

# สุขความสุข ...ดื่มความสุข

สุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่  
และดื่มแอลกอฮอล์



กฤษณ์ สมุทรจักร และ สาสิณี เทพสุวรรณ  
โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยประจำปี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล





สุขความสุข  
...ดีมีความสุข

สุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่  
และดื่มแอลกอฮอล์

MENTAL HEALTH OF  
TOBACCO AND ALCOHOL USERS

## ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพดีมีความสุข? ดื่มความสุข? สุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์/  
ภูเบศร์ สมุทรจักร, สาสินี เทพสุวรรณ. – พิมพ์ครั้งที่ 1. – นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากร  
และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558

(เอกสารทางวิชาการ/ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ;  
หมายเลข 450)

ISBN : 978-616-279-761-3

1.การสูบบุหรี่ 2.พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ 3.แอลกอฮอล์ 4.การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์  
5.สุขภาพจิต 6.ยาเสพติด -- การบำบัด I.ภูเบศร์ สมุทรจักร II.สาสินี เทพสุวรรณ  
III.มหาวิทยาลัยมหิดล IV.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม V.ชื่อชุด

เลขสืบค้น : WM105ภ658ส2558

ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์  
รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีรินทร์ เกรย์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล  
นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล  
แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข

จัดพิมพ์โดย : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล  
โทรศัพท์ 0-2441-0201-4 โทรสาร 02-441-9333  
email: directpr@mahidol.ac.th  
website: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>

จำนวนหน้า : 84 หน้า

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤศจิกายน 2558 (500 เล่ม)

ปก รูปเล่ม และภาพประกอบ :

ธนาทิพ ฉัตรภุติ, วารุณี ปิยวรรณวงศ์, ณิชาภา สฐิตินาสิน  
[www.facebook.com/baansuannumfon](http://www.facebook.com/baansuannumfon)

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ สามลดา โทรศัพท์ 0-2462-0303

## MENTAL HEALTH OF TOBACCO AND ALCOHOL USERS

**ISBN :** 978-616-279-761-3

**Advisors:** Pramote Prasartkul  
Apichat Chamratrithirong  
Rossarin Gray  
Umaporn Pattaravanich  
Institute for Population and social Research,  
Mahidol University  
Prawate Tantipiwatanaskul  
Department of Mental health,  
Ministry of Public Health

**Authors:** Bhubate Samutachak  
Sasinee Thapsuwan  
Institute for Population and Social Research,  
Mahidol University

**Published by:** Institute for Population and Social Research,  
Mahidol University  
Telephone 66-2441-0201-4  
Fax 66-2441-9333  
Email: [directpr@mahidol.ac.th](mailto:directpr@mahidol.ac.th)  
Website: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>

**First published:** November 2015 (500 copies)

**Cover , Layout & Illustration:**

Thanatip Chattrabhuti, Warunee Piyawannawong,  
Nichapa Thitinopasin  
[www.facebook.com/baansuannumfon](http://www.facebook.com/baansuannumfon)

**Printed by:** Threelada Printing Co.Ltd.  
Telephone 66-2462-0303

## คำนำ

มาจนถึงวันนี้ เชื่อแน่ว่าคงไม่มีใครอาจปฏิเสธโทษภัยของบุหรี และ แอลกอฮอล์ได้แต่คำถามอันน่าฉงนต่อสังคมที่สับสนนี้คือ “แล้วทำไมบุหรี และแอลกอฮอล์จึงไม่หมดไปจากโลก” มนุษย์และสังคม ได้อะไรจากนวัตกรรมแห่งการบำบัดทอนสุขภาพทั้งสองอย่างนี้

บางที สิ่งนั้นอาจเป็นสิ่งที่มนุษย์จินตนาการเพียงสั้นๆ ง่ายๆ ว่าเป็น “ความสุข” อันอาจเกิดจากก๊าซ และของเหลวที่เสพเข้าไป หรืออาจเกิดจากกิจกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินไประหว่างกิจกรรมการเสพในแต่ละมือ แต่ละমন แต่ละเท้า และที่สำคัญคือ เป็นความสุขที่เกิดขึ้นขณะเสพ

สุขภาพจิตและความสุข แม้จะไม่ใช่อะไรสิ่งหนึ่งสิ่งเดียวกันเสียทีเดียว แต่นับว่ามีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันในหลายมิติ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสภาพจิตใจโดยรวม ไม่ใช่เพียงแค่วินาทีเสพ เมื่อคนใดมีความสุข ก็ย่อมจะมีสภาพจิตใจที่ดี และมีสุขภาพจิตที่ดี

หนังสือ “สุขความสุข?...ดีมีความสุข?” เล่มนี้มุ่งที่จะนำเสนอสภาพจิตใจของผู้ดื่ม และผู้สูด ผ่านคะแนนสุขภาพจิตซึ่งวัดโดยแบบสอบถามวัดสุขภาพจิต 15 ข้อ 5 มิติ จำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์ พฤติกรรมการเสพ และผลบางประการของการเสพ

ผู้จัดทำหนังสือ และคณะทำงานโครงการ “รายงานสถานการณ์สุขภาพจิต ประจำปี 2556-2559 : สุขภาพจิตและภาวะการทำงาน” ใคร่ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต และผู้จัดการแผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ในการสร้างแรงบันดาลใจและให้คำแนะนำในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ และขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาจากหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางยุทธศาสตร์ เพื่อลดการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ สร้างเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของคนไทยให้ดีขึ้นต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร พันพิง  
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

# สารบัญ

## เนื้อหา

หน้า

### บทนำ

7

- : ความสำคัญและที่มา
- : วัตถุประสงค์
- : ระเบียบวิธีวิจัย
- : กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

### ตำนานแห่งบุหรี

17

- : ย้อนรอยควีนบุหรี // ทบทวนวรรณกรรม
- : เริ่ม “จุด” เริ่ม “ติด” // เหตุปัจจัยนำสู่การเป็นผู้สูบบุหรี
- : อ่อนที่ “จิต” จึงคิด “จุด” // ผลการศึกษา  
ข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี

### รอยทางของแอลกอฮอล์

31

- : เปิดอดีตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์//ทบทวนวรรณกรรม
- : แก้วแรกเมื่อเริ่ม... “ริน” // เหตุปัจจัยนำสู่การเป็นผู้ดื่ม
- : “ริน” แล้วจิตรับรรมย์? // ผลการศึกษา  
ข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้ดื่ม

### ปิดเล่ม

51

- : บทสรุปสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรีและดื่มแอลกอฮอล์
- : ข้อมูลนำรู้จากการศึกษา
- : สรุปนโยบายด้านบุหรีและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทย

### เอกสารอ้างอิง

75

### บรรณานุกรมรูปภาพ

80

### ดัชนีค้นคำ

83



# บทนำ

## ที่มาของงานวิจัย

โครงการ “รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี 2556-2559 : สุขภาพจิตและภาวะการทำงาน” ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้ดำเนินการศึกษาประเด็นและแง่มุมต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพจิตของคนไทยอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2551

ความตื่นตัวต่อโทษภัยของบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีต่อผู้สูบและผู้ดื่มเอง รวมทั้งต่อบุคคลรอบข้าง ทั้งในด้านชีวิต สังคม และทรัพย์สิน ผลักดันให้องค์กรต่างๆ ทั้งที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นสถาบันการศึกษา องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ร่วมกันหาวิธีการ และกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อลดการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาโดยตลอด

โครงการ “รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี 2556-2559 : สุขภาพจิตและภาวะการทำงาน” จัดทำหนังสือเล่มนี้ขึ้น เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในความพยายามดังกล่าว อาศัยข้อมูลที่สำรวจ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยใช้แบบสอบถามวัดสุขภาพจิตผนวกเข้ากับการสำรวจใน “โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2554” และ “โครงการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554” ทำให้สามารถศึกษาตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่และผู้ดื่มแอลกอฮอล์

## วัตถุประสงค์

หนังสือเล่มนี้ มุ่งรายงานสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่และผู้ดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามมิติต่างๆ ของพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ ความถี่ ปริมาณ การเกิดเหตุการณ์ทะเลาะวิวาท และโรคภัย ซึ่งข้อสรุปจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อรณรงค์เพื่อลดการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

## ระเบียบวิธีวิจัยและข้อมูล

การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่และผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้แบบสอบถามวัดสุขภาพจิตฉบับสั้นของ อภิชาติ มงคล และคณะ<sup>1</sup> เป็นเครื่องมือสำคัญในการศึกษาสุขภาพจิตของคนไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป แบบสอบถามนี้ได้รับการพัฒนาและทดสอบจนเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและนำไปใช้อย่างแพร่หลาย เป็นแบบรายงานตนเอง ประเภทข้อความเดี่ยว ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ใน 5 มิติ ของสุขภาพจิต ได้แก่

- 1 ความรู้สึกทางบวก
- 2 การไม่มีความรู้สึกทางลบ
- 3 คุณภาพของจิตใจ
- 4 สมรรถภาพของจิตใจ
- 5 การสนับสนุนจากครอบครัว

## มิติของสุขภาพจิต

### ความรู้สึกทางบวก

1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต
2. ท่านรู้สึกสบายใจ
3. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง

### การไม่มีความรู้สึกทางลบ

4. ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง
5. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีแต่ความทุกข์
6. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน

### คุณภาพของจิตใจ

7. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา
8. ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์
9. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส

### สมรรถภาพของจิตใจ

10. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น
11. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต
12. ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)

### การสนับสนุนจากครอบครัว

13. หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี
14. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน
15. ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เมื่ออยู่ในครอบครัว

<sup>1</sup> อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนีย์ หัตถพนม, ไพโรจน์ รมช้าย และวรวรรณ จุฬา. 2552. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007). กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลจิตเวชกรมการแพทย์แห่งประเทศไทย จำกัด.

คำถาม 15 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 12 ข้อ คือ ข้อ 1-3 และข้อ 7-15 เป็นคำถามทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 4-6 แต่ละข้อ มีมาตรวัด 4 ระดับ คือ ไม่น้อยเล็กน้อย มาก มากที่สุด โดยมีการให้คะแนนดังนี้



การให้คะแนนสำหรับ  
ข้อคำถามทางบวก  
(ข้อ 1-3 และ 7-15) คือ

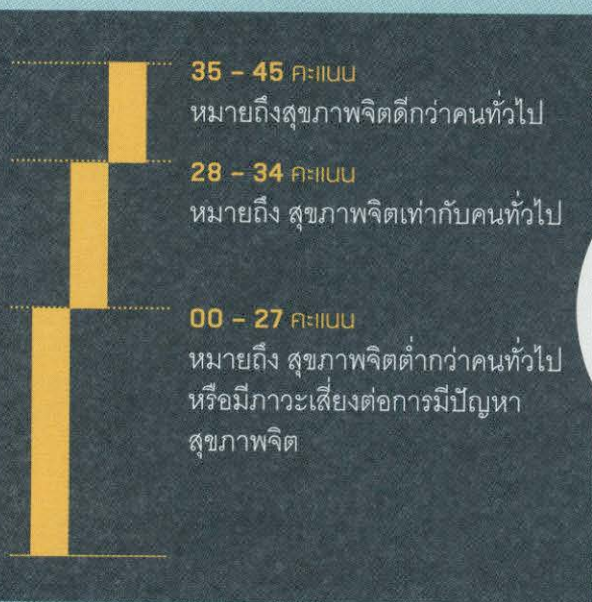


การให้คะแนนสำหรับ  
ข้อคำถามทางลบ  
(ข้อ 4-6) คือ

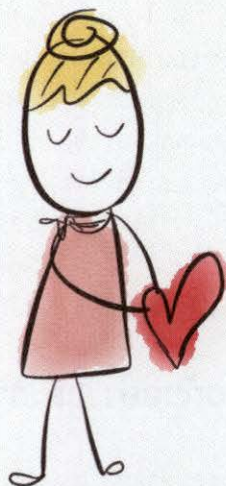
ไม่เลย	0 คะแนน
เล็กน้อย	1 คะแนน
มาก	2 คะแนน
มากที่สุด	3 คะแนน

ไม่เลย	3 คะแนน
เล็กน้อย	2 คะแนน
มาก	1 คะแนน
มากที่สุด	0 คะแนน

เมื่อนำคะแนนทั้ง 15 ข้อรวมกันแล้ว คะแนนสูงสุด คือ 45 คะแนน จะหมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีที่สุดในขณะที่คะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน จะหมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำที่สุดในอกจากนี้ ยังสามารถแบ่งเกณฑ์สุขภาพจิตออกเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ อภิชัย มงคล และคณะ (2547) ดังนี้



ดูแลจิตใจคนใกล้ชิด  
ในห้างไกล  
เกล้าและบุหรี่ปั๊นเกอะ



การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามวัดสุขภาพจิตฉบับสั้นนี้ คณะทำงานรายงานสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ได้ขอความร่วมมือจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ให้ผนวกแบบสอบถามวัดสุขภาพจิต 15 ข้อ ไปกับการสำรวจใน “โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2554” และ “โครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2554” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2554 ด้วย

ในการนำเสนอรายงานฉบับนี้ จะเสนอผลการศึกษามาจากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่ตอบคำถามด้วยตนเองเท่านั้น ตามเงื่อนไขของการตอบแบบสอบถามการวัดสุขภาพจิต ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 27,610 คน จากทั่วทุกภาคของประเทศ โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจใช้ค่า Normalized Weight ที่คำนวณจากค่าถ่วงน้ำหนัก (Weight Cases) ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติได้จัดทำขึ้นสำหรับการสำรวจโดยเฉพาะ เพื่อให้ข้อมูลของการสำรวจสามารถใช้เป็นตัวแทนประชากรในระดับภาคและประเทศได้ ซึ่งการใช้ค่า Normalized Weight จะทำให้จำนวนข้อมูลที่ได้เท่ากับขนาดตัวอย่าง

## ▶ กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ▶

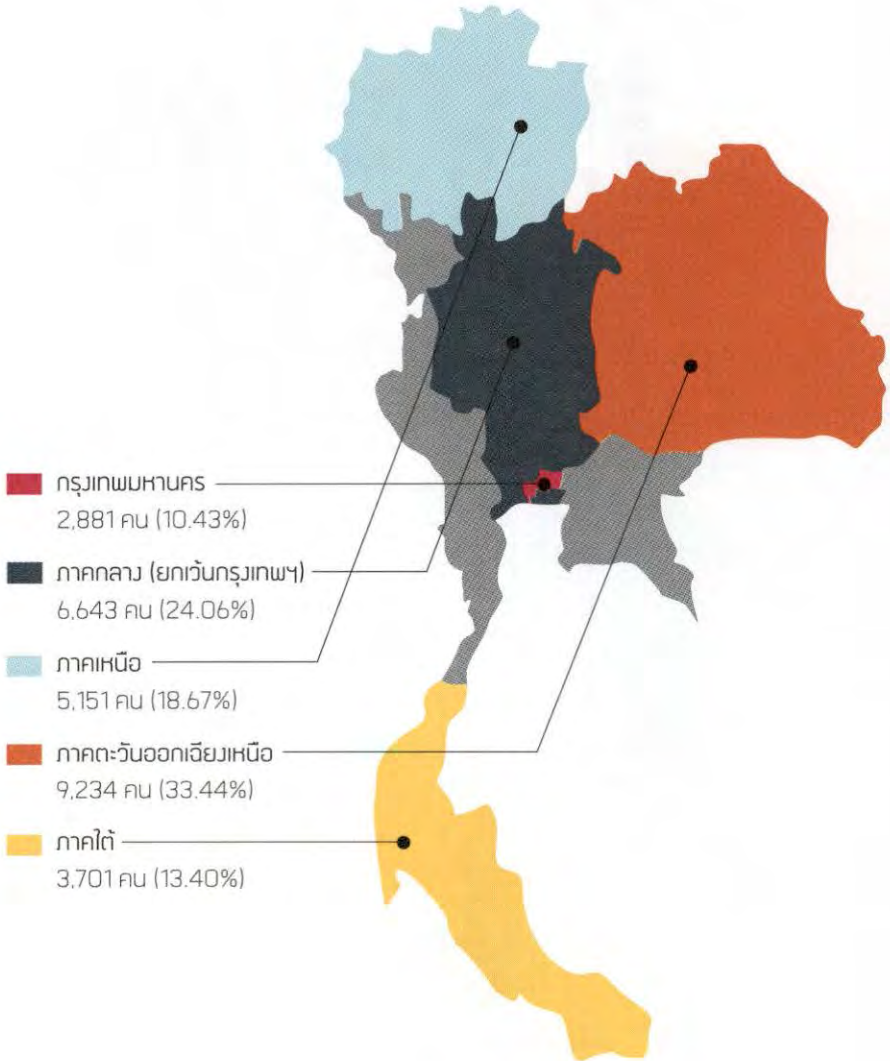
การสุ่มตัวอย่างในงานชิ้นนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Two-Stage Sampling โดยมีจังหวัด 76 จังหวัดเป็นสตรัทัม แบ่งตามลักษณะการปกครองเป็น 2 สตรัทัมย่อย คือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล ทั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 27,610 คน สามารถแจกแจงรายละเอียดได้ดังนี้

### 1 แจกแจงตามเพศ : แบ่งเป็น



2

**แจกแจงตามภาค :** แบ่งเป็น กรุงเทพฯ / ภาคกลาง (ยกเว้น กรุงเทพฯ) / ภาคเหนือ / ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ / ภาคใต้



**3** แจกแจงตามอายุ : แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ



19%  
กลุ่มวัยรุ่น  
(15-24 ปี)



66%  
กลุ่มวัยทำงาน  
(25-59 ปี)



15%  
กลุ่มวัยชรา  
(60 ปีขึ้นไป)

**4** แจกแจงตามสถานภาพ : แบ่งเป็น โสด / สมรส / หม้าย หย่า แยก



23%  
โสด



65%  
สมรส



12%  
หม้าย/หย่า/แยก

5

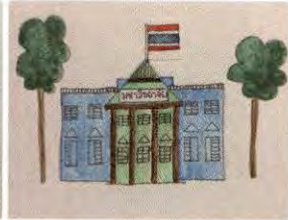
**แจกแจงตามระดับการศึกษา :** แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า / ระดับมัธยมศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวส.) อนุปริญญา / และระดับปริญญาตรี และสูงกว่า



58%  
ประถมศึกษา  
และต่ำกว่า



34%  
มัธยมศึกษา/  
ปวส./อนุปริญญา



8%  
ปริญญาตรี  
และสูงกว่า

6

**แจกแจงตามที่อยู่อาศัย :** แบ่งเป็น ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล



35%  
ในเขตเทศบาล



65%  
นอกเขตเทศบาล



# ตำนาน แห่งบุหรี่

## ย้อนรอยควันบุหรี่<sup>2</sup>

### บทกวีวรรณกรรม

ยาสูบ เป็นพืชพื้นเมืองของชาวอินเดียนแดงในทวีปอเมริกาเหนือ ชนพื้นเมืองจะเอาใบยาสูบมาบดและจุดไฟตอนปลายแล้วสูดเอาควันเข้าไปเพื่อทำให้สมองโล่ง รู้สึกผ่อนคลาย และมักนำมาใช้ประกอบพิธีกรรมต่างๆ

เมื่อชาวอิตาลีนาม คริสโตเฟอร์ โคลัมบัส (Christopher Columbus) ออกเดินเรือให้กับโปรตุเกสเพื่อการค้าดินแดน ได้เดินทางมาขึ้นฝั่งที่ซันซัลวาดอร์ ในหมู่เกาะเวสต์อินดีส์ ใน พ.ศ. 2035 เขาจึงได้เจอกับยาสูบเป็นครั้งแรกและได้ส่งมันกลับไปโปรตุเกสด้วย

ใน พ.ศ. 2103 เอกอัครราชทูตฝรั่งเศสประจำโปรตุเกส ฌอง นิโกต์ (Jean Nicot) ได้ส่งเมล็ดยาสูบมายังราชสำนักฝรั่งเศส ชื่อของนายนิโกต์จึงเป็นที่มาของชื่อสารนิโคติน (Nicotin) ที่พบในบุหรี่ยุคต่อมา

พ.ศ. 2107 เซอร์จอห์น ฮอคกินส์ (Sir John Hawkins) ได้นำยาสูบเข้าไปในประเทศอังกฤษ และใน พ.ศ. 2155 นายจอห์น รอล์ฟ (John Rolfe) ชาวอังกฤษประสบความสำเร็จในการปลูกยาสูบเชิงพาณิชย์เป็นครั้งแรก

ต่อมาชาวฮอลันดาหรือเนเธอร์แลนด์ ได้นำยาสูบมายังประเทศอินโดนีเซีย จากนั้นจึงได้แพร่หลายไปทั่วทวีปเอเชีย และอีกราว 200 ปีต่อมา การทำไร่ยาสูบเชิงพาณิชย์จึงเกิดขึ้นอย่างแพร่หลายทั่วโลก

<sup>2</sup> สรุปความจาก

- บทความ "ต้นกำเนิดของบุหรี่" <http://arts.kmutt.ac.th/ssc210/Group%20Project/ASSC210/2.48anti%20searag/start.htm>

- บทความ "ความเป็นมาของบุหรี่" [http://www.smokefreeschool.net/article\\_page/179/ความเป็นมาของบุหรี่.html](http://www.smokefreeschool.net/article_page/179/ความเป็นมาของบุหรี่.html)

- บทความ "การสูบบุหรี่ในประเทศไทย" <https://sites.google.com/site/tobaccotolife/history>



ยาสูบเป็นพืชพื้นเมือง  
ของชาวอินเดียนแดง



ฌอง นิโกต์ ส่งเมล็ดยาสูบ  
ไปราชสำนักฝรั่งเศส



อังกฤษปลูกยาสูบขายเชิงพาณิชย์  
เป็นครั้งแรก

พ.ศ. 2035

พ.ศ. 2103

พ.ศ. 2107

พ.ศ. 2155



โคลัมบัสพบ  
อเมริกาและ  
เจอยาสูบ  
ครั้งแรก



ยาสูบ  
เข้าสู่  
อังกฤษ

ในประเทศไทย จากจดหมายเหตุของ เมอร์ซีเออร์ เดอ ลาลูแบร์ (Monsieur De La Loubere) อัครราชทูตฝรั่งเศสที่เดินทางมาเมืองไทย สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อพ.ศ. 2230 บ่งชี้ว่าคนไทยสูบยามาตั้งแต่นั้นมาแล้ว โดยราชทูต เดอ ลาลูแบร์ ได้เขียนเอาไว้ว่า คนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างจนทั้งผู้ชายและผู้หญิง โดยใช้ยาสูบจากเมืองมะนิลา ในหมู่เกาะฟิลิปปินส์ จากประเทศจีน และจากที่ปลูกเองในประเทศ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการผลิตในรูปแบบธุรกิจขนาดใหญ่ จนถึงสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ จึงมีบริษัทผลิตยาสูบของชาวอังกฤษเข้ามาเปิดดำเนินกิจการเป็นครั้งแรก ในพ.ศ. 2460 โดยการผลิตบุหรี่ในระยะแรกยังใช้วิธีมวนด้วยมือ

ต่อมาจึงมีการนำเครื่องจักรเข้ามาจากประเทศเยอรมนี และผลิตบุหรี่ออกมาจำหน่ายหลายยี่ห้อ ทำให้การสูบบุหรี่แพร่หลายในหมู่ชนมากขึ้น

พ.ศ. 2482 รัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้น ภายใต้การควบคุมของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง โดยซื้อกิจการมาจากห้างหุ้นส่วนบุรุษยาสูบ จำกัด หลังจากนั้นยังได้ซื้อกิจการ บริษัททวางฮก บริษัทฮอฟฟัน และบริษัทบริติชอเมริกันโทแบกโค มารวมเข้าด้วยกัน และดำเนินการภายใต้ชื่อโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง มาจนถึงปัจจุบัน



ไวยาสุบเชิงพาณิชย์  
แพร่หลายทั่วโลก



บริษัทยาสูบ  
อังกฤษเปิด  
กิจการใน  
เมืองไทยเป็น  
ครั้งแรก  
ในระยะแรก  
ยังมวนบุหรี่  
ด้วยมือ



นายแพทย์ริชาร์ด โดล  
พบว่าการเกิดมะเร็งปอด  
มีความสัมพันธ์กับบุหรี่

สหรัฐอเมริกายืนยัน  
ความสัมพันธ์ระหว่าง  
มะเร็งปอดกับการ  
สูบบุหรี่ โดยนาย  
แพทย์ลูเออร์ แอล เทอร์รี่ และคณะ เป็นเหตุ  
ให้หลายๆ ประเทศเริ่มมีกฎหมายควบคุม  
การบริโภคยาสูบ



ราว พ.ศ. 2300 พ.ศ. 2460 พ.ศ. 2482

พ.ศ. 2493 พ.ศ. 2505

พ.ศ. 2507 พ.ศ. 2517



รัฐบาลไทย  
จัดตั้งโรงงาน  
ยาสูบ



ราชวิทยาลัยอายุรศาสตร์  
แห่งกรุงลอนดอนประกาศ  
เป็นทางการว่า "การสูบบุหรี่  
ทำให้เกิดมะเร็งปอดและโรค  
ปอดเรื้อรังอื่นๆ"



ประเทศไทยเริ่มมี  
นโยบายควบคุม  
ยาสูบเป็นครั้งแรก  
และพัฒนาต่อเนื่อง  
มาจนถึงปัจจุบัน

ในด้านพิษภัยของบุหรี่ยุคนั้น กว่าจะมีการศึกษาและเผยแพร่อย่าง  
เป็นทางการ ก็เป็นเวลาที่มีการสูบบุหรี่แพร่หลายไปทั่วโลกกว่า 450 ปีแล้ว

พ.ศ.2493 นายแพทย์ เซอร์ ริชาร์ด โดล จากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์  
ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ ศึกษาพบว่า การเกิดมะเร็งปอด มีความสัมพันธ์  
กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แต่ถึงกระนั้น ผลการศึกษาดังกล่าวก็ยังไม่มีความกระทบ  
ต่อการสูบบุหรี่ของคนทั่วโลก

จนถึง พ.ศ.2505 เมื่อราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งกรุงลอนดอน  
ได้ประกาศเป็นทางการว่า "การสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอดและโรคปอดเรื้อ  
รังอื่นๆ" อีกทั้งใน พ.ศ.2507 ที่สหรัฐอเมริกา นายแพทย์ ลูเออร์ แอล เทอร์รี่  
และคณะทำงาน ได้รายงานสรุปว่า "การสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด โรคปอด  
เรื้อรังอื่นๆ และโรคหัวใจ" จึงเกิดผลกระทบอย่างรุนแรงโดยเฉพาะใน  
สหรัฐอเมริกา ซึ่งมีผู้สูบบุหรี่อยู่ถึง 50 ล้านคน และยังเป็นผู้ผลิตบุหรี่รายใหญ่  
ของโลก รวมถึงรัฐบาลของหลายประเทศ ที่ต่างก็มีโรงงานยาสูบเป็นแหล่ง  
รายได้สำคัญ



1

## ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน (Smoked Tobacco)

เป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้โดยการสูบ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ



### 1.1 บุหรี่โรงงาน

(Manufactured Cigarettes)

หมายถึง บุหรี่ของ บุหรี่ซิการ์แอด เป็นต้น ครอบคลุมทั้งบุหรี่ที่มีและไม่มีก้นกรอง



### 1.2 บุหรี่มวนเอง

(Hand-Rolled Cigarettes

หรือ Roll Your Own : RYO)

เป็นบุหรี่ที่ผู้สูบสามารถมวนเองได้ หรือมวนด้วยเครื่องมือ โดยมียาเส้นหรือยาเส้นปรุง เป็นส่วนประกอบภายใน ห่อหุ้มหรือมวนด้วยวัสดุธรรมชาติที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น เช่น กระดาษใบตอง ใบจาก ใบมะกา ใบบัว เป็นต้น



### 1.3 ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันอื่นๆ

(Other Smoked Tobacco)

จำแนกได้ 4 ชนิด คือ ชิการ์ไปป์ ยาสูบผ่านน้ำ เช่น บารากู๋ สุกก้า ชิชา และอื่นๆ เช่น บุหรี่ช่โย

## 2

## ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน (Non Smoked Tobacco)

ส่วนใหญ่เป็นยาเส้น หรือยาเส้นปรุง ที่นำมาใช้ในรูปแบบต่างๆ เช่น ออม หรือ จุกยาสูบทางปาก การสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการเคี้ยวยาเส้น เป็นต้น ปัจจุบันอุตสาหกรรมยาสูบได้ผลิตยาประเภทนี้มากขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาจากการสูบบุหรี่แบบมีควัน ที่ได้รับความคุ้มครองจากราชบัญญัติ ผู้ไม่สูบบุหรี่ต่างๆ โดยการทำเป็นบุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งทำงานด้วยแบตเตอรี่และไม่โครซิฟเพื่อทำให้มีไฟสีแดงสว่างที่ปลายมวน ประกอบเข้ากับแท่งนิโคตินและสารบางชนิดในรูปของเหลว และมีการเปลี่ยนของเหลวเหล่านี้ให้กลายเป็นละอองหมอกที่อุณหภูมิประมาณ 70 องศาเซลเซียสทำให้นิโคตินเหลวและกลายเป็นไอใน 2 วินาที ส่งผลให้ผู้สูบได้รับสารนิโคตินในเกือบจะทันที



## เริ่ม “จุด” เริ่ม “ติด” ▲

## เหตุปัจจัยนำสู่การเป็นผู้สูบบุหรี่

เคยมีการศึกษาพบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง 20 เท่า (ประภิต 2531; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555) การเริ่มต้นลองสูบบุหรี่จะเริ่มในช่วงวัยรุ่น ส่วนใหญ่เกิดจากการชักนำของเพื่อน ความอยากรู้อยากเห็น อยากลอง และเลียนแบบคนใกล้ขีด (สติเฟิน และคณะ 2549) แต่จะมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในกลุ่มวัยทำงาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555)

นอกจากนี้ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ยังพบว่า พบผู้สูบบุหรี่ในชนบทมีมากกว่าในเขตเมืองโดยพบมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555) ขณะที่การพิจารณาในด้านรายได้พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ผกผันกับอัตราการสูบบุหรี่ กล่าวคือ ผู้มีรายได้น้อยจะสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง (อนัมพงษ์ 2550) ส่วนในด้านอาชีพนั้น พบว่า ผู้มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นกลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าอาชีพอื่น (ปานชีวัน 2551; จรรยา และวรชัย 2550; สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555)

ผู้สูบบุหรี่ที่เป็นผู้ใหญ่ มักมีเพื่อนสูบบุหรี่หลายคน ทั้งยังพบว่าคนที่มีความด้อยทางฐานะสังคมและเศรษฐกิจยังมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่มากขึ้น (ประกิต 2531) เนื่องจากต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน เป็นการเอาอย่างกลุ่ม เป็นธรรมเนียม กิจกรรมสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า หากที่พักอยู่ใกล้สถานที่ซื้อบุหรี่ ยิ่งทำให้มีการสูบบุหรี่มากขึ้น รวมทั้งการสูบบุหรี่ในโฆษณาายังเป็นสิ่งที่ยังผลต่อความต้องการสูบบุหรี่ เนื่องจากลักษณะท่าทางของการสูบบุหรี่ในโฆษณาทำให้รู้สึกเท่ (พิราสินี 2552)

## ▼ อ่อนที่ “จิต” จึงคิด “จุด” ▲

### ผลการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่

มีงานวิจัยหลายชิ้นที่ให้ข้อมูลว่า ลักษณะของผู้ติดบุหรี่ คือผู้ที่มีความวิตกกังวล คิดมาก อาจมีโรคประสาทอ่อนๆ จิตใจอ่อนไหวง่าย มักจะติดกาแฟหรือสุรา รวมทั้งอาจใช้ยาอื่นๆ ด้วย (ประกิต 2531) เช่นเดียวกับข้อสรุปของอรวรรณ (2557) ที่กล่าวว่า การสูบบุหรี่ อาจเกิดมาจากบุคลิกส่วนบุคคลที่เป็นคนเครียดง่าย เป็นโรคซึมเศร้า หรือมีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นมาก่อนที่จะสูบบุหรี่ จึงเลือกการสูบบุหรี่เป็นวิธีระบายความเครียด

อย่างไรก็ตาม บางคนอาจสูบบุหรี่ก่อนแล้วจึงเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น ในงานวิจัยของต่างประเทศ ที่พบว่า การสูบบุหรี่เรื้อรังตั้งแต่ในวัยรุ่นจะส่งผลให้คนกลุ่มนี้กลายเป็นผู้มีความวิตกกังวลสูงกว่าคนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ นอกจากนี้ ยังเกิดจากปัญหาการปรับตัวตามวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะทางด้านเทคโนโลยี จึงทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียด (Lien et al., 2006)



นอกจากนี้ ยังมีการพบว่า เด็กอายุ 3-11 ปี หากได้รับควันบุหรี่มือสอง ยิ่งนานก็จะยิ่งทำให้เด็กมีโอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น และอาจป่วยด้วยปัญหาทางจิตได้อย่างใดอย่างหนึ่ง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2555)

จากการศึกษาที่ผ่านมา จึงอาจกล่าวได้ว่า การสูบบุหรี่และสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน คือมีทั้งการสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพจิตไม่ดี เนื่องจากการสูบบุหรี่มีความเชื่อมโยงกับการมีอาการทางสุขภาพจิตครั้งแรก และการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ ขณะเดียวกันก็มีที่พบว่าสุขภาพจิตไม่ดีก่อนจึงส่งผลให้สูบบุหรี่เพื่อเป็นการรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเชื่อว่า การสูบบุหรี่ทำให้ความรู้สึกเครียดลดลง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาหลายที่ต่างยืนยันไปในทางเดียวกันว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีปัญหาทางด้านจิตวิทยามากกว่าผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว (อารี จำปากลาย และคณะ 2557) การสูบบุหรี่ทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถรับมือกับอาการได้ในระยะสั้นๆ เท่านั้น เช่น ความเศร้า ความเครียด แต่หลังจากสูบไม่นาน ความรู้สึกเหล่านั้นก็จะกลับมาอยู่ดี (Sun et al., 2009) การเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการลดความเครียด ความวิตกกังวล ความหดหู่ และยังช่วยให้มีอารมณ์ด้านบวกและคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์ดีขึ้นด้วย (Taylor et al. 2014)

## ▶ **คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตและเกณฑ์สุขภาพจิต** ◀

จากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่และทีมแอลกอฮอล์ โดย โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยประจำปี ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 27,610 คน ซึ่งมาจากทั่วทุกภาคของประเทศ โดยแยกเป็น ผู้ไม่สูบบุหรี่ แต่เคยสูบ / ผู้สูบนานๆ ครั้ง / และผู้สูบเป็นประจำ ได้พบข้อมูลที่น่าสนใจนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว อยู่ในวัยทำงาน อายุเฉลี่ย 43 ปี เป็นหญิงมากกว่าชาย เกินกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมและต่ำกว่า

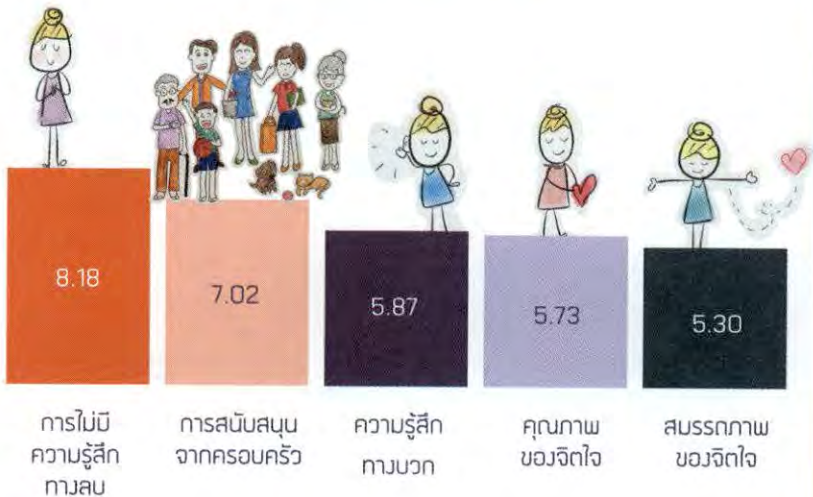
กลุ่มตัวอย่างเกือบ 1 ใน 4 มีการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาและอีกประมาณ 1 ใน 5 เป็นโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัว ถึงกระนั้นเมื่อให้ประเมินสุขภาพของตนเอง กลับมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 9 เท่านั้น ที่เห็นว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับแย่มาก



ส่วนน้อยของประชากรที่ทำการสำรวจ (18.1%) มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ขณะที่ส่วนใหญ่ (52%) มีสุขภาพจิตปกติ ที่น่าสนใจคือ มีกลุ่มหนึ่ง (29.9%) ที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป โดยคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 32.10 คะแนน

จากองค์ประกอบสุขภาพจิตทั้ง 5 ด้าน อันได้แก่ การมีความรู้สึกทางบวก การไม่มีความรู้สึกทางลบ คุณภาพของจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ และการสนับสนุนจากครอบครัวนั้น พบว่า ผู้ได้รับการสำรวจที่มีสุขภาพจิตดี (ปกติ / ดีกว่าคนทั่วไป) จะมีคะแนนสูงสุดในด้านไม่มีความรู้สึกทางลบ และรองลงมาคือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

### แผนภูมิแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต จำแนกตามมิติสุขภาพจิต 5 ด้าน



## พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำนั้น พบว่า ผู้ชายมีแนวโน้มที่จะเริ่มสูบบุหรี่ที่อายุประมาณ 17-18 ปี และจะเริ่มติดจริงจังเมื่ออายุ 19 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่น้อยกว่าผู้หญิง ที่มักจะเริ่มสูบเมื่ออายุ 20 ปี และติดจริงจังเมื่ออายุ 21 ปี

ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำที่อยู่ในเขตเทศบาล มีแนวโน้มที่จะไม่พยายามเลิกสูบ สูงกว่าคนที่อยู่นอกเขตเทศบาล และผู้ชายจะมี "ความพยายามเลิกสูบ" มากกว่าผู้หญิง อีกทั้งยังมี "ความอดทนในการเลิกสูบ" ได้นานกว่าผู้หญิง ด้วยเช่นกัน โดยนักสูบหญิงส่วนใหญ่สามารถอดทนเลิกสูบบุหรี่ได้เฉลี่ยเพียง 1.43 เดือน ขณะที่นักสูบชายเลิกสูบได้ถึง 1.52 เดือน

อดทนเลิกสูบได้  
**1.43**  
เดือน

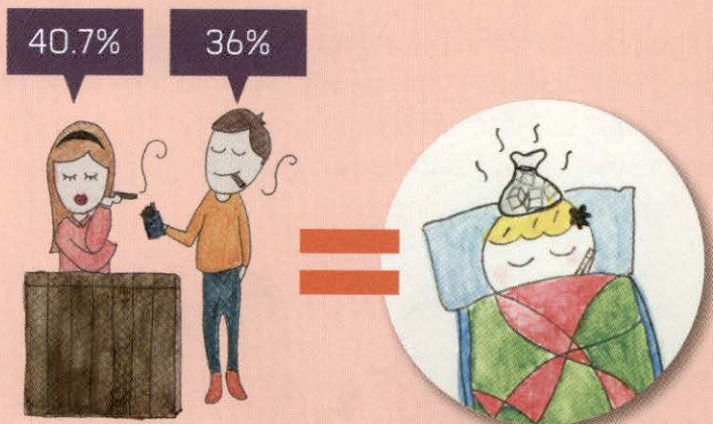


อดทนเลิกสูบได้  
**1.52**  
เดือน

ในผู้ที่มีความพยายามเลิกสูบบุหรี่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ รองลงมาคือ วัยทำงาน ขณะที่กลุ่มวัยรุ่นเป็นวัยที่คิดจะเลิกสูบน้อยที่สุด



สำหรับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จส่วนใหญ่ (40.7% ในผู้หญิง และ 36% ในผู้ชาย) มีสาเหตุมาจาก กลัวป่วย โดยเฉพาะผู้หญิงจะให้ความสำคัญกับสาเหตุนี้มากกว่าผู้ชาย นอกเหนือไปจากการกลัวป่วยแล้ว ยังมีสาเหตุอื่นๆ อีกเช่น การขอร้องจากคู่สมรส ลูก พ่อแม่ ความต้องการประหยัดค่าใช้จ่าย การปฏิบัติตามกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ (ของบางสถานที่) ซึ่งทั้งหมดล้วนมีอิทธิพลต่อการเลิกสูบน้อยกว่าการกลัวป่วยทั้งสิ้น



อย่างไรก็ตาม เมื่อแยกพิจารณาตามช่วงอายุ จะพบว่าสาเหตุที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จของคนแต่ละวัยนั้นแตกต่างกัน โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจะเป็นเพราะกลัวเป็นโรค ขณะที่กลุ่มคนวัยทำงานที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จส่วนใหญ่จะมีสาเหตุมาจาก พบว่าไม่ดีเลยเลิกเอง แต่ในส่วนของวัยรุ่นที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขอร้องของคนในครอบครัว

## ▶ สุขภาพจิตของคนสูบบุหรี่ ▶

ขณะที่คะแนนสุขภาพจิตของเพศชายในแต่ละกลุ่มอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกันมากนัก คือมีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ระหว่าง 31.89 - 32.55 แต่กลับพบว่า เพศหญิงที่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยจะยิ่งมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าเพศหญิงที่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุมากขึ้น ทั้งนี้ผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะมีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมากกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุที่เริ่มสูบบุหรี่

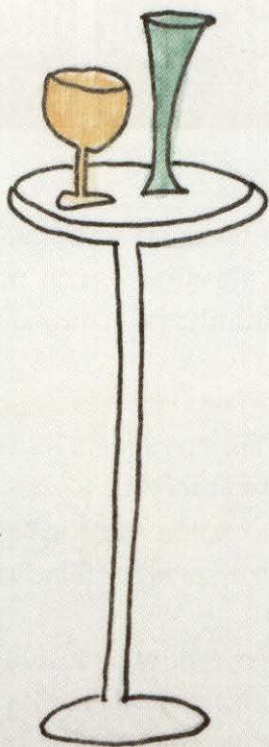


ในกลุ่มผู้ที่สุขุมหรีเป็นประจำ พบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมากกว่าผู้ชายค่อนข้างมาก เพราะในขณะที่สุขภาพจิตของกลุ่มผู้ชายที่สุขุมหรีเป็นประจำมีคะแนนเฉลี่ย 31.9 ผู้หญิงกลับมีคะแนนเพียง 29.7

ผู้สุขุมหรีที่มีสภานะครอบครัวอยู่ในกลุ่มหม้าย หย่า แยก มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมากกว่ากลุ่มอื่น คือ 31.95% ขณะที่กลุ่มโสดคิดเป็น 30.65% และกลุ่มคนที่สมรสคิดเป็น 22.28%

ผู้สุขุมหรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ 18.39% ซึ่งน้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าที่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติอยู่ถึง 81.61%

ในส่วนขอที่อยู่อาศัยนั้น พบว่า คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของผู้สุขุมหรีที่อยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลไม่แตกต่างกันเท่าใดนัก อย่างไรก็ตาม ผู้สุขุมหรีที่อยู่ในเขตเทศบาลที่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมีอยู่ 51.69% ซึ่งสูงกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล ที่มีอยู่ 48.31%



# รอยทางขอ แอลกอฮอล์

## เปิดอดีตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>3</sup>

### กบถวนวรรณกร

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ ของเหลวที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ชนิดดื่มได้ (เอทิลแอลกอฮอล์ หรือ เอทานอล) เกิดจากการหมักแป้งหรือน้ำตาลผสมยีสต์ที่เป็นเชื้อหมัก ได้แก่ สุนัข ไรน์ เบียร์ เป็นต้น มีคุณสมบัติก่อให้เกิดความมึนเมา เป็นสารพิษและการเสพติด (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มปป.)

ไม่มีหลักฐานชัดเจนว่า การดื่มสุรามีเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในวิถีวัฒนธรรมไทยตั้งแต่เมื่อใด แต่คนไทยมีการผลิตสุรามีดื่มเองและเลี้ยงแขกมาเป็นเวลานานแล้ว โดยนิยมดื่มกันในช่วงเทศกาลต่างๆ เช่น สงกรานต์โดยเฉพาะปลูกฉลองแต่งงานฉลองบวชดื่มในงานศพ ฯลฯ โดยในหลายพื้นที่มีความเชื่อกันว่า หากไม่มีการเลี้ยงสุรามีจะเป็นเรื่องเสียหาย (ณรงค์ศักดิ์ และรุ่ง 2550) นอกจากนี้ในบางพื้นที่ เช่น ภาคอีสานยังมีความเชื่อกันว่า การดื่มเหล้าขาวจะช่วยขับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชออกจากร่างกายโดยออกมาตามเหงื่อได้ (กรมสุขภาพจิต 2554 อ่างโน ณรงค์ และคณะ 2556) และหากเขาไปผสมกับเครื่องดื่มชูกำลังหรือยาต้มใจ จะช่วยแก้อาการปวดเมื่อยและทำให้มีแรงในการทำงานด้วย (จิตจรดาและอุษณีย์ 2552)

ในระดับโลกนั้น ไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่ามนุษย์เริ่มดื่มแอลกอฮอล์มาตั้งแต่เมื่อใด แต่นักวิทยาศาสตร์รู้วาทกรรมชาติได้สร้างเครื่องดื่มประเภทนี้ขึ้นมา นับล้านปีแล้ว โดยเมื่อยีสต์ (yeast) ในผลไม้เริ่มย่อยอาหาร

<sup>3</sup> สรุปความจาก บทความ "ประวัติความเป็นมาของแอลกอฮอล์" [www.mwit.ac.th/~physicslab/...01/...histry\\_liquor.doc](http://www.mwit.ac.th/~physicslab/...01/...histry_liquor.doc)

ยีสต์จะเปลี่ยนน้ำตาลในผลไม้ให้เป็นอาหารของยีสต์ แล้วปล่อยของเสีย เช่น คาร์บอนไดออกไซด์และเอทิลแอลกอฮอล์หรือ เอทานอล ออกมา เมื่อความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ขึ้นถึง 16% ยีสต์จะตาย เหลือเพียงของเหลวที่เป็นแอลกอฮอล์ที่กรือต่ำ (ไม่เกิน 16% เพราะเมื่อยีสต์ตาย ปริมาณแอลกอฮอล์ก็จะไม่เพิ่มขึ้นอีก)

การเริ่มดื่มของมนุษย์ยุคโบราณ จึงอาจเป็นความบังเอิญอันเนื่องมาจากการได้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดจากการหมักผลไม้โดยธรรมชาตินี้เอง ยิ่งเมื่อดื่มแล้วพบว่าทำให้กระปรี้กระเปร่า จึงเกิดความพยายามเลียนแบบธรรมชาติโดยการหมักผลไม้เพื่อให้ได้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สืบต่อกันมา

อย่างไรก็ตาม นักประวัติศาสตร์เชื่อว่า การผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นเองของมนุษย์ ต้องเกิดขึ้นหลังจากที่มนุษย์เริ่มรู้จักการทำเกษตรแล้ว เพราะผลผลิตทางการเกษตรเป็นวัตถุดิบสำคัญในการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เก่าแก่ที่สุดที่มนุษย์รู้จักผลิตขึ้นมาได้แก่ เบียร์ ซึ่งต้องมีข้าวเป็นวัตถุดิบตั้งต้น และเหล้าองุ่น ซึ่งต้องมีองุ่นเป็นองค์ประกอบสำคัญ



นักประวัติศาสตร์พบหลักฐานที่แสดงว่า ชาวอียิปต์และชาวบาบิโลน รู้จักดื่มเบียร์ที่ทำจากข้าวสาลีและข้าวบาเลย์ มาตั้งแต่ 5,000 ปีแล้ว โดยที่ สองฟากฝั่งของแม่น้ำไนล์ในอียิปต์ และแม่น้ำไทกริส กับ ยูเฟรติส ในอิรัก ก็มีการทำนาข้าวสาลีและข้าวบาเลย์อย่างหนาแน่น ส่วนเหล้าองุ่นนั้น นักประวัติศาสตร์พบว่า ชาวอาเมเนียเป็นชนชาติแรกที่รู้จักปลูกองุ่น เมื่อ ราว 8,000 ปีก่อน

ย้อนหลังไปราว 2,000 ปี ในสังคมของชาวตะวันตก เมื่อมีความก้าวหน้า ทางเทคโนโลยีการเกษตรมากขึ้น ทำให้มนุษย์ยุคโบราณมีอาหารเกิน ความต้องการ จึงต้องหาวิธีเก็บรักษาเมล็ดข้าวและพืชผักที่เหลือ อีกทั้งผู้คน ก็ได้อพยพมาอยู่ร่วมกันเป็นชุมชนมากขึ้น ขณะที่ความรู้ด้านการจัดระบบ สาธารณสุขยังไม่มี การอยู่ร่วมกันเป็นชุมชนจึงทำให้เกิดความสกปรก ขาดน้ำบริสุทธิ์สำหรับการบริโภค และโรคระบาด โดยเฉพาะอหิวาต์ ทำให้ ผู้คนล้มตายเป็นจำนวนมาก ในยุคนี้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จึงมีบทบาท สำคัญในฐานะเครื่องดื่มที่ช่วยรักษาชีวิต เพราะมนุษย์สังเกตเห็นว่า หากดื่มน้ำ (ไม่สะอาด) จะทำให้ตายได้ แต่เมื่อดื่มแอลกอฮอล์ (อย่างน้อย แอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มก็ช่วยฆ่าเชื้อโรคได้) กลับไม่ตาย เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ (ดีกรีต่ำ) จึงปลอดภัยกว่า และกลายเป็นเครื่องดื่มที่แพร่หลาย ไปทั่วดินแดนตะวันตก ผู้คนนิยมดื่มกันทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ คนชรา ผู้หญิง และผู้ชาย นักประวัติศาสตร์เห็นหลักฐานนี้จากแผ่นดินเหนียวแกะสลักแสดงสูตร ทำเบียร์ของชาวบาบิโลน

B.L. Vallee แห่ง Harvard Medical School รายงานประวัติความเป็นมา ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไว้ในวารสาร Scientific American ฉบับเดือน มิถุนายน พ.ศ.2543 ว่า เดิมมนุษย์รู้จักแอลกอฮอล์ในฐานะเครื่องดื่มที่ ช่วยรักษาสุขภาพ เป็นเครื่องดื่มที่สำคัญต่อมนุษย์มาก จนอาจเรียกได้ว่า "น้ำแห่งชีวิต" กว่ามนุษย์จะตระหนักว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำให้ ผู้ดื่มเสียนุคลิก ในฐานะทางสังคม รวมทั้งอาจสูญเสียชีวิตได้ ก็เป็นเวลาที ล่วงมาอีกกว่าพันปี

ทางด้านชาวตะวันออก ไม่มีวัฒนธรรมการดื่มเช่นนี้ ตลอด 2,000 ปีที่ผ่านมา คนตะวันออกดื่มแต่ชา ซึ่งไม่มีแอลกอฮอล์เจือปน ทำให้ร่างกายคนตะวันออกราว 50% ขาดเอ็นไซม์ที่ช่วยย่อยแอลกอฮอล์ เวลาดื่มแอลกอฮอล์พวกเขาจึงไม่รู้สึกรื่นรมย์เหมือนกับที่คนตะวันตกรู้สึก

อย่างไรก็ตาม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ชาวตะวันตกนิยมดื่มในอดีตก็มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์น้อย และมีกรดอะซิติกมาก อีกทั้งกลิ่นที่บางคนไม่ชอบ นักดื่มยุคโบราณจึงพยายามพัฒนารสและใช้ดื่มเฉพาะยามกระหายมากกว่าจะดื่มให้เมา นอกจากนี้การที่ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีวิตามินและเกลือแร่ มันจึงใช้แทนอาหารได้ในเวลาเกิดทุกข์ภัยขึ้นในท้องถิ่นด้วย

นอกจากนี้คนโบราณยังดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้จิตใจระงับกระหาย ทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลง หรือเวลาไม่มียารักษาโรคก็จะดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดความเจ็บปวด พวกเขาเชื่อว่า เหล้าองุ่นมีคุณค่าทางยา ทำให้จิตใจสงบ ผิดพรรณดี รักษาโรคศีรษะล้านฆ่าไรและเหา ทำให้ความจำดี ฯลฯ



ชาวฮินดีและชาวบาบิโลนรู้จักการทำเบียร์จากการหมักข้าวสาลีและข้าวบาร์เลย์



ชาวตะวันตกนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แทนน้ำเปล่าเพราะสะอาดกว่าและฆ่าเชื้อโรคได้

เทคนิคการทำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงแพร่เข้าสู่อิตาลีและกระจายไปทั่วโลก ประเทศไทยก็เริ่มมีหลักฐานเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะนี้เช่นกัน โดยปรากฏอยู่ในจารึกภาษาเขมรที่ปราสาทหินพนมรุ้ง



ราว 2,500 ปี  
ก่อนพุทธกาล

ราว 1,500 ปี  
ก่อนพุทธกาล

ราว พ.ศ. 500

พ.ศ. 1240

ราว พ.ศ. 1600



มีบันทึกของชาวซูเมเรียนเกี่ยวกับการใช้แอลกอฮอล์เป็นยารักษาโรค



ชาวอาหรับรู้จักวิธีการกลั่นแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกนับจากนั้นจึงเกิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดีกรีสูง ซึ่งก่อนหน้านี้จะมีแต่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิดจากการหมักที่มีดีกรีอย่างต่ำไม่เกิน 16 %

ชาวสุเมเรียน ที่มีอายุอยู่เมื่อ 4,100 ปีก่อนในแถบเอเชียกลาง บันทึกว่ามีการใช้แอลกอฮอล์เป็นยารักษาโรคทั่วไป แม้กระทั่งฮิปโปเครติส ผู้ได้ชื่อว่าบิดาของวิทยาการแพทย์ก็ใช้เหล้าองุ่นเป็นยารักษาโรคเรื้อรังต่างๆ อีกทั้งโรงเรียนแพทย์ที่นครเล็กซานเดรีย ก็ใช้แอลกอฮอล์เป็นยาเช่นกัน ในคัมภีร์ไบเบิลก็มีการกล่าวบรรยายอภินิหารของพระเยซูว่า ได้ทรงแปลงน้ำธรรมดาเป็นเหล้าองุ่นให้ประชาชนดื่ม แสดงให้เห็นว่าเหล้าองุ่นดีกว่าน้ำ (ที่ไม่สะอาดในยุคนั้น)

นับเป็นเวลารวมได้กว่า 9,000 ปี หลังจากที่มีมนุษย์รู้จักทำเบียร์และเหล้าองุ่น (ซึ่งมีปริมาณแอลกอฮอล์น้อย) จนเป็นเครื่องดื่มที่แพร่หลายในชีวิตประจำวัน จวบจนเมื่อชาวอาหรับรู้จักวิธีการกลั่นในราวปี พ.ศ.1240 เทคโนโลยีนี้จึงทำให้เครื่องดื่มมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูงกว่า 16% และประเพณีวัฒนธรรมการบริโภคแอลกอฮอล์ของผู้คนบนโลกก็เริ่มเปลี่ยนแปลงไป

รัฐบาลไทยมีนโยบายเปิดเสรีการผลิตและจำหน่ายสุราในประเทศ นโยบายนี้มีส่วนทำให้อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยอยู่ในระดับสูงสุดของกลุ่มประเทศอาเซียน



พ.ศ. 2356

พ.ศ. 2541



ประเทศไทยเริ่มบังคับใช้ พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พ.ศ. 2546

พ.ศ. 2551



Edinburgh College of Medicine มีรายงานเป็นครั้งแรกว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ความเข้มข้นสูงสามารถฆ่าคนได้ โดยทำให้เกิดโรคตับแข็ง นับแต่นั้นก็เริ่มมีการณรงค์ให้เลิกดื่มแพร่ไปทั่วโลก



เริ่มมีการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการควบคุมสุราในสังคมไทยอย่างจริงจัง จากโครงการ "งดเหล้าเข้าพรรษา" และเกิดคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติขึ้น

การกลั่นน้ำหลักว่า แอลกอฮอล์มีจุดเดือดที่ 78 องศาเซลเซียส ขณะที่ น้ำจะเดือดที่ 100 องศาเซลเซียส การต้มน้ำผสมแอลกอฮอล์จะทำให้ไอน้ำ มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูงและการกลั่นไอน้ำเป็นหยดน้ำ จะทำให้ ได้ของเหลวที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูงกว่าเมื่อตอนเริ่มต้นผสม ของเหลว

เทคนิคการทำเครื่องต้มแอลกอฮอล์ความเข้มข้นสูงได้แพร่เข้าสู่ตลาด ราวปี พ.ศ.1600 และโลกก็ได้เริ่มมีปัญหาคันดิดแอลกอฮอล์นับตั้งแต่นั้นมา

เมื่อยุโรปถูกกาฬโรคคุกคามในราวพุทธศตวรรษที่ 19 ผู้คนล้มตายถึง 60% การฟื้นตัวทางเศรษฐกิจหลังถูกกาฬโรคคุกคาม ทำให้คนยุโรปมีมาตรฐาน การครองชีพดีขึ้น แสวงหาความสุขโดยการซื้อเครื่องต้มแอลกอฮอล์มาบริโภค กันมากขึ้น จนมีผู้คนมากมายเพราะต้มแอลกอฮอล์มากเกินไป ถึงกระนั้นประเทศ ต่างๆ ก็ยังไม่มีการห้ามต้ม จนถึงสมัยพุทธศตวรรษที่ 22 เมื่อเครื่องต้ม ที่ไม่มีแอลกอฮอล์อันได้แก่ กาแฟ ชา ช็อกโกแลต เริ่มแพร่หลาย ผู้คนจึง ไม่ต้มแอลกอฮอล์มากเหมือนในอดีต และเมื่อได้รับรู้ในเวลาต่อมาว่า ใน น้ำที่ไม่บริสุทธิ์นั้นมีเชื้อโรค การต้มน้ำ การกลั่นน้ำ จะทำให้เรามีน้ำบริสุทธิ์ ต้มได้อย่างปลอดภัย ผู้คนในยุโรปจึงมีตัวเลือกอื่น ไม่ต้องต้มแอลกอฮอล์ เพียงอย่างเดียวอีกต่อไป

ปี พ.ศ. 2356 T. Trotter แห่ง Edinburgh College of Medicine ในอังกฤษ ได้รายงาน ว่า แอลกอฮอล์ความเข้มข้นสูงสามารถฆ่าคนได้ เพราะมันจะ ทำให้ตับแข็ง ผู้คนจึงได้พยายามเลิกต้มแอลกอฮอล์ตั้งแต่นั้นมาแล้วหันไป ต้มเครื่องต้มชนิดอื่นแทน ทุกวันนี้การค้นคว้าหาวิธีการรักษาโรคแอลกอฮอล์ เรื้อรัง เป็นงานวิจัยที่มีความสำคัญมาก เฉพาะในอเมริกามีคนเสียชีวิตด้วย พิษแอลกอฮอล์ปีละ 100,000 คน สถิติยังชี้ว่าทุกปีเด็กทารก 12,000 คน ที่เกิดจากมารดาต้มแอลกอฮอล์จัด จะมีปัญหาสุขภาพและสติปัญญา เมื่อแพทย์ยังไม่มีการรักษาโรคพิษแอลกอฮอล์เรื้อรัง การไม่บริโภคตั้งแต่ต้น จึงเป็นวิธีป้องกันที่ดีที่สุด

เมื่อกล่าวถึงผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปจะจำแนกตามลักษณะการผลิตได้เป็น 2 ประเภท คือ (เขมณัฐ 2548)

- 1 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการหมัก (Fermented Alcohol Beverage) :** เป็นเครื่องดื่มที่ได้จากการหมัก ส่วนประกอบของพืชหรือผลไม้ เมื่อหมักแล้วสามารถนำไปบริโภคได้เลย เช่น เบียร์ไวน์ สาโท เป็นต้น



- 2 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านการกลั่น (Distilled Alcohol Beverage) :** เป็นเครื่องดื่มที่นำส่วนประกอบของพืชหรือผลไม้ เช่น แป้ง น้ำตาล มาผ่านกระบวนการหมักด้วยยีสต์ จากนั้นนำมากลั่นเพื่อให้ได้ปริมาณแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้น อาจมีการแต่งกลิ่น สีรส เพื่อให้ดึงดูดใจผู้บริโภคมากขึ้น เช่น บรั่นดี วิสกี้ เหล้าขาว เป็นต้น



## ▲ แก้วแรกเมื่อเริ่ม... “ริน” ▲

### เหตุปัจจัยนำสู่การเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากข้อมูลการสำรวจผู้ดื่มสุราของโครงการวิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อการป้องกันเครื่องดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2548) พบว่า สาเหตุสำคัญของการดื่มสุราครั้งแรกคือ เพื่อนชักชวน และการเข้าสังคม ส่วนปัจจัยที่ทำให้ดื่มสุราต่อ คือ การมีคนในครอบครัวดื่มสุรา

นอกจากนี้ยังพบว่า เพศชายจะดื่มมากกว่าเพศหญิงมาก คนที่ทำอาชีพเกษตร กรรมกร ลูกจ้างของรัฐบาล และผู้ค้าขาย มีแนวโน้มการดื่มสุรามากกว่าและบ่อยกว่าพนักงานบริษัท ผู้บริหาร และผู้ประกอบการวิชาชีพ (นิพนธ์และคณะ 2548)

ขณะที่ข้อมูลจากศูนย์วิจัยสุรา (2556) พบว่า ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2544-2554) มีความชุกของการดื่มสุราลดลงเล็กน้อย เฉลี่ย 0.37 ต่อปี และยังคงพบว่า นักดื่มส่วนใหญ่เป็นเพศชายสูงกว่าเพศหญิงราว 5 เท่า โดยนักดื่มชายมีอัตราการลดลงเล็กน้อย แต่นักดื่มหญิงกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 1.1 ต่อปี ส่วนการดื่มของเยาวชนอายุ 15-24 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เฉลี่ยร้อยละ 1 ต่อปี

เมื่อพิจารณาจากประเภทของเครื่องดื่ม พบว่า การบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นเกือบสองเท่า เฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อปี และมีการบริโภคไวน์เพิ่มขึ้นกว่า 4 เท่า

เพิ่มขึ้นเกือบ

2

เท่าต่อปี



เพิ่มขึ้นกว่า

4

เท่าต่อปี

สำหรับข้อมูลด้านสถานะทางเศรษฐกิจนั้น พบว่า ผู้ที่อยู่ในกลุ่มคนยากจน มีค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่องตีมแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มร่ำรวยเกือบ 2 เท่า

ส่วนในด้านปริมาณการตีมนั้น พบว่า ในกลุ่มเยาวชนมีผู้ตีมในปริมาณหนัก (ตีมเกิน 50 กรัมต่อวัน) มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเป็นชายมากกว่าหญิง และร้อยละ 6 ตีมอย่างหนักเกิน 6 เดือนต่อครั้ง

ภูมิภาคที่มีความชุกของการตีมมากที่สุดคือ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพบที่จังหวัดพะเยาสูงที่สุด รองลงมาคือ แพร่ เชียงราย นครพนม และน่าน

## ▶ ปัจจัยที่มีผลต่อการตีมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ◀

สามารถแบ่งได้เป็น 4 ปัจจัย ดังนี้ (ณรงค์ศักดิ์ และคณะ 2556)

**1 ปัจจัยทางสังคม**  
ปัจจัยทางกายภาพและความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ผู้บริโภคมีโอกาสตีมง่าย รวมทั้งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางการเมืองและเศรษฐกิจ อันเกี่ยวข้องกับนโยบายต่างๆ ของรัฐ และการเก็บภาษีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

**2 ปัจจัยทางวัฒนธรรม**  
บทบาทของวัฒนธรรมที่มีต่อการตีมแอลกอฮอล์ ถือว่าเป็นโครงสร้างหลักที่กำหนดแบบแผนของการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อบุคคลในเรื่องการบริโภค ทั้งในเรื่องของเวลา สถานที่ โอกาส และบุคคลที่จะตีมด้วย

**3**

### ปัจจัยทางกลุ่มสังคม

กลุ่มสังคมพื้นฐาน คือ ครอบครัว ดังนั้นทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละครอบครัว ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องทำตาม เช่น ครอบครัวที่มีบิดาตีแม่แอลกอฮอล์จะมีผลต่อบุตรให้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการตีแม่แอลกอฮอล์ตาม ซึ่งในการศึกษาของต่างประเทศ พบว่า หากมารดาเป็นผู้ตีแม่แอลกอฮอล์จะมีผลต่อบุตรมากกว่าบิดา เนื่องจากบทบาทในการดูแลบุตรส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของมารดา (ทรงเกียรติ และเวทิน 2540) นอกจากนี้ยังเกี่ยวกับการตีแม่แอลกอฮอล์ตามเพื่อนของเยาวชน หรือตามกลุ่มดารา นักร้อง เป็นต้น

**4**

### ปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

ในบางครอบครัวที่มีสมาชิกติดแอลกอฮอล์ จะมีผลทำให้ลูกหลานตีแม่แอลกอฮอล์ไปด้วย สูงถึงร้อยละ 25 และสูงกว่าคนทั่วไป 5 เท่า (ทรงเกียรติ และเวทิน 2540)

## “รับ” แล้วจิตรับสมย์? ▲

### ผลการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

งานวิจัยจากต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า การตีแม่แอลกอฮอล์ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม การมีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ก่อนแล้ว อาจเป็นสาเหตุให้ตีแม่ได้เช่นเดียวกัน เหตุผลของการตีแม่ในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตคือ เชื่อว่าจะสามารถช่วยบรรเทาความรู้สึกวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งในความเป็นจริงก็สามารถช่วยได้แค่ชั่วคราวเท่านั้น และจะยิ่งทำให้สุขภาพจิตแย่ลง เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นตัวลดปริมาณสารสื่อประสาทในสมอง จึงทำให้เราลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าไปได้ชั่วคราว (Mental Health Foundation 2014)

การดื่มในปริมาณพอเหมาะจะส่งผลดีต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด แต่หากดื่มมากเกินไปก็จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกาย และจิตใจอย่างรุนแรง ปริมาณที่เหมาะสมสำหรับการดื่ม คือ 3-4 หน่วยต่อวันสำหรับผู้ชาย และ 2-3 หน่วยต่อวันสำหรับผู้หญิง เช่น เบียร์ 1 ไพน์ เท่ากับ 3 หน่วย หรือไวน์ 1 แก้วเล็ก เท่ากับ 2 หน่วย เป็นต้น (Public Health Agency 2013)

สำหรับการศึกษาในเมืองไทย พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้มีผลต่อสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า หวาดระแวง วิตกกังวล นอนไม่หลับ หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มปป.; ศูนย์วิจัยสุรา 2556)

นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดการใช้ความรุนแรงในครอบครัวจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ศูนย์วิจัยสุรา 2556) โดยพบว่า ประชากรกว่า 3 ใน 4 เคยพบเห็นการทะเลาะโต้เถียงกับคนในครอบครัวจากการดื่มแอลกอฮอล์ และประมาณร้อยละ 30 เคยพบเห็นการทำร้ายร่างกายของคนในครอบครัวจากการดื่มเช่นเดียวกัน (รายงานประเมินผลการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษาปี 2554” กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป 24 จังหวัดทั่วประเทศ)



หงุดหงิด  
อารมณ์ไม่ดี

จากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ โดย โครงการ รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยประจำปี ของสถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 27,610 คน ซึ่งมาจากทั่วทุกภาคของประเทศ โดยได้เก็บ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในมิติของความถี่ ตั้งแต่ ดื่มเป็นประจำทุกวัน จนถึงนานๆ ครั้ง และไม่เคยดื่มเลย มิติของอายุ ที่เริ่มดื่ม สถานที่ซื้อแอลกอฮอล์ สถานที่ดื่ม ประเภทของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ปริมาณที่ดื่ม ผลกระทบต่อการทำงาน ผลกระทบต่อสถานภาพทางการเงิน การเกิดอุบัติเหตุ และการทะเลาะวิวาททั้งในครอบครัว และนอกครอบครัว โดยรายงานฉบับนี้ได้วิเคราะห์มิติต่างๆ เหล่านี้ กับคะแนนสุขภาพจิตทั้ง 5 มิติ กับตัวแปรทางประชากรศาสตร์ และได้พบข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้

## เพศกับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสุขภาพจิต

ในการสำรวจได้แยกพิจารณาบุคคลออกเป็น 4 กลุ่มคือ ผู้ไม่เคยดื่มเลย ผู้ที่เคยดื่มแต่ไม่ได้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ที่ดื่มนานๆ ครั้ง และผู้ที่ ดื่มเป็นประจำ พบว่า ผู้หญิงจะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ชายเล็กน้อย ในทุกกลุ่ม



### คะแนนสุขภาพจิต

แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่ดื่มเป็นประจำ จะเห็นว่าคะแนนสุขภาพจิตมีแนวโน้มต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ และกลุ่มผู้ดื่มประจำที่เป็นหญิง จะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ชาย (ชาย 32.02 คะแนน หญิง 30.40 คะแนน)



### คะแนนสุขภาพจิต

## ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์กับการใช้ความรุนแรงและการเกิดอุบัติเหตุ

เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการใช้ความรุนแรง ซึ่งแบ่งเป็น การใช้ความรุนแรงกับบุคคลภายนอกครอบครัว และการใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัว พบข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้

### การใช้ความรุนแรงกับคนนอกครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างทั้งหญิงและชาย ที่มาจากครอบครัวที่มีปัญหาการใช้ความรุนแรงกับบุคคลนอกครอบครัวอันเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (ชาย 27.7% หญิง 31.6%) จะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาจากครอบครัวที่ไม่มีคนดื่มแอลกอฮอล์ (ชาย 19.7% หญิง 20.7%) และมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคนในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ แต่ไม่มีปัญหาการใช้ความรุนแรงกับคนนอกครอบครัว (ชาย 15.6% หญิง 18.2%) ด้วย

### การใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัว

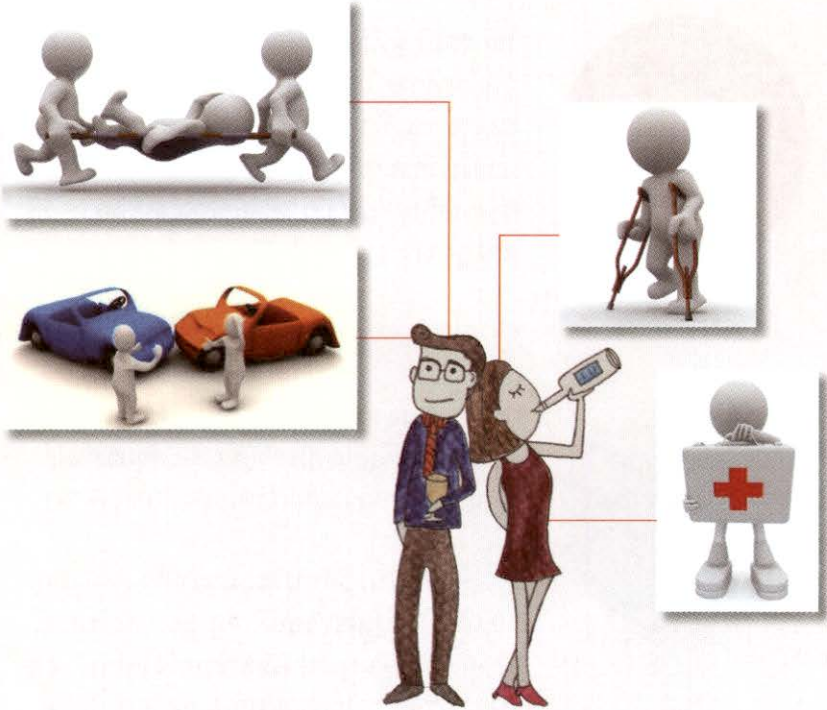
กรณีนี้ ก็ได้ข้อสรุปเช่นเดียวกับกรณีด้านบน คือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหญิงและชาย ที่มาจากครอบครัวที่มีปัญหาการใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัวอันเนื่องมาจากการตีแม่เครื่องตีแม่แอลกอฮอล์ (ชาย 24.4% หญิง 35.6%) จะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มาจากครอบครัวที่ไม่มีคนตีแม่เครื่องตีแม่แอลกอฮอล์ (ชาย 19.6% หญิง 20.7%) และมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคนในครอบครัวตีแม่แต่ไม่มีปัญหาการใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัว (ชาย 15.7% หญิง 17.9% ด้วย)

จากข้อมูลนี้ มีความน่าสนใจอยู่ที่ครอบครัวที่ “ตีแม่และใช้ความรุนแรง” (ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงต่อคนนอก หรือคนในครอบครัว) จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตได้มากกว่าครอบครัวที่ “ตีแม่แต่ไม่มีความรุนแรง”

อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งชาย (ร้อยละ 19.7) และหญิง (ร้อยละ 20.7) ที่มาจากครอบครัวที่ “ไม่มีใครตีแม่” กลับมีร้อยละของผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งชาย (ร้อยละ 15.6) และหญิง (ร้อยละ 18.2) ที่มาจากครอบครัวที่ “ตีแม่แต่ไม่มีความรุนแรง” เสียอีก

ในส่วนของกรณีตีแม่กับการเกิดอุบัติเหตุนั้น จากการศึกษาได้พบข้อมูลที่ที่น่าสนใจดังนี้

ผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการตีแม่เครื่องตีแม่แอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่จะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มผู้ตีแม่ที่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ โดยเฉพาะหญิงที่เคยประสบอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการตีแม่เครื่องตีแม่แอลกอฮอล์ จะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ชาย



## ระดับการศึกษากับพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์และสุขภาพจิต

**กรณีของผู้ทีม  
เป็นประจำ**

พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า แม้จะดื่มเป็นประจำ ก็ยังมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ (14.8%) น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า (24.3%)

กรณีของผู้ที่มี  
พฤติกรรมดื่มหนัก  
ในครั้งเดียว

ในกรณีนี้ ผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติในกลุ่มผู้มีการศึกษาในระดับประถมหรือต่ำกว่า มีอยู่ 62.6% ขณะที่กลุ่มของผู้มีการศึกษาระดับมัธยม/ปวช./ปวส./อนุปริญญา มีอยู่ 54.3% ซึ่งล้วนเป็นสัดส่วนที่มากกว่าผู้มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่า ซึ่งมีอยู่ 36.5%

กรณีของผู้ที่มี  
อุบัติเหตุ หรือมีการใช้  
ความรุนแรงอันเนื่อง  
มาจากการดื่ม

กรณีนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า จะมีสัดส่วนของผู้มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

- โดยในระดับประถมหรือต่ำกว่า มีอยู่ 49.6% ในกรณีของอุบัติเหตุ 55.1% ในกรณีของการใช้ความรุนแรงในครอบครัว และ 57.2% ในกรณีของการใช้ความรุนแรงนอกครอบครัว

- ขณะที่กลุ่มของผู้มีการศึกษาระดับมัธยม/ปวช./ปวส./อนุปริญญา มีอยู่ 35.4% ในกรณีของอุบัติเหตุ 47% ในกรณีของการใช้ความรุนแรงในครอบครัว และ 42.4% ในกรณีของการใช้ความรุนแรงนอกครอบครัว

- ส่วนผู้มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่า จะมีอยู่ 25.7% ในกรณีของอุบัติเหตุ 24.3% ในกรณีของการใช้ความรุนแรงในครอบครัว และ 22.8% ในกรณีของการใช้ความรุนแรงนอกครอบครัว

กรณีของผู้มีปัญหา  
ทางการเงินและ  
การประกอบอาชีพ  
อันเนื่องมาจาก  
การต้ม

กรณีนี้ จะได้ผลเช่นเดียวกับกรณีด้านบน คือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า จะมีสัดส่วนของผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

- โดยในระดับประถมหรือต่ำกว่า มีอยู่ 53.3% ในกรณีของปัญหาการเงิน และ 54.1% ในกรณีของปัญหาการประกอบอาชีพ

- ขณะที่กลุ่มของผู้มีการศึกษาระดับมัธยม/ปวช./ปวส./อนุปริญญา มีอยู่ 38.8% ในกรณีของปัญหาการเงิน และ 44.5% ในกรณีของปัญหาการประกอบอาชีพ

- ส่วนผู้มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและสูงกว่า จะมีอยู่ 17.3% ในกรณีของปัญหาการเงิน และ 34.3% ในกรณีของปัญหาการประกอบอาชีพ

## อายุกับพฤติกรรมกรรมการต้มและสุขภาพจิต

รายงานฉบับนี้ได้จำแนกอายุของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มวัยรุ่น (15-24 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) พบว่า

กรณีของผู้ที่ดื่มหนักในครั้งเดียวเป็นประจำ : ในกลุ่มนี้ กลุ่มผู้สูงอายุ จะมีสัดส่วนของผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานอย่างชัดเจน

เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพจิตตามการเปลี่ยนแปลงของการดื่มในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา : ซึ่งแบ่งเป็น กลุ่มที่ไม่เคยดื่มเลย กลุ่มที่ดื่มเท่าเดิม กลุ่มที่ดื่มลดลง และกลุ่มที่ดื่มเพิ่มขึ้น พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ดื่มเพิ่มขึ้น จะมีสัดส่วนของผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมากกว่ากลุ่มอื่นๆ (ร้อยละ 32.6) รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่ดื่มเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 27.1) ส่วนกลุ่มคนวัยทำงานที่ดื่มเพิ่มขึ้น กลับมีสัดส่วนของผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติน้อยกว่ากลุ่มคนวัยทำงานที่ไม่ดื่มเลย ดื่มเท่าเดิม หรือดื่มน้อยลงเสียอีก

เมื่อพิจารณาตามการใช้ความรุนแรงและปัญหาการประกอบอาชีพ : พบว่า ในกรณีนี้ กลุ่มผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนของผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มวัยรุ่น และน้อยที่สุดคือกลุ่มวัยทำงาน

เมื่อพิจารณาจากปัญหาด้านการเงิน : พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนของผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มวัยทำงาน และน้อยที่สุดคือ กลุ่มวัยรุ่น

## สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมกรรมการดื่มและสุขภาพจิต

ในหัวข้อนี้ ได้ผลการศึกษาที่น่าสนใจ ดังนี้



ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีสถานภาพ หม้าย / หย่า / แยก จะมีสัดส่วนของผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ มากกว่ากลุ่มสมรส และโสด ในทุกกรณีกล่าวคือ

- ผู้ที่มีสถานภาพ หม้าย / หย่า / แยก ที่ดื่มหนัก ในครั้งเดียวเป็นประจำ มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมากที่สุด (ร้อยละ 38.9) รองลงมาคือกลุ่มโสด (ร้อยละ 26.7) และกลุ่มสมรส (ร้อยละ 21.1)

- ผู้ที่มีสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก ที่เคยได้รับอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการตีมี จะมีสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ มากกว่ากลุ่มอื่น (ร้อยละ 57.6) รองลงมาคือกลุ่มโสด (ร้อยละ 29) และกลุ่มสมรส (ร้อยละ 26.7)

- ผู้ที่มีสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก ที่มีปัญหาการใช้ความรุนแรงกับบุคคลนอกครัวเรือนอันเนื่องมาจากการตีมี จะมีสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ มากกว่ากลุ่มอื่น (ร้อยละ 50.8) รองลงมาคือ กลุ่มโสด (ร้อยละ 29) และกลุ่มสมรส (ร้อยละ 25.8)

- ผู้ที่มีสถานภาพ หม้าย / หย่า / แยก ที่มีปัญหาการใช้ความรุนแรงกับคนในครัวเรือนอันเนื่องมาจากการตีมี จะมีสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ มากกว่ากลุ่มอื่น (ร้อยละ 38.1) รองลงมาคือ กลุ่มสมรส (ร้อยละ 30.7) และกลุ่มโสด (ร้อยละ 22.1)

- ผู้ที่มีสถานภาพ หม้าย / หย่า / แยก ที่มีปัญหาในการประกอบอาชีพอันเนื่องมาจากการตีมี จะมีสัดส่วนผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติมากกว่ากลุ่มอื่น (ร้อยละ 45.1) รองลงมาคือ กลุ่มสมรส (ร้อยละ 25.6) และกลุ่มโสด (ร้อยละ 19.7)





# ปิดเล่ม

## บทสรุปสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่และผู้ดื่มแอลกอฮอล์

แม้ว่างานวิจัยทั้งในเมืองไทยและต่างประเทศ ต่างก็ชี้ให้เห็นว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างสุขภาพจิต กับการสูบบุหรี่และผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ถึงกระนั้น ก็ไม่ได้มีงานวิจัยโดยนัยชัดเจนว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ดื่มและผู้สูบบมีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือเป็นเพราะผู้ดื่มและผู้สูบบมีปัญหาด้านสุขภาพจิตอยู่แล้ว จึงหันมาดื่มและสูบบมากขึ้นกันแน่

การศึกษาของโครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี ที่ได้ นำเสนอผลการศึกษาไว้ใน 3 บทที่ผ่านมา ก็ยังไม่เพียงพอที่จะสรุปว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ทำให้ผู้ดื่มและผู้สูบบมีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือเป็นเพราะผู้ดื่มและผู้สูบบมีปัญหาด้านสุขภาพจิตอยู่แล้ว จึงหันมาดื่มและสูบบมากขึ้นเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของโครงการฯ ก็ได้พบสิ่งที่น่าสนใจ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้วางแผนป้องกันการเกิดนักดื่ม/นักสูบบุหรี่ใหม่ และวางแผนแก้ไขเพื่อให้นักดื่ม/นักสูบบุหรี่เก่า ลด ละ และเลิกพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ได้ในที่สุด ดังนี้

- เพศชายโดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะเริ่มสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มอื่นทั้งหมด โดยเฉพาะในกรณีของการดื่มจะมีมากกว่าเพศหญิงถึง 5 เท่า
- แม้ว่าวัยรุ่นเพศหญิงที่เข้าสู่วงจรของการเป็นนักดื่ม/นักสูบบ จะมีน้อยกว่าวัยรุ่นเพศชาย แต่ก็ถือเป็นกลุ่มที่น่าใส่ใจมากกว่ากลุ่มอื่น เพราะเพศหญิง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุน้อย จะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น

- หากพิจารณาโดยให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านเพศ เพศหญิงที่สูบและดื่ม อาจต้องได้รับการดูแลมากกว่าเพศชายที่สูบและดื่ม เนื่องจากเพศหญิงที่สูบและดื่มจะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าเพศชายที่สูบและดื่มในทุกช่วงวัย
- หากพิจารณาโดยให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสถานภาพทางครอบครัว กลุ่มที่น่าเป็นห่วงที่สุดคือ กลุ่มหม้าย หย่า แยก
- หากพิจารณาจากระดับการศึกษา กลุ่มนักดื่ม/นักสูบ ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า มักจะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่านักดื่ม/นักสูบ ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าด้วย
- หากพิจารณาจากสภาพแวดล้อมในครอบครัว ด้านการใช้ความรุนแรง ทั้งในกรณีที่มีการใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัว และการใช้ความรุนแรงกับคนนอกครอบครัว จะพบว่า นักดื่ม/นักสูบ ที่มาจากครอบครัวที่มีการใช้ความรุนแรง (ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว) จะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่านักดื่ม/นักสูบ ที่มาจากครอบครัวที่ไม่มีการใช้ความรุนแรง
- จากที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่า กลุ่มผู้ดื่มและสูบ ที่ควรต้องได้รับการใส่ใจมากกว่ากลุ่มอื่น คือ กลุ่มวัยรุ่นเพศหญิงที่มาจากครอบครัวที่มีการใช้ความรุนแรง (ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว) มีระดับการศึกษาต่ำ และอยู่ในสถานะหม้าย หย่า แยก
- ผู้ติดบุหรี่ที่อยู่ในเขตเทศบาล มีแนวโน้มที่จะไม่พยายามเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ติดบุหรี่ที่อยู่นอกเขตเทศบาล และมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูบที่อยู่นอกเขตเทศบาลด้วย
- ผู้ติดบุหรี่ที่เป็นหญิงมี "ความพยายามในการเลิกสูบ" และ "ความอดทนต่อการเลิกสูบ" น้อยกว่าผู้ติดบุหรี่ที่เป็นชาย
- ในกรณีของผู้ดื่มหนักเป็นประจำ กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่น่าห่วงที่สุด เพราะจะมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานอย่างชัดเจน โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่ดื่มหนักนี้ มักเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านการประกอบอาชีพและการเงินด้วย
- การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้คนมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี และส่งผลให้เกิดการเลิกสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างถาวรได้

- หากเป็นกลุ่มนักดื่ม/นักสูบบุหรี่ผู้ใหญ่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ น่าจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเลิกสูบ เลิกดื่มได้มากขึ้น เพราะจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพมีผลมากที่สุดต่อการตัดสินใจเลิกดื่ม เลิกสูบบุหรี่ของนักดื่ม นักสูบบุหรี่ผู้ใหญ่

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม และการสำรวจเพื่อจัดทำรายงานฉบับนี้ ก็ได้ข้อสรุปร่วมกันอย่างหนึ่งว่า สุขภาพจิต กับการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น มีความสัมพันธ์ต่อกันที่เป็นไปในทางลบ กล่าวคือ ยิ่งสูบบุหรี่มากและดื่มแอลกอฮอล์มาก ก็ยิ่งทำให้สุขภาพจิตแย่งได้ และที่แน่นอนก็คือ สุขภาพกายจะแย่งอย่างชัดเจนสำหรับผู้สูบบุหรี่ และ/หรือดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องเป็นเวลานาน

ร่วมกันป้องกันไม่ให้คนทุกวัย  
เป็นนักดื่ม นักสูบ อีกต่อไป

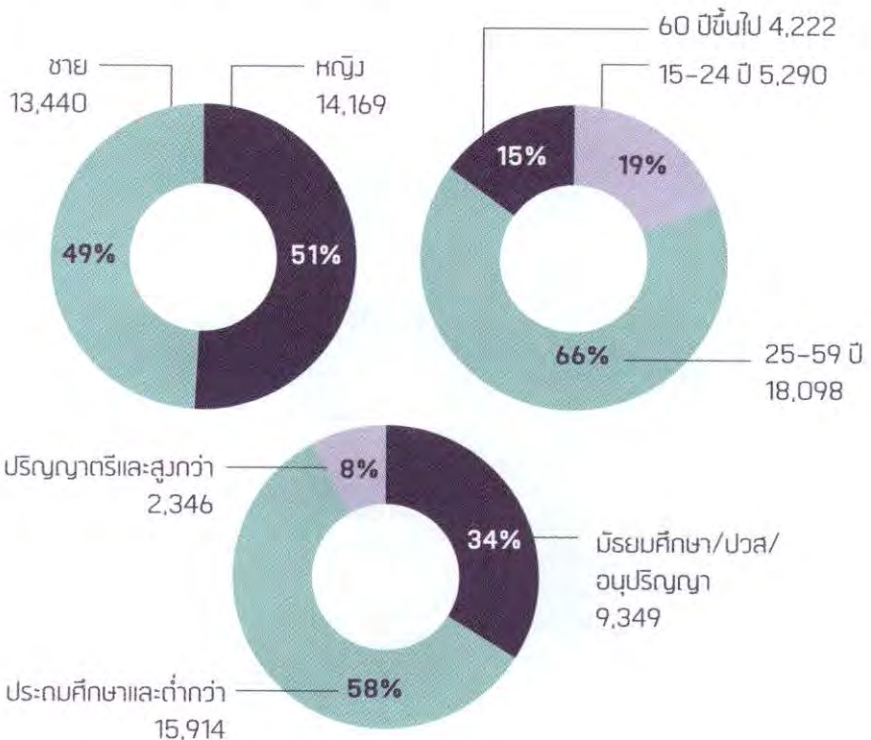


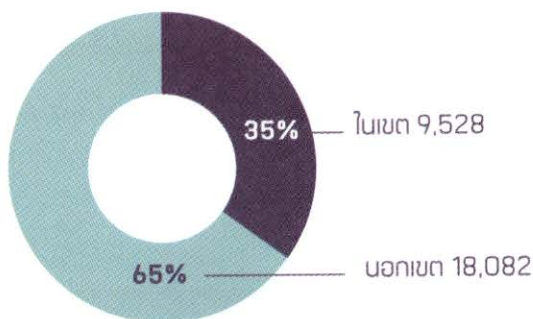
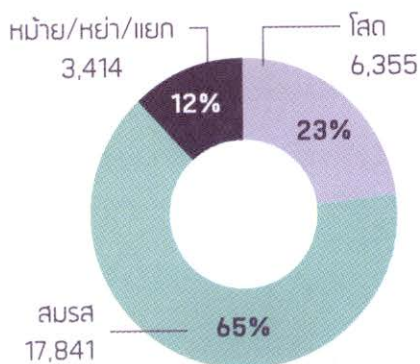
## ข้อมูลน่ารู้จากการศึกษา

จากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์โดยโครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยประจำปี ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้สรุปผลเป็นตาราง แผนภูมิ กราฟ ทั้งกราฟวงกลมและกราฟแท่งไว้เป็นจำนวนมาก โดยหนังสือเล่มนี้ได้สรุปข้อมูลสำคัญๆ จากการศึกษาไว้ในบทที่สองและสามแล้วในรูปของข้อความและรูปภาพ

อย่างไรก็ตาม ทีมงานได้นำข้อมูลในรูปตาราง กราฟ และแผนภูมิทั้งหมดมารวมไว้ในบทนี้อีกครั้ง เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์และอ้างอิงสำหรับผู้สนใจในกาลต่อไป

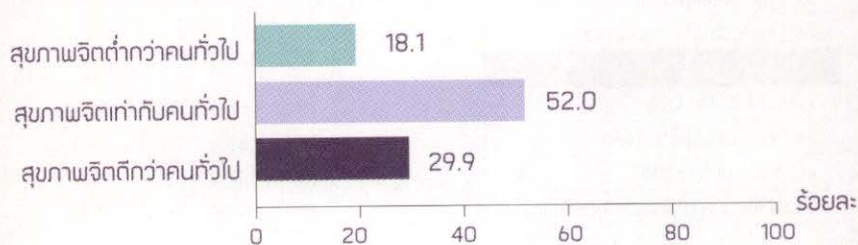
### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง



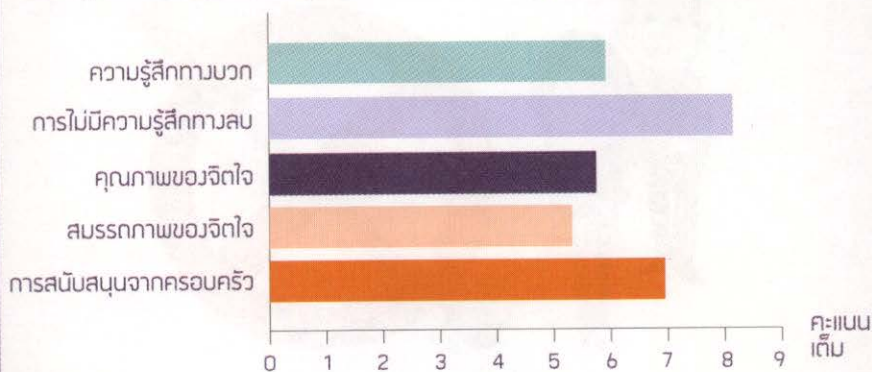


## คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตและเกณฑ์สุขภาพจิต

แผนภูมิ 1 แสดงร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเกณฑ์สุขภาพจิต



แผนภูมิ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต จำแนกตามมิติสุขภาพจิต 5 ด้าน



## สุขภาพจิตกับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่

ตาราง แสดงข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการติดบุหรี่ สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ และความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ จำแนกตามเพศ และตามกลุ่มผู้ไม่สูบแต่เคยสูบบุหรี่กลุ่มผู้สูบนานๆ ครั้ง และกลุ่มผู้สูบเป็นประจำ

	ไม่สูบแต่เคย		นานๆ ครั้ง		เป็นประจำ	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่	18.01	20.29	17.98	24.73	17.62	20.03
อายุเมื่อเริ่มติดบุหรี่	19.51	21.48	19.75	26.04	19.22	21.22
จำนวนปีที่เลิกบุหรี่สำเร็จ	11.89	14.83				
<b>สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ</b>						
สามี/ภรรยา/ลูก/พ่อแม่/ญาติ ขอร้อง	15.8	10.8				
กลัวเป็นโรค/ป่วย	36.0	40.7				
พบว่าไม่ดี เลยเลิกเอง	39.6	39.1				
อื่นๆ เช่น ประหยัด/ปฏิบัติตามกฎ	8.7	9.4				
<b>ความพยายามในการเลิก</b>						
ไม่เคย/ ไม่พยายามเลิก			50.6	55.1	52.3	58.0
เคยคิดแต่ไม่เคยพยายามเลิก			23.5	33.3	22.5	18.7
เคยคิดและพยายามเลิก			25.9	11.6	25.2	23.3
จำนวนเดือนที่เลิกได้ก่อนกลับมาสูบบุหรี่ใหม่			1.47	0.86	1.52	1.43



ตาราง แสดงข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการติดยาหรือ สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ และความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ จำแนกตามช่วงอายุ และตามกลุ่มผู้ไม่สูบบุหรี่แต่เคยสูบบุหรี่ กลุ่มผู้สูบนานๆ ครั้ง และกลุ่มผู้สูบบ่อยเป็นประจำ

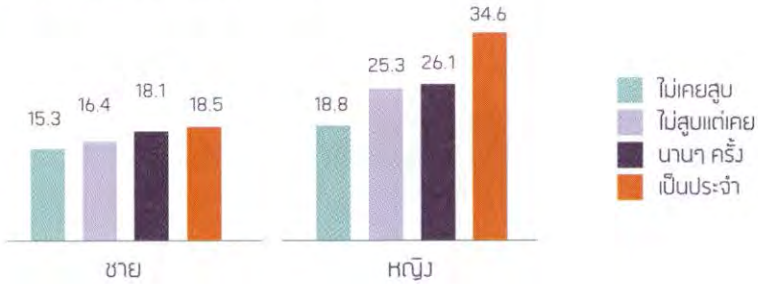
	ไม่สูบบุหรี่			นานๆ ครั้ง			เป็นประจำ		
	วัยรุ่น	วัยทำงาน	ผู้สูงอายุ	วัยรุ่น	วัยทำงาน	ผู้สูงอายุ	วัยรุ่น	วัยทำงาน	ผู้สูงอายุ
อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่	15.21	18.05	18.92	16.28	19.03	22.43	16.03	18.06	18.15
อายุเมื่อเริ่มติดบุหรี่	15.68	19.52	20.56	17.18	21.11	24.83	17.16	19.66	20.10
จำนวนปีที่เลิกบุหรี่สำเร็จ	2.32	10.45	17.24						
<b>สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ</b>									
สามี/ภรรยา/ลูก/พ่อแม่/ญาติ ชอร้อง	49.9	15.5	10.2						
กลัวเป็นโรค/ป่วย	14.7	32.1	48.9						
พบว่าไม่ดี เลยกเลิกลง	23.0	42.3	35.9						
อื่นๆ เช่น ประหยัด/ปฏิบัติตามกฎ	12.4	10.1	10.2						
<b>ความพยายามในการเลิก</b>									
ไม่เคย/ ไม่พยายามเลิก				60.0	46.7	47.1	57.8	51.9	50.7
เคยคิดแต่ไม่เคยพยายามเลิก				20.2	25.8	28.0	25.4	22.0	20.2
เคยคิดและพยายามเลิก				19.8	27.6	24.9	16.8	26.1	29.1
จำนวนเดือนที่เลิกได้ก่อนกลับมาสูบบุหรี่				0.67	1.85	0.82	1.98	1.50	1.28

## เพศ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ และสถานภาพสมรส

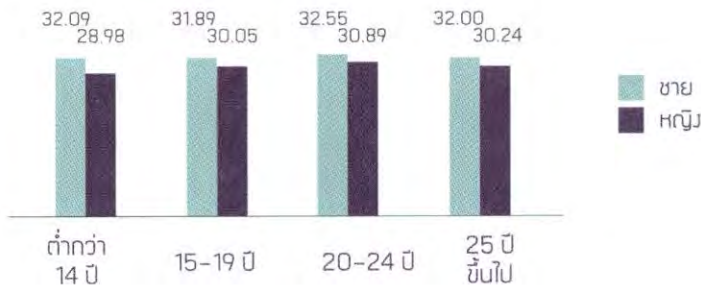
แผนภูมิที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตตามการสูบบุหรี่ จำแนกตามเพศ



**แผนภูมิที่ 4 แสดงร้อยละของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติแบ่งตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำแนกตามเพศ (ร้อยละ)**



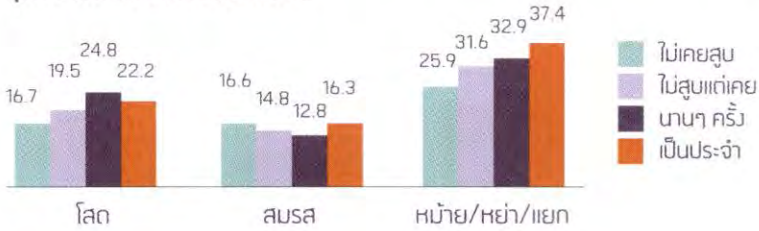
**แผนภูมิที่ 5 รูปแสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตโดยรวม (เต็ม 45 คะแนน) แบ่งตามอายุที่เริ่มสูบบุหรี่แรก จำแนกตามเพศ**



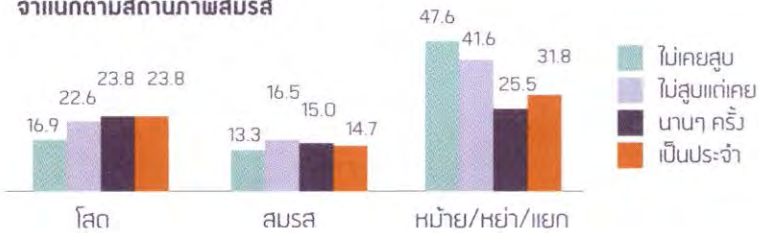
**แผนภูมิที่ 6 รูปแสดงร้อยละของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติแบ่งตามอายุที่เริ่มสูบบุหรี่แรก จำแนกตามเพศ**



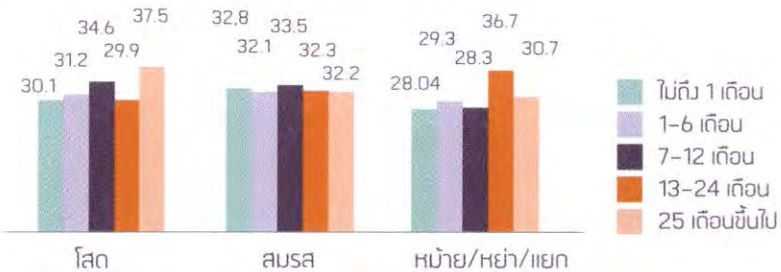
**แผนภูมิ 7 แสดงร้อยละของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติแบ่งตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานภาพสมรส**



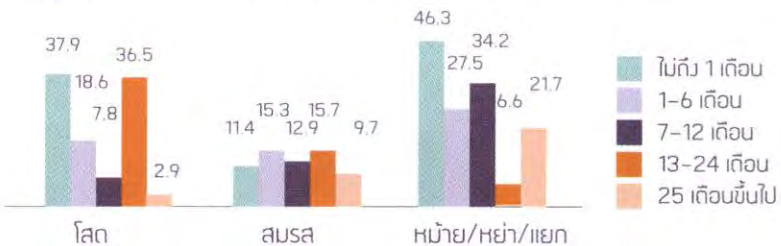
**แผนภูมิ 8 แสดงร้อยละของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติแบ่งตามอายุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่ จำแนกตามสถานภาพสมรส**



**แผนภูมิที่ 9 แสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตโดยรวม (เต็ม 45 คะแนน) แบ่งตามระยะเวลาที่เลิกสูบก่อนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ จำแนกตามสถานภาพสมรส**

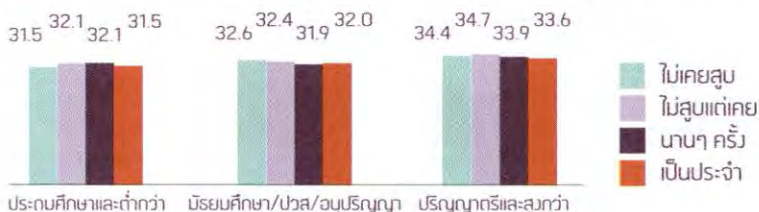


**แผนภูมิที่ 10 รูปแสดงร้อยละของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติแบ่งตามระยะเวลาที่เลิกสูบก่อนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ จำแนกตามสถานภาพสมรส**



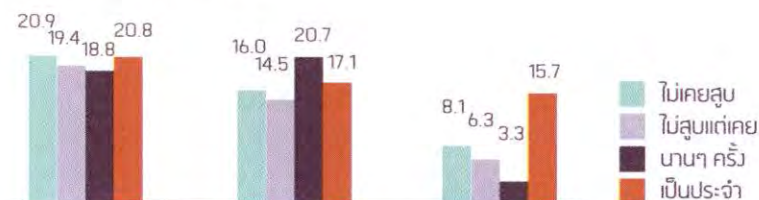
## ระดับการศึกษาและภูมิลำเนา กับสุขภาพจิตของผู้สูบบุหรี่

แผนภูมิที่ 11 แสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตตามการสูบบุหรี่ จำแนกตามระดับการศึกษา



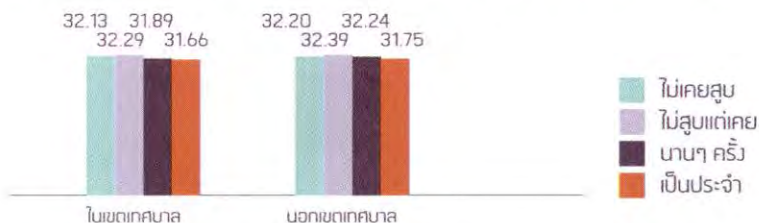
ประถมศึกษาและต่ำกว่า มัธยมศึกษา/ปวส/อนุปริญญา ปริญญาตรีและสูงกว่า

แผนภูมิ 12 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการสูบบุหรี่ จำแนกตามระดับการศึกษา

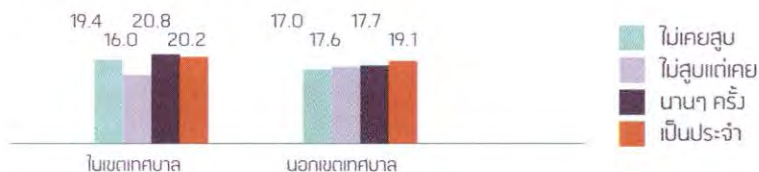


ประถมศึกษาและต่ำกว่า มัธยมศึกษา/ปวส/อนุปริญญา ปริญญาตรีและสูงกว่า

แผนภูมิ 13 แสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตตามการสูบบุหรี่ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย

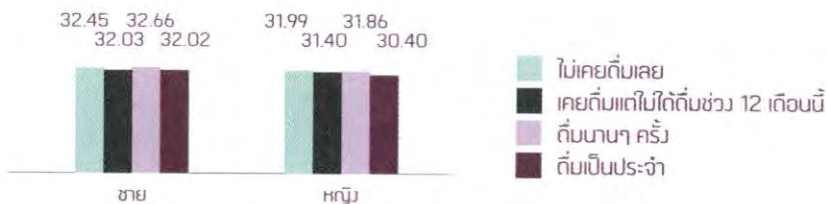


แผนภูมิ 14 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการสูบบุหรี่ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย

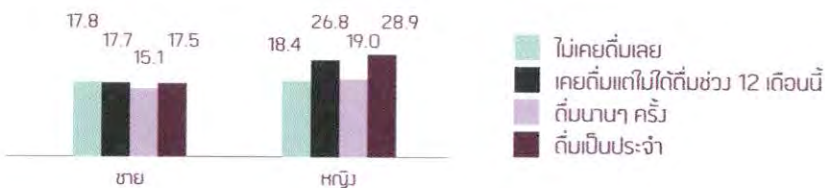


## เพศกับพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ และสุขภาพจิต

แผนภูมิ 15 แสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตตามพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ จำแนกตามเพศ



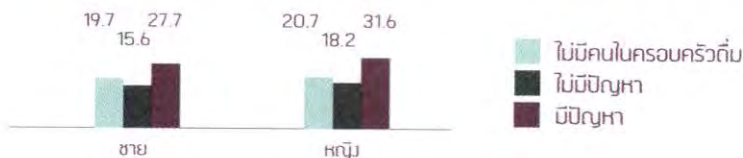
แผนภูมิ 16 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ จำแนกตามเพศ (ร้อยละ)



แผนภูมิ 17 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการดื่มหนักในครั้งเดียว จำแนกตามเพศ (ร้อยละ)



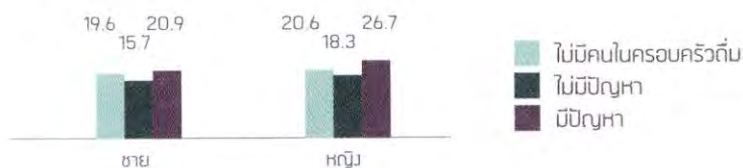
แผนภูมิ 18 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการใช้ความรุนแรงกับบุคคลภายนอกครั้งเดียวหรือมากกว่าครั้งเดียว จำแนกตามเพศ (ร้อยละ)



แผนภูมิ 19 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการใช้ความรุนแรงในครัวเรือนจากการตี จำแนกตามเพศ

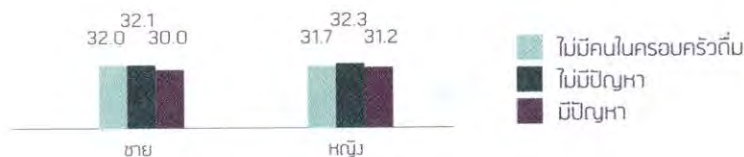


แผนภูมิ 20 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการตี จำแนกตามเพศ

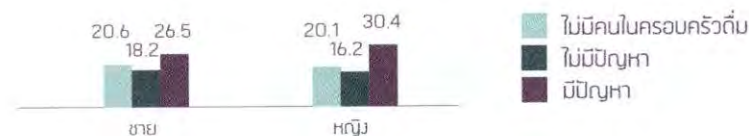


## ที่อยู่อาศัยกับพฤติกรรมกรรมการตี แอลกอฮอล์ และสุขภาพจิต

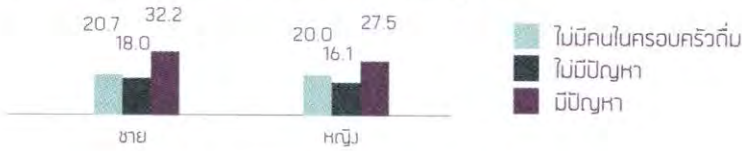
แผนภูมิ 21 แสดงคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตตามการใช้ความรุนแรงกับบุคคลภายนอกครัวเรือนจากการตี จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย



แผนภูมิ 22 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการใช้ความรุนแรงกับบุคคลภายนอกครัวเรือนจากการตี จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย

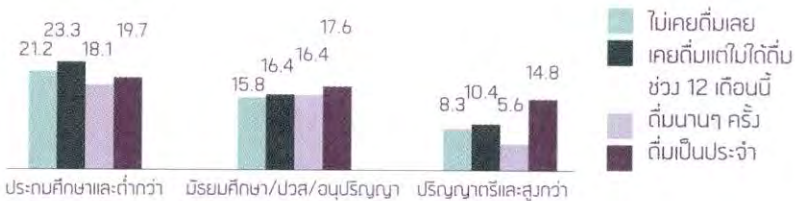


**แผนภูมิ 23 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการมีปัญหาในการประกอบอาชีพจากการดื่ม จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย**

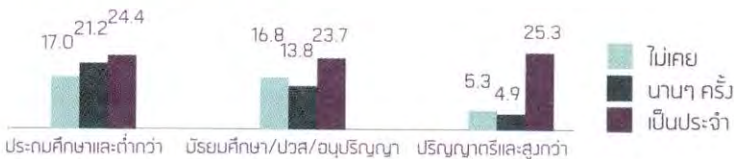


## ระดับการศึกษากับพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และสุขภาพจิต

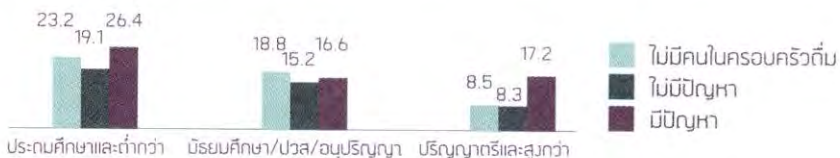
**แผนภูมิ 24 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามการศึกษา**



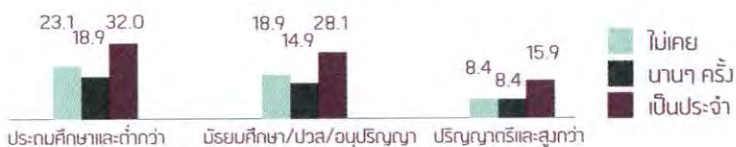
**แผนภูมิ 25 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการดื่มหนักในครั้งเดียว จำแนกตามการศึกษา**



**แผนภูมิ 26 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการดื่ม จำแนกตามการศึกษา**



**แผนภูมิ 27 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการใช้ความรุนแรงในครัวเรือนจากการตี จำแนกตามการศึกษา**



**แผนภูมิ 28 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการใช้ความรุนแรงกับบุคคลภายนอกครัวเรือนจากการตี จำแนกตามการศึกษา**



**แผนภูมิ 29 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการมีปัญหากฎการเว้นจากการตี จำแนกตามการศึกษา**

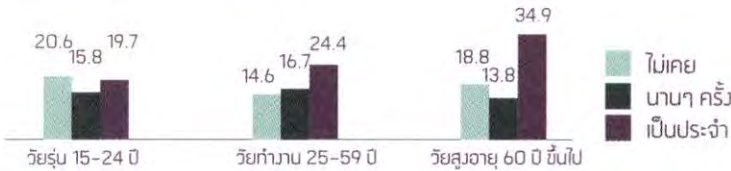


**แผนภูมิ 30 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการมีปัญหากฎการประกอบอาชีพจากการตี จำแนกตามการศึกษา**

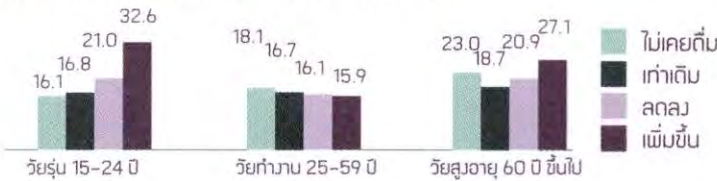


## อายุกับพฤติกรรมคาร์ดิโอแอโรบิค และสุขภาพจิต

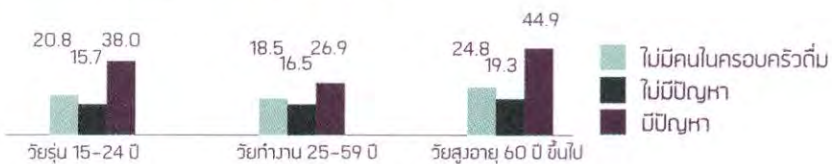
แผนภูมิ 31 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการดื่มหนักในครั้งเดียว จำแนกตามกลุ่มอายุ



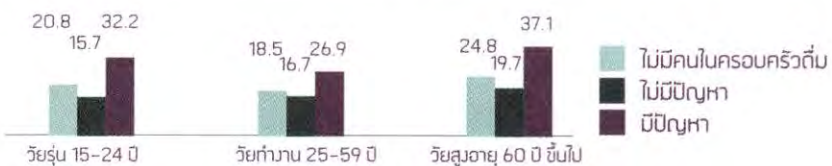
แผนภูมิ 32 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการเปลี่ยนแปลงการดื่มในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอายุ



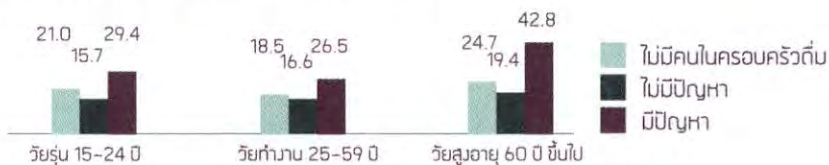
แผนภูมิ 33 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการใช้ความรุนแรงในครัวเรือนจากการดื่ม จำแนกตามกลุ่มอายุ



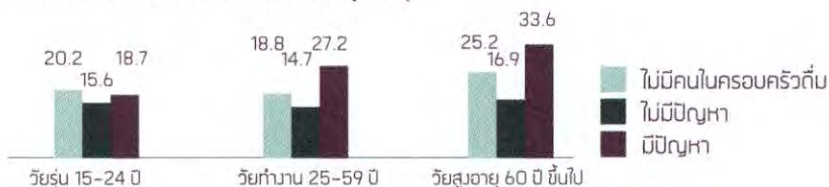
แผนภูมิ 34 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการใช้ความรุนแรงกับบุคคลภายนอกครัวเรือนจากการดื่ม จำแนกตามกลุ่มอายุ



**แผนภูมิ 35 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการมีปัญหาใน การประกอบอาชีพจากการตีบ จำแนกตามกลุ่มอายุ**

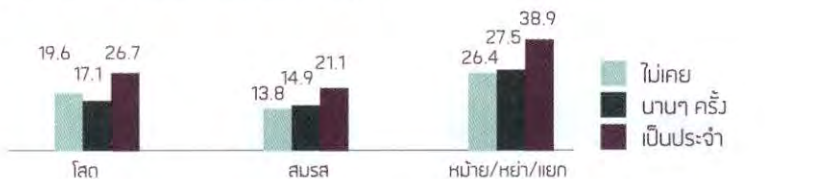


**แผนภูมิ 36 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการมีปัญหา การการเว้นจากการตีบ จำแนกตามกลุ่มอายุ**

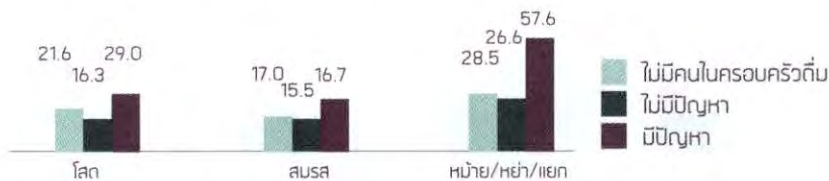


**สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมกรรมการตีบแอลกอฮอล์ และสุขภาพจิต**

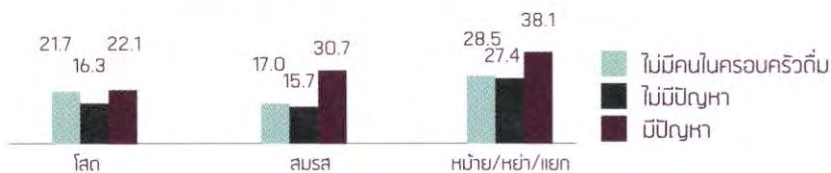
**แผนภูมิ 37 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการตีบหนัก ในครั้งเดียว จำแนกตามสถานภาพสมรส**



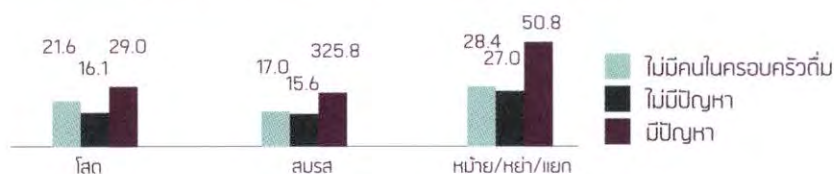
**แผนภูมิ 38 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการได้รับบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุจากการตีบ จำแนกตามสถานภาพสมรส**



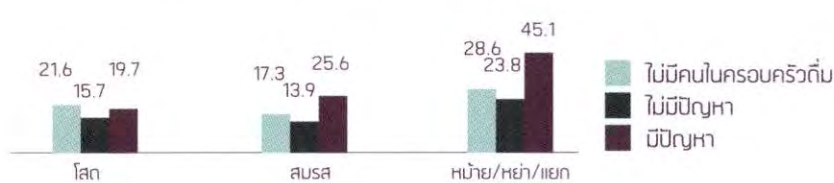
**แผนภูมิ 39 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการใช้ความรุนแรง  
ในครัวเรือนจากการตี จำแนกตามสถานภาพสมรส**



**แผนภูมิ 40 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการใช้ความรุนแรง  
กับบุคคลภายนอกครัวเรือนจากการตี จำแนกตามสถานภาพสมรส**



**แผนภูมิ 41 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติหรือเสี่ยงตามการมีปัญหามา  
การประกอบอาชีพจากการตี จำแนกตามสถานภาพสมรส**



Give me a hug, please



## สรุปนโยบายต้านบุหรี่และเครื่องดับแอลกอฮอล์ของไทย

### นโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย

จากรายงานการสำรวจระดับประเทศ เรื่อง ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย รอบที่ 5 (2554) ของโครงการ International Tobacco Control Policy-Southeast Asia จากการดำเนินงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ประเทศไทยได้มีการกำหนดนโยบายในเรื่องการควบคุมยาสูบครั้งแรกในปี พ.ศ.2517 จนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ให้น้อยลง และป้องกันผู้สูบบุหรี่รายใหม่ที่จะเกิดขึ้นในประเทศไทย รวมถึงการปกป้องผู้ไม่สูบบุหรี่จากควันบุหรี่มือสองอีกด้วย ซึ่งมีมาตรการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

**พ.ศ. 2517** แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ได้ผลักดันให้กระทรวงการคลัง สั่งการให้โรงงานยาสูบต้องพิมพ์คำเตือนข้างซองบุหรี่ว่า “บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ”

**พ.ศ. 2519** กรุงเทพมหานครได้ออกพระราชบัญญัติห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลนคร และรถโดยสารประจำทางในกรุงเทพมหานคร

**พ.ศ. 2523** สมาคมอูรเวทซ์ได้มีการผลักดันได้มีการผลักดันให้เปลี่ยนแปลงคำเตือนข้างซองบุหรี่เพื่อให้ดูรุนแรงมากขึ้น

**พ.ศ. 2526** สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ภายใต้การสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกได้จัดสัมมนาเรื่อง “การสูบบุหรี่และสุขภาพในประเทศไทย” โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานกลางในการดำเนินการรณรงค์ป้องกันและควบคุมการสูบบุหรี่

**พ.ศ. 2529** มูลนิธิหมอชาวบ้านได้จัดตั้ง “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น “มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่”

**พ.ศ. 2531** คณะรัฐมนตรีในรัฐบาลของ ฯพณฯ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ได้มีมติไม่เห็นชอบในโครงการสร้างโรงงานยาสูบเพิ่ม และมีมติให้ห้ามสูบบุหรี่ในห้องประชุมคณะรัฐมนตรี

**พ.ศ. 2532** รัฐบาลจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) ขึ้นครั้งแรกในวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2532 มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและแนวทางในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และในปีเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้หน่วยงานในสังกัดทุกแห่งเป็นเขตปลอดบุหรี่ และไม่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่สูบบุหรี่ในขณะที่ปฏิบัติงาน รวมถึงห้ามไม่ให้มีการจำหน่ายบุหรี่ในร้านค้าของหน่วยงานในสังกัด และคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้ห้ามการโฆษณาเพื่อส่งเสริมการขายบุหรี่ทุกรูปแบบ

**พ.ศ. 2534** กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสาร ภาวะเบี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ รวมทั้งวางแผนและให้ความรู้เพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่

**พ.ศ. 2535** รัฐสภาผ่านร่างพระราชบัญญัติ 2 ฉบับ เรื่อง พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

**พ.ศ. 2536** รัฐบาลมีนโยบายขึ้นภาษีบุหรี่เพื่อสุขภาพเป็นครั้งแรก

**พ.ศ. 2544** รัฐสภาผ่านร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยได้รับงบประมาณในการดำเนินงานจากเงินภาษีสรรพสามิตหรือเงินภาษีจากบุหรี่และสุราร้อยละ 2 ต่อปี ซึ่ง สสส. มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา อีกทั้งยังมีบทบาทในการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนในสังคมทำงานร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน



**พ.ศ. 2547** รัฐบาลลงสัตยาบันในอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก (Framework Convention on Tobacco Control: FCTC)

**พ.ศ. 2548** คณะรัฐมนตรีมีมติให้เปลี่ยนแปลงฉลากคำเตือนบนซองบุหรี่จากแบบข้อความเดียวเป็นรูปภาพคำเตือน 4 สี พร้อมข้อความบรรยายมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2548 ต่อมาในวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2548 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงบังคับห้ามวางบุหรี่ ณ จุดขาย โดยห้ามไม่ให้ร้านค้าโชว์บุหรี่ แต่ให้เขียนเป็นข้อความสีดำขนาด A4 ว่า "ที่นี่มีบุหรี่ขาย" หรือ "ที่นี่มีบุหรี่จำหน่าย" และในวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ได้มีการกำหนดเครื่องหมายเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่

**พ.ศ. 2549** กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวง 4 ฉบับ ได้แก่

1. การบังคับใช้บุหรี่ชิกาแรต พิมพ์ฉลากแสดงชื่อสารพิษ และสารก่อมะเร็งที่อยู่ในควันบุหรี่ที่ข้างซองทั้ง 2 ข้าง โดยกำหนดสารพิษ 2 ชนิด คือ คาร์บอนมอนอกไซด์ และไฮโดรเจนไซยาไนด์ และสารก่อมะเร็ง 3 ชนิด คือ นิโคติน ทาร์ และฟอร์มาลดีไฮด์

2. การเพิ่มจำนวนคำเตือน 4 สี พร้อมข้อความแสดงพิษภัยของบุหรี่ จาก 6 ภาพ เป็น 9 ภาพ ได้แก่ ภาพที่ 1 ควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด ภาพที่ 2 สูบแล้วปากเหม็นกลิ่นบุหรี่ ภาพที่ 3 สูบแล้วถุงลมพองตาย ภาพที่ 4 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ภาพที่ 5 ควันบุหรี่ทำให้หัวใจวายตาย ภาพที่ 6 ควันบุหรือนำชีวิตสู่ความตาย ภาพที่ 7 สูบแล้วเป็นมะเร็งช่องปาก ภาพที่ 8 สูบแล้วเป็นมะเร็งกล่องเสียง และภาพที่ 9 ควันบุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก

3. ห้ามพิมพ์สรรพคุณบุหรี่ว่า อ่อน รสเบา

4. ประกาศเพิ่มพื้นที่เขตปลอดบุหรี่ และประกาศให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด เช่น โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษาในระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา ศาสนสถานหรือสถานประกอบกิจการในภายในหรือศาสนาดังกล่าว เป็นต้น

**พ.ศ. 2550** ประกาศให้ร้านค้าจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มเฉพาะ บริเวณที่มีระบบปรับอากาศ (รวมถึงผับ บาร์ และสถานบริการอื่นๆ) เป็นเขตปลอดบุหรี่ 100% (เขตปลอดบุหรี่ประเภทที่ 1) ส่วนร้านค้าจำหน่ายอาหารหรือ เครื่องดื่มบริเวณที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศเป็นเขตปลอดบุหรี่เช่นเดียวกัน แต่ สามารถจัดเขตสูบบุหรี่ให้กับผู้ใช้บริการได้ (เขตปลอดบุหรี่ประเภทที่ 2) และ ได้เพิ่มตลาดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ประเภทที่ 2 ด้วย

**พ.ศ. 2551** กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่ และเขต ปลอดบุหรี่ และประกาศให้แก่ผู้ประกอบการบ่นฉลากคำเตือนให้สื่อความหมาย ชัดเจนขึ้น ต่อมาในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้มีการตรวจ พิจารณาภาพยนตร์โดยให้คณะกรรมการพิจารณาภาพยนตร์และวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการโฆษณาส่งเสริมการสูบบุหรี่

**พ.ศ. 2552** ปรับเพดานภาษีสรรพสามิตจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 90 ของราคา ณ โรงงาน และเพิ่มภาษีเป็นร้อยละ 85 ของราคา ณ โรงงาน (พฤษภาคม พ.ศ. 2552) และในวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2552 ได้ออกประกาศ กระทรวงสาธารณสุข โดยเพิ่มคำเตือนจาก 9 ภาพ เป็น 10 ภาพ คือ สูบแล้ว ทำเน่า

ตัวอย่างรูปภาพคำเตือน 10 ภาพบนซองบุหรี่





**พ.ศ. 2553** ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 19 กำหนดส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดของสถานที่เป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ 1) สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ 2) สถานศึกษา 3) สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน ได้แก่ สถานที่ออกกำลังกาย สถานกีฬา ร้านค้า สถานบริการและบันเทิง บริเวณโรงพักคอย และบริเวณทางเดินทั้งหมดภายในอาคาร สถานบริการทั่วไป สถานที่ทำงาน สถานที่สาธารณะทั่วไป 4) ยานพาหนะสาธารณะทุกประเภท ได้แก่ ยานพาหนะสาธารณะในขณะให้บริการไม่ว่าจะมีผู้โดยสารหรือไม่ก็ตาม และสถานีขนส่งสาธารณะทุกประเภท และ 5) ศาสนสถาน และสถานปฏิบัติธรรมในศาสนาและนิกายต่างๆ

## นโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

จากพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ได้มีการกำหนดมาตรการต่างๆในการควบคุมการซื้อขายแอลกอฮอล์ ได้แก่

- การกำหนดสถานที่ที่ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น วัด สถานบริการสาธารณสุข ร้านขายยา สถานที่ราชการ หอพัก สถานศึกษา สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง สวนสาธารณะ และอื่นๆ

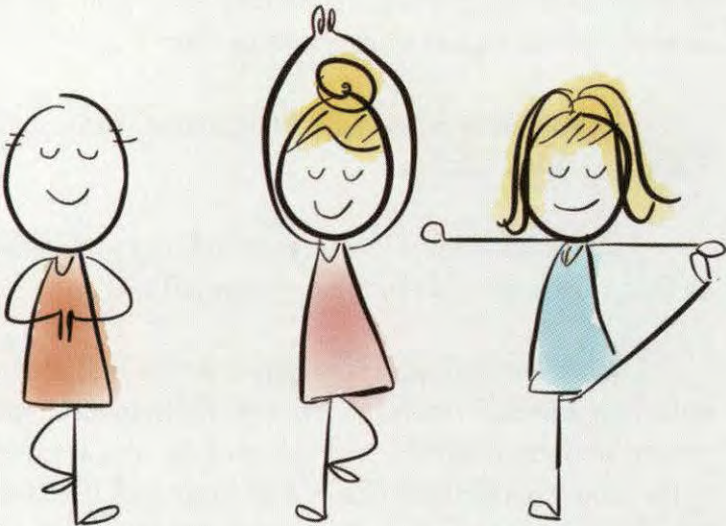
- กำหนดวันและเวลาห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น วันก่อนเลือกตั้งวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น

- กำหนดห้ามมิให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ หรือบุคคลที่มีอาการเมามายจนทรงสติไม่ได้

- กำหนดวิธีการหรือลักษณะที่ต้องห้ามในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เครื่องขายอัตโนมัติ การเร่ขาย การลดราคาเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย ให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าขมการแข่งขัน การแสดง การชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์อื่นใด การแจก แถม ให้ หรือแลกเปลี่ยนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และวิธีการอื่นๆตามรัฐมนตรีกำหนด

- กำหนดวิธีการหรือเงื่อนไขเพื่อควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ ห้ามมิให้ผู้ใด โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นการรบกวนอย่างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ ผู้อื่นดื่ม แต่อนุญาตให้ทำการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์ใดๆ ที่เป็นลักษณะ ของการให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม โดยไม่มีการปรากฏ ภาพของสินค้าหรือบรรจุภัณฑ์นั้น ยกเว้นภาพสัญลักษณ์ (สำนักงาน คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2551)

ดูแลสุขภาพทางใจ  
ปลอดภัยจากบุหรี่และแอลกอฮอล์



## เอกสารอ้างอิง

เชมณัฐ สิ้นสายออ. (2548). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตหญิง หมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

จรรยา เศรษฐบุตร และวรชัย ทองไทย. (2550). รายงานการวิจัยผู้สูบบุหรี่วัยรุ่นสูบบุหรี่ และผู้รับควันบุหรี่ ในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิตรลดา อารีย์สันติชัย และ อุษณีย์ พึ่งปาน. (2552). ผลการใช้รูปแบบการบำบัดอย่างย่อในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2552 ณ โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร. 19-20 พฤศจิกายน 2552.

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ภูดิท เดชาดิวัฒน์ วิมาลา ชโยดม สายจิต สุขหนู และหนึ่งฤทัย ศรีใจป้อ. (2556). สურากับความเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มสุราของประชาชน. คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.

ทรงเกียรติ ปิยะกะ และเวทิน คันสนีย์เวทย์. (2540). ยืมสูเรียนรู้ยาเสพติด. กรุงเทพฯ: มติชน.

นิพนธ์ พัวพงศกร. 2548. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
ต้นทุนสังคมและนโยบาย ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ :  
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง สถาบันวิจัย  
จุฬาลงกรณ์

บทความ “การสูบบุหรี่ในประเทศไทย” สืบค้นจาก <https://sites.google.com/site/tobaccotolife/History> สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2558.

บทความ “ความเป็นมาของบุหรี่” สืบค้นจาก [http://www.smokefree.school.net/article\\_page/179/ความเป็นมาของบุหรี่.html](http://www.smokefree.school.net/article_page/179/ความเป็นมาของบุหรี่.html) สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2558

บทความ “ต้นกำเนิดของบุหรี่” สืบค้นจาก <http://arts.kmutt.ac.th/ssc210/Group%20Project/ASSC210/2.48anti%20secarat/start.htm> สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2558.

บทความ “ประวัติความเป็นมาของแอลกอฮอล์” [www.mwit.ac.th/~physics/lab/...01/.../histry\\_liquor.doc](http://www.mwit.ac.th/~physics/lab/...01/.../histry_liquor.doc) สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2558

บุปผา ศิริวิศมี จรัมพร ให้ล่ายอง ทวีมา ศิริวิศมี ชีรนุช ก้อนแก้ว และปรียา เกนโรจน์. (2556). รายงานการสำรวจระดับประเทศเรื่อง ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มผู้สูบบุหรี่ รอบที่ 5 (พ.ศ.2554). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประกิต สวาทีสาธกกิจ. (2531). จะทำอย่างไรให้คนอดบุหรี่ได้. วารสารแพทยสภาสาร. 17(9): 571.

ปานชีวัน แลบุญมา. (2551). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ อำเภอมะพริก จังหวัดลำปาง. (การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

พิราสินี แซ่จ๋อง. (2552). พฤติกรรม เงื่อนไข ผลกระทบของผู้ที่ไม่สามารถ เลิกสูบบุหรี่ได้ และผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในอำเภอขนาดใหญ่ จังหวัด สงขลา. (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).

รายงานประเมินการรณรงค์“งดเหล้าเข้าพรรษาปี2554”:กรณีศึกษาประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไปใน 24 จังหวัดทั่วประเทศ

วิโรจน์ วีรัชย์. (2548). ตำราเวชศาสตร์การเสพติด. สถาบันธัญญารักษ์. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ศุภยวีจัยสุธา. 2556. สืบสานการณณ์เด่นการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลกระทบในประเทศไทยปี 2556. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

สติเฟิน ฮาแมนน์ และคณะ. (2549). การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท ศูนย์การพิมพ์ แก่นจันทร์ จำกัด.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2548. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการ วิจัยพัฒนารูปแบบเพื่อการ ป้องกันการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

สุราชองประชากร พ.ศ.2554. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). จดหมายข่าว สร้างสุข. 8(112).

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. มปป. คู่มือประชาชน รู้จัก เข้าใจ โทษ พิษภัย จาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข <http://www.thaiantialcohol.com/knowledge> สืบค้นเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2558

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ. 2551. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: บริษัท สามจุดหนึ่งสี่ จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่ม

อนันมพงษ์ พันธุ์มณี. (2550). บุหรี่: สุขภาพ ผลกระทบ การรณรงค์. วารสาร ศึกษาศาสตร์อีสาน. 6(3): 1.

อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมช้าย และวรวรรณ จุฑา. 2552. การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต คนไทย (Version 2007). กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

อรวรรณ ช้องต้อ. (2557). บุหรี่กับ (สุขภาพจิต) วัยรุ่น. สืบค้นจาก <http://www.thailandquitline.or.th/news.php?id=57> สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน 2558.

อารี จำปากลาย บุพผา ศิริรัมย์ จรัมย์พร ให้ลายอง ทวีมา ศิริรัมย์ ธีรนุช ก้อนแก้ว และปรียา เกนโรจน์. (2557). รายงานการสำรวจระดับประเทศ เรื่อง ผลกระทบ จากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มผู้สูบบุหรี่ รอบที่ 6 (พ.ศ. 2555). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

Lien, L., Lien, N., Heyerdahl, S., Thoresen, M., & Bjertness, E. (2006). Consumption of soft drinks and hyperactivity, mental distress, and conduct problems among adolescents in Oslo, Norway. *American journal of public health*, 96(10), 1815.

Mental Health Foundation. (2014). Alcohol. Retrieved from <http://www.mentalhealth.org.nz/get-help/a-z/resource/35/alcohol>

Public Health Agency. (2013). Know the effects of alcohol. Retrieved from <http://www.knowyourlimits.info/know-%E2%80%A6-effects-alcohol>

Sun, H.-Q., Guo, S., Chen, D.-F., Jiang, Z.-N., Liu, Y., Di, X.-L., . . . Lu, L. (2009). Family support and employment as predictors of smoking cessation success: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nicotine sublingual tablets in Chinese smokers. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 35(3), 183-188.

Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 348, g1151.

# บรรณานุกรมรูปภาพ



หน้าที่ 18  
แหล่งที่มา [www.blog.southbeachsmoke.com](http://www.blog.southbeachsmoke.com)



หน้าที่ 18  
แหล่งที่มา [www.ioneelev8.files.wordpress.com](http://www.ioneelev8.files.wordpress.com)



หน้าที่ 18  
แหล่งที่มา [www.gardenhistorymatters.com](http://www.gardenhistorymatters.com)



หน้าที่ 18  
แหล่งที่มา [www.dutchpipe-smoker.wordpress.com](http://www.dutchpipe-smoker.wordpress.com)



หน้าที่ 18  
แหล่งที่มา [www.en.wikipedia.org](http://www.en.wikipedia.org)



หน้าที่ 19  
แหล่งที่มา [www.historytoday.com](http://www.historytoday.com)



หน้าที่ 19  
แหล่งที่มา [www.naryak.com](http://www.naryak.com)



หน้าที่ 19  
แหล่งที่มา [www.thaitobacco.or.th](http://www.thaitobacco.or.th)



หน้าที่ 19  
แหล่งที่มา [www.hfocus.org](http://www.hfocus.org)



หน้าที่ 19  
แหล่งที่มา [www.manchesterhistory.net](http://www.manchesterhistory.net)



หน้าที่ 19  
แหล่งที่มา [www.healthhabbits.com](http://www.healthhabbits.com)



หน้าที่ 19  
แหล่งที่มา [www.nosmokingclub.in.th](http://www.nosmokingclub.in.th)



หน้าที่ 20  
แหล่งที่มา [www.netdoctor.es](http://www.netdoctor.es)



หน้าที่ 20  
แหล่งที่มา [www.commons.wikimedia.org](http://www.commons.wikimedia.org)



หน้าที่ 20  
แหล่งที่มา [www.azbaseimages.net](http://www.azbaseimages.net)



หน้าที่ 20  
แหล่งที่มา [www.repubblica.it](http://www.repubblica.it)



หน้าที่ 20  
แหล่งที่มา [www.123rf.com](http://www.123rf.com)



หน้าที่ 21  
แหล่งที่มา [www.yoursmokeonline.com](http://www.yoursmokeonline.com)



หน้าที่ 21  
แหล่งที่มา [www.fourpins.com](http://www.fourpins.com)



หน้าที่ 21  
แหล่งที่มา [www.wisegEEK.com](http://www.wisegEEK.com)



หน้าที่ 22  
แหล่งที่มา [www.dagens.dk](http://www.dagens.dk)



หน้าที่ 32  
แหล่งที่มา [www.hsbresort.com](http://www.hsbresort.com)



หน้าที่ 32  
แหล่งที่มา [www.acristymay.blogspot.com](http://www.acristymay.blogspot.com)



หน้าที่ 32  
แหล่งที่มา [www.stolaw.com.au](http://www.stolaw.com.au)



หน้าที่ 34  
แหล่งที่มา [www.belgianshop.com](http://www.belgianshop.com)



หน้าที่ 34  
แหล่งที่มา [www.ruj555.wordpress.com](http://www.ruj555.wordpress.com)



หน้าที่ 34  
แหล่งที่มา [www.hanciong.deviantart.com](http://www.hanciong.deviantart.com)



หน้าที่ 34  
แหล่งที่มา ที่ส่งให้ [www.travelzi.com](http://www.travelzi.com)



หน้าที่ 34  
แหล่งที่มา [www.myhouseofbricks.co.uk](http://www.myhouseofbricks.co.uk)



หน้าที่ 35  
แหล่งที่มา [www.phyathai-sriracha.com](http://www.phyathai-sriracha.com)



หน้าที่ 35  
แหล่งที่มา [www.blog.arcadiapower.com](http://www.blog.arcadiapower.com)



หน้าที่ 35  
แหล่งที่มา [www.images.thaiza.com](http://www.images.thaiza.com)



หน้าที่ 35  
แหล่งที่มา [www.thaihealth.or.th](http://www.thaihealth.or.th)



หน้าที่ 37  
แหล่งที่มา [www.gratula.hu](http://www.gratula.hu)



หน้าที่ 37  
แหล่งที่มา [www.sacurrent.com](http://www.sacurrent.com)



หน้าที่ 38  
แหล่งที่มา [www.zaholovok.com.ua](http://www.zaholovok.com.ua)



หน้าที่ 38  
แหล่งที่มา [www.ifyoulovecooking.com](http://www.ifyoulovecooking.com)



หน้าที่ 45  
แหล่งที่มา [www.bloggang.com](http://www.bloggang.com)



หน้าที่ 45  
แหล่งที่มา [www.insurancethai.net](http://www.insurancethai.net)



หน้าที่ 45  
แหล่งที่มา [www.bloggang.com](http://www.bloggang.com)



หน้าที่ 45  
แหล่งที่มา [www.sahavicha.com](http://www.sahavicha.com)



หน้าที่ 56  
แหล่งที่มา <http://newsprom.ru/>



หน้าที่ 69  
แหล่งที่มา [www.btc.ddc.moph.go.th](http://www.btc.ddc.moph.go.th)



หน้าที่ 69  
แหล่งที่มา [www.btc.ddc.moph.go.th](http://www.btc.ddc.moph.go.th)



หน้าที่ 71  
แหล่งที่มา [www.who.int](http://www.who.int)



หน้าที่ 71  
แหล่งที่มา [www.who.int](http://www.who.int)



หน้าที่ 72  
แหล่งที่มา [www.who.int](http://www.who.int)



หน้าที่ 72  
แหล่งที่มา [www.who.int](http://www.who.int)



หน้าที่ 72  
แหล่งที่มา [www.who.int](http://www.who.int)



หน้าที่ 72  
แหล่งที่มา [www.who.int](http://www.who.int)



หน้าที่ 72  
แหล่งที่มา [www.who.int](http://www.who.int)



หน้าที่ 72  
แหล่งที่มา [www.who.int](http://www.who.int)



หน้าที่ 72  
แหล่งที่มา [www.who.int](http://www.who.int)



หน้าที่ 72  
แหล่งที่มา [www.who.int](http://www.who.int)

# ดัชนีค้นคำ

กลุ่มตัวอย่าง	3, 7, 13, 24, 23, 24, 28
การศึกษา	3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 36, 39
ครอบครัว	5, 14, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 32, , 33, 34
ความรู้สึ	5, 13, 14, 21, 28
ความสุข	1, 2, 4, 36
นโยบาย	3, 10, 11, 18, 20, 35, 37, 39, 40
บุหรี	1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 26, 27, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 38, 39, 40
ป้องกัน	19, 20, 26, 27, 35, 39
มหิตล	2, 3, 4, 5, 11, 28, 35, 38, 39, 40
มะเร็ง	10, 11, 35, 36
ยาสูบ	2, 9, 10 11, 12, 35, 36, 39, 40
ยาเส้น	11, 12
รณรงค์	5, 18, 21, 35, 39, 40
รัฐบาล	10, 15, 20, 35, 36
รายได้	10, 12

# แบบฝึกหัด

โรค	5, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 29, 39
เด็กบุหรี	29
วัยรุ่น	8, 12, 13, 14, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 38
สถิติ	4, 6, 7, 12, 19, 40
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	3, 4, 35
สังคม	2, 3, 4, 5, 11, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 25, 35, 38, 39, 40
สาธารณสุข	2, 4, 17, 35, 36, 37, 38, 39
สุขภาพจิต	1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 23, 26, 25, 26, 28, 29, 31, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 78
สุขภาพจิต	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40
เสพติด	11, 16, 38, 39
เหล้า	2, 6, 6, 17, 18, 19, 21, 39
อาชีพ	12, 20, 24, 25, 27, 32, 33, 34
แอลกอฮอล์	1, 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40

หนังสือ "สุขความสุข?...ពីความสุข?" เล่มนี้  
มุ่งที่จะนำเสนอสภาพจิตใจ ของผู้ที่มี และผู้สุข  
ผ่านคะแนนสุขภาพจิต  
ซึ่งวัดโดยแบบสอบถามวัดสุขภาพจิต 15 ข้อ 5 มิติ  
จำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์  
พฤติกรรมกรรมการเสพ  
และผลบางประการของการเสพ