

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง **ความคิดเห็นของผู้ค้าในตลาดสดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ต่อการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่** เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Opinion Survey) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ค้าในตลาดสด ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ ต่อการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างประเภทตลาดกับความคิดเห็นที่เกี่ยวกับบุหรี่

จากการทบทวนวรรณกรรม และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา สามารถสรุปประเด็นและองค์ความรู้ที่สำคัญออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้คือ

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับ “ความคิดเห็น” และ “ทัศนคติ”
- 2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่
- 2.3 พัฒนาการและมาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่
- 2.4 การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับ ความคิดเห็น และทัศนคติ

แนวคิดเกี่ยวกับ “ความคิดเห็น” พบว่ามีนักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมายที่แตกต่าง กันไปตามทรรศนะของตน ดังนี้

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (2519) ระบุไว้ว่า ทัศนคติจะปรากฏอยู่ในความคิดเห็นเป็นเรื่องการตัดสินใจเฉพาะประเด็นใดประเด็นหนึ่ง การเรียงลำดับจากคุณธรรมไปทัศนคติ ไปถึงความคิดเห็น เป็นการก้าวจากเรื่องทั่วไปไปยังเรื่องเฉพาะกิจ จากสภาพจิตหรือความโน้มเอียง ที่เริ่มกว้างๆ และแคบเข้าจนในที่สุดแสดงออกมาเป็นความคิดเห็นเฉพาะเรื่อง ความคิดเห็นอื่นกับ สถานการณ์ บุคคลอาจมีความขัดแย้งกับความยึดมั่นในใจของตนเอง เนื่องจากความกดดันใน สถานการณ์เฉพาะหน้า และความคิดเห็นมักมีผลซับซ้อนของทัศนคติหลายเรื่อง (อ้างจาก มัทนา แกสมาน, 2553)

อุทัย (2519) กล่าวว่า ความคิดเห็นของคนมีหลายระดับอย่างผิวเผิน หรืออย่างลึกซึ้งสำหรับ ความคิดเห็นที่เป็นทัศนคตินั้นเป็นความคิดเห็นอย่างลึกซึ้ง และติดตัวเป็นเวลานาน เป็นความคิด ทั่วๆ ไปไม่เฉพาะอย่างซึ่งมีประจำตัวของบุคคลทุกคน ส่วนความคิดเห็นเฉพาะอย่าง และมี อยู่เป็นเวลาสั้นๆ เรียกว่า Opinion (อ้างจาก มัทนา แกสมาน, ม.ป.ป.)

ประคอง (2520) กล่าวเพิ่มเติมในเรื่องเดียวกันนี้ว่า ความคิดเห็นถือได้ว่าเป็นการแสดงออก ทางด้านทัศนคติอย่างหนึ่ง แต่การแสดงความคิดเห็นนั้น มักจะมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็น ส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก (อ้างจาก มัทนา แกสมาน, ม.ป.ป.)

อดุล (2530) กล่าวว่า ความคิดเห็น หมายถึง ความรู้สึกเฉพาะตัวบุคคลที่ตอบสนองคำถาม ในเรื่องต่างๆ โดยวินิจฉัยไม่ได้ว่าถูกหรือผิด ดีหรือไม่ดี (อ้างจาก มัทนา แกสมาน, ม.ป.ป.)

หทัยรัตน์ (2530) กล่าวว่า ความคิดเห็น หมายถึง แนวคิดต่างๆ ซึ่งแสดงออกมาตามทัศนะ ของบุคคลที่มีต่อวัตถุ สิ่งของ ตลอดจนบุคคลและสถานการณ์ ซึ่งมีความคิดเห็นเกิดจากพื้นฐาน ข้อเท็จจริง และประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (อ้างจาก มัทนา แกสมาน, ม.ป.ป.)

บุญมี (2531) กล่าวว่า ความคิดเห็น หมายถึง ทำที่ความรู้สึกที่มีต่อบุคคล หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อันเป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ ซึ่งมีทั้งในลักษณะส่งเสริม คือ สนใจ พอใจ นิยม ชมชอบ สนับสนุน และปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ ส่วนลักษณะต่อต้าน คือ ขัดแย้ง เบื่อหน่าย ไม่ สนใจ ไม่ร่วมมือ หรือไม่ปฏิบัติ (อ้างจาก มัทนา แกสมาน, ม.ป.ป.)

สุกัญญา และสำราญ (2539) กล่าวว่า ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกซึ่งวิจรรณญาณ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะเป็นการแสดงออกด้านความเชื่อ และความรู้สึกของแต่ละบุคคล โดย อาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อม (อ้างจาก มัทนา แกสมาน, ม.ป.ป.)

จุฬารัตน์ (2551) กล่าวว่า ความคิดเห็น หมายถึงการแสดงออกทางถ้อยคำ (Verbal expression) เกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือ ค่านิยม (อ้างจาก มัทนา แกสมาน, ม.ป.ป.)

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว สรุปได้ว่า “ความคิดเห็น” คือ ทัศนคติระดับ หนึ่งของมนุษย์ซึ่งแสดงออกต่อสถานการณ์ต่างๆ โดยมีพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดความเชื่อของแต่ละบุคคลให้แตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตาม พบว่านักวิชาการ หลายท่านได้กล่าวถึงความหมายของคำว่า ทัศนคติ ในลักษณะที่มีคำอธิบายใกล้เคียงกับคำว่า ความ คิดเห็น เนื่องจากเห็นว่าเป็นฐานความคิดชุดเดียวกัน เพียงแต่ทัศนคติเป็นระดับความรู้สึกที่ลึกกว่า ความคิดเห็นที่เป็นระดับต้นของมนุษย์เท่านั้นเอง ดังนั้นเพื่อให้การศึกษาดังกล่าวมีข้อสนับสนุน มากขึ้นจึงขอกกล่าวถึงคำว่า “ทัศนคติ” เพื่อให้สามารถเห็นภาพได้ว่า “ความคิดเห็น” และ “ทัศนคติ” นั้นเป็นชุดความคิดชุดเดียวกัน

“ทัศนคติ” (Attitude) มาจากภาษาละตินว่า Aptus แปลว่า โน้มเอียง โดยนักจิตวิทยาการศึกษา นิยมนำมาใช้เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรม และความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีผู้ให้คำนิยามศัพท์ไว้หลายท่าน ดังนี้

นิพนธ์ (2521) ได้ให้ความหมายของ “ทัศนคติ” ว่าเป็นสิ่งซึ่งบอกการแสดงออกของบุคคล หรือ สถานการณ์ ดังนั้น ทัศนคติจึงมีความสำคัญในการมี ปฏิกริยาโต้ตอบต่อสิ่งต่างๆ และหากบุคคล กระทำหรือแสดงออกต่อสิ่งใดๆ เขาย่อมกระทำไปตามทัศนคติที่เขามีต่อสิ่งนั้นๆ ทัศนคติจึงมีอิทธิพลในการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งความ สัมพันธ์ทางสังคม (อ้างอิงจาก <http://ebooks9.com>, 2553)

โสภา (2521) ได้ให้ความหมายของ “ทัศนคติ” ไว้ว่าเป็นการรวมความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเห็น และความจริง ซึ่งได้แก่ ความรู้ต่างๆ รวมทั้งความรู้สึก ซึ่งเป็นการประเมินค่าทั้งทางบวก และทางลบ ซึ่งทั้งหมดจะเกี่ยวพันกัน ทัศนคติเมื่อได้ก่อรูปขึ้นมาแล้วยากที่จะเปลี่ยนแปลง ได้เพราะ มีแนวโน้มนิ่งที่จะคงอยู่ตลอดไป คือ มนุษย์ย่อมมีความรู้สึกนึกคิดเป็นของตนเอง โดยปราศจาก การ บังคับหรือต่อสู้อ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นไปได้อย่างยากมาก (อ้างอิงจาก <http://ebooks9.com>, 2553)

ดวงเดือน (2521) กล่าวว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึกของเราต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เป็นความรู้สึก ว่าชอบ “ไม่” ชอบ พอใจ ไม่พอใจ ต่อสิ่งต่างๆ ที่เราเกี่ยวข้องอยู่ ทัศนคติเป็นสิ่งที่บอกทิศทาง การแสดงออกของเราที่จะ กระทำต่อสิ่งของบุคคล หรือสถานการณ์ (อ้างอิงจาก <http://ebooks9.com>, 2553)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน(2525) ให้ความหมายของคำว่า ทัศนคติ คือ แนวความคิดเห็น เป็นคำสมาสระหว่าง ทัศนะ ซึ่ง แปลว่า ความเห็น กับ คติ แปลว่าแบบอย่าง หรือ แนวทาง เมื่อรวมกันจึงแปลว่า แนวทางความคิดเห็น

ทัศนคติ คือลักษณะทางจิตประเภทหนึ่งของมนุษย์ มีองค์ประกอบ 3 ประการคือ

- 1) องค์ประกอบด้านการรู้คิดเชิงประเมินค่าเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด เช่น ประโยชน์หรือโทษ
- 2) องค์ประกอบด้านความรู้สึกโน้มน้ำเอียงไปทางชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใด
- 3) องค์ประกอบด้านอารมณ์ เมื่อเกิดอารมณ์ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดบุคคลก็มีความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งนั้นในทางขัดขวางหรือสนับสนุน

ดังนั้น ทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งๆ จะมีความสอดคล้องกันทั้งสามองค์ประกอบ (อ้าง จาก แพรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

งามตา (2535) กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจที่ก่อตัวขึ้นจาก ประสบการณ์ และเป็นตัวกำหนดทิศทางที่บุคคลจะต้องสนองตอบต่อวัตถุ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (อ้างอิงจาก แพรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

อุทุมพร (2537) ได้ให้ความหมายของ ทักษะคิด ไว้ว่า เป็นสภาวะทางจิตที่กำหนดการคิดที่มีพื้นฐานมาแล้ว โดยมีองค์ประกอบคือ (อ้างจาก <http://ebook9.com>, 2553)

1. ความรู้สึก เช่น การชอบหรือไม่ชอบต่อคน หรือสิ่งนั้นๆ
2. ความรู้สึกหรือความคิด เช่น ความรู้เกี่ยวกับคน สิ่งนั้นหรือเรื่องนั้นๆ
3. การกระทำหรือพฤติกรรม เช่น ความตั้งใจจะแสดงกิริยาที่เกี่ยวกับคนหรือสิ่งนั้น

ออกมา

พงศ์ (2540) ให้ความหมายของทักษะคิดไว้ว่า ทักษะคิด คือ ความรู้สึก ทำที่ ความคิดเห็น และพฤติกรรมของคณาจารย์ที่มีต่อเพื่อนร่วมงาน ผู้ บริหาร กลุ่มคน องค์กรหรือ สภาพแวดล้อมอื่นๆ โดยการแสดงออกในลักษณะของความรู้สึกหรือทำที่ในทางยอมรับหรือ ปฏิเสธ (อ้างจาก แพรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

สร้อยตระกูล (2541) ให้ความหมายของทักษะคิดไว้ว่า ทักษะคิด คือ ผลผสมผสานระหว่าง ความนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งๆ ซึ่งออกมาในทางประเมินค่าอันอาจเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้น (อ้างจาก แพรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

กาญจนา (2542) กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นการประเมินค่าของบุคคล อารมณ์ แนวโน้มของการกระทำที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจเป็นไปในแนวทางบวกหรือลบก็ได้ (อ้างจาก แพรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

Gibson (2000) ให้ความหมายของทักษะคิดไว้ว่า ทักษะคิด คือ ตัวตัดสินพฤติกรรมเป็น ความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบ เป็นสภาวะจิตใจในการพร้อมที่จะส่งผลกระทบต่อ การตอบสนองของบุคคลนั้นๆ ต่อบุคคลอื่นๆ ต่อวัตถุหรือต่อสถานการณ์ โดยที่ทักษะคิดนี้สามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์ (อ้างจาก แพรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

Schermerhorn (2000) ให้ความหมายของทักษะคิดไว้ว่า ทักษะคิด คือ การวางแผนความคิด ความรู้สึก ให้ตอบสนองในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อคนหรือต่อสิ่งของ ใน สภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ และทักษะคิดนั้นสามารถที่จะรู้หรือถูกตีความได้จากสิ่งที่คนพูดออกมาอย่างไม่เป็นทางการ หรือจากการสำรวจที่เป็นทางการ หรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น (อ้างจาก แพรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

Hornby, A S. (2001) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ วิธีทางที่คิดหรือรู้สึก ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคนใดคนหนึ่ง และวิธีทางที่คุณประพฤติต่อใครหรือคนใดคนหนึ่ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณคิดหรือรู้สึกอย่างไร (อ้างจาก แพรภทธร ยอดแก้ว, 2553)

ศักดิ์ไทย (2545) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ สภาวะความพร้อมทางจิตที่ เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ สถานการณ์ต่างๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง และสภาวะความพร้อมทางจิตนี้จะต้องอยู่นานพอสมควร (อ้างจาก แพรภทธร ยอดแก้ว, 2553)

Newstrom and Devis (2002) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึกหรือ ความเชื่อ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ตัดสินว่า พนักงานรับรู้สภาวะแวดล้อมของพวกเค้าอย่างไร และผูกพันกับ การกระทำของพวกเขา หรือมีแนวโน้มของการกระทำอย่างไร และสุดท้ายมีพฤติกรรมอย่างไร (อ้างจาก แพรภทธร ยอดแก้ว, 2553)

อย่างไรก็ตาม พบว่านักจิตวิทยาได้ศึกษาความหมายของ ทัศนคติ ที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อเรื่องนี้มากขึ้น จึงสรุปความหมายของทัศนคติ ไว้ดังนี้ (อ้างจาก แพร ภทธร, 2553)

1. ทัศนคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้
2. ทัศนคติดีมีลักษณะที่คงทนถาวรอยู่นานพอสมควร
3. ทัศนคติดีมีลักษณะของการประเมินค่าอยู่ในตัว เช่น ดีไม่ดี ชอบไม่ชอบ เป็นต้น
4. ทัศนคติทำให้บุคคลที่เป็นเจ้าของพร้อมที่จะตอบสนองต่อที่หมายของทัศนคติ
5. ทัศนคติบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลกับสิ่งของ และ บุคคลกับ สถานการณ์

ประเภทของทัศนคติ

การแสดงออกทางทัศนคติ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ (อ้างจาก แพรภทธร ยอดแก้ว, 2553)

1. ทัศนคติในทางบวก (Positive Attitude) คือ ความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีหรือ ยอมรับความพอใจ เช่นนักศึกษาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการโฆษณา เพราะวิชาการโฆษณาก่อให้เกิด ให้ บุคคลได้มีอิสระทางความคิด

2. ทัศนคติในทางลบ (Negative Attitude) คือ การแสดงออกหรือความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อม ในทางที่ไม่พอใจ ไม่ดี ไม่ยอมรับ ไม่เห็นด้วย เช่น นิดไม่ชอบคนเลี้ยงสัตว์ เพราะเห็นว่าทารุณสัตว์

3. การไม่แสดงออกทางทัศนคติ หรือมีทัศนคติเฉยๆ (Negative Attitude) คือ มีทัศนคติเป็นกลางอาจจะเพราะว่าไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ หรือในเรื่องนั้นๆ เราไม่มีแนวโน้มทัศนคติอยู่เดิมหรือไม่มีแนวโน้มทางความรู้ในเรื่องนั้นๆ มาก่อน เช่น เรามีทัศนคติที่เป็นกลางต่อผู้ไม่โครเวฟ เพราะเราไม่มีความรู้เกี่ยวกับโทษหรือ คุณของผู้ไม่โครเวฟมาก่อน

จะเห็นได้ว่าการแสดงออกของทัศนคตินั้น เกิดจากการก่อตัวของทัศนคติที่สะสมไว้เป็นความคิด และความรู้สึกจนสามารถแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาตามทัศนคติต่อสิ่งนั้น

องค์ประกอบของทัศนคติ

จากการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของทัศนคติ พบว่า มีผู้เสนอความคิดไว้ 3 ประเภทคือ ทัศนคติแบบ 3 องค์ประกอบ ทัศนคติแบบ 2 องค์ประกอบ และ ทัศนคติแบบ 1 องค์ประกอบ ดังนี้ (อ้างอิง แพรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

1. **ทัศนคติแบบ 3 องค์ประกอบ:** แนวคิดนี้ระบุว่า ทัศนคติมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive Component) ประกอบด้วยความเชื่อ ความรู้ ความคิดและความคิดเห็น 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึงความรู้สึกชอบ-ไม่ชอบ หรือทำทางที่ดี-ไม่ดี 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึงแนวโน้มหรือความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติ มีนักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งทัศนคติออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ Kretch, Crutchfield, Pallachey (1962) และ Triandis (1971)

2. **ทัศนคติมี 2 องค์ประกอบ** แนวคิดนี้ระบุว่า ทัศนคติมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive Component) 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) มีนักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งทัศนคติออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ Katz (1950) และ Rosenberg (1956, 1960, 1965)

3. **ทัศนคติมีองค์ประกอบเดียว** แนวคิดนี้ระบุว่า ทัศนคติมีองค์ประกอบเดียว คือ อารมณ์ความรู้สึกในทางชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ได้แก่ Bem (1970) Fishbein และ Ajzen (1975) Insko (1976)

Sharon และ Saul (1996) กล่าวว่า ทัศนคติ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (อ้างอิง แพรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

1. องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) หมายถึง ความเชื่อเชิงการประเมินเป้าหมาย โดยอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อ จินตนาการ และการจำ

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกในทางบวก หรือลบ หรือทั้งบวก และลบต่อเป้าหมาย

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง แนวโน้มของพฤติกรรม หรือแนวโน้มของการแสดงออกต่อเป้าหมาย

Gibson (2000) กล่าวว่า ทักษะคือเป็นส่วนที่ยึดติดแน่นกับบุคลิกภาพของเรา ซึ่งเราจะมีทักษะที่เป็นโครงสร้างอยู่แล้วทางด้านความรู้สึก ความเชื่ออันใดอันหนึ่ง โดยที่องค์ประกอบนี้จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งหมายความว่า การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบหนึ่งทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในอีกองค์ประกอบหนึ่ง ซึ่งทักษะคือ 3 องค์ประกอบ มีดังนี้ (อ้างจาก แพรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

1. ความรู้สึก (Affective) องค์ประกอบด้านอารมณ์ หรือความรู้สึกของทักษะคือ คือการได้รับการถ่ายทอด การเรียนรู้มาจากพ่อแม่ ครู หรือกลุ่มของเพื่อนๆ

2. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) องค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจของทักษะคือจะประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคล ความคิดเห็น และความเชื่อของบุคคล หมายถึง กระบวนการคิด ซึ่งเน้นไปที่การใช้เหตุผล และตรรกะ องค์ประกอบที่สำคัญของความรู้ความเข้าใจ คือความเชื่อในการประเมินผล หรือความเชื่อที่ถูกประเมินผลไว้แล้วโดยตนเอง ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะแสดงออกมาจากความประทับใจในการชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งบุคคลเหล่านั้นรู้สึกต่อสิ่งของหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

3. พฤติกรรม (Behavioral) องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจของทักษะคือจะหมายถึง แนวโน้มหรือความตั้งใจ (intention) ของคนที่ว่าจะแสดงบางสิ่งบางอย่าง หรือที่จะกระทำ (ประพฤติ) บางสิ่งบางอย่างต่อคนใดคนหนึ่ง สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ในทางใดทางหนึ่ง เช่น เป็นมิตร ให้ความอบอุ่น ก้าวร้าว เป็นศัตรู เป็นต้น โดยที่ความตั้งใจนี้อาจจะ ถูกวัด หรือประเมินออกมาได้จากการพิจารณาองค์ประกอบทางด้านพฤติกรรมของทักษะคือ

Schermerhorn (2000) กล่าวว่า ทักษะคือ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (อ้างจาก แพรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

1. องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) คือ ทักษะคือที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และข้อมูลที่บุคคลคนหนึ่งมี ซึ่งความเชื่อจะแสดงให้เห็นถึงความคิดของคน หรือสิ่งของ และข้อสรุปที่บุคคลได้มีต่อบุคคลหรือสิ่งของนั้นๆ เช่น งานของฉันขาดความรับผิดชอบ เป็นต้น

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective Component) คือ ความรู้สึกเฉพาะอย่างซึ่งเกี่ยวข้องกับผลกระทบส่วนบุคคล ซึ่งได้จากสิ่งเร้าหรือสิ่งที่เกิดก่อนทำให้เกิดทัศนคตินั้นๆ เช่น ฉันไม่ชอบงานของฉัน เป็นต้น

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) คือความตั้งใจที่จะประพฤติในทางใดทางหนึ่งโดยมีรากฐานมาจากความรู้สึกเฉพะเจาะจงของบุคคล หรือทัศนคติของบุคคล เช่น ฉันกำลังไปทำงานของฉัน เป็นต้น

ดวงเดือน (2534) ได้สรุปองค์ประกอบของทัศนคติไว้ดังนี้ (อ้างจาก <http://ebook9.com>, 2553)

1. องค์ประกอบทางการรู้คิด (component) ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะต้องประกอบด้วยความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายของทัศนคติ (attitude object) ที่อาจเป็นวัตถุ บุคคล หรือเหตุการณ์ เป็นอันดับแรก และเป็นความรู้สึกที่มีทิศทางว่าสิ่งนั้นดี เลว มีคุณหรือมีโทษมากน้อยเพียงใด เป็นความรู้หรือความเชื่อที่ใช้ประเมินสิ่งนั้นได้ 'ไม่' ได้เป็นเพียงข้อเท็จจริงโดยทั่วไปเท่านั้น

2. อารมณ์ของบุคคลเกี่ยวกับวัตถุทางทัศนคตินั้น เช่นเดียวกับองค์ประกอบแรก ความรู้สึกของบุคคลก็ต้องมีทิศทางด้วย ซึ่งหมายถึง ความชอบ ความไม่ชอบสิ่งหนึ่ง หรือความพอใจ 'ไม่'พอใจสิ่งหนึ่ง องค์ประกอบของทัศนคติต่อสิ่งใดของบุคคลจะต้องสอดคล้องกับทิศทางขององค์ประกอบแรกของเขาด้วย กล่าวคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งใดมีประโยชน์ บุคคลก็จะชอบและพอใจ สิ่งนั้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งนั้นเลวหรือมีโทษ บุคคลก็จะไม่ชอบไม่พอใจสิ่งนั้น องค์ประกอบนี้มีเนื้อหาที่อาจวัดได้ไม่หลากหลายเท่าองค์ประกอบแรก แต่ก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของทัศนคติ

3. ในการวัดทัศนคติส่วนมาก ผู้วัดจะวัดความรู้และความรู้สึกของบุคคลไปพร้อมกัน คือ วัดว่าบุคคลมีความรู้ในเรื่องนั้นในทางดีหรือไม่ดีมากน้อยเพียงใด และมีความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ สิ่งนั้นเพียงใด องค์ประกอบทางความรู้สึกนี้เป็นปัจจัยที่แยกทัศนคติออกจากความเชื่อเป็นสิ่งที่แสดงถึงการประเมินค่าว่าวัตถุทางทัศนคตินั้น ทัศนคติจึงเป็นความเชื่อที่ประกอบด้วยการประเมินค่าและความรู้สึกในเรื่องนั้น

4. องค์ประกอบทางการพร้อมกระทำ (action tendency component) เมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประมาณา และมีความรู้สึกชอบไม่ชอบสิ่งนั้นแล้ว สิ่งที่สอดคล้องกันซึ่งติดตามมากก็คือ ความพร้อมที่จะทำการให้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนต่อสิ่งนั้นด้วย

องค์ประกอบทั้งสามประการของทัศนคติดังกล่าว มีลักษณะสำคัญหลายประการต่างๆ กัน แต่ลักษณะที่องค์ประกอบทั้งสามมีร่วมกันและนิยมนำมาใช้คือ ทิศทาง และปริมาณขององค์ประกอบ

ทิศทาง (direction) ทัศนคติมี 2 ขั้วหรือ 2 ทิศทาง หมายถึง การประเมินค่า การคิด การรู้สึก และการพร้อมกระทำไปในทางที่เป็นบวกหรือลบ ซึ่งหมายถึงดีหรือเลว เช่น เกี่ยวกับองค์ประกอบทางการรู้คิด ก็สามารถวัดได้ว่าบุคคลมีความรู้สึกในประเด็นที่ต้องการวัดในทางที่ ว่าสิ่งนั้นดี หรือ

แล้ว ส่วนที่เกี่ยวกับองค์ประกอบทางการรู้ 'สึกก็สามารถวัดว่าบุคคลมีความรู้ 'สึกต่อสิ่งนั้นไปในทางบวก หรือลบ หรือในทางชอบ พอใจ หรือไม่ชอบไม่พอใจ ส่วนที่เกี่ยวกับองค์ประกอบทางการพร้อม กระทำ ก็สามารถวัดได้ว่าบุคคลพร้อมที่จะกระทำต่อสิ่งนั้นในทางบวกหรือลบ ซึ่งทางบวก หมายถึง การพร้อมที่จะให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือ ส่วนทางลบ ก็หมายถึง ความพร้อมที่จะทำลายหรือ ขัดขวางความเจริญของสิ่งนั้น

ปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มข้น หรือความรุนแรงของทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางบวกหรือลบ กล่าวคือ บุคคลอาจมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งอย่างรุนแรงมาก แต่มีทัศนคติต่ออีกสิ่งหนึ่งเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับความสำคัญของสิ่งนั้น หรือขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งนั้น

สำหรับ เทพพนมและสวิง (2529) กล่าวว่า ทัศนคติมีองค์ประกอบ 3 ประการคือ อ้างจาก <http://ebook.com>, 2553)

1. องค์ประกอบทางความคิด (cognitive component) ประกอบด้วยส่วนย่อยๆ ได้แก่ ความเชื่อ (belief) หรือความคิดเห็น (opinion) เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ หรืออาจเป็นความคิด (idea) อาจเป็นไปได้ทั้งดีหรือไม่ดีองค์ประกอบทางความคิดจึงเป็นเสมือนค่านิยม ซึ่งคนเราได้กำหนดเป็นมาตรฐานไว้ในใจ
2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ (feeling or affective component) อาจกล่าวได้ว่า องค์ประกอบทางด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ ก็คือ ความรู้สึกทางอารมณ์ (emotion feeling) เกี่ยวกับความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยมากมักแสดงออกโดยสีหน้าและท่าทางต่างๆ
3. องค์ประกอบทางแนวโน้มของการกระทำหรือพฤติกรรม (action tendency or behavioral component) องค์ประกอบทางแนวโน้มนี้คือ ความพร้อมที่จะสนองตอบต่อสิ่งหนึ่ง สิ่งใดเฉพาะเจาะจง ทั้งนี้ย่อมหมายถึงแนวทางปฏิบัติที่ไม่ฝืนต่อความคิด หรือความรู้สึกแนวโน้มของการกระทำคือ การวางแผนทางไว้ล่วงหน้าว่าเมื่อถึงคราวจะปฏิบัติจริงๆ ต่อไปเราจะปฏิบัติต่อสิ่งนั้นๆ อย่างไร

หน้าที่ของทัศนคติ

Katz (1950) ได้กล่าว ถึงหน้าที่ของทัศนคติที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้ (อ้างจาก เพชรภัทร ยอดแก้ว, 2553)

1. หน้าที่ในการปรับตัว (Adjustment function) ทัศนคติช่วยให้เรา ปรับตัวเข้าหาสิ่งที่ทำให้ได้รับความพึงพอใจหรือได้รางวัลขณะเดียวกันก็หลีกเลี่ยงต่อสิ่งที่ไม่ปรารถนา ไม่พอใจหรือให้โทษ นั่นคือยึดแนวทางที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองมากที่สุด และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นโทษให้

เกิดน้อยที่สุด ซึ่งช่วยในการปรับตัวของแต่ละบุคคลให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความพอใจ คือเมื่อเราเคยมีประสบการณ์ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อน และเราได้ประสบกับสิ่งนั้นอีก เราจะพัฒนาการตอบสนองของเราในทิศทางที่เราต้องการ

2. หน้าที่ในการป้องกันตน (Ego-defensive function) ทัศนคติช่วยปกป้องภาพลักษณ์แห่งตน (ego or self image) ต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ และแสดงออกมาเป็นกลไกที่ป้องกันตนเอง ใช้ในการปกป้องตัวเองโดยการสร้างความนิยมนับถือตนเอง หลีกเลียงจากสิ่งที่ไม่พอใจ หรือสร้างทัศนคติขึ้นมาเพื่อรักษาหน้า

3. หน้าที่ในการแสดงออกของค่านิยม (Value expressive function) ในขณะที่ทัศนคติที่ปกป้องตนเองได้สร้างขึ้นเพื่อปกป้องภาพลักษณ์ของตนเอง หรือเพื่อปิดบังทัศนคติที่แท้จริงไม่ให้ปรากฏ แต่ทัศนคติที่ทำหน้าที่แสดงออกถึงค่านิยมจะพยายามแสดงลักษณะที่แท้จริงของตนเองทำหน้าที่ให้บุคคลแสดงค่านิยมของตนเองเป็นการแสดงออกทางทัศนคติที่จะสร้างความพอใจให้กับบุคคลที่แสดงทัศนคตินั้นออกมา เพราะเป็นการแสดงค่านิยมพื้นฐานที่แต่ละบุคคลพอใจ

4. หน้าที่ในการแสดงออกถึงความรู้ (Knowledge function) มนุษย์ต้องการเกี่ยวข้องกับวัตถุต่างๆ รอบข้าง ดังนั้นจึงต้องแสวงหาความมั่นคง ความหมาย ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเหล่านั้น ทัศนคติจะเป็นสิ่งที่ใช้ประเมิน และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม และเป็นมาตรฐานเพื่อเปรียบเทียบ หรือเป็นขอบเขตแนวทางสำหรับอ้างอิงเพื่อหาทางเข้าใจ ให้สามารถเข้าใจโลกและสิ่งแวดล้อมได้ง่ายๆ ขึ้น เพราะคนเราได้รับรู้แล้วครั้งหนึ่งก็จะเก็บประสบการณ์เหล่านั้นๆ ไว้เป็นส่วนๆ เมื่อเจอสิ่งใหม่จะนำประสบการณ์ที่มี อยู่เดิมมาเป็นกรอบอ้างอิงว่าสิ่งใดควรรับรู้ สิ่งใดควรหลีกเลี่ยง ซึ่งทัศนคติช่วยให้คนเราเข้าใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัวเราโดยเราสามารถตีความหรือประเมินค่าสิ่งที่อยู่รอบตัวเราได้

การก่อตัวของทัศนคติ (The Formation of Attitude)

การเกิดทัศนคติแต่ละประเภทนั้น จะก่อตัวขึ้นมาและเปลี่ยนแปลงไปได้ เนื่องจากปัจจัยหลายประการด้วยกัน ซึ่งในความเป็นจริงปัจจัยต่างๆ ของการก่อตัวของทัศนคติไม่ได้มีการเรียงลำดับตามความสำคัญแต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะแต่ละปัจจัย ปัจจัยใดมีความสำคัญมากกว่าขึ้นอยู่กับอ้างอิงเพื่อก่อตัวเป็นทัศนคตินั้น บุคคลดังกล่าวได้เกี่ยวข้องกับสิ่งของหรือแนวความคิดที่มีลักษณะแตกต่างกันไปอย่างไร ซึ่ง Newsom และ Carrell ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดทัศนคติ และอธิบายว่า การเกิดทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ได้แก่ (อ้างจากแพรวภัทร ยอดแก้ว, 2553)

1. พื้นฐานของแต่ละบุคคลหรือเบื้องหลังทางประวัติศาสตร์ (Historical Setting) หมายถึง ลักษณะทางด้านชีวประวัติของแต่ละคน ได้แก่ สถานที่เกิด สถานที่เจริญเติบโต

สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่ผ่านมาจะเป็นตัวหล่อหลอมบุคลิกภาพของบุคคล และเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดทัศนคติของคนนั้นๆ

2. สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ที่มีต่อกัน และกัน เช่น การเปิดรับข่าวสารกลุ่ม และบรรทัดฐานของกลุ่ม สภาพการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลและประสบการณ์

3. กระบวนการสร้างบุคลิกภาพ (Personality Process) และสิ่งที่เกิดขึ้นมาก่อน (Predispositions) เป็นกระบวนการขั้นพื้นฐานในการสร้างทัศนคติของแต่ละบุคคล ได้แก่ ความพึงใจเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือเหตุการณ์เรื่องใดเรื่องหนึ่งจนกลายเป็นทัศนคติที่ดี หรือ ในทางตรงกันข้าม

ถวิล (2526) ได้สรุปการเกิดทัศนคติไว้ 4 ประการ คือ (อ้างจาก <http://ebook9.com>, 2553)

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (specific experience) เป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้พบกับเหตุการณ์ นั้นมาด้วยตัวของตัวเอง และการพบนั้นทำให้เกิดความพึงใจกลายเป็นทัศนคติในทางที่ดีต่อเขา ในทางตรงกันข้าม ถ้าเราได้รับการลงโทษหรือได้รับความคับข้องใจก็จะไม่ชอบ และอาจมีทัศนคติไปในทางที่ไม่ดีได้

2. การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (communication from other) โดยปกติในชีวิตประจำวันของคนเราจะต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ในสังคมอยู่แล้ว จากการเกี่ยวข้องติดต่อกันทำให้เรารับทัศนคติหลายๆ อย่างเข้าไว้โดยไม่ตั้งใจ ทั้งนี้เพราะการเกี่ยวข้องนั้นจะอยู่ในลักษณะที่ไม่มีมีแบบแผน โดยมากจะเป็นกลุ่ม ครอบครัวยุค วงศ์เครือญาติหรือผู้ที่สนิทสนมกัน ตัวอย่างเช่น เรา มักได้ยินพ่อแม่ หรือผู้ปกครองพูดกับลูกเสมอว่า อย่ารังแกสัตว์หรือทำร้ายสัตว์มันบาปตายแล้วจะไม่มีความสุข เมื่อลูกอบรมสั่งสอนบ่อยๆ ความรู้สึกอันนี้ก็จะกลายเป็นทัศนคติได้

3. รูปแบบ (models) มีบ่อยครั้งที่ทัศนคติของเราพัฒนาขึ้นมาจากการ เปลี่ยนรูปแบบ กล่าวคือ เป็นการมองดูบุคคลอื่นว่าเขากระทำหรือปฏิบัติต่อสิ่งต่างๆ อย่างไร แล้วเราจำเอารูปแบบนั้นเป็นสิ่งที่เขายอมรับและนับถือ ตัวอย่าง เช่น ในครอบครัวหนึ่งพ่อชอบเล่นกับสัตว์ เลี้ยง เช่น สุนัข แมว เสมอๆ และไม่ว่าพ่อจะจับสัตว์เล่น โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม หลังจากนั้นจะต้องไปล้างมือเสมอ จากการสังเกตเห็นเป็นประจำของลูกอาจทำให้ แปลความหมายได้ว่าจับสัตว์จะจับมือ หรือสัตว์มันนอนกับพื้นอาจมีเชื้อโรคสกปรก ฉะนั้น เมื่อเด็กเห็นบ่อยๆ เข้าประกอบกับพ่อ เป็นที่เคารพรัก เมื่อนานเข้าลักษณะดังกล่าวก็จะกลายเป็นทัศนคติของเด็ก ทั้งนี้เพราะมีพ่อแม่ เป็นผู้ให้เลียนแบบ

4. องค์ประกอบของสถาบัน (Institutional factors) อันได้แก่ โรงเรียน วัด ครอบครัว หน่วยงาน สมาคม องค์การต่างๆ เป็นต้น ซึ่งสถาบันเหล่านี้มีส่วนในการสร้างทัศนคติให้แก่บุคคล

ได้อย่างมากมาย เช่น โรงเรียนเป็นสถาบันที่ให้ความรู้และอบรมสั่งสอนให้เด็กได้ประพฤติปฏิบัติ และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพในวันข้างหน้า ดังนั้นบุคคลทั่วไปจึงมองว่า โรงเรียนเป็นสิ่งดีเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องมียู่ในสังคมเพื่อช่วยพัฒนาความรู้ ความสามารถของบุคคลในสังคม

จากความหมายและองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ สรุปได้ว่า ทัศนคติ มีที่มา จากประสบการณ์ คำนิยม หรือสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากระทบ และผ่านออกไปสู่พฤติกรรม เช่น การแสดงความคิดเห็น หรือ ทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ เป็นต้น แต่ทัศนคติอาจมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมต่างๆรอบข้างได้

ทัศนคติกับพฤติกรรมทางสังคม (ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร, 2545)

คำถามที่นักจิตวิทยาให้ความสนใจที่ต้องการคำตอบในเรื่องของทัศนคติกับพฤติกรรมมีอยู่ 2 ประเด็นหลักคือ ทัศนคติทำนายพฤติกรรมได้หรือไม่ และพฤติกรรมสามารถกำหนดทัศนคติได้หรือไม่

ทัศนคติทำนายพฤติกรรมได้หรือไม่นั้น Zimbardo (1980) กล่าวว่า “ทัศนคติ” เป็นตัวทำนายพฤติกรรม หมายความว่า ถ้ารู้ทัศนคติต่อสิ่งใดของเขาแล้วสามารถทำนายพฤติกรรมต่อสิ่งนั้นของเขาได้อย่างถูกต้อง แต่จะต้องประกอบด้วยเงื่อนไข 3 ประการ คือ (อ้างจาก สิทธิโชค วรานุสันติกุล, ม.ป.ป.)

1. ทัศนคติต่อพฤติกรรมและพฤติกรรมนั้นจะต้องเป็นเรื่องเดียวกัน
2. ทัศนคติเป็นแนวทางที่ทำให้มองเห็นทิศทางของพฤติกรรมในวงกว้าง
3. ทัศนคติต่อสิ่งใดที่ชัดเจนและหนักแน่นสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้

ทางด้านพฤติกรรมทำนายเจตคติได้หรือไม่นั้น เมื่อคนเราทำพฤติกรรมใด เขาก็มีทัศนคติสอดคล้องไปกับการกระทำ คือถ้าเราทำพฤติกรรมของบุคคล เราก็ย่อมจะรู้ทัศนคติของเขาด้วย กล่าวคือ บุคคลจะที่แสดงพฤติกรรมไปตามบทบาทของตนที่ได้รับจะ เปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนที่กระทำไป การเปลี่ยนแปลงทัศนคติจะเป็นไปในลักษณะและปริมาณมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับตัวแปรอื่นๆ ดังนั้น เมื่อเราทำพฤติกรรม เราก็มักจะรู้เจตคติของเขาไปด้วย

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่า “ความคิดเห็น” และ “ทัศนคติ” ถือเป็นชุดความหมายของกระบวนการคิดที่มีความคล้ายคลึงกันอย่างเป็นลำดับขั้น โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นไปที่การค้นหาความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18 พ.ศ. 2550 ภายใต้อำนาจพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งเป็นการสำรวจความคิดเห็นในช่วงระยะเวลาสั้น และจำกัด ภายใต้อำนาจวัตถุประสงค์การศึกษา

และขอบเขตของการศึกษาวิจัยที่กำหนดไว้เท่านั้น (ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศใช้ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553 แทน และให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 17 พ.ศ. 2549 และ ฉบับที่ 18 พ.ศ. 2550)

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่และผู้ที่อยู่ใกล้เคียง เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคร้ายแรงที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ มะเร็งปอด โรคลung วมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด การอุดตันของเส้นโลหิตส่วนปลาย และยังเป็นสาเหตุโดยตรงของโรคมะเร็งลิ้นกล่องเสียง หลอดอาหาร ตับอ่อนและถุงน้ำดี รวมทั้งยังมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ที่อาจทำให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และสามารถทำให้ทารกตายขณะคลอดด้วย (นิรุจน์ และ กนกวรรณ, 2542)

ผลการสำรวจการสูบบุหรี่ของคนไทย เมื่อ พ.ศ. 2539 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าคนไทย (อายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป) สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 11.2 ล้านคน โดยแยกเป็นชาย 10.6 ล้านคน หญิง 6 แสนคน ซึ่งอัตราการการเป็นผู้สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 23.4 โดยที่เพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 44.5 และเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 2.5 (เอมอร พุฒิพิสิฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 1,100 ล้านคน องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณปีละ 3,500,000 คน และจะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 คือ 3 ล้านคนในประเทศที่พัฒนาแล้ว และ 7 ล้านคน ในประเทศที่กำลังพัฒนา อัตราเฉลี่ยของการเสียชีวิต คิดเป็น 1 คนต่อ 13 วินาที สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือ ชั่วโมงละ 5 คน แยกเป็นโรคต่างๆ ตามการคำนวณของ นพ. ประกิต วาทีสาชกกิจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี คือ โรคหัวใจ 15,876 คน โรค มะเร็งปอด 10, 878 คน โรคลung วมโป่งพอง 6,090 คน โรคเส้นเลือดตีบ 4,326 คน และโรคอื่นๆ 4,380 คน (เอมอร พุฒิพิสิฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

ทางด้านการแพทย์ พบว่าคนไทยสูบบุหรี่ ประมาณปีละ 90,000 คน ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคนละ 10,000 บาทต่อคน หรือรัฐบาลต้องรับภาระเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เฉลี่ยปีละ 900,000 บาท (นิรุจน์ และ กนกวรรณ, 2542) และทำให้บุหรี่ปริมาณมีสัดส่วนเป็น ร้อยละ 9 ของภาระโรคทั้งหมดในแต่ละปีซึ่งนับเป็นสาเหตุของภาระโรคอันดับหนึ่งของมนุษยชาติ (เอมอร พุฒิพิสิฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

องค์การอนามัยโลก ได้ประมาณการใช้จ่ายเงินสำหรับการสูบบุหรี่ พบว่า มีการใช้จ่ายเงินสำหรับซื้อบุหรี่สูบของประชากรทั่วโลก ปีละประมาณ 100,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เฉลี่ยแล้วพบว่ามีการสูบบุหรี่ 1,000 มวนต่อประชากรโลก 1 คน ในแต่ละปีงบประมาณ (นิรุจน์ และ กนกวรรณ, 2542) ซึ่งทำให้ดูเหมือนว่าการสูบบุหรี่ได้เป็นที่นิยมแพร่หลายไปทั่วโลก ทั้งๆ ที่การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของความเสื่อมโทรมด้านสุขภาพหลายๆ อย่าง เช่น การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพที่ต้องใช้ไปเป็นจำนวนมาก ความสูญเสียจากไฟไหม้เพราะบุหรี่ สมรรถภาพการทำงานที่ลดลงและการลางานที่มีมากขึ้น อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดขึ้นเพราะการสูบบุหรี่ (นิรุจน์ และ กนกวรรณ, 2542)

สารประกอบในบุหรี่

นิโคติน (Nicotine)

เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่อยู่ในรูปของทั้งกรดและด่าง มีลักษณะคล้ายน้ำมัน ไม่มีสี พบว่านิโคติน 1 มก ขนาด 70 มิลลิกรัม ในขนาดความเข้มข้นที่ใช้เป็นยาฆ่าแมลง นี้ เมื่อเข้าไปในคนปกติจะทำให้เสียชีวิตได้ในเวลาเพียงไม่กี่นาที (บัน ยีรัมย์ และคณะ, 2542)

นิโคตินเป็นสารที่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองภายใน 7 วินาทีหลังได้รับเข้าสู่ร่างกาย ออกฤทธิ์นาน 5-120 นาที และ 95 เปอร์เซ็นต์ ของนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายจะจับอยู่ที่ปอด เยื่อหุ้มปอด ริมฝีปาก บางส่วนจะดูดซึมเข้ากระแสเลือด และมีผลโดยตรงต่อหวมกไต ก่อให้เกิดการหลั่งของสารอีพิเนฟริน (Epinephrine) และส่งผลต่อหัวใจ โดยกระตุ้นการเต้นของหัวใจ เพิ่มแรงดันเลือด

นิโคตินช่วยในการลดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการเบื่อหน่าย อย่างไรก็ตามผลเหล่านี้จะหมดไปอย่างรวดเร็ว ทำให้คนต้องการได้รับสารนิโคตินอย่างต่อเนื่อง เชื่อกันว่าสารนิโคตินกดความอยากอาหาร และเพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกายมากขึ้นทำให้คนสูบบุหรี่มีรูปร่างผอม แกร็น และหากสูบอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น (Halitosis) เล็บที่นิ้วมือและฟันจะกลายเป็นสีน้ำตาลเหลือง (yellowy brown) และในบุหรี่หนึ่งมวนจะมีนิโคติน 0.1-2.8 มิลลิกรัม ซึ่งในการผลิตบุหรี่กันกรองก็ไม่ได้ทำให้สารนิโคตินลดลงแต่อย่างใด

ทาร์ หรือน้ำมันดิน (Tar)

ประกอบด้วยสารหลายชนิด มีลักษณะเป็นละอองเหลวที่เป็นยางสีน้ำตาลเข้ม คล้ายน้ำมันดิบ ประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายต่อมนุษย์ เช่น เบนโซไพเร็น (Benzopirene) โดยมีการทดลองนำเอาสารชนิดดังกล่าวขนาดเจือจาง 1 : 1,000 ใส่ในเม็ดพาราฟิน แล้วฝังลงในกระฟุ้งแก้ว

ของหนูแฮมสเตอร์ 25 สัปดาห์ พบว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ของหนูเหล่านั้นเป็นมะเร็งปาก (บัน ยีรัมย์ และคณะ, 2542)

ทาร์จะไปจับที่ปอดทำให้เกิดการระคายเคืองอันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง มีเสมหะ จะทำลายถุงลมปอดทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง หอบเหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง และเป็นสารก่อมะเร็งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งบริเวณเนื้อเยื่อที่สัมผัสกับสารนี้ได้ ขณะสูบบุหรี่ ทาร์จะตกค้างอยู่ในปอด หลอดลมใหญ่ และหลอดลมเล็ก ประมาณร้อยละ 90 จะขับออกมาพร้อมลมหายใจเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ดังนั้นทาร์จึงเป็นตัวการทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด ในบุหรี่ 1 มวน มีทาร์ปริมาณต่างกันตั้งแต่ 2.0 มิลลิกรัม จนถึง 3 มิลลิกรัม แล้วแต่นชนิดของบุหรี่ (www.siamhealth, 2553)

คาร์บอนมอนนอกไซด์ (Carbonmonoxide)

เกิดจากการเผาไหม้ของไบยา เป็นก๊าซที่รบกวนการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงจากถุงลม ไปสู่เนื้อเยื่อ และทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลงไม่ต่ำกว่า 10-15 เปอร์เซ็นต์ หัวใจจะเต้นเร็วและทำงานมากขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายให้เพียงพอ ทำให้มีอาการมึนงง ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย และทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดเสื่อม จนเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจในที่สุด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ม.ป.ป.)

ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen Cyanide)

เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงครามซึ่งทำลายเยื่อปิวหลอดลมส่วนต้น ทำให้เกิดการไอ มีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen Dioxide)

เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อปิวหลอดลมส่วนปลาย เช่นเดียวกับทาร์ (Tar) เมื่อถุงลมเล็กรวมกันจะเป็นถุงลมใหญ่ แต่เมื่อถุงลมถูกทำลายจะเหลือถุงลมจำนวนน้อยลง จึงเกิดการยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้ผนังถุงลมบางโป่งพอง และเกิดโรคถุงลมโป่งพองในที่สุด

แอมโมเนีย (Ammonia)

เป็นสารที่เติมในบุหรี่ เพื่อให้สามารถดูดซึมนิโคตินเข้าสู่กระแสเลือดได้รวดเร็วขึ้น โดยอาศัยปฏิกิริยาเคมีกับสารประกอบในยาสูบจะเปลี่ยนนิโคตินให้เป็นด่างมากขึ้น ที่เรียกภาวะนี้ว่า “Free basing” ซึ่งกลายเป็นไอได้ง่าย และการกลายสภาพเป็นก๊าซในอนุภาคของควันบุหรี่จะทำให้

ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้ผู้สูบบุหรี่หรือได้รับควันมีอาการแสบตา แสบจมูก หลอคลมอักเสบ ไอ และมีเสมหะมาก (กรมอนามัย, ม.ป.ป.)

สารกัมมันตภาพรังสี

ควันทูรมีสารโพโลเนียม 210 ที่มีรังสีอัลฟาอยู่ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็ง และ 50 เปอร์เซ็นต์ของการเกิดมะเร็งปอดในผู้สูบบุหรี่มีสาเหตุมาจากสารกัมมันตภาพรังสี เหล่านี้พบว่าควันทูรมีเป็นพาหะที่ร้ายแรงในการนำสารกัมมันตภาพรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างได้รับสารพิษนี้ด้วย

นอกจากนั้นในบุหรี่ยังมีแร่ธาตุต่างๆ เช่น โปแตสเซียม โซเดียม ทองแดง นิกเกิล และโครเมียม อันเป็นสารตกค้างในยาสูบหลังจากการพ่นยาฆ่าแมลง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนิกเกิลทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่นจะกลายเป็นสารพิษที่ก่อให้เกิดมะเร็งได้ (บัน ยีรัมย์ และคณะ, 2542)

แคดเมียม (Cadmium)

บุหรี่ยี่งมีแคดเมียม 1-2 ไมโครกรัม และร้อยละ 10 ของแคดเมียมจะถูกหายใจเข้าไป เวลาสูบ แคดเมียมทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและต่อมลูกหมาก ในใบยาสูบมีส่วนประกอบของแคดเมียมในปริมาณที่แตกต่างกัน ผู้ที่สูบบุหรี่จะสะสมปริมาณของแคดเมียมในร่างกายเพิ่มขึ้นทุกปี ปีละ 0.5-1.2 มิลลิกรัม ซึ่งมีผลกระทบต่อตับ ไต และสมอง

ฟอร์มาลดีไฮด์ (Formaldehyde)

คนที่สูบบุหรี่วันละ 20-25 มวนจะได้รับฟอร์มาลดีไฮด์ 0.8-1 มิลลิกรัมต่อวัน จากการศึกษาวิจัย พบว่า สารนี้เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ปริมาณของฟอร์มาลดีไฮด์ที่มากกว่า 2.5-3 Ppm จะทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อบุทางเดินหายใจและเยื่อปอด และอาจก่อให้เกิดอาการภูมิแพ้ที่รุนแรง

โรคจากการสูบบุหรี่

โรคมะเร็ง

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่ปอดร้อยละ 86 มะเร็งกล่องเสียง ร้อยละ 83 มะเร็งของริมฝีปากและช่องปาก ร้อยละ 80 มะเร็งหลอดอาหารร้อยละ 79 มะเร็งกระเพาะอาหาร ร้อยละ 42 มะเร็งของไตและอวัยวะระบบขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 35

โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 82 โรคอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างเรื้อรัง ร้อยละ 82 โรคปอดบวมไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 28 โรควัณโรคปอดร้อยละ 29 และโรคหอบหืดร้อยละ 28

โรคเส้นเลือดตีบและโรคหัวใจ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดแข็งตัว ร้อยละ 41 โรคหลอดเลือดชนิดต่างๆ ร้อยละ 43 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 24 โรคหัวใจรูมาติก ร้อยละ 17 โรคหัวใจอื่นๆ ร้อยละ 20 และ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19

บทความข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเป็นนักสูบบุหรี่จะทำให้สุขภาพของร่างกายเสื่อมลง อันเนื่องมาจากการได้รับสารพิษที่อยู่ในบุหรี่ และนอกจากนักสูบบุหรี่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพต่อตนเองแล้ว การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อผู้ที่อยู่รอบข้าง คนใกล้ชิด ต่อสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงซึ่งจะได้นำเสนอข้อมูลทางวิชาการ ดังต่อไปนี้

ควันบุหรี่มีอะไร ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างไร

ปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์พบว่า ใบบายสูบที่เตรียมแล้วมีสารเคมีเป็นองค์ประกอบจำนวนประมาณ 2,500 ชนิด และเมื่อเผาไหม้เป็นควันบุหรี่จะมีสารเคมีต่างๆ ประกอบอยู่ไม่น้อยกว่า 4,000 ชนิด สารที่ประกอบเป็นควันบุหรี่พิสูจน์แล้วว่าเป็นสารก่อมะเร็ง (Carcinogens) จำนวน 43 ชนิด และมีแนวโน้มว่าจะตรวจพิสูจน์พบสารที่อันตรายเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)

สารเคมีที่ประกอบเป็นควันบุหรี่ได้มีการเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ อันเนื่องมาจากการผสมสารปรุงกลิ่นรส (Additives) ชนิดใหม่ๆ ลงในผลิตภัณฑ์ ปัจจุบันรายการสารเคมีซึ่งอาจผสมเป็นสารปรุงแต่งกลิ่นรสมีจำนวนกว่า 2,000 ชนิด และยังไม่มีผลการศึกษาเปิดเผยถึงความปลอดภัยต่อ

สุขภาพ นอกจากนี้นั้นบุหรี่ยังปนเปื้อนส่วนตกค้างของยาฆ่าแมลง เช่น ดีดีที และธาตุโลหะหนัก (Heavy metals) ซึ่งเป็นอันตรายต่อมนุษย์ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)

สารพิษในควันบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่อยู่ข้างเคียงหลายประการ คือ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542)

1. การได้รับกรดไฮโดรไซยานิก จะสร้างความระคายเคือง (Irritation) โดยตรงต่อร่างกาย เช่น ทำให้แสบตา แสบจมูก คลื่นไส้ เวียนศีรษะ
2. ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ และสารทาร์ จะขัดขวาง และทำลายการทำงานของเซลล์ต่างๆ เช่น ทำลายฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง และทำลายเซลล์เยื่อหุ้มหลอดลม (Ciliated cell)
3. สารนิโคตินออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และทำให้เสพติด
4. สารเคมีหลายชนิดค่อยๆ ทำลายเซลล์จนเซลล์ปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็ง

ปริมาณการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง

ควันบุหรี่มือสอง คือ การได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบและพ่นควันออกมาอยู่ในบรรยากาศรอบตัวเรา (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, ม.ป.ป.)

การได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไปในประเทศต่างๆ ทั่วโลก แม้แต่ในสถานบริการสุขภาพ และในกลุ่มนักวิชาชีพสุขภาพ ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey: GYTS) แสดงให้เห็นว่าการได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในกลุ่มวัยรุ่น การสำรวจสุขภาพในเด็กนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปีในระหว่างปี พ.ศ.2542-2549 ใน 132 ประเทศทั่วโลก พบว่า ร้อยละ 44 ของกลุ่มดังกล่าวได้รับควันบุหรี่มือสองที่บ้าน และร้อยละ 56 ได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะภายในระยะเวลา 7 วันก่อนการสำรวจ การศึกษาวิจัยในกลุ่มคนงาน โดยสถาบันสาธารณสุขแห่งชาติเม็กซิโก พบว่า ร้อยละ 91 ของกลุ่มสำรวจได้รับควันบุหรี่มือสองในระดับใดระดับหนึ่ง การสำรวจในกลุ่มนักศึกษาปีที่ 3 ในสถานบันการศึกษาด้านสุขภาพใน 10 ประเทศพบว่า มีการได้รับควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ตั้งแต่ร้อยละ 20 ในอุกันดาไปถึงร้อยละ 87 ในอัลเบเนีย และการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะ ตั้งแต่ร้อยละ 53 ในอุกันดา และไปถึงร้อยละ 98 ในเซอร์เบีย

แม้ว่าอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในสหรัฐอเมริกาจะลดลงมากในระหว่างสองสามปีที่ผ่านมาแต่การศึกษาปริมาณ นิโคติน (ผลที่ได้จากนิโคติน) ที่ได้พบทวนไว้โดยสมาคมศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ยังแสดงให้เห็นว่า มากกว่าร้อยละ 40 ของ ผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่ และเกือบร้อยละ 60 ของเด็กอายุระหว่าง 3-11 ปีมีการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง

รายงานการศึกษาสองฉบับ จากการสำรวจใน 39 ประเทศ ทั้งประเทศกำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว พบการได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชนส่วนใหญ่ในประเทศแถบลาตินอเมริกา 7 ประเทศ ตรวจพบการได้รับควันบุหรี่มือสอง (วัดปริมาณนิโคตินในอากาศ) ถึงร้อยละ 94 ของแหล่งสำรวจทั้งหมด ซึ่งมีทั้งใน โรงพยาบาล โรงเรียน และสถานที่ราชการ และจากรายงานการตรวจวัดปริมาณฝุ่นละอองในอากาศภายในอาคารที่มีการสูบบุหรี่และไม่มีการสูบบุหรี่ สรุปได้ว่าในการศึกษา 32 ประเทศ มีเพียง 2 ประเทศเท่านั้นที่มีนโยบายเขตปลอดบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ คือ ไอร์แลนด์และนิวซีแลนด์ ที่มีระดับคุณภาพของอากาศภายในอาคารในระดับที่ยอมรับได้

จากข้อค้นพบถึงอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสองทำให้คาดหมายได้ว่า จะมีชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองอย่างกว้างขวาง Cal/EPA คาดว่า ในสหรัฐอเมริกาการได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ด้วยมะเร็งปอด 3,400 ราย การตายด้วยโรคหัวใจ 23,000-27,000 ราย และในแต่ละปี การได้รับควันบุหรี่มือสองในเด็ก เป็นสาเหตุของการตายเฉียบพลันในทารกประมาณ 430 ราย และเป็นสาเหตุของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 24,500 ราย การคลอดก่อนกำหนด 71,900 ราย การเกิดอาการหอบหืด 200,000 ครั้ง และทำให้มีการไปพบแพทย์ด้วยโรคหุ้ชั้นกลางอีกเสบ 790,000 ครั้ง

การสูบบุหรี่ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้สูบบุหรี่โดยตรง แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ในบริเวณใกล้เคียงด้วย หรือที่เรียกว่า “ควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อม” (Environmental Tobacco Smoke-ETS) ซึ่งประกอบด้วยควันหลัก 2 ชนิด คือ 1) ควันสายหลัก (Mainstream smoke) คือ ควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปในร่างกาย และในที่สุดจะพ่นควันนี้ออกสู่อากาศรอบๆ ตัวผู้สูด และ 2) ควันสายข้างเคียง (Sidestream smoke) คือ ควันที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ที่อยู่ระหว่างการสูด หรือบุหรี่ที่ผู้สูดถือไว้เฉยๆ ซึ่งได้รับการขนานนามว่า “ควันบุหรี่มือสอง” (Second-hand or passive smoking) จากการเปรียบเทียบสารประกอบในควันสายหลักและสายข้างเคียง พบว่าสารพิษและสารคาซิโนเจนในควันสายหลักและควันสายข้างเคียงมีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน แต่ที่มีความแตกต่างกันคือ ในควันสายข้างเคียงจะมีอนุภาคมิการเผาไหม้ต่ำกว่าในควันสายหลัก ส่งผลให้ปริมาณความเข้มข้นของสารพิษในควันสายข้างเคียงมากกว่า ในควันสายหลัก คือ ในควันสายข้างเคียงจะมีปริมาณของแอมโมเนีย เบนซิน คาร์บอนมอนนอกไซด์ นิโคติน คาซิโนเจน แนฟทารามาย แอมมิโน ไบฟีนอล ในโตรซามาย เบนบาทาราซิน มากกว่าในควันสายหลัก (เอมอร์ พุฒิพิสิฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

นอกจากนั้นยังพบว่า ในควันสายข้างเคียงมีปริมาณสารพิษในระดับที่สูงกว่าในควันสายหลัก ดังนี้ มีสารน้ำมันดิน หรือ ทาร์ มากกว่า 1.3 เท่า มีคาร์บอนมอนนอกไซด์มากกว่า 2.5 เท่า มีนิโคติน มากกว่า 2.7 เท่า มีสารเบนโซไพรีนมากกว่า 4 เท่า มีแอมโมเนียมากกว่า 73 เท่า และมี แนฟทารามาย กว่า 39 เท่า ส่งผลให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ เรียกว่า

เป็นการสูบบุหรี่มือสอง ดังนั้นการได้รับควันบุหรี่ทางอ้อม (Passive smoke) หรือการหายใจเอา ควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของคนอื่นเข้าไป จึงถือว่าเป็นปัญหาทางสังคมอย่างหนึ่ง เพราะว่าการสูบบุหรี่ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพอากาศในบริเวณนั้นๆ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ในสถานที่ซึ่งอากาศ ไม่ถ่ายเท เช่น ในสถานที่ทำงาน บ้านหรือร้านอาหาร ยิ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญต่อผู้ที่ต้องอยู่ใกล้ผู้ สูบบุหรี่ หรือทำงานร่วมกับผู้สูบบุหรี่ (เอมอร พุฒิพิสิฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

สถานการณ์ การได้รับควันบุหรี่มือสอง

1. คนไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ได้รับควันบุหรี่มือสอง
2. เด็ก และคนใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ เสี่ยงต่อการได้รับควันบุหรี่มือสองสูง ผู้ชายมีแนวโน้ม ได้รับควันบุหรี่มือสองมากกว่าผู้หญิง
3. ปัจจัยที่ทำให้เด็กได้รับควันบุหรี่มือสองมากที่สุด คือ พ่อแม่ที่สูบบุหรี่ และฐานะ เศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ
4. ในผู้ใหญ่ ปัจจัยที่ทำให้ได้รับควันบุหรี่มือสองมากที่สุด คือ คนสูบบุหรี่ที่อยู่บ้าน เดียวกัน และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ
5. ประชากรทุกกลุ่มอายุมีโอกาสได้รับควันบุหรี่มือสองที่มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด
6. คนที่อยู่ในบ้านที่ไม่มีคนสูบบุหรี่ จะได้รับควันบุหรี่มือสองในระดับต่ำที่สุด
7. อัตราส่วนของบ้านที่มีคนสูบบุหรี่ แต่ไม่สูบบุหรี่ในบ้านเพิ่มขึ้นจาก 22 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2539 เป็น 37 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2546 นั่นทำให้โอกาสได้รับควันบุหรี่มือสองน้อยลง
8. บ้านเป็นแหล่งสำคัญของควันบุหรี่มือสองในผู้ใหญ่ กลุ่มที่ทำงานในสถานบริการ เช่น บาร์ ยังเป็นแหล่งของควันบุหรี่มือสองในระดับสูงมาก
9. จำนวนคนสูบบุหรี่ที่ลดลง กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และการห้ามสูบบุหรี่ ในบ้าน จะช่วยลดการได้รับควันบุหรี่มือสองลงได้ และช่วยป้องกันคนไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่มือสองได้

ผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่ และควันบุหรี่มือสอง

ผลกระทบด้านสุขภาพ

ควันบุหรี่มือสองประกอบด้วย ควันที่เกิดจากการเผาไหม้ที่ปลายมวนบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ ยาสูบอื่นๆ และควันที่ออกมาพร้อมกับลมหายใจของคนทีสูบบุหรี่ ประกอบด้วยสารเคมีนับพัน ชนิด ซึ่งในจำนวนนี้มีอย่างน้อย 250 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็งหรือสารพิษ

Steve และ Bill (1989) กล่าวว่า ควันบุหรี่นอกจากส่งผลกระทบต่อผู้สูบบุหรี่โดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ไม่สูบบุหรี่ ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว โดยผลจากการวิจัยของต่างประเทศ ประชากรราว 7,000 คน ที่มีอายุระหว่าง 30-59 ปีพบว่า ผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่และมีสามี สูบบุหรี่ ประจำจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 3.4 เท่าของผู้หญิงที่มีสามีไม่สูบบุหรี่ และผู้หญิงที่มี สามีเคยสูบบุหรี่จะมีแนวโน้มเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าของผู้หญิงที่มีสามีไม่สูบบุหรี่ และ ในปี ค.ศ. 1985 มีผลการวิจัยที่ทำการศึกษากับผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ที่เป็น โรคมะเร็งปอด 134 คน พบว่า ผู้หญิงที่มีสามีสูบบุหรี่จะมีโอกาสต่อการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น 13-31 เปอร์เซ็นต์ แต่ถ้าสามี สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวน ต่อวันขึ้นไปจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ของหญิงที่มีสามีไม่สูบบุหรี่ (อ้างจาก เอมอร์ พุฒิพิสิฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

Steve และ Bill (1989) กล่าวเพิ่มเติมว่า การสูบบุหรี่ยังมีผลกระทบต่อมารดาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก คือในหญิงที่สูบบุหรี่เมื่อตั้งครรภ์จะพบว่ามีสุขภาพไม่ดี น้ำหนัก ตัวในระหว่างตั้งครรภ์จะน้อยกว่าปกติ และเกิด โรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ได้ง่าย มีโอกาส เสี่ยงต่อการแท้งถึง 100 เปอร์เซ็นต์ และทารกในครรภ์มีโอกาสตายเพิ่ม 1.6 เท่า นอกจากนี้มารดา ยัง มีแนวโน้มคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ ส่วนทารกที่คลอดและรอดมาได้ พบว่าจะมี น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าปกติ 170-200 กรัม หรือการติดเชื้อในครรภ์ เด็กอาจตัวเตี้ย บัญญาอ่อน หรือพิการแต่กำเนิด บางรายเด็กอาจมีความผิดปกติทางระบบประสาทที่ซึ่งจากการติดตามมารดาที่ สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์จำนวนมากว่า 10 มวนต่อวัน พบว่าเมื่อเด็กที่เกิดมาอายุ 7 ถึง 11 ปีจะตัวเตี้ย กว่าเด็กที่มารดาไม่สูบบุหรี่ และความสามารถในการอ่านหรือคิดคำนวณ ซ้ำกว่าเด็กปกติ 3-5 เดือน (อ้างจาก เอมอร์ พุฒิพิสิฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

จากการศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาวาร์ด พบว่าปอดของเด็กที่เกิดจากมารดาสูบบุหรี่ระหว่าง ตั้งครรภ์จะหย่อนประสิทธิภาพมากกว่าปอดของเด็กที่เกิดจากมารดาที่ไม่สูบบุหรี่ เพราะฤทธิ์ของ บุหรี่จะทำลายปอดของเด็กที่เกิดจากมารดาสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์จนหย่อนประสิทธิภาพมากกว่า ปอดของเด็กที่เกิดจากมารดาที่ไม่สูบบุหรี่ เพราะฤทธิ์ของบุหรี่ทำลายปอดของเด็กในช่วง 3 เดือน แรกในระหว่างที่มีพัฒนาการของปอด รวมทั้งมีผลการวิจัยยืนยันว่า ทารกเกิดใหม่ที่มารดาสูบบุหรี่ ระหว่างตั้งครรภ์จะมีระดับนิโคตินเท่ากับผู้สูบบุหรี่ และต้องใช้ชีวิตในวันแรกด้วยอาการขาดบุหรี่ โดยมีการศึกษาเด็ก 242 คน ในจำนวนนี้เป็นเด็กทารก 139 คน ที่มีอายุ 1-3 วัน โดยมีการตรวจสอบ ปัสสาวะเพื่อหานิโคตินซึ่งเป็นสารตกค้างเหมือนนิโคตินถูกทำลายในร่างกาย ระดับนิโคตินในทารก เกิดใหม่ที่มารดาสูบบุหรี่มีประมาณ 550 นาโนกรัมต่อปัสสาวะ 1 มิลลิกรัม เกือบเท่ากับระดับที่พบ ในผู้สูบบุหรี่ ส่วนระดับนิโคตินของมารดาที่สูบบุหรี่มีน้อยกว่า 200 นาโนกรัม แต่ก็ยังสูงกว่าผู้สู

บุหรี่ยี่สิบสอง เนื่องจากมารดาที่สูบบุหรี่จะถ่ายทอดนิโคตินไปสู่ทารกได้โดยผ่านทางน้ำนม (เอมอร์ พุฒิปิติฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

ปัจจุบันมีหญิงไทยอายุ 29-40 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 5 ดังนั้นจำนวนหญิงที่ตั้งครรภ์ ปีละ 1 ล้านคน มีประมาณ 50,000 คนที่สูบบุหรี่ และจากการสำรวจพฤติกรรมของหญิงไทยที่สูบบุหรี่เป็นประจำ พบว่าร้อยละ 68 ของหญิงที่สูบบุหรี่เหล่านี้ยังคงสูบบุหรี่ต่อไปในระหว่างตั้งครรภ์ ในขณะที่ร้อยละ 32 หยุดสูบบุหรี่ ซึ่งหมายความว่า ในขณะที่มีหญิงที่ตั้งครรภ์ประมาณ 34,000 คน ที่มีอัตราเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ แต่บุหรี่ยี่สิบสองได้เพียงส่งผลกระทบต่อหญิงที่ตั้งครรภ์เท่านั้น แต่ยังไม่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ด้วย (เอมอร์ พุฒิปิติฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

ส่วนบิดาที่สูบบุหรี่ในขณะที่มารดาตั้งครรภ์ บุตรที่เกิดมาจะมีน้ำหนักและส่วนสูงน้อยกว่าบุตรที่เกิดจากบิดาที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนั้นบุตรของผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโรคติดเชื้อและโรคที่เกี่ยวข้องระบบทางเดินหายใจ และยังป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบ กล้องเสียงอักเสบ ปอดบวมมากในช่วง 1-2 ปี และเป็นโรคหุ้้นกลางอักเสบเรื้อรังในวัยก่อนเรียน รวมทั้งยังพบว่า เด็กที่มีพ่อหรือแม่ที่สูบบุหรี่ จะทำให้มีอัตราการเป็นโรคไอเรื้อรังและมีเสมหะเพิ่มขึ้น 30-80 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีพ่อแม่ไม่สูบบุหรี่ และทำให้้อตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหายใจติดขัดเพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า

Steve และ Bill (1989) นอกจากนั้นมีผลการศึกษพบว่า ผลกระทบต่อทารกจะเพิ่มขึ้นในกรณีที่แม่เด็กเป็นผู้สูบบุหรี่ แต่ถ้าพ่อและแม่เด็กสูบบุหรี่ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวยิ่งสูงขึ้น รวมทั้งมีรายงานจากมหาวิทยาลัยเบอร์มิงแฮม ประเทศอังกฤษ เปิดเผยว่า 15 เปอร์เซ็นต์ ของเด็กที่เป็นโรคมะเร็งมีพ่อที่ติดบุหรี่ถึงขั้นสูบจืด และยังพบว่าหากพ่อสูบบุหรี่มากเท่าไร อัตราความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งในเด็ก ก็ยิ่งเพิ่มขึ้นเท่านั้น ทั้งนี้จากการสุ่มตัวอย่างจากเด็กที่เป็นมะเร็งทั่วประเทศ ในช่วงปี พ.ศ.2493 ระบุอย่างชัดเจนว่า ในเด็กที่เป็นมะเร็งทุกๆ 7 คน จะมี 1 คน ที่มีสาเหตุของการเป็นโรคมะเร็งมาจากการสูบบุหรี่ของพ่อ เพราะสารจากควันบุหรี่ที่เป็นต้นเหตุของโรคมะเร็งสามารถติดต่อไปยังลูกได้โดยผ่านน้ำอสุจิ (เอมอร์ พุฒิปิติฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ธนาคารโลกได้วิเคราะห์ความสูญเสียทางเศรษฐกิจในการดำเนินธุรกิจด้านยาสูบว่าทุก 1,000 ต้น ของยาสูบที่ผลิตออกมาทำให้มีผู้เสียชีวิต 650 คน เกิดความสูญเสีย 745 ล้านบาทเมื่อทั่วโลกผลิตยาสูบ 700,000 ล้านต้น คิดเป็นความสูญเสีย 5 ล้านล้านบาท

ในการศึกษาโดยสมาคมประกันภัยในสหรัฐอเมริกา คาดการณ์ว่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการได้รับควันบุหรี่ยี่สิบสองในแต่ละปีนั้นเป็นค่ารักษาพยาบาลโดยตรงมากกว่า 5 พันล้านเหรียญ และค่ารักษาพยาบาลโดยอ้อม อีกมากกว่า 5 พันล้านเหรียญ

Bob (1996) ความสูญเสียดังกล่าวนี้ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยตรงสำหรับโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่ การขาดงาน เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากบุหรี่ อคติภัย ผลผลิตที่ตกต่ำลง และรายได้ที่พึงจะได้ถ้าไม่สูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังรวมถึงความสูญเสียอื่นๆ ที่ไม่สามารถนับเป็นตัวเลขได้ ซึ่งได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ถดถอยลง ไม่เฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่แต่รวมถึงผู้ที่สูดดมควันบุหรี่เข้าไปด้วย จะเห็นได้ว่าการใช้เงินเพื่อซื้อบุหรี่ ทำให้ทั้งตัวผู้สูบบุหรี่ และครอบครัวยากจนลง ในบางประเทศผู้สูบบุหรี่จะมีค่าใช้จ่ายสำหรับการสูบบุหรี่มากกว่า 25 เปอร์เซ็นต์ ของเงินรายได้ ซึ่งเงินจำนวนนี้ควรนำไปใช้เป็นค่าอาหาร ค่าเสื้อผ้า หรือค่าที่พักอาศัย จากการศึกษาในทวีปเอเชีย พบว่า ในประเทศฟิลิปปินส์ ผู้สูบบุหรี่จะใช้เงินกับค่าบุหรี่และสุรามากกว่าค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และค่าการศึกษาของเด็กในครอบครัว ในประเทศจีน ผู้สูบบุหรี่จะใช้เงินกับค่าบุหรี่และสุรามากกว่าค่าใช้จ่ายในเรื่องข้าว เนื้อสัตว์ และผลไม้ (อ้างจาก เอมอร์ พุฒิพิสิฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

ยูพยงค์ (2538) นอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของประเทศด้วย ในประเทศไทยมีข้อมูลจากการวิจัยในปีพ.ศ. 2531 พบว่า ค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ในแต่ละปีมีการสูญเสียเสียถึง 7,030 ล้านบาทซึ่งคิดจากรักษาพยาบาลและค่าสูญเสียผลผลิตอันเนื่องมาจากโรคที่เกิดจากบุหรี่ 3 โรค คือ 1) โรคมะเร็งปอด 2) โรคถุงลมโป่งพอง และ 3) โรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลของผู้ที่เข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น และหากรวมจำนวนของผู้ที่เข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดโรงพยาบาลเอกชน และอื่นๆ รวมด้วยแล้ว ประมาณว่าตัวเลขของการสูญเสียครั้งนี้สูงถึงหนึ่งหมื่นล้านบาทเพียงเฉพาะ 3 โรคเท่านั้น แต่หากรวมโรคอื่นๆ อีกเป็นจำนวนมากที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ก็จะมีจำนวนสูงขึ้นไปอีก ถึงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงความสูญเสียด้านอื่นๆ อีก เช่น ค่าใช้จ่ายในการไปเยี่ยมไข้ของญาติมิตร การสูญเสียเวลา และเงินทองในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการขาดผู้หาเลี้ยงครอบครัว และจากค่าใช้จ่ายข้างต้นส่งผลให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในฐานะที่เป็นผู้เสียภาษีต้องเสียเงินจำนวนมาก เพื่อนำไปใช้เป็นการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ แทนที่เงินนั้นจะสามารถนำไปพัฒนาประเทศชาติในด้านต่างๆ ให้ก้าวหน้ามากขึ้นต่อไป (อ้างจาก เอมอร์ พุฒิพิสิฐเชษฐ, ม.ป.ป.)

ผลกระทบด้านสังคม

การสูบบุหรี่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดอื่นๆ เพราะบุหรี่ คือ ด้านแรกที่น่าไปสู่การติดยาเสพติดอื่นๆ กล่าวคือ ร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดฝิ่นและกัญชา และร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้าจะเริ่มจากบุหรี่ก่อน สถาบันวิจัยการใช้จ่ายพิศใน

สหรัฐอเมริกา รายงานว่า การติดยาโคเคนในบุหรี่ยังคงนำไปสู่การทดลองสิ่งเสพติดชนิดต่างๆ ที่รุนแรงกว่า ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นอายุ 12-17 ปี ที่สูบบุหรี่มีอัตราการติดยาเพิ่มขึ้น 4 เท่า สูบกัญชาเพิ่มขึ้น 100 เท่า ใช้โคเคนเพิ่มขึ้น 32 เท่า ของคนที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งยังพบว่า วัยรุ่นที่ติดยาบุหรี่ยังคงอายุ 17 ปี จะมีโอกาสเสพติดสารอื่นได้อีกมาก ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เยาวชนสูบบุหรี่จึงเท่ากับเป็นการสกัดกั้นไม่ให้เยาวชนทดลองการใช้ยาเสพติดประเภทอื่นๆ ต่อไปรวมทั้งการที่ประชาชนจำนวนมากเป็นผู้ที่ติดยาเสพติดจะส่งผลก่อให้เกิดปัญหาอื่นทางสังคมตามมาอีกเป็นจำนวนมาก

ผลกระทบด้านการเรียนและการทำงาน

เด็กที่สูบบุหรี่จะส่งผลให้การเรียนรู้ต่ำกว่าที่เคยเป็น และมีแนวโน้มที่จะติดเพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกัน และส่งผลให้พฤติกรรมเบี่ยงเบนไปความสนใจในการเรียนน้อยลง ซึ่งจากรายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย โดยชูวงศ์ สุภวงศ์ พบว่า เยาวชนที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีผลการเรียนที่ไม่ดี มีการศึกษาต่ำ ออกจากโรงเรียนเร็วอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อการทำงาน คือทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง สืบเนื่องมาจากปัญหาทางสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ คือจะมีอัตราการลาหยุดเพราะการป่วยเพื่อรับการรักษาคือ 2 เท่าของเจ้าหน้าที่ทั่วไป และอัตราการลาหยุดทั่วไปสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 25-30 ซึ่งการลาจากการป่วย และการหยุดงานดังกล่าวทำให้ชั่วโมงการทำงานจากการสูบบุหรี่เสียไป 4.2 วันต่อคนต่อปี ทั้งนี้เพราะการสูบบุหรี่ทำให้แสบตา ไอ ขาดสมาธิ โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการสูบบุหรี่มีมากกว่าเจ้าหน้าที่ทั่วไปถึง 2 เท่า นอกจากนี้ ยังมีรายงานผลการศึกษาของ วิณา ศิริสุขและคณะ ที่กล่าวสนับสนุนในประเด็นดังกล่าว คือ สภาพแวดล้อมที่ปราศจากควันบุหรี่ส่งผลถึงคุณประโยชน์ทางเศรษฐกิจ เช่น เวลาของการทำงานที่ไม่ขาดหายไปเนื่องจากความเจ็บป่วยจากควันบุหรี่ และ นโยบายการสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานกับค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่ลดลง ตลอดจนทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ทำงานเกิดความสบายใจโดยปราศจากการรบกวนจากกลิ่นและควันบุหรี่ (วิณา ศิริสุข และคณะ, 2534)

ผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม

เนื่องจากการปลูกใบยาสูบ ผู้ปลูกมักต้องปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์ที่กำหนดโดยบริษัทผู้รับซื้อใบยาสูบเพื่อให้ผลผลิตได้มาตรฐาน ซึ่งการใช้สารเคมีจำนวนมาก และบ่อยครั้งนอกจากจะก่อผลเสียต่อสุขภาพของผู้ปลูกเองแล้ว ยังก่อให้เกิดผลเสียต่อสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติอีกด้วย และในหลายประเทศ การใช้สาร Calcareous และสารอื่นเป็นจำนวนมากในการ

เตรียมพื้นที่สำหรับปลูกใบยาสูบทำให้เกิดการเสื่อมโทรมของดิน ยิ่งกว่านั้นยาสูบยังดูดซับอาหารในดิน ได้เร็วกว่าพืชชนิดอื่นหลายๆ ชนิด

นอกจากนี้ความต้องการใช้พื้นที่ในการเพาะปลูก และใช้ไม้เป็นวัสดุเชื้อเพลิงในการบ่มยาสูบและอื่นๆ ยังก่อให้เกิดการสูญเสียสภาพป่า The international forest science consultancy ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง การใช้ไม้เป็นเชื้อเพลิงในประเทศกำลังพัฒนา 69 ประเทศที่ปลูกใบยาสูบ และรายงานในปี พ.ศ. 2529 ว่าการใช้ไม้เพื่อเป็นวัสดุเชื้อเพลิงของอุตสาหกรรมใบยาสูบในประเทศไทยอย่างไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลเสียหายอย่างรุนแรงต่อสภาพป่าไม้เมืองไทย หากยังไม่มีความพยายามจริงจังที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้ไม้และปลูกต้นไม้เพิ่มขึ้น เพื่อสนองความต้องการใช้งานในอนาคต นอกจากนี้การสูบบุหรี่ที่ขาดความระมัดระวังเป็นสาเหตุของการเกิดไฟไหม้ซึ่งอาจแบ่งได้ 2 ประเภทคือ ไฟไหม้ในอาคารบ้านเรือนและไฟไหม้ป่า พบว่าการเกิดไฟไหม้อาคารบ้านเรือน ร้อยละ 15-25 มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นผลจากการทิ้งก้นบุหรี่ที่ยังดับไม่สนิทลงในถังผง หรือการทิ้งก้นบุหรี่ที่ยังไม่ได้ดับแล้วนอนหลับไป เช่นในประเทศจีนมีการรายงานในปี ค.ศ. 1989 ว่า ไฟไหม้ป่าที่เกิดขึ้นในปีนั้นส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ เป็นต้น

ผลกระทบของสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่จะลดมลพิษในอากาศได้เป็นอย่างมาก และมีความสัมพันธ์ที่สามารถวัดได้อย่างชัดเจนกับสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มคนงานที่เคยได้รับควันบุหรี่มือสอง นอกจากนี้ พบว่า ระดับฝุ่นละอองในอากาศ (PM 2.5) ซึ่งสามารถเข้าสู่ปอดระดับลึกและทำความเสียหายให้แก่ปอดและหัวใจ ในบาร์ประเทศไอร์แลนด์ จะลดลงถึง ร้อยละ 83 หลังจากการบังคับใช้กฎหมายพื้นที่ปลอดบุหรี่ และพบว่าระดับนิโคตินในอากาศลดลงร้อยละ 83 และค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการได้รับควันบุหรี่มือสองของคนงานลดลงจาก 30 ชั่วโมงเป็นศูนย์

การลดลงของการรับควันบุหรี่มือสอง นำไปสู่การลดลงของระดับสารพิษที่มีอยู่ในควันในร่างกายของคนงานที่ไม่สูบบุหรี่ที่ทำงานในบริเวณนั้นๆ มีการวัดปริมาณคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจของพนักงานในบาร์ พบว่า มีปริมาณลดลงถึงร้อยละ 45 ในกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่ และลดลงร้อยละ 36 ในคนที่เลิกบุหรี่แล้ว ปริมาณนิโคตินในน้ำลายซึ่งเป็นตัววัดระดับสารพิษในบุหรี่ที่มนุษย์สะสมไว้ในร่างกายจากการได้รับควันบุหรี่มือสองในคนงานที่ไม่สูบบุหรี่ลดลง ร้อยละ 69 ภายหลังจากการบังคับใช้กฎหมายปลอดบุหรี่

การศึกษาในปี พ.ศ. 2545 ของประเทศนิวซีแลนด์ พบว่า กลุ่มคนทำงานในสำนักงานที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ที่มีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ และอาการระคายเคืองน้อยกว่าคนที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน (ไม่มีการบังคับใช้กฎหมายในบาร์จนถึงปี พ.ศ. 2547)

การศึกษาในสหรัฐอเมริกา ชุมชนเฮเลน่า มอนตาน่าและพิวโบล โคโลราโดและเขตพายด์มอนท์ ประเทศอิตาลี พบว่าหลังจากการบังคับใช้กฎหมายปลอดบุหรี่ในสถานประกอบการและสถานที่สาธารณะ จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจล้มเหลว (โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน) ลดลงโดยเฉลี่ย ร้อยละ 20 และไม่พบการลดลงในเมืองอื่นๆ ที่ใช้เป็นกลุ่มควบคุม

ดังนั้นพบว่าหากเราจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่จะทำให้การจัดสิ่งแวดล้อมนั้นกลายเป็นกิจกรรมการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ควบคู่ไปกับการควบคุมการผลิทยาสูบ สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ไม่เพียงแต่คุ้มครองสุขภาพของคนที่ไม่สูบบุหรี่เท่านั้น แต่ยังมีประโยชน์ต่อการลดอัตราการสูบบุหรี่โดยรวมด้วย

ต่อเรื่องดังกล่าว ธนาคารโลกได้สรุปว่าการจำกัดเขตสูบบุหรี่ จะทำให้การบริโภคบุหรี่โดยรวมลดลง ร้อยละ 4-10 การทบทวนการศึกษาในออสเตรเลีย แคนาดา เยอรมนี และสหรัฐอเมริกาสรุปได้ว่า การทำให้สถานประกอบการปลอดบุหรี่ จะทำให้การบริโภคบุหรี่ลดลง ร้อยละ 29 และแสดงให้เห็นว่า โดยเฉลี่ยแล้วสถานประกอบการที่ปลอดบุหรี่จะทำให้อัตราผู้สูบบุหรี่ลดลง 3.1 มวน ต่อวันต่อคน และลดอัตราการสูบบุหรี่ลง ร้อยละ 3.8

แม้ว่าจะไม่มีการบังคับโดยกฎหมายให้บ้านปลอดบุหรี่ แต่ประชาชนเป็นจำนวนมากสมัครใจที่จะทำให้บ้านเป็นเขตปลอดบุหรี่ ภายหลังจากที่มีการบังคับใช้กฎหมายปลอดบุหรี่ในสถานประกอบการและในสถานที่สาธารณะแล้ว ทำให้คนทำงานตระหนักว่าหากบ้านปลอดบุหรี่จะเป็นการคุ้มครองบุตรหลาน และสมาชิกครอบครัวของทำงานจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และเป็นการเพิ่มแนวโน้มของการเลิกบุหรี่ที่ประสบความสำเร็จ

สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ เป็นมาตรการที่ให้ผลคุ้มค่าด้านเศรษฐกิจมากกว่าโครงการบริการเลิกบุหรี่ การศึกษาวิจัยพบว่า สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่มีความคุ้มค่าต่อคนที่ไม่สูบบุหรี่เป็น 9 เท่าในการให้บริการด้วยสารทดแทนนิโคตินแก่ผู้สูบบุหรี่หลายประเทศมีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายปลอดบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ รายงานว่า มีการสูบบุหรี่ลดลง (วัดจากปริมาณการขายบุหรี่ และการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่) และ /หรือ มีการ เปลี่ยน ไปสูบบุหรี่แบบไม่มีควัน ในบางประเทศยังได้รายงานการเพิ่มขึ้นของการโทรศัพท์เข้าหาศูนย์สายด่วนปลอดบุหรี่ quit line พื้นที่ที่มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย แม้ว่าอัตราการโทรศัพท์เข้าหาศูนย์จะลดลงสู่ระดับปกติภายในสองสามเดือนก็ตาม

นอกจากนั้น พบว่าการมีนโยบายสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่จะลดแนวโน้มของการเริ่ม สูบบุหรี่ในวัยรุ่นลง การศึกษาหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่าสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในสถานประกอบการ และในชุมชนทั่วไปจะลดอัตราการเคยสูบบุหรี่ในวัยรุ่น จากการศึกษานี้พบว่า วัยรุ่นที่ทำงานใน

สถานประกอบการที่ปลอดบุหรี่มีแนวโน้มที่จะเคยสูบบุหรี่ โดยเฉพาะ ร้อยละ 68 ซึ่งต่ำกว่าเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ทำงานในสถานประกอบการที่จำกัดการสูบบุหรี่เป็นบางส่วน มีหลายการศึกษาที่เปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ และปริมาณการบริโภคยาสูบในกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนที่มีกฎหมายเรื่องสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ เทียบกับชุมชนที่ไม่มีกฎหมาย พบว่าอัตราความชุกสัมบูรณ์ลดลง ร้อยละ 2.3 ถึง ร้อยละ 46 และอัตราความชุกสัมพัทธ์ลดลง ร้อยละ 17.2 อัตราการบริโภคยาสูบต่อหัวสัมพัทธ์ลดลง ร้อยละ 50.4

จากการศึกษา มีการควบคุมเรื่องปัจจัยด้านประชากร และสถานภาพการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัวพบว่า บ้านที่มีสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการบริโภคยาสูบในกลุ่มวัยรุ่น วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่จะเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 74 เมื่อ เปรียบ เทียบกับวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องการสูบบุหรี่ หลักฐานต่างๆ เหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการลดการยอมรับของสังคมในเรื่องการสูบบุหรี่ ซึ่งนำไปสู่การลดลงของการริเริ่มสูบบุหรี่ ภายใต้เงื่อนไขที่ว่า การสูบบุหรี่ได้มีการส่งเสริมมาเป็นเวลายาวนาน โดยบริษัทบุหรี่ที่ว่า เป็นทางเลือกของคนที่ไม่เป็นผู้ใช้แล้ว ก็น่าจะสรุปได้ว่าการห้ามการสูบบุหรี่ในสถานที่ที่วัยรุ่นอยากเข้าไปเพื่อแสดงความเป็นผู้ใหญ่ เช่น บาร์ หรือไนท์คลับ จะเป็นทางนำไปสู่การลดลงของค่านิยมที่ว่า การสูบบุหรี่เป็นเส้นทางผ่านไปสู่วัยเป็นผู้ใหญ่

ดังนั้นอาจกล่าวสรุปได้ว่า สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ประสบความสำเร็จในการคุ้มครองคนไม่สูบบุหรี่จากการได้รับควันบุหรี่ และในเวลาเดียวกัน ก็จะมีผลกระทบในทางบวกต่อเป้าหมายหลักสองประการในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่องค์กรสาธารณสุขได้วางเป้าหมายไว้ คือ การลดการริเริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น และการเพิ่มการเลิกบุหรี่

พัฒนาการและมาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

การศึกษารวบรวมความเป็นมาเกี่ยวกับการผลักดันทางด้านกฎหมาย เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่นี้ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมไว้ดังนี้

ปี ค.ศ.1761 ชาวอังกฤษโดย ดร.เจมส์ ฮิลล์ (Dr. James Hill) เป็นบุคคลแรกที่เสนอรายงานความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดโรคมะเร็ง ระหว่าง ค.ศ.1853-1856 พบว่าทหารของสหราชอาณาจักร เกิดการติดบุหรี่ในระหว่างสงครามไครเมีย (Crimean War) ช่วงเวลานี้ได้มีการจัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้นเป็นแห่งแรกในสหรัฐอเมริกา ซึ่งดำเนินการโดย มร.แจ๊ค บอนแซ็ค (Mr. Jack Bonzac)

เมื่อปี ค.ศ. 1899 ได้มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่เป็นครั้งแรก โดยรัฐบาลของประเทศนอร์เวย์เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็ก ระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 1 (ค.ศ. 1914-1918) ในช่วงเวลาดังกล่าว ได้มีการสูบบุหรี่กันอย่างมากมายในกลุ่ มทหาร ดังนั้นบุหรี่ที่ผลิตโดยประเทศสหรัฐอเมริกาจึงกลายเป็นธุรกิจที่ใหญ่โต คิดเป็นมูลค่า ราว 18,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เมื่อปี ค.ศ. 1914 และเพิ่มเป็น 47,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี ค.ศ.1918 และได้มีการโฆษณาบุหรี่กันอย่างแพร่หลาย โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้หญิงขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อ ปี ค.ศ. 1926 อีก 10 ปี ต่อมา วารสารสูตินรีเวชแห่งอเมริกา (American Journal of Dostetrics and Gynecology) ได้เสนอข่าวสารต่อต้านการสูบบุหรี่ เนื่องจากพบว่า มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ แต่ในระหว่างสงครามโลก ครั้งที่ 2 (ค.ศ. 1940-1945) ได้มีการสูบบุหรี่กันอย่างกว้างขวางและแพร่หลายไปทั่วโลก (นิรุจน์ อูทธา และคณะ, 2537)

ค.ศ. 1950 ได้มีผลการศึกษาทางระบาดวิทยา ระหว่างการสูบบุหรี่กับมะเร็งปอด ปรากฏออกมาในประเทศสหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักร และอีก 3 ปี ต่อมา ได้มีการศึกษาเชิงทดลองระหว่างสารทาร์ (Tar) กับ การเกิดมะเร็งผิวหนังในหนูทดลอง เมื่อ ปี ค.ศ. 1962 โดย Royal College of Physicians ได้เสนอรายงานว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ อัตราตายด้วยโรคมะเร็งปอดสูงขึ้นในทุกประเทศของโลก และอีก 2 ปี ต่อมา สมาคมศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยในสหรัฐอเมริกา ได้เสนอรายงานความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิด มะเร็งปอด อันเป็นการนำไปสู่การพิมพ์ข้อความเตือนไว้ที่ข้างซองบุหรี่ขึ้นเป็นครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา

ค.ศ. 1967 ได้มีการประชุมนานาชาติเรื่องบุหรี่และสุขภาพแห่ง โลก ครั้งที่ 1 ขึ้นที่กรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา และอีก 4 ปีต่อมาก็ได้มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่ง โลก ครั้งที่ 2 ที่กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ และโอกาสนี้ องค์ การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศคำขวัญเกี่ยวกับการต่อต้านการสูบบุหรี่ขึ้น กำหนดกฎหมายเกี่ยวกับเขตปลอดบุหรี่ และกำหนดเขตปลอดบุหรี่ในสายการบินพาณิชย์ทุกแห่ง ภายใน ปี ค.ศ. 1973

ค.ศ. 1974 องค์การอนามัยโลก ได้จัดประชุม Expert Committee เกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพขึ้น และได้เสนอแนะให้ทุกประเทศออกกฎระเบียบเกี่ยวกับ การพิมพ์ข้อความตักเตือนไว้ที่ข้างซองบุหรี่ และมีการวางแผนระดับชาติเกี่ยวกับการต่อต้านการสูบบุหรี่

ค.ศ. 1975 ได้มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่ง โลก ครั้งที่ 3 ขึ้นที่กรุงนิวยอร์ก การประชุมครั้งนี้ได้กระตุ้นให้โลกตระหนักถึงอันตรายอันเกิดจากบุหรี่ที่มีผลต่อสุขภาพ

ค.ศ. 1978 เป็นปีที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำขวัญวันอนามัยโลกเกี่ยวกับการ รณรงค์

ไม่สูบบุหรี่ด้วยข้อความที่ว่า “Smoking or Health: The Choice is Your!” ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยได้ว่า “อยากจะสูบบุหรี่ หรืออยากมีสุขภาพดีการตัดสินใจเป็นเรื่องของท่าน”

ในปี ค.ศ. 1979 ได้มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ครั้งที่ 4 ขึ้นที่กรุงสต็อกโฮล์ม ประเทศสวีเดน ผลการประชุมสรุปได้ดังนี้ (นิรุจน์ อุทธา และคณะ, 2537)

1. บุหรี่มีสารพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น ทาร์ นิโคติน คาร์บอนมอนนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ และไนโตรเจนออกไซด์

2. กลไกในการติดบุหรี่มีความซับซ้อน สาเหตุพบว่า

2.1 ผู้ที่ติดบุหรี่จะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุยังน้อย ประมาณ 12-14 ปี

2.2 จะไม่ติดบุหรี่ถ้ายังไม่เคยสูบบุหรี่เมื่ออายุ 30 ปีแล้ว

2.3 ถ้าดื่มสุรามาก ก็จะมีโอกาสติดบุหรี่มากขึ้น

2.4 ถ้ามีการสอบ ระหว่างการสอบนักเรียนจะสูบบุหรี่กันมากขึ้น

3. อันตรายจากการสูบบุหรี่

3.1 การสูบบุหรี่ทำให้อายุสั้นลง

3.2 มะเร็งปอด พบได้มากในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

3.3 ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

3.4 เป็นอันตรายต่อเด็กอ่อน เด็กอ่อนที่บิดาหรือมารดา หรือผู้อื่น สูบบุหรี่ในบ้านสูดควันบุหรี่เข้าไปทำให้มีโอกาสเป็นโรคปอดบวมและหลอดลมอักเสบมากขึ้น

3.5 ความเสี่ยงต่อกรรมพันธุ์ (Genetic Risk) จากการศึกษา พบว่า ควันบุหรี่อาจมีสารที่ทำให้เกิดการผ่าเหล่า (Mutagenic Substances)

3.6 การที่หญิงตั้งครรภ์สูบบุหรี่ เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ มีผลทำให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และทารกมีน้ำหนักตัวน้อย

3.7 ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งของอวัยวะอื่นๆ เช่น บริเวณปาก คอ ไต และกระเพาะปัสสาวะ มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

3.8 ผู้ที่สูบบุหรี่จะขาดงานมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

3.9 การสูบบุหรี่ยังเป็นอันตรายต่อผู้อื่นที่อยู่ใกล้เคียงที่มีโอกาสสูดควันบุหรี่เข้าไป

จากการประชุมดังกล่าว ได้มีข้อเสนอแนะต่อการควบคุมการสูบบุหรี่ โดยให้ทุกประเทศตั้งเป้าหมายและกำหนดแผน ที่จะลดปริมาณของผู้ที่สูบบุหรี่ให้น้อยลง และได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติไว้ดังนี้

1. กำหนดให้มีค่าเตือน คำแนะนำ ทางด้านสุขภาพไว้ที่ซองบุหรี่

2. เพิ่มการเก็บภาษีบุหรี่
3. จำกัดโอกาสที่จะได้สูบบุหรี่ของผู้ที่จะสูบบุหรี่ให้น้อยลง
4. เพิ่มสิทธิของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่
5. สนับสนุน และส่งเสริมผู้ที่ยังไม่สูบบุหรี่ให้มีบทบาทในสังคม หรือป้องกันไม่ให้สูบบุหรี่
6. ลดการโฆษณา และการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบุหรี่

ต่อมาเมื่อ ปี ค.ศ. 1982 WHO Expert Committee on Smoking ได้จัดประชุมขึ้นที่ประเทศสวีเดน เพื่อกำหนดกลวิธีควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา และในปี ค.ศ. 1983 การประชุมบุหรี่และสุขภาพ ครั้งที่ 5 ได้จัดขึ้นที่กรุงวินนิเพ็ก ประเทศแคนาดา และในปี เดียวกันนี้เอง องค์การอนามัยโลก ได้ตีพิมพ์ กำหนดแนวทางและมาตรฐานแบบสอบถาม เพื่อใช้ในการประเมินผลพฤติกรรมการสูบบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 5 ต่อจากนี้จะมีการจัดประชุมขึ้นทุก 4 ปี แต่หลังจากการประชุมครั้งที่ 6 ที่กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่นแล้ว ที่ประชุมได้กำหนดให้มีการจัดประชุมขึ้นทุกๆ 2 ปี และจากการประชุมที่ เมืองเพิร์ธ ประเทศออสเตรเลีย นับเป็นครั้งแรกที่คณะผู้แทนจากประเทศไทยได้เข้าร่วมประชุม โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นระดับรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมในการประชุมครั้งนี้ด้วย

เมื่อวันที่ 31 มีนาคม ถึง 3 เมษายน 2535 ได้มีการประชุมบุหรี่และสุขภาพแห่งโลก ครั้งที่ 8 ขึ้นที่กรุงบัวโนสไอเรส ประเทศสาธารณรัฐอาร์เจนตินา คณะผู้แทนจากประเทศไทยได้เข้าร่วมประชุมจำนวน 10 คน โดยมีระดับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอุดม ลักษณะวิจารณ์) เป็นหัวหน้าคณะ เนื้อหาของการประชุมได้เน้นหนักในเรื่องหลักๆ คือ

1. การตอบโต้บริษัทบุหรี่ในเรื่องการตลาด การโฆษณา และการส่งเสริมการขาย
2. การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน
3. การสำรวจนโยบาย “อากาศบริสุทธิ์ปลอดควันบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ”
4. การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนให้เกิดการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ผลการพิจารณาจากที่ประชุม พอสรุปประเด็นที่สำคัญได้คือ

1. การประชุมสมาคมเอเชีย-แปซิฟิก เพื่อการควบคุมยาสูบในภูมิภาคนี้ ได้พิจารณาถึงสถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศต่างๆ ที่เป็นสมาชิก ที่ประชุมได้มีมติที่จะผลักดันในการแข่งขันกีฬานานาชาติในภูมิภาคเอเชีย อันได้แก่ ซีเกมส์ และเอเชียนเกมส์ ในครั้งต่อไปจะเป็นการแข่งขันที่ปลอดบุหรี่ และได้มีมติที่จะช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ และสุขภาพของประเทศฟิลิปปินส์

ซึ่งได้มีมาตรการทางกฎหมายในด้านต่างๆ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ นอกจากนี้ยังได้กำหนดให้สายการบินในประเทศอาเซียน เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด

2. คณะผู้แทนไทยที่เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ได้รับความรู้ ความเข้าใจ รับรู้สถานการณ์ และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเด็นต่างๆ เช่น สถานการณ์ อัตราป่วย อัตราตายของโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ ทั้งในปัจจุบัน และการคาดการณ์ในอนาคต อิทธิพลของบุหรี่ต่อชาวโลก สถานะเศรษฐกิจของยาสูบในประเทศกำลังพัฒนา การตอบโต้ ภัยบุหรี่ในเรื่องการตลาด การโฆษณา และการส่งเสริมการขาย บทบาทของ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ กลุ่มสตรีในการควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มสตรี กลุ่มผู้สู้อย่างโอกาส (ความยากจน) กลุ่มเด็กและเยาวชน การรณรงค์ เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมการบริโภคยาสูบ การรณรงค์ เนื่องในวันงดสูบบุหรี่โลก การกำหนดนโยบายเขต ปลอดบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น สถานบริการ สาธารณสุข รถโดยสาร สถานที่ทำงานและโรงเรียน การใช้ มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ การสร้างเครือข่ายเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ การจัดตั้งคลินิกงดบุหรี่และเทคนิควิธีการอดบุหรี่ การวางแผนและการประเมินผลการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนการกำหนดแผนงานในเชิงกลยุทธ์เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก

3. จากการเข้าร่วมประชุมดังกล่าว คณะผู้ เข้าร่วมประชุมได้มีข้อเสนอแนะสำหรับการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ดังนี้

ประการแรก: การใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ

มีประเทศต่างๆ ถึง 91 ประเทศ ที่ได้ออกกฎหมายบังคับใช้ เกี่ยวกับยาสูบ เช่น การมีกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี มีการดำเนินงานในหลายประเทศ เช่น อังกฤษ แคนาดา บางรัฐในสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และประเทศสิงคโปร์ เป็นต้น จากรายงานการวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ภายหลังจากใช้กฎหมายนี้ อัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีอัตราที่ลดลงถึง ร้อยละ 50 สำหรับมาตรการในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายนั้นมีหลายรูปแบบ เช่น บางประเทศกำหนดให้ร้านค้าที่ขายบุหรี่ต้องติดป้ายว่า ห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือการขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นสิ่งผิดกฎหมายไว้ให้เห็นอย่างชัดเจน บางประเทศ ผู้ขายบุหรี่ให้แก่เด็กและเยาวชน จะต้องขอฉันทราบประชาชนทุกครั้ง ในขณะที่บางประเทศได้ใช้รูปแบบของอาสาสมัครในการตรวจตราให้เป็นไปตามกฎหมาย

ประการที่สอง: มาตรการในการขึ้นราคาบุหรี่

มาตรการในการขึ้นราคาบุหรี่นี้เป็นมาตรการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ ที่จะนำมาพิจารณา เพื่อใช้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ จากบทเรียนในหลายประเทศ เช่น แคนาดา นิวซีแลนด์ และออสเตรเลีย พบว่า เมื่อมีการขึ้นราคาบุหรี่เพียงร้อยละ 10 จะสามารถลดอัตราการเริ่มสูบบุหรี่ของเด็กได้ถึง ร้อยละ 15-20

ประการที่สาม: มาตรการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

ขณะนี้วัยรุ่นหญิงในยุโรปและสหรัฐอเมริกา มีการสูบบุหรี่มากกว่า วัยรุ่นชาย ทั้งนี้ เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมา บริษัทบุหรี่ต่างประเทศตั้งใจที่จะผลิตและโฆษณาบุหรี่สำหรับผู้หญิง โดยเฉพาะ สำหรับประเทศไทย ผู้หญิงยังสูบบุหรี่กั น้อยอยู่ คือพบได้ประมาณ ร้อยละ 4 เนื่องจากสังคมไทยยังมีค่านิยมอันดีงามว่า ผู้หญิงไม่ควรสูบบุหรี่ และที่ผ่านมาโรงงานยาสูบ ของไทยก็มิได้มีเป้าหมายที่จะเจาะตลาดบุหรืกับหญิงไทย โดยเฉพาะ แต่อย่างไรก็ตาม การไหลบ่าของวัฒนธรรมตะวันตก ประกอบกับความพยายามในเชิงธุรกิจของบริษัทข้ามชาติก็เป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุข จะนิ่งนอนใจไม่ได้ จำเป็นจะต้องเร่งรณรงค์ สร้างค่านิยมที่ดีงามนี้ให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น ทั้งนี้ โดยการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับองค์กรสตรี เช่น คณะกรรมการเอกลักษณ์ไทย ตลอดจนสื่อมวลชนต่าง ๆ เพื่อให้องค์กรเหล่านี้มีบทบาทในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ให้เป็นเอกลักษณ์ของหญิงไทยตลอดไป

ประการที่สี่: กำหนดเขตปลอดบุหรี่ในสายการบินทุกแห่ง

ในการประชุมครั้งนี้ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อรณรงค์ให้สายการบินทั่วโลกทั้งภายใน และระหว่างประเทศ เป็นเที่ยวบินปลอดบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของผู้โดยสารและผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นไปตามมติของที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกที่เรียกร้องให้ สถานียขนส่งสาธารณะที่มีรถโดยสารประเภทปรับอากาศเป็นเขตปลอดควันบุหรี่ สำหรับประเทศไทยนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ตอบรับมติที่ประชุมดังกล่าว และได้กำหนดให้สายการบินไทยเป็นสายการบินที่ปลอดบุหรี่ (Smoke-Free Skies Worldwide) ในเวลาต่อมา

จะเห็นได้ว่า ระหว่างปี ค.ศ. 1761 ได้เริ่มมีการรายงานความสัมพันธ์ของการเกิดโรคมะเร็งปอดกับการสูบบุหรี่ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่มีการไข ข้อมูลเพื่อที่จะผลักดันให้ ประชาชน และองค์กรต่างๆ เห็นความสำคัญของโทษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่

หลังจากนั้นต่อมาอีกประมาณ 138 ปี ได้เริ่มมีบางประเทศเห็นความสำคัญของพิษภัยของ บุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน จึงได้กำหนดกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็ก และเยาวชนขึ้น ซึ่งประเทศนอร์เวย์เป็นประเทศแรกที่นำกฎหมายดังกล่าว ออกมาใช้ แต่หลังจาก สงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา สถานการณ์ของการสูบบุหรี่ได้แพร่ระบาดไปยังกลุ่ม ต่างๆ อย่าง

กว้างขวางทั่วโลก ธุรกิจของการค้าบุหรี่ได้กลายเป็นธุรกิจขนาดใหญ่ที่มีลูกค้ามากมายกระจายอยู่ทุกแห่งทั่วโลก กลุ่มเป้าหมายซึ่งเดิมทีจะมีเฉพาะกลุ่มผู้ชายก็เริ่มมีการขยายกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้หญิง ด้วยกระบวนการทางการตลาด และการโฆษณาเพื่อส่งเสริมการขาย ทำให้มีผู้ที่สูบบุหรี่กระจายตามกลุ่มต่างๆ เป็นจำนวนมากขึ้น องค์กรต่างๆ จึงได้มีการผลักดันให้ผู้บริหารของประเทศต่างๆ เข้ามามีบทบาทรับผิดชอบมากขึ้น ด้วยวิธีการนำเสนอข้อมูลที่แสดงถึงพิษภัยและโทษของการสูบบุหรี่ในด้านต่างๆ ไม่เพียงแต่โทษภัยที่เกิดจากการบั่นทอนสุขภาพเท่านั้น แต่มีข้อยืนยันจากการวิจัยที่พิสูจน์แล้วว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดไฟไหม้ การลาหยุดงานเกินความจำเป็น การรื้อถอนสิทธิการได้รับอากาศบริสุทธิ์ของบุคคลอื่น การทำให้บุคคลรอบข้างได้รับพิษจากสารของควันบุหรี่ การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดจากโรคของการสูบบุหรี่ การสูญเสียเงินตราจากการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นข้อมูลที่สามารถผลักดันให้ทั่วโลกเห็นความสำคัญของการควบคุมการบริโภคยาสูบในช่วงเวลาระหว่างปี ค.ศ. 1950-1962 ซึ่งเป็นผลให้เกิดการประชุมนานาชาติว่าด้วยบุหรี่และสุขภาพโลก ครั้งที่ 1 ขึ้นในปี ค.ศ. 1967 และได้ดำเนินการต่อมาจนกระทั่งปัจจุบัน

การใช้มาตรการทางกฎหมายนับว่าเป็นวิธีการที่สำคัญประการหนึ่ง ตามมติของการประชุมว่าด้วยเรื่องบุหรี่และสุขภาพโลกทุกครั้งจะมีการเสนอแนะให้ประเทศต่างๆ นำไปใช้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประชากรในประเทศของตน ซึ่งประเทศสวีเดน เป็นประเทศที่เป็นผู้นำด้านการนำกฎหมายฉบับแรกมาใช้สำหรับควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเด็ก และเยาวชนจนประสบผลสำเร็จ และเป็นต้นแบบของการดำเนินงานดังกล่าวของประเทศต่างๆ ในเวลาต่อมา ซึ่งจากรายงานในที่ประชุมว่าด้วยเรื่องบุหรี่และสุขภาพโลก ครั้งที่ 8 (พ.ศ. 2535) พบว่า ประเทศที่ประสบผลสำเร็จจากการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเด็กและเยาวชนนั้นมีทั้งสิ้น 91 ประเทศทั่วโลก เช่น ประเทศอังกฤษ แคนาดา รัฐบาลรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และประเทศสิงคโปร์ เป็นต้น

มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเด็ก และเยาวชนดังกล่าว ได้ดำเนินการ และประสบผลสำเร็จมาแล้วในต่างประเทศ ส่วนประเทศไทยนั้น ได้มีพัฒนาการของกฎหมาย และมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ และการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยแบ่งช่วงเวลาสำคัญ เป็น 5 ช่วง ดังนี้

1. ก่อนปี พ.ศ. 2500-2529 เป็นช่วงเวลาการดำเนินงานในลักษณะต่างคนต่างทำขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากไม่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่งโดยเฉพาะ แม้ว่าในช่วงนี้จะมีเหตุการณ์สำคัญในการพิทักษ์สิทธิผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อยู่บ้างแต่ไม่เกิดผลในทางปฏิบัติมากนัก เช่น

- พระสงฆ์ และแพทย์ มีบทบาทในการณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ โดยพระสงฆ์เน้นให้ลด ละ เลิก บุหรี่ เพราะถือว่าบุหรี่เป็นสิ่งเสพติด ไม่จำเป็นสำหรับชีวิต และเป็นสิ่งต้องห้ามตามหลักพุทธศาสนา ส่วนแพทย์ทำการรณรงค์โดยชี้ให้เห็นโทษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ แต่ทั้งแพทย์ และพระสงฆ์ ต่างดำเนินการในลักษณะต่างคนต่างทำ และขาดความต่อเนื่อง

- สมาคมวิชาชีพเสนอให้มีค่าเตือนบนซองบุหรี่ (ปี พ.ศ. 2510) กระทั่งปี พ.ศ. 2517 โรงงานยาสูบผลิตค่าเตือนบนซองบุหรี่ยุคแรกว่า “การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ”

- ปี พ.ศ. 2519 กรุงเทพมหานคร ได้ออกข้อบัญญัติ เรื่อง ห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลนร และในรถประจำทาง หากฝ่าฝืนมีความผิดต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทและห้าร้อยบาทตามลำดับ

- ปี พ.ศ. 2523 องค์การอนามัยโลกกำหนดให้เป็นปีรณรงค์เพื่อ การไม่สูบบุหรี่ โดยจัดพิมพ์เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ตลอดจนกลวิธีในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศต่างๆ ทั่วโลก เผยแพร่อย่างกว้างขวางซึ่งส่งผลกระทบต่อควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยในเวลาต่อมา

2. ช่วงปี พ.ศ. 2529-2533 เป็นช่วงเวลาที่มีการประสานงาน มีการจัดตั้งองค์กรและสร้างเครือข่ายที่สำคัญ เช่น

- ปี พ.ศ. 2529 มีการจัดตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นครั้งแรก โดย ศ. นพ. ประเวศ วะสี นพ. อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ และ ศ. นพ. ประกิต วาทีสาธกกิจ โดยให้องค์กรแห่งนี้ดำเนินการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ภายใต้ชื่อ “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” ในมูลนิธิหมอชาวบ้าน

- ปี พ.ศ. 2532 มีการก่อตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ซึ่งภายหลังคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ได้มีส่วนผลักดันในการควบคุมการบริโภคยาสูบ อาทิ ผลักดันให้คณะรัฐมนตรี เห็นชอบห้ามสูบบุหรี่ในยานพาหนะขนส่งในส่วนที่ปรับอากาศ รวมทั้งเครื่องบิน โดยสารที่มีช่วงเวลาบินไม่เกิน 2 ชั่วโมง และผลักดันให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบและมีมติให้พิมพ์ค่าเตือนบนหน้าซองบุหรี่ อย่างชัดเจน 6 ค่าเตือนสลับกันไปรวมถึงการจัดทำร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่

3. ช่วง พ.ศ. 2532-2534 สหรัฐอเมริกา ได้ใช้กฎหมายการค้า มาตรา 301 บังคับให้ประเทศไทยเปิดตลาดบุหรี่ แต่ประเทศไทยสามารถคงกฎหมายห้ามโฆษณา และมาตรการอื่นๆ เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ได้อย่างเต็มที่เสมอกันระหว่างบุหรี่ในประเทศและบุหรือนำเข้า โดยในเวลาต่อมา นพ. หทัย ชิตานนท์ และ ศ. นพ. ประกิต วาทีสาธกกิจ ได้ทำการเจรจาต่อรัฐบาลเพื่อดำเนินการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติในวันที่ 9 ตุลาคม 25 34 ว่า 1) เห็นชอบในหลักการร่างพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบ และ 2) อนุมัติให้ตั้งสำนักงาน

ควบคุมการบริโภคยาสูบ มีฐานะเทียบเท่าฝ่าย สังกัดกองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงฯ กระทั่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ สังกัดกรมการแพทย์

4. ช่วง พ.ศ. 2534-2539 เป็นช่วงเวลาของการผลักดันกฎหมาย และนโยบายขึ้นภาษีบุหรี่

- พ.ศ. 2534 มีการตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติขึ้นมาร่างกฎหมาย โดยมีการรวบรวมองค์ความรู้ในเรื่องกฎหมายจากทั่วโลก เป็นการนำส่วนดีจากแต่ละประเทศมารวมกัน โดยที่คิดว่าสามารถนำมาปรับใช้ในบริบทของสังคมไทยได้ และรอจนถึงเวลาที่เหมาะสมคือ ช่วงที่นายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี และ นพ. ไพโรจน์ ینگสานนท์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทั้ง 2 ท่าน ให้การสนับสนุนและผลักดันให้กฎหมายทั้ง 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ผ่านคณะรัฐมนตรี ซึ่งถือว่ากฎหมายทั้งสองฉบับนี้เป็นกฎหมายก้าวหน้าและเป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมบุหรี่

- พ.ศ. 2536 รัฐบาลขึ้นภาษีด้วยเหตุผลเพื่อสุขภาพของประชาชนเป็นครั้งแรก ซึ่งมีการขึ้นภาษีสรรพสามิต จากเดิม ร้อยละ 55 มาเป็นร้อยละ 63 แต่คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้ขึ้นเป็นร้อยละ 60 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ประมาธการว่า การที่ราคาบุหรี่แพงขึ้นจะส่งผลกระทบต่อกลุ่มเยาวชนซึ่งสูบบุหรี่ หรือกำลังทดลองสูบบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้ จำนวน 2 แสนคน

5. ช่วง พ.ศ. 2540 - 2550 เป็นทศวรรษแห่งการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน และสังคม เนื่องจากทศวรรษนี้เป็นช่วงเวลาที่มีการเติบโตและขยายตัวของชนชั้นกลางเป็นจำนวนมาก เป็นช่วงที่มีพัฒนาการทางกระบวนการประชาธิปไตยมาถึงระดับหนึ่ง ซึ่งถือได้ว่าสังคมไทยก้าวเข้าสู่ยุคข้อมูลข่าวสารสารสนเทศ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ซึ่งเป็นแผนพัฒนาที่ถือเอาคนเป็นตัวตั้ง โดยมีการสนับสนุนให้เกิดประชาคมจังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญที่จะพัฒนาให้คนมีทักษะในการทำงาน และเรียนรู้ร่วมกัน อีกทั้งตามแผนฯ 8 รัฐบาลมีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนองค์กรนอกภาครัฐมากขึ้น ซึ่งองค์กรเหล่านี้จะมีส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแทนที่ข้าราชการประจำ หรือพรรคการเมือง เป็นผู้กำหนด ดังที่ผ่านมา โดยการศึกษาครั้งนี้จะขอสรุปสาระสำคัญของมาตรการทางกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมบุหรี่ และการสูบบุหรี่ ดังนี้

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มีสาระที่สำคัญ คือ ห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และฝ่าฝืนมีโทษปรับ 20,000 บาท ห้ามขายบุหรี่ด้วยเครื่องขาย เช่น เครื่องหยอด

เหรียญ ห้ามมีการแลกและแถมกับสินค้าตัวอื่นๆ รวมทั้งห้ามไม่ให้มีการโฆษณาในสื่อทุกทาง ทั้งทางตรงและทางอ้อม ห้ามผลิตสิ่งทำเทียมที่เหมือนบุหรี่ปูหรือออกมาขาย ถ้าหากฝ่าฝืนจะถูกปรับไม่เกิน 20,000 บาท

นอกจากนี้ กฎหมายฉบับนี้ยังกำหนดมิให้ “ใช้ชื่อบุหรี่ปูในการโฆษณาการให้บริการ การแสดง การแข่งขันหรือเครื่องหมายการค้า เช่นเดียวกับบุหรี่ปูถ้าผู้ใดฝ่าฝืนจะระวางโทษจำคุก ไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า กลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี นับเป็นกลุ่มที่ทุกประเทศให้ความสำคัญ และได้กำหนดกฎหมายในการคุ้มครองการบริโภคยาสูบ รวมทั้งประเทศไทย ที่ได้กำหนดกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบ พ.ศ. 2535 ว่าด้วย การห้ามขายบุหรี่ปูแก่เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หากผู้ใดฝ่าฝืนจะมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาทซึ่งได้มีการระบุไว้อย่างชัดเจนในกฎหมายฉบับนี้

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 คือ มีการกำหนดประเภทของสถานที่ให้มีเขตสูบบุหรี่ เขตปลอดบุหรี่ปู หากเจ้าของสถานบริการที่มีได้ มีการจัดส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ปูจะต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือถ้าได้จัดเขตสูบบุหรี่ให้ เป็นไปตามมาตรฐานลักษณะที่กฎหมายกำหนด ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือสถานที่นั้นๆ ไม่ ได้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ปูตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ก็ต้องระวางโทษปรับ ไม่เกิน 2,000 บาท สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่ปูในเขตปลอดบุหรี่ปู ก็ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท เช่นเดียวกัน

สำหรับสถานที่ต่างๆ ที่อยู่ภายในข่ายของกฎหมายฉบับนี้บังคับได้ แบ่งสถานที่ออกเป็น 4 ประเภท (นิรจน อูทธา และคณะ, 2537) ดังนี้

ประเภทที่ 1: สถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ปูทั้งหมด “ห้ามสูบบุหรี่ปูโดยเด็ดขาด” ได้แก่ สถานที่สาธารณะ ดังต่อไปนี้

1. รถยนต์โดยสารประจำทางทั่วไปทั้งปรับอากาศ และไม่ปรับอากาศ
2. รถยนต์โดยสารรับจ้างทั่วไปทั้งปรับอากาศและไม่ปรับอากาศ
3. ตู้รถโดยสารของการรถไฟ ส่วนที่มีการปรับอากาศ
4. เรือโดยสารประจำทาง และเรือโดยสารทั่วไป
5. เครื่องบินโดยสารภายในประเทศ
6. ลิฟท์โดยสาร

7. รถรับส่งนักเรียน
8. ห้องชมมหรสพ

ประเภทที่ 2: สถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่เฉพาะช่วงเวลาเปิดทำการเท่านั้น ยกเว้นบริเวณห้องพักผ่อน และห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่

1. โรงเรียน หรือสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา และต่ำกว่า
2. อาคารจัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑฯ และหอศิลป์
3. ห้องสมุด
4. สถานที่รับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน
5. เรือโดยสารปรับอากาศเฉพาะบริเวณปรับอากาศ

ประเภทที่ 3: สถานที่สาธารณะที่จะต้องจัดให้มีบริเวณ “เขตปลอดบุหรี่” ได้แก่

1. สถานพยาบาล
2. อาคารของมหาวิทยาลัย วิทยาลัย และสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา
3. ศูนย์การค้า และห้างสรรพสินค้า เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
4. อาคารแสดงสินค้า หรือนิทรรศการ เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
5. สนามกีฬาในร่ม
6. สถานที่ราชการและรัฐวิสาหกิจ เฉพาะบริเวณที่ประชาชนเข้าไปใช้บริการ
7. ธนาคารและสถาบันการเงิน เฉพาะบริเวณที่ประชาชนเข้าไปใช้บริการ
8. โรงมหรสพ เฉพาะบริเวณที่จัดไว้คอยเข้าชมที่มีระบบปรับอากาศ
9. ที่พักผู้โดยสารประจำทาง เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

สถานที่สาธารณะประเภทที่ 3 นี้ สามารถสูบบุหรี่ได้ เฉพาะบริเวณที่กำหนดเป็น “เขตสูบบุหรี่” และห้องส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัว ของผู้ปฏิบัติงาน ในสถานะนั้น เท่านั้น

ประเภทที่ 4: สถานที่สาธารณะซึ่งมีเพียงสองประเภทคือ

1. ตู้รถโดยสารทั่วไปของการรถไฟ
2. สถานที่จำหน่ายอาหาร และสถานที่จัดเลี้ยงเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

สถานที่สาธารณะทั้ง 4 ประเภทนี้ตลอดเวลาเปิดทำการจะต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่ ยกเว้นบริเวณที่จัดเป็น “เขตสูบบุหรี่” ซึ่งจะต้องไม่เกินร้อยละ 50 ของสถานะนั้น

สำหรับบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนจะได้รับโทษ พอสรุปได้ดังนี้

- 1 โครฟ้่าฝ้ินสูบบุหรีในเขตปลอดบุหรีถูกปรับไม่เกิน 2,000 บาท
- 2 ร้านค้่าหรือสถานที่สาธารณะใดฝ้่าฝ้ิน ไม่จัดให้เป็นเขตปลอดบุหรีหรือเขตสูบบุหรีตามกฎหมายที่กำหนด จะถูกปรับไม่เกิน 10,000 บาท
- 3 ร้านค้่าหรือสถานที่สาธารณะใด ไม่จัดให้เขตสูบบุหรีมีสภาพลักษณะมาตรฐานตามที่รัฐมนตรีกำหนด จะถูกปรับไม่เกิน 10,000 บาท
- 4 ร้านค้่าหรือสถานที่สาธารณะใด ฝ้่าฝ้ินไม่จัดให้มี “ เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี ” ตามหลักเกณฑ์ต้องถูกปรับไม่เกิน 20,000 บาท

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ยังกำหนดกฎหมายออกมาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชัดเจนในทางปฏิบัติมากขึ้น นั่นคือ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18 พ.ศ. 2550 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี รวมทั้งกำหนด สภาพ ลักษณะ และมาตรฐานของเขตสูบบุหรีหรือเขตปลอดบุหรี ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 (พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศใช้ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553 กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรีหรือเขตปลอดบุหรี ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 17 พ.ศ. 2549 และฉบับที่ 18 พ.ศ. 2550) ส่งผลให้ตลาดกลายเป็นพื้นที่ปลอดบุหรีร้อยเปอร์เซ็นต์

กฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้ใน วันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 มีสาระสำคัญคือ ห้ามสูบบุหรี่ ในผับ บาร์ และสถานบริการอื่นๆ ร้านอาหารในบริเวณที่ไม่มีระบบปรับอากาศ ตลาด และสถานที่สาธารณะต่างๆ ตามประกาศฉบับที่ 17 ข้อ 2 (22) ข้อ 22.1 ถึง 22.6 ต้องเป็นเขตปลอดบุหรีทั้งหมด โดยในบริเวณที่ติดเครื่องปรับอากาศต้องเป็นเขตปลอดบุหรีทั้งหมด ส่วนในบริเวณที่ไม่ติดเครื่องปรับอากาศต้องเป็นเขตปลอดบุหรีแต่สามารถจัดเขตสูบบุหรีได้

ความสำคัญของการออกกฎหมายนี้ เนื่องจากเป็นที่ยอมรับทางการแพทย์ว่า ควันบุหรีเป็นผลร้ายต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่และผู้ที่อยู่ใกล้เคียง ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานคุ้มครองสิ่งแวดล้อมสหรัฐอเมริกา องค์การอนามัยโลก และองค์กรทางวิทยาศาสตร์อื่นๆ ที่ได้ศึกษาในเรื่องนี้ระบุตรงกันว่า ควันบุหรีมือสองเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ที่ไม่มีระดับ “ปลอดภัย” ในการสัมผัสเลย โดยเฉพาะการห้ามสูบบุหรี่ในผับบาร์จะส่งผลดีต่อพนักงานจากจำนวนผับบาร์ทั้งหมด 6,583 แห่งทั่วประเทศ และประชาชนที่มาเที่ยวผับบาร์นับหมื่นนับแสนคน และยังเป็นการลดจำนวนเยาวชน

ไม่ให้เริ่มต้นสูบบุหรี่ ที่มีประสิทธิภาพอีกทางหนึ่ง และจากการวิจัยของ รศ.ดร.เนาวรัตน์ เจริญค้า คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระบุว่าระดับมลพิษในฝับ บาร์และสถานบันเทิงในประเทศไทยที่มีคนสูบบุหรี่มีอันตรายสูงเป็น 15 เท่า ของระดับมาตรฐานที่สำนักงานสิ่งแวดล้อมสหรัฐอเมริกากำหนดไว้

สถานที่ชนิดใดที่กฎหมายฉบับนี้บังคับใช้ คือ

1. ตลาดต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด แต่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่ได้
2. ร้านอาหารที่ไม่มีระบบปรับอากาศ และร้านอาหารที่มีบริเวณ ไม่มีระบบปรับอากาศ ต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด แต่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่ได้

และสถานที่ดังต่อไปนี้ ในบริเวณที่ติดเครื่องปรับอากาศต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ส่วนในบริเวณที่ไม่ติดเครื่องปรับอากาศต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่ได้

1. ฝับ บาร์ และสถานบริการอื่นๆ
2. สถานที่จัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถาน หรือหอศิลป์
3. ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า สถานที่แสดงสินค้าหรือนิทรรศการ
4. ร้านตัดผม ร้านตัดเสื้อ สถานเสริมความงาม
5. สถานที่บริการคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ตู้เกมส์ หรือตู้คาราโอเกะ
6. บริเวณโรงพักคอยโรงแรม รีสอร์ท หอพัก ห้องเช่า อาคารชุด คอนโดมิเนียม คอร์ท อพาร์ทเมนท์

สำหรับการจัดเขตสูบบุหรี่บริเวณที่มีระบบปรับอากาศ ต้องมีการระบายอากาศถ่ายเท หมุนเวียนระหว่างภายนอกอาคาร และภายในเขตสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า 50 ลูกบาศก์ฟุต/นาที/คน และเขตสูบบุหรี่ต้องมีสภาพและลักษณะดังต่อไปนี้

1. ไม่อยู่ในบริเวณที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ประชาชนที่อยู่บริเวณใกล้เคียง
2. ไม่อยู่ในบริเวณทางเข้า-ออกของสถานที่ที่ทำให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
3. ไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผยอันเป็นที่เห็นได้ชัดแก่ผู้มาใช้สถานที่นั้น

กฎหมายฉบับดังกล่าวนี้อย่างกำหนด บทลงโทษ สำหรับผู้ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย โดยสาระสำคัญ คือ

1. การสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ จะมีโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท

2. เจ้าของสถานที่สาธารณะตามประกาศฉบับใหม่ ที่ไม่จัดเขตปลอดบุหรี่โดยการติดป้ายสัญลักษณ์ตามที่กำหนด มีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นศึกษาในส่วนของผู้ประกอบการร้านอาหาร ภัตตาคาร ตลอดจนประชาชนโดยทั่วไป สำหรับประเด็นการศึกษา จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้ค้าในตลาดสด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของคนไทยทุกคนตั้งแต่เกิดจนตาย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยในลักษณะดังกล่าวมาก่อน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยสามารถสรุปแนวคิดจากผลการ วิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดเขตปลอดบุหรี่ และการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พอสรุปได้ดังนี้

พจนารถ วัชรระพีมลมาศ (2535) ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ที่มีต่อข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะผู้สูบบุหรี่เพศชาย ที่ศูนย์การค้าในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.7 ทราบว่าวันบุหรี่สามารถก่อให้เกิดโรคแก่บุคคลข้างเคียงได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ และร้อยละ 92 ทราบว่า สถานพยาบาลถูกกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่

ในเรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันอันตรายของบุหรี่ที่มีต่อบุคคลข้างเคียง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74 ไม่สูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ รองลงมาร้อยละ 67.7 ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ที่มีคนอยู่หนาแน่น ส่วนการพบป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่กำหนดเขตปลอดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบเขตปลอดบุหรี่ในสถานพยาบาล รองลงมาคือ สถานที่ราชการและรัฐวิสาหกิจ ในเรื่องพฤติกรรมเมื่อพบเขตปลอดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.3 ปฏิบัติตามทุกครั้ง และร้อยละ 40.3 ปฏิบัติตามบางครั้ง สำหรับเหตุผลในการปฏิบัติตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.6 เคารพสิทธิของบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 47.7 ไม่ต้องการถูกปรับ ส่วนเหตุผลในการไม่ปฏิบัติตาม คือ ร้อยละ 26.9 ให้เหตุผลว่าไม่มีการจัดเขตปลอดบุหรี่ไว้ให้ และร้อยละ 17.8 ตอบว่าไม่มีผู้ใดแสดงตนว่าเป็นผู้ได้รับอำนาจให้กระทำการปรับได้

ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล และคณะ (2553) ได้สำรวจประชามติเรื่องการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยเก็บข้อมูลจากประชาชนทั่วประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 85.2 เห็นด้วยกับการมีมาตรการทางกฎหมายเพื่อลดการสูบบุหรี่ และป้องกันสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ สำหรับความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ พบว่า กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่และกลุ่มผู้หญิง มีความรู้ถึงอันตรายของ

การสูบบุหรี่ สนับสนุนการออกมาตรการทางกฎหมาย และปกป้องสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่มากกว่า กลุ่มผู้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มณฑล เก่งการพาณิชย์ และคณะ (2535) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง สถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยศึกษาในหน่วยงานราชการที่เข้าร่วม โครงการสถานที่ราชการปลอดบุหรี่ 5 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงคมนาคม ศึกษาใน 2 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยงาน พบว่า ในทัศนะของผู้บริหารหรือหัวหน้าหน่วยงาน ร้อยละ 65.9 มีการจัดหน่วยงานให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ หากแต่ลักษณะการจัดยังไม่ค่อยถูกต้อง และมีปัญหาในการดำเนินงานคือ ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง และที่สำคัญที่สุดคือ ปริมาณสื่อไม่เพียงพอและบุคลากรขาดความตระหนัก ด้านหัวหน้าหน่วยงาน ร้อยละ 57.4 เห็นด้วยกับการจัดเขตปลอดบุหรี่เฉพาะบางส่วนและจัดเขตสูบบุหรี่เป็นการเฉพาะที่มากกว่าการจัดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์

ส่วนการศึกษาด้านพฤติกรรมสูบบุหรี่ในที่ทำงานและความคิดเห็นต่อการดำเนินงานให้หน่วยงานเป็นเขตปลอดบุหรี่ พบว่า บุคลากรที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ปัจจุบันมีอยู่ร้อยละ 8.4 และมีผู้เคยลอง เคยสูบ และเลิกแล้ว ร้อยละ 16.7 ด้านการรับรู้การดำเนินงานให้หน่วยงานปลอดบุหรี่มีการรับรู้ร้อยละ 50.3 โดยรับรู้จากป้ายและสัญลักษณ์ที่ติดไว้ในหน่วยงาน การจัดเขตสูบบุหรี่มีการรับรู้ว่ามีเพียง ร้อยละ 28.7 และร้อยละ 45.9 เห็นว่าจัดอย่างไม่เหมาะสม

วารสาร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2535) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาความรู้และทัศนคติของข้าราชการในจังหวัดนครสวรรค์ที่มีต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ ศึกษาและเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของข้าราชการในจังหวัดนครสวรรค์ที่มีต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พบว่าข้าราชการมีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 อยู่ในระดับต่ำมาก แต่มีทัศนคติต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2535) ศึกษาเกี่ยวกับ การคุ้มครองสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 พบว่า ร้อยละ 86.9 รับทราบเกี่ยวกับกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ และร้อยละ 97.2 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกกฎหมายบังคับใช้กับหน่วยงานของตน ทั้งนี้อัตราการรับทราบและการเห็นด้วยของกิจการในสังกัดภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ มากกว่าเอกชน ในกลุ่มผู้ดำเนินกิจการประเภทภัตตาคาร/ร้านอาหาร และโรงแรม มีอัตราร้อยละของความคิดเห็นที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างไรก็ตาม การรับทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายดังกล่าวไม่มี ความสัมพันธ์กัน นั่นคือ ไม่ว่าจะรับทราบ

ว่ามีกฎหมายหรือไม่ก็ตาม ก็ยังมีความคิดเห็นที่เห็นด้วยกับการออกกฎหมายบังคับใช้ในหน่วยงานของตน นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดบทลงโทษตามกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้ดำเนินการสถานที่สาธารณะที่ไม่จัดสถานที่ให้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ และการจัดขวางเจ้าหน้าที่ของรัฐในการควบคุมตรวจสอบการปฏิบัติในการจัดสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย พบว่าส่วนใหญ่คิดว่าเป็นบทลงโทษที่เหมาะสมดีแล้ว

สมชัย ชื่นตา และคณะ (2537) ศึกษาเรื่อง การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร ต่อกฎหมายเกี่ยวกับยาสูบ พ.ศ. 2535 ผลการวิจัยพบว่า ประชากรตัวอย่างร้อยละ 53.4 ทราบว่ารัฐบาลได้ออกกฎหมายเกี่ยวกับยาสูบ จำนวน 2 ฉบับ แต่ที่ตอบถูกว่ากฎหมายดังกล่าวได้ออกและมีผลบังคับใช้เมื่อปี พ.ศ. 2535 นั้น คิดเป็นร้อยละ 21.0 เท่านั้น และต่อเหตุผลที่รัฐบาลจำเป็นต้องออกกฎหมาย กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.6) ให้เห็นผลว่าเนื่องจากประชาชนป่วยหรือตาย ด้วยโรคอันเกิดจากบุหรี่มากขึ้น และร้อยละ 34.5 ให้เหตุผลว่าเป็นการป้องกันมิให้เยาวชนติดบุหรี่มากกว่าที่เป็นอยู่ขณะนี้

นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า ร้อยละ 93.3 เห็นด้วยกับการออกพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยกับสาระสำคัญของกฎหมายฯ ที่ว่า “การห้ามขายบุหรี่แก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี, การห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์บุหรี่ในทุกรูปแบบ และการลงโทษปรับไม่เกินสองพันบาทต่อผู้ฝ่าฝืนขายบุหรี่แก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี” ร้อยละ 94.2 เห็นด้วยกับการกำหนดให้สถานที่สาธารณะต่างๆ เป็นเขตปลอดบุหรี่ และหรือเขตสูบบุหรี่ และกว่าร้อยละ 75 เห็นด้วยกับการลงโทษผู้ฝ่าฝืน ในกรณีที่สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ โดยการปรับไม่เกินสองพันบาท, การไม่จัดส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่/ เขตสูบบุหรี่ โดยการปรับไม่เกินสองหมื่นบาท และการไม่จัดให้มีเครื่องหมายแสดงเขตปลอดบุหรี่/ เขตสูบบุหรี่ โดยการปรับไม่เกินสองพันบาท และต่อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของประชาชนที่ว่า หากจะสูบบุหรี่ในสถานที่จำหน่ายอาหารที่มีเครื่องปรับอากาศ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.7 ตอบว่าจะอดไว้ก่อนจนกว่าจะหาสถานที่สูบบุหรี่ที่เหมาะสมได้ และร้อยละ 30.4 ตอบว่า ออกมาสูบบุหรี่บริเวณเขตสูบบุหรี่ และยังพบอีกว่า สถานที่เลือกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.1 จะเลือกสูบบุหรี่ในห้องทำงานส่วนตัว สำหรับการปฏิบัติตนของสถานที่สาธารณะต่างๆ หลังจากพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่มีผลบังคับใช้แล้ว พบว่าโดยเฉลี่ยร้อยละ 60 ของสถานที่เหล่านี้มีเครื่องหมายแสดงเขตปลอดบุหรี่ และมีความถูกต้องตามกฎหมายกำหนดร้อยละ 89.1 จากผลการวิจัยนี้ เห็นได้ว่าความคิดเห็นของประชาชนกลุ่มตัวอย่างต่อกฎหมายเกี่ยวกับยาสูบฯ ทั้ง 2 ฉบับ ส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางบวก แต่ก็ยังมีปัญหาอยู่บางประการสมควรที่จะได้มีการประชาสัมพันธ์/ รณรงค์/ และสำรวจตรวจสอบเรื่องนี้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

สวาท ชลพล (2535) ศึกษาความคิดเห็นของข้าราชการในหน่วยงานระดับจังหวัดลำปาง ต่อการจัดเขตปลอดบุหรี่ในสถานที่ทำงาน ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ ข้าราชการส่วนใหญ่ร้อยละ 93 เห็นด้วยต่อการจัดเขตปลอดบุหรี่ โดยร้อยละ 88 ต้องการให้มีการจัดเขตปลอดบุหรี่ในสถานที่ทำงานอย่างรีบด่วน เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในที่ทำงานกับความคิดเห็นในการจัดเขตปลอดบุหรี่ พบว่าปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับความคิดเห็นในการจัดเขตปลอดบุหรี่ แต่ปัจจัยทางพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่/ ไม่สูบบุหรี่ และการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ทางอ้อม และตำแหน่งหน้าที่ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นในการจัดเขตปลอดบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมี/ ไม่มีเครื่องปรับอากาศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อการจัดเขตปลอดบุหรี่

สุนิดา ปรีชาวงศ์ (2535) ได้ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ตามทัศนคติของนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ คณะนิเทศศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 798 คน พบว่า ร้อยละ 80 เห็นว่ารัฐบาลควรออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และหากมีผู้ใดฝ่าฝืนกฎหมายโดยการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ กลุ่มเป้าหมายเกือบทั้งหมดยังเห็นด้วยกับการที่กฎหมายกำหนดให้เจ้าของสาธารณะสถานต้องมีหน้าที่ดำเนินการติดตั้งเครื่องหมายสูบบุหรี่ให้มองเห็นได้ชัดเจน ต้องจัดสถานที่เพื่อแยกผู้สูบบุหรี่ออกจากผู้ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งต้องจัดให้มีการควบคุมสอดส่องดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งถ้าเจ้าของสถานที่ไม่ปฏิบัติตามจะมีความผิดตามกฎหมาย และควรลงโทษโดยการปรับเป็นเงินประมาณ 6,000 บาท ในด้านปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น หากมีการใช้มาตรการทางกฎหมายดำเนินการในเรื่องนี้ ร้อยละ 80 เห็นว่า อาจมีปัญหาในด้านการขาดเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเสนอให้แก้ปัญหาดังกล่าวโดย การเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ให้มากขึ้น ควรจัดให้มีหน่วยเฉพาะกิจ อาสาสมัครช่วยสอดส่องดูแล จับกุมผู้กระทำผิด โดยประสานงานกับทางราชการ

ยุพยงค์ เชี่ยวบำรุงเกียรติ (2538) ศึกษาปัจจัยเข้ารับบริการบริการคลินิกกอดบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีกลุ่มประชากร คือ ผู้มารับบริการกอดบุหรี่จากคลินิกกอดบุหรี่ในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้ง 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตากสิน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลมิชชั่น จำนวน 154 ราย

ผลการศึกษาด้านทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางเห็นด้วย คือ ร้อยละ 92.2 เห็นด้วยว่า บุหรี่ทุกชนิดมีผลต่อสุขภาพของผู้สูบเท่ากับบุคคลข้างเคียง ร้อยละ

90.9 เห็นด้วยที่มีบทลงโทษที่ชัดเจนสำหรับผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และรองลงร้อยละ 87 เห็นด้วยว่าสังคมส่วนใหญ่เริ่มรังเกียจผู้สูบบุหรี่ ส่วนทัศนคติต่อการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่พบว่า ร้อยละ 88.3 เห็นด้วยกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ว่ามีส่วนทำให้สังคมมีระเบียบและเคารพกฎหมาย และร้อยละ 77.3 เห็นด้วยที่ให้รัฐบาลรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ต่อไป แลกกับการที่รัฐต้องเสียรายได้จากภาษีบุหรี่

สุภาณี สันตยากร (2541) ศึกษาความรู้และความตระหนักต่อกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ของข้าราชการตำรวจชั้นประทวนในสถานีตำรวจจังหวัดนนทบุรี พบว่าข้าราชการตำรวจมีความรู้ต่อกฎหมายบุหรี่ในระดับปานกลาง ซึ่งอายุมีผลต่อความรู้เรื่องดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความตระหนักที่มีต่อกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับสูง ประเภชข่าวสารทางสื่อมวลชนและความถี่ในการได้รับข่าวสารทางสื่อมวลชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสื่อทางโทรทัศน์มีผลกระทบมากที่สุดถึงร้อยละ 81 และการได้รับข่าวสารทุกๆ วัน มีจำนวนถึงร้อยละ 61 สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความตระหนักนั้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุญศรี พรหมมาพันธ์ และคณะ (2542) ศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษา คือ เพื่อศึกษาพฤติกรรมของการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่เฉลี่ยรายวัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และผลกระทบต่อคนใกล้ชิดของผู้ป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ สำหรับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และเข้ารับการรักษาโดยเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ส่วน โรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ และโรงพยาบาลปากเกร็ดเวชการ จำนวน 60 คน และญาติของผู้ป่วยจำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูบบุหรี่จำนวน 11-20 มวน (1 ซอง) ต่อวัน หรือ 31-50 บาทต่อวัน หรือ 1,500 บาท ต่อเดือน, ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยต่อวันในโรงพยาบาลของรัฐอยู่ระหว่าง 500-1,000 บาท ในโรงพยาบาลเอกชนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท

เชาว์ โรจนแสง และคณะ (2543) ผลกระทบของการตลาดผลิตภัณฑ์บุหรี่ต่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ บทบาทของผู้นำชุมชนในการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่กว่าร้อยละ 70 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และอันตรายจากการสูบบุหรี่ของตนเองค่อนข้างดี และผู้สูบบุหรี่กว่าครึ่งหนึ่งยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องต่อการสูบบุหรี่และพิษภัยของการสูบบุหรี่ที่มีต่อตนเอง

และผู้อื่น คือไม่เชื่อว่าผู้ไม่สูบบุหรี่หากได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นจะมีโอกาสเป็นมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ไม่เชื่อว่าถ้าได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ในปริมาณมากๆ จะทำให้เสียชีวิตได้ในเวลาไม่นาน และไม่เชื่อว่าบุหรี่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นที่ไม่ได้สูบบุหรี่แม้ต้องสูดควันบุหรี่เข้าไปโดยไม่จำเป็น และส่วนใหญ่เชื่อว่าพระสงฆ์ นักบวช สื่อมวลชน นักร้อง นักแสดง ครู/ อาจารย์ นักกีฬา นักวิ่ง และนักการเมือง เป็นผู้ที่มิชอบพาหุขึ้นทางสังคมต่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่มากที่สุด

พิพัฒน์ เฟื่องคุ้ม และคณะ (2544) ได้ศึกษาเรื่อง ทักษะชีวิตของผู้อำนวยความสะดวกและผู้ช่วยผู้อำนวยความสะดวกต่างๆ ของโรงเรียนมัธยมต่อการบรรจุข้าราชการใหม่สายครู-อาจารย์ ต้องเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ กรณีศึกษาเขตพญาไท ดุสิต ปทุมวัน ราชเทวี และดอนเมือง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้อำนวยความสะดวกและผู้ช่วยผู้อำนวยความสะดวกต่อการบรรจุข้าราชการใหม่สายครู-อาจารย์ต้องเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ในระดับมาก เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีฟันดำ มีกลิ่นปาก กลิ่นตัวแรง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นผู้ดื่มเหล้าหรือเสพยาเสพติดชนิดอื่น และถือได้ว่าเป็นผู้ที่ทำลายสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ด้านทัศนคติของครู-อาจารย์ พบว่าอยู่ในระดับมาก คือ รัฐควรกำหนดให้บุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง ผู้สูบบุหรี่ถือเป็นโรคติดต่อสารเสพติดชนิดหนึ่ง ครู อาจารย์ ควรเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

พวงมะลิ และคณะ (2546) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของสถานประกอบการร้านอาหาร / ภัตตาคาร ที่มีระบบปรับอากาศในเขต 10 พบว่า สถานประกอบการร้านอาหาร/ ภัตตาคาร ในพื้นที่เขต 10 ส่วนใหญ่มีการจัดเขตปลอดบุหรี่ได้ถูกต้อง แต่มีความเข้าใจในรายละเอียดของกฎระเบียบ ข้อบังคับของกฎหมายในเกณฑ์ต่ำ

จิรศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ (2547) ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตตำบลกระทุมราย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อ ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตตำบลกระทุมราย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.9 และมีความรู้ในเรื่องโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70 และมีทัศนคติไม่ดีในเรื่องการสูบบุหรี่ทำให้สดชื่น ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 53.4 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ดีในเรื่องจะสูบบุหรี่เมื่อคิดอยากสูบบุหรี่ และจะสูบบุหรี่ทันที

ฝ่ายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก (ม.ป.ป.) ได้สำรวจการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เมื่อปี 2537 โดยสำรวจสถานที่ราชการในเขตเทศบาลและ เขตสุขาภิบาลทุกร้าน ผลการสำรวจดังนี้ คือ

1. สถานที่ราชการมีการจัดเขตปลอดบุหรี่ ดังนี้ ในเขตเทศบาลเมืองนครนายก ร้อยละ 63.6 สุขาภิบาลบ้านนาร้อยละ 100 สุขาภิบาลองค์กรักษ์ ร้อยละ 92.8 และสุขาภิบาลปากพลี ร้อยละ 83.3 มีการติดเครื่องหมายเขตสูบบุหรี่/ ไม่สูบบุหรี่ ถูกต้องตามลำดับคือ ร้อยละ 54.5, 100 85.7 และ 91.6

2. หนาการณ์มีการจัดเขตปลอดบุหรี่และติดเครื่องหมายถูกต้องครบทุกแห่ง ร้อยละ 10 ศึกษาเรื่องกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ในร้านอาหารที่มีห้องอาหารปรับอากาศ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเข้าใจเรื่องโทษภัยของบุหรี่เป็นอย่างดี และต้องการให้ร้านอาหารโดยเฉพาะร้านที่ติดเครื่องปรับอากาศขยายเขตปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้นจากเดิม ในด้านเจ้าหน้าที่รัฐผู้รับผิดชอบและบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ขาดความกระตือรือร้น โดยใช้เหตุผลว่าผู้บังคับบัญชาให้ความสนใจน้อย อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขไม่ดำเนินการในเรื่องนี้อย่างจริงจัง

แอน โธนี เฮดเลย์ (ม.ป.ป.) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลกระทบจากควันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพและเศรษฐกิจในระดับชาติ กรณีศึกษาจากฮ่องกง พบว่า ในแต่ละปีการสูบบุหรี่และควันบุหรี่มือสองได้ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อฮ่องกง คิดเป็นเงินถึง 53 พันล้านเหรียญ โดยร้อยละ 28 ในจำนวนนี้เป็นต้นทุนดูแลสุขภาพที่เกิดจากควันบุหรี่มือสอง และในแต่ละปีควันบุหรี่มือสองได้คร่าชีวิตชาวฮ่องกงประมาณ 1,324 คน โดยก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคสำคัญ 4 โรค ได้แก่ โรคสมองขาดเลือด โรคหัวใจ มะเร็งทุกชนิด และ โรคปอดเรื้อรัง และในช่วงที่ผ่านมากฎหมายฮ่องกงไม่ได้มีการบังคับให้ร้านอาหารเป็นเขตปลอดบุหรี่

นอกจากนี้ แอน โธนี ได้ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบกลุ่มพนักงานในร้านอาหารที่ห้ามสูบบุหรี่และที่ให้สูบบุหรี่ได้โดยอิสระ โดยนำน้ำลาย ปัสสาวะ เส้นผม และเลือด ซึ่งถือเป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพของพนักงานร้านอาหารที่มีโอกาสสัมผัสกับควันบุหรี่มือสองแตกต่างกันมาเปรียบเทียบกัน พบว่า มีระดับนิโคตินอยู่ในปัสสาวะของพนักงานในร้านอาหารแต่ละกลุ่มแตกต่างกันชัดเจน ในขณะที่กลุ่มพนักงานร้านอาหารที่ห้ามสูบบุหรี่มีระดับนิโคตินที่พบต่ำกว่า 50 นาโนกรัม/มิลลิลิตร กลุ่มพนักงานในร้านที่อนุญาตให้สูบบุหรี่พบว่า มีระดับนิโคตินสูงถึง 4,000 นาโนกรัม/มิลลิลิตร กระทั่งนำไปสู่ข้อสรุปที่ว่าฮ่องกงต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจากความเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรคิดเป็นเงินถึง 1,773 ล้านเหรียญต่อปี โดยประมาณ 1 ใน 4 เกิดจากควันบุหรี่มือสอง

จากผลการวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า ผลการวิจัยส่วนมากศึกษาในเรื่องความคิดเห็นและพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ แต่ยังไม่มีการวิจัยใดที่มุ่งศึกษาการรับรู้ของผู้ไม่สูบบุหรี่เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ และการพิทักษ์สิทธิของตนเองจากการได้รับควันบุหรี่ในที่สาธารณะ ผู้ศึกษามีทัศนะว่าประเด็นดังกล่าวนี้เป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจากการที่ผู้ไม่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิตนเองจะส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะมากยิ่งขึ้น กอปรกับปัจจุบันเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร ทำให้ประชาชนมีความตื่นตัวในสิทธิของตนซึ่งอาจนำไปสู่การเคลื่อนไหวเรื่องสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ในสังคมไทยได้ต่อไป



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย เรื่อง ความคิดเห็นของผู้ค้าในตลาดสดในเขต อำเภอเมือง จังหวัด เชียงใหม่ ต่อการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้ดังนี้



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

จากกรอบแนวคิดที่ได้กำหนดขึ้นมานั้นสามารถอธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ว่า การสำรวจความคิดเห็นของผู้ค้าในตลาดสดน่าซื้อ ซึ่งตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 18) พ.ศ. 2550 กำหนดให้ตลาด เป็นสถานที่สาธารณะในการเป็นเขตห้ามสูบบุหรี่ และเจ้าของสถานที่จะต้องจัดเขตที่สูบบุหรี่ในตลาดให้แก่ผู้สูบบุหรี่เช่นกัน

การกำหนดให้ตลาดกลายเป็นสถานที่สาธารณะตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ข้างต้นนั้นนำไปสู่การสำรวจความคิดเห็นของผู้ค้าในตลาด เกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ การคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ และ พฤติกรรมของผู้ค้าในตลาดเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง จึงนำไปสู่ความเชื่อที่ว่า การที่ผู้ค้าในตลาดสดมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ ย่อมนำไปสู่ความคิดเห็น และทัศนคติที่ดีในการที่จะปกป้อง และคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ร่วมกันแม้จะเป็นผู้สูบ หรือเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่เองก็ตามท้ายที่สุดแล้วอาจจะสามารถทำให้ผู้ค้าในตลาดสด และบุคคลอื่นๆ ที่เข้ามาในบริเวณดังกล่าว เกิดความตระหนักร่วมกันในการคุ้มครองสิทธิทางสุขภาพของตนและผู้อื่น กระทั่งนำไปสู่การเป็นผู้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved