

วารสารควบคุม ยาสูบ

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม-สิงหาคม 2550 • Vol.1 No.1 May-August 2007

วารสารควบคุมยาสูบ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
Thailand Tobacco Control Research
and Knowledge Management Center (TRC)
<http://www.trc.or.th>
e-mail : webmaster@trc.or.th

วารสารควบคุมยาสูบ

Journal of Tobacco Control (Thailand)

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นสื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร วิชาการและการวิจัยด้านการควบคุมยาสูบ

ขอบเขต

วารสารควบคุมยาสูบมีเนื้อหาครอบคลุมทุกมิติของการควบคุมยาสูบ อาทิ สถานการณ์การบริโภคยาสูบ การได้รับควันบุหรี่มือสอง ผลกระทบของยาสูบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและสังคม กระบวนการชุมชนในการควบคุมยาสูบ การขึ้นทะเบียนสารอันตราย การขับเคลื่อนมาตรการทางกฎหมาย เศรษฐศาสตร์การเมืองและ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับยาสูบ การบังคับใช้กฎหมาย การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมาย การพัฒนาแนวทางและนวัตกรรมในการควบคุมยาสูบ เป็นต้น

คณะกรรมการที่ปรึกษา

นพ.หทัย	ชิตานนท์
ศ.นพ.ประภิต	วาทีสาธกกิจ
ศ.นพ.วิจารณ์	พานิช
ศ.นพ.อุดมศิลป์	ศรีแสงนาม
นพ.สุวิทย์	วิบูลผลประเสริฐ
นพ.ณรงค์	สหเมธาพัฒน์
นพ.ศิริวัฒน์	ทิพย์ธราดล
รศ.นพ.พิทยา	จารุพูนผล
ผศ.ดร.สุปรีดา	อดุลยานนท์

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช
ดร.ศรัณญา เบญจกุล

ผู้จัดการวารสาร

นายสาโรจน์ นาคจุ

กองบรรณาธิการ

นางสาวบังอร	ฤทธิศักดิ์
ศ.นพ.สมเกียรติ	วัฒน์ศิริชัยกุล
รศ.ดร.อิศรา	ศานติศาสน์
รศ.ดร.จินตนา	ยุนิพันธุ์
รศ.ดร.ผ่องศรี	ศรีมรกต
ภก.คทา	บัณฑิตานุกุล
ดร.สตีเฟน	ฮามานน์
รศ.ดร.เนาวรัตน์	เจริญค้า
รศ.ดร.ธราดล	เก่งการพานิช
ดร.สงวน	ธานี

ฝ่ายจัดการวารสาร

นายณัฐพล เทศขยัน
นางสาวศิริรักษ์ กิจชนะไพบูลย์

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ

เจ้าของและสำนักงานวารสาร

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) วิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 420/1 อาคารอเนกประสงค์ชั้น 5 ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0-2354-5346 โทรสาร 0-2354-5347

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

วารสารควบคุมยาสูบ

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม - สิงหาคม 2550

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

Thailand Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC)

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

ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม*

จิราภรณ์ เนียมกฤษฯ**

สุนิดา ปรีชาวงษ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โปรแกรมนี้ได้นำแนวคิดจากทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาใช้ในการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ 2) การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ 3) การให้คำปรึกษา และ 4) การติดตามประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ที่สูบบุหรี่จำนวน 50 คน โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 25 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อน แล้วจัดกลุ่มตัวอย่าง 25 คนหลังเข้ากลุ่มทดลองจับคู่ให้มีความเหมือนกันในเรื่องจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและจำนวนครั้งของการพยายามเลิกบุหรี่ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ;

ติดต่อผู้พิมพ์ อีเมลล์ : jira_ning99@hotmail.com

***อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Effect of a Transtheoretical Model-based Intervention on Smoking Cessation Behavior in Medical Inpatients*

Jiraporn Neamkulchon** Abstract

Sunida Preechawong***

The purpose of this study was to examine the effect of a Transtheoretical model-based intervention on smoking cessation behavior in medical inpatients. A pre-post, quasi-experimental research design was used in this study. The participants consisted of 50 patients: twenty five participants were firstly assigned to the control group and then another 25 were selected for the experimental group. The control group received conventional nursing care while the experimental group received the smoking cessation promotion program. The cessation intervention, guided by the Transtheoretical Model, was composed of a) assessment for readiness to quit; b) provision of information and motivation to quit; c) provision of individual counseling; and d) telephone follow-up. Smoking cessation behavior was assessed after 2 months by a self-report questionnaire.

After receiving the intervention the mean score for smoking cessation behavior of the experimental group was significantly higher before the intervention ($p < .05$). Moreover, the mean score of smoking cessation behavior for the experimental group was significantly higher than that for the control group ($p < .05$).

*A thesis for the degree of master of nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**The Master Degree Student, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University ; Contact author : jira_ning99@hotmail.com

***Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ก่อให้เกิดโรคร้ายที่สามารถป้องกันได้ถึง 36 โรค เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งหลอดเลือดและหัวใจ และโรคมะเร็งหลายชนิด เป็นต้น คิวบหรี่ทำลายสุขภาพทั้งของผู้สูบบุหรี่และผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีรายงานว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายอันดับ 2 ของประชากรโลก หากอัตราการสูบบุหรี่ยังไม่ลดลง ในปี ค.ศ. 2020 อาจจะทำให้มีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ถึง 10 ล้านคนต่อปี ในประเทศไทย จากสถิติที่ผ่านมาพบว่า มีประชากรไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 52,000 คน หรือวันละ 142 คน โดยที่บุคคลเหล่านี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคนหรือมีอายุเพียง 35-69 ปีเท่านั้น⁽¹⁾ นอกจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแล้ว การสูบบุหรี่ยังจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านคุณภาพชีวิตและด้านเศรษฐกิจอีกด้วย เห็นได้จากในปี พ.ศ. 2546 รัฐต้องจ่ายเงินค่ารักษาโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ เช่น โรคหัวใจ ถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็งปอด เป็นต้น เป็นจำนวน 45,550 ล้านบาท ทั้งนี้ คาดว่าในปี พ.ศ. 2550 จะต้องมีการใช้จ่ายใน 3 โรคนี้ถึง 53,674 ล้านบาท ซึ่งสวนทางกับรายรับของรัฐในการจัดเก็บภาษีที่มีเพียง 48,630 ล้านบาท⁽²⁾

การดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบให้ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ทุกภาคที่เกี่ยวข้องทั้งด้านวิชาชีพสุขภาพ เศรษฐศาสตร์ กฎหมาย สื่อมวลชน ตลอดจนประชาชน ต้องให้ความร่วมมือกันอย่างเข้มแข็ง วิชาชีพพยาบาลซึ่งมีบทบาทในด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถเข้าถึงผู้สูบบุหรี่ได้โดยง่าย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูบบุหรี่เข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลทำให้มีโอกาสที่จะได้ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่มากขึ้น และเป็น

บุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่สำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งในด้านการป้องกันผู้สูบบุหรี่ใหม่ การป้องกันอันตรายจากควันทันบุหรี่มือสองและการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลให้เลิกสูบบุหรี่ เป็นบทบาทเชิงรุกอีกด้านหนึ่งในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้ป่วย นอกจากนี้ยังจะเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้นจากการหยุดบุหรี่อีกด้วยเป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย⁽³⁾ จากนโยบายของรัฐที่ประกาศให้สถานพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ผู้ป่วยได้เริ่มหยุดบุหรี่มาแล้วตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาล จึงเป็นโอกาสอันดีที่พยาบาลจะกระตุ้น ส่งเสริม และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล⁽⁴⁾ เนื่องจากช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอ ความเจ็บป่วยจึงเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่⁽⁵⁾ ทำให้ผู้ป่วยเปิดใจรับคำแนะนำและพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ได้มากกว่าสถานการณ์ทั่วๆ ไป^(6, 7) การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลจึงถือเป็นสิ่งที่เหมาะสมและจำเป็น⁽⁸⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีค่อนข้างจำกัด งานวิจัยส่วนมากมักเป็นการจัดโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ให้กับกลุ่มบุคคลทั่วไปที่ยังมีสุขภาพดีและเน้นการป้องกันการเกิดโรค ส่วนในต่างประเทศได้มีการพัฒนาโปรแกรมการอดบุหรี่ในคลินิกพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (the Transtheoretical Model: TTM)⁽⁹⁾ เป็นแนวทางในการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ยังไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มที่เริ่มคิดจะเลิกสูบ และกลุ่มที่พร้อมจะเลิกสูบบุหรี่ และเปรียบเทียบประสิทธิภาพของวิธีการดูแลให้คำแนะนำอย่างเป็นขั้นตอน (step care) กับการให้คำแนะนำตาม

ปกติ (usual care) ผลการศึกษาระบุว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกัน Jonsdottir และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการจัดโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 85 คน โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 1) การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล 2) การใช้นิโคตินทดแทน 3) การใช้กลุ่มสนับสนุน 4) การสอนเป็นกลุ่มเกี่ยวกับการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด 5) การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย และ 6) การติดตามทางโทรศัพท์ จากการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี พบว่าร้อยละ 39 สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้ จากการสังเคราะห์งานวิจัยระบุว่า การให้คำแนะนำ/ คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดจากทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพัฒนาโดย Prochaska และ DiClemente⁽¹²⁾ มาใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม ทฤษฎีนี้อธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นกระบวนการ ว่าบุคคลจะมีแรงจูงใจหรือความพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่างกัน โดยมีระยะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งหมด 5 ระยะ คือ ระยะก่อนคิด เริ่มคิด พร้อมปฏิบัติ เริ่มปฏิบัติ และระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การปรับพฤติกรรมตามแนวคิดนี้⁽¹²⁾ จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยกระบวนการเปลี่ยนแปลง (Change Processes) ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดของบุคคลและพฤติกรรม ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการวิจัยนี้ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของกระบวนการเปลี่ยนแปลงในการให้ปรึกษา แนะนำ และจัดกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล^(13, 14, 15)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (The Pretest-Posttest Design with Non-equivalent Groups)

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมซึ่งต้องการเลิกสูบบุหรี่ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี แพทย์รักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีภาวะการเจ็บป่วยเล็กน้อยถึงปานกลาง ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรงอันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลไม่เกิน 2 สัปดาห์ จำนวน 50 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จัดให้กลุ่มตัวอย่าง 25 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง 25 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน และจำนวนครั้งของการพยายามเลิกบุหรี่ โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่

2. เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

- 1) การประเมินความพร้อมความตั้งใจในการเลิกบุหรี่
- 2) การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่
- 3) การให้คำปรึกษาตามกระบวนการพื้นฐานที่สอดคล้องกับขั้นตอนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 4) การติดตามประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ทั้งหมด 4 ชุด ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนมวนที่สูบต่อวัน ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ประวัติความพยายามในการเคยเลิกบุหรี่ สาเหตุที่เลิกบุหรี่หรือสาเหตุที่ทำให้ต้องกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการรณรงค์ให้เลิกสูบ การวินิจฉัยโรค ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

2) แบบสัมภาษณ์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้วิจัยได้แปลมาจากแบบสัมภาษณ์ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change of smoking cessation) ของ Cole⁽⁹⁾ และได้นำมาปรับใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เพื่อใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

3) แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเลิกบุหรี่ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบวัดชุดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่จูงใจให้ยากสูบบุหรี่มาก (0 คะแนน) ถึง ไม่จูงใจเลย (3 คะแนน) คะแนนที่ได้นำมารวมกัน คะแนนมากหมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะเลิกบุหรี่มาก

4) แบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ปรับให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยใน มีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) นำคะแนนที่ได้มารวมกัน คะแนนรวมมากหมายความว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ที่ดี

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สำนวนภาษา ตลอดจนรูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน จากนั้นจึงปรับแก้ไขตามคำแนะนำที่ได้รับ แล้วนำเครื่องมือวิจัยดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 ส่วนแบบวัดพฤติกรรมการเลิกบุหรี่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

4. การดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมตัวเองในการฝึกทักษะการให้คำปรึกษา พัฒนาเนื้อหาในโปรแกรม เตรียมแผนการสอนและสื่อที่ใช้ในการวิจัย อาทิ แผนการสอน พิษภัยของบุหรี่และวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง คู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง สื่อวีดิทัศน์ เป็นต้น รวมถึงการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และเสนอเอกสารเพื่อการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธิดำเนินการทดลอง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยและรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความจำนงเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่จากแบบสัมภาษณ์ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากนั้นขอความร่วมมือให้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนการทดลอง

2.3 กรณีกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้การพยาบาลตามปกติ โดยแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่และแจกแผ่นพับเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้น หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นัดหมายเพื่อประเมินพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ซ้ำเมื่อครบ 8 สัปดาห์

2.4 กรณีกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่และได้สร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องตลอดการจัดกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

ซึ่งมีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้ 1) ผู้วิจัยนัดวันและเวลา เพื่อพบกับผู้ป่วยและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกบุหรี่ สร้างความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่โดยการให้ผู้ป่วยชมวีดิทัศน์และให้ความรู้ในเรื่องสารพิษในบุหรี่ โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เชื่อมโยงกับสภาพความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกข้อดี ข้อเสียของการเลิกบุหรี่ ผลกระทบที่เกิดกับตนเองและคนใกล้ชิด แล้วนำมาเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยเห็นเพื่อที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลิกบุหรี่ ซึ่งในการพบกันครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที 2) การพบกันครั้งที่ 2 ในวันที่สาม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่อีกครั้งในรายที่อยู่ในระยะเริ่มคิด หรือกำลังตั้งใจ ผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง พยายามให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลเสียที่จะเกิดจากการที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป สำหรับผู้ป่วยที่พร้อมที่จะเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยกำหนดวันที่จะเริ่มต้นเลิกบุหรี่ โดยให้ผู้ป่วยบอกกับคนใกล้ชิดถึงความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ ค้นหาอุปสรรคที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ หาแนวทางแก้ไข วิเคราะห์ปัญหาที่จะเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในขณะที่หยุดสูบบุหรี่โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา และผู้ป่วยเป็นผู้เลือกแนวทางที่เหมาะสมด้วยตนเอง 3) การพบกันครั้งที่ 3 เมื่อครบ 1 สัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 3-10 นาที ผู้วิจัยประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่อีกครั้ง ในรายที่กลับบ้าน ผู้วิจัยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาที่พบ ในรายที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้หรือผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ให้อกำลังใจและแสดงความยินดีเมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ และ 4) เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกระตุ้นเตือนซักถามอาการ

ทั่วไป ให้กำลังใจและคำแนะนำตามสภาพปัญหาที่พบ หากผู้ป่วยสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ผู้วิจัยแสดงความยินดีพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ ผู้ป่วยทุกรายยังได้รับการดูแลให้กำลังใจทางไปรษณีย์

3. ระยะเวลาประเมินผล เมื่อครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ซ้ำอีกครั้ง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Post test)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมได้ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ก่อนทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ก่อนทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Concomitant variable) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95.12) อายุเฉลี่ย 47 ปี สูบบุหรี่วันละ 6 – 10 มวนต่อวัน (ร้อยละ 48.78) โดยเฉลี่ยสูบบุหรี่วันละ 9 มวน เจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 48.78) รองลงมา ได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหารและโรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 31.70 และ 7.32) จำนวนวันเฉลี่ยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 5 วัน

ภายหลังการทดลองได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาวิเคราะห์เพียง 41 คน คือจากกลุ่มทดลอง 21 คน เนื่องจากในระหว่างดำเนินการทดลองมีผู้ป่วยเสียชีวิต 2 คน และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอีก 2 คน ส่วนกลุ่มควบคุมเหลือผู้ป่วยจำนวน 20 คน เนื่องจากเสียชีวิต 1 คน เป็นผู้ป่วยหนักในช่วงประเมินผลการทดลอง 1 คน และไม่สามารถติดต่อได้ 3 คน

2. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน โปรแกรมอายุรกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่

ในการประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมอยู่ในระยะเริ่มคิดจะเลิกสูบบุหรี่หรือกำลังขังใจ 13 คน ขึ้นพร้อมปฏิบัติ 2 คน และขึ้นปฏิบัติ 5 คน ส่วนกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเริ่มคิด 16 คน ขึ้นพร้อมปฏิบัติ 4 คน และขึ้นปฏิบัติ 1 คน ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมประมาณครึ่งหนึ่งยังคงอยู่ในระยะเริ่มคิด 11 คน ขึ้นพร้อมปฏิบัติ 3 คน และขึ้นปฏิบัติ 6 คน ในขณะที่กลุ่มทดลองมีผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ในขังใจเพียง 1 คน ก้าวเข้าสู่ขึ้นพร้อมปฏิบัติ 6 คน และอยู่ในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ 14 คน

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่เท่ากับ 5.76 และคะแนนเฉลี่ยภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 19.67 แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ที่ดีขึ้น และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมทั้งก่อนและหลังทดลองมาเปรียบเทียบกัน ด้วยวิธีทางสถิติ Paired sample t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่หลังการทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่

พฤติกรรมเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง	\bar{X}	SD	df	t	p - value
ก่อนการทดลอง	5.76	3.27	20	-12.70	0.01
หลังการทดลอง	19.67	4.16			

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยกกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมเลิกบุหรี่		\bar{X}	SD	df	t	p - value
ก่อนการทดลอง	- กลุ่มควบคุม	10.75	5.06	39	3.77	.001
	- กลุ่มทดลอง	5.76	0.71			
หลังการทดลอง	- กลุ่มควบคุม	10.60	6.20	39	-5.47	.001
	- กลุ่มทดลอง	19.67	4.16			

3. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยกกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ยกก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ดังนั้น ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม ผลการวิเคราะห์ห้ข้อมูลพบว่า เมื่อมีการปรับค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ยกก่อนการทดลองให้เท่ากันทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ยกภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ยกของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยกที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ยกของผู้ป่วยตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ยกแบบรายบุคคลและการนำกระบวนการเปลี่ยนแปลงพื้นฐานทั้ง 10 ประการ มาใช้ในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ในแต่ละขั้นตอนโดยกิจกรรมในระยะเริ่มคิด ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ชมวิดีโอที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ โรคต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ความทุกข์ทรมานขณะป่วยเป็นโรคที่เกิด

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม

Source	Type III Sum		Mean Square	F	p-value
	Of Squares	df			
Pre-test	169.486	1	169.486	7.093	0.01
Group	996.755	1	996.755	41.715	0.01
Error	907.981	38	23.894		
Corrected Total	1919.561	40			

จากการสูบบุหรี่ ซึ่งเนื้อหาเหล่านี้เป็นกระบวนการสร้างความตระหนักกระตุ้นอารมณ์ให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงพิษภัยของบุหรี่ที่เกิดกับตนเองและคนใกล้ชิด อีกทั้งยังเป็นการช่วยกระตุ้นให้ตื่นตัวที่จะเลิกบุหรี่⁽¹²⁾

กิจกรรมต่อมาผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก เล่าประสบการณ์เพื่อระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่ของตนเอง ใช้กระบวนการประเมินตนเอง โดยให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ตนเองถึงสาเหตุที่ทำให้ตนเองต้องสูบบุหรี่ อุปสรรคในการเลิกบุหรี่รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดเปรียบเทียบผลดีและผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่เพื่อให้เกิดความสมดุลของการตัดสินใจ และนำไปสู่การตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่อย่างเด็ดขาด ประเมินความรู้และความเชื่อเดิมของผู้ป่วยเกี่ยวกับบุหรี่ พร้อมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยพร่อง ให้ข้อมูลที่ต้องการเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ทั้งหมดนี้ถือเป็นกระบวนการความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้อง เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกิดการตระหนักด้วยตนเอง เริ่มประเมินสถานการณ์และตัดสินใจเลิกบุหรี่ได้

จากนั้น ผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยวางแผนในการแก้ไขปัญหา และหาวิธีหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะทำให้สูบบุหรี่ สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยในการต้องเผชิญกับสถานการณ์ล่อใจที่จะทำให้กลับไปสูบบุหรี่เมื่อออกไปจากโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับ

รู้ถึงความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่เพิ่มมากขึ้น มีการกำหนดวันที่จะหยุดสูบบุหรี่ที่แน่นอน หลังจากนั้นผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับให้คำปรึกษาตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเริ่มหยุดสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้เสริมแรงโดยการโทรศัพท์ให้กำลังใจ ส่งการ์ดแสดงยินดี เนื่องจากการได้รับกำลังใจอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีทำให้ผู้ป่วยอยากที่จะเลิกบุหรี่ไป ส่วนผู้ป่วยที่หันกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ ผู้วิจัยให้กำลังใจไม่ให้ผู้ป่วยท้อแท้ สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ต่อไปพร้อมกับผู้ป่วยหาวิธีการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมต่อไปในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้นำกระบวนการควบคุมสิ่งเร้ามาใช้ในขณะที่ยุติการสูบบุหรี่ เพื่อลดโอกาสการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ได้ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมข้างต้นนี้ ล้วนส่งผลให้กลุ่ม ทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ในขณะที่กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ พร้อมแจกแผ่นพับเรื่องประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ที่ทางโรงพยาบาลจัดทำขึ้น แต่ไม่ได้รับการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ไม่ได้รับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่อย่างเช่นกลุ่มทดลอง

อีกทั้งกลุ่มควบคุมยังไม่ได้รับการกระตุ้นให้วิเคราะห์ผลดี ผลเสียจากการสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ทำให้ไม่มีความสมดุลในการตัดสินใจเลิกบุหรี่ จึงยังไม่มี การตัดสินใจเลิกบุหรี่หรือก้าวเข้าสู่ขั้นปฏิบัติอย่างเช่น กลุ่มทดลอง

นอกจากนี้ ในการพบกับกลุ่มทดลองแต่ละ ครั้ง ผู้วิจัยได้ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนเริ่มให้คำปรึกษาเพื่อ ให้การช่วยเหลือ คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ สอดคล้องกับสภาพและความต้องการของผู้ป่วย อีกทั้งมีการวิเคราะห์ผลดี ผลเสียของการเลิกบุหรี่ สร้าง ความสมดุลในการตัดสินใจเลิกบุหรี่ กระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้ระบายนามรู้สึกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของตนเอง สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยใน แต่ละรายทุกครั้งที่พบกัน ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ สะท้อนให้เห็นว่าถึงการนำเอากระบวนการพื้นฐาน (Process of change) มาใช้กับผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง ในทางตรงกันข้ามไม่ว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอยู่ใน ระยะใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้วิจัยได้ แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่เช่นกัน แต่เป็นการให้คำแนะนำ และติดตามประเมินผลหลังให้คำแนะนำเพียงครั้ง เดียว ไม่มีการเสริมแรงหรือให้กำลังใจกับผู้ป่วยใน ระหว่างการทดลอง ทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการเลิกบุหรี่หลังการทดลองของกลุ่ม ควบคุมใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง และต่ำกว่า กลุ่มทดลอง ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ นอกจากคำแนะนำแล้ว ควรมีการเสริมแรงหรือให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาครั้งนี้ นับเป็นหลักฐานเชิง ประจักษ์ที่สนับสนุนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดโปรแกรมเลิกสูบ บุหรี่ สอดคล้องกับงานวิจัยของกุลวรรณ นาครักษ์⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองซึ่งเป็นเด็ก นักเรียนมัธยมต้นที่ได้รับโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ มีการ ปฏิบัติตัวเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงยังสอดคล้องกับ หลักฐานเชิงประจักษ์ในต่างประเทศ^(9, 10, 17) ซึ่งพบ ว่าการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นแนวทางใน การจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ทำให้ผู้ป่วยมี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

สรุป

การจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม นอกจากจะเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพ ร่างกายที่ถูกทำลายจากสารพิษในบุหรี่แล้ว ยังเป็น การช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและความคุมอาการรุนแรง ต่าง ๆ ของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้จากการที่ยังสูบบุหรี่ ต่อไป อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่าง สงบ พยาบาลในฐานะบุคลากรวิชาชีพสุขภาพที่มี บทบาทสำคัญในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การ รักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ตั้งแต่อยู่ในโรง พยาบาล ประเมินความพร้อมและความตั้งใจในการ เลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยแต่ละราย จัดกิจกรรมให้ความ รู้และให้คำปรึกษากับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตลอดจน ติดตามให้กำลังใจจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออก จากโรงพยาบาลก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ ได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรจัดระบบการปฏิบัติการ พยาบาลที่ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยนำผลการ วิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ประจำของพยาบาล โดยในขั้นต้น พยาบาลควร ซักประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยทุกราย สร้างแรง จูงใจในการเลิกบุหรี่ พร้อมแนะนำผู้ป่วยทุกคนที่ สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ให้กำลังใจผู้ป่วยที่กำลังพยายาม เลิกสูบบุหรี่และแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือใน การเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยและญาติ

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น โดยเน้นให้มีกิจกรรมหรือเนื้อหาที่มีความเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น
3. ควรมีนโยบายในการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเพื่อสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงบทบาทของพยาบาล ความสำคัญของการเลิกบุหรี่ ตลอดจนมีทักษะในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลได้อย่างเหมาะสม
4. การวิจัยครั้งต่อไป
 - 4.1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ อย่างน้อย 3 เดือน หรือ 6 เดือนถึง 1 ปี
 - 4.2. ควรมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน (Multiple researchers) เพื่อควบคุมตัวแปรที่เกิดจากผู้ทดลอง⁽¹⁸⁾ เนื่องจากการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนด้วยนักวิจัย 1 คน อาจก่อให้เกิดผลกระทบของการตอบสนองที่มีต่อการจัดการทดลอง (Reactive effects of experimental procedure) จนกระทั่งส่งผลต่อความตรงภายนอกของการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิทยานิพนธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาศน์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. *การสูบบุหรี่กับสุขภาพ. การประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพ ครั้งที่ 4 วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2548* โรงแรมมิลาเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ; 2548.
2. Pongpanich, S. *A comparative analysis between present and future tobacco related health care costs in Thailand*. Bangkok: The College of Public Health, Chulalongkorn University. 2003.
3. สมจิต หนูเจริญกุล. *การพยาบาล: ศาสตร์ของการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2*. กรุงเทพฯ: หจก. วี. เจ. พรินติ้ง; 2543.
4. Bolman, C., Vries, H., and Breukelen, G. *Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac inpatients*. Health Education Research 2002; 17 (1): 99-116.
5. Henrikus, D. J., Lando, H. A., McCarty, M. C., et al. *The TEAM project: the effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients*. Preventive Medicine 2005; 40: 249-258.
6. Miller, N. H., Smith, P. M., DeBusk, R., et al. *Smoking cessation in hospitalized patients: Results of a randomized trial*. Archives of Internal Medicine 1997; 157: 409-415.
7. US Department for Health and Human Services. *The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline*. Journal of the American Medical Association 1996; 275: 1270-1280.
8. Cole, T. K. *Smoking cessation in the Hospitalized patient using the Transtheoretical Model of Behavior Change*. Heart & Lung 2001; 30 (2): 148-158.
9. Reeve, K., Calabro, K., and Adams-McNeill, J. *Tobacco Cessation Intervention in a Nurse Practitioner Managed Clinic*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioner 2000; 12 (5): 163-169.

10. Jonsdottir, H., Jonsdottir, R., Geirsdottir, T., et al. *Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patients with lung disease*. Journal of Advanced Nursing 2004; 48 (6):594-604.
11. Rice, V.H. *Nursing interventions and smoking cessation: Meta-analysis update*. Heart & Lung 2006; 35 (3): 147-163.
12. Prochaska, J. O., and DiClemente, C. C. *Stages and process of self-change in smoking: Toward an integrative model of change*. Journal of Clinical and Consulting Psychology 1983; 51(3): 390-395.
13. Prochaska, J. O., and Velicer, A. F. *The Trans-theoretical model of health behavior change*. American Journal of Health Promotion 1997; 12: 38-48.
14. Prochaska, J. O., Redding, C.A., and Evers, K. E. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 3rd San Francisco: John Wiley & sons. 2002.
15. สุนิตา ปรีชาวงษ์ และ จิราภรณ์ เนียมบุญขร. *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่*. วารสารพยาบาล 2548; 54: 144 - 153.
16. กุลวรรณ นาครักษ์. *การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยปริญาหมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*. 2540.
17. Quist-Paulsen, P., and Gallefoss, F. *Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease*. British Medical Journal 2003; 327 (29): 1254-1256.
18. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ. บริษัท ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด. 2547; 90 - 101.

บทบาทของเภสัชกรในการให้บริการเลิกสูบบุหรี่

ระพีพรรณ ฉลองสุข *
 ดวงพร ลีนานุพันธุ์ **
 พัชรี เตียวสมบุญณิกิจ **
 วรฉัตร ตันติธนนวัฒน์ **
 ศศวัน พันเนตร **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินองค์ความรู้และทักษะของเภสัชกรในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่และสำรวจบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในประเทศไทย โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ให้กับเภสัชกรที่เคยเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ“เภสัชกรกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ”ของเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 100 คนในช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน พ.ศ. 2549 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.9 ของผู้ตอบแบบสอบถามกลับคืนเป็นเภสัชกรชุมชน ส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะในการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในระดับดี และเคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์การเลิกบุหรี่ ร้อยละ 86.2 มีประสบการณ์ในการให้บริการเลิกสูบบุหรี่กับประชาชนเป็นเวลาระมาณ 1 ปี โดยผู้มารับบริการฯ ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย มีอายุในช่วง 12-75 ปี เหตุผลของการมาขอรับบริการฯ คือ เป็นความประสงค์ของสมาชิกในครอบครัว และปัญหาสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ รูปแบบของการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ (ร้อยละ 96.4) การแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาเลิกบุหรี่ (ร้อยละ 75.0) อุปสรรคสำคัญในการ ให้บริการฯ คือการที่ผู้สูบบุหรี่ไม่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ รองลงมาคือการที่ผู้มารับบริการฯ ไม่ให้ความร่วมมือในการติดตามผล สำหรับอุปสรรคของผู้ให้บริการฯ คือระยะเวลาที่ต้องให้ในบริการเลิกบุหรี่แต่ละรายค่อนข้างนาน ทำให้เภสัชกรไม่มีเวลาเพียงพอในการให้บริการ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเภสัชกรโดยเฉพาะเภสัชกรชุมชนเป็นทางเลือกหนึ่งในการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ แต่ทั้งนี้ยังคงต้องมีการประเมินผลของการให้บริการทั้งในด้านประสิทธิผลในระยะยาวรวมถึงต้นทุนของการให้บริการเพิ่มเติม

*รองศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ; ติดต่อผู้พิมพ์ อีเมล : rapeepun@email.pharm.su.ac.th

**นักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

Pharmacists' Smoking Cessation Service

Rapeepun Chalongsuk*

Doungporn Leenanupan**

Patcharee Tiawsomboonkit**

Warachat Tantitanawat **

Sasawan Punnate **

Abstract

The purpose of this study was to determine pharmacists' knowledge and skills of smoking cessation and to survey the present of pharmacists' in role smoking cessation in Thailand. A cross-sectional survey was conducted during August and September 2006. Postal questionnaires were sent to 100 pharmacists who had attended the "Pharmacists and tobacco control" workshop training developed by the Pharmacy Network for Tobacco Control. Descriptive statistics were used to report the results.

The results show that 76.9% of questionnaires received from community pharmacists. Large majorities had a high level of knowledge and skills in smoking cessation and had some experience in participating in smoking cessation activities. Most (86.2%) had provided smoking cessation services to customers for one year. The characteristic of clients, using these smoking cessation services were male, 12-75 years old. The main reasons for quitting smoking were a request from family members and health problems. Smoking cessation services provided were mostly counseling (96.4%) and advise about smoking cessation products (75.0%). Barriers identified in providing smoking cessation services were that clients often did not have a high level of commitment to quit smoking and were not cooperative through the follow-up process. Barriers on the provider side included that smoking cessation services took too much time. In conclusion, pharmacists, especially community pharmacists, can provide a useful additional smoking cessation service. In the future, the long term effectiveness and service cost of these services should be evaluated.

*Associate Professor, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University ; Contact author : rapeepun@email.pharm.su.ac.th

** Undergraduate student, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ เพราะในบุหรี่มีสารพิษหลายชนิด⁽¹⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหัวใจ ตาเป็นต้อ มะเร็งปอด มะเร็งในช่องปาก และมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ ดังนั้นบุหรี่จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้สูบบุหรี่และผู้อยู่ใกล้เคียงที่ได้รับควันบุหรี่⁽²⁻³⁾ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชากรไทยปี พ.ศ. 2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังอันดับที่ 1 ของประเทศอยู่ในกลุ่มของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการสูบบุหรี่ก็เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคนี้⁽⁴⁾

ในปี พ.ศ. 2549 World Health Assembly (WHA) ระบุว่ามีการสูบบุหรี่เป็นประจำประมาณ 1,100 ล้านคน และเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 5 ล้านคน หรือวันละ 13,600 คน หากไม่มีมาตรการควบคุมการสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพมากพอ คาดว่า ค.ศ. 2530 สัดส่วนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 10 ล้านคน⁽⁵⁾ นอกจากนี้ บุรียังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอีกมากกว่าค่าใช้จ่ายของการซื้อบุหรี่ และค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากบุหรี่ จากการสำรวจ ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนของคนไทยในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาสูบเฉลี่ย 107 บาท/เดือน⁽⁶⁾ ด้วยเหตุนี้ องค์การอนามัยโลกและประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยได้มีความพยายามที่จะควบคุมการบริโภคบุหรี่ โดยกลวิธีหนึ่งที่น่าสนใจคือการส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยควบคุมการบริโภคยาสูบ^(5,7)

เภสัชกรโดยเฉพาะเภสัชกรชุมชนเป็นบุคลากรสาธารณสุขสาขาหนึ่งที่มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่⁽⁸⁾ และมีศักยภาพในการแสดงบทบาทเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ดังนั้น สภาเภสัชกรรมและมูลนิธิ

รณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ภายใต้ความสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้ร่วมมือกับจึงจัดตั้งเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นภาคีร่วมระหว่างสมาคมเภสัชกรรมชุมชน สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย มูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ 12 สถาบัน สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข) และองค์กรวิชาชีพอื่นๆ โดยมี ภก. ศุภา บัณฑิตานุกูล เป็นประธาน⁽¹⁰⁾ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการเลิกบุหรี่ โดยการสร้างความตระหนักถึงบทบาทของเภสัชกร และเสริมสร้างความรู้สำหรับเภสัชกรเพื่อใช้ประกอบในการให้บริการแก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ด้วยการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับการให้บริการในการเลิกบุหรี่ กำหนดรูปแบบและจัดกิจกรรม พร้อมทั้งกำหนดแนวทางพัฒนาให้เภสัชกรเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์และให้บริการเลิกบุหรี่ โดยการจัด “โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ : วันงดบุหรี่โลก” เพื่อฝึกอบรมเภสัชกรให้มีความพร้อมในด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ ซึ่งเริ่มโครงการเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2548 เป็นต้นมา อย่างไรก็ดี ยังไม่มีการประเมินบทบาทของ เภสัชกรในด้านนี้แต่อย่างใด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินองค์ความรู้และทักษะของเภสัชกรในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่
2. เพื่อสำรวจบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการเลิกบุหรี่
3. เพื่อศึกษาอุปสรรคของเภสัชกรในการให้บริการเลิกบุหรี่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

1. ประชากร

ประชากร คือ เกษัตริกรทุกคนจากหน่วยงานต่างๆ ที่เคยเข้าร่วมโครงการอบรม “โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเกษตรกรกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ” ของคณะทำงานเครือข่ายวิชาชีพเกษตรกรเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ สภาเกษตรกรรุ่นแรก จำนวนรวมทั้งสิ้น 100 คน

2. การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามที่คณะวิจัยพัฒนาขึ้น รวมทั้งสิ้น 4 ชุด ประกอบด้วย 1) ข้อถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ 2) ข้อถามกิจกรรมที่ได้ดำเนินการเกี่ยวกับการให้บริการเลิกบุหรี่ จำนวน 13 ข้อ 3) ข้อถามอุปสรรคของการให้บริการให้บริการเลิกบุหรี่ 9 ข้อ และ 4) ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการให้บริการเลิกบุหรี่ จำนวน 13 ข้อ โดยแบบสอบถามทุกชุดมีลักษณะเป็นข้อถามปลายเปิด จากนั้น จึงนำไปทดสอบกับเกษตรกร จำนวน 30 คน ที่ทำงานในหน่วยงานต่างๆ ภายในจังหวัดนครราชสีมา นครปฐม และกรุงเทพฯ ฯ ที่ไม่เคยเข้ารับการอบรมมาก่อน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในข้อคำถามต่างๆ ของแบบสอบถาม ผลที่ได้จากการทดสอบได้นำมาปรับแก้แบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มเกษตรกรเป้าหมายทั้ง 100 คน ทางไปรษณีย์ เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2549 และกำหนดการตอบกลับภายในวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2549 ทั้งนี้ได้จำหน่ายซองและติดแสตมป์เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งแบบสอบถามกลับ นอกจากนี้ ได้มีการติดตามทางโทรศัพท์ในรายที่ยังไม่ได้รับแบบสอบถามคืนภายในกำหนด

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ มีฐาน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

แบบสอบถามได้กลับคืนมาทั้งสิ้น 65 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 65.0 ซึ่งนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอเป็นลำดับที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.8 รองลงมา คือระดับปริญญาโท ร้อยละ 23.1 และระดับปริญญาเอก ร้อยละ 3.1 ตามลำดับ อายุระหว่าง 23 – 70 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 37.9 – 12.9 ปี ประกอบวิชาชีพหลักในร้านยา ร้อยละ 76.9 รองลงมาคือ เกษตรกรโรงพยาบาล ร้อยละ 9.2 (ตารางที่ 1)

2. องค์ความรู้และทักษะของเกษตรกรในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่

ผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนความรู้และทักษะในการให้บริการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในช่วง 7 – 12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 13 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 11 ± 1.2 คะแนน โดยร้อยละ 84.3 ตอบถูกมากกว่า 10 ข้อ และข้อถามที่ตอบผิดมากคือ การให้แรงจูงใจกับผู้มารับบริการเนื่องจากผู้ตอบส่วนใหญ่ตอบว่าผู้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่ควรให้แรงจูงใจกับผู้มารับบริการเลิกสูบบุหรี่ว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องง่าย ซึ่งเป็นการให้แรงจูงใจที่ผิด เพราะทำให้ผู้มารับบริการขาดความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามสถานปฏิบัติงานเภสัชกรรมหลักที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาและนอกเวลา

สถานที่ปฏิบัติงานหลัก	จำนวน (n = 65)	ร้อยละ	สถานที่ปฏิบัติงานนอกเวลา*	จำนวน (n = 14)	ร้อยละ
1. ร้านขายยา	50	76.9	1. ร้านยา	11	78.6
2. โรงพยาบาล	6	9.2	2. โรงพยาบาล	3	21.4
3. สถาบันการศึกษา	4	6.2	3. สถาบันการศึกษา	1	7.1
4. สำนักงานสาธารณสุข	2	3.1	4. ศูนย์บริการสาธารณสุข	1	7.1
5. อื่นๆ ได้แก่ บริษัทยา โรงงาน และกองเภสัชกรรม	3	4.6			

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามเหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้สูบบุหรี่แจ้งให้เภสัชกรทราบเวลาต้องการรับบริการเลิกบุหรี่ *

เหตุผล	จำนวน (n = 56)	ร้อยละ
1. ความประสงค์ของสมาชิกในครอบครัว	50	89.3
2. ปัญหาสุขภาพของผู้สูบบุหรี่	44	78.6
3. ได้รับการชักจูงจากเภสัชกร	17	30.4
4. สภาพแวดล้อมของทำงานทำให้อยากเลิก	14	25.0
5. อยากเลิกเอง/ เกิดอาการเบื่อการสูบบุหรี่เอง	7	12.5
6. ปัญหาค่าใช้จ่าย	1	1.8
7. บุคคลอื่นแนะนำให้เลิก	1	1.8
8. ต้องการเลิกตามเพื่อน	1	1.8
9. ความไม่สะดวกในการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ	1	1.8

หมายเหตุ * เภสัชกรแต่ละคนตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 80.0 เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมรณรงค์เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบอื่นๆ นอกเหนือจากการเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเภสัชกรกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ยังสามารถจำแนกประสบการณ์ได้ดังนี้ ร้อยละ 80.8 เคยเข้าร่วมงานประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพ จัดโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 25.0 เคยเข้าร่วมงานประชุมวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ จัดโดย

สถาบัน การศึกษาต่างๆ ร้อยละ 11.5 เคยเข้าร่วมงานเสวนาสื่อมวลชนเรื่องที่มีสุขภาพพร้อมใจ และการรับรองจรรยาปฏิบัติวิชาชีพสุขภาพเพื่อการควบคุมยาสูบ จัดโดย มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และร้อยละ 3.8 เคยเข้าร่วมงานกิจกรรมมอบดอกไม้ให้กำลังใจคนเลิกบุหรี่ โดยใช้ดอกลิลาวดีสีขาว ทั้งนี้บางคนมีประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 1 กิจกรรม

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามรูปแบบที่ใช้ในการติดตามผู้มารับบริการภายหลังจากได้ให้บริการเลิกบุหรี่ *

รูปแบบการติดตาม	จำนวน (n = 47)	ร้อยละ
1. การติดตามเมื่อมีโอกาสด	34	72.3
2. การติดตามโดยนัดกลับมาพบ	19	40.4
3. การติดตามโดยโทรศัพท์	18	38.3
4. การติดตามโดยจัดทำแฟ้มประวัติ	12	25.5
5. การติดตามโดยแนะนำส่งต่อไปคลินิกอดบุหรี่	2	4.3
6. การส่งจดหมายไปถาม, ส่งเอกสารให้ตอบกลับ	2	4.3

หมายเหตุ * เกสัชกรแต่ละคนตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

3. บทบาทของเภสัชกรในการให้บริการเลิกบุหรี่

ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 86.2 มีประสบการณ์การให้บริการเลิกบุหรี่หรืออยู่ระหว่าง 1 เดือน - 10 ปี ค่ามัธยฐานเท่ากับ 12 เดือน ค่ามัธยฐานของจำนวนผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ต่อเภสัชกร 1 คนเท่ากับ 10 คน โดยผู้ที่มารับบริการมีอายุระหว่าง 12 - 75 ปี และร้อยละ 85.8 ของผู้ที่มารับบริการเป็นเพศชาย โดยมีเหตุผลผลการมารับบริการที่สำคัญคือเป็นความประสงค์ของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 89.3 รองลงมา ได้แก่ ปัญหาสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 78.6 (ตารางที่ 2)

นอกจากนี้ ผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 86.2 เคยให้บริการการเลิกบุหรี่แก่บุคคลทั่วไป โดยร้อยละ 85.7 เคยให้บริการ เพราะมีผู้สมัครใจมาขอรับบริการเลิกบุหรี่เอง ร้อยละ 60.7 เคยให้บริการ เพราะได้สอบถามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการอื่น ๆ จากสถานปฏิบัติงานที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่ จึงได้แนะนำการให้บริการเลิกบุหรี่เพิ่มเติม

สำหรับรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่แก่บุคคลทั่วไป พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้บริการในรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ร้อยละ 96.4 รองลงมา ได้แก่ การส่งเสริมให้มีการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.7 การแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาเลิกบุหรี่

ร้อยละ 75.0 และการเผยแพร่ความรู้โทษของการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 73.2

สำหรับการประเมิน/ติดตามผลการให้บริการเลิกบุหรี่ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 83.9 ระบุว่ามีการติดตามผู้มารับบริการ โดยร้อยละ 72.3 ไม่มีรูปแบบแน่นอนขึ้นกับจังหวะที่เหมาะสม และ ร้อยละ 40.4 ติดตามโดยการนัดให้ผู้มารับบริการกลับมาพบที่สถานปฏิบัติงานอีก (ตารางที่ 3)

ผลการดำเนินงานของการให้บริการเลิกสูบบุหรี่พบว่า ค่ามัธยฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม 1 คน สามารถช่วยให้ผู้มารับบริการสามารถเลิกสูบบุหรี่ 2 คน และมีผู้มารับบริการที่อยู่ระหว่างติดตามการเลิกบุหรี่ 2 คน ผู้มารับบริการที่ล้มเลิกความตั้งใจก่อนเลิกบุหรี่ได้เลิกบุหรี่ 1 คน และไม่ว่ามีผู้มารับบริการที่สามารถเลิกบุหรี่ได้แล้วหวนกลับไปสูบบอก

สำหรับการเผยแพร่สื่อเกี่ยวกับการรณรงค์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 95.4 ระบุว่าในหน่วยงานที่ผู้ตอบปฏิบัติงานประจำได้จัดเตรียมสื่อเกี่ยวกับการรณรงค์การควบคุมการบริโภคยาสูบไว้เผยแพร่แก่ผู้มารับบริการโดย ร้อยละ 100 จัดทำเอกสารหรือแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 79 จัดทำป้ายห้ามสูบบ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามความคิดเห็นต่ออุปสรรคการให้บริการแนะนำหรือส่งเสริมการเลิกบุหรี่

อุปสรรคการให้บริการแนะนำหรือส่งเสริมการเลิกบุหรี่	ไม่ใช่อุปสรรค	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. เกสเซอร์ไม่มีเวลาให้บริการเลิกบุหรี่ (n = 65)	4 (6.2)	7 (10.8)	29 (44.6)	25 (38.5)
2. เกสเซอร์ขาดความรู้สำหรับการให้บริการเลิกบุหรี่ (n = 64)	5 (7.8)	20 (31.3)	27 (42.2)	12 (18.8)
3. เกสเซอร์ขาดทักษะในการให้บริการเลิกบุหรี่ (n = 64)	2 (3.1)	11 (17.2)	23 (35.9)	28 (43.8)
4. ไม่มียาเลิกบุหรี่จำหน่ายในสถานปฏิบัติการณ์ (n = 64)	18 (28.1)	18 (28.1)	16 (25.0)	12 (18.8)
5. ขาดสื่อหรืออุปกรณ์เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ (n = 64)	11 (17.2)	24 (37.5)	22 (34.4)	7 (10.9)
6. ผู้มารับบริการไม่ให้ความร่วมมือในการติดตามผล (n = 64)	2 (3.1)	7 (10.8)	17 (26.2)	39 (60.0)
7. ผู้สูบบุหรี่ไม่มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (n = 64)	5 (7.8)	3 (4.7)	16 (25.0)	40 (62.5)
8. มีสภาพแวดล้อมในสถานปฏิบัติการณ์ไม่เอื้อต่อการให้บริการเลิกบุหรี่ (n = 63)	9 (14.3)	19 (30.2)	22 (34.9)	13 (20.6)
9. เกสเซอร์ไม่ได้รับคำตอบแทนจากการให้บริการเลิกบุหรี่ (n = 65)	23 (35.4)	19 (29.2)	16 (24.6)	7 (10.8)

บุหรี่ยังติดแสดงไว้ และร้อยละ 43.5 จัดทำบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้บางหน่วยงานจัดทำสื่อมากกว่า 1 สื่อ

4. อุปสรรคของเกสเซอร์ในการให้บริการเลิกบุหรี่

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 62.5 ระบุว่าอุปสรรคที่สำคัญในการให้บริการเลิกบุหรี่คือการที่ผู้สูบบุหรี่ไม่ให้ความสนใจในการเลิกบุหรี่ยอมลงมาคือการที่ผู้มารับบริการไม่ให้ความร่วมมือในการติดตามผล ร้อยละ 60.0 และการที่เกสเซอร์ขาดทักษะในการให้บริการเลิกบุหรี่ยร้อยละ 43.8 (ตารางที่ 4)

อภิปรายผล

ผลการสำรวจพบว่าเกสเซอร์ตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการให้บริการเลิกสูบบุหรี่ในระดับดี และมีประสบการณ์ร่วมกิจกรรมในการรณรงค์การบริโภคยาสูบมาก่อน เกสเซอร์ที่มีบทบาทในการให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเกสเซอร์ชุมชน (ร้อยละ 76.9) และเมื่อพิจารณาจากอายุพบว่าโดยเฉลี่ยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานหลังจาก

สำเร็จการศึกษามาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทั้งนี้เพราะลักษณะงานของเกสเซอร์ชุมชนทำให้ผู้มารับบริการมีโอกาสเข้าถึงบริการง่ายกว่าสถานที่ปฏิบัติงานอื่น ๆ ทางเกสเซอร์^(11, 13) และการมีประสบการณ์ในการทำงานมาระยะหนึ่งทำให้มีความมั่นใจในการให้บริการมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ให้บริการเลิกสูบบุหรี่มาประมาณ 12 เดือน แต่อย่างไรก็ดี พบว่าเกสเซอร์บางคนมีประสบการณ์ในการให้บริการเลิกสูบบุหรี่มาก่อนการเข้ารับการอบรมของเครือข่ายวิชาชีพเกสเซอร์เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ^(11, 14-15)

การให้บริการเลิกสูบบุหรี่ของเกสเซอร์ตัวอย่างพบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุระหว่าง 12 - 70 ปี ร้อยละ 85.7 ระบุว่าผู้มารับบริการเป็นผู้แสดงความจำนงขอรับบริการเอง ด้วยเหตุผลหลักคือเป็นความประสงค์ของสมาชิกในครอบครัว มีเพียงร้อยละ 60.7 ที่ระบุว่าเกสเซอร์แนะนำให้ผู้มารับบริการใช้บริการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในปัจจุบันมีการรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ค่อนข้างมาก มีการแสดงให้เห็นถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ มีการรณรงค์ให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักถึง

อันตรายของบุหรี่ที่จะเกิดกับบุคคลอื่นเป็นที่รักด้วย คำขวัญต่าง ๆ อาทิ ควันบุหรีเป็นอันตรายต่อเด็ก หนูชอบบ้านปลอดบุหรี เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีมาตรการทางกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมการบริโภค ยาสูบมากมาย อาทิ การจำกัดพื้นที่ในการสูบบุหรี⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ การกำหนดให้แสดงอันตราย/โทษของบุหรีบน ฉลาก⁽¹⁸⁻²⁰⁾ การจำกัดการโฆษณาการขายบุหรี และการห้ามวางขายบุหรีอย่างชัดเจนในร้านค้า เป็นต้น ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี

สำหรับรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรีแก่ บุคคลทั่วไปนั้น ร้อยละ 96.4 ระบุว่าใช้วิธีการให้คำ ปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี ร้อยละ 75.0 แนะนำเกี่ยวกับการ ใช้ยาเลิกบุหรี นอกจากนี้ ในหน่วยงานของเภสัชกร ทุกหน่วยงานมีการจัดเตรียมเอกสาร แผ่นพับให้ ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรีและวิธีการเลิก สูบบุหรีไว้บริการ แต่อย่างไรก็ดี ประสิทธิภาพของการ ให้บริการพบว่ายังอยู่ในสัดส่วนค่อนข้างน้อย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเภสัชกรส่วนใหญ่เพิ่งจะเริ่มให้บริการ การวัดประสิทธิผลจึงอาจจะยังไม่ชัดเจน สาเหตุที่ สำคัญอีกประการน่าจะเป็นเรื่องของการติดตาม เพราะจากข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้พบว่าเภสัชกรที่ ให้บริการฯ ยังไม่ให้ความสำคัญในการติดตามผู้มา รับบริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งรูปแบบที่ใช้ในการ ติดตามผลก็ไม่ชัดเจนแน่นอน ทั้งนี้มีรายงานว่า การ ให้บริการฯ ที่ให้ผลดีต้องมีการติดตามผู้มารับบริการ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี⁽²¹⁾

สำหรับอุปสรรคในการให้บริการเลิกสูบบุหรีนี้ ส่วนใหญ่ระบุว่าผู้มารับบริการขาดความตั้งใจจริงใน การเลิกสูบบุหรี ร้อยละ 62.5 และผู้มารับบริการไม่ ให้ความร่วมมือในการติดตาม ร้อยละ 60 ซึ่งเป็น ปัจจัยที่สำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี⁽²²⁾ อุปสรรคในด้าน เภสัชกรผู้ให้บริการ คือการขาดทักษะที่ถูกต้องในการ ให้บริการเลิกบุหรีเพราะในกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์ ให้บริการเลิกบุหรีก่อนเข้ารับการอบรม ก็เป็นการให้ บริการจากการเรียนรู้ด้วยตนเองไม่ได้ผ่านฝึกอบรม

มาก่อน และการที่เภสัชกรไม่มีเวลาให้บริการฯ ทั้งนี้ เพราะงานบริการให้คำแนะนำเลิกบุหรีต้องใช้เวลาใน การให้คำปรึกษาค่อนข้างนานในขณะที่ผู้มารับบริการ อื่นๆ ในร้านยาที่ต้องการบริการที่รวดเร็วจากเภสัชกร เช่นกัน^(11, 14-15)

เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าตอบแทนในการให้ บริการเลิกสูบบุหรีเป็นประเด็นที่เภสัชกรไม่เห็นว่าเป็น อุปสรรคในการให้บริการฯ แม้ว่ามีรายงานวิจัยว่า ต้นทุนในการให้บริการเลิกบุหรีของเภสัชกรประมาณ 80-120 บาทต่อราย⁽²³⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเภสัชกร ที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ตระหนักดีว่าเป็นการเข้า ร่วมแบบอาสาสมัคร จึงไม่ได้มุ่งหวังผลทางธุรกิจ แต่ หากจะมีการผลักดันในการบริการนี้เกิดอย่างเต็มรูปแบบ ในทุกหน่วยงาน คงต้องอาศัยผลการศึกษาใน ระยะยาวทั้งในด้านประสิทธิผลและต้นทุนการให้ บริการ ตลอดจนผลลัพธ์ในเชิงธุรกิจของภาคเอกชน มาประกอบด้วย

สรุป

เภสัชกรที่เข้ารับการอบรม “โครงการอบรม เชิงปฏิบัติการเภสัชกรกับการควบคุมการบริโภค ยาสูบ” ของคณะทำงานเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ สมาเภสัชกรรม มีความรู้เกี่ยวกับการให้บริการเลิกสูบบุหรีในระดับดี แต่การฝึกทักษะที่ถูกต้องจะช่วยให้การให้บริการเลิก บุหรีเป็นไปด้วยดี และยังสามารถสรุปได้ว่ากลุ่มเภสัชกร ชุมชนมีโอกาสในการให้บริการเลิกบุหรีมากกว่า กลุ่มอื่น อย่างไรก็ตาม การให้บริการเลิกบุหรีมีต้นทุน ในการให้บริการ ดังนั้น การผลักดันให้มีบริการเลิก บุหรีเต็มรูปแบบและต่อเนื่องในร้านยาซึ่งเป็นหน่วย งานภาคเอกชนต้องคำนึงถึงผลลัพธ์ทางธุรกิจด้วย

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดแนวทางการพัฒนาบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมหรือการกำหนดนโยบายในการให้การสนับสนุนการให้บริการเลิกบุหรี่ในร้านยา ผู้มีส่วนได้เสียจึงควรวางแผนร่วมกันเพื่อประเมินประสิทธิผลการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรชุมชนโดยอาศัยตัวชี้วัดทางคลินิกที่ชัดเจนรวมถึงต้นทุนการให้บริการดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. วิลาคินี เชื้อนแก้ว. *เภสัชกรไทยเสริมพลังใจเลิกบุหรี่*. พาร์มาไทม์. 2549; 4(41): 43-44.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. *ความรู้โรคมะเร็ง : สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง*. Available from: URL: <http://www.nci.go.th/knowledge/reasonrisk.htm>. Accessed Nov 10, 2006.
3. ฝ่ายข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์ กลุ่มสารนิเทศ สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. *สธ. ชี้ภัย "โรคมะเร็ง" มาแรง ป่วยเพิ่มปีละ 11 ล้านคน ตายนาทีละ 1 คน เหตุจากเชื้อโรค-บุหรี่*. แกลงวันที่ 3/พ.ย./2549 Available from: URL: http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idHot_new=1880. Accessed Nov 10, 2006.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. *สถิติโรคเรื้อรัง พ.ศ. 2548*. Available from: URL: http://service.nso.go.th/nso/data/data23/data23_4.html. Accessed May 5, 2006.
5. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. *The role of health professionals in tobacco control: France 2005*. Available from: URL: <http://www.who.int/tobacco/en>. Accessed May 29, 2006.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. *รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2547 ทั่วราชอาณาจักร*. Available from: URL: http://service.nso.go.th/nso/data/data23/data23_4.html. Accessed May 5, 2006.
7. World Health Organization. *WHO urges health professionals to engage in tobacco control*. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr22/en/index.html>. Accessed Nov. 7, 2006.
8. Babb VJ, Babb J. *Pharmacist involvement in Healthy People 2010*. J Am Pharm Assoc (Wash). 2003; Jan-Feb: 43 (1): 56-60.
9. สก๊อปปก. *เภสัชกรร่วมใจจากควันบุหรี่ทั่วโลก*. พาร์มาไทม์. 2549; 4 (41): 24-30.
10. กองบรรณาธิการ. *จุดประกายเภสัชกรสร้างเสริมสุขภาพ*. พาร์มาไทม์. 2549; 4 (38): 34-36.
11. กองบรรณาธิการ. *ร้านยาพาเลิกบุหรี่ (ตอนที่ 1)*. พาร์มาไทม์. 2549; 4 (38): 46-48.
12. Hudmon KS, Kroon LA, Corelli RL, Saunders KC, Spitz MR, Bates TR, Liang D. *Training future pharmacists at a minority educational institution: evaluation of the Rx for change tobacco cessation training program*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2004; Mar: 13 (3):477-81.
13. Hazel Sinclair, A Scott Lennox *Support from pharmacies can help people stop smoking (letters)* BMJ. 2001;322:52.
14. กองบรรณาธิการ. *ร้านยาพาเลิกบุหรี่ (ตอนที่ 2)*. พาร์มาไทม์. 2549; 4(39): 41-43.
15. กองบรรณาธิการ. *ร้านยาพาเลิกบุหรี่ (ตอนที่จบ)*. พาร์มาไทม์. 2549; 4(40): 37-39.
16. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 16) พ.ศ. 2548 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตปลอดบุหรี่หรือราชกิจจานุเบกษา เล่ม 123 ตอนพิเศษ 173 วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2549 หน้า 4-6.
17. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 17) พ.ศ. 2549 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ฯ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม

- 123 ตอนพิเศษ 101ง วันที่ 29 กันยายน 2549 หน้า 11-15.
18. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2549 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงชื่อสารพิษและสารก่อมะเร็ง ในฉลากของบุหรี่ยี่ห้อตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 123 ตอนพิเศษ 101ง วันที่ 29 กันยายน 2549 หน้า 1-3.
19. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2549 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงผลและข้อความคำเตือนถึงพิษภัยฯ ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 123 ตอนพิเศษ 101ง วันที่ 29 กันยายน 2549 หน้า 4-8.
20. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 12) พ.ศ. 2549 เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงผลหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด ในฉลากของบุหรี่ยี่ห้อ บุหรี่ยี่ห้อ และยาเส้นตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 123 ตอนพิเศษ 101ง วันที่ 29 กันยายน 2549 หน้า 9-10.
21. Lawrence C. An, Shu-Hong Zhu, David B. Nelson, Nancy J. Arikian, Sean Nugent, Melissa R. Partin, Anne M. Joseph. *Benefits of Telephone Care Over Primary Care for Smoking Cessation*. Arch Intern Med. 2006; 166: 536-542.
22. รายงานพิเศษ. *การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่*. *ฟ้าร์มาไทม์*. 2548; 3(36): 37-39.
23. ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์. *คณะทำงานเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ สภาเภสัชกรรม*. *วารสารเภสัชกรรมชุมชน*. 2549; 6(26): 25-27.

ปัจจัยทำนายการตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุม การบริโภคยาสูบในจังหวัดชลบุรี

เพ็ญภักตร์ จันทศรี*

มณฑา เก่งการพานิช **

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย **

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการ ปฏิบัติงานและปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการ ควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ในจังหวัดชลบุรี ใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์และได้รับ กลับคืนจำนวน 468 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับ ร้อยละ 51.4 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเพศชายร้อยละ 57.2 อายุเฉลี่ย 40.5 ปี ปัจจุบันสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.9 และส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.โดย ภาพรวม การปฏิบัติงานด้านสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 76.8, 55.6 และ 58.4 ตามลำดับ ขณะที่ ร้อยละ 61.4 ไม่ปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยแบบขั้นตอนพบว่า ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภค ยาสูบ ได้แก่ การรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ การได้รับแต่งตั้ง เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ควบคุมฯ การจัดกิจกรรม/โครงการของ หน่วยงาน การมีอุปกรณ์/สื่อ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน การมีเครือข่ายและ การรับรู้ต่อนโยบายและมาตรการฯ โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายการ ปฏิบัติงานตอบสนองฯ ได้ ร้อยละ 43.8 สำหรับปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของการ ปฏิบัติงานด้านสูบบุหรี่ งานตาม พ.ร.บ.ควบคุมฯ และงานตาม พ.ร.บ.คุ้มครองฯ คือ การรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองฯ การได้รับแต่งตั้งตาม พ.ร.บ. ควบคุมฯ การได้รับแต่งตั้งตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ ตามลำดับ ดังนั้น จึงควร แต่งตั้งพนักงานตามกฎหมายให้เพียงพอ และสนับสนุนให้มีการจัดอบรมให้ ความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ. ทั้งสองฉบับแก่หัวหน้าหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องและพนักงาน เจ้าหน้าที่ที่ควบคุมการบริโภคยาสูบ

* ศูนย์ทดสอบวัคซีน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ; ติดต่อผู้พิมพ์ อีเมล : penpak.chantasorn@novartis.com

** อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Predicting Factors on Responses to Tobacco Control Policy and Measures of the Official in Accordance with the Tobacco Control Laws, Chonburi Province

Penpak Chantasorn*

Mondha Kengganpanich**

Lakkhana Termsirikulchai**

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the performance and factors affecting responses to tobacco control policy and measures among the officials who have been authorized to work in accordance with the tobacco control laws in Chonburi Province. A postal questionnaire was sent to respondents. The response rate was 51.4% with 468 questionnaires from 911 questionnaires. Data were presented using descriptive and analytical statistics.

The results revealed that 57.2 % of respondents were male, average age 40.5 years and 8.9% were current smokers. Using a performance rating scale to rate the self-response of officials on overall tobacco control policy, 76.8 % “needed to be improved”. For the health educational implementation, 55.6% needed to be improved. For carrying out according to tobacco control policies, 61.4% had not carried out. Analysis by stepwise multiple regression found that the predictive factors of good performance responses to tobacco control policy and measures were : perceptions of legal authority to act on Non-smokers’ Health Protection Act B.E.2535 (1992); being entrusted to carry out the Tobacco Product Control Act B.E. 2535 (1992); having organized activities of their organization; availability of materials; supports from superiors; having networks; and overall perceptions regarding tobacco control policy and measures. All of these variables accounted for 43.8 percent of the variance in official’s performance with regard to tobacco control policy and measures. The predictive factors of health educational implementation according to 2 Acts were perceptions of legal authority to act, followed by perception of the formal appointment as the acts. The recommendations were need for the formal appointment of an adequate number of officials, supporting materials and budget for each government unit and trainings/seminars regarding tobacco control for officials.

* Vaccine Trial Centre, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University ; Contact author : penpak.chantasorn@novartis.com

** Assistant Professor, Department of Health Education and Behavioral Science, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

นโยบายและมาตรการทางกฎหมายถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2535 ประเทศไทยจึงได้มีการออกกฎหมายควบคุมยาสูบที่สำคัญ 2 ฉบับคือ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด PROCEED-PRCEDE ของกรีนกรูเทอร์⁽¹⁾ ที่ยอมรับอิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรการทางกฎหมายที่มีผลต่อการวางแผนการดำเนินงานแก้ปัญหายาสูบต่างๆ

มีการศึกษาในต่างประเทศจำนวนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่ามาตรการทางกฎหมายมีประสิทธิผลต่อการควบคุมยาสูบ ดังการศึกษาการยอมรับของสังคมต่อกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ใหญ่ที่รัฐแมสซาชูเซต ประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²⁾ การศึกษาประสิทธิผลของการห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กในประเทศฟินแลนด์ช่วงปี 2520-2546⁽³⁾ และการศึกษาในประเทศแคนาดา⁽⁴⁾ พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มีการรับรู้เรื่องกฎหมายการห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี แต่คิดว่ากฎหมายไม่มีประสิทธิภาพเพราะวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังสามารถหาซื้อบุหรี่ได้ด้วยตนเอง

สำหรับประเทศไทย ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การควบคุมการบริโภคยาสูบโดยใช้มาตรการทางกฎหมายไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร คือการไม่นำไปใช้ในพื้นทีและการไม่บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เห็นได้จากการดำเนินงานและประสิทธิผลของนโยบายการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่พบว่า ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลายระดับ แต่ในทางปฏิบัติจริงมีไม่กี่หน่วยงานที่รับผิดชอบ ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้

รับการสนับสนุนอย่างจริงจัง และผู้ที่มีหน้าที่บังคับใช้ขาดความเข้มงวด⁽⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพมหานครของศูนย์วิจัยกสิกร⁽⁶⁾ พบว่ากฎหมายการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะไม่ส่งผลต่อผู้ที่สูบบุหรี่ โดยร้อยละ 35.1 ให้เหตุผลว่าเป็นเพราะความไม่เข้มงวดของเจ้าหน้าที่กำลังเจ้าหน้าที่ตรวจจับไม่เพียงพอ และบทลงโทษไม่หนัก

อย่างไรก็ตาม ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้มีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ให้ครอบคลุมในแต่ละพื้นที่ที่จะทำงานตามอำนาจหน้าที่ของ พ.ร.บ. ที่กำหนดไว้ หากแต่การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัญหาการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่ผ่านมา คือ การบังคับใช้กฎหมายที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ประกอบกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการนำนโยบายและมาตรการต่างๆ ตาม พ.ร.บ. ไปดำเนินงานควบคุมยาสูบในพื้นที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังนั้น การศึกษาเพื่อเข้าใจสภาพการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตอบสนองนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่โดยเลือกศึกษาในจังหวัดชลบุรีในครั้งนี้ จึงได้ใช้กรอบแนวคิด PROCEED-PRCEDE⁽¹⁾ เพื่อศึกษาว่าการตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์อย่างไรกับปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร การรับรู้ต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ การรับรู้ต่ออำนาจหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ ความคิดเห็นต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ และความคิดเห็นต่ออำนาจหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) อาทิ การได้รับการอบรม/ สัมมนา การจัดกิจกรรม/โครงการ การมีงบประมาณ การมีอุปกรณ์สื่อต่างๆ การมี

องค์กร/เครือข่ายและการมีโครงสร้างองค์กรที่เฉพาะต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ เป็นต้น และปัจจัยเสริม (Reinforcement factors) อาทิ การสนับสนุนจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน การได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการบริหารจัดการกับปัจจัยต่างๆ และทิศทางการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของจังหวัดและประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายนการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พนักงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งระบุให้ได้รับการแต่งตั้งตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 9 และ 14 พ.ศ. 2547 เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในพื้นที่จังหวัดชลบุรีทั้งสิ้น 1,927 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณสัดส่วนของเดเนียล⁽⁷⁾ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 684 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยแบ่งเป็น 2 ชั้นภูมิ ซึ่งชั้นภูมิที่ 1 เป็นประชากรในระดับภาค/เขต/จังหวัด และชั้นภูมิที่ 2 เป็นประชากรระดับอำเภอ แบ่งเป็น 11

กลุ่ม ตามจำนวนอำเภอในจังหวัดชลบุรี ซึ่งทั้ง 11 กลุ่ม/อำเภอนี้ ยังแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย จำแนกตามขนาดประชากรที่น้อยกว่าและมากกว่า 50,000 คน และแต่ละกลุ่มอำเภอ ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้มากลุ่มอำเภอละ 3 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 6 อำเภอ จากนั้น จึงคำนวณจำนวนตัวอย่างที่จะต้องจัดเก็บในแต่ละอำเภอตามสัดส่วนของประชากร (Proportional to size)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรและข้อมูลทั่วไป โดยใช้คำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ และคำถามปลายเปิด มีจำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้และความคิดเห็น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ การรับรู้ต่ออำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ความคิดเห็นต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ และความคิดเห็นต่ออำนาจหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวนรวมทั้งสิ้น 48 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ และจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่มอิงเกณฑ์ของบลูมและคณะ⁽⁸⁾ คือ กลุ่มต่า น้อยกว่าร้อยละ 60 กลุ่มปานกลาง ระหว่างร้อยละ 60-79 และกลุ่มสูง ระหว่างร้อยละ 80-100

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภค คำถามแบ่ง 2 ส่วนย่อยคือ การปฏิบัติงานสุศึกษาและการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ จำนวน 12 ข้อ และจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่มอิงเกณฑ์ของมาตรฐานงาน คือ กลุ่มต่า น้อยกว่าร้อยละ 60 กลุ่มปานกลางระหว่างร้อยละ 60-89 และกลุ่มสูง ระหว่างร้อยละ 90-100

ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ ใช้คำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ และคำถามปลายเปิด จำนวน 17 และ 1 ข้อ ตามลำดับ

3. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามและแนวคำถามสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของเครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างใน 1 อำเภอของ จ.ชลบุรี จำนวน 33 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม ดังนี้

- การรับรู้ต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบได้ค่า เท่ากับ 0.86
- ความคิดเห็นต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบได้ค่าเท่ากับ 0.93
- ความคิดเห็นต่ออำนาจหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบได้ค่าเท่ากับ 0.97

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

1. สํารวจจำนวนพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี และที่อยู่ในการจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์

2. ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยมีจำนวนแบบสอบถามที่จัดส่งทั้งสิ้น 910 ฉบับ โดยเพิ่มขึ้นจากจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ประมาณร้อยละ 30 ทั้งนี้เพื่อให้มีอัตราตอบกลับที่มีเกินกว่าร้อยละ 50

3. ติดตามผลการตอบกลับภายใน 6 สัปดาห์ โดยทางโทรศัพท์และการส่งแบบสอบถามซ้ำ

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2549 และได้รับแบบสอบถามกลับคืน 468 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 51.4 แต่เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 448 ฉบับ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Product Moment Correlation) และสร้างสมการทำนายถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พนักงานเจ้าหน้าที่ในจังหวัดชลบุรีส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 57.2 มีอายุเฉลี่ย 40.5 ปี โดยร้อยละ 32.8 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี อายุต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่าง 22 - 60 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 64.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.9 มีเงินเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 33.5 สำหรับการทำงานที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ร้อยละ 81.9 โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ มีประสบการณ์เฉลี่ย 1.29 ปี และมีประสบการณ์ต่ำสุดถึงสูงสุดอยู่ระหว่าง 1 ปี - 30 ปี

นอกจากนี้ยังพบว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.9 ไม่เคยสูบบุหรี่เลย ร้อยละ 67.5 เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ร้อยละ 12.9 เคยลองสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันไม่ได้สูบบ่อย ร้อยละ 10.7 สำหรับผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบัน

เลิกสูบบุหรี่แล้ว มีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ 19.4 ปี อายุต่ำสุดและสูงสุดที่เริ่มต้นสูบบุหรี่คือ 8 ปี และ 49 ปี ตามลำดับ ช่วงอายุที่มีการเริ่มต้นสูบบุหรี่ มากที่สุด อยู่ระหว่าง 16-20 ปี ร้อยละ 58.2

2. การรับรู้และความคิดเห็นต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ

พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่รับรู้ต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับมาก ร้อยละ 48.6 เมื่อจำแนกการรับรู้ตาม พ.ร.บ. พบว่าไม่มีการรับรู้ตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 43.8 และ 44.7 ตามลำดับ สำหรับความคิดเห็นต่อนโยบาย ฯ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.5 เห็นด้วยมาก โดยนโยบายและมาตรการที่เห็นด้วยมาก ได้แก่ การห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การกำหนดให้สถานที่สาธารณะเป็นสถานที่ให้ความคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ และการห้ามโฆษณาผ่านสื่อ คิดเป็นร้อยละ 91.1, 89.5 และ 87.1 ตามลำดับ

3. การปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ

พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยรวม (ทั้งงานสุขศึกษาและงานตามอำนาจหน้าที่ พ.ร.บ. ทั้งสองฉบับ) อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 76.8 โดยนโยบายที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ นโยบายการกำหนดให้มีเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 58.9 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า 1) การปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 55.6 โดยการปฏิบัติงานสุขศึกษาที่มากที่สุดคือ การให้ความรู้โทษพิษภัยจากยาสูบแก่ประชาชนทั่วไป นักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 58.9 2) ส่วนใหญ่ไม่ปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ร้อยละ 61.4 และ 3) การปฏิบัติตามอำนาจ

หน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับควรปรับปรุงร้อยละ 58.4 และไม่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 37.8 (ตารางที่ 1)

4. ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ

การศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ ออกเป็น 4 ส่วน คือ ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายโดยภาพรวมต่อการปฏิบัติงานสุขศึกษาต่อการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 พบดังนี้

4.1. ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยภาพรวม

พบว่ามี 7 ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายนความแปรปรวนของระดับการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบได้ร้อยละ 43.8 ได้แก่ 1) การรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ (x_1) 2) การได้รับแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ควบคุมฯ (x_2) 3) การจัดกิจกรรม/โครงการที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคฯ (x_3) 4) การมีอุปกรณ์/สื่อ (x_4) 5) การสนับสนุนจากหัวหน้างาน (x_5) 6) การมีเครือข่าย (x_6) และ 7) การรับรู้ต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ (x_7) ดังสมการ [1] และตารางที่ 2

4.2. ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติงานสุขศึกษา

พบว่ามี 7 ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายนความแปรปรวนของระดับการปฏิบัติงานสุขศึกษาได้ ร้อยละ 31.6 ได้แก่ 1) การรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ (x_1) 2) การมีอุปกรณ์/สื่อ (x_2) 3) การจัดกิจกรรม/โครงการที่เกี่ยวกับการควบคุมการ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพนักงานเจ้าหน้าที่จำแนกตามระดับการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบาย และมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ (n =448)

การปฏิบัติงานด้านต่างๆ เพื่อตอบสนอง ต่อนโยบายและมาตรการควบคุม การบริโภคยาสูบ	จำนวน (ร้อยละ)				ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด
	ดีมาก	ปานกลาง	ควร ปรับปรุง	ไม่ ปฏิบัติงาน	
นโยบายและมาตรการโดยภาพรวม (n=418)	2 (0.5)	18 (4.3)	321 (76.8)	77 (18.4)	$\bar{X} \pm SD = 4.9 \pm 4.5$ Min - Max = 0 - 20
การปฏิบัติงานด้านสุศึกษา (n=448)	39 (8.7)	51 (11.4)	249 (55.6)	109 (24.3)	$\bar{X} \pm SD = 2.6 \pm 2.3$ Min - Max = 0 - 8
การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ พ.ร.บ.ควบคุมฯ (n=448)	23 (5.1)	46 (10.3)	104 (23.2)	275 (61.4)	$\bar{X} \pm SD = 4.1 \pm 2.3$ Min - Max = 0 - 11
การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ พ.ร.บ.คุ้มครองฯ (n=418)	3 (0.7)	13 (3.1)	244 (58.4)	158 (37.8)	$\bar{X} \pm SD = 2.0 \pm 1.3$ Min - Max = 0 - 7

บริโภคฯ (x_3) 4) การมีเครือข่ายสนับสนุน (x_4) 5) การมีงบประมาณ (x_5) 6) การรับรู้นโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ (x_6) และ 7) การสนับสนุนจากหัวหน้า/ผู้บังคับบัญชา (x_7) ดังสมการ [2] และตารางที่ 2

4.3. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 พบว่ามี 3 ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของระดับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ พ.ร.บ. ควบคุมฯ ได้ร้อยละ 20.6 ได้แก่ 1) การได้รับแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ควบคุมฯ (x_1) 2) การจัดกิจกรรม/โครงการที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ (x_2) และ 3) สังกัดหน่วยงาน (x_3) ดังสมการ [3] และตารางที่ 2

4.4. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 พบว่ามี 3 ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของระดับการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ พ.ร.บ. คุ้มครองฯ ได้ร้อยละ 28.2 ได้แก่ 1) การได้รับแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ (x_1) 2) การจัดกิจกรรม/โครงการที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ (x_2) 3) การได้รับข้อมูลจากสื่อ (x_3) 4) สังกัดหน่วยงาน (x_4) และ 5) การรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ (x_5) ดังสมการ [4] และตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวแปรทำนายการปฏิบัติงานควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่

ตัวแปร	b	beta	r	partial r
ตัวแปรทำนายการปฏิบัติงานควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่				
1. การรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ (x_1)	2.351	0.229	0.459	0.254
2. การได้รับแต่งตั้งตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ (x_2)	1.509	0.164	0.458	0.248
3. การจัดกิจกรรม/โครงการ (x_3)	0.244	0.198	0.358	0.243
4. การมีอุปกรณ์ สื่อ (x_4)	2.582	0.216	0.382	0.192
5. การสนับสนุนจากหัวหน้างาน (x_5)	1.168	0.118	0.296	0.144
6. การมีเครือข่าย (x_6)	1.460	0.113	0.297	0.141
7. การรับรู้นโยบายฯ (x_7)	0.151	0.108	0.322	0.131
<i>Constant = -0.050, $r^2 = 0.438$</i>				
ตัวแปรทำนายการปฏิบัติงานสุขศึกษาของพนักงานเจ้าหน้าที่				
1. การรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ (x_1)	1.048	0.195	0.363	0.209
2. การมีอุปกรณ์ สื่อ (x_2)	0.629	0.133	0.333	0.138
3. การจัดกิจกรรม/โครงการ (x_3)	0.118	0.182	0.319	0.205
4. การมีเครือข่าย (x_4)	1.023	0.149	0.293	0.169
5. การมีงบประมาณ (x_5)	0.787	0.118	0.301	0.127
6. การรับรู้นโยบายฯ (x_6)	0.082	0.116	0.292	0.128
7. การสนับสนุนจากหัวหน้างาน (x_7)	0.559	0.111	0.265	0.123
<i>Constant = 0.238, $r^2 = 0.323$</i>				
ตัวแปรทำนายการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535				
1. การได้รับแต่งตั้งตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ (x_1)	0.627	0.183	0.327	0.254
2. การจัดกิจกรรม/โครงการ (x_2)	0.072	0.286	0.160	0.248
3. สังกัด (x_3)	0.695	0.206	0.316	0.243
<i>Constant = 1.335, $r^2 = 0.213$ (ทำนายได้ร้อยละ 21.3)</i>				
ตัวแปรทำนายตามอำนาจหน้าที่ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535				
1. การได้รับแต่งตั้งตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ (x_1)	0.644	0.212	0.386	0.202
2. การจัดกิจกรรม/โครงการ (x_2)	0.065	0.192	0.283	0.214
3. การได้รับข้อมูลจากสื่อ (x_3)	0.040	0.182	0.246	0.206
4. สังกัด (x_4)	0.513	0.169	0.326	0.171
5. การรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ (x_5)	0.379	0.136	0.344	0.138
<i>Constant = 0.878, $r^2 = 0.282$</i>				

$$\hat{Y} = -0.050 + 2.351(x_1) + 2.582(x_2) + 0.244(x_3) + 1.509(x_4) + 1.168(x_5) \\ + 1.460(x_6) + 0.151(x_7)..... [1]$$

$$\hat{Y} = 0.238 + 1.048(x_1) + 0.629(x_2) + 0.118(x_3) + 1.023(x_4) + 0.787(x_5) \\ + 0.082(x_6) + 0.559(x_7).....[2]$$

$$\hat{Y} = 1.335 + 0.627(x_1) + 0.072(x_2) + 0.695(x_3).....[3]$$

$$\hat{Y} = 0.878 + 0.644(x_1) + 0.065(x_2) + 0.040(x_3) + 0.513(x_4) + 0.379(x_5).....[4]$$

อภิปรายผล

1. การปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบาย และมาตรการ ควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่

การปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่เป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วน คือ การไม่ปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งสูงถึงร้อยละ 61.4 และไม่ปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่หรือร้อยละ 37.8 ขณะที่ในกลุ่มที่มีการปฏิบัติงานก็พบว่า ทั้งโดยภาพรวม และเฉพาะงานสุขศึกษาและงานตามอำนาจหน้าที่ พ.ร.บ. คุ้มครอง พบว่าการปฏิบัติอยู่ในระดับ ควรปรับปรุงร้อยละ 76.8, 55.6 และ 58.4 ตามลำดับ จึงเป็นสถานการณ์ที่สะท้อนให้เห็นปัญหาการบังคับใช้กฎหมายที่ใช้มามากกว่า 10 ปี หากยังไม่สามารถทำให้มีการปฏิบัติได้อย่างเต็มที่

โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ได้ก็คือ การไม่ทราบบทบาทหน้าที่ การมีภาระหน้าที่อื่น ๆ หลายด้าน การขาดงบประมาณสนับสนุนดำเนินงานและขาดความรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา อาทิ อรพิน กฤษณเกรียงไกร และคณะ⁽⁹⁾ พบว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่ทราบบทบาทของพนักงานเจ้าหน้าที่ และร้อยละ 89.20 ไม่เคยใช้อำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และการศึกษาของนพวรรณ สันตยการ⁽¹⁰⁾ พบว่าพนักงานเจ้าหน้าที่มักดำเนินการในลักษณะตั้งรับ ไม่กระตือรือร้น และให้เหตุผลที่ปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ว่าไม่ได้ ได้รับความร่วมมือจากส่วนงานต่างๆ และผู้บังคับบัญชาไม่สนใจ ซึ่งปัญหาอุปสรรคเหล่านี้แสดงให้เห็นปัญหาของประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย

2. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตอบสนอง ต่อนโยบาย และมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนาย การปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการ ควบคุมการบริโภคยาสูบไม่ว่าจะวิเคราะห์ในลักษณะ ภาพรวมหรือแยกตามงานและตาม พ.ร.บ. ควบคุม ยาสูบ (พ.ร.บ. ควบคุมฯ และ พ.ร.บ. คุ้มครอง) พบว่า ปัจจัยร่วมที่สำคัญมากที่สุดคือการรับทราบอำนาจ หน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ และการได้รับแต่งตั้ง เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ทั้งสองฉบับ ซึ่งการ ศึกษาของอรพิน กฤษณเกรียงไกร และคณะ⁽⁹⁾ พบ ปัญหาในลักษณะเดียวกันว่า พนักงานเจ้าหน้าที่กว่า ร้อยละ 80 ไม่ได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมาย และ ส่วนใหญ่ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ซึ่งทำให้ขาดความ มั่นใจในการปฏิบัติงาน

ที่น่าสังเกตคือ สองตัวแปรอันดับแรกของ สมการทำนายการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบาย และมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ [1] เป็น ตัวแปรที่มาจาก พ.ร.บ.ที่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณา ตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนายการปฏิบัติงานตาม อำนาจหน้าที่ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 [3] และการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 [4] พบว่าการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เป็นตัวแปรแรก ของสมการ โดยสามารถทำนายได้ ร้อยละ 10.7 และ ร้อยละ 14.8 ตามลำดับ แสดงว่าการแต่งตั้งพนักงาน เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้มีการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ซึ่ง ผลการศึกษานี้พบว่า การแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ตาม พ.ร.บ. ควบคุมฯ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ น้อยกว่าการรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ เพียงเล็กน้อย โดยการแต่งตั้งพนักงาน เจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. ควบคุมฯ และ พ.ร.บ. คุ้มครอง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.458 และ 0.459 ตามลำดับ

สำหรับปัจจัยสำคัญที่ทำนายการปฏิบัติงาน

สุขศึกษา คือ การรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ การมีอุปกรณ์ สื่อ การจัดกิจกรรม/โครงการ ที่เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบการมีเครือข่าย สนับสนุน การมีงบประมาณ การรับรู้นโยบายและ มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ การสนับสนุนจาก หัวหน้า/ผู้บังคับบัญชา โดยสามารถร่วมกันทำนาย ระดับการปฏิบัติงานสุขศึกษาได้ร้อยละ 31.6 จะเห็น ได้ว่า งานสุขศึกษาในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 มากกว่า พ.ร.บ. ควบคุมฯ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ มากที่สุดร้อยละ 58.9 ทั้งนี้เนื่องจาก พนักงาน เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่า งานตาม พ.ร.บ. คุ้มครอง ทำได้ง่ายกว่าและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติได้ มากกว่า เช่น การรณรงค์ในวันสำคัญและวันงดบุหรี่ โลก เป็นต้น

นอกจากนั้น ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงาน ได้แก่ การจัดกิจกรรม/โครงการของ หน่วยงาน การมีอุปกรณ์/สื่อ การสนับสนุนจาก หัวหน้างาน การมีเครือข่ายและการรับรู้นโยบายฯ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา บุญรักษา⁽¹¹⁾ และมณฑา เก่งการพานิชและคณะ⁽¹²⁾ ถึงปัญหาการ ไม่ได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และการสนับสนุน จากผู้ร่วมงาน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเอื้อ และสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติงานมากขึ้น

3. ปัจจัยตามทฤษฎีแนวคิด PROCEED-PROCEDE

เมื่อพิจารณาจำแนกปัจจัยตามกรอบแนวคิด PROCEED-PROCEDE ของกรีนและกรูเทอร์⁽¹²⁾ ในประเด็นของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีอิทธิพลในการทำนายการปฏิบัติงานตอบสนอง ต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่า ปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตอบ สอนต่อนโยบายฯ ได้แก่ การรับทราบอำนาจหน้าที่ ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ การได้รับแต่งตั้งเป็นพนักงาน

เจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ควบคุมฯ และการรับรู้นโยบายฯ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญยิ่งต่อความรู้ความเข้าใจที่จะปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิผล อีกทั้งสร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่องานควบคุมยาสูบ⁽¹²⁾ สำหรับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีอุปกรณ์/สื่อ การจัดกิจกรรม/โครงการ และการมีเครือข่าย และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทั้งสามกลุ่มปัจจัยมีเป็นปัจจัยทำนวยร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับที่กรีนและกรูเทอร์⁽¹³⁾ กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลนั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) ซึ่งปัจจัยแต่ละอย่างจะมีลักษณะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ดังนั้นการดำเนินงานหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลในองค์กร จึงควรพิจารณาองค์ประกอบหลาย ๆ ด้าน และวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ก่อนจึงจะสามารถวางแผนหรือกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

ปัจจัยทำนวยการปฏิบัติงานตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ การรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ การได้รับแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ควบคุมฯ การจัดกิจกรรม/โครงการของหน่วยงาน การมีอุปกรณ์/สื่อ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน การมีเครือข่าย และการรับรู้ต่อนโยบายและมาตรการฯ โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนวยการปฏิบัติงานตอบสนองฯ ได้ร้อยละ 43.8 ซึ่งปัจจัยทำนวยที่ดีที่สุดของการปฏิบัติงานด้านสุขศึกษาตาม พ.ร.บ. ควบคุมฯ และงานตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ คือ การรับทราบอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ การได้รับแต่งตั้งตาม พ.ร.บ. ควบคุมฯ การได้รับแต่งตั้งตาม พ.ร.บ. คุ้มครองฯ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการในการปฏิบัติงานของหน่วยงานและพื้นที่

2. กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดจัดอบรม/ สัมมนาให้กับหัวหน้าหน่วยงาน พนักงานเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาสูบ กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ และบทบาทหน้าที่ตามพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับ และมีการอบรมฟื้นฟูเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการปรับปรุงกฎหมายใหม่

3. หน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งภาครัฐและเอกชน อาทิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิธรรงค์ เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สำนักงานกองทุนสนับสนุน-สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น ควรจัดทำอุปกรณ์/สื่อและงบประมาณเพื่อสนับสนุนการรณรงค์และการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานปฏิบัติสามารถเข้าถึงการสนับสนุนได้ง่าย

4. ควรจัดทำแผนบูรณาการการดำเนินการควบคุมยาสูบของจังหวัด โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่เป็น Focal point และกระทรวง/หน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ควรเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียระดับพื้นที่ อาทิ ตัวแทนจากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ศึกษานิเทศก์ กรมอนามัยและการปกครองท้องถิ่น กระทรวงการคลัง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Karen.G., Frances.M.L. & Barbara, K.R.(Eds). *Health Behavior and Health Education. 2nd ed.* San Francisco: Jossey-Bass Publisher; 1997.
2. Albers, A.B., Siegel, M., Cheng, D.M., Biener, L. & Rigotti, N.A. *Relation between local restaurant smoking regulations and attitudes towards the prevalence and social acceptability of smoking: a study of youths and adults who eat out predominantly at restaurants in their town.* Tobacco Control. [Online] 2004;13: 347-355. Available from: <http://tc.bmjournals.com/cig/content/full/13/4/347?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESU>. Accessed Mar 12, 2005..
3. Rimpella, A.H. & Rainio, S.U. *The effectiveness of tobacco sales ban to minors: the case of Finland.* Tobacco control. [Online]. 2004;13: 167-174. Available from: http://bmjournals.com/cgi/gca?allch=&SEARCHID=111824538669_522&FULLTEXT=resp Accessed Jun 8, 2005.
4. Crawford, M.A., Balch, G.I., Mermelstein, R. The Tobacco control Network Writing Group. (2002). *Responses to tobacco control policies among youth.* Tobacco Control.[Online]. 2002; 11: 14-19. Available from: <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/11/1/14>. Accessed Mar 3, 2005.
5. เกียรติพงศ์ โชคทวีพานิชย์. *การดำเนินงานและประสิทธิผลของนโยบายการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่.* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง ; 2544.
6. ศูนย์วิจัยกสิกร. *สำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2546.* แหล่งข้อมูล: <http://www.kasikornresearch.com/indexwcgi>. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2547.
7. Daniel, W.W. *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 5th ed.* New York: John Wiley & Sons; 1995.
8. Bloom, B., Englehart, M. Furst, E., Hill, W., & Krathwohl, D. *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain.* New York, Toronto: Longmans, Green; 1956.
9. อรพิน กฤษณเกรียงไกร และคณะ. *การสำรวจการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2549.*
10. นวพรรณ สันตยากร. *ความคิดเห็นของประชาชนและผู้ประกอบการต่อการจัดเขตปลอดบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร และหัวเมืองใหญ่. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2540.*
11. กาญจนา บุญรักษา. *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการดำเนินการควบคุมคุณภาพการพยาบาลในชุมชนฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.*
12. มณฑา เก่งการพานิช ลักษณา เต็มศิริกุลชัยและธรรดล เก่งการพานิช. *สถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535.* กรุงเทพฯ : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2548.
13. Green, L.W. and Kreuter, M.W. *Health Promotion Planning : An Education and Environmental Approach. 2nd ed.* Mountain View, Calif : Mayfield, 1991.

ผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ต่อการรับรู้และความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดนครศรีธรรมราช

พรรณราย เจริญชาติรี*
 ลักษณ์า เต็มศิริกุลชัย**
 มณฑา เก่งการพานิช**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ทั้ง 6 แบบต่อการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่และความกลัวกับความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,186 คน จำแนกตามวัยและคำนวณด้วยสัดส่วนความน่าจะเป็น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบบังเอิญครอบคลุมทั้งผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มสูบบุหรี่ในทุกภาพ โดยกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่รับรู้ความรุนแรงสูงที่สุดต่อภาพที่ 6 คำนับบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด สำหรับกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นบางครั้งและสูบบุหรี่เป็นประจำ รับรู้ความรุนแรงสูงที่สุดต่อภาพที่ 4 สูบแล้วถุงลมพองตาย ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงที่สุดต่อภาพที่ 3 สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก ส่วนกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นบางครั้งพบว่ามี 2 ภาพคือภาพที่ 3 สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก และภาพที่ 6 คำนับบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด และกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นประจำ คือภาพที่ 6 คำนับบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ผลต่อความกลัว พบว่า ภาพที่ 6 คำนับบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอดเป็นภาพที่มีผลสูงที่สุดต่อทุกกลุ่ม รองลงมาคือภาพที่ 4 สูบแล้วถุงลมพองตาย ขณะที่ภาพที่มีผลต่ำสุดคือ ภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็ว เช่นเดียวกับกับผลต่อความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ (ไม่ยากลอมและ/หรือยากลิกสูบ) ภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือ ภาพที่ 6 คำนับบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอดและภาพที่ 4 สูบแล้วถุงลมพองตาย และประสิทธิภาพต่ำสุดคือ ภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็ว และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและระดับความกลัวจากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า หากกระทรวงสาธารณสุขจะเปลี่ยนภาพคำเตือนชุดใหม่ ภาพที่ควรคงไว้ คือภาพที่ 6 คำนับบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด และภาพที่ 4 สูบแล้วถุงลม พองตาย และภาพที่ควรตัดออก คือ ภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็ว และควรมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอและมีการเปลี่ยนภาพคำเตือนอย่างสม่ำเสมอทุก 2-3 ปี

* โรงพยาบาลพรหมคีรี จ.นครศรีธรรมราช ; ติดต่อผู้พิมพ์ อีเมล : pannarai46@hotmail.com

** อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Effect of Pictorial Health Warnings on Perceptions and Intention to smoke of Adults in Nakhonsithammarat Province

Pannarai Jaroenchatree*

Lakkhana Termsirikulchai**

Mondha Kengganpanich**

ABSTRACT

This cross-sectional survey research aimed to assess the effects of the six pictorial warning pictures on individual perceived severity, perceived vulnerability and intention to smoke of those 15 years and older in Nakhonsithammarat Province. Those samples included 1,186 persons, classified by age group distributed by proportion in the population. A convenience sample was surveyed and those samples included both smokers and non-smokers. Data were collected using an interview schedule and were analyzed by associative statistics such as the Chi-square test and One-way Analysis of Variance.

The research showed that non-smokers have higher levels of perceived severity and perceived vulnerability than smokers to all of the 6 pictorial warning pictures. The highest perceived severity was found among non-smokers for picture 6 showing that smoke causes lung cancer. For those who smoked occasionally and regularly, the highest effectiveness was picture 4 regarding smoking causing emphysema. For perceived vulnerability from cigarette smoking, it was found that among non-smokers, picture 3 regarding smoking leading to bad breath produced the highest level. Among occasional smokers, picture 3 regarding smoking leading to bad breath and picture 6 regarding smoke causing lung cancer produced equally high perceived vulnerability. Among those who smoked regularly, picture 6 regarding smoking causing lung cancer also produced the highest level of vulnerability. For fear-arousal level, picture 6 and picture 4 showing smoking causes emphysema had the highest effectiveness for all groups, and the least effective was picture 1 regarding smoking leading to early wrinkles. Effectiveness in delaying intention to smoke when seeing the pictorial health warning, the results were the same as for fear arousal, picture 6 and 4. Moreover, there were significant relationships between perceived severity, perceived vulnerability, and fear-arousal level and intention to smoke ($p < .001$). Recommendations include keeping pictures 6 and 4 and replacing picture 1 with ongoing evaluation and changes of pictorial health warnings continuously and periodically.

*Phromkhiri Hospital, NakhonSriThammarat Province ; Contact author : pannarai46@hotmail.com

**Assistant Professor, Department of Health Education and Behavioral Science, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

การคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกอีก 25 ปีข้างหน้า จะมีผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 1,600 ล้านคน อัตราการบริโภคที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ เมื่อพิจารณา ณ ปัจจุบัน การสูบบุหรี่จะทำให้คนทั่วโลก 1 ใน 10 คน สูญเสียชีวิต และเมื่อถึงปี พ.ศ. 2573 หรืออาจเร็วกว่านั้น สัดส่วนจะเปลี่ยนเป็น 1 ใน 6 คน ซึ่งเท่ากับว่าในปีหนึ่งๆ จะมีคน 10 ล้านคนเสียชีวิตเพราะบุหรี่มากกว่าการเสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2547⁽¹⁾ ที่ให้เห็นว่ามีจำนวนผู้สูบบุหรี่สูงถึง 11.36 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.47 และจากรายงานของคณะทำงานศึกษาภาวะโรคในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่า บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเป็นอันดับสอง รองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ที่นำไปสู่ภาวะโรคของคนไทยในปัจจุบัน⁽²⁾ และจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าจังหวัดนครศรีธรรมราช มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 25.1⁽³⁾ ซึ่งสูงเป็นอันดับ 6 จากทั้ง 14 จังหวัดในภาคใต้ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จังหวัดนครศรีธรรมราชมีประชากรที่สูบบุหรี่เป็นประจำรวมทั้งสิ้น 288,726 คน

การควบคุมการบริโภคยาสูบโดยใช้มาตรการลดภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ เป็นมาตรการหนึ่งที่สำคัญในการให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลอันตรายของการสูบบุหรี่โดยตรงและสม่ำเสมอ ซึ่งคาดหวังว่าจะส่งผลให้ประชาชนอยากลงน้อยลง และทำให้ผู้สูบบุหรี่ลดและเลิกบุหรี่มากขึ้น ภาพบนซองบุหรี่ที่ใช้สื่อความหมาย 6 ภาพและข้อความประกอบรูปภาพ คือ 1) สูบแล้วแก่เร็ว 2) ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก 3) สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก 4) สูบแล้วถุงลมพองตาย 5) ควันบุหรี่ฆ่าคนตายได้ 6) ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ภาพดังกล่าวใช้แนวคิดในเรื่องการใช้ความน่ากลัวในการนำเสนอ (Fear Appeal) ในลักษณะของผลกระทบทางลบ (Loss frame) หรือ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ต่อการเกิดโรคและความเจ็บป่วย

อย่างไรก็ดี การศึกษาถึงสาเหตุของการเลิกสูบบุหรี่ที่เกิดจากความกลัวเป็นโรค/การเจ็บป่วยในกลุ่มอายุต่างกัน พบว่า มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ กลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ด้วยสาเหตุดังกล่าวสูงสุดคือ ร้อยละ 12.8 รองลงมาคือ กลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 10.4 และ กลุ่มวัยรุ่น (15-24 ปี) มีอัตราต่ำสุด คือ ร้อยละ 2.5⁽⁴⁾

การศึกษานี้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ทั้ง 6 แบบสามารถใช้ในการให้ข้อมูลถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ ตลอดจนมีผลกับการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่และความตั้งใจในการสูบบุหรี่กับประชาชนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในจังหวัดนครศรีธรรมราชได้หรือไม่ และแตกต่างกันอย่างไรระหว่างผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำผลการประเมินไปใช้ในการผลักดันมาตรการและการพิจารณาปรับเปลี่ยนภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราชในการควบคุมการบริโภคยาสูบต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ในด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่ และ ความรู้สึกกลัว
- 2) ความตั้งใจในการสูบบุหรี่
- 3) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่

บุหรื และความรู้สึกล้วจากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรืกับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรื

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครศรีธรรมราช

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มตามอายุเป็น 4 กลุ่ม คือวัยรุ่น วัยทำงาน วัยกลางคนและวัยสูงอายุ และคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณที่ทราบสัดส่วนการสูบบุหรื กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อน 4% และค่าสัดส่วนของพฤติกรรมสูบบุหรืเป็นประจำของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.25^3 ได้ขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 450 คน แบ่งตามกลุ่มอายุได้ดังนี้คือวัยรุ่น 105 คน วัยทำงาน 229 คน วัยกลางคน 50 คน และวัยสูงอายุ 66 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการทดสอบสื่อภาพคำเตือนบนซองบุหรื เป็นการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ครอบคลุมทั้งผู้สูบบุหรืและไม่สูบบุหรื จากสถานที่ที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้คือ โรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศูนย์การศึกษา นอกโรงเรียน โรงงาน ห้างสรรพสินค้า ตลาด โรงพยาบาล และวัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การมีบุตร อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา และพฤติกรรมสูบบุหรื

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรื

ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของลิเคอร์ส (Likert Scale) โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ในส่วนความตั้งใจในการสูบบุหรืที่มีต่อแต่ละภาพคำถามแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 เป็นความตั้งใจเมื่อเห็นภาพ สำหรับผู้ที่ไม่สูบบุหรืมี 2 ตัวเลือก คือไม่อยากลอง อยากลอง และผู้ที่สูบบุหรืมี 3 ตัวเลือก คือ เลิกสูบบุหรื ลดปริมาณ สูบบุหรืมากขึ้น ประเภทที่ 2 ให้ เรียงลำดับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรืโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย 6 ระดับ

ส่วนที่ 3 ระดับความกลัวต่อภาพคำเตือนบนซองบุหรืแต่ละภาพ ให้ตอบโดยเรียงลำดับความกลัวจากน้อยไปมาก 6 ระดับ

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรื และความรู้สึกล้วจากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรืกับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรื ด้วยสถิติไคสแควร์ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way ANOVA : F - test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสูบบุหรื

กลุ่มตัวอย่าง 1,186 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 69.9 อายุเฉลี่ย 34.7 ปี เป็นกลุ่มคนวัยทำงานอายุระหว่าง 25 - 49 ปี ร้อยละ 51.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 48.7 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 34.3 อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 31.2 และมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท ร้อยละ 30.9

พฤติกรรมสูบบุหรืของกลุ่มตัวอย่าง พบ

ว่า ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 66.5 และปัจจุบันสูบบุหรี่ ร้อยละ 33.5 โดยเป็นกลุ่มที่สูบเป็นประจำ ร้อยละ 21.2 และสูบเป็นบางครั้ง ร้อยละ 12.3

2. ผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่จากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ทั้ง 6 ภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากภาพคำเตือนบนซองบุหรี่สูงที่สุดในทุกภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่สูบเป็นบางครั้งและกลุ่มที่สูบเป็นประจำ โดยภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงสูงที่สุด (5.77 คะแนน) ในจำนวนภาพทั้งหมด รองลงมา คือ ภาพที่ 4 สูบแล้วถุงลมพองตาย สำหรับกลุ่มที่สูบเป็นบางครั้งและกลุ่มที่สูบเป็นประจำ พบว่า ภาพที่ 4 สูบแล้วถุงลมพองตาย มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงสูงที่สุด (5.60 คะแนน และ 5.59 คะแนน ตามลำดับ) รองลงมาเป็นอันดับสองของกลุ่มที่สูบเป็นบางครั้ง คือ ภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด และของกลุ่มที่สูบเป็นประจำ คือ ภาพที่ 2 ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการเห็นภาพคำเตือนรายภาพระหว่างกลุ่มที่ไม่สูบ กลุ่มที่สูบเป็นบางครั้ง และกลุ่มที่สูบเป็นประจำ พบว่า กลุ่มไม่สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงจากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ใน 5 ภาพ และการรับรู้โดยรวมทั้ง 6 ภาพ สูงกว่ากลุ่มที่สูบเป็นบางครั้ง และกลุ่มที่สูบประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เว้นเพียงภาพที่ 4 ที่แตกต่างระหว่างกลุ่มที่ไม่สูบกับกลุ่มที่สูบประจำเท่านั้น ดังตารางที่ 1

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการ

สูบบุหรี่จากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ทั้ง 6 ภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากภาพคำเตือนบนซองบุหรี่สูงที่สุดในทุกภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่สูบเป็นบางครั้งและกลุ่มที่สูบเป็นประจำ โดยภาพที่ 3 สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงที่สุด (5.72 คะแนน) ในจำนวนภาพทั้งหมด รองลงมาคือ ภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด และภาพที่ 2 ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก มีค่าเฉลี่ยพอ ๆ กัน คือ 5.59 และ 5.58 คะแนน สำหรับกลุ่มที่สูบเป็นบางครั้ง พบว่า ภาพที่ 6 และภาพที่ 3 เป็นภาพที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงที่สุดเท่ากัน (5.49 คะแนน) ขณะที่กลุ่มที่สูบเป็นประจำ พบว่า ภาพที่ 6 มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงที่สุด เท่ากับ 5.37 รองลงมา คือ ภาพที่ 2 ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก และภาพที่ 3 สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (5.33 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่จากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่รายภาพระหว่างกลุ่มที่ไม่สูบ กลุ่มที่สูบเป็นบางครั้ง และกลุ่มที่สูบเป็นประจำ พบว่า กลุ่มไม่สูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มที่สูบเป็นบางครั้ง และกลุ่มที่สูบประจำรวมทั้งหมด 4 ภาพ คือ ภาพที่ 1-4 และการรับรู้โดยรวมทั้ง 6 ภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ส่วนภาพที่ 5 พบว่าแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ไม่สูบกับกลุ่มที่สูบเป็นบางครั้ง และ ภาพที่ 6 พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ไม่สูบกับกลุ่มที่สูบเป็นประจำเท่านั้น ดังตารางที่ 1

2.3 ความกลัวเมื่อเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่

เมื่อเรียงลำดับตามความกลัวต่อภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 3 ลำดับแรก พบว่า กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่จะมีความกลัวสูงสุดต่อภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ภาพที่ 4 สูบแล้วถุงลมพองตาย และภาพที่ 2 ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก ส่วนกลุ่มที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ พบว่า มีความกลัวมากที่สุดเช่นเดียวกับกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ใน 2 ลำดับแรก แต่ลำดับที่ 3 กลายเป็น

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่จากการเห็นภาพคำเตือนรายภาพและจำแนก ตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่ออันตราย ตามภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ (n=1,186)	พฤติกรรมการสูบบุหรี่						F	df	p-value
	ไม่สูบบุหรี่ (n=789)		สูบเป็นบางครั้ง (n=146)		สูบเป็นประจำ (n=251)				
	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.			
ความรุนแรงของโรคต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่									
ภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็ว	5.50	0.82	5.32	1.00	4.99	1.23	27.81	2,1183	< .001
ภาพที่ 2 ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก	5.69	0.73	5.48	0.97	5.48	0.85	9.06	2,1183	< .001
ภาพที่ 3 สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก	5.67	0.76	5.36	1.06	5.34	1.00	18.96	2,1183	< .001
ภาพที่ 4 สูบแล้วถุงลมพองตาย	5.71	0.68	5.60	0.85	5.59	0.78	3.48	2,1183	0.031
ภาพที่ 5 ควันบุหรี่ฆ่าคนตายได้	5.68	0.70	5.49	0.91	5.21	1.08	32.55	2,1183	< .001
ภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด	5.77	0.65	5.58	0.95	5.46	1.03	16.58	2,1183	< .001
การรับรู้โดยรวมทั้ง 6 ภาพ	34.03	3.52	32.82	4.71	32.06	4.57	26.10	2,1183	< .001
โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่									
ภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็ว	5.40	0.91	5.08	1.15	4.89	1.26	25.98	2,1183	< .001
ภาพที่ 2 ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก	5.58	0.78	5.32	1.00	5.33	0.94	11.96	2,1183	< .001
ภาพที่ 3 สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก	5.72	0.69	5.49	0.93	5.33	0.87	25.56	2,1183	< .001
ภาพที่ 4 สูบแล้วถุงลมพองตาย	4.58	0.81	4.26	0.59	4.27	0.73	21.04	2,1183	< .001
ภาพที่ 5 ควันบุหรี่ฆ่าคนตายได้	4.26	1.64	3.64	1.50	4.04	1.61	9.62	2,1183	< .001
ภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด	5.59	0.76	5.49	0.91	5.37	1.08	5.88	2,1183	0.003
การรับรู้โดยรวมทั้ง 6 ภาพ	31.13	3.21	29.28	3.18	29.24	3.95	40.57	2,1183	< .001

ภาพที่ 3 สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก นอกจากนั้นกลุ่มที่สูบบุหรี่ยังจัดให้ภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็ว เป็นภาพที่มีความกลัวน้อยที่สุด

2.4 ความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่เมื่อเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ เมื่อเรียงลำดับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่อันเนื่องมาจากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นรายภาพ 3 ลำดับแรก พบว่า กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มีความตั้งใจไม่สูบบุหรี่เมื่อเห็นภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ภาพที่ 4 สูบ

แล้วถุงลมพองตาย และภาพที่ 2 ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก ซึ่งเป็นความตั้งใจที่สอดคล้องกับความกลัว มีไม่สอดคล้องเพียงภาพที่ 3 และภาพที่ 5 สำหรับกลุ่มที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ พบว่า มีความตั้งใจไม่สูบบุหรี่มากที่สุดเมื่อเห็นภาพที่ 6 ภาพที่ 4 และภาพที่ 3 ซึ่งความตั้งใจนี้สอดคล้องกับความกลัวเช่นกันและสอดคล้องกันทั้ง 6 ภาพด้วย โดยมีข้อน่าสังเกตจากการศึกษา พบว่า อันดับของความกลัวต่อการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่มีความสอดคล้องกับ

ตารางที่ 2 ลำดับความกลัวเมื่อเห็นภาพคำเตือนแต่ละภาพ และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ โดยเรียงจากมาก ที่สุดไปถึ้น้อยที่สุด (1 ถึง 6) จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่	กลุ่มไม่สูบบุหรี่ (n = 789)		กลุ่มสูบบุหรี่ (n = 397)	
	ความกลัว	ความตั้งใจ	ความกลัว	ความตั้งใจ
ภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็ว	6	6	6	6
ภาพที่ 2 ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก	3	3	5	5
ภาพที่ 3 สูบแล้วจะมีกลิ่นปาก	5	4	3	3
ภาพที่ 4 สูบแล้วถูกลมพองตาย	2	2	2	2
ภาพที่ 5 ควันบุหรี่ฆ่าคนตายได้	4	5	4	4
ภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด	1	1	1	1

อันดับของความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่อย่างมาก ดังตารางที่ 2

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรง รับรู้โอกาสเสี่ยง และความรู้สึกกลัวจากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรืกับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ กับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงมีถึงร้อยละ 74.2 ที่มีความเห็นว่ามีผลต่อความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงระดับต่ำร้อยละ 41.7 เห็นว่ามีผลต่อความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ และพบว่า ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 88.40, df = 4, p < 0.001) ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการสูบบุหรี่กับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมีถึงร้อยละ 74.8 ที่มีความเห็นว่ามีผลต่อความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่กลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับต่ำร้อยละ 36.4 เห็นว่ามีผลต่อความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งพบว่า ระดับ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 68.06, df = 4, p < 0.001) ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความกลัวจากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรืกับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่กลัว ร้อยละ 69.6 มีความเห็นว่ามีผลต่อความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ขณะที่กลุ่มไม่กลัว ร้อยละ 62.7 มีความเห็นว่ามีผลต่อความตั้งใจ ซึ่งพบว่า ความกลัวจากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรืมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 22.65, df = 4, p < 0.001) ดังตารางที่ 3

อภิปรายผล

1. ภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุดโดยรวม ทั้งต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่ และความกลัวโทษและอันตรายของการสูบบุหรี่รวมถึงควันบุหรืมือสอง คือ ภาพที่ 6 ควันบุหรืทำให้เกิดมะเร็งปอด รองลงมาคือ ภาพที่ 4 สูบแล้วถูกลมพองตาย โดยภาพที่มีประสิทธิภาพต่ำสุดคือ ภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็ว แสดงให้เห็นว่า ภาพคำเตือนบนซองบุหรืที่นำเสนอความน่ากลัว (Fear Appeal) ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และระดับความกลัวกับการมีผลต่อความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่

การรับรู้ (n = 1,186)	การมีผลต่อความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่			ค่าสถิติ
	ไม่มีผล	ไม่แน่ใจ	มีผล	
<i>การรับรู้ความรุนแรง</i>				
● ระดับต่ำ	50.0	8.3	41.7	Chi-square = 88.402, df = 4, p < 0.001
● ระดับปานกลาง	41.9	24.8	33.3	
● ระดับสูงปานกลาง	14.1	11.7	74.2	
<i>การรับรู้โอกาสเสี่ยง</i>				
● ระดับต่ำ	54.5	9.1	36.4	Chi-square = 68.057, df = 4, p < 0.001
● ระดับปานกลาง	30.1	23.3	46.6	
● ระดับสูง	14.2	11.0	74.8	
<i>ระดับความกลัว</i>				
● ไม่กลัว	25.7	11.6	62.7	Chi-square = 22.65 , df = 4, p < 0.001
● ไม่แน่ใจ	33.0	14.3	52.7	
● กลัว	18.1	12.3	69.6	

การเจ็บป่วยที่รุนแรง ได้แก่ มะเร็งปอดและถุงลมพองจะเป็นภาพคำเตือนที่มีประสิทธิภาพต่อการรับรู้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของภาพคำเตือนที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหลายกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมออนามัย⁽⁵⁾ และพนักงานเจ้าหน้าที่ในการควบคุมยาสูบ จังหวัดชลบุรี⁽⁶⁾ และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ของวิชาชีพลูกสูบ⁽⁷⁾ ที่พบว่า ภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด เป็นภาพที่มีประสิทธิภาพสูงต่อการรับรู้ความรุนแรงของบุหรี่ และตามแนวคิดหลักการโน้มน้าวใจของ Higbee⁽⁸⁾ ยืนยันให้เห็นว่า การใช้หลักสร้างความกลัวส่งผลให้เกิดทัศนคติไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง อย่างไรก็ตามการส่งสารที่ทำให้เกิดความกลัวในระดับสูงมักจะให้ประสิทธิภาพที่สูงกว่าในการลดการสูบบุหรี่⁽⁹⁾

2. ภาพที่มีประสิทธิภาพต่ำสุด คือ ภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็ว รองลงมาคือ ภาพที่แสดงถึงผลกระทบต่อของการได้รับควันบุหรี่มือสองที่มีต่อลูกและผลต่อชีวิต ได้แก่ ภาพที่ 2 ควันบุหรี่จะทำร้ายลูก และภาพที่ 5 ควันบุหรี่ฆ่าคนตายได้

ปรากฏการณ์ที่ภาพที่ 1 คือสูบแล้วแก่เร็วเป็นภาพที่มีประสิทธิภาพต่ำสุดนี้ อาจสะท้อนให้เห็นข้อเท็จจริงหลายประการ กล่าวคือ 1) ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ดังนั้นการใช้ภาพผู้หญิงที่มุ่งเป้าหมายกับกลุ่มสูบบุหรี่ที่เป็นเพศหญิงจึงมีประสิทธิภาพค่อนข้างต่ำ ทำให้ผู้ชายรู้สึกว่าภาพผู้หญิงสูบบุหรี่แล้วแก่เร็วไม่ใช่ปัญหาของเพศชาย 2) ประเด็นเรื่อง “วัย” หรือ “ความแก่” เป็นประเด็นที่คนทั่วไปต่างเห็นว่าเป็นเรื่องของสังขารที่ทุกคนจะต้องอยู่ในสภาวะดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่วัยกลางคนทำให้ประเด็นเรื่องความแก่ไม่ส่งผลให้เกิดกลัวมากนัก สำหรับภาพที่มีประสิทธิภาพต่ำรองลงมาคือ ภาพที่แสดงถึงโทษของควันบุหรี่ที่ไม่เห็นผลต่อสุขภาพโดยตรง ได้แก่ ภาพควันบุหรี่ฆ่าคนตายได้ (มีรูปหัวกะโหลก) และควันบุหรี่จะทำร้ายลูก อาจเนื่องจากภาพที่สื่อโดยอ้อม ทำให้ต้องตีความและคิดวิเคราะห์ปัญหาจะทำให้เกิดความกลัวต่ำกว่าภาพที่เห็นแล้วเข้าใจได้ทันที ดังภาพที่แสดงอาการของ “โรคที่ร้ายแรง” เช่น มะเร็งและถุงลมพอง เป็นต้น

3. กลุ่มสูบบุหรี่เป็นประจำมีการรับรู้ในทุกด้านต่ำกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่ และความกลัวโทษและอันตรายของการสูบบุหรี่จากการเห็นภาพคำเตือน แต่เมื่อพิจารณาภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อการรับรู้ในทุกด้าน จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มไม่สูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่ พบว่า ภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอดมีประสิทธิภาพสูงสุดในทุกกลุ่ม และภาพที่มีประสิทธิภาพรองลงมาคือ ภาพที่ 4 สูบแล้วลงมรณะตาย และภาพที่มีประสิทธิภาพต่ำสุดคือ ภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็ว แสดงให้เห็นว่า ภาพคำเตือนมีผลต่ออารมณ์และความรู้ในทุกกลุ่ม โดยกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มีความไวหรือการเข้าถึงข้อมูลมากกว่ากลุ่มสูบบุหรี่ หากแต่ผลที่เกิดขึ้นในด้านความรู้สึกและความกลัวอาจแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะการส่งสารที่น่ากลัวมาก อาจทำให้ผู้สูบบุหรี่คิดเข้าข้างตัวเอง และคิดว่ายากที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง⁽¹⁰⁾ ดังนั้นกลุ่มสูบบุหรี่มักมีกลไกการหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธเกิดขึ้นได้ (Defensive Avoidance Reaction) ซึ่งมีการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าไม่ควรสื่อสารความน่ากลัวเท่านั้น เพราะอาจทำให้การสื่อสารล้มเหลว แต่ควรเสนอทางเลือกและทางออกในการปฏิบัติตัวด้วยเพื่อให้สารที่ส่งไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่ และความรู้สึกกลัวจากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ส⁽¹¹⁾ ซึ่งมีพัฒนาการมาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งให้ความสำคัญกับการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยตัวกำหนดความกลัวที่สำคัญคือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) ซึ่งส่งผลให้เกิดกระบวนการเปลี่ยน

แปลงทางเจตคติ คือ ความตั้งใจที่จะตอบสนอง อันได้แก่ ความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของโรเจอร์ ดี และมิวบอร์น⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การให้นักเรียนได้รับรู้อันตรายและพิษภัยของบุหรี่ในระดับสูงจะมีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ อีกทั้งพบว่าการให้สุขศึกษาเรื่องพิษภัยบุหรี่ทำให้เกิดความกลัวและทำให้นักเรียนงดบุหรี่ได้มากขึ้น

สรุป

ภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและต่ำสุดโดยรวม ทั้งต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่ และความกลัวโทษและอันตรายของการสูบบุหรี่รวมถึงควันบุหรี่มีสอง คือ ภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด และภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็ว ตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มสูบบุหรี่เป็นประจำมีการรับรู้ในทุกด้านต่ำกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ หากแต่เมื่อพิจารณาภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อการรับรู้ในทุกด้าน จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มไม่สูบบุหรี่และกลุ่มที่สูบบุหรี่ พบว่า ภาพที่ 6 ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอดมีประสิทธิภาพสูงสุดในทุกกลุ่ม และภาพที่ 1 สูบแล้วแก่เร็วมีประสิทธิภาพต่ำสุด ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการสูบบุหรี่ และความรู้สึกกลัวจากการเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ

1. การใช้ภาพคำเตือนที่แสดงให้เห็นอาการของโรคที่ร้ายแรงถึงชีวิตมีผลต่อการรับรู้ถึงความรุนแรง ความเสี่ยง ความกลัว และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ ดังนั้น การเลือกภาพคำเตือนจึงควรเน้นภาพที่เห็นแล้วเข้าใจได้ทันที เช่น ภาพอาการของโรคที่ร้ายแรงและน่ากลัว เป็นต้น ดังนั้น ภาพที่ 6 และภาพที่ 4 ควรคงไว้

2. ควรเปลี่ยนภาพที่มีประสิทธิภาพต่ำได้แก่ ภาพผู้หญิงสูบบุหรี่แล้วแก่ก่อนวัย ทั้งนี้เนื่องจากไม่สามารถสื่อถึงกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ได้ อีกทั้งยังนำไปสู่การคิดในลักษณะของความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ

3. มาตรการใช้ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ จำเป็นต้องควบคู่ไปกับมาตรการอื่นๆ เช่น การรณรงค์และการให้สุขศึกษา เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาพคำเตือนที่ไม่ได้สื่อสารตรง แต่ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ เช่น ผลกระทบของควันบุหรี่ต่อเด็ก เป็นต้น

4. เพื่อให้ภาพคำเตือนเกิดประสิทธิภาพ ต่อผู้ตั้งใจที่จะลดหรือเลิกบุหรี่ จำเป็นต้องมีบริการเลิกบุหรี่เพื่อรองรับความต้องการเลิกบุหรี่ อาทิ การบริการเลิกบุหรี่ทางโทรสายด่วน (Quit line) และ พิมพ์หมายเลขสายด่วนบนซองบุหรี่ ดังตัวอย่างที่ปฏิบัติในประเทศออสเตรเลียและสิงคโปร์ เป็นต้น

5. ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่มีผลต่อการรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงและความกลัวของผู้ไม่สูบบุหรี่สูงกว่าผู้สูบบุหรี่ ดังนั้น จึงควรหามาตรการอื่นที่มีประสิทธิภาพสูงควบคู่ไปกับการมีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ โดยเฉพาะประเด็นเศรษฐกิจ อาทิ มาตรการขึ้นภาษีบุหรี่ เป็นต้น

6. จัดให้มีการประชาสัมพันธ์ รณรงค์ให้ความรู้ และให้สุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับภาพคำเตือนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1. ควรประเมินผลภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องทุกสองหรือสามปี ทั้งนี้ เพราะ ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เมื่อใช้ไประยะหนึ่ง อาจสร้างให้เกิดความเคยชิน ไม่มีความตื่นตัวในเรื่องพิษภัยจากการสูบบุหรี่ และไม่สนใจภาพคำเตือนบนซองบุหรี่อีกต่อไป

2. ควรวิจัยเชิงลึกเพื่อศึกษาความต้องการของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในประเด็นภาพ ข้อความ ขนาด สี และรูปแบบว่าควรมีลักษณะใด จึงจะมีประสิทธิภาพต่อกลุ่มเป้าหมาย

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของมาตรการภาพคำเตือนบนซองบุรียุกับมาตรการอื่น ๆ ที่มีผลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ เช่น การห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และการขึ้นภาษีบุหรี่ เป็นต้น

4. ควรศึกษาไปข้างหน้าในระยะยาว (Cohort study) เพื่อประเมินประสิทธิผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่เกี่ยวกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้สนับสนุนทุนในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. *การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ*. ตำราวิชาการสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายวิชาชีพ สุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดภัย; 2549.
2. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. *สุขภาพคนไทย 2546*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2547.
3. ศรัณญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช และลักษณะา เต็มศิริกุลชัย. *สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534 -2547*. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมีนคังการพิมพ์; 2549
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544*. กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี; 2544.
5. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. *การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. เอกสารอัดสำเนา; 2549.
6. เพ็ญภักตร์ จันทพร. *การตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข-สุขภาพศาสตร์), สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
7. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. *การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ*. เอกสารอัดสำเนา; 2549.
8. วินัส เจิดจรรยาพงศ์. *อิทธิพลของการใช้ความกลัวในภาพยนตร์โฆษณาต่อต้านโรคเอดส์ต่อกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการโฆษณา ภาควิชาประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
9. จินตนา จารุสมบัติ. *บริบททางสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กรณีศึกษาคนงานในอุตสาหกรรม เขตเทศบาลเมืองจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
10. พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ. *จิตวิทยาการสื่อสาร*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2530, หน้า 82-83.
11. Mackay, Bruce C. *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT) : Effects of Imagined Scenarios on Intent to use Condoms*. Michigan: A Bell and Howell, Information Company; 1992.



ผลของการใช้หลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

มนิรัตน์ ธีระวัฒน์*

สุปรียา ตันสกุล*

นิรัตน์ อิมามี*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้หลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 11 โรงเรียน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้ครูนักทรงค้เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 11 คน และนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 1,212 คน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคือแบบทดสอบนักเรียนและแบบสัมภาษณ์ครูและนักเรียน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนตัวอย่างเป็นเพศชายและหญิงพอ ๆ กัน อายุเฉลี่ย 14.3 ปี ส่วนใหญ่เรียนอยู่ในชั้น ม.2 และ ม.3 ผลการทดสอบหลังการเรียนหลักสูตรฯ พบว่า นักเรียนทุกระดับชั้นมีความรู้เรื่องบุหรี่ เจตคติและความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับชั้น พบว่า นักเรียนชั้น ม.4-6 มีความรู้เรื่องบุหรี่ เจตคติและความสามารถด้านการคิดฯ เพิ่มขึ้นสูงกว่านักเรียนชั้น ม.1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับการจัดการเรียนการสอนที่ต่างกัน พบว่า การเรียนในชุมชนส่งผลต่อเจตคติและความสามารถด้านการคิดฯ เพิ่มขึ้นสูงกว่าการเรียนในชั้นเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างของความรู้เรื่องบุหรี่จากการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน สำหรับความ คิดเห็นต่อเนื้อหาหลักสูตร พบว่า ทั้งครูและนักเรียนมีความเห็นตรงกันว่า เป็นเนื้อหาที่ดี มีประโยชน์ ทำให้เข้าใจโทษและพิษภัยจากบุหรี่ สามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้ มีบรรยากาศความเป็นกันเองดี ทำให้นักเรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียน ระยะเวลาในการสอนไม่ควรเกิน 1 คาบ

ข้อเสนอแนะ คือ ควรปรับเนื้อหาให้กระชับให้สอดคล้องกับเวลาที่ปรับสอนใน 1 คาบ ควรสอดแทรกในกลุ่มสาระสุขศึกษาและพลศึกษา และทำการสอนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ม.1 จนถึง ม.6 และอบรมครูให้มีความรู้และทักษะการสอนในทุกหน่วยและทุกแผนการสอน

* อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ติดต่อผู้พิมพ์ อีเมลล์ : phmtr@mahidol.ac.th

An Efficacy of Smoke Free School Curriculum in Secondary Schools, Bangkok and Neighboring Areas

Manirat Therawiwat*

Supreya Tansakul*

Nirat Imamee*

ABSTRACT

The objective of this quasi-experimental research was to assess the efficacy of the smoke-free school curriculum in 11 secondary schools in Bangkok and neighboring areas which had a campaign against smoking and which were involved in the smoke-free school curriculum developments. The sample comprised 11 teachers and 1,212 students from 7th to 12th grades. The instruments for data collection were the students' tests and a structured interview questionnaire for teachers and students. The arithmetic mean was established and a t-test statistic was conducted.

The results of the study reveal that there were nearly as man male as female subjects. Average age was 14.3 and the majority were studying in grade 8 and 9. After using the smoke-free school curriculum, the students at all levels had significantly better knowledge, attitudes, and critical thinking abilities about cigarette smoking than before ($p<0.001$). A comparison among educational levels found that the students in grades 10-12 had significantly better knowledge, attitudes, and critical thinking abilities about cigarette smoking than students of grades 7-9 ($p<0.001$). A comparison among the different kinds of teaching found that extra-curricular activities produced significantly better attitudes, and critical thinking abilities about cigarette smoking than regular teaching ($p<0.001$) ; this was not true for knowledge. Teachers and students appreciated the contents of the curriculum, the usefulness for understanding the harmfulness of cigarettes, and its ease for use in daily life. Moreover, a good relationship raised participation in the learning process. The teaching period should be one period long.

Recommendations are to adjust the content to fit with the reduced time and to integrate in health education and physical education group. The application should be taught continuously from grades 7 to 12 and teachers need training in knowledge and teaching skills.

* Lecturer, Department of Health Education and Behavioral Science, Faculty of Public Health, Mahidol University
Contact author : phmtr@mahidol.ac.th

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหาทางสุขภาพและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกที่มีแนวโน้มสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น ๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกที่รายงานถึงจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากการสูบบุหรี่ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีโดยในขณะนี้ผู้เสียชีวิตจากบุหรี่ปีละ 5 ล้านคน หรือในจำนวนผู้เสียชีวิตทุก ๆ 10 คนจะมี 1 คนที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ โดยคาดประมาณในอีก 20-30 ปีข้างหน้า จำนวนผู้เสียชีวิตจากบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 12 ของจำนวนการเสียชีวิตของประชากรทั้งหมดทั่วโลก⁽¹⁾ จากการวิจัยทางการแพทย์ พบว่า อัตราเสี่ยงต่อการป่วยและเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่นั้นสูงกว่าที่เคยคาดคิดไว้ โดยพบว่า 1 ใน 2 หรือครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบตั้งแต่วัยรุ่น และผู้สูบบุหรี่ต่อไปเป็นประจำ จะตายจากการสูบบุหรี่ โดยครึ่งหนึ่งของคนเหล่านี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคน หรือมี “อายุสั้น” กว่าคนทั่วไปถึง 22 ปี ในส่วนของ “คนไทย” พบว่า ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตด้วย “โรคจากการสูบบุหรี่” ถึงปีละ 52,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือเท่ากับชั่วโมงละ 6 คน ซึ่งนับว่าเป็นตัวเลขที่สูงไม่น้อยเลยทีเดียว⁽²⁾

ขณะที่ประเทศไทยมีศักยภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบที่ค่อนข้างเข้มแข็ง ขณะเดียวกันบริษัทบริษัทบุหรี่มีการพัฒนารูปแบบบุหรี่ให้มีความแปลกใหม่ แม้ว่าจะถูกห้ามไม่ให้มีการโฆษณาก็ตาม แนวโน้มของบุคคลที่เริ่มสูบบุหรี่ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่ม “เยาวชน” เห็นได้จากรายงานล่าสุดของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽³⁾ ที่สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทย พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 19.5 และสูบบุหรี่นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 3.5 ซึ่งเป็นชายร้อยละ 43.7 เป็นหญิงร้อยละ 2.6 ที่น่าเป็นห่วงพบว่ากลุ่ม

ประชากรที่สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นคือ กลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เสพติดบุหรี่เกือบ 5 แสนคน เยาวชนอายุต่ำกว่า 24 ปี เสพติดบุหรี่หนึ่งล้านห้าแสนกว่าคน ช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 15-24 ปี ร้อยละ 84.0⁽⁴⁾ นอกจากนี้งานสำรวจของเอแบคโพลล์ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนนักศึกษาจาก 25 จังหวัดทั่วประเทศ ได้ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ การดื่มเหล้า เที่ยวกลางคืน มีเพศสัมพันธ์ เล่นการพนันและใช้ยาเสพติดอื่นและมีตัวเลขน่าตกใจมากกว่า คือ นักเรียนชั้นมัธยมต้นที่สูบบุหรี่ เป็นผู้ที่ใช้ยาเสพติดมากกว่านักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ 27 เท่า ขณะที่ในจำนวนนักศึกษาปริญญาตรี ผู้ที่สูบบุหรี่ใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบ 10 เท่า⁽⁵⁾

ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน แม้ว่าจะกำหนดให้สถานศึกษาเป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่ยังไม่เพียงพอที่จะสร้างภูมิคุ้มกันจากการสูบบุหรี่ให้แก่เด็กนักเรียนได้ ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนา “หลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่” เพื่อบูรณาการในหลักสูตรการเรียนการสอน ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยเครือข่ายครูนักกรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิกรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นคู่มือครูในการจัดการเรียนรู้เรื่องบุหรี่ให้นักเรียนมัธยมศึกษาและเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน

อนึ่ง “หลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่” เป็นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้น โดยมุ่งเน้นการบูรณาการให้สอดคล้องตามสาระและมาตรฐานการเรียนรู้ กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา แต่การพิจารณาว่าหลักสูตรมีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้เรียนเพียงใดนั้น ความรู้ เจตคติและความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่มีต่อเรื่องบุหรี่หลังการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรนับว่าเป็นส่วนสำคัญปัจจัยหนึ่ง ดังนั้น

คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรฯ เพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรฯ และนำเสนอต่อผู้บริหารสถานศึกษาและผู้เกี่ยวข้องเพื่อในการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เรียนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาหลังการเรียนรู้อตามหลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่ ด้านความรู้เรื่องบุหรี่ เจตคติและความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี่
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษา ที่มีการจัดการเรียนการสอนทั้ง 2 แบบ ได้แก่ การสอนเป็นรายวิชาเพิ่มเติม (เรียนในชั้นเรียน) และการสอนในกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน (เรียนในชุมนุม)
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 กับนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ก่อนและหลังเรียนหลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่
4. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักเรียนและครูต่อหลักสูตรฯ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลองสอนตาม “หลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่”

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปีที่ 6 ซึ่งกำลังศึกษาใน

ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2549 (พฤษภาคม – กันยายน 2549) และครูนักบรรณรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นโรงเรียนตัวอย่างจำนวน 11 โรงเรียน คือ โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ฝ่ายมัธยม) โรงเรียนมัธยมวัดดุสิตาราม โรงเรียนราชวินิต โรงเรียนวัดปากน้ำวิทยาคม โรงเรียนสุวรรณสุทธารามวิทยา โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ เตรียมอุดมศึกษาน้อมเกล้า โรงเรียนบางมดวิทยา สีสุกหวาดจวนอุปถัมภ์ โรงเรียนวัดราชโอรส โรงเรียนรัตนโกสินทร์สมโภชนบางขุนเทียน โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ สตรีวิทยาพุทธมณฑล และโรงเรียนสามพรานวิทยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนทั้งหมดในห้องเรียนของทุกชั้นปี (มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6) ชั้นปีละ 1 ห้อง จาก 11 โรงเรียน ซึ่งคัดเลือกห้องเรียนตัวอย่างโดยให้ครูผู้สอนสุ่มเลือกอย่างง่ายจากห้องเรียนทั้งหมดในแต่ละชั้นปี ชั้นปีละ 1 ห้อง รวมทั้งสิ้น 66 ห้องเรียนตัวอย่าง โดยมีจำนวนนักเรียนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,212 คน และครูนักบรรณรักษ์ในแต่ละโรงเรียน ๆ ละ 1 คน รวม 11 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือหลัก 2 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ หลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่ เป็นหลักสูตรที่มีลักษณะเป็นคู่มือครูที่ประกอบด้วยแผนการจัดการเรียนรู้รายวิชา “โรงเรียนปลอดบุหรี่” ทั้งหมด 4 หน่วยการเรียนรู้ 15 แผนการจัดการเรียนรู้ โดยกำหนดเวลาเรียน 1 ภาคการศึกษา ใช้เวลารวม 20 ชั่วโมง โดยจัดเป็นสาระการเรียนรู้เพิ่มเติมในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา และสามารถนำไปปรับใช้ในกลุ่มสาระการเรียนรู้อื่น ๆ และกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนได้ตามความเหมาะสมในเชิงบูรณาการให้สอดคล้องกับบริบทของโรงเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ เจตคติและความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี่และแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของครูและนักเรียนที่มีต่อหลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่

3. วิธีดำเนินการวิจัย

1. ทีมวิจัยประสานงานกับครูนักทรงรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของโรงเรียนตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางการวัดและประเมินผลการจัดการเรียนรู้ตามหลักสูตรฯ และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

2. ทำการทดสอบนักเรียนก่อนเรียนตามหลักสูตรฯ ด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี่

3. ดำเนินการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนตามหลักสูตรฯ โดยครูนักทรงรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เป็นผู้ดำเนินการสอนด้วยตนเอง โดยมีการจัดการเรียนการสอนเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

3.1 จัดการเรียนการสอนเป็นรายวิชาเพิ่มเติมในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษากลุ่มสาระการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ และกลุ่มสาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม

3.2 จัดการเรียนการสอนเป็นกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนได้แก่ กิจกรรมลูกเสือเนตรนารี กิจกรรมแนะแนว และกิจกรรมชุมนุมเฉพาะเรื่องบุหรี่

4. ทำการทดสอบนักเรียนหลังเรียนตามหลักสูตรฯ ด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี่

5. สัมภาษณ์ครูและนักเรียน

6. ตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย เขียนรายงานการวิจัยเสนอต่อผู้เกี่ยวข้อง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี่ระหว่างก่อนและหลังการใช้หลักสูตรและระหว่างระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 กับ 4-6 ด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 49.6 และ 50.4 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 11 - 19 ปี โดยอายุที่พบมากที่สุดคือ 13 และ 14 ปี คือ ร้อยละ 30.1 และ 28.9 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 70.7 โดยอยู่ในชั้น ม. 2 มากที่สุด ร้อยละ 36.5 รองลงมาคือ ม.3 ร้อยละ 22.8 และน้อยที่สุดคือ ม.4 ร้อยละ 3.1

2. เปรียบเทียบผลการเรียนรู้ของนักเรียนก่อนและหลังเรียนหลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่

2.1 ผลด้านความรู้เรื่องบุหรี่ โดยภาพรวมพบว่า ก่อนเรียนหลักสูตรฯ นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 6.04 ภายหลังจากเรียนหลักสูตรฯ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

2.2 ผลด้านเจตคติต่อการสูบบุหรี่ โดยภาพรวมพบว่า ก่อนเรียนหลักสูตรฯ นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยต่อการสูบบุหรี่เท่ากับ 65.87 และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 67.87 ภายหลังจากเรียนหลักสูตรฯ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

2.3 ผลต่อความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี่ โดยภาพรวมพบว่า ก่อนเรียนหลักสูตรฯ นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.21 และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 8.01 ภายหลังจากเรียนหลักสูตรฯ นักเรียน และเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

3. เปรียบเทียบผลการเรียนรู้ก่อนและหลังการเรียนหลักสูตรฯ ระหว่างนักเรียน ม. 1-3 กับ นักเรียน ม. 4-6

3.1 ผลต่อความรู้เรื่องบุหรี่ พบว่า ก่อนเรียน นักเรียน ม.1-3 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 ส่วนนักเรียน ม.4-6 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.03 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า นักเรียน ม.4-6 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่านักเรียน ม.1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังเรียนนักเรียน ม.1-3 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 5.90 ส่วนนักเรียน ม.4-6 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 6.39 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า นักเรียน ม.4-6 มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียน ม.1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเนื่องจากนักเรียนทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้เรื่องบุหรี่ทั้ง

ก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ แตกต่างกัน ดังนั้น จึงทำการทดสอบหาค่าความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเรียนของทั้งสองกลุ่มเพื่อหาค่าผลต่างของคะแนนที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่า นักเรียน ม.1-3 มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียน ม.4-6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.036$) ดังตารางที่ 2

3.2 ผลด้านเจตคติต่อการสูบบุหรี่ พบว่า ก่อนเรียนนักเรียน ม.1-3 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 65.39 ส่วนนักเรียน ม.4-6 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.05 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพบว่า นักเรียน ม.4-6 มีคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียนสูงกว่านักเรียน ม.1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.011$) สำหรับหลังเรียนนักเรียน ม.1-3 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 66.57 ส่วนนักเรียน ม.4-6 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 71.03 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังเรียน พบว่านักเรียน ม.4-6 มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียน ม.1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเนื่องจากนักเรียนทั้งสองกลุ่มมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ทั้งก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ แตกต่างกัน ดังนั้น จึงทำการทดสอบหาค่าความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเรียนของทั้งสองกลุ่ม ซึ่งพบว่า นักเรียน ม.4-6 มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่หลังเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียน ม.1-3 อย่าง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องบุหรี่ เจตคติและความสามารถด้านการคิดฯ ก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ ของนักเรียนทั้งหมด

ผลการเรียนรู้	จำนวนตัวอย่าง	ก่อนเรียน		หลังเรียน		ค่า t	df.	p
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ความรู้เรื่องบุหรี่	1,212	4.45	2.01	6.04	2.34	19.10	1,211	<0.001
เจตคติต่อการสูบบุหรี่	1,212	65.87	7.01	67.87	8.01	7.45	1,211	<0.001
ความสามารถด้านการคิดฯ	1,212	7.21	2.52	8.01	2.91	8.41	1,211	<0.001

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

3.3 ผลต่อความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี่ พบว่า ก่อนเรียนนักเรียน ม.1-3 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.98 ส่วนนักเรียน ม.4-6 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.76 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างนักเรียนทั้งสองกลุ่ม พบว่า นักเรียน ม.4-6 มีคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียนสูงกว่านักเรียน ม.1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังเรียนนักเรียน ม.1-3 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 7.34 ส่วนนักเรียน ม.4-6 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 9.50 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนพบว่านักเรียน ม.4-6 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่านักเรียน ม.1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเนื่องจากก่อนเรียนนักเรียนทั้งสองกลุ่มมีความสามารถด้านการคิดฯ ทั้งก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ

แตกต่างกัน ดังนั้น จึงทำการทดสอบหาค่าความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเรียนของทั้งสองกลุ่มเพื่อหาค่าผลต่างของคะแนนที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่านักเรียน ม.4-6 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียน ม.1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

4. เปรียบเทียบผลการเรียนรู้ก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ ระหว่างกลุ่มนักเรียนที่เรียน ในชั้นเรียนกับนักเรียนที่เรียนในชุมชน

4.1 ผลต่อความรู้เรื่องบุหรี่ พบว่า ก่อนเรียนหลักสูตรฯ นักเรียนที่เรียนในชั้นเรียนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 ส่วนนักเรียนที่เรียนในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.65 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า นักเรียนที่เรียนในชุมชนและนักเรียนที่เรียนในชั้นเรียน มีคะแนนเฉลี่ย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ เจตคติและความสามารถด้านการคิด ฯ ก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ ระหว่างนักเรียน ม.1-3 กับนักเรียน ม.4-6

ผลการเรียนรู้	ม.1 - 3 (n = 857)		ม.4 - 6 (n = 355)		ค่า t	df.	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ความรู้เรื่องบุหรี่							
ก่อนเรียน	4.21	2.03	5.03	1.84	6.887	1210	<0.001
หลังเรียน	5.90	2.54	6.39	1.71	3.847	1210	<0.001
ผลต่างของคะแนน *	1.69	3.72	1.36	2.30	2.701	1210	0.036
เจตคติต่อการสูบบุหรี่							
ก่อนเรียน	65.39	7.18	67.05	6.34	3.997	1210	<0.001
หลังเรียน	66.57	8.34	71.03	5.79	10.571	1210	<0.001
ผลต่างของคะแนน *	1.18	10.25	3.98	6.47	5.714	1210	<0.001
ความสามารถด้านการคิดฯ							
ก่อนเรียน	6.98	2.56	7.76	2.34	5.131	1210	<0.001
หลังเรียน	7.34	2.88	9.50	2.24	14.038	1210	<0.001
ผลต่างของคะแนน *	0.36	3.35	1.74	2.42	8.070	1210	<0.001

หมายเหตุ * ผลต่างของคะแนนระหว่างหลังเรียนกับก่อนเรียนหลักสูตร ฯ

ความรู้เรื่องบุหรีไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.081$) ขณะที่ หลังเรียนหลักสูตรฯ นักเรียนที่เรียนในชั้นเรียน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 5.98 ส่วนนักเรียนที่เรียนในชุมนุม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 6.31 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพบว่า นักเรียนที่เรียนในชุมนุมมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียนที่เรียนในชั้นเรียน แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.063$) ดังตารางที่ 3

4.2) ผลด้านเจตคติต่อการสูบบุหรี พบว่า ก่อนเรียนหลักสูตรฯ นักเรียนที่เรียนในชั้นเรียน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.22 ส่วนนักเรียนที่เรียนในชุมนุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.43 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า นักเรียนที่เรียนในชั้นเรียนมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการสูบบุหรีก่อนเรียนสูงกว่านักเรียนที่เรียนในชุมนุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ขณะที่ หลังเรียนหลักสูตรฯ นักเรียนที่เรียนในชั้นเรียนมีคะแนน

เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 67.66 ส่วนนักเรียนที่เรียนในชุมนุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 68.79 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังเรียน พบว่านักเรียนที่เรียนในชุมนุมมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการสูบบุหรีเพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียนที่เรียนในชั้นเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.024$) และเนื่องจากก่อนเรียนหลักสูตรฯ นักเรียนทั้งสองกลุ่มมีเจตคติต่อการสูบบุหรีทั้งก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ ต่างกัน ดังนั้น จึงทำการทดสอบหาค่าความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ ของทั้งสองกลุ่มซึ่งพบว่า นักเรียนที่เรียนในชุมนุมมีเจตคติต่อบุหรีหลังเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียนที่เรียนในชั้นเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 3

4.3 ผลต่อความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี พบว่า ก่อนเรียนหลักสูตรฯ นักเรียนที่เรียนในชั้นเรียนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.38 ส่วนนักเรียนที่เรียนในชุมนุมมี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และความสามารถด้านการคิดฯ ก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ ระหว่างนักเรียนที่เรียนในชั้นเรียนกับนักเรียนที่เรียนในชุมนุม

ผลการเรียนรู้	เรียนในชั้นเรียน		เรียนในชุมนุม		ค่า t	df.	p
	(n = 978)		(n = 234)				
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ความรู้เรื่องบุหรี							
ก่อนเรียน	4.41	2.01	4.65	2.02	1.745	1,210	0.081
หลังเรียน	5.98	2.34	6.31	2.34	1.860	1,210	0.063
เจตคติต่อการสูบบุหรี							
ก่อนเรียน	66.22	6.85	64.43	7.38	3.533	1,210	<0.001
หลังเรียน	67.66	8.32	68.79	6.52	2.259	1,210	0.024
ผลต่างของคะแนน*	1.44	9.61	4.36	7.90	4.316	1,210	<0.001
ความสามารถด้านการคิดฯ							
ก่อนเรียน	7.38	2.51	6.46	2.46	5.116	1,210	<0.001
หลังเรียน	7.91	2.96	8.28	2.51	2.018	1,210	0.044
ผลต่างของคะแนน*	0.53	3.26	1.82	2.47	6.816	1,210	<0.001

หมายเหตุ * ผลต่างของคะแนนระหว่างหลังเรียนกับก่อนเรียนหลักสูตรฯ

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.46 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า นักเรียนที่เรียนในชั้นเรียนมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียนสูงกว่านักเรียนที่เรียนในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่ หลังเรียนหลักสูตรฯ นักเรียนที่เรียนในชั้นเรียนมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 7.91 ส่วนนักเรียนที่เรียนในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 8.28 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังเรียน พบว่านักเรียนที่เรียนในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงกว่านักเรียนที่เรียนในชั้นเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.044$) และเนื่องจากนักเรียนทั้งสองกลุ่มมีความสามารถด้านการคิดฯ ทั้งก่อนและหลังเรียนหลักสูตรฯ ที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงทำการทดสอบหาค่าความแตกต่างของคะแนนก่อนและหลังเรียนของทั้งสองกลุ่ม ซึ่งพบว่า นักเรียนที่เรียนในชุมชนมีความสามารถด้านการคิดฯ เพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียนที่เรียนในชั้นเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

5. ความคิดเห็นของนักเรียนและครูที่มีต่อหลักสูตรฯ

5.1. ด้านเนื้อหาหลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่ พบว่า ทั้งนักเรียนและครูมีความเห็นตรงกันว่าเนื้อหาดีและมีประโยชน์มาก โดยนักเรียนส่วนใหญ่กล่าวว่าเนื้อหาที่ครูสอนมีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย และครอบคลุมเพียงพอที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งเป็นเนื้อหาที่เหมาะสมกับกลุ่มเยาวชน/วัยรุ่น และสามารถนำไปบอกเพื่อนหรือผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ให้ลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้ ครูท่านหนึ่งได้ยืนยันว่า “หลักสูตรมีเนื้อหาที่เหมาะสมแล้ว เนื่องจากมีการคัดเลือกเนื้อหาที่จะบรรจุในหลักสูตรนี้ และได้ผ่านการสำรวจความต้องการของผู้สอนและผู้เรียนมาก่อน ได้มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดเนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม และเนื้อหามีลักษณะเป็นบูรณาการความรู้ที่เกี่ยวข้องสภาพปัญหาที่ใกล้ตัวของนักเรียน”

อย่างไรก็ตาม ครูทุกคนมีเห็นตรงกันว่าเนื้อหาหลักสูตรฯ มีมากเกินไป และแม้จะมีความสำคัญ แต่ถ้านำมาสอนทั้งหมดทุกแผนให้นักเรียนชั้นเดียว อาจทำให้นักเรียนเบื่อ ไม่สนใจ ดังนั้น จึงควรตัดบางเรื่องออกหรือนำไปปรับรวมกับแผนการเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกัน ดังความคิดเห็นต่อไปนี้

- หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 : รู้จักบุหรี่ไว้ ป้องกันภัยวันข้างหน้า ซึ่งเป็นหน่วยที่เรียนรู้เกี่ยวกับประวัติ บุหรี่ และสารพิษในบุหรี่ ควรเป็นพื้นฐานให้นักเรียนระดับมัธยมต้น โดยเน้นเรื่องโทษ อันตราย หรือพิษภัยจากบุหรี่

- แผนการเรียนรู้ที่ 2 เรื่องสารใดว่าแรงฤทธิ์ไม่เท่าสารพิษในบุหรี่ ควรปรับรวมกับแผน การเรียนรู้ที่ 3 เรื่องสุขภาพเริ่มทุดต เมื่อจุดบุหรี่

- แผนการเรียนรู้ที่ 6 เรื่องผู้หญิงสูบบุหรี่ มะเร็งก็มี ราคาก็เสื่อม ควรปรับออกหรือปรับเนื้อหาในลักษณะกลาง ๆ คือไม่เจาะจงเฉพาะผู้หญิงจะเหมาะสมกว่า เพราะการสอนมีทั้งนักเรียนชายและนักเรียนหญิง

- แผนการเรียนรู้ที่ 8 เรื่องยิ่งสูบบ่อยิ่งจน มีดมนทั้งชีวิต ควรปรับประเด็นผลกระทบออกเพราะไม่มีเนื้อหาอะไรมาก หรือปรับเนื้อหาให้กระชับโดยนำไปปรับรวมกับแผนการเรียนรู้ที่ 9 เรื่อง บุหรี่คือมารร้าย ทำลายสังคม บ่มเพาะอาชญากร

- แผนการเรียนรู้ที่ 12 เรื่องสังคมจะไร้ควัน หากรู้เท่าทันบริษัทบุหรี่ และแผนการเรียนรู้ที่ 13 เรื่อง จะปลอดบุหรี่มือสอง ต้องช่วยคุ้มครองอย่างทั่วถึง เป็นแผนการเรียนรู้ที่เนื้อหาบางเรื่อง ลึกเกินไปสำหรับบางระดับชั้น โดยเฉพาะนักเรียนชั้น ม.1

5.2 ด้านวิธีการสอนและบรรยากาศในการเรียนการสอน นักเรียนมีความเห็นว่าครูสอนสนุกดี ไม่เครียด ได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ การทำกิจกรรมกลุ่ม และค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง วิธีการสอนของครูเป็นการอธิบายโดยละเอียด เป็น

ขั้นตอน ง่ายต่อการเรียนรู้และเข้าใจ พร้อมกับมีสื่อและภาพประกอบทำให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น โดยครูท่านหนึ่งกล่าวว่า “แผนการเรียนรู้ที่สร้างเองกับมือจะทำให้มีความชำนาญและมีความรู้ที่ลึกซึ้งที่จะสอนนักเรียน เพราะว่าก่อนสร้างแผนมีการศึกษาข้อมูลจนเข้าใจถ่องแท้แล้ว ทำให้สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ดียิ่งขึ้น” อย่างไรก็ตาม ครูบางท่านมีความเห็นว่าคุณเองมีความพร้อมในระดับหนึ่งที่จะสอน แต่ไม่เพียงพอที่จะสอนทุกแผนเพราะเนื้อหาเรื่องนูหรือมีมาก ซึ่งควรจะอบรมเพิ่มเติมให้เข้าใจครบทุกแผนก่อนสอนเพื่อจะสอนได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านระยะเวลาในการสอน ครูมีความเห็นว่าการสอน 2 ชั่วโมงต่อแผนการเรียนรู้ เป็นเวลานานเกินไป ไม่เหมาะสม ควรจัดให้สอนแค่ 1 คาบ (50 นาที) จะเหมาะสมมากกว่า และหากลดเวลาลงก็จะต้องตัดกิจกรรมบางกิจกรรมออก เนื่องจากกิจกรรมมีมากเกินไป ทำให้สอนได้ไม่ทันเวลาและไม่สามารถทำกิจกรรมได้ครบ ซึ่งนักเรียนก็มีความคิดเห็นเช่นเดียวกัน

อภิปรายผล

1. ผลการเรียนรู้ต่อความรู้เรื่องบุหรี่ยุคใหม่ พบว่า นักเรียน ม.1-3 มีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียน ม.4-6 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะนักเรียน ม.1-3 ยังอยู่ในวัยที่เริ่มเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่นซึ่งยังเป็นวัยเรียนที่มีความเป็นระเบียบ มีวินัย มีความสนใจและมีความตั้งใจในการเรียนอยู่มาก ดังนั้น จึงทำให้เรียนได้ดีกว่านักเรียน ม.4-6 ที่อยู่ในช่วงของวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยคึกคะนอง อยากรู้อยากลองมากกว่า

นอกจากนี้ การที่นักเรียนที่เรียนในชุมนุมมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียนที่เรียนตามชั้นเรียน แม้จะไม่มีผลแตกต่างทางสถิติ แต่จากกล่าวได้ว่า การเรียนในชุมนุมซึ่งจัดเป็นกิจกรรมพิเศษให้ผู้เรียนได้พัฒนาความสามารถของตนเองตาม

ศักยภาพ นักเรียนจะได้เข้าร่วมและปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขและเป็นกิจกรรมที่เลือกด้วยตัวเองตามความถนัดและความสนใจอย่างแท้จริง ทำให้เกิดการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาองค์รวมของความเป็นมนุษย์ให้ครบทุกด้าน ทั้งร่างกายสติปัญญา อารมณ์และสังคม รวมทั้งปลูกฝังและสร้างจิตสำนึกของการทำประโยชน์เพื่อสังคม ซึ่งสถานศึกษาจะต้องดำเนินการอย่างมีเป้าหมาย มีรูปแบบและวิธีการที่เหมาะสม⁽⁶⁾ สอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ครูเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในชุมนุมซึ่งเป็นชุมนุมเฉพาะเรื่องบุหรี่ยุคใหม่ อาทิ “ชุมนุมวัยใสไร้ควันบุหรี่ยุคใหม่” โรงเรียนสตรีวิทยา พุทธมณฑล 5 “ชุมนุมโรงเรียนปลอดควันบุหรี่ยุคใหม่” โรงเรียนนนทิม-ทราชนูทิศ เตรียมอุดมศึกษาน้อมเกล้า “ชุมนุมโรงเรียนปลอดควันบุหรี่ยุคใหม่” โรงเรียนวัดปากน้ำ และ “ชุมนุมเยาวชนแกนนำต่อต้านบุหรี่ยุคใหม่” โรงเรียนสุวรรณ-สุทธาราม เป็นต้น ซึ่งการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรฯ แบบเป็นชุมนุมพิเศษเฉพาะเรื่องบุหรี่ยุคใหม่ทำให้นักเรียนที่มีความสนใจและต้องการมีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่ยุคใหม่ในเยาวชนเลือกเข้าชุมนุมด้วยความสมัครใจ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลซึ่งเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจให้นักเรียนกลุ่มนี้ใส่ใจและมีความรู้หลังเรียนเพิ่มขึ้น และเพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียนที่เรียนในชั้นเรียน

2. ผลด้านเจตคติต่อการสูบบุหรี่ยุคใหม่ พบว่า นักเรียน ม.4-6 มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ยุคใหม่หลังเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียน ม.1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนักเรียนที่เรียนระดับ ม.4-6 เป็นกลุ่มที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย ที่แม้ว่าจะจะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า หากแต่การให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีประสบการณ์มากกว่ากลุ่ม ม.1-3 และได้เรียนรู้ในเรื่องที่ใกล้ตัว มีการสรุปอภิปรายพูดคุยกับกลุ่มเพื่อนและครู อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ยุคใหม่ได้ดีกว่า

นอกจากนี้ ยังพบว่า นักเรียนที่เรียนในชุมชนมีเจตคติต่อการสูบบุหรี่หลังเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียนที่เรียนในชั้นเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเหตุผลดังกล่าวแล้วว่าการเรียนในชุมชนทำให้นักเรียนได้เลือกเรียนในสิ่งที่นักเรียนสนใจและครูที่สอนในชุมชนเปิดโอกาสให้นักเรียนได้แสดงออกและเป็นการทำกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนจากปัญหาเสพติด กิจกรรมที่สอนน้อง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่สอดแทรกเรื่องบุหรี่เข้าไปในกิจกรรมเพื่อให้นักเรียนได้เรียนรู้ในการป้องกันตนเอง เช่น กิจกรรมโยคะ กิจกรรมเพาเวอร์แดนซ์ สิ่งเหล่านี้ทำให้นักเรียนเกิดความรู้และพัฒนาเจตคติต่อการสูบบุหรี่ในทางที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

3. ผลต่อความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อการสูบบุหรี่ ดังผลการศึกษาที่พบว่านักเรียน ม.4-6 มีความสามารถด้านการคิดฯ เพิ่มขึ้นมากกว่านักเรียน ม.1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากนักเรียนที่อายุ 15 ปีขึ้นไป หรือนักเรียนที่เรียนชั้น ม.4-6 เป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงของวัยรุ่นตอนปลายที่จะเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ต้องการการใช้เหตุผล ดังนั้น การรับรู้และความคิดที่ได้รับการส่งเสริมและพัฒนา น่าจะดีกว่าในวัยที่อายุน้อยกว่า

แม้ว่าผลการเรียนรู้ด้านความรู้ เจตคติและการคิดฯ จะมีการเพิ่มขึ้นหลังจากเรียนหลักสูตรฯ แล้ว หากแต่ผลการศึกษาคำนี้ สะท้อนให้เห็นว่า แม้หลักสูตรจะเป็นที่ยอมรับว่ามีประโยชน์ในการเป็นคู่มือสำหรับครู ทั้งนี้เพราะมีการเรียงลำดับเนื้อหาการเรียนรู้ที่สอดคล้องต่อเนื่องกันจากเนื้อหาที่เป็นความรู้พื้นฐานไปถึงเนื้อหาที่เป็นเชิงทักษะและกิจกรรมสังคม วัตถุประสงค์การเรียนรู้แต่ละแผนการเรียนรู้นี้มีความสอดคล้องกับเนื้อหาการเรียนรู้อื่น และการใช้ภาษามีความชัดเจนจึงมีผลอย่างมากต่อผลสัมฤทธิ์ของการใช้หลักสูตรฯ ในการจัดการเรียนการ

สอนในโรงเรียน หากแต่หลักสูตรฯ ยังจำเป็นต้องมีการปรับแก้และพัฒนาเนื่องจากหลักสูตรฯ นี้มีเนื้อหาและรายละเอียดมาก

นอกจากนี้ การสอนทั้ง 15 แผนการเรียนรู้ใน 1 ภาคการศึกษา กับนักเรียนระดับชั้นใด ๆ พบว่า ทั้งครูและนักเรียนต่างมีความเห็นว่า ทำได้ยาก เพราะเนื้อหา มีมาก และการเร่งรัดเรียนในภาคการเรียนเดียว จะมีปัญหาเรื่องความต่อเนื่อง ดังนั้น จากทดลองใช้หลักสูตรฯ ครั้งนี้ ครูต่างสรุปบทเรียนว่าการเสริมสร้างความรู้และเจตคติให้นักเรียนเพื่อให้มีภูมิคุ้มกันต่อการไม่สูบบุหรี่นั้น ควรจะมีการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การจัดให้มีหลักสูตรฯ สอดแทรกในการเรียนการสอนควรเริ่มต้นตั้งแต่ระดับประถมศึกษา และจัดต่อเนื่องไปจนถึงมัธยมศึกษา ตอนปลาย รวมถึงควรปรับเนื้อหาให้มีความต่อเนื่อง และความเหมาะสมกับนักเรียนแต่ละชั้น และควรปรับการสื่อสารให้เป็นเชิงบวกมากกว่าจะใช้คำที่เป็นเชิงลบซึ่ง เช่น “ผู้หญิงสูบบุหรี่ มะเร็งก็มี ราคาก็เสื่อม” หรือ “ครอบครัววิบิโยคเพราะอมโรคจากบุหรี่” และควรลดเวลาแต่ละแผนการเรียนรู้ให้เหลือ 1 คาบ (50 นาที) เพื่อไม่ให้เกิดผลต่อความเบื่อหน่าย และปรับเนื้อหาและกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับเวลาที่จะใช้ในการสอนจริง ซึ่งน่าจะทำให้ผลการเรียนรู้ของนักเรียนหลังเรียนหลักสูตรฯ เพิ่มขึ้น และสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนตรงตามวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการใช้หลักสูตรได้อย่างแท้จริง

ดังนั้น เพื่อให้การนำหลักสูตรฯ ไปใช้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรับหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ (ครู) และผู้เรียน และปรับให้สอดคล้องกับปรัชญาการเรียนรู้นอกจากนั้น ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ ความสนใจ เจตคติและความสามารถของครูในการนำหลักสูตรฯ ไปใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของโรงเรียน

ข้อเสนอแนะ:

1. ผู้บริหารโรงเรียนควรมีนโยบายและมอบหมายให้ครูรับผิดชอบโดยตรงในการนำหลักสูตรโรงเรียนปลออดบุนหรีไปใช้สอนในกลุ่มสาระการเรียนรู้ศึกษาและพลศึกษา และให้ครูสามารถบริหารจัดการการสอนได้อย่างแท้จริง

2. การนำหลักสูตรฯ ไปใช้ในระดับชั้นเรียนควรเริ่มตั้งแต่ชั้น ม.1 เป็นต้นไปและมีการสอนที่ต่อเนื่องในทุกระดับชั้น เพื่อเป็นการสร้างเสริมความรู้และทักษะชีวิตให้นักเรียนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. กระทรวงศึกษาธิการควรกำหนดให้โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาทุกโรงเรียนมีการจัดชุมนุมเกี่ยวกับบุนหรีขึ้นอย่างน้อย 1 ชุมนุม เพื่อให้นักเรียนที่สนใจได้เลือกเรียน และเป็นการกระตุ้นให้นักเรียนได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมหรือเผยแพร่แนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชน

4. ผู้บริหารโรงเรียนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ให้กับนักเรียนในโรงเรียนควบคู่กับการใช้หลักสูตรฯ เพื่อช่วยให้นักเรียนที่สูบบุหรี่หรือติดบุนหรีสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และควรมีกิจกรรมช่วยครูหรือบุคลากรอื่น ๆ ในโรงเรียนที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ด้วยเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ักเรียน

5. สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพครูในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรฯ เพื่อช่วยให้ครูเกิดความชำนาญ และมั่นใจในการใช้หลักสูตรฯ

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. *บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. การประชุมวิชาการ “บุนหรีและสุขภาพ” ครั้งที่ 4 วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2548 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ ; 2548.
2. รัฐสภาไทย. *ข่าวสารบ้านเมือง: บุนหรีทุกชนิด นำชีวิตสู่ความตาย*. แหล่งข้อมูล: <http://www.parliament.go.th/news/> เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2550.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *โครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547*. แหล่งข้อมูล http://service.nso.go.th/nso/g_service/survey_list.html เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2550.
4. ประกิต วาทีสาธกกิจ. *สถิติสำคัญเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทย : วิเคราะห์และข้อเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา*. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ; 2549.
5. ศิริศักดิ์ จามรมาน. *การสูบบุหรี่ของนักเรียนนักศึกษาและพฤติกรรมปัญหาที่เกี่ยวข้อง*. แหล่งข้อมูล <http://www.thaihealth.or.th/news> เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2549.
6. กระทรวงศึกษาธิการ. กรมวิชาการ. *หลักสูตรการศึกษาระดับพื้นฐาน พุทธศักราช 2545*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2545.

บทบาทของเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ยงยุทธ เรือนทา*

หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล*

ชิตชนก เรือนก้อน*

ชบาไพร โพธิ์สุยะ*

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของเภสัชกรในด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทำการศึกษาในกลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และเภสัชกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใน 7 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงได้จำนวน 38 คน รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

ผลการวิจัยพบว่า เภสัชกรมีบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด ได้แก่ การควบคุมกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมในการออกตรวจร้านค้า การดำเนินการตามกฎหมาย และการควบคุมกำกับ บทบาทด้านการรณรงค์สุขภาพซึ่งไม่มีบทบาทเชิงรุกที่เด่นชัด และบทบาทการบำบัดรักษาในคลินิกอดบุหรี่ซึ่งส่วนใหญ่จะมีสถานที่ตั้งของคลินิกแยกเป็นอิสระในหน่วยงาน และมีเพียง 1 แห่งที่มีการบริการแบบครบวงจร และโดยทั่วไปเภสัชกรจะมีบทบาทในกรณีที่มีการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์อดบุหรี่ สำหรับปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบได้แก่ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การบังคับใช้กฎหมายที่เคร่งครัด ความสนใจและการเห็นความสำคัญ ความพร้อมในด้านความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน และนโยบายเชิงบวก ที่ไม่ขัดแย้งกับนโยบายในระดับท้องถิ่น ส่วนปัจจัยอุปสรรค ได้แก่ การไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างเคร่งครัด ความไม่ชัดเจนในการประเมินผล ปัญหาด้านบุคลากรและภาระงาน การขาดตระหนักถึงโทษหรือพิษภัยของบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่และคนในชุมชน การขาดองค์ความรู้ของ ผู้ปฏิบัติงาน และปัญหาด้านการจัดสรรงบประมาณ

ข้อเสนอแนะคือ เภสัชกรควรร่วมงานกับบุคลากรอื่นในลักษณะทีมสหสาขาและบูรณาการ และมีบทบาทด้านงานควบคุมกำกับดูแลกฎหมายที่เกี่ยวข้องมากขึ้น และควรได้รับการอบรมให้มีความรู้และทักษะเพื่อการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ และมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเยาวชนที่ยังไม่สูบบุหรี่มากขึ้น

* อาจารย์ประจำสายวิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ติดต่อผู้พิมพ์ อีเมลล์ : yungyuth2006@gmail.com

Pharmacists' Roles in Tobacco Control

Yongyuth Ruanta*

Hathaikan

Chowwanapoonpohn*

Chidchanok Ruengorn*

Chabaprai Phosuya*

Abstract

This qualitative study aims to explain the role of pharmacists in tobacco control. The sample was 38 pharmacists from community hospitals, general hospitals, regional hospitals, and provincial health divisions of seven upper Northern provinces. Data were collected by the focus group discussion approach and analyzed using the inductive method.

The results show that pharmacists' roles in tobacco control were different in each province, e.g., participation in legal compliance and control of sellers, hidden and inactive campaign roles regarding health education, and therapy and treatment in smoking cessation clinics which always have independent offices. However, only one cessation clinic is a one-stop service. Generally, pharmacists have a role when the clients want to be treated with medicine. The supportive factors which effect the success are tobacco campaigns via several media, cooperation from related organizations, strict law enforcement, priority settings, readiness of health care practitioners' knowledge, and positive smoking policies which are not in conflict with local policies. On the other hand, obstacles were unrestricted legal enforcement, vague evaluation process, lack of manpower, overwork, unawareness of the harmfulness of smoking among smokers/people in community, deficiency in health care practitioners' knowledge, and budgetary limitations.

Recommendations are working in multi-disciplinary teams and integrating the pharmacists' work with other workers to focus attention on tobacco control laws and regulations. Pharmacists need training for more knowledge and skills in implementing tobacco control measures. The implementation should focus on non-smoking teenagers.

* Lecturer, Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, ChiangMai University
Contact author : yungyuth2006@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญด้านพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีประชากรไทยที่สูบบุหรี่ทั้งหมด 11.3 ล้านคน โดยมีผู้สูบบุหรี่ประจำ (สูบบุหรี่ทุกวัน) 9.6 ล้านคน เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี 1.26 ล้านคน⁽¹⁾ การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบบุหรี่และผู้สูดควัน อาทิ โรคถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง ฯลฯ⁽²⁻³⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุให้คนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 42,000 คน⁽³⁾ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ โดยพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่สูงถึงหนึ่งหมื่นล้านบาทต่อปี⁽⁴⁾ และยังนำไปสู่ปัญหาการเสพติดสารเสพติดอื่น ๆ ซึ่งเป็นรากฐานของปัญหาต่างๆ ในสังคม ดังนั้น การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่และบุคคลรอบข้าง เพราะสามารถลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงอัตราการเสียชีวิตลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสาธารณสุขยุคใหม่ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เภสัชกรในฐานะบุคลากรสาธารณสุขวิชาชีพหนึ่ง ได้มีบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างกว้างขวางทั้งในด้านการควบคุมอุปสงค์ (demand) และการควบคุมอุปทาน (supply) โดยบทบาทในด้านการควบคุมอุปสงค์นั้น จากการรวบรวมและสังเคราะห์บทบาทของเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ⁽⁵⁾ พบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่เน้นบทบาทในเชิงรับ ซึ่งส่วนใหญ่ทำในร้านยา ส่วนในโรงพยาบาลที่มีคลินิกอดบุหรี่ การให้บริการอดบุหรี่มักอยู่ในความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสุขภาพศึกษา เป็นต้น เภสัชกรส่วนใหญ่มีบทบาทเพียงการให้คำปรึกษาหรือแนะนำการใช้ยาอดบุหรี่เท่านั้น ส่วนบทบาทในด้านการควบคุมอุปทานนั้น พบว่าเภสัชกรมีบทบาทในด้านการรณรงค์เพื่อการเลิกสูบ

บุหรี่ การควบคุมการสูบและจำหน่ายบุหรี่โดยเภสัชกรได้รับมอบหมายให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535⁽⁶⁻⁷⁾ เภสัชกรที่ทำหน้าที่ในด้านนี้ได้แก่ เภสัชกรตั้งแต่ระดับ 5 ขึ้นไปที่ทำงานในด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ เภสัชกรสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เภสัชกรฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังมีการมอบอำนาจให้กับพนักงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับอำเภอและระดับตำบล เพื่อทำงานร่วมกันกับเภสัชกรอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การศึกษาบทบาทของเภสัชกรในการควบคุมยาสูบ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและอุปสรรคของการดำเนินการ ยังไม่มีการศึกษามากนัก ดังนั้นผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในระดับนโยบายในการกำหนดบทบาทของเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อให้มาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบ ตลอดจนการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเข้าใจบทบาทของเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ รวมถึงปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จและอุปสรรคของการดำเนินงาน

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เกษตรกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเกษตรกรโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในเขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน และพะเยา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เกษตรกรโรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ เกษตรกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่หรือปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการควบคุมการบริโภคยาสูบ จำนวน 38 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างข้างต้นโดยเลือกจังหวัดและตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นบุคคลที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาสูบในแต่ละอำเภอของแต่ละจังหวัดและยินดีให้ข้อมูล โดยการโทรศัพท์ประสานกับเกษตรกรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบุหรี่

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม โดยกำหนดขนาดกลุ่ม 8-10 คน และดำเนินการสนทนากลุ่มในช่วงเดือนมกราคม 2549 - เมษายน 2549

3. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

ประเด็นสำหรับการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยแนวคำถามหลัก ได้แก่ นโยบายและแนวทางในด้านการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคยาสูบของจังหวัดและอำเภอ กิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบ ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน ปัจจัยสนับสนุนและ ปัจจัยอุปสรรคการดำเนินกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Induction)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 หัวข้อ ดังนี้ 1) บทบาทของเกษตรกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และ 2) ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคในการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบ

1. บทบาทของเกษตรกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทบาทของเกษตรกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบของแต่ละจังหวัดแตกต่างกัน สามารถสรุปได้เป็น 3 บทบาทหลัก คือ

1.1 บทบาทด้านการควบคุมกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมาย

บทบาทในการควบคุมกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมาย มี 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการออกตรวจร้านค้าและร้านค้าไม่ให้อำนาจบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และไม่แสดงบุหรี่ ณ จุดขาย และตรวจร้านอาหาร โดยเฉพาะร้านอาหารที่ติดตั้งเครื่องปรับอากาศให้ดำเนินการจัดพื้นที่หรือเขตปลอดบุหรี่ให้ชัดเจน โดยเน้นการแนะนำให้ปฏิบัติตามกฎหมายมากกว่าการตรวจจับ โดยมีเป้าหมายออกตรวจ ปีละประมาณ 1-3 ครั้ง 2) การดำเนินการด้านกฎหมาย ซึ่งจะเป็นหน้าที่ของเกษตรกรหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับที่ได้รับมอบหมายในแต่ละจังหวัด ซึ่งในการปฏิบัติงานจริง ต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น จากกรมสรรพสามิตและตำรวจ เป็นต้น และ 3) การควบคุมกำกับดูแล มักจะผนวกไปกับการตรวจผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ซึ่งต้องดำเนินการเป็นประจำอยู่แล้ว เช่น อาหาร ยา เครื่องสำอาง หรือสุรา เป็นต้น

1.2 บทบาทด้านรณรงค์สุขภาพศึกษา

เภสัชกรยังไม่มีบทบาทเชิงรุกที่เด่นชัดในด้านการให้สุขภาพศึกษาและรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันและการลด ละ เลิกบุหรี่ของประชาชนและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ และไม่ได้เป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายในระดับจังหวัดและหน่วยงานที่ให้ความสำคัญต่องานควบคุมบุหรี่ในระดับที่แตกต่างกัน ดังตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ซึ่งมีคณะกรรมการรณรงค์ส่งเสริมป้องกันการเลิกสูบบุหรี่ หากแต่มีการแยกบทบาทอย่างชัดเจน คือ ให้เภสัชกรทำในแง่กฎหมาย ส่วนงานด้านส่งเสริม ป้องกัน และรักษาจะให้คลินิกพิเศษที่มีพยาบาลเป็นผู้ทำ

1.3 บทบาทในคลินิกอดบุหรี่

พบว่า คลินิกอดบุหรี่มีด้วยกัน 2 ลักษณะคือ 1) เป็นคลินิกอดบุหรี่และมีสถานที่ตั้งของคลินิกอดบุหรี่อยู่แยกเป็นอิสระภายในโรงพยาบาลจังหวัดและชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะดังนี้ และ 2) จัดคลินิกอดบุหรี่ไว้เป็นส่วนหนึ่งของคลินิกจิตเวชซึ่งพบเป็นส่วนน้อย โดยมีผู้รับผิดชอบหลักเป็นพยาบาลจิตเวช

การบริการในคลินิกอดบุหรี่มีการให้บริการทั้งที่เข้าและไม่เข้า ได้แก่ การบำบัดทางจิตใจ การให้ความรู้ และการใช้ยา ร่วมกับการบำบัดทางจิต ในรูปแบบของการเข้า พบว่า มีทั้งยาแผนปัจจุบัน และยาสมุนไพร ซึ่งโดยทั่วไปเภสัชกรมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อดบุหรี่น้อยมาก จะมีบทบาทในคลินิกอดบุหรี่ก็ต่อเมื่อเป็นการบำบัดที่ต้องใช้ยาในการรักษา

อย่างไรก็ดี พบว่ามีเพียงหนึ่งจังหวัดเท่านั้นที่เภสัชกรมีบทบาทหลักในการดำเนินงานของคลินิกอดบุหรี่ กล่าวคือ โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งของจังหวัดนี้ มีเภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานในลักษณะคลินิกอดบุหรี่แบบครบวงจร (One stop services) โดยทำหน้าที่ทั้งเตรียมยา และจ่ายยาที่เป็นข้อตกลงร่วมภายใต้การยินยอมของแพทย์

(Standard order) มีการให้คำปรึกษาและติดตามการใช้ยาในผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าดังนี้

“เภสัชจะโน้มน้าวให้เค้าเลิก แล้วใช้การรักษาโดยกระตุ้นไฟฟ้าวันละครึ่งชั่วโมง ให้กินชางหญ้าดอกขาว ถ้ารายไหนที่มีอาการคันหรืออาการทางจิต อาการเบื่ออาหารก็จะเข้ายา... การดำเนินการจะเป็น one stop service โดยถ้าเข้ามาที่เภสัช เภสัชจะดูแลทั้งหมด ก็จะทำเป็นแผนว่าถ้าคนไข้ในกลุ่มนี้ standard order จะใช้อย่างนี้ แล้วให้แพทย์เซ็นรับรองว่าโอเคผ่าน”

อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของงานคือ ขาดการประเมินผลการรักษา การติดตามผู้ป่วย และระบบการส่งต่อผู้ป่วย

2. ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการดำเนินงานกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบ

2.1 ปัจจัยสนับสนุน

ผลสำเร็จของการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนหลายปัจจัยดังต่อไปนี้

2.1.1 การรณรงค์และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ กลุ่มเภสัชกรให้ความเห็นว่าสื่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่อทีวีมีผลมากในการช่วยให้การปฏิบัติงานทางด้านการตรวจสอบเฝ้าระวังเป็นไปด้วยความสะดวกและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเฉพาะผู้ประกอบการร้านค้าเข้าใจและปฏิบัติตามมากขึ้น

2.1.2 ความร่วมมือจากหน่วยงาน องค์กร และชุมชน ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้บริหารองค์กร เช่น โรงเรียน ซึ่งมักร่วมมือในลักษณะในการไปเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่นักเรียน รวมทั้งผู้ประกอบการร้านค้าและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องให้ทุกฝ่ายเข้ามาร่วมคิดพิจารณาว่า จะดำเนินการในรูปแบบใด

2.1.3 กฎหมายและการบังคับใช้

มาตรการบังคับใช้ทางกฎหมายที่เข้มงวด ชัดเจน และมีการลงโทษปรับที่รุนแรง มีผลอย่างมากในการทำให้ผู้ประกอบการร้านค้าปฏิบัติตามกฎหมาย

2.1.4 ความสนใจและเห็นความสำคัญของงาน เกษัชกรส่วนใหญ่เห็นร่วมกันว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลให้เกิดการปฏิบัติงานและความสำเร็จคือ “การมีใจรัก” และ “ความชอบในงาน” คือ รักงานที่ทำ ไม่ใช่เป็นการปฏิบัติงานเพียงรู้สึก ว่าทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเท่านั้นดังคำพูดของเกษัชกร

“คนที่จะต้องมีใจที่จะทำด้วย ต้องมีใจรัก ถ้าเกิดโดนสั่งมาตามหน้าที่มันก็ไม่มีความหมายอะไร”

“ต้องมีใจรัก... ไม่มีงบประมาณไม่ใช่สิ่งสำคัญ เพราะงบประมาณมีเยอะ พอหามาทำได้ เพราะฉะนั้นงบประมาณไม่ใช่สิ่งสำคัญ”

2.1.5 ความรู้และการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เกษัชกรส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจในความรู้เกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่ยของตนเอง ทำให้ช่วยงานด้านนี้ได้ไม่มาก และมีความเห็นว่า ปัจจุบันยังไม่ค่อยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการดำเนินการด้านการฝึกอบรมให้ความรู้ทางวิชาการและฝึกทักษะให้แก่บุคลากรในด้านการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรมมากนัก

2.1.6 นโยบาย กล่าวคือ การมีนโยบาย ด้านการควบคุมบุหรี่ยในเชิงบวกที่ไม่กระทบผลประโยชน์ของคนในท้องถิ่นและไม่ขัดแย้งกับนโยบายการเมืองระดับท้องถิ่น จะทำให้เกิดความร่วมมือของคนในชุมชนและองค์กรส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบมากขึ้น

2.2 ปัญหาอุปสรรค

เกษัชกรเห็นถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ว่ามีหลายปัจจัยด้วยกัน คือ

2.2.1 การบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการบริโภคยาสูบ เกษัชกรต่างรับรู้ ว่า ประเทศไทยมีมาตรการทางกฎหมายที่ชัดเจน หากแต่ขาดการบังคับใช้ทางกฎหมายที่เข้มงวดและเคร่งครัด ซึ่งมีผลอย่างมากในการควบคุมการบริโภคยาสูบ การที่ในปัจจุบันไม่ได้มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสาเหตุหลายประการ คือ

- *บทบาทที่ต้องทำงานใกล้ชิดกับชุมชน* เนื่องจากบทบาทของเกษัชกรต้องทำงานใกล้ชิดกับชุมชนค่อนข้างมาก ทำให้เกรงว่าหากบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดจะส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงาน ทำให้มีความอึดอัดใจในการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด ดังนั้นจึงมักมีการผ่อนปรนการบังคับมาตรการทางกฎหมาย ดังคำพูดที่ว่า

“ส่วนใหญ่ร้านค้าเป็นร้านของผู้ที่มีอันจะกิน เป็นผู้ที่มีบทบาทในชุมชน ถ้าเราไปทำอะไรกับเขา มันก็จะมีผลกระทบกับเราด้วยส่วนหนึ่ง แต่บางทีเขาก็ให้ความร่วมมือซึ่งเราต้องไปทำความเข้าใจกับเขา มันมีเรื่องสังคมเรื่องชุมชนเข้ามาเกี่ยว เราเป็นแค่เจ้าพนักงานในระดับพื้นที่ ทำอะไรมากเกินไป ถึงแม้จะทำถูกต้องก็ตาม ก็จะมีผลกระทบต่อคนทำงาน บางครั้งต้องใช้ความยืดหยุ่นสูงมากกว่าจะทำตามบทบาทหน้าที่ บางทีทำได้แค่ตักเตือน”

- *คนทำงานขาดทักษะและความมั่นใจในการบังคับใช้กฎหมาย* เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายจะต้องมีระเบียบปฏิบัติตามขั้นตอนของกฎหมาย แต่เกษัชกรคิดว่า ตนเองยังไม่มีทักษะและความไม่ชำนาญในการดำเนินการที่เพียงพอ ทำให้ไม่มั่นใจที่จะบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด

- *ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้ประกอบการ* เนื่องจากกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบถูกบัญญัติขึ้นภายหลังการประกอบธุรกิจที่ผู้ประกอบการทำมาเป็นระยะเวลาช้านาน ทำให้บุคลากรเกิดความลำบากใจที่จะบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด

เพราะเกรงว่าจะส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพของประชาชน

- **รัฐบาลมีบทบาทที่ชัดเจน** เกษัชกรมองว่าการกำหนดนโยบายและดำเนินการเกี่ยวกับบุหรี่ยของรัฐบาลที่เป็นทั้งผู้ผลิตและผู้ควบคุมเป็นบทบาทที่สร้างความสับสนและชัดเจน รัฐบาลมีบทบาททั้งในการควบคุมการบริโภคยาสูบ แต่ในทางตรงกันข้ามรัฐบาล (โรงงานยาสูบ) ก็เป็นผู้ผลิตและจำหน่ายทำให้บุคลากรและพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ต้องดำเนินการตามกฎหมายในพื้นที่ทำงานยาก มักต้องเผชิญกับคำถามอันเนื่องมาจากหลักการและการปฏิบัติที่ขัดกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเราไปตักเตือนผู้ประกอบการ ก็จะมีคำถามและโต้แย้งว่า ทีวีรัฐบาล ยังตั้งโรงงานได้”

- **ผลสัมฤทธิ์ของการบังคับใช้กฎหมาย** การปฏิบัติงานด้านการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบต้องอาศัยหน่วยงานอื่นๆ ทำให้ผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานไม่ได้อยู่ที่การปฏิบัติงานของเกสัชกรฝ่ายเดียว อีกทั้งเป็นงานที่เห็น ผลค่อนข้างช้า หรือไม่ชัดเจน โดยเฉพาะผลในทางสุขภาพ

- **ความไม่ชัดเจนในการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบให้แก่หน่วยงาน** ปัญหาก็คือ หน่วยงานต่างก็ไม่รู้ว่า ใครควรเป็นผู้รับผิดชอบหลัก หรือแต่ละหน่วยงานควรรับผิดชอบกิจกรรมใดบ้าง หรือมีขอบเขตมากน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบต่อประสานงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและต่อความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของภาครัฐ ดังคำพูดที่ว่า

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน อบต. และ อบจ. เขารู้ว่า เขามีตำแหน่ง แต่เขาไม่รู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง ไม่รู้ว่าจะมีบทบาทอะไร”

“ลักษณะของ พ.ร.บ.ยา และอาหารมันจะชัดเจนในส่วนที่ว่าใครจะต้องทำงานนี้ แต่ลักษณะ

ของ พ.ร.บ.งานบุหรี่ย พนักงานเจ้าหน้าที่ค่อนข้างจะกว้าง และก็หน่วยงานที่รับผิดชอบไม่ชัดเจนว่าเป็นของหน่วยงานใด”

2.2.2 การประเมินผลโครงการ

ปัญหา คือ มีการประเมินผลโครงการตามเกณฑ์ประเมินและตัวชี้วัดที่กำหนดมาจากกระทรวงสาธารณสุข แต่มีปัญหาคือ เรื่องความถูกต้องแม่นยำของผลโครงการที่ทำการประเมิน และการติดตามโครงการยังไม่มีการทำงานอย่างเป็นระบบ

2.2.3 ปัญหาด้านบุคลากร ปริมาณงาน และเวลาในการปฏิบัติงาน

เกสัชกรล้วนมีความคิดเห็น ว่า เกสัชกรที่ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอ และปัจจัยด้านเพศ ก็เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน โดยผู้หญิงจะมีความลำบากใจในการทำงานและคิดว่าเป็นงานที่อันตราย นอกจากนี้งานด้านควบคุมการบริโภคยาสูบไม่ใช่งานหลัก หรืองานประจำ จึงทำให้การจัดสรรเวลาสำหรับดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบมีเวลาน้อยดังคำพูดที่ว่า

“มีภาระงานหลายด้าน ไม่ชอบงานที่ต้องออกไปพื้นที่ เราชอบงานที่โรงพยาบาลมากกว่า ไม่อยากทำ เพราะเราไม่ชอบไปตรวจจะ อันตราย พวกผู้ชายอาจจะชอบ”

“เกสัชกรเรามีคนน้อย งานที่ทำคล้าย ๆ กับงานฝาก ไม่ใช่งานประจำ”

2.2.4 การตระหนักของผู้สูบบุหรี่และชุมชนถึงโทษพิษภัยของบุหรี่ย

ปัญหาในการทำงานส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้สูบบุหรี่ไม่ตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่ทั้งนี้ เพราะการเกิดผลเสียต่อสุขภาพไม่เกิดขึ้นในระยะเวลานั้น ถ้าเปรียบเทียบกับพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ หรือ การกินยาบ้าซึ่งเห็นผลเสียชัดเจนกว่า เป็นต้น และคนในชุมชนมักมองว่าไม่ใช่ปัญหาของชุมชน ดังคำพูดที่ว่า

“คนที่สูบบุหรี่เขาไม่เห็นผลร้ายเขาก็ไม่ยอมเลิก เขาไม่ได้ตระหนักถึงว่าปัญหาบุหรี่จริง ๆ คืออะไร เพราะอันนี้มันไม่เหมือนยาบ้า ยาเสพติดอื่น ๆ ที่ว่าชุมชนตระหนักว่าเป็นปัญหาสำคัญ อย่างบุหรี่เนี่ยถ้าไปถามดูแทบไม่มีใครบอกว่าเป็นปัญหาเลย”

2.2.5 การขาดความรู้ของพนักงาน

เภสัชกรคิดว่าตนเองยังขาดองค์ความรู้ และประสบการณ์ในการดำเนินการให้คำปรึกษาและแนะนำผู้สูบบุหรี่ ทั้งนี้เพราะไม่ค่อยได้ทำ ทำให้ขาดทักษะ ขณะที่ในบางแห่งมีการดำเนินการแต่ยังไม่มีรูปแบบที่เป็นทางการ ดังคำพูดที่ว่า

“มันมีความรู้น้อย และก็ไม่ค่อยได้ทำ ความรู้ก็ไม่แน่น ถ้าทำบ่อย ๆ เราก็จะเรียนรู้ไปเอง อย่างปีหนึ่งจะมีคนที่ไปทำไม่กี่คนเองที่เขาตั้งใจมาอดบุหรี่โดยตรงมีน้อย ไม่เหมือนยาเสพติด”

2.2.6 ขาดงบประมาณ

แม้ว่าเภสัชกรจะมีความเห็นว่า ไม่มีเงินแต่หากใจรักก็สามารถทำได้ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติเภสัชกรก็มองว่า หากมีงบประมาณก็จะช่วยให้โครงการและกิจกรรมประสบความสำเร็จได้ด้วยดี ซึ่งปัญหาการจัดสรรงบประมาณในแต่ละพื้นที่ก็ต้องขึ้นอยู่กับผู้บริหารว่าเห็นความสำคัญหรือไม่ และพื้นที่ส่วนใหญ่ โดยเฉพาะองค์กรท้องถิ่น มักไม่ค่อยให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพ ดังที่ว่า

“มันทำยาก เพราะบางที่เขาให้ความสำคัญกับการก่อสร้างมากกว่าเรื่องสวัสดิภาพ เรื่องสุขภาพของประชาชน ทั้ง ๆ ที่องค์กรท้องถิ่นเขาได้งบประมาณเพื่องานด้านสุขภาพ แต่ก็ดึงเอามาใช้จ่ายถึงแม้ว่าเขาข้อมูลลงไปแลก ก็ยังยากทำให้การปฏิบัติงานยาก เพิ่มปัญหาในการทำงานไม่เหมือนแต่ก่อนคือเราได้งบประมาณสนับสนุนโดยตรงมาจากเบื้องบนในส่วนราชการของเรา”

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. บทบาทหน้าที่ของเภสัชกร

แม้ว่าเภสัชกรจะมีความรู้ในด้านกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคค่อนข้างมาก แต่เภสัชกรยังไม่มีความบทบาทเด่นชัดและจริงจังในการควบคุมการบริโภคยาสูบตามอำนาจหน้าที่ ที่ได้กำหนดในพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน กฤษณเกรียงไกร และคณะ⁽⁶⁾ และ มณฑา เก่งการพานิช และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามไม่ได้ดำเนินการมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทด้านการบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ การตรวจจับ ทั้งนี้เพราะเภสัชกรเห็นว่าหน้าที่เกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายควรเป็นหน้าที่ของบุคลากรหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องมากกว่า ได้แก่ ตำรวจ สรรพสามิต หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะหน้าที่ในการตรวจจับ ซึ่งบุคลากรยังขาดทักษะอยู่มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีระ เบญจมโยธิน⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการตรวจจับผู้ฝ่าฝืนกฎหมาย

เภสัชกรส่วนใหญ่มีความเห็นว่า พวกเขาควรเน้นงานส่งเสริมและป้องกันมากกว่า แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า เภสัชกรไม่มีบทบาทที่ชัดเจนด้านการรณรงค์ให้สูขศึกษาเกี่ยวกับยาสูบ และไม่ได้เป็นแกนนำในการดำเนินการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเภสัชกรส่วนใหญ่ยังคงเห็นว่างานควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นงานรองไม่ใช่งานหลัก ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของคชชา บัณฑิตานุกุล และคณะ⁵ เรื่องการรวบรวมและสังเคราะห์บทบาทเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ที่พบว่าเภสัชกรส่วนใหญ่เน้นบทบาทในเชิงรับ แต่ก็เห็นความสำคัญของกิจกรรมการรณรงค์ และการทำงานในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพและการประสานในแต่ละระดับ หรือ

การบูรณาการและแบ่งความรับผิดชอบกับหน่วยงานอื่น ๆ และให้เภสัชกรเน้นบทบาทในด้านการส่งเสริม ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ โดยเป็นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกและบทบาทการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่⁽¹¹⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของเภสัชกรในด้านการบังคับใช้กฎหมายที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535⁽⁶⁻⁷⁾ ที่กำหนดหน้าที่ของเภสัชกรให้มีหน้าที่ในการตรวจสอบควบคุมผู้ประกอบการ และควบคุมตรวจสอบการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงการแสดงผลกากเป็นหลักเท่านั้น และแม้ใน พ.ร.บ.ไม่ได้มีการกล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ หรือบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพของประชาชน แต่เภสัชกรไม่ควรมองข้าม ทั้งนี้เพราะผลการศึกษาพบว่า การรณรงค์และการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่โดยเภสัชกรให้ผลลัพธ์เชิงบวก⁽¹²⁾

โดยภาพรวม เภสัชกรส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่จะสวมบทบาทในด้านการส่งเสริม การรณรงค์และงานคลินิกอดบุหรี่มากกว่างานควบคุม กำกับดูแลตามกฎหมาย เนื่องจาก เป็นบทบาทที่สอดคล้องกับบทบาทของเภสัชกรในฐานะหนึ่งในบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นบทบาทของการเป็นผู้ให้การดูแลและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ แม้แต่เภสัชกรที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานควบคุม กำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมาย ก็ยังพึงพอใจที่จะดำเนินการในลักษณะการแนะนำหรือให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการให้ปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมายมากกว่าจะใช้มาตรการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด ซึ่งบทบาทในการบังคับใช้กฎหมาย เภสัชกรเห็นว่าหน้าจะเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองมากกว่า

สำหรับบทบาทด้านคลินิกอดบุหรี่ส่วนใหญ่

พบว่า บทบาทของเภสัชกรยังจำกัดเฉพาะกรณีการบำบัดที่ต้องใช้ยาในการรักษา แต่ยังมีบางแห่งที่เภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน ในลักษณะคลินิกอดบุหรี่แบบครบวงจร (one stop service) ที่ทำทั้ง 5As ตั้งแต่ขั้นประเมินผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแนวทางในการเลิกบุหรี่ การรักษา โดยทำหน้าที่ทั้งเตรียมยาและจ่ายยาที่เป็นข้อตกลงร่วมภายใต้การยินยอมของแพทย์ (standard order) มีการให้คำปรึกษาและติดตามการช้ำยาในผู้ป่วย และการนัดผู้ป่วยกลับมาที่คลินิกเพื่อประเมินผลการรักษา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเภสัชกรที่สามารถกระทำได้อย่างเบ็ดเสร็จ แต่ก็ขึ้นอยู่กับนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน ดังนั้นการให้หน่วยงานเห็นความสำคัญของงานควบคุมการสูบบุหรี่และการมอบหมายให้เภสัชกรเข้าร่วมงานในคลินิกอดบุหรี่ในลักษณะทีมสหวิชาชีพจึงเป็นประเด็นที่เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ ควรผลักดันให้หน่วยงานต่าง ๆ เห็นความสำคัญของเภสัชกรในบทบาทหน้าที่เหล่านี้ให้มากขึ้น

2. ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรค

เมื่อพิจารณาด้านปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้การดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ประสบผลสำเร็จนั้น เภสัชกรให้ความเห็นว่าผลสำเร็จของการดำเนินงานขึ้นอยู่กับ การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว ความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการมีส่วนร่วมของชุมชน มาตรการบังคับใช้ทางกฎหมายที่เคร่งครัด ความสนใจและการเห็นความสำคัญ องค์ความรู้ของผู้ปฏิบัติงาน และนโยบายเชิงบวกในด้านบุหรี่ที่ไม่ขัดแย้งกับนโยบายในระดับท้องถิ่น

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ เกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ความไม่ชัดเจนในนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบทบาท

หน้าที่และการแบ่งความรับผิดชอบของหน่วยงานองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งส่งผลต่อการประสานงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของภาครัฐในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของวีณา ศิริสุข และคณะ¹³ ที่พบว่าบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่มีความเห็นว่าการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของภาครัฐยังไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างเคร่งครัดและทั่วถึงนั้น อีกทั้งยังพบว่าร้อยละ 80.5 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการดำเนินการตามกฎหมายมีปัญหาหลักในด้านการขาดเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย

มากกว่านั้น เภสัชกรยังมีความเห็นว่ามีปัญหาในด้านความรู้และทักษะของเภสัชกรก็เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเภสัชกรส่วนใหญ่เห็นว่าตนเองยังขาดความรู้ทางวิชาการทั้งในเรื่องกระบวนการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาที่ใช้ในการเลิกบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hudman และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าการฝึกอบรมเภสัชกรในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์เพื่อการลดบุหรี่ การให้คำปรึกษาเพื่อการลดบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการให้คำปรึกษา ล้วนส่งผลเชิงบวกต่อการพัฒนาบทบาทในการให้คำปรึกษาของเภสัชกร

นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้แก่ ปัญหาการไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างเคร่งครัดการประเมินผลโครงการต่าง ๆ ปัญหาการไม่ตระหนักถึงโทษหรือพิษภัยของบุหรี่ในผู้สูบบุหรี่/คนในชุมชน การขาดองค์ความรู้ในการปฏิบัติงานของบุคลากร และปัญหาด้านการจัดสรรงบประมาณ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ

1.1. ผู้บริหารและผู้บังคับบัญชาในระดับต่าง ๆ ควรให้ความสำคัญและกำหนดให้งานควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นนโยบายที่สำคัญของหน่วยงานสาธารณสุข

1.2. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายที่ชัดเจน ให้ความสำคัญและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุขใช้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3. ควรให้มีการดำเนินงานในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ทั้ง แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงบุคลากรด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจสรรพสามิต ครู ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน เป็นต้น เพื่อทำงานบูรณาการทั้งด้านส่งเสริมและบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างมาตรการชุมชน และมุ่งเน้นการป้องกันกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนที่ยังไม่สูบบุหรี่มากขึ้น

1.4. ควรจัดฝึกอบรมเภสัชกรให้มีความรู้และทักษะอย่างเพียงพอในการปฏิบัติงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ งานคลินิกอดบุหรี่ การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา เพื่อจะช่วยให้การควบคุมการบริโภคยาสูบเกิดสัมฤทธิ์ผลมากยิ่งขึ้น

1.5. ควรมีมาตรฐานและตัวชี้วัดที่ชัดเจน ที่สามารถปฏิบัติได้โดยง่าย และมีความถูกต้องแม่นยำ เพื่อให้เภสัชกรมีความสะดวกในการติดตามและประเมินผลโครงการการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

เนื่องจากปัจจุบันการดำเนินงานของคลินิกอดบุหรี่ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน แต่มีแนวทางการดำเนินงานที่หลากหลาย ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ทั้งในด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบและลักษณะกิจกรรม ดังนั้นจึงควรมีการติดตามหรือประเมินผลสัมฤทธิ์ของคลินิกอดบุหรี่ที่ดำเนินงานในรูปแบบต่างๆ เพื่อหารูปแบบและแนวทางที่เหมาะสมในการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ในระดับโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. *สุขภาพคนไทย 2548*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
2. ประภาพรพรณ เทวกุล ณ อยุธยา. *หยุดการแพร่ภัยบุหรี่ สิ่งที่เราต้องทำ และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ; 2543.
3. บุษบา จินดาวิจักษณ์ และ คณะ. *ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริหารผู้ป่วยนอก*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2546.
4. พนา พงมณี และ คณะ. *รายงานการวิจัยเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของสถานประกอบการร้านอาหารภัตตาคารที่มีระบบปรับอากาศในพื้นที่เขต 10. เชียงใหม่. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 10 เชียงใหม่; 2546*
5. คทา บัณฑิตานุกุล และคณะ. *การรวบรวมและสังเคราะห์บทบาทเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. การประชุมวิชาการ “บุหรี่และสุขภาพ”. ครั้งที่ 4. วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2548; โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2548
6. กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ; 2546
7. กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ; 2546
8. อรพิน ฤชณเกียรติกร และคณะ. *การสำรวจการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2549
9. มณฑา เก่งการพานิช ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย และธราดล เก่งการพานิช. *สถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535*. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์; 2548
10. อีระ เบญจมาโยธิน. *การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายยาสูบ จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2547*. ใน: คทา บัณฑิตานุกุล และคณะ. *บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. การประชุมวิชาการ “บุหรี่และสุขภาพ”. ครั้งที่ 4. วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2548; โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2548
11. ประกิต วาทีสาธกิจ. *ภารกิจของสังคมไทยในการพัฒนาการควบคุมการบริโภคยาสูบในยุคโลกาภิวัตน์*. การประชุมวิชาการบุหรี่ครั้งที่ 4; 2548
12. Sinclair HK, Bond CM, and Stead LF. *Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation*. Cochrane database of systematic reviews (Online : Update Software); 2004
13. วิณา ศิริสุข และคณะ. *สถานการณ์การคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่*. โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2534
14. Hudman KS, Prokhorov AV, and Corelli RL. *Tobacco cessation counseling: pharmacists' opinions and practices*. Patient education and counseling; 2005: 1-9.

บทบาทการควบคุมยาสูบของประเทศไทยในเวทีโลก

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย*

เกริ่นนำ

อาจกล่าวได้ว่าในบรรดาการแก้ปัญหาสาธารณสุขในระดับโลก การควบคุมการบริโภคยาสูบถือว่ามีความก้าวหน้าในระดับต้นที่สามารถใช้เป็นแบบอย่างในการแก้ปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมติที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ.2542 ที่มีประเทศสมาชิกจำนวน 191 ประเทศได้พร้อมใจกันที่กำหนดให้มีกฎหมายระดับโลกเพื่อควบคุมยาสูบในนาม “กรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ” (Framework Conventional on Tobacco Control) แล้ว⁽¹⁾ การควบคุมยาสูบในประเทศต่างๆ ก็มีความคืบหน้าเป็นลำดับ ทั้งนี้ พบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรโลกถึงปีละกว่า 4.9 ล้านคน แต่เมื่อประเทศสมาชิกจำนวน 148 ประเทศได้ลงสัตยาบันเป็นภาคีสมาชิกแล้ว ประเทศเหล่านี้จะต้องปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯ ซึ่งคาดว่าจะสามารถปกป้องชีวิตของผู้ที่ต้องตายจากโรคที่สูบบุหรี่ได้ถึง 200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593⁽²⁾

บทความนี้ต้องการนำเสนอบทบาทของประเทศไทยในการควบคุมยาสูบในเวทีโลก โดยเฉพาะในเวทีภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (Conference of Parties หรือ COP) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่สุดในการควบคุมยาสูบระดับโลก บทความนี้ประกอบด้วยสาระสำคัญดังนี้ 1) ความหมายของภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (Conference of Parties) 2) บทบาทของประเทศไทยในการประชุม COP I และ COP II และ 3) ความสำเร็จของประเทศไทยในเวทีโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

1) ความหมายของภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (Conference of Parties หรือ COP) คือภาคีสมาชิกของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ที่ให้การยอมรับ (Adopt) และลงนามให้สัตยาบัน (Ratify) ในกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO - Framework Conventional on Tobacco Control) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 โดยเป็นวันที่ประเทศภาคีสมาชิกได้ลงสัตยาบันครบ 40

*ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประเทศ ทั้งนี้ภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (COP) ได้ตั้งคณะกรรมการบริหารเรียกว่า Bureau of the Conference of the Parties ที่ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการบริหาร 1 ท่าน ซึ่งคือ ประธานภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (President of the Conference of the Parties) และรองประธาน (Vice-President) อีก 5 ท่าน จากผู้แทนภาคีประเทศของ 5 ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ COP มีหน้าที่จัดให้มีการประชุมของภาคีสมาชิกก็เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการควบคุมยาสูบของประเทศต่างๆ ที่ลงสัตยาบันแล้วปีละครั้ง รวมทั้งการกำหนดมาตรการและแนวทางต่างๆ ที่จะใช้ในการควบคุมยาสูบระดับโลก

2) บทบาทของประเทศไทยในการประชุม COP I และ COP II

2.1) บทบาทของประเทศไทยในการประชุม COP I

การประชุม COP I จัดขึ้นเป็นครั้งแรก ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เมื่อวันที่ 6-17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ภายหลังจากที่ประเทศที่ลงสัตยาบันจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายโลกฉบับนี้ได้ 1 ปีโดยมีประเทศที่เข้าร่วมประชุมจำนวน 103 ประเทศ จากประเทศที่ลงสัตยาบันแล้วจำนวน 110 ประเทศ

ประเทศไทยในฐานะประเทศภาคีที่ลงสัตยาบันในกรอบอนุสัญญา ฯ นี้เป็นประเทศที่ 36 เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2547 ได้เข้าร่วม

ประชุมใน COP I นี้ โดยผู้แทนไทยคือ นพ.หทัย ชิตานนท์ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้แทนของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽²⁾ ซึ่งจะดำรงตำแหน่ง เป็น Vice-President ของการประชุมคณะกรรมการบริหารของ COP (Bureau of the Conference of the Parties)⁽³⁾ โดยปริยาย

สาเหตุที่ประเทศไทยได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งอันทรงเกียรตินี้ น่าจะมาจาก 2 ปัจจัยสำคัญคือ **ปัจจัยของประเทศ** กล่าวคือประเทศไทยมีประวัติศาสตร์ยาวนานกว่า 20 ปีในการดำเนินการควบคุมยาสูบ รวมทั้งการต่อสู้ในเวทีโลกเมื่อปี พ.ศ.2533 กับสหรัฐอเมริกาที่ใช้มาตรการ 301 ในการบีบบังคับให้ประเทศไทยต้องเปิดตลาดให้บุหรี่ต่างประเทศนำมาจำหน่ายในประเทศได้ อันนำมาสู่การยอมรับในชุมชนควบคุมยาสูบโลกถึงกับได้ให้ฉายากับประเทศไทยว่า “เจ้าผู้ฆ่ายักษ์”⁽⁴⁾ และอีกปัจจัยสำคัญที่สอง คือ **ปัจจัยส่วนบุคคล** ของ นพ.หทัย ชิตานนท์ ที่สวมบทบาทเจ้าผู้สู้กับยักษ์ อันหมายถึงบรรษัทบุหรี่ข้ามชาติมายาวนาน เกือบ 20 ปีโดยไม่รู้เหน็ดเหนื่อย

นอกจากนั้น ในการประชุม COP I ครั้งนี้ ประเทศไทยยังได้แจ้งความจำนงที่จะเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม COP II เนื่องจากสถานที่จัดประชุมในกรุงเจนีวาไม่ว่างตลอดปี 2550 ทั้งนี้มีอีก 2 ประเทศก็ได้แจ้งความจำนงที่จะเป็นเจ้าภาพเช่นกันคือ ประเทศแอฟริกาใต้และอินเดีย แต่ในที่สุด ที่ประชุม COP I ก็ได้ตัดสินใจเลือกประเทศไทย ทั้งนี้ COP

¹ขณะนี้ (ณ วันที่ 27 สิงหาคม 2550) มีประเทศที่ลงสัตยาบันในกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบแล้วจำนวน 149 ประเทศ

²ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ลงสัตยาบันในกรอบอนุสัญญา ฯ มี 11 ประเทศในภูมิภาคนี้ได้แก่ บังคลาเทศ ภูฏาน เกาหลี อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟ พม่า เนปาล ศรีลังกา ติมอร์-เลสเต และประเทศไทย

³ กฎข้อที่ 21 ที่กำหนดใน Rules of Procedure of the Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO, 2006) กำหนดให้แต่ละภูมิภาคเลือกผู้แทนมาเป็นกรรมการบริหาร (Bureau member) เพื่อทำหน้าที่เป็น Vice president ซึ่งมีอยู่ 5 คน โดยมี President of the Conference of the Parties อีก 1 คนเป็นประธานกรรมการบริหาร

⁴ ท่านที่สนใจสามารถศึกษารายละเอียดได้จากหนังสือ (3,4)

จะจ่ายงบประมาณสำหรับจัดการประชุมจำนวน 2 ล้านเหรียญสหรัฐ (งบประมาณนี้ได้มาจาก กองทุนสนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรา 26 ในอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ โดยกำหนดให้แต่ละประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนการดำเนินการโดยประเทศไทยได้ร่วมจ่ายเป็นจำนวน 1 ล้านบาท) ค่าใช้จ่ายส่วนเกินนั้น ประเทศเจ้าภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบ

2.2) บทบาทประเทศไทยในการประชุม COP II

COP II จัดขึ้นระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน - 7 กรกฎาคม พ.ศ.2550 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพฯ ประเทศไทย มีประเทศภาคีสมาชิกเข้าร่วมจำนวน 161 ประเทศผู้เข้าร่วมการประชุมประมาณ 800 คน โดยมีพิธีเปิดการประชุมอย่างเป็นทางการในวันเสาร์ที่ 30 มิ.ย. พ.ศ.2550 โดยรองนายกรัฐมนตรี นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม เป็นประธาน

ในพิธีเปิดการประชุม COP II ครั้งนี้ ได้มีผู้ทรงเกียรติหลายท่านเข้าร่วมทำพิธีเปิดนาฬิกาแห่งความตาย (Death Clock) อาทิ นพ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.อนารพี อสามัวร์-บาห์ (Dr. Anafi Asamoah-Baah) รองผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก เอกอัครราชทูตมาร์ทาบิท (Ambassador Martabit) ซึ่งเป็น President ของ COP I นพ. หทัย ชิตานนท์ Vice President ของ COP II และ ศ. นพ.ประภคิต วาทีสาธกกิจ เลขานุการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

นาฬิกาแห่งความตาย (Death Clock) เดินเครื่องบันทึกจำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ตั้งแต่วันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2542 ของการประชุมครั้งแรกของคณะกรรมการควบคุมบุหรี่โลก จนถึงวันนี้เป็นเวลาเกือบ 8 ปี พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากพิษภัยของบุหรี่ไปแล้วกว่า 33 ล้านคน โดยในช่วง

2-3 ปีแรกมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยนาทีละ 8 คนหรือปีละ 4 ล้านคน จากนั้นเพิ่มเป็นนาทีละ 9 คนหรือ ปีละประมาณ 5 ล้านคน นาฬิกานี้จะเดินเครื่องตรงกับเครื่องที่ตั้งอยู่ที่องค์การอนามัยโลก นครเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์

3) ความสำเร็จของประเทศไทยในเวทีโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ

ประเทศไทยในเวทีภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบ (Conference of Parties หรือ COP) มีความโดดเด่นในหลายประการโดยเฉพาะเมื่อเราอาสาเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม COP II ในครั้งนี้ ก่อให้เกิดปรากฏการณ์สำคัญที่ควรบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์ ดังนี้คือ

3.1) การสร้างวัฒนธรรมใหม่ขององค์การอนามัยโลก เรื่องการเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมใหญ่ที่สามารถจัดในประเทศกำลังพัฒนาได้

จากประวัติศาสตร์การประชุมองค์การอนามัยโลกที่มีการประชุมภาคีสมาชิกที่เป็นตัวแทนจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก พบว่าการประชุมที่ผ่านมา มีการจัดการประชุมที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์เท่านั้น การที่ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพในการประชุม COP II ในครั้งนี้ จึงเป็นการสร้างประวัติศาสตร์สำหรับการเลือกสถานที่จัดการประชุมใหญ่ขององค์การอนามัยโลกว่าสามารถหมุนเวียนจัดไปในประเทศต่างๆ นอกกรุงเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา ประเทศไทยได้เป็นผู้นำในการจัด COP II ซึ่งประสบความสำเร็จได้ดี และได้รับคำชมเชยจากภาคีสมาชิก จากความสำเร็จนี้เอง เป็นผลให้การประชุม COP III ในปี พ.ศ.2551 ที่ประชุมภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันฯ จึงมีความเห็นให้มีการจัดประชุม COP III ขึ้นในประเทศแอฟริกาได้นับเป็นการสร้างวัฒนธรรมใหม่ในเรื่องความสามารถ

และความเหมาะสมในการจัดประชุมใหญ่ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกนอกกรุงเจนีวา ซึ่งเป็นที่ตั้งขององค์การอนามัยโลก

3.2) ผู้แทนประเทศไทย... จากระดับภูมิภาคสู่ระดับโลก

ใน COP I นพ.หทัย ชิตานนท์ หัวหน้าผู้แทนประเทศไทย ได้รับเกียรติเป็นผู้ประสานงานของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และ Vice-President ของ COP II ซึ่งตำแหน่งจะครบกำหนดในช่วง การประชุม COP II และต้องหมั่นเวียนให้ภาคีสมาชิกอื่นขึ้นมาเป็นผู้ประสานงานภูมิภาคคนต่อไป โดยตามเกณฑ์ตัวอักษรจะต้องเวียนให้ประเทศติมอร์-เลสเต เป็นผู้ประสานงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่เนื่องจากไม่มีผู้แทนจากประเทศติมอร์-เลสเต มาเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จึงได้ส่งอีเมล ไปยังกระทรวงสาธารณสุขของประเทศติมอร์-เลสเต เพื่อถามความสมัครใจในการเป็นผู้ประสานงานของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในการประชุม COP III ซึ่งประเทศติมอร์-เลสเต ไม่ประสงค์ที่จะขึ้นดำรงตำแหน่งดังกล่าว ดังนั้นในที่ประชุมภาคีสมาชิกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้แทนจากประเทศจีนจึงได้เสนอที่ประชุมภูมิภาคฯ ให้ประเทศไทยดำรงตำแหน่งผู้ประสานงานภูมิภาคฯ อีกวาระหนึ่ง ทั้งนี้จึงมีผลสืบเนื่องให้นพ.หทัย ชิตานนท์ ผู้ประสานงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้สามารถลงสมัครเพื่อคัดเลือก (Candidate) ตำแหน่งประธานของภาคีสมาชิก (The President of Conference of the Parties) ผลปรากฏว่าเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2550 ที่ประชุมใหญ่ของภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันจำนวน 161 ประเทศ ได้มีมติเป็นเอกฉันท์ให้นพ.หทัย ชิตานนท์ หัวหน้าผู้แทนประเทศไทย และ

ผู้แทนภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็น President of Conference of the Parties ในปีที่ 3 ของการมีกฎหมายโลกฉบับนี้ และที่ประชุมกำหนดให้มีการประชุม COP III ปี พ.ศ.2551 ณ ประเทศแอฟริกาใต้

3.3) SEATCA กับบทบาท NGO ไทยที่โดดเด่นใน COP II

ในการประชุม COP I องค์กรพัฒนาเอกชนไม่หวังกำไร หรือ NGO มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล และนำเสนอมาตรการและกลยุทธ์เพื่อประกอบการจัดทำกฎหมายโลกเพื่อการควบคุมยาสูบ โดยผ่านองค์กรพัฒนาเอกชนชื่อ Framework Conventional Alliance หรือ FCA ตลอดการประชุม FCA จะเชิญผู้เชี่ยวชาญในมาตรการต่างๆ ในการควบคุมยาสูบ มานำเสนอสถานการณ์ปัญหา และมุมมองในการแก้ไขปัญหา และให้ผู้เข้าร่วมประชุมอภิปรายแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นกระจุกสะท้อนการทำงานตามกรอบอนุสัญญาฯ ของรัฐบาลประเทศต่างๆ

สำหรับการประชุม COP II ในครั้งนี้ FCA ได้มอบหมายให้ SEATCA (Southeast Asia Alliance for Tobacco Control) ซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีคุณบงอร ฤทธิภักดี เป็นผู้ประสานงานและทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายหลักในการดำเนินการจัดการประชุมภาคี NGO

ผลงานเด่นของ NGO ในงานการประชุม COP II คือ การจัดทำเอกสารที่เรียกว่า Shadow report⁵ เพื่อติดตามและประเมินสถานการณ์การดำเนินงาน ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการควบคุมยาสูบของแต่ละประเทศในมุมมองของ NGO คู่ขนานไปกับเอกสารที่เรียกว่า Official Report ซึ่งเป็นรายงานสถานการณ์ของผู้แทนที่เป็นทางการจากแต่ละประเทศ นอกจากนั้น ยังมีการจัดประชุมในห้องย่อยต่างๆ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญในแต่ละ

⁵ Shadow report ของประเทศไทย ดำเนินการโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับผู้สนใจ Shadow report ฉบับเต็มสามารถอ่านได้จากหนังสือ (5)

สาขามานำเสนอสถานการณ์และกลวิธีในการดำเนินการ เช่นการดำเนินการกับบุหรี่ผิดกฎหมาย ผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ต่อความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ การปลูกพืชทดแทน ตลอดจนการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อการเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบ

3.4) การเป็นกรรมการผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ

บทบาทของประเทศไทยในภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันฯ (COP) นั้น นอกจากการเข้าร่วมประชุมในการประชุม COP ประจำปีแล้ว ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบของประเทศไทยหลายท่านได้รับเกียรติเป็นผู้เชี่ยวชาญในคณะกรรมการหลายคณะ (Expert committees) เพื่อจัดเตรียมคู่มือและเอกสารแนวทางการดำเนินการในสาขาต่างๆ ได้แก่ นพ.หทัย ชิตานนท์ เป็นกรรมการในคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญเรื่อง การโฆษณาข้ามพรมแดน (Border advertising) รศ.ดร.อิศรา ศานติศาสน์ เป็นผู้เชี่ยวชาญในคณะกรรมการด้านการค้าบุหรี่ผิดกฎหมาย (Illicit trade) และ ผศ.ดร.นันทวรรณ วิจิตรวาทการ เป็นผู้เชี่ยวชาญในคณะกรรมการเรื่องกฎหมายผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Product regulation)

3.5) การปฏิบัติตามมาตรฐานต่างๆ ในกรอบอนุสัญญาฯ

ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมยาสูบตามมาตรการต่างๆ ตามกรอบอนุสัญญาฯ โดยมีหลายมาตรการที่โดดเด่นและบางมาตรการก็สามารถดำเนินการได้เกินกว่าข้อกำหนดที่กฎหมายโลกได้กำหนดไว้ ดังนี้

3.5.1) การมีแหล่งเงินทุนเพื่อการควบคุมยาสูบ ในมาตรา 26 กำหนดให้ประเทศต่างๆ จะต้องจัดสรรแหล่งเงินทุน เพื่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายของกรอบอนุสัญญาฯ ประเทศไทยมีกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มาตั้งตั้งปี พ.ศ.2544 โดยดำเนินงานจากงบประมาณ

ที่ได้มาจากภาษีบุหรี่และสุราโดยตรง ร้อยละ 2 ทำให้ประเทศไทยมีหลักประกันการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่ยั่งยืน การมีกองทุนในรูปแบบของ สสส. เช่นนี้ มีเพียงไม่กี่ประเทศในโลก ดังนั้น ประเทศไทยจึงเป็นแบบอย่างในการนำภาษีบุหรี่เพื่อใช้ในการควบคุมยาสูบ และยังทำหน้าที่เป็นวิทยากรในการแบ่งปันประสบการณ์ในการจัดตั้งกองทุน สสส. แก่ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา

3.5.2) การมีคำเตือนบนซองบุหรี่ ในมาตรา 11 ของกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดให้ประเทศภาคีสมาชิกต้องมีฉลากคำเตือนอันตรายบนซองบุหรี่ให้ครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 30 ของซองบุหรี่ โดยมีฉลากทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ข้อความบนฉลากจะต้องสื่อข้อความเป็นภาษาของประเทศนั้นๆ และมีข้อความที่หมุนเวียนกันไป หรือมีภาพจริงหรือลายเส้นประกอบด้วยก็ได้ นอกจากนั้นบนซองบุหรี่ต้องไม่มีคำที่จะทำให้ผู้บริโภคเกิดความเข้าใจผิด เช่น นิโคตินน้อยหรือน้ำมันดินต่ำ ได้แก่ คำว่า “Light” “Ultra Light” “Low tar” หรือ “Mild” เป็นต้น

ประเทศไทยได้ดำเนินการตามมาตรา 11 นี้ เกินกว่ามาตรฐานขั้นต่ำของกฎหมายโลก กล่าวคือ

● **การมีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ 4 สี** ขนาดไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ของทั้งด้านหน้าและด้านหลังรวมทั้งคาร์บอนบุหรี่ด้วย ทั้งนี้ประเทศไทยมีการดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548⁽⁶⁾ นับเป็นประเทศที่สี่ของโลกที่มีคำเตือนบนซองบุหรี่เป็นรูปภาพ โดย 3 ประเทศแรกคือ แคนาดา บราซิล และสิงคโปร์ ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ที่มีอยู่ในปัจจุบันมีทั้งสิ้น 9 ภาพ คือ ภาพคำเตือนควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด สูบแล้วปากเหม็น สูบแล้วถุงลมพองตาย ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด ควันบุหรี่ทำให้หัวใจวายตาย ควันบุหรือนำชีวิตสู่ความตาย สูบแล้วเป็นมะเร็งช่องปาก สูบแล้วเป็นมะเร็งกล่องเสียง และควันบุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก⁽⁷⁾

● การห้ามไม่ให้มีคำว่า Mild, Medium, Light, Ultra light และ Low Tar หรือข้อความที่จะสื่อให้ผู้สูบบุหรี่หรือคนทั่วไปเข้าใจว่าบุหรื่อดังกล่าวปลอดภัยหรือมีพิษน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีประกาศกระทรวงฉบับที่ 12⁽⁸⁾ ห้ามไม่ให้บุหรี่ที่ขายในราชอาณาจักรไทยมีข้อความดังกล่าว นอกจากนี้การมีข้อความแสดงชื่อสารพิษบนซองบุหรี่ เมื่อ 29 กันยายน พ.ศ.2549 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾ กำหนดให้ด้านข้างทั้งสองด้านของซองบุหรี่ต้องมีข้อความที่แสดงชื่อสารพิษ ได้แก่ คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนและสารก่อมะเร็งที่เกิดจากการเผาไหม้ได้แก่ ไซยาไนด์ พอร์มาลดีไฮด์ และไนโตรซามีน

3.5.3) การห้ามตั้งโชว์บุหรี่ ณ จุดขาย ในกรอบอนุสัญญาฯ กำหนดให้ประเทศสมาชิกดำเนินการห้ามไม่ให้อุตสาหกรรมบุหรี่ปักรโฆษณาส่งเสริมการขาย และสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ภายใน 5 ปีนับตั้งแต่การให้สัตยาบันร่วมกัน การห้ามโฆษณานี้ให้รวมถึงการโฆษณาข้ามพรมแดนจากพื้นที่ในครอบครองของประเทศสมาชิกด้วย

ประเทศไทยได้มี พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 มาตรา 8 ที่ห้ามโฆษณาบุหรี่ในทุกรูปแบบ และในปี พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดให้การห้ามตั้งโชว์บุหรี่ ณ จุดขายว่า “เป็นรูปแบบหนึ่งของการโฆษณาบุหรี่” ซึ่งผิดกฎหมายมาตรา 8 ใน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ทั้งนี้เนื่องจากมีงานวิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นว่า การตั้งแสดงบุหรี่ ณ จุดขาย มีเป้าหมายที่จะชักชวนให้เยาวชนเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีประกาศ “แนวทางการปฏิบัติการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ” แจกให้ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ซึ่งมีประมาณ 50,000 แห่งทั่วประเทศ ห้ามไม่ให้แสดงชื่อ ตรา เครื่องหมายการค้าหรือซองบุหรี่ที่ดูหรือชั้นวาง ณ จุดจำหน่าย แต่ให้มีป้ายขนาดใหญ่เกินกระดาษ เอ 4 ติดข้อความ “ที่

นี้จำหน่ายบุหรี่” ทั้งนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2548 ประเทศไทยนับเป็นประเทศที่ 3 ที่ประกาศห้ามตั้งแสดงบุหรี่ ณ จุดขายต่อจากไอซ์แลนด์ และรัฐสค์ดาซีวาน ประเทศแคนาดา⁽¹⁵⁾

กล่าวโดยสรุป ประเทศไทยประสบความสำเร็จในระดับสูงในเวทีโลกในการควบคุมยาสูบทั้งในเรื่องผลการดำเนินงานและการแสดงภาวะผู้นำในระดับโลก ดังนั้น นับจากนี้เป็นต้นไป เราจึงจำเป็นต้องเตรียมสรรพกำลังภายในประเทศเพื่อที่จะยืนในเวทีโลกอย่างเต็มภาคภูมิ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข โดย นพ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรคได้ประชุมหารือร่วมกับกลุ่มควบคุมยาสูบภายในประเทศ และมีมติให้ตั้งคณะทำงานขึ้น 2 ชุดคือ คณะทำงานที่ทำหน้าที่หนุนเสริมการทำงานของ นพ.หทัยชิตานนท์ ประธานภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันฯ (President of the Conference of the Parties) และ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ หัวหน้าคณะผู้แทนไทยในการประชุมภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันฯ ครั้งที่ 3 ทั้งนี้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) จะสนับสนุนงบประมาณบางส่วนเพื่อหนุนเสริมให้คณะทำงานทั้ง 2 ชุด สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยการจัดเตรียมทัพอย่างเต็มกำลังความสามารถนี้ จึงเป็นที่คาดหวังว่าประเทศไทยจะสามารถแสดงบทบาทผู้นำในการควบคุมยาสูบ โดยเฉพาะในเวทีโลกในภาคีประเทศที่ให้สัตยาบันฯ และใน COP III ในปีหน้าที่ประเทศแอฟริกาได้อย่างสง่างาม

บรรณานุกรม

1. หทัย ชิตานนท์. *กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ชุดเอกสารวิชาการ*. สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย. บริษัท ดีไซน์ จำกัด; 2545: 2.
2. Gales-Camus Catherine. WHO FCTC: *Mobilizing the world for global public health*. Available from : URL: http://www.who.int/entity/nmh/media/speeches/nmh_adg_speech_WCTOH_12Jul06.pdf. Accessed August 8, 2007.
3. Hatai Chitanondhn. *The Passage of Tobacco Control Laws:Thai Davids versus Tansnational Tobacco Goliaths*. Thailand Health Promotion Institute, The national Health Foundation. Bangkok: Desire Co.,Ltd; 2000.
4. ประภิต วาทีสารภกิจ. *สงครามการค้ายาสูบ บันทึกรุ่นใหม่ในประวัติศาสตร์ 2*. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2549.
5. Jategaonkar, N.(Ed). *Civil Society Monitoring of the Framework Convention on Tobacco Control: 2007 Status Report of the Framework Convetiona Alliance. Framework Convention Alliance*; 2007.
6. กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสินทวี; 2547: 24-28.
7. ราชกิจจานุเบกษา. *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 11 พ.ศ.2549*. เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงผลและข้อความคำเตือนถึงพิษภัยวันเดือนปีที่ผลิตแหล่งผลิต และการขายได้เฉพาะในราชอาณาจักรไทย ในฉลากของบุหรี่ยีกาเรต และบุหรี่ยีการ์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535. แหล่งข้อมูล: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2549/E/101/4.PDF>. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2550.
8. ราชกิจจานุเบกษา. *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 12 พ.ศ.2549*. เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงผลหรือข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากของบุหรี่ยีกาเรต บุหรี่ยีการ์ และยาเส้น ตามพระ-
ราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 แหล่ง
ข้อมูล: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2549/E/101/9.PDF>. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2550.
9. ราชกิจจานุเบกษา. *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 10 พ.ศ.2549* เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการแสดงผลหรือข้อความคำเตือนถึงพิษภัยวันเดือนปีที่ผลิตแหล่งผลิตและข้อความที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในฉลากของบุหรี่ยีกาเรต ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535.
10. Schooler C, Feighery E,Flora JA. *Seventh graders' self-reported exposure to cigarette marketing and its relationship to their smoking behavior*. An J Public Health 1996; 86:1216-1221.
11. Feighery EC, et al. *Seeing, wanting, owning: the relationship between receptivity to tobacco marketing and smoking susceptibility in young people*. Tobacco Control 1998; 7: 123-28.
12. Evans, N, et al. *Influence of Tobacco Marketing and Exposure to Smokers on Adolescent Susceptibility to Smoking*. Journal of the National Cancer Institute 1995; 87(19): 1538-1545.
13. Florida Department of Health,Florida. *Youth Tobacco Survey, 1999*. See, also, *Campaign for Tobacco-Free Kids Factsheet, Where Do Youth Smokers Get Their Cigarettes*. Available from : <http://www.tobaccofreekids.org>. Accessed December 6, 2006.
14. Rogers T, Feighery RN, Tencati E, et al. *Community mobilization to reduce point of purchase advertising of tobacco products*. Hlth Educ Qrtly 1995; 22: 427-42.
15. Belinda Hughes. *Out of Sight - Out of Mind, Campaign to ban cigarettes display*. Cancer Society of New Zealand. Available from : <http://www.bancigarettedisplays.org.nz/index.php?id=148>.Accessed August 12, 2007.

บุหรี่ : ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

Cigarette : risk factors of cardiovascular diseases

กาญจนา สุริยะพรหม*
รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร**

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งนำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกประมาณ 1,100,000,000 คน⁽¹⁾ ในประเทศไทย มีผู้สูบบุหรี่ที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 11.3 ล้านคน โดยเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำทุกวัน 9.6 ล้านคน⁽²⁾ ซึ่งการสูบบุหรี่นี้มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูบบุหรี่ โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าบุหรี่นอกจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่าผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดในวัยกลางคนมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า รวมทั้งโรคหัวใจวาย เส้นโลหิตในสมองแตก และโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับเส้นโลหิตแดงหรือดำ⁽¹⁾ ในประเทศไทย การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญ อันดับที่สองของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁽²⁾

นอกจากนี้ คาร์บอนนิโคตินยังมีผลกระทบต่อผู้ที่อยู่แวดล้อมด้วย เนื่องจาก คาร์บอนนิโคตินประกอบด้วยสารชนิดต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก อาทิ nicotine, tar, carbon monoxide, carbon dioxide และ free radicals เป็นต้น⁽³⁻⁴⁾ ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสาร nicotine บางส่วนเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกดูดซึมเข้าไปในกระแสเลือดและมีผลโดยตรงต่อการหลั่งสาร epinephrine ทำให้ความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ⁽⁵⁾ carbon monoxide จะไปแย่งจับกับ haemoglobin ทำให้เปลี่ยนเป็น carboxyhaemoglobin ซึ่งมีผลทำให้กระบวนการขนส่งออกซิเจนของร่างกายลดลง และการเพิ่มขึ้นของ carbon monoxide ในกระแสเลือดทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิด atherosclerosis และ ischemic heart disease⁽⁶⁾ Coleman และคณะ รายงานว่าผู้สูบบุหรี่จะมีระดับของ carboxyhaemoglobin อยู่ประมาณร้อยละ 4-20 ขณะที่ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จะมีระดับของสารดังกล่าว อยู่ประมาณร้อยละ 1⁽⁷⁾ ผู้สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่ได้รับอนุมูลอิสระต่างๆ ใน

* อาจารย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต ; ติดต่อผู้เขียนที่ อีเมล : ksuriyaprom@yahoo.com

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาโภชนาการศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริมาณสูง เนื่องมาจากกระบวนการเผาไหม้ของไบยาสูป อนุมูลอิสระ (free radicals) เช่น superoxide anion radical (O₂⁻), hydroxyl radical (OH) และ nitric oxide (NO) เป็นต้น สามารถทำให้ระดับของสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidants) ในร่างกายลดลงรวมทั้งทำให้เกิดกระบวนการ lipid peroxidation และ protein oxidation กับสารชีวโมเลกุลต่างๆ ในร่างกาย⁽⁸⁻⁹⁾

ขณะเดียวกัน การสูบบุหรี่ยังสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดการบาดเจ็บที่ Endothelial cells โดยมีหลักฐานว่า อนุมูลอิสระต่างๆ ที่ได้จากควันของบุหรี่ เช่น hydrogen peroxide, nitric oxide, singlet oxygen เป็นต้น สามารถเหนี่ยวนำให้มีการทำลายบริเวณ endothelial cells ที่บุหลอดเลือด ซึ่งกลไกนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิด atherosclerosis⁽¹⁰⁾

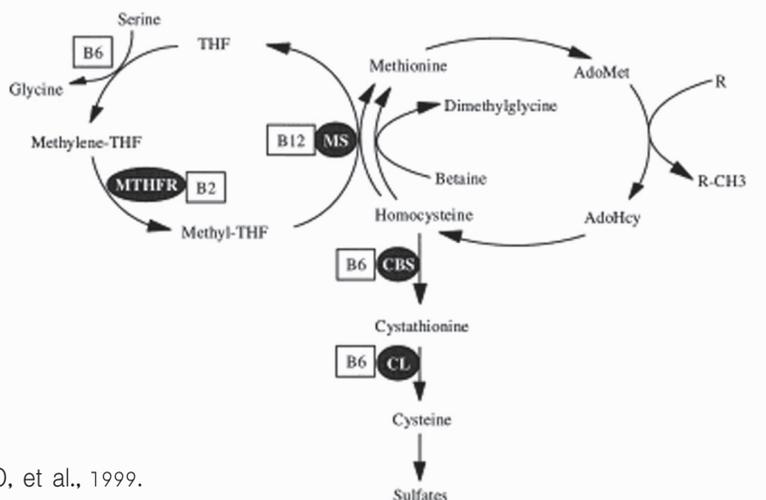
ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสารชีวเคมีสำคัญ 3 ชนิดในร่างกาย ได้แก่ Homocysteine, C-reactive protein และ Lipids ซึ่งเปรียบเสมือนตัวบ่งชี้ที่บ่งชี้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ

Homocysteine

Homocysteine เป็นกรดอะมิโนชนิดหนึ่งที่มีกำมะถันเป็นส่วนประกอบโดยเป็นสารกึ่งกลางที่ได้จากกระบวนการเมตาบอลิซึมของ methionine ซึ่งเป็นกรดอะมิโนชนิดจำเป็นต่อร่างกาย (essential amino acid)⁽¹¹⁾ และปัจจุบันมีรายงานว่า การเพิ่มสูงขึ้นของ homocysteine ในซีรัมมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ⁽¹¹⁻¹⁴⁾

เมตาบอลิซึมของ homocysteine ประกอบด้วย 2 วิธีหลักคือ remethylation pathway⁽³⁾ และ transsulphuration pathway⁽⁴⁾ ซึ่งแต่ละวิถีจะมีเอนไซม์หลายชนิดและวิตามินชนิดต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องในปฏิกิริยา โดยวิถี remethylation pathway นี้โมเลกุลของ homocysteine ที่ถูกสร้างขึ้นจะถูกเปลี่ยนกลับไปเป็น methionine ใหม่ได้อีกครั้ง ส่วนวิถี transsulphuration pathway โมเลกุลของ homocysteine จะสลายตัวไปเป็น cysteine ซึ่งปฏิกิริยาในส่วนนี้จะเป็นปฏิกิริยาที่ไม่สามารถย้อนกลับมาเป็น homocysteine ได้อีก⁽¹⁵⁾ จากการศึกษาพบว่ากระบวนการ remethylation pathway สามารถเกิดได้ทั่วไปในเนื้อเยื่อต่างๆ ของมนุษย์โดยอาศัย

รูปที่ 1 แสดงกระบวนการเมตาบอลิซึมของ homocysteine



ที่มา: Nygard O, et al., 1999.

เอนไซม์ methionine synthase และวิตามินบี 12 จะถูกใช้เป็น cofactor ของเอนไซม์ชนิดนี้ และ 5-methyltetrahydrofolate จะทำหน้าที่ส่งหมู่ methyl ให้กับ homocysteine เพื่อสังเคราะห์เป็น methionine⁽¹⁶⁾ ดังนั้น ถ้าวร่างกายมนุษย์ขาดวิตามินบี 12 และโฟเลท ก็จะมีผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของ homocysteine ในการเปลี่ยนกลับไปเป็น methionine นอกจากนี้สารพวก nitric oxide ยังสามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ methionine synthase⁽¹⁷⁾

ส่วนในกระบวนการ transsulphuration pathway เอนไซม์ cystathionine β -synthase (CBS) และ เอนไซม์ cystathionine γ -lyase (CL) เป็นเอนไซม์ที่ทำหน้าที่เปลี่ยน homocysteine ให้เป็น cysteine และวิตามินบี 6 ถูกใช้เป็น coenzyme ของเอนไซม์ต่างๆ ในวิถีนี้ ส่วน cysteine ที่ได้จากปฏิกิริยานี้จะถูกนำไปใช้สำหรับการสร้างโปรตีนและ glutathione ซึ่งเป็นสารที่ป้องกันอนุมูลอิสระต่างๆ ภายในเซลล์ เอนไซม์ CBS มี heme เป็นส่วนประกอบในโมเลกุลและสารพวก carbon monoxide และ cyanide สามารถยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ CBS ได้ การศึกษาพบว่าเอนไซม์ CBS จะพบได้ในเนื้อเยื่อบางชนิดเท่านั้น โดยในหนูทดลองไม่พบเอนไซม์ CBS ในเนื้อเยื่อหัวใจ ปอด ลูกอ้นทะเล และม้าม⁽¹⁸⁾ ขณะที่ในมนุษย์ไม่พบเอนไซม์นี้ในกล้ามเนื้อหัวใจ และ aortic endothelial cell culture เช่นกัน⁽¹⁹⁾ ซึ่งมีรายงานว่าเนื้อเยื่อเหล่านี้สามารถได้รับอันตรายจากสาร homocysteine ได้ง่ายกว่าเนื้อเยื่อชนิดอื่นๆ นอกจากนี้ มีรายงานว่า homocysteine สามารถเกิด autooxidation ทำให้ได้ reactive oxygen species โดยสารเหล่านี้จะมีอันตรายโดยตรงต่อ endothelial cells⁽²⁰⁾

โดยทั่วไป ผู้มีสุขภาพดีจะพบว่า homocysteine มีค่าอยู่ระหว่าง 5-12 $\mu\text{mol/l}$ ⁽²¹⁾ แต่ในภาวะขาดวิตามินชนิดต่างๆ และเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเมตาบอลิซึมของ homocysteine ทำงานลดลง จะเป็นผลให้มีการคั่งของระดับ

homocysteine ใน extracellular fluid โดยเฉพาะในซีรัม^(14, 21, 22) Selhub และคณะรายงานว่าวิตามินบี 12 และโฟเลทมีความสัมพันธ์ผกผันกับระดับ homocysteine ในกระแสเลือด⁽²³⁾ และการเพิ่มขึ้นของระดับ homocysteine เป็นตัวบ่งชี้อย่างหนึ่งสำหรับการบริโภควิตามินบี 12 และโฟเลทในระดับต่ำ⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ มีรายงานว่าระดับ homocysteine ในเลือดสูงจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ^(13, 22, 25) รวมทั้งอัตราเสี่ยงต่อการเกิด myocardial infarction และ vascular diseases จะเพิ่มเป็นสองเท่าถ้าความเข้มข้นของ homocysteine มากกว่า 12 $\mu\text{mol/l}$ ⁽²⁶⁻²⁷⁾ Boushey และคณะ ได้ทำการรวบรวมงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับ homocysteine และ vascular diseases พบว่าทุกๆ 5 $\mu\text{mol/l}$ ของ homocysteine ในเลือดที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิด coronary artery disease (CAD) ขึ้นอีก 1.6 เท่า และ 1.8 เท่าสำหรับผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ⁽²⁸⁾ จากการศึกษาพบว่า homocysteine สามารถกระตุ้นกระบวนการ atherosclerosis ได้โดยเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิด endothelial dysfunction การเพิ่มภาวะ oxidative stress และการกระตุ้นให้มีการเจริญเติบโตของ vascular smooth muscle cell⁽²⁹⁾

งานวิจัยในประเทศพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีระดับ homocysteine สูงกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่⁽³⁰⁻³¹⁾ และผลการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดต่างๆ ที่สูบบุหรี่พบว่า มีระดับของ homocysteine สูงกว่าคนไข้ที่ป่วยเป็นโรคนี้แต่ไม่สูบบุหรี่⁽³²⁾ ในประเทศไทย วัฒนา และคณะ⁽³³⁾ พบว่าซีรัม homocysteine ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) มีค่าสูงกว่ากลุ่มคนปกติ ส่วนระดับวิตามินบี 12 และโฟเลทพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม นอกจากนี้การเสริมวิตามินบี 12 และโฟเลทให้กับผู้ป่วยโรค coronary artery disease ก็สามารถลดระดับของซีรัม homocysteine ลงได้ ภาณุจนา และคณะ⁽³⁴⁾ พบว่าระดับพลาสมา homocysteine

ของผู้สูบบุหรี่มีระดับสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ ขณะที่ระดับวิตามินบี 2 บี 12 ซี และโฟเลทในผู้สูบบุหรี่มีระดับต่ำกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

นอกจากนี้ ความเข้มข้นของ homocysteine ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (cigarettes per day) และจำนวนซองของบุหรี่ที่สูบมาตลอดระยะเวลาทั้งหมด (cigarette pack-years) แต่ความเข้มข้นของ homo-cysteine มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับวิตามินบี 12 และโฟเลท จากการศึกษาพบว่าคนสูบบุหรี่มีระดับ homocysteine สูงในกระแสเลือด (hyperhomocysteinemia) ร้อยละ 62 ขณะที่ คนทั่วไปมีเพียงร้อยละ 33⁽³⁴⁾ ผู้วิจัยได้เสนอแนะว่าการเพิ่มขึ้นของระดับ homocysteine ในผู้สูบบุหรี่อาจเป็นผลจากร่างกายมีระดับวิตามินบีต่ำ ซึ่งวิตามินนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการเมตาบอลิซึมของ homocysteine เช่น วิตามินบี 2 บี 12 และ โฟเลท เป็นต้น และการมีระดับ homocysteine สูงในกระแสเลือดอาจนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ มีการรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีระดับโฟเลทต่ำในซีรัม⁽³⁵⁻³⁶⁾ Kim และคณะ ศึกษาในวัยรุ่นเพศหญิงที่ประเทศเกาหลี พบว่าระดับของวิตามินซี และโฟเลทในซีรัมของกลุ่มสูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่⁽³⁷⁾ ซึ่งการที่ผู้สูบบุหรี่มีระดับวิตามินชนิดต่างๆ ในร่างกายต่ำอาจเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การบริโภคอาหารที่มีปริมาณวิตามินต่ำหรือร่างกายมีความต้องการนำวิตามินชนิดต่างๆ ไปใช้ในอัตราสูงกว่าปกติ⁽³⁷⁻³⁸⁾ เป็นต้น Perkin และคณะ ศึกษาผลของ nicotine ต่อความอยากอาหารพบว่า nicotine มีผลลดความอยากอาหาร⁽³⁹⁾ Fowler และคณะ พบว่าการได้รับควันบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของเอนไซม์ monoamine oxidase ซึ่งเอนไซม์นี้มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ด้านอารมณ์ (mood function)⁽⁴⁰⁾ โดยอาจส่งผลให้ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ

โดยสรุป ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับของวิตามินชนิดต่างๆ ในร่างกายต่ำกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งวิตามินบางชนิดเกี่ยวข้องกับกระบวนการเมตาบอลิซึมของ homocysteine ดังนั้น ถ้าร่างกายได้รับวิตามินเหล่านี้ในระดับต่ำ อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีระดับของ homocysteine ในกระแสเลือดสูงขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่สนับสนุนให้เกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจในผู้สูบบุหรี่ได้มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

C-reactive protein

C-reactive protein (CRP) เป็นโปรตีนที่ประกอบด้วยห้าหน่วยย่อย (pentameric protein) แต่ละหน่วยย่อยประกอบด้วยกรดอะมิโน 206 ตัว และมีน้ำหนักโมเลกุล 23017 kDa ดังนั้น น้ำหนักโมเลกุลทั้งหมดของ CRP คือประมาณ 118000 kDa ปัจจุบันนี้เป็นที่ทราบกันว่ากระบวนการอักเสบมีส่วนสำคัญในกระบวนการ atherogenesis⁽⁴¹⁾ และโปรตีน CRP ก็ถูกใช้เป็น inflammatory marker รวมทั้งเป็น marker ที่บ่งชี้ถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ตีตัวหนึ่ง⁽⁴²⁻⁴³⁾

CRP ส่วนมากสร้างมาจากตับ เมื่อมีการกระตุ้นของ Interleukin-6 (IL-6) และ tumor necrosis factor- α นอกจากนี้ มีรายงานว่า CRP อาจทำหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการ atherogenesis โดย CRP สามารถจับและกระตุ้น complement⁽⁴⁴⁾ รวมทั้งช่วยเหนี่ยวนำให้มีการจับกับ low density lipoprotein (LDL) โดย macrophage ซึ่งทำให้เปลี่ยนแปลงรูปร่างเป็น foam cell⁽⁴⁵⁾ อีกทั้ง CRP ยังมีผลให้การผลิตของ nitric oxide ลดลง⁽⁴⁶⁾ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าระดับ CRP สูงในซีรัมจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾ ในผู้สูบบุหรี่ พบว่ามีระดับ CRP สูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾ อาจเนื่องจากผู้สูบบุหรี่มี

แนวโน้มที่เซลล์ต่างๆ ถูกทำลาย และเกิดภาวะอักเสบได้ง่ายเนื่องจากสารพิษต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบในบุหรี่

นอกจากนี้ จำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน ระยะเวลาที่สูบ และจำนวนซองของบุหรี่ที่สูบมาตลอดระยะเวลาทั้งหมด มีความสัมพันธ์ไปทางบวกกับระดับของ CRP ในผู้ชายที่สูบบุหรี่⁽⁵²⁻⁵⁴⁾ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับระดับของ CRP ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงชนิดหนึ่งในการส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ

Lipids

lipids (ไขมัน) เป็นปัจจัยเสี่ยงชนิดหนึ่งของโรคหลอดเลือดและหัวใจ ไขมันที่สำคัญในพลาสมาได้แก่ cholesterol, triglyceride, phospholipid และ fatty acid ซึ่งไขมันเหล่านี้ เป็นส่วนประกอบของ lipoprotein ชนิดต่างๆ เช่น very low density lipoprotein (VLDL), low density lipoprotein (LDL) และ high density lipoprotein (HDL) เป็นต้น โดยไขมันที่ประกอบอยู่ใน VLDL ส่วนใหญ่เป็น triglyceride ส่วนไขมันที่พบมากใน LDL และ HDL คือ cholesterol ปริมาณของ LDL-cholesterol มีประมาณร้อยละ 60-70 ของ cholesterol ทั้งหมดในพลาสมา ส่วน HDL-cholesterol มีประมาณร้อยละ 20-30 ของ cholesterol ทั้งหมดในพลาสมา⁽⁵⁵⁾ หน้าที่ของ lipoprotein ชนิดต่างๆ ในกระแสเลือด คือช่วยขนส่งไขมัน โดย HDL จะเป็นตัวที่พา cholesterol ส่วนเกินจากเซลล์ต่างๆ ไปสู่ตับ เพื่อทำการย่อยสลายและกำจัดออกจากร่างกาย ส่วน LDL จะพา cholesterol จากตับไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ LDL เป็น lipoprotein ที่ไม่ดี หากมีมากทำให้เกิดหลอดเลือดตีบได้ง่าย จากการศึกษาพบว่า การสะสมของ LDL บริเวณผนังหลอดเลือดมีส่วนทำให้เกิด atheromatous plaque ทำให้หลอดเลือดตีบลงและขาด

ความยืดหยุ่น และหาก atheromatous plaque เกิดการฉีกขาดอาจทำให้เกิดการอุดตัน (thrombosis) ของหลอดเลือด ถ้าเกิดขึ้นบริเวณ หลอดเลือดที่หัวใจ อาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction: AMI)⁽⁵⁵⁾ Prescott และคณะ⁽⁵⁶⁾ ศึกษาพบความเสี่ยงต่อการเกิด myocardial infarction สูงในผู้หญิงที่สูบบุหรี่ยิ่งมากกว่าในผู้ชายที่สูบบุหรี่และความเสี่ยงต่อโรคนี้จะเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกับปริมาณของการสูบบุหรี่ยิ่งเพิ่ม และเพศชาย นอกจากนี้ งานทางระบาดวิทยา พบความสัมพันธ์ระหว่างการลดลงของระดับ HDL-cholesterol และการเพิ่มขึ้นของ ความเสี่ยงต่อโรค coronary heart disease⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾

ปัจจุบันมีหลายแนวทางที่พยายามอธิบายความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ โดยมุ่งอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในกระแสเลือดของผู้สูบบุหรี่ จากงานวิจัยต่างๆ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ยิ่งมีระดับของ total cholesterol, triglycerides, phospholipid, VLDL-cholesterol และ LDL-cholesterol สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ยิ่ง แต่มีระดับ HDL-cholesterol ต่ำกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ยิ่ง⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾ นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับ lecithin-cholesterol acyltransferase activity⁽⁶¹⁾ ซึ่งเอนไซม์ชนิดนี้ เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้าง cholesterol esters ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่อยู่ภายในโมเลกุลของ HDL ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในผู้สูบบุหรี่ยิ่งจึงมีแนวโน้มเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ

สรุป

บทความนี้ ชี้ให้เห็นถึงผลที่เกิดขึ้นตามมาจากการสูบบุหรี่ยิ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารชีวโมเลกุลที่สำคัญในร่างกายซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจเพิ่มขึ้น โดยในผู้สูบ

บุหรี่ปบว่ามีระดับ homocysteine, CRP, LDL-cholesterol, total cholesterol และ triglyceride เพิ่มขึ้น ขณะที่วิตามินชนิดต่างๆ และ HDL-cholesterol ในกระแสเลือดมีระดับลดลง ดังนั้นทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความรู้และคำแนะนำแก่ประชาชนถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ รวมทั้งช่วยกันป้องกันและควบคุมการบริโภคบุหรี่ป เพื่อให้ประชาชนมีการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพที่ดีและลดภาวะค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ป

เอกสารอ้างอิง

- รายงานจากธนาคารโลก. *พัฒนาการทางปฏิบัติหยุดการแพร่ภัยบุหรี่ปซึ่งรัฐต้องทำและผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ*. บรรณาธิการ สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ พิมพ์ที่ ชมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด 2543. หน้าที่ 1 - 28.
- Statistic Year Book Thailand 2004, *Survey of Thai smokers practice*. Ministry of Information and Communication Technology, 2004.
- World Health Organization. *Country profiles on tobacco or health. Regional Office for South-East Asia*. New Delhi; 2002. p 02-13.
- IPCS. *Environmental Health Criteria 211 : Health effect of interactions between tobacco use and exposure to other agents*, Geneva, World Health Organization; 1999. p 1-91.
- Moyer TP, et al. Simultaneous analysis of nicotine, nicotine metabolites and tobacco alkaloids in serum or urine by Tandem Mass Spectrometry, with clinically relevant metabolic profiles. *Clin Chem*. 2002; 48: 1460-71.
- Khettsakorn B. *Pulmonary function in smoker*. [M.sc. Thesis in Physiology] Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 1989.
- Coleman M. Hemoglobin metabolism. In: Rodak BF, editor. *Hematology*. 2nd. Philadelphia W.B. Saunder company; 2002. 111-4.
- Eiserich JP, et al. Dietary antioxidants and cigarette smoke-induced biomolecular damage: a complex interaction. *Am J Clin Nutr*. 1995; 62: 1490S-500S.
- Bankson DD, Kenstin M, Rifai N. Role of free radicals in cancer and atherosclerosis. *Clin Lab Med*. 1993; 13: 463-80.
- Michael Pittilo R. Cigarette smoking, endothelial injury and cardiovascular disease. *Int J Exp Pathol*. 2000; 81: 219-30.
- Nygard O, et al. Total homocysteine and cardiovascular disease. *J Intern Med*. 1999; 246: 425-54.
- Mahanonda N, et al. Homocysteinemia in patients with coronary artery disease. *J Med Assoc Thai*. 2000; 83: 1354-1360.
- Clark R, et al. Hyperhomocysteinemia: an independent risk factor for vascular disease. *N Engl J Med*. 1991; 324: 1149-55.
- Townend J, O'Sullivan J, Townend J. Hyperhomocysteinemia and vascular disease. *Blood Rev*. 1998; 12: 23-34.
- Finkelstein J. Regulation of homocysteine metabolism. In: Carmel R, ed. *Homocysteine in health and disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001: 92-9.
- Finkelstein JD. Pathways and regulation of homocysteine metabolism in mammals. *Semin Thromb Hemost*. 2000; 26: 219-25.
- Nicolaou A, et al. In vitro inactivation of mammalian methionine synthase by nitric oxide. *Eur J Clin Invest*. 1996; 2: 167-70.
- Finkelstein JD. The metabolism of homocysteine: pathways and regulation. *Eur J Pediatr*. 1998; 157 Suppl 2: S40-4.

40. Fowler JS, et al. *Brain monoamine oxidase A inhibition in cigarette smokers*. Proc. Natl Acad Sci U.S.A. 1996; 93: 14065-9.
41. Ross R. Atherosclerosis: an inflammatory disease. *N Engl J Med*. 1999; 340: 115-26.
42. Bakhru A, Erlinger TP. Smoking cessation and cardiovascular disease risk factors: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *PLoS Med*. 2005; 2: 528-36.
43. Ledue TB, Rifai N. Preanalytic and analytic sources of variations in C-reactive protein measurement: implications for cardiovascular disease risk assessment. *Clin Chem*. 2003; 49: 1258-71.
44. Torzewski J, Torzewski M, Bowyer DE. C-reactive protein frequently colocalizes with the terminal complement complex in the intima of early atherosclerotic lesions of human coronary arteries. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1998; 18: 1386-92.
45. Zwaka TP, Hombach V, Torzewski J. C-reactive protein-mediated low density lipoprotein uptake by macrophages: implications for atherosclerosis. *Circulation*. 2001; 103: 1194-7.
46. Verma S, et al. A self-fulfilling prophecy: C-reactive protein attenuates nitric oxide production and inhibits angiogenesis. *Circulation*. 2002; 106: 913-9.
47. Kuller LH, et al. Relation of C-reactive protein and coronary heart disease in the MRFIT nested case-control study. Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Epidemiol*. 1996; 144: 537-47.
48. Blake GJ, Ridker PM. C-reactive protein, subclinical atherosclerosis, and risk of cardiovascular events. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2002; 22: 1512-3.
49. Blake GJ, Ridker PM. Inflammatory bio-markers and cardiovascular risk prediction. *J Intern Med*. 2002; 252: 283-94.
50. Danesh J, et al. Risk factors for coronary heart disease and acute-phase proteins. A populationbased study. *Eur Heart J*. 1999; 20: 954-9.
51. Ikonomidis I, et al. Cigarette smoking is associated with increased circulating proinflammatory and procoagulant markers in patients with chronic coronary artery disease: effects of aspirin treatment. *Am Heart J*. 2005; 149: 832-9.
52. Frohlich M, et al. Independent association of various smoking characteristics with markers of systemic inflammation in men. Results from a representative sample of the general population (MONICA Ausburg Survey 1994/95) *Eur Heart J*. 2003; 14: 1365-72.
53. Mendall MA, et al. C reactive protein and its relation to cardiovascular risk factors: a population based cross sectional study. *BMJ*. 1996; 312: 1061-5.
54. Koenig W, et al. C-reactive protein, a sensitive marker of inflammation, predicts future risk of coronary heart disease in initially healthy middle-aged man: results from the MONICA (MONI-toring trends and determinants in cardiovascular disease) Ausburg Cohort Study, 1984 to 1992. *Circulation*. 1999; 99: 237-42.
55. Rifai N, Warnick GR, Dominiczak MH. *Handbook of Lipoprotein Testing*. 2nd ed. Washington, DC: AACC Press, 2000.
56. Prescott E, et al. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *BMJ*. 1998; 316: 1043-7.
57. Castelli WP, et al. HDL cholesterol and other lipids in coronary heart disease. The cooperative lipoprotein phenotyping study. *Circulation*. 1977; 55: 767-72.
58. Craig WY, Palomaki GE, Haddow JE. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: an analysis of published data. *BMJ*. 1990; 298: 784-8.

59. Vincelj J, et al. Serum total, LDL, HDL cholesterol and triglycerides related to age, gender and cigarette smoking in patients with first acute myocardial infarction. *Coll Antropol.* 1997; 21: 517-24.
60. Marangon K, et al. Low and very low density lipoprotein composition and resistance to copper-induced oxidation are not notably modified in smokers. *Clin Chim Acta.* 1997; 265: 1-12.
61. Imamura H, et al. Cigarette smoking, high-density lipoprotein cholesterol subfractions, and lecithin: cholesterol acyltransferase in young women. *Metabolism.* 2002; 51:1313-6.

แนะนำหนังสือใหม่



ชื่อ	การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตบุหรืซิกาแรตเพื่อควบคุมการสูบบุหรืซิกาแรต
ผู้แต่ง	ดร.ชลธาร วิศรุตวงศ์
ครั้งที่พิมพ์	พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2550
พิมพ์ที่	เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ โทรศัพท์ 0-2457-2593
จำนวน	135 หน้า
ISBN	978-974-11-0768-1

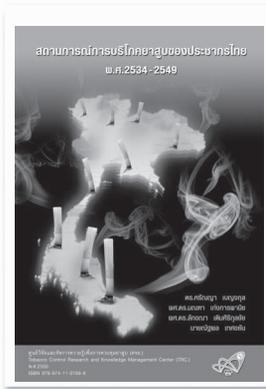
หนังสือวิชาการเล่มนี้ แต่งโดย ดร.ชลธาร วิศรุตวงศ์ นักวิชาการของกรมสรรพสามิต ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ในการค้นคว้าและนำเสนออย่างละเอียดมีหลายประเด็นที่น่าสนใจ อาทิ ความเป็นมาของนโยบายภาษีสรรพสามิตบุหรื การบริหารจัดการเก็บภาษีสรรพสามิตบุหรื วิธีการคำนวณภาระภาษีสรรพสามิตบุหรืและภาษีอื่น ๆ ที่จัดเก็บจากบุหรื การคำนวณหาสัดส่วนภาระภาษีบุหรืต่อราคาขายปลีก ตลอดจนเสนอปัญหาและข้อเสนอแนะนโยบายภาษีบุหรืโดยหวังว่า ผลการศึกษาจะก่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับระบบภาษีสรรพสามิตบุหรืร่วมกันนำไปสู่การพัฒนาโยบายและระบบภาษีสรรพสามิตบุหรืของประเทศไทยต่อไป



ชื่อ	2 ทศวรรษการควบคุมการบริโภคยาสูบของสังคมไทย
ผู้แต่ง	นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์
ครั้งที่พิมพ์	พิมพ์ครั้งที่ 1
พิมพ์ที่	อุษาการพิมพ์ โทรศัพท์ 0-2251-5815
จำนวน	132 หน้า
ISBN	978-974-7352-29-0

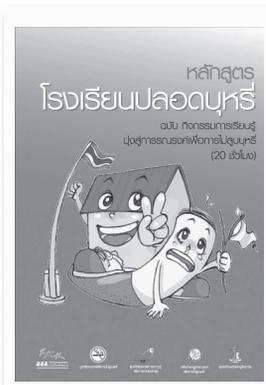
หนังสือคู่มือเล่มนี้มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ แต่งโดย นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ซึ่งได้นำเสนอครั้งแรกเมื่อหลายปีก่อน แต่ในครั้งนี้ได้ปรับปรุงพัฒนาข้อมูลให้ทันสมัยในโครงเนื้อหาเดิมซึ่งถือเป็น “เหล่าใหม่ในขวดเก่า” ภายในเล่มบรรจุด้วยเนื้อหาเชิงประวัติศาสตร์ในงานควบคุมยาสูบของประเทศไทยมากกว่า 2 ทศวรรษ และมีข้อเสนอสำหรับทศวรรษต่อไป สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย ศจย. เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2550 สำหรับฉบับภาษาไทย และเดือนมิถุนายน พ.ศ.2550 สำหรับฉบับภาษาอังกฤษ





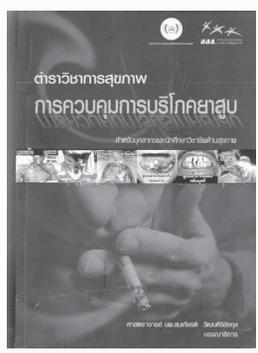
ชื่อ สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ.2534-2549
ผู้แต่ง ดร.ศรัณญา เบญจกุล และคณะ
ครั้งที่พิมพ์ พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2550
พิมพ์ที่ เจริญตีพิมพ์ โทรศัพท 0-2457-2593
จำนวน 244 หน้า
ISBN 978-974-11-0769-8

หนังสือเล่มล่าสุดของ ศจย. ผลงานของ ดร.ศรัณญา เบญจกุล และคณะ ซึ่งเป็นทีมงานของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) จัดทำขึ้นเพื่อรายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 - 2549 โดยนำข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติของสำนักงานสถิติแห่งชาติมาวิเคราะห์ใหม่ อย่งครอบคลุมใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) อัตราการสูบบุหรี่ 2) ปริมาณการสูบบุหรี่ 3) อายุเมื่อเริ่มต้นสูบบุหรี่ 4) ค่าใช้จ่ายของการสูบบุหรี่ และ 5) การได้รับควันบุหรี่และผลกระทบต่อทางสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินการควบคุมกำกับ และเฝ้าระวังการบริโภคยาสูบอย่างมีประสิทธิภาพ



ชื่อ หลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่
เรียบเรียง เครือข่ายครูนักบรรณรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
ครั้งที่พิมพ์ พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2550
พิมพ์ที่ เจริญตีพิมพ์ โทร.0-2457-2593
จำนวน 261 หน้า
ISBN 978-974-11-0757-5

หนังสือหลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่ ฉบับกิจกรรมการเรียนรู้มุ่งสู่การบรรณรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ จัดทำโดยเครือข่ายครูนักบรรณรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และได้รับการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากภาคีเครือข่าย คู่มือเล่มนี้ถือเป็นนวัตกรรมสำหรับสถาบันการศึกษาที่วางแผนสร้างเนื้อหาไว้อย่างละเอียด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ สนับสนุนการจัดพิมพ์และเผยแพร่โดย ศจย. และมูลนิธิบรรณรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2550



ชื่อ ตำราวิชาการสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและ
นักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ

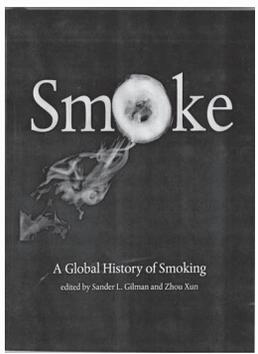
บรรณาธิการ ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

ครั้งที่พิมพ์ พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2550

จำนวน 599 หน้า

ISBN 978-974-7291-14-8

ตำราเล่มนี้ผลิตโดยเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ซึ่งมี ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล เป็นบรรณาธิการ จัดพิมพ์เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2550 จุดเด่นของตำราเล่มนี้คือ การระดมผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านการควบคุมยาสูบจากหลายภาคส่วนเข้ามาร่วมแต่งตำรานี้ ดังนั้นเนื้อหาสาระการควบคุมยาสูบจึงอัดแน่นทั้งด้านความรู้ทั่วไป ข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุข ข้อกฎหมาย บทบาทวิชาชีพ และภาคประชาชน



ชื่อ Smoke : A Global History of Smoking

เรียบเรียง Sander L. Gilman and Zhou Xun

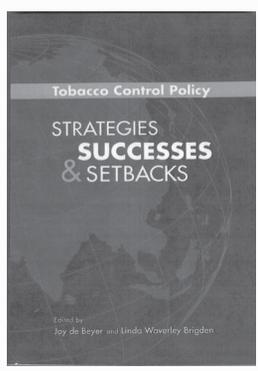
ครั้งที่พิมพ์ พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ.2547

พิมพ์ที่ REAKTION BOOKS LTD.

จำนวน 408 หน้า

ISBN 1-8618-9200-4

หนังสือเล่มนี้มีจุดเด่นที่น่าสนใจคือ การนำเสนอเนื้อหาเชิงประวัติศาสตร์การสูบบุหรี่ที่อยู่ในวัฒนธรรม ในศิลปะและงานเขียน ของประเทศต่างๆ รวมทั้งเนื้อหาการสูบบุหรี่กับเพศสภาพและชาติพันธุ์ ตลอดจนทัศนะทางการแพทย์ สุขภาพและการตีตรา ซึ่งในแต่ละส่วนมีการแทรกรูปภาพทำให้หนังสือมีเสน่ห์ชวนอ่าน สนใจติดต่อขอยืมอ่านได้ที่ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และห้องสมุดวิทยาศาสตร์วิจิตร มหาวิทยาลัยมหิดล



ชื่อ Tobacco Control Policy : Strategies Successes & Setbacks

เรียบเรียง Joy de Beyer และ Linda Waverley Brigden

จำนวน 189 หน้า

ISBN 0-8213-5402-7

หนังสือเล่มนี้ได้นำเสนอบทเรียนและความสำเร็จในการดำเนินนโยบายและกลยุทธ์การควบคุมยาสูบใน 6 ประเทศ คือ บังคลาเทศ บราซิล แคนาดา โปแลนด์ แอฟริกาใต้ และไทย ซึ่งบทเรียนจากประเทศไทยเขียนโดย ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ โดยเล่าเรื่องประสบการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทขององค์กรเอกชน

- หนังสือแนะนำลำดับที่ 1 - 4 ผู้สนใจสามารถเปิดอ่านและดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของศจย. <http://www.trc.or.th> หรือติดต่อขอรับฟรีได้ที่ ศจย.
- หนังสือแนะนำลำดับที่ 5 - 7 ผู้สนใจติดต่อขอยืมอ่านได้ที่ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และห้องสมุดวิทยาศาสตร์วิจิตร มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารควบคุมยาสูบ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

อีเมล.....

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.....

*กรรณานำส่ง

ผู้จัดการวารสารควบคุมยาสูบ

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

วิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล 420/1 อาคารอเนกประสงค์

ชั้น 5 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

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

** กรรณาส่งที่ saroat@trc.or.th หรือ saroatn@yahoo.com

คำแนะนำการส่งบทความและงานวิจัยหรือผลงานเพื่อตีพิมพ์



1. นิพนธ์ต้นฉบับเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 15 หน้า
2. นิพนธ์ต้นฉบับต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน
3. เป็นนิพนธ์ต้นฉบับที่จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Microsoft Word 98 ขึ้นไป
 - กรณีต้นฉบับได้รับการบันทึกในแผ่น Diskette/CD กรุณาจัดส่งที่
ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
วิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล 420/1 อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 5
ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
 - กรณีต้นฉบับได้รับการจัดส่งเป็นเอกสารแนบไฟล์ กรุณาส่งที่ sarokat@trc.or.th
4. รูปแบบการเขียนนิพนธ์ต้นฉบับ
 - พิมพ์ด้วยแบบอักษร “Angsana” ขนาด 16 พอร์ต กรณีภาษาไทย และ “Times New Roman” ขนาด 12 พอร์ต กรณีภาษาอังกฤษ โดยมีระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า
 - การจัดเรียงเนื้อหาของนิพนธ์ต้นฉบับเป็นลำดับดังนี้

หน้าแรก ประกอบด้วย 1) ชื่อบทความภาษาไทย 2) ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทยให้ระบุชื่อ-สกุลของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 1-3 ขณะที่ชื่อ-สกุลของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 4 เป็นต้นไปให้ระบุ “และคณะ” 3) บทคัดย่อภาษาไทย (ไม่เกิน 300 คำหรือ 15 - 17 บรรทัด) และ 4) เชิงอรรถด้านล่างกระดาษ ระบุตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานของผู้นิพนธ์ รวมถึง e-mail address ของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 1

หน้าที่สอง ประกอบด้วย 1) ชื่อบทความภาษาอังกฤษ 2) ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษให้ระบุชื่อ-สกุลของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 1-3 ขณะที่ชื่อ-สกุลของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 4 เป็นต้นไปให้ระบุ “et al.” 3) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (ไม่เกิน 300 คำหรือ 15 - 17 บรรทัด) และ 4) เชิงอรรถด้านล่างกระดาษ ระบุตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ รวมถึง e-mail address ของผู้นิพนธ์ลำดับที่ 1

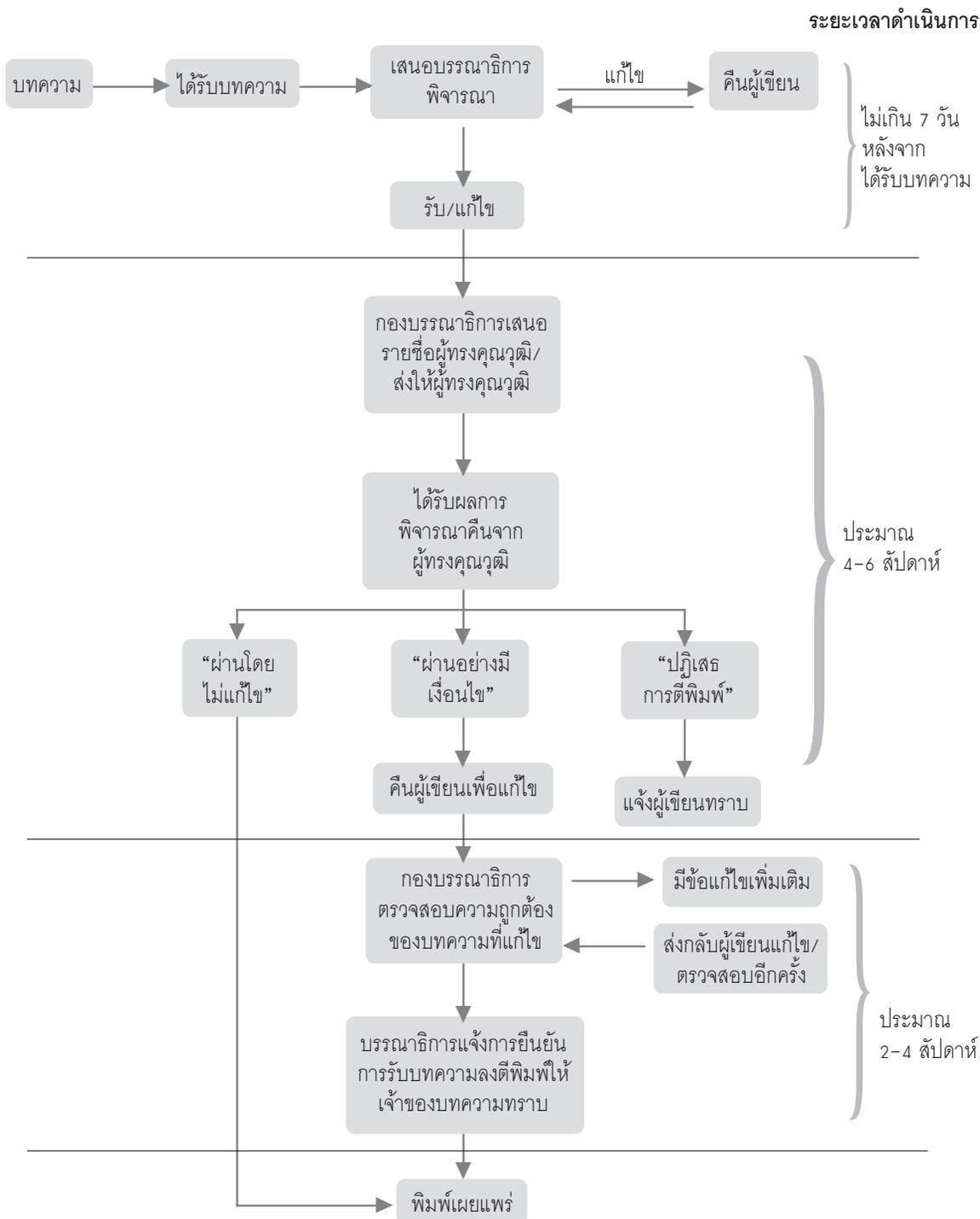
หน้าถัดไป ประกอบด้วยหัวข้อการนำเสนอตั้งต่อไปนี้ 1) บทนำ 2) วัตถุประสงค์ 3) ระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล 4) ผลการศึกษา 5) อภิปรายผลการศึกษา 6) สรุป 7) ข้อเสนอแนะ 8) กิตติกรรมประกาศ 9) เอกสารอ้างอิง และ 10) ภาคผนวก (ถ้ามี)
 - บันทึกเลขกำกับหน้าของนิพนธ์ต้นฉบับที่มุมบนด้านขวา
5. เอกสารอ้างอิงให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์เรียงตามลำดับหมายเลขที่อ้างอิงสำหรับชื่อไทยให้เขียนชื่อ-นามสกุลตามปกติ ถ้ามีผู้วิจัยไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน แต่ถ้าเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อแรก แล้วต่อด้วยคำว่า และคณะ หรือ et al. ดังตัวอย่างต่อไปนี้
 - **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.
6. ผลงานวิจัยทุกเรื่องจะผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาบทความและงานวิจัย



ขั้นตอนการส่งบทความ





ใบสมัครสมาชิก

วารสารควบคุมยาสูบ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ในนามหน่วยงาน.....

มีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิก “วารสารควบคุมยาสูบ”

ทั้งนี้ขอให้ส่งวารสารไปที่.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

อีเมล.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



กรุณาส่ง

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

วิทยาเขตราชวิถี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 อาคารอเนกประสงค์ ชั้น 5

ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ติดแสตมป์

ปฏิบัติตามรอยปรุ ปิดฉนวนกั้น ติดแสตมป์

ส่งกลับมาตามที่อยู่ด้านบน

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

ความเป็นมา

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมยาสูบจนเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับโลกด้วยการมีนโยบายควบคุมยาสูบที่ชัดเจน มีกฎหมายควบคุมยาสูบที่ดีที่สุด และมีการปฏิบัติเพื่อควบคุมยาสูบอย่างต่อเนื่องนับสิบปี หากแต่ยังขาดความชัดเจนในหลากหลายประเด็น อาทิ 1) การพัฒนาและการสนับสนุนองค์ความรู้แก่บุคลากร องค์กรและหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ 2) การปฏิบัติการเชิงรุกของสังคมและความต่อเนื่องในการสร้างผลกระทบต่อประชาชน ชุมชนและสังคมในการควบคุมการบริโภคยาสูบ 3) การสนับสนุนเพื่อพัฒนานวัตกรรม รวมถึงการสร้างและขยายเครือข่ายเพื่อควบคุมยาสูบ 4) การติดตาม/เฝ้าระวังสถานการณ์การบริโภคยาสูบตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมยาสูบอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และ 5) การสรุปเป็นบทเรียนเพื่อการควบคุมยาสูบที่มีคุณค่าในการเรียนรู้และพัฒนาให้กับผู้ทำงาน ชุมชน และสังคมไทย เป็นต้น

ดังนั้น ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) จึงก่อกำเนิดขึ้นเพื่อเติมเต็มการพัฒนาาระบบและกลไกการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มีประสิทธิภาพ

วิสัยทัศน์

“พัฒนาและจัดการความรู้สู่ปัญญา เพื่อการควบคุมยาสูบ”

พันธกิจ

“เป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนการวิจัยเชิงนโยบาย จัดการความรู้ รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะบุคลากร องค์กรและเครือข่ายเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ”

แนวคิดการทำงานของ ศจย.

ศจย. ดำเนินการภายใต้หลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ที่กล่าวไว้ว่า

“การต่อสู้ในเรื่องการควบคุมยาสูบนี้ จะบรรลุผลสำเร็จในระดับชาติได้ด้วย ‘สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา’ อันประกอบด้วย การสร้างองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวสังคมและการผลักดันนโยบาย ทั้ง 3 องค์ประกอบร่วมกันจะก่อให้เกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงให้เกิดเป็นจริง”

ดังนั้น ศจย. จึงมีหน้าที่เติมเต็มภาคปัญญาโดยการสร้างองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนให้ภาคการเมืองและภาคประชาสังคมนำไปใช้ในการขับเคลื่อนเพื่อผลักดันนโยบายควบคุมยาสูบ

แผนยุทธศาสตร์ ของ ศจย.

เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนนโยบายเพื่อการควบคุมยาสูบ ศจย. เน้นโครงการเชิงรุก (Commission Research / Project) ซึ่งประกอบด้วย 2 แผนยุทธศาสตร์ คือ

- แผนงานสนับสนุนการวิจัยและประเมินผล
- แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้

วารสารควบคุมยาสูบ

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม 2550

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

1 ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย

นิพนธ์ต้นฉบับ

2 ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม

จิราภรณ์ เนียมบุญชู

สุนิดา ปรีชาวงษ์

14 บทบาทของเภสัชกรในการให้บริการเลิกสูบบุหรี่

ระพีพรรณ ฉลองสุข

ดวงพร ลีลานพินธุ์

พัชรี เตียวสมบุญภักดิ์

วรฉัตร ตันติธเนศวร์

ศศวัน พันเนตร

24 ปัจจัยทำนายการตอบสนองต่อนโยบายและมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในจังหวัดชลบุรี

เพ็ญภักตร์ จันทศร

มณฑา เก่งการพานิช

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย

36 ผลของภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ต่อการรับรู้และความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดนครศรีธรรมราช

พรรณราย เจริญชาติศรี

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย

มณฑา เก่งการพานิช

47 ผลของการใช้หลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์

สุปรียา ตันสกุล

นิรัตน์ อิมามี่

59 บทบาทของเภสัชกรในการควบคุมการบริโภคนิโคติน

ยงยุทธ เรือนทา

หทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล

ชิตชนก เรือนก้อน

ชบาไพร ไพรี่สุยะ

บทความพิเศษ

70 บทบาทการควบคุมยาสูบของประเทศไทยในเวทีโลก

ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย

77 บุหรี่ : ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

กาญจนา สุริยะพรหม

ปกิณฑ:

86 แนะนำหนังสือ

89 แบบส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารยาสูบ

90 คำแนะนำการส่งบทความและงานวิจัยหรือผลงานเพื่อตีพิมพ์

92 ขั้นตอนการส่งบทความ

93 ใบสมัครสมาชิกวารสารยาสูบ