Original Article นิพนธ์ต้นฉบับ

บทความพิเศษ

การแก้ปัญหานักสูบหน้าใหม่ ความท้าทายในสังคมไทย

*สุรสิงห์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์ *, ณัฐฏ์พัชรสร สมบัติ*
1 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี, 2 โรงเรียนเพชรพิทยาสรรค์ ชัยภูมิ

ส่งบทความ : 26 พ.ค. 2564
แก้ไขบทความ : 15 มิ.ย. 2564
ตีพิมพ์บทความ : 16 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

ปัจจุบันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นพบว่ามีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเริ่มสูบบุหรี่ในอายุที่น้อยลงเรื่อย ๆ ทั้งนี้ เกิดจากวัยรุ่นยังมีความเชื่อที่ผิด ๆ ขาดความตระหนักในพิษภัยของบุหรี่ บุคลากรในทีมสุขภาพยังให้การช่วยเหลือไม่ตรงกับความต้องการของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ อีกทั้งขาดความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอ ทีมสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นบุคคลที่มีต้องความรู้ความเข้าใจในพัฒนาการของวัยรุ่นและพิษภัยของบุหรี่ ดังนั้นจึงถือว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการรณรงค์ ป้องกัน บำบัดรักษา ฟื้นฟู และป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำของวัยรุ่นได้ องค์การอนามัยโลกได้มีการสร้างกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ หรือ Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) เพื่อให้แต่ละประเทศนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมยาสูบ การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยได้รับการยอมรับจากทั่วโลกโดยเฉพาะกฎหมายเพื่อการควบคุมยาสูบ ซึ่งทั่วโลกยกย่องประเทศไทยว่ามีกฎหมายที่ดีที่สุด แต่ยังมีผู้สูบรายใหม่หรือนักสูบหน้าใหม่เกิดขึ้นอยู่เสมอ โดยเฉพาะนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชน จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในปี 2560 พบว่า ประชากรไทยเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 18 – 19 ปี และมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 16 ปี การเกิดนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชนมีหลายสาเหตุ กล่าวคือ ตนเอง เพื่อน ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชนซึ่งสังคมไทยต้องสร้างการเปลี่ยนแปลงครอบคลุมสาเหตุของการเกิดนักสูบหน้าใหม่ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับนโยบาย กฎหมาย และมาตรการต่างๆในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การเปลี่ยนแปลงระดับสังคมและวัฒนธรรมในการป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ และการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคลในการป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวถือเป็นความท้าทายอย่างมากของประเทศไทย น่าจะเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงและสามารถป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ได้อย่างยั่งยืน

สำคัญ : นักสูบหน้าใหม่, การควบคุมยาสูบ, ความท้าท้าย

ติดต่อบทความ
สุรสิงห์ สมบัติ สุรนาถวัชวงศ์, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี
Email: kriangsak@gmail.com

Solutions to Prevent New Smokers: The Challenge of Thai Society

Surasingha Sombat Suranartwatchawong[1], Natthaphatsorn sombat[2]*

1 Faculty of Medicine, Burapha University, Chonburi, 2 Petpittayasan School, Chaiyaphum

Submitted: 26 Mar 2021
Revised: 15 Jun 2021
Published: 16 Jun 2021

The rate of cigarette smoking is increasing consecutively among adolescents and they start smoking at an earlier age because of their misconception, unaware of the dangers of cigarettes, as well as assistance from personnel in healthcare teams are discontinued, inconsistent, and do not meet demands. Healthcare teams and persons who are engaged with them must have knowledge and understanding of adolescent development as well as the dangers of cigarette smoking. Therefore, it is considered that they play a vital role to prevent teenage smoking via a campaign that promotes; protection, treatment, rehabilitation, and prevention. Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) was launched by the World Health Organization to be implemented as tobacco control in each country. The implementation of tobacco control in Thailand has been recognized globally, especially tobacco control laws which are known as the best regulation and most admired in the world. However, new smokers persistently emerge, particularly new, youth-aged smokers. Research on smoking behavior in B.E. 2560 revealed that the Thai population started smoking cigarettes at the age of 18-19 and the average age of cigarette smoking initiation was 16 years old. Determinants of new, youth smokers have multiple factors, i.e., the individual, friends, family, and the social environment around the individual. This article aims to propose guidelines to prevent new, youth smokers. Thai society has to change at each level to prevent new youth smokers. These changes should include from at the policy, law and regulations level, at the societal and cultural level to at the individual level to prevent new smokers. These changes are very challenging for Thailand, yet it is possible and hope that these can sustainably prevent the rise of new smokers.

Keywords: new smoker, tobacco control, challenge

Contact:
Surasingha Sombat Suranartwatchawong, Faculty of Medicine, Burapha University
Email: kriangsak@gmail.com

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าได้มีการดำเนินการควบคุมการสูบบุหรี่มาโดยตลอดแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562 มีเป้าหมายให้ความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2562 ไม่เกินร้อยละ 16.7[1] ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปเปลี่ยนแปลงจากร้อยละ 20.7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้[2] การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อตัวเองและบุคคลรอบข้าง มีผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว ผลกระทบระยะสั้นมีผลต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและด้านเศรษฐกิจระยะยาวพบว่า 25 โรค มีหลักฐานชัดเจนว่าเกิดจากการสูบบุหรี่ โดยรวม 12 โรคมะเร็งที่สำคัญด้วย และทำให้เกิดความเสียหายต่อเศรษฐกิจจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 74,884 ล้านบาท (0.78% ของ GDP)[3]

พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์จึงจำเป็นต้องหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นภายหลังไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด[4] ได้แบ่งพฤติกรรมการสูบบุหรี่ออกเป็น 4 ประเภทได้แก่ 1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เป็นนิสัยความเคยชิน ผู้สูบบุหรี่มีบุหรี่ติดตัวตลอดเวลา ซึ่งเป็นพฤติกรรมการสูบที่เป็นแบบอัตโนมัติ เป็นกิจวัตรที่ต้องทำประจำทุกวัน 2) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองโลกในแง่ดี กล่าวคือผู้สูบบุหรี่ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยให้เกิดความพึงพอใจ มีความสุขตื่นเต้น และผ่อนคลายความเครียด มีความสุขที่ได้สูบบุหรี่ 3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่จากการมองโลกในแง่ลบ กล่าวคือผู้สูบบุหรี่สูบบุหรี่ไม่ต่อเนื่องเช่น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้รับความกดดันหรือมีปัญหาและ 4) พฤติกรรมติดบุหรี่ถือว่าบุหรี่เป็นสิ่งจำเป็นขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกไม่สบายหรือมีความผิดปกติของร่างกาย นอกจากนี้พฤติกรรมการสูบบุหรี่ยังแบ่งได้เป็นการสูบบุหรี่เป็นประจำ ซึ่งเป็นการสูบบุหรี่ที่อาจจะสูบทุกวันหรือ 2-3 วันต่อครั้ง โดยที่กิจกรรมนั้นกระทำต่อเนื่องกันเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน และทำกิจกรรมนั้นอยู่ในปัจจุบัน ส่วนการสูบบุหรี่ชั่วคราวเป็นการสูบบุหรี่ไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้[5] พฤติกรรมการสูบบุหรี่ยังรวมถึงการเคยสูบแต่เลิกแล้วซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ระบุว่าการเลิกบุหรี่ได้ เป็นการไม่คิดจะกลับไปสูบบุหรี่อีกหรือเลิกได้อย่างน้อย 1 ปี[3]

การสูบบุหรี่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบเพียงเท่านั้น ยังส่งผลกระทบถึงคนรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่ด้วย ซึ่งมักถูกเรียกว่า บุหรี่มือสอง (Second-hand Smoke) โดยที่ควันบุหรี่มือสองประกอบด้วยสารพิษมากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งในสารพิษเหล่านี้มีสารพิษร้ายแรงถึง 50 ชนิดที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หากได้รับควันบุหรี่มือสองโดยตรง 8-20 นาทีจะส่งผลให้เป็นสาเหตุของโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองโดยควันบุหรี่มือสองจะเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจทำให้ออกซิเจนเข้าสู่หัวใจได้น้อยลงและหลอดเลือดตีบ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงและหัวใจทำงานหนัก[6]

นอกจากบุหรี่มือสองแล้ว ยังมีบุหรี่มือสาม (Third-hand Smoke) ซึ่งเป็นสารพิษในบุหรี่ที่ตกค้างตามพื้นผิวของสิ่งของเครื่องใช้ เช่น เสื้อผ้า ตุ๊กตา พรม โซฟา ผ้าม่าน หรือที่นอน โดยงานวิจัยจากมหาวิทยาลัยแซนดิเอโกสเตรท ได้ศึกษาที่พักอาศัยของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 50 รายและของผู้สูบบุหรี่จำนวน 100 ราย ก่อนการย้ายออก โดยตรวจวัดระดับนิโคตินที่พบบนพื้นผิว ฝุ่น อากาศภายในบ้านและนิโคตินบนนิ้วมือของผู้พักอาศัยรวมทั้งมีการตรวจหาสารโคตินินในปัสสาวะ พบว่าฝุ่นและพื้นผิวภายในที่พักอาศัยของผู้สูบบุหรี่มีการปนเปื้อนของนิโคตินในปริมาณสูงกว่าในที่พักอาศัยของผู้ไม่สูบบุหรี่ และพบว่าผู้ที่ย้ายเข้ามาอยู่อาศัยใหม่ในบ้านของผู้ที่สูบบุหรี่ มีระดับนิโคตินบนนิ้วมือปริมาณสูงกว่า 7-8 เท่าของผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านที่ไม่มีการสูบบุหรี่มาก่อน ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกับระดับโคตินินที่ตรวจพบในปัสสาวะ ควันบุหรี่มือสามนี้ยังสามารถพบได้ตามพื้นผิวของสิ่งของภายในบ้าน ฝุ่น พรม แม้ผู้สูบบุหรี่จะย้ายออกไปเป็นเวลามากกว่าสองเดือนและบ้านได้รับการทำความสะอาดรวมทั้งทาสีใหม่แล้วก็ตามควันบุหรี่ที่ติดอยู่กับเสื้อผ้าอาจเป็นภัยกับเด็กและหญิงมีครรภ์ได้ เด็กมีโอกาสซึมซับสารพิษมากกว่าผู้ใหญ่ถึง 2 เท่า เนื่องจากเด็กเล็กมักหายใจใกล้พื้นผิวสิ่งของต่างๆหรือคลานเล่นตามพื้นที่มีสารพิษตกค้าง และบางครั้งเด็กอาจเลียหรือนำสิ่งของเข้าปาก จึงเสี่ยงต่อการได้รับอนุภาคโลหะหนัก สารก่อมะเร็งและสารกัมมันตรังสีซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่ง[7] ผลกระทบอีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก คือ ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ เนื่องจากการสูบบุหรี่มีค่าใช้จ่ายสูงถึง 422 พันล้านเหรียญสหรัฐ เท่ากับ 56.34 เหรียญสหรัฐต่อคน คิดเป็นร้อยละ 5.7 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดทั่วโลก การใช้ยาสูบยังมีต้นทุนทางอ้อม เช่น สูญเสียผลผลิตเนื่องจากความเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หากคิดเป็นตัวเงินจะเกิดการสูญเสียมากถึง 1,000 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อครั้งต่อปี[8]

นักสูบหน้าใหม่

ในแต่ละปีเยาวชนไทยจะกลายเป็นนักสูบหน้าใหม่มากกว่า 300,000 คน มาทดแทนผู้ที่ป่วยและเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ จากผลการสำรวจในปี พ.ศ.2557 พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำคือ 17.8 ปีขณะที่อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เป็นปกตินิสัยคือ 19.5 ปีเมื่อเทียบกับปี 2550 พบว่าทุกกลุ่มวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยลงค่อนข้างมากกว่ากลุ่มอื่น คือจากปี 2550 เยาวชนเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16.8 ปีและในปี 2557 ลดลงเป็น 15.6 ปีโดยอายุน้อยสุดที่พบว่ามีการสูบบุหรี่ครั้งแรกมีอายุเพียง 6 ปี[9] ซึ่งอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นที่ทราบดีกันอยู่แล้วว่า การสูบบุหรี่มีผลกระทบอย่างมากมายทั้งต่อตัวผู้สูบบุหรี่และคนรอบข้างรวมถึงระดับสังคมอีกด้วย หากไม่มีการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่อีกประมาณ 17 ปีข้างหน้าทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นเป็นปีละ 8 ล้านคน แม้หน่วยงานและองค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนจะใช้กลยุทธ์ต่างๆ เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ และทำให้แนวโน้มการสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ลดลง แต่แนวโน้มการสูบบุหรี่ในเยาวชนกลับเพิ่มขึ้นเป็น 200,000- 300,000 รายต่อปี 4 ดังนั้นยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติจึงให้ความสำคัญกับการป้องกันนักสูบหน้าใหม่เป็นสำคัญ[10]

สถานการณ์ของนักสูบหน้าใหม่

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปี 2560 พบว่าประชากรไทยเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 18 – 19 ปี สำหรับกลุ่มเยาวชน มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 16 ปี[11] ซึ่งอายุดังกล่าวได้มากขึ้นกว่าในอดีต โดยในปีที่ผ่านมาเยาวชนไทยเคยทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 7 ปีหรือน้อยกว่า (ร้อยละ5.2) โดยเยาวชนส่วนใหญ่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 12 ถึง 13 ปี (ร้อยละ 39.6) รองลงมาเป็นเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ในช่วงอายุระหว่าง 14 ถึง 15 ปี(ร้อยละ 24.8) และเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 10 ถึง 11 ปี (ร้อยละ 21.2)[12] และโอกาสของการเป็นนักสูบหน้าใหม่โดยผู้ที่ไม่เคยใช้ยาสูบแต่มีแนวโน้มว่าจะสูบในอนาคตหรืออีกนัยหนึ่ง คือคนที่มั่นใจว่าจะสูบบุหรี่แน่นอน คิดเป็นร้อยละ 7.4 ของประชากรรวม นอกจากนี้มีผู้ไม่สูบแต่คิดว่าคงมีความสุขถ้าได้สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 4.3 ของประชากรรวม[13] สถานการณ์ดังกล่าวได้แสดงให้เห็นว่ายังคงมีประชาชนหลายคนที่มีความตั้งใจเป็นอย่างมากว่าจะสูบบุหรี่ในอนาคต โดยในกลุ่มที่คิดจะสูบนั้นรวมถึงเยาวชนด้วยการสูบบุหรี่ได้สร้างผลกระทบหลายด้านให้แก่ตัวผู้สูบและบุคคลรอบอ้าง ยิ่งเป็นนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชนยิ่งได้รับผลกระทบในแบบที่สังคมไทยคาดไม่ถึง

การป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่

องค์การอนามัยโลกได้มีกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบหรือ Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) ซึ่งได้รับการพัฒนาเพื่อตอบสนองต่อกระแสของการระบาดของโรคที่มาจากยาสูบ วัตถุประสงค์ของอนุสัญญานี้คือเพื่อปกป้องประชาชนทั้งในปัจจุบันและอนาคตจากผลกระทบด้านสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ที่เกิดขึ้นจากการบริโภคยาสูบ และการสัมผัสกับควันยาสูบ โดยการจัดหากรอบหรือมาตรการที่จะควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยมีการดำเนินการทั้งในระดับภาคีแห่งชาติ ภูมิภาคและระดับนานาชาติ เพื่อลดความชุกของการใช้ยาสูบ และการสัมผัสกับควันบุหรี่โดยอนุสัญญานี้มีทั้งสิ้น 11 หมวด และมีหมวดที่เกี่ยวข้องกับการลดอุปสงค์และอุปทานของการใช้ยาสูบซึ่งหลายประเทศได้นำไปเป็นต้นแบบในการพัฒนานโยบายและกฎหมายเพื่อการควบคุมยาสูบ

โดยหมวดที่สำคัญ 2 หมวด คือ หมวด 3 และหมวด 4 กล่าวคือหมวด 3 ของ FCTC เป็นมาตรการเกี่ยวกับการลดอุปสงค์ของยาสูบ (Measures Relating to the Reduction of Demand for Tobacco) โดยกล่าวถึงการกำหนดราคาและภาษีเพื่อลดความต้องการในการบริโภคยาสูบ รวมถึงมาตรการอื่นที่ไม่ใช่มาตรการด้านภาษี แต่สามารถช่วยลดความต้องการของการใช้ยาสูบได้ หมวดนี้ยังรวมถึงการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่ การควบคุมเนื้อหาผลิตภัณฑ์ยาสูบการเปิดเผยข้อมูลของส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การบรรจุยาสูบในบรรจุภัณฑ์และการติดฉลากผลิตภัณฑ์ยาสูบการให้ความรู้และการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการใช้ยาสูบ เพื่อสร้างการรับรู้ของสาธารณชน การโฆษณาและการส่งเสริมการขายและการลดการพึ่งพายาสูบ ทั้งหมดนี้เป็นสาระสำคัญในการลดอุปสงค์ของยาสูบที่ทุกประเทศได้นำไปปรับใช้สำหรับประเทศไทยมีกฎหมายที่สอดคล้องกับ CTC ในหมวดที่ 3 นี้ คือพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยแบ่งมาตรการต่างๆออกเป็นมาตรการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชนมาตรการห้ามของการโฆษณาทางอ้อม

มาตรการการป้องกันการแทรกแซงนโยบายจากอุตสาหกรรมยาสูบ และมาตรการการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่[14] มาตรการป้องกันการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบของเยาวชน อยู่ในมาตรา 27 ห้ามผู้ขายปลีกขายยาสูบโดยใช้เครื่องขายยาสูบผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ขายยาสูบนอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาตขายยาสูบขายยาสูบโดยแจกแถมให้หรือแลกเปลี่ยนยาสูบกับสินค้าอื่น ขายยาสูบโดยลดราคายาสูบ ขายสินค้าหรือให้บริการโดยมีการแจกแถมหรือให้ยาสูบหรือแลกเปลี่ยนกับยาสูบ เร่ขายยาสูบ ให้ยาสูบหรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขันการแสดงให้บริการการชิงโชค การชิงรางวัลหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อยาสูบหรือแก่ผู้นำหีบห่อหรือสลากหรือสิ่งอื่นใดเกี่ยวกับยาสูบมาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ ต้องแสดงราคายาสูบ ณ จุดขายและมาตรา 36 ห้ามขายปลีกยาสูบ แสดงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ สถานที่ขายปลีกการแสดงชื่อและราคาของยาสูบต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศโดยผู้ขายปลีกยาสูบต้องแสดงสื่อรณรงค์เพื่อการลดละเลิกการบริโภคยาสูบตามที่กระทรวงสาธารณสุข จัดทำขึ้นมาตรการห้ามการโฆษณาทางอ้อมอยู่ในมาตรา 30 ห้ามโฆษณาหรือทำการสื่อสารการตลาดยาสูบ มาตรา 31 ห้ามแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบ ชื่อหรือเครื่องหมายของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ายาสูบหรือแสดงสัญลักษณ์หรือสิ่งอื่นใดโดยทำให้สาธารณชนเข้าใจว่าเป็นชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบ เพื่อการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา 32 ห้ามนำชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบ ชื่อหรือเครื่องหมายของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ายาสูบไปแสดงบนผลิตภัณฑ์อื่นใดที่ไม่ใช่ยาสูบหรือนำชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบมาตัดต่อเติมหรือดัดแปลงข้อความให้เป็นส่วนหนึ่งของผลิตภัณฑ์นั้นเพื่อการโฆษณาชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบหรือชื่อหรือเครื่องหมายของผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ายาสูบมาตรา 33 ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบเป็นชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์นั้นหรือโฆษณาโดยการนำชื่อหรือเครื่องหมายของยาสูบมาตัดต่อเติมหรือดัดแปลงข้อความให้เป็นส่วนหนึ่งของชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์นั้นเพื่อที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าหมายความถึงการโฆษณายาสูบ มาตรา34 ห้ามผลิตขาย นำเข้าเพื่อขายหรือเพื่อแจกจ่ายเป็นการทั่วไป ห้ามโฆษณาหรือทำการสื่อสารการตลาดผลิตภัณฑ์ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีรูปลักษณะทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นสิ่งเลียนแบบยาสูบ ผลิตภัณฑ์ที่บริโภคโดยวิธีสูบและมีสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมาตรการการป้องกันการแทรกแซงนโยบายจากอุตสาหกรรมยาสูบอยู่ในมาตรา 35 ห้ามให้การอุปถัมภ์หรือให้การสนับสนุนการสร้างภาพลักษณ์ต่อยาสูบ ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ายาสูบส่งเสริมการบริโภคยาสูบ การผลิตและค้ายาสูบหรือการบริจาค ห้ามเผยแพร่กิจกรรมหรือข่าวสารเพื่อประชาสัมพันธ์กิจกรรมมาตรการการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่มาตรา 41 ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศประเภท หรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงานและยานพาหนะ ให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะดังกล่าว เป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่อาจกำหนดให้มีเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ มาตรา 42 ห้ามผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่เว้นแต่ที่นั้นเป็นที่สูบบุหรี่ มาตรา 43 เขตปลอดบุหรี่ ต้องมีเครื่องหมายแสดงไว้ให้เห็นได้โดยชัดเจนว่าเป็นเขตปลอดบุหรี่ ปราศจากอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวย

ความสะดวกสำหรับการสูบบุหรี่หมวด 4 ของ FCTC เป็นมาตรการเกี่ยวกับการลดปริมาณอุปทานของยาสูบ (Measures Relating to the Reduction of the Supply of Tobacco) โดยกล่าวถึงการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยไม่ได้รับอนุญาตการอายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับผู้เยาว์และภาคีเครือข่ายร่วมกันกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆในการโฆษณาเพื่อเป็นทางเลือกของผู้สูบและผู้ผลิตยาสูบประเทศไทยได้นำมาประยุกต์ไว้ในมาตรา 26 ห้ามขายหรือให้ยาสูบแก่เยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีและห้ามใช้จ้างหรือวานให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีขายหรือให้ยาสูบ มาตรา 28 ห้ามแจกจ่ายยาสูบในลักษณะเป็นตัวอย่างของผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือเพื่อเป็นการจูงใจสาธารณชนให้บริโภคยาสูบมาตรา 39 ห้ามแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ[15]

ในประเทศไทยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงปัญหานี้เป็นอย่างดี จึงมีความพยายามสร้างยุทธศาสตร์และออกกฎหมายต่างๆที่จะควบคุมการเกิดนักสูบหน้าใหม่นี้ โดยเฉพาะสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่สอง พ.ศ.2559 - 2562 ซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 6 ยุทธศาสตร์คือ 1) สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ 2) ป้องกันไม่ให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็กเยาวชนและนักสูบหน้าใหม่ 3) ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ 4) ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ 5) ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ 6) ใช้มาตรการทางภาษีและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับนักสูบหน้าใหม่มีความชัดเจนมากที่สุดในยุทธศาสตร์ที่ 2 และได้กำหนดกิจกรรมสำคัญที่ต้องดำเนินการ คือ 1) สร้างความตระหนักจิตสำนึกค่านิยมการไม่สูบบุหรี่และรู้เท่าทันอุตสาหกรรมยาสูบให้กับเยาวชนและประชาชนทั่วไป 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเพื่อเอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชน 3) พัฒนาศักยภาพแกนนำและเครือข่ายเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ 4) เฝ้าระวังธุรกิจยาสูบควบคุมและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเยาวชน[16]

สำหรับมาตรการด้านกฎหมาย ประเทศไทยได้รับการยอมรับจากทั่วโลกว่ามีการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมยาสูบอยู่ในระดับดีมาก มีการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างครอบคลุม ใช้หลายมาตรการควบคู่กัน โดยที่ผ่านมาประเทศไทยใช้ทั้งมาตรการราคาและภาษีเพื่อลดความต้องการยาสูบและมาตรการลดอุปสงค์การบริโภคยาสูบ ได้แก่ การป้องกันจากการสัมผัสกับควันบุหรี่ กฎหมายเกี่ยวกับสาระของผลิตภัณฑ์ยาสูบ กฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลผลิตภัณฑ์ ยาสูบบรรจุภัณฑ์และการติดฉลากของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การให้ความรู้และการสื่อสารโทษของยาสูบ การโฆษณายาสูบการส่งเสริมการขายและการให้การสนับสนุน และมาตรการลดความต้องการเกี่ยวกับการพึ่งพาบุหรี่และเลิกสูบ[17] จึงถือว่าประเทศไทยประสบผลสำเร็จอย่างมากในการสร้างความเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายกฎหมาย และมาตรการต่างๆในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ แต่เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่จึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงระดับสังคมและวัฒนธรรมการป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ร่วมด้วย

รูปแบบการป้องกันนักสูบหน้า

มาตรการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนผลการศึกษาพบว่าวรรณกรรมที่เกี่ยวกับมาตรการการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental research) และแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) และการวิจัยเอกสาร (Document research) โดยงานวิจัยทั้งหมดให้ความสำคัญเน้นหนักไปที่มาตรการการป้องกันการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถสังเคราะห์ออกมาเป็นมาตรการ ได้แก่[18]

มาตรการให้ความรู้ (Education)

แม้ผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ระบุสอดคล้องกันว่า การให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกเพียงอย่างเดียวเป็นมาตรการที่มีต้นทุนประสิทธิผลต่ำสุด (Cost-effectiveness) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน จนอาจกล่าวได้ว่าเป็นมาตรการที่ล้มเหลวในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน อย่างไรก็ตามความรู้ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกก็ยังนับว่าเป็นปัจจัยเงื่อนไขและเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของมาตรการแบบผสมผสานหรือมาตรการการระดมพลังทางสังคมของชุมชนที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผลในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน ซึ่งเงื่อนไขของการออกแบบมาตรการให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จะช่วยสนับสนุนประสิทธิผลของมาตรการอื่นๆ ได้นั้นควรมีองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วน คือองค์ประกอบด้านเนื้อหามาตรการให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ควรประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญอย่างน้อย 3 ประการ[19] คือ

- การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพและเศรษฐกิจที่เกิดจากการสูบบุหรี่และผลกระทบของการเข้าถึงบุหรี่ที่มีต่ออัตราการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มแรกของเยาวชน

- การปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกเกี่ยวกับเจตนารมณ์ของกฎหมาย ความจำเป็นของการบังคับใช้กฎหมาย และสร้างการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต่อสังคม และมาตรการลงโทษสำหรับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ฝ่าฝืนจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน

- การเสริมสร้างความรู้และทักษะในการตรวจสอบอายุหรือบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ซื้อบุหรี่และทักษะการปฏิเสธการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน

มาตรการทางกฎหมาย (Enforcement)

การบังคับใช้กฎหมายเป็นมาตรการการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ที่ได้รับยอมรับว่ามีประสิทธิผลและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในต่างประเทศ ซึ่งสามารถจำแนกมาตรการบังคับใช้กฎหมายออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

- การออกข้อกำหนดทางกฎหมายที่รอบด้าน (Legislative provision) การออกข้อกำหนดทางกฎหมายที่รอบด้านเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติใช้ในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนอย่างครบวงจร ตั้งแต่การออกข้อกำหนดเกี่ยวกับการจำหน่ายหรือจัดหาบุหรี่ให้เยาวชน การห้ามจำหน่ายบุหรี่ด้วยเครื่องอัตโนมัติ การกำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนข้อกำหนดทางกฎหมายที่ชัดเจนการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย การตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย และการดำเนินการลงโทษกับผู้กระทำความผิด ได้แก่ การตักเตือน การ

ปรับเงิน การสั่งพักใบอนุญาตและการถอนใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่[20]

- การควบคุมใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ (Licensing tobacco retailers) การขอใบอนุญาตและการต่อใบอนุญาตประจำปีสำหรับจำหน่ายบุหรี่มีผลดีต่อการจำกัดการเข้าถึงยาสูบให้เยาวชนอย่างน้อย 4 ประการ คือ 1) ทำให้ได้ฐานข้อมูลร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ที่ถูกต้องครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน 2) สามารถให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร และสื่อหรือวัสดุอุปกรณ์ที่สนับสนุนในการปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกได้อย่างครอบคลุม 3) ทำให้ง่ายต่อการติดตามการปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก และ4) เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นและเสริมแรงในการปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกการควบคุมใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่เป็นมาตรการที่ต่อยอดมาจากระบบฐานข้อมูลร้านค้าปลีกที่มีประสิทธิภาพโดยถูกนำมาใช้ในการจำกัดการเข้าถึงยาสูบของเยาวชนใน 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) ควบคุมจำนวน (Number) หรือความหนาแน่น (Density) ของร้านค้าปลีกในชุมชน 2) จำกัดทำเลที่ตั้ง (Location) หรือระยะห่าง (Proximity) ของร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่จากสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของเยาวชน เช่น โรงเรียน สถานศึกษา สนามกีฬา และ3) จำกัดประเภท (Type) ของร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ เช่น ห้ามออกใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ให้กับร้านขายยา ซึ่งผลรวมของกิจกรรมดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชน ทั้งนี้เพราะว่าการควบคุมจำนวนและทำเลที่ตั้งของร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ช่วยลดโอกาสการรับสัมผัสสื่อโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายบุหรี่ที่พบเห็นมากตามร้านค้าปลีกในชุมชนใกล้บ้านใกล้โรงเรียน และทำให้การซื้อ-ขายบุหรี่ให้เยาวชนไม่ใช่เรื่องปกติธรรมดาที่สามารถพบเห็นได้ง่ายทั่วไป นอกจากนี้ ยังทำให้การซื้อหาบุหรี่ของเยาวชนเป็นเรื่องยากหรือต้องใช้ความพยายามมากขึ้น เพราะค่าใช้จ่ายมากขึ้นจากระยะทางการเดินทางที่เพิ่มสูงขึ้น Center for public health & tobacco policy[21] เสนอว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการกำหนดจำนวนโควตาและกำหนดขอบเขตพื้นที่ควบคุมพิเศษของร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ที่ตั้งในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ด้วยการงดการออกใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ให้กับผู้ประกอบการรายใหม่หรือไม่ออกทดแทนในกรณีรายเก่าเลิกกิจการ ด้วยเหตุผลที่ว่าการจำหน่ายบุหรี่เป็นธุรกิจที่ก่อให้เกิดอันตรายสุขภาพโดยรวมของประชาชนในชุมชนโดยเฉพาะเยาวชน ดังกรณีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมในหลายเมืองของรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น เมือง Santa Clara County ไม่ออกใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ให้กับร้านขายยา และไม่ออกใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ให้กับร้านค้าปลีกในรัศมี 1,000 ฟุตรอบบริเวณโรงเรียน และกำหนดระยะห่างระหว่างแต่ละร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ไม่น้อยกว่า 500 ฟุต และเมือง Huntington Park กำหนดอัตราส่วนระหว่างจำนวนร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ต่อจำนวนประชากรไว้ที่ 1: > 1,000 เป็นต้น

- การสอบถามอายุหรือตรวจสอบบัตรประจำตัวประชาชนก่อนการจำหน่ายบุหรี่ผลการศึกษาของ Glanz และคณะ[22] ยืนยันว่าการสอบถามอายุหรือการตรวจสอบบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ซื้อก่อนการจำหน่ายบุหรี่สามารถลดอัตราการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนลงได้ โดยมีผลการศึกษายืนยันว่าการตรวจสอบ

บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ซื้อมีประสิทธิผลในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนสูงกว่าการสอบถามอายุ 95 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Landrine และคณะ[23] ที่พบว่า เยาวชนที่ถูกสอบถามอายุสามารถซื้อบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 13.1 ในขณะที่เยาวชนที่ถูกตรวจสอบบัตรประชาชนจะซื้อบุหรี่ได้สำเร็จเพียงร้อยละ 4.1 เท่านั้น

- การออกสุ่มตรวจการปฏิบัติตามกฎหมายการห้ามจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน การสร้างกระแสเกี่ยวกับการออกสุ่มตรวจการปฏิบัติตามกฎหมายการห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

- การทดสอบซื้อบุหรี่โดยเยาวชน เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก

- การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครระดับชุมชนในการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนในชุมชน

- การลงโทษผู้กระทำผิด ด้วยการตักเตือน การปรับ การยึดใบอนุญาตชั่วคราว และฟ้องร้องดำเนินคดีซึ่งมาตรการบังคับใช้กฎหมายที่มีลักษณะผสมสานวิธีการดังกล่าวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางบวกของระดับการรับรู้ความรู้ ประสบการณ์ และความเชื่อ/ทัศนคติของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก และส่งผลทำให้อัตราการละเมิดกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนลดลง และส่งผลต่อเนื่องถึงระดับการรับรู้ความยากในการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนด้วย

อย่างไรก็ตาม มาตรการบังคับใช้กฎหมายจะมีประสิทธิผลเพียงใดนั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ ประกอบด้วย งบประมาณ วิธีการทดสอบซื้อบุหรี่โดยเยาวชน ความถี่ในการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย และการลงโทษผู้กระทำความผิด ซึ่งสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

- งบประมาณ คือ เงื่อนไขความสำเร็จของมาตรการการบังคับใช้กฎหมาย ทั้งนี้ แหล่งงบประมาณในการบังคับใช้กฎหมายในชุมชนควรมาจากงบประมาณของท้องถิ่นหรือจังหวัด, ค่าธรรมเนียมต่อใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่ และภาษีบุหรี่ ทั้งนี้ Centers for Disease Control and Prevention แนะนำว่า รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ดำเนินมาตรการการบังคับใช้กฎหมายประมาณ 0.43-0.89$ ต่อประชากร 1 คน หรืออาจพิจารณาจากจำนวน, ความหนาแน่นของร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ และสัดส่วนของร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ที่ละเมิดกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน

- วิธีการทดสอบซื้อบุหรี่โดยเยาวชน เป็นวิธีการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ได้รับความนิยมอย่างมากในต่างประเทศ แต่ที่ผ่านมาก็ยังประสบปัญหาเกี่ยวกับการสร้างสถานการณ์การทดสอบซื้อโดยเยาวชนที่ไม่สมจริงสมจัง (Realistic) ทำให้ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกรู้ตัวและปฏิเสธการจำหน่าย จึงทำให้อัตราการละเมิดกฎหมายต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งความไม่สมจริงสมจังดังกล่าวมีสาเหตุมาจาก เยาวชนที่ไปทดสอบซื้อบุหรี่ไม่สามารถโกหกอายุจริงของตนเองได้, เยาวชนเป็นคนแปลกหน้าในชุมชนและมีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แปลกแยกไปจากสมาชิกในชุมชน เช่น สีผิว สำเนียงภาษาพูด เป็นต้น เยาวชนที่ทำหน้าที่ทดสอบซื้อบุหรี่อาจเป็นเยาวชนที่มีประสบการณ์การสูบบุหรี่หรือไม่ก็ได้

แต่ต้องสามารถแสดงพฤติกรรมการซื้อบุหรี่ได้สมบทบาท กล่าวคือ การแต่งกายสมวัย, ซื้อบุหรี่ร่วมกับสินค้าอื่นๆ ในร้าน, สามารถโต้ตอบและโกหกอายุจริงของตนเองได้ และสามารถแสดงบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองได้เมื่อถูกร้องขอ ทั้งนี้ อายุที่เหมาะสมของเยาวชนที่ทดสอบซื้อบุหรี่ควรอยู่ประมาณ 16-17 ปี ซึ่งให้ผลที่ตรงตามความเป็นจริงมากกว่า 18 ปีนอกจากนี้ ควรให้เยาวชนที่ทำหน้าที่ทดสอบซื้อมาปรากฏตัวในชุมชนที่ต้องการทดสอบซื้อล่วงหน้าประมาณ 6-8 วัน

- ความถี่ในการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมาย ผลการศึกษาที่ผ่านมาระบุสอดคล้องกันว่าการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายจำนวน 1 ครั้งต่อปี นอกจากจะไม่สามารถลดอัตราการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนได้แล้วยังอาจทำให้ได้ผลการสุ่มสำรวจการกระทำผิดกฎหมายที่ต่ำกว่าความเป็นจริงได้ความถี่ในการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายที่มีต้นทุนประสิทธิผลสูงสุดคือจำนวน 4 ครั้ง ต่อปี แต่หากเพิ่มความถี่ในการตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายให้มากขึ้นกว่านี้ก็ยิ่งทำให้อัตราการกระทำผิดกฎหมายของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกลดลงเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้สูงสุดร้อยละ 60.0

- การลงโทษผู้กระทำผิด ผลการศึกษาของ DiFranza[24] ชี้ให้เห็นว่า การลงโทษผู้กระทำความผิดที่มีประสิทธิผลต้องสามารถสร้างผลกระทบทางลบมากเพียงพอที่จะทำให้ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกไม่กล้าเสี่ยงที่จะกระทำความผิด ดังนั้นลำพังการลงโทษด้วยการตักเตือนในครั้งแรกที่กระทำความผิด หรือการตักเตือนในครั้งต่อๆ มาโดยไม่มีการปรับเงินนั้นไม่มีผลกระทบทำให้อัตราการปฏิบัติตามกฎหมายเพิ่มขึ้นในขณะที่การลงโทษด้วยการปรับเงินจำนวนมากๆ ก็ยังไม่ใช่วิธีการที่ดีที่สุด เนื่องจากผู้ประกอบการร้านค้าปลีกยังคงมีโอกาสแสวงหาผลกำไรจากการจำหน่ายบุหรี่ครั้งต่อๆ ไป และไม่ต้องเผชิญกับปฏิกิริยาด้านลบของลูกค้าที่เกิดจากการซักถามอายุและการปฏิเสธการจำหน่ายบุหรี่ ดังนั้น วิธีการลงโทษที่มีประสิทธิผลสูงสุดก็คือ การระงับหรือถอนใบอนุญาตจำหน่ายบุหรี่เพราะนอกจากทำให้ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกต้องสูญเสียรายได้จากการจำหน่ายบุหรี่แล้วยังอาจส่งผลทำให้สูญเสียลูกค้าประจำได้ ซึ่งนับว่าเป็นผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การลงโทษผู้กระทำผิดก็ยังมีช่องว่างทางความรู้เกี่ยวกับจำนวนเงินปรับและระยะเวลาในการระงับหรือถอนใบอนุญาตที่เหมาะสมที่จะมีประสิทธิผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกได้ ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน และมีความแตกต่างกันไปตามขนาดและลักษณะของร้านค้าปลีกทั้งนี้ แม้ที่ผ่านมามาตรการทางกฎหมายจะได้รับการยอมรับถึงประสิทธิผลในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน และถูกนำไปใช้เป็นมาตรการหลักในหลายประเทศ แต่ในทางตรงกันข้ามก็มีข้อค้นพบจำนวนมากที่สะท้อนถึงความล้มเหลวของการมุ่งเน้นใช้มาตรการทางกฎหมายเพียงอย่างเดียว และนำมาสู่การโต้แย้งเชิงแนวคิด ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ 1) การใช้มาตรการทางกฎหมายที่เข้มงวดเกินไปอาจนำไปสู่ความรู้สึกแปลกแยกระหว่างผู้มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายกับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่อยู่ในฐานะเป็นผู้ถูกบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งจะนำไปสู่การต่อต้านและความขัดแย้งทั้งในระดับความคิดและการกระทำ 2) กระบวนการทางกฎหมายที่มีความซับซ้อนหลายขั้นตอน ซึ่งส่วน

ใหญ่จะเหลือผู้ต้องหาน้อยมากที่จะถูกดำเนินคดีในชั้นศาล จึงนำมาซึ่งความท้อแท้หมดกำลังใจของผู้มีอำนาจใช้กฎหมาย 3) ข้อจำกัดของนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่มีศูนย์รวมอำนาจจากส่วนกลาง ทำให้เกิดการเหมารวมของมาตรการที่ใช้บังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือบริบทที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละชุมชน ทั้งด้านสังคม-วัฒนธรรม (Socio-cultural) และบรรทัดฐานทางสังคม (Social norm) ซึ่งเท่ากับว่ากำลังละเลยปัจจัยที่เป็นหัวใจของความสำเร็จ

มาตรการการใช้สื่อสาธารณะ (Media publicity strategies)

การใช้สื่อสาธารณะทางวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น เป็นมาตรการหนึ่งในการจำกัดการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สื่อสาธารณะส่วนใหญ่มักมีเนื้อหาเน้นหนักไปที่การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) เช่น การให้ความรู้และการรณรงค์ขอความร่วมมือในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน ซึ่งแม้ว่าจะเพียงพอทำให้เกิดกระแสสังคมและสามารถกระตุ้นให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับประเด็นการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนเพิ่มขึ้นในชุมชนก็ตาม[25] แต่การสื่อสาธารณะทางบวกก็มีผลทำให้ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกเกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนได้เพียงเล็กน้อยและเฉพาะในช่วงเวลาสั้นๆ เท่านั้น ในขณะที่การสื่อสาธารณะทางลบ (Negative publicity) ด้วยการเผยแพร่รายชื่อและรายละเอียดเกี่ยวกับการกระทำความผิดของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนกลับมีต้นทุนประสิทธิผลสูงกว่าในการเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามกฎหมายการห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน การใช้สื่อสาธารณะเพื่อสื่อสารถึงเหตุผลความจำเป็นของการปฏิบัติตามกฎหมาย, การเผยแพร่ผลการบังคับใช้กฎหมายให้สาธารณะรับรู้สามารถลดอัตราการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนลงได้ นอกจากนี้การสื่อสาธารณะทางลบยังสามารถยกระดับมาตรการบังคับใช้กฎหมายด้วยการกระตุ้นให้ผู้นำชุมชน ตำรวจ อัยการ และศาลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและดำเนินการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด รวมถึงลงโทษผู้กระทำความผิดอย่างจริงจังอีกด้วยมาตรการการเสริมแรงทางบวก และการเตือนความจำมาตรการเสริมแรงทางบวกด้วยการมอบประกาศนียบัตร และส่งจดหมายแสดงความขอบคุณผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ไม่จำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน และการส่งจดหมายเตือนความจำเกี่ยวกับข้อกฎหมาย หรือการส่งเอกสารเกี่ยวกับข้อเรียกร้องหรือการให้การสนับสนุนต่อกฎหมายดังกล่าวของคนในชุมชนถึงผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ยังจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน ผลการทดลองพบว่า สามารถลดอัตราการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนลงได้โดยเฉพาะกับชุมชนขนาดเล็กที่มีข้อจำกัดในการดำเนินมาตรการบังคับใช้กฎหมายเชิงรุก และเป็นมาตรการที่ให้ผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกันเมื่อนำไปใช้ในการลดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เยาวชน นอกจากนี้ ยังมีการนำการเสริมแรงทางบวก และการเตือนความจำมาใช้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในมาตรการแบบผสมผสาน ซึ่งพบว่าสามารถลดอัตราการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เยาวชนลงได้อีกด้วย[26]

มาตรการแบบผสมผสานและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า วิธีการผสมผสานระหว่างการให้ความรู้การใช้สื่อสาธารณะและการบังคับใช้กฎหมายเป็นมาตรการที่มีผู้สนใจศึกษาไว้จำนวนมาก ทั้งนี้ แม้ว่ามาตรการแบบผสมผสานดังกล่าวจะสามารถกระแสความสนใจ

จากคนในชุมชนได้ แต่ก็มีประสิทธิผลเพียงเล็กน้อยในการลดอัตราการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน มาตรการการจำกัดการเข้าบุหรี่ของเยาวชนจะประสบผลสำเร็จไม่ได้เลยหากในเบื้องต้นชุมชนยังไม่ยอมรับว่าการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนเป็นปัญหาของชุมชน และการรับรู้ปัญหาของชุมชนจะนำไปสู่การตระหนักรู้บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในชุมชนและภาคีที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ต้องระดมพลังทางสังคมเพื่อทำให้อุปสรรคในการดำเนินมาตรการการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนในชุมชนลดลง ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนในลักษณะดังกล่าวมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกด้านการรับรู้และพฤติกรรมการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนในชุมชนนั้นๆ อีกด้วย ดังนั้น การผสมผสานมาตรการร่วมกับการระดมพลังทางสังคมหรือการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้สภาพบริบทที่เป็นอยู่จริงจึงได้รับการยอมรับในวงกว้างว่าเป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการลดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน และมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนในชุมชนด้วย มาตรการแบบผสมผสานและการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ประกอบด้วย

1) การสร้างความตระหนักและการระดมพลังทางสังคมจากสมาชิกในชุมชน

2) การพบปะเยี่ยมเยียนผู้ประกอบการร้านค้าปลีกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนเพื่อให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร

3) การฝึกทักษะที่จำเป็นให้ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในการตรวจสอบอายุจริงของลูกค้าก่อนจำหน่ายบุหรี่ การปฏิเสธการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน และการจับผิดการโกหกอายุจริงของเยาวชนที่มาขอซื้อบุหรี่

4) การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ในชุมชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน

5) การเสริมแรงทางบวกด้วยการส่งจดหมายชื่นชมยินดีกับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ปฏิบัติตามกฎหมายสามารถลดอัตราการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนลงได้ร้อยละ 40.0 ต่อเนื่องแม้ทดสอบภายหลังจากดำเนินมาตรการไปแล้ว 6 เดือนก็ตาม Altman และคณะ[27] ดำเนินการวิจัยเชิงทดลองระยะยาว (Longitudinal study) (ระยะเวลา 3 ปี) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของมาตรการแบบผสมผสานในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก คือ

1) มาตรการให้ความรู้และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่

(1.1) การสร้างการรับรู้ปัญหาการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนในชุมชนโดยการใช้สื่อสาธารณะที่หลากหลาย ได้แก่ หนังสือพิมพ์ การส่งจดหมายเวียน การติดป้ายรณรงค์ ณ จุดจำหน่ายบุหรี่ และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในมหกรรมแสดงสินค้าต่างๆ และ

(1.2) การระดมพลังทางสังคมจากสมาชิกและภาคีที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน โดยการนำเสนอปัญหาต่อสภาท้องถิ่นและการจัดประชุมกลุ่มย่อยของผู้สนใจเพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และการจัดหาทรัพยากรในการจัดการปัญหาการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนในชุมชน

2) มาตรการให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชน ได้แก่

(2.1) การสร้างการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน

(2.2) การพัฒนาศักยภาพการปฏิเสธการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน ได้แก่ การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และการใช้ป้ายสัญลักษณ์หน้าร้านค้าปลีก

(2.3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและเสริมสร้างแรงจูงใจโดยองค์กรต่างๆในชุมชน และ

(2.4) การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อกฎหมายผ่านการออกพบปะเยี่ยมเยียนผู้ประกอบการร้านค้าปลีก การส่งจดหมายและการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสอบถาม

3) มาตรการขับเคลื่อนเชิงนโยบายระดับท้องถิ่น ได้แก่

(3.1) การนำเสนอปัญหาและอภิปรายเกี่ยวกับข้อจำกัดของนโยบายการจำกัดการเข้าถึงยาสูบของเยาวชนในสภาท้องถิ่น และ

(3.2) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์คำแถลงการณ์หรือคำประกาศของสภาท้องถิ่นให้สมาชิกในชุมชนรับรู้ และ

4) มาตรการบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่

(4.1) การส่งจดหมายที่ลงนามโดยผู้มีอำนาจบังคับใช้กฎหมายในชุมชนเพื่อแสดงความขอบคุณผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ปฏิบัติตามกฎหมาย และ

(4.2) การพบปะพูดคุยเพื่อชี้แจงถึงโอกาสในการถูกฟ้องร้องดำเนินคดีกับผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่กระทำผิดกฎหมาย ผลการศึกษาพบว่าในการทดสอบซื้อบุหรี่โดยเยาวชนในครั้งแรกมีอัตราการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนร้อยละ 57.0 และไม่พบการกระทำดังกล่าวเลยในการทดสอบครั้งสุดท้ายมาตรการแบบผสมผสานที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักคือ

1) การระดมพลังทางสังคมจากสมาชิกในชุมชนเพื่อร่วมสนับสนุนการจัดการปัญหาการเข้าถึงยาสูบของเยาวชน

2) การให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีก

3) การชี้แจงผลกระทบที่เกิดจากการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก

4) การใช้สื่อสาธารณะเผยแพร่รายชื่อผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่ปฏิบัติตามกฎหมาย และ

5) การส่งจดหมายเตือนผู้ประกอบการร้านค้าปลีกที่จำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชน

สำหรับประเทศไทย พบว่า มีการพัฒนามาตรการแบบผสมผสานในการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้อย่างหลากหลาย แต่ก็ยังมีข้อจัดกัดอยู่ที่การวัดประสิทธิผลที่เกิดขึ้นอย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่าแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและการระดมพลังทางสังคมของชุมชนเป็นองค์ประกอบหนึ่งของมาตรการแบบผสมผสานซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ในระดับปฏิบัติการต่อไป สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

แนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและการระดมพลังทางสังคมจากชุมชนประกอบด้วย 2 แนวทาง คือ

- การใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เริ่มต้นด้วยกระบวนการให้ความรู้กับผู้ประกอบการร้านค้าปลีก สมาชิกในชุมชน และภาคีที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ การจัดประชุม การจัดอบรม การพบปะเยี่ยมเยียน การให้สุขศึกษา และการรณรงค์เผยแพร่

ประชาสัมพันธ์ในชุมชน หลังจากนั้นจึงใช้กระบวนวิเคราะห์และวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนด้วยเทคนิควิธีการที่หลากหลายได้แก่ การจัดประชาคม การจัดประชุมกลุ่ม การจัดตั้งชมรม และการใช้มาตรการทางสังคม

- การประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) และการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงพัฒนาตามกระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) โดยกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับมาตรการการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนในชุมชนเป็นผู้วางแผนแก้ไขปัญหาด้วยตนเองตั้งแต่การออกแบบ การสำรวจข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การติดตามประเมินผล และการสรุปบทเรียนซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกระบวนการดังกล่าวมีความแตกต่างกันตามศักยภาพในระดับพื้นที่ของแต่ละชุมชน ได้แก่ กลุ่มเครือข่ายสตรีกลุ่มเยาวชนและสภาเยาวชน กลุ่มอาสาสมัคร ในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนและกลุ่มชุมชนปฏิบัติการด้านการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจำหน่ายบุหรี่ให้เยาวชนนอกจากมาตรการแบบผสมผสานและการมีมีส่วนร่วมของชุมชนในการจำกัดการเข้าถึงยาสูบของเยาวชนจะได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผลสูงแล้วยังถูกระบุว่าเป็นมาตรการที่มีความยั่งยืนด้วย ทั้งนี้เพราะว่ามาตรการลักษณะดังกล่าวทำให้เกิดการรับรู้และการระดมพลังทางสังคมในชุมชนอย่างต่อเนื่องกระทั่งสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการยอมรับในเรื่องการเข้าถึงและการสูบบุหรี่ของเยาวชนของสมาชิกในชุมชน ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูบบุหรี่ของเยาวชนด้วย

ท้ายที่สุดการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนให้ประสบผลสำเร็จนั้นควรดำเนินการในลักษณะแผนงานองค์รวม ระหว่างการจำกัดเข้าถึงบุหรี่ทั้งจากแหล่งจำหน่ายโดยตรงและแหล่งทางสังคมอื่นๆการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มเยาวชน และการจัดบริการเลิกบุหรี่ โดยมาตรการดังกล่าวต้องครอบคลุมทั้งในระดับชุมชน โรงเรียน การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และกลุ่มเยาวชน พร้อมๆ กับการดำเนินมาตรการเชิงนโยบายอย่างเข้มงวดและจริงจังเกี่ยวกับการขึ้นราคาจำหน่ายบุหรี่การห้ามโฆษณาบุหรี่อย่างเบ็ดเสร็จ การใช้สื่อสร้างกระแสทางสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง และการห้ามแบ่งจำหน่ายบุหรี่แบบแยกมวน ตลอดจนความพยายามในการขัดขวางกลยุทธ์ทางการตลาดใหม่ๆ ของบริษัทบุหรี่

บทสรุป

บุหรี่เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งเป็นที่ประจักษ์ว่าการสูบบุหรี่ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง องค์การอนามัยโลกได้มีการสร้างกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบหรือ Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) เพื่อให้แต่ละประเทศนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมยาสูบ การดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยได้รับการยอมรับจากทั่วโลกโดยเฉพาะกฎหมายเพื่อการควบคุมยาสูบ ซึ่งทั่วโลกยกย่องประเทศไทยว่ามีกฎหมายที่ดีที่สุด แต่ยังมีผู้สูบรายใหม่หรือนักสูบหน้าใหม่เกิดขึ้นอยู่เสมอ โดยเฉพาะนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชน จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปี 2560 พบว่า ประชากรไทยเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 18 – 19 ปี และมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ คือ 16 ปี

การเกิดนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชนมีหลายสาเหตุ กล่าวคือ ตนเอง เพื่อน ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชนซึ่งสังคมไทยต้องสร้างการเปลี่ยนแปลงครอบคลุมสาเหตุของการเกิดนักสูบหน้าใหม่ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงระดับนโยบายกฎหมายและมาตรการต่างๆในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การเปลี่ยนแปลงระดับสังคมและวัฒนธรรมในการป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ และการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคลในการป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวถือเป็นความท้าทายอย่างมากของประเทศไทย แต่เป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และสามารถป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักควบคุมบริโภคยาสูบ. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2559-2562. นนทบุรี: ไนซ์เอิร์ธ ดีไซน์; 2559.
2. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์, ปวีณา ปั้นกระจ่าง, บรรณาธิการ. สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2559.
3. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. คู่มือการรักษาโรคเสพติดยาสูบสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: มณปรียา กราฟฟิค; 2559.
4. Tomkins SS. Psychological model for smoking behavior. Am J Public Health Nations Health. 1966;56(12):17-20.
5. ประภาพร นันทการัตน์. การศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ [รายงานการวิจัย]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ; 2552.
6. HealthLinkBC. The Harmful Effects of Second-hand Smoke [Internet]. British Columbia: HealthLinkBC; c2021 [Update 2019 May]. Available from: https://www.healthlinkbc.ca/healthlinkbc-files/second-hand-smoke
7. MGR Online. ควันบุหรี่มือสาม...อันตรายกว่าที่คิด (Infographic) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: MGR Online; c2014-2021 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://mgronline.com/qol/detail/9560000088999
8. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2017 Monitoring tobacco use and prevention policies [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2017. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf;jsessionid=138B7C18E6301D83171578A50B47F425?sequence=1
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2557.
10. World Health Organization. Intimidation: Stop tobacco industry interference. Geneva: World Health Organization; 2012.

11. Khasabai S, Thiraluk P, Mothana N, Preejumrus N, Thinmuang T, Kengganpanich M. Effect of School Based Health Education Activities for New Smoker's Protection. Thai Journal of Health Education. 2015;38(3):54-64.
12. Pittayarangsarit S, Pankrachang P, editors. Thailand Tobacco Consumption Statistics Report 2018. Bangkok: Careindeemungkong Publishing; 2018.
13. Pittayarangsarit S, Pankrachang P, Sitabut D, editors. Summary of 25 years: Tobacco Consumption Control in Thailand 1992 - 2017. Bangkok: Careindeemungkong Publishing; 2017.
14. Bureau of Tobacco Control. Tobacco consumption international survey. Nonthaburi: Bureau of Tobacco Control; 2015.
15. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2005. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1
16. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. National Tobacco Control Strategy Vol.2 2015-2019. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center; 2015.
17. Prutipinyo C. Comprehensive Tobacco Control Laws and Policies. Public Health & Health Laws Journal. 2015;1(3):254-71.
18. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์. การทบทวนวรรณกรรมเรื่องมาตรการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2558;45(3):310-23.
19. Diemert L, Dubray J, Babayan A, Schwartz R. Strategies Affecting Tobacco Vendor Compliance with Youth Access Laws: A Review of the Literature. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit; 2013.
20. DiFranza JR, Rigotti NA. Impediments to the enforcement of youth access laws. Tobacco Control. 1999;8(2):152-5.
21. Miura M, Berman M, Dodds W. Tobacco Retail Licensing: Local Regulation of the Number, Location, and Type of Tobacco Retail Establishments in New York [Internet]. Boston: The Center for Public Health & Tobacco Policy; 2010 [cited 2021 Feb 9]. Available from: https://publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/nycenter-syn-retaillicensing-s010.pdf
22. Glanz K, Jarrette AD, Wilson EA, O'Riordan DL, Jacob Arriola KR. Reducing minors' access to tobacco: eight years' experience in Hawaii. Prev Med. 2007;44(1):55-8.

23. Landrine H, Klonoff EA, Alcaraz R. Asking age and identification may decrease minors' access to tobacco. Prev Med. 1996;25(3):301-6.
24. DiFranza JR. Best practices for enforcing state laws prohibiting the sale of tobacco to minors. J Public Health Manag Pract. 2005;11(6):559-65.
25. Simcoe County District Health Unit. Reducing Youth Access and Supply to Tobacco in Simcoe County and Peterborough [Internet]. Barrie, ON: Simcoe County District Health Unit; c2001 [cited 2021 Jan 2]. Available from: https://www.ptcccfc.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=114495
26. Tools of Change. Reward and Reminder Reduces Illegal Cigarette Sales [Internet]. Canada: Tools of Change; c1996-2021 [cited 2021 Jan 2]. Available from: http://www.toolsofchange.com/en/casestudies/detail/630
27. Altman DG, Wheelis AY, McFarlane M, Lee H, Fortmann SP. The relationship between tobacco access and use among adolescents: a four community study. Soc Sci Med. 1999;48(6):759-75.