

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554

Executive Summary

Global Adult Tobacco Survey: 2011 GATS, Thailand

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

28 พฤษภาคม 2555



World Health
Organization



CDC FOUNDATION



บทสรุปผู้บริหาร

โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554

Executive Summary

Global Adult Tobacco Survey: 2011 GATS, Thailand

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

28 พฤษภาคม 2555



มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่



World Health
Organization



CDC FOUNDATION



ลิขสิทธิ์ของโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554 - 2555

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สงวนลิขสิทธิ์

บทสรุปผู้บริหารโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554

ที่ปรึกษา	ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ นพ.นพพร ชื่นกลิ่น ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ
เรียบเรียง	ดร.ศรัณญา เบญจกุล ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย นายณัฐพล เทศขยัน นางหทัยชนก พรระเสริฐ นางสาวจิตรลดา ธีชัย นางสาวอารีรัตน์ โล่ห์ทองมงคล
ฝ่ายสนับสนุน	นางสาวภัทรินทร์ ศิริทรากุล นางสาวธัญวรรณ สุลำปิง นางจันทรรัตน์ พฤกษาสวय นางสาวรัชฎา กรรณิกา
สนับสนุนโดย	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) The Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use, a Program of Bloomberg Philanthropies
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2555 โทรศัพท์ 0-2564-3105 ถึง 11 โทรสาร 0-2564-3119
จำนวน	200 เล่ม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้เรียบเรียงขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญจากองค์กรภาคีระหว่างประเทศ
ที่ร่วมให้คำแนะนำและปรับแก้ไขบทสรุปผู้บริหารโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบใน
ผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554 จนสำเร็จลุล่วง ดังรายนามต่อไปนี้

1. World Health Organization South East Asia Regional Office (WHO SEARO) Dhirendra N. Sinha
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Jason Hsia
Samira Asma
Linda Andes
Glenda Blutcher-Nelson
David Homa
Terry Pechacek
Deliana Kostova
Edward Rainey
Sophia Song
Brian Taitt
Jeramy Morton
Krishna Mohan Palipudi
Raydel Valdes Saigado
3. CDC Foundation Bill Parra
Brandon Talley
4. Campaign for Tobacco Free Kids Johanna Birckmayer
5. Bloomberg Philanthropies Jennifer Ellis
Kelly Henning

บทสรุปผู้บริหาร

บทนำ

ประเทศไทย ได้ดำเนินการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey: GATS) ปี 2552 และ ปี 2554 โดยใช้ระเบียบวิธีการสำรวจที่เป็นมาตรฐานสากล ข้อค้นพบจากการสำรวจเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการพัฒนานโยบายควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนเพื่อการติดตาม กำกับการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมยาสูบระดับประเทศ รวมถึงประโยชน์ต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับนานาชาติที่สอดคล้องกับ มาตรา 20 การวิจัย การเฝ้าระวัง และการแลกเปลี่ยนข้อมูล และ มาตรา 21 การรายงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูล ตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประเทศไทยได้ลงนามให้สัตยาบันต่ออนุสัญญานี้เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2547

ข้อค้นพบเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของการสำรวจนี้ นำเสนอให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ MPOWER ที่ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ของการลดความต้องการการบริโภคยาสูบ ได้แก่ การติดตาม กำกับการบริโภคยาสูบ และนโยบายป้องกันและควบคุมยาสูบ (M: Monitor) การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ (P: Protect) การให้ความช่วยเหลือในการเลิกยาสูบ (O: Offer) การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ (W: Warn) การบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ

และการอุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบ (E: Enforce) และการขึ้นภาษียาสูบ (R: Raise)

GATS เป็นการสำรวจครัวเรือนที่มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ 3 ชั้น (A three stage stratified cluster sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำเสนอผลในระดับประเทศ จำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และสภาพทางภูมิศาสตร์/ภาค ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์สมาชิกในครัวเรือนที่ถูกสุ่มเลือก ครัวเรือนละ 1 คนใน 21,488 ครัวเรือนตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่อง Pocket PCs

GATS ปี 2554 เป็นการสำรวจซ้ำในพื้นที่เขตแดนนับเดียวกับการสำรวจในปี 2552 แต่สุ่มเลือกครัวเรือนตัวอย่างใหม่ ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ชนิดมีควันและไม่มีควัน) การเลิกยาสูบ การได้รับควันบุหรี่มือสอง ข้อมูลด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับบุหรี่ยีกาเรต (บุหรี่โรงงาน) และยาเส้น ตลอดจนข้อมูลด้านสื่อ ความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้ต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การสำรวจซ้ำครั้งนี้ใช้เวลาดำเนินงานสนามรวมทั้งสิ้น 3 เดือน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 ธันวาคม 2554 ได้บุคคลตัวอย่างที่สัมภาษณ์ครบถ้วน 20,606 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับโดยรวมร้อยละ 96.3 โดยใช้เวลาเฉลี่ยในการสัมภาษณ์ 21.9 นาทีต่อผู้ให้ข้อมูล 1 คน

การสำรวจฯ ครั้งนี้ หน่วยงานร่วมรับผิดชอบหลัก คือ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการและผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC)

การนำเสนอข้อค้นพบ จำแนกออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อค้นพบจากการสำรวจปี 2554 และเปรียบเทียบข้อค้นพบระหว่างปี 2552 กับปี 2554 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อค้นพบ

การบริโภคยาสูบ (Tobacco Use):

ปี 2554 พบว่ามีผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันชนิดมีควัน ร้อยละ 24.0 (13.0 ล้านคน) โดยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 46.6 และร้อยละ 2.6) ในชนบทสูงกว่าในเมือง (ร้อยละ 25.9 และร้อยละ 20.3) เมื่อจำแนกการพิจารณาตามประเภทของการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน พบว่า มีผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่โรงงาน ร้อยละ 15.2 (8.2 ล้านคน) และสูบบุหรี่มวนเอง ร้อยละ 14.4 (7.8 ล้านคน) โดยผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่โรงงานส่วนใหญ่มีอายุ 15 – 24 ปี (ร้อยละ 20.1) อาศัยในเขตเมือง (ร้อยละ

17.0) และมีสถานะทางเศรษฐกิจดี¹ (ร้อยละ 19.6) ขณะที่ ผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่มีวนเองส่วนใหญ่อาศัยในชนบท (ร้อยละ 18.9) มีสถานะทางเศรษฐกิจในระดับต่ำ (ร้อยละ 17.8) และจบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 22.5)

สำหรับผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันชนิดไม่มีควัน พบร้อยละ 3.2 (1.7 ล้านคน) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 5.2 ในเพศหญิง และร้อยละ 1.1 ในเพศชาย) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและอาศัยในชนบท เมื่อพิจารณาตามวิธีการใช้ พบว่า ร้อยละ 1.8 ใช้ยาเส้นโดยเคี้ยวร่วมกับหมากพลู รองลงมาคือ ร้อยละ 1.3 ใช้ทำความสะอาดฟัน/สีฟัน แล้วนำมาอม/จุกทางปาก

เมื่อพิจารณาผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันทั้งชนิดมีควันและชนิดไม่มีควันที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 26.9 (14.6 ล้านคน) โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 47.2 และเพศหญิง ร้อยละ 7.6 เมื่อจำแนกการพิจารณาการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันอย่างเดียว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 97.7 ขณะที่ 2 ใน 3 ของเพศหญิง (ร้อยละ 65.8) ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันชนิดไม่มีควันอย่างเดียว

เมื่อพิจารณาผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นประจำชนิดมีควัน พบว่าร้อยละ 57.7 สูบบุหรี่วันแรกของวันหลังจากตื่นนอนภายใน 30 นาที

¹ สถานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้ส่วนบุคคลทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงินต่อเดือน ซึ่งจำแนกเป็น 5 กลุ่มรายได้ ได้แก่ ระดับต่ำสุด (1st quintile) ระดับต่ำ (2nd quintile) ระดับปานกลาง (3rd quintile) ระดับสูง (4th quintile) และระดับสูงสุด (5th quintile)

เปรียบเทียบข้อค้นพบปี 2552 กับ 2554 พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบปัจจุบันชนิดมีควัน เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในประชากรรวม (ร้อยละ 23.7 ในปี 2552 และร้อยละ 24.0 ในปี 2554) และในเพศชาย (ร้อยละ 45.6 ในปี 2552 และร้อยละ 46.6 ในปี 2554) ขณะที่ลดลงในเพศหญิง (ร้อยละ 3.1 ในปี 2552 และ ร้อยละ 2.6% ในปี 2554)

เมื่อจำแนกตามสถานะการบริโภคยาสูบ พบว่าอัตราการบริโภคยาสูบเป็นประจำชนิดมีควันของประชากรรวม มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (ร้อยละ 20.3 ในปี 2552 และร้อยละ 21.5 ในปี 2554) ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนในเพศชาย (ร้อยละ 39.2 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 42.0 ในปี 2554) ขณะที่ อัตราการบริโภคยาสูบเป็นครั้งคราวมีแนวโน้มลดลงชัดเจนในประชากรรวม (ร้อยละ 3.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 2.5 ในปี 2554) และประชากรชาย (ร้อยละ 6.3 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 4.5 ในปี 2554)

ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันที่ใช้เป็นส่วนใหญ่ คือ บุหรี่โรงงานและบุหรืมวนเอง โดยอัตราการบริโภคยาสูบปัจจุบัน ชนิดบุหรี่โรงงาน ไม่เปลี่ยนแปลงทั้งในประชากรรวม (ร้อยละ 15.0 ในปี 2552 และร้อยละ 15.2 ในปี 2554) ประชากรชาย (ร้อยละ 29.6 ในปี 2552 และร้อยละ 30.1 ในปี 2554) และประชากรหญิง (ร้อยละ 1.1 ทั้งในปี 2552 และ 2554) และ ขณะที่อัตราการบริโภคยาสูบปัจจุบันชนิดบุหรืมวนเอง เปลี่ยนแปลงเล็กน้อยในประชากรรวม (ร้อยละ 14.1 ในปี 2552 และร้อยละ 14.4 ในปี 2554) โดยในกลุ่มประชากรชายเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 27.0

ในปี 2552 และร้อยละ 28.1 ในปี 2554) ขณะที่ประชากรหญิงลดลง (ร้อยละ 1.8 ในปี 2552 และร้อยละ 1.4 ในปี 2554)

ผู้บริโภคนิยาสืบเป็นประจําชนิดมีคว้น จําแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า มีอายุเมื่อเริ่มต้นสูบเป็นประจําไม่เปลี่ยนแปลง และมีอัตราส่วนการเลิก ยาสูบ หรือความสำเร็จในความพยายามเลิกสูบของผู้เคยสูบบุหรืเป็น ประจํา เปลี่ยนแปลงลดลง (ร้อยละ 28.8 ในปี 2552 และร้อยละ 27.2 ในปี 2554)

การเลิกยาสูบ (Cessation):

ปี 2554 พบว่าผู้บริโภคนิยาสืบชนิดมีคว้น ทั้งที่เป็นผู้บริโภคนิยาสืบ ปัจจุบันและเพ็งเลิกยาสูบได้ไม่เกิน 12 เดือน ร้อยละ 36.7 เคยเลิกยาสูบ โดยอัตราการเลิกยาสูบนี้ ลดลงมากขึ้นในกลุ่มที่ยังมีอายุมากขึ้น ระดับการศึกษาน้อย และสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ นอกจากนี้ พบว่า ประชากรชายมีอัตราการเลิกยาสูบต่ำกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 36.5 และ ร้อยละ 39.4) ในเขตเมือง มีอัตราการเลิกยาสูบสูงกว่าในชนบท (ร้อยละ 41.3 และร้อยละ 34.7) สำหรับผู้บริโภคนิยาสืบปัจจุบันและเพ็งเลิก ยาสูบได้ภายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาที่เคยไปสถานพยาบาล พบว่า ร้อยละ 65.3 เคยได้รับการสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรืโดยบุคลากรสุขภาพ และร้อยละ 55.8 เคยได้รับการแนะนำให้เลิกสูบโดยบุคลากรสุขภาพ อย่างไรก็ดี พบว่าวิธีการเลิกยาสูบที่นิยมใช้ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ คือ การเลิกด้วยตนเอง (ร้อยละ 90.7)

สำหรับผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน ร้อยละ 16.4 เคยเลิกใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้ใช้นี้ที่เคยไปสถานบริการสาธารณสุขในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ 25.1 เคยได้รับการซักถามโดยบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน และร้อยละ 16.3 ได้รับคำแนะนำให้เลิกใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน

เปรียบเทียบข้อค้นพบปี 2552 กับ 2554 พบว่าอัตราการคิดจะเลิกยาสูบในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ลดลงอย่างชัดเจน (ร้อยละ 49.8 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 36.7 ในปี 2554) โดยการลดลงนี้ พบในประชากรทุกกลุ่มอายุ รวมถึงเมื่อจำแนกตามเขตการปกครองระดับการศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจ

ผู้บริโภทยาสูบชนิดมีควันทั้งที่เป็นผู้บริโภครปัจจุบันและเพิ่งเลิกยาสูบได้ไม่เกิน 12 เดือนที่เคยไปสถานบริการสาธารณสุขในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าอัตราการได้รับการซักถาม (Ask) โดยบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นชัดเจนในภาพรวม (ร้อยละ 60.2 ในปี 2552 และร้อยละ 65.3 ในปี 2554) และในพื้นที่เขตเมือง (ร้อยละ 59.2 ในปี 2552 และร้อยละ 68.4 ในปี 2554) และการได้รับคำแนะนำให้เลิกยาสูบ (Advise) เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (ร้อยละ 51.9 ในปี 2552 และร้อยละ 55.8 ในปี 2554)

การได้รับควันบุหรี่มือสอง (Secondhand smoke):

ปี 2554 พบว่าคนทำงาน ร้อยละ 30.5 (4.2 ล้านคน) ได้รับควันบุหรี่ภายในอาคารสถานที่ทำงานในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยคนทำงานเพศชาย (ร้อยละ 37.1) ได้รับควันบุหรีมากกว่าคนทำงานเพศหญิง (ร้อยละ 22.8) และคนทำงานในเขตชนบท (ร้อยละ 35.2) ได้รับควันบุหรีมากกว่าคนทำงานในเขตเมือง (ร้อยละ 25.4)

ในช่วง 30 วันก่อนการสำรวจ พบว่าสถานที่สาธารณะ 3 ลำดับแรกที่ประชาชนได้รับควันบุหรีมากที่สุด ได้แก่ ตลาด ร้อยละ 68.8 รองลงมา คือ สถานบันเทิง บาร์ ไนท์คลับ ร้อยละ 68.4 และภัตตาคาร/ร้านอาหาร ร้อยละ 46.9

ประชาชนที่ได้รับควันบุหรีในบ้านอย่างน้อยเดือนละครั้งในช่วง 30 วันก่อนการสำรวจ ร้อยละ 36.0 (19.5 ล้านคน) โดยประชากรที่อาศัยในเขตชนบท จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า และสถานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลางถึงยากจน มีโอกาสได้รับควันบุหรีมือสองในบ้านสูง

เปรียบเทียบข้อค้นพบปี 2552 กับ 2554 พบว่าอัตราการได้รับควันบุหรีในบ้านอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ร้อยละ 33.2 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 36.0 ในปี 2554) เช่นเดียวกับอัตราการได้รับควันบุหรีในอาคารสถานที่ทำงานเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 27.2 ในปี 2552 และร้อยละ 30.5 ในปี 2554) รวมถึงสถานที่สาธารณะ 2 แห่งที่พบอัตราการ

ได้รับควันบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุข (ร้อยละ 4.8 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 7.3 ในปี 2554) และขนส่งสาธารณะ (ร้อยละ 21.6 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 25.6 ในปี 2554) ส่วนตลาดสดหรือตลาดนัด ยังคงเป็นสถานที่สาธารณะที่ประชาชนได้รับควันบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 69.3 ในปี 2552 และร้อยละ 68.8 ในปี 2554)

เศรษฐกิจ (Economics):

ปี 2554 พบว่าผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันชนิดบุหรี่โรงงาน ร้อยละ 47.3 ซื้อบุหรี่ครั้งสุดท้ายเป็นแบบแบ่งมวนขาย และ 2 ใน 5 ของยี่ห้อบุหรี่ยอดนิยมเป็นบุหรี่ราคาถูก (ราคาประมาณ 30 – 45 บาทต่อซอง) ซึ่งผลิตโดยโรงงานยาสูบ โดยมีสัดส่วนการซื้อมาสูบครั้งสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 35.3

การสำรวจยังพบว่า ราคาซื้อบุหรี่ 1 ซอง (20 มวน) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58 บาทโดย ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันชนิดบุหรี่โรงงานมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการซื้อบุหรี่โรงงานเท่ากับ 585.50 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน ขณะที่ ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันชนิดบุหรี่มวนเองหรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการซื้อยาเส้นเท่ากับ 37.5 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.3 ซื้อบุหรี่จากร้านขายของชำ และร้อยละ 4.8 ซื้อบุหรี่ครั้งสุดท้ายเป็นบุหรี่ที่ไม่มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ โดยพบอัตราสูงสุดในพื้นที่ภาคใต้ (ร้อยละ 18.5) สะท้อนถึงบุหรี่เถียงภาษีที่มีจำนวนมากในภูมิภาคนี้

เปรียบเทียบข้อค้นพบปี 2552 กับ 2554 พบว่า ราคาซื้อบุหรี่ยี่ห้อใหม่ซึ่งเป็นบุหรี่ยี่ห้อราคาถูก (ประมาณ 30 บาทต่อซอง) จึงทำให้อัตราของผู้ที่ซื้อบุหรี่ยี่ห้อราคาถูกในครั้งสุดท้ายเป็นบุหรี่ยี่ห้อราคาถูกที่ผลิตโดยโรงงานยาสูบและเป็น 2 ใน 5 ยี่ห้อบุหรี่ยอดนิยมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.0 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 35.3 ในปี 2554 และยังคงส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของบุหรี่ยี่ห้อราคาถูก โดยอนุมาณได้จากบุหรี่ยี่ห้อที่ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันซื้อมาสูบครั้งสุดท้ายไม่มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ยี่ห้อ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 4.8 ในปี 2554

ในปี 2552 โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลังได้ปรับกลยุทธ์การตลาดภายหลังการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ยี่ห้อราคาถูก โดยการผลิตบุหรี่ยี่ห้อใหม่ซึ่งเป็นบุหรี่ยี่ห้อราคาถูก (ประมาณ 30 บาทต่อซอง) จึงทำให้อัตราของผู้ที่ซื้อบุหรี่ยี่ห้อราคาถูกในครั้งสุดท้ายเป็นบุหรี่ยี่ห้อราคาถูกที่ผลิตโดยโรงงานยาสูบและเป็น 2 ใน 5 ยี่ห้อบุหรี่ยอดนิยมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.0 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 35.3 ในปี 2554 และยังคงส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของบุหรี่ยี่ห้อราคาถูก โดยอนุมาณได้จากบุหรี่ยี่ห้อที่ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันซื้อมาสูบครั้งสุดท้ายไม่มีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ยี่ห้อ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 4.8 ในปี 2554

สื่อ (Media):

ปี 2554 พบว่า ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.2 เคยสังเกตเห็นข้อมูลข่าวสารเพื่อการไม่สูบบุหรี่ หรือชักชวนให้เลิกสูบบุหรี่ โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.1 พบเห็นข้อมูลดังกล่าวทางโทรทัศน์ นอกจากนี้ ร้อยละ 25.7 ระบุว่าเคยสังเกตเห็นกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ โดยประชากรชาย เคยสังเกตเห็นกลยุทธ์ดังกล่าวสูงกว่าประชากรหญิง (ร้อยละ 28.5 และ ร้อยละ 23.1 ตามลำดับ) ประชากรที่อาศัยในเขตเมืองเคยสังเกตเห็นสูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 29.4 และร้อยละ 23.7 ตามลำดับ) และประชากรอายุ 15 – 24 ปี เคยสังเกตเห็นสูงกว่าประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 34.2 และร้อยละ 23.7) โดยร้อยละ 18.2 เคยสังเกตเห็นการโฆษณาบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงบุหรี่ยี่ห้อหรือการตั้งวางซองบุหรี่ยี่ห้อ ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่

มากกว่านั้น ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน ร้อยละ 94.6 เคยเห็นภาพคำเตือน 4 สิบบนซองบุหรี่ยี่ห้อ และร้อยละ 62.6 คิดจะเลิกสูบเพราะฉลากคำเตือน 4 สิบบนซองบุหรี่ยี่ห้อ ขณะที่ ร้อยละ 75.2 ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันชนิดมวนเองหรือผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน เคยเห็นภาพคำเตือนขาวดำบนซองยาเส้น และร้อยละ 49.5 คิดจะเลิกสูบ/ใช้ เพราะฉลากภาพคำเตือนขาวดำบนซองยาเส้น

เปรียบเทียบข้อค้นพบปี 2552 กับ 2554 พบว่าประชากรเคยสังเกตเห็นข้อมูลข่าวสารเพื่อการไม่สูบบุหรี่ หรือชักชวนให้เลิกสูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาลดลง (ร้อยละ 86.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 81.2 ในปี 2554) แต่กลับพบว่า การเคยสังเกตเห็นกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ร้อยละ 17.8 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 25.7 ในปี 2554) โดยเฉพาะการเคยสังเกตเห็นการโฆษณาบุหรี่ ณ ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ (ร้อยละ 6.7 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 18.2 ในปี 2554)

สำหรับการเคยเห็นภาพคำเตือน 4 สิบบนซองบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน พบเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 93.0 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 94.6 ในปี 2554) หากแต่ความคิดอยากจะเลิกสูบเพราะฉลากคำเตือน 4 สิบบนซองบุหรีลดลงอย่างชัดเจน (ร้อยละ 67.0 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 62.6 ในปี 2554) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันเคยชินกับการเห็นภาพดังกล่าวมาเป็นเวลานาน โดย 3 ใน 10 รูป ใช้มาเป็นเวลา 7 ปี และ 5 ใน 10 รูป ใช้มาเป็นเวลา 5 ปี

ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ (Knowledge, attitude and perceptions):

ปี 2554 พบว่าประชากร ร้อยละ 97.0 เชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงได้ เมื่อพิจารณารายโรค พบว่ามีความเชื่อสูงสุดว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 97.8 และความเชื่อน้อยที่สุดว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 48.1 เช่นเดียวกันกับประชากร ร้อยละ 94.2 เชื่อว่าการได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบทำให้เกิดโรคร้ายแรงในผู้ไม่สูบบุหรี่ได้ โดยมีความเชื่อสูงสุดว่าการได้รับควันบุหรี่ยี่มือสองทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 91.2 ความเชื่อน้อยที่สุดว่าทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่าปกติเกิดจากการได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ ร้อยละ 58.6 และยังพบว่า ประชากร 1 ใน 3 หรือร้อยละ 34.3 เชื่อว่าการสูบบุหรี่มีตนเองอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ของ

เปรียบเทียบข้อค้นพบปี 2552 กับ 2554 พบว่า ประชากร ยังคงมีความเชื่อสูงมาก ทั้งการเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงได้ (ร้อยละ 98.6 ในปี 2552 และร้อยละ 97.0 ในปี 2554) และการได้รับควันบุหรี่ยี่มือสองก่อให้เกิดโรคร้ายแรงได้ (ร้อยละ 94.9 ในปี 2552 และร้อยละ 94.2 ในปี 2552) และพบการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ ประชากรที่เชื่อว่าการสูบบุหรี่มีตนเองมีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่โรงงานลดลงอย่างชัดเจน (ร้อยละ 38.1 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 34.3 ในปี 2554)

ข้อเสนอแนะเพื่อการกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมยาสูบ

ข้อค้นพบจากการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกปี 2554 และการเปรียบเทียบข้อค้นพบจากการสำรวจในปี 2552 กับ 2554 พบข้อมูลสำคัญที่เป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบ จำแนกตามคุณลักษณะพื้นฐานของประชากร ซึ่งเป็นประโยชน์ยิ่งต่อผู้กำหนดนโยบาย และเครือข่ายควบคุมยาสูบระดับต่าง ๆ ในการปรับกระบวนการและมิติการทำงานที่หลากหลายในการดำเนินการควบคุมยาสูบให้สอดคล้องกับบริบทและกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งข้อเสนอแนะต่อไปนี้สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ MPOWER ตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ดังนี้

M: การติดตาม กำกับกับการบริโภคยาสูบ และนโยบายป้องกันและควบคุมยาสูบ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบด้วยมาตรการดังนี้

- 1) ปรับยุทธศาสตร์ในการควบคุมยาสูบ โดยเน้นที่กลุ่มเด็กและเยาวชน ด้วยการแสวงหา ระดม และสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรที่ดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะในชุมชน เพื่อช่วยกันปกป้องไม่ให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงยาสูบ
- 2) พัฒนากฎหมายและระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบที่เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาสังคมอย่างจริงจัง

- 3) จัดกิจกรรมรณรงค์ และสร้างกระแสอย่างจริงจัง ต่อเนื่องผ่านเครือข่ายภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงโทษพิษภัยของยาสูบและการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบ
- 4) ดำเนินการเฝ้าระวังสถานการณ์การบริโภคยาสูบ และประเมินผลการควบคุมยาสูบอย่างเป็นระบบ โดยการสำรวจระดับชาติ ตลอดจนบูรณาการแบบสอบถามยาสูบมาตรฐานเข้าสู่ระบบการสำรวจระดับชาติ

P: การปกป้องประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่ทำงานและสถานที่สาธารณะตามที่กฎหมายกำหนดด้วยมาตรการดังนี้

- 1) ปรับปรุงกฎหมายที่มีอยู่ โดยเฉพาะพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ให้สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเพิ่มความชัดเจนในบทบาบทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้บังคับใช้กฎหมายและบทลงโทษ โดยกำหนดอัตราค่าปรับให้สอดคล้องกับบริบทปัจจุบัน และการใช้มาตรการลงโทษอื่น ๆ เช่น การยกเลิกใบอนุญาตการเปิดกิจการร้านอาหาร ภัตตาคาร สถานบันเทิง เมื่อตรวจพบการละเมิดกฎหมาย เป็นต้น
- 2) เสริมสร้างความเข้มแข็งในการให้การศึกษา การฝึกอบรม และการสื่อสาร เพื่อเพิ่มความตระหนักของสาธารณชน

เกี่ยวกับการได้รับวันบุหรีและการปฏิบัติตามกฎหมาย
สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบท
กลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคม เจ้าของ/ผู้รับผิดชอบสถานที่
สาธารณะและสถานที่ทำงานต่าง ๆ

O: การช่วยเหลือให้เลิกยาสูบ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มจำนวนผู้เลิกใช้
ยาสูบด้วยมาตรการดังนี้

1) ปรับปรุงระบบบริการเลิกยาสูบ โดย

1.1) กำหนดให้มีบริการเลิกยาสูบในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยมีแนวปฏิบัติสำหรับการเลิกยาสูบที่เป็น
เอกภาพ และมีการส่งต่อผู้ที่ต้องการเลิกยาสูบอย่างเป็น
ระบบ

1.2) พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพของสถานบริการ
สุขภาพทุกระดับ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถให้บริการช่วยเลิก
ยาสูบได้

1.3) บูรณาการกระบวนการช่วยเลิกยาสูบไว้ในงานประจำ
ของระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ โดยเฉพาะระดับ
ปฐมภูมิ โดยต้องให้บริการ 2A (ถามและให้คำแนะนำ)
เป็นอย่างน้อยเพื่อช่วยเลิกยาสูบ

- 1.4) เพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (Quitline 1600) ให้สามารถรองรับจำนวนผู้ต้องการเลิกยาสูบ
- 2) เพิ่มการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของการดำรงชีวิตที่ไร้ยาสูบ และการสร้างกระแสให้ผู้บริโภคยาสูบมีความต้องการเลิกยาสูบ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น

W: การเตือนเกี่ยวกับอันตรายของยาสูบ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ด้วยมาตรการดังนี้

- 1) ปรับแก้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ที่เกี่ยวข้องกับภาพคำเตือนบนซองบุหรี่
 - 1.1) พิมพ์ภาพคำเตือน 4 สี บนหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทและทุกรูปแบบ โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ยาเส้น
 - 1.2) ปรับเปลี่ยนภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ทุก 2 ปี โดยมีเป้าหมายให้ผู้พบเห็นให้ความสนใจต่อภาพคำเตือนใหม่ๆ และตระหนักถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่อยู่เสมอ
 - 1.3) เลือกใช้ภาพคำเตือนที่สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจน ตรงไปตรงมา จดจำได้ง่ายว่าการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบมีผลกระทบโดยตรงทั้งต่อผู้สูบและผู้ได้รับควัน

- 1.4) ใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจถึงผลกระทบของการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงการใช้ตัวอักษรที่อ่านง่าย และเห็นชัดเจน
 - 1.5) เพิ่มขนาดของภาพคำเตือนให้เห็นชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งพิจารณาปรับเปลี่ยนซองบุหรีเป็นแบบเรียบเพื่อจำกัดการใช้พื้นที่บนซองบุหรีเพื่อการโฆษณาหือ/แบรนด์บุหรีด้วยการใช้สี โลโก้ รูปแบบตัวอักษร ภาพลักษณ์ใดๆ ที่บ่งบอกหือหือบนซองบุหรี ซึ่งอาจลดทอนประสิทธิภาพของภาพคำเตือนได้
- 2) นำภาพคำเตือนไปเผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อการเข้าถึงและเสริมสร้างความเข้มแข็งในการเตือนและชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของการบริโภคยาสูบ

๕. การห้ามโฆษณา การส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการอุปถัมภ์โดยอุตสาหกรรมยาสูบ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการโฆษณาส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบต่าง ๆ ด้วยมาตรการดังนี้

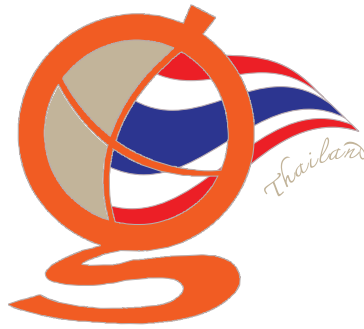
- 1) ปรับแก้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรา 5.3 และ 13 ของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ เพื่อควบคุมการใช้ช่องว่างทางกฎหมายในการโฆษณาและส่งเสริมการขายของอุตสาหกรรมยาสูบ

- 2) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ เพื่อสะท้อนขนาดของปัญหาการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาสูบได้อย่างถูกต้องและสามารถกำหนดแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมตามระดับของการแทรกแซง
- 3) บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ เพื่อควบคุมไม่ให้มีการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ

R: การเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตยาสูบ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนด้วยมาตรการดังนี้

- 1) ให้ข้อมูลแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมถึงกระทรวงการคลัง เพื่อสนับสนุนให้เพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทในอัตราที่เหมาะสม
- 2) กำหนดกลยุทธ์ห้ามจำหน่ายบุหรี่โรงงานในรูปแบบแบ่งมวนขาย อาทิ เพิ่มความตระหนักของสาธารณชนเกี่ยวกับผลกระทบของการขายบุหรี่แบบแบ่งมวนให้กับเด็กและเยาวชน รวมถึงบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดกับร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่แบบแบ่งมวนขายอย่างผิดกฎหมาย และเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนในการเฝ้าระวังร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่เพื่อไม่ให้ขายบุหรี่ให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบได้ง่าย เป็นต้น

- 3) เพิ่มความเข้มแข็งของนโยบายสาธารณะและการรณรงค์สร้างกระแส เพื่อให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเชิงนโยบาย และนักการเมืองให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบายควบคุมยาสูบ เช่น มาตรการทางภาษีเพื่อเพิ่มราคาของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การไม่ผลิตบุหรี่ราคาถูก และการป้องกัน/ ปราบปรามการลักลอบผลิตภัณฑ์ยาสูบผิดกฎหมายอย่างจริงจัง เป็นต้น
- 4) เพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภท โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ยาเส้น



Global Adult Tobacco Survey, 2011



สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2580-6962 โทรสาร 0-2580-9307

<http://btc.ddc.moph.go.th>