

ทบทวนวรรณกรรม

บุหรี่ เป็นสิ่งที่ทำมาจากพืช คือใบยาสูบได้ผ่านกรรมวิธีต่าง ๆ ทางวิทยาศาสตร์จนสำเร็จเป็นมวน ที่เรียกกันทั่วไปว่า บุหรี่ (CIGARETTES) การสูบบุหรี่จะมีผลเสียต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตามบุหรี่นั้นยังเป็นสิ่งเสพติดชั้นพื้นฐานที่สังคมยอมรับ และจัดอยู่ในพวกที่ยังไม่ทำให้โทษร้ายแรง ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้แบ่งยาเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภท ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง ได้แก่ เฮโรอีน

ประเภทที่ 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน โคคาอีน ผีน

ประเภทที่ 3 ได้แก่ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วย พวกยาแก้ไอผสมโคคาอีน

ประเภทที่ 4 ได้แก่พวกสารเคมีใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 และ 2 เช่น อะเซทิลแอนไฮโดรด์

ประเภทที่ 5 ได้แก่ยาเสพติดให้โทษที่มีจัดอยู่ในประเภทที่ 1-4 เช่น กัญชา กระท่อม เหล้า กาแฟ และบุหรี่

พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ (2522) ตามมาตรา 4 กล่าวว่า

"ยาเสพติดให้โทษ" หมายความว่า สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพเรื่อยๆ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กบ่าให้รวมตลอดถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่

พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 ยาสูบ หมายถึง ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมียาแห้งหรือยาอัด เจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้น ใช้แทน

กระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัด

ประวัติความเป็นมาของบุหรี่

ยูธิชเชีเยร (2514) ได้กล่าวถึงประวัติของบุหรี่ไว้ว่า บุหรี่ทำจากใบยาสูบเกิดมาตั้งแต่ก่อน พ.ศ. 643 มนุษย์ดึกดำบรรพ์บนทวีปอเมริกาและหมู่เกาะอินเดียตะวันตกใช้ยาสูบเพื่อรักษาโรคต่างๆ ชาวจีนก็รู้จักใช้ยาสูบในการรักษาโรคโดยใช้เข้าเครื่องยา และทำเป็นยาฆ่าเชื้อโรคมามากหลายพันปีแล้ว เมื่อโคลัมบัสพบทวีปอเมริกาใน ปี พ.ศ. 2035 จึงได้นำเอายาสูบและวิธีการสูบบุหรี่จากชาวพื้นเมือง ซึ่งเป็นอินเดียแดงมาแพร่หลาย โดยนำมาปลูกในสเปนก่อนทำให้คนเริ่มสูบกันมาก

วิลวารธม เสมอกาย (2530) ได้กล่าวถึงประวัติของบุหรี่ประเทศต่าง ๆ ว่า เริ่มมียาสูบที่ประเทศฝรั่งเศสเมื่อปี พ.ศ. 2099 ประเทศโปรตุเกสปี พ.ศ. 2101 ประเทศสเปน ปี พ.ศ. 2102 และประเทศสทราซอาณาจักรเมื่อปี พ.ศ. 2108

สำหรับการเพาะปลูกยาสูบในทวีปอเมริกานั้น มีขึ้นในประเทศเครือจักรภพหรือเมืองขึ้นของประเทศในยุโรป มีหลักฐานที่ SANTO DOMINGO ในปี พ.ศ. 2074 ประเทศคิวบาในปี พ.ศ. 2123 และประเทศบราซิลในปี พ.ศ. 2143 ในเมือง JAMESTOWN รัฐ VIRGINIA ปี พ.ศ. 2155 และรัฐ MARYLAND ปี พ.ศ. 2174 หลังจากนั้นก็ขยายไปสู่รัฐ KENTUCKY, TENNESSEE, NORTH CAROLINA, OHIO และ MISSOURI ต่อมาทหารเรือชาวเปอร์ตุเกส และสเปนเป็นผู้ทำให้ยาสูบแพร่หลายไปในประเทศต่าง ๆ พ.ศ. 2118 เปอร์ตุเกสได้มีบทบาทโดยนำไปแพร่หลายในยุโรป อินเดีย อินเดียตะวันออก และเอเชีย

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2530) ได้กล่าวไว้ว่าในการสูบบุหรี่ จะก่อให้เกิดควันในควันบุหรี่จะมีสารโพลีเนียม 210 ที่มีรังสีแอลฟาอยู่ กัมมันตภาพรังสีของสารนี้เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็ง ผู้ที่สูบบุหรี่ 40 มวนต่อวันจะพบว่ามีสารดังกล่าวในปัสสาวะมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 6 เท่า ควันมี 2 ชนิด คือ

ควันหลง (SIDE STREAM) หมายถึง ควันที่ล่องลอยออกมาจากปลายมวนบุหรี่ที่ถูกจุดเอาไว้

ควันแท้ (MAIN STREAM) หมายถึง ควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปในร่างกายในบุหรี่

ประกอบด้วยสารเคมีซึ่งมีทั้งที่มีโทษต่อร่างกาย และไม่เป็นโทษต่อร่างกาย สารที่ก่อให้เกิดโทษแก่ร่างกาย ได้แก่

ชัยเวช นุชประยูร (2526) กล่าวถึงสารที่อยู่ในควันบุหรี่

1. นิโคติน (NICOTIN) เป็นสารประเภทอัลคาลอยด์ (ALKALOIDS) ซึ่งอยู่ในใบยาสูบ เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมันไม่มีสี ไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ในขนาดเข้มข้นใช้เป็นยาฆ่าแมลง ถ้าสารนี้ 1 หยด ขนาด 70 มิลลิกรัม เข้าไปในคนปกติ จะตายในเพียงไม่กี่นาที 95 % ของนิโคติน จะไปจับที่ปอดบางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด มีผลโดยตรงต่อสมองทำให้เกิดการหลั่งสารอิพิเนพรีน (EPINEPHRINE) ทำให้ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดรัดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด ฯลฯ

2. ทาร์ (TAR) ประกอบด้วยสารหลายชนิด เกาะติดกันเป็นสีน้ำตาล ส่วนใหญ่เป็นสารที่มีอันตราย เช่น เบนโซไพรีน (BENZOPYRENE) ซึ่งในขนาดเจือจาง 1:1000 เมื่อสูดดมเกิดพาราฟิน และฝังลงในกระพุ้งแกมของหนูแฮมสเตอร์ 25 สัปดาห์ พบว่า 90 % จะเป็นมะเร็งในปาก 50 % ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอด ทำให้ CILIA ของเซลล์ไม่สามารถเคลื่อนไหวพัดโบกได้เหมือนเคย เมื่อรวมตัวกับฝุ่นที่เราสูดเข้าไปแล้ว ก็ยังอยู่ในถุงลมของปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของการไอ การไอเรื้อรังนาน ๆ นี้จะทำให้ถุงลมขยายขึ้น เกิดการหอบเหนื่อยได้ง่าย

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (CARBONMONOXIDE) สารเคมีที่เกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ สารที่แย่งที่ออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงของร่างกาย การหายใจเอาคาร์บอนมอนอกไซด์เข้าไปเป็นจำนวนมาก จะทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหนะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ผู้สูดแก๊สนี้จะหมดกำลังวังชา หายใจสั้นเข้าไม่อาจทนต่อบรรยากาศที่สูงได้ ความไวของประสาทตาจะลดลง และอาจถึงกับหน้ามืดเป็นลมได้ ถ้ามีคาร์บอนมอนอกไซด์สูงถึง 30 % จะเป็นอันตรายอย่างยิ่ง และถ้าถึง 60 % อาจถึงตายได้

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (HYDROGENCYANIDE) มีมากเป็น 160 เท่าของปริมาณที่ยอมรับได้จึงจัดว่าเป็นแก๊สพิษ ก่อให้เกิดการไอมีเสมหะและหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (NITROGENDIOXIDE) ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ สารเคมีพวกนี้จะเป็นตัวการของการเกิดโรคของหลอดลมและปอด เช่น โรคหลอดลมอักเสบ

เรื้อรังและถุงลมโป่งพอง

6. แอมโมเนีย (AMMONIA) เป็นต้นเหตุทำให้หลอดลมอักเสบ
7. สารกัมมันตภาพรังสี จากการบ่มใบยา เป็นต้นเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง
8. แร่ธาตุต่าง ๆ มีแร่ธาตุบางอย่างเช่น โปแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ทองแดง นิกเกิล และโครเมียม อันเป็นสารตกค้างในใบยาสูบหลังจากการพ่นยามาแมลง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อนิกเกิลทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่น จะกลายเป็นสารพิษที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง

รชนีวรรณ ดันเกียรติกุล (2525) ได้สรุปกลุ่มโรค 2 กลุ่มที่เป็นผลกระทบจากการสูบบุหรี่ ซึ่งได้แก่

- ก. ผลการสูบบุหรี่ต่อโรคของระบบการหายใจ เช่นโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (CHRONIC BRONCHITIS), โรคถุงลมโป่งพอง (EMPHYSEMA), มะเร็งของปอด (CARCINOMA OF LUNG), โรคทางเดินหายใจชนิดอื่น ๆ เช่น มะเร็ง (MALIGNANT CHANGE) ของกล่องเสียง คอหอยส่วนบน และวัณโรค เป็นต้น
- ข. ผลของการสูบบุหรี่ยังมีต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น กลิ่นปากและลมหายใจ, ลิ้นเป็นขน (HAIRY TONGUE), การเปลี่ยนแปลงรส และกลิ่น, โรคปริทันต์ (PERIODONTAL DISEASE), การหายของแผลข้าง และโพรงอากาศอักเสบ (SINUSITIS), เม็ดโลหิตขาวต่ำกว่าปกติ (LEUKOPAENIA), การอักเสบที่เพดานปาก (STOMATITIS NICOTINE PIPE SMOKER'S PATCH) และมะเร็งในช่องปาก เป็นต้น

วิชัย เอกพลากร (2531) ได้กล่าวถึงคนสูบบุหรี่ และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด (LUNG CANCER) มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น ชนิดของบุหรี่ที่สูบ และวิธีขึ้นกับการสูบบุหรี่ อัตราการเสี่ยงต่อมะเร็งปอดจากการสูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 2.1-14 กล่าวคือการสูบบุหรี่ชนิดมวน (CIGARETTE) มีอัตราการเสี่ยงต่อมะเร็งปอดสูงกว่าการสูบบุหรี่ด้วยกล่อง (PIPE) ระยะเวลาการสูบบุหรี่ กับมะเร็งปอดมีส่วนสัมพันธ์กันมาก คนที่สูบบุหรี่มานานกว่า มีอัตราเสี่ยงสูงกว่าคนที่เพิ่งสูบหรือสูบบุหรี่มานานน้อยกว่า อัตราเสี่ยงนี้จะลดลงในกลุ่มที่สามารถเลิกสูบได้ และนอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน

หนังสือพิมพ์มติชน (2532) กล่าวถึงผลของบุหรี่ต่อผู้สูบบุหรี่ และคนข้างเคียงที่ไม่ได้สูบบุหรี่ของนายแพทย์หวัง และคณะ พบว่าโดยเฉลี่ยผู้ที่เคยสูบบุหรี่วันละไม่ถึง 10

มานจะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปอด 2.67 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ ถ้าสูบบุหรี่วันละ 11-20 มวน จะมีโอกาสนี้ถึง 5.36 เท่า วันละ 1 ซอง (20 มวน) โอกาสเป็นมะเร็ง 7.23 เท่า ส่วนผู้ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันมีโอกาสเป็นมะเร็งปอด 1.65 เท่า

RICHARD PETO (1989) ได้รายงานถึงภัยอันน่ากลัวที่เกิดขึ้นจากบุหรี่ในการประชุมของสหภาพระหว่างประเทศ เพื่อการต่อต้านมะเร็ง (THE INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER) ที่จัดขึ้นที่กรุง เฮก ประเทศเนเธอร์แลนด์ เมื่อวันที่ 1-3 พ.ย. 2532 ว่าในประเทศอังกฤษจะมีคนเสียชีวิตในวัยกลางคนประมาณ 100,000 คนต่อปี ในจำนวนของผู้เสียชีวิตทั้งหมด 600,000 คน ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงมาก PETO ยังได้รายงานเพิ่มเติมว่าในประเทศอังกฤษนั้น สาเหตุที่ทำให้คนเสียชีวิตในวัยกลางคนนั้นมีอยู่ 3 สาเหตุด้วยกันคือ โรคที่เกิดกับเส้นเลือด (40 %) มะเร็ง (37 %) และโรคหลอดเลือด (โรคทางเดินหายใจ (8 %) และสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเหล่านี้ก็คือ บุหรี่

โรคหัวใจขาดเลือด (ISCHEMIC HEART DISEASE) อาจมีผลจากการสูบบุหรี่ ได้ JENKINS et al (1968) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการเกิดโรคทางหลอดเลือดหัวใจในผู้ชาย 3,000 คน อายุ 39-59 ปี โดยติดตามนาน 4 ปี (1960-1965) พบว่า ในคนที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากเป็น 5 เท่าของคนไม่สูบบุหรี่ และในกลุ่มอายุมากกว่า 49 ปี พบว่ามีโอกาสเป็นโรคเป็น 3 เท่าของคนไม่สูบบุหรี่

Kannel และ Mc. Gee (1979) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) คือการสูบบุหรี่

สมรรัตน์ ชาญฤทธิ์ (2525) ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจโคโรนารี การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งด้วย

โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง (CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE) (COPD) เป็นอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีผลจากการสูบบุหรี่ Doll, & Peto (1976) ได้ทำการศึกษาในแพทย์ชาวอังกฤษพบว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 34,000 ราย พบว่ามีเพียง 3 ราย ในผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ตายด้วยโรค CHRONIC BRONCHITIS และ EMPHYSEMA เพียง 3 ราย ในขณะที่กลุ่มสูบบุหรี่จะตายด้วยโรคเดียวกันนี้กว่าร้อยคน และจากการตรวจใบมรณบัตรพบว่า คนที่ไม่สูบบุหรี่ตายด้วยโรค COPD ประมาณ 1 ใน 10 ของคนที่สูบบุหรี่ และทำให้อุบัติการณ์เสียชีวิตในช่วงแรกเกิดของลูกมากขึ้น

จากการประชุมเรื่องบุหรี่และสุขภาพของโลกครั้งที่ 3 ณ กรุงนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญ (WHO, 1976) คือ ควรมีการป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กวัยรุ่น และจากการประชุมเรื่องบุหรี่และสุขภาพของโลกครั้งที่ 4 ณ ประเทศสวีเดน ได้มีข้อสรุปบางประการ ลีริคกดี ฎริพัฒน์ (2522) คือ

ก. กลไกของการติดบุหรือนั้นซับซ้อนมากยังไม่สามารถแบ่งลงไปได้ว่าอะไรเป็นสาเหตุ แต่พบว่าส่วนมากผู้ที่ติดบุหรี่จะเริ่มสูบเมื่ออายุยังน้อย ระหว่างอายุ 12-14 ปี และมีบางส่วนที่เริ่มสูบหลังอายุ 20 ปี และในระหว่างสอบนักเรียนบางคนสูบบุหรี่มากขึ้น

ข. อันตรายจากบุหรี่ เป็นที่ยอมรับว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่าง ๆ ต่อสุขภาพ ถ้าสูบบ่อยโอกาสที่จะได้รับอันตรายก็สูงขึ้นตามส่วน

จากรายงาน HATAI CHITANONDH (1990) ได้มีการเปรียบเทียบระหว่างผู้ไม่สูบบุหรี่กับผู้สูบบุหรี่ ในวัยระหว่าง 30-40 ปี พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่เกินกว่า 40 มวนต่อวัน จะอายุสั้นกว่าปกติ ประมาณ 8 ปี

DOLL และ HILL (1964) ได้วิจัยในเพศชาย พบว่า

1. ผู้สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ ประมาณร้อยละ 30-80
2. ยิ่งสูบบุหรี่มากเท่าใดก็ยิ่งโอกาสที่จะเสียชีวิต เพราะบุหรี่ก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้น
3. อัตราการการตายจะสูงมากสำหรับผู้สูบบุหรี่ โดยวิธีอัดควันมากกว่าผู้ที่ไม่อัดควัน

4. อัตราการตายที่เกิดจากพิษภัยของบุหรี่จะมากขึ้น สำหรับชายที่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุยังน้อย มากกว่าผู้ที่สูบ เมื่ออายุมากกว่า

5. อัตราการตายจะลดลงสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่หยุดสูบบุหรี่ มากกว่าผู้ที่ยังคงสูบต่อไป

ค. การสูบบุหรี่ไม่ได้เป็นอันตรายต่อผู้สูบเท่านั้น ผู้ที่อยู่ใกล้ เคียงก็มีโอกาสสูดควันบุหรี่เข้าไปด้วย ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้เหมือนกัน

ง. การเลิกสูบบุหรี่ เป็นเรื่องยากพอสมควร

จ. ข้อเสนอแนะทั่วไปในการควบคุมการสูบบุหรี่ เช่น พยายามทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงในประชาชนทุกกลุ่มอายุ สนับสนุนผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ยังคงไม่สูบบุหรี่ต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน ลดการประชาสัมพันธ์บุหรี่ เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก (1976) และ MOERLOOSE (1977) ได้รายงานว่าจำนวนผู้นิยมการสูบบุหรี่มีมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น คือ ในปี ค.ศ. 1970 ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าร้อยละ 40-45 ของผู้สูบบุหรี่ มีอายุระหว่าง 13-18 ปี และร้อยละ 60 มีอายุระหว่าง 19-24 ปี ในปี ค.ศ. 1971 ประเทศสวีเดน อัตราการสูบบุหรี่ระหว่างอายุ 15-19 ปี พบว่าร้อยละ 44 เป็นชาย ในปี ค.ศ. 1973 ประเทศออสเตรเลีย พบว่าร้อยละ 56 ของผู้สูบบุหรี่อายุ 16-18 ปี ในปีประเทศเบลเยียม พบว่าร้อยละ 65 ของผู้สูบบุหรี่อายุระหว่าง 18-19 ปี ในปีประเทศไอร์แลนด์ พบว่าผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 75 เป็นชาย และมีจำนวนเด็กวัยรุ่นที่สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น และในปี ค.ศ. 1975 ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ พบว่าร้อยละ 47.4 ของผู้สูบบุหรี่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ในประเทศไทย HATAI CHITANONDH (1990) ได้รายงาน่า ในปี 1988 ประเทศมาเลเซีย มีผู้สูบบุหรี่เป็นชายร้อยละ 41 และเป็นหญิงร้อยละ 5 ในปีประเทศสิงคโปร์ ปี 1985 จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นชายร้อยละ 35 เป็นหญิงร้อยละ 3 ในปีประเทศเวียดนามจำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นชายร้อยละ 38 เป็นหญิงร้อยละ 2

DUGGIRBALA (1981) ได้ศึกษาอัตราการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยแอลฟาเต ณ เมืองทริโพลี ประเทศลิเบีย ผลการศึกษาพอสรุปได้ คือ

1. อัตราการสูบบุหรี่ของนักศึกษาแพทย์ประมาณร้อยละ 38.2
2. ร้อยละของผู้ที่เคยสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นตามระดับของชั้นเรียน
3. ร้อยละ 40 ของผู้สูบบุหรี่ จะสูบบวกกว่าวันละ 20 มวนขึ้นไป
4. อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ โดยเฉลี่ยประมาณ 12.12 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 38.3

เริ่มสูบเมื่ออายุ 11 ปี และมีเพียงร้อยละ 7.3 ที่เริ่มสูบเมื่อเข้าโรงเรียนแพทย์

MATTHEWS (1974) ได้ทำการศึกษาระยะเวลาในโรงเรียน CANADIAN SCHOOL - CHILDREN พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเป็นปัจจัยที่สำคัญในการริเริ่มสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียนในระดับนี้

EVANS และคณะ (1978) ได้ทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 3 ปี ในกลุ่มนักเรียนระดับ JUNIOR HIGH SCHOOL พบว่าการติดบุหรี่ของนักเรียนมาจากเพื่อนที่ใกล้ชิด สื่อสารมวลชนและการสูบบุหรี่ของบิดามารดา

สำหรับประเทศไทย HATAI CHITANONDH (1990) ได้สรุปรายงานของการ

สำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2529 ว่าในจำนวนผู้ที่อายุ 10 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 39.2 ล้านคน จะมีผู้สูบบุหรี่อยู่ 10.4 ล้านคน (26.4 %) และในจำนวนนี้ 9.6 ล้านคน (48.8 %) เป็นชาย และ 0.80 ล้านคน (4.1 %) เป็นสตรี ในจำนวนผู้สูบบุหรี่เหล่านี้พบว่าผู้ที่มีอายุ ระหว่าง 50-59 ปี เป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่มากที่สุด คือประมาณ 41.7 % ของผู้สูบบุหรี่ และในจำนวนนี้ (50-59 ปี) ชายจะสูบบุหรี่ 75.5 % และหญิง 10.5 % สำหรับผู้สูบบุหรี่ในวัย 20-24 ปี ซึ่งเป็นวัยที่การศึกษานี้ ทำการวิจัยอยู่นั้น HATAI CHITANONDH (1990) ได้รายงานผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 3 ปี คือ ปี 1981, 1986 และ 1988 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ในวัยนี้คิดเป็นร้อยละ ดังนี้ ชาย/หญิง คือ ชาย 61.9 หญิง 1.6, ชาย 54.2 หญิง 1.7 และชาย 48.2 หญิง 1.3 ตามลำดับ

วารณี ทิพย์พยอม และคณะ (2519) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย โรงเรียนในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษากับนักเรียนระดับ ม.ศ.3-5 อายุระหว่าง 14-19 ปี จำนวน 606 คน พบว่าเด็กที่เคยสูบบุหรี่ 33.83 % ในจำนวนนี้เป็นผู้ยังสูบบุหรี่อยู่ 8.91 % อายุที่เริ่มสูบ 10 ปี ขึ้นไป มี 89.76 % เด็กที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ 71.22 % และมีพ่อสูบบุหรี่ 40 % เหตุจูงใจให้สูบบุหรี่ที่สำคัญที่สุด คือ การสูบบุหรี่ตามเพื่อน 40 % เด็กที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะสูบเพียงบางวัน 67.8 % และสูบต่ำกว่าวันละ 10 มวน 53.65 % นักเรียนที่สูบบุหรี่จำนวน 88.29 % เชื่อว่าบุหรี่ทำให้สุขภาพเสื่อมและส่วนใหญ่ทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดลมอักเสบมักเกิดกับผู้สูบบุหรี่มาก สำหรับผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่คิดจะเลิกสูบ 69.76 % ส่วนผู้ที่เลิกสูบได้พบว่า เหตุจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ที่สำคัญ ได้แก่ การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย สุขภาพไม่ดี และได้รับความแนะนำจากเพื่อนหรือผู้ใกล้ชิด

กองสารวัตน์นักเรียน กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (2523) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ของนักเรียนชาย ในสถานศึกษาเขตกรุงเทพมหานครกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (ม.1-6) และระดับอาชีวศึกษา (ปีที่ 1-5) ของกระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 6,457 คน ผลการศึกษา ปรากฏว่า มีนักเรียนเคยสูบบุหรี่ 45.66 % และไม่เคยสูบบุหรี่ 52.05 % การสูบบุหรี่ของนักเรียน 72.93 % จะมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ได้แก่ บิดา และพี่ชาย บุคคลที่มีส่วนชักชวนในการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพื่อน 22.30 % อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 16.5 ปี จำนวนที่สูบต่อวัน 1-4 มวน เท่ากับ 24.44 % สูบมากกว่า 20 มวนขึ้นไปมี 9.02 % ความคิดเห็นและความเข้าใจของนักเรียนใน

เรื่องการสูบบุหรี่พบว่าส่วนใหญ่ 73.47 % จะทราบถึงโทษอันตรายในการสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ 25.71 % และผู้ไม่เคยคิดจะเลิกสูบเลยมีถึง 22.44 %

ยาใจ ๗ สงขลา และคณะ (2528) ได้ศึกษาการสูบบุหรี่ในนิสิตแพทย์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ 7 % เป็นนักเรียนชายทั้งสิ้น ส่วนใหญ่จากครอบครัวซึ่งมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน อายุเฉลี่ยของผู้สูบบุหรี่ ขณะเริ่มสูบ 17.4 ปี และเริ่มสูบหลังจากเข้ามหาวิทยาลัย 5 คน (28 %) ทุกคนทราบถึงผลเสียของการสูบบุหรี่

ชวนพิศ บุญยะรัตเวช (2528) ได้ศึกษา อัตราการสูบบุหรี่กับการไม่สูบบุหรี่ชาย 1:1.2 และหญิง 1:17 อายุที่สูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 16-18 ปี ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ เหตุจากเพื่อน 18.65 % สังคม 27.46 % ไม่รู้จะทำอะไร 24.10 % ความเครียด 12.20 % นอกจากนี้จะมีสาเหตุจากพ่อ แม่ พี่ สูบ และต้องการคนสนใจ เป็นต้น ส่วนการเรียนกับการสูบบุหรี่นั้นไม่มีความแตกต่างกันสำคัญทางสถิติ จำนวนบุหรี่ที่สูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน 70 % และ 10-20 มวนต่อวัน 20 %

พิศิษฐ์ ศรีวิไลฤทธิ (2531) ผู้สูบบุหรี่นั้นพื้นฐานเดิมทางครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่อยู่ก่อนแล้ว อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปมีเปอร์เซ็นต์การเป็น HEAVY SMOKER สูง ในการเลือกยี่ห้อบุหรี่ที่สูบนั้น รสชาติ เป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่สุด บุหรี่ยี่ห้อต่างประเทศที่นิยม ได้แก่ มาร์คโบโร และวิสตัน ผลจากการสำรวจมีผู้สูบบุหรี่ประจำในปัจจุบัน 49.2 % ส่วนเหตุผลการไม่สูบบุหรี่ คือตระหนักถึงอันตราย 71.7 % มองไม่เห็นประโยชน์ของการสูบบุหรี่ 67.7 % ส่วนสาเหตุของการเริ่มต้นสูบบุหรี่ คือต้องการทดลองหรือเรียนรู้ 45.2 % อิทธิพลต่อการเริ่มต้นสูบบุหรี่ 57.7 % ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากวันละ 11-20 มวน อายุที่สูบบุหรี่ 16-25 ปี คือ 71.4 % เวลาที่สูบบุหรี่เป็นประจำคือเวลาเครียด/หงุดหงิด 60.2 % บุหรี่ไทยที่นิยม คือ กรองทิพย์

จूरรัตน์ บวรวัฒนวงศ์(2531) พบว่า 1 ใน 3 ของนักเรียนชายวัย 10-20 ปี สูบบุหรี่ (31.2 %) และ 1 ใน 4 (24.8 %) ของเด็กที่มีโอกาสเรียนแต่ต้องออกมาทำงาน สูบบุหรี่ ชนิดของบุหรี่ กรองทิพย์ 59.81 % ส่วนปริมาณการสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวน 53.29 % อาชีพที่สูบบุหรี่ 54.48 % อายุที่เริ่มสูบ 15-20 ปี

อรรด นานา และคณะ (2531) ได้ศึกษาเจตนาคติของการสูบบุหรี่ในนักศึกษาแพทย์ศิริราชชั้นปี 1 และ 5 จำนวน 132 คน พบว่าที่อยู่อาศัยก่อนเข้ามหาวิทยาลัยจะอยู่

ในเขตกรุง 84 คน ชานกรุง 21 คน ต่างจังหวัด 19 คน ในหมู่บ้าน 8 คน พบอัตรา
สูบบุหรี่นาน 6 เดือนขึ้นไป 2.09 % ในนักศึกษาปีที่ 5 89 % ของนักศึกษาเชื่อว่าการ
สูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพ โรคที่บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญคือมะเร็งปอด หลอดลมอักเสบ
เรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2531) ได้รายงานการสำรวจพฤติกรรมกาสูบบุหรี่
ของประชากร พ.ศ.2531 จำนวนทั้งสิ้น 40.5 ล้านคน พบว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11
ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 25.0 ผู้สูบนาน ๗ ครั้ง ร้อยละ 3.1 ผู้ไม่สูบบุหรี่
เลยร้อยละ 71.9 จำแนกตามหมวดอายุปรากฏว่า อายุ 40-59 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่
สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสูบบุหรี่ทุกวันสูงสุดร้อยละ 37.4 อายุ 30-39 มีสัดส่วน ร้อยละ
33.5 อายุ 25-29 ปี มีสัดส่วนร้อยละ 30.6



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย