

ความชุกของการสูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในจังหวัดนครราชสีมา

จรรยา วัฒนพุดชา*, รังสิยา วงษ์อุปปา**

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การศึกษานี้เป็นการสำรวจครัวเรือนแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของผู้สูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนสัญชาติไทย ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2567 อายุระหว่าง 12-65 ปี ดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิศาสตร์แบบกระจุกสี่ขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 3,122 คน โดยเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน ได้แก่ ความถี่, Odds Ratio (OR), ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI), การประมาณค่าจุด (Point estimation), การทดสอบไคสแควร์, Fisher's exact test และการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า มีประชากรที่เคยสูบบุหรี่ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 607,997 คน โดยในจำนวนนี้เลิกสูบแล้ว ร้อยละ 37.28 คงเหลือผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน 381,313 คน คิดเป็นความชุก 19.22 ต่อประชากร 100 คน โดยในเดือนที่ผ่านมา มีผู้สูบบุหรี่ จำนวน 369,449 คน ซึ่งร้อยละ 70.99 เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการสูบบุหรี่เป็นประจำ พบว่า ผู้ที่มีอาชีพมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ว่างงาน 4.717 เท่า (AOR = 4.717, 95% CI = 1.949–11.418) ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบถึง 57.154 เท่า (AOR = 57.154, 95% CI = 34.442–94.442) และผู้ที่ใช้สารเสพติดมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด 2.758 เท่า (AOR = 2.758, 95% CI = 1.677–4.535) เพศชายมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 13.731 เท่า (AOR = 13.731, 95% CI = 6.480–29.097) กลุ่มวัยผู้ใหญ่มีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเด็กและเยาวชน 7.048 เท่า (AOR = 7.048, 95% CI = 3.360–14.786) และผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล 4.157 เท่า (AOR = 4.157, 95% CI = 2.619–6.597)

คำสำคัญ: สูบบุหรี่; ความชุก; ปัจจัยเสี่ยง

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding author: Rungsiya Wonguppa E-mail: rungsiya_won@vu.ac.th

Received 07/01/2025

Revised 06/02/2025

Accepted 04/03/2025

PREVALENCE OF SMOKING AND ASSOCIATED FACTORS AMONG THAI POPULATION IN NAKHONRATCHASIMA

Jaroonsri Kompudsa, Rungsiya Wonguppa***

ABSTRACT

Smoking is a major risk factor for non-communicable diseases. This study employed a cross-sectional household survey aimed at assessing the prevalence of smoking and identifying associated risk factors. The target population comprised Thai nationals registered in the civil registry of Nakhon Ratchasima Province in 2024, aged between 12 and 65 years. A four-stage stratified cluster random sampling technique was used to recruit 3,122 participants who voluntarily participated in the study. Data were collected through structured face-to-face interviews and analyzed using descriptive and inferential statistics, including frequency, odds ratio (OR), 95% confidence interval (CI), point estimation, chi-square test, Fisher's exact test, and multiple logistic regression.

The findings revealed that 607,997 individuals in Nakhon Ratchasima had ever smoked. Of these, 37.28% had quit smoking, while 381,313 individuals remained current smokers, yielding a smoking prevalence of 19.22 per 100 populations. In the past month, 369,449 people reported smoking, with 70.99% identified as regular smokers. Risk factor analysis among regular smokers showed that: Those with employment were 4.717 times more likely to be regular smokers than the unemployed (AOR = 4.717, 95% CI = 1.949–11.418). E-cigarette users were 57.154 times more likely to be regular smokers compared to non-users (AOR = 57.154, 95% CI = 34.442–94.442). Substance users were 2.758 times more likely to exhibit regular smoking behavior than non-users (AOR = 2.758, 95% CI = 1.677–4.535). Males were 13.731 times more likely to smoke regularly than females (AOR = 13.731, 95% CI = 6.480–29.097). Adults had a 7.048-fold higher risk of regular smoking compared to adolescents (AOR = 7.048, 95% CI = 3.360–14.786). Individuals living outside municipal areas were 4.157 times more likely to smoke regularly than those living within municipalities (AOR = 4.157, 95% CI = 2.619–6.597).

Keywords: Smoking; Prevalence; Risk factors

* Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office

**Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง และโรคระบบทางเดินหายใจ (World Health Organization; WHO) แม้ว่าความตระหนักด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ แต่การสูบบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ความชุกของการสูบบุหรี่จึงเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ รายงานจาก WHO (2021) ระบุว่าในปี ค.ศ. 2020 มีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1.3 พันล้านคนทั่วโลก โดยกว่าร้อยละ 80 อยู่ในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ถึงแม้ว่าความชุกของการสูบบุหรี่ทั่วโลกลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่บางภูมิภาค เช่น เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแอฟริกา ยังคงมีอัตราการสูบบุหรี่ในผู้ชายที่สูง¹ การสำรวจโดย GBD 2019 Tobacco Collaborators (2021) พบว่าอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดในกลุ่มประชากรเพศชายอายุ 25-49 ปี และยังชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มของการลดลงในประเทศที่มีนโยบายควบคุมยาสูบที่เข้มงวด 2

จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) พบว่าอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 25.5 ในปี พ.ศ. 2534 เหลือร้อยละ 17.4 ในปี พ.ศ. 2565 โดยเพศ

ชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ามาก (ประมาณ 32.4%) ในขณะที่เพศหญิงต่ำกว่าร้อยละ 2³ กลุ่มอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูง คือ 25-44 ปี ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการกำหนดนโยบายที่เน้นไปยังกลุ่มวัยแรงงาน⁴

งานวิจัยหลายชิ้นระบุว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้น้อยและการศึกษาต่ำ⁵ การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ โดยเฉพาะในโซเชียลมีเดีย ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ดึงดูดกลุ่มเยาวชน⁶

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของโรคและการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ทั่วโลก งานวิจัยในต่างประเทศได้ยืนยันถึงอันตรายร้ายแรงของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรค มะเร็ง โรคหัวใจ และโรคระบบทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรค มะเร็งหลายชนิด โดยเฉพาะมะเร็งปอด สารพิษในควันบุหรี่ เช่น นิโคตินและทาร์สามารถทำลายเซลล์ปอดและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง⁷ สารพิษในควันบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบลง ซึ่งอาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ การสูบบุหิวยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง⁸ การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจทั้งหมด ตั้งแต่จมูก คอหอย หลอดลม ไปจนถึงปอด สารพิษในควันบุหรี่สามารถทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง ปอดอักเสบ และโรคปอดอื่น ๆ⁹

จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีประชากรมากเป็นอันดับที่สองรองจากกรุงเทพมหานคร ข้อมูลคุณลักษณะของผู้สูบบุหรี่อย่างเพียงพอโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง จะช่วยเฝ้าระวัง และเพิ่มความเข้มงวดของนโยบายสาธารณสุข รวมทั้งการเสริมสร้างความรู้ และการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้สูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่ จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2567
2. เพื่อป้องกันความชุกของผู้สูบบุหรี่และผู้สูบบุหรี่

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

ในการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย ออกแบบเป็นการสำรวจครัวเรือนชนิดภาคตัดขวาง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมาย คือ คนไทยที่มีสัญชาติไทยในทะเบียนราษฎร จังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ.2567 มีประชากรทั้งสิ้น 2,611,145 คน

คุณสมบัติของครัวเรือนตัวอย่าง ต้องตั้งอยู่ในแผนที่ชุมชนที่ปรับปรุงใหม่ โดยครัวเรือนนั้นต้องตั้งอยู่ในชุมชนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 6 เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่

สำรวจ จังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ. 2567 มีครัวเรือนทั้งสิ้น 1,071,674 ครัวเรือน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทยที่มีอายุ 12-65 ปี ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 3 เดือน ในปีที่ผ่านมา จากวันที่สำรวจ จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรอายุ 12-65 ปี ทั้งสิ้น 1,983,757 คน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุก 0.016 (มานพ คณะโต และคณะ, 2562) ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่าผลจากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนเท่ากับ 5 ได้ขนาดตัวอย่าง 3,025 คน คาดประมาณอัตราปฏิเสธการเข้าร่วมร้อยละ 10 เป็นขนาดตัวอย่างที่ต้องการสุ่ม 3,360 ราย จาก 1,680 ครัวเรือน

2.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสี่ขั้นตอน การสุ่มตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง คือ สุ่มตัวอย่างตำบล ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี ของตำบลนั้น รวม 42 ตำบล จาก 18 อำเภอ

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่สอง คือ สุ่มตัวอย่างชุมชน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็น ให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65

ปีของตำบล/แขวงนั้น รวม 114 ชุมชน/หมู่บ้าน

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่สาม คือ สุ่มตัวอย่างครัวเรือน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบกำหนดความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดของจำนวนประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีของชุมชนนั้น โดยใช้แผนที่ที่ปรับปรุงใหม่และบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจุดในชุมชนนั้น รวม 1,680 ครัวเรือน

การสุ่มตัวอย่างขั้นที่สี่ ในครัวเรือนตัวอย่าง สมาชิกครัวเรือนที่มีอายุ 12-65 ปีจะถูกจำแนกออกเป็น 2 ชั้นภูมิชายและหญิง แต่ละชั้นภูมิทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากตารางเลขสุ่ม ชายและหญิงชั้นภูมิละ 1 คน สัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่สามารถพูดจาสื่อสารได้ดี และยินยอมร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ครัวเรือนละ 2 คน (1 ชาย 1 หญิง) รวมทั้งสิ้น 3,360 ตัวอย่าง

ในขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างขั้นที่สามพบว่าครัวเรือนที่สุ่มได้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา 1,561 ครัวเรือน ได้ตัวอย่างที่ยินยอมทั้งสิ้น 3,122 คน คิดเป็นอัตราการตอบร้อยละ 92.9

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ดำเนินการผ่านการสัมภาษณ์แบบพบหน้ากันอย่างมีโครงสร้างกับสมาชิกในครัวเรือนที่คัดเลือกแบบสุ่มที่มีอายุระหว่าง 12-65 ปี โดยใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลมาตรฐาน ช่วงเวลาดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่

เดือนมีนาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 และการสัมภาษณ์ดำเนินการโดยนักวิจัยภาคสนามที่ผ่านการฝึกอบรมอย่างครอบคลุมเพื่อให้แน่ใจว่ามีความสม่ำเสมอ ถูกต้อง และปฏิบัติตามจริยธรรม

ประชากรอายุ 12-65 ปี ถูกกำหนดเป็นเป้าหมาย เนื่องจากบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี มักไม่ค่อยมีประสบการณ์ในการใช้สารเสพติดและอาจพบกับอุปสรรคในการสื่อสารที่ขัดขวางความสามารถในการให้คำตอบที่ถูกต้อง เกณฑ์อายุนี้นสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติระดับสากลสำหรับการสำรวจครัวเรือนเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ยิ่งไปกว่านั้น หลักฐานทางวิชาการยังชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการใช้สารเสพติดระหว่างชายและหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราการแพร่ระบาดและความต้องการสารเสพติดที่แตกต่างกันในแต่ละเพศ เพื่อให้แน่ใจว่าชุดข้อมูลครอบคลุมและเป็นตัวแทน การศึกษาจึงเจตนา รวมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายและหญิงในช่วงอายุ 12-65 ปี แนวทางเชิงวิธีการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อจับรูปแบบการใช้สารที่แตกต่างกัน ช่วยให้สามารถประเมินความชุกและแนวโน้มการใช้สารเสพติดได้แม่นยำยิ่งขึ้นในกลุ่มประชากรต่างๆ ในประเทศไทย

ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่พนักงานสนาม ได้รับการอบรมอย่างรอบด้านและฝึกปฏิบัติในการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินคัดกรอง จากนั้นได้รับการ

ทดสอบจนผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นต่ำก่อนปฏิบัติงาน

ในการเก็บข้อมูล จัดพนักงานสนามเป็นทีมลงเก็บรวบรวมข้อมูลทีมละ 8 คน และมีหัวหน้าพนักงานสนาม 1 คน

พนักงานสนามชี้แจงกลุ่มตัวอย่างและขอคำยินยอมต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีลงนามคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างมีเวลาตัดสินใจ 1 วัน ในการลงนามและนัดหมายรับคำยินยอมวันรุ่งขึ้น ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกจะนัดหมายใหม่ หากการนัดหมายเกินกว่า 3 ครั้ง จะประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้คำยินยอม

การสอบทานข้อมูล ในตอนเย็นของการปฏิบัติงานภาคสนามแต่ละวัน หัวหน้าพนักงานสนามรวบรวมแบบสัมภาษณ์จากพนักงานสนามแต่ละคน และมอบหมายให้พนักงานสนามคนอื่นในทีมทำการตรวจทานความครบถ้วนของข้อมูล และให้หัวหน้าพนักงานสนามตรวจสอบขั้นสุดท้ายก่อนนำส่งผู้วิจัย

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสัมภาษณ์ จะนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ค่าสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยกระบวนการในขั้นตอนนี้ประกอบไปด้วย

4.1 การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลเป็นการตรวจสอบความสมบูรณ์ ข้อมูลขาดหาย โดยเฉพาะในคำถามที่สำคัญ ความเป็นไปได้

ของข้อมูล ความชัดเจนของลายมือหรือคำตอบ (เขียนไม่ชัดเจนอ่านไม่ออก) ซึ่งจะทำให้ทราบถึงข้อบกพร่องของข้อมูล และสามารถแก้ไขได้ทันเวลา ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากขึ้น

4.2 การลงรหัส

การสร้างคู่มือลงรหัส เริ่มตั้งแต่การกำหนดรหัสจนถึงการลงรหัส ตัวแปรจากคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิดจะถูกกำหนดรหัสเป็นคู่มือลงรหัส ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ถูกลงรหัสตามคู่มือลงรหัสที่กำหนดรหัสไว้ล่วงหน้า

4.3 การนำเข้าข้อมูล

ข้อมูลที่ลงรหัสแล้วถูกนำเข้าในเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยวิธีสอบทาน (data double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อนข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนะที่เป็นอิสระต่อกัน ทำการตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล และแก้ไขปรับปรุงจนแน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง

4.4 การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล

การปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูงต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย (Missing data) และแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสม

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ หลังจากนำเข้าและจัดทำฐานข้อมูลแล้ว นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานเพื่อทำ

ความเข้าใจการระบาดของการใช้สารเสพติด และรูปแบบต่างๆ ในประชากรเป้าหมาย อย่างครอบคลุม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ Odd ratio, 95% C.I., point estimation, chi square, Fisher exact test, Multiple logistic regression

5. จริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองด้าน จริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ 050/2567 การยินยอมให้ข้อมูลต้องได้รับความยินยอม เป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างทุกราย ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้เยาว์ จะได้รับความยินยอมเพิ่มเติมจากผู้ปกครองตามกฎหมายด้วย ข้อมูลของผู้เข้าร่วมได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นความลับสูงสุดและนำไปใช้เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น โดยเป็นไปตามมาตรฐานจริยธรรมสำหรับการวิจัยในมนุษย์ กรอบจริยธรรมที่เข้มงวดนี้ ทำให้มั่นใจได้ว่าผู้เข้าร่วมจะได้รับการคุ้มครอง มีความสมบูรณ์ของข้อมูล และปฏิบัติตามแนวทางการวิจัยด้านจริยธรรมระหว่างประเทศ

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและเยาวชน (อายุไม่เกิน 25 ปี) ร้อยละ 15.1 สถานภาพโสด ร้อยละ 26.6 เป็นผู้ใช้แรงงาน/เกษตรกร ร้อยละ 37.2 ว่างานร้อยละ 10.2 และเป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 8.0

ในจังหวัดนครราชสีมา มีผู้มีประสบการณ์เคยสูบบุหรี่ทั้งสิ้น 607,997 คน โดยมีอัตราความชุก (Life time prevalence) 30.65 ต่อประชากร 100 คน โดย มีความชุกนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เพศชายมากกว่าเพศหญิง และเป็นกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 26-50 ปี) มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้ปัจจุบันหยุดสูบแล้ว 226,684 คนหรือ ร้อยละ 37.28 ยังคงเหลือผู้สูบบุหรี่ 381,313 คน โดยมีอัตราความชุก (Past year prevalence) 19.22 ต่อประชากร 100 คน โดย มีความชุกนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เพศชายมากกว่าเพศหญิง และเป็นกลุ่มวัยแรงงานมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้มีประสบการณ์สูบบุหรี่และอัตราความชุก

	ผู้เคยสูบบุหรี่ (จำนวน)	Life-time อัตราต่อ 100 ประชากร	ผู้สูบบุหรี่ในรอบปี (จำนวน)	Past year อัตราต่อ 100 ประชากร
ที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล	71,258	15.31	46,897	10.08
นอกเขตเทศบาล	536,739	35.35	334,416	22.02
เพศ				
ชาย	583,910	59.48	362,912	36.97
หญิง	24,087	2.4	18,401	1.84
อายุ				
12-17 ปี	43,136	23.12	41,518	22.25
18-25 ปี	77,149	29.75	46,703	18.01
26-50 ปี	343,697	35.51	212,042	21.91
51-65 ปี	144,015	25.27	81,050	14.22
รวม	607,997	30.65	381,313	19.22

ในการศึกษานี้ พบผู้สูบบุหรี่ในเดือนที่ผ่านมา จำนวน 369,449 คน โดยมีอัตราความชุก (Past month prevalence) 18.62 ต่อประชากร 100 คน โดย มีความชุกนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล เพศชายมากกว่าเพศหญิง และเป็นกลุ่มวัยแรงงานมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ในจำนวนนี้สูบบุหรี่บ่อยๆ

จนติดเป็นนิสัย (สูบบากกว่า 20 วันในเดือนที่ผ่านมา) 262,284 คนคิดเป็นร้อยละ 70.99 ของผู้สูบบุหรี่ในเดือนที่ผ่านมา โดยพบว่า มีสัดส่วนผู้สูบบุหรี่บ่อยๆ ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย สัดส่วนเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย และสัดส่วนกลุ่มวัยผู้ใหญ่ (อายุ 51 ปีขึ้นไป) สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูบบุหรี่ในเดือนที่ผ่านมาและจำนวนผู้สูบบุหรี่น้อยๆ

	ผู้สูบบุหรี่ยังคงสูบบุหรี่ ในรอบเดือน (จำนวน)	Past month อัตราต่อ 100 ประชากร	จำนวนผู้สูบบุหรี่น้อยๆ	ร้อยละ
ที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล	42,901	9.22	30,504	71.1
นอกเขตเทศบาล	326,548	21.51	231,780	70.98
เพศ				
ชาย	357,931	36.46	253,427	70.8
หญิง	11,518	1.15	8,857	76.9
อายุ				
12-17 ปี	35,940	19.26	253	0.7
18-25 ปี	44,869	17.3	30,899	68.86
26-50 ปี	208,214	21.51	159,501	76.6
51-65 ปี	80,426	14.11	71,631	89.06
รวม	369,449	18.62	262,284	70.99

ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่น้อยๆ พบว่า ร้อยละ 14.38 สูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมด้วย ร้อยละ 20.75 ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งร่วมด้วยร่วมด้วย (ยาบ้า ไอซ์ ยาอี ยาเค โคเคน ผีนเฮโรอิน สารระเหย ัญญา กระทั่งม) ทั้งนี้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่น้อยๆ เมื่อใช้เครื่องมือคัดกรอง

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ขององค์การอนามัยโลก¹⁰ คัดกรองความเสี่ยงในผู้สูบบุหรี่น้อยๆ พบว่า มีความเสี่ยงสูง 8,313 คนคิดเป็นร้อยละ 3.17 ไม่พบผู้มีความเสี่ยงต่ำ ทั้งนี้ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่น้อยๆ

ตารางที่ 3 อันตรายจากการสูบบุหรี่

		จำนวนผู้สูบบุหรี่บ่อย	ร้อยละ	P-value
สูบบุหรี่ไฟฟ้ารวม				
	ไม่สูบ	224,556	85.62	0.000*
	สูบ	37,728	14.38	
ใช้สารเสพติดรวม				
	ไม่ใช้	207,864	79.25	0.000*
	ใช้	54,420	20.75	
ความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่				
	ต่ำ	0	0	
	ปานกลาง	253,971	96.83	0.347**
	สูง	8,313	3.17	

*Chi square test

**Fisher Exact test

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้สูบบุหรี่บ่อยๆ พบว่า เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัย สูบบุหรี่ไฟฟ้ารวม และใช้สารเสพติดรวม เป็นปัจจัยเสี่ยง ให้สูบบุหรี่บ่อยๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 23.3 เท่า วัยแรงงานและผู้ใหญ่เสี่ยงมากกว่าเด็กและเยาวชน 2.1 เท่า กลุ่มที่ประกอบอาชีพเสี่ยงมากกว่ากลุ่มว่างงาน และนักเรียน/นักศึกษา 4.9 ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเสี่ยงมากกว่าในเขตเทศบาล 1.4 เท่า ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ารวมด้วยเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า 21.9 เท่า และ ผู้ที่เสพสารเสพติดรวมด้วยเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่เสพสารเสพติด 6.0 เท่า และเมื่อควบคุมความผัน

แปรของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) พบว่าหลายปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนี้

ผู้ที่มีอาชีพมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ว่างงาน 4.717 เท่า (AOR = 4.717, 95% CI = 1.949–11.418, $p = 0.001$) ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบถึง 57.154 เท่า (AOR = 57.154, 95% CI = 34.442–94.442, $p < 0.001$) และผู้ที่ใช้สารเสพติดมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้

สารเสพติด 2.758 เท่า (AOR = 2.758, 95% CI = 1.677–4.535, $p < 0.001$)

ในด้านลักษณะทางประชากร พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง 13.731 เท่า (AOR = 13.731, 95% CI = 6.480–29.097, $p < 0.001$) กลุ่มวัยผู้ใหญ่มีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า

เด็กและเยาวชน 7.048 เท่า (AOR = 7.048, 95% CI = 3.360–14.786, $p < 0.001$) และผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล 4.157 เท่า (AOR = 4.157, 95% CI = 2.619–6.597, $p < 0.001$)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงของผู้สูบบุหรี่น้อย

ปัจจัยเสี่ยง		COR	AOR	95% C.I.		Sig.
				Lower	Upper	
อาชีพ	อ้างอิง:ว่างงาน	4.908	4.717	1.949	11.418	0.001
สูบบุหรี่ไฟฟ้า	อ้างอิง:ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้า	21.869	57.154	34.442	94.442	0.<000
ใช้สารเสพติด	อ้างอิง:ไม่ใช้สารเสพติด	6.02	2.758	1.677	4.535	0.<000
เพศ	อ้างอิง:เพศหญิง	23.256	13.731	6.48	29.097	0.<000
อายุ	อ้างอิง:เด็กและเยาวชน	2.111	7.048	3.36	14.786	0.<000
ที่อยู่อาศัย	อ้างอิง:ในเขตเทศบาล	1.394	4.157	2.619	6.597	0.<000

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เพศ อายุ อาชีพ และที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนและกำหนดแนวทางป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม

วิจารณ์ (Discussions)

แม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง¹¹ แต่จากข้อมูลที่น่าเสนอ พบว่าอัตราการชุกของการสูบบุหรี่

ตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) ในจังหวัดนครราชสีมาอยู่ที่ 30.65% และอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในปีที่ผ่านมา (Past year prevalence) อยู่ที่ 19.22% เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับประเทศ พบว่าอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลงจาก 32% ในปี พ.ศ. 2534 เหลือ 17.4% ในปี พ.ศ. 2564¹² ซึ่งบ่งชี้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ในจังหวัดนครราชสีมา ยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในพื้นที่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล เพศชายสูงกว่าเพศหญิง และกลุ่มวัยแรงงาน (อายุ 26-50 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าเพศชายมีแนวโน้มสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง และการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การมีเพื่อนหรือครอบครัวที่สูบบุหรี่¹³

การวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่อาจส่งผล เพศและอายุ เพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงถึง 23.3 เท่า และกลุ่มวัยแรงงานและผู้ใหญ่มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าเด็กและเยาวชน 2.1 เท่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากบทบาททางสังคมและการเข้าถึงบุหรี่ที่ง่ายขึ้นในกลุ่มเหล่านี้ ผู้ที่มีอาชีพมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าผู้ว่างงาน 4.9 เท่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่หรือความเครียดจากการทำงาน¹⁴ ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าในเขตเทศบาล 1.4 เท่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น้อยกว่า หรือการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดน้อยกว่าในพื้นที่ชนบท

การสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 57.154 เท่า และผู้ที่ใช้สารเสพติดมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด 2.758 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยที่พบว่าการสูบบุหรี่เป็น "marker" ของพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ¹⁵

ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าอัตราการสูบบุหรี่ในจังหวัดนครราชสีมา ยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เช่น เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่อาศัย การสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการใช้สารเสพติดอื่นๆ ดังนั้น การพัฒนานโยบายและมาตรการป้องกันควรพิจารณาปัจจัยเหล่านี้อย่างรอบคอบ เพื่อให้การควบคุมการสูบบุหรี่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าแม้อัตราการสูบบุหรี่โดยรวมจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังมีอัตราความชุกที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มเพศชาย วัยแรงงาน และผู้อยู่นอกเขตเทศบาล ประกอบกับการค้นพบปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ส่งผลให้สามารถเสนอข้อเสนอแนะและนัยสำคัญของการวิจัยในระดับต่าง ๆ ได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์ควบคุมการบริโภคยาสูบที่เจาะจงกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่นอกเขตเทศบาลซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูง รวมถึงกลุ่มวัยแรงงานและเพศชายที่

มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ การบังคับใช้กฎหมายควบคุมการเข้าถึงบุหรี่ โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่บ่อยอย่างชัดเจน ควรได้รับการบังคับใช้อย่างเข้มงวด

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในรูปแบบเชิงรุกผ่านการบูรณาการในระดับปฐมภูมิ เช่น การจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ในชุมชน หรือบริการให้คำปรึกษาโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ ควรมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละกลุ่มวัยและพื้นที่ เช่น กิจกรรมในสถานประกอบการหรือในแหล่งชุมชนของกลุ่มวัยแรงงาน

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการศึกษาเชิงลึกในด้านพฤติกรรมศาสตร์ เช่น แรงจูงใจทางจิตวิทยา ปัจจัยแวดล้อมในครอบครัว และอิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการเริ่มต้นและคงอยู่ของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะบุหรี่ไฟฟ้า

และการใช้สารเสพติดร่วม นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาโมเดลทำนายความเสี่ยงด้วยเครื่องมือทางสถิติหรือ AI เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สถิติการสูบบุหรี่สามารถพบได้จากส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง การศึกษารั้วนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของแนวคิด “พฤติกรรมเสี่ยงร่วม” (Co-occurring Risk Behaviors) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่มักสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ยังสนับสนุนทฤษฎีด้านสังคมวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของบริบททางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ดังนั้น นโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในอนาคต ควรมุ่งไปที่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างสิ่งแวดล้อมร่วมกับการส่งเสริมศักยภาพของบุคคล

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: Addressing new and emerging products. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Reitsma MB, Flor LS, Mullany EC, Gupta V, Hay SI, Gakidou E. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–

- 2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet** 2021; 397(10292): 2337 - 2360.
3. National Statistical Office. **The Smoking Behaviour Survey 2022**. Bangkok: National Statistical Office; 2022. [in Thai].
4. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC), Mahidol University. **Report on Smoking Situation in Thailand, 2019**. Bangkok: Sintaveekit Printing Limited Partnership; 2019. [in Thai].
5. Barbeau EM, Krieger N, Soobader MJ. Working class matters: Socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. **American Journal of Public Health** 2004; 94(2): 269–278. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.2.269>
6. World Health Organization. **Tobacco industry marketing and its influence on youth** [online] 2025 [cited 2025 January 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
7. Apollo Hospitals. **Smoking-and-lung-cancer-breaking-the-connection** [online] 2025 [cited 2025 February 18]. Available from : <https://www.apollohospitals.com/th/health-library/smoking-and-lung-cancer-breaking-the-connection/>
8. Bangkok Heart Hospital. **Keep-your-lungs-and-heart-healthy-quit-smoking** [online] (n.d.). [cited 2025 January 10]. Available from: <https://www.bangkokhearthospital.com/content/keep-your-lungs-and-heart-healthy-quit-smoking> [in Thai]
9. Princesuvarnabhumi Hospital. **Smoking-is-bad-for-the-lungs** [online] (n.d.). [cited 2025 January 10]. Available from: <https://www.Princesuvarnabhumi.com/articles/content-smoking-is-bad-for-the-lungs> [in Thai].
10. Group, WHO ASSIST Working. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction** 2002; 97(9): 1183-1194.
11. Department of Disease Control. **Annual Report 2023 Office of Tobacco Products Control Committee** [online] 2023 [cited 2024 November 15]. Available from: <https://ddc.>

- moph.go.th/uploads/publish/1528320
240129105408.pdf
12. Department of Diseases Control.
Annual Report 2023. Nonthaburi:
Office of Tobacco Products Control
Committee; 2023. [in Thai].
13. Thai Health Promotion Foundation.
Thailand Statistics on Smoking.
[online] 2021 [cited 2025 January
10]. Available from :
<https://www.thaihealth.or.th> [in Thai].
14. Hayeeda-oh A, Kueseng T,
Sukpurana D. Factors That Correlate
With Smoking Behavior of Youth in
Banphaer Community, Changsai sub
District, Phraphrom District, Nakhon
Si Thammarat Province .
Chalermkarnchana Academic 2023;
10(1): 46-58. [in Thai].
15. Veerasuksawatt R, Prakenree N,
Duagmala W, Thongnrun W, Jaisupap
P, Trychasilikosol P. The Prevalence
of Smoking Behavior and Factors
Related to Smoking Behavior among
Female Students of High Schools and
Vocational Colleges in North-Eastern
Thailand. **Sanpasitthiprasong Medical
Journal** 2013; 34(1-3): 13-25. [in Thai].