເຫລືອທີ່ຈະຊ່ວຍ ໃຫ້ຜູ້ສູບຢາເຊົາສູບໄດ້.

## 1. ພັດທະນາຍຸດທະສາດຕ່າງໆ ທີ່ຈະຜະເຊີນກັບຜົນກະທົບທີ່ບໍ່ດີ ຕ່າງໆ ແລະສ້າງຜົນກະທົບທີ່ດີຂອງຂະບວນການປັບຕົວທາງ ວັດທະນະທັມ.

ຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ມີຄວາມແຕກຕ່າງໃນປະເດັນດ້ານຄວາມສ່ຽງແລະ ການປ້ອງກັນສໍາລັບການໃຊ້ຢາສູບຊຶ່ງ ອີງໃສ່ລະດັບການປັບຕົວທາງ ວັດທະນະທັມຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຄວາມອ່ອນໄຫວຕໍ່ວັດທະນະທັມດັ້ງເດີມ ແລະ ລະດັບການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມທີ່ຫລາກຫລາຍມີຄວາມສໍາຄັນ ຕໍ່ການລິເລີ່ມທີ່ສໍາເລັດຜົນໃນການຫລຸດຜ່ອນການໃຊ້ຢາສູບໃນຊຸມຊົນຊາວອາຊີ ຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້.

## 2. ວາງຮູບແບບການແຊກແຊງໃສ່ກຸ່ມທີ່ອ່ອນແອທີ່ສຸດ

### ໃນພາກສ່ວນຕ່າງໆ ຂອງຊຸມຊົນ.

ແທນທີ່ຈະແມ່ນການເຂົ້າໄປຫາໂດຍໃຊ້ “ວິທີການດຽວສຳລັບທຸກຄົນ”, ຍຸດທະສາດຕ່າງໆ ໄດ້ຖືກວາງອອກ ໂດຍອີງໃສ່ລະດັບການປັບຕົວທາງ ວັດທະນະທັມ, ອາຍຸ, ແລະເພດ.

## 3. ພັດທະນາໂຄງການຄວບຄຸມຢາສູບຕ່າງໆ ທີ່ໄດ້ສ້າງຂຶ້ນ

### ຕາມຄຳນິຍົມທາງວັດທະນະທັມແລະຄວາມເຊື່ອ.

ການແຊກແຊງຄວນມີອິດທິພົນຕໍ່ຄຳນິຍົມທາງວັດທະນະທັມໃນເລື່ອງຄວາມ ສຸພາບແລະຄວາມເຂົ້າໃຈຕໍ່ຄວາມຕ້ອງການຂອງຜູ້ອື່ນ ແລະການປະຕິບັດ ທີ່ເປັນປະໂຫຍດຕໍ່ຄອບຄົວ. ການແຊກແຊງຕ່າງໆ ຄວນກ່ຽວຂ້ອງກັບຄອບຄົວ, ຊຸມຊົນ, ແລະກຸ່ມເຜົ່າຢ່າງເພາະສົມ. ໃນທ້າຍທີ່ສຸດ, ການໃຫ້ບໍລິການຕ່າງໆ ດ້ານການເຊົາສູບຢາທີ່ຊຳນານດ້ານວັດທະນະທັມ ຈະຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ສູບຢາ ສາມາດຫລີກລ້ຽງການເສັງໜ້າຂຶ້ນກ່ຽວພັນກັບການຊອກຫາການຊ່ວຍເຫລືອ ໃນການເຊົາສູບຢາ.

## 4. ອອກແບບການສື່ສານທີ່ສົ່ງເສີມຄວາມຮູ້ ກ່ຽວກັບອັນຕະລາຍຂອງ ການສູບຢາໃຫ້ເໝາະສົມກັບລະດັບຄວາມຮູ້ໃນປັດຈຸບັນຂອງຊຸມຊົນ.

ຂ່າວສານຄວນຕໍ່ຕ້ານກັບຄວາມຄິດຄວາມເຂົ້າໃຈທີ່ຜິດໃນປັດຈຸບັນກ່ຽວກັບ ການສູບຢາ ແລະກ່າວເຖິງຄວາມເຊື່ອທີ່ແຕກຕ່າງກັນດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ພະຍາດສຳລັບຊຸມຊົນທີ່ມີການປັບຕົວທາງວັດທະນະທັມໜ້ອຍ. ຂ່າວສານຍັງ ຕ້ອງພິຈາລະນາເຖິງເລື່ອງການຂາດຄວາມຊຳນານດ້ານການໃຊ້ພາສາອັງກິດ ແລະລະດັບການຮູ້ໜັງສືຕໍ່ໃນກຸ່ມເຫລົ່ານີ້ດ້ວຍ.

## 5. ກ່າວເຖິງປະເດັນການແຍກຕົວອອກຈາກສັງຄົມແລະຄວາມຕຶງ ຄຽດທີ່ອາດເປັນຕົ້ນເຫດໃຫ້ມີພຶດຕິກຳການສູບຢາສຳລັບຜູ້ສູບຢາບາງ ຄົນແລະອາດເປັນອຸປະສັກຕໍ່ການເຊົາສູບ.

ການແຊກແຊງຄວນເວົ້າເຖິງປະເດັນດ້ານການໃຊ້ຢາສູບໃນການບັນເທົາຄວາມຕຶງ ຄຽດ ແລະບັນຫາຕ່າງໆ ທີ່ເປັນສາເຫດໃຫ້ເກີດຄວາມຕຶງຄຽດ.

## 6. ການດັດແປງປະເພນີທາງວັດທະນະທັມທີ່ໃຊ້ໃນການຕ້ານການ ຄວບຄຸມຢາສູບ.

ຄວາມສຳຄັນຂອງຢາສູບໃນດ້ານວັດທະນະທັມໃນປະເທດບ້ານເກີດ ບໍ່ ສະໜັບສະໜູນຄວາມພະຍາຍາມທີ່ຈະອອກແບບການນຳໃຊ້ຢາສູບໃນຊຸມຊົນ ຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້. ຊຸມຊົນຕ່າງໆ ສາມາດຊອກຫາວິທີທີ່ຈະດັດແປງ ວັດທະນະທັມການສະຫລອງ, ຮູບແບບການປະຕິບັດທາງວັດທະນະທັມທີ່ກ່ຽວພັນ ກັບການໃຊ້ຢາສູບ. ຊຸມຊົນຕ່າງໆ ຍັງສາມາດສົ່ງເສີມບໍ່ໃຫ້ມີການສູບຢາໃນບ່ອນ ສາທາລະນະແລະໃນເຮືອນ.

## 7. ພັດທະນາຂ່າວສານດ້ານການປ້ອງກັນທີ່ມີປະສິດທິພາບສຳລັບຜູ້ ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ.

ແພດພິສາມາດຊ່ວຍໄດ້ຫລາຍຂຶ້ນໃນການຊອກຫາຄົນໄຂ້ແລະຊຸກຍູ້ໃຫ້ເຊົາເຊົາ ສູບຢາ, ຕໍ່ຕ້ານກັບຄວາມເຂົ້າໃຈທີ່ວ່າ ສະເພາະຄົນເຈັບເທົ່ານັ້ນທີ່ສາມາດຮ້ອງຂໍ ເອົາການຊ່ວຍເຫລືອໃນການເຊົາສູບຢາໄດ້. ໂຄງການສຸຂະພາບຄວນຮ່ວມມືກັບ ຊຸມຊົນຊາວອາຊີຕາເວັນອອກສຽງໃຕ້ເພື່ອພັດທະນາການແຊກແຊງດ້ານການ ຄວບຄຸມຢາສູບທີ່ມີຄວາມຊຳນານດ້ານວັດທະນະທັມ.



## ເອກະສານອ້າງອີງ

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual Causes of Death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291:1238-1245.
2. Nelson D, Kirkendall R, Lawton R, et al. Surveillance for smoking-attributable mortality and years of potential life lost; by state—United States, 1990. *MMWR*. 1994; 43:1-8.
3. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
4. National Cancer Institute. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: The Report of the California Environmental Protection Agency*. Bethesda, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; August 1999. No. NIH Pub. No. 99-4645.
5. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health; 1986. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398.
6. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders: The Report of the Environmental Protection Agency*. Washington, D.C.: U.S. Environmental Protection Agency, Office of Research and Development; 1993. No. EPA/600/6-90/006F.
7. Blue Cross and Blue Shield of Minnesota. *Health Care Costs and Smoking: The Bottom Line*. Eagan, Minn.: Center for Tobacco Reduction and Health Improvement; 2005.
8. Shafey O, Dolwick S, Guindon, GE (eds). *Tobacco Control Country Profiles 2003*, American Cancer Society, Atlanta, GA, 2003. Publication available through the World Health Organization, at [http://www.who.int/tobacco/global\\_data/country\\_profiles/en/](http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/en/).
9. Health Status of Cambodians and Vietnamese—Selected Communities, United States, 2001–2002. *MMWR*, August 27, 2004, 53(33); 760-65.
10. *Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minority Groups—African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1998.
11. Muggli ME, Pollay RW, Lew R, Joseph AM. Targeting of Asian Americans and Pacific Islanders by the tobacco industry: Results from the Minnesota Tobacco Document Depository. *Tobacco Control* 2002; 11:201-9.

**Tháng Ba, 2006**

### **Thân Gửi Các Bạn Hữu Của Cộng Đồng Người Đông Nam Á Cư Ngụ Tại Minnesota,**

Dự Án Nghiên Cứu các Nhóm Chủng Tộc và Dân Tộc Đa Dạng (Diverse Racial Ethnic Groups and Nations hay viết tắt là DREGAN) nhằm mục đích làm giảm sự tổn hại gây ra bởi thuốc lá trong các cộng đồng của người Miên, Hmong, Lào, và người Việt cư ngụ tại Minnesota. Dự án này được thực hiện nhờ sự phối hợp giữa các cộng đồng nói trên thông qua sự đại diện của Liên Minh Xóa Nạn Thuốc Lá Trong Cộng Đồng Châu Á-Thái Bình Dương (Asia Pacific Tobacco-Free Coalition hay APT-FCM) và Trung Tâm Cộng Đồng Tị Nạn Đông Nam Á (Southeast Asian Refugee Community Home hay SEARCH) với Blue Cross and Blue Shield tại Minnesota (Blue Cross) và Hiệp Hội Phòng Chống Thuốc Lá của Minnesota (Minnesota Partnership for Action Against Tobacco hay MPAAT). Blue Cross và MPAAT cùng nhau tài trợ dự án này.

Dự án DREGAN có ba thành phần: 1) nghiên cứu định tính, để hiểu thêm về các đặc tính văn hóa đặc trưng của việc sử dụng thuốc lá trong mỗi cộng đồng; 2) nghiên cứu định lượng, để xác định tính phổ biến của việc sử dụng thuốc lá và những sinh hoạt gây nguy hại đến sức khỏe khác; 3) các dự án can thiệp thí điểm được thiết kế để thử các chương trình mang tính sáng tạo nhằm giảm bớt việc sử dụng thuốc lá trong các cộng đồng.

Bản báo cáo này tóm tắt lại kết quả của phần nghiên cứu định tính của dự án. Bản báo cáo có hai mục đích cơ bản. Trước hết, chúng tôi nhằm vạch ra những hiểu biết và quan điểm liên quan đến thuốc lá trong các cộng đồng Đông Nam Á ngày càng lớn mạnh tại Minnesota. Thứ hai, chúng tôi cố tìm hiểu các đặc điểm văn hóa đặc trưng ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc lá trong các cộng đồng này.

Chúng tôi hy vọng rằng bản báo cáo này sẽ động viên được lãnh đạo của các cộng đồng Đông Nam Á cũng như ngoài Đông Nam Á và các nhà làm chính sách làm giảm được việc sử dụng thuốc lá trong các cộng đồng Đông Nam Á. Chúng tôi chân thành biết ơn nhiều nhà lãnh đạo cộng đồng đã dành thì giờ để chia sẻ quan điểm và sự hiểu biết của mình, và biết ơn các thành viên cộng đồng đã tham gia vào cuộc nghiên cứu này với tư cách là người đi phỏng vấn cũng như trong vai trò của những người đồng sự.

Trân trọng,

Nhóm Công Tác Dự Án DREGAN

## Giới Thiệu

### Việc sử dụng thuốc lá đe dọa đến sức khỏe cộng đồng Đông Nam Á tại Minnesota.

Là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong có thể phòng ngừa được ở Hoa Kỳ,<sup>1,2</sup> việc sử dụng thuốc lá đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe của dân số Đông Nam Á ngày càng phát triển tại Minnesota. Việc hút thuốc gây ra nhiều loại ung thư, bệnh tim mạch, và bệnh đường hô hấp, cũng như nhiều biến chứng sức khỏe khác.<sup>3</sup> Việc ngửi khói thuốc gián tiếp gây tử vong cho những người không trực tiếp hút thuốc bởi bệnh ung thư phổi và động mạch vành, và làm tăng nguy cơ nhiễm trùng tai giữa, suyễn, viêm phế quản và Hội Chứng Đột Tử ở trẻ em.<sup>4-6</sup> Việc hút thuốc là nguyên nhân làm cho chi phí chăm sóc y tế vượt trội đến \$1.98 tỷ ở Minnesota trong năm 2002.<sup>7</sup>

### Phần Nghiên Cứu và Hành Động Có Sự Tham Gia của Cộng Đồng của Dự Án DREGAN Là Gì?

Nghiên cứu và hành động có sự tham gia của cộng đồng có nghĩa là các thành viên của cộng đồng bị ảnh hưởng bởi việc mất cân bằng về sức khỏe được tham gia vào việc thiết kế và thực hiện cuộc nghiên cứu. Các thành viên cộng đồng đã đảm nhận trách nhiệm làm cố vấn dự án cũng như làm thành viên của nhóm nghiên cứu. Họ tích cực tham gia vào mỗi giai đoạn của quy trình nghiên cứu, từ việc phát triển phương thức phỏng vấn đến phân tích dữ liệu, và đến việc trình bày bản báo cáo này. Dự án DREGAN đã bắt đầu bằng dự án nghiên cứu định tính nhằm hiểu thêm về các đặc tính đặc trưng văn hóa và những ý nghĩa sâu xa về việc sử dụng thuốc lá trong các cộng đồng Đông Nam Á. Các mục tiêu chính của việc nghiên cứu định tính là để hiểu được:

- bối cảnh xã hội và ý nghĩa văn hóa của việc sử dụng thuốc lá trong các cộng đồng người Miên, Hmong, Lào và Việt Nam,
- các rào cản xã hội và văn hóa đối với việc phòng và đẩy lùi (cai thuốc lá), và
- vốn liếng cộng đồng có thể được sử dụng làm cơ sở cho những nỗ lực giảm thuốc lá.

Dự án này đặc biệt quan trọng là vì hầu hết các nghiên cứu hiện có về việc hút thuốc lá trong số dân Đông Nam Á thường hay gộp chung các dân “Á châu” hoặc “Đảo Thái Bình Dương” thành một nhóm thuần nhất thay vì khảo sát riêng từng cộng đồng phụ tự xuất thân.

### Tại sao nghiên cứu việc sử dụng thuốc lá trong các cộng đồng Đông Nam Á khác nhau là quan trọng?

Mặc dù các cộng đồng Đông Nam Á tại Minnesota có nhiều điểm tương đồng với phần đông dân số của Minnesota, họ cũng có một số chỗ yếu riêng khiến cho họ sử dụng thuốc lá và có nhiều rào cản đối với việc cai thuốc.

- Người Miên, Hmong, Lào, và Việt Nam đến từ các nước có tỉ lệ đàn ông hút thuốc cao hơn nước Mỹ.<sup>8</sup> Trong khi một số cộng đồng nhập cư Đông Nam Á ở Mỹ đã được quan sát thấy là có tỉ lệ người hút thuốc cao,<sup>9</sup> chưa có nghiên cứu chính xác nào về mức độ phổ biến của việc hút thuốc trong các cộng đồng này ở Minnesota.

- So sánh với phần đông dân số, dân Đông Nam Á ở Mỹ có thể có những yếu tố nguy cơ riêng khiến cho họ hút thuốc lá.
- Bất bình đẳng trong việc chăm sóc sức khỏe và rào cản ngôn ngữ có thể cản trở việc giáo dục sức khỏe và các nỗ lực cai thuốc.
- Người Đông Nam Á có nhiều quy phạm khác nhau đối với việc sử dụng thuốc lá, sự hiểu biết khác nhau về các nguyên nhân của sức khỏe và bệnh tật, và thường ít hiểu biết rằng thuốc lá có hại cho sức khỏe.
- Quy phạm văn hóa và cung cách giao tiếp khác nhau có nghĩa rằng các chiến lược phòng chống và cai thuốc thường lệ có thể không hiệu quả trong các cộng đồng này.
- Ngành công nghiệp thuốc lá nhắm vào các đối tượng người Mỹ gốc Á và người Đảo Thái Bình Dương một cách không cân xứng, tại nước Mỹ và tại quốc gia gốc của họ.<sup>10, 11</sup>



Các cộng đồng Đông Nam Á cũng có một số ưu điểm riêng hiếm thấy ở phần đông dân số mà nỗ lực phòng chống thuốc lá có thể tận dụng được.

- Hầu hết các cộng đồng Đông Nam Á đặc biệt chú trọng vào nhu cầu của cả gia đình hơn là nhu cầu của cá nhân.
- Cha mẹ người Mỹ gốc Á chứng tỏ cũng có nhiều ảnh hưởng đến con cái hơn các bậc cha mẹ da trắng.
- Theo truyền thống, xã hội Đông Nam Á đặt nặng giá trị lên nếp sống đàng hoàng để không làm tổn hại đến gia phong, danh dự tổ tiên.
- Các giá trị văn hóa khác, như những điều răn của Phật giáo cấm dùng các chất gây nghiện, cũng có khả năng hỗ trợ các nỗ lực kiểm soát việc sử dụng thuốc lá.

Tuy nhiên, hiện nay ít người biết cách áp dụng các ưu điểm này vào việc hạn chế thuốc lá, và nói một cách rộng hơn, là biết cách phát triển chiến lược hạn chế thuốc lá có tính linh hoạt theo văn hóa đối với các cộng đồng Đông Nam Á tại Minnesota.

### Nghiên cứu này được thiết kế và thực hiện như thế nào.

**THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU:** Các thành viên cộng đồng biết hai ngôn ngữ được huấn luyện cách thực hiện những cuộc phỏng vấn trực diện 90 phút với 60 lãnh đạo chính thức và không chính thức của các cộng đồng bằng tiếng Anh hoặc bằng tiếng mẹ đẻ của họ.

**CHỌN NGƯỜI ĐƯỢC PHỎNG VẤN:** Thành viên cộng đồng chọn ra ba mươi đàn bà và ba mươi đàn ông (tám đàn ông và bảy đàn bà từ

mỗi cộng đồng Miên, Hmong, Lào, và Việt Nam) dựa trên sự hiểu biết của họ về cộng đồng mình, kinh nghiệm lãnh đạo trong cộng đồng, và hiểu biết về văn hóa. Người được phỏng vấn có độ tuổi từ 20 đến 68. Trong số họ có người đang hút thuốc, đã cai thuốc, và những người chưa bao giờ hút thuốc.

**PHÂN TÍCH DỮ LIỆU:** Một nhóm nghiên cứu gồm bảy thành viên được đào tạo nhiều chuyên ngành khác nhau làm nhiệm vụ phân tích dữ liệu phỏng vấn. Các thành viên của nhóm đã phối hợp chặt chẽ để đưa ra những phát hiện then chốt và đúc kết những điểm chính được nêu lên trong những lời phát biểu của người được phỏng vấn.

**CÁC GIỚI HẠN:** Theo thiết kế, việc chọn những người phỏng vấn không theo phương pháp ngẫu nhiên để làm tiêu biểu cho cộng đồng của họ; vì vậy cuộc nghiên cứu này không thể dự đoán được tính phổ biến của việc hút thuốc trong bốn cộng đồng Đông Nam Á được nghiên cứu. Thay vào đó, các nhà lãnh đạo có tên tuổi được

chọn vì kiến thức cộng đồng của họ. Số lượng các cuộc phỏng vấn đủ để đúc kết được một số điểm then chốt chung.

## Sơ lược về các cộng đồng Đông Nam Á đa dạng ở Minnesota

Hai mươi lăm năm sau khi chiến tranh Việt Nam chấm dứt, cuộc điều tra dân số năm 2000 đã tính được có khoảng 1.8 triệu người gốc Miên, Hmong, Lào, và Việt Nam định cư tại Mỹ. Những người Đông Nam Á này, tiêu biểu cho nhiều người tị nạn từ cuộc chiến đó cũng như làn sóng nhập cư sau này, đã lập nên một số cộng đồng to lớn tại nhiều nơi trên đất nước qua việc di dân nội địa. Theo cuộc điều tra dân số năm 2000, Minnesota có chỉ hơn 84,000 người tự xếp họ vào các nhóm này.

## Phần I: Những Mẫu Chuyện về Thuốc Lá Ở Quê Nhà

Vì hầu hết người Đông Nam Á ở Minnesota là người tị nạn và người nhập cư, hiểu được việc sử dụng thuốc lá ở quê hương họ là điều quan trọng. Những thành viên cộng đồng nhớ gì về sự chấp nhận việc hút thuốc, vai trò của thuốc lá, và các giới hạn xã hội đã điều tiết việc hút thuốc ở quê mình? Những mẫu chuyện của người được phỏng vấn phản ánh những *ký ức* về cuộc sống của họ ở quê nhà, nhưng không nhất thiết miêu tả đúng xã hội ngày nay ở Miên, Lào, hoặc Việt Nam. Nói đúng hơn, mục đích là để tìm hiểu thêm về *ý nghĩa* văn hóa của việc sử dụng thuốc lá mà những người nhập cư này mang theo đến nước Mỹ. Quan điểm của mỗi người được phỏng vấn về việc sử dụng thuốc lá ở Đông Nam Á đều khác nhau, do đó việc miêu tả một quan điểm tiêu biểu cho toàn cộng đồng Đông Nam Á là rất khó thực hiện, nếu không nói là không thể thực hiện được.

### 1. Thuốc lá là phần không thể tách rời với văn hóa ở quê nhà đối với người Miên, Lào, và Việt Nam.

Đối với dân ông Miên, Lào, và Việt Nam, hút thuốc thường xuyên là chuyện thường ngày và được chấp nhận. Việc sử dụng thuốc lá là để xã giao. Trong các nền văn hóa Đông Nam Á này, thuốc lá là một món sang trọng, và thường biểu hiện vị trí xã hội của người hút thuốc. Tuy nhiên, việc hút thuốc chỉ giới hạn ở đàn ông trưởng thành và nhìn chung thì không được chấp nhận khi đàn bà và lớp

trẻ hút thuốc. Thuốc lá thường hay xuất hiện trong các buổi tiệc tùng và nghi lễ cũng như được dùng làm thuốc chữa bệnh.

### 2. Thuốc lá cũng đóng một vai trò trong nền văn hóa Hmong nhưng không được thường hay sử dụng theo truyền thống.

Người Hmong có cái nhìn tiêu cực hơn đối với việc hút thuốc thường xuyên so với người Miên, Lào, và Việt Nam. Hút thuốc thường ngày ở quê nhà thì không phổ biến lắm, ngoại trừ người cao niên dùng để giảm đau của tuổi già. Hút thuốc hàng ngày trở nên phổ biến hơn nhiều sau khi tiếp xúc với lính Mỹ trong thời chiến tranh Việt Nam.

### 3. Nhiều người Đông Nam Á bắt đầu hút thuốc ở quê nhà trong các điều kiện chiến tranh, cưỡng bách lao động, hoặc náo động xã hội và chính trị.

Cuộc nội chiến ở Miên và chiến tranh ở Việt Nam và Lào đã gây ra căng thẳng tinh thần cho những người còn sống sót và con cái của họ, cho nên có thể đã dẫn đến việc hút thuốc nhiều hơn như một cách đối phó.

## Phần II: Ảnh Hưởng của Sự Tiếp Biến Văn Hóa đối với Việc Sử Dụng Thuốc Lá

Lúc đến Mỹ, người dân nhập cư đã bị ngập vào một bối cảnh xã hội và văn hóa hoàn toàn xa lạ. Họ kinh qua một sự “bất đồng văn hóa” khi họ đương đầu với các quan điểm, hiểu biết, và quy phạm khác biệt—đôi khi quá đột ngột so với lúc họ còn ở quê nhà. *Sự tiếp biến văn hóa* nói đến một quy trình mà người nhập cư học hỏi được các hình ảnh văn hóa, dấu hiệu giao tiếp, và cách ứng xử đứng đắn (chính thức cũng như không chính thức) của phần đông dân số ở Mỹ. Sự tiếp biến văn hóa có thể xảy ra với nhiều tốc độ

khác nhau, tùy thuộc vào trình độ tiếng Anh, mức độ giao tiếp với phần đông dân số, và mức tiếp xúc với các phương tiện truyền thông ở Mỹ. Sau một thời gian, sự bất đồng văn hóa phai đi, nhưng không hẳn đã biến mất. Sự tiếp biến văn hóa với cuộc sống ở Mỹ ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc lá đối với các nhóm được chia nhỏ trong cộng đồng Đông Nam Á—như là đàn ông, đàn bà, và lớp trẻ—theo cả hai hướng tích cực và tiêu cực.

## 1. Người nhập cư kinh qua các quan điểm và quy phạm bất đồng văn hóa về việc sử dụng thuốc lá.

Người nhập cư đã chuyển từ việc sở hữu kiến thức giới hạn về những tai hại của thuốc lá đến việc thấu hiểu được rằng “hút thuốc là chết.” So với tình trạng thiếu kiến thức khoa học ở quê nhà, thông tin về những tai hại của việc hút thuốc và ngửi khói thuốc gián tiếp thì được phổ biến rộng rãi ở Mỹ.

Người nhập cư đã chuyển từ việc xem hút thuốc là một biểu hiện tích cực về sự hòa đồng, tôn trọng, và đẳng cấp cao trong xã hội đến việc xem hút thuốc là một việc làm không tốt đẹp trong xã hội. Ở các nước Đông Nam Á, thuốc lá thương mại đắt tiền hỗ trợ việc phô trương đẳng cấp xã hội, cũng như được sử dụng để tỏ lòng tôn trọng tổ tiên và quan hệ xã giao. Ở Mỹ, người nhập cư nhanh chóng hiểu được rằng thuốc lá không truyền đạt những thông điệp mang tính tượng trưng như thế. Trái lại, việc hút thuốc nơi công cộng thì càng ngày càng bị coi như là hành động chướng mắt.

Người nhập cư đã chuyển từ việc có thể hút thuốc ở “bất cứ nơi nào” đến việc phải tránh xa người khác để hút. Ở các nước Đông Nam Á, cùng hút thuốc với người khác là hoạt động giao tế thường ngày. Ở Mỹ người nhập cư thấy người ta phải đi ra khỏi nhà để hút thuốc.

Người nhập cư đã chuyển từ việc thấy người hút thuốc “chỉ toàn là đàn ông” đến việc thấy “mọi người đều hút thuốc được.” Ở các nước Đông Nam Á, thỉnh thoảng mới thấy có đàn bà và lớp trẻ nghiện thuốc. Ở Mỹ họ có thể hút thoải mái.

## 2. Sự tiếp biến văn hóa có thể đưa đến việc sử dụng thuốc lá ít hơn.

Sự tiếp biến văn hóa dẫn đến những kết quả tích cực cũng như tiêu cực trong việc sử dụng thuốc lá. Về mặt tích cực, tiếp biến văn hóa dẫn đến kết quả tích cực là gây thêm áp lực để đàn ông nghiện thuốc thay đổi thói quen hút thuốc của mình. Mặc dù các cộng đồng người Miên, Lào, và Việt Nam không khắt khe với việc đàn ông hút thuốc lá, họ xem việc hút thuốc gần người khác là vi phạm đến giá trị văn hóa và thiếu tôn trọng. Càng về sau càng nhiều đàn ông nghiện thuốc lá bắt đầu thấy rằng hút thuốc là một điều không nên làm thay vì là một biểu hiện của đẳng cấp, hay đó là một việc làm thiếu lịch sự đối với người khác thay vì là một cách để xã giao.

Tiếp biến văn hóa nâng tầm nhận thức về tác hại của thuốc lá và khiến người ta khắt khe hơn đối với việc hút thuốc. Các chương trình giáo dục sức khỏe công cộng ở Mỹ nâng tầm nhận thức về những tai hại của việc hút thuốc lá đối với sức khỏe và diện mạo cơ thể. Một số người Đông Nam Á có thể cảm thấy ở Mỹ mình mới được tự do phát biểu những quan ngại về việc hút thuốc, vì được tiếp xúc với càng ngày càng nhiều thông tin về những nguy hại của việc hút thuốc và càng ngày càng ít được xã hội chấp nhận thói quen này. Tuy nhận thức về thuốc lá có tăng lên, nhưng có nhiều thành viên trong cộng đồng, nhất là người cao tuổi hoặc ít được tiếp biến văn hóa, vẫn còn thiếu hiểu biết về sự nguy hiểm đối với sức khỏe của việc hút thuốc.

Tiếp biến văn hóa cũng nâng tầm nhận thức về những mối nguy hiểm của việc ngửi khói thuốc gián tiếp. Ở các nước Đông Nam Á, nếu là có thì cũng có ít nhận thức về mối nguy hiểm của việc ngửi khói thuốc gián tiếp. Ở Minnesota, nhận thức này đã tăng lên. Người ta sống trong nhà càng kín thì cũng càng thấy muốn cai thuốc. Nhưng, các thành viên cộng đồng nào ít được tiếp biến văn hóa thì vẫn còn thiếu nhận thức về sự nguy hiểm của việc ngửi khói thuốc gián tiếp.

Việc tiếp biến văn hóa dần dần thay đổi các quy luật bất thành văn đối với cách cư xử đúng lẽ có liên quan đến thuốc lá. Trong các cộng đồng người Đông Nam Á ở Minnesota, sự tiếp biến văn hóa đã dẫn đến giảm đi việc hút thuốc lá gần người khác cũng như việc sử dụng thuốc lá trong các buổi nghỉ lễ hội hè. Các giá trị văn hóa về sự giữ ý và phép lịch sự đã làm cho nhiều người Đông Nam Á điều chỉnh các khái niệm lâu đời và chấp nhận những hạn chế sử dụng thuốc lá của người Mỹ.

## 3. Sự tiếp biến văn hóa có thể làm tăng việc sử dụng thuốc lá ở phụ nữ, lớp trẻ, người Hmong, và người mới nhập cư.

Sự tiếp biến văn hóa cũng có thể đưa đến một hậu quả không tốt, đó là khuyến khích một vài nhóm người sử dụng thuốc lá nhiều hơn.

Sự tiếp biến văn hóa có thể dẫn đến việc phụ nữ hút thuốc nhiều hơn—đặc biệt là các phụ nữ trẻ và ít bị ảnh hưởng bởi các giá trị truyền thống. Nhiều thành viên cộng đồng thấy thất vọng khi phụ nữ trong cộng đồng ngày càng được “Mỹ hóa” và do đó họ bắt đầu hút thuốc. Nói cách khác, hút thuốc được coi như là biểu tượng của tự do và bình đẳng giới.

Sự tiếp biến văn hóa có thể dẫn đến lớp trẻ hút thuốc nhiều hơn vì thiếu quan tâm đến những tác hại lâu dài đến sức khỏe, bị thu hút bởi các hình ảnh quảng cáo, và muốn làm sao cho giống với lớp trẻ Mỹ. Người ta cho rằng việc xã hội giảm bớt kiểm soát trẻ em cũng có thể làm gia tăng việc hút thuốc ở lớp người trẻ trong các cộng đồng nhập cư Đông Nam Á.

Tiếp biến văn hóa có thể dẫn đến việc hút thuốc nhiều hơn trong cộng đồng người Hmong. Ở Minnesota, việc sử dụng thuốc lá không còn chỉ giới hạn trong các mục đích nghỉ lễ hoặc chữa bệnh như đã từng làm theo truyền thống ở quê nhà của họ.

Quá trình tiếp biến văn hóa thường gây căng thẳng thần kinh, do đó có thể làm cho người nhập cư có nguy cơ nhiều hơn để bắt đầu hút thuốc. Quảng cáo và văn hóa quần chúng cổ vũ cho chuyện hoang đường phổ biến rằng hút thuốc có thể làm vơi đi sự căng thẳng. Vì có ấn tượng như vậy, sự căng thẳng cao của hoàn cảnh người nhập cư góp phần làm người ta tập hút thuốc nhiều hơn cũng như khiến người ta không muốn cai.

## Phần III: Sự Liên Hệ Giữa Sự Tiếp Biến Văn Hóa và Việc Cai Thuốc Lá

### 1. Sự tiếp biến văn hóa làm cho một số người muốn cai thuốc.

Có kiến thức nhiều về những nguy hại đến sức khỏe và sự động viên từ gia đình và cộng đồng là những động cơ thúc đẩy mạnh mẽ đối với việc cai thuốc lá trong các cộng đồng Đông Nam Á ở Mỹ.

### 2. Các rào cản về khả năng tiếp cận và sự hiểu biết đối với các dịch vụ phù hợp về văn hóa và ngôn ngữ có thể làm trở ngại cho những người muốn tìm sự trợ giúp để cai thuốc.

Cho dù có càng ngày càng nhiều người muốn cai thuốc lá, nhiều nhà lãnh đạo cộng đồng không biết về các nguồn giáo dục dạy cai thuốc và cũng không biết nên hướng dẫn người muốn cai thuốc đến chỗ nào. Hơn nữa, việc thiếu các nguồn giáo dục và hướng dẫn bằng tiếng mẹ đẻ là một rào cản lớn cho việc sử dụng được liệu cai thuốc.

### 3. Những rào cản về văn hóa làm trở ngại cho người hút thuốc tìm sự trợ giúp và dùng được liệu cai thuốc.

Một rào cản lớn đối với việc cai thuốc là sự xấu hổ, hoặc sợ bị “mất mặt.” Đối với người Hmong, việc hút thuốc hàng ngày thì theo truyền thống văn hóa là không được chấp nhận, do đó người hút thuốc cảm thấy xấu hổ không muốn tự nhận mình là người hút thuốc thường xuyên. Người Miên, người Lào, và người Việt Nam nhận thấy việc hút thuốc là điều chấp nhận được miễn sao là “thói quen” mà không phải là “nghiện.” “Có thói quen” không bị coi là điều đáng xấu hổ là vì người ta có thể bỏ thói quen vào bất cứ lúc nào. Nhưng ngược lại, “bị nghiện”, tức là không thể tùy ý từ bỏ được, là một điều bị coi là rất xấu. Các nền văn hóa này được ảnh hưởng bởi thế giới quan của Phật Giáo do đó đề cao khả năng tự chủ, nên việc nghiện bất cứ thứ gì bị coi là biểu hiện của một ý chí yếu kém. Vì thế, nỗ lực cai thuốc là việc làm hết sức riêng tư bởi vì nếu cai không được thì có nghĩa là người đó bị nghiện ngập và không có khả năng tự chủ. Tầm quan trọng của tính tự chủ cũng đưa tới sự hiểu lầm là muốn cai thuốc thì lẽ ra không cần nhờ đến những trợ giúp bên ngoài như sự hỗ trợ xã hội, tư vấn, hoặc được liệu cai thuốc lá.

## Phần IV: Lập Nền Các Chương Trình Hạn Chế Thuốc Lá Phù Hợp Với Văn Hóa

Các nỗ lực hạn chế thuốc lá nằm trong ba hạng mục tổng quát: 1) phòng ngừa, hoặc giữ cho các thành viên mới trong số dân không bắt đầu hút thuốc; 2) chặn đứng, hoặc giúp người đang hút cai thuốc; và 3) giảm bớt sự tiếp xúc với khói thuốc gián tiếp trong tất cả các thành viên của số dân. Các hướng dẫn cụ thể sau đây được dựa trên những hàm ý từ các phát hiện trong bản báo cáo này và những đề nghị thẳng thắn của người được phỏng vấn.

### 1. Lập ra chiến lược chống lại những ảnh hưởng tiêu cực và dựa trên các ảnh hưởng tích cực của sự tiếp biến văn hóa.

Người Đông Nam Á khác nhau về các yếu tố nguy cơ và yếu tố làm giảm nguy cơ đối với việc sử dụng thuốc lá tùy theo trình độ tiếp biến văn hóa. Sự nhạy cảm với các nền văn hóa truyền thống và mức độ tiếp biến văn hóa khác nhau là điều tối quan trọng để đưa ra các quyết sách thành công trong việc làm giảm việc sử dụng thuốc lá trong các cộng đồng Đông Nam Á.

### 4. Những biện pháp can thiệp giúp cai thuốc có tính linh hoạt theo văn hóa tạo nên sự tin tưởng, sử dụng sự nhạy cảm, và bảo vệ quyền riêng tư của người hút thuốc.

Để giúp cho người hút thuốc không cảm thấy xấu hổ khi tìm sự giúp đỡ, các biện pháp can thiệp phải tránh chỉ trích người hút thuốc. Các dịch vụ cộng đồng có thể tạo sự tin tưởng của người hút thuốc bằng cách bồi đắp lên các mối quan hệ hiện có. Sử dụng các đường dây điện thoại trợ giúp thay vì gặp mặt cũng là một cách bảo đảm được sự kín đáo và quyền riêng tư.

### 5. Gia đình, cộng đồng, và dòng tộc là những vốn quý văn hóa then chốt để tận dụng trong việc giúp cai thuốc lá.

Việc người Đông Nam Á chú trọng các nhu cầu của gia đình, cộng đồng, và dòng tộc (như truyền thống của người Hmong) hơn là bản thân có thể ảnh hưởng người hút thuốc cai được vì quyền lợi của con cái họ. Thành viên gia đình và thành viên cộng đồng có uy tín là những người chính có thể yêu cầu người hút thuốc cai thuốc. Song, sự tiếp biến văn hóa đôi khi dẫn đến sự đảo ngược vai trò trong gia đình, các con ngày nay bảo bố mẹ cai thuốc—một điều lạ mà không phải ai cũng đều chấp nhận.

### 6. Bác sĩ có thể giúp người hút thuốc cai được nhưng phải đưa ra một thông điệp hiệu quả về việc phòng chống hút thuốc.

Tuy các bác sĩ rất được tôn trọng và có tầm ảnh hưởng lớn, người Đông Nam Á dường như không liên tưởng được bác sĩ với việc phòng chống các thói quen hại sức khỏe và cũng không thấy hút thuốc là một vấn đề y tế. Do đó, thành viên trong các cộng đồng này hầu như không coi bác sĩ là một nguồn trợ giúp để cai thuốc.

### 2. Đưa ra các biện pháp can thiệp phù hợp với những chỗ yếu riêng của các bộ phận khác nhau trong một cộng đồng.

Thay vì dùng phương pháp “cỡ nào cũng vừa”, các chiến lược nên được thiết kế sao cho phù hợp với từng mức trình độ tiếp biến văn hóa, tuổi tác, và giới tính.

### 3. Lập ra các chương trình hạn chế thuốc lá dựa trên những giá trị văn hóa và sự hiểu biết truyền thống.

Mỗi biện pháp can thiệp nên tận dụng các giá trị văn hóa về tính lịch sự và tính nhạy cảm cũng như việc làm có lợi cho gia đình. Các biện pháp can thiệp nên bao gồm gia đình, cộng đồng, và dòng tộc khi thấy cần thiết. Cuối cùng, các dịch vụ cai thuốc phù hợp với văn hóa sẽ giúp người hút thuốc tránh bị mất mặt khi tìm sự giúp đỡ để cai thuốc lá.

#### 4. Đưa ra các biện pháp quảng bá kiến thức về tác hại của việc hút thuốc lá sao cho phù hợp với trình độ kiến thức hiện tại của cộng đồng.

Các thông điệp nên đối lại với những hiểu lầm hiện tại về việc hút thuốc lá và nhấn vào những hiểu biết truyền thống về sức khỏe và bệnh tật cho những người ít được tiếp biến văn hóa hơn. Các thông điệp cũng phải được điều chỉnh sao cho phù hợp với vốn liếng tiếng Anh kém và trình độ đọc viết thấp trong các nhóm người này.

#### 5. Nhắm vào sự cô lập xã hội và căng thẳng tinh thần có thể là nguyên nhân sâu xa của hành vi hút thuốc đối với một số người hút thuốc và có thể làm trở ngại việc cai thuốc.

Các biện pháp can thiệp nên vạch rõ khuynh hướng dùng thuốc lá để giảm bớt căng thẳng tinh thần cũng như các vấn đề cơ bản đã gây ra căng thẳng.

#### 6. Điều chỉnh các truyền thống văn hóa ảnh hưởng ngược lại với việc hạn chế thuốc lá.

Tầm quan trọng văn hóa của thuốc lá ở quê nhà là một trở ngại cho các nỗ lực biến việc hút thuốc lá trở thành một việc làm khác người trong các cộng đồng Đông Nam Á. Các cộng đồng có thể tìm ra phương cách để điều chỉnh các lễ hội và tập quán văn hóa có truyền thống sử dụng đến thuốc lá. Các cộng đồng cũng có thể quảng bá giữ cho nơi công cộng và trong nhà không còn khói thuốc lá.

#### 7. Soạn thảo ra các thông điệp phòng ngừa thuốc lá hiệu quả dành cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Các bác sĩ có thể tích cực hơn trong việc phát hiện và động viên bệnh nhân cai thuốc, xóa đi sự lầm tưởng rằng chỉ khi nào đã mắc bệnh thì mới có thể yêu cầu được giúp đỡ để cai thuốc. Các chương trình bảo hiểm sức khỏe nên hợp tác với những cộng đồng Đông Nam Á để soạn ra các biện pháp can thiệp hạn chế thuốc lá phù hợp với văn hóa.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual Causes of Death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291:1238-1245.
2. Nelson D, Kirkendall R, Lawton R, et al. Surveillance for smoking-attributable mortality and years of potential life lost; by state—United States, 1990. *MMWR*. 1994; 43:1-8.
3. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
4. National Cancer Institute. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: The Report of the California Environmental Protection Agency*. Bethesda, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; August 1999. No. NIH Pub. No. 99-4645.
5. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health; 1986. DHHS Publication No. (CDC) 87-8398.
6. U.S. Environmental Protection Agency. *Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders: The Report of the Environmental Protection Agency*. Washington, D.C.: U.S. Environmental Protection Agency, Office of Research and Development; 1993. No. EPA/600/6-90/006F.
7. Blue Cross and Blue Shield of Minnesota. *Health Care Costs and Smoking: The Bottom Line*. Eagan, Minn.: Center for Tobacco Reduction and Health Improvement; 2005.
8. Shafey O, Dolwick S, Guindon, GE (eds). *Tobacco Control Country Profiles 2003*, American Cancer Society, Atlanta, GA, 2003. Publication available through the World Health Organization, at [http://www.who.int/tobacco/global\\_data/country\\_profiles/en/](http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/en/).
9. Health Status of Cambodians and Vietnamese—Selected Communities, United States, 2001–2002. *MMWR*, August 27, 2004, 53(33); 760-65.
10. *Tobacco Use Among U.S. Racial/Ethnic Minority Groups—African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1998.
11. Muggli ME, Pollay RW, Lew R, Joseph AM. Targeting of Asian Americans and Pacific Islanders by the tobacco industry: Results from the Minnesota Tobacco Document Depository. *Tobacco Control* 2002; 11:201-9.

**APT-FCM**

**Asian Pacific Tobacco-Free Coalition of Minnesota**



**BlueCross BlueShield  
of Minnesota**

An independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

**M P A A T**

MINNESOTA PARTNERSHIP FOR ACTION AGAINST TOBACCO

**SEARCH**

**Southeast Asian Refugee Community Home**