



## รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาเรื่อง การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกอดบุหรี่  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
สัญญาเลขที่ 53 – 01 - 02

โดย

รัตติยา เพชรน้อย  
สุภาภรณ์ ฝิ่งคะเปาระ  
อธิษฐ์ทิตา ทิพาพงศ์นาคิน  
สุพีศจี เดชทิพย์พรพงศ์

สนับสนุนโดย

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.) และ  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

สิงหาคม 2553

## บทคัดย่อ

การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยประเมินผลรวมสรุปรูป (Summative evaluation) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ของผู้ที่เข้ารับโปรแกรมเลิกบุหรี่ เปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรับ กับคลินิกเชิงรุก และศึกษาสาเหตุ ปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ประชาชนที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2551 (20 โรงพยาบาล) จำนวน 350 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20 คน ในคลินิก 5 แห่ง ที่มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ ทั้งนี้ ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเชิงรุก จะได้รับความรู้ภาคทฤษฎี และกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการเลิกบุหรี่ เป็นระยะเวลา 3 วัน ติดต่อกัน ส่วนผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเชิงรับ จะได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลา 3 วัน วันละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ แบบสัมภาษณ์ และแบบแนวทางการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2553 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test และ Chi-square test ปรากฏผลการศึกษาดังนี้คือ

ในการประเมินบริบทของผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ พบว่า ในคลินิกเชิงรุก และคลินิกเชิงรับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.1 และ 54.1 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับปานกลาง และร้อยละ 63.0 และ 62.3 ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง ตามลำดับ ในเรื่องปัจจัยนำเข้า พบว่า มากกว่าร้อยละ 95.0 ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุก และเชิงรับ เห็นว่าสถานที่ วิธีการให้ความรู้ในการเลิกบุหรี่ สื่อ/อุปกรณ์การจัดอบรมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ และความรู้ความสามารถของวิทยากรมีความเหมาะสม ส่วนในเรื่องระยะเวลา พบว่า ร้อยละ 88.6 และ 68.9 เห็นว่ามีความเหมาะสม ตามลำดับ กระบวนการของโปรแกรม พบว่า ในคลินิกเชิงรุก กิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่มีความเหมาะสม มากถึงมากที่สุด ร้อยละ 42.6 รองลงมา ร้อยละ 39.8 และ 17.6 มีความเหมาะสมปานกลาง และน้อยถึงน้อยที่สุด ตามลำดับ ในคลินิกเชิงรับ โดยรวมกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่มีความเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 47.6 รองลงมาเหมาะสมมากถึงมากที่สุด และน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 47.5 และ 4.9 ตามลำดับ ส่วนผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ พบว่า ในคลินิกเชิงรุก หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน (1 ปี ครึ่ง) สามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 58.1, 58.1 60.9, 61.2 และ 55.0 ตามลำดับ ในคลินิกเชิงรับ เลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 70.5, 62.3, 52.5, 55.7 และ 32.8 ตามลำดับ เมื่อ

เปรียบเทียบผลการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิก เชิงรับ พบว่า หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} > 0.05$ ) แต่ในปัจจุบัน (1 ปี ครั้ง หลังสิ้นสุดการเข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่) ผลการเลิกบุหรี่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.003$ ) ทั้งนี้ สาเหตุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ที่พบมากคือ จิตใจไม่เข้มแข็งพอ เห็นคนอื่นสูบแล้วอยากสูบบ้าง และเป็นความเคยชิน โดยมีปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ จากการเห็นเพื่อนสูบ หรือเมื่ออยู่คนเดียวแล้วมีความรู้สึกอยากบุหรี่ และสิ่งแวดล้อมเอื้อให้สูบบุหรี่

ดังนั้น จากการประเมิน จะพบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรื่อดังกล่าวนี้ มีประสิทธิผลที่ดี แต่ก็มีบางกิจกรรมที่ควรพิจารณาปรับปรุงให้ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้โปรแกรมการเลิกบุหรี่มีประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาจากนายแพทย์ณัฐวุฒิ ประเสริฐศิริพงศ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี นายสุนทร เจียรพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นายประวิง เอื้อนนทซ์ นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี นายสุเมธ ฉายศิริกุล นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ นางสาวกมลรัตน์ วัชรภรณ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี นายดิเรก วงศ์ทอง นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระแสง และนายธวัชชัย วงศ์คงสวัสดิ์ นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่ได้ให้การสนับสนุนเจ้าหน้าที่ในการร่วมดำเนินการงานวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ ดร.อติญาณ์ ศรีเกษตริน พยาบาลวิชาชีพ(ด้านการสอน)ระดับชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ที่ได้ให้คำแนะนำและตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้รับผิดชอบงานในคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และในสถานอนามัยทุกท่าน ที่ได้ให้การช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้เข้าคลินิกอดบุหรี่ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือในการประเมินผลในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	ก
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ช
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	4
ขอบเขตในการศึกษา.....	4
นิยามศัพท์.....	5
2. วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี และการเลิกบุหรี.....	10
2. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผล.....	19
3. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	22
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	27

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3. วิธีการศึกษา.....	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	32
การดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
คุณภาพเครื่องมือ.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
4. ผลการศึกษา.....	41
ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	41
ส่วนที่ 2 บริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	45
ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการโปรแกรมการ เลิกบุหรี่ ในกลุ่มคลินิกเชิงรุก กลุ่มคลินิกเชิงรับ และในภาพรวม.....	50
ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ระหว่าง กลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ.....	62
ส่วนที่ 5 สาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิก เลิกบุหรี่.....	65
5. สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	70
สรุปผลการศึกษา.....	71
อภิปรายผล.....	77
ข้อเสนอแนะ.....	79
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	81
บรรณานุกรม.....	82
ภาคผนวก.....	84
แบบสัมภาษณ์ การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่.	85
แบบแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จและครอบครัว.....	93

## สารบัญญัตราง

ตาราง		หน้า
3.1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในปี พ.ศ. 2551 จำแนกตามโรงพยาบาล และคลินิกเลิกบุหรี่.....	35
4.1	ร้อยละลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม.....	46
4.2	ร้อยละระดับการเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม.....	50
4.3	ร้อยละการเห็นคุณค่าของตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม จำแนกรายประเด็น.....	48
4.4	ร้อยละความเหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม.....	50
4.5	ร้อยละความเหมาะสมกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกเชิงรุก.....	52
4.6	ร้อยละความเหมาะสมกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกเชิงรับ.....	54
4.7	ร้อยละระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และในภาพรวม.....	57
4.8	ร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม จำแนกรายประเด็น.....	58

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
4.9 ร้อยละการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม.....	61
4.10 ความต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความ รุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ.....	63
4.11 ความต่างของผลการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะจากการดำเนินการโปรแกรมการเลิก บุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ.....	64
4.12 ร้อยละสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม.....	65
4.13 ร้อยละสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม.....	66



## สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
2.1	กรอบแนวคิดการประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่	31

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของการบริโภคยาสูบได้ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นทั่วโลก ประชากรโลก 1 ใน 3 หรือประมาณ 1,100 ล้านคน ที่มีอายุมากกว่า 15 ปี สูบบุหรี่เป็นประจำ สำหรับประเทศไทย จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2547 พบคนไทยอายุ 11 ปี ขึ้นไป สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.6 ล้านคน โดยพบจำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำสูงสุดอยู่ในภาคอีสาน 3.5 ล้านคน และเป็นเยาวชนอายุต่ำกว่า 24 ปี เกือบ 2 ล้านคน โดยเฉลี่ยสูบบุหรี่วันละ 10.6 มวน ในจำนวนนี้เริ่มสูบบุหรี่ก่อนอายุ 10 ปี จำนวนกว่า 30,000 คน การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคหัวใจ ปีละ 52,000 คน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าปีละ 40,000 ล้านบาท เฉลี่ยวันละ 126 ล้านบาท ในขณะที่รายได้จากภาษีบุหรี่และกำไรของโรงงานยาสูบเก็บได้วันละ 112 ล้านบาท (หนังสือพิมพ์บ้านเมือง (ออนไลน์), 2548 :1)

บุหรี่ 1 มวน ให้ควันบุหรี่ในปริมาณเกือบ 1 ลิตร และในควันบุหรี่มีสารเคมีต่างๆ ที่เป็นสารก่อมะเร็ง ด้วยเหตุนี้ การสูบบุหรี่ก็คือ การดูดเอาควันพิษเข้าไปในร่างกายซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายอย่างมาก เนื่องจากบุหรี่ 1 มวนทำให้อายุสั้นลง 5 นาที 30 วินาที ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากจึงตายก่อนอายุเฉลี่ย 65 ปี ประมาณ 5-8 ปี (สุทธิพงษ์ พงษ์วร, 2551: 1) การสูบบุหรี่นอกจากมีโทษต่อผู้สูบเองแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลข้างเคียงต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก จนเป็นสาเหตุของโรคหลอดลมอักเสบและปอดอักเสบในวัยทารกและในกลุ่มอายุต่ำกว่า 2 ปี เพิ่มขึ้น และยังมีผลเสียต่อเนื่องในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่อีกด้วย กลุ่มสตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่จะประสบปัญหาน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นน้อยกว่าปกติ และมีโอกาสแท้ง คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอดมากเป็น 2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มคู่แต่งงานของผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่แต่งงานของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่าและเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 เท่า สำหรับบุคคลทั่วไปเมื่อสัมผัสควันบุหรี่ ส่วนใหญ่มักเกิดอาการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูกโดยเฉพาะผู้ที่มีการหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดลมอักเสบก็จะทำให้มีอาการของโรคเพิ่มขึ้น คณะกรรมการวิทยาศาสตร์ทางด้านสุขภาพและการสูบบุหรี่ประเทศอังกฤษได้ประกาศว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่หายใจเอาควันบุหรี่เข้าไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากห้องหรือสถานที่แออัดเต็มไปด้วยควันบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดถึงร้อยละ 10 -30 (ศุนย์วิจัยกสิกรไทย, 2550 : 1)

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 21.2 โดยเป็นชาย ร้อยละ 41.7 หญิง ร้อยละ 1.9 และจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 27.9 (ศรัณญา เบญจกุล และคณะ, 2550 : 1) ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูงกว่าภาพรวมของประเทศ จังหวัดสุราษฎร์ธานีได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสูบบุหรี่ และผลกระทบจากการสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน เห็นได้จากการเริ่มจัดให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ขึ้นครั้งแรกที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2536 เนื่องจากมีผู้ป่วยที่แพทย์เห็นว่าควรเลิกสูบบุหรี่ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด ไซนัส หลอดลมอักเสบ และมะเร็งปอด เป็นต้น จนกระทั่งในปี พ.ศ.2546 คลินิกเลิกบุหรี่จึงได้เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการ โดยกำหนดรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจนนาน 4 เดือน ประกอบด้วยโปรแกรมกายจิต สังคมบำบัด และมีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ เตรียมการรักษา การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามผล นอกจากนี้ ยังจัดให้มีโปรแกรมประยุกต์เลิกบุหรี่ 1 เดือน สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเข้าโปรแกรม 4 เดือนได้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 จังหวัดสุราษฎร์ธานีได้ขยายคลินิกเลิกบุหรี่ไปยังโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง (18 แห่ง) โดยมีโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นที่เล็ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีให้การสนับสนุนด้วยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องคลินิกเลิกบุหรี่ ขั้นตอนในการดำเนินงาน การส่งต่อ และโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้มาใช้บริการเลิกบุหรี่ จำนวนรวมทั้งสิ้น 1,802 คน ประกอบด้วยผู้มาใช้บริการจากการดำเนินงานเชิงรุก (ออกไปให้บริการนอกโรงพยาบาล) 1,435 คน และเชิงรับ (บริการที่โรงพยาบาล) 367 คน ทั้งนี้ในช่วงดำเนินโครงการได้มีการติดตามเยี่ยมผู้เข้าโครงการเป็นระยะ ๆ แต่เมื่อสิ้นสุดโครงการแล้วไม่ได้ดำเนินการติดตามใดๆ ซึ่งมีผู้เลิกบุหรี่ได้ในช่วงดำเนินโครงการ จำนวน 1,133 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงาน ติดตาม ประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่ในระดับจังหวัด จึงสนใจที่จะประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ซึ่งโปรแกรมการเลิกบุหรื่อดังกล่าว ได้จัดให้บริการแก่ผู้อยากเลิกสูบบุหรี่นอกโรงพยาบาล ซึ่งเรียกคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุก โดยการให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับบุหรี่โดยวิทยากรอบรม เข้าฐานต่าง ๆ ในการเล่นกิจกรรม ผนวกกับการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ของบุหรี่ นอกจากนี้ ก็จัดให้มีกิจกรรมสนทนาการ และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และอีกส่วนหนึ่งได้จัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล เรียกคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรับ ซึ่งให้บริการเช่นเดียวกับคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุก แต่ให้บริการในโรงพยาบาล ในการประเมินผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่นี้ คณะผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดรูปแบบการประเมินผลในรูปแบบ CIPP Model ซึ่งจะพิจารณาตั้งแต่บริบทของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการ เปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มคลินิกเชิงรับกับกลุ่มคลินิกเชิงรุก ตลอดจนศึกษาหาสาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แล้วเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ ที่ดำเนินการ

ในปี พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมา ทั้งนี้ เพื่อหาแนวทางส่งเสริม และปรับปรุงการดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นอย่างไร
2. ผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรับ กับกลุ่มคลินิกเชิงรุก มีความแตกต่างกันหรือไม่
3. อะไรคือ สาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่แล้วเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มคลินิกเชิงรับกับกลุ่มคลินิกเชิงรุก
3. เพื่อศึกษาหาสาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แล้วเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ

### สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ ไม่แตกต่างกัน
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ ไม่แตกต่างกัน
3. การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ ไม่แตกต่างกัน
4. ผลการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะ (ทันที 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และปัจจุบัน) จากการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ ไม่แตกต่างกัน

## ประโยชน์ที่ได้รับ

ทำให้ทราบประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ทั้งในคลินิกเชิงรับ และคลินิกเชิงรุก ตลอดจนสาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แล้วเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาการจัดการคลินิกการเลิกบุหรี่ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนเป็นแนวทางในการจัดการให้ผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้เพิ่มมากขึ้น

## ขอบเขตในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในบางเรื่อง จึงได้กำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ดังนี้ คือ

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ใน 4 ด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี 2551 และนอกจากนี้ ได้เปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ทั้งเชิงรับ (ในคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล)และเชิงรุก (คลินิกเลิกบุหรี่ในพื้นที่นอกโรงพยาบาล) โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 350 คน

ส่วนการศึกษาลักษณะ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แล้วเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

### 2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมีดังนี้

#### 2.1 บริบท ได้แก่

2.1.1 การเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่

2.1.2 การสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่

2.2 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ สถานที่ ระยะเวลา วิธีการให้ความรู้ในการเลิกบุหรี่ สื่อ/อุปกรณ์การจัดอบรมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ความรู้ ความสามารถของวิทยากร และการจัดกิจกรรมสนับสนุนการ (เฉพาะคลินิกเชิงรุก)

2.3 กระบวนการ เป็นการศึกษาความเหมาะสมการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ ในคลินิกเชิงรุกและคลินิกเชิงรับ ดังนี้คือ

ในคลินิกเชิงรุก ได้แก่ การดำเนินการกิจกรรมการตรวจสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับนิโคติน การหลอมใจเป็นหนึ่ง การให้ความรู้ในเรื่อง บุหรี่และปัญหาสุขภาพ โทษ พิษ-ภัย บุหรี่ / วิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี่หลุมพรางหรือกับดักนักสูบบุหรี่ แนวทางและขั้นตอน

ในการเลิกบุหรี่ และการป้องกัน / ทักษะการกลับไปเสพซ้ำ กิจกรรม 5 ฐาน การวาดภาพผนัง เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กิจกรรมเครือข่ายไร้ควัน กิจกรรมสานรัก สานศรัทธา การประสานใจ กิจกรรม สันทนาการต่าง ๆ และการติดตามผลการเลิกบุหรี่ ตลอดจนภาพรวมของกิจกรรมต่าง ๆ ของ โปรแกรมการเลิกบุหรี่

ในคลินิกเชิงรับ ได้แก่ การดำเนินการการตรวจสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับ นิโคติน การให้คำปรึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี่ พิษจากครีวบุหรี่มือสอง การ สูบบุหรี่กับปัญหาสุขภาพ แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธี จัดการกับอาการอยากบุหรี่ และในกิจกรรมการติดตามผลการเลิกบุหรี่ ตลอดจนภาพรวมของ กิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่

#### 2.4 ผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ได้แก่

2.4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่

2.4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

2.4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่

2.4.4 ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ตั้งแต่หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุด

โครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน (1 ปี ครั้ง)

#### นิยามศัพท์

**ผู้สูบบุหรี่** หมายถึง ประชาชนที่สูบบุหรี่ประเภทต่าง ๆ ประเภทเดียวหรือหลายประเภท ทั้งบุหรี่ยี่ห้อ / ไม่มีก้นกรอง บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน บุหรี่มวนเอง ยาตั้ง ไปป์ ชิการ์ เคี้ยวยาเส้น อม / จุกยาเส้นในปาก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่

**ผู้ติดบุหรี่** หมายถึง ประชาชนที่สูบบุหรี่ประเภทต่าง ๆ ที่ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ถ้า หยุดสูบบุหรี่แล้วจะทำให้เกิดอาการขาดนิโคติน ทั้งทางร่างกาย และหรือทางด้านจิตใจ ได้แก่ อาการ หงุดหงิด กระวนกระวาย คิดอะไรไม่ออก ต้องหาบุหรี่ยาสูบเพื่อเติมนิโคตินให้เพียงพอต่อเดิม ทั้งนี้ พิจารณาเมื่อก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่

**การเลิกบุหรี่** หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ทุกประเภท ทั้งบุหรี่ยี่ห้อ / ไม่มีก้นกรอง บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน บุหรี่มวนเอง ยาตั้ง ไปป์ ชิการ์ เคี้ยวยาเส้น อม / จุกยาเส้นในปาก ซึ่งใน งานวิจัยนี้ ได้แบ่งระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ได้ ออกเป็น

- หลังสิ้นสุดโครงการทันที หมายถึง การเลิกบุหรี่ได้ทันทีหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม การเลิกบุหรี่ได้สิ้นสุดลง และไม่กลับมาสูบบุหรี่อีก

- หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน หมายถึง การเลิกบุหรี่ได้หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ได้สิ้นสุดลง เป็นเวลา 3 เดือน และไม่กลับมาสูบบุหรี่อีก

- หลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน หมายถึง การเลิกบุหรี่ได้หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ได้สิ้นสุดลง เป็นเวลา 6 เดือน และไม่กลับมาสูบบุหรี่อีก

- ปัจจุบัน หมายถึง การเลิกบุหรี่ได้หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ได้สิ้นสุดลง เป็นเวลา 1 ปี ครึ่ง และไม่กลับมาสูบบุหรี่อีก

ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ทำการประเมินการเลิกบุหรี่ตั้งแต่โปรแกรมการเลิกบุหรี่ได้สิ้นสุด จนถึง 1 ปี ครึ่ง

**การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่** หมายถึง การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ใน 4 ด้านของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ตามรูปแบบ CIPP Model ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดย

### 1. บริบท หมายถึง สภาพแวดล้อม หรือปัจจัยที่เอื้อหรือมีผลต่อการเลิกบุหรี่ ได้แก่

1.1 การเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ หมายถึง ความรู้สึกในการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งพิจารณาจากการรู้สึก มีคุณค่าเท่าเทียมผู้อื่น มีคุณสมบัติดีหลายประการ ไม่เคยทำอะไรสำเร็จ มีความภาคภูมิใจในตัวเองน้อยเหลือเกิน ความสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ครอบครัวไม่เข้าใจเลย เป็นคนสำคัญคนหนึ่งในครอบครัว เป็นความหวังของคนในครอบครัว รู้สึกมีคุณค่าเมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อน เพื่อน ๆ ภูมิใจเมื่อเป็นเพื่อนบ่อยครั้งที่เพื่อน ๆ ไม่ต้องการ มีเรื่องขัดแย้งกับเพื่อนเสมอ และบิดามารดาภูมิใจในตัว

1.2 การสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การได้รับสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ ในเรื่องการแสดงความรักและห่วงใย การขอร้องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้สูบบุหรี่ การให้กำลังใจให้เลิกบุหรี่ให้สำเร็จ การที่สมาชิกในครอบครัวทำให้รู้สึกว่าการสูบบุหรี่จะทำให้มีสุขภาพไม่ดี สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลให้เลิกสูบบุหรี่ สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือไม่ให้เกิดอาการอยากบุหรี่ และสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่

2. ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ความเหมาะสมในการจัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในเรื่องสถานที่ ระยะเวลา วิธีการให้ความรู้ในการเลิกบุหรี่ สื่อ/อุปกรณ์การจัดอบรมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ความรู้ ความสามารถของวิทยากร และการจัดกิจกรรมสันทนาการ (เฉพาะคลินิกเชิงรุก)

3. กระบวนการ หมายถึง ความเหมาะสมของกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่ง

**คลินิกเชิงรุก** ประเมินจากกิจกรรมการตรวจสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับนิโคติน การหลอมใจเป็นหนึ่ง การให้ความรู้ในเรื่อง บุหรี่และปัญหาสุขภาพ โทษ พิษ-ภัย บุหรี่ /

วิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี่ยาสูบหรือกับตักนักสูบบุหรี่ แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ และการป้องกัน / ทักษะการกลับไปเสพซ้ำ กิจกรรม 5 ฐาน การวาดภาพพรรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กิจกรรมเครือข่ายไร้ควัน กิจกรรมสานรัก สานศรัทธา การประสานใจ กิจกรรมสนทนาการต่าง ๆ และการติดตามผลการผลการเลิกบุหรี่ ตลอดจนภาพรวมของกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิก บุหรี่

**คลินิกเชิงรับ** ประเมินจากการตรวจสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับนิโคติน การ ให้คำปรึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี่ พิษจากครวับบุหรี่มือสอง การสูบบุหรี่กับ ปัญหาสุขภาพ แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีจัดการกับ อาการอยากบุหรี่ยาสูบ และในกิจกรรมการติดตามผลการเลิกบุหรี่ ตลอดจนภาพรวมของกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิก บุหรี่

**4. ผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ยาสูบ** หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการเข้าโปรแกรม การเลิกบุหรี่ยาสูบของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ยาสูบ ซึ่งได้แก่

4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ หมายถึง การที่ผู้ที่เข้าคลินิก เลิกบุหรี่ยาสูบรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ การรับรู้ว่าการสูบบุหรี่มี อันตรายต่อสุขภาพและผู้ใกล้ชิด ถ้าสูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด ถ้าสูบบุหรี่เป็นประจำจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง ถ้าสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหอบหืด การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และถึงแม้ว่าไม่ได้สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่ยาสูบเป็นประจำ ก็ทำให้เกิด อันตรายได้

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หมายถึง การที่ผู้ที่เข้าคลินิก เลิกบุหรี่ยาสูบรับรู้ถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการเสียชีวิต และใช้เวลานานในการ รักษา ได้แก่ การรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายของเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย โรคที่มีสาเหตุมาจากการ สูบบุหรี่ เป็นโรคที่รุนแรง การสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคปอดและหัวใจมีอาการรุนแรงมากขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้ท่านมีกลิ่นตัวและกลิ่นปากมากกว่าปกติ การสูบบุหรี่ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษา โรคปอดและหัวใจนานกว่าปกติ การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง และการสูบบุหรี่มีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ หมายถึง การที่ผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ยาสูบรับรู้ว่าการไม่สูบบุหรี่ยาสูบนั้นมีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้หายจากโรคหรือไม่เป็นโรคต่าง ๆ ที่มีสาเหตุจากการ สูบบุหรี่ หรือประโยชน์ต่าง ๆ จากการไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ การรับรู้ว่าการไม่สูบบุหรี่และไม่อยู่ใกล้ซีกกับ ผู้สูบบุหรี่ ทำให้ปลอดภัยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ การไม่สูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพการทำงาน ของร่างกายดีขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น การสูบบุหรี่ในบ้านจะมีผลทำให้ในการ



ทำลายสุขภาพของบุคคลในครอบครัว การสูบบุหรี่มีแต่โทษไม่มีคุณประโยชน์ การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ปอด หัวใจและระบบไหลเวียนเลือดทำงานดีขึ้น การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ความมั่นใจในตัวเองเพิ่มขึ้น

4.3 ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นผลจากโปรแกรมการเลิกบุหรี่ โดยวัดความสำเร็จหลังจากการให้โปรแกรมการเลิกบุหรี่ ตั้งแต่สิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน (1 ปี ครึ่ง)

**โปรแกรมการเลิกบุหรี่** หมายถึง การจัดโปรแกรมให้ความรู้ภาคทฤษฎี กิจกรรมฐานความรู้ กิจกรรมสนทนาและกลุ่มสัมพันธ์ ให้แก่ผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ดังนี้คือ

1. **คลินิกเชิงรุก** เป็นการจัดโปรแกรมให้ความรู้ภาคทฤษฎี และกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการเลิกบุหรี่ โดยใช้ในสถานที่ในชุมชน / โรงเรียน / สถานที่ที่สามารถจัดประชุม ที่ชุมชนสามารถจัดให้ได้ เพื่อให้ความรู้และทำกิจกรรมการเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา 3 วัน ติดต่อกัน ดังนี้คือ

#### วันที่ 1

- ตรวจสอบสภาพร่างกายทั่วไป และประเมินระดับนิโคติน จำนวน 2 ชั่วโมง
- กิจกรรมกลุ่ม หลอมใจเป็นหนึ่ง จำนวน 1 ชั่วโมง
- ให้ความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี่ และการสูบบุหรี่กับปัญหาสุขภาพ ภาคทฤษฎี 2 ชั่วโมง

#### วันที่ 2

- กิจกรรมกลุ่มบำบัด / สนทนาการ 1 ชั่วโมง
- กิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ความรู้ โดยการจัดกิจกรรมฐานความรู้ ใน 5 ฐาน คือ ฐานปอดถูกตัดเพราะอึดบุหรี่ ฐานสารพิษในบุหรี่/พิษจากครีวบุหรี่มือสอง ฐานทักษะการปฏิเสธ ฐานทดสอบสมรรถภาพปอด และฐานสุขภาพดีเมื่อเลิกบุหรี่ได้ 3 ชั่วโมง
- กิจกรรมคลายเครียดและสนทนาการ 1 ชั่วโมง
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษ – ภัย บุหรี่ วิธีจัดการ กับอาการอยากบุหรี่ 1 ชั่วโมง
- ให้ความรู้เรื่องหลุมพรางหรือกับดักนักสูบบุหรี่หลีกเลี่ยงเพลิงพลั่ว 1 ชั่วโมง

#### วันที่ 3

- กิจกรรมกลุ่มบำบัด / สนทนาการ 1 ชั่วโมง
- ให้ความรู้เรื่องแนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ และการป้องกัน/ทักษะการกลับไปเสพซ้ำ 2 ชั่วโมง

- กิจกรรมวาดภาพผนังผนังเพื่อการไม่สูบบุหรี่ 1 ชั่วโมง

- จัดกิจกรรมกลุ่มในเรื่องเครือข่ายไร้ควัน สานรัก สานศรัทธาและกิจกรรมใจประสานใจ

3 ชั่วโมง

**2. คลินิกเชิงรับ** เป็นการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ที่โรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลา 3 วัน (วันที่ 1 ที่มารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ และหลังจากนั้น คือ วันที่ 3 และวันที่ 7) วันละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมและให้คำปรึกษาในเรื่อง ดังนี้คือ

- ตรวจสอบสภาพร่างกายทั่วไป และประเมินระดับนิโคติน (ในวันแรกที่มา)
- ให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ในเรื่อง
  1. ความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี่
  2. พิษจากครว้บุหรี่มือสอง
  3. การสูบบุหรี่กับปัญหาสุขภาพ
  4. แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่
  5. วิธีจัดการ กับอาการอยากบุหรี่

ทั้งนี้ ในการให้คำปรึกษาดังกล่าวจะใช้การสนทนา ประกอบกับคู่มือความรู้/เอกสารความรู้ แบบประเมินความรู้ก่อนและหลัง และสื่อวีดิทัศน์ประกอบ อนึ่ง ในโปรแกรมนี้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะไม่ได้รับยา เมื่อเกิดอาการถอนบุหรี่ (Withdrawal Symptoms) แต่จะให้คำแนะนำปรึกษา ติดตามช่วยแก้ปัญหา ตลอดจนเป็นกำลังใจต่อการเลิกบุหรี่

การติดตามผู้สูบบุหรี่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งในกลุ่มคลินิกเชิงรุก และคลินิกเชิงรับ ได้ทำการติดตาม สอบถามการต้องการความช่วยเหลือ และความสามารถในการเลิกบุหรี่ โดยเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งอยู่ประจำในโรงพยาบาล ในพื้นที่นั้น ๆ ทั้งนี้ ได้ทำการติดตามเป็นระยะ ๆ โดยการโทรศัพท์สอบถาม หรือไปเยี่ยมบ้านผู้ติดบุหรี่ เหล่านั้น

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวความคิด เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ และการเลิกบุหรี่
2. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผล
3. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ และการเลิกบุหรี่

ในบุหรี่ 1 มวน เมื่อเกิดการเผาไหม้ จะทำให้เกิดสารเคมี มากกว่า 4,000 ชนิด สารหลายร้อยชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และมี 42 ชนิด ที่เป็นสารก่อมะเร็ง

**สารพิษที่สำคัญในวันบุหรี่** (กรมการแพทย์ทหารเรือ, 2553 : 1)

1. **นิโคติน (Nicotine)** เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมันไม่มีสี เป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด และทำให้เกิดโรคหัวใจ นิโคตินส่วนใหญ่จะไปจับอยู่ที่ปอดและบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด
2. **ทาร์ (Tar)** ประกอบด้วยสารหลายชนิด เป็นละอองเหลวเหนียว สีน้ำตาลคล้ายน้ำมัน ดินร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอด ทำให้เยื่อหลอดลมไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
3. **คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide)** ซึ่งเป็นก๊าซชนิดเดียวกับที่พ่นออกจากท่อไอเสียรถยนต์ ก๊าซนี้จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10 – 15 หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นและทำงานมากขึ้น
4. **ไฮโดรเจนไดออกไซด์ (Hydrogen dioxide)** เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงคราม ก่อให้เกิดอาการไอ มีเสมหะหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
5. **ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide)** เป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง เพราะไปทำลายเยื่อหลอดลมอีกส่วนปลาย และถุงลม
6. **แอมโมเนีย (Ammonia)** มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ
7. **ไซยาไนด์ (Cyanide)** ซึ่งปกติเป็นยาเบื่อหนู ก็พบในบุหรี่ด้วยเช่นกัน

การสูบบุหรี่เป็นวิธีการที่ทำให้สมองได้รับสารเสพติด (นิโคติน) เร็วที่สุด คือภายใน 7 วินาทีเท่านั้น ซึ่งเร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าเส้นเลือดเสียอีก นิโคตินทำให้เกิดการเสพติดเช่นเดียวกับเฮโรอีน ทุกครั้งที่คุณสูบบุหรี่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง คือ (กรมการแพทย์ทหารเรือ, 2553 : 2)

1. เมื่อมีการสูดดมควันบุหรี่เข้าไป นิโคตินจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือด และผ่านเข้าสู่สมองภายในเวลา 10 วินาที



2. นิโคตินกระตุ้นการหลั่งของสารโดปามีน ซึ่งมีผลทำให้เกิดอารมณ์แห่งความสุข



3. นิโคตินยังมีผลเพิ่มการหลั่งสารนอร์อีพิเนฟริน ซึ่งมีผลทำให้เกิดการตื่นตัว และมีพลัง



4. เมื่อหยุดสูบบุหรี่ ฤทธิ์ของสารโดปามีน และนอร์อีพิเนฟรินจะลดลง ซึ่งมีผลทำให้อารมณ์แห่งความสุขของผู้สูบบุหรี่หายไป และเกิดอาการถอนยาขึ้นมาแทนที่ ได้แก่ อาการกระวนกระวาย โกรธ หงุดหงิดง่าย นอนหลับยาก เสียสมาธิ และเหนื่อยง่าย เป็นต้น

5. เพื่อที่จะบรรเทาอาการถอนยานี้ และเพื่อให้เกิดสภาวะอารมณ์แห่งความสุขต่อไป จึงต้องสูบบุหรี่มากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเป็นเช่นนี้สมองจึงเกิดความเคยชินจากการได้รับสารนิโคตินและเกิดการเสพติดในที่สุด

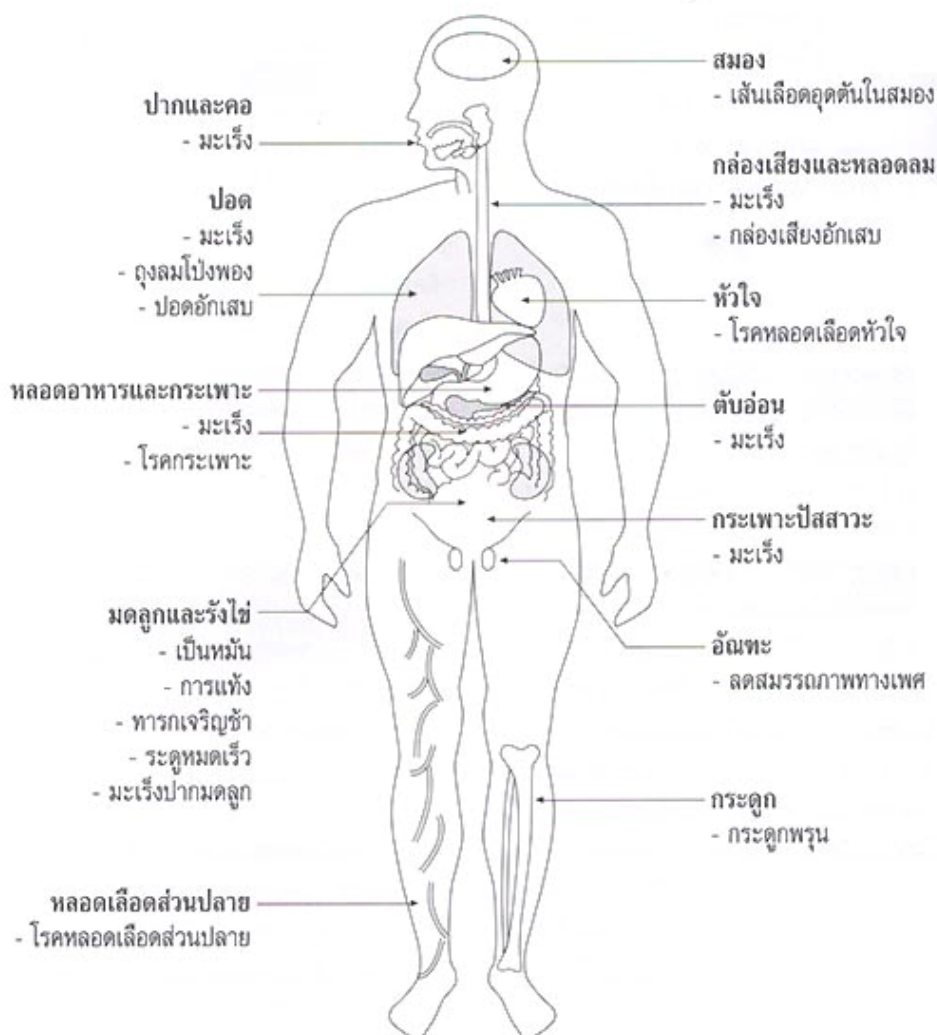
### พิษภัยของควันบุหรี่ต่อผู้อื่น (Passive Smoking)

ควันบุหรี่มี 2 ชนิด คือ ควันที่เกิดจากตัวบุหรี่ (Mainstream) และควันที่เกิดจากการเผาไหม้ (Side-stream) ควันที่เกิดจากตัวบุหรี่ เป็นควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดจากมวนบุหรี่โดยตรง ควันเหล่านี้จะกรองด้วยตัวยาสูบในบุหรี่ชั้นหนึ่ง ก่อนจะถูกสูดหายใจเข้าไปในปอด ขณะที่ควันจากการเผาไหม้ที่ปลายบุหรี่ และลอยไปในอากาศ โดยไม่ผ่านการกรอง จะมีสารเคมีที่เป็นพิษ ที่เกิดจากการเผาไหม้มากกว่าควันที่เกิดจากตัวบุหรี่ โดยเฉพาะสารก่อมะเร็งคือ สารไนโตรซามีน พบมากกว่าถึง 50 เท่า จากการศึกษาพบว่า ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ในห้อง ซึ่งมีควันบุหรี่เป็นเวลา 1 ชั่วโมง จะหายใจเอาสารไนโตรซามีนเข้าสู่ร่างกายด้วยปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ที่กั้นกรอง ถึง 15 มวน ดังนั้น ผู้ไม่สูบบุหรี่จึงได้รับอันตรายมากกว่า โดยเฉพาะผู้ที่ต้องสัมผัสควันบุหรี่ เป็นเวลานานๆ

จะเห็นได้ว่า เด็ก คนในครอบครัว และผู้ร่วมงาน เป็นผู้ได้รับสารพิษโดยตรงอย่างเลี่ยงไม่ได้ โดยหายใจเอาควันบุหรี่ชนิดที่เป็นควันจากการเผาไหม้ เด็กที่พ่อแม่สูบบุหรี่ พบว่า มีการอักเสบของหลอดลมในปอด ปอดบวม หูชั้นกลางอักเสบ และเป็นหืดมากกว่า ในสตรีมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ อาจทำให้ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด และแท้งได้ ทั้งนี้ เป็นผลมาจากการสะสมควันบุหรี่ทางอ้อม ส่วนผู้ที่ทำงานร่วมกับผู้สูบบุหรี่ มีการทำลายของปอด ที่ตรวจพบได้เช่นกัน อัตราการเกิดมะเร็งปอด พบสูงมากในผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่ร่วมกับผู้สูบบุหรี่จัด ทั้งนี้ หนึ่งในสามของผู้ไม่สูบบุหรี่ที่เป็นมะเร็งปอด พบว่า อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูบบุหรี่ ผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่แต่สามีสูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้หญิงที่สามีและลูกไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า นอกจากนี้ผู้หญิงเหล่านี้ ยังเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมากกว่าถึง 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่า (กรมอนามัย, 2553 :1)

## ผลของบุหรี่ปั้วต่อสุขภาพร่างกาย

บุหรี่ปั้วมีผลต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายดังต่อไปนี้



### เมื่อหยุดสูบบุหรี่

หลังจากที่หยุดสูบบุหรี่มวนสุดท้ายเพียง 20 นาที จะมีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องในร่างกายคือ (กรมการแพทย์ทหารเรือ, 2553 : 3)

**20 นาที** ความดันโลหิตเริ่มลดลง และกลับเข้าสู่ปกติ อุณหภูมิของมือและเท้าสูงขึ้น และกลับเข้าสู่ปกติ

**8 ชั่วโมง** ระดับของคาร์บอนมอนนอกไซด์ในเลือดต่ำลง และเข้าสู่ระดับปกติ ระดับของออกซิเจนในเลือดสูงขึ้น และกลับเข้าสู่ระดับปกติ

**24 ชั่วโมง** ความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจวายเฉียบพลันลดลง

**48 ชั่วโมง** ปลายประสาทเริ่มเจริญเติบโตใหม่อีกครั้ง

**2 สัปดาห์ - 3 เดือน** การไหลเวียนของโลหิตเริ่มดีขึ้น การทำหน้าที่ของปอดดีขึ้นถึงร้อยละ 30

**1 - 9 เดือน** อาการไอ อาการบวมของโรคไซนัส เมื่อยล้า และอาการหายใจขัดลดลง มีการเกิดขึ้นใหม่ของขน Cilia ในปอด ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพการทำความสะอาดปอดเพิ่มขึ้น และลดสถานการณ์การติดเชื้อ

### การเลิกบุหรี่

ในบุหรี่ยุคนี้มีสารเสพติดชนิดหนึ่งที่มีชื่อเป็นภาษาอังกฤษว่า Nicotin ในบุคคลที่สูบบุหรี่จะมีระดับของสาร Nicotin ในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ร่างกายมีความต้องการสาร Nicotin มากขึ้น และเกิดการติดบุหรี่ตามมา เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่ก็อาจเกิดอาการต่างๆ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว โมโหง่าย เป็นต้น นอกจากการติดสาร Nicotin ในบุหรี่ยุคแล้ว ผู้ที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลานานๆ ก็จะมีการติด บุหรี่ทางจิตใจและทางปากร่วมด้วย การติดทางจิตใจก็คือ เมื่อสูบบุหรี่แล้วจะมีความสุขและ ผ่อนคลายโดยไม่ได้เกิดจากสารออกฤทธิ์ใดๆ แต่เกิดจากความรู้สึกที่ว่าได้สูบเท่านั้น ส่วนการติดทางปาก หมายถึงในผู้ที่สูบบุหรี่นานๆนั้นจะรู้สึกเคยชินกับการมีอะไรมาอยู่ที่ปาก เมื่อไม่มีอะไรอยู่ที่ปากจะรู้สึกผิดปกติจึงต้องสูบบุหรี่ติดต่อกัน (อรชума ยังกิจจา, 2553 : 1)

**สาเหตุที่ทำให้การเลิกบุหรี่เป็นเรื่องยากนั้น มีสาเหตุที่สำคัญ 2 อย่างคือ**

- การติดเพราะร่างกายต้องการ หรือ Physical Addiction
- การติดเพราะสูบจนเป็นนิสัย หรือ Psychological Addiction หรือเรียกง่าย ๆ ว่าเป็น Habit จริง ๆ แล้วการติดบุหรี่ของคนเรา มักจะประกอบไปด้วยทั้ง 2 องค์ประกอบข้างต้น ดังนั้น การเลิกบุหรี่ จึงจำเป็นต้องกำจัดสาเหตุทั้งสองอย่างออกไปให้ได้พร้อม ๆ กัน

### ข้อเท็จจริงของการติดที่เรียกว่า Physical Addiction

ภายในเวลาเพียงแค่ 7 ถึง 10 วินาที ที่เราสูบบุหรี่ สาร Nicotine ก็จะเริ่มส่งผลกระทบต่อสมองของเราโดยทันที ทำให้เราเกิดความรู้สึกพึงพอใจ กระฉับกระเฉง ขึ้นมาทันที แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเวลาผ่านไป 30 นาที Nicotine ก็จะสลายออกไปจากร่างกายเราหมด และเมื่อนั้น ความรู้สึกเหนื่อย กระสับกระส่าย และเครียดก็จะเข้ามาแทนที่ จนต้องสูบบวนใหม่ และความต้องการนั้นก็จะเพิ่มปริมาณ และความถี่มากขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นอาการติดไปในที่สุด

### ข้อเท็จจริงของการติดที่เรียกว่า Psychological Addiction หรือ Habit

ข้อนี้ ลองถามตัวเองดูว่า บุหรี่มีความสำคัญกับชีวิตประจำวันของคุณมากแค่ไหน สาเหตุของการติดในลักษณะนี้ อธิบายง่าย ๆ ตามหลักการของ Ivan Pavlov ในทฤษฎีที่เรียกกันตามภาษาชาวบ้าน “หมาได้ยินเสียงกระดิ่งแล้วน้ำลายไหล เพราะคิดว่าจะได้อาหาร” กล่าวคือ ได้มีการทดลอง นำกระดิ่งมาสั่งทุกครั้งก่อนที่จะให้อาหารสุนัข สุนัขก็จะรับรู้ว่าจะเมื่อใดก็ตามที่ได้ยินเสียงกระดิ่ง จะได้อาหารและเมื่อกระดิ่งดังขึ้น สุนัขก็จะน้ำลายไหล แม้ว่าการสั่งกระดิ่งในครั้งนั้น จะไม่มีอาหารให้ก็ตาม เพราะสุนัขเรียนรู้ว่า “เอาหละ เมื่อเสียงกระดิ่งดังขึ้น ฉันจะได้อาหารแล้ว” คนติดบุหรี่ยุคนี้มักจะมีพฤติกรรมบางอย่างที่มากวนใจไปกับการสูบบุหรี่ เช่น เมื่อขับรถจะสูบบุหรี่ทุกครั้ง เมื่อตื่นนอนขึ้นมาจะต้องหยิบบุหรี่ยูบ ที่นี้ทุกครั้งที่ขึ้นนั่งบนรถ สมอาก็จะสั่งว่า “เอาหละฉันขึ้นนั่งบนรถแล้ว ไหนล่ะบุหรี่ยูบ” แบบนี้ เป็นต้น (ธเนศ พัวพรพงษ์, 2553 :1)

ดังนั้น การเลิกบุหรี่ จึงสามารถทำได้โดยหลักการใหญ่ๆ 3 อย่าง คือ (อรชума ยังกิจจา, 2553 : 1)

**1. ค่อยๆลดระดับ Nicotin ในกระแสเลือดลงช้าๆ** ในปัจจุบันมีสารที่ผลิตขึ้นเพื่อการนี้หลายชนิด ได้แก่

- หมากฝรั่ง Nicotin ใช้ได้โดยการเคี้ยวหมากฝรั่งดังกล่าวแทนการสูบบุหรี่ เช่นเดิม เคยสูบบุหรี่วันละ 10 มวน ก็ให้มาเคี้ยวหมากฝรั่งวันละ 10 อันแทน และค่อยๆ ลดจำนวน หมากฝรั่งที่ใช้จนสามารถเลิกได้

- Nicotinel เป็นแผ่นแปะหน้าอกซึ่งจะค่อยๆปล่อยสาร Nicotin ผ่านผิวหนังเข้าสู่กระแสเลือดช้าๆ จำนวนแผ่นที่แปะขึ้นกับจำนวนบุหรี่ยูบเดิมที่เคยสูบ และค่อยๆลดขนาดลงจนเลิกได้เช่นกัน

- Nicotinic acid หรือ Vitamin B5 ซึ่งมีโครงสร้างใกล้เคียงกับสาร Nicotin แต่ไม่ทำให้เกิดการเสพติด ใช้ได้โดยกิน 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร แต่ถ้าจะให้ได้ผล ต้องการจำนวนมาก คือ 9-12 เม็ด ต่อวัน

**2. ให้มีอะไรอยู่ในปากตลอดเวลา** เพื่อลดความต้องการบุหรี่ยูบเมื่อรู้สึกเหงาปาก สามารถทำได้โดย การเคี้ยวหมากฝรั่ง คาบไปป์เปล่าๆที่ไม่มีบุหรี่ยูบ ขบเคี้ยวของกินเล่น หาเพื่อนคุย อมลูกอม ฯลฯ

**3. มีความตั้งใจแน่วแน่ว่าจะเลิกบุหรี่ยูบ** วิธีนี้อาจทำได้โดย ไม่ต้องอาศัยยา Nicotin ร่วมด้วย มีวิธีทำได้หลายอย่าง ได้แก่

- หักดิบ คือการเลิกทันที และใช้การทำสมาธิ ออกกำลังกาย ดื่มน้ำมากๆ ร่วมกับการใช้ยาคลายเครียด

- ค่อยๆลดจำนวน คือ ค่อยๆลดจำนวนบุหรี่ยูบลงช้าๆ เท่าที่ร่างกายสามารถทนได้ เช่น ลดลงสัปดาห์ละ 1 มวน จนเลิกได้ และในระหว่างที่เลิกก็ใช้การเคี้ยวหมากฝรั่ง หรือลูกอมแทน



สำหรับผู้ที่มาเลิกบุหรี่กับแพทย์ นอกจากที่กล่าวมาแล้ว ก็จะได้รับยาเสริมต่างๆ เพื่อให้การ เลิก เป็นไปได้โดยง่ายยิ่งขึ้น ยาดังกล่าวได้แก่ ยาลดความเครียด ยาลดความซึมเศร้า หรือ ยาลดความดันบาง ประเภทที่ออกฤทธิ์ลดความอยากสารเสพติดต่างๆ เช่น Conidine

### วิธีการเลิกบุหรี่ประกอบด้วย 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. การเลิกโดยไม่ใช้ยา เช่น การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม การให้คำปรึกษาเฉพาะราย การตั้ง ปัญหาขึ้นมาให้แก้ การฝึกทักษะ เป็นต้น
2. การเลิกโดยใช้ยา เป็นวิธีที่ใช้เพื่อเสริมประสิทธิภาพในการเลิกบุหรี่ยุ่ร่วมกับการให้ คำปรึกษา แปลว่าไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับยา แต่ทุกคนควรได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ ยา ที่ให้ปัจจุบันก็มี Nicotine replacement therapy, bupropion เป็นต้น

มีการศึกษาออกมาว่าการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูบบุหรี่ 100 คน จะมี 1-3 คนที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ภายใน 6 เดือน นั่นก็แปลว่าการให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้

### การเลิกบุหรี่ (ธเนศ พัวพรพงษ์, 2553 :1)

การเลิกบุหรี่ ด้วยการใช้นวัตกรรมต่าง ๆ หรือด้วยกระบวนการทางการแพทย์ สามารถ ช่วยอาการติดแบบ Physical Addiction ได้ แต่สำหรับ Habit แล้ว ต้องอาศัยกำลังใจ ความเข้มแข็ง และความตั้งใจจริง โดยมีวิธีปฏิบัติ ดังนี้คือ

1. ทิ้งบุหรี่ที่คุณมีอยู่ให้หมด หารให้ทั่วว่าคุณอาจจะซุกซ่อนบุหรี่ของคุณเอาไว้ที่ไหน ใน กระเป๋าเสื้อ กระเป๋ากางเกง เสื้อแจ็กเก็ต ลิ้นชักโต๊ะทำงาน โยนทิ้งไม่ให้เหลือแม้กระทั่งมวนเดียว ไม่ ว่ามันจะมีราคาแพงแค่ไหนก็อย่าเสียดายเป็นอันขาด
2. ที่เขี่ยบุหรี่ก็ทิ้งไปเสียด้วย กรณีที่เสียดายเพราะมันเป็นเครื่องตกแต่งราคาแพง อาจจะ ยกให้คนอื่นไปเสีย หรือนำไปเก็บไว้ในที่ ๆ คุณแน่ใจว่า จะไม่มองเห็นหรือหยิบออกมาได้โดยง่าย
3. เปลี่ยนทรงผม จะได้ดูว่าเรากำลังจะเป็นคนใหม่
4. ทำความสะอาดบ้านและเครื่องเรือนทั้งหมด รวมทั้งเสื้อผ้าก็นำมาซักให้สะอาด ให้กลิ่น บุหรี่หมดไป จริงอยู่คนสูบบุหรี่จะไม่ได้กลิ่นเหล่านี้หรอก เพราะความเคยชิน แต่เมื่อเลิกแล้ว คุณจะ ได้ กลิ่นของมัน
5. ดื่มน้ำสะอาดมาก ๆ เพราะมันจะช่วยชำระล้าง Nicotine ออกจากร่างกาย และยังช่วย บรรเทาอาการอยากบุหรี่ได้ด้วย
6. ลดปริมาณสาร Caffeine ที่รับประทานในแต่ละวัน ไม่ว่าจะเป็ชชาหรือกาแฟก็ตาม โดยก่อนการเลิกบุหรี่ ควรจะพยายามลดปริมาณสารนี้ให้ได้ประมาณครึ่งหนึ่งของที่เคย รับประทาน ในแต่ละวัน เพราะ Nicotine ทำให้ caffeine ซึมเข้าร่างกายได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ถ้าหากคุณรับประทาน

Caffeine ในปริมาณเท่าเดิม ขณะที่สูบบุหรี่อาจจะนำไปสู่ภาวะที่เรียกว่า Caffeine Toxicity โดยมีอาการกระวนกระวายและเครียดได้ และนั่นอาจจะทำให้คุณหันกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง

7. ออกกำลังกาย เพราะนอกจากจะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงแล้ว ยังช่วยให้เราเอาใจออกห่างจากบุหรี่ได้ด้วย

8. หาเพื่อนที่มีความต้องการจะเลิกบุหรี่ด้วยกันสักคน แล้วเลิกพร้อมกันเพื่อที่จะได้เป็นที่ปรึกษา คอยเตือนและคอยให้กำลังใจกัน หรืออาจจะเป็นการหาแรงบันดาลใจอื่น เช่น เลิกเพื่อลูก เลิกเพื่อบิดามารดา หรือคนรักก็ได้

**แนวทางในการเลิกบุหรี่** (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2000: 150)

ใช้แนวทาง the 5 As คือ

1. เริ่มด้วยการระบุให้ได้ว่าผู้ป่วยติดบุหรี่จริง อาจจะโดยการให้กรอกข้อมูลประวัติที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ หรือซักถามโดยตรง ซึ่งในที่นี้ทราบจากประวัติผู้ป่วยแล้วว่าสูบบุหรี่จริง และคำนวณค่า Fagerstrom test ได้เท่ากับ 8 ซึ่งทำให้วินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็น Nicotine dependence จริง

2. ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ โดยคำแนะนำนั้นต้องชัดเจน หนักแน่น

3. ประเมินว่าผู้ป่วยมีความต้องการที่จะเลิกบุหรี่หรือไม่ โดยอาจจะถามผู้ป่วยทุกครั้งที่มาพบว่าจะอยากเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ยังไม่เคยมีความคิดว่าจะเลิกเลย ดังนั้น จึงต้องดำเนินการตามแนวทาง 5Rs ต่อ ได้แก่

3.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นว่าการเลิกบุหรี่เป็นเรื่องของผู้ป่วยโดยตรง และให้เห็นผลกระทบ (ความเสี่ยงต่อเกิดโรคต่างๆ) ที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยโดยตรง ต่อครอบครัวและสังคม เกี่ยวกับสุขภาพ อายุและเพศหรือลักษณะสำคัญอื่นๆ ของผู้ป่วย

3.2 ให้ผู้ป่วยระบุผลเสียของการสูบบุหรี่ ซึ่งแพทย์อาจจะชี้แนะให้เห็นว่านั่นคือปัญหาต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง และแพทย์ควรเน้นย้ำว่าการสูบบุหรี่ลดลงก็ไม่ได้ช่วยลดความเสี่ยง ความเสี่ยงที่ควรอธิบายให้ผู้ป่วยรายนี้รับทราบก็คือเรื่องของ CHD และเรื่องผลกระทบต่อภรรยาและลูกสาว ซึ่งอาศัยอยู่ด้วยกัน

4. ให้ผู้ป่วยระบุประโยชน์ที่จะได้รับหากเลิกบุหรี่ได้ และชี้แนะว่านั่นเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงอีกเช่นกัน สำหรับผู้ป่วยรายนี้อาจจะเน้นเรื่องการลดความเสี่ยงต่อ CHD ช่วยเรื่องสุขภาพไม่ให้อ่อนแอ สามารถออกกำลังกายที่ตัวเองชอบได้

5. ควรถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอุปสรรคที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่ได้ และชี้แนวทางการรักษาซึ่งจะหลีกเลี่ยงอุปสรรคดังกล่าว

6. ควรจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ทุกๆครั้งที่ผู้ป่วยมาพบ และสำหรับผู้ที่เคยเลิกแล้วแต่เลิกไม่ได้ก็ให้บอกกับผู้ป่วยว่ามีผู้ป่วยมากมายที่ต้องใช้ความพยายามในการเลิกหลายครั้ง

7. เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเลิกบุหรี่แล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือช่วยวางแผนการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วย เช่นกำหนดวันที่ควรจะเลิก (ควรอยู่ภายในระยะเวลา 2 อาทิตย์) บอกครอบครัว เพื่อน และผู้คนรอบข้างของผู้ป่วยให้เข้าใจ วางแผนป้องกันอุปสรรคที่จะมายับยั้งการเลิกบุหรี่ กำจัดบุหรี่ทิ้งให้หมด ไม่ให้ผู้ป่วยเห็น

8. ให้คำปรึกษาตลอดช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ ให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่การนำไปปฏิบัติกรณีมีปัญหาระหว่างช่วงที่เลิก และให้กำลังใจกับผู้ป่วย

### 10 เคล็ดลับการเลิกบุหรี่ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553:1)

สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ อาจไม่รู้ว่าในแต่ละปี มีคนไทยเลิกสูบบุหรี่ได้ปีละ 200,000 คน หรือโดยเฉลี่ยมีผู้เลิกสูบบุหรี่วันละ 584 คน จากสถิติพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่สามารถเลิกได้ด้วยตนเองโดยใช้วิธีหยุดสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด และต้องมีการเตรียมตัวที่ดี ดังนั้นเพื่อให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองให้สำเร็จ 10 เคล็ดลับต่อไปนี้ คือวิธีการปฏิบัติอย่างง่าย ๆ ที่สามารถนำไปใช้เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ มีดังนี้คือ

1. ขอคำปรึกษา เพื่อให้มีแนวทางในการเลิกสูบบุหรี่ อาจโทรศัพท์เพื่อขอคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ได้ที่ คิวไลน์ หมายเลข 1600 หรือขอคำปรึกษาจากคนที่รู้จักที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

2. หากกำลังใจ ควรบอกให้คนใกล้ชิดได้ทราบถึงความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ เพราะกำลังใจจากคนรอบข้างจะช่วยให้คุณมีความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ให้ได้เพื่อคนที่รัก

3. เป้าหมายอยู่ข้างหน้า ควรวางแผนในการปฏิบัติตัวในระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ โดยกำหนดวันที่จะลงมือเลิกสูบบุหรี่ อาจเลือกเอาวันสำคัญต่างๆของครอบครัว เช่น วันเกิดตัวเอง วันครบรอบแต่งงาน หรือวันเกิดลูก แต่ทั้งนี้ไม่ควรกำหนดวันที่ห่างไกลเกินไป เพราะอาจหมดไฟเสียก่อน

4. ไม่รอช้า...ลงมือ ซึ่งควรเตรียมตัวให้พร้อมด้วยการ ทิ้งอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ให้หมด เตรียมผลไม้หรือขนมขบเคี้ยวที่ไม่หวานหรือไม่ทำให้อ้วนไว้ เพื่อช่วยในการลดความอยากสูบบุหรี่ รวมทั้งปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่มักทำร่วมกับการสูบบุหรี่ เช่น อ่านหนังสือแทนการสูบบุหรี่ ระหว่างเข้าห้องน้ำ ดื่มน้ำ กินผลไม้ ลุกไปจากโต๊ะอาหารทันทีที่กินอาหารเสร็จ หรือแปร่งฟันทุกครั้งหลังกินอาหารเพื่อลดความอยากสูบบุหรี่หลังอาหาร

5. ถือคำมั่น...ไม่หวนไหว เมื่อถึงวันลงมือ ขอให้ตื่นนอนด้วยความสดชื่น บอกกับตัวเองว่า กำลังทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับตัวเองและคนใกล้ชิด เมื่ออยากสูบบุหรี่ก็ขอให้ทบทวนถึงเหตุผลที่ทำให้

ตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ล้างหน้า ตีมน้ำ อยู่ใกล้ชิดกับคนที่ไม่สูบบุหรี่หรือเล่นกับลูกให้มากขึ้น ก็จะช่วยให้อ่านผ่านพ้นความอยากสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น

6. ห่างไกล สิ่งกระตุ้น ในระหว่างนี้ขอให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้อยากสูบบุหรี่ เช่น ถ้าเคยดื่มกาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แล้วต้องสูบบุหรี่ด้วย ก็ควรงดดื่มในช่วงนี้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการอยู่ท่ามกลางคนสูบบุหรี่ด้วย

7. ไม่หมกมุ่นความเครียด เมื่อรู้สึกเครียด ให้หยุดพักสมองสักครู่ คลายความเครียดด้วยการพูดคุยกับคนอื่น ๆ หรือหาหนังสือมาไว้อ่านบ้างก็ได้ ฟังระลึกไว้เสมอว่ามีคนไม่สูบบุหรี่อีกมากที่คลายความเครียดได้โดยไม่ต้องสูบบุหรี่

8. เจียดเวลาออกกำลังกาย ควรจัดเวลาออกกำลังกายบ้าง อย่างน้อยวันละ 15 - 20 นาที เพราะนอกจากจะเป็นการควบคุมน้ำหนักที่อาจเพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้สมองปลอดโปร่ง เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจและปอด ถ้าไม่มีเวลาก็ควรหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องฟุนแรงต่างๆ เช่น กอล์ฟให้ต่ำกว่าชั้นที่ต้องการ 1 ชั้น เพื่อที่จะได้เดินออกกำลังกายบ้าง หรือควรใช้จักรยานในการเดินทางใกล้ๆ

9. ไม่ทำทนายบุหรี่ อย่าคิดว่าจะลองสูบบุหรี่บ้างเป็นครั้งคราวคงไม่เป็นไร เพราะการทดลองสูบเพียงมวนเดียว อาจหมายถึงการหวนคืนไปสู่ความเคยชินเก่าๆ อีก มาไกลมากแล้ว อย่าปล่อยให้ตัวเองถอยหลังลงคลองอีกเลย

10. หากต้องเริ่มต้นใหม่อีกทีก็อย่าท้อ ถ้าหันกลับไปสูบอีก นั้นไม่ได้หมายถึงโลกได้ล่มสลายแล้ว ไม่ได้แปลว่าเป็นคนล้มเหลว อย่างน้อยก็ได้เรียนรู้ที่จะปรับปรุงตัวในคราวต่อไป ขอให้ถือว่า อาจพ่ายแพ้ในบางสมรภูมิ แต่จะเป็นผู้ชนะสงครามในที่สุด ขอเพียงพยายามต่อไป จนเตรียมตัวให้พร้อมกำหนดวันที่จะหยุดและหยุดต่อไปตลอดกาล

11. เมื่อรู้ว่าอยากสูบ ควรที่จะอย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบ ควรประวิงเวลาของการสูบบุหรี่ออกไปเรื่อยๆ ตีมน้ำ หรือล้างหน้าทันที เมื่อรู้สึกหงุดหงิดกระวนกระวาย สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ และช้าๆ ทำเช่นนี้ 2-3 ครั้ง จะผ่อนคลายขึ้น หันไปทำกิจกรรมอื่น เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความอยากสูบบุหรี่

## 2.แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผล

ในการดำเนินงานตามโครงการหรือการบริหารโครงการ ไม่ว่าจะเป็โครงการของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือเอกชนก็ตาม จะต้องมีการวางแผนโครงการโดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์และเป้าหมายไว้ เพื่อคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลัง เมื่อวางแผนโครงการและมีการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของโครงการ ตลอดจนการออกแบบโครงการเป็นอย่างดีแล้ว ผู้ที่มีอำนาจก็จะทำการคัดเลือกโครงการและอนุมัติโครงการต่อไป ต่อจากนั้นก็จะมีองค์การนำโครงการไปปฏิบัติ หรือที่เรา

เรียกว่า **การบริหารโครงการ** (Project Management) บุคคลทั่วไปมักจะคุ้นเคยกับคำกล่าวที่ว่า **ถ้าการวางแผนโครงการดีก็เท่ากับงานสำเร็จไปแล้วครึ่งหนึ่ง** แต่ในความเป็นจริงแล้วการวางแผนโครงการที่ดีจะช่วยเพิ่มโอกาสสำหรับความสำเร็จเท่านั้น แต่ก็มีใช่เป็นหลักประกันความสำเร็จของนโยบาย/แผนงาน/โครงการสาธารณะทั้งหมด ทั้งนี้ เพราะความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบาย/แผนงาน โครงการต่าง ๆ จะต้องผ่านกระบวนการต่าง ๆ อีกมาก โดยเฉพาะกระบวนการบริหารโครงการและการประเมินผลโครงการ ถ้าจะกล่าวให้เข้าใจง่าย ๆ ก็คือการวางแผน (Planning) เป็นเรื่องของ**การคิด** การดำเนินการหรือการบริหาร (Implementation / Operation) เป็นเรื่องของ**การทำ** ส่วนการประเมินผล (Evaluation) ก็คือ **การเทียบ** ระหว่างการคิดกับการกระทำนั่นเอง (สมพิศ สุขแสน, 2553 : 1)

การประเมินผลจึงเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะทำให้ทราบว่า การปฏิบัติงานตามโครงการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ เพียงใด มีการเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่คิดไว้หรือไม่ ถ้าเบี่ยงเบนจะได้หาวิธีปรับปรุงแก้ไขความคาดหวังกับการปฏิบัติจริงนั้น เป็นไปในทิศทางเดียวกันให้ได้ โดยเฉพาะในปัจจุบันการบริหารการพัฒนาประเทศมิได้ประเมินเฉพาะผลสำเร็จของโครงการจากผลผลิต (Output) ที่ได้จากการดำเนินโครงการเท่านั้น แต่ความสำเร็จของโครงการจะต้องพิจารณาทั้งผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) ด้วย ซึ่งเราเรียกว่า การบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Base Management) ดังนั้น การที่จะทราบถึงผลสัมฤทธิ์ของโครงการต่าง ๆ ได้นั้น จำเป็นจะต้องอาศัยกระบวนการติดตามและประเมินผลที่เป็นระบบ (สมพิศ สุขแสน, 2553 : 2)

**การประเมินผลโครงการ** หมายถึง กระบวนการที่มุ่งแสวงหาคำตอบว่านโยบาย/แผนงาน/โครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เพียงใด โดยมีมาตรฐานและเครื่องมือในการวัดที่แม่นยำและเชื่อถือได้ การประเมินผลจึงคล้ายกับการหาใครสักคนหนึ่งเอากะจกมาส่งให้เราเห็นหน้าตาตัวเองว่า สวยงามดีแล้วหรือยัง มีข้อบกพร่องอะไรบ้าง จะได้ปรับปรุงแก้ไขตนเอง

### **แนวคิดการประเมินผลโครงการ CIPP Model**

สต๊ฟเฟิลบีม และคณะ (Stufflebeam, et al., 1971 : 81) ได้พัฒนาทฤษฎีการประเมินจนเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในปัจจุบัน เรียกว่า CIPP Model เป็นการประเมินที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง มีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ใช้ควบคู่กับการบริหารโครงการ เพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา วัตถุประสงค์การประเมิน คือ การให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ เน้นการแบ่งแยกบทบาทของการทำงานระหว่าง ฝ่ายประเมินกับฝ่ายบริหารออกจากกันอย่างเด่นชัด กล่าวคือฝ่ายประเมินมีหน้าที่ระบุ จัดหา และนำเสนอสารสนเทศให้กับฝ่ายบริหาร ส่วนฝ่ายบริหารมีหน้าที่เรียกหาข้อมูล และนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อดำเนินกิจกรรมใด ๆ

ที่เกี่ยวข้องแล้วแต่กรณี ทั้งนี้เพื่อป้องกันการมีอคติในการประเมิน ซึ่งได้แบ่งประเด็นการประเมินผลออกเป็น 4 ประเภท คือ

**1. การประเมินด้านบริบทหรือสถานะแวดล้อม (Context Evaluation : C)** เป็นการประเมินให้ได้ข้อมูลสำคัญ เพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ ความเป็นไปได้ของโครงการ เป็นการตรวจสอบว่าโครงการที่จะทำสนองปัญหาหรือความต้องการจำเป็นที่แท้จริงหรือไม่ วัตถุประสงค์ของโครงการชัดเจน เหมาะสม สอดคล้องกับนโยบายขององค์กร หรือ นโยบายหน่วยเหนือหรือไม่ เป็นโครงการที่มีความเป็นไปได้ในแง่ของโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่าง ๆ หรือไม่ เป็นต้น

การประเมินสถานะแวดล้อมจะช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่อง โครงการควรจะทำในสภาพแวดล้อมใด ต้องการจะบรรลุเป้าหมายอะไร หรือต้องการบรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะอะไร เป็นต้น

**2. การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน (Input Evaluation : I)** เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึง ความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา รวมทั้งเทคโนโลยีและแผนการดำเนินงาน เป็นต้น

การประเมินผลแบบนี้จะทำโดยใช้ เอกสารหรืองานวิจัยที่มีผู้ทำไว้แล้ว หรือใช้วิธีการวิจัยนำร่องเชิงทดลอง (Pilot Experimental Project) ตลอดจนอาจให้ผู้เชี่ยวชาญ มาทำงานให้ อย่างไรก็ตาม การประเมินผลนี้จะต้องสำรวจสิ่งที่มีอยู่เดิมก่อนว่ามีอะไรบ้าง และตัดสินใจว่าจะใช้วิธีการใด ใช้แผนการดำเนินงานแบบไหน และต้องใช้ทรัพยากรจากภายนอก หรือไม่

**3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P)** เป็นการประเมินระหว่างการดำเนินงานโครงการ เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไขปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรม เวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ โดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน การประเมินกระบวนการนี้ จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่น หรือ จุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ มักจะไม่สามารถศึกษาได้ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการแล้ว

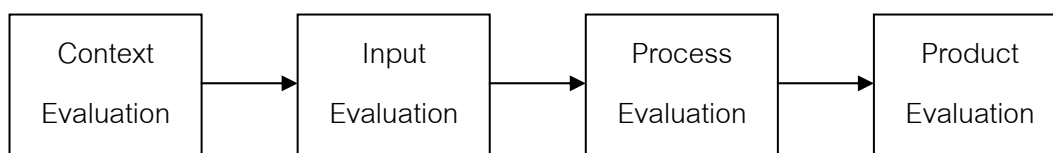
การประเมินกระบวนการ จะมีบทบาทสำคัญในเรื่องการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ ๆ เพื่อการตรวจสอบการดำเนินของโครงการโดยทั่วไป การประเมินกระบวนการมีจุดมุ่งหมาย คือ

3.1 เพื่อการหาข้อบกพร่องของโครงการ ในระหว่างที่มีการปฏิบัติการ หรือการดำเนินงานตามแผนนั้น

3.2 เพื่อหาข้อมูลต่างๆ ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการ

3.3 เพื่อการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการดำเนินงานของโครงการ

**4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P)** เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือความต้องการ/ เป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของการยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการและการประเมินผล เรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย / แผนงาน / โครงการ โดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินสถานะแวดล้อม ปัจจัยเบื้องต้นและกระบวนการร่วมด้วย ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบได้ดังนี้



จะเห็นได้ว่า การประเมินแบบ CIPP เป็นการประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบของระบบทั้งหมด ซึ่งผู้ประเมินจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน กำหนดประเด็นของตัวแปรหรือตัวชี้วัด กำหนดแหล่งข้อมูลผู้ให้ข้อมูล กำหนดเครื่องมือการประเมิน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล และเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน

### 3. แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

#### ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีความเชี่ยวชาญ และมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เป็นลักษณะของความเชื่อมั่นและความนับถือในตนเอง ที่เกิดจากความเชื่อมั่นในความมีคุณค่าของตนเอง ความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่พอใจ กล่าวโดยสรุป การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองจากการประเมินตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความมีค่าและการประสบความสำเร็จ โดยแสดงออกมาในรูปของทัศนคติที่มีต่อตนเอง ยอมรับนับถือและมีความเชื่อมั่นในตนเอง (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2542 : 63)

แบนดูรา (Bandura, 1986 อ้างในกมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2542 : 64) ได้ให้คำจำกัดความของการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นการประเมินตนเองของบุคคลว่าตนเป็นอย่างไร ถ้าบุคคลใดมีความรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่ไร้ค่า กล่าวได้ว่าบุคคลนั้นเป็นผู้มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ บุคคลใดมีความภาคภูมิใจในตนเอง กล่าวได้ว่าบุคคลนั้นเป็นผู้มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานในการประเมินตนมาจากความสามารถของบุคคล หรือมีความสามารถในการตัดสินใจของตนเอง เป็นบุคคลที่มีความสามารถ มีความภาคภูมิใจในตนเอง บุคคลจะพึงพอใจกับมาตรฐานการกระทำของตนเองที่ได้ตั้งไว้ ในขณะที่บุคคลใดก็ตามเมื่อประเมินตนเองแล้ว พบว่าตนเองล้มเหลวหรือกระทำกิจกรรมใด ๆ ไม่ได้ตามมาตรฐานที่ตนตั้งไว้ บุคคลก็จะขาดความพึงพอใจ

ต่อตนเอง การตัดสินใจจากสังคม มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลว่าจะประเมินตนเองออกมาในลักษณะใด เช่น บุคคลจะรู้สึกไม่พึงพอใจ และไม่ยอมรับต่อคำติเตียนของบุคคลอื่น นอกจากนี้ การเห็นคุณค่าในตนเองยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณีของสังคมนั้นๆ ว่าให้คุณค่าแก่บุคคลอย่างไร และบุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองต่อคุณค่าทางสังคมได้อย่างเหมาะสม ตามมาตรฐานของสังคมนั้นได้ดีเพียงใด แบนดูร่ายังกล่าวอีกว่า การประเมินผลการกระทำของบุคคล จะส่งผลถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง และการกระทำหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ก็เป็นผลมาจากการเห็นคุณค่าในตนเองในการกระทำหรือในกิจกรรมนั้น ๆ มากน้อยเพียงใดด้วย

ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะเป็นคนคล่องแคล่วว่องไว ชอบแสดงความคิดเห็น เป็นฝ่ายเปลี่ยนหรือพูดชักนำคนอื่นมากกว่าจะเป็นเพียงผู้ตามหรือผู้ฟังการอภิปรายโต้แย้ง มองสิ่งต่าง ๆ ในด้านดี โดยประเมินความสามารถทักษะทางสังคม และคุณสมบัติของตนอย่างรอบคอบ มากกว่าการคิดผินเอาเอง ไม่พะวงแต่เรื่องของตนจนขาดความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ภายนอก นอกจากนี้ยังมีทัศนคติของความคาดหวังในสิ่งที่ดี กว้างขวางในหมู่เพื่อนฝูง มั่นใจในการกระทำของตนเอง กล้าแสดงออกแม้รู้ว่าอาจจะโดนคัดค้าน ไม่มีความยุ่งยากในการสร้างมิตรภาพกับผู้อื่น มีความคิดสร้างสรรค์ ยอมให้สังคมกำหนดพฤติกรรมของตนเองเป็นส่วนน้อย ใช้ชีวิตอย่างยืดหยุ่น ช่างคิดสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เชื่อมมั่นในความคิดเห็นของตนเอง สามารถให้เหตุผลในสิ่งที่ตนกระทำได้อย่างกระจ่างชัด เชื่อมมั่นต่อการตอบสนองหรือการตัดสินใจของตน มั่นคงทางด้านจิตใจ วิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะประเมินผลว่าจะประสบความสำเร็จได้มากกว่า กล่าวโดยรวมแล้วจะเห็นว่า ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีความสุขและใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะยึดมั่นในความด้อยของตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากคนทั่วไป พยายามทำสิ่งที่สังคมยอมรับ ชอบเป็นสมาชิกกลุ่มแบบไม่แสดงตัวให้เด่นมากกว่าผู้แสดงบทบาท ไม่กล้าเกี่ยวข้องกับกรกระทำที่อาจได้รับการปฏิเสธหรือได้รับคำตำหนิ จึงไม่สามารถเป็นผู้นำที่สร้างสิ่งใหม่ หรืออยู่ในตำแหน่งที่ต้องเผชิญกับปฏิกิริยาหลาย ๆ รูปแบบได้ กลัวการทำให้ผู้อื่นโกรธ วิตกกังวลวิพากษ์วิจารณ์ พะวงกับเรื่องของตน ปิดกั้นตนเอง พอใจที่จะอยู่อย่างเงียบ ๆ มักทำอะไรคล้อยตามคนอื่นอยู่เสมอ พร้อมจะเชื่อว่าคนอื่นมองตนในแง่ไม่ดี ยอมรับคำพูดของคนอื่นที่กล่าวถึงตนในแง่ลบ ขาดความมั่นใจที่จะปฏิเสธคำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น ไม่สามารถปกป้องตนเอง จึงต้องเผชิญกับความด้อย ทั้งที่เป็นจริงและที่คิดไปเอง เงา และโดดเดี่ยว คิดว่าตนไม่มีความสามารถเพียงพอ จึงมักมีบทบาทน้อยในสังคม ทำให้โอกาสที่จะประสบความสำเร็จลดลงไปด้วย หวั่นไหวต่ออิทธิพลของสังคมจนกลายเป็นความรู้สึกกดดัน ขาดพลังความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จ เป็นเหตุให้มีความวิตกกังวลสูง



บุคคลจะมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเองมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะกระทำการต่าง ๆ ได้บรรลุเป้าหมาย ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นผู้มีความสามารถ มีความภาคภูมิใจ และความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองนั้นก็ส่งผลต่อการกระทำกิจกรรมอื่น ๆ ด้วย โดยผู้ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อนมักจะเสี่ยงทำงานที่ท้าทายความสามารถ โดยเป็นงานที่ไม่ยากหรือง่ายเกินไป และมองตนเองในด้านดีมากกว่าผู้ที่เคยล้มเหลว

จะเห็นว่าความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง พัฒนามาจากความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสามารถในการกระทำการต่าง ๆ ได้สำเร็จ ในขณะที่เดียวกันความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองก็มีผลต่อการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลด้วย บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีความมั่นใจในการทำการต่าง ๆ ถ้าคิดกล้าแสดงออกมากกว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งมักจะไม่กล้าคิด ไม่กล้าทำ เพราะไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตน ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสามารถในการกระทำต่าง ๆ ซึ่งการเล่นเกมนักเรียน ก็เป็นสิ่งที่เกิดจากความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากวัยที่เป็นนักเรียน เป็นวัยที่มีการพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม วัยนี้จะค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง ตลอดจนเลือกบทบาทตนเอง ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ

แต่เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยภายในบุคคล ที่เกิดขึ้นจากบุคคลนั้นๆ ประเมินตนเอง หรือประเมินความรู้สึกตนเองว่ามีค่าหรือไม่มีค่าต่อสิ่งต่างๆ ที่ตนประสบหรือมีความสัมพันธ์ด้วย บุคคลหนึ่งอาจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำ ในด้านต่าง ๆ แตกต่างกันไป เช่น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงทางด้านการศึกษา แต่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำในเรื่องที่เกี่ยวกับกีฬาได้ ดังนั้น ยังและคณะ (Young, et al., 1989 : 251 -254) จึงเสนอให้มีการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในด้านต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่น / วัยเรียน 3 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อสังคม หรือต่อกลุ่มเพื่อน (Social or Per Self-Esteem)
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อโรงเรียน (School Self-Esteem)
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อบ้าน (Intrafamilial or Home Self-Esteem)

ดังนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงมีความสำคัญต่อการเสถียรสิ่งต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ จึงศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นบริบทหนึ่งของการสุขและเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่ประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อสังคม (Social Self-Esteem)
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อเพื่อน (Peer Self-Esteem)
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อบ้าน / ครอบครัว (Home Self-Esteem)

### ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้ค้นคิดทฤษฎี ประกอบด้วย Caplan และ Core (1972 อ้างใน สำราญ สิริภคมงคล, 2546: 29– 30) มีแนวคิดหลัก ดังนี้คือ

แรงสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ได้รับจากผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้ง การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรม ไปใน ทิศทางที่ผู้รับต้องการ โดยมีการแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ นับถือความหวังใญ่ การกระตุ้นเตือน
2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อน กลับ การเห็นพ้องในการรับรอง รวมถึงการสนับสนุนอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ ตักเตือน ให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารจากการศึกษาวิจัย การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตน ซึ่งแบ่งออกเป็นการได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด
4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา

แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 แบบ จะต้องมึลักษณะที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาได้รับความเอาใจ ใส่ความรักและความหวังดี ตลอดจนทำให้เขารู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับของสังคมตลอด จนเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำประโยชน์ให้แก่สังคม จึงจะส่งผลให้ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรม หรือบรรลุดูมุ่งหมายที่เขาต้องการ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าการสนับสนุนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ ก่อให้เกิดความสามารถในการเลิกบุหรี่ จึงได้นำการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นตัวแปรหนึ่งของการ ศึกษาบริบทในการเลิกสูบบุหรี่

### แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เนื่องจากการแสดงพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงความสามารถของบุคคล ต้องอาศัยตัวแปรทางจิต สังคม ส่งผลกระทบต่อบุคคลในลักษณะที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีตัวแปร ความเชื่อซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมมีส่วนกำหนดพฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยความเชื่อจะเป็น ส่วนประกอบด้านความคิดความเข้าใจในตัวบุคคล ที่อาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อ ดังกล่าว อาจจะเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะทางตรง หรือทางอ้อม รวมทั้งเปลี่ยนแปลงหรือเป็ยงเบนได้ โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพที่จะเป็น ตัวกำหนดพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงความสามารถของบุคคลในการป้องกันโรคต่างๆ ตลอดจนการปฏิบัติ ตามการรักษาของแพทย์ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนามาวิเคราะห์พฤติกรรม อนามัยของบุคคล โดยพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง โรเซนสตัดค ได้สรุป

องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย ความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974 : 330) ต่อมา เบคเกอร์และคณะเป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย และแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อนี้ในระดับไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพไม่เหมือนกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัย โรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสของการเป็นโรกว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Becker et al, 1975 : 15) ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ โดยจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน รักษาโรคของบุคคล (Becker et al, 1975 : 354-355) จากการศึกษาการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค ผู้ที่มีระดับการรับรู้สูงต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคยอมให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ หรือมีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ควรได้รับการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น โรเซนสต็อค (Rosenstock, 1974 : 284) ได้แบ่งวิธีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคออกเป็น 3 ระดับ คือระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับชุมชน

(1) ระดับบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ด้วยวิธีการสอนรายบุคคล เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค และผลประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับจากการมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือมากขึ้น

(2) ระดับกลุ่ม เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับโต้แย้ง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

(3) ระดับชุมชน เป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะความเชื่อของสังคมและสิ่งแวดล้อม ในทิศทางที่จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและพฤติกรรมของบุคคล

## 2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived seriousness or Severity)

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการรักษาเกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไป ก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz and Becker, 1984 : 44) สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างปี ค.ศ. 1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

## 3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz and Becker, 1984 : 44) ได้สรุปการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

จากการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงความสามารถของบุคคลในการเลิกบุหรี่ได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ต่อประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดเป็นผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่จะทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ต่อประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ก่อให้เกิดความสามารถในการเลิกบุหรี่

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ พบงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ เพื่อนำมาใช้สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ดังนี้คือ

จุฑานันท์ หุ่นดี (2550 : บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้นประทวน สังกัดกรมการทหารช่าง โดยใช้การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของข้าราชการทหารชั้นประทวน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง เป็นข้าราชการทหารชั้นประทวน ในหน่วยทหารแห่งหนึ่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 35 นาย เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการเลิกบุหรี่ จากแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับแนวคิดรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การให้สุขศึกษารายกลุ่ม 2) การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อตั้งเป้าหมาย 3) ให้คำปรึกษารายครอบครัว และ 4) การเตือนตนเอง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า มีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 10 ราย ปริมาณสูบบุหรี่และระดับการติดสารนิโคตินหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.01$

จิตา จับจิตต์ (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลธัญบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของผู้เข้ารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ที่มารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลธัญบุรี มีอายุระหว่าง 18-60 ปี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คืออายุระหว่าง 18-35 ปี และอายุระหว่าง 36-60 ปี สุ่มอย่างง่ายจากผู้ที่มาสมัครใจตามระดับอายุ เพื่อเข้าร่วมโปรแกรม แบ่งเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี จำนวน 9 คน และผู้ที่มีอายุระหว่าง 36-60 ปี จำนวน 9 คน เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 8 ครั้ง การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม และการทดสอบความแตกต่าง ด้วยวิธีการทดสอบรายคู่แบบนิวแมน-คูลส์ กรณีพบว่าปฏิสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ กรณีผลหลักมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างระดับอายุกับระยะเวลาของการทดลอง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลธัญบุรีที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ของผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี กับผู้ที่มีอายุ

ระหว่าง 36-60 ปี ระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่มในระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ในระยะติดตามผลน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ในระยะหลังการทดลอง กับระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชนิกร เคียนทอง (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 80 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกบุหรีดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

สุขสมัย สมพงษ์ (2546 : 12) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี สำหรับผู้ใช้สารเสพติดที่แสดงตน จังหวัดสกลนคร (ระยะที่ 1) ในช่วงเวลาที่รัฐบาลเร่งรัดการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด จังหวัดสกลนครมีผู้ใช้ยาเสพติดออกมาแสดงตน 3,470 คน ได้คัดกรองเพื่อจำแนกการบำบัดเป็นจิตสังคมบำบัด 244 คน ให้คำปรึกษา 313 คน และค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2,913 คน มีผู้สูบบุหรีเกินกว่าร้อยละ 90 จึงเพิ่มกระบวนการเลิกบุหรีไว้ในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลักสูตร 10 วัน 9 คืน ประกอบด้วย ก. โปรแกรมปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของบุหรี น้ำดื่มสมุนไพร การทำความสะอาดช่องปาก การจำกัดเขตสูบบุหรี การขอให้เลิกบุหรี โดยพระภิกษุ/ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นต้น ข. เป็นโปรแกรมเสริมพลังให้ผู้รับการฝึกตัดสินใจเลิกสูบบุหรีก่อนเสร็จสิ้นการฝึกอบรมให้ประจักษ์ต่อประชาคม แสดงถึงความตั้งใจจริงในการเลิกใช้สารเสพติด สร้างความน่าเชื่อถือให้สังคมยอมรับมี 3 ขั้นตอน คือ ปูพื้นฐาน ตระหนักในทุกข์ และบอกกล่าวการปฏิบัติ ทำการศึกษาลักษณะกึ่งทดลองจากค่ายทั้งหมด วัดประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรีรวมโดยเปรียบเทียบจำนวนผู้สูบบุหรีก่อนและหลังการอบรม ส่วนประสิทธิผลของโปรแกรมพิเศษ เปรียบเทียบจำนวนผู้สูบบุหรีก่อนให้โปรแกรมกับภายหลังจากให้โปรแกรมไปแล้ว 1 วัน และวันต่อๆ ไป โดยใช้สถิติ ไค-สแควร์ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ผลการศึกษาจำนวน 36 ค่าย ผู้เข้ารับการฝึก 2,432 คน เป็นผู้ใช้ยาบ้า กัญชา หรือสารระเหยชนิดเดียวร้อยละ 39.4, 29.0 และ 7.3 ตามลำดับ เป็นผู้ใช้ยาบ้า กัญชา หรือสารระเหยร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่นร้อยละ 14.3, 5.1 และ 3.6 ตามลำดับ เป็นผู้เสพร้อยละ 80.8 ผู้

ติดร้อยละ 17.0 อ้างว่าเลิกใช้สารเสพติดเกินกว่า 1 ปี ร้อยละ 45.0 ผู้เข้ารับการฝึก 2,411 คน ก่อนเข้ารับการฝึกสูบบุหรี่ 2,228 คน (ร้อยละ 92.4) เสร็จสิ้นการฝึกคงสูบบุหรี่ 982 คน (ร้อยละ 40.7) ผู้สูบบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จำนวน 34 ค่าย การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพิเศษ จำนวน 20 ค่าย มีผู้สูบบุหรี่ก่อนดำเนินการ 960 คน ไม่สูบบุหรี่ 326 คน ภายหลังจากใช้โปรแกรม 1 วัน มีผู้สูบบุหรี่ 708 คน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จำนวนค่ายที่มีผู้สูบบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเพียง 8 ค่าย เท่านั้น แต่จำนวนค่ายที่มีผู้สูบบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเพิ่มขึ้นในวันถัดไปเป็น 10,14,17 และ 19 ตามลำดับ โปรแกรมพิเศษเน้นการกู้ศักดิ์ศรีของผู้ใช้สารเสพติดทำให้การเลิกบุหรี่มีประสิทธิภาพดีขึ้น ควรให้ภายหลังการเตรียมผู้เข้าร่วมการฝึก 3-5 วัน และวิทยากรค่ายต้องกระตุ้นเพิ่มเติมหลังการให้โปรแกรม 1-2 วัน เพื่อให้เลิกบุหรี่ได้อย่างน้อย 5 วันในขณะที่อยู่ในค่าย ควรเพิ่มการปรับมาตรฐานผู้ทำหน้าที่ติดตามผลการบำบัด เพื่อให้คงสภาพการไม่สูบบุหรี่ไว้

ศักดิ์ชัย จำพิมาย (2542 : 42-43) ศึกษาผลสำเร็จของผู้รับบริการในคลินิกเลิกบุหรี่โดยใช้โครงการเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสกลนคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำเร็จของโครงการจากความรู้และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของผู้มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ โดยใช้การศึกษาถึงทดลองในลักษณะกลุ่มตัวอย่างก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ทุกคน ระหว่างกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2540 จำนวน 54 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เข้ารับบริการมีความรู้เพิ่มขึ้น และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 โดยก่อนเข้าร่วมโครงการมีความรู้เฉลี่ย 14.2 หลังเข้าร่วมโครงการมีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.4 ส่วนทัศนคติก่อนเข้ารับบริการมีทัศนคติเฉลี่ย 66.8 และหลังเข้าร่วมโครงการมีทัศนคติเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 84.6

ประไพจิตร ชุมแวงวาปี (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เทคนิคการควบคุมตนเอง และกระบวนการกลุ่มมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชายที่สูบบุหรี่เป็นประจำและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาจำนวน 93 คน เป็นกลุ่มทดลอง 46 คน จากสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน จากสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือนครราชสีมา เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบ สอบถาม แบบบันทึกจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ เทปวิดีโอ เอกสารความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ หุ่นจำลองสรีระของมนุษย์ และคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ ทำการรวบรวมข้อมูล 3 ครั้งคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยสำหรับข้อมูลทั่วไป Students t-test และ Paired Samples t-test สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ

Pearsons Product Moment Correlation Coefficient วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการรับรู้กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ใช้สถิติ Chi-Square test และ Fishers exact test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรจำนวนปีที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่กับการเลิกสูบบุหรี่ และสถิติ Z-test เปรียบเทียบค่าสัดส่วนของนักศึกษาที่เลิกสูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาทำให้นักศึกษาเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง และรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ถูกต้องมากขึ้น มีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับที่ถูกต้องมากขึ้น และมีนักศึกษาที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ แต่ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี คณะผู้วิจัยได้ใช้ CIPP MODEL ของ Strufflebeam เป็นกรอบแนวคิดการประเมินผล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการ ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการประเมิน ดังแสดงในภาพ 2.1

**ภาพ 2.1** กรอบแนวคิดการประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

บริบท (Context)	ปัจจัยนำเข้า (Input)	กระบวนการ (Process)	ผลการดำเนินการ (Product)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่</li> <li>- การสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานที่</li> <li>- ระยะเวลา</li> <li>- วิธีการให้ความรู้</li> <li>- สื่อ/อุปกรณ์</li> <li>- ความรู้ ความสามารถของวิทยากร</li> <li>- การจัดกิจกรรม สันทนาการ (เฉพาะคลินิกเชิงรุก)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความเหมาะสมการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่</li> <li>- การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่</li> <li>- การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่</li> <li>- ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่</li> </ul>



### บทที่ 3

#### วิธีการศึกษา

การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยประเมินผลรวมสรุป (Summative evaluation) โดยการศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ของผู้ที่เข้ารับโปรแกรมเลิกบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2551 ของโรงพยาบาลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ทั้งคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุก และคลินิกเชิงรับ) เป็นการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน (1 ปี ครั้ง) และนอกจากนี้ได้เปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรับ กับคลินิกเชิงรุก ซึ่งเป็นการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

ส่วนการศึกษาค้นคว้าสาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แล้วเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อหาสาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ในเชิงลึก

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2551 จำนวนทั้งสิ้น 1,802 คน

**ขนาดตัวอย่าง** กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Taro Yamane (1967) โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มที่ 0.05

$$\text{จากสูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$n$  คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  คือ จำนวนประชาชนที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2551 (19 โรงพยาบาล)

$e$  คือ ความคลาดเคลื่อนเท่าที่จะยอมรับได้ = 0.05

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,802}{1 + 1,802 (0.05)^2} \\ &= 327.3 \end{aligned}$$

ในการศึกษาครั้งนี้ควรใช้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 328 คน เพื่อเป็นตัวแทนอ้างอิงถึงผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2551 การประเมินครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 350 คน

### การเลือกตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้แบ่งพื้นที่จัดเก็บข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ คลินิกเชิงรุกและคลินิกเชิงรับ โดยแต่ละคลินิกมีจำนวนผู้เข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 1,435 คน และ 367 คน ตามลำดับ จากนั้นจึงคำนวณจำนวนตัวอย่างที่จะจัดเก็บในแต่ละคลินิกตามสัดส่วนของประชากรที่ศึกษา ซึ่งคลินิกเชิงรุกและคลินิกเชิงรับ ควรสุ่มเลือกตัวอย่างเท่ากับ 289 คน และ 61 คน ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดจำนวนตัวอย่างที่สุ่มเลือกจำแนกตามโรงพยาบาล ดังแสดงในตาราง 3.1

**ตาราง 3.1** จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในปี พ.ศ. 2551 จำแนกตามโรงพยาบาล และคลินิกเลิกบุหรี่

โรงพยาบาล	คลินิกเชิงรุก		คลินิกเชิงรับ	
	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
สุราษฎร์ธานี	182	28	108	17
พระแสง	80	12	43	7
เวียงสระ	75	12	42	7
กาญจนดิษฐ์	120	19	12	2
ไชยา	50	8	4	1
บ้านตาขุน	160	25	7	1
คีรีรัฐนิคม	45	7	13	2
ท่าชนะ	160	25	14	2
บ้านนาเดิม	40	6	18	3
พุนพิน	45	7	12	2
ท่าโรงช้าง	307	48	7	1
ชัยบุรี	40	6	4	1
พนม	40	6	5	1
เคียนซา	120	19	14	2
บ้านนาสาร	40	6	18	3
เกาะพะงัน	80	12	8	1

ตาราง 3.1 (ต่อ)

โรงพยาบาล	คลินิกเชิงรุก		คลินิกเชิงรับ	
	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
เกาะสมุย	80	12	12	2
ดอนสัก	80	12	13	2
วิภาวดี	45	7	26	4
ท่าฉาง	80	12	12	2
รวม	1,435	289	392	61

จากนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ในขั้นสุดท้าย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างให้ครบตามจำนวนที่ระบุไว้ในตารางที่ 3.1

ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีจำนวนผู้เข้าโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ 80 คน ต้องการตัวอย่าง 15 คน ดังนั้น ช่วงของการสุ่ม

$$= \frac{80}{15}$$

$$= 5.3$$

$$\approx 5$$

หมายถึงต้องสุ่มในทุกๆ 5 ตัวอย่าง (Random Start) และถ้าสุ่มตัวอย่างแรก คือผู้เข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่ ปี พ.ศ. 2551 เป็นรายชื่อลำดับที่ 2 ก็จะได้หน่วยตัวอย่างถัดไป คือ 2, 2+5 = 7, 7+5 = 12 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในกรณีที่ไม่สามารถติดต่อดำเนินการที่สุ่มได้ตามที่อยู่ที่ระบุไว้ในบัญชีรายชื่อฯ จะคัดเลือกตัวอย่างในลำดับถัดไปของบัญชีฯ ทดแทน

ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งจะใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ตลอดจนสัมภาษณ์เจาะลึกผู้เกี่ยวข้อง อาทิ เจ้าหน้าที่ในคลินิกเลิกบุหรี่ และครอบครัวของผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ เป็นต้น เพื่อการตรวจสอบข้อมูล คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) รวมประมาณ 20 คน ในคลินิก 5 แห่ง (ประมาณ 4 คน/คลินิก) ที่มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ ทั้งในคลินิกเชิงรุกและคลินิกเชิงรับ ซึ่งจะคำนึงถึงความยินดีจะให้ความร่วมมือในการศึกษา

การดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่

เป็นการดำเนินการโปรแกรมตามแต่ละลักษณะคลินิก ดังนี้คือ

**1. คลินิกเชิงรุก** ดำเนินการโดยจัดโปรแกรมให้ความรู้ภาคทฤษฎี และกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการเลิกบุหรี่ โดยใช้ในสถานที่ในชุมชน / โรงเรียน / สถานที่ที่สามารถจัดประชุม ที่ชุมชนสามารถจัดให้ได้ ทั้งนี้ ได้ให้ความรู้และทำกิจกรรมการเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา 3 วัน ติดต่อกัน ดังนี้คือ

#### วันที่ 1

- ตรวจสอบสภาพร่างกายทั่วไป และประเมินระดับนิโคติน จำนวน 2 ชั่วโมง
- กิจกรรมกลุ่ม หลอมใจเป็นหนึ่ง จำนวน 1 ชั่วโมง
- ให้ความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี่ และการสูบบุหรี่กับปัญหาสุขภาพ ภาคทฤษฎี

2 ชั่วโมง

#### วันที่ 2

- กิจกรรมกลุ่มบำบัด / สันทนาการ 1 ชั่วโมง
- กิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ความรู้ โดยการจัดกิจกรรมฐานความรู้ 5 ฐาน คือ ฐานปอดถูกตัดเพราะอัดบุหรี่ ฐานสารพิษในบุหรี่/พิษจากครีวบุหรี่มือสอง ฐานทักษะการปฏิเสธ ฐานทดสอบสมรรถภาพปอด และฐานสุขภาพดีเมื่อเลิกบุหรี่ได้ 3 ชั่วโมง

- กิจกรรมคลายเครียดและสันทนาการ 1 ชั่วโมง
- ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษ - ภัย บุหรี่ วิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี่ 1 ชั่วโมง
- ให้ความรู้เรื่องหลุมพรางหรือกีดกันนักสูบบุหรี่ที่หลีกเลี่ยงเปลืองปล้ำ 1 ชั่วโมง

#### วันที่ 3

- กิจกรรมกลุ่มบำบัด / สันทนาการ 1 ชั่วโมง
- ให้ความรู้เรื่องแนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ และการป้องกัน/ทักษะการกลับไปเสพซ้ำ 2 ชั่วโมง

- กิจกรรมวาดภาพผนังห้องเพื่อการไม่สูบบุหรี่ 1 ชั่วโมง

- จัดกิจกรรมกลุ่มในเรื่องเครือข่ายไร้ควัน สานรัก สานศรัทธาและกิจกรรมใจประสานใจ

3 ชั่วโมง

**2. คลินิกเชิงรับ** ดำเนินการโดยให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลา 3 วัน (วันที่ 1 ที่มารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ และหลังจากนั้น คือ วันที่ 3 และวันที่ 7) วันละ 1 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมและให้คำปรึกษาในเรื่อง ดังนี้คือ

- ตรวจสอบสภาพร่างกายทั่วไป และประเมินระดับนิโคติน (ในวันแรกที่มา)

- ให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ในเรื่อง

1. ความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี่
2. พิษจากครีวบุหรี่มือสอง

3. การสูบบุหรี่กับปัญหาสุขภาพ
4. แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่
5. วิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี่

ในการให้คำปรึกษาดังกล่าวจะใช้การสนทนา ประกอบกับคู่มือความรู้ / เอกสารความรู้ แบบประเมินความรู้ก่อนและหลัง และสื่อวีดิทัศน์ประกอบ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ชนิดของเครื่องมือ:** ใช้แบบสัมภาษณ์ในการศึกษาเชิงปริมาณ และแบบแนวทางการสัมภาษณ์ในการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้มีที่ปรึกษาการวิจัย และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการดูแลเรื่องคุณภาพของเครื่องมือที่ศึกษาคือ ดร.อติญาน์ ศรเกษตรริน จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี

**แบบสัมภาษณ์** ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้คือ

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้/เดือน การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว เพื่อนสนิทสูบบุหรี่ และการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2** การเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ แบบวัดส่วนนี้ได้สอบถามการเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ จำนวน 13 ข้อ การสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 7 ข้อแบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้คือ

#### ข้อความเชิงนิมิตด้านบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	5 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย ให้คะแนน	4 คะแนน	ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ ให้คะแนน	3 คะแนน	ไม่แน่ใจ ให้คะแนน	3 คะแนน

#### ข้อความเชิงนิเสธด้านลบ

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน	2 คะแนน	เห็นด้วย ให้คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	1 คะแนน	เห็นด้วย ให้คะแนน	5 คะแนน

สำหรับการแบ่งระดับการเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ ดังรายละเอียดคือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)

ค่าคะแนน 1 – 38 คะแนน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)                      ค่าคะแนน    39 – 51 คะแนน

ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)                      ค่าคะแนน    52 – 65 คะแนน

การสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าตอบเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

สำหรับการแบ่งระดับการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ ดังรายละเอียดคือ

ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)                              ค่าคะแนน    1 – 20 คะแนน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)                      ค่าคะแนน    21 – 27 คะแนน

ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)                      ค่าคะแนน    28 – 35 คะแนน

**ส่วนที่ 3** ความเหมาะสมของปัจจัยนำเข้าในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ พิจารณาความเหมาะสมในเรื่องสถานที่ ระยะเวลา วิธีการให้ความรู้ในการเลิกบุหรี่ สื่อ/อุปกรณ์การจัดอบรมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ความรู้ ความสามารถของวิทยากร และการจัดกิจกรรมสหสาขาการ (เฉพาะคลินิกเชิงรุก) ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 6 ข้อ

**ส่วนที่ 4** ความเหมาะสมของกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ พิจารณาความเหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละคลินิก ดังนี้คือ

**คลินิกเชิงรุก** ประเมินจากกิจกรรมการตรวจสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับนิโคติน การหลอมใจเป็นหนึ่งใน การให้ความรู้ในเรื่อง บุหรี่และปัญหาสุขภาพ โทษ พิษ-ภัย บุหรี่ / วิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี่หลุมพรางหรือกับดักนักสูบบุหรี่ แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ และการป้องกัน / ทักษะการกลับไปเสพซ้ำ กิจกรรม 5 ฐาน การวาดภาพรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กิจกรรมเครือข่ายไร้ควัน กิจกรรมสานรัก สานศรัทธา การประสานใจ กิจกรรมสหสาขาการต่าง ๆ และการติดตามผลการผลการเลิกบุหรี่ ตลอดจนภาพรวมของกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ รวมทั้งสิ้นจำนวน 14 ข้อ

**คลินิกเชิงรับ** ประเมินจากการตรวจสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับนิโคติน การให้คำปรึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี่ พิษจากครวบุหรี่มือสอง การสูบบุหรี่กับปัญหาสุขภาพ แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี่ และในกิจกรรมการติดตามผลการเลิกบุหรี่ ตลอดจนภาพรวมของกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 ข้อ

แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่ามีความเหมาะสม มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

**ส่วนที่ 5** การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ แบบวัดส่วนนี้ได้สอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้คือ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนคือ

<b>ข้อความเชิงนิมิตานด้านบวก</b>		<b>ข้อความเชิงนิเสธด้านลบ</b>	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	5	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	1
	คะแนน		คะแนน
เห็นด้วย ให้คะแนน	4	ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน	2
	คะแนน		คะแนน
ไม่แน่ใจ ให้คะแนน	3	ไม่แน่ใจ ให้คะแนน	3
	คะแนน		คะแนน
ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน	2	เห็นด้วย ให้คะแนน	4
	คะแนน		คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน	1	เห็นด้วย ให้คะแนน	5
	คะแนน		คะแนน

สำหรับการแบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ ดังรายละเอียดคือ

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

**ส่วนที่ 6** ผลการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ เป็นการสอบถามถึงความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ตั้งแต่หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน (1 ปี ครั้ง) ว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่ รวมจำนวน 5 ข้อ

**ส่วนที่ 7** เหตุผลสำคัญของการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วยเหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด รวมจำนวน

2 ข้อ และเหตุผลที่โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไม่สามารถช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายเปิด ให้อธิบายถึงเหตุผลที่โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไม่สามารถช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้

**แบบแนวทางการสัมภาษณ์ในการศึกษาเชิงคุณภาพ** ประกอบด้วยแนวทางในการสัมภาษณ์เจาะลึก ดังนี้คือ

**1. สัมภาษณ์ผู้สูบบุหรี่ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ** ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสาเหตุและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ท่านไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้หลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่ โดยสอบถามสาเหตุที่เกิดจากตัวผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ โปรแกรมอดบุหรี่ที่ได้รับ ครอบคร้ว สิ่งแวดล้อม และอื่น ๆ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ได้รับ มีผลต่อการเลิกบุหรี่หรือไม่ อย่างไร และข้อเสนอแนะสำหรับโปรแกรมการเลิกบุหรี่

**2. สัมภาษณ์ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ** ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับโปรแกรมเลิกบุหรี่ยว่า ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวของเลิกได้หรือไม่ อย่างไร ผู้ให้ข้อมูล (ในฐานะบุคคลในครอบครัวท่าน) สนับสนุนอย่างไรบ้าง เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ที่เข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่สามารถเลิกได้สำเร็จ และ (ถ้ามีการสนับสนุน) การสนับสนุนนี้มาจากการริเริ่ม (ผู้ให้ข้อมูลในฐานะบุคคลในครอบครัว) เองหรือเป็นผลจากการเข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่ และแนวทาง/ ข้อเสนอแนะเพื่อคลินิก ให้คลินิกสามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน

### **คุณภาพเครื่องมือ**

เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบความตรง (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ดังนี้ คือ

#### **การตรวจสอบความตรง (Validity)**

นำแบบวัดทั้งหมดที่สร้างขึ้นมาตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) ซึ่งจะดูความตรงเชิงโครงสร้าง ความครอบคลุมของมาตรวัดในเรื่องของเนื้อหาของสิ่งที่วัด ดูความครบถ้วน ความถูกต้องทางด้านภาษา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และพิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา แต่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปตรวจสอบความเชื่อถือได้ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

#### **การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability)**

นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้ว มาวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด (ความสอดคล้องกันของผลที่ได้จากการวัดแต่ละครั้ง) ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อถือของแบบวัดต่าง ๆ ดังนี้คือ



- แบบวัดการเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ = 0.84
- แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ = 0.70
- แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ = 0.78
- แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ = 0.80
- แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ = 0.71

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบคลินิกเลิกบุหรี่ในแต่ละโรงพยาบาลละ 1 คน จำนวน 20 โรงพยาบาล ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่รับผิดชอบด้วยตนเอง โดยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ พร้อมนัดหมายวันเวลา และสถานที่ เพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลในผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ เชียงรุก 289 คน เชียงรับ 61 คน รวม 350 คน พร้อมทั้งทำการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสัมภาษณ์ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลมา แล้วนำไปวิเคราะห์ต่อไป

ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยจะสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ตลอดจนครอบครัวของผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ รวม 20 คน ในคลินิก 5 แห่งที่มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ ทั้งในคลินิกเชียงรุกและคลินิกเชียงรับ ซึ่งจะคำนึงถึงความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2553

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและแก้ไขข้อบกพร่อง บันทึกข้อมูลและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ 0.05 ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์และทดสอบสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้คือ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ ปัจจัยนำเข้า ขบวนการ และผลการดำเนินการ ของผู้ที่เข้ารับโปรแกรมเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชียงรุก กับกลุ่มคลินิกเชียงรับ โดยใช้ t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะจากการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชียงรุก กับกลุ่มคลินิกเชียงรับ โดยใช้ Chi-square test

4. วิเคราะห์สาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ แล้วเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และวิเคราะห์สาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ในเชิงลึกจากการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษาลำดับ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 บริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มคลินิกเชิงรุก กลุ่มคลินิกเชิงรับ และในภาพรวม

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ

ส่วนที่ 5 สาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

#### ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ในการประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ในกลุ่มผู้รับบริการในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และในภาพรวม ซึ่งได้นำเสนอตามลำดับ ดังนี้คือ

##### คลินิกเชิงรุก

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.7 เป็นเพศชาย มีอายุน้อยกว่า 19 ปี ร้อยละ 52.6 รองลงมา ร้อยละ 44.6 และ 2.8 มีอายุ 19 - 59 ปี และตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ตามลำดับ อายุโดยเฉลี่ย 27.5 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.9 มีสถานภาพสมรสโสด มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.8 รองลงมา ร้อยละ 17.6, 9.0 และ 4.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ปริญญาตรี หรือสูงกว่า และอนุปริญญา ตามลำดับ ทั้งนี้ ร้อยละ 2.4 ไม่ได้เรียน มีอาชีพที่หลากหลาย โดย ร้อยละ 31.8 ยังเป็นนักเรียน รองลงมา ร้อยละ 20.8, 16.2, 12.8, 11.8 และ 6.6 มีอาชีพรับจ้าง รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม งานบ้าน / ช่วยเหลืองานในครอบครัว และค้าขาย / อาชีพอิสระ มีรายได้/เดือน 5,000 – 10,000 บาท พบมากที่สุด ร้อยละ 26.7 รายได้โดยเฉลี่ย 7,899.5 บาท ทั้งนี้พบผู้ที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 27.3 มีการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 55.7 ซึ่งพบมากที่สุดคือ พ่อ / แม่ มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 82.4 มีการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ร้อยละ 8.7 ซึ่งพบมากที่สุดคือ เป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 4.6

### คลินิกเชิงรับ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.7 มีอายุ 19 – 59 ปี อายุโดยเฉลี่ย 33.2 ปี ร้อยละ 63.9 มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 70.5 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.5 รองลงมา ร้อยละ 23.0, 13.1, 8.2, 4.9 และ 3.3 มีอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ งานบ้าน / ช่วยเหลืองานในครอบครัว เกษตรกรรม นักเรียน และค้าขาย / อาชีพอิสระ มีรายได้/เดือน 5,000 – 10,000 บาท พบมากที่สุด ร้อยละ 49.2 รายได้โดยเฉลี่ย 8,926.2 บาท พบผู้ที่ไม่มียาได้ ร้อยละ 8.2 มีการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 59.0 ซึ่งพบมากที่สุดคือ พ่อ / แม่ มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 100.0 มีการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ร้อยละ 9.8 ซึ่งพบมากคือ เป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 5.1

### โดยรวม

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.6 มีอายุ 19 – 59 ปี และร้อยละ 47.1 มีอายุน้อยกว่า 19 ปี อายุโดยเฉลี่ย 28.5 ปี ร้อยละ 56.9 มีสถานภาพสมรสโสด และร้อยละ 40.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.4 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ในเรื่องอาชีพ พบว่า ร้อยละ 27.1 เป็นนักเรียน รองลงมา ร้อยละ 25.4, 17.4, 12.0, 12.0 และ 6.0 มีอาชีพรับจ้าง รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม งานบ้าน / ช่วยเหลืองานในครอบครัว และค้าขาย / อาชีพอิสระ มีรายได้/เดือน 5,000 – 10,000 บาท พบมากที่สุด ร้อยละ 30.6 รองลงมา มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท และน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 23.7 และ 21.7 รายได้โดยเฉลี่ย 8,078.5 บาท ทั้งนี้ พบผู้ที่ไม่มียาได้ ร้อยละ 24.0 มีการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 66.3 ซึ่งพบมากที่สุดคือ พ่อ / แม่ มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.7 มีการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.9 ซึ่งพบมากคือ เป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 5.1

รายละเอียดดังตาราง 4.1

ตาราง 4.1 ร้อยละลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม

ลักษณะส่วนบุคคล	คลินิกเชิงรุก (n = 289)	คลินิกเชิงรับ (n = 61)	รวม (n = 350)
<b>เพศ</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
ชาย	92.7	100.0	94.0
หญิง	7.3	0.0	6.0
<b>อายุ</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
น้อยกว่า 19 ปี	52.6	21.3	47.1
19 – 59 ปี	44.6	78.7	50.6
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	2.8	0.0	2.3
$\bar{X} \pm 1 \text{ SD}$	$27.5 \pm 15.1$	$33.2 \pm 11.7$	$28.5 \pm 14.8$
<b>สถานภาพสมรส</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
โสด	61.9	32.8	56.9
คู่	36.0	63.9	40.8
หม้าย / หย่า / แยก	2.1	3.3	2.3
<b>การศึกษา</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
ไม่ได้เรียน	2.4	0.0	2.0
ประถมศึกษา	17.6	9.8	16.3
มัธยมศึกษา	66.8	70.5	67.4
อนุปริญญา	4.2	9.8	5.1
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	9.0	9.9	9.2

ตาราง 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	คลินิกเชิงรุก (n = 289)	คลินิกเชิงรับ (n = 61)	รวม (n = 350)
<b>อาชีพ</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
นักเรียน	31.8	4.9	27.1
รับจ้าง	20.8	47.5	25.4
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	16.2	23.0	17.4
เกษตรกรกรรม	12.8	8.2	12.0
งานบ้าน / ช่วยเหลืองานในครอบครัว	11.8	13.1	12.0
ค้าขาย / อาชีพอิสระ	6.6	3.3	6.0
<b>รายได้/เดือน</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
ไม่มีรายได้	27.3	8.2	24.0
น้อยกว่า 5,000 บาท	23.9	11.5	21.7
5,000 – 10,000 บาท	26.7	49.2	30.6
มากกว่า 10,000 บาท	22.1	31.1	23.7
$\bar{X} \pm 1 \text{ SD}$	7,899.5 $\pm 10,795.2$	8,926.2 $\pm 6,925.0$	8,078.5 $\pm 10,225.7$
<b>การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
ไม่สูบบุหรี่	44.3	41.0	43.7
สูบบุหรี่ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	55.7	59.0	66.3
พ่อ / แม่	28.4	34.4	29.4
พี่น้อง	14.5	21.3	15.7
ญาติ	16.6	6.6	14.9
บุตร	7.6	8.2	7.7
คู่สมรส	0.7	1.6	0.9

ตาราง 4.1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	คลินิกเชิงรุก (n = 289)	คลินิกเชิงรับ (n = 61)	รวม (n = 350)
เพื่อนสนิทสูบบุหรี่	100.0	100.0	100.0
ไม่สูบ	17.6	0.0	14.6
สูบ	82.4	100.0	85.4
การเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่	100.0	100.0	100.0
ไม่มี	91.3	90.2	91.1
มี ได้แก่	8.7	9.8	8.9
หอบหืด	4.6	8.2	5.1
ภูมิแพ้	2.1	0.0	1.7
ริดสีดวงจมูก	0.7	0.0	0.6
เส้นเลือดในสมองตีบ	0.7	0.0	0.6
ถุงลมโป่งพอง	0.3	0.0	0.3
ไอบ่อย	0.3	0.0	0.3
ความดันโลหิตสูง	0.0	1.6	0.3

## ส่วนที่ 2 บริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ในการประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ศึกษาบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ในเรื่องการเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้รับบริการในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และในภาพรวม ซึ่งได้นำเสนอตามลำดับ ดังนี้คือ

### 1. การเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่

การศึกษาการเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยสัมภาษณ์ผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ถึงการเห็นคุณค่าของตนเองใน 13 ประเด็น ผลการศึกษาได้นำเสนอว่า มีการเห็นคุณค่าของตนเอง อยู่ในระดับใด ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79) และระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) และนำเสนอรายละเอียดในประเด็นต่าง ๆ ในเรื่องการเห็นคุณค่าของตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า ในคลินิกเชิงรุก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.1 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 42.2 และ 1.7 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับสูง และต่ำ ตามลำดับ ส่วนในคลินิกเชิงรับ พบในลักษณะที่ใกล้เคียงกันว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.1 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 45.9 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับสูง เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.7 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 42.9 และ 1.4 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับสูง และต่ำ ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.2

เมื่อพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ของการเห็นคุณค่าของตนเอง พบว่า มากกว่า ร้อยละ 65.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม เห็นด้วย ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งในว่าตัวเองมีคุณค่าเท่าเทียมผู้อื่น มีคุณสมบัติดีหลายประการ สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เป็นคนสำคัญคนหนึ่งในครอบครัว เป็นความหวังของคนในครอบครัว รู้สึกมีคุณค่าเมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อน เพื่อน ๆ ภูมิใจเมื่อเป็นเพื่อน และบิดามารดาภูมิใจในตัว แต่มากกว่า ร้อยละ 56.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งในว่าไม่เคยทำอะไรสำเร็จ มีความภาคภูมิใจในตัวเองน้อยเหลือเกิน ครอบครัวไม่เข้าใจเลย บ่อยครั้งที่เพื่อน ๆ ไม่ต้องการ และมีเรื่องขัดแย้งกับเพื่อนเสมอ ทั้งนี้ มากกว่าร้อยละ 32.0 ไม่แน่ใจว่าบ่อยครั้งที่เพื่อน ๆ ไม่ต้องการ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.3

## 2. การสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่

การศึกษาการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ โดยสัมภาษณ์ผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ถึงการสนับสนุนจากครอบครัว ใน 7 ประเด็น ผลการศึกษาได้นำเสนอว่า มีการสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับใด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79) และระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) และนำเสนอรายละเอียดในประเด็นต่าง ๆ ในเรื่องการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่

ผลการศึกษา พบว่า ในคลินิกเชิงรุก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.0 ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 32.2 และ 4.8 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ ส่วนในคลินิกเชิงรับ พบเช่นกันว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.3 ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 32.8 และ 4.9 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.9 ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 32.2 และ 4.9 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.2

เมื่อพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ของการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า มากกว่า ร้อยละ 65.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม เห็นด้วย ถึงเห็นด้วย



อย่างยิ่งในทุกประเด็นของการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งได้แก่เรื่อง สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใย ได้รับการขอร้องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้สูบบุหรี่ สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจ ให้เลิกบุหรี่ให้สำเร็จ สมาชิกในครอบครัวทำให้รู้สึกว่าการสูบบุหรี่จะทำให้มีสุขภาพไม่ดี สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลให้เลิกสูบบุหรี่ สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือไม่ให้เกิดอาการอยาก บุหรี่ และสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้ ในประเด็นดังกล่าว ผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง น้อยกว่าร้อยละ 15.0 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.3

**ตาราง 4.2** ร้อยละระดับการเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม

บริบท	คลินิกเชิงรุก (n = 289)	คลินิกเชิงรับ (n = 61)	รวม (n = 350)
<b>การเห็นคุณค่าของตนเอง</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
ระดับต่ำ (1 - 38 คะแนน)	1.7	0.0	1.4
ระดับปานกลาง (39 - 51 คะแนน)	56.1	54.1	55.7
ระดับสูง (52 - 65 คะแนน)	42.2	45.9	42.9
$\bar{X} \pm 1 \text{ SD}$	$50.5 \pm 5.4$	$51.8 \pm 5.6$	$50.7 \pm 5.4$
<b>การสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
ระดับต่ำ (1 - 20 คะแนน)	4.8	4.9	4.9
ระดับปานกลาง (21 - 27 คะแนน)	32.2	32.8	32.2
ระดับสูง (28 - 35 คะแนน)	63.0	62.3	62.9
$\bar{X} \pm 1 \text{ SD}$	$28.1 \pm 4.2$	$28.0 \pm 4.4$	$28.1 \pm 4.2$

ตาราง 4.3 ร้อยละการเห็นคุณค่าของตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม จำแนกรายประเด็น

รายการ	คลินิกเชิงรุก (n = 289)					คลินิกเชิงรับ (n = 61)					รวม (n = 350)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	<b>การเห็นคุณค่าของตนเอง</b>														
มีคุณค่าเท่าเทียมผู้อื่น	31.4	56.1	11.8	0.7	0.0	47.5	52.5	0.0	0.0	0.0	34.3	55.4	9.7	0.6	0.0
มีคุณสมบัติดีหลายประการ	17.3	70.2	11.8	0.7	0.0	23.0	75.4	1.6	0.0	0.0	18.3	71.1	10.0	0.6	0.0
ไม่เคยทำอะไรสำเร็จ*	5.2	6.2	19.7	57.1	11.8	1.6	4.9	16.4	57.4	19.7	4.6	6.0	19.1	57.2	13.1
มีความภาคภูมิใจในตัวเองน้อยเหลือเกิน*	4.2	11.1	16.6	55.0	13.1	1.6	3.3	6.6	60.7	27.9	3.7	9.7	14.9	56.0	15.7
สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	16.3	67.5	12.8	3.1	0.3	34.4	52.5	13.1	0.0	0.0	19.4	64.9	12.8	2.6	0.3
ครอบครัวไม่เข้าใจเลย*	2.1	13.1	24.2	43.3	17.3	0.0	4.9	26.2	49.2	19.7	1.7	11.7	24.6	44.3	17.7
เป็นคนสำคัญคนหนึ่งในครอบครัว	41.6	48.8	9.3	0.3	0.0	34.4	55.7	8.3	0.0	1.6	40.3	50.0	9.1	0.3	0.3
เป็นความหวังของคนในครอบครัว	35.4	52.2	12.1	0.3	0.0	36.1	55.7	6.6	0.0	1.6	35.4	52.9	11.1	0.3	0.3
รู้สึกมีคุณค่าเมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อน	15.6	60.2	22.8	1.4	0.0	23.0	49.2	11.5	13.1	3.3	16.9	58.2	20.9	3.4	0.6
เพื่อน ๆ ภูมิใจเมื่อเป็นเพื่อน	13.1	63.4	22.5	0.7	0.3	18.0	52.5	24.6	3.3	1.6	14.0	61.4	22.9	1.1	0.6
บ่อยครั้งที่เพื่อน ๆ ไม่ต้องการ*	2.4	8.7	32.4	47.8	8.7	3.3	6.6	32.7	36.1	21.3	2.6	8.3	32.6	45.6	10.9
มีเรื่องขัดแย้งกับเพื่อนเสมอ*	2.1	9.0	21.5	53.6	13.8	6.6	9.8	16.4	42.6	24.6	2.9	9.1	20.6	51.7	15.7
ติดตามดาภูมิในตัว	24.6	50.8	21.1	3.5	0.0	27.8	37.7	24.6	3.3	6.6	25.1	48.7	21.7	3.4	1.1

ตาราง 4.3 (ต่อ)

รายการ	คลินิกเชิงรุก (n = 289)					คลินิกเชิงรับ (n = 61)					รวม (n = 350)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	<b>การสนับสนุนจากครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่</b>														
สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใย	40.5	52.9	6.6	0.0	0.0	29.5	60.7	8.2	1.6	0.0	38.5	54.3	6.9	0.3	0.0
ได้รับการขอร้องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้สูบบุหรี่	31.5	52.6	7.3	6.9	1.7	31.1	49.3	8.2	9.8	1.6	31.5	52.0	7.4	7.4	1.7
สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจให้เลิกบุหรี่ให้สำเร็จ	38.7	47.8	8.3	5.2	0.0	31.1	59.0	3.3	0.0	6.6	37.5	49.7	7.4	4.3	1.1
สมาชิกในครอบครัวทำให้รู้สึกว่าการสูบบุหรี่จะทำให้มีสุขภาพไม่ดี	31.1	57.8	6.6	4.2	0.3	26.2	55.8	4.9	4.9	8.2	30.3	57.4	6.3	4.3	1.7
สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลให้เลิกสูบบุหรี่	26.3	55.7	9.7	8.3	0.0	29.6	63.9	4.9	0.0	1.6	26.8	57.1	8.9	6.9	0.3
สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือไม่ให้เกิดอาการอยากบุหรี่	18.0	50.5	17.0	14.5	0.0	19.7	54.1	21.3	1.6	3.3	18.3	51.1	17.7	12.3	0.6
สมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่	17.0	48.1	23.2	11.8	0.0	23.0	55.7	13.1	4.9	3.3	18.0	49.4	21.4	10.6	0.6

หมายเหตุ \* หมายถึง ข้อความเชิงลบ

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มคลินิก เชิงรุก คลินิกเชิงรับ และในภาพรวม

#### ปัจจัยนำเข้า

ในการศึกษาปัจจัยนำเข้าของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุก  
เชิงรับ และในภาพรวม ได้ศึกษาปัจจัยนำเข้าในเรื่องสถานที่ ระยะเวลา วิธีการให้ความรู้ในการเลิก  
บุหรี่ สื่อ/อุปกรณ์การจัดอบรมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ความรู้ ความสามารถของวิทยากร และ  
การจัดกิจกรรมสหสาขา (เฉพาะคลินิกเชิงรุก) ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่

ผลการศึกษา พบว่า มากกว่าร้อยละ 95.0 ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุก เชิงรับ และ  
โดยรวม เห็นว่าสถานที่ วิธีการให้ความรู้ในการเลิกบุหรี่ สื่อ/อุปกรณ์การจัดอบรมในโปรแกรมการ  
เลิกบุหรี่ และความรู้ ความสามารถของวิทยากร มีความเหมาะสม ส่วนในเรื่องระยะเวลา พบว่า  
ร้อยละ 88.6 และ 85.1 เห็นว่ามีความเหมาะสมในกลุ่มคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุก และโดยรวม แต่ใน  
กลุ่มคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรับ พบเพียงร้อยละ 68.9 ที่เห็นว่ามีเหมาะสม ส่วนในเรื่องการจัด  
กิจกรรมสหสาขา (ประเมินเฉพาะในกลุ่มคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุก) พบว่า ร้อยละ 98.3 เห็นว่า  
เหมาะสม รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.4

**ตาราง 4.4** ร้อยละความเหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ใน คลินิก  
เชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม

กิจกรรม	คลินิกเชิงรุก (n = 289)	คลินิกเชิงรับ (n = 61)	รวม (n = 350)
<b>สถานที่</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
เหมาะสม	98.6	96.7	98.3
ไม่เหมาะสม	1.4	3.3	1.7
<b>ระยะเวลา</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
เหมาะสม	88.6	68.9	85.1
ไม่เหมาะสม	11.4	31.1	14.9
<b>วิธีการให้ความรู้ในการเลิกบุหรี่</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
เหมาะสม	100.0	96.7	99.4
ไม่เหมาะสม	0.0	3.3	0.6

ตาราง 4.4 (ต่อ)

กิจกรรม	คลินิกเชิงรุก (n = 289)	คลินิกเชิงรับ (n = 61)	รวม (n = 350)
สื่อ/อุปกรณ์การจัดอบรมในโปรแกรม	100.0	100.0	100.0
การเลิกบุหรี่			
เหมาะสม	96.5	95.1	96.3
ไม่เหมาะสม	3.5	4.9	3.7
ความรู้ ความสามารถของวิทยากร	100.0	100.0	100.0
เหมาะสม	99.7	100.0	99.7
ไม่เหมาะสม	0.3	0.0	0.3
การจัดกิจกรรมสั้นทนาการ	100.0	100.0	100.0
เหมาะสม	98.3	-	-
ไม่เหมาะสม	1.7	-	-

#### กระบวนการ

ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุก ได้ศึกษาการดำเนินการของโปรแกรมการเลิกบุหรีว่ามีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด) ในกิจกรรมการตรวจสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับนิโคติน การหลอมใจเป็นหนึ่งใน การให้ความรู้ในเรื่อง บุหรีและปัญหาสุขภาพ โทษ พิษ-ภัย บุหรี / วิธีจัดการกับอาการอยากบุหรีหลุมพรางหรือกับดักนักสูบบุหรี แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี และการป้องกัน / ทักษะการกลับไปเสพซ้ำ กิจกรรม 5 ฐาน การวาดภาพพรรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี กิจกรรมเครือข่ายไร้ควัน กิจกรรมสานรัก สานศรัทธา การประสานใจ กิจกรรมสั้นทนาการต่าง ๆ และการติดตามผลการเลิกบุหรี ตลอดจนศึกษาในภาพรวมของกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรีด้วย

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.7, 59.9, 49.8 และ 46.7 เห็นว่าการให้ความรู้ในเรื่องบุหรีและปัญหาสุขภาพ หลุมพรางหรือกับดักนักสูบบุหรี การป้องกัน / ทักษะการกลับไปเสพซ้ำ และการติดตามผลการเลิกบุหรี มีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด ส่วนในเรื่องตรวจสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับนิโคติน ร้อยละ 35.3 เห็นว่ามีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด แต่ ร้อยละ 34.6 เห็นว่ามีความเหมาะสมน้อยถึงน้อยที่สุด นอกจากนี้ การดำเนินกิจกรรมการหลอมใจ

เป็นหนึ่งใน การให้ความรู้ในเรื่องโทษ พิษ-ภัย บุหรี่ / วิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี่ แนวทางและ ขั้นตอนในการเลิกบุหรี่กิจกรรม 5 ฐาน การวาดภาพพรรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กิจกรรมเครือข่ายไร้ควัน กิจกรรมสานรัก สานศรัทธา การประสานใจ และกิจกรรมสันตนาการต่าง ๆ ส่วนมากเห็นว่ามีความเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 41.5, 41.8, 47.4, 45.7, 42.2, 44.3, 48.8 และ 52.9 ตามลำดับ **โดยรวม** เห็นว่ากิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่มีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 42.6 รองลงมาเหมาะสมปานกลางและน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 39.8 และ 17.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.5

**ตาราง 4.5** ร้อยละความเหมาะสมกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกเชิงรุก

กิจกรรม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ตรวจสภาพร่างกายทั่วไป และประเมินระดับนิโคติน	7.3	28.0	30.1	20.1	14.5
	35.3			34.6	
การหลอมใจเป็นหนึ่ง	4.2	28.4	41.5	24.9	1.0
	32.6			25.9	
การให้ความรู้ในเรื่อง					
บุหรี่และปัญหาสุขภาพ	15.6	40.1	26.3	14.9	3.1
	55.7			18.0	
โทษ พิษ-ภัย บุหรี่ / วิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี่	6.2	25.3	41.8	24.6	2.1
	31.5			26.7	
หลุมพรางหรือกับดักนักสูบบุหรี่	11.1	48.8	26.3	10.7	3.1
	59.9			13.8	
แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่	2.8	28.7	47.4	20.4	0.7
	31.5			21.1	
การป้องกัน / ทักษะการกลับไปเสพซ้ำ	7.3	42.5	40.1	8.0	2.1
	49.8			10.1	
กิจกรรม 5 ฐาน	7.6	30.1	45.7	14.2	2.4
	37.7			16.6	
การวาดภาพพรรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่	2.4	22.8	42.2	31.2	1.4
	25.2			32.6	
กิจกรรมเครือข่ายไร้ควัน	3.5	22.8	44.3	27.3	2.1
	26.3			29.4	

ตาราง 4.5 (ต่อ)

กิจกรรม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
กิจกรรมสานรัก สานศรัทธา การประสานใจ	7.3	21.1	48.8	20.4	2.4
		28.4		22.8	
กิจกรรมสันหนนาการต่าง ๆ	8.3	23.3	52.9	13.8	1.7
		31.6		15.5	
การติดตามผลการเลิกบุหรี่	10.4	36.3	37.1	15.9	0.3
		46.7		16.2	
<b>โดยรวม</b> กิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่	9.7	32.9	39.8	15.9	1.7
		42.6		17.6	

ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรับ ได้ศึกษาการดำเนินการของโปรแกรมการเลิกบุหรีว่ามีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด) ในกิจกรรมตรวจสอบสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับนิโคติน การให้คำปรึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี พิษจากคร้วบุหรีมือสอง การสูบบุหรีกับปัญหาสุขภาพ แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี และในกิจกรรมการติดตามผลการเลิกบุหรี ตลอดจนศึกษาในภาพรวมของกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.9, 60.5, 73.8, 59.0, 54.1 และ 57.4 เห็นว่าการให้คำปรึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี พิษจากคร้วบุหรีมือสอง การสูบบุหรีกับปัญหาสุขภาพ แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี ตลอดจนการติดตามผลการเลิกบุหรี มีความเหมาะสมมากถึงมากที่สุด ตามลำดับ แต่ในเรื่องการตรวจสอบสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับนิโคติน พบว่า ร้อยละ 40.8 เห็นว่ามีความเหมาะสมน้อยถึงน้อยที่สุด รองลงมา ร้อยละ 29.6 และ 29.6 เห็นว่ามีความเหมาะสมปานกลางและมากถึงมากที่สุด ตามลำดับ **โดยรวม** เห็นว่ากิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรีมีความเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 47.6 รองลงมา เหมาะสมมากถึงมากที่สุด และน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 47.5 และ 4.9 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.6

ตาราง 4.6 ร้อยละความเหมาะสมกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในคลินิกเชิงรับ

กิจกรรม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ตรวจสภาพร่างกายทั่วไป และประเมินระดับนิโคติน	4.9	24.7	29.6	31.1	9.7
	29.6			40.8	
การให้คำปรึกษาในเรื่อง					
ความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี่	0.0	68.9	23.0	6.5	1.6
	68.9			8.3	
พิษจากครว้บุหรี่มือสอง	14.8	45.7	36.2	3.3	0.0
	60.5			3.3	
การสูบบุหรี่กับปัญหาสุขภาพ	6.6	67.2	21.3	4.9	0.0
	73.8			4.9	
แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่	0.0	59.0	32.8	8.2	0.0
	59.0			8.2	
วิธีจัดการ กับอาการอยากบุหรี่	4.9	49.2	36.2	9.7	0.0
	54.1			9.7	
การติดตามผลการเลิกบุหรี่	4.9	52.5	31.1	11.5	0.0
	57.4			11.5	
<b>โดยรวม</b> กิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่	1.6	45.9	47.6	3.3	1.6
	47.5			4.9	

### ผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่

ในการศึกษาผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุกเชิงรับ และในภาพรวม ได้ศึกษาผลการดำเนินการในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ โดยสัมภาษณ์ผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ถึงการรับรู้ในเรื่องดังกล่าว ใน 7 ประเด็นของการรับรู้แต่ละเรื่อง ผลการศึกษาได้นำเสนอว่า มีการรับรู้ในแต่ละเรื่องอยู่ในระดับใด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79) และระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) และนำเสนอรายละเอียดในประเด็นต่าง ๆ ในเรื่องการรับรู้ดังกล่าว นอกจากนี้ได้ศึกษาถึงความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะ จนถึงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล (1 ปี ครึ่ง) ได้นำเสนอผลการศึกษาตามลำดับ ดังนี้ คือ



### การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่

ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และในภาพรวม พบในลักษณะที่คล้ายกันว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.1, 73.8 และ 67.4 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 33.9, 26.2 และ 32.6 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ทั้งนี้ ไม่พบผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ในระดับต่ำ ทั้งใน 3 กลุ่มดังกล่าว รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.7

เมื่อพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่พบว่า มากกว่า ร้อยละ 83.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม เห็นด้วย ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า การสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพและผู้ใกล้ชิด ถ้าสูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด ถ้าสูบบุหรี่เป็นประจำจะทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคหอบหืด การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และถึงแม้ว่าไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ ก็ทำให้เกิดอันตรายได้ ส่วนในเรื่องถ้าสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว จะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพนั้น พบว่า ผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 39.1, 42.7 และ 39.7 ในเรื่องดังกล่าว ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.8

### การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.1, 52.5 และ 57.1 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 41.9, 44.2 และ 42.3 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในระดับต่ำนั้นพบว่า ในคลินิกเชิงรับ และในภาพรวม พบร้อยละ 3.3 และ 0.6 ตามลำดับ ทั้งนี้ ไม่พบผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในระดับต่ำ ในกลุ่มคลินิกเชิงรุก รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.7

เมื่อพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่พบว่า มากกว่า ร้อยละ 80.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม เห็นด้วย ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายของเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย การสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคปอดและหัวใจมีอาการรุนแรงมากขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้ท่านมีกลิ่นตัวและกลิ่นปากมากกว่าปกติ การสูบบุหรี่ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาโรคปอดและหัวใจนานกว่าปกติ และการสูบบุหรี่มีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ นอกจากนี้ ในเรื่องโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่เป็นโรคที่ไม่รุนแรง พบว่า ผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 55.0, 55.8 และ 55.2 ตามลำดับ ส่วนเรื่องการสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง มีผู้ไม่

สนใจในเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 29.8, 31.1 และ 35.7 ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.8

### การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่

ในคลินิกเชิงรุก และในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.6 และ 56.9 มีการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ในระดับปานกลาง ส่วนในกลุ่มคลินิกเชิงรับ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.7 มีการรับรู้ในระดับสูง รองลงมา ในคลินิกเชิงรุก และในภาพรวม พบว่า ร้อยละ 36.6 และ 40.0 มีการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ในระดับสูง และร้อยละ 2.8 และ 3.1 มีการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ในระดับต่ำ แต่ในกลุ่มคลินิกเชิงรับ พบว่า ร้อยละ 39.3 และ 4.9 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.7

สำหรับประเด็นต่าง ๆ ของการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ พบว่า มากกว่า ร้อยละ 73.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม เห็นด้วย ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า การไม่สูบบุหรี่และไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ทำให้ปลอดภัยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น การสูบบุหรี่ในบ้านจะมีผลทำให้การทำลายสุขภาพของบุคคลในครอบครัว การสูบบุหรี่มีแต่โทษไม่มีคุณประโยชน์ และการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้ปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดทำงานดีขึ้น ส่วนในเรื่องการสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายดีขึ้น และการเลิกสูบบุหรี่ทำให้ความมั่นใจในตัวเองลดลง พบว่า ผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 45.0 และ 35.6 ตามลำดับ แต่ผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรับ ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 68.8 และ 60.6 ตามลำดับ ทั้งนี้ ในภาพรวม ไม่เห็นด้วยถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 49.1 และ 40.0 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.8

ตาราง 4.7 ร้อยละระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และในภาพรวม

รายการ	คลินิกเชิงรุก (n = 289)	คลินิกเชิงรับ (n = 61)	รวม (n = 350)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจาก การสูบบุหรี่	100.0	100.0	100.0
ระดับต่ำ (1 - 20 คะแนน)	0.0	0.0	0.0
ระดับปานกลาง (21 - 27 คะแนน)	33.9	26.2	32.6
ระดับสูง (28 - 35 คะแนน)	66.1	73.8	67.4
$\bar{X} \pm 1 \text{ SD}$	28.9 $\pm$ 3.1	30.1 $\pm$ 3.5	29.1 $\pm$ 3.2
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจาก การสูบบุหรี่	100.0	100.0	100.0
ระดับต่ำ (1 - 20 คะแนน)	0.0	3.3	0.6
ระดับปานกลาง (21 - 27 คะแนน)	41.9	44.2	42.3
ระดับสูง (28 - 35 คะแนน)	58.1	52.5	57.1
$\bar{X} \pm 1 \text{ SD}$	28.0 $\pm$ 3.3	27.9 $\pm$ 4.2	28.0 $\pm$ 3.5
การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่	100.0	100.0	100.0
ระดับต่ำ (1 - 20 คะแนน)	2.8	4.9	3.1
ระดับปานกลาง (21 - 27 คะแนน)	60.6	39.3	56.9
ระดับสูง (28 - 35 คะแนน)	36.6	55.7	40.0
$\bar{X} \pm 1 \text{ SD}$	26.7 $\pm$ 3.2	28.4 $\pm$ 4.1	27.0 $\pm$ 3.4

ตาราง 4.8 ร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก  
คลินิกเชิงรับ และโดยรวม จำแนกรายประเด็น

รายการ	คลินิกเชิงรุก (n = 289)					คลินิกเชิงรับ (n = 61)					รวม (n = 350)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่</b>															
การสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพและผู้ใกล้ชิด	51.9	46.7	1.4	0.0	0.0	65.6	34.4	0.0	0.0	0.0	54.3	44.6	1.1	0.0	0.0
ถ้าสูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด	50.1	47.8	2.1	0.0	0.0	62.3	32.8	4.9	0.0	0.0	52.3	45.1	2.6	0.0	0.0
ถ้าสูบบุหรี่เป็นประจำจะทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง	45.3	50.2	4.2	0.3	0.0	67.2	27.9	4.9	0.0	0.0	49.1	46.3	4.3	0.3	0.0
ถ้าสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว จะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ*	12.1	26.0	22.8	32.5	6.6	16.4	9.8	31.1	27.9	14.8	12.9	23.1	24.3	31.7	8.0
การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคหอบหืด	39.4	49.6	9.3	0.3	1.4	55.7	31.2	13.1	0.0	0.0	42.3	46.3	10.0	0.3	1.1
การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	33.6	52.3	13.1	1.0	0.0	47.5	36.1	16.4	0.0	0.0	36.0	49.4	13.7	0.9	0.0
ถึงแม้ว่าไม่ได้สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ ก็ทำให้เกิดอันตรายได้	31.8	56.4	10.4	0.7	0.7	44.3	47.5	8.2	0.0	0.0	34.0	54.8	10.0	0.6	0.6

ตาราง 4.8 (ต่อ)

รายการ	คลินิกเชิงรุก (n = 289)					คลินิกเชิงรับ (n = 61)					รวม (n = 350)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่</b>														
การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายของเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย	36.7	50.5	12.1	0.7	0.0	42.6	36.1	19.7	0.0	1.6	37.7	48.0	13.4	0.6	0.3
โรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ เป็นโรคที่ไม่รุนแรง*	7.6	22.5	14.9	41.5	13.5	11.5	8.2	24.6	36.1	19.7	8.2	20.0	16.6	40.6	14.6
การสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคปอดและหัวใจมีอาการรุนแรงมากขึ้น	36.7	52.5	8.7	2.1	0.0	47.5	32.8	19.7	0.0	0.0	38.6	49.1	10.6	1.7	0.0
การสูบบุหรี่ทำให้ท่านมีกลิ่นตัวและกลิ่นปากมากกว่าปกติ	37.7	51.9	9.4	1.0	0.0	52.5	36.1	6.6	4.8	0.0	40.3	49.1	8.9	1.7	0.0
การสูบบุหรี่ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาโรคปอดและหัวใจนานกว่าปกติ	30.4	54.3	13.6	1.0	0.7	49.2	32.8	14.8	1.6	1.6	33.7	50.6	13.7	1.1	0.9
การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง	25.2	39.8	29.8	3.1	2.1	26.3	23.0	31.1	18.0	1.6	25.4	36.9	30.0	5.7	2.0
การสูบบุหรี่มีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ	28.4	50.8	18.0	2.1	0.7	27.9	45.9	14.8	9.8	1.6	28.3	50.0	17.4	3.4	0.9

ตาราง 4.8 (ต่อ)

รายการ	คลินิกเชิงรุก (n = 289)					คลินิกเชิงรับ (n = 61)					รวม (n = 350)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	<b>การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่</b>														
การไม่สูบบุหรี่และไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ ทำให้ปลอดภัยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่	34.9	48.8	14.6	0.0	1.7	44.3	50.8	1.6	3.3	0.0	36.6	49.1	12.3	0.6	1.4
การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายดีขึ้น*	18.3	23.6	13.1	33.9	11.1	8.2	16.4	6.6	41.0	27.8	16.6	22.3	12.0	35.1	14.0
การสูบบุหรี่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น	37.7	51.8	8.7	0.7	2.1	45.9	47.5	3.3	0.0	3.3	39.1	50.3	7.7	0.6	2.3
การสูบบุหรี่ในบ้านจะมีผลทำให้การทำลายสุขภาพของบุคคลในครอบครัว	40.1	50.2	8.7	0.3	0.7	52.5	42.6	3.3	0.0	1.6	42.3	48.8	7.7	0.3	0.9
การสูบบุหรี่มีแต่โทษ ไม่มีคุณประโยชน์	46.0	42.9	8.7	1.7	0.7	47.6	42.6	4.9	3.3	1.6	46.2	42.9	8.0	2.0	0.9
การเลิกสูบบุหรี่ ทำให้ปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดทำงานดีขึ้น	40.1	41.5	6.6	8.7	3.1	42.6	31.1	8.2	11.5	6.6	40.6	39.7	6.9	9.1	3.7
การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ความมั่นใจในตัวเองลดลง*	23.9	25.3	15.2	26.6	9.0	11.5	13.1	14.8	44.2	16.4	21.7	23.1	15.1	29.7	10.3

หมายเหตุ \* หมายถึง ข้อความเชิงลบ

### ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่

การศึกษาความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ได้ศึกษาว่ามีความสำเร็จในการเลิกบุหรี่แต่ละระยะเป็นอย่างไร (ตั้งแต่หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน (1 ปี ครึ่ง)) โดยพบผลการศึกษา ดังนี้คือ

ในคลินิกเชิงรุก หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน ผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 58.1, 58.1 60.9, 61.2 และ 55.0 ตามลำดับ ซึ่งผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในแต่ละช่วงเวลาไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนในคลินิกเชิงรับ หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน สามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 70.5, 62.3, 52.5, 55.7 และ 32.8 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเวลาที่มากขึ้น ทำให้เลิกบุหรี่ได้น้อยลง เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน ได้ร้อยละ 60.3, 58.9, 59.4, 60.3 และ 51.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.9

**ตาราง 4.9** ร้อยละการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม

ระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่	ร้อยละการเลิกสูบบุหรี่ได้		
	คลินิกเชิงรุก (n = 289)	คลินิกเชิงรับ (n = 61)	รวม (n = 350)
หลังสิ้นสุดโครงการทันที	58.1	70.5	60.3
หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน	58.1	62.3	58.9
หลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน	60.9	52.5	59.4
หลังสิ้นสุดโครงการ 12 เดือน	61.2	55.7	60.3
ปัจจุบัน	55.0	32.8	51.1

#### ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ

การเปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ได้เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วย t-test นอกจากนี้ได้เปรียบเทียบผลการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะหลังการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ (หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน (1 ปี ครึ่ง)) ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Chi-square test ทั้งนี้ได้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่  $P\text{-value} < 0.05$  ซึ่งได้นำเสนอผลการศึกษาดังนี้คือ

##### การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ

พบว่า ผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเชิงรับ มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 30.1 มากกว่าผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเชิงรุก ซึ่งพบมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 28.9 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.013$ )

##### การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ

พบว่า ผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเชิงรุก มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 28.0 มากกว่าผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเชิงรับเล็กน้อย ซึ่งพบมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 27.9 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.877$ )

##### การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ

พบว่า ผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเชิงรับ มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 28.4 มากกว่าผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเชิงรุก ซึ่งพบมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 26.7 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.003$ ) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.10



**ตาราง 4.10** ความต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ

ปัจจัย	n	$\bar{X}$	SD	t-test	P-value
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่</b>					
คลินิกเชิงรุก	289	28.9	3.1	-2.510	0.013
คลินิกเชิงรับ	61	30.1	3.5		
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่</b>					
คลินิกเชิงรุก	289	28.0	3.3	0.156	0.877
คลินิกเชิงรับ	61	27.9	4.2		
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่</b>					
คลินิกเชิงรุก	289	26.7	3.2	-3.071	0.003
คลินิกเชิงรับ	61	28.4	4.0		

**ผลการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะจากการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ**

พบว่า หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน ผลการเลิกบุหรีระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} > 0.05$ ) แต่ในปัจจุบัน (1 ปี ครั้ง) ผลการเลิกบุหรีระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.003$ ) โดยกลุ่มคลินิกเชิงรุก สามารถเลิกบุหรีได้ร้อยละ 55.0 ส่วนกลุ่มคลินิกเชิงรับสามารถเลิกบุหรีได้ร้อยละ 32.8 รายละเอียดดังตาราง 4.11

ตาราง 4.11 ความต่างของผลการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะจากการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่  
ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ

ระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่	n	ร้อยละการเลิกบุหรี่	
		ได้	ไม่ได้
<b>หลังสิ้นสุดโครงการทันที</b>	<b>350</b>		
คลินิกเชิงรุก	289	58.1	41.9
คลินิกเชิงรับ	61	70.5	29.5
		$\chi^2 = 2.719$ df = 1 P-value = 0.099	
<b>หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน</b>	<b>350</b>		
คลินิกเชิงรุก	289	58.1	41.9
คลินิกเชิงรับ	61	62.3	37.7
		$\chi^2 = 0.209$ df = 1 P-value = 0.647	
<b>หลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน</b>	<b>350</b>		
คลินิกเชิงรุก	289	60.9	39.1
คลินิกเชิงรับ	61	52.5	47.5
		$\chi^2 = 1.159$ df = 1 P-value = 0.282	
<b>หลังสิ้นสุดโครงการ 12 เดือน</b>	<b>350</b>		
คลินิกเชิงรุก	289	61.2	38.8
คลินิกเชิงรับ	61	55.7	44.3
		$\chi^2 = 0.429$ df = 1 P-value = 0.513	
<b>ปัจจุบัน</b>	<b>350</b>		
คลินิกเชิงรุก	289	55.0	45.0
คลินิกเชิงรับ	61	32.8	67.2
		$\chi^2 = 9.092$ df = 1 P-value = 0.003	

## ส่วนที่ 5 สาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

ในการศึกษาสาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ได้ศึกษาสาเหตุที่ทำให้เลิกบุหรี่สำเร็จ ในกลุ่มคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม โดยใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และศึกษาสาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ แล้วเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ โดยใช้การศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ได้นำเสนอผลการศึกษาตามลำดับดังนี้คือ

### สาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ในคลินิกเชิงรุก และคลินิกเชิงรับ และโดยรวม พบว่า เหตุผลสำคัญที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ พบมากที่สุดคือ การเข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ พบร้อยละ 35.8, 50.0 และ 37.4 ตามลำดับ รองลงมาที่พบมากที่สุดคือ ครอบครัวขอร้องให้เลิก พบร้อยละ 27.8, 25.0 และ 27.4 ตามลำดับ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย พบร้อยละ 10.1, 10.0 และ 10.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 4.12

**ตาราง 4.12** ร้อยละสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม

สาเหตุสำคัญที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ	คลินิกเชิงรุก	คลินิกเชิงรับ	รวม
	100.0	100.0	100.0
	(n = 159)	(n = 20)	(n = 179)
การเข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่	35.8	50.0	37.4
ครอบครัวขอร้องให้เลิก	27.8	25.0	27.4
สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	10.1	10.0	10.1
รักษาสุขภาพ	7.5	0.0	6.7
สังคมรังเกียจ	6.3	5.0	6.1
ตั้งใจจะเลิกบุหรี่	6.3	0.0	5.6
หาที่สูบบุหรี่ยาก	2.5	10.0	3.4
มีกลิ่นตัวหรือกลิ่นปาก	2.5	0.0	2.2
ราคาบุหรี่สูงขึ้น	1.3	0.0	1.1

### สาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ

ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม พบว่า สาเหตุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ พบมากใน 3 เรื่องคือ จิตใจไม่เข้มแข็งพอ พบร้อยละ 41.5, 53.7 และ 44.4 ตามลำดับ เห็นคนอื่นสูบบุหรี่แล้วอยากสูบบ้าง พบร้อยละ 46.9, 36.6 และ 44.4 ตามลำดับ และเป็นความเคยชิน ร้อยละ 43.8, 41.5 และ 43.3 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุที่โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไม่สามารถทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ พบมากในคลินิกเชิงรุก และโดยรวมคือ สูบเพื่อเข้าสังคม พบร้อยละ 57.7 และ 52.0 ตามลำดับ ส่วนในคลินิกเชิงรับ พบมากคือ จิตใจไม่เข้มแข็งพอ พบร้อยละ 36.6 รายละเอียดดังตาราง 4.13

ตาราง 4.13 ร้อยละสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จของกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม

สาเหตุ	คลินิกเชิงรุก	คลินิกเชิงรับ	รวม
	100.0	100.0	100.0
สาเหตุที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	(n = 130)	(n = 41)	(n = 171)
จิตใจไม่เข้มแข็งพอ	41.5	53.7	44.4
เห็นคนอื่นสูบบุหรี่แล้วอยากสูบบ้าง	46.9	36.6	44.4
เป็นความเคยชิน	43.8	41.5	43.3
เพื่อเข้าสังคม หรือการสังสรรค์	26.2	34.1	28.1
เมื่อหยุดสูบบุหรี่แล้วหงุดหงิด / เครียด	25.4	12.2	22.2
ดื่มสุราแล้วต้องสูบบุหรี่	20.8	19.5	20.5
ไม่มีความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่	20.0	17.1	19.3
ติดใจรสชาติของบุหรี่	10.8	14.6	11.7
ไม่มีสิ่งทดแทนการสูบบุหรี่	10.0	14.6	11.1
มีอาการหรือรู้สึกไม่สบายกาย	4.6	2.4	4.1
เครียด	3.1	0.0	2.3

ตาราง 4.13 (ต่อ)

สาเหตุ	คลินิกเชิงรุก	คลินิกเชิงรับ	รวม
	100.0	100.0	100.0
สาเหตุที่โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไม่ สามารถทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	(n = 130)	(n = 41)	(n = 171)
สูบเพื่อเข้าสังคม	57.7	34.1	52.0
จิตใจไม่เข้มแข็งพอ	18.5	36.6	22.8
เป็นความเคยชิน	6.9	4.9	6.4
เพื่อนสูบ	6.9	0.0	5.3
เห็นคนอื่นสูบแล้วอยากสูบบ้าง	3.1	4.9	3.5
ติดใจรสชาติ	1.5	9.8	3.5
เครียด	3.1	0.0	2.3
ไม่มีแรงจูงใจ	0.0	9.8	2.3
ดื่มสุรา	1.5	0.0	1.2
โปรแกรมช่วยได้ไม่มาก	0.8	0.0	0.6

ในการศึกษาสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ ผู้วิจัยได้ศึกษารายละเอียดในเชิงลึก โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และ ครอบครัวของผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่แล้วไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ รวม 20 คน ในคลินิก 5 แห่งที่มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ ทั้งในคลินิกเชิงรุกและคลินิกเชิงรับ พบผลการศึกษาซึ่งนำเสนอตามลำดับ ดังนี้คือ

1. สาเหตุและปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ทั้งในกลุ่มคลินิกเชิงรุก และคลินิกเชิงรับ พบในลักษณะเดียวกันคือ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก

1.1 จิตใจไม่เข้มแข็งพอ โดยมีปัญหาอุปสรรคจากการเห็นเพื่อนสูบ หรือเมื่ออยู่คนเดียวแล้วมีความรู้สึกอยากบุหรี่ ก็จะไปหาบุหรี่มาสูบ ไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิด ไม่สบาย ไม่สามารถชนะใจตนเองได้ ทั้งนี้บางคน que เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ก็มาด้วยความไม่ตั้งใจ ไม่เห็นโทษหรือภัยที่ชัดเจน เพราะโทษของการสูบบุหรี่ จะเห็นผลได้ชัดเจนเมื่อเวลาผ่านไปนานพอสมควร จึงไม่กลัวต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น ดังคำกล่าวของผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ที่ว่า

“ไม่สูบกี้ได้ แต่อย่าให้เห็น เมื่อเห็นแล้วอยากสูบ เบียร์วปาก เห็นแล้วอยากสูบทันที ถ้าไม่ได้สูบจะรู้สึกหงุดหงิด“

“เวลาได้กลิ่นบุหรี มันบอกไม่ถูก รู้แต่ถ้าไม่สูบตอนนั้น ใจมันหวิว ๆ เหมือนกับหายใจไม่ออกคล้าย ๆ เป็นลม จึงบังคับจิตใจให้ไม่สูบไม่ได้”

“มันติดไปแล้ว เลิกไม่ได้หรอก พยายามจะเลิกแต่ก็ทำไม่ได้สักครั้ง”

“เวลาหยุดสูบ รู้สึกหายใจไม่ออก แน่นหน้าอกไปหมด บอกไม่ถูกจริงๆ”

“หยุดสูบ 4 ชม. มีอาการหาวบ่อยๆ ง่วงมากเลย ขายของก็ไม่ได้”

“หยุดไปได้แล้ว 5 วัน ไปเจอเพื่อนส่งให้สูบคิดว่าไม่เป็นไร ตุนิดเดียวเดี๋ยวค่อยหยุดใหม่ก็ได้”

“ความเคยชินนะ ตื่นเช้าขึ้นมา ไม่รู้จะทำอะไร”

“คุณหมอครับที่เคยสูบแล้ว เวลาจะหยุดมันหยุดยากจริงๆ ขนาดทำใจตั้งหลายครั้งแล้ว ทดลองเลิกเองแล้วยังตัดสินใจไม่ได้”

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคลในครอบครัวของผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี ได้กล่าวว่า

“พยายามให้กำลังใจ และช่วยแพนนะ แต่เขาก็เลิกไม่ได้ บางครั้งลูกก็ขอร้องให้เลิกนะ เลิกได้สักพักก็กลับมาสูบอีก”

1.2 สิ่งแวดล้อมเอื้อให้สูบบุหรี ซึ่งพบสิ่งแวดล้อมดังกล่าวในเรื่อง บุคคลในครอบครัว สูบบุหรี ทำให้เห็นแล้วเกิดความอยากสูบ สามารถเข้าถึงบุหรีได้ง่าย เพื่อนสูบบุหรี เมื่อไปพบเพื่อน เพื่อนก็ชวนให้สูบ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนในที่ทำงาน เพื่อนที่พบตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น งานเลี้ยง งานศพ งานแต่งงาน เป็นต้น เพื่อนที่อยู่ใกล้ชิดและต้องพบกันบ่อย นอกจากนี้ ยังพบว่า ความสามารถในการเข้าถึงสถานที่ขายบุหรีก็ง่าย อาทิ มีร้านขายบุหรีอยู่ใกล้บ้าน ร้านอาหาร สถานบันเทิงต่าง ๆ ก็มีการขายบุหรี ในส่วนของครอบครัวก็ได้ให้กำลังใจให้เลิกสูบ แต่บางครอบครัว ภรรยาที่ดูค่าเมื่อไปสูบ ทำให้สูบประชด ดังคำกล่าวของผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรีที่ว่า

“เพื่อนร่วมงานสูบให้เห็น มีร้านขายบุหรีอยู่ใกล้บ้าน ร้านอาหารต่าง ๆ ก็ขายบุหรี เวลาเข้าสังคม เช่น ไปงานศพ งานแต่งงาน ไปเจอเพื่อนสูบ ก็ต้องสูบ”

“ยังมีการโฆษณาการขายบุหรี เด็กก็สามารถซื้อบุหรีได้ พบเพื่อสูบก็ต้องสูบ “

“หยุดได้ 5 - 6 วันแล้ว สิมตัว เวลานั้นดื่มเหล้า คุยกับเพื่อน ส่งให้หีบเฉยเลย”

“เวลาเข้าค่ายนักเรียน อยู่ได้นะไม่สูบ แต่พอออกมาข้างนอก เจอเพื่อนเห็นเพื่อนสูบ อดใจไม่ได้”

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์เจาะลึกบุคคลในครอบครัวของผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี ได้กล่าวว่า

“เวลาไปงานเลี้ยงหรือพบเพื่อน เขาส่งบุหรีให้ก็สูบ ไม่เห็นจะอดได้เลย”

“พอกี่สูบ แล้วลูกมันจะไปเลิกบุหรีได้อย่างไร”

1.3 นอกจากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น ก็พบว่าสาเหตุที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ ซึ่งพบไม่มากนัก ได้แก่เรื่อง การดื่มเหล้า ดื่มกาแฟทำให้อยากสูบบุหรี่ เกิดความเครียดทำให้สูบบุหรี่ ดังคำกล่าวของผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ที่ว่า

“กินกาแฟ กินเหล้ากับเพื่อนก็ต้องสูบ ไปทำงานเครียด ก็ต้องสูบ“

**2. โปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ได้รับ มีผลต่อการเลิกบุหรี่คือ** ทั้งในกลุ่มคลินิกเชิงรุก และคลินิกเชิงรับ พบว่า โปรแกรมดังกล่าวจะมีผลต่อการเลิกบุหรี่ได้ประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ หรือ 2 เดือน หรือลดปริมาณจำนวนมวนที่สูบน้อยลง หลังจากนั้นก็ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ทั้งนี้ เพราะว่าการโปรแกรมดังกล่าวทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อโทษภัยในเรื่องบุหรี่ได้ระยะหนึ่ง หลังจากนั้นหลายคนก็จะลืม ทำให้ไม่กลัวต่อโทษภัยดังกล่าว บางคนก็กลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ ก็ทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก การให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ ภาพที่นำเสนอขึ้นทำให้เกิดความกลัวต่อโทษภัยได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งมีผู้เสนอว่า น่าจะพาไปดูผู้ป่วยที่ได้รับผลจากการสูบบุหรี่ จะได้ทำให้เห็นภาพของโทษภัยได้อย่างชัดเจน จะเกิดความรู้สึกกลัว ไม่กล้า ไม่อยากสูบได้ดีกว่า ดังคำกล่าวของผู้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ที่ว่า

“โปรแกรมการเลิกบุษรี้ดังกล่าวดี ทำให้เลิกบุษรี้ได้ 1 – 2 อาทิตย์ แต่จากความเคยชิน ทำให้ต้องกลับไปสูบอีก“

“หลังจากอดบุษรี้ได้ 2 เดือน ผมก็กลับไปสูบอีกเหมือนเดิม หมอต้องมาเสียเวลากับผมเปล่าๆ“

**3. ข้อเสนอแนะสำหรับโปรแกรมการเลิกบุษรี้** ผู้เข้าโปรแกรมการเลิกบุษรี้ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น ดังนี้คือ

3.1 ควรจะมีการอบรมให้ความรู้แก่ครอบครัว ผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุษรี้ด้วย เพื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุนการเลิกบุษรี้ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้สามารถเลิกบุษรี้ได้สำเร็จ ซึ่งอาจจะจัดอบรม / ให้ความรู้เฉพาะส่วนของครอบครัวผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุษรี้

3.2 ที่ตั้งคลินิกเลิกบุษรี้ในโรงพยาบาล ควรแยกเป็นสัดส่วน เพื่อสะดวกต่อการดำเนินกิจกรรม มีผู้รับผิดชอบประจำคลินิก อย่างน้อย 1 – 2 คน

3.3 โปรแกรมการเลิกบุษรี้ดังกล่าว ควรเน้นการสร้างพลังทางบวกเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ มีความแน่วแน่ในการเลิกบุษรี้ และควรมีการติดตามผลการเลิกบุษรี้เป็นระยะๆ แล้วพิจารณาแก้ไข ปรับปรุงเรื่องที่ยังเป็นปัญหาให้แก่ผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุษรี้ดังกล่าว

3.4 ในโปรแกรมการเลิกบุษรี้ ควรมีคนที่ป่วยจากการสูบบุษรี้มาพูดคุย เพื่อให้ได้เห็นโทษอันตรายจริง ๆ จะได้สะท้อนความรู้สึก หรือกระตุ้นเตือนจิตใจให้เลิกบุษรี้จากภาพของจริง

3.5 ครอบครัวควรเป็นแบบอย่างของการไม่สูบบุษรี้ บุคคลในครอบครัวไม่ควรสูบบุษรี้

3.7 ในผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุษรี้ได้ หรือผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะไม่สามารถเลิกบุษรี้ได้ ควรมียาช่วยลดความอยากในการสูบบุษรี้ร่วมด้วย

## บทที่ 5

### สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยประเมินผลรวมสรุป (Summative evaluation) โดยการศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ของผู้ที่เข้ารับโปรแกรมเลิกบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2551 ของโรงพยาบาลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ทั้งคลินิกเลิกบุหรี่เชิงรุก และคลินิกเชิงรับ) เป็นการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน (1 ปี ครั้ง) เปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรับ กับคลินิกเชิงรุก ซึ่งเป็นการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ศึกษาสาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แล้วเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ประชาชนที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลต่างๆ ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2551 (20 โรงพยาบาล) จำนวน 350 คน แบ่งเป็นกลุ่มคลินิกเชิงรุก 289 คน คลินิกเชิงรับ 61 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน ในคลินิก 5 แห่ง (4 คน/คลินิก) ที่มีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ต่ำ ทั้งนี้ ในการประเมินผลดังกล่าว ได้ประเมินจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเชิงรุก ซึ่งจะได้รับความรู้ภาคทฤษฎี และกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการเลิกบุหรี่ โดยใช้ในสถานที่ในชุมชน / โรงเรียน / สถานที่ที่สามารถจัดประชุม ที่ชุมชนสามารถจัดให้ได้ เป็นระยะเวลา 3 วัน ติดต่อกัน ส่วนผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ในคลินิกเชิงรับ จะได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ ที่โรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลา 3 วัน (วันที่ 1 ที่มารับบริการคลินิกเลิกบุหรี่ และหลังจากนั้น คือ วันที่ 3 และวันที่ 7) วันละ 45 นาที - 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ในการให้คำปรึกษาดังกล่าวจะใช้การสนทนา ประกอบกับคู่มือความรู้ / เอกสารความรู้ แบบประเมินความรู้ก่อนและหลัง และสื่อวีดิทัศน์ประกอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคือ แบบสัมภาษณ์ และแบบแนวทางการสัมภาษณ์ (ในการศึกษาเชิงคุณภาพ) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และวิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อถือของแบบวัดการเห็นคุณค่าของตนเอง ของผู้



ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ = 0.84 แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ = 0.70 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ = 0.78 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ = 0.80 และแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ = 0.71 ทำการเก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2553 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) t-test และ Chi-square test

### สรุปผลการศึกษา

**ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมิน** ในคลินิกเชิงรุก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.7 เป็นเพศชาย มีอายุน้อยกว่า 19 ปี ร้อยละ 52.6 รองลงมา ร้อยละ 44.6 และ 2.8 มีอายุ 19 - 59 ปี และตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ตามลำดับ อายุโดยเฉลี่ย 27.5 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.9 มีสถานภาพสมรสโสด มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.8 รองลงมา ร้อยละ 17.6, 9.0 และ 4.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ปริญญาตรีหรือสูงกว่า และอนุปริญญา ตามลำดับ ทั้งนี้ ร้อยละ 2.4 ไม่ได้เรียน มีอาชีพที่หลากหลาย โดย ร้อยละ 31.8 ยังเป็นนักเรียน รองลงมา ร้อยละ 20.8, 16.2, 12.8, 11.8 และ 6.6 มีอาชีพรับจ้าง รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม งานบ้าน / ช่วยเหลืองานในครอบครัว และค้าขาย / อาชีพอิสระ มีรายได้/เดือน 5,000 - 10,000 บาท พบมากที่สุด ร้อยละ 26.7 รายได้โดยเฉลี่ย 7,899.5 บาท ทั้งนี้พบผู้ที่ไม่มียาได้ ร้อยละ 27.3 มีการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 55.7 ซึ่งพบมากที่สุดคือ พ่อ / แม่ มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ถึง ร้อยละ 82.4 มีการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.7 ซึ่งพบมากที่สุดคือ เป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 4.6

**คลินิกเชิงรับ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.7 มีอายุ 19 - 59 ปี อายุโดยเฉลี่ย 33.2 ปี ร้อยละ 63.9 มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 70.5 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.5 รองลงมา ร้อยละ 23.0, 13.1, 8.2, 4.9 และ 3.3 มีอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ งานบ้าน / ช่วยเหลืองานในครอบครัว เกษตรกรรม นักเรียน และค้าขาย / อาชีพอิสระ มีรายได้/เดือน 5,000 - 10,000 บาท พบมากที่สุด ร้อยละ 49.2 รายได้โดยเฉลี่ย 8,926.2 บาท พบผู้ที่ไม่มียาได้ ร้อยละ 8.2 มีการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 59.0 ซึ่งพบมากที่สุดคือ พ่อ / แม่ มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ถึง ร้อยละ 100.0 มีการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 9.8 ซึ่งพบมากที่สุดคือ เป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 5.1

**ในภาพรวม** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.6 มีอายุ 19 - 59 ปี และ ร้อยละ 47.1 มีอายุน้อยกว่า 19 ปี อายุโดยเฉลี่ย 28.5 ปี ร้อยละ 56.9 มีสถานภาพสมรสโสด และ ร้อยละ 40.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.4 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ในเรื่องอาชีพ พบว่า ร้อยละ 27.1 เป็นนักเรียน รองลงมา ร้อยละ 25.4, 17.4, 12.0, 12.0 และ 6.0 มีอาชีพรับจ้าง รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม งานบ้าน / ช่วยเหลืองานในครอบครัว และค้าขาย / อาชีพอิสระ มีรายได้/เดือน 5,000

- 10,000 บาท พบมากที่สุด ร้อยละ 30.6 รองลงมา มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท และน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 23.7 และ 21.7 รายได้โดยเฉลี่ย 8,078.5 บาท ทั้งนี้ พบผู้ที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 24.0 มีการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 66.3 ซึ่งพบมากที่สุดคือ พ่อ / แม่ มีเพื่อนสนิท สูบบุหรี่ ร้อยละ 85.7 มีการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.9 ซึ่งพบมากที่สุดคือ เป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 5.1

**บริบทของกลุ่มตัวอย่าง** ได้ศึกษาบริบทในเรื่องการเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ และการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า

**1. การเห็นคุณค่าของตนเองของผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่** พบว่า ในคลินิกเชิงรุก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.1 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 42.2 และ 1.7 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับสูง และต่ำ ตามลำดับ ส่วนในคลินิกเชิงรับ พบในลักษณะที่ใกล้เคียงกันว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.1 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 45.9 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับสูง เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.7 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 42.9 และ 1.4 เห็นคุณค่าของตนเองในระดับสูง และต่ำ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ของการเห็นคุณค่าของตนเอง พบว่า มากกว่า ร้อยละ 65.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม เห็นด้วย ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งในว่าตัวเองมีคุณค่าเท่าเทียมผู้อื่น มีคุณสมบัติดีหลายประการ สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เป็นคนสำคัญคนหนึ่งในครอบครัว เป็นความหวังของคนในครอบครัว รู้สึกมีคุณค่าเมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อน ๆ ภูมิใจเมื่อเป็นเพื่อน และติดตามดารากุมิในตัว แต่มากกว่า ร้อยละ 56.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งในว่าไม่เคยทำอะไรสำเร็จ มีความภาคภูมิใจในตัวเองน้อยเหลือเกิน ครอบครัวไม่เข้าใจเลย บ่อยครั้งที่เพื่อน ๆ ไม่ต้องการ และมีเรื่องขัดแย้งกับเพื่อนเสมอ ทั้งนี้ มากกว่าร้อยละ 32.0 ไม่แน่ใจว่าบ่อยครั้งที่เพื่อน ๆ ไม่ต้องการ

**2. การสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่** พบว่า ในคลินิกเชิงรุก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.0 ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 32.2 และ 4.8 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ ส่วนในคลินิกเชิงรับ พบเช่นกันว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.3 ได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 32.8 และ 4.9 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า มากกว่า ร้อยละ 65.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม เห็นด้วย ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งในทุกประเด็นของการสนับสนุนของครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งได้แก่เรื่อง สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใย ได้รับการขอร้องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้สูบบุหรี่ สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจ ให้เลิกบุหรี่ให้สำเร็จ สมาชิกในครอบครัวทำให้รู้สึกว่าการสูบบุหรี่จะทำให้มีสุขภาพไม่ดี สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลให้เลิกสูบบุหรี่

สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือไม่ให้เกิดอาการอยากบุหรี และสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เลิกสูบบุหรี ทั้งนี้ ในประเด็นดังกล่าว ผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง น้อยกว่าร้อยละ 15.0

### ปัจจัยนำเข้า

พบว่า มากกว่าร้อยละ 95.0 ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรีเชิงรุก เชิงรับ และโดยรวม เห็นว่าสถานที่ วิธีการให้ความรู้ในการเลิกบุหรี สื่อ/อุปกรณ์การจัดอบรมในโปรแกรมการเลิกบุหรี และความรู้ ความสามารถของวิทยากร มีความเหมาะสม ส่วนในเรื่องระยะเวลา พบว่า ร้อยละ 88.6 และ 85.1 เห็นว่ามีความเหมาะสมในกลุ่มคลินิกเลิกบุหรีเชิงรุก และโดยรวม แต่ในกลุ่มคลินิกเลิกบุหรีเชิงรับ พบเพียงร้อยละ 68.9 ที่เห็นว่ามีเหมาะสม ส่วนในเรื่องการจัดกิจกรรมสั้นทนาการ (ประเมินเฉพาะในกลุ่มคลินิกเลิกบุหรีเชิงรุก) พบว่า ร้อยละ 98.3 เห็นว่าเหมาะสม

### กระบวนการ

ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรีเชิงรุก พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.7, 59.9, 49.8 และ 46.7 เห็นว่าการให้ความรู้ในเรื่องบุหรีและปัญหาสุขภาพ หลุมพรางหรือกับดักนักสูบบุหรี การป้องกัน / ทัชชะการกลับไปเสพซ้ และการติดตามผลการเลิกบุหรี มีความเหมาะสมมากที่สุด ส่วนในเรื่องตรวจสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับนิโคติน ร้อยละ 35.3 เห็นว่ามีความเหมาะสมมากที่สุด แต่ร้อยละ 34.6 เห็นว่ามีความเหมาะสมน้อยถึงน้อยที่สุด นอกจากนี้ การดำเนินกิจกรรมการหลอมใจเป็นหนึ่ง การให้ความรู้ในเรื่องโทษ พิษ-ภัย บุหรี / วิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรีกิจกรรม 5 ฐาน การวาดภาพรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี กิจกรรมเครือข่ายไร้ควัน กิจกรรมสานรัก สานศรัทธา การประสานใจ และกิจกรรมสั้นทนาการต่าง ๆ ส่วนมากเห็นว่ามีเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 41.5, 41.8, 47.4, 45.7, 42.2, 44.3, 48.8 และ 52.9 ตามลำดับ โดยรวม เห็นว่ากิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรีมีความเหมาะสมมากที่สุด ร้อยละ 42.6 รองลงมาเหมาะสมปานกลางและน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 39.8 และ 17.6 ตามลำดับ

ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรีเชิงรับ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.9, 60.5, 73.8, 59.0, 54.1 และ 57.4 เห็นว่าการให้คำปรึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี พิษจากคร้วบุหรีมือสอง การสูบบุหรีกับปัญหาสุขภาพ แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี ตลอดจนการติดตามผลการเลิกบุหรี มีความเหมาะสมมากที่สุด ตามลำดับ แต่ในเรื่องการตรวจสภาพร่างกายทั่วไปและประเมินระดับนิโคติน พบว่า ร้อยละ 40.8 เห็นว่ามีความเหมาะสมน้อยถึงน้อยที่สุด รองลงมา ร้อยละ 29.6 และ 29.6 เห็นว่ามีความเหมาะสมปานกลาง และมากที่สุด ตามลำดับ โดยรวม เห็นว่ากิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรม

การเลิกบุหรี่ที่มีความเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 47.6 รองลงมา เหมาะสมมากถึงมากที่สุด และน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 47.5 และ 4.9 ตามลำดับ

### ผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่** พบว่า ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และในภาพรวม พบในลักษณะที่คล้ายกันว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.1, 73.8 และ 67.4 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 33.9, 26.2 และ 32.6 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ทั้งนี้ ไม่พบผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ในระดับต่ำ ทั้งใน 3 กลุ่มดังกล่าว เมื่อพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ พบว่า มากกว่า ร้อยละ 83.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม เห็นด้วย ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า การสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพและผู้ใกล้ชิด ถ้าสูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด ถ้าสูบบุหรี่เป็นประจำจะทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคหอบหืด การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และถึงแม้ว่าไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ ก็ทำให้เกิดอันตรายได้ ส่วนในเรื่องถ้าสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว จะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพนั้น พบว่า ผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 39.1, 42.7 และ 39.7 ในเรื่องดังกล่าว ตามลำดับ

**การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่** พบว่า ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.1, 52.5 และ 57.1 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 41.9, 44.2 และ 42.3 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในระดับต่ำนั้นพบว่า ในคลินิกเชิงรับ และในภาพรวม พบร้อยละ 3.3 และ 0.6 ตามลำดับ ทั้งนี้ ไม่พบผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในระดับต่ำ ในกลุ่มคลินิกเชิงรุก เมื่อพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบว่า มากกว่า ร้อยละ 80.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม เห็นด้วย ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายของเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย การสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคปอดและหัวใจมีอาการรุนแรงมากขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้ท่านมีกลิ่นตัวและกลิ่นปากมากกว่าปกติ การสูบบุหรี่ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาโรคปอดและหัวใจนานกว่าปกติ และการสูบบุหรี่มีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ นอกจากนี้ ในเรื่องโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่เป็นโรคที่ไม่รุนแรง พบว่า ผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 55.0, 55.8 และ 55.2 ตามลำดับ ส่วนเรื่อง การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง มีผู้ไม่แน่ใจในเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 29.8, 31.1 และ 35.7 ในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม ตามลำดับ

**การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่** พบว่า ในคลินิกเชิงรุก และในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.6 และ 56.9 มีการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ในระดับปานกลาง ส่วนในกลุ่มคลินิกเชิงรับ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.7 มีการรับรู้ในระดับสูง รองลงมา ในคลินิกเชิงรุก และในภาพรวม พบว่า ร้อยละ 36.6 และ 40.0 มีการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ในระดับสูง และร้อยละ 2.8 และ 3.1 มีการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ในระดับต่ำ แต่ในกลุ่มคลินิกเชิงรับ พบว่า ร้อยละ 39.3 และ 4.9 มีการรับรู้ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ สำหรับประเด็นต่าง ๆ ของการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ พบว่า มากกว่า ร้อยละ 73.0 ของผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม เห็นด้วย ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า การไม่สูบบุหรี่และไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ทำให้ปลอดภัยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น การสูบบุหรี่ในบ้านจะมีผลทำให้การทำลายสุขภาพของบุคคลในครอบครัว การสูบบุหรี่มีแต่โทษไม่มีคุณประโยชน์ และการเลิกสูบบุหรี่ทำให้ปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดทำงานดีขึ้น ส่วนในเรื่องการสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายดีขึ้น และการเลิกสูบบุหรี่ทำให้ความมั่นใจในตัวเองลดลง พบว่า ผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรุก ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 45.0 และ 35.6 ตามลำดับ แต่ผู้ที่เข้าคลินิกเชิงรับ ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 68.8 และ 60.6 ตามลำดับ ทั้งนี้ ในภาพรวม ไม่เห็นด้วย ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 49.1 และ 40.0 ตามลำดับ

**ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่** พบว่า ในคลินิกเชิงรุก หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน ผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 58.1, 58.1 60.9, 61.2 และ 55.0 ตามลำดับ ซึ่งผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ในแต่ละช่วงเวลาไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนในคลินิกเชิงรับ หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน สามารถเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 70.5, 62.3, 52.5, 55.7 และ 32.8 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเวลาที่มากขึ้น ทำให้เลิกบุหรี่ได้น้อยลง เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน และในปัจจุบัน ได้ร้อยละ 60.3, 58.9, 59.4, 60.3 และ 51.1 ตามลำดับ

**การเปรียบเทียบผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ**

พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.877$ )

ส่วนการเปรียบเทียบผลการเลิกบุหรี่ในแต่ละระยะ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ พบว่า หลังสิ้นสุดโครงการทันที หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน ผลการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} > 0.05$ ) แต่ในปัจจุบัน (1 ปี ครึ่ง หลังสิ้นสุดการเข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่) ผลการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.003$ ) โดยกลุ่มคลินิกเชิงรุก สามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 55.0 ส่วนกลุ่มคลินิกเชิงรับ สามารถเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 32.8

### สาเหตุ และปัญหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

สาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ในคลินิกเชิงรุก และคลินิกเชิงรับ และโดยรวม พบว่า เหตุผลสำคัญที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ พบมากที่สุดคือ การเข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ พบร้อยละ 35.8, 50.0 และ 37.4 ตามลำดับ รองลงมาที่พบมากที่สุดคือ ครอบครัวขอร้องให้เลิก พบร้อยละ 27.8, 25.0 และ 27.4 ตามลำดับ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย พบร้อยละ 10.1, 10.0 และ 10.1 ตามลำดับ

สาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ พบว่า ในคลินิกเชิงรุก คลินิกเชิงรับ และโดยรวม เหตุผลที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ พบมากใน 3 เรื่องคือ จิตใจไม่เข้มแข็งพอ พบร้อยละ 41.5, 53.7 และ 44.4 ตามลำดับ เห็นคนอื่นสูบแล้วอยากสูบบ้าง พบร้อยละ 46.9, 36.6 และ 44.4 ตามลำดับ และเป็นความเคยชิน ร้อยละ 43.8, 41.5 และ 43.3 ตามลำดับ

ทั้งนี้ พบปัญหาอุปสรรคที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ คือ ผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ที่จิตใจไม่เข้มแข็งพอ เมื่อเห็นเพื่อนสูบ หรือเมื่ออยู่คนเดียวก็จะมีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ จะไปหาบุหรี่มาสูบไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิด ไม่สามารถชนะใจตนเองได้ ผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ บางคนก็มาด้วยความไม่ตั้งใจ ตามเพื่อนมาหรือถูกบังคับให้มา จะไม่เห็นโทษหรือภัยที่ชัดเจน เพราะโทษของการสูบบุหรี่ จะเห็นผลได้ชัดเจนเมื่อเวลาผ่านไปนานพอสมควร จึงไม่กลัวต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า สิ่งแวดล้อมเอื้อให้สูบบุหรี่ เช่น บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่สูบให้เห็นแล้วเกิดความอยากสูบเพื่อนสูบบุหรี่ เมื่อไปพบเพื่อน เพื่อนก็ชวนให้สูบ ไม่ว่าจะเพื่อนในที่ทำงาน เพื่อนที่พบตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น งานเลี้ยง งานศพ งานแต่งงาน เป็นต้น ความสามารถในการเข้าถึงสถานที่ขายบุหรี่ก็ง่าย อาทิ มีร้านขายบุหรี่อยู่ใกล้บ้าน ร้านอาหาร สถานบันเทิงต่าง ๆ ก็มีการขายบุหรี่ ในส่วนของครอบครัวก็ได้ให้กำลังใจให้เลิกสูบ แต่บางครอบครัว ภรรยาที่ดุดำเมื่อไปสูบ ทำให้สูบประชด

ส่วนสาเหตุที่โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ไม่สามารถทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ พบมากในคลินิกเชิงรุก และโดยรวมคือ สูบเพื่อเข้าสังคม พบร้อยละ 57.7 และ 52.0 ตามลำดับ ส่วนในคลินิกเชิงรับ พบมากที่สุดคือ จิตใจไม่เข้มแข็งพอ พบร้อยละ 36.6 โดยโปรแกรมหวังว่าจะมีผลต่อการเลิกบุหรี่ได้

ประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ หรือ 2 เดือน หรือลดปริมาณจำนวนวันที่สูบน้อยลง หลังจากนั้นก็ไม่  
สามารถเลิกบุหรี่ได้ ทั้งนี้ เพราะว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อโทษภัยใน  
เรื่องบุหรี่ได้ระยะหนึ่ง หลังจากนั้นหลายคนก็จะล้ม ทำให้ไม่กล้าต่อโทษภัยดังกล่าว บางคนก็กลับไป  
อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ ก็ทำให้หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก การให้ความรู้และ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ภาพที่น่าเสอนนั้นทำให้เกิดความกลัวต่อโทษภัยได้ในระดับหนึ่ง ยัง  
ไม่ทำให้เกิดความกลัวโทษภัยจากการสูบบุหรี่ได้มาก น่าจะให้ผู้เข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่ไปคุยผู้ป่วยที่ได้รับ  
ผลจากการสูบบุหรี่ จะได้ทำให้เห็นภาพของโทษภัยได้อย่างชัดเจน จะเกิดความรู้สึกกลัว ไม่กล้า ไม่  
อยากสูบได้ดีกว่า

### ข้อเสนอแนะสำหรับโปรแกรมการเลิกบุหรี่

1. ควรอบรมให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ด้วย เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุนการเลิกบุหรี่ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งอาจจะจัดอบรม / ให้ความรู้เฉพาะส่วนของครอบครัวผู้ที่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่
2. โปรแกรมการเลิกบุรียังกล่าว ควรเน้นการสร้างพลังทางบวกเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ มีความมุ่งมั่นในการเลิกบุหรี่ และควรมีการติดตามผลการเลิกบุรียเป็นระยะๆ แล้วพิจารณาแก้ไข ปรับปรุงเรื่องที่ยังเป็นปัญหาให้แก่ผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุรียดังกล่าว
3. กิจกรรมในโปรแกรมการเลิกบุรีย ควรมีคนที่เป็นผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่มาพูดคุย เพื่อให้ได้เห็นโทษ อันตรายจริง ๆ จะได้สะท้อนความรู้สึก หรือกระตุ้นเตือนจิตใจให้เลิกบุรียจากภาพของจริง
4. ครอบครัวควรเป็นแบบอย่างของการไม่สูบบุหรี่ บุคคลในครอบครัวไม่ควรสูบบุหรี่
5. ในผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุรียได้ หรือผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะไม่สามารถเลิกบุรียได้ ควรมีความช่วยเหลือความอยากในการสูบบุหรี่ร่วมด้วย
6. ที่ตั้งคลินิกเลิกบุรียในโรงพยาบาล ควรแยกเป็นสัดส่วน เพื่อสะดวกต่อการดำเนินกิจกรรม มีผู้รับผิดชอบประจำคลินิก อย่างน้อย 1 – 2 คน

### อภิปรายผล

จากผลการประเมินโปรแกรมการเลิกบุรียในกลุ่มผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุรีย จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า โปรแกรมการเลิกบุรียมีผลทำให้เลิกบุรียได้ เมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี ครั้ง หลังจากการได้รับโปรแกรมการเลิกบุรีย ในกลุ่มคลินิกเชิงรุกเลิกบุรียได้ร้อยละ 55.0 คลินิกเชิงรับเลิกได้ร้อยละ 32.8 ทั้งนี้ โปรแกรมการเลิกบุรียได้จัดให้มีการให้ความรู้ หรือให้การปรึกษาเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโทษภัยของบุรีย เน้นให้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรครจากการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรครที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ โดยได้นำภาพต่าง ๆ ที่สื่อให้เห็นถึงเรื่องดังกล่าวมาให้ผู้เข้า

โปรแกรมได้รับรู้ เห็นโทษภัยที่ชัดเจน ทำให้เกิดความกลัวต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ ในโปรแกรมก็จะให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทาง ขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และวิธีการจัดการกับอาการอยากบุหรี่ โดยใช้สื่อต่าง ๆ ประกอบ เช่น เอกสารเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ สื่อ วิดิทัศน์ ฯ อีกทั้งโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเชิงรุก ยังได้จัดกิจกรรมต่างๆ ทั้งในเรื่องการผ่อนคลายและสนทนา การกิจกรรมที่จะสื่อในเรื่องความรู้เรื่องบุหรี่ และการมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ ส่วนในคลินิกเชิงรับ จะใช้รูปแบบการสนทนาเพื่อให้ความรู้ แนวทางและขั้นตอนการเลิกบุหรี่ และการจัดการกับอาการอยากบุหรี่ โดยการให้คำปรึกษาดังกล่าว เป็นการดำเนินการแบบตัวต่อตัว เรียนรู้ที่จะหาปัญหาและให้แนวทางการเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล ทั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ไปแล้ว ก็ได้มีการติดตามและช่วยเหลือให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเป็นระยะ ๆ โดยผู้ดำเนินการในคลินิกเลิกบุหรี่ที่ตั้งอยู่ในแต่ละโรงพยาบาลของแต่ละอำเภอ จึงทำให้ผู้เข้าร่วม โปรแกรมเลิกบุหรี่ดังกล่าวสามารถเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งโดยหลักการของการเลิกบุหรือนั้น ต้องทำให้ผู้เลิกมีความตั้งใจแน่วแน่ว่าจะเลิกบุหรี่ (อรชума ยังกิจจา, 2553 : 1)

ทั้งนี้ โปรแกรมการเลิกบุหรื่อดังกล่าว เป็นไปตามแนวทางในการเลิกบุหรี่ the 5As คือ ระบุให้ได้ว่าติดบุหรี่จริง ซึ่งบุคคลเหล่านี้ได้มาขอสมัครเข้าคลินิกเลิกบุหรี่เอง เป็นการยอมรับในเบื้องต้นว่าติดบุหรี่แล้วให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ ประเมินว่ามีความต้องการที่จะเลิกบุหรี่หรือไม่ ระบุประโยชน์ที่จะได้รับหากเลิกบุหรี่ได้ ค้นหาอุปสรรคที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่ได้ และชี้แนวทาง กระตุ้นให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ทุก ๆ ครั้ง que ผู้ป่วยมาพบ วางแผนการเลิกบุหรี่ให้กับผู้ป่วย ตลอดจนให้คำปรึกษาตลอดช่วงระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ และให้กำลังใจ (A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence, 2000: 150) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการวิจัยของ รัชนิกร เคียนทอง (2546 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมเลิกบุหรี่ของผู้มารับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมเลิกบุหรี่ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประไพจิตร ชุมแวงวาปี (2541 : บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาทำให้นักศึกษาเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง และรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ถูกต้องมากขึ้น มีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับที่ถูกต้องมากขึ้น และมีนักศึกษาที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินพบว่า ผู้ที่เข้าโปรแกรมเลิกบุหรื่อดังกล่าว ยังมีผู้ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จอีกในส่วนหนึ่ง ทั้งนี้ ในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จนั้น นอกจากโปรแกรมจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จแล้ว ก็ยังมีอีกหลายปัจจัยที่ต้องเอื้อ หรือสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จดังกล่าว



ได้แก่ ตัวผู้เลิกบุหรี่ต้องมีความแน่วแน่ ตั้งใจ ซึ่งจากการประเมินดังกล่าว พบว่า ยังมีผู้ที่จิตใจไม่เข้มแข็งในการจะเลิกบุหรี่ให้สำเร็จอีกจำนวนมาก สิ่งแวดล้อมต้องเอื้อต่อการเลิกบุหรี่ ในการประเมินพบว่า ในครอบครัวผู้ที่เข้าคลินิกจำนวนมาก มีการสูบบุหรี่ ซึ่งเมื่อผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ไปพบเห็น ก็จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความอยากบุหรี่ บางครอบครัวก็ไม่ให้กำลังใจกัน พูดประชดประชัน ทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป โดยการใช้การไม่เลิกบุหรี่ นอกจากนี้ การเข้าถึงบุหรี่ก็ง่าย เช่น มีร้านขายบุหรี่ตั้งอยู่ข้างบ้าน พบเพื่อนสูบบุหรี่ เพื่อนก็ส่งให้สูบบุหรี่ เป็นต้น บางคนก็ต้องร่วมงานสังสรรค์ หรืองานต่าง ๆ ทางสังคม เวลาไปร่วมงานดังกล่าวก็ดื่มเหล้า แล้วก็ตามด้วยการสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ ดังนั้น トラバドที่ไม่สามารถคุมตัวแปรเหล่านี้ได้ โปรแกรมการเลิกบุหรี่ยังไม่สามารถทำให้เลิกบุหรี่ได้

### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการประเมิน พบว่าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในคลินิกเชิงรุก ทำให้เลิกบุหรี่ได้มากกว่าในคลินิกเชิงรับ (ซึ่งเน้นการให้ความรู้ และให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่) ดังนั้น ควรที่จะใช้วิธีการเชิงรุกตามโปรแกรมที่กำหนด เข้าสู่พื้นที่ ๆ มีประชาชนสูบบุหรี่ให้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ก็อาจใช้วิธีการในคลินิกเชิงรับสำหรับผู้ที่มีสมาธิจะเข้าคลินิกที่โรงพยาบาล เพราะถือได้ว่าก็มีประสิทธิผลที่ระดับหนึ่ง

2. ในการที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จเพิ่มมากขึ้น ควรพิจารณาปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรม ดังนี้คือ

#### 2.1 บริบท

2.1.1 จากการประเมินพบว่า ในครอบครัวผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 55.2 – 59.2 ดังนั้น ควรเน้นให้บุคคลในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดี ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ ดังนั้น ควรให้บุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ด้วย

2.1.2 บุคคลในครอบครัวควรช่วยเหลือ สนับสนุนการเลิกบุหรี่ เป็นกำลังใจให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

2.1.3 หลีกเลี่ยงการพบปะกับเพื่อนที่สูบบุหรี่ หรือการเข้าสังคมที่ต้องทำให้สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในระยะแรก ๆ ของการเลิกบุหรี่

#### 2.2 ปัจจัยนำเข้า

2.2.1 ในส่วนนี้ ทั้งในคลินิกเชิงรุก และคลินิกเชิงรับ ถือว่าส่วนใหญ่มีความเหมาะสม และอยู่ในเกณฑ์ดี ยกเว้นในเรื่อง ระยะเวลาในกลุ่มคลินิกเชิงรับ มีความเหมาะสมเพียง

ร้อยละ 69.0 เท่านั้น ดังนั้น ในส่วนนี้ ควรต้องพิจารณาปรับปรุงในเรื่องเวลาในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ให้มากขึ้น / การมาคลินิกเลิกบุหรี่ในแต่ละครั้ง

2.2.2 คลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล ควรแยกเป็นสัดส่วน เพื่อสะดวกต่อการดำเนินกิจกรรม มีผู้รับผิดชอบประจำคลินิก อย่างน้อย 1 – 2 คน

### 2.3 กระบวนการ

2.3.1 ในการดำเนินกิจกรรมในคลินิกเชิงรุก พบว่า มีการดำเนินการที่ต้องปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นคือ

- การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป และประเมินระดับนิโคติน
- การหลอมใจเป็นหนึ่ง
- การให้ความรู้เรื่องหลุมพรางหรือกับดักนักสูบบุหรี่ และการป้องกัน / ทักษะการกลับไปเสพซ้ำ

- กิจกรรม 5 ฐาน
- การวาดภาพผนังห้องเพื่อการไม่สูบบุหรี่
- กิจกรรมเครือข่ายไร้ควัน
- กิจกรรมสานรัก สานศรัทธา การประสานใจ
- กิจกรรมสนทนาการต่าง ๆ

2.3.2 ในการดำเนินกิจกรรมในคลินิกเชิงรับ พบว่า มีการดำเนินการที่ต้องปรับปรุงให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นคือ

- การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป และประเมินระดับนิโคติน

2.3.2 ควรเน้นการสร้างพลังทางบวกเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ มีความแน่วแน่ในการเลิกบุหรี่ และควรมีการติดตามผลการเลิกบุหรี่เป็นระยะๆ แล้วพิจารณาแก้ไข ปรับปรุงเรื่องที่ยังเป็นปัญหาให้แก่ผู้ที่เข้าคลินิกเลิกบุหรื่อดังกล่าว

2.3.4 ควรมีคนที่ป่วยจากการสูบบุหรี่มาพูดคุย เพื่อให้ได้เห็นโทษ อันตรายจริง ๆ จะได้สะท้อนความรู้สึก หรือกระตุ้นเตือนจิตใจให้เลิกบุหรี่จากภาพของจริง

2.3.5 ในผู้ที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ หรือผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ควรมีอาสาสมัครคอยให้ความช่วยเหลือในการสูบบุหรี่ร่วมด้วย

### 2.4 ผลการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่

2.4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ พบว่า การเข้าโปรแกรมการเลิกบุหรื่อดังกล่าว ยังไม่สามารถทำให้เกิดการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวในระดับสูงมากนัก ควรที่จะ

พิจารณา ปรับปรุงในส่วนนี้ โดยอาจต้องเน้นในขั้นตอนการดำเนินการ โดยอาจจะต้องพิจารณา ปรับปรุงเรื่องวิธีการที่จะทำให้เกิดการรับรู้ดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น และนอกจากนี้จากการประเมิน พบว่า มีประเด็นที่ต้องนำมาพิจารณา ทำความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นในเรื่อง

- ถ้าสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว จะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- โรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ เป็นโรคที่ไม่รุนแรง
- การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายดีขึ้น
- การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ความมั่นใจในตัวเองลดลง

2.4.2 จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มคลินิกเชิงรุก กับกลุ่มคลินิกเชิงรับ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ในกลุ่มคลินิกเชิงรับ ต่ำกว่าในกลุ่มคลินิกเชิงรุก ดังนั้น ควรนำแนวทางในการสร้างการรับรู้ในคลินิกเชิงรับมาใช้ในคลินิกเชิงรุก เพื่อให้เกิดการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวดีขึ้น

3. นำผลการศึกษาเสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ให้ทราบถึงผลความสำเร็จของโปรแกรมการ อดบุหรี่ เพื่อการสนับสนุนในเชิงนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

4. ควรสนับสนุนควรสนับสนุนในการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ให้มีความเหมาะสม ช่วยให้เอื้อหรือส่งเสริมต่อการเลิกบุหรี่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้ง ในกรณีที่ผู้เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่เกิดอาการถอนบุหรี่ (Withdrawal Symptoms) การให้คำปรึกษา ติดตามช่วยแก้ปัญหา ก็อาจได้ผลระดับหนึ่ง การใช้ยาช่วยลดการอยากบุหรี่ ก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถทำให้เลิกบุหรี่ได้มากขึ้น ดังนั้น ในส่วนนี้ ควรพิจารณาให้แพทย์ในแต่ละโรงพยาบาลให้การดูแลและพิจารณาส่งยาลดอาการอยากบุหรี่ช่วย จะทำให้เกิดการเลิกบุหรี่เพิ่มมากขึ้นได้

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรติดตามผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จไปอีกระยะหนึ่ง เพื่อให้แน่ใจว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างแท้จริง และถ้าพบว่ากลับมาสูบบุหรี่อีก ควรนำกลุ่มนี้เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่อีกครั้ง และอาจต้องพิจารณาปรับโปรแกรม และทำการประเมินอีกครั้ง

2. ควรศึกษาถึงความต้องการ บริบท ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลิกบุหรี่ ในกลุ่มที่ยังไม่สามารถลดบุหรี่ได้สำเร็จ เพื่อนำมาปรับปรุง จัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อเท็จจริงดังกล่าว

3. ควรนำบริบทของผู้เข้าโปรแกรมเชิงรุกและเชิงรับ มาเปรียบเทียบกับว่ามีผลต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่มากขึ้นหรือน้อยลงหรือไม่อย่างไร โดยเฉพาะในเรื่องระดับการติดยาโคติน ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้ไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลไว้

4. ควรศึกษาปัจจัยที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จในกลุ่มคลินิกเชิงรุกและเชิงรับ ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลมากพอที่ทำให้ผู้เลิกบุหรี่ยังดำรงสภาพการเลิกบุหรี่ยาวนานจนเลิกได้อย่างถาวร ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านครอบครัว และปัจจัยแวดล้อมในโรงเรียน / สถานศึกษาต่าง ๆ และสังคมทั่วไป ซึ่งจะได้นำมาเสริมให้กับบุคคลอื่นที่ยังเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ

5. ควรศึกษาเปรียบเทียบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่ กับกลุ่มผู้ติดบุหรี่ ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ นอกจากนี้ ควรเปรียบเทียบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ระหว่างครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ กับครอบครัวที่ไม่มีบุคคลสูบบุหรี่

## บรรณานุกรม

- กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. 2542. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน  
อาชีวศึกษาชายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมการแพทย์ทหารเรือ. 2553. รู้จักเรื่องบุหรี่. (online) Available URL :ok\research\research53\  
(วันที่ค้นข้อมูล : 1 ตุลาคม 2553).
- กรมอนามัย. 2553. คู่มือสำหรับทันตบุคลากร วิธีช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่. (online) Available URL  
: <http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/PR/E-book/smoke/smoke11.html>  
(วันที่ค้นข้อมูล : 1 ตุลาคม 2553).
- จุฑานันท์ หุ่นดี. 2550. ประสิทธิผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการทหารชั้น  
ประทวน สังกัดกรมการทหารช่าง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริส  
เตียน.
- ธเนศ พัวพรพงษ์. 2553. ทำไมการเลิกบุหรี่ถึงเป็นเรื่องยาก. (online) Available URL : [www.thaiclinic.com](http://www.thaiclinic.com). (วันที่ค้นข้อมูล : 1 ตุลาคม 2553).
- ธิดา จัปจิตต์. 2547. ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้มา  
รับบริการคลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลธัญบุรี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาการให้  
คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประไพจิตร ชุมแวงวาปี. 2541. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของ  
นักศึกษาชาย สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์  
มหาบัณฑิต (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิกร เคียนทอง. 2546. ประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้มารับ  
บริการที่คลินิกอดบุหรี่ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต  
(สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศรัณญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. 2550. สถานการณ์การบริโภค  
ยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2550. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ศักดิ์ชัย จำพินาย. 2542. ผลสำเร็จของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่โดยใช้โครงการอดบุหรี่ โรงพยาบาล  
สกลนคร. รายงานวิจัยในการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7, 1-3 กันยายน 2542,  
ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ซิตี จอมเทียน จังหวัดชลบุรี.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. 2550. วันงดสูบบุหรี่โลกปี'49 : มหกรรมฟุตบอลโลก...กระตุ้นการสูบบุหรี่เพิ่ม (online)  
Available URL : <http://www.positioningmag.com/prnews/prnews.aspx?id=49069>

(วันที่ค้นข้อมูล : 15 มิถุนายน 2551).

- สมพิศ สุขแสน. 2553. CIPP Model : รูปแบบการประเมินผลโครงการ. (online) Available URL : <http://www.google.co.th/search?hl> (วันที่ค้นข้อมูล : 1 ตุลาคม 2553).
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2553. 10 เคล็ดลับการเลิกบุหรี่. (online) Available URL : <http://mariarosa.org/at11.html>. (วันที่ค้นข้อมูล : 1 ตุลาคม 2553).
- สำราญ สิริภคมงคล. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคไขเลือดออก : ศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนที่เข้มแข็งกับชุมชนที่อ่อนแอ ของจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุขสมัย สมพงษ์. 2546. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ สำหรับผู้ใช้สารเสพติดที่แสดงตน จังหวัดสกลนคร (ระยะที่ 1). รายงานวิจัยในการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข (12-15 สิงหาคม 2546 จังหวัดชลบุรี).
- สุทธิพงษ์ พงษ์วร. 2551. นิโคตินช่วยให้มะเร็งเติบโตได้อย่างไร. (online) Available URL : <http://www.ipst.ac.th/biology/Bio-Articles/mag-content58.html> (วันที่ค้นข้อมูล : 15 มิถุนายน 2551).
- หนังสือพิมพ์บ้านเมือง (ออนไลน์) 2548. ปีที่ 1(34) ฉบับที่ 73 (15421) วันอาทิตย์ที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2548
- อรชума ยังกิจจา. 2553. การเลิกบุหรี่. (online) Available URL : <http://www.thaiclinic.com/nosmoke.html> (วันที่ค้นข้อมูล : 1 ตุลาคม 2553).
- A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. 2000. Treating Tobacco Use and Dependence. *JAMA.* Vol. 283 No. 24, June 28, 2000.
- Becker, M.H. and Maimam, L.A. January 1975. "Sociobehavioral determinant of compliance with Health and Medical Care recommendation." Medical Care. 13(1), 10-24.
- Janz,N.K., & Becker, M.H. 1984. The Health Belief Model : A Decade Later. Health Education Quarterly. 11 (Spring).
- Rosenstock, I.M. 1974. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs, 2(4), 330-335.
- Stufflebeam, D.L., et al. 1971. Educational Evaluation and Decision – Making. Illinois : Peacock Publishers., Inc.
- Yamanae, Taro. 1967. Statistics : An Introductory Analysis. London :John Weather Hill,Inc.

Young, et al.1989. Area Specific Self-Esteem Scales and Substance use Among Elementary and Middle School Children. Journal of School Health, 59 (6), 251-254.

ภาคผนวก



แบบแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จและครอบครัว  
(สัมภาษณ์ผู้สูบบุหรี่ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ)

คลินิกอดบุหรี่ที่ท่านเข้าร่วมอยู่ที่ไหน

( ) 1. ที่โรงพยาบาล

( ) 2. นอกสถานที่โรงพยาบาล

1. อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ หลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอดบุหรี่แล้ว

1.1 ตัวท่าน.....

เพราะ.....

.....

1.2 โปรแกรมอดบุหรี่ที่ได้รับ.....

เพราะ.....

.....

1.3 ครอบครัว.....

เพราะ.....

.....

1.4 สิ่งแวดล้อม คือ.....

เพราะ.....

.....

1.5 อื่นๆ คือ.....

เพราะ.....

.....

2. โปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ได้รับ มีผลต่อการเลิกบุหรี่หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะสำหรับโปรแกรมการเลิกบุหรี่

.....

.....

.....

## แบบสัมภาษณ์

### การประเมินโปรแกรมการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เข้าคลินิกอดบุหรี่

#### คำชี้แจง

จากการที่ท่านได้เข้าโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ซึ่งทางโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ของท่านได้ดำเนินการอบรมให้ความรู้ และจัดโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ท่านเลิกสูบบุหรี่ บัดนี้ เวลาได้ล่วงเลยมาระยะหนึ่ง ทางโครงการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ร่วมกับโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ของท่าน จึงสนใจที่จะติดตามประเมินผลโปรแกรมการเลิกบุหรี่ ตลอดจนผลความสำเร็จของการดำเนินการคลินิกอดบุหรื่อดังกล่าว เพื่อหาแนวทางส่งเสริม และปรับปรุงการดำเนินงานคลินิกอดบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ทั้งนี้คำว่า “การเลิกสูบบุหรี่” ในที่นี้ หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ทุกประเภท เช่น บุหรี่ซอง ทั้งที่มี/ ไม่มีก้นกรองที่ผลิตจากโรงงาน บุหรี่มวนเอง ยาตั้ง ไปป์ ชิการ์ เคี้ยวยาเส้น อม/ จุกยาเส้น ในปาก เป็นต้น

ผลการศึกษาจะนำเสนอโดยภาพรวม การตอบการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน และข้อมูลที่ได้รับจะถือเป็นความลับสูงสุด จึงขอความร่วมมือมายังท่าน กรุณาให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความร่วมมือเป็นอย่างดีมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้าโปรแกรมการอดบุหรี่

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความที่เลือกเพียงข้อเดียวหรือเติม

ข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ

( ) 1. ชาย

( ) 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (อายุปีเต็ม)

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด

( ) 2. คู่

( ) 3. หม้าย/หย่า/แยก

4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับ

( ) 1. ไม่ได้เรียน

( ) 2. ประถมศึกษา

( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

( ) 5. อนุปริญญา/ปวส.

( ) 6. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

( ) 7. สูงกว่าปริญญาตรี

( ) 8. อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพหลัก

( ) 1. เกษตรกรรม

( ) 2. ค้าขาย

( ) 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

( ) 4. ธุรกิจส่วนตัว

( ) 5. งานบ้าน / ช่วยเหลืองานในครอบครัว

( ) 6. รับจ้าง

( ) 7. อื่น ๆ (ระบุ) .....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

7. บุคคลในครอบครัวของท่านสูบบุหรี่หรือไม่

( ) 0. ไม่สูบบุหรี่

( ) 1. สูบบุหรี่ จำนวน.....คน

บุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่นี้ มีความสัมพันธ์อย่างไรกับท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. คู่สมรส

( ) 2. พ่อ / แม่

( ) 3. บุตร

( ) 4. พี่น้อง

( ) 5. ญาติ

8. ท่านมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่หรือไม่

( ) 0. ไม่มี

( ) 1. มี จำนวน.....คน

9. ปัจจุบัน ท่านมีการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่หรือไม่

( ) 0. ไม่มี

( ) 1. มี คือโรค .....

ส่วนที่ 2 การเห็นคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่

รายการ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
<b>การเห็นคุณค่าในตนเอง</b>					
1. ท่านมีคุณค่าเท่าเทียมผู้อื่น					
2. ท่านมีคุณสมบัติดีหลายประการ					
3. ท่านไม่เคยทำอะไรสำเร็จ					
4. ท่านมีความภาคภูมิใจในตัวเองน้อยเหลือเกิน					
5. ท่านสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง					
6. ครอบครัวไม่เข้าใจตัวท่านเลย					
7. ท่านเป็นคนสำคัญคนหนึ่งในครอบครัว					
8. ท่านเป็นความหวังของคนในครอบครัว					
9. ท่านรู้สึกมีคุณค่าเมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อน					
10. เพื่อน ๆ ภูมิใจเมื่อมีท่านเป็นเพื่อน					
11. บ่อยครั้งที่เพื่อน ๆ ไม่ต้องการท่าน					
12. ท่านมีเรื่องขัดแย้งกับเพื่อนเสมอ					
13. บิดามารดาภูมิใจในตัวท่าน					
<b>การสนับสนุนจากครอบครัวในการเลิกสูบบุหรี่</b>					
14. สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยท่าน					
15. ท่านได้รับการขอร้องจากสมาชิกในครอบครัว ไม่ให้สูบบุหรี่					
16. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจท่าน ให้ท่าน เลิกบุหรี่ให้สำเร็จ					
17. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าการสูบ บุหรี่ยังจะทำให้ท่านมีสุขภาพไม่ดี					
18. สมาชิกในครอบครัวคอยดูแลให้ท่านเลิกสูบบุหรี่					
19. สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือไม่ให้ท่าน เกิดอาการอยากบุหรี่					
20. สมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ท่านเลิกสูบบุหรี่					

**ส่วนที่ 3** ความเหมาะสมของปัจจัยนำเข้าในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่

1. ท่านคิดว่าการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ท่านรับนั้น มีความเหมาะสมหรือไม่

1.1 สถานที่

( ) 1. เหมาะสม

( ) 2. ไม่เหมาะสม คือ.....

1.2 ระยะเวลา (3 วัน)

( ) 1. เหมาะสม

( ) 2. ไม่เหมาะสม คือ.....

1.3 วิธีการให้ความรู้ในการเลิกบุหรี่

( ) 1. เหมาะสม

( ) 2. ไม่เหมาะสม คือ.....

1.4 สื่อ/อุปกรณ์การจัดอบรมในโปรแกรมการเลิกบุหรี่

( ) 1. เหมาะสม

( ) 2. ไม่เหมาะสม คือ.....

1.5 ความรู้ ความสามารถของวิทยากร

( ) 1. เหมาะสม

( ) 2. ไม่เหมาะสม คือ.....

1.6 การจัดกิจกรรมสันทนาการ

( ) 1. เหมาะสม

( ) 2. ไม่เหมาะสม คือ.....

**ส่วนที่ 4** ความเหมาะสมของกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ (ส่วนนี้ใช้กับผู้เข้าคลินิกอดบุหรี่เชิงรุก)

1. กิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ มีความเหมาะสม..

รายการ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ตรวจสภาพร่างกายทั่วไป และประเมินระดับนิโคติน					
2. การหลอมใจเป็นหนึ่ง					
3. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และปัญหาสุขภาพ					
4. กิจกรรม 5 ฐาน					
5. โทษ พิษ-ภัย บุหรี่ / วิธีจัดการกับอาการอยากบุหรี่					
6. หลุมพรางหรือกับดักนักสูบบุหรี่					
7. แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่					
8. การป้องกัน / ทักษะการกลับไปเสพซ้ำ					
9. การวาดภาพผนังห้องเพื่อการไม่สูบบุหรี่					

รายการ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
10. กิจกรรมเครือข่ายไร้ควัน					
11. กิจกรรมสานรัก สานศรัทธา การประสานใจ					
12. กิจกรรมสันตนาการต่าง ๆ					
13. การติดตามผลการเลิกบุหรี่					
14. โดยรวมแล้วโปรแกรมการเลิกบุหรี่ทำให้ท่านเลิกบุหรี่ได้					

**ส่วนที่ 4 ความเหมาะสมของกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ (ส่วนนี้ใช้กับผู้เข้าคลินิกอดบุหรี่เชิงรับ)**

1. กิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมการเลิกบุหรี่ มีความเหมาะสม..

รายการ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ตรวจสอบสภาพร่างกายทั่วไป และประเมินระดับนิโคติน					
2. การให้คำปรึกษาในเรื่อง					
2.1 ความรู้เกี่ยวกับสารประกอบในบุหรี่					
2.2 พิษจากครีวบุหรี่มือสอง					
2.3 การสูบบุหรี่กับปัญหาสุขภาพ					
2.4 แนวทางและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่					
2.5 วิธีจัดการ กับอาการอยากบุหรี่					
3. การติดตามผลการเลิกบุหรี่					
4. โดยรวมแล้วโปรแกรมการเลิกบุหรี่ทำให้ท่านเลิกบุหรี่ได้					

ส่วนที่ 5 การรับรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในแต่ละข้อ

รายการ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่</b>					
1. การสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพของท่านและผู้ใกล้ชิด					
2. ถ้าท่านสูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด					
3. ถ้าท่านสูบบุหรี่เป็นประจำจะทำให้ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง					
4. ถ้าท่านสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว จะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ					
5. การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคหอบหืด					
6. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด					
7. ถึงแม้ว่าท่านไม่ได้สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ ก็ทำให้เกิดอันตรายได้					
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่</b>					
8. การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายของท่านเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย					
9. โรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ เป็นโรคที่ไม่รุนแรง					
10. การสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรคปอดและหัวใจมีอาการรุนแรงมากขึ้น					

รายการ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
11. การสูบบุหรี่ทำให้ท่านมีกลิ่นตัวและกลิ่นปากมากกว่าปกติ					
12. การสูบบุหรี่ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาโรคปอดและหัวใจนานกว่าปกติ					
13. การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง					
14. การสูบบุหรี่มีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ					
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่</b>					
15. การไม่สูบบุหรี่และไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ทำให้ท่านปลอดภัยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่					
16. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายของท่านดีขึ้น					
17. การสูบบุหรี่ทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น					
18. การสูบบุหรี่ในบ้านจะมีผลทำให้การทำลายสุขภาพของบุคคลในครอบครัว					
19. การสูบบุหรี่มีแต่โทษ ไม่มีคุณประโยชน์					
20. การเลิกสูบบุหรี่ ทำให้ปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดทำงานดีขึ้น					
21. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ความมั่นใจในตัวเองลดลง					



### ส่วนที่ 6 ผลการเลิกบุหรี่ของผู้ที่เข้าคลินิกอดบุหรี่

#### 1. การสูบบุหรี่หลังสิ้นสุดการเข้าคลินิกอดบุหรี่

ระยะเวลา	การสูบบุหรี่	
1.1 หลังสิ้นสุดโครงการทันที	( ) 1. เลิกสูบได้	( ) 0. เลิกสูบไม่ได้
1.2 หลังสิ้นสุดโครงการ 3 เดือน	( ) 1. เลิกสูบได้	( ) 0. เลิกสูบไม่ได้
1.3 หลังสิ้นสุดโครงการ 6 เดือน	( ) 1. เลิกสูบได้	( ) 0. เลิกสูบไม่ได้
1.4 หลังสิ้นสุดโครงการ 12 เดือน	( ) 1. เลิกสูบได้	( ) 0. เลิกสูบไม่ได้
1.5 ปัจจุบัน (ณ.วันที่ให้การสัมภาษณ์)	( ) 1. เลิกสูบได้	( ) 0. เลิกสูบไม่ได้

### ส่วนที่ 7 เหตุผลสำคัญของการเลิกบุหรี่

#### 1. เหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้ท่านสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในปัจจุบันนี้ (ตอบ 1 ข้อ เท่านั้น)

- |                                     |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| ( ) 1. การเข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ | ( ) 2. สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย |
| ( ) 3. ครอบครัวขอร้องให้เลิก        | ( ) 4. สังคมรังเกียจ        |
| ( ) 5. มีกลิ่นตัวหรือกลิ่นปาก       | ( ) 6. หายที่สูบบุยาก       |
| ( ) 7. อื่น ๆ คือ.....              |                             |

ข้อ 2 และ 3 นี้ สัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

#### 2. เพราะเหตุใด ปัจจุบันท่านจึงไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |  |  |
|--|--|
| ( ) 1. ตัดใจรสชาติของบุหรี่              | ( ) 2. เป็นความเคยชิน                  |
| ( ) 3. เมื่อหยุดสูบแล้วหงุดหงิด / เครียด | ( ) 4. ไม่มีสิ่งทดแทนการสูบบุหรี่      |
| ( ) 5. ไม่มีความพยายามที่จะเลิกสูบ       | ( ) 6. เห็นคนอื่นสูบแล้วอยากสูบบ้าง    |
| ( ) 7. จิตใจไม่เข้มแข็งพอ                | ( ) 8. ต้มสุราแล้วต้องสูบ              |
| ( ) 9. มีอาการหรือรู้สึกไม่สบายกาย       | ( ) 10. เพื่อเข้าสังคม หรือการสังสรรค์ |
| ( ) 11. อื่น ๆ คือ.....                  |  |

#### 3. โปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ที่ท่านได้รับในครั้งนี้ ทำไมจึงไม่สามารถช่วยให้ท่านเลิกสูบบุหรี่ได้

.....

.....

.....

.....

### สัมภาษณ์ครอบครัวผู้สูบบุหรี่ที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ

1. โปรแกรมอดบุหรี่ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวของท่านเลิกได้หรือไม่ อย่างไร.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ผู้ให้ข้อมูล (ในฐานะบุคคลในครอบครัวท่าน) สนับสนุนอย่างไรบ้าง เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ที่เข้าโปรแกรมอดบุหรี่สามารถเลิกได้สำเร็จ.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. แนวทาง/ ข้อเสนอแนะเพื่อคลินิก ให้คลินิกสามารถช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน.....

.....

.....

.....

.....

.....

## รายชื่อ คณะทำงานวิจัย

**ชื่อ- นามสกุล** นางรัตติยา เพชรน้อย  
**เลขที่ประจำตัวประชาชน** 13 หลัก 3 8401 00159 33 5  
**ตำแหน่ง** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
**คุณวุฒิ** ประกาศนียบัตรและการผดุงครรภ์ชั้นสูง  
ประกาศนียบัตรการพยาบาลจิตเวช  
ศึกษาศาสตร์บัณฑิต (สาขาสุขศึกษา)  
ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาพัฒนาชุมชน)  
**หน่วยงานที่สังกัด** งานควบคุมการบริโภคบุหรี่ยสุรา  
ศูนย์ ทุ บี นัมเบอร์ วัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
**ที่อยู่** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000  
**โทรศัพท์ติดต่อได้สะดวก** 08 9474 2236  
**ที่ทำงาน** 0 7760 0907 โทรสาร 0 7760 0907  
**E-mail address :** RattiyaPhetnoi@yahoo.com

**ชื่อ- นามสกุล** นางสุภาภรณ์ ฝิ่งคะเปาระ  
**เลขที่ประจำตัวประชาชน** 13 หลัก 4 8401 0000 792 4  
**ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
**คุณวุฒิ** พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาขาสุขศึกษา)  
ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาพัฒนาชุมชน)  
**หน่วยงานที่สังกัด** กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
**ที่อยู่** โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000  
**โทรศัพท์ติดต่อได้สะดวก** 08 9735 1604  
**ที่ทำงาน** 0 772 72231 ต่อ 2035 โทรสาร 0 772 72231

**ชื่อ- นามสกุล** อธิษฐ์ทิตา ทิพาพงศ์นาคิน  
**ตำแหน่ง** นักจิตวิทยาชำนาญการ  
**คุณวุฒิ** วิทยาศาสตร์บัณฑิต (จิตวิทยา)  
**หน่วยงานที่สังกัด** กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
**ที่อยู่** ช่วยราชการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี  
**โทรศัพท์ติดต่อได้สะดวก** 08 6946 4655  
**ที่ทำงาน** 0 2528 4567, 0 2526 5629

**ชื่อ- นามสกุล** นางสุพัชรี เดชทิพย์พรพงศ์  
**ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
**คุณวุฒิ** พยาบาลศาสตรบัณฑิต  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาเวชปฏิบัติชุมชน)  
**หน่วยงานที่สังกัด** งานบุหรี-สุรา- ยาเสพติด โรงพยาบาลพระแสง  
อำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
**ที่อยู่** โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84210  
**โทรศัพท์ติดต่อได้สะดวก** 08 4307 8309  
**ที่ทำงาน** 0 772 2784 ต่อ 106, 160 โทรสาร 0 7736 9052  
**E-mail address :** Ganhealth @yahoo.com

## ที่ปรึกษา งานวิจัย

**ชื่อ- นามสกุล** นายณัฐวุฒิ ประเสริฐศิริพงศ์  
**ตำแหน่ง** นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
**คุณวุฒิ** แพทย์ศาสตร์บัณฑิต  
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต  
**หน่วยงานที่สังกัด** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
**ที่อยู่** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000  
**โทรศัพท์ที่ทำงาน** 0 772 2784 ต่อ 106 160 โทรสาร 077281263

**ชื่อ- นามสกุล** นายสุนทร เจียรพันธ์  
**ตำแหน่ง** นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)  
**คุณวุฒิ** สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต  
**หน่วยงานที่สังกัด** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
**ที่อยู่** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000  
**โทรศัพท์ที่ทำงาน** 0 772 2784 ต่อ 102 โทรสาร 077281263

**ชื่อ- นามสกุล** นายสุเมธ ฉายศิริกุล  
**ตำแหน่ง** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
**คุณวุฒิ** แพทย์ศาสตร์บัณฑิต  
**หน่วยงานที่สังกัด** กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
**ที่อยู่** โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000  
**โทรศัพท์ที่ทำงาน** 0 772 72231 ต่อ 2035 โทรสาร 0 772 72231

**ชื่อ- นามสกุล** แพทย์หญิงกมลรัตน์ วัชรารักษ์  
**ตำแหน่ง** นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
**คุณวุฒิ** แพทย์ศาสตร์บัณฑิต  
**หน่วยงานที่สังกัด** กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
**ที่อยู่** โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000  
**โทรศัพท์ที่ทำงาน** 0 772 72231 ต่อ 2035 โทรสาร 0 772 72231

ชื่อ- นามสกุล	นายดิเรก วงศ์ทอง
คุณวุฒิ	แพทยศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่ง	นายแพทย์ชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระแสง
หน่วยงานที่สังกัด	โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ที่อยู่	โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84210
โทรศัพท์ที่ทำงาน	0 772 2784 ต่อ 106 160 โทรสาร 0 7736 9052

## ผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ- นามสกุล	ดร.อดิญาณ์ ศรีเกษตริน
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) ระดับชำนาญการพิเศษ
คุณวุฒิ	ปริญญาตรี
ปริญญาตรี	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ 2530 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช 2533
ปริญญาโท	ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน ม. สงขลานครินทร์ 2536
ปริญญาเอก	การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาการอุดมศึกษา ม. ศรีนครินทรวิโรฒ 2543
หน่วยงานที่สังกัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ที่อยู่	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ติดต่อได้สะดวก	08 1569 9268
โทรศัพท์ที่ทำงาน	0 7728 7813 0 7728 7816 โทรสาร 0 7727 2571