

# การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชน

=====



สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข

BUREAU OF NON COMMUNICABLE DISEASE (NCD)



## คำนำ

---

---

จากการที่ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ร่วมมือกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในการทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และโครงสร้างพื้นฐานของเครือข่ายเพื่อลดความเสี่ยงและภัยต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อในเยาวชน กรณีเรื่อง การควบคุมยาสูบ และทางกรมควบคุมโรคได้จัดพิมพ์เผยแพร่ในเดือนกุมภาพันธ์ 2550 หากแต่พิมพ์เผยแพร่ในจำนวนจำกัด

สืบเนื่องจากการทำงานควบคุมยาสูบในปี 2551 ตามคำขวัญวันงดบุหรี่โลก คือ “Smoke - Free Youth” ประเทศไทยชูประเด็นที่ว่า “เยาวชนรุ่นใหม่ ร่วมใจ ต้านภัยบุหรี่” จากคำขวัญดังกล่าวถือเป็นแนวทางในการทำงานสำหรับภาคีเครือข่ายในการควบคุมยาสูบที่มุ่งเน้นกลุ่มเยาวชนเป็นเป้าหมาย และใช้กลยุทธ์กลวิธีที่สอดคล้องกับเยาวชน อีกทั้งพัฒนาศักยภาพเยาวชนในการเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนขบวนการควบคุมยาสูบของไทยอีกด้วย ซึ่งในการจัดประชุมวิชาการ “บุหรี่ยับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7” ระหว่างวันที่ 4 - 5 สิงหาคม 2551 ก็เช่นกันที่ให้ความสำคัญกับปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนเป็นสำคัญ

ด้วยเหตุนี้ ศจย. มองเห็นประโยชน์ในการพิมพ์เผยแพร่เอกสารนี้ เพื่อให้บุคคลและหน่วยงานภาคีเครือข่ายได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์และโครงการสร้างพื้นฐานของการควบคุมยาสูบในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น จึงได้ขออนุญาตทางสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 โดยเปลี่ยนชื่อเป็น “การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชน” หากแต่เนื้อหายังคงเดิม และมีส่วนเพิ่มเติมสถานการณ์การสูบบุหรี่เฉพาะในกลุ่มเยาวชน เพื่อให้เอกสารนี้เกิดประโยชน์สูงสุด

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กรกฎาคม 2551



# สารบัญ

	หน้า
คำนำ	I
สารบัญ	III
สารบัญตาราง	V
บทสรุปผู้บริหาร	VI
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความสำคัญ	1
2. วัตถุประสงค์	2
3. ขอบเขตการทบทวน	2
บทที่ 2 การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคนยาสูบในเยาวชน	5
1. การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคนยาสูบในเยาวชน	5
1.1 แนวคิดการเฝ้าระวังการควบคุมยาสูบ	5
1.2 กลไกการเฝ้าระวังการบริโภคนยาสูบของเยาวชนในระดับสากล	6
1.3 กลไกการเฝ้าระวังบริโภคนยาสูบของเยาวชนในประเทศไทย	10
บทที่ 3 นโยบายสาธารณะ กฎหมาย และกฎระเบียบเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบในเยาวชน	21
1. นโยบายสาธารณะ	21
1.1 นโยบายสาธารณะทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิธีการลดความต้องการของเยาวชน (Demand) : นโยบายมาตรการด้านราคา	22
1.2 นโยบายสาธารณะและกฎหมายเพื่อลดความต้องการ (Demand) : มาตรการที่ไม่เกี่ยวกับราคา	23
2. มาตรการทางกฎหมายกับเยาวชนในประเทศไทย	25
2.1 นโยบายสาธารณะที่มีอิทธิพลต่ออุปสงค์ (Demand) และพฤติกรรมผู้บริโภคน	26
2.2 นโยบายสาธารณะที่มีผลต่อการลดอุปทาน (Supply) ของเยาวชน	41

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 4 โครงสร้างพื้นฐานเครือข่ายเยาวชนในการปกป้องและควบคุมยาสูบ ของเยาวชน</b>	<b>49</b>
1. องค์กรเครือข่ายป้องกันและควบคุมยาสูบในเยาวชนของต่างประเทศ	49
1.1 ระดับโลก	49
1.2 ทวีปอเมริกา	54
1.3 ทวีปยุโรป	58
1.4 ทวีปแอฟริกา	60
1.5 ทวีปเอเชีย	61
1.6 ทวีปออสเตรเลีย	63
2. องค์กรป้องกันและควบคุมยาสูบในเยาวชนของประเทศไทย	64
<b>บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ</b>	<b>71</b>
1. บทสรุป	71
2. ข้อเสนอแนะต่อการควบคุมยาสูบในกลุ่มเยาวชน	76
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>81</b>
<b>ภาคผนวก สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ 11 - 24 ปี ปี พ.ศ. 2534 - 2550</b>	<b>91</b>

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 อัตราการสูบบุหรี่รวมทุกประเภท จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ระหว่างปี พ.ศ.2534 - 2549	12
ตารางที่ 2 การสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ	14
ตารางที่ 3 ร้อยละการสูบบุหรี่และอายุเฉลี่ยเริ่มต้นสูบบุหรี่จำแนกตามเพศและพื้นที่	15
ตารางที่ 4 นโยบายสาธารณะเพื่อลดการบริโภคยาสูบ	23
ตารางที่ 5 ผลกระทบของราคามะพร้าวที่เพิ่มขึ้น 10% กับการที่ไม่ใช้มาตรการด้าน ราคา (ตัวเลขของผู้สูบบุหรี่ที่มีชีวิตอยู่ในปี 2542)	24
ตารางที่ 6 อัตราภาวะสูรรพสามิตบุหรี่ยิกาแรต รายได้ภาวะสูรรพสามิตบุหรี่ยิกาแรต ยอดจำหน่ายบุหรี่ และอัตราการสูบบุหรี่ ระหว่างปี พ.ศ. 2534 – 2549	28
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบอัตราภาวะสูรรพสามิตบุหรี่ยิกาแรต และอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนปี พ.ศ. 2534-2547	29
ตารางที่ 8 การร้องเรียนเกี่ยวกับการกระทำผิด พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ของศูนย์รับเรื่องร้องเรียน ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ.2549	32
ตารางที่ 9 ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของภาพคำเตือนจากงานวิจัยต่างๆ	37
ตารางที่ 10 ราคามะพร้าว การลดภาษี และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นของประเทศแคนาดา	46
ตารางที่ 11 มาตรการทางกฎหมาย และการเงินการคลังที่มีผลกระทบต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน	52

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

เพื่อปกป้องเยาวชนไทย จากการตกเป็นเหยื่อของการสูบบุหรี่ประมาณปีละ 2-3 แสนคน และช่วยเหลือเยาวชนไทยอายุต่ำกว่า 24 ปี ที่เสพติดบุหรี่ประมาณ 2 ล้านคน การศึกษานี้จึงได้เกิดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนและวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง นโยบายสาธารณะ กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งวิเคราะห์โครงสร้างพื้นฐานเครือข่ายเยาวชนในการปกป้อง และคุ้มครองเยาวชนจากภัยที่เกิดจากยาสูบ ในบริบทของทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ โดยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เน้นสถานการณ์ในช่วง ปี พ.ศ.2544 - 2549 จากการค้นคว้าเอกสารวิชาการ รายงาน และการค้นคว้าทางเว็บไซต์

การนำเสนอผลการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1) การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบในเยาวชน 2) นโยบายสาธารณะ กฎหมายและกฎระเบียบเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบในเยาวชน 3) โครงสร้างพื้นฐานเครือข่ายเยาวชนในการป้องกันและควบคุมยาสูบของเยาวชน และ 4) บทสรุปและข้อเสนอแนะ

### ส่วนที่ 1 การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบในเยาวชน

1.1 กลไกการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชนในระดับสากลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ 1) ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชน (Youth Risk Behavior Surveillance System: YRBSS) 2) โครงการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในเยาวชน (Tobacco use surveillance among youth) 3) การสำรวจการบริโภคยาสูบของเยาวชนระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey: GYTS) 4) การสำรวจวิชาชีพสุขภาพระดับโลก (Global Health Professional Survey: GHPS) และ 5) โครงการประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบระหว่างประเทศ (International Tobacco Control Policy Evaluation Project: ITC Project)

ทั้งนี้เนื่องจากการสำรวจระดับกว้างมีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ จึงควรมีการวิจัยหรือสำรวจเยาวชนกลุ่มต่างๆ เพื่อใช้ตรวจสอบการสำรวจในระดับกว้าง และใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบเฉพาะกลุ่มตามบริบทของกลุ่ม

1.2 กลไกการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชนในประเทศไทย ได้แก่ 1) โครงการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2) โครงการ GYTS ประเทศไทย 3) โครงการ Thailand Health Professional Survey (THPS) 4) โครงการสำรวจพฤติกรรม





เสียงของเด็กไทย 5) โครงการสำรวจผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย 6) โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย 7) โครงการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) และ 8) โครงการติดตามสภาวะเด็กและเยาวชนรายจังหวัด (โครงการ Child Watch)

อย่างไรก็ดี การสำรวจในแต่ละโครงการมีการนิยามพฤติกรรมการบริโภคยาสูบทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน และมีการออกแบบการสำรวจและขอบเขตการสำรวจแตกต่างกัน ซึ่งควรมีการวิเคราะห์และสังเคราะห์การสำรวจต่างๆ เหล่านี้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และอาจนำไปสู่การประสานให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อประสิทธิภาพของระบบ อีกทั้งระบบเฝ้าระวังการควบคุมยาสูบนี้ ควรบูรณาการไปกับโครงการเฝ้าระวังด้านสุขภาพของประเทศ ได้แก่ การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากร ภูมิภาค และของโลก เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละระดับได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และควรมีการนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการกำหนดนโยบาย

**ส่วนที่ 2 นโยบายสาธารณะกฎหมายและกฎระเบียบเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบในเยาวชน** ประกอบด้วย นโยบายสาธารณะเพื่อลดความต้องการ (Demand) และนโยบายสาธารณะที่มีผลต่อการลดอุปทาน (Supply)

### 2.1 นโยบายสาธารณะทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิธีการลดความต้องการ (Demand)

ประกอบด้วย 1) มาตรการด้านราคา ได้แก่ การขึ้นราคายาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการขึ้นภาษีบุหรี่ และ 2) มาตรการที่ไม่เกี่ยวข้องกับราคา ได้แก่ การห้ามการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ การห้ามขายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การออกกฎหมายเพื่อห้ามการสูบบุหรี่ ในสถานที่สาธารณะและสถานประกอบการ และการมีภาพคำเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ ล้วนเป็นมาตรการที่ส่งผลต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชนทั้งทางตรงและทางอ้อม

- **นโยบายการเพิ่มภาษีและราคาของบุหรี่** ในอดีตที่ผ่านมา (พ.ศ.2535 - 2547) การขึ้นภาษีบุหรี่ของประเทศไทยได้ก่อให้เกิดผลกระทบใน 3 ลักษณะคือ 1) การขึ้นภาษีบุหรี่ไม่ได้ทำให้รายได้เข้ารัฐลดลง และจำนวนบุหรี่ที่จำหน่ายได้ก็ไม่ลดลงเช่นกัน (พ.ศ.2536 และ พ.ศ.2537) 2) การขึ้นภาษีบุหรี่ทำให้รัฐมีรายได้เพิ่มมากขึ้นและจำนวนบุหรี่ที่ประชาชนบริโภคลดลง (พ.ศ.2542 - 2544) และ 3) การขึ้นภาษีบุหรี่ ทำให้รัฐ มีรายได้ลดลง และทำให้จำนวน

บุหรี่ที่ขายได้ลดลงเช่นกัน (พ.ศ.2544 - 2548) อย่างไรก็ตาม การขึ้นภาษีทำให้บุหรี่มีราคาสูงขึ้น ซึ่งส่งผลต่อเยาวชนในการซื้อและเข้าถึงได้ยากขึ้น

- **การห้ามโฆษณาบุหรี่และส่งเสริมการขาย** งานวิจัยทางวิชาการยืนยันอย่างชัดเจนว่า การโฆษณาทำให้การบริโภคยาสูบของเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นประเทศไทยจึงได้ออก พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มาตรา 8 ที่ห้ามการโฆษณาบุหรี่ในทุกรูปแบบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และในเดือนกันยายน พ.ศ. 2548 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายห้ามไม่ให้ร้านจำหน่ายบุหรี่ตั้งแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย โดยมีกลไกสำคัญของภาครัฐในการเฝ้าระวังการกระทำที่ผิดพระราชบัญญัติเกี่ยวกับบุหรี่ทั้ง 2 ฉบับ คือ ศูนย์รับแจ้งเรื่องร้องเรียนสุราและบุหรี่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามอุตสาหกรรมการยาสูบได้ปรับโฉมใหม่ของการโฆษณาและส่งเสริมการขาย มาอยู่ในรูปของการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อกิจกรรมของสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR) แทน ซึ่งประเทศไทยจะต้องสร้างกลไกเพื่อเฝ้าระวังอย่างรู้เท่าทันบริษัทบุหรี่ และการควบคุมการโฆษณาในทุกรูปแบบอย่างเคร่งครัดเพื่อไม่ให้เยาวชนต้องตกเป็นเหยื่อของการโฆษณา

- **การมีฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่** ประเทศไทยมีฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2517 และมีการพัฒนาคำเตือนมาตลอดจนถึงปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ซองบุหรี่จะต้องมีฉลากคำเตือนใหม่เป็นรูปภาพ 4 สี ประกอบด้วยข้อความคำเตือน 6 แบบ คละกัน และล่าสุด เมื่อปี พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศให้มีการเพิ่มภาพและคำเตือนเป็น 9 ภาพ โดยภาพคำเตือนใหม่จะมีผลบังคับใช้ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 การเปลี่ยนแปลงเกิดเนื่องจากมีงานวิจัยพบว่าภาพคำเตือนจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่างน้อยทุกสองหรือสามปี เพื่อมิให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้สูบบุหรี่เกิดความเคยชินและไม่สนใจภาพหรือข้อความดังกล่าวอีก ซึ่งภาพคำเตือนบนซองบุหรี่บางภาพถูกเลือกและนำมาใช้เพื่อสื่อสารกับกลุ่มเยาวชนไม่ให้รู้สึกอยากลองหรือสูบบุหรี่ต่อไป

- **สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่โดยเฉพาะในโรงเรียน** การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นมาตรการดีเยี่ยมของสาธารณสุขที่จะปกป้องสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความยากขึ้นสำหรับประเทศไทย มี พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2549 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 17 ซึ่งเป็นผลให้สถานที่สาธารณะหลายแห่งต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่เพื่อคุ้มครองสุขภาพของเยาวชน เช่น โรงเรียนหรือสถานศึกษาหรือสถาบันการศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา วิทยาลัย นักเรียน สนามเด็กเล่น ที่พักผู้โดยสาร ตู้โทรศัพท์สาธารณะ ห้องสมุด หอศิลป์ ห้างสรรพสินค้า



สถานที่บริการคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม เป็นต้น สถานที่ต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมและสุขภาพของเยาวชนทั้งที่เป็นผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่

**2.2 นโยบายสาธารณะที่มีผลต่อการลดอุปทาน (Supply) ของเยาวชน** เป็นความพยายามในการควบคุมสิ่งแวดล้อมไม่ให้เอื้อต่อการเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย ประกอบด้วย 1) การควบคุมการขายบุหรี่แก่เยาวชน 2) การห้ามการผลิต นำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไมลด์ ไลท์ ยาสูบไร้ควันและบุหรี่ซูรส 3) การควบคุมบุหรี่ยี่ห้อ และ 4) การกำหนดสถานที่จำหน่ายบุหรี่

- **การควบคุมการขายบุหรี่แก่เยาวชน** ประกอบด้วย 2 มาตรการสำคัญ คือ การห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และการห้ามการขายบุหรี่โดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติ ซึ่งปรากฏใน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ทั้งนี้เพื่อให้เยาวชนเข้าถึงได้ง่าย อย่างไรก็ตามยังพบว่า ร้านค้าบุหรี่ยังคงขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และรัฐก็มิได้มีกลไก หรือกำลังคนเพียงพอที่จะเฝ้าระวังให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในข้อนี้อย่างจริงจัง

- **การห้ามการผลิต นำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ที่มีฉลากไมลด์ และไลท์** บริษัทบุหรี่ยี่ห้อที่ใช้คำว่า ไมลด์ และไลท์ เพื่อกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มเยาวชนที่ริเริ่มลองสูบบุหรี่เป็นครั้งแรก 2) กลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกและยังเลิกไม่ได้ และ 3) กลุ่มผู้หญิงที่เชื่อว่าการสูบบุหรี่จะช่วยในการลดน้ำหนัก กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2549 เพื่อห้ามไม่ให้ ฉลากที่พิมพ์บนซองหรือภาชนะบรรจุยาสูบทุกรูปแบบที่ผลิต หรือนำเข้าในราชอาณาจักรไทย มีคำว่า Mild, Medium Light, Ultra light และ Low tar

- **บุหรี่ยี่ห้อ รัฐบาลของประเทศต่างๆ** มักกลัวว่าการขึ้นภาษีบุหรี่จะทำให้มีบุหรี่เถื่อนและบุหรี่ยี่ห้อเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นข้ออ้างที่จะไม่ขึ้นภาษีบุหรี่ ในขณะที่มีข้อมูลทางวิชาการพบว่า การลดภาษีบุหรี่ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาการลักลอบ แต่กลับมีผลเสียคือ มีการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้น และรัฐสูญเสียรายได้ที่ควรได้จากภาษีบุหรี่ไปเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการขึ้นภาษีบุหรี่มิได้ทำให้เกิดบุหรี่ยี่ห้อลักลอบ แต่กลับมีผลดีอย่างน้อย 2 ประการ คือ การบริโภคยาสูบลดลง และรัฐเก็บภาษีได้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการควบคุมการลักลอบนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมายเป็นมาตรการหนึ่งที่ควบคุมการสูบบุหรี่ของเยาวชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ยี่ห้อซูรส รสผลไม้และบุหรี่ยี่ห้อต่างๆ ซึ่งผลิตเพื่อจูงใจเยาวชนให้อยากลอง อยากลิ้มรส จึงควรมีมาตรการอย่างเคร่งครัด

การดำเนินการเรื่องบุหรี่ยี่ห้อลักลอบยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนนักสำหรับประเทศไทย ดังนั้นหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งกรมศุลกากร กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง



สำนักงานตำรวจแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องประชุมหารือร่วมกันเพื่อกำหนด ยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาบุหรี่ลักลอบอย่างจริงจัง

- การกำหนดสถานที่จำหน่ายบุหรี่เพื่อปกป้องเยาวชน มีงานวิจัยพบว่า สถานที่จำหน่ายบุหรี่ สุราเป็นแหล่งอบายมุข ที่พบเป็นอันดับแรกในบริเวณสถาบันการศึกษา ระยะไม่เกิน 500 เมตร ซึ่งมีผลให้เยาวชนในสถานศึกษาสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้โดยง่าย ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2549 ที่ผ่านมา กระทรวงการคลังโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงได้ออก กฎกระทรวงเพื่อกำหนดให้สถานที่ขายยาสูบต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานศึกษาหรือศาสนสถานและให้ รวมตลอดถึงบริเวณที่ซึ่งใช้สำหรับสถานศึกษา หรือศาสนสถานนั้นด้วย ไม่ว่าจะรั้วล้อม หรือไม่ก็ตาม รวมทั้งบริเวณต่อเนื่องติดกับสถานศึกษาหรือศาสนสถานด้วย

### ส่วนที่ 3 องค์การเครือข่ายป้องกันและควบคุมยาสูบในเยาวชน

เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญในการควบคุมยาสูบโดยให้เยาวชนคิดค้นกิจกรรมด้วย กลุ่มเยาวชนเองเป็นสำคัญ องค์การเครือข่ายเหล่านี้มีทั้งในระดับโลก นานาชาติ และ ระดับประเทศ รวมทั้งองค์กรในประเทศไทย

**3.1 องค์การต่างประเทศ** ซึ่งมีทั้งองค์กรระดับโลก ระดับทวีปและภูมิภาคต่าง ๆ ของโลกที่ได้ให้แนวทางในการดำเนินงานของประเทศสมาชิกและผู้สนใจทั้งในด้านนโยบาย มาตรการและการปฏิบัติในแต่ละระดับ และในมิติต่าง ๆ อาทิ โครงการริเริ่มสังคมปลอดบุหรี่ ขององค์การอนามัยโลก โครงการหยุดยั้งการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โครงการของทวีปต่าง ๆ เช่น โครงการควบคุมยาสูบในรัฐฟลอริดา องค์การณรงค์เพื่อเยาวชนปลอดบุหรี่ พันธมิตรระดับโลก เพื่อการควบคุมยาสูบ และโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ในทวีปต่าง ๆ เป็นต้น

**3.2 องค์การในประเทศไทย** ซึ่งมีทั้งองค์กรจากภาครัฐและเอกชน/องค์กรอาสาสมัครที่ไม่หวังผลกำไรที่มุ่งเน้นในการพัฒนาเยาวชนให้มีภูมิคุ้มกันไม่เสพสิ่งเสพติดต่าง ๆ รวมถึงบุหรี่ ได้แก่ โครงการทูปี่นัมเบอร์วัน โครงการค่ายเยาวชนสดใส ไร้ควันบุหรี่ (Smart Camp) โครงการเยาวชนนักรณรงค์สร้างสังคมปลอดบุหรี่ (We Care) สภาเยาวชนแห่งชาติ (สยช.) กลุ่ม NONA Club และเครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (คมส.) ซึ่งมีกิจกรรมและกลุ่มเป้าหมายที่มีทั้งเหมือนและแตกต่างกัน ครอบคลุมเยาวชนทั้งในและนอกโรงเรียน และดำเนินงานทั้งด้วยกลวิธีรณรงค์ กิจกรรมป้องกันและช่วยเหลือเยาวชนไม่ให้สูบบุหรี่และติดบุหรี่

## ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะต่อการควบคุมยาสูบในกลุ่มเยาวชน ประกอบด้วย

**4.1 ความจำเป็นในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมการบริโภคยาสูบของกลุ่มเยาวชน** เพื่อจะได้มีแผนงานโครงการที่ดำเนินการอย่างเบ็ดเสร็จครบวงจรในการควบคุมยาสูบในกลุ่มเยาวชน

**4.2 มาตรการด้านการศึกษาในระบบโรงเรียน** โดยบูรณาการไปกับระบบการศึกษาของโรงเรียนซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายคือเยาวชนในโรงเรียน ทั้งในเรื่องการกำหนดให้โรงเรียนมีนโยบายเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ การจัดการเรียนการสอน ทั้งในด้านหลักสูตรและกิจกรรมนอกหลักสูตร สนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่ม เครือข่ายเยาวชน ครู และ/หรือผู้ปกครองรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้มีการประสานและปฏิบัติการร่วมกันในการสร้างสังคมปลอดบุหรี่ทั้งที่โรงเรียนและบ้าน

**4.3 มาตรการด้านการช่วยเหลือเยาวชนที่ต้องการเลิกบุหรี่** ควรมีการจัดบริการช่วยเหลือนักเรียนที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ ทั้งในรูปของการให้คำปรึกษาแบบบุคคล แบบกลุ่ม หรืออาจจำเป็นจะต้องใช้นิโคตินทดแทน รวมทั้งมีการติดตามและประเมินผล ขณะเดียวกันควรให้ความสำคัญกับเยาวชนนอกโรงเรียนหรือกลุ่มที่เข้าสู่การจ้างงาน ควรมีบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น Quitline ที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการ และบริการเบ็ดเสร็จแบบ one stop service เป็นต้น

**4.4 มาตรการด้านการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและเครือข่ายเยาวชน** ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของเยาวชนในชุมชน (นอกระบบโรงเรียน) ทั้งนี้ประเทศไทยมีเครือข่ายเยาวชนที่มีศักยภาพที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศ หากแต่เป็นการดำเนินงานในระดับกลุ่มย่อยที่ยังไม่มีการเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน ดังนั้นเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการเชื่อมร้อยเครือข่ายเยาวชนตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ภาค และประเทศ และควรสนับสนุนให้เครือข่ายเยาวชนดำเนินงานร่วมกับชุมชน หรือนำข้อมูลและกิจกรรม การดำเนินงานเพื่อรณรงค์การไม่สูบบุหรี่เข้าไปสู่ชุมชนให้มากขึ้น ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาเครือข่ายเยาวชนที่มีศักยภาพ เช่น สภาคเด็กและเยาวชน เป็นต้น

ชุมชนควรมีมาตรการในการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เยาวชนสูบบุหรี่ โดยประสานความร่วมมือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้เกี่ยวข้องที่เป็นสถาบันหลัก ๆ เช่น ชุมชน/ผู้นำ โรงเรียน/ครู ครอบครัว/บ้าน วัด/พระ และบุคลากรสาธารณสุข โดยคำนึงถึงความต่อเนื่องและยั่งยืน

**4.5 มาตรการด้านการสื่อสารมวลชน** สื่อสารมวลชนมีอิทธิพลต่อความคิด ค่านิยม และพฤติกรรมของเยาวชน ดังนั้นในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในกลุ่มเยาวชน จึงควรให้ความสนใจต่อกิจกรรมร่วมกับสื่อที่สำคัญ ได้แก่

- สร้างความตระหนักให้นักการสื่อสารและนักข่าวต่อประเด็นปัญหาการบริโภคยาสูบของเยาวชน เพื่อสร้างภาคีที่มีศักยภาพในการสื่อสารกับเยาวชนผ่านสื่อสารมวลชนต่าง ๆ
- การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชนผ่านสื่อสารมวลชนระดับประเทศ เพื่อสร้างความตระหนักและค่านิยมคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่ และการให้กำลังใจจากสังคมแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่
- การพัฒนาสมรรถนะของเครือข่ายเยาวชนในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับสื่อสารมวลชน
- สร้างเว็บไซต์หรือช่องทางการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงได้สำหรับเยาวชนส่วนใหญ่ เพื่อเป็นสื่อกลางของเครือข่ายเยาวชนที่เครือข่ายต่าง ๆ สามารถใช้เป็นสื่อกลางเผยแพร่ข้อมูลการดำเนินงานของเครือข่ายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- ประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายเยาวชนในต่างประเทศ

**4.6 การพัฒนาและบังคับใช้กฎหมายการควบคุมยาสูบที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน** อย่างจริงจัง ในด้านกฎหมาย ประเทศไทยได้ลงสัตยาบันในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (FCTC - WHO) จึงต้องมีพันธกรณีในการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ โดยในส่วนของที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนนั้นอยู่ในมาตรา 16 ที่กล่าวถึงการขายและแจกจ่ายบุหรี่แก่เยาวชน ทั้งนี้ประเทศไทยได้ดำเนินการด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนไปแล้วเป็นส่วนมาก แต่ยังมีข้อเสนอแนะที่ต้องดำเนินการในอนาคต คือ

- ผู้มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมายและพนักงานเจ้าหน้าที่ควบคุมยาสูบ ควรมีการควบคุมกำกับดูแลการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เช่น การห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งพบว่า ร้านค้าที่จำหน่ายบุรียังไม่ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด รวมถึงกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การห้ามโฆษณา หรือแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย

- การมีกลไกการเฝ้าระวังติดตามที่มีประสิทธิภาพ มีกำลังคนและทรัพยากรที่เพียงพอ และเอื้อต่อการดำเนินการเฝ้าระวัง และการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อให้เท่าทันกับอุตสาหกรรมยาสูบ
- ในบางประเด็น เช่น การจำหน่ายบุหรี่ของเล็ก การแยกซองขาย การห้ามนำเข้าหรือจำหน่ายบุหรี่ซุกรส และมาตรการในเรื่องบุหรี่ลักลอบ ต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจัง รวมทั้งการขึ้นราคาและภาษีบุหรี่ให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

\*\*\*\*\*





# บทที่ 1

## บทนำ

.....

### 1. ความสำคัญ

ทั่วโลกมีเยาวชนสูบบุหรี่ 250 ล้านคน และเยาวชนเหล่านี้จะเสียชีวิตเนื่องจากการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในอนาคต โดยร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตเหล่านี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2006) นอกจากนี้ ยังพบว่า การสูบบุหรี่ของเยาวชนถูกระบุว่าเป็นโรคระบาด

ในปัจจุบัน การเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนในประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้รับความสนใจทั้งในประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว มีข้อมูลทางสถิติแสดงให้เห็นว่า ในทุกๆ วัน มีเยาวชนทั่วโลกจำนวนถึง 80,000-100,000 คน กลายเป็นนักสูบหน้าใหม่ (Joy de Beyer, 2001) โดยพบว่ามีนักเรียน อายุ 13 - 15 ปีสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 10 โดย 1 ใน 4 ของนักเรียนกลุ่มอายุนี้ สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 10 ปี และยังพบว่าทั้งเด็กชายและเด็กหญิงมีแบบแผนไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชนลดน้อยลงเป็นลำดับ ดังเช่น ในปี พ.ศ.2538 เยาวชนชายและหญิง อายุ 14-16 ปี ในประเทศอัลมาเนียสูบบุหรี่ร้อยละ 56 และ 21 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ ในประเทศเตอร์กิ ในปี พ.ศ.2539 เยาวชนชายและหญิง อายุ 7-13 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 14 และ 9 ตามลำดับเช่นกัน และอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนก็มีลักษณะเดียวกันในประเทศเบลารุส บัลกาเรีย และฮังการี (Corrao et al, TCCP, ACS2000 and GYTS1999)

สำหรับเยาวชนไทย ในปัจจุบันมีข้อมูลที่น่าวิตกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยพบว่า เด็กไทยอายุต่ำกว่า 18 ปีเสพติดบุหรี่เกือบ 5 แสนคน และเยาวชนอายุต่ำกว่า 24 ปีเสพติดบุหรีกว่า 1.5 ล้านคน ซึ่งในแต่ละปีมีเยาวชนไทยเสพติดบุหรีหน้าใหม่และกลายเป็นผู้สูบบุหรีเป็นประจำ 2-3 แสนคน ทดแทนผู้ใหญ่ที่เสียชีวิตอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี ทำให้จำนวนผู้สูบบุหรีของไทยจึงยังคงที่ จากข้อมูลยังพบว่า อายุของผู้เริ่มสูบบุหรีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 - 2547 มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบเท่ากันคือ 18 ปี จำนวนบุหรีที่เยาวชนไทยสูบเฉลี่ยวันละ 8.3 มวน คิดเป็นเงินวันละประมาณ 20 บาท นอกจากนี้ยังพบข้อมูลว่า บุหรีเป็นสิ่งเสพติดชนิดแรกของวัยรุ่น และเป็นสื่อนำไปสู่การเสพติดยาเสพติดชนิดอื่นที่ร้ายแรงกว่า (ประกิต วาที่สารกกิจ, 2547)



อัตราการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่ลดลงได้ช้า เกิดเนื่องจากปัจจัยและเงื่อนไขหลายประการ ประการหนึ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ กลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ที่ทำการผลิตและการตลาดที่มุ่งทำให้กลุ่มเยาวชนสูบบุหรี่มากขึ้น ทั้งด้วยการผลิตยี่ห้อใหม่ ๆ ให้ติดตลาดเพื่อให้เยาวชนเกิดการอยากลอง การตลาดที่มีความชำนาญสูงในการเข้าใจจิตวิทยาของวัยรุ่น และการเข้าใจแบบแผนและทัศนคติเกี่ยวกับสูบบุหรี่ของวัยรุ่นโดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง

สถานการณ์และปัญหาการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงขึ้นภายใต้กระแสสังคมบริโภคนิยมและการสร้างค่านิยมใหม่ อีกทั้งการสูบบุหรี่ยังถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมไทยจะต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมด้วยมาตรการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ระบบเฝ้าระวังในด้านข้อมูลข่าวสารและมาตรการเชิงนโยบายและกฎหมาย นับเป็นมาตรการที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบของวัยรุ่น ด้วยเหตุนี้ความต้องการการรวบรวมประสบการณ์ บทเรียน และองค์ความรู้จากนานาประเทศและจากสังคมไทยเอง จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการสร้างองค์ความรู้ที่จะเป็นรากฐานในการเข้าใจสถานการณ์อย่างรู้เท่าทันและนำไปสู่การก้าวต่อไปในการพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ของเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## 2. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อ

1. ทบทวนและวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของวัยรุ่นทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ
2. วิเคราะห์นโยบายสาธารณะ กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงในการสูบบุหรี่ของเยาวชนทั้งของไทยและต่างประเทศ
3. วิเคราะห์โครงสร้างพื้นฐานเครือข่ายเยาวชนในการปกป้อง ป้องกันและคุ้มครองเยาวชนจากภัยที่เกิดจากยาสูบทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ

## 3. ขอบเขตการทบทวน

การทบทวนปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคของเยาวชน (อายุ 11-24 ปี) ดำเนินการทบทวนข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศในระยะเวลา 5 ปีย้อนหลัง คือ ระหว่างปี พ.ศ.2545 - 2549 โดยมีโครงสร้างเนื้อหาของบททบทวน ดังนี้

### 3.1 ระบบเฝ้าระวังทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญดังนี้

- 1) แนวคิดในการเฝ้าระวังการควบคุมยาสูบ
- 2) กลไกการเฝ้าระวังโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับวัยรุ่นของประเทศต่างๆ ทั่วโลก
- 3) กลไกการเฝ้าระวังโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับวัยรุ่นของประเทศไทย

### 3.2 นโยบายสาธารณะ กฎหมาย กฎระเบียบ เพื่อลดความเสี่ยงในเยาวชนทั้งในและต่างประเทศ โดยจำแนกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

- 1) นโยบายสาธารณะที่มีผลต่ออุปสงค์และพฤติกรรมผู้บริโภค ได้แก่
  - การเพิ่มภาษีและราคาของบุหรี่
  - ห้ามการโฆษณาบุหรี่ รวมถึงห้ามการส่งเสริมและการให้การอุปถัมภ์ของบริษัทบุหรี่
  - การใช้ภาพและคำเตือนด้านสุขภาพและข้อความระบุปริมาณของทาร์และนิโคติน
  - สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ ที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน
- 2) นโยบายสาธารณะที่มีผลต่ออุปทาน ได้แก่
  - นโยบายการค้าและการนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมาย
  - การควบคุมไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงบุหรี่

### 3.3 โครงสร้างพื้นฐานเครือข่ายเยาวชนในการปกป้องและควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชนทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย

- บทบาทของเครือข่ายเยาวชน ครอบครัว และชุมชน และองค์กรในการควบคุมยาสูบในต่างประเทศ
- บทบาทของเครือข่ายเยาวชน ครอบครัว และชุมชนและองค์กรในการควบคุมยาสูบในประเทศ



## บทที่ 2

### การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบในเยาวชน

---

#### 1. การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบในเยาวชน

##### 1.1 แนวคิดการเฝ้าระวังการควบคุมยาสูบ

การเฝ้าระวังแบบเบ็ดเสร็จและระบบการประเมินผล ควรเป็นส่วนที่บูรณาการเข้าไปในโครงการและเป็นองค์ประกอบสำคัญของนโยบายและโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบ ข้อมูลที่ได้พิสูจน์แล้วว่านโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศต่างๆ ที่ประสบผลสำเร็จล้วนได้รับการสนับสนุนจากระบบการเฝ้าระวังและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง และการประเมินผลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับประเทศสมาชิกที่ให้สัตยาบันกับอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO – FCTC) โดยประเทศสมาชิกมีพันธกรณีที่จะต้องรายงานและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (มาตรา 21) และจะต้องดำเนินการโดยการพัฒนาสิ่งต่อไปนี้ คือ

“โครงการเฝ้าระวังเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค รูปแบบ ตัวกำหนดและผลสืบเนื่องของการบริโภคยาสูบและการสัมผัสควันบุหรี่ของประเทศ ภูมิภาคและระดับโลก ประเทศสมาชิกควรบูรณาการโครงการเฝ้าระวังนี้ เข้าไปในโครงการเฝ้าระวังด้านสุขภาพระดับประเทศ ภูมิภาคและระดับโลก เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในระดับภูมิภาค และนานาชาติ อย่างเหมาะสม (มาตรา 20.2)”

##### นิยามของการเฝ้าระวัง (Surveillance)

การเฝ้าระวัง เป็นการควบคุมกำกับกับการบริโภคยาสูบ ผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการบริโภคยาสูบ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยมีการดำเนินกิจกรรมนี้อย่างสม่ำเสมอ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ การเฝ้าระวังควรจะถูกวางแผน เพื่อให้เกิด ความแน่ใจว่าได้มีการสนับสนุนข้อมูลอย่างเพียงพอ ตลอดช่วงของกระบวนการประเมินผล



## 1.2 กลไกการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชนในระดับสากล

ในปัจจุบัน มีหน่วยงาน/องค์กร หลายแห่งที่ได้พัฒนา กลไกการเฝ้าระวังโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับวัยรุ่นของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ทั้งในระดับประเทศและการเฝ้าระวังในระดับภูมิภาคและระดับโลก ระบบการเฝ้าระวังที่มีการดำเนินการในขณะนี้ ได้แก่

1.2.1 ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชน (Youth Risk Behavior Surveillance System: YRBSS)

1.2.2 โครงการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในเยาวชน (Tobacco use surveillance among youth)

1.2.2.1 การสำรวจการบริโภคยาสูบของเยาวชนระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey: GYTS)

1.2.2.2 การสำรวจวิชาชีพสุขภาพระดับโลก (Global Health Professional Survey: GHPS)

1.2.3 โครงการประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบระหว่างประเทศ (International Tobacco Control Policy Evaluation Project: ITC Project)

### 1.2.1 ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชน (Youth Risk Behavior Surveillance System: YRBSS)

ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชน หรือ YRBSS เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นโดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้ในการสำรวจข้อมูลของเยาวชนระดับชาติ เพื่อติดตามพฤติกรรมเสี่ยง 6 ด้าน คือ 1) การบาดเจ็บที่ไม่ตั้งใจและความรุนแรง 2) การบริโภคยาสูบ 3) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดต่าง ๆ 4) พฤติกรรมทางเพศและการตั้งครรรภ์โดยไม่ตั้งใจ รวมถึงการติดเชื้อ HIV 5) พฤติกรรมบริโภคอาหาร และ 6) การออกกำลังกาย

ระบบนี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล หลังจากที่ CDC ได้ให้ทุนสนับสนุนแก่หน่วยงานการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ.2535 เพื่อจัดทำโปรแกรมพัฒนาสุขภาพในโรงเรียน ในด้านต่าง ๆ ของนักเรียนระดับเกรด 9 - 12 (อายุประมาณ 15 - 18 ปี) ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น

การสำรวจ YRBSS ในปี พ.ศ.2535 CDC ได้บูรณาการโดยเพิ่มข้อคำถามไปกับการสำรวจสุขภาพแห่งชาติ (National Health Interview Survey: NHIS) ซึ่งทำการสำรวจในเยาวชนอายุ 12 - 21 ปี ซึ่งรวมทั้งเด็กในโรงเรียนและนอกโรงเรียน การตอบคำถามใช้แบบใส่หูฟังคำถามและให้เยาวชนตอบลงในกระดาษคำตอบมาตรฐาน

ต่อมาในปี พ.ศ.2538 CDC ได้ทำการสำรวจข้อมูลในระดับอุดมศึกษา (National College Health Risk Behavior Survey) (CDC, 1997) เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงในนักศึกษาในระดับวิทยาลัยและมหาวิทยาลัย โดยใช้การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และโทรศัพท์เพื่อการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม

ในปี พ.ศ. 2541 CDC ได้ขยายการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชน ไปยังระบบการศึกษาทางเลือก (Grunbaum, J., et al., 1999) และได้มีการพัฒนาแบบสอบถามและใช้สำรวจมาจวบจนปัจจุบัน

**วัตถุประสงค์ของ YRBSS** การสำรวจ YRBSS มีหลายวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาความชุกหรืออัตราของพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาว่า คงที่ เพิ่มขึ้นหรือลดลง และใช้ตรวจสอบการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงร่วม การศึกษาเน้นพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าที่จะมุ่งตัวกำหนดพฤติกรรม เช่น ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อและปัจจัยป้องกัน โดยมีรอบการสำรวจคือ ทุก 2 ปี และมีการเผยแพร่ข้อมูลอย่างกว้างขวางในรายงานสุขภาพของ CDC ซึ่งพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ

**การพัฒนาเครื่องมือ** การพัฒนาเครื่องมือนั้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการป่วยและตายของเยาวชน จากการเข้าใจพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มี การสร้างเครื่องมือและใช้สำรวจในปี พ.ศ. 2535 และมีการเพิ่มคำถาม 10 ข้อ ในการสำรวจปี พ.ศ.2536 เพื่อสนองตอบต่อเป้าหมายการศึกษาของชาติที่ต้องการให้โรงเรียนปลอดจากสิ่งเสพติด CDC ยังได้มีการเปลี่ยนแปลงแบบสอบถามในการสำรวจในปี พ.ศ.2538 และปี พ.ศ.2540 โดยมีการทบทวนเชิงลึกและเป็นระบบมากขึ้นเพื่อทบทวนปัจจัยที่ครอบคลุมเพื่อให้ YRBSS สามารถชี้วัดสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการบรรลุในปี พ.ศ.2545 ได้มีการทบทวนเพื่อมุ่งค้นหปัจจัยสำคัญที่เป็นวิกฤตต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นตลอดช่วงปี พ.ศ.2543 - 2547 แบบสอบถามได้ถูกปรับปรุงทั้งเพิ่มเติมและตัดออกโดยผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลทางประชากร การบาดเจ็บและความรุนแรง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ น้ำหนักและภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย และประเด็นสัมพันธ์กับสุขภาพ



ในส่วนของพฤติกรรมการใช้ยาสูบ มีข้อคำถามเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงในประเด็น การบริโภคบุหรี่ยุติและผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน การบริโภคยาสูบในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา การซื้อบุหรี่ยุติแยกซอง การสูบบุหรี่ และการจำนวนผู้เลิกบุหรี่ยุติ และความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ยุติ ซึ่งมุ่งใช้ ข้อมูลเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคยาสูบและการสนับสนุนให้มีการเลิก บุหรี่ยุติในเยาวชนให้มากขึ้น

อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของ YRBSS คือ การสำรวจกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เน้นเฉพาะ เยาวชนในโรงเรียนทำให้ไม่ครอบคลุมเยาวชนนอกโรงเรียน อีกทั้งประเด็นเรื่องจริยธรรมการ วิจัยที่ต้องให้ผู้ปกครองอนุญาตให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีผลต่ออัตรา การตอบกลับแบบสอบถาม

### 1.2.2 การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชนระดับโลก (Global Tobacco Surveillance System: GTSS) และการสำรวจการบริโภคยาสูบของเยาวชนระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey: GYTS)

ระบบการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชนระดับโลก (Global Tobacco Surveillance System: GTSS) พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) และศูนย์ควบคุมและ ป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ การสำรวจการบริโภค ยาสูบของเยาวชนระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey: GYTS) และการสำรวจวิชาชีพ สุขภาพระดับโลก (Global Health Professional Survey: GHPS)

#### 1.2.2.1 โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบของเยาวชนระดับโลก (GYTS)

การสำรวจการบริโภคยาสูบของเยาวชนระดับโลก (GYTS) จะทำการสำรวจในโรงเรียน ที่มีนักเรียนอายุ 13 - 15 ปี จำนวนตัวอย่างในโครงการประมาณ 1,500 - 2,000 คน โดยเก็บ ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบใน 7 ด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชน ความรู้ และทัศนคติ สื่อและการโฆษณา การเข้าถึงและการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ควันบุหรี่ยุติในสิ่งแวดล้อม (ETS : Environmental Tobacco Smoke) หลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียน และการเลิก บุหรี่ยุติ การสำรวจนี้ได้รับการพัฒนาเมื่อปี พ.ศ.2541 - 2542 และยังคงใช้ในการสำรวจข้อมูลใน ประเทศต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อช่วยประเทศต่าง ๆ ในการวางแผน พัฒนา ดำเนินการ และประเมินแผนการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศ เพื่อที่จะป้องกัน เยาวชนจากการสูบบุหรี่ยุติ



การสำรวจนี้ CDC ได้กำหนดวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลที่มีมาตรฐานเดียวกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชน ในแต่ละประเทศได้ ดังนั้นในประเทศต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการจะต้องมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งจัดโดยสำนักงานองค์การอนามัยโลกระดับภูมิภาค ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจตรงกันในเรื่องวิธีการการวิจัย และการพัฒนาแบบสอบถามหลักที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกประมวลผลโดยหน่วยงานกลางของ CDC และการเขียนรายงานงานในรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก ยังได้ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลในประเทศต่าง ๆ อีกด้วย

### 1.2.2.2 โครงการสำรวจวิชาชีพสุขภาพระดับโลก (Global Health Professional Survey : GHPS)

โครงการสำรวจนี้พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2547 เป็นความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค (CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา และสมาคมสาธารณสุขแคนาดา (Canadian Public Health Association: CPHA) มุ่งเน้นการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่และการให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ในบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขในสถาบันการศึกษาเป็นสำคัญ โดยสำรวจในกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ใน 4 วิชาชีพ คือ แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ และพยาบาล

โครงการนำร่องได้เริ่มในปี พ.ศ. 2548 ใน 10 ประเทศ ดังนั้นการสำรวจข้อมูลโครงการนี้ถือเป็นการสำรวจระดับนานาชาติอีกโครงการหนึ่งซึ่งสะท้อนภาพการสูบบุหรี่ของเยาวชนในระดับอุดมศึกษาด้านสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20 - 24 ปี

การสำรวจใช้แบบสอบถามหลักซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทางประชากร อัตราการสูบบุหรี่ และการบริโภคยาสูบชนิดอื่น ๆ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสูบ การสัมผัสหรือได้รับควันบุหรี่มือสอง ความต้องการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการฝึกอบรมเรื่องการให้บริการเลิกบุหรี่

### 1.2.3 โครงการประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบระหว่างประเทศ (International Tobacco Control Policy Evaluation Project: ITC Project)

เป็นโครงการวิจัยที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO - FCTC) ในการประเมินผลกระทบของนโยบายการควบคุมยาสูบในประเทศต่าง ๆ ที่ลงสัตยาบันในกรอบอนุสัญญา ฯ แล้ว โครงการนี้สนับสนุนการสำรวจ



โดยสถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (The US National Institutes of Health: NIH) เป็นโครงการร่วมกันระหว่าง 7 ประเทศ คือ ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา ไอร์แลนด์ มาเลเซียและประเทศไทย ดำเนินการศึกษาในกลุ่มเยาวชนอายุ 13 - 17 ปีทั้งที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่จำนวน 1,000 คน โดยมุ่งสำรวจใน 4 ประเด็นหลักคือ 1) แบบแผนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย 2) ความคิดเห็น ความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย 3) การรับรู้การดำเนินงานตามนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย และ 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน

โครงการนี้ได้ดำเนินการประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบในหลายประเทศ โดยในทวีปเอเชียได้ทำการประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบ ใน 2 ประเทศ คือ ประเทศไทย และ มาเลเซีย จากการประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบทั้ง 2 ประเทศ พบว่า นโยบายการมีค่าเตือนบนซองบุหรี่ของประเทศไทยส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่รับรู้อันตรายจากบุหรี่มากกว่าประเทศอื่น ๆ และมีประสิทธิภาพของค่าเตือนบนซองบุหรีมากกว่าประเทศมาเลเซีย ในขณะเดียวกันสังคมไทยยอมรับคนที่สูบบุหรี่น้อยกว่าสังคมมาเลเซีย และประเทศไทยประสบความสำเร็จมากในนโยบายการห้ามสูบบุหรี่

### 1.3 กลไกการเฝ้าระวังบริโภคยาสูบของเยาวชนในประเทศไทย

ประเทศไทยมีการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชนในหลายโครงการ ได้แก่

- 1.3.1 โครงการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- 1.3.2 โครงการ GYTS ประเทศไทย
- 1.3.3 โครงการ Thailand Health Professional Survey (THPS)
- 1.3.4 โครงการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กไทย (Youth Risk Behavior)
- 1.3.5 โครงการสำรวจผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย (ITC - Thailand)
- 1.3.6 โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3
- 1.3.7 โครงการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ
- 1.3.8 โครงการติดตามสภาวะเด็กและเยาวชนรายจังหวัด (โครงการ Child Watch)

### 1.3.1 โครงการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาตินับเป็นหน่วยงานหลักของประเทศไทยที่มีการสำรวจข้อมูลที่แสดงสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2524 โดยข้อมูลการสูบบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health and Welfare Survey) ซึ่งมีรอบการสำรวจที่ไม่แน่นอน อย่างไรก็ตามในระยะหลัง สำนักงานสถิติแห่งชาติเห็นความสำคัญของการสำรวจข้อมูลเรื่องการสูบบุหรี่ที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้ข้อมูลมากขึ้น ทำให้รอบการสำรวจถี่ขึ้น โดยมีการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี พ.ศ.2544 2546 และ 2549 ขณะเดียวกันยังมีการสำรวจเฉพาะเรื่องบุหรี่ และสุราในปี พ.ศ.2547 ดังนั้นในช่วงไม่กี่ปีมานี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่อย่างน้อย 4 รอบสำรวจด้วยกัน

ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ จะมีข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบ อายุเริ่มต้นสูบบุหรี่ และเหตุผลการสูบบุหรี่ และในบางรอบการสำรวจจะมีการถามถึงการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ การกลั้มมาเสพซ้ำ และในรอบการสำรวจเฉพาะบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีทั้งข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ และความรู้และความคิดเห็นต่อนโยบายการควบคุมยาสูบ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2547 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของเด็กอายุ 11 - 14 ปี มีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงมากทั้งในภาพรวมและจำแนกตามเพศ และในภาพรวมของเยาวชนกลุ่มอายุ 15 - 18 ปี และ 19 - 24 ปี มีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงเช่นกัน หากแต่ในกลุ่มอายุ 15 - 18 ปี และ 19 - 24 ปี อัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงจะช้ากว่าเด็กอายุต่ำกว่า 11 - 14 ปี (ศรัณญา เบญจกุล และคณะ, 2549) โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2549 แนวโน้มของอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนอายุ 15 - 18 ปี เป็นที่น่าเป็นห่วง โดยพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.25 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 4.46 ในปี พ.ศ.2549 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.02 ในขณะที่กลุ่มอายุ 19 - 24 ปี มีแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการสูบบุหรี่รวมทุกประเภท จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ระหว่างปี พ.ศ.2534 - 2549

ปี พ.ศ.	กลุ่มอายุ (ประชากรรวม)			กลุ่มอายุ (เพศชาย)			กลุ่มอายุ (เพศหญิง)		
	11-14	15-18	19-24	11-14	15-18	19-24	11-14	15-18	19-24
2534	0.43	9.16	27.58	0.73	17.23	52.39	0.11	0.58	1.56
2539	0.28	6.87	23.88	0.43	13.36	46.43	0.13	0.36	0.92
2544	0.20	5.39	19.22	0.30	10.31	36.89	0.10	0.32	0.89
2547	0.10	4.29	15.94	0.19	8.46	30.42	0.03	0.25	0.95
2549	0.22	4.46	15.72	N/A	8.32	29.77	N/A	0.56	0.87

ที่มา : ศรีธัญญา เบญจกุล และคณะ, พ.ศ.2550

ผลการสำรวจ (ดังตารางที่ 1) จึงเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญของประเทศไทยที่จะแสดงสถานการณ์การสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาตินี้จึงนับเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญสำหรับการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่

ผลการสำรวจข้อมูลการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ.2549 ซึ่งสำรวจเด็กวัยรุ่นตั้งแต่อายุ 11 ปีขึ้นไป พบว่า วัยรุ่นอายุ 20 - 24 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 15.82 ขณะที่วัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.75 และอายุ 11 - 14 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 0.22 เมื่อจำแนกอัตราการสูบบุหรี่ตามเพศ ในเพศชาย พบว่า วัยรุ่นชายอายุ 20 - 24 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 30.39 ขณะที่วัยรุ่นชายอายุ 15 - 19 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 10.66 และอายุ 11 - 14 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 0.24 สำหรับวัยรุ่นหญิง พบว่า วัยรุ่นหญิงอายุ 20 - 24 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 0.81 ขณะที่วัยรุ่นหญิงอายุ 15 - 19 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 0.61 และอายุ 11 - 14 ปี สูบบุหรี่ น้อยมาก คือ น้อยกว่าร้อยละ 0.01

สำหรับการสูบบุหรี่จำแนกตามพื้นที่ การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในเขตเทศบาล พบว่า วัยรุ่นอายุ 20 - 24 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 13.27 ขณะที่อายุ 15 - 19 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.67 และอายุ 11 - 14 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 0.16 สำหรับวัยรุ่นนอกเขตเทศบาล วัยรุ่นอายุ 20 - 24 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 16.98 ขณะที่อายุ 15 - 19 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.78 และอายุ 11 - 14 ปี สูบบุหรี่ ร้อยละ 0.12 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างในเขตและนอกเขตเทศบาล พบว่า วัยรุ่นอายุ 20 - 24 ปี และ 15 - 19 ปี ของนอกเขตเทศบาลสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเทศบาล แต่ในกลุ่มอายุ 11 - 14 ปี กลับพบว่า ในเขตเทศบาลสูบบุหรี่สูงกว่านอกเขตเทศบาล



และเมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจในรอบที่ผ่านมา จากการวิเคราะห์ของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศรียกย และคณะ, 2549) พบว่า อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง หากแต่การวิเคราะห์แบ่งกลุ่มอายุด้วยช่วงที่ไม่เท่ากัน แต่พอจะอนุมานได้ถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นทั้งในภาพรวมและการจำแนกตามเพศ

### 1.3.2 โครงการ GYTS ประเทศไทย

ประเทศไทยได้เข้าร่วมโครงการโดยได้รับการสนับสนุนให้มีการสำรวจแล้ว 1 รอบด้วยกันในห้วงเวลาที่ผ่านมาก็คือ ในปี พ.ศ. 2547 จากข้อมูลรายงานการสำรวจ GYTS (CDC, 2006) ได้ผลโดยสรุป ดังนี้

“มีเยาวชนที่เป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ร้อยละ 12.7 และใช้ยาสูบชนิดอื่น ๆ ร้อยละ 7.7 สำหรับการสูบบุหรี่จำแนกตามเพศ พบว่า เด็กชายสูบบุหรี่ร้อยละ 17.4 และเด็กหญิง ร้อยละ 4.8 การได้รับควันบุหรี่มือสอง สูงถึงร้อยละ 68.2 ในด้านความคิดเห็นต่อกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ พบว่า เห็นด้วยและพึงพอใจร้อยละ 88.1 ยิ่งกว่านั้น พบว่า ร้อยละ 28.3 ของเยาวชนยังสามารถซื้อบุหรี่ได้แม้จะมีกฎหมายห้ามจำหน่ายให้เด็กต่ำกว่า 18 ปี สำหรับผู้สูบบุหรี่เหล่านี้ ร้อยละ 72.3 ต้องการเลิกสูบบุหรี่ และร้อยละ 10.2 ได้บุหรี่จากการแจกฟรี”

### 1.3.3 โครงการ Thailand Health Professional Survey (THPS)

เป็นโครงการสำรวจตามโครงการ GHPS ของ CDC และองค์การอนามัยโลก ดำเนินการและสนับสนุนงบประมาณการสำรวจโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) โดยให้การสนับสนุนแก่เครือข่ายสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในการแบ่งความรับผิดชอบในการสำรวจข้อมูลของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ของแต่ละวิชาชีพ ประกอบด้วย 7 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัช ทันตแพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ และสาธารณสุข ได้เริ่มทำการประชุมปรับและเพิ่มคำถามในแบบสอบถามหลักเพื่อสนองต่อความต้องการของสังคมไทย การสำรวจดำเนินการในปลายปี พ.ศ.2547 และเสร็จสิ้นการสำรวจของทุกวิชาชีพในช่วงปลายปี พ.ศ.2549 ซึ่งได้ผลการศึกษเบื้องต้น ดังนี้

ตารางที่ 2 การสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ

วิชาชีพ	การสูบบุหรี่แม่เพียง 1 ครั้ง			การไชยาสูบชนิดอื่น ๆ		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
แพทย์	23.5	7.5	14.3	1.2	0.4	0.8
ทันตแพทย์	32.4	8.5	16.4	7.2	0.3	2.5
เภสัชกร	34.6	8.5	15.5	7.4	2.7	4.0
พยาบาล	50.0	11.5	13.9	22.7	7.8	8.7
เทคนิคการแพทย์	43.6	12.0	19.5	13.3	2.1	4.8
กายภาพบำบัด	45.5	8.3	14.2	12.1	1.8	3.5
สาธารณสุข	47.7	13.5	24.1	16.8	4.9	0.4

ที่มา : ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, พ.ศ.2550

1.3.4 โครงการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กไทย (Youth Risk Behavior)

เป็นโครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม ปี พ.ศ.2549 โดยศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม, 2549) โดยมีสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์เป็นที่ปรึกษา เป็นโครงการที่มีแนวคิดที่สอดคล้องกับโครงการ YRBSS ซึ่งการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กไทยมุ่งเน้นที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงคือ กลุ่มเด็กและเยาวชน อายุระหว่าง 13 - 18 ปี ซึ่งเทียบเท่ากับระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ระบบเฝ้าระวังนี้ทำการสำรวจครอบคลุมระดับอำเภอ โดยสำรวจจากเด็กนักเรียนในโรงเรียน เลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและกำหนดโควตาให้กระจายทุกอำเภอ ๆ ละ 360 ตัวอย่าง เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 301,557 ตัวอย่าง หรือประมาณร้อยละ 10 ของประชากรศึกษา

ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่นำเสนอด้วยสถิติระดับพื้นฐานคือ ค่าสัดส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการนำเสนอผลการสำรวจระดับจังหวัด ใช้ระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS) เป็นตัวแยกให้เห็นความแตกต่าง ความเสี่ยงแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้รหัสสี คือ สีเขียว หมายถึง ระดับปกติ สีเหลือง หมายถึง สถานการณ์ที่ควรติดตามเฝ้าระวังและ สีแดง หมายถึง สถานการณ์เข้าข่ายต้องเตือนภัย โดยค่าความเสี่ยงมีการคำนวณโดยอิงกลุ่มคือ



- ระดับเหตุการณ์ปกติ (สีเขียว) = ไม่เกินค่าเฉลี่ยในทางลบ
- ระดับเฝ้าระวัง (สีเหลือง) = ค่าเฉลี่ย + 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทางลบ
- ระดับเตือนภัย (สีแดง) = ค่าเฉลี่ย + 2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทางลบ

ขอบเขตของพฤติกรรมเสี่ยงแบ่งออกเป็น 8 ด้านคือ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการเรียน พฤติกรรมด้านศาสนา พฤติกรรมความสัมพันธ์ในครอบครัวและการใช้เวลาว่าง พฤติกรรมการบริโภคสิ่งเสพติด พฤติกรรมการใช้ความรุนแรงและความปลอดภัย พฤติกรรมด้านความรักและความสัมพันธ์ทางเพศ และพฤติกรรมด้านความเครียด สำหรับพฤติกรรมการบริโภคยาสูบเป็นส่วนหนึ่งของการบริโภคสิ่งเสพติด การสำรวจดำเนินการในปี พ.ศ.2548 ได้ผลการสำรวจดังนี้ (ดังตารางที่ 3)

“เด็กไทยอายุ 13 – 18 ปี ทั้งหมดร้อยละ 11 สูบบุหรี่ โดยเด็กในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการสูบบุหรี่มากกว่าต่างจังหวัด (ร้อยละ 13.0 และ 10.5 ตามลำดับ) และเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 13 ปีเศษ เด็กในเมืองมีอายุเฉลี่ยของการสูบบุหรี่มากกว่าในชนบทเล็กน้อย และสัดส่วนของเด็กชายสูบบุหรี่มากกว่าเด็กหญิงราว 10 เท่า และเด็กหญิงในเขตกรุงเทพมหานครสูบบุหรี่เป็น 2 เท่าของเด็กหญิงต่างจังหวัด”

ตารางที่ 3 ร้อยละการสูบบุหรี่และอายุเฉลี่ยเริ่มต้นสูบบุหรี่จำแนกตามเพศและพื้นที่

เพศ	การสูบบุหรี่ (ร้อยละ)				อายุเฉลี่ยเริ่มต้น (ปี)	
	ไม่สูบบุหรี่		สูบบุหรี่		อายุเฉลี่ยเริ่มต้น (ปี)	
	กทม.	ต่างจังหวัด	กทม.	ต่างจังหวัด	กทม.	ต่างจังหวัด
ชาย	79.6	80.3	20.4	19.7	13.5	13.3
หญิง	93.9	97.3	6.1	2.7	13.9	13.7
รวม	87.1	89.5	13.0	10.5	13.6	13.3

ที่มา : ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, พ.ศ. 2549



### 1.3.5 โครงการสำรวจผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย (ITC – Thailand)

การศึกษาผลกระทบของนโยบายและมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยในกลุ่มเยาวชน เป็นการติดตามผลระยะยาว ซึ่งดำเนินการในระหว่างปี พ.ศ.2548 - 2552 โดยแบ่งการสำรวจเป็น 6 รอบทุก 1 ปี มีวัตถุประสงค์การสำรวจ 4 ประการ คือ เพื่อศึกษา 1) แบบแผนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย 2) ความคิดเห็น ความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย 3) การรับรู้การดำเนินงานตามนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย และ 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน

การศึกษานี้ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสถาบันมะเร็งแห่งรัฐวิกิตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย และมหาวิทยาลัยวอเทอร์ลู ประเทศแคนาดา สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา ไอร์แลนด์ มาเลเซีย และประเทศไทย

โครงการสำรวจในประเทศไทย ออกแบบการศึกษาแบบติดตามผลระยะยาว ซึ่งจะมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาดำเนินการศึกษาทุก 1 ปี ในระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2552 การศึกษารวบรวมข้อมูลในกลุ่มเยาวชนอายุ 13 - 17 ปี ทั้งที่สูบและไม่สูบบุหรี่ จำนวน 1,000 คน เลือกตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยรอบที่ 1 ในปี พ.ศ. 2548 และรอบที่ 2 ในปี พ.ศ.2549 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว

ประเด็นของการสำรวจประกอบด้วย การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้เรื่องผลกระทบของการสูบบุหรี่ และการรับรู้เกี่ยวกับการรณรงค์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

ผลการศึกษารอบที่ 1 ในปี พ.ศ. 2548 ได้ผลโดยสรุปดังนี้

“วัยรุ่นมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 11.3 โดยวัยรุ่นชายสูบบุหรี่ร้อยละ 20.3 และหญิง 1.5 อายุ 17 ปี สูบบุหรี่ร้อยละ 26.1 รองลงมาคือ 16, 15, 14 และ 13 ปี ร้อยละ 12.1, 11.9, 8.2 และ 3.5 ตามลำดับ เด็กวัยรุ่นในเมืองสูบบุหรี่สูงกว่าในชนบทคือ ร้อยละ 15.8 และ 9.3 อายุที่เริ่มดื่มพบว่า ส่วนใหญ่คือ อายุ 15 ปี ร้อยละ 25.0 รองลงมาคือ อายุ 13 และ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 เท่ากัน โดยส่วนใหญ่ปัจจุบันสูบบุหรี่ 2 - 5 มวน ร้อยละ 37.4 โดยได้บุหรี่จากเพื่อนร้อยละ 46.8 และซื้อเองร้อยละ 39.6 สำหรับความพยายามในการเลิกบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 78.4 เคยพยายามเลิกบุหรี่ และร้อยละ 40.5 มีแผนเลิกสูบบุหรี่ใน 30 วันข้างหน้า”





### 1.3.6 โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3

โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ดำเนินการโดยสำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย (สกสอ.) ซึ่งจัดตั้งโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสนับสนุนงบประมาณโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2534 โดยมีการสำรวจมาแล้ว 3 ครั้งด้วยกัน คือ ครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ.2534 - 2535 ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ.2539 - 2540 และครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2546 - 2547 โดยมีวัตถุประสงค์ของการสำรวจ คือ เพื่อแสดงสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยในระดับประเทศ ภาคและเขตเป็นรายหมวดอายุ และเขตการปกครอง เพื่อแสดงความชุกของโรคที่สำคัญ ภาวะความเจ็บป่วย ภาวะพิการตลอดจนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนไทย เพื่อจัดทำระบบข้อมูลสำหรับการใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค

ข้อมูลในการสำรวจประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปด้านสังคม เศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมเสี่ยง เช่น อาหาร กิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเจ็บป่วยและโรค การใช้ยา ฯลฯ ข้อมูลการสำรวจจะพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจ และกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งของการสำรวจที่รวบรวมข้อมูลในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ประชากรกลุ่มเป้าหมายแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มย่อย คือ วัยแรงงานอายุ 15 - 59 ปี และวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป การสำรวจใช้แผนการสุ่มตัวอย่างเชิงความน่าจะเป็นแบบสามขั้นตอนอย่างเป็นชั้นภูมิ (Three - stage stratified probability sampling)

ผลการสำรวจที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบของเยาวชน พบว่า “สถานภาพการสูบบุหรี่ของกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี ในเพศชายสูบบุหรี่ในปัจจุบันร้อยละ 45.1 และสูบบแบบเป็นประจำร้อยละ 41.7 ขณะที่เพศหญิงสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ร้อยละ 1.1 โดยสูบบเป็นประจำร้อยละ 0.9 สำหรับปริมาณที่สูบบของกลุ่มที่สูบบเป็นประจำพบว่า เพศชายสูบบเฉลี่ยวันละ 11.1 มวน ส่วนเพศหญิงเฉลี่ย 9.0 มวน อายุที่เริ่มสูบบเพศชายมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบ คือ 16.7 ปี และเพศหญิง 16.3 ปี”

### 1.3.7 โครงการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

การสำรวจนี้ดำเนินการโดยศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นโครงการที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อสร้างข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งระดับจังหวัด เขตสาธารณสุขและประเทศ ที่ใช้สำหรับการวางแผนป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ และสามารถประเมินผลการดำเนินการทางด้านสาธารณสุข

ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อมีการดำเนินการสำรวจอย่างต่อเนื่อง การสำรวจดำเนินการมาแล้ว 2 ครั้ง ครั้งที่ 2 ดำเนินการในปี พ.ศ.2547 ทำการสำรวจใน 41 จังหวัด สำรวจในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป - 75 ปี โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified two stage cluster sampling ข้อมูลประกอบด้วยสถานะสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

การศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่โดยใช้นิยามศัพท์ขององค์การอนามัยโลกคือ ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันหมายถึง ผู้มีสูบบุหรี่ 100 มวน ขึ้นไป ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีการรายงานข้อมูลการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ.2547 จำแนกตามรายจังหวัดและกลุ่มอายุ โดยข้อมูลการสูบบุหรี่ของเยาวชนรายงานรวมอยู่ในกลุ่มอายุ 15 - 39 ปี (การเฝ้าระวังเฉพาะเยาวชนจะสามารถเลือกเฉพาะกลุ่มอายุที่ต้องการได้) โดยพบอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 21.45 เมื่อจำแนกรายภาค จังหวัดที่สูบบุหรี่สูงสุดในรายภาค พบว่า

“ภาคกลาง คือ จังหวัดนครนายกร้อยละ 21.23 และ สิงห์บุรีร้อยละ 20.15 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ จังหวัดอุบลราชธานีร้อยละ 27.30) และมหาสารคามร้อยละ 25.12 ภาคเหนือ คือ จังหวัดพิจิตรร้อยละ 21.23 และแม่ฮ่องสอนร้อยละ 21.19 และภาคใต้ คือ จังหวัดสตูลร้อยละ 28.22 และชุมพรร้อยละ 26.70 นอกจากนี้ในการสำรวจยังรวมถึงข้อมูลเรื่องความตั้งใจในการหยุดสูบบุหรี่และการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา และความคิดเห็นต่อการให้บริษัทบุหรี่เปิดเผยส่วนผสมอย่างชัดเจนบนซองบุหรี่ต่อผู้บริโภค การรับทราบกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เป็นต้น” (กันต์ เชิญรุ่งโรจน์, 2548)

### 1.3.8 โครงการติดตามสภาวะเด็กและเยาวชนรายจังหวัด (โครงการ Child Watch)

โครงการติดตามสภาวะเด็กและเยาวชนรายจังหวัด หรือโครงการ Child Watch โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ดำเนินการเก็บข้อมูลสภาวะการณเด็กและเยาวชนของประเทศไทย โดยสถาบันรามจิตติ ซึ่งสำรวจสภาวะหลัก 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา และด้านสภาวะสังคมของเยาวชนไทย จากพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนตั้งแต่ระดับประถมศึกษา ถึง ระดับอุดมศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 149,719 คน ทำการเก็บข้อมูลระหว่าง พ.ศ. 2547 – 2548 ในด้านสุขภาพ ได้มีการสำรวจเยาวชนที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ถึง ระดับอุดมศึกษา พบว่า มีเยาวชนที่สูบบุหรี่ร้อยละ 17.24 จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์และปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยได้เป็นอย่างดี สามารถนำข้อมูลนี้ไป

วิเคราะห์เพื่อจัดการเฝ้าระวังปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชน รวมทั้งนำไปใช้เป็นประเด็นยุทธศาสตร์ในการสร้างองค์การเครือข่ายเยาวชนเพื่อป้องกันและควบคุมยาสูบทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต่อไปในอนาคต

จากการทบทวนระบบการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชนทั้งระดับโลกและระดับประเทศ แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญต่อสถานการณ์การบริโภคยาสูบของเยาวชนและการติดตามการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนของพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งระบบการเฝ้าระวังเหล่านี้อย่างน้อยที่สุดให้ประโยชน์ในการสะท้อนสถานการณ์ แนวโน้มและทิศทางการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบจะต้องทบทวนยุทธศาสตร์การทำงานเพื่อสามารถควบคุมและลดอัตราการสูบบุหรี่ลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามระบบเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในหมู่เยาวชนเหล่านี้ มีประเด็นที่ควรพิจารณาให้มีความสำคัญกันอย่างจริงจังในหลายประเด็นด้วยกัน อาทิ 1) การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานที่มีหน้าที่กำหนดนโยบายและน่านโยบายไปสู่การปฏิบัติการควบคุมการบริโภคยาสูบ 2) การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังร่วมกัน โดยร่วมกำหนดความต้องการข้อมูลข่าวสาร พัฒนาแนวคิดการเฝ้าระวัง และกรอบการสำรวจร่วมกัน โดยมีการศึกษาระบบเฝ้าระวังที่เป็นสากล เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดทั้งการใช้ภายในประเทศและการเปรียบเทียบกับต่างประเทศ อีกทั้งแทนที่จะทำแบบต่างคนต่างทำ ที่ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน และสูญเสียทรัพยากรมากเกินกว่าที่ควรเป็น และ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลผลการสำรวจที่มาจากหลายแหล่ง ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เปรียบเทียบผลการสำรวจ การวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการอภิปรายข้อเท็จจริงเพื่อการนำข้อมูลไปใช้อย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ดี ข้อมูลการเฝ้าระวังจากเกือบทุกระบบเฝ้าระวัง ล้วนแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการบริโภคยาสูบของเยาวชนโดยภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางลดลงอย่างช้า ๆ ในห้วงเวลา 5 ปีที่ผ่านมา และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ กลับพบว่าเยาวชนหญิงเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นที่เข้าใจกันว่า เป็นผลจากค่านิยมของวัยรุ่นและการตลาดของบริษัทบุหรี่ที่ใช้การโฆษณาที่มุ่งเน้นเยาวชนหญิงทั้งในการสื่อภาพลักษณ์ความทันสมัยและการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบสำหรับวัยรุ่นหญิง เป็นต้น ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยควรมีระบบเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชนที่มีประสิทธิภาพ เป็นสากล มีความต่อเนื่องและมีการนำไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริง



### บทที่ 3

## นโยบายสาธารณะ กฎหมาย และกฎระเบียบเกี่ยวกับ

### การควบคุมยาสูบในเยาวชน

#### 1. นโยบายสาธารณะ

มาตรการทางกฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบเบ็ดเสร็จ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสำเร็จของโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 องค์การอนามัยโลกได้ลงมติเห็นชอบมาตรการที่ประสบผลสำเร็จ และได้เรียกร้องให้รัฐบาลประเทศสมาชิกยอมรับมาตรการทางกฎหมาย เพื่อแก้ปัญหาการระบาดของการบริโภคยาสูบ กระบวนการนี้ได้รวมอยู่ในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO - FCTC) ซึ่งต้องการให้พันธมิตรดำเนินการตามความสามารถที่มีอยู่โดย “ยอมรับและดำเนินการมาตรการทางกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ มาตรการด้านบริหารงาน หรือมาตรการอื่น ๆ ในการพัฒนานโยบายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและลดการบริโภคยาสูบ ลดการติดนิโคติน และผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง” ในการใช้มาตรการทางกฎหมาย รัฐบาลจะต้องยอมรับว่าการบริโภคยาสูบเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญและรัฐบาลจะต้องริเริ่มให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมเพื่อให้เกิดชุมชนปลอดบุหรี่

ธนาคารโลกและองค์การอนามัยโลก ได้พิจารณาถึงคุณค่าที่เกี่ยวข้องของวิธีดำเนินการต่าง ๆ ที่จะลดการระบาดของการบริโภคยาสูบในหมู่เยาวชน วิธีดำเนินการนี้แบ่งได้เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มุ่งเน้นการลดความต้องการยาสูบ (Demand) และกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณสินค้าของยาสูบ (Supply) (ดูตารางที่ 4) กลยุทธ์ที่ใช้เพื่อลดความต้องการยาสูบของเยาวชน แบ่งย่อยออกได้เป็นมาตรการทางราคา (ความพยายามที่จะเพิ่มราคาบุหรี่) และมาตรการที่ไม่เกี่ยวกับมาตรการทางราคา โดยทั่วไปวิธีการเพื่อลดความต้องการยาสูบเป็นวิธีการที่ค่อนข้างจะประสบผลสำเร็จ

มาตรการอื่น ๆ จะรวมถึงการสนับสนุนด้านการวิจัยในการควบคุมการบริโภคยาสูบ การตั้งระบบการเฝ้าระวังและการควบคุมกำกับ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับยาสูบและการควบคุมยาสูบ การพิจารณาถึงการฟ้องร้องเพื่อขอค่าใช้จ่ายในการดูแลการเจ็บป่วยที่เกิดจากการบริโภคยาสูบ การขัดขวางอุตสาหกรรม/บริษัทยาสูบและการสร้างกลไกการให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อช่วยประเทศกำลังพัฒนา



นโยบายสาธารณะเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่มที่มุ่งเน้นการลดความต้องการยาสูบ (Demand) และกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณสินค้าของยาสูบ (Supply) ดังนี้

### 1.1 นโยบายสาธารณะทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิธีการลดความต้องการของเยาวชน (Demand): นโยบายมาตรการด้านราคา

มีข้อมูลด้านวิชาการที่แสดงผลกระทบของมาตรการด้านราคาต่อการบริโภคยาสูบของเยาวชนซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

- การเพิ่มราคายาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบ ส่วนใหญ่โดยผ่านการเพิ่มภาษี ซึ่งเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพที่สุดที่จะลดการบริโภคยาสูบของเยาวชนในระยะสั้น
- สิ่งสำคัญยิ่งกว่านั้น ก็คือ มาตรการด้านราคามีบทบาทสำคัญมากในการควบคุมจำนวนเยาวชนที่จะริเริ่มสูบบุหรี่ มาตรการนี้จะมีอิทธิพลต่อแนวโน้มของการบริโภคยาสูบในระยะยาว
- มีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างภาษีบุหรี่และการบริโภคยาสูบ ซึ่งอาจจะแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่โดยทั่วไป พบว่าทุก ๆ 10% ของการเพิ่มภาษีบุหรี่จะทำให้เกิดการลดการบริโภคยาสูบ ประมาณ 4%
- เยาวชน เด็ก และกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีรายได้น้อย จะสามารถเลิกบุหรี่หรือสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มผู้สูบบุหรี่อื่น ๆ 2 – 3 เท่าหากราคาบุหรี่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการมีนโยบายสาธารณะเพื่อเพิ่มราคาบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบ จะคุ้มครองกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการบริโภคยาสูบ

นอกจากนี้ยังพบว่าผลงานวิจัยหลายเรื่องจากหลายประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว ชี้ให้เห็นว่าเยาวชนและกลุ่มที่ยากจนจะมีปฏิกิริยาต่อการเพิ่มขึ้นของราคาบุหรี่มากกว่าผู้ใหญ่และผู้ที่มีรายได้สูงกว่าและผู้มีการศึกษามากกว่า ซึ่งหมายความว่า การขึ้นราคาบุหรี่โดยการขึ้นภาษีบุหรี่จะสามารถป้องกันเยาวชนและกลุ่มผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำจากอันตรายร้ายแรงของการสูบบุหรี่ได้

ตารางที่ 4 นโยบายสาธารณะเพื่อลดการบริโภคยาสูบ

นโยบายสาธารณะ เพื่อลดความต้องการยาสูบ (Demand)	นโยบายสาธารณะ เพื่อลดปริมาณผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Supply)
<ul style="list-style-type: none"> <li>● มาตรการด้านราคา                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- การขึ้นราคายาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบส่วนใหญ่ โดยการขึ้นภาษีบุหรี่ จะทำให้เยาวชนมีกำลังซื้อลดลง</li> </ul> </li> <li>● มาตรการที่ไม่เกี่ยวกับราคา                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- การห้ามการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ</li> <li>- การห้ามขายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี</li> <li>- การออกกฎหมายเพื่อห้ามการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะและสถานประกอบการ</li> <li>- การมีภาพและเขียนคำเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การควบคุมการนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ซุกรส บุหรี่รสผลไม้ซึ่งมุงตลาดในกลุ่มเยาวชน</li> <li>● การห้ามและกวดขันการขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี</li> </ul>

1.2 นโยบายสาธารณะและกฎหมายเพื่อลดความต้องการ (Demand) : มาตรการที่ไม่เกี่ยวกับราคา

ผลกระทบของมาตรการนี้สามารถสรุปได้ดังนี้

- การมีกฎหมาย การห้ามการโฆษณา: การวิจัยจาก 102 ประเทศ ซึ่งให้เห็นว่าการห้ามการโฆษณาแบบเบ็ดเสร็จจะลดการบริโภคยาสูบ 6% (Jha, P.& Chaloupka, J F., 2000)
- นโยบายห้ามการบริโภคยาสูบในสถานที่สาธารณะและสถานประกอบการ : ข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งให้เห็นว่านโยบายเหล่านี้สามารถลดการบริโภคยาสูบได้ 4 - 10%
- การมีภาพคำเตือนสุขภาพบนซองบุหรี่: ในประเทศแคนาดา พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่หรือลดการสูบบุหรี่เนื่องได้รับการจูงใจจากคำเตือนบนซองบุหรี่



### ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของวิธีการต่าง ๆ เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ

ความเชื่อที่ผิดที่ยังคงมีอยู่ตลอดเวลาเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบก็คือ การควบคุมการบริโภคยาสูบจะไม่สามารถเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในประเทศกำลังพัฒนา หากแต่ข้อมูลในตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลการควบคุมการบริโภคยาสูบมีในประเทศที่มีฐานะเศรษฐกิจระดับต่ำ/ปานกลางและระดับสูง และพบว่า การเพิ่มราคาบุหรี่เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

- ในประเทศที่มีฐานะเศรษฐกิจระดับต่ำและปานกลาง พบว่า การมีนโยบายสาธารณะมาตรการด้านราคาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน รองลงมาคือ นโยบายสาธารณะมาตรการที่ไม่เกี่ยวกับราคา เช่น การมีกฎหมายห้ามการโฆษณาและการส่งเสริมการขายบุหรี่ การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะรวมทั้งสถานที่ทำงาน การใช้ภาพและคำเตือนที่น่ากลัวหรือรุนแรงบนซองบุหรี่ การให้ข้อมูลและการวิจัยสำหรับวิธีการใช้ยาในการบำบัดมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า
- ในประเทศที่มีฐานะเศรษฐกิจระดับสูง พบว่ามาตรการด้านราคาก็เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูง รองลงมาคือการใช้ยาในการช่วยให้เลิกบุหรี่

ตารางที่ 5 ผลกระทบของราคาบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น 10% กับการที่ไม่ใช้มาตรการด้านราคา (ตัวเลขของผู้สูบบุหรี่ที่มีชีวิตอยู่ในปี พ.ศ. 2542)

ประเทศ	จำนวนผู้สูบบุหรี่ (ล้านคน)		จำนวนผู้เสียชีวิต (ล้านคน)	
	ราคาบุหรี่เพิ่มขึ้น 10%	ไม่ใช้มาตรการด้านราคา ราคาบุหรี่ซึ่งลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลง 2%	ราคาบุหรี่เพิ่มขึ้น 10%	ไม่ใช้มาตรการด้านราคา ราคาบุหรี่ซึ่งลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลง 2%
รายได้ต่ำ /ปานกลาง	-38	-19	-9	-4
รายได้สูง	-4	-4	-1	-1
ทั่วโลก	-42	23	-10	-5

ที่มา : Jha, P. & Chaloupka, J F., 2000





## 2. มาตรการทางกฎหมายกับเยาวชนในประเทศไทย

จากการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างต่อเนื่อง นโยบายนับเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ รัฐบาลจึงกำหนดนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (National Policies for Tobacco Control) ขึ้นในปี พ.ศ.2545 โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้ (หทัย ชิตานนท์, 2549)

- 1) ลดการริเริ่มการสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชน
- 2) ลดการบริโภคยาสูบ อัตราผู้สูบบุหรี่และปริมาณการบริโภคยาสูบต่อหัวต่อปี
- 3) ปกป้องสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่จากอันตรายของควันบุหรี่

สาระสำคัญของนโยบายทั้งสามประการมีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของเยาวชนเป็นอย่างยิ่ง และได้มีการเสนอมาตรการควบคุมระดับชาติ หลายประการด้วยกันคือ

- 1) การพัฒนาองค์ความรู้และการวิจัย
- 2) การจัดระบบสารสนเทศ การเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสาร
- 3) ดำเนินมาตรการทางเศรษฐกิจ เพื่อลดการบริโภคยาสูบ
- 4) ดำเนินมาตรการเชิงกฎหมาย
- 5) ศึกษาพัฒนาระบบและวิธีการฟ้องร้องทางกฎหมาย เมื่อได้รับความเสียหายจากการสูบบุหรี่
- 6) กระตุ้น ผลักดันและชี้แนะ (advocacy) ให้ทุกส่วนของสังคม ให้ตระหนักว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่พฤติกรรมปกติของสังคมและต้องช่วยกันลดการบริโภคยาสูบ
- 7) สร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนเพื่อลดการบริโภคยาสูบ
- 8) การประเมินผลสัมฤทธิ์ในเชิงนโยบายและปฏิบัติการ
- 9) การส่งเสริมการใช้พลังเยาวชนในการมีส่วนร่วมรณรงค์ป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบในครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างยั่งยืน และพัฒนาไปสู่เครือข่ายกลุ่มเยาวชนให้เกิดพลังลดการบริโภคยาสูบได้ในอนาคต

สำหรับนโยบายสาธารณะทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนโดยตรง ได้แก่

**2.1 นโยบายสาธารณะที่มีอิทธิพลต่ออุปสงค์ (Demand) และพฤติกรรมผู้บริโภค** ได้แก่ เพิ่มภาษี และราคาของบุหรี่ ห้ามการโฆษณาบุหรี่ รวมถึงห้ามการส่งเสริมการขายและการให้การอุปถัมภ์ของบริษัทบุหรี่ การใช้ภาพและคำเตือนด้านสุขภาพและข้อความระบุปริมาณของทาร์และนิโคติน สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ โดยเฉพาะในโรงเรียน

**2.2 นโยบายสาธารณะ กฎหมาย และกฎระเบียบ ที่มีผลต่อการลดอุปทาน (Supply)** ได้แก่ การควบคุมบุหรี่ผิดกฎหมาย การควบคุมการขายบุหรี่แก่เด็กและเยาวชน รวมทั้งการห้ามผลิต นำเข้า และจำหน่าย บุหรี่ไมล์ด ไลท์ ไรค์วันและซูรส

**2.1 นโยบายสาธารณะที่มีอิทธิพลต่อการลดอุปสงค์ (Demand) และพฤติกรรมผู้บริโภค** ได้แก่

**2.1.1 นโยบายการเพิ่มภาษีและราคาของบุหรี่**

การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซิกาแรต เป็นมาตรการสำคัญที่ใช้เพื่อการควบคุมยาสูบ โดยมุ่งหวังให้การขึ้นภาษีทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้นและส่งผลให้ยอดจำหน่ายบุหรี่จะลดลงและอัตราการสูบบุหรี่ก็ลดลงด้วย (ดังตารางที่ 6) เมื่อพิจารณาการเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซิกาแรตกับอัตราการสูบบุหรี่ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2535 - 2547 พบข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้คือ

ในปี พ.ศ.2536 และ 2537 ภาษีบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55 เป็น 60 ทำให้รัฐมีรายได้จากภาษีบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 15,346 ล้านบาท เป็น 19,642 ล้านบาท ในขณะที่จำนวนบุหรี่ที่ขายได้ก็เพิ่มมากขึ้น ข้อมูลนี้ใช้เป็นหลักฐานชี้แจงแก่กระทรวงการคลังได้ว่าการขึ้นภาษีบุหรี่ไม่ได้ทำให้รัฐมีรายได้ลดลงแต่ประการใด

ในปี พ.ศ.2540 - 2541 รัฐเพิ่มภาษีบุหรี่ขึ้นอีกร้อยละ 2 มีผลให้ยอดจำหน่ายบุหรี่และรายได้จากการจัดเก็บภาษีในปี พ.ศ.2541 ลดลงจากปี พ.ศ.2540 ทั้งนี้เนื่องจากในปี พ.ศ. 2540 - 2541 เป็นช่วงที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับวิกฤติเศรษฐกิจ

ในปี พ.ศ.2542 - 2544 รัฐได้เพิ่มภาษีจากร้อยละ 70 เป็น 71.5 และ 75 ตามลำดับ กลับพบว่า ทำให้รัฐมีรายได้จากภาษีเพิ่มมากขึ้น แม้จำนวนบุหรี่ที่ขายได้จะลดลงในปี พ.ศ. 2544 นี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อขึ้นภาษีบุหรี่ถึงจุดหนึ่งรัฐจะมีรายได้เพิ่มขึ้นและสามารถลดปริมาณบุหรี่ที่ประชาชนสูบลงได้ จากอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 25.38 ในปี พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 22.47, 19.47 และ 18.94 ในปี พ.ศ.2544, 2547 และ 2549 ตามลำดับ



จากปี พ.ศ.2544 - 2548 แม้ประเทศไทยจะสามารถแก้ปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจได้แล้ว และดูเหมือนจะเป็นช่วงเศรษฐกิจขาขึ้น แต่รัฐบาลก็มิได้ขึ้นภาษีบุหรี่ตลอดระยะเวลา 5 ปี และพบว่ารัฐมีรายได้จากภาษีบุหรี่เพิ่มขึ้นทุกปี รวมทั้งยอดจำหน่ายบุหรี่ก็เพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน นั้นหมายความว่าจำนวนบุหรี่ที่ประชาชนไทยสูบเพิ่มมากขึ้นตลอดช่วง 5 ปี

จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2549 กระทรวงการคลังได้เพิ่มอัตราภาษีบุหรี่เป็นร้อยละ 79 เป็นผลให้รายได้ภาษีที่จัดเก็บ และยอดจำหน่ายบุหรี่ลดลงจากปี พ.ศ.2547 และ 2548 แต่อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่า การยอมรับของสังคมและผู้กำหนดนโยบายว่า การขึ้นภาษีบุหรี่จะเป็นมาตรการหนึ่งที่มีประสิทธิผล ในการควบคุมการสูบบุหรี่โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ดังปรากฏในเอกสารของกระทรวงการคลังเป็นครั้งแรกถึงเหตุผลในการขึ้นภาษีบุหรี่ว่า

“การบริโภคยาสูบทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก และทำให้รัฐสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก ไม่คุ้มกับค่าแอสแตมปียาสูบที่จัดเก็บได้ จึงเห็นควรใช้มาตรการภาษีสรรพสามิตในการปรับเพิ่มค่าแอสแตมปียาสูบให้สูงขึ้น อันเป็นการสนับสนุนมาตรการลดการบริโภคยาสูบเพื่อสังคมอีกทางหนึ่ง” (ชลธาร วิศรุตวงศ์ และคณะ, 2550)

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุ 11 - 14 ปี 15 - 18 ปี และ 19 - 24 ปี พบว่าเมื่อภาษีบุหรี่เพิ่มขึ้นอัตราการสูบบุหรี่ก็มีการเปลี่ยนแปลงลดลงเช่นกันดังรายละเอียดในตารางที่ 6 (แม้ในปี พ.ศ.2544 และ 2547 รัฐจะไม่ได้เพิ่มภาษีบุหรี่ แต่อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนลดลงในทุกกลุ่มอายุเนื่องจาก ในช่วงเวลาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขและฝ่ายสุขภาพได้มีมาตรการในการควบคุมยาสูบออกมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี พ.ศ.2544 การขยายเขตพื้นที่สาธาณะปลอดบุหรี่โดยเฉพาะในโรงเรียน การเพิ่มภาษีและราคาจำหน่ายบุหรี่ การห้ามโฆษณา การกำหนดให้มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ การระบุปริมาณทาร์และนิโคติน การห้ามส่งเสริมการขาย และการให้การอุปถัมภ์ของบริษัทบุหรี่ การห้ามตั้งแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย รวมทั้งการรณรงค์สร้างความตื่นตัวในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนการขยายภาคีการควบคุมยาสูบให้กว้างขวางมากขึ้นจากการหนุนเสริมด้านงบประมาณจาก สสส.

ตารางที่ 6 อัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยาสูบ รายได้ภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยาสูบ  
ยอดจำหน่ายบุหรี่ยาสูบ และอัตราการสูบบุหรี่ ระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2549

ปี พ.ศ.	อัตราภาษี สรรพสามิต บุหรี่ยาสูบ <sup>1)</sup> (ร้อยละ)	รายได้ภาษี สรรพสามิตบุหรี่ยาสูบ แรตที่จัดเก็บจริง <sup>1)</sup> (ล้านบาท)	ยอดจำหน่าย บุหรี่ยาสูบ <sup>1)</sup> (ล้านซอง)	อัตราการ สูบบุหรี่ <sup>2)</sup> (ร้อยละ)
2534	N/A	N/A	N/A	30.48
2535	55	15,438	2,035	N/A
2536	55	15,346	2,125	N/A
2537	60	19,642	2,328	N/A
2538	62	20,153	2,103	N/A
2539	68	24,095	2,463	25.38
2540	68	29,807	2,415	N/A
2541	70	28,547	1,940	N/A
2542	70	26,643	1,811	N/A
2543	71.5	28,113	1,825	N/A
2544	75	31,793	1,597	22.47
2545	75	31,148	1,717	N/A
2546	75	32,687	1,981	N/A
2547	75	36,105	2,137	19.47
2548	75	38,223	2,288	N/A
2549	79	35,642	1,750	18.94

ที่มา : 1) ชลธาร วิศรุตวงศ์ และคณะ, พ.ศ.2550

2) ศรัณญา เบญจกุล และคณะ, พ.ศ.2550

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบอัตราภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยีคกาเรต และอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชน  
ปี พ.ศ. 2534 - 2547

ปี พ.ศ.	อัตราภาษีสรรพสามิต บุหรี่ยีคกาเรต (ร้อยละ)	กลุ่มอายุเยาวชน <sup>(1)</sup>		
		11-14 ปี	15-18 ปี	19-24 ปี
2534	N/A	0.43	9.16	27.58
2539	68	0.28	6.87	23.88
2544	75	0.20	5.39	19.22
2547	75	0.10	4.29	15.94

ที่มา : (1) ศรัณญา เบญจกุล และคณะ, พ.ศ.2549

### 2.1.2 การห้ามโฆษณาบุหรี่ยีคกาเรต การส่งเสริมการขายของบริษัทบุหรี่ยีคกาเรต

มีงานวิจัยทางวิชาการมากมายที่แสดงให้เห็นว่า การโฆษณาทำให้การบริโภคยาสูบของเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น เช่น

- ในกลุ่มเด็กอายุ 10-11 ปี มากกว่าร้อยละ 80 เชื่อว่าการโฆษณาบุหรี่ยีคกาเรตกระตุ้นให้เด็กเริ่มสูบบุหรี่ยีคกาเรต (Fisher, D.& Magnus P, 1981)
- ในประเทศออสเตรเลีย การโฆษณาบุหรี่ยีคกาเรตของ Peter Jackson ทำให้ส่วนแบ่งการตลาดของกลุ่มผู้สูบวัยรุ่นเพิ่มจาก 1% ในปี พ.ศ. 2526 ขึ้นเป็น 27% เมื่อถึงปี พ.ศ. 2529 (Baker, W., Homel, P., Flaherty, B. and Trebilco, P., 1986)
- การโฆษณามีบทบาทสำคัญซึ่งก่อให้เกิดอิทธิพลต่อความรู้สึกรุนแรง ทักษะคิด และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้เยาวชน (Richard Pollay, 1997)
- การโฆษณาโดยใช้ภาพพจน์ (image ad) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ชายแบบและนางแบบ (human model) และการกระตุ้นที่มีชื่อมีผลต่อการยอมรับภาพพจน์และการสูบบุหรี่ของผู้เยาวชนเพราะว่าการรับรู้ผิด ๆ ต่อสิ่งเหล่านี้นับเป็นปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมในการเริ่มสูบบุหรี่ การโฆษณาจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ของผู้เยาวชน (US Department of Health and Human Services, 1994)

ดังนั้น ประเทศไทยได้คำนึงถึงอิทธิพลของการโฆษณาที่มีต่อเยาวชน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ผลักดันให้มี พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 มาตรา 8 “ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาผลิตภัณฑ์ หรือแสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์ ทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุ โทรทัศน์ หรือสิ่งอื่นใดที่ใช้เป็นการโฆษณาได้ หรือใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในการแสดง การแข่งขัน การให้บริการหรือการประกอบกิจกรรมอื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ให้สาธารณชนเข้าใจว่าเป็นชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ” ทั้งนี้ผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองแสนบาทตามมาตรา 19 (กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2547: 2 - 7)

อย่างไรก็ตามแม้ประเทศไทยจะมี การห้ามโฆษณาตาม พ.ร.บ. ดังกล่าวข้างต้น แต่ดูเหมือนว่าการแสดงบุหรี่ยุค จุฑชาย จะไม่ได้รับการตีความว่าเป็นการโฆษณา ทั้งๆ ที่ ใน พ.ร.บ. ฉบับนี้ ในมาตรา 3 ได้บัญญัติความหมายของการโฆษณาว่า การกระทำไม่ว่าโดยวิธีใดๆ ให้ประชาชนเห็น ได้ยินหรือรับทราบข้อความเพื่อประโยชน์ทางการค้า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ก็ตาม ดังนั้นการแสดงบุหรี่ยุค จุฑชาย จึงกระทำกันอย่างแพร่หลาย มีงานวิจัยจากต่างประเทศหลายชิ้น แสดงให้เห็นว่า การโฆษณาและส่งเสริมการขาย ยุค จุฑชายจำหน่าย มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนโดยตรง กล่าวคือ

- เด็กที่เห็นการโฆษณาและส่งเสริมการขาย ยุค จุฑชายจำหน่าย มีแนวโน้มที่จะทดลองสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นถึง 38% (Schooler, C., Feighery, E., Flora, J.A., 1996)
- เยาวชนที่เคยทดลองสูบบุหรี่เคยเห็นการโฆษณา ยุค จุฑชายมากกว่ากลุ่มเยาวชนที่ไม่เคยทดลองสูบบุหรี่ (Schooler, C. et al, 1996)
- การศึกษากลุ่มนักเรียนเกรด 7 (ชั้นมัธยม อายุอยู่ในช่วง 12 ปี) พบว่า 70% รับว่าเกิดระดับยอมรับต่อสิ่งต่าง ๆ ที่บริษัทบุหรี่ยุค จุฑชายใช้ในการส่งเสริมการขาย มากกว่าการรับรู้ตามปกติ (Feighery, E.C., et al., 1998)
- วัยรุ่น (73%) ได้รับความพึงพอใจสูงกว่าผู้ใหญ่ (47%) จากการส่งเสริมการขายในร้านสะดวกซื้อ (Evans, N, et al.,1995)
- การวางสินค้าให้หยิบเองทำให้เด็กซื้อง่ายขึ้น และเปิดโอกาสให้เด็กขโมยบุหรี่ยุค จุฑชายประมาณ 8% ของเด็กที่สูบบุหรี่ได้บุหรี่ยุค จุฑชายมาโดยการขโมย (Florida Department of Health, 1999)

- การโฆษณา ณ จุดขายได้ถูกออกแบบขึ้นมาเพื่อมุ่งเป้าไปยังผู้บริโภค ณ ตรงที่ซึ่งเขาเหล่านั้นจะซื้อสินค้า มีการพบว่าแรงกระตุ้นที่จะซื้อเพิ่มขึ้นถึง 28% เมื่อมีการแสดงสิ่งโฆษณาตรงจุดขายนั้น (Rogers, T., Feighery, R.N., Tencati, E., et al., 1995)

นอกจากนั้นสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ได้สำรวจความคิดเห็นต่อการโฆษณาและส่งเสริมการขาย บุหรี่ ณ จุดจำหน่าย: กรณีศึกษาเยาวชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และเขตเทศบาลหัวเมืองใหญ่ โดยดำเนินการสำรวจในกลุ่มเยาวชนอายุ 11 - 24 ปี ระหว่างวันที่ 5 - 20 เมษายน พ.ศ. 2548 พบข้อมูลที่น่าสนใจว่า เยาวชนส่วนใหญ่ร้อยละ 43.4 มีการรับรู้ว่าการโฆษณา/ส่งเสริมการขาย บุหรี่ ณ จุดจำหน่ายของบริษัทบุหรี่ มีความโดดเด่นสะดุดตา รองลงมาร้อยละ 31.8 ไม่โดดเด่นและไม่แน่ใจร้อยละ 24.8

**นั่นคือการตั้งแสดงบุหรี่ปริมาณจุดขายมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชน**

ดังนั้นเพื่อปกป้องเยาวชนที่อาจจะต้องตกเป็นเหยื่อของพ่อค้าบุหรี่ปริมาณ การทรวงสาธารณสุขจึงได้มีประกาศ “แนวทางปฏิบัติการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ” แจกแก่ร้านค้าต่างๆ ที่จำหน่ายบุหรี่ปริมาณ 500,000 ร้านทั่วประเทศ มิให้แสดง ชื่อ ตรา เครื่องหมายการค้า ของผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นตัว ชั้นวางจำหน่ายทุกประเภทหรือสิ่งอื่นใดที่จุดจำหน่าย แต่ให้มีป้ายทำด้วยวัสดุใด ๆ ขนาดพื้นที่ไม่เกินกว่าพื้นที่ของกระดาษขนาด A4 ตัวอักษรสีดำหรือน้ำเงินบนพื้นสีขาว ติดไว้ที่บริเวณจุดจำหน่ายได้ 1 จุด โดยมีข้อความ “สถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบได้รับอนุญาต” หรือ “สถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ” หรือ “ที่นี่จำหน่ายบุหรี่ปริมาณ” หรือ “ที่นี่จำหน่ายบุหรี่ปริมาณ/ซิการ์” ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 มาตรา 8 วรรคหนึ่ง ที่ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์ ทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ หรือสิ่งอื่นใดที่ใช้เป็นการโฆษณาได้ และในมาตรา 3 ได้บัญญัติความหมายของการโฆษณาว่า การกระทำไม่ว่าโดยวิธีใด ๆ ให้ประชาชนเห็น ได้ยินหรือรับทราบข้อความเพื่อประโยชน์ทางการค้า ทั้งนี้ให้มีผลบังคับใช้ในเดือนกันยายน พ.ศ.2548 (กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2548)



สำหรับการฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ในเรื่องการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย พบว่ามีไม่มากนัก ยกเว้นในรายการกีฬาที่ผ่านเคเบิลทีวี ซึ่งยังไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจัง แต่สำหรับการโฆษณาโดยทั่วไป ยังไม่มีระบบการเฝ้าระวังและระบบรายงานที่มีประสิทธิภาพนัก แม้กระทรวงสาธารณสุขจะได้จัดตั้ง ศูนย์รับแจ้งเรื่องร้องเรียนสุราและบุหรี่ สำหรับรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดฝ่าฝืน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ตลอดจนสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เครื่องโทรศัพท์ตอบรับอัตโนมัติ (Audio Text) หมายเลข 3342 โดยศูนย์ ฯ นี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สสส. ให้เริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ.2548 ปรากฏว่าการร้องเรียนการกระทำผิด พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ไม่ได้มีมากนัก ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** การร้องเรียนเกี่ยวกับการกระทำผิด พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ของศูนย์รับเรื่องร้องเรียน

อันดับ	ประเด็นการร้องเรียน	จำนวน (ครั้ง)
1	โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ (วางโชว์บุหรี่)	66
2	จำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี	48
3	จำหน่ายสินค้าที่แสดงตราหีบหรี่ หรือ แสดงตราหีบหรี่ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	15
4	จำหน่ายสินค้าเลียนแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบ	9
5	จำหน่ายสินค้าที่มีตราหีบหรี่ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	3
6	ให้หรือแจกแถมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	3
7	จำหน่ายบุหรี่ไม่มีภาพค่าเดือน	1
8	ให้หรือแจกแถมผลิตภัณฑ์ยาสูบและตุ้วางผลิตภัณฑ์ยาสูบ	1
9	จำหน่ายบุหรี่ในบริเวณห้ามจำหน่าย	1
10	การแบ่งขายบุหรี่ (ประชาชนต้องการให้ออกกฎหมายควบคุม)	1
11	แสดงชื่อ/สัญลักษณ์ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ให้สาธารณชนรับทราบ	1
	รวม	149

ที่มา : ศูนย์รับแจ้งเรื่องร้องเรียนสุราและบุหรี่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2549



อย่างไรก็ตามกฎหมายการห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบของไทย ซึ่งมีการดำเนินมาตรการอย่างเคร่งครัด ทำให้อุตสาหกรรมยาสูบพยายามหาช่องทางในการโฆษณา ที่ปรากฏในประเทศไทย คือ การสร้างภาพลักษณ์ในลักษณะของการสนับสนุนโครงการ/กิจกรรมเพื่อสังคม หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR) เช่น การให้ทุนการศึกษาแก่นักเรียน นักศึกษา การอุปถัมภ์การจัดนิทรรศการภาพศิลป์ และที่กำลังมีการสนับสนุนอย่างกว้างขวางในปี พ.ศ.2549 คือ “โครงการยุวชนพิทักษ์รักสายน้ำ” ซึ่งได้มีการจัดฝึกอบรมให้ครูในโรงเรียน ในเขตภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในพื้นที่ที่มีการเพาะปลูกยาสูบ โครงการนี้ได้ดำเนินการโดยการสนับสนุนของบริษัทผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาสูบรายใหญ่ ซึ่งมีการอบรมครูไปแล้วหลายรุ่นด้วยกันตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยมีวัตถุประสงค์เบื้องต้น คือ การสร้างความรู้และความตระหนักในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมให้ครู (วัตถุประสงค์ซ่อนเร้นไม่เป็นที่เปิดเผยหากแต่เป็นที่เข้าใจได้จากประสบการณ์ในประเทศต่าง ๆ ที่บริษัทยาสูบไม่ได้มีความจริงจังในการดำเนินการอย่างแท้จริง) และมีเป้าหมายให้ครูนำความรู้จากการอบรมไปใช้ถ่ายทอดให้กับนักเรียนของตน (เดลินิวส์, 2549)

นักเรียนและเยาวชนจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดำเนินกิจกรรมของอุตสาหกรรมยาสูบในรูปแบบ CSR ซึ่งเป็นการพอกตัวที่ต้องการให้สังคมยอมรับถึงความรับผิดชอบต่อสังคม หากแต่เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า ยาสูรมีพิษภัยต่อบุคคลและสังคมโดยรวมอย่างมาก การที่สังคมพยายามเบียดบังยาสูบในหลายรูปแบบและหลายมาตรการ ทำให้กิจกรรมในรูปแบบ CSR จึงเป็นเครื่องมือของอุตสาหกรรมยาสูบในการช่วงชิงพื้นที่สาธารณะกับหน่วยงานที่พยายามควบคุมยาสูบ

ดังนั้นการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบในรูปแบบ CSR จึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำ ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง มีทัศนคติที่ดีและยอมรับภาพลักษณ์ “ปีศาจในคราบนักบุญ” ของอุตสาหกรรมยาสูบ

### 2.1.3 การมีฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่

คำเตือนบนซองบุหรี่ถือเป็นการให้ข้อมูลความรู้แก่ประชาชนให้รับทราบถึงพิษภัยของบุหรี่ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ต้องลงทุนในการดำเนินการดังกล่าว แต่ให้บริษัทผู้ผลิตบุหรี่ทำหน้าที่นี้แทน

มีงานวิจัยในต่างประเทศที่ประเมินผลกระทบของการมีฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่มีผลต่อการยังคิดในการที่จะเริ่มสูบบุหรี่ และพยายามที่จะเลิกบุหรี่ ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเริ่มต้นมาตั้งแต่ พ.ศ.2503 ที่พบว่า มีรัฐบาลในหลายประเทศ เริ่มมีการ

ออกคำสั่งให้ผู้ผลิตบุหรี่ต้องพิมพ์คำเตือนให้ ผู้บริโภคทราบถึงพิษภัยของบุหรี่ เมื่อถึงปี พ.ศ. 2534 มีจำนวนประเทศที่พิมพ์คำเตือนดังกล่าวถึง 77 ประเทศ ทำให้มีผลการศึกษาถึงผลคำเตือนต่อการบริโภคบุหรี่ในประชาชนในเวลาต่อมา เช่นในประเทศตุรกี ผลการวิจัย พบว่า คำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยต่อสุขภาพช่วยให้การบริโภคบุหรี่ในตุรกีลดลงประมาณ ร้อยละ 8 ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา รวมถึงในแอฟริกาใต้ การติดคำเตือนภัยจากบุหรี่อย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2537 ทำให้การบริโภคบุหรี่ยลดลงอย่างมาก โดยร้อยละ 58 ของผู้ตอบแบบสอบถามกล่าวว่า คำเตือนภัยทำให้เขาเลิกหรือลดการสูบบุหรี่ลงได้ และในออสเตรเลีย แคนาดา และโปแลนด์ ก็พบว่าคำเตือนดังกล่าวนี้ใช้ได้ผลเช่นกัน กล่าวคือพบว่าในโปแลนด์ ร้อยละ 3 ของผู้ถูกสำรวจมีผู้เลิกสูบบุหรี่เมื่อได้คำเตือนภัยนั้น และร้อยละ 16 ทำให้พยายามเลิก เช่นเดียวกับการสำรวจในประเทศแคนาดา ในปี พ.ศ.2539 ที่พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ที่ตั้งใจจะเลิกหรือลดบุหรี่ยได้รับแรงจูงใจจากการอ่านคำเตือนบนซองบุหรี่ (World Bank, 1999: 53-55) สำหรับพัฒนาการของการมีฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ในประเทศไทยนั้น พบว่า เกิดขึ้นครั้งแรกใน ปี พ.ศ. 2517 โดยมีการพิมพ์ข้อความที่ว่า “การสูบบุหรี่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ” อยู่ด้านข้างของซองบุหรี่โดยรัฐไม่ได้กำหนดขนาดและสีของคำเตือน ต่อมาในปี พ.ศ.2525 แพทยสมาคมฯ ได้เสนอต่อรัฐบาลในสมัยนั้น ให้มีการปรับเป็น “การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ” เมื่อถึงปี พ.ศ.2532 ได้มีการกำหนดให้ฉลากคำเตือนมาอยู่ด้านหน้าซองและขนาดตัวอักษรมีขนาดไม่เล็กกว่า 2x2 มิลลิเมตร ไม่กำหนดสี ทำให้โรงงานยาสูบพิมพ์คำเตือนด้วยสีที่กลมกลืนกับซอง ทำให้คำเตือน ไม่สะดุดตา แลเห็นไม่ชัด ต่อมาในปี พ.ศ.2535 ซึ่งมี พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ยมีขนาดพื้นที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25 ของทั้งหน้าและหลังซองโดยใช้อักษรสีพระยาขนาด 16 พอยต์ เป็นตัวอักษรสีดำ พื้นขาวกรอบดำหรือใช้อักษรสีขาวบนพื้นดำและอยู่ด้านล่างของซอง และปี พ.ศ.2540 จนถึงปัจจุบัน กำหนดให้ฉลากคำเตือนมีขนาดพื้นที่ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 33.3 ของทั้งหน้าและหลังซอง ใช้ตัวอักษร สีพระยา สีขาว ขนาด 20 พอยต์ บนพื้นสีดำ กรอบสีขาว และอยู่ด้านบนสุดของซอง โดยต้องมีคำเตือน 10 ข้อความสลับกันไป

มีการศึกษาผลของฉลากคำเตือนต่อผู้สูบบุหรี่สำหรับในประเทศไทยโดยสำอาน สืบสมานและคณะ (2543: 29) พบว่า มีผู้เคยพยายามเลิกบุหรี่ยจากผลกระทบจากทั้งคำเตือนบนซองบุหรี่ยและสื่ออื่น ๆ ที่ใช้ในการรณรงค์ถึงร้อยละ 65 สาเหตุจูงใจที่สำคัญคือ เห็นอันตรายจากโทษของบุหรี่ย และคำเตือนบนซองบุหรี่ยที่มีผลต่อความเชื่อมากที่สุดคือ บุหรี่ยทำให้เกิดมะเร็งปอด

งานวิจัยของซูซีย์ ศุภวงค์และคณะ (2540: 20-21) พบว่าค่าเดือนบนของบุหรี่ยี่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน กล่าวคือ กลุ่มเยาวชนที่ทำการศึกษาในระดับอายุ 15 ปี และ 22 ปี ทั้งชายและหญิงกว่าร้อยละ 80 สังเกตเห็นค่าเดือนบนของบุหรี่ยี่ในกลุ่มเยาวชนที่สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 30 ระบุว่าเกิดความลังคิดในการสูบบุหรี่และร้อยละ 10 เห็นว่าทำให้ได้ความรู้ และในกลุ่มเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 42 ทำให้ไม่อยากลองสูบ และร้อยละ 31.5 บอกว่าทำให้ได้ความรู้

ต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ.2547 เรื่องการพิมพ์ฉลากเป็นรูปภาพค่าเดือนถึงพิษภัยของบุหรี่ยี่ โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 กำหนดรายละเอียดของฉลากค่าเดือนใหม่ โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 25 มีนาคม พ.ศ.2548 เป็นต้นไป ดังนี้คือ ขนาดของฉลากต้องมีพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ซอง ให้ฉลากอยู่บริเวณด้านบนของซองบุหรี่ยี่ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง และฉลากเป็นรูปภาพ 4 สี ประกอบข้อความค่าเดือน 6 แบบ คละกันไปดังตัวอย่างดังนี้




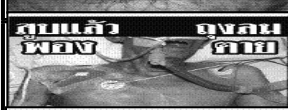




ประเทศไทยนับเป็นประเทศที่ 4 ที่มีการพิมพ์รูปภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ รองจาก แคนาดา บราซิล และสิงคโปร์

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลกระทบต่อการใช้ภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่ จะเห็นได้ชัดในประเทศ แคนาดา ซึ่งเป็นประเทศแรกที่ใช้คำเตือนบุหรี่เป็นรูปภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 และสถาบันมะเร็งแห่งประเทศไทย (Canadian Cancer Society, 2004) ได้ทำการสำรวจหลังจากการประกาศใช้ภาพดังกล่าวมาแล้ว 1 ปี พบว่า ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 58 คิดถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพร้อยละ 44 ระบุว่า ทำให้เกิดความคิดอยากเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ร้อยละ 35 มีความรู้เกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพมากขึ้น และผู้สูบบุหรี่ที่ตั้งใจจะเลิกบุหรี่ร้อยละ 38 ระบุว่า ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อยากเลิก

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ได้วิจัยเอกสารเพื่อประเมินประสิทธิภาพของภาพคำเตือนที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ (1, 2, 3, 4) โดยผลการศึกษาออกมาในทิศทางเดียวกันคือ ในกลุ่มเป้าหมายทั้งที่สูบและไม่สูบบุหรี่ พบว่า ภาพคำเตือนที่มีประสิทธิภาพที่สุดต่อความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ 2 อันดับแรก คือ ภาพที่ 6 “ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด” และ ภาพที่ 4 “สูบแล้วถ่วงลมพองตาย” ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของภาพคำเตือนจากงานวิจัยต่างๆ

ภาพคำเตือน	พนักงานเจ้าหน้าที่ (1)		หมออนามัย (2)		ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (3)		วิชาชีพสุขภาพ (4)		ภาพรวม
	 <b>สูบแล้ว แสบ แรก</b>	3	3	3	3	6	4	6	
 <b>ควินบุหรี่ ร้าย จะทำ ลูก</b>	4	4	3	4	5	2	5	2	3
 <b>สูบแล้วจะ निकลิปาก</b>	6	6	6	5	4	5	2	6	6
 <b>สูบแล้ว พอง ออกลม คาย</b>	2	2	2	1	2	3	3	3	★ 2
 <b>ควินบุหรี่ คาย ทำคน เก</b>	5	5	3	6	3	6	4	4	5
 <b>ควินบุหรี่ นะเว้ง ทำแต่เกิด ปอด</b>	1	1	1	2	1	1	1	1	★ 1

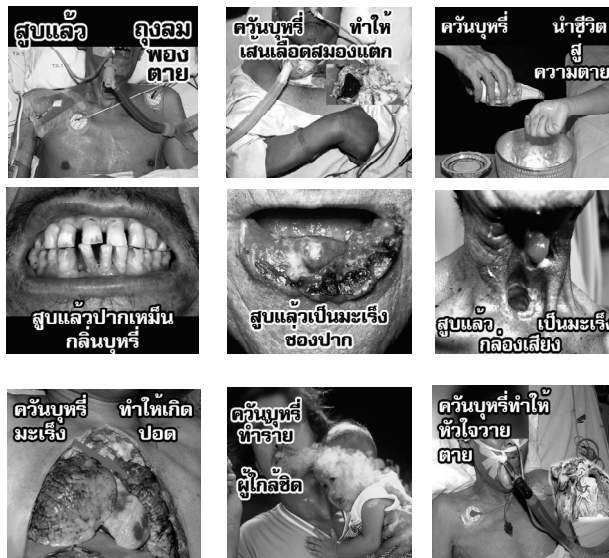
กลุ่มผู้สูบบุหรี่  กลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่

1 อันดับสูงสุด...และ 6 อันดับต่ำสุด

- ที่มา : 1) เพ็ญภักตร์ จันทศร. (2549). การตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายการควบคุมการบริโภคยาสูบในจังหวัดชลบุรี.
- 2) พรรณราย เจริญชาติตรี. (2549). ผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ต่อการรับรู้และความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- 3) ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2549). โครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และ การดำเนินงานรณรงค์เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.
- 4) ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2549). โครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ นักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ (Global Health Professional Survey: GHPS).

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาของศูนย์วิจัยโรคมะเร็งเพื่อการควบคุมยาสูบของประเทศอังกฤษ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพในการใช้ภาพกราฟฟิกและคำเตือนบนซองบุหรี่ และให้ข้อเสนอแนะว่า "คำเตือนบนซองบุหรี่มีการหมดอายุเหมือนกัน และเมื่อหมดอายุแล้วผู้สูบบก็ จะไม่สนใจอีกต่อไป ดังนั้นจะต้องมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนคำเตือนบนซองบุหรี่ที่จะใช้เป็น ระยะเวลา อาจเป็นทุกปีหรือทุก ๆ สองหรือสามปี ไม่เช่นนั้นการสื่อสารเรื่องโทษของการสูบบุหรี่คง ไม่ได้ผล และควรมีการเปลี่ยนข้อความและภาพคำเตือนเป็นภาพที่ช็อกความรู้สึกของบรรดานัก สูบได้ เพราะจะทำให้การเตือนได้ผล" (Cancer Research UK, 2002)

กระทรวงสาธารณสุขของไทย ก็ได้ดำเนินถึงหลักการข้างต้น ดังนั้นเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ.2549 จึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 11 (ราชกิจจานุเบกษา, 2549) ให้มีการเพิ่มภาพและคำเตือนจาก 6 ภาพ เป็น 9 ภาพ และโดยปรับภาพคำเตือนที่มี ประสิทธิภาพต่ำต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ออกไป และภาพคำเตือนดังกล่าวจะมีผลบังคับใช้ในการ พิมพ์ลงบนซองบุหรี่ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2550 ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยมีภาพคำเตือนพิมพ์ บนซองบุหรี่ยรวม 9 ภาพ ได้แก่



### 2.1.4 สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่โดยเฉพาะในโรงเรียน

ควันบุหรี่มือสองมีสารเคมีต่างๆ มากถึง 4,000 ชนิด รวมถึงสารหนู แอมโมเนีย ฟอร์มาลดีไฮด์ และโพลีเนียม 210 (National Cancer Institute, 2001) ผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองทำให้เกิดโรคมะเร็งโรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจและปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ อีกมาก (International Agency for Research on Cancer, 2002; National Cancer Institute, 1999)

องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ว่า “การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นมาตรการดีเยี่ยมของสาธารณสุขที่จะปกป้องสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่” (World Health Organization, 2002) โดยพบว่าการมีกฎหมายปลอดบุหรี่มีผลทันทีต่อคุณภาพอากาศในอาคาร (indoor air quality) โดยการลดระดับของมลพิษทางอากาศในอาคารและสารก่อมะเร็งในสถานที่สาธารณะและที่ทำงาน และสถาบันการศึกษา (CDC, 2004)

การมีกฎหมายห้ามการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมของเยาวชนพบว่า สามารถลดการสูบบุหรี่ของเยาวชนลงได้ ดังการศึกษาของ Wakefield, M. และคณะ (2000: 321-337) ได้ทำการศึกษาผลของการจำกัดการสูบบุหรี่ในบ้าน โรงเรียนและสถานที่สาธารณะ พบว่า สามารถลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Farkas, A., และคณะ (2000) ที่พบว่า สถานที่ทำงานและบ้านที่ปลอดบุหรี่มีความสัมพันธ์กับอัตราต่ำของการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น และงานศึกษาของ Wechsler, L. & Rigotti, N. (2001) พบว่า ที่อยู่อาศัยซึ่งปลอดบุหรี่อาจช่วยปกป้องนักเรียนในโรงเรียนมัธยม ซึ่งไม่ใช่หนักสูบบุหรี่เป็นประจำไม่ให้เป็นนักสูบบุหรี่เป็นประจำในระดับมหาวิทยาลัย งานวิจัยชิ้นหนึ่งพบว่าความชุกของการสูบบุหรี่ต่ำ (21%) ในผู้ที่พำนักในที่อยู่อาศัยซึ่งปลอดบุหรี่ เมื่อเทียบกับความชุก 30.6 % ในผู้ที่พำนักในที่อยู่อาศัยซึ่งไม่ห้ามสูบบุหรี่

สำหรับประเทศไทยนั้น ได้มีการตรา พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และระบุในเหตุผลของการตรา พ.ร.บ. นี้ดังนี้ “โดยที่ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์ว่า ควันบุหรี่เป็นผลเสียแก่สุขภาพของผู้สูบและไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ใกล้เคียงหลายประการ เช่น อาจทำให้เกิดมะเร็งปอด และอวัยวะอื่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อีกทั้งควันบุหรี่ยังทำให้โรคบางโรค เช่น โรคหอบหืด หรือโรคภูมิแพ้มีอาการกำเริบขึ้น นอกจากนั้นยังพิสูจน์ได้ว่าการที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องสูดควันบุหรี่ซึ่งผู้อื่นสูบเข้าไป ก็ยังเป็นผลเสียแก่สุขภาพของผู้นั้นเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นกับผู้สูบบุหรี่เอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้สูดควันบุหรี่ยังเป็นเด็ก สมควรที่จะคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่มิให้ต้องรับควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ โดยการห้ามสูบบุหรี่ในบางสถานที่ หรือการจัดเขตให้สูบบุหรี่โดยเฉพาะ จึงจำเป็นต้องมีพระราชบัญญัตินี้” (กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, 2549)

สำหรับสถานที่สาธารณะที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ออกตาม พ.ร.บ. คุ่มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และเกี่ยวข้องกับการปกป้องสุขภาพของเยาวชน จากการไม่ริเริ่มสูบบุหรี่ และควันบุหรี่มือสองนั้น พบว่ามีการกำหนดมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 จนถึงปี พ.ศ.2549 โดยได้มีการขยายพื้นที่สาธารณะที่ห้ามสูบบุหรี่มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถานที่ราชการ และสถานศึกษา (ราชกิจจานุเบกษา, 2549) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสุขภาพของเยาวชน โดยกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ดังนี้

**สถานที่สาธารณะที่ต้องปลอดบุหรี่ทั้งหมด** ได้แก่ ที่พักผู้โดยสาร หรือ บริเวณที่ใช้ รอก่อนหรือหลังการใช้บริการยานพาหนะโดยสารทุกประเภท ลิฟต์โดยสาร ตู้โทรศัพท์ สาธารณะหรือบริเวณที่ให้บริการโทรศัพท์สาธารณะ สุขา อาคารโรงมหรสพ ห้องสมุด ห้องประชุม อบรม หรือสัมมนา อาคารร้านขายยา คลินิก อาคารสถานที่ออกกำลังกายในร่ม หรือ อาคารสถานกีฬาในร่ม อาคารอิมพัลส์ดูกีฬาหรือการแสดง สนามเด็กเล่น สถานรับเลี้ยงเด็ก ก่อนวัยเรียน โรงเรียนหรือสถานศึกษาหรือสถาบันการศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา ศาสนสถาน หรือสถานที่ประกอบศาสนกิจในนิกาย หรือศาสนาต่าง ๆ เฉพาะบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ

**สถานที่สาธารณะที่ต้องปลอดบุหรี่ เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ** ได้แก่ สถานที่จัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถาน หรือหอศิลป์ ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า สถานที่แสดงสินค้าหรือนิทรรศการ ร้านตัดผม สถานที่บริการคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ตู้เกมส์ หรือตู้คาราโอเกะ หอพัก สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม

**สถานที่สาธารณะที่ให้เป็นที่ปลอดบุหรี่ ทั้งหมด ยกเว้น บริเวณห้องพักส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงาน และบริเวณที่จัดไว้เป็น “เขตปลอดบุหรี่”** ได้แก่ สถานีขนส่งผู้โดยสารทุกประเภทรวมถึงท่าอากาศยานและท่าเรือโดยสาร มหาวิทยาลัยหรือสถานศึกษาหรือสถาบันการศึกษาตั้งแต่ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป อุทยานหรือศูนย์การเรียนรู้ สถานฝึกอาชีพ สถานกวดวิชา สถานที่สอนภาษา สอนดนตรี – ขับร้อง สอนการแสดง สอนศิลปะ สอนกีฬา สอนศิลปะป้องกันตัว และอื่น ๆ ศาสนสถาน หรือสถานที่ประกอบศาสนกิจ ในนิกายหรือศาสนาต่าง ๆ สถานที่ออกกำลังกายกลางแจ้งหรือสนามกีฬา สวนสาธารณะ สวนสัตว์ และสวนพฤกษศาสตร์

การมี พ.ร.บ. คุ่มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ดังกล่าว จึงเป็นการลดความเสี่ยงของเยาวชนที่ต้องสัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และป้องกันไม่ให้เยาวชนริเริ่มสูบบุหรี่ หรือเห็นตัวอย่างการสูบบุหรี่จากสถานที่ซึ่งอยู่ใกล้ตัวเยาวชนได้





## 2.2 นโยบายสาธารณะที่มีผลต่อการลดอุปทาน (Supply) ของเยาวชน

จากการศึกษาในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยพบว่าจุดเริ่มต้นของการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่น จนถึงอายุ 20 ปี โดยร้อยละ 75 จะกลายเป็นผู้ติดบุหรี่ในที่สุด อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ในเพศหญิงจะมากกว่าเพศชาย และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2547 พบร้อยละ 65 ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำติดก่อนอายุ 19 ปี ร้อยละ 92 ติดบุหรีก่อนอายุ 24 ปี และมีเพียงร้อยละ 8 ของผู้ติดบุหรีทั้งหมดติดหลังอายุ 25 ปี ดังนั้นนโยบายการลดอุปทาน (Supply) จึงเป็นนโยบายที่มีความสำคัญ

นโยบายสาธารณะที่มีผลต่อการลดอุปทาน (Supply) ของเยาวชนประกอบด้วย 1) การควบคุมการขายบุหรีแก่เยาวชน 2) การห้ามการผลิต นำเข้าและจำหน่ายบุหรีไมล์ ไลท์ ยาสูบไร้ควันและบุหรีซุส 3) การควบคุมบุหรีลักลอบ 4) การกำหนดสถานที่จำหน่ายบุหรี

### 2.2.1 การควบคุมการขายบุหรีแก่เยาวชน

การควบคุมการขายบุหรีแก่เยาวชน ปรากฏใน พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 โดยมีสาระสำคัญคือ การห้ามจำหน่ายบุหรีให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี กับการห้ามขายบุหรีโดยใช้เครื่องขาย ซึ่งปรากฏในมาตรา 4 และ 5 ของพระราชบัญญัติดังกล่าว ทั้งนี้หากผู้ใดฝ่าฝืน กฎหมายได้กำหนดบทลงโทษในมาตรา 17 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินสองพันบาท (กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2548: 2 - 5)

#### 1) การห้ามจำหน่ายบุหรีให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

มีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าเมื่อมีกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรีให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และมีการดำเนินการให้ร้านขายบุหรีติดสัญลักษณ์ “ไม่ขายบุหรีแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี” พบว่า การใช้สัญลักษณ์ทางกฎหมายควบคุมการซื้อบุหรีของเด็กและเยาวชนทำให้เด็กและเยาวชนมีการซื้อบุหรีลดลง ร้อยละ 45 จำนวนเด็กและเยาวชนที่สูบบุหรีลดลงร้อยละ 41.7 ปริมาณการสูบบุหรีเฉลี่ยลดลง 1 มวนต่อวัน (นิรุจน์ อุทธา และกนกวรรณ แก้วป่า, 2542: 84-95) นอกจากนี้การใช้สัญลักษณ์ทางกฎหมาย ยังทำให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ ทักษะคติแรงจูงใจและความคาดหวังต่อการไม่สูบบุหรี

อย่างไรก็ตาม ร้านค้าบุหรี่ส่วนใหญ่ยังคงขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และรัฐก็มีได้มีกลไก หรือกำลังคนที่เพียงพอที่จะเฝ้าระวังให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในข้อนี้ ดังนั้น การศึกษาของ นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ระหว่างเดือน พ.ย. - ธ.ค. พ.ศ.2537 พบว่า ร้อยละ 99.2 ของร้านค้าขายบุหรี่ให้เด็กทั้งหมดซึ่งอายุต่ำกว่า 18 ปี นอกจากนั้น จากข้อมูลการสำรวจเยาวชนไทยอายุระหว่าง 13 - 15 ปี ในโครงการ GYTS สำรวจปี พ.ศ. 2547 พบว่าร้อยละ 28.3 ของเยาวชนยังสามารถซื้อบุหรี่ได้

ยิ่งกว่านั้น ยังพบว่า บริษัทบุหรี่มีการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอย่างกว้างขวาง (Levy C, 1999) เพราะว่าเป็นการเน้นการสื่อความของอุตสาหกรรมยาสูบที่ว่า

“การสูบบุหรี่เป็นเรื่องของผู้ใหญ่” (Glantz S A, 1996) เด็กทุกคนต้องการเป็นผู้ใหญ่ เมื่อได้ยินประโยคนี้จึงเป็นสิ่งทำทนายที่จะสูบบุหรี่และเข้าเป็นลูกค้าของบริษัทบุหรี่ทันที

ดังนั้นมาตรการนี้ยังมีข้อถกเถียงกันว่าไม่มีประสิทธิภาพมากนัก ยากต่อการเกิดสัมฤทธิ์ผลของการควบคุมยาสูบ นอกจากนั้นแม้ว่าเด็กจะไม่สามารถซื้อบุหรี่จากร้านค้าได้ แต่ก็สามารถเข้าถึงบุหรี่ได้ จากเพื่อน ญาติ และคนอื่นๆ

## 2) การห้ามการขายบุหรี่โดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติ

การห้ามการขายบุหรี่โดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติ เป็นมาตรการสำคัญที่สอดคล้องกับการห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เนื่องจากมีงานศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า เครื่องจำหน่ายบุหรี่อัตโนมัติเป็นช่องทางที่เยาวชนจะซื้อบุหรี่ได้โดยไม่มีใครทราบ และพบว่า เครื่องขายบุหรี่อัตโนมัติมักตั้งอยู่ในที่ซึ่งเด็กเข้าถึงได้ถึง ร้อยละ 51 (Morbidity and Mortality Weekly Report, 1994)

ผู้ที่มาซื้อบุหรี่โดยใช้เครื่องขาย จะไม่สามารถควบคุมได้ว่าเป็นเยาวชนหรือผู้ใหญ่ และพบว่า เยาวชนมักจะใช้บริการเครื่องขายมากกว่าผู้ใหญ่ ดังเช่นการศึกษาในประเทศอิตาลี พบว่า เยาวชนอายุระหว่าง 13 - 17 ปี ร้อยละ 35% ซื้อบุหรี่จากเครื่องขายอัตโนมัติ โดยภาพรวมส่วนใหญ่เครื่องขายอัตโนมัติเป็นแหล่งขายให้เยาวชน (Pacifci R, Zuccaro, P. G., Gallus S., et al.)

ดังนั้น การมีมาตรการนี้จึงสามารถควบคุมการขายให้เยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับประเทศไทย ในภาพรวมแล้ว เมื่อมี พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ออกมาบังคับใช้ ประเทศไทยก็แทบจะไม่มีเครื่องขายบุหรี่ปรากฏให้เห็น แต่อย่างไรก็ตาม หากไม่มีการเฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมาย ก็ปรากฏว่ามีการลักลอบนำเครื่องขายมาให้บริการขายบุหรี่ได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตามตั้งแต่มี พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ออกมาบังคับใช้ได้ นานถึง 11 ปี จึงได้พบว่ามีกรณีการละเมิดกฎหมายนี้ ทั้งนี้ได้มีผู้อ้างว่าจากบริษัทฟิลิปมอริส โทรศัพท์เข้าไปแจ้งกลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคว่า ได้มีการติดตั้งเครื่องอัตโนมัติจำหน่ายบุหรี่ที่บาร์ 'The Club' ถนนข้าวสาร คณะเจ้าหน้าที่ของ กรม ฯ จึงได้ไปแจ้งความที่โรงพักวัดชนะสงครามและนำเจ้าหน้าที่ตำรวจไปตรวจจับได้ (หทัย ชิตานนท์, 2547)



เครื่องขายบุหรี่อัตโนมัติ ที่ถนนข้าวสาร

### 3) การห้ามการผลิต นำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ที่มีฉลากว่า ไมล์ ไลท์ ยาสูบไร้ควัน และบุหรี่ซูรส

งานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นบริษัทบุหรี่รู้ว่า ปัจจุบันผู้คนรับรู้ในพิษภัยของบุหรี่มากขึ้น และเป็นเหตุผลที่สำคัญที่ทำให้ลดและเลิกสูบบุหรี่กันมากขึ้น ดังนั้นบริษัทบุหรี่ได้ใช้คำที่ หลอกลวงให้คนเชื่อว่า “มีอันตรายน้อยลง” และไม่มีควมจำเป็นต้องเลิกสูบ เพียงแต่ให้รู้จักสูบ อย่างเหมาะสม

บริษัทจึงผลิตบุหรี่โดยใช้คำว่า ไลท์ และ ไมลด์ (light & Mild) อัลตราไลท์ (ultra light) สลิม (slim) และซูเปอร์สลิม (super slim) และการปรุงแต่ง รูป รส กลิ่นและสี เป็นส่วนหนึ่งของชื่อยี่ห้อและสีเพื่อการตลาด เพื่อให้สาธารณชนเข้าใจว่าบุหรี่ประเภท “รสอ่อน” (Light) หรือ “น้ำมันดินต่ำ” (Low Tar) หรือบุหรี่ปริมาณต่ำ มีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ปกติ เพื่อแสดงว่า บริษัทบุหรี่ปกติได้พยายามลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพลงไปแล้ว

ทั้งนี้บริษัทบุหรี่ปกติต้องการล่าเหยื่อ 3 กลุ่มคือ กลุ่มเยาวชนที่มักจะริเริ่มลองสูบบุหรี่เป็นครั้งแรกเพราะรสชาติที่อ่อนละมุน ทำให้เริ่มสูบบุหรี่ง่ายกว่าบุหรี่ปกติทั่วไป เด็กและเยาวชนจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงกลุ่มแรก กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกและยังเลิกไม่ได้ และเป็นห่วงสุขภาพ และกลุ่มที่สามคือ กลุ่มผู้หญิงที่เชื่อว่าบุหรี่ปกติ จะช่วยในการลดน้ำหนัก พบว่า ผู้หญิงในสหรัฐอเมริกาที่สูบบุหรี่ 60% หันมาสูบบุหรี่ที่โฆษณานี้

บริษัทบุหรี่ปกตินำเสนอว่า การสูบบุหรี่ “ไลท์” และ “ไมลด์” เป็นทางเลือกของคนฉลาด และทำให้ผู้สูบบุหรี่คิดว่า บริษัทมีความรับผิดชอบมากขึ้นต่อสุขภาพของผู้สูบ จึงปรับลดอันตรายให้น้อยลง ทั้ง ๆ ที่ความจริงไม่เป็นเช่นนั้น

จากการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่หันมาสูบบุหรี่ที่มีน้ำมันดินน้อย (Low Tar) จะสูบบุหรี่ในปริมาณมากขึ้นเพื่อให้ได้ปริมาณนิโคตินเท่ากับที่เคยได้รับเดิม ทั้ง ๆ ที่ในความเป็นจริงแล้วในบุหรี่ปกติทุกชนิด อัตราส่วนระหว่างน้ำมันดินและนิโคตินไม่แตกต่างกัน เพราะผู้สูบจะปรับพฤติกรรมกรรมการสูบให้สูบลึกขึ้น และ สูบมากมวนขึ้น

ดังนั้นไม่ว่าจะสูบบุหรี่ชนิดใด ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดจะมีเท่ากัน งานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า การสูบบุหรี่ไลท์ มีโอกาสเกิดมะเร็งที่ปลายหลอดลมขนาดเล็กที่สุด ซึ่งน่าจะเกิดจากการที่ผู้สูบบุหรี่สูดควันบุหรี่ปกติเข้าไปลึกมาก ซึ่งเป็นลักษณะพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ “ไลท์”

สำหรับประเทศไทยนั้น มีการสำรวจนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 จำนวน 350 คน พบว่าร้อยละ 15.2 เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 67.9 ของผู้สูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่ไลท์และมายด์ และร้อยละ 52.8 เคยสูบบุหรี่รสผลไม้ (Thet Lyar Myint, 2005: 52)

กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นปัญหาของการโฆษณาที่ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิด จึงมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2549 เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากของบุหรี่ปกติ บุหรี่ปกติ และยาเส้น ตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ข้อ 1 ความว่า “บุหรี่ปกติ บุหรี่ปกติ หรือยาเส้นที่ผลิต หรือนำเข้าในราชอาณาจักรไทย ฉลากที่พิมพ์บนซองหรือภาชนะบรรจุ



บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ หรือยาเส้น และกล่องหรือกระดาษหุ้มห่อซองหรือภาชนะบรรจุซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ หรือยาเส้น จะต้องไม่มีคำว่า Mild, Medium, Light Ultra light, Low tar หรือคำข้อความที่มีความหมายทำนองเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้ผู้บริโภคเข้าใจว่าเป็นบุหรี่ที่ปลอดภัย หรือมีระดับสารพิษน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป” (ราชกิจจานุเบกษา, 2549) ทั้งนี้ ผู้ใดฝ่าฝืนจะต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท ตามมาตรา 21 ใน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535

#### 4) การควบคุมบุหรี่ลักลอบ

การค้าบุหรี่ปิดกฏหมายทั่วโลกได้เพิ่มขึ้นมากกว่า 110 เปอร์เซ็นต์ในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2533 - 2540 (Joosen, L., 2006) ประมาณหนึ่งในสามของบุหรี่ที่ส่งออกไปในตลาดมืด (World Bank, 1999) ระหว่างปี พ.ศ.2518 และ 2539 จำนวนบุหรี่ที่หายไปในตลาดมืดหรือส่วนต่างระหว่างจำนวนบุหรี่ที่ส่งออกและนำเข้าได้เพิ่มขึ้นโดยตลอด จาก 42 พันล้านมวนหรือหนึ่งในห้าของบุหรี่ที่ส่งออกในปี พ.ศ.2518 เพิ่มขึ้นเป็น 400 พันล้านมวน หรือเท่ากับจำนวนบุหรี่ 45 พันล้านมวนซึ่งจำหน่ายอย่างถูกกฏหมายในร้านปลอดภาษีที่เหลือซึ่งนับได้ว่าเป็นบุหรี่ปิดกฏหมายมีมากถึง 350 พันล้านมวน (Joosen L., Raw M., 1998) ในปี พ.ศ.2543 ทั่วโลกมีบุหรี่หนึ่งในสี่ของบุหรี่ที่ค้าขายระหว่างประเทศเข้าสู่ตลาดมืด จากบุหรี่ที่ส่งออกไปทั้งหมด 846 พันล้านมวน มีถึง 227 พันล้านมวนที่ไม่ปรากฏในบรรดาบุหรี่นำเข้า ประมาณกันว่ารัฐบาลต่างๆ ทั่วโลก ต้องสูญเสียรายได้ซึ่งควรได้จากภาษีบุหรี่สูงถึง 25 ถึง 30 พันล้านเหรียญสหรัฐในแต่ละปี (Framework Convention Alliance, 2002) สภายุโรปประมาณว่าตลาดบุหรี่เถื่อนในยุโรปมีประมาณ 60 พันล้านมวนและรัฐบาลของประเทศต่างๆ ของประชาคมนี้ต้องสูญเสียรายได้ปีละ 6 พันล้านเหรียญสหรัฐ บริษัทบุหรี่ข้ามชาติได้ขายบุหรี่หลายพันล้านมวนออกไปในตลาดมืดด้วยวิธีการฉ้อฉลต่างๆ อาทิเช่น จัดทำเอกสารผ่านแดนและแสดงมีภาษีปลอมและการร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ศุลกากรที่ฉ้อราษฎร์บังหลวง (हत्य ชิตานนท์, 2549)

ดังนั้นการค้าบุหรี่ปิดกฏหมายไม่ได้มีอันตรายต่อการเงินการคลังของประเทศเท่านั้น ยังมีผลเสียอย่างมหาศาลต่อสาธารณสุขโดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนเนื่องจาก การลักลอบบุหรี่ปิดกฏหมายบริษัทบุหรี่ใช้เป็นข้อโต้แย้งเพื่อให้รัฐลดภาษี ซึ่งจะทำให้บุหรี่ปิดกฏหมายถูกลด

รัฐบาลของประเทศต่างๆ มักจะกลัวว่าการขึ้นภาษีบุหรี่จะทำให้มีบุหรี่ปิดกฏหมายและบุหรี่ปิดกฏหมายเพิ่มมากขึ้น ทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการขึ้นภาษีบุหรี่ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก จากการขึ้นภาษียาสูบหลายร้อยครั้ง ทั่วโลกมีน้อยรายมากที่ปัญหาการลักลอบมีมากเพียงพอที่จะทำให้รัฐบาลต้องลดภาษีลง ที่ทราบกันดีก็มีประเทศแคนาดา (ปี พ.ศ.2537) และสวีเดน (ปี พ.ศ.2541) ซึ่งต้องลดภาษีลงหลังจากขึ้นภาษีไปแล้ว ด้วยเหตุผลว่ามีการลักลอบเพิ่มขึ้น

มาก แต่การที่แคนาดาต้องลดภาษีบุหรี่ เมื่อปี พ.ศ.2537 ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาการลักลอบ แต่กลับมีผลเสียคือการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นและรัฐสูญเสียรายได้ที่ควรได้จากภาษีบุหรี่ไปเป็นจำนวนมากดังรายละเอียดในตารางที่ 9 ดังนั้นการขึ้นภาษีบุหรี่ไม่ได้ก่อให้เกิดบุหรี่ปักลอบ แต่มีผลดีอย่างน้อย 2 ประการ คือ การบริโภคลดลง และรัฐเก็บภาษีได้เพิ่มขึ้น (WHO - WPRO, 2000)

ตารางที่ 10 ราคาบุหรี่ การลดภาษี และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นของประเทศแคนาดา

ประเด็น	พ.ศ. 2522 - 2534	พ.ศ. 2537 (ลดภาษี บุหรี่)
ราคาบุหรี่	เพิ่ม 159%	ลด 33%
การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น	ลดจาก 42% เป็น 16%	เพิ่มจาก 16% เป็น 20%
รายได้เข้ารัฐ		สูญเสีย 1.2 พันล้านเหรียญแคนาดา

ที่มา : WHO - WPRO, 2000

สำหรับประเทศไทย ข้อมูล องค์ความรู้ และมาตรการในการควบคุมบุหรี่ปักลอบยังมีค่อนข้างจำกัด มีงานวิจัยของอิศรา ศานติศาสน์ (2546: 33) ศึกษาในปี พ.ศ.2544 ที่คาดประมาณว่า บุหรี่ที่ประชาชนบริโภคอยู่นี้ คิดเป็นบุหรี่เถื่อนประมาณร้อยละ 15.5 (ร้อยละ 15.5 ของซองบุหรี่ของผู้ให้สัมภาษณ์ มีค่าเตือนเป็นภาษาอังกฤษ หรือภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาไทย ในขณะที่ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 กำหนดว่า บุหรี่ทุกซองต้องมีค่าเตือนเป็นภาษาไทย) และงานวิจัยนี้ยังคาดคะเนว่า การบริโภคบุหรี่เถื่อน อาจเป็น 3 เท่าของการนำเข้าบุหรี่ที่ถูกกฎหมายคือประมาณ ร้อยละ 13 ของบุหรี่ทั้งหมด ซึ่งทำให้ประเทศสูญเสียรายได้เข้ารัฐจำนวนมหาศาล

ดังนั้นประเทศไทยควรมีมาตรการในการควบคุมบุหรี่ปักลอบ โดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งกรมศุลกากร กรมสรรพสามิต สำนักงานตำรวจแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข จำเป็นต้องประชุมหารือร่วมกันเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาบุหรี่ปักลอบอย่างจริงจัง

มาตรการต่างๆ ที่ควรใช้ในการควบคุมบุหรี่ปักลอบ ได้แก่ การขจัดแรงจูงใจให้ทำการลักลอบ เช่นให้ผู้ผลิตและผู้ส่งออกรับผิดชอบต่อการสูญเสียภาษีอันเป็นผลจากการลักลอบบุหรี่ที่ตนผลิตและส่งออก การกำหนดให้มีพันธบัตรที่ขอคืนได้ในภายหลัง หรือ ภาษีขาออกสำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบที่อยู่ในระหว่างการขนส่งและการจดทะเบียนธุรกิจขนาดใหญ่ที่รวมอยู่ในระบบการค้ายาสูบ เพื่อให้รัฐสามารถบริหารจัดการและใช้มาตรการปราบปรามการลักลอบขนาดใหญ่ได้อย่างได้ผล เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีมาตรการในการยึดและควบคุมระบบการส่งบุหรี่ เช่น



จัดตั้งระบบความปลอดภัย ในการเฝ้าระวังบุหรี่ยุคใหม่ การมีสลากแสดงตลาดปลายทางบนซอง บุหรี่ บริษัทจะต้องแสดงข้อมูลการตลาดซึ่งเกี่ยวกับข้อมูลคือ โรงงานที่ผลิต ชุตที่ผลิต วันที่ผลิต และการขายไปที่ผู้ค้าส่งใด เป็นต้น (हत्य चितानन्त, 2549 )

### 5) การกำหนดสถานที่จำหน่ายบุหรี่เพื่อปกป้องเยาวชน

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ เผยผลสำรวจเรื่อง “โครงการวิจัยเพื่อ เฝ้าระวังรักษาคุณภาพเยาวชนไทยกับปัจจัยเสี่ยงต่ออบายมุขและสิ่งเสพติดรอบ สถาบันการศึกษา: กรณีศึกษาตัวอย่างนักเรียนนักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ เทียบเท่าถึงระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” จากนักเรียน/นักศึกษาที่มี อายุระหว่าง 15 - 24 ปี จำนวน 2,743 ตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 10 - 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2548 พบว่า แหล่งอบายมุข สิ่งเสพติด และแหล่งจำหน่ายเหล้าบุหรี่ในบริเวณสถาบันศึกษาระยะ ไม่เกิน 500 เมตร 5 อันดับแรก คือ สถานที่จำหน่ายบุหรี่ สุรา หรือสิ่งมีนเมา สถานที่รับเล่น พนัน/สนุกเกอร์/จำหน่ายสลาก สถานบันเทิง เช่น ผับ/เรค/คาราโอเกะ และสถานที่จำหน่ายสิ่ง เสพติด และพบว่านักเรียน/นักศึกษาที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.3 สามารถซื้อบุหรี่ สูบได้ง่าย จากบริเวณที่ใกล้เคียงกับสถาบันการศึกษาห่างกันไม่เกิน 500 เมตร (มูลนิธิธรรงค์ เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

เพื่อป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย กระทรวงการคลังโดยรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงการคลังจึงได้ออกกฎกระทรวงฉบับที่ 28 (พ.ศ.2549) ออกตามความใน พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509 ให้เพิ่มข้อกำหนดข้อ 4/1 เกี่ยวกับการออกใบอนุญาต ชนิตบุหรี่ยุคใหม่ มีข้อความที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนดังต่อไปนี้<sup>1</sup>

(<http://www.thaiantitobacco.com/php/index.php?option=comcontent&task=view&id=366&Itemid=62>)

- (๑) สถานที่ขายยาสูบต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานศึกษาและให้รวมตลอดถึงบริเวณที่ซึ่งใช้ สำหรับสถานศึกษานั้นด้วย ไม่ว่าจะมียุ้งล้อมหรือไม่ก็ตาม รวมทั้งบริเวณ ต่อเนื่องติดกับสถานศึกษา
- (๒) สถานที่ขายยาสูบต้องไม่ตั้งอยู่ในศาสนสถานและให้รวมตลอดถึงบริเวณที่ซึ่งใช้ สำหรับศาสนสถานนั้นด้วย ไม่ว่าจะมียุ้งล้อม หรือไม่ก็ตาม รวมทั้งบริเวณ ต่อเนื่องติดกับศาสนสถาน

<sup>1</sup> หมายเหตุ กฎกระทรวงนี้ ยังไม่ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา (ผู้เขียน)



สถานศึกษาตาม (๑) ให้หมายถึงสถานศึกษาที่จัดการศึกษาในระบบที่เป็นการศึกษา  
ขั้นพื้นฐานหรือการศึกษาระดับอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ ศาสนสถาน  
ตาม (๒) ให้หมายถึงวัดตามกฎหมายว่าด้วยคณะสงฆ์ มัสยิดตามกฎหมายว่าด้วยการบริหาร  
องค์กรศาสนาอิสลาม วัดบาทหลวงตามกฎหมายว่าด้วยลักษณะฐานะของวัดบาทหลวงโรมัน  
คาทอลิก ในกรุงเทพฯตามกฎหมาย หรือสถานที่ประกอบศาสนกิจในนิกายหรือศาสนาอื่น

ดังนั้น หากกฎกระทรวงฉบับนี้ ได้ผ่านในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ก็จะเป็นอีกมาตรการ  
หนึ่งที่ช่วยปกป้องไม่ให้เยาวชนเข้าถึงบุหรี่ได้โดยง่าย



## บทที่ 4

# โครงสร้างพื้นฐานเครือข่ายเยาวชนในการปกป้อง และควบคุมยาสูบของเยาวชน

เป็นที่ทราบกันดีว่า ถ้าหากครอบครัวใดมีผู้สูบบุหรี่ สมาชิกในครอบครัวที่ประกอบด้วย เด็กเยาวชน และผู้หญิง จะต้องเป็นผู้รับผลกระทบทางอ้อมจากบุหรี่ โดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพจากควันบุหรี่มือสองที่ได้รับ รวมทั้งการเห็นแบบอย่างการสูบบุหรี่ที่อาจมีผลให้เด็กสูบบุหรี่ได้ในอนาคต ดังนั้นการควบคุมยาสูบของประเทศต่างๆ จึงให้ความสำคัญกับเยาวชนซึ่งมีโอกาสเป็นกลุ่มเสี่ยงของนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในอนาคต การที่จะทำให้เยาวชนตระหนักถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้ ย่อมเป็นการป้องกันไม่ให้เยาวชนเริ่มต้นสูบบุหรี่ ในขณะที่เดียวกันก็ใช้โอกาสนี้สร้างเยาวชนให้เป็นผู้รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ด้วย ซึ่งการจะประสบความสำเร็จได้ ก็ต้องอาศัยองค์ประกอบทั้งครอบครัวและชุมชน ที่มีส่วนสนับสนุนให้การดำเนินการรณรงค์ของเยาวชนประสบผลสำเร็จโดยในหลายประเทศทั่วโลกมีองค์กรป้องกันและควบคุมยาสูบในเยาวชน ทั้งที่เป็นองค์กรของภาครัฐ และองค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร (NGO) โดยมีกิจกรรมการรณรงค์ในการควบคุมยาสูบของเยาวชน ร่วมกับสถาบันครอบครัวและสถาบันชุมชน ในหลายรูปแบบ การทบทวนในบทนี้จะแบ่งเป็นสองส่วน โดยส่วนแรกเป็นบทบาทขององค์กรเครือข่ายป้องกันและควบคุมยาสูบของเยาวชนในต่างประเทศและส่วนที่สองเป็นองค์กรเครือข่ายป้องกันและควบคุมยาสูบของเยาวชนในประเทศไทย

### 1. องค์กรเครือข่ายป้องกันและควบคุมยาสูบในเยาวชนของต่างประเทศ

องค์กรเครือข่ายป้องกันและควบคุมยาสูบในเยาวชนของต่างประเทศประกอบด้วย องค์กรที่ทำงานกับเครือข่ายเยาวชนในระดับโลกและระดับประเทศ โดยนำเสนอให้เห็นภาพของเครือข่ายของประเทศต่างๆ ในแต่ละทวีป ทั้งนี้มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1.1 ระดับโลก

องค์กรระดับโลกที่สำคัญในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชนคือ องค์กรอนามัยโลกซึ่งได้ชี้แนะแนวทางและมาตรการดำเนินงานในประเทศสมาชิก ซึ่งมุ่งเน้นแนวคิดป้องกันเยาวชนในการเข้าถึงยาสูบทั้งในชุมชน โรงเรียนและสังคม โดยใช้มาตรการทั้ง

ด้านกฎหมายและการรณรงค์ข้อมูลข่าวสารและสื่อมวลชน นอกจากนี้ยังมีองค์การระหว่างประเทศที่ให้ความสำคัญกับการหยุดยั้งการบริโภคยาสูบของเยาวชนที่เน้นการสร้างผู้นำเยาวชนในชุมชน ดังนี้

### 1.1.1 โครงการริเริ่มสังคมปลอดบุหรี่ (Tobacco Free Initiative: TFI) ขององค์การอนามัยโลก

ในโครงการริเริ่มสังคมปลอดบุหรี่ขององค์การอนามัยโลกนี้ มีโครงการย่อยที่ให้ความสำคัญกับกิจกรรมของเด็กและเยาวชนในการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศต่าง ๆ โดยได้รับความร่วมมือจากองค์การระหว่างประเทศและงบประมาณจากกองทุนสหประชาชาติ การประชุมที่มุ่งเน้นเรื่องเยาวชนได้จัดขึ้นครั้งแรกที่ประเทศสิงคโปร์ในปี พ.ศ. 2542<sup>2</sup> ทั้งนี้เพื่อแสดงให้เห็นกลวิธีและโครงการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ที่คุกคามเด็กและเยาวชน และเพื่อชี้แนะแนวทางที่เป็นไปได้แก่ประเทศภาคีในการเลือกวิธีการที่ดีที่สุดมาผสมผสานในการป้องกันและลดการสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งในโครงการ TFI ได้ให้ข้อสรุปเป็นแนวทางในการควบคุมการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนดังนี้

1) **มาตรการป้องกันการเข้าถึงคนหนุ่มสาว** โดยเสนอให้เริ่มดำเนินโครงการ/กิจกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยเด็กเล็กเพื่อเป็นการปลูกฝังทัศนคติที่ถูกต้องต่อการสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยเด็ก เช่น โครงการ Care for kids ที่เริ่มตั้งแต่ระดับอนุบาล โดยร่วมมือกับโรงเรียนในการเผยแพร่กิจกรรม การสนับสนุนส่งเสริมโรงเรียนปลอดบุหรี่ รวมถึงชุมชนปลอดบุหรี่ ซึ่งได้มีการดำเนินการในประเทศต่าง ๆ เช่นในประเทศสิงคโปร์มีโครงการ Youth to Smoke-Free Campaign Competition ที่เริ่มโดยกลุ่มนักศึกษาและได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงและองค์กรต่าง ๆ เป็นโครงการที่มีกลุ่มเป้าหมายอายุ 14 - 20 ปีแข่งขันสร้างโฮมเพจเพื่อรณรงค์สังคมปลอดบุหรี่

2) **แนวทางการหยุดยั้งการสูบบุหรี่ของเยาวชน** เป็นโครงการส่งเสริมการหยุดยั้งการสูบบุหรี่ของเยาวชนโดยให้เยาวชนมีส่วนร่วม ดังกรณีตัวอย่างโครงการหยุดยั้งการสูบบุหรี่ของเยาวชนในประเทศแอฟริกาใต้ ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม โดยเริ่มจากกิจกรรมทบทวนพฤติกรรม การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบโครงการที่สอดคล้องกับสภาพสังคม ให้เยาวชนมีส่วน

<sup>2</sup> การประชุมปรึกษาหารือระหว่างประเทศเรื่อง ยาสูบและเยาวชน ณ ประเทศสิงคโปร์ ระหว่างวันที่ 28-30 กันยายน พ.ศ. 2542 อังโน หทัย ชิดานนท์ (2545) กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดการประชุมวิชาการ. สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย.

รวมทั้งกระบวนการและพัฒนาโครงการและใช้โครงการเบ็ดเสร็จซึ่งมีมาตรการที่มีประสิทธิภาพหลายด้านที่สามารถสื่อถึงเยาวชนโดยตรง

**3) แนวทางป้องกันและหยุดยั้งการเข้าถึงเยาวชนในชุมชน** แนวทางนี้เน้นการป้องกันการเข้าถึงบุหรี่ยุคใหม่ในกลุ่มเยาวชนนอกโรงเรียน หรือกลุ่มที่ออกจากโรงเรียนกลางคัน อาทิ โครงการริเริ่มป้องกันและหยุดยั้งการสูบบุหรี่โดยเยาวชนนอกระบบโรงเรียนอย่างเข้มข้นในชุมชน การริเริ่มใช้สื่อมวลชนและการชี้แนะสาธารณชน การโฆษณาประชาสัมพันธ์และระดมเยาวชนเพื่อกระตุ้นให้เยาวชนทำความเข้าใจกับอุตสาหกรรมยาสูบอย่างทะลุปรุโปร่ง และตอบโต้การกระทำที่บิดเบือนของบริษัทบุหรี่ยุคใหม่ต่อเยาวชน การใช้มาตรการการตลาดเชิงสังคม และการสร้างเครือข่ายชุมชนปลอดบุหรี่ยุคใหม่ ดังเช่น กลุ่มเยาวชนพื้นเมืองในประเทศนิวซีแลนด์ เป็นต้น

**4) แนวทางการใช้สื่อมวลชนและข้อมูลข่าวสารเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่เยาวชน** สื่อถูกใช้ในการให้ความรู้แก่เยาวชนและการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักและรู้เท่าทันบริษัทบุหรี่ยุคใหม่ ดังตัวอย่างโครงการรณรงค์ผ่านสื่อของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งประสบความสำเร็จในการเปิดโปงให้เห็นเบื้องหลังการสร้างภาพลักษณ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ การหยุดยั้งการสูบบุหรี่และลดการเข้าถึงของเยาวชน การใช้กลวิธีใหม่ๆ ในการเชื่อมโยงผลกระทบของบุหรี่ยุคใหม่ต่อสุขภาพและความสดใสของวัยรุ่น กลวิธีตอบโต้การสร้างภาพพจน์โฆษณาที่เน้นการสร้างภาพลักษณ์เยาวชนที่สูบบุหรี่ว่า “มีเสน่ห์ เย้ายวนใจ” และผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสังคมโดยรวม

**5) การใช้มาตรการทางกฎหมายและการเงินการคลังเพื่อให้เยาวชนเข้าถึงบุหรี่ยากขึ้น** ภายใต้โครงการริเริ่มสังคมปลอดบุหรี่ยุคใหม่ขององค์การอนามัยโลกได้เสนอให้ใช้มาตรการทางกฎหมาย และการเงินการคลังที่จะมีผลกระทบต่อ การสูบบุหรี่ของเยาวชนให้ลดลง ดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 มาตรการทางกฎหมาย และการเงินการคลังที่มีผลกระทบต่อ การสูบบุหรี่ของ เยาวชน

มาตรการทางกฎหมาย	มาตรการทางการเงินการคลัง
<ul style="list-style-type: none"> <li>● การใช้ภาพคำเตือน และข้อความเนื้อหาที่สื่อ กับกลุ่มเยาวชน เช่น ภาพและข้อความสูบบุหรี่แล้วทำให้มีกลิ่นปาก และภาพและข้อความสูบบุหรี่ทำให้แก่ก่อนวัย ซึ่งล้วนเป็นการสื่อภาพลักษณ์และปัญหาทางกายภาพที่วัยรุ่นและเยาวชนมักวิตกกังวล</li> <li>● การจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนโดยมีกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยให้มีกฎหมายลงโทษผู้จำหน่ายให้แก่เยาวชน หากแต่ต้องทำควบคู่กับ มาตรการทางการศึกษา และประชาสัมพันธ เพื่อ ให้ กฎ หมาย มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น</li> <li>● การห้ามโฆษณาและการส่งเสริมการขาย ซึ่ง การโฆษณาส่วนใหญ่มุ่งเป้าที่กลุ่มเยาวชน ดังนั้นการควบคุมการโฆษณาจะป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนได้</li> <li>● การห้ามนำเข้าบุหรี่หรือบุหรี่รส และบุหรี่รสผลไม้ ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายเยาวชนที่ริเริ่มสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชนหญิง</li> <li>● การหักเงินภาษีสรรพสามิตบุหรี่เพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ เป็นทางหนึ่งของการผลักดันให้สูงขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อราคาบุหรี่ ขณะเดียวกันประโยชน์ของการหักเงินภาษี เพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าวจะช่วยให้มีทรัพยากรเพียงพอในการป้องกันเยาวชนไม่ให้เข้าถึงบุหรี่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การขึ้นราคาบุหรี่และการเพิ่มภาษีทำให้ ผู้บริโภคลดลง และผู้ริเริ่มก็ลดลงเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเยาวชน ทั้งนี้เพราะเยาวชนมีกำลังซื้อจำกัด</li> <li>● มาตรการภาษีบุหรี่นำเข้าเป็นประเด็นที่ต้องนำมาใช้เพื่อให้บุหรี่นำเข้ามีราคาแพงด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เพราะเยาวชนส่วนหนึ่งมีค่านิยมในการสูบบุหรี่ต่างประเทศ</li> </ul> <p><b>หมายเหตุ</b> ประเด็นการขึ้นภาษีจะส่งผลดีมากกว่าผลเสียคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ การขึ้นภาษีจะทำให้รัฐมีรายได้เพิ่มขึ้น</li> <li>■ การขึ้นภาษีไม่มีผลต่อการลักลอบนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแม้จะมีการลักลอบนำเข้าสูง รัฐก็ยังคงมีรายได้สูงขึ้น</li> <li>■ เงินส่วนที่เคยใช้เพื่อการสูบบุหรี่ของ บุคคลจะถูกนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิต</li> </ul>



**6) การสนับสนุนการวิจัย** โครงการ TFI เสนอให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อเข้าใจการควบคุมยาสูบในเยาวชนให้มีประสิทธิภาพ โดยมีประเด็นที่น่าเสนอ คือ

- โครงการควบคุมยาสูบในเยาวชนแบบผสมผสานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ มีประสิทธิภาพกว่าโครงการที่เน้นควบคุมยาสูบเพียงด้านเดียวหรือไม่ อย่างไร
- ศึกษาปัจจัยที่โน้มนำให้เยาวชนไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง
- ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการจัดกิจกรรม “ลด ละ” บุหรี่ในกลุ่มเยาวชน
- นโยบายและแผนงานโครงการในการควบคุมและป้องกันการบริโภคยาสูบของเยาวชนที่คุ้มค่าที่สุด
- การพัฒนาข้อมูลที่เชื่อถือได้เพื่อตอบปัญหาสำคัญ ๆ ที่รัฐต้องการและจำเป็นต้องใช้ในการตอบโต้อุตสาหกรรมยาสูบในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการหลอกลวงเยาวชน
- กลวิธีใหม่ ๆ ในการควบคุมยาสูบในกลุ่มเยาวชน

### 1.1.2 โครงการหยุดยั้งการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น (Stop Teenage Addiction to Tobacco: STAT)

โครงการหยุดยั้งการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น เกิดจากองค์การระหว่างประเทศที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร ที่มุ่งมั่นจะหยุดยั้งการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยได้คิดโครงการ SQUAD (Study Question Understand Acts Debrief Success) เพื่อส่งเสริมความเป็นผู้นำของวัยรุ่นโดยที่มีชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม วัยรุ่นมีการพัฒนาตนเองโดยมีความร่วมมือจากคนหลายกลุ่ม ได้แก่ พ่อแม่ คนในชุมชน นักการศึกษา นักกฎหมาย อาสาสมัคร เพื่อดำเนินกิจกรรมรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในระดับท้องถิ่น โครงการนี้จะฝึกอบรมให้กับบุคคลที่มีหน้าที่สนับสนุนในกิจกรรมต่าง ๆ ของวัยรุ่น เพื่อพัฒนาสุขภาพของบุคคลในท้องถิ่นให้ดีขึ้น จากนั้นกลุ่มบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้พัฒนาศักยภาพของเยาวชนในท้องถิ่น ให้เป็นผู้มีบทบาทการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในชุมชนของตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้เรื่องเกี่ยวกับการรณรงค์ฯ โดยมีขั้นตอนการดำเนินโครงการดังนี้ คือ 1) ศึกษาปัญหาบุหรี่ในปัจจุบันของชุมชน 2) รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน 3) สร้างความเข้าใจถึงวิธีการในการเปลี่ยนแปลงชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ดำเนินการแก้ปัญหาดังกล่าว โดยใช้ความร่วมมือและความต้องการของชุมชนเป็นหลัก 5) พูดคุยซักถามกับผู้ที่มีประสบการณ์เพื่อหาวิธีการจัดการกับอุปสรรคในการดำเนินงาน และ 6) ร่วมแสดงความยินดีกับชุมชนเมื่อเกิดผลสำเร็จในกิจกรรมรณรงค์ไม่สูบบุหรี่นั้น



## 1.2 ทวีปอเมริกา

โครงการในทวีปอเมริกาที่นำเสนอจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานค่อนข้างมากในประเทศสหรัฐอเมริกาและเน้นการทำงานในด้านการสื่อสารและการรณรงค์โดยใช้ช่องทางของสื่อต่าง ๆ ซึ่งมุ่งกลุ่มเป้าหมายที่เยาวชนทั้งในฐานะของผู้ดำเนินการ/ผู้กระทำและในฐานะกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังมีโครงการช่วยให้เยาวชนเลิกบุหรี่และการสร้างเครือข่ายเยาวชนเพื่อให้งบเกิดผลอย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น ดังนี้

### 1.2.1 “ทำความจริงให้ปรากฏ”: โครงการควบคุมยาสูบในรัฐฟลอริดา (Truth – Florida Tobacco Control Program)

โครงการนี้ได้รับความร่วมมืออย่างดีจากสื่อมวลชน และเกิดผลสำเร็จสูงในการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน โครงการมีกิจกรรมต่อต้านอุตสาหกรรมบุหรี่ โดยได้ทำโครงการนำร่องประสานความร่วมมือกับสื่อมวลชนให้เป็นศูนย์กลางในการหาเยาวชนผู้รณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในชุมชน เยาวชนที่เข้าร่วมโครงการได้รับการคัดเลือกจากโรงเรียนมัธยมระดับกลางและระดับสูงจำนวน 600 แห่ง โดยให้โรงเรียนเป็นผู้เลือกเยาวชนที่มีคุณสมบัติในการเป็นผู้นำทั้งกลุ่มที่สูบและไม่สูบบุหรี่ และทำการฝึกอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพและแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ การอบรมความรู้ให้กับเยาวชนมีเนื้อหา 4 เรื่อง คือ เจตคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การดำเนินงานกับชุมชน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม การเข้าถึงบุหรี่และผลิตภัณฑ์บุหรี่และการได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง

โครงการนี้ ได้ทำงานประสานกับองค์กรเยาวชนที่สนับสนุนโดยภาครัฐ คือ SWAT (Student Working Against Tobacco) ซึ่งเป็นเครือข่ายเยาวชนที่ทำงานกับชุมชนในท้องถิ่นต่าง ๆ และยังได้สนับสนุนให้กลุ่มเยาวชนในท้องถิ่นได้ทำงานรณรงค์ เช่น YMCA, Boy and Girl Club และร่วมมือกับองค์กรสุขภาพในท้องถิ่น เช่น สมาคมโรคมะเร็งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Association) สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association) สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) โดยได้ทำงานร่วมกับชุมชน ผ่านกิจกรรมและการบริหารงานอย่างเป็นระบบ และอยู่บนพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่ในชุมชนนั้น และเน้นให้เยาวชนมีบทบาทในการจัดโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ทั้งในด้านการบริหารโครงการและการตัดสินใจดำเนินงานรณรงค์

โครงการยังมีการจัดประชุมผู้นำเยาวชนในเครือข่าย ให้มีความรู้เท่าทันกลยุทธ์บริษัท บุหรี่ และให้เยาวชนได้ทำงานร่วมกับนักโฆษณา โดยเป็นผู้นำเสนอแก่นักโฆษณาว่าจะทำ โฆษณาณรงค์ไม่สูบบุหรี่ให้โดนใจวัยรุ่นและให้วัยรุ่นมีความรู้เท่าทันได้อย่างไร และเสนอ ความเห็นในการประชาสัมพันธ์กิจกรรมและความเคลื่อนไหวของโครงการไปยังเครือข่าย เยาวชนอื่นๆ ได้อย่างไร ซึ่งงานที่เยาวชนร่วมกันสร้างสรรค์นี้จะนำไปใช้โฆษณา ประชาสัมพันธ์กับสื่อต่างๆ ทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และเว็บไซต์ชื่อ “TheTruth.com” ซึ่งเป็นสื่อกลางในการประสานงาน นอกจากนี้ กิจกรรมของโครงการนี้ยังเข้าไป ถึงสื่อต่างๆ ของโรงเรียน เช่น จดหมายข่าว หนังสือพิมพ์ของโรงเรียน เป็นต้น (World Health Organization, 1999)

### 1.2.2 โครงการวัยรุ่นเพื่อการไม่สูบบุหรี่ (Teens Against Tobacco Use: TATU)

โครงการวัยรุ่นเพื่อการไม่สูบบุหรี่ เป็นโครงการที่เปิดโอกาสให้เยาวชนเป็นตัวแทนหรือ เป็นแกนนำในการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น ผ่านทางวิทยุท้องถิ่น การพูดคุยทาง โทรทัศน์ รายการข่าวที่เกี่ยวกับวิถีชีวิตชุมชน ตลอดจนข่าวกิจกรรมของเยาวชนในหน้า หนังสือพิมพ์ (World Health Organization, 1999)

การเลือกวัยรุ่นเพื่อเป็นกระบอกเสียงของชุมชน จะคัดเลือกวัยรุ่นที่พูดได้ดี น่าเชื่อถือ มีบุคลิกที่ดึงดูดใจ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาบุหรี่เป็นอย่างดี และได้รับการฝึกอบรม จากโครงการมาแล้ว นอกจากนี้ยังต้องเป็นผู้ที่สามารถติดต่อประสานงานและปฏิบัติงานได้ สะดวก มีความกระตือรือร้น สามารถร่วมงานกับผู้อื่น ได้ดี และสามารถให้สัมภาษณ์หรือเป็นผู้ สัมภาษณ์ได้ดีด้วย

สิ่งสำคัญของโครงการนี้ คือ การเตรียมความพร้อมให้วัยรุ่นมีความสามารถในด้านการ พูดและการสื่อสาร ทั้งทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ โดยฝึกให้วัยรุ่นมีความคุ้นเคยกับสื่อ ประเภทต่างๆ ที่ต้องเกี่ยวข้องกับการเชิญบุคคลต่างๆ มาสนทนาหรือสัมภาษณ์โดยมุ่งเน้นใน ประเด็นการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่

วัยรุ่นจะได้รับการฝึกฝนในการทำข่าว ดังนี้ 1) การทำความเข้าใจในหัวข้อที่ได้รับ มอบหมายในฐานะนักข่าว เช่น เรื่องสุขภาพ กิจกรรมการรณรงค์ 2) ลักษณะหรือรูปแบบของ การสัมภาษณ์ เช่น แบบเจาะลึก หรือแบบธรรมดา โดยนัดหมายให้ผู้ให้สัมภาษณ์เตรียมข้อมูล ก่อน ซึ่งมีทั้งการสัมภาษณ์ธรรมดาหรือการสัมภาษณ์สด 3) การกำหนดความยาวของเรื่องราว ที่จะสัมภาษณ์หรือระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และ 4) การจัดลำดับรายการของสื่อที่



สำคัญๆ ว่าสื่อใดที่มีคนอ่านมากที่สุด หรือรายการโทรทัศน์ใดที่มีผู้ชมมากที่สุด เพื่อให้เยาวชนมีทักษะและประยุกต์ใช้ในการทำข่าวเกี่ยวกับบรรณรงค์ไม่สูบบุหรี่

### 1.2.3 องค์การรณรงค์เพื่อเยาวชนปลอดบุหรี่ (Campaign For Tobacco – Free Kids)

องค์กรนี้เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ใหญ่ที่สุดในระดับชาติของสหรัฐอเมริกา ที่มุ่งรณรงค์ให้เยาวชนปลอดบุหรี่และส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากควันบุหรี่เพื่อสุขภาพกิจกรรมสำคัญคือ การดำเนินการเพื่อป้องกันเด็กจากการเสพติดบุหรี่และเผยแพร่เรื่องราวอันตรายที่ผู้สูบบุหรี่มือสองได้รับ โดยมีแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดการสูบบุหรี่กับเด็กและเยาวชน (National Center For Tobacco – Free Kids, 2006) โดยมีแนวทางดังนี้คือ 1) ส่งเสริมนโยบายสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ทั่วสหรัฐอเมริกา 2) ดำเนินกิจกรรมสนับสนุนให้เยาวชนเป็นแนวร่วมในการรณรงค์ ซึ่งเยาวชนจะได้ลงมือทำในสิ่งที่แตกต่างจากที่เยาวชนเคยได้รับ 3) สนับสนุนข้อมูลและสื่อรณรงค์แก่หน่วยงานต่างๆ ที่เป็นแนวร่วมรณรงค์ให้เยาวชนปลอดจากบุหรี่ 4) ให้ข้อมูลบุหรี่คือสินค้าแห่งความตายแก่เยาวชน โดยรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ และกิจกรรมรณรงค์ขององค์กร เพื่อเปิดโปงบริษัทบุหรี่ที่ต้องการให้เด็กและเยาวชนเป็นเหยื่อและบริษัทบุหรี่ยังจะใช้ข้อมูลที่สร้างความเข้าใจผิดกับสาธารณชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์บุหรี่ 5) วิจัยและศึกษาข้อมูลด้านบุหรี่ยุคใหม่กับเยาวชนและติดตามกลยุทธ์ของบริษัทบุหรี่ ซึ่งมักจะให้ข้อมูลที่สร้างความเข้าใจผิดกับสาธารณชนเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์บุหรี่ 6) ให้บริการด้านข้อมูลแก่สื่อมวลชนและผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ และ 7) ดำเนินงานร่วมกับองค์กรรณรงค์ในต่างประเทศเพื่อสนับสนุนการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ทั่วโลก

### 1.2.4 โปรแกรมเลิกสูบบุหรี่สำหรับกลุ่มวัยรุ่น

สมาคมสาธารณสุขแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (The American Public Health Association) ได้จัดทำโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่น โดยมีแนวทางการดำเนินโครงการดังนี้ (World Health Organization, 1999)

- **แรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่ทำให้วัยรุ่นเลิกบุหรี่สำเร็จ** โรงเรียนอาจให้นักเรียนที่ติดบุหรี่ทั้งหมดเข้าร่วมในครั้งแรก และประเมินแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเข้าร่วมโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ โดยให้นักเรียนมีโอกาสตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโปรแกรมต่อหรือไม่ ภายใน 4 ครั้ง ถ้านักเรียนมาในครั้งที่ 5 ถือได้ว่าเขามีความพยายามที่จะเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ





- **การรักษาความลับ** โปรแกรมนี้ต้องการให้นักเรียนที่สูบบุหรี่เปิดเผยชีวิตของตนเอง การรักษาความลับจึงเป็นเรื่องสำคัญ เด็กนักเรียนบางคนอาจมีปัญหาคอברวีที่ซับซ้อน จึงทำให้เขาเลือกสูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดจากนักเรียนที่ติดบุหรี่ จะช่วยให้การดำเนินงานได้รับผลดียิ่งขึ้น และผู้ที่ดูแลโปรแกรมนี้อาจต้องเห็นถึงความสำคัญของการรักษาความลับและกติกากลุ่มเป็นอย่างดี

- **การสนับสนุนและติดตามผล** การติดตามผลหลังจากโปรแกรมเลิกบุหรี่สิ้นสุดลงเป็นสิ่งสำคัญมากในการช่วยให้นักเรียนสามารถเลิกบุหรี่ได้จริง และมีการขอความร่วมมือจากนักเรียนที่ผ่านโปรแกรมนี้อาสาสมัครใหม่เข้าร่วมในโปรแกรมเลิกบุหรี่ครั้งต่อไป และโรงเรียนควรจัดประชุมเพื่อเฉลิมฉลองความสำเร็จให้แก่ผู้เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง

- **ตารางเวลา** การอบรมมีทั้งหมด 8 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที โดยจัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งอาจใช้เวลาเรียนหรือนอกเวลาเรียนก็ได้

- **ขนาดของกลุ่ม** จำนวนนักเรียนที่เหมาะสมสำหรับการเข้ากลุ่มแบบสมัครใจ คือ 8 - 12 คน ในกรณีที่เด็กนักเรียนถูกบังคับให้เข้าร่วมโปรแกรม ควรเริ่มจากนักเรียนกลุ่มใหญ่ จนกระทั่งการเข้าร่วมกลุ่มผ่านไปจนถึงครั้งที่ 5 จะเหลือนักเรียนที่เหมาะสมสำหรับโปรแกรมนี้อีก

- **การเตรียมโปรแกรม** ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

- ผู้บริหารและครูในโรงเรียน ต้องทำความเข้าใจร่วมกันว่า รูปแบบของโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่จะใช้แบบใดระหว่างผู้ที่สมัครใจหรือถูกบังคับ หรือแยกกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง
- ตารางเวลาที่เหมาะสม ดูจากขนาดของกลุ่มและความพร้อมของกลุ่มเยาวชนที่คัดเลือกมา
- หลังจากตัดสินใจได้แล้วควรมีการประกาศเรื่องการจัดโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ให้ทุกคนทราบ และมีการติดโปสเตอร์ประกาศในโรงเรียน

### 1.2.5 พันธมิตรระดับโลกเพื่อการควบคุมยาสูบ (Global Partnerships for Tobacco Control: GPTC)

โครงการนี้เกิดขึ้นหลังจากการประชุมนานาชาติเรื่องยาสูบและสุขภาพในปี พ.ศ. 2543 เพื่อการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งในการควบคุมยาสูบของประชาคมโลก โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายในประชากรระดับรากแก้ว โครงการนี้เป็นความร่วมมือของกลุ่มการดำเนินงานในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ร่วมกับ กลุ่มประเทศในทวีปเอเชีย แอฟริกา ยุโรปตอนกลาง



และตะวันออก รวมทั้งประเทศในแถบลาติน อเมริกา การดำเนินงานที่เป็นที่รู้จัก คือ การดำเนินงานภายใต้การประสานงานของนักเคลื่อนไหว แอนนา ไวท์ ซึ่งจัดกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกับกลุ่มเยาวชน ในการให้ความรู้ ข้อมูลและสนับสนุนกิจกรรมการไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชนในประเทศต่าง ๆ เช่น การประท้วงคัดค้านบริษัทบุหรี่ ข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ เผยแพร่อยู่ในเว็บไซต์ <http://www.essentialaction.org> (Global Partnerships for Tobacco Control, 2006)

### 1.3 ทวีปยุโรป

โครงการที่พบในทวีปยุโรปเป็นโครงการในสถาบันการศึกษา ได้แก่ โรงเรียน ที่มุ่งเน้นเยาวชนหรือนักเรียนในโรงเรียนซึ่งมีการดำเนินงานทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน และโครงการในลักษณะของการผลิตสื่อรณรงค์ ดังนี้

#### 1.3.1 โครงการประกวดห้องเรียนปลอดบุหรี่ (Smoke free Class Competition)

เครือข่ายเยาวชนกับยาสูบภาคพื้นยุโรป (European Network on Young People and Tobacco: ENYPAT) ได้จัดกิจกรรมแข่งขันประกวดห้องเรียนปลอดบุหรี่ เป็นโครงการที่จัดขึ้นเพื่อป้องกันปัญหาการสูบบุหรี่ในโรงเรียน โดย ENYPAT ซึ่งเป็นเครือข่ายในการทำงานรณรงค์ไม่สูบบุหรี่กับเยาวชนและโรงเรียนในประเทศภาคพื้นยุโรป ได้แก่ เดนมาร์ก ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส อิตาลี อังกฤษ และเยอรมัน แนวคิดในการแข่งขันห้องเรียนปลอดบุหรี่ ใช้กลวิธีที่ทำให้วัยรุ่นเห็นความสำคัญและภูมิใจที่ไม่สูบบุหรี่ เป็นวิธีที่เน้นความคิดในเชิงบวก คือ ให้อาจารย์แก่คนที่ไม่สูบบุหรี่ และทำให้คนไม่สูบบุหรี่เป็นคนที่ดีเด่นสำหรับวัยรุ่น และยังให้เพื่อนเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่ช่วยเพื่อนที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบ เป็นการสร้างความรู้สึกที่อยากเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้นในคนสูบบุหรี่ และส่งผลให้เยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่รู้สึกว่าคุณค่าและคงความภูมิใจในการเป็นคนไม่สูบบุหรี่ต่อไป ห้องเรียนปลอดบุหรี่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและความร่วมมือกันระหว่างนักเรียนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่เป็นอย่างดี (National Public Health Institute, 1988) นับเป็นโครงการที่น่าสนใจที่กลุ่มรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ของไทยควรนำมาพิจารณาเพื่อพัฒนาต่อไป ทั้งนี้โครงการห้องเรียนปลอดบุหรี่เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อให้มีการสูบบุหรี่ อีกทั้งเป็นการร่วมมือระหว่างโรงเรียน ครูและนักเรียนซึ่งจะทำให้โครงการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

#### องค์ประกอบในการจัดโครงการห้องเรียนปลอดบุหรี่

องค์ประกอบสำคัญในการจัดโครงการห้องเรียนปลอดบุหรี่ ได้แก่ 1) การกำหนดกฎกติกาในการแข่งขันที่ชัดเจน และมีรางวัลเป็นสิ่งจูงใจให้เครือข่ายแต่ละประเทศส่งผลงานเข้าประกวด 2) ในการแข่งขันห้องเรียนปลอดบุหรี่ต้องมีการเตรียมความพร้อมในด้าน

การประสานงานกับโรงเรียนในเครือข่ายและ สื่อที่ใช้ประชาสัมพันธ์โครงการ

3) สื่อประชาสัมพันธ์ และสื่อรณรงค์ สำหรับครู เช่น แผ่นพับจะช่วยให้ครูเข้าใจวัตถุประสงค์ แนวทางในการเข้าร่วมกิจกรรม และความสามารถช่วยแก้ปัญหาให้กับนักเรียน 4) จัดทำสื่อ สำหรับรณรงค์ห้องเรียนปลอดบุหรี่ให้กับครู เพื่อครูจะได้มีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ กิจกรรมนี้ และสื่อรณรงค์จะเป็นเครื่องมือช่วยให้การดำเนินโครงการห้องเรียนปลอดบุหรี่ ประสบความสำเร็จ 5) การประชาสัมพันธ์แนวคิดในการจัดประกวดห้องเรียนปลอดบุหรี่ เช่น การประชาสัมพันธ์ในสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ตจะช่วยให้นักเรียนมีความกระตือรือร้นกับ กิจกรรมนี้ เพราะอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่เยาวชนนิยมใช้กันมาก และ 6) การจัดประชุมทีมต่างๆ ของเครือข่าย เพื่อให้เกิดการพัฒนาความคิด (Idea) และการรณรงค์ห้องเรียนปลอดบุหรี่

### 1.3.2 โครงการโฆษณาณรงค์ไม่สูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่น

โครงการโฆษณาณรงค์ไม่สูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศ อังกฤษ ได้จัดทำชุดโฆษณาณรงค์ไม่สูบบุหรี่กับวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การบอกความจริงกับเยาวชนว่าบุหรี่ไม่ใช่สิ่งที่น่าหลงใหลอย่างที่วัยรุ่นคิด และเน้นให้วัยรุ่นเห็นถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ เช่น ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม ฟันเหลืองปากดำ เกิดรอยเหี่ยวย่นบนใบหน้า ตัวเหม็น เป็นต้น โฆษณาชุดนี้เน้นให้เยาวชนทราบถึงบุคลิกภาพที่ไม่น่าพึงประสงค์สำหรับ วัยรุ่น ที่แยกอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มผู้หญิงและกลุ่มผู้ชายอย่างเด่นชัด โดยได้จัดทำสื่อใน หลายรูปแบบมีทั้ง สื่อทีวี วิดีโอ ข่าว แจก ภาพโปสเตอร์ และการส่งเมลล์ให้กับวัยรุ่นโดยตรง รวมทั้งการโฆษณาในกลุ่มเป้าหมายทั้งวัยรุ่นชายและหญิงทางออนไลน์ด้วย โฆษณาณรงค์ไม่ สูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นนี้ได้ผลดี เพราะวัยรุ่นส่วนใหญ่จะไม่สนใจเรื่องอันตรายต่อสุขภาพมาก เท่ากับเรื่องของหน้าตา และความสวยงาม จึงทำให้วัยรุ่นอังกฤษจำนวนมากไม่ริเริ่มสูบบุหรี่และ อยากรเลิกสูบบุหรี่ เพราะอยากดูดีและมีเสน่ห์มากกว่าการสูบบุหรี่ที่ทำให้มีบุคลิกภาพที่น่า รังเกียจ (Julia Pearlman, 2005)

### 1.3.3 โครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ (Be Smoke Free School) ประเทศนอร์เวย์

สมาคมโรคมะเร็งประเทศนอร์เวย์ (Norwegian Cancer Society) ได้จัดทำโครงการ โรงเรียนปลอดบุหรี่ ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายคือ เยาวชนอายุ 12 – 15 ปี โดยเน้นการฝึกทักษะ ทางด้านสังคม แนวคิดหลักคือ แสดงให้นักเรียนเข้าใจว่า อิสระที่แท้จริงคืออะไร และคนที่ไม่ตก เป็นทาสของบุหรี่คือคนที่สูบบุหรี่อย่างแท้จริง มีการประเมินโครงการโดยมหาวิทยาลัยเบอร์ เจน (University in Bergen) และผลของการประเมินพบว่า นักเรียนน้อยกว่าร้อยละ 26 สูบบุหรี่



ในห้องเรียน มีการใช้บุหรี่น้อยกว่าร้อยละ 38 มีนักเรียนน้อยกว่าร้อยละ 50 ใช้กัญชา และโครงการมีผลให้เยาวชนเลิกสูบบุหรี่และสามารถป้องกันการเริ่มต้นสูบบุหรี่ได้

### การจัดกิจกรรม: ใช้แนวคิดเรื่องความเป็นอิสระ

การฝึกอบรมเน้นแนวคิดเรื่องความเป็นอิสระและการอยู่ได้ด้วยตนเองโดยไม่พึ่งพาบุหรี่ นักเรียนจะช่วยกันค้นหาวิธีการสร้างสรรค์ใหม่ๆ มีทักษะในการไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบุหรี่ นักเรียนจะได้ฝึกความคิดสร้างสรรค์ และเกิดความรู้ใหม่ในการตัดสินใจด้วยตัวของเขาเอง และนำวิธีการเหล่านี้ไปเผยแพร่ในสื่อต่าง ๆ การพัฒนาทักษะโดยให้โอกาสในการตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้นักเรียนได้เรียนรู้ว่า เขาสามารถทำในสิ่งที่ยิ่งใหญ่สำหรับตัวเขาได้ และสามารถเลือกบุคลิกของเขาเองโดยไม่ต้องพึ่งพาสิ่งเสพติดต่าง ๆ ก็ จะได้รับการยอมรับจากผู้อื่น เช่น ถ้านักเรียนหญิงคนหนึ่งต้องการผอม ก็ให้เขาคิดว่า จะลดน้ำหนักด้วยวิธีใดบ้างที่ไม่ต้องสูบบุหรี่ หรือถ้าเด็กผู้ชายต้องการความรู้สึกมั่นใจ เขาจะมีวิธีการแก้ปัญหาอย่างไร โดยไม่ต้องมีบุหรี่เข้ามาเกี่ยวข้องเช่นกัน (The Norwegian council on tobacco control, The Norwegian cancer society and The Norwegian Health Association, 1999)

## 1.4 ทวีปแอฟริกา

โครงการที่พบในทวีปแอฟริกาเป็นโครงการที่เน้นเยาวชน/วัยรุ่นในโรงเรียน เช่นเดียวกับในทวีปยุโรปโดยมีการพัฒนาหลักสูตรเพื่อใช้ในการเรียนการสอน ดังนี้

### 1.4.1 การพัฒนาหลักสูตรในโรงเรียน “ไม่อย่ากลองบุหรี่”

หลักสูตรในโรงเรียน “ไม่อย่ากลองบุหรี่” เป็นโครงการที่พัฒนาโดย ศาสตราจารย์ Priscilla Reddy จาก South African Medical Research Council โดยเนื้อหาสำคัญคือ สาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นทดลองสูบบุหรี่นั้นเนื่องมาจาก “วัยรุ่นมักจะคิดว่า จะสูบบุหรี่เพียงระยะสั้น ๆ เท่านั้นและไม่รู้ตัวว่าตนเองจะเสี่ยงและทุกข์ทรมานกับการเสพติดบุหรี่เป็นระยะเวลานาน เพราะไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่าย ๆ” ดังนั้นการมีหลักสูตรสำหรับเยาวชนเพื่อรณรงค์ไม่ให้เยาวชนสูบบุหรี่ โดยต้องทำให้เยาวชนเข้าใจถึงความทรมานของการเสพติดบุหรี่ จนกระทั่งพัฒนาไปสู่การเสพติดที่รุนแรงจนยากที่จะเลิกได้ จากการเริ่มสูบบวมแรก จนต้องเสพติดต่อทุกวัน และปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่เสพติด เยาวชนควรตระหนักว่า ถ้าหากไม่ริเริ่มสูบบุหรี่ หรือเลิกสูบบุหรี่ได้ก็จะลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งค่าบุหรี่และค่ารักษาโรคในอนาคต ซึ่งเป็นจำนวนมหาศาล และยังช่วยรักษาชีวิตของคนรอบข้างไม่ให้ได้รับอันตรายจากควันบุหรี่ได้อีกด้วย และเนื้อหาเรื่องปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่

วิธีการสอนจะเน้นความเป็นเหตุ เป็นผล ซึ่งจะช่วยให้เยาวชนเข้าใจในเหตุผลที่แท้จริงว่า “ทำไมจึงต้องรณรงค์ให้เยาวชนไม่สูบบุหรี่” นั้นเอง (Caelers D., 2005)

## 1.5 ทวีปเอเชีย

### 1.5.1 ประเทศสิงคโปร์

#### 1) การประกวดเว็บไซต์ “รณรงค์ไม่สูบบุหรี่กับเยาวชน”

โครงการประกวดเว็บไซต์ “รณรงค์ไม่สูบบุหรี่กับเยาวชน” สนับสนุนโดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ วิทยาลัยนานาชาติ โปลีเทคนิค คณะกรรมการห้องสมุดแห่งชาติ สภาเยาวชนแห่งชาติ และสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย โครงการนี้เป็นโครงการที่เปิดโอกาสให้เยาวชนกลุ่มเป้าหมายอายุระหว่าง 14 ถึง 20 ปี ทั่วประเทศออกแบบเว็บไซต์รณรงค์ให้เยาวชนมีค่านิยมที่ไม่สูบบุหรี่

กิจกรรมนี้เปิดโอกาสให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการตัดสินเว็บไซต์ โดยการโหวตผ่านทางอินเทอร์เน็ต รวมทั้งให้มีการโหวตจากประชาชนในท้องถิ่นต่างๆ เพื่อคัดเลือกให้เหลือ 4 ทีมในรอบสุดท้าย และได้แสดงผลงานเว็บไซต์ในหอประชุมต่อคณะกรรมการซึ่งเป็นเยาวชนจำนวน 800 คน และคณะกรรมการที่เป็นผู้ทำงานในด้านรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อีก 100 คน คณะกรรมการตัดสินจะพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมในการนำไปใช้ เผยแพร่ ความคิดสร้างสรรค์ และความคิดในการนำเสนอต่อหน้าคณะกรรมการ ส่วนนี้จะให้คะแนน 50% และอีก 50% คือคะแนนที่โหวตผ่านทางอินเทอร์เน็ตและประชาชน

ทีมที่ชนะการแข่งขันจะได้รับการติดต่อจากมหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์ ให้จัดทำเว็บไซต์รณรงค์ในประเด็นต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพและทัศนคติ เช่น นักกีฬาที่ไม่สูบบุหรี่เพราะต้องการให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง นำเสนอประเด็นแตกต่างที่วัยรุ่นสูบบุหรี่เพราะคิดว่าเท่ ทีมต่างๆ ที่ได้รับรางวัลจะช่วยกันสร้างองค์ประกอบต่างๆ ของเว็บไซต์เพื่อแสดงทัศนคติเกี่ยวกับการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ โดยมีเป้าหมายทั้งวัยรุ่นที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ (International Consultation on Tobacco and Youth, 1999)

#### 2) โครงการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (The National Smoking Control Program: NSCP)

รัฐบาลสิงคโปร์ได้จัดสรรทุนสำหรับโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (The National Smoking Control Program – NSCP) ซึ่งผู้ที่มีบทบาทผลักดันให้เกิดโครงการนี้คือ

กระทรวงสาธารณสุข โดยวางแผนโครงการทั้งระยะสั้นและระยะยาวเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชาชน

**มาตรการที่ใช้** ประกอบด้วย การให้ความรู้กับสาธารณสุขชน (Public Education) กฎหมาย (Legislation) นโยบายด้านภาษี (Tobacco Taxation Policy) การขอความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ และชุมชน (Intersectoral Collaboration and Community Mobilization) และการให้บริการเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Service)

**โครงการริเริ่มสร้างสรรค์เพื่อเยาวชนปลอดบุหรี่ (A Smoke-Free Youth Initiative)** สำหรับการดำเนินงานโครงการฯ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ คือ

**1) การใช้มาตรการทางการศึกษา** ประกอบด้วยกิจกรรมการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชน ด้านการศึกษา โดยเน้นเรื่องบุคลิกภาพของคนที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะคือ เยาวชน โดยนำเสนอภาพของเยาวชนที่เป็นแบบอย่างที่ดี ประชาสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของคนที่มิสูบบุหรี่ และชักชวนให้คนที่ไม่สูบบุหรี่ช่วยเหลือคนที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบ

การให้การศึกษานในโรงเรียนและชุมชน โดยในโรงเรียนจะมีกลุ่มเป้าหมายอยู่ที่เยาวชนในโรงเรียน ในขณะที่การให้การศึกษากับชุมชนจะสามารถเข้าถึงเยาวชนกลุ่มเสี่ยงได้ ส่วนใหญ่จะเป็นเยาวชนที่ต้องออกจากโรงเรียน รวมทั้งเยาวชนที่ถูกพักการเรียน และเยาวชนที่อยู่ในช่วงนอกเวลาเรียน โครงการนี้จะช่วยเปลี่ยนค่านิยมในชุมชน และให้เยาวชนได้มีบทบาทในการช่วยเปลี่ยนสภาพแวดล้อมของวัยรุ่นเสียใหม่

**2) การสร้างแนวร่วมในสังคมให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น** สิ่งแวดล้อมทางสังคมเป็นสิ่งที่มิอิทธิพลอย่างยิ่งกับเยาวชน ดังนั้นข่าวสารจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการเข้าถึงชุมชน โครงการนี้จะสนับสนุนให้เยาวชนนำข่าวสารเกี่ยวกับการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่เข้าสู่ชุมชน โดยให้ทุนเพื่อพัฒนาข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรม และเปิดโอกาสให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้แสดงบทบาทในการรณรงค์ ถือเป็น การเพิ่มแนวร่วมให้เกิดขึ้นในชุมชนอย่างค่อยเป็นค่อยไป และเกิดความเคลื่อนไหวที่ก้าวหน้าในการสร้างวิถีชีวิตที่ปลอดบุหรี่

**3) การเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการเลิกบุหรี่** โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในโรงเรียน ต้องการช่วยให้นักเรียนเลิกสูบบุหรี่ โครงการนี้ได้มีการจัดอบรมให้กับครูเกี่ยวกับการช่วยเหลือนักเรียนให้เลิกบุหรี่ และได้พัฒนาเป็นโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในโรงเรียน โครงการนี้ทำให้ครูได้มีส่วนร่วมในการสร้างสภาพแวดล้อมให้กับเยาวชนที่สูบบุหรี่ และทำให้ครูมีความพร้อมในการแก้ไขปัญหาให้กับนักเรียน โดยเฉพาะขั้นตอนในการเริ่มต้นเลิกสูบบุหรี่ เป็นช่วงที่สำคัญมากที่จะช่วยให้เด็กสามารถเลิกบุหรี่ได้หรือไม่

4) การสนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ ประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่นกฎหมายเพิ่มสภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดวิถีชีวิตที่ปลอดบุหรี่ ทำให้การสูบบุหรี่เป็นเรื่องยุ่งยาก และทำให้เห็นว่าการเป็นคนไม่สูบบุหรี่จะมีชีวิตที่สะดวกสบายกว่า โดยการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ การห้ามโฆษณาและประชาสัมพันธ์บุหรี่ การห้ามร้านค้าจำหน่ายบุหรี่แก่เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี การปรับปรุงคำเตือนที่ช่วยให้ผู้บริโภคทราบถึงอันตรายในการสูบบุหรี่มากยิ่งขึ้น การจำกัดสารทาร์และนิโคตินในบุหรี่ และนโยบายการเพิ่มภาษีบุหรี่ เป็นต้น (Chee-Yeong CHNG, 1999)

## 1.6 ทวีปออสเตรเลีย

### 1.6.1 โครงการ “เท่อย่างมีท่า ไม่พึ่งพาบุหรี่” (Smarter Than Smoking) ประเทศออสเตรเลีย

โครงการ “เท่อย่างมีท่า ไม่พึ่งพาบุหรี่ (Smarter Than Smoking)” ก่อตั้งโดยความร่วมมือระหว่างสถาบันโรคหัวใจแห่งชาติ (National Heart Institute) มูลนิธิโรคหอบหืดและโรคมะเร็ง (Asthma and Cancer Foundations) และกรมสุขภาพ และคณะกรรมการบุหรี่และสุขภาพ ออสเตรเลีย (Health Department and The Australian Council on Smoking and Health) ทั้งสามสถาบันได้รับมอบหมายในการลดอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนของประเทศออสเตรเลียตะวันตก และโครงการนี้ได้รับทุนในระยะก่อตั้ง 3 ปี โดย Health Way ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐบาลที่ได้รับงบประมาณจากการเก็บภาษีบุหรี่ (เช่นเดียวกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: สสส. ในประเทศไทย) โดยมีกิจกรรมรณรงค์ไม่สูบบุหรี่กับวัยรุ่น ดังนี้ (Sydney-Smith, Kathryn, 1999)

- การรณรงค์ด้วยสื่อโฆษณา ทำโฆษณารณรงค์กับวัยรุ่นโดยเน้นแนวความคิดที่ว่า “เท่อย่างมั่นใจ ไม่พึ่งพาบุหรี่” (Smoking You're Smarter Than That)
- การวิจัยเรื่องบุหรี่ยุคกับเยาวชน โดยให้มีการรวบรวมผลงานวิจัยจากประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินโครงการอย่างถ่องแท้ ผลงานวิจัยจะใช้พื้นฐานทางวิชาการด้านประชากรศึกษาและด้านจิตวิทยา ซึ่งจากการศึกษานักเรียนระดับ 8 และระดับ 9 (อายุ 13 - 14 ปี) พบว่า การสูบบุหรี่เป็นเครื่องหมายที่แสดงถึงการมีชื่อเสียง และการยอมรับของกลุ่มเพื่อนว่ามีความเท่

- กลวิธีในการรณรงค์กับเยาวชน ประกอบด้วย
  - 1) พยายามสลายกลุ่มที่สูบบุหรี่และชักชวนให้เยาวชนเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ
  - 2) ทำให้เยาวชนเห็นผลกระทบในระยะสั้นต่อบุคลิกภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่
  - 3) สร้างความตื่นตัวในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ปัจจัยทางสังคมซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของวัยรุ่นว่า เขาจะเป็นผู้สูบบุหรี่หรือไม่

## 2. องค์กรป้องกันและควบคุมยาสูบในเยาวชนของประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับการยอมรับถึงผลสำเร็จในการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับนานาชาติ ในอดีตการดำเนินการรณรงค์ส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการ หรือองค์กรพัฒนาเอกชน/องค์กรภาคประชาชนในด้านการควบคุมยาสูบ แต่ในปัจจุบันเยาวชนได้เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการควบคุมยาสูบ และนับเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงาน เนื่องจากเยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยงในการสูบบุหรี่ อีกทั้งยังอาจเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่มือสอง การจัดกระบวนการเรียนรู้ เกี่ยวกับยาสูบ จะเป็นการป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าไปเกี่ยวข้องกับบุหรี่ และยังเป็น การเสริมสร้างให้เกิดนวัตกรรมรุ่นใหม่ที่สามรถมีบทบาทในการควบคุมยาสูบได้ในอนาคตอันใกล้อีกด้วย นอกจากนี้องค์กรเครือข่ายเยาวชนเพื่อการป้องกันและควบคุมยาสูบที่สร้างขึ้น สามารถเป็นตัวประสานความร่วมมือระหว่างครอบครัวไปสู่ชุมชนได้เป็นอย่างดี ดังเห็นได้จากการดำเนินงานด้านนี้ในต่างประเทศ ในส่วนของประเทศไทยมีทั้งหน่วยงานที่หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร (NGO) ที่ทำงานควบคุมยาสูบในเยาวชน และสนับสนุนการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรเครือข่ายเยาวชนในการควบคุมยาสูบ รวมทั้งมีองค์กรของเยาวชนเองที่ทำงานควบคุมยาสูบในกลุ่มของตนเอง องค์กรเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการขับเคลื่อนโครงการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

### 2.1 โครงการ To Be Number One

โครงการ To Be Number One ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี เป็นโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ที่ริเริ่มโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 มีวัตถุประสงค์ของโครงการ คือการสร้างกระแสนิยม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดในกลุ่มเยาวชน การสนับสนุนให้เยาวชนและชุมชนได้จัดกิจกรรมสร้างสรรค์โดยการสนับสนุนของสังคม การสร้างความเข้าใจและยอมรับผู้มี



ปัญหาสารเสพติดในกลุ่มเยาวชน เพื่อให้โอกาสการกลับมาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอีกครั้งหนึ่ง และเพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันสารเสพติดในกลุ่มเยาวชนและประชาชนทั่วไป

ยุทธศาสตร์ของโครงการนี้คือ

1. การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด
2. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนในชุมชน
3. การพัฒนาทักษะชีวิตและเครือข่ายการป้องกันและช่วยเหลือ

โครงการนี้ในปัจจุบันได้ดำเนินการไปยังจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศไทย เพื่อให้เด็กและเยาวชนตระหนักถึงอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและอบายมุขต่างๆ ซึ่งรวมถึงภัยจากบุหรี่ด้วย เด็กและเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ทำให้ห่างไกลจากอบายมุขและสิ่งเสพติดต่างๆ โครงการนี้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ผ่านทางเว็บไซต์ที่ <http://www.tobenumber1.net>

ภายใต้โครงการ “ทูบีนัมเบอร์วัน” ยังมีการจัดตั้งโครงการ “ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น” ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 โดยภายในศูนย์ฯ มีการจัดทำกิจกรรมเพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และมีกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (E.Q.) ที่จะช่วยให้เด็กดูแลตัวเองได้ตลอดไปอย่างยั่งยืน กิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นยึดความต้องการของเด็กเป็นศูนย์กลาง กิจกรรมพื้นฐานที่มาจากความต้องการของวัยรุ่น คือ ดนตรี กีฬา และศิลปะ สร้างบรรยากาศของเพื่อนให้เกิดขึ้น เพื่อให้ “ศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น” ไม่ได้เป็นเพียงศูนย์ให้คำปรึกษา แต่เป็นสถานที่ตอบสนองความต้องการของเด็ก อย่างถูกต้องและเหมาะสม ให้เด็กได้มีทางเลือก ไม่ใช่เวลาไปในทางที่ไม่เหมาะสม ศูนย์ฯ นี้กระจายไปตามแหล่งรวมของวัยรุ่น เช่น ห้างสรรพสินค้า รวมทั้งกระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆ ด้วย (โครงการทูบีนัมเบอร์วัน, 2007)

## 2.2 โครงการค่ายเยาวชนสดใส ไร้ควันบุหรี่ (Smart Camp)

โครงการค่ายเยาวชนสดใส ไร้ควันบุหรี่ หรือ Smart Camp เป็นโครงการที่ริเริ่มโดยสถาบันรัฐธรรมรักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนารูปแบบในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในวัยรุ่นในรูปแบบของค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วัตถุประสงค์เพื่อให้เยาวชนที่เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นเยาวชนที่สูบบุหรี่ และกำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษาจำนวน 300 คน เลิกสูบบุหรี่และไม่กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ โดยเมื่อเยาวชนที่ติดบุหรี่ได้เข้าร่วมโครงการแล้วจะได้รับความรู้



ความเข้าใจเรื่องโทษ และพิษภัยของบุหรี่ เยาวชนสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองในการป้องกันไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ รวมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่และเป็นตัวแบบที่ดีในการเลิกบุหรี่ได้

มีการประเมินผลหลังจากเยาวชนได้เข้าค่าย “Smart Camp” แล้วพบว่า เยาวชนมีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าค่าย ซึ่งเยาวชนจะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความมั่นใจในตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งบุหรี่ รวมทั้งห้ามใจตนเองและมีทักษะที่จะหลีกเลี่ยงที่จะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก นอกจากนี้เยาวชนยังนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่แก่เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ให้รับรู้ถึงอันตรายและประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ได้ ในส่วนของเจ้าหน้าที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ และแนวทางแก้ไขปัญหาจากการดำเนินกิจกรรมค่ายครั้งนี้ด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานของค่ายในโอกาสต่อไป และเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับให้แก่องค์กรหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมยาสูบในเยาวชนได้ต่อไป

จากโครงการค่ายเยาวชนสดใส ไร้ควันบุหรี่ ของสถาบันธัญญารักษ์นี้ ในลำดับต่อมาได้นำไปสู่การจัดอบรมครู ก. ซึ่งเป็นการอบรมเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขในจังหวัดต่างๆ ในหลักสูตรการดำเนินการจัดค่าย โดยเน้นการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายที่เข้าค่าย ทั้งเยาวชน กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสพ รวมถึงเยาวชนที่อยู่ในและนอกระบบโรงเรียน ซึ่งกำหนดเวลาเข้าค่ายเพื่อบำบัด 5 วัน ซึ่งกิจกรรมของโครงการนี้ยังได้ส่งเสริมให้ดำเนินกิจกรรมรณรงค์และสร้างเครือข่ายไร้ควันในโรงเรียนอีกด้วย การดำเนินกิจกรรมค่ายฯ ในจังหวัดต่างๆ ถือได้ว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง รวมทั้งสามารถสร้างเครือข่ายไร้ควันในโรงเรียนได้อีกด้วย

โครงการค่ายเยาวชนสดใส ไร้ควันบุหรี่นี้ สามารถขยายการดำเนินงานไปได้ทั่วประเทศ ทำให้เกิดเครือข่ายในการควบคุมยาสูบตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงสถาบันครอบครัว แต่ทั้งนี้การดำเนินโครงการยังคงต้องมีการปรับปรุงพัฒนาในหลายส่วน เช่น งบประมาณ บุคลากร ทักษะของบุคลากร เนื้อหาในการอบรม ซึ่งจะทำให้การดำเนินโครงการค่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้เยาวชนทั้งกลุ่มเสพและกลุ่มเสี่ยง ได้รับประโยชน์จากกิจกรรมนี้สูงสุด อันจะนำไปสู่เยาวชนไทยห่างไกลบุหรี่ได้ในลำดับต่อไป (งานประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์เน้นหลัก, 2549 ; สถาบันธัญญารักษ์, 2548)

### 2.3 โครงการเยาวชนนักรณรงค์สร้างสังคมปลอดบุหรี่ (We Care)

โครงการของกลุ่มเยาวชนนักรณรงค์สร้างสังคมปลอดบุหรี่ ภายใต้ชื่อว่า “We Care” เริ่มดำเนินการตั้งแตปี พ.ศ.2547 ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณขององค์การอนามัยโลกและมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เยาวชนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเยาวชนแกนนำ 15 คน จาก 5 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย สาธิตจุฬา ราชวินิตมัธยม บางมดวิทยา และนวมินทราชินูทิศ สตรีวิทยาพุทธมณฑล ที่มีวัตถุประสงค์ของการรวมตัวกันเพื่อจัดกิจกรรมรณรงค์ให้เยาวชนในสังคมเลิกยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ และสร้างเครือข่ายนักรณรงค์ที่เป็นเยาวชนรุ่นใหม่

ในส่วนของชื่อโครงการ We Care มีความหมายสื่อมาจาก

**W** คือ Willing ตั้งใจที่จะทำ จะสร้างคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่

**E** คือ Enthusiastic หมายถึง การมีไฟแรง เปี่ยมล้นด้วยความกระตือรือร้นในการทำสิ่งดีๆ

**C** คือ Courage หมายถึง ความกล้าหาญ กล้าคิด กล้าทำ เพราะเราคือคนรุ่นใหม่

**A** คือ Active หมายถึง ความแข็งขัน เราจะร่วมแรง แข็งขัน ในการสร้างสรรค์กิจกรรมดีๆ

**R** คือ Red หมายถึง เต็มไปด้วยสีสัน โดยเฉพาะสีแดง คือสีแห่งความจริงจัง และสดใส

**E** คือ Empower หมายถึง การสร้างพลัง

โครงการนี้ ทำให้เด็กและเยาวชนซึ่งกำลังจะเป็นผู้ใหญ่ในอนาคตมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และเป็นสื่อกลางที่สำคัญในการก่อให้เกิดความตระหนักถึงอันตรายของบุหรี่สู่สังคมไทยในปัจจุบัน รวมทั้งการทำให้เยาวชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบของภาครัฐได้ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

### 2.4 สภาเยาวชนแห่งชาติ (สยช.)

สภาเยาวชนแห่งชาติ เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงเด็กและเยาวชนที่มีการดำเนินงานในด้านต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อปฏิบัติการกิจกรรมร่วมกันในการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนในท้องถิ่น และร่วมกันจัดทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและชุมชน

สภาเด็กและเยาวชนนี้จะมีอยู่ในทุกจังหวัด โดยสมาชิกในสภาเด็กและเยาวชนจะทำหน้าที่เป็นตัวแทนเยาวชนในพื้นที่ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อเยาวชนในท้องถิ่นนั้นๆ

การดำเนินงานของสภาเด็กและเยาวชนนี้ ในปัจจุบันอยู่ภายใต้การดำเนินงานสนับสนุนของ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน (สทย.) สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งนี้การจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ กำหนดว่าจะแล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2549

บทบาทของสภาเด็กและเยาวชนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ จะอยู่ในส่วนของการแก้ไขปัญหาเสพติด แต่เนื่องจากสภาเด็กและเยาวชนยังอยู่ในขั้นตอนการเริ่มต้น จึงยังไม่มีผลงานที่เห็นเด่นชัดในขณะนี้ แต่อย่างไรก็ตามสภาเด็กและเยาวชนนับเป็นกลไกที่มีศักยภาพ ควรที่จะได้รับการสนับสนุนให้มีดำเนินงานในด้านนี้ต่อไปในอนาคต เนื่องจากจะเป็นเครือข่ายที่สามารถพัฒนาเพื่อให้เยาวชนมีบทบาทในการควบคุมยาสูบในท้องถิ่นของตนเองได้อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน, 2549)

## 2.5 กลุ่ม NONA Club (NO Nicotine and Alcohol Youth Network)

กลุ่ม NONA Club หรือเครือข่าย “เยาวชน ไม้หนะ... เหล้าบุหรี” เครือข่ายนี้เป็นเครือข่ายเยาวชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมสำคัญคือการจัดประชุม หรือจัดกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับนักเรียนนักศึกษา เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ การระดมความคิดเห็นจากเยาวชนในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การพัฒนาแกนนำเยาวชนในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มหกรรมกีฬามหากุศล มหกรรมวันเสาร์เยาวชนสร้างสรรค์ มหกรรมเยาวชนสร้างสุข รวมพลังไทยดีมีนม ทำความดีถวายในหลวง โครงการ Youth Forum on Tobacco Control กิจกรรมเทเหล้าเผาบุหรีในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ และ Smart Camp เป็นต้น ทั้งนี้การดำเนินโครงการต่าง ๆ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การดำเนินงานของเครือข่ายดังกล่าวมีการเผยแพร่ข้อมูลการดำเนินงานในเว็บไซต์ <http://www.nonaclub.com/th> (เครือข่ายเยาวชนไม้หนะ...เหล้าบุหรี, 2550)

## 2.6 เครือข่ายครูมัธยมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (คมส.)

เครือข่ายครูมัธยมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เป็นการดำเนินงานของเครือข่ายครูซึ่งมีการรวมตัวกันเพราะตระหนักถึงภารกิจในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ.2548 โดยการสนับสนุนของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ประกอบด้วยครูจาก 12 โรงเรียน ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ โรงเรียนสุรธรรมสุนทรารามวิทยา โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ สตรีวิทยาพุทธมณฑล โรงเรียนรัตนโกสินทร์สมโภชบางขุนเทียน โรงเรียนบางมดวิทยา

“สี่สุกหวาดจวนอุปถัมภ์” โรงเรียนวัดปากน้ำวิทยาคม โรงเรียนสามพรานวิทยา โรงเรียนชินโนรสวิทยาลัย โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ฝ่ายมัธยม) โรงเรียนนวมินทราชินูทิศเตรียมอุดมศึกษาน้อมเกล้า โรงเรียนมัธยมวัดดุสิตาราม และโรงเรียนราชโอรส (เครือข่ายครูผู้ทรงคุณวุฒิ) เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

เครือข่ายครูผู้ทรงคุณวุฒิ มีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครูมีสมรรถนะและศักยภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันเด็กและเยาวชนให้พ้นจากอันตรายของการสูบบุหรี่ และสร้างค่านิยมที่ไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน

การดำเนินงานที่ผ่านมา ได้แก่ การผลักดันให้โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ การพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอน รวมทั้งการร่วมรณรงค์ผลักดันกฎหมายห้ามโซวี่บุหรี่ยุคใหม่ จุดขาย และการดำเนินโครงการช่วยให้บุคลากรและนักเรียนเลิกบุหรี่ เป็นต้น

เครือข่ายครูผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อการไม่สูบบุหรี่ คาดหวังที่จะขยายเครือข่ายโรงเรียนให้กว้างขวางมากขึ้น เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการทำให้โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% ตามกฎหมาย ได้เผยแพร่นวัตกรรมที่มีศักยภาพในการช่วยนักเรียนให้เลิกบุหรี่และสกัดกั้นการเข้ามาเป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ของเยาวชนสู่โรงเรียนเครือข่ายต่อไป



## บทที่ 5

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

#### 1. บทสรุป

1.1 ระบบเฝ้าระวังการควบคุมยาสูบของเยาวชนในประเทศไทย มีด้วยกันหลายระบบและรับผิดชอบโดยหลายหน่วยงาน ซึ่งควรอย่างยิ่งที่จะบูรณาการไปกับโครงการเฝ้าระวังด้านสุขภาพของประเทศ ได้แก่ การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากรในระดับประเทศ ภูมิภาค และโลก เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการติดตาม เฝ้าระวังและกำหนดนโยบายของประเทศ อีกทั้งยังใช้เปรียบเทียบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละระดับและในแต่ละมิติได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ

1.2 กลไกการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชนในระดับสากลที่มีอยู่ในปัจจุบันมีหลายระบบด้วยกัน ได้แก่ 1) ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชน (Youth Risk Behavior Surveillance System: YRBSS) 2) โครงการเฝ้าระวังการสูบบุหรี่ในเยาวชน (Tobacco use surveillance among youth ) 3) การสำรวจการบริโภคยาสูบของเยาวชนระดับโลก (Global Youth Tobacco Survey: GYTS) 4) การสำรวจวิชาชีพสุขภาพระดับโลก (Global Health Professional Survey: GHPS) และ 5) โครงการประเมินนโยบายการควบคุมยาสูบระหว่างประเทศ (International Tobacco Control Policy Evaluation Project: ITC Project) ล้วนเป็นการสำรวจระดับกว้างเพื่อทราบอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในภาพรวมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จึงควรมีการวิจัยหรือสำรวจเยาวชนกลุ่มต่างๆ เพื่อใช้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการสำรวจในระดับกว้าง และเพื่อใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบเฉพาะกลุ่มตามบริบทของกลุ่ม

1.3 กลไกการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชนในประเทศไทย ในปัจจุบันมีหลายระบบด้วยกัน ได้แก่ 1)โครงการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2) โครงการ GYTS ประเทศไทย 3) โครงการ Thailand Health Professional Survey (THPS) 4) โครงการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กไทย 5) โครงการสำรวจผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย 6) โครงการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย 7) โครงการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRFSS) และ 8) โครงการติดตามสภาวะเด็กและเยาวชนรายจังหวัด (โครงการ Child Watch) แต่ละโครงการ



มีขอบเขตการสำรวจที่ครอบคลุมเยาวชนในช่วงอายุและลักษณะของกลุ่มที่แตกต่างกัน การนิยามพฤติกรรมการบริโภคยาสูบบ้างที่เหมือนกันและแตกต่างกัน อีกทั้งมีการออกแบบการสำรวจแตกต่างกัน จึงควรมีการวิเคราะห์และสังเคราะห์การสำรวจต่างๆ เหล่านี้อย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ และอาจนำไปสู่การประสานให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อประสิทธิภาพของระบบ และการใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์สูงสุด

**1.4 นโยบายสาธารณะเพื่อลดความต้องการบริโภคยาสูบ (Demand)**  
ประกอบด้วย 1) มาตรการด้านราคา ได้แก่ การขึ้นราคายาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการขึ้นภาษีบุหรี่ และ 2) มาตรการที่ไม่เกี่ยวกับราคา ได้แก่ การห้ามการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ การห้ามขายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การออกกฎหมายเพื่อห้ามการสูบบุหรี่ ในสถานที่สาธารณะและสถานประกอบการ และการมีภาพคำเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ ล้วนเป็นมาตรการที่มุ่งป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนให้ลดลง

- **นโยบายการเพิ่มภาษีและราคาของบุหรี่** ในอดีตที่ผ่านมา (พ.ศ.2535-2547) การขึ้นภาษีบุหรี่ของประเทศไทยได้ก่อให้เกิดผลกระทบใน 3 ลักษณะคือ 1) การขึ้นภาษีบุหรี่ไม่ได้ทำให้รายได้เข้ารัฐลดลง และจำนวนบุหรี่ที่จำหน่ายได้ก็ไม่ลดลงเช่นกัน (พ.ศ.2536 และ 2537) 2) การขึ้นภาษีบุหรี่ทำให้รัฐมีรายได้เพิ่มมากขึ้นและจำนวนบุหรี่ที่ประชาชนบริโภคลดลง (พ.ศ.2542-2544) และ 3) การขึ้นภาษีบุหรี่ ทำให้รัฐมีรายได้ลดลง และทำให้จำนวนบุหรี่ที่ขายได้ลดลงเช่นกัน (พ.ศ.2544-2548) อย่างไรก็ตามมาตรการเพิ่มภาษีเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้ราคาจำหน่ายปลีกบุหรี่มีราคาสูงขึ้น ซึ่งมีผลต่อการซื้อและเข้าถึงบุหรี่ได้ยากขึ้นในกลุ่มเยาวชน

- **การห้ามโฆษณาบุหรี่และส่งเสริมการขาย** งานวิจัยทางวิชาการมากมายยืนยันว่าการโฆษณาทำให้การบริโภคยาสูบของเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นประเทศไทยจึงได้ออก พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 มาตรา 8 ที่ห้ามการโฆษณาบุหรี่ในทุกรูปแบบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และในเดือน กันยายน พ.ศ.2548 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย ห้ามไม่ให้ร้านจำหน่ายบุหรี่ประมาณ 500,000 ร้านทั่วประเทศ ตั้งแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย เป็นผลให้ลดโอกาสที่เยาวชนจะได้เห็นการโฆษณาบุหรี่ทางอ้อมของบริษัทบุหรี่ลง สำหรับกลไกสำคัญของภาครัฐในการเฝ้าระวังการกระทำที่ผิดพระราชบัญญัติเกี่ยวกับบุหรี่ทั้ง 2 ฉบับคือ ศูนย์รับแจ้งเรื่องร้องเรียนสุราและบุหรี่ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามการห้ามโฆษณาทุกรูปแบบที่ทำให้อุตสาหกรรมยาสูบปรับโฉมหน้าของการโฆษณาอยู่ในรูปของการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR) แทน ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังอย่างรู้เท่าทัน



- การมีฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ ประเทศไทยมีฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่ตั้งแต่ปี พ.ศ.2517 และมีการพัฒนาคำเตือนมาตลอดจนถึงปี พ.ศ.2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงฉบับที่ 8 พ.ศ.2547 เพื่อให้ซองบุหรี่จะต้องมีฉลากคำเตือนใหม่เป็นรูปภาพ 4 สี ประกอบด้วยข้อความคำเตือน 6 แบบ คละกัน และล่าสุด เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ.2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 11 (ราชกิจจานุเบกษา,2549 :4-8) ให้มีการเพิ่มภาพและคำเตือนจาก 6 ภาพ เป็น 9 ภาพ และโดยปรับเปลี่ยนภาพคำเตือนที่มีประสิทธิภาพต่ำต่อพฤติกรรมกาสูบหรือออกไป ภาพคำเตือนใหม่จะมีผลบังคับใช้ในการพิมพ์ลงบนซองบุหรี่ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2550 ในบรรดาภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เหล่านี้ มีบางภาพที่มุ่งให้เกิดความกลัวและสร้างความรู้สึกต่อเยาวชนทำให้ไม่ยากริเริ่มสูบหรือสูบบอกต่อไป เช่น ภาพพร้อมคำเตือนสูบแล้วแก่เร็ว และภาพพร้อมคำเตือนสูบแล้วทำให้ปากเหม็น เป็นต้น

- สถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่โดยเฉพาะในโรงเรียน องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ว่า “การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นมาตรการดีเยี่ยมของสาธารณสุขที่จะปกป้องสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่” สำหรับประเทศไทย มี พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และล่าสุดในเดือนธันวาคม พ.ศ.2549 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 17 ซึ่งกำหนดให้สถานที่สาธารณะหลายแห่งต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่ เพื่อคุ้มครองสุขภาพของเยาวชน เช่น โรงเรียนหรือสถานศึกษาหรือสถาบันการศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา รั้วส่งนักเรียน สนามเด็กเล่น ที่พักผู้โดยสาร หรือบริเวณที่ใช้อีกก่อนหรือหลังการใช้บริการยานพาหนะโดยสารทุกประเภท ตู้โทรศัพท์สาธารณะหรือบริเวณที่ให้บริการโทรศัพท์สาธารณะ สุขา อาคารโรงมหรสพ ห้องสมุด หอศิลป์ ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า สถานที่แสดงสินค้าหรือนิทรรศการ ร้านตัดผม สถานที่ให้บริการคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ตู้เกมส์ หรือตู้คาราโอเกะ หอพัก สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม เป็นต้น ซึ่งสถานที่สาธารณะที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนเป็นจำนวนมากถูกควบคุมให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ทั้งหมดโดยไม่มีข้อยกเว้น ซึ่งการจำกัดพื้นที่การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อเยาวชนผู้สูบบุหรี่และการคุ้มครองสุขภาพของเยาวชนผู้ไม่สูบบุหรี่อีกด้วย

**1.5 นโยบายสาธารณะที่มีผลต่อการลดอุปทาน (Supply) ของเยาวชน**  
ประกอบด้วย 1) การควบคุมการขายบุหรี่แก่เยาวชน 2) การห้ามการผลิต นำเข้าและจำหน่าย บุหรี่ไมล์ ไลท์ ไรค์วันและซุส 3) การควบคุมบุหรี่ยี่ห้อ และ 4) การกำหนดสถานที่จำหน่าย บุหรี่ ซึ่งล้วนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เยาวชนเข้าถึงบุหรี่ได้ยากขึ้นทั้งเยาวชนที่ต้องการเริ่มสูบและเยาวชนที่ติดบุหรี่ หากแต่เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการใช้มาตรการเหล่านี้ จำเป็นที่จะต้องใช้ การสื่อสารและการให้สุศึกษาเพื่อช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว

- การควบคุมการขายบุหรี่แก่เยาวชน ประกอบด้วยมาตรการสำคัญ 2 มาตรการ คือ การห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และการห้ามการขายบุหรี่โดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติในประเทศไทยปรากฏใน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 มาตรา 4 และ 5 อย่างไรก็ตามยังพบว่า ร้านค้าบุหรี่ยังคงขายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และรัฐก็มิได้มีกลไก หรือกำลังคนที่เพียงพอที่จะเฝ้าระวังให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายในข้อนี้อย่างจริงจัง ยิ่งกว่านั้นยังพบว่า บริษัทบุหรี่มีการสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอย่างกว้างขวาง โดยสื่อสารกับเยาวชนว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องของผู้ใหญ่ ทำให้เป็นการทำทนายเยาวชนให้อยากลองมากขึ้น ประเด็นนี้จึงเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันอยู่ในกลุ่มควบคุมยาสูบที่ทำให้การใช้มาตรการนี้ต้องทำควบคู่กับการสื่อสารและการให้สุศึกษา

- การห้ามการผลิต นำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ที่มีฉลากไมล์ ไลท์ บริษัทบุหรี่ผลิตบุหรี่ที่ใช้คำว่า ไลท์ และ ไมลด์ เพื่อกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มคือ กลุ่มเยาวชนที่มักจะริเริ่มลองสูบบุหรี่เป็นครั้งแรก 2) กลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกและยังเลิกไม่ได้ และ 3) กลุ่มผู้หญิงที่เชื่อว่าบุหรี่จะช่วยในการลดน้ำหนัก สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2549 เพื่อห้ามไม่ให้ ฉลากที่พิมพ์บนซองหรือภาชนะบรรจุยาสูบทุกรูปแบบที่ผลิต หรือนำเข้าในราชอาณาจักรไทย มีคำว่า Mild, Medium Light, Ultra light และ Low tar

**1.6 บุหรี่ลักลอบ** รัฐบาลของประเทศต่างๆ มักจะกลัวว่าการขึ้นภาษีบุหรี่จะทำให้มีบุหรี่เถื่อนและบุหรี่ลักลอบเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นข้ออ้างที่จะไม่ขึ้นภาษีบุหรี่ ในขณะที่ข้อมูลจากประเทศแคนาดาพบว่า การลดภาษีบุหรี่เมื่อปี พ.ศ.2537 ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาการลักลอบ แต่กลับมีผลเสียคือ การสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มขึ้นและรัฐสูญเสียรายได้ที่ควรได้จากภาษีบุหรี่ไปเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการขึ้นภาษีบุหรี่มิได้ทำให้เกิดบุหรี่ลักลอบ แต่กลับมีผลดีอย่างน้อย 2 ประการก็คือ การบริโภคยาสูบลดลง และรัฐเก็บภาษีได้เพิ่มขึ้น

การดำเนินการเรื่องบุหรี่ลักลอบยังไม่มาตรการที่ชัดเจนนักสำหรับประเทศไทย ทำให้มีบุหรี่ลักลอบนำเข้า เช่น บุหรี่ซุสต่าง ๆ ซึ่งมีเป้าหมายการตลาดในกลุ่มวัยรุ่นและผู้หญิง ดังนั้นหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งกรมศุลกากร กรมสรรพสามิต สำนักงานตำรวจแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องประชุมหารือร่วมกันเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาบุหรี่ลักลอบอย่างจริงจังเพื่อส่งผลต่อการลดการสูบบุหรี่ของเยาวชนได้อีกด้วย

**1.7 การกำหนดสถานที่จำหน่ายบุหรี่เพื่อปกป้องเยาวชน** มีงานวิจัยพบว่าสถานที่จำหน่ายบุหรี่ และแหล่งอบายมุขที่มอมเมาเยาวชน พบมากในบริเวณสถานบันการศึกษาระยะไม่เกิน 500 เมตร ซึ่งมีผลให้เยาวชนในสถานศึกษาสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้โดยง่าย กล่าวคือ



นักเรียนนักศึกษาที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.3 สามารถซื้อบุหรี่ได้ง่าย จากบริเวณที่ใกล้เคียงกับสถาบันการศึกษาห่างกันไม่เกิน 500 เมตร เช่นกัน ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย ในปี พ.ศ.2549 ที่ผ่านมา กระทรวงการคลังโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงได้ออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดให้สถานที่ขายยาสูบต้องไม่ตั้งอยู่ในสถานศึกษาหรือศาสนสถานและให้รวมตลอดถึงบริเวณที่ซึ่งใช้สำหรับสถานศึกษา หรือศาสนสถานนั้นด้วย ไม่ว่าจะมียี่ห้อหรือไม่ก็ตาม รวมทั้งบริเวณต่อเนื่องติดกับสถานศึกษาหรือศาสนสถานด้วย ซึ่งประกาศนี้จะทำให้เยาวชนเข้าถึงบุหรี่ได้ยากขึ้น

**1.8 องค์กรเครือข่ายป้องกันและควบคุมยาสูบในเยาวชน** เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญในการควบคุมยาสูบ องค์กรเครือข่ายเหล่านี้มีทั้งในระดับนานาชาติ และระดับประเทศ รวมทั้งองค์กรในประเทศไทย ซึ่งมีทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชน ที่มุ่งเน้นในการป้องกันและควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชน รวมถึงการช่วยเหลือเยาวชนที่ติดบุหรี่ ซึ่งมีการดำเนินงานทั้งโดยองค์กร ชุมชน สถาบันการศึกษาและกลุ่มเยาวชนเอง

- องค์กรระดับโลก องค์กรอนามัยโลกนับเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญภายใต้โครงการริเริ่มสังคมปลอดบุหรี่ (TFI) ซึ่งมีวัตถุประสงค์และกลวิธีในการแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชน พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางในการป้องกันและการลดการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน อาทิ แนวทางการทำให้เยาวชนเข้าถึงบุหรี่ได้ยากขึ้นในโรงเรียนและในชุมชน การหยุดยั้งการสูบบุหรี่ การรณรงค์และการสื่อสารสุขภาพ การผลักดันมาตรการทางกฎหมายที่มีผลต่อการเข้าถึงยาสูบและการสูบบุหรี่ของเยาวชน และการศึกษาวิจัยเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในเยาวชนอย่างมีประสิทธิภาพ

- องค์กรในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก อาทิ ในทวีปอเมริกา ยุโรป แอฟริกา เอเชีย และออสเตรเลีย ล้วนแล้วแต่มีความพยายามในการควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชน ทั้งโดยองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน/องค์กรอาสาสมัคร ทำงานทั้งในระดับประเทศ ระดับชุมชน สถาบันการศึกษา (โรงเรียน/ห้องเรียนและหลักสูตร) และการพัฒนาวิชาการและองค์ความรู้

- องค์กรในประเทศไทย มีทั้งดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชน ซึ่งในภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการหากแต่กระจายอยู่ในกรม กองต่าง ๆ และที่มีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนคือ การเคลื่อนไหวขององค์กรเอกชนและภาคประชาชน ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการดำเนินงานทำให้งานป้องกันและควบคุมยาสูบในเยาวชนมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นเห็นได้ชัดเจนในช่วงเวลาที่ผ่านมา



## 2. ข้อเสนอแนะต่อการควบคุมยาสูบในกลุ่มเยาวชน

### 2.1 ความจำเป็นในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมการบริโภคยาสูบของกลุ่มเยาวชน

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการควบคุมยาสูบในระดับประเทศ แต่กลุ่มเป้าหมายของแผนงาน ยังคงเป็นกลุ่มเป้าหมายประชาชนทั่วไป แต่กลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญที่สุด ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นกลไกกลางในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เฉพาะกลุ่มเยาวชน

### 2.2 มาตรการด้านการศึกษาในระบบโรงเรียน

ควรให้ความสำคัญกับระบบการศึกษาในโรงเรียน ทั้งในเรื่องการกำหนดให้โรงเรียนมีนโยบายเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ การจัดการเรียนการสอน ทั้งในด้านหลักสูตรและกิจกรรมนอกหลักสูตร สนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่ม เครือข่ายเยาวชน ครู และ/หรือผู้ปกครองรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

### 2.3 มาตรการด้านการช่วยเหลือเยาวชนที่ต้องการเลิกบุหรี่

ควรมีการจัดบริการช่วยเหลือนักเรียนที่ติดบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ ทั้งในรูปของการให้คำปรึกษาแบบบุคคล แบบกลุ่ม หรืออาจจำเป็นต้องใช้โนโคตินทดแทน ทั้งนี้ให้บูรณาการไปกับโครงการบริการสุขภาพของโรงเรียน หรือเครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ที่มีโอกาสใกล้ชิดกับเยาวชนที่สูบบุหรี่ นำพาเยาวชนเหล่านั้นเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่อย่างถูกต้อง มีการให้คำแนะนำอย่างถูกต้อง เพื่อให้การปฏิบัติในการเลิกบุหรี่สัมฤทธิ์ผล รวมทั้งการติดตามผล จึงน่าจะเป็นโอกาสที่ดีในการพัฒนาระบบการเลิกบุหรี่สำหรับโรงเรียน เพื่อรองรับการบำบัดแก่เยาวชนผู้สูบบุหรี่ได้โดยที่เยาวชนผู้นั้น ไม่รู้สึกหวาดระแวงในการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากสามารถเข้ารับการบำบัดได้ที่โรงเรียน ซึ่งเป็นสถานที่คุ้นเคย สำหรับการช่วยเหลือเยาวชนในการเลิกบุหรี่นอกระบบโรงเรียน ควรที่จะมีการให้ความช่วยเหลือแก่เยาวชนผู้นั้นอย่างจริงจัง ได้แก่

- ความเข้าใจจากครอบครัว ครอบครัวจะต้องเป็นผู้ให้กำลังใจและยอมรับกับอาการติดบุหรี่ของเยาวชน บุคคลในครอบครัวจะต้องเป็นผู้ดูแลให้กำลังใจในการเลิกบุหรี่ คอยเอาใจใส่และติดตามผล

- องค์กรเครือข่ายต่าง ๆ ซึ่งมีศักยภาพในการให้ความช่วยเหลือเยาวชนในการเลิกสูบบุหรี่ เช่น สถาบันจิตตปัญญาธิปไตย ควรมีการจัดโครงการร่วมกับองค์กรอื่น ๆ เช่น โครงการทูปีนัมเบอร์วัน ซึ่งสามารถเข้าถึงเยาวชนได้

#### 2.4 มาตรการด้านการพัฒนาศักยภาพของชุมชนและเครือข่ายเยาวชน

ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของเยาวชนในชุมชน (นอกระบบโรงเรียน) ทั้งนี้ประเทศไทยมีเครือข่ายเยาวชนที่มีศักยภาพที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศ หากแต่เป็นการดำเนินงานในระดับกลุ่มย่อยที่ยังไม่มีการเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน ดังนั้นเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน จึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

- ควรมีการเชื่อมร้อยเครือข่ายเยาวชนตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัดและภาค แล้วนำแกนนำเยาวชนจากเครือข่ายต่าง ๆ มาพัฒนาสู่เครือข่ายระดับชาติ เช่น ตัวอย่างกรณีของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมี โครงการ Tobacco Free Kids เป็นเครือข่ายเยาวชนในระดับชาติ ที่มีเครือข่ายย่อยกระจายอยู่ทั่วทุกมลรัฐ และสามารถเข้าถึงข้อมูลของเครือข่ายย่อยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ควรมีการพัฒนาเครือข่ายเยาวชนที่ค่อนข้างมีศักยภาพอยู่แล้ว เช่น สภานักเรียนและเยาวชน ซึ่งมีการดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องอบายมุข โดยควรนำเอาเรื่องการสูบบุหรี่ของเยาวชนแยกเป็นประเด็นให้ชัดเจนจากเรื่องอบายมุขทั่วไป เพื่อให้มีความชัดเจนในการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน และสามารถร่วมดำเนินงานกับภาคีที่เกี่ยวข้องได้ เช่น มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

ควรสนับสนุนให้เครือข่ายเยาวชนดำเนินงานร่วมกับชุมชน หรือนำข้อมูลและกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อรณรงค์การไม่สูบบุหรี่เข้าไปสู่ชุมชนให้มากขึ้น เพื่อให้บุคคลในชุมชนมีความรู้ และตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากบุหรี่มากขึ้น และเป็นแนวร่วมในการดำเนินกิจกรรมของเครือข่ายเยาวชนได้อีกทางหนึ่ง

#### 2.5 มาตรการด้านการสื่อสารมวลชน

ในปัจจุบันสื่อสารมวลชนเป็นสื่อที่ทรงอิทธิพลต่อความคิด ค่านิยมและพฤติกรรมของเยาวชน ดังนั้นในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในกลุ่มเยาวชน จึงควรให้ความสนใจในประเด็นต่อไปนี้

- การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชนผ่านสื่อสารมวลชนระดับประเทศ เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการสูบบุหรี่ของเยาวชน และ

อันตรายที่ได้รับจากควันบุหรี่มือสอง การสร้างค่านิยมที่คนรุ่นใหม่ต้องไม่สูบบุหรี่ ตลอดจนให้กำลังใจจากสังคมแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ การรณรงค์ในระดับกว้าง หรือที่เรียกว่า “Air War” จะช่วยให้คนทำงานในระดับพื้นที่ (Ground War) สามารถทำงานได้สะดวกมากยิ่งขึ้นเนื่องจากมีกระแสของสังคมช่วยหนุน

- ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของเครือข่ายเยาวชนในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับสื่อสารมวลชน ซึ่งจะทำให้เยาวชนมีทักษะและความสามารถในการทำงานร่วมกับสื่อมวลชน เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การดำเนินงานของเครือข่ายสู่สาธารณะได้ทั้งในระดับท้องถิ่น และระดับภูมิภาค เช่น การสนทนาหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ผ่านทางวิทยุกระจายเสียงในท้องถิ่น การลงข่าวสารการดำเนินงานของเครือข่ายเยาวชนในหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เป็นต้น
- ควรมีเว็บไซต์ที่เป็นสื่อกลางของเครือข่ายเยาวชนที่เครือข่ายต่างๆ สามารถใช้เป็นสื่อกลางเผยแพร่ข้อมูลการดำเนินงานของเครือข่ายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสะดวกต่อผู้สนใจในการค้นหาข้อมูล
- นำข้อมูลการดำเนินงานของเครือข่ายเยาวชนเพื่อรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ที่มีประสิทธิภาพ ในต่างประเทศ มาเผยแพร่ให้เครือข่ายเยาวชนไทยได้รับทราบ และนำโครงการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์กับเครือข่ายของตนเอง

## 2.6 การพัฒนาและบังคับใช้กฎหมายการควบคุมยาสูบที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนอย่างจริงจัง

ในด้านกฎหมาย ประเทศไทยได้ลงสัตยาบันในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (FCTC - WHO) จึงต้องมีพันธกรณีในการปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเยาวชนนั้นอยู่ในมาตรา 16 ที่กล่าวถึงการขายและแจกจ่ายบุหรี่แก่เยาวชน โดยมีใจความสำคัญในมาตรานี้ คือ “การออกกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมาย หรือใช้มาตรการต่างๆ ที่เหมาะสม ในการยับยั้งการจำหน่ายบุหรี่แก่เยาวชน เช่น การไม่ให้เยาวชนได้เข้าถึงการจำหน่ายบุหรี่ โดยห้ามวางจำหน่ายบุหรี่ที่สะดุดตา ห้ามการจำหน่ายบุหรี่โดยใช้เครื่องหยอดเหรียญ การห้ามจำหน่ายบุหรี่ซองเล็ก การห้ามส่งเสริมโฆษณา หรือแจกบุหรี่ในสถานที่สาธารณะหรือแก่เยาวชน การห้ามผลิต จำหน่าย ขนมน ของ

หวาน ของเล่น หรือสิ่งที่สื่อเจตนาให้หมายถึงบุหรี่ ซึ่งเยาวชนสามารถรับรู้ได้” ประเทศไทยได้ดำเนินการในด้านกฎหมายที่เกี่ยวกับเยาวชนไปแล้วเป็นส่วนมาก แต่ยังมีข้อเสนอดังนี้

- ควรมีการควบคุมกำกับดูแลการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เช่น การห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งพบว่า ร้านค้าที่จำหน่ายบุรียังไม่ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด รวมถึงกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การห้ามโฆษณา หรือแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย

- ควรมีกองการเฝ้าระวังติดตามที่มีประสิทธิภาพ มีกำลังและทรัพยากรที่เพียงพอ และเอื้อต่อการดำเนินการเฝ้าระวัง และการบังคับใช้กฎหมาย และเพื่อให้เท่าทันกับอุตสาหกรรมยาสูบที่พยายามตีความหลีกเลี่ยงกฎหมาย

- ในบางประเด็น เช่น การจำหน่ายบุหรี่ซองเล็ก การแยกซองขาย การห้ามนำเข้าหรือจำหน่ายบุหรี่ชูรส มาตรการในเรื่องบุหรี่ลักลอบ ต้องมีการดำเนินการอย่างจริงจัง รวมทั้งการขึ้นราคาและภาษีบุหรี่ให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบของเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

\*\*\*\*\*







## บรรณานุกรม

- กันต์ เข็มรุ่งโรจน์. (2548). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2547. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2548). พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535. พิมพ์ครั้งที่ 7.กรุงเทพฯ: บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด
- กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2549). พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. พิมพ์ครั้งที่ 7.กรุงเทพฯ: บริษัทสินทวีการพิมพ์จำกัด
- เครือข่ายครูนักทรงรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2548). เอกสารแผ่นพับ “เครือข่ายครูนักทรงรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (คมส.)”.
- เครือข่ายเยาวชนไม่นะ...เหล้าบุหรี่. (2549). [Online]. Available: <http://www.nonaclub.com/th/index.php>. [2549/12/13].
- โครงการทูบีนิ้มเบอร์วัน. (2549). [On line]. Available: [http://www.dmh.go.th/sty\\_libnews/news/view.asp?id=3490](http://www.dmh.go.th/sty_libnews/news/view.asp?id=3490). [2550/01/14].
- งานประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์เน้นหลัก. (2549). ประเมินผลโครงการค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่. กรุงเทพฯ : เจริญดีมีนคงการพิมพ์.
- ชลธาร วิศรุตวงศ์ พนิตธิดา เพชรพูล และอ้อมฤทัย อ่องสาคร. (2550). รายงานโครงการศึกษาการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซิกาแรต เพื่อการควบคุมการสูบบุหรี่ซิกาแรต.
- ชูชัย ศุภวงศ์ สุภกร บัวสาย และนวลอนันต์ ตันติเกตุ. (2540). รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการสำรวจภาพรวมทั่วประเทศ: ผลของฉลากคำเตือนต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- นิรุจน์ อุทธา และกนกวรรณ แก้วปา. (2542). รายงานการวิจัยเรื่องการใช้สัญลักษณ์ทางกฎหมาย: เพื่อควบคุมการซื้อบุหรี่ของเด็กและเยาวชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- บุปผา ศิริรัตน์ และคณะ. (2549) ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มวัยรุ่นระดับประเทศ รอบที่ 1 (พ.ศ.2548). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประกิต วาที่สาธกกิจ. (2548). เยาวชนสูบบุหรี่ สัญญาณอันตรายของสังคมไทย. [Online]. Available: <http://www.ashthailand.or.th/th/news.php?act=detail&id=803>. [2549/12/1].

พรรณราย เจริญชาติศรี. (2549). ผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ต่อการรับรู้และความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. ๒๕๐๙. (2509).กฎกระทรวง ฉบับที่ ๒๘ (พ.ศ. ๒๕๔๙)ออกตามความในพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. ๒๕๐๙. [Online]. Available: [http://www.thaiantitobacco.com/php/index.php?option=com\\_content&task=view&id=366&Itemid=62](http://www.thaiantitobacco.com/php/index.php?option=com_content&task=view&id=366&Itemid=62). =. [ 2549/12/14 ].

เพ็ญภักตร์ จันทศร. (2549). การตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายการควบคุมการบริโภคยาสูบในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2548) .We Care พลังวัยใสต้านภัยบุหรี่ผ่านริชแบนด์สีแดงสดบนข้อมือ.[Online]. Available : <http://www.ashthailand.or.th/th/news.php?act=detail&id=785>. [2550/02/05].

มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2548) .โพลระบุชุดวัยรุ่นไทยเข้าถึงอบายมุข-สื่อลามกง่าย. [Online]. Available:[http://www.ashthailand.or.th/th/news.php?act=detail&id=&PHPSESSID=\[2550/01/14\]](http://www.ashthailand.or.th/th/news.php?act=detail&id=&PHPSESSID=[2550/01/14]).

เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์. (2548). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

ราชกิจจานุเบกษา. (2549). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 11) พ.ศ.2549 เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงภาพและข้อความคำเตือนถึงพิษภัย วันเดือนปีที่ผลิต แหล่งผลิต และการขายได้เฉพาะในราชอาณาจักรไทย ในฉลากของบุหรี่ซิการ์และบุหรี่ซิการ์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบพ.ศ.2535. [On line]. Available : <http://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2549/E/101/4.PDF>. [2550/02/14].

ราชกิจจานุเบกษา. (2549). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2549 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงคำหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด ในฉลากของบุหรี่ยี่ห้อ บุหรี่ชการ์ และยาเส้น ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบ พ.ศ. 2535 [On line]. Available: [www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2549/E/101/9.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2549/E/101/9.PDF). [2550/02/14].

ราชกิจจานุเบกษา. (2549). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 17) พ.ศ. 2549 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่ รวมทั้งกำหนด สภาพ ลักษณะ และมาตรฐานของเขตสูบบุหรี่หรือ เขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535. [Online]. Available: <http://www.ratchakitcha.Soc.go.th/DATA/PDF/2549/E/101/11.PDF>. [ 2550 /02 /14 ].

ศรัณญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2549). สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534 – 2547. กรุงเทพฯ ฯ: เจริญดีมีนคงการพิมพ์.

ศรัณญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2550). สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534 – 2549. กรุงเทพฯ ฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.

ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม. (2549). คุณภาพทางสังคม: วิเคราะห์จากพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการระบบการเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม ปี 2549 กรุงเทพฯ ฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2549). โครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดำเนินงานรณรงค์เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. เอกสารโรเนียว.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2549). โครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ (Global Health Professional Survey: GHPS). เอกสารโรเนียว.

สถาบันชัยภูมิรักษ์. (2548). คู่มือ Smart Camp ค่ายเยาวชนสดใสไร้ควันบุหรี่. เอกสารโรเนียว. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันรามจิตติ. (2549). สมุดรายงานสภาวะการณ์เด็กและเยาวชน ปี 2547-2548. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมาน พุทธระกุล. (ม.ป.ป.). คู่มือการอบรมหลักสูตร “การสร้างเสริมศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” เล่มที่ 1.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน. (2548). การจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนจังหวัด. [Online]. Available : <http://oppy.opp.go.th/news/jundtungsapa.pdf>. [2549/12/01].

สำออง สืบสมาน เอเดรียน สลีย์ ภัทรพร ยุทธาภรณ์ พินิจ และคณะ. (2543). รายงานการวิจัย เรื่อง ความคิดเห็นของกลุ่มวัยรุ่นไทยต่อคำเตือนและสื่อข่าวสารที่ใช้ในการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่: เพื่อใช้กำหนดแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

หนังสือพิมพ์เดลินิวส์. (2549). ปลูก ‘ไบยา’ แบบใส่ใจสิ่งแวดลอม (2) ปลูกฝังจิตสำนึก ‘ยูวชน พัทธ์รักรักรายนี้’ (จบ). [Online]. Available: [http://www.uc.in.th/dailynews/pages/front\\_th/popup\\_news/Default.aspx?ColumnId=32235&NewsType=2&Template=1](http://www.uc.in.th/dailynews/pages/front_th/popup_news/Default.aspx?ColumnId=32235&NewsType=2&Template=1). [2549/12/15].

หทัย ชิตานนท์. (2547) .สถานการณ์การไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย 10 เรื่อง: การจำหน่ายบุหรี่ ให้แก่เด็ก.กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

หทัย ชิตานนท์. (2549). การบรรยายและถกแถลง TOBACCO CONTROL พ.ศ. 2549 ครั้งที่ 1 เรื่อง NATIONAL POLICY COMPONENTS ORGANIZATIONS โครงการฝึกหัดและศึกษาวิชาการควบคุมยาสูบ. กรุงเทพฯ : สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

หทัย ชิตานนท์. (2549). การบรรยายและถกแถลง TOBACCO CONTROL พ.ศ. 2549 ครั้งที่ 5 เรื่อง ECONOMICS 2 โครงการฝึกหัดและศึกษาวิชาการควบคุมยาสูบ. กรุงเทพฯ : สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

อิศรา ศานติศาสตร์. (2546). การวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐกิจของการควบคุมบุหรี่ในประเทศไทย. เอกสารรายงาน ภาวะทางเศรษฐกิจของการควบคุมบุหรี่ หมายเลข 15. วอชิงตัน ดี.ซี.: The International Bank of Reconstruction and Development.

Adams, P.F., Schoenborn, C.A., Moss, A.J., Warren, C.W. and Kann, L. (1992). Health-risk behaviors among our nation's youth: United States, Vital Health Stat 10 1995; 192: 1-51.

Baker, W., Homel, P., Flaherty, B. and Trebilco, P. (1987). The 1986 survey of drug use by secondary school students in New South Wales. Sydney: New South Wales Drug and Alcohol Authority In – house Report Series.

- Behtesda,MD. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub. No. 99-4645, 1999, [Online]. Available: [http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/nci\\_monographs/MONO10/MONO10.HTM](http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/nci_monographs/MONO10/MONO10.HTM). [2006 /12 /06 ].
- Caelters D. (2005). Give teenagers the tools to stop smoking. [Online]. Available: [http://www.int.iol.co.za/index.php?set\\_id=1&click\\_id=125&art\\_id=vn20050530112143832C419856](http://www.int.iol.co.za/index.php?set_id=1&click_id=125&art_id=vn20050530112143832C419856). [2007/01/16].
- Canadian Cancer Society. (2004). Evaluation of new warnings on cigarette packages – highlights. [Online]. Available : [http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,2939,3172\\_334419\\_436465\\_langId-en,oo.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,2939,3172_334419_436465_langId-en,oo.html). [2006 /12 /16].
- Cancer research UK. (2002). Research into the Labelling of Tobacco Products in Europe. [Online]. Available: <http://www.cancerresearchuk.org>. [2006/12/10]
- Center for Disease Control and Prevention. (1995). Youth risk behavior surveillance: National College Health Risk Behavior Survey - United States,. In: CDC surveillance summaries (November 14). MMWR 1997; 46(No. SS-6).
- Center for Disease Control and Prevention. (2006). Global Youth Tobacco Survey (GYTS). [Online]. Available: [http://www.cdc.gov/tobacco/Global/GYTS/GYTS\\_intro.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/Global/GYTS/GYTS_intro.htm). [2550/02/10]
- Chee-Yeong CHNG. (1999). “Smoking Control Program Among Young People in Singapore. International Consultation on Tobacco and Youth. School Health Service, Ministry of Health.
- Evans, N, et al.(1995). “Influence of Tobacco Marketing and Exposure to Smokers on Adolescent Susceptibility to Smoking.” Journal of the National Cancer Institute. October; 87(19): 1538-1545.
- Farkas, a., et al. (2000). “Association Between Household and Workplace Smoking Restrictions and Adolescent Smoking,” Journal of the American Medical Association 284(6), August 9, 2000, [Online]. Available: <http://iama.ama-assn.org/issues/v284n6/rfull/joc00094.htm>. [2006/12/15]
- Feighery EC, et al. “Seeing, wanting, owning: the relationship between receptivity to tobacco marketing and smoking susceptibility in young people” Tobacco Control 1998; 7: 123-28.

- Fisher D, Magnus P. (1981). "Out of the mouths of babe" The opinions of 10 and 11 year old children regarding the advertising of cigarettes. *Community Health Studies*.
- Florida Department of Health, Florida. (1999). Youth Tobacco Survey, 1999. See, also, Campaign for Tobacco-Free Kids Factsheet, *Where Do Youth Smokers Get Their Cigarettes*. [Online]. Available: [www.tobaccofreekids.org](http://www.tobaccofreekids.org). [2006/12/06]
- Framework Convention Alliance. (2002). The FCTC and Tobacco Smuggling. NGO Briefing for the International Conference in Illicit Trade in Tobacco. N.Y., 30 July - 1 August 2002.
- Glantz SA. Preventing tobacco use – the youth access trap [editorial]. *Am J Public Health* 1996;86:156-8.
- Global Partnerships for Tobacco Control. (2006). [Online]. Available: <http://www.essentialaction.org/tobacco/>. [2006/12/25]
- Grunbaum J, Kann L, Kinchen SA, et al. (1998). Youth risk behavior surveillance: National Alternative High School Youth Risk Behavior Survey, United States, In: CDC surveillance summaries (October 29). *MMWR* 1999; 48(No. SS-7).
- International Consultation on Tobacco and Youth. (1999). What in the World Works ?. [Online]. Available : [http://www.who.int/tobacco/research/youth/en/Singapore\\_99.pdf](http://www.who.int/tobacco/research/youth/en/Singapore_99.pdf). [2006/12/25].
- International Agency for Research on Cancer. (2004). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks To Humans, Volume 83: Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. [Online]. Available: <http://www-cie.iarc.fr/htdocs/monographs/vol83/02-involuntary.html>. [2006/12/25].
- Jha P. and Chaloupka, J, F. The economics of global tobacco control. [Online]. Available : <http://www.bmj.com/cgi/content/full/321/7257/358#SEC1>. [2006/12/25]
- Joosen L, Raw M. (1998). Cigarette smuggling in Europe: who really benefits? *Tobacco Control*, 1998; 7: 66 - 71.
- Joosen L. (2006). Tobacco smuggling. Tobacco Control Factsheets. [Online]. Available: <http://factsheets.globalink.org/en/smuggling.shtmlFile>. [2007/01/16].

- Joy de Beyer, Chris Lovelace, Ayda Yürekli. (2001). Poverty and tobacco. [Online]. Available: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/6E3EF650-D513-4E0B-B82E>. [2007/01/15].
- Julia Pearlman.(2005). “Anti-smoking drive targets young adults with appeal to vanity”. [Online]. Available: [www.brandrepublic.com](http://www.brandrepublic.com). [2006/12/14].
- Levy C. Smoking by young people.(1999). Philip Morris USA also wants to reduce incidence of smoking by young people. *BMJ* 1999; 319: 1268-9.
- Melanie, A. W., Chaloupka, J. F., Kaufman, J. N., Orleans, T. C., Barker, C. D. and Ruel, E. E. (2000). Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study [Online]. Available: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/321/7257/333>. [2006/12/16].
- Morbidity and Mortality Weekly Report. (1994).Minor’s Access to Cigarettes Vending Machines – Texas 43(34); 625-627, September 02, 1994.
- National Cancer Institute. (1999).Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: The Report of the California Environmental Protection Agency. Smoking and Tobacco Control Monograph no. 10.
- National Cancer Institute.(2001). Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine-Measured Yields of Tar and Nicotine. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 13. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, NIH Pub. No. 02-5074, October 2001. [Online]. Available: [http://dccps.nci.nih.gov/tcrb/monographs/13/m13\\_5.pdf](http://dccps.nci.nih.gov/tcrb/monographs/13/m13_5.pdf). [2006/12/08].
- National Center For Tobacco – Free Kids. “Help us protect America’s kids From Tobacco”. What Help us protect America’s kids From Tobacco. [Online]. Available: <http://www.tobaccofreekids.org>. [2006/12/08].
- National Public Health Institute.(1988). The Smokefree Class Competition : A European School-Based Anti Smoking Campaign. Finland. [Online]. Available: <http://www.essentialaction.org>. [2006 /12/15].
- Pacifici, R., Zuccaro, P G., Gallus S., et al. Use of cigarette vending machines by minors in Italy. Letter to the Editor, *International J.Epidemiol.* Vol 33, No.2, p.432.

- Richard Pollay. (1997). Hacks, Flacks and Counter-Attacks,” Journal of Social Issues, Volume 53, #1(1997), pp.53-74.
- Rogers T, Feighery RN, Tencati E, et al. (1995).Community mobilization to reduce point of purchase advertising of tobacco products. Hlth Educ Qrtly 1995;22:427-42.
- Schooler, C. et al.,(1996) “Seventh graders’ self-reported exposure to cigarette marketing and its relationship to their smoking behavior.” American Journal of Public Health 1996;86; 121-21.
- Schooler C, Feighery E,Flora JA.(1996). Seventh graders’ self-reported exposure to cigarette marketing and its relationship to their smoking behavior. An J Public Health 1996;86:1216-1221[Abstract].
- Sydney-Smith, Kathryn.(1999). Smarter Than Smoking: The Western Australian Youth Smoking Prevention Project. International Consultation Action on Tobacco and Youth.
- The Norwegian council on tobacco control, The Norwegian cancer society and The Norwegian Health Association. (1999). “Be Smoke Free: The Norwegian School-based Intervention Project”. International Consultation on Tobacco and Youth.
- Thet Lyar Myint.(2005). Factor associated with smoking status among high school students at Rajchvinit Matayom in Bangkok, Thailand. Faculty of Public Health,Mahidol University.
- U.S. Centers for Disease Control & Prevention (CDC), “Indoor Air Quality n Hospitality Venues Before and After Implementation of a Clean Indoor Air Law- - Western New York, 2003,” Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 53(44): 1038-1041, November 12, 2004, .[Online]. Available: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtm/mm5344a3.htm>. [2006/12/25].
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. (1994). Preventing tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General.
- Wakefield, M., et al,(2000). “Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage.



- Wechsler, L.& Rigotti, N. "Cigarette Use by College Students in Smoke-Free Housing – Results of a National Study," *American Journal of Preventive Medicine*, 20(3):202-7, 2001. [Online]. Available:[http://www.hsph.harvard.edu/cas/Documents/smoke\\_free/aipm620.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/cas/Documents/smoke_free/aipm620.pdf). [2006/12/25].
- World Bank. (1999). *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. [Online]. Available: [http://www 1. Worldbank.org/tobacco/reports.htm](http://www1.worldbank.org/tobacco/reports.htm). [ 2007/01 /16 ].
- World Health Organization. (2000) .Tobacco And Smuggling. WHO-WPRO, July 2000.
- World Health Organization.(2002). *The Tobacco Atlas*,. [Online]. Available : [http://www.who.int/ tobacco/en/ atlas30.pdf](http://www.who.int/tobacco/en/atlas30.pdf). [2006 /11 /16].
- World Health Organization. (1999). What in the World Works? "International Consultation on Tobacco and Youth".
- World Health Organization. (2006). *Tobacco Free Initiatives*. [Online]. Available: <http://www.searo.who.int/EN/Section1174/section1462/default.asp#contactus>. [2006/12/16].



## สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ 11 - 24 ปี ปี พ.ศ. 2534 - 2550

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยอายุ 11 - 24 ปีนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยการวิเคราะห์ที่ใหม่ด้วยการนำฐานข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งเป็นข้อมูลดิบจากโครงการสำรวจระดับชาติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวน 6 ฐานข้อมูล ประกอบด้วยฐานข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 4 ฐานข้อมูลของปี พ.ศ. 2534, 2539, 2544 และ 2549 และโครงการสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุราในปี พ.ศ. 2547 และ 2550 ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคยาสูบ รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพสำหรับเยาวชนไทยต่อไป

### • ในแต่ละปี....เยาวชนไทยสูบบุหรี่จำนวนเท่าไร ?

เยาวชนไทยสูบบุหรี่ปัจจุบันมีจำนวนลดลงจาก 2.78 ล้านคนในปี พ.ศ. 2534 เป็น 1.62 ล้านคนในปี พ.ศ. 2550 เมื่อแบ่งเยาวชนออกเป็น 3 กลุ่มอายุ ได้แก่ อายุ 11 - 14 ปี, 15 - 18 ปี และ 19 - 24 ปี พบว่านับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2549 จำนวนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันของทุกกลุ่มอายุลดลงเกือบครึ่ง แต่ปรับเพิ่มเล็กน้อยประมาณ 8 - 9% ในปี พ.ศ. 2550 ยกเว้นในกลุ่มอายุ 11 - 14 ปี ที่เปลี่ยนแปลงลดลง 19%

นิยาม "การสูบบุหรี่ปัจจุบัน" หมายถึงผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ/ ทุกวัน และสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว

ที่มา : ศรีธัญญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2550). สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534 - 2550. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

: ศูนย์วิจัยเอแบคชนวัตกรรมการทางสังคม การจัดการและธุรกิจ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (2550) รายงานการวิจัยเรื่อง โครงการสำรวจความคิดเห็นของวัยรุ่นต่อภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่.



ตารางที่ 1 จำนวนเยาวชนไทยที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามกลุ่มอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2534 – 2550

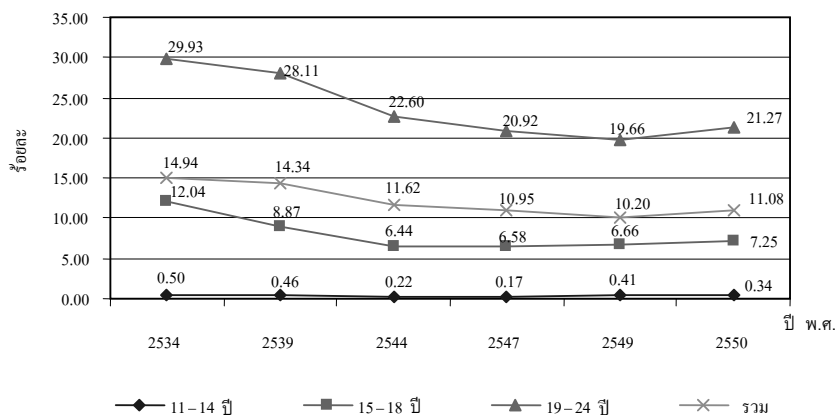
ปี พ.ศ.	กลุ่มอายุ			รวม (11 – 24 ปี)
	11 – 14 ปี	15 – 18 ปี	19 – 24 ปี	
2534	32,230	605,684	2,140,079	2,777,993
2539	22,510	420,924	1,913,217	2,356,651
2544	9,461	303,651	1,515,528	1,828,640
2547	7,177	300,181	1,402,622	1,709,980
2549	17,041	302,222	1,184,370	1,503,633
2550	13,760	328,791	1,276,420	1,618,971

• 16 ปีที่ผ่านมา เยาวชนไทยสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ?

เยาวชนไทยโดยรวม (อายุ 11 – 24 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันลดลงจาก 29.93% ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 19.66% ในปี พ.ศ. 2549 แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 21.27% ในปี พ.ศ. 2550

**เมื่อจำแนกเยาวชน ออกเป็น 3 กลุ่มอายุ คือ**

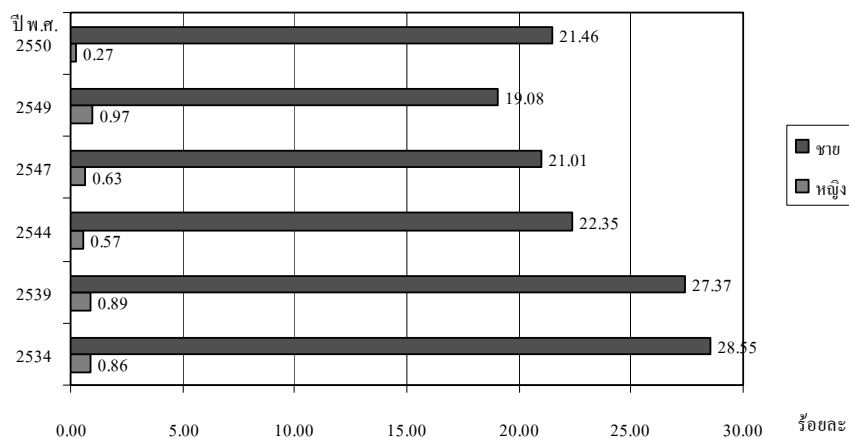
- เยาวชนอายุ 11 – 14 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 0.50% ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 0.34% ในปี พ.ศ. 2550
- เยาวชนอายุ 15 – 18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันลดลงจาก 12.04% ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 6.66% ในปี พ.ศ. 2549 แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 7.25% ในปี พ.ศ. 2550
- เยาวชนอายุ 19 – 24 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันลดลงจาก 14.94% ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 10.20% ในปี พ.ศ. 2549 แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 11.08% ในปี พ.ศ. 2550



อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของเยาวชนไทย ปี พ.ศ. 2534 – 2550 จำแนกตามกลุ่มอายุ

• เยาวชนชายหรือหญิง ใครสูบบุหรี่มากกว่ากัน ?

เยาวชนชาย มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันลดลงจาก 28.55% ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 19.08% ในปี พ.ศ. 2549 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 21.46% ในปี พ.ศ. 2550 ขณะที่เยาวชนหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงขึ้นลง โดยมีอัตราสูงสุดและต่ำสุดเท่ากับ 0.97% และ 0.27% ในปี พ.ศ. 2549 และ ปี พ.ศ. 2550 ตามลำดับ



อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของเยาวชนไทย ปี พ.ศ. 2534 – 2550 จำแนกตามเพศ



• เยาวชนไทยสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยวันละกี่มวน ?

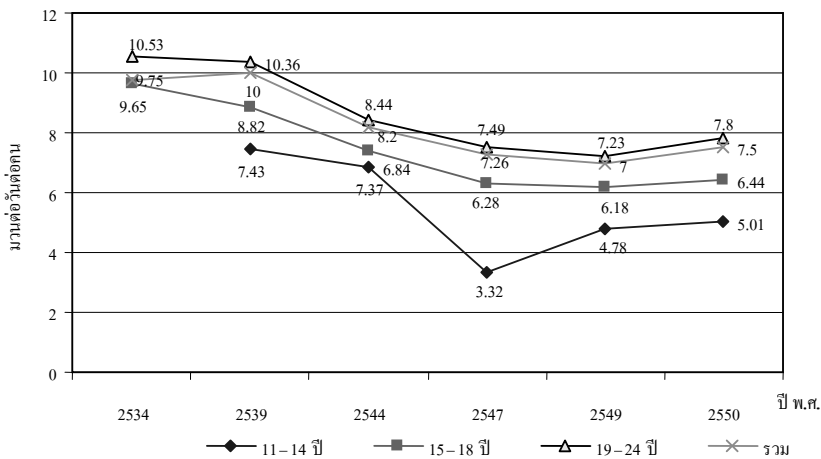
เยาวชนไทยโดยรวม (อายุ 11 – 24 ปี) ซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน สูบบุหรี่ในปริมาณที่ลดลง จาก 10 มวนในปี พ.ศ. 2534 เป็น 7 มวนในปี พ.ศ. 2549 และเพิ่มขึ้นเป็น 7.5 มวน ในปี พ.ศ. 2550

เมื่อจำแนกเยาวชน ออกเป็น 3 กลุ่มอายุ คือ

➢ เยาวชนอายุ 11 – 14 ปี มีจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันต่ำสุดเมื่อเปรียบเทียบกับ 2 กลุ่มอายุที่มากกว่า โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.43 มวน ในปี พ.ศ. 2539 และลดลงเป็น 3.32 มวน ในปี พ.ศ. 2547 จากนั้นเพิ่มขึ้นติดต่อกันในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 เป็น 4.78 มวน และ 5.01 มวน ตามลำดับ

➢ เยาวชนอายุ 15 – 18 ปี มีจำนวนบุหรี่ที่สูบโดยเฉลี่ยลดลงจาก 9.65 มวน ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 6.18 มวน ในปี พ.ศ. 2549 และเพิ่มขึ้นเป็น 6.44 มวน ในปี พ.ศ. 2550

➢ เยาวชนอายุ 19 – 24 ปี มีจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับ 2 กลุ่มแรก โดยในปี พ.ศ. 2534 สูบบุหรี่เฉลี่ย 10.53 มวน และลดลงเป็น 7.23 มวน ในปี พ.ศ. 2549 จากนั้นเพิ่มขึ้นเป็น 7.8 มวนในปี พ.ศ. 2550



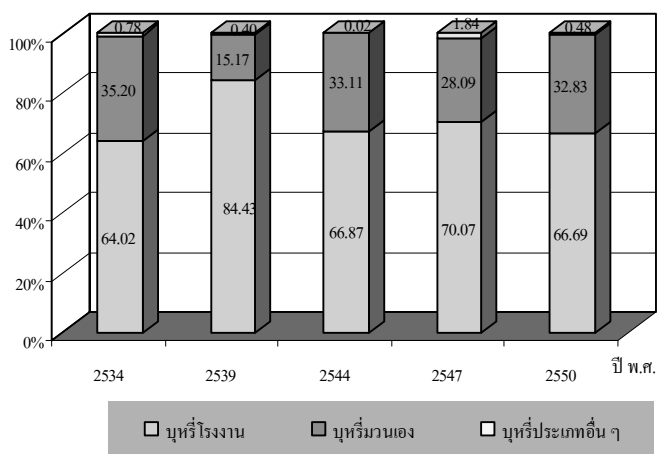
จำนวนบุหรี่ที่สูบของเยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน ปี พ.ศ.2534 – 2550 จำแนกตามกลุ่มอายุ



• เยาวชนไทยสูบบุหรี่ประเภทใดบ้าง ?

เยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานเกินกว่า 60% ในทุกรอบการสำรวจ รองลงมา ได้แก่ บุหรี่มวนเอง ซึ่งมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตลอดเวลา ทั้งนี้ในการสำรวจ 2 รอบสุดท้าย พบว่าเยาวชนสูบบุหรี่มวนเองเพิ่มขึ้นจาก 28.09% ในปี พ.ศ. 2549 เป็น 32.83% ในปี พ.ศ. 2550 ส่วนบุหรี่ประเภทอื่น ๆ อาทิ ไปป์ ซิการ์ บุหรี่ซีโย เป็นต้น พบไม่เกิน 1% ในทุกรอบการสำรวจ

ร้อยละของเยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามประเภทของบุหรี่ที่สูบ



• เยาวชนไทยจ่ายเงินซื้อบุหรี่สูบมากน้อยเพียงใด?

เยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน จ่ายเงินซื้อบุหรี่สูบต่ำสุดวันละ 1 บาทต่อคน และสูงสุดอยู่วันละ 151 บาทต่อคนในปี พ.ศ. 2544 และ 300 บาทต่อคนในปี พ.ศ. 2550 โดยคิดเป็นจำนวนเงินเฉลี่ยวันละ 10 บาทต่อคน และมีมูลค่ารวมสูงถึง 20 ล้านบาทต่อวัน

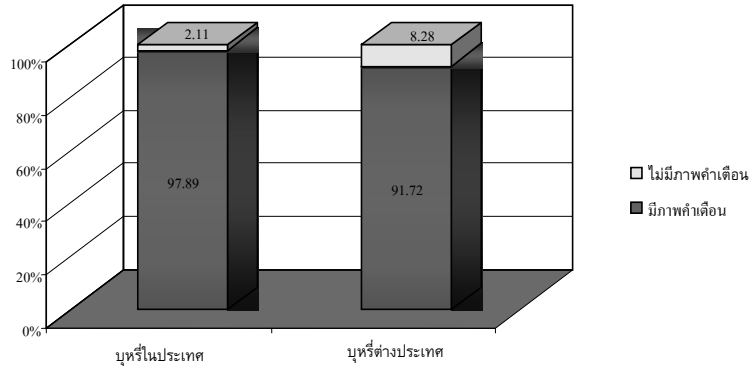
ปีพ.ศ.	จำนวนเงินที่ใช้ซื้อบุหรี่ (บาทต่อวันต่อคน)			รวม (บาทต่อวัน)
	ต่ำสุด	สูงสุด	เฉลี่ย	
2544	1	151	10.44	20,002,986
2547	1	250	14.49	19,976,564
2550	1	300	12.58	20,328,902



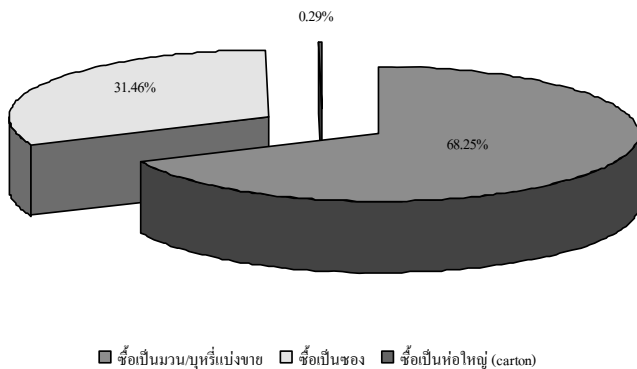
• เจาะลึกข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย ปี พ.ศ. 2550

1. บุหรี่ซองที่เยาวชนไทยซื้อสูบ มีค่าเตือนเป็นรูปภาพบนซองบุหรี่หรือไม่ ?  
 เยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันไม่พบค่าเตือนเป็นรูปภาพบนซองบุหรี่ที่ผลิตในประเทศ และผลิตจากต่างประเทศ 2.11% และ 8.28%

ร้อยละของเยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามการเคยเห็นค่าเตือนเป็นรูปภาพบนซองบุหรี่



2. เยาวชนไทยนิยมซื้อบุหรี่มาสูบในรูปแบบใด ? เยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่แบบแบ่งมวนขาย หรือซื้อเป็นมวน 68.25% รองลงมา คือ การซื้อเป็นซอง 31.46%



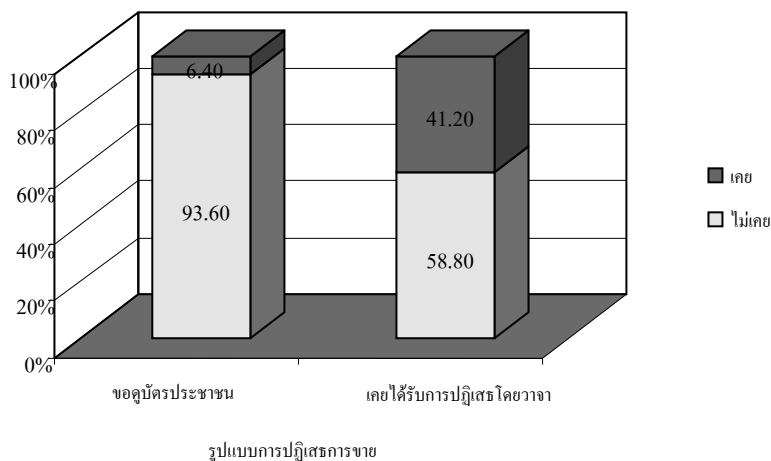
ร้อยละของเยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันจำแนกตามรูปแบบการซื้อบุหรี่

■ ซื้อเป็นมวนบุหรี่แบ่งขาย □ ซื้อเป็นซอง ■ ซื้อเป็นห่อใหญ่ (carton)

3. เยาวชนไทยส่วนใหญ่ไม่ค่อยเคยถูกปฏิเสธการขายบุหรี่จากผู้ขาย การสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ส่วนใหญ่ 93.60% ไม่เคยถูกผู้ขายขอบัตรประชาชน ขณะที่การสำรวจในปีเดียวกันนี้ ของศูนย์วิจัยเอแบคค้นคว้าทางสังคม การจัดการและธุรกิจ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ พบว่าเยาวชนเหล่านี้ ไม่เคยถูกปฏิเสธการขายบุหรี่โดยวจา 58.80 %

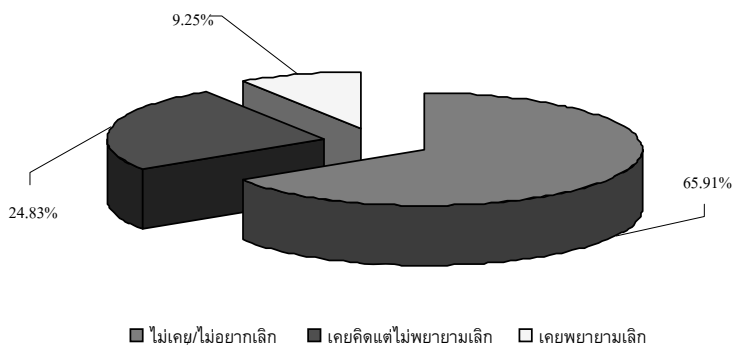






ร้อยละของเยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามการเคยถูกปฏิเสธการขายบุหรี่

4. เยาวชนไทยที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มีน้อย เยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน ส่วนใหญ่ไม่เคย/ไม่ยอมเลิกสูบบุหรี่ 65.91% รองลงมา คือ เคยคิดแต่ไม่พยายามเลิก 24.83% และมีเพียง 9.25% ที่เคยพยายามเลิก ซึ่งส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกมาแล้ว 1 ครั้ง



ร้อยละของเยาวชนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน จำแนกตามการเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ

1. ในช่วงปี พ.ศ. 2534 – 2549 เยาวชนไทยทั้งโดยภาพรวม (อายุ 11 – 24 ปี) และจำแนกตามกลุ่มอายุ ได้แก่ อายุ 11 – 14 ปี, 15 – 18 ปี และ 19 – 24 ปี ซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันมีจำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ลดลง แต่กลับเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเกือบ 10%

ในปี พ.ศ. 2550 ยกเว้นกลุ่มอายุ 11 – 14 ปี บ่งชี้ว่าสถานการณ์การสูบบุหรี่ของเยาวชนยังคงเป็นปัญหา และยังคงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการป้องกันและการควบคุมการบริโภคยาสูบ

2. ในช่วง 16 ปีที่ผ่านมา บุหรี่มวนเอง เป็นบุหรี่ทางเลือกหนึ่งของเยาวชนไทย กอปรกับการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของภาษีสรรพสามิตเป็น 80% เมื่อเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2550 ส่งผลกระทบโดยตรงต่อราคาบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานทั้งในและต่างประเทศ จึงเป็นไปได้ที่บุหรี่มวนเองจะเป็นทางเลือกของผู้ติดบุหรี่ที่มีกำลังซื้อต่ำ ดังนั้น การให้การศึกษาเพื่อรู้โทษภัย ของบุหรี่ยังคงต้องดำเนินการอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง

3. แม้เยาวชนไทยจ่ายเงินซื้อบุหรี่สูบเฉลี่ยวันละ 10 บาทต่อคน แต่เมื่อพิจารณาจำนวนเงินที่ใช้ซื้อบุหรี่โดยรวมสูงถึงวันละ 20 ล้านบาท ถือเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น เยาวชนควรตระหนักถึงความสูญเสียนี้ และภาคีที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ไปใช้ในการสร้างกระแสการรณรงค์ และกำหนดกลยุทธ์เพื่อดำเนินการต่อต้านการสูบบุหรี่

4. บุหรี่ที่เยาวชนไทยซื้อสูบ โดยเฉพาะบุหรี่ซองที่ผลิตจากต่างประเทศ ไม่มีค่าเตือนเป็นรูปภาพบนซองบุหรี่สูงถึง 8.28% บ่งชี้ถึงปัญหาบุหรี่ลักลอบหรือบุหรี่เถื่อน รวมถึงบุหรี่จากร้านค้าปลอดภาษีและบุหรี่ที่บุคคลนำเข้าจากต่างประเทศดังนั้นจึงต้องมีการกำหนดมาตรการและบังคับใช้กฎหมายควบคุมยาสูบอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ที่มุ่งจำหน่ายในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชน

5. ปรากฏการณ์และการเข้าถึง (ซื้อ) บุหรี่ของเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี สะท้อนภาพการละเมิดกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้กับเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ดังนั้น รัฐควรพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายในมาตรา 4 ของพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

6. เยาวชนไทยผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่เคย/ไม่อยากเลิกบุหรี่ หรือบางคนเคยคิดแต่ไม่พยายามเลิก ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมสร้างความตระหนักให้เยาวชนอยากเลิกบุหรี่ และการจัดบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุและครอบคลุมอย่างทั่วถึง รวมถึงการสร้างช่องทางการเข้าถึงบริการที่หลากหลายเพื่อให้เยาวชนมีโอกาสเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น

.....



# การเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบของเยาวชน

## ที่ปรึกษา

นายแพทย์ธวัช	สุนทรอาจารย์	: อธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์ณรงค์	สหเมธาพัฒน์	: รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
แพทย์หญิงฉวีฉายศรี	สุพรศิลป์ชัย	: ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ

## ผู้ดำเนินการทบทวนองค์ความรู้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา	เต็มศิริกุลชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา	เก่งการพานิช
นายณัฐพล	เทศขยัน
นายสาโรจน์	นาคจู

## คณะผู้ประสานงานวิชาการ

กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ

ผู้จัดทำ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 2 กรกฎาคม 2551 จำนวน 1,000 เล่ม

สนับสนุนการพิมพ์โดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 อาคารอเนกประสงค์ชั้น 5 ถนนราชวิถี

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0-2354-5346 0-2354-5843 ต่อ 3704

โทรสาร. 0-2354-5347

<http://www.trc.or.th>

พิมพ์ที่ เจริญดีมีนคังการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ

โทร.0-2457-2593

