

บทที่ 2

เอกสาร เกี่ยวกับบุหรี่

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง ศึกษาพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ของชาวไทยมุสลิม ในอำเภอ ยะรัง จังหวัดปัตตานี ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจาก เอกสารเกี่ยวกับบุหรี่ และเอกสารงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยกำหนดขอบเขตการศึกษา ตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 ความเป็นมาของบุหรี่และการสูบบุหรี่ในประเทศไทย
- 2.2 ความหมายบุหรี่
- 2.3 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่
- 2.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

2.1 ความเป็นมาของบุหรี่และการสูบบุหรี่ในประเทศไทย

2.1.1 ต้นกำเนิดของบุหรี่

ชาวอินเดียแดงซึ่งเป็นชนพื้นเมืองในทวีปอเมริกา ได้เริ่มต้นใช้ยาสูบเป็นพวก แรกโดยปลุกยาสูบเพื่อใช้เป็นยาและนำมาสูบในพิธีกรรมต่างๆ ใน พ.ศ. 2035 เมื่อคริสโตเฟอร์ โคลัมบัส (Christopher Columbus) เดินทางไปขึ้นฝั่งที่ซันซัลวาดอร์ ในหมู่เกาะเวสต์อินดีส์นั้น ได้ เห็นชาวพื้นเมืองนำเอาใบไม้ชนิดหนึ่งมาบวมและจุดไฟตอนปลายแล้วดูดควัน

ต่อมา พ.ศ. 2091 มีการปลุกยาสูบในบราซิลซึ่งเป็นอาณานิคมของโปรตุเกสใน ทวีปอเมริกาใต้ เพื่อเป็นสินค้าส่งออก เป็นผลให้ยาสูบแพร่หลายเข้าไปในประเทศโปรตุเกสและ สเปนตามลำดับ

ต่อมาในพ.ศ. 2103 นายฌองนิโกต์ (Jean Nicot) เอกอัครราชทูตฝรั่งเศสประจำ ประเทศโปรตุเกสได้ส่งเมล็ดยาสูบมายังราชสำนักฝรั่งเศสชื่อของนายนิโกต์จึงเป็นที่มาของชื่อสาร นิโคติน (Nicotin) ที่รู้จักในปัจจุบันในพ.ศ. 2107 เซอร์จอห์นฮอว์กินส์ (Sir John Hawkins) ได้นำ ยาสูบเข้าไปในประเทศอังกฤษและในพ.ศ. 2155 นายจอห์นรอล์ฟ (John Rolfe) ชาวอังกฤษประสบ

ผลสำเร็จในการปลูกยาสูบเชิงพาณิชย์เป็นครั้งแรกและ 7 ปีต่อมาก็ได้ส่งออกผลผลิตไปยังประเทศ
อาณานิคมเป็นจำนวนมหาศาล

อีก 200 ปีต่อมา การทำไร่ยาสูบเชิงพาณิชย์จึงเกิดขึ้นอย่างแพร่หลายทั่วโลก

2.1.2 ยาสูบในประเทศไทยจากอดีตสู่ปัจจุบัน

การบริโภคยาสูบในประเทศไทยได้เริ่มขึ้นเมื่อใดไม่มีหลักฐานแน่ชัดเพราะแม้แต่ก่อน
หน้าประวัติศาสตร์ประเทศไทยในสมัยบ้านเชียงก็มีการพบกลี้ง ทำให้อาจเชื่อได้ว่ามีการใช้กลี้ง
เพื่อการสูบอะไรบางอย่างซึ่งอาจเป็นยาสูบก็ได้ (ข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่มย่อย) แต่สันนิษฐานกัน
ว่าอย่างน้อยน่าจะได้มีการสูบยาสูบมาตั้งแต่สมัยสุโขทัย ด้วยมีการค้นพบกลี้งยาสูบในสมัยนั้น
(ถนอมศรี อินทนนท์, 2538) และได้มีการคาดประมาณอย่างค่อนข้างแน่ชัดว่า การมวนยาสูบใน
ประเทศไทยมีมาตั้งแต่ประมาณ พ.ศ. 2211 ในสมัยกรุงศรีอยุธยา โดยชาวเปอร์เซียนำเข้ามาก แต่
บ้างก็ว่าชาวโปรตุเกสเป็นผู้นำเอาทั้งใบยาและเมล็ดมาเพาะปลูกที่ กรุงเทพฯ (กรุงศรีอยุธยา) ในฐานะ
เป็นผู้เสพยาสูบ โดยคาดว่าน่าจะนำเข้ามาเมืองไทยจากมาลายู หรืออินเดีย ดังนั้น จึงมีการสูบใน
ลักษณะใบยาหั่นมวนด้วยใบตอง ใบบัว หรือใบจากตากแห้ง ลักษณะการมวนจะมวนเป็นก้อนแหลม
จากการสูบยาด้วยการมวนนี้ คนไทยสมัยก่อนจึงเรียกว่า ยามวน ซึ่งต่อมาเรียกว่าบุหรี ตามบันทึก
ของ สมเด็จพระนเรศวรมหาราชในพงศาวดารสุพรรณบุรี ได้อธิบายเรื่องบุหรีไว้ว่า มองซิเออร์ เดอ ลาลูเยร์ อัคร
ราชทูตฝรั่งเศส สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เขียนไว้ในจดหมายเหตุเล่าเรื่องประเทศสยามว่า
คนไทยชอบดูดยาโตบักโคชนิคอน โดยชอบใช้ยาสูบอย่างคุ้นกันทั้งผู้ชายและผู้หญิง ใบยาที่ใช้กัน
ในกรุงศรีอยุธยาได้มาจากเกาะมะนิลาบ้าง จากเมืองจีนบ้าง และปลูกในพื้นที่เมืองบ้าง (ต้นยาสูบ
พันธ์พื้นเมืองน่าจะแพร่หลายมาจากในประเทศอินเดีย เป็นพันธ์ไม้ที่ใบมีกลิ่นฉุน โดยในสมัย
อยุธยามีแหล่งผลิตที่จังหวัดพิษณุโลก) ต่อมาในสมัยสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว แห่งกรุง
รัตนโกสินทร์ พระองค์เจ้าสิงหนาทดุรงค์ฤทธิ์ ได้ทรงประดิษฐ์บุหรีกันป้านขึ้นเพื่อสูบ หรือเลียวอม
พร้อมกันมาก จนถึงสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวจึงได้มีคั่นคิดคิดแปลงบุหรีกัน
ป้าน ด้วยการตัดยาเส้นออกให้พอดีกับวัสดุที่ใช้มวนเหมือนบุหรีในปัจจุบัน ต่างกันที่วัสดุที่ใช้มวน
มิใช่กระดาษ แต่เป็นใบตองแห้ง ใบตองอ่อน ใบจาก ใบบัว และกลีบดอกบัว บุหรีชนิดกันป้านตัดนี้
ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในสมัยนั้น (โรงงานยาสูบ, 2535; โครงการสารานุกรมไทยสำหรับ
เยาวชน, 2534: สวง อึ้งคง, 2529; สุภามาลากุล อ่างในวรรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง, 2528)

จนถึงสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้รับความนิยมในการใช้ยาสูบจาก
ต่างประเทศ และการมวนยาสูบด้วยกระดาษจึงมีขึ้น ดังมีสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ (วาสนมหา
เถระ) สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาสังฆปริณายก (2532) ได้ทรงกล่าวว่า พอได้อุปสมบทเป็น

พระภิกษุ (2461) นอกจากบุหรีไทยมวนด้วยเส้นยาไทย ก็ยังมีบริษัทตั้งขึ้นใหม่ ใช้ยาเส้นจากเมืองนอก (ประเทศไหนบ้างไม่รู้ นอกจากเมืองไทยแล้ว เป็นเรียก เมืองนอกทั้งนั้น) มวนด้วยกระดาษรตจีด (สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ, 2532, หน้า 1)

ในสมัยราชการที่ 6 นอกจากคนไทยจะมวนบุหรีสูบเอง โดยเรียกชื่อบุหรีที่มวนเอง ล้อกันเล่นๆ ว่า ไทยประคอง ส่วนบุหรีที่มีผู้มวนไว้จำหน่ายก็มีอยู่หลายเจ้า เช่น บุหรีสะพานโพ บุหรีไทยสักก และบุหรีไทยของบริษัทยาสูบสยาม เป็นต้น (สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ, 2532; อเนก นาวิกมูล, 2533) ดังตัวอย่างการพิมพ์โฆษณาขายบุหรีในจิน โนสยามวารศัพท์ ดังนี้

บุหรีไทยจะซื้อได้ที่ไหน? บุหรีไทยที่ทำประณีตที่สุดนั้น จะซื้อได้ที่บริษัทยาสูบสยามตำบลเชิงสะพานพิทักษ์เสถียร (สะพานเหล็กกลางขวา) บุหรีห้านี้มีทั้งชนิดชิการ์เร็ด และมวนด้วยใบตอง ล้วนมีรสชาดกลมกล่อม มีอย่างจืด อย่างกลาง อย่างจุน การบรรจุหีบห่อ ดีงดงาม สะอาดตา แคร่ร้อยละ 60 สดางค์ขึ้นไป ผู้ดีโดยมากนิยมใช้ติดตัว ตลอดเวลา ตลอดจนในงานต่างๆ แต่โอกาสนี้ขอเตือนว่า การทำบุญถวายพระด้วยยาสูบหรีนี้ มีผู้นิยมกันมาก (จิน โนสยามวารศัพท์, 2466 หน้า 1 อ้างใน อเนก นาวิกมูล, 2533 หน้า 112)

จนถึงในสมัยราชการที่ 8 รัฐบาลไทยจึงได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้นเมื่อวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2482 โดยซื้อกิจการจากห้างหุ้นส่วน บุรพาทยาสูบ จำกัด (สะพานเหลือง) ดำเนินการกิจการอุตสาหกรรมยาสูบ ภายใต้การควบคุมของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง รวมทั้งได้ซื้อโรงงานผลิตยาสูบพร้อมกับกิจการเพาะปลูกใบยาจากบริษัทต่างๆ อีกหลายบริษัท และได้ซื้อโรงงานยาสูบ กรมสรรพสามิต เมื่อ พ.ศ. 2548 หลังจากนั้น รัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2486 ซึ่งตามพระราชบัญญัตินี้การประกอบอุตสาหกรรมชิกาแรตเป็นการผูกขาดของรัฐ ในระหว่างนี้ แม้จะมีการโอนย้ายสังกัดของโรงงานยาสูบไปสังกัดกรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมบ้าง สังกัดกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลังบ้าง อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2497 โรงงานยาสูบจึงเปลี่ยนมาเป็นรัฐวิสาหกิจ สังกัดกระทรวงการคลังโดยตรง ในปัจจุบัน โรงงานยาสูบมีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ในเขตคลองเตย ในอาณาบริเวณประมาณ 641 ไร่ และมีสำนักยาสูบทั้งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือรวม 9 แห่ง ใน 9 จังหวัด คือ ขอนแก่น นครพนม หนองคาย เพชรบูรณ์ สุโขทัย ลำปาง แพร่ เชียงใหม่ และเชียงราย (โรงงานยาสูบ, 2535) นับได้ว่ากิจการผลิตยาสูบในประเทศไทยในปัจจุบันเป็นอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ที่ผูกขาดของรัฐ แม้ได้มีการร้องขอจากสหรัฐอเมริกา เพื่อให้บริษัทยาสูบสหรัฐเข้ามาลงทุนผลิต หรือร่วมลงทุนผลิต บุหรีสหรัฐในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องมาตลอด แต่กระทรวงการคลังไม่อนุมัติ (โครงการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2532 ข; สยามรัฐสัปดาห์วิจารณ์, 2529)

พันธุ์ยาสูบที่นิยมปลูกในปัจจุบันแม้จะมีแหล่งกำเนิดหลักอยู่ในทวีปอเมริกา (Garnet,1967) แต่ก็ปลูกได้ในเกือบทุกภาคของประเทศไทยแต่ที่ขึ้นได้ดีที่สุดและนิยมปลูกกันคือภาคเหนือ ปัจจุบันไทยมีพื้นที่เพาะปลูกยาสูบโดยรวมประมาณ 84,369 ไร่ (ฤดูการผลิต ปี 2538) ซึ่งลดลงจากในปี 2535 จำนวน 176,244 ไร่ และปี 2525 จำนวน 420,620 ไร่ตามลำดับ และมีการผลิตใบยาแห้งในประเทศไทยเฉลี่ยปีละมากกว่า 50 ล้านกิโลกรัม (ข้อมูลโดยตรงจากฝ่ายวิเคราะห์ และวางแผนยาสูบ กระทรวงการคลัง, กรกฎาคม 2539; โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, 2534; วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ, 2532) และจากประเภทใบยาสูบ 26 ประเภทหลักนิยมปลูกเพื่อการค้าในสหรัฐอเมริกา โดยจัดแบ่งเป็น 6 กลุ่ม ตามลักษณะการบ่มและการผลิต (Garnet,1967) สำหรับประเทศไทยได้มีการปลูกใบยาสูบเพียง 4 ประเภท ตามลักษณะการบ่ม (ข้อมูลโดยตรงจากฝ่ายใบยา โรงงานยาสูบ, กรกฎาคม 2539; โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, 2534; โรงงานยาสูบ, 2535) ดังนี้ ใบยาสูบเวอร์จิเนีย ใบยาสูบเบอร์เลย์ ใบยาสูบเตอร์กิช และใบยาสูบพื้นเมือง

ปัจจุบันอุตสาหกรรมการผลิตบุหรี่ในประเทศไทย โดยโรงงานยาสูบ ได้ผลิตบุหรี่ 19 ตรา (บุหรี่กั้นกรอง 13 ตรา และบุหรี่ไม่มีกั้นกรอง 6 ตรา) แบ่งออกเป็น 3 รส คือ (1) รสเวอร์จิเนีย เป็นรสดั้งเดิมจากประเทศอังกฤษ บางครั้งจึงเรียกว่ารสอังกฤษ บุหรี่รสนี้ เช่น สามิต 90 รอยแลสแดนคาร์คท 111, (2) รสอเมริกัน เป็นรสบุหรี่ที่คล้ายกับบุหรี่ยี่ห้อต่างๆ ที่ผลิตจากสหรัฐอเมริกา บุหรี่รสนี้ เช่น กรุงทอง 90 กรองทิพย์ 90 สายฝน 90 หรืออาจจะเพิ่มรสเมนทอล (รสเย็น) เช่น สายฝนเมนทอล กรองทิพย์เมนทอล นอกจากนั้นยังมีรสหรืออเมริกันที่มีรสอ่อน ด้วยการลดปริมาณส่วนผสมของใบยาสูบเบอร์เลย์ ซึ่งมีในโคโรนาในใบมาก จึงมีรสจืด ทั้งนี้ เพื่อให้เหมาะกับรสนิยมของผู้บริโภคบางกลุ่ม ตรานุหรี่ที่รสอ่อน เช่น กรองทิพย์ไลท์ หรือกรองทิพย์รสอ่อน และ (3) รสพื้นเมือง บุหรี่รสนี้เป็นรสที่คล้ายคลึงกับรสยาเส้นพื้นเมืองที่ชาวบ้านมวนสูบ โดยมีใบยาพื้นเมืองผสมอยู่ด้วย ตราของบุหรี่รสนี้ ได้แก่ รวงทิพย์ เกล็ดทอง ขวานทอง พระจันทร์ (โรงงานยาสูบ, 2535; ข้อมูลโดยตรง จากฝ่ายใบยา และฝ่ายประชาสัมพันธ์, กรกฎาคม 2539)

สำหรับจำนวนบุหรี่ที่ผลิต แม้ว่าโรงงานยาสูบจะดำเนินงานโดยมุ่งสนองนโยบายของรัฐบาลที่มีได้มุ่งส่งเสริมให้คนไทยบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้น แต่มีนโยบายเพื่อผลิตยาสูบให้เพียงพอต่อความต้องการของตลาดผู้บริโภค ชาวไทยทุกระดับ พล โท ปัญญา ขวัญอยู่ อดีตผู้อำนวยการโรงงานยาสูบกล่าวว่า เมื่อรัฐบาลได้อนุมัติให้มีการนำเข้าบุหรี่จากต่างประเทศอย่างเสรี โรงงานยาสูบไทยก็จำเป็นต้องปรับกลยุทธ์ด้านการตลาด และการผลิตเสียใหม่ เพื่อให้บุหรี่ไทยสามารถแข่งขันกับบุหรี่ต่างประเทศได้ บุหรี่ชนิดใดได้รับความนิยมในท้องตลาดมากก็จะผลิตมาก (โรงงานยาสูบ, 2535, หน้า 11) ดังจะเห็นได้จากจำนวนตราของบุหรี่ที่โรงงานยาสูบผลิตได้เพิ่มขึ้นจาก 16 ตรา ในปี พ.ศ. 2535 เป็น 19 ตรา ในปี พ.ศ. 2539 ปัจจุบัน โรงงานยาสูบผลิตบุหรี่ปีละประมาณ

2,000 ล้านซอง (คาดประมาณจากปริมาณการจำหน่าย) โดยประมาณการผลิตเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนประชากรชาวไทยที่สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น (ในปี พ.ศ. 2536 ประชากรที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ 11.6 ล้านคน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2538) นอกจากนี้โรงงานยาสูบลดการผลิตบุหรี่ที่ไม่มีก้นกรอง โดยลดจาก 660 ล้านซองในปี พ.ศ. 2520 เป็น 453 ล้านซอง และ 261 ล้านซอง ในปี พ.ศ. 2525 และ พ.ศ. 2530 ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันก็เพิ่มการผลิตบุหรี่ก้นกรอง เป็น 455 ล้านซอง, 939 ล้านซอง และ 1,285 ล้านซองในปี พ.ศ. 2520, 2525, และ 2530 ตามลำดับ (ฝ่ายควบคุมการผลิตและจำหน่ายกองยาสูบ กรมสรรพสามิต อังใน วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ, 2532) (ดูรายละเอียดจากตาราง 1 และตาราง 2)

ตาราง 1 ปริมาณการจำหน่ายยาสูบ จำแนกตามปีงบประมาณ (พ.ศ. 2535-2538)

ปีงบประมาณ	ปริมาณการจำหน่าย (ซอง)
2535	1983, 536, 878
2536	2065, 459, 832
2537	2258, 274, 080
2538	2100, 447, 090

ที่มา: ข้อมูล โดย ตรงจากฝ่ายวิเคราะห์และวางแผนยาสูบ กระทรวงการคลัง, กรกฎาคม 2539

ตาราง 2 ปริมาณการจำหน่ายบุหรี่ของโรงงานยาสูบ จำแนกตามประเภทการมีก้นกรอง ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2520, 2525 และ 2530

ปีงบประมาณ	ไม่มีก้นกรอง (ล้านซอง)	มีก้นกรอง (ล้านซอง)	รวม (ล้านซอง)
2520	660	455	1,115
2525	453	939	1,392
2530	261	1,285	1,546

ที่มา: ฝ่ายควบคุมการผลิตและจำหน่าย กองยาสูบ กรมสรรพสามิต อังใน วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ, 2532

บุหรี่ป้อนำเข้าจากต่างประเทศ ต้องผ่านขั้นตอนการนำเข้าโดยมีเงื่อนไขการนำเข้าคือบริษัทที่นำเข้าต้องได้รับการแต่งตั้งจากบริษัทผู้ผลิตจากประเทศนั้นๆ ให้เป็นผู้นำเข้าและตัวแทนจำหน่ายในประเทศไทยแต่เพียงผู้เดียว โดยภายใต้ข้อที่ระบบไว้อย่างชัดเจน ปัจจุบันมีบุหรี่ป้อนำเข้าผ่านขั้นตอนการนำเข้า จนได้รับอนุญาตให้นำเข้าบุหรี่ป้อนในประเทศไทยได้ประมาณ 90 ตรา แต่มีจำหน่ายในประเทศไทยจริงประมาณ 40 ตรา โดยประเทศที่นำเข้ามากที่สุด คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา รองลงมาจากกลุ่มประเทศในทวีปยุโรป เช่น อังกฤษ เยอรมัน สวิตเซอร์แลนด์ สำหรับที่นำเข้าจากกลุ่มประเทศในเอเชีย เช่น สิงคโปร์ จีน ฮองกง ญี่ปุ่น โดยมีตราบุหรี่ป้อนำเข้าและชาวไทยนิยมสูบ เช่น มาร์ล โบโร สเตทเอ็กซ์เพรส 555 วินสตัน และ เคนท์ เป็นต้น คาดประมาณว่าบุหรี่ป้อนำเข้าจากต่างประเทศในขณะนี้มีส่วนแบ่งตลาดประมาณ ร้อยละ 3.7-4 (ข้อมูลโดยตรงจากสำนักบริการจัดเก็บ 1 ภาษี กรมสรรพสามิต, กรกฎาคม 2539)

อย่างไรก็ตามเป็นที่คาดว่าบริษัทบุหรี่ป้อนำเข้าชาติจะต้องพยายามเพิ่มยอดขายและส่วนแบ่งในการตลาดด้วยกลยุทธ์ และวิธีการต่างๆ (หทัย ชิตานนท์, 2536) โดยจะเห็นได้ว่าจำนวนบุหรี่ป้อนำเข้าได้เพิ่มขึ้นทุกปี คือในปี พ.ศ. 2535 มีบุหรี่ป้อนำเข้าที่เสียภาษีอย่างถูกต้อง 51.8 ล้านซอง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2536, 2537 และ 2538 เพิ่มขึ้นเป็น 60.5 ล้านซอง, 70.9 ล้านซอง และ 71.1 ล้านซองตามลำดับ และจากเดือนตุลาคม พ.ศ. 2538 จนถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นระยะเวลาเพียง 7 เดือนเท่านั้น มีบุหรี่ป้อนำเข้าถึง 45.9 ล้านซอง (ข้อมูลโดยตรงจากสำนักบริการจัดเก็บ 1 ภาษี กรมสรรพสามิต, กรกฎาคม 2539)

กระนั้นก็ดี คนไทยก็ยังมีโอกาสได้สูบบุหรี่ป้อนหรือซิการ์ต่างประเทศทั้งจากที่เป็นของฝากของขวัญ จากผู้เดินทางไปต่างประเทศ ซึ่งซื้อหาจากร้านขายสินค้าปลอดภาษี หรือบนเครื่องบิน และจากบุหรี่ป้อนลักลอบนำเข้ามาจำหน่าย หรือเรียกว่า บุหรี่ป้อนเถื่อน คาดว่ามีปริมาณบุหรี่ป้อนเข้ามาในตลาดไทยประมาณปีละ 3-5 ล้านซองต่อเดือน หรือประมาณ 36-60 ล้านซองต่อปี (สยามรัฐสัปดาห์วิจารณ์, 2529)

ประเภทของยาสูบที่คนไทยใช้นอกจากบุหรี่ป้อนหรือซิการ์ที่ผลิตเป็นอุตสาหกรรมแล้วคนไทยแม้ในปัจจุบัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทยังคงนิยมการสูบบุหรี่ป้อนที่มวนเอง นอกจากนั้นประเภทของยาสูบที่คนไทยนิยมใช้ยังมีในลักษณะอื่นๆ เช่น การทำเป็นผงเพื่อเป่าเข้าทางจมูก ที่เรียกว่า ยาน้ำตู่ หรือการคงไว้ในลักษณะเส้นยาสูบ แต่มิได้สูบ กลับใช้หอมหรือเคี้ยว นอกจากนั้นยังมีคนไทยบางกลุ่มที่นิยมใช้เส้นยาสูบจากต่างประเทศบรรจุลงในกล่องเพื่อสูบ องค์ความรู้เกี่ยวกับประเภทและลักษณะของยาสูบต่างๆ เหล่านี้ยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้มีความรู้และความชำนาญ โดยเฉพาะทางประวัติศาสตร์ ทางโบราณคดี และทางมานุษยวิทยา วัฒนธรรม จะได้ศึกษาและรวบรวมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.1.3 การบริโภคยาสูบในภาคใต้

ภาคใต้แม้เป็นภาคที่มีพื้นที่ไม่เหมาะสมแก่การทำไร่ยาสูบ แต่ก็มียอดตราผู้สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 22.4 ในปัจจุบันชายชาวปักษ์ใต้เกือบครึ่งหนึ่งยังนิยมสูบบุหรี่ (ร้อยละ 42.5) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538) ยิ่งไปกว่านั้นในชุมชนชายทะเลที่ห่างไกลบางชุมชน มีค่านิยมว่าผู้ชายต้องสูบบุหรี่และดื่มเหล้า ดังนั้น ชายชาวใต้ทุกคนในชุมชน ร้อยเปอร์เซ็นต์สูบบุหรี่ ในทางตรงการข้ามสำหรับผู้หญิงชาวใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมัยก่อน สังคมมองว่าถ้าผู้หญิงคนใดสูบบุหรี่ถือว่าเป็นหญิงชั้นต่ำ หรือโสเภณี (ถนนอมศรี อินทนนท์, 2538)

ในอดีตยาสูบที่คนปักษ์ใต้บริโภคมาจาก 2 แหล่งหลัก แหล่งแรก คือ ชาวบ้านเพาะปลูกกันเอง โดยที่มีชื่อเสียงมากที่สุด คือยาสูบที่ปลูกในเขตท้องที่ ตำบลกลาย อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ยาสูบที่นี้นิยมเรียกกันว่า ยากลาย ตามถิ่นที่ปลูกยากลายเป็นยาสูบประจำภาคที่มีชื่อเสียงในด้านรสชาติที่มีความฉุนจัดสูบลแล้วมีความเมาจัด เชื่อกันว่ามีการปลูกยากลายในภาคใต้มาไม่ต่ำกว่า 100 ปี

การปลูกยากลายแต่เดิมชาวบ้านจะใช้ที่ป่ากร้างว่างเปล่าที่ได้มาด้วยการจับจอง แต่ในปัจจุบันชาวบ้านจะปลูกยากลายกันในพื้นที่สวนยาง ชาวไร่จะใช้เวลาประมาณ 6 เดือน ในการปลูกจึงเก็บใบยาสูบ โดยจะแบ่งใบยาออกเป็น 3 พวก คือ ดินยา (ใบยาที่อยู่ส่วนล่างของลำต้นมีคุณภาพต่ำ ไม่ฉุนจัด) กลางยา (ใบยาสูบที่อยู่ถัดจากดินยาขึ้นมานับตั้งแต่ใบที่ 7 ถึงใบที่ 11 หรือ 12) และยอดยา (ใบยาสูบส่วนยอดที่เหลือ) จัดเป็นยาที่ดีที่สุด มีรสที่ฉุนจัดที่สุด และขายได้ราคาสูง ชาวบ้านนิยมเรียกใบยาส่วนนี้ว่า ยอดยา ปัจจุบันชาวสวนที่ปลูกยาสูบนิยมแบ่งใบยาออกเป็น 2 พวก คือ ดินยา และยอดยา โดยรวมส่วนกลางยาเข้ากับส่วนยอดด้วย เพื่อให้ได้ปริมาณมากและขายได้ราคา คุณภาพของยากลายนอกจากจะขึ้นอยู่กับเทคนิควิธีการปลูกในสถานที่ที่มีคุณภาพของดินดี ระยะเวลาการเก็บ การบ่มใบยา คุณภาพของยากลายยังขึ้นอยู่กับวิธีการหั่นใบยาด้วย

ชาวบ้านจะมีเครื่องมือที่ใช้ในการหั่นใบยา เรียกว่า ซื่อฝานยา หรือบางถิ่นเรียกว่า กะดา ซื่อนี้ทำด้วยไม้เนื้อแข็ง ส่วนมากใช้ไม้จืดเหล็กยาวประมาณ 20 นิ้ว กว้างประมาณ 5 นิ้ว และหนาประมาณ 1.5 นิ้ว เจาะรูกลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5-6 นิ้ว ตรงกึ่งกลางก่อนลงมาทางด้านล่าง และมีไม้ที่ซุดเป็นรางคล้ายเรือ แต่ปลายข้างหนึ่งตัดตรงสอดรับให้เข้ากับรูที่เจาะนั้น ให้รูตรงกับรางพอดี รางนี้เป็นที่รองรับใบยาเวลาฝาน อุปกรณ์ทั้งหมดนี้จะวางบนฐานซื่อที่เป็นแผ่นไม้รองรับอีกที่หนึ่ง การฝานยาจะฝานด้วยมีดเหล็กขนาดโตและหนักมาก ลักษณะยาเส้นที่ได้จะมีเส้นเล็ก ยากลายโดยทั่วไปจะมีสีคล้ำ ไม่หยาบแข็งกระด้าง ค่อนข้างนิ่ม มีน้ำมันดิน (จิตตนา หนูณะ, 2529)

ส่วนแหล่งยาสูบอีกแหล่งหนึ่ง คือ ยาเส้นที่ผลิตในประเทศจีน แล้วส่งเป็นสินค้ามาขายในเมืองไทย ยาเส้นชนิดนี้ชาวปักษ์ใต้เรียกว่ายาเมือง ยาเมืองนี้เส้นยามีขนาดเล็ก และมีสี

น้ำตาลอมแดง บางคนจึง เรียกว่ายาแดง (คนในภาคกลางเรียกว่ายาแดง) แม้ในปัจจุบันยาเมืองยังมีขายอยู่ในท้องตลาด แต่เข้าใจว่าไม่ต้องส่งมาจากเมืองจีนตั้งแต่ก่อน ด้วยมีการปลูกและทำกันในจังหวัดภาคกลาง บางจังหวัด ชาวปักยี่ได้นิยมสูบยาเมืองโดยใช้ใบจากอ่อน หรือใบตองแห้งมวน นอกจากนี้ยังอาจทำเป็นก้อนขนาดโตเท่าหัวแม่มือเพื่อใช้อมเคี้ยว โดยชาวปักยี่ได้จะเหน็บไว้ที่เหงือก เรียกว่า เหนียดยา หรือกินควบคู่กับหมากพลู เพื่อเพิ่มรสชาติให้กลมกล่อมขึ้นกับทั้งเชื่อว่าช่วยป้องกันฟันผุได้ด้วย (เฉลียว เรื่องเดช อ่างใน ถนนอมศรี อินทนนท์, 2538; จิตตนา หนูณะ, 2529)

สำหรับวัสดุที่ชาวปักยี่นิยมใช้มวนยาเส้น ทั้งยาเมือง และยากลายมีหลายชนิด เช่น ใบจาก ใบตองแห้ง เปลือกหุ้มฝักข้าวโพด และใบชุมเห็ด เป็นต้น แต่ที่เป็นที่นิยมกันมากคือการมวนด้วยใบจาก แหล่งผลิตใบที่สำคัญอยู่ที่อำเภอปากพ่อง และอำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยพบว่ามีการแลกเปลี่ยนซื้อขายใบจากและยากลายระหว่างแหล่งผลิตชาวกลายเล่าว่า พอถึงหน้าฝนยา (ฤดูฝนยา) ชาวนอก (ชาวอำเภอปากพ่อง, อำเภอหัวไทร) จะขึ้นเหนือ (ตำบลกลาย) เอาใบจากมาแลกกับยากลาย (จิตตนา หนูณะ, 2529, หน้า 2957)

ในการทำใบจากชาวนนิยมเก็บยอดใบจากทะเลในขณะที่ยังไม่แก่ หรือที่เรียกว่าใบเปลาดนำมาลวกน้ำร้อนแล้วตากให้แห้ง ก่อนนำมาลอกออกเป็น 2 แผ่น และตัดให้ยาวขนาดพอเหมาะแก่การมวน (ถนนอมศรี อินทนนท์, 2538)

นอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า ภาคใต้แตกต่างจากภาคอื่นด้วยมีการใช้ใบชุมเห็ดมวนยาสูบ ชุมเห็ด เป็นต้นไม้ขนาดเล็ก พุ่มเตี้ย ใบแตกออกจากก้านใบเป็นคู่ๆ ขนาดใบสมบูรณ์ยาวประมาณ 5 นิ้ว กว้างประมาณ 2 นิ้วเศษ ชาวปักยี่ได้เดิมนิยมใช้ใบชุมเห็ดใหญ่ (ใบชุมเห็ดเทศ) ตากให้แห้งแล้วนำมามวนยาเส้น (อุดม หนูทอง, 2529) เฉพาะอย่างยิ่งในการทำยากลายบ้านเพื่อรักษาโรคริดสีดวงจมูก เรียกยากลายบ้านชนิดนี้ว่า ยาสูบแก้ริดสีดวงจมูก ซึ่งมีเครื่องยาส่วนใหญ่ประกอบด้วยยาจูนและเปลือกข่อย และมีส่วนประกอบของเถาถอย ใส้เถากระเปรี๊ยะ รากหญ้าหนู และพืชมะเกลือคั้น มวนด้วยใบชุมเห็ดเทศที่ตากแห้ง โดยมีคำแนะนำให้สูบวันละ 3-5 มวน เพื่อรักษาอาการริดสีดวงจมูก (พลับ หม่อมชู, 2529)

ปัจจุบันชาวปักยี่ได้ก็เช่นเดียวกับภาคอื่นๆ คือนิยมสูบบุหรี่สำเร็จรูปที่ผลิตจากโรงงานยาสูบ และผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีก็จะสูบบุหรี่ต่างประเทศ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นบุหรี่ที่ลักลอบนำเข้ามาจำหน่ายจากชายแดนภาคใต้ในราคาที่ไม่แพงนัก และเช่นเดียวกับภาคอื่นๆ ในโอกาสและงานประเพณีต่างๆ เช่น งานบวช งานแต่งงาน คลอดบุตร ยกครูหมอบโนห์รา หรือแม้แต่ถูกหวย ชาวบ้านก็นิยมเลี้ยงดูกันด้วยเหล้าและบุหรี่ โดยมีคำกล่าวที่ว่า ถ้างานใดไม่มีเหล้าและบุหรี่ยานนั้นจะกร่อย แสดงให้เห็นว่าเจ้าภาพใจไม่ถึง ซึ่งชาวปักยี่ชอบคนใจถึง (ถนนอมศรี อินทนนท์, 2538, หน้า 12)

2.1.4 การสูบบุหรี่ในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการใช้ยาสูบตั้งแต่สมัยอยุธยาแล้ว โดยมีหลักฐานจากจดหมายเหตุของ เมอร์ซีเออร์ เดอลาลูแบร์ (Monsieur De La Loubere) อัครราชทูตฝรั่งเศสที่เดินทางมาเมืองไทยสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อ พ.ศ. 2230 ได้เขียนเล่าเรื่องประเทศสยามว่าคนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างคนทั้งผู้ชายและผู้หญิง โดยได้ยาสูบมาจากเมืองมะนิลาในหมู่เกาะฟิลิปปินส์จากประเทศจีนและที่ปลูกในประเทศเองในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวพระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าสิงหนาทราชครูวงศ์ฤทธิได้ทรงประดิษฐ์บุหรี่กันป้านขึ้นเพื่อสูบควันและอมยากับหมากพร้อมกัน

ครั้นถึงรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวมีการผลิตบุหรี่ขึ้นโดยบริษัทที่มีชาวอังกฤษเป็นเจ้าของได้เปิดดำเนินการเป็นบริษัทแรกในพ.ศ. 2460 การผลิตบุหรี่ในระยะแรกจะมวนด้วยมือ

ต่อมาในรัชสมัยพระสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการนำเครื่องจักรเข้ามาจากประเทศเยอรมนี และทำการผลิตบุหรี่ออกมาจำหน่ายหลายยี่ห้อ การสูบบุหรี่จึงแพร่หลายมากขึ้น

จนกระทั่งในพ.ศ. 2482 รัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้นโดยซื้อกิจการมาจากห้างหุ้นส่วนบูรพา ยาสูบ จำกัด (สะพานเหลือง) ถนนพระราม 4 กรุงเทพฯ และดำเนินกิจการอุตสาหกรรมยาสูบภายใต้การควบคุมของกรมสรรพสามิตกระทรวงการคลัง

หลังจากนั้นรัฐบาลได้ซื้อกิจการของบริษัทกวางฮกบริษัทฮอฟฟันและบริษัทบริติชอเมริกันโทแบกโคเพิ่มขึ้นแล้วรวมกิจการภายใต้ชื่อว่าโรงงานยาสูบกระทรวงการคลังมาจนถึงปัจจุบัน (ประกิจ วาทีสาธกกิจ และกรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2547)

2.2 ความหมายบุหรี่

บุหรี่ผลิตมาจากใบยาสูบซึ่งเป็นพืชล้มลุกชนิดหนึ่งมีชื่อพฤกษศาสตร์ว่า Niciatiana Tubacam พระราชบัญญัติยาสูบพ.ศ. 2509 ให้ความหมายของบุหรี่ว่าหมายถึงยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมวนด้วยมือหรือใช้เครื่องมวนด้วยกระคายหรือวัสดุที่ทำขึ้นใช้แทนกระคายหรือใบยาแห้งโดยเอายาสูบมาหั่นเป็นฝอยๆ เรียกว่ายาเส้นแล้วนำมามวนด้วยใบตองแห้งใบจากหรือกระคายแล้วจุดสูบเช่นเดียวกันพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่พ.ศ. 2535 ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่าบุหรี่หมายถึงบุหรี่ซิการ์และบุหรี่ซิการ์บุหรี่ยาเส้นหรือยาปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบหรือหมายถึงยาสูบที่มีลักษณะเป็นมวนยาเส้นที่มวนสูบเองหรือยาเส้นที่ใช้กลิ้งยาสูบ (อรรถพรหมพันธุ์, 2542, หน้า 16)

แม้จะไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าคนไทยเริ่มบริโภคยาสูบมาตั้งแต่เมื่อใด แต่จากหลักฐานที่พอจะรวบรวมได้ เช่น กล้องยาสูบสมัยสุโขทัยก็อาจทำให้เชื่อได้ว่าคนไทยมีวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบมาประมาณ 700 ปี แต่ถ้าจะยึดถือหลักฐานทางลายลักษณ์อักษร ก็คงเชื่อมั่นได้ว่าวัฒนธรรมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยมีมากกว่า 300 ปีแล้ว อย่างไรก็ตาม รายละเอียดต่างๆ อันเกี่ยวข้องกับยาสูบ และการบริโภคยาสูบของสังคมไทยในเชิงวัฒนธรรมยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย ดังนั้น ทางหนึ่งที่จะช่วยในการเข้าใจวัฒนธรรมไทยอันเกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ คือ การสร้างความเข้าใจในภาษา และความหมายที่คนไทยใช้ในการบริโภคยาสูบ ทั้งนี้ ด้วยเหตุผลที่ว่าประเพณี และพฤติกรรมต่างๆ ของคนในสังคม ส่วนใหญ่ล้วนเป็นผลมาจากระบบการให้ความหมายเชิงสัญลักษณ์ นั่นคือ ภาษาและความหมายที่เกิดขึ้นในสมองของคนในสังคมนั่นเอง

คำว่า ยาสูบ น่าจะเป็นภาษาไทยแท้ๆ ด้วยมีลักษณะเป็นคำผสมที่สร้างขึ้นจากคำโดด 2 คำ คือคำว่า ยา และคำว่า สูบ และจากลักษณะการผสมคำโดยนำคำกริยา สูบ ไปประกอบกับคำว่า ยา ทำให้น่าสันนิษฐานไปได้ว่า คำนี้น่าจะเป็นคำที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเมื่อได้รับอิทธิพลการบริโภคยาสูบด้วยวิธีการสูบด้วยกล้อง หรือการมวนสูบจากชาวต่างประเทศแล้ว ที่สันนิษฐานไปเช่นนี้ด้วยข้อมูล 2 ประการ คือ ประการแรก คนไทยแต่เดิมจะเรียกคำว่ายาสูบเป็นคำกลางๆ ว่า ยา และใช้คำว่ายาไปประกอบกับคำอื่นๆ เพื่อสร้างคำผสมใหม่ ที่บอกลักษณะของยาสูบแต่ละประเภท เช่นคำว่า ยาเส้น ยาจืด ยานัตถ์ ยามวน เป็นต้น (สงวน อึ้งคง, 2529; มานิต มานิตเจริญ, 2507; กรมตำรากระทรวงธรรมการ, 2470) และประการที่สอง ลักษณะการบริโภคยาสูบด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น อมจุก ไขว้ข้างแก้มหรืออมปาก เกี่ยวกับหมาก และนัตเข้าทางจมูก ดังนั้นคำว่ายาสูบ จึงน่าจะเป็นคำไทยแท้ที่ได้ใช้หรือบัญญัติคำขึ้นใช้เพื่อหมายถึงคำว่า tobacco และได้ใช้เป็นคำกลางๆ มาจนถึงปัจจุบัน

นอกจากคำว่า ยา หรือ ยาสูบ แล้ว ยังมีคำอื่นๆ ในวัฒนธรรมไทยที่คนไทยได้สร้างขึ้นเพื่อเรียกยาสูบในประเภทหรือลักษณะที่แตกต่างกัน (โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, 2534; สถาบันภาษาศาสตร์, 2524; ราชบัณฑิตยสถาน, 2524; มานิต มานิตเจริญ, 2507; กรมตำรากระทรวงธรรมการ, 2470; อุทัย สิ้นธุสาร, ม.ม.ป.) ดังเช่น

2.2.1 ยาเส้น

ยาเส้น หมายถึงยาสูบที่หั่นเป็นเส้นและทำให้แห้งแล้ว ชาวชนบทไทยตั้งแต่อดีตจนปัจจุบันส่วนหนึ่งนิยมปลูกในยาพื้นเมือง ในสมัยก่อนชาวบ้านนิยมเก็บใบยาสดที่แก่แล้วมาวางเรียงซ้อนๆ กันและม้วนเป็นแท่งหั่นด้วยมีดเป็นเส้นเล็กๆ จากนั้นก็นำไปตากแดดและฝั่งลมให้

แห้ง จากลักษณะของยาเส้นนี้เองจึงเรียกว่า ยาเส้น ในปัจจุบันมีการทำใบยาพื้นเมืองในลักษณะเกษตรกึ่งอุตสาหกรรมครัวเรือน จึงมีการคัดแบ่งประเภทใบยาจากใบยาส่วนยอดถึงใบยาส่วนล่างของลำต้น การบ่ม และการใช้เครื่องจักรช่วยในการหั่น กล่าวคือเมื่อชาวบ้านเก็บใบยาสดมาแล้ว จะนำใบยาสูบมาเรียงซ้อนกัน โดยตั้งเอาก้านลง คลุมด้วยผ้าใบหรือเลื้อ เพื่อบ่มประมาณ 4-5 วัน ใบยาจะเหี่ยวและเปลี่ยนเป็นสีเหลือง จากนั้นจึงนำใบมากรีดเอาก้านกลางใบออกก่อน นำไปวางซ้อนกันม้วนเป็นแท่งกลมโตเพื่อสะดวกในการหั่นด้วยเครื่องหั่นใบยา จากนั้นจึงนำใบยาเส้นที่หั่นได้ไปเกลี่ยเป็นแผ่นบนแผงไม้ไผ่สานขนาด 25 ซม. 2.5 ม. ตากไว้ประมาณ 3 วัน เพื่อให้แห้ง จากนั้นจึงม้วนยาเส้นหมักไว้เพื่อรอการจำหน่ายต่อไป (โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, 2534)

2.2.2 ยาฉุน ยาจืด ยาแดง และยาเส้นปรุง

คำที่เกี่ยวกับยาสูบเหล่านี้ เป็นคำที่ใช้เรียกให้หมายถึงยาเส้นที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน โดยที่ยาฉุน หมายถึงยาเส้นชนิดฉุน ส่วนมากมีสีน้ำตาลแก่ ใช้สูบหรือกินกับหมาก แต่ส่วนใหญ่ชาวบ้านนิยมนำมาวนสูบโดยมวนด้วยใบจาก ใบตองแห้ง ใบบัว เปลือกฝักข้าวโพดอ่อน ใบมะกาหรือกระดาศบางๆ หรือบรรจุกล่องสูบ ดังนั้น ยาเส้นส่วนใหญ่ที่ชาวบ้านเรียกกันจึงหมายถึงยาฉุน สำหรับยาจืด หมายถึงยาเส้นชนิดที่ไม่ฉุนสีค่อนข้างขาว ชาวบ้านนิยมใช้กินกับหมาก ส่วนยาแดง หมายถึงยาเส้นอีกประเภทหนึ่ง มีลักษณะเป็นเส้นแดงๆ ยาเส้นชนิดนี้เข้าใจว่ามีใช้ยาเส้นใบยาพื้นเมือง เพราะเป็นยาเส้นที่คนจีนที่อยู่ในประเทศไทยในสมัยก่อนนิยมนำบรรจุกล่องสูบ จึงอาจเป็นไปได้ว่า ได้มีการนำเข้ายาสูบที่เป็นยาเส้นสีแดงมาจากเมืองจีน และเช่นเดียวกันกับยาเส้นปรุง ที่เป็นใบยาสูบที่มีใช้ใบยาพื้นเมือง จึงเข้าใจว่าเป็นยาเส้นที่นำเข้ามาจากต่างประเทศเพื่อใช้บรรจุกล่องสูบ (สถาบันภาษาศาสตร์, 2524; มานิต, มานิตเจริญ, 2507; กรมตำรา กระทรวงธรรมการ, 2470)

2.2.3 ยาตั้ง ยาอัด

ยาตั้ง ยาอัด เป็นคำที่ใช้เรียกยาเส้น หรือยาฉุน หรือยาสูบตามลักษณะการจัดให้เป็นก้อนเพื่อการจำหน่าย ดังเช่น ยาตั้ง หมายถึงยาฉุนที่พับเป็นแผ่นแบนบาง ซ้อนกันเป็นตั้ง แต่มีกระดาศห่อพันโดยรอบเฉพาะตอนกลาง สำหรับยาอัด หมายถึงส่วนใดส่วนหนึ่งของต้นยาสูบ ซึ่งได้ปั่นหรือย่อย เพื่ออัดเป็นแผ่น โดยอาจจะมีวัตถุอื่นเจือปนอยู่ด้วยหรือไม่ก็ได้ นอกจากนั้นยังมีคำอื่นๆ อีก เช่นคำว่า ลูกยา หรือ ห่อยาซึ่ง หมายถึงใบยาสูบที่ถูกอัดเป็นห่อๆ แยกไว้หลังการบ่ม และคัดคุณภาพแล้ว ก่อนการนำไปจำหน่าย (สถาบันภาษาศาสตร์, 2524; มานิต, มานิตเจริญ, 2507)

2.2.4 ยามวน หรือบุหรี

วิธีการบริโภคนยาเส้นที่คนไทยสมัยก่อนโดยทั่วไปนิยม คือการนำยาเส้นประเภทยา
ลุนมามวนด้วยใบพืชบางชนิด หรือส่วนอื่นๆ ของพืชที่มีลักษณะเป็นแผ่นแบนบาง สามารถทำให้
แห้งและจุดไฟให้ติดได้ เช่น ใบจาก ใบตองแห้ง ใบตองอ่อนที่รีดจนเรียบแห้ง ใบบัว กลิบบอกบัว
ใบชุมเห็ด เปลือกฝักข้าวโพด ใบมะกา ใบลำโพง ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับพืชประจำถิ่น และความนิยมของ
คนในท้องถิ่น โดยในระยะแรกๆ จะมวนเป็นมวนใหญ่ ก้นแหลมมน จนปลายรัชกาลที่ 4 กรมมวน
จะมีลักษณะเป็นก้นป้านและปล่อยให้ใบยาห้อยออกมาจนมวน เพื่อสูบและอมกับหมากไป
พร้อมๆ กัน จนในรัชการที่ 5 จึงมีการตัดใบยาเส้นออกให้พอดีกับวัสดุที่ใช้มวน รวมทั้งการนำ
กระดาษมาเป็นวัสดุมวนก็เริ่มนิยมขึ้น ในปัจจุบันชาวบ้านบางส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนผู้สูงอายุ
ในชนบทยังนิยมมวนยาเส้นสูบเอง ยาเส้น หรือยาลุนที่ชาวบ้านนิยมซื้อจากตลาดชนิดที่เรียกว่า ยา
ตั้งมีขายในราคาห่อหรือตั้งละประมาณ 2 บาท สำหรับวัสดุที่นิยมใช้มวนส่วนใหญ่ คือ ใบจากที่
ตากแห้ง ลอกเป็นแผ่นๆ แล้ว ความยาวประมาณ 2 นิ้ว ซึ่งมีขายเป็นมัด มัดละประมาณ 1 บาท
นอกจากนั้นบางครั้ง ชาวบ้านอาจใช้กระดาษชนิดต่างๆ เช่น กระดาษปฏิทิน หรือกระดาษ
หนังสือพิมพ์เป็นวัสดุมวนยาเส้นเพื่อสูบอีกด้วย

จากลักษณะที่ยาสูบถูกบริโภคด้วยการมวนเป็นแท่งที่มีความยาวเพื่อจุดสูบ คน
ไทยในสมัยก่อนจึงนิยมเรียกดมวนในลักษณะนี้ว่า ยามวน ซึ่งก็คือ บุหรี ในปัจจุบัน และมักอธิบาย
ความหมายของบุหรีอย่างง่าย ๆ ว่า หมายถึง ยามวนสำหรับสูบ (กรมตำรา กระทรวงธรรมการ, 2470
หน้า 414) สำหรับคำว่า บุหรี แม้จะไม่ทราบแน่ชัดว่าเริ่มใช้คำนี้มาตั้งแต่เมื่อใด แต่เชื่อได้ว่าคำๆ นี้
มิใช่คำไทยแท้ โดยมิใช่ผู้สันนิษฐานกันต่างๆ เช่น บ้างก็ว่า คำว่าบุหรีเป็นคำที่มาจากภาษาเปอร์เซีย
ว่า “buri” ด้วยพวกเปอร์เซียเป็นพวกแรกที่นำบุหรีเข้ามาสูบในเมืองไทย (อุทัย สิ้น-ชูสาร, ม.ม.ป)
แต่บ้างก็เข้าใจว่า คำว่าบุหรี เป็นภาษาชวา (ยูริชเชิเยอ อ่างในสมชัย ชื่นตา, 2528) ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่
ชาวชวาใช้คำว่าบุหรี โดยเรียกทับศัพท์กับคำในภาษาเปอร์เซีย เช่นเดียวกับคนไทยเรียก ดังนั้น คำ
ว่าบุหรีจึงเป็นคำที่คนไทยเรียกใช้ในปัจจุบัน จนคล้ายกับเป็นคำภาษาไทย อย่างไรก็ตาม คำว่า บุหรี
ในความหมายคนไทยทั่วไปแล้วจะมีลักษณะพิเศษคือ ต้องมวนด้วยกระดาษ มีความยาวมาตรฐาน
และมีลักษณะการผลิตเป็นอุตสาหกรรมเพื่อออกจำหน่ายในท้องตลาดโดยมีตราหรือยี่ห้อเฉพาะ

2.2.5 ยาเคี้ยว

นอกจากการบริโภคนยาเส้นด้วยวิธีการจุดสูบแล้ว คนไทยในสมัยก่อนยังนิยมนำ
ส่วนใดส่วนหนึ่งของใบยาแห้ง หรือยาเส้นชนิดลุนที่เรียกว่ายาลุน มาปรุงหรือปนด้วยวัตถุอื่น
เพื่อให้มีรสชาติและกลิ่นหอมชวนอมและเคี้ยว ยาสูบประเภทนี้จึงเรียกว่า ยาเคี้ยว (สถาบัน

ภาษาศาสตร์, 2524) ในการอมชาวบ้านมักนิยมอมจุกไว้มุมปากข้างแก้ม ถ้าเคี้ยวก็มักเคี้ยวกับหมาก โดยเชื่อว่าจะช่วยให้หมากอ่อยขึ้น บ้างก็ใช้ยาเส้นชนิดจืดขัดถูตามซีกฟันหน้าก่อนอมเคี้ยวไปกับหมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะต้องการขัดคราบของสีปูนแดงที่ติดฟันจากการเคี้ยวหมากออกบ้าง

สรุปได้ว่าบุหรี่หมายถึงยาสูบที่มีลักษณะเป็นมวนยาเส้นหรือยาเส้นปรุงชิกาแลต ซิการ์ไม่ว่าจะมีใบยาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัดว่าด้วยกฎหมายยาสูบ

2.3 ผลกระทบจากการสูบบุหรี่

ด้วยบุหรี่มีสารนิโคตินซึ่งเป็นสารที่เสพติดอย่างรุนแรงและมีอนุภาพสูง ยาสูบส่วนมากปล่อยสารนิโคตินเข้าสู่สมองอย่างรวดเร็ว และรุนแรง จึงทำให้เกิดการเสพติดอย่างรวดเร็ว ในทันทีและยาวนานซึ่งมีผลต่อ ร่างการ จิตใจ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการสูบบุหรี่ ดังนั้นการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานจึงมีพิษภัยสะสม

2.3.1 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูบบุหรี่

สารต่างๆ ซึ่งมีอยู่ในบุหรี่ และในควันบุหรี่ที่กล่าวมาแล้ว เมื่อผู้สูบบุหรี่สูดเข้าสู่ร่างกาย พร้อมๆ กันจะก่อให้เกิดพิษที่ทำอันตรายต่อร่างกาย และส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ทำให้เกิดอาการ ดังนี้ (สติเฟิน ฮาแมนน์ และคณะ, 2549: 94-96)

ผลกระทบระยะสั้น

ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่น และรส จะทำหน้าที่ได้ลดลง

- แสบตา น้ำตาไหล

- หนาวในที่ที่หน้าที่พักโบก เพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลม เป็น

อัมพาต หรือทำงานได้ช้าลง

- ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอด และในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น

- หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้น

- มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น

- เกิดกลิ่นที่หน้ารังเกียจตามร่างกายและเสื้อผ้า

- ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น และมีกลิ่นปาก

ผลกระทบระยะยาว

เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ ได้แก่

- โรคมะเร็งปอดและมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกายเช่น กล่องเสียง ลำคอ หลอดอาหาร และกระเพาะปัสสาวะ
 - โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหัวใจวาย
 - โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดส่วนอื่นๆ ตีบตัน และหลอดเลือดใหญ่ทรวงอกและช่องท้องโป่งพอง
 - โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
 - ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมจากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศ
 - เกิดอาการเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงแขนและขาตีบตัน อาจต้องตัดแขนหรือขาทิ้ง
- กล่าวโดยสรุป การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ หลายชนิด โดยแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (สตีเฟน ฮาแมนน์ และคณะ, 2549: 98-99)

โรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคหัวใจที่ป้องกันได้ที่สำคัญที่สุด เมื่อเทียบกับสาเหตุของโรคหัวใจอื่นๆ เช่น ไขมันในเส้นเลือดสูง เบาหวาน ซึ่งล้วนเกิดจากกรรมพันธุ์ ขณะนี้โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเส้นเลือดตีบหรือโรคหัวใจขาดเลือดได้ เมื่อหลอดเลือดตีบจนมีผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้จะทำให้เกิดอาการจุกเสียดเจ็บหน้าอกและถึงขั้นทำให้หัวใจวายได้ในที่สุด

องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลจากการสูบบุหรี่ และในสตรีที่สูบบุหรี่ที่ได้รับยาคุมกำเนิด จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าสตรีทั่วไปถึงเกือบ 40 เท่า และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบ และโรคระบบหลอดเลือดสูงกว่าสตรีทั่วไปด้วย

โรคมะเร็งปอด เป็นที่ทราบกันดีว่าบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็ง ได้มีการประมาณการว่าร้อยละ 30 ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในประเทศแถบยุโรปตะวันตก อเมริกาตอนเหนือ และบางส่วนของเอเชีย มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยมะเร็งปอดถึงร้อยละ 82 ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นตามปริมาณบุหรี่ยี่สูบต่อวันและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ระหว่าง 1-14 มวลต่อวันมีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบ 8 เท่า และหากสูบมากกว่า 25 มวลต่อวันมีโอกาสเสี่ยงที่เสียชีวิตมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 25 เท่า โรคมะเร็งต่างๆ บุหรี่ยังเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งกล่องเสียง ช่องปาก หลอดอาหาร ติ่งอ่อน ไต และกระเพาะปัสสาวะ มีหลักฐานชัดเจนว่าบุหรี่ยี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งกระเพาะอาหารอีกด้วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งหมายถึง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง บุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการติดเชื้อทางเดินหายใจโดยทำให้เกิดการอักเสบ ระบายเคืองทางเดินหายใจ ส่งผลให้มีการสร้างเสมหะมากทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรังผนังทางเดินหายใจหนาขึ้นและช่องทางเดินหายใจแคบลง เกิดถุงลมปอดโป่งพองเนื่องจากการขยายและมีการทำลายถุงลมเล็กๆ ในปอด ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ซึ่งมักมีประวัติสูบบุหรี่มาไม่น้อยกว่า 1 ซอง ต่อวัน เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 20 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถรักษาหรือแก้ไขให้ปอดกลับมาทำงานปกติได้ยากความผิดปกติของสมรรถภาพปอดไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ แม้ว่าจะหยุดสูบบุหรี่มานาน การตอบสนองต่อการรักษามีจำกัดผู้ป่วยแต่ละคนต้องสนองต่อการรักษาได้ไม่เหมือนกัน

โรกระบบทางเดินอาหาร บุหรี่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดแผลในทางเดินอาหาร ส่วนบนพบแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้นของผู้สูบบุหรี่ได้มากกว่า และอัตราการหายของแผลช้ากว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ รวมถึงโอกาสที่แผลจะทะลุสูงขึ้นด้วย

โรคในช่องปาก มีการศึกษาที่แสดงว่าบุหรี่ทำให้กระบวนการหายใจของโรคปริทันต์ และแผลในการผ่าตัดในช่องปากหายช้าลง ผู้สูบบุหรี่จะมีคราบหินปูนฝังแน่นที่ฟัน เกิดช่องว่างระหว่างฟันและเหงือก โครงสร้างของกระดูกและเนื้อเยื่อที่ยึดฟันหายไป นอกจากนี้บุหรี่ยังทำให้เกิดกลิ่นปาก ฟันเหลือง เหงือกอักเสบ ระบายในคออีกด้วย การศึกษาในประเทศสวีเดนพบว่า ความชุกในการเกิดโรคปริทันต์ในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า และยิ่งสูบบุหรี่มากความเสี่ยงในการเกิดโรคปริทันต์ยิ่งสูงขึ้น

โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เกิดจากเส้นเลือดและประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายเสื่อม ซึ่งวันบุหรี่ยังมีสารทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง การทำงานจึงเสื่อมลง นอกจากนี้ยังพบว่าตัวอสุจิในผู้สูบบุหรี่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติมากกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งจำนวนตัวอสุจิลดลงด้วย

2.3.2 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกายของผู้อื่น

ควันบุหรี่ยีมี 2 ชนิด คือ ควันที่เกิดจากตัวบุหรี่ และควันที่เกิดจากการเผาไหม้ ควันที่เกิดจากตัวบุหรี่เป็นควันที่ผู้สูบบุหรี่สูบจากมวนบุหรี่โดยตรง ควันเหล่านี้จะกรองด้วยตัวยาสูบในบุหรี่ขึ้นหนึ่งก่อนจะถูกสูบหายใจเข้าไปในปอด ขณะที่ควันบุหรี่ยาสูบจากการเผาไหม้ที่ปลายบุหรี่และลอยไปในอากาศโดยไม่ผ่านการกรองจะมีสารเคมีที่เป็นพิษในปริมาณที่มากกว่า สารเคมีประเภทนี้คือ คาร์บอนมอนอกไซด์ และแอมโมเนีย พบในควันชนิดที่เกิดจากการเผาไหม้มากกว่าวันที่เกิดจากตัวบุหรี่ โดยเฉพาะสารก่อมะเร็ง คือ สารไนโตรซามีนพบมากกว่า ถึง 50 เท่า จาก

การศึกษาพบว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ซึ่งอยู่ในห้องซึ่งมีควันบุหรี่เป็นเวลา 1 ชั่วโมง จะหายใจเอาสารไนโตรซามีนเข้าสู่ร่างกายด้วยปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ก้นกรองถึง 15 มวน ดังนั้นผู้ไม่สูบบุหรี่จึงได้รับอันตรายมากกว่า โดยเฉพาะผู้ที่ต้องสัมผัสควันบุหรี่เป็นเวลานานๆ (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย กรมอนามัย, 2543 : 13)

จะเห็นได้ว่า เด็ก คนในครอบครัว และผู้ร่วมงานเป็นผู้ได้รับพิษภัยโดยตรงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยหายใจเอาควันบุหรี่ชนิดที่เป็นควันจากการเผาไหม้ เด็กที่พ่อแม่สูบบุหรี่พบว่ามีอาการอักเสบของหลอดลมในปอด ปอดบวม หูชั้นกลางอักเสบ และเป็นหืดมากกว่า ในสตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่อาจทำให้ทารกในครรภ์มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด และแท้งได้ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการสะสมควันบุหรี่ทางอ้อม ส่วนผู้ที่ทำงานร่วมกับผู้ที่สูบบุหรี่มีการทำลายของปอดที่ตรวจพบได้เช่นกัน

อัตราการเกิดมะเร็งปอดพบสูงมากในผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ร่วมกับผู้ที่สูบบุหรี่จัด ทั้งนี้หนึ่งในสามของผู้ไม่สูบบุหรี่เป็นมะเร็งปอดพบว่าอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่แต่สามีสูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้หญิงซึ่งสามีไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า นอกจากนี้ผู้หญิงเหล่านี้ยังเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมากกว่าถึง 3 เท่า และเสียชีวิตมากกว่า

2.3.3 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อจิตใจ และอารมณ์

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และอารมณ์ของตัวผู้สูบ เนื่องจากทุกครั้งที่มีการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง โดยเมื่อมีการสูบบุหรี่เข้าสู่ร่างกายจะทำให้สารนิโคตินในบุหรี่กระตุ้นการหลั่งของสารโดปามีนในสมองซึ่งมีผลทำให้เกิดการตื่นตัว และมีพลัง จึงทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความรู้สึกสบายใจขึ้น รู้สึกว่าความเครียดความกดดันต่างๆ ลดลง มีอารมณ์เป็นสุขมีแรงจูงใจในการทำงานหรือวางแผนงานต่างๆ มากขึ้น มีความตื่นตัวมากขึ้น เมื่อหยุดสูบบุหรี่ฤทธิ์ของสารโดปามีนและนอร์อิพิเนฟรินจะลดลง ซึ่งมีผลทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้สูบบุหรี่หายไป และเกิดอาการถอนยาขึ้นมาแทนที่ ได้แก่ อาการกระวนกระวาย โกรธ หงุดหงิดง่าย นอนหลับยาก เสียสมาธิ และเหนื่อยง่าย มีอารมณ์เศร้า หดหู่ หงุดหงิด วิตกกังวล ไม่มีแรงจูงใจ ผลเหล่านี้มักทำให้ผู้ที่พยายามหยุดสูบบุหรี่ทนไม่ได้ เพื่อจะบรรเทาอาการถอนยานี้และเพื่อให้เกิดสภาวะแห่งความสุขต่อไป จึงต้องสูบบุหรี่มวนต่อไปเรื่อยๆ (กรมการแพทย์ทหารเรือ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

2.3.4 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อเศรษฐกิจและสังคม

การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรบุคคล การสูญเสียทางเศรษฐกิจ และการสูญเสียทางด้านสาธารณสุข อีกทั้งการสูบบุหรี่นั้นสามารถนำไปสู่ปัญหาของยาเสพติดชนิด ซึ่งจะสร้างปัญหาสังคมตามมาเป็นอันมาก เช่น การลักขโมย อาชญากรรม เป็นต้น ซึ่งในประเทศไทย นั้นเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดเพียงอย่างเดียว มีจำนวนสูงถึง 30,000 ล้านบาท หากรวมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และรวมมูลค่าของการสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยแล้ว ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายมากมาย ซึ่งสูงกว่ารายได้ที่ประเทศได้รับจากภาษีบุหรี่หลายเท่า และองค์การอนามัยโลก และธนาคาร โลกได้ประมาณการว่า ในอนาคตโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระโรคสูงสุด ในขณะที่ภาระจากโรคเอดส์ โรคท้องร่วง จะลดความรุนแรงลง ปัญหาการบริโภค ยาสูบจึงเป็นปัญหาเร่งด่วน และเป็นปัญหาที่อยู่ในภาวะวิกฤตในทุกๆ ระดับทั้งระดับชุมชน ระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของโลกใน ภาพรวม (สถิติเฟน ฮาแมนน์ และคณะ, 2549 : 92)

ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคจากบุหรี่ ประมาณ 4.9 ล้านคน (พ.ศ. 2547) อนาคต พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกขยายตัวจาก 1.2 พันล้านคน เพิ่มมากกว่า 1.64 พันล้านคน และ อัตราการตายจากโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่จะเพิ่มขึ้นจาก ปัจจุบัน 4.9 ล้านคน เป็น 10 ล้านคน โดยที่ ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นชาวเอเชีย จากตัวเลขสะท้อนให้เห็นว่า พิษบุหรี่ก่อให้เกิดการตายก่อนวัยอัน ควรยิ่งกว่าการติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคซาร์ และแนวโน้มที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือคนกลุ่มใหญ่ที่ สูบบุหรี่เป็นคนในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ขณะที่ประเทศร่ำรวยจะมีประชากรที่สูบบุหรี่ลดลง ร้อยละ 15 และในการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคม รศ.ดร.ศศิกร พงษ์พานิช ได้เสนอผล การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในอนาคตทางด้านสุขภาพ ของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับรายได้ ของรัฐบาลจากภาษีบุหรี่ ในประเทศไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายในโรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือด หัวใจอุดตัน โรคมะเร็งปอด ทั้งหมด/คน/ปี อยู่ที่ 13,640.58 บาท และ 100,041 บาท ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายของรัฐในปี พ.ศ. 2546 ของโรคถุงลมโป่งพองจากการสูบบุหรี่ เท่ากับ 10,057 ล้านบาท/ปี เมื่อดูข้อมูลเปรียบเทียบแล้วจะเห็นว่าค่าใช้จ่ายรวมทั้งสามโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีแนวโน้ม สูงขึ้น แม้รัฐบาลรับรายได้จากภาษีบุหรี่จะมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่รัฐบาลก็ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายการ รักษาพยาบาลอยู่มาก วิธีการที่จะดำเนินการลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับโรคต่างๆ จากการสูบบุหรี่ คือ การ งดสูบบุหรี่ ซึ่งอาจดำเนินการด้วยมาตรการขึ้นภาษีบุหรี่ (กรมการแพทย์ทหารเรือกระทรวง สาธารณสุข, 2550)

ควันจากบุหรี่ยังมีส่วนทำให้เพิ่มก๊าซพิษให้แก่สิ่งแวดล้อม และการสูบบุหรี่ทำให้บ้านเมืองสกปรก เนื่องจากทิงกันบุหรี่ไม่เป็นที่ ถ้าผู้สูบบุหรี่ไม่ระมัดระวังในการทิงกันบุหรี่ยังจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดไฟไหม้ได้ในอาคารบ้านเรือน และการเกิดไฟฟ้า ซึ่งจะสร้างความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติ ดังนั้นการสูบบุหรี่มิได้ส่งผลเสียต่อตัวผู้สูบเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งประเทศชาติด้วย (รัชนา ศานติยานนท์, 2549 : 74)

2.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

2.4.1 กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่

กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบของคนไทยทั้งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่และประกาศกฎกระทรวงสาธารณสุขต่างๆ และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นหนึ่งในหลายๆ มาตรการที่ถูกนำมาบังคับควบคุมการบริโภคยาสูบโดยเป้าหมายสำคัญของการใช้มาตรการทางกฎหมายของไทย คือ เพื่อขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้คนอยากสูบบุหรี่และลดโอกาสหรือจำนวนผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ดังเช่น การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่ทุกรูปแบบ การห้ามตั้งซองบุหรี่ ณ จุดขาย (Anti Point of Sale) การพิมพ์คำเตือนบุหรี่เป็นรูปภาพเป็นต้น ซึ่งเป็นไปตามกรอบการบังคับควบคุมของพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 แม้ว่าบุหรี่จะเป็นสินค้าชนิดหนึ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายเช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ แต่เนื่องจากผลการศึกษาวิจัยและองค์การอนามัยโลกบ่งชี้ชัดว่าบุหรี่เป็นสินค้าที่มีฤทธิ์เสพติดและส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้นการผลิต การจัดจำหน่าย หรือการเผยแพร่จึงจำเป็นต้องมีการกำกับควบคุมดูแลเป็นพิเศษที่แตกต่างจากสินค้าทั่วไปอื่นๆ ไม่สามารถปล่อยให้เกิดการผลิตหรือจัดจำหน่ายได้อย่างเสรี จากบททวนประวัติศาสตร์ของไทยพบว่าการประยุกต์หลักกฎหมายมาใช้นั้น เกิดขึ้นมาเป็นระยะเวลายาวนาน สำหรับในประเทศไทยการนำมาตรการทางกฎหมายมาบังคับใช้เริ่มเกิดขึ้นอย่างจริงจังเมื่อปีพุทธศักราช 2535 โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการผลักดันการออกกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายและการปรับปรุงหรือการเสนอแนะมาตรการทางกฎหมายใหม่ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างจริงจังพระราชบัญญัติ 2 ฉบับซึ่งถือเป็นกฎหมายหลักในการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยและเกี่ยวข้องกับบุคลากรใน

วิชาชีพโดยตรง ทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติตามกฎหมายและเป็นผู้ดูแลกำกับให้กฎหมายมีผลบังคับใช้อย่างจริงจัง ดังนี้ (ผ่องลี ศรีมรกต, 2549, หน้า 203-210)

2.4.2 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ระบุไว้อย่างชัดเจนถึงผลกระทบด้านสุขภาพที่ร้ายแรงจากการสูบบุหรี่ทั้งกับผู้สูบบุหรี่โดยตรง ผู้สูบบุหรี่มือสองตลอดจนทารกในครรภ์ แต่ในปี พ.ศ. 2535 ยังไม่มีกฎหมายควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะทำให้มีการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบด้วยวิธีการต่างๆ อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่เยาวชนซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญของชาติ ทำให้เป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการป้องกันโรคร้ายอันเกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบและการดูแลสุขภาพสภาพอนามัยของประชาชน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัติฉบับนี้ขึ้นมาและประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา เล่ม 109 ตอนที่ 38 วันที่ 5 เมษายน 2535 สาระสำคัญในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 กำหนดให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายความว่า ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบและผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคเทียนาตาแบคัม (Nicotianatabacum) ไม่ว่าจะใช้เสฟโดยวิธีสูบ ดูด อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในช่องปากหรือจมูกหรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังให้ความหมายของหีบห่อว่าหมายถึง ซอง ห่อ หรือสิ่งบรรจุอื่น ซึ่งใช้ในการหุ้มห่อบรรจุผลิตภัณฑ์ยาสูบและ “โฆษณา” หมายความว่า การกระทำโดยไม่ว่าวิธีใดๆ ให้ประชาชนเห็น ได้ยินหรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ในทางการค้า

ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ มาตรา 4 ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยนหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลซึ่งคนรู้ยู่่าผู้ซื้อหรือผู้รับเป็นผู้มีอายุไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์ ห้ามมิให้ผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขาย ห้ามการขายสินค้า หรือให้บริการโดยมีการแจก แลกให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแลกเปลี่ยนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือการให้บริการอย่างอื่นประกอบ หรือการให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนต่อผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแก่ผู้นำหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบมาแลกเปลี่ยน หรือแลกซื้อ ห้ามการแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบในลักษณะเป็นตัวอย่างหรือเพื่อให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่หลาย หรือเป็นการจูงใจสาธารณชนให้เสฟ นอกจากนี้ยังห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์ ทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ หรือสิ่งอื่นใดที่ใช้เป็นการโฆษณาได้ หรือใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในการแสดง การแข่งขัน การให้บริการ หรือการประกอบกิจกรรมอื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ให้สาธารณชนเข้าใจว่าเป็นชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบอย่างไรก็ตามบทบัญญัติตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ยัง

ยกเว้นมิให้ใช้บังคับกับการถ่ายทอดสดรายการจากต่างประเทศทางวิทยุ โทรทัศน์ และการโฆษณา
ในสิ่งพิมพ์ซึ่งจัดพิมพ์นอกราชอาณาจักร โดยมีได้มีวัตถุประสงค์ให้นำเข้ามาจำหน่ายแจกใน
ราชอาณาจักรโดยเฉพาะ โดยสรุปสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ

1. ห้ามขาย แลกเปลี่ยน หรือให้บุหรืแก่บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี หากฝ่าฝืนมีโทษ
จำคุก 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 2,000 บาท
2. ห้ามขายโดยใช้เครื่องขายบุหรือัตโนมัติ หากฝ่าฝืน มีโทษจำคุก 1 เดือน หรือ
ปรับ ไม่เกิน 2,000 บาท
3. ห้ามขายสินค้าให้บริการ โดยแจก แคม ให้ แลกเปลี่ยน กับบุหรื หรือขายบุหรื
โดยแจก แคม ให้ แลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่น หรือบริการเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อบุหรื หรือผู้นำหีบ
ห่อมาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ และห้ามให้หรือเสนอสิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดงการ
ให้บริการ เป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อบุหรื หรือผู้นำหีบห่อบุหรืแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ หากฝ่าฝืนที่
โทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท
4. ห้ามแจกบุหรืเป็นตัวอย่างหรือเพื่อให้แพร่หลาย (ยกเว้นการให้ตามประเพณี
นิยม) หากฝ่าฝืน โทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท
5. ห้าม โฆษณา หรือแสดงเครื่องหมายในสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรือสื่ออื่นๆ
และห้ามใช้ชื่อบุหรืในการแสดง การแข่งขัน การให้บริการ (ยกเว้นสิ่งพิมพ์จากนอกราชอาณาจักร
รายการถ่ายทอดสดจากต่างประเทศ) หากฝ่าฝืน มีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท
6. ห้าม โฆษณาสินค้าที่ใช้ชื่อบุหรืเป็นเครื่องหมายของสินค้านั้นๆ หากฝ่าฝืนมี
โทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท
7. ห้ามผลิต นำเข้าโฆษณาสินค้าที่เลียนแบบบุหรื หรือซองบุหรื ตัวอย่างเช่น
หมากฝรั่งที่ทำเลียนแบบซองบุหรื ต่างหูรูปซองบุหรื หมวกที่มีสัญลักษณ์ยี่ห้อบุหรื กางเกง หรือ
เสื้อผ้าลายยี่ห้อผลิตภัณฑ์บุหรื แผ่นกันแดดรถยนต์ (Sunscreen) เป็นต้น หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่
เกิน 20,000 บาท
8. ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าสินค้าบุหรื หรือยาสูบต้องแจ้งรายการส่วนประกอบของบุหรื
ให้กระทรวงสาธารณสุขทราบ หากฝ่าฝืนมีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน และปรับไม่เกิน 100,000 บาท
9. ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องแสดงฉลากที่ซองบุหรืตามหลักเกณฑ์
ของกระทรวงสาธารณสุข หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท
10. ห้ามผลิตบุหรืที่ไม่แสดงฉลากตามมาตรา (12) หากฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน
20,000 บาท

11. นอกจากนี้ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ยังกำหนดให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จะขายได้ ต้องมีส่วนประกอบตามมาตรฐานที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าต้องแจ้งรายการ ส่วนประกอบให้กระทรวงสาธารณสุขทราบตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกรณีที่ ผลิตภัณฑ์ยาสูบใดมีส่วนประกอบไม่เป็นไปตามมาตรฐานให้รัฐมนตรีมีอำนาจออกคำสั่งห้ามมิให้ มีการขายหรือนำเข้า

12. ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่หรือยานพาหนะเพื่อตรวจค้น ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยว่ามีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้และนำผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในปริมาณพอสมควรไปเป็นตัวอย่างเพื่อการตรวจสอบ ออกหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใดมา ให้ถ้อยคำหรือให้ส่งบัญชีเอกสารหลักฐานที่จำเป็นประกอบการพิจารณาได้

2.4.3 พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ออก ณ วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2535 นับเป็นปีที่ 47 ในรัชการที่ 9 และประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา เล่ม 109 ตอนที่ 40 เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2535 เหตุผลในการประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้เขียน ไว้อย่างชัดเจนว่า โดยที่เป็นการยอมรับในทางการแพทย์ว่า ควันบุหรี่เป็นผลเสียแก่สุขภาพของผู้สูบและผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ ใกล้เคียงหลายประการ เช่น อาจทำให้เกิดมะเร็งปอด และอวัยวะอื่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบอึกทั้ง ควันบุหรี่ยังทำให้โรคบางโรค เช่น โรคหอบ หืด หรือโรคมะเร็งมีอัตราการกำเริบขึ้น นอกจากนี้ยัง พิสูจน์ได้ว่าการที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ต้องสูดควันเข้าไป ก็ยังเป็นผลเสียแก่สุขภาพของผู้คน เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นกับผู้สูบบุหรี่เอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้สูดควันบุหรี่ยังเป็นเด็ก สมควร ที่จะคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่เอง โดยการห้ามสูบบุหรี่ในบางสถานที่หรือการจัดเขตให้สูบบุหรี่ โดยเฉพาะหรือโดยวิธีการอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ (พ่องศรีศรีมรกต, 2549, หน้า 206)

สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้กำหนดให้ยาสูบทุกรูปแบบ ทั้ง บุหรี่ซิการ์ แลต ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบที่สามารถนำมาสูบหรือกระทำใด ๆ ซึ่งมีผลทำให้เกิดควันจากการเผาไหม้ของบุหรี่ ในสถานที่สาธารณะทุกแห่งครอบคลุมถึง ยานพาหนะใด ๆ ซึ่งประชาชนมีความชอบธรรมที่จะเข้าไปได้และเจ้าของสถานที่สาธารณะนั้นซึ่ง หมายรวมถึงเจ้าของ ผู้จัดการผู้ควบคุม หรือผู้ที่รับผิดชอบดำเนินงานของสถานที่สาธารณะนั้น ดำเนินการให้เป็นบริเวณที่ห้ามมิให้มีการสูบบุหรี่ ในเขตปลอดบุหรี่ และแบ่งส่วนหนึ่งส่วนใดหรือ ทั้งหมดของสถานที่สาธารณะนั้น ๆ เป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ โดยจัดให้มีเครื่องหมาย แสดงไว้ให้เห็นเด่นชัดทั้งเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ที่จัดไว้

2.4.4 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามนัยแห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างจริงจัง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อมอบหมายหน้าที่ให้เจ้าพนักงานในบังคับของปลัดกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ดูแลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ เจ้าพนักงานดังกล่าวประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ รองอธิบดีกรมอนามัย รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ผู้อำนวยการระดับกอง สำนักสถาบัน และศูนย์ในสังกัดกรมการแพทย์ ผู้อำนวยการสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบในสมัยนั้น ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย นิติกร กองนิติการ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป นิติกร กรมการแพทย์ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป สารวัตรอาหารและยา กองสารวัตร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป นักวิชาการสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป นักวิชาการสุขาภิบาล สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไป ข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในสังกัดราชการบริหารส่วนภูมิภาค หรือส่วนกลางที่มีสำนักงานตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคและข้าราชการสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ หรือทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงมหาดไทย หรือสังกัดราชการบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่สาธารณะในระหว่างเวลาพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตกหรือเวลาทำการของสถานที่นั้นเพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

- ผู้ดำเนินการที่ไม่ดำเนินการจัดสถานที่สาธารณะให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ต้องระวางโทษ ปรับไม่เกิน 20,000 บาท
- ผู้ดำเนินการที่ไม่จัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานตามที่รัฐมนตรี กำหนดต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท
- ผู้ดำเนินการที่ไม่จัดให้มีเครื่องหมายในเขตบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท
- ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ต้องระวางโทษ ปรับไม่เกิน 2,000 บาท ผู้ขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกแก่พนักงาน เจ้าหน้าที่ซึ่งเข้าไปปฏิบัติการใน สถานที่สาธารณะต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือนหรือปรับไม่เกิน 2,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับโดยให้พนักงานสอบสวนผู้มีอำนาจทำการสอบสวนคดีและมีอำนาจเปรียบเทียบได้ตาม ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

นอกจากนี้ภายใต้พระราชบัญญัติฉบับนี้ยังได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกันอันได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2540 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่เป็น 3 ประเภทหลัก ๆ กล่าวคือ ประเภทที่ 1 คือ สถานที่สาธารณะซึ่งขณะทำการให้หรือใช้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ประเภทที่ 2 เป็นสถานที่สาธารณะที่ขณะทำการให้หรือใช้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่เว้นแต่บริเวณห้องพักผ่อนหรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่สาธารณะนั้น ๆ และประเภทที่ 3 คือ สถานที่สาธารณะที่ขณะทำการให้หรือใช้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่บริเวณห้องพักผ่อนหรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่สาธารณะนั้น และบริเวณที่จัดไว้ให้เป็น “เขตสูบบุหรี่” เป็นการเฉพาะ โดยกำหนดเป็นพื้นที่เฉพาะจุดหรือเฉพาะแห่งสถานที่สาธารณะ

ประเภทที่ 1 ได้แก่รถยนต์โดยสารประจำทาง รถยนต์โดยสารรับจ้าง ตู้โดยสารรถไฟที่มีระบบปรับอากาศ เรือโดยสาร เครื่องบินโดยสารภายในประเทศ ที่พักผู้โดยสารเฉพาะบริเวณที่มีระบบอากาศ ลิฟต์โดยสาร ตู้โทรศัพท์สาธารณะ รถรับส่งนักเรียน โรงแรมที่พัก ห้างสรรพสินค้า ร้านตัดผม ร้านตัดเสื้อ สถานเสริมความงาม และร้านขายยา เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ สถานที่ออกกาลังกายเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ศาสนสถานเฉพาะบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ สถานที่จำหน่ายอาหารภายในบริเวณศูนย์การค้าหรือห้างสรรพสินค้า เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ สถานที่ดังกล่าวข้างต้นขณะทำการให้หรือใช้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด สถานที่สาธารณะ

ประเภทที่ 2 ได้แก่ โรงเรียนหรือสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาและต่ำกว่า อาคารจัดแสดงงานศิลปวัฒนธรรมพิพิธภัณฑ์สถาน และหอศิลป์ สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนก่อนวัยเรียน อาคารท่าอากาศยาน สนามกีฬาในร่ม สถานที่สาธารณะ

ประเภทที่ 3 ได้แก่ อาคารของมหาวิทยาลัย วิทยาลัย และสถาบันการศึกษา ระดับอุดมศึกษา อาคารแสดงสินค้าหรือนิทรรศการเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ สถานที่ราชการและรัฐวิสาหกิจ ธนาคาร และสถาบันการเงินสำนักงานที่มีระบบปรับอากาศ เป็นต้น และการศึกษาเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่นั้น ผู้วิจัยได้ใช้เป็นแนวทางในการนำมาวัดว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม (อ้างถึงในพงษ์สันต์ เสนีย์ศรีสกุล, 2556 หน้า 28-33)