

สถานการณ์บ้านปลอดบุหรี่และพฤติกรรมสูบบุหรี่ของพ่อ

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์^{*1,2} เบญจวรรณ ดันประดิษฐ์¹

ศิริณี โต๊ะสัน¹ ขวลา ภาณุตานนท์ ณ มหาสารคาม³

¹ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล

² สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

³ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินการเปลี่ยนแปลงอัตราการได้รับควันบุหรี่ในบ้านของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ.2550 ถึง พ.ศ.2554 2) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อ และ 3) ศึกษาทัศนคติและความต้องการที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของพ่อ ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการสำรวจทั้งแหล่งข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกปี พ.ศ. 2552 และ 2554 และการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปี พ.ศ.2550 และ 2554 และข้อมูลปฐมภูมิจากโครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อที่สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกับพ่อที่สูบบุหรี่และมีลูกอายุไม่เกิน 10 ปี และอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครรวมจำนวนทั้งสิ้น 403 ตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบขั้นภูมิหลายชั้น ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 36-40 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับควันบุหรี่ในบ้านตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง ร้อยละ 80 ของพ่อผู้สูบบุหรี่มีการสูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้านส่วนพ่อที่สูบบุหรี่พบว่ามีถึงสองในสาม (ร้อยละ 68.2) ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ในบริเวณบ้านส่วนต่างๆ ได้แก่ บริเวณรั้วบ้าน บริเวณระเบียงบ้านและห้องน้ำ ความกังวลใจของพ่อที่สูบบุหรี่ พบว่า กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองร้อยละ 55.4 และกังวลใจในเรื่องสุขภาพของลูกร้อยละ 45.8 และกังวลเรื่องการเปลี่ยนแปลงในการสูบบุหรี่ร้อยละ 52.1 สำหรับการเลิกบุหรี่ ร้อยละ 54.6 มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่โดยระบุเหตุผลสำคัญคือ เพื่อสุขภาพของตนเอง/มีปัญหาเรื่องสุขภาพ รองลงมาเพื่อสุขภาพของลูกและภรรยา และร้อยละ 56.0 เห็นด้วยกับการรณรงค์ให้บ้านปลอดบุหรี่

ดังนั้นควรเพิ่มการรณรงค์สร้างกระแสการไม่สูบบุหรี่ในทุกพื้นที่ของบ้านและให้สถานบริการสาธารณสุข/คลินิกเด็กที่ทำงานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเล็กได้บูรณาการการช่วยเหลือผู้ปกครองเข้าไว้ในแผนการรักษาเด็กเล็ก

คำสำคัญ: การสูบบุหรี่ของพ่อ / ควันบุหรี่มือสอง / บ้านปลอดบุหรี่

* Corresponding author:ดร.พญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.),

E-mail pitayarangsarit@gmail.com

The Situation of Smoke-Free Homes and Father's Smoking Behaviors

Siriwan Pitayarangsarit^{*1,2}, Benjawan Danpradit¹,
Sironee Tohsan¹, Chawala Pawaphutanondh Na Mahasarakham³

1 Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC), Mahidol University

2. International Health Policy Program, Thailand

3. Anti-smoking for Health (ASH-Thailand)

Abstract

This study aimed to 1) evaluate the transition rate of the level of second-hand smoke at home in populations of Thailand between 2007-2011, 2) to study smoking behavior of father, 3) identify problems and effects from the smoking at home from fathers' perspectives, and 4) to describe fathers' attitude and need to prevent and resolve effects from the second-hand smoke in home. This quantitative research used secondary data from the Global Adult Tobacco Survey, Thailand country report in 2009 and 2012 and the Smoking and Alcohol Drinking Behavior Survey in 2007 and 2011. Also, the researchers used a primary data from the father smoking survey. Data were collected by questionnaire interview with 403 smoking dad who have a child aged not more than 10 year olds. Samples were selected from Bangkok with a stratified multi-stage sampling. The results from national surveys found that in the year 2011, about 36-40 percent of populations aged 15 years and above exposed to second-hand smoke at home at least once a month and 80 percent of smokers smoked at home. The father survey found that two third (68.2%) of fathers smoked at home, mostly in front of fence, at the terrace and the rest room. Smoking dads had concerns on their health (55.4%), concerns on child's health (45.8%), and about smoking imitation in child (52.1%). 54.6 percent of smoking dad had thought to quit smoking with the reasons from their health problems and their child's and couple's health problems, respectively. Fifty-six agreed with the smoke-free home campaign. So, campaign for smoke free home and integration in child health clinic are important for child health and quit smoking of caregivers.

KEY WORDS: SMOKING BEHAVIOR OF DAD / SECONDHAND SMOKE / SMOKE-FREE HOME

*Corresponding author: Siriwan Pitayarangsarit , E-mail pitayarangsarit@gmail.com

บทนำ

การสูบบุหรี่ในบ้านก่อให้เกิดผลกระทบต่อจากควันบุหรี่มือสอง องค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่ามีเด็กเกือบ 700 ล้านคนหรือเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรเด็กทั่วโลกหายใจเอาอากาศปนเปื้อนควันบุหรี่ที่ลอยอยู่ในอากาศเข้าสู่ร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออยู่ในบ้าน ยืนยันได้จากปริมาณของโคตินิน (cotinine) ซึ่งเป็นผลจากการย่อยสลายของสารนิโคติน (nicotine) ในควันบุหรี่สามารถตรวจพบได้จากในน้ำลายและปัสสาวะของเด็กที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ปกครองหรือสมาชิกของครอบครัวสูบบุหรี่ ในปริมาณที่สูงกว่าเด็กที่ผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวไม่สูบบุหรี่¹ ทั้งเด็กและผู้หญิงที่ได้รับสัมผัสสูงสุดมควันบุหรี่มือสองในบ้านมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยจากโรคที่มีสาเหตุจากควันบุหรี่ โดยเฉพาะเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ในครัวเรือนที่มีสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่และมีการอุ้มเด็ก เล่นหรือมีกิจกรรมกับเด็กอย่างใกล้ชิดและ/หรือป้อนอาหารให้เด็ก การศึกษาในประเทศไทยโดยเนาวรัตน์ เจริญค้าและคณะ ทำการศึกษาในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 462 คน พบว่าเด็กที่มีสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคหายใจส่วนล่างเพิ่มขึ้น 3.82 เท่า² และการศึกษาการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ชุมชนข้างเผือก จ. นครราชสีมาโดยวิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนาและคณะ ในกลุ่มตัวอย่าง 80 ครัวเรือน พบว่า

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคหัด ร้อยละ 91.84 ป่วยด้วยโรคภูมิแพ้ ร้อยละ 8.16 โดยความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการที่มีผู้สูบบุหรี่ภายในบ้าน³ การที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจได้มากขึ้น เช่น โรคหัด หูดลมอักเสบ และปอดอักเสบ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะร่างกายยังอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันโรคต่ำเพราะการกำจัดสารคัดหลั่งได้ยาก ทำให้หลอดลมอุดตันได้ง่าย อาจเกิดอาการหอบเหนื่อย หรือได้ยินเสียงวี๊ดได้ ในระยะยาวอาจเกิดอาการหอบซ้ำได้ การศึกษาในประเทศไทยอีกชิ้นยืนยันว่าเด็กเล็กที่ได้รับควันบุหรี่ในบ้าน ได้รับนิโคติน ซึ่งสามารถตรวจพบสารโคตินิน ในปัสสาวะเด็ก ร้อยละ 40.7⁴ นอกจากนี้ ทารกในครรภ์ที่ได้รับควันบุหรี่ ก็อาจส่งผลให้แท้งหรือคลอดก่อนกำหนดตามด้วยปัญหาพัฒนาการของสมองและปอดต่ำกว่าปกติ รวมทั้งเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเมื่อโตขึ้น 2 เท่า แม้ไม่ได้สูบบุหรี่⁵

อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับบุคคลที่สูบบุหรี่ภายในบ้านพบว่าส่วนใหญ่เป็นพ่อ ซึ่งสังคมคาดหวังบทบาทพ่อให้เป็นแบบอย่างของสมาชิกในครอบครัว และให้เป็นผู้ใหญ่ที่เป็นต้นแบบที่ดีแก่เด็กด้วยการไม่สูบบุหรี่ในบ้านและในทุกสถานที่ที่มีเด็กอยู่ เพื่อสุขภาพของคนในบ้านโดยเฉพาะลูก การสูบบุหรี่ของพ่อนอกจากจะส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแล้ว

ยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจภายในครัวเรือนอีกด้วย⁶ มากกว่านั้นการสูบบุหรี่ในบ้านนอกจากจะมีควันบุหรี่มือสองแล้ว ยังมี “ควันบุหรี่มือสาม” คือสารพิษจากควันบุหรี่ที่ตกค้างอยู่ตาม กำแพง เพดาน ฝุ่น พรม เครื่องปรับอากาศ รวมทั้งติดอยู่ตามเสื้อผ้าของผู้สูบบุหรี่ด้วย ดังนั้น แม้ผู้สูบบุหรี่จะไม่สูบในห้องให้บริบทผู้อื่นโดยตรง แต่ควันบุหรี่มือสามจะเป็นช่องทางที่คนอื่นๆ จะได้รับอันตรายจากสารพิษในบุหรี่ไม่น้อยไปกว่าตัวผู้สูบเอง⁷

โครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า บ้านที่มีการห้ามสูบบุหรี่ มีสัดส่วนวัยรุ่นไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84) สูงกว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 16) ส่วนบ้านที่ไม่มีข้อห้ามในการสูบบุหรี่ในบ้าน พบสัดส่วนของวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ต่ำกว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่เล็กน้อย แสดงให้เห็นว่า การสร้างกติกามีการห้ามสูบบุหรี่ในบ้านมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน ดังนั้น จะต้องรณรงค์และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ไม่สูบบุหรี่ภายในบ้านด้วย⁸ โดยจะต้องร่วมกันสร้างความตระหนักและสร้างความเข้าใจในการดูแลและปกป้องสมาชิกภายในครอบครัวเพื่อไม่ให้ได้รับควันบุหรี่มือสองหรือได้รับควันบุหรี่มือสองน้อยที่สุด ซึ่งมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ได้ชูประเด็นการรณรงค์ เรื่อง “บ้านปลอดบุหรี่” มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และได้ดำเนินกิจกรรมรณรงค์ใน

หลายรูปแบบทั้งในลักษณะสื่อสารสาธารณะ ที่ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกิจกรรมมุ่งเป้าไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น นักเรียนในโรงเรียนระดับอนุบาล ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ในครอบครัว และประชาชนทั่วไป โดย มูลนิธิรณรงค์ฯ ได้พัฒนาและจัดทำข้อมูลเอกสาร ชุด “ทำไมบ้านปลอดบุหรี่” และ “ควันบุหรี่เป็นอันตรายต่อเด็ก” ใช้เป็นสื่อในโรงเรียนอนุบาล สนับสนุนให้นักเรียนอนุบาลเป็นผู้รณรงค์ให้บ้านปลอดบุหรี่นอกจากนี้ยังมีการประกวด “โมบาย...เพื่อบ้านปลอดบุหรี่” ในโรงเรียนอนุบาล⁹

ในปี พ.ศ. 2549 ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) มีโครงการร่วมกับมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในการศึกษาทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นปรากฏการณ์การสูบบุหรี่ในบ้านให้มีความชัดเจนขึ้น ทั้งการเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ในการศึกษาเชิงปริมาณ มูลนิธิฯ ได้มอบหมายให้ศูนย์วิจัยเอแบคโพลล์ทำการสำรวจสถานการณ์ในเชิงปริมาณ ในส่วนปรากฏการณ์และข้อมูลเชิงคุณภาพ ศจย.สนับสนุนการศึกษาเพื่อเข้าใจปรากฏการณ์ในเชิงลึก ซึ่งจะช่วยอธิบายสถานการณ์ในเชิงปริมาณได้อย่างลึกซึ้ง อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและบริบทของสังคมไทยทั้งในภาคเมืองและชนบท ผลการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ครั้งนั้นพบว่า คนไทยที่สูบบุหรี่ครึ่งหนึ่ง

หรือ 5 ล้านคน สูบบุหรี่ภายในตัวอาคารบ้าน ทำให้สมาชิกในครอบครัวถึง 10 ล้านคน ต้องหายใจเอาสารก่อมะเร็งจากควันบุหรี่มือสองเข้าสู่ร่างกายทุกวัน และจากข้อมูลการวิจัยเจาะลึก (focus group) ของ ศจย. พบว่า ผู้ตอบที่มีคุณพ่อหรือคุณแม่ที่สูบบุหรี่ในบ้าน ลูกจะมีความรู้สึกไม่ชอบ ลูกมีความเครียดเรื่องการสูบบุหรี่ของพ่อแม่ ทั้งขัดแย้งในใจ และไม่เห็นด้วย¹⁰ นอกจากนี้งานศึกษาของมณฑล เก่ง การพานิชยังชี้ว่าการสูบบุหรี่ในบ้านนับเป็น ความรุนแรงทางสังคมที่สังคมไม่ได้ให้ความสนใจมากนัก¹¹

ดังนั้นการประเมินสถานการณ์การสูบบุหรี่ในบ้าน นอกจากจะเป็นการประเมินความก้าวหน้าของการรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ของประเทศไทยแล้ว ยังจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการควบคุม การป้องกันและการควบคุมการบริโภคต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงอัตราการได้รับควันบุหรี่ในบ้านของประชากรไทย ระหว่าง พ.ศ.2550 ถึง พ.ศ.2554
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อ
3. เพื่อศึกษาทัศนคติและความต้องการของพ่อที่จะป้องกันแก้ไขผลกระทบจากควันบุหรี่และปัญหาและผลกระทบจากการสูบบุหรี่ที่บ้านของพ่อ

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลจากการสำรวจทั้งแหล่งข้อมูลทุติยภูมิและข้อมูลปฐมภูมิดังนี้

1. การประเมินการได้รับควันบุหรี่ในบ้านใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก พ.ศ.2552 และ พ.ศ.2554 และการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

2. การประเมินพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อ ใช้ข้อมูลปฐมภูมิของการสำรวจที่จัดทำโดยความร่วมมือระหว่าง มูลนิธิธรรมาภิบาล เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล ในโครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อกับการได้รับควันบุหรี่มือสองจากสมาชิกภายในครอบครัว¹² ด้วยการสัมภาษณ์พ่อที่สูบบุหรี่และมีลูกอายุไม่เกิน 10 ปี และอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร รวมจำนวนทั้งสิ้น 403 ตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิหลายชั้น (Stratified Multi-Stage Sampling) โดยทำการแบ่งพื้นที่กรุงเทพมหานครออกเป็นชั้นในชั้นกลาง และชั้นนอก ซึ่งมีลำดับชั้นของการสุ่มตัวอย่างดังนี้คือ เขตปกครอง เป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง บล็อก (ที่เลือกตั้ง) เป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่สอง และพ่อที่สูบบุหรี่และ

มีลูกอายุไม่เกิน 10 ปี ในตัวอย่างบล็อก (ที่เลือกตั้ง) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2553

ผลการวิจัย

ผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกที่ดำเนินการในประเทศไทย 2 ครั้ง คือปี พ.ศ. 2552¹³ และ 2554 และการสำรวจ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับควันบุหรี่ในบ้านตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้งเป็นร้อยละ 33.2, 36, และ 40 เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้สูบบุหรี่ พบว่า มีการสูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้านตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้งร้อยละ 59 และ 81 ในปีพ.ศ.2550 และ 2554 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของการได้รับควันบุหรี่ในบ้านตนเอง ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2550-2554

	พ.ศ.2550	พ.ศ.2552	พ.ศ.2554	แหล่งข้อมูล
1. ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับควันบุหรี่ในบ้านตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง	ไม่ได้สำรวจ	33.2	36.0	การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก
2. ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับควันบุหรี่ในบ้านตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง	ไม่มีข้อคำถามนี้	ไม่ได้สำรวจ	40.0*	การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา
3. ร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไป มีการสูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้านตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง	59.0*	ไม่ได้สำรวจ	80.6*	การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มสุรา

หมายเหตุ: *วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา สำนักงานสถิติแห่งชาติ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อ

จากกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ 403 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร สูบบุหรี่เฉลี่ย 11.2 มวนต่อวัน บุหรี่ที่นิยมสูบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ บุหรี่รีสมาตรฐาน (ร้อยละ 69.6) รองลงมาคือ รสเมนทอล (ร้อยละ 18.2)

และ ยาเส้นมวนเอง (ร้อยละ 13.2) อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเฉลี่ย 16.85 ปี สวนบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่มากเป็นอันดับแรก คือ พ่อ (ร้อยละ 49.6) รองลงมาคือ พี่/น้องชาย (ร้อยละ 37.2) และลุง/ป้า/น้า/อา (ร้อยละ 12.7) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างอีก

ร้อยละ 34.5 ระบุไม่มีบุคคลอื่นในบ้านสูบบุหรี่เลย สรุปได้ว่า พ่อสูบบุหรี่ในบ้านสูงมากกว่าบุคคลสถานภาพอื่นๆ

บริบทการสูบบุหรี่ของพ่อ

พ่อซึ่งเป็นบุคคลที่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ นั้น พบว่าสถานที่ที่สูบบุหรี่ของพ่อ ร้อยละ 68.2 สูบบุหรี่ที่บ้าน หรือในบริเวณบ้าน โดยสูบบุหรี่ในบริเวณ ประตูรั้วหน้าบ้าน ข้างนอกรั้วบ้าน ขานบ้านและห้องน้ำ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างร้อยละ 17.5 สูบในห้องที่วี ร้อยละ 9.5 สูบในห้องรับแขก และร้อยละ 8.4 สูบในห้องนอน (ตารางที่ 2) ในขณะที่สูบบุหรี่ในบ้านนั้นบุคคลที่อยู่ใกล้เคียงมากที่สุดคือ ภรรยา (ร้อยละ 30.2) รองลงมา คือ ลูก (ร้อยละ 10.9) และพ่อแม่

(ร้อยละ 4.7) และร้อยละ 31.8 ระบุไม่เคยสูบบุหรี่ที่บ้านหรือในบริเวณบ้าน โดยคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ที่บ้านหรือในบริเวณบ้าน ระบุเหตุผลที่ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน คือ มีลูก/มีเด็กเล็กอยู่ในบ้าน (ร้อยละ 28.1) เพื่อสุขภาพของคนในครอบครัว (ร้อยละ 16.5) และภรรยาไม่ให้สูบ (ร้อยละ 14.1) เหม็นควันบุหรี่ (ร้อยละ 13.2) และไม่อยากเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี (ร้อยละ 10.7) ตามลำดับ สำหรับปฏิกิริยาหรือวิธีที่ลูกแสดงออกเพื่อคัดค้านการสูบบุหรี่ของพ่อ ส่วนใหญ่จะเป็นการบอกว่าไม่อยากให้สูบ/อยากให้เลิก ร้อยละ 40 รองลงมาคือ บ่น (ร้อยละ 29.1) และบอกว่ามีกลิ่นเหม็น (ร้อยละ 20.0) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 แสดงค่าร้อยละของบริบทการสูบบุหรี่ของพ่อ พ.ศ. 2553 (n=403)

บริบทการสูบบุหรี่ของพ่อ	ร้อยละ
บริเวณบ้านที่พ่อใช้เป็นที่สูบบุหรี่เป็นประจำ	
ห้องน้ำ	33.8
ห้องดูโทรทัศน์	17.5
ห้องรับแขก	9.5
ห้องนอน	8.4
ห้องครัว/ห้องอาหาร	3.6
บริเวณระเบียง/ชานบ้าน	38.2
ประตูรั้วหน้าบ้าน	42.2
ริมรั้ว(ด้านนอก)	38.9
ใต้ต้นไม้	20.7
สนามหญ้า	20.7
ริมรั้ว (ด้านใน)	11.6
ใต้ถุนบ้าน	9.5
บริเวณโรงรถ	7.3
ดาดฟ้า/หลังคาบ้าน	8.0
บุคคลที่เคยอยู่ใกล้ขณะที่สูบบุหรี่ในบ้าน	
ภรรยา	30.2
ลูก	10.9
พ่อ แม่ (ของตนหรือของภรรยา)	4.7
ญาติผู้ใหญ่	2.5
คนอื่น เช่น เพื่อน พี่น้อง	9.1
ไม่เคยสูบเมื่อมีคนอื่นอยู่ด้วย	61.1

ตารางที่ 3 ร้อยละและจำนวนของตัวอย่างจำแนกตาม วิธีที่ “ลูก” แสดงออกในการคัดค้านการสูบบุหรี่

วิธีที่ “ลูก” แสดงออกคัดค้านการสูบบุหรี่ (n=403)	ร้อยละ
บอกว่าไม่อยากให้พ่อสูบบุหรี่/อยากให้เลิก	40.0
ลูกบ่น	29.1
บอกว่ากลิ่นเหม็น	20.0
แสดงความรังเกียจ เช่น ทางสีหน้า ทำท่าทางที่ไม่ชอบ	7.3
บอกอย่างเป็นทางการว่าสูบบุหรี่ไม่ดีต่อสุขภาพ/มีโรคร้ายตามมามากมาย	1.8
ทำให้บุคคลอื่นมีสุขภาพที่ไม่ดีด้วย	1.8

หมายเหตุ เฉพาะคนที่ตอบว่า “ลูก” คัดค้านการสูบบุหรี่

ความกังวลจากการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างเกินกึ่งครึ่ง (ร้อยละ 55.4) มีความกังวลต่อ “สุขภาพของตนเอง” ที่เกิดจากการสูบบุหรี่โดย ร้อยละ 45.8 ระบุว่ามีความกังวลต่อ “สุขภาพของลูกที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของพ่อ” โดยให้เหตุผลที่สำคัญเรียงตามลำดับดังนี้ คือ 1) ควันบุหรี่ยังให้โทษต่อร่างกายแล้วส่งผลต่อสุขภาพของลูก ร้อยละ 69.9 2) ลูกยังเล็ก ร้อยละ 15.7 และ 3) ลูกสุขภาพไม่ดี/ ลูกไม่สบายบ่อย ร้อยละ 14.4 ในขณะที่ร้อยละ 36.2 ระบุว่าไม่กังวล โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ระบุเหตุผลที่ไม่กังวล คือ 1) ไม่ได้สูบบุหรี่ในขณะที่ลูกอยู่ด้วย (ร้อยละ 88.0) และ 2) สูบในจำนวนที่น้อยและออกไปสูบนอกบ้านเสมอ มีคาร้อยละ 6.0 เท่ากัน นอกจากนี้ในด้านความกังวลว่า “ลูกจะเลียนแบบการสูบบุหรี่ของพ่อ” นั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินกึ่งครึ่ง (ร้อยละ 52.1) ระบุว่า

ว่ามีความกังวล โดยระบุประเด็นที่กังวลส่วนใหญ่คือ “กังวลว่าลูกจะไม่ภาคภูมิใจในตัวพ่อจากการที่พ่อสูบบุหรี่” (ร้อยละ 45.4) ในขณะที่ร้อยละ 38.2 ระบุว่าไม่กังวล เมื่อสอบถามถึงความคิดเห็นต่อความจำเป็นที่จะป้องกันไม่ให้ “ลูกได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของพ่อ” พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.1 ระบุว่ามีความจำเป็นที่จะป้องกัน

ความต้องการและวิธีการเลิกสูบบุหรี่

เมื่อสอบถามความคิดเห็นที่จะเลิกสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินกึ่งครึ่ง (ร้อยละ 54.6) มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยให้เหตุผลที่สำคัญเรียงตามลำดับมากที่สุด คือ เพื่อสุขภาพของตนเอง/มีปัญหาเรื่องสุขภาพ (ร้อยละ 51.7) รองลงมาคือ เพื่อสุขภาพของลูกและภรรยา (ร้อยละ 18.0) และเสียเงินค่า

บุหรีมามากแล้ว/เปลืองเงิน (ร้อยละ 9.3) โดยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้เคยลองเลิกบุหรีร้อยละ 78.2 ในขณะที่ร้อยละ 15.6 ระบุว่ายังไม่คิดจะเลิก โดยให้เหตุผล คือสูบบุหรี่เพราะความเคยชิน (ร้อยละ 43.4) รองลงมาคือสูบบุหรี่ในจำนวนน้อย/ไม่ได้สูบบุหรี่จริงจัง (ร้อยละ 24.5) และเป็นความสุขส่วนบุคคล (ร้อยละ 11.3) ตามลำดับ สำหรับการงดสูบบุหรี่ในบ้านคิดว่าจะทำให้ร้อยละ 50.5 โดยวิธีการเลิกบุหรีที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าได้ผลดีที่สุดคือหยุดสูบบุหรี่/หักดิบ (ร้อยละ 29.2) รองลงมาคืออมลูกอม/ เคี้ยวหมากฝรั่ง/ อมยาอม (ร้อยละ 18.4) และค่อยๆ ลดปริมาณลงแล้วจะเลิกได้ในที่สุด (ร้อยละ 15.4) สำหรับหน่วยงานที่จะช่วยเหลือให้คนเลิกบุหรีได้มากที่สุดนั้น คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข/สถานอนามัย (ร้อยละ 28.8) รองลงมาคือโรงพยาบาล (ร้อยละ 27.9) และ โทร. 1600 (ร้อยละ 15.4) ตามลำดับ

การรณรงค์ให้ “บ้านเป็นเขตปลอดบุหรี”

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.0 ระบุเห็นด้วยกับการรณรงค์ให้ “บ้านเป็นเขตปลอดบุหรี” เพื่อสุขภาพของคนใน ครอบครัว/ ปัญหาสุขภาพจะลดลงทำให้บ้านปลอดมลพิษทางบุหรี/ทำให้ครอบครัวปลอดบุหรีและทำให้สภาพแวดล้อมในครอบครัวดีขึ้น ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 2.8 ที่ไม่เห็นด้วย เพราะเห็นว่าเป็นที่ส่วนตัวเป็นสิทธิส่วนบุคคล

บุคคลซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะในการทำให้ “บ้านปลอดบุหรี” ที่สำคัญคือไม่ควรสูบบุหรี่ที่บ้านของตัวเองและผู้ใหญ่ควรต้องเป็นตัวอย่างให้กับคนในบ้าน อยากให้มีการรณรงค์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยมีตัวอย่างแสดงความสำเร็จของโครงการนำเสนอบ่อยๆ และมีการแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่/คนในบ้านคอยตักเตือน เป็นต้น

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า พ่อส่วนใหญ่พยายามสูบนอกพื้นที่ที่มีการใช้ร่วมกันเช่น ริมรั้วบ้าน และระเบียง แต่ก็มีส่วนยังสูบบุหรี่ภายในตัวบ้าน ได้แก่ ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องนอน และห้องรับแขก เป็นต้น โดยงานวิจัยของโครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ (TIC-SEA Thailand) มหาวิทยาลัยมหิดลในหัวข้อการจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ในบ้านกับพฤติกรรมการเข้าถึงบุหรีของเยาวชน พบว่าการห้ามให้มีการสูบบุหรี่ทุกพื้นที่ในบ้านมีผลต่อพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ของเยาวชนโดยบ้านที่ห้ามสูบบางพื้นที่เพิ่มความเสี่ยงในการสูบบุหรี่ 2 เท่า และบ้านที่อนุญาตให้สูบบุหรี่ได้ทุกพื้นที่ในบ้านจะเพิ่มความเสี่ยงในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นถึง 3 เท่า⁸ เมื่อเทียบกับบ้านที่ห้ามสูบบุหรี่ทุกพื้นที่ และจากการที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้จัดทำโครงการต้นแบบในการรณรงค์ให้บ้านปลอดบุหรี

ร่วมกับมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาไม่สูบบุหรี่ โดยมุ่งหวังที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไทยไม่ให้สูบบุหรี่ในบ้าน เพื่อลดอันตรายจากควันบุหรี่มือสองในบ้าน กิจกรรมประกอบด้วย การจัดระบบบริการเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ให้กับผู้ใช้บริการ การฝึกอบรมพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในการประเมิน ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ แจกสื่อที่เกี่ยวข้องแก่ครอบครัวเด็กที่มีผู้สูบบุหรี่ มีระบบแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่ไปปรึกษาคลินิกอดบุหรี่ และมีระบบติดตามประเมินผล ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า บุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่คือ พ่อ จากการดำเนินโครงการได้พบผู้ที่เคยสูบบุหรี่ในบ้าน 1,314 คน (ในหนึ่งปีแรก) พบว่า มีผู้เลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 3.43 ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน ร้อยละ 40.57 และไม่เปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 56.02 ในช่วง 2 ปีต่อมาทางสถาบันฯ ได้ขยายโครงการเป็นโครงการเครือข่ายบ้านปลอดบุหรี่อีก 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ โรงพยาบาลพิษณุโลก และโรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช ซึ่งเครือข่ายทั้ง 7 แห่งได้ดำเนินการ “โครงการบ้านปลอดบุหรี่” อย่างมีประสิทธิภาพและประสบ

ความสำเร็จ จากการติดตามผลการดำเนินงานของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (พ.ศ. 2552– 2554) จากคนที่สูบบุหรี่ในบ้าน 6,220 คน พบว่า สูบในบ้านลดน้อยลงร้อยละ 39.4 เปลี่ยนพฤติกรรมจากสูบในบ้านเป็นนอกบ้านร้อยละ 32.9 หากแต่ไม่มีผู้เลิกสูบ¹⁴

จากการสำรวจที่พบว่าพ่อที่คิดจะเลิกสูบมี ร้อยละ 54.6 ซึ่งใกล้เคียงกับค่าของประชากรทั่วไป¹⁵ ทำให้เห็นว่าการรณรงค์และมาตรการจูงใจให้พ่อเลิกบุหรี่ ยังไม่มีมาตรการที่จำเพาะมากพอที่จะช่วยให้พ่อตัดสินใจอยากเลิกบุหรี่ ซึ่งจากการสำรวจครั้งนี้พบว่า พ่อกังวลต่อสุขภาพของตนเองสูงสุด ส่วนความกังวลต่อสุขภาพของลูก และกังวลเรื่องการเลียนแบบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพ่อ รองลงมาตามลำดับ ซึ่งในแนวคิดทางจิตวิทยาของ แบนดูรา ที่ได้เสนอแนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต” หรือ “การเลียนแบบ” ซึ่งเขาได้กล่าวว่า คนเรามีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวเราอยู่เสมอการเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้งบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกัน พฤติกรรมของคนเราส่วนมากจะเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) หรือการเลียนแบบจากตัวแบบ (Modeling) สำหรับตัวแบบไม่จำเป็นต้องเป็นตัวแบบที่มีชีวิตเท่านั้น แต่อาจจะเป็นตัว

สัญลักษณ์ เช่น ตัวแบบที่เห็นในโทรทัศน์หรือภาพยนตร์หรืออาจจะเป็นรูปภาพการ์ตูนหนังสือก็ได้¹⁶ ซึ่งเมื่อเปรียบกับการที่ลูกมองเห็นพ่อสูบบุหรี่ หรือที่บ้านของเยาวชนนั้นมีสมาชิกภายในบ้านที่สูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ๆ เด็กก็จะเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ธรรมดา เพราะเด็กเกิดการเรียนรู้ด้วยการสัมผัส และเห็นการสูบบุหรี่จนเกิดความเคยชินและสุดท้ายก็จะนำไปสู่การสูบบุหรี่ของเยาวชนในที่สุด อย่างไรก็ตามจากรายงานความคิดเห็นต่อการรณรงค์ “บ้านปลอดบุหรี่”: กรณีศึกษาผู้ประกอบการที่ใช้บริการและบุคลากรของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีในปี พ.ศ. 2551 โดยความร่วมมือระหว่าง มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาไม่สูบบุหรี่, ศูนย์วิจัยเฝ้าระวังวัฏกรรมทางสังคม การจัดการและธุรกิจ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดลพบว่าสุขภาพของบุตรหลานอาจจะมีผลจากการสูบบุหรี่ของ พ่อแม่/ผู้ปกครอง โดยร้อยละ 42.5 บุตรหลานเคยมีอาการไอ จาม และมีเสมหะ โดยเฉลี่ยมีอาการประมาณ 4.11 ครั้งต่อปี รองลงมาคือร้อยละ 20.1 มีอาการปวดศีรษะ/ วิงเวียน โดยเฉลี่ยมีอาการประมาณ 3.41 ครั้งต่อปี และร้อยละ 16.1 มีอาการหายใจติดขัด/หอบ โดยเฉลี่ยมีอาการประมาณ 3.08 ครั้งต่อปี ตามลำดับเมื่อสอบถามการรับทราบของกลุ่มตัวอย่าง

ที่ว่า “เด็กที่ได้รับควันบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคต่างๆ” ใน 5 อันดับแรกพบว่า ร้อยละ 62.3 ระบุโรคมะเร็งปอดมากที่สุด รองลงมาร้อยละ 54.3 ระบุโรค ถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 53.8 ระบุโรคหอบหืด ร้อยละ 51.8 ระบุโรคที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และร้อยละ 50.6 ระบุโรคปอดอักเสบ ตามลำดับ แต่พ่อแม่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่า โรคต่างๆ ในเด็กเกี่ยวข้องกับการได้รับควันบุหรี่มือสอง เช่น โรคหอบหืด โรคระบบทางเดินหายใจ ภูมิแพ้ รวมทั้งโรคไหลตาย เป็นต้น¹³

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มการรณรงค์สร้างกระแสการไม่สูบบุหรี่ทุกพื้นที่ในบริเวณบ้าน โดยจัดให้บ้านเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่อย่างจริงจัง เพื่อคุ้มครองสุขภาพของทั้งผู้สูบบุหรี่และคนในครอบครัว

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการแสดงถึงผลลัพธ์ความสำเร็จของการดำเนินโครงการเพื่อชักจูงให้ครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ในบ้านเกิดความตระหนักและหันมาให้ความสนใจเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งขยายพื้นที่ในการทำงานให้มีความครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ

3. ควรมีมาตรการหรือโครงการที่จำเพาะมากพอที่จะช่วยให้พ่อที่มีลูกยังเล็กตัดสินใจเลิกบุหรี่ โดยเพิ่มการเชื่อมโยง

ระหว่างการรณรงค์ด้วยสื่อสาธารณะ บริการแม่และเด็ก และคลินิกอดบุหรี่ ไปพร้อมๆ กัน

4. ควรมีการบูรณาการการช่วยเหลือเด็กบุหรี่ยุติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก/คลินิกเด็กในโรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพ เพื่อเชื่อมโยงปัญหาการเจ็บป่วยกับการสูบบุหรี่ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ หอบหืด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุรา สำหรับการสำรวจสถานการณ์พอสืบบุหรี่ยุติ เป็นความร่วมมือระหว่าง มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ศูนย์วิจัยเอแบคชนวัตกรรมทางสังคม การจัดการและธุรกิจ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

- Hamann S. และคณะ. การทบทวนองค์ความรู้การควบคุมการบริโภคยาสูบ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์: กรุงเทพฯ; 2548.
- Charoenca et al. Determining the burden of secondhand smoke exposure on the respiratory health of Thai children. Tobacco Induced Diseases 2013; 11: 7.
- วิภาวดี สุวรรณไวพัฒนและคณะ. การศึกษาการสัมผัสควันบุหรี่มือสองในบ้านของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ชุมชนช้างเผือก จ.นครราชสีมา. วารสารการพยาบาลศึกษา. 2555 ; 6 (2): 113-123.
- Anuntaseree W, et al. Exposure to environmental tobacco smoke among infants in Southern Thailand: a study of urinary cotinine. Bull Environ Contam Toxicol. 2008, 80:34-7.
- Royal College of Physicians. Passive smoking and children. A report by the Tobacco Advisory Group. London: RCP; 2010.
- ยิ่งชีพ อัชฌานนท์. กม.คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ : อย่างมองด้านเดียว. มปท, 2554.
- นัยนา บุญทวีวัฒน์ และนิวัต อุณหพันธ์ุ. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่อง “บ้านปลอดบุหรี่ศึกษาในชนบท”. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.): กรุงเทพฯ; 2549.
- ทวิมา ศิริศรีสมบัติ และคณะ. รายงานการสำรวจระดับประเทศ เรื่องผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มวัยรุ่น รอบที่ 5 (พ.ศ.2554) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล : นครปฐม; 2555.

9. แสงเดือน สุวรรณรัมย์. บ้านปลอดบุหรี่. ภาพนิ่งนำเสนอวันที่ 5 มิถุนายน 2549. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2557] จ ก ก www.hiso.or.th/hiso/picture/hotNews/cigar_slide2.ppt
10. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเรื่อง“บ้านปลอดบุหรี่”. [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2557] จาก http://www.ashthailand.or.th/th/data_c_enter_page.php?id=47
11. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สรุปประเด็น“บ้านปลอดบุหรี่” จากข้อมูลเชิงคุณภาพ. รายงานวิจัย ศจย; 2549 ศูนย์วิจัยเอแบคชนวัตกรรมทางสังคม การจัดการและธุรกิจ. รายงานการสำรวจความคิดเห็นต่อการรณรงค์ “บ้านปลอดบุหรี่” : กรณีศึกษาผู้ประกอบการที่ใช้บริการและบุคลากรของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี; 2551.
12. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. เอกสารข้อเท็จจริง: โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 และ 2554. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2555.
13. ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. รายงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมและทัศนคติในการสูบบุหรี่ของพ่อ: กรณีศึกษาพ่อที่สูบบุหรี่และมีลูกอายุไม่เกิน 10 ปีในเขตกรุงเทพมหานคร; 2553.
14. มุกดา หวังวิวัฒน์. บุหรี่กับเด็กไทย...ก้าวต่อไปในการคุ้มครองเด็ก โดยแพทย์และพยาบาล. ภาพนิ่งนำเสนองานประชุมวิชาการปัญหาใหญ่สุขภาพเด็กไทยที่ถูกกละเลย ณ โรงแรมแม่น้ำรามาดาพลาซ่า วันที่ 11 มีนาคม 2557.
15. Bandura, A. Psychological modeling conflicting theories. Transaction publishers: New Jersey; 2009.