

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

บุหรี่ เป็นยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาทที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ปัจจุบันการติดบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุการป่วยและส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังเป็นภาระโรคของประเทศในลำดับต้นๆ ผลสำรวจระดับนานาชาติ แสดงว่า ประเทศไทยเป็นประเทศ 1 ใน 15 ประเทศ ที่มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุดในโลก และนอกจากนี้ ยังเป็น 1 ใน 4 ของประเทศในแถบเอเชียที่มีอัตราการสูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชนสูงที่สุด

การสูบบุหรี่แพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนและมีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจระดับชาติเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย ในรอบที่ 2 ปี 2549 พบเยาวชนไทยอายุระหว่าง 13-17 ปี ทั้งชายและหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในรอบที่แรก ปี 2548 โดยวัยรุ่นชายมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 20.3 เป็นร้อยละ 27.8 และวัยรุ่นหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 2.3 สถิติการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยเพิ่มสูงขึ้น เยาวชนอายุ 11-14 ปี มีจำนวน 7,335 คนที่สูบบุหรี่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 0.18 เพิ่มขึ้นจากปี 2549 ร้อยละ 38.46 สำหรับกลุ่มอายุ 15-18 ปี มีจำนวน 228,219 คน ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 5.03 เพิ่มขึ้นจากปี 2549 เท่ากับร้อยละ 12.72 ส่วนเยาวชนอายุระหว่าง 19-24 ปี มีจำนวน 1,042,502 คน ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 17.37 เพิ่มขึ้นจากปี 2549 เท่ากับร้อยละ 10.52

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า คนไทยที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ถึง 11 ล้านคน หรือร้อยละ 20 และมีคนติดบุหรี่ประมาณ 9.5 ล้านคน อายุที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ คือ 13-14 ปี และอายุเฉลี่ยที่เสพติดบุหรี่ของคนไทย คือ 18 ปี ในแต่ละปีจะมีเยาวชนไทยเสพติดบุหรี่ใหม่ และกลายเป็นผู้ที่ต้องสูบบุหรี่เป็นประจำ 200,000 ถึง 300,000 คน เยาวชนไทยที่เสพติดบุหรี่แล้ว โดยเฉลี่ยจะเสพติดต่อไปเป็นเวลา 23 ปี (อภาพร เฝ้าวัฒนา, 2550)

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2549 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูบบุหรี่ประจำ 9.53 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 18.94 เพศชาย 9.01 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 36.91 เพศหญิง 0.52 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ผู้สูบบุหรี่กลุ่มอายุ 15 – 18 ปี จำนวน 946,837 คน คิดเป็นร้อยละ 4.46 เพศชาย 189,221 คน คิดเป็นร้อยละ 8.32 เพศหญิง 25,616 คน คิดเป็นร้อยละ 0.56

อัตราการสูบบุหรี่ สูงสุด 5 อันดับแรก จำแนกรายจังหวัด พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ใน ประชากรชายของจังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 55.29 เป็นอันดับ 3 ของประชากรชายทั่วประเทศ ส่วนประชากรหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 0.47 ต่ำเป็นอันดับ สองรองจากอันดับสุดท้าย

ลำดับที่	ประชากรรวม		ประชากรหญิง		ประชากรชาย	
	จังหวัด	อัตรา	จังหวัด	อัตรา	จังหวัด	อัตรา
1.	หนองบัวลำภู	32.76	ตาก	15.13	หนองบัวลำภู	64.55
2.	ตาก	32.23	แม่ฮ่องสอน	13.88	กระบี่	56.31
3.	แม่ฮ่องสอน	30.66	ลำปาง	9.59	ชัยภูมิ	55.29
4.	กระบี่	29.01	เชียงใหม่	7.69	สุราษฎร์ธานี	54.77
5.	กาฬสินธุ์	28.40	เชียงราย	7.23	กาฬสินธุ์	54.03

อัตราการสูบบุหรี่ ต่ำสุด 5 อันดับแรก จำแนกรายจังหวัด

ลำดับที่	ประชากรรวม		ประชากรหญิง		ประชากรชาย	
	จังหวัด	อัตรา	จังหวัด	อัตรา	จังหวัด	อัตรา
1.	สระบุรี	14.87	หนองบัวลำภู	0.15	สระบุรี	28.12
2.	กรุงเทพฯ	15.67	ชัยภูมิ	0.47	ปทุมธานี	30.15
3.	สมุทรสงคราม	15.83	มหาสารคาม	0.52	น่าน	30.87
4.	ปทุมธานี	15.85	บุรีรัมย์	0.54	กรุงเทพฯ	31.17
5.	สมุทรสาคร	16.85	ขอนแก่น	0.61	นนทบุรี	32.52

ผู้ชายที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าผู้ชายที่อยู่ในเขตเทศบาล แต่ ผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าผู้หญิงที่อยู่นอกเขตเทศบาล

ผลกระทบของบุหรี่ต่อสุขภาพ

ควันบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและยังก่อให้เกิดโรคมามากมาย เช่น โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งที่อวัยวะต่างๆของร่างกายมากขึ้น ผลการวิจัยเกี่ยวกับอันตรายของควัน บุหรี่ พบว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้ควันบุหรี่นอกจากจะเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอดแล้วยังมีความเสี่ยงต่อการ เป็นโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ได้แก่ มะเร็งที่กระเพาะอาหาร ตับ ไต มดลูก ปากมดลูก โพรงจมูก ท่อปัสสาวะ และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดมัยอีลรอยด์ บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยง อันดับ 3 ที่ทำให้คนไทยป่วยและเสียชีวิต (จดหมายข่าวสร้างสุข 2548 : 10-11) การป่วยที่มีสาเหตุ จากการสูบบุหรี่ เช่น มะเร็งปอด ร้อยละ 90 หลอดลมอักเสบ ร้อยละ 80 โรคหัวใจร้อยละ 50 ถ้าสูบบุหรี่เกินวันละ 1 ซอง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดจะมากกว่า คนที่ไม่สูบบุหรี่ 5-20 เท่า แม้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่สูดควันบุหรี่จากผู้อื่นควันบุหรี่ที่ประกอบด้วยนิโคตินและสารพิษอื่นเข้าสู่

ปอดและไปสู่กระแสเลือด เลือดจะถูกสูบฉีดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆทำให้เนื้อเยื่อได้รับนิโคตินและสารพิษ ก่อให้เกิดมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ(โจนาธาน ซาเมท,2548)

การเสียชีวิตของคนไทยจากการสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตอันดับที่สามของคนไทย รองจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการดื่มสุรา คนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000 – 52,000 คน จากโรคถุงลมโป่งพอง 10,427 คน มะเร็งปอด 9,979 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด 7,907 คน มะเร็งหลอดอาหาร 2,396 คนและมะเร็งชนิดอื่น ๆ 3,944 คน โรคทางเดินหายใจอื่น ๆ 2,400 คน โรคอื่น ๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ 4,130 คน ผู้ที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ โดยเฉลี่ยอายุสั้นลง 12 ปี โดยเฉลี่ยป่วยหนักเป็นเวลา 1.7 ปี ก่อนเสียชีวิต

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่

จากการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการบริโภคยาสูบในครัวเรือนของประเทศไทยพบว่า กลุ่มครัวเรือนที่จนที่สุดซึ่งมีรายได้เฉลี่ย 51,085.13 บาทต่อครัวเรือนต่อปี มีรายจ่ายเฉลี่ยของการสูบบุหรี่ 6,921.20 บาทต่อครัวเรือนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 13.55 ขณะที่ครัวเรือนที่รวยที่สุดมีรายได้เฉลี่ย 5,447,660.43 บาทต่อครัวเรือนต่อปี มีรายจ่ายเฉลี่ยของการสูบบุหรี่ 12,057.12 บาทต่อครัวเรือนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 2.69 (ลักขณา เต็มศิริกุลชัยและศรีัญญา เบญจกุล, 2550) จะเห็นได้ว่าคนที่มียาสูบได้น้อยกลับต้องเสียค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่มากกว่าคนที่รายได้สูงกว่า (World Health Organization,1997) หากพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายจากที่ต้องจ่ายค่าบุหรี่ พบว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลงอย่างมาก มีการประมาณการณ์ว่าหากสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน จะเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายปีหนึ่งไม่ต่ำกว่า 32,000-40,000 บาทต่อปี และเยาวชนทั้งประเทศเผาเงินไปกับค่าบุหรี่ต่อวันถึง 20.3 ล้านบาท (ทัศนยา บุญทอง และคณะ 2550)

เยาวชนส่วนใหญ่ไม่ได้ซื้อบุหรี่ทั้งซองแต่แยกซื้อเป็นมวนจึงไม่มีโอกาสได้เห็นภาพคำเตือนจากซองบุหรี่ หรือการซื้อแยกมวนอาจเป็นบุหรี่เถื่อน เยาวชนส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่จากร้านค้าใกล้บ้าน เยาวชนสามารถซื้อบุหรี่โดยผู้ขายไม่ได้ตรวจสอบอายุ ไม่ขอคู่มือประชาชน

รัฐบาลไทยได้พยายามหามาตรการต่างๆ เพื่อสกัดกั้นการสูบบุหรี่ เช่น มาตรการห้ามการโฆษณาบุหรี่และส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ มาตรการด้านภาษี มาตรการกำหนดพื้นที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ มาตรการสื่อภาพคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ข้างซองบุหรี่ และมาตรการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่แต่มาตรการดังกล่าวมีผลเพียงทำให้ประชาชนรับรู้ถึงโทษและพิษภัยบุหรี่ และทำให้จำนวนและร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทยลดลงเพียงบางส่วนในระยะเวลา 15 ปีที่ผ่านมา คือ จากจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งประเทศ 10 ล้านคน (28.4%) ซึ่งจำแนกเป็นผู้สูบบุหรี่เพศชาย 9.3 ล้านคน (53%) และเพศหญิง 7 แสนคน (40%) ในปี ค.ศ. 1988 ลดลงเหลือ 9.5 ล้านคน (18.9%) จำแนกเป็นผู้สูบบุหรี่เพศชาย 9 ล้านคน (36.9%) และเพศหญิง 5 แสนคน (2.0%) ในปี ค.ศ. 2006 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2006 ใน ผ่องศรี ศรีมรกต)

ทางด้านสังคมเองมีความพยายามในการหาทางป้องกันการสูบบุหรี่โดยทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยสามารถแบ่งลักษณะของกิจกรรมออกเป็น 5 รูปแบบ ตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ การให้ข้อมูล (Information-giving curricula) การใช้ทักษะทางสังคม (Social competence curricula) อิทธิพลทางสังคม (Social influence approaches) การผสมผสานระหว่างการใช้ทักษะทางสังคมและอิทธิพลทางสังคม (Combined methods) และหลากหลาย (Multi-model program) รวมถึงการศึกษาหาปัจจัยที่ทำให้เยาวชนเข้ามาพัวพันกับการเป็นนักสูบบุหรี่ คือ ความไม่รู้ ความเขินอาย การเข้าถึงได้ และ เพื่อนสนิท(หทัย ชิตานนท์, 2550)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าภาครัฐจะมีนโยบายสนับสนุนการไม่สูบบุหรี่ และมีการดำเนินกิจกรรมการเลิกบุหรี่มาโดยตลอด แต่อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดชัยภูมิกับมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้สูบบุหรี่ของประชากรเพศชายในจังหวัดชัยภูมิจนขึ้นเป็นอันดับ 3 ของประเทศไทย สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากนโยบายดังกล่าวเกิดจากการขับเคลื่อนของภาครัฐเพียงฝ่ายเดียวไม่ได้เกิดจากการขับเคลื่อนของชุมชนอย่างแท้จริง ทำให้ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและขาดความต่อเนื่องในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนในชุมชน สอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่ พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้มากถึงร้อยละ 25 (National Health Interview Survey, 2005)

องค์การอนามัยโลกเสนอให้ทุกประเทศรณรงค์พร้อมๆ กัน ปัญหาวัยรุ่นสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญของโลก วัยรุ่นทั่วโลกยังสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะบริษัทบุหรี่พยายามหาลูกค้าใหม่ด้วยความเชี่ยวชาญผนวกกับเงินทุนมหาศาลในการเจาะตลาดวัยรุ่น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้วัยรุ่นตกเป็นเหยื่อของบริษัทบุหรี่ องค์การอนามัยโลกจึงมี 3 สิ่งที่ต้องหยุดเพื่อเยาวชนปลอดบุหรี่ ได้แก่ ทุกคนต้องช่วยกันหยุดการโฆษณาทุกรูปแบบ และไม่รับการสนับสนุนใดๆ จากบริษัทบุหรี่ สร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ให้มากที่สุดเพื่อลดสถานที่ที่เปิดโอกาสให้เด็กสูบบุหรี่ และทำให้เยาวชนต้องเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเรื่องอันตรายของบุหรี่ในขั้นที่ไม่ทำให้เด็กอยากลอง ในปี 2551 องค์การอนามัยโลกกำหนดคำขวัญว่า **Tobacco Free Youth “เยาวชนรุ่นใหม่ ร่วมใจต้านภัยบุหรี่”** งานวิจัยจากทั่วโลกยืนยันไปทางเดียวกันว่า การแก้ปัญหายุ่งยากกับเยาวชน ต้องให้เยาวชนรณรงค์กับเยาวชน เพราะเยาวชนในวัยเดียวกันจะมีวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับคนในวัยเดียวกัน และอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญคือ ปัญหาการสูบบุหรี่เราไม่ควรโทษเด็ก และไม่ควรรบอกว่าเป็นความผิดของเด็กที่เข้าไปทดลองและเสพติดบุหรี่ ซึ่งสิ่งนี้เป็นทฤษฎีที่เรียกว่า “Blame the victim” หรือ “โทษเหยื่อหรือเป็นความผิดของเหยื่อ” องค์การอนามัยโลกจึงเตือนให้ทุกคนคิดถึงข้อเท็จจริงที่ว่า เด็กๆ เข้าไปติดบุหรี่เป็นเพราะ “สิ่งแวดล้อม” เป็นต้นเหตุ ครอบครัว ชุมชนและสังคม จึงต้องสร้างสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กให้เด็กเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่สังคมไม่ยอมรับ และไม่มีความจำเป็นที่จะต้องหัดหรือเริ่มต้นสูบบุหรี่ การปฏิบัติตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ ทั้งโรงเรียน มหาวิทยาลัย และสถาบันการศึกษาต่างๆ

ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพราะสถานศึกษาเป็นแหล่งรวมของเยาวชน สถานศึกษาปลอดบุหรี่จะเป็นการ
สร้างสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ให้กับเยาวชน และส่งเสริมค่านิยมไม่สูบบุหรี่ให้กับเยาวชน

คณะผู้วิจัยจาก วิทยาลัยพยาบาลพระยาภักดีชุมพล มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ในฐานะ
ของสถาบันการศึกษา มีความสนใจในการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบและแนวทางที่ยั่งยืน
ในการปกป้องเยาวชนให้พ้นจากภัยคุกคามจากบุหรี่ โดยแสวงหาความร่วมมือจากชุมชนและผู้มี
ส่วนรับผิดชอบและส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนค้นหาศักยภาพของชุมชน องค์กรในชุมชน และทุน
ของชุมชนในบริบทจังหวัดชัยภูมิ เพื่อลดขนาดของปัญหาและแสวงหารูปแบบที่เหมาะสมใน
ระดับชุมชน ในการป้องกันการบริโภคบุหรี่ของเยาวชน ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ใหม่ และหา
รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนการลด ละ เลิก การบริโภคบุหรี่ในเยาวชน

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
2. หาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการบริโภคบุหรี่ของเยาวชน
อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะอำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนอายุ 12- 18 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลอำเภอจัตุรัส

นิยาม

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการบริโภคบุหรี่ และการลด ละ เลิก บุหรี่
ของเยาวชน หมายถึง วิธีการ ขั้นตอน รูปแบบ หรือกลวิธีการปฏิบัติ ที่ช่วยส่งเสริมให้สมาชิก กลุ่ม
และองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดการเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ และการลด ละ เลิกการ
บริโภคบุหรี่ของเยาวชน

บุหรี่(Tobacco) หมายถึง ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ซึ่งมวนยาด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้
แทนกระดาษหรือใบยาแห้ง ยาอัด(พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509)ประเภทบุหรี่ในการศึกษา ครั้งนี้
ได้แก่

1. บุหรี่ชนิดซอง ผลิตในประเทศ โดยโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ
ชนิดมีก้นกรองและชนิดไม่มีก้นกรอง
2. บุหรี่ซอง ผลิตจากต่างประเทศ ได้แก่ บุหรี่ที่ผลิตในต่างประเทศและมีการนำเข้ามาใน
ประเทศ
3. บุหรี่มวนเองหรือบุหรี่ที่ไม่ได้ผลิตจากโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง ได้แก่ บุหรี่ที่มวน
เองโดยใช้วัสดุที่หาง่ายในท้องถิ่น อาจเป็นกระดาษ ใบตอง ใบจาก ใบมะกา เป็นต้น

พฤติกรรมกาสูบหรี่

1. สูบหรี่เป็นประจำ หมายถึง การสูบหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน
2. สูบหรี่นาน ๆ ครั้ง หมายถึง การสูบหรี่ที่มีการสูบไม่สม่ำเสมอกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้
3. ไม่สูบหรี่ หมายถึง ไม่สูบหรี่ประเภทใดๆเลย

การเลิกสูบหรี่(Quit smoking) หมายถึง การไม่สูบหรี่อย่างต่อเนื่องกัน 6 เดือน

เยาวชน (Youth)

ความหมายตาม พจนานุกรมลัพท์ ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 เยาวชน หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 14 ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ และไม่ใช่ผู้บรรลุนิติภาวะแล้วจากการจดทะเบียนสมรส

ความหมายในระดับสากล โดย สหประชาชาติ ระบุว่า เยาวชน หมายถึง คนในวัยหนุ่มสาว คือผู้มีอายุระหว่าง 15 – 25 ปี หรือเป็นช่วงวัยหนุ่มสาว

ความหมายในการศึกษา หมายถึง ประชากรที่มีอายุระหว่าง 12-18 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เช่น การเผยแพร่ในวารสาร จดลิตธิบัตร ฯลฯ และหน่วยงานที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ชุมชน โรงเรียน ได้แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันการบริโภคบุหรี่ ของเยาวชน
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองท้องถิ่น เทศบาล สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ได้ข้อมูลพื้นฐานประกอบการพิจารณากำหนดแนวทางและรูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการสูบหรี่ในกลุ่มเยาวชนหน้าใหม่ เพื่อการป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในอนาคต

แผนการถ่ายทอดเทคโนโลยีหรือผลการวิจัยสู่กลุ่มเป้าหมาย

1. การถ่ายทอดสู่องค์กรปกครองท้องถิ่น อ.บ.ต. อ.บ.จ. เทศบาล ในการจัดการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน ในรูปการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมปฏิบัติการ การอบรม
2. การจัดหน่วยเรียนรู้สู่สถานศึกษา ในรูปการจัดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม และสร้างแกนนำในการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง
3. พัฒนาเป็นหลักสูตรฝึกอบรมผู้เกี่ยวข้อง

- 3.1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการบริโภคบุหรี่ปั้ในกลุ่มเยาวชน “เยาวชนไทยไร้ควันบุหรี่”
- 3.2 รูปแบบการจัดกิจกรรมและบริการเพื่อ การลด ละ เลิกบุหรี่ปั้ในกลุ่มเยาวชน
- 3.3 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการ สร้างเสริม “ชุมชนไทยไร้ควันบุหรี่ปั้”

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง นำเสนอ ดังนี้

1. องค์ความรู้ เกี่ยวกับบุหรี่

- 1.1 สูบบุหรี่และผลกระทบจากการสูบบุหรี่
- 1.2 การป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่
- 1.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และการปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 งานวิจัยในประเทศ
- 2.2 งานวิจัยต่างประเทศ

องค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

การสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่เป็นประจำเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง และโรกระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้มีโอกาสเกิดโรคบางโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอื่น ๆ อีกหลายโรค บุหรี่ยังทำให้เสียทรัพย์โดยไม่จำเป็นอีกด้วย

องค์การอนามัยโลกระบุชัดเจนว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่สามารถป้องกันได้ และกำหนดให้ วันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปีเป็นวันงดสูบบุหรี่โลก (World No Tobacco Day) มีการกำหนดคำขวัญในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในแต่ละปี

1. บุหรี่และผลกระทบจากการสูบบุหรี่

บุหรี่ และสารพิษสำคัญในควันบุหรี่ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1 นิโคติน เป็นสารที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองทั้งเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง ถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อยๆ เช่น การสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรก อาจกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบ่อยๆ หลายๆ มวน จะกดประสาทส่วนกลางทำให้ความรู้สึกต่างๆ ซ้ำลง ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อช่องปากและบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดมีผลโดยตรงต่ออัมพฤกษ์ไต ก่อให้เกิดการหลั่งสารอิพิเนฟรินทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและเต้นไม่เป็นจังหวะ

1.2 ทาร์ คัลายน้ำมันดิน มีสีน้ำตาลประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายหลายชนิดรวมกัน เช่น เบนโซไพรีน (Benzopyrene) เป็นสารก่อมะเร็ง ประมาณครึ่งหนึ่งของทาร์เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะไปจับที่ปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ ไอเรื้อรังและมีเสมหะ ทำลายถุงลมปอด ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง หอบเหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง และเป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งบริเวณเนื้อเยื่อที่สัมผัสอันเป็นมะเร็งปอด และมะเร็งอวัยวะอื่น ๆ เป็นต้น

1.3 คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซที่รบกวนการลำเลียงออกซิเจนจากถุงลมไปสู่เนื้อเยื่อปอด ทำให้ทำลายคุณสมบัติของเม็ดเลือดแดงในการเป็นตัวนำออกซิเจนสู่ ไฮโดรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น ทำให้มีอาการไอเรื้อรังมีเสมหะเป็นประจำโดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมากขึ้น

1.4 ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลาย และถุงลม ถุงลมเล็กเมื่อรวมกันจะเป็นถุงลมใหญ่ทำให้ความยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ผนังถุงลมบางโป่งพอง และเกิดโรคถุงลมโป่งพอง

1.5 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการไอ มีเสมหะและหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

1.6 สารกลุ่ม Polycyclic aromatic hydrocarbons (PAH) จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม เกิดการกลายพันธุ์ และทำให้มีการสร้างเซลล์มะเร็งที่จำเพาะต่ออวัยวะต่าง ๆ ได้

1.7 สารอนุมูลอิสระ เป็นสารที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น กระตุ้นเม็ดเลือดขาว การสร้างสารกระตุ้น การเปลี่ยนแปลงไขมันบางชนิดไปเป็นไขมันที่ทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง เป็นต้น

1.8 แอมโมเนีย เป็นสารที่เติมในบุหรี่ เพื่อให้สามารถดูดซึมนิโคตินเข้าสู่กระแสเลือดได้รวดเร็วขึ้น โดยอาศัยปฏิกิริยาเคมีกับสารประกอบในยาสูบจะเปลี่ยนนิโคตินให้เป็นด่างมากขึ้น

1.9 สารกัมมันตรังสี คิวบิเนียมเป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปอด และคิวบิเนียมยังเป็นพาหะที่ร้ายแรงในการสำสารถังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างที่ไม่สูบบุหรี่หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษเข้าไปด้วย

1.10 แคลเมียม ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและต่อมลูกหมาก

1.11 ฟอร์มัลดีไฮด์ สารนี้เป็นสารเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก การดูดดมจะทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อทางเดินหายใจและเยื่อตา และอาจก่อให้เกิดอาการภูมิแพ้อย่างรุนแรงได้

1.12 สารปรุงแต่งต่าง ๆ ที่อยู่ในบุหรี่

คิวบิเนียมจะส่งผลกระทบต่อทางตรงและทางอ้อมแก่ภาวะสุขภาพ และเป็นสาเหตุของโรคโดยตรง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคปอด เป็นต้น จากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่าการ

สูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่เร่งทำลายการทำงานของระบบทางเดินหายใจ เกิดโรค COPD และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตร้อยละ 81.5 ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่คลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 21-39 และเป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การแท้ง การตายคลอด รกเกาะต่ำ รกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 18-20 (Sherman, 1991)

บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งต่อผู้สูบเอง และผู้ที่อยู่ใกล้ชิดที่สุดหายใจเอาอากาศที่มีควันบุหรี่เข้าไป เพราะควันบุหรี่ประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งสิ้น เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์ นิโคติน ทาร์ เป็นต้น จากการสำรวจพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งปอดนั้น ร้อยละ 90 เป็นผลเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ และถ้าสูบกินวันละ 1 ซอง จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบลถึง 5-20 เท่า นอกจากนี้ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 80 และโรคหัวใจร้อยละ 50 มีผลมาจากการสูบบุหรี่เช่นเดียวกัน

1.โรคจากการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ต่างๆหลายชนิด ทำให้อัตราเสี่ยงของการเกิด โรคหัวใจสูงขึ้นเป็น ๒ เท่า อัตราเสี่ยงของการเกิด โรคถุงลมโป่งพองสูงขึ้นเป็น 6 เท่า และอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปอดสูงขึ้นเป็น 10 เท่า การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบลอายุสั้นลงโดยเฉลี่ย 5 - 8 ปี ผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบตั้งแต่วัยรุ่นและไม่หยุดสูบ ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และ ครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคนก่อนอายุ 70 ปี โรคต่างๆที่เกิดจากการสูบบุหรี่ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1.โรคมะเร็ง

ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะเกิดมะเร็งในอวัยวะต่างๆเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งช่องปาก โพรซังจมูก กล่องเสียง หลอดลม ปอด หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ตับอ่อน ตับ ไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก เต้านม ปากมดลูก รังไข่ ต่อมลูกหมาก ทั้งนี้ ผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ด้วยจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารเพิ่มขึ้นอีก สาเหตุที่การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในอวัยวะหลายๆ แห่ง ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่สารก่อมะเร็งในควันบุหรี่สัมผัสกับอวัยวะโดยตรง เช่น กล่องเสียง และปอด หรือสารก่อมะเร็งถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด แล้วไหลเวียนไปตามอวัยวะต่างๆ เช่น ตับอ่อน และกระเพาะปัสสาวะ โดยในภาพรวม พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของมะเร็งที่เกิดในคนมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่

มะเร็งปอด ร้อยละ 90 ของมะเร็งปอด มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่เป็นมะเร็งปอดประมาณร้อยละ 30 เป็นผลจากการที่ได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ มีการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่

จัดมีความเสี่ยง ต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 50 เท่า เนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่รับควันบุหรี่มากที่สุด ความเสี่ยงต่อพิษภัยของควันบุหรี่ขึ้นอยู่กับปริมาณบุหรี่ที่สูบและวิธีการสูดควันบุหรี่ การเกิดโรคมะเร็งปอดระยะแรกจะไม่มีอาการ เมื่อใดที่มีอาการแสดงว่าโรคเป็นมากแล้ว อาการที่พบคือ ไอเรื้อรัง เสมหะมีเลือดปน น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีไข้เล็กน้อย เจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการร่วม ของโรคต่างๆ ได้หลายชนิด จึงมักทำให้ผู้ป่วย มาหาแพทย์ช้า และการวินิจฉัยโรคล่าช้า มีอัตราการรอดชีวิตเพียงร้อยละ 2 - 5 เท่านั้น

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับหนึ่งของคนไทย โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญ ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสหัวใจวายตายในอายุ 30 - 40 ปี สูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 5 เท่า สารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยที่รูหลอดเลือดค่อยๆ ตีบลงจากการหนาตัวของผนังหลอดเลือด จนเกิดการตีบตันของเส้นเลือด เป็นเหตุให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้น้อยลง จึงเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบหรือโรคหัวใจขาดเลือดได้ เมื่อหลอดเลือดตีบจนมีผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้ จะเกิดอาการจุกเสียด เจ็บหน้าอก โดยเฉพาะเวลาออกกำลังกายและถึงขั้นหัวใจวายได้ในที่สุด

3. โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

สาเหตุที่สมรรถภาพทางเพศเสื่อม เกิดจากเส้นเลือดและเส้นประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายเสื่อม ซึ่งควันบุหรี่ มีสารที่ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง การทำงานจึงเสื่อมลง นอกจากนี้ยังพบตัวออกซิเจนในผู้สูบบุหรี่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติมากกว่า ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งจำนวนออกซิเจนลดลงด้วย ในขณะที่เดียวกันการเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้สูบบุหรี่ก็ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ เพราะโรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคเรื้อรังทำให้เหนื่อยหอบรักษาไม่หาย เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งของ อวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความกังวล กับโรคที่เป็น และมีผู้ป่วยหลายรายที่เกิดอาการหอบขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดความกลัว ไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์อีก

4. โรคหลอดเลือดในสมองตีบ

การเสื่อมของหลอดเลือดในสมอง มีกลไกในการเกิดเหมือนกับที่เกิดกับเส้นเลือด หัวใจและอวัยวะอื่นของร่างกาย ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาตจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือมีความจำเสื่อมลง

5. โรคระบบทางเดินหายใจ

ควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่างมาก และทำให้เนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพลง เมื่อมีการสะสม ของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่อง โรคที่พบ คือ ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นหวัดและหลอดลมอักเสบง่าย และโรคทางเดินหายใจอื่นๆ

6. โรคถุงลมโป่งพอง

โรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่เนื้อปอดค่อยๆเสื่อมสมรรถภาพจากการได้รับควันบุหรี่ ตามปกติแล้วพื้นที่ในปอดจะมีถุงลมเล็กๆกระจายอยู่เต็มทั่วปอด เพื่อทำหน้าที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย สารไนโตรเจนไดออกไซด์ในควันบุหรี่จะทำลายเนื้อเยื่อในปอดและในถุงลมให้ฝ่อขนาดที่ละเล็กลงๆ และรวมตัวกลายเป็นถุงลมที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดโรคถุงลมโป่งพอง มีผลทำให้พื้นที่ผิวเนื้อเยื่อภายในปอด ซึ่งเป็นที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมีขนาดเล็กลง จึงต้องหายใจเร็วขึ้น เพื่อให้ห่ออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพียงพอ โรคถุงลมโป่งพองนี้ในระยะท้ายๆของโรคจะทำให้ผู้ป่วยทรมาณมาก เนื่องจากเหนื่อยจนทำอะไรไม่ได้ ต้องนอนอยู่กับที่ และอาจต้องได้รับออกซิเจนจากถังตลอดเวลา จากรายงานการศึกษาพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่อาการอยู่ในระยะสุดท้ายจะ เสียชีวิตภายใน 10 ปี โดยมีอาการเหนื่อยหอบตลอดเวลาจนกว่าจะเสียชีวิต

7. โรคอื่นๆ

มารดาที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์จากผลของควันบุหรี่ที่มีต่อรก เช่น คลอดก่อนกำหนด แท้งง่าย และมีบุตรยาก รวมทั้งยังทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย อัตราตายทารกแรกเกิดสูง และภาวะเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันของทารกเกิดได้มาก

นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ง่ายอีกด้วย เนื่องจากสารเคมีในควันบุหรี่กระตุ้นกระเพาะอาหารให้มีการหลั่งน้ำย่อยออกมามากกว่าปกติ

พิษของบุหรี่ ทำให้เกิดโรคและความทรุดโทรม กับ อวัยวะทุกส่วนของร่างกาย

ทำให้เสพติด
นิโคตินในบุหรี่ทำให้อวัยวะสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง

เกิดรอยย่น
ควันบุหรี่สามารถทำให้ผิวหนังเกิดการเปลี่ยนแปลงและเกิดริ้วรอยต่างๆ ซึ่งทำให้ผิวหนังเหี่ยวแห้งและเกิดรอยย่นที่ตาและรอบปาก

คือกระจก
ควันบุหรี่ทำให้เกิดโรคต้อกระจกและต้อหิน

มะเร็งในปาก
บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งในช่องปากและในปาก บุหรี่ยังทำให้เกิดมะเร็งในลำคอ ปอด และในโรคขาดเลือดในหัวใจ

นิ้วและเล็บเหลือง
การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้นิ้วและเล็บเปลี่ยนสีเป็นสีเหลือง

มะเร็งกล่องเสียง
4 ใน 5 ของคนที่สูบบุหรี่จะเกิดมะเร็งกล่องเสียง

โรคหัวใจ
ภายใน 1 นาทีที่คุณสูบบุหรี่หัวใจจะเต้นเร็วขึ้น ความดันเลือดจะสูงขึ้น และทำให้หลอดเลือดแข็งตัว

มะเร็งปอดและถุงลมโป่งพอง
การสูบบุหรี่ ทุกชนิดเป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งปอดถึง 90% การสูบบุหรี่เป็นประจำเป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของระบบทางเดินหายใจ

แผลในกระเพาะอาหาร
ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และยังมีอาการเกิดเลือดออกในกระเพาะอาหารมากขึ้น และทำให้เกิดแผลในลำไส้เล็ก

สมรรถภาพทางเพศเสื่อม
ผู้ชายที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีสมรรถภาพทางเพศที่ลดลง และเกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต

จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ(2547) พบว่า มีคนไทยสูบบุหรี่ประมาณ 11.3 ล้านคน การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่สอง ที่ทำให้ประชากรไทยเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยการสูบบุหรี่ 1 ซองจะทำให้ชีวิตสั้นไปประมาณ 2 ชั่วโมง 20 นาที หรือทำให้ชีวิตสั้นลงไป 7 นาทีต่อการสูบบุหรี่ 1 มวน สารพิษที่มีอยู่ในบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งต่อตัวผู้สูบและผู้ที่ไม่สูบแต่ได้รับควันบุหรี่ โดยบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคต่างๆมากกว่า 25 โรค เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือถุงลมโป่งพอง โรคปอดบวม โรคหอบหืด แขนงหลอดเลือดอักเสบ โรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว โรคมะเร็งปอด ตลอดจนมะเร็งต่ออวัยวะอื่น ๆ เช่น มะเร็งตับอ่อน มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งกล่องเสียง เป็นต้น เบาหวาน แผลในระบบทางเดินอาหาร การเป็นหมัน โรคตา กระจกพรุน ฯลฯ ซึ่งโรคหรือความเจ็บป่วยต่างๆอันมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่นี้อาจใช้เวลานานหลายปีจึงจะปรากฏอาการของโรคอย่างเด่นชัด แต่อย่างไรก็ตามผลกระทบ

ต่อร่างกายที่สามารถพบได้ทั่วไปในผู้ที่สูบบุหรี่ คือ การมีกลิ่นตัวและกลิ่นปาก มีคราบเหลืองติดอยู่ที่ฟันและนิ้วมือ มีอาการไอและมีเสมหะในตอนเช้า มีระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์สูงในเลือดทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น เป็นต้น

ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของคนข้างเคียง

ควันบุหรี่สามารถก่อให้เกิดผลกระทบ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่ได้ ดังนี้

1. ผลกระทบระยะสั้น

1.1 เกิดการระคายเคืองต่อจมูก ตา คอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ เกิดความรู้สึกไม่สบาย

1.2 ทำให้มีอาการกำเริบมากขึ้นในผู้ที่เป็็นโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด และโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ โดยจะมีอาการหายใจติดขัดหรือ ถึงขั้นเหนื่อยหอบ

1.3 ในผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ที่เป็นโรคหัวใจ จะทำให้เกิดอาการเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอมากขึ้น เกิดอาการจุกเสียดหน้าอกได้

2. ผลกระทบระยะยาว

2.1 ในห้องที่อากาศไม่ถ่ายเท การสูบบุหรี่ทุกๆ 20 มวน จะทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องหายใจเอาควันบุหรี่เข้าไปเป็นปริมาณเท่า กับการสูบบุหรี่ 1 มวน

2.2 ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ในห้องทำงานที่มี ควันบุหรี่ประมาณครึ่งชั่วโมง จะมีปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดเท่ากับคนที่สูบบุหรี่เอง 1 มวน

2.3 ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ต้องอยู่ในห้องทำงาน หรือในสถานที่แออัดที่มีควันบุหรี่เป็นเวลานาน จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นจากคนทั่วไปเฉลี่ยร้อยละ 10 - 30

2.4 ในหญิงมีครรภ์และทารก ทำให้เกิดความเสียหายที่ทารกแรกคลอดจะมีน้ำหนัก ตัวต่ำกว่าปกติ ทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างคลอด หรือเกิดความพิการแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น และมีความเสี่ยงของอาการเกิดโรคไหลตายในเด็กสูงขึ้น เช่นเดียว กับที่มารดาสูบบุหรี่เอง

2.5 ในเด็กเล็ก ทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบและปอดบวมบ่อยกว่าเด็กทั่วไป และมีอัตราการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดการติดเชื้อของหูส่วนกลางง่าย และในระยะยาว เด็กที่ได้รับควันบุหรี่ พัฒนาการของปอดจะน้อยกว่า และพัฒนาการทางสมองจะช้ากว่าเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่

2.6 ในผู้ใหญ่ จากการศึกษาทางการแพทย์ พบว่า การได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ ทำให้เกิดโรคมะเร็งในปอดได้ ผู้หญิงที่ได้รับควันบุหรี่วันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป จะมี อัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งที่ลำคอมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ 3 เท่า และมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งในส่วนอื่นๆมากกว่าคนปกติ 2 เท่า ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าคนทั่วไป ผู้หญิงที่สามีสืบ

บุหรี่มีความเสี่ยงที่จะมีอาการ หัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้หญิงที่สามิไม่สูบบุหรี่ 3 - 4 เท่า และจะตายเร็วกว่าผู้หญิงที่สามิไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 4 ปี

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับครอบครัวและประเทศ

บุหรี่นอกจากจะก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายอย่างมากทั้งตัวผู้ที่สูบและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่แล้ว บุรียังก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของตัวผู้สูบและครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติด้วย จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้มีการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกประมาณ 8 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศที่ประชากรมีรายได้สูงมีค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ต่อปีประมาณร้อยละ 6 - 15 ของงบประมาณประจำปีด้านการรักษาพยาบาล

1. ความสูญเสียที่สามารถคำนวณได้

1.1 ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีค่าใช้จ่ายประมาณวันละ 10.8 บาทต่อคน โดยผู้ชาย มีรายจ่ายสูงกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัว คือประมาณ 11.0 บาท และผู้หญิงประมาณ 6.7 บาท ถึงแม้รายจ่ายต่อคนต่อวันจะไม่สูงมากนัก แต่ถ้าพิจารณาใน พ.ศ. 2544 มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจำนวน 10,557,100 คน ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดต้องเสียเงินเป็นค่าใช้จ่ายรวมกันถึง 4 หมื่นกว่าล้านบาทต่อปี

1.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

จากการวิเคราะห์ของธนาคารโลกเกี่ยวกับรายได้ และความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ ใน พ.ศ. 2538 พบว่า ในทุกๆ 1,000 ต้น ของยาสูบที่ผลิตออกมา จะทำรายได้หรือผลกำไรสุทธิให้แก่ผู้ผลิต 65 ล้านบาท แต่ทำให้มีผู้เสียชีวิต 650 คน และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 745 ล้านบาท ดังนั้น ความสูญเสียจากยาสูบเพียง 1,000 ต้น จึงมากกว่ารายรับถึง 680 ล้านบาท ขณะนี้ ทั่วโลกผลิตยาสูบได้รวมกันปีละ 7,300,000 ต้น จึงคิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจของโลกถึงปีละประมาณ 5 ล้าน ล้านบาท ธนาคารโลกได้สรุปว่า การลงทุนเรื่อง การป้องกันไม่ให้ผู้คนติดบุหรี่เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด ในการลดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาโรคร้ายไข้เจ็บของประชาชน รองจากการฉีดวัคซีนให้แก่ทารกแรกเกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจเหล่านี้ ทำให้ปัจจุบันธนาคารโลกและธนาคารพัฒนา เอเชีย ได้งดการให้สินเชื่อแก่ประเทศที่ขอกู้ไปลงทุนเรื่องยาสูบทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นการเพาะปลูก การส่งออก หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่สนับสนุนการกู้ยืมเงินเพื่อใช้ในการควบคุมการสูบบุหรี่

2. ความสูญเสียที่ยากจะคำนวณได้

2.1 เวลาและแรงงานที่ญาติหรือครอบครัวต้องเสียไปในการดูแลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่

2.2 ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ที่ผู้นำครอบครัวป่วย หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่

2.3 ในครอบครัวที่ยากจนอยู่แล้ว การซื้อบุหรี่สูบเป็นการเบียดบังเงินที่จะนำไปใช้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์กว่า เช่น การซื้ออาหาร และการใช้จ่ายในด้านการศึกษาของบุตร

2.4 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของท้องถิ่นจากการที่ต้องเสียเงินตราออกนอกประเทศ ให้แก่บริษัทบุหรี่ต่างประเทศ

3. ความสูญเสียที่ไม่สามารถจะคำนวณได้

3.1 คุณภาพชีวิตของผู้ที่ป่วยจากการสูบบุหรี่

3.2 ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่

3.3 คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วย และ หรือเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่

3.4 ความรำคาญ และความทุกข์ของผู้ที่ต้องรับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่

2.การป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่

ดร.พรณศิริ กุลนาถศิริ รมช.สาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ภายหลังเปิดการประชุมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศประมาณ 400 คน เพื่อสรุปผลการดำเนินงานการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบระดับพื้นที่ว่า ประเทศไทยได้เร่งแก้ไขทั้งการบังคับใช้กฎหมาย และการเร่งให้ความรู้ปรับเปลี่ยนค่านิยมของคนไทย เพื่อสกัดนักสูบนิกิต้มหน้าใหม่ ผลการสำรวจล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อพ.ศ. 2550 พบคนไทยก้าวสู่วงจรการเป็นนักดื่มหนักสูบเร็วขึ้นเรื่อยๆ ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ที่สูบบุหรี่ ดื่มสุราในขณะนี้ เฉลี่ยเริ่มสูบเมื่ออายุเพียง 16.8 ปี เริ่มดื่มเฉลี่ย 17.2 ปี ในขณะที่กลุ่มนักสูบ นักดื่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เฉลี่ยเริ่มสูบอายุ 19.3 ปี เริ่มดื่มอายุเฉลี่ย 23.9 ปี

ในปี 2554 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจะตั้งศูนย์ประสานงานควบคุมป้องกันการบริโภคบุหรี่ โดยตั้งเป้าให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ทั้งสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลทุกระดับ เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ 100 เปอร์เซ็นต์ภายในปี 2554 ขณะนี้อยู่ระหว่างกำหนัดหลักเกณฑ์การดำเนินงาน

ดร.จรวพร ธรณินทร์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ เปิดเผยว่า ในการประชุมสัมมนาทางวิชาการเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ (14 สิงหาคม 2551) ซึ่งจัดโดยมูลนิธิผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้มีการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ ขณะนี้เด็ก ชั้นประถมปีที่ 4 ก็เริ่มที่จะทดลอง สูบบุหรี่แล้ว และที่กำลังเป็นที่นิยม คือ การแข่งขันการพนันควันบุหรี่เป็นรูปวงกลม และรูปทรงต่างๆ ซึ่งจะเป็นการนำเข้าสู่การเป็นผู้ติดการสูบบุหรี่ในที่สุด ดังนั้นที่ประชุมจึงขอให้องค์กรเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องติดตามเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหการสูบบุหรี่ให้ความสำคัญกับปัญหานี้อย่างจริงจังด้วย ปลัด ศธ.กล่าว

ต่อไปว่า จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ ศธ.ต้อง เฝ้าระวังและป้องกันปัญหานี้อย่างจริงจัง แต่ก็ต้องยอมรับว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการทำงานไม่น้อย เช่น โรงเรียนประถมศึกษา ไม่มีผู้ดูแลปัญหานี้โดยตรง เพราะครูผู้สอนต้องรับภาระในการสอนแทบทุกวิชา ขณะที่งบประมาณ ที่โรงเรียนได้รับอยู่ในรูปแบบของค่าใช้จ่ายรายหัว ซึ่งถ้าเป็น โรงเรียนขนาดเล็กมีนักเรียน ไม่มากก็จะได้รับงบประมาณ ค่อนข้างจำกัด โดยงบประมาณ ส่วนใหญ่จะถูกนำไปใช้ในด้านวิชาการ จะเหลือมาส่งเสริมด้านสุขภาพน้อยมาก

ดร.จรรยาพร กล่าวว่า ศธ.มีงบประมาณเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ค่อนข้างจำกัด ประกอบกับปีที่ผ่านมาเราให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพ การศึกษาและเรื่องคุณธรรม จึงทำให้การส่งเสริมเรื่องสุขภาพถูกลด ความสำคัญลงไปบ้าง อย่างไรก็ตาม ศธ.ก็พยายามขอการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ทั้งกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) อยู่ และแต่ละปีจะมีการสำรวจจำนวนผู้สูบบุหรี่ 2 ครั้ง เพื่อดูว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นหรือลดลง เพื่อจะได้วางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง ขณะเดียวกันก็มอบให้โรงเรียนจัดกิจกรรมรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งให้สถานศึกษาและสถานี่ราชการในสังกัด ศธ.เป็นสถานที่ที่ปลอดบุหรี่ และมีการขอความร่วมมือให้ครู อาจารย์ละเลิกบุหรี่อย่างจริงจัง เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็กและเยาวชน

THAILAND SIMSMOKE MODEL

1. Tax policies
- 2.Clean air laws
3. Media policies
- 4.Advertising ban
- 5.Health warnings
- 6.Youth access
- 7.restriction
- 8.Cessation

นโยบายและมาตรการในการควบคุมการบริโภคบุหรี่(2529 – 2549)

1. ใช้พระราชบัญญัติ (พรบ.) ในการควบคุมและคุ้มครอง
 - 1.1 ห้ามโฆษณาบุหรี่ทุกรูปแบบ พ.ศ. 2530 (พรบ. คุ้มครองผู้บริโภค)
 - เพิ่มขนาดตัวอักษรคำเตือนบนซองบุหรี่ พ.ศ.2536-2548
 - พิมพ์คำเตือนเป็นรูปภาพ พ.ศ. 2548
 - 1.2 ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 (พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535)
 - ห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี
 - ห้ามโฆษณานิรุธัน ฌ จุคขาย พ.ศ. 2548

1.3 คຸ້ມครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 (พรบ. คຸ້ມครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535)

1.4 กำหนดเขตปลอดบุหรี่ : สถานที่สาธารณะต่างๆ

1.5 ภาษีบุหรี่

- เพิ่มภาษีสรรพสามิตบุหรี่จาก 55% เป็น 60%
- ขึ้นภาษีบุหรี่ 10 % เพื่อ ลดการสูบบุหรี่ในเยาวชนลง 10%,
สามารถป้องกันเด็กอายุ 15-19 จากการเริ่มสูบบุหรี่ได้ 75 400 คน
ป้องกันไม่ให้ 9,425 คนตายจากการสูบบุหรี่
- นำ 2 % จากภาษีบุหรี่และเหล้าสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- ตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ

การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย ต้นเหตุสำคัญที่เด็กเริ่มสูบบุหรี่ และเข้าเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่ (หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ,2547)

การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย

ปัจจุบันนี้ประเทศต่างๆ ได้ออกกฎหมายห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่มากขึ้นเรื่อยๆ บริษัทบุหรี่ข้ามชาติจึงได้คิดค้นหาวิธีใหม่ๆ ออกมาใช้ เพื่อให้จำหน่ายบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น วิธีหนึ่งที่ได้ผลคือ การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย บริษัทบุหรี่ข้ามชาติได้ทุ่มงบประมาณ ดังนี้

- 1.เพื่อการตลาด (Marketing) ทั้งหมด 4.56 ล้านล้านบาท
- 2.จากงานข้างต้นแบ่งเป็นงบเพื่อโฆษณาและส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย 500,000 ล้านบาท
- 3.แบ่งเป็นงบสำหรับลดราคา 320,000 ล้านบาท
- 4.แบ่งเป็นงบที่ใช้ซื้อตำแหน่งการวางขาย 52,000 ล้านบาท

ผลที่ได้จากการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย

งานวิจัยมากมายหลายชิ้น พบว่าบริษัทบุหรี่ข้ามชาติได้ผลคุ้มค่าจากการลงทุนมหาศาลข้างต้น กล่าวคือ

- 1.มีอิทธิพลโดยตรงต่อเด็กว่าซื้อหรือสูบยี่ห้อใด
- 2.อาจมีผลโดยตรงต่อจำนวนเด็กที่ซื้อบุหรี่
- 3.การรับรู้สัญลักษณ์และทัศนคติอันเป็นบวกต่อสัญลักษณ์ซึ่งได้สร้างขึ้นในวัยเด็กเป็นรากฐานของการนิยมชมชอบผลิตภัณฑ์นั้นในช่วงต่อมาของชีวิต
- 4.การโฆษณา/ส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่ายทำกันมากในร้านสะดวกซื้อ จึงมีผลต่อเด็กมาก เพราะ 3 ใน 4 ของเด็กวัยรุ่นจับจ่ายซื้อของในร้านสะดวกซื้อ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

- 5.แนวโน้มที่จะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 38 ในเด็กที่เห็นการโฆษณา/ส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย
- 6.เยาวชนที่เคยทดลองสูบบุหรี่ เคยเห็นการโฆษณาบุหรี่ ณ จุดขายมากกว่ากลุ่มเยาวชนที่ไม่เคยทดลองสูบบุหรี่
- 7.กลุ่มนักเรียนชาย 12 ขวบ ร้อยละ 70 ระบุว่าเกิดระดับยอมรับต่อสิ่งต่างๆ ที่บริษัทบุหรี่ใช้ในการส่งเสริมการขาย มากกว่าการรับรู้ตามปกติ
- 8.วัยรุ่นได้รับอิทธิพลสูงกว่าผู้ใหญ่จากการส่งเสริมการขายในร้านสะดวกซื้อ 73% ต่อ 47%
- 9.การวางสินค้าให้หยิบเองได้ ทำให้เด็กซื้อง่ายขึ้นและเปิดโอกาสให้เด็กขโมยบุหรี่ ประมาณร้อยละ 8 ของเด็กที่สูบบุหรี่ ได้บุหรี่มาโดยการขโมย
- 10.เด็กอายุ 15-16 ปีในประเทศอังกฤษพบว่า 100% เคยเห็นการตลาดบุหรี่ ณ จุดจำหน่าย
- 11.เด็กที่เข้าร้านสะดวกซื้อบ่อย เข้ามาเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่มากกว่าเด็กที่เข้าไม่บ่อย เด็กที่เข้าร้านสะดวกซื้อบ่อยอย่างน้อยวันละครั้ง ในเวลาต่อมาจะเข้ามาเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่มากกว่าเด็กที่เข้าร้านประเภทนี้น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง ถึงร้อยละ 50

กฎระเบียบและกฎหมายเพื่อหยุดยั้งการโฆษณา/การส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย

จากผลเสียต่อการที่ประชาชนและเยาวชนสูบบุหรี่มากขึ้น จึงได้มีการออกกฎหมายเพื่อห้ามการตั้งบูธหรือแสดง ณ จุดจำหน่าย คือ

1. ประเทศแคนาดา รัฐซัสคาตเชวาน (Saskatchewan) นับตั้งแต่ 12 มีนาคม 2545 เป็นต้นไป ห้ามมิให้ตั้งแสดงซอง หีบห่อในที่ซึ่งเด็กเข้าไปได้
2. ประเทศไอร์แลนด์ นับตั้งแต่ 27 มีนาคม 2545 บังคับให้เก็บผลิตภัณฑ์บุหรี่ในที่ซึ่งบุคคลอื่นนอกจากผู้ขายมองไม่เห็นและหยิบไม่ได้

สำหรับประเทศไทย เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2548 “ภาคีปกป้องไทยพ้นภัยบุหรี่” ประกอบด้วย สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (นพ.หทัย ชิตานนท์), ชมรมนักศึกษาศึกษาเพื่อการไม่สูบบุหรี่ (ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย), ชมรมทันตบุคลากรเพื่อการไม่สูบบุหรี่ (ทพ.หญิงศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์), เครือข่ายเฝ้าระวังและรู้ทันบุหรี่ (รศ.เนาวรัตน์ เจริญค้า), ชมรมอาจารย์มหาวิทยาลัยเพื่อการไม่สูบบุหรี่ (ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์), ชมรมเศรษฐศาสตร์เพื่อการควบคุมยาสูบ (รศ.ดร.สุชาดา ตั้งทางธรรม), และชมรมสร้างสรรค์ศิลปะเพื่อชีวิตที่ยั่งยืน (ผศ.อำนาจ เย็นสบาย) ได้มีหนังสือถึง รมว.สาธารณสุข คุณหญิงสุภารัตน์ เกตุราพันธ์ พร้อมด้วยเอกสาร “การโฆษณาและการส่งเสริมการการขาย ณ จุดจำหน่าย : ความสำคัญต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ” เสนอให้ห้ามการตั้งแสดงบูธ ณ จุดจำหน่าย เพื่อเป็นการสนองพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2547 ที่ทรงแสดงความห่วงใยต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย

3. มาตรการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และการปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่

มาตรการในการควบคุมและป้องกันการสูบบุหรี่

ก. มาตรการด้านการศึกษา

การให้สูติศึกษาถือเป็นมาตรการขั้นพื้นฐานและเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุด แต่โดยมาตรการนี้เพียงอย่างเดียวจะส่งผลต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบได้น้อย จำเป็นต้องมีมาตรการอื่นๆ มาเสริมด้วย การให้สูติศึกษาในเรื่องอันตรายของการสูบบุหรี่ จำเป็นต้องกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่ชัดเจนเพื่อให้ครอบคลุมประชาชนในทุกๆ กลุ่ม ซึ่งจะกำหนดรูปแบบ และวิธีการในการให้ข้อมูลให้สอดคล้อง เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม จึงจะเกิดประสิทธิภาพในการรณรงค์ แบ่งเป็น

- การให้สูติศึกษาในระบบ

การให้สูติศึกษาเกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ควรจะเริ่มตั้งแต่นักเรียนชั้นอนุบาล เพราะนอกจากจะเป็นการปลูกฝังค่านิยม และให้ความรู้แก่เด็กวัยนี้แล้ว เด็กในวัยนี้เมื่อได้รับการสอนถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่แล้ว ส่วนใหญ่จะกลับไปถามบุคคลในบ้านว่า ครูบอกว่าการสูบบุหรี่ไม่ดี แล้วทำไมคุณพ่อ คุณแม่หรือคนอื่นๆ ในบ้านจึงยังสูบ ซึ่งทำให้ผู้ปกครองจำนวนไม่น้อยต้องเลิกสูบบุหรี่ หรือไม่กล้าสูบให้ลูกเห็น

- การให้การศึกษานอกระบบ

ทำได้ทั้งการจัดกิจกรรมหรือนิทรรศการ ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ทั้งใน โรงเรียน และสถานที่ที่มีประชาชนมามาก ได้แก่ ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ ฯลฯ และการเป็นแบบอย่างซึ่งมีความสำคัญมากในกระบวนการสร้างค่านิยมใหม่ที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มคนที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ บุคลากรสาธารณสุข สื่อมวลชน ศิลปิน ดารา และนักกีฬา จะเห็นได้ว่า องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ พ.ศ.2536 เป็นปีที่บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้นำในการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2537 กำหนดให้สื่อมวลชนทุกแขนงเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2538 ให้นักเศรษฐศาสตร์ได้เข้ามารับรู้ว่า บุหรี่ไม่เพียงแต่สร้างความหายนะด้านสุขภาพ ยังก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการสูญเสียทางเศรษฐกิจอีกด้วย พ.ศ. 2539 กำหนดให้ศิลปินและนักกีฬาเข้ามาเป็นผู้นำในการบอกกับสังคมว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี รวมทั้งศิลปะและการกีฬาควรจะปลอดบุหรี่ โดยไม่รับเงินสนับสนุนจากรัฐกิจบุหรี่ และ พ.ศ.2545 กำหนดให้เป็นปีกีฬาปลอดบุหรี่ พ.ศ.2551 กำหนดให้เป็นปี เยาวชนปลอดบุหรี่

ข. มาตรการด้านกฎหมาย

เป็นมาตรการที่สำคัญสำหรับควบคุมบริษัทผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายบุหรี่ รวมถึงเพื่อคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งได้แก่

- พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 คือ "ห้ามจำหน่ายบุหรี่ แก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี" และ "ห้ามโฆษณาทั้งทางตรงและทางอ้อม" "ห้ามขายบุหรี่ด้วยเครื่องขายอัตโนมัติ" รวมทั้งการพิมพ์คำเตือน การเปิดเผยสารเคมีที่ใช้ปรุงแต่งกลิ่นรสบุหรี่

คำเตือน เป็นมาตรการให้ความรู้ทั้งแก่ผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยที่ผ่านมาประเทศไทยมีการพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่ทั้งหมด 10 ข้อความสลับกันไป โดยกำหนดให้มีขนาดร้อยละ 33.3 ของพื้นที่ด้านหน้าและ ด้านหลังของบุหรี่ และใช้ตัวอักษรสีขาวบนพื้นสีดำ พิมพ์อยู่บริเวณด้านบนสุดของซองและกล่องบรรจุของบุหรี่ อย่างไรก็ตาม การใช้ข้อความคำเตือนบนซองบุหรี่ยังมีข้อจำกัดในการให้ข้อมูลกับประชาชนที่ด้อยการศึกษาและอ่านหนังสือไม่ออก การใช้รูปภาพเป็นคำเตือนบนซองบุหรี่จึงน่าจะแก้ไขปัญหานี้ได้ การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องนี้พบว่า ทั้งผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่เห็นด้วยกับการให้มีรูปภาพ เป็นคำเตือนบนซองบุหรี่

- การเปิดเผยส่วนประกอบในการผลิตบุหรี่

เป็นมาตรการที่ให้ความรู้แก่ผู้สูบบุหรี่ คือ ถ้าผู้สูบบุหรี่รู้ว่าบริษัทบุหรี่ผสมสารเคมีหลายชนิด เข้าไว้ในบุหรี่จะทำให้อยากสูบน้อยลง ในขณะที่เดียวกันการที่มีกฎหมายกำหนดให้ผู้ผลิตแจ้งส่วนประกอบกับทางการ จะทำให้ผู้ผลิตใช้สารเคมีผสมในการผลิตบุหรี่ย่อยชนิดลง ซึ่งจัดว่าเป็นการคุ้มครองผู้สูบบุหรี่ได้ในระดับหนึ่ง มาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 กำหนดให้ผู้ผลิตบุหรี่แจ้งส่วนประกอบที่ใช้ในการผลิตบุหรี่ต่อกระทรวงสาธารณสุข

- การคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 มีผลบังคับใช้ได้กำหนดให้สถานที่สาธารณะต่างๆ โรงเรียน สถานศึกษา และรถโดยสารจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยได้มีการปรับและขยายสถานที่ที่ต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยล่าสุดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้สถานที่ราชการ สำนักงานและที่ทำงานต่างๆ ในขณะที่ทำการ หรือให้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ ยกเว้นห้องทำงานส่วนตัว และบริเวณที่จัดให้เป็นเขตสูบบุหรี่โดยเฉพาะ

ค. นโยบายด้านภาษี

เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการควบคุมการสูบบุหรี่ ผลกระทบที่สำคัญคือราคาบุหรี่ที่แพงขึ้น นอกจากจะทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่มีรายได้น้อยสูบน้อยลงหรือหยุดสูบแล้ว ยังจะทำให้เยาวชนเข้ามาเสพติดบุหรี่น้อยลง เนื่องจากเยาวชนเป็นผู้ที่ยังไม่มีรายได้และมีกำลังซื้อต่ำ การขึ้นภาษีบุหรี่ควรจะเป็นระยะๆ ตามอัตราเงินเฟ้อ ประเทศที่มี นโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ที่ก้าวหน้าสามารถที่จะออกกฎหมายกำหนดให้นำภาษีบุหรี่ส่วนหนึ่งมาสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ไว้ด้วย ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 นำภาษีสรรพสามิต สุราและยาสูบร้อยละ 2 มาสนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างๆ

ง. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

กำหนดชื่อสถานที่สาธารณะที่ห้ามสูบบุหรี่

- รถยนต์โดยสารประจำทาง
- รถยนต์โดยสารรับจ้าง
- ตู้โดยสารรถไฟที่มีระบบปรับอากาศ
- เรือโดยสาร
- เครื่องบินโดยสารภายในประเทศ
- ที่พักผู้โดยสารเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
- ลิฟต์โดยสาร
- ตู้โทรศัพท์สาธารณะ
- รถรับส่งนักเรียน
- โรงมหรสพ
- ห้องสมุด
- สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม หรือ
- สถานที่จัดเลี้ยง เฉพาะ----- บริเวณที่มีระบบปรับอากาศ
- สุขา
- ท่าเทียบเรือสาธารณะ
- โรงเรียนหรือสถานศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา
- อาคารจัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถาน หรือหอศิลป์
- สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
- สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน
- สนามกีฬาในร่ม
- อาคารของมหาวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสถาบันการศึกษา ระดับอุดมศึกษา
- บริเวณแสดงสินค้าหรือนิทรรศการ เฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- สถานที่ราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
- ธนาคารและสถาบันการเงิน
- สำนักงานที่มีระบบปรับอากาศ
- อาคารท่าอากาศยาน
- รถไฟทั้งขบวน

จ. มาตรการทางสังคมอื่นๆ

- การสร้างค่านิยมใหม่ที่ไม่สูบบุหรี่

เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เพราะค่านิยมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะเยาวชน ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างค่านิยมใหม่ที่ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ บิดา มารดา และผู้นำสังคมในทุกสาขา ตั้งแต่เนักการเมือง นักแสดง นักกีฬา ครู แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และพระภิกษุ โดยสถาบันสื่อมวลชนจะมีบทบาทสูงสุดในการสร้างค่านิยมใหม่ที่ไม่สูบบุหรี่ให้แก่สังคม

มาตรการที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดต้องทำไปพร้อมๆ กัน เพราะแต่ละมาตรการจะช่วยเสริม

ประสิทธิภาพซึ่งกันและกัน หากดำเนินมาตรการที่กล่าวแล้วได้ทั้งหมด จะเกิดผลในการควบคุมการสูบบุหรี่ได้สูงสุด

- การสร้างแนวร่วมในการรณรงค์

ประเทศไทยมีมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นหน่วยงานเอกชน และมีสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานของรัฐ โดยต้องมีการร่วมมือกันและสร้างแนวร่วมเพิ่มขึ้นทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และมีการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมเพียงพอ

การรณรงค์เพื่อการต่อต้านบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน นักเรียน นิสิต นักศึกษา

จากรายงานวิจัยพบว่า เวลาส่วนใหญ่ของเด็กวัยรุ่นสามส่วนจะอยู่ที่โรงเรียน หรือประมาณ 140 ชั่วโมงต่อเดือน แรงผลักดันของวัยรุ่นที่จะทำให้เริ่มต้นสนใจทดลองบุหรี่จึงเกิดขึ้นที่โรงเรียน ยิ่งไปกว่านั้น ผลการวิจัยยังยืนยันว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เริ่มติดบุหรี่ตั้งแต่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องสนับสนุนให้โรงเรียนหันมาให้ความสำคัญกับกิจกรรมรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ โดยที่โรงเรียนต้องเป็นแนวร่วมสำคัญช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชน ด้วยการสร้างนโยบายปลอดบุหรี่ที่เข้มแข็งขึ้นภายในโรงเรียน ซึ่งศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกาได้แนะแนวทางในการสร้างมาตรการป้องกันการเสพติดบุหรี่และนโยบายปลอดบุหรี่ในโรงเรียนดังนี้

1. นโยบายห้ามสูบบุหรี่ภายในโรงเรียนจะต้องได้รับการสนับสนุนจากนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกฝ่าย รวมถึงต้องมีนโยบายไม่รับการสนับสนุนใดๆ จากบริษัทบุหรี่
2. เตรียมสร้างความเข้าใจกับนักเรียนเกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่ ความสำเร็จของกิจกรรมรณรงค์ไม่สูบบุหรี่จะมีมากยิ่งขึ้น
3. ให้พ่อแม่และครอบครัวของนักเรียนมีส่วนร่วมในการป้องกันไม่ให้บุตรหลานสูบบุหรี่
4. โรงเรียนควรเปิดโอกาสให้นักเรียนสร้างสรรค์โครงการต่างๆ ที่ลดแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ของเยาวชน
5. พยายามลดอัตราการสูบบุหรี่ให้กับนักเรียนหรือบุคลากรในโรงเรียน โดยอาจแนะนำแหล่งในการให้คำปรึกษาเลิกสูบบุหรี่ หรือโปรแกรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในโรงเรียน

การมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาของประชาชน ต้องเปิดโอกาสให้เข้าร่วมในทุกขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการการริเริ่ม การตัดสินใจในการดำเนินการ และการตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมการปฏิบัติการ(implementation) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทรัพยากร การบริหาร และประสานความร่วมมือ

3. การมีส่วนร่วมในผลการดำเนินการ (benefits) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมต่อผลที่เกิดจากการดำเนินการทั้งด้านวัตถุ บุคคล และผลทางสังคม

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation)

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุดในปี 2550 พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 51.2 ล้านคน สูบทั้งบุหรี่และดื่มสุรา ร้อยละ 14.7 หรือ เกือบ 8 ล้านคน โดยมีผู้สูบบุหรี่ 10.8 ล้านคน ในจำนวนนี้สูบบุหรี่ทุกวัน 9.4 ล้านคน และดื่มสุรา 14.9 ล้านคน โดยกลุ่มวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ดื่มร้อยละ 34 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่น กลุ่มเยาวชนที่สูบบุหรี่ เหตุผลการสูบบุหรี่ อันดับ 1 คือ อายกลอง ร้อยละ 55 รองลงมา เพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 26

ผลวิจัยเผยว่า หากทั้งพ่อและแม่ไม่เคยสูบบุหรี่ โอกาสที่ลูกจะสูบบุหรี่จะลดลงกว่า ร้อยละ 70 เมื่อเทียบกับเด็กที่ทั้งพ่อและแม่สูบบุหรี่ และหากทั้งพ่อและแม่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว โอกาสที่ลูกจะสูบบุหรี่จะลดลงเกือบ ร้อยละ 40 ในขณะเดียวกัน ผลการวิจัยเพิ่มเติมแสดงให้เห็นว่า หากแม่เลิกสูบบุหรี่ แนวโน้มที่ลูกจะริสูบบุหรี่จะลดลงตามไปด้วย (Chassin, Presson, et al, 2002)

การศึกษา สูบบุหรี่ในนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ อำเภอเมืองสงขลา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างที่ ระดับ 0.05 คือ ความรู้เรื่องบุหรี่ บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ เพื่อนสนิทที่โรงเรียนสูบบุหรี่ รายรับประจำเดือน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ระดับ 0.01 คือ อาชีพมารดา และ ที่พักปัจจุบัน (สมฤดี มอบนรินทร์ , 2548) สำนักงานวิจัยเอแบคโพล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ร่วมกับมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2548) ได้ร่วมกันวิจัยเรื่อง “สังคมไทย ควรทำอะไรเพื่อสกัดกั้นวัยรุ่นหญิงไทยจากการสูบบุหรี่” โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มวัยรุ่นหญิงไทยที่มีอายุ 13-24 ปี จาก 20 จังหวัด จำนวน 5,773 คน ผลการศึกษามีข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้

1. จำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน วัยรุ่นหญิงร้อยละ 53.1 สูบบุหรี่วันละ 1-5 มวน ร้อยละ 26.5 สูบบุหรี่วันละ 6-10 มวนและร้อยละ 20.4 สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนในแต่ละวัน
2. ช่วงอายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก ส่วนมากจะเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 14-15 ปี
3. สาเหตุที่สูบบุหรี่ สาเหตุสำคัญที่ชักจูงใจให้วัยรุ่นหญิงสูบบุหรี่ ได้แก่ ความเครียด (ร้อยละ 37.8) การไปร่วมงานสังสรรค์ (ร้อยละ 31.4) และความรู้สึกเหงา (ร้อยละ 23.9)
4. สถานที่มักสูบบุหรี่เป็นประจำ สถานที่วัยรุ่นหญิงมักสูบบุหรี่เป็นประจำ ได้แก่ สถานบันเทิง (ร้อยละ 36.9) รองลงมาได้แก่ ที่บ้าน (ร้อยละ 28.2) สำหรับกรณีสูบบุหรี่ที่สถานบันเทิงนั้น ถ้าหากได้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะยิ่งสูบบุหรี่มากกว่าปกติ
5. มุมมองของผู้หญิงที่สูบบุหรี่ วัยรุ่นหญิงจำนวนมาก (ร้อยละ 70.3) อยากให้ผู้หญิงเลิกสูบ

บุหรี และร้อยละ 22.7 จะรังเกียจผู้หญิงที่สูบบุหรี

6. การรุ่มล้อมด้วยผู้สูบบุหรี วัยรุ่นหญิงจำนวนไม่น้อยต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ถูกรุ่มล้อมด้วยผู้สูบบุหรี ส่วนมากจะมีพ่อเป็นผู้สูบบุหรี (ร้อยละ 39.5) รองลงมา ได้แก่ เพื่อนสนิท (ร้อยละ 26.5) พี่น้อง (ร้อยละ 24.1) แฟนหรือคนรัก (ร้อยละ 17.4) และแม่ที่สูบบุหรี (ร้อยละ 4) ตามลำดับ 7. ความคิดเห็นต่อการเลิกสูบบุหรี วัยรุ่นหญิงที่เคยสูบบุหรีและกำลังคิดบหรีมีความต้องการเลิกสูบบุหรี ร้อยละ 33.7 และ ไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี ร้อยละ 17.6 ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรีได้สำเร็จ ได้แก่ กำลังใจ ความเข้าใจและการเอาใจใส่จากคนรอบข้าง ส่วนผู้ที่เลิกสูบบุหรีได้แล้วและกลับมาสูบบุหรีใหม่อีกครั้งหนึ่งจะเป็นผลมาจากความเครียดและความผิดหวัง

โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี (2551) ศึกษาวิจัยเรื่องการเสริมสร้างพฤติกรรมไม่สูบบุหรีในวัยรุ่นตอนต้น โดยใช้โปรแกรมทักษะชีวิต ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 โรงเรียนวัดหลวง ต.วัดหลวง อ.พนัสนิคม จ.ชลบุรี โดยมีรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) ซึ่งอาศัยหลักการเรียนรู้ ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม ฐานที่ 1 ทักษะความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับโทษพิษภัยบุหรี และทักษะการจัดการกับความเครียด ฐานที่ 2 ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพโดยการใช้ทักษะปฏิเสธ ฐานที่ 3 ทักษะการตัดสินใจไม่สูบบุหรีและการแก้ปัญหา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีทักษะชีวิตหลังเข้าร่วมการวิจัยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี ความตระหนักรู้ในตนเอง เกี่ยวกับบุหรีเพิ่มขึ้น มีทักษะในการตัดสินใจและแก้ปัญหา เพิ่มขึ้น กล่าวที่จะปฏิเสธที่ถูกชักชวนไปสูบบุหรี มีทักษะในการจัดการความเครียด

นางสาวจิราพร สุวรรณธีรราษฎร์ (2542) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรีของวัยรุ่นในสถานศึกษา โดยศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 3 โรงเรียน ในเมืองแมริม และอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากร ด้านความรู้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับบุหรีต่อสุขภาพ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านกฎหมายและการตลาดและการจัดสัมมนา กลุ่มโรงเรียนละ 10 คนเกี่ยวกับสาเหตุของการสูบบุหรี การได้มาของบุหรี ความคิดเห็นของการสูบบุหรี และแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี โดยใช้ Multiple Logistic Regression พบว่า มีนักเรียนสูบบุหรีร้อยละ 14.6 จากนักเรียนที่สอบถามทั้งหมด 404 คน, ชั้นเรียนที่นักเรียนสูบบุหรีมากที่สุด คือ ชั้น ม.3 ร้อยละ 44.1, ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรีของนักเรียน คือ ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว โดยพบว่า ถ้าความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดีหรือแย่ จะมีโอกาสสูบบุหรีเพิ่มขึ้น 123 เท่า, ด้านผลการเรียนพบว่า ถ้าผลการเรียนต่ำจะมีโอกาสสูบบุหรีเพิ่มขึ้น 3.11 เท่า, ถ้ามีเพื่อนที่สูบบุหรีอยู่แล้ว จะมีโอกาสที่

จะสูบบุหรี่ตามเพื่อนเพิ่มขึ้น 3.74 เท่า, หากเคยมีการสูบบุหรี่แล้ว มีโอกาสที่จะสูบบวนต่อ ๆ ไป 68.9 เท่า

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ (2550) เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ พ.ศ. 2529 – 2549 พบ ค่าร้อยละ มีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงถึงจำนวนประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ ตั้งแต่ พ.ศ. 2529 - 2549

ปี	จำนวนประชากรทั้งหมด	สูบบุหรี่เป็นประจำ		สูบบุหรี่นานๆครั้ง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2529	39,245,800	10,377,000	26.4	-	-
2531	40,478,580	10,109,890	25.0	12,244,650	3.1
2534	43,292,100	11,402,100	26.3	884,000	2.4
2536	45,680,300	10,406,200	22.8	1,196,400	2.6
2539	48,009,200	11,254,200	23.4	1,293,700	2.7
2542	49,905,600	10,230,000	20.5	1,761,100	3.5
2547	53,779,097	9,631,963	17.9	1,729,535	3.2
2549	54,536,000	9,541,100	17.5	1,509,300	2.8

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ส่วนอายุ ผู้สูบบุหรี่นั้น มีการเริ่มสูบบมากที่สุดในช่วงอายุ 15 – 19 ปี ซึ่งถือว่ายังอยู่ในระดับการศึกษามัธยมตอนปลายถึงมหาวิทยาลัย โดยในช่วงอายุนี้อถือว่าเป็นช่วงอายุในการเข้าสู่วัยรุ่นและเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ จึงมีเหตุผลหลาย ๆ เหตุผลในการที่จะเริ่มสูบบุหรี่ เช่น เกรียดจากการสอบ ทำตามเพื่อน อยากรลอง เป็นต้น อีกทั้งพ่อแม่ผู้ปกครองเห็นว่าบุตรหลานของตนโตขึ้นใกล้เป็นผู้ใหญ่ที่จะบรรลุนิติภาวะแล้วจึงไม่เข้มงวดเหมือนเคย จึงทำให้ช่วงอายุ 15 – 19 ปี มีจำนวนผู้เริ่มสูบบุหรี่มากที่สุด

ตารางที่ 2 แสดงถึงช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2544 และ 2549

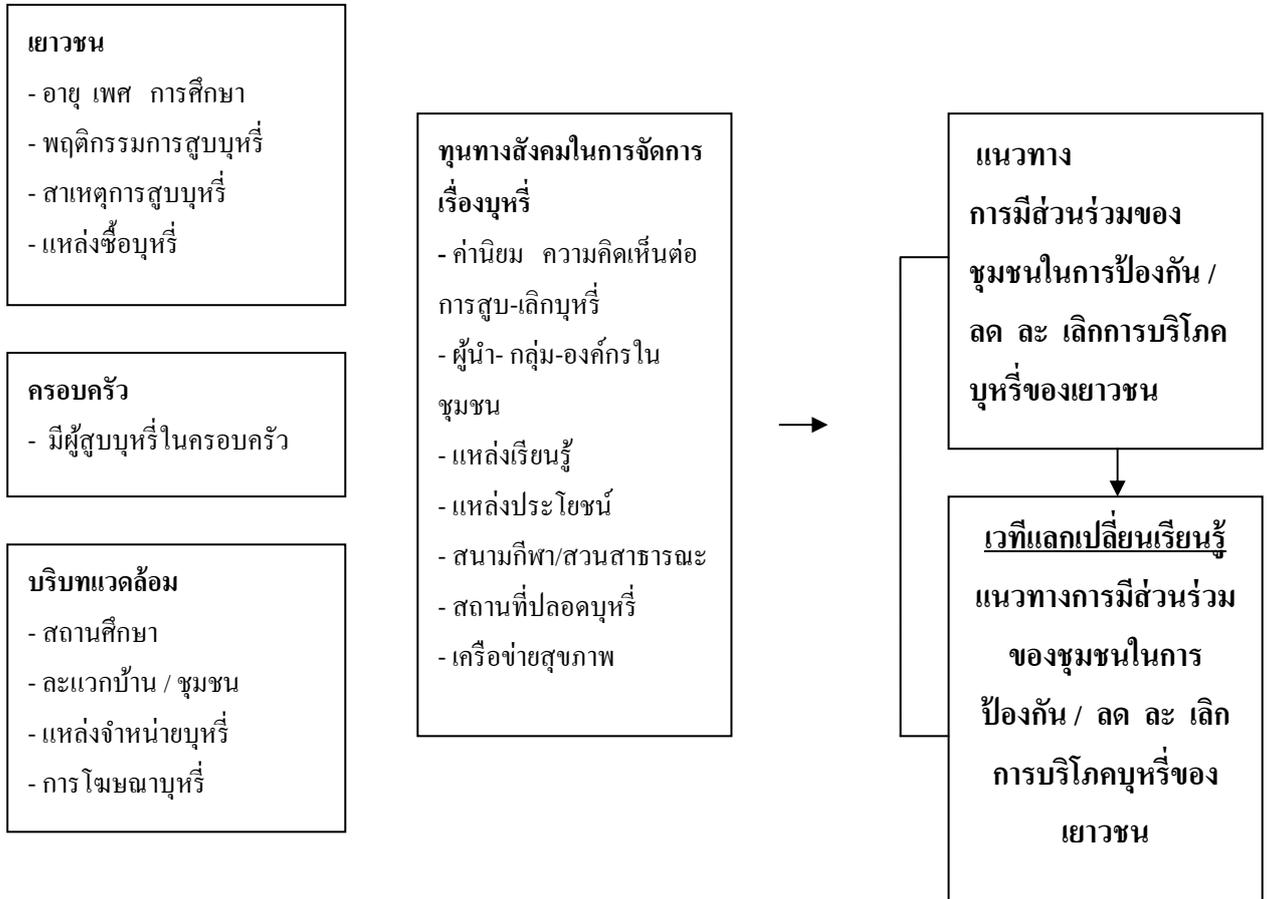
ข้อมูลผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2544			ข้อมูลผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2549		
ช่วงอายุที่เริ่มสูบ(ปี)	จำนวนประชากร(คน)	ร้อยละ	ช่วงอายุที่เริ่มสูบ(ปี)	จำนวนประชากร(คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 10	42,100	0.39	ต่ำกว่า 10	30,243	0.31
10 - 14	685,800	6.50	10 - 14	748,507	7.77
15 - 19	6,136,100	58.16	15 - 19	5,528,177	57.42
20 - 24	2,926,700	27.74	20 - 24	2,564,884	26.64
25 - 29	470,200	4.46	25 - 29	455,994	4.74
30 - 34	162,400	1.54	30 - 34	195,252	2.03

ข้อมูลผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2544			ข้อมูลผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2549		
ช่วงอายุที่เริ่มสูบ(ปี)	จำนวนประชากร(คน)	ร้อยละ	ช่วงอายุที่เริ่มสูบ(ปี)	จำนวนประชากร(คน)	ร้อยละ
35 - 39	39,900	0.37	35 - 39	42,267	0.44
40 ขึ้นไป	63,500	0.60	40 ขึ้นไป	62,359	0.45
รวม	10,551,200	100.0	รวม	9,627,685	100.0

กรอบแนวความคิดการวิจัย

การประเมินสถานการณ์ และพัฒนาแนวทางเชิงวิชาการ
(Situational Analysis and)

การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วม
(Model Development)



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1.รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยประยุกต์ (Apply Research) สถานที่ทำวิจัย อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

2.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1ประชากร คือ เด็กและเยาวชน อายุ ตั้งแต่ 11 – 18 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

2.2 กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

2.2.1) กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กและเยาวชน อายุ ตั้งแต่ 11 – 18 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้รับการสุ่มเลือก

คลัสเตอร์	จำนวน คลัสเตอร์	ขนาดตัวอย่าง	รวม (คน)
		อายุ 11-18 ปี	
ชุมชนในเขตเทศบาลอำเภอจตุรัส	15	15 x 8	120
ชุมชนนอกเขตเทศบาลอำเภอจตุรัส	15	15 x 8	120
รวม	30	30 x 4 = 120	240

3.เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเภทผู้ให้ข้อมูล	จำนวนผู้ให้ข้อมูล	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	เครื่องมือ
1.เยาวชน	240 คน	ทศแบบสอบถาม	แบบสอบถาม
2. ผู้นำชุมชน/ ผู้นำ กลุ่ม/องค์กรชุมชน	5 คน	สัมภาษณ์ลึก	-แนวทาง สัมภาษณ์ลึก
3. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ(key informants)	5 คน		

4.วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อพรรณนาข้อมูลในการศึกษา

1.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ เช่น การทดสอบความแตกต่าง เป็นต้น

2.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดย content analysis

5. ระยะเวลาทำการวิจัย มกราคม - กันยายน 2553

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง การพัฒนา แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการใช้บุหรี่ของเยาวชนในอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยประยุกต์ ดำเนินการตั้งแต่ มกราคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2553 โดยมีประชากรในการศึกษาเป็นเยาวชนอายุ ตั้งแต่ 11 – 18 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มเลือก จำนวน 240 ราย การรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และเวทีพิจารณาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับแนวทางการมีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลโครงการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอ เพื่อ ตอบสนองวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ
2. แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการบริโภคบุหรี่ของเยาวชนอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

1.1 ประสพการณ์การบริโภคยาสูบของเยาวชน

ประสพการณ์การบริโภคยาสูบของเยาวชนอายุ 11-18 ปีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน ในอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.6 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.4 เคยสูบบุหรี่มาแล้วเฉลี่ย 1- 10 มวน ร้อยละ 4.5 เคยสูบบุหรี่มาแล้ว 11-50 มวน ร้อยละ 11.3 เคยสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 100 มวน อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.2 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 13 -15 ปี ร้อยละ 8.3 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 11-12 ปี และร้อยละ 5.0 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 8-10 ปี

ตารางที่ 1 แสดง จำนวนและร้อยละ ของเยาวชนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำแนกตามประสพการณ์การบริโภคยาสูบและอายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่

ตัวแปร	จำนวน และร้อยละ	
1. ประสพการณ์การบริโภคยาสูบของเยาวชน		
ไม่เคยสูบบุหรี่	155	64.6
เคยสูบ 1-10 มวน	39	16.3
เคยสูบ 11 – 50 มวน	11	4.5
เคยสูบ 51 – 100 มวน	8	3.3
เคยสูบ มากกว่า 100 มวน	27	11.3
รวม	240	100.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดง จำนวนและร้อยละ ของเยาวชนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำแนกตาม ประสบการณ์การบริโภคยาสูบและอายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่

ตัวแปร	จำนวน และร้อยละ	
2. อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก		
ไม่เคยสูบบุหรี่	155	64.6
อายุ 7 ปี	7	2.9
อายุ 8-10 ปี	12	5.0
อายุ 11 – 12 ปี	20	8.3
อายุ 13- 15 ปี	34	14.2
อายุ 16 ปีและมากกว่า	12	5.0
รวม	240	100.0

1.2 การเข้าสู่เส้นทางการเป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ของเยาวชน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

1.2.1 ปัจจัยด้านเยาวชนและกลุ่มเพื่อน

เยาวชนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าสู่เส้นทางการเป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ ด้วยความอยากลอง ร้อยละ 22.5 คลายเครียด ร้อยละ 11.7 เอาอย่างเพื่อนๆ ในกลุ่ม ร้อยละ 2.9 และ เพื่อให้เพื่อนๆ ยอมรับเข้ากลุ่ม ร้อยละ 2.5 ที่เหลือเป็นกลุ่มเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ (ตารางที่ 2)

1.2.2 อิทธิพลการโฆษณา

เยาวชนกลุ่มตัวอย่างเคยเห็นภาพการเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ ร้อยละ 76.7 แต่ อีก ร้อยละ 23.3 ไม่เห็นภาพการเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ เพราะซองบุหรี่แบ่งขายเป็นมวน หรือขอแบ่งจากเพื่อน

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง สังเกตเห็นภาพการเตือนด้านสุขภาพบนซอง บุหรี่บ่อยมาก ร้อยละ 25.8 สังเกตเห็นบ่อยๆ ร้อยละ 27. สังเกตเห็นเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 10.4 ไม่เคยสังเกตเห็น ร้อยละ 36.7 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดง จำนวนและร้อยละ ปัจจัยในการเข้าสู่เส้นทางกรบรโภคยาสูบของเยาชน
กลุ่มตัวอย่างในการศีกษา

ปัจจัยในการเข้าสู่เส้นทางกรบรโภคยาสูบ	จำนวน และร้อยละ	
1. ปัจจัยด้านเยาชนและกลุ่มเพื่อน		
ไม่เคยสูบบุหรี	155	64.6
อยากลอง	54	22.5
คลายเครียด	28	11.7
เอาอย่างเพื่อนๆ ในกลุ่ม	7	2.9
อยากใหเพื่อนๆ ขอมรับเข้ากลุ่ม	6	2.5
รวม	240	100.0
2. อิทธิพลกรโฆษณาบุหรี		
เคยเห็นภาพกรเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี	184	76.7
ไม่ทราบ/ไม่เคยเห็นภาพกรเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี	56	23.3
รวม	240	100.0
3. เคยเห็นภาพกรเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรีใน 1 เดือนที่ผ่านมา		
เคยเห็นบ่อยมาก	62	25.8
เคยเห็นบ่อยๆ	65	27.1
เคยเห็นครั้งเดียว	25	10.4
ไม่เคยสังเกต	88	36.7
รวม	240	100.0

1.3 พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ

1.3.1 จำนวนวันในการสูบบุหรี่ เฉลี่ย 4 วัน ต่อสัปดาห์

1.3.2 ปริมาณการบริโภคยาสูบของเยาวชน ต่อ วัน

เยาวชนกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ต่อวันต่ำสุด คือ 1 มวนหรือ แค้ลอง ร้อยละ 7.1 สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 2-5 มวน ร้อยละ 9.6 และสูบบุหรี่ต่อวัน สูงสุด คือ 20 มวนขึ้นไป ร้อยละ 1.7

ตารางที่ 3 แสดง จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาจำแนกตามประสบการณ์การบริโภคยาสูบและอายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่

ตัวแปร	จำนวน และร้อยละ	
1.พฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชน		
ไม่เคยสูบบุหรี่	155	64.6
สูบ 1 มวน หรือแค้ลอง	17	7.1
สูบ 2 – 5 มวน	23	9.6
สูบ 6 – 10 มวน	6	2.5
สูบ 11 – 20 มวน	5	2.1
สูบบมากกว่า 20 มวน ขึ้นไป	4	1.7
รวม	240	100.0
2.ท่านสูบบุหรี่กับใครบ้าง		
สูบกับเพื่อน	76	31.7
สูบบุหรี่กับพ่อแม่	9	3.7
ไม่สูบบุหรี่	155	64.6
รวม	240	100.0

1.3.3 ปัจจัยด้านครอบครัว และบริบทชุมชน ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบุหรี่

1) สถานที่ในการสูบบุหรี่

เยาวชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีสถานที่ในการสูบบุหรี่ คือ ที่บ้าน ร้อยละ 12.8 รองลงมาเป็นที่ โรงเรียน ร้อยละ 7.9 บ้านเพื่อน ร้อยละ 4.2 ที่ทำงาน ร้อยละ 4.2 สวนสาธารณะ ร้อยละ 2.1 ที่อื่นๆ ร้อยละ 4.2 ที่เหลือเป็นกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 64.6 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนก ตามสถานที่สูบบุหรี่

สถานที่สูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
บ้าน	26	12.8
โรงเรียน	19	7.9
บ้านเพื่อน	10	4.2
ที่ทำงาน	10	4.2
สวนสาธารณะ	5	2.1
อื่นๆ	10	4.2
ไม่สูบบุหรี่	155	64.6
รวม	240	100

2) มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่



การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ พบว่า ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ร้อยละ 20 และสูบบุหรี่ขณะกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่บ้านร้อยละ 17.5

การสูบบุหรี่ในบ้าน	จำนวน	ร้อยละ
มีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่		
มี (พ่อ-พี่ชาย/น้องชาย)	48	20.0
ไม่มี	192	80.0
รวม	240	100
สมาชิกสูบบุหรี่ขณะที่เยาวชนอยู่ที่บ้าน		
มี	42	17.5
ไม่มี	198	82.5
รวม	240	100

3) การเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี

3.1) แหล่งกระจายบุหรี่

แหล่งกระจายบุหรี่สู่เยาวชน ส่วนใหญ่เป็นร้านค้าเยาวชนซื้อเอง ร้อยละ 19.6 มีคนซื้อให้ ร้อยละ 4.1 และได้บุหรี่จากเพื่อน ร้อยละ 8.8 แสดงว่าร้านค้ามีการจำหน่ายบุหรี่ให้กับผู้มีอายุ น้อยกว่า 18 ปี และเยาวชนมีเงินพอที่จะซื้อบุหรี่ได้เอง ตารางที่ แสดงจำนวนและร้อยละ การเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน

การเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน	จำนวน	ร้อยละ
1. ที่มาของบุหรี่		
ซื้อเอง	47	19.6
ได้จากเพื่อน	21	8.8
มีคนซื้อให้	10	4.1
วิธีอื่นๆ	7	2.9
ไม่เคยสูบบุหรี่	155	64.6
รวม	240	100.0

ความคิดเห็นของเยาวชนกลุ่มตัวอย่างในการเข้าถึงบุหรี่

เยาวชนกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการเข้าถึงบุหรี่ในทิศทางง่ายมีค่าร้อยละโดยรวม 23.6 มากกว่า กลุ่มที่คิดว่าการเข้าถึงบุหรี่ยาก ค่าร้อยละโดย รวม 14.6

2.ความยาก-ง่ายในการเข้าถึงบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ง่ายมาก	19	7.9
ไม่ยาก	40	16.7
ยากเล็กน้อย	19	7.9
ยากมาก	16	6.7
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ /ไม่เคยสูบบุหรี่	146	60.8
รวม	240	100.0

4) ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ (Mapping)

ในเขตเทศบาลของอำเภอจตุรัส พบในร้านค้าทั่วไป วางจำหน่ายในรูปซอง หรือแบ่งขาย เป็นมวน และจากการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นเยาวชน อายุ 11-18 ปี พบมีการซื้อบุหรี่เองจากร้านค้า ร้อยละ 19.6 แสดงว่าร้านค้านี้มีการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน อายุ ต่ำกว่า 18 ปี



มีการจำหน่ายใน ร้านขายข้าวแกง



มีการจำหน่ายบุหรี่ในร้านขายส่งสินค้า



มีการจำหน่ายบุหรี่ในร้านสะดวกซื้อ



มีการจำหน่ายบุหรี่ในร้านขายของชำ

2. แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการบริโภคบุหรี่ของเยาวชน อำเภอ จัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ จากการสัมภาษณ์ลึก และการเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2.1 ภาคร่วมในการปกป้องเยาวชนจากการบริโภคบุหรี่

- 2.1 ครอบครัว ละแวกบ้าน ชุมชน
- 2.2 โรงเรียน
- 2.3 โรงพยาบาล
- 2.4 องค์กรปกครองท้องถิ่น เทศบาล อบต.
- 2.5 กลุ่ม ชมรม อาทิต อสม. ชมรมออกกำลังกาย กลุ่มเยาวชน

2.2 แนวทางการปกป้องเยาวชนจากการบริโภคบุหรี่

การพัฒนาแนวทางการปกป้องเยาวชน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้เสนอรูปแบบ(protocol) เป็น 2 องค์ประกอบหลัก คือ

- 2.2.1 การปกป้องเยาวชนจากการบริโภคยาสูบในครอบครัวและชุมชน
- 2.2.2 การปกป้องเยาวชนจากการบริโภคยาสูบในสถานศึกษา

2.3 แนวทางการมีส่วนร่วมและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีในการปกป้องเยาวชน จากการบริโภคบุหรี่ตามแนวทางที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น

An 2.3.1 การปกป้องเยาวชนจากการบริโภคบุหรี่โดยเยาวชน

- 1) กิจกรรมกลุ่ม ชมรม “รักรักษ์เพื่อนช่วยเพื่อน”
- 2) กิจกรรม “ขบวนการตาสีปะรด” ฝึกระวังการเป็นผู้สูบบุหรี่ใหม่ของ

เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี

- 2.1) การจำหน่ายบุหรี่แก่เยาวชนอายุ น้อยกว่า 18 ปี
- 2.2) การเข้าถึงบุหรี่ ของเยาวชน อายุ น้อยกว่า 18 ปี
- 2.3) กิจกรรม ทางสังคมที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี

กลายเป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่

2.3.2 การปกป้องเยาวชนจากการบริโภคบุหรี่โดย ครอบครัว ละแวกบ้าน และ

ชุมชน

- 1) พ่อ-แม่ปลอดบุหรี่ บ้านปลอดบุหรี่ จำกัดค่าขนมที่ให้ไปโรงเรียนให้พอเหมาะเพื่อป้องกันการนำไปซื้อบุหรี่
- 2) วัดปลอดบุหรี่ : พระสงฆ์ไม่สูบบุหรี่ ไม่ถวายบุหรี่พระ วันพระปลอดบุหรี่ วันเข้าพรรษา- ออกพรรษาปลอดบุหรี่ งานบวช- ถวญญู – ผ้าป่า -งานศพ ปลอดบุหรี่
- 3) กิจกรรมมงคลปลอดบุหรี่ วันเกิดปลอดบุหรี่ กินดองปลอดบุหรี่ ขึ้นบ้านใหม่ปลอดบุหรี่

2.3.3 การปกป้องเยาวชนจากการบริโภคบุหรี่โดยหน่วยงาน องค์กรชุมชน

1) สร้างสิ่งแวดล้อมที่ปกป้องเยาวชน จากการบริโภคบุหรี่

1.1) กำหนดนโยบายสาธารณะในการปกป้องเยาวชนจากการบริโภคยาสูบ และมีระบบกลไกในการดำเนินการ ติดตามและประเมินผล โดย เปิดให้มีส่วนร่วมของเยาวชนและภาคี

1.2) หน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ

1.3) จัดทำโครงการ สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ เช่น

1.3.1) โรงพยาบาลจตุรัสปลอดบุหรี่



1.3.2) ร้านค้าตัวอย่าง : ร้านค้าปลอดบุหรี่

1.3.3) ร้านอาหารจัดแบ่งเขตสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ หรือร้านอาหารปลอดบุหรี่ สถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ (ที่ว่าการอำเภอ-เทศบาล – ที่ทำการ อบต. สถานีตำรวจ ไปรษณีย์ ฯลฯ)

1.3.4) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อกับเยาวชน ให้ห่างไกลบุหรี่

1.3.4.1) เปิดพื้นที่สาธารณะ เพื่อกิจกรรมที่ ส่งเสริมเยาวชนและครอบครัว ให้ห่างไกลบุหรี่ โดย เปิดให้มีส่วนร่วมของเยาวชนและภาคี

1.3.4.2) จัดกิจกรรมต่อเนื่อง ที่เปิดโอกาสให้ เยาวชน แสดงความสามารถในรูปแบบอื่นๆ โดยไม่พึ่งพามันในการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และ การเข้าสู่สังคม โดย เปิดให้มีส่วนร่วมของเยาวชนและภาคี

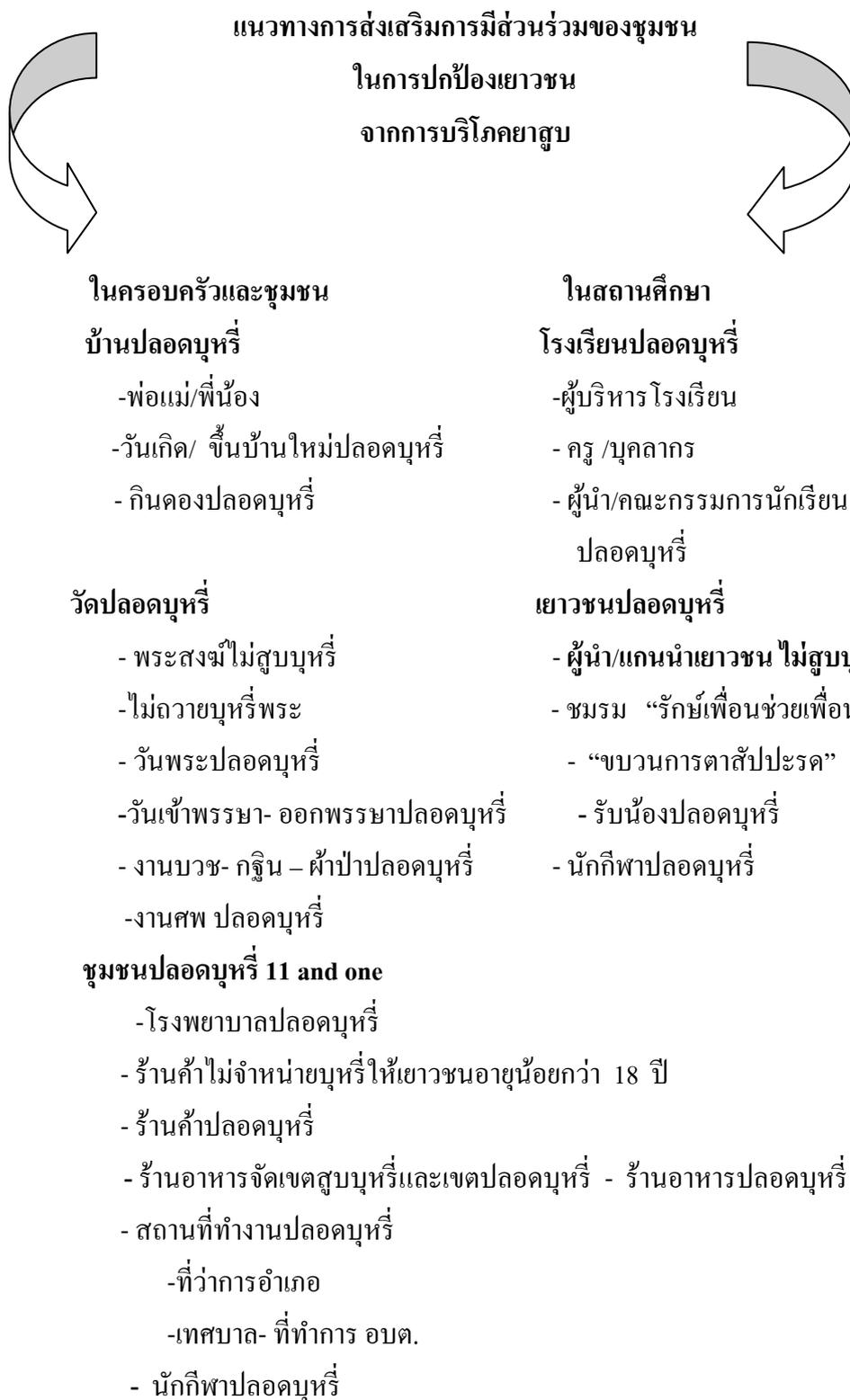
2.3.4 การปกป้องเยาวชนจากการบริโภคบุหรี่โดยสถานศึกษา

1) ผู้นำปลอดบุหรี่ : ผู้บริหารสถานศึกษา ครูปลอดบุหรี่ บุคลากร ผู้นำนักเรียน เยาวชนปลอดบุหรี่

2) โรงเรียนปลอดบุหรี่

เตรียมการเพื่อการมีหลักสูตร – การจัดการเรียนการสอน การจัดกิจกรรม ที่ให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ในการมีวิถีปลอดบุหรี่ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่และลดปัญหาสุขภาพและค่าใช้จ่ายตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิต







แนวทางการมีส่วนร่วมใน
การป้องกันเยาวชนจากการ
สูบบุหรี่



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง การพัฒนา แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน การใช้บุหรี่ของเยาวชนในอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยประยุกต์ ดำเนินการตั้งแต่ มกราคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2553 โดยมีประชากรในการศึกษาเป็นเยาวชนอายุ ตั้งแต่ 11 – 18 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง เด็กและเยาวชน อายุ ตั้งแต่ 11 – 18 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้รับการสุ่มเลือก จำนวน 240 ราย การรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และเวทีพิจารณาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับแนวทางการมีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลโครงการวิจัย

สรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ พบว่า

1.1 เยาวชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เข้าสู่อการเป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ ในช่วงอายุ 13 -15 ปี ร้อยละ 8.3 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 11-12 ปี และร้อยละ 5.0 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 8-10 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 35.4 โดย ร้อยละ 16.4 เคยสูบบุหรี่มาแล้วเฉลี่ย 1- 10 มวนร้อยละ 4.5 เคยสูบบุหรี่มาแล้ว 11-50 มวน ร้อยละ 11.3 เคยสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 100 มวน การเข้าสู่เส้นทางการเป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ของเยาวชนกลุ่มตัวเริ่มจากความอยากรลอง ร้อยละ 22.5 สูบบุหรี่ช่วยคลายเครียด ร้อยละ 11.7 เอาอย่างเพื่อนๆ ในกลุ่ม ร้อยละ 2.9 และเพื่อให้เพื่อนๆยอมรับเข้ากลุ่ม ร้อยละ 2.5

1.2 อิทธิพลการโฆษณาบุหรี่ต่อการกระตุ้นการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เคยเห็นภาพการเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ ร้อยละ 76.7 อีก ร้อยละ 23.3 ไม่เห็นภาพการเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ เพราะซองบุหรี่แบ่งขายเป็นมวนหรือขอแบ่งจากเพื่อน ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง สังเกตเห็นบนซองบุหรี่บ่อยมาก ร้อยละ 25.8 สังเกตเห็นบ่อยๆ ร้อยละ 27. สังเกตเห็นเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 10.4 ไม่เคยสังเกตเห็น ร้อยละ 36.7

1.3 พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ จำนวนวันในการสูบบุหรี่ เฉลี่ย 4 วันต่อสัปดาห์ เยาวชนกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ต่อวันต่ำสุด คือ 1 มวนหรือ แคลง ร้อยละ 7.1 สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 2-5 มวน ร้อยละ 9.6 และสูบบุหรี่ต่อวัน สูงสุด คือ 20 มวนขึ้นไป ร้อยละ 1.7

1.4 ปัจจัยด้านครอบครัว และบริบทชุมชน ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบุหรี่ พบว่า ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 20 และสูบบุหรี่ขณะกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 17.5 สถานที่ในการสูบบุหรี่ ที่บ้านร้อยละ 12.8 รองลงมาเป็นที่ โรงเรียน ร้อยละ 7.9 บ้านเพื่อน ร้อยละ 4.2 ที่ทำงาน ร้อยละ 4.2 สวนสาธารณะ ร้อยละ 2.1 ที่อื่นๆ ร้อยละ 4.2

แหล่งกระจายบุหรี่สู่วาชน ส่วนใหญ่เป็นร้านค้าชาวชนซื้อเอง ร้อยละ 19.6 มีคนซื้อให้ ร้อยละ 4.1 และได้บุหรี่จากเพื่อน ร้อยละ 8.8 แสดงว่าร้านค้ามีการจำหน่าย บุหรี่ให้กับผู้มีอายุ น้อยกว่า 18 ปี และชาวชนมีเงินพอที่จะซื้อบุหรี่ได้เอง ความยากง่ายในการเข้าถึงบุหรี่ ชาวชนกลุ่ม ตัวอย่างเห็นว่าการเข้าถึงบุหรี่ทำได้ง่าย ร้อยละ 23.6 มากกว่า กลุ่มที่คิดว่าการเข้าถึงบุหรี่ทำได้ยาก ร้อยละ 14.6

2. แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการสูบบุหรี่ของชาวชน มีสองแนวทางหลัก คือ

แนวทางที่ใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และแนวทางการใช้สถานศึกษาเป็นฐาน

2.1 แนวทางการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน นั้นเน้น บ้านปลอดบุหรี่ และกิจกรรมมงคลในครอบครัวปลอดบุหรี่ เช่น วันเกิด ขึ้นบ้านใหม่ปลอดบุหรี่ กินดองปลอดบุหรี่ งานศพ ปลอดบุหรี่ วัดปลอดบุหรี่ พระสงฆ์ไม่สูบบุหรี่ ไม่ถวายบุหรี่พระ วันพระไม่สูบบุหรี่ วันเข้าพรรษา- ออกพรรษาปลอดบุหรี่ งานบวช- กฐิน – ผ้าป่าปลอดบุหรี่ ชุมชนปลอดบุหรี่ ทั้งในรูปแบบนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การบังคับใช้กฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่ชาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี การจัดสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ เช่น โรงพยาบาลปลอดบุหรี่ สนามกีฬาปลอดบุหรี่ สวนสาธารณะปลอดบุหรี่ ร้านค้า-ร้านอาหารปลอดบุหรี่ สถานที่ทำงานปลอดบุหรี่

2.2 แนวทางการใช้สถานศึกษาเป็นฐาน เน้น โรงเรียนปลอดบุหรี่ โดยใช้แนวทาง ดันแบบผู้นำ ผู้บริหาร ครู บุคลากรปลอดบุหรี่ ผู้นำนักเรียนปลอดบุหรี่ นักกีฬาปลอดบุหรี่ รับน้องปลอดบุหรี่ และการจัดทำเนื้อหาหลักสูตร หลักสูตร – การจัดการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมที่ให้ความรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ในการมีวิถีชีวิตปลอดบุหรี่ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่และลดปัญหาสุขภาพและค่าใช้จ่ายตลอดจน เพิ่มคุณภาพชีวิต ของชาวชน

อภิปราย ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่น ดังนี้

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของชาวชน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

ประสบการณ์การบริโภคยาสูบของชาวชน อายุ 11-18 ปีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คนในอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 64.6 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.4 เคยสูบบุหรี่แล้วเฉลี่ย 1- 10 มวน ร้อยละ 4.5 เคยสูบบุหรี่แล้ว 11-50 มวน ร้อยละ 11.3 เคยสูบบุหรี่แล้วมากกว่า 100 มวน อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ร้อยละ 14.2 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 13 -15 ปี ร้อยละ 8.3 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 11-12 ปี และร้อยละ 5 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 8-10 ปี โดยการเข้าสู่เส้นทางของการเป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ของชาวชน อำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ มีปัจจัยด้านตัวชาวชนเองชาวชนและกลุ่ม

เพื่อนเป็นตัวกำหนด คือ ด้วยความอยากลอง ร้อยละ 22.5 คลายเครียด ร้อยละ 11.7 เอาอย่างเพื่อนๆ ในกลุ่ม ร้อยละ 2.9 และเพื่อให้เพื่อนๆยอมรับเข้ากลุ่ม ร้อยละ 2.5 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุดในปี 2550 พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 51.2 ล้านคน สูบบุหรี่ 10.8 ล้านคน เหตุผลการสูบบุหรี่ อันดับ 1 คือ อยากลอง ร้อยละ 55 รองลงมา เพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 26

พฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชน จำนวนวันในการสูบบุหรี่ เฉลี่ย 4 วัน ต่อสัปดาห์ ปริมาณการบริโภคยาสูบของเยาวชน ต่อ วัน ต่ำสุด คือ 1 มวนหรือ แค่งอง ร้อยละ 7.1 สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 2-5 มวน ร้อยละ 9.6 และสูบบุหรี่ต่อวัน สูงสุด คือ 20 มวนขึ้นไป ร้อยละ 1.7 สอดคล้องกับ ผลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สถิติการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย เพิ่มสูงขึ้น โดยเยาวชนอายุ 11-14 ปี มีจำนวน 7,335 คน ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 0.18 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2549 เท่ากับ ร้อยละ 38.46 สำหรับกลุ่มอายุ 15-18 ปี มีจำนวน 228,219 คน ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 5.03 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2549 เท่ากับร้อยละ 12.72 ส่วนเยาวชนอายุระหว่าง 19-24 ปี มีจำนวน 1,042,502 คน ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 17.37 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2549 เท่ากับร้อยละ 10.52

ด้านอิทธิพลการโฆษณาบุหรี่ ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เยาวชนกลุ่มตัวอย่างเคยเห็นภาพการเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ร้อยละ 76.7 อีก ร้อยละ 23.3 ไม่เห็นภาพการเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ เพราะซองบุหรี่แบ่งขายเป็นมวนหรือขอแบ่งจากเพื่อน ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง สังเกตเห็นภาพการเตือนด้านสุขภาพ บนซองบุหรี่ป่อยมาก ร้อยละ 25.8 สังเกตเห็นบ่อยๆ ร้อยละ 27. สังเกตเห็นเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 10. ไม่เคยสังเกตเห็น ร้อยละ 36.7 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดเผยถึงผลการวิจัยเรื่องปัจจัยทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย รอบที่ 2 ปี 2549 อายุระหว่าง 13-17 ปี พบว่า วัยรุ่นไทยทั้งชายและหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในรอบที่ 1 (2548) โดยวัยรุ่นชายมีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 20.3 เป็นร้อยละ 27.8 และวัยรุ่นหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 2.3 สาเหตุมาจาก อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และได้เห็นการโฆษณาบุหรี่ “เพื่อนสนิทมีอิทธิพล ต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอย่างมาก การปฏิเสธเมื่อเพื่อนสนิท ยื่นบุหรี่ให้ ทำได้น้อยมาก ดังนั้น การรณรงค์ไม่ให้วัยรุ่น ยื่นบุหรี่ให้แก่นักเรียนและการสร้างพลังอำนาจให้วัยรุ่นมีทักษะ ในการปฏิเสธจึงเป็นมาตรการที่สำคัญอย่างยิ่ง”

การเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนอายุ ต่ำกว่า 18 ปี ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แหล่งกระจายบุหรี่สู่เยาวชน ส่วนใหญ่เป็นร้านค้าทั่วไป ร้านขายส่งสินค้า ร้านข้าวแกง ร้านสะดวกซื้อ โดยวางจำหน่ายในรูปซอง หรือแบ่งขายเป็นมวน และจากการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้

เป็นเยาวชน อายุ 11-18 ปี พบมีการซื้อบุหรี่เองจากร้านค้า ร้อยละ 19.6 มีคนซื้อให้ ร้อยละ 4.1 และได้บุหรี่ จากเพื่อน ร้อยละ 8.8 แสดงว่าร้านค้ามี การจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนอายุ ต่ำกว่า 18 ปี และเยาวชนมีเงินพอที่จะซื้อบุหรี่ได้เอง ความยากง่ายในการเข้าถึงบุหรี่ เยาวชนกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการเข้าถึงบุหรี่ทำได้ง่าย ร้อยละ โดยรวม 23.6 มากกว่า กลุ่มที่คิดว่าการเข้าถึงบุหรี่ทำได้ยาก ร้อยละ โดยรวม 14.6

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.การป้องกัน การเข้าสู่การเป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ ของเยาวชน มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติของเยาวชนและกลุ่มเพื่อนสนิท ควรมีการจัดการความรู้และทัศนคติที่ส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนทั้งในรูปแบบหลักสูตร กิจกรรม ในและนอกสถานศึกษา ในชีวิตประจำวัน

2. การจัดการการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน

2.1 ผู้จำหน่าย ควรมีการจัดการในชุมชนในการเฝ้าระวัง การจัดกิจกรรมรณรงค์ การหา

พันธมิตร การปฏิบัติตามกฎหมาย

2.2 และผู้ซื้อควรมีการสร้างการรับรู้ที่ส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ การเฝ้าระวังการซื้อบุหรี่

การจำกัดค่าใช้จ่ายไม่ให้มีมากพอที่จะนำไปซื้อบุหรี่

2.3 สร้างโอกาส กิจกรรม ในการแสดงออก แทนการใช้บุหรี่

3.การแสวงหาด้านแบบในชุมชน เพื่อสร้างการยอมรับและขับเคลื่อน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับเยาวชน ผู้นำในครอบครัว ผู้นำใน ชุมชน สังคมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการนำแนวทางของรูปแบบนี้ไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ ทั้งในสถานศึกษา หรือใน

ชุมชน

2.ศึกษาและพัฒนารูปแบบต่อเนื่องในการให้ความรู้ ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ
เยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษา เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ตั้งแต่
ระดับประถม มัธยม และอุดมศึกษา โดยร่วมกับสถาบันการศึกษา และองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้ง
ภาครัฐและเอกชน

บรรณานุกรม

- ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. การค้นหาปัญหาและกลวิธีในการป้องกันและลดการสูบบุหรี่ในกลุ่ม
ผู้ใช้แรงงานกรณีศึกษาชุมชนแออัด เทศบาลนครขอนแก่น.กรุงเทพฯ: สถาบัน
ควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2544
- ปวีณา เทียงธรรม. พยาบาลเวชปฏิบัติกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ใน สุรินทร กลัมพากร
และ ทศนีย์ วรวิรุฑ (บรรณาธิการ). พยาบาลชุมชนกับการควบคุมการบริโภค ยาสูบ
(หน้า 41-72). พยาบาลชุมชนกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ห้างหุ้นส่วน จำกัด มณีส फिल्ม์.
กรุงเทพฯ.2550
- ทศนีย์ วรวิรุฑ. ความรู้เรื่องบุหรี่. ใน สุรินทร กลัมพากร และ ทศนีย์ วรวิรุฑ (บรรณาธิการ). พยาบาล
ชุมชนกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ(หน้า 1-14). ห้างหุ้นส่วนจำกัด มณีส फिल्ม์. ก
รุงเทพ.2550
- ทัศนีย์ บุญทอง และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจสภาพการบริโภคยาสูบในชุมชน เขต
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. บริษัทเชียงรายรุ่งโรจน์ จำกัด. เชียงราย. 2550
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2006. การควบคุมยาสูบ: ระบาดวิทยา กลยุทธ์การดำเนินงานของไทย
และสากล. ใน ผ่องศรี ศรีมรกต, การใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการ
ควบคุมยาสูบในงานประจำในโรงพยาบาล(หน้า 1-12). กรุงเทพฯ : เครือข่าย พยาบาล
เพื่อการควบคุมยาสูบฯ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบใน
ประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศรอบที่ 1 (พ.ศ. 2548). กรุงเทพฯ.
มหาวิทยาลัยมหิดล. 2549
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัยและศรีัญญา เบญจกุล. สถานการณ์การบริโภคยาสูบ. ในสมเกียรติ วัฒนศิริชัย
(บรรณาธิการ),ตำราวิชาสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและ
นักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ(หน้า 63-102). กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อ
สังคมไทยปลอดบุหรี่.2550
- หทัย ชิตานนท์. กฎหมายและกฎระเบียบเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย. ในโครงการ ส่งเสริม
สนับสนุนและคุ้มครองสุขภาพและสิทธิมนุษยชนด้านเด็ก เยาวชน และ ครอบครัว
[online] 2550. ค้นหาจาก: URL: <http://thaichildrenright.net/th/home>.
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล บรรณาธิการ. (2550) การควบคุมการบริโภคยาสูบ. กระทรวงสาธารณสุข

อภาพร เผ่าวัฒนา. พยาบาลชุมชนกับการควบคุมการบริโภคยาสูบในโรงเรียน. ใน สุรินธร กลัมพากร และ ทศนีย์ วรรณกุล (บรรณาธิการ). พยาบาลชุมชนกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ(หน้า 87-108). พยาบาลชุมชนกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด มนต์ฟิล์ม. กรุงเทพฯ.2550

World Health Organization (1997). **Health effect**. In Tobacco or Health: A Global Status Report. Geneva, 43-48.

Bricker, Leroux, et al; Nine-year prospective relationship between parental smoking cessation and children's daily smoking; Addiction, 98, 585-593

Chassin, Presson, et al; Parental Smoking Cessation and Adolescent Smoking; Journal of Pediatric Psychology, Vol.27, No.6, 2002, pp. 585-593

รายชื่อผู้รับผิดชอบการวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

- 1.ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางภัทรา สง่า
(ภาษาอังกฤษ) Mrs.PATTARA SA-NGA
- 2.เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน 3 3310 00427 99 6
- 3.ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลพระยาภักดีชุมพล
มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
4. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้
วิทยาลัยพยาบาลพระยาภักดีชุมพล มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ถนนชัยภูมิ-ตาดโตน ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
36000
หมายเลขโทรศัพท์ 044-841
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ptrsng@gmail.com

5.ประวัติการศึกษา

- 5.1 พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
- 5.2 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการพยาบาล
สาธารณสุข

6.สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

7.ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

7.2 หัวหน้าโครงการวิจัย : ชื่อ โครงการวิจัย

7.2.1 โครงการวิจัย เรื่อง *บริบทชุมชนของเด็กแรกเกิด ถึง 1 ปีในโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย* ทุนอุดหนุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

7.2.2 โครงการวิจัย เรื่อง *ประเพณีการเกิด : แนวคิดและการดูแลเด็กในบริบทของชุมชนในโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย* ทุนอุดหนุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(2546)

7.2.3โครงการวิจัย เรื่อง *Health Services Use : Mother and child care in Perspective Cohort Thai Children (PCTC)* ทุนอุดหนุนองค์การอนามัยโลก(2546)

7.2.4 โครงการวิจัย เรื่อง *ค่านิยม ความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ถึง 1 ปี ในโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย* ทุนอุดหนุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(2546)

7.2.5โครงการวิจัย เรื่อง *เล่านิทานอ่านหนังสือ เพื่อพัฒนาเด็กไทยในชนบท* ทุนอุดหนุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2545)

7.2.6 โครงการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการรับประทานอาหารของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ทุนอุดหนุน กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(2544)

7.2.7 โครงการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนไทยวัยทำงาน ทุนอุดหนุน กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2544)

7.2.8 โครงการวิจัย เรื่อง การสำรวจสุขภาพวัยแรงงาน 6 อาชีพโดยการตรวจร่างกาย ทุนอุดหนุนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(2543)

7.3งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว

7.3.1 อัมพาต พัววิไล, ภัทรา สง่า, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, ณัฐนาฏ เร้าเสถียร, วิมลรัตน์ บุญเสถียร, ประคอง อินทรสมบัติ. (2547). พยาบาลกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมและเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุนการวิจัยจากสภาการพยาบาล.

7.3.2 ภัทรา สง่าและคณะ (2546) บริบทชุมชนของเด็กแรกเกิด ถึง 1 ปีในโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

7.3.3 ภัทรา สง่าและคณะ (2546) ประเพณีการเกิด : แนวคิดและการดูแลเด็กในบริบทของชุมชนในโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

7.3.4 ภัทรา สง่าและคณะ (2546) **Health Services Use : Mother and child care in Perspective Cohort Thai Children)PCTC** รายงานการวิจัยทุนอุดหนุนองค์การอนามัยโลก

7.3.5 ภัทรา สง่าและคณะ (2546) ค่านิยม ความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ถึง 1 ปีในโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

7.3.6 ภัทรา สง่า, นิชรา เรื่องคารกานนท์,เบญจมาศ พะธานี (2545) เล่านิทานอ่านหนังสือเพื่อพัฒนาเด็กไทยในชนบท รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านสมาคมไทสร้างสรรค์

7.3.7 ภัทรา สง่า บรรณาธิการ (2545) ครอบครัวยุคใหม่กับการเลี้ยงดูเด็ก รายงานการวิจัย ในชุดโครงการ พัฒนาการเด็กไทยแบบองค์รวม : ปัจจัย ด้านการอบรมเลี้ยงดู ทุนอุดหนุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

7.3.8 ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ(2545) พัฒนาการเด็กไทยแบบองค์รวม : ปัจจัยด้านการอบรมเลี้ยงดู รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย รางวัลวิจัยยอดเยี่ยม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

7.3.9 ภัทรา ส่ง่าและคณะ(2544) พฤติกรรมการรับประทานอาหารของวัยรุ่นไทยใน กรุงเทพมหานครและปริมณฑล รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุน กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

7.3.10 ภัทรา ส่ง่าและคณะ (2544)พฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนไทยวัยทำงาน รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุน กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

7.3.11 ภัทรา จุลวรรณ,อำภพร พัววิไล,กชกร อยู่เย็น,เบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์(2543)การสำรวจสุขภาพวัยแรงงาน 6 อาชีพโดยการตรวจร่างกาย รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

7.3.12 ภัทรา จุลวรรณและคณะ (2542) การวิจัยประเมินผลโครงการ เมืองหัวใจดี รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุน สำนักงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

7.3.13 ภัทรา จุลวรรณและคณะ (2540) ความต้องการการสื่อสารในการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจหลอดเลือด รายงานการวิจัย ทุนอุดหนุน สำนักงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

บทความวิจัย

ภัทรา ส่ง่าและคณะ (2545) การสำรวจสุขภาพวัยแรงงาน เฉพาะอาชีพ โดยการตรวจร่างกาย, วารสารการศึกษายาบาล

ผู้ร่วมการวิจัยคนที่ 1

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวเพ็ญภา สุขเสริม
(ภาษาอังกฤษ) Miss Pennapa Sukserm
2. เลขที่ประจำตัวประชาชน 13 หลัก 3419900154879
3. ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์พยาบาล
4. หน่วยงานที่สังกัด วิทยาลัยพยาบาลพระยาภักดีชุมพล มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ต.นาฝาย อ.เมือง
จังหวัดชัยภูมิ รหัสไปรษณีย์ 36000 โทรศัพท์ 08866819151 โทรสาร 044-815116
Email:poo.too@hotmail.com
5. ประวัติการศึกษา
ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมิชซัน
ปริญญาโท บริหารการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยอีสาน
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
 - 7.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย: ชื่อแผนงานวิจัย -
 - 7.2 หัวหน้าโครงการวิจัย: ชื่อโครงการวิจัย -
 - 7.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว: ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุน
(อาจมากกว่า 1 เรื่อง) ยังไม่แล้วเสร็จ
 - 7.4 งานวิจัยที่กำลังทำ: ชื่อข้อเสนอการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำ
วิจัยว่าได้ทำการวิจัยคล่องแล้วประมาณร้อยละเท่าใด
ชื่อโครงการวิจัย ความเครียด พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏ
ชัยภูมิ ทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ การทำวิจัยได้คล่องไปแล้วประมาณ 80 %

รายชื่อผู้ร่วมการวิจัยคนที่ 2

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นายวชิวิทย์ อูระวัฒน์พันธุ์
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Voravit Urawatanapan
2. เลขที่ประจำตัวประชาชน 13 หลัก 3101100423668
3. ตำแหน่งปัจจุบัน สมาชิกสภาเทศบาล อำเภอจัตุรัส จังหวัด ชัยภูมิ
4. หน่วยงานที่สังกัด เทศบาลอำเภอจัตุรัส จังหวัด ชัยภูมิ Email:poo.too@hotmail.com
5. ประวัติการศึกษา
ปริญญาตรี ศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาการจัดการ
กำลังศึกษาปริญญาโท รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

7.1 ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย: ชื่อแผนงานวิจัย -

7.2 หัวหน้าโครงการวิจัย: ชื่อโครงการวิจัย -

7.3 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว: ชื่อผลงานวิจัย ปีที่พิมพ์ การเผยแพร่ และแหล่งทุน
(อาจมากกว่า 1 เรื่อง) ยังไม่แล้วเสร็จ

7.4 งานวิจัยที่กำลังทำ: ชื่อข้อเสนอการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำ
วิจัยว่าได้ทำการวิจัยคล่องแล้วประมาณร้อยละเท่าใด

