

## โครงการศึกษาฉบับสมบูรณ์ (Protocol/Full proposal)

ประกอบการขอรับพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### 1. ชื่อโครงการ

ชื่อภาษาไทย      การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ : ระบบการบริการสุขภาพอำเภอบาเจาะ จังหวัด  
นราธิวาส

English title      The Evaluation Smoking Cessation Program of Bacho Health Service System

### 2. ชื่อนักวิจัยหลัก (Principal Investigator)

นางสาวสุนีย์ เจกะบาซอ	Miss Sunee Chekabaso
หน่วยงาน	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
บาเจาะ	
โทรศัพท์ที่ทำงาน	
โทรศัพท์มือถือ	093-5952085
Email	look_yoke@hotmail.com
งานที่รับผิดชอบ	เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

### 3. รายชื่อนักวิจัยร่วม (Sub-investigator) /นักวิจัยหลักร่วม (Co-investigator)

3.1. นางสาวฮารตีเน เล๊ะลี	Miss Hartine Lehsi
หน่วยงาน	โรงพยาบาลบาเจาะ
โทรศัพท์ที่ทำงาน	
โทรศัพท์มือถือ	096-2076467
Email	Hartinee31@gmail.com
งานที่รับผิดชอบ	เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล
3.2. นางนูรีฮัน มะเซ็ง	Mrs Nureehan Maseng
หน่วยงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลลูโบะสาวอ
โทรศัพท์ที่ทำงาน	
โทรศัพท์มือถือ	086-4980123
Email	aran_han@hotmail.com
งานที่รับผิดชอบ	เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล
3.3. นายมุหัมมัดไซนุดีน มิงซู	Mr.Muhammadzainuden Mingsu
หน่วยงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลลูโบะสาวอ
โทรศัพท์ที่ทำงาน	
โทรศัพท์มือถือ	088-7960353

Email

งานที่รับผิดชอบ

m.mingsu@gmail.com

เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล

#### 4. การสนับสนุนนักศึกษา

ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ( )

(✓) ไม่เกี่ยวข้อง

( ) ผลิตบัณฑิตศึกษา (ระบุ พชท, พจบ, นักศึกษา ป.โท หรือ ป.เอก) จำนวน .....คน

ระบุชื่อนักศึกษา พร้อมรหัสนักศึกษา และสาขาวิชา (กรณีมีนักศึกษาแล้ว)

#### 5. คำสำคัญ (keywords) ของโครงการวิจัย (3-5 คำ)

โปรแกรมการเลิกบุหรี่, การประเมิน, ระบบสุขภาพ

#### 6. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย (Background and rationale)

การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมลง และเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งปอด พบว่า 90% ของโรคมะเร็งปอดในผู้ชายเกิดจากสาเหตุเกี่ยวข้องกับบุหรี่และ 79% เพศหญิงจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2550 สถิติการสูบบุหรี่ของคนไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติได้มีการสำรวจ การสูบบุหรี่ของคนไทยทั่วประเทศครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2519 พบว่า มีผู้สูบบุหรี่จำนวนทั้งสิ้น 8.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30.1 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 11 ปี (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550)

จากการสำรวจใน พ.ศ.2544 พบว่าประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ จำนวนทั้งสิ้น 10.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.6 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 11 ปี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ในช่วงปี 2544 - 2552 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง แต่ในปี 2554 มีอัตราการสูบเพิ่มขึ้นจาก ปี 2552 คือจากร้อยละ 18.1 เป็นร้อยละ 18.4 โดยเพิ่มขึ้นในผู้ชายจากร้อยละ 35.5 เป็น 36.1 จากการสำรวจใน พ.ศ. 2557 พบว่าประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 20.56 ของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อัตราการสูบบุหรี่ในภาคใต้ ร้อยละ 24.8 วัยทำงานอายุ 25-59 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด โดยกลุ่มอายุ 25-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น จากร้อยละ 22.79 และ ร้อยละ 14.25 เป็น ร้อยละ 23.54 และ ร้อยละ 16.63 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2558)

นโยบายและการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข อำเภอบาเจาะ ปี 2560 ได้จัดทำโครงการสร้างการมีส่วนร่วมในการเลิกบุหรี่ ตลอดจนสร้างกระบวนการเสริมสร้างการเลิกบุหรี่โดยชุมชนกับหน่วยงานของรัฐในระดับชุมชน พัฒนาแนวปฏิบัติในการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ในระบบคลินิก อบรมฟื้นฟูเจ้าหน้าที่คลินิก คลินิกเลิกบุหรี่ในสถานบริการ จากการสำรวจกลุ่มผู้นำศาสนา พบอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 40.21 (สำรวจสุขภาพผู้นำศาสนาอำเภอบาเจาะ, 2559) และผู้นำชุมชน พบอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 60.8 (สำรวจสุขภาพผู้นำชุมชนอำเภอบาเจาะ, 2560) ผลการเข้ารับการรักษาคลินิกเลิกบุหรี่อำเภอบาเจาะ ปี 2560 พบอัตราการเลิกบุหรี่ในชุมชน ร้อยละ 21.31 และเลิกบุหรี่สำเร็จในระบบคลินิก ร้อยละ 20

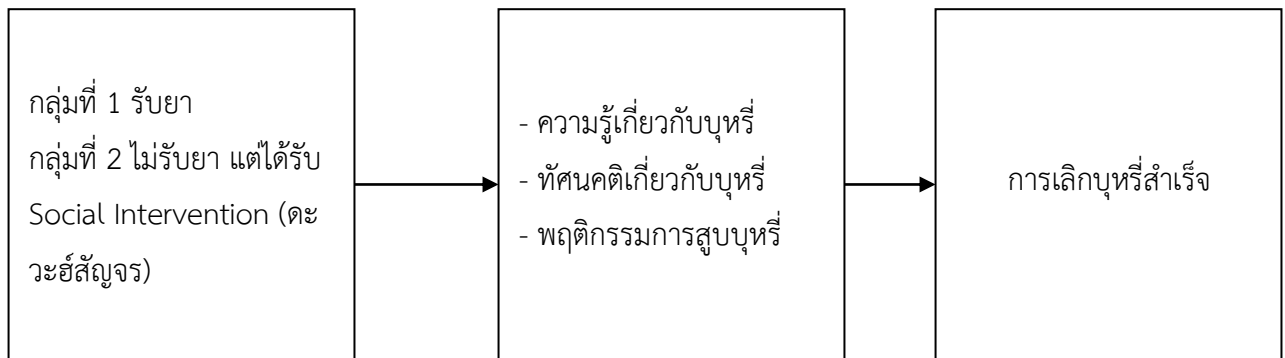
ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานติดตาม ประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่ในระดับอำเภอ จึงสนใจที่จะประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ซึ่งโปรแกรมการเลิกบุหรี่ได้จัดให้บริการแก่ผู้อยากเลิกบุหรี่ นอกโรงพยาบาล ซึ่งเป็นคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุก ในการประเมินผล

โปรแกรมการเลิกบุหรี่นี้ คณะผู้ศึกษา เปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มที่ได้รับยาและไม่ได้รับยา ตลอดจนศึกษาหาสาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส ทั้งนี้เพื่อหาแนวทางส่งเสริม และปรับปรุงการดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

## 7. วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จระหว่างโปรแกรมการเลิกบุหรี่ 2 กลุ่ม ซึ่งได้กระทำตามมาตรฐาน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยได้รับยา bupropionร่วม และกลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เข้ารับการเลิกบุหรี่โดยโปรแกรมการเลิกบุหรี่ “ตะวะฮ์ฮ์ญัจร”
2. เพื่อศึกษาหาปัจจัย และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส แล้วเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ (งานวิจัยเชิงคุณภาพ)

## 8. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)



## 9. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Literature review)

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ : ระบบการบริการสุขภาพอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส” ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. บุหรี่ และอันตรายจากผลกระทบของการสูบบุหรี่
2. ความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และแนวทางการเลิกบุหรี่
  - 2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้
  - 2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับทักษะคิด
  - 2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะการติดนิโคติน
  - 2.4. แนวทางการเลิกบุหรี่
  - 2.5 ยาช่วยเลิกบุหรี่
3. หลักการศาสนากับการเลิกบุหรี่
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. บุหรี่ และอันตรายจากผลกระทบของการสูบบุหรี่

### 1.1 ความรู้เรื่องบุหรี่

#### 1.1.1 ความหมายของบุหรี่

บุหรี่ผลิตมาจากใบยาสูบ ซึ่งเป็นพืชล้มลุกชนิดหนึ่ง มีชื่อพฤกษศาสตร์ว่า *Nicotiana glauca* พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 ให้ความหมายของบุหรี่ว่า หมายถึงยาเส้นหรือยาเส้นปรุงไม่ว่าจะมีใบยาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัสดุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งโดยเอายาสูบมาหั่นเป็นฝอยๆ เรียกว่ายาเส้นแล้วนำมาม้วน ด้วยใบตองแห้ง ใบจากหรือกระดาษ แล้วจุดสูบเช่นเดียวกัน พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่าบุหรี่ หมายถึงบุหรี่ซิการ์แลตบุหรี่ซิการ์บุหรี่อื่น ยาเส้นหรือยาปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบหรือหมายถึงยาสูบที่มีลักษณะเป็นมวนยาเส้นที่มวนสูบเองหรือยาเส้นที่ใช้กลั่นยาสูบ (อรรถพร หุ่นดี, 2542, หน้า 16)

สรุปได้ว่า บุหรี่หมายถึง ยาสูบที่มีลักษณะเป็นมวนยาเส้นหรือยาเส้นปรุงซิการ์แลตซิการ์ ไม่ว่าจะมีใบยาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัสดุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัดด้วยกฎหมายยาสูบ

#### 1.1.2 ส่วนประกอบของบุหรี่

ส่วนประกอบของบุหรี่ โดย อรรถพร หุ่นดี กล่าวว่า (อรรถพร หุ่นดี, 2542, หน้า 16)

1. ใบยาที่ใช้ทำบุหรี่ยิการ์แลต มีนิโคตินประมาณ 30 มิลลิกรัมส่วนใบยาที่ทำยาสูบกลั่นมี 35 มิลลิกรัมและในซิการ์มีสูงถึง 100 มิลลิกรัม
2. สารประกอบอื่นๆ เช่นน้ำตาล แป้ง ไขมัน โปรตีนฟีนอล กรดไขมันและแร่ธาตุต่างๆ ที่มีอยู่ในดินที่ใช้การเพาะปลูกใบยา
3. กระดาษที่ใช้มวนบุหรี่ยิการ์ส่วนใหญ่เป็นพวกเซลลูโลส

#### 1.1.3 สารประกอบในบุหรี่

กรมอนามัย (2551) ได้ระบุว่า ควันบุหรี่ที่พ่นออกมา หรือสูดเข้าไปในปอดของผู้สูบบุหรี่นั้นมีสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ส่วนประกอบหลักในควันบุหรี่ คือ นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนอกไซด์ บิวเทน แอมโมเนียไฮยาไนด์ สารหนู และฟีนอล ส่วนใหญ่เป็นอนุภาคเล็กๆ หรือก๊าซสารเคมีเหล่านี้มากกว่า 50 ชนิดสามารถทำให้เกิดมะเร็งที่ปอด คอ ปาก กระเพาะปัสสาวะ และไต อวัยวะเหล่านี้ล้วนเป็นทางผ่านของสารเคมีในควันบุหรี่ที่เข้าและออกจากร่างกาย

1) นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่ออกฤทธิ์แรงและเสพติดง่าย การเสพติดเกิดจากนิโคตินไปมีผลต่อสมองส่วนกลางบ่อยครั้ง โดยนิโคติน จะส่งผลกระทบต่อสมองเป็นการกระตุ้นและต่อมาเป็น การกดระบบประสาท ดังนั้นผู้สูบบุหรี่จะตื่นตัวในตอนแรกหลังจากนั้นสมองจะถูกกดตามมา ในการสูบบุหรี่ นิโคตินจากควันบุหรี่ไปถึงสมองใช้เวลาเพียง 8 วินาทีและในเวลาเพียง 20 วินาทีนิโคติน

ก็จะมีผลไปส่วนอื่นๆของร่างกาย ผู้ที่ติดบุหรี่จึงต้องสูบบุหรี่ไปเรื่อยๆ เพื่อให้ปริมาณนิโคตินในเลือดคงที่ เมื่อไหร่ก็ตามที่นิโคตินในเลือดต่ำลง ก็จะมีอาการอยากสูบบุหรี่ ซึ่งจะเห็นได้จากคนที่สูบบุหรี่สม่ำเสมอจะเว้นช่วงห่างในการสูบประมาณ 20-45 นาทีขึ้นอยู่กับอัตราการสูบว่ามากหรือน้อย โดยปกติ นิโคตินจะอยู่ในร่างกายประมาณ 24 ชั่วโมง แต่ในการปรับสมดุลของสารเคมีในร่างกายให้เป็นปกติ ต้องใช้เวลาเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ การติดนิโคตินจะเริ่มเกิดหลังจากการสูบบุหรี่เป็นประจำประมาณ 2 ปีขึ้นไป การสูดควันบุหรี่ไปแต่ละครั้ง (1 puff) สมองจะได้รับการกระตุ้นจากนิโคติน 1 ครั้ง บุหรี่ 1 มวนจะถูกสูดประมาณ 10 ครั้ง การสูบบุหรี่วันละซองตลอดปี จึงทำให้นิโคตินส่งผลต่อสมองถึง 70,000 ครั้ง กลไกการออกฤทธิ์ของนิโคตินที่มีผลต่อร่างกายคือ

1. ทำให้มีการหลั่งอิพิเนฟริน (Epinephrine) เข้าสู่กระแสเลือด เป็นการเพิ่มจังหวะการเต้นของหัวใจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันเลือดสูงขึ้น

2. ทำให้หลอดเลือดหดตัว ซึ่งเป็นอันตรายมาก ในผู้ที่มีไขมันเกาะผนังเส้นเลือดอยู่แล้ว นอกจากนี้นิโคตินเองยังมีส่วนทำให้ไขมันเกาะผนังเส้นเลือดมากขึ้นด้วย

**2) ทาร์ (Tar)** เป็นสารที่อันตรายที่สุดในบุหรี่ การติดบุหรี่เป็นผลของนิโคตินที่มีต่อสมองแต่การตายของผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นผลจากทาร์ ทาร์ประกอบด้วยสารหลายชนิดมีลักษณะเป็นละอองของเหลวเป็นยางสีน้ำตาลเข้มคล้ายน้ำมันดิบ ส่วนใหญ่เป็นสารที่มีอันตราย เช่น เบนโซไพรีน (Benzopyrene) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง นอกจากเบนโซไพรีนแล้ว ควันบุหรี่ยังมีสารก่อมะเร็งชนิดอื่นๆ รวมทั้งสิ้น 42 ชนิดควันบุหรี่ยังเป็นสารก่อมะเร็งที่สำคัญที่สุดสำหรับมนุษย์ ในควันบุหรี่ยังประกอบด้วยละอองอนุภาคเล็กๆ นับล้านหน่วยต่อลูกบาศก์เซนติเมตร เมื่อควันบุหรี่เข้าสู่ปาก ละอองเหล่านี้จะเย็นลงจับตัวกันเกิดเป็นทาร์ติดอยู่ตามทางเดินหายใจที่เข้าสู่ปอด ร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอดทำให้ขนเล็กๆ (Cilia) ที่อยู่ตามผิวเซลล์ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ เมื่อรวมตัวกับฝุ่นที่หายใจเข้าไปแล้วก็จะขังอยู่ในถุงลมปอด ทำให้กระบวนการกำจัดของเสียออกจากปอดเสียไป และทำลายถุงลมเล็กๆ ในปอด เป็นการลดสมรรถภาพการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ก่อให้เกิดการระคายเคืองอันเป็นสาเหตุของอาการไอและทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและถุงลมโป่งพอง

**3) คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide)** เป็นก๊าซไม่มีสี พบมากในควัน

หรือ

เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาและกระดาษที่ใช้นวนบุหรี่ คาร์บอนมอนอกไซด์จะจับตัวกันกับฮีโมโกลบินได้ดีกว่าออกซิเจนถึง 200 เท่า การสูบบุหรี่จะเพิ่มจำนวนคาร์บอนมอนอกไซด์มากขึ้น ออกซิเจนจึงจับกับเม็ดเลือดน้อยลงผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลงกว่าร้อยละ 10-15 สมองกล้ามเนื้อจึงไม่สามารถทำงานให้เต็มที่และเพื่อเป็นการทดแทนได้รับออกซิเจนลดลง หัวใจและปอดจึงทำงานหนักขึ้น เพื่อสูบเลือดไปเลี้ยงร่างกายให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ ก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบไหลเวียนเลือด นอกจากนี้คาร์บอนมอนอกไซด์ยังทำลายคุณสมบัติของผนังเส้นเลือด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของเส้นเลือดหัวใจทำให้เกิดหัวใจวายตามมาได้

4) ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen Cyanide) เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงคราม ก่อให้เกิดอาการไอมีเสมหะและหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง สามารถทำลายเยื่อปอดส่วนต้น ซึ่งเป็นแนวที่คอยขจัดความสกปรกฝุ่นละอองและเชื้อโรคทำให้มีอาการไอมีเสมหะ และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ในควันบุหรี่มีไฮโดรเจนไซยาไนด์เข้มข้นถึง 100 เท่าของระดับปลอดภัยในอุตสาหกรรม มีฤทธิ์สูงมากต่อเอนไซม์เกี่ยวกับการหายใจและเป็นบ่อเกิดของภาวะการพองลมในเนื้อเยื่อหรือถุงลมมะเร็งปอด

5) ไนโตรเจนออกไซด์ (Nitrogen Dioxide) เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อปอดหลอดลมส่วนปลาย และถุงลมทำให้ผนังถุงลมบางโป่งพอง ถุงลมเล็กๆ หลายอันแตกรวมกันเป็นถุงลมใหญ่ทำให้มีถุงลมจำนวนน้อย การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลงทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง ส่วนที่โป่งพองกดเนื้อปอดส่วนดีทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง อาจเกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ ในควันบุหรี่มีไนโตรเจนออกไซด์ถึง 250 ส่วนในล้านส่วน เมื่อเปรียบเทียบกับกำหนดให้โรงงานอุตสาหกรรมปล่อยก๊าซนี้สู่บรรยากาศภายนอกได้เพียงไม่เกิน 5 ส่วนในล้านส่วน

6) แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อทำให้แสบตา หลอดลมอักเสบ และไอ นอกจากนี้แอมโมเนียยังทำให้ค่าความเป็นด่างของควันบุหรี่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูดซึมนิโคตินดีขึ้น และเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน (รักษาศานติยานนท์, 2549, หน้า 51)

7) สารกัมมันตภาพรังสี (Radioactive Substance) ในควันบุหรี่จะมีสารโพโลเนียม 210 ที่มีรังสีแอลฟาอยู่กัมมันตภาพรังสีของสารนี้ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 40 มวนพบว่ามีการดูดกลืนรังสีมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 60 เท่า ควันบุหรี่เป็นพาหะในการนำสารกัมมันตภาพรังสีเข้าสู่ร่างกายทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้าง แม้ไม่ได้สูบบุหรี่แต่หายใจเอาควันบุหรี่เข้าไปก็จะได้รับสารนี้ด้วย

8) สารกลุ่ม Polycyclic Aromatic Hydrocarbons (PAH) ตัวอย่างของสารในกลุ่มนี้เช่น เบนโซไพรีนเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งของอวัยวะหลายแห่ง เช่น ปอด กล่องเสียง หลอดอาหาร ตับอ่อน กระเพาะอาหารและช่องปาก เป็นต้น โดยกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารในกลุ่ม PAH จะทำให้ดีเอ็นเอเกิดการกลายพันธุ์ และกระตุ้นการสร้างเซลล์มะเร็งที่จำเพาะต่ออวัยวะต่างๆ (รักษาศานติยานนท์, 2549, หน้า 51)

9) แร่ธาตุต่างๆ ในควันบุหรี่ยังมีแร่ธาตุบางอย่าง เช่น โปแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ทองแดง นิกเกิลโครเมียม รวมทั้งสารดีดีที อันเป็นสารตกค้างในใบยาสูบหลังจากการพ่นยาฆ่าแมลง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อนิกเกิลทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่น จะกลายเป็นสารพิษที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้

## 1.2 อันตรายจากผลกระทบของการสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ เป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ เพราะในบุหรี่ประกอบไปด้วย สารพิษต่างๆ มากมายหลายชนิดและมีผลต่อสุขภาพทั้งโดยทางตรง และทางอ้อมโดยกรมอนามัย (2551) มีข้อมูลสำหรับโรคที่เกิดจากบุหรื่อดังนี้

**1.2.1 โรคหัวใจ** จากรายงานการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูบบุหรี่มี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า หากผู้สูบบุหรี่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือมีไขมันในเลือดสูง จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่เป็นโรคความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง จะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป โดยเฉลี่ยผู้ติด บุหรี่จะมีเส้นเลือดเสื่อมและเกิดการตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบถึง 10-15 ปี องค์การอนามัยโลก ระบุว่า 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิต จากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อตายเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า โดยความเสี่ยงจะเพิ่มตามจำนวนบุหรี่ที่สูบบภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้ โอกาสจะมีชีวิตอยู่น้อยลง และมีปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตต่อไป

ขณะนี้โรคหัวใจ เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเส้นเลือด หัวใจตีบ ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญ ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสหัวใจวายตายในอายุประมาณ 30-40 ปี ซึ่งสูงกว่าผู้ไม่สูบบถึง 5 เท่า สารพิษในควันบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั่วร่างกาย โดยเกิดเป็นคราบเกาะภายในหลอดเลือด ทำให้รูหลอดเลือดค่อยๆ ตีบลง จนเกิดการตีบตันของเส้น เลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้น้อยลง จึงทำให้เกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ หรือ โรคหัวใจขาดเลือดได้ เมื่อหลอดเลือดตีบจนมีผลทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้ จะเกิดอาการ จุกเสียดเจ็บหน้าอกและถึงขั้นหัวใจวายได้ในที่สุด (ฝ่ายข้อมูลและเผยแพร่มูลนิธิเพื่อการรณรงค์ไม่สูบบหรี่, 2547, หน้า 13)

**1.2.2 โรคมะเร็งปอด** จัดเป็นมะเร็งอันดับหนึ่งในชายไทย โดยเฉลี่ยผู้สูบบุหรี่เสี่ยง ต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบหรี่ 12 เท่า แต่ถ้าหากสูบบหรี่มานาน 21-40 ปี มี โอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่สูบบหรี่ 30 เท่า การเลิกบุหรี่ยจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด ได้หากเลิกได้นาน 10-15 ปีจะลดอัตราเสี่ยงของโรคมะเร็งปอดลงครึ่งหนึ่งผู้สูบบหรี่จัด (มากกว่าวัน ละ 1 ซอง) ถ้าเริ่มสูบบหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอดและโรคภัยจากบุหรี่ยิ่งที่สุด สารพิษในบุหรี่ยกับการเกิดโรคมะเร็งบุหรี่ยแต่ละมวนจะมีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด สถาบันมะเร็ง ของประเทศสหรัฐอเมริการายงานว่าโรคมะเร็งทั้งหมดนั้นร้อยละ 33 ล้วนมีสาเหตุจากบุหรี่ย สารพิษใน บุหรี่ยที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง (ฝ่ายข้อมูลและเผยแพร่มูลนิธิเพื่อการรณรงค์ไม่สูบบหรี่, 2547, หน้า 14) ได้แก่

1) สารทาร์ หรือน้ำมันดิบ สารนี้ก่อการระคายเคืองเรื้อรังทำให้เกิดอาการ ไอ อุดลม โป่งพอง

2) สารกัมมันตรังสีในควันบุหรี่ยมีสารพลูโตเนียม 210 ที่มีรังสีแอลฟาทำให้เกิดการระคายเคืองเรื้อรัง เป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง

### 3) ยาฆ่าแมลง ซึ่งเป็นสารตกค้างในใบยาสูบจากการปนสารพิษเพื่อฆ่า

แมลง

#### 1.2.3 โรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่ทรมาณและรุนแรงมาก

ก่อให้เกิดทุกขเวทนาแก่ผู้ป่วย ปกติภายในปอดประกอบด้วย ถุงลมเล็กมากมายทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซ โดยซ้บก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกทางลมหายใจ และรับออกซิเจนเข้าสู่เลือดคว้นบุหรี และสารพิษภายในบุหรีให้เกิดระคายเคืองเรื้อรังทำลายเยื่อภายในหลอดลมถุงลม มีการสลายตัวของโปรตีนภายในทางเดินหายใจทำให้เยื่อหลอดลมหนาขึ้นหลอดลมตีบเล้กกลง ทำให้ต้องออกแรงมากขึ้นในการหายใจ เป็นผลให้เยื่อเกิดการอักเสบผนังถุงลมบวมอักเสบ ฉีกขาดรวมกันเป็นถุงลมขนาดใหญ่ ทำให้ไม่สามารถซ้บคาร์บอนไดออกไซด์ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีอาการหอบเหนื่อย ซึ่งหากเป็นมากจะทำให้ทำงานไม่ได้ ต้องนอนพัก การหอบเหนื่อยมากๆบางครั้งต้องให้ออกซิเจนหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาณโรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่เนื้อปอดค่อยๆเสื่อมสมรรถภาพจากการได้รับคว้นบุหรี ตามปกติแล้วพื้นที่ในปอดจะมีถุงลมเล็กๆกระจายอยู่เต็มทั่วปอดเพื่อทำหน้าที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย สารไนโตรเจนไดออกไซด์ในคว้นบุหรีจะทำลายเนื้อเยื่อในปอด และถุงลมให้ฉีกขาดทีละน้อย และรวมตัวกลายเป็นถุงลมที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เกิดโรคถุงลมโป่งพองระยะท้ายๆของโรค ทำให้ผู้ป่วยทรมาณมากเนื่องจากเหนื่อยจนทำอะไรไม่ได้ ต้องอยู่กับที่ และอาจต้องได้รับออกซิเจนจากถังตลอดเวลา (ฝ่ายข้อมูลและเผยแพร่มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี, 2547, หน้า 15)

#### 1.2.4 โรคระบบทางเดินอาหาร บุหรีทำให้เกิดมะเร็งของผนังช่องปากหลอดลมและ

ที่ไม่น่าเชื่อแต่ก็เป็นจริงก็คือ มะเร็งของตับอ่อน เนื่องจากสารพิษที่เกิดจากการสูบบุสนั้นสะสมในเลือดและก่อมะเร็งในตับอ่อนได้ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดโรคฝ้าขาวในปาก (Leukoplakia) ซึ่งเป็นโรคที่จะกลายเป็นมะเร็งในอนาคตได้ (Precancerous Lesion) แต่ถ้ารักษาในระยะนี้ทันก็จะหายขาดไม่เป็นมะเร็ง (ปิยะสมานคดีวัฒน์, 2545)

#### 1.2.5 โรคฟัน และเหงือก ผลต่อเหงือกและฟันผู้ที่สูบบุหรีจะเกิดโรคของเหงือก

และ

ฟันมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรีทำให้ฟันมีสีเหลืองและผู้ที่สูบบานานๆ ฟันจะมีสีดำทำให้เกิดกลิ่นปากและฟันผุกร่อน (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2545)

#### 1.2.6 ผลต่อการตั้งครรภ์มารดาที่สูบบุหรีขณะตั้งครรภ์ จะทำให้น้ำหนักทารกน้อย

กว่าเกณฑ์ประมาณ 200 กรัม และบุหรียังมีผลต่อการตั้งครรภ์ โดยจะทำให้ตกเลือดแท้งและคลอดก่อนกำหนด (ธีรศักดิ์ ผุดพัฒน์, 2551)

#### 1.2.7 ผลต่อระบบสืบพันธุ์ บุหรีมีผลต่อการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ สาเหตุที่

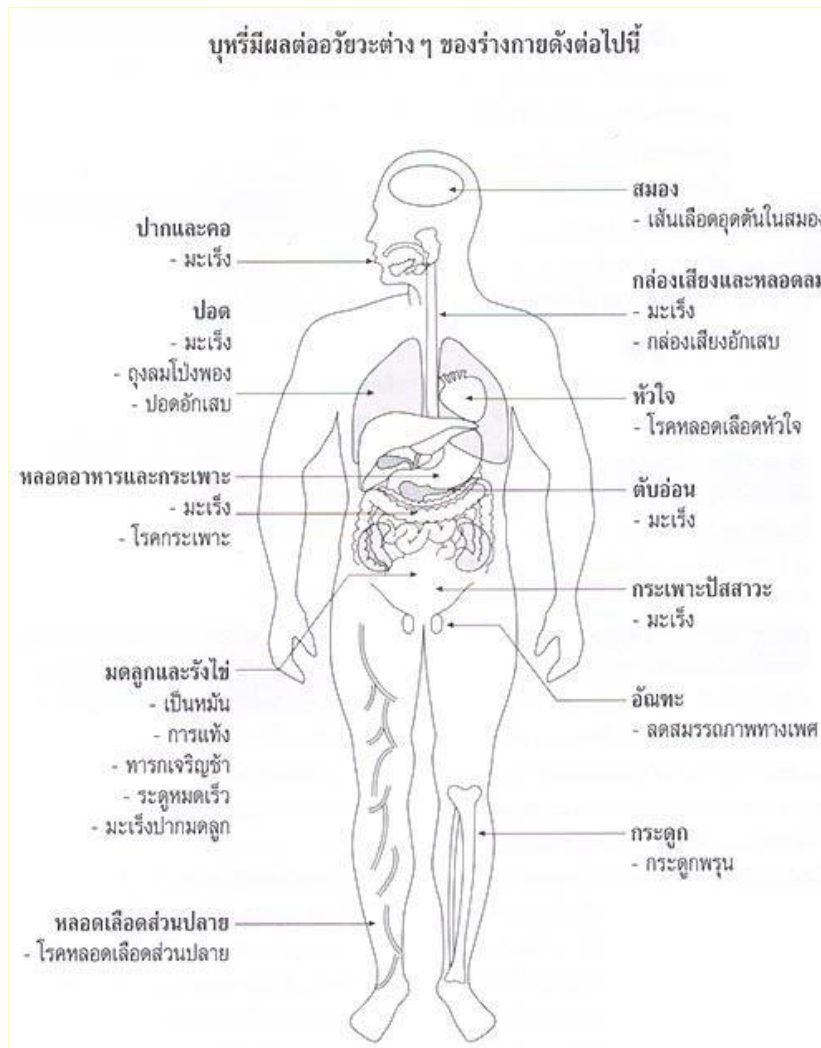
สมรรถภาพทางเพศเสื่อมเกิดจากเส้นเลือดตีบแคบลงทางานจึงเสื่อมลง นอกจากนี้ยังพบตัวสุจิในผู้สูบบุหรีที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี รวมทั้งจำนวนอสุจิลดลงด้วย ในขณะเดียวกันการเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้สูบบุหรีก็ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ เพราะโรคที่เกิดล้วน



เป็นโรคเรื้อรังทำให้เหนื่อยหอบรักษาไม่หาย เช่นโรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความกังวลกับโรคที่เป็น และมีผู้ป่วยหลายรายที่เกิดอาการหอบขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดความกลัวไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์อีก (ฝ่ายข้อมูลและเผยแพร่มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2547, หน้า 16)

นอกจากการสูบบุหรี่จะมีพิษภัยต่อผู้สูบแล้ว ควันบุหรี่ยังมีพิษภัยต่อผู้อื่น (Passive Smoking) อีกด้วยควันบุหรี่มี 2 ชนิด คือควันบุหรี่ที่เกิดจากตัวบุหรี่ (Mainstream) และควันที่เกิดจากการเผาไหม้ (Side-Stream) ควันที่เกิดจากตัวบุหรี่เป็นควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดจากมวนบุหรี่โดยตรง ควันเหล่านี้จะกรองด้วยยาสูบในบุหรี่ชั้นหนึ่งก่อนจะถูกสูดหายใจเข้าไปในปอด ขณะที่ควันจากการเผาไหม้ที่ปลายบุหรี่ และลอยไปในอากาศโดยไม่ผ่านการกรอง จะมีสารเคมีที่เป็นพิษที่เกิดจากการเผาไหม้มากกว่าควันที่เกิดจากตัวบุหรี่ โดยเฉพาะสารก่อมะเร็ง คือสารไนโตรซามีน พบมากกว่าถึง 50 เท่า จากการศึกษาพบผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ในห้องซึ่งมีควันบุหรี่เป็นเวลา 1 ชั่วโมง จะหายใจเอาสารไนโตรซามีนเข้าสู่ร่างกายด้วยปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ก้นกรองถึง 15 มวน ดังนั้นผู้ไม่สูบบุหรี่จึงได้รับอันตรายมากกว่าโดยเฉพาะผู้ที่ต้องสัมผัสควันบุหรี่เป็นเวลานานๆ จะเห็นได้ว่าเด็กคนในครอบครัวและผู้ร่วมงานเป็นผู้ได้รับสารพิษโดยตรงอย่างเลี่ยงไม่ได้โดยหายใจเอาควันบุหรี่ชนิดที่เป็นควันจากการเผาไหม้ เด็กที่พ่อแม่สูบบุหรี่ พบว่า มีการอักเสบช่องหลอดลมในปอดปอดบวมหูชั้นกลางอักเสบและเป็นหิดมากกว่าในสตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ อาจทำให้ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติคลอดก่อนกำหนดและแท้งได้ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการสะสมควันบุหรี่ทางอ้อมส่วนผู้ที่ทำงานร่วมกับผู้สูบบุหรี่ ที่มีการทำลายปอดที่ตรวจพบได้เช่นกันอัตราการเกิดมะเร็งปอดพบสูงมากในผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ร่วมกับผู้สูบบุหรี่ ผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ แต่สามีสูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้หญิงที่สามีและลูกไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า นอกจากนี้ผู้หญิงเหล่านี้ยังเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมากกว่าถึง 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่า

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปอันตรายจากบุหรี่ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 อันตรายของบุหรีมีต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกาย (กรมอนามัย, 2551)

## 2. ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และแนวทางการช่วยเหลือบุหรี

### 2.1 ความรู้

2.1.1 ความรู้ แนวคิดเกี่ยวกับความหมาย และความรู้เกี่ยวกับบุหรีผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการสร้างคำถามในเรื่องความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโทษหรือพิษภัยของการสูบบุหรี่ และเป็นกรอบในการวัดระดับความรู้ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อบุหรี

### 2.2 ทักษะ

#### 2.2.1 ความหมายเกี่ยวกับทักษะ

ความหมายของทักษะที่ได้มีนักวิชาการต่างๆ ได้ให้ความหมายดังต่อไปนี้

จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์ (2536) ได้รวบรวมคุณลักษณะของทัศนคติบางด้าน ที่นักทฤษฎีทัศนคติจำนวนไม่น้อยมีความเห็นพ้องต้องกัน และเป็นคุณลักษณะที่น่าสนใจศึกษา เนื่องจากมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลดังต่อไปนี้

1) ทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ฉะนั้นการศึกษาและทำความเข้าใจทัศนคติ จำเป็นต้องอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้มาอธิบาย

2) ทัศนคติ มีคุณลักษณะของการประเมิน ซึ่งคุณลักษณะข้อนี้เป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ทัศนคติแตกต่างกันอย่างแท้จริงจากแรงผลักดันภายในอื่นๆ

3) ทัศนคติ มีคุณภาพและความเข้ม คุณภาพของทัศนคติ เป็นสิ่งที่ได้จากการประเมินเมื่อบุคคลประเมินสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผลก็อาจมีทัศนคติทางบวก (ความรู้สึกชอบ) หรือทัศนคติทางลบ (ความรู้สึกไม่ชอบ) ส่วนความเข้มของทัศนคติ จะบ่งบอกถึงความมากน้อยของทัศนคติทางบวกหรือทางลบนั่น

4) ทัศนคติ มีความคงทนไม่เปลี่ยนแปลง ด้วยเหตุนี้เอง การเผยแพร่วิทยาการเกษตรแผนใหม่จึงมักประสบปัญหาเพราะการเปลี่ยนแปลงทัศนคติดังกล่าว เป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ถนัดนัก

5) ทัศนคติ มีลักษณะความสัมพันธ์ เช่น ระหว่างบุคคลกับสิ่งของ บุคคลอื่นๆ หรือสถานการณ์และความสัมพันธ์นี้ เป็นความรู้สึกจริงใจ นอกจากความสัมพันธ์ข้างต้นยังมีความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละทัศนคติ

ประทีป บัวละวงศ์ (2552) ได้กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

วศพล แสนเทพ (2547) ได้กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง สภาวะของความพร้อมทางจิต ซึ่งเกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์และสภาวะของความพร้อม ทัศนคติจะเป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อบุคคล

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ทัศนคติ เป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ หรือการรู้ของบุคคล กับแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมโต้ตอบในทางใดทางหนึ่งต่อเป้าหมายของทัศนคตินั้น

### 2.2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

(Guralinik, 1959, p. 57) กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นศัพท์บัญญัติทางการศึกษา ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า Attitude เป็นนามธรรม มาจากภาษาลาตินว่า แอปตัส (Apt us) แปลว่า โน้มเอียงเหมาะสม ท่าทีทัศนคติ (Attitude) เป็นตัวการที่สำคัญอันหนึ่ง ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล จากการศึกษาของนักจิตวิทยาหลายท่านทำให้เกิดแนวคิดที่แตกต่างกันไป แต่ละท่านให้ความหมายของทัศนคติ ตามความคิดของตนเอง และบางท่านก็เปลี่ยนคำว่าทัศนคติเสียใหม่ เป็นเจตคติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การเน้นถึงความแตกต่างในแต่ละความหมายที่แสดงออกมาในลักษณะของความรู้สึก ความคิดเห็นเป็นต้น

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540 อ้างถึงในสุทธิดา รัตนวณิชช์พันธ์, 2541, หน้า 13) กล่าวว่า ทศนคติ เป็นสภาพความพร้อมทางด้านจิตของบุคคล ซึ่งเป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ ความรู้สึก และทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ ต่อสถานการณ์บุคคลหรือสิ่งของ

ประภา เพ็ญสุวรรณ (2526 อ้างถึงในสุทธิดา รัตนวณิชช์พันธ์, 2541, หน้า 13) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ทศนคติ เป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคล ที่มีต่อสิ่งเร้าต่างๆ รวมถึงท่าทีที่แสดงออก ที่บ่งบอกถึงสภาพจิตใจ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทศนคติเป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกอันนำไปสู่การปฏิบัติ

จากคำจำกัดความของนักทฤษฎีที่ศึกษาเรื่องทศนคติข้างต้น จึงสรุปว่า ทศนคติ หมายถึงท่าที ความรู้สึก หรือความคิดเห็น และปฏิกิริยาที่จะกระทำต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ ซึ่งแสดงออก ในรูปของความชอบ ความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ ซึ่งปัจจัยด้านการเรียนรู้ สิ่งแวดล้อม หรือ แรงจูงใจ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่งได้

### 2.2.3 สาเหตุของทศนคติ

ประภา เพ็ญสุวรรณ (2526, หน้า 91) ยังกล่าวถึงที่มาของทศนคติ (Source of Attitude) ไว้ดังนี้

- 1) ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience) วิธีการหนึ่งที่เรารู้จัก ทศนคติ คือ การมีประสบการณ์เฉพาะอย่างกับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทศนคตินั้น
- 2) การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Communication from Others) ทศนคติหลายอย่างของบุคคลเกิดขึ้นจากผลที่ได้ จากการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลจากการเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด
- 3) สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) ทศนคติบางอย่างของบุคคลถูกสร้างขึ้นจากการเลียนแบบบุคคล
- 4) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional Factors) ทศนคติของบุคคลเกิดขึ้นสืบเนื่องจากสถาบัน เช่น สถาบันการศึกษา สถาบันทางศาสนา หรือหน่วยงานต่างๆ ซึ่งสถาบันเหล่านี้จะเป็นทั้งแหล่งที่มา และสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลเกิดทศนคติบางอย่างได้

### 2.2.4 องค์ประกอบของทศนคติ

ถวิล ธาราวีโรจน์ (2543, หน้า 61 อ้างถึงในพัชริพันธุ์นิช, 2545, หน้า 13) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีทศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น เกิดจากองค์ประกอบ 3 ประการดังนี้

- 1) องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) บุคคลจะมีทศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคลจำเป็นต้องมีความรู้ต่อสิ่งนั้นเสียก่อน เพื่อจะได้รู้ว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์หรือโทษเพียงใด บางคนมีความรู้ในเรื่องนั้นเพียงเล็กน้อย ก็เกิดทศนคติต่อสิ่งนั้นได้ใน

ทางตรงข้าม บางคนต้องมีความรู้มากกว่าจึงจะเกิดทัศนคติได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าปริมาณความรู้ต่อการเกิดทัศนคติของบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน

2) องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึกหรือท่าทีความรู้สึก (Affective Component) ถ้าบุคคลมีความรู้ต่อสิ่งนั้นอย่างเพียงพอว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ จะเกิดความรู้สึกชอบสิ่งนั้น หรือจะเกิดความรู้สึกไม่ชอบได้ ถ้ารู้ว่สิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ดี ไม่มีประโยชน์และมีโทษต่อตนเองเป็นต้น

3) องค์ประกอบของการกระทำหรือการปฏิบัติ (Behavioral Component) เมื่อบุคคลมีความรู้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะนำไปสู่การเกิดความรู้สึกชอบ หรือไม่ชอบตามมา และถ้าสิ่งนั้นสามารถสร้างความสุขความพอใจแก่ตนได้ บุคคลก็พร้อมที่จะปฏิบัติตาม แต่ถ้าหากเห็นว่าสิ่งนั้นไม่ดีไม่ถูกใจ บุคคลจะหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นการปฏิบัติได้เช่นเดียวกัน

### 2.2.5 อิทธิพลของทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม

ประภา เพ็ญสุวรรณ (2532, หน้า 159) กล่าวว่าทัศนคติ เกิดจากการรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าดังนี้

1) การรับรู้หรือการให้ความสนใจ (Receiving Attending) บุคคลจะถูกกระตุ้นให้รับทราบว่ามีสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือสภาวะจิตใจที่พร้อมจะรับสิ่งเร้า หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น การรับหรือการหันความสนใจนี้ เป็นขั้นของสภาพจิตใจในการรับหรือการให้ความสนใจ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการเกิดจากความตระหนักในความถูกผิด ระดับความเต็มใจที่จะรับสิ่งมากระตุ้น และระดับการเลือกที่จะรับหรือไม่รับตามความสนใจของตน

2) การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากการรับรู้ โดยบุคคลจะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ เมื่อมีความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้ามากระตุ้น และเกิดความยินยอมเต็มใจพอใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกผูกมัดนี้ ซึ่งเป็นเพียงความรู้สึกขั้นต้นเท่านั้น ยังยืนยันไม่ได้แน่นอนว่าบุคคลนั้นมีทัศนคติหรือค่านิยมต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้านั้นอย่างไร

2.1) การให้ค่า (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลจะหาปฏิกิริยาหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับหรือรับรู้ในสิ่งนั้นว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเขาหรือการแสดงว่าเขามีค่านิยมอย่างใดอย่างหนึ่ง

2.2) การจัดกลุ่ม (Organization) เนื่องจากค่านิยมที่เกิดขึ้นในบุคคลมีหลายชนิด จึงมีความจำเป็นจะต้องจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.3) การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization) พฤติกรรมในขั้นนี้ จะแสดงให้เห็นได้ โดยบุคคลสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตนเอง หรือคติดกฎต่างๆ ในการปฏิบัติตน โดยพิจารณาถึงเหตุผลทางด้านศีลธรรมจรรยา และประชาธิปไตย เป็นต้น

จากความหมายข้างต้น แสดงว่า ทักษะคิดก่อให้เกิดแรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง สภาวะภายในจิตใจของบุคคลที่พร้อมที่จะกระตุ้น นำทางให้พฤติกรรมดำเนินไปตามเป้าหมาย และแรงจูงใจเป็นผู้กำหนดให้เกิดพฤติกรรมที่จะให้ทำหรือละเว้นสิ่งต่างๆ

#### 2.2.6 การวัดทัศนคติ

บุญธรรม กิจปรีดาปริสฺฐ (2535, หน้า 236) กล่าวว่า การวัดทัศนคติมีหลักการเบื้องต้นที่ต้องทำความเข้าใจ 3 ประการคือ

1. เนื้อหา (Content) การวัดทัศนคติ ต้องมีสิ่งเร้าเข้าไปกระตุ้นให้แสดงกิริยาท่าทีออกมา สิ่งเร้าโดยทั่วไป ได้แก่ เนื้อหาที่ต้องการวัด
2. ทิศทาง (Direction) การวัดทัศนคติโดยทั่วไป กำหนดให้ทัศนคติมีทิศทางเป็นเส้นตรงและต่อเนื่องกันในลักษณะเป็นซ้ายขวา หรือบวกลบ
3. ความเข้มข้น (Intensity) กิริยาท่าที หรือความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งเร้า นั้น มีปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน ถ้ามีความเข้มข้นสูงไม่ว่าจะเป็นในทิศทางใดก็ตาม จะมีความรู้สึกหรือปฏิกิริยาที่รุนแรงมากกว่าที่มีความเข้มข้นน้อย

### 2.2.7 มาตรวัดทัศนคติ

มาตรวัดทัศนคติมีหลายประเภท แต่ละประเภทมีทั้งข้อดี ข้อจำกัดและความเหมาะสมแตกต่างกัน ดังนั้น การเลือกใช้มาตรวัดทัศนคติประเภทใดนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และข้อจำกัดของการวิจัย ซึ่งมาตรวัดทัศนคติที่นิยมและรู้จักกันแพร่หลายมี 4 ชนิด (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2535, หน้า 238) คือ

1. มาตรวัดทัศนคติแบบเทอร์สโตน (Thurstone's type Scale)
2. มาตรวัดทัศนคติแบบลิเคิต (Likert Scale)
3. มาตรวัดทัศนคติแบบกัทแมน (Gutman Scale)
4. มาตรวัดทัศนคติแบบออสกู๊ด (Osgood's Scale)

### 2.2.8 การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

การเปลี่ยนแปลงทัศนคตินั้น สามารถกระทำได้อย่างง่ายแตกต่างกันตามลักษณะของการเกิดและความคงทนของทัศนคติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทัศนคติจะต้องทำการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านความรู้/ ความคิด (Cognitive Component) ความรู้ เป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิดและเกิดทัศนคติ เช่น คนจะมีทัศนคติเกี่ยวกับ “การสูบบุหรี่” ได้ ต้องรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ถ้าไม่รู้ทัศนคติก็น่าจะเกิดขึ้นปริมาณความรู้ที่จำเป็นในการให้เกิดมีทัศนคติได้นั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของคนแต่ละคน บางคนมีความรู้เพียงเล็กน้อยและอาจจะจำกัดเพียงด้านเดียว แต่บางครั้งอาจต้องการข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น ก่อนที่จะมีหรือแสดงทัศนคติของตนได้ ฉะนั้นองค์ประกอบด้านความรู้จึงสำคัญมากในแง่ของการมีทัศนคติ (Attitude Formation) และการเปลี่ยนทัศนคติของผู้ที่ขาดความรู้ ย่อมจะถูกเปลี่ยนได้ง่ายกว่าผู้ที่มีการรับรู้กว้าง นอกจากนี้ ความรู้ยังเป็นฐานที่ทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าข้อมูลนั้นๆ “เป็นจริง” หรือ “ไม่จริง” อย่างไรก็ตาม “มีคุณ” “มีโทษ” อย่างไรก็ตามและเชื่อว่า “ดี-เลว”

2. ด้านความรู้สึกรู้สึก (Affective Component) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากต่อทัศนคติ เพราะเป็นองค์ประกอบที่แสดงถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่า “ชอบ” หรือ “ไม่ชอบ” “พอใจ” หรือ “ไม่พอใจ” ต่อสิ่งนั้น ซึ่งในด้านความรู้สึกนึกคิด มักจะใช้คำว่าความรู้สึกด้านบวก (Positive) หรือความรู้สึกด้านลบ (Negative) ต่อสิ่งนั้น

3. ด้านการปฏิบัติ (Behavioral Component หรือ Action Tendency) ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

### 2.2.9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ

นิภา มนูญปิจุ (2528, หน้า 68) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติไว้ 4 รูปแบบคือ

1. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นไปตามทัศนคติ และความรู้ของบุคคล โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้ และการปฏิบัติ กล่าวคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่ และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น

2. การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กัน หรือความรู้ทัศนคติมีผลร่วมกันและเกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดการปฏิบัติ

3. ความรู้และทัศนคติ ต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติโดยที่ความรู้และทัศนคติไม่มีความเกี่ยวข้องกัน

4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และปฏิบัติตามความรู้ หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อน แล้วการปฏิบัติที่เกิดขึ้นจะเป็นไปตามทัศนคตินั้น 27

สุชาติ โสมประยูร (2525, หน้า 48) กล่าวว่า พฤติกรรมด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด พึ่งพาอาศัยกัน และมักจะเกิดขึ้นรวมๆกัน การพัฒนาพฤติกรรมอย่างหนึ่งจึงเป็นการพัฒนาพฤติกรรมอย่างอื่นตามไปด้วย

จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์ (2536) ได้รวบรวมคุณลักษณะของทัศนคติบางด้าน ที่นักทฤษฎีทางทัศนคติจำนวนไม่น้อยมีความเห็นพ้องต้องกัน และเป็นคุณลักษณะที่น่าสนใจศึกษา เนื่องจากมีส่วนเกี่ยวพันกับพฤติกรรมต่างๆของบุคคล ดังต่อไปนี้

4.1 ทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ฉะนั้นการศึกษาและทำความเข้าใจทัศนคติ จำเป็นต้องอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้มาอธิบาย

4.2 ทัศนคติ มีคุณลักษณะของการประเมิน ซึ่งคุณลักษณะข้อนี้เป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ทัศนคติแตกต่างกันอย่างแท้จริงจากแรงผลักดันภายในอื่นๆ

4.3 ทัศนคติ มีคุณภาพและความเข้ม คุณภาพของทัศนคติเป็นสิ่งที่ได้จากการประเมิน เมื่อบุคคลประเมินสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผลก็อาจมีทัศนคติทางบวก (ความรู้สึกชอบ) หรือทัศนคติทางลบ (ความรู้สึกไม่ชอบ) ส่วนความเข้มของทัศนคติ จะบ่งบอกถึงความมากน้อยของทัศนคติทางบวกหรือลบนั่น

4.4 ทัศนคติ มีความคงทนไม่เปลี่ยนง่าย ด้วยเหตุนี้เอง การเผยแพร่วิทยาการเกษตรแผนใหม่ จึงมักประสบปัญหาเพราะการเปลี่ยนแปลงทัศนคติดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ถนัดนัก

4.5 ทัศนคติ ต้องมีสิ่งที่หมายถึง (Attitude Object) ที่แน่นอน นั่นคือทัศนคติต่ออะไร ต่อบุคคลต่อสิ่งของ หรือสถานการณ์จะไม่มีทัศนคติลอยๆ ที่ไม่หมายถึงสิ่งใด

4.6 ทัศนคติ มีลักษณะความสัมพันธ์ เช่น ระหว่างบุคคลกับสิ่งของ บุคคลอื่นๆหรือสถานการณ์ และความสัมพันธ์นี้เป็นความรู้สึกจริงใจ นอกจากความสัมพันธ์ข้างต้น ยังมีความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละทัศนคติ ในส่วนของแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคตินั้น ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการ



วิเคราะห์ถึงทัศนคติของผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ ว่ามีทัศนคติอย่างไรต่อการสูบบุหรี่ เพื่อหาแนวทางแก้ไขให้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

#### 2.2.10 ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่

โดยทั่วไปผู้สูบบุหรี่มีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับบุหรี่จนอาจทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ซึ่งรวบรวมได้ทั้งสิ้น 7 ประการดังนี้ (อาร์มภพร เอี่ยมวุฒิ และคณะ, 2554)

1) **ก้นกรองบุหรี่ช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้** เป็นความเชื่อที่ผิดเนื่องจากก้นกรองบุหรี่ไม่ได้ช่วยทำให้ร่างกายปลอดภัยขึ้น เพราะส่วนที่เป็นก้นกรองไม่สามารถสกัดสารนิโคตินหรือสารไฮโดรคาร์บอนที่อยู่ในบุหรี่ออกได้ทั้งหมด

2) **บุหรี่ยี่ห้ออ่อนมีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป** บุหรี่ยี่ห้ออ่อนนี้เรียกว่า “ไลต์” หรือ “มายด์” เป็นบุหรี่ที่ถูกอ้างว่ามีอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป แต่ผลการวิจัยพบว่า บุหรี่ยี่ห้ออ่อน มีอันตรายไม่แตกต่างกับบุหรี่ทั่วไปอย่างใดที่อันตรายของบุหรี่ยี่ห้ออ่อนที่สำคัญคือทำให้ ผู้สูบเสพติด บุหรี่ง่ายขึ้นเพราะสูบแล้วไม่ระคายเคืองสามารถสูบบุหรี่ได้ลึกและอดควันอยู่ในปอดได้นานขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสเกิดมะเร็งได้มากขึ้นด้วย

3) **ถ้าหยุดสูบบุหรี่จะทำให้ป่วย** ความจริงก็คือ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่นั้นได้เกิดขึ้นก่อนที่ผู้สูบบุหรี่จะหยุดสูบบุหรี่ได้ ซึ่งแม้ว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้แต่โรคต่างๆก็ยังคงอยู่และมักแสดงออกภายหลังจากที่เลิกสูบบุหรี่ จึงเป็นเหตุให้เกิดความเข้าใจผิดการหยุดสูบบุหรี่ทำให้ป่วย

4) **ยาเส้นอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ซอง** บุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) นอกจากมีราคาที่ถูกกว่า บุหรี่ซองหลายเท่า และหาซื้อได้ง่ายแต่เมื่อพิจารณาอันตรายหรือผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่ายาเส้นมีอันตรายไม่แตกต่างจากบุหรี่ซองนั่นคือก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด หลอดเลือดหัวใจอุดตัน และมะเร็งได้เช่นกัน ซึ่งสรุปว่าบุหรี่ทั้ง 2 ชนิดมีโทษและพิษภัยต่อสุขภาพไม่ต่างกัน

5) **การสูบบุหรี่ทำให้มีความมั่นใจ** สาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ติดบุหรี่ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความมั่นใจในตนเอง ดังนั้นทันทีที่สูบบุหรี่เข้าไปสารนิโคตินจะถูกดูดซึมเข้าไปในกระแสเลือดและสมองอย่างรวดเร็วซึ่งมีผลทำให้เกิดการตื่นตัวและรู้สึกมีพลังจนเป็นเหตุให้อยากสูบบุหรี่ไปเรื่อยๆ และทำให้ติดบุหรี่ในที่สุด (ปรัชพร กลีบประทุม ทบทวนวรรณกรรม / 16)

6) **สูบซิการ์ปลอดภัยกว่าสูบบุหรี่ซอง** เป็นความเชื่อที่ผิดเนื่องจากการสูบซิการ์ มีอันตรายยิ่งกว่าการสูบบุหรี่ซองเพราะในซิการ์มาตรฐานหนึ่งออนซ์ให้สารทาร์มากกว่าบุหรี่ 1 มวนถึง 7 เท่า และเมื่อเกิดการเผาไหม้จะก่อให้เกิดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์มากกว่า 11 เท่าและให้สารนิโคตินมากกว่าถึง 4 เท่า

7) **การสูบบุหรี่เป็นสิทธิส่วนบุคคล** เป็นความจริงที่ว่า การสูบบุหรี่เป็นสิทธิส่วนบุคคลแต่เนื่องจากการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคมามากมายทั้งต่อตัวของผู้สูบเองและผู้อยู่ข้างเคียง รวมถึงเป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิตที่ป้องกันได้ องค์การอนามัยโลกจึงขอให้รัฐบาลของประเทศต่างๆทั่วโลก

รณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของบุหรี่ยิ่งมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายและสูบบุหรี่ย่อยลงในที่สุด

## 2.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และภาวะการติดนิโคติน

### 2.3.1 ความหมายของพฤติกรรม

เขียน วันทนียตระกูล (2552) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึงการกระทำซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความต้องการของจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจสังเกตได้ โดยทางตรงหรือทางอ้อมบางลักษณะอาจสังเกตได้ โดยไม่ใช่เครื่องมือช่วยเหลือ ต้องใช้เครื่องมือช่วย พฤติกรรมในมนุษย์ หมายถึงอาการกระทำ หรือกิริยาที่แสดงออกมาทางร่างกาย กล้ามเนื้อสมองในทางอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกพฤติกรรมเป็นผลจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า เมื่อมีสิ่งเร้าหรือกระตุ้นมาเร้าในเวลาใดจะมีการตอบสนองเมื่อนั้น

ครูบ้านนอก (2552) กล่าวว่าพฤติกรรม (Behavior) คือ กิริยาอาการที่แสดงออกหรือปฏิกิริยาโต้ตอบเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า (Stimulus) หรือสถานการณ์ต่างๆ อาการแสดงออกต่างๆ เหล่านั้น อาจเป็นการเคลื่อนไหวที่สังเกตได้ หรือวัดได้ เช่นการพูด การเขียน การคิด การเต้นของหัวใจ เป็นต้น ส่วนสิ่งเร้าที่มากระทบแล้วก่อให้เกิดพฤติกรรมก็อาจจะเป็นสิ่งเร้าภายใน (Internal Stimulus) และสิ่งเร้าภายนอก (External Stimulus) สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ สิ่งเร้าที่เกิดจากความต้องการทางกายภาพ เช่นความหิว ความกระหาย สิ่งเร้าภายในนี้ จะมีอิทธิพลสูงสุดในการกระตุ้นเด็กให้แสดงพฤติกรรม และเมื่อเด็กเหล่านี้โตขึ้นในสังคม สิ่งเร้าภายในจะลดความสำคัญลง สิ่งเร้าภายนอกทางสังคมที่เด็กได้รับรู้ในสังคม จะมีอิทธิพลมากกว่าในการกำหนดว่าบุคคลควรแสดงพฤติกรรมอย่างไรต่อผู้อื่น สิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ สิ่งกระตุ้นต่างๆ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สามารถสัมผัสได้ด้วยประสาททั้ง 5 คือ หู ตา คอ จมูก การสัมผัสสิ่งเร้า ที่มีอิทธิพลที่จะจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรม ได้แก่ สิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ที่เรียกว่าการเสริมแรง (Reinforcement) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือการเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) คือสิ่งเร้าที่พอใจทำให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมเพิ่มขึ้น เช่น คำชมเชย การยอมรับของเพื่อน ส่วนการเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement) คือสิ่งเร้าที่ไม่พอใจหรือไม่พึงปรารถนามาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาให้น้อยลง เช่น การลงโทษเด็กเมื่อลักขโมยการปรับเงินเมื่อผู้ขับขี่ยานพาหนะไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร เป็นต้น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2549, หน้า 1-2) กล่าวว่า พฤติกรรม คือ กิจกรรมต่างๆ ซึ่งสิ่งมีชีวิตกระทำและบุคคลอื่น สามารถสังเกตได้ หรือใช้เครื่องมือวัด เช่น การหัวเราะ การร้องไห้ การกิน การนอน เป็นต้นซึ่งอาการกระทำทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงลักษณะที่เรียกว่า พฤติกรรม พฤติกรรมแบ่งออก 2 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกให้ผู้อื่นสังเกตได้ เช่น เดิน พูด ยิ้ม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

2. พฤติกรรมภายใน ซึ่งผู้อื่นไม่สามารถสังเกตได้ เช่น หัวใจเต้น น້าย่อยหลังออก กล้ามเนื้อหดตัว ความคิดสับสน ความรู้สึกไม่พอใจ พฤติกรรมต่างๆ เกิดขึ้นจากภาวะภายในของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการจำเป็นพื้นฐานขาดไป บุคคลนั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่แสวงหาให้มีการตอบสนองความต้องการจำเป็นนั้น เช่น เมื่อร่างกายขาดน้ำ ทำให้กระตุ้นความรู้สึกหิวกระหายน้ำ บุคคลนั้นต้องหาน้ำมาดื่ม หรือบุคคลที่ขาดความรักความเอาใจใส่จะแสดงพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจความรักจากบุคคลอื่นซึ่งอาจจะแสดงออกโดยเอาใจผู้อื่น เพื่อหวังการกระทำเช่นเดียวกับตอบแทน ดังนั้นพฤติกรรมของบุคคลจึงแสดงออกที่จะนำไปสู่เป้าหมาย เพื่อรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจโดยสามารถตอบสนองความต้องการเป็นพื้นฐานได้สมบูรณ์

จากนิยามศัพท์ข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกหรือการตอบสนองของบุคคลที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือใช้เครื่องมือวัดอันเนื่องมาจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายใน และภายนอกซึ่งเกิดขึ้น เมื่อบุคคลได้ใช้กระบวนการกลั่นกรองใคร่ครวญมาแล้วและเป็นไปอย่างไม่รู้ตัว การแสดงออกถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มวัยรุ่นนั้น เกิดขึ้นมาจากหลายปัจจัยที่อยู่รอบข้าง จนเป็นสาเหตุที่นำมาซึ่งการสูบบุหรี่ อรวรรณ หุ่นดี (2542, หน้า 29-30) ได้กล่าวว่า ประเด็นสาเหตุของการสูบบุหรี่ อาจเป็นปัจจัยเดียวหรือหลายๆปัจจัยก็ได้ ที่เกิดขึ้นในคนๆนั้น แล้วส่งผลให้บุคคลนั้นสูบบุหรี่

### 2.3.2 สาเหตุการติดบุหรี่

ทองหล่อ เดชไทย (2527, หน้า 37-40) กล่าวถึงสาเหตุของการสูบบุหรี่ดังนี้

1. เพื่อการกระตุ้น (Stimulation) บุคคลจะใช้บุหรี่ เพื่อกระตุ้นให้ทำงานอย่างกระฉับกระเฉง ไม่เฉื่อยชา หรือช่วยให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เหนื่อยง่ายหรืออ่อนเพลีย

2. เพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยว (Handling) บางคนชอบดูดควันบุหรี่ที่ลอยขึ้นไปในอากาศ หรือชอบกลิ่นบุหรี่ นอกจากนั้นยังพอใจในความเกี่ยวข้องกันระหว่างปาก และมือ ขณะสูบบุหรี่อีกด้วย กล่าวคือไม่ชอบการที่จะปล่อยให้มือว่างเปล่า หรือขาดการเคลื่อนไหว เพราะอาจทำให้เกิดการประหม่า ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง โดยปกติแล้วบุคคลประเภทนี้ จะเป็นคนที่มักจะตื่นกลัวกับกิจกรรมทางสังคมที่ไม่คุ้นเคย จึงจำเป็นต้องใช้บุหรี่ เป็นเครื่องนำทางหรือยึดเหนี่ยวเพื่อปิดบังความรู้สึกตื่นเต้นต่อสถานการณ์ต่างๆ

3. เพื่อผ่อนคลาย (Relaxation) การสูบบุหรี่เพื่อการผ่อนคลายนี้ เป็นการแสดงพฤติกรรมที่มาจากการสร้างสถานการณ์ขึ้น เพราะว่าเขามีความเชื่อว่า บุหรี่สามารถช่วยผ่อนคลายได้ เนื่องจากเขาสูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่เขารู้สึกสบายใจ เช่นภายหลังจากการรับประทานอาหาร

4. เพื่อการระบาย (Crutch) บุคคลบางกลุ่ม จะสูบบุหรี่เพื่อลดหรือขจัดความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะมีความเครียด หรือไม่สบายใจ

5. สมองความอยาก (Caring) ปกติสารเคมีที่รู้จักกันในนามนิโคตินซึ่งพบในใบยาสูบนั้น เมื่อมีสะสมอยู่ในร่างกายแล้ว จะทำให้เกิดความต้องการหรือความอยากสูบบุหรี่อยู่เรื่อยๆ

6. จากนิสัย (Habit) บุคคลที่ติดบุหรี่อย่างลึ้มตัว ซึ่งเป็นการกระทำที่เรียกว่า เป็นนิสัย บางครั้งอาจจุดบุหรี่ใหม่ ใหม่ๆ ที่มวนเก่ากำลังวางอยู่ในที่เขี่ยบุหรี่ ทั้งนี้ เพราะบุคคลเกิดความเคยชินกับการได้ใช้รีดไฟปากสัมผัสกับบุหรี่อยู่ตลอดเวลา ซึ่งบุหรี่ย่อยกลายเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันที่ต้องกระทำร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ เช่น ขณะใช้ความคิด ขณะดื่มกาแฟ หรือขณะอ่านหนังสือ เป็นต้น

**2.3.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ของประชากรพ.ศ. 2547 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)** ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยกล่าวถึงระยะเวลาในการสูบบุหรี่ดังนี้

1) สูบบุหรี่เป็นประจำ หมายถึง มีปกตินิสัยในการสูบบุหรี่และสูบบุหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน วันที่มีกิจธุระหรือเจ็บป่วยอาจมีการงดสูบบุหรี่ชั่วคราว

2) สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง หมายถึงการสูบบุหรี่ที่มีลักษณะการสูบไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาแน่นอนไม่ได้

3) ไม่สูบบุหรี่หมายถึงไม่สูบบุหรี่ประเภทใดเลย

ประภิต วาทีสาธกิจ และกรองจิต วาทีสาธกิจ (2551) กล่าวถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย โดยอ้างการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ซึ่งตรงกับสถิติทั่วโลก และพบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้สูบบุหรี่อัตราสูงกว่าภาคอื่นๆ ของประเทศและกรุงเทพฯ มีการสูบบุหรี่ที่ต่ำที่สุด

สุภาพร ทองศรี (2543, หน้า 17-18) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนโดยสรุปได้เป็น 4 ประเภทคือ

1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นนิสัยความเคยชิน นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่ตลอดเวลาจะมีบุหรี่ยอดติดปากตลอดและจะมีบุหรี่ยอดติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลา เพราะทำให้รู้สึกสบายใจ และภูมิฐานพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกลุ่มนี้ จะเป็นไปอย่างอัตโนมัติเป็นกิจวัตรประจำวัน

2) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ที่มองไปในแง่ดี แบบฉบับของนักสูบบุหรี่ประเภทนี้ ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยทำให้เกิดความพอใจ ความสุข ตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่นการสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็ก วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่า มีความเป็นผู้ใหญ่ หรือทำตามดาราดาราภาพยนตร์ที่ตนชอบ กลุ่มนี้บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ มีความสุขที่ได้สัมผัสกับควันบุหรี่ที่พ่นออกมาจากปากจมูกคนที่มีความพฤติกรรมการสูบบุหรี่แบบนี้ถ้าชักจูงให้เลิกบุหรี่จะต้องใช้ความพยายามอย่างมาก

3) พฤติกรรมที่ขาดบุหรี่ยังไม่ได้ พวกนี้จะถือบุหรี่จัด เป็นสิ่งจำเป็น จะขาดไม่ได้ถ้าไม่ได้สูบจะมีความรู้สึกไม่สบายมีความผิดปกติทางร่างกาย การสูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจ พอดี และช่วยลดความรู้สึกกดดัน ทำให้บรรยากาศดี พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของคนกลุ่มนี้ อาจทำได้ยาก จะต้องใช้ความพยายามตั้งใจมากเป็นพิเศษ

การสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมที่ปลูกฝังอยู่ในวัฒนธรรมของกลุ่มชนต่างๆ ทั่วโลกเป็นเวลานานมี การปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ และปรับแต่งชนิดใหม่ๆออกมาตลอดเวลา เพื่อสนองความต้องการของ ผู้สูบบุหรี่ที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นการติดสิ่งเสพติดอย่างหนึ่ง การเลิกสูบบุหรี่จึง ยาก ทั้งๆ ที่มีผลการศึกษาถึงโทษ และพิษภัยของการสูบบุหรี่ การทดลองใช้ โครงการสุขศึกษา รูปแบบต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่มานานหลายปี แต่ก็ยังมีผู้สูบบุหรี่อีกเป็นจำนวนมากที่ ยังสูบบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากไม่สามารถเลิกสูบได้ ถึงแม้จะได้พยายามแล้วและทั้งที่ไม่เคยพยายามที่จะเลิก ก็ตาม จากการศึกษาเอกสารพบว่า มีนักวิชาการชาวต่างประเทศกล่าวถึงขั้นตอนของการพัฒนา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไว้ คือกลอนลีเวนทอล; และเฮิร์ชแมน (Glynn,Leventhal; & Hirschman. 1995 : 130 – 152) ได้อธิบายขั้นตอนของการพัฒนาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในบุคคล ก่อนที่จะกลาย มาเป็นคนสูบบุหรี่เป็นนิสัย หรือสูบเป็นประจำซึ่งแบ่งขั้นตอนออกเป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะปลูกฝัง (Preparatory Stage) ระยะนี้ เป็นช่วงที่เด็กพัฒนาทัศนคติที่มีต่อ การสูบบุหรี่แต่จะยังไม่มีผลเสียร้ายแรง ต่อการนำไปสู่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเด็กในระยะเวลา 4 เดือนจะสามารถรู้เกี่ยวกับบุหรี่ที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก และภายในอายุ 3 ปี เด็กมากกว่าร้อยละ 90 จะเริ่มคุ้นเคยกับบุหรี่ในระยะนี้การรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ จะมีผลต่อการพัฒนาความต้องการ และ การสร้างบุคลิกภาพตามรูปแบบที่เด็กต้องการ ซึ่งรูปแบบบุคลิกภาพนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ของเด็กในระยะต่อมาในการทำให้เด็กเริ่มสูบบุหรี่และผ่านเข้าสู่ระยะต่างๆ จนกลายเป็นคน สูบบุหรี่เป็นนิสัย

ระยะที่ 2 ระยะเริ่มทดลอง (Initiation) คือระยะที่เด็กเริ่มทดลองสูบบุหรี่เป็นครั้งแรก ซึ่ง อาจมีครั้งที่ 2 และ 3 ตามมา โดยเด็กส่วนใหญ่มักผ่านเข้าสู่ระยะนี้ โดยมีการเริ่มลองสูบบุหรี่อย่าง น้อย 1 มวน ในระยะนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการมีเพื่อนสูบบุหรี่และการที่ เพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ รวมทั้งการอยากรู้อยากลองของเด็ก ที่มีผลให้เด็กพัฒนาผ่านระยะนี้และเข้าสู่ ระยะที่ 3 อย่างรวดเร็ว

ระยะที่ 3 ระยะเริ่มสูบบุหรี่ (Becoming) เป็นระยะที่วัยรุ่นอาจยังไม่คิดว่าตนเองเป็นผู้สูบ บุหรี่เนื่องจากเป็นช่วงที่ทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เช่น การซื้อบุหรี่ การสูบบุหรี่ที่สัมพันธ์กับ กิจกรรมอื่นๆ เช่น หลังรับประทานอาหาร เมื่อดื่มสุรา เมื่อไปเที่ยวกับเพื่อน ในระยะนี้การสูบบุหรี่ ของวัยรุ่นจะถูกกระตุ้นโดยสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้มีการสูบเป็นระยะๆ โดยเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่เคยทำ

ระยะที่ 4 ระยะสูบบุหรี่ประจำ (Maintenance) เมื่อบุคคลเข้าสู่ระยะนี้จะมีการสูบบุหรี่ ประจำ และมีการกำหนดภาพลักษณ์ของตนเองว่า เป็นคนสูบบุหรี่ โดยส่วนมากบุคคลจะใช้เวลา ประมาณ 2 ปี หรือมากกว่า ในการผ่านขั้นตอนต่างๆของการสูบบุหรี่และเข้าสู่การเป็นคนสูบบุหรี่จัด และต้องสูบอย่างต่อเนื่องอย่างไรก็ตามแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างของระยะเวลาในการพัฒนา พฤติกรรมการสูบบุหรี่แตกต่างกันไป

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัย ชินเดอร์ (อรัทัย ลิ้มตระกูล. 2534 : 20) ได้อธิบายพัฒนาการ ที่นำมาสู่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลเชิงจิตวิทยาสังคมมี 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ก่อนการสูบบุหรี่ ได้แก่ เจตคติทางบวกต่อการสูบบุหรี่ การดูตัวแบบจากบุคคลรอบข้าง การดูแบบอย่าง เป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามตัวแบบที่เห็น บุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลที่มีบทบาทในสังคม เช่น พ่อ แม่ ครู ดารา และผู้นำสังคม ฯลฯ

ขั้นตอนที่ 2 การเริ่มสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยา สังคม ที่นำไปสู่การทดลองสูบ เช่น ความกดดัน และแรงเสริมจากกลุ่มเพื่อน การหาซื้อได้ง่าย ความอยากรู้อยากทดลอง

ขั้นตอนที่ 3 นิสัยการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยา สังคม และปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่นำไปสู่นิสัยการสูบบุหรี่ ได้แก่ ความต้องการนิโคตินของร่างกาย ความต้องการทางด้านอารมณ์ สิ่งแวดล้อม และแรงเสริมจากเพื่อน

ขั้นตอนที่ 4 การหยุดสูบบุหรี่ มีปัจจัยทางด้านจิตวิทยา สังคม และปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่ชี้แนะให้พยายามหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ แรงสนับสนุนจากสังคม รวมทั้งการบังคับจิตใจของตนเองให้เลิกบุหรี่

ขั้นตอนที่ 5 การสูบบุหรี่ต่อไป เป็นปัจจัยทางด้านสังคม และปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่ทำให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อไป หลังจากที่มีพฤติกรรมการหยุดสูบในขั้นตอนที่ 4 หรืออาจจะข้ามขั้นตอนที่ 4 เลยก็ได้ ได้แก่ อาการถอนฤทธิ์ยาจากนิโคติน ความเครียด ความกดดันทางสังคม และการควบคุมบังคับตนเองไม่ได้ ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1-5 ใช้เวลารวมประมาณ 2-3 ปี คนจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างถาวร

จากแนวคิด เรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่า เราสามารถป้องกัน ปรามปรามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียน ในขั้นตอนการเตรียมการ และขั้นตอนการเริ่มสูบบุหรี่ได้ จะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์มีส่วนสัมพันธ์กับสภาพอนามัยของตน จึงได้มีความพยายามที่จะใช้มาตรการต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การให้ความรู้ เป็นต้น นอกจากนี้ที่กล่าวมายังมี ซัลลิแวน ทอมกินส์ (Sullivan Tomkins) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไว้ 4 ประเภทดังนี้ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ. 2541: 10)

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เป็นนิสัยเคยชิน (Habitual smoking) ผู้สูบบุหรี่ประเภทนี้มักจะติดที่ปากตลอดเวลา จะมีบุหรี่ติดตัว หรือใกล้ตัวตลอดเวลา เมื่อสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกอะไรดีขึ้น หรืออาจมีความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ ช่วยให้เกิดความภูมิใจในพฤติกรรมของตน กลุ่มนี้จะเป็นแบบอัตโนมัติ นักสูบบุหรี่ประเภทนี้ ถ้าต้องการเลิกสูบบุหรี่จะต้องทำความเข้าใจลักษณะของพฤติกรรมของการสูบบุหรี่ของตนเอง เพื่อจะนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ได้

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองโลกในแง่ดี (Positive affect smoking) แบบฉบับของผู้สูบบุหรี่ประเภทนี้ ถือว่าการสูบบุหรี่ เป็นการกระตุ้นช่วยให้เกิดความพอใจ เกิดความสุข ความตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็กวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่ หรือสูบบุหรี่ เพราะเอาตัวอย่างของผู้ที่ตนเองรัก เช่น ทำตามดารา ภาพยนตร์ที่ตนเองชอบ กลุ่มนี้บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ มีความสุขที่ได้สัมผัสกับควันบุหรี่ที่พ่น

ออกจากปากจมูก คนที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่แบบนี้ถ้าชักจูงให้เลิกสูบบุหรี่ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ (Negative affect smoking) ผู้สูบบุหรี่ประเภทนี้ จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ไม่ต่อเนื่อง เช่น เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้รับความกดดัน มีปัญหาเพื่อระงับอารมณ์ ก็จะมีสูบบุหรี่ เช่น เมื่อรู้สึกตื่นเต้น หวาดกลัว ความสุขความเศร้า เหนื่อย การเข้าสังคม การอยู่คนเดียว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ได้ติดตัวสืบเนื่องปกติแล้วการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มนี้ทำได้ง่ายเพียงแต่พยายามค้นหาว่าจะสูบบุหรี่เมื่อไหร่จะหาอะไรมาทดแทนการสูบบุหรี่

4. พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addiction smoking) ผู้สูบบุหรี่ประเภทนี้ถือว่าบุหรี่เป็นสิ่งที่จำเป็น ที่ขาดไม่ได้ การสูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจขึ้น มีความพอใจ ช่วยลดความรู้สึกกดดัน ช่วยให้บรรยากาศดี คิดอะไรออก บุคคลกลุ่มนี้ถ้าเลิกสูบบุหรี่ อาจทำได้ยากจะต้องใช้กระบวนการพยายาม ความตั้งใจมากเป็นพิเศษ ต้องได้รับการส่งเสริมกำลังใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ให้ได้ มีข้อเสนอแนะสำหรับนักจิตบำบัดประเภทนี้ว่า ก่อนถึงวันที่จะเลิกสูบบุหรี่ ให้สูบบุหรี่ให้มากขึ้นเท่าตัวหรือหลายเท่าเป็นการทำโทษตนเองบังคับตนเองให้สูบบุหรี่มากๆ จะทำให้เกิดความไม่สบายใจ เช่น เจ็บคอ ไอ เสียงแหบ เพื่อจะได้รู้สึกถึงความไม่ดี โทษของการสูบบุหรี่ได้รับความไม่สบายใจหลังสูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของคนกลุ่มนี้อาจใช้วิธีต่างๆ มาช่วยหลายๆ ทาง การวิเคราะห์หาสาเหตุของการสูบบุหรี่ ในทางพฤติกรรมศาสตร์ อาจสรุปได้ว่าปัจจัยที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ ซึ่งอาจเป็นเพียงปัจจัยเดียวหรือหลายๆ ปัจจัยมารวมกัน แล้วส่งผลให้บุคคลนั้นสูบบุหรี่ (วราพร ตันต์ศรีสุวรรณ, 2543 อ้างถึงในธิดาจับจิตต์, 2547:25) มีดังนี้

1. **เหตุกระตุ้น** ความเครียดอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในกาย ใจ สังคม กับบุคคล, การต้องตกอยู่ในที่ทรมาน, ขาดขาดความสะดวกสบาย,ต้องบังคับตนเองให้อยู่ในภาวะอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง มีเรื่องกลุ้มใจ อึดอัด หงุดหงิดด้วยเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพราะสูบบุหรี่ทำให้ใจเย็นขึ้นหายหงุดหงิด จึงสูบบุหรี่ เวลากลุ้มใจเพราะนิโคตินขนาดน้อยๆมีฤทธิ์กล่อมอารมณ์

1. **เหตุสนับสนุน** ได้แก่ การได้มา หรือซื้อหาบุหรี่ได้ง่าย ได้รับการแจก และค้ายันคะยอโดยเพื่อนโดยนักแสดงเด่นๆ ในสังคม เช่น ดารา, ศิลปินชื่อดัง, ปราชญ์ตัวในภาพยนตร์โทรทัศน์ ในป้ายโฆษณาบ่อยๆ สูบบุหรี่ทั้งในและนอกเวที เด็กก่อนวัยรุ่นและวัยรุ่นอยากเป็นเหมือนดาราทำตาม

2. **เหตุโน้มเอียงในบุคลิกภาพ** มีการศึกษาวิจัยพบว่าสูบบุหรี่มักเป็นคนหุ่นแห้ง, เปิดเผย, กระตือรือร้น, ต้องการต่อต้านอำนาจบังคับบัญชา, ผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งมีลักษณะอารมณ์ตึงเครียด วิตกกังวล เจ้าอารมณ์และมีลักษณะทางประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไปพึ่งบุหรี่ เมื่อได้รับนิโคตินเพิ่มขึ้น ปลายประสาทสมอง จะได้รับการกระตุ้นเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมเพิ่มขึ้น ระบบไหลเวียนหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น ดังนั้น ระดับจำนวนนิโคติน จึงมีความจำเป็นที่ช่วยในการกระตุ้น และทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง หลังจากหนึ่งคืนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ นักสูบจะ



มีอาการตอบสนองจากผลของนิโคตินในบุหรือย่างกะทันหัน ดังนั้นพวกเขาจะพยายามสูบบุหรือีกครั้ง เพื่อเพิ่มพลังขึ้น (Wellness, 2003 :11)

#### 2.3.4 ภาวะการติดนิโคติน

เนื่องจาก สารนิโคตินออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ในการกระตุ้นและทำให้เกิดความสบายและฤทธิ์เสพติด ในการแบ่งกลุ่มผู้สูบบุหรืตามลักษณะการติดสารนิโคติน สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ไม่ติดนิโคติน (Nicotine Independence) และกลุ่มที่ติดนิโคติน (Nicotine dependence) โดยมีรายละเอียดดังนี้ (กรมการแพทย์, 2541:2)

##### 1) กลุ่มที่ไม่ติดนิโคติน

กลุ่มนี้ สูบบุหรื เนื่องจากความเคยชิน เป็นการติดที่พฤติกรรมการสูบบุหรื ไม่ได้ติดสารนิโคตินกลุ่มนี้จะสามารถเลิกสูบบุหรืด้วยตนเองได้สำเร็จในอัตราที่สูง โดยไม่ต้องให้ยาหรือสารนิโคตินทดแทน แต่จำเป็นต้องมีกำลังใจ ความมุ่งมั่น รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลิกความเคยชิน และเตรียมพร้อมภายหลังการเลิกบุหรื

##### 2) กลุ่มติดนิโคติน

กลุ่มนี้ เป็นคนที่สูบบุหรืจัด (มากกว่าวันละ 1 ซอง) มาเป็นระยะเวลานาน กลุ่มนี้จะ “ทน” (Tolerance) ต่อสารนิโคติน มีสารรับความรู้สึกนิโคติน (Nicotine Receptor) ในสมอง จะมีอาการอยากเมื่อขาดบุหรื หรือสารนิโคติน อาการอยาก หรือถอนยานี้ ทำให้กลุ่มที่ติดนิโคตินจำนวนหนึ่ง ไม่สามารถเลิกได้สำเร็จ อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ติดนิโคตินนี้ส่วนใหญ่ ก็ยังสามารถเลิกบุหรืด้วยตนเองได้สำเร็จ แต่จำเป็นต้องใช้กำลังใจสูง และแรงจูงใจมาก การเตรียมพร้อมระหว่างเลิกสูบบุหรืระยะแรก และการปฏิบัติตนเมื่อเลิกบุหรืสำเร็จแล้วในระยะยาวนั้น โดยส่วนใหญ่ คนกลุ่มนี้ ต้องอดบุหรืหลายครั้งจนกว่าจะประสบผลสำเร็จ คือ เลิกบุหรืได้ ระยะเวลาที่จะประเมินว่าเลิกสูบบุหรืได้สำเร็จ คือ เลิกบุหรืได้ไม่ต่ำกว่า 1 ปี

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการสูบบุหรื เกิดเพราะอยากลองสูบบุเอง การทำตามเพื่อน การมองว่าการสูบบุหรืเป็นสิ่งที่เท่ กระแสการโฆษณาทางโทรทัศน์มีอิทธิพลสูง การเลียนแบบดาราที่มีชื่อเสียง หรืออาจเกิดเพราะบุหรืหาซื้อได้ง่าย

### 2.4 แนวทางการเลิกบุหรื

หลักการทั่วไปในการรักษาโรคติดบุหรื วิธีบำบัดรักษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรือย่างมีประสิทธิภาพ 2 วิธีได้แก่ 1) การรักษาทางยาและ 2) พฤติกรรมบำบัด อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หากใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน

#### 2.4.1 วิธีการ และเทคนิคการเลิกสูบบุหรื



วิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่สามารถทำได้ หากมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างแน่วแน่โดยพิจารณาอย่างถ่องแท้ ว่าบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งวิธีการเลิกสูบบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเองนั้นมีรายละเอียดดังนี้ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

1) สร้างกำลังใจให้เข้มแข็งในการงดสูบบุหรี่นั้น คือ การตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่มีความพยายามความอดทน และหาเหตุผลต่างๆ เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เช่น เพื่อให้ตนเองมีชีวิตที่ยืนยาว หรือการประหยัดเป็นต้น รวมถึงการเปลี่ยนนิสัยในชีวิตประจำวัน เช่น หลังรับประทานอาหารเสร็จให้ออกไปเดินเล่นบอกดังๆ กับตัวเองเพื่อน และผู้ที่รักใคร่นับถือว่ากำลังงดสูบบุหรี่เพื่อเพิ่มกำลังใจให้กับตัวเองพยายามชักชวนให้เพื่อนๆ เลิกสูบบุหรี่ด้วย เพื่อจะได้ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้แก่กันและกันยึดมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือก็จะเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดกำลังใจร่วมกับการตัดสินใจทิ้งบุหรี่ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการสูบบุหรี่ทั้งหมดที่มีอยู่เป็นต้น (บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) / 21)

2) ปฏิบัติทางร่างกายเพื่อขจัดความอยากสูบบุหรี่มีวิธีการทั้งสิ้น 5 ประการได้แก่

(1) ดื่มน้ำเปล่าวันละ 8-10 แก้วเพื่อช่วยในการขับนิโคตินออกจากร่างกายทางปัสสาวะ

(2) ไม่รับประทานอาหารจนอึดเกินไป และไม่ควรรับประทานอาหารที่ย่อยยาก เช่น อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ไขมันสูง เป็นต้น

(3) ควรอาบน้ำวันละหลายครั้ง เพื่อช่วยให้รู้สึกสดชื่น

(4) ถ้ารู้สึกหงุดหงิดไม่สดชื่นแก้ไขโดยการรับประทานวิตามินบี 1 ซึ่งพบได้ในข้าวซ้อมมือ ผักที่มีสีเขียว

(5) ออกกำลังกายทุกวัน แต่ไม่หนักจนเกินไป เช่น การเดิน หรือการสวดลมหายใจเข้าออกลึกๆ เป็นต้น

#### 2.4.2 แนวทางการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ด้วยเทคนิค 5A 5R

1. Ask การถาม ถามผู้ที่สูบบุหรี่ถึงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ เช่นวันละกี่มวน สูบมานานกี่ปี สูบบุหรี่ชนิดไหน คิดเป็นเงินค่าบุหรืวันละเท่าไร เป็นต้น

2. Advise การให้คำแนะนำ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรให้คำแนะนำถึงอันตรายของการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แนะนำการลด การเลิกการสูบบุหรี่ และการเข้าถึงบริการใน “คลินิกอดบุหรี่” ที่โรงพยาบาลจัดให้บริการ

3. Assess การประเมิน โดยการประเมินว่า บุคคลนั้นติดบุหรี่เพราะความเคยชินหรือการติดบุหรืจริงๆ ควรบำบัดด้วยการ Empowerment/การจูงใจ (Motivation) หรือควรรักษาด้วยยาในคลินิกอดบุหรี่

4. Assist การช่วยเหลือ ให้การช่วยเหลือด้วยการบำบัด (Therapy) หรือ การรักษาด้วยการใช้ยา+การให้กำลังใจ + การสร้างแรงจูงใจ + การเสริมแรง + การชมเชย เป็นต้น

5. Arrange follow-up การจัดการติดตาม ผลติดตามผู้เข้าร่วมโครงการเข้าร่วมกิจกรรมอดบุหรี่ ทั้งในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรม และภายหลังการสิ้นสุดกิจกรรมโครงการ

นอกจากนี้ เทคนิคการบำบัดผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ด้วยหลักการ 5A's แล้วหัวใจสำคัญของการบำบัดทางพฤติกรรม ก็คือการสร้างแรงจูงใจให้เลิกบุหรี่โดยใช้เทคนิค 5R (รณชัย คงสกนธ์, ผ่องศรี ศรีมรกต, และอังกร ภัทรารกร, 2553) ดังนี้

Relevance (ตรงประเด็น) คือการสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่พิจารณาด้วยตนเองว่าทำไมจึงต้องเลิกบุหรี่ (Motivation interview) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้สูบบุหรี่นั้นมีโรคหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่อยู่เดิม

Risks (ความเสี่ยง) คือการให้ผู้สูบบุหรี่พิจารณาผลลบของการสูบบุหรี่

Rewards (ประโยชน์) คือการให้ผู้สูบบุหรี่คิดถึงประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่

Roadblocks (อุปสรรค) คือเทคนิคการซักถามว่าอะไรเป็นอุปสรรคต่อการเลิกบุหรี่ หรือเกิดขึ้นในช่วงของการหยุดบุหรี่ เช่น อาการถอนนิโคติน น้ำหนักเพิ่ม เครียด หงุดหงิด เป็นต้น พร้อมกับผู้สูบบุหรี่หาวิธีการจัดการอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น

Repetition (ความสม่ำเสมอ) คือเทคนิคการทำ Motivation interview ทุกครั้งที่พบผู้สูบบุหรี่ เพราะการพูดคุยอย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ส่วนการบำบัดรักษาทางยาโดยใช้นิโคตินทดแทนได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน หรือแผ่นแปะนิโคติน สามารถป้องกันอาการที่เกิดจากการอยากบุหรี่ได้ โดยสารนิโคตินจะเข้าสู่กระแสเลือดภายใน 4-9 ชั่วโมง แต่มีผลเสียคืออาจมีอาการนอนไม่หลับสนิท (Sleep disturbance) ส่วนการรักษาโดยการใช้อยาที่ไม่มีนิโคตินได้แก่ Bupropion เป็นยาที่อยู่ในรูปเม็ดที่ออกฤทธิ์ลดอาการซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล และสามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ดี (จรีพรบัวลอย, 2553)

จากเทคนิคข้างต้น สามารถสรุปแนวทางการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ ได้ดังนี้ โดยใช้แบบประเมินระดับการเสพยาติโคตินที่เป็นมาตรฐาน คือ Fagerstorm Tolerance Questionnaire แบบทดสอบนี้แปลมาจาก “Fagerstrom Test for Nicotine Dependence” (Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine. 1989;12:159-182.) ที่มา: สมศรีเผ่าสวัสดิ์, 2552 (ดังตารางที่ 1) ดังนี้

ตารางที่ 1 แบบทดสอบระดับการติดยาติโคติน (Fagerstorm Test for Nicotine Dependence)

คำถาม	คำตอบ	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้
1. หลังตื่นนอนเข้าคุณสูบบุหรี่ มวน แรกเมื่อไหร่	ภายใน 5 นาที หลังตื่นนอน	3	
	6-30 นาที หลังตื่นนอน	2	
	31-60 นาที หลังตื่นนอน	1	

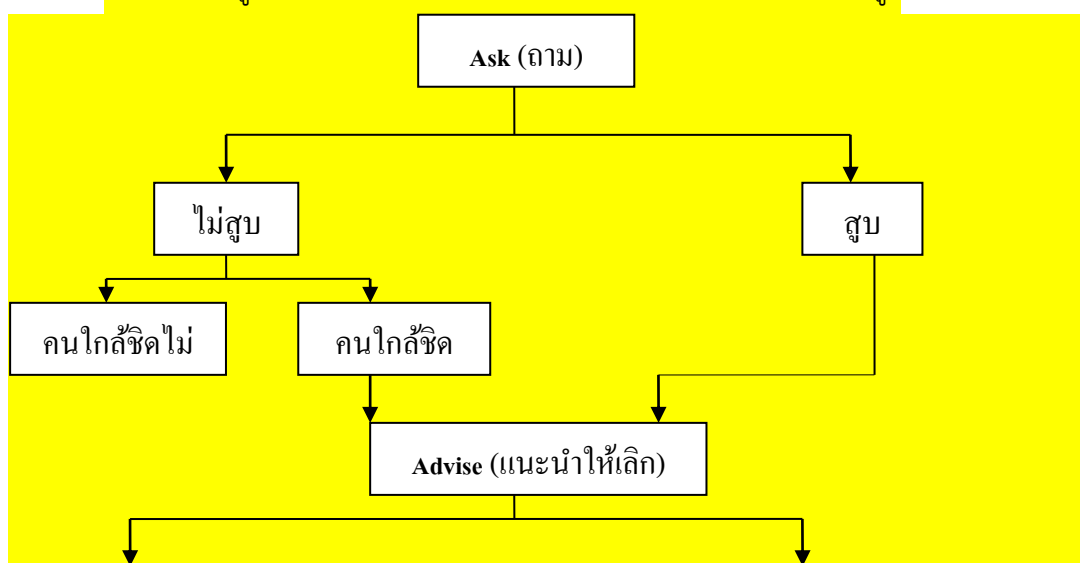
	มากกว่า60นาทีหลังตื่น	0	
2. คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากไหมที่ ต้องอยู่ในเขต “ปลอดบุหรี่” เช่น โรงพยาบาล	รู้สึกลำบาก	1	
	ไม่รู้สึกลำบาก	0	
3. บุหรี่มวนใดที่คุณไม่อยากจะเลิกมากที่สุด	มวนแรกตอนเช้า	1	
	มวนอื่น ๆ	0	
4. คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	มากกว่า31มวน	3	
	21-30มวน	2	
	11-20มวน	1	
	10หรือน้อยกว่า	0	
5. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่นนอน(สูบมากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน)	ใช่	1	
	ไม่ใช่	0	
6. คุณยังต้องสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักตลอดในโรงพยาบาล	ใช่	1	
	ไม่ใช่	0	

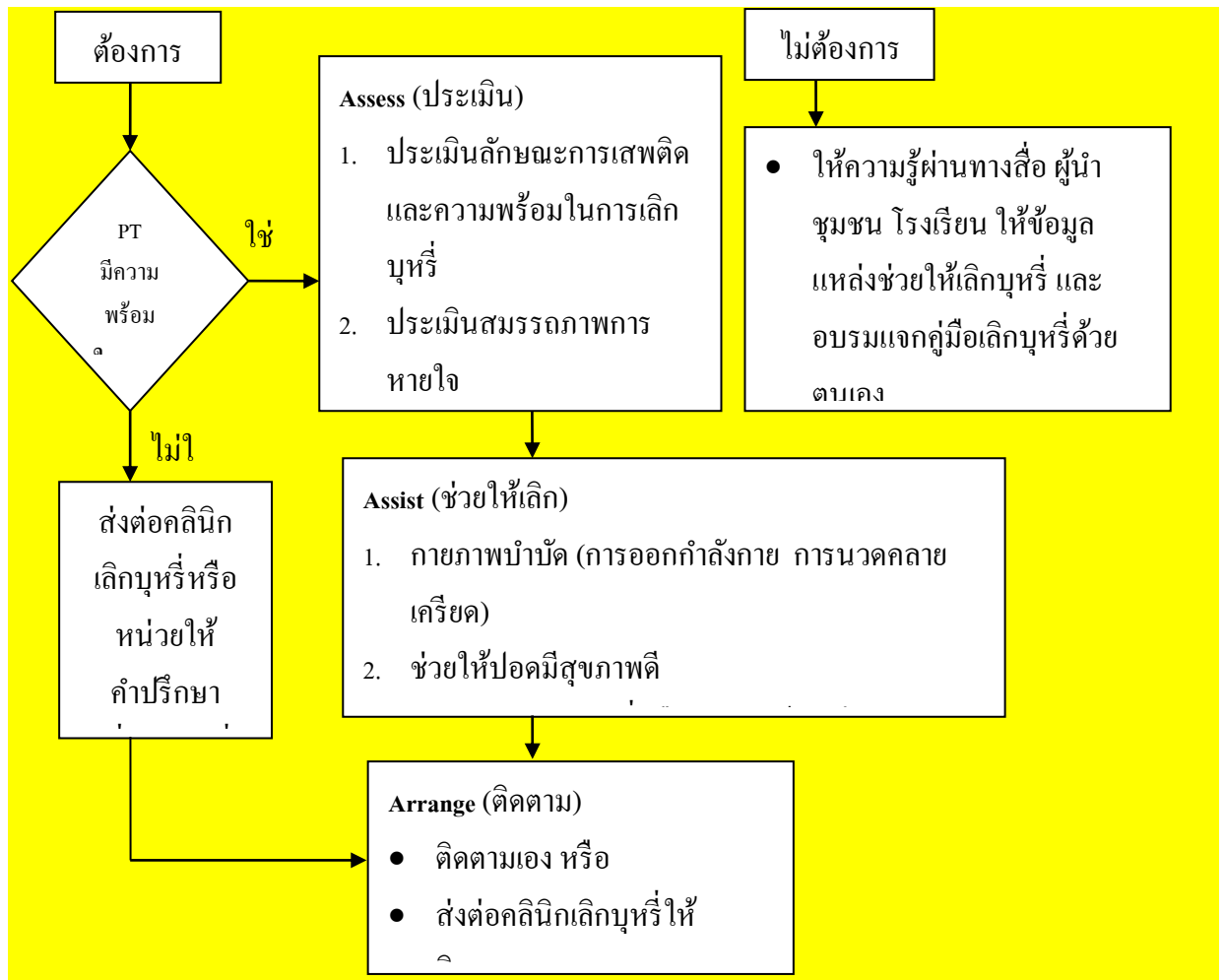
จากแบบประเมินนี้สามารถแปลผลระดับการเสพติดนิโคตินออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่การเสพติดนิโคตินในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนดังนี้

ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-2 คะแนนหมายถึงมีการเสพติดนิโคตินระดับต่ำ

ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 3-4 คะแนนหมายถึงมีการเสพติดนิโคตินระดับปานกลาง

ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 5-10 คะแนนหมายถึงมีการเสพติดนิโคตินระดับสูง





**ตารางที่ 2 ผลดีต่อสุขภาพภายหลังการเลิกบุหรี่**

ระยะเวลาหลังการเลิกบุหรี่	ผลดีต่อสุขภาพที่เกิดขึ้น
20 นาที	ความดันโลหิตลดลงชีพจรเต้นช้าลง
12 ชั่วโมง	ระดับของก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในเลือดเริ่มต่ำลง
24 ชั่วโมง	ปอดสามารถขับเสมหะและฝุ่นต่างๆ จากการสูบบุหรี่ออกจากปอดได้
48 ชั่วโมง	ความสามารถในการรับรสและการได้กลิ่นดีขึ้น
72 ชั่วโมง	รู้สึกหายใจโล่งขึ้น
2 สัปดาห์ -3 เดือน	ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้นลดความเสี่ยงในการเกิด Acute coronary syndrome
3-9 เดือน	อาการไอ และหอบเหนื่อยลดลงสมรรถภาพปอดดีขึ้นกว่าเดิมร้อยละ 10
1 ปี	ความเสี่ยงในการเกิด Acute coronary syndrome ลดลงเหลือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่สูบบุหรี่อยู่
5 ปี	ความเสี่ยงต่อการเกิด CVA ลดลงจนมาใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อน
10 ปี	ความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอดลดลงครึ่งหนึ่งของผู้ที่สูบบุหรี่
15 ปี	ความเสี่ยงในการเกิด Acute coronary syndrome ลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อนเลย

ที่มา : พิชัยแสงชาญชัย, 2552

**2.5 ยาช่วยเลิกบุหรี่****2.5.1 ยาบูโพรพิออน (Bupropion) หรืออีกชื่อคือ Amfebutamone**

**ยาบูโพรพิออน (Bupropion)** ถูกขึ้นทะเบียน และรับรองการใช้ครั้งแรกที่สหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1989 (พ.ศ. 2532) ทางคลินิกได้ใช้ยานี้รักษาอาการของโรคซึมเศร้า และใช้เป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ ต่างประเทศจะรู้จักในชื่อการค้าว่า “Wellbutrin” และ “Zyban” มีบางประเทศแถบยุโรปใช้ยาบูโพรพิออน ในขนาดที่แตกต่างจากขนาดรับประทานมาตรฐาน โดยเฉพาะกับผู้ติดบุหรี่ จุดเด่นของบูโพรพิออน เมื่อใช้เป็นยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า จะไม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงเรื่องน้ำหนักเพิ่ม หรือสมรรถภาพทางเพศถดถอย เหมือนยาต้านอารมณ์ซึมเศร้าตัวอื่น แต่ในทางกลับกัน บูโพรพิออนกลับเพิ่มอาการข้างเคียงของการเกิดอาการชักในผู้ป่วยมากขึ้น จนบางช่วงเวลา ยานี้ได้ถูกเพิกถอนออกจากตลาดการค้า และต้องปรับลดขนาดการรับประทานลงมาเพื่อความปลอดภัยต่อผู้บริโภค รูปแบบของยาแผนปัจจุบันของยานี้ จะพบเห็นเป็นยา รับประทานหลังจากที่ยานี้เข้าสู่กระแสเลือด จะเข้าร่วมกับพลาสมาโปรตีนประมาณ 84% ตับจะคอยเปลี่ยนโครงสร้างทางเคมีของยานี้อย่างสม่ำเสมอ ร่างกายต้องใช้เวลายาวนานประมาณ 11 ชั่วโมงในการกำจัดยา

ปริมาณ 50% ออกจากกระแสเลือด โดยผ่านทิ้งไปกับปัสสาวะเสียเป็นส่วนใหญ่ บางส่วนก็จะถูกขับออกไปกับอุจจาระ

คณะกรรมการอาหาร และยาของไทย ได้ระบุให้ยาโปรพ็อน เป็นยาอันตราย และผู้ป่วยที่ได้รับยานี้จะต้องรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ห้ามมิให้ปรับขนาดรับประทานเองโดยเด็ดขาด ยาโปรพ็อนมีสรรพคุณดังนี้

- 1) รักษาอาการซึมเศร้า (Depression)
- 2) ใช้เป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ (Smoking cessation)
- 3) ใช้รักษาสมรรถภาพทางเพศ (Sexual dysfunction)
- 4) รักษาอาการสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder)
- 5) ใช้เป็นยาลดน้ำหนัก (Obesity)

### 2.5.2 กลไกการออกฤทธิ์ของยาโปรพ็อน

กลไกการออกฤทธิ์ ของยาโปรพ็อน คือ ตัวยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาทประเภทแคทีโคลามีน (Catecholamine, สารเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น Noradrenaline และ Dopamine อีกทั้งมีฤทธิ์ (แต่เพียงเล็กน้อย) ที่ทำให้เกิดการดูดกลับเข้าสู่สมองของสารสื่อประสาทที่มีชื่อว่า Serotonin (สารที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ จิตใจ) จากกลไกทางเคมีเหล่านี้ ที่เกิดกับเซลล์ประสาทของร่างกายทำให้เกิดฤทธิ์ของการรักษาตามสรรพคุณ ยาโปรพ็อน มีขนาดรับประทานดังนี้ เช่น

#### 1) สำหรับรักษาอาการซึมเศร้า :

ผู้ใหญ่: เริ่มต้นรับประทานครั้งละ 100 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง หากจำเป็นแพทย์จะปรับขนาดรับประทานเพิ่มเป็น 100 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ซึ่งขนาดรับประทานสูงสุดไม่เกิน 450 มิลลิกรัม/วัน โดยแบ่งรับประทาน อนึ่ง การรับประทานยาแต่ละมื้อไม่ควรเกิน 150 มิลลิกรัม เมื่อใช้ยาไปสักระยะหนึ่งแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรหยุดการใช้ยานี้ และปรึกษาแพทย์เพื่อประเมินแนวทางการรักษาใหม่

#### 2) สำหรับช่วยลดการสูบบุหรี่:

ผู้ใหญ่: เริ่มต้นรับประทานครั้งละ 150 มิลลิกรัมวันละครั้ง เป็นเวลา 3 วัน จากนั้นแพทย์อาจพิจารณาปรับขนาดรับประทานเพิ่มเป็น 150 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง โดยขนาดรับประทานสูงสุดไม่เกิน 300 มิลลิกรัม/วัน

#### 3) เด็ก: ยังไม่มีข้อมูลทางคลินิกสำหรับการใช้ยาโปรพ็อนกับเด็ก

สามารถรับประทานยานี้ก่อนหรือพร้อมอาหารก็ได้ และขนาดยาและระยะเวลาในการใช้ยาที่ระบุในบทความนี้ เป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถใช้ทดแทนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ได้ การใช้ยาที่เหมาะสมควรต้องปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนเสมอ

### 2.5.3 อาการไม่พึงประสงค์ของยาบูโพรพิออน

ยาบูโพรพิออน สามารถก่อให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ (ผลข้างเคียง/อาการข้างเคียง) ดังนี้ เช่น ปากแห้ง นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปวดไมเกรน คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มีอาการตัวสั่น สามารถพบอาการผื่นคัน บางคนอาจเกิดลมชัก อาการของผู้ที่ได้รับยานี้เกินขนาด ได้แก่ เกิดอาการชัก ประสาทหลอน สูญเสียการควบคุมสติ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (Sinus tachycardia) มีไข้ เกิดการสลายของกล้ามเนื้อ/กล้ามเนื้ออักเสบรุนแรง ความดันโลหิตต่ำ มีภาวะโคม่า บางรายอาจถึงขั้นเสียชีวิต (ตาย) หากพบอาการดังกล่าวต้องรีบนำตัวผู้ป่วยส่งแพทย์/ส่งโรงพยาบาลทันที ไม่แนะนำการกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาเจียน เพื่อขับยาออกจากกระเพาะอาหาร ควรใช้วิธีล้างท้องพร้อมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจรวมถึงรักษาระดับสัญญาณชีพต่างๆ ของผู้ป่วยให้กลับมาเป็นปกติ ซึ่งจะต้องให้การรักษานี้โดยแพทย์

**ข้อควรระวังการใช้บูโพรพิออน** ดังนี้ เช่น ห้ามใช้กับผู้แพ้ยานี้ ห้ามใช้ยานี้กับผู้ป่วยโรคลมชัก ห้ามใช้ยาบูโพรพิออน ร่วมกับยากลุ่ม MAOI หากมีความจำเป็นต้องใช้ยาบูโพรพิออนควรหยุดยา MAOI เป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน

1) ระวังการใช้ยานี้กับสตรีตั้งครรภ์ สตรีที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร ผู้สูงอายุ และผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี

2) ระวังการใช้ยานี้กับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่บริเวณศีรษะ ผู้เป็นเนื้องอกสมอง ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวาน

3) ระวังการใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคจิตระหว่างการใช้นี้ ให้ระวังเรื่องการขับขี่ยวดยานพาหนะหรือการทำงานกับเครื่องจักรจากผลข้างเคียงของยา ที่อาจทำให้สูญเสียการควบคุมสติและประสาทหลอน

4) ห้ามแบ่งยาให้ผู้อื่นใช้

5) ห้ามใช้ยาหมดอายุ

**ยาบูโพรพิออนมีปฏิกิริยาระหว่างยากับยา** ตัวอื่นดังนี้เช่น

1) การใช้ยาบูโพรพิออนร่วมกับยา Aminophylline (โรคหืด), Ofloxacin, Amitriptyline, Phenylpropanolamine อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการลมชักโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ หากไม่มีความจำเป็นใดๆ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกัน

2) การใช้ยาบูโพรพิออน ร่วมกับยา Dextromethorphan สามารถทำให้ระดับยา Dextromethorphan ใน กระแส เลือด เพิ่มขึ้นได้ อาจส่งผลให้เกิด ผลข้างเคียงจากยา Dextromethorphan ติดตามมา หากจำเป็นต้องใช้ยาร่วมกันแพทย์จะปรับขนาดรับประทานให้เหมาะสมเป็นรายบุคคลไป

2) การใช้ยาบูโพรพิออน ร่วมกับยา Chlorpheniramine สามารถทำให้ผลข้างเคียงของยา Chlorpheniramine มีมากขึ้น อาจหลีกเลี่ยงการใช้ยาร่วมกัน หรือแพทย์ปรับขนาดรับประทานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลไปเพื่อลดผลข้างเคียงดังกล่าว

3) การใช้ยาโปรพรีออน ร่วมกับยาสเตียรอยด์ เช่น Prednisolone สามารถทำให้เกิดอาการชักติดตามมาได้ การจะใช้ยาร่วมกันแพทย์จะปรับขนาดรับประทานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นกรณีไป

สามารถเก็บยาโปรพรีออน ภายใต้อุณหภูมิที่ต่ำกว่า 30 องศาเซลเซียส (Celsius) ห้ามเก็บยาในช่องแช่แข็งของตู้เย็น เก็บในภาชนะที่ปิดมิดชิด พ้นแสงแดด ความร้อนและความชื้น เก็บยาให้พ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง และไม่เก็บยาในห้องน้ำหรือในรถยนต์

หากลิ้มรับประทายยาโปรพรีออน สามารถรับประทานเมื่อนึกขึ้นได้ ถ้าเวลาใกล้เคียงกับการรับประทานยาในมือถัดไป ไม่จำเป็นต้องเพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า

### 3. หลักการศาสนากับการเลิกบุหรี่

#### 3.1 หลักการศาสนากับการเลิกบุหรี่

จะเหลือะ แยกพงศ์ และคณะ (2555) ศึกษาแนวทางการนำหลักศาสนบัญญัติอิสลามใช้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในชุมชนมุสลิม อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส ผลการวิจัย 1. ศาสนบัญญัติอิสลาม (หุกม) เกี่ยวกับการบริโภคยาสูบและการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่มิได้ถูกบัญญัติไว้โดยตรงในคัมภีร์อัลกุรอาน และในสุนนะฮ์ของท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะสัลลัม) และไม่ปรากฏร่องรอยการปฏิบัติหรือทัศนะของบรรดาเศาะฮาบะฮ์ของท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะสัลลัม) และคำวินิจฉัยชี้ขาดของบรรดานักปราชญ์ผู้นำมัซฮับต่างๆ ตลอดจนนักปราชญ์ผู้อาวุโส ในแต่ละมัซฮับในยุคสมัยต่อมาก็มิได้อธิบายไว้ เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคยาสูบหรือการสูบบุหรี่เพิ่งเกิดขึ้นในราวปลายศตวรรษที่ 10 ถึงต้นศตวรรษที่ 11 แห่งฮิจญ์เราะห์ศักราช หรือในช่วงปลายศตวรรษที่ 15 ถึง ต้นศตวรรษที่ 16 แห่งคริสต์ศักราช (Abu Al MunZir, Abdulhaq, Ibn Abdullatif, 1994) 2. ภายหลังจากได้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เกิดขึ้นในสังคมชาวอาหรับมุสลิม บรรดานักปราชญ์มุสลิม ในยุคนั้นจึงได้ทำการวิเคราะห์วินิจฉัยและชี้ขาด (ฟัตวา) โดยอาศัยตัวบทอัลกุรอานและสุนนะฮ์ ที่บัญญัติไว้ เป็นหลักทั่วไปเป็นหลักฐาน เช่น บทบัญญัติเกี่ยวกับการห้ามนำตัวเองสู่ความหายนะ ห้ามสุรุษสุรายในการใช้ จ่ายทรัพย์สินโดยไร้ประโยชน์ เนื่องจากผลกระทบจากการสูบบุหรี่ในสมัยนั้นยังไม่เป็นที่ประจักษ์นอกจากกลิ่น ที่น่ารังเกียจ ทำให้ผลของการวิเคราะห์วินิจฉัยของบรรดานักปราชญ์แตกต่างกันออกไป คือ บางท่านวินิจฉัยว่า การบริโภคยาสูบเป็นสิ่งต้องห้ามเด็ดขาด (หะรอม) บางท่านวินิจฉัยว่าเป็นสิ่งน่ารังเกียจ (มักรูฮ) บางท่าน วินิจฉัยว่าเป็นสิ่งที่อนุมัติ (มุบาห) ในขณะที่บางท่านไม่แสดงความคิดเห็นใด ๆ และแม้นักปราชญ์ในมัซฮับ เดียวกันก็มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันไปในลักษณะเช่นเดียวกันนั้น (Ministry of Religious Endowments, 1996, Al Qaradawi, 1998, Ibn Abideen, Mohammad Ameen Ibn Umar, 1965) 66 67 3. ผลของการวิเคราะห์วินิจฉัยและชี้ขาด (ฟัตวา) ของบรรดานักวิชาการมุสลิมในปัจจุบัน เกี่ยวกับ กรณีกการบริโภคยาสูบหรือการสูบบุหรี่ปรากฏไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น กล่าวคือ มีทัศนะที่แตกต่างกัน น้อยลง ดังปรากฏในคำวิเคราะห์วินิจฉัยต่าง ๆ ทั้งส่วนบุคคลและองค์กร โดยส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้อง กันว่า การสูบบุหรี่เป็นสิ่งต้องห้ามเด็ดขาด (หะรอม) เนื่องจากข้อมูลเชิงวิชาการและทางการแพทย์ยืนยันตรง กันว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย เป็นสาเหตุของโรคร้ายหลายชนิด และไม่เพียงแต่สร้าง อันตรายแก่ผู้สูบเท่านั้น ยัง



ส่งผลต่อคนรอบข้างแม้กระทั่งทารกในครรภ์ก็ได้รับผลกระทบด้วย ทั้งยังเป็นการ สิ้นเปลืองทรัพย์สินและทำลายสิ่งแวดล้อม นักวิชาการมุสลิมส่วนใหญ่จึงเห็นพ้องกันว่าเป็นสิ่งต้องห้าม (หะรอม) ตามหลักศาสนาบัญญัติอิสลาม แต่กระนั้นก็ตาม ยังมีนักวิชาการมุสลิมบางท่านเห็นว่าการสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวไม่อาจเชื่อได้ว่าจะก่อโทษภัยร้ายแรงถึงขนาดที่จะทำให้ชี้ขาดได้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งต้องห้าม (หะรอม) จึงเห็นควรให้ถือว่าเป็นสิ่งน่ารังเกียจ (มักรูฮ) ในขณะที่บางท่านเห็นว่าต้องยึดถือตามตัวบทโดยเคร่งครัด เมื่อไม่ ปรากฏชัดว่าบัญญัติไว้โดยตรงเกี่ยวกับบุหรี่ก็ต้องถือว่าบุหรี่เป็นสิ่งอนุมัตตามกฎศาสนบัญญัติทั่วไปที่ว่า “ทุกสิ่งยอมเป็นที่ยอมุมัตจนกว่าจะมีหลักฐานบัญญัติเป็นสิ่งต้องห้าม” มิฉะนั้น หากวินิจฉัยว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งต้อง ห้าม (หะรอม) หรือสิ่งไม่สมควร (มักรูฮ) โดยปราศจากหลักฐานการบัญญัติเช่นนั้นแล้ว ถือเป็นการก้าวล่วง เอกสิทธิ์แห่งอัลลอฮ์ (ซุบฮานะฮูวะตะอาลา) เพราะการห้ามหรืออนุมัตสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นอำนาจของพระองค์แต่ผู้เดียวเท่านั้นมนุษย์ไม่อาจกระทำได้ (Ibn Abdullah Ibn baz. (n.d.), Shaltut, Mahmud, 2004, Muhammad, Ibn Ibrahim, 1985, Al Saadi, Abdurrahman Nasir, 1985, Standing Committee for Academic Research and Issuing Fatwas, 1996) 4. คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด อิหม่าม โต๊ะครู หัวหน้าฝ่ายวิชาการสถานศึกษา แพทย์ นักวิชาการ ครูและผู้รู้ทั่วไปในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการสูบบุหรี่และยาสูบชนิด ต่างๆ เป็นสิ่งไม่สมควรหรือน่ารังเกียจ (มักรูฮ) ร้อยละ 57.1 รองลงมามีความเห็นว่าเป็นสิ่งต้องห้ามเด็ดขาด (หะรอม) ร้อยละ 42.9 และไม่มีผู้ใดแสดงความคิดเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งอนุมัต (มุบาห) ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะ ของบรรดานักปราชญ์มุสลิมส่วนหนึ่งในอดีตและทัศนะของนักวิชาการส่วนน้อยในโลกมุสลิมปัจจุบัน แตกต่าง กับทัศนะของนักวิชาการส่วนใหญ่ในโลกมุสลิมปัจจุบันที่เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งต้องห้ามเด็ดขาด (หะรอม)

### 3.2 การตระวะฮ์เพื่อการเลิกบุหรี่

ตระวะฮ์ตามความหมายตรงตัวในภาษาอาหรับ แปลว่าชักชวน ในที่นี้ใช้เป็นความหมายถึง การเชิญชวนผู้คนให้ฟื้นฟูศาสนา ปรับปรุงการปฏิบัติศาสนกิจของตนเอง ผู้คนในครอบครัว สังคม ตลอดจนกว้างไกลขนาดเชิญชวนทุกคนในโลกที่เป็นมุสลิม ให้สนใจปรับปรุงตนเองในเรื่องของหน้าที่ ต่อพระผู้เป็นเจ้า เช่น การปฏิบัติศาสนกิจ ตลอดจนการฟื้นฟูแบบอย่างของท่านศาสดามุฮัมมัด (ซ.ล.) รวมทั้งการดำเนินชีวิตในทุกด้านให้มาอยู่ในการดำเนินชีวิตของผู้คน การตระวะฮ์เป็นงานที่ท่านศาสดา เคยปฏิบัติและสาวกทั้งหลายก็สืบทอดกันมาจนถึงปัจจุบัน

(สุรียา อร่ามวงศ์, 2554) สอดคล้องกับ มะซาการี อาแด (2543) ที่อธิบายไว้ว่า “ตระวะฮ์” เป็นคำ ที่เริ่มใช้โดย เมลลันอาลีเยส ผู้ก่อตั้งกลุ่มโดยกลุ่มตระวะฮ์นั้น หมายถึง กลุ่มผู้ที่ทำงานเชิญชวนมวล มนุษย์สู่อัลลอฮ์และเผยแผ่สารของพระองค์ นอกจากนั้น คำว่า ตะวะฮ์ ยังมีผู้นิยามความหมายไว้ทางด้านภาษาและทางด้านวิชาการ กล่าว คือ คำว่าตระวะฮ์ทางด้านภาษาให้ความหมายไว้ว่า การเชิญชวน การเผยแพร่หรือการขอพรต่อพระผู้เป็นเจ้า ในขณะที่มีนักวิชาการอิสลามบางส่วนได้อธิบายเกี่ยวกับความหมายของคำว่า ตะวะฮ์ คือ การแสวงหาและการเรียกร้องสู่สิ่งหนึ่งกล่าวคือ การส่งเสริมบุคคลหรือกลุ่มชนให้อยู่กับเป้าหมายของตน เช่น เรียกร้องสู่การทำความดีหรือเรียกร้องสู่การปฏิบัติศาสนกิจ (นุรุดดีนอัब्ดุลเลาะห์ ดากฮา,

2005) สอดคล้องกับ อำนาจ มะหะหมัด (2551) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การแสวงหา ความต้องการและการเรียกร้องสิ่งหนึ่ง ส่วนคำว่า ตะวะฮ์ ที่มีความหมายทางด้านวิชาการ คือ การเผยแพร่ศาสนาของอัลลอฮ์แก่มวลมนุษยชาติ การเชิญชวนไปสู่สัจธรรม การสั่งใช้ในเรื่องความดี การห้ามปรามและยับยั้งในการทำ สิ่งที่อัลลอฮ์ทรงห้าม ซึ่งการตะวะฮ์นั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทด้วยกัน คือ ตะวะฮ์ไปยัง อัลลอฮ์ เป็นการตะวะฮ์ที่เป็นสัจธรรมนั้นคือ การตะวะฮ์ของบรรดารอซูล บรรดานบีและบรรดาคน ที่ศรัทธาต่ออัลลอฮ์อย่างแน่วแน่ ซึ่งการตะวะฮ์ในรูปแบบดังกล่าวนี้ จะต้องมีความถูกต้องจึง จะสามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ และตะวะฮ์ญะฮ์ลียะฮ์ ในที่นี้จะขอกกล่าวการเชิญชวนสู่อัลลอฮ์ เท่านั้น ซึ่งลักษณะในการตะวะฮ์สู่อัลลอฮ์นั้นยังสามารถแบ่งออกเป็นดังนี้ 1) ร็อบบานียะฮ์ ในที่นี้หมายถึง ระบบ วิธีและอื่น ๆ ที่เป็นองค์ประกอบในการเชิญชวน สู่อัลลอฮ์ ซึ่งเป็นรากฐานที่มาจากพระผู้เป็นเจ้า 2) มีสติปัญญาที่สมบูรณ์ กล่าวคือ ต้องเป็นผู้ที่มีสติปัญญาที่สมบูรณ์ มิใช่เป็นเพียงแค่คนที่ ครบถ้วนสมบูรณ์ทางด้านสมองเท่านั้น แต่ต้องมีความเฉลียวฉลาด มีความคิดที่สามารถนำเสนออิสลาม ให้ประจักษ์แก่มนุษย์ทั้งหลายด้วย 3) มีความจริงไม่เปลี่ยนแปลง หมายถึงเนื้อหาของการตะวะฮ์นั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงได้ คือ วิธีการและหนทาง ซึ่งจะแปรเปลี่ยนขึ้นอยู่กับสถานที่ 4) มีความเป็นสากล โดยการตะวะฮ์อิสลามนั้น มิได้เฉพาะเจาะจงไปยังกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือเฉพาะเจาะจงเฉพาะชนเผ่าอาหรับเท่านั้น แต่การเชิญชวนสู่อัลลอฮ์นั้น ต้องมีความครอบคลุมทุกพื้นที่ที่เป็นที่อยู่อาศัยของมนุษย์ (นุรุดดีนอับดุลเลาะห์ ดากอฮา, 2548)

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อนันท์ พรหมนิ (2560:บทคัดย่อ ) ประสิทธิผลของเครือข่าย อสม.ต่อการช่วยเลิกบุหรี่ ใน รพ.สต. บ้านพังสิงห์ ต.ท่าเรือ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช พบว่าเครือข่าย อสม.ค้นหาผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านพังสิงห์ ได้ 673 คน มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันร้อยละ 26.41 และเกือบครึ่งเสพติดบุหรี่มานานกว่า 20 ปี เครือข่าย อสม.สามารถช่วยผู้สูบบุหรี่เลิกได้ทั้งหมด 317 คน (ร้อยละ 47.11) จำแนกเป็น เลิกได้ 6 เดือน 221 ราย (ร้อยละ 32.84) เลิกได้ 3 เดือน 60 ราย (ร้อยละ 8.92) และเลิกได้ 1 เดือน 36 ราย (ร้อยละ 5.35) คิดเป็นสัดส่วนการช่วยเลิก 1: 2.1 (อสม. 1 คนค้นหาได้เฉลี่ย 4 คนและช่วยเลิกได้ 2.1 คน) และ อสม.ทุกคนเป็นบุคคลต้นแบบเลิกบุหรี่ในพื้นที่

เรณู บุญจันทร์ รัชณี กิตติพงษ์ศาล นพวรรณ เลิศการณ (2552) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดระนอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และอาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จำนวน 1,400 คน ผลการวิจัยพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนร้อยละ 19.1 ชายร้อยละ 30.8 หญิงร้อยละ 6.9 อายุที่เริ่มสูบครั้งแรก 13 – 20 ปี ร้อยละ 80.3 อายุเฉลี่ยของการสูบบุหรี่ครั้งแรก คือ 13.83 ปี กลุ่มที่ 1 รับยา กลุ่มที่ 2 ไม่รับยา + Intervention - ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ - ทักษะคิดเกี่ยวกับบุหรี่ - พฤติกรรมการสูบบุหรี่สถานที่สูบบุหรี่เป็น

ประจำ คือสูบบุหรี่ที่บ้านเพื่อนร้อยละ 34.1 เยาวชนมีพ่อสูบบุหรี่ร้อยละ 45.9 แม่สูบบุหรี่ร้อยละ 2.7 และเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ร้อยละ 23.7 และทราบว่ามียกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนกับคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศและเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 การได้รับสื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในรอบ 30 วัน ที่ผ่านมา ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่และการสอนเกี่ยวกับบุหรี่ในโรงเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนจังหวัดระนอง

สุนิดา ปรีดางค์ และคณะ, 2015: ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงถึง ประสิทธิภาพของการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่สอดคล้อง โดยพบว่า การให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการใช้ยา หรือผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน จะมีต้นทุนประสิทธิผลที่ดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติ โดยต้นทุนต่อหนึ่งปีสุขภาพของการให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้น (Intensive Counseling) และแบบเข้มข้นร่วมกับการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เท่ากับ 0.5 และ 0.14 เท่า ของมาตรการให้คำแนะนำ เพื่อเลิกยาสูบแบบย่อตามลำดับ ในขณะที่เดียวกันการบำบัดโรคติดบุหรี่ ควรมีระยะเวลาสั้นกว่าหนึ่งเดือน และควรมีการติดตามอย่างน้อยหนึ่งครั้ง (การทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเรื้อรัง)

ผศ.นพ.ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์ , ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี : ปัจจุบันมีการพัฒนายาที่ไม่ใช่โคตินเพื่อใช้สำหรับการเลิกสูบบุหรี่ แต่ที่อนุญาตให้ใช้ในอเมริกาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 มีเพียงตัวเดียว คือ Bupropion Hydrochloride ซึ่งเป็น antidepressant ในกลุ่มของ aminoketone ซึ่งแตกต่างจาก antidepressant ตัวอื่นๆ โดยจะออกฤทธิ์ทั้งทาง adrenergic และ dopaminergic mechanism ในปัจจุบันเรายังไม่ทราบว่ายาตัวนี้ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างไร แต่เชื่อว่าน่าจะผ่านทาง adrenergic และ dopaminergic mechanism มีการศึกษาพบว่า เมื่อใช้ bupropion จะเลิกสูบได้ 27% ที่ 6 เดือน ต่างจากยาหลอกซึ่งเลิกได้ 16% นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ยา bupropion กับ แผ่นแปะนิโคติน พบว่า การใช้ยา bupropion อย่างเดียว หรือใช้ร่วมกับแผ่นแปะนิโคติน จะทำให้เลิกสูบบุหรี่ ที่ 1 ปี ได้มากกว่าการใช้แผ่นแปะนิโคตินหรือยาหลอก และยังพบว่า เมื่อใช้ bupropion ร่วมกับแผ่นแปะนิโคติน จะได้ผลดีกว่าการใช้ยา bupropion อย่างเดียว แต่ไม่มีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขนาดยา ที่แนะนำให้ใช้ คือ ให้ทานยา 150 มก. วันละครั้งเป็นเวลา 3 วัน ตามด้วยการทานยา 150 มก.วันละ 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 8 ชม. เป็นเวลาประมาณ 7-12 สัปดาห์ ที่ต่างจากการใช้แผ่นแปะนิโคติน คือ การกำหนดวันที่จะเลิกสูบ ต้องเป็นวันที่หลังจากเริ่มทานยาแล้ว 1-2 สัปดาห์ เพราะว่าต้องรอให้ระดับยาในเลือด ถึง therapeutic level ก่อน จากการศึกษา พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ที่เลิกสูบ ต้องหยุดใช้ยา bupropion กลางคัน คือ มือสั่น ผื่น ปวดศีรษะ และผื่นลมพิษ ผลข้างเคียงที่พบบ่อย คือนอนไม่หลับ และปากแห้ง เนื่องจากยาตัวนี้สามารถลด threshold ของการเกิดอาการชักได้ จึงเป็นข้อห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติชัก และต้องระวังเมื่อจะใช้ในผู้ที่มีประวัติชักในครอบครัว ดื่มเหล้าจัดหรือเสพสารเสพติด และผู้ที่เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ

จากการศึกษาพบว่า การให้ยา bupropion ในขนาด 300 มก. หรือน้อยกว่า เพื่อเลิกสูบบุหรี่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการชักได้พอๆ กับยา antidepressants ตัวอื่นๆ สำหรับแนวทางการรักษาผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรนึกถึงเสมอว่าผู้ที่เลิกบุหรี่จะกลับมาสูบบุหรี่ใหม่อีกทั้งในขณะที่ทำการรักษาอยู่หรือเลิกไปแล้วก็ตาม พบว่าส่วนใหญ่ต้องใช้ความพยายาม 4-5 ครั้ง จึงจะเลิกได้สำเร็จ ดังนั้นเมื่อผู้ที่ต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่เมื่อได้พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ประสบความสำเร็จแล้ว แพทย์ควรที่จะให้กำลังใจและหาสาเหตุที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ใหม่เพื่อที่จะเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จต่อไป

#### งานวิจัยในต่างประเทศ

เพนเดอร์ (Pender. 1996: 64) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมโดยบุคคลที่รับรู้ตนเองว่ามีสุขภาพดีก็จะมีแนวโน้มที่จะจะกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพบ่อยกว่าและจริงจังกว่าการที่บุคคลที่รู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี

Nagrebetsky และคณะ การเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด บางครั้งอาจสอดคล้องอยู่ในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หรืออาจเป็นโปรแกรมที่เน้นเฉพาะการเลิกบุหรี่โดยวิธีการที่ใช้มีทั้งการปรับพฤติกรรม การโทรศัพท์ติดตาม การใช้สื่อเอกสารเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง และการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ซึ่งผู้ดำเนินการเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือแพทย์เป็นผู้เริ่มต้นให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล จากนั้นพยาบาลเป็นผู้บริการดูแลติดตาม เช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวาน และได้ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ จำนวน 8 เรื่อง พบว่า การบำบัดรักษาเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง อันประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (อาทิ Bupropion, Nicotine Replacement Therapy) โดยผู้ให้คำปรึกษามักเป็นพยาบาล แพทย์ และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ

เมื่อพิจารณาถึงเป้าหมายในการบำบัด เพื่อเลิกสูบบุหรี่ คือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้โดยเด็ดขาดนั้น จะส่งผลดีต่อสุขภาพ โดยสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงนับตั้งแต่เลิกสูบบุหรี่ภายใน 20 นาทีถึงสูงสุดภายใน 15 ปี (ตารางที่ 2) ดังนี้ ประสิทธิภาพประจักษ์ประจักษ์ประจักษ์ประจักษ์ประจักษ์ประจักษ์ / 20

#### 4. งานวิจัยโปรแกรมการเลิกบุหรี่

ฮัสซาน หะยีเจ๊ะเลาะ (2560: บทคัดย่อ) ศึกษาผลของโปรแกรม “เลิกบุหรี่ได้สุขภาพดี โอ้ใจได้บุญ” ประยุกต์วิถีชีวิตมุสลิมในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ รูปแบบการเลิกบุหรี่เป็นนวัตกรรมของพื้นที่ ซึ่งตอบสนองโจทย์ เป้าหมายของมุสลิม คือการมีสุขภาพดีและได้ผลบุญ โดยที่ทุกมัสยิด ทุกพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ ได้นำโปรแกรมการ “เลิกบุหรี่ได้สุขภาพดี โอ้ใจได้บุญ” ประยุกต์วิถีชีวิตมุสลิมในการช่วยเลิกบุหรี่ นำไปปฏิบัติจริง เป็นสิ่งที่น่าสนใจ เสริมพลังและสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ประสบความสำเร็จ มีผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโปรแกรมในชุมชน และประสบความสำเร็จในการเลิกเป็นเวลา 1 ปี จำนวน 163 คน (ร้อยละ 68.65) และมีความพึงพอใจในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.56) และในส่วนของคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเจ๊ะเก็นนั้น การช่วยเลิกบุหรี่จะประยุกต์จากวิธีการดำเนินชีวิตของมุสลิมด้วยเช่นกัน ผลจาก

การใช้โปรแกรมมีผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง 1 ปี จากการใช้โปรแกรมในคลินิก จำนวน 92 คน (ร้อยละ 85.43)

ปรีชพร กลีบประทุม (2559) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอมืออ่องทอง จังหวัดอ่องทอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอมืออ่องทอง จังหวัดอ่องทอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 34 คน ระยะเวลาในการศึกษา 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ช่วงเวลาได้แก่ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 10 วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความ แตกต่างด้วยสถิติ Chi-square, Independent t-test และ Repeated measures ANOVA ผลการศึกษาหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มทดลองจำนวน 26 คน มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ดีกว่า ก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ(p-value 0.05) นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่และความคาดหวังในผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ถึงสัปดาห์ที่ 10 (p-value < 0.05) ยกเว้นก่อนการทดลอง (p-value > 0.05) กลุ่มทดลองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นาน 4 สัปดาห์ นับจากสัปดาห์ที่ 6 ถึงสัปดาห์ที่ 10 จำนวน 10 คน จาก 26 คน (ร้อยละ 38.5) สรุปว่าโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ ตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยอาสาสมัครประจำ หมู่บ้าน สามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้

พิทยา สังข์แก้ว และคณะ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีปัญญาสังคมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากร โรงพยาบาลรามาริบัติในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวก่อนและหลัง (One Group PrePost test Design)กลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 ราย ระยะเวลาของโปรแกรม 11 สัปดาห์ โดยกิจกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม 7 ครั้ง ได้แก่ครั้งที่ 1 การกำหนดนโยบายและสิ่งแวดล้อม ครั้งที่ 2 การสร้าง ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ครั้งที่ 3 การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของ การเลิกบุหรี่ โดยใช้กิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ครั้งที่ 4-5 เป็นการเพิ่มความมั่นใจของการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวัง โดยการนำเสนอตัวแบบ การให้แรงเสริม ด้วย การให้รางวัล ครั้งที่ 6-7 เป็นการติดตามเยี่ยม กระตุ้น เสริมแรงให้เลิกสูบบุหรี่ เก็บรวบรวม ข้อมูล 3 ช่วงเวลาคือก่อนการทดลองหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 11 ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง และระยะติดตามผลค่าเฉลี่ยความรู้การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ ดีกว่า ก่อนการทดลอง ส่วนระยะติดตามผลเมื่อเทียบกับหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน และพบว่ามีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ 6 คน (ร้อยละ 18.2)

เคอร์และคณะ (Curry & others. 1991 : 318 – 340) ได้ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้แรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอกในโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองจากการสุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 1,217 คนผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้แรงจูงใจภายนอกโดยการให้เงินเป็นรางวัล จะสนใจข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่น้อยและมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่าที่ใช้แรงจูงใจภายในคือการบังคับใจตนเองการใช้แบบบันทึกซึ่งเป็นแรงขับให้สนใจข้อมูลข่าวสาร และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วย

## 10. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods) (สามารถปรับให้เข้ากับประเภทโครงการของท่าน)

10.1 รูปแบบการวิจัย (Study design) วิจัยรูปแบบผสมโดยแบ่งเป็นเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ

10.2 สถานที่ทำวิจัย (Study setting)

ส่วนของ Cohort Study

1. โปรแกรมการเลิกบุหรี่ทางคลินิกและรับยา bupropion สถานที่คือ คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส

2. โปรแกรม “ตะวะฮ์ฮัจญ์” สถานที่ คือ รพสต.กาเยาะมาตี รพ.สต. ลูโอะสาวอและ รพ.สต.บ้านมือเระ ในอำเภอบาเจาะ และมีสียัดที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม

ส่วนของการสัมภาษณ์รายบุคคล (เชิงคุณภาพแบบ semi-structure questionnaire)

1. โปรแกรมการเลิกบุหรี่ทางคลินิกและรับยา bupropion สัมภาษณ์ในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส

2. โปรแกรม “ตะวะฮ์ฮัจญ์” สัมภาษณ์ที่รพสต.แต่ละแห่งหรือที่บ้านสำหรับผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรม “ตะวะฮ์ฮัจญ์”

10.3 ประชากรเป้าหมาย (Target population) ประชาชนที่สนใจเลิกบุหรี่ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส

10.4 ประชากรศึกษา (Study population)

ประชากรศึกษา คือ ประชาชนผู้สูบบุหรี่ที่สนใจเลิกสูบบุหรี่อำเภอบาเจาะจังหวัดนราธิวาส ปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเข้ารับการเลิกบุหรี่ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งระหว่าง 2 โปรแกรม คือ 1. โปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบใช้ยา bupropion ร่วม และ 2 โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบ “ตะวะฮ์ฮัจญ์”

10.5 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นเพศชายทั้งหมด (เพราะเนื่องจากประชากรเพศหญิงที่สูบบุหรี่ในพื้นที่มีจำนวนน้อยมาก)

2. เป็นผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่อย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 โปรแกรมอยู่แล้วและได้รับการติดตามผลการรักษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3. อายุมากกว่า 18 ปี เนื่องจากกลุ่มเด็กอาจจะไม่เข้าใจอย่างอื่นซึ่งต้องได้รับการศึกษาหรือให้บริการในรูปแบบอื่น

10.6 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ผู้ที่เกิดผลข้างเคียงจากการกระบวนกรรักษาตามโปรแกรมปกติทั้ง 2 โปรแกรมในระหว่างการติดตามผลการเลิกบุหรี่ ได้แก่ เกิดผลข้างเคียงจากยา bupropion เช่น ชักหรือแพ้ยา เป็นต้น หรือ เกิดอาการถอนบุหรี่ในทั้ง 2 โปรแกรม

10.7 เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากโครงการ (Subject withdrawal criteria)

หากอาสาสมัครมีความไม่สบายใจระหว่างการตอบแบบสัมภาษณ์ให้ข้อมูลระหว่างสัมภาษณ์ หรือการสนทนากลุ่ม สามารถหยุดการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

## 10.8 เกณฑ์การหยุดทำโครงการวิจัย (Study termination criteria) ไม่เกี่ยวข้อง

## 10.9 ขนาดตัวอย่าง (แสดงสูตรคำนวณ การแทนค่าสูตร ที่มาของตัวเลขที่มาแทนค่า (reference))

### 1. ส่วนงานวิจัยแบบ Cohort Study

- การประเมินอัตราการเลิกบุหรี่โดยอาศัย Sample Size แบบ two-sample proportion independent sample โดยใช้สูตรดังแสดงข้างล่าง

$$n = \left( Z_{\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta} \right)^2 * \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$Z_{\frac{\alpha}{2}} = 1.96, Z_{\beta} = 3.84,$$

P1 = โอกาสการเลิกบุหรี่สำเร็จที่ 6 เดือนจากยา bupropion ประมาณ 21% จากการศึกษาของ (Wilkes, 2008)

P2 = โอกาสการเลิกบุหรี่ได้ 35% ที่หกเดือน ในกลุ่มโปรแกรมที่ 2 จากข้อมูลของสม.ต่อการช่วยเลิกบุหรี่ใน รพ.สต.พังงา

จะได้ sample size ทั้งหมด 158 คน ต่อแต่ละโปรแกรม

Reference: Wilkes, S. (2008). The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 3(1), 45–53.

### 2. สำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคล

- โดยทั่วไปแล้วในการทำ In-dept Interview ใช้ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนประมาณ 15 คน จะถึง saturation ของ concept ดังนั้นจึงใช้จำนวนรวมทั้งหมดทั้งสิ้น 30 คน (15 คนในแต่ละโปรแกรมที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ)

## 10.10 ตัวแปรและคำจำกัดความของตัวแปรต่าง ๆ (Operational definition)

### ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ชนิดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ได้แก่ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ซึ่งจัดเพื่อสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของการเลิกบุหรี่ของผู้ประสงค์ซึ่งจัดขึ้นตามนโยบายของสาธารณสุขอำเภอบาเจาะ โดยแบ่งเป็น 2 โปรแกรมที่ผู้ประสงค์เลิกบุหรี่สามารถเลือกเข้าร่วมด้วยตนเองได้ คือ

โปรแกรมที่ 1 เป็นกลุ่มรับยา bupropion เข้ารับบริการได้ในคลินิกพ.อำเภอบาเจาะ ซึ่งการจัดบริการในคลินิก ได้แก่ ในคลินิกพ.บาเจาะ กลุ่มเป้าหมายจะได้รับจ่ายยา Bupropion ขนาด 150 mg ต่อวัน ในวันแรกพร้อมตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ประเมินระดับการติดยาโคตินโดยใช้แบบประเมินการติดภาวะติดยาโคติน และกิจกรรมรูปแบบการให้คำแนะนำช่วยเลิกที่ด้วยยาตามแผนการบำบัดและการติดตาม

โปรแกรมที่ 2 กลุ่ม “อะวะฮ์ฮัจญ์” กลุ่มที่สนใจจะเลิกบุหรี่ด้วยตนเองแต่ไม่ต้องการเลิกด้วยยาจากรพ.สต.ลูโบะสาวอ รพ.สต.บ้านบือเระ และรพ.สต.กาเยาะมาตี ซึ่งจะได้รับบริการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการทางศาสนาและได้รับการติดตามการรักษา การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ประเมินระดับการติดยาโคติน วัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ กิจกรรมรูปแบบการให้คำแนะนำ Group Counseling และให้คำแนะนำโดยผู้นำศาสนา ติดตามประเมินร่วมกับครอบครัว

### 2. ตัวแปรตาม ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
2. ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่
4. ผลการเลิกบุหรี่ (6 เดือน) จากการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ 2 กลุ่ม



## 10.11 วิธีดำเนินการวิจัย (Procedure)

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมโดยมีทั้งส่วนงานวิจัยเชิงปริมาณรูปแบบการสังเกตแบบ cohort study และเชิงคุณภาพโดยอาศัยการสัมภาษณ์แบบรายบุคคล โดยประชากรศึกษาเลือกจากกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ อำเภอ บาเจาะ จังหวัดนราธิวาส จากทั้ง 2 โปรแกรม ดังกล่าวข้างต้น ประชากรศึกษาเป็นผู้เลือกการเข้าโปรแกรมอย่างใดอย่างหนึ่งด้วยตนเอง คณะผู้วิจัยหลักไม่ได้เป็นผู้กำหนด

### ส่วนของ Cohort Study ตามการบริการมาตรฐาน

#### สถานที่ทำวิจัย (Study setting)

3. โปรแกรมการเลิกบุหรี่ทางคลินิกและรับยา bupropion สถานที่คือ คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส
4. โปรแกรม “ตะวะฮ์ฮ์ญูร” สถานที่ คือ รพสต.กาเยาะมาตี รพ.สต. ลูโอะสาวอและ รพ.สต.บ้านบือระ ในอำเภอบาเจาะ และมีสียัดที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม

### ส่วนของการสัมภาษณ์รายบุคคล

โปรแกรมการเลิกบุหรี่ทางคลินิกและรับยา bupropion สัมภาษณ์ในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส

โปรแกรม “ตะวะฮ์ฮ์ญูร” สัมภาษณ์ที่รพสต.แต่ละแห่งหรือที่บ้านสำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรม “ตะวะฮ์ฮ์ญูร”

ประชากรเป้าหมาย (Target population) ประชาชนที่สนใจเลิกบุหรี่ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส พ.ศ. 2561

#### ประชากรศึกษา (Study population)

ประชากรศึกษา คือ ประชาชนผู้สูบบุหรี่ที่สนใจเลิกสูบบุหรี่อำเภอบาเจาะจังหวัดนราธิวาส ปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเข้ารับการเลิกบุหรี่ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งระหว่าง 2 โปรแกรม คือ 1. โปรแกรมการเลิกบุหรี่แบบใช้ยา bupropion ร่วม และ 2 โปรแกรมเลิกบุหรี่แบบ “ตะวะฮ์ฮ์ญูร”

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) หมายถึงรวมถึง การคัดข้อมูลของผู้สนใจเลิกบุหรี่มาเพื่อติดตามและวิเคราะห์

1. เป็นเพศชายทั้งหมด (เพราะเนื่องจากประชากรเพศหญิงที่สูบบุหรี่ในพื้นที่มีจำนวนน้อยมาก)
2. เป็นผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่หรืออย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 โปรแกรมอยู่แล้วและได้รับการติดตามผลการรักษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3. อายุมากกว่า 18 ปี เนื่องจากกลุ่มเด็กอาจจะมียังปัจจัยอื่นซึ่งต้องได้รับการศึกษาหรือให้บริการในรูปแบบอื่น

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ผู้ที่เกิดผลข้างเคียงจากการกระบวนกรรักษาตามโปรแกรมปกติทั้ง 2 โปรแกรมในระหว่างการติดตามผลการเลิกบุหรี่

ได้แก่ เกิดผลข้างเคียงจากยา bupropion เช่น ชักหรือแพ้ยา เป็นต้น หรือ เกิดอาการถอนบุหรี่ในทั้ง 2 โปรแกรม รายละเอียดของโปรแกรมการเลิกบุหรี่

ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่โดยปกติจะเข้าถึงบริการได้ใน 2 ส่วน ของโปรแกรม ดังนี้ (ผู้ที่ต้องการเลิกเป็นผู้เลือกโปรแกรมเอง)

โปรแกรมที่ 1 เป็นกลุ่มรับยา bupropion เข้ารับบริการได้ในคลินิกรพ.อำเภอบาเจาะ ซึ่งการจัดบริการในคลินิก ได้แก่ ในคลินิกรพ.บาเจาะ กลุ่มเป้าหมายจะได้รับจ่ายยา Bupropion ขนาด 150 mg ต่อวัน ในวันแรกพร้อม



ตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ประเมินระดับการติดนิโคตินโดยใช้แบบประเมินการติดภาวะติดนิโคติน และกิจกรรมรูปแบบการให้คำแนะนำช่วยเหลือทันทีด้วยยาตามแผนการบำบัดและการติดตาม

โปรแกรมที่ 2 กลุ่ม “ตะวะฮ์ฮัจญ์” กลุ่มที่สนใจจะเลิกบุหรี่ด้วยตนเองแต่ไม่ต้องการเลิกด้วยยาจากรพ.สต.ลูโบะสาวอ รพ.สต.บ้านบือระ และรพ.สต.กาเยะมาตี ซึ่งจะได้รับการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการทางศาสนาและได้รับการติดตามการรักษา การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ประเมินระดับการติดนิโคติน วัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ กิจกรรมรูปแบบการให้คำแนะนำ Group Counseling และให้คำแนะนำโดยผู้นำศาสนา ติดตามประเมินร่วมกับครอบครัว

โปรแกรมที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 - ตรวจสภาพร่างกายทั่วไป

- ประเมินระดับการติดนิโคติน
- วัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์โดยเครื่องวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ ได้รับสนับสนุนอุปกรณ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล

ครั้งที่ 2 - ตรวจสภาพร่างกายทั่วไปครั้งที่ 2

- วัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์โดยเครื่องวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ ได้รับสนับสนุนอุปกรณ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล
- ทำสัญญาใจในการเลิกบุหรี่
- การให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่โดยบุคคลต้นแบบในการขับเคลื่อนงานบุหรี่ โดยใช้การบรรยายพร้อมเหตุผลของการเลิกบุหรี่แล้วประสบความสำเร็จ และการชมเชยที่ดีที่เกี่ยวกับการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่เพื่อตนเอง และการสั่งห้ามของศาสนาในการลดละ เลิกบุหรี่

ครั้งที่ 3 - ตรวจสภาพร่างกายทั่วไปครั้งที่ 2

- วัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์โดยเครื่องวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ ได้รับสนับสนุนอุปกรณ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล
- เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดมความคิดร่วมกับภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานบุหรี่ระดับอำเภอกิจกรรมการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการเลิกบุหรี่ การชมเชยที่ดีที่ของอิสลามเลิกบุหรี่เพื่ออัลลอฮ์ การเป็นแบบอย่างแก่ผู้ศรัทธา

ครั้งที่ 4 กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้คำพูดชักชวน การกระตุ้นเตือน

ครอบครัว สนับสนุนบทบาทของสามีและลูกช่วยเลิกบุหรี่ การเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การติดตามผลการเลิกบุหรี่ของโปรแกรม

ทั้งสองกลุ่มมีความถี่ในการติดตามผลเช่นเดียวกัน คือ

เดือนแรก	ติดตามผลทุกสัปดาห์
เดือนที่ 2-3	ติดตามเดือนละ 1 ครั้ง
เดือนที่ 4 เป็นต้นไป	ติดตาม 1 ครั้ง

โดยการติดตามผลทั้ง 2 กลุ่มจะใช้แบบสอบถามเหมือนกัน โดยแบบสอบถามแบ่งเป็นแบบสอบถามแรกเข้า

โปรแกรมและแบบสอบถามที่ติดตามในแต่ละครั้ง ดังแสดงในหมวดเครื่องมือและเอกสารอ้างอิง

สถานที่ในการติดตามและผู้ติดตามผลการรักษา มีความแตกต่างกันใน 2 โปรแกรม

โปรแกรมที่ 1 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลอำเภอบาเจาะ

โปรแกรมที่ 2 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรพ.สต.ลูโบะสาวอ รพ.สต.บ้านบือระ และรพ.สต.กาเยะมาตี

**วิธีการวัดผลการศึกษา คือ**

1. สัดส่วนของผู้เลิกบุหรี่สำเร็จต่อผู้เข้าร่วมโปรแกรม

ผู้เลิกบุหรี่สำเร็จ คือ ผู้ที่รายงานผลว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่สูบบุหรี่เลยสักมวน

2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่สำเร็จโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน

**ส่วนการสัมภาษณ์รายบุคคล (ด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ)**

ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบ in-dept interview โดยการสุ่มผู้ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ (เลิกสูบบุหรี่ได้แต่ไม่ต่อเนื่องถึง 6 เดือน หรือเลิกไม่ได้เลย) ในทั้ง 2

โปรแกรมดังกล่าวข้างต้นตามความสมัครใจเพื่อมาสัมภาษณ์เพิ่มเติม จำนวนขั้นต่ำในแต่ละโปรแกรมคือ 15 คน

โดยคณะผู้วิจัยจะชักชวนผู้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จในครั้งที่ผู้เลิกบุหรี่มาเข้ารับการติดตามในเดือนที่ 6 เมื่อทางทีมวิจัยตัดสินว่าผู้เข้าร่วมอยู่ในกลุ่มเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ คือ เลิกไม่ได้เลย หรือเลิกได้แต่ไม่ต่อเนื่อง

**วิธีการสัมภาษณ์**

การสัมภาษณ์เป็นแบบรายบุคคล ทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามเชิง semi structure และอัดเสียงโดยโปรแกรม

ผ่าน smart phone ซึ่งจะนำมาถอด บันทึกลงใน Microsoft word และแปลผลเป็น thematic interpretation ต่อไป

คาดว่าจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละคนประมาณ 30-45 นาที โดยการบันทึกจะใช้รหัสแทนข้อมูลระบุตัวตนของผู้ถูกสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดโครงการเป็นเวลา 3 ปี แล้วข้อมูลเสียงจะถูกลบทิ้ง

โดยผู้สัมภาษณ์จะทำโดยทีมผู้วิจัยเองซึ่งได้รับการฝึกฝนในการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพมาแล้ว

**สถานที่ในการติดตาม มีความแตกต่างกันใน 2 โปรแกรม**

โปรแกรมที่ 1 โรงพยาบาลอำเภอบาเจาะ

โปรแกรมที่ 2 รพ.สต.ลูโบะสาวอ รพ.สต.บ้านบือระ และรพ.สต.กาเยาะมาตี

**10.12 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการวัดผล (Study tools and outcome measurement)**

แบบสัมภาษณ์ในการศึกษาเชิงปริมาณ และแบบแนวทางการสัมภาษณ์ในการศึกษาเชิงคุณภาพ

**แบบสัมภาษณ์เชิงปริมาณประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แรกเข้าและแบบสอบถามติดตาม**

**1. แบบสัมภาษณ์แรกเข้าโปรแกรม ประกอบด้วย**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป** ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว อาการแสดง ชนิดบุหรี่ที่สูบ จำนวนที่สูบ สูบบุหรี่มานาน ความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ บุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิด ปัญหาที่ทำให้เลิกครั้งที่ผ่านมามีไม่สำเร็จ เหตุผลที่ทำให้ตัดสินใจเลิกครั้งนี้ ระดับความพร้อมในการเลิก สุขภาพของตนเองในภาพรวม จากการประเมินของผู้บำบัด จำนวน 17 ข้อ

**ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของผู้เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่** จำนวน 15 ข้อ การวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ถูก ผิด โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้ คือ

ข้อที่ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,7,8,9,10

ข้อที่ตอบผิด ได้ 1 คะแนน ได้แก่ ข้อ 6,11

การแปลผลแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ แบ่งเป็น

สำหรับการแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของทั้งสองกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และพิสัยของคะแนนความรู้ ซึ่งระดับคะแนน ดังนี้ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ ดังนี้ คือ

ระดับคะแนนต่ำสุด	ค่าคะแนน	$< \bar{x} - 0.5S.D$
ระดับปานกลาง	ค่าคะแนน	$\bar{x} \pm 0.5S.D$
ระดับสูง	ค่าคะแนน	$> \bar{x} + 0.5S.D$

**ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่** จำนวน 15 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้ คือ

ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
----------------	---------------

เห็นด้วยให้	คะแนน 3 คะแนน	ไม่เห็นด้วยให้	คะแนน 1 คะแนน
ไม่แน่ใจให้	คะแนน 2 คะแนน	ไม่แน่ใจให้	คะแนน 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยให้	คะแนน 1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยให้	คะแนน 3 คะแนน

สำหรับการแบ่งระดับทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ ดังนี้

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	ค่าคะแนน	1-20 คะแนน
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	ค่าคะแนน	21-27 คะแนน
ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	ค่าคะแนน	28-35 คะแนน

**ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่** จำนวน 10 ข้อ

2. แบบสอบถามติดตามผล เป็นการสอบถามพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ขณะเข้าโปรแกรม ที่ 3 เดือน และที่ 6 เดือน

ผลการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะ ( 3 เดือน, 6 เดือน) จากการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ 2 กลุ่ม

**คุณภาพเครื่องมือ**

เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ ภาณิสรา ระยา (2558) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายในด้วยวิธีของครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อถือของแบบวัดต่าง ๆ ดังนี้

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ = 0.77

แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ = 0.73

**เครื่องมือแบบสอบถามเชิงคุณภาพ**

เป็นแบบสอบถามรูปแบบ semi-structured แนวทางสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จและครอบครัวย โดยแบ่งเป็นสองส่วนคือ

1. สัมภาษณ์ผู้สูบบุหรี่ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ โดยถามเกี่ยวกับ สาเหตุของการเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่แล้ว ผลของโปรแกรมต่อการเลิกบุหรี่ และข้อเสนอแนะ
2. สัมภาษณ์ครอบครัว เป็นคำถามเกี่ยวกับผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่ต่อผู้สูบบุหรี่ในครอบครัว บทบาทของคนในครอบครัวต่อการเลิกบุหรี่ และข้อเสนอแนะโปรแกรมการเลิกบุหรี่อย่างยั่งยืน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และผลการดำเนินการของผู้ที่เข้ารับโปรแกรมเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ t-test หรือ Wilcoxon's สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และ Chi-square และ Fisher's Exact สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะจากการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ Cochran Q test และ GEE with logistic regression

4. วิเคราะห์สาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่แล้วเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ

### 10.13 การเก็บข้อมูล (Data collection)

ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบคลินิกเลิกบุหรี่ ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่สัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลในผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่โดยใช้แบบสอบถามดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งทำการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลบันทึกจากกระดาษเข้าสู่โปรแกรม Kobotoolbox และ export ออกเป็นรูปแบบ CSV เพื่อการวิเคราะห์ต่อเนื่อง

ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยจะสัมภาษณ์จะเลือกผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ตลอดจนครอบครัวของผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม – เมษายน พ.ศ. 2562

### 10.14 การจัดการข้อมูล (Data management)

จัดการข้อมูลในรูปแบบ CSV โดย step ดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูล Duplicate data และ Missing data หากมีจะทำการตรวจสอบซ้ำกับข้อมูลจากรูปแบบกระดาษและ Kobo
2. ทำ Internal logical check ได้แก่ ตรวจสอบว่าเป็นเพศชายทั้งหมด ตรวจสอบค่าอายุว่าอยู่ในช่วงที่เป็นไปได้หรือไม่ ตรวจสอบความเป็นไปได้ เช่น ตอบว่ามีโรคประจำตัว ต้องมีการระบุโรคประจำตัวที่เป็น เป็นต้น
3. คำนวณ score rating scale จากแบบสอบถามต่าง ๆ ก่อนการแปลผล
4. หลังจากนั้น export file ที่ทำการ clean และ cure ข้อมูลเสร็จแล้วในรูปแบบ .rds ก่อนการวิเคราะห์ขั้นต่อไป

### 10.15 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและแก้ไขข้อบกพร่อง บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม R version 3.5.1 โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05 ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์และทดสอบสมมติฐานของการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา พรรณนาข้อมูลต่าง ๆ ด้วย จำนวนและร้อยละสำหรับตัวแปร Categorical พรรณนาด้วย mean $\pm$ -SD หรือ median (IQR) สำหรับตัวแปร continuous
2. สถิติเชิงอนุมาน หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้อง เช่น ตัวแปรข้อมูลบุคคล อายุ เพศ โรคประจำตัว เหตุผลที่เลิกบุหรี่กับการเลิกบุหรี่สำเร็จ ด้วย multiple logistic regression
3. รวบรวม theme ของการเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จจากการสัมภาษณ์แบบ Individual โดยใช้ mind map and Ethnograph

## 11. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical issues)

### 11.1 ความเสี่ยง/ผลข้างเคียงที่อาจเกิดต่ออาสาสมัครและชุมชน และวิธีการลดความเสี่ยง

ไม่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงโดยตรงของอาสาสมัคร

### 11.2 การเคารพความเป็นส่วนตัวและการเก็บรักษาความลับของข้อมูลอาสาสมัคร

- สำหรับความเสี่ยงในเรื่องของข้อมูลส่วนตัวซึ่งอาจมีการรั่วไหลได้ โดยทางคณะผู้วิจัยใช้วิธีการบันทึกแยกส่วนข้อมูลบุคคลและข้อมูลอื่น ๆ ออกจากกันเป็นคนละไฟล์และใช้รหัสแทนตัวบุคคลแทนข้อมูลที่ระบุตัวตนได้
- จัดให้มีสถานที่ส่วนตัวในการพูดคุยกับผู้ร่วมโครงการ
- เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยแยกเก็บรหัสและข้อมูลระบุตัวตน ออกจากแฟ้มข้อมูลโดยใช้รหัสแทนตัวบุคคลในแฟ้มข้อมูลแทน โดยรหัสในการเข้าถึงข้อมูลที่ระบุตัวตนได้เฉพาะผู้วิจัยหลักเท่านั้น

**11.3 ประโยชน์โดยตรงต่ออาสาสมัคร และประโยชน์ต่อหน่วยงาน ชุมชน สังคม**

อาสาสมัครจะไม่ได้รับประโยชน์โดยการเข้าโครงการเลิกบุหรี่ แต่งานวิจัยจะทำให้ทราบประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ตลอดจนสาเหตุและปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส แล้วเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ และต้นทุนของโครงการการเลิกบุหรี่ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผน และพัฒนาการจัดการคลินิกการเลิกบุหรี่ในระดับนโยบายให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ตลอดจนเป็นแนวทางในการจัดการให้ผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้น

**11.4 กระบวนการชี้แจงและขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร (Informed consent process)**

- ประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชน ด้วยวาจาโดยบุคคลต้นแบบในการเลิกบุหรี่ในหมู่บ้านทุกตำบลของอำเภอบาเจาะ โดยอาศัยเวทีหลังการละหมาดวันศุกร์ที่มีสยิดแต่ละตำบล
- ประชาสัมพันธ์ใช้ไวนิลเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยปิดประกาศบริเวณมัสยิดทุกพื้นที่ มีการให้สื่อความรู้แผ่นพับเรื่องบุหรี่สนับสนุนจากสสส.
- ประชาสัมพันธ์โดยใช้สื่อไวนิลระหว่างการเดินรณรงค์ ให้ประชาชนตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ ในโอกาสงานกีฬาของโรงเรียนในตำบล โดยมีเด็กนักเรียน และชาวบ้านในหมู่บ้านร่วมเดินรณรงค์
- อสม. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนที่สนใจเลิกบุหรี่ เข้ารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ ใน รพ.สต.ที่ตนเองรับผิดชอบ
- หลังจากนั้นนักวิจัยจะอธิบายเกี่ยวกับโครงการด้วยวาจา และหากอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการจะขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

**11.5 ข้อปฏิบัติเมื่ออาสาสมัครขอถอนตัวออกจากการวิจัย**

ข้อมูลของอาสาสมัครจะไม่ถูกนำมาวิเคราะห์และไม่ถูกเก็บในฐานข้อมูล

**11.6 การดูแลรักษาและการจ่ายค่าชดเชยแก่อาสาสมัครหากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย**  
ไม่เกี่ยวข้อง**11.7 การจ่ายค่าตอบแทนหรือค่าเสียเวลาแก่อาสาสมัคร**

- ค่าตอบแทนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลคนละ 50 บาท ต่อครั้งที่มาติดตามการรักษา จำนวน 5 ครั้งต่อคน

**11.8 การเก็บตัวอย่างชีวภาพเพื่อใช้ในการศึกษาในอนาคต (ถ้ามี) -****11.9 โครงการที่มีประเด็นต้องพิจารณาพิเศษอื่น ๆ (ถ้ามี) -****12. ข้อจำกัดของการวิจัยและอุปสรรคที่อาจมีและแผนการป้องกัน (Limitations and plans for mitigation)**

เนื่องจากเป็นงานวิจัยประเภทเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ face to face จึงอาจมีเรื่องของ Interviewer Bias หรือ Investigator Bias ได้ เพื่อให้เกิดน้อยที่สุดทางที่วางแผนฝึกฝนผู้สัมภาษณ์เป็นบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวกับโครงการการเลิกบุหรี่

**13. ตารางเวลาการดำเนินงาน (Time table)**

ระยะเวลาการดำเนินการ

ตั้งแต่ เดือนมิถุนายน 2561 ถึง เดือนพฤษภาคม 2562 รวมระยะเวลา.....12.....เดือน

วัตถุประสงค์ / เป้าหมาย	เดือนที่ (ม.ย.61-พ.ค.62)											
	ม.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.
	61	61	61	61	61	61	61	62	62	62	62	62
1. เขียนโครงร่างโครงการวิจัย												

วัตถุประสงค์ / เป้าหมาย	เดือนที่ (ม.ย.61-พ.ค.62)											
	ม.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.
	61	61	61	61	61	61	61	62	62	62	62	62
2. ได้โครงร่าง โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ที่ผ่านการอนุมัติ												
3. ได้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล												
4. ได้ข้อมูลครบถ้วนถูกต้อง												
5. วิเคราะห์ ข้อมูล												
6. ได้รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์												
7. นำเสนอและเผยแพร่รายงานวิจัย												

#### 14. งบประมาณและแหล่งทุน

อยู่ระหว่างการขอรับทุนสนับสนุนจาก ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบและสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาศักยภาพภาคใต้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	หน่วย	จำนวน	จำนวนเงิน
<b>ค่าตอบแทน</b>			
1. ค่าตอบแทนผู้เก็บข้อมูล		100 ชุด*30 บาท	3,000
2. ค่าตอบแทนกลุ่มตัวอย่าง	50 บาท/วัน	50 บาท*100 คน*5 วัน	25,000
<b>ค่าเก็บข้อมูล</b>			
เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม			
1. ค่าใช้จ่ายแบบสอบถาม	10 บาท/ครั้ง	10 บาท*100 คน*5 ครั้ง	5,000
2. ค่าประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย		4,700 บาท	4,700
3. ค่าอาหารและเครื่องดื่ม	25 บาท/มื้อ	25 บาท*2 มื้อ*100 คน	5,000
4. ค่าอาหารกลางวัน	50 บาท/มื้อ	50 บาท*100 คน	5,000
<b>ค่าเดินทางเข้าร่วมงานประชุม/สัมมนาทางวิชาการ เพื่อเสนอผลงานวิจัย</b>		10,000 บาท	10,000
<b>ค่าใช้สอย / วัสดุสำนักงาน</b>		9,400 บาท	9,400
<b>ค่าสื่อสาร (เดือนละ 300 บาท)</b>		300 บาท*12 เดือน	3,600

ค่าที่ปรึกษาอาจารย์พี่เลี้ยง		53,000 บาท	53,000
ค่าถ่ายเอกสาร เข้าเล่มรายงาน	800/เล่ม	800 บาท*5 เล่ม	4,000
ค่าตีพิมพ์	8,000/เล่ม	8,000 บาท*5 เล่ม	40,000
	รวมค่าใช้จ่าย		170,000
รวมงบประมาณที่เสนอขอ 170,000 บาท (หนึ่งแสนเจ็ดหมื่นบาทถ้วน)			

#### 15. ผลลัพธ์ของโครงการที่คาดหวัง

ผลงานตีพิมพ์ในวารสารสงขลานครินทร์เวชสารหรือเทียบเท่า 1 ฉบับ และการนำเสนอผลงานด้วยโปสเตอร์หรือปากเปล่า 1 ครั้ง

#### 16. เอกสารอ้างอิง

- รุจา ภูไพบูลย์. (2547). ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมวัยรุ่น. ใน งามาริบัติพยาบาลสาร 10 (มกราคม - เมษายน): 24 - 36.
- เรณู บุญจันทร์, รัชนี กิตติพงษ์ศาล, นพวรรณ เลิศการณ. (2560). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดระนอง. เอกสาร ประกอบการประชุมโครงการควบคุมยาสูบและสุราโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, สสจ. นราธิวาส.
- วรารณณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. (2546). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มปท.
- วิจิตรา พูลเพิ่ม. (2552). กลยุทธ์การดูแลและสร้างเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 32(2, เมษายน – มิถุนายน): 90 – 97.
- ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ และคณะ. (2549). การศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของชาวมุสลิมในประเทศไทย. จุฬาสัมพันธ์ 49(10, มีนาคม).
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2550). การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2534 – 2549. มหาวิทยาลัยมหิดล, มปท.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อนันท์ พรหมนิน. (2560). ประสิทธิภาพของเครือข่ายอสม.ต่อการช่วยเลิกบุหรี่ในรพ.สต.บ้านพังสิ่งห์ ต.ท่าเรือ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช. เอกสารประกอบการประชุมโครงการควบคุมยาสูบและสุราโดยใช้ชุมชน เป็นฐาน, สสจ.นราธิวาส.
- อัสนาน หะยีเจ๊ะเลาะ. (2560). ศึกษาผลของโปรแกรม “เลิกบุหรี่ได้สุขภาพใจใส อิ่มใจได้บุญ”. เอกสาร ประกอบการประชุมโครงการควบคุมยาสูบและสุราโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, สสจ.นราธิวาส.


**คำรับรองจากผู้วิจัยหลัก****ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า**

- ข้อความในโครงการการศึกษาและเอกสารที่เสนอทั้งหมด ถูกต้อง เป็นจริง มีได้คัดลอกผลงานของผู้อื่น
- ข้าพเจ้า จะจัดให้มีกระบวนการแสดงความยินยอมอย่างเหมาะสม และเคารพสิทธิในการตัดสินใจของอาสาสมัคร
- ข้าพเจ้า จะจัดให้มีกระบวนการกำกับ ตรวจสอบ และดูแลความปลอดภัยของอาสาสมัครอย่างเต็มความสามารถ
- ข้าพเจ้า จะจัดให้มีกระบวนการติดตาม และจัดการข้อมูลให้มีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

หลังจากโครงการได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรม ให้ดำเนินการวิจัยได้

- ข้าพเจ้า จะรายงานการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (Amendment report form: AP-016) ให้คณะกรรมการจริยธรรมรับรองหรือรับทราบ ก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการวิจัย หรือใช้เอกสารที่ยังไม่ได้รับการพิจารณา
- ข้าพเจ้า จะรายงานความก้าวหน้า (Progress report form: AP-014) ตามที่คณะกรรมการกำหนดไว้ในใบรับรอง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) นับตั้งแต่วันที่ได้รับการรับรองด้านจริยธรรม
- ข้าพเจ้า จะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงของอาสาสมัคร (SAE report form: AP-017, AP-018) ภายในกรอบเวลาที่กำหนดใน SOP version 2.0 บทที่ 11 ให้คณะกรรมการจริยธรรม
- ข้าพเจ้า จะรายงานการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (Deviation report form: AP-019) หากได้ดำเนินการใดๆที่ต่างไปจากโครงการการศึกษาหรือเอกสารฉบับล่าสุดที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
- ข้าพเจ้า จะจัดทำ รายงานสรุปผลการวิจัย (Final report form: AP-020) ต่อคณะกรรมการจริยธรรมเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย โดยจะดำเนินการวิจัยให้แล้วเสร็จตามกรอบเวลาที่เสนอไว้ในโครงการศึกษานี้


**ข้าพเจ้า เข้าใจความหมายข้างต้นทุกประการและ ขอให้คำมั่นว่า จะปฏิบัติตามจรรยาวิชาชีพวิจัยอย่างดีที่สุด**

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุนีย์ เจกะบาชอ)

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปาเจาะ  
ผู้วิจัยหลัก

วันที่...29.....เดือน....พฤษภาคม.....พ.ศ...2562.....

ลงชื่อ.....

(ดร.นายแพทย์ธรรมสินธ์ อิงวิยะ)

ตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน  
อาจารย์ที่ปรึกษา (กรณีผู้วิจัยหลักเป็นนักศึกษา)

วันที่...29.....เดือน....พฤษภาคม.....พ.ศ...2562.....