



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เรื่องของบุหรี่ ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ปี พ.ศ.2529 ได้สรุปว่า การสูบบุหรี่เป็นปัญหาและอุปสรรคของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (health for all) ของประชากรโลก อีกทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพแก่ผู้ไม่สูบบุหรี่ แต่ต้องได้รับความที่ผู้สูบบุหรี่ (ธวัชวงศ์ เชียงใหม่, เอกสารอัดสำเนา) ปัจจุบันการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ประชากรโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทุกวันนี้ประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 3 ล้านคน หรือเสียชีวิตเฉลี่ย 1 คนในทุก 10 วินาที ประชาชนในประเทศพัฒนาแล้ว เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 2 ล้านคน ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนามีประชาชนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 1 ล้านคน ซึ่งแนวโน้มอันตรายในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มค่อย ๆ ลดลงแต่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา หากแนวโน้มนี้ยังคงดำเนินต่อไปอีกประมาณ 30 ปีข้างหน้า การสูบบุหรี่จะคร่าชีวิตประชากรโลกปีละ 10 ล้านคน หรือเฉลี่ยเสียชีวิต 1 คนในทุก 3 วินาที จำนวนนี้จะเป็นประชากรประเทศพัฒนาปีละ 3 ล้านคน และประชากรในประเทศกำลังพัฒนาเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 7 ล้านคน (สุภกร บัวสาย, 2539)

สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 4,200 คนหรือวันละ 115 คน ในขณะที่มีคนไทยเสียชีวิตจากทุกสาเหตุเฉลี่ยวันละ 692 คน ซึ่งเท่ากับว่ามีผู้เสียชีวิตจากสูบบุหรี่ 1 คน ต่อการเสียชีวิตทุก ๆ 6 คน (ชูชัย ศุภวงศ์, 2539) ผู้ที่สูบบุหรี่ประจำจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ มากมาย อาทิเช่น มะเร็งปอด โรคความดันโลหิตสูง หัวใจวาย เส้นเลือดหัวใจตีบ เส้นเลือดสมองตีบ อัมพาต มะเร็งของลำไส้ใหญ่ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะปัสสาวะและไต มะเร็งที่ตับอ่อน สมองเสื่อมสมรรถภาพ ตาเป็นต้อกระจก เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ แขนขาเน่าต้องตัดทิ้ง (โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน ม.ป.ป)

โอกาสที่จะเกิดมะเร็งปอดในผู้ที่สูบบุหรี่ จากการวิจัยของ เซอร์ริชาร์ด ดอล แห่ง สหราชอาณาจักร พบว่า ในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ อัตราการเกิดมะเร็งปอดจะเท่ากับ 130 คน ต่อ 100,000 คน ที่สูบบุหรี่ต่อปีทุก ๆ ปี และในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อัตราการเกิดมะเร็งปอดจะน้อยกว่า 10 คน ต่อ 100,000 คนที่ไม่สูบบุหรี่ต่อปี ทุก ๆ ปี สำหรับในประเทศไทย จากการวิจัยของ นายแพทย์พงษ์ศิริ ปรารธนาดี และคณะ แห่งมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ.2536 พบว่า ผู้ที่ สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดมากกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ถึง 29 เท่า โดยพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่นานไม่เกิน 20 ปี จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบ 3 เท่า กลุ่มที่สูบบุหรี่นานระหว่าง 21-40 ปี มีอัตราเสี่ยงมากขึ้น 30 เท่า และกลุ่มที่สูบบุหรี่นาน 41-60 ปี มีอัตราเสี่ยงจะมากขึ้นถึง 47 เท่า (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2537) และจากการศึกษาของนายแพทย์ธีระ ลิมศิลา เรื่องประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด ที่มารักษา ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 1,750 ราย ตั้งแต่ปี 2510-2536 พบว่า มีผู้เป็นมะเร็งปอดสืบเนื่องจากการสูบบุหรี่ร้อยละ 78 ของผู้ป่วยมะเร็งปอด และในจำนวนนี้มีผู้ที่สูบบุหรี่จัดวันละ 20 มวนขึ้นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 20 ปี หรือผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 10-19 มวน ติดต่อกันเป็นเวลา 30 ปี ขึ้นไปเป็นมะเร็งปอดถึงร้อยละ 72 (ธีระ ลิมศิลา, 2537) จากสถิติพบว่าประมาณร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และเกิดเป็นมะเร็งปอดพบว่าประมาณร้อยละ 30 เป็นผลมาจากการหายใจเอาควันบุหรี่ผู้อื่นสูบเข้าไป (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2537)

สำหรับอัตราเสี่ยงของอันตรายที่เกิดจากบุหรี่ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด จาก รายงานการศึกษาในสหรัฐพบว่า ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ จะมีโอกาสหรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันสูง หรือมีไขมันในเลือดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันเลือดสูง และไขมันในเลือดสูงจะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่า ของคนทั่วไป โดยเฉลี่ยแล้วผู้สูบบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเสียดและเกิดความตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10-15 ปี และองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน โดยความเสี่ยงจะเพิ่มจำนวนจากจำนวนบุหรี่ที่สูบและในกลุ่มที่เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุเลย และอีกร้อยละ 25 จะเสียชีวิตที่โรงพยาบาล (วรภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2538) และพบว่าอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด คือ โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 24 โรคหลอดเลือดแข็งร้อยละ 41 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 19 โรคความดัน

โลหิตสูงร้อยละ 19 โรคระบบไหลเวียนของเลือดในปอดร้อยละ 21 นอกจากนี้ผู้ที่สูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประมาณ 2-3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ถ้าสูบบุหรี่มากกว่า 40 มวน ต่อวัน โรคนี้จะเกิดมากขึ้นถึง 3-4 เท่า และผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ประมาณ 2-4 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 40 มวนต่อวัน จะมีอัตราเสี่ยงสูงขึ้น ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 25 ปีขึ้นไป และสูบบุหรี่ 2 ซองต่อวันจะมีอายุน้อยกว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยเฉลี่ยประมาณ 8.3 ปี (สุริย อรรถไพศาลศรี, 2538) และบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ที่เป็นโรคถุงลมโป่งพองเกิดจากการสูบบุหรี่ (ประภิจ วาทีสาธกกิจ, 2537)

การสูบบุหรี่ นอกจากจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบแล้ว ยังส่งผลต่อบุคคลข้างเคียงอีกด้วย โดยพบว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่ เพียง 1 คน เป็นผู้สูบบุหรี่และการสูบบุหรี่ทุก 20 มวน ในห้องที่มีอากาศไม่ถ่ายเทจะทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ในห้องทำงานที่มีควันบุหรี่ประมาณครึ่งชั่วโมง จะมีปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดเท่ากับคนที่สูบบุหรี่เอง 1 มวน และผู้หญิงที่ได้รับควันบุหรี่ในอัตราวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไปจะมีอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรค มะเร็งที่คอมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ 3 เท่า (โครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน, ม.ป.ป) สตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่จะประสบปัญหาการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด คลอดบุตรที่มีน้ำหนักต่ำกว่าปกติ และอาจสัมพันธ์กับความพิการ และการตายของทารกเมื่อคลอด มีผลต่อเด็กในขวบปีแรกที่จะเป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ (สสม.ภาคเหนือ, 2539)

ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่แพ้ควันบุหรี่เมื่อเข้าไปในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ร้อยละ 69 จะเกิดอาการแสบเคืองตา ร้อยละ 29 มีอาการแสบระคายจมูก ร้อยละ 32 ปวดศีรษะและร้อยละ 25 มีอาการไอ และเมื่อ พ.ศ.2536 สถาบันพิทักษ์สิ่งแวดล้อมของสหรัฐอเมริกา ได้ประกาศอย่างเป็นทางการว่าควันบุหรี่ภายในอาคารที่ผู้สูบบุหรี่พ่นออกมา และที่เกิดจากการเผาไหม้ระหว่างการสูบบุหรี่ จัดเป็นสารก่อมะเร็งกรุปเอ หรือชนิดร้ายแรงที่สุด (ประภิจ วาทีสาธกกิจ, 2537)

นอกจากปัญหาการสูบบุหรี่จะมีปัญหาโดยตรงต่อสุขภาพแล้ว การสูบบุรี่ยังมีผลต่อปัญหาทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสังคมของประเทศอีกด้วย ความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเกิดจากการสูบบุหรี่ ปีหนึ่ง ๆ สูงถึง 2 แสนล้านบาทหรือร้อยละ สำหรับในเมืองไทยรัฐได้ผลประโยชน์จากภาษีบุหรี่ปีละประมาณ 17,000 ล้านบาท แต่จ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอด

เพียงอย่างเดียวถึง 2,511 ล้านบาท (ธีระ ลิ้มศิลา, 2538) และจากการวิเคราะห์ของธนาคารโลกถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกที่เกิดจากการสูญเสียทางเศรษฐกิจ พบว่าการผลิตไบยาสูบ 1,000 ตัน จะทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจเท่ากับ 745 ล้านบาท ในขณะที่รายได้จากการผลิตไบยาสูบ 1,000 ตัน เท่ากับ 65 ล้านบาท ขณะนี้ทั่วโลกผลิตไบยาสูบปีละ 7,300,000 ตัน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกปีละประมาณ 5 ล้านล้านบาท นอกจากนี้การสูบบุหรียังเป็นการทำลายป่าอีกด้วยโดยพบว่าต้นไม้ 1 ใน 25 ต้นที่ถูกตัดถูกนำมาใช้เป็นฟืนบ่มไบยาสูบในปี 2535 ทั่วโลกสูบบุหรี 5,391,971 ล้านมวน ใช้กระดาษในการมวนบุหรี 350,478 ตัน (โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี มูลนิธิหมอบชาวบ้าน, ม.ป.ป.) และพบว่าการผลิตไบยาสูบ 1 ตัน จะทำลายชีวิตมนุษย์ 1 คน สำหรับประเทศไทยผลิตไบยาสูบปีละ ประมาณ 96,000 ตัน อาจจะมีหมายถึงประเทศไทยมีส่วนทำลายชีวิตผู้ที่สูบบุหรีทั้งคนไทยและผู้สูบในต่างประเทศปีละ 96,000 ชีวิต (สุภกร บัวสาย, 2539)

สำหรับผลต่อสิ่งแวดล้อมของการสูบบุหรี คือการเพิ่มก๊าซพิษในบรรยากาศ ปัจจุบันควันบุหรีถูกจัดให้เป็นมลพิษทางอากาศภายในอาคารที่สำคัญที่สุด เนื่องจากประกอบด้วยสารพิษที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากกว่าจากแหล่งมลพิษอื่น ๆ ภายในอาคาร (ประกิต วาทีสาชกกิจ, 2537) การสูบบุหรีขาดความระมัดระวังเป็นสาเหตุของการเกิดไฟไหม้อาคารบ้านเรือนถึงร้อยละ 15-25 ของการเกิดไฟไหม้อาคารบ้านเรือนทั้งหมด (สสม. ภาคเหนือ, 2539)

ผลการสูบบุหรีต่อสังคมนั้นคือ การสูบบุหรีจะเป็นจุดเริ่มต้นนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่น ๆ ที่รุนแรงกว่า จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการสูบบุหรีกับการติดยาเสพติดร้ายแรงอื่น ๆ พบว่า วัยรุ่นที่ติดเหล้าร้อยละ 62 เริ่มจากการติดบุหรีก่อน วัยรุ่น ติดฝิ่นและกัญชาร้อยละ 75 เริ่มจากติดบุหรีก่อน และวัยรุ่นติดโคเคนและเฮโรอีนร้อยละ 95 เริ่มจากติดบุหรีก่อน สำหรับประเทศไทยบุหรียังนำพาไปสู่การติดยาบ้าอย่างกว้างขวางอีกด้วย (โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี มูลนิธิหมอบชาวบ้าน, ม.ป.ป.)

ปัจจุบันในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว อัตราการสูบบุหรีมีแนวโน้มค่อย ๆ ลดลงแต่ก็กำลังเพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา ปัญหาความสูญเสียจากบุหรีมิใช่ปัญหาในระดับบุคคล หรือสังคมเท่านั้น แต่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อระดับโลก หากไม่ทำการรณรงค์เรื่องบุหรีให้จริงจังต่อเนื่องมากกว่านี้ จะไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ในอนาคต

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้วันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปีเป็นวันแห่งการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะเยาวชนได้ทราบถึงโทษและพิษของบุหรี่พร้อมทั้งได้ออกพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในปี พ.ศ.2535 ประกอบกับในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) ได้กำหนดตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 1 ในตัวชี้วัดกำหนดว่า ประชากรอายุ 14 ขึ้นไปต้องไม่ติดบุหรี่ร้อยละ 90 (ไพจิตร ปวบุตร, 2537) และจากร่างแผนพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) สาขาพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข ซึ่งในแผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยพัฒนากลุ่มพฤติกรรมที่สำคัญ ซึ่งการบริโภคยาสูบเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่จะต้องดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ.2536 มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ 10.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.8 ของประชากรทั้งหมด มีเพศชาย ที่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 43.2 และเพศหญิงร้อยละ 2.8 เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่า มีอัตราผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในภาคเหนือร้อยละ 25.5 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 24.8 ภาคใต้ร้อยละ 23.0 และภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ร้อยละ 21.1 กรุงเทพมหานคร 15.2 ถ้าพิจารณาอายุที่เริ่มสูบบุหรี่พบว่าเริ่มสูบบุหรี่มากที่สุดคือระหว่างอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 59.0 รองลงมาคือระหว่างอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 26.2 และระหว่างอายุ 10-14 ปี ร้อยละ 8.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2536) และร้อยละ 75 เริ่มติดบุหรี่ก่อนอายุ 20 ปี (ชูชัย ศุภวงศ์, 2539)

ปัญหาของพฤติกรรมกาสูบหรี่มีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัย ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม อาทิ ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคล เช่น ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ เจตคติ และค่านิยม ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยในทางบวกหรือทางลบในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล เช่น ทรัพยากรที่มีอยู่ การเข้าถึงทรัพยากร ปัจจัยเสริมเป็นส่วนสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม และการปฏิบัติ เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู กวาระเบียบข้อบังคับ (จำนงค์ อิมสมบุญ, 2537)

สำหรับสาเหตุของการสูบบุหรี่ จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรในปี 2536 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ของประชากรตั้งแต่อายุ 6 ปี ขึ้นไป พบว่าสูบบุหรี่เนื่องจากตาม อย่างเพื่อนหรือเพื่อนชวน ร้อยละ 43.6 รองลงมา อยากรทดลองสูบ ร้อยละ 33.5 เพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 5.4 นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ คือ ไม่มีอะไรจะทำ ตามอย่างผู้ใหญ่หรือดารา เคียด วิดก กังวล เพื่อความโก้ ปรมาณ ร้อยละ 17.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2536)

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ จากการศึกษาของกัญญา ศรีนวล (2536) ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ ระยะเวลา ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ และค่านิยมเกี่ยวกับสูบบุหรี่ และปัจจัยเสริม คือ การมีสมาชิกใน ครอบครัวสูบบุหรี่ การยอมรับหรือต่อต้านการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

และจากผลการศึกษาของ บอทวิน และคณะ (Botvin และคณะ, 1994) ทำการศึกษา สาเหตุของการสูบบุหรี่ในเยาวชนในอเมริกาพบว่า เพื่อนและกลุ่มหรือพวกเดียวกัน เป็นปัจจัยทาง สังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนที่สำคัญที่สุดปัจจัยทางด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ในความสามารถของตนเองขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความสัมพันธ์ กับการเพิ่มโอกาสในการสูบบุหรี่

จากที่กล่าวมาข้างต้น ถึงแม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่จะมีแนวโน้มลดลงก็ตามแต่ปัญหา บุหรี่ในปัจจุบันยังถือว่า เป็นปัญหาสุขภาพและสังคมที่ต้องดำเนินการแก้ไข จากการสำรวจข้อมูล การสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยได้ทำการ สัมภาษณ์นักศึกษาชายจำนวน 7,649 คน พบว่าสูบบุหรี่ 2026 คน คิดเป็นร้อยละ 26.48 ซึ่งสูงกว่า ค่าเฉลี่ยของประเทศจะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยการสูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ในกลุ่มต่าง ๆ แต่ยังไม่ มีข้อมูลของกลุ่มนักศึกษาในสถาบันราชภัฏ ซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศกลุ่มหนึ่ง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายใน สถาบันราชภัฏภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งจะสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนป้องกันการ สูบบุหรี่ของนักศึกษาและเยาวชนต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.1 เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งปัจจัยนำประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และลักษณะด้านประชากร

2.2 เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งปัจจัยเอื้อประกอบด้วยราคาบุหรี่ รายได้ของนักศึกษา การได้มาของบุหรี่ แหล่งที่ซื้อบุหรี่ สถานที่ที่สูบบุหรี่

2.3 เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งปัจจัยเสริมประกอบด้วย การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การมีเพื่อนสูบบุหรี่ การมีครูสูบบุหรี่ การต่อต้านการสูบบุหรี่จากครู และครอบครัว กฎระเบียบข้อบังคับของสถานศึกษา กฎหมาย

## ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะนักศึกษาชาย ระดับปริญญาตรี หลักสูตร 4 ปี ภาคปกติ ในสถาบันราชภัฏในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2539

2. ปัจจัยที่ศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

## ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

### ตัวแปรอิสระ

#### 1. ปัจจัยนำ

- ความรู้เกี่ยวกับบุหรี
- ทักษะติดต่อการสูบบุหรี
- ความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี
- ลักษณะด้านประชากร

#### 2. ปัจจัยเอื้อ

- ราคาบุหรี
- รายได้ของนักศึกษา
- การได้มาของบุหรี
- แหล่งที่ซื้อบุหรี
- สถานที่ที่สูบบุหรี

#### 3. ปัจจัยเสริม

- การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี
- การมีเพื่อนสูบบุหรี
- การมีครูสูบบุหรี
- การต่อต้านการสูบบุหรีจาก ครูและครอบครัว
- กฎระเบียบข้อบังคับของสถานศึกษา
- กฎหมาย

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี

### ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้วิจัยถือว่า ผู้ตอบแบบสอบถามคือ นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้คำตอบที่เชื่อถือได้ และตรงกับสภาพความเป็นจริง



## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **พฤติกรรมการสูบบุหรี่** หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำที่สังเกตได้เกี่ยวกับ การสูบบุหรี่ในที่นี้ ได้แก่ ปริมาณการสูบบุหรี่ ความถี่ในการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ ต่อเดือน การอดควันบุหรี่เข้าปอด ระยะเวลาที่สูบบุหรี่

- การสูบบุหรี่เป็นประจำ หมายถึง การสูบบุหรี่ของนักศึกษาซึ่งมีลักษณะการสูบบุหรี่เป็นประจำ อาจจะสูบบุหรี่ทุกวัน หรือสูบบุหรี่ 2-3 วัน ต่อครั้ง หรือสูบบุหรี่สัปดาห์ละครั้ง และมีการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

- การสูบบุหรี่เป็นบางโอกาส หมายถึง การสูบบุหรี่ของนักศึกษา ซึ่งมีลักษณะการสูบบุหรี่เป็นครั้งเป็นคราว และไม่ต่อเนื่องกัน เช่น สูบบุหรี่เวลามีอาการเครียด เวลาเข้ากลุ่มสังสรรค์ เป็นต้น

2. **ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่** หมายถึง องค์ประกอบหรือสิ่งกระตุ้นที่มีผลทำให้สูบบุหรี่ ในที่ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

- ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และลักษณะด้านประชากร

- ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น ประกอบด้วย ราคาบุหรี่ รายได้ของนักศึกษา แหล่งที่ซื้อบุหรี่ การได้มาของบุหรี่ สถานที่สูบบุหรี่

- ปัจจัยเสริม หมายถึง สิ่งที่นักศึกษาจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเนื่องจากการสูบบุหรี่ของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ การมีครูสูบบุหรี่ การยอมรับหรือต่อต้านการสูบบุหรี่จากครู และครอบครัว กฎระเบียบข้อบังคับของสถานศึกษา กฎหมาย

3. **ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่** หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของนักศึกษาเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ และนโยบายของรัฐเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

4. **ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่** หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นและความพร้อมที่จะปฏิบัติของนักศึกษาต่อการสูบบุหรี่ ในเรื่องการเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ผลเสียจากการสูบบุหรี่

5. **ความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่** หมายถึง ความเชื่อของนักเรียนที่มีต่อการสูบบุหรี่ ดังนี้

1) ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ถ้าตนเองสูบบุหรี่ หรือการได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ

2) ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อของนักศึกษาว่าโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เป็นโรคที่มีอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และต้องเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล

3) ความเชื่อเกี่ยวกับผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อของนักศึกษาที่มีต่อการเลิกสูบบุหรี่ ว่า จะสามารถลดโอกาสเสี่ยงจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ สุขภาพดีขึ้น อายุยืน และได้รับการยอมรับ

6. **ระยะเวลาการสูบบุหรี่** หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นสูบบุหรี่ถึงปัจจุบันที่สูบบุหรี่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่

7. **ลักษณะด้านประชากร** หมายถึง ปัจจัยที่เป็นลักษณะเฉพาะของนักศึกษา ในที่นี้หมายถึง อายุ จำนวนพี่น้อง สาขาวิชา ระดับชั้นที่ศึกษา บุคคลที่พักอาศัยอยู่ขณะศึกษา ที่พักอาศัย อาชีพบิดามารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

8. **นักศึกษาชาย** หมายถึง นักศึกษาชาย ระดับปริญญาตรี หลักสูตร 4 ปี ภาคปกติ ที่ศึกษาในสถาบันราชภัฏ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีการศึกษา 2539

9. **นักศึกษาที่สูบบุหรี่** หมายถึง นักศึกษาซึ่งปัจจุบันยอมรับว่าตนเองสูบบุหรี่โดยอาจจะสูบประจำหรือสูบเป็นบางโอกาส

10. สถาบันราชภัฏในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หมายถึง สถาบันราชภัฏนครราชสีมา สถาบันราชภัฏบุรีรัมย์ สถาบันราชภัฏสุรินทร์ สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี สถาบันราชภัฏมหาสารคาม สถาบันราชภัฏเลย สถาบันราชภัฏสกลนคร และสถาบันราชภัฏอุดรธานี

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องเรื่องบุหรี่สามารถเตรียมการป้องกันการสูบบุหรี่ให้แก่บุคคลทั่วไปได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการป้องกันและแก้ไขพฤติกรรมการสูบบุหรี่
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้สุศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่