

การศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพล
ในกระทรวงกลาโหม

โดย

พลอากาศตรีหญิง รจเรขา เบญจกุล
ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุน
สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 57
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2557 - 2558

บทคัดย่อ

เรื่อง การศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลในกระทรวงกลาโหม
ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา
ผู้วิจัย พลอากาศตรีหญิง รจเรขา เบญจกุล หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งต่อผู้สูบเอง และผู้ที่อยู่ใกล้ชิดที่สุดหายใจเอาอากาศ ที่มีควันบุหรี่เข้าไป เพราะควันบุหรี่ประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งสิ้น ทหารไทยก็เช่นเดียวกันโดยเฉพาะกลุ่มทหารกองประจำการที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูง จากการสำรวจด้านสุขภาพอนามัยของกำลังพลในกองทัพบกทั้ง 4 กองทัพภาค ทุกชั้นยศ พบว่า ทหารกองประจำการเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 68.07 รองลงมาเป็นข้าราชการทหารชั้นประทวน ร้อยละ 45.29 และข้าราชการชั้นสัญญาบัตร ร้อยละ 22.56 จึงต้องการศึกษาหาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลกระทรวงกลาโหม รวมทั้ง ทักษะคติ การรับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินการให้กระทรวงกลาโหมเป็นส่วนราชการปลอดบุหรี่ในอนาคต

ผลการศึกษาพบว่า กำลังพล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมที่สูบบุหรี่ทั้งสิ้นจำนวน 1,008 คน ร้อยละ 25.2 และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 2,935 คน ร้อยละ 74.8 ลักษณะของกลุ่มที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย และมีชั้นยศเป็นนายทหารประทวน คุณวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมการเริ่มสูบบุหรี่จากสภาพแวดล้อมในบ้านมีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ ประสบกับการสัมผัสควันบุหรี่ทั้งที่พักและที่ทำงานตลอดทั้ง 7 วันในสัปดาห์ มีการรับรู้ถึงระเบียบของสถานที่ทำงานในการกำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ และสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ เมื่อพิจารณาถึงการรับรู้และทักษะคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 กลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษารั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ นโยบายของส่วนราชการต้องมีมาตรการที่ชัดเจน เข้มแข็ง ต่อเนื่อง เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เช่น จัดสถานที่สูบบุหรี่ให้มีความเหมาะสม กำกับดูแลมิให้มีการสูบบุหรี่นอกสถานที่ที่กำหนด พร้อมทั้งให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้กำลังพลมีความรู้ ความเข้าใจในสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะต้องได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพจากควันบุหรี่มือสอง เพื่อให้เป้าหมายเป็นส่วนราชการปลอดบุหรี่ต่อไป

คำนำ

บุหรี่ เป็นเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งต่อผู้สูบเอง และผู้ที่อยู่ใกล้ชิดที่สุดหายใจเอาอากาศที่มีควันบุหรี่เข้าไป เพราะควันบุหรี่ประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งสิ้นทุกวันนี้มีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ถึงปีละประมาณ 42,000 คนหรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน และหากรวมค่าใช้จ่าย ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจถุงลมปอดโป่งพอง และโรคอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่หรือมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ด้วยแล้ว จะมีมูลค่ามหาศาลและส่งผลอย่างมากต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ และกำลังการผลิตของประเทศ

จากนโยบายของรัฐบาลในการออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 เป็นต้นมา จนกระทั่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ.2553 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือปลอดบุหรี่ รวมทั้งกำหนดสภาพลักษณะ และมาตรฐานของเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และสืบเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2558-2562 ยุทธศาสตร์ที่ 3 ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ และยุทธศาสตร์ที่ 5 ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ได้กำหนดให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องรวมทั้งกระทรวงกลาโหม ปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสำรวจข้อมูลเพื่อหาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลกระทรวงกลาโหม โดยศึกษากลุ่มกำลังพลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม เป็นหน่วยนำร่อง เพื่อค้นหาสาเหตุของการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 เพื่อเสนอแนะแนวทางที่อาจเป็นประโยชน์ต่อไป

พลอากาศตรีหญิง

(รจเรชา เบญจกุล)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
วิธีดำเนินการวิจัย	4
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	5
คำจำกัดความ	5
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี	7
ผลกระทบจากการสูบบุหรี	16
คว้นบุหรีมือสอง	24
สถานการณ์การสูบบุหรีของประเทศไทย	25
แนวทางการควบคุมยาสูบในประเทศไทย	26
สำนักงานปลอดบุหรี	30
การศึกษาวิจัยเกี่ยวข้องกับบุหรี	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
แบบสอบถามการศึกษาความชุกของการสูบบุหรีของกำลังพลในกระทรวงกลาโหม	35
วิธีการเก็บข้อมูล	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	40
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์	41
ผลการวิเคราะห์	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5	
สรุปและข้อเสนอแนะ	50
สรุป	50
อภิปรายผลการวิจัย	51
ข้อเสนอแนะ	53
บรรณานุกรม	55
ภาคผนวก	59
แบบสอบถาม	60
ประวัติย่อผู้วิจัย	65

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
2-1	แสดงการจัดอันดับของนิโคตินในความสัมพันธ์กับยาเสพติดอื่น	17
2-2	แสดงผลของนิโคตินต่อการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาทชนิดต่างๆ	17
4-1	แสดงจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตาม เพศ คุณวุฒิการศึกษา และชั้นยศ ตามกลุ่มสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่	41
4-2	แสดงจำนวนสาเหตุของการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่	43
4-3	แสดงจำนวนผลของผู้ที่มีพฤติกรรมทดลองสูบบุหรี่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่	44
4-4	แสดงจำนวนของผู้ที่สูบบุหรี่ต่อไปภายหลังจากทดลองสูบบุหรี่ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่	44
4-5	แสดงผลจำนวนผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่ กับกลุ่มไม่สูบบุหรี่	45
4-6	แสดงผลจำนวนของผู้ที่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ เวลาที่อยู่บ้านในหนึ่งสัปดาห์ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่	45
4-7	แสดงผลจำนวนของผู้ที่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ เวลาอยู่ที่ทำงานในหนึ่งสัปดาห์ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่	46
4-8	แสดงผลจำนวนของผู้ที่รับรู้เกี่ยวกับการบังคับใช้ พระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในสถานที่ราชการของกำลังพลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม	46
4-9	แสดงผลจำนวนของสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในที่พักของกำลังพลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่	47
4-10	แสดงผลจำนวนของผู้ที่ลองเลิกสูบบุหรี่ตามจำนวนครั้งของกลุ่มที่สูบบุหรี่ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม	47
4-11	แสดงจำนวนของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม	48
4-12	แสดงตารางการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของกำลังพล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535	48
4-13	แสดงตารางการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติของกำลังพล สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535	49

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
2-1	องค์ประกอบของบุหรี	8
2-2	ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบมีควัน หรือใช้โดยวิธีการสูบบางชนิด	13
2-3	ตัวอย่างบุหรีซุรต	14
2-4	ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบไม่มีควัน	15
2-5	แสดงขนาดและจำนวนอนุภาคในควันบุหรี	22
2-6	อนุภาคควันบุหรี	23

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

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

จากศูนย์ข้อมูลอาชญากรรมและยุติธรรมศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ประเมินและจัดอันดับสารเสพติดชนิดต่างๆ 20 ชนิด ในสามลักษณะ คือ อันตรายต่อร่างกาย ความรุนแรงของการเสพติด และผลกระทบต่อการใช้สารนั้นต่อสังคม ในภาพรวม ผลการวิเคราะห์พบว่า ยาเสพติดที่อันตรายที่สุด อันดับหนึ่งได้แก่ เฮโรอีน อันดับสอง โคเคน อันดับแปด แอมเฟตามีนหรือยาบ้า และบุหรี่ยูในอันดับที่เก้า ดังนั้น บุหรี่จึงเป็นยาเสพติดที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ที่ร้ายแรงที่สุด

นอกจากนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกา ถือว่า การติดนิโคตินหรือติดบุหรี่ เป็นปัญหาวิกฤตการณ์ในวงการสาธารณสุข บุหรี่ คือสิ่งเสพติดที่ถือเป็นด่านแรกที่น่าไปสู่ยาเสพติดร้ายแรงชนิดอื่นได้ เช่น สุรา โคเคน เฮโรอีน ยาอี ฯลฯ องค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกา จึงมีความพยายามที่จะกำหนดกฎเกณฑ์ควบคุมบุหรี่เสียใหม่ โดยจะจัดให้เป็นยาเสพติด (Tobacco as a Drug) องค์การอนามัยโลกจัดให้การสูบบุหรี่เป็นโรคชนิดหนึ่ง และจัดให้บุหรี่คือ ยาเสพติด เนื่องจาก "ยาเสพติด" ในความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วจะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไป โดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจ และทุกๆ วันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี เป็นวันงดสูบบุหรี่โลก (World No Tobacco Day) โดยได้มีการประกาศตั้งแต่ พ.ศ.2531 (ค.ศ.1988) โดยองค์การอนามัยโลก ได้มีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ทั้งภาครัฐ ชุมชน และประชากรโลกให้ตระหนักถึงพิษภัยและโทษของบุหรี่ เพื่อให้ประชากรโลก และเยาวชน ลด ละ เลิกบุหรี่ยุติกันเอง

ในบุหรี่มีสาร "นิโคติน" ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์เสพติดมากกว่ายาเสพติดชนิดอื่นๆ จากการจัดอันดับ คือ เฮโรอีน โคเคน แอลกอฮอล์ และคาเฟอีน ตามลำดับ นิโคตินในควันบุหรี่ที่ผู้สูบได้รับเข้าไปในร่างกาย ทำให้เกิดการเสพติดเช่นเดียวกับเฮโรอีน เมื่อมีการสูดควันบุหรี่เข้าไป นิโคตินจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือดและสมองภายใน 10 วินาที โดยจะกระตุ้นให้หลั่งสารสื่อประสาทในสมอง คือ Dopamine ทำให้เกิดอารมณ์แห่งความสุข และ Norepinephrine ทำให้เกิดการตื่นตัว มีพลัง มีสมาธิ ลดความรู้สึกซึมเศร้า

เมื่อหยุดสูบบุหรี่ ปริมาณของสารสื่อประสาทเหล่านี้จะลดลง ทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้สูบบุหรี่หายไป และเกิดอาการถอนนิโคติน ได้แก่ ภาวะวุ่นวาย หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ หิวน้ำบ่อย น้ำหนักขึ้น ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่จึงยังคงต้องสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน นอกจากนี้ ภาวะการเสพติดทางจิตใจ คือ ทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อการสูบบุหรี่ว่าบุหรี่ทำให้คลายเครียด ลดความวิตกกังวล ทำให้มีสมาธิ และภาวะเสพติดทางสังคม หรือนิสัยความเคยชิน เกิดจากการที่ผู้สูบบุหรี่ได้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมประจำวันกับการสูบบุหรี่ ดังนั้นจะเห็น ได้ว่า การที่จะทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่สามารถละ เลิกสูบบุหรี่นั้น จะต้องมีแนวทางในการบำบัดรักษาเช่นเดียวกับผู้ที่เสพยาเสพติดประเภทอื่นๆ เช่นกัน

จากการสำรวจของกระทรวงกลาโหมสหรัฐในปี ค.ศ.2008 พบว่าทหารอเมริกันมีอัตราสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 30.5 ซึ่งสาเหตุของการสูบบุหรี่ของทหารอเมริกันเกิดจากต้องการคลายเครียด ต้องการผ่อนคลายและแก้เบื่อและจะสูบบ่อยขึ้นเมื่อมีต้องไปปฏิบัติหน้าที่นอกที่ตั้งหรือมีการสู้รบ และจะสูบน้อยลงถ้ามีการจำกัดพื้นที่ในการสูบบุหรี่หรือราคาบุหรี่แพงขึ้น และในปี ค.ศ.2011 พบว่ามีความชุกของการสูบบุหรี่แตกต่างกันในแต่ละเหล่าทัพ โดยทหารบกมีอัตราสูบบุหรี่ร้อยละ 26.7 ทหารเรือมีอัตราสูบบุหรี่ร้อยละ 24.4 นาวิกโยธินมีอัตราสูบบุหรี่ร้อยละ 30.8 ส่วนทหารอากาศมีอัตราสูบบุหรี่น้อยที่สุดคือร้อยละ 16.7

กระทรวงกลาโหมสหรัฐอเมริกา ได้เคยประมาณการไว้เมื่อปี 2538 ว่า รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณ 930 ล้านดอลลาร์จากความเสียหายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของบุคลากรในกระทรวงกลาโหม โดยมีการแยกเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและการเสียชีวิตจำนวน 584 ล้านดอลลาร์ และที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียด้านต่างๆ อันเนื่องมาจากบุคลากรขาดงานจากการเจ็บป่วยอีก จำนวน 346 ล้านดอลลาร์ และในกองทัพอากาศสหรัฐฯ เคยมีการประมาณค่าใช้จ่ายต่อปีของความเสียหายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของบุคลากรในกองทัพ จำนวน 107 ล้านดอลลาร์ โดยแยกเป็นค่ารักษาพยาบาล 20 ล้านดอลลาร์ และที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียด้านต่างๆ อันเนื่องมาจากบุคลากรขาดงานจากการเจ็บป่วยอีก จำนวน 87 ล้านดอลลาร์ นับเป็นค่าใช้จ่ายจำนวนมหาศาลที่สามารถป้องกันได้

ในขณะเดียวกัน ได้มีการระบุในวารสาร The Journal of the American Medical Association : JAMA (June 2002) ด้านกลุ่มผู้ค้าบุหรี่ได้ออกกลยุทธ์การส่งเสริมการขายและการโฆษณา ต้องมุ่งเน้นที่กลุ่มประชากรที่เริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และยอมรับพฤติกรรมใหม่ๆ เช่น สถานที่ทำงาน หน่วยงานทางทหาร วิทยาลัยและมหาวิทยาลัย และแหล่งบันเทิง เป็นต้น และ Ann Landman นักวิจัยที่ค้นคว้าข้อมูลของบริษัทบุหรี่ ได้เปิดเผยข้อมูลลับทางอินเทอร์เน็ต เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2545 ว่า Project DB Military Introduction Plan ของบริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่บริษัทหนึ่ง กำลังแนะนำบุหรี่ยี่ห้อใหม่โดยมุ่งหาลูกค้าในหน่วยทหาร โดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ข้อมูลดังกล่าวอ้างถึงชายฉกรรจ์วัยหนุ่มที่จะเริ่มเป็นผู้ใหญ่ คือ ชุมทรัพย์อันล้ำค่าของธุรกิจบุหรี่ โดยระบุจุดอ่อนที่ใช้เป็นกลยุทธ์เอาชนะใจคนกลุ่มนี้ว่าเป็นวัยที่ต้องการการยอมรับจากเพื่อนฝูง ภาพพจน์ความเป็นชายชาติ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม บริษัทนี้มีความคาดหวังสูงในการเพิ่มการตลาดจากการแนะนำบุหรี่ยี่ห้อใหม่ให้แก่กลุ่มลูกค้าที่เป็นทหาร

ทหารไทยก็เช่นเดียวกันโดยเฉพาะกลุ่มทหารกองประจำการที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูง จากการสำรวจด้านสุขภาพอนามัยของกำลังพลในกองทัพบกทั้ง 4 กองทัพภาค ทุกชั้นยศ พบว่า ทหารกองประจำการเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 68.07 รองลงมาเป็นข้าราชการทหาร ชั้นประทวน ร้อยละ 45.29 และข้าราชการชั้นสัญญาบัตร ร้อยละ 22.56 (5)

ทุกวันนี้มีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ถึงปีละประมาณ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน ได้มีการประมาณการผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งปอดมีประมาณ 10,000 คนต่อปี ซึ่งเมื่อกำหนดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งปอดที่มีผล จากการ สูบบุหรี่เฉลี่ย 300,000 บาทต่อคนนั้น คือ ในปีหนึ่งๆ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งปอด เพียงอย่างเดียวมีจำนวนสูงถึง 3,000 ล้านบาท และหากรวมค่าใช้จ่าย ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ ถูกลมปอดโป่งพอง และโรคอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่หรือมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ด้วยแล้ว จะมีมูลค่ามหาศาลและส่งผลอย่างมากต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงการสูญเสียทรัพยากร มนุษย์ และกำลังการผลิตของประเทศ

จากนโยบายของรัฐบาลในการออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 เป็นต้นมา จนกระทั่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ.2553 เรื่อง กำหนด ชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนด ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือปลอดบุหรี่ รวมทั้ง กำหนดสภาพลักษณะ และมาตรฐานของเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และได้มีการเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่มากขึ้นเป็นลำดับ การประกาศพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ของประเทศ เป็นสิ่งสะท้อนถึงความตระหนักต่อสิทธิและ สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และเป็นการดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรา 8 ตามกรอบอนุสัญญา ว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control : WHO FCTC) ที่ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันกับกรอบอนุสัญญา ดังกล่าว

แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2558-2562 ยุทธศาสตร์ที่ 3 ช่วยผู้เสพ ให้เลิกใช้ยาสูบ และยุทธศาสตร์ที่ 5 ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ได้กำหนดให้ส่วนราชการ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งกระทรวงกลาโหม ปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว

กระทรวงกลาโหม เป็นส่วนราชการที่มีหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันและรักษา ความมั่นคงของราชอาณาจักรจากภัยคุกคามทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยจัดให้มีกำลัง ทหารไว้เพื่อการรบหรือการสงคราม เพื่อปกป้องสถาบันพระมหากษัตริย์ เพื่อการปราบปราม การกบฏและการจลาจล เพื่อช่วยการพัฒนาประเทศและเพื่อรักษาประโยชน์ของชาติ กำลังพล จึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกและอบรมให้มีอุดมการณ์ มีระเบียบวินัยที่ดี มีประสิทธิภาพ มีความพร้อม ทางด้านกำลังพลที่จะปฏิบัติภารกิจที่รับผิดชอบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะทำโครงการ “การศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลสังกัดกระทรวงกลาโหม” โดยทำการสำรวจข้อมูล ความชุกของการสูบบุหรี่ในกลุ่มของกำลังพลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมเป็นหน่วย นำร่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของกำลังพลที่สูบบุหรี่
2. เพื่อศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของกำลังพลต่อการสูบบุหรี่
3. เพื่อศึกษาทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ และสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง ของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา การสำรวจครั้งนี้จะทำการศึกษาเฉพาะข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม เกี่ยวกับข้อมูลความชุกของกำลังพลที่สูบบุหรี่ การรับรู้และทัศนคติต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ และสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง
2. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ กำลังพลสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม 3 ประเภท คือ นายทหารสัญญาบัตร นายทหารประทวน และลูกจ้างพนักงานราชการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ซึ่งแบ่งออกเป็นกำลังพล 3 ประเภท คือ นายทหารสัญญาบัตร นายทหารประทวน และลูกจ้างพนักงานราชการ จำนวนทั้งสิ้น 5,000 นาย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้และทัศนคติต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ และสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้กำลังพลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลประชากร ได้แก่ สังกัดชั้นยศ อายุ เพศ การศึกษา การสูบบุหรี่และข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาในการสูบ สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ครั้งแรก แหล่งที่มาของบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ความพยายามในการเลิกบุหรี่ ผู้ให้คำแนะนำในการสูบบุหรี่ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามระดับทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ประกอบด้วย ความคิดเห็นต่อกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ กฎหมายเกี่ยวกับพื้นที่ปลอดบุหรี่ การยอมรับการสูบบุหรี่ของทหารในมุมมองของเพื่อนร่วมงาน การแสดงออกถึงการรักษาสีทนต์ของตนเองที่ไม่ต้องการรับผลของบุหรี่มือสอง เป็นต้น

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาค่าสถิติต่างๆ เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-Test)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแสดงถึงแนวโน้มการสูบบุหรี่ของกำลังพลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงกลาโหม ให้ผู้บังคับบัญชาได้รับทราบว่ามีกำลังพลที่มีความเสี่ยงเกิดปัญหาสุขภาพ จากการสูบบุหรี่และความสูญเสียด้านงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ในอนาคต
2. ผู้บังคับบัญชาสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆในการลดและป้องกันการสูบบุหรี่ของกำลังพล
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดมาตรการทางสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน

คำจำกัดความ

ข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม	หมายถึง นายทหารสัญญาบัตร ยกเว้นนายพล นายทหารประทวน ลูกจ้างและพนักงานราชการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม
บุหรี่	หมายถึง ยาสูบที่ใช้กันทั้งแบบสูด แบบดม แบบอม และเคี้ยว ดังนี้ แบบสูด เป็นการกระทำให้เกิดการเผาไหม้ยาสูบในรูปของบุหรี่ หรือ ชิการ์ (Cigar) ที่ใช้ใบยาสูบมวนฝังใบยาสูบอยู่ภายในหรือไปป์ (Pipe) ที่บรรจุใบยาไว้ในกล่องยาสูบ แล้วจุดไฟให้เกิดการเผาไหม้แล้วผู้สูดสูดควันเข้าสู่ร่างกาย แบบดม โดยบดใบยาสูบให้ละเอียดแล้วผสมในรูปของยานัตถ์

การสูบบุหรี่ (Smoking)	<p>แบบอมและเคี้ยว จะเป็นการนำใบยาสูบแห้งมาหั่นเป็นฝอย นำมาเคี้ยวแล้วอมอยู่ระหว่างริมฝีปากกับเหงือก บางครั้งเรียกว่าบุหรี่รัควัน</p> <p>หมายถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การสูบบุหรี่ปัจจุบัน (Current Smoking) หมายถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันและสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว การสูบบุหรี่เป็นประจำ/ทุกวัน (Daily Smoking) หมายถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน - การสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว (Occasional Smoking) หมายถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ทุกวัน
ความชุก (Prevalence) ของการสูบบุหรี่	<p>หมายถึง จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมดของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมข้าราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ในทางระบาดวิทยา จะนำจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่หารด้วยจำนวนข้าราชการทั้งหมด นำค่านี้มาประมาณการว่าความเสี่ยงที่กำลังพลที่จะได้รับผลเสียจากการสูบบุหรี่มากน้อยเพียงใด</p>
ควันบุหรี่มือสอง	<p>หมายถึง ควันบุหรี่ในสภาพแวดล้อมประกอบด้วยควันจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดไฟลอยอยู่ในอากาศขณะไม่มีการดูดบุหรี่และควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปและหายใจออกมา</p>

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง การศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลในกระทรวงกลาโหม ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางวิจัยโดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่
 - 1.1 คำจำกัดความของบุหรี่
 - 1.2 องค์ประกอบของบุหรี่
 - 1.2.1 สารเคมีจากการเผาไหม้
 - 1.2.2 สารพิษที่สำคัญ
 - 1.3 ประเภทผลิตภัณฑ์ยาสูบ
 - 1.4 สารสำคัญในบุหรี่ที่ทำให้เกิดการติดบุหรี่
2. ผลกระทบจากการสูบบุหรี่
 - 2.1 ผลกระทบจากการต่อสูขภาพ
 - 2.2 ผลกระทบจากการต่อเศรษฐกิจ
 - 2.3 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม
3. ควันบุหรี่มือสอง
4. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย
5. แนวทางการควบคุมยาสูบในประเทศไทย
6. สำนักงานปลอดบุหรี่
7. การศึกษาวิจัยเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่

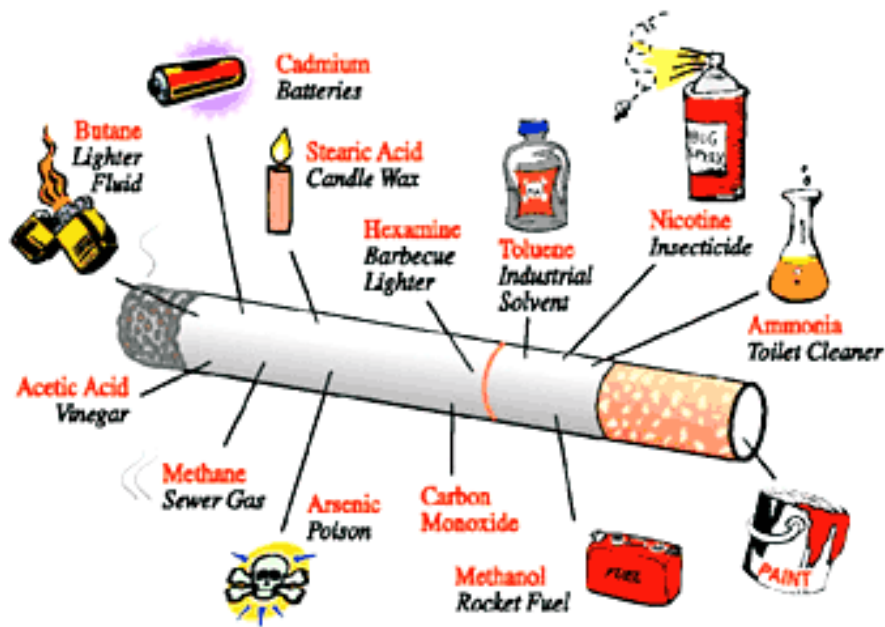
1. คำจำกัดความของ “บุหรี่”

บุหรี่ หมายถึง ยาเส้น หรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมียาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือยาแห้งหรือยาอัด ตามความหมายในพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 (สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2545)

บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้น หรือยาเส้นปรุง (ตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 นายกรัฐมนตรี, 2535)

2. องค์ประกอบของบุหรี่

แผนภาพที่ 2-1 องค์ประกอบของบุหรี่



2.1 ข้อมูลองค์ประกอบของบุหรี่ ของ (U.S. Department of Health and Human Services)

2.1.1 สารเคมีจากการเผาไหม้ของบุหรี่

จากข้อมูลที่เผยแพร่ในเว็บไซต์ของ Tri-County Cessation Canter Dutchess Sullivan Ulster ที่เป็นองค์กรที่ได้รับการสนับสนุนจาก New York State Department of Health Tobacco Control Program ว่าส่วนผสมที่มีอยู่ในบุหรี่ยังนี้ บุหรี่ 1 มวน ประกอบด้วย ไบยาสูบ กระดาษที่ใช้มวน และสารเคมีหลายร้อยชนิดที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรส เพื่อลดการระคายเคือง และเพื่อให้บุหรี่ย่านสูบ เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งสารหลายร้อยชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และมีสาร 43 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง

ควันบุหรี่ประกอบด้วยสารที่เกิดจากการเผาไหม้สารเคมีที่มีอยู่ในไบยาสูบตามธรรมชาติ สารเคมีที่ใช้ผสมเพื่อปรุงแต่งกลิ่นและรสในกระบวนการผลิตบุหรี่ และกระดาษที่ใช้มวนบุหรี่

ควันบุหรี่แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ควันที่สูดเข้าร่างกาย กับควันที่ลอยอยู่ในอากาศในช่วงเวลาที่ไม่มีการสูดควัน ควันที่สูดเข้าสู่ร่างกายมีความเข้มข้นมากประกอบด้วยส่วนที่เป็นละอองสารเคมี ขนาดของละอองจะแตกต่างกันระหว่าง 0.1 และ 1.0 ไมโครเมตร และส่วนที่เป็นก๊าซ คือไนโตรเจน (ร้อยละ 50-70) ออกซิเจน (ร้อยละ 10-15) คาร์บอนไดออกไซด์ (ร้อยละ 10-15) และคาร์บอนมอนอกไซด์ (ร้อยละ 3-6) ซึ่งเมื่อมีการเผาไหม้จะก่อให้เกิดสารต่างๆ อีกกว่า 4,000 ชนิด

ความร้อนของปลายมวนบุหรี่ขณะที่สูดควัน คือ 900 องศาเซลเซียส และ 600 องศาเซลเซียส ขณะที่ไม่มีการสูดควัน ซึ่งความร้อนระดับนี้เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดสารพิษต่างๆ มากมายจากการเผาไหม้ ทั้งในควันที่สูดเข้าไปและควันที่ลอยอยู่ในอากาศ

เนื่องจากควันที่ลอยอยู่ในอากาศจะเจือจางในอากาศ และจากความร้อนรอบนอก ที่ต่ำกว่าทำให้เย็นลงอย่างรวดเร็ว ละอองสารของควันจึงมีขนาดเล็กกว่า และระหว่างที่ควันลอยอยู่ในอากาศ จะมีออกซิเจนมากกว่า จึงทำให้สารบางชนิดเกิดปฏิกิริยากลายเป็นสารชนิดที่มีพิษมากขึ้นได้ เช่น ไนโตรเจนออกไซด์ และเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีออกซิเจนมากขึ้น ก็จะจับตัวกับออกซิเจน กลายเป็นไนโตรเจนไดออกไซด์ซึ่งเป็นพิษต่อร่างกายมากขึ้น

2.1.2 สารพิษที่สำคัญในควันบุหรี่

2.1.2.1 นิโคติน นิโคตินเป็นสารพิษอย่างแรง สามารถดูดซึมเข้าทางผิวหนังและเยื่อบุร่างกายได้ และเป็นสารที่มีฤทธิ์เสพติด สารนี้ในระยะแรกออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจและชีพจรเต้นเร็วขึ้น โดยอาจจะเพิ่มขึ้นถึง 30 ครั้งต่อนาที ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักกว่าปกติ และกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ แต่ในระยะต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาท นิโคตินและสารเคมีอื่นๆ ที่ทำให้ไขมันชนิดไม่ดีในเลือดสูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบลง ซึ่งทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิตสูงขึ้นได้

2.1.2.2 ทาร์หรือน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิดที่มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง โดยร้อยละ 50 ของสารทาร์จะจับอยู่ที่ปอด เมื่อผู้สูบบุหรี่หายใจสูดอากาศที่มีฝุ่นละอองต่างๆ ปนอยู่เข้าไป สารทาร์ที่ปอดก็จะรวมตัวกับฝุ่นละอองที่สูดเข้าไปนั้น แล้วจับตัวสะสมอยู่ในถุงลมปอดทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของการไอและมีเสมหะ และก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด และโรคถุงลมโป่งพองในระยะยาว

2.1.2.3 คาร์บอนไดซัลไฟด์ (Carbon Disulfide) ทำให้เกิดโรคผนังเส้นเลือดแดงหนาและแข็งขึ้น

2.1.2.4 คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Mon-oxide) เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ชนิดเดียวกับที่พ่นออกมาจากท่อไอเสียรถยนต์ ก๊าซนี้จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจน น้อยลงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10-15 สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่จัด ร่างกายต้องสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดข้นและหนืดมากขึ้น หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นและทำงานมากขึ้น เพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายให้เพียงพอ ถ้าก๊าซนี้มีจำนวนมากจะทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

2.1.2.5 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogencyanide) ก่อให้เกิดอาการไอ มีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียน เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงคราม สารไนเตรตในบุหรี่ทำให้เกิดสารนี้ สารนี้เป็นตัวสกัดกั้นเอนไซม์ที่เกี่ยวกับการหายใจหลายตัว ทำให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญพลังงานที่กล้ามเนื้อหัวใจและที่ผนังหลอดเลือดไปทำลายเยื่อบุหลอดลมส่วนปลายและถุงลม

2.1.2.6 ไนโตรเจนออกไซด์ (Nitrogen Oxide) ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ใจสั่น

2.1.2.7 แอมโมเนีย (Ammonia) ใช้ในการปรุงแต่งรสชาติ และช่วยให้ไนโคตินดูดซึมเข้าสู่สมองและประสาทส่วนกลางเร็วขึ้น มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ

2.1.2.8 โซยาไนด์ (Cyanide) สารนี้ถ้าได้รับในปริมาณมากจะทำให้หัวใจเป็นอัมพาต และหยุดหายใจได้ ปกติใช้เป็นยาเบื่อหนู

2.1.2.9 เบนซีน (Benzene) พบในยาฆ่าแมลง อาจติดมากับใบยาสูบ เป็นสารก่อมะเร็ง

2.1.2.10 ฟอรัมาลดีไฮด์ (Formaldehyde) ก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อดวงตา เยื่อบุจมูก และทางเดินหายใจ เป็นสารก่อมะเร็งอย่างสูง

2.1.2.11 1, 3 บิวทาไดเอิน (1, 3 Butadiene) เป็นสารที่ทำให้ตา โพรงจุมูก คอ และปอดเกิดความระคายเคือง และเป็นสาเหตุของอาการทางระบบประสาทหลายอย่าง เช่น ทำให้สายตาพร่ามัว เมื่อยล้าร่างกาย และปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะ เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหัวใจ และเป็นสารก่อมะเร็ง

2.1.2.12 อะซีทัลดีไฮด์ (Acetaldehyde) ก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อดวงตา ผิวหนัง และทางเดินหายใจ อาจทำให้เกิดอาการ หัวใจเต้นเร็ว ไอ ฤงลมปอดบวม และเป็นเนื้อตาย

2.1.2.13 อะโครลีน (Acrolein) เป็นสารพิษที่ร้ายแรงต่อมนุษย์ มีผลทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อปอด ทำให้ทางเดินหายใจส่วนบนระคายเคืองและบวม ผู้สูบจะรู้สึกหายใจแน่นหน้าอก หายใจไม่โล่ง นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อดวงตาก็ด้วย

2.1.2.14 อะคริโลไนไทรล์ (Acrylonitrile) ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางอย่างอ่อน ปลายมือปลายเท้าซีดเขียว เม็ดเลือดขาวลดลง ระคายเคืองต่อไต เยื่อบุตาขาวมีสีเหลืองเล็กน้อย และหายใจไม่สม่ำเสมอได้ นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดอาการแสดงต่อไปนี้คือ เยื่อบุตาจุมูก และปอดระคายเคือง ปวดศีรษะ มีนเวียนศีรษะ คลื่นไส้ รู้สึกไม่ค่อยสบายและหงุดหงิด อาจก่อให้เกิดมะเร็ง

2.1.2.15 อะโรแมติก อะไมน์-4 อะมิโน ไบฟีนิล (Aromatic Amines-4-Amino-Biphenyl) เป็นสารที่ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ง่วง เชื่องซึม ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ปัสสาวะปวดแสบปวดร้อน และอาจมีเลือดปน เป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็งในกระเพาะปัสสาวะ

2.1.2.16 แอสเบสตอส (Asbestos) ก่อให้เกิดมะเร็งปอด มะเร็งเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มหัวใจ

2.1.2.17 เบนโซ (อะ) ไพรีน (Benzo [a] Pyrene) เป็นสารก่อมะเร็งอย่างแรง

2.1.2.18 เบนซิดีน (Benzidine) ก่อให้เกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

2.1.2.19 บิส (คลอโรเมทิล) อีเทอร์ (Bis (Chloromethyl) Ether) ก่อให้เกิดมะเร็งปอด

2.1.2.20 บิวไทรัลดีไฮด์ (Butyraldehyde) มีผลต่อการหายใจ และมีการศึกษาในสัตว์ทดลองว่า ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเซลล์ของระบบสืบพันธุ์

2.1.2.21 แคดเมียม (Cadmium) การเข้าสู่ร่างกายโดยการสูดดม ก่อให้เกิดอันตรายมากกว่าการรับประทาน การได้รับสารเป็นระยะเวลานานแม้ว่าจะเป็นการรับประทานเพียงเล็กน้อย ก็สามารถทำอันตรายต่อไต ตับ และสมอง และเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดและอัมพาต

2.1.2.22 สารตะกั่ว (Lead) เป็นสารโลหะที่ทำลายสมอง ไต ระบบประสาท และเม็ดเลือดแดงอย่างรุนแรง สามารถถูกดูดซึมเข้าสู่ผิวหนังได้โดยเฉพาะในเด็ก จะดูดซึมได้ดี ทำให้ไปยับยั้งการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง ความเฉลียวฉลาดจะช้ากว่าเด็กปกติ การรับรู้สั้น

2.1.2.23 เอ็ม พี และโอ ครีซอล (M, P and O-Cresol) โครมาริน (Cromarin) โครโทนาลดีไฮด์ (Crotonaldehyde) และ ดีดีที (DDT) ทั้งหมดนี้เป็นสารก่อมะเร็ง

2.1.2.24 สารปรอท (Mercury) เป็นสารโลหะ ที่เป็นพิษต่อสมอง ทำให้เกิดอาการสั่น ความจำเสื่อม และโรคไต

2.1.2.25 เมทิล เอทิล คีโตน (Methyl Ethyl Ketone) ทำให้ตา จมูก และคอระคายเคือง และกดระบบประสาทส่วนกลาง

2.1.2.26 นิกเกิล (Nickel) ทำให้ระบบทางเดินหายใจติดขัดง่ายขึ้น

2.1.2.27 ไนตริกออกไซด์ (Nitric Oxide) มีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ถ้าได้รับในปริมาณมาก จะทำให้ปอดหยุดทำงาน สารนี้มีผลทำให้เกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพองและหอบหืดในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี

2.1.2.28 พี-ไฮโดรควิโนน (P-Hydroquinone) ทำให้ตาระคายเคืองไปจนถึงเกิดการจับตัวกับเยื่อตาขาว และตาขาว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความหนาและความโค้งของตาขาว ทำให้สายตาสั้น

2.1.2.29 ฟีนอล (Phenol) เป็นสารที่ทำให้ผิวหนัง ดวงตา และเยื่อต่างๆในร่างกายมนุษย์ระคายเคืองอย่างรุนแรง

2.1.2.30 พอลอเนียม-210 (Polonium-210) เป็นสารกัมมันตรังสี ก่อให้เกิดมะเร็ง

2.1.2.31 ควิโนลีน (Quinoline) ทำให้ระคายเคืองต่อดวงตา จมูก และคอ และอาจทำให้ปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ และคลื่นไส้ นอกจากนี้ยังเป็นสารก่อมะเร็งอีกด้วย

2.1.2.32 เซเลเนียม (Selenium) ไฮโดรเจนเซเลเนียมที่ได้รับจากการสูดเข้าสู่ร่างกายมีพิษมากที่สุด ในสารตระกูลเซเลเนียม ทำอันตรายต่อทางเดินหายใจ ทำให้เยื่อทางเดินหายใจระคายเคือง เยื่อปอดบวม หลอดลมอักเสบ และปอดบวม

2.1.2.33 สไตรีน (Styrene) มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ เมื่อยล้า อ่อนเพลีย และซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบประสาทส่วนปลาย และต่อการทำหน้าที่ของเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับไตและโลหิตอีกด้วย

2.1.2.34 โทลูอีน (Toluene) สารนี้เมื่อได้รับในปริมาณมากจะกดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการเดินไม่มั่นคง มือสั่น สมองเหี่ยว พุดไม่ชัด หูอื้อ ตาพร่า ถ้าสูดเข้าร่างกายในระยะเวลานาน จะทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อดวงตา ทางเดินหายใจ เจ็บคอ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ และนอนไม่หลับ

3. ประเภทผลิตภัณฑ์ยาสูบ

กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จำแนกผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Tobacco products) จำแนกตามลักษณะการใช้งานออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน (Smoked tobacco) และไม่มีควัน (Smokeless tobacco) มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน (Smoked tobacco)

ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน อาจเรียกว่าผลิตภัณฑ์ที่ใช้โดยวิธีสูบ สามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มได้แก่

3.1.1 บุหรี่โรงงาน (Manufactured cigarettes) อาจรู้จักใน ชื่อเรียกอื่นที่มีความหมายเดียวกัน อาทิ บุหรี่ซอง บุหรี่ซิการ์ เป็นต้น โดยบุหรี่โรงงานครอบคลุม ทั้งบุหรี่ที่มีและไม่มีกั้นกรอง และทั้งจากแหล่งผลิตที่เป็นโรงงานภายในประเทศ และบุหรี่ที่ผลิตจากต่างประเทศที่นำเข้ามาจำหน่ายในราชอาณาจักรไทย

3.1.2 บุหรี่มวนเอง (Hand-rolled cigarettes หรือ roll your own : RYO) เป็นบุหรี่ที่ผู้สูบสามารถมวนได้ด้วยตนเองหรือมวนด้วยเครื่องมือมวนบุหรี่ โดยมียาเส้นหรือยาเส้นปรุงเป็นส่วนประกอบภายใน และห่อหุ้มหรือมวนด้วยวัสดุที่หาง่าย อาทิ กระดาษ ใบตอง ใบจาก ใบมะกา ใบบัว เป็นต้น

3.1.3 ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันอื่นๆ (Other smoked tobacco) ยาสูบกลุ่มนี้ที่รู้จักโดยทั่วไป จำแนกได้เป็น 4 ชนิด ได้แก่ บุหรี่ซิการ์ ไปป์ ยาสูบที่สูบผ่านน้ำ และอื่นๆ

3.1.3.1 บุหรี่ซิการ์ ในพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509 หมายถึงใบยาแห้งหรือยาอัด ซึ่งมวนด้วยใบยาแห้งหรือยาอัด บุหรี่ซิการ์ที่มีจำหน่ายในประเทศส่วนใหญ่ผลิตจากประเทศอเมริกาและประเทศแถบยุโรป ได้แก่ ประเทศเดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ และอังกฤษ

3.1.3.2 ไปป์ เป็นกล่องสูบบุหรี่ที่มีเข้าสำหรับใส่ยาเส้น ไปป์ส่วนมากทำมาจากเหง้าของต้นไม้ที่แข็งและทนความร้อนได้ อาจทำจากขี้ข้าวโพดหรือพลาสติกที่ทนความร้อนได้ดี

3.1.3.3 ยาสูบที่สูบผ่านน้ำ ได้แก่ บารากู/ ฮุกก้า/ ชิชา การสูบควันยาสูบผ่านน้ำนี้ จะต้องมีอุปกรณ์การสูบควันฯ หรือที่เรียกว่า เตาบารากู และตัวยา ซึ่งมีส่วนผสมของใบยาสูบกับสารที่มีความหวาน เช่น กากน้ำตาล หรือน้ำผึ้ง และมักมีการเติมแต่งกลิ่นหอมของผลไม้ เช่น สตอร์เบอร์รี่ แอปเปิ้ล และสมุนไพรมงคลบางชนิด เป็นต้น

3.1.3.4 อื่นๆ เช่น บุหรี่ซีโย ซึ่งเป็นบุหรี่พื้นเมืองที่นิยมมากในภาคเหนือของประเทศไทย เป็นต้น

แผนภาพที่ 2 - 2 ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบมีควัน หรือใช้โดยวิธีการสูบบางชนิด

ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบมีควัน หรือใช้โดยวิธีการสูบบางชนิด	
บุหรี่โรงงาน	
บุหรีมวนเอง	 <p>บุหรีมวนเองแบบดั้งเดิม</p> <p>เครื่องบุหรีมวนเองและกระดาษมวนแบบสมัยใหม่</p>
ไปป์	
ซิการ์	
ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่สูบผ่านน้ำ เช่น บารากู่ เป็นต้น	
อื่นๆ เช่น บุหรี่ซีโย	

นอกจากนี้ อุตสาหกรรมยาสูบยังได้ผลิตบุหรี่ปูรูปแบบต่าง ๆ โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลักคือ เด็ก/เยาวชน และผู้หญิง ด้วยเหตุนี้ จึงได้ผลิตบุหรี่ปูที่มีรูปแบบของสินค้าและผลิตภัณฑ์ที่สามารถ ชักจูงกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ได้ ได้แก่ บุหรี่ชูรส ซึ่งเป็นการผลิตบุหรี่ปูให้มีรสชาติเลียนแบบรสผลไม้ รสหวาน รสสมุนไพร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้บุหรี่ปูมีรสชาติดีขึ้น ไม่ฉุน ระคายเคืองน้อยลง เพื่อ สร้างความรู้สึกว่าไม่อันตราย ซึ่งบุหรี่ปูเหล่านี้ จัดอยู่ในกลุ่มบุหรี่ปูโรงงานทั้งสิ้น

แผนภาพที่ 2 - 3 ตัวอย่างบุหรี่ปูชูรส



3.2 ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน (Smokeless tobacco)

ผลิตภัณฑ์ยาสูบกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เป็นการนำยาเส้นหรือยาเส้นปรุงมาใช้ใน รูปแบบต่าง ๆ อาทิ การอมหรือจุกยาฉุนทางปาก การสูดยานัตถุที่มีส่วนผสมยาสูบทางจมูก และการ เคี้ยวยาเส้น เป็นต้น ด้วยกระแสสังคมที่มุ่งสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ปู ภายใต้พระราช บัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งมีประกาศกระทรวงสาธารณสุขออกมาอย่าง ต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการกำหนดและขยายพื้นที่สาธารณะและสถานที่ทำงานให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ปู เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ด้วยเหตุนี้ อุตสาหกรรมยาสูบจึงได้ผลิตยาสูบชนิดไม่มีควันในรูปแบบต่างๆ ขึ้น ทั้งนี้เพื่อหลบเลี่ยงปัญหาควันบุหรี่ปูมือสอง อาทิ บุหรี่ปูอิเล็กทรอนิกส์/ บุหรี่ปูไฟฟ้า ชนิดไม่มีควัน และ Snus (รูปแบบหนึ่งของผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน ซึ่งเป็นที่นิยมในต่างประเทศ) เป็นต้น

แผนภาพที่ 2 - 4 ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบไม่มีควัน

ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบไม่มีควัน	
ยาเส้น/ ยาเส้นปรุง ใช้สำหรับอม/จุกทางปาก ใช้เคี้ยว หรือใช้เป็นส่วนผสมของหมากพลุ	
ยานัตถ์ที่มีส่วนผสมของยาสูบ สำหรับใช้สูดทางจมูก	
บุหรี่ยีเล็กทรอนิกส์/ บุหรี่ไฟฟ้า	
Snus	

4. สารสำคัญในบุหรี่ที่ทำให้เกิดการติดบุหรี่

ในช่วงทศวรรษที่ 1980 มีการถกเถียงกันว่าบุหรี่ยีฤทธิ์ทำให้เสพติดหรือไม่ จนกระทั่งในปลายทศวรรษที่ 1980 ได้เริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับผลนิโคตินต่อระบบประสาทส่วนกลาง และพบว่านิโคตินออกฤทธิ์ใกล้เคียงกับสารเสพติดอื่นๆ เช่นแอมเฟตามีน โคเคน โดยออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางส่งผลทำให้ติดยา ระบบประสาทส่วนกลางมีส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกเป็นสุขใจซึ่งเรียกว่า brain rewarding pathway โดยเริ่มจากสมองส่วนที่เรียกว่า ventral tegmental area (VTA) ซึ่งจะส่งสัญญาณประสาทไปที่สมองส่วน nucleus accumbens (shell region) ในรูปสารเคมีที่มีชื่อโดปามีน (dopamine)

สารโดปามีนที่สมองเป็นตัวทำหน้าที่สำคัญในการทำให้ร่างกายรู้สึกมีความสุข อิ่มเอิบใจ มีแรงจูงใจ นิโคตินที่ได้จากควันบุหรี่จะผ่านจากเลือดเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางได้เร็วมาก จากนั้นนิโคตินจะไปออกฤทธิ์กระตุ้น brain rewarding pathway โดยการจับตัวรับที่ชื่อ nicotinic receptor ส่งผลให้มีการหลั่งของสารโดปามีนออกมาเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขสบายใจขึ้น รู้สึกว่าความเครียดความกดดันต่างๆลดลง มีอารมณ์เป็นสุขมีแรงจูงใจในการทำงาน มีความตื่นตัวมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลลดความอยากอาหารอีกด้วย

ผลกระทบจากการสูบบุหรี่

1. ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ

จากข้อมูลของทำงานของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่(2553) กล่าวว่า บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งต่อผู้สูบเอง และผู้ที่อยู่ใกล้ชิดที่สุดหายใจเอาอากาศที่มีควันบุหรี่เข้าไป เพราะควันบุหรี่ประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งสิ้น เช่น คาร์บอนมอนนอกไซด์ นิโคติน ทาร์ เป็นต้น จากการสำรวจพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งปอดนั้น ร้อยละ 90 เป็นผลเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ และถ้าสูบกินวันละ 1 ซอง จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบถึง 5-20 เท่า นอกจากนี้ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดอีกเสบร้อยละ 80 และโรคหัวใจร้อยละ 50 ก็มีผลมาจากการสูบบุหรี่เช่นเดียวกัน

จากศูนย์ข้อมูลอาชญากรรมและยุติธรรมศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ประเมินและจัดอันดับสารเสพติดชนิดต่างๆ 20 ชนิด ในสามลักษณะ คือ อันตรายต่อร่างกาย ความรุนแรงของการเสพติด และผลกระทบของการใช้สารนั้นต่อสังคม ในภาพรวม ผลการวิเคราะห์พบว่า ยาเสพติดที่อันตรายที่สุด อันดับหนึ่งได้แก่ เฮโรอีน อันดับสอง โคเคน อันดับสาม บาร์บิทูเรท อันดับสี่ เมทาโดน อันดับห้า แอลกอฮอล์ อันดับหก เคตามีน อันดับเจ็ด เบนโซไดอะซีปีน อันดับแปด แอมเฟตามีนหรือยาบ้า และบุหรี่ยอยู่ในอันดับที่เก้า ดังนั้น บุหรี่จึงเป็นยาเสพติดที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ที่ร้ายแรงที่สุด

นอกจากนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกา ถือว่า การติดนิโคตินหรือติดบุหรี่ เป็นปัญหาวิกฤตการณ์ในวงการสาธารณสุข บุหรี่คือสิ่งเสพติดที่ถือเป็นด่านแรกที่น่าไปสู่ยาเสพติดร้ายแรงชนิดอื่นได้ เช่น สุรา โคเคน เฮโรอีน ยาอี ฯลฯ องค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกา จึงมีความพยายามที่จะกำหนดกฎเกณฑ์ควบคุมบุหรี่เสียใหม่ โดยจะจัดให้เป็นยาเสพติด (tobacco as a drug) องค์การอนามัยโลกจัดให้การสูบบุหรี่เป็นโรคชนิดหนึ่ง และจัดให้บุหรี่คือ ยาเสพติด เนื่องจาก "ยาเสพติด" ในความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วจะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไป โดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่อ ร่างกายและจิตใจ

ในบุหรี่ยีสสาร “นิโคติน” ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์เสพติดมากกว่ายาเสพติดชนิดอื่นๆ จากการจัดอันดับ คือ เฮโรอีน โคเคน แอลกอฮอล์ และคาเฟอีน ตามลำดับ นิโคตินในควันบุหรี่ที่ผู้สูบได้รับเข้าไปในร่างกาย ทำให้เกิดการเสพติดเช่นเดียวกับเฮโรอีน เมื่อมีการสูดควันบุหรี่เข้าไป นิโคตินจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือดและสมองภายใน 10 วินาที โดยจะกระตุ้นให้หลั่งสารสื่อประสาทในสมอง คือ Dopamine ทำให้เกิดอารมณ์แห่งความสุข และ Norepinephrine

ทำให้เกิดการตื่นตัว มีพลัง มีสมาธิ ลดความรู้สึกซึมเศร้าแต่ทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงขึ้น

ตารางที่ 2 - 1 การจัดอันดับของนิโคตินในความสัมพันธ์กับยาเสพติดอื่น ๆ ในแง่ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยแห่งลอนดอน, 2008)

การพึ่งพา (Dependence)	นิโคติน>เฮโรอีน>โคเคน>แอลกอฮอล์>คาเฟอีน
ความยากลำบากในการหยุดเสพ (Difficulty achieving abstinence)	แอลกอฮอล์=โคเคน=เฮโรอีน=นิโคติน>คาเฟอีน
การดื้อยา (Tolerance)	(แอลกอฮอล์=เฮโรอีน=นิโคติน)>โคเคน>คาเฟอีน
ความรุนแรงของภาวะทางกายเมื่อถอนยา	แอลกอฮอล์>เฮโรอีน>นิโคติน>โคเคน>คาเฟอีน
การตาย (Deaths)	นิโคติน>แอลกอฮอล์>(โคเคน=เฮโรอีน)>คาเฟอีน
ความสำคัญในชีวิตประจำวันของผู้ใช้ (Importance in user's daily life)	(แอลกอฮอล์=โคเคน=เฮโรอีน=นิโคติน)>คาเฟอีน
ความชุก (Prevalence)	คาเฟอีน>นิโคติน>แอลกอฮอล์>(โคเคน=เฮโรอีน)

ตารางที่ 2 - 2 นิโคตินมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาทชนิดต่างๆ (5)

Neurotransmitters	Effects of nicotine use
Dopamine	รู้สึกพึงพอใจ (pleasure) สุขใจ ความอยากอาหารลดลง
Norepinephrine	ทำให้ตื่นตัว (arousal) มีแรงจูงใจ ลดความอยากอาหาร
Acetylcholine	ทำให้ตื่นตัว และสมาธิดีขึ้น (cognitive enhancement)
Serotonin	ช่วยปรับอารมณ์ (mood modulation), ลดความอยากอาหาร
Glutamate	ช่วยการเรียนรู้ (learning) เพิ่มความจำ (memory enhancement)

เมื่อหยุดสูบบุหรี่ ปริมาณของสารสื่อประสาทเหล่านี้จะลดลง ทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้สูบบุหรี่หายไป และเกิดอาการถอนนิโคติน ได้แก่ ภาวะวณกระวาย หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ หิวน้ำบ่อย น้ำหนักขึ้น ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่จึงยังคงต้องสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน นอกจากนี้ ภาวะการเสพติดทางจิตใจ คือ ทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อการสูบบุหรี่ว่าบุหรี่ทำให้คลายเครียด ลดความวิตกกังวล ทำให้มีสมาธิ และภาวะเสพติดทางสังคม หรือนิสัยความเคยชิน เกิดจากการที่ผู้สูบบุหรี่ได้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมประจำวันกับการสูบบุหรี่ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การที่จะทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่สามารถละ เลิกสูบบุหรี่นั้น จะต้องมีความสนใจในการบำบัดรักษาเช่นเดียวกับผู้ที่เสพยาเสพติดประเภทอื่นๆ เช่นกัน

โรคต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1.1 โรคมะเร็ง ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะเกิดมะเร็งในอวัยวะต่างๆ เพิ่มขึ้นมากกว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งช่องปาก โพรงจมูก กล้องเสียง หลอดลม ปอด หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ตับอ่อน ตับ ไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก เต้านม ปากมดลูก รังไข่ ต่อมลูกหมาก ทั้งนี้ ผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ด้วยจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งหลอดอาหารเพิ่มขึ้นอีก สาเหตุที่การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในอวัยวะหลายๆ แห่ง ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่สารก่อมะเร็งในควันบุหรี่สัมผัสกับอวัยวะโดยตรง เช่น กล้องเสียง และปอด หรือสารก่อมะเร็งถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด แล้วไหลเวียนไปตามอวัยวะต่างๆ เช่น ตับอ่อน และกระเพาะ-ปัสสาวะ โดยในภาพรวมพบว่าประมาณร้อยละ 30 ของมะเร็งที่เกิดในคนมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่

1.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด ขณะนี้โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับหนึ่งของคนไทย โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญ ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสหัวใจวายตายในอายุ 30-40 ปี สูงกว่า ผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 5 เท่า สารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยที่รูหลอดเลือดค่อยๆ ตีบลงจากการหนาตัวของผนังหลอดเลือด จนเกิดการตีบตันของเส้นเลือด เป็นเหตุให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้น้อยลง จึงเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบหรือโรคหัวใจขาดเลือดได้ เมื่อหลอดเลือดตีบจนมีผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้ จะเกิดอาการจุกเสียด เจ็บหน้าอก โดยเฉพาะเวลาออกกำลังกายและถึงขั้นหัวใจวายได้ในที่สุด

1.3 โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ สาเหตุที่สมรรถภาพทางเพศเสื่อม เกิดจากเส้นเลือดและเส้นประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายเสื่อม ซึ่งควันบุหรี่มีสารที่ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง การทำงานจึงเสื่อมลง นอกจากนี้ยังพบตัวออกซิเจนในผู้สูบบุหรี่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติมากกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งจำนวนออกซิเจนลดลงด้วย ในขณะเดียวกันการเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้ที่สูบบุหรี่ก็ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ เพราะโรคที่เกิดล้วนเป็นโรคเรื้อรังทำให้เหนื่อยหอบรักษาไม่หาย เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งของ อวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความกังวลกับโรคที่เป็น และมีผู้ป่วยหลายรายที่เกิดอาการหอบขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดความกลัว ไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์อีก

1.4 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ การเสื่อมของหลอดเลือดในสมอง มีกลไกในการเกิดเหมือนกับที่เกิดกับเส้นเลือด หัวใจและอวัยวะอื่นของร่างกาย ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาตจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือมีความจำเสื่อมลง

1.5 โรกระบบทางเดินหายใจ ควันบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่างมาก และทำให้เนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพลง เมื่อมีการสะสมของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่อง โรคที่พบ คือ ถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นหวัดและหลอดลมอักเสบง่าย และโรคทางเดินหายใจอื่นๆ

1.6 โรคอื่นๆ มารดาที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ จากผลของควันบุหรี่ที่มีต่อรก เช่น คลอดก่อนกำหนดแท้งง่าย และมีบุตรยาก รวมทั้งยังทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย อัตราตายทารกแรกเกิดสูง และภาวะเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันของทารกเกิด

ได้มาก นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ง่ายอีกด้วย เนื่องจากสารเคมีในควันบุหรี่กระตุ้นกระเพาะอาหารให้มีการหลั่งน้ำย่อยออกมามากกว่าปกติ

สถาบันเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมคาโรลินสกี ประเทศฟินแลนด์ สํารวจว่ามีผู้เสียชีวิตจำนวนมากจากควันบุหรี่มือสองโดยไม่ได้สูบบุหรี่ ข้อมูลปี 2547 ของ 192 ประเทศ พบว่าเสียชีวิตรวมเท่ากับ 603,000 คน โดยเป็นเด็กร้อยละ 40 ผู้ชายร้อยละ 33 ผู้หญิงร้อยละ 35 และมีผู้เสียชีวิต 379,000 คน จากโรคหัวใจขาดเลือด 165,000 คน จากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง 36,900 คน 21,400 คนจากมะเร็งปอด ในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 40,100 คน และน่าจะมีผู้เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองไม่ต่ำกว่าปีละ 4,000 คน และสำหรับในปี 2549 สํารวจพบว่ามิได้แก่อายุต่ำกว่า 5 ปี 2.2 ล้านคน ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน และในการสำรวจปี 2552 มีผู้ใหญ่ร้อยละ 39 หรือ 20 ล้านคนที่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน ในที่สาธารณะ และที่ทำงาน (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2553)

จากการสูญเสียเบื้องต้น มีผู้ทำการศึกษาวิจัยถึงผลกระทบของบุหรี่ โดย ชุมพล แก้วแจ่ม, 2551 กล่าวไว้ว่า การสูบบุหรี่นอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูบเอง (First Hand Smoke) ยังมีผลโดยตรงต่อชั้นที่ 2 คือบุคคลรอบข้าง (Second Hand Smoke) และชั้นที่ 3 ผลกระทบจากควันบุหรี่มือสาม (Third Hand Smoke) คือ คราบบุหรี่หรือสารพิษตกค้างบนข้าวของเครื่องใช้ เบาะ พรม และอุปกรณ์อื่นๆ มากมาย ซึ่งได้อธิบายผลกระทบทั้ง 3 ชั้นไว้ดังนี้

ชั้นที่ 1 First Hand Smoke หมายถึง ส่งผลต่อผู้สูบเอง คือ ทำให้เกิดมะเร็ง โรคทางเดินหายใจ โรคความดันโลหิต และโรคร้ายแรงอื่นๆ ต่อผู้สูบโดยตรง

ชั้นที่ 2 Second Hand Smoke หมายถึง บุคคลรอบข้างโดยเฉพาะเด็กเล็กๆ ที่ไม่สามารถช่วยตัวเอง หรือป้องกันตัวเองได้ ก็จะทำให้เด็กเกิดการระคายเคืองที่ตา เพราะสารแอมโมเนีย และทำให้หายใจไม่สะดวก เป็นหวัดและมีอาการภูมิแพ้บ่อยๆ หรือผู้สูงอายุก็จะได้ รับผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคปอดบวมได้ง่าย เนื่องจากเด็กเล็กและผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่ำ ในชั้นนี้ถือได้ว่ามีอันตรายได้เท่าๆ กับชั้นที่ 1

ชั้นที่ 3 Third Hand Smoke หมายถึง คราบจากสารพิษของบุหรี่ที่ติดตามผม เสื้อผ้า พรม สิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ซึ่งหากเด็กเล็กเข้าไปสัมผัสกับสิ่งของที่มีสารพิษเหล่านั้น จะทำให้เด็กมีพัฒนาการทางสมองล่าช้า ร่างกายไม่แข็งแรง จิตใจไม่แจ่มใสถึงแม้จะเป็นสารพิษในระดับต่ำก็ตาม หากเป็นมารดาที่อยู่ในระยะให้นมบุตร นํ้านมที่ให้ลูกอาจปนเปื้อนสารพิษจากบุหรี่ได้

อันตรายดังกล่าวเกิดจากสารประกอบในควันบุหรี่ ซึ่งก่อให้เกิดโรคร้ายแรงได้มากกว่า 25 ชนิดในทุกๆ ปี การเสียชีวิตด้วยบุหรี่มีอัตราสูงกว่าโรคเอดส์ การถูกฆาตกรรม การฆ่าตัวตาย การดื่มสุรา ยาเสพติดและอุบัติเหตุรถยนต์รวมกัน (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

2. ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อเศรษฐกิจ

2.1 ในประเทศไทยมีผู้เสพติดบุหรี่ 10.8 ล้านคน คิดเป็นเพศชาย จำนวน 10,347,581 คน เพศหญิง 510,175 คน โดยมีการเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด มะเร็งปอด มะเร็งอื่นๆ ถุงลมโป่งพอง ฯลฯ โดยเสียค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดจากโรคดังกล่าว เฉพาะ 3 โรคหลัก คิดเป็นเงิน 46,000 ล้านบาทต่อปีและในสหรัฐอเมริกา คิดเป็นเงิน 2,916,000,000,000 ล้านบาทต่อปี (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่: 2535)

จากการศึกษาของ อิศรา สานธิศาสตร์ (คลินิกฟ้าใสไร้ควัน,2553) ได้ประเมินการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อมของคนไทยที่เกิดจากการสูบบุหรี่โดยเอาผลที่เกิดขึ้นจากโรคเพียง 2 โรคเท่านั้นมาคำนวณ ได้แก่ โรคมะเร็งปอด และโรคถุงลมโป่งพอง พบว่า คนไทยที่สูบบุหรี่นั้นต้องเสียเงินในแต่ละปีจากโรคทั้งสองรวมกันปีละ 248 ล้านบาท ซึ่งอาจต่ำกว่าเป็นจริงค่อนข้างมาก เพราะยังไม่ได้คิดคำนวณผลจากโรคอื่นๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่อีกหลายโรค นอกจากนี้ยังมีได้ับรวมงบประมาณจากรัฐบาลอีกส่วนหนึ่งที่จะต้องเข้ามาสนับสนุนด้านอุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยเหล่านี้ หากนับรวมเข้าไปด้วย ตัวเลขความเสียหายทางเศรษฐกิจน่าจะสูงกว่านี้เป็นล้านบาทต่อไป

ข้อมูลจากคลินิกฟ้าใส, 2553 ได้รายงานว่าการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า แต่ละปีรัฐบาลจะต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาคนอเมริกันที่เป็นโรคจากการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 6 ของเงินงบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งหมด โดยในช่วงปี ค.ศ. 1997-2001 คนอเมริกันได้สูญเสียผลิตผลประชาชาติคิดเป็นเงินถึง 92,000 ล้านดอลลาร์ อันเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งยังมีรายงานที่ระบุว่าชาวฟลอริดา สหรัฐอเมริกาต้องเสียโอกาสและรายได้จากผลพวงของการสูบบุหรี่ไปไม่ต่ำกว่า 6,942 ล้านดอลลาร์ หรือคิดเป็นเงินไทยประมาณ 210,000 ล้านบาทต่อปี โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะขาดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ประมาณปีละ 6 วันในขณะที่ผู้ไม่สูบบุหรี่จะขาดงานเพียงแค่ 3 วันต่อปีเท่านั้น

ข้อมูลของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่,2549 ได้อ้างถึงการวิจัยถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพนักงานที่สูบบุหรี่และประมาณการได้ว่า พนักงานที่สูบบุหรี่ 1 ของต่อวัน ทำให้นายจ้างต้องเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ เพิ่มขึ้น 600 ดอลลาร์ หรือ 15,000 บาทต่อปี ความสูญเสียต่างๆ ของหน่วยงานจากการที่พนักงานสูบบุหรี่นั้นมีการประมวลไว้ดังนี้

ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจของหน่วยงาน

2.1.1 การขาดงาน พนักงานที่สูบบุหรี่จะมีแนวโน้มในการเข้าโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ และมีอัตราการลาหยุดสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 25-30% พนักงานที่สูบบุหรี่มากกว่า 15 มวนต่อวันจะมีอัตราการลาป่วยเป็น 2 เท่าของพนักงานทั่วไป เมื่อคำนวณชั่วโมงทำงานที่เสียไปของพนักงานที่สูบบุหรี่เปรียบเทียบกับพนักงานที่ไม่สูบบุหรี่ พบว่า สูญเสียไปถึง 4.2 วัน/คน/ปี ซึ่งเมื่อนำจำนวนพนักงานที่สูบบุหรี่ทั้งหมด และมูลค่าของงานที่สูญเสียไปแต่ละวันมาคำนวณดูผลที่ได้คือ ความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นต่อเจ้าของกิจการนั่นเอง

2.1.2 การเกิดอุบัติเหตุ พนักงานที่สูบบุหรี่จะมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุในระหว่างการทำงานสูงกว่าพนักงานทั่วไปถึง 2 เท่า เนื่องจากขาดสมาธิในการทำงาน เพราะมือข้างหนึ่งต้องคีบบุหรี่ไว้ นอกจากนั้น การเสobetจากการสูบบุหรี่ก็มีส่วนทำให้เกิดอุบัติเหตุได้เช่นกัน

2.1.3 การเกิดไฟไหม้ บุหรี่ เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเกิดไฟไหม้ โดยเกิดจากการทิ้งก้นบุหรี่ จากสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดไฟไหม้ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเกิดจากการสูบบุหรี่ หรือ 1 ใน 5 ของการเกิดไฟไหม้เกิดจากบุหรี่

2.1.4 การทำความสะอาดและบำรุงรักษา กันบูหรือและควันบูหรือมีส่วนทำให้เกิดความเสียหายแก่ พรหม โต๊ะ เครื่องหนังและเครื่องใช้สำนักงานต่างๆ รวมทั้งเพิ่มความจำเป็นและค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาดผนัง ม่าน ที่เขียนบูหรือและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและอายุการใช้งานของเครื่องดูดอากาศลดน้อยลงด้วย

รายงานของธนาคารโลกเรื่อง หยุดการแพร่ภัยบูหรือ สิ่งที่รัฐต้องทำและผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ กล่าวว่า ในประเทศที่ประชากรมีรายได้สูง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ที่มีสาเหตุเกี่ยวกับบูหรือนั้นคิดเป็นจำนวนร้อยละ 6-15 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายแต่ละปีในการรักษาพยาบาลของผู้สูบบูหรือโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบูหรือ และค่าใช้จ่ายตลอดชีพของผู้สูบบูหรือนั้นมากกว่าผู้ไม่สูบบูหรือแม้อายุไม่ยืนยาวเท่า (ประภาพรรณ เทวกุล ณ อยุธยาผู้แปล, 2554)

ในประเทศไทย จากการศึกษาของศูนย์วิจัยกสิกรไทยในปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีค่ามีค่าใช้จ่ายจากการสูบบูหรือประมาณ 57,380 คน ผู้ที่สูบบูหรือเป็นประจำมีค่าใช้จ่ายจากการสูบบูหรือเฉลี่ยประมาณวันละ 14.6 บาทต่อคน จากการประมาณการรายได้ของรัฐบาลไทยในแต่ละปี พบว่าอุตสาหกรรมยาสูบสร้างรายได้ประมาณร้อยละ 5 ของรายได้ทั้งหมดที่รัฐได้รับ แยกเป็นรายได้จากโรงงานยาสูบในสังกัดของกรมสรรพสามิตประมาณร้อยละ 4 และจากภาษีบูหรินำเข้าอีกประมาณร้อยละ 0.7 ตัวอย่างเช่น ในปี 2546 รัฐมีรายได้จากบูหรือประมาณ 43,000ล้านบาท ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่จะมาจากการเก็บภาษี ถึงแม้ว่าอุตสาหกรรมบูหรือสร้างรายได้ให้กับรัฐเป็นจำนวนมาก แต่บูหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ต่อตัวผู้สูบเองและผู้อื่น รวมทั้งยังเป็นการเพิ่มภาระให้กับรัฐบาลที่ต้องสูญเสียงบประมาณเป็นจำนวนมากเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจากการสูบบูหรินั้นเอง นอกจากนี้ การสูบบูหรือยังก่อให้เกิดการสูญเสียผลผลิตที่ควรจะได้ เนื่องจากการทุพพลภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้ที่สูบบูหรือ ต้นทุนค่าใช้จ่ายโดยทั่วไปของผู้ป่วยจากโรค ที่มีสาเหตุมาจากการสูบบูหรือ แบ่งเป็น 2 ประเภทหลัก คือ ต้นทุนค่าใช้จ่ายทางตรง หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และต้นทุนค่าใช้จ่ายทางอ้อม ซึ่งหมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเสียโอกาส เนื่องมาจากความเจ็บป่วย และการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรนั่นเอง โดยจะส่งผลให้รายได้ของผู้ป่วยลดลง เพราะสาเหตุจากการขาดงาน การทุพพลภาพ หรือการที่ประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง ซึ่งจะรวมถึงการเสียรายได้ของญาติผู้ป่วยที่ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (สมเกียรติวัฒนศิริชัยกุล, 2549)

3. ผลกระทบจากการสูบบูหรือต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม

บูหรือเป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมาย สามารถหาซื้อได้ง่าย มีราคาถูกกว่าสิ่งเสพติดชนิดอื่นๆ เมื่อมีการติดบูหรือแล้ว มักจะเป็นหนทางที่นำไปสู่การลองใช้สิ่งเสพติดอื่นตามมามีผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดฝิ่นและกัญชา และร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้า จะเริ่มจากการสูบบูหรือก่อน ดังนั้นจะเห็นว่าการสูบบูหรือในวัยรุ่น สามารถนำไปสู่ปัญหาเรื่องยาเสพติดชนิดต่างๆ ซึ่งจะสร้างปัญหาต่อสังคมแล้ว ยังสร้างความเสียหายให้กับสิ่งแวดล้อมด้วย นอกจากนี้ การปลูกใบยาสูบนั้นต้องมีการใช้สารเคมีในการฆ่าวัชพืชและแมลง ทำให้เพิ่มสารพิษตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพของเกษตรกรและผู้สูบบูหรือ อีกทั้งควันบูหรือยังมีส่วนทำให้เพิ่มก๊าซพิษให้กับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

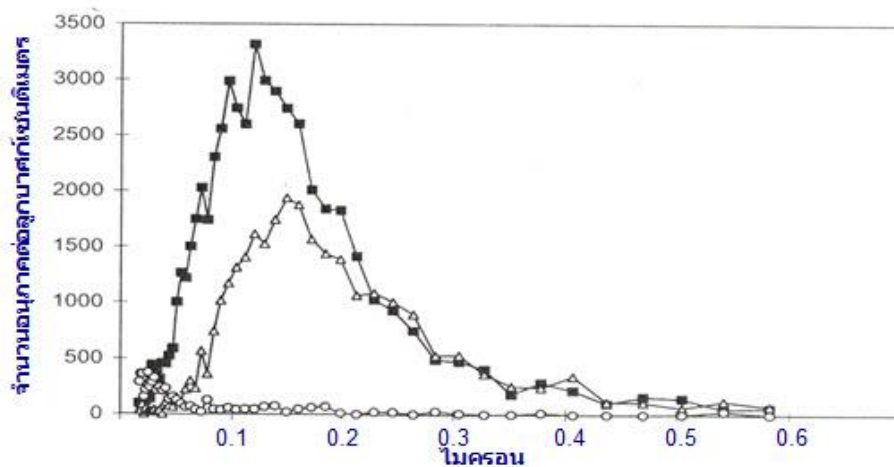
ในบริเวณสถานที่แออัด และในท้องที่มีการใช้เครื่องปรับอากาศ การสูบบุหรี่ทำให้บ้านเมืองสกปรก ไม่น่าดู เนื่องมาจากการทิ้งก้นบุหรี่ไม่เป็นที่ ถ้าผู้สูบบุหรี่ขาดความระมัดระวังในการทิ้งบุหรี่ ก็จะเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดไฟไหม้ในอาคารบ้านเรือน และการเกิดไฟป่า ซึ่งจะสร้างความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติ ดังนั้น การสูบบุหรี่มิได้ส่งผลเสียให้กับตัวผู้สูบเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมรวมทั้งประเทศชาติ (สมเกียรติวัฒนศิริชัยกุล, 2549)

จากการศึกษาของแสวง เกิดประทุม ได้อธิบายถึงผลร้ายของการสูบบุหรี่ และการเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ต้องใช้พลังงานมากขึ้นที่ต้องใช้ไปในการกำจัดควันและสารที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ว่าปกติภายในห้องที่คนทั่วไปอยู่จะมีฝุ่นหรืออนุภาคขนาดเล็กแขวนลอยในอากาศเฉลี่ย 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร แต่ถ้าภายในห้องนั้นมีการสูบบุหรี่ ปริมาณฝุ่นจะเพิ่มขึ้น อาจสูงถึง 45 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ในควันบุหรี่มีองค์ประกอบหลักเป็นอนุภาคขนาดเล็กกว่า 1 ไมครอนและ

อาจจะมีขนาดเล็กถึง 0.1 ไมครอน อนุภาคในควันบุหรี่ประกอบด้วยธาตุคาร์บอน เป็นองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบในส่วนที่เป็นก๊าซและสารอินทรีย์ ได้แก่ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ CO₂ คาร์บอนมอนอกไซด์ CO ไนโตรเจนออกไซด์ NO_x ซึ่งเป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้นอกจากนี้ ยังมีสารอินทรีย์ระเหย ได้แก่ นิโคติน (Nicotine) อซีโตน (Acetone) เบนซีน (Benzene) ฟีนอล (Phenol) โทลูอิน (Toluene) ฟอร์มัลดีไฮด์ (Formaldehyde) และเบนโซไพรีน (Benzopyrene) และนอกจากนี้ยังมีสารอื่นๆ มากกว่า 4,000 ชนิด

ขนาดของอนุภาคในควันบุหรี่มีขนาดเล็กมาก มีมวลน้อยมากจนแรงดึงดูดของโลกที่กระทำต่ออนุภาคควันบุหรี่ หรือที่เรียกแรงนี้ว่าน้ำหนักมีขนาดของแรงน้อยมากและน้อยกว่าแรงพยุงที่อนุภาคในควันบุหรี่ถูกกระทำ เนื่องจากการเคลื่อนที่ของกระแสอากาศ จึงทำให้ควันบุหรี่สามารถฟุ้งกระจาย ลอยอยู่ในอากาศได้ โดยไม่ตกลงสู่พื้น เหมือนฝุ่นผงขนาดใหญ่ อนุภาคที่สามารถฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศได้เช่นนี้เรียกว่า แอโรซอล (Aerosols)

แผนภาพที่ 2 - 5 แสดงขนาดและจำนวนอนุภาคในควันบุหรี่

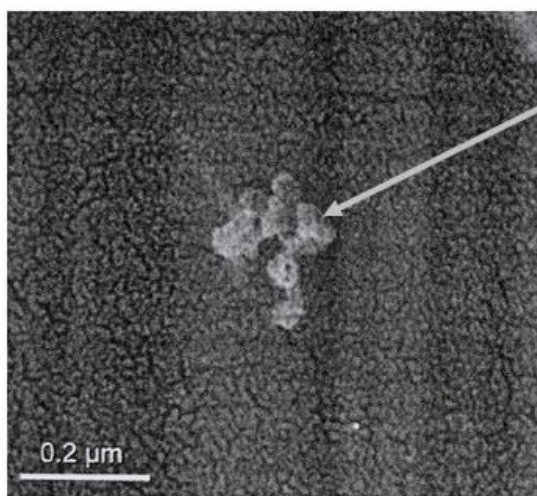


รูปที่ 1 แสดงขนาดและจำนวนอนุภาคในควันบุหรี่ที่ช่วงเวลา 18 นาที และ 300 นาที

- อนุภาคควันบุหรี่ หลัง 18 นาที
- △ อนุภาคควันบุหรี่ หลัง 300 นาที
- อนุภาคในสภาพแวดล้อมปกติ

อนุภาคในควันบุหรี่จะมีการรวมตัวกันเป็นอนุภาคขนาดใหญ่ขึ้น ดังแสดงในรูปที่ 1 ถ้าพิจารณาจากกราฟ เส้นกราฟที่แสดงขนาดและจำนวนอนุภาคของควันบุหรี่ที่เกิดขึ้นที่ระยะเวลาที่ต่างกัน จะเห็นว่าขนาดของอนุภาคของควันบุหรี่ที่เกิดขึ้นในระยะ 18 นาที จะมีขนาดเล็กกว่าควันบุหรี่ที่ทิ้งไว้นาน 300 นาที ขนาดของอนุภาคเฉลี่ยจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ทั้งนี้เพราะอนุภาคในควันบุหรี่เกิดการรวมตัวกันเนื่องจากการชนปะทะกัน ของอนุภาคขนาดเล็ก และรวมกันเป็นขนาดอนุภาคที่มีขนาดใหญ่ขึ้น แต่จำนวนอนุภาคในควันบุหรีลดลง

แผนภาพที่ 2 - 6 อนุภาคควันบุหรี



รูปที่ 2 เป็นภาพถ่ายจากกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน (Transmission electron microscope) แสดงอนุภาคควันบุหรี ที่รวมตัวกันเป็นอนุภาคที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

เป็นภาพถ่ายจากกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน จะเห็นอนุภาคควันบุหรีที่เกิดจากการรวมตัวของอนุภาคขนาดเล็กและวิเคราะห์ด้วย เอ็กซ์เรย์ฟลูออเรสเซนต์ (X-Ray Fluorescent) พบว่าองค์ประกอบส่วนใหญ่เป็นธาตุคาร์บอน และในอนุภาคดังกล่าวแล้วยังมีสารประกอบอินทรีย์ที่กล่าวข้างต้นดูดซับไว้ภายในรูพรุนของโครงสร้างคาร์บอน ทำให้ผู้ที่สูบบุหรีหรือผู้ที่สูดดมควันบุหรีแล้วมีอนุภาคของควันบุหรีฝังตัวอยู่ในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดความระคายเคืองจากสารที่เป็นองค์ประกอบของควันบุหรีและเชื่อว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา

ตามมาตรฐาน ASHRAE (American Society of Heating Refrigerating and Air-conditioning Engineers) ได้กำหนดระบบระบายอากาศสำหรับห้องที่มีผู้พักอาศัย โดยกำหนดมาตรฐานการระบายอากาศ 4 ลูกบาศก์ฟุตต่อนาที ต่อคนที่อยู่ภายในห้องเพื่อให้มีออกซิเจนเพียงพอต่อการหายใจ แต่ถ้ามีการสูบบุหรีจะต้องระบายอากาศออกจากห้องในอัตราที่เพิ่มขึ้นเป็น 20-28 ลูกบาศก์ฟุตต่อนาที ต่อคน อัตราการระบายอากาศที่เพิ่มขึ้น เพื่อระบายควันและสารที่เกิดจากการสูบบุหรีให้ผู้ที่อยู่ภายในห้องรู้สึกสบาย ทำให้ ห้องที่มีระบบปรับอากาศจะต้องระบายอากาศออกมากขึ้น ทำให้สิ้นเปลืองพลังงานในระบบทำความเย็นมากขึ้นจากข้อมูลข้างต้นและจากสื่อต่างๆ การสูบบุหรีมีพิษภัยทั้งต่อสุขภาพของตัวผู้สูบและคนข้างเคียง และยังทำให้ต้องใช้พลังงานมากขึ้น

ควันบุหรี่มือสอง

ศ.นพ. ประกิต เวทีสารกกิจ ได้ให้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสองเอาไว้ว่า ควันบุหรี่มือสอง หรือควันบุหรี่ในสภาพแวดล้อม ประกอบด้วยควันจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดไฟที่ลอยอยู่ในอากาศขณะที่ไม่มีการดูดบุหรี่และควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปและหายใจออกมา ในควันบุหรี่มีสารพิษมากกว่า 4,000 ชนิด ในควันบุหรี่มือสองมีสารพิษอย่างน้อย 250 ชนิดเหมือนควันที่คนสูบบุหรี่สูดเข้าไป และยังไปกว่านั้นควันจากปลายมวนบุหรี่ที่ลอยอยู่ในอากาศขณะไม่มีการสูบบุหรี่ มีอุณหภูมิเผาไหม้ที่ต่ำกว่า และอยู่ในสภาพแวดล้อมต่างจากควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไป สารพิษหลายชนิด จึงมีความเข้มข้นมากกว่า

สมาคมแพทย์ ประเทศอังกฤษ,(2002) ได้ประมาณการณ่ว่าในแต่ละปีคนอังกฤษอย่างน้อย 1,000 คน เสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองสูงเป็น 4 เท่าของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการทำงาน

สถาบันพิทักษ์สิ่งแวดล้อมสหรัฐอเมริกาและศูนย์วิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (U.S. Environmental Protection Agency, 1997) พิสูจน์แล้วว่า ควันบุหรี่มือสองเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ เพราะ

1. เมื่อคนไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่มือสอง เขาได้สูดดมสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกายเช่นเดียวกับคนสูบบุหรี่
2. ไม่มีระดับที่ปลอดภัยของควันบุหรี่มือสองที่จะไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพแม้จะมีปริมาณเพียงเล็กน้อยก็ตาม
3. ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องสัมผัสกับควันบุหรี่มือสองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
4. สถานที่ปลอดบุหรี่ 100% เท่านั้นที่เป็นหนทางเดียวในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และที่จะปกป้องคนไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่มือสองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. การแยกเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ในอาคารเดียวกัน และการใช้เครื่องฟอกอากาศในอาคารไม่สามารถป้องกันคนไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่มือสองได้

นายแพทย์ใหญ่สหรัฐอเมริกา ได้สรุปสาระสำคัญ 6 ข้อเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง ดังนี้

1. คนอเมริกันหลายล้านคน ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ถูกบังคับให้สูดควันบุหรี่มือสองโดยไม่สมัครใจทั้งในบ้านและที่ทำงาน ไม่ว่าจะกฎหมายควบคุมยาสูบจะก้าวหน้าที่เข้มงวดเพียงใด โดยพบว่าเด็กอเมริกันอายุ 3-11 ปี เกือบ 60% หรือเกือบ 22 ล้านคนยังคงได้รับควันบุหรี่มือสอง และประมาณ 30% ของคนที่ทำงานภายในอาคารในสหรัฐอเมริกา ยังไม่ได้รับความคุ้มครองจากนโยบายที่ทำงานปลอดบุหรี่ (หมายถึง ที่ทำงานนั้นยังไม่มีนโยบายที่ทำงานปลอดบุหรี่หรือยังคงมีเขตสูบบุหรี่อยู่ภายในอาคาร)
2. ควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุของโรคและการตายก่อนวัยอันควรในเด็กและผู้ใหญ่ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่มือสอง โดยมีหลักฐานยืนยันจากสารพิษและสารก่อมะเร็งหลายร้อยชนิดในควันบุหรี่มือสอง ซึ่งสถาบันอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของมนุษย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาประกาศว่า ควันบุหรี่มือสองเป็นสารก่อมะเร็งในที่ทำงาน

3. เด็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคไหลตายในวัยทารก การติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน หูตึง และการจับหัดรุนแรง การที่พ่อแม่สูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจในลูกและพัฒนาการของปอดลูกช้าลง หลักฐานยืนยันคือ เด็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสองได้สูดสารพิษและสารก่อมะเร็งมากมายเข้าสู่ร่างกายเช่นเดียวกับคนสูบบุหรี่ เนื่องจากร่างกายเด็กทารก และเด็กเล็กอยู่ในระยะที่กำลังเติบโตและพัฒนาการยังไม่แข็งแรงเหมือนผู้ใหญ่ ดังนั้น สารพิษในควันบุหรี่มือสองจึงทำอันตรายต่อเด็กรุนแรงกว่าผู้ใหญ่

4. ผู้ใหญ่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง จะเกิดผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดหัวใจและเยื่อปอดหดรัดในทันที ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและมะเร็งปอดได้ หลักฐานยืนยันคือ สารพิษและสารก่อมะเร็งหลายชนิดในควันบุหรี่มือสองมีความเข้มข้นกว่าควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ฟ่นออกมา และการหายใจเอาควันบุหรี่มือสองเข้าสู่ร่างกาย แม้จะเพียงระยะสั้นๆ ก็สามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจทันที กระทบต่อการทำงานของหัวใจ โลหิตและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดหัวใจวาย และคนไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองที่บ้านหรือที่ทำงาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้น 25-30% มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดสูงขึ้น 20-30%

5. ผลวิจัยทางวิทยาศาสตร์ระบุว่า ไม่มีระดับที่ปลอดภัยในการได้รับควันบุหรี่มือสอง จากหลักฐานที่มีการศึกษาว่า การสูดควันบุหรี่มือสองเข้าสู่ร่างกายแม้จะเพียงระยะเวลาสั้นๆ สามารถทำให้เกิดเลือดเกาะตัวกันง่ายขึ้น (ทำให้เลือดข้นขึ้น) ทำลายผนังหลอดเลือด หัวใจเต้นแรงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจวาย ยิ่งไปกว่านั้น ควันบุหรี่มือสองมีสารเคมีมากมายที่ก่อให้เกิดความระคายเคืองและทำลายเยื่อผนังทางเดินหายใจได้อย่างรวดเร็ว แม้เพียงสูดควันเข้าไปเพียงระยะเวลาสั้นๆ ก็ทำให้ระบบทางเดินหายใจของคนที่มีสุขภาพดีเสื่อมหน้าที่ลงได้ ทำให้เด็กที่เป็นโรคหอบหืดอยู่แล้วจับหัดบ่อยขึ้นและรุนแรงขึ้น

6. ที่ทำงานปลอดบุหรี่ 100% จะป้องกันคนไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่มือสองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ในอาคารเดียวกัน และการใช้เครื่องฟอกอากาศภายในอาคารไม่สามารถป้องกันคนไม่สูบบุหรี่จากการได้รับควันบุหรี่มือสองได้ โดยมีหลักฐานจากเครื่องฟอกอากาศที่ใช้อยู่สามารถจัดฟอยละอองใหญ่ๆ ออกไปได้ แต่ไม่สามารถจัดฟอยละอองเล็กและก๊าซของควันบุหรี่มือสองได้ ยิ่งไปกว่านั้น ระบบเครื่องระบายอากาศ และเครื่องปรับอากาศเป็นตัวกระจายควันบุหรี่มือสองไปทั่วอาคาร หากมีการสูบบุหรี่ภายในอาคาร และสมาคมวิศวกรรมเครื่องทำความร้อน เครื่องทำความเย็นและเครื่องปรับอากาศของอเมริกา ได้สรุปว่า เทคโนโลยีของเครื่องระบายอากาศไม่สามารถรับประกันว่าจะจัดควันบุหรี่มือสองออกไปได้หมด

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร, 2554) ได้มีการสำรวจการสูบบุหรี่ของคนไทยทั่วประเทศครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2519 พบว่า มีผู้สูบบุหรี่จำนวนทั้งสิ้น 8.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30.1 และในปี 2554 พบว่าประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 53.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 11.5 ล้านคน หรือร้อยละ 21.4 โดยเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 18.4) และเป็นผู้สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง 1.6 ล้านคน (ร้อยละ 2.9) โดยอัตราการสูบบุหรี่

ของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 20 เท่า คือร้อยละ 41.7 และ 2.1 ตามลำดับ เป็นผู้ที่ยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล 1.4 เท่า คือ ร้อยละ 23.5 และ 17.3 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ในช่วงปี 2544-2552 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง แต่ในปี 2554 มีอัตราการสูบเพิ่มขึ้น จากปี 2552 คือจากร้อยละ 18.1 เป็นร้อยละ 18.4 โดยเพิ่มขึ้นในผู้ชายจากร้อยละ 35.5 เป็น 36.1 ส่วนผู้หญิงอัตราการสูบยังคงที่

ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ 17.9 ปี โดยมีอายุน้อยลง เมื่อเทียบกับปี 2550 (18.5ปี) และพบว่าทุกกลุ่มวัยมีอายุเริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน(15-24 ปี) เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่น คือจากปี 2550 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่อายุเกือบ 17 ปี และในปี 2554 ลดลงเป็น 16.2 ปี

จากการสำรวจพฤติกรรมของผู้ที่ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่แต่ในอดีตเคยสูบเป็นประจำ พบว่าสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบมากที่สุดเพราะ พบว่า ไม่ดีเลยตัดสินใจเลิกเอง (ร้อยละ 34.2) รองลงมา คือป่วย/เป็นโรคแล้วแพทย์แนะนำ ให้งดสูบบุหรี่ (ร้อยละ 28.2) และสามี/ภรรยา/ลูก ขอร้อง (ร้อยละ 14.8) ตามลำดับ ผู้ชายเลิกสูบบุหรี่มีสาเหตุเดียวกับที่กล่าวข้างต้น ในขณะที่ผู้หญิงเลิกสูบบุหรี่เพราะพบว่าไม่ดีเลยตัดสินใจเลิกเองมากที่สุด (ร้อยละ 37.3)

แนวทางการควบคุมยาสูบในประเทศไทย

Framework Convention on Tobacco Control: FCTC หรือที่เรียกเป็นภาษาไทยว่า กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบ ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) จัดเป็นนโยบายสาธารณะ และอนุสัญญาด้านสุขภาพฉบับนี้เป็นสัญญาความร่วมมือระหว่างประเทศฉบับแรกขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2005) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองประชากรโลกให้ปลอดภัยจากผลร้ายของการบริโภคยาสูบและการสูดดมควันยาสูบ กล่าวได้ว่ากรอบอนุสัญญานี้เป็นเครื่องมือระหว่างประเทศต่างๆ ในการสกัดกั้น ไม่ให้ผลิตภัณธ์ยาสูบแพร่ขยายวงออกไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งไปสู่ประเทศกำลังพัฒนา และหยุดยั้งการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ที่กรอบอนุสัญญานี้ว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ได้รับการรับรองโดยที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 56 นครเจนีวา เมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 นับว่าเป็นวันประวัติศาสตร์ของวงการสาธารณสุขระดับโลกที่ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกทั้งหมด 192ประเทศรวมทั้งประเทศไทย ได้มีมติเป็นเอกฉันท์ยอมรับกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบกรอบอนุสัญญานี้มีผลบังคับใช้ในวันที่ 90 หลังจากวันที่ประเทศต่างๆ ยื่นสัตยาบันอย่างเป็นทางการครบ 40 ประเทศ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2547 ได้มีการลงนามให้สัตยาบันครบ 40 ประเทศ จึงทำให้กฎหมายมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2548 นับจนถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2550 มีประเทศที่ให้สัตยาบันต่อกรอบอนุสัญญาฯ ทั้งหมด 147 ประเทศ (Framework Convention Alliance for Tobacco Control, 2007)สำหรับประเทศไทยได้ร่วมลงนามในกรอบอนุสัญญาฯ เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2546 เป็นลำดับที่36จากประเทศทั้งหมดที่ลงนามในกรอบอนุสัญญาฯ จำนวน 168 ประเทศ

ดังนั้น ประเทศไทยจึงเป็นหนึ่งใน 40 ประเทศแรกที่ทำให้สัตยาบัน และเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกที่ให้สัตยาบันเข้าเป็นภาคี กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ อันเป็นการแสดงให้เห็นถึงความพร้อมและการเป็นประเทศที่มีบทบาทนำในการควบคุมยาสูบ และส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบมีทั้งหมด 11 หมวด 38 มาตรา ในบทความนี้จะขอกล่าวถึงสาระสำคัญหลัก อันได้แก่มาตรการเกี่ยวกับการลดอุปสงค์ของยาสูบ (หมวด 3) การลดอุปทานของยาสูบ (หมวด 4) การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม (หมวด 5) และความร่วมมือด้านเทคนิคและวิทยาศาสตร์ ตลอดจนการสื่อสารข้อมูลต่างๆ (หมวด 7) ซึ่งภาคีจะต้องบังคับใช้มาตรการต่างๆ ดังกล่าว ทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับนานาชาติ (ศจย, 2550x: WHO, 2005)

มาตรการเกี่ยวกับการลดอุปสงค์ของยาสูบอนุสัญญานี้ได้กำหนดให้ภาคีพิจารณาและกำหนดนโยบายด้านภาษี และด้านราคา เพื่อมุ่งเน้นที่การลดปริมาณการบริโภคยาสูบของประชากร (มาตรา6) นอกจากนี้ยังให้ภาคีประเทศพิจารณาใช้มาตรการอื่นซึ่งมิใช่มาตรการด้านราคาในการลดปริมาณการบริโภคยาสูบ เช่น มาตรการทางบริหาร มาตรการทางนิติบัญญัติมาตรการทางปกครอง หรือมาตรการอื่นที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้

1. การปกป้องบุคคลจากการสูดดมควันยาสูบในสถานที่ทำงานและในสถานที่สาธารณะ ซึ่งอยู่ในบริเวณตัวอาคาร ในระบบขนส่งมวลชน และในสถานที่สาธารณะอื่น ๆ หากภาคีพิจารณาว่าเหมาะสม

2. การควบคุมสารต่าง ๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยเสนอแนวทางในการทดสอบและวัดปริมาณสารต่าง ๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสารต่าง ๆ ที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ

3. เกณฑ์ในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยกำหนดให้ผู้ผลิตและผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสารต่างๆ ที่อยู่ในผลิตภัณฑ์ยาสูบ และสารต่างๆ ที่ปล่อยออกมาจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ

4. การบรรจุหีบห่อและติดป้ายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยห้ามใช้ข้อความ รูปภาพ สัญลักษณ์ ซึ่งชวนให้เข้าใจผิด เช่น การระบุว่าเป็นบุหรี่ยี่ห้อ “ไลต์ (light)” “ไมลด์ (mild)” “low tar” หรือ “ultra-light” นอกจากนี้ยังกำหนดให้บริษัทบุหรี่ยี่ห้อต้องแสดงค่าเตือนถึงอันตรายของการใช้ยาสูบต่อสุขภาพอย่างชัดเจนบนซองบุหรี่ยี่ห้อ (รวมทั้งกล่อง และหีบห่อหรือบรรจุภัณฑ์) โดยค่าเตือนต้องชัดเจนเห็นและอ่านเข้าใจง่าย และมีขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่แสดงหลักคำเตือนอาจจะอยู่ในรูปแบบภาพหรือภาพสัญลักษณ์

5. การให้การศึกษา การสื่อสาร การฝึกอบรม และการสร้างจิตสำนึกของสาธารณชน โดยใช้เครื่องมือสื่อสารทุกชนิดที่มีความเหมาะสม อนุสัญญานี้ให้ประเทศสมาชิกใช้มาตรการต่าง ๆ ดำเนินการเพื่อส่งเสริมจิตสำนึกของประชาชน และให้ประชาชนได้เข้าถึงโครงการด้านการศึกษา และสร้างจิตสำนึกในเรื่องความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการบริโภคยาสูบ และการสูดดมควันยาสูบ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเลิกใช้ยาสูบ นอกจากนี้ยังกำหนดให้ประเทศสมาชิกดำเนินการเพื่อส่งเสริมโครงการฝึกอบรม หรือโครงการสร้างจิตสำนึกเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบที่จัดให้บุคคลต่างๆ เช่น บุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ในชุมชน เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ผู้ประกอบวิชาชีพสื่อสารมวลชนนักการศึกษา ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ นักบริหาร และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง

ดำเนินการเพื่อส่งเสริมจิตสำนึกและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน องค์กรอิสระ ซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาสูบ ในการพัฒนากลยุทธ์ต่างๆ และดำเนินงานร่วมกันในการควบคุมยาสูบ

6. การห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ การสนับสนุนและการให้การสนับสนุนโดยอุตสาหกรรมยาสูบ ทั้งนี้รวมถึงการห้ามโฆษณายาสูบข้ามพรมแดน

7. การส่งเสริมการเลิกใช้ยาสูบ และการรักษาผู้ติดยาสูบที่เพียงพอ โดยออกแบบ และดำเนินโครงการส่งเสริมการเลิกใช้ยาสูบในสถานที่ต่าง ๆ เช่น สถานศึกษา สถานที่ให้บริการสาธารณสุข สถานที่ทำงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ อนุสัญญาฯ ยังระบุว่าประเทศสมาชิกควรกำหนดเรื่องการวินิจฉัยและการรักษาผู้ติดยาสูบที่ตลอดจนการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกใช้ยาสูบในแผนงาน กลยุทธ์ และโครงการด้านสาธารณสุขและการศึกษาแห่งชาติโดยให้ บุคลากรสาธารณสุขเจ้าหน้าที่ชุมชน และเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์มีส่วนร่วมตามความเหมาะสม และควรจัดตั้งสถานบริการสุขภาพหรือศูนย์ฟื้นฟูเพื่อวินิจฉัย ให้คำปรึกษา ป้องกันและรักษาการติดยาสูบ รวมทั้งให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นเพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการรักษาการติดยาสูบ

มาตรการเกี่ยวกับการลดอุปทานของยาสูบประกอบด้วย 3 มาตรการ คือ

1. การค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย การห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และการห้ามการขายโดยบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และการสนับสนุนกิจกรรมทางเลือกอื่นที่เป็นไปได้ในทางเศรษฐกิจ

2. การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม ในการปฏิบัติตามอนุสัญญาฉบับนี้ กฎหมายระบุให้ประเทศสมาชิกต้องคำนึงถึงการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในส่วนของการเพาะปลูกและการผลิตยาสูบด้วย (มาตรา 18)

3. ความร่วมมือด้านเทคนิคและวิทยาศาสตร์ตลอดจนการสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ในหมวดนี้ประกอบด้วย 3 มาตรการคือ

3.1 การวิจัย การเฝ้าระวัง และการแลกเปลี่ยนข้อมูลสาระโดยสังเขป เช่น ประเทศสมาชิกต้องพัฒนาและส่งเสริมให้มีการวิจัยระดับชาติ ประสานงานโครงการวิจัยกับหน่วยงานต่างๆ ในด้านการควบคุมยาสูบ เช่น การศึกษาถึงปัจจัยและผลกระทบของการบริโภคยาสูบและการสูดดมควันบุหรี่ การวิจัยเกี่ยวกับการปลูกพืชทดแทนการปลูกใบยาสูบ ทั้งในระดับภูมิภาคและนานาชาติ จัดตั้งโครงการเฝ้าระวังเกี่ยวกับรูปแบบปริมาณ ปัจจัยและผลกระทบของการบริโภคยาสูบจัดตั้งระบบเฝ้าระวังการระบาดของการบริโภคยาสูบในระดับชาติ เป็นต้น (มาตรา 20)

3.2 การรายงานผลและการแลกเปลี่ยนข้อมูลสาระโดยสังเขป คือ กำหนดให้ประเทศสมาชิกจัดส่งรายงานต่อที่ประชุมของภาคี เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการทางนิติบัญญัติ ฯลฯ ซึ่งจัดทำขึ้นตามกรอบอนุสัญญาฉบับนี้ ข้อมูลการเฝ้าระวังและการวิจัย เป็นต้น ทั้งนี้การรายงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลดังกล่าว ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการรักษาความลับและสิทธิส่วนบุคคลของประเทศสมาชิก (มาตรา 21)

3.3 ความร่วมมือในด้านวิทยาศาสตร์ด้านเทคนิคและด้านกฎหมาย ตลอดจนการจัดสรรความชำนาญที่เกี่ยวข้อง เช่น การสนับสนุนโครงการอบรมซึ่งจัดให้แก่บุคลากรที่เหมาะสม การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ปลูกยาสูบในการเปลี่ยนไปปลูกพืชชนิดอื่นทดแทนการรักษาการติดสารนิโคติน และ การส่งเสริมการทำวิจัย เป็นต้น (มาตรา 22)

ประเทศไทยได้มีการดำเนินการออกกฎหมายเกี่ยวกับยาสูบหลายฉบับและมีผลบังคับใช้อยู่ในปัจจุบันและมีการบังคับใช้อยู่ในหน่วยงานของรัฐหลายหน่วยงาน มีทั้งสิ้น 3 พระราชบัญญัติ คือ พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งการออกพระราชบัญญัติเหล่านั้น จะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หรือภารกิจหน้าที่ในการดำเนินการ เช่น กระทรวงการคลัง โดยกรมสรรพสามิตจะมุ่งเน้นไปในการจัดหารายได้เกี่ยวกับภาษีอากรของยาสูบ และทำการปราบปรามผู้ละเมิดกฎหมายเกี่ยวกับการจำหน่ายยาสูบและยาสูบผิดกฎหมาย กรมศุลกากร ทำการตรวจจับปราบปรามยาสูบผิดกฎหมายที่ลักลอบนำเข้ามาจำหน่ายในประเทศไทยเป็นหลัก กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค

ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงฉบับที่ 19 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยมีสาระสำคัญในการประกาศเขตปลอดบุหรี่ และแบ่งเขตปลอดบุหรี่ออกเป็น 4 กลุ่มคือ

1. เขตปลอดบุหรี่อย่างแท้จริง เช่น รถยนต์โดยสารประจำทาง ทั้งแบบปรับอากาศและไม่ปรับอากาศ รวมถึงแท็กซี่ ตู้รถไฟ ห้องम्मหรสพ
2. เขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด เช่น โรงเรียน ห้องสมุด แต่ยกเว้นห้องส่วนตัว
3. เขตปลอดบุหรี่เกือบทั้งหมด เช่น สถานพยาบาล ศูนย์การค้า สถานที่ราชการและรัฐวิสาหกิจ หากจะสูบบุหรี่ก็ให้สูบบุหรี่เฉพาะในเขตสูบบุหรี่
4. เขตปลอดบุหรี่อย่างน้อยครึ่งหนึ่งของพื้นที่นั้นๆ เช่น ตู้รถไฟโดยสารทั่วไปที่ไม่ใช่แบบปรับอากาศ และร้านขายอาหารทั่วไป เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ แต่จัดเขตสูบบุหรี่ไม่ให้เกินครึ่งหนึ่งของพื้นที่ทั้งหมด

บทลงโทษตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 16) พ.ศ. 2548 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้กำหนดให้สถานที่ดังกล่าวเป็นเขตปลอดบุหรี่เพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ถ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามย่อมได้รับโทษปรับตามกฎหมาย ดังนี้ ผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ปรับไม่เกิน 2,000 บาท สถานประกอบการหากไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

สำนักงานปลอดบุหรี่

ประโยชน์ของสำนักงานปลอดบุหรี่ ตามข้อเสนอของมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2549 ที่มีต่อหน่วยงานด้านลดค่าใช้จ่ายในส่วนต่างๆ ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยขององค์กร ดังนี้

1. ลดค่าใช้จ่ายเรื่องค่ารักษาพยาบาลและการประกันชีวิต
 - 1.1 ในประเทศออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา พบว่า บริษัทประกันชีวิตส่วนใหญ่จะลดเบี้ยประกันชีวิตสำหรับผู้ไม่สูบบุหรี่ และพบว่า การเรียกเอาเงินประกันค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะมาจากลูกค้าที่สูบบุหรี่
 - 1.2 ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มพนักงานที่สูบบุหรี่
2. ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอุปกรณ์และการทำความสะอาดสำนักงาน
 - 2.1 หมดปัญหาเรื่องกลิ่นบุหรี่ที่อาจทำความเสียหายแก่พรม โต๊ะ และเครื่องหนัง และยังคงทำความสะอาดได้ง่ายขึ้น เพราะไม่มีเถ้าบุหรี่ที่ปลิวไปทั่วทุกแห่ง
 - 2.2 ปัญหาของควันบุหรี่ที่ทำให้เกิดคราบสกปรกที่บริเวณหน้าต่าง ม่านและผนังจะหมดไป
 - 2.3 ยืดอายุการใช้งานของอุปกรณ์สำนักงานต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ เครื่องปรับอากาศและระบายอากาศ
3. ลดค่าใช้จ่ายในส่วนของระบบปรับอากาศ จากการศึกษา พบว่า ค่าใช้จ่ายในส่วนของระบบปรับอากาศเพิ่มขึ้นถึง 6 เท่า เมื่อมีการสูบบุหรี่
 - 3.1 ลดค่าใช้จ่ายในเรื่องค่าประกันอัคคีภัย บริษัทรับประกันอัคคีภัยส่วนใหญ่จะลดเบี้ยประกันให้แก่สำนักงานที่เป็นสำนักงานปลอดบุหรี่
 - 3.2 ลดค่าใช้จ่ายในเรื่องการฝึกอบรมการจ้างงาน ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายไปกับการฝึกอบรมพนักงานใหม่ เพื่อทดแทนพนักงานเดิมที่มีปัญหาสุขภาพ อันเนื่องจากการสูบบุหรี่
4. เพิ่มผลผลิตแก่หน่วยงาน โดยจะได้เวลาในการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 30 นาที/วัน จากที่เคยสูญเสียไปในกระบวนการของการสูบบุหรี่ และพนักงานที่ไม่สูบบุหรี่ไม่ต้องเสียเวลาถูกไปจากโต๊ะทำงานเพื่อหลีกเลี่ยงควันบุหรี่อีกต่อไป ทำให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีสมาธิขึ้น

การศึกษาวิจัยเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

Terry L Conway ,1998 มีการศึกษาเกี่ยวกับนโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ของกองทัพสหรัฐอเมริกาด้านปัญหาในระยะยาวของทหารสหรัฐกับบุหรี่ โดย เมื่อ ให้ข้อเสนอแนะว่า การที่กองทัพมีนโยบายที่จะลดจำนวนทหารที่สูบบุหรี่ลงเนื่องจากผลเสียด้านสุขภาพและผลกระทบที่มีต่อความพร้อมรบของกำลังพล รวมไปถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของกระทรวงกลาโหมที่เพิ่มขึ้นประมาณ 530 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และสัมพันธ์กับความสูญเสียผลผลิตของกองทัพประมาณ 345 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยออกเป็นระเบียบกระทรวงกลาโหมห้ามสูบบุหรี่ระหว่างเข้ารับราชการทหาร เป็นการปรับรูปแบบสิ่งแวดล้อมภายในกองทัพ เพื่อลดการสูบบุหรี่ในกำลังพลนั้นยังต้องกระทำควบคู่กับการให้

ความรู้ แรงจูงใจ และเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับระเบียบ การให้ข้อมูล ข่าวสารอย่างต่อเนื่อง มุ่งเปลี่ยนบรรทัดฐาน ค่านิยมของกองทัพ การสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อให้มีความต่อเนื่องที่จะไม่ให้กำลังพลเข้าไปสัมผัสกับบุหรีตลอด 24 ชั่วโมงมีความจำเป็นอย่างมาก และกล่าวโดยสรุปว่า การที่นโยบายนี้จะสำเร็จได้จะต้องขึ้นอยู่กับผู้นำต้องมีความเข้มแข็ง แน่วแน่ และมีความต่อเนื่องที่จะเปลี่ยนค่านิยม บรรทัดฐานต่อการไม่สูบบุหรี กองทัพมีความพยายามที่จะควบคุมการสูบบุหรีมาตั้งแต่ปี 1986 แต่ไม่สามารถลดจำนวนผู้สูบบุหรีลงได้เนื่องจากปัจจัยของผู้ผลิตบุหรีที่พยายามออกแคมเปญต่างๆ เช่น แจกบุหรีฟรี ลดราคา เป็นต้น ประกอบกับทหารที่เข้าประจำการปฏิบัติหน้าที่ต่างประเทศมีความเครียด วิดกกังวลทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะสูบบุหรีมากขึ้น

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ, 2535 ศึกษาการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรีในสถานที่สาธารณะ กรณีศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี และความพร้อมในการจัดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรีหรือเขตปลอดบุหรีนั้น มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรู้กับทัศนคติทัศนคติกับพฤติกรรม และพฤติกรรมความพร้อมในการจัดเขตปลอดบุหรี แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างการยอมรับกฎหมายกับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อผู้ดำเนินการสถานที่สาธารณะมีความรู้ดีแล้ว จะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีและมีพฤติกรรมในการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรีที่นำไปสู่ความพร้อมในการจัดสถานที่ให้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี ในทางตรงกันข้ามแม้ผู้ดำเนินการสถานที่สาธารณะจะมีการยอมรับกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรีก็ตาม แต่สถานการณ์ที่เป็นจริงภายใต้สภาวะกฎหมายยังไม่มีผลบังคับใช้ในทางปฏิบัติ และข้อจำกัดบางประการจึงไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรีเท่าที่ควร

เอมอร พุฒิพิเชษฐชู, 2542 ได้ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรีในสถานที่สาธารณะของผู้สูบบุหรีและผู้ไม่สูบบุหรี พบว่า การรับรู้เรื่องอันตรายจากบุหรีที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้เรื่องกฎหมาย และการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรีอยู่ในระดับมากในด้านพฤติกรรมของผู้สูบบุหรีต่อการสูบบุหรีในที่สาธารณะ พบว่า ผู้สูบบุหรีส่วนใหญ่จะดับบุหรีก่อนเข้าไปในเขตห้ามสูบบุหรี แต่มีผู้สูบบุหรีบางส่วนยังสูบบุหรีในเขตห้ามสูบบุหรี เนื่องจากก่อนเข้าไปในเขตห้ามสูบบุหรี เห็นผู้สูบบุหรีบางส่วนยังสูบบุหรีในเขตห้ามสูบบุหรี จึงคิดว่าตนเองสามารถสูบบุหรีได้ รวมทั้งคิดว่ากฎหมายห้ามสูบบุหรีไม่มีผลบังคับใช้อย่างจริงจัง

รศ.ดร.บุญศรี พรหมมาพันธ์ และคณะ, 2542 ศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโรคทรวงอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ และโรงพยาบาลปากเกร็ดเวชการ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูบบุหรีครั้งแรกเมื่ออายุ 20-25 ปี ความถี่ในการสูบบุหรี ได้แก่ สูบบุหรีทุกวัน ซึ่งในกลุ่มที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างเลิกสูบแล้ว จำนวนบุหรีที่สูบในแต่ละวันมากที่สุดคือ 1 ซอง (11-20 มวน รองลงมา คือ 1 ซองครึ่ง (21-30 มวน) ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรีเฉลี่ยต่อวันคือ 31-50 บาท ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันของโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ต่ำกว่า 500 บาท รองลงมาอยู่ระหว่าง 500-1,000 บาท ค่ารักษาของโรงพยาบาลเอกชนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท

ค่าห้องพักของโรงพยาบาลของรัฐ ห้องผู้ป่วยรวมวันละ 366 บาท ห้องพิเศษเดี่ยว วันละ 4,840 บาท
โรงพยาบาลเอกชนห้องพิเศษ 8,710 บาท

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย,2546 ได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ พบว่ากฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะที่กำหนดนั้น ไม่มีผลต่อผู้ที่สูบบุหรี่ เนื่องจากผู้สูบบุหรี่สามารถปรับตัวได้ และความไม่เข้มงวดของเจ้าหน้าที่ กำลังเจ้าหน้าที่ตรวจจับไม่เพียงพอและบทลงโทษไม่หนัก

รองศาสตราจารย์ พิเศษ ดร.สธิกร พงศ์พานิช,2546-2547 ทำการวิจัย การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ ในประเทศไทย โดยประเมินค่าใช้จ่ายของโรคหัวใจ, โรคถุงลมโป่งพอง, และโรคมะเร็งปอด ระหว่างปี 2546-2550 และรายรับของรัฐที่ได้จากการจัดเก็บภาษีบุหรี่ระหว่างปี 2546-2550 พบว่า ค่าใช้จ่ายของ 3 โรค นั้นเริ่มเพิ่มสูงกว่ารายรับของภาครัฐจากภาษีบุหรี่ในปี 2543 และเพิ่มมากขึ้นในปีถัดมาผลสรุปจากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายของเพียง 3 โรค มีแนวโน้มสูงกว่ารายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ในอนาคต การศึกษานี้ไม่ได้มุ่งเน้นให้ภาครัฐสนับสนุนคนให้สูบบุหรี่มากขึ้น เพื่อให้ภาษีมากขึ้น แต่เป็นการแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมว่าวิธีการเดียวที่จะลดภาระค่าใช้จ่ายของโรคต่าง ๆ ได้นั้น ก็คือการรณรงค์ลดการบริโภคบุหรี่ยุติกันเอง

ธีระ เบญจมโยธิน,2546 ศึกษาเรื่องการประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายยาสูบจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2547 พบว่า สถานประกอบการที่มีการบังคับใช้กฎหมายฯ มากที่สุด คือสถานบริการทางสาธารณสุข ร้อยละ 51.8 รองลงมาคือสถานที่ราชการ ร้านอาหารภัตตาคารที่ติดเครื่องปรับอากาศและห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 20.0, 15.4, 7.2 และ 5.6 ตามลำดับความเหมาะสมของการจัดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ ร้อยละ 59.0 ยังไม่มีความเหมาะสม การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุมยาสูบ พ.ศ. 2535 ในส่วนของสถานประกอบการยังจัดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่และที่สูบบุหรี่ยังไม่มีความเหมาะสม และสถานประกอบการบางแห่งยังทำผิด พรบ. โดยปล่อยให้มีการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ และแนะนำให้ผู้ประกอบการมีจิตสำนึกและมีส่วนร่วมในการบังคับใช้กฎหมายด้วยการจัดระเบียบตัวเอง

พ.จ.อ. อภิชาติ เชื้อสีดา, 2551 ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจำหน่ายอาหารเรือและการตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของกองทัพเรือในโรงเรียนจำหน่ายอาหารเรือ พบว่า การตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของกองทัพเรือในโรงเรียนจำหน่ายอาหารเรือเป็นลักษณะของการปฏิบัติตามหน่วยงานกลางสั่งการ ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการ แต่งตั้งนายทหารโครงการ นายทหารกิจกรรมเพื่อดำเนินโครงการบุหรี่ของโรงเรียน และผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรให้ความต่อเนื่องของนโยบาย การตั้งเกณฑ์การสูบบุหรี่ในการรับคัดเลือกบุคคลเข้าเป็นนักเรียนจำหน่ายอาหารเรือ สุดท้ายคือกิจกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ควรให้ความรู้ กระบวนการกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครูและนักเรียนในการแก้ปัญหา

พิราสินี แซ่จ๋อง,2552 ได้ศึกษาถึงพฤติกรรม เจื่อนไซ ผลกระทบของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้ และผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าคนในสังคมรังเกียจไม่อยากเข้าใกล้ ผลเสียของการสูบบุหรี่ทำให้ทำงานล่าช้า สิ้นเปลืองเงิน

วารสาร คาร์ส, 2552 ได้ศึกษาด้านการบังคับใช้กฎหมายในสถานบริการประเภท ไนท์คลับ ผับ บาร์ เป็นเขตปลอดบุหรี่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความรู้มากที่สุดในเรื่องควันบุหรี่เป็นผลเสียแก่สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ มีผู้ใช้บริการร้อยละ 27.2 เคยถูกตักเตือนเกี่ยวกับการฝ่าฝืนการสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.2 เคยถูกปรับจากการฝ่าฝืนการสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ ร้อยละ 100 ไม่เคยถูกจับกุมจากการฝ่าฝืนการสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ และเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กันระหว่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 กับการบังคับใช้กฎหมายในสถานบริการประเภท ไนท์คลับ ผับ บาร์ เป็นเขตปลอดบุหรี่ของพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 18) พ.ศ. 2550 มีความสัมพันธ์กัน

สรุป

การศึกษาในบทที่ 2 เป็นการทบทวนวรรณกรรม ของผู้เชี่ยวชาญ งานวิจัยต่างๆ ตั้งแต่ความหมาย คำจำกัดความของบุหรี่ ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ทั้งต่อสุขภาพตนเอง และผู้คนที่อยู่ข้างเคียง ผลกระทบทางเศรษฐกิจในระดับครอบครัว สังคม ประเทศ และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดประเภทหนึ่งที่ทำให้รายได้มหาศาลกับบริษัทที่ผลิตและมีความสัมพันธ์ด้านผลประโยชน์อย่างเหนียวแน่นกับรัฐบาลของทุกประเทศในโลก ทำให้ไม่มีรัฐบาลใดสามารถห้ามการซื้อขายบุหรี่ต่อประชาชนได้ ทั้งที่บุหรี่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนอย่างร้ายแรง
2. บุหรี่นอกจากจะทำลายสุขภาพของผู้สูบบุหรี่โดยตรงแล้ว ยังสามารถทำลายสุขภาพของบุคคลอื่นที่เดินผ่านเข้าไปในพื้นที่ที่เคยมีผู้สูบบุหรี่ โดยไม่รู้ตัวและไม่มีโอกาสป้องกันตนเองได้ ซึ่งเรียกว่าผู้สัมผัสบุหรี่มือสอง
3. ประเทศไทยมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่เป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่มียกเว้นข้อใดที่สามารถนำมาใช้บังคับได้ครบถ้วน เช่น การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับสถานที่ที่ถูกกำหนดให้เป็นที่ปลอดบุหรี่ ส่วนราชการที่น่าจะเป็นสถานที่ที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามกฎหมายมากที่สุดก็ไม่ได้เข้มงวดเกี่ยวกับเรื่องกำหนดพื้นที่สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีมาตรฐาน ผู้ที่ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ เป็นต้น ในขณะที่มีการรณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ซึ่งขัดแย้งกันตลอดมา
4. การเคารพสิทธิของผู้อื่น และความรับผิดชอบต่อผลของการกระทำของตนเอง ไม่มีในกลุ่มคนที่สูบบุหรี่ ทำให้เป็นปัญหาของการรณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อสำรวจหาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกำลังพลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม และทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 รวมทั้งผลกระทบเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่กำลังพลสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ซึ่งแบ่งออกเป็นกำลังพล 3 ประเภท คือ นายทหารชั้นสัญญาบัตร นายทหารชั้นประทวน และลูกจ้างพนักงานราชการ จำนวนทั้งสิ้น 5,000นาย ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีของสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ห้วงเดือนกุมภาพันธ์ 2558

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion Criteria) คือกำลังพลที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีของสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์ในการคัดเลือกรายชื่อตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Exclusion Criteria) คือ กำลังพลที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีของสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม แต่ไม่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และไม่ส่งคืนแบบสอบถามคืนตามกำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการสำรวจประชากรแบบเจาะจง (Purpose Technique) ในกลุ่มกำลังพลสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมทุกชั้นยศ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้และทัศนคติต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ และสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้กำลังพลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลประชากร ได้แก่ สังกัด ชั้นยศ อายุ เพศ การศึกษา การสูบบุหรี่และข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาในการสูบ สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ครั้งแรก แหล่งที่มาของบุหรี่ ความพยายามในการเลิกบุหรี่ ผู้ให้คำแนะนำในการสูบบุหรี่ เป็นต้น

1.2 ส่วนที่ 2 ข้อคำถามระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่

1.3 ส่วนที่ 3 ข้อคำถามระดับทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ประกอบด้วย ความคิดเห็นต่อกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ กฎหมายเกี่ยวกับพื้นที่ปลอดบุหรี่ การยอมรับการสูบบุหรี่ของทหารในมุมมองของเพื่อนร่วมงาน การแสดงออกถึงการรักษาสีผิวของตนเองที่ไม่ต้องการรับผลของบุหรี่มือสอง เป็นต้น

2. ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้มีการปรับปรุงแบบสอบถามเพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาให้มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย และมีความหมายที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์

แบบสอบถามการศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลในกระทรวงกลาโหม

สำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุน สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม จะทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลของสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบจำนวนกำลังพลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และผู้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง

ดังนั้น เพื่อให้การศึกษาดังกล่าวสำเร็จผลอย่างมีประสิทธิภาพ ทางสำนักงานแพทย์ฯ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม โดยมีข้อคำถามเบื้องต้น 3 ส่วน และแนวทางการปฏิบัติดังนี้

กลุ่มแรก หมายถึง ผู้ไม่สูบบุหรี่

กลุ่มที่สอง หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่

สำนักงานแพทย์ฯ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการเขียนเครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อที่ท่านมีพฤติกรรมจริง ดังนี้

ท่านไม่สูบบุหรี่

ท่านสูบบุหรี่

กรุณาตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1 - 3 ที่แนบมา และส่งคืนเจ้าหน้าที่หน่วยของท่านที่รับผิดชอบ แบบสอบถาม

สำนักงานแพทย์ฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี

แบบสอบถามการศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ สังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงกลาโหม

2. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพ
ของผู้ไม่สูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามระดับทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครอง
สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่สามารถสืบหาถึงผู้ตอบแบบสอบถามได้ ข้อมูลนี้
จะถูกนำมาวิเคราะห์ถึงจำนวนข้าราชการที่สูบบุหรี่ของสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม รวมถึงการ
รับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ต่อไป
ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือตอบแบบสอบถามเป็นอย่างยิ่ง

พล.อ.ต.หญิง รจเรขา เบญจกุล

ผอ.สนพ.สสน.สป.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงใน ให้ตรงกับความเป็นจริง

ข้อ	ข้อความถาม	ตัวเลือกคำตอบ	ส่วนของผู้วิจัย
1	เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
2	อายุ ปี	
3	วุฒิการศึกษา	<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ปริญญาโทขึ้นไป	
4	ชั้นยศ	<input type="checkbox"/> นายทหารสัญญาบัตร <input type="checkbox"/> นายทหารประทวน <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง/พนักงานราชการ	
5	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ (ถ้าไม่สูบบุหรี่ข้ามไปข้อ 10)	<input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ	
6	ท่านเริ่มสูบบุหรี่เพราะเหตุใด	<input type="checkbox"/> อยากลอง <input type="checkbox"/> เพื่อนชวน <input type="checkbox"/> ทาตามคนในบ้าน <input type="checkbox"/> เพื่อเข้าสังคม <input type="checkbox"/> เครียด	
7	ท่านสูบบุหรี่วันละกี่ซอง	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ซอง <input type="checkbox"/> 1 ซอง <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ซอง	
8	ท่านสูบบุหรี่มานานแค่ไหน	<input type="checkbox"/> ไม่เกิน 0-4 ปี <input type="checkbox"/> 5-9 ปี <input type="checkbox"/> 10-14 ปี <input type="checkbox"/> ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	
9	ท่านสูบบุหรี่บ่อยแค่ไหน	<input type="checkbox"/> ทุกวัน <input type="checkbox"/> วันเว้นวัน <input type="checkbox"/> สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง <input type="checkbox"/> สัปดาห์ละครั้ง <input type="checkbox"/> น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง	
10	ท่านเคยลองสูบบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	
11	ถ้าเคยลองสูบบุหรี่แล้วท่านสูบต่อหรือไม่	<input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ	
12	สมาชิกในครอบครัวของท่านสูบบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ	
13	ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เวลาที่ท่านอยู่ที่บ้าน หรือที่พักมีกี่วันที่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ ๆ ท่าน	<input type="checkbox"/> 0 วัน <input type="checkbox"/> 1-2 วัน <input type="checkbox"/> 3-4 วัน <input type="checkbox"/> 5-6 วัน <input type="checkbox"/> ตลอดทั้ง 7 วัน	
14	ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อท่านอยู่นอกบ้าน (ที่ทำงาน สถานที่สาธารณะ ฯลฯ) มีกี่วันที่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ ๆ ท่าน	<input type="checkbox"/> 0 วัน <input type="checkbox"/> 1-2 วัน <input type="checkbox"/> 3-4 วัน <input type="checkbox"/> 5-6 วัน <input type="checkbox"/> ตลอดทั้ง 7 วัน	

ข้อ	ข้อความถาม	ตัวเลือกคำตอบ	ส่วนของผู้วิจัย
15	ข้อใดอธิบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในที่ทำงานของท่านได้ดีที่สุด	<input type="checkbox"/> อนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ <input type="checkbox"/> อนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางพื้นที่ <input type="checkbox"/> ไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
16	ข้อใดอธิบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในที่พักของท่านได้ดีที่สุด	<input type="checkbox"/> อนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ <input type="checkbox"/> อนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางพื้นที่(ด้านนอก) <input type="checkbox"/> ไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
17	ท่านเคยลองเลิกสูบบุหรี่บ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เลิกมาแล้ว 1-2 ครั้ง <input type="checkbox"/> เคยเลิกตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	
18	ท่านต้องการเลิกสูบบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ยังไม่ต้องการ	

**ส่วนที่ 2 ข้อความระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการ
คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่**
คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

ลำดับ	กฎระเบียบ	ทราบ	ไม่ทราบ
1	ปัจจุบันมีกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ		
2	สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้า ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535		
3	การสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ จะต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท		
4	สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้า หากไม่ได้จัดให้มีพื้นที่เขตปลอดบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท		
5	สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้า ถือเป็นเขตปลอดบุหรี่		
6	ปัจจุบันมีกฎหมายมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่		
7	พื้นที่สำหรับสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ ต้องคำนึงถึงว่าต้องไม่เป็นบริเวณที่จะก่อให้เกิดความเดือดร้อน รำคาญกับประชาชนบริเวณข้างเคียง		

ลำดับ	กฎระเบียบ	ทราบ	ไม่ทราบ
8	พื้นที่สำหรับสูบบุหรี่ ต้องไม่อยู่ในบริเวณทางเข้า-ออก ของสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผย หรือเห็นได้ชัดแก่ผู้มาใช้สถานที่นั้น		

ส่วนที่ 3 ข้อความระดับทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

ค่าชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ท่านเห็นด้วยกับการบังคับให้สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้าเป็นเขตปลอดควันบุหรี่เป็นมาตรการที่ดี				
2	การสูบบุหรี่ในที่ไม่ให้ห้ามสูบเป็นสิ่งที่ เป็นสิ่งไม่มีผลทางกฎหมาย				
3	ท่านไม่คำนึงถึงป้ายเตือนห้ามสูบบุหรี่ เมื่อเข้ามาในสถานที่ราชการ				
4	ใครๆ ก็สูบบุหรี่ได้ในสถานที่สาธารณะ ไม่เห็นว่าจะจะเป็นความผิด				
5	ท่านพอใจที่พบเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ใน สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้า				
6	ท่านจะเข้าไปบอกให้ผู้ที่สูบบุหรี่ใน สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้า ทันทีที่เห็น				

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือแจ้งขออนุญาตไปยังหน่วยต่างๆ ของสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย
2. ทำการเก็บแบบสอบถามตามห้วงเวลาที่กำหนดและคัดแยกประเภทของกำลังพลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่
3. บันทึกข้อมูลเพื่อเตรียมข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สังกัด ชั้นยศ อายุ เพศ การศึกษา การสูบบุหรี่และข้อมูลพฤติกรรมสูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหา ค่าร้อยละ
2. ส่วนที่ 2 ข้อคำถามระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ วิเคราะห์การแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
3. ข้อคำถามระดับทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ประกอบด้วย ความคิดเห็นต่อกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ ฯลฯ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ให้คะแนนสำหรับการประเมินค่าตามแบบ Likert Scale แก่คำตอบ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุด เป็น 4,3,2 และ 1 ตามลำดับ คำนวณหาค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคำตอบแต่ละด้าน
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ด้วยวิธี Independent t-test

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์

แบบสอบถามแจกให้กับกำลังพล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมทั้งสิ้น 5,000 ฉบับ และได้รับแบบสอบถามคืนทั้งสิ้น 4,242 ฉบับ ร้อยละ 84.84 ของจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด แต่เนื่องจากการแจกแบบสอบถามไปตามหน่วยต่างๆ ในสังกัด โดยไม่ได้มีการชี้แจงในวิธีการกรอกแบบสอบถามทำให้แบบสอบถามที่ได้รับกลับมาไม่สมบูรณ์ โดยมีจำนวนแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 3,993 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 79.86 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ คือ กลุ่มกำลังพลที่ไม่สูบบุหรี่ 2,985 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 74.8 และกลุ่มกำลังพลที่สูบบุหรี่ 1,008 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 25.2 กลุ่มอายุมากที่สุด 60 ปี น้อยที่สุด 18 ปี มีอายุเฉลี่ย 39 ปี

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามใช้ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 4-1 แสดงจำนวนของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเพศ คุณวุฒิ การศึกษา และชั้นยศตามกลุ่ม สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่

ข้อความ	กลุ่มสูบบุหรี่	กลุ่มไม่สูบบุหรี่	จำนวน
เพศ			
ชาย	911(91.2%)	1,527(51.6%)	2,438
หญิง	88(8.8%)	1,435(48.4%)	1,523
รวม	999	2,962	
คุณวุฒิการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	491(49.1%)	807(27.3%)	1,298
ปริญญาตรี	443(44.3%)	1,689(57.2%)	2,132
ปริญญาโทขึ้นไป	66(6.6%)	455(15.4%)	521
รวม	1,000	2,951	3,951

ตารางที่ 4-1 แสดงจำนวนของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเพศ คุณวุฒิ การศึกษา และชั้นยศตามกลุ่ม สู้รบหรือและไม่สู้รบ (ต่อ)

ข้อคำถาม	กลุ่มสู้รบ	กลุ่มไม่สู้รบ	จำนวน
ชั้นยศ			
สัญญาบัตร	327(33.1%)	1,546(53.3%)	1,873
ประทวน	502(50.8%)	1,037(35.7%)	1,539
ลูกจ้าง/พนักงานราชการ	160(16.2%)	315(10.9%)	475
รวม	989	2,898	

สรุปผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกันในกลุ่มที่สู้รบและไม่สู้รบในด้านลักษณะ ประชากร ตั้งแต่ เพศ คุณวุฒิการศึกษา และชั้นยศ ได้ดังนี้

ตัวแปรเพศ ในกลุ่มสู้รบ เป็นเพศชาย 911 คิดเป็นร้อยละ 91.2 เพศหญิง 88 คน ร้อยละ 8.8 กลุ่มไม่สู้รบ เป็นเพศชาย 1,527 ร้อยละ 51.6 เพศหญิง 1,435 ร้อยละ 48.4

ตัวแปรคุณวุฒิการศึกษา กลุ่มสู้รบ ส่วนใหญ่จะมีคุณวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี 491 คน ร้อยละ 49.1 รองลงมามีคุณวุฒิปริญญาตรี 443 ร้อยละ 44.3 ส่วนกลุ่มไม่สู้รบ ส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาตรี 1,689 ร้อยละ 57.2 รองลงมาต่ำกว่าปริญญาตรี 807 ร้อยละ 27.3

ตัวแปรชั้นยศ กลุ่มสู้รบ ส่วนใหญ่เป็นนายทหารประทวน 502 คน ร้อยละ 50.8 รองลงมาเป็นนายทหารสัญญาบัตร 327 ร้อยละ 33.1 ส่วนกลุ่มไม่สู้รบ ส่วนใหญ่เป็นนายทหารสัญญาบัตร 1,546 ร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นนายทหารประทวน 1,037 ร้อยละ 35.7

เมื่อเปรียบเทียบในชั้นยศเดียวกันพบว่าลูกจ้าง/พนักงานราชมีอัตราสู้รบร้อยละ 33.7 นายทหารประทวนสู้รบร้อยละ 32.6 และนายทหารสัญญาบัตรสู้รบร้อยละ 17.4

ตารางที่ 4 - 2 แสดงจำนวนสาเหตุของการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่

ประเด็นข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
ท่านเริ่มสูบบุหรี่เพราะเหตุใด		
อยากลอง	472	47.3
เพื่อนชวน	149	14.8
ทำตามคนในบ้าน	40	3.9
เพื่อเข้าสังคม	218	21.7
เครียด	125	12.4
ท่านสูบบุหรี่วันละกี่ซอง		
น้อยกว่า 1 ซอง	602	62.2
1 ซอง	266	27.5
มากกว่า 1 ซอง	100	10.3
ท่านสูบบุหรี่มานานแค่ไหน		
ไม่เกิน 0-4 ปี	267	27.3
5-9 ปี	273	27.9
10-14 ปี	161	16.5
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	277	28.3
ท่านสูบบุหรี่บ่อยแค่ไหน		
ทุกวัน	727	75.5
วันเว้นวัน	52	5.4
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	57	5.9
สัปดาห์ละครั้ง	96	10.0
น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง	31	3.2

ข้อคำถามสำหรับกลุ่มที่ตอบว่าสูบบุหรี่ สาเหตุที่สูบบุหรี่ พบว่าอยากลองสูงที่สุด จำนวน 472 คน ร้อยละ 47.3 รองลงมาคือสูบบุหรี่เพื่อเข้าสังคม จำนวน 218 คน ร้อยละ 21.7

ในหัวข้อเกี่ยวกับปริมาณของบุหรี่ ที่สูบบุหรี่ในแต่ละวัน มากที่สุดคือน้อยกว่า 1 ซอง จำนวน 602 คน ร้อยละ 62.2 รองลงมา 1 ซอง จำนวน 266 คน ร้อยละ 27.5 น้อยที่สุด คือสูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองต่อวัน จำนวน 100 คน ร้อยละ 10.3

ข้อคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน ผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือมากกว่า 15 ปีขึ้นไป จำนวน 277 คน ร้อยละ 28.3 รองลงมา คือ 5-9 ปี จำนวน 273 คน ร้อยละ 27.9 และน้อยที่สุด คือกลุ่มที่สูบบุหรี่ 10-14 ปี จำนวน 161 คน ร้อยละ 16.5

ในหัวข้อความถี่ของการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่ทุกวัน จำนวน 727 คน ร้อยละ 75.5 รองลงมาคือสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 96 คน ร้อยละ 10.0 น้อยที่สุดคือกลุ่มที่สูบน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 31 คน ร้อยละ 3.2

ตารางที่ 4 – 3 แสดงจำนวนผลของผู้ที่มีพฤติกรรมทดลองสูบบุหรี่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

การทดลองสูบบุหรี่	กลุ่มสูบบุหรี่	กลุ่มไม่สูบบุหรี่
เคยลองสูบบุหรี่	900 (96.5%)	827 (30.9%)
ไม่เคยลองสูบบุหรี่	33 (3.5%)	1,849 (69.2%)
รวม	933	2,676

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีประสบการณ์จากการทดลองสูบบุหรี่ในกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่จำนวน 933 คน เคยมีประสบการณ์ทดลองสูบบุหรี่ 900 คน คิดเป็นร้อยละ 96.5 และไม่เคยทดลองสูบบุหรี่ 33 คน ร้อยละ 3.5

ส่วนกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ 2,676 คน เคยทดลองสูบบุหรี่ 827 คน ร้อยละ 30.9 และไม่เคยทดลองสูบบุหรี่ 1,849 คน ร้อยละ 69.2

ตารางที่ 4 – 4 แสดงจำนวนของผู้ที่สูบบุหรี่ต่อไปภายหลังจากทดลองสูบบุหรี่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

มีการสูบบุหรี่ต่อไปภายหลังจากทดลองสูบบุหรี่	กลุ่มสูบบุหรี่	กลุ่มไม่สูบบุหรี่
สูบบุหรี่ต่อ	870 (94.4%)	145 (7.3%)
ไม่สูบบุหรี่ต่อ	52 (5.6%)	1,852 (92.7%)
รวม	922	1,997

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หัวข้อ “มีการสูบบุหรี่ต่อไปภายหลังจากทดลองสูบบุหรี่” ในกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่เมื่อมีการทดลองสูบบุหรี่แล้วมีการสูบบุหรี่ต่อ จำนวน 870 คน ร้อยละ 85.7 และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ เมื่อทดลองสูบบุหรี่แล้ว มีการสูบบุหรี่ต่อไปสักระยะ จำนวน 145 คน ร้อยละ 14.3 และเมื่อทดลองสูบบุหรี่แล้วไม่มีการสูบบุหรี่ต่อไป จำนวน 1,852 ร้อยละ 97.3

ตารางที่ 4 – 5 แสดงผลจำนวนผู้ที่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ กับข้อความถาม “สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่หรือไม่”

สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่	กลุ่มสูบบุหรี่	กลุ่มไม่สูบบุหรี่
มี	576 (57.8%)	703 (25.2%)
ไม่มี	421 (42.2%)	2,083 (74.8%)
รวม	997	2,786

ผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่กับกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มสูบบุหรี่ มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ จำนวน 576 ร้อยละ 57.8 ไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ จำนวน 421 ร้อยละ 42.2

กลุ่มไม่สูบบุหรี่ มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ จำนวน 703 ร้อยละ 25.2 ไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ จำนวน 2,083 ร้อยละ 74.8

ตารางที่ 4 – 6 แสดงผลจำนวนของผู้ที่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ เวลาที่อยู่ที่บ้านในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ในกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

มีคนสูบบุหรี่บริเวณที่พักอาศัย	กลุ่มสูบบุหรี่	กลุ่มไม่สูบบุหรี่
0 วัน	148 (15.1%)	1,239 (48.0%)
1-2 วัน	256 (26.2%)	612 (23.7%)
3-4 วัน	129 (13.2%)	264 (10.2%)
5-6 วัน	78 (8.0%)	129 (5.0%)
ตลอดทั้ง 7 วัน	367 (37.5%)	335 (13.0%)
รวม	978	2,579

วิเคราะห์ข้อความถาม “ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เวลาที่ท่านอยู่ที่บ้าน หรือที่พัก มีกี่วันที่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ ท่าน” กับกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ผลการวิเคราะห์ กลุ่มสูบบุหรี่ เวลาอยู่ที่บ้านหรือที่พักรวมมีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ ท่านกี่วัน พบว่ามีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ มากที่สุดคือ ตลอดทั้ง 7 วันในสัปดาห์ จำนวน 367 คน ร้อยละ 37.5 รองลงมา 1-2 วันในสัปดาห์ จำนวน 256 คน ร้อยละ 26.2

กลุ่มไม่สูบบุหรี่ เวลาอยู่ที่บ้านหรือที่พักรวมมีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ ท่านกี่วัน พบว่ามีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ มากที่สุด คือ ไม่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ ตลอดสัปดาห์ จำนวน 1,239 คน ร้อยละ 48.0 รองลงมา 1-2 วันในสัปดาห์ จำนวน 612 คน ร้อยละ 23.7

ตารางที่ 4 – 7 แสดงผลจำนวนของผู้ที่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ เวลาที่อยู่ทำงานในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ในกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

มีคนสูบบุหรี่บริเวณนอกบ้านฯลฯ	กลุ่มสูบบุหรี่	กลุ่มไม่สูบบุหรี่
0 วัน	31 (3.2%)	659 (24.8%)
1-2 วัน	184 (18.9%)	805 (30.3%)
3-4 วัน	162 (16.7%)	449 (16.9%)
5-6 วัน	161 (16.6%)	302 (11.4%)
ตลอดทั้ง 7 วัน	433 (44.6%)	440 (16.6%)
รวม	971	2,655

ความสัมพันธ์ข้อคำถาม “ในสัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อท่านอยู่นอกบ้าน (ที่ทำงาน สถานที่สาธารณะฯลฯ) มีกี่วันที่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ ” กับกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ผลการวิเคราะห์กลุ่มสูบบุหรี่ มีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ มากที่สุดคือ ตลอดทั้ง 7 วันในสัปดาห์ จำนวน 433 คน ร้อยละ 44.6 รองลงมา 1-2 วันในสัปดาห์ จำนวน 184 คน ร้อยละ 18.9

กลุ่มไม่สูบบุหรี่ พบคนสูบบุหรี่ใกล้ๆ ในที่ทำงาน 1-2 วันในสัปดาห์ จำนวน 805 คน ร้อยละ 30.3 รองลงมาไม่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆตลอดสัปดาห์ จำนวน 659 คน ร้อยละ 24.8

ตารางที่ 4 – 8 แสดงผลจำนวนของผู้ที่รับรู้เกี่ยวกับการบังคับใช้ พระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในสถานที่ราชการของกำลังพลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม “ข้อใดอธิบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในที่ทำงานของท่านได้ดีที่สุด” ทั้งกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ในที่ทำงานของท่าน	กลุ่มสูบบุหรี่	กลุ่มไม่สูบบุหรี่
อนุญาตให้สูบในทุกพื้นที่	74 (7.5%)	85 (3.0%)
อนุญาตให้สูบในบางพื้นที่	712 (71.9%)	1,851 (66.2%)
ไม่อนุญาตให้สูบในทุกพื้นที่	107 (10.8%)	550 (19.6%)
ไม่ทราบ	97 (9.8%)	312 (11.2%)
รวม	990	2,798

ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับการรับรู้ด้านการบังคับใช้ พระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในสถานที่ราชการของกำลังพลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม “ข้อใดอธิบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในที่ทำงานของท่านได้ดีที่สุด” พบว่าในกลุ่มที่สูบบุหรี่รับรู้ที่ทำงานอนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางพื้นที่มากที่สุดจำนวน 712 ร้อยละ 71.9 รองลงมาตอบว่าไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ 107 คน ร้อยละ 10.8

ในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ระบุว่าทำงานอนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางพื้นที่มากที่สุดจำนวน 1,851 คน ร้อยละ 66.2 รองลงมาตอบว่าไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ 550 คน ร้อยละ 19.6

ตารางที่ 4 – 9 แสดงผลจำนวนของสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในที่พักของกำลังพล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ในที่พักของท่าน	กลุ่มสูบบุหรี่	กลุ่มไม่สูบบุหรี่
อนุญาตให้สูบในทุกพื้นที่	106 (11.0%)	121 (4.5%)
อนุญาตให้สูบในบางพื้นที่(ด้านนอก)	620 (64.3%)	1,203 (44.4%)
ไม่อนุญาตให้สูบในทุกพื้นที่	106 (11.0%)	945 (34.9%)
ไม่ทราบ	132 (13.7%)	441 (16.3%)
รวม	964	2,710

ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับคำอธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่พักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ทราบว่าอนุญาตให้สูบในบางพื้นที่ (ด้านนอก) จำนวน 620 คน ร้อยละ 64.3 รองลงมาตอบว่าไม่ทราบ จำนวน 132 คน ร้อยละ 13.7

ส่วนกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ทราบว่าอนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางพื้นที่ (ด้านนอก) จำนวน 1,203 คน ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ ไม่อนุญาตให้สูบในทุกพื้นที่ จำนวน 945 คน ร้อยละ 34.9

ตารางที่ 4 – 10 แสดงผลจำนวนของผู้ที่ลองเลิกสูบบุหรี่ ตามจำนวนครั้ง ของกลุ่มที่สูบบุหรี่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

ลองเลิกสูบบุหรี่	กลุ่มสูบบุหรี่
ไม่เคย	310 (33.7%)
เลิกมาแล้ว 1-2 ครั้ง	365 (39.7%)
เคยเลิกตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	245 (26.6%)
รวม	920

ผลการวิเคราะห์ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ พบว่า ในกลุ่มสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เคยเลิกมาแล้ว 1-2 ครั้ง จำนวน 365 คน ร้อยละ 39.7 รองลงมาไม่เคยลองเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 310 คน ร้อยละ 33.7 และเคยเลิกตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป จำนวน 245 คน ร้อยละ 26.6

ตารางที่ 4 - 11 แสดงผลจำนวนของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่สังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงกลาโหม

การเลิกสูบบุหรี่	กลุ่มสูบบุหรี่
ต้องการ	582 (64.8%)
ยังไม่ต้องการ	316 (35.2%)
รวม	898

ผลการวิเคราะห์ความต้องการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มที่สูบบุหรี่ พบว่า มีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 582 คน ร้อยละ 64.8 ยังไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ 316 คน ร้อยละ 35.2

2. ส่วนที่ 2 ข้อคำถามระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพ
ของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

ตารางที่ 4 - 12 แสดงตารางการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ของกำลังพล
สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมต่อ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

กลุ่มกำลังพล	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	P value
กลุ่มสูบบุหรี่	1,008	5.84	2.445	.000
กลุ่มไม่สูบบุหรี่	2,985	6.33	2.155	.000

ผลการวิเคราะห์ผลค่าเฉลี่ยด้านความรู้ของกำลังพล สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมต่อ
พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 พบว่า กลุ่มไม่สูบบุหรี่จำนวน 1,008 คน
มีค่าเฉลี่ย 6.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.155 และกลุ่มสูบบุหรี่ จำนวน 2,985 มีค่าเฉลี่ย 5.84
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.445

สรุปว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่มีคะแนนความรู้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
พ.ศ. 2535 มากกว่ากลุ่มสูบบุหรี่ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3. ส่วนที่ 3 ข้อคำถามระดับทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของ
ผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

ตารางที่ 4 - 13 แสดงตารางการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติของกำลังพล
สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

กลุ่มกำลังพล	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	P value
กลุ่มสูบบุหรี่	986	14.65	3.629	.000
กลุ่มไม่สูบบุหรี่	2,899	15.71	3.970	.000

ผลการวิเคราะห์ผลค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติของกำลังพลสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 พบว่า กลุ่มไม่สูบบุหรี่ จำนวน 2,899 คน มีค่าเฉลี่ย 15.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.970 และกลุ่มสูบบุหรี่ จำนวน 986 มีค่าเฉลี่ย 14.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.629

สรุปว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่มีคะแนนทัศนคติที่เห็นด้วยต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 มากกว่ากลุ่มสูบบุหรี่ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุป

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้กับกำลังพลทุกนายที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี และได้ให้คำแนะนำในการกรอกแบบสอบถามไปยังผู้ประสานงานของหน่วยขึ้นตรงสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม โดยแบบสอบถามได้แจกไปทั้งสิ้น 5,000 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 4,242 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 84.84 และแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ 3,993 ฉบับ ร้อยละ 79.86 กลุ่มกำลังพลที่ได้ทำการศึกษาครั้งนี้มีอายุมากที่สุด 60 ปี อายุน้อยที่สุด 18 ปี อายุเฉลี่ย 39 ปี เป็นกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 2,985 คน ร้อยละ 74.8 และเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่ จำนวน 1,008 คน ร้อยละ 25.2 แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

เมื่อมาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลด้านพื้นฐานส่วนบุคคล ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ เช่น เริ่มสูบบุหรี่ด้วยเหตุผลอย่างไร ความถี่ ปริมาณในการสูบบุหรี่ในกลุ่มกำลังพลที่สูบบุหรี่

1.1 สรุปข้อมูลพื้นฐาน ด้านเพศ คุณวุฒิการศึกษา และชั้นยศ พบว่า กลุ่มกำลังพลที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ จะมีสัดส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีคุณวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรีมากกว่าระดับปริญญาตรี และเมื่อพิจารณาถึงชั้นยศจะมีสัดส่วนของนายทหารประทวนมากกว่านายทหารสัญญาบัตร และมีสัดส่วนกลับกันกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

1.2 สรุปพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ สาเหตุ จำนวนและความถี่ในการสูบบุหรี่ สาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มาจากการลองสูบบุหรี่ สูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ซองต่อวัน สูบบุหรี่มานานกว่า 15 ปีขึ้นไป และจะสูบบุหรี่ทุกวัน

1.3 การทดลองสูบบุหรี่ ผลความสัมพันธ์ระหว่างการทดลองสูบบุหรี่ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ เคยลองสูบบุหรี่ จำนวน 900 คน ร้อยละ 96.5 ส่วนกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะไม่เคยลองสูบบุหรี่ จำนวน 1,849 คน ร้อยละ 69.2

1.4 เมื่อทดลองสูบบุหรี่แล้วมีการสูบบุหรี่ต่อหรือไม่ โดยเปรียบเทียบทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 94.4 หรือจำนวน 870 คนของกลุ่มที่สูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ต่อ ส่วนกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ต่อ 1,852 คน ร้อยละ 92.7

1.5 ประเด็นของสภาพแวดล้อมของกำลังพล กับการสัมผัสกับบุหรี่ เช่น สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การสัมผัสกับควันบุหรี่ทั้งที่ที่พักอาศัย และที่ทำงาน สรุปว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ จำนวน 576 คน ร้อยละ 57.8 และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ จำนวน 2,083 คน ร้อยละ 74.8 และประเด็นการสัมผัสควันบุหรี่เวลาที่อยู่ที่บ้านใน 1 สัปดาห์ กลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ จะสัมผัสกับควันบุหรี่ตลอดทั้ง 7 วัน จำนวน 367 คน ร้อยละ 37.5 ส่วนกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะไม่มีสัมผัสกับควันบุหรี่ที่บ้าน จำนวน 1,239 คน

ร้อยละ 48.0 เมื่อพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน กลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ยังสัมผัสกับควันบุหรี่ตลอดทั้ง 7 วัน แต่ในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะสัมผัสกับควันบุหรี่ 1-2 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 805 คน ร้อยละ 30.3

1.6 การรับรู้เกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในสถานที่ราชการ พบว่า ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่รับรู้ว่าการที่ทำงานอนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางพื้นที่ จำนวน 712 คน ร้อยละ 71.9 และ 1,851 คน ร้อยละ 66.2 ตามลำดับ

1.7 พื้นที่ที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในที่พักอาศัย พบว่า ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะอนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางพื้นที่ (ด้านนอก) โดยมีจำนวน 620 ร้อยละ 64.3 และจำนวน 1,203 คน ร้อยละ 44.4 ตามลำดับ

1.8 ความพยายามในการเลิกบุหรี่ และความต้องการที่จะเลิกบุหรี่ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่จะเลิกมาแล้ว 1-2 ครั้ง จำนวน 365 คน ร้อยละ 39.7 รองลงมายังไม่เคยลองเลิกบุหรี่ จำนวน 310 คน ร้อยละ 33.7 ในส่วนของผู้มีความประสงค์จะเลิกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 582 คน ร้อยละ 64.8

2. การรับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

พบว่าค่าเฉลี่ยด้านความรู้ของกำลังพลทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่จะมีค่าเฉลี่ยการรับรู้มากกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่

3. ทักษะเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านทักษะเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของกำลังพลทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่จะมีค่าเฉลี่ยด้านทักษะมากกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษากลุ่มกำลังพล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม พบว่า จากการแจกแบบสอบถามกำลังพลทั้งหมด 5,000 ฉบับ หลังจากได้รับแบบสอบถามกลับมา 3,993 ฉบับ ร้อยละ 79.86 มีกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 2,985 คน ร้อยละ 74.8 และเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่ จำนวน 1,008 คน ร้อยละ 25.2

ลักษณะของกลุ่มที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะเป็นเพศชาย และมีชั้นยศเป็นนายทหารประทวน คุณวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมการเริ่มสูบบุหรี่จากสภาพแวดล้อมในบ้านมีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ ประสบกับการสัมผัสควันบุหรี่ทั้งที่พักและที่ทำงานตลอดทั้ง 7 วันในสัปดาห์ มีการรับรู้ถึงระเบียบของสถานที่ทำงานในการกำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ และสุดท้ายส่วนใหญ่ต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ เมื่อพิจารณาถึงการรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 กลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

ผู้วิจัยเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ความชุกของการสูบบุหรี่ของของกำลังพลในกระทรวงกลาโหม

จากการศึกษาพบว่ากำลังพลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมมีอัตราสูบบุหรี่ร้อยละ 25.2 มากกว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประเทศไทยในปี 2554 ซึ่งสำรวจโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มีอัตราสูบบุหรี่ร้อยละ 21.36 เนื่องจากการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ สำรวจตั้งแต่ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปแต่การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกำลังพลจึงมีอายุตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป

และเป็นไปแนวทางเดียวกันกับการสำรวจด้านสุขภาพอนามัยของกำลังพลในกองทัพบก ทั้ง 4 กองทัพภาค ทุกชั้นยศ พบว่า ทหารกองประจำการเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 68.07 รองลงมาเป็นข้าราชการทหารชั้นประทวน ร้อยละ 45.29 และข้าราชการชั้นสัญญาบัตร ร้อยละ 22.56 ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่านายทหารประทวนสูบบุหรี่มากกว่านายทหารสัญญาบัตร

จากการสำรวจของกระทรวงกลาโหมสหรัฐในปี ค.ศ.2008 พบว่าทหารอเมริกันมีอัตราสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 30.5 ซึ่งสาเหตุของการสูบบุหรี่ของทหารอเมริกันเกิดจากต้องการคลายเครียด ต้องการผ่อนคลายและแก้เบื่อและจะสูบบ่อยขึ้นเมื่อมีต้องไปปฏิบัติหน้าที่นอกที่ตั้งหรือมีการสู้รบและจะสูบน้อยลงถ้ามีการจำกัดพื้นที่ในการสูบบุหรี่หรือราคาบุหรี่แพงขึ้น ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้กำลังพลในสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมมีความชุกในการสูบบุหรี่ร้อยละ 25.2 น้อยกว่าทหารอเมริกันเป็นไปได้กำลังพลเหล่านี้ไม่ได้ออกไปปฏิบัติการณ์นอกพื้นที่และประเทศไทยสงบสุขไม่มีสงคราม

พฤติกรรมกำลังพลต่อการสูบบุหรี่

สาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มาจากการลองสูบบุหรี่ อยากรู้อยากลองเนื่องจากต้องการทราบว่าการสูบบุหรี่เป็นอย่างไร กลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่และจะสัมผัสกับควันบุหรี่ตลอดทั้ง 7 ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน จะเห็นได้ว่าสภาพแวดล้อมทั้งที่ทำงานและที่บ้านมีความสำคัญมากที่ส่งผลให้มีการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ตามอย่างบุคคลอื่น (สติเฟิน ฮาแมนน์และคณะ,2549)

จากการศึกษาพบว่าการติดบุหรี่ การไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเพราะในกลุ่มที่สูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่จะพยายามเลิกมาแล้ว 1-2 ครั้งและสูบบานานกว่า 15 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมามีพบว่าสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินจะไปออกฤทธิ์กระตุ้น brain rewarding pathway โดยการจับตัวรับที่ชื่อ nicotinic receptor ส่งผลให้มีการหลั่งของสารโดปามีนออกมาเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขสบายใจขึ้น รู้สึกว่าความเครียดความกดดันต่างๆลดลง มีอารมณ์เป็นสุขมีแรงจูงใจในการทำงาน และ ยังกระตุ้นการหลั่ง Norepinephrine ทำให้เกิดการตื่นตัว มีพลัง มีสมาธิ ลดความรู้สึกซึมเศร้า เมื่อหยุดสูบบุหรี่ ปริมาณของสารสื่อประสาทเหล่านี้จะลดลง ทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้สูบบุหรี่หายไปและเกิดการถอนนิโคติน ได้แก่ กระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ หิวน้ำบ่อย น้ำหนักขึ้น ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่จึงยังคงต้องสูบบุหรี่ต่อไปเรื่อยๆ เพื่อบรรเทาอาการถอนนิโคติน นอกจากนี้ ภาวะการเสพติดทางจิตใจ คือ ทักษะคิด ความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อการสูบบุหรี่ว่า บุหรี่ทำให้คลายเครียด ลดความวิตกกังวล ทำให้มีสมาธิ และภาวะเสพติดทางสังคม หรือนิสัยความเคยชิน เกิดจากการที่ผู้สูบบุหรี่ได้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมประจำวันกับการสูบบุหรี่ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า

การที่จะทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่สามารถละ เลิกสูบบุหรี่นั้น จะต้องมีความเข้าใจในการบำบัดรักษาเช่นเดียวกับ ผู้ที่เสพยาเสพติดประเภทอื่นๆ เช่นกัน

ทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากำลังพลที่สูบบุหรี่รับรู้ถึงกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และมีทัศนคติต่อกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่น้อยกว่ากำลังพลที่ไม่สูบบุหรี่อาจเกิดจากความไม่สนใจ การขาดการประชาสัมพันธ์ของภาครัฐและการไม่มีกฎที่เข้มงวดของหน่วยงาน ในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่ สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของ สถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในระดับของนโยบายของชาติเกี่ยวกับบุหรี่

1.1 มีหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ในการบังคับใช้พระราชบัญญัติ คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เพื่อให้กฎหมายมีประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างแท้จริง

1.2 ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน เป็นแหล่งของการอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับ พิษภัยของบุหรี่ และรับรู้ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ต้องการความปลอดภัยจากการกระทำของผู้อื่น ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หรือสิ่งแวดล้อม

1.3 มาตรการทางสังคม จะเป็นมาตรการที่มีอำนาจขั้นสูงสุดที่จะมีผลกระทบต่อ โดยตรงกับผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สนใจว่าควินบุหรี่ของตนเองจะมีผลร้ายต่อผู้อื่น และไม่รับผิดชอบต่อ ผลกระทบนั้นๆ หากรัฐบาลสามารถสร้างหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงที่มีประสิทธิภาพในการบังคับ ใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 อย่างแท้จริง และสังคมช่วยกันสร้าง ค่านิยมที่พึงประสงค์ในการเคารพสิทธิของผู้อื่น และความรับผิดชอบต่อผลของการกระทำของตนเอง เป็นกุญแจสำคัญที่จะแก้ปัญหาบุหรี่ในระยะยาวต่อไป

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ คือ การจะลดอัตราการสูบบุหรี่ในกำลังพล สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงกลาโหม จะต้องดำเนินการพร้อมกัน คือ

2.1 ด้านนโยบายของผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน ที่เห็นความสำคัญ และ ดำเนินการเป็นยุทธศาสตร์ภายในด้านสุขภาพที่ต้องมีความต่อเนื่อง ชัดเจน ในการปฏิบัติตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครอง สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็น เขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ประกาศให้สถานที่ราชการเป็นเขตปลอดบุหรี่ และแบ่งเขตปลอดบุหรี่เขตปลอดบุหรี่เกือบทั้งหมด หากจะสุบก็ให้สุบเฉพาะในเขตสูบบุหรี่ การมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน ในการรักษา กฎหมายในสถานที่ราชการ

2.2 การจัดพื้นที่สูบบุหรี่ จะต้องคำนึงถึง

- 2.2.1 การจัดพื้นที่สูบบุหรี่ต้องไม่อยู่ในอาคาร
- 2.2.2 ไม่อยู่ในบริเวณที่ก่อให้เกิดความรำคาญแก่ประชาชนบริเวณใกล้เคียง
- 2.2.3 ไม่อยู่ในบริเวณทางเข้า-ออกของสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ห่างจากตัวอาคารอย่างน้อย 5 เมตร
- 2.2.4 ไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผย หรือเห็นได้ชัดแก่ผู้มาใช้สถานที่นั้น
- 2.2.5 เขตสูบบุหรี่บริเวณที่มีระบบปรับอากาศต้องมีการระบายอากาศถ่ายเทหมุนเวียนระหว่างภายนอกอาคารกับภายในเขตสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า 50 ลูกบาศก์ฟุต/นาทิต/คน
- 2.2.6 พื้นที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ เป็นเขตปลอดบุหรี่
 - 2.2.6.1 บริเวณโถงพักคอย ทางเดินภายในอาคารและห้องประชุม
 - 2.2.6.2 สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่มีและไม่มีระบบระบายอากาศ
 - 2.2.6.3 สถานที่ออกกำลังกายและสระว่ายน้ำ
 - 2.2.6.4 สถานที่ภายในอาคาร สถานที่โล่งที่ประชาชนใช้ประโยชน์ร่วมกัน

2.3 จัดพื้นที่เข้าถึงในการเข้ารับบริการเลิกบุหรี่ ให้ง่ายและสะดวกในการใช้บริการ

2.4 ให้ความรู้ วรรณคดีในพิษภัยของบุหรี่ ให้คำนึงถึง “ควันบุหรี่มือสองเป็นสารก่อมะเร็งของมนุษย์ที่ไม่มีระดับความปลอดภัยในการสัมผัส” และให้คำนึงถึงสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่

2.5 วรรณคดีให้ความรู้แก่กำลังพลที่ไม่สูบบุหรี่ ให้รับทราบถึงสิทธิที่ตนเองจะได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพจากควันบุหรี่มือสอง เพื่อให้เกิดการใช้สิทธิของตนเองและแปลงเป็นพลังมาตรการทางสังคมเพื่อเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ในสถานที่ราชการ

หากส่วนราชการมีมาตรการที่ชัดเจน เข้มแข็ง ต่อเนื่อง กำลังพลมีความรู้ ความเข้าใจในสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะต้องได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองจะเป็นแนวทางในการที่จะทำให้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เกิดประสิทธิผลในอนาคตต่อไป

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 3.1 สุขภาพผู้สูบบุหรี่ ควรทำแบบสอบถามเพิ่มเติมเรื่องสุขภาพของผู้สูบบุหรี่
- 3.2 ค่าใช้จ่าย ควรทำการวิจัยว่าผู้สูบบุหรี่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเท่าไรทั้งในด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ
- 3.3 ควรศึกษาการประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของบริการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เหมาะสมในกรณีที่จะจัดให้บริการเลิกบุหรี่เป็นบริการฟรีภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 3.4 ควรมีการศึกษาทางคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกในเรื่องต่างๆ ที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ เช่นปัจจัย เชิงนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคบุหรี่ยของภาครัฐ และจุดอ่อนหรือข้อบกพร่องในการรณรงค์ที่ไม่ประสบผลสำเร็จ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- ประกิต เวทีสารกกิจ. คู่มือบุหรีและสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. แผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557. กรุงเทพฯ : บริษัท ไนซ์ เอิร์ธ ดีไซน์ จำกัด พิมพ์ครั้งที่ 2, 2554.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้พื้นฐานและประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร, 2554.

วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารวิจัยส่วนบุคคล

- ธีระ เบญจมโยธิน. “การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายยาสูบ จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2547 บทคัดย่อการประชุมวิชาการ “บุหรีกับสุขภาพ” ระดับชาติครั้งที่ 4 เรื่อง “พัฒนา ขบวนการควบคุมการบริโภคยาสูบให้เข้มแข็ง ภารกิจที่ท้าทายของสังคมไทย กุมภาพันธุ์ 2548
- บุญศรี พรหมมาพันธ์ และคณะ. “ศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี”. 2542
- พิราสินี แซ่จ๋อง, พฤติกรรม เจื่อนไซ ผลกระทบของผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรีได้และผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรีได้ในตำบลพะตง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา, ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา พัฒนามนุษย์และสังคม, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, พ.ศ.2552
- วรารณณ์ คำรศ. “การบังคับใช้กฎหมายในสถานบริการประเภทไนท์คลับ ผับ บาร์ เป็นเขตปลอดบุหรี จังหวัดกรุงเทพมหานคร” วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร), สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมาย การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปวีณา ปั่นกระจ่าง, นุชรี ศรีวิโรจน์. “สรุปสถานการณ์ ตัวชี้วัดตาม ยุทธศาสตร์การควบคุมบริโภคยาสูบ ของประเทศไทย พ.ศ. 2556. ศูนย์วิจัยและจัดการ ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) กรกฎาคม 2557.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. “การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรีในสถานที่สาธารณะ : กรณีศึกษาในเขต กรุงเทพมหานคร” กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- สถิกร พงศ์พานิช. การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรีกับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรีในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ “บุหรีกับสุขภาพ” ครั้งที่ 4 (2548).

อภิชาติ เชื้อสีดา, พ.จ.อ. “พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจำหน่ายอาหารเรือและการตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของกองทัพเรือ ในโรงเรียนจำหน่ายอาหารเรือ, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2546.

เอมอร พุฒิพิสิฐเชษฐ. “การรับรู้และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ.” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : 2542.

กฎหมาย

“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 14) เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535”. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 121 ตอนพิเศษ 101 ง, วันที่ 13 กันยายน 2547, หน้า 25.

“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 15) พ.ศ. 2548 เรื่อง กำหนดเครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่”. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 123 ตอนพิเศษ 17 ง. วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2549, หน้า 1

“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 17) พ.ศ. 2549 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ รวมทั้งกำหนดสภาพ ลักษณะ มาตรฐานของเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535”. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนพิเศษ 205 ง. วันที่ 28 ธันวาคม 2550, หน้า 27.

“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 18) พ.ศ. 2550 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนด สภาพ ลักษณะ มาตรฐานของเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535”. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนพิเศษ 205 ง. วันที่ 28 ธันวาคม 2550, หน้า 27.

“ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535”. พระราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 127 ตอนพิเศษ 40 ง. วันที่ 30 มีนาคม 2535, หน้า 49.

“พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535.ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 109 ตอนที่ 40 วันที่ 7 เมษายน 2535.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ. “ควันบุหรี่มือสอง ภัยจากบุหรี่ที่เราไม่ได้สูบ”. แหล่งข้อมูล <http://www.thaihealth.or.th/cms/detail.php?id=6598> วันที่ 30 มกราคม 2558.

วรวิฑูมิ เจริญศิริ. “ควันบุหรี่มือสอง”. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ : <http://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=bangkokhospital&month=05-2009&date=28&group=1&gblog=20>. วันที่ 28 พฤษภาคม 2552.

แสวง กลิ่นประทุม. “ควันบุหรี่”. เว็บไซต์ ฝ่ายวิศวกรรม.สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย. “ควันบุหรี่” <http://www.tistr.or.th/ed/>

ภาษาต่างประเทศ

Ann Boonn, “Health Costs of Smokers VS Former Smokers VS Non-Smokers and Related Saving Quitting” Campaign for Tobacco-Free Kids, www.tobaccofreekids.org, 18 December 2014.

Department of Defense. 2011 DoD Survey of Health Related Behaviors Among Active Duty Personnel. Washington D.C.: Department of Defense, 2013.

Lt.Merle Parmak, MSC. “Adverse Effects of Tobacco use in Deployed Military Units” Research Psychologist Applied Research Centre, Estonian National Defence College Riia 12, 51013 Tartu, ESTONIA

R.J. Reynolds. Tobacco Company Cigarette Ingredients. American Tobacco Company Brown and Williamson Liggett Group, Inc. Philip Morris, Inc **ผิดพลาด! การอ้างอิงการเชื่อมโยงหลายมิติไม่ถูกต้อง**

Terry L Conway. “Tobacco use and the United States Military: a Longstanding Problem”, Tobacco Control 1998; 219-221.

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

U.S.EPA. Exposure Factors Handbook (1997 Final Report). U.S. Environmental Protection Agency, Washington, DC, 1997

- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- Warner, K., et al. "Lifetime Health Costs of Smokers VS Former Smokers VS Non-Smokers" <http://tc.bmjournals.com/content/vol8/issue3/index.shtml>. 1999.
- "WHO Framework Convention on Tobacco Control" World Health Organization, Fifty-Sixth World Health Assembly, WHA56.1. Agenda item 13, 21 May 2003.

ภาคผนวก

แบบสอบถามการศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพล ในกระทรวงกลาโหม

สำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุน สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม จะทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลของสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบจำนวนกำลังพลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และผู้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง

ดังนั้น เพื่อให้การศึกษาดังกล่าวสำเร็จผลอย่างมีประสิทธิภาพ ทางสำนักงานแพทย์ฯ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม โดยมีข้อคำถามเบื้องต้น 3 ส่วน และแนวทางการปฏิบัติดังนี้

กลุ่มแรก หมายถึง ผู้ไม่สูบบุหรี่

กลุ่มที่สอง หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่

สำนักงานแพทย์ฯ จึงขอความร่วมมือจากท่านในการเขียนเครื่องหมาย ลงใน

หน้าข้อที่ท่านมีพฤติกรรมจริง ดังนี้

ท่านไม่สูบบุหรี่

ท่านสูบบุหรี่

กรุณาตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1 - 3 ที่แนบมา และส่งคืนเจ้าหน้าที่หน่วยของท่านที่รับผิดชอบ แบบสอบถาม

สำนักงานแพทย์ฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี

แบบสอบถามการศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ สังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงกลาโหม

2. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพ
ของผู้ไม่สูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามระดับทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครอง
สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่สามารถสืบหาถึงผู้ตอบแบบสอบถามได้ ข้อมูลนี้
จะถูกนำมาวิเคราะห์ถึงจำนวนข้าราชการที่สูบบุหรี่ของสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม รวมถึงการ
รับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ต่อไป

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือตอบแบบสอบถามเป็นอย่างยิ่ง

พล.อ.ต.หญิง รจเรขา เบญจกุล

ผอ.สนพ.สสน.สป.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงใน ให้ตรงกับความเป็นจริง

ข้อ	ข้อความถาม	ตัวเลือกคำตอบ	ส่วนของผู้วิจัย
1	เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
2	อายุ ปี	
3	วุฒิการศึกษา	<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ปริญญาโทขึ้นไป	
4	ชั้นยศ	<input type="checkbox"/> นายทหารสัญญาบัตร <input type="checkbox"/> นายทหารประทวน <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง/พนักงานราชการ	
5	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ (ถ้าไม่สูบบุหรี่ข้ามไปข้อ 10)	<input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ	
6	ท่านเริ่มสูบบุหรี่เพราะเหตุใด	<input type="checkbox"/> อายากลอง <input type="checkbox"/> เพื่อนชวน <input type="checkbox"/> ทาตามคนในบ้าน <input type="checkbox"/> เพื่อเข้าสังคม <input type="checkbox"/> เครียด	
7	ท่านสูบบุหรี่วันละกี่ซอง	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ซอง <input type="checkbox"/> 1 ซอง <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ซอง	
8	ท่านสูบบุหรี่มานานแค่ไหน	<input type="checkbox"/> ไม่เกิน 0-4 ปี <input type="checkbox"/> 5-9 ปี <input type="checkbox"/> 10-14 ปี <input type="checkbox"/> ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	
9	ท่านสูบบุหรี่บ่อยแค่ไหน	<input type="checkbox"/> ทุกวัน <input type="checkbox"/> วันเว้นวัน <input type="checkbox"/> สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง <input type="checkbox"/> สัปดาห์ละครั้ง <input type="checkbox"/> น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง	
10	ท่านเคยลองสูบบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	
11	ถ้าเคยลองสูบบุหรี่แล้วท่านสูบต่อหรือไม่	<input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ	
12	สมาชิกในครอบครัวของท่านสูบบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/> สูบ <input type="checkbox"/> ไม่สูบ	
13	ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เวลาที่ท่านอยู่ที่บ้าน หรือที่พักมีกี่วันที่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ ๆ ท่าน	<input type="checkbox"/> 0 วัน <input type="checkbox"/> 1-2 วัน <input type="checkbox"/> 3-4 วัน <input type="checkbox"/> 5-6 วัน <input type="checkbox"/> ตลอดทั้ง 7 วัน	
14	ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อท่านอยู่นอกบ้าน (ที่ทำงาน สถานที่สาธารณะ ฯลฯ) มีกี่วันที่มีคนสูบบุหรี่ใกล้ ๆ ท่าน	<input type="checkbox"/> 0 วัน <input type="checkbox"/> 1-2 วัน <input type="checkbox"/> 3-4 วัน <input type="checkbox"/> 5-6 วัน <input type="checkbox"/> ตลอดทั้ง 7 วัน	

ข้อ	ข้อความถาม	ตัวเลือกคำตอบ	ส่วนของผู้วิจัย
15	ข้อใดอธิบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในที่ทำงานของท่านได้ดีที่สุด	<input type="checkbox"/> อนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ <input type="checkbox"/> อนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางพื้นที่ <input type="checkbox"/> ไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
16	ข้อใดอธิบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในที่พักของท่านได้ดีที่สุด	<input type="checkbox"/> อนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ <input type="checkbox"/> อนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางพื้นที่(ด้านนอก) <input type="checkbox"/> ไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	
17	ท่านเคยลองเลิกสูบบุหรี่บ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เลิกมาแล้ว 1-2 ครั้ง <input type="checkbox"/> เคยเลิกตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	
18	ท่านต้องการเลิกสูบบุหรี่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ยังไม่ต้องการ	

**ส่วนที่ 2 ข้อความระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการ
คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่**
คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

ลำดับ	กฎระเบียบ	ทราบ	ไม่ทราบ
1	ปัจจุบันมีกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ		
2	สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้า ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535		
3	การสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ จะต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท		
4	สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้า หากไม่ได้จัดให้มีพื้นที่เขตปลอดบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท		
5	สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้า ถือเป็นเขตปลอดบุหรี่		
6	ปัจจุบันมีกฎหมายมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่		
7	พื้นที่สำหรับสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ ต้องคำนึงถึงว่าต้องไม่เป็นบริเวณที่จะก่อให้เกิดความเดือดร้อน รำคาญกับประชาชนบริเวณข้างเคียง		

ลำดับ	กฎระเบียบ	ทราบ	ไม่ทราบ
8	พื้นที่สำหรับสูบบุหรี่ ต้องไม่อยู่ในบริเวณทางเข้า-ออก ของสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผย หรือเห็นได้ชัดแก่ผู้มาใช้สถานที่นั้น		

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามระดับทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

ค่าชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

ลำดับ	ข้อคำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ท่านเห็นด้วยกับการบังคับให้สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้าเป็นเขตปลอดควันบุหรี่เป็นมาตรการที่ดี				
2	การสูบบุหรี่ในที่ไม่ให้ห้ามสูบเป็นสิ่งที่ เป็นสิ่งไม่มีผลทางกฎหมาย				
3	ท่านไม่คำนึงถึงป้ายเตือนห้ามสูบบุหรี่ เมื่อเข้ามาในสถานที่ราชการ				
4	ใครๆ ก็สูบบุหรี่ได้ในสถานที่สาธารณะ ไม่เห็นว่าจะจะเป็นความผิด				
5	ท่านพอใจที่พบเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ใน สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้า				
6	ท่านจะเข้าไปบอกให้ผู้ที่สูบบุหรี่ใน สถานที่สาธารณะ เช่น สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ ห้างสรรพสินค้า ทันทิที่เห็น				

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	พลอากาศตรีหญิง รจเรขา เบญจกุล
วัน เดือน ปีเกิด	3 มกราคม 2504
การศึกษา	พ.ศ.2546 อนุมัติบัตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.2532 วุฒิบัตรวิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลรามธิบดี พ.ศ.2528 ปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประวัติการทำงาน โดยย่อ	พ.ศ.2556 ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุนสำนักงาน ปลัดกระทรวงกลาโหม พ.ศ.2555 รองผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุนสำนักงาน ปลัดกระทรวงกลาโหม พ.ศ.2545 แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทาง ส่วนตรวจรักษา สำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุนสำนักงาน ปลัดกระทรวงกลาโหม พ.ศ.2540 หัวหน้ากองวิสัญญีและห้องผ่าตัด โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
ตำแหน่งปัจจุบัน	ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุน สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง การศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลในกระทรวงกลาโหม

ผู้วิจัย พลอากาศตรีหญิง รจเรขา เบญจกุล หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ สำนักงานสนับสนุน สำนักงานปลัด
กระทรวงกลาโหม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งต่อผู้สูบเองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิดที่สุดหายใจเอาอากาศที่มีควันบุหรี่เข้าไป เพราะควันบุหรี่ประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งสิ้น เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์ นิโคติน ทาร์ เป็นต้น จากการสำรวจพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งปอดนั้น ร้อยละ 90 เป็นผลเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ และถ้าสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 5-20 เท่า นอกจากนี้ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 80 และโรคหัวใจร้อยละ 50 ก็มีผลมาจากการสูบบุหรี่เช่นเดียวกัน

จากศูนย์ข้อมูลอาชญากรรมและยุติธรรมศึกษา ประเทศสหราชอาณาจักร ได้ประเมินและจัดอันดับสารเสพติดชนิดต่างๆ 20 ชนิด ในสามลักษณะ คือ อันตรายต่อร่างกาย ความรุนแรงของการเสพติด และผลกระทบต่อการใช้สารนั้นต่อสังคม ในภาพรวม ผลการวิเคราะห์พบว่า ยาเสพติดที่อันตรายที่สุด อันดับหนึ่งได้แก่ เฮโรอีน อันดับสอง โคเคน อันดับที่ทำ แอลกอฮอล์ อันดับแปด แอมเฟตามีนหรือยาบ้า และบุหรี่อยู่ในอันดับที่เก้า ดังนั้น บุหรี่จึงเป็นยาเสพติดที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ที่ร้ายแรงที่สุด

ทุกวันนี้มีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ถึงปีละประมาณ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน ได้มีการประมาณการผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดมีประมาณ 10,000 คนต่อปี ซึ่งเมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งปอดที่มีผลจากการสูบบุหรี่เฉลี่ย 300,000 บาทต่อคนนั้น คือ ในปีหนึ่งๆ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งปอดเพียงอย่างเดียวมีจำนวนสูงถึง 3,000 ล้านบาท และหากรวมค่าใช้จ่าย ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจถุงลมปอดโป่งพอง และโรคอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่หรือมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ด้วยแล้ว จะมีมูลค่ามหาศาลและส่งผลอย่างมากต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ และกำลังการผลิตของประเทศ

จากนโยบายของรัฐบาลในการออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 เป็นต้นมา จนกระทั่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ.2553 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือปลอดบุหรี่ รวมทั้งกำหนดสภาพลักษณะ และมาตรฐานของเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และได้มีการเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่มากขึ้นเป็นลำดับ การประกาศพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ของประเทศ เป็นสิ่งสะท้อนถึงความตระหนักต่อสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

และเป็นการดำเนินงานให้สอดคล้องกับมาตรา 8 ตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) ที่ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันกับกรอบอนุสัญญาดังกล่าว

แผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ.2558-2562 ยุทธศาสตร์ที่ 3 ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ และยุทธศาสตร์ที่ 5 ทำสิ่งแวดลอมให้ปลอดควันบุหรี่ ได้กำหนดให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องรวมทั้งกระทรวงกลาโหม ปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว

กระทรวงกลาโหม เป็นส่วนราชการที่มีหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาความมั่นคงของราชอาณาจักรจากภัยคุกคามทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยจัดให้มีกำลังทหารไว้เพื่อการรบหรือการสงคราม เพื่อปกป้องสถาบันพระมหากษัตริย์ เพื่อการปราบปรามการกบฏและการจลาจล เพื่อช่วยการพัฒนาประเทศและเพื่อรักษาประโยชน์ของชาติ กำลังพลจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกและอบรมให้มีอุดมการณ์ มีระเบียบวินัยที่ดี มีประสิทธิภาพ มีความพร้อมทางด้านกำลังพลที่จะปฏิบัติภารกิจที่รับผิดชอบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะทำโครงการ “การศึกษาความชุกของการสูบบุหรี่ของกำลังพลสังกัดกระทรวงกลาโหม” โดยทำการสำรวจข้อมูลความชุกของการสูบบุหรี่ในกลุ่มของกำลังพลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมเป็นหน่วยนำร่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของกำลังพลที่สูบบุหรี่
2. เพื่อศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของกำลังพลต่อการสูบบุหรี่
3. เพื่อศึกษาทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ และสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง ของข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม
4. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ที่จะนำผลการศึกษาค้นคว้าไปศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มกำลังพลส่วนอื่นของกระทรวงกลาโหมต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา การสำรวจครั้งนี้จะทำการศึกษาเฉพาะข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม เกี่ยวกับข้อมูลความชุกของกำลังพลที่สูบบุหรี่ การรับรู้และทัศนคติต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ และสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง
2. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ กำลังพลสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมที่ได้รับการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Simple Random Sampling) ให้เป็นตัวแทนของกำลังพล 3 ประเภท คือ นายทหารสัญญาบัตร นายทหารประทวน และลูกจ้างพนักงานราชการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ซึ่งแบ่งออกเป็นกำลังพล 3 ประเภท คือ นายทหารสัญญาบัตร นายทหารประทวน และลูกจ้างพนักงานราชการ จำนวนทั้งสิ้น 5,000 นาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามด้านพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้และทัศนคติต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ และสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสอง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยให้กำลังพลตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลประชากร ได้แก่ สังกัด ชั้นยศ อายุ เพศ การศึกษา การสูบบุหรี่และข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาในการสูบ สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ครั้งแรก แหล่งที่มาของบุหรี่ ผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ความพยายามในการเลิกบุหรี่ ผู้ให้คำแนะนำในการสูบบุหรี่ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามระดับความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามระดับทัศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ประกอบด้วย ความคิดเห็นต่อกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ กฎหมายเกี่ยวกับพื้นที่ปลอดบุหรี่ การยอมรับการสูบบุหรี่ของทหารในมุมมองของเพื่อนร่วมงาน การแสดงออกถึงการรักษาลิทธิของตนเองที่ไม่ต้องการรับผลของบุหรี่มือสอง เป็นต้น

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาค่าสถิติต่างๆ เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-Test)

ผลการวิจัย

แบบสอบถามแจกให้กับกำลังพล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมทั้งสิ้น 5,000 ฉบับ และได้รับแบบสอบถามคืนทั้งสิ้น 4,242 ฉบับ ร้อยละ 84.84 ของจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด มีจำนวนแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 3,993 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 79.86 โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ คือ กลุ่มกำลังพลที่ไม่สูบบุหรี่ 2,985 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 74.8 และกลุ่มกำลังพลที่สูบบุหรี่ 1,008 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 25.2 กลุ่มอายุมากที่สุด 60 ปี น้อยที่สุด 18 ปี มีอายุเฉลี่ย 39 ปี

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

1.1 สรุปข้อมูลพื้นฐาน ด้านเพศ คุณวุฒิการศึกษาและชั้นยศ พบว่ากลุ่มกำลังพลที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ จะมีสัดส่วนของเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีคุณวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรีมากกว่า

ระดับปริญญาตรี และเมื่อพิจารณาถึงชั้นยศจะมีสัดส่วนของนายทหารประทวนมากกว่านายทหารสัญญาบัตร และมีสัดส่วนกลับกันกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

1.2 สาเหตุที่สูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกำลังพลกลุ่มที่สูบบุหรี่ สรุปพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สาเหตุ จำนวนและความถี่ในการสูบบุหรี่ สาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มาจากการลองสูบบุหรี่ สูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ซองต่อวัน สูบบุหรี่มานานกว่า 15 ปีขึ้นไป และจะสูบบุหรี่ทุกวัน

1.3 การทดลองสูบบุหรี่ ผลความสัมพันธ์ระหว่างการทดลองสูบบุหรี่ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ เคยลองสูบบุหรี่ จำนวน 900 คน ร้อยละ 96.5 ส่วนกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะไม่เคยลองสูบบุหรี่ จำนวน 1,849 คน ร้อยละ 69.2

1.4 เมื่อทดลองสูบบุหรี่แล้วมีการสูบบุหรี่ต่อหรือไม่ โดยเปรียบเทียบทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 94.4 หรือจำนวน 870 คนของกลุ่มที่สูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อ ส่วนกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ต่อ 1,852 คน ร้อยละ 92.7

1.5 ประเด็นของสภาพแวดล้อมของกำลังพล กับการสัมผัสกับบุหรี่ เช่น สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การสัมผัสกับควันบุหรี่ทั้งที่พักอาศัย และที่ทำงาน สรุปว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ จำนวน 576 คน ร้อยละ 57.8 และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ จำนวน 2,083 คน ร้อยละ 74.8 และประเด็นการสัมผัสควันบุหรี่เวลาที่อยู่ที่บ้านใน 1 สัปดาห์ กลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ จะสัมผัสกับควันบุหรี่ตลอดทั้ง 7 วัน จำนวน 367 คน ร้อยละ 37.5 ส่วนกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะไม่มีสัมผัสกับควันบุหรี่ที่บ้าน จำนวน 1,239 คน ร้อยละ 48.0 เมื่อพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน กลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ยังสัมผัสกับควันบุหรี่ตลอดทั้ง 7 วัน แต่ในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะสัมผัสกับควันบุหรี่ 1-2 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 805 คน ร้อยละ 30.3

1.6 การรับรู้เกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในสถานที่ราชการ พบว่า ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะสถานที่ทำงานอนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางพื้นที่ จำนวน 712 คน ร้อยละ 71.9 และ 1,851 คน ร้อยละ 66.2 ตามลำดับ

1.7 พื้นที่ที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในที่พักอาศัย พบว่า ทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะอนุญาตให้สูบบุหรี่ในบางพื้นที่ (ด้านนอก) โดยมีจำนวน 620 ร้อยละ 64.3 และจำนวน 1,203 คน ร้อยละ 44.4 ตามลำดับ

1.8 ความพยายามในการเลิกบุหรี่ และความต้องการที่จะเลิกบุหรี่ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่จะเลิกมาแล้ว 1-2 ครั้ง จำนวน 365 คน ร้อยละ 39.7 รองลงมายังไม่เคยลองเลิกบุหรี่ จำนวน 310 คน ร้อยละ 33.7 ในส่วนของผู้มีความประสงค์จะเลิกสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 582 คน ร้อยละ 64.8

2. การรับรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านความรู้ของกำลังพลทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่จะมีค่าเฉลี่ยการรับรู้มากกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่

3. ทศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านทศนคติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของกำลังพลทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่จะมีค่าเฉลี่ยด้านทศนคติมากกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ คือ การจะลดอัตราการสูบบุหรี่ในกำลังพล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม จะต้องดำเนินการพร้อมกัน คือ

1. **ด้านนโยบายของผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน** ที่เห็นความสำคัญ และดำเนินการเป็นยุทธศาสตร์ภายในด้านสุขภาพที่ต้องมีความต่อเนื่อง ชัดเจน ในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 19 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ประกาศให้สถานที่ราชการเป็นเขตปลอดบุหรี่ และแบ่งเขตปลอดบุหรี่เขตปลอดบุหรี่เกือบทั้งหมด หากจะสูบบุหรี่ให้สูบบุหรี่เฉพาะในเขตสูบบุหรี่ การมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจนในการรักษากฎหมายในสถานที่ราชการ

2. **การจัดพื้นที่สูบบุหรี่** จะต้องคำนึงถึง

- 2.1 การจัดพื้นที่สูบบุหรี่ต้องไม่อยู่ภายในอาคาร
- 2.2 ไม่อยู่ในบริเวณที่ก่อให้เกิดความรำคาญแก่ประชาชนบริเวณใกล้เคียง
- 2.3 ไม่อยู่บริเวณทางเข้า-ออกของสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ห่างจากตัวอาคารอย่างน้อย 5 เมตร
- 2.4 ไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผย หรือเห็นได้ชัดแก่ผู้มาใช้สถานที่นั้น
- 2.5 เขตสูบบุหรี่บริเวณที่มีระบบปรับอากาศต้องมีการระบายอากาศถ่ายเทหมุนเวียนระหว่างภายนอกอาคารกับภายในเขตสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า 50 ลูกบาศก์ฟุต/นาที/คน
- 2.6 พื้นที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ เป็นเขตปลอดบุหรี่
 - 2.6.1 บริเวณโรงพักคอย ทางเดินภายในอาคารและห้องประชุม
 - 2.6.2 สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่มีและไม่มีระบบระบายอากาศ
 - 2.6.3 สถานที่ออกกำลังกายและสระว่ายน้ำ
 - 2.6.4 สถานที่ภายในอาคาร สถานที่โล่งที่ประชาชนใช้ประโยชน์ร่วมกัน

3. **จัดพื้นที่เข้าถึงในการเข้ารับบริการเลิกบุหรี่** ให้ง่ายและสะดวกในการใช้บริการ

4. **ให้ความรู้ วรรณคดีในพิษภัยของบุหรี่** ให้คำนึงถึง “**ควันบุหรี่มือสองเป็นสารก่อมะเร็งของมนุษย์ที่ไม่มีระดับความปลอดภัยในการสัมผัส**” และให้คำนึงถึงสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่

5. **วรรณคดีให้ความรู้แก่กำลังพลที่ไม่สูบบุหรี่** ให้รับทราบถึงสิทธิที่ตนเองจะได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพจากควันบุหรี่มือสอง เพื่อให้เกิดการใช้สิทธิของตนเองและแปลงเป็นพลังมาตรการทางสังคมเพื่อเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่ในสถานที่ราชการ

หากส่วนราชการมีมาตรการที่ชัดเจน เข้มแข็ง ต่อเนื่อง กำลังพลมีความรู้ ความเข้าใจในสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะต้องได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองจะเป็นแนวทางในการที่จะทำให้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เกิดประสิทธิผลในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. **สุขภาพผู้สูบบุหรี่** ควรทำแบบสอบถามเพิ่มเติมเรื่องสุขภาพของผู้สูบบุหรี่
2. **ค่าใช้จ่าย** ควรทำการวิจัยว่าผู้สูบบุหรี่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเท่าไรทั้งในด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในระดับของนโยบายของชาติเกี่ยวกับบุหรี่

1. **มีหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง** ในการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เพื่อให้กฎหมายมีประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างแท้จริง
2. **ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน** เป็นแหล่งของการอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และรับรู้ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ต้องการความปลอดภัยจากการกระทำของผู้อื่นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หรือสิ่งแวดล้อม
3. **มาตรการทางสังคม** จะเป็นมาตรการที่มีอำนาจขั้นสูงสุดที่จะมีผลกระทบโดยตรงกับผู้สูบบุหรี่และไม่สนใจว่าควันบุหรี่ของตนเองจะมีผลร้ายต่อผู้อื่น และไม่รับผิดชอบต่อผลกระทบนั้นๆ หากรัฐบาลสามารถสร้างหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงที่มีประสิทธิภาพในการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 อย่างแท้จริง และสังคมช่วยกันสร้างค่านิยมที่พึงประสงค์ในการเคารพสิทธิของผู้อื่น และความรับผิดชอบต่อผลของการกระทำของตนเอง เป็นกุญแจสำคัญที่จะแก้ปัญหาบุหรี่ในระยะยาวต่อไป