

8-1-2000

Tobacco consumption: Policy and control

V. Lohsoonthorn

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Lohsoonthorn, V. (2000) "Tobacco consumption: Policy and control," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 44: Iss. 8, Article 8.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol44/iss8/8>

This Review Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

นโยบายและการรณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบ

วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร*

Lohsoonthorn V. Tobacco consumption: Policy and control. Chula Med J 2000 Aug; 44(8): 615-28

There are 1.1 billion smokers world-wide-smoking 6000 billion cigarettes every year. Of these, 800 million smokers live in developing countries. It is estimated that approximately 48 % of men and 7 % of women smoke in developing countries. In Thailand, the prevalence percent of tobacco consumption was 23.4 in 1996. 44.5 % of men and 2.5 % of women smoke. Rural smokers (28.0 %) were more than urban smokers (19.0 %). The north region had the highest smoking prevalence (28.9 %).

Tobacco is a known major risk factor of lung cancer, emphysema, cardiovascular and cerebrovascular diseases and a probable cause of many other diseases. Tobacco products will cause 7 million deaths in the developing countries during the 2020s. It is predicted that tobacco will cause more deaths worldwide and continues to be a major public health problem. The WHO principles of tobacco control policies are 1. ban advertising and expand public health information, 2. use taxes and regulations to reduce consumption, 3. encourage cessation of tobacco use and 4. build anti-tobacco conditions. The tobacco control policies in Thailand should emphasize on school, university, hospital and worksite, and the initiation of smoking-free villages in every provinces.

Key word : *Tobacco consumption.*

Reprint request : Lohsoonthorn V. Department of Preventive and Social Medicine,
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. February 10, 2000.

1. บทนำ (Introduction)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของโลกในปัจจุบันอยู่ในช่วงการระบาดทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ถึง 1.1 พันล้านคน สูบบุหรี่ปีละ 6,000 พันล้านมวน ในจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา 800 ล้านคน ประมาณการว่าเพศชาย สูบบุหรี่ร้อยละ 47 และเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ12 ในปีค.ศ. 2020 การระบาดของการสูบบุหรี่จากประเทศ ร่ำรวยไปสู่ประเทศยากจนจะเด่นชัดมากขึ้น การสูบบุหรี่ในประเทศร่ำรวยจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ15 ยาสูบหรือบุหรี่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพปีละ 200 พันล้านเหรียญสหรัฐ ทำให้ความยืนยาว ชีวิตของผู้สูบบุหรี่ลดลงถึง 22 ปี มีผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม^(1, 2)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้วันที่31 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันงดสูบบุหรี่โลกเพื่อเชิญชวนให้ทุกองค์กรทั่วโลกร่วมกันรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ องค์การอนามัยโลกเริ่มให้มีวันงดสูบบุหรี่โลกครั้งแรก ในปี 2531 โดยตั้งคำขวัญว่า Tobacco or Health : Choose Health. บุหรี่หรือสุขภาพ ต้องเลือกสุขภาพ ในปี 2542 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำขวัญไว้ว่า Leave the Pack Behind หรือในภาษาไทยว่า อนาคตมีคุณค่าเมื่อบอกลา...เลิกบุหรี่⁽³⁾ เหตุผลหลักที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้มีวันงดสูบบุหรี่โลกขึ้นมา เนื่องจากข้อมูลสถิติชี้ชัดว่า บุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคต่าง ๆ ถึง 25 โรค โดยเฉพาะโรคมะเร็งปอด ถุงลมปอดโป่งพอง และเส้นเลือดหัวใจตีบ^(1, 3, 4)

ศาสตราจารย์น.พ.ประกิต วาทีสาทกกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เปิดเผยว่าองค์การอนามัยโลก ได้รายงานถึงผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากการสูบบุหรี่ปีละ 3.5 ล้านคนและจากแนวโน้มการสูบบุหรี่ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกคาดว่า ในอีก 20-30 ปี ข้างหน้า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการ สูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 12 ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก แสดงว่า บุหรี่เป็นสาเหตุของการตายของคนทั่วโลกมากกว่าการตายจากโรคเอดส์ วัณโรค การตายของมารดา อุบัติเหตุยานยนต์ และการฆ่าตัวตาย รวมกันทั้งหมด^(1, 4)

การวิเคราะห์สถานการณ์การสูบบุหรี่ การผลิตบุหรี่ สถิติโรคร้ายไข้เจ็บที่เนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ผลกระทบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม การเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ และงบประมาณ ที่สูญเสียจากการดูแล ผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากการสูบบุหรี่จะช่วยเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและปรับนโยบายที่เหมาะสมต่อไป

2. ประวัติความเป็นมาเกี่ยวกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ปี2507 นายแพทย์ใหญ่ ของสหรัฐอเมริกาได้ประกาศอย่างเป็นทางการว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปอดและโรคอื่นๆ นอกจากนี้จากการวิจัยของคณะแพทย์สหรัฐยังพบอีกว่า ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในสหรัฐมีผลมาจากการสูบบุหรี่ ในขณะที่มลพิษในอากาศเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งเพียงร้อยละ 2

ปี 2518 คณะผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกได้ประชุมและจัดทำรายงานเรื่องการสูบบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพ (Smoking and its effect on health)⁽⁵⁾ ได้ชี้ประเด็นถึงอันตราย ของการสูบบุหรี่และมาตรการในการควบคุม

ในปีเดียวกันนายแพทย์สงคราม ทรัพย์เจริญ เป็นบุคคลแรกที่เสนออันตรายของการสูบบุหรี่และวิธีการ แกไขต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย⁽⁶⁾

ปี 2522 คณะผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก ได้ประชุมและจัดทำรายงานเรื่องการควบคุมการระบาดของ การสูบบุหรี่ (Controlling the smoking epidemic)⁽⁷⁾

ปี 2526 คณะผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกได้ประชุมและจัดทำรายงานเรื่องกลยุทธ์ในการควบคุมการสูบบุหรี่ในประเทศกำลังพัฒนา (Smoking control strategies in developing countries)⁽⁸⁾

ปี 2531 รายงานประจำปีของกระทรวงสาธารณสุข สหรัฐอเมริกาสรุปว่า บุหรี่มีอำนาจการเสพติดสูงเทียบเท่ากับเฮโรอีน เลิกยาก และนิโคตินเป็นสารที่ก่อให้เกิดการเสพติดในผู้ที่สูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบชนิดอื่น

ในปีเดียวกันนี้ คณะผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัย

โลก ได้ประชุมและจัดทำรายงานเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบแบบไม่สูบ (Smokeless tobacco control) ไม่ว่าจะเสพโดย ดูด ดม อม เคี้ยว เป่าหรือพ่นเข้าจมูก จะใช้หลักและวิธีการที่คล้ายคลึงกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดย วิธีสูบ จึงควรเรียกชื่อรวมใหม่ว่า Tobacco control programmes⁽⁹⁾

ปี 2532 องค์การอนามัยโลก ได้ตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพของมนุษย์ จึงประกาศ ให้วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันงดสูบบุหรี่โลก

รัฐบาลไทยได้สนับสนุนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2532 ได้เห็นชอบให้จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ⁽¹⁰⁾

ปี 2542 การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 52 ขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2542 ได้กำหนด Cabinet project เกี่ยวกับ Tobacco free initiative โดยมีภารกิจในการลดความชุกของการ บริโภคยาสูบของโลก⁽¹¹⁾

3. วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

ชูชัย ศุภวงศ์ สุภกร บัวสาย จิตสิริ ธนภัทร⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ วิวัฒนาการ ของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย อาศัยการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง 15 ท่าน และจัดเวทีระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการ นักบริหาร และผู้ปฏิบัติ 2 ครั้ง ได้แบ่งช่วงเวลาของการพัฒนาการการควบคุม การบริโภคยาสูบในประเทศไทยตามเหตุการณ์ที่สำคัญ (Critical events) เป็น 4 ช่วงดังนี้ คือ

3.1 ช่วงก่อนปี พ.ศ. 2500 ถึง พ.ศ. 2529 ช่วงเวลาของการดำเนินการในลักษณะต่างคนต่างทำขาดความต่อเนื่อง

มีโรงงานยาสูบ อัตราการสูบบุหรี่สูงร้อยละ 30 คนไทยเข้าใจอันตรายของบุหรี่น้อย

พระสอนประชาชน แพทย์สอนคนไข้เกี่ยวกับ

อันตรายของการสูบบุหรี่

3.2 ช่วง พ.ศ. 2529 ถึง พ.ศ. 2532 ช่วงเวลาที่มีการประสานงาน มีการจัดตั้งองค์กรและเครือข่าย

อัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 25 สังคมไทยตระหนักถึงสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่มากขึ้น

กระบวนการและวิธีดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. จัดตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนชื่อ "โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่" พ.ศ. 2529

2. มูลนิธิ/ชมรมแพทย์ชนบท จัดวิงวอนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2530

3. ก่อตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2532

4. กระทรวงสาธารณสุขขยายเขตปลอดบุหรี่ในสถานบริการ พ.ศ. 2532

5. จัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. 2533

3.3 ช่วง พ.ศ. 2532 ถึง พ.ศ. 2534 ช่วงเวลาที่ถูกบีบบังคับให้เปิดตลาดบุหรี่ต่างประเทศ

สังคมไทยเริ่มสร้าง "คุณค่า" การไม่สูบบุหรี่ต่อหน้าสาธารณะ

องค์การเอกชนด้านสุขภาพรวมตัวกันคัดค้านการสูบบุหรี่และสื่อมวลชนแสดงบทบาทที่สำคัญ

3.4 ช่วง พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2539 ช่วงเวลาของการใช้มาตรการทางกฎหมายและภาษี

อัตราการสูบบุหรี่ลดลงเหลือร้อยละ 23 แต่ในกลุ่มอายุ 15-19 และ 25-29 ปี ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุขผลักดันกฎหมายและนโยบายขึ้นภาษีบุหรี่ โดยให้มีค่าเดือนบนซองบุหรี่ชัดเจน ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ กำหนดเขตปลอดบุหรี่ เพิ่มภาษีและราคานูหรี

4. สถานการณ์เกี่ยวกับการบริโภคบุหรี่ในประเทศไทย

4.1 ประมวลสถิติการสูบบุหรี่ของคนไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2519 เป็นต้นมา พบว่าในช่วงระยะ 20 ปีที่ผ่านมา อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย

ลดลง โดยในปี 2519 มีคนไทยสูบบุหรี่ ร้อยละ 30.1 แต่ในปี 2529 ลดลงเหลือร้อยละ 26.4 และในปี 2539 เหลือเพียงร้อยละ 23.4 การสูบบุหรี่ใน แต่ละปีเพศชายสูงกว่าเพศหญิงมาก ในปี 2539 เพศชาย 44.5% เพศหญิง 2.5% กลุ่มอายุที่สูบบุหรี่สูงสุดได้แก่ 50-59 ปี (ตารางที่ 1)

สถิติการสูบบุหรี่ในภาคต่างๆ

จากการสำรวจจำนวนผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทย ทั้งหมดโดยจำแนกตามภาคต่างๆ ในปี 2539 พบว่า ภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด 28.9% สูงกว่าภาคอื่นๆ เพียงเล็กน้อย (ตารางที่ 2) กรุงเทพฯมีอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ร้อยละ 17.6 เขตชนบทมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเขตเมือง

ตารางที่ 1. ร้อยละของประชากรในประเทศไทยที่สูบบุหรี่แยกตามเพศและอายุระหว่างปี 2529 - 2539

| กลุ่มอายุ | เพศ | 2529 | 2531 | 2534 | 2536 | 2539 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
| 11-14 | ชาย | 0.7 | 0.8 | 0.8 | 0.3 | 0.4 |
| | หญิง | 0.3 | - | 0.1 | - | - |
| 15-19 | ชาย | 23.6 | 19.2 | 23.4 | 16.5 | 18.3 |
| | หญิง | 0.8 | 0.4 | 0.7 | 0.3 | 0.3 |
| 20-24 | ชาย | 54.2 | 48.2 | 54.3 | 47.4 | 47.7 |
| | หญิง | 1.7 | 1.3 | 1.3 | 1.0 | 1.1 |
| 25-29 | ชาย | 65.3 | 59.5 | 62.6 | 52.6 | 54.3 |
| | หญิง | 3.0 | 1.4 | 2.5 | 1.4 | 1.4 |
| 30-34 | ชาย | 66.6 | 62.3 | 64.0 | 58.2 | 56.0 |
| | หญิง | 4.0 | 3.2 | 3.4 | 1.7 | 2.4 |
| 35-39 | ชาย | 69.6 | 63.9 | 63.7 | 56.0 | 58.3 |
| | หญิง | 5.8 | 5.1 | 5.6 | 2.5 | 2.6 |
| 40-49 | ชาย | 71.7 | 66.5 | 65.2 | 58.5 | 56.4 |
| | หญิง | 8.8 | 7.6 | 7.5 | 5.0 | 3.8 |
| 50-59 | ชาย | 75.5 | 68.9 | 64.8 | 59.9 | 58.0 |
| | หญิง | 10.5 | 9.4 | 9.0 | 7.1 | 6.0 |
| 60+ | ชาย | 67.3 | 59.7 | 58.7 | 49.6 | 48.7 |
| | หญิง | 8.7 | 7.0 | 8.2 | 5.1 | 4.8 |
| รวม | ชาย | 48.8 | 46.6 | 48.9 | 43.2 | 44.5 |
| | หญิง | 4.1 | 3.8 | 3.8 | 2.5 | 2.5 |
| | รวม | 26.4 | 25.0 | 26.3 | 22.8 | 23.4 |

ตารางที่ 2. ร้อยละของความชุกของการสูบบุหรี่แยกตามเพศและภาค 2539

| เพศภาค | กรุงเทพ | กลาง | เหนือ | อีสาน | ใต้ |
|--------|---------|------|-------|-------|------|
| ชาย | 33.9 | 47.7 | 49.5 | 54.2 | 54.1 |
| หญิง | 2.5 | 2.6 | 8.2 | 1.3 | 2.4 |
| รวม | 17.6 | 24.8 | 28.9 | 27.9 | 28.3 |

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹²⁾

4.2 สถิติบุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศและจากต่างประเทศ

สถิติการผลิตบุหรี่ซองในประเทศไทยในปี 2533 มีจำนวน 1,941 ล้านซอง และได้เพิ่มขึ้นเกือบทุกปีจนกระทั่งสูงสุดในปี พ.ศ. 2539 มีจำนวนถึง 2,386 ล้านซอง (ตารางที่ 3) ในปี 2540 ลดลงเล็กน้อย แต่ในปี 2541 ได้ลดลงมากเหลือเพียง 1,780.8 ล้านซอง ในขณะที่บุหรี่นำเข้าจาก ต่างประเทศกลับเพิ่มขึ้น จาก 12.0 ล้านซองใน

ปี พ.ศ. 2534 เป็น 165.5 ล้านซอง ในปี พ.ศ. 2541 ปริมาณการผลิตบุหรี่ซองในประเทศลดลงมาก แต่ภาษีสรรพสามิตยังเก็บได้มากขึ้นกว่าเดิม แสดงว่ารัฐมีนโยบายในการเพิ่มภาษีบุหรี่จะช่วยให้คนจนและ เด็กวัยรุ่นลดการสูบบุหรี่ลง ประเทศไทยผลิตยาสูบปีละประมาณ 72,415 เมตริกตัน นำเข้ายาสูบดิบมากกว่า 8,000 เมตริกตันและ บุหรี่สำเร็จรูปอีกจำนวนมาก ประชากร 384,000 คนมีส่วนในการผลิตยาสูบ ประมาณ 6,500 คนอยู่ในอุตสาหกรรมผลิตบุหรี่⁽¹⁴⁾

ตารางที่ 3. แหล่งของบุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศ 2533 - 2541

| ปีงบประมาณ คค.-กย. | บุหรี่ซอง ผลิตใน ประเทศ (ล้านซอง) | เฉลี่ยต่อ เดือน | บุหรี่ซอง ผลิตจาก ต่างประเทศ (ล้านซอง) | เฉลี่ยต่อ เดือน | ส่วนแบ่งตลาด ของบุหรี่ซอง ผลิตจาก ต่างประเทศ | ภาษี สรรพ สามิต (ล้านบาท) |
|-----------------------|--|--------------------|---|--------------------|---|------------------------------------|
| 2533 | 1,941 | 161.7 | - | - | - | 13,641 |
| 2534 | 1,942 | 161.8 | 12 | 1.0 | 0.62 | 15,898 |
| 2535 | 1,983 | 165.25 | 51 | 4.25 | 2.57 | 15,438 |
| 2536 | 2,065 | 177.08 | 60 | 5.0 | 2.9 | 15,346 |
| 2537 | 2,258 | 188.17 | 71 | 5.91 | 3.14 | 20,003 |
| 2538 | 2,100 | 175.0 | 71 | 5.91 | 3.38 | 20,727 |
| 2539 | 2,386 | 198.8 | 77 | 6.42 | 3.32 | 24,043 |
| 2540 | 2,316 | 193.0 | 99.87 | 8.31 | 4.29 | 29,609.6 |
| 2541 | 1,780.8 | 148.4 | 165.5 | 13.8 | 8.5 | 31,805.2 |

แหล่งข้อมูล: สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์⁽¹³⁾

5. อันตรายจากบุหรี่

5.1 สารพิษในควันบุหรี่^(1, 15)

1. นิโคติน (Nicotine) นิโคตินทำให้คนติดบุหรี่ เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมัน ไม่มีสี ร้อยละ 95 ของนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายจะไปจับอยู่ที่ปอด ทำให้ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด

2. ทาร์ (Tar) ทาร์ประกอบด้วยสารหลายชนิด มีลักษณะเป็นละอองของเหลวที่เป็น ยางสีน้ำตาลเข้ม คล้ายน้ำมันดิน ร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอด ทำให้เซลล์ไม่สามารถ เคลื่อนไหวได้เหมือนปกติ

3. แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ มีอาการ ไอ และเสมหะมาก

4. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง เช่นเดียวกับทาร์ เพราะไปทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลม

5. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เป็นก๊าซที่มีความเข้มข้นมากในควันบุหรี่ เกิดจากการเผาไหม้ของใบยา คาร์บอนมอนอกไซด์จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจน ของเม็ดเลือดแดง

6. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) เป็นก๊าซที่ใช้ในสงครามก่อให้เกิด อาการไอ มีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

7. สารกัมมันตภาพรังสี ในควันบุหรี่จะมีสารโพลีเนียม-210 ที่มีรังสีแอลฟาอยู่ กัมมันตภาพรังสี ของสารนี้เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งปอดร้อยละ 50

5.2 บุหรี่ทำลายบุคลิกภาพ^(1, 4)

1. ควันบุหรี่ทำให้ใบหน้าของผู้สูบบมีผิวสีหมองคล้ำ กร้าน ไม่สดใส และแก่เร็ว

2. ผู้สูบบุหรี่จะเกิดรอยย่นบนใบหน้า (Smoker's face) มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 3 เท่า

3. อวัยวะทุกระบบของผู้สูบบุหรี่จะแก่เร็วขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปี

4. บุหรี่ทำให้ริมฝีปากมีสีคล้ำ ฟันเหลืองและเล็บเหลือง

5. ควันบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีกลิ่นบุหรี่ปิดตัวและมีกลิ่นปาก

5.3 บุหรี่ทำลายสุขภาพ^(1, 4)

องค์การอนามัยโลกเปิดเผยว่าบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรค 25 ชนิด โดยมีโรค ที่รู้จักกันดี 3 โรค คือ

1. โรคมะเร็ง ในปัจจุบันมะเร็งปอดและหลอดลม นับเป็นมะเร็งอันดับหนึ่งในผู้ชายไทยโดยร้อยละ 86 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่

2. โรคถุงลมโป่งพอง สารไนโตรเจนไดออกไซด์ในควันบุหรี่จะทำลายเยื่อหุ้มส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ร้อยละ 82 ของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง เกิดจากการสูบบุหรี่

3. โรคเส้นเลือดตีบและโรคหัวใจ นิโคตินจะทำให้เกิดการจับของไขมันในเส้นเลือดในรูปของ คอเลสเตอรอล และยังทำให้หลอดเลือดแดงย่นแข็งตัว

5.4 บุหรี่ทำลายสิ่งแวดล้อม^(4, 16)

1. ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบสูดมาแต่ละครั้ง ประกอบด้วยสารเคมีกว่า 4,000 ชนิด หลายชนิดเป็นพิษ และมีถึง 22 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง⁽¹⁾

2. ในการทำไร่ยาสูบต้องใช้ปุ๋ยและยาฆ่าแมลงเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นอันตรายต่อชาวไร่ยาสูบและ พื้นที่เพาะปลูก

3. พื้นที่ป่าในประเทศต่างๆ ถูกทำลายไปอย่างมาก เพื่อใช้ในการทำไร่ยาสูบ มีการประมาณการ ว่า 1 ใน 25 ของต้นไม้ที่ถูกตัดทั่วโลกถูกนำมาเพื่อใช้สูบใบยาสูบ

4. สถาบันที่ปรึกษาวิทยาศาสตร์นานาชาติได้คำนวณความสูญเสียจากการทำลายป่า ในปี พ.ศ. 2535 ทั่วโลก สูบบุหรี่ 5,391,971 ล้านมวน ใช้กระดาษในการมวนบุหรี่ทั้งสิ้น 350,478 ตันหรือ เท่ากับร้อยละ 16 ของปริมาณไม้ที่ใช้ในกระบวนการผลิตบุหรี่ทั้งหมด

6. นโยบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

6.1 นโยบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในประเทศ ตามที่คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยอนุมติคณะรัฐมนตรีได้จัดทำนโยบายและ

เป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ฉบับที่ 1 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2536 มีนโยบาย กลวิธีหลัก ในข้อ 1 ที่เกี่ยวข้องกับ การสูบบุหรี่คือการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับปรุงวิถีชีวิตและพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงร่วมและเพื่อลดโรคและความรุนแรงของโรค⁽¹⁸⁾ เป้าหมายของการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในปี 2543

บุหรี่

1. <ร้อยละ 15 ของประชากรกลุ่มอายุ 10 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ประจำหรือสู่ม้าเสมอ
2. <ร้อยละ 20 ของผู้ชายอายุ 25 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสู่ม้าเสมอ
3. <ร้อยละ 4 ของผู้หญิงอายุ 25 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสู่ม้าเสมอ
4. <ร้อยละ 2 ของเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสู่ม้าเสมอ

เป้าหมายผลการดำเนินการกิจกรรมหลัก ปี 2543⁽¹⁸⁾

ปี 2539 ปี 2543

1. เยาวชนหรือเด็กนักเรียนระดับประถมปีที่ 4 ขึ้นไป หรือ เด็กอายุ 10 ปีขึ้นไป ได้รับข่าวสารเรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่ > 80% > 95%
2. ประชาชนหรือผู้ใหญ่ อายุ 25 ปีขึ้นไป ได้รับข่าวสารเรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่ > 70% > 85%
3. มีการออกกฎหมายหรือมาตรการทางสังคมในการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดและเลิกการสูบบุหรี่ 5 ฉบับ 6 ฉบับ
4. มีนโยบายและกิจกรรมการประสานความร่วมมือ ประสานปฏิบัติการและถ่ายทอดประเด็นข้อมูลข่าวสารระหว่างองค์กรซึ่งกันและกันทั้งภายในและภายนอกประเทศ มี มีสมบูรณ
- 6.2 นโยบายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากการประชุมระหว่างประเทศ

1. การประชุมกำหนดกรอบนโยบายควบคุมยาสูบ⁽¹⁹⁾
- การประชุมกำหนดกรอบนโยบายควบคุมยาสูบ เมื่อวันที่ 12-16 ตุลาคม 2541ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมปรึกษาหารือเพื่อกำหนดกรอบนโยบายด้าน

การบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผู้แทนจากประเทศสมาชิกจากภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 8 ประเทศที่ประชุมได้เรียกร้องให้รัฐบาลทุกประเทศ ดำเนินมาตรการเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2544 และภายในปี พ.ศ. 2547 (ค.ศ. 2004) ให้มีมาตรการควบคุมแบบเบ็ดเสร็จที่รวมถึงการกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ การดำเนินการด้านกฎหมาย การให้ความรู้ และการกำหนดนโยบายด้านราคา

ประเด็นสำคัญของนโยบายและแผนปฏิบัติการได้แก่

- ก. การห้ามการโฆษณาส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อมทุกรูปแบบ
- ข. การกำหนดให้สถานที่สาธารณะ และสถานที่ทำงานเป็นเขตปลอดบุหรี่
- ค. การหยุดยั้งการลักลอบนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผิดกฎหมาย

ง. การเพิ่มภาษีสำหรับผลิตภัณฑ์ยาสูบ

จ. การใช้ภาษียาสูบเป็นเครื่องมือในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ฉ. การจัดตั้งหน่วยงานหรือจุดศูนย์กลางระดับประเทศเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ที่ประชุมได้ตั้งเป้าหมายในอันดับต้นไว้ว่า "สถานที่สาธารณะจะเป็นเขตปลอดบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2547" (Tobacco-free public places by 2004)

2. การประชุมนโยบายนานาชาติ เรื่องบุหรี่และเยาวชน⁽²⁰⁾

การประชุมนโยบายนานาชาติ เรื่องบุหรี่และเยาวชน เมื่อวันที่ 17-19 มีนาคม 2542 ณ กรุงวอชิงตัน ดีซี ประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์จากประเทศต่างๆและจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะผู้มีหน้าที่ในการออกกฎหมาย ระดับรัฐมนตรี สมาชิกรัฐสภา และผู้นำฝ่ายต่างๆ มีผู้แทนรับเชิญจาก 30 ประเทศทั่วโลก ในการประชุมกลุ่มย่อย แต่ละภูมิภาคเพื่อกำหนดนโยบายในการป้องกันเยาวชนจากยาสูบ ได้ข้อสรุปดังนี้

1. ยุติกลยุทธ์การตลาดเพื่อส่งเสริมการขายยาสูบ
2. ควบคุมการจำหน่ายยาสูบ การออกกฎหมาย

และการบังคับใช้เรื่องการห้ามจำหน่ายยาสูบแก่เยาวชน

3. ควบคุมการผลิตและลดเลิกการสนับสนุนให้เยาวชนสูบบุหรี่รวมทั้งการแจ้งรายการส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

4. ตรวจสอบและเรียกร้องค่าชดเชยการสูญเสียจากผู้ผลิต

5. กำหนดนโยบายการขึ้นภาษี/ราคานูหรี่ เพื่อป้องกันเยาวชนจากยาสูบ

6. ป้องกันผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเยาวชน

7. ให้ศึกษาประชาสัมพันธ์ทุกระดับตั้งแต่โรงเรียนชุมชน สื่อมวลชนรวมถึงการจัดหน่วยแนะนำเลิกนูหรี่

8. ร่วมมือระหว่างชาติ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

6.3 นโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก

นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผลจะช่วยลด ปริมาณยาสูบและความชุกของการบริโภคยาสูบ เป็นผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน ในปัจจุบันประเทศ

ที่ประสบความสำเร็จมักเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ประเทศที่กำลังพัฒนาบางประเทศก็ได้นำมามาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ได้ผลมาดำเนินการ การคุ้มกันเด็ก การป้องกันผู้ไม่สูบบุหรี่ การชักชวน และสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่ได้เลิกสูบบุหรี่ ความเสมอภาคในการดำเนินการนับเป็นมาตรการที่สำคัญ

องค์การอนามัยโลกได้วางหลักการเกี่ยวกับนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ ไว้ 4 ประการ⁽²¹⁾ (ตารางที่ 4) โดยเรียงตามลำดับความสำคัญไว้ดังนี้ คือ

1. ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ และขยายการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข

2. ใช้ภาษีและกฎระเบียบในการลดการบริโภคยาสูบ

3. สนับสนุนให้หยุดการบริโภคยาสูบ

4. เสริมสร้างสภาวะการต่อต้านยาสูบ

นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบเพื่อจุดหมายต่อไปนี้เป็น

1. ป้องกันการเสพติดใหม่

2. ลดการบริโภคยาสูบทั่วไป

3. กระตุ้นให้เลิกการบริโภคยาสูบ

ตารางที่ 4. นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก 2542

| หลักการ | จุดหมาย | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| | การป้องกัน การเสพติดใหม่ | การลดการบริโภค ยาสูบทั่วไป | การกระตุ้น ให้หยุดสูบบุหรี่ |
| 1. ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบและขยาย การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข | xx | xxx | xx |
| 2. ใช้ภาษีและกฎระเบียบในการลดการ บริโภคยาสูบ | xxx | xxx | xx |
| 3. สนับสนุนให้หยุดการบริโภคยาสูบ | x | xx | xxx |
| 4. เสริมสร้างสภาวะการต่อต้านยาสูบ | x | xxx | x |

แหล่งข้อมูล: World Health Report 1999, Chapter 5 Combating tobacco epidemic.

7. มาตรการเกี่ยวกับการควบคุมการสูบบุหรี่

7.1 คำแนะนำของคณะผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการควบคุมการสูบบุหรี่⁽²²⁾

ก. คำแนะนำสำหรับทุกประเทศ

1. การไม่สูบบุหรี่ถือเป็นพฤติกรรมทางสังคมที่ปกติและควรมีกิจกรรมต่าง ๆ ในการส่งเสริมการพัฒนาเจตคตินี้

2. ควรมีการห้ามเกี่ยวกับการส่งเสริมยาสูบทุกรูปแบบ

3. ไม่สนับสนุนการส่งออกยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบ ลดขนาดของปริมาณการปลูกยาสูบ และอุตสาหกรรมการผลิตยาสูบให้เร็วที่สุด

4. รัฐบาลควรตระหนักถึงอันตรายที่รุนแรงในผู้สูบบุหรี่ที่มีอาชีพในอุตสาหกรรมบางประเภท และพัฒนาโปรแกรมพิเศษเพื่อกำจัดกวดล้างการสูบบุหรี่ในอุตสาหกรรมเหล่านี้ ปฏิบัติเสริมความรุนแรงระหว่างการสูบบุหรี่และอาชีพในงานอุตสาหกรรม ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมอย่างระมัดระวัง เกี่ยวกับการสูดสารพิษและการทำวิจัยในเรื่องดังกล่าว

5. ควรกำหนดเกณฑ์ขั้นสูงของสารและควันพิษจากบุหรี่ โดยเฉพาะทาร์ นิโคติน และคาร์บอนมอนนอกไซด์ของบุหรี่ควรมีค่าเตือนเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลเกี่ยวกับระดับสารที่ปล่อยออกมา

ข. คำแนะนำสำหรับประเทศที่พัฒนา

1. การส่งบุหรี่ที่มีระดับสารพิษสูงกว่าบุหรี่ที่ขายภายในประเทศควรหยุดดำเนินการทันที

2. บุหรี่ของที่ส่งไปขายต่างประเทศจะต้องมีค่าเตือนสุขภาพและระดับสารพิษตามเกณฑ์ของประเทศที่ส่งออก

ค. คำแนะนำสำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา

1. ประเทศที่มีปัญหาบุหรี่ควรจะดำเนินการตามมาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ตามที่กล่าวมา ประเทศที่ไม่มีปัญหาควรดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ เช่น การออกกฎหมายที่จำเป็น การใช้เทคนิคทางการศึกษาตาม ความเหมาะสมกับสถานการณ์

2. ไม่ควรให้มีการพัฒนาการปลูกยาสูบหรืออุตสาหกรรมยาสูบ ถ้ามีการปลูกยาสูบควรหาพืชเศรษฐกิจอื่นมาทดแทนและให้มีความร่วมมือระหว่างประเทศ

7.2 กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่⁽²²⁾

การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะป้องกันและลดผลกระทบจากโรคและการตายก่อนกำหนดจากการสูบบุหรี่ ตลอดจนความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ช่วยลดการสูบบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์ เยาวชน และบุคคลที่มีปัญหาทางการแพทย์ เช่น โรคหอบหืด ภูมิแพ้ หลอดลมอักเสบ และโรคหัวใจ คุ้มกันสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ได้หายใจอากาศบริสุทธิ์ เร่งพัฒนาเจตคติของชุมชนเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่เพื่อเสริมสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ต่อต้านการสูบบุหรี่

การออกกฎหมาย เพื่อควบคุมการระบอบ ของการสูบบุหรี่ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย
2. การเตือนด้านสุขภาพและข้อความบ่งบอกปริมาณของทาร์และนิโคติน
3. การควบคุมสารอันตรายในยาสูบ
4. การบังคับการจำหน่ายเฉพาะในผู้ใหญ่
5. การบังคับมิให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ
6. การบังคับมิให้สูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน
7. การป้องกันเด็กวัยรุ่นสูบบุหรี่
8. การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
9. มาตรการด้านงบประมาณและเศรษฐกิจ
10. มาตรการเอนกประสงค์อื่นๆ

ประเทศทั่วโลกมากกว่า 80 ประเทศมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เมื่อปี พ.ศ. 2535 รัฐบาลไทยได้ออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2 ฉบับ มีรายละเอียดที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่⁽²³⁾

ได้กำหนดให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้เป็นเขตปลอดบุหรี่

1.1 ปลอดภัยทั้งหมด ได้แก่ รถยนต์โดยสาร ประจำทางทั่วไป และรถยนต์โดยสารรับจ้าง เรือโดยสาร รถไฟปรับอากาศ ตู้โทรศัพท์ ร้านตัดผม ร้านตัดเสื้อที่ติดแอร์

1.2 เป็นเขตปลอดภัยได้แก่ โรงเรียน อาคารแสดง ศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์ สถานและหอศิลป์ สถานรับเลี้ยง เด็กก่อนวัยเรียน อาคารท่าอากาศยาน สนามกีฬาในร่ม

1.3 สถานที่ที่จัดเป็นเขตปลอดภัย ยก เว้นบริเวณห้องทำงานส่วนตัวและบริเวณที่จัดไว้เป็นเขต ปลอดภัย ได้แก่ อาคารของสถาบันอุดมศึกษา สถานที่ ราชการ ธนาคาร สำนักงานที่ติดแอร์

1.4 สถานที่ที่จัดเป็นเขตปลอดภัยอย่างน้อยไม่ ต่ำกว่าร้อยละ 75 ของพื้นที่ทั้งหมด และอีกส่วนหนึ่งเป็นเขต ปลอดภัย ได้แก่ ตู้โดยสารรถไฟ และร้านอาหารปรับ อากาศ

2. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ⁽²⁴⁾

เป็นกฎหมายที่มุ่งเน้นในการปกป้องสุขภาพของ เด็กไทย โดยระบุไว้ในมาตรา 4 ว่า

“ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยน หรือให้ ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลซึ่งตนรู้หรือผู้ซื้อหรือผู้รับ เป็นผู้ มีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ และผู้ฝ่าฝืนมาตรา 4 ต้องระวาง โทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือนหรือปรับไม่เกิน สองพันบาทหรือ ทั้งจำทั้งปรับ”

ส่วนในมาตรา 6-10 ได้ระบุว่า

“ห้ามการโฆษณาและส่งเสริมการขายทุกชนิด ทั้งทางตรงและทางอ้อม”

เนื่องจากการโฆษณาเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญทำ ให้วัยรุ่นอยากลอง และเกิดการเสพติดบุหรี่ในที่สุด

3. กฎกระทรวงฉบับที่ 5 เกี่ยวกับคำเตือนบน ของบุหรี่⁽²⁵⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวงฉบับที่ 5 กำหนดให้บุหรี่ที่ผลิตในประเทศไทยหรือนำเข้า จะต้องมี คำเตือนเป็นภาษาไทยอยู่บนด้านบนของซองบุหรี่โดยพื้น ฉลากคำเตือนเป็นสีดำ ตัวอักษรเป็นสีขาว มีข้อความทั้งสิ้น 10 ข้อความ

ประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ วันที่ 5

พฤศจิกายน 2541 ที่ผ่านมา

ข้อความคำเตือนบนซองบุหรี่ 10 ข้อความประกอบ ด้วย

1. บุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด
2. บุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว
3. บุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง
4. บุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก
5. บุหรี่นำไปสู่สิ่งเสพติดอื่น
6. บุหรี่ทำให้แก่เร็ว
7. ครันบุหรี่ฆ่าคุณให้ตายได้
8. ครันบุหรืทำร้ายคนใกล้ชิด
9. ครันบุหรืทำร้ายลูกในครรภ์
10. บุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม

7.3 วิธีการเลิกสูบบุหรี่⁽²⁶⁻³¹⁾

วิธีการเลิกบุหรืมีหลายวิธี เป้าหมายของการเลิก บุหรืก็คือเมื่อเลิกบุหรืแล้วต้องเลิกให้ได้ตลอดไป โดย ไม่ กลับมาสูบบ่ออีก วิธีการเลิกบุหรืมีทั้งการเลิกเป็นกลุ่มและการ เลิกส่วนบุคคลมีทั้งการหยุดสูบบโดยทันทีและแบบ ค่อยเป็น ค่อยไปหรือสูบบุหรืที่มีปริมาณนิโคตินต่ำ

1. การเลิกสูบบุหรืด้วยตนเอง

การเลิกสูบบุหรืด้วยตนเองสามารถทำได้เมื่อมี ความตั้งใจแน่วแน่ มีความเข้มแข็ง อดทน และมีกำลังใจ พอ โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา และการจัดโปรแกรม ต่างๆ ให้กับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรื

ศาสตราจารย์ นพ. ชัยเวช นุชประยูร ได้แนะนำ การเลิกบุหรืให้สำเร็จต้องอาศัยอิทธิบาทสี่⁽²⁸⁾ เป็นแนวทาง ปฏิบัติ ได้แก่

1. ฉันทะ : ความตั้งใจ ความตั้งใจแน่วแน่ที่จะเลิกบุหรืให้สำเร็จ ไม่กลับ มาสูบบ่ออีกเมื่อเกิดความอยาก
2. วิริยะ : ความเพียร ความเพียรในการเอาชนะความอยากบุหรืซึ่งเกิด ขึ้นภายหลังเลิกบุหรื ความอยากบุหรืเป็นผลจาก นิโคตินใน บุหรื ซึ่งจะยังคงมีอยู่อีกระยะหนึ่ง
3. จิตตะ : ความเอาใจใส่

ผู้เลิกบุหรี่จะต้องเอาใจใส่และระวังตนไม่ให้ผลอย
หยิบบุหรี่ยาสูบอีก งดไปสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่

4. วิมังสา: หมั่นไตร่ตรอง

ผู้เลิกบุหรี่ควรทบทวนเหตุผลที่ตนเองหยุดสูบบุหรี่
หมั่นเตือนใจอยู่เสมอเกี่ยวกับเหตุผลการอดบุหรี่ที่บันทึก
ไว้

หลักการที่สำคัญก็คือ ผู้อดบุหรี่จะต้องมีความ
ตั้งใจที่แน่วแน่ในการอดบุหรี่ให้สำเร็จ สูตรการอดบุหรี่ ให้
สำเร็จก็คือ เห็นโทษของการสูบบุหรี่ เห็นคุณของการอด
บุหรี่ ตั้งใจแน่วแน่และอดทนเยี้ยมยอด

2. การเลิกบุหรี่โดยใช้นิโคตินทดแทน
(Nicotine replacement therapy) ⁽²⁶⁾

การใช้นิโคตินทดแทนในการเลิกสูบบุหรี่

2.1 ใช้ หมากฝรั่งที่มีส่วนผสมของนิโคติน
(Nicotine gum)

2.2 ใช้แผ่นแปะนิโคติน (Nicotine patch)

3. การใช้ยาช่วย

3.1 น้ำยาอดบุหรี่ (Mouth wash) มีส่วนผสมของ
Silver nitrate จะไปทำปฏิกิริยากับต่อมรับรสในปาก ทำให้
สูบบุหรี่ไม่อร่อยเสียรสชาติ ทำให้เกิดการเบื่อบุหรี่ ใช้อม
ประมาณ 1-2 นาที แล้วบ้วนทิ้ง

3.2 สมุนไพร สมุนไพรบางชนิดมีฤทธิ์ข้างเคียง
ทำให้เกิดการเบื่อบุหรี่

7.4 การรณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบปี
2542⁽³²⁾

การรณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบในปี 2542 มี
วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นให้ สาธารณชนและสื่อมวลชน
ให้ความสนใจกับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการ
สูบบุหรี่และความจำเป็นที่จะต้องพยายามร่วมกันในการ
ควบคุมบุหรี่

2. เพื่อจัดให้มีการสนับสนุนทางสังคม จิตวิทยา
และการช่วยเหลือที่จำเป็นแก่ผู้สูบบุหรี่ หรือผู้ใช้ผลิตภัณฑ์
ยาสูบอื่นๆ เพื่อช่วยให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ สามารถหยุด
การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ ได้

3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่เรียนรู้ถึง
อันตรายของการสูบบุหรี่มากขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ
สร้างทางเลือกอื่นที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่หรือการใช้ผลิตภัณฑ์
ยาสูบอื่น ๆ

4. เพื่อสร้างกิจกรรมในการป้องกันและควบคุม
การบริโภคยาสูบ สำหรับลดอัตราการสูบบุหรี่

5. เพื่อกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมป้องกันการสูบบุหรี่
ในเด็ก สตรีและผู้ด้อยโอกาสในสังคม เช่น เยาวชนอาสา
อากาศสดใส⁽³³⁾

8. บทวิเคราะห์และการเสนอแนะนโยบาย

คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ
ได้รับการแต่งตั้งและดำเนินการในปีพ.ศ.2532 ในขณะที่
องค์การอนามัยโลกได้มีการจัดตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการ
ไม่สูบบุหรี่ มาก่อนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 ทั้งภาครัฐและภาค
เอกชนต่างๆ ได้ช่วยกันรณรงค์และควบคุมจนประสบความสำเร็จ
ตามเป้าหมาย มีกฎหมายต่อต้านการบริโภคยาสูบ
ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เครื่องบิน รถโดยสาร โรงเรียน
และสถานที่ราชการ ห้ามโฆษณา ของบุหรี่มีค่าเตือนพิษ
ภัยของบุหรี่ เป็นต้น จัดให้มีคลินิกเลิกบุหรี่ และกิจกรรม
รณรงค์ต่อต้าน การสูบบุหรี่

วิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ

1. ความต่อเนื่องและการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
อย่างจริงจังของภาคเอกชนโดยเฉพาะมูลนิธิรณรงค์
เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และมูลนิธิหมอชาวบ้าน

2. การมีกฎหมายต่อต้านการสูบบุหรี่แบบเบ็ด
เสร็จ ได้แก่ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535
พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และ
ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

3. การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและองค์
ความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ จากองค์การอนามัย
โลกและนานาชาติ

4. สังคมไทยเริ่มสร้าง"คุณค่า"การไม่สูบบุหรี่ต่อ
หน้าสาธารณะ และการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

วิเคราะห์ปัจจัยที่ไม่สนับสนุนการควบคุมการสูบบุหรี่

1. งบประมาณในการสนับสนุนการรณรงค์การควบคุมยาสูบและการส่งเสริมสุขภาพได้รับการจัดสรรไม่มากเท่าที่ควร

2. กฎหมายยังไม่มีผลในทางปฏิบัติเท่าที่ควร

3. การปลูกยาสูบและอุตสาหกรรมยาสูบในประเทศยังคงลดลงไม่มาก ปริมาณบุหรี่นอกเข้าสู่ในประเทศมากขึ้น

4. การประสานงานและความร่วมมือระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนยังไม่ชัดเจน

การเสนอแนะนโยบาย

1. เพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบ และรณรงค์อย่างต่อเนื่อง

2. พัฒนานโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบในองค์กรให้ชัดเจนเพื่อวางมาตรการในการรณรงค์ได้อย่างเหมาะสม

2.1 นโยบายการควบคุมยาสูบในโรงเรียน

(School tobacco control policies)

2.2 นโยบายการควบคุมยาสูบในมหาวิทยาลัย

(University tobacco control policies)

2.3 นโยบายการควบคุมยาสูบในโรงพยาบาล

(Hospital tobacco control policies)

2.4 นโยบายการควบคุมยาสูบในโรงงาน

(Worksite tobacco policies)

3. ขยายเขตปลอดบุหรี่ทั่วประเทศโดยเริ่มจากหมู่บ้านปลอดบุหรี่ตัวอย่าง

4. เพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย

5. การปลูกพืชเศรษฐกิจทดแทนการปลูกยาสูบ

6. การสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ

องค์กรชุมชนท้องถิ่น องค์กรบริหารท้องถิ่นในการรณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบ

7. การสร้างเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และเทคโนโลยีในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

8. การสร้างและพัฒนาฐานข้อมูลด้านบุหรี่และ

สุขภาพ

9. สนับสนุนการทำวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ^(35,36)

อ้างอิง

1. World Health Organization. Tobacco situation: shocking facts - Alarming statistics. Newsletter.

2. World Health Organization. Message from Dr Uton Muchtar Rafei, Regional Director, WHO South East Asia Region on World No-Tobacco Day, 31 May 1998. Newsletter.

3. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 31 พฤษภาคม ถึงวันปลอดบุหรี่. วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่ 2542 พ.ค.- มิ.ย; 3 :1

4. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. คู่มือรณรงค์. เอกสารเผยแพร่ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2542.

5. World Health Organization. Smoking and its effects on health. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser 1975; 568: 1 - 100

6. คำสวดดี นายแพทย์สงคราม ทรัพย์เจริญ ผู้ได้รับรางวัลเหรียญทอง "บุหรี่หรือสุขภาพ" ขององค์การอนามัยโลก. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2542 (เอกสารอัดสำเนา)

7. World Health Organization. Controlling the smoking epidemic. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser 1979; 636:1

8. World Health Organization. Smoking control strategies in developing countries. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser 1983; 695 : 1 - 84

9. World Health Organization. Smokeless tobacco control. Report of a WHO Expert Committee.

- World Health Organ Tech Rep Ser 1988; 773: 1-81
10. ชูชัย ศุภวงศ์, สุภกร บัวสาย, จิตสิริ ธนภัทร, วิวัฒนา การของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย เอกสารเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ ฯ: กระทรวงสาธารณสุข. 2541: 1 - 4
 11. World Health Organization. Tobacco Free Initiative. Fifty-second world health assembly. 18 March 1999. Geneva : World Health Organization, 1999.
 12. National Statistics Office of Thailand. Report of the Health and Welfares Survey. Bangkok: 1996. Office of the Prime Minister, 1996.
 13. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ ปริมาณการบริโภค บุหรี่และภาษีสรรพสามิตบุหรี่. กรมการแพทย์: กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
 14. World Health Organization. The tobacco situation: The regional perspective. Newsletter.
 15. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สารพิษในควันบุหรี่. วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่ 2542 ม.ค.- ก.พ; 1: 1 - 3
 16. สุภาณี สันตยากร. ยาสูบและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม. จุลสารบุหรี่หรือสุขภาพ 2541 ม.ค. - มี.ค; 7(2): 7-8
 17. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. บุหรี่และสุขภาพ. กรุงเทพฯ ฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2542.
 18. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดย อนุมติคณะรัฐมนตรี. นโยบายและเป้าหมายการ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ ฯ: กรม การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
 19. ชูติมา มลายมาน. การประชุมกำหนดกรอบนโยบาย ควบคุมยาสูบ. จุลสารบุหรี่หรือสุขภาพ 2541 ต.ค- ธ.ค; 8(1): 4 - 6
 20. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. การประชุมนโยบายนานาชาติ เรื่อง บุหรี่และเยาวชน (International policy conference on children and tobacco). จุลสารบุหรี่หรือสุขภาพ 2542 ม.ค - มี.ค; 7(2): 13-15
 21. World Health Organization. The World Health Report. Combating the tobacco epidemic. Geneva : World Health Organization, 1999.
 22. Roemer R. Legislative action to combat the world smoking epidemic. Geneva: World Health Organization, 1982.
 23. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พระราชบัญญัติคุ้มครอง สุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541.
 24. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พระราชบัญญัติ ควบคุม ผลติภัณฑ์ยาสูบ. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541.
 25. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ. ประกาศกระทรวง สาธารณสุข ฉบับที่ 5, 7, 8, 9 พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ ฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2540. (เอกสารอัดสำเนา)
 26. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. คู่มือจัดกิจกรรมคลินิก ผู้สูบบุหรี่ คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรม “เครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการไม่สูบบุหรี่” กรุงเทพฯ ฯ : องค์การอนามัยโลก, 2542.
 27. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, ชูติมา มลายมาน. การเลิกสูบบุหรี่. แปลและเรียบเรียงจาก Fiore MC, Lewis S. UICC Manual of clinical oncology. 6th ed. กรุงเทพฯ ฯ: สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์, ม.ป.ป.(เอกสารอัดสำเนา)
 28. ชัยเวช นุชประยูร. การอดบุหรี่. ใน : คู่มือสุขภาพอนามัย จัดพิมพ์โดยมูลนิธิแพทย์หญิงสุนิสา จรุญเรื่องฤทธิ์. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526 : 145 - 56

29. World Health Organization. Tobacco control in South-East Asia Region: Some innovative initiatives. Newsletter.
30. World Health Organization. Tobacco control measures: WHO calls for redoubled efforts. Newsletter.
31. World Health Organization. Women and tobacco. Geneva: World Health Organization, 1992.
32. สถาบันควบคุมบริโภคยาสูบ. การรณรงค์ควบคุมบริโภคยาสูบ ปี 2542. จุลสารบุหรี่หรือสุขภาพ 2542 ม.ค. - มี.ค.; 2542; 7(2): 7
33. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ. เขวชนอาสาอากาศสดใส. จุลสารบุหรี่หรือสุขภาพ กรกฎาคม-กันยายน 2541 ก.ค. - ก.ย; 7(4): 1 - 2
34. ชูชัย ศุภวงค์. ทำไมจึงคัดค้านการนำเขวบุหรี่ต่างประเทศ. จุลสารชมรมแพทยชนบท 2533; 12 (3): 13-6
35. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPH guidelines for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. JAMA 1997 Dec 3; 278(21): 1759 - 66
36. Moore S, Wolfe SM, Lindes D, Douglas CE. Epidemiology of failed tobacco control legislation. JAMA 1994 Oct 19; 272(15): 1171-5

กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์

ท่านสามารถได้รับการรับรองกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ประเภทที่ 3 (ศึกษาด้วยตนเอง) ได้ จากการอ่านบทความเรื่อง “นโยบายและการรณรงค์ควบคุม การบริโภคยาสูบ” โดยตอบคำถามข้างล่างนี้ พร้อมกับส่งคำตอบที่ท่านคิดว่าถูกต้องโดยใช้แบบฟอร์มคำตอบท้ายคำถามแล้วใส่ชื่อพร้อมของเปล่าจำหน่ายของถึงตัวท่าน ส่งถึง

ศ. นพ. สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ

บรรณาธิการจุฬาลงกรณ์เวชสาร

และประธานคณะกรรมการการศึกษาต่อเนื่อง 4 ฝ่ายวิชาการ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หน่วยจุฬาลงกรณ์เวชสาร

ตึกอบรมวิชาวาร ชั้นล่าง

เขตปทุมวัน กทม. 10330

ท่านจะได้รับเฉลยคำตอบพร้อมหนังสือรับรองกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง

คำถาม - คำตอบ

- สถานการณ์เกี่ยวกับการบริโภคบุหรี่ในประเทศไทย ข้อใดผิด
 - อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยมีแนวโน้มลดลง
 - การสูบบุหรี่ในแต่ละปี ผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงมาก
 - ความแตกต่างในอัตราการสูบบุหรี่ของแต่ละภาคมีไม่มาก
 - เขตเมืองมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเขตชนบท
 - ในปีพ.ศ. 2541 ประเทศไทยผลิตบุหรี่ประมาณ 1,800 ล้านซอง
- อันตรายจากการสูบบุหรี่ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ ยกเว้น
 - โรคมะเร็งปอด
 - โรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
 - โรคโลหิตจาง
 - โรคถุงลมโป่งพอง
 - โรคความดันโลหิตสูง



คำตอบ

1. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

2. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

3. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

4. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

5. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

6. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

3. เป้าหมายการดำเนินงานเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในประเทศไทย ปี 2543 ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ ยกเว้น
 - ก. เด็กนักเรียนระดับประถมปีที่ 4 ขึ้นไปได้รับข่าวสารเรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 95
 - ข. ผู้ใหญ่อายุ 25 ปีขึ้นไปได้รับข่าวสารเรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 85
 - ค. น้อยกว่าร้อยละ 15 ของประชากรกลุ่มอายุ 10 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสม่ำเสมอ
 - ง. น้อยกว่าร้อยละ 20 ของผู้ชายอายุ 25 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสม่ำเสมอ
 - จ. ใช้ภาษีและกฎระเบียบในการลดการบริโภคยาสูบ
4. ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้กำหนดให้สถานที่ต่อไปนี้ เป็นเขตปลอดบุหรี่ยกเว้น
 - ก. โรงเรียน
 - ข. พิพิธภัณฑ์
 - ค. ห้องทำงานส่วนตัว
 - ง. สถานรับเลี้ยงเด็กวัยก่อนเรียน
 - จ. สนามกีฬาในร่ม
5. ปัจจัยที่ไม่สนับสนุนนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้แก่หัวข้อต่อไปนี้ ยกเว้น
 - ก. การปลูกยาสูบ
 - ข. อุตสาหกรรมยาสูบยังลดลงไม่มาก
 - ค. งบประมาณมีน้อย
 - ง. การสร้างคุณค่าการไม่สูบบุหรี่ต่อหน้าสาธารณะ
 - จ. ขาดการประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชน
6. นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ ยกเว้น
 - ก. ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบและขยายการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข
 - ข. ห้ามบริโภคยาสูบในที่สาธารณะ
 - ค. ใช้ภาษีและกฎระเบียบในการลดการบริโภคยาสูบ
 - ง. สนับสนุนให้หยุดการบริโภคยาสูบ
 - จ. เสริมสร้างสภาวะการต่อต้านยาสูบ

ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ
 หน่วยจุฬาลงกรณ์เวชสาร
 ตึกอบรบวิชาการ ชั้นล่าง
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 เขตปทุมวัน กทม. 10330