

รายงานการสำรวจระดับประเทศ
เรื่อง ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย
กลุ่มวัยรุ่น
รอบที่ 4 (พ.ศ. 2552)

ภายใต้โครงการ
International Tobacco Control Policy-Southeast Asia

ดำเนินการโดย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ร่วมกับ
The Cancer Council Victoria, Australia
และ
University of Waterloo, Canada

สนับสนุนโดย
The US National Institutes of Health (NIH)
ร่วมกับ
Canadian Institute of Health Research (CIHR)

หัวหน้าโครงการวิจัย: บุปผา ศิริรัมย์

คณะวิจัย: ทวีมา ศิริรัมย์ บุปผา ศิริรัมย์ จรัมพร ให้ลำยอง
อารี จำปาภลาย ปรีญา เกนโรจน์ ธีรณัฐ ก้อนแก้ว

ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มวัยรุ่น รอบที่ 4 (พ.ศ. 2552)

Cataloging-in Publication Data

รายงานการสำรวจระดับประเทศ เรื่อง ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบใน
ประเทศไทย กลุ่มวัยรุ่น รอบที่ 4 (พ.ศ.2552) / คณะวิจัย: ทวิมา ศิริรัศมี ... [และ
คนอื่น ๆ]. -- พิมพ์ครั้งที่ 1. -- นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555
(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ;
หมายเลข 393)

ISBN 978-616-279-044-7

1. การสูบบุหรี่. 2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่. 3. วัยรุ่น. 4. วิจัย. I. ทวิมา ศิริรัศมี.
II. บุปผา ศิริรัศมี. III. จรัมพร ให่ล่ายอง. IV. อารี จำปากลาย. V. ปรียา เกนโรจน์.
VI. ธีรนุช ก้อนแก้ว. VII. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. VIII. ชื่อชุด.

GT3021.T5 ร451 2555

พิมพ์ครั้งแรก มิถุนายน 2555

จำนวนพิมพ์ 500 เล่ม

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ (662) 441-9666, (662) 441-0201 ต่อ 115

โทรสาร (662) 441-9333

e-mail : directpr@mahidol.ac.th

Website : www.ipsr.mahidol.ac.th

คณะวิจัยของโครงการ

ประเทศไทย

บุปผา ศิริวิศมี : หัวหน้าโครงการ และนักวิจัยหลัก	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ทวิมา ศิริวิศมี : นักวิจัยหลัก(ร่วม)	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
จรัมพร ให้อภัยอง : นักวิจัยหลัก(ร่วม)	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
อารี จำปากลาง : นักวิจัยหลัก(ร่วม)	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ปรีญา เกนโรจน์ : นักวิจัย	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ธีรนุช ก้อนแก้ว : นักวิจัย	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ประเทศแคนาดา

Geoffrey T. Fong	University of Waterloo
Mary E. Thompson	University of Waterloo
David Hammond	University of Waterloo
Pete Driezen	University of Waterloo
Anne Quah	University of Waterloo

ประเทศออสเตรเลีย

Ron Borland	The Cancer Council Victoria
Hua Yong	The Cancer Council Victoria

ประเทศสหรัฐอเมริกา

Michael K. Cummings	Roswell Park Cancer Institute
Gary Giovino	Roswell Park Cancer Institute
Craig Steger	Roswell Park Cancer Institute
Hana Ross	University of Illinois

ประเทศอังกฤษ

Gerard Hastings	University of Strathclyde
-----------------	---------------------------

ประเทศมาเลเซีย

Maizurah Omar	National Poison Centre, Universiti Sains Malaysia
Rahmat Awang	National Poison Centre, Universiti Sains Malaysia

Foreword

It is again an honour to write a forward to this important report. The ITC youth survey is a cohort survey and because of the excellent retention rates that have been achieved is getting older overall. As youth is the main period of smoking uptake, this has resulted in the proportion of smokers increasing at each wave. This provides a unique opportunity to study the determinants of smoking uptake. However, it also means that the data cannot be easily used to track trends in tobacco use among young Thais in general.

Of particular interest in this report is data showing that the smokers had poorer mental health than the non-smokers. In future work, we will try to work out whether smoking is a response to feeling bad or whether smoking leads to feeling worse, or whether both effects occur.

There is also some good news. The rate of reporting smoking bans in their homes has increased and this is unlikely to be due to the older age of the samples. Also, knowledge of adverse health effects remains very high, although there are gaps in knowledge that, if corrected, may provide non-smokers with extra protection from temptations to try smoking. There is also strong awareness and positive reactions to anti-smoking advertisements and to the strong health warnings on packs.

The survey highlights problems with the ban on displaying tobacco products at point of sale. The current law allows for curtains or doors to cover the display, but does not mandate that the packs should not be readily observable when the doors/curtains are opened. Thus, every time a person buys tobacco, the display

၅

is opened and this draws attention to what is there. Further, there is the possibility of the display being left open. The solution to this would seem to require tobacco be stored under the counter, or in drawers, where it is difficult for customers to see.

Thailand continues to be a leader in tobacco control in the region, so making more out of these important data will not only assist policy and program development in Thailand, but is likely to also influence neighbouring countries.


Ron Borland
Chief Investigator
ITC South East Asia Project
Nigel Gray Distinguished Fellow in Cancer Prevention
Cancer Council Victoria
Australia

คำนำ

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เป็นหน่วยงานที่ทำงานวิจัยเป็นพันธกิจหลัก ภายใต้ 6 กลุ่มงานวิจัย โดยหนึ่งในกลุ่มงานวิจัยของสถาบันฯ คือ การวิจัยด้านประชากร สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ ในระยะเวลาที่ล่วงเลยที่ผ่านมานี้ สถาบันฯ ได้ผลิตผลงานวิจัยที่ถูกใช้เป็นฐานในการพัฒนานโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะมาโดยตลอด สถาบันฯ มีความยินดีอย่างยิ่งที่โครงการวิจัยเรื่อง ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ International Tobacco Control Policy Survey – Southeast Asia: ITC-SEA (Thailand) ได้ดำเนินการสำรวจรอบที่ 4 (2552) สำเร็จแล้ว และได้นำเสนอผลการศึกษา ในรูปของรายงานวิจัยที่มีคุณค่ายิ่งฉบับนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษานี้ เป็นหนึ่งในงานวิจัยระยะยาวที่มีอยู่เพียงไม่กี่โครงการ ในประเทศไทย ที่ได้ติดตามสัมภาษณ์กลุ่มวัยรุ่นคนเดิมตั้งแต่รอบที่ 1 (2548) เป็นต้นมา

สถาบันฯ มีความภูมิใจที่ผลงานวิจัยเรื่องนี้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ ในการประเมินผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบต่างๆ ของรัฐบาล และขอสนับสนุนรวมทั้งเป็นกำลังใจให้กับคณะนักวิจัยของโครงการวิจัยนี้ และหวังที่จะเห็นการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์เพื่อเป็นแนวทางป้องกันการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น และเพื่อให้สังคมไทยเป็นสังคมที่ปลอดภัยจากควันบุหรี่ได้ในที่สุด



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์พร พันพืง)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

กิตติกรรมประกาศ

โครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ (International Tobacco Control Policy Surveys) เป็นโครงการร่วมระหว่างประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก เพื่อติดตามผลกระทบของนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศต่าง ๆ การสำรวจครั้งที่ 4 นี้ สามารถดำเนินงานสำเร็จเป็นรายงานได้นั้น ได้รับความอนุเคราะห์จากหลายฝ่าย ซึ่งคณะผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงในความมีน้ำใจและความช่วยเหลือจากท่านและหน่วยงานของท่านที่มีส่วนทำให้การสำรวจครั้งนี้ประสบความสำเร็จและมีโอกาสนำเสนอผลการวิเคราะห์สู่สาธารณชน

ขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ให้ความอนุเคราะห์แผนที่คลุมเขต พื้นที่ตัวอย่างใหม่ที่สุ่มเพิ่มเติม ทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและเขตเมืองในจังหวัดต่าง ๆ เพิ่มจากการสำรวจในรอบที่ 3 และสำนักงานเขตในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ให้ความอนุเคราะห์บัญชีรายชื่อครัวเรือนในพื้นที่ตัวอย่างเปิดใหม่ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในทุกอำเภอ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ประสานงานในพื้นที่ ที่ช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ รวมทั้งหน่วยราชการในพื้นที่สำรวจ ได้แก่ กรมช่างอากาศ กองบัญชาการสนับสนุนทหารอากาศ

ขอบคุณคณะทำงานสนาม ที่ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่กรุณาใช้เวลาตอบแบบสอบถามอย่างจริงจังและตั้งใจ

โครงการ ฯ ขอขอบคุณคณะวิจัยจากหน่วยงานต่างประเทศ ได้แก่ Ron Borland จาก Cancer Council Victoria ประเทศออสเตรเลีย Geoffrey T. Fong จาก University of Waterloo ประเทศแคนาดา Michael K. Cummings จาก Roswell Park Cancer Institute ประเทศสหรัฐอเมริกา

ฉ

สุดท้ายขอขอบคุณ National Institutes of Health (NIH) ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนในการดำเนินโครงการ ITC-SEA ประเทศไทย ผ่านทาง Transdisciplinary Tobacco Use Research Center (TTURC) ประเทศสหรัฐอเมริกา และ Canadian Institute of Health Research (CIHR)

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจระดับประเทศเพื่อติดตามผลกระทบเชิงนโยบายในการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มวัยรุ่น รอบที่ 4 (พ.ศ. 2552) ภายใต้โครงการ International Tobacco Control Survey-Southeast Asia (ITC-SEA) รายงานวิจัยนี้เสนอผลการศึกษาในประเด็น อัตราความชุกและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย ความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย การรับรู้ของวัยรุ่นไทยเกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย และการเปลี่ยนแปลงนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบต่อวัยรุ่นไทย ที่เกิดขึ้นในระหว่างการสำรวจทั้ง 4 รอบ ในการสำรวจรอบที่ 4 นี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 958 คน เป็น เป็นกลุ่มตัวอย่างเก่า 814 คน และเป็นกลุ่มตัวอย่างใหม่ 144 คน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็น วัยรุ่นชายร้อยละ 54.6 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 45.4 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 17.4 ปี และอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเท่ากับ 21.5 โดยอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายมากกว่าวัยรุ่นหญิง 10 เท่า และเป็นเรื่องที่น่ากังวลเป็นอย่างมากที่มีกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน และกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ร้อยละ 36.9 เคยดื่มเหล้าเบียร์มากกว่า 5 ครั้ง

ในประเด็นของจิตลักษณะและสถานภาพการสูบบุหรี่ พบว่า ประมาณหนึ่งในหกของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ รู้สึกเศร้าหลายครั้งหรือเศร้าตลอดเวลา และกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่รู้สึกไม่ชอบตัวเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่เกือบ 3 เท่า นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่รู้สึกโดดเดี่ยวหลายครั้งหรือตลอดเวลา มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่เกือบ 2 เท่า และประเด็นของบุคคลใกล้ชิดวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทมีบทบาทสำคัญกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่เกือบทั้งหมด มีเพื่อนสนิทอย่างน้อย 1 คนที่สูบบุหรี่ และอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูบบุหรี่ในครัวเรือน

วัยรุ่นส่วนใหญ่ยอมรับว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี และยอมรับการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในส่วนของความรู้เรื่องผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพพบว่า วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่ทราบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในเพศชาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจวาย เป็นสาเหตุของเนื้อตายบริเวณปลายมือปลายเท้า และทำให้แท้งบุตร วัยรุ่นส่วนใหญ่สูบบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน กลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มที่สูบบุหรี่มีตนเองเพิ่มมากขึ้น และในส่วนของ การโฆษณาส่งเสริมการขายพบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ เคยเห็นการโฆษณา/ส่งเสริมการขายบุหรี่ตามร้านค้าย่อย/ร้านค้าใหญ่ รองลงมาคือ สถานบันเทิงประเภทต่างๆ และผู้ขายเร่ตามท้องถนน

ปัจจัยที่ใช้ทำนายการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตัวอย่างในการสำรวจรอบที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ สถานภาพการศึกษา จำนวนเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ การดื่มเหล้า/เบียร์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พื้นที่ที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในบ้าน ความรู้สึกต่อตนเอง ความเห็นต่อสิ่งที่ตนเองกระทำ ความรู้สึกเศร้า และความถี่ในการเห็นฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่ใช้ทำนายการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตัวอย่างพบว่า เพศ จำนวนเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ และการดื่มเหล้า/เบียร์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในการสำรวจทั้ง 4 รอบ

เมื่อประเมินผลกระทบของนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยโดยใช้ข้อมูลของการสำรวจทั้ง 4 รอบ ในส่วนของนโยบายการห้ามขายบุหรี่ให้กับเด็กต่ำกว่าอายุ 18 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 18 ปีเกือบครึ่ง เคยซื้อบุหรี่ในช่วง 30 วันก่อนการสำรวจ และในประเด็นของมาตรการห้ามวางโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเคยเห็นบุหรี่วางโชว์บนชั้นหรือเคาน์เตอร์ ในส่วนของการจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ในบ้าน พบว่า การห้ามสูบบุหรี่ทุกพื้นที่เพิ่มมากขึ้นในทุกรอบการสำรวจ เช่นเดียวกันกับความสำเร็จอย่างต่อเนื่องของนโยบายการปรับเปลี่ยนฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ จากชนิดข้อความเพียงอย่างเดียวมาเป็นรูปภาพประกอบด้วย พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง เห็นว่าฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ทำให้คิดถึงอันตรายต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น

Executive Summary

Smoking remains a major health problem in Thailand. Adolescent smoking is of particular concerns since smoking could have great effect on both physical and mental health of adolescent. Most of Thai ongoing programs and policies related to tobacco control primarily target adolescent to curb the negative effects of smoking advertising. The International Tobacco Control (ITC) Thailand Survey aims to evaluate the tobacco control policy employing a cohort survey with replenishment. The main focus in this study was on adolescents. Smoking behavior, knowledge, beliefs, opinions, and attitudes about smoking and tobacco use among adolescents in Thailand were examined. This wave 4 study also highlighted “Stop smoking, stop harming people in public place” campaign including the impacts of the change in policy measures to prevent and reduce smoking such as health warnings on cigarette packages, ban of tobacco advertising at shops or stores, home smoking restriction, and ban of selling tobacco to youth under 18.

The sample size in Wave 4 was 958, including 814 old samples who were recruited in Wave 1, Wave 2, or Wave 3 and 144 replenishments. Fifty four point six percent of samples were male adolescents. The sample average age was 17.4 years old. Most samples were students and many of them were in the secondary school. For those non-students, almost half of them were unemployed, followed by laborers, service workers, and agricultural workers, respectively. Fifty two point seven percent of samples lived in the rural areas. The replenishments because of the selection criteria were younger and less educated, and because of greater drop-out in urban areas, were more likely to live in urban areas comparing to the old samples.

ผล

Proportion of smokers increased in every wave as would be expected with an ageing cohort with a high retention rate. In Wave 4, 21.5 percent of samples were smokers. Smaller proportion of female adolescents smoked within the last 30 days comparing to male. Thirty six point five percent of male samples and 3.4 percent of female samples smoked. The youngest age of those first smoked the whole puff of cigarette was as low as 11 years old while the mean age was 15.2. Older samples were more likely to be smokers. When comparing between students and non-students, proportion of smokers for non-students were higher. The proportions of smokers in the rural and urban areas were quite similar. Bangkok carried the highest percentage of smokers followed by the southern region while the Northern region carried the lowest percentage of smokers. The higher rates in Bangkok are particularly notable as there was more replenishment here and thus the sample had more young people where smoking rates are lower. More than half of smokers smoked everyday and larger than 10 percent of smokers smoked more than 10 cigarettes a day. It should be noted that many adolescent smokers tend to be addicted to smoking. More than half of smokers had a cigarette, or felt like having a cigarette, first thing in the morning. Moreover, smoking and drinking alcohol were found together among adolescent smokers. Thirty six point nine smokers reported that they have ever drunk alcohol or beer more than 5 times.

Examining the emotional state and self esteem of adolescent show that smokers were more likely to feel sad, dissatisfied with themselves, feel that they have done many things wrong, and feel lonely. Smoker had positively attitude toward smoking in general even though most adolescent perceived that smoking is not good thing and is not socially acceptable. Male smoking was viewed as more

acceptable in the society than female smoking. However, a small number of both smokers and non-smokers agreed that smoking represents modern fashion.

Environment could effectively influence smoking behavior of adolescents. Surrounding people such as family members and friends are crucial factor that determine' adolescent smoking. Almost all smokers had at least 1 close friend who smoked. Adolescent smoking rate was lower in the non-smoking household as it was increasing with the number of smokers in the household.

Level of knowledge of health impact of smoking is greatly high among adolescents. Higher than 90 percent of the sample concerned that harms of smoking included lung cancer, oral cavity, chronic obstructive pulmonary disease, and premature aging. However, many have not yet known many health conditions resulted from smoking such as impotence in male, cerebrovascular disease, heart disease, gangrene, and miscarriage.

Building an adequate and effective adolescent immunization to stay away from smoking requires continuous policies and earnest policy enforcement. Such policies to tackle smoking among adolescent have been existed. However, the capacity to enforce in practices has been varied for each policy which has resulted in the various outcomes responded from the relevant parties.

The good success of campaigns and policy enactments to tackle smoking obviously showed on the home smoking restriction campaign and health warnings on cigarette package policy. The proportion of home smoking restriction has apparently increased in Wave 2, Wave 3, and Wave 4 comparing to those found in Wave 1. Similar to the smoking restriction campaign, health warnings on cigarette package policy have successively profound the health

concerns on smoking for both smokers and non-smokers. The proportion of adolescents who often notice health warnings on cigarette packages have consistently increased. Moreover, more adolescents highly concerned on health impact from smoking after the change of health warnings on cigarette packages from only messages to be pictures with messages.

Policies have gradually been put in place to curb the negative effect of tobacco advertisements. While the government attempts have gained a lot of momentum so far, one can nevertheless foresee some limitations to its implementation in preventing adolescent from tobacco marketing strategies. Tobacco companies have been quite success on building brand loyalty among adolescents. Two third of adolescents who smoked had usual brand of cigarettes. Despite the recognized bans on both direct and indirect tobacco advertisements, there was a dearth of capability to enforce in practice. More than one third of adolescent have seen tobacco advertisement. The usual sources of tobacco advertisement were shop and grocery. Proportion of adolescent who have seen smoking actors and actresses on televisions and in the theaters have consistently increased. About half of adolescents have seen tobacco products on the shelves or on sales counters. It is noted that images of tobacco products on the shelves or on sales counters that have been seen were not limited to only smokers but also adolescents who are non-smokers as well.

Crucial to the elimination of adolescent tobacco access and the preventing the initiation of tobacco use are the tobacco sale control policies. The sale prohibition to youth under 18 was undertaken but its fragmented enforcements in practice have existed. Many adolescents under 18 had experiences in tobacco purchasing. More than half of adolescents under 18 have ever bought tobacco within the last 30 days prior to the survey. On the other hand, the proportion of

adolescents under 18 who have been rejected to sell tobacco due to their age have been consistently decline over time.

Taking into account government challenges on how to deal with health impact from smoking, “Stop smoking, stop harming people in public place” campaign has aimed at protecting the non-smoker’s health in public. The campaign found itself well-equipped to pose the concern on smoking issues. Almost all adolescents have noticed the campaign which leded new social and health concerns related to smoking among their family members and peers. Among adolescent smokers, many agreed that the campaign could reduce their likelihood to smoke in the future.

Critical issues to be discussed at the future policy planning could include earnest policy enforcements and more comprehensive campaigns to eliminate adolescent smoking and protect non-smokers. For adolescent protection from being targeted of tobacco business, effective measures and campaigns have to be set in motion, which at minimum consists of proactive enforcement planning and awareness-raising tactics. More establishments of campaigns to prohibit smoking at home and schools with the extending plans to cover other public areas should be integrated in the future policies. Existing measures to regulate selling and advertising has not yet resulted in the effective curbing the negative outcomes from tobacco market strategies. Proactive enforcements on the existing bans of tobacco advertising and selling to those under 18 should be instructed. While the current health warning efforts clearly showed the satisfied outcome, they should be instructive to the future planning. Enlarging the health warning size on the pack the cigarette with more verities of pictures and messages could further raise awareness of adolescent on social and health impacts from smoking.

สารบัญ

	หน้า
Foreword	ก
คำนำ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
บทคัดย่อ	ช
Executive Summary	ฅ
สารบัญ	ฅ
สารบัญตาราง	ด
ส่วนที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	7
ส่วนที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	9
2.1 อุตสาหกรรมยาสูบกับวัยรุ่นในประเทศไทย	9
2.2 นโยบาย การดำเนินงาน และการติดตามผลการควบคุมการ บริโภคยาสูบในประเทศไทย	12
2.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของวัยรุ่น	21
2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น	26
2.5 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่	33
ส่วนที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	37
3.1 นิยามศัพท์	37
3.2 ประชากร/ครัวเรือนที่ศึกษา	38
3.3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	38
3.4 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล	44
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
3.6 การอบรมพนักงานสัมภาษณ์	47
3.7 การควบคุมคุณภาพข้อมูล	47
3.8 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย	48

	หน้า
ส่วนที่ 4 ผลการวิจัย	51
4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจรอบที่ 4	51
4.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในการสำรวจรอบที่ 4	54
4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในการสำรวจรอบที่ 4	57
4.4 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจรอบที่ 1 รอบที่ 2 รอบที่ 3 และรอบที่ 4	69
4.5 เปรียบเทียบปัจจัยที่ใช้ในการทำนายการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในการสำรวจรอบที่ 1 ถึงรอบที่ 4	72
4.6 เปรียบเทียบผลกระทบของนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบจากการสำรวจรอบที่ 1 รอบที่ 2 รอบที่ 3 และรอบที่ 4	76
ส่วนที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	81
5.1 สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผล	82
5.2 ข้อเสนอแนะ	92
บรรณานุกรม	97
ภาคผนวก	
ก ตาราง	109
ข แบบสำรวจครัวเรือนกลุ่มตัวอย่างเก่า	173
ค แบบสำรวจครัวเรือนกลุ่มตัวอย่างใหม่ และตารางคิชกริด	175
ง แบบสอบถาม	177
จ รายชื่อผู้ควบคุมงานสนามและพนักงานสัมภาษณ์	195
ช ภาพการปฏิบัติงานภาคสนาม และการควบคุมงานสนาม	197

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	จำนวนหมู่บ้านหรือเขตแฉงนั้บ ของพื้นที่ตัวอย่างจำแนกตามเขตเมือง เขตชนบทและภาค	40
3.2	สรุปจำนวนหมู่บ้านที่ตัดออกและเก็บเพิ่มในการสำรวจรอบที่ 4	42
3.3	จำนวนหมู่บ้าน / เขตแฉงนั้บ ในการสำรวจรอบที่ 1 รอบที่ 2 รอบที่ 3 และรอบที่ 4 จำแนกตามภาคและจังหวัด	42
3.4	จำนวนตัวอย่างในการสำรวจรอบที่ 1 รอบที่ 2 รอบที่ 3 และรอบที่ 4 จำแนกตามภาคและจังหวัด	43
4.1ก	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และอายุ	109
4.1a	Percentage of sample by gender and age	
4.1ข	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา	110
4.1b	Percentage of sample by educational level	
4.1ค	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ	111
4.1c	Percentage of sample by occupation	
4.1ง	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส และเขตที่อยู่ อาศัย	112
4.1d	Percentage of sample by marital status and residential area	
4.1จ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน	113
4.1e	Percentage of sample by number of household member	
4.1ฉ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนผู้สูบบุหรี่ในครัวเรือน และสถานภาพการสูบบุหรี่	114
4.1f	Percentage of sample by number of smoker in household and smoking status	
4.2ก	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และสถานภาพการสูบบุหรี่	115
4.2a	Percentage of sample by sex, and smoking status	

ด

ตาราง		หน้า
4.2ข	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุเมื่อสูบบุหรี่หมดมวนครั้งแรก	116
4.2b	Percentage of sample by age at first smoked a whole cigarette	
4.2ค	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ จำแนกตามความบ่อยในการสูบบุหรี่และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	117
4.2c	Percentage of smoking sample by frequency of smoking and number of cigarette smoked per day	
4.2ง	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ จำแนกตามการสูบบุหรี่เมื่ออยู่กับพ่อแม่ และประเภทบุหรี่ที่สูบประจำ	118
4.2d	Percentage of smoking sample by smoking in the presence of parents and brand of cigarette	
4.2จ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ จำแนกตามแหล่งที่มาของบุหรี่ ประสบการณ์ในการซื้อบุหรี่ และดื่มเหล้าหรือเบียร์	119
4.2e	Percentage of smoking sample by source of cigarette, cigarette purchasing experience and alcohol consumption	
4.2ฉ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ จำแนกตาม ความรู้สึกอยากสูบบุหรี่เป็นครั้งแรกเมื่อตื่นนอนตอนเช้า	120
4.2f	Percentage of smoking sample by feel like having a cigarette first thing in the morning	
4.3.1ก	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ และสถานภาพการสูบบุหรี่	121
4.3.1a	Percentage of sample by age and smoking status	
4.3.1ข	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา และสถานภาพการสูบบุหรี่	122
4.3.1b	Percentage of sample by educational level and smoking status	
4.3.1ค	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ และสถานภาพการสูบบุหรี่	124
4.3.1c	Percentage of sample by occupation and smoking status	

ตาราง	หน้า
4.3.1ง ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย และสถานภาพการสูบบุหรี่	125
4.3.1d Percentage of sample by marital status, residential area and smoking status	
4.3.1จ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ภูมิภาค และสถานภาพการสูบบุหรี่	126
4.3.1e Percentage of sample by gender, region and smoking status	
4.3.1ฉ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน และสถานภาพการสูบบุหรี่	128
4.3.1f Percentage of sample by number of household member and smoking status	
4.3.1ช ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนผู้สูบบุหรี่ในครัวเรือน และสถานภาพการสูบบุหรี่	129
4.3.1g Percentage of sample by number of smoker in household and smoking status	
4.3.2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีพี่ชายหรือพี่สาวสูบบุหรี่ และสถานภาพการสูบบุหรี่	130
4.3.2 Percentage of sample by having older brothers or sisters smoke and smoking status	
4.3.3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ และสถานภาพการสูบบุหรี่	131
4.3.3 Percentage of sample by number of close friends smoking and smoking status	
4.3.4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ในการดื่มเหล้า/เบียร์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และสถานภาพการสูบบุหรี่	132
4.3.4 Percentage of sample by alcohol/beer consuming frequency the past month and smoking status	

ท

ตาราง	หน้า
4.3.5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการนำคำสอนทางศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวัน และสถานภาพการสูบบุหรี่	133
4.3.5 Percentage of sample by applying religious beliefs in daily life and smoking status	
4.3.6ก ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้สึกเศร้า ความเห็นต่อการกระทำของตนเอง และสถานภาพการสูบบุหรี่	134
4.3.6a Percentage of sample by feeling of sadness, opinion on self behavior and smoking status	
4.3.6ข ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้สึกต่อตนเอง ความรู้สึกโดดเดี่ยว และสถานภาพการสูบบุหรี่	135
4.3.6b Percentage of sample by feeling about oneself, feeling alone and smoking status	
4.3.7ก ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นด้วยกับประเด็นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานภาพการสูบบุหรี่	136
4.3.7a Percentage of sample who agree with statements about smoking by smoking status	
4.3.7ข ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และสถานภาพการสูบบุหรี่	137
4.3.7b Percentage of sample by attitude towards smoking and smoking status	
4.3.8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นต่อบริษัทที่ผลิตยาสูบ และสถานภาพการสูบบุหรี่	138
4.3.8 Percentage of sample by opinion on tobacco companies and smoking status	
4.3.9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เรื่องผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และสถานภาพการสูบบุหรี่	139
4.3.9 Percentage of sample by knowledge on health effect of smoking and smoking status	

ตาราง	หน้า
4.3.10 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยเห็นโฆษณา/ส่งเสริมการขายบุหรี่ จำแนกตามแหล่งโฆษณา / ส่งเสริมการขาย และสถานภาพการสูบบุหรี่	140
4.3.10 Percentage of sample who ever seen advertisement/promotion of cigarette by source of advertisement/promotion of cigarette and smoking status	
4.3.11 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยเห็นโฆษณา/ข่าวสารเกี่ยวกับอันตราย จากการสูบบุหรี่ จำแนกตามแหล่งโฆษณา และสถานภาพการสูบบุหรี่	141
4.3.11 Percentage of sample who ever seen advertisement/information about dangers of smoking by source of advertisement and smoking status	
4.3.12ก ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ในการเห็นฉลากคำเตือน บนซองบุหรี่ และสถานภาพการสูบบุหรี่	142
4.3.12a Percentage of sample by frequency of noticing warning label on cigarette package and smoking status	
4.3.12ข ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดถึงอันตรายจากการ สูบบุหรี่ต่อสุขภาพของฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ และสถานภาพการ สูบบุหรี่	143
4.3.12b Percentage of sample by thinking about the health risk of smoking due to the health warning label on the cigarette pack and smoking status	
4.3.12ค ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นต่อความ น่าเชื่อถือของฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ และสถานภาพ การสูบบุหรี่	144
4.3.12c Percentage of sample by opinion on reliability of warning label on cigarette pack and smoking status	

น

ตาราง	หน้า
4.3.12ง ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลของฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ที่ทำให้คนในวัยเดียวกันไม่คิดที่จะสูบบุหรี่ และสถานภาพการสูบบุหรี่	145
4.3.12d Percentage of sample by effect of warning label in discouraging people your age from smoking and smoking status	
4.3.13ก ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การเคยเห็นหรือได้ยินเกี่ยวกับการรณรงค์ “หยุดทำร้ายผู้อื่นหยุดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ” และสถานภาพสูบบุหรี่	146
4.3.13a Percentage of sample by ever seen or heard anything about the “Stop harming people, stop smoking in public place” and smoking status	
4.3.13ข ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ผลของการรณรงค์ “หยุดทำร้ายผู้อื่น หยุดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ” ที่นำไปสู่การพูดคุยระหว่างสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับการสูบบุหรี่และสุขภาพ และสถานภาพสูบบุหรี่	147
4.3.13b Percentage of sample by result of the “stop harming people, stop smoking in public place” campagin led to discussion amongst your family about smoking and health and smoking status	
4.3.13ค ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ผลของการรณรงค์ “หยุดทำร้ายผู้อื่น หยุดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ” ที่นำไปสู่การพูดคุยระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อน เกี่ยวกับการสูบบุหรี่และสุขภาพ และสถานภาพสูบบุหรี่	148
4.3.13c Percentage of sample by result of the “stop harming people, stop smoking in public place” campagin led to discussion amongst your friend about smoking and health and smoking status	

		บ
ตาราง		หน้า
4.3.13ง	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ความเกี่ยวข้องกับการรณรงค์ “หยุดทำร้ายผู้อื่น หยุดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ” ของคุณ และ สถานภาพสูบบุหรี่	149
4.3.13d	Percentage of sample by relevance with the “stop harming people, stop smoking in public place” campaign of you and smoking status	
4.3.13จ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การรณรงค์ “หยุดทำร้ายผู้อื่น หยุดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ” ทำให้การสูบบุหรี่ ดึงดูดน้อยลง และ สถานภาพสูบบุหรี่	150
4.3.13e	Percentage of sample by the stop smoking, “stop harming people, stop smoking in public place” campaign make smoking seem less cool and smoking status	
4.3.13ฉ	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การรณรงค์ “หยุดทำร้ายผู้อื่น หยุดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ” มีผลให้วัยรุ่นที่คุณรู้จัก เลิกสูบบุหรี่หรือ พยายามเลิกสูบบุหรี่ และสถานภาพสูบบุหรี่	151
4.3.13ฟ	Percentage of sample by the “stop harming people, stop smoking in public place” campaign effect to youth quit smoking and trying quit smoking and smoking status	
4.3.13ช	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การรณรงค์ “หยุดทำร้ายผู้อื่น หยุดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ” มีผลต่อการสูบบุหรี่ในอนาคตของคุณ และสถานภาพสูบบุหรี่	152
4.3.13g	Percentage of sample by the stop harming people, “stop smoking in public place” campaign effect to smoking in your future and smoking status	
4.4ก	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ และอายุ	153
4.4a	Percentage of sample by gender and age	

ป

ตาราง	หน้า
4.4ข ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพการศึกษา	154
4.4b Percentage of sample by educational status	
4.4ค ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา	155
4.4c Percentage of sample by educational level	
4.4ง ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัย	156
4.4d Percentage of sample by marital status and residential area	
4.4จ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนสมาชิกในครัวเรือน	157
4.4e Percentage of sample by number of household member	
4.1ฉ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนผู้สูบบุหรี่ในครัวเรือน และสถานภาพการสูบบุหรี่	158
4.1f Percentage of sample by number of smoker in household and smoking status	
4.5 ปัจจัยเสี่ยงของการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจรอบที่ 1 รอบที่ 2 รอบที่ 3 และรอบที่ 4	159
4.5 Risk factors of youth smoking in wave 1, wave 2, wave 3, and wave 4 surveys	
4.6.1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอัตราความชุกของการสูบบุหรี่เพศ และรอบการสำรวจ	161
4.6.1 Percentage of sample by smoking prevalence rate, gender and survey round	
4.6.2ก ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ซื้อบุหรี่ รอบการสำรวจ และสถานภาพการสูบบุหรี่	162
4.6.2a Percentage of sample by experience of buying cigarettes, survey round and smoking status	

ตาราง	หน้า
4.6.2ข ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประสบการณ์ถูกปฏิเสธการขาย บุหรี่เพราะอายุต่ำกว่า 18 ปี รอบการสำรวจ และสถานภาพการสูบบุหรี่	163
4.6.2b Percentage of sample by experience of being refused to sell cigarette because of age lower than 18 years survey round and smoking status	
4.6.3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเคยเห็นการวางโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย รอบการสำรวจ และสถานภาพการสูบบุหรี่	164
4.6.3 Percentage of sample by ever seen tobacco products displayed at point of sale, survey round and smoking status	
4.6.4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ในบ้าน รอบการสำรวจ และสถานภาพการสูบบุหรี่	165
4.6.4 Percentage of sample by home smoking restriction, survey round and smoking status	
4.6.5ก ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ของการเห็นฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ รอบการสำรวจ และสถานภาพการสูบบุหรี่	166
4.6.5a Percentage of sample by frequency of seeing warning label on cigarette pack, survey round and smoking status	
4.6.5ข ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลของฉลากคำเตือนทำให้คิดถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ รอบการสำรวจ และสถานภาพการสูบบุหรี่	167
4.6.5b Percentage of sample by effect of warning label on thinking about danger of smoking, survey round and smoking status	

ตาราง	หน้า
4.6.5ค ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลของฉลากคำเตือนที่ทำให้คน ในวัยเดียวกันไม่คิดที่จะสูบบุหรี่ รอบการสำรวจ และสถานภาพการ สูบบุหรี่	168
4.6.5c Percentage of sample by effect of warning label on discourage people your age from smoking, survey round and smoking status	
4.6.6ก. ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ในการเห็นโฆษณา/ ส่งเสริมการขายบุหรี่ รอบการสำรวจ และสถานภาพการสูบบุหรี่	169
4.6.6a. Percentage of sample by frequence of noticing advertisement of cigarette, survey round and smoking status	
4.6.6ข ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งที่เคยเห็นโฆษณาบุหรี่ รอบการสำรวจ และสถานภาพการสูบบุหรี่	170
4.6.6b Percentage of sample by source of ever seen cigarette advertisement, survey round and smoking status	
4.6.6ค ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเคยเห็นนักแสดง/ดาราสูบบุหรี่ เวลาที่ดูโทรทัศน์ วิดีโอ หรือภาพยนตร์ รอบการสำรวจและ สถานภาพการสูบบุหรี่	171
4.6.6c Percentage of sample by ever seen images of actors smoking when you watch TV, VDO or cinema, survey round and smoking status	

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่ นับได้ว่าเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง เพราะในบุหรี่มีสารพิษหลายชนิดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ หรือไนโตรเจนออกไซด์ เป็นต้น สารพิษเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับอันตรายต่อสุขภาพจนถึงแก่ชีวิตได้ อีกทั้งภายในใบยาสูบมีสารเคมีที่เป็นสารก่อมะเร็ง ทุกครั้งที่สูดควันบุหรี่เข้าปอดสารเคมีเหล่านี้จะสัมผัสกับเซลล์ภายในผ่านปอด ทำให้เซลล์เกิดการกลายพันธุ์และเซลล์เหล่านี้จะกลายเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ มะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง เป็นต้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อโรคต่างๆ คาร์บอนมอนอกไซด์จากบุหรี่จะเข้าไปแทนที่ออกซิเจนในกระแสเลือด ทำให้เลือดมีออกซิเจนน้อย อีกทั้งการสูบบุหรี่ยังทำให้เป็นโรคไตอย่างรุนแรง เป็นหวัดบ่อย เป็นไข้ เจ็บหน้าอก มีเสมหะ และไอแห้ง บุหรี่ยังมีผลเสียในระยะสั้น กล่าวคือทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้นมากเมื่อเทียบกับคนปกติ ส่วนในระยะยาวนั้นการสูบบุหรี่ให้โทษกับระบบต่างๆ ของร่างกาย (ลดความเสี่ยงต่อกระดูก และคณะ 2548)

ข้อมูลจากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี ค.ศ. 2010 มีผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุเนื่องจากการสูบบุหรี่ประมาณ 4 ล้านคน และคาดว่าอีก 20 ปี ข้างหน้าทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นปีละ 10 ล้านคน โดยร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตจะเป็นประชากรจากประเทศกำลังพัฒนา และองค์การอนามัยโลกยังทำนายว่า อัตราตายจากการสูบบุหรี่ในศตวรรษที่ 21 จะสูงกว่า อัตราตายจากการสูบบุหรี่ในศตวรรษที่ 20 ประมาณ 10 เท่า (WHO, 2010)

ในปัจจุบันการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก กำลังได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากอุบัติการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนมีจำนวนสูงถึง 250 ล้านคน และเยาวชนเหล่านี้จะเสียชีวิตเนื่องจากการสูบบุหรี่ต่อเนื่อง ในอนาคตประมาณร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตเหล่านี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2006) และมีเยาวชนจำนวน 80,000 – 100,000 คนต่อวัน กลายเป็นนักสูบบุหรี่รุ่นใหม่ (Joy de Beyer, 2005) ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ระหว่างปี ค.ศ. 2000 – 2008 นักเรียนที่กำลังศึกษาในเกรด 6 – 8 มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง จากร้อยละ 21.6 ในปีค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 14.6 ในปีค.ศ. 2008 และนักเรียนที่กำลังศึกษาในเกรด 9 – 12 มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง จากร้อยละ 6.7 ในปีค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 6.0 ในปีค.ศ. 2008 (California Department of Public Health, 2009) ในประเทศแคนาดา พบว่า ในปี ค.ศ. 2009 ผู้สูบบุหรี่ที่อายุ 15 – 19 ปี ประมาณ ร้อยละ 58 สูบบุหรี่ทุกวัน ซึ่งโดยเฉลี่ยสูบ 11.4 มวนต่อวัน และยังพบว่า วัยรุ่นชายสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 14.9 และร้อยละ 10.9 ตามลำดับ) และอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 14.8 ในปีค.ศ. 2008 เป็นร้อยละ 13.0 ในปี ค.ศ. 2009 (Reid & Hammond, 2011)

สำหรับกลุ่มประเทศเอเชีย ประเทศอินเดียเป็นประเทศที่มีการบริโภคยาสูบอันดับสามของโลก โดยพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายสูงกว่าวัยรุ่นหญิงมาก (ร้อยละ 29.9 และร้อยละ 5.6 ตามลำดับ) และวัยรุ่นร้อยละ 40 เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี (JS Thakur, SR Lenka, S Bhardwaj & R Kumar. 2010) สำหรับประเทศมองโกเลีย มีอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ร้อยละ 9.2 โดยวัยรุ่นชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นหญิงมาก (ร้อยละ 15.4 และร้อยละ 4.4 ตามลำดับ) (Rudatsikira, E., Dongog, J., Siziya, S., & Muula, A.S. 2008) การสำรวจในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชน (อายุ 15 – 24 ปี) เพศชายสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 50 และร้อยละ 7.6 ตามลำดับ) และอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนหญิงมีอัตราเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรหญิงกลุ่มอื่นๆ ซึ่งทำให้เห็นว่าในอนาคตเยาวชนหญิงสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น (Dewi F.S.T. & Supriyati 2009)

สำหรับในประเทศไทย พบว่า เด็กไทยอายุต่ำกว่า 18 ปี เสพติดบุหรี่เกือบ 5 แสนคน และเยาวชนอายุต่ำกว่า 24 ปี เสพติดบุหรืกว่า 1.5 ล้านคน ซึ่งในแต่ละปีมีเยาวชนที่เป็นนักเสพบุหรืหน้าใหม่ และกลายเป็นผู้เสพประจำ 2 – 3 แสนคน ทดแทนผู้ใหญ่ที่เสียชีวิตเนื่องจากการสูบบุหรื ทำให้จำนวนผู้สูบบุหรืในประเทศไทยคงที่ และพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 – 2547 อายุเฉลี่ยของผู้ที่เริ่มสูบบุหรืเท่ากันทั้งชายและหญิงคือ 18 ปี เยาวชนไทยสูบบุหรืเฉลี่ย วันละ 8.3 มวน คิดเป็นเงินประมาณวันละ 20 บาท นอกจากนี้ยังพบว่าบุหรืเป็นสิ่งเสพติดชนิดแรกของวัยรุ่นและเป็นสื่อนำไปสู่การติดยาเสพติดชนิดอื่นที่ร้ายแรงกว่า (ประภิต วาทีสาธกกิจ 2547) และในปี พ.ศ. 2550 มีเยาวชนสูบบุหรืถึง 1.6 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2549 ประมาณ 1 แสนคน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2551) และการศึกษาของ ทวิมา ศิริวิรัมย์ และคณะ (2553) พบว่า วัยรุ่นชายสูบบุหรืร้อยละ 32.1 ขณะที่วัยรุ่นหญิงสูบบุหรืเพียงร้อยละ 2.7 เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 – พ.ศ. 2551 พบว่า อัตราการสูบบุหรืของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ และยังพบว่าวัยรุ่นที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นมีแนวโน้มจะสูบบุหรืมากขึ้น

การป้องกันและแก้ปัญหาวัยรุ่นสูบบุหรืนั้นเป็นเรื่องที่บุคคลหลายฝ่ายหลายหน่วยงานต้องช่วยเหลือกัน ไม่ใช่เป็นเรื่องของแต่ละบุคคลอีกต่อไป ถึงแม้การสูบบุหรืจะเป็นสิทธิส่วนบุคคลก็ตาม แต่โทษของการสูบบุหรืก็สร้างความเดือนร้อนให้แก่ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดตลอดจนสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม สำหรับสถานการณ์และปัญหาการสูบบุหรืของวัยรุ่นมีแนวโน้มที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ภายใต้กระแสสังคมบริโภคนิยม และการสร้างค่านิยมใหม่ กลยุทธ์ของบริษัทบุหรืที่ทำการผลิตและการตลาดมุ่งทำให้เยาวชนและวัยรุ่นต้องการลองมากขึ้น หรือเข้าใจว่ามีอันตรายลดลง เช่น การผลิตบุหรืรสผลไม้ บุหรืรสอ่อน (Light) หรือน้ำมันทาร์ต่ำ (Low Tar) เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบระยะยาว ต่อเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมไทยต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมด้วยมาตรการที่มีประสิทธิภาพ ระบบเฝ้าระวังในด้านข้อมูลข่าวสาร มาตรการเชิงนโยบาย และกฎหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการป้องกันและควบคุมยาสูบของวัยรุ่น การเข้าใจสถานการณ์อย่างเท่าทันนำไปสู่การพัฒนาระบบ

ป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (นงนิต เจริญงามเสมอ 2552)

ในการประชุมสมัชชาใหญ่องค์การอนามัยโลก ปีค.ศ. 1997 ประเทศสมาชิก 191 ประเทศ ได้เรียกร้องให้มีการดำเนินการจัดทำกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control : FCTC) ซึ่งเป็นข้อตกลงของแต่ละประเทศ ที่จะดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบของประเทศนั้น ๆ กรอบอนุสัญญาฯ นี้เป็นความร่วมมือระหว่างนานาชาติฉบับแรก โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ การมุ่งเน้นและให้ความสำคัญต่อสุขภาพมากกว่าผลประโยชน์ทางธุรกิจและการค้า ทั้งนี้กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบมีสาระสำคัญ คือ **การลดอุปสงค์ (Demand) ของยาสูบ** ได้แก่ การให้การศึกษา การสร้างความตระหนักเรื่องภัยบุหรี่ การเพิ่มราคาและภาษียาสูบ การห้ามโฆษณาส่งเสริมหรือสนับสนุนการขายบุหรี่ การติดฉลากคำเตือน การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบ และ**การลดอุปทาน (Supply)** ได้แก่ การสนับสนุนการปลูกพืชทดแทนยาสูบ มาตรการการจัดการบุหรี่เถื่อน/บุหรี่ลักลอบ/บุหรี่ปลอม เป็นต้น ประเทศไทยเป็น 1 ใน 40 ประเทศที่ได้ลงนามในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548

โครงการสำรวจผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ

(International Tobacco Control Policy Survey : ITC) เป็นโครงการสำรวจเพื่อติดตามผลการดำเนินตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) ซึ่งปัจจุบันมีการสำรวจใน 20 ประเทศทั่วโลก ครอบคลุม ร้อยละ 50 ของประชากรโลก และร้อยละ 60 ของผู้สูบบุหรี่ทั่วโลก มีประเทศที่เข้าร่วมโครงการประกอบด้วย สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย อังกฤษ ไอร์แลนด์ เยอรมัน ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ เม็กซิโก อุรุกวัย บังคลาเทศ จีน เกาหลีใต้ มาเลเซีย ไทย บราซิล อินเดีย ชูदान และสาธารณรัฐมอริเชียส

โครงการสำรวจผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

(International Tobacco Control Policy Survey - Southeast Asia : ITC - SEA (Thailand)) เป็นโครงการศึกษาผลกระทบในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อ

ติดตามความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเรื่องความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมทั้งผลกระทบของนโยบายการควบคุมการสูบบุหรี่ที่นำมาใช้ในช่วงระยะเวลาที่ทำการสำรวจ โดยทำการสำรวจทุก 1 ปี ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ปี และได้ขยายระยะเวลาของโครงการฯ ต่อไปอีก 5 ปี เริ่มดำเนินการสำรวจรอบที่ 1 ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2548 และจะเสร็จสิ้นโครงการในปี พ.ศ. 2558 พื้นที่ทำการสำรวจครอบคลุม กรุงเทพมหานคร และ 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ โดยสุ่มเลือก 2 จังหวัดในแต่ละภาค และแต่ละจังหวัดครอบคลุมทั้งเขตเมือง และเขตชนบท

วัตถุประสงค์หลักของการสำรวจรอบที่ 1 (2548) รอบที่ 2 (2549) และรอบที่ 3 (2551) เป็นการสำรวจอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความคิดเห็นที่มีต่อบริษัทผลิตยาสูบ ความรู้เรื่องผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ การโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี่ การรับรู้การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ ความรู้เรื่องผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการรณรงค์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่

สำหรับประเด็นที่ศึกษาเพิ่มเติมในแต่ละรอบของการสำรวจ มีดังนี้

การสำรวจรอบที่ 2 มุ่งเน้นในการติดตามประเด็นที่น่าสนใจเพิ่มเติม คือผลกระทบจากนโยบายที่เปลี่ยนแปลงในระหว่างการสำรวจรอบที่ 1 และรอบที่ 2 คือการใช้ฉลากคำเตือนแบบใหม่ที่เป็นชนิดรูปภาพประกอบข้อความทดแทนแบบเดิมที่เป็นชนิดข้อความเพียงอย่างเดียว การห้ามวางโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย และการจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่

การสำรวจรอบที่ 3 ได้มีการสำรวจเพิ่มเติมในประเด็นความคิดเห็นต่อการบังคับใช้กฎหมายห้ามการสูบบุหรี่ในผับบาร์ เนื่องจากภายหลังจากการสำรวจรอบที่ 2 รัฐบาลได้มีการออกกฎหมายเพิ่มเติม และในการสำรวจรอบนี้ได้เน้นการเปรียบเทียบผลการสำรวจทั้ง 3 รอบ ในประเด็นของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ และผลกระทบของ

นโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบที่เปลี่ยนแปลงในระหว่างการสำรวจรอบที่ 1 รอบที่ 2 และรอบที่ 3 คือ งดสูบบุหรี่ การห้ามวางโซวี่บุหรี่ ณ จุดขาย การจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ และการห้ามโฆษณา/ส่งเสริมการขายบุหรี่

สำหรับการสำรวจรอบที่ 4 เป็นการสำรวจอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ความคิดเห็นที่มีต่อบริษัทผลิตยาสูบ ความรู้เรื่องผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ การโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี่ การรับรู้เกี่ยวกับการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ การติดตามความคิดเห็นต่องดสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ โดยในการสำรวจเพิ่มเติมครั้งนี้ประเด็นที่น่าสนใจ คือ ผลของการรณรงค์ที่เกี่ยวกับการลดควันบุหรี่มือสอง ที่มีข้อความในการรณรงค์ว่า “หยุดทำร้ายผู้อื่น หยุดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ” รวมทั้งผลกระทบของนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบที่เปลี่ยนแปลงในระหว่างการสำรวจรอบที่ 1 รอบที่ 2 รอบที่ 3 และรอบที่ 4 คือ งดสูบบุหรี่ การห้ามวางโซวี่บุหรี่ ณ จุดขาย การจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ในบ้าน การห้ามโฆษณา/ส่งเสริมการขายบุหรี่ และการห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อติดตามผลกระทบของนโยบายและมาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ดำเนินการในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2548 – 2558

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อติดตามอัตราความชุกและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย
2. เพื่อติดตามความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย
3. เพื่อติดตามการรับรู้ของวัยรุ่นไทยเกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยระหว่างการสำรวจรอบที่ 1 รอบที่ 2 รอบที่ 3 และรอบที่ 4
5. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยระหว่างการสำรวจในรอบที่ 1 รอบที่ 2 รอบที่ 3 และรอบที่ 4
6. เพื่อประเมินผลกระทบของนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบต่อวัยรุ่นไทย โดยเปรียบเทียบผลการสำรวจในรอบที่ 1 รอบที่ 2 รอบที่ 3 และรอบที่ 4

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

โครงการสำรวจผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ดำเนินการสำรวจคู่ขนานในประชากร 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ และกลุ่มวัยรุ่น (ทั้งที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่) รายงานวิจัยฉบับนี้ นำเสนอเฉพาะผลการสำรวจในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 13 – 22 ปี) สำหรับผลการสำรวจของกลุ่มผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ ได้นำเสนอแยกในรายงานวิจัยอีกฉบับหนึ่ง (รายงานการสำรวจระดับประเทศ เรื่องผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มผู้สูบบุหรี่ รอบที่ 4 (พ.ศ.2552)

พื้นที่ทำการสำรวจครอบคลุม กรุงเทพมหานคร และ 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ (เชียงใหม่ แพร่) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (หนองคาย นครราชสีมา) ภาคกลาง (นครปฐม สมุทรสาคร) และภาคใต้ (นครศรีธรรมราช สงขลา) รวม 9 จังหวัด

บททวนวรรณกรรม

2.1 อุตสาหกรรมยาสูบกับวัยรุ่นในประเทศไทย

อุตสาหกรรมยาสูบเป็นธุรกิจที่บั่นทอนสุขภาพของผู้สูบและผู้สัมผัสควันบุหรี่ กฎหมายห้ามการโฆษณาประชาสัมพันธ์บุหรี่ซึ่งเริ่มบังคับใช้ตั้งแต่ปลายปี 2549 ส่งผลให้ ยอดขายบุหรี่ลดลงประมาณร้อยละ 10 ทำให้อุตสาหกรรมยาสูบต้องหันมาพึ่งกลวิธี "การตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing)" เพื่อใช้เป็นทางออกในการสร้างภาพลักษณ์ และครองใจผู้คนในสังคม โดยจัดในรูปแบบกิจกรรมเพื่อสังคม ได้แก่ โครงการอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อม เช่น โครงการ "เยาวชนพิทักษ์รักษาสายน้ำ" การให้ทุนการศึกษา การสนับสนุน กิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านศิลปะ กิจกรรมเหล่านี้ เป็นกลยุทธ์ในการโฆษณา แบบผสมผสานเพื่อพัฒนายอดขายในประเทศไทย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ 2551)

นอกจากใช้กลยุทธ์ การตลาดเพื่อสังคม เพื่อเพิ่มนักสูบบุหรี่รุ่นใหม่ให้มากขึ้น อุตสาหกรรมยาสูบยังได้พัฒนานวัตกรรมในการผลิตที่หลากหลายรูปแบบ และจำหน่าย ผลิตภัณฑ์ ซึ่งทำการตลาดโดยศึกษากลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างดีเพื่อเพิ่มการบริโภค กลุ่มวัยรุ่นเป็นเป้าหมายสำคัญของอุตสาหกรรมบุหรี่ แม้ว่ายอดขายของบุหรี่จะลดลง แต่ วัยรุ่นมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 40 ของเยาวชน ทั่วโลกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ (Mackay & Ericksen, 2002) ในประเทศ สหรัฐอเมริกาพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่กำลังเรียนเกรด 8 ถึงเกรด 10 เพิ่มขึ้นกว่าครึ่งในช่วงปี ค.ศ. 1991-2000 โดยเฉพาะในปี ค.ศ. 2000 ผลการสำรวจ พบว่า หนึ่งในสี่ของนักเรียนที่จบมัธยมปลายสูบบุหรี่ (Nakajima, 2007) ประเทศไทย เป็นอีกประเทศที่ต้องเผชิญกับอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น โดยในแต่ละปีมี วัยรุ่นไทยเสพติดบุหรี่รายใหม่ และกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำเป็นจำนวน 2 - 3 แสน คน มากกว่าผู้ใหญ่ที่เลิกสูบบุหรี่ซึ่งมีเพียงปีละ 2 แสนคน (หริสร์ ทวีพัฒนา 2552 และ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ม.ป.ป) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) พบว่า เยาวชนอายุ 15 – 24 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.9 ในปี พ.ศ. 2549 เป็น ร้อยละ 12.1 ในปี พ.ศ. 2550

บริษัทผู้ผลิตบุหรี่เน้นการทำการตลาดในกลุ่มคนไม่สูบบุหรี่เพื่อสร้างลูกค้ารายใหม่ โดยมีเป้าหมายคือ วัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง เพราะตลาดส่วนนี้มีโอกาสขยายตัวได้มาก บริษัทผู้ผลิตบุหรี่โน้มน้าวให้ผู้หญิงสนใจบุหรี่ ด้วยการออกแบบผลิตภัณฑ์บุหรี่ให้เหมาะกับผู้หญิงทั้งสี่สัณฐานนอก กลิ่น ทั้งยังจูงใจให้เชื่อว่า การสูบบุหรี่ทำให้รูปร่างผอมเพรียว ดูเป็นผู้หญิงเก่ง ทันสมัย เป็นตัวของตัวเอง เท่ๆ และมีเสน่ห์ทางเพศ โดยสื่อผ่านทางภาพยนตร์หรือนิตยสารต่างๆ ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงที่อยากมีภาพลักษณ์ดังกล่าวหันมาสูบบุหรี่มากขึ้น (สถาพร จิรัตนานนท์ 2552) องค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี ค.ศ. 2000 ผู้หญิงทั่วโลกกว่า 250 ล้านคนสูบบุหรี่ทุกวัน ในจำนวนนี้ร้อยละ 9 ของผู้หญิงในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาสูบบุหรี่เป็นประจำ (Mackay & Ericksen, 2002) ผลจากการสำรวจการสูบบุหรี่ของเด็กหญิงและวัยรุ่นหญิง 7 ใน 10 ประเทศอาเซียน (รวมทั้งประเทศไทย) โดยมูลนิธิเพื่อสังคมปลอดบุหรี่ (SEATCA) ในปี พ.ศ. 2546- 2549 พบว่า ผู้หญิงเกือบทั้งหมดที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่น (Kin, 2009) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าอัตราการสูบบุหรี่ของหญิงไทยจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 เป็นร้อยละ 15 ในอีก 20 ปีข้างหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปิดตลาดบุหรี่เสรี (ธัญญลักษณ์ เหล็กพิมาย 2552)

ช่องทางหนึ่งของการโฆษณาบุหรี่ คือ ผ่านสื่อบันเทิง ถึงแม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ผ่านสื่อ แต่บริษัทบุหรี่เล็งกฎหมายนี้โดยการโฆษณาทางอ้อมผ่านบริษัทภาพยนตร์ในต่างประเทศ เผยแพร่ทางโรงภาพยนตร์ ร้านวิดีโอ สถานีโทรทัศน์ หรือเครือข่ายโทรทัศน์ประเภทเคเบิลซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผล และมีเป้าหมายร่วมกันที่วัยรุ่น (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดลและมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2553.) การวิจัยที่ผ่านมายืนยันว่า การโฆษณาผ่านสื่อบันเทิงโดยเฉพาะ

ภาพยนตร์ มีผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น การศึกษาของมารวิน โกลด์เบอร์ (2542) พบว่า การดูภาพยนตร์ฮอลลีวู้ด ทำให้วัยรุ่นทดลองสูบบุหรี่สูงขึ้น โดยวัยรุ่นไทยที่ดูภาพยนตร์ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมามากกว่า 3 เรื่อง เคยทดลองสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 33.0 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ดูภาพยนตร์ เคยทดลองสูบบุหรี่ร้อยละ 25.0 การดูวิดีโอภาพยนตร์ฮอลลีวู้ดให้ผลในทางเดียวกัน โดยวัยรุ่นที่ดูวิดีโอภาพยนตร์ 4 เรื่องหรือมากกว่า เคยทดลองสูบบุหรี่ร้อยละ 32.0 ในขณะที่กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ดูวิดีโอภาพยนตร์ เคยทดลองสูบบุหรี่ร้อยละ 24.0 เมื่อแยกอิทธิพลของการดูวิดีโอภาพยนตร์ฮอลลีวู้ดที่มีผลต่อการทดลองสูบบุหรี่ของวัยรุ่น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวัยรุ่นอายุน้อย (14 – 15 ปี) และกลุ่มวัยรุ่นอายุมาก (16 - 17 ปี) พบว่า การดูวิดีโอภาพยนตร์ มีผลต่อการทดลองสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยรุ่นอายุน้อยมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นอายุมาก นอกจากบุหรี่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบอื่นๆ เช่น บาราเก้ (ส่วนผสม



ภาพกระบอกสูบบาราเก้

(ภาพจากwww.google.com)

ของใบยาสูบกับกากน้ำตาล สีและกลิ่นสังเคราะห์ สูบโดยใช้กระบอกดูดควันบุหรี่ผ่านน้ำ) ซึ่งกลายเป็นแฟชั่นสำหรับกลุ่มวัยรุ่น โดยมีกลยุทธ์ทางการตลาดที่หลอกล่อผู้หญิงและเด็กให้เสพติดยาสูบ ศรีรัช ลาภใหญ่ (2552) ได้ศึกษาการสูบบาราเก้ พบว่า พฤติกรรมการสูบบาราเก้กระทำควบคู่กับการดื่มแอลกอฮอล์ การเที่ยวกลางคืน และการสูบบุหรี่

นอกจากนี้ ยังมีการโฆษณาที่ทำให้เชื่อว่า บาราเก้เป็นผลไม้ ไม่อันตราย ไม่เสพติด ไม่มีพิษภัย หรือแม้จะมีอันตรายก็น้อยกว่าบุหรี่ เป็นทางเลือกที่ดีกว่าบุหรี่ ปัจจุบันพบว่า บาราเก้ได้ขยายตัวไปยังกลุ่มวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 15 ปี ส่วนกลุ่มเยาวชนในระดับอุดมศึกษาเริ่มลดความนิยมเนื่องจากมองว่า บาราเก้ ไม่ทันสมัยเพราะไปแพร่หลายในกลุ่มเด็กมัธยม

แม้ว่า บริษัทผลิตบุหรี่จะพยายามทุกวิถีทางในการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีเพื่อเพิ่มลูกค้ารายใหม่ แต่วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังมีภูมิคุ้มกันที่ดีต่อบริษัทผลิตบุหรี่ ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อบริษัทผลิตบุหรี่ของโครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ในการสำรวจรอบที่ 3 พบว่า วัยรุ่นมากกว่า ร้อยละ 50 เห็นว่า บริษัทที่ผลิตบุหรี่ไม่ควรได้รับอนุญาตให้ทำการส่งเสริมการขายบุหรี่และควรจำกัด

ให้จัดทำของบุหรี่แบบเรียบๆ โดยวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่เห็นด้วยกับทั้ง 2 ประเด็นดังกล่าว มากกว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ วัยรุ่นร้อยละ 29.2 เห็นว่า บริษัทผลิตบุหรี่บิดเบือนความจริงเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ โดยวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว มากกว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 30.6 และร้อยละ 22.9 ตามลำดับ) และร้อยละ 20.0 ของวัยรุ่นเห็นว่า บริษัทผลิตบุหรี่พยายามทำให้คนรุ่นเดียวกับตนเองหันมาสนใจการสูบบุหรี่ ในส่วนของทัศนคติของวัยรุ่นที่มีต่อบริษัทผลิตบุหรี่ พบว่า วัยรุ่นเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 8.7) ที่มีทัศนคติที่ดีต่อบริษัทที่ผลิตบุหรี่ โดยมองว่า บริษัทที่ผลิตบุหรี่ได้ทำสิ่งที่ดีให้แก่ชุมชน และเมื่อพิจารณาตามสถานภาพการสูบบุหรี่ พบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีความเห็นดังกล่าวในสัดส่วนที่สูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 15.9 และร้อยละ 7.0 ตามลำดับ) (ทวิมา ศิริวิศรี และคณะ 2553)

2.2 นโยบาย การดำเนินงาน และการติดตามผลการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

2.2.1 นโยบายและการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการบริโภคยาสูบเป็นลำดับต้นๆ ของปัญหาสุขภาพ โดยจะเห็นได้จากการกำหนดนโยบายและดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งนี้เพื่อควบคุมการจำหน่ายบุหรี่ไม่ให้เป็นไปอย่างแพร่หลาย อาทิ กฎหมายการห้ามขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การห้ามโฆษณาบุหรี่ การจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่และกำหนดพื้นที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ การขึ้นราคา/ภาษีบุหรี่ กฎหมายภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ และการห้ามโซว้บุหรี่ ณ จุดขาย โครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบได้ติดตามการกำหนดนโยบายต่างๆ จากภาครัฐในแต่ละปี สามารถสรุปนโยบายต่างๆ ที่สัมพันธ์กับรอบการสำรวจของโครงการได้ดังต่อไปนี้

ก. นโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบระยะก่อนการสำรวจรอบที่ 1
(มกราคม 2548)

ก่อนการสำรวจรอบที่ 1 ประเทศไทยกำหนดและบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ดังต่อไปนี้

- 1) พ.ศ. 2517 มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้มีฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ โดยพิมพ์ว่า **“การสูบบุหรี่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ”**
- 2) พ.ศ. 2525 เปลี่ยนฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ เป็น **“การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ”**
- 3) พ.ศ. 2529 มุลินีรียมอบชาวบ้าน ซึ่งปัจจุบันคือ มุลินีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ จัดตั้ง **“โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่”**
- 4) พ.ศ. 2532 รัฐบาลก่อตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เป็นครั้งแรก และประกาศให้มีการพิมพ์ฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ ชนิดที่เป็นข้อความเพียงอย่างเดียว 6 แบบ ได้แก่ สูบแล้วแก่เร็ว ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก สูบแล้วถุงลมพองตาย ควันบุหรี่ฆ่าคนตายได้ และควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ต่อมารัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมข้อความเป็น 10 แบบ ได้แก่ บุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด บุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว บุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมพอง บุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก บุหรี่นำไปสู่สิ่งเสพติดอื่น บุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม บุหรี่ทำให้แก่เร็ว ควันบุหรี่ฆ่าคุณให้ตายได้ ควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด และควันบุหรี่ทำร้ายลูกในครรภ์
- 5) พ.ศ. 2532 ออกพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 6) พ.ศ. 2535 ออกพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงานและที่สาธารณะ

7) พ.ศ. 2537 ปรับมาตรฐานทางภาษี โดยเก็บภาษีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 60 ของราคานูหรี

พ.ศ. 2538	เพิ่มเป็นร้อยละ 62 ของราคานูหรี
พ.ศ. 2539	เพิ่มเป็นร้อยละ 68 ของราคานูหรี
พ.ศ. 2541	เพิ่มเป็นร้อยละ 70 ของราคานูหรี
พ.ศ. 2543	เพิ่มเป็นร้อยละ 71.5 ของราคานูหรี
พ.ศ. 2544	เพิ่มเป็นร้อยละ 75 ของราคานูหรี
พ.ศ. 2549	เพิ่มเป็นร้อยละ 79 ของราคานูหรี
พ.ศ. 2550	เพิ่มเป็นร้อยละ 80 ของราคานูหรี
พ.ศ. 2552	เพิ่มเป็นร้อยละ 85 ของราคานูหรี

(ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ 2550, 2553)

- 8) พ.ศ. 2540 ออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี กำหนดเครื่องหมายแสดงพื้นที่อนุญาตให้สูบบุหรีและเขตห้ามสูบบุหรี และสภาพและลักษณะของเขตสูบบุหรีเพิ่มเติม
- 9) พ.ศ. 2544 ออกพระราชบัญญัติส่งเสริมสุขภาพก่อตั้งสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยกำหนดให้นำเงินร้อยละ 2 ของภาษีนูหรีและสุรามาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน
- 10) พ.ศ. 2545 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรีหรือเขตปลอดนูหรี และมีการขยายสถานที่สาธารณะให้เป็นเขตปลอดนูหรีเพิ่มเติม
- 11) พ.ศ. 2546 แก้ไขกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะให้มีการกำหนดเขตปลอดนูหรีและพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ห้ามร้านค้าทุกประเภทขายนูหรี และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี

ข. นโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างการสำรวจรอบที่ 1 และรอบที่ 2 (มกราคม 2548 - สิงหาคม 2549)

ระหว่างการสำรวจรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ประเทศไทยกำหนดกฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- 1) 25 มีนาคม 2548 กำหนดหลักเกณฑ์แสดงฉลากและข้อความบนซองบุหรี่ โดยเปลี่ยนแปลงฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่จากชนิดข้อความเพียงอย่างเดียว มาเป็นชนิดรูปภาพคำเตือน 4 สี พร้อมข้อความบรรยาย มีทั้งหมด 6 ภาพ และเพิ่มพื้นที่จาก 1 ใน 3 เป็นร้อยละ 50 ของพื้นที่บนซองบุหรี่
- 2) 24 กันยายน 2548 ห้ามร้านขายบุหรี่ปริมาณเกิน 100 กรัม จุดขาย
- 3) 30 ธันวาคม 2548 กำหนดเครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่

ค. นโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างการสำรวจรอบที่ 2 และรอบที่ 3 (สิงหาคม 2549 - มกราคม 2551)

ระหว่างการสำรวจรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ประเทศไทยกำหนดและบังคับใช้กฎหมายการควบคุมการบริโภคยาสูบเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- 1) 1 กันยายน 2549 เพิ่มภาพฉลากคำเตือนพร้อมข้อความบรรยายบนซองบุหรี่ จาก 6 ภาพ เป็น 9 ภาพ และปรับปรุงให้สื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น
- 2) 31 สิงหาคม 2549 ห้ามพิมพ์สรรพคุณบุหรี่ปริมาณเกิน 100 กรัม รสอ่อน รสเบา ในบุหรี่ปริมาณเกิน 100 กรัม และยาเส้น
- 3) 4 กันยายน 2549 กำหนดให้บุหรี่ปริมาณเกิน 100 กรัม พิมพ์ฉลากแสดงชื่อสารพิษและสารก่อมะเร็งที่อยู่ในควันบุหรี่ที่ข้างซองทั้ง 2 ข้าง โดยกำหนดสารพิษ 2 ตัว ได้แก่ คาร์บอนมอนอกไซด์ และไฮโดรเจนไซยาไนด์ และสารก่อมะเร็ง 3 ตัว ได้แก่ นิโคติน ทาร์ และฟอร์มาลดีไฮด์

- 4) 29 ธันวาคม 2549 ประกาศเพิ่มพื้นที่เป็นเขตปลอดบุหรี่โดยได้ประกาศให้สถานที่หลายแห่งเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด เช่น โรงเรียน หรือสถาบันการศึกษาระดับที่ต่ำกว่าอุดมศึกษา ศาสนสถาน หรือสถานที่ประกอบศาสนกิจในนิกาย หรือศาสนาต่าง ๆ เป็นต้น
- 5) 29 พฤศจิกายน 2550 ปรับปรุงชื่อ หรือ ประเภทของสถานที่สาธารณะให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ รวมทั้งกำหนด สภาพ ลักษณะ และมาตรฐานของเขตสูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยกำหนดให้เขตปลอดบุหรี่ต้องมีสภาพและลักษณะดังต่อไปนี้ 1) ต้องแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2) ไม่มีการสูบบุหรี่ และ 3) ไม่มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่

(สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ

กรมควบคุมโรค 2549)

ง. นโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบระหว่างการสำรวจรอบที่ 3 และรอบที่ 4 (มกราคม 2551 – เมษายน 2552)

ระหว่างการสำรวจรอบที่ 3 และรอบที่ 4 ประเทศไทยกำหนดและบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

- 1) 23 มกราคม 2551 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ ดังนี้



เครื่องหมายแสดงเขตสูบบุหรี่

เครื่องหมายเขตสูบบุหรี่ ให้มีลักษณะเป็นวงกลมพื้นสีขาวมีขอบสีฟ้าหนา 1 ใน 10 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ที่มีความยาวรวมกันไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร โดยมีรูปมวนบุหรี่สีเทาและควันสีดำอยู่ตรงกลาง ความกว้างของมวนบุหรี่สีเทาต้องเท่ากับ ความหนาของขอบสีฟ้า และความยาวของมวนบุหรี่สีเทา

ต้องไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง โดยให้มีข้อความ “เขตสูบบุหรี่” หรือข้อความอื่นทำนองเดียวกันด้วยตัวอักษร “อังสนา นิว” (Angsana New) หรือ ตัวอักษรอื่นที่ลักษณะใกล้เคียงกัน เป็นตัวหนาสีแดง มีขนาดไม่น้อยกว่า 50 พอยท์ ประกอบด้วยบริเวณใกล้เคียงกับวงกลมและให้แสดงไว้โดยเปิดเผย และสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ภายในบริเวณสถานที่ที่จัดไว้เป็นเขตสูบบุหรี่



เครื่องหมายแสดงเขตห้ามสูบบุหรี่

เครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ ให้มีลักษณะเหมือนกับเครื่องหมายเขตสูบบุหรี่ คือ วงกลมพื้นสีขาว แต่ให้มีขอบสีแดง และมีเส้นสีแดงพาดทับ โดยความหนาของขอบสีแดง และความยาวของบุหรี่ซิกาแรตต้องไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง และมีข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ

2,000 บาท” หรือข้อความทำนองเดียวกัน การแสดงเครื่องหมายของเขตปลอดบุหรี่ จะต้องจัดแสดงไว้โดยเปิดเผย และสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน หรืออาจจัดแสดงเป็น ป้ายถาวร ป้ายแขวน ป้ายตั้งโต๊ะ หรือ ป้ายสติ๊กเกอร์ ได้ตามความเหมาะสมของสถานที่ สำหรับสถานที่สาธารณะที่กำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด แต่มีข้อยกเว้นสำหรับบริเวณที่จัดเป็นเขตสูบบุหรี่ไว้เป็นการเฉพาะ ผู้ดำเนินการอาจจัดให้มีข้อความ “ยกเว้น บริเวณที่จัดเป็นเขตสูบบุหรี่” หรือข้อความทำนองเดียวกัน ประกอบด้วยข้อความ “ห้ามสูบบุหรี่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับ 2,000 บาท” ก็ได้

2) 27 กุมภาพันธ์ 2551 ได้มีพระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. 2551 เพื่อควบคุมการใช้สื่อโทรทัศน์ในการโฆษณาส่งเสริมการขายบุหรี่ โดยได้กำหนดให้มีการตรวจพิจารณาภาพยนตร์โดยให้คณะกรรมการพิจารณาภาพยนตร์และวีดิทัศน์ กำหนดด้วยว่า ภาพยนตร์ดังกล่าวจัดอยู่ในภาพยนตร์ประเภทใด (พระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ 2551) และใช้การแสดงเครื่องหมายกำกับความเหมาะสมของผู้ชมภาพยนตร์ ในกรณีที่มีความเกี่ยวข้องกับบุหรี่ มีรายละเอียดดังนี้



ของบุหรี่ได้เลย

กลุ่มภาพยนตร์ในระดับทุกวัย หรือ ท ไม่สามารถปรากฏภาพ



กลุ่ม 13+ สามารถปรากฏภาพบุหรี่ได้ในระดับน้อย โดยจะต้อง

พิจารณาจากบริบทของเรื่องที่ไม่สามารถเลี้ยงได้ ปรากฏได้ในจำนวนความถี่น้อยมาก และการปรากฏนั้นต้องนำเสนอให้เห็นผลหรือโทษจากการสูบบุหรี่ที่ชัดเจน โดยต้องไม่เป็นการชี้แนะ ชักจูง หรือสร้างค่านิยม ทักษะคติเชิงบวกในการใช้บุหรี่



กลุ่ม 15+ สามารถปรากฏได้ในระดับปานกลาง โดยจะต้องพิจารณาจากบริบทของเรื่องที่ไม่สามารถเลี้ยงได้ และการปรากฏนั้นควรนำเสนอให้เห็นผลหรือโทษจากการสูบบุหรี่ที่ชัดเจน ไม่เป็นเนื้อหาหลักของเรื่อง ผู้ที่ทำให้ปรากฏอาจเป็นตัวเอกของเรื่องโดยต้องไม่เป็นการชี้แนะ ชักจูง หรือสร้างค่านิยม ทักษะคติเชิงบวกในการใช้บุหรี่



กลุ่ม 18+ และกลุ่ม 20+ สามารถปรากฏได้ในระดับมาก แต่ต้องไม่เป็นการชี้แนะ ชักจูง หรือสร้างค่านิยม ทักษะคติเชิงบวกในการใช้บุหรี่

(พระราชบัญญัติภาพยนตร์และวีดิทัศน์ พ.ศ. 2551 2551)

2.2.2 การติดตามผลของนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

การทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้ นำผลการวิจัยที่ผ่านมาเพื่อแสดงให้เห็นว่านโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยที่ผ่านมา มีการบังคับใช้และส่งผลมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องมีการติดตาม

การห้ามขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

แม้ว่าประเทศไทยบังคับใช้กฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ตั้งแต่ปี 2546 แต่ผลการสำรวจที่ผ่านมาชี้ว่า เด็กอายุต่ำกว่า 18 ส่วนใหญ่ ยังสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้ เช่น การศึกษาของ ลักขณา เตมศิริกุลชัย (2551) พบว่า ร้อยละ 93.6 ของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถซื้อบุหรี่โดยผู้ขายไม่ได้ขอดูบัตรประชาชน และร้อยละ 68.3 ซื้อบุหรี่แบ่งขายเป็นมวน วัยรุ่นส่วนใหญ่ร้อยละ 91.0 ซื้อบุหรี่จากร้านค้าใกล้บ้าน ในขณะที่ผลจากการสำรวจผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ รอบที่ 3 พบว่า วัยรุ่นที่สามารถซื้อบุหรี่ได้โดยไม่ถูกปฏิเสธแม้จะอายุไม่ถึง 18 ปี มีสัดส่วนต่ำกว่าการศึกษาข้างต้น กล่าวคือ วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ร้อยละ 49.1 และวัยรุ่นที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ร้อยละ 58.2

รายงานว่ไม่เคยถูกปฏิเสธ การขายบุหรี่ให้เพราะอายุไม่ถึง 18 ปี (ทวิมา ศิริวิศมี และคณะ 2553)

ฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่

การศึกษาที่ผ่านมาชี้ว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่รับรู้เรื่องฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ และเนื้อหาที่ฉลากคำเตือนต้องการสื่อ การศึกษาของทวิมา ศิริวิศมี และคณะ (2553) พบว่า วัยรุ่นอายุ 13 – 21 ปี ทั้งที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มากกว่าร้อยละ 90 เคยเห็นฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ และวัยรุ่นที่เคยเห็นฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ มากกว่าร้อยละ 90 เห็นว่าฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ทำให้เกิดถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ แต่ยังมีวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.6 ที่เห็นว่าฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ไม่ทำให้เกิดถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ในส่วนของความน่าเชื่อถือของฉลากคำเตือนบนซองบุหรือนั้น พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 78.2 เห็นว่า ฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่มีความน่าเชื่อถือมาก

นอกจากนี้ ผลการศึกษาวัยรุ่นอายุ 13 - 18 ปี ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล ของมณฑล เก่งการพานิช (2551) พบว่า วัยรุ่น ร้อยละ 73.4 เคยเห็นและจำภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ได้ โดยวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 79.9 เคยเห็นและจำภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ได้ สำหรับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ พบว่า วัยรุ่นร้อยละ 77.9 เห็นว่า ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่มีประสิทธิภาพมาก โดยวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.3 เห็นว่า ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่มีประสิทธิภาพมาก รองลงมาคือ วัยรุ่นที่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 74.2) และวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 53.6)

การห้ามโฆษณาบุหรี่

การโฆษณาบุหรี่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น Pierce et al. (1998) ได้ชี้ว่าการโฆษณาส่งผลโดยตรงต่อการค่อยๆ ติดบุหรี่ของเยาวชน และ Biener and Siegel (2000) ระบุว่าปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นเริ่มลองสูบบุหรี่คือ การได้เห็นโฆษณาบุหรี่ ปัจจุบันจึงมีมาตรการที่หลากหลายในประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่ยับยั้งการโฆษณาบุหรี่ในหมู่เยาวชน

และวัยรุ่น ประเทศไทยก็เป็นอีกประเทศหนึ่งได้มีกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่มาเป็นระยะเวลากว่า 2 ทศวรรษ

ในอดีต บริษัทบุหรี่สามารถทำการโฆษณาเพื่อขายบุหรี่ได้ แต่หลังจากที่ประเทศไทยมีกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2532 บริษัทบุหรี่จึงเปลี่ยนมาใช้ตัวโชว์บุหรี่มาเป็นแหล่งโฆษณาทางอ้อมที่สำคัญ ต่อมาได้มีกฎหมายห้ามวางโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2548 ส่งผลให้บริษัทผลิตบุหรี่ต้องใช้งกลยุทธ์อื่น เช่น การขายสินค้าที่มีโลโก้เดียวกับบุหรี่ การให้เงินทุนสนับสนุนกิจกรรมสาธารณะต่างๆ หรือให้เงินช่วยเหลือกับองค์กรต่างๆ และการใช้กลยุทธ์ “เราห่วงเยาวชน” ซึ่งล้วนเป็นการโฆษณาบุหรี่ทางอ้อม

แม้จะมีกฎหมายห้ามการโฆษณาบุหรี่ แต่ในทางปฏิบัติยังมีการโฆษณาทางอ้อมอยู่ทั่วไป จากการสำรวจการโฆษณาบุหรี่ ในร้านค้าในห้างสรรพสินค้า/ซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านสะดวกซื้อ ร้านขายของชำ/ขายของใช้ในบ้านทั่วไป และเฟิงชั่วคราว/ล้อเซ็น/ร้านชั่วคราวอยู่บนทางเท้าหรือในซอย เยาวรัตน์ เจริญค้า (2549) พบว่า ร้อยละ 45.4 มีการโฆษณาภายนอกร้าน (โปสเตอร์ การเรียงของบุหรี่ให้เห็นชัดเจน หรือสัญลักษณ์ยี่ห้อบุหรี่ หรือ การโฆษณาในลักษณะอื่น ๆ) การโฆษณาดังกล่าวสามารถมองเห็นได้จากถนน ร้อยละ 32.9 เป็นการโฆษณาที่ติดอยู่บริเวณประตู ร้อยละ 12.2 และร้อยละ 86.5 มีการโฆษณาภายในร้าน การโฆษณาที่อยู่ในระดับสายตาของเด็ก ร้อยละ 48.4

จากการสำรวจประสบการณ์ของวัยรุ่นที่เคยเห็นโฆษณา/ส่งเสริมการขายบุหรี่ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ของโครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่า วัยรุ่น ร้อยละ 32.5 เคยเห็นโฆษณา/ส่งเสริมการขายบุหรี่ตามแหล่งต่างๆ โดย 5 อันดับแรก มีดังนี้ ร้านค้าย่อย/ร้านค้าใหญ่ (ร้อยละ 19.0) ผู้ขายแฉ่ตามท้องถนน (ร้อยละ 13.5) โทรทัศน์ (ร้อยละ 10.6) หนังสือพิมพ์/นิตยสาร (ร้อยละ 9.5) และโปสเตอร์ (ร้อยละ 9.3) เมื่อพิจารณาตามสถานภาพการสูบบุหรี่ พบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่เคยเห็นการโฆษณา/ส่งเสริมการขายบุหรี่ปากกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย ยกเว้นในร้านค้าย่อย/ร้านค้าใหญ่และหนังสือพิมพ์/นิตยสาร ที่วัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่เคยเห็น

โฆษณา/ส่งเสริมการขายบุหรี่มากกว่า นอกจากนี้ ยังพบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่เคยเห็นการโฆษณา/ส่งเสริมการขายบุหรี่ในดีสโก้เทค/คาราโอเกะ/เลาจน์/สถานบันเทิงต่าง ๆ มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ (ทวิมา ศิริวัศมี และคณะ 2553)

การกำหนดเขตปลอดบุหรี่

มาตรการการกำหนดเขตปลอดบุหรี่มีขึ้นเพื่อคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ ขณะเดียวกันก็มีไว้เพื่อแสดงให้เห็นถึงการไม่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า มาตรการนี้ได้รับความพอใจจากผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มากกว่าผู้สูบบุหรี่ จากการสำรวจรอบที่ 3 ของโครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่า วัยรุ่น ร้อยละ 54.5 มีความรู้สึกพอใจมากกับมาตรการห้ามสูบบุหรี่ในผับ บาร์ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นที่สูบบุหรี่และวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ พบว่า วัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่พอใจมากกับมาตรการดังกล่าวมากกว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 58.5 และร้อยละ 36.3 ตามลำดับ) สำหรับความคิดเห็นของวัยรุ่นต่อการห้ามสูบบุหรี่ในคอฟฟี่ช็อปและคาเฟ่ พบว่า วัยรุ่น ร้อยละ 59.1 รู้สึกพอใจมาก เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นที่สูบบุหรี่และวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ พบว่า วัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ รู้สึกพอใจมากกับมาตรการดังกล่าวมากกว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 64.0 และร้อยละ 37.3 ตามลำดับ) (ทวิมา ศิริวัศมี และคณะ 2553)

2.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

2.3.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

อัตราการสูบบุหรี่ :

ในการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นไทย Suwanna Ruanganchansetr และคณะ (2005) พบว่า วัยรุ่นสูบบุหรี่ ร้อยละ 5.4 ในจำนวนนี้ มีร้อยละ 90.4 ที่สูบบุหรี่บ้างเวลา ร้อยละ 6.1 สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 มวนต่อเดือน และ ร้อยละ 3.5 สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อเดือน การศึกษาของทวิมา ศิริวัศมี และคณะ (2551) พบว่า วัยรุ่นสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.3 และมีถึงร้อยละ 6.5 ที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน

ในต่างประเทศ Lee et al. (2005) ศึกษานักเรียนในโรงเรียนมัธยมของประเทศมาเลเซีย พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 14.0

การศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่เป็นนักเรียน เกรด 7 - 9; อายุ 13 - 15 ปี ในประเทศเซด ในปี พ.ศ. 2545 พบว่า ร้อยละ 73.2 สูบบุหรี่ โดยอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชาย และวัยรุ่นหญิง ไม่แตกต่างกัน (Sovinova H. and other, 2004)

Kyrlesi และคณะ (2007) ศึกษาในนักเรียนในประเทศกรีซ พบว่า ร้อยละ 32.1 รายงานว่า เคยทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยร้อยละ 16.2 เป็นผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในปัจจุบัน

เพศกับการสูบบุหรี่

ในเรื่องความแตกต่างของวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิงในการสูบบุหรี่ ศรัณญา เบญจกุล และคณะ (2550) พบว่า วัยรุ่นชายมีโอกาสสูบบุหรี่มากเป็น 67.57 เท่า ของวัยรุ่นหญิง ขณะที่ Rudatsikira และคณะ (2008) พบว่า วัยรุ่นชายในโรงเรียน สูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นหญิง 4 เท่า (ร้อยละ 22.0 ร้อยละ 5.2 ตามลำดับ) ส่วนการศึกษาของมณฑล เก่งการพานิช (2551) พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายสูงกว่าวัยรุ่นหญิงมากกว่า 7 เท่า (ร้อยละ 21.0 ร้อยละ 2.9 ตามลำดับ) ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิง ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา พบว่า วัยรุ่นหญิงสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 6.4 (ธราดล เก่งการพานิช 2552)

ผลจากการศึกษาระยะยาวเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นระดับประเทศของทวิมา ศิริวิศมี และคณะ (2553) พบว่า วัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยในรอบการสำรวจที่ 1 (พ.ศ. 2548) อัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิง คือ 20.3 และ 1.5 ตามลำดับ ในรอบการสำรวจที่ 2 (พ.ศ. 2549) อัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิง เพิ่มขึ้นเป็น 27.8 และ 2.3 ตามลำดับ และในรอบการสำรวจ

ที่ 3 (พ.ศ. 2551) อัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิง เพิ่มขึ้นเป็น 32.1 และ 2.7 ตามลำดับ ซึ่งเห็นได้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นสูบบุหรี่ขึ้นในทุกกรอบของการสำรวจ

อายุกับการสูบบุหรี่

นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ (2551) ได้สำรวจนักเรียนอายุระหว่าง 13 - 15 ปี พบว่า ร้อยละ 13.8 เป็นวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ใกล้เคียงกับมณฑล กา่งการพาณิชย์ (2551) ที่พบว่า สถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อายุ 13 - 18 ปี ในเขตกรุงเทพและปริมณฑลสูงถึง ร้อยละ 12.1 นอกจากนี้ ศรีธัญญา เบญจกุล และคณะ (2550) พบว่า วัยรุ่นอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีโอกาสสูบบุหรี่มากเป็น 4.4 เท่า ของวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 15 ปี ซึ่งสอดคล้องกับ ทวีมา ศิริรัศมี (2553) ที่พบว่า อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่ เพิ่มขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 13 ปี สูบบุหรี่เพียงร้อยละ 8.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 19 ปี สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.3 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20 ปี สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 28.4

อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่า ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16.8 ปี ซึ่งลดลงจากอายุ 18.3 ปี ใน พ.ศ. 2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2551, 2549) ธัญญาลักษณณ์ เหล็กพิมาย (2552) สำรวจนักเรียนหญิง พบว่า ร้อยละ 10.2 ของวัยรุ่นหญิงหัดสูบบุหรี่ครั้งแรกในขณะที่มีอายุ ต่ำกว่า 12 ปี ในขณะที่การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของศูนย์วิจัยและจัดการ ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ของ วัยรุ่นไทยลดลงจาก 18.4 ปี ในปี 2534 เป็น 18.1 ปี ในปี 2549 โดยเฉพาะเพศหญิง อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ลดลงจาก 21.6 ปี ในปี 2534 เป็น 19.9 ปี ในปี 2549 (ศรีธัญญา เบญจกุล 2552)

การศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของวัยรุ่นอายุระหว่าง 15 - 20 ปี ในจังหวัดอุดรธานี พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 15.05 ปี และอายุต่ำสุดของการเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 13 ปี (กิตติยาภรณ์ ไชคสวัสดิ์ภิญโญ 2548) ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการสำรวจของโครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล วัยรุ่นอายุระหว่าง 13 – 17 ปี พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่หมดมวนครั้งแรกคือ 14.7 ปี (ทวิมา ศิริวัศมี 2553)

การศึกษาในประเทศจีนเมื่อ พ.ศ. 2541 พบว่า ประมาณร้อยละ 6 ของวัยรุ่นชาย และร้อยละ 2 ของวัยรุ่นหญิง เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 10 ปี (Gonghuan Yang et al., 2004) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างประเทศจะเห็นว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ในประเทศไทยสูงกว่าในอีกหลายประเทศ เช่น ประเทศยูเครน อาเจนตินา สหรัฐอเมริกา และรัสเซีย เป็นต้น โดยตัวเลขสถิติทั่วโลกระบุว่า ประมาณหนึ่งในสี่ของผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกเริ่มสูบบุหรี่มวนแรกในช่วงก่อนอายุ 10 ขวบ โดยผู้ที่สูบบุหรี่ในวัยเยาว์ต่างได้รับแรงผลักดันจากโฆษณา และการส่งเสริมการขายของบริษัทยาสูบ การหาซื้อบุหรี่ได้ง่าย และราคาที่ไม่สูงนักของบุหรี่ (Mackay & Ericksen, 2002)

2.3.2 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่มีมากมายไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ และด้านสังคม ทั้งในเพศหญิงและชายในทุกกลุ่มอายุ และไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่แล้วหรือไม่ก็ตาม ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ต่อไป การเลิกสูบบุหรี่ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอด มะเร็งในระบบอื่นๆ หัวใจวายกระทันหัน เส้นเลือดในสมองตีบตันกะทันหัน โรคถุงลมโป่งพอง และโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ โดยเฉลี่ยผู้หยุดสูบบุหรี่จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นประมาณ 2.3 กิโลกรัม การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า วัยรุ่นที่เลิกสูบบุหรี่ความเสี่ยงของการที่จะเสียชีวิตจะลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ยังคงสูบบุหรี่

ในการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น Suwanna Ruangkanchansetr และคณะ (2005) พบว่า สองในสามของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ขณะที่ปรียาพร ชูเอียด (2550) พบว่า ร้อยละ 21.0 เห็นว่า ปัญหาสุขภาพเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

ประกิต วาทีสาธกกิจ (2550) รายงานว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 83.0 พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ ใกล้เคียงกับผลการสำรวจพฤติกรรมกาสูบ บุหรี่ของวัยรุ่นระดับประเทศ (บุปผา ศิริวิศมี และคณะ 2550) ที่พบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 77.4 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ ขณะที่การศึกษาของปรียาพร ชูเอียด (2550) พบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 52.5 เคยหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษา ของ Sovinova H. และคณะ (2004) ที่พบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.8) รายงานว่า พวกเขาต้องการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับวิธีการที่วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ใช้เลิกสูบบุหรี่ คือ ค่อย ๆ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงครึ่งหนึ่งของการสูบตามปกติ (พัชรราวดี ทองเนื่อง และ คณะ 2550)

ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2544) พบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีอัตราการเลิกสูบได้เพียงร้อยละ 2.5 ปรียาพร ชูเอียด 2550 รายงานว่า ร้อยละ 18.0 ของวัยรุ่นที่เลิกสูบบุหรี่กลับไปสูบบุหรี่ใหม่เพราะความเครียด ขณะที่ นิพนธ์ กุลนิตย์ (2538) พบว่า วัยรุ่นหญิงที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มจะเลิกสูบบุหรี่ได้ยากกว่าวัยรุ่นชาย เนื่องจากวัยรุ่นหญิงมักจะถูกกดดันจากเพื่อนที่เพิ่มขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ และความเคยชินที่ได้สูบบุหรี่

บุปผา ศิริวิศมี และคณะ (2550) พบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 29.2 ที่ไม่มีแผนว่าจะเลิกสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ ไม่ใช่เรื่องง่าย วัยรุ่นส่วนใหญ่ต่างประสบความ ล้มเหลวในการเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง และ ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Breland, et. al., 2009) อัตราความล้มเหลวในการเลิก สูบบุหรี่ของกลุ่มวัยรุ่น คือ ร้อยละ 90 -95 โดยส่วนใหญ่หันกลับมาสูบบุหรี่อีกภายใน ระยะเวลา 1 เดือนภายหลังจากความพยายามเลิกสูบบุหรี่ (Myers, et. al., 2007; Kealey, et. al., 2007; Robinson, et. al., 2003)

2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

ในส่วนนี้จะกล่าวถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยแบ่งเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยสื่อสาธารณะ/สื่อโฆษณา ปัจจัยด้านความคิดเห็น/ความเชื่อ

2.4.1 ปัจจัยด้านประชากร

เพศ

การศึกษาที่ผ่านมาพบอย่างสอดคล้องกันว่า ผู้ชายสูบบุหรี่ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้หญิง (ปรียาพร ชูเอียด 2550 มณฑา เก่งการพานิช 2551 ทวีมา ศิริรัศมี และคณะ 2553) โดยอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงในการสูบบุหรี่ เท่ากับ 18 : 1 (ประภิต วาทีสาธกกิจ 2548) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ.2549 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15 – 18 ปี มีอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงในการสูบบุหรี่ เท่ากับ 7 : 1 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2550) Tawima Sirirassamee et al. (2008) พบว่า วัยรุ่นหญิงมีโอกาสสูบบุหรี่น้อยกว่าวัยรุ่นชายถึงร้อยละ 90

อายุ

จากการศึกษาของ Hammond et al. (2008) พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยเพิ่มขึ้นมากที่สุดในช่วงอายุ 16 – 17 ปี โดยเพิ่มจากร้อยละ 3.8 ในช่วงอายุ 16 ปี เป็นร้อยละ 12.8 ในช่วงอายุ 17 ปี ขณะที่ศรีธัญญา เบญจกุล และคณะ (2552) พบว่า ช่วงอายุ 15 – 18 ปี มีอัตราส่วนการสูบบุหรี่เป็นประจำของวัยรุ่นเพิ่มมากที่สุดคือ โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 67.7

การศึกษาวัยรุ่น ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล พบว่า วัยรุ่นอายุ 13 - 18 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 12.1 เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า วัยรุ่นอายุ 13 - 15 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 6.1 และวัยรุ่นอายุ 16 - 18 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 16.9 (มณฑล เก่งการพาณิชย์ 2551)

การศึกษาของ Sovinova H. et al. (2004) ในประเทศเชค (Czech) รายงานว่า วัยรุ่นอายุ 13 ปี ที่สูบบุหรี่ทุกวัน มีร้อยละ 3.7 ในขณะที่วัยรุ่นอายุ 14 ปี และ 15 ปี ที่สูบบุหรี่ทุกวันสูงขึ้น เป็นร้อยละ 6.5 และร้อยละ 13.7 ตามลำดับ

อาชีพ / การศึกษา

การศึกษาของทวิมา ศิริวัฒน์ และคณะ (2553) พบว่า วัยรุ่นที่ไม่ได้เป็นนักเรียน สูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่เป็นนักเรียน (ร้อยละ 36.4 และร้อยละ 13.3 ตามลำดับ) วัยรุ่นที่ประกอบอาชีพกรรมกร สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 48.3

วัยรุ่นในโรงเรียนสายอาชีพศึกษามีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่สูงขึ้น ทั้งยังมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นในโรงเรียนสายสามัญศึกษา คือ ร้อยละ 16 และ ร้อยละ 5.1 ตามลำดับ (สตีเฟน ฮาแมน 2548)

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่รายงาน ว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ เพียงร้อยละ 2.1 เท่านั้นที่มีผลการศึกษาดี เยาวชนที่มีการศึกษาต่ำและออกจากโรงเรียนเร็วจะมีแนวโน้มสูบบุหรี่ที่สูงกว่าผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบการศึกษา และวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่มีความปรารถนาที่จะศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สูงกว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ถึงกว่าสองเท่า (ประกิต วาทีสาธกกิจ 2550)

จรรยา เศรษฐบุตร และคณะ (2550) ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น อายุระหว่าง 15 - 24 ปี พบว่า ผู้มีการศึกษาน้อยกว่ามีความน่าจะเป็นที่จะสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า วัยรุ่นที่ทำงานมีความน่าจะเป็นที่จะสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่ยังคงเรียนหนังสืออยู่ และวัยรุ่นที่กำลังหางานมีความน่าจะเป็นที่จะสูบบุหรี่สูงกว่่านักเรียน 2.5 เท่า

Tawima Sirirassamee et al. (2008) พบว่า วัยรุ่นที่เป็นนักเรียนมีโอกาสจะสูบบุหรี่น้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้เป็นนักเรียน 3 เท่า นอกจากนี้ การศึกษาของ Gonghuan Yang และคณะ (2004) ที่ศึกษาในเด็กวัยรุ่นจีนอายุระหว่าง 11 – 20 ปี พบว่า วัยรุ่นที่ไม่ได้เป็นนักเรียนมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นที่เป็นนักเรียน (ร้อยละ 8.3 และร้อยละ 5.2 ตามลำดับ)

2.4.2 ปัจจัยด้านสังคม

ครอบครัว

ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอย่างมาก เยาวชนที่สูบบุหรี่มักมีพื้นฐานครอบครัวที่มีความกดดันและขาดความอบอุ่น ผู้ปกครองใช้เวลากับลูกไม่เพียงพอ หรืออยู่ในครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มแอลกอฮอล์ เล่นการพนัน รายงานของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (ประกาศ ชาติสาธกกิจ 2550) ย้ำถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมในครอบครัวต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยพบว่า วัยรุ่นที่ให้ข้อมูลว่า ผู้ปกครองใช้เวลากับลูกไม่เพียงพอ เป็นวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 3.5 - 4.5 เท่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะมาจากครอบครัวที่มีสมาชิกชอบดื่มเหล้า หรือเล่นการพนัน 2 – 10 เท่า มีประวัติถูกตบตี หรือถูกทำร้ายภายในบ้านมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ 4 – 12 เท่า นอกจากนี้ รายงานยังกล่าวว่าการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ หรือสนับสนุนให้สูบบุหรี่ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสติดบุหรี่สูง

การศึกษาของ ศรัณญา เบญจกุล และคณะ (2550) พบว่า การมีสมาชิกในครัวเรือนสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1.42 เท่า ของวัยรุ่นที่อาศัยในครัวเรือนที่ไม่มีสมาชิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นที่อยู่ในครัวเรือนเดียว และอยู่กับญาติๆ หรืออยู่กันเองระหว่างพี่ ๆ น้อง ๆ มีโอกาสสูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นที่อาศัยในครัวเรือนขยาย (2.67 เท่า และ 3.96 เท่า ตามลำดับ) การศึกษาของ จรรยา เศรษฐบุตตร และคณะ (2550) ในกลุ่มวัยรุ่น อายุระหว่าง 15 -24 ปี พบว่า วัยรุ่นที่

อาศัยอยู่ในบ้านที่มีคนสูบบุหรี่อยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน จะมีความน่าจะเป็นที่จะสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่ในบ้านไม่มีใครสูบบุหรี่ถึง 12 เท่า

จากผลการศึกษาของโครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ (ทวิมา ศิริวัศมี และคณะ 2553) พบว่า จำนวนผู้สูบบุหรี่ในครัวเรือนน่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น เนื่องจากเห็นตัวอย่างและเกิดการเลียนแบบพฤติกรรม กล่าวคือ วัยรุ่นที่สูบบุหรี่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีผู้สูบบุหรี่เฉลี่ย 0.9 คน ส่วนวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีผู้สูบบุหรี่เฉลี่ย 0.6 คน นอกจากนี้ วัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีพี่ชายหรือพี่สาวสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.9 ในขณะที่วัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่มีพี่ชายหรือพี่สาวสูบบุหรี่ในสัดส่วนที่ต่ำกว่ามาก (ร้อยละ 17.7) ในขณะเดียวกัน วัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่มีพี่ชายหรือพี่สาวที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 29.4 ส่วนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีพี่ชายหรือพี่สาวที่ไม่สูบบุหรี่ ในสัดส่วนต่ำกว่า (ร้อยละ 18.4) แสดงให้เห็นว่า บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ซึ่งในประเด็นนี้ Tawima Sirirassamee et al. (2008) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไม่สูบบุหรี่ และพบว่า การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครัวเรือนเพิ่มความเสี่ยงให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ 1.4 เท่า และในวัยรุ่นที่มีพี่ชาย หรือพี่สาวสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ 2.3 เท่า เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่พี่ชาย หรือพี่สาวไม่สูบบุหรี่ เมื่อพิจารณาในระดับครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนที่ไม่มีผู้สูบบุหรี่จะมีวัยรุ่นสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 14.3 ขณะที่ครัวเรือนที่มีผู้สูบบุหรี่ 1 คน จะมีวัยรุ่นสูบบุหรี่ร้อยละ 20.0 ครัวเรือนที่มีผู้สูบบุหรี่ 2 คนจะมีวัยรุ่นสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.5 และครัวเรือนที่มีผู้สูบบุหรี่ 3 – 4 คน จะมีวัยรุ่นสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48.0 แสดงให้เห็นแนวโน้มว่า ครัวเรือนที่มีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น อัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นก็จะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

เยาวชนหญิงที่มีแม่หรือพี่สาวสูบบุหรี่จะมีโอกาสที่จะสูบบุหรี่สูงกว่าการที่มีพ่อสูบบุหรี่ และเยาวชนที่สูบบุหรี่จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ มากขึ้น เช่น การดื่มเหล้า การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ การเที่ยวกลางคืน (ฉันทาย สิทธิพันธุ์ 2550)

การที่พ่อแม่ หรือสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นสูบบุหรี่อาจเกี่ยวข้องกับความเป็นแหล่งบุหรี่ให้วัยรุ่น Hammond et al. (2008) พบว่า ร้อยละ 3.8 ของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ในไทย รายงานว่า ได้บุหรี่มาจากที่บ้าน ในขณะที่ร้อยละ 5.4 ของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ในมาเลเซีย รายงานว่า ได้บุหรี่มาจากที่บ้าน ในขณะที่ผลการศึกษาของ Gonghuan Yang et al. (2004) พบว่า เกือบร้อยละ 5 ของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ได้บุหรี่มาจากครอบครัวในการสูบบุหรี่ครั้งแรก

เพื่อน

เพื่อน มีอิทธิพลอย่างมากต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น การสำรวจสถิติการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2549 พบว่า สาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่ 5 อันดับแรกคือ อยากรทดลองสูบ ร้อยละ 44.0 ตามเพื่อน ร้อยละ 32.8 เพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 7.1 ความเครียด ร้อยละ 4.2 และเพื่อความโก้ ร้อยละ 3.5 (ธนุช ตริทิพบุตร 2550) ธัญญลักษณ์ เหล็กพิมาย (2552) พบว่า วัยรุ่นหญิงที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 32 สูบตามเพื่อนเพื่อให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน มุลินธิวรรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ รายงานว่า บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่มากที่สุดของวัยรุ่น คือเพื่อนสนิท และการสูบบุหรี่ครั้งแรกมักเกิดจากการชักนำของเพื่อน และหัดสูบครั้งแรกที่บ้านเพื่อน (ประกิต วาทีสาธกกิจ 2550) Tawima Sirirassamee et al. (2008) พบว่า วัยรุ่นที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 1 คน มีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 1.61 เท่า Suwana Ruanganchansetr et al. (2005) พบว่า วัยรุ่นร้อยละ 8.9 ได้รับอิทธิพลจากเพื่อนเป็นแรงจูงใจให้สูบบุหรี่ และมีถึงร้อยละ 4.2 ที่ได้บุหรี่มาจากเพื่อน

วัยรุ่นที่สูบบุหรี่มักจะมีเพื่อนที่สูบบุหรี่เช่นกัน จากการสอบถามถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท 5 คน วัยรุ่นที่สูบบุหรี่เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.0) มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 คน โดยร้อยละ 45.8 มีเพื่อนสนิททั้ง 5 คนสูบบุหรี่ ขณะที่ร้อยละ 59.2 ของวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ (ทวิมา ศิริวิรัมย์ และคณะ 2553)

การดื่มแอลกอฮอล์

การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่มักพบร่วมกัน การสำรวจของโครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ร้อยละ 80.1 เคยดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีร้อยละ 40.3 ที่เคยดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 5 ครั้ง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และมีร้อยละ 60 ของวัยรุ่นหญิงที่สูบบุหรี่มีเพื่อนสนิทดื่มเหล้าเป็นประจำทุกอาทิตย์ (ทวิมา ศิริวิศมี และคณะ 2553) นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นที่ดื่มเหล้า / เบียร์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ดื่มเหล้า / เบียร์ โดยวัยรุ่นที่ดื่มเหล้า / เบียร์ 1 – 5 ครั้ง มีโอกาสสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 2.2 เท่า ขณะที่วัยรุ่นที่ดื่มเหล้า / เบียร์มากกว่า 5 ครั้ง มีโอกาสสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า (ทวิมา ศิริวิศมี และคณะ 2553) ในการวิเคราะห์หลายตัวแปรของ Tawima Sirirassamee et al. (2008) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 5 ครั้ง ในช่วงหนึ่งเดือน มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 3.9 เท่า และวัยรุ่นที่ดื่มแอลกอฮอล์ 1-5 ครั้ง ในช่วงหนึ่งเดือน มีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ เท่ากับ 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้การศึกษาของศรีณญา เบญจกุล และคณะ (2550) พบว่า วัยรุ่นที่ใช้สารอื่น ๆ อย่างน้อย 1 ชนิด อาทิ สุรา และยากระตุ้น เป็นต้น มีโอกาสสูบบุหรี่มากเป็น 2.14 เท่า ของวัยรุ่นที่ไม่ใช้สารเสพติด จรรยา เศรษฐบุตร และคณะ (2550) ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15 -24 ปี พบว่า วัยรุ่นที่ดื่มเบียร์มีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่ดื่มเบียร์ถึง 2.1 เท่า และวัยรุ่นที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่ดื่มสุราถึง 4.5 เท่า

2.4.3 ปัจจัยสื่อสาธารณะ / สื่อโฆษณา

อุตสาหกรรมยาสูบ ใช้การโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ เป็นยุทธวิธีหนึ่งในการขยายตลาด ผลการศึกษาในประเทศอังกฤษยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นกับฉากสูบบุหรี่ในภาพยนตร์ โดยได้ผลการศึกษาที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) วัยรุ่นที่ชื่นชอบดาราสีที่สูบบุหรี่ในภาพยนตร์มีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นทั่วไปถึง 16 เท่า และ 2) วัยรุ่นที่เคยดูภาพยนตร์ที่มีฉากสูบบุหรี่ให้เห็นบ่อยครั้ง มี

แนวโน้มที่จะลงสูบบุหรี่สูงกว่าวัยรุ่นทั่วไปถึง 3 เท่า ในขณะที่เดียวกัน ข้อสรุปทางวิชาการจาก อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย ฮองกง และเยอรมัน ที่ได้ศึกษาเชิงพฤติกรรมการเรียนรู้ของกลุ่มผู้ชมกับความสัมพันธ์ด้านบุหรี่ปาพยนตร์ พบว่า บุหรี่ในภาพยนตร์มีผลโดยตรงต่อการเริ่มต้นสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็ก เยาวชน ทักษะที่ดีต่อภาพของบุหรี่ปาพยนตร์ในฐานะของบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมการใช้ชีวิตปกติทั่วไป โดยเฉพาะผู้สูบบุหรี่ที่เป็นดารานำมีผลอย่างมากต่อทัศนคติเชิงบวกในการสูบบุหรี่ (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว 2552)

บุปผา ศิริวิศรี และคณะ (2549) พบว่า ดารานักแสดงเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นอย่างชัดเจน วัยรุ่นที่เคยเห็นผู้แสดงสูบบุหรี่บ่อยมากมีร้อยละ 9.2 วัยรุ่นที่เคยเห็นผู้แสดงสูบบุหรี่บ้างบางครั้งมีร้อยละ 12.0 ส่วนวัยรุ่นที่ไม่เคยเห็นผู้แสดงสูบบุหรี่เลยมีร้อยละ 8.8 สำหรับกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ร้อยละ 11.7 บอกว่ามีดารานักแสดงที่พวกเขาชื่นชอบสูบบุหรี่

2.4.4 ปัจจัยด้านความคิดเห็น/ความเชื่อ

การสูบบุหรี่ยังเกี่ยวข้องกับความคิดเห็นและความเชื่อของแต่ละบุคคลอีกด้วย ผลการศึกษา พบว่า วัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 57.1 เชื่อว่า การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ ในขณะที่วัยรุ่นที่สูบบุหรี่เพียงร้อยละ 29.4 ที่มีความเชื่อดังกล่าว นอกจากนี้ วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 23.9 ยอมรับได้ที่ผู้ชายอายุ 15 – 25 ปี สูบบุหรี่ ในขณะที่วัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ยอมรับได้เพียงร้อยละ 12.2 ส่วนความคิดเห็นที่มีต่อการสูบบุหรี่ของผู้หญิง พบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 10.0 ยอมรับได้ที่ผู้หญิงอายุ 15 – 25 ปี สูบบุหรี่ ในขณะที่วัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ยอมรับได้เพียงร้อยละ 4.2 วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ร้อยละ 31.5 เห็นว่า คนอายุรุ่นเดียวกันที่ได้รับความนิยมส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ในขณะที่วัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่เห็นด้วยเพียงร้อยละ 16.9 และวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นสัญลักษณ์ของความทันสมัยมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 9.5 และร้อยละ 4.9 ตามลำดับ) (ทิวมา ศิริวิศรี และคณะ 2553)

2.5 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่นั้นนอกจากจะมีผลต่อผู้สูบโดยตรงแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในระยะของควันบุหรี่สูดเอาพิษจากควันบุหรี่เข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตรายได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ ในรายงานฉบับนี้จะเน้นถึงผลของการสูบบุหรี่ต่อสติปัญญาของวัยรุ่น และผลของควันบุหรี่มือสองต่อบุคคลข้างเคียง

2.5.1 ผลกระทบต่อระดับสติปัญญาของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่

การศึกษาของประเทศอิสราเอลในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่อย่างน้อยวันละ 1 มวน พบว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยจะมีไอคิวต่ำกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ และยังพบว่าระดับที่ต่ำกว่าของไอคิวสัมพันธ์กับจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยคนที่ยิ่งสูบบุหรี่เป็นจำนวนมากในแต่ละวันระดับไอคิวจะยิ่งต่ำ เมื่อเปรียบเทียบไอคิวระหว่างพี่น้องพบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่จะมีไอคิวต่ำกว่าพี่หรือน้องที่ไม่สูบบุหรี่ (มาร์คไวเซอร์ และคณะ (2009) อ้างใน ประกิตวาทีสาธกกิจ 2554)

2.5.2 ผลกระทบต่อผู้ได้รับควันบุหรี่มือสอง

การสูบบุหรี่นั้นนอกจากจะมีโทษต่อผู้สูบเองแล้วยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในบรรยากาศของการสูบบุหรี่สูดเอาควันพิษเข้าไปด้วย การรับควันบุหรี่เข้าไปโดยที่ไม่ได้สูบบุหรี่ก็ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้เรียกว่า การสูบบุหรี่ที่มือสอง (Secondhand smoking) ผลกระทบของควันบุหรี่มือสองมีดังนี้

ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อเด็ก

การสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์จะส่งผลอันตรายในระหว่างการคลอด และเป็นอันตรายต่อตัวเด็กก่อนที่อยู่ในครรภ์ โดยสารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ที่อยู่ในบุหรี่สามารถส่งผลให้แม่คลอดก่อนกำหนด เด็กที่เกิดมามีน้ำหนักน้อย มีความเสี่ยงต่อการตายเฉียบพลัน หรือ มีความผิดปกติทางสมอง เป็นต้น

เด็กแรกคลอดที่ได้รับควันบุหรี่ขณะที่อยู่ในครรภ์จะมีโอกาสเกิดภาวะเสียชีวิตเฉียบพลัน (Sudden infant death syndrome) ได้มากขึ้นในช่วงปีแรก และมีโอกาสเพิ่มมากขึ้นถ้าเด็กยังได้รับควันบุหรี่จากสิ่งแวดล้อมหลังคลอด มารดาที่ให้นมบุตร พบว่านิโคตินที่มารดาได้รับจากควันบุหรี่จะขับออกทางน้ำนมได้และทำให้เด็กได้รับนิโคตินจากนมแม่ด้วย ในเด็กหลังคลอดที่ได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการติดเชื้อในหูบ่อยขึ้น นอกจากนี้ ยังมีโอกาสเป็นโรคหอบหืดและโรคภูมิแพ้มากขึ้น (ฉันทาย สิทธิพันธุ์ 2550) สอดคล้องกับงานวิจัยของมณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และคณะ (2550) และลักขณา เตมศิริกุลชัย (2550) ที่พบว่าการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวทำให้อุบัติการณ์ของโรคหลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบในวัยทารกและในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี เพิ่มขึ้น และยังมีผลเสียต่อเนื่องในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่อีกด้วย

จากการวิจัยเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง พบว่า เด็กที่มารดาได้รับควันบุหรี่ขณะตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างสูงกว่าเด็กที่มารดาไม่ได้รับควันบุหรี่ขณะตั้งครรภ์เป็น 1.8 เท่า เด็กที่ได้รับการสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างสูงกว่าเด็กที่ไม่ได้สัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน 9.03 เท่า (เนาวรัตน์ เจริญคำ และคณะ 2548)

ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อสตรี และสตรีมีครรภ์

สตรีที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง จะแก่ก่อนวัยกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่เฉลี่ยเป็นเวลา 10 ปี มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับควันสูบบุหรี่ 10 เท่า มีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นอย่างมาก โดยพบว่าจะเกิดอาการหัวใจล้มเหลวมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ 2-6 เท่า และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวายกะทันหันเพิ่มขึ้น 20 เท่า ผู้หญิงสูบบุหรี่ มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้หญิงทั่วไปถึง 4 เท่า มีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับควันสูบบุหรี่ โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจไม่อยู่เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้หญิงทั่วไปอีก 1 เท่า ผู้หญิงที่รับควัน

บุหรีและรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นประจำมีโอกาสเกิดอาการเส้นเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันหรือหัวใจวายสูงขึ้น 39 เท่า และมีอัตราการตายมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับควินบุหรีที่กินยาคุมกำเนิดถึง 3 เท่าตัว (ฉันทาย สิทธิพันธุ์ 2550) นอกจากนี้การรับควินบุหรีมือสองเป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านมในสตรีที่ไม่ได้สูบบุหรี (ประกิต วาทีสาธกกิจ 2552)

สตรีมีครรภ์ที่ได้รับควินบุหรีเป็นประจำจะประสบปัญหาน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นน้อยกว่าปกติ และมีโอกาสแท้ง คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอดมากเป็น 2 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี (มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และคณะ 2550) จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างในหญิงตั้งครรภ์ 1,600 ราย ทั่วประเทศ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี มีโอกาสทำให้ทารกที่อยู่ในครรภ์แท้งถึงร้อยละ 25 มีภาวะรกเกาะต่ำเสี่ยงต่อการตกเลือดได้ น้ำหนักเด็กแรกเกิดน้อย 2,000-2,500 กรัม และความยาวตัวน้อยกว่าปกติ พัฒนาการทางสมองช้า อาจมีความผิดปกติทางด้านระบบประสาท ระบบความจำ (สุรศักดิ์ ธาณีพานิชสกุล 2552)

ผลกระทบจากการสูบบุหรีต่อคู่สมรส

หน่วยระบาดวิทยามะเร็ง จากญี่ปุ่น รายงานว่า ภรรยาที่ไม่สูบบุหรีที่มีสามีเป็นคนสูบบุหรี มีสถิติการเสียชีวิตจากมะเร็งปอดเป็นสองเท่าของภรรยาที่มีสามีเป็นผู้ไม่สูบบุหรี (ประกิต วาทีสาธกกิจ 2552) การศึกษาของฉันทาย สิทธิพันธุ์ (2550) ในผู้หญิงที่มีสามีสูบบุหรี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น 2-3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้หญิงอื่นๆ และมีโอกาสเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรสูงขึ้น สอดคล้องกับ Rozov, I (2007) รายงานว่าสตรีที่ไม่มีสูบบุหรี แต่มีคู่สมรสสูบบุหรีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดสูงกว่าสตรีที่คู่สมรสไม่สูบบุหรี ในขณะที่ Hackshaw AK. (1998) พบว่า ควินบุหรีมือสองเพิ่มความเสียหายของมะเร็งปอดถึง 24 เท่า ในภรรยาที่มีสามีสูบบุหรี

คู่สมรสของผู้สูบบุหรี มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่แต่งงานของผู้ที่ไม่สูบบุหรี 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 เท่า (มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และคณะ 2550)

ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อบุคคลทั่วไป

บุคคลทั่วไป ที่อยู่ในบรรยากาศที่ผู้อื่นสูบบุหรี่อยู่ ควันบุหรี่จะทำให้เกิดอาการ
เคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการหอบหืด โรคหัวใจ โรค
หลอดลมอักเสบ จะทำให้อาการของโรคกำเริบ (มณีรัตน์ วีระวิวัฒน์ และคณะ 2550)
ประภิต วาทีสาธกกิจ (2552) รายงานว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของมะเร็ง
ไซนัสในคนที่ไม่สูบบุหรี่ พิษภัยจากควันบุหรี่ยังก่อให้เกิดโรคอีกมากมาย อาทิ มะเร็ง
ปอด มะเร็งในช่องปาก มะเร็งชนิดต่าง ๆ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง
โรคหัวใจหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรังในผู้สูงอายุ มะเร็งโพรงจมูก เป็นต้น