

บทที่ 1

บทนำ

หลักการและเหตุผล

* ปัจจุบันการสูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้นของประชากรโลก ได้สร้างผลกระทบที่ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นทุกขณะไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านการแพทย์ สาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม หรือการเมือง ซึ่งปัญหาดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบย้อนกลับไปยังประชาชนที่สูบ และไม่สูบบุหรี่ในสังคมอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ หากยังไม่มีการรณรงค์ป้องกัน ไม่ให้ผู้สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น และลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ให้น้อยลง " "

* องค์การอนามัยโลก ประมาณการว่าในแต่ละวันมีเยาวชนทั่วโลกประมาณ 5,000 คน เริ่มสูบบุหรี่ ประเทศที่พัฒนาแล้วมีประชากรเพศชายอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปราว 1 ใน 3 ที่สูบบุหรี่ส่วนประเทศกำลังพัฒนามีประมาณ 1 ใน 2 ของประชากรในกลุ่มอายุเดียวกันที่สูบบุหรี่และมีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีอัตราเพิ่มร้อยละ 2.1 ต่อปี ซึ่งสวนทางกับอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่มีแนวโน้มของการสูบบุหรี่ที่น้อยลง โดยเฉลี่ยร้อยละ 1.1 ต่อปี (WHO, 1987 อ้างในวัณพญาราศรี, 2533, หน้า 1) กลุ่มยูโรมิเตอร์คาดการณ์ว่าปริมาณการสูบบุหรี่ของทั่วโลกในปี พ.ศ. 2531 - 2535 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 ต่อปี อัตราส่วนการขยายตัวนี้จะลดลงในประเทศที่พัฒนาแล้วและจะเพิ่มขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา (ยูโร มิเตอร์, 2533 อ้างใน รามพร นาคะพงษ์, 2534, หน้า 95) *

* √ ประเทศไทยจากการสำรวจโดยสำนักสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2519 ถึง 2531 พบว่า จำนวนผู้สูบบุหรี่สูงขึ้นและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ แต่อัตราเพิ่มของผู้สูบบุหรี่ลดลง โดยในปี พ.ศ. 2519 มีประชากรสูบบุหรี่ 8.6 ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ 30.1 และในปี พ.ศ. 2531 มีประชากรสูบบุหรี่ 10.1 ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ 25.0 (ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล และคณะ, 2533, หน้า 17) ซึ่งในจำนวนผู้สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ

11 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 25 และสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวร้อยละ 3.1 เป็นประชากรชายที่สูบบุหรี่ร้อยละ 41.7 และประชากรหญิงร้อยละ 3.5 เมื่อแยกตามช่วงอายุ พบว่าประชากรอายุระหว่าง 15 - 19 ปี สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 9.9 อายุ 20 - 24 ปี ร้อยละ 25.1 นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรภาคเหนือมีการสูบบุหรี่เป็นประจำมากที่สุด คือ ร้อยละ 29.6 โดยมีประชากรอายุระหว่าง 15 - 19 ปี สูบเป็นประจำร้อยละ 9.9 แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 19 และเพศหญิงร้อยละ 0.4 สำหรับประชากรอายุระหว่าง 20-24 ปี สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 27.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2531, หน้า 9, 11 - 12)

จากการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ในโรงเรียนปี พ.ศ. 2523 ของทิพย์ไพยม ว. และคณะ และในปี พ.ศ. 2528 ของบุญยรัตน์ เวช จ. และโรจนพร ว. พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายสูงขึ้นมากจากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 45.8 ตามลำดับ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ถึงแม้อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาจะต่ำกว่าในกลุ่มประชาชนทั่วไป แต่แนวโน้มของอัตราการสูบไม่ลดลง แสดงว่าแนวโน้มการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่นจะสูงมากขึ้น (ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล และคณะ, 2533, หน้า 18)

* บุหรี่ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเกิดโรคหลายชนิดที่เป็นสาเหตุทำให้คนป่วย พิการและตายก่อนวัยอันควร ประมาณการว่าในปีหนึ่ง ๆ ทั่วโลกมีคนตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ประมาณ 3 ล้านคน หรือวันละ 8,000 คน (ประเวศ วะสี, 2533 อ้างใน ศุภจิต มโนภิโมกษ์, 2534, หน้า 9) จากการศึกษาทางกายวิภาคศาสตร์ทั่วโลกพบว่าการเกิดมะเร็งส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคเส้นเลือดตีบ และโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการสูบบุหรี่ โดยผู้สูบบุหรี่จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหล่านี้สูงมาก เช่น โรคมะเร็งปอด และหัวใจ มีอัตราเสี่ยงร้อยละ 86 มะเร็งกล่องเสียง ร้อยละ 83 มะเร็งถุงลมโป่งพองร้อยละ 82 โรคการอุดตันทางเดินหายใจเรื้อรังร้อยละ 82 โรคหลอดเลือดเสี่ยงร้อยละ 43 เป็นต้น (เอกสารโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน) *

จากการศึกษาสถิติการตายในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2523 พบว่ามีจำนวนคนตายด้วยโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่มากเป็นอันดับ 1 คือ ประมาณ 350,000 ถึง 485,000 คน โดยมีการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นอันดับ 1 โรคมะเร็ง

เป็นอันดับ 2 โดยเฉพาะโรคมะเร็งปอดจะพบมากที่สุด จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 85 - 90 ของผู้ป่วยเพศชายที่เบ้ มะเร็งปอดทั้งหมด มีประวัติการสูบบุหรี่จัดมาก่อนทั้งสิ้นและเมื่อดูสถิติย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2493 - 2524 พบว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดในผู้หญิงและผู้ชายเพิ่มขึ้น 3.5 - 4 เท่า ในขณะที่การตายจากโรคมะเร็งชนิดอื่นลดลง หรือเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (ชชาติ อารีจินานุสรณ์, 2530 อ้างในรวมพร นาคะพงศ์, 2534, หน้า 2)

ในปี พ.ศ. 2524 วิลเลท (Willet) และคณะรายงานถึงผลการศึกษากลุ่มพยาบาลในวัย 30 - 55 ปี จำนวน 121,964 คน ในระหว่างปี พ.ศ. 2508 - 2519 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจในกลุ่มผู้สูบบุหรี่สูงกว่าไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า และเป็น 5 เท่า ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จัด ประมาณ 20 มวนต่อวัน (ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดลและคณะ, 2533, หน้า 15)

สำหรับเป็นสาเหตุเพิ่มความเสี่ยงของการตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศชายอายุวัยกลางคนถึง 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่และเป็น 2 เท่า ในเพศหญิงที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน รวมทั้งตายโดยโรคหัวใจกระทันหันสูงกว่า 2 - 4 เท่า (ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล และคณะ, 2533, หน้า 15) มีรายงานโดยคอมสต็อก (Comstock) ว่าอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูบบุหรี่สูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า และตายอย่างกระทันหันจากโรคหัวใจสูงกว่าถึง 6 เท่า (Comstock and Bush TL, 1983, pp. 480 - 488)*

ในประเทศไทยจากการศึกษาของ ชีระ ลิมศิลา ในผู้ป่วยมะเร็งปอดจำนวน 1,400 คน เป็นเวลา 18 ปี พบว่าการสูบบุหรี่จัด คือมากกว่า 20 มวนต่อวันเป็นเวลา 20 ปีขึ้นไปหรือมากกว่า 10 มวนต่อวันเป็นเวลา 30 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับการเกิดโรคมะเร็งปอด มะเร็งที่พบมักเป็นชนิดร้ายแรง และมีการแพร่กระจายของโรคอย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการป่วยและการตายที่ได้จากการสำรวจของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าอัตราการป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งปอดมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่นเดียวกับแนวโน้มของการสูบบุหรี่ซึ่งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ของประชาชน กล่าวคือในปี พ.ศ. 2516 และ 2526 มีอัตราป่วยต่อ 100,000 เท่ากับ 0.77 และ 4.2 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2520 และ 2531 อัตราตายเท่ากับ 1.88 และ 2.59 ตามลำดับ (พวงเพ็ชร กัล้าหาญ, 2533 : 13 - 14)

✓ ✱ จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก สรุปได้ว่าบุหรี่นอกจากจะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรคร้ายแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการตายก่อนอายุอันสมควรมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยผู้สูบบุหรี่จะมีการตายมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 30-80 และถ้าอายุ 35 ปี สูบบุหรี่ 25 มวนต่อวัน จะตายก่อนอายุ 65 ปี ถึงร้อยละ 40 ซึ่งถ้าไม่สูบบุหรี่จะตายก่อนอายุ 65 ปี เพียงร้อยละ 15 ในประเทศทางภาคพื้นตะวันออกซึ่งประชาชนสูบบุหรี่กันมากขึ้นจะพบการตายก่อนอายุเฉลี่ย 65 ปี โดยการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคร้ายต่าง ๆ คือเนื่องจากโรคมะเร็งปอดร้อยละ 90 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 75 และโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 25 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 27 ของคนตายก่อนวัยอันควร (รวมพร นาคะวงศ์, 2534, หน้า 3)

Notes

พจนาน. B.S.P.

✱ บุหรี่นอกจากจะทำลายสุขภาพผู้สูบแล้ว ควันบุหรี่ยังสร้างปัญหาและทำลายสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ที่อยู่ใกล้เคียงอีกด้วย การสูบบุหรี่ทุก ๆ 20 มวน ในห้องที่ไม่มีอากาศถ่ายเท จะทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องหายใจเอาควันบุหรี่ เข้าไปปริมาณเท่ากับคนสูบบุหรี่ 1 มวน เอล พี แซนด์เลอร์ (E.L.P. Sandler) นายแพทย์ชาวอังกฤษ ยืนยันว่าควันบุหรี่ทำให้คนเป็นมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของอุตสาหกรรมบุหรี่ยุคสหรัฐอเมริกาที่พบว่ามีการก่อมะเร็งในควันบุหรี่ และพบว่าควันบุหรี่ยังก่อให้เกิดมะเร็งในหนู สรุปแล้วผู้ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ยังมีโอกาสเป็นโรคหัวใจ มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือด เส้นเลือดหัวใจตีบ หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง รวมทั้งมะเร็งในส่วนอื่น ๆ ของร่างกายเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ (เอกสารโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน) ✱

✱ นอกจากนี้ ควันบุหรี่ยังมีผลทำให้หญิงมีครรภ์มีโอกาสเป็นโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และคลอดบุตรอีกด้วย เช่น มีอาการครรภ์เป็นพิษ บวม คลอดลำบาก มีแนวโน้มคลอดก่อนกำหนดพบร้อยละ 50 เสี่ยงต่อการแท้งร้อยละ 100 เป็นต้น ส่วนผลของควันบุหรี่ต่อทารกนั้นพบว่าทารกมีโอกาสตายเพิ่มขึ้น 1.6 เท่า ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าปกติประมาณ 170 - 200 กรัม อาจมีความผิดปกติทางระบบประสาทและการเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด เป็นต้น จากการติดตามแม่ที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์มากกว่า 10 มวนต่อวัน พบว่าเมื่อเด็กเกิดมาได้ 7 - 11 ปี จะเตี้ยกว่าเด็กที่มีแม่ไม่สูบบุหรี่และ ✱

ความสามารถในการอ่านหรือคิดคำนวณจะช้ากว่าเด็กปกติ (เอกสารโครงการรณรงค์เพื่อ
การไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน) *

จากผลของการสำรวจจำนวนผู้ตายด้วยโรคซึ่งสัมพันธ์กับควันบุหรี่ (passive
smoking) ในประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษและแคนาดา พบว่าในแต่ละปีมีคนตายเป็น
จำนวน 5,000 คน ขึ้นไป 1,000 คน และ 500 คน ตามลำดับ (หทัย ชิตานนท์,
2533, อ้างในศุภจิต มโนไพโรจน์, 2534, หน้า 24)

บุหรี่นอกจากทำลายสุขภาพแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคมและการ
เศรษฐกิจของประเทศชาติทั้งทางตรงและทางอ้อม อันเนื่องมาจากความทุกข์ทรมานจาก
โรคซึ่งบั่นทอนขวัญและกำลังใจของครอบครัว ความตายก่อนวัยอันสมควร การหย่าร้าง
การสูญเสียค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นมูลค่าบุหรี่ ค่ารักษาพยาบาล การสูญเสียทางด้านการผลิต
เนื่องจากการสูญเสียแรงงาน ซึ่งเกิดจากความป่วยไข้พิการและการตายก่อนวัยอันควรด้วย
โรคซึ่งสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ตลอดจนความเสียหายอันเกิดจากเพลิงไหม้เพราะบุหรี่เป็น
สาเหตุ *

ในสหรัฐอเมริกามีการศึกษาความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูบ
บุหรี่ และพบว่าในปี พ.ศ. 2518 ความสูญเสียทางด้านผลผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา
พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ มีถึง 65 พันล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งมีมูลค่าสูงกว่าค่าบุหรี่
และภาษีที่รัฐได้จากบุหรี่ประมาณเท่าตัว ในปี พ.ศ. 2521 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ 54 ล้านคน
โดยเผาบุหรี่สูบประมาณ 615 พันล้านมวน เป็นผลให้เสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
การสูบบุหรี่ ประมาณ 5,000 - 8,000 ล้านดอลลาร์ (อุดมศิลป์ ศรีแสงงาม, 2529
อ้างในวันเพ็ญ ทาราศรี, 2534, หน้า 8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแคนาดา
โดย ทอมสัน (Thompson) และ ฟอর্ব (Forbes) ที่พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอันเป็น
ผลมาจากการสูบบุหรี่ มีมูลค่าสูงกว่ารายรับที่ได้มาจากการจำหน่ายบุหรี่ และมีแนวโน้มสูง
ขึ้นเรื่อย ๆ ผลกระทบของบุหรี่ต่อปัญหาเศรษฐกิจของประชาชนนั้น องค์การอนามัยโลกระบุ
ไว้ชัดเจนว่าผู้สูบบุหรี่มีค่าใช้จ่ายในเรื่องค่ารักษาพยาบาลมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ (พวงเพ็ชร
กล้าหาญ, 2534, หน้า 8)

ในประเทศไทย ประมาณการว่า ในแต่ละปีมีประชาชนต้องเสียชีวิตเนื่องจาก
โรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่เป็นจำนวน 9,700 คน โดยรัฐต้องเสียค่ารักษาพยาบาลถึงปีละ
9,680 ล้านบาท (ศรีน้อย มาศเกษม และคณะ, 2532, หน้า 7)

บุหรีเป็นสารเสพติดที่ถูกต้องตามกฎหมายและหาได้ง่าย ซึ่งนอกจากจะทำลายสุขภาพแล้วยังเป็นปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่การเสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์สูงขึ้นอีกด้วยจากการวิจัยพบว่าวัยรุ่นที่ติดเหล้า โดยเริ่มติดบุหรีก่อนร้อยละ 62 ติดโคเคนโดยเริ่มติดบุหรีก่อนร้อยละ 35 และติดผิดตลอดจนกัญชา โดยเริ่มติดบุหรีก่อนร้อยละ 11 แจ็ก เย็นหนึ่งฟิลด์ รายงานว่า การติดนิโคตินในบุหรีมักเป็นประตูนำไปสู่การทดลองการเสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ที่รุนแรงกว่า ผลของการวิจัยพบว่า วัยรุ่นอายุระหว่าง 12 - 17 ปี ที่สูบบุหรีมีอัตราการติดสุราเพิ่มขึ้น 4 เท่า อัตราการสูบกัญชาเพิ่มขึ้น 100 เท่า และอัตราการสูบบุโคเคนเพิ่มขึ้น 32 เท่าของคนไม่สูบบุหรี นอกจากนี้ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจอีกว่า ผู้ใหญ่ที่ติดบุหรีร้อยละ 80 เริ่มติดก่อนอายุ 20 ปี (เอกสารโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรีมูลนิธิหมอชาวบ้าน) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจอายุการเริ่มสูบบุหรีในประเทศไทยซึ่งพบว่าผู้สูบบุหรีส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรีเมื่ออายุ 15 - 19 ปี คือร้อยละ 55.2 รองลงมา คืออายุ 20 - 24 ปี ร้อยละ 26.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2531, หน้า 167)

ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกทำนายว่า โรคที่เกิดจากการสูบบุหรีจะเป็นสาเหตุ และเป็นปัญหาใหญ่ทางสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนา ในขณะที่โรคติดเชื้อภาวะทนต์โคซนาการ ยังคงดำรงอยู่จะทำให้ช่องว่างระหว่างประเทศร่ำรวย กับประเทศยากจนห่างกันออกไปอีก (ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล และคณะ, 2533, หน้า 17)

สถานการณ์ทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องบุหรีในประเทศไทย ขณะนี้พบว่าหลังจากที่ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ใช้มาตรการทางการค้าตามกฎหมาย มาตรา 301 เพื่อตัดสิทธิพิเศษทางการค้า (General System of Preference GSP) โดยมุ่งหวังบีบบังคับให้ประเทศไทยยอมให้มีการนำเข้าบุหรีต่างประเทศ ซึ่งเป็นผลให้รัฐบาลไทยจำเป็นต้องยอมอนุญาตให้มีการนำเข้าบุหรีต่างประเทศตั้งแต่เดือนเมษายน 2534 เป็นต้นมานั้น เป็นเหตุให้วิตกกังวลการนำเข้าบุหรีนอกกรอบกับกลยุทธทางการค้า ที่ใช้สื่อโฆษณาทั้งทางตรงและทางอ้อมในรูปแบบต่าง ๆ จะมีผลทำให้การสูบบุหรีของประชาชนไทยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและกลุ่มประชากรเพศหญิง ดังเช่นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วในประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ที่มีการนำเข้าบุหรีต่างประเทศ เช่น ประเทศฟิลิปปินส์ จีน ไต้หวัน เป็นต้น ปัจจุบันสตรีไทยสูบบุหรีร้อยละ 3.5 แต่สตรีประเทศตะวันตก สูบบุหรีร้อยละ 30 (ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล และคณะ, 2533, หน้า 17) จึงเป็นช่องทางที่บริษัทผู้ค้าบุหรีสามารถจะเพิ่มอัตรา

เพิ่ม

การสูบบุหรี่ได้มากขึ้น สำหรับในกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพติดบุหรี่ได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น ๆ จึงเป็นกลุ่มซึ่งคาดว่าจะมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการสูบบุหรี่เช่นเดียวกับกลุ่มสตรี

167 ✓ รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงสภาวะอันล่อแหลมต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต จึงได้มีมาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยได้ออกพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ขึ้น และให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 7 เมษายน 2535 เป็นต้นไป ซึ่งสาระสำคัญของพระราชบัญญัตินี้ได้เน้นถึงการควบคุมการส่งเสริมการขาย การโฆษณาบุหรี่ การกำหนดอายุของผู้สูบบุหรี่ รวมถึงการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยกำหนดเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ที่มีสภาพมาตรฐานตามที่กำหนด ในสถานที่สาธารณะ ซึ่งได้แก่ สถานที่หรือยานพาหนะที่ประชาชนมีความชอบธรรมที่จะเข้าไปได้ เป็นต้น พระราชบัญญัติทั้งสองฉบับนี้เป็นพระราชบัญญัติที่รวบรวมข้อกำหนดการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีอยู่เดิมให้เป็นกิจลักษณะยิ่งขึ้น และได้เพิ่มเติมเนื้อหาข้อบังคับครอบคลุมปัจจัยในการส่งเสริมการสูบบุหรี่มากขึ้นด้วย นอกจากนี้ในปัจจุบันรัฐบาลยังมีนโยบายหลักในการประสานงานร่วมกับองค์กรเอกชน เพื่อดำเนินการควบคุมและป้องกันการสูบบุหรี่อย่างเป็นระบบและครอบคลุมยิ่งขึ้น

168 ✓ * อย่างไรก็ตามจากอดีตที่ผ่านมา การเคลื่อนไหวและดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการสูบบุหรี่ และคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ยังมีอยู่น้อยมากทั้งในภาครัฐและเอกชน ในภาครัฐยังขาดกระบวนการในการควบคุมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะอย่างเป็นระบบและจริงจัง ขาดกลไกในแง่กฎหมายและการดำเนินการที่จะส่งผลให้มีการควบคุมป้องกันการสูบบุหรี่และคุ้มครองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างแท้จริง (สุนัตรา มาศดิษฐ์, 2533 อ้างใน ศุภจิต มโนวิโมกษ์, 2534, หน้า 45) ประกอบกับการเคลื่อนไหวดังกล่าว ส่วนใหญ่ดำเนินการจำกัดเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ยังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ ดังนั้นในภาพรวม ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่อยู่มาก จึงจำเป็นต้องมีการรณรงค์ให้ประชาชนได้ทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบัน และพิษภัยของ บุหรี่ให้มากขึ้นในวงกว้าง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ซึ่งในขณะนี้ยังไม่มีมาตรการป้องกันและลดจำนวน การสูบบุหรี่อย่างเป็นระบบ ทั้ง ๆ ที่เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเริ่มเสพติดบุหรี่ได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่นและเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์สูงขึ้นไปอีกด้วย อันเป็นผลทำให้ทรัพยากรบุคคลที่จะกลายเป็นกำลังของชาติถูกทำลายอย่างน่าเสียดาย

11/10/11

นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์จุดเด่นและจุดด้อยของงานควบคุมการบริโภคนยาสูบของประเทศไทย เปรียบเทียบกับการควบคุมการบริโภคนยาสูบของสหรัฐอเมริกาและแคนาดา โดยกระทรวงสาธารณสุข พบข้อแตกต่างดังแสดงในตารางที่ 1 (กระทรวงสาธารณสุข, 2534, หน้า 11)

ตารางที่ 1 แสดงข้อเด่นและข้อด้อยในการควบคุมการบริโภคนยาสูบของประเทศไทย เทียบกับ แคนาดา และสหรัฐอเมริกา

เรื่อง	ไทย	แคนาดา	อเมริกา
1. นโยบายการลดการบริโภคนยาสูบ	ยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร และเพ็งดำเนิการ	ชัดเจนและดำเนิการมากกว่า 10 ปี	ชัดเจนและดำเนิการมากกว่า 25 ปี
2. องค์การของรัฐ	เพิ่งเริ่มจัดตั้งยังไม่ทั่วถึง	มีหน่วยงานรับผิดชอบ	มีหน่วยงานรับผิดชอบ
3. องค์การเอกชน	มีน้อยแต่มีความเข้มแข็ง	ชัดเจนและครอบคลุม มีมากและเข้มแข็ง	ชัดเจนและครอบคลุม มีมากและเข้มแข็ง
4. การห้ามโฆษณา	มีการห้ามทุกสื่อ	มีการห้ามเกือบทุกสื่อ	มีการห้ามเพียงสื่อโทรทัศน์
5. กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ	ห้ามสูบในที่สาธารณะ	ห้ามสูบในที่สาธารณะ	ห้ามสูบในที่สาธารณะ
6. การประสานเครือข่ายองค์กรเพื่อผลักดันนโยบายและการให้สูขศึกษา	ไม่เข้มแข็ง และไม่ทั่วถึง	เข้มแข็ง และทั่วถึง	เข้มแข็ง และทั่วถึง
7. โอกาสการเข้าถึงสื่อของประชาชน	มีปัญหาและไม่ทั่วถึง	ง่ายและทั่วถึง	ง่ายและทั่วถึง

ที่มา : รายงานการศึกษาดูงานด้านการควบคุมการบริโภคนยาสูบ ณ ประเทศแคนาดา และประเทศสหรัฐอเมริกา 31 สิงหาคม - 9 กันยายน 2534 สำนักงานเลขาธิการกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เนื่องจากเป็นกลุ่มเยาวชนที่จะเป็นกำลังสมองที่สำคัญของชาติในอนาคตและเป็นกลุ่มที่มีเศรษฐกิจที่สามารถจะซื้อบุหรี่นอกได้ จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อกลยุทธ์ทางการค้าของบริษัทบุหรี่ต่างประเทศ ประกอบกับภาคเหนือเป็นภาคที่มีประชากร สูบบุหรี่มากกว่าทุกภาค โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการหาแนวทางในการป้องกัน และลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ของนักศึกษาไทย ซึ่งเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะมีบทบาทสำคัญทางสังคมในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ของนักศึกษา
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ของนักศึกษากับระดับความรู้ เรื่อง บุหรี่ แพศ ฐานะ ลักษณะครอบครัว และลักษณะเพื่อนฝูงของนักศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความรู้เรื่องบุหรือน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่
2. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ปั๊ศ ฐานะ ลักษณะครอบครัว ลักษณะเพื่อนฝูง มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษา

ขอบเขตของการศึกษาวิจัย

การศึกษาเลือกทำแบบ Systematic random sampling technique โดยเลือกนักศึกษาปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จากหอพักชายและหอพักหญิงเพศละ 1 หอ หอละ 100 คน แล้วให้นักศึกษาที่ได้รับเลือกเป็นตัวอย่างกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง

คำนิยามศัพท์

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
2. สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน เป็นเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป และขณะนี้ยังสูบบุหรี่หรือผู้ดมหรือมาแล้วยังไม่ถึง 6 เดือน
3. บุหรี่ หมายถึง ยาสูบที่มีลักษณะเป็นมวน จัดเป็นซอง ๆ ยาเส้นที่มวนสูบเอง หรือยาเส้นที่สูบโดยใช้กล่องยาสูบ
4. เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง เลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันมานานแล้วอย่างน้อย 6 เดือน (ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล และคณะ, 2533, หน้า 3)
5. การปฏิบัติตน หมายถึง ลักษณะการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ของนักศึกษา เช่น อัตราการสูบบุหรี่ เหตุผลของการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ ผู้ชักชวนให้สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ ลักษณะบุหรี่ที่สูบ ค่าใช้จ่ายค่าบุหรี่ สถานที่ บุคคลและเวลาที่ ใช้บุหรี่ ความรู้สึกภายหลังการสูบบุหรี่ แหล่งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ สื่อที่ได้รับความรู้ เรื่องบุหรี่มากที่สุด เหตุผลของการเลิกบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ ตลอดจนวิธีการที่ใช้ในการงดเพื่อเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น