

# วารสารควบคุมยาสูบ

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กันยายน - ธันวาคม 2550

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC)

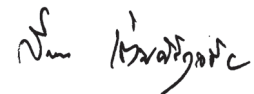
<http://www.trc.or.th>



# บรรณาธิการแถลง

สวัสดิ์ดีค่ะท่านผู้อ่าน กลับมาพบกันอีกครั้งสำหรับวารสารควบคุมยาสูบ ฉบับที่ 2 ของปีที่ 1 ด้วยเนื้อหาสาระที่เข้มข้นของหมวดงานวิจัย จำนวน 5 เรื่อง ซึ่งเป็นประเด็นของบุหรี่กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้แก่ เยาวชนที่เคยเข้าค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่ นักศึกษาวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้หญิงอาชีพบริการ รวมถึงกระบวนการบริการของคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล พร้อมกันนี้ ยังมีบทความพิเศษ รวม 2 ฉบับ โดยบทความพิเศษฉบับแรก ได้นำแนวคิดทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมืองเข้ามาช่วยทำความเข้าใจในบริบทการควบคุมบุหรี่ และบทความพิเศษฉบับที่ 2 ได้เติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับ “บารากู ชิซ่า หรือสูบก้า” ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่อันตรายชนิดหนึ่งซึ่งกำลังได้รับความนิยมในหมู่เยาวชนไทย และปิดท้ายด้วยคอลัมภ์แนะนำหนังสือที่ทุกท่านสามารถเข้าถึงได้ง่ายทั้งจากการดาวน์โหลดฟรีผ่านเว็บไซต์ [www.trc.or.th](http://www.trc.or.th) หรือสามารถขอยืมอ่านได้ที่ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมยาสูบ (Tobacco Control Information Center) ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล หรือขอรับเอกสาร ณ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

ท้ายสุดนี้ ใคร่ขอเชิญทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ นักศึกษาและผู้สนใจ ซึ่งมีผลงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ ได้จัดส่งนิพนธ์ต้นฉบับเข้ามาเผยแพร่ในวารสาร ฯ นี้ ทั้งนี้ เพื่อให้วารสาร ฯ นี้ เป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนต่าง ๆ ที่ผ่านมาของการควบคุมยาสูบ อันจะนำไปสู่ความสำเร็จสูงสุดของการควบคุมยาสูบในอนาคตของประเทศไทย ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ



(ผศ.ดร.ลักขณา เดิมศิริกุลชัย)

บรรณาธิการ

## เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรม กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ\*

พัชราวดี ทองเนื่อง\*\*

สุนิดา ปรีชาวงษ์\*\*\*

นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ\*\*\*

\* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\*\* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ ตามกรอบทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของ Ajzen และ Fishbein กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้หญิงอาชีพบริการที่สูบบุหรี่ซึ่งปฏิบัติงานในสถานบริการ ได้แก่ ผับ บาร์ คาเฟ่ ในจังหวัดภูเก็ต อายุ 13-15 ปี จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามการควบคุมพฤติกรรม และแบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าที่ละตัว

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = .36, .33$  และ  $.25$  ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการได้ ร้อยละ 16.3 ดังนั้น การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในผู้หญิงอาชีพบริการจึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ ได้แก่ เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่

# Attitudes, Subjective Norms, Perceived Behavioral Control, and Intention to Quit Smoking among Woman Service Workers\*

---

---

Patcharawadee Tongnuang\*\*

Sunida Preechawong\*\*\*

Noraluk Ua-Kit\*\*\*

\* A Thesis Submitted for the Degree of Master of Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

\*\* Master Degree Student, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

\*\*\* Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

## Abstract

This study aimed to examine the relationships between attitudes toward quitting smoking, subjective norms, perceived behavioral control, and intention to quit smoking of woman service workers, and to identify the predictors and predictive power of intention to quit smoking. A purposive sample of 100 woman smokers, aged 18-35 years, were recruited from parlours, café, and bar in Phuket province, southern part of Thailand. Within the context of Ajzen's Theory of Planned Behavior, attitude, subjective norms, perceived behavioral control, and intention to quit smoking were measured with the self-administered questionnaires developed by the researchers. Data were analyzed by using multiple regressions to explain the relationships among variables.

The findings indicated that there were significantly positive relationship between attitudes toward quit smoking, subjective norms, perceived behavioral control, and woman service workers' intention to quit smoking ( $r = .36, .33$  and  $.25$ , respectively). Furthermore, regression analysis demonstrated that attitudes toward quitting smoking, subjective norms, and perceived behavioral control explained 16.30 % of the variance in woman service workers' intention to quit smoking. The recommendation for interventions nursing practice should focus on the importance of attitudes toward quitting smoking in promoting smoking cessation among Thai woman service workers.

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ของประชากรโลก เช่น มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น โดยเฉพาะผู้หญิงสูบบุหรี่ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 30 เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกถึง 4 เท่า และเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบและโรคระบบหลอดเลือดมากกว่าผู้หญิงทั่วไป<sup>(1)</sup> ผู้หญิงสูบบุหรี่ที่ได้รับยาคุมกำเนิดจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าผู้หญิงทั่วไปเกือบ 40 เท่า และผู้หญิงที่สูบบุหรี่เพียง 1 – 4 มวนต่อวัน มีโอกาสที่จะเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด และมะเร็งปอดมากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่<sup>(2)</sup> การสูบบุหรี่ของผู้หญิงไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น กลยุทธ์บริษัทบุหรี่ที่พัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ โดยเฉพาะบุหรี่รสอ่อนการมีกำลังซื้อและความเป็นตัวของตัวตนเองมากขึ้น เป็นต้น<sup>(3)</sup> แม้ข้อมูลการสำรวจจะพบว่าผู้หญิงไทยสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 2.1 แต่อัตราการเปลี่ยนแปลงปริมาณการสูบของผู้หญิงจากปีพ.ศ. 2534 – 2547 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 11.9 โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป<sup>(4)</sup> ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า หญิงที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มจะเลิกสูบได้ยากกว่าผู้ชาย<sup>(5,6)</sup> เนื่องจากผู้หญิงมักจะกังวลต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหลังหยุดสูบบุหรี่ และความเคยชินที่ได้สูบบุหรี่<sup>(7)</sup>

ผู้หญิงอาชีพบริการเป็นกลุ่มอาชีพหนึ่งที่มีการแสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างชัดเจน และมีปริมาณการสูบบุหรี่สูง โดยหญิงบริการอาบอบนวดมีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดคือ ร้อยละ 47.4 เนื่องจากลักษณะการทำงานต้องประกอบอาชีพใน

สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ มีการแข่งขันในการทำงานสูง มีกิจกรรมคลายเครียดต่างๆ น้อยทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น ผู้หญิงอาชีพบริการส่วนมากจึงใช้บุหรี่ระบายความเครียด<sup>(3,8)</sup> อีกทั้งโดยปกติในสถานบริการมักมีการจำหน่ายเหล้า เบียร์ และบุหรี่<sup>(9)</sup> จึงหาซื้อบุหรี่ได้ง่าย นอกจากนี้บุคคลที่อยู่ในสถานบริการเดียวกันกับผู้หญิงอาชีพบริการ เช่น เพื่อนร่วมงาน คนเชียร์แขก นายจ้าง หรือแขก เป็นต้น<sup>(10)</sup> ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้นิยมสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ได้ยาก ผู้หญิงอาชีพบริการที่สูบบุหรี่บางรายสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อเปลี่ยนไปประกอบอาชีพอื่น แต่เมื่อกลับมาประกอบอาชีพเดิมก็กลับมาสูบบุหรี่ใหม่ เนื่องจากขาดแรงจูงใจ ขาดความรู้ในวิธีการเลิก ขาดความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ และคิดว่าการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อร่างกายน้อย และใช้เวลาในการเกิดอันตราย<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ การวิตกกังวลต่อน้ำหนักตัวที่อาจเพิ่มขึ้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อรูปร่างและการทำงาน ทำให้ผู้หญิงอาชีพบริการไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ อีกทั้งหลังจากหยุดสูบบุหรี่แล้วทำให้รู้สึกหงุดหงิด และเครียดเมื่อไม่สามารถหากิจกรรมอื่นที่ดีกว่าการสูบบุหรี่ จึงทำให้ต้องหวนกลับมาสูบบุหรี่ใหม่<sup>(11)</sup> กล่าวได้ว่าสภาพจิตใจที่ไม่เข้มแข็งเมื่อต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีคนรอบข้างสูบบุหรี่ หรือขาดความตั้งใจทำให้ผู้หญิงอาชีพบริการที่สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ในผู้หญิงมีค่อนข้างจำกัด เนื่องด้วยวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ในเพศหญิง ทำให้ผู้หญิงที่สูบบุหรี่ไม่นิยมเปิดเผยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ ทั้งนี้ได้ประยุกต์ทฤษฎีการ

วางแผนพฤติกรรม (12,13) (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen และ Fishbein เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทฤษฎีดังกล่าวเชื่อว่าความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้ โดยจะได้รับอิทธิพลจากเจตคติของบุคคลต่อพฤติกรรมนั้น การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ดังนั้น หากบุคคลมีเจตคติทางบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ และเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่จะเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับเขา และเชื่อว่าตนมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ บุคคลนั้นก็จะมี ความตั้งใจอย่างมากที่จะเลิกสูบบุหรี่ ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมมีข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างโมเดลในทฤษฎี ดังปรากฏในการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทาน และการเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น (13,14) ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ มีความสนใจที่จะช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ อันเป็นการพัฒนาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการควบคุมการบริโภคยาสูบให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้หญิงอาชีพบริการได้อย่างเหมาะสม

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ

\* การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ ว่าเป็นที่ยอมรับสำหรับคนทั่วไป

2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

### 1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้หญิงอาชีพบริการที่สูบบุหรี่ ซึ่งทำงานตามสถานบริการของจังหวัดภูเก็ต มีอายุตั้งแต่ 18 – 35 ปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike<sup>†</sup> และพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ต้องการศึกษา (15) จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 100 คน เนื่องจากผู้หญิงอาชีพบริการมีการย้ายเข้าและย้ายออกจากสถานบริการบ่อย ทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนที่แน่นอนได้ และผู้วิจัยไม่สามารถพบผู้หญิงอาชีพบริการทุกคนในสถานบริการที่เลือกศึกษา ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยขออนุญาตจากเจ้าของสถานบริการ แล้วจึงเข้าไปเก็บข้อมูลโดยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งต่อไป และเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2549

### 2. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามชนิดให้ผู้ตอบตอบด้วยตนเอง (self-administered questionnaires) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ชุด

<sup>†</sup> ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ  $10k + 50$  เมื่อ  $k$  คือ จำนวนปัจจัยที่ศึกษา

ประกอบด้วย แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ แบบสอบถามเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่ แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม 4 ชุดแรกเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Ajzen และ Fishbein<sup>(16)</sup> โดยในขั้นแรกผู้วิจัยขอให้ผู้หญิงอาชีพบริการที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับผลดีและผลเสียของการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มอ้างอิงที่สนับสนุน และคัดค้านการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยขัดขวาง พฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ จากนั้นจึงนำปัจจัยที่เด่นชัดมาสร้างเป็นข้อคำถามต่อไป แบบสอบถามแต่ละชุดมีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

#### **แบบสอบถามความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่**

เป็นแบบสอบถามที่ประเมินความตั้งใจของผู้หญิงอาชีพบริการที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามจะถามความเป็นไปได้ของความตั้งใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้มาตรวัด 5 ระดับ คือ เป็นไปไม่ได้อย่างยิ่ง - เป็นไปได้อย่างยิ่ง กำหนดการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน นำค่าคะแนนแต่ละข้อมารวมกันจะได้ค่าความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ

#### **แบบสอบถามเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่**

ประกอบด้วยมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ (b) จำนวน 10 ข้อ และมาตรวัดการประเมินผลของการกระทำ (e) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คำนวณคะแนนเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่โดยนำคะแนนแต่ละข้อของ b<sub>i</sub> และ e<sub>i</sub> มาคูณกัน แล้วนำ

คะแนนทุกข้อมารวมกัน จะได้ค่าคะแนนเจตคติของผู้หญิงอาชีพบริการต่อการเลิกสูบบุหรี่

**แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่** ประกอบด้วยมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (NB<sub>j</sub>) จำนวน 5 ข้อ และมาตรวัดแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (MC<sub>j</sub>) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คำนวณคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่โดยนำคะแนนแต่ละข้อของ NB<sub>j</sub> และ MC<sub>j</sub> มาคูณกัน แล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน จะได้ค่าคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของผู้หญิงอาชีพบริการต่อการเลิกสูบบุหรี่

**แบบสอบถามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่** ประกอบด้วยมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (C<sub>k</sub>) จำนวน 11 ข้อ และมาตรวัดการรับรู้การควบคุม (P<sub>k</sub>) จำนวน 11 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คำนวณคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ โดยนำคะแนนแต่ละข้อของ C<sub>k</sub> และ P<sub>k</sub> มาคูณกัน แล้วนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน จะได้ค่าคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของผู้หญิงอาชีพบริการในการเลิกสูบบุหรี่

แบบสอบถามทั้ง 4 ชุดข้างต้นนี้ ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .80, .76, .86 และ .90 ตามลำดับ

### **3. การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนายแพทย์



สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต จากนั้นประสานงานกับทีมงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในการสำรวจสถานบริการ เพื่อติดตามเก็บข้อมูลจากผู้หญิงอาชีพบริการด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยลงพื้นที่พร้อมทีมสำรวจสถานบริการ และขอความร่วมมือจากเจ้าของสถานบริการในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้หญิงอาชีพบริการ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยและการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้หญิงอาชีพบริการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเชิญผู้หญิงอาชีพบริการนั่งในสถานที่ที่จัดไว้โดยเฉพาะในห้องใดห้องหนึ่งของสถานบริการ อธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในเอกสารแสดงความจำนงเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อมูลส่วนบุคคล เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคลายตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคลายตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์อำนาจทำนายของเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคลายตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ โดยการวิเคราะห์การถดถอย

พหุคูณ (Multiple regression) แบบเข้าทีละตัว (Enter)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้หญิงอาชีพบริการที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ 100 คน จำแนกตามลักษณะสถานบริการได้ทั้งหมด 9 ประเภท คือ โรงแรม บาร์เบียร์ บาร์อะโกโก้ ดิสโก้เทค ผับ คาราโอเกะ อาบอบนวด นวดแผนโบราณ และร้านอาหาร ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 24 - 35 ปี (ร้อยละ 76.0) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.5 ปี ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้หญิงกลุ่มนี้จบการศึกษาระดับมัธยมต้น ทำงานอาชีพบริการมาเป็นเวลา 1 - 5 ปี (ร้อยละ 68.0) โดยมีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 3.7 ปี ประมาณร้อยละ 60 สูบบุหรี่มานาน 1 - 5 ปี โดยเฉลี่ยสูบบุหรี่ 5.2 ปี เกือบร้อยละ 80 สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 81) โดยร้อยละ 54.3 ระบุว่าใช้วิธีค่อยๆ ลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 51.0 เลิกสูบได้นานน้อยกว่า 1 เดือน ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 58.0 ระบุว่าเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ 1 - 10 ครั้ง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคลายตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้หญิงอาชีพบริการมีคะแนนเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 134.62$ ,  $SD = 29.14$ ) คะแนนการคลายตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 90.32$ ,  $SD = 22.16$ ) คะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{x} = 116.43$ ,  $SD = 48.93$ ) และมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกสู

เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิง

อาชีพบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .36, .33$  และ  $.25$  ตามลำดับ)

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่	1.00			
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.45**	1.00		
3. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	.10	.33**	1.00	
4. ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	.36**	.33**	.25**	1.00

\*\* $p < .01$

เมื่อพิจารณาผลการทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ พบว่า เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ

ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 16.30 (Adjusted  $R^2 = .163$ ) โดยเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่เป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Beta = .272)

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ในการทำนายความตั้งใจของผู้หญิงอาชีพบริการในการเลิกสูบบุหรี่

ตัวแปร	b	S.E.	$\beta$	t
1. เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่	0.0014	.005	.272	2.65**
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	0.001	.007	.149	1.37
3. การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม	0.005	.003	.173	1.77*

Adjusted  $R^2 = .163, F = 7.449$ \*\*

\*\*  $p < .01$ ; \* $p = .05 - .10$

## อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .36; p < .01$ ) และสามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .272$ ) อธิบายได้ว่า หากผู้หญิงอาชีพบริการกลุ่มนี้มีเจตคติต่อพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งได้แก่การเลิกสูบบุหรี่ในทางบวก โดยเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพของตนเอง ดังนั้นผู้หญิงกลุ่มนี้ จะมีความตั้งใจแน่วแน่ในการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Modeste และคณะ<sup>(17)</sup> พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงตั้งครรรค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .25$ ) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ<sup>(14)</sup> กลุ่มลูกจ้างในประเทศเนเธอร์แลนด์<sup>(18)</sup> และกลุ่มนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย<sup>(19)</sup> ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม<sup>(12)</sup> ซึ่งอธิบายว่าโดยทั่วไปหากบุคคลมีเจตคติทางบวกต่อการกระทำพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งมากเท่าใด บุคคลนั้นย่อมมีความตั้งใจหนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norms) เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ ( $r = .33, p < .01$ ) ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มอ้างอิงของผู้หญิงอาชีพบริการได้แก่ มารดา เพื่อนร่วมงาน บิดา ลูก และแฟน ซึ่งหากผู้หญิงอาชีพบริการเชื่อว่ากลุ่มบุคคลเหล่านี้ยอมรับหรือเห็นด้วยกับการเลิกสูบบุหรี่ เธอก็จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น แต่เมื่อวิเคราะห์โดยวิธีการถดถอยพหุคูณพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถทำนายความ

ตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการกลุ่มตัวอย่างได้ แม้ผู้หญิงอาชีพบริการจะมีความเชื่อว่ากลุ่มอ้างอิงคิดว่าตนควรเลิกสูบบุหรี่ อาจเป็นไปได้ว่าการตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่นอกจากการได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิงแล้วนั้น การเลิกสูบบุหรี่ยังขึ้นอยู่กับตัวของผู้สูบบุหรี่เป็นสำคัญด้วย ซึ่งผู้สูบบุหรี่อาจจะตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ด้วยปัจจัยต่างๆ ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพตนเอง เช่น สุขภาพไม่ดี หรือ ทำให้แก่เร็ว เป็นต้น ดังนั้น การสร้างความตระหนักของผู้หญิงอาชีพบริการเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และจูงใจให้เลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งทำทนายสำหรับบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงตั้งครรรค์ชาวแอฟริกันอเมริกันในสหรัฐอเมริกา<sup>(17)</sup> ซึ่งพบว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่ใช่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงตั้งครรรค์กลุ่มนี้มากนัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรรค์กลุ่มนี้ มีความเชื่อว่าบุคคลรอบข้างของเขาไม่ต้องการให้เขาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรรค์อย่างแน่นอน

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ ( $r = .25, p < .01$ ) สนับสนุนทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม<sup>(12)</sup> ซึ่งอธิบายว่า ถ้าบุคคลรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในทางบวก บุคคลนั้นจะมีความตั้งใจกระทำพฤติกรรมต่อไป ดังนั้น หากผู้หญิงอาชีพบริการเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมาก อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมไม่ใช่ตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการได้ ผลการศึกษาในประเด็นนี้จึงแตกต่างจากการศึกษาความตั้งใจในการเลิกสู

บุหรืในกลุ่มประชากรอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ<sup>(14)</sup> และหญิงตั้งครรภ์แอฟริกันอเมริกัน<sup>(17)</sup> เป็นต้น ซึ่งพบว่าการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคล อาจจะอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้หญิงอาชีพบริการส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมค่อนข้างต่ำ แม้ว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.0) มีประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่ แต่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานน้อยกว่า 1 เดือน เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายชื่อของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในด้านปัจจัยขัดขวาง พบว่าปัจจัยที่เด่นชัดได้แก่ภาวะเครียด ซึ่งส่งผลให้ผู้หญิงกลุ่มนี้สูบบุหรี่มากขึ้น<sup>(8,9)</sup> จึงทำให้ผู้หญิงอาชีพบริการแสดงความเชื่อและรับรู้ว่ายากที่จะควบคุมให้ตนเองเลิกสูบบุหรี่ได้นอกจากนี้ เป็นไปได้ว่าขนาดตัวอย่าง 100 คน ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษาครั้งนี้ แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าตัวแปรดังกล่าวไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ ดังนั้น การเพิ่มขนาดตัวอย่างอาจส่งผลให้การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้<sup>(20)</sup>

ในการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่าเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการได้ ร้อยละ 16.3 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าผลการวิจัยในกลุ่มประชากรอื่นๆ ที่ผ่านมาในอดีต<sup>(14, 17-19)</sup> อาจเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของกลุ่มอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ที่ไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้อย่างปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ การติดนิโคติน การรับรู้สมรรถนะของ

ตน หรือ ปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับกำลังใจจากครอบครัว ได้แก่ บุตร สามี บิดา มารดา รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ เช่น ราคาบุหรืที่สูงขึ้น และการห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ เป็นต้น

## สรุป

ผลการศึกษานี้ เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้หญิงอาชีพบริการ โดยส่งเสริมให้ผู้หญิงกลุ่มนี้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการเกิดโรคที่มาจาก การสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ และข้อดีของการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้มีเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และนำไปสู่ปัจจัยส่งเสริมตามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เช่น การมีจิตใจที่เข้มแข็ง การให้กำลังใจตนเอง และการได้รับกำลังใจจากครอบครัว เป็นต้น มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ อีกทั้งเพิ่มศักยภาพของผู้สูบบุหรี่ในการเผชิญกับปัจจัยที่ขัดขวางการเลิกสูบบุหรี่ โดยการให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากร และโอกาสที่เอื้ออำนวยให้ผู้หญิงสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น เช่น ส่งเสริมให้ผู้หญิงที่สูบบุหรี่ๆ ลดจำนวนมวนบุหรืที่สูบนอกเวลาทำงาน เนื่องจากไม่ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้สูบบุหรี่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องแรกที่น่าสนับสนุนความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการดังที่ระบุไว้ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม<sup>(12)</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการบริการพยาบาล

1. การจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้หญิงอาชีพบริการมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ดังนี้

1.1) ส่งเสริมเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง โดยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคต่างๆ อันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงการปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้หญิงอาชีพบริการที่ไม่ดี ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิดที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเลิกสูบบุหรี่ อาการขาดนิโคติน และวิธีปฏิบัติขณะมีอาการขาดนิโคติน

1.2) ประสานงานและร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดทำสื่อรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมและสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้หญิงอาชีพบริการ

1.3) รมรงค์ให้มี การเลิกสูบบุหรี่ในผู้หญิงอาชีพบริการอย่างเหมาะสมกับรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยการวิเคราะห์ความสนใจเกี่ยวกับสื่อของผู้หญิงกลุ่มนี้ และจัดทำสื่อที่กลุ่มเป้าหมายสนใจ โดยเนื้อหา มีการกระตุ้นและให้ข้อมูลที่จำเป็นในการเลิกสูบบุหรี่ เน้นรูปแบบของสื่อที่ไม่เป็นวิชาการ เนื้อหา กระชับ และเข้าใจง่าย

2. เพิ่มศักยภาพในการเผชิญกับภาวะเครียด โดยแนะนำและส่งเสริมให้ผู้หญิงอาชีพบริการมีวิธีการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม เช่น ทำงาน บำบัด อดทน ฟังเพลง อ่านหนังสือ และทำกิจกรรมอื่นๆ ตามความสนใจ เป็นต้น และเพิ่มปัจจัยส่งเสริมตามการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มาประยุกต์ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การมีจิตใจที่เข้มแข็ง การให้กำลังใจตนเอง และการได้รับกำลังใจจากครอบครัว โดยการให้ข้อมูลที่จำเป็นในการเลิกสูบบุหรี่ เช่น กระบวนการ

ติดยุติขั้น ตอนในการเลิกสูบบุหรี่ อาการที่เกิดขึ้นขณะเลิกสูบบุหรี่ และองค์กรที่ช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในทุกขั้นตอนให้สามารถเลิกได้สำเร็จ กระตุ้นและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้หญิงสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

3. เสริมสร้างความรู้แก่พยาบาลทุกคน เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และดำเนินงานให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพในทุกหน่วยบริการ

### ด้านการศึกษา

จัดทำเนื้อหาหลักการสอนและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับพิษภัยจากการสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่สูบบุหรี่ โดยให้ความสำคัญของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิง และกำหนดให้มีการเรียนการสอนอย่างจริงจังในทุกหลักสูตร

### การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่และพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ และอาจเพิ่มตัวแปรอื่นในการศึกษา เช่น ประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้หญิงอาชีพบริการและกลุ่มอาชีพอื่น เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการประเมินและวางแผนพัฒนาการบริการสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้หญิงที่สูบบุหรี่ได้เหมาะสม

### กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เอกสารอ้างอิง

1. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention. Fact Sheet: Women and Tobacco (Update November 2006). Available from: URL: [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/Fact\\_sheets/women\\_tobacco.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/Fact_sheets/women_tobacco.htm). Accessed March 22, 2007.
2. Bjartveit, K., Tverdal, A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control*. 2005;14:315-320.
3. Stephen Hamann และคณะ. การทบทวนองค์ความรู้การควบคุมการบริโภคยาสูบ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์; 2549.
4. ศรีธัญญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534 – 2547. กรุงเทพฯ: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์; 2549.
5. McKee, S., A., Maciejewski, P., K., Falba, T., & Mazure, C., M. Sex differences in the effects of stressful life events on changes in smoking status. *Addiction*. 2003;98:874-855.
6. Cavallo, D. A., Duhig, A. M., Mckee, S., & Krishnan-Sarin, S. Gender and weigh concerns in adolescent smokers. *Addictive Behaviors*. 2006;31:2140-2146.
7. นิพนธ์ กุลนิธย์. ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเริ่มและการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงใหม่. *วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*; 2538.
8. นิตยา ร่มรื่น. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาบอบ นวดในเขตกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาภาษาและวัฒนธรรม เพื่อการสื่อสารและการพัฒนา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*; 2545.
9. ชัญชลี ดิวิตรระการ. คุณภาพชีวิตของหญิงขายบริการทางเพศในกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*; 2540.
10. ศุภีมา นฤมล. กระบวนการกลายเป็นหมอนวด: กรณีศึกษาหญิงบริการในสถานบริการอาบอบนวด. *วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. คณะสังคมวิทยา และมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*; 2530.
11. สุพิชชา กิ่งแก้วก้านทอง. ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชน: กรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*; 2540.
12. Ajzen, I. Attitudes, personality, and behavior. Chicago: Dorsey Press; 1988.
13. รุจา ภูไพบูลย์. ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมวัยรุ่น. *รามาริบัติ พยาบาลสาร*. 2547;10:24-35.
14. Bursey, M., & Craig, D. Attitudes, subjective norm, perceived behavioral control, and intentions related to adult smoking cessation after coronary artery bypass graft surgery. *Public Health Nursing*. 2000;17:460-467.
15. Dillman, D. A. Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method (2<sup>nd</sup> ed). New York: John Wiley & Sons; 2000.

16. Ajzen, I., & Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1980.
17. Modeste, N., Lee, J., Lim, V., J., & Anjejo, D. Factors associated with intention to quit smoking among African American pregnant women. Californian Journal of Health Promotion. 2004;2:98-106.
18. Willemsen, M. C., De Vries, H., Breukelen, G. V. Determinants of intention to quit smoking among Dutch employees: The influence of social environment. Preventive Medicine. 1996;25:195-202.
19. Moan, I., S., and Rise, J. Quitting smoking: Applying an extended version of the theory of planned behavior to predict intention and behavior. Journal of Applied Biobehavioral Research. 2005;10(1):39-68.
20. Allison, P.D. Multiple regressions: A primer. Thousand Oaks: Pine Forge Press; 1999.



## ประสิทธิผลของโครงการค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุรี

ศรัณญา เบญจกุล\*

อาทิตยา โล่ห์พัฒนานนท์\*

สุนีย์ สว่างศรี\*

ชุตินา โฉมปรากฏ\*

ปพิชญา คงพร\*

\* ทีมประเมินผล งานประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์เน้นหนัก  
กลุ่มประเมินผล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

### บทคัดย่อ

การประเมินโครงการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่เข้าค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุรี รวมถึงประสิทธิผลของค่าย ฯ ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระยะ 1 เดือน และ 6 เดือน ภายหลังจากเข้าค่าย ฯ โดยสุ่มเลือกจังหวัดที่ดำเนินโครงการค่าย ฯ ได้ครบทุกอำเภอตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในกลุ่มเยาวชนที่เคยเข้าค่าย ฯ ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2548 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

จากการเก็บข้อมูลจากเยาวชนที่เคยเข้าค่าย ฯ ของจังหวัดตัวอย่าง จำนวน 531 คน แบ่งเป็นเยาวชนกลุ่มเพศ จำนวน 301 คน และเยาวชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 230 คน พบว่าเยาวชนกลุ่มเพศส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ขณะที่ กลุ่มเสี่ยงมีสัดส่วนของเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน เยาวชนกลุ่มเพศพักอาศัยที่บ้านน้อยกว่าเยาวชนกลุ่มเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 88.1 และ 93.3 ตามลำดับ ส่วนประสิทธิผลของค่าย ฯ พบว่าเยาวชนกลุ่มเพศ สามารถเลิกบุหรี่ได้ภายหลังจากเข้าค่าย ฯ 1 เดือน และ 6 เดือน ร้อยละ 38.8 และ 46.3 ตามลำดับ กลับมาสูบบุหรี่ภายหลังจากเข้าค่าย ฯ 6 เดือน ร้อยละ 3.4 และยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.3 นอกจากนี้ ยังพบว่ามี 5 ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ลักษณะครอบครัว และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ นอกเหนือจากบุหรี่ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่เข้าค่าย ฯ เหล่านี้ได้ร้อยละ 35 ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการประเมินสะท้อนให้เห็นว่า แม้กิจกรรมค่าย ฯ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สร้างภูมิคุ้มกันให้เยาวชนห่างไกลบุรี หากแต่ปัจจัยแวดล้อมด้านครอบครัวยังคงมีความสำคัญที่ควรส่งเสริมให้อบอุ่นและเข้มแข็ง อันจะส่งผลต่อการห่างไกลบุรีของเยาวชน



## Effectiveness of the Smart Camp Project

---

---

Sarunya Benjakul\*

Artitaya Lophatananon\*

Sunee Sawangsri\*

Chutima Chomprang\*

Papitchaya Kongpon\*

\* Evaluation Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health.

### Abstract

This cross sectional evaluation aimed to study smoking behavior of youth who took part in the smart camp project, to predict the factors effecting to youth smoking, and also to evaluate the effectiveness of the smart camp project on smoking behavior after finish the smart camp 1 and 6 months. The samples were purposive selection as these following criterias; 1) the selected province has completely implemented the smart camp in every district and 2) being youth in the selected province who took part in the smart camp during July - August, 2006. Data were collected by self-administered questionnaire and analyzed by descriptive and inferential statistics.

531 were recruited. More than a half, 301 youths were smokers and 230 were non-smokers or risk youths. The findings indicated as follows: 1) almost of smoking youths were male and the smokers stayed at home less than the non-smokers, 88.1% and 93.3%, respectively, 2) 38.8% and 46.3% of the smoking youths can quit within 1 month and 6 months after finish the smart camp, 3) 3.8% of the smoking youth has relapsed after finish the smart camp 6 months, 4) 50.3% of the smoking youth continued smoking. In addition, the results found five factors including sex, age, at least one household smoked, type of household, and other drug addiction except cigarette could significantly predict youth smoking approximately 35%. Therefore, these empirical evident reflected that though the smart camp could build the protective immune to youth but strengthening family environment also be important for protection youth from smoking.

## บทนำ

บุหรี่เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจและสุขภาพของคนไทย ข้อมูลย้อนหลังของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แม้จะพบว่าอัตราผู้สูบบุหรี่ประจำมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 30.46 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 19.47 ในปี พ.ศ. 2547<sup>(1)</sup> แต่ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยกลับมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือผลการสำรวจในเยาวชนที่มีอายุ 14 - 17 ปี ในปี พ.ศ. 2542 จำนวน 1,300 คน พบว่าวัยรุ่นชายและหญิงเคยทดลองสูบบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38 และ 20 โดยเคยสูบบุหรี่มาแล้วอย่างน้อย 1 มวน คิดเป็นร้อยละ 33 และ 4 และสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 12 และ 3 ตามลำดับ<sup>(2)</sup> และเมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2544 พบว่าเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.3 เป็น 6.7 ส่วนเยาวชนอายุ 20 - 24 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าวจากร้อยละ 18.3 เป็น 20.2<sup>(3)</sup> นอกจากนี้ ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2544 มีวัยรุ่นไทยเสพยาสูบหรือติดยาแล้วจำนวน 375,900 คน โดยเริ่มทดลองสูบบุหรี่เมื่ออายุ 13 - 14 ปี จำนวนเฉลี่ยต่อวันของการสูบบุหรี่อยู่ที่ 8.3 มวน คิดเป็นเงินประมาณวันละ 20 บาท มากกว่านั้น การสูบบุหรี่ อาจนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่นที่ร้ายแรงกว่าด้วย<sup>(4)</sup>

การที่เยาวชนริเริ่มสูบบุหรี่เร็วขึ้นจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากขึ้นเป็นลำดับ กล่าวคือถ้าเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 25 ปี อายุจะสั้นลงไป 4 ปี แต่ถ้าเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 15 ปี อายุจะสั้นลงไป 8 ปี ซึ่งการสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยจะมีผลทำให้สูบบุหรี่ติดเป็นนิสัยและมีแนวโน้มจะเป็นคนสูบบุหรี่จัดในอนาคต ทำให้ยากต่อการเลิก และมีโอกาสเจ็บป่วยได้มากกว่าคนที่สูบในวัยผู้ใหญ่<sup>(5)</sup>

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมา จึงมีนโยบายแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยในปี พ.ศ. 2548 ได้จัดทำโครงการ “ค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่”<sup>\*</sup> ตลอดจนเป็นแกนนำการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มเพื่อนและชุมชน อันเป็นมาตรการหนึ่งเพื่อพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าให้แก่ประเทศ โครงการค่าย ฯ ได้ดำเนินการครอบคลุม 75 จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพฯ ฯ) นับตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2548 โดยมุ่งหวังให้ทุกจังหวัดดำเนินการให้ครอบคลุมทุกอำเภอ อย่างไรก็ตาม ผลการติดตามนับถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 หรือ 4 เดือน หลังสิ้นสุดโครงการ พบว่ามีเพียง 25 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 33.33 ที่สามารถดำเนินโครงการค่าย ฯ ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ

ดังนั้น การประเมินเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของโครงการค่าย ฯ จะนำมาซึ่งความเข้าใจ ตลอดจนแนวทางที่เป็นประโยชน์ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับการวางแผนปรับปรุง หรือพัฒนาโครงการเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ในเยาวชนที่เหมาะสมต่อไป

\* ค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่ หรือ Smart Camp เป็นกิจกรรมหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขริเริ่มขึ้นเพื่อสนับสนุนให้งานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดสามารถดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้แต่ละจังหวัดดำเนินการจัดกิจกรรมค่าย ฯ อำเภอละ 1 ค่าย นับตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2548 โดยเริ่มจากการอบรมครู ก. ให้กับเจ้าหน้าที่ทุกจังหวัด ๗ ละ 2 คน วิทยากรฝึกอบรม คือ สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ ในเบื้องต้น สถาบันธัญญารักษ์ ได้กำหนดเวลาเข้าค่ายเพื่อการบำบัด 5 วัน แต่ในทางปฏิบัติได้ประยุกต์กิจกรรมค่าย ฯ เหลือ 3 วัน ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การให้ความรู้โทษพิษร้ายของบุหรี่ 2) ทักษะการป้องกันและการควบคุมการสูบบุหรี่ 3) การบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ 4) กิจกรรมทักษะชีวิต 5) กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และ 6) การออกกำลังกายและฝึกวินัย

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนกลุ่มเพศที่เข้าค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่เข้าค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่เข้าค่าย ฯ ในระยะ 1 เดือนและ 6 เดือน ภายหลังจากเข้าค่าย ฯ

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยประเมินผล

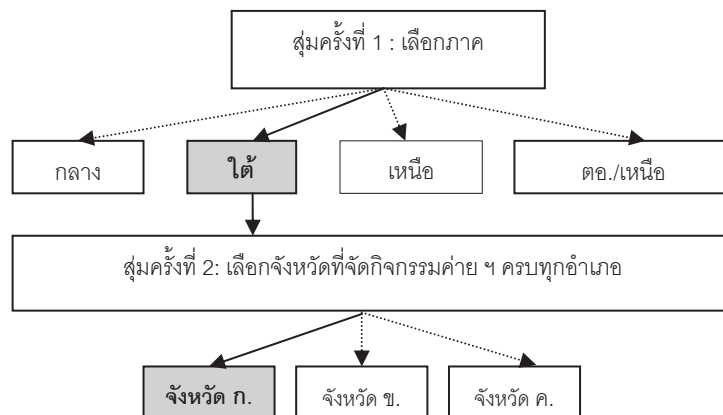
### 1. พื้นที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการประเมินผลครั้งนี้ มีขั้นตอนการคัดเลือกเป็นลำดับดังนี้

- คัดเลือกจังหวัดตัวอย่าง เพื่อเก็บข้อมูลเยาวชนที่เข้าค่าย ฯ ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากการจับ

ฉลาก 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 สุ่มเพื่อคัดเลือกภาค ผลที่ได้คือ ภาคใต้ จากนั้นจึงดำเนินการสุ่มครั้งที่ 2 เพื่อคัดเลือกจังหวัดตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ จังหวัดที่จัดกิจกรรมค่าย ฯ ครอบคลุมอำเภอ ซึ่งผลการติดตามข้อมูลการทำค่าย ฯ เมื่อสิ้นสุดเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2548 พบว่ามี 3 จังหวัดจาก 14 จังหวัดของภาคใต้ที่สามารถทำค่ายได้ครบทุกอำเภอ ซึ่งผลการจับฉลากคัดเลือกจังหวัดที่ได้ก็คือ จังหวัด ก. ดังแผนภูมิที่ 1

- คัดเลือกเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 12 - 25 ปี 2) อยู่ในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือนักศึกษาสายอาชีพ 3) เป็นทั้งผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (กลุ่มเพศ) และไม่สูบบุหรี่ (กลุ่มเสียง) ก่อนเข้าค่าย ฯ 4) ผ่านการเข้าค่าย ฯ ที่จัดขึ้นภายในจังหวัด ก. ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2548 5) อยู่ภายในสถานศึกษา ณ วันที่ดำเนินการจัดเก็บข้อมูล คือเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 หรือประมาณ 6 เดือนนับจากเสร็จสิ้นโครงการค่าย ฯ เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2548 และ 6) ยินดีให้ความร่วมมือ



แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการสุ่มจังหวัดตัวอย่าง

## 2. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 3 หมวด รวมทั้งสิ้น 23 ข้อ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ 2) ประวัติการสูบบุหรี่ก่อนเข้าค่ายและการใช้สารเสพติดอื่น ๆ นอกเหนือจากบุหรี่ จำนวน 13 ข้อ และ 3) การสูบบุหรี่หลังเข้าค่าย จำนวน 3 ข้อ โดยแบบสอบถามทุกข้อ มีลักษณะเป็นข้อถามที่มีตัวเลือกให้ตอบ

แบบสอบถามข้างต้นนี้ ทีมวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยเรื่องการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น<sup>(2, 3, 6)</sup> รวมถึงนำแบบสอบถามต้นฉบับที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ซึ่งมีความเป็นสากลและเผยแพร่ในวารสารวิชาการ<sup>(7-9)</sup> มาแปลและปรับให้เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ จากนั้นจึงนำไปทดสอบความเหมาะสมด้านภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนนำไปทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มเยาวชนที่เข้าค่าย ฯ จากโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษาที่ใช้

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 โดยที่ทีมวิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมค่าย ฯ ของจังหวัดตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์บัญชีรายชื่อเยาวชนที่เข้าค่าย ฯ จำนวนประมาณ 500 คน และขอความร่วมมือผู้บริหารของสถานศึกษาในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับเยาวชนที่เข้าค่าย ฯ โดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง และตรวจความสมบูรณ์ครบถ้วนของการตอบ

แบบสอบถามโดยผู้รับผิดชอบหลัก ก่อนจัดส่งคืนให้ทีมวิจัย

## 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Binary logistic regression) เพื่อทำนายโอกาสเสี่ยงของปัจจัยสาเหตุซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ ต่อการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นผลลัพธ์หรือตัวแปรตาม

## ผลการวิจัย

การประเมินครั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนจากเยาวชนที่เข้าค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่รวมทั้งสิ้น 531 ชุด แบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มสูบบุหรี่ 301 ชุด และกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มไม่สูบบุหรี่ 230 ชุด โดยแบ่งการนำเสนอผลการประเมินออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

### 1. ข้อมูลทั่วไปของเยาวชน ฯ

ผลการประเมินพบว่า เยาวชนกลุ่มเพศส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 99.0 และอายุเฉลี่ย  $15.73 \pm 1.5$  ปี ขณะที่ กลุ่มเสี่ยงมีสัดส่วนของเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน ร้อยละ 56.6 และ 43.4 ตามลำดับ และอายุเฉลี่ย  $14.24 \pm 1.73$  ปี เยาวชนทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และพักอาศัยอยู่บ้านกับครอบครัว โดยเยาวชนกลุ่มเพศมีสัดส่วนการพักอาศัยที่บ้านต่ำกว่าเยาวชนกลุ่มเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 88.1 และ 93.3 ตามลำดับ ขณะเดียวกัน ก็พบว่าเยาวชนกลุ่มเสี่ยงอยู่ในบ้านที่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยายสูงกว่าเยาวชนกลุ่มเพศ คิดเป็นร้อยละ 18.0 และ 9.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเยาวชนกลุ่มเพศและกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเพศ		กลุ่มเสี่ยง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	(n = 298)	(100.0)	(n = 226)	(100.0)
▪ ชาย	295	99.0	128	56.6
▪ หญิง	3	1.0	98	43.4
2. อายุ	(n = 294)		(n = 228)	
	$\bar{x} \pm SD = 15.73 \pm 1.50$		$\bar{x} \pm SD = 14.24 \pm 1.73$	
	Min - Max = 12 - 22		Min - Max = 10 - 19	
3. ระดับการศึกษา	(n = 299)	(100.0)	(n = 228)	(100.0)
▪ มัธยมศึกษาตอนต้น	187	62.5	198	86.8
▪ มัธยมศึกษาตอนปลาย	75	25.1	17	7.5
▪ ปวช.-ปวส.	37	12.4	13	5.7
4. ที่พักอาศัยปัจจุบัน	(n = 295)	(100.0)	(n = 223)	(100.0)
▪ บ้าน	260	88.1	208	93.3
▪ หอพัก	31	10.5	13	5.8
▪ อื่น ๆ	4	1.4	2	0.9

ในตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า มีการสูบบุหรี่ในครอบครัวของเยาวชนกลุ่มเพศมากกว่ากลุ่มเสี่ยงกว่าร้อยละ 10 (ร้อยละ 69.7 และ 58.8) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่กับเยาวชนทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า มีสถานภาพเป็นพ่อมากที่สุด และในอัตราใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 68.3 และ 67.8 ตามลำดับ รองลงมาคือ มีพี่น้องที่สูบบุหรี่

นอกจากนี้ ผลการประเมินเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายของเยาวชน นอกเหนือจากบุหรี่ พบว่าเยาวชนทั้ง 2 กลุ่ม

ได้แก่ กลุ่มเพศ และกลุ่มเสี่ยง ให้ข้อมูลว่าใช้สารเสพติดอื่น ๆ รวม 107 คน คิดเป็นร้อยละ 21.36 โดยเยาวชนกลุ่มเพศใช้สารเสพติดอื่น ๆ สูงกว่าเยาวชนกลุ่มเสี่ยงประมาณ 4 เท่า กล่าวคือกลุ่มเพศใช้สารเสพติดอื่น ๆ จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 30.20 ขณะที่ กลุ่มเสี่ยงใช้สารเสพติดอื่น ๆ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 7.52 โดยสารเสพติดอื่น ๆ ที่เยาวชนทั้ง 2 กลุ่มใช้มากที่สุด คือ สุรา รองลงมา คือ กัญชา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเยาวชนกลุ่มเพศและกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามการสูบบุหรี่ในครอบครัว

การสูบบุหรี่ในครอบครัว	กลุ่มเพศ		กลุ่มเสี่ยง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การสูบบุหรี่ในครอบครัวของเยาวชนที่เข้าค่าย ฯ	(n = 264)	(100.0)	(n = 211)	(100.0)
▪ มี	184	69.7	124	58.8
▪ ไม่มี	80	30.3	87	41.2
2. ความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่กับเยาวชนที่เข้าค่าย ฯ *	(n = 230)	(100.0)	(n = 152)	(100.0)
▪ พ่อ	157	68.3	103	67.8
▪ แม่	10	4.3	3	2.0
▪ พี่/น้อง	37	16.1	23	15.1
▪ ญาติ เช่น ลุง-ป้า น้า-อา ปู่-ย่า ตา-ยาย เป็นต้น	26	11.3	23	15.1

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

## 2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนกลุ่มเพศ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนกลุ่มเพศด้วยข้อมูลความถี่ของการสูบบุหรี่ก่อนเข้าค่าย ฯ พบว่าร้อยละ 24.3 เคยทดลองสูบบุหรี่ก่อนเข้าค่าย ฯ คือมีการสูบบุหรี่ 1 - 2 ครั้งเท่านั้น ร้อยละ 28.6 สูบประจำทุกวัน และร้อยละ 47.1

สูบเป็นครั้งคราว โดยปริมาณบุหรี่ที่เยาวชนกลุ่มเพศส่วนใหญ่สูบบุหรี่คือ 1 - 5 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 89.0 โดยมีค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.51 และ 1 มวนต่อวัน ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ครั้งแรกเท่ากับ  $13.66 \pm 1.53$  ปี และสูบบุหรี่ก่อนเข้าค่าย ฯ เป็นเวลาเฉลี่ย  $19.10 \pm 15.47$  เดือน โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 12 เดือน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ประวัติการสูบบุหรี่ก่อนเข้าค่าย ฯ ของเยาวชนกลุ่มเสฟ

ประวัติการสูบบุหรี่ก่อนเข้าค่าย ฯ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความถี่ของการสูบบุหรี่ก่อนเข้าค่าย ฯ (n = 280)		
▪ ทดลองสูบ (1 – 2 ครั้งเท่านั้น)	68	24.3
▪ สูบทุกวัน	80	28.6
▪ สูบเป็นครั้งคราว *	132	47.1
2. จำนวนบุหรี่ที่สูบ (n = 263)		
▪ 1 – 5 มวนต่อวัน	234	89.0
▪ 6 – 10 มวนต่อวัน	18	6.8
▪ > 10 มวนต่อวัน ขึ้นไป	11	4.2
	$\bar{x} = 3.51$ ; Mode = 1 ; Min – Max = 1 - 40	
3. อายุเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ครั้งแรก (n = 278)	$\bar{x} \pm SD = 13.66 \pm 1.53$ ; Min – Max = 10 - 18	
4. ระยะเวลา (เดือน) สูบบุหรี่ก่อนเข้าค่าย ฯ (n = 240)	$\bar{x} \pm SD = 19.10 \pm 15.47$ ; Min – Max = 1 - 103	

หมายเหตุ \* การสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ประกอบด้วยความถี่ของการสูบบุหรี่ก่อนเข้าค่าย ฯ 2 – 3 วัน และ 4 – 5 วันใน 1 สัปดาห์ รวมถึงสูบนาน ๆ ครั้ง (1 เดือนหรือมากกว่า)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเยาวชนกลุ่มเสฟ จำแนกตามวิธีการได้บุหรี่ยาสูบ (n = 280)

วิธีได้บุหรี่ยาสูบ *	จำนวน	ร้อยละ
1. ร้านสะดวกซื้อ	167	59.6
การขอคู่มือประชาชนก่อนจำหน่ายบุหรี่ (n = 167) **		
▪ เคย	31	18.6
▪ ไม่เคย	103	61.7
▪ ไม่ระบุ	33	19.8
2. ให้คนอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ซื้อให้	73	26.1
3. ขอจากเพื่อน	183	65.4
4. ขอจากคนในครอบครัว	8	2.9
5. อื่น ๆ	15	5.4

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ; \*\* ตามเฉพาะเยาวชนกลุ่มเสฟที่ระบุว่าได้บุหรี่ยาสูบจากร้านสะดวกซื้อเท่านั้น

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า 3 แหล่งสำคัญลำดับแรกๆ ของที่มาของบุหรี่ที่เยาวชนเสพ คือ ขอจากเพื่อน (ร้อยละ 65.4) รองลงมาคือ ร้านสะดวกซื้อ (ร้อยละ 59.6) และให้คนอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ซื้อให้ (ร้อยละ 26.1) นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 61.7 ของเยาวชนที่ได้บุหรี่จากร้านสะดวกซื้อ ระบุว่าร้านค้าไม่เคยตรวจสอบอายุหรือขอดูบัตรประชาชนก่อนจำหน่ายบุหรี่

นอกจากนี้ ผลการประเมินยังพบว่าสถานที่ที่เยาวชนกลุ่มเสพใช้เป็นพื้นที่สูบบุหรี่มากที่สุด ได้แก่ บริเวณงานเลี้ยง/สถานที่อื่น ๆ ที่อยู่ใกล้กับเพื่อน ร้อยละ 34.1 รองลงมา คือ โรงเรียน ร้อยละ 33.3 และบ้าน

ร้อยละ 27.4 ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ปกครองของเยาวชนเหล่านี้ มีส่วนการรับทราบ และไม่ทราบว่าถูก/หลานสูบบุหรี่ในอัตราใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 50.2 และ 47.2 ตามลำดับ

### 3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน ฯ

ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าโมเดลนี้สามารถทำนายการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่เข้าค่าย ฯ ได้ร้อยละ 35 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์หัตถดถอยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน (n = 445)

ปัจจัย	Odds Ratio	Std. Err	Z	P >  Z	95% CI
1. เพศ					
- หญิง	1.00				
- ชาย	67.57	42.06	6.77	0.000	19.95 – 228.87
2. กลุ่มอายุ					
- น้อยกว่า 15 ปี	1.00				
- เท่ากับ 15 ปีขึ้นไป	4.40	1.12	5.79	0.000	2.66 – 7.24
3. สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่					
- ไม่มี	1.00				
- มีตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป	1.42	0.23	2.17	0.030	1.03 – 1.94
4. สภาพครอบครัว					
- ครอบครัวขยาย	1.00				
- ครอบครัวเดี่ยว	2.67	0.97	2.72	0.006	1.32 – 5.44
- อยู่กับญาติ / พี่น้อง	3.96	2.27	2.40	0.016	1.28 – 12.17
5. การใช้สารเสพติดอื่น ๆ					
- ไม่ใช้	1.00				
- ใช้อย่างน้อย 1 ชนิด	2.14	0.73	2.25	0.025	1.10 – 4.17
2 log likelihood	198.18				
Pseudo R-square	0.3549				



จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า 1) เยาวชนชาย มีโอกาสสูบบุหรี่มากเป็น 67.57 เท่าของเยาวชนหญิง 2) เยาวชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีโอกาสสูบบุหรี่มากเป็น 4.40 เท่าของเยาวชนอายุน้อยกว่า 15 ปี 3) การมีสมาชิกในครัวเรือนสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ทำให้เยาวชนมีโอกาสสูบบุหรี่มากเป็น 1.42 เท่าของเยาวชนที่อาศัยในครัวเรือนที่ไม่มีสมาชิกสูบบุหรี่ 4) เยาวชนที่อาศัยในครัวเรือนเดี่ยว และอยู่กับญาติ ๆ หรืออยู่กันเองระหว่างพี่ ๆ น้อง ๆ มีโอกาสสูบบุหรี่มากเป็น 2.67 และ 3.96 เท่าของเยาวชนที่อาศัยในครัวเรือนขยาย และ 5) เยาวชนที่ใช้สารอื่น ๆ อย่างน้อย 1 ชนิด อาทิ สุรา และยากระตุ้น เป็นต้น มีโอกาสสูบบุหรี่มากเป็น 2.14 เท่าของเยาวชนที่ไม่ใช้สารเสพติดใด ๆ

#### 4. ประสิทธิภาพของค่า ๗ ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การประเมินประสิทธิผลของค่า ๗ ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนภายหลังเข้าค่าย ๗ ในระยะ 1 เดือน และ 6 เดือน พิจารณาใน 3 มิติ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่ และการเสพติด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละของการสูบบุหรี่หลังเข้าค่าย ๗ 1 เดือนและ 6 เดือนของเยาวชนที่เข้าค่าย ๗

การสูบบุหรี่	หลังเข้าค่าย ๗ 6 เดือน *						จำนวนรวม	ร้อยละ
		ไม่สูบ		สูบ				
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
กลุ่มเพศ	หลังเข้าค่าย ๗ 1 เดือน	ไม่สูบ	104	35.4 <sup>①</sup>	10	3.4 <sup>③</sup>	114	38.8
		สูบ	32	10.9 <sup>②</sup>	148	50.3 <sup>④</sup>	180	61.2
		รวม	136	46.3	158	53.7	294	100.0
กลุ่มเสี่ยง	หลังเข้าค่าย ๗ 1 เดือน	ไม่สูบ	223	98.2	0	0.0	223	98.2
		สูบ	0	0.0	4	1.8	4	1.8
		รวม	223	98.2	4	1.8	227	100.0

หมายเหตุ \* 6 เดือนหลังเข้าค่าย ๗ นับตั้งแต่ช่วงเวลาที่สิ้นสุดโครงการค่าย ๗ ของจังหวัดตัวอย่างประมาณเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม

พ.ศ. 2548 ถึง ณ ช่วงเวลาที่สำรวจ คือเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าเยาวชนกลุ่มเพศมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น กล่าวคือร้อยละของการไม่สูบบุหรี่ภายหลังการเข้าค่าย ๗ 1 เดือนและ 6 เดือน เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.8 เป็น 46.3 ตามลำดับ รวมถึงมีร้อยละของการสูบบุหรี่ลดลงจาก 61.2 เป็น 53.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า ① เยาวชนกลุ่มเพศ จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 35.4 สามารถเลิกบุหรี่ได้ ภายหลังเข้าค่าย ๗ 1 เดือนจนกระทั่งถึงช่วงเวลาสำรวจ รวมระยะเวลาที่เยาวชนกลุ่มนี้ เลิกบุหรี่ได้สำเร็จนานประมาณ 6 เดือนภายหลังเข้าค่าย ๗ ② เยาวชนกลุ่มเพศ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 แม้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ภายหลังการเข้าค่าย ๗ 1 เดือน แต่ ณ ช่วงเวลาที่สำรวจ เยาวชนเหล่านี้ ไม่สูบบุหรี่แล้ว ③ เยาวชนกลุ่มเพศ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 3.4 กลับมาเสพติด ซึ่งหมายความว่า ไม่สูบภายหลังเข้าค่าย ๗ 1 เดือน แต่ ณ ช่วงเวลาสำรวจ หรือประมาณ 6 เดือนหลังเข้าค่าย ๗ เยาวชนกลุ่มนี้ กลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง และ ④ เยาวชนกลุ่มเพศ จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 50.3 ยังคงสูบบุหรี่

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาข้อมูลของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ก่อนเข้าค่าย ฯ จำนวน 230 คน หากแต่มีข้อมูลสมบูรณ์เพียงพอกับการวิเคราะห์ประสิทธิผลของค่าย ฯ ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ภายหลังจากเข้าค่าย ฯ 1 เดือน และ 6 เดือน จำนวน 227 คน พบว่าเยาวชนกลุ่มนี้ มีจำนวนเพียง 4 คนเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 1.8 ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ภายหลังจากเข้าค่าย ฯ 1 เดือนจนกระทั่งปัจจุบัน (6 เดือนภายหลังจากเข้าค่าย ฯ) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาร่วมกันระหว่างข้อมูลการแสดงความคิดเห็นของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงในประเด็น “ความคิดในการลองสูบบุหรี่” กับเยาวชนกลุ่มเสี่ยง 4 คน ซึ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากไม่สูบบุหรี่เป็นสูบบุหรี่ พบว่าเยาวชน 3 ใน 4 คน เป็นผู้ที่ “เคยคิดจะลองแต่ไม่ได้ลองก่อนเข้าค่าย ฯ” ส่วนอีก 1 คนที่เหลือ คือผู้ไม่เคยคิดลองบุหรี่ก่อนเข้าค่าย ฯ

## อภิปรายผล

การอภิปรายผลการประเมินในครั้งนี้ มุ่งเน้นใน 2 ประเด็น ได้แก่ ประสิทธิภาพของค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ที่ห่างไกลบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่เข้าค่าย ฯ ดังต่อไปนี้

### 1. ประสิทธิภาพของค่าย ฯ ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลการประเมินพบว่า เยาวชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้าค่าย ฯ สามารถเลิกบุหรี่ได้ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับผลการติดตามข้อมูลระดับจังหวัดที่รายงานเข้ามายังกระทรวงสาธารณสุข คือประมาณ ร้อยละ 35 – 40 ถือเป็นระดับของความสำเร็จที่ห่างไกลจากเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้มาก นั่นคือ “เยาวชนติดบุหรี่ที่เข้าค่าย ฯ สามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อยร้อยละ 80” ทั้งนี้อาจเนื่องจากเหตุผลหลายประการ อาทิ

- 1) ภายหลังจากเข้าค่าย ฯ เยาวชนเหล่านี้ โดยเฉพาะกลุ่ม

เสี่ยงยังคงกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมและเพื่อนกลุ่มเดิม ดังนั้น ปัจจัยกระตุ้น คือการเข้าร่วมกิจกรรมค่าย ฯ เพียง 1 ครั้ง จึงมีอาจประสบความสำเร็จได้ในขณะที่ปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ยังคงเหมือนเดิม

- 2) จากข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้รับผิดชอบหลักในการจัดกิจกรรมค่าย ฯ ของจังหวัดตัวอย่างและจังหวัดอื่น ๆ พบว่าเยาวชนที่เข้าค่าย ฯ มีจำนวนไม่สอดคล้องกับจำนวนวิทยากร ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาความครอบคลุม และความเคร่งครัดในการดูแลหรือการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้เยาวชนไม่ได้รับผลประโยชน์อย่างเต็มที่ในการเข้าค่าย ฯ และ
- 3) ผู้ปกครอง ยังมีได้เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเยาวชน เห็นได้จากการให้ข้อมูลของเยาวชนที่ระบุว่ามีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะพ่อ (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นบุคคลที่เยาวชนชายส่วนใหญ่ยึดถือเป็นต้นแบบ จนนำไปสู่พฤติกรรมการเลียนแบบในที่สุด

นอกจากนี้ จากตารางที่ 5 ยังให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่าสภาพแวดล้อมด้านครอบครัวเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโอกาสการสูบบุหรี่ที่ต่างกัน โดยเยาวชนที่อาศัยอยู่กับญาติหรือพี่น้องเท่านั้น และมีสมาชิกในครัวเรือนสูบบุหรี่ มีโอกาสสูบบุหรี่สูงกว่าเยาวชนที่อาศัยในครัวเรือนขยาย ครัวเรือนเดี่ยว และไม่มีสมาชิกในครัวเรือนสูบบุหรี่ จากเหตุผลเหล่านี้เองส่งผลให้ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมค่าย ฯ เยาวชนต้องกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเช่นเดิม จึงส่งผลต่อระดับความสำเร็จของกิจกรรมค่าย ฯ ที่ยังคงห่างไกลจากเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้มาก

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 35 – 40 ร่วมกับข้อมูลอื่น ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการสูบบุหรี่ภายหลังจากเข้าค่าย ฯ 1 เดือน เป็นไม่สูบบุหรี่ ณ ช่วงเวลาสำรวจหรือ 6 เดือนหลังจากเข้าค่าย ฯ ร้อยละ 10.9 และการกลับมาเสพซ้ำ ร้อยละ 3.4 ถือได้ว่าโครงการค่าย ฯ

มีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน เป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ จากผลการประเมินพบว่า การดำเนินกิจกรรมค่าย ฯ ส่วนใหญ่มีความไม่พร้อมในหลายประการ อาทิ ระยะเวลาการเตรียมการจัดกิจกรรมค่าย ฯ มาตรฐานกิจกรรมในค่าย ฯ และความสามารถของวิทยากรในการจัดกิจกรรมค่าย ฯ เป็นต้น ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้ อาจเป็นส่วนหนึ่งของการไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

## 2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน ฯ

ผลการวิเคราะห์สรุปได้ว่า เยาวชนจะสูบบุหรี่หรือไม่ ขึ้นอยู่กับตนเองและสภาพแวดล้อม กล่าวคือเพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่มากเป็น 67.57 เท่าของเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจและการศึกษาที่ผ่านมา อาทิ สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534 – 2549 <sup>(1)</sup> และผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย: การสำรวจกลุ่มวัยรุ่นระดับประเทศ รอบที่ 1 (พ.ศ. 2548) <sup>(10)</sup> และรอบที่ 2 (พ.ศ. 2549) <sup>(11)</sup> เป็นต้น นอกจากนี้ การที่สัดส่วนของโอกาสสูบบุหรี่ที่ต่างกันอย่างมากระหว่างชายกับหญิงเช่นนี้ อาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินครั้งนี้ อาศัยประจำอยู่ต่างจังหวัด ซึ่งวัยรุ่นหญิงของพื้นที่ต่างจังหวัดส่วนใหญ่สูบบุหรี่น้อยกว่าวัยรุ่นหญิงในเมือง โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่และกรุงเทพฯ ฯ ประกอบกับสิ่งยั่วยุต่อวัยรุ่นชายในสังคมปัจจุบันมีมาก บุหรี่เป็นสินค้าที่มีวางจำหน่ายอย่างกว้างขวางหาซื้อได้ทั่วไป และถึงแม้ว่า บุหรี่เป็นสินค้าที่ไม่ดีในสายตาของบุคคลส่วนใหญ่ในสังคม แต่บุหรี่ยังมีใช้สินค้าผิดกฎหมาย ดังนั้น การสูบบุหรี่ จึงอาจเป็นหนทางที่วัยรุ่นชายนำมาใช้บ่อยที่สุดเพื่อแสดงออกซึ่งความเป็นชาย และตอบสนองของความคึกคะนองแห่งวัย

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ยังพบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของครอบครัวเป็นทั้งปัจจัยเสริมและขัดขวางที่ก่อให้เกิดโอกาสการสูบบุหรี่ที่ต่างกัน โดยครอบครัวอาจเป็นปัจจัยขัดขวางในฐานะของสถาบันที่ทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันการสูบบุหรี่ เห็นได้จากเยาวชนที่อาศัยอยู่กับญาติหรือพี่/น้อง และอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียว มีโอกาสสูบบุหรี่สูงกว่าเยาวชนที่อาศัยในครัวเรือนขยาย 3.96 และ 2.67 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากครัวเรือนขยาย ซึ่งมีญาติผู้ใหญ่อยู่ร่วมด้วยมีความใกล้ชิด/ความอบอุ่นในการดูแลเด็กมากขึ้น ประกอบกับจังหวัดที่เก็บข้อมูล มิใช่พื้นที่ยากจนของประเทศ และโดยทั่วไป ผู้สูงอายุของสังคมไทย ปัจจุบัน มีอายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้น (Life expectancy) หรือประมาณ 68 – 73 ปี และข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยระหว่างปี พ.ศ. 2543 – 2545 <sup>(12)</sup> พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 50.0) เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุระหว่าง 60 – 70 ปี) นอกจากนี้ ผลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2545 พบว่าส่วนใหญ่ประเมินตัดสินด้วยตนเองว่ามีสถานะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 39.9 <sup>(13)</sup> ดังนั้น บุคคลกลุ่มนี้จึงยังมีความแข็งแรงเพียงพอที่จะร่วมดูแลบุตรหลานในครอบครัว ขณะเดียวกัน ครอบครัวก็เป็นปัจจัยเสริมให้สูบบุหรี่ได้ เห็นได้จากเยาวชนที่อาศัยในครัวเรือนซึ่งมีสมาชิกสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป มีโอกาสสูบบุหรี่สูงกว่าเยาวชนที่ไม่มีสมาชิกในครัวเรือนสูบบุหรี่ 1.42 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา ศิริวัศมี และคณะ <sup>(11)</sup> ทั้งนี้อาจเป็นผลจากพฤติกรรมเลียนแบบ ซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติหรือไม่รู้ตัว

## สรุป

ผลการประเมินที่ได้รับจากเยาวชนกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 531 คน โดยแบ่งเป็นเยาวชนกลุ่มเพศ จำนวน 301 คน และเยาวชนกลุ่มเสียง จำนวน 230 คน ร่วมกันให้ข้อมูลเชิงปริมาณย้อนหลังที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ทั้งก่อนเข้าค่าย และภายหลังการเข้าค่าย ๔ 2 ช่วงเวลา ได้แก่ 1 เดือน และ 6 เดือนหลังเข้าค่าย ๔ พบว่าเยาวชนกลุ่มเพศที่เข้าค่าย ๔ สามารถเลิกบุหรี่ได้ภายหลังเข้าค่าย ๔ 1 เดือน และ 6 เดือน ร้อยละ 38.8 และ 46.3 ตามลำดับ กลับมาสูบบุหรี่ ร้อยละ 3.4 และยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 50.3 ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่ได้จากการประเมินครั้งนี้ มีทั้งสิ้น 5 ปัจจัย ประกอบด้วยปัจจัยเพศ อายุ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ลักษณะครอบครัว และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ นอกเหนือจากบุหรี่ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 35

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโครงการค่าย ๔

1.1) ส่วนกลางควรขยายเวลาในการเตรียมความพร้อมการจัดทำโครงการค่าย ๔ รวมถึงการเตรียมพื้นที่รองรับการจัดกิจกรรมค่าย ๔ และการเตรียมการประสานงานกับโรงเรียนเพื่อสร้างกระบวนการคัดกรองเยาวชนอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2) ควรดำเนินการถอดบทเรียนในจังหวัดที่มีแนวทางการปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ในการจัดกิจกรรมค่าย ๔ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อันจะยังประโยชน์สูงสุดต่อการขยายผลหรือหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมค่าย ๔ กับทุกพื้นที่ของประเทศไทย

1.3) จัดกิจกรรมฟื้นฟูวิทยากรให้มีความตื่นตัวและมีทักษะที่ดีในการถ่ายทอดองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบกับเยาวชน

## 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1) กระทรวงสาธารณสุข ควรเสนอให้โครงการค่ายเยาวชนไทยรุ่นใหม่ห่างไกลบุหรี่ได้รับการบรรจุไว้ในนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อให้โรงเรียนทุกแห่งมีอิสระในการจัดกิจกรรมค่าย ๔ รวมถึงคัดกรองเยาวชนเข้าค่าย ๔ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอและตำบลทำหน้าที่สนับสนุนหรือร่วมให้ข้อมูลความรู้ที่ทันสมัยของพิษภัยบุหรี่ และกระจายสื่อสิ่งพิมพ์ที่เป็นประโยชน์ให้กับโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อพึงตระหนักว่า กิจกรรมค่าย ๔ ควรจัดให้มีรายละเอียดของกิจกรรมที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนกลุ่มเพศและกลุ่มเสียง

2.2) กระทรวงศึกษาธิการ ควรวางแผนเพื่อสนับสนุนให้โรงเรียนมีกิจกรรมอื่น ๆ นอกเหนือจากกิจกรรมค่าย ๔ เพื่อสร้างสังคมปลอดบุหรี่ให้กับเยาวชนอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุที่การประเมินผลครั้งนี้ระบุชัดเจนว่าความสำเร็จของการเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเยาวชนที่สูบบุหรี่จนติดแล้ว มิอาจช่วยให้เลิกได้สำเร็จด้วยการจัดกิจกรรมกระตุ้นเพียง 1 ครั้ง

2.3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ควรร่วมกับโรงเรียนและผู้นำชุมชนกลุ่มต่าง ๆ เพื่อจัดกิจกรรมสร้างสังคมปลอดบุหรี่ให้กับเยาวชนในพื้นที่ต่าง ๆ นอกเหนือจากโรงเรียน อันส่งผลให้เยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษาได้มีโอกาสรับผลประโยชน์นี้ด้วย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.สุวัช เตียศิริวัฒนา ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข นางสาวพันธุ์ทิพย์ ธรรมสโรช ผู้อำนวยการกลุ่มประเมินผล และนางสุวารี วงศ์โรจนานันท์ หัวหน้างานประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์เน้นหนัก กลุ่มประเมินผล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางการวางแผนประเมินผลโครงการค่ายเยาวชนไทยห่างไกลบุหรี่ในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่สละเวลาอันมีค่าร่วมให้ข้อมูล รวมถึงเยาวชนทุกคนที่ร่วมกิจกรรมค่าย ฯ และมีส่วนร่วมตอบแบบประเมิน

## เอกสารอ้างอิง

1. ศรีธัญญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2534-2547. กรุงเทพฯ ฯ: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์; 2549.
2. Marvin Goldberg. “แบบแผนพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ยุคของวัยรุ่นไทย” ใน เยาวชนไทยกับการสูบบุหรี่: ข้อเท็จจริง; 2542.  
แหล่งข้อมูล <http://www.ashthailand.or.th> เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2549.
3. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และ สำนักวิจัยเอแบคโพลล์. รายงานการสูบบุหรี่ของนักเรียนนักศึกษา และพฤติกรรมปัญหาที่เกี่ยวข้อง กรณีศึกษานักเรียนนักศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงระดับปริญญาตรีจาก 25 จังหวัดทั่วประเทศ ปี 2548. กรุงเทพฯ; 2548.
4. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. เยาวชนไทยกับการสูบบุหรี่: ข้อเท็จจริง.  
แหล่งข้อมูล <http://www.ashthailand.or.th> เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2549.
5. \_\_\_\_\_. คู่มือ smart camp. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
6. \_\_\_\_\_. The teenage attitudes & behavior study (TABS). Philip Morris U.S.A. Youth Smoking Prevention; 2004.
7. \_\_\_\_\_. Tobaccouse Questions, Youth. The University of Wisconsin-Extension. Available from: <http://www.uwex.edu/ces/tobaccoeval/resources/survey/yusebeh.htm>. Accessed: Jan, 2005.
8. Center for Tobacco Research and Intervention. Wisconsin Youth Risk Behavior Survey High School Questionnaire (WISDM-68). University of Wisconsin Medical School, Madison; 2001.
9. Heatherton TF et al. The Fagerstorm Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstorm Tolerance Questionnaire. British journal of Addiction. 1991;86:1119-1127.
10. นุปผา ศิริวัศมี และคณะ. ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย: การสำรวจกลุ่มวัยรุ่นระดับประเทศ รอบที่ 1 (พ.ศ.2548). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.

11. นุปผา ศิริวิรัมย์ และคณะ. ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย: การสำรวจกลุ่มวัยรุ่นระดับประเทศ รอบที่ 2 (พ.ศ.2549). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
12. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามหมวดอายุ พ.ศ. 2543 – 2545; 2547) แหล่งข้อมูล [http://service.nso.go.th/nso/data/data01\\_th\\_2/branch01\\_01\\_02.jsp](http://service.nso.go.th/nso/data/data01_th_2/branch01_01_02.jsp) เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551.
13. คณะอนุกรรมการจัดทำข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ. “สุขภาพผู้สูงอายุไทย” ในสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2548. แหล่งข้อมูล: [http://www.m-society.go.th/document/edoc/edoc\\_892.pdf](http://www.m-society.go.th/document/edoc/edoc_892.pdf) เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2551.

## กระบวนการบริการของคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล\*

ปิยาภรณ์ เขาวเรศ\*\*                      ลักษณ์า เต็มศิริกุลชัย\*\*\*  
 มณฑา เก่งการพานิช\*\*\*                ภรณี วัฒนสมบูรณ์\*\*\*  
 ดุสิต รุจิรัตน์\*\*\*\*

\* วิทยาลัยแพทยศาสตร์มหาวิทิต (สาธาณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* พยาบาลวิชาชีพ 6 งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช

\*\*\* อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\* อาจารย์ประจำภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบริบทองค์กรกับกระบวนการให้บริการเลิกบุหรี่ของคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลจากทำเนียบคลินิกอดบุหรี่ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2546 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ 175 ชุด ได้รับแบบตอบกลับ 167 ชุด คิดเป็นร้อยละ 95.4 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคว์สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า บริบทองค์กรที่เอื้อต่อการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ที่สำคัญ คือ โรงพยาบาลมีการประกาศนโยบายในการควบคุมการบริโภคยาสูบครบ 5 นโยบาย ร้อยละ 65.9 มีหน่วยงานรับผิดชอบ ร้อยละ 100 มีทีมผู้รับผิดชอบดำเนินงานแบบสหสาขา ร้อยละ 61.7 สำหรับกระบวนการดำเนินงานของคลินิกอดบุหรี่พบว่ามีการให้บริการเลิกบุหรี่โดยใช้หลักการ 5 As ครบทั้ง 5 ขั้นตอน ร้อยละ 91.0 โดยร้อยละ 100 มีการดำเนินงานใน 2 ขั้นตอนแรกคือ ขั้นถาม และให้คำแนะนำ และมีการดำเนินการขั้นประเมินความพร้อม ร้อยละ 96.4 ขั้นการช่วยเหลือ ร้อยละ 96.2 โดยการช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นแบบไม่ใช้ยา คือการให้คำปรึกษาสำหรับขั้นติดตามและประเมินผล มีการดำเนินการน้อยที่สุด ร้อยละ 91.0 โดยวิชาชีพที่มีบทบาทดำเนินการมากที่สุดภายใต้หลักการ 5 As คือ พยาบาล นอกจากนั้น ยังพบความสัมพันธ์ระหว่าง 4 บริบทองค์กร ได้แก่ การมีประกาศครบ 5 นโยบาย ( $p < 0.001$ ) การดำเนินงานเป็นทีมแบบสหสาขา ( $p < 0.001$ ) การมีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ครบ ( $p = 0.002$ ) และการประชาสัมพันธ์ ( $p = 0.014$ ) กับกระบวนการบริการเลิกบุหรี่โดยใช้หลักการ 5As อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ข้อเสนอแนะจากการศึกษาคือ โรงพยาบาลควรจัดบริบทองค์กรที่เอื้อต่อการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ อาทิ การประกาศนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบ การจัดตั้งทีมผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน เป็นต้น ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายการเลิกบุหรี่แห่งชาติเอื้อต่อการจัดบริการเลิกบุหรี่ที่ยั่งยืนและครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ



## Process of cessation clinics in hospitals\*

Piyaporn Yawares\*\*

Lakkhana Termsirikulchai\*\*\*

Mondha Kengganpanich\*\*\*

Paranee Vatanasomboon\*\*\*

Dusit Sujirarat\*\*\*\*

\* A Thesis Submitted for the Degree of Master of Science (Public Health), Faculty of Public Health, Mahidol University

\*\* Professional Nurse 6, Surgical and Orthopedic Surgery Nursing Division, Siriraj Hospital

\*\*\* Lecturer, Department of Health Education and Behavioral Science, Faculty of Public Health, Mahidol University

\*\*\*\* Lecturer, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

### Abstract

This cross-sectional survey research was aimed to study the organizational contexts, service process, and achievement evaluation of cessation clinics including the association between organizational contexts and the process of cessation services. The clinics were selected from hospitals, listing by the Ministry of Public Health in 2003. Data were collected by mailing the questionnaires to 175 cessation clinics and 167 (95.4 %) completed questionnaires were returned. Interviewing qualitative data were also conducted with 6 cessation clinics. Descriptive and inferential statistical analysis were used.

The results of the organizational contexts showed about two thirds of hospitals implemented all 5 tobacco control policies, 100% had assigned a responsible department, and 61.7% had responsible for cessation services by multidisciplinary team. Most clinics applied the principle of 5 As completely (91.0%). The applications of 5As were as follows: Asking and Advising step (100.0%); Assessing readiness (96.4%); Assisting (96.2%); and Arranging follow-up (91.0%). Most of the assistance given was concerned with not using medicines (98.7%) and providing counseling (100%). The professional personnel who played mainly the roles in 5As were nurses. Statistically significant relationships were found between the organizational contexts and the process of cessation services applying the principles of 5 As, in the following aspects: declaring all 5 policies ( $p < 0.001$ ); multidisciplinary teams being responsible for implementing the services ( $p < 0.001$ ); possessing all types of equipments and supplies ( $p = 0.002$ ); and organizing public relations activities ( $p = 0.014$ ). Therefore all hospitals should implement all 5 tobacco control policies; a responsible team should be assigned explicitly; adequate support of equipment and supplies for all activities as well as for the organization of public relations. Ministry of Public Health should have cessation policy nationally and practically.



## บทนำ

แม้ว่าประเทศไทยจะได้รับการยกย่องจากนานาชาติเกี่ยวกับการมีมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพ เช่น การมีกฎหมายควบคุมยาสูบ 2 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 การมีมาตรการทางภาษี การรณรงค์ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การศึกษาให้ความรู้ และสร้างความตระหนักแก่ประชาชน เป็นต้น เป็นผลให้อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทยลดลงเป็นลำดับจากร้อยละ 32 ในปี พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 21.91 ในปี พ.ศ.2549 อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ.2549 นี้ยังพบว่าคนไทยที่สูบบุหรี่ปัจจุบันมีจำนวนถึง 11.03 ล้านคน<sup>(1)</sup> และผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 76.7 หรือประมาณ 8.7 ล้านคน เคยมีความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่โดยร้อยละ 39.8 มีความพยายามเลิกมากกว่า 5 ครั้ง จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูบบุหรี่มีความต้องการเลิกบุหรี่ หากแต่มีความยากลำบากที่จะเลิกบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จได้<sup>(2)</sup> ดังนั้นบริการเลิกบุหรี่จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถูกต้องและประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว อีกทั้งส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของตัวผู้สูบเอง ทั้งนี้ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ลดลง ซึ่งหมายถึงการประหยัดงบประมาณที่จะใช้ไปเพื่อการรักษาพยาบาลโรคดังกล่าว รวมทั้งการเป็นตัวแบบที่ดีให้กับเยาวชนหรือนักสูบบุหรี่ใหม่ที่กำลังจะเริ่มสูบบุหรี่ และเป็นกำลังใจสำหรับผู้ที่ยกเลิกสูบบุหรี่แต่ยังไม่สำเร็จอีกด้วย

กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกซึ่งประเทศไทยได้ร่วมลงสัตยาบรรณเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2547 ในมาตรา 14 ว่าด้วยมาตรการลดอุปสงค์เกี่ยวกับการติดยาสูบและ

การเลิกยาสูบ ได้ให้แนวทางถึงการดำเนินการช่วยเหลือคนเลิกบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับมติที่ประชุมคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) ครั้งที่ 2/2548 เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2548 วาระที่ 4.1.4 เรื่องมาตรการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยให้ความสำคัญกับการบริการเลิกบุหรี่ว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันควบคุมยาสูบ กรมการแพทย์ ได้มีการอบรมวิทยากรเพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ.2530<sup>(3)</sup> และได้มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการรักษาผู้ติดบุหรี่โดยใช้หลักการ 5 As<sup>(4)</sup> รวมถึงสนับสนุนการดำเนินการคลินิกอดบุหรี่ จนกระทั่งงานควบคุมยาสูบของกรมการแพทย์ ได้ถูกโอนย้ายมาอยู่ในความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ ซึ่งในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการสำรวจพบจำนวนคลินิกอดบุหรี่ และได้ขึ้นทะเบียนไว้ 430 แห่ง<sup>(5)</sup>

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาถึงสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ไม่มากนัก รวมถึงบริบทและกระบวนการบริการเลิกบุหรี่ ดังนั้น การศึกษาบริบทขององค์กรและกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ ตลอดจนปัจจัยบริบทองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการให้บริการเลิกบุหรี่โดยใช้หลักการ 5 As จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนเพื่อการผลักดันให้มียุทธศาสตร์จัดบริการคลินิกอดบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทองค์กรในการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ และกระบวนการให้บริการของคลินิกอดบุหรี่ ตามหลักการ 5 As
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบริบทองค์กรกับกระบวนการบริการเลิกบุหรี่

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลสังกัดรัฐบาลและเอกชนที่ขึ้นทำเนียบคลินิกอดบุหรี่ในปี พ.ศ. 2546 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 430 แห่ง

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่าง 97 แห่ง แต่การวิจัยนี้ เป็นการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ที่โดยทั่วไปมีอัตราการตอบกลับค่อนข้างต่ำ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเกินไว้ร้อยละ 80 คิดเป็น 175 แห่ง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งคลินิกอดบุหรี่เป็น 2 กลุ่ม ตามสังกัดของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดรัฐบาล จำนวน 411 แห่ง และสังกัดเอกชน 19 แห่ง จากนั้น คำนวณจำนวนโรงพยาบาลทั้ง 2 สังกัด เพื่อให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ 50 : 50 ดังนั้น โรงพยาบาลภาครัฐบาลและเอกชนที่สุ่มเลือกในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีจำนวน 167 แห่ง และ 8 แห่ง ตามลำดับ และในขั้นตอนสุดท้ายใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากให้ครบตามสัดส่วนของคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่คำนวณไว้

### 2. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 3 ส่วน

ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ 2) ข้อคำถามเกี่ยวกับบริบทขององค์กร จำนวน 13 ข้อ และ 3) ข้อคำถามเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานในคลินิกอดบุหรี่ จำนวน 15 ข้อ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เป็นข้อคำถามแบบปรนัยที่มีลักษณะคำตอบคือ มี/ใช่ และ ไม่มี/ไม่ใช่ โดยแบบสอบถามนี้ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพ โดยการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 แห่ง พบว่าแบบสอบถามนี้มีความชัดเจนด้านภาษาที่ใช้ และมีเนื้อหาครบถ้วนตามกระบวนการที่ได้ปฏิบัติจริงในคลินิกอดบุหรี่

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังกลุ่มตัวอย่าง โดยมีจดหมายขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัย และมีคำชี้แจงในใบปะหน้าแบบสอบถาม เพื่อขอความร่วมมือและความสมัครใจแบบสอบถามมีการติดไปรษณียากรเพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งกลับ หลังส่งแบบสอบถาม 1 เดือน มีการโทรศัพท์ติดตามไปยังโรงพยาบาลที่ยังไม่ส่งกลับ และส่งแบบสอบถามรอบ 2 ไปยังโรงพยาบาลที่ยินดีให้ข้อมูลแต่ไม่สะดวกในการค้นหาแบบสอบถาม และมีการติดตามจนได้แบบสอบถามมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ไควสแควร์ (Chi - square)

## ผลการวิจัย

1. **ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลและคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล** ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 167 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล ร้อยละ 96.4 โดยเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเตียง 10 - 120 เตียงมากที่สุด (ร้อยละ 67.7) รองลงมาคือ โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 121 - 650 เตียง (ร้อยละ 23.0) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.2) อายุอยู่ระหว่าง 40 - 49 ปี (ร้อยละ 49.1) ทำงานในตำแหน่งพยาบาล (ร้อยละ 83.8) มีประสบการณ์การดำเนินงานเกี่ยวกับคลินิกอดบุหรี่ระหว่าง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 77.8) เคยเข้ารับการอบรมเรื่องการบริการเลิกบุหรี่ (ร้อยละ 72.5) เคยอบรมเพียง 1 ครั้ง (ร้อยละ 52.8) หลักสูตรที่เข้ารับการฝึกอบรมมีเนื้อหาที่สำคัญ คือ ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ (ร้อยละ 87.6) การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 86.8) และแนวทางการดำเนินงานในคลินิกอดบุหรี่ (ร้อยละ 77.7) และการจัดโปรแกรมเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 62.8)

## 2. บริบทขององค์กรที่เอื้อต่อการดำเนินงานในคลินิกอดบุหรี่

ในตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า

1) นโยบายในการควบคุมการบริโภคยาสูบของโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 100.0 มีการประกาศนโยบายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยร้อยละ 65.9 มีการประกาศนโยบายครบทั้ง 5 ข้อ ขณะที่ร้อยละ 34.1 ประกาศนโยบายไม่ครบ 5 ข้อ โดยนโยบายที่ไม่ได้ประกาศเป็นนโยบายการช่วยเลิกบุหรี่ และนโยบายส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 52.6 และ 43.9 ตามลำดับ)

2) การจัดองค์กรรับผิดชอบ พบว่า คลินิกอดบุหรี่ส่วนใหญ่มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน (ร้อยละ 88.0) และมีการกำหนดแผนปฏิบัติ

งาน (ร้อยละ 71.9) ซึ่งการจัดองค์กรรับผิดชอบนี้ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และงานจิตเวช (ร้อยละ 40.1 และ 25.1 ตามลำดับ)

3) ทีมผู้รับผิดชอบ พบว่า ร้อยละ 61.7 มีลักษณะการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่แบบสหสาขา โดย 3 สาขาวิชาชีพแรกที่เกี่ยวข้องกับกรดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ คือ พยาบาล แพทย์ และเภสัชกร (ร้อยละ 97.6, 69.5 และ 40.1 ตามลำดับ)

4) การจัดสถานที่ตั้ง พบว่า มีเพียงส่วนน้อยที่มีการจัดสถานที่ตั้งของคลินิกอดบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม (ร้อยละ 26.3) โดยลักษณะของสถานที่ที่จัดไม่เหมาะสม ได้แก่ ไม่มีการจัดห้องเป็นสัดส่วน (ร้อยละ 31.1) ไม่มีป้ายประชาสัมพันธ์บอกให้รู้ว่าการบริการ “คลินิกอดบุหรี่” (ร้อยละ 58.1) และในส่วนที่มีป้าย ก็พบว่า ขนาดป้ายและตำแหน่งการติดป้ายส่วนใหญ่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 22.9 และ 18.6)

5) งบประมาณสนับสนุน พบว่าการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ส่วนใหญ่มีงบประมาณสนับสนุน ร้อยละ 96.4 โดยแหล่งที่มาของงบฯ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากการจัดสรรของโรงพยาบาลเอง ร้อยละ 76.3 ซึ่งบุคลากรมีความเห็นว่างบประมาณมีค่อนข้างจำกัด ส่วนการคิดค่าบริการ พบว่า มีการให้บริการโดยไม่คิดค่าบริการ ร้อยละ 58.1 โดยในส่วนที่ต้องชำระเงินนั้น ร้อยละ 80.0 เป็นการชำระบางส่วน

6) อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ พบว่า ร้อยละ 85.6 ของคลินิกอดบุหรี่มีอุปกรณ์เพื่อตรวจร่างกาย ร้อยละ 63.5 ของคลินิกอดบุหรี่มีอุปกรณ์เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้ของคลินิกอดบุหรี่ ขณะที่ ร้อยละ 42.5 ของคลินิกอดบุหรี่มีเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเพื่อการอดบุหรี่ โดยเฉพาะน้ำยาอมอดบุหรี่ และนิโคตินทดแทน

7) การประชาสัมพันธ์ พบว่า คลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีการประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 88.6) โดยใช้สื่อมวลชนมากที่สุด (ร้อยละ 47.3) เนื้อหาในการประชาสัมพันธ์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโทษภัยของบุหรี่ (ร้อยละ 93.2) และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง (ร้อยละ 78.4) สำหรับเวลาเปิดให้บริการของคลินิกอดบุหรี่ที่สะดวกต่อการเข้าถึงคือ การเปิดทุกวัน ร้อยละ 56.3

8) แหล่งที่มาของผู้รับบริการ พบว่า ผู้มารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่มีค่อนข้างหลากหลาย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้มารับบริการสุขภาพทั่วไปที่ตีตึกผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการส่งต่อมาจากคลินิกอดบุหรี่ (ร้อยละ 93.4) รองลงมาคือ ผู้มาขอรับบริการเลิกบุหรี่โดยตรงที่คลินิกอดบุหรี่ (ร้อยละ 83.8) และส่งต่อจากตีตึกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 69.5)

**ตารางที่ 1** ร้อยละของคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล จำแนกตามบริบทที่เอื้อต่อการดำเนินงานของคลินิกอดบุหรี่

บริบทที่เอื้อต่อการดำเนินงานของคลินิกอดบุหรี่ (n = 167)	ร้อยละ
1. มีนโยบายครบ 5 ข้อ <sup>1</sup>	65.9
2. การจัดองค์การรับผิดชอบคลินิกอดบุหรี่	
2.1 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ	88.0
2.2 มีการกำหนดแผนปฏิบัติงาน	71.9
3. ทีมผู้รับผิดชอบดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่	
3.1 ทำงานแบบสหสาขา	61.7
3.2 ทำงานแบบวิชาชีพเดียว	38.3
4. มีการจัดสถานที่ให้บริการอย่างเหมาะสม <sup>2</sup>	26.3
5. มีงบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ	96.4
6. อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในคลินิกอดบุหรี่ <sup>3</sup>	
6.1 มีอุปกรณ์เพื่อตรวจร่างกาย	85.6
6.2 มีอุปกรณ์สูชศึกษา	63.5
6.3 มีเวชภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่	42.5
7. มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการคลินิกอดบุหรี่	88.6
8. แหล่งที่มาของผู้มารับบริการที่คลินิกอดบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
8.1 ได้รับการส่งต่อจากกลุ่มผู้มารับบริการสุขภาพทั่วไปที่ตีตึกผู้ป่วยนอก	93.4
8.2 ผู้รับบริการมาขอรับบริการโดยตรงที่คลินิกอดบุหรี่	83.8
8.3 ได้รับการส่งต่อจากตีตึกผู้ป่วยใน	69.5

<sup>1</sup> นโยบาย 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) การประกาศให้โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ 2) มีบริการช่วยเลิกบุหรี่ 3) ส่งเสริมบุคลากรในโรงพยาบาลให้เลิกบุหรี่ 4) ส่งเสริมการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และ 5) ห้ามขายบุหรี่ในเขตโรงพยาบาล

<sup>2</sup> ความเหมาะสมของการจัดสถานที่คลินิกอดบุหรี่ ประเมินจากความเป็นสัดส่วนของพื้นที่ให้บริการ การมีป้ายบอก "คลินิกอดบุหรี่" โดยป้ายนี้มีขนาดและติดตั้งในตำแหน่งที่เหมาะสม

<sup>3</sup> อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในคลินิกอดบุหรี่ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) อุปกรณ์เพื่อตรวจร่างกาย ได้แก่ เครื่องตรวจวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด และเครื่องวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ 2) อุปกรณ์สูชศึกษา อาทิ โทรทัศน์/โฮตทัศน์คอมพิวเตอร์ แผ่นพับ เป็นต้น และ 3) เวชภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ อาทิ น้ำยาอมอดบุหรี่ และนิโคตินทดแทน เป็นต้น

**3. กระบวนการให้บริการของคลินิกอดบุหรี่** ภาพรวมของการให้บริการเลิกบุหรี่โดยใช้หลักการ 5 As อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี กล่าวคือคลินิกอดบุหรี่ส่วนใหญ่ให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยหลักการ 5 As ครบทั้ง 5 ขั้นตอน ร้อยละ 91.0 และร้อยละ 100 ของคลินิกอดบุหรี่ สามารถให้บริการ 2 ขั้นตอนแรก คือ A1 การถามสถานภาพการสูบบุหรี่ (Ask) และ A2 การให้คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ (Advise) ขณะที่ อีก 3 ขั้นตอนที่เหลือ มีการทำลดน้อยลงไป ได้แก่ ขั้นตอน A3 คือ มีการประเมินความพร้อมและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ (Assess) พบร้อยละ 96.4 และในกรณีที่ผู้รับบริการยังไม่พร้อมที่จะเลิก จะมีการแนะนำ กระตุ้น สร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้พร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยในกลุ่มที่มีความพร้อมจะเข้าสู่ขั้น A4 คือ มีการจัด

กิจกรรมในการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ด้วยรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสม (Assist) ซึ่งมีการทำร้อยละ 96.2 และขั้นตอนสุดท้ายคือ A5 มีการติดตามประเมินผล (Arrange follow up) มีการทำร้อยละ 91.0 แต่มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นคือ ร้อยละ 53.3

วิชาชีพของผู้ให้บริการโดยภาพรวมในทุกขั้นตอน พบว่า วิชาชีพที่มีบทบาทในการให้บริการมากที่สุด คือ พยาบาล รองลงมาคือ แพทย์และนักวิชาการสาธารณสุข ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการให้บริการ พบว่าวิชาชีพพยาบาลจะมีการดำเนินการต่อเนื่องในทุกขั้นตอน ในขณะที่ วิชาชีพแพทย์จะมีบทบาทสูงใน 2 ขั้นตอนแรก และจะลดลงในขั้นตอนหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้น A5 ซึ่งมีการปฏิบัติน้อยมาก ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ร้อยละของคลินิกอดบุหรี่ จำแนกตามการให้บริการในคลินิกอดบุหรี่และวิชาชีพของผู้ให้บริการ

การให้บริการในคลินิกอดบุหรี่ (n=167)	A1 (Ask)	A2 (Advise)	A3 (Assess)	A4 (Assist)	A5 (Arrange follow up)
มีการให้บริการ	167 (100.0)	167 (100.0)	161 (96.4)	155 (96.2)	141 (91.0)
วิชาชีพของผู้ให้บริการ					
• แพทย์	38.2	47.9	21.7	22.6	7.8
• เกษัชกร	5.4	8.4	3.7	3.2	2.1
• พยาบาล	85.0	87.4	85.1	85.8	84.4
• นักวิชาการสาธารณสุข	13.2	15.6	13.0	13.5	12.8
• จิตวิทยา	9.6	7.8	8.1	8.4	7.8
• อื่นๆ *	20.4	18.0	8.1	7.7	6.4

**หมายเหตุ** \* อื่นๆ ประกอบด้วย ทันตแพทย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และนักสังคมสงเคราะห์

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างบริบทขององค์กรกับกระบวนการให้บริการฉุกเฉิน

ผลการวิจัยพบว่า มีปัจจัยบริบทขององค์กร 4 ประการที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการให้บริการฉุกเฉิน ได้แก่ นโยบายฯ การทำงานเป็นทีม การมีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์อย่างเพียงพอ และมีการประชาสัมพันธ์ ขณะที่ บริบทด้านงบประมาณ และสถานที่ให้บริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการให้บริการฉุกเฉิน ดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 3)

1) บริบทด้านนโยบายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกระบวนการให้บริการฉุกเฉิน โดยใช้หลักการ 5 As ได้ครบทุกขั้นตอน พบว่าโรงพยาบาลที่มีนโยบายครบ 5 ข้อมีการให้บริการครบ 5 As ร้อยละ 90.9 ขณะที่ โรงพยาบาลที่มีนโยบายไม่ครบมีการให้บริการได้ครบ 5 As ร้อยละ 71.9 ( $p < 0.001$ )

2) การทำงานเป็นทีมในการดำเนินงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกระบวนการให้บริการฉุกเฉินโดยใช้หลักการ 5 As ได้ครบทุกขั้นตอน พบว่า การบริการโดยสหสาขาวิชาชีพมีการให้บริการครบ 5 As ร้อยละ 93.2 ขณะที่ กลุ่มที่ดำเนินการโดยวิชาชีพเดียวให้บริการได้ครบ 5 As ร้อยละ 70.3 ( $p < 0.001$ )

3) งบประมาณที่ใช้ในคลินิกฉุกเฉินไม่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการให้บริการฉุกเฉิน พบว่า โรงพยาบาลที่มีหรือไม่มีงบประมาณสนับสนุน

มีร้อยละของการให้บริการฉุกเฉินหรือโดยใช้หลักการ 5 As ได้ครบขั้นตอนไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 84.5 กับ 83.3 ตามลำดับ) ( $p = 1.000$ )

4) การจัดสถานที่คลินิกฉุกเฉินหรือไม่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการให้บริการฉุกเฉิน พบว่า คลินิกฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่มีความเหมาะสมด้านการจัดสถานที่ตั้งคลินิกฉุกเฉินหรือมีร้อยละของการให้บริการฉุกเฉินโดยใช้หลักการ 5 As ได้ครบขั้นตอนสูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีความเหมาะสมด้านการจัดสถานที่ (ร้อยละ 93.2 และ 81.3 ตามลำดับ) ( $p = 0.062$ )

5) การมีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการในคลินิกฉุกเฉินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกระบวนการให้บริการฉุกเฉิน พบว่า การมีอุปกรณ์พื้นฐานอย่างเพียงพอ สามารถให้บริการได้ครบ 5 As ร้อยละ 70.0 ขณะที่คลินิกที่มีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ครบถ้วนสามารถให้บริการครบ 5 As ร้อยละ 94.4 ( $p = 0.002$ )

6) การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการให้บริการคลินิกฉุกเฉินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกระบวนการให้บริการฉุกเฉิน พบว่า โรงพยาบาลที่มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการฉุกเฉินในรูปแบบใดๆ โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์โดยใช้สื่อบุคคลและกลุ่ม สามารถให้บริการครบ 5 As สูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่มีการประชาสัมพันธ์ ( $p = 0.01$ )

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างบริบทขององค์กรกับกระบวนการให้บริการเลิกบุหรี่โดยใช้หลักการ 5 As

บริบทองค์กร	การให้บริการเลิกบุหรี่โดยใช้ 5 As		$\chi^2$	df	p-value
	ทำครบ (n=141)	ทำไม่ครบ (n=26)			
นโยบาย ฯ ของโรงพยาบาล					
มีไม่ครบ 5 นโยบาย	41 (71.9)	16 (28.1)	10.288	1	0.001
มีครบ 5 นโยบาย	100 (90.9)	10 (9.1)			
ทีมผู้รับผิดชอบดำเนินงานในคลินิกอดบุหรี่					
แบบวิชาชีพเดียว	45 (70.3)	19 (29.7)	15.736	1	<0.001
แบบสหสาขาวิชาชีพ	96 (93.2)	7 (6.8)			
งบประมาณการดำเนินงาน					
ไม่มี	5 (83.3)	1 (16.7)	0.006	1	1.000
มี	136 (84.5)	25 (15.5)			
การจัดสถานที่คลินิกอดบุหรี่					
ไม่เหมาะสม	100 (81.3)	23 (18.7)	3.480	1	0.062
เหมาะสม	41 (93.2)	3 (6.8)			
อุปกรณ์และเวชภัณฑ์					
อุปกรณ์พื้นฐาน **	28 (70.0)	12 (30.0)	12.235	2	0.002
อุปกรณ์พื้นฐาน + อุปกรณ์สูชศึกษา	46 (82.1)	10 (17.9)			
อุปกรณ์พื้นฐาน + อุปกรณ์สูชศึกษา + เวชภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่	67 (94.4)	4 (5.6)			
การประชาสัมพันธ์					
ไม่มี	13 (68.4)	6 (31.6)	10.689	3	0.014
มี โดยใช้สื่อมวลชน	56 (80.0)	14 (20.0)			
มี โดยใช้สื่ออื่น ๆ	38 (88.4)	5 (11.6)			
มี โดยใช้สื่อบุคคลและกลุ่ม	34 (97.1)	1 (2.9)			

**หมายเหตุ** \* อุปกรณ์พื้นฐาน หมายถึง อุปกรณ์เพื่อตรวจร่างกาย อาทิ เครื่องตรวจวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง เป็นต้น

## อภิปรายผล

1. กระบวนการให้บริการของคลินิกอดบุหรี่โดยใช้หลักการ 5 As โดยภาพรวมส่วนใหญ่มีการให้บริการเลิกบุหรี่ด้วยหลักการ 5 As ครบทั้ง 5 ขั้นตอน สูงถึงร้อยละ 91.0 นอกจากนั้นยังพบว่าคลินิกอดบุหรี่ทุกแห่งมีการให้บริการใน 2 ขั้นตอนแรก คือ การถาม (Ask) และให้คำแนะนำ (Advise) ซึ่งการแสดงใน 2 บทบาทนี้ จัดได้ว่ามีความสำคัญและ

มีผลต่อการช่วยให้ผู้ติดบุหรี่สามารถเลิกได้ระดับหนึ่ง ทั้งนี้เพราะการให้คำแนะนำอย่างง่าย ๆ จากแพทย์สามารถช่วยให้ผู้ติดบุหรี่เลิกได้ร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำ และเป็นที่ยอมรับได้ว่าการให้คำแนะนำโดยวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ก็จะทำให้อัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นได้เช่นกัน<sup>(6)</sup> ดังนั้นบุคลากรวิชาชีพสุขภาพหรือผู้ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ควรมีความรู้ ความเข้าใจและมี



ทักษะในการให้คำแนะนำ ทั้งนี้เพราะเป็นวิธีการที่ทำได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย และเข้าถึงประชาชนในวงกว้าง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อไปสถานพยาบาลจะต้องพบแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพ<sup>(7)</sup> ดังนั้นการสร้างความตระหนักให้แก่วิชาชีพสุขภาพในการให้ความสำคัญกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่เข้าไปในงานประจำ จึงเป็นวิถีทางหนึ่งของการช่วยให้ผู้ป่วยทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจเลิกบุหรี่ให้คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่<sup>(8)</sup>

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติพบว่า วิชาชีพพยาบาลมีบทบาทมากที่สุดในการให้บริการ รองลงมาคือ แพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข การที่พยาบาลมีบทบาทดังกล่าวส่วนหนึ่งเป็นเพราะสัดส่วนของวิชาชีพสุขภาพในโรงพยาบาลที่มากที่สุดคือ พยาบาล หากแต่ประเด็นสำคัญของการบริการเลิกบุหรี่ ไม่ได้อยู่ที่ว่าผู้ให้บริการเลิกบุหรี่ต้องเป็นวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง แต่สิ่งที่สำคัญคือ ความพร้อมของบุคลากรในการให้บริการเลิกบุหรี่ จึงควรมีการฝึกอบรมบุคลากรกลุ่มนี้ ให้มีทักษะในการให้คำแนะนำ ซึ่งการให้คำแนะนำแม้เพียง 3-5 นาทีก็สามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้<sup>(9)</sup> ทั้งนี้เพราะบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริการเลิกบุหรี่ มีแนวโน้มที่จะให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ได้ ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรม<sup>(7)</sup> ดังนั้นการมีหลักสูตรฝึกอบรมและการจัดฝึกอบรมหลักสูตรช่วยเลิกบุหรี่จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของไทยให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

ยิ่งกว่านั้นเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการช่วยให้เลิกบุหรี่ การให้บริการครบทุกขั้นตอนเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินความพร้อม (Assess) ผลการศึกษาของสว่าง แสงหิรัญวัฒนา<sup>(10)</sup> พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมหรือความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ จะประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่มีความพร้อม ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของมาลินี ภูวนันท์ และคณะ<sup>(11)</sup> ทั้งนี้พบว่า ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการช่วยเลิกบุหรี่ จึงควรมีการประเมินความพร้อมและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนให้การช่วยเลิกบุหรี่ และในส่วนของ การช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ (Assist) ซึ่งพบว่ามีผลการดำเนินการถึงร้อยละ 96.2 โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการแบบไม่ใช้ยา (ร้อยละ 98.7) โดยร้อยละ 100 เป็นการให้คำปรึกษา ทั้งนี้มีข้อมูลจากการศึกษาของ Dejong and Veltman<sup>(12)</sup> พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตระการ หล่อยนต์ และคณะ<sup>(13)</sup> พบว่า การให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัดสามารถช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่าร้อยละ 50 สำหรับวิธีการช่วยให้เลิกบุหรี่แบบใช้ยานั้นส่วนใหญ่ใช้น้ำยาอมอดบุหรี่มากกว่าใช้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy: NRT) แม้ว่าจะมีข้อมูลยืนยันถึงประสิทธิผลของการใช้นิโคตินทดแทนร่วมกับการบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยาว่ามีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ประมาณ 2 เท่าของการไม่ใช้ยาก็ตาม<sup>(4)</sup> แต่ในประเทศไทยมีการใช้นิโคตินทดแทนค่อนข้างน้อย และมักใช้ในผู้ที่ติดบุหรี่มาก เนื่องจากวิธีนี้มีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง นอกจากนี้ การให้ยายังมีข้อควรระวังกับผู้ป่วยบางโรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น และยังไม่มีการศึกษาถึงความปลอดภัยในการใช้นิโคตินทดแทนกับบุคคลบางกลุ่ม เช่น เด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นต้น<sup>(4)</sup> ดังนั้นในการใช้นิโคตินทดแทนที่ผ่านมา จึงอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์หรือเภสัชกร ซึ่งทำให้การบำบัดด้วยการให้ยาจึงมีการใช้อย่างจำกัด



ขั้นตอนการให้บริการที่น้อยกว่าขั้นตอนอื่น คือ การติดตามประเมินผล (Arrange follow-up) ซึ่งมีร้อยละ 91.0 โดยเป็นติดตามประเมินผลแบบทุกราย คิดเป็นร้อยละ 66.0 ซึ่งวิธีติดตามประเมินผลส่วนใหญ่ที่เลือกใช้คือ วิธีติดตามทางตรงด้วยการนัดพบที่คลินิก และวิธีการทางอ้อม คือ การโทรศัพท์ติดตาม อย่างไรก็ตาม การติดตามด้วย 2 วิธีต่างมีข้อจำกัดในการติดตาม และส่งผลต่อเนื่องถึงการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานที่ค่อนข้างต่ำ ทั้งร้อยละของผู้รับบริการที่มารับบริการตามนัดต่อปี ร้อยละของผู้รับบริการที่ไม่สามารถติดตามได้ใน 1 ปี และร้อยละของผู้รับบริการที่เลิกสูบบุหรี่ได้ ดังนั้นจึงควรปรับกลยุทธ์ในการติดตามประเมินผลโดยคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น

2. บริบทขององค์กรที่เอื้อต่อการดำเนินงานในคลินิกอดบุหรี่ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นชัดเจนถึงความสำคัญของการมีนโยบายในการควบคุมยาสูบของโรงพยาบาล การมีทีมผู้รับผิดชอบ การมีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สนับสนุนการให้บริการ และการประชาสัมพันธ์ซึ่งสัมพันธ์กับกระบวนการให้บริการเลิกบุหรี่โดยใช้หลักการ 5 As

เห็นได้ว่าการกำหนดนโยบายการควบคุมยาสูบอย่างชัดเจนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดแรงขับเคลื่อนของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบได้ ทั้งนี้เพราะเป็นแนวทางที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนา 5 As<sup>(14)</sup> ดังนั้นโรงพยาบาลที่มีการกำหนดนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างชัดเจน จะทำให้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงาน การมีแผนงาน การจัดสรรงบประมาณ การจัดอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ต่างๆ รวมถึงการให้ความรู้หรือวิธีการดำเนินงาน และขั้นตอนการดำเนินงานมากกว่านั้นการมีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแบบสหสาขาจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะเป็นการระดมสรรพกำลังจากสหสาขาที่มี

หน้าที่รับผิดชอบ และมีความสามารถเฉพาะมาทำงานร่วมกัน จึงมีแนวโน้มที่จะให้บริการเลิกบุหรี่ โดยการใช้กระบวนการ 5 As ได้ครบขั้นตอนมากขึ้น ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาที่เห็นได้ชัดเจนเมื่อวิเคราะห์บทบาทของแต่ละวิชาชีพ พบว่า วิชาชีพแพทย์จะให้บริการในช่วงขั้นตอนแรก ๆ เท่านั้น แต่ในขั้นตอนสุดท้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดตามประเมินผล ซึ่งวิชาชีพแพทย์ทำได้น้อยมาก ดังนั้นการทำงานเป็นทีมจึงมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ<sup>(4)</sup> ที่พบว่าการทำงานร่วมกันเป็นทีมที่ประกอบด้วยบุคลากรหลายประเภท เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น จะเพิ่มประสิทธิภาพและเพิ่มความสำเร็จในการรักษาผู้ติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้ อย่างไรก็ตาม การทำงานเป็นทีมในที่นี้ มิใช่เป็นเพียงหลักการ หากแต่ต้องเป็นการปฏิบัติงานจริง และมีวิธีเสริมความเข้มแข็ง และความกลมเกลียว เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมอย่างจริงจัง

บริบทด้านการมีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการในคลินิกอดบุหรี่ที่มากพอเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการให้บริการ จากการศึกษาแสดงให้เห็นชัดเจนว่า การมีอุปกรณ์พื้นฐาน ได้แก่ อุปกรณ์เพื่อตรวจร่างกายเพียงอย่างเดียวมีความจำกัดในผลลัพธ์ระดับหนึ่ง หากแต่การมีอุปกรณ์สนับสนุนสำหรับการจัดกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ สื่อต่าง ๆ รวมถึงการมีเวชภัณฑ์ช่วยเหลือที่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยา จะก่อให้เกิดประสิทธิผลในการทำงานสูงขึ้น ทั้งนี้เพราะมีผู้ติดบุหรี่จำนวนมากที่ไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องมีแนวทางช่วยเหลือและมีการบำบัดด้วยยา<sup>(6)</sup> การช่วยให้เลิกด้วยยาในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้น้ำยาอมอดบุหรี่ เนื่องจากมีราคาถูก และใช้ร่วมกับพฤติกรรมบำบัด ซึ่งเชื่อว่ามีประสิทธิภาพ

ใกล้เคียงกันภายใต้บริบทของสังคมไทยที่ผู้ติดบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มมีรายได้น้อยและฐานะยากจน

ข้อค้นพบที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ บริบทด้านการประชาสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่อระดับบุคคล/กลุ่มที่ใช้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะเป็นการสื่อสารสองทางและสามารถเข้าถึงผู้สูบบุหรี่ได้ง่ายกว่า อย่างไรก็ตาม สื่อที่นิยมใช้กลับเป็นการใช้สื่อมวลชนที่มีผลเชิงกว้าง เช่น เสี่ยงตามสาย หอกระจายข่าว เป็นต้น ซึ่งมีข้อดีในการกระจายข้อมูลข่าวสารอย่างกว้างขวาง แต่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการประเมินการเข้าถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง<sup>(10)</sup>

จากการศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยเรื่องการจัดสถานที่คลินิกอดบุหรี่และงบประมาณไม่สัมพันธ์กับการให้บริการนั้น แสดงให้เห็นว่า การให้บริการเลิกบุหรี่สามารถสอดแทรกอยู่ในระบบบริการสุขภาพปกติได้ในทุกส่วน และไม่ได้ใช้งบประมาณมากนัก เนื่องจากการบริการส่วนใหญ่ใช้วิธีการทางสุขภาพ และการให้ยาอมบ้วนปากซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำ อย่างไรก็ตาม ติงานวิจัยของสมหมาย หิรัญนุชและคณะ<sup>(15)</sup> แสดงให้เห็นว่าการจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่โดยจัดสถานที่ดำเนินงานเฉพาะจะส่งผลให้มีการดำเนินงานในคลินิกอดบุหรี่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ดังนั้นการให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลจึงมีความเป็นไปได้ทั้งในการจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน หรือการบูรณาการในระบบบริการส่วนต่าง ๆ ของระบบ จะทำให้ผู้รับบริการที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลไม่ว่าในส่วนของโรงพยาบาลจะได้มีโอกาสเข้าถึงบริการช่วยเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ซึ่งจะครอบคลุมให้บริการได้ทั้งกลุ่มผู้ติดบุหรี่ที่ตั้งใจเลิกและไม่ตั้งใจเลิก

## สรุป

กระบวนการให้บริการของคลินิกอดบุหรี่ในประเทศไทยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 มีการให้บริการโดยใช้หลักการ 5 As ครอบคลุมขั้นตอน ได้แก่ การถาม (Ask) การให้คำแนะนำ (Advise) การดำเนินการขึ้นประเมินความพร้อม (Assess) การช่วยเหลือ (Assist) และการติดตามประเมินผล (Arrange follow up) โดยร้อยละ 100.0 สามารถให้บริการอย่างน้อย 2 ขั้นตอนแรก การให้บริการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นวิธีการแบบไม่ใช้ยา โดยผู้ให้บริการสูงสุดคือพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า การมีนโยบายการดำเนินงานแบบทีมสหสาขา การมีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ และการประชาสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการบริการเลิกบุหรี่โดยใช้ 5 As

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคลินิกอดบุหรี่ในระดับโรงพยาบาล

1. มีการประกาศนโยบายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยให้ครอบคลุมนโยบายการจัดบริการช่วยให้เลิกบุหรี่ มีการมอบหมายทีมสหสาขาในการรับผิดชอบดำเนินงานอย่างชัดเจน และมีการสนับสนุนทั้งในด้านสถานที่ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ รวมถึงงบประมาณในการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่อย่างเหมาะสม
2. มีการพัฒนาศักยภาพทั้งในด้านความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในความสำคัญ และทักษะในการให้บริการ เพื่อให้บุคลากรสุขภาพเห็นความสำคัญของการช่วยให้เลิกบุหรี่
3. จัดโครงสร้างการทำงานให้เอื้อต่อการทำงานเป็นทีม และบูรณาการบริการเลิกบุหรี่เข้าสู่ระบบบริการในทุกแผนก โดยให้เห็นความสำคัญ ของ 2 ขั้นตอนแรกเป็นอย่างดีน้อย คือ การถามและ

การแนะนำ และในส่วนของหน่วยบริการเลิกบุหรี่เป็นการเฉพาะควรมีระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับกระทรวงสาธารณสุข

1. มีนโยบายการบริการเลิกบุหรี่แห่งชาติที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณและบุคลากรที่เพียงพอ มีแผนงานประชาสัมพันธ์และการตลาดเพื่อส่งเสริมในการสร้างความตระหนักให้ผู้สูบบุหรี่มีความต้องการที่จะเลิกบุหรี่

2. มีหลักสูตรและจัดการอบรมแก่ผู้ดำเนินการคลินิกอดบุหรี่อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง เพื่อให้บริการเลิกบุหรี่มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และสามารถเทียบเคียงได้กับมาตรฐานสากล

3. มีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องการบูรณาการระบบส่งต่อของบริการเลิกบุหรี่ที่รับผิดชอบโดยหลายหน่วยงานทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน) สถานบริการระดับท้องถิ่น และภาคเอกชน เช่น โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา คลินิกทันตแพทย์ เป็นต้น เพื่อให้เกิดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างสถานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ

### เอกสารอ้างอิง

1. ศรัณญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2549. กรุงเทพฯ: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์; 2550.
2. บุปผา ศิริวิทย์ และคณะ. ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่ 1 (พ.ศ.2548). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
3. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
4. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดยาสูบ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ทำเนียบคลินิกอดบุหรี่ในประเทศไทย. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
6. Fiore MC, Bailey WC, Cohen S, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
7. มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการเลิกบุหรี่และการบำบัดรักษาผู้ติดยาสูบ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์. 2549.
8. Jackson G, Bobak A, Chorlton I, et al. Smoking Cessation : a consensus statement with special reference to primary health care. Int.J.Clin.Pract. 1997;55:385-392.
9. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. การบำบัดรักษาผู้ติดยาสูบ. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ). ตำราวิชาการสุขภาพ เรื่อง การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. 2549;139-168.
10. สว่าง แสงหิรัญวัฒนา. การเผยแพร่ผลเสียจากการสูบบุหรี่ และแนวทางหยุดสูบบุหรี่ร่วมกับการจัดตั้งคลินิกอดบุหรี่. ภาควิชาอายุรศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.

11. มาลินี ภูวนันท์ และคณะ. งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้มารับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลหาดใหญ่. ฝ่ายสุขศึกษา โรงพยาบาลหาดใหญ่. 2538.
12. กรองจิต วาทีสารกกิจ. พยาบาลกับบุหรี่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี. 2549.
13. จิตตระการ หล่อยนต์ กฤษณา ชื่นจิตร และสว่าง แสงหิรัญวัฒนา. แผนการ 5 วันเพื่องดสูบบุหรี่. วารสารแพทยศาสตร์รามธิบดี. 2536;16(2):144-145.
14. เพ็ญศรี สุโรจน์. การกำหนดนโยบายการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขและการประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2527.
15. สมหมาย หิรัญนุช นวลขนิษฐ ลีขิตลี้อา และผ่องศรี ศรีมรกต. การศึกษาบทบาทวิชาชีพพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี. 2547.

# ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัย สังกัดกรมอาชีวศึกษาในเขตภาคใต้ตอนบน ประเทศไทย\*

ปรียาพร ชูเอียด\*\*

นรลักษณ์ เอื้อกิจ\*\*\*

\* วิทยาลัยนอร์ทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยาลัยนอร์ท

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ในทางบวกและทางลบ กับการสูบบุหรี่ รวมถึงศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยดังกล่าว กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษาในเขตภาคใต้ตอนบน กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษา ปวช. ปี 1-3 และมีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ จำนวน 400 คน เลือกสถานศึกษาโดยวิธีการแบ่งชั้นภูมิและเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าที่ละตัว

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุ 17 ปี เป็นชายและหญิง จำนวนเท่ากัน คือ 200 คน ไม่เคยสูบบุหรี่เลย ร้อยละ 43.75 และเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.25 2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนคะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบอยู่ในระดับสูง 3) ปัจจัยเพศ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวก มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ขณะที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) ปัจจัยเพศ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวก สามารถร่วมกันอธิบายความแปรผันของการสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 35.60

# Selected Factors Related to Cigarette Smoking Among Vocational Students of Upper Southern Area, Thailand\*

Preeyaporn Chueiat\*\*

Noraluk Ua-Kit\*\*\*

\*

A Thesis Submitted for the Degree of Master of Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

\*\*

Professional Nurse 7, Suratthani Hospital

\*\*\*

Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

## Abstract

This research aimed to study the relationship between sex, self-esteem, self-efficacy, positive and negative outcome expectancies, and cigarette smoking and also to study the predictive power of sex, peer influence, self-esteem, self efficacy, positive and negative outcome expectancies to cigarette smoking among vocational students of upper southern area. The samples were 400 vocational students who studying in level 1-3 and were less than 18 years old. The institutions were chosen by stratified method and simple random sampling was done. The instrument for data collection was questionnaire which examined by experts and the reliability results were used Alpha Cronbach's coefficient. The data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson Product Moment Correlation and Multiple Regression with Enter method.

The results revealed that: 1) The majority of the samples were 17 years old. Male and female were 200 equally. 175 of them were non-smokers (43.75%) and 225 of them ever smoked (56.25%). 2) The samples had peer influence scores and self-esteem scores were at moderate level, whereas positive outcome expectancies scores were at lower level. While, self-efficacy scores and negative outcome expectancies scores were at high level. 3) Gender, peer influence, and positive outcome expectancies were significantly positive relationship to cigarette smoking of the respondents ( $p < 0.001$ ). Self-efficacy and negative outcome expectancies were significantly negative relationship to cigarette smoking at .001 level. Likewise, self-esteem was statistic significantly negative related to cigarette smoking at .05 level. 4) Gender, peer influence, self efficacy and positive outcome expectancies could be pooled to explain the variance of cigarette smoking about 35.60%

## บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่ทำให้ป่วยและเสียชีวิตอันดับ 2 ของคนไทย ทารกและเด็กเล็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง จะทำให้อัตราการเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และโรคติดเชื้อในช่องหูสูงขึ้น อัตราการเติบโตของปอดลดลง มีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะเสียชีวิตด้วยโรคไหลตายในเด็ก (Sudden infant death syndrome: SIDS) นอกจากนี้ ยังอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่<sup>(1)</sup> ทั้งยังมีผลทำให้ความสามารถและทักษะของเด็กลดลง สมอองส่วนคิดถูกทำลาย การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลจะเสียไป ความจำแย่ลง หลงลืม ไม่มีสมาธิ และการเรียนแย่ลง<sup>(2)</sup>

การสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่น ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ เนื่องจากฤทธิ์ในการเสพติดของนิโคตินสูงเทียบเท่าเฮโรอีน ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่จะเลิกบุหรี่และการติดบุหรี่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดชนิดอื่นที่รุนแรงกว่า เช่น กัญชา เฮโรอีน โคเคน เป็นต้น<sup>(3)</sup> ก่อให้เกิดปัญหาการถูกคุกคามทางเพศ และปัญหาทางด้านสังคมตามมา อีกทั้งนิโคตินยังทำให้เกิดการเสพติด การหยุดสูบบุหรี่จะทำให้มีอาการขาดยา สมาธิและความสามารถในการคิดลดลง รวมถึง การเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่นนี้ก็จะทำให้สูบบุหรี่เป็นนิสัย และสูบเรื่อยไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ สารต่างๆ ที่มีอยู่ในบุหรี่และควันบุหรี่ก็จะสะสมในร่างกายทีละน้อย ความเสี่ยงอันตรายจากการสูบบุหรี่ก็จะมีมากขึ้น ทั้งทางด้าน การเกิดโรค การสูญเสียด้านเศรษฐกิจ และนำไปสู่อายุมุมขื่นๆ<sup>(1)</sup> ดังนั้นยิ่งเยาวชนเริ่มเสพติดบุหรี่อายุน้อยเท่าใด จะยิ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ดังกล่าวเร็วขึ้น ด้วยเหตุนี้ การป้องกันวัยรุ่นจากการเสพติดสูบบุหรี่ จะช่วยลดอันตรายและความสูญเสียที่เกิดจากบุหรี่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า วัยรุ่นเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นเพศหญิง<sup>(4-7)</sup> ทั้งนี้วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าครอบครัว มีความต้องการเป็นสมาชิกของสังคม และเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม เอาแบบอย่างตามกลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่จะมีอิทธิพลให้กลุ่มวัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่เร็วขึ้น<sup>(8-11)</sup> นอกจากนี้จากการศึกษาของรัญจวน คำวชิรพิทักษ์ และวรรณช แฮมมแส<sup>(12)</sup> พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในระบบโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Romano-Dwyer<sup>(13)</sup> พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นหญิง แต่ไม่มีผลในวัยรุ่นชาย อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น<sup>(14)</sup> ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ<sup>(15)</sup> และวัยรุ่นที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ทางบวกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ สามารถทำนายได้ว่า มีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าวัยรุ่นทั่วไป<sup>(16)</sup> ส่วนวัยรุ่นที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จะไม่สูบบุหรี่<sup>(8, 16-17)</sup>

เห็นได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น มีผลต่อการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ทั้งสิ้น ซึ่งการสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง ผู้อื่น สังคมและเศรษฐกิจทั้งที่ประเทศไทยได้มีความพยายามควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างจริงจัง แต่ยังคงพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น<sup>(18)</sup> โดยเฉพาะวัยรุ่นในวัยเรียน พบว่านักเรียนสายอาชีวศึกษามีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่สูงขึ้น ทั้งยังมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่านักเรียนในสายสามัญศึกษา คือ ร้อยละ 16 และ 5.1 ตามลำดับ<sup>(19)</sup> อาจเป็นเพราะมีความเป็นอิสระในการเรียนรู้ทางด้านต่าง ๆ และในเรื่องเวลาเรียน รวมถึงมี



กลุ่มเพื่อนจำนวนมาก ทำให้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากกว่านักเรียนสายสามัญ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจทำนายการสูบบุหรี่ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Coopersmith<sup>(20)</sup> และ Bandura<sup>(21)</sup> โดยคัดสรรปัจจัย ได้แก่ เพศ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวกและทางลบกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษาของ รัฐ กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนบน เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางแก้ไข ปัญหาการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวกและทางลบ กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษาในเขตภาคใต้ตอนบน
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของเพศ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวกและทางลบ ต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษาในเขตภาคใต้ตอนบน

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

### 1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาที่กำลังเรียนในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 1-3 มีอายุ

ไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ จากวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษาของรัฐ กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตภาคใต้ตอนบน ปีการศึกษา 2549 เลือกสถานศึกษาเป็นแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จำแนกตามประเภทของสถานศึกษา ซึ่งแบ่งเป็น 5 กลุ่มวิทยาลัย หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย แบบแทนที่ (Sampling with Replacement) ตามกลุ่มของวิทยาลัย ซึ่งได้วิทยาลัยทั้งหมด 13 แห่ง และสุ่มเลือกนักศึกษาในแต่ละระดับชั้นของการศึกษาจำนวนเท่าๆ กัน โดยการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 400 คน เป็นนักศึกษาหญิงและชายจำนวนเท่ากันคือ เพศละ 200 คน

## 2. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

### เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ผู้วิจัยดัดแปลงจากยูลักษณ์ ชันอาสา<sup>(8)</sup> เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ บ่อยครั้ง บางครั้งและไม่เคยเลย รวม 10 ข้อ โดยกำหนดการให้ค่าคะแนนเท่ากับ 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งค่าคะแนนรวมยิ่งสูง (ต่ำ) หมายถึง เพื่อนมีอิทธิพลต่อนักศึกษาระดับสูง (ต่ำ)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดัดแปลงจาก ภูมิรินทร์ ภูมิประเสริฐโชค<sup>(22)</sup> เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ค่อนข้างมาก ค่อนข้างน้อย น้อย และน้อยที่สุด รวม 20 ข้อ โดยข้อความที่มีความหมายในทางบวก ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 6, 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และให้คะแนนในทางตรงกันข้ามกับ



ข้อความที่มีความหมายในทางทางลบ ซึ่งค่าคะแนนรวมยิ่งสูง (ต่ำ) หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง (ต่ำ)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยดัดแปลงจาก เวทีนี้ สุขมาก อัจฉรี ศิริสุนทร และประภาพร มีนา<sup>(23)</sup> เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงพอสมควร จริงเล็กน้อย และไม่เป็นความจริง รวม 8 ข้อ โดยข้อความที่มีความหมายในทางบวก ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และให้คะแนนในทางตรงกันข้ามกับข้อความที่มีความหมายในทางลบ ซึ่งค่าคะแนนรวมยิ่งสูง (ต่ำ) หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันตนเองเพื่อการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง (ต่ำ)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในทางบวก ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของอนุภาพ ทองอยู่<sup>(24)</sup> เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง รวม 8 ข้อ โดยกำหนดการให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ซึ่งค่าคะแนนรวมยิ่งสูง (ต่ำ) หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในทางบวกอยู่ในระดับสูง (ต่ำ)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในทางลบ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ผลกระทบของการสูบบุหรี่ของอนุภาพ ทองอยู่<sup>(24)</sup> เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง รวม 6 ข้อ โดยกำหนดการให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ซึ่งค่าคะแนนรวมยิ่งสูง (ต่ำ)

หมายถึง มีความคาดหวังในผลลัพธ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในทางลบ อยู่ในระดับสูง (ต่ำ)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการสูบบุหรี่ ของยุวลักษณ์ ชันอาสา<sup>(8)</sup> ซึ่งเป็นแบบมีตัวเลือกให้ตอบ คือ ไม่เคยสูบบุหรี่ สูบน้อยกว่า 1 มวนต่อวัน สูบ 1 - 5 มวนต่อวัน และสูบมากกว่า 5 มวนต่อวัน

แบบสอบถามส่วนที่ 2 - 6 ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .75 และ .8 ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ขณะที่ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ในแบบสอบถามอีก 3 ส่วนที่เหลือ มีค่าเท่ากับ 1

ส่วนผลการทดสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่ามากกว่า .7 ในทุกส่วนของแบบสอบถาม ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อมั่นได้ว่าเครื่องมือมีคุณภาพ

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2550 โดยมีขั้นตอน คือ เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยประสานงานกับเลขาธิการคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแต่ละแห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่บรรลุนิติภาวะ จึงต้องให้ผู้ปกครองลงนามให้ความร่วมมือ

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคล ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการสูบบุหรี่ โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) เนื่องจากเป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวกและทางลบกับการสูบบุหรี่ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และอำนาจในการทำนายการสูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบเข้าที่ละตัว (Enter)

#### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 15 - 18 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ 17 ปี มีนักศึกษาชาย และหญิงจำนวนเท่ากันคือ 200 คน กำลังเรียนอยู่ในระดับปวช. ปี 1 และปวช. ปี 3 ชั้นปีละ 132 คน ปวช. ปี 2 136 คน ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาเฉลี่ย 2.10 ส่วนใหญ่มีรายได้จากผู้ปกครองเดือนละ 1,001 - 2,000 บาท ร้อยละ 44.50 และอาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 57.75 มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ร้อยละ 52.30 โดยกลุ่มเพื่อนที่สนิทมีมากกว่า 8 คน ร้อยละ 44.02 และเพื่อนสนิทที่ชักชวนให้สูบบุหรี่มีร้อยละ 18.30 ส่วนใหญ่มีเพื่อน 1-2 คน ที่ชักชวนให้สูบบุหรี่ ร้อยละ 38.67

กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยสูบบุหรี่เลย ร้อยละ 43.75 และเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.25 โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่

1 - 5 มวนต่อวัน ร้อยละ 22.25 ( $\bar{x} = 2.08$ ,  $SD = 1.31$ ) อายุเมื่อแรกสูบบุหรี่ 13-15 ปี ( $\bar{x} = 14.12$ ,  $SD = 2.05$ ) ส่วนใหญ่สาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ อยากรลองด้วยตัวเอง (ร้อยละ 36.50) สาเหตุที่ยังคงสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เป็นความเคยชิน (ร้อยละ 15.50) วิธีปฏิบัติเวลาที่ไปซื้อบุหรี่ คือ ซื้อเหมือนซื้อของปกติ (ร้อยละ 30.25) ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ยี่ห้อกรองทิพย์ (ร้อยละ 19.25) ส่วนมากเคยหยุดสูบบุหรี่ (ร้อยละ 52.50) โดยแรงจูงใจที่ให้หยุดสูบบุหรี่ คือ ปัญหาทางสุขภาพ (ร้อยละ 21.00) ระยะเวลาที่หยุดสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 23.00) และสาเหตุที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ใหม่ส่วนใหญ่ คือ เครียด (ร้อยละ 18.00)

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 18.91$ ,  $SD = 3.46$ ;  $\bar{x} = 77.43$ ,  $SD = 10.61$ ) ส่วนคะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 25.46$ ,  $SD = 4.73$ ;  $\bar{x} = 23.85$ ,  $SD = 5.74$ ) และคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{x} = 15.34$ ,  $SD = 7.71$ )

3. อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.488$ ,  $p < .001$  และ  $0.455$ ,  $p < .001$  ตามลำดับ) ขณะที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบ และการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.372$ ,  $p < .001$ ;  $r = -.271$ ,  $p < .001$ ;  $r = -.104$ ,  $p < 0.05$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวก ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบ กับการสูบบุหรี่ (n = 400)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
(1) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน	0.488**
(2) การเห็นคุณค่าในตนเอง	- 0.104*
(3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	- 0.372**
(4) ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวก	0.455**
(5) ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบ	- 0.271**

\*p < .05, \*\*p < .001

4. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยวิธีเข้าทีละตัว (Enter) ระหว่างเพศ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวก ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบ กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวก ร่วมกันอธิบายความแปรผันของการสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 35.60 (Adjusted  $R^2 = 0.356$ ) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยเพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างมาก

ที่สุด (Beta = .260, p<.01) รองลงมาคือ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (Beta = .257, p<.01) และตามด้วยความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวก (Beta = .147, p<.01) ซึ่งมีความสัมพันธ์อยู่ในทิศทางเดียวกัน ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์อยู่ในทิศทางตรงกันข้าม (Beta = -.099, p<.05) ในขณะที่การเห็นคุณค่าในตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงสามารถสร้างสมการทำนายการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ดังนี้

#### สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{การสูบบุหรี่}} = 0.374 + 0.260Z_{\text{เพศ}} + 0.257Z_{\text{อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน}} + 0.147Z_{\text{ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวก}} - 0.099Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}}$$

## อภิปรายผล

นำเสนอผลการอภิปรายตามลำดับ ดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Chi-square = 90.38) โดยเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 39.00 และ ร้อยละ 17.25 ตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะการมีพฤติกรรมส่วนตัว เจตคติ ค่านิยมความรู้สึกนึกคิด และสังคมต่างกัน การสูบบุหรี่ของเพศชายเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ และอำนาจที่มีเหนือเพศหญิงและเด็ก<sup>(25)</sup> ทั้งนี้ผู้ชายที่สูบบุหรี่จะมีการยอมรับของสังคมมากกว่า และด้วยลักษณะเฉพาะของวัยรุ่นเพศชายที่เป็นวัยอยากรู้ อยากรลอง วัยของความต้องการการยอมรับทั้งในกลุ่มเพื่อนและในสังคม วัยที่ต้องการแสดงออกซึ่งตัวตนอย่างเต็มที่ และวัยที่ยิ่งห้ามก็เหมือนยิ่งยุ<sup>(26)</sup> จึงเป็นสาเหตุให้สูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ ในนักเรียน นักศึกษา หรือวัยรุ่น ยังมีความต้องการหลีกเลี่ยงการต่อว่า หรือถูกตำหนิติเตียน เริ่มแสดงความเป็นผู้ชายให้สังคมได้ รู้จัก ถ้าคนไหนสูบบุหรี่ไม่เป็นจะถูกตำหนิหรือพูดจาถากถางด้วยคำพูดต่างๆ แสดงว่าคนนั้นไม่มีลักษณะเป็นชาย

นอกจากนี้ ลักษณะทางสังคม ระบบการเรียนการสอนของนักศึกษา วิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษามีความเป็นอิสระในการเรียนรู้ด้านต่างๆ ทั้งยังมีอัตราชุกของการสูบบุหรี่ของนักเรียนในสายอาชีพมากกว่านักเรียนในสายสามัญศึกษา<sup>(19)</sup> ซึ่งการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา ศิริวิศมี<sup>(5)</sup> พบว่าวัยรุ่นชายสูบบุหรี่ ร้อยละ 20.3 ของวัยรุ่นชายทั้งหมด และวัยรุ่นหญิงสูบบุหรี่ ร้อยละ 1.5 ของวัยรุ่นหญิงทั้งหมด

2. อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = 0.488$ ) หมายความว่า นักศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนมาก มีแนวโน้มจะสูบบุหรี่มากกว่านักศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนน้อย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในจำนวนนักศึกษาทั้งหมด 400 คน มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 52.30 โดยกลุ่มเพื่อนที่สนิทมีมากกว่า 8 คน (ร้อยละ 23.00) และเพื่อนสนิทที่ชักชวนให้สูบบุหรี่ มีร้อยละ 18.30 ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิทที่ชักชวนให้สูบบุหรี่ 1-2 คน (ร้อยละ 7.25) อธิบายได้ว่า นักศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีความใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าครอบครัว<sup>(27)</sup> เพราะวัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียน เมื่อมีความต้องการด้านต่างๆ ที่ซับซ้อนขึ้นไม่สามารถบอกหรืออธิบายให้พ่อแม่รู้ได้ ดังนั้น จึงคบหากับบุคคลซึ่งมีความคิด และอุดมคติคล้ายกับตัวเองนั่นคือกลุ่มเพื่อน วัยรุ่นจะกระทำพฤติกรรมตามกลุ่มเพื่อนเพื่อต้องการเป็นที่ยอมรับ<sup>(28)</sup> เป็นวัยที่มีความต้องการเป็นสมาชิกของสังคม และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเอาแบบอย่างตามกลุ่มเพื่อน จนทำให้มีการเลียนแบบการกระทำของเพื่อนในกลุ่มโดยขาดเหตุผล หากกลุ่มเพื่อนสูบบุหรี่ และคิดว่าการสูบบุหรี่จะเป็นการยอมรับซึ่งกันและกัน เป็นการผูกมัดทางจิตใจ ก็จะชักชวนให้เพื่อนๆ ในกลุ่มสูบบุหรี่ด้วยกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของบุษบา สงวนประสิทธิ์<sup>(3)</sup> พบว่าปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในปัจจุบันหลังจากควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ คือการมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาของยุวลักษณ์ ชันอาสา<sup>(8)</sup> ที่พบว่านักเรียนที่สูบบุหรี่ มีอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน อยู่ในระดับปานกลางและสูง (ร้อยละ 56.10 และ 34.80 ตามลำดับ) และของอรทัย ลิ้มตระกูล<sup>(29)</sup> ที่พบว่า การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิทมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -0.104$ ) อธิบายได้ว่า วัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถยอมรับสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวังและท้อแท้ใจได้ เป็นบุคคลที่มีความสุขไม่เครียดหรือวิตกกังวลง่าย มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองว่ามีค่า มีความสามารถ<sup>(20)</sup> เมื่อเกิดปัญหาสามารถหาทางแก้ปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสมได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบุหรี่

ส่วนวัยรุ่นที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะทำให้บุคคลไม่ยอมรับตนเองในด้านความสามารถ ความมีคุณค่า และความนับถือตนเอง รวมทั้งไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองในการที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จตามที่ต้องการ และพยายามที่จะหาทางออกด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรญาจวน คำวชิรพิทักษ์ และวรรณุช แหยมแสง<sup>(12)</sup> ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในระบบโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของสังวาล การรัตน์<sup>(9)</sup> ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -0.40$ )

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = -0.372$ ) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะสูบบุหรี่ เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และพิจารณาความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นให้สำเร็จ การรับรู้สมรรถนะของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน

เปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ และมีความสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น สิ่งกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกของพฤติกรรม จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้นๆ<sup>(30)</sup> นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อมั่น และรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย แม้มีคนชักชวน หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีแต่คนสูบบุหรี่ ถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะปฏิเสธ นักศึกษาผู้นั้นก็จะไม่สูบบุหรี่ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Engels และคณะ<sup>(15)</sup> ที่พบว่าวัยรุ่นตอนต้นที่สูบบุหรี่ จะมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ เนื่องจากได้เห็นจากเพื่อนที่ตนเองชื่นชอบสูบบุหรี่เป็นตัวแบบ สูบแล้วเท่ ความเป็นตัวของตัวเอง ดูเป็นผู้ใหญ่ ก็มีแนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบสูงขึ้น ต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมเช่นเดียวกัน จึงไม่สามารถปฏิเสธที่จะสูบบุหรี่<sup>(21)</sup>

5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = 0.455$ ) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูง เห็นว่าหากสูบบุหรี่แล้วจะมีผลดีด้านร่างกาย ด้านสังคม หรือด้านการประเมินตัวเองต่อการสูบบุหรี่ ก็จะมีการสูบบุหรี่ ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ต่ำจะไม่มีการสูบบุหรี่

ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นความหวังของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้จากการกระทำใน 3 รูปแบบ คือ ผลลัพธ์ด้านร่างกาย ผลลัพธ์ด้านสังคม และผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติ<sup>(21)</sup> หากวัยรุ่นมีความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางบวกกับการสูบบุหรี่ จะทำให้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ เช่น มีความคาดหวังว่าการสูบบุหรี่

จะทำให้มีภาพลักษณ์น่ามอง ใ้แก่ ทันสมัย ช่วยลดน้ำหนัก และเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม เป็นต้น นอกจากนี้ วัยรุ่นผู้ที่สูบบุหรี่ยังถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยทำให้เกิดความพอใจ เกิดความสุข ความตื่นเต้น อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเรื่องความคาดหวังในผลลัพธ์กับการสูบบุหรี่ ยังมีน้อยมาก จากการศึกษาของยูลักษณ์ ชันอาสา<sup>(8)</sup> พบว่านักเรียนที่มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงบวก มีค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูง และเห็นผลิตภัณฑ์บุหรี่มีความน่าสนใจ เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะสูบบุหรี่ และการศึกษาของอรรถย ลิมตระกูล<sup>(29)</sup> ที่พบว่า ผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันมีค่านิยมทางบวกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = -0.271$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความหวังว่าการสูบบุหรี่จะก่อให้เกิดโทษ ผลกระทบต่อร่างกาย เห็นว่าการสูบบุหรี่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ไม่น่ามอง ก็จะไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ การเรียนรู้จากผลลัพธ์ที่เห็น (Instrumental learning) โดยกลุ่มตัวอย่างคาดการณ์ว่าจะเกิดผลกระทบอย่างไรถ้าสูบบุหรี่ หากมีความคาดหวังเชิงลบในผลลัพธ์ของการสูบบุหรี่ เมื่อมีสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกมากระตุ้น ก็จะเกิดกระบวนการคิดร่วมกับกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งการเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์นั้นไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน การเรียนรู้อาจเกิดขึ้นจากการมองเห็นสิ่งอื่นๆ หรือจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวก็ได้<sup>(21)</sup> เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังเชิงลบในผลลัพธ์ของการสูบบุหรี่ จะมองว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดสิ่งที่ไม่ดี เกิดผลเสียกับตนเอง และเมื่อคิดว่าไม่มีประโยชน์ ช้ำยังทำให้เกิดโทษต่อตนเองแล้ว จึงทำให้ผู้นั้น

แสดงออกโดยการไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Spruijt-Metz และคณะ<sup>(16)</sup> ที่พบว่า นักเรียนที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบจะไม่สูบบุหรี่ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nickoletti และ Taussig<sup>(31)</sup> ที่พบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในเด็กวัยรุ่น

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายการสูบบุหรี่ในการศึกษาคั้งนี้ได้ คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบ อาจเนื่องจากนักศึกษาในระดับ ปวช. เป็นกลุ่มที่มีเพื่อนมาก ต้องการการเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อนมากกว่าจะคิดถึงความเป็นเหตุเป็นผล ผลเสีย หรือความถูกผิดถึงแม้การกระทำตามเพื่อนบางอย่างจะไม่ถูกต้องและไม่ถูกใจก็ตาม แต่การตามแฟชั่นของสังคมเมืองกรุง หรือต่างประเทศเป็นเรื่องที่ “อินเทรน”

## สรุป

จากการศึกษาสรุปได้ว่าตัวแปรที่นำมาศึกษาข้างต้นสามารถทำนายการสูบบุหรี่ได้บางส่วน และความสามารถในการทำนายมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับบริบทที่หลากหลาย และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ลักษณะของเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังต่อการสูบบุหรี่ในทางบวก และอิทธิพลกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ และผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษา วิทยาลัยกรมอาชีวศึกษาในภาคใต้ตอนบนได้ดียิ่งขึ้น และเป็นความรู้พื้นฐานสำหรับการพัฒนากิจกรรมการป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ต่อไป



## ข้อเสนอแนะ

พยาบาล บุคลากรที่มีสุขภาพ และอาจารย์ในสถานศึกษา ควรตระหนักถึงความสำคัญในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ วัยรุ่นเพศชาย ให้ทราบถึงพิษภัยและผลกระทบจากการสูบบุหรี่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการริเริ่มทดลองสูบบุหรี่ ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่รายใหม่ และเพื่อให้ผู้ที่สูบบุหรี่สามารถลด ละ เลิกสูบบุหรี่ได้ ร่วมกันส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มเพื่อน เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และเสริมสร้างความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองให้สูงขึ้น เพื่อให้สามารถต้านทานอิทธิพลที่จะชักนำไม่ให้สูบบุหรี่ เช่น การก่อตั้งกลุ่มสัมพันธ์หรือชมรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ จัดประกวดกิจกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ จัดกิจกรรมที่ให้วัยรุ่นแสดงความสามารถ จัดกิจกรรมช่วยสังคม เป็นต้น

นอกจากนี้ ควรจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนการรับรู้ของนักศึกษา เสริมสร้างความคาดหวัง ผลลัพธ์ในทางลบเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ หรือสิ่งที่คาดว่าจะเกิดผลเสียหากสูบบุหรี่ โดยแนะนำให้ทราบถึงพิษภัยและผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจากการสูบบุหรี่ที่มีต่อตนเองและคนใกล้ชิดหากยังคงสูบบุหรี่ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่. มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. แหล่งข้อมูล <http://www.ashthailand.or.th>. เข้าถึงข้อมูลเมื่อ 30 มกราคม 2549.
- กรมสุขภาพจิต. โรคสมองติดยา. คู่มือการจัดการกิจกรรมค่ายฝึกทักษะป้องกันปัญหายาเสพติด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
- บุษบา สงวนประสิทธิ์ ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และอรนุชภาชีน. ความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นหญิง. การประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5. 2549; ก139 - ก158.
- กลุ่มสถิติประชากรและสังคม สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากรและสถานการณ์การสูบบุหรี่ พ.ศ.2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2547.
- บุปผา ศิริวิศรี. สรุปผลการวิจัย ความคิดเห็นและความเชื่อต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย. ใน การทบทวนและวิเคราะห์ทิศทางการวิจัยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคณาการพิมพ์; 2548.
- Etter J F., Prokhorov AV., & Perneger TV. Gender differences in the psychological determinants of cigarette smoking. *Addiction*. 2002;97:733-743.
- Kelishadi, R. Smoking behavior and its influencing factors in a national-representative sample of Iranian adolescents: CASPIAN study. *Preventive Medicine*. 2006;42:423-426.
- ยุวลักษณ์ ชันอาสา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงในมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.
- สังวาล การรัตน์. แบบแผนความเชื่อ เรื่องการใช้ยาเสพติด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6. ภาคนิพนธ์ปริญญา บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.
- Botvin GJ., et al. Predictors of Cigarette Smoking among Inner – City Minority Youth. *JDBP*. 1994;2:67-73.
- Faucher, CNM. Factors That Influence Smoking in Adolescent Girls. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2003;3:199–205.

12. รัญจวน คำวชิรพิทักษ์ และวรนุช แหยมแสง. การป้องกันและควบคุมพฤติกรรมสูบบุหรี่ของบุคคลในวัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่. นนทบุรี: สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2539.
13. Romano-Dwyer, L. The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*. 1995; 30.
14. อภิญญา ปานชูเชิด. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547.
15. Engels RC. et al. Self-efficacy and emotional adjustment as precursors of smoking in early adolescence. *Substance Use Misuse*. 2005;12: 1883-1893.
16. Spruijt-Metz D., et al. Unique contributions of meanings of smoking and outcome expectancies to understanding smoking initiation in middle school. *Annals Behavioral Med*. 2005;30(2):104-111.
17. Lucas, K., Lloyd, B. Adolescent smoking: the control of mood and body image concerns. *Health Education*. 1999;1:17-26.
18. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. พยาบาลกับบุหรี่. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2549.
19. สตีเฟน ฮาแมน และคณะ การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ. นนทบุรี: ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์; 2548.
20. Coopersmith S. SEI: Self – esteem inventories. 2nd ed. Palo Alto; CA: Consulting Psychologists; 1984.
21. Bandura A. Self-efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and company; 1997.
22. ภูมิรินทร์ ภูมิประเสริฐโชค. ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การใช้แอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเหตุการณ์เครียดในชีวิต กับ ความรู้สึกสิ้นหวังของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
23. เวทีนี้ สุขมาก อัจฉรี ศิริสุนทร และประภาพร มีนา. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้ในความสามารถตนเอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์* 2545;1:31-37.
24. อนุภาพ ทองอยู่. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอน ปลาย ในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2547.
25. วิณา ศิริสุข. ยาสูบกับคนไทย ทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน. นนทบุรี: องค์การทหารผ่านศึก; 2541.
26. สถาพร จิรัตนานนท์. บุหรี่ : ยิ่งสูบ...ยิ่งจน. *Smart วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่*. 2547;51:2-3.
27. สุชา จันทร์เอม. จิตวิทยาเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2543.
28. วิทยา นาควัชระ. เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูหน่วยที่ 6 การอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยรุ่น. นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2543.



29. อรทัย ลิ้มตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2543.
30. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977;84:191-215.
31. Nickoletti, P., and Taussig,HN. Outcome Expectancies and Risk Behaviors in Maltreated Adolescents. *Journal of research on Adolescence*. 16(2):217–228.

## การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดำเนินงานเพื่อควบคุม การบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ธราดล เก่งการพานิช\*

มณฑา เก่งการพานิช\*

ณัฐพล เทศขยัน\*\*

สาโรจน์ นาคนู\*\*

\* อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* นักวิชาการ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

### บทคัดย่อ

การสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากเจ้าหน้าที่ฯ 10,500 คน ใน 30 จังหวัด โดยกระจายแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และได้รับตอบกลับทั้งสิ้น 5,005 ชุด คิดเป็นร้อยละ 47.67 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์

ผลการสำรวจพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูบบุหรี่ปัจจุบัน ร้อยละ 7.5 โดยเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย สูบบุหรี่ทุกวันๆ ละ 6 – 10 มวน สูบบุหรี่ทั้งนอกบ้านและนอกที่ทำงาน ร้อยละ 76.5 และเคยพยายามเลิกสูบแต่ไม่สำเร็จ ขณะที่เจ้าหน้าที่ฯ ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีเหตุผลจากครอบครัวมากที่สุด โดยวิธีเลิกบุหรี่ที่นิยมใช้มากที่สุดคือ การหักดิบ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ฯ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.3 เห็นด้วยมากต่อการที่เจ้าหน้าที่ฯ ต้องเป็นแบบอย่างในการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 74.3 เคยจัดกิจกรรมควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะการรณรงค์ในวันงดสูบบุหรี่โลกและประสบความสำเร็จปานกลาง พร้อมกันนี้ยังพบว่า ร้อยละ 95.2 ของหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่มีการดำเนินการให้เป็นสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ เจ้าหน้าที่ฯ ร้อยละ 58.1 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบจากการเรียนการสอนหรือการฝึกอบรม และร้อยละ 49.9 ระบุว่าตนเองเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และเจ้าหน้าที่ฯ เหล่านี้ มีความคิดเห็นว่าการขาดการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง และการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ฯ ถือเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

# Smoking behavior and tobacco control activities of public health workers in Thailand

Tharadol Kengganpanich<sup>\*</sup>

Mondha Kengganpanich<sup>\*</sup>

Nutttapon Theskayan<sup>\*\*</sup>

Saroj Nakju<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup> Lecturer, Department of Health Education and Behavioral Science, Faculty of Public Health, Mahidol University

<sup>\*\*</sup> Academic, Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Mahidol University

## Abstract

This cross-sectional survey research was aimed to study about smoking behavior and the performance responses to tobacco control policy of public health workers throughout Thailand. Data were collected by mailing the questionnaires to 10,500 public health workers in 30 province and 5,005 (46.7%) completed questionnaires were returned. Descriptive and analytic statistical analysis were used.

The results revealed that 7.5% were current smokers, mostly males. On average, they smoked 6-10 cigarettes per day, mostly outside their houses and work places. A majority of respondents (76.5%) had tried but been unsuccessful in quitting smoking. Of those who attempted and successfully quit, the most important factor in their success was family support. The most common method used by those successful was “cold turkey” quitting. Public health workers (85.3%) supported that their role should be a non-smoking example to the public. Most public health workers had participated in some tobacco control activity (74.3%), with the WHO “World No Tobacco Day”, the most commonly named activity. Among respondents, 95.2% said that their workplaces were designated as smoke-free workplaces. Of respondents, 58.1% of public health workers had never been formally trained about tobacco and health. Of all respondents, only 49.9% said they were responsible officers regarding the two primary tobacco control laws in Thailand, 37.3% said they were not responsible for compliance with these laws, and 12.8% said they did not know if they were responsible. Respondents identified several problem/barriers to tobacco control including lack of law enforcement, smoking among existing public health workers, and lack of awareness by public health workers of tobacco control laws.

## บทนำ

ในปัจจุบัน การรณรงค์เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพได้ส่งผลให้การบริโภคยาสูบเป็นประจำของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 30.46 ในปี พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 18.94 ในปี พ.ศ.2549 โดยมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงจากจำนวน 10.34 ล้านคน เป็น 9.54 ล้านคนในช่วงเวลาเดียวกัน นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตว่า บริบทเชิงพื้นที่ส่งผลต่อความแตกต่างกันของอัตราการสูบบุหรี่ เห็นได้จาก 1) เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกรายภาค พบว่า ในช่วงปี พ.ศ.2534 – 2544 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด แต่ในช่วงปี พ.ศ.2547 – 2549 กลับพบว่า ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ในขณะที่ กรุงเทพมหานครมีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุดอย่างต่อเนื่อง และ 2) เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำ จำแนกตามเขตการปกครอง พบว่า ในช่วงปี พ.ศ.2534 – 2549 ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล<sup>(1)</sup>

ข้อมูลข้างต้น ชี้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคลากรวิชาชีพกลุ่มหนึ่งที่ได้รับการคาดหวังว่าจะเป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินการควบคุมยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบทบาทหน้าที่และเงื่อนไขของบริบทพื้นที่ทำงานที่มีโอกาสใกล้ชิดกับประชาชนทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ

อย่างไรก็ดี จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพพบว่า ร้อยละ 14.7 ของนักศึกษาวิชาชีพทั้งหมดเคยสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต โดยนักศึกษาสาธารณสุขมีอัตราสูบบุหรี่สูงสุดคือ ร้อยละ 21.4<sup>(2)</sup> นอกจากนี้

ยังพบว่า บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขสูบบุหรี่ ปัจจุบัน ร้อยละ 8.9<sup>(3)</sup> ซึ่งข้อมูลนี้มีความน่าสนใจเนื่องจากนักศึกษาสาธารณสุขเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ส่วนหนึ่งจะต้องทำหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรวิชาชีพในสายงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อเป็นกำลังหลักในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในด้านต่างๆ รวมถึงการควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่รับผิดชอบ อีกทั้งควรเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพ

ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสบการณ์และการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการควบคุมบริโภคยาสูบในระดับพื้นที่ และการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุมการบริโภคยาสูบให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบ อันจะนำไปสู่ความสำเร็จของการสร้างสังคมปลอดบุหรี่ที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research)

## 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมออนามัย ซึ่งเป็นสมาชิกเครือข่ายหมออนามัยที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยระดับตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ใน 75 จังหวัด (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) จำนวนประมาณ 26,000 คน<sup>(4)</sup>

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับตำบลในจังหวัดที่แกนนำเครือข่ายมีความพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการสำรวจครั้งนี้ จำนวน 30 จังหวัด มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประมาณ 10,500 คน โดยแกนนำได้กระจายแบบสอบถามให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน ระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม พ.ศ.2549 ซึ่งสามารถรวบรวมแบบสอบถามกลับ และมีความสมบูรณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป รวมทั้งสิ้น 5,005 ชุด หรือคิดเป็นอัตราตอบกลับ ร้อยละ 46.7

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลในการสำรวจครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่สร้างโดยทีมวิจัย แบ่งเป็น 5 ส่วน จำนวนรวมทั้งสิ้น 52 ข้อ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ 2) พฤติกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ จำนวน 22 ข้อ 3) ประสิทธิภาพการดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 11 ข้อ 4) ความคิดเห็นต่อบทบาทและการปฏิบัติงานในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 5 ข้อ และ 5) ความคิดเห็นต่อความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคของโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับจังหวัดที่ปฏิบัติงาน จำนวน 2 ข้อ

แบบสอบถามส่วนที่ 1, 2, 4 และ 5 เป็นคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ขณะที่แบบสอบถามส่วนที่ 3 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ นั้น มีลักษณะคำตอบ 2 รูปแบบ โดย 10 ข้อแรก เป็นคำถามแบบมี

ตัวเลือกให้ตอบ ขณะที่ อีก 1 ข้อที่เหลือ ซึ่งเป็นคำถามการจัดกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบมีลักษณะคำตอบเป็น “เคยจัด/ไม่เคยจัด” กิจกรรมในข้อถามนั้นๆ จำนวนรวมทั้งสิ้น 10 ข้อถามย่อย โดยกิจกรรมย่อยในข้อใดที่ได้รับการระบุว่า “เคยจัด” จะได้รับการประเมินตัดสินระดับความสำเร็จของการจัดกิจกรรมด้วยมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับคือ ความสำเร็จมาก ปานกลาง และน้อย

## 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้วยสถิติวิเคราะห์ไครว์สแควร์

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.6 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 39.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 36.75 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.1 รองลงมาคือ ระดับอนุปริญญา ร้อยละ 24.2 โดยหลักสูตรที่จบ คือ พนักงานอนามัย ร้อยละ 29.8 รองลงมาคือ พยาบาล และผดุงครรภ์ ร้อยละ 26.6 และ 10.4 ตามลำดับ

### 2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลการสำรวจดังตารางที่ 1 พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 78.9 ไม่เคยสูบบุหรี่เลย ร้อยละ 7.7 เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว และร้อยละ 7.5 สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันเกือบทั้งหมดเป็นเพศชายคือ ร้อยละ 99.2 อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก คือ

20.36 ปี โดยร้อยละ 54.4 เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 16 - 20 ปี

ความถี่ของการสูบบุหรี่ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่เฉลี่ยสัปดาห์ละ 6.29 วัน โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 77.2 รองลงมาคือ สูบบุหรี่ 5 - 6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 10.6

ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน พบว่าเจ้าหน้าที่ฯ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 6-10 มวนต่อวัน ร้อยละ 54.4 รองลงมาคือ สูบบุหรี่ 11-15 มวนต่อวัน ร้อยละ 23.9 โดยเฉลี่ยสูบบุหรี่วันละ 10-16 มวน

สถานที่สูบบุหรี่ พบว่าเจ้าหน้าที่ฯ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่นอกร้านและนอกที่ทำงาน ร้อยละ 52.1 รองลงมาคือ สูบบุหรี่ที่บ้าน ร้อยละ 39.3

ตารางที่ 1 ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	ร้อยละ
<b>การสูบบุหรี่ (n=4,769)</b>	
• ไม่เคยสูบเลย	78.9
• เคยแค่ลองสูบเพียงครั้งสองครั้ง	5.9
• เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	7.7
• ปัจจุบันสูบบุหรี่	7.5
<b>กรณีเจ้าหน้าที่ฯ ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน</b>	
<b>ความถี่ในการสูบ (วัน/สัปดาห์) (n=321)</b>	
• 1 - 2	4.4
• 3 - 4	7.8
• 5 - 6	10.6
• ทุกวัน	77.2
<i>ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.29 ± 1.46, ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 1-7</i>	
<b>ปริมาณบุหรี่ที่สูบเฉลี่ย (มวน/วัน) (n=346)</b>	
• 1 - 5	11.0
• 6 - 10	54.4
• 11 - 15	23.9
• 16 - 20	6.9
• 21 มวนขึ้นไป	3.8
<i>ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.16 ± 6.74, ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด = 1-40</i>	
<b>สถานที่ส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่ (n=351)</b>	
• นอกร้านและนอกที่ทำงาน	52.1
• ที่บ้าน	39.3
• ที่ทำงาน	3.7
• อื่นๆ	4.8

การลดและเลิกสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.2 ระบุว่า การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของตน โดยปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ อากาศไอ ร้อยละ 63.7 รองลงมา คือ เหนื่อยง่าย ร้อยละ 46.8 เจ็บคอ ร้อยละ 46.0 นอกจากนี้ ยังพบว่า มีการป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพองถึงร้อยละ 9.0

ในส่วนของปัจจัยเชิงนโยบายที่มีผลต่อการลดปริมาณการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 36.5 สูบบุหรี่ลดลงเนื่องจากการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ซึ่งทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้น รองลงมาคือ มีหน้าที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ควบคุมการบริโภคยาสูบ ร้อยละ 35.4 ผลจากการห้ามโฆษณาหรือตั้งโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย ร้อยละ 22.3 และผลเนื่องจากภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ร้อยละ 30.7 โดยส่วนใหญ่เห็นว่าภาพที่มีประสิทธิภาพที่สุด คือ ภาพควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด

สำหรับความพยายามเลิกบุหรี่ พบว่า เจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.5 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ ซึ่งวิธีการเลิกบุหรี่ที่นิยมใช้มากที่สุด คือ ตั้งใจเลิกเองโดยค่อยๆ ลดจำนวนลง ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ การใช้วิธีหักดิบ ร้อยละ 57.1 และใช้วิธีออกกำลังกาย ร้อยละ 18.4

ส่วนเหตุผลที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ พบว่าเป็นเพราะไม่ตั้งใจ/ไม่อยากเลิกอย่างจริงจัง ร้อยละ 39.3 และรองลงมาคือ สูบจนติดทำให้เมื่อเลิกสูบบุหรี่แล้วหงุดหงิด ร้อยละ 38.9 นอกจากนี้ ยังพบว่า เจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน มีความต้องการเลิกบุหรี่ ร้อยละ 80.3 โดยมีแรงจูงใจ/เหตุผลสำคัญที่เลิกบุหรี่ คือ ครอบครัวชักจูงให้เลิก ร้อยละ 52.2 ตระหนักถึงโทษภัยมากขึ้น ร้อยละ 50.4 ต้องการประหยัด ร้อยละ 49.3 รู้ว่าสังคมไม่ยอมรับ ร้อยละ 43.5 และปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 34.8

ในส่วนของเจ้าหน้าที่ที่เคยสูบบุหรี่ พบว่า วิธีการเลิกบุหรี่ที่นิยมใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ วิธีการหักดิบ ร้อยละ 52.0 รองลงมาคือ ใช้วิธีตั้งใจเลิกเองโดยค่อยๆ ลดจำนวนลง ร้อยละ 50.0 และใช้การออกกำลังกาย ร้อยละ 10.5 นอกจากนี้ ยังพบว่า มีเพียงร้อยละ 4.2 และ 1.7 ที่เลิกบุหรี่โดยการเข้าหลักสูตรบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ และใช้ยาแผนปัจจุบันตามลำดับ ซึ่งแรงจูงใจ/เหตุผลสำคัญที่เลิกบุหรี่ คือ ครอบครัวชักจูงให้เลิก ร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 20.3 และเลิกเพราะตระหนักถึงโทษภัยที่มากขึ้นของบุหรี่ ร้อยละ 19.3 สำหรับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน และที่เคยสูบบุหรี่ จำแนกตามวิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่และแรงจูงใจ/เหตุผลสำคัญที่เลิกบุหรี่

วิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ และแรงจูงใจ/เหตุผลสำคัญที่เลิกบุหรี่	เจ้าหน้าที่ฯ ที่ สูบบุหรี่ปัจจุบัน	เจ้าหน้าที่ฯ ที่ เคยสูบบุหรี่
<b>วิธีการที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ *</b>	(n=261)	(n=326)
• ตั้งใจเลิกเองโดยค่อยๆ ลดจำนวนลง	63.6	50.0
• ใช้วิธีหักดิบ	57.1	52.0
• ออกกำลังกาย	18.4	10.5
• กินอาหาร ชาและเครื่องดื่มทดแทน	11.9	8.8
• ฝึกสมาธิ	7.3	5.1
• ใช้อาณัติบำบัด	5.4	1.7
• เข้ารับการอบรม เช่น หลักสูตรบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ เป็นต้น	5.4	4.2
• ใช้อาณัติบำบัด	4.2	6.5
• อื่นๆ	3.5	10.2
<b>แรงจูงใจ/เหตุผลสำคัญที่เลิกบุหรี่ *</b>	(n=326)	(n=353)
• ครอบครัวยกย่องให้เลิก	52.2	41.7
• ตระหนักถึงโทษภัยของบุหรี่มากขึ้น	50.4	19.3
• ต้องการประหยัด	49.3	4.0
• สังคมไม่ยอมรับ สูบแล้วเหมือนคนน่ารังเกียจ	43.5	5.8
• มีปัญหาสุขภาพ	34.8	20.3
• พระราชดำรัสของในหลวง	26.4	1.5
• เพื่อนชักจูงให้เลิก	8.7	1.5
• อื่นๆ	5.1	5.6

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



### 3. ประสพการณ์การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ

1) การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบพบว่า เจ้าหน้าที่ฯ ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.3 เคยดำเนินการกิจกรรมการควบคุมยาสูบ โดยกิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ การรณรงค์ในวันงดสูบบุหรี่โลก ร้อยละ 69.9 รองลงมาคือ เผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อเอกสาร ร้อยละ 63.0 จัดฝึกอบรมให้ความรู้ ร้อยละ 52.6 เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ร้อยละ 28.0 และเป็นวิทยากรให้องค์กรต่างๆ ร้อยละ 20.8

ในส่วนการร่วมกิจกรรมควบคุมยาสูบกับหน่วยงานอื่นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า เจ้าหน้าที่ฯ ร้อยละ 46.4 เคยเข้าร่วมกิจกรรมควบคุมยาสูบกับหน่วยงานอื่น โดยหน่วยงานที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมควบคุมยาสูบด้วยส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานภาครัฐ ระดับอำเภอ ร้อยละ 69.7 รองลงมาคือ องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล ร้อยละ 45.7

นอกจากนั้น พบว่า เจ้าหน้าที่ฯ เคยทำโครงการควบคุมยาสูบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเพียง ร้อยละ 22.2 โดยเจ้าหน้าที่ฯ เกือบทั้งหมด ร้อยละ 97.4 จัดกิจกรรมควบคุมยาสูบในวันงดสูบบุหรี่โลก ร้อยละ 62.1 จัดกิจกรรมฯ ในวันยาเสพติดโลก และ ร้อยละ 48.0 จัดกิจกรรมฯ ในวันเข้าพรรษา โดยทุก

ครั้งของการจัดกิจกรรมฯ เจ้าหน้าที่ฯ ประเมินความสำเร็จของการจัดกิจกรรมฯ นี้ว่าอยู่ในระดับปานกลางทั้งสิ้น

สำหรับเหตุผลหรือแรงจูงใจสำคัญในการทำกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่ฯ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.8 ให้เหตุผลว่าเพราะเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 รองลงมา คือ ร้อยละ 52.5 เป็นนโยบายของพื้นที่ ร้อยละ 36.4 ปัญหาสุขภาพจากยาสูบของคนในพื้นที่ ร้อยละ 34.0 เนื่องจากความสนใจเป็นการส่วนตัว และร้อยละ 22.8 กระแสสังคม

การจัดสถานที่ทำงานเป็นเขตปลอดบุหรี่พบว่า หน่วยงานของเจ้าหน้าที่ฯ เกือบทั้งหมด ร้อยละ 95.2 มีการดำเนินการให้เป็นสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ โดยวิธีการที่หน่วยงานนิยมใช้มากที่สุดคือ มีป้าย “เขตปลอดบุหรี่” บริเวณหน้าหน่วยงานชัดเจน ร้อยละ 91.3 รองลงมา คือ มีสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่อย่างชัดเจน และกระจายทั่วหน่วยงาน ร้อยละ 52.7 มีสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ในบางบริเวณของหน่วยงาน ร้อยละ 46.6 ไม่จัดที่เขี่ยบุหรี่ไว้ในอาคาร ร้อยละ 41.5 และมีประกาศห้ามสูบบุหรี่ในห้องทำงาน/ห้องประชุม/สถานที่ใช้งานร่วมกัน ร้อยละ 35.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ฯ จำแนกตามการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ

การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ	จำนวน	ร้อยละ
เคยจัดกิจกรรมการควบคุมยาสูบ (n=4,955)	3,655	74.3
กิจกรรมการควบคุมยาสูบที่จัด (n=3,655)*		
• รณรงค์ในวันงดสูบบุหรี่โลก	2,556	69.9
• เผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อเอกสาร	2,301	63.0
• จัดฝึกอบรมให้ความรู้	1,922	52.6
• เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ.	1,024	28.0
• เป็นวิทยากรให้องค์กรต่างๆ	759	20.8
• กิจกรรมบำบัดในการเลิกบุหรี่	574	15.7
• ประชาสัมพันธ์วิทยุชุมชน	489	13.4
• เวทีประชาคม	393	10.8
• อื่นๆ	70	1.9
การร่วมกิจกรรมการควบคุมยาสูบกับหน่วยงานอื่นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (n=3,465)	2,119	46.4
หน่วยงานที่เข้าร่วมด้วย (n=2,115)*		
• หน่วยงานภาครัฐ (อำเภอ โรงเรียน)	1,474	69.7
• หน่วยงานท้องถิ่น (อบต. เทศบาล)	967	45.7
• องค์กรภาคประชาชน	68	3.2
• อื่นๆ	286	13.5
การทำโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (n=3,465)	768	22.2
เหตุผล/แรงจูงใจในการจัดกิจกรรมการควบคุมยาสูบ (n=768)*		
• เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ.	467	60.8
• เป็นนโยบายของพื้นที่	403	52.5
• ปัญหาสุขภาพของคนในพื้นที่จากยาสูบ	279	36.4
• สนใจเป็นการส่วนตัว	261	34.0
• กระแสสังคม	175	22.8
การจัดหน่วยงานเป็นเขตปลอดบุหรี่ (n=4,711)	4,485	95.2
วิธีการที่ใช้เพื่อการจัดหน่วยงานเป็นเขตปลอดบุหรี่ (n=4,478)*		
• มีป้าย “เขตปลอดบุหรี่” บริเวณหน้าหน่วยงานชัดเจน	4,090	91.3
• มีสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่อย่างชัดเจน และกระจายทั่วหน่วยงาน	2,360	52.7
• มีสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ในบางบริเวณของหน่วยงาน	2,085	46.6
• ไม่จัดที่เขียนบุหรี่ไว้ในอาคาร	1,859	41.5
• มีประกาศห้ามสูบบุหรี่ในห้องทำงาน/ห้องประชุม/สถานที่ใช้งานร่วมกัน	1,569	35.0

หมายเหตุ \* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2) ความรู้ และศักยภาพของเจ้าหน้าที่ฯ ในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่า เจ้าหน้าที่ฯ ร้อยละ 58.1 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบจากการเรียนการสอน หรือการฝึกอบรม ดังนั้น จึงมีความต้องการพัฒนาศักยภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบมากถึง ร้อยละ 92.0 โดยศักยภาพที่เจ้าหน้าที่ฯ ต้องการให้มีการพัฒนา คือ 1) กลวิธี/แนวทางการรณรงค์สร้างกระแสสังคม ร้อยละ 59.5 2) ความรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ ร้อยละ 54.6 3) กลยุทธ์ กลวิธีควบคุมยาสูบ ร้อยละ 54.0 4) การทำคลินิกอดบุหรี่ ร้อยละ 48.5 5) ความรู้พิษภัยบุหรี่ ร้อยละ 46.4) และ 6) การจัดทำสื่อ ร้อยละ 40.4

**4. บทบาทและการปฏิบัติงานในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535** พบว่า เจ้าหน้าที่ฯ ร้อยละ 49.9 ระบุว่าตนเองเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ฯ ทั้ง 2 ฉบับ ซึ่งเจ้าหน้าที่ฯ ในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 40.1 ที่ทราบบทบาทหน้าที่ตาม พ.ร.บ. เป็นอย่างดี และร้อยละ 2.9 ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ ในขณะที่ ร้อยละ 37.3 ระบุว่า ตนเองไม่ได้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ และร้อยละ 12.8 ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่าตนเองเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่

ส่วนการปฏิบัติหน้าที่เจ้าพนักงานตาม พ.ร.บ.ฯ ทั้ง 2 ฉบับ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.7 ปฏิบัติหน้าที่ตาม พ.ร.บ. โดยระบุหน้าที่ที่ปฏิบัติดังนี้ 1) การเฝ้าระวังไม่ให้ขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้อยละ 80.2 2) การเฝ้าระวังไม่ให้ตั้งโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย ร้อยละ 72.1 3) การเฝ้าระวังผู้สูบบุหรี่ในเขตห้ามสูบบุหรี่ ร้อยละ 55.0 และ 4) การตรวจสถานที่สาธารณะที่ไม่จัดเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ ร้อยละ 39.7

นอกจากนี้ ยังพบว่า เจ้าหน้าที่ฯ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.3 เห็นด้วยมากต่อการที่เจ้าหน้าที่ฯ ต้องเป็นแบบอย่างในการไม่สูบบุหรี่ โดยเจ้าหน้าที่ฯ ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน เห็นด้วยมากในประเด็นนี้เพียงร้อยละ 58.4 ในขณะที่ เจ้าหน้าที่ฯ ที่ไม่เคยสูบบุหรี่และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ เห็นด้วยมากในประเด็นนี้ถึงร้อยละ 88.9 และ 80.0 ตามลำดับ

**5. ความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคของโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับจังหวัดที่ปฏิบัติงาน** พบว่า เจ้าหน้าที่ฯ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.7 เห็นว่าโครงการฯ ประสบความสำเร็จในระดับปานกลาง และร้อยละ 27.8 เห็นว่าประสบความสำเร็จในระดับน้อย มีเพียงร้อยละ 10.5 ที่เห็นว่าประสบความสำเร็จในระดับมาก โดยปัญหาและอุปสรรคของโครงการฯ พบว่า เจ้าหน้าที่ฯ เกือบทั้งหมด ร้อยละ 95.1 มีความคิดเห็นว่าการดำเนินโครงการฯ มีปัญหา/อุปสรรค ดังนี้ ขาดการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง ร้อยละ 76.6 เจ้าหน้าที่ฯ ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 57.4 บุคลากรไม่เห็นความสำคัญ ร้อยละ 43.2 ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง ร้อยละ 37.8 เจ้าหน้าที่ฯ ขาดความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 34.6 และงบประมาณไม่เพียงพอ ร้อยละ 33.1

ส่วนปัญหาอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานตอบสนองนโยบายควบคุมยาสูบ พบว่า เจ้าหน้าที่ฯ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 ประสบปัญหาต่างๆ อาทิ การมีพนักงานเจ้าหน้าที่ 1 คน รับผิดชอบงานหลายด้าน ร้อยละ 68.0 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ฯ ยังสูบบุหรี่อยู่จึงยากที่จะทำงานควบคุมยาสูบ ร้อยละ 60.2 การขาดความร่วมมือจากองค์กร/เครือข่ายในชุมชน ร้อยละ 53.7 ขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ร้อยละ 53.1 และมีร้านค้าจำหน่ายบุหรี่จำนวนมากที่ไม่ได้ลงทะเบียน ร้อยละ 52.2

## 6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการวิเคราะห์ประสพการณ์การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับการทำกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (ตารางที่ 4) ได้แก่

1) เพศมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 69.30$ ,  $p < 0.001$ ) โดยเจ้าหน้าที่ชาย เพศชาย ร้อยละ 80.9 เคยทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งมากกว่าเพศหญิงที่เคยทำกิจกรรม

2) อายุมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 108.07$ ,  $p < 0.001$ ) โดยเจ้าหน้าที่ที่อายุตั้งแต่ 31 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนการเคยทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบมากกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีอายุน้อยกว่า 31 ปี

3) ตำแหน่งปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 151.00$ ,  $p < 0.001$ ) โดยตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารเคยทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบมากที่สุด ร้อยละ 85.9 รองลงมาคือนักวิชาการ ร้อยละ 82.5 ส่วนพยาบาลเป็นตำแหน่งที่เคยทำกิจกรรมน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 65.0

4) พื้นที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 202.55$ ,  $p < 0.001$ ) พบว่าเจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่ในระดับตำบล ร้อยละ 78.9 เคยทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ ขณะที่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับอำเภอมีเพียงร้อยละ 56.0 เท่านั้น

5) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 39.15$ ,  $p < 0.001$ ) พบว่า เจ้าหน้าที่ฯ กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้วเคยทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบมากที่สุด ร้อยละ 84.7 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่ฯ ที่สูบบุหรี่ปัจจุบัน ร้อยละ 77.1 ส่วนเจ้าหน้าที่ฯ กลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลยเคยทำกิจกรรมน้อยที่สุด ร้อยละ 73.2

6) การเรียนหรือฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 95.55$ ,  $p < 0.001$ ) โดยเจ้าหน้าที่ฯ ที่เคยเรียนหรือฝึกอบรมฯ ร้อยละ 81.5 เคยทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเรียนหรือฝึกอบรมฯ

7) ความต้องการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานควบคุมยาสูบมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 38.93$ ,  $p < 0.001$ ) พบว่าเจ้าหน้าที่ฯ ที่ต้องการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ร้อยละ 76.0 เคยทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ ขณะที่กลุ่มที่ไม่ต้องการพัฒนาศักยภาพฯ ร้อยละ 61.7 เคยทำกิจกรรม

8) การรับรู้สถานการณ์ภาพการเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ฯ มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 210.09$ ,  $p < 0.001$ ) พบว่าเจ้าหน้าที่ฯ กลุ่มที่รับรู้สถานการณ์ภาพการเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ทั้ง 2 ฉบับ เคยทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบมากที่สุด ร้อยละ 83.6

9) การทราบบทบาทการเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ฯ ตาม พ.ร.บ.ฯ มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 95.79, p < 0.001$ ) เจ้าหน้าที่ฯ กลุ่มที่ทราบเป็นอย่างดีในบทบาทหน้าที่ของตนตาม พ.ร.บ.ฯ เคยทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบมากที่สุด ร้อยละ 84.0 รองลงมาคือกลุ่มที่ทราบบ้าง ร้อยละ 79.8 โดยกลุ่มที่ไม่ทราบบทบาทเคยทำกิจกรรมน้อยที่สุด ร้อยละ 60.2

10) การรับรู้การดำเนินการของหน่วยงานตนให้เป็นสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 139.32, p < 0.001$ ) เจ้าหน้าที่ฯ ที่หน่วยงานมีการดำเนินการให้เป็นสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ส่วนใหญ่ เคยทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ ร้อยละ 76.1

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับการทำกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบ

ปัจจัยต่างๆ	n	Chi-square	df	p-value
1) เพศ	4,875	69.30	1	< 0.001
2) กลุ่มอายุ	4,836	108.07	3	< 0.001
3) ตำแหน่งปฏิบัติงาน	4,529	151.00	3	< 0.001
4) พื้นที่ปฏิบัติงาน	4,766	202.55	1	< 0.001
5) พฤติกรรมการสูบบุหรี่	4,766	39.15	2	< 0.001
6) การเคยได้รับการเรียนการสอน/ฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ	4,784	95.55	1	< 0.001
7) ความต้องการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานควบคุมยาสูบ	4,812	38.93	1	< 0.001
8) การรับรู้สถานภาพการเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพ.ร.บ.ฯ ทั้ง 2 ฉบับ	4,699	210.09	2	< 0.001
9) การทราบบทบาทการเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพรบฯ พ.ศ.2535	2,867	95.79	2	< 0.001
10) รับรู้ว่าหน่วยงานของตนมีการดำเนินการให้เป็นสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่	4,842	139.32	2	< 0.001

## อภิปรายผล

การอภิปรายผลการประเมินในครั้งนี้ มุ่งเน้นใน 2 ประเด็น ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ

### 1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากผลการสำรวจพบว่า เจ้าหน้าที่ฯ มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ร้อยละ 7.5 โดยส่วนใหญ่เป็น

ผู้ชาย และส่วนใหญ่สูบบุหรี่นอกบ้านและนอกที่ทำงานร้อยละ 52.1 อาจเนื่องจากคนกลุ่มนี้เข้าใจและรับรู้ถึงอันตรายของควันบุหรี่มือสองต่อสมาชิกในบ้านและการบังคับใช้กฎหมายให้สถานที่ราชการปลอดบุหรี่ จึงทำให้ไปสูบนอกบริเวณที่กล่าวมา และอาจเป็นไปได้ที่สถานที่ที่ไปสูบบุหรี่นั้นเป็นที่สาธารณะอื่นๆ ทำให้ผลกระทบไปตกอยู่กับบุคคลอื่นในสังคม

สำหรับผู้ที่เคยสูบบุหรี่และปัจจุบันเลิกสูบแล้ว พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จคือ ครอบครัว อาจเนื่องจากกระแสการรณรงค์ “บ้านปลอดบุหรี่” ในปัจจุบัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบจากอันตรายของบุหรี่ ไม่ว่าจะเกิดกับตัวผู้สูบเอง ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นหัวหน้าครอบครัว และผู้ได้รับควันรวมถึงผลกระทบในเรื่องอื่นๆ เช่น ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นต้น ประกอบมาตรการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพของประเทศในช่วงเวลาที่ผ่านมามีเป็นเหตุผลสำคัญที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ อาทิ ภาษีสรรพสามิตบุหรี่ที่เรียกเก็บเต็มเพดาน ร้อยละ 80<sup>(5)</sup> ทำให้ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันลดปริมาณการสูบลง รวมถึงการมีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพ และหน้าที่รับผิดชอบในฐานะการเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ควบคุมการบริโภคยาสูบตามกฎหมาย

## 2. การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ

เจ้าหน้าที่ฯ ส่วนใหญ่เคยดำเนินกิจกรรมการควบคุมยาสูบ เช่น กิจกรรมวันงดสูบบุหรี่โลก การอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน เป็นต้น ซึ่งเหตุผลหรือแรงจูงใจหลักในการจัดกิจกรรมเหล่านี้ คือ การเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และที่เด่นชัดคือ การเห็นปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ของคนในพื้นที่ ซึ่งเป็นภารกิจหลักของเจ้าหน้าที่ฯ ที่ต้องดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

การจัดสถานที่ทำงานเป็นเขตปลอดบุหรี่ พบว่า มีการปฏิบัติตามกฎหมายได้เกือบทั้งหมด โดยการติดป้าย “เขตปลอดบุหรี่” บริเวณหน้า

หน่วยงานชัดเจน แต่ในความเป็นจริงควรจะต้องมีป้ายกระจายอยู่ทั่วหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ที่พบเห็นเกิดความตระหนักอยู่ตลอดเวลา นอกจากนั้น พบว่าเจ้าหน้าที่ฯ มากกว่าครึ่งยังไม่รับรู้ว่าตนเองเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ทั้ง 2 ฉบับ สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ และปัญญาดาวกระจาย<sup>(6)</sup> ซึ่งรวมไปถึงเรื่องความรู้ ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ฯ ที่จะต้องมีการพัฒนาให้มากขึ้น เนื่องจากเจ้าหน้าที่ฯ ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 50 ที่เห็นด้วยว่าบุคลากรสาธารณสุขต้องเป็นแบบอย่างในการไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่ กลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่หรือสูบแต่เลิกแล้ว เห็นด้วยอย่างมากต่อประเด็นดังกล่าวซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของมณฑา เก่งการพานิช และคณะ<sup>(2)</sup>

## สรุป

ผลการสำรวจ เจ้าหน้าที่ฯ สูบบุหรี่ปัจจุบัน ร้อยละ 7.5 และเคยพยายามเลิกสูบแต่ไม่สำเร็จ ร้อยละ 76.5 ในขณะที่ เจ้าหน้าที่ฯ ที่เคยสูบและปัจจุบันสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีเหตุผลสำคัญคือ ครอบครัวชักจูงให้เลิก โดยวิธีการที่นิยมใช้มากที่สุด คือ การหักดิบ เจ้าหน้าที่ฯ ส่วนใหญ่เห็นด้วยมากต่อการที่เจ้าหน้าที่ฯ ต้องเป็นแบบอย่างในการไม่สูบบุหรี่ และส่วนใหญ่เคยดำเนินการกิจกรรมการควบคุมยาสูบ โดยกิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุด คือ การรณรงค์ในวันงดสูบบุหรี่โลก หน่วยงานของเจ้าหน้าที่ฯ เกือบทั้งหมดมีการดำเนินการให้เป็นสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ และเจ้าหน้าที่ฯ ร้อยละ 49.9 รับรู้ว่าตนเองเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 และ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

## ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานต้นสังกัดของเจ้าหน้าที่ฯ ควรประกาศนโยบายและมาตรการที่ชัดเจนต่อการดำเนินให้หน่วยงานเป็นเขตปลอดบุหรี่ เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีของการไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพ

2. หน่วยงานต้นสังกัดของเจ้าหน้าที่ฯ ควรจัดให้มีการอบรมต่างๆ อาทิ บทบาทหน้าที่การเป็นเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. และให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมด้านการควบคุมยาสูบ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่ฯ ในชุมชน

3. หน่วยงานต้นสังกัดของเจ้าหน้าที่ฯ ควรมีแนวทางการช่วยเหลือสนับสนุนเจ้าหน้าที่ฯ ที่สูบบุหรี่ ให้เลิกสูบบุหรี่ โดยการจัดกิจกรรมรองรับหรืออาจจะประสานกับหน่วยงานที่มีศักยภาพช่วยจัดบริการเลิกบุหรี่

## เอกสารอ้างอิง

1. ศรัณญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และณัฐพล เทศขยัน. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534 – 2549. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคังการพิมพ์; 2550.
2. มณฑา เก่งการพานิช ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และสาโรจน์ นาคว. การสำรวจข้อมูลนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ. เอกสารแผ่นพับ; 2550.
3. มณฑา เก่งการพานิช ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และธราดล เก่งการพานิช. สถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคังการพิมพ์; 2549.
4. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายโรงพยาบาล ตามกรอบปี 2548. แหล่งข้อมูล <http://203.157.3.100/phdb/doc.php?id=1137>. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2551.
5. กฎกระทรวงการคลัง (ฉบับที่ 29) พ.ศ. 2550 ออกตามความในพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509 ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 124 ตอนที่ 48 ก วันที่ 28 สิงหาคม 2550 หน้า 14-15.
6. วราภรณ์ รุ่งเรืองกลกิจ และบัญชา ดาวกระจาย อ้างใน มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. บทคัดย่องานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ. การประชุมวิชาการ “บุหรี่และสุขภาพ” ครั้งที่ 4 วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2548 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ; 2548.



## เศรษฐศาสตร์การเมืองเรื่องการควบคุมบุหรี่

### The Political Economy of Tobacco Control

บัวพันธ์ พรหมพักพิง\*

นิลวดี พรหมพักพิง\*\*

พะเยาว์ นาคำ\*\*

เกษราภรณ์ คลังแสง\*\*\*

พรเพ็ญ ปานคำ\*\*\*

ภัทรพร ศรีพรหม\*\*\*

\* นักวิจัย และรองศาสตราจารย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* นักวิจัยโครงการเศรษฐศาสตร์การเมืองเรื่องการควบคุมบุหรี่

\*\*\* นักวิจัยผู้ช่วยโครงการเศรษฐศาสตร์การเมืองเรื่องการควบคุมบุหรี่

## บทนำ

บุหรี่ เป็นพืชที่มีการปลูกและการบริโภคอย่างกว้างขวางมานานแล้ว อย่างไรก็ตาม การตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ และการควบคุมบุหรี่ เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2507 รายงานของคณะที่ปรึกษา สำนักงานแพทย์ใหญ่ สหรัฐอเมริกา ระบุว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะคณะที่ปรึกษาได้รวบรวมรายงานทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่ผ่านมานับตั้งแต่ปี พ.ศ.2496 ที่ระบุว่า มีความเกี่ยวพันระหว่างการสูบบุหรี่ และการเกิดโรคมะเร็งปอดของคน ผลที่ตามมาคือ ในปี พ.ศ.2508 สภาคองเกรส ได้ประกาศใช้กฎหมาย “the Federal Cigarette Labeling and Advertising Act” ซึ่งกำหนดให้กล่องหรือซองบุหรี่ ต้องมีข้อความ “โปรดระวัง สูบบุหรี่ อาจจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ” นับตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ.2494-2503 เป็นต้นมา การตระหนักถึงผลร้ายของบุหรี่ต่อสุขภาพมีความแพร่หลายในยุโรปและสหรัฐอเมริกา และได้แรงกดดันจากรัฐบาลในการออกนโยบายเพื่อควบคุมบุหรี่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความตระหนักต่อพิษภัยของบุหรี่ก็เกิดขึ้นควบคู่กับการขยายตัวของอุตสาหกรรมบุหรี่ ซึ่งได้กลายมาเป็นอุตสาหกรรมข้ามชาติ มีขอบเขตของการทำธุรกิจกว้างขวาง มีการขยายฐานการผลิต และตลาดจำหน่ายบุหรี่ ครอบคลุมไปทั่วโลก



## ที่มา

แม้เป็นที่ตระหนักโดยทั่วกันว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และผลกระทบที่เกิดขึ้น มิได้เป็นเพียงพฤติกรรมปัญหา หรือความรับผิดชอบส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ได้ส่งผลถึงรัฐหรือสาธารณะที่จะต้องสูญเสียทรัพยากรงบประมาณในการเยียวยารักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม การควบคุมการบริโภคบุหรี่เป็นไปได้ค่อนข้างยาก เนื่องจาก *เหตุผลประการแรก* คือ ก่อนที่การผลิตบุหรี่ จะกลายมาเป็นการผลิตในระบบอุตสาหกรรม ก็มีการสูบบุหรี่อย่างกว้างขวางอยู่แล้ว จนถือได้ว่า การบริโภคบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม และในปัจจุบันการสูบบุหรี่ก็ยิ่งแพร่ขยายวงกว้างขวางมากขึ้น และมีความเกี่ยวข้องกับเชื้อหรือค่านิยมบางประการของประชากรซึ่งยากยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลานั้น *ประการที่สอง* มีผู้ปลูกยาสูบเพื่อเป็นวัตถุดิบในการผลิตบุหรี่เป็นจำนวนมาก ดังนั้นการขึ้นหรือลงของราคาบุหรี่ หรือการเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรมยาสูบย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ปลูกเหล่านี้ *ประการที่สาม* อุตสาหกรรมการผลิตยาสูบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผูกขาดการผลิตยาสูบของรัฐ จึงเป็นแหล่งรายได้ของรัฐในรูปของภาษีสรรพสามิต การเพิ่มหรือลดปริมาณการผลิต และนโยบายการควบคุมบุหรี่ ย่อมส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดของรายได้ของรัฐอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และ *ประการสุดท้าย* ยาสูบได้กลายมาเป็นอุตสาหกรรมข้ามชาติ ดังนั้น การควบคุมการบริโภคภายใน การนำเข้า หรือการส่งออก ย่อมส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมอื่นๆ ในประเทศได้

สิ่งที่ปรากฏให้เห็นในการควบคุมบุหรี่ในปัจจุบันก็คือ ความพยายามในเรื่องการยกระดับจิตสำนึกหรือการรับรู้ของผู้บริโภค ฝ่ายบริษัทข้ามชาติต้องการขายผลิตภัณฑ์บุหรี่ จึงต้องสร้างการรับรู้

ให้แก่ผู้บริโภคในแง่ดีต่อผลิตภัณฑ์ ในขณะที่อีกฝ่ายหนึ่งที่ต้องการควบคุมการบริโภค มุ่งที่จะสร้างการรับรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ เพื่อให้ผู้บริโภคลดการบริโภคลง อย่างไรก็ตาม ในแง่ของความเป็นจริง บริษัทผู้ผลิตบุหรี่มีพลังอำนาจเหนือมวลชนผู้บริโภค กล่าวคือ มวลชนผู้บริโภคคือประชากรโลกที่สาม ขณะที่กลุ่มหนึ่งเป็นผู้ผลิตวัตถุดิบ บ่อนเข้าสู่อุตสาหกรรมบุหรี่ การควบคุมย่อมต้องส่งผลกระทบต่อชาวไร่ยาสูบ และกรณีของการฟ้องร้องของกลุ่มบริษัทบุหรี่ข้ามชาติต่อรัฐบาลไทยในข้อหาเลือกปฏิบัติ และบริษัทผู้ผลิตบุหรี่เรียกร้องให้รัฐบาลสหรัฐฯ ใช้มาตรา 301 ตอบโต้ประเทศไทย เป็นต้น การควบคุมบุหรี่ จึงเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มคนหรือองค์กรในหลายระดับ ตั้งแต่ในระดับนานาชาติ ระดับชาติ ลงมาจนถึงระดับพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น การพยายามทำความเข้าใจการควบคุมบุหรี่ จึงไม่อาจจำกัดอยู่เฉพาะการรับรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ หรือค่านิยมของผู้บริโภคเท่านั้น แต่จำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงบทบาท และความสัมพันธ์ระหว่าง “ผู้แสดง” (Actors) ต่าง ๆ ที่อยู่ในระบบบุหรี่ ได้แก่ บริษัทข้ามชาติ อุตสาหกรรมในประเทศ รัฐ ผู้ปลูกและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การควบคุมบุหรี่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่างๆ เหล่านี้

ด้วยเหตุที่การควบคุมบุหรี่ มิได้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมวลชนที่เป็นปัจเจกเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับผู้กระทำการในระดับต่าง ๆ ดังนั้น แนวคิดทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมือง จะช่วยทำความเข้าใจการควบคุมบุหรี่ได้เป็นอย่างดี กล่าวคือ “เศรษฐศาสตร์การเมือง” ช่วยให้คำอธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ซึ่งในทฤษฎีมาร์กซิสต์แบบดั้งเดิมมองถึงความสัมพันธ์ระหว่างชนชั้นว่า สังคมมนุษย์เราจะมีการแตกออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มหนึ่งคือเจ้าของปัจจัยการผลิต และกลุ่มหนึ่งคือผู้ใช้แรงงาน กลุ่มผู้เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตใช้สถานะของความ

เหนือกว่าในแง่ของการควบคุมปัจจัยการผลิตควบคุม บังคับเอาประโยชน์ (อย่างไม่เป็นธรรม) จากแรงงาน แต่ในที่สุด กลุ่มแรงงานจะรับรู้ถึงการเอาเปรียบของเจ้าของปัจจัยการผลิต จะมีการจัดตั้ง องค์การของแรงงานและนำไปสู่การโค่นล้ม “ระบบ ความสัมพันธ์” แบบดังกล่าว และสถาปนาสังคมที่มีความเป็นธรรมขึ้นมา แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองแบบดั้งเดิมนี้ มิได้เป็นเพียงเครื่องมือวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างชนชั้นภายในรัฐเท่านั้น แต่ได้ ประยุกต์ใช้กับความสัมพันธ์ระดับโลก คือ มีประเทศ กลุ่มหนึ่ง ซึ่งมีอยู่จำนวนน้อย (คือ ประเทศ อุตสาหกรรมตะวันตก) ที่อยู่ในฐานะที่ได้เปรียบหรือ เอาเปรียบประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ในลักษณะแบบ เดียวกันกับการขูดรีดทางชนชั้น อย่างไรก็ตาม แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองแบบดั้งเดิมนี้อย่างไรก็ตาม เพียงพอที่จะทำความเข้าใจในเรื่องการควบคุมบุหรื ได้ เนื่องจากเศรษฐศาสตร์การเมืองแบบดั้งเดิมนี้อย่างไรก็ตาม ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อผู้บริโภค รวมทั้งความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ผลิตในอุตสาหกรรมยาสูบกับบริษัทข้าม ชาตินั้นมีความสลับซับซ้อนของ “อำนาจ” และการ ควบคุมบุหรืนี้ เป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนมากกว่าการ ครอบครองปัจจัยการผลิตตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์ การเมืองแบบดั้งเดิม การศึกษาทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยาในยุคหลัง ๆ ซึ่งให้เห็นว่า อำนาจมิได้มา จากการควบคุมกำกับทรัพยากร (ปัจจัยการผลิต) เพียงอย่างเดียว แต่อำนาจจะมาจากศรัทธา ความเชื่อ ค่านิยมของมนุษย์ และอื่น ๆ อีกมาก

ข้อเสนอของนักคิดหลังสมัยใหม่เกี่ยวกับเรื่อง อำนาจก้าวไปถึงขั้นว่า ความจริงแล้วอำนาจมิใช่เรื่อง ที่มาจากการครอบครองทรัพยากรหรือปัจจัยการผลิต เท่านั้น แต่เป็นเรื่องของการครอบครอง ควบคุมการ ผลิตความรู้และความจริง การควบคุมยาสูบจึงเป็น “ปฏิบัติการความรู้” กล่าวคือ ผู้มีอำนาจจะเป็นผู้ผลิต ความรู้ขึ้นมาชุดหนึ่งไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับคุณโทษของ

บุหรื (สุขภาพ) หรือความรู้ที่เกี่ยวข้องด้านอื่น ๆ ความรู้หรือความจริงชุดนี้ เมื่อผลิตขึ้นมาและสามารถ ที่จะทำให้เป็นความรู้หลัก (Hegemony) ของสังคม แล้วก็จะกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ตามมาด้วย

นอกเหนือจากที่ได้กล่าวในตอนต้น ยังมี แนวคิดทางสังคมวิทยาที่เรียกว่า กระบวนทัศน์ว่า ด้วยผู้กระทำ (Actor Oriented Paradigm) ที่นำเสนอโดย Anthony Giddens กลุ่มเหล่านี้มองว่า แม้ว่ากลุ่มคนจะอยู่ในชนชั้น (Class) หรือสังกัดกลุ่ม ในลักษณะอื่น ๆ แต่ว่าการกระทำของเขาเหล่านั้น ก็มีได้ถูกกำหนดโดย “โครงสร้าง” (Structure) ทั้งหมด ทั้งนี้ เพราะว่ามีมนุษย์ในฐานะที่เป็นปัจเจก มีลักษณะเป็น “ตัวแทน” (Agency) ที่ตระหนักต่อ โครงสร้างหรือปรากฏการณ์แวดล้อมที่เขาเผชิญอยู่ โครงสร้างสังคมที่ปรากฏหรือดำรงอยู่เช่นนั้นมิได้ “ซึมซับ” (Internalize) เข้าไปอยู่ในสำนึกของปัจเจก แล้วทำงานในเชิงกลไกควบคุมกำกับพฤติกรรมของ มนุษย์ อย่างเช่น ทฤษฎีกระบวนกรขัดเกลาทาง สังคม (Socialization) แต่มนุษย์ตระหนักถึงการมี อยู่ของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเสมอ ดังนั้น มนุษย์อาจจะไม่มีพฤติกรรมตามกรอบกำหนดของ โครงสร้างเสมอไป แต่จะมีลักษณะผ่อนสั้นผ่อนยาว (เรียกเป็นภาษาเทคนิคว่าเป็นการเจรจา – negotiation บางครั้งก็ปฏิบัติตามกรอบของ โครงสร้าง บางครั้งก็ทำลาย) ซึ่งลักษณะเช่นนี้ทำให้ แม้แต่โครงสร้างทางสังคมก็มีได้มีสภาวะนิ่ง (static) แต่จะมีพลวัต (dynamics) เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง อยู่ตลอดเวลา แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองที่กล่าว โดยย่อนี้ น่าจะช่วยให้เราเข้าใจถึงผู้แสดงที่มีอยู่ใน หลายระดับ (layers) และบทที่ผู้แสดงแต่ละกลุ่มเล่น ภายใต้อำนาจสัมพันธ์เชิงอำนาจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการ ควบคุมบุหรืในปัจจุบัน

บทความนี้ เป็นการสรุปย่อรายงานการวิจัย “เศรษฐศาสตร์การเมืองเรื่องการควบคุมบุหรี่” ซึ่งมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยมี 3 ประการคือ 1) เพื่อศึกษาวิเคราะห์อิทธิพลของบริษัทยาสูบหรือข้ามชาติ ต่อการควบคุมการผลิตและการบริโภคบุหรี่ของไทย 2) เพื่อศึกษาพัฒนาการของการผลิตยาสูบ และการบริโภคในท้องถิ่น รวมทั้งวิเคราะห์กลุ่มคน องค์กร ที่เกี่ยวข้องในการผลิต และการบริโภค และ 3) เพื่อวิเคราะห์คร่าวๆ เรือนผู้ปลูกยาสูบในภาคอีสาน ว่ามีองค์ประกอบทางเศรษฐกิจสังคมอย่างไร และมีการสนองตอบอย่างไรต่อการควบคุมบุหรี่ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาทั้งในระดับมหภาคที่ได้ให้ความสำคัญกับโครงสร้างของอุตสาหกรรมการผลิต และอิทธิพลของอุตสาหกรรมบุหรี่ข้ามชาติ และระดับจุลภาคที่ให้ความสำคัญกับ Actors ในระดับปัจเจก ข้อมูลได้จากการเก็บข้อมูลสองแบบ คือการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ คือ เป็นการสำรวจข้อมูลจากแหล่งเอกสารต่างๆ ที่มีอยู่ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง และการเก็บข้อมูลแบบในพื้นที่ 3 จังหวัด คือ นครพนม ร้อยเอ็ด และหนองคาย โดยได้ทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานีวิจัยยาสูบ ผู้นำชุมชน ร้านค้าย่อยในชุมชนและการสำรวจครัวเรือนผู้ปลูกยาสูบ

## ข้อค้นพบจากการศึกษาซึ่งนำเสนอด้วยมุมมองของเศรษฐศาสตร์การเมืองปรากฏดังนี้

### อุตสาหกรรมบุหรี่ของไทย

บุหรี่และการปลูกยาสูบในประเทศไทย เป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยมาช้านานแล้ว แต่สำหรับการผลิตบุหรี่แบบอุตสาหกรรมนั้นเพิ่งเริ่มเมื่อประมาณเกือบร้อยปีที่ผ่านมานี้ แม้ว่าในระยะแรก เอกชนจะเป็นผู้มีบทบาทในการผลิตบุหรี่แบบอุตสาหกรรม โดยบริษัทของชาวต่างชาติ คือ บริษัท British American

Tobacco (BAT) และบริษัทของชาวจีน แต่นับตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา อุตสาหกรรมบุหรี่ของไทยเป็นกิจการที่ผูกขาดโดยรัฐ (Thailand Tobacco Monopoly: TTM) รัฐบาลมีนโยบายผูกขาดกิจการยาสูบ ได้ซื้อโรงงานยาสูบของบริษัทเอกชนมาดำเนินการเอง ซึ่งในปัจจุบันสังกัดกระทรวงการคลัง ตั้งอยู่ที่คลองเตย กรุงเทพฯ ปัจจุบันโรงงานดังกล่าวมีการผลิตบุหรี่ออกจำหน่ายจำนวน 19 ตรา (ยี่ห้อ) มีกำลังการผลิตรวมกัน 34,030 ล้านมวนต่อปี อุตสาหกรรมการผลิตบุหรี่นี้ถือว่าเป็นแหล่งรายได้ของรัฐ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ประเด็นเรื่องรายได้ทางตรงที่อุตสาหกรรมบุหรี่ส่งมอบให้แก่รัฐไม่จำเป็นประเด็นสำคัญในเชิงนโยบาย เพราะว่ามีสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับรายได้รวมที่มาจากแหล่งอื่น ๆ ของรัฐ และเมื่อพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายที่รัฐจะต้องจ่ายในทางสุขภาพอันเกิดจากการบริโภคบุหรี่ การลดลงของอุตสาหกรรมการผลิตบุหรี่ (ที่ทำให้ผู้บริโภคภายในประเทศลดลง) น่าจะเป็นผลทางบวกในระยะยาวด้วย

การผูกขาดอุตสาหกรรมบุหรี่โดยรัฐนี้ ได้ทำให้เกิดสภาวะ “กึ่งผูกขาด” การผลิตใบยาสูบโดยรัฐ กล่าวคือ ในระบบอุตสาหกรรมบุหรี่ของประเทศไทย มีสถานียาสูบที่รับผิดชอบส่งเสริมให้เกษตรกรปลูกยาสูบโดยการกำหนดโควต้า (เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบจะต้องลงทะเบียนกับสถานียาสูบ) และรับซื้อยาสูบจากเกษตรกร ในปัจจุบัน มีสถานียาสูบ 8 แห่งกระจายอยู่ทั่วไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ การที่การผลิตใบยาสูบถูกควบคุมโดยรัฐ ทำให้เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบต้องเป็นลูกค้าที่พึ่งพาต่อสถานียาสูบ (รัฐ) ด้วยระบบโควตาดังนี้ ทำให้เกษตรกรได้รับการประกัน หรือได้รับการปกป้องจากการขึ้นลงของราคาใบยาสูบ ส่วนเกษตรกรที่ไม่อยู่ในโควต้า

จะต้องหาตลาดและเสี่ยงต่อราคาไปยาสูบที่ไม่มี การประกัน

### บริษัทบุหรี่ข้ามชาติ

บริษัทบุหรี่ข้ามชาติได้ใช้อิทธิพลในการขยาย ตลาดออกไปสู่ประเทศโลกที่สามด้วยวิธีการต่าง ๆ คือ 1) ใช้กฎหมายมาตรา 301 ที่รัฐบาลสหรัฐฯใช้เป็น แนวทางในการให้สิทธิพิเศษด้านภาษีศุลกากรแก่ ประเทศกำลังพัฒนาในการส่งสินค้าเข้าไปขายใน สหรัฐเป็นเครื่องมือในการต่อรอง 2) บริษัทข้ามชาติ ขยายฐานการผลิตไปสู่ประเทศต่าง ๆ ที่มีข้อตกลงใน เรื่องความร่วมมือทางการค้า และ 3) บริษัทเข้า ครอบงำอุตสาหกรรมการผลิตบุหรี่ของประเทศนั้นๆ โดยตรง โดยขั้นแรกเสนอให้ความช่วยเหลือ แล้วขั้น ต่อมาจะมีการดำเนินการต่าง ๆ จนสามารถเข้า ครอบครองกิจการของอุตสาหกรรมภายในประเทศได้

ในประเทศไทย บริษัทบุหรี่ข้ามชาติได้ใช้อิทธิพลในการบีบบังคับให้รัฐบาลไทยเปิดให้มีการ นำเข้าบุหรี่ต่างชาติเข้ามาขายในประเทศ โดยในทาง หนึ่งได้อาศัยกฎข้อบังคับของ GATT และมาตรา 301 ในกฎหมายของสหรัฐอเมริกาในการบีบบังคับให้ไทย ต้องเปิดให้มีการนำเข้าบุหรี่จากต่างประเทศนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา โดยกระบวนการเจรจา ต่อรองบริษัทบุหรี่ข้ามชาติใช้อิทธิพลกดดันให้รัฐบาล ของประเทศสหรัฐอเมริกาให้นำเอามาตรา 301 มาใช้ กับประเทศไทย คือ การยกเลิกสิทธิพิเศษในการส่ง สินค้าอุตสาหกรรมจากไทยเข้าไปขายในสหรัฐฯ (เรียก ย่อว่า GSP) มาใช้ การต่อรองเช่นนี้ทำให้รัฐบาลไทย มีช่องทางน้อยในการเจรจาหาทางออก เนื่องจากการ ยกเลิกสิทธิพิเศษดังกล่าว จะส่งผลต่อเนื่องต่อ อุตสาหกรรมที่พึ่งพาตลาดของสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะอุตสาหกรรมสิ่งทอ

สำหรับในเรื่องเขตการค้าเสรีนั้น ไทยมีการ เจรจาและเปิดการค้าเสรีกับหลายประเทศรวมทั้ง

สหรัฐอเมริกา แม้โดยภาพรวมแล้ว จากการ ตรวจสอบในรายละเอียด ไม่พบข้อตกลงที่มีข้อผูกพัน เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ที่จะทำให้ไทยเสียเปรียบโดยตรง แต่การเปิดเขตการค้าเสรีก็ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ในเรื่องการควบคุมบุหรี่ ดังในกรณีข้อตกลงระหว่าง ไทยกับจีน กลุ่มผู้ป่มไปยาเห็นว่า จะทำให้ไปยาจาก จีนเข้ามาแทนที่ไปยาสูบที่ผลิตในประเทศ ซึ่งจะ ส่งผลเสียหายไปถึงเกษตรกรผู้ผลิตไปยาสูบ นอกจากนี้ การเปิดเสรีทางการค้า เป็นการเปิดโอกาส ให้บริษัทต่างชาติเข้ามาทำธุรกิจในประเทศไทยได้ อย่างเสรี ซึ่งรวมถึงการเป็นเจ้าของที่ดิน โรงงาน และ ปัจจัยการผลิตต่าง ๆ หากข้อตกลงในการเปิดการค้า เสรีเกิดขึ้นในขณะที่ภาคธุรกิจของไทยยังมีความ อ่อนแอ มีศักยภาพในการแข่งขันต่ำ จะส่งผลให้ธุรกิจ อุตสาหกรรมของประเทศไทย ถูกครอบงำโดยบริษัท ข้ามชาติ ซึ่งหมายรวมบริษัทบุหรี่ข้ามชาติซึ่งจะเข้า มามีพลัง มีความสามารถในการแข่งขัน และมี อิทธิพลทางด้านการเมือง ด้วยเหตุนี้ แม้ว่าการตกลง ทำสนธิสัญญาการค้าเสรีกับประเทศต่างๆ จะไม่มี ข้อตกลงเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่หรือยาสูบโดยตรง แต่ก็มี แนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อทางอ้อมสูง โดยเฉพาะ จากเหตุผลที่ว่า บริษัทข้ามชาติบุหรี่ มีธุรกิจหลาย ด้านเชื่อมโยงกัน ดังนั้น การเปิดการค้าเสรี จะทำให้ เราไม่สามารถใช้มาตรการด้านราคาในการป้องกันการ นำเข้าบุหรี่จากต่างชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ภาคประชาสังคม – ผู้กระทำการนอกรัฐ

ประชาสังคมหรือกลุ่มองค์กรภาคประชาชนที่อยู่ นอกภาครัฐการมิได้ปรากฏตัวชัดเจนในเรื่องบุหรี่ “ผู้กระทำการนอกรัฐ” หรือ ภาคประชาสังคม (รวมถึง NGOs องค์กรประชาชน องค์กรชุมชน ฯลฯ) ส่วนมากจะมีบทบาทในด้านการพัฒนาด้านอื่นๆ ใน พื้นที่ศึกษา ซึ่งพบว่ามีการรณรงค์ที่ดำเนินการโดย หน่วยงานราชการ อาทิ การถือป้ายรณรงค์ในโอกาส

สำคัญ หากแต่โดยภาพรวมแล้ว ภาคประชาสังคมใน ส่วนภูมิภาคยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่อง การควบคุมบุหรี่มากนัก

สำหรับในส่วนกลาง ภาคประชาสังคมที่ เกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่ ถือว่ามีการเติบโต และได้ทำ บทบาทในการควบคุมบุหรี่อย่างเห็นได้ชัดเจน อีกทั้ง การเกิดสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริม สุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีจุดกำเนิดมาจากการเก็บภาษี เหล้าและบุหรี่ แล้วนำงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร จากภาษีดังกล่าว มาใช้ประโยชน์ในการรณรงค์ ควบคุมการบริโภคเหล้าและบุหรี่ ซึ่งสสส. ได้ให้การ สนับสนุนและร่วมมือกับภาคประชาสังคมส่วน ภูมิภาคในเรื่องนี้มากขึ้น โดยมีโครงการในระดับ ชุมชนที่มีการรณรงค์ร่วมกันในเรื่อง “เหล้า-บุหรี่” โดยทั่วไป พบว่าประเด็นเรื่องเหล้าได้รับความสนใจ และมีกิจกรรม/การรณรงค์อย่างจริงจังโดยองค์กร ชุมชนที่ทำงานร่วมกับ สสส. ในขณะที่เรื่องบุรียังไม่ พบความโดดเด่นชัดเจนนัก

การเติบโตของภาคประชาสังคมที่ทำงานด้าน การควบคุมบุหรี่ ในกรณีของประเทศไทยนั้น พบว่า มีความสำคัญในเชิงนโยบายอย่างมาก กล่าวคือ ในช่วยที่ฝ่ายรัฐถูกกดดันจากบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ โดยใช้ GSP และมาตรา 301 เป็นเครื่องมือต่อนั้น ภาคประชาสังคมได้ทำหน้าที่ในการสร้างแรงกดดัน จากสาธารณะ จนนำไปสู่การออกกฎหมายการ ควบคุมบุหรี่ที่สำคัญ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา ในสภาวะที่วิธีการควบคุมด้วยการผูกขาด การค้า หรือป้องกันมิให้บุหรือนอกเข้ามาขายใน ประเทศไทยได้อีกต่อไป ภาคประชาสังคมย่อมมี ความสำคัญในฐานะที่เป็นผู้แสดง (actor) ในสอง ด้าน โดยด้านหนึ่งก็เป็นการสร้างแรงกดดันให้มีการ ออกกฎหมาย และมาตรการต่าง ๆ ขึ้นมาควบคุมให้ สอดคล้องและเท่าทันกับแรงกดดันที่สร้างจากบริษัท ข้ามชาติ แต่อีกด้านหนึ่งเป็นเรื่องของการแย่งชิง

มวลงคนผู้บริโภค ที่ผ่านมามาประเทศไทยถือว่าเป็น ตัวอย่างความสำเร็จในเรื่องการเผชิญหน้าและต่อรอง กับบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ กล่าวคือ ประเทศไทยสามารถ ออกกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ ขึ้นภาษีบุหรี่ทั้งใน และต่างประเทศในอัตราสูงสุด ซึ่งดูเสมือนประเทศไทย จะประสบความสำเร็จในเรื่องนี้ แต่เมื่อดูจากสถิติ บุหรี่ต่างชาติที่ส่งเข้ามาขายในประเทศไทยพบว่ามีอัตรา การขยายตัวอย่างต่อเนื่อง การแย่งชิงมวลงคน ผู้บริโภค โดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ จะต้องทำ อย่างต่อเนื่องและขยายฐานออกไปให้ครอบคลุม สถาบันต่างๆ เช่น วัด โรงเรียน และชุมชน เป็นต้น และเนื่องจากว่ารัฐบาลอยู่ในฐานะที่ต้องรักษา ผลประโยชน์ในภาพรวม รัฐจึงอยู่ในฐานะที่ลำบากที่ จะเป็นคู่แข่งจืดจางกับบริษัทข้ามชาติ (อย่างเช่น ในกรณีที่อเมริกาใช้มาตรา 301 กับไทย) ดังนั้น กลุ่ม ที่จะทำหน้าที่ได้ดีจึงน่าจะเป็นภาคประชาสังคม ซึ่งที่ ผ่านมาก็มีบทบาทอย่างสำคัญ และมีศักยภาพที่ น่าจะเป็นคู่แข่งกับบริษัทข้ามชาติได้

### ยาเส้นและยาสูบพื้นเมือง

จากการศึกษาพบว่าการผลิตและการบริโภค บุหรี่พื้นเมืองมีปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น เดิมทีเด็ยวบุหรื พื้นเมืองที่ชาวบ้านปลูก เรียกว่า พันธุ์ยาราชฎูร์ ซึ่งนอกจากบริโภคในครัวเรือนแล้ว ยังนำไปแลกข้าว เป็นสินค้าแลกเปลี่ยน หรือนำไปขายบ้าง แต่ใน ปัจจุบันยาสูบพื้นเมืองได้พัฒนาขึ้นเป็นอุตสาหกรรม ในท้องถิ่น คือมีการปลูกและการแปรรูปเพื่อขาย อย่างในจังหวัดร้อยเอ็ด พ่อค้าคนกลางจากหมู่บ้าน ได้เดินทางไปรับซื้อยาเส้นจากอำเภอหล่มสัก จังหวัด เพชรบูรณ์ แล้วนำมาบรรจุหีบห่อ และกระจายไปตาม ร้านค้าย่อยในชุมชนทั่วอีสานใต้ แต่สำหรับจังหวัด หนองคายและจังหวัดนครพนม พบว่า พ่อค้าคนกลาง ได้สนับสนุนให้ชาวไร่ในพื้นที่ปลูกยาสูบพันธุ์ เวอร์จิเนีย แล้วรับซื้อไปยาเพื่อนำไปแปรรูป คือ หั่นแล้วตากแห้ง บรรจุหีบห่อ ซึ่งมีตราแสดงยี่ห้อของ



ผู้ผลิตและแอสแตมปีจากสรรพสามิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดนครพนมนั้นมีโรงงานผลิตยาเส้นขนาดใหญ่ จ้างแรงงานจำนวนหลายร้อยคน ผลิตภักซ์ยาเส้น บรรจุซองพลาสติก มีตราหยั้ห่อสินค้าของโรงงาน หลังจากนั้นก็มีพ่อค้าคนกลางมารับซื้อ เพื่อส่งไปยังร้านค้าย่อยในชุมชนทั่วภาคอีสาน

ปัจจัยหลายประการที่ทำให้บุหรี่ยาเส้นหรือ บุหรี่พื้นเมืองกลับมาแพร่หลาย คือ *ประการแรก* มีการปรับปรุงพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการผลิต อาทิ มีการผลิตใบมีดและเครื่องหั่น (ชอย) ใบยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีกรรมวิธีการปรุงรส แม้กระทั่งรสเมนทอลในบุหรี่ยาเส้นที่ผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งบุหรี่ยาเส้นพื้นเมืองก็สามารถปรุงให้มีรสใกล้เคียงได้ *ประการที่สอง* มีระบบพ่อค้าคนกลางที่ทำหน้าที่ในการสนับสนุนการผลิต (เช่น จัดหาเงินกู้ให้) และการกระจายผลผลิตไปยังแหล่งต่างๆ ที่สำคัญคือ ร้านค้าย่อยที่วางจำหน่ายบุหรี่ยาเส้นมีอยู่ในทุกชุมชน ร้านค้าย่อยเหล่านี้ไม่มีบุหรี่ยาของบริษัทข้ามชาติจำหน่าย มีจำหน่ายเพียงบุหรี่ยาของโรงงานยาสูบของไทยและบุหรี่ยาเส้น *ประการสุดท้าย* บุหรี่ยาเส้นมีราคาถูกมากเมื่อเทียบกับบุหรี่ยาของโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงการคลัง คือ ห่อละ 5 บาท หรือบางยี่ห้อมีราคาเพียง 3 บาท ด้วยราคาที่ต่ำและร้านค้าย่อยในชุมชนที่กระจายอยู่ทุกหนแห่ง มีจำหน่ายและมีกรรมวิธีการผลิตที่ทำให้ราคาถูก มีรสชาติที่ผู้บริโภคยอมรับได้เช่นนี้ ทำให้คาดการณ์ได้ว่า บุหรี่ยาเส้นน่าจะมีการบริโภคแพร่หลายมากกว่าข้อมูลและการประเมินจากความรู้ที่เรามีอยู่ในปัจจุบัน

### เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ

การผลิตใบยาสูบให้แก่โรงบ่มใบยา และอุตสาหกรรมยาสูบของรัฐในพื้นที่ที่ทำการศึกษาคั้งนี้ เริ่มมีมาประมาณ 60 ปีแล้ว ในช่วงแรกสถานียาสูบ

ในจังหวัดร้อยเอ็ด หนองคายและนครพนม มีการขยายจำนวนถึง 17 สถานี ในปัจจุบันลดลงมาเหลือเพียง 10 สถานี ซึ่งสถานียาสูบที่ทำการศึกษาคั้งนี้มี 3 สถานี ได้แก่ 1) สถานียาสูบท่าสาคู อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม 2) สถานียาสูบไทรงาม อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด และ 3) สถานียาสูบโพนสา อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย สถานียาสูบต่างๆ เหล่านี้ มีบทบาทในการคัดเลือกเกษตรกรเข้ามารับโควตาในการปลูกยาสูบ การจัดหาปัจจัยการผลิต อย่างเช่น ปุ๋ย ยาฆ่าแมลง และอื่นๆ เป็นผู้ประสานงานในการจัดหาสินเชื่อ ตลอดจนให้ความรู้ทางเทคนิคในการปลูกยาสูบ การได้รับการสนับสนุน และที่สำคัญคือเป็นตลาดรับซื้อผลผลิตที่แน่นอน ทำให้เกษตรกรปลูกยาสูบมาเป็นเวลายาวนาน และต่อเนื่อง อาจกล่าวได้ว่า สถานียาสูบ กับผู้ปลูกยาสูบมีความสัมพันธ์ในลักษณะการอุปถัมภ์ โดยเกษตรกรเป็นลูกค้าที่ต้องพึ่งบริการต่าง ๆ รวมถึงหลักประกันในเรื่องตลาด ส่วนสถานียาสูบพึ่งเกษตรกรในแง่ที่เป็นแหล่งผลิตวัตถุดิบ

สำหรับสภาพทั่วไปของพื้นที่ในจังหวัดนครพนมและหนองคายนั้น มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ทรัพยากรดินและน้ำมีความอุดมสมบูรณ์ คือ อยู่ติดริมฝั่งแม่น้ำโขงและมีเกาะดินตะกอนกลางแม่น้ำโขง เป็นบริเวณที่ดินมีความอุดมสมบูรณ์ เนื่องจากน้ำโขงพัดเอาดินใหม่มาทับถมทุกปี จึงเหมาะสำหรับที่จะปลูกยาสูบพันธุ์เวอร์จิเนียและเบอร์เลย์ นอกจากนี้จะปลูกยาสูบแล้วในจังหวัดนครพนมได้มีบริษัทเอกชนเข้ามาส่งเสริมการปลูกข้าวโพด ซึ่งจะมีการประกันราคาให้ ถึงแม้ราคาจะสู้ยาสูบไม่ได้แต่เกษตรกรก็เริ่มให้ความสนใจมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาเรื่องการถือครองที่ดินและประเภทการถือครองที่ดินของครัวเรือนนั้นพบว่า ในจังหวัดนครพนม โดยส่วนใหญ่มีการถือครองที่ดินต่ำกว่า 10 ไร่ ในลักษณะการเช่าที่ดินจากผู้อื่น ถึงร้อยละ 43.7

นอกจากนี้ ยังพบว่าในพื้นที่ที่มีการเช่าพื้นที่ราชพัสดุ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่รัฐมีการจัดสรรที่ดินริมแม่น้ำโขง ให้เกษตรกรเช่าเพื่อการเกษตรครัวเรือนละ 2 ไร่ โดยจะเสียค่าเช่าให้รัฐ ไร่ละ 100 บาท และการจัดสรรดังกล่าวสามารถตกทอดถึงรุ่นลูกหลานได้ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการขายสิทธิ์ให้ผู้อื่น โดยมีค่าเช่าระหว่าง 5,000 - 10,000 บาทต่อปี

ส่วนจังหวัดหนองคาย จากความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ ทำให้เกษตรกรโดยส่วนใหญ่ใช้ที่ดินอย่างเข้มข้น เกษตรกรบอกว่า ตนเองเป็นพวก “พลิกดินกิน” กล่าวคือ เมื่อพิจารณาจากการเพาะปลูกในหนึ่งรอบปีจะพบว่าหลังจากฤดูการเก็บเกี่ยวข้าวแล้ว ก็จะมีปลูกยาสูบ นอกจากนี้ ยังมีการปลูกพืชอื่น ๆ เสริม เช่น พริก มะเขือเทศ ข้าวโพด โดยจะปลูกแซมกับยาสูบ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการถือครองที่ดินของครัวเรือนเกษตรกรพบว่า มีลักษณะคล้ายกับนครพนม กล่าวคือ โดยส่วนใหญ่ครัวเรือนเกษตรกรจะถือครองที่ดินต่ำกว่า 10 ไร่ แต่จะเป็นในลักษณะเป็นของตนเองและมีเอกสารสิทธิ์ คิดเป็นร้อยละ 46.6

สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่ที่มีความแห้งแล้ง เมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดนครพนมและหนองคาย จึงเหมาะสำหรับการปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิสที่มีความต้องการน้ำน้อย จากการเก็บข้อมูลภาคสนามพบว่าเกษตรกรไม่ได้ปลูกยาสูบเพียงอย่างเดียว แต่จะมีการปลูกหมุนเวียนระหว่างข้าว ซึ่งข้าวเป็นพืชหลัก คือมีการปลูกถึงร้อยละ 89 ส่วนยาสูบเป็นพืชเสริมรายได้

นอกจากจะมีสถานียาสูบเข้าไปส่งเสริมการปลูกแล้ว ยังมีบริษัทต่างชาติที่เข้ามาส่งเสริมการปลูกยาสูบ คือ บริษัทอดัมอินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด การเข้ามาส่งเสริมของบริษัทดังกล่าวทำให้พื้นที่การปลูกยาสูบขยายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริษัท

ต่างชาติได้ใช้กลยุทธ์อย่างหนึ่ง คือ การให้คนในท้องถิ่นซึ่งมีทั้งผู้นำและเกษตรกรที่มีความสามารถเป็นเจ้าของที่ฝ่ายลูกไร่ เป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างบริษัทกับเกษตรกร ซึ่งมีความใกล้ชิดกับเกษตรกรมากกว่าเจ้าหน้าที่จากสำนักงาน โดยให้เป็นหัวหน้าฝ่ายลูกไร่ของสถานียาสูบ สิ่งที่เป็นแรงจูงใจสำหรับเกษตรกรที่ต้องการขายให้กับบริษัทมีอยู่หลายประการ คือ การให้ราคาที่สูงกว่าที่ตั้งของสถานที่รับซื้อไม่ไกลจากหมู่บ้าน และเกษตรกรสามารถรับเงินสดได้ทันที ณ วันที่ขาย สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทางสถานีเป็นอย่างมากในช่วงแรก กระทั่งมีการออกกฎลงโทษผู้ที่นำใบยาที่สถานีส่งเสริมไปขายให้บริษัทเอกชน โดยการลดโควตาลง

อย่างไรก็ตาม จากปัญหาดังกล่าวทำให้ทางสถานียาสูบและบริษัทอดัมฯ ได้ตกลงกันว่าจะมีการส่งเสริมใบยากันคนละสายพันธุ์เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องความขัดแย้ง ด้วยเหตุนี้ ปัจจุบันชาวบ้านส่วนใหญ่จึงปลูกยาสูบทั้งสองชนิดเพื่อป้อนใบยาแห้งให้ทั้งสองแห่ง ซึ่งนอกจากเหตุผลเรื่องรายได้แล้วยังมีเรื่องของการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างชาวไร่เองกับผู้รับซื้อ ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการปลูกยาสูบทั้งสองพันธุ์ก็คือ ครัวเรือนผู้ปลูกยาสูบเองได้รับผลกระทบจากการลดโควตาซึ่งถ้าปลูกให้เฉพาะสถานียาสูบจะทำให้รายได้ไม่คุ้มทุน ดังนั้น ครัวเรือนจึงต้องปลูกให้กับบริษัทอดัมด้วยเพื่อให้รายได้ของครัวเรือนเพิ่มขึ้นเพียงพอกับรายจ่าย แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับแรงงานในครัวเรือนด้วย มีหลายครัวเรือนที่เลิกปลูกเพราะไม่มีแรงงานในครัวเรือน แม้จะเห็นว่าการปลูกยาสูบเป็นการสร้างรายได้ให้กับครอบครัวก็ตาม

หากกล่าวถึงเรื่องแรงงานในการปลูกยาสูบนั้น พบว่า นอกเหนือจากแรงงานของครัวเรือนแล้ว เกษตรกรมีการจ้างแรงงานนอกครัวเรือนเพิ่มอีก ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีครัวเรือนผู้ปลูกยาสูบของทั้งสามจังหวัดที่มีการจ้างแรงงานเพิ่มถึงร้อยละ 83.0



เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายจังหวัดพบว่า จังหวัดหนองคายเป็นจังหวัดที่มีการใช้แรงงานนอกครัวเรือนมากที่สุด คือมีการจ้างแรงงานเพิ่มถึงร้อยละ 91.9 โดยมีความต้องการเฉลี่ยต่อครัวเรือน 11 คน รองลงมาคือจังหวัดนครพนม มีการใช้แรงงานนอกครัวเรือนร้อยละ 88.3 และมีความต้องการเฉลี่ยต่อครัวเรือน 6.1 คน นอกจากนี้ ยังพบว่าในจังหวัดนครพนมกับจังหวัดหนองคายนั้น มีการจ้างแรงงานต่างด้าวจากประเทศลาว ซึ่งมีทั้งจ้างแบบเหมาจ่ายหรือบางครั้งเรียกว่าจ้างตามฤดูกาลเพาะปลูก จ้างแบบรายเดือน และจ้างแบบรายวันไปกลับ\* ซึ่งการจ้างแรงงานต่างด้าวนั้นทำให้เกษตรกรลดค่าใช้จ่ายในการจ้างแรงงานลงได้มากกว่าการจ้างแรงงานท้องถิ่น

ส่วนในจังหวัดร้อยเอ็ดมีการจ้างแรงงานนอกครัวเรือนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.0 ตามลำดับ และโดยส่วนใหญ่เป็นแรงงานภายในท้องถิ่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดที่ใช้แรงงานนอกครัวเรือนน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กิจกรรมการเพาะปลูกของร้อยเอ็ดนั้นมีเพียงข้าวกับยาสูบ

จากปรากฏการณ์ข้างต้น เห็นได้ว่าเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบก็เป็นเช่นเดียวกับเกษตรกรรายย่อยทั่วไปในชนบทไทย เกษตรกรชาวไร่ยาสูบมิได้พึ่งยาสูบแต่เพียงอย่างเดียว แต่มีกิจกรรมอย่างอื่นสำหรับการยังชีพควบคู่ไปด้วย ในทางทฤษฎีมีความเห็นที่ขัดแย้งกันเป็น 2 ด้าน กล่าวคือ การที่ครอบครัวในฐานะที่เป็นหน่วยการผลิตมีกิจการหลายด้าน (หรือไม่มีความชำนาญเฉพาะ - specialization) จะทำให้ไม่มีประสิทธิภาพ แต่ในอีกด้านหนึ่ง การที่ครัวเรือนกระจายการผลิตออกไปหลายๆ ด้าน จะเป็น

\* การจ้างแรงงานต่างด้าวแบบไปกลับ พบที่จังหวัดหนองคาย เนื่องจากมีพื้นที่การปลูกยาสูบบริเวณดินดอนกลางแม่น้ำโขงซึ่งชาวไร่จะลงเรือไปทำไร่ทุกวัน ในขณะที่แรงงานชาวลาวจะพายเรือข้ามมาเพื่อรับจ้างเป็นรายวันเช่นกัน

การลดความเสี่ยง ซึ่งการผลิตที่พบในสวนที่เกี่ยวข้องกับครัวเรือนเกษตรกร อาจจะสามารถปลูกได้โดยย่อคือ *ประการแรก* แม้ว่าครัวเรือนเกษตรกรจะมีกิจกรรมการยังชีพหลายอย่างที่นอกเหนือจากยาสูบ แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของรายได้ (เงินสด) ของครัวเรือนจะพบว่ารายได้ที่มาจากยาสูบมีสัดส่วนที่มากเมื่อเทียบกับรายได้จากแหล่งอื่นๆ จากการสำรวจภาพรวม พบว่ารายได้มาจากยาสูบ คิดเป็นร้อยละ 71 และมาจากแหล่งอื่นอีกราวร้อยละ 29 ของรายได้ทั้งหมด (จังหวัดร้อยเอ็ด รายได้จากยาสูบคิดเป็นร้อยละ 49) *ประการที่สอง* การลดลงของโควตาการปลูกยาสูบที่กำหนดจากโรงงานอุตสาหกรรมยาสูบ ประกอบกับเกษตรกรต้องลงทุนในการทำโรงบ่มหาฟืนเอง และปัจจัยการผลิต นับรวมถึงแรงงาน ปุ๋ย และสารเคมีควบคุมกำจัดศัตรูพืชมีราคาแพงขึ้น จะทำให้เกษตรกรไม่คุ้มทุน ผลที่ติดตามมาก็คือเกษตรกรจะขายโควตาของตนเองให้กับคนอื่น หรือการปลูกโยเยให้กับบริษัท (เพื่อส่งออก) หรือพ่อค้าโยเยเพื่อผลิตยาเส้น *ประการที่สาม* การหันไปปลูกพืชอย่างอื่นทดแทน ยังคงเป็นเรื่องยากและมีปัญหาอุปสรรคอยู่มากโดยเฉพาะในเรื่องการตลาดและการส่งเสริมพืชทดแทน ภายใต้ระบบผูกขาดของอุตสาหกรรมยาสูบ เกษตรกรชาวไร่ได้รับการประกันราคาตลาด ตลอดจนการจัดหาปัจจัยการผลิตและการสนับสนุนด้านต่างๆ จากสถานียาสูบ เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบจึงเป็นเสมือนผู้อยู่ในอุปถัมภ์ของอุตสาหกรรมยาสูบนั่นเอง การที่เกษตรกรซึ่งปลูกยาสูบมาเป็นเวลานาน มีทักษะและความชำนาญในเรื่องนั้นๆ จะหันไปปลูกพืชทดแทนอื่นที่ไม่มี “ผู้อยู่อุปถัมภ์” ที่ชัดเจน จึงมีความเสี่ยงสูง เพราะยังขาดแคลนตลาดและบริการการส่งเสริม

## ก้าวต่อไปของสังคมไทยในการควบคุมยาสูบ

จากการศึกษาเผยความจริงที่ว่า การควบคุมบุหรี่เป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อนในเรื่องของความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่าง Actor ของผู้ที่อยู่ในระบบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาทำให้ได้แนวทางในการควบคุมยาสูบของประเทศ กล่าวคือในการรณรงค์ ควรรณรงค์ให้สาธารณชนเข้าใจความจริงเกี่ยวกับบริษัทบุหรี่ข้ามชาติมากยิ่งขึ้น ควบคู่ไปกับการรณรงค์ให้เข้าใจพิษภัยของการบริโภคบุหรี่ต่อสุขภาพ โดยเน้นให้ภาคประชาสังคมเข้ามามีบทบาทในเรื่องนี้มากขึ้น และควรมีการเสริมพลังอำนาจให้กับภาคประชาสังคมในท้องถิ่น ซึ่งได้แก่ องค์กรเอกชน องค์กรชุมชน คริวเรือน และประชาชนในท้องถิ่น ให้เข้ามาเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการควบคุมบุหรี่มากยิ่งขึ้น รวมทั้งควรส่งเสริมให้ชุมชนและคริวเรือนในชุมชน มีการพัฒนาเพื่อลดการพึ่งพารายได้จากยาสูบ มีช่องทางในการมีรายได้เพื่อยังชีพที่หลากหลายขึ้น หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการส่งเสริมหรือทำหน้าที่ด้านการพัฒนา จำเป็นต้องเน้นพื้นที่เฉพาะ (area-based approach) มิใช่การรณรงค์ครอบคลุมทั่วไปเท่านั้น นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาบุหรี่พื้นบ้านที่กำลังเติบโตให้กว้างขวาง ครอบคลุมการผลิต การบริโภค และผลกระทบต่อสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับบุหรี่มวนจากโรงงานอุตสาหกรรม ทั้งนี้เพื่อแสวงหามาตรการการควบคุมที่เหมาะสมต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย อันดับแรกขอขอบคุณ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ที่สนับสนุนทุน ขอขอบคุณชาวไร่ยาสูบ และผู้นำชุมชน

ในพื้นที่จังหวัดนครพนม ร้อยเอ็ด หนองคาย ที่ให้ความอนุเคราะห์และร่วมมือในการตอบคำถามเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถานียาสูบท่าสีโค จ.นครพนม สถานียาสูบ โพนสา จ.หนองคาย สถานียาสูบไทรวงาม 1 จ.ร้อยเอ็ด และสำนักงานยาสูบจังหวัดหนองคาย ที่ให้ความอนุเคราะห์เรื่องข้อมูลรวมทั้งได้ให้โอกาสได้เรียนรู้ถึงกระบวนการรับซื้อยาสูบ ทำยที่สุด ขอขอบคุณนักวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย และพนักงานสัมภาษณ์ ที่ทุกท่านล้วนทุ่มเทและเป็นกำลังสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้

### บรรณานุกรม

1. โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ทำไมจึงคัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิแพथ์ชนบท; 2532.
2. ชัชวาล ตันชกิตติ และสาธิส ถาวรนนท์. อุตสาหกรรมใบยาสูบในประเทศไทย. ภาควิชาวิศวกรรมเครื่องกล คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
3. ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. รายงานผลการศึกษา "วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย". กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
4. เดวิด ซี คอร์ทเทน อภิชัย พันธเสน (แปล) วิศิษฎ์ วัจนัญญา (บรรณาธิการ). เมื่อบริษัทข้ามชาติครองโลก. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเด็ก; 2546.
5. นุปผา ศิริวิทย์ และคณะ. ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย : การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่ 1 (พ.ศ.2548). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
6. ประกิต วาทีสาธกกิจ และอิศรา ศานติศาสน์. ชุดความรู้ลำดับที่ 2 "ขึ้นภาษีบุหรี่ตัดลมหายใจนายทุน". กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2548.

7. \_\_\_\_\_ . สงครามการค้ายาสูบ : บันทึกไว้ในประวัติศาสตร์ 2. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการค้าไม่สูบบุหรี่; 2549.
8. \_\_\_\_\_ . บทความเรื่อง “กรณีศึกษาความพยายามในการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย”; 2548.
9. \_\_\_\_\_ . ผลกระทบจากนโยบายขึ้นภาษีและการห้ามโฆษณาบุหรี่ พ.ศ. 2537-2549. แหล่งข้อมูล [http://www.ashthailand.or.th/th/content\\_image/informationcenter/207.doc](http://www.ashthailand.or.th/th/content_image/informationcenter/207.doc). เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2550.
10. \_\_\_\_\_ . มาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทยและผลกระทบที่เกิดขึ้น. แหล่งข้อมูล [http://www.ashthailand.or.th/th/content\\_image/informationcenter/208.doc](http://www.ashthailand.or.th/th/content_image/informationcenter/208.doc). เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2550.
11. \_\_\_\_\_ . อัตราภาษีสรรพสามิต ยอดจำหน่ายบุหรี่ ภาษีที่เก็บได้ และจำนวนผู้สูบบุหรี่. แหล่งข้อมูล [http://www.ashthailand.or.th/th/content\\_image/informationcenter/209.doc](http://www.ashthailand.or.th/th/content_image/informationcenter/209.doc). เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2550.
12. รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์. การศึกษาทุนนิยมและโลกาภิวัตน์. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์ โครงการจัดพิมพ์คบไฟ; 2544.
13. วรวิทย์ วินิจเขตคำนวณ และคณะ. ชาวไร่ยาสูบ: วิถีชีวิตท่ามกลางสงครามด้านบุหรี่. กรุงเทพฯ: ขอคิดด้วยคน; 2549.
14. วีณา ศิริสุข. ยาสูบกับคนไทย : ทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสุขภาพที่ยั่งยืน. นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
15. วุฒิ อนันบุญทรทิ. ประมาณการผลิตใบยาสูบโลก (ฤดูเพาะปลูก 2550): โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง. แหล่งข้อมูล [http://www.thaitovacco.or.th/page/infor\\_view.php?gid=295](http://www.thaitovacco.or.th/page/infor_view.php?gid=295) เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2550.
16. ศศิธร โมอ่อน. ประวัติของกิจการยาสูบในประเทศไทย. นิตยสารยาสูบ. 2546;54(2)
17. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ. พัฒนาการทางปฏิบัติ หยุดการแพร่ภัยบุหรี่และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมการบริโภคยาสูบ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2543.
18. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. แหล่งข้อมูล [http://www.service.nso.go.th/nso/g\\_nowlege/files/smoke\\_50.pdf](http://www.service.nso.go.th/nso/g_nowlege/files/smoke_50.pdf). เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 50.
19. สังคิต พิริยะรังสรรค์ และคณะ. ขบวนการค้ายาสูบปลอมในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
20. หทัย ชิตานนท์. ชุดความรู้ลำดับที่ 1 “รู้ทันเล่ห์บุหรี่ข้ามชาติ”. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.); 2548.
21. \_\_\_\_\_ . บทความเรื่อง “ถ้าจะให้คนไทยสูบบุหรี่มากขึ้นจะต้องสกัดกั้นการรูดคืบของบริษัทข้ามชาติ”. หนังสือพิมพ์มติชน ฉบับวันที่ 17 มีนาคม 2540. อ้างถึงใน นิตยสารยาสูบ. 2543 ม.ค. – ก.พ.; 51: 29-32.
22. Stephen Hamann และคณะ. การทบทวนองค์ความรู้การควบคุมการบริโภคยาสูบ. สำนักงานโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
23. Giddens, A. Social Theory and Modern Sociology. Cambridge University Press. Lukes, S. 1974. Power: A Radical View. London: Macmillan; 1987.

## บาราอู๋ ชีซา หรือฮุกก้า: ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่อันตราย Baragu, Shisha, or Hookah: Harmful Tobacco Use

สุนิดา ปรีชาวงษ์\*

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทนำ

การบริโภคยาสูบเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้ว และที่กำลังพัฒนา ประเทศไทยได้ร่วมลงนามในกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก อันมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมจำนวนผู้สูบบุหรี่และอุตสาหกรรมยาสูบ ตลอดจนป้องกันการเพิ่มจำนวนของผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ มีบทบาทสำคัญที่จะส่วนร่วมในการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะบทบาทเชิงรุกในการป้องกันไม่ให้ผู้สูบบุหรี่รายใหม่ๆ เกิดขึ้นอีกด้วย รวมทั้งการให้ความรู้ และการกระตุ้นจิตสำนึกของสาธารณชนเกี่ยวกับพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทต่างๆ และความเสียด้านสุขภาพและผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ที่จะเกิดตามมาจากการบริโภคยาสูบ ในประเทศไทย สถานการณ์การสูบบุหรี่ในเยาวชนไทยยังน่าเป็นห่วง เนื่องจากอัตราการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มวัยรุ่น และในช่วง 2 - 3 ปีที่ผ่านมา การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยวิธีการใหม่ มักปรากฏตามข่าวหนังสือพิมพ์อยู่เนืองๆ ดังนั้น บทความนี้จะนำเสนอสาระสำคัญเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยวิธีการผ่านน้ำซึ่งเรียกว่า “การสูบบาราอู๋” หรือ “การสูบบุหรี่ชุกก้า”

## ความหมาย และถิ่นกำเนิด

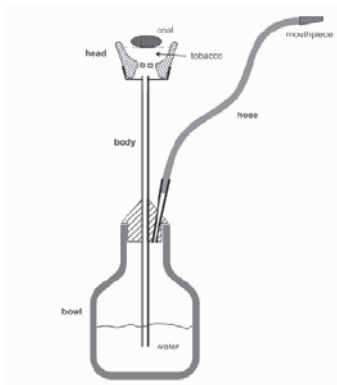
การสูบบุหรี่ สูค้ำ หรือชิชา หรือการสูบบุหรี่ผ่านน้ำ (Water pipe smoking) เป็นรูปแบบหนึ่งของการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งมีมาตั้งแต่ดั้งเดิมในประเทศแถบตะวันออกกลาง เดิมเป็นที่นิยมในกลุ่มผู้ชายวัยสูงอายุซึ่งมักจะสูบบุหรี่ เมื่อมารวมกลุ่มสังสรรค์และสนทนากันระหว่างเพื่อนฝูงญาติมิตร โดยสูดควันยาสูบผ่านท่อที่ต่อกับกระบอกหรือภาชนะที่ใส่น้ำไว้ข้างใน (Waterpipe) <sup>(1)</sup>

มีรายงานว่า เครื่องสูบบุหรี่นั้นประดิษฐ์โดยนายแพทย์ชาวอินเดีย ในช่วงศตวรรษที่ 16 (ค.ศ. 1556 – 1605) ซึ่งเป็นยุคของจักรพรรดิอักบาร์ (Emperor Akbar) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอันตรายของยาสูบ <sup>(2)</sup> การสูบบุหรี่ผ่านน้ำมีชื่อเรียกกันหลายอย่างแตกต่างกันไปตามพื้นที่ เช่นในประเทศอียิปต์ ซาอุดีอาระเบีย เรียกรูปแบบการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดนี้ว่า “ชิชา (shisha)” “บูรี (boory)” หรือ “โกซา (goza)” ในประเทศอิสราเอล เลบานอน และไซเรีย เป็นที่รู้จักกันในชื่อ “narghile” “nargile” หรือ “arghile” ส่วนในแถบแอฟริกา และอินเดีย เรียก “สุค้ำ (hookah)” หรือบางครั้ง สะกดว่า “hukka” หรือ “hooka” และในอีกหลายประเทศ จะใช้คำว่า “hubble bubble” <sup>(2, 3)</sup> ส่วนเอกสารวิชาการบางฉบับรวมทั้งในเอกสารวิชาการขององค์การอนามัยโลก

ใช้คำว่า “Waterpipe” เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบของการสูบบุหรี่ผ่านน้ำ <sup>(2, 3)</sup> สำหรับในประเทศไทย การสูดควันยาสูบผ่านน้ำเป็นที่รู้จักกันในชื่อ “บาราเก้” สันนิษฐานว่าเสียงเพี้ยนมาจากคำว่า “มอระกู่” <sup>(4)</sup> ซึ่งแปลว่า หม้อสูบบุหรี่ของชาวอาหรับ

## ลักษณะเครื่องสูบบุหรี่ผ่านน้ำ และผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้

โดยทั่วไป เครื่องสูบบุหรี่ผ่านน้ำ หรือเครื่องสูบบุหรี่นั้น ประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก คือ ส่วนหัว (Head) มีลักษณะคล้ายเตา เป็นส่วนที่วางยาสูบหรือยาเส้นซึ่งมักจะห่อไว้ในกระดาษฟลอยด์และถ่าน ควันยาสูบซึ่งเกิดจากการเผาไหม้บริเวณนี้จะผ่านไปทางท่ออย่าง (body) ซึ่งต่อจากส่วนหัวลงไป ในภาชนะส่วนล่างสุด (water bowl) บางครั้งเป็นเนื้อโลหะหรือแก้ว รูปทรงคล้ายตะเกียงอาหรับทรงสูง ภาชนะนี้จะบรรจุน้ำไว้ประมาณครึ่งหนึ่ง ปลายท่ออย่างจะจุ่มลงไปใต้น้ำ ผู้สูบบุหรี่จะสูดควันผ่านท่อสูบอีกเส้นหนึ่ง (hose) ซึ่งไม่ได้จุ่มน้ำ ลักษณะของเครื่องสูบบุหรี่อาจจะแตกต่างกัน ในเรื่องขนาดของภาชนะ และจำนวนท่ออย่างที่ใส่สูดควัน ทั้งนี้แล้วแต่ถิ่นที่ใช้ <sup>(2, 3)</sup>



อุปกรณ์การสูบบุหรี่ผ่านน้ำ หรือ บาราอู  
คัดลอกมาจาก หนังสือ “Waterpipe tobacco  
smoking: Health effects, research needs and  
recommended actions by regulators”<sup>(2)</sup>



อุปกรณ์การสูบบุหรี่ผ่านน้ำ หรือ บาราอู  
(ภาพจริง)

ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่นิยมนำมาใช้กับเครื่องสูบบุหรี่ผ่านน้ำ หรือเตาบาราอูนั้น เรียกว่า “ma’assel” “Mu’essel” or “maasel” ซึ่งเป็นส่วนผสมของใบยาสูบกับสารที่มีความหวาน เช่น กากน้ำตาล (molasses) หรือ น้ำผึ้ง บางครั้งมีการเติมแต่งกลิ่นหอมของผลไม้เช่น สตรอเบอร์รี่ แอปเปิ้ล และสมุนไพบบางชนิด<sup>(3, 5)</sup> นอกจากนี้ ยังมีผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบอื่นที่เรียกว่า “Tumbak” และ “Jurak” ซึ่งมีกรรมวิธีในการผลิตที่ซับซ้อนขึ้น<sup>(5, 6)</sup> ในการสูบบาราอูครั้งหนึ่งๆ ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ 10 – 20 กรัม ปริมาณนิโคตินในผลิตภัณฑ์ยาสูบเหล่านี้อาจแตกต่างกันออกไปตามยี่ห้อ โดยมีรายงานว่าประมาณร้อยละ 2 – 4<sup>(6)</sup> จากการวิเคราะห์ปริมาณนิโคตินในผลิตภัณฑ์ยาสูบรส (Flavored tobacco) 11 ยี่ห้อ พบว่า ผลิตภัณฑ์ยาสูบน้ำหนัก 1 กรัมจะมีปริมาณนิโคตินโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 มิลลิกรัม โดยทั่วไปการสูบบาราอูแต่ละครั้ง จะใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ 20 กรัม ดังนั้นจะมีปริมาณนิโคตินเกิดขึ้น 67 มิลลิกรัม ส่วนปริมาณ

นิโคตินในผลิตภัณฑ์ยาเส้นแบบธรรมดา โดยเฉลี่ยเท่ากับ 35.65 มิลลิกรัม/กรัม ซึ่งมากกว่าในผลิตภัณฑ์ยาเส้นทูรสเกิน 10 เท่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะส่วนผสมอื่นๆ ที่ถูกเติมเข้าไป<sup>(7)</sup>

### ผลกระทบทางสุขภาพของการสูบบาราอู

ในปัจจุบัน แม้การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพของการสูบบุหรี่ผ่านน้ำ ยังมีค่อนข้างจำกัด อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ได้ระบุชัดเจนเกี่ยวกับอันตรายของการใช้บาราอูหรือสุคก้า Neergaard และคณะ<sup>(1)</sup> ได้วิเคราะห์หรือศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ผ่านน้ำซึ่งมีระเบียบวิธีวิจัยถูกต้อง พบว่า ผู้สูบบาราอูหรือสุคก้าทุกวันจะมีระดับโคตินินในปัสสาวะเท่ากับผู้สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน ส่วนผู้ที่สูบบาราอูหรือสุคก้าเป็นบางครั้ง จะมีโคตินินในปัสสาวะเท่ากับผู้สูบบุหรี่ 2 มวน ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การสูบบาราอู/สุคก้าทุกวันนั้นทำให้ผู้สูบได้รับ

ปริมาณนิโคตินเท่ากับการสูบบุหรี่ 10 มวน/วัน นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า ผู้สูบบุหรี่ยาสูบผ่านน้ำจะได้รับคาร์บอนนอกไซตในปริมาณที่ใกล้เคียงกับการสูบบุหรี่ และยังได้รับสารพิษต่างๆ อาทิ นิโคติน สารโลหะหนัก เช่น สารหนู สารโคบอลต์ โครเมียม และตะกั่วอีกด้วย<sup>(3)</sup>

### ผลต่อสุขภาพในระยะสั้น

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า หลังจากสูบบุหรี่ประมาณ 45 นาที ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออก ระดับนิโคตินในเลือด และอัตราการเต้นหัวใจจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก<sup>(8)</sup> หากเปรียบเทียบกับ การสูบบุหรี่ 1 มวน การสูบบุหรี่ 45 นาที ทำให้ผู้สูบบุหรี่ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์มากเป็น 2 เท่า และได้รับนิโคตินมากเป็น 3 เท่า<sup>(3, 8)</sup> ดังนั้นการใช้บุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ติดนิโคตินได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการอนนิโคตินในผู้สูบบุหรี่

การสูบบุหรี่/ สูบบุหรี่ นอกจากจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพอันเป็นผลมาจากสารประกอบในใบยาสูบและการติดนิโคตินแล้ว การใช้ท่อสูบ (hose) ร่วมกันยังอาจทำให้มีการแพร่กระจายของโรคติดต่อบางชนิด เช่น วัณโรค ตับอักเสบบ และเริม (Herpes) เป็นต้น มีรายงานว่าในบางประเทศ เช่น ประเทศซีเรีย และเลบานอน ผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะผู้สูบบุหรี่ นักศึกษามักจะใช้ท่อสูบร่วมกัน ส่วนในประเทศอินเดีย การไม่แบ่งปันท่อสูบกับเพื่อนถือว่าเป็นการเสียมารยาทอย่างมาก<sup>(3)</sup>

### ผลต่อสุขภาพในระยะยาว

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า การใช้บุหรี่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งของหลอดลม มะเร็งปอด มะเร็งในช่องปาก และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้สูบบุหรี่ยังมีความ

เสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เส้นเลือดหัวใจตีบได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่<sup>(2)</sup> อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมา เป็นการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และมีข้อจำกัดในการศึกษา เช่น โดยทั่วไปผู้สูบบุหรี่ มักจะเป็นผู้สูบบุหรี่ด้วย และอาจจะมีพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งได้ อื่นๆ มีรายงานการศึกษาในประเทศเลบานอนเกี่ยวกับผลการสูบบุหรี่ Narghile ต่อสุขภาพของทารก โดยการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ 254 คน สูบบุหรี่ 106 คน และไม่เคยสูบบุหรี่เลย 512 คน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่วันละ 1 ครั้งหรือมากกว่า มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่าปกติอย่างน้อย 100 กรัม และมีโอกาสเสี่ยงที่จะคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เท่ากับ 1.89 เท่า หากสูบบุหรี่ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มเป็น 2.62 เท่า นอกจากนี้ ยังพบว่า การสูบบุหรี่ narghile ของผู้หญิงระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ APGAR score ของทารกแรกคลอดที่ 1 นาที และ 5 นาที ซึ่งหมายความว่า ผู้หญิงที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์มีเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่ทารกแรกคลอดมีคะแนน APGAR ที่ 1 นาที และ 5 นาที น้อยกว่า 7 และยังเพิ่มความเสี่ยงที่ทารกจะมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด (perinatal complication) เช่น ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้สูบบุหรี่<sup>(9)</sup> การศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Tamim และคณะ<sup>(10)</sup> ซึ่งศึกษารายงานการคลอดร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้หญิงที่มาคลอดทั้งหมด 8,592 คน ระหว่างปี พ.ศ.2543 – 2546 พบว่า ผู้หญิงที่สูบบุหรี่ narghile มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย 2.4 เท่าของผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่



## สถานการณ์ของการสูบบุหรี่

### ในต่างประเทศ

การสูบบุหรี่มักถูกมองว่าเป็นเรื่องของสังคม โดยคนสองหรือสามคนอาจจะใช้ท่อสูดควันร่วมกัน เดิมการสูบบุหรี่จะเป็นที่นิยมกันมากในภูมิภาคแถบแอฟริกัน เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปัจจุบัน การสูดควันยาสูบผ่านน้ำได้เริ่มแพร่ระบาดในหลายประเทศ ทั้งในยุโรป อเมริกาเหนือ และบราซิล<sup>(2, 11)</sup> ปัจจัยประการหนึ่งที่มีส่วนทำให้การแพร่ระบาดของการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น คือ การใช้สารปรุงแต่งในผลิตภัณฑ์ยาสูบนี้ เช่น สารที่มีความหวาน กลิ่นของผลไม้ อาทิ แอปเปิ้ลมินต์ เป็นต้น<sup>(11)</sup> นอกจากนี้ ผู้สูบบักรู้ว่า การสูดควันยาสูบผ่านน้ำเป็นการกรองสารพิษต่างๆ ทำให้อันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่โดยทั่วไป<sup>(12)</sup>

การศึกษาความชุกของการสูดควันยาสูบผ่านน้ำยังมีค่อนข้างจำกัด อย่างไรก็ตาม Maziak และคณะ<sup>(3)</sup> ได้ทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในรูปแบบดังกล่าว และพบว่า ในประเทศคูเวต มากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งเพศชายและหญิงเคยทดลองสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้ง เช่นเดียวกับในประเทศเลบานอน ซึ่งมีรายงานการสำรวจอย่างต่อเนื่องพบว่า ความชุกของนักศึกษาที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากร้อยละ 20.1 เป็นร้อยละ 28.3 ในช่วงปี พ.ศ. 2544 – 2545 นอกจากนี้ในประเทศอิสราเอล จากการสำรวจการสูบบุหรี่ในเด็กอายุระหว่าง 12 - 18 ปี จำนวน 338 คน พบว่าร้อยละ 22.0 สูบบุหรี่ทุกวันหยุดสุดสัปดาห์ ส่วนการสำรวจในประเทศซีเรีย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในมหาวิทยาลัย Aleppo จำนวน 587 คน พบว่านักศึกษาชายมากกว่าครึ่งหนึ่ง และนักศึกษาหญิงประมาณ 1 ใน 3 เคยลองสูบบุหรี่ (Shisha) และ

ประมาณหนึ่งในสี่ของนักศึกษาชายยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน<sup>(3, 13)</sup> ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากกว่าการสูบบุหรี่

ในประเทศสหรัฐอเมริกา Smith-Simone และคณะ<sup>(14)</sup> ได้สำรวจการใช้สูดก้านในกลุ่มเยาวชน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นเยาวชนซึ่งใช้บริการสูดก้านคาเฟ่ในรัฐเวอร์จิเนีย จำนวน 101 คน ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งเป็นเยาวชนซึ่งเข้าชมเว็บไซต์ชื่อว่า "Hookahforum.com"<sup>\*</sup> 100 คน พบว่า ร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างเปิดเผยว่า สูดสูดก้านครั้งแรกก่อนอายุ 18 ปี ร้อยละ 19 สูดสูดก้านทุกวัน ร้อยละ 41 สูดสูดทุกสัปดาห์ ประมาณ 3 ใน 4 สูดสูดก้านในช่วงเสาร์อาทิตย์ การสูดสูดครั้งหนึ่งๆ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กว่าครึ่งหนึ่งมีเครื่องสูดเป็นของตนเอง โดยหาซื้อทางอินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่า การสูดสูดก้านมีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ และคิดว่าไม่เสพติด

### ในประเทศไทย

ในประเทศไทยไม่ปรากฏหลักฐานว่าได้มีการนำเข้าบุหรี่เมื่อใด แต่การสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยรุ่นเป็นได้ถูกเปิดเผยขึ้นเมื่อวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2546 โดยหนังสือพิมพ์ไทยรัฐได้ลงข่าวเรื่องราวของการให้บริการยาสูบชนิด ซึ่งมีชื่อว่า "บุหรี่ยาสูบ" หรือ "มะระกะกู" บริเวณริมคลองหลอด ติดกับรั้วศาลอาญากรุงเทพใต้ เขตพระนคร กรุงเทพฯ โดยมีลูกค้าทุกเพศทุกวัย มีทั้งกลุ่มวัยรุ่น เด็กนักเรียน และวัยทำงาน หลังจากนั้น ได้มีการเสนอข่าวเกี่ยวกับความนิยมสูบบุหรี่ทางหนังสือพิมพ์เป็นระยะๆ จากร้านสูบบุหรี่ แถวถนนข้าวสาร มาเป็นการสูบบุหรี่ใน

<sup>\*</sup> <http://www.hookahforum.com> เป็นเว็บไซต์ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับการสูดสูดก้าน ทั้งในเรื่องของเครื่องสูด และผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้

สถานบันเทิงผับ บาร์ ในเมืองใหญ่ๆ อาทิ เชียงใหม่ หาดใหญ่ ภูเก็ต พัทยา เป็นต้น และการซื้ออุปกรณ์การสูบรวมทั้งยาสูบมาใช้ที่บ้าน ทั้งนี้มีการจำหน่ายเตาบารากูทางอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลาย มีราคาตั้งแต่หลักร้อยไปจนถึงหลักพัน อีกทั้งยังมีข่าวเกี่ยวกับการจับกุมการลักลอบนำเข้าจำนวนมากในปี พ.ศ.2550 อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย ยังไม่มีการสำรวจการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในลักษณะนี้โดยตรง

### การควบคุมการสูบบารากู

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของการใช้บารากู/สุคก้าที่กำลังทวีขึ้น องค์การอนามัยโลก โดยคณะทำงานด้านข้อบังคับเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ<sup>(2)</sup> ได้เสนอแนะให้พิจารณาดำเนินการในประเด็นต่อไปนี้ เพื่อลดการใช้บารากู/สุคก้า และอันตรายทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบดังกล่าว

1. ควรมีกฎหมายควบคุมบารากู/สุคก้า และยาเส้นที่ใช้กับสุคก้า เช่นเดียวกับการควบคุมบุหรี่ และผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่น
2. ควรมีฉลากคำเตือนอันตราย บนซองหรือบรรจุภัณฑ์ของอุปกรณ์บารากู/สุคก้า และยาเส้นที่ใช้กับบารากู/สุคก้า
3. ควรห้ามการโฆษณา หรือการกล่าวอ้างว่าการสูบบารากู/สุคก้า มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่
4. ควรห้ามการแสดงข้อความที่สื่อให้เข้าใจผิด เช่น “contain 0 mg Tar” เป็นต้น
5. การดำเนินการควบคุมยาสูบควรให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับการสูบบารากู/สุคก้า ทั้งในด้านการป้องกันและการช่วยให้เลิกสูบ
6. ควรมีการห้ามสูบบารากู/สุคก้า ในสถานที่สาธารณะ เช่นเดียวกับการห้ามสูบบุหรี่ หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ
7. ควรส่งเสริมให้บุคลากรวิชาชีพสุขภาพ เจ้าหน้าที่พนักงาน รวมทั้งประชาชน มีความรู้ และตระหนักถึง

อันตรายทางสุขภาพของการสูบบารากู/สุคก้า โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับควันมือสอง เช่น เด็ก หญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มอื่นๆ

ในประเทศไทย ถึงแม้จะมีการจำหน่ายเครื่องสูบควันยาสูบผ่านน้ำ หรือเตาสูบบารากูอย่างแพร่หลายทางอินเทอร์เน็ต อย่างไรก็ตาม การจำหน่ายดังกล่าวยังไม่มีความคุ้มครองชัดเจน ส่วนผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบารากู/สุคก้า หรือยาเส้นปรุงที่นำมาใช้กับเตาบารากูนั้นจัดว่าเป็นสิ่งผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509<sup>(15)</sup> ซึ่งกำหนดว่า ผู้ใดขายยาเส้นหรือยาสูบ ต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าพนักงาน ทั้งนี้ กรมสรรพสามิตไม่ได้อนุญาตให้มีนำเข้า ตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุข

การจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบารากู/สุคก้า ยังมีความผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535<sup>(16)</sup> ของกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีไม่แจ้งส่วนประกอบ และจัดทำฉลาก ทั้งนี้ในมาตรา 3 ของกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ได้ให้คำจำกัดความของผลิตภัณฑ์ยาสูบว่า หมายถึง “ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ และผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบ หรือ ฟิชนิโคเซียนาทาแบกกุ่ม ไม่ว่าจะใช้เสพโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปาก หรือจมูก หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน” ดังนั้น ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จะขายได้ต้องมีส่วนประกอบตามมาตรฐานที่กำหนดในกฎกระทรวง และผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องแจ้งรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กระทรวงสาธารณสุขทราบ (มาตรา 11) ในปัจจุบัน กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบยังกำหนดให้ยาเส้นที่ผลิตหรือนำเข้ามาในประเทศไทยต้องมีการแสดงฉลากข้อความคำเตือนถึงพิษภัยของยาเส้นตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขด้วย

นอกจากนี้ การสูบบุหรี่/สูดก้านในฝับ บาร์ ยังมีความผิดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 18 ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535<sup>(17)</sup> ที่ห้ามสูบบุหรี่/สูดก้านในร้านจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ (รวมถึง ฝับ บาร์ และสถานบริการอื่นๆ) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551<sup>(18)</sup>

## สรุป

การสูบบุหรี่ หรือสูดก้าน หรือชิชา เป็นการนำผลิตภัณฑ์ยาสูบในรูปแบบหนึ่ง โดยการสูดผ่านท่อที่ต่อกับภาชนะที่ใส่น้ำไว้ข้างใน นิยมสูดกันอย่างแพร่หลายในประเทศแถบตะวันออกกลาง ต่อมาได้มีการระบาดไปยังประเทศอื่น เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศไทย ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่/สูดก้านค่อนข้างชัดเจน ในประเทศไทย การนำเข้ายาเส้นปรุงหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบ/สูดก้านมีความผิดตามกฎหมายยาสูบ และกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ แม้จะยังไม่มีการสำรวจการสูบบุหรี่/สูดก้านอย่างชัดเจน แต่ควรมีการให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพของจากการสูบบุหรี่/สูดก้านอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการห้ามสูบบุหรี่ในสถานบริการ หรือสถานบันเทิงต่างๆ และการปราบปรามผลิตภัณฑ์ยาเส้นปรุงรสที่มีการลักลอบนำเข้าอย่างจริงจัง

## เอกสารอ้างอิง

1. Neergaard, J., Singh, P., Job, J., & Montgomery, S. Waterpipe smoking and nicotine exposure: A review of the current evidence. *Nicotine & Tobacco Research*. 2007;9(10):987-994.
2. The World Health Organization Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg). Waterpipe tobacco smoking: Health effects, research needs and recommended actions by regulators. World Health Organization Document Production Services. Geneva Switzerland; 2005.
3. Maziak, W., Ward, K.D., Soweid, R.A., & Eissenberg, T. Tobacco smoking using a waterpipe: a re-emerging strain in a global epidemic. *Tobacco Control*. 2004;13:327-333.
4. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. แฉวัยรุ่นไทย ฮิตสูบบุหรี่ใส่ยาเสพติด. 2 กุมภาพันธ์ 2550.
5. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Tobacco use in shisha: studies on waterpipe smoking in Egypt. World Health Organization; 2006.
6. Knishkowsky, B., & Amitai, Y. Water-Pipe (Narghile) Smoking: An emerging health risk behavior. *Pediatrics*. 2005;116(1):e113-e119.
7. Hadidi, K., & Mohammed, F. Nicotine content in tobacco used in hubble-bubble smoking. *Saudi Medical Journal*. 2004;25:912-917.
8. Shafagoj YA, & Mohammed FI. Levels of maximum end-expiratory carbon monoxide and certain cardiovascular parameters following hubble-bubble smoking. *Saudi Medical Journal*. 2002;23:953-958.

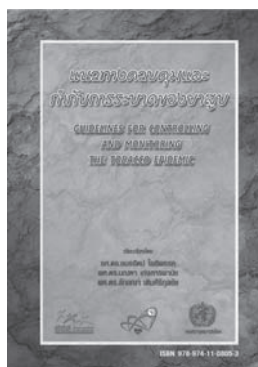
9. Nuwayhid, I, Yamout, B., Ghassan, and Kambria, M. Narghile (hubble-bubble) smoking, low birth weight and other pregnancy outcomes. *American Journal of Epidemiology*. 1998;148(4):375 – 383.
10. Tamim, H., Yunis, K.A., Chemaitelly, H., Alameh, M., & Nassar, A.H. Effect of narghile and cigarette smoking on newborn birthweight. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008;115(1):91–97.
11. Rastam S, Ward, K.D., Eissenberg, T., & Maziak, W. Estimating the beginning of the waterpipe epidemic in Syria. *BMC Public Health*. 2004;4:32.
12. Kandela, P. Nargile smoking keeps Arabs in wonderland. *Lancet*. 2000; 356: 1175.
13. Maziak, W., Eissenberg, T., Rastam, S., et al. Beliefs and attitudes related to narghile (waterpipe) smoking among university students in Syria. *Annals of Epidemiology*. 2004;14(9):646-654.
14. Smith-Simone, S., Maziak, W., Ward., K.D., & Eissenberg, T. Waterpipe tobacco smoking: Knowledge, attitudes, beliefs, and behavior in two U.S. samples. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008;10(12):393-398.
15. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง. พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509. แหล่งข้อมูล [http://www.excise.go.th/law2b4/law\\_bacco1.html](http://www.excise.go.th/law2b4/law_bacco1.html). เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2551.
16. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การขนส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
17. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การขนส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
18. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนพิเศษ 205 ง วันที่ 28 ธันวาคม 2550 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18 พ.ศ. 2550 เรื่องกำหนดชื่อหรือสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ รวมทั้งกำหนด สภาพ ลักษณะ และมาตรฐานของเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. แหล่งข้อมูล <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2550/E/205/27.PDF>. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2551.

## แนะนำหนังสือ



ลำดับที่	1
ชื่อ	ลงหลักปักฐานสกัดกั้นยาสูบ
เรียบเรียง	ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และคณะ
ครั้งที่พิมพ์	พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2550
พิมพ์ที่	เจริญตีพิมพ์นคกการพิมพ์ โทร.0-2457-2593
จำนวน	381 หน้า
ISBN	974-11-0523-1

หนังสือวิชาการด้านการควบคุมยาสูบเล่มนี้ ที่ทีมงานศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ได้แปลและเรียบเรียงจากหนังสือ “Building Blocks for Tobacco Control : a handbook ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นหนังสือที่ได้รับการอ้างอิงและกล่าวถึงอย่างแพร่หลายในกลุ่มบุคคลที่ทำงานด้านการควบคุมยาสูบ โดยเนื้อหาภายในจะกล่าวถึงแนวคิดเชิงทฤษฎี สถานการณ์ แนวทางปฏิบัติ ข้อมูลอ้างอิง และตัวอย่างในการควบคุมยาสูบตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งได้มีการเรียบเรียงให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันให้มากที่สุด โดยเฉพาะการหยิบยกตัวอย่างสำหรับประเทศไทย เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจและสะดวกในการที่ภาคีเครือข่ายควบคุมยาสูบ ตลอดจนผู้สนใจในประเทศไทยจะนำไปใช้ประโยชน์



ลำดับที่	2
ชื่อ	แนวทางควบคุมและกำกับการระบาดของยาสูบ
เรียบเรียง	รศ.ดร.อมรรัตน์ โพธิ์พรรค และคณะ
ครั้งที่พิมพ์	พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2550
พิมพ์ที่	เจริญตีพิมพ์นคกการพิมพ์ โทร.0-2457-2593
จำนวน	201 หน้า
ISBN	978-974-11-0805-3

หนังสือวิชาการนี้ รศ.ดร.อมรรัตน์ โพธิ์พรรค ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช และผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย ได้แปลและเรียบเรียงจากหนังสือ “Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic” ขององค์การอนามัยโลก ภายใต้แผนงานยาสูบและสุขภาพ หนังสือเล่มนี้ให้รายละเอียดแนวทางการควบคุมยาสูบ และตัวอย่างการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับยาสูบโดยละเอียด ทั้งนิยาม/คำจำกัดความ เกณฑ์ชี้วัด ข้อคำถาม คำอธิบาย การสุ่มตัวอย่าง และกรณีตัวอย่างต่าง ๆ ที่ทุกประเภทรวมถึงประเทศไทย สามารถใช้เป็นแนวทางในการสำรวจการบริโภคยาสูบได้



ลำดับที่	3
ชื่อ	การคุ้มครองสุขภาพจากควันบุหรี่มือสอง : ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
เรียบเรียง	รศ.ดร.อมรรัตน์ โพธิพรรค และคณะ
ครั้งที่พิมพ์	พิมพ์ครั้งที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551
พิมพ์ที่	เจริญดีมีนคังการพิมพ์ โทร.0-2457-2593
จำนวน	74 หน้า
ISBN	978-974-11-0904-3

หนังสือแปลเล่มล่าสุดของ ศจย. จากเอกสาร “Protection from Exposure to Second – Hand Tobacco Smoke : Policy Recommendation” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และดำเนินการอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2551 โดยได้ให้ข้อเสนอแนะแก่ประเทศภาคีสมาชิกอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบฯ เพื่อนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการพิมพ์ครั้งที่ 2 ได้เพิ่มเนื้อหามาตรา 8 มาตรการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบฯ ซึ่งเป็นผลการประชุมประเทศภาคีสมาชิกตามกรอบอนุสัญญาฯ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่



ลำดับที่	4
ชื่อ	การแทรกแซงและบ่อนทำลายนโยบายสาธารณะของบริษัทยาสูบ : กรณีศึกษา นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของไทย
เรียบเรียง	ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ
ครั้งที่พิมพ์	พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551
พิมพ์ที่	เจริญดีมีนคังการพิมพ์ โทร.0-2457-2593
จำนวน	122 หน้า
ISBN	978-974-11-0901-2

หนังสือวิชาการเล่มนี้แต่งโดย ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยนำเสนอถึงกลยุทธ์ต่าง ๆ ของอุตสาหกรรมยาสูบต่างชาติ ที่ใช้ดำเนินการเพื่อแทรกแซงและทำลายนโยบายการควบคุมยาสูบ โดยมีข้อมูลสถานการณ์ที่ผ่านมาในต่างประเทศ และนำเสนอถึงสถานการณ์การแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ของบริษัทบุหรี่ต่างชาติในรูปแบบต่าง ๆ ตั้งแต่อดีต จนถึงปัจจุบัน แนวทางการป้องกันแก้ไข ตลอดจนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อไม่ให้เกิดการแทรกแซงนโยบายสาธารณะเพื่อการควบคุมยาสูบโดยบริษัทบุหรี่



<b>ลำดับที่</b>	5
<b>ชื่อ</b>	คู่มือพัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำในการณรงค์โรงเรียนปลอดบุหรี่
<b>เรียบเรียง</b>	เครือข่ายครูนักณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (คมส.)
<b>ครั้งที่พิมพ์</b>	พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551
<b>พิมพ์ที่</b>	เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ โทร.0-2457-2593
<b>จำนวน</b>	81 หน้า
<b>ISBN</b>	978-974-11-0905-0

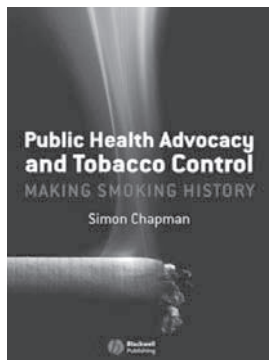
คู่มือเล่มนี้ เรียบเรียงโดยเครือข่ายครูนักณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (คมส.) มีวัตถุประสงค์เพื่อประมวลรูปแบบการพัฒนาแกนนำนักเรียนแกนนำรณรงค์โรงเรียนปลอดบุหรี่ ซึ่งเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในโรงเรียนอื่นๆ ต่อไป เนื้อหาภายในเล่มได้รวบรวมกรณีศึกษาของโรงเรียนที่ได้ดำเนินการมาแล้ว และนำมาสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อเป็นกรณีศึกษาให้กับครูที่สนใจจะนำไปใช้ในโรงเรียนของตน



<b>ลำดับที่</b>	6
<b>ชื่อ</b>	คู่มือครูในการช่วยนักเรียนให้เลิกสูบบุหรี่
<b>เรียบเรียง</b>	เครือข่ายครูนักณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (คมส.)
<b>ครั้งที่พิมพ์</b>	พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551
<b>พิมพ์ที่</b>	เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ โทร.0-2457-2593
<b>จำนวน</b>	84 หน้า
<b>ISBN</b>	978-974-13-7973-6

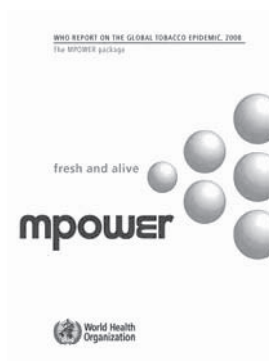
คู่มือนี้ เรียบเรียงโดยเครือข่ายครูนักณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (คมส.) โดยเป็นส่วนหนึ่งในแผนงานพัฒนานวัตกรรมโรงเรียนปลอดบุหรี่ด้วยการจัดกิจกรรมช่วยเหลือนักเรียนให้เลิกสูบบุหรี่ เนื้อหาประกอบด้วยองค์ความรู้ในการช่วยให้นักเรียนเลิกสูบบุหรี่ การสังเคราะห์เทคนิควิธีการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้นักเรียนเลิกสูบบุหรี่จากผู้มีประสบการณ์ด้านการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ และครูปฏิบัติงานด้านการช่วยนักเรียนให้เลิกสูบบุหรี่ในโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการช่วยนักเรียนให้เลิกสูบบุหรี่ และประสบการณ์ของครูจากการปฏิบัติจริงในโรงเรียนต่าง ๆ





ลำดับที่	7
ชื่อ	Public Health Advocacy and Tobacco Control Making Smoking History
เรียบเรียง	Simon Chapman
ครั้งที่พิมพ์	พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2550
พิมพ์ที่	Blackwell Publishing Ltd
จำนวน	328 หน้า
ISBN	978-1-4051-6163-3

หนังสือเล่มนี้แต่งโดย Simon Chapman แห่งวิทยาลัยการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย โดยผู้แต่งได้แบ่งเนื้อหาหนังสือเล่มนี้เป็น 2 ส่วนหลัก ส่วนแรกกล่าวถึงภาพรวมของการควบคุมยาสูบในยุคนับปัจจุบัน และส่วนที่ 2 กล่าวถึงการใช้กลยุทธ์ด้านสาธารณสุขที่ใช้ในการชี้แนะสาธารณะเพื่อการควบคุมยาสูบ ตลอดจนมุมมองด้านนโยบายและกฎหมายที่เหมาะสมในการควบคุมยาสูบ พร้อมกับนำเสนอกรณีศึกษาประกอบเพื่อให้สามารถเข้าใจรายละเอียดได้ง่ายขึ้น



ลำดับที่	8
ชื่อ	WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2008 The MPOWER package
เรียบเรียง	องค์การอนามัยโลก
ครั้งที่พิมพ์	พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551
พิมพ์ที่	Pancrom Grafica e Fitolito, บราซิล
จำนวน	329 หน้า
ISBN	978-92-4-159628-2

หนังสือเล่มนี้ จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อเป็นการรายงานเชิงเปรียบเทียบเกี่ยวกับสถานการณ์ระบาดวิทยาของยาสูบในแง่มุมต่าง ๆ ของประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ตลอดจนการนำเสนอนโยบายสำคัญ 6 ประการในการต่อสู้กับการระบาดของยาสูบ

- 
- หนังสือแนะนำลำดับที่ 1 – 6 ผู้สนใจสามารถเปิดอ่านและดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของ ศจย. <http://www.trc.or.th>
  - หนังสือแนะนำลำดับที่ 7 – 8 ผู้สนใจติดต่อขอขยืมอ่านได้ที่ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารเพื่อการควบคุมยาสูบ ห้องสมุดวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
-

## แบบส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารควบคุมยาสูบ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์ขอส่งบทความตีพิมพ์ “วารสารควบคุมยาสูบ” ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. บทความเรื่อง.....

2. ประเภทบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทความพื้นวิชา

ปกิณกะ

( ) แนะนำหนังสือ

( ) ข่าว

( ) อื่น ๆ ระบุ.....

3. วัสดุประกอบ

ต้นฉบับ และ Diskette/CD\*

อิเล็กทรอนิกส์ไฟล์\*\*

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### \*กรณานำส่ง

ผู้จัดการวารสารควบคุมยาสูบ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

วิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล 420/1 อาคารเนกประสงค์ ชั้น 5

ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0-2354-8543 ต่อ 3704 ,0-2354-5346 โทรสาร 0-2354-5347

\*\* กรุณาส่งที่ saroat@trc.or.th หรือ saroatn@yahoo.com

## คำแนะนำการส่งบทความและงานวิจัยหรือผลการดำเนินงานเพื่อตีพิมพ์

1. นิพนธ์ต้นฉบับเป็นภาษาไทย จำนวนไม่เกิน 15 หน้า
2. นิพนธ์ต้นฉบับต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน
3. เป็นนิพนธ์ต้นฉบับที่จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Word 98 ขึ้นไป
  - กรณีต้นฉบับได้รับการบันทึกในแผ่น Diskette/CD กรุณาจัดส่งที่  
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)  
วิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล 420/1 อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 5  
ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
  - กรณีต้นฉบับได้รับการจัดส่งเป็นเอกสารแนบไฟล์ กรุณาส่งที่ saroat@trc.or.th
4. รูปแบบการเขียนนิพนธ์ต้นฉบับ
  - พิมพ์ด้วยแบบอักษร “Angsana” ขนาด 16 พอร์ต และ “Times New Roman” ขนาด 12 พอร์ต กรณีบทความภาษาอังกฤษ โดยมีระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า
  - การจัดเรียงเนื้อหาต้นฉบับเป็นลำดับดังนี้  
หน้าแรก ประกอบด้วย 1) ชื่อบทความภาษาไทย 2) ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทยให้ระบุชื่อ-สกุลของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 1-6 ขณะที่ชื่อ-สกุลของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 7 เป็นต้นไปให้ระบุ “และคณะ” 3) บทคัดย่อภาษาไทย (ไม่เกิน 300 คำหรือ 15 – 17 บรรทัด) และ 4) เชิงอรรถด้านล่างกระดาษ ระบุตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้นิพนธ์ รวมถึง e-mail address ของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 1  
หน้าที่สอง ประกอบด้วย 1) ชื่อบทความภาษาอังกฤษ 2) ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษให้ระบุชื่อ-สกุลของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 1-6 ขณะที่ชื่อ-สกุลของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 7 เป็นต้นไปให้ระบุ “et al.” 3) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (ไม่เกิน 300 คำหรือ 15 – 17 บรรทัด) และ 4) เชิงอรรถด้านล่างกระดาษ ระบุตำแหน่ง และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ รวมถึง e-mail address ของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 1  
หน้าถัดไป ประกอบด้วยหัวข้อการนำเสนอต่อไปนี้ 1) บทนำ 2) วัตถุประสงค์ 3) ระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล 4) ผลการศึกษา 5) อภิปรายผลการศึกษา 6) สรุป 7) ข้อเสนอแนะ 8) กิตติกรรมประกาศ 9) เอกสารอ้างอิง และ 10) ภาคผนวก (ถ้ามี)
  - บันทึกเลขกำกับหน้าของนิพนธ์ต้นฉบับที่มุมบนด้านขวา

5. เอกสารอ้างอิงให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์เรียงตามลำดับหมายเลขที่อ้างอิง **ตั้งตัวอย่างต่อไปนี้**

• **วารสารต่างประเทศ**

Woelk GB. Cultural and structural influences in the creation of and participation in community health programmes. Soc Sci Med 1992;35:419–24.

• **ตำราต่างประเทศ**

Laverack G. Health promotion practice: power and empowerment. New Delhi: SAGE Publications; 2004.

• **วารสารไทย**

มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ ญัฐพร มีสุข นิรัตน์ อินามิ และรุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารสุขศึกษา 2545;25:28–45.

• **ตำราภาษาไทย**

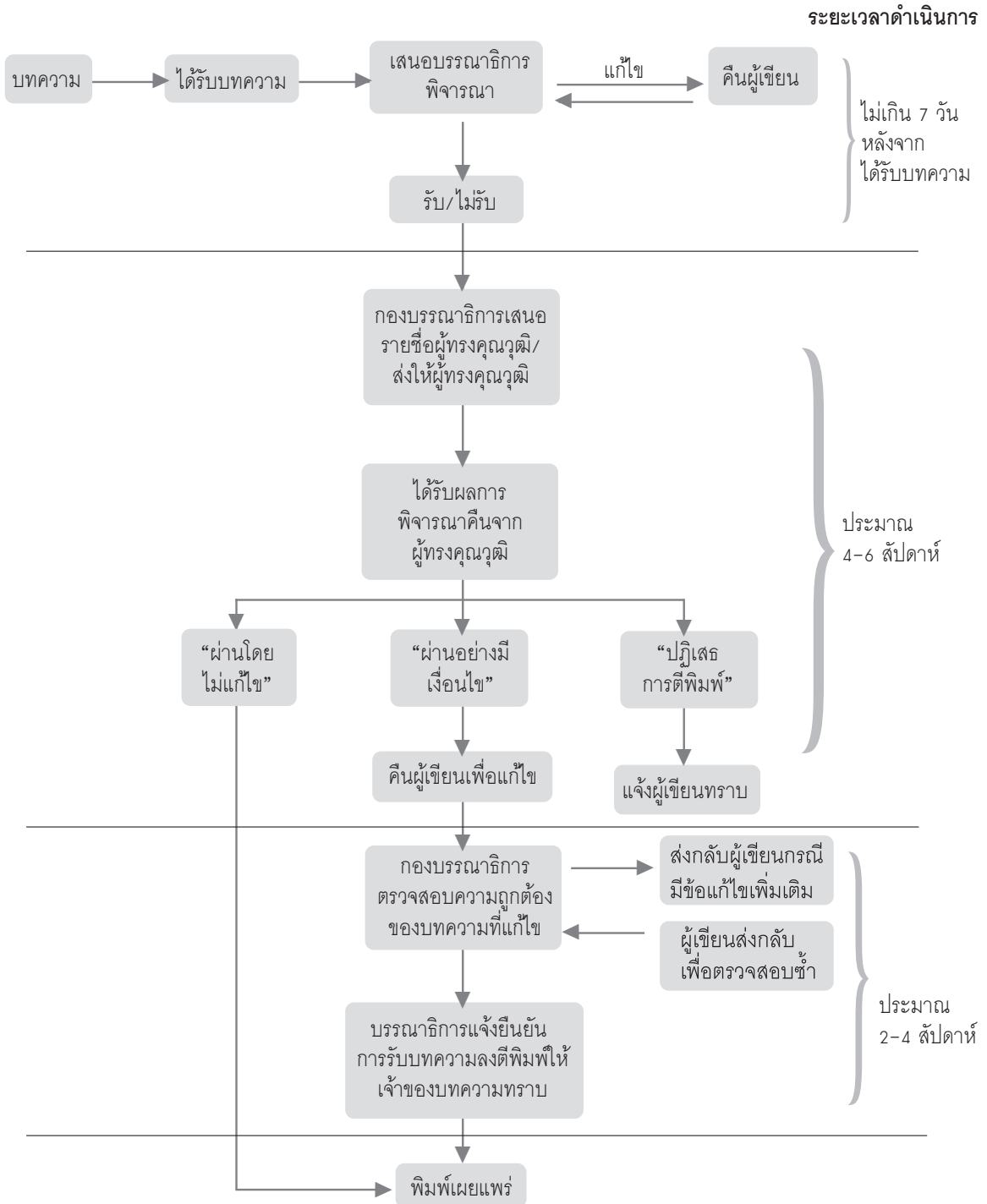
สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปรายงานเฝ้าระวังโรค 2545. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.

ถ้ามีผู้วิจัยไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน แต่ถ้าเกินให้ใส่รายชื่อของผู้เขียน 6 คน แล้วตามด้วยคำว่า และคณะ หรือ et al.

6. ผลงานวิจัยทุกเรื่องจะผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาบทความและงานวิจัย



# ขั้นตอนการส่งบทความ





## ใบสมัครสมาชิก วารสารควบคุมยาสูบ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ในนามหน่วยงาน.....

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิก “วารสารควบคุมยาสูบ”

ทั้งนี้ขอให้ส่งวารสารไปที่.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

อีเมล.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สงวนสิทธิ์การสมัครเป็นสมาชิกวารสารสำหรับหน่วยงาน/องค์กร เท่านั้น

สำหรับท่านที่สนใจสามารถดาวน์โหลดเอกสารฉบับเต็มได้ที่ <http://www.trc.or.th/th/journal>

กรุณาส่ง

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

วิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 5

ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ติดแสตมป์