

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับ บุหรี่ และทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ต่อไป ซึ่งผู้วิจัยได้ ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่จะให้ บริการเพื่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วยหัวข้อ ต่างๆ ดังนี้ คือ

#### 2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

##### 2.1.1 แนวคิดในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ทำแนวคิดในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้ในการจัดเนื้อหาการ อบรม ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ดังนี้

- 1) สารประกอบและสารพิษในบุหรี่
- 2) โทษ พิษภัย และอันตรายจากการสูบบุหรี่
- 3) กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่และการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่
- 4) สาเหตุที่ทำให้เกิดการสูบบุหรี่
- 5) วิธีการและเทคนิคการเลิกสูบบุหรี่
- 6) ผลดีจากการเลิกสูบบุหรี่

##### 2.1.2 ทฤษฎีทางสังคม

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดในทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่ม ดังนี้

- 1) แรงสนับสนุนทางสังคม
- 2) กระบวนการกลุ่ม

#### 2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

- 2.3.1 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่
- 2.3.2 งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่
- 2.3.3 งานวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2.3.4 งานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
- 2.3.5 การวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม

#### 2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

### 2.1.1 แนวคิดในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

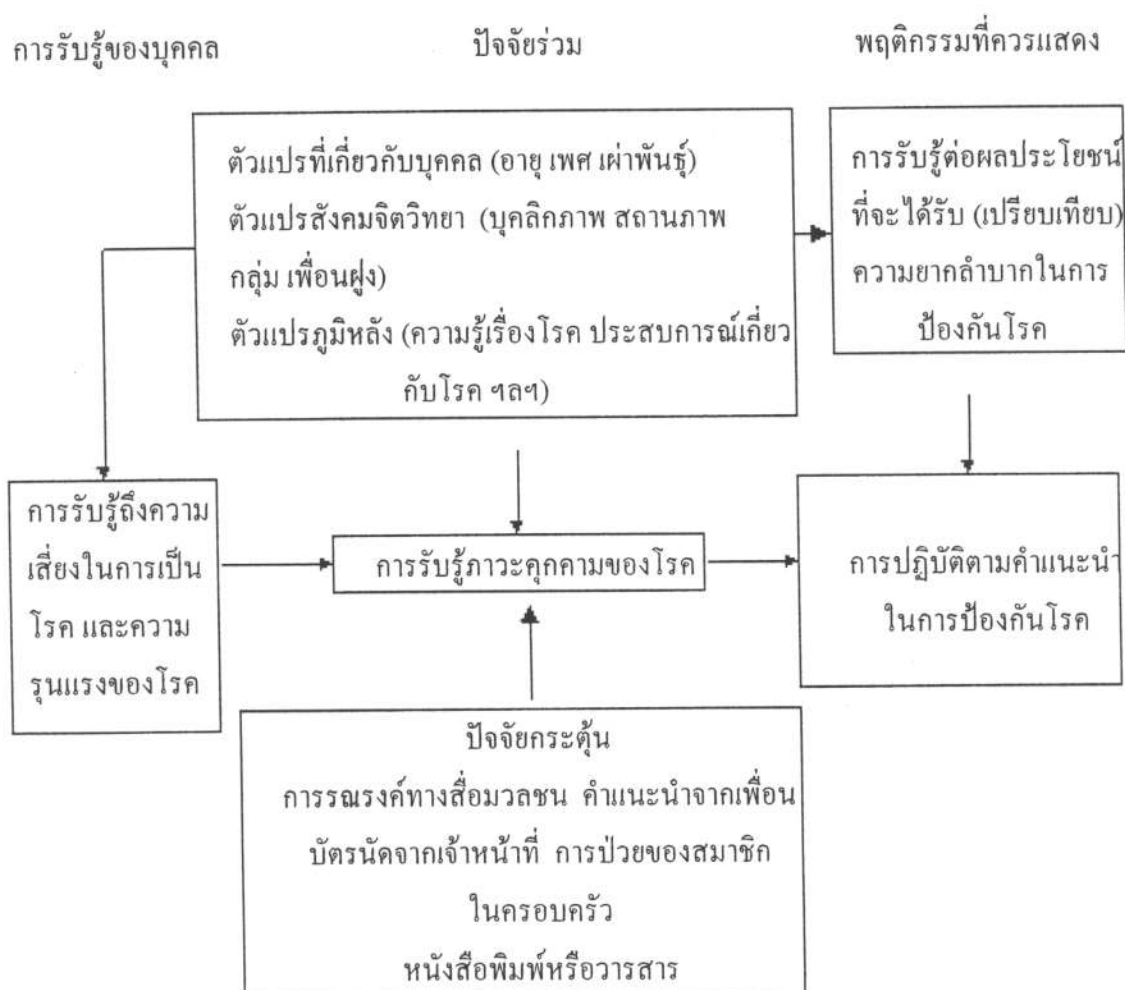
#### แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีข้อสมมติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ) ภายใต้อสถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง (ต่ำสุด) และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรค (ในรูปของการป้องกันที่แนะนำหรือปฏิบัติตน) ไม่สูงเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ สถานการณ์เหล่านี้ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาได้ (บางสิ่งบางอย่างสามารถจะทำได้เพื่อรักษาโรค) และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหา (Self efficacy) และสุดท้ายการรับรู้เกี่ยวกับราคาค่าใช้จ่ายในด้านเวลา เงิน พลังงาน ความสนใจ ความกลัว ความอายและอื่นๆ (Becker, 1974)

ความคิดของทฤษฎีนี้ เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin (1951) ผู้เริ่มคิดเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ Hochbaum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาสังคมและทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา ความสนใจเบื้องต้นของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ก็เพื่อจะศึกษาว่า ทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตามเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรค หรือการตรวจสุขภาพ ซึ่งรัฐบาลจัดให้โดยเสียค่าใช้จ่ายแต่น้อยหรือบางครั้งก็ไม่ต้องเสียเลย เพราะผู้ศึกษาวิจัยกลุ่มนี้มีความต้องการที่จะสร้างทฤษฎีทางสังคม-จิตวิทยา และขณะเดียวกันก็เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงด้วย จึงได้พยายามศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพภายในกรอบแนวความคิดของทฤษฎี

เบคเกอร์ (Becker, 1977) ได้เพิ่มองค์ประกอบอื่นอีกในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (เดิม) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่นๆที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ การรักษาโรค โดยเน้นความสนใจไปที่แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivations) ซึ่งรวมถึงความใส่ใจเกี่ยวกับเรื่องด้านสุขภาพและความตั้งใจของบุคคลที่จะแสวงหาการรักษาโรค นอกจากนั้นยังได้เพิ่มเติมองค์ประกอบที่สำคัญที่เรียกว่า องค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factors) ซึ่งรวมทั้งตัวแปรทางด้านประชากรด้วยขององค์ประกอบร่วม ได้แก่ ทศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาพยาบาล (เกี่ยวกับแพทย์ สิ่งอำนวยความสะดวก สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข) รวมทั้งโครงสร้างของการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความเพียงพอของการบริการ และ

ประสบการณ์ในอดีต ที่บุคคลเคยมีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในองค์ประกอบเกี่ยวกับสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ (Cues to action) นั้น จะประกอบไปด้วยสิ่งกระตุ้นหรือเตือนใจภายในบุคคลอันได้แก่อาการเจ็บป่วย และสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่รัก เป็นต้น องค์ประกอบเหล่านี้ได้ถูกเพิ่มเติมเข้ามาในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเดิม โดย Becker และคณะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม ซึ่งจะเห็นว่าแบบแผนหรือรูปแบบที่ได้ปรับปรุงใหม่นี้ ไม่ได้เกี่ยวข้องเฉพาะกับความเชื่อด้านสุขภาพอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับตัวแปรอื่นๆ ด้วย



## แผนภูมิที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา : Becker, Marshall H. maiman, and Lois A. "Sociobehavioral Determination of compliance with Health and Medical Care Recommendations." *Medical Care*. 13 (January, 1975) : 12.

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยมีด้วยกัน 5 องค์ประกอบ คือ

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ความเชื่อนี้มีแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล บางคนมีความเชื่อในระดับปานกลาง บางคนมีความเชื่อในระดับสูง ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน

สัทแมน (Suchman, 1970 : 105-110) มีความเห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้บุคคลเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และมีพฤติกรรมปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับสูง จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ดังกล่าวในระดับต่ำ และอาจมีแนวโน้มการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

เบคเกอร์ (Becker, 1974 : 410) ได้สรุปว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกัน รักษาโรคของบุคคล

โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1966 : 284) ได้เสนอวิธีพัฒนาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ 2 วิธี คือ

- วิธีการสอน (Teaching techniques)
- วิธีปรับพฤติกรรม (Behavior modification techniques)

วิธีการสอนนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อเปลี่ยนแปลงระดับการเรียนรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคของบุคคลด้วยวิธีต่างๆ เช่น การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ การใช้อิทธิพลของบุคคล (Personal influence) และการใช้อิทธิพลกลุ่ม (Group influence) มาเป็นส่วนประกอบในการสอน และได้แบ่งวิธีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับชุมชน

1. ระดับบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคด้วยวิธีการสอนรายบุคคล

2. ระดับกลุ่ม เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยใช้แรงผลักดันทางสังคม เช่น จัดให้มีการอภิปราย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

3. ระดับชุมชน เป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะความเชื่อของสังคมและสิ่งแวดล้อมในทิศ

ทางที่จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและพฤติกรรมของบุคคล

ส่วนวิธีการปรับพฤติกรรม มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลฝึกหัดตนเองในการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการคัดแปลงสิ่งแวดล้อมและสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงปรารถนา วิธีปรับพฤติกรรมมีประโยชน์ต่อบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย หรือถูกกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น การลดน้ำหนักในคนอ้วน การลดหรือการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

## 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived seriousness or severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

เบคเกอร์ (Becker, 1979) ได้ให้ความเห็นว่างานวิจัยบางเรื่องได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค กับโครงการตรวจและป้องกันโรค พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรนี้ เขาได้ให้ข้อคิดว่าผลการวิจัยนี้ เนื่องมาจากการที่บุคคลมีความเชื่อที่สูง ซึ่งระดับความกังวลใจนี้จะมีผลต่อการแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาหรือพยาบาล

## 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and costs)

การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ และค่าใช้จ่าย หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย ค่าใช้จ่ายนี้ไม่เพียงแต่เงินที่ต้องเสียไปเท่านั้น แต่จะรวมถึงความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบาย (Discomfort) การเสี่ยง (Risk) และอาการแทรกซ้อน ด้วย จะเห็นได้ว่าความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลประโยชน์ของการรักษาพยาบาล เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลด้วย

## 4) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจและห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความ

ปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคลหรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นค่านิยมที่บุคคลให้ต่อสุขภาพก็ว่าได้

#### 5) ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคล จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา ตัวแปรด้านปฏิบัติสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง เป็นต้น

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการในการตัดสินใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์บางปัจจัยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาศึกษาเกี่ยวกับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เพื่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ และได้้นำแนวคิดดังกล่าวแล้วข้างต้นนี้มาจัดเนื้อหาการอบรม ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ดังนี้

### ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

#### 1) สารประกอบและสารพิษในบุหรี่

ในบุหรี่ 1 มวน มีสารเคมีมากกว่า 1,000 ชนิด และเมื่อเผาไหม้แล้วจะมีสารเคมีเกิดขึ้นมากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งสารเคมีส่วนใหญ่เป็นสารพิษ และก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายอย่างมาก ดังนี้ (อุไรรัตน์ กษาชีวะ, 2531 : 53-57)

#### นิโคติน

เป็นสารที่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ทั้งเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลางเป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ได้ง่าย การสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรก จะกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบหลายมวนขึ้นก็จะกดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่างๆ ซาลง ประมาณร้อยละ 95 ของนิโคติน จะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจะไปจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปากและบางส่วนจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด นอกจากนั้นยังมีผลต่ออ้อมหวนกไต ทำให้มีการหลั่งอิพิเนฟริน (Epinephrine) ส่งผล

ให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว แรง และไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแดงที่แขน ขา หดตัว ไขมันในเส้นเลือดเพิ่มขึ้น ในบุหรี่ 1 มวน มีนิโคติน ประมาณ 1.5-1.6 มิลลิกรัม ถึงแม้ว่าจะเป็น บุหรี่ที่กันกรองก็ตามก็ยังไม่ได้ทำให้ปริมาณนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายลดลงได้ มาตรฐานสากลกำหนด ให้มีนิโคติน 1 มิลลิกรัมต่อมวน

#### ทาร์

เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารหลายชนิดเกาะกันเป็นสีน้ำตาล เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็ง เช่น มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งหลอดลม มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งไต มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และอื่นๆ ประมาณร้อยละ 50 ของทาร์ จะไปจับที่ปอด ทำให้ เกิดการระคายเคือง ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ สำหรับคนที่สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง จะรับเอา ทาร์เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัม ต่อมวน หรือ 110 กรัมต่อปี ในบุหรี่ไทยมีทาร์ประมาณ 25-34 มิลลิกรัมต่อมวน แต่มาตรฐานสากลกำหนดให้มีได้ 15 มิลลิกรัมต่อมวน

#### คาร์บอนมอนอกไซด์

เป็นก๊าซที่ทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหนะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ด เลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่ากับในขณะปกติ ดังนั้นร่างกายขาดออกซิเจนทำให้เกิด อาการมึนงง ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ ถ้าปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ ในเลือดสูงร้อยละ 30 ก็จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย แต่ถ้าสูงถึงร้อยละ 60 อาจทำให้ตายได้ ในบุหรี่ 1 มวน มีปริมาณร้อยละ 2.6

#### ไฮโดรเจนไซยาไนด์

เป็นก๊าซที่มีฤทธิ์ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนต้น ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะเป็น ประจำ โดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมากเป็นพิเศษ

#### ไนโตรเจนไดออกไซด์

เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลาย และถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางโป่งพอง ถุงลมเล็กๆ หลายอันแตกรวมกันกลายเป็นถุงลมใหญ่ และทำให้มีถุงลมจำนวนน้อย การยืดหยุ่น ในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองขึ้นได้ ซึ่งโรคนี้เป็นอันตรายต่อ ชีวิตมาก

#### แอมโมเนีย

มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอ และมี เสมหะมาก

#### สารกัมมันตรังสี

ควันบุหรี่มีสารโพลีนีอัม 210 ที่มีรังสีแอลฟาอยู่ เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปอด

และวันบวชยังเป็นพาหะที่ร้ายแรงในการนำสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างที่ไม่ได้สูบบวชหรือหายใจเอาอากาศที่มีพิษนี้เข้าไปด้วย

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์สารนิโคตินและน้ำมันดิน ในบวชไทยแต่ละตรา

| บวช                     | มิลลิกรัมในวันบวช 1 มวน | มิลลิกรัมในวันบวช 1 มวน |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. พระจันทร์            | 0.6                     | 24                      |
| 2. รวงทิพย์             | 0.8                     | 24                      |
| 3. เกล็ดทอง             | 1.0                     | 26                      |
| 4. รอยแผล III ธรรมดา    | 1.5                     | 28                      |
| 5. รอยแผล III ก้นกรอง   | 1.6                     | 28                      |
| 6. กรองทิพย์            | 1.6                     | 28                      |
| 7. สามิต 14 (ก้นกรอง)   | 1.5                     | 29                      |
| 8. สามิต (ธรรมดา)       | 1.6                     | 31                      |
| 9. กรุงทอง 85 (ก้นกรอง) | 1.8                     | 29                      |
| 10. กรุงทอง (ธรรมดา)    | 1.8                     | 30                      |
| 11. สายฝน               | 1.8                     | 28                      |
| 12. ทิธีเอ็ม (ก้นกรอง)  | 1.6                     | 33                      |

ที่มา : ฝ่ายวิจัยโรงงานยาสูบ, นิตยสารยาสูบ, 30 (6) พ.ย. - ธ.ค. 2522.

## 2) โทษพิษภัยและอันตรายของบวช

จากการวิเคราะห์สารต่างๆ ในควันบวช ไปแล้วนั้น ล้วนแล้วแต่เป็นสารพิษทั้งนั้น ดังนั้นการสูบบวชไม่มีประโยชน์ใดๆ ต่อร่างกายเลยแต่ในทางตรงกันข้ามกลับทำให้เกิดโทษพิษภัยและอันตรายต่อผู้สูบบวช และผู้ที่ไม่ได้สูบบวชที่อยู่รอบข้าง เนื่องจากบวชทำให้เกิดโรคในร่างกายตามความรุนแรง ดังนี้

### โรคมะเร็ง

จะพบว่าเป็นโรคมะเร็งมากที่สุดโดยผู้สูบบวชมีโอกาสเป็นมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบวชถึง 20 เท่า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนบวชที่สูบต่อวัน ลักษณะการสูบ และระยะเวลาที่สูบด้วย ในระยะแรกของการเป็นโรคมะเร็งปอดจะไม่แสดงอาการบ่งชี้ใดๆ อย่างชัดเจนเลย จึงทำให้ผู้สูบบวชไม่รู้สึกรู้ว่าเกิดโรคอะไร

ในร่างกายตลอดจนการวินิจฉัยโรคก็ไม่ชัดเจนด้วย ส่วนใหญ่จะพบว่าเป็นในระยะที่โรคลุกลามไปมากแล้ว ทำให้การรักษาได้ผลน้อยหรือไม่ได้ผลเลย ในผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 15 ปี ก็จะทำให้โอกาสที่จะเป็นมะเร็งปอดลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งส่วนอื่นๆ ด้วย เช่น มะเร็งกล่องเสียง หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร กระเพาะปัสสาวะ ตับอ่อน ไต ซึ่งถ้าเลิกสูบบุหรี่ได้ก็จะทำให้อันตรายดังกล่าวลดลงได้เช่นกัน

### โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด

การสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) ในพลาสมาเพิ่มขึ้นและมีการจับกลุ่มของเกล็ดเลือดง่ายขึ้น ส่งผลทำให้ผู้สูบบุหรี่เป็นโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้ไม่ได้สูบบุหรี่ 2 เท่า และการเกิดโรคนี้จะขึ้นอยู่กับจำนวนบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาที่สูบ

### โรคของระบบทางเดินหายใจ

ควันบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อผิวของหลอดลมและถุงลม ทำให้เกิดอาการไอ หอบหืด มีโอกาสเป็นโรคหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพองได้ถึงร้อยละ 70 ยิ่งสูบบุหรี่ยิ่งทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น โอกาสที่จะรักษาให้หายขาดมีน้อย ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าคนปกติ 30 เท่า

### โรคของระบบทางเดินอาหาร

สารเคมีในควันบุหรี่ เป็นสาเหตุที่ทำให้มีการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น เกิดการระคายเคือง การอักเสบของเยื่อบุกระเพาะ และเกิดแผลในกระเพาะอาหาร พบว่าผู้สูบบุหรี่มีโอกาสตายโดยโรคกระเพาะอาหารถึง 3 เท่า ของผู้ไม่สูบบุหรี่

### ผลต่อระบบสืบพันธุ์

ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะมีการหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ ในผู้ชายที่สูบบุหรี่จะทำให้มีการตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วน มีผลทำให้สมรรถภาพลดลง

### ผลของควันบุหรี่ที่มีผลต่อบุคคลข้างเคียง

การสูบบุหรี่นอกจากจะมีโทษโดยตรงแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในบรรยากาศของควันบุหรี่สูดเอาควันพิษเข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตรายเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ ซึ่งมีผลกระทบดังนี้

#### ต่อเด็ก

การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ทำให้เด็กอาจป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบ ปอดบวม หอบหืด และหูชั้นกลางอักเสบได้

#### ต่อหญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสแท้งหรือคลอดก่อนกำหนดได้ และจะมีโอกาสตกเลือดระหว่างคลอดหรือหลังคลอด ได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ถึง 2 เท่า

นอกจากนั้นยังทำให้รกเกาะต่ำและรกลอกตัวก่อนกำหนดได้ด้วย ลูกที่คลอดจากครรภ์ที่มารดาสูบบุหรี่ จะมีน้ำหนักตัว ความยาวลำตัว น้อยกว่าปกติ มีพัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติหรืออาจมีความผิดปกติในระบบประสาทได้

#### ต่อคู่แต่งงานของผู้สูบบุหรี่

มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่แต่งงานของผู้ไม่ได้สูบบุหรี่ ถึง 2 เท่า และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจถึง 3 เท่า และอาจเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 เท่า

#### ต่อคนทั่วไป

คนทั่วไปที่อยู่รอบข้างหรืออยู่ในบรรยากาศที่มีผู้สูบบุหรี่ ควันบุหรี่จะทำให้เกิดการเสปตา เคืองตา ปวดศีรษะ ถัดจุมูก น้ำมูกไหล อาการจะรุนแรงมากสำหรับผู้ที่มีอาการ หอบหืด โรคหลอดลมอักเสบและโรคหัวใจ บุคคลเหล่านี้อาจมีอาการทรุดหนักได้อย่าง กระทันหัน ในปีพ.ศ. 2530 คณะกรรมการวิทยาศาสตร์ทางด้านสุขภาพและการสูบบุหรี่ของ ประเทศอังกฤษประกาศว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้หายใจเอาควันบุหรี่เข้าไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในห้องทำงาน หรือสถานที่แออัดยัดเยียดที่เต็มไปด้วยควันบุหรี่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งได้ถึงร้อยละ 10-30 และมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอด ปีละ 1,500 คน ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประกาศให้ควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อม (Environment tobacco smoke) เป็นสารก่อมะเร็งกลุ่มที่ร้ายแรงที่สุด ซึ่งเรียกว่า “Class A Carcinogen” ตั้งแต่เมกราคม พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา

#### โทษด้านต่างๆ ของบุหรี่

##### ทำให้เสียทรัพย์

การเสียเงินซื้อบุหรี่เปรียบเสมือนน้ำบ่อทราย เพราะพิจารณาดูแล้ว ทุกคนที่ติดบุหรี่ ต้องเสียจายนับเป็นหมื่นเป็นแสนบาทในการซื้อบุหรี่ แม้ว่าจะเสียเงินในการซื้อวันละ 10-20 บาท ก็ตามเพราะสามารถนำเงินก้อนนี้ไปลงทุนด้านอื่นๆ ที่มีผลกำไรหรือแม้แต่การฝากธนาคารก็ยังมีผลกำไรมากกว่านี้

##### เป็นสาเหตุของเพลิงไหม้

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า บุหรี่แม้เพียงมวนเดียวเป็นสาเหตุของเพลิงไหม้ได้หรือไม่ จี๊ดไฟเพียง 1 ถ้วย ก็เป็นสาเหตุของไฟไหม้เหมือนกัน เช่น ไฟไหม้บ้าน ไฟไหม้ป่า ไฟไหม้โรงงาน คลังสินค้าต่างๆ ถ้าคนเราไม่สูบบุหรี่ สถิติไฟไหม้ย่อมลดลงแน่นอน

#### 3) กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่และการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่

##### กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่

แม้ว่าในวงการแพทย์ประกาศว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบทำให้เกิดโรคร้ายแรงแก่ผู้บริโภคและผู้ใกล้ชิดก็ตาม แต่ก็ยังไม่มีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยเฉพาะทำให้มีการโฆษณา

และส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบด้วยวิธีการต่างๆ อย่างแพร่หลายอยู่ ทำให้เป็นอุปสรรคอย่างมาก ต่อการป้องกันโรคภัยอันเกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบและการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน ดังนั้นจึงได้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ขึ้น ดังที่หทัย ชิตานันท์ (2535) ได้กล่าวว่ารัฐบาลไทยจำเป็นต้องออกกฎหมาย 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 มีสาระสำคัญ คือ การกำหนดประเภทของสถานที่ให้มีเขตสูบบุหรี่ เขตปลอดบุหรี่ และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มีสาระสำคัญ คือ ห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ทั้งนี้เนื่องจากขณะนี้เยาวชนไทย อายุระหว่าง 11-14 ปี สูบบุหรี่ถึง 2.6 ล้านคน และในจำนวนนี้ 5 แสนคน จะตายด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ก่อนเวลาอันควร ในขณะที่ สุรพงศ์ อำพันวงษ์ (2537) กล่าวว่าจากกฎหมายทั้ง 2 ฉบับนี้ ทำให้บริษัทบุหรี่ต่างๆ ได้ใช้กลยุทธ์การตลาดเชิงรุกเพื่อหาลูกค้าเพิ่มขึ้นอย่างได้ผลคุ้มค้ำกับการลงทุน วิธีการที่ใช้ คือ การอุปถัมภ์กิจกรรมทางกีฬาและกิจกรรมทางศิลปวัฒนธรรมต่างๆ และองค์การอนามัยโลก ได้เคยแถลงว่า กลยุทธ์การตลาดของพ่อค้าบุหรี่ประเภทนี้ กำลังแพร่หลายอย่างรวดเร็วในประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลาย เพราะเป็นประเทศที่ค่อนข้างยากจน ขาดการสนับสนุนทางการเงิน

### การคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่

จากการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่นั้น ประเทศต่างๆ จึงได้เริ่มมีการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ระบุให้วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปีเป็นวันแห่งการไม่สูบบุหรี่ของชาวโลก (World No Tobacco Day) รวมทั้งได้ขอความร่วมมือจากประเทศสมาชิกทั่วโลกให้มีการจัดกิจกรรมต่อต้านการสูบบุหรี่ด้วย ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ได้ตื่นตัวพยายามรณรงค์เพื่อต่อต้านการสูบบุหรี่อย่างจริงจัง ความเคลื่อนไหวต่างๆ เป็นไปหลายรูปแบบทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่การรณรงค์การให้สูขศึกษา การจัดตั้งองค์กรบุหรี่และสุขภาพ ตลอดจนการออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ

ในปี ค.ศ. 1960 ได้มี 4 ประเทศ คือ ฟินแลนด์ นอร์เวย์ สวีเดน และสหราชอาณาจักร ได้ทำการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการริเริ่มของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่ได้รู้พิษภัยของการสูบบุหรี่ มีการกระจายข่าวทางด้านสื่อมวลชนในรูปแบบต่างๆ การจัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ บริการให้คำแนะนำกันอย่างจริงจัง ส่วนประเทศสิงคโปร์ ในปี พ.ศ. 2526 ได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และสุขภาพ วิธีการรณรงค์ใช้การสื่อสารแบบ Face to face โดยการบอกเล่าจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ตลอดจนใช้สื่อมวลชนหลายรูปแบบ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ โปสเตอร์ ใบปลิว เป็นต้น

นอกจากการรณรงค์การเผยแพร่ความรู้ดังกล่าวนี้แล้ว ประเทศต่างๆ ยังได้จัดตั้งองค์กร บุหรี่และสุขภาพ โดยตระหนักว่าการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบของประชาชนต้องทำ โดยองค์กรระดับประเทศจึงจะประสบผลสำเร็จ ประเทศสวีเดนเป็นประเทศแรกในโลกที่จัดตั้ง องค์กรบุหรี่และสุขภาพระดับชาติขึ้นเมื่อพ.ศ. 2507 โดยตั้งสมาคมบุหรี่และสุขภาพแห่งชาติ (The National Smoking and Health Association หรือ NTS) โดยมีวัตถุประสงค์ คือป้องกันมิให้เยาวชน เริ่มสูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เลิกพฤติกรรมนี้ แล้วเสริมสร้างความคิดเห็นที่ดีแก่ประชาชนใน การสนับสนุนกิจกรรมบุหรี่และสุขภาพ ประเทศอื่นๆ ก็เช่นเดียวกัน ได้พยายามก่อตั้งองค์กรบุหรี่ และสุขภาพขึ้น ประเทศนอร์เวย์ได้จัดตั้งสภาบุหรี่และสุขภาพแห่งชาติขึ้น (The National Council on Smoking and Health) ขึ้นในปี พ.ศ. 2514 เพื่อเตรียมเสนอประสานงานและควบคุม มาตรการต่างๆ และ เป็นธนาคารข้อมูลในเรื่องบุหรี่และสุขภาพขึ้น ประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดตั้ง สำนักงานบุหรี่และสุขภาพ (Office on Smoking and Health หรือ OSH) ขึ้นในปี พ.ศ. 2521 เพื่อ บริหารโครงการของชาติ ในการให้ข้อมูลความรู้แก่คนอเมริกันในเรื่องพิษภัยของบุหรี่ ประเทศ ไอซ์แลนด์ได้ออกกฎหมายกำหนดให้รัฐมนตรีสาธารณสุขและความมั่นคงของสังคม แต่งตั้งคณะ กรรมการป้องกันการบริโภคยาสูบ (Committee for Tobacco Use Prevention) ขึ้นในปีพ.ศ. 2527 เพื่อเป็นที่ปรึกษาแก่องค์กรของรัฐในเรื่องการป้องกันการสูบบุหรี่ เสนอมาตรการต่างๆ เพื่อลดการ บริโภคยาสูบ สนับสนุนหน่วยงานต่างๆ ในการรณรงค์เพื่อไม่สูบบุหรี่ ประเทศโปรตุเกสได้ออก กฎหมายตั้งสภาป้องกันการสูบบุหรี่ (Smoking Prevention Control) ขึ้นในปี พ.ศ. 2526 เพื่อควบคุม การบริโภคยาสูบ แนะนำด้านกฎระเบียบ ส่งเสริมการวิจัย และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร กับ องค์กรแห่งชาติและนานาชาติ ประเทศสเปนได้จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานการดูแลสิ่งเสพติด (Coordination Commission on the Control of Drug Dependence) ขึ้นในปี พ.ศ. 2528 เช่นเดียวกับ ประเทศชิลี ได้ตั้งคณะกรรมการควบคุมการสูบบุหรี่แห่งชาติ (Nation Commission for Smoking Control) ในปี พ.ศ. 2529 เพื่อประเมินสถานการณ์การบริโภคยาสูบ การเสนอนโยบายควบคุมการ บริโภคยาสูบ ซึ่งองค์กรต่างๆ ที่จัดตั้งก็สามารถช่วยแก้ปัญหาการบริโภคยาสูบได้

จะเห็นได้ว่าในการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่นั้น ต้องกระทำกันในหลายรูปแบบและถ้ากระทำ กันอย่างจริงจังแล้วย่อมก่อให้เกิดผลสำเร็จได้ เช่นจากการรณรงค์ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2507-2521 ทำให้คนมากกว่า 30 ล้านคน เลิกสูบบุหรี่ได้ ทั้งยังป้องกันการตายก่อนอายุเฉลี่ย 65 ปี ได้ประมาณ 20,000 คน ซึ่งถ้าไม่มีการรณรงค์ครั้งนี้คาดว่าในปี พ.ศ. 2521 จะมีผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 40 (อานา เซาว์ประยูร, 2531 : 12) เช่นเดียวกันกับการรณรงค์ในประเทศฟิลิปปินส์ นอร์เวย์ สวีเดน และสหราชอาณาจักร เมื่อปีพ.ศ. 2503 นั้น สามารถลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ได้เป็น จำนวนมาก ซึ่งผลจากความสำเร็จในการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ของ 4 ประเทศนี้ ทำให้

องค์การอนามัยโลกได้จัดพิมพ์หนังสือชื่อ “ความสำเร็จในการต่อต้านการสูบบุหรี่ (Sucesses Against Smoking)” และนำมาเผยแพร่ในการประชุมระหว่างชาติ เรื่องบุหรืกับสุขภาพ (Smoking On Health) ระหว่างวันที่ 9-11 พฤศจิกายน 2530 ที่กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น หรือจากการณรงค์ในประเทศสิงคโปร์ เมื่อปี พ.ศ. 2526 นั้น ทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดได้ถึงร้อยละ 18 ซึ่งนับว่าประสบความสำเร็จพอสมควร

สำหรับประเทศไทยแต่เดิมนั้น ไม่มีนโยบายของชาติที่ชัดเจนในการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ มีแต่หน่วยงานบางแห่งที่ให้ความสนใจและจัดกิจกรรมต่อต้านการสูบบุหรี่ขึ้น ในปี พ.ศ. 2529 ได้มีการจัดตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ขึ้น โดยมีมูลนิธิหมอชาวบ้านเป็นแกนนำในการรณรงค์ (พีรชา จารุทรัพย์, 2534 : 19) งานส่วนใหญ่เป็นงานให้สุขศึกษา การให้ข่าวสารแก่สาธารณะ การประสานงานกับองค์กรบุหรืและสุขภาพต่างประเทศ การจัดประชุมต่างๆ ตลอดจนการต่อต้านการสร้างโรงงานยาสูบใหม่ และการนำบุหรืเข้าจากต่างประเทศ ต่อมาในปี พ.ศ. 2530 มูลนิธิชนบทได้จัดตั้งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ 16-22 ตุลาคม 2530 ในการนี้ ได้รวบรวมลายเซ็นประชาชนกว่า 6 ล้านคน ที่เห็นด้วยกับการไม่สูบบุหรี่มอบให้ ฯพณฯ นายชวน หลีกภัย ประธานสภาผู้แทนราษฎรสมัยนั้น จึงทำให้การรณรงค์การต่อต้านการสูบบุหรี่เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอหลักการของมาตรการตามโครงการรณรงค์ให้ประชาชนได้ตระหนักถึงพิษภัยและเลิกสูบบุหรืต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้ลงมติในวันที่ 26 มกราคม 2531 โดยให้กระทรวงการคลังพิจารณาควบคุมการโฆษณาบุหรื และให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานกลาง ในการประสานงานตามโครงการ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติขึ้น และคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติการแต่งตั้งตามข้อเสนอ เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2532 คณะกรรมการการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) จึงเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรื ซึ่งคบยช. ได้พยายามทุกวิถีทางในการสนับสนุนการรณรงค์ตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลในเรื่องบุหรืและสุขภาพทั้งในประเทศและต่างประเทศ การเสนอข้อมูลแก่สาธารณะโดยอาศัยสื่อมวลชนด้านต่างๆ ในการเสนอข้อมูล การให้การศึกษาแก่สาธารณะโดยการจัดสัมมนาเผยแพร่ความรู้ในด้านต่างๆ การจัดงานวันงดสูบบุหรื การประกวดคำขวัญรณรงค์การสูบบุหรื นอกจากนี้ได้จัดตั้งองค์การระดับชาติเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ การให้ความร่วมมือกับองค์กรภายในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนการกำหนดมาตรการทางระเบียบกฎหมายด้วย (กระทรวงสาธารณสุข, 2535:2)

เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2533 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคำสั่งแต่งตั้งสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ (Office for Tobacco Consumption Control) ขึ้น เพื่อทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการคบยช. โดยการรวบรวมข้อมูลข่าวสาร กฎระเบียบข้อบังคับ ตลอดจนการให้สุขศึกษา ประชา-

สัมพันธ์ และในวันที่ 28 มีนาคม 2534 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการร่าง พรบ. ที่เกี่ยวกับบุหรืและสุขภาพขึ้น หลังจากการประชุมพิจารณาแล้ว ได้ร่าง พรบ. คຸ້ມครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรืเสนอรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข และได้ผ่านคณะรัฐมนตรี กຸ້ນครองฝ่ายสังคม เมื่อวันที่ 29 มกราคม 2535 และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2535 ต่อมาผ่านสภานิติบัญญัติและประกาศใช้ในพระราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2535 (กระทรวงสาธารณสุข, 2535 : 50)

การรณรงค์การสูบบุหรืและการคຸ້ມครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรืนั้น ถ้าการรณรงค์เพียงแค่ การให้ข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้โครงการประสบผลสำเร็จได้ การให้สุขศึกษา อย่างถูกต้องจึงต้องได้รับการสนับสนุนด้วยการออกกฎ ระเบียบต่างๆ ดังนั้นระเบียบและกฎหมาย จึงเป็นส่วนหนึ่งของแผนระยะยาว ในโครงการควบคุมการสูบบุหรืของประชาชน (กระทรวง สาธารณสุข, 2532 : 40) ประเทศต่างๆ ทั่วโลกจึงได้ตื่นตัวต่อการออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อ สนับสนุนการรณรงค์การสูบบุหรืในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้นำในการคຸ້ມครอง สิทธิของผู้ไม่สูบบุหรืประเทศหนึ่ง กฎข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวกับการห้ามสูบบุหรื ในระยะแรกเป็น กฎหมายในระดับรัฐ ที่มุ่งเพื่อจุดประสงค์ 2 ประการ คือ ประการแรกป้องกันการเกิดอหิภัย และความปลอดภัยในการทำงาน และประการที่สองเป็นไปเพียงเพื่อแสดงถึงความเคลื่อนไหวเพื่อ ต่อต้านสิ่งไม่ดีต่างๆ ดัง เช่น สุรา อย่างไรก็ตามในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ทิศทางของความเคลื่อนไหว ทางสังคมได้ค่อยๆ เปลี่ยน โดยได้มุ่งเน้นไปยังปัญหาสุขภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้น ยังมีการ พิจารณาถึงสภาพแวดล้อมที่ปราศจากควันบุหรืว่าส่งผลถึงคุณประโยชน์ทางเศรษฐกิจ เช่น เวลา ของการทำงานที่ขาดหายไป เนื่องด้วยความเจ็บป่วยจากควันบุหรื นโยบายการสูบบุหรืในสถานที่ ทำงานกับค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่ลดลง ตลอดทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ทำงานเกิดความสุขกาย สบายใจ โดยปราศจากการรบกวนจากกลิ่นและควันบุหรื ความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการคຸ້ມครอง สิทธิ และสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรืในสหรัฐอเมริกาที่เป็นแหล่งผลิตบุหรืที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของ โลก จึงเกิดขึ้นอย่างจริงจังและรวดเร็ว (วิณา สิริสุข และคณะ, 2534 : 2)

สำหรับประเทศไทยได้มีความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับเรื่องนี้เช่นกัน โดยออกระเบียบและ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรืเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่หนึ่ง เป็นการออกกฎหมายที่เกี่ยวกับอุปทานหรือการผลิตได้แก่ การควบคุมการปลูก ใบยาสูบ การผลิตและจำหน่ายในขั้นตอนและขบวนการต่างๆ เช่น การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย การมีค่าเตือนโทษภัยของบุหรื นโยบายเกี่ยวกับภาษีและราคากุหรื เป็นต้น

กลุ่มที่สอง เป็นการออกกฎระเบียบเกี่ยวกับอุปสงค์หรือการบริโภค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการ สูบบุหรืโดยตรง เช่น การห้ามสูบบุหรืในที่สาธารณะ การมิให้เยาวชนสูบบุหรื เป็นต้น (กระทรวง

สาธารณสุข, 2532:41) ประเทศไทยได้เริ่มใช้มาตรการทางด้านกฎหมายเมื่อปี พ.ศ. 2517 โดยกรุงเทพมหานคร ได้ออกข้อบัญญัติห้ามสูบบุหรี่ในห้องชมภาพยนตร์ ให้โรงภาพยนตร์ฉายภาพนิ่ง ซึ่งเครื่องหมายหรือข้อความเพื่องดสูบบุหรี่และให้ผู้ประกอบการขนส่งประจำทางติดตั้งเครื่องหมาย หรือข้อความให้ผู้โดยสารงดสูบบุหรี่บนรถประจำทาง รวมทั้งการห้ามสูบบุหรี่บนรถประจำทาง ด้วย นอกจากนั้นก็มีกฎหมายอื่นๆ อีกตามรายละเอียดดังนี้ (สุภจิต มโนพิโมกษ์, 2534 : 114)

- |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| พฤษภาคม 2529    | กบว. ประกาศห้ามโฆษณาบุหรี่ทั้งทางวิทยุและโทรทัศน์                                                                                                                                                                                                                                  |
| มิถุนายน 2529   | กระทรวงคมนาคมออกกฎระเบียบห้ามสูบบุหรี่ หรือสิ่งของที่มีลักษณะเดียวกันบนรถขนส่งโดยสารประจำทาง เว้นเฉพาะบริเวณที่จัดไว้ให้ ฝ่าฝืนปรับไม่เกิน 5,000 บาท                                                                                                                               |
| กุมภาพันธ์ 2531 | กรมอนามัยสั่งแวดล้อม สำนักอนามัย กทม. สั่งห้าม “ก๊าก” สูบบุหรี่ ขณะปรุงอาหาร                                                                                                                                                                                                       |
| เมษายน 2531     | คณะรัฐมนตรีมีมติไม่ให้สูบบุหรี่ในที่ประชุมคณะรัฐมนตรี                                                                                                                                                                                                                              |
| พฤษภาคม 2531    | กรมพลศึกษา ห้ามโฆษณาบุหรี่ทุกรูปแบบในบริเวณสนามกีฬาแห่งชาติปทุมวัน                                                                                                                                                                                                                 |
| กรกฎาคม 2531    | กทพ. ออกกฎห้ามโฆษณาบุหรี่ในสนามแข่งขันของ กทพ.                                                                                                                                                                                                                                     |
| ตุลาคม 2531     | สภาผู้แทนราษฎรออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่ประชุม                                                                                                                                                                                                                                    |
| ธันวาคม 2531    | คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบด้วย ในหลักการห้ามโฆษณาบุหรี่ต่างประเทศในรูปแบบต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในที่สาธารณะและสื่อทุกชนิด                                                                                                                                                        |
| กุมภาพันธ์ 2532 | คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค กำหนดให้บุหรี่เป็นสินค้าที่ควบคุมฉลาก ไม่สามารถโฆษณาได้ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 นอกจากนี้ บุหรี่ที่จะนำออกขายต้องจัดให้มีฉลากที่มีข้อความภาษาไทยที่สามารถอ่านได้ชัดเจน โดยอย่างน้อยต้องมีคำเตือนว่า “สูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ” |
| มีนาคม 2532     | กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ทุกส่วนราชการ รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่งดำเนินการต่างๆ ดังนี้                                                                                                                                                          |
1. กำหนดให้บริเวณทั่วไปของอาคาร ห้องปฏิบัติงาน เป็นเขตปลอดบุหรี่

2. ให้เจ้าหน้าที่และข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข  
ที่สูบบุหรี่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ต่อหน้าประชาชน ขณะที่  
ปฏิบัติหน้าที่หรือสูบนอกเหนือบริเวณที่ได้จัดไว้เฉพาะ
  3. ให้ร้านค้าที่อยู่ในหน่วยงาน หรือสถานบริการสาธารณสุข  
งดเว้นการจำหน่ายบุหรี่ ในบริเวณที่ตั้งหน่วยงานหรือ  
สถานบริการ
  4. จัดให้มีเอกสารเกี่ยวกับโทษจากพิษภัยของบุหรี่เผยแพร่
- 1 สิงหาคม 2532 การบินไทยออกคำสั่งห้ามสูบบุหรี่บนเครื่องบิน ในเส้นทาง  
การบินในประเทศ
- กุมภาพันธ์ 2533 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้มีการดำเนินการต่างๆ เพื่อ  
ปกป้องสุขภาพของประชาชนจากพิษภัยของบุหรี่ ดังนี้
1. ให้โรงงานยาสูบแจ้งส่วนประกอบต่างๆ ทุกชนิด ในมวน  
บุหรี่ แก่กระทรวงสาธารณสุข
  2. ให้ยกเลิกการพิมพ์ข้อความซึ่งเป็นการส่งเสริมการสูบบุหรี่  
ที่พิมพ์บนซองบุหรี่
- 28 มีนาคม 2534 แต่งตั้งคณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่  
และสุขภาพ โดยมีนายแพทย์หทัย ชิตานนท์ เป็นประธาน  
กรรมการ และกรรมการประกอบด้วยเลขาธิการ คณะกรรมการ  
การกฤษฎีกา ผู้แทนอธิบดีกรมสรรพสามิต ผู้อำนวยการ  
สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้อำนวยการกอง  
นิติการกระทรวงสาธารณสุข ศ.น.พ. ประกิต วาทีสาธกกี  
และหัวหน้าสำนักงานประสานงานวิชาการและพัฒนากำลัง  
ด้านสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ
- 5 เมษายน 2534 ประชุมร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่  
ถึง 7 มิถุนายน 253
- 29 มกราคม 2535 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ผ่านคณะ  
รัฐมนตรีกลั่นกรองฝ่ายสังคม
- 4 กุมภาพันธ์ 2535 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้รับความ  
เห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี

5 เมษายน 2535 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา

7 เมษายน 2535 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา

จากรายละเอียดเกี่ยวกับการออกกฎ ระเบียบข้อบังคับต่างๆ เกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ จะเห็นว่าแม้ประเทศไทยจะมีความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ แต่ความเคลื่อนไหวเหล่านี้ล้วนเป็นไปอย่างช้าๆ ประเทศไทยเริ่มใช้มาตรการทางกฎหมาย เมื่อปี พ.ศ. 2517 แต่ต้องหยุดชะงักลงถึง 12 ปี จึงเริ่มต้นใหม่ในปี พ.ศ. 2529 นอกจากนี้ยังประสบปัญหาอีกหลายประการ นับแต่ความล่าช้าของกระบวนการในการพิจารณากฎหมาย เมื่อมีกฎหมายออกมาบังคับใช้แล้วก็ต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับการบังคับใช้ เนื่องจากขาดเจ้าหน้าที่ที่จะบังคับใช้โดยตรงหรือเจ้าหน้าที่ยังไม่เห็นความสำคัญในการลงโทษอย่างจริงจัง ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องมีการรณรงค์ กระตุ้นเตือน ผู้กิตติ์สำนักแก่เจ้าหน้าที่ ตลอดจนประชาชน ให้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ที่บังคับใช้กับผู้ดำเนินการสถานที่สาธารณะ ในการจัดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่หรือเขตสูบบุหรี่และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ควบคุมการขาย แลกเปลี่ยน หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ แก่ผู้มีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ การห้ามโฆษณาชวนเชื่อเพื่อชักจูงในรูปแบบต่างๆ นั้น ก็เป็นพระราชบัญญัติใหม่ที่อยู่ระหว่างการพิจารณาจัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่จะมีผลบังคับใช้ นับว่าเป็นกฎหมายที่จะมีบทบาทในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักว่ากฎหมายที่ออกมา จะประสบปัญหาเช่นกฎหมายที่ออกมาก่อนหน้านี้ ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงเตรียมแผนในการรณรงค์ให้สุศึกษาแก่ประชาชน เจ้าหน้าที่ ให้เห็นความสำคัญของกฎหมาย และปฏิบัติตามกฎหมายอย่างจริงจัง ดังนั้นการควบคุมและการป้องกันการสูบบุหรี่ มีดังนี้

1. ออกกฎหมายห้าม หรือจำกัดการสูบบุหรี่ในที่ชุมชน เช่น โรงภาพยนตร์ โรงพยาบาล โรงเรียน สวนสาธารณะ ฯลฯ โดยมีผลบังคับใช้ทั่วประเทศ และมีการลงโทษที่ชัดเจน
2. เร่งให้การศึกษาแก่สาธารณชนเกี่ยวกับผลของควันบุหรี่ต่อสุขภาพ และสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ในการได้รับอากาศที่บริสุทธิ์
3. ให้รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ดำเนินการรณรงค์ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่
4. เรียกร้องให้ผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ ตระหนักถึงพิษภัยของควันบุหรี่ต่อสุขภาพ และเคารพใน

สิทธิของเด็ก เยาวชน และสตรีผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในบ้านเรือน

5. กำหนดให้ภัตตาคารและร้านอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นห้องปรับอากาศ จัดเขตปลอดบุหรี่ เพื่อพิทักษ์สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

6. จำกัดสถานที่ในการขายบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่ยังเป็นปัญหาที่แก้ยากเพราะสามารถหาซื้อได้ง่าย ดังนั้นไม่ควรให้มีการขายในสถานที่ต่อไปนี้ เช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย ฯลฯ

7. ให้น่วยราชการ สถานศึกษา ตลอดจนเอกชนและรัฐวิสาหกิจทุกแห่ง ออกกฎระเบียบห้ามหรือกำจัดการสูบบุหรี่ และมีกระบวนการดำเนินงานที่เป็นจริง

8. ไม่ให้มีการมอบบุหรี่เป็นของขวัญ ของที่ระลึกหรือถวายพระหรือแจกแถมเป็นตัวอย่าง

9. จัดตั้งชมรมพิทักษ์สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ขึ้นในเขตต่างๆ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการเคลื่อนไหว เฝ้าระวัง ติดตามและร้องเรียนเมื่อมีการละเมิดสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ (หทัยจิตานนท์, 2535 : 71-72)

โดยที่อันตรายจากการสูบบุหรี่มิได้เกิดแก่ผู้สูบอย่างเดียวแต่ยังมีต่อผู้ใกล้ชิดด้วย ผู้ไม่สูบบุหรี่ย่อมมีสิทธิในการที่จะหายใจเอาอากาศบริสุทธิ์ ดังนั้นรัฐบาลจึงควรให้สิทธิแก่ผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยการออกกฎหมายงดสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น รถโดยสาร ศูนย์การค้า ตลาด โรงมหรสพ ร้านอาหาร โรงพยาบาล หรือที่ซึ่งมีประชากรหนาแน่น ปัจจุบันรัฐบาลสิงคโปร์เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้ออกกฎหมายเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ขึ้น เช่น ห้ามโฆษณาเกี่ยวกับบุหรี่ ห้ามสูบบุหรี่ในที่บางแห่ง และห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้ แต่ได้มีข้อบัญญัติของกรุงเทพมหานคร เรื่องการควบคุมความเป็นระเบียบเรียบร้อย และการอนามัยในโรงภาพยนตร์และรยนต์ประจำทาง พ.ศ. 2519 เกี่ยวกับการห้ามสูบบุหรี่ในห้องชมภาพยนตร์ และรยนต์ประจำทาง สิทธิและเสรีภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ มีดังนี้

### 1. สิทธิที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์

เป็นสิทธิของบุคคลที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์ปราศจากควันบุหรี่ โดยที่สิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ ย่อมมาก่อนสิทธิของผู้สูบบุหรี่เสมอแม้ว่าในขณะนั้นจะมีผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ก็ตาม

### 2. สิทธิทางกฎหมาย

ผู้ไม่สูบบุหรี่มีสิทธิฟ้องร้องผู้สูบบุหรี่ หากได้รับผลการสูบบุหรี่ของผู้นั้นตามกฎหมายต่างๆ เช่น ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 “ผู้ใดจงใจประมาทหรือเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่น โดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายแก่ชีวิต แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้สินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”



### 3. สิทธิในการร้องขอ

ผู้ไม่สูบบุหรี่มีสิทธิที่จะแสดงออกต่อผู้สูบบุหรี่อย่างสุภาพ ถึงความไม่พอใจและความเดือดร้อนที่ได้รับควันบุหรี่ และมีสิทธิที่จะคัดค้านเมื่อมีการสูบบุหรี่โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ไม่สูบบุหรี่

### 4. สิทธิในการแสดงออก

บุคคลมีสิทธิในการกระทำใดๆ ทั้งโดยส่วนตัวหรือในรูปของกลุ่มคน อันจะก่อให้เกิดมาตรการทางสังคมหรือกฎหมาย เพื่อที่จะปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่ให้พ้นจากควันพิษที่เกิดจากบุหรี่

#### 4) สาเหตุที่ทำให้เกิดการสูบบุหรี่

##### ในเด็ก วัยรุ่น

1. ปัญหาครอบครัว ครอบครัวเกิดแตกร้างไม่เป็นปกติสุข ทะเลาะกันบ่อย บ้านแตก สาเหตุนานา บิดามารดาเลิกกันต่างก็มีสามีภรรยาใหม่ บุตรไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับบิดามารดาบุญธรรม สมาชิกในครอบครัวเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีในการสูบบุหรี่ เด็กก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามครอบครัวที่ขาดสวัสดิภาพ เช่น บิดามารดาถูกรังแกจากผู้อื่น บิดามารดาขาดความร่วมมือกับทางโรงเรียนในการอบรมสั่งสอนเด็ก แบบแผนการเลี้ยงดูไม่ถูกต้อง เด็กขาดความรักความอบอุ่น การเอาใจใส่เด็กไม่เป็นที่ต้องการของครอบครัว ความอิสระหรือเคร่งครัดมากเกินไป เด็กไม่มีโอกาสเป็นตัวของตัวเอง อาจทำให้ถูกชักจูงได้ง่าย

2. ปัญหาเศรษฐกิจ บิดามารดาหรือผู้ปกครองที่มีฐานะดีมีส่วนทำให้เด็กเกร ใช้จ่ายเงินฟุ้งเฟ้อเมื่อถูกตักเตือนก็ไม่พอใจ หาทางออกไปเที่ยวนอกบ้าน คบเพื่อนไม่ดี บางครอบครัวฐานะยากจน บิดามารดา ผู้ปกครองต้องทำงานหนัก ไม่มีเวลาอบรมสั่งสอนบุตรหรือเด็กในปกครอง ไม่มีเวลาเป็นที่ปรึกษาเมื่อเด็กมีปัญหา ทำให้เด็กขาดความสนิทสนม ขาดความรัก ความอบอุ่น ทำให้มีบุคลิกไม่เข้มแข็งตกเป็นเหยื่อของการถูกชักจูง หรือถูกหลอกลวงได้ง่าย

3. การเลียนแบบ เด็กอาจจะเลียนแบบจากครู อาจารย์ พ่อแม่ พี่ชาย ดารา หรือบุคคลที่เขาชื่นชอบ แล้วทำตามโดยการสูบบุหรี่ตาม

4. อิทธิพลจากเพื่อนผู้ใกล้ชิด เป็นสาเหตุสำคัญ เพื่อนที่สูบบุหรี่พยายามแนะนำให้สูบ เพื่อจะได้มีลักษณะเช่นเดียวกัน เด็กจะเริ่มสูบบุหรี่ตามเพื่อน เพราะต้องการให้ตนเป็นที่ยอมรับของเพื่อน กลุ่มหรือสังคม ผู้ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยเพื่อนที่สูบบุหรี่ ก็มักจะยอมรับและปฏิบัติตามไปด้วยเพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการรวมกลุ่ม เมื่อสูบบุหรี่อาจมีการนำไปสู่การใช้ยาหรือสารเสพติดอื่นๆ ได้

5. อยากทดลองพบว่าเป็นสาเหตุอันดับแรก ความอยากรู้ อยากเห็น อยากทดลอง เป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ โดยเฉพาะวัยรุ่นเป็นวัยที่เกิดความสงสัยและอยากรู้อยากเห็น

ใหม่ๆ เด็กเป็นวัยที่มีความกึกคะนอง เมื่อโอกาสและสิ่งแวดล้อมอำนวยให้เกิดความต้องการทดลองได้ง่ายและมีความคิดว่าบุหรีเป็นของใหม่ ต้องการแสดงความเก่งกล้าอวดคนให้เพื่อนและเพศตรงข้ามเห็น

6. การหนีความจริง เช่น มีความทุกข์ กลุ่มใจก็หันมาสูบบุหรี เมื่อสูบบ่อยๆ ก็ติด

7. ความเชื่อและปฏิบัติจนเคยชิน เชื่อว่าการสูบบุหรีเป็นการแสดงว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่แล้ว เป็นตัวของตัวเอง ไม่ใช่เด็กอีกต่อไปที่จะต้องคอยเชื่อฟังบิดามารดา ผู้ปกครอง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง นอกจากนั้นยังเป็นค่านิยมในหมู่วัยรุ่น เพื่อแสดงความเป็นชาย

8. เพื่อลดความเครียด เชื่อว่าทำให้สมองโปร่ง ไม่ง่วงนอน โดยเฉพาะเวลาดูหนังสือสอบ

9. อิทธิพลจากการโฆษณา ภาพยนตร์ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และนิตยสารต่างๆ เพราะความสะดวกในการซื้อหา ซึ่งมีจำหน่ายทั่วไปทุกหนทุกแห่งและการหาซื้อได้ง่าย จึงมีส่วนทำให้คนสูบบุหรีมากขึ้น

10. การเอาแบบอย่างตามกลุ่มในเด็กนักเรียน โดยเฉพาะวัยรุ่นมักจะใช้กลุ่มอ้างอิงเสมอในแง่ความคิด ความรู้สึก การกระทำ ทั้งนี้เพราะบุคคลต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และต้องการการยอมรับจากกลุ่ม เมื่อกลุ่มที่ตนเองใช้เป็นกลุ่ม เมื่อกลุ่มที่ตนเองใช้เป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference group) สูบบุหรี วัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรีในกลุ่มนี้ย่อมมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรีตามไปด้วย

11. กิจกรรมสังคม เมื่อการรวมกลุ่มทางสังคมนอกจากจะมีกิจกรรมต่างๆ แล้ว การดื่มเครื่องดื่ม และการสูบบุหรีมักจะตามมาเสมอ บุหรีมิได้ต้อนรับแขกในสังคม เช่นเดียวกับพวกเครื่องดื่มทั้งที่มีและไม่มีแอลกอฮอล์

12. ธรรมเนียมในชุมชนบางแห่งจะใช้บุหรี หนัก น้ำ เป็นสิ่งที่ใช้สำหรับต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมที่บ้าน เป็นการแสดงถึงน้ำใจไมตรีที่มีต่อกัน

13. ความต้องการหลีกเลี่ยงการต่อว่าหรือตำหนิติเตียน เด็กนักเรียน โดยเฉพาะวัยรุ่นเริ่มแสดงความเป็นผู้ชายให้สังคมได้รู้จัก ถ้าคนไหนสูบบุหรีไม่เป็นจะถูกตำหนิหรือพูดจาถากถางด้วยคำพูดว่า “เด็กทารก” “คางคก” “ตัวเมีย” ซึ่งแสดงว่าคนนั้นไม่มีลักษณะเป็นชายเป็นการสร้างความคิดที่ผิดๆ ที่ว่าผู้ชายต้องสูบบุหรี

14. กลไกของการปรับตัว บุคคลเป็นจำนวนมากใช้การสูบบุหรีเป็นทางออกของความตึงเครียดทางอารมณ์ โดยหวังว่าการสูบบุหรีจะช่วยบรรเทาความกลัดกลุ้มวุ่นวายใจได้

## ผู้ใหญ่

### 1. เพื่อเข้าสังคม

2. เพื่อลดความเครียด โดยใช้บุหรี่เบนความสนใจจากเรื่องเดิมไป ซึ่งนิโคตินจำนวนน้อยระยะแรก อาจช่วยกระตุ้นสมองได้ แต่เมื่อสูบไปนานๆ จำนวนนิโคตินถูกดูดซึมเข้าไปมากขึ้น จะมีนิมงงหรือปวดศีรษะได้เนื่องจากสมองถูกกด

### 3. จากผู้อื่นนำมาให้ เช่น ของฝากในเทศกาลต่างๆ การต้อนรับด้วยบุหรี่

## 5) วิธีการและเทคนิคการเลิกสูบบุหรี่

วิธีการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ติดบุหรี่นั้น สามารถกระทำได้สำเร็จหากมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างแน่วแน่ และพิจารณาอย่างถ่องแท้ด้วยตัวเองเสียก่อนว่าบุหรี่ยุ่านั้นมีอันตรายต่อสุขภาพ และมีโทษอย่างไร ผู้ที่ได้รับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนมากใช้วิธีเลิกอย่างเด็ดขาดด้วยพลังใจอันเข้มแข็งของตนเองเป็นสำคัญ และเลิกสูบบุหรี่ไปเลยๆ จะได้ผลมากกว่า วิธีการเลิกสูบบุหรี่มี 2 วิธี คือ

### วิธีที่ 1

เป็นวิธีที่สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกาได้เสนอแนะไว้ ซึ่งจะต้องเตรียมตัวเตรียมใจก่อน คือ จะต้องมีความตั้งใจจริง มีการตัดสินใจ มีกำลังใจ เข้มแข็ง มีความพยายาม ความอดทน และการปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้ (ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์, 2524 : 8-12)

1. ตัดสินใจว่าจะสูบบุหรี่ชั่วโม่งละ 1 ครั้ง หรือจะงดสูบบุหรี่ตลอด 1 ชั่วโมง และต่อไปยึดเวลาการงดสูบบุหรี่ให้ยาวขึ้นอีกครั้งชั่วโมง
2. พยายามหาวิธีหิบบุหรี่ออกมาสูบล้างปาก เช่น ห่อซองบุหรี่ด้วยกระดาษแล้วใช้เชือกรัดตรงกลางห่อและหัวท้ายของซองบุหรี่
3. เปลี่ยนสูบบุหรี่ชนิดอื่นแทนชนิดที่เคยสูบประจำ
4. ถ้าดื่มกาแฟแล้วจะต้องสูบบุหรี่ ก็เปลี่ยนเป็นดื่มน้ำผลไม้แทน
5. พยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรง พักผ่อนและออกกำลังกายพอสมควร
6. บอกเพื่อนๆ ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน และผู้ที่รักใคร่นับถือของท่านกำลังงดสูบบุหรี่
7. ถ้าท่านงดสูบบุหรี่ได้ในวันนี้ พรุ่งนี้ท่านก็ต้องงดได้
8. เก็บเงินที่จะซื้อบุหรี่ไว้และเอาเงินนั้นไปซื้อของที่อยากได้
9. ถ้ากลับไปสูบบุหรี่อีกไม่ต้องกังวล เพราะบางคนต้องใช้ความพยายามตั้งหลายครั้งกว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้

## วิธีที่ 2

เป็นวิธีเลิกสูบบุหรี่ของแผนกสูบบุหรี่ศึกษาโรงพยาบาลมิชชั่น โดยใช้หลักการการให้กำลังใจ (Will power) ความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติทางร่างกายเมื่ออยากสูบบุหรี่ ซึ่งมีวิธีการดังนี้

### 1. การสร้างกำลังใจให้เข้มแข็งในการงดสูบบุหรี่

1.1 ตัดสินใจทิ้งบุหรี่และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการสูบบุหรี่ทั้งหมดที่มีอยู่ เพื่อที่จะได้ไม่ต้องนึกถึงมันอีก และควรจดบันทึกมิใช่ลดเพราะการสูบบุหรี่ให้น้อยลง นั้น มีโอกาสกลับไปสูบบุหรี่มากอย่างเก่า

1.2 หาเหตุผลต่างๆ ของการไม่สูบบุหรี่ ในเหตุผลเหล่านั้น ควรมีว่า “เพื่อชีวิตที่ยืนยาว” “เพื่อเป็นการประหยัดเงิน” “เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีของลูกหลาน”

1.3 เปลี่ยนนิสัยในชีวิตประจำวัน เพราะในอดีตนั้น บุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตท่าน พยายามหลีกเลี่ยงภาวะที่จะทำให้กลับไปสูบบุหรี่อีก เช่น อย่างนี้โต๊ะอาหารนานหลังจากรับประทานอาหารเสร็จแล้ว ให้ใช้ชีวิตเดินเล่นแทน

1.4 กล่าวด้วยกับตัวเองว่า “ฉันเลือกที่จะไม่สูบบุหรี่” การกล่าวเช่นนี้ดังๆ จะช่วยเพิ่มกำลังใจให้กับตัวเอง

1.5 พยายามทำจิตใจให้แจ่มใส หลีกเลี่ยงจากภาวะทำให้เกิดความเครียด อย่าเพิ่งรู้สึกท้อถอย ถ้าประสบความล้มเหลวไปบ้างลองเลิกใหม่โดยจำไว้เสมอว่ากำลังทำในสิ่งที่ดี จะไม่กลับไปเป็นทาสของบุหรี่อีก

1.6 พยายามชักชวนให้เพื่อนๆ เลิกสูบบุหรี่ด้วย เพื่อจะได้ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้แก่กันและกัน

1.7 ยึดมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ จะเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้กำลังใจ

### 2. การปฏิบัติทางร่างกายเพื่อขจัดความอยากสูบบุหรี่

2.1 ดื่มน้ำเปล่าวันละ 8-10 แก้ว จะเป็นการช่วยขับนิโคตินออกจากร่างกาย โดยผ่านทางปัสสาวะ ดังนั้นการดื่มน้ำมากๆ จะเป็นการขับนิโคตินออกจากร่างกายได้เร็วที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้ความอยากสูบบุหรี่ลดน้อยลงด้วย โดยสารนิโคตินจะถูกขับออกจากร่างกายภายใน 3-4 วัน

2.2 อย่ารับประทานอาหารจนอึดเกินไป และไม่ควรรับประทานอาหารที่ย่อยยาก เพราะเมื่ออึดจะรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ดังนั้นในระยะเลิกสูบบุหรี่ให้หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมัน และอาหารที่มีรสหวานจัด ตลอดจนไม่รับประทานอาหารมากเกินไป

2.3 รับประทานอาหาร ผลไม้ให้มากขึ้น แทนอาหารที่เคยรับประทานเป็นประจำ ซึ่ง