

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่ เป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย สร้างปัญหาต่อสุขภาพของผู้บริโภคอย่างมากมาโดยเป็นที่ทราบและตระหนักกันดี ว่าการสูบบุหรี่มีอันตรายทั้งต่อผู้สูบและคนข้างเคียง แต่การสูบบุหรี่กลับเป็นที่นิยมทั่วโลกมาโดยตลอด ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่วัยผู้ใหญ่ เกือบร้อยละ 20 โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภูมิภาคแปซิฟิก ตะวันตก ถึงร้อยละ 48 ยุโรปร้อยละ 24 อเมริการ้อยละ 11 เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 8 เมดิเตอร์เรเนียนฝั่งตะวันออกร้อยละ 6 และทวีปแอฟริการ้อยละ 3 (Eriksen, N., Mackay, J., & Ross, H., 2012) ในปี ค.ศ. 2009 มีการบริโภคบุหรี่เกือบ 5.9 ล้านล้านมวน ซึ่งมีอัตราที่เพิ่มขึ้นจาก 10 ปีที่แล้วถึงร้อยละ 13 ในอดีตการบริโภคยาสูบได้รับความนิยมในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง แต่ปัจจุบันพบว่าประเทศที่มีการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นคือกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ในปี ค.ศ. 2011 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตเกือบ 6 ล้านคนร้อยละ 80 ของคนเหล่านี้อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการตายจากโรคมะเร็งในเพศชายถึงร้อยละ 80 และเพศหญิงร้อยละ 50 ทั่วโลก และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค นอกจากตัวผู้สูบบุหรี่เองแล้ว ควันบุหรี่ยังเป็นพิษต่อคนข้างเคียง โดยประมาณการของผู้เสียชีวิตที่สัมผัสควันบุหรี่ ในปี ค.ศ. 2011 ทั่วโลกถึง 600,000 คนหากไม่มีมาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพที่ดีกว่าในปัจจุบัน คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ศตวรรษที่ 21 ถึง 1 พันล้านคนโดยทุกหกวินาทีจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 1 คน (World health organization.[WHO], 2011)

ในประเทศไทยการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุอันดับ 3 ที่ทำให้ประชากรไทยเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรรองจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการดื่มสุรา โดยแต่ละปีมีประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000 - 52,000 คน (ประกิจ วาทีสาธกกิจ, ม.ป.ป.) ซึ่งจากการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงหรือการสูญเสียสุขภาพเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ประมาณ 48,244 คนต่อปี โดยโรค 3 ลำดับแรกที่เสียชีวิตคือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอดและโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 24.07, 23.24 และ 22.69 ตามลำดับ) ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะหรือปีที่มีสุขภาพดีจากการตายก่อนวัย

อันควรรและความพิการ 6.0 แสนปีหรือร้อยละ 11.1 ของภาระโรคทั้งหมดในผู้ชายและสูญเสียปีสุขภาวะ 8.8 หมื่นปีหรือร้อยละ 2.1 ของภาระโรคทั้งหมดในผู้หญิงซึ่งนอกจากการสูบบุหรี่จะมีผลกระทบโดยตรงกับสุขภาพแล้วยังมีผลต่อการพัฒนาประเทศและเศรษฐกิจอีกด้วย ในปี พ.ศ. 2549 ประเมินการว่ามีผู้ป่วยที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่คือโรคมะเร็งปอดจำนวน 5,299 ราย โรคหัวใจจำนวน 52,605 รายและโรคถุงลมโป่งพองจำนวน 624,309 ราย รวมค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน 9,857 ล้านบาทคิดเป็นร้อยละ 0.48 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ(Jittakul Leartsakulpanitch, Wimol Nganthavee and Eugene Salole, 2007)

การสูบบุหรี่นอกจากจะทำลายสุขภาพผู้สูบโดยตรงแล้วยังมีผลกระทบต่อคนข้างเคียงอีกด้วย ร้อยละ 75 ของคนที่เสียชีวิตจากบุหรี่มือสองทั่วโลกเป็นเด็กและผู้หญิง ร้อยละ 26.9 อยู่ในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Eriksen, N., Mackay, J., & Ross, H., 2012) ในประเทศไทยพบว่าประชากร 19.5 ล้านคน(ร้อยละ36.0) ได้รับบุหรี่มือสองที่บ้าน(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ซึ่งผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอดและโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับควันบุหรี่(ประกิจ วาธิสาธกกิจ, 2553) โดยพบว่าการสัมผัสควันบุหรี่มือสองไม่มีระดับที่ปลอดภัย แม้การสัมผัสเพียงเล็กน้อยก็สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ (U.S. Environmental Protection Agency อ้างใน ประกิจ วาธิสาธกกิจ, 2547)

ประเทศไทยมีความพยายามในการควบคุมการบริโภคยาสูบมาเป็นระยะเวลานานและมี ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน การณรงค์อย่างจริงจังทำให้อัตราการสูบบุหรี่โดยทั่วไปของคนไทยลดลง จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาตินับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2534 -2554 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 32.0 เป็นร้อยละ 21.4 มาตรการสำคัญที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ การขึ้นภาษีบุหรี่ ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีการปรับขึ้นภาษีบุหรี่ ซิการ์และอัตราภาษีร้อยละ 85จากราคาโรงงาน (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และประภาพรณ เอี่ยมอนันต์, 2554) และมีกฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับที่ใช้เป็นกลไกในการควบคุมยาสูบได้แก่ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และในปี พ.ศ.2546 ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเป็นประเทศภาคีสมาชิกตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของ องค์การอนามัยโลกเพื่อใช้เป็นกรอบมาตรการในการควบคุมยาสูบของประเทศเป็นลำดับที่ 36 จาก 168 ประเทศ (WHO, 2012)

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปี พ.ศ. 2554 พบว่าประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 53.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 11.5 ล้านคน หรือร้อยละ 21.4 เมื่อพิจารณาแนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มลดลง และพบว่าอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของเยาวชนลดลงเช่นกันแต่จำนวนและอัตราการสูบเป็นครั้งคราวขึ้นๆลงๆ โดยเฉพาะเยาวชนอายุ 11-14 ปีกลับมีแนวโน้มของการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพิ่มขึ้น 300% นับตั้งแต่ พ.ศ. 2534-2549 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเยาวชนกลุ่มนี้มีแนวโน้มทดลองสูบบุหรี่มากยิ่งขึ้นจึงเป็นกลุ่มที่ควรเฝ้าระวังป้องกันเพื่อไม่ให้กลายเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำต่อไป(สรณัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ลักขณา เดิมศิริกุลชัย, ณัฐพล เทศขันธ์ และสาโรจน์ นาคจู, 2551)

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มอายุที่อัตราการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น คือ กลุ่มอายุ 15-18 ปีและกลุ่มอายุ 19-24 ปี (สูบบุหรี่ร้อยละ 7.62และร้อยละ 22.1 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นถึงมาตรการควบคุมยาสูบยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรในกลุ่มอายุดังกล่าว(ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์และประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, 2554) ส่วนในกลุ่มเยาวชนอายุ 13-15 ปี พบว่ามีความชุกของนักเรียนที่สูบบุหรี่ปัจจุบันร้อยละ 11.7 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2554)ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ประจำ พบว่ามีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ คือ 17.9 ปี และพบว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 13-15 ปี เคยสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 18.9 และการศึกษาของดวงมณี จงรักษ์และเพ็ญประภา ปริญญาพล (2555) พบว่า นักเรียนไทยพุทธและมุสลิมเริ่มต้นสูบบุหรี่ที่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเยอะที่สุด เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปของภาคใต้มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับทุกภูมิภาค แสดงให้เห็นว่ามาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทยได้ผลน้อยในภาคใต้ โดยจังหวัดปัตตานี มีอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูงสุดอันดับหนึ่งของประเทศไทย โดยมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 29.54ซึ่งเป็นอัตราที่สูงสุดในประเทศไทย จากเดิมในปี พ.ศ. 2548 ร้อยละ 26.49 และร้อยละ 29.54ในปี พ.ศ. 2550 ในขณะที่ภาพรวมของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 21.4 (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์และประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์, 2554)สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ผิวกุหมายของผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันในภาคใต้ของไทย พบว่า จังหวัดปัตตานีมีอัตราการสูบบุหรี่ผิวกุหมายสูงที่สุด ถึงร้อยละ 50.8 รองลงมาคือจังหวัดสตูล และ จังหวัดสงขลา(ร้อยละ 33.3และร้อยละ 24.8 ตามลำดับ) ในขณะที่ภาพรวมของการสูบบุหรี่ผิวกุหมายของภาคใต้อยู่ที่ร้อยละ 16.0 (มณฑา เก่งการพานิช, สรณัญญา เบญจกุล, ธาราดล เก่งการพานิช, ลักขณา เดิมศิริกุลชัยและภริณี ภวนานนท์, 2555) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวมีนัยสำคัญที่บ่งชี้ว่าคนในจังหวัดปัตตานี สูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ไม่ดีขึ้นมากนักแม้ว่าแนวโน้มการบริโภคยาสูบโดยทั่วไปของประชากร

ไทยจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นก็ตามเมื่อศึกษารายละเอียดประชากรของจังหวัดปัตตานี พบว่ามีประชากรจำนวน 635,730 คน (กรมการปกครอง, 2554) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 87.2 (ศูนย์ปฏิบัติการจังหวัดปัตตานี, 2555) ทำให้สามารถคาดเดาได้ว่าคนมุสลิมในจังหวัดปัตตานีมีอัตราการสูบบุหรี่สูง

“บุหรี่” เป็นสิ่งบริโภคที่ไม่ปรากฏบทบัญญัติอย่างชัดเจนในศาสนาอิสลาม ทำให้มีนักวิชาการในอดีต ทำการวินิจฉัยบทบัญญัติกรณีการสูบบุหรี่ เป็นหลายทัศนะคือ เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งต้องห้าม (หะรอม) เป็นสิ่งที่ไม่ส่งเสริมให้ประพฤติดี (มักรูฮ์) และเป็นสิ่งที่อนุมนิดิ (มุบัท) เนื่องจากในอดีต พิษภัยของการสูบบุหรี่ยังไม่เป็นที่ประจักษ์ (เจ๊ะเลาะ แยกพงศ์, รอสีม นิยมเดช, อับดุลรอยะ บินเซ็งและอนิส พัฒนปรีชาวงศ์, 2552) แต่ปัจจุบันนักวิชาการร่วมสมัยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งต้องห้ามในศาสนาอิสลามโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำนักจุฬาราชมนตรีของประเทศไทยได้ออกคำวินิจฉัยทางศาสนา ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งต้องห้ามในอิสลาม (สำนักจุฬาราชมนตรี, 2549) แต่ถึงอย่างไรก็ตามยังพบว่า คนมุสลิมจำนวนมากสูบบุหรี่ สามารถพบเห็นได้ทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งร้านน้ำชา ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิถีชีวิตของคนมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบกับมุสลิมส่วนใหญ่อาจจะยึดติดอยู่กับแนวคิดการวิเคราะห์วินิจฉัยของบรรดานักปราชญ์ในอดีตที่เห็นว่าการสูบบุหรี่มิใช่สิ่งต้องห้ามจะเห็นได้จากการสอบถามจากผู้ปกครองนักเรียนจำนวนหนึ่งที่ยังคงมีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่มิใช่สิ่งต้องห้ามเหมือนการบริโภคสิ่งของมีนเมาแต่อย่างใดทำให้การรณรงค์ ลด ละ เลิกสูบบุหรี่ในสังคมมุสลิมไม่เกิดผลเท่าที่ควรตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมา

ความพยายามในการรณรงค์ควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นเป็นเรื่องที่มีการดำเนินมาตลอดเนื่องจากวัยรุ่นนอกจากจะตกเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของธุรกิจยาสูบแล้ว (ประจิตวาทิสาชกกิจ, ม.ป.ป.) ช่วงชีวิตของวัยรุ่นยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งด้านร่างกายอารมณ์สังคมและสติปัญญาและเป็นวัยที่อยากรู้อยากเห็นอยากทดลองทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากมายที่สำคัญ ซึ่งก็คือการสูบบุหรี่ (สุวรรณา เรื่องการจนเศรษฐกิจ, 2551) โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่และยังคงสูบบุหรี่ คือ เพื่อน เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนจึงถูกชักจูงจากเพื่อนได้ง่าย โดยพบว่านักเรียนที่สูบบุหรี่จะมีเพื่อนที่สูบบุหรี่มากกว่านักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังพบว่า สถานที่ที่นักเรียนมักจะสูบบุหรี่เป็นประจำ คือบ้านตัวเอง บ้านเพื่อนและโรงเรียน (กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

เยาวชนมุสลิมถือได้ว่าเป็นกลุ่มหนึ่งที่น่าเป็นห่วงต่อการเพิ่มอัตราการสูบบุหรี่ เนื่องจากตกอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่รวมทั้งปัจจัยภายในเองที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นไว้ที่มีการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มแรกซึ่งเป็น

ประสบการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นของนักเรียนชายทั้งที่สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวตามโอกาสต่างๆ การศึกษาที่สะท้อนต่อการสูบบุหรี่วัยรุ่นชายอายุ 13-15 ปี ที่ศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีครั้งนี้ จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นรวมไปถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมการสูบบุหรี่ในเยาวชนมุสลิมที่มีประสิทธิภาพ โดยมีรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของวัยรุ่นมุสลิมต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้เพื่อทำความเข้าใจถึงความคิดเห็น ความหมาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ของการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชายอายุ 13-15 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี และทำความเข้าใจถึงบริบทของครอบครัวและโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามที่มีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

1.3 คำถามการศึกษา

นักเรียนมีความคิดเห็นต่อการสูบบุหรี่เป็นอย่างไร ภายใต้สังคมของมุสลิมในจังหวัดปัตตานีและบริบทของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

เป็นการศึกษาที่สะท้อนที่มีต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ในอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี จำนวน 3 โรงเรียน ซึ่งเป็นตัวแทนของโรงเรียนในแต่ละขนาด (ขนาดเล็ก ขนาดกลางและขนาดใหญ่) โดยการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 สิงหาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2555

1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1.5.1 โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม

หมายถึง สถานศึกษาของเอกชนที่จัดการศึกษาวิชาศาสนาอิสลามควบคู่วิชาสามัญจัดการศึกษาในระบบโรงเรียนได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550 แก้ไขเพิ่มเติม (เดิมฉบับที่ 2) พ.ศ. 2554 ตั้งอยู่ในอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

1.5.2 บุห์รี

หมายถึง ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน ได้แก่ บุห์รี โรงงาน บุห์รีมวนเองบุห์รีชิการ์ไปป์ยาสูบที่สูบผ่านน้ำ

1.5.3 ทักษะต่อการสูบบุห์รี

หมายถึง ความคิดเห็นต่อการสูบบุห์รีในเรื่องทัศนคติต่อบุห์รี ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุห์รี ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุสำคัญที่ทำให้สูบบุห์รี การรับรู้เกี่ยวกับบทบัญญัติของศาสนาอิสลามในเรื่องบุห์รีความคิดเห็นต่อการสูบบุห์รีของบุคคลอื่น รูปแบบ วิธีการที่เหมาะสมสำหรับการเลิกบุห์รีของนักเรียน ในวัยรุ่นชาย อายุ 13-15 ปีที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ที่ตั้งอยู่ในอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

1.6 ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบทัศนะของวัยรุ่นและผู้เกี่ยวข้องที่มีต่อการสูบบุห์รี ซึ่งจะช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปรับเปลี่ยนวิธีคิดในการควบคุมการสูบบุห์รีที่มีประสิทธิภาพในวัยรุ่น สามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ตลอดจนทั้งผลการศึกษานี้อาจชี้ให้สถาบันต่างๆ ได้แก่ สถาบันการศึกษาสถาบันครอบครัวสถาบันการเมืองการปกครองสถาบันศาสนาและสถาบันสื่อมวลชนได้ตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นและประสานความร่วมมือกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหามารยาตการสูบบุห์รีในวัยรุ่นต่อไป