

# บทที่ 1



## บทนำ

### ที่มาและความสำคัญของปัญหา

สงครามบุนหรี เกิดขึ้นในเอเชีย นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่ต้องเข้าร่วมสงครามครั้งนี้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ต้นปี พ.ศ. 2532 เมื่อบริษัทบุนหรีข้ามชาติยื่นมือสำนักผู้แทนการค้าอเมริกัน บีบีให้รัฐบาลไทยเปิดตลาดบุนหรี มิเช่นนั้นจะลงโทษทางการค้าด้วยมาตรา 301

องค์กรต่างๆ ในประเทศไทย ทั้งรัฐ เอกชน สื่อมวลชน นักวิชาการ ได้ผนึกกำลังกันอย่างเข้มแข็งต่อสู้คัดค้านบริษัทบุนหรีข้ามชาติและสำนักผู้แทนการค้าสหรัฐ

นับเป็นครั้งแรกที่แพทย์ อาทิ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ นพ.หทัย ชิตานนท์ และสส.ดร.สุรินทร์ พิศสุวรรณ จากประเทศไทยได้รับเชิญจากคณะกรรมการของสหรัฐให้ไปให้ปากคำ ในเวทีประชาพิจารณ์ที่สหรัฐ

ในที่สุด สงครามระหว่างประเทศไทยกับบริษัทบุนหรีข้ามชาติต้องอาศัยคณะกรรมการการค้าโลก (แกตต์) เป็นผู้ตัดสิน ซึ่งเป็นผลให้ไทยต้องเปิดตลาดบุนหรี แต่ยังคงสามารถมีมาตรการต่างๆ ในการปกป้องสุขภาพของประชาชนได้

แม้สงครามระหว่างประเทศจะได้ข้อยุติ แต่นั่นเป็นจุดเริ่มต้นให้บริษัทบุนหรีเริ่มหลุกค้าอย่างจริงจังในประเทศไทย และเป็นการเริ่มต้นของสงครามระหว่างการทำกำไรกับการปกป้องชีวิตในประเทศไทย

การพยายามขัดขวางการออกกฎหมายที่จะปกป้องสุขภาพของประชาชนจากพิษภัยของบุนหรีในปี พ.ศ. 2535 แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะสภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ยกมือให้กฎหมายเรื่องบุนหรี 2 ฉบับผ่านสภาออกมาในที่สุด

การพยายามหาช่องทางโฆษณาและส่งเสริมการขาย ทั้งๆ ที่มีกฎหมายห้ามมิให้โฆษณาบุนหรีทุกรูปแบบเพราะในวงการค้าและการทำกำไรนั้น เครื่องมือหนึ่งที่ผู้ประกอบการธุรกิจใช้ในการสร้างยอดขายคือ การโฆษณาและส่งเสริมการขาย

บุหรี่ก็เช่นกัน ในแต่ละปีอุตสาหกรรมบุหรี่จะใช้เงินมหาศาลในการโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ทางสื่อต่างๆ เฉพาะในสหรัฐอเมริกาประเทศเดียว บริษัทบุหรี่ใช้เงินในการโฆษณาและส่งเสริมการขายถึง 6 พันล้านเหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 222 พันล้านบาท หรือเท่ากับ 3.89 เท่ากับงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขปีพ.ศ. 2542 (57,171 ล้านบาท)

จากการศึกษาวิจัยของหลายๆ สถาบันทั่วโลกพบว่าการโฆษณานูหรีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี

แต่นับว่าเป็นโชคดีที่หลายๆ องค์กร ได้ผลักดันให้รัฐบาลออกกฎหมายที่ห้ามโฆษณาบุหรีทุกรูปแบบเมื่อปี พ.ศ.2532 และออกพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในปี 2535 คือ ห้ามโฆษณาบุหรีและส่งเสริมการขายบุหรีทุกรูปแบบ

แม้บุหรีจะทำให้ผู้สูบบางคนรู้สึกได้ผ่อนคลาย แต่บุหรีเป็นสินค้าประเภทเดียวที่ในระยะยาวจะฆ่าผู้บริโภคของตนเองในการใช้ตามปกติ

### ภัยร้ายของการสูบบุหรี

ความสูญเสียจากการสูบบุหรีนั้นมหาศาลกว่าที่หลายคนคาดคิด บุหรีนอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งปอด (ร้อยละ 90) โรคถุงลมปอดโป่งพอง (ร้อยละ 75) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 25) ซึ่งคร่าชีวิตคนทั่วโลกนับล้านคนแล้ว ในด้านเศรษฐกิจบุหรีสร้างปัญหาในด้านการสูญเสียงบประมาณทางด้านสาธารณสุขมหาศาล

หากผู้สูบบุหรีคนหนึ่ง สูบบุหรีวันละ 1 ซอง เขาจะต้องเสียเงินค่าบุหรีปีละประมาณ 10,000 บาท หากคนนั้นปัจจุบันอายุ 35 ปี และเริ่มสูบบุหรีมาตั้งแต่อายุ 15 เท่ากับว่าเขาจะต้องเสียเงินเป็นค่าบุหรีไปแล้วถึงประมาณ 200,000 บาท และถ้าวันนี้ คนๆ นี้ยังสูบบไเรื่อยๆ และในอนาคตเขาอาจเป็นผู้หนึ่งที่ป่วยด้วยมะเร็งปอด เขาจะต้องเสียเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลอีกไม่ต่ำกว่า 500,000-1,000,000 บาท

จากการศึกษาของธนาคารโลก ได้ประมาณการว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี ทำให้เกิดการขาดทุนทั่วโลกถึง 2 แสนล้านดอลลาร์หรือ 7 ล้านล้านบาทต่อปี โดยครึ่งหนึ่งของการขาดทุนเกิดในประเทศกำลังพัฒนา

ธนาคารโลกได้วิเคราะห์ไว้ว่า ในประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวต่อปีเท่ากับ 50,000 บาท ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งปอด ซึ่งแพทย์สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้เพียงประมาณร้อยละ 10 จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการนี้ต่อคนต่อปีเท่ากับ 450,000 บาท ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการณรงค์ให้คนไม่สูบบุหรีจะสามารถทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นจากการไม่สูบบุหรี

โดยจะใช้เงินเพียง 500-1,000 บาทต่อคนต่อปีเท่านั้น และความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการสูบบุหรี่นี้ทำให้ปัจจุบันธนาคารโลกได้งดการให้สินเชื่อแก่ประเทศที่ขอกู้ไปลงทุนเรื่องยาสูบทุกชนิด

ปัจจุบันทั่วโลกมีคนสูบบุหรี่ทั้งหมด 1,100 ล้านคนจากประชากรประมาณ 6,200 ล้านคน และในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 4 ล้านคน หรือวันละ 11,000 คน หรือนาทีละ 8 คน

ในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน และจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติปัจจุบันมีคนไทยสูบบุหรี่ถึง 10.2 ล้านคน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 60 ล้านคน และมีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ปีละประมาณ 2-3 แสนคน นั่นหมายความว่า ทุกๆ 6 คน จะมีผู้สูบบุหรี่ 1 คน

จากแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้าจำนวนผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน หรือนาทีละ 20 คน ในจำนวนนี้จะมีคนไทยรวมอยู่ด้วยปีละ 80,000 คน

อัตราการเสียชีวิตดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 7 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก นั่นหมายความว่า บุหรี่จะเป็นสาเหตุของการตายมากกว่าโรคเอดส์ วัณโรค การตายระหว่างคลอด อุบัติเหตุจากยวดยานพาหนะ การฆ่าตัวตาย และการฆาตกรรมรวมกัน

การวิจัยทางการแพทย์พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบตั้งแต่วัยรุ่นและสูบต่อไปเป็นประจำ มีอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่สูงถึงหนึ่งในสอง โดยที่ครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตในวัยกลางคนถึงวัย 70 หรือมีอายุสั้นกว่าคนทั่วไปถึง 22 ปี

นั่นหมายความว่า การรณรงค์สร้างค่านิยมที่ไม่สูบบุหรี่ในหมู่เด็กและเยาวชนมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพราะบุหรี่ปริมาณแรกที่นำไปสู่การติดบุหรี่ถาวรนั้นจะเริ่มในช่วงวัยรุ่น จากการวิจัยของหลายองค์กรพบว่า คนไทยที่สูบบุหรี่ร้อยละ 95 เริ่มสูบบุหรี่ก่อนอายุ 25 ปี คือจะลองสูบบุหรี่ปริมาณแรก ตั้งแต่อายุ 13-14 ปี และเด็กที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่จะมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากกว่าเด็กที่ผู้ปกครองไม่สูบบุหรี่ และในแต่ละปีจะมีผู้ติดบุหรี่รายใหม่ถึง 300,000 คน ซึ่งปัจจุบันมีเยาวชนที่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 90 ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ โดย 2 ใน 3 ของจำนวนนี้ ได้พยายามเลิกสูบบุหรี่แล้ว แต่ไม่สามารถเลิกได้

### พฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย

เป็นที่น่าสังเกตว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ปัจเจกบุคคลที่มีนิสัยติดบุหรี่เกือบทุกคนได้เริ่มหรือริลองพฤติกรรมนี้ในช่วงวัยรุ่น หรือระยะเข้าวัยรุ่นซึ่งเยาวชนไทยมักเริ่มต้นพฤติ-

กรรมกรสูบบุหรี่ประมาณช่วงอายุ 12-18 ปี และข้อสังเกตต่อไป คือวัยแห่งการเริ่มต้นของพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นสากลทั้งในวัฒนธรรมตะวันตก และวัฒนธรรมไทย อธิบายได้จากการที่พัฒนาการของมนุษย์เกือบทุกด้านมีความเหมือนกันเป็นสากล วัยนี้เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง การปรับตัว การแสวงหารูปแบบให้กับตนเอง ความต้องการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ต้องการอิสระ ดังนั้นหลายสิ่งหลายอย่างรวมทั้งพฤติกรรมการสูบบุหรี่จึงมักเริ่มต้นที่วัยนี้ในเกือบทุกวัฒนธรรม

แม้โดยภาพรวมจะสรุปได้ว่าวัยรุ่นเป็นวัยวิกฤติแห่งการเริ่มต้นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทุกวัฒนธรรม แต่เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากการวิจัยในประเทศตะวันตกกับงานวิจัยจำนวนหนึ่งของไทย ซึ่งส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนและนักศึกษาชายที่สูบบุหรี่ของสถาบันการศึกษาต่างๆ เยาวชนอเมริกันมีอายุเฉลี่ยของการเริ่มสูบบุหรี่ที่อายุ 12-13 ปี โดยพบว่าร้อยละ 25 ของเด็กอเมริกันทั้งชายและหญิงจะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 12 ปี ในขณะที่ร้อยละ 50 จะเริ่มสูบบุหรี่อายุ 13-14 ปี และเมื่อถึงอายุ 20 ปี ก็พบว่าร้อยละ 90 ของวัยรุ่นอเมริกันที่สูบบุหรี่ ได้ติดบุหรี่แล้ว สำหรับเยาวชนไทย เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยอายุเริ่มสูบบุหรี่ของงานวิจัย เด็กไทยมีอายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นในสังคมตะวันตกประมาณ 2 ปี จึงอาจเป็นไปได้ว่าวัฒนธรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวไทยเป็นมูลเหตุสำคัญที่ทำให้อายุเริ่มต้นของการสูบบุหรี่เลื่อนออกไป

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนนายสิบทหารบก (กัตติกา พงษ์ศิริ, การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ในนักเรียนนายสิบทหารบก ที่จังหวัดลพบุรี, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536) นักเรียนหลักสูตรพลตำรวจ และนักเรียนหลักสูตรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สูบบุหรี่ (สมชัย ชื่นตา, การศึกษาถึงพฤติกรรมและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียนชายระดับต่ำกว่าอุดมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล 2528) พบว่า เยาวชนไทยที่สูบบุหรี่ก็เช่นเดียวกับเยาวชนอเมริกัน คือร้อยละ 90 ติดบุหรี่มาตั้งแต่ก่อนถึงอายุ 20 ปี

การศึกษานักเรียนชายในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่สูบบุหรี่ กลับพบว่าร้อยละ 13.2 สูบบุหรี่ตั้งแต่มยังเป็นเด็กอายุระหว่าง 9-11 ปี (กำไรรัตน์ เย็นสุจิตร์, ประสิทธิภาพของโครงการค่ายเยาวชนและการเสริมแรงเพื่อการงดสูบบุหรี่ในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534) ยิ่งไปกว่านั้นอายุต่ำสุดที่พบว่าเด็กไทยเริ่มสูบบุหรี่คือ อายุประมาณ 4 ปี (มาลา รักษาพรหมณ์, ปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่ทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายระดับมัธยมศึกษา, วิทยานิพนธ์

สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

2526) ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่ายังมีเด็กไทยกลุ่มหนึ่งที่อาจอยู่ในสภาพแวดล้อมทางครอบครัวหรือชุมชนที่อาจมีมาตรฐานความเป็นอยู่หรือศีลธรรมไม่ดีนัก หรือเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ในทางตรงข้ามเด็กบางส่วนอาจได้รับการเลี้ยงดูแบบเข้มงวดจนเกินไป บางคนจึงกลายเป็นเด็กต่อต้านกฎระเบียบและข้อบังคับของสังคมได้ และการสูบบุหรี่ก็อาจเป็นเพียงการเริ่มต้นเท่านั้น

**ค่าเฉลี่ยอายุเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย**

ผู้วิจัย (พ.ศ.)	ระดับชั้นเรียน ของกลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยอายุเริ่มสูง (ปี)
กำไลทิพย์ ระน้อย (2537)	ระดับอนุปริญญา & ปริญญาตรี	15.9
สุนิตา ปรีชาวงษ์ (2535)	(พลศึกษา) ระดับปริญญาตรี	17.4
รวมพร นาคะพงศ์ (2535)	(แพทย์ฯ, นิติฯ, นิเทศฯ) ระดับอนุปริญญา	15.0
อรรถัย ลี้มตระกูล (2534)	(เทคโนโลยี) ระดับปริญญาตรี (เกษตรฯ, วิศวกรรม, แพทย์ฯ, สาธารณสุข, ศึกษา มนุษย์ และสังคมฯ)	17.1
ชัชวาล สิงห์รัตนศิริ (2534)	ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ	14.8
สมฤดี มอบนรินทร์ (2531)	ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ	17.0
มาลา รักษาพรหมณ์ (2526)	ระดับมัธยมศึกษา (ม.3 และ ม.6)	13.7
กองสารวัตรนักเรียน* (2523)	ระดับมัธยมศึกษา (ม.1 และ ม.6)	16.5

\* อ้างในสมฤดี มอบนรินทร์ (2531)

ข้อมูลในตาราง ยังชี้ทำให้เกิดการสรุปอีกประการหนึ่ง คือ ค่าเฉลี่ยอายุเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างต่างระดับชั้นเรียน และต่างกลุ่ม มีความแตกต่างกันคือ เยาวชนไทยในระดับมัธยมต้นจะมีอายุเฉลี่ยการเริ่มต้นสูบบุหรี่ที่มีอายุประมาณ 13 ปี อายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นสูบบุหรี่จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อระดับชั้นเรียนสูงขึ้น คือจะมีค่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นสูบบุหรี่ที่อายุประมาณ 16-17 ปี เมื่ออยู่ในชั้นมัธยมปลาย (สายสามัญ) และในระดับอุดมศึกษาตามลำดับแต่สำหรับเยาวชนไทยที่อยู่ในชั้นเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ กลับพบว่า อายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นสูบบุหรี่ต่ำกว่าในสายสามัญ คือ มีค่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มต้นสูบบุหรี่ที่อายุประมาณ 15-16 ปี ข้อมูลเหล่านี้ทำให้เกิดสมมุติฐานที่สำคัญว่า เด็กกลุ่มหนึ่งอาจมีคุณลักษณะหรือบุคลิกภาพบางอย่างที่ส่งผลให้เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อย และลักษณะหรือบุคลิกภาพดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุหรือมูลเหตุร่วมให้เด็กมีสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนต่ำ ข้อสรุปนี้อาจยืนยันได้ด้วยการพิจารณาจากร้อยละของผู้เริ่มสูบบุหรี่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของข้อมูลที่เก็บจากนักศึกษาชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพที่สูบบุหรี่ ซึ่งมีถึงร้อยละ 67.8 (ชัชวาล สิงห์รัตนศิริ, ประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย วิทยาลัยเทคนิคสุพรรณบุรี, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย กลับพบว่าได้เริ่มสูบบุหรี่ในชั้นมัธยมปีที่ 3 และมัธยมปีที่ 6 เพียงร้อยละ 10.0 และร้อยละ 38.2 เท่านั้น คุณลักษณะส่วนบุคคลที่อาจเสริมให้เยาวชนไทยบางคนมีแนวโน้มที่จะริลองสูบบุหรี่มากกว่าบางคนแม้อยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกัน สันนิษฐานได้จากงานวิจัยที่มีข้อคำถามถึงสาเหตุที่วัยรุ่นคิดว่ามีส่วนให้ตนเองสูบบุหรี่ครั้งแรก คุณลักษณะหรือบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่อาจสันนิษฐานขึ้น ได้แก่ การเป็นคนที่ค่อนข้างขาดความมั่นใจในตนเอง วางตัวไม่ถูกเมื่ออยู่ในสังคม ไม่กล้าปฏิเสธ ยอมตามผู้อื่นด้วยความเกรงใจ เป็นคนกล้าลองสิ่งใหม่และชอบที่จะลองเมื่อมีอิทธิพลกลุ่ม บางคนอาจมีความสับสนเกี่ยวกับตน เช่น ความเป็นหญิงเป็นชาย ความเป็นผู้ใหญ่-เด็ก ความเป็นผู้นำ-ผู้ตาม รวมทั้งปมเด่น-ปมด้อยในตน อย่างไรก็ตามข้อสรุปเหล่านี้ยังขาดงานวิจัยที่เจาะจงมาสนับสนุน

### สถิติการสูบบุหรี่ของคนไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจการสูบบุหรี่ของคนไทยทั่วประเทศ ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2519 พบว่า จำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 8.6 ล้านคน

จากจำนวนสำรวจล่าสุด พ.ศ.2542 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทั้งสิ้น 10.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.5 และมีผู้สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง 1.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.5

### จำนวนและอัตราร้อยละผู้สูบบุหรี่ อายุ 11 ปีขึ้นไป (2529-2542)

ปี	จำนวนประชากรทั้งหมด	สูบบุหรี่เป็นประจำ		สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2529*	39,245,800	10,377,000	26.4	-	-
2531	40,478,580	10,109,890	25.0	1,244,650	3.1
2534	43,292,100	11,402,100	26.3	884,000	2.4
2536*	45,680,300	10,406,200	22.8	1,196,400	2.6
2539	48,009,200	11,254,200	23.4	1,293,700	2.7
2542	49,905,600	10,230,600	20.5	1,761,100	3.5

\* เริ่มตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

#### สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่

สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่เคยสูบบุหรี่ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำหรือนานๆ ครั้ง พบว่า ไม่ดีเลยตัดสินใจเลิกเองมีมากที่สุด ร้อยละ 34.7 เป็นโรคแล้วแพทย์แนะนำให้งดสูบบุหรี่ ร้อยละ 25.5 สามี / ภรรยา / ลูกขอร้อง ร้อยละ 13.1 และกลัวเป็นโรคร้อยละ 11.7 ตามลำดับ

อัตราการย่อยละของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปที่เคยสูบบุหรี่ จำแนกตามสาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ และเขตการปกครอง

สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
ทั่วราชอาณาจักร	100.0	100.0	100.0
	(2,605.8)	(609.3)	(1,996.6)
สามี / ภรรยา / ลูก ขอร้อง	13.1	17.8	11.7
พ่อ / แม่ / เพื่อน /ญาติ ขอร้อง	2.2	2.9	2.0
กลัวเป็นโรค	11.7	11.3	11.8
เป็นโรคแล้วแพทย์แนะนำให้หยุดสูบบุหรี่	25.5	16.8	28.2
พบว่าไม่ดีเลยตัดสินใจเลิกเอง	34.7	39.2	33.3
ต้องการประหยัด	6.0	5.0	6.3
เชื่อว่าสังคมไม่ยอมรับผู้สูบบุหรี่	1.6	2.3	1.4
ปฏิบัติตามการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่	1.7	1.5	1.8
กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะทำให้สูบไม่สะดวก	0.3	0.2	0.3
อื่นๆ*	2.9	2.9	2.9
ไม่ทราบ	0.3	0.1	0.3

\* ตั้งครรภ์จึงเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

### มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ก่อตั้งขึ้นจากโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในนามของมูลนิธิหมอบ้านเมื่อสิบกว่าปีมาแล้ว โดยดำริของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ร่วมกับศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ

การรณรงค์ครั้งแรกเป็นการบรรยายเรื่องภัยต่อสุขภาพจากบุหรี่โดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี และ ศ.นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ให้กับสโมสรโรตารีดุสิต

หลังจากนั้น คุณหมอบ้านทั้งสองก็เห็นสมควรที่จะเริ่มดำเนินการให้ข้อมูลความรู้รณรงค์เรื่องพิษภัยของการสูบบุหรี่อย่างจริงจัง โดยมอบหมายให้ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ เป็นเลขาธิการดำเนินการดังกล่าว

ด้วยความสามารถของ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ และคณะทำงานซึ่งนำโดยคุณบังอร ฤทธิภักดี ทำให้การรณรงค์ของโครงการได้ผลดีเยี่ยม เป็นที่ประจักษ์ชัดแก่ประชาชนคนไทย และเป็นที่ยอมรับในแวดวงนานาชาติ



มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้ดำเนินการเผยแพร่กิจกรรมขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง  
 ทั่วๆ ที่มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ แต่ด้วยเงินสนับสนุนส่วนใหญ่ที่มาจากผู้ที่มีความศรัทธาและ  
 เชื่อในพิษภัยของบุหรี่ ทำให้มูลนิธิ พยายามที่จะช่วยกันดำเนินการรณรงค์ทุกรูปแบบ เพื่อให้การ  
 สูบบุหรี่ลดน้อยลง หรือหมดไป

## ความสำเร็จของสังคมไทย

การดำเนินกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของประเทศไทยที่ผ่านมาค่อนข้าง  
 ประสบความสำเร็จ ทั้งในด้านทำให้สังคมตระหนักถึงอันตรายของบุหรี่และการผลักดันให้มี  
 กฎหมาย

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2542 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 10.2  
 ล้านคน ลดลงจากการสำรวจเมื่อ พ.ศ.2539 (11.2 ล้านคน) 1 ล้านคน และเมื่อคิดเป็นร้อยละของ  
 ประชากรแล้วพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในปี 2542 เป็นอัตราที่ต่ำที่สุดนับตั้งแต่เริ่มมีการสำรวจพฤติ-  
 กรรมการสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่อปี 2519

โดยในปี 2519 มีประชากรวัยสูบบุหรี่ 28.7 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้สูบบุหรี่ 8.6  
 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30 ในขณะที่ปี 2542 มีประชากรวัยสูบบุหรี่ 49.9 ล้านคน มีผู้สูบ 10.2  
 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ถ้าอัตราการสูบบุหรี่ในปี 2542 เท่ากับในปี 2519 คือ ร้อยละ 30 ขณะนี้  
 จะมีผู้สูบบุหรี่เท่ากับ 15 ล้านคน ไม่ใช่ 10.2 ล้านคนดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ทำให้คนไทยสูบบุหรี่น้อยกว่าที่ควร  
 จะเป็นถึง 4.8 ล้านคน (15 ล้าน-10.2 ล้าน)

จะเห็นได้ว่า มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มีการตื่นตัวรณรงค์เพื่อการไม่สูบ  
 บุหรี่อย่างต่อเนื่องตลอดมา ทั้งในส่วนของกิจกรรม กฎหมายและข้อห้ามต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีเป้าหมาย  
 เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ในที่สุด

แม้ว่าสังคมไทยจะตื่นตัวในเรื่องการไม่สูบบุหรี่มากขึ้น แต่ความสูญเสียจากการ  
 สูบบุหรี่ยังมีมากกว่าที่หลายคนคาดคิดนัก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการรณรงค์ในการ  
 รณรงค์ที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องมี “สื่อ” ที่มีคุณภาพเพื่อสร้าง  
 กระแสค่านิยมที่ไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

แนวทางหลักทางหนึ่งที่ทางมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ใช้ในการรณรงค์ที่  
 สำคัญที่ก่อผล ก่อการกระตุ้นการรับรู้ของประชาชนได้อย่างกว้างขวาง ก็คือ การสร้างเครือข่ายกับ

องค์กรต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อมวลชน ซึ่งปรากฏว่าทั้งสื่อวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ต่างก็ผนวกเอาเรื่องราวของการรณรงค์เอาไว้ในสื่อต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจ ใคร่รู้ ที่จะค้นคว้าเกี่ยวกับโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กับกระบวนการในการเลือกใช้สื่อ ทั้งที่เป็นสื่อกระจายเสียง ซึ่งเป็นสื่อที่มีอิทธิพลต่อผู้รับชมมากที่สุด เพราะสามารถส่งได้ทั้งเสียงและภาพ รวมไปถึงสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ซึ่งในการส่งสารโดยผ่านสื่อต่างๆ นั้นจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้รับสารในสังคม ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของประชาชน ตลอดจนศึกษาข้อห้ามและกฎหมายต่างๆ ที่สนับสนุนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อเป็นการตรวจสอบสื่อมวลชนว่ามีการแอบแฝงการใช้สื่อในการโฆษณาบุหรี่ยังไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของรัฐและองค์กรเอกชนในการใช้สื่อเพื่อรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ช่วงปี พ.ศ.2535-2542
  - \* ช่วงปี พ.ศ.2535 - 2542 เป็นช่วงที่การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ประสบความสำเร็จสูงสุด และเป็นขณะเดียวกับที่ทางภาครัฐสนองรับนโยบายโดยมีการออกกฎหมาย ข้อกำหนดต่างๆ เพื่อกำกับและควบคุมการเผยแพร่ภาพท่าทาง หรือสัญลักษณ์ของบุหรี่ย่านทางสื่อทุกชนิด ประกอบกับเป็นช่วงที่มีอัตราการลดลงของจำนวนผู้สูบบุหรี่ และเกิดกระแสตอบรับต่อการต่อต้านการสูบบุหรี่มีมากที่สุดตั้งแต่มีการรณรงค์เป็นต้นมา
2. เพื่อศึกษาตรวจสอบสื่อมวลชนว่ามีการแอบแฝงการใช้สื่อในการโฆษณาบุหรี่ยังไร

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในด้านการใช้สื่อในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยเลือกศึกษาเฉพาะกรณีของวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์และสื่อหนังสือพิมพ์ เนื่องจากเป็นสื่อที่มีอิทธิพลต่อผู้ชมสูง และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย และทั่วถึง งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาในด้านการเลือกใช้สื่อต่างๆ ในการนำเสนอข่าวสารและการให้ความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ย่านสื่อ ตลอดจนการให้ความร่วมมือของสื่อมวลชนเพื่อรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ รวมถึงศึกษาตรวจสอบสื่อมวลชนว่ามีส่วนในการแอบแฝงการใช้สื่อในการโฆษณาบุหรี่ยังไร

โดยผู้วิจัยจะต้องศึกษากฎหมายและข้อกำหนดต่างๆ ที่กำกับดูแลการทำงานของสื่อในเรื่องการโฆษณาบุหรื

## สมมติฐานการวิจัย

การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากสื่อมวลชน เนื้อหาเรื่องราวที่น่าเสนอผ่านสื่อมีลักษณะของการส่งเสริมเพื่อก่อให้เกิดการรับรู้ ตลอดจนนำไปสู่การยอมรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การรณรงค์ฯ ได้รับการตอบสนองที่ดีจากประชาชน เป็นผลให้จำนวนของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันมีอัตราการลดลง นับว่าการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่ผ่านประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง

## นิยามศัพท์

เพื่อให้ผู้อ่านได้มีความเข้าใจในความหมายของคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยไปในแนวทางเดียวกัน จึงได้กำหนดนิยามศัพท์ไว้ดังนี้

**การสื่อสาร** หมายถึง กระบวนการของการถ่ายทอดสาร (Message) จากบุคคลหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ผู้ส่งสาร (Source) ไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ผู้รับสาร (Receiver) โดยผ่านสื่อ (Channel)

**สื่อ** หมายถึง วิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ

**โฆษณา** หมายถึง การกระทำไม่ว่าโดยวิธีใดๆ ให้ประชาชนเห็น ได้ยินหรือทราบความเพื่อประโยชน์ทางการค้า

**การรณรงค์** หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่มีกิจกรรมของการโน้มน้าวใจเข้าไปเกี่ยวข้อง ต้องการให้ผู้รับสารเปลี่ยนความเชื่อทัศนคติ หรือพฤติกรรม โดยมีจุดมุ่งหมายที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งมีโครงสร้างการทำงานแบบองค์การ

**การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่** หมายถึง การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรืในด้านต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรื สารพิษในบุหรื โรคที่เกิดจากการสูบบุหรื กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรืที่ประกาศปี พ.ศ. 2535

**ความรู้เกี่ยวกับบุหรื** หมายถึง การรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบุหรืในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านกฎหมาย ด้านสาธารณสุข และเศรษฐกิจ ที่จดจำและระลึกได้

**ความรู้ (Knowledge)** หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจเรื่องราวเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ได้อย่างถูกต้อง

**ทัศนคติ (Attitude)** หมายถึง ความคิดเห็นต่อสารด้านการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การมีอารมณ์ หรือความรู้สึกเป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างยิ่งต่อสิ่งที่กระตุ้น และสถานการณ์ภายนอก

**พฤติกรรม (Practice)** หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่เกิดจากการยอมรับความรู้ หรือขึ้นอยู่กับทัศนคติของบุคคลนั้นๆ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบถึงการใช้สื่อต่างๆ ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และสามารถนำมาประเมินผลใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการรณรงค์ผ่านสื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป
2. ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการผลิตสื่อ และวางแผนการใช้สื่อเพื่อการรณรงค์ และเผยแพร่ข่าวสารเพื่อการรณรงค์โครงการอื่นๆ ต่อไป
3. เพื่อเป็นข้อมูลและเป็นแนวทางสำหรับการศึกษากฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ ที่มีขึ้นเพื่อใช้ควบคุม และดำเนินการให้มีผลบังคับใช้ที่สัมฤทธิ์ผล ทั้งในเรื่องของการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และโครงการอื่นๆ ต่อไป