



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประวัติของบุหรี่

ในสมัยกรีกโบราณ ไบยาสูบ (Sola naceae) ชาวอินเดียแดงของอเมริกาใช้เป็นยาสมุนไพรรายหนึ่ง และใช้ใบมวนสูบในพิธีทางศาสนา ต่อมาเมื่อโคลัมบัสได้แล่นเรือมาพบทวีปอเมริกาในปี พ.ศ. 2035 คนในท้องถิ่นกลุ่มชาวราวัคได้มอบยาสูบใบแห้งให้แก่โคลัมบัส ชาวยุโรปไม่เคยรู้จักยาสูบและบุหรี่มาก่อน ในปี พ.ศ. 2101 ฟรานซิสโก เฟอร์นันเดซ แพทย์ประจำพระมหากษัตริย์ฟิลิปที่ 2 แห่งประเทศสเปน ได้นำไบยาสูบจากเม็กซิโกเข้าสู่ยุโรปและเสนอแนะว่าการสูบบุหรี่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง ทำให้ปอดถูกฟอกสะอาดขึ้น แต่ผู้ที่มีชื่อเสียงเกี่ยวข้องกับยาสูบคนแรก คือ จัง นิโคต (Jean Nicot) ทูตฝรั่งเศสประจำกรุงลิสบอน ประเทศโปรตุเกส เป็นคนแรกที่นำต้นยาสูบส่งไปถวายแก่คนในราชสำนักในกรุงปารีส และเผยแพร่ถึงคุณประโยชน์ต่างๆ ของไบยาสูบ ทั้งทางการแพทย์ และอื่นๆ จนเป็นที่นิยมแพร่หลายกันมาก จนกระทั่งชื่อของเขาได้รับเกียรติไปตั้งชื่อของต้นสูบ ซึ่งจีนัส ทางพฤกษศาสตร์ของต้นยาสูบ คือ "Nicotiana" ส่วนสารอัลคาลอยด์ที่พบในไบยาสูบ และทำให้เกิดการติดบุนั้น คือ "นิโคติน Nicotine" ส่วนคำว่า "ซิการ์" มาจากคำในภาษาสเปนว่า "ซิการ์โร Cigarro" ซึ่งแปลว่าการสูบบุหรี่ (10) ในราวศตวรรษที่ 16 สเปนเป็นชนชาติแรกที่นำไบยาสูบมาผลิตเป็นซิการ์ โดยชาวแอฟริกาจากอเมริกากลางและอเมริกาได้นำมาเผยแพร่ ในปี ค.ศ. 1761 ในสมัยก่อนนั้นนิยมไบยาสูบจากกลอง Dr. James Hills ชาวอังกฤษเป็นบุคคลแรกที่รายงานถึงความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับโรคมะเร็ง ระหว่างปี ค.ศ. 1853 - 1856 นักเดินเรือ ชาวอังกฤษก็เริ่มคุ้นเคยกับการสูบบุหรี่และอุตสาหกรรมการผลิตบุหรี่ได้เริ่มขึ้นในประเทศอเมริกา ในปี ค.ศ. 1884 โดย Mr. Jack Banzac ถึง ค.ศ. 1910 (11) เริ่มมีโรงงานผลิตยาสูบเป็นมวนบุหรี่สำเร็จรูปขึ้นเป็นครั้งแรก โดยมวนกระดาษ ทำให้ขนาดมวนบุหรี่เล็ก กะทัดรัด สวยงาม น่าสูบ สะดวกใช้มากขึ้น วิวัฒนาการก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการผลิตบุหรี่ด้วยการมวนด้วยกระดาษสีสันต่างๆ การคิดค้นกรองประกอบกับการนำกลูบยาสูบมาโฆษณาและการตลาดอันชาญฉลาดของบริษัทยาสูบ จึงเป็นเหตุให้ผู้คนหันมาสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (10)

จากหลักฐานที่ลาลูเบอร์ (La Loubet) ทูตพิเศษของพระเจ้าหลุยส์ที่ 14 แห่งฝรั่งเศสซึ่งได้เดินทางเข้ามายังประเทศสยามในรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชในปี พ.ศ. 2330 ได้บันทึกไว้ ทำให้เราทราบว่าได้มีการเพาะปลูกและนำไบยาสูบมาใช้ในประเทศก่อนหน้านั้นแล้ว ในบันทึกของเซอร์ จอห์น บาวริง (Sir John Bowring) ประเทศสยามมีการส่งออกไบยาสูบในช่วงก่อนปี

พ.ศ. 2400 และในเวลาต่อมาชาวเมืองก็ชอบที่จะบริโภคสินค้ายาสูบนำเข้าจากต่างประเทศด้วย (12) สำหรับในประเทศไทย ตามบันทึกของสมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ ได้อธิบายเรื่องบุหรี่ไว้ว่ามองซิเออร์ เดอลาลูแบร์ อัครราชทูต ฝรั่งเศส ได้เขียนเล่าเรื่องประเทศสยามว่าคนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างฉุนทั้งผู้หญิงและผู้ชาย โบายาที่ใช้กันในกรุงศรีอยุธยาได้มาจากเกาะมะนิลาบ้าง จากเมืองจีนบ้าง และปลูกในพื้นที่เมืองบ้าง ลักษณะของยาสูบหรือบุหรี่สมัยนั้น จะมีกลิ่นเหม็นมวนด้วยใบตองหรือใบจากตากแห้ง ในสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 4) แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ พระองค์เจ้าสิงหนาทดุรงค์ฤทธิ์ ได้ทรงประดิษฐ์บุหรี่ป้านขึ้นมาเพื่อสูบควันและอมยากับหมากพร้อมกัน ครั้นถึงรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชการที่ 5) ได้มีผู้คิดดัดแปลงบุหรี่ป้าน โดยตัดยาเส้นออกให้พอดีกับวัสดุที่ใช้มวน (ใบตองแห้ง ใบตองอ่อนและใบบัว) และได้รับความนิยมอย่างมาก การสูบบุหรี่จึงแพร่หลายมากขึ้น มีการนำบุหรี่ป้านจากต่างประเทศเข้ามาจำหน่ายเกิดอุตสาหกรรมยาสูบขึ้นมา และนำรายได้มาสู่ผู้ผลิตอย่างมหาศาล (1)

รัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบ เมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2482 โดยซื้อกิจการจากห้างหุ้นส่วนบูรพาพยาบาล (สะพานเหลือง) ถนนพระราม 4 ดำเนินกิจการอุตสาหกรรมภายใต้การควบคุมการผลิตของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง ต่อมารัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2486 ตามพระราชบัญญัติดังกล่าว การประกอบอุตสาหกรรมชิกาแรตเป็นการผูกขาดของรัฐ (1)

ปัจจุบันโรงงานยาสูบ เป็นรัฐวิสาหกิจสังกัดกระทรวงการคลัง เป็นหนึ่งในสามรัฐวิสาหกิจที่ทำรายได้แก่รัฐสูงสุด มีหน่วยงานทั้งสิ้น 14 ฝ่าย รวมพนักงานทั้งสิ้นประมาณ 7,000 คน ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ที่ถนนพระราม 4 คลองเตย กรุงเทพมหานคร มีสำนักยาสูบทั้งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวม 9 แห่ง ได้แก่จังหวัดของแก่น หนองคาย เพชรบูรณ์ สุโขทัย ลำปาง แพร่ เชียงใหม่ และเชียงราย โรงงานยาสูบได้ทำการผลิตบุหรี่ประมาณปีละ 40,000 ล้านมวน ผลิตบุหรี่ประมาณต่างๆ ออกจำหน่ายแล้ว 14 ตรา ทำรายได้ให้กับประเทศไทย ปีละประมาณ 15,000 ล้านบาท (1)

บุหรี่ปและสารก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย

บุหรี่ปเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง จัดอยู่ในยาเสพติดประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกับกัญชา และต้นกระท่อม และองค์การอนามัยโลกจัดบุหรี่ปไว้ในกลุ่มยาเสพติด กลุ่มที่ 9 ประเภทเดียวกับทินเนอร์ เบนซิน ยาแก้ปวด ฉะนั้นบุหรี่ปคือยาเสพติดที่ถูกกฎหมายประเภทหนึ่งซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางคือ กระตุ้นประสาทส่วนกลาง บุหรี่ปมีสารประกอบต่างๆ อยู่ไม่น้อยกว่า 2,500 ชนิด และในควันบุหรี่ปก็มี

สารประกอบอยู่ไม่น้อยกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งสารบางชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย บางชนิดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เซลล์เป็นตัวที่ก่อให้เกิดเซลล์มะเร็ง บางชนิดเป็นสารต่อต้านภูมิคุ้มกัน (13)

สารพิษที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่

1. สารนิโคตินและนอร์นิโคติน (Nicotine and nornicotine) มีประมาณ 7-8 %

ในดินน้ำมันจากควันบุหรี่ เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมัน ไม่มีสี เป็นสารที่มีฤทธิ์แรงที่สุดในควันบุหรี่ ออกฤทธิ์ได้ ทั้งเป็นตัวกระตุ้นและกล่อมประสาทส่วนกลางของสมอง ในวงการแพทย์สมัยใหม่ยอมรับว่านิโคตินเป็นสาเหตุสำคัญในการติดบุหรี่ การสูบบุหรี่ตลอดเวลา ก็เพื่อให้ระดับนิโคตินเพิ่มอยู่ในระดับที่ร่างกายต้องการตลอดเวลา หากระดับนิโคตินลดลงเมื่อไรจะเกิดอาการถอนยา คือ ความง่วงเหงาหาวนอน อารมณ์ หงุดหงิด ไม่สบายใจเกิดขึ้นมาคล้ายๆ กับอาการของยาเสพติดให้โทษทั่วไป แต่ไม่รุนแรงเท่าสารเสพติดชนิดอื่น สารนิโคตินที่แท้เป็นสารจำพวกอัลคาลอยด์ ไม่มีสี ละลายน้ำได้ดี มีคุณสมบัติเป็นยาพิษที่มีฤทธิ์ฆ่ารุนแรงมาก เพียงหยดนิโคตินเข้มข้น 2-3 หยด บนลิ้น ประมาณ 30 มิลลิกรัม ก็สามารถทำให้คนเสียชีวิตได้ทันที อาจดูดซึมเข้าทางเยื่อผิวของปาก ทางผิวหนัง และทางปอดได้ นิโคตินจะไปออกฤทธิ์ที่สมองส่วนกลาง ระบบหัวใจ หลอดเลือด และที่ระบบหายใจ สารนอร์นิโคตินระเหยเป็นไอได้น้อยกว่านิโคติน และมีพิษน้อยกว่าด้วย นิโคตินและนอร์นิโคตินสามารถรวมตัวกับเกลือไนโตรที่ได้กลายเป็นสาร เอ็น-ไนโตรโซนอร์นิโคติน (N – Nitrosornicotine) ซึ่งเป็นสารก่อการกลายพันธุ์ และอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็งได้

บุหรี่ยี่ห้อ 1 มวน จะมีนิโคตินอยู่ประมาณ 15-20 มิลลิกรัม แต่จะให้นิโคตินออกมาในควันบุหรี่ประมาณ 0.6-2.6 มิลลิกรัมต่อมวน บุหรี่ไทยมีปริมาณนิโคตินระหว่าง 0.1-1.6 มิลลิกรัมต่อมวนเท่านั้น ผู้ที่สูบบุหรี่ยิ่งสูบถี่ สูบแรง และอัดลึก ก็จะได้รับปริมาณนิโคตินเข้าปอดมาก และสูบลึกก่อนบุหรี่สิ้นเท่าไร ก็จะได้ปริมาณนิโคตินมากเท่านั้น

2. สารจำพวกโพลีไซคลิก อะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic aromatic hydrocarbon – PAH) หรือทาร์ (Tar) เป็นสารคล้ายน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารหลายชนิดเกาะติดกันเป็นน้ำตาลเป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งที่ปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะและอื่นๆ ซึ่งร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอดทำให้เกิดการเกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรังและเกิดเสมหะ ในคนที่สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง ปอดจะได้รับทาร์ประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน หรือ 110 กรัมต่อปี บุหรี่ไทยมีปริมาณทาร์อยู่ระหว่าง 25-34 มิลลิกรัมต่อมวน ซึ่งสูงกว่าของต่างประเทศมากโดยปริมาณทาร์ตามฐานสากลกำหนดให้มี 15 มิลลิกรัมต่อมวน

สารจำพวกโพลีไซคลิก อะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic aromatic hydrocarbon – PAH) ที่พบมากที่สุดในวันบวหรี คือเบนโซ (เอ ,โด) พัยรีน ,เบนโซ (ซี) พัยรีน, ไดเบนโซ (เอ,เจ) ,อะควิติน และ 7- ไดเบนโซ (ซีจี)คาร์บาโซล สารเหล่านี้เป็นสารก่อมะเร็งทั้งสิ้น เป็นสิ่งที่น่าสนใจพบว่า สารเบนโซ (เอ) พัยรีนเป็นสารก่อมะเร็งอย่างแรงที่สุดในกลุ่ม PAH ในวันบวหรี สาร PAH ไม่ได้เป็นส่วนประกอบของใบยาสูบ หรือส่วนอื่นใดของบวหรี แต่เกิดจากเผาไหม้ที่ร้อนจัดของสารสเตอรอลในใบยาสูบ

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ เป็นสารพิษที่อยู่ในควันท่อไอเสียรถยนต์ ผู้ที่สูบบวหรีดูดเอาก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์จำนวนมาก ซึ่งจะถูกดูดซึมที่ปอดเข้าไปในเม็ดเลือดแดงทางกระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในร่างกาย เซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ ทั่วตัวจะขาดออกซิเจน เช่น เซลล์ที่สมอง หัวใจ ทำให้ทำอะไรก็เหนื่อยง่าย และเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ

4. สารจำพวกกรดและฟีนอล มีประมาณ 8.8-16.6 % ในเขม่าของควันบวหรี มักเป็นสารกรดไขมันและระเหยได้ กรดไขมันอิสระนี้มีทั้งอิ่มตัวและไม่อิ่มตัวบางครั้งก็มีการคีโต (Keto-acid) เช่น กรดไพรูวิก ประปนอยู่ด้วย

สารพวกฟีนอล (Phenols) และโพลีฟีนอล (Poly-phenols) มีฤทธิ์เป็นกรดอย่างแรง ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อผิวและรบกวนการทำงานของขนเล็กๆ (Cilia) ในจมูก สารพวกฟีนอลที่สำคัญและมีฤทธิ์ร่วมก่อมะเร็ง (Cocarcinogen) ได้ คือ รูติน (Rutin) และกรดโคลโรเจนิค (Chlorogenic) และสารรูตินนี้ ยังทำให้เส้นเลือดฝอยเปราะง่ายด้วย บวหรี 1 มวน มีสารพวกฟีนอลประมาณ 1 มิลลิกรัม นอกจากนี้ ยังมีสารพวกอัลคิลฟีนอล (Alkylphenols) แนพทอล (Naphthols) ไฮโดรควิโนนด้วย

5. สารจำพวกอัลดีไฮด์ (Aldehydes) และคีโตน (Ketones) สารอัลดีไฮด์ที่พบมากในวันบวหรีมีน้ำหนักโมเลกุลต่ำ ได้แก่ ฟอรัลดีไฮด์ อะเซตัลดีไฮด์ โปรปิออนัลดีไฮด์ อะซีโตน เมธิล เอธิลคีโตน และไกลออกซาล สารเหล่านี้จะก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อผิวทางเดินลมหายใจ

6. สารจำพวกเอ็น-ไนโตรซามีน ในการเผาไหม้ของบวหรี จะเกิดสารไนโตรซามีน 31 จำพวก คือ พวกที่ระเหยได้ พวกที่ระเหยไม่ได้ และพวกที่จำเพาะต่อยาสูบโดยเฉพาะ ไนโตรซามีน พวกแรกมีมากเกิดจากปฏิกิริยาระหว่างสารแอมมีนกับก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ได้แก่ สารเอ็นไนโตรโซไดเมทิลแอมมีน (NDMA) และเอ็นไนโตรโซพีร์โรลิดีน (NPNR) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งได้ในสัตว์ทดลองสารเหล่านี้ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อผิวทางเดินลมหายใจ

7. สารจำพวกเทอร์ปีนและไอโซพรีน (Terpene and Isoprene) สารจำพวก ไอโซพรีน ที่รวมกันจากหน่วย ตั้งแต่ไดเมอร์ (Dimer) ขึ้นไป จนถึงเฮกซะเมอร์ (Hexamer) พบอยู่ในคว้นบุหรืรวมทั้งสารสควาลีน (Squalene) ซึ่งเป็นไตรเทอร์ปีน (Triterpene) ด้วย

สารสควาลีนนี้ อาจจับกันเป็นวงแหวน กลายเป็นโคเลสเตอรอล ซึ่งจะถูก ออกซิไดซ์ ให้กลายเป็นอนุพันธ์ไฮโดรเปอร์ออกไซด์ ที่ได้มาจากสตีกลมาสเตอร์ (stigmasterol) เบต้าซิโตสเตอรอล (β -sitosterol) และแกมมาซิโตสเตอรอล (α -sitosterol) ที่มีอยู่ในคว้นบุหรืนั้น มีฤทธิ์ทำให้เกิดมะเร็งได้

8. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) เป็นก๊าซพิษก่อให้เกิดอาการไอ มีเสมหะ และก่อให้เกิดอาการของหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

9. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นก๊าซที่มาจากคว้นท้อไอเสีย รถยนต์ในคว้นบุหรืมีไนโตรเจนไดออกไซด์ ถึง 250 ส่วนใน 1 ล้านส่วน (250 ppm.) เป็นก๊าซที่ทำให้ลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมโป่งพอง ถุงลมเล็กหลายอันแตก รวมกันเป็นถุงลมใหญ่และมีจำนวนน้อยลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองส่วนของถุงลมที่พองออก คล้ายลูกโป่ง จะกดเนื้อปอดส่วนดี ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง อาจเกิดอาการแน่น หน้าอก ไอ เรื้อรัง หอบเหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ มีโอกาสเป็นเรื้อรังไม่มีโอกาสหายและจะ ทรมานไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมที่โป่งพองฉีกขาด ทำให้เกิดอาการเจ็บ แน่นหน้าอก หอบ เหนื่อยมาก ถ้าแพทย์ช่วยไม่ทันอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และโรคถุงลมโป่งพองนี้มักจะเกิด ร่วมกับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังได้

10. สารระคายเคืองต่างๆ เช่น แอมโมเนีย อัลดีไฮด์ ฟีนอล คีโตน เป็นสาเหตุร่วม ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเป็นสาเหตุของการแสบจมูก แสบปาก

11. สารกัมมันตรังสี เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

12. สารพิษเจือปนในบุหรื สารที่อาจพบได้ในบุหรืและคว้นบุหรื ได้แก่ ยาฆ่าแมลง เช่น ดีดีที แอนดริน ไดแอนดริน อัลกริน กลูโรออน เซฟวิน มาลาโรออน และพาราโร-ออน ซึ่งตกค้างมากับใบยาสูบ สารโลหะหนักบางอย่าง เช่น สารหนู สารไนโตรท์ และสารไนเตรท สารไนโตรซามีน ก็อาจพบได้ในใบยาสูบและคว้นบุหรื นอกจากนี้ยังอาจพบสารกัมมันตรังสี เช่น เรเดียม ธอเรียม และโพลเนียม

โรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ เป็นโรคที่เกิดกับผู้สูบบุหรี่และผู้อยู่ใกล้ชิด พอสรุปได้ดังนี้
โรคที่เกิดกับตัวผู้สูบบุหรี่ (3)

1. โรคมะเร็ง การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้หลายส่วน แต่ไม่ว่าจะเป็นอวัยวะส่วนใดก็ตาม ผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งสิ้น โรคนี้ไม่สามารถที่จะรักษาให้โรคหายขาดได้ ร่างกายจะทรุดโทรมลงเรื่อยๆ ภูมิคุ้มกันต่ำลงและเสียชีวิตในที่สุด

จากรายงานประจำปี 2533 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า โรคมะเร็งปอดเป็นโรคที่เป็นกันมากและสูงเป็นอันดับหนึ่งของชายไทย คือ จากจำนวนผู้ป่วยชายที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด 789 ราย มีผู้ป่วยเป็นมะเร็งปอดถึง 152 ราย ซึ่งร้อยละ 92 ของผู้ที่เป็นมะเร็งปอด มีประวัติว่าสูบบุหรี่ และจากการศึกษาย้อนหลัง 10 ปี ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด จำนวน 1,078 ราย ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2517-2526 พบว่า มีผู้ป่วยให้ประวัติว่าสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.7 ในขณะที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก็ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด ที่มารับการรักษาในระยะ 5 ปี คือระหว่างปี พ.ศ. 2525-2529 จำนวน 575 ราย พบว่า มีผู้ป่วยให้ประวัติว่าสูบบุหรี่ ร้อยละ 78 (14)

นอกจากโรคมะเร็งปอดแล้ว ยังพบว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งของอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อีกหลายส่วน ได้แก่ มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งริมฝีปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งหลอดลม มะเร็งตับอ่อน มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และมะเร็งไต

2. โรคหัวใจ สารพิษในควันบุหรี่มีอันตรายต่อหัวใจ เนื่องจากทำให้เกิดเลือดเกาะตัวกันมากขึ้นเลือดจึงข้นและมีการแข็งตัว ซึ่งสภาวะดังกล่าวทำให้เลือดจับกันเป็นก้อน และเมื่อก่อนเลือดเหล่านี้ไปเกาะที่หลอดเลือดแดงบริเวณหัวใจ ทำให้เป็นอันตรายต่อหัวใจ คือ เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสหรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่สูบบุหรี่มีเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือมีไขมันในเส้นเลือดสูงจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันโลหิตสูงและไขมันในเส้นเลือดสูงจะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป (15)

3. พยาธิกำเนิดหรือการเกิดโรคหัวใจ หรือโรคระบบหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ เชื่อว่ามาจากสารนิโคติน และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ที่พิษจนได้ในสัตว์ทดลอง ส่วนสารอื่นในควันบุหรี่ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุร่วม คือ แคดเมียม ไนตริกออกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ คาร์บอนไดซัลไฟด์ สารเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเส้นเลือดที่นำไปสู่การเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบ คือ เกิดเส้นเลือดแข็ง ผนังเส้นเลือดหนา เส้นเลือดหัวใจหดตัว หัวใจเต้นไม่ปกติ ผลคือทำให้เส้นเลือด

เลี้ยงหัวใจไม่พอ หัวใจขาดออกซิเจน เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน นอกจากนี้หากเกิดกับเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองก็จะทำให้สมองขาดออกซิเจนเช่นกัน (4) เป็นผลให้สมองเสื่อมสภาพนำไปสู่การเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หากเกิดกับเส้นเลือดที่แขนขา จะทำให้ปวดมากเวลาเดิน เพราะกล้ามเนื้อขาดออกซิเจน อาจนำไปสู่การเน่าของแขนขา ถึงกับต้องตัดขาทิ้งในที่สุด

จากการติดตามชายอายุ 30-59 ปี ในสหรัฐอเมริกาเป็นเวลา 10 ปี พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจตีบของผู้สูบบุหรี่มีมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า

4. โรคมะเร็งเหงือก และโรคเยื่อในช่องปากอักเสบ มีสาเหตุมาจากสารพิษ (ทาร์) ในควันบุหรี่ที่ไปจับเกาะติดกับตัวฟัน เหงือก และเยื่อในช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียฟัน ที่สำคัญโรคมะเร็งเหงือกยังลุกลามไปยังเนื้อเยื่อกระดูกแก้มจนทะลุ เกิดโรคแทรกซ้อนและเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้

5. โรคของระบบทางเดินหายใจ ควันบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อเมือกของหลอดลม และทำให้เกิดอาการไอ หอบหืด ควันบุหรี่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจนี้ พบในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพองถึงร้อยละ 70 โรคหลอดลมอักเสบจะทำให้เกิดอาการไอ เสมหะมากในตอนเช้า ทำลายบุคลิกและสุขภาพ ยิ่งสูบนานมากขึ้นก็จะยิ่งทำให้อาการของโรคมามากขึ้น และไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ ส่วนโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งมักเป็นร่วมกับหลอดลมอักเสบเรื้อรัง พบว่าผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ 30 เท่า โรคนี้เกิดจากสารพิษในควันบุหรี่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและแตกถุงลมเล็กๆ หลายอันแตกรวมกันกลายเป็นถุงลมใหญ่ และมีจำนวนน้อยลงเกิดอาการอึดอัดแน่นหน้าอก ไอ หอบ เหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถจะรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการและชะลอให้ตายช้าลงซึ่งจะทรมาณไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมที่โป่งพองในนั้นฉีกขาด ทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดจนเกิดปอดแฟบ และทำให้เจ็บแน่นหน้าอก ถ้ามีการเลิกบุหรี่ทำให้อาการไอเรื้อรัง และการไอมีเสมหะน้อยลง ในผู้ที่หอบเหนื่อยจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง แม้จะเลิกสูบบุหรี่ อาการก็จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ในผู้ที่อายุน้อย หากเลิกสูบบุหรี่หน้าที่การทำงานของปอดจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้

6. โรคระบบทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินอาหาร ที่สำคัญ ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคแผลในลำไส้ และอาการกำเริบของโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น แผลลิ้นจี่ และตกเลือดในกระเพาะอาหาร โรคของระบบทางเดินอาหาร สารเคมีในบุหรี่ยังจะเป็นสาเหตุที่ทำให้กรดเพิ่มมากขึ้นในกระเพาะอาหาร เกิดการระคายเคืองการอักเสบของเยื่อกระเพาะ และเกิดแผลในกระเพาะอาหาร พบว่า ผู้สูบบุหรี่จะตายด้วยโรค

กระเพาะอาหารถึง 3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และพบว่า ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ ในผู้ชาย พบว่า จะมีการตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วน ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง

7. โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การสูบบุหรี่ โดยเฉพาะชนิด ซิกาเรต มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และบริเวณส่วนกรวยไต ซึ่งพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ความสัมพันธ์ของโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะกับการสูบบุหรี่เป็นไปเช่นเดียวกันกับโรคมะเร็งปอด จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในประเทศที่มีการสูบบุหรี่มาช้านาน จะพบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เพศชายร้อยละ 50 และเพศหญิงร้อยละ 25 มีผลมาจากการสูบบุหรี่ และการมีโอกาที่จะเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้มากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สูบและจำนวนที่สูบในแต่ละวัน คนสูบบุหรี่จัดจึงมีโอกาสเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะได้มากกว่าคนที่ไม่สูบ ถึง 5 เท่า

8. ผลต่อการตั้งครรภ์ อันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ มีอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ คือ อาจทำให้เกิดการแท้ง ทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด ทารกตายขณะคลอด การตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอด และมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกอีกด้วย

โรคที่เกิดกับคนที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่

อันตรายจากบุหรี่ต่อสุขภาพของคนที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่หรือที่เรียกว่าสูบบุหรี่ทางอ้อม (Passive smoking) เนื่องจากควันบุหรี่ในบรรยากาศ ซึ่งเกิดขึ้นใน 2 กระแส คือ

ก) ควันสายหลัก (Mainstream smoke) เป็นควันที่เกิดจากตอนกลางของมวนบุหรี่ ซึ่งเกิดจากการสูบบุหรี่ แล้วพ่นควันออกมาภายนอก

ข) ควันสายข้างเคียง หรือควันหลง (Sidestream smoke) เป็นควันที่เกิดจากการเผาไหม้ที่ปลายมวนบุหรี่ขณะที่ผู้สูบถือ คาบ หรือวางไว้โดยไม่ได้สูบ

ควันสายข้างเคียงนี้มีพิษสูงกว่าควันสายหลัก ดังนั้นการได้รับควันบุหรี่ไม่ว่าจากสายหลักหรือสายข้างเคียงโดยมิได้สูบเองก็มีอันตรายไม่น้อยไปกว่าการสูบบุหรี่โดยตรงแต่อย่างใด กล่าวคือผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคและปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ ดังนี้ (16)

1. ผลต่อเด็ก เด็กและทารก มีโอกาสเป็นโรคหลอดลมอักเสบและปอดอักเสบ ถ้าได้รับควันบุหรี่จากการสูบของสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่เด็กโตก็จะเกิดโรคหุ้ชั้นกลาง มีอาการหอบหืด เสมหะมากขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรกระบบทางเดินหายใจอื่นๆ อีกด้วย

2. ผลต่อหญิงมีครรภ์ แม้ว่าหญิงมีครรภ์จะไม่ได้สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่โดยเฉพาะระยะ 6 เดือนก่อนคลอด จะเพิ่มการเสี่ยงต่อการแท้ง ทารกตายคลอด การคลอดก่อนกำหนด

ทารกตายแรกคลอด และทารกน้ำหนักตัวน้อย จะทำให้น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ นอกจากนี้ยังมีผลทำให้เกิดรกเกาะต่ำและรกลอกตัวก่อนกำหนดมากขึ้น ลูกที่คลอดจากแม่ที่สูบบุหรี่อาจจะ มีน้ำหนักและความยาวน้อยกว่าปกติ พัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติ อาจมีความผิดปกติทางระบบประสาท และมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงกว่าลูกที่คลอดจากมารดาที่ไม่สูบบุหรี่ และมีผลทำให้ การสร้างน้ำนมของแม่น้อยลงด้วย

3. ผลต่อบุคคลทั่วไป ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ไม่ว่าจะเป็นควันสายตาก็ตาม จะทำให้เกิดการรบกวนจากกลิ่น ควัน และสารพิษในควันบุหรี่ก่อให้เกิดความรำคาญ หงุดหงิด เครียดและเกิดการระคายเคืองเยื่อหู ทำให้แสบตา แสบจมูก ไอ จาม ปวดศีรษะ มีอาการกำเริบ ของหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดอักเสบ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบบระยะสั้นที่เกิดขึ้น ในขณะที่ ได้รับควันบุหรี่ แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาวและเป็นอันตรายต่อสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ที่ สูบบุหรี่โดยตรง คือ มี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วนอกจากนี้คู่แต่งงานของ ผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่แต่งงานของผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่ามีความเสี่ยงที่จะ เป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี เมื่อ พ.ศ.2530 คณะกรรมการวิทยาศาสตร์ ทางด้านสุขภาพและการสูบบุหรี่ ประเทศอังกฤษได้ประกาศว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่หายใจเอาควัน บุหรี่เข้าไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากห้องทำงานหรือสถานที่แออัดเต็มไปด้วย ควันบุหรี่ มีโอกาสที่จะ เป็นมะเร็งปอดถึงร้อยละ 10-30 และมีชาวอังกฤษที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดปีละประมาณ 1,500 คน จากการสูบบุหรี่โดยอ้อม และจากสาเหตุเดียวกันนี้ ทำให้ชาวอเมริกันเสียชีวิตปีละ 4,000-5,000 คน และองค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environmental Protection Agency) ของ รัฐบาลสหรัฐอเมริกาได้ประกาศให้ควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อม (Environmental Tobacco Smoke) เป็นสารก่อมะเร็งกลุ่มที่ร้ายแรงที่สุด ซึ่งเรียกว่า "Class A Carcinogen" ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2536

มาตรการการควบคุมการสูบบุหรี่ของภาครัฐ

กฎหมายการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยที่อยู่ในความรับผิดชอบของ กระทรวงสาธารณสุขมี 2 ฉบับ (4) คือ

1. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535
2. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

สรุปสาระสำคัญของพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

1. ห้ามขายแลกเปลี่ยนหรือให้บุหรี่แก่บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี
2. ห้ามขายบุหรี่โดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติ
3. ห้ามขายสินค้า ให้บริการโดยแจกแถมโดยแลกเปลี่ยนกับบุหรี่ห้ามขายบุหรี่โดยแจกแถม ให้ หรือแลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่นหรือบริการเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อบุหรี่หรือผู้นำหีบห่อมาแลกเปลี่ยน หรือแลกซื้อ ห้ามให้หรือเสนอสิทธิการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการเป็นการตอบแทนหรือผู้ซื้อบุหรี่หรือผู้นำหีบห่อบุหรี่มาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ
4. ห้ามแจกบุหรี่ เป็นตัวอย่าง หรือเพื่อให้แพร่หลายยกเว้นการให้ตามประเพณีนิยม
5. ห้ามโฆษณาหรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมในสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และสื่ออื่นใดที่ใช้เป็นการโฆษณาได้ ยกเว้น ในสิ่งพิมพ์ซึ่งพิมพ์ นอกราชอาณาจักรโดยมิได้ มีวัตถุประสงค์นำเข้ามาจำหน่ายแจกในราชอาณาจักรโดยเฉพาะ
6. ห้ามใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในการแสดง การแข่งขัน การให้บริการหรือการประกอบกิจกรรมอื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ ให้สาธารณชนเข้าใจว่าเป็นชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ยกเว้นการถ่ายทอดสดจากต่างประเทศ
7. ห้ามโฆษณาสินค้าที่ ใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นเครื่องหมายของสินค้านั้นในลักษณะที่ อาจทำให้เข้าใจว่าหมายถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ
8. ห้ามผลิตนำเข้าเพื่อขายหรือเพื่อแจกจ่ายหรือโฆษณาสินค้าอื่นใดที่มีรูปลักษณะทำให้เข้าใจว่าเป็นสิ่งเลียนแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ซิการ์แรตหรือบุหรี่ ชิการ์หรือหีบห่อผลิตภัณฑ์ดังกล่าว
9. ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จะขายต้องมีส่วนประกอบตามมาตรฐานที่กำหนดในกฎกระทรวง
10. ผู้ผลิตหรือนำเข้าต้องแจ้งรายการส่วนประกอบตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
11. ผู้ผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องแสดงฉลากที่ หีบห่อผลิตภัณฑ์ก่อนนำออกจากแหล่งผลิตหรือนำเข้ามาในราชอาณาจักร
12. ห้ามมิให้ผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีได้แสดงฉลากตามที่กำหนด

สาระสำคัญของพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 (4)

1. ให้ผู้ดำเนินการ ซึ่งหมายถึง เจ้าของผู้จัดการ ผู้ควบคุมหรือผู้ที่รับผิดชอบดำเนินงานของสถานที่สาธารณะมีหน้าที่
 - จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่
 - จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานตามที่รัฐมนตรีกำหนด
 - จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด
2. ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่
3. ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่สาธารณะตามที่รัฐมนตรีประกาศ เพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้เป็นไปตามกฎหมาย

กิจกรรมการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่

การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบันของประเทศไทย มีวิธีการหลัก ๆ อยู่ 2 ประการ คือ

1. การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่โดยการประชาสัมพันธ์พิษภัยของบุหรี่ กระตุ้นเตือนและเพื่อช่วยเหลือให้กำลังใจแก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ตลอดจนปลูกจิตสำนึกของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่ไม่สูบบุหรี่ในการเรียกร้องสิทธิที่ถูกริดรอนจากคนสูบบุหรี่ ซึ่งจัดดำเนินการทั้งหน่วยงานของทางราชการและภาคเอกชนสำหรับหน่วยงานของราชการได้แก่ สถาบันควบคุมบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวเรือใหญ่ในการรณรงค์พร้อมกับโรงพยาบาลและสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดอื่น ๆ ส่วนภาคเอกชน ได้แก่ โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้านที่มีบทบาทอย่างมากในการรณรงค์อย่างต่อเนื่องมาตลอดเวลามากกว่า 10 ปี

2. การเข้มงวดในการบังคับใช้พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่อย่างจริงจังจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพระราชบัญญัติที่สำคัญมีดังนี้คือพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พุทธศักราช 2535 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2535 ซึ่งห้ามการโฆษณาบุหรี่ทุกรูปแบบในสื่อต่างๆ และจะต้องพิมพ์คำเตือนขนาดใหญ่เห็นได้ชัดเจนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ยังบนซองบุหรี่ ทุกซอง นอกจากนี้ยังห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี อีกด้วย นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พุทธศักราช 2535 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนกันยายน 2535 ซึ่งห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเช่น โรงพยาบาล และโรงเรียน เป็นต้น โดยกำหนดเป็นเขตปลอดบุหรี่ขึ้นมา

การรักษา (4)

การเลิกบุหรี่ มีวิธีในการบำบัดได้หลายหลากวิธี ในทางปฏิบัติพบว่า การให้การบำบัดผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ด้วยการใช้วิธีผสมผสานกันก่อนให้เกิดประสิทธิผลสูงที่สุด หนึ่งใน การบำบัดที่มักนำมาใช้ในการรักษาด้วยเสมอ คือ การรักษาทางจิตใจและสังคม รวมทั้งพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)

หลักการให้คำปรึกษา (4)

การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยบุคคลหนึ่งอยู่ในฐานะผู้ให้ การปรึกษา (Counselor) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้หรือได้รับการอบรมด้านการให้คำปรึกษา และอีกบุคคลหนึ่งเป็นผู้รับการปรึกษา (client) ผู้รับการปรึกษาจะได้ สำรวจและทำความเข้าใจถึง สิ่งที่เป็นปัญหาสามารถนำความรู้ ความเข้าใจในตนเองไปสู่ การแก้ปัญหาและการมี พฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้งยังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมตามควรแก่สภาพของตน

การใช้ยาบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ (4)

การใช้ยาบำบัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ โดยยาจะช่วยบรรเทา หรือป้องกันอาการถอนนิโคตินจากบุหรี่ ทำให้ผู้ติดบุหรี่ไม่ต้องได้รับสารก่อมะเร็งหรือสารพิษจาก คาร์บอนบุหรี่ ยาที่แนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก first-line drugs ได้แก่ ยาที่เป็นนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy, NRT) เช่น นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว ชนิดแผ่นติดผิวหนัง และยาเม็ดรับประทาน bupropion HCl sustained release หากผู้ติดบุหรี่มีข้อห้ามใช้กับ first-line drugs หรือใช้ first-line drugs แล้วไม่ได้ผล ยาที่แนะนำเป็นอันดับสอง (second-line drugs) ได้แก่ clonidine และ nortriptyline

ผลดีของการงดสูบบุหรี่ (17)

1. ด้านสุขภาพ ผลของการงดสูบบุหรี่จะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูบเอง และลดโอกาสที่จะเป็นโรคอันเกิดจากการได้รับคาร์บอนบุหรี่ของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ทำให้อายุขัยจะตายจากโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของระบบทางเดินหายใจ
2. ด้านเศรษฐกิจ จะเป็นผลดีต่อเศรษฐกิจของตนเองทั้งช่วยประหยัดเศรษฐกิจของประเทศชาติในการที่จะนำมาใช้ในเรื่องความเจ็บป่วย ความพิการและความตายที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ นอกจากนี้ยังเพิ่มปริมาณและคุณภาพเนื่องจากลดเวลาที่สูญเปล่าหรือทำงานไม่ได้เต็มที่ ในขณะที่สูบบุหรี่หรือ ป่วยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่

3. ด้านสังคม การงดสูบบุหรี่จะทำให้สังคมไม่ยอมรับการสูบบุหรี่มากขึ้นเพราะทราบถึงอันตรายของบุหรี่ เริ่มรังเกียจการสูบบุหรี่ทำให้ลดผู้สูบบุหรี่ลงได้ทั้งยังเป็นการเคารพสิทธิของผู้อื่นในการที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์และเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เยาวชนในการที่จะเข้าสังคม โดยที่ไม่ต้องสูบบุหรี่

4. ด้านสภาพแวดล้อม การงดสูบบุหรี่ทำให้บ้านเมืองสะอาด เพราะไม่มีเศษก้นบุหรี่ทิ้งไว้และลดอากาศเป็นพิษอันเนื่องมาจากควันบุหรี่ โดยเฉพาะในสถานที่แออัด ทำให้ผู้อื่นไม่ให้เป็นโรคอันเกิดจากการได้รับควันบุหรี่ทางอ้อม ทั้งยังเป็นการป้องกันเพลิงไหม้ อันมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ด้วย

• วิธีการเลิกบุหรี่มีขั้นตอนหรือแผนการดังกล่าว (18) เริ่มจาก

1. เลือกวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ โดยใช้วันสำคัญหรือวันที่มีความหมายสำหรับตัวท่าน เช่น วันเกิด วันแต่งงาน เป็นต้น
2. ตัดสินใจทิ้งบุหรี่ทั้งหมดที่ท่านมีอยู่รวมทั้งอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการสูบบุหรี่ เช่น ไฟแช็ค เพื่อท่านจะได้ไม่นึกถึงมันอีก
3. เปลี่ยนจากการดื่มน้ำชากาแฟ มาเป็นดื่มนมหรือน้ำผลไม้คั้นแทน
4. พึงระลึกอยู่เสมอว่า "งดบุหรี่ได้ 5 นาที คือนิมิตหมายที่ดีของการเลิกสูบบุหรี่"

อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ในระยะงดสูบบุหรี่

1. หงุดหงิด กระวนกระวาย ใจสั่น
2. ง่วงนอน เชื่องซึม สมองไม่แล่น ซึมเศร้า
3. กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ
4. รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น
5. ปวดศีรษะ
6. มีความรู้สึกที่ไม่พอใจ

อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในระยะแรกทั้งงดสูบบุหรี่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในร่างกายจากภาวะการขาดบุหรี่ อาการเหล่านี้จะหายไปภายใน 1 สัปดาห์การปฏิบัติตามคำแนะนำในการงดสูบบุหรี่จะช่วยในการลดอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น

ความหมายของความคิดเห็น

พจนานุกรม Oxford River Books English – Thai Dictionary (19) ได้ให้ความหมายของมุมมอง (viewpoint) ว่ามีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า ทักษคติ แง่คิด ความคิดเห็น

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ Webster New Word Dictionary (20) ให้ความหมายของความคิดเห็น (Opinion) หมายถึง การตัดสินใจ คำวิจารณ์ ความเห็น หรือรูปแบบของการประเมินผลในจิตใจเกี่ยวกับข่าวสารที่ได้รับ เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ หรือข่าวสารโดยความเชื่อนั้นจะขึ้นกับประสบการณ์ และการสังเกตของแต่ละบุคคล หรือความคิดเห็น การแสดงออกทางความคิด ความสนใจ ความรู้สึกของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (21) ให้ความหมายของความคิดเห็นว่า “เป็นข้อพิจารณาเห็นว่าเป็นจริงจากการใช้ปัญญา ความคิดประกอบ ถึงแม้จะไม่ได้อาศัยหลักฐานพิสูจน์ยืนยันได้เสมอไปก็ตาม” และอีกความหมายหนึ่งคือ “ทัศนะ หรือประมาณการเกี่ยวกับปัญหาหรือประเด็นใดประเด็นหนึ่ง”

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (22) กล่าวว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านทัศนคติ อย่างหนึ่ง แต่การแสดงความคิดเห็นเป็นนั้นมักมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

กมลรัตน์ หล้าสูงรังษ์ (23) กล่าวว่าความคิดเห็นเป็นการแสดงออกโดยการพูดหรือเขียนเกี่ยวกับ เจตคติ ความเชื่อ หรือค่านิยมของบุคคลความคิดเห็นไม่เหมือนเจตคติตรงที่ไม่จำเป็นต้องแสดงความรู้สึก อารมณ์หรือแม้กระทั่งการแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองหรือไม่ตอบสนองสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นเพียงคำพูดพร้อมเหตุที่บุคคลคิดขึ้นมา และถ้ามีคนไม่เห็นด้วยบุคคลนั้นอาจเปลี่ยนคำพูดดังกล่าวได้

บุญเรียง ขจรศิลป์ (24) สรุปว่า ความคิดเห็นหมายถึงการแสดงออกทางวาจาของเจตคติการที่บุคคลกล่าวว่าเขามีความเชื่อหรือความรู้สึกอย่างไรนั้น เป็นการแสดงความคิดเห็นของบุคคลนั้นดังนั้นการวัดความคิดเห็นของบุคคลเป็นสิ่งเป็นไปได้

จากความหมายของความคิดเห็น สรุปได้ว่า ความคิดเห็นหมายถึงการแสดงออกซึ่งการตัดสินใจ ตอบสนอง หรือการอธิบายเหตุผลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ หรือเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์หรือข่าวสาร ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์และการสังเกตของแต่ละบุคคล การแสดงความคิดเห็นของบุคคลนั้น สามารถวัดได้ ดังนั้น ความคิดเห็นของนักเรียนโรงเรียนนายเรือต่อการสูบบุหรี่และการรณรงค์แก้ไขการไม่สูบบุหรี่ จึงหมายถึง การแสดงออกด้านความรู้สึก ความคิด ต่อการสูบบุหรี่และรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนโรงเรียนนายเรือ

การวัดความคิดเห็น

บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ (25) เสนอการวัดความคิดเห็นหรือทัศนคติที่นิยมและรู้จักกันแพร่หลาย มี 4 วิธี คือ

1. วิธีของเทอร์สตัน (Thurston's Method) เป็นวิธีการสร้างมาตรวัด (scale) ออกเป็นปริมาณเปรียบเทียบตำแหน่งของความคิดเห็นหรือทัศนคติ ไปทางเดียวกันและเป็นเสมือนว่าเป็นมาตรวัดที่มีช่วงห่างเท่ากัน (Equal Appearing Intervals)

2. วิธีกัตต์แมน (Guttman's Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติ หรือความคิดเห็นในแนวเดียวกัน และสามารถจัดอันดับข้อความทัศนคติสูง ต่ำ แบบเปรียบเทียบกันและกันได้จากอันดับต่ำสุด ถึงสูงสุดได้และแสดงถึงการสะสมของความคิดเห็น

3. วิธีจำแนกแบบ S - D Scale (Semantic Different Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติหรือความคิดเห็นโดยอาศัยคู่คุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้าม (Bipolar Adjective) เช่นดี-เลว ชยัน-ขี้เกียจ เป็นต้น

4. วิธีแบบลิเคอร์ท (Likert's Method) เป็นวิธีสร้างมาตรวัดทัศนคติที่นิยมแพร่หลายเพราะเป็นวิธีสร้างมาตรวัดที่ง่ายและประหยัดเวลา ผู้ตอบสามารถแสดงทัศนคติในทางที่ชอบ หรือไม่ชอบ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับใจความว่าจะเป็นเชิงบวก (Positive) หรือเชิงลบ (Negative)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มาลา รักษาพรหมณ์ (26) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่ทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 302 คน จากผลการศึกษาพบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ปัจจัยทางด้านอายุ ศาสนา รายได้ต่อเดือนของนักเรียน อัตราการสูบบุหรี่ต่อวัน ของบิดา พี่ชาย เพื่อนสนิท และ

บุคคลที่นักเรียนพักอาศัยด้วย ไม่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

วรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง (27) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ พบว่า อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ของพระภิกษุอยู่ในช่วง 15-19 ปี โดยมีสาเหตุมาจากการสูบตามเพื่อน, สูบเพื่อความสบายใจ, สูบเพื่อแก้ความเขินอาย และอยากลอง โดยมักจะสูบวันละ 10-14 มวนและจะสูบในตอนใช้ความคิดมากๆ ส่วนค่าใช้จ่ายที่เสียไปกับการซื้อบุหรี่อยู่ระหว่าง 301-305 บาทต่อเดือน ส่วนสาเหตุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คือ เกิดจากความเคยชิน และรู้สึกหงุดหงิด

สมชาย ชื่นตา (28) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียนชายระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา ในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,506 คน พบว่า นักเรียนที่สูบบุหรี่ มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.8 โดยส่วนมากมีความรู้ว่าการสูบบุหรี่อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด ในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ พบว่า เมื่ออายุมากขึ้น นักเรียนจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากขึ้น และจากผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่าทัศนคติต่อบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

มยุรี จิรวินิชฐ์ (29) ได้ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตชายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า นิสิตที่สูบบุหรี่มีความรู้ในเรื่องโรคที่พบบ่อยในการสูบบุหรี่น้อยกว่านิสิตที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคน้อยกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ ในด้านทัศนคติ พบว่า นิสิตที่สูบบุหรี่มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไปในทางลบ ส่วนนิสิตที่ไม่สูบบุหรี่มีทัศนคติว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้ผู้อื่นรำคาญ มีผลร้ายต่อคนข้างเคียงที่ได้รับควันบุหรี่ และการมีกลิ่นตัวเป็นที่น่ารังเกียจ

จินตนา สิงห์สูง (30) ศึกษาเรื่องการใช้สัญลักษณ์ทางกฎหมายเพื่อควบคุมการซื้อบุหรี่ของเด็กและเยาวชน โดยทำการสำรวจความคิดเห็นของเด็ก เยาวชน กลุ่มผู้นำชุมชน ครูอาจารย์ ผู้ปกครอง และเจ้าของร้านขายบุหรี่ จำนวน 57 คน เกี่ยวกับการใช้สัญลักษณ์ทางกฎหมายเพื่อควบคุมการซื้อบุหรี่ พบว่า การใช้สัญลักษณ์ทางกฎหมายควบคุมการซื้อบุหรี่ของเด็กและเยาวชน ทำให้เด็กและเยาวชนมีการซื้อบุหรี่ลดลง ร้อยละ 45 จำนวนเด็กและเยาวชนมีการสูบบุหรี่ลดลง ร้อยละ 41.7 ปริมาณการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย ลดลง 1 มวนต่อวัน นอกจากนี้ยังทำให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจในการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังต่อการไม่สูบบุหรี่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

กัตติกา พงษ์ศิริ (31) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ในนักเรียนนายสิบทหารบกที่จังหวัดลพบุรี จำนวน 379 นายมีนักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 35.1 ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ร้อยละ 64.9 โดยประกอบด้วยผู้ที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 51.2 และผู้ที่เคยสูบแต่เลิกแล้วร้อยละ 13.7 การมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการมีบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่มีผลต่อการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สุรัชย์ อ้วนพี (13) ได้ศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชนในเขตอำเภออินทร์บุรี จำนวน 205 คน พบว่าเป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุอยู่ระหว่าง 41-45 ปี มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 3,134 บาท ฐานะพอกินพอใช้ มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ทัศนคติต่อสภาวะสุขภาพ, สังคม, เศรษฐกิจและการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการสูบบุหรี่จะสูบทุกวัน และสูบบานาน 16-20 ปี โดยเฉลี่ยสูบวันละ 12 มวน โอกาสที่สูบบมากที่สุดคือ หลังรับประทานอาหาร ค่าใช้จ่ายในการซื้อหรือสูบเดือนละประมาณ 208 บาท ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ทางโทรทัศน์ โดยเคยมีความคิดว่าอยากเลิกสูบบุหรี่ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้น ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่ทัศนคติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ชัยวัฒน์ เทพเสนา (9) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนายทหารของนักเรียนเสนาธิการทหารเรือ รุ่นที่ 53 จำนวน 147 คนพบว่า มีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 36.1 ซึ่งส่วนใหญ่ได้เริ่มสูบบุหรี่ก่อนอายุ 20 ปี สำหรับเหตุผลที่สูบคือ อยากลองด้วยตนเอง ร้อยละ 43.7 สูบตามเพื่อน พบ ร้อยละ 34.3 โดยส่วนใหญ่เริ่มสูบ 1 มวนต่อวัน ผู้สูบบุหรี่ที่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่คำนึงถึงปัญหาสุขภาพและคิดว่าอุปสรรคที่ทำให้การเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จคือการที่มีจิตใจที่ไม่เข้มแข็งพอ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ได้เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วและปัจจัยที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่อีกคือ การดื่มสุรา

จุฬารัตน์ ไต้เมฆ (32) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และความคิดเห็นเกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จำนวน 400 คนพบว่า มีนักศึกษาที่สูบบุหรี่ร้อยละ 10.8 ที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 16.2 และที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 73.0 นักศึกษาที่มีความแตกต่างของลักษณะทางประชากรด้านค่าใช้จ่าย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

วีระพงษ์ จินะดิษฐ์ (33) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนรัตภูมิวิทยา อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลาจำนวน 345 คน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนความรู้ของมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนทั้งมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (34) ได้สำรวจภาพรวมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยทั่วประเทศ เพื่อศึกษาแบบแผนของพัฒนาการด้านพฤติกรรมและเจตคติของเยาวชนไทยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ รวมทั้งปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยสุ่มสำรวจเยาวชนใน 16 จังหวัด จากทุกภาค ภาคละ 4 จังหวัด จำนวน 5,434 คน พบว่า เยาวชนไทยลองสูบบุหรี่ครั้งแรกตั้งแต่อายุ 13-14 ปี สาเหตุที่สูบบุหรี่ คือ เพื่อความสนุกสนาน เยาวชนที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีผลการเรียนไม่ดี มีการศึกษาต่ำ และมีพื้นฐานทางครอบครัวที่มีความกดดัน ขาดความอบอุ่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ พี่ และเพื่อนนั้นมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน และยังพบว่าเยาวชนที่มีรายได้ดีจะมีอัตราการสูบบุหรี่สูง เยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่มีเจตคติในด้านลบต่อเยาวชนที่สูบบุหรี่ และฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่นั้นมีผลทำให้เยาวชนที่สูบบุหรี่รู้สึกยับยั้งชั่งใจต่อการสูบบุหรี่มากขึ้น

ปฏิเวธ เพชรทะนันท์ (3) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติต่อบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายชายโรงเรียนพิชัยรัตนาคาร อำเภอเมือง จังหวัดระนอง จำนวน 350 คน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติ กับการสูบบุหรี่พบว่า ความรู้กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายชายไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนทัศนคติกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สุพิชชา กิ่งแก้วก้านทอง (35) ทำการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชน กรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษาในผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 635 ราย พบว่าอายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก ภาวะและเหตุการณ์ที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชนซึ่งส่วนใหญ่จะมีจำนวนคนในครอบครัวที่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 คน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

พงษ์ศักดิ์ เผือกสม (36) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายชาย โรงเรียนงหราพิชากร อำเภองหรา จังหวัดพัทลุง จำนวน 110 คน พบว่า มีนักเรียนที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 35.5 สาเหตุการสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ อยากรลองด้วยตนเอง และเพื่อนชักชวน โอกาสที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือ เวลาดื่มสุรา ที่สอดคล้องกับความรู้มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ รายได้เฉลี่ย ระดับการศึกษา การใช้เวลาว่างและอายุมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ยูลักษณ์ ชันอาสา (37) ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบและไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงในมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,360 คน พบว่านักเรียนหญิงกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ ร้อยละ 4.9 โดยมีปัจจัยที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้ จำนวน 7 ปัจจัยตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ที่สอดคล้องกับการสูบบุหรี่ ความเชื่อ อำนาจกฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความดึงดูดใจของผลิตภัณฑ์บุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยปัจจัยทั้ง 7 ดังกล่าวนั้น สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบและไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงได้ร้อยละ 83.9 โดยนักเรียนหญิงที่มีอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนสูง มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงบวก มีเงินค่าใช้จ่ายที่ได้รับสูง มีค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูง และเห็นผลิตภัณฑ์บุหรี่มีความน่าสนใจ เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะสูบบุหรี่ ส่วนนักเรียนหญิงที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูงและมีความเชื่ออำนาจกฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูง เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะไม่สูบบุหรี่

ยุพียง วงศ์ฝัน (38) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย วิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 285 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 30.9 และ 61.1 ตามลำดับ โดยบทบาทของครอบครัวด้านการเป็นแบบอย่างมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สำหรับบทบาทของครอบครัวด้านการอบรมเลี้ยงดูและด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการสูบบุหรี่ โดยบทบาทของครอบครัวโดยรวม พบว่าในกลุ่มไม่สูบบุหรี่ ครอบครัวมีการปฏิบัติต่อนักศึกษาในระดับมาก สูงกว่ากลุ่มสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 79.1 และ 20.9 ตามลำดับ การเป็นแบบอย่างของครอบครัวมีผลต่อการสูบบุหรี่ดั่งนั้นบิดามารดา หรือบุคคลในครอบครัวควรจะตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าว โดยเป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิกในครอบครัว

ตติยะ ช่างไม้, ภาวนนท์ ช่างจะงาม และวนิดา กาวิชัย (39) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นหญิง ซึ่งศึกษาในกลุ่มสามัญศึกษาชั้นปีที่ 1-6 และในสถาบันอาชีวศึกษา ในระดับชั้น ปวช.และปวส. พบว่าปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นให้เด็กนักเรียนหญิงเกิดความอยากบุหรี่ คือ ความเครียด อยากลองสูบ โมโหหงุดหงิด การทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นหญิงมีความสัมพันธ์กับการที่บุคคลในที่พักอาศัยสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติปัจจัยที่เป็นการกระตุ้นให้เกิดความอยากบุหรี่คือ ความเครียด โมโหหงุดหงิด อยากลองสูบ เทียบกลางคืน ทักษะคิดของวัยรุ่นหญิงต่อวัยรุ่นหญิงที่สูบบุหรี่ คือ เหม็นกลิ่นตัว ขยะแขยง น่ารังเกียจ เจยไม่สนใจ ราคาถูก

นิรันดร์ กระพี้แดงและคณะ (40) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่ เพื่อศึกษาทัศนคติปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่และกระบวนการที่สร้างหรือทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการไม่สูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่และมีอายุระหว่าง 14-24 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษาและอุดมศึกษาจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 612 คน พบว่า ทัศนคติของวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเคยสูบบุหรี่มาก่อนแล้วเลิกหรือทดลองสูบบุหรี่ครั้งเดียวแล้วเลิก

จรัญ จักรवालชัยศรี และคณะ (41) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาและการให้คำปรึกษาในการงดสูบบุหรี่ของผู้ใช้แรงงานในประเทศสิงคโปร์ เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในผู้ใช้แรงงานในต่างประเทศโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี 3 ด้าน คือปัจจัยหลัก ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวินิจฉัยและประเมินผลพฤติกรรม ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ภายหลังจากการจัดโปรแกรมสุขศึกษาและการให้คำปรึกษา คนงานไทยกลุ่มทดลองมีความรู้ต่อการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะงดสูบบุหรี่ถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทัศนคติต่อการงดสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะงดสูบ และความตั้งใจที่จะงดสูบมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ประกิต วาทีสาธกกิจ และดร.นพดล กรรณิกา (42) จากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ทำการวิจัยเรื่อง สสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติ ต่อการสูบบุหรี่ของผู้หญิงไทย : กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15-30 ปีและกลุ่มผู้หญิงที่สูบบุหรี่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 1,080 คน จากผลการศึกษาโดยการสอบถาม

เฉพาะกลุ่มผู้ชายในประเด็นที่ว่า "จะเลือกผู้หญิงที่สูบบุหรี่มาเป็นแฟนหรือไม่" ผลปรากฏว่าผู้ชายส่วนใหญ่ ระบุว่าไม่เลือกเนื่องจากไม่ชอบ ดูไม่ดี ไม่เป็นกุลสตรี รองลงมาคือจะเลือกเนื่องจากเห็นว่ามีอะไรเสียหาย ไม่ใช่ความผิดที่ร้ายแรง ไม่ใช่เรื่องสำคัญ และ ไม่แน่ใจน้อยที่สุดตามลำดับ