

การประเมินผลโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ของบุคลากร
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

The Evaluation of Smoking cessation project of Personnel in Huachiew
Chalermprakiet University

เสาวลักษณ์ ลักษมีจรัลกุล
ปางก์เพ็ญ เหลืองเอกทิน
ศิริลักษณ์ วงษ์วิจิตสุข

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีการศึกษา 2553

ชื่อเรื่อง การประเมินผลโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัย
หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ผู้วิจัย เสาวลักษณ์ ลักษณะมีจักรกุล
ปางก์เพ็ญ เหลืองเอกทิน
ศิริลักษณ์ วงษ์วิจิตสุข

สถาบัน คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2557

สถานที่พิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

แหล่งที่เก็บรายงานฉบับสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

จำนวนหน้างานวิจัย 78 หน้า

คำสำคัญ การประเมินผลโครงการ การเลิกบุหรี่

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลโครงการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ในบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่สูบบุหรี่และยินดีเข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลผลลัพธ์การเลิกสูบบุหรี่โดยใช้เทคนิค 5 A ติดตามผลในระยะ 1 ปี และเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของผู้ที่เข้าร่วมโครงการ ก่อนและหลังการเลิกหรือลดการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้คัดกรองบุคลากรของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 763 คน (A1) มีผู้สูบบุหรี่ 35 คนที่ได้รับคำแนะนำให้เลิกบุหรี่ และยินดีเข้าสู่ขั้นตอนการเลิกบุหรี่ (A3 ถึง A5) จำนวน 14 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินระดับการตัดสินใจตัดสินใจ แบบวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และวัดสมรรถภาพปอดโดยใช้เครื่องวัดสมรรถภาพปอด (Spirometer)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 92.85 (13/14 คน) อายุเฉลี่ย 43.07 ปี ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 64.29 (9/14 คน) ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 57.14 (8/14 คน) ร้อยละ 50 (7/14 คน) สูบบุหรี่เมื่อเครียด ร้อยละ 35.71 (5/14 คน) สูบบุหรี่เมื่อดื่มสุรา ร้อยละ 50.00 (7/14 คน) มีระดับการตัดสินใจตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ ที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยของอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 18.14 ปี ค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 25.13 ปี ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเท่ากับ 11.03 มวน ผลลัพธ์การเลิกสูบบุหรี่โดยใช้เทคนิค 5 A ติดตามผลในระยะ 1 ปี พบว่า ร้อยละ

14.29 (2/14 คน) สามารถเลิกบุหรี่ได้ และร้อยละ 71.43 (10/14 คน) สูบบุหรี่ลดลง ผลการตรวจสมรรถภาพปอดพบว่า ค่า FEV1 หลังการเลิกหรือลดสูบบุหรี่ มีค่าเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับ ค่า FEV1 ก่อนเลิกหรือลดการสูบบุหรี่ ร้อยละ 50 สำหรับวิธีที่ผู้เลิกบุหรี่ใช้ได้ผลดี คือ วิธีการหักดิบ และปัจจัยที่ช่วยทำให้เลิกบุหรี่ติดต่อกันได้นาน 1 ปี คือ การติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

Research Title The Evaluation of Smoking cessation project of Personnel in Huachiew
Chalermprakiet University

Researcher(s) Saovalug Luksamijarulkul
Pangpen Luengektin
Siriluk Wongvijitsuk

Institution Faculty of Public and Environmental Health Huachiew Chalermprakiet
University

Year of Publication 2014

Publisher Huachiew Chalermprakiet University

Sources Huachiew Chalermprakiet University

No. of Pages 78 pages

Keywords evaluation research, smoking cessation

Copyright Huachiew Chalermprakiet University

ABSTRACT

The evaluation research was carried out to assess smoking cessation campaign output among Huachiew Chalermprakiet University personnel who willingly participated to quit smoking. Result of the smoking termination was evaluated using 5A technique. All participants were followed for 1-year period and the lung functions of participants were compared between before and after the quit or reduction. Before, the smoking cessation began; researchers screened 763 personnel of the University, and found that 35 smokers were suggested to quit smoking. However, only 14 personnel voluntarily participated and attended into abstinence (A3 to A5). Knowledge, attitudes, behaviors towards smoking and nicotine level were tested. Additionally, lung functions were measured using Spirometer.

Results of socio-demographic characteristics showed that most participants (13/14) were male with mean age 43.07 years. About 64.29 % (9/14) had high knowledge level about smoking, 57.14% (8/14) had high attitude level. A half of participants (7/14) smoked when they stressed, 35.71 % (5/14) smoked when they had alcohol drinking. Fifty percent (7/14) had low nicotine level and the rest had medium

level of nicotine. Mean age at starting of smoking was 18.14 years; the average number of period smoking years was 25.13 years, the average number of cigarettes smoked per day was 11.3 cigarettes. After 1-year follow up, results showed 14.29 % (2/14) of smoking cessation, and 71.43 % (10/14) of smoking reduction. Additionally, results from pulmonary function test showed that the FEV1 value after quitting or reducing smoking increased when compared with FEV1 value before smoking cessation program began about 50 %. The effective way to quit smoking was contrast quit smoking, and the factors helping to quit smoking were the close and the continuous monitor.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เป็นโครงการที่มีความปรารถนาให้บุคลากรของมหาวิทยาลัยเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการไม่สูบบุหรี่ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณรศ.ประจักษ์ พุ่มวิเศษ อธิการบดี ที่ดำริให้ดำเนินโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และให้ทุนวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณรศ.ดร.จันทรา ชัยพานิช อาจารย์ฉลอง แขวงอินทร์ รองอธิการบดีที่ให้การสนับสนุนโครงการ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กองบุคลากร กองอาคารสถานที่ที่จัดกิจกรรมต่างๆในโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ ขอขอบคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อมที่มีส่วนร่วมในการรณรงค์โครงการเลิกบุหรี่ ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงพร กตัญญูตานนท์ อาจารย์อรวรรณ คุณสนอง และอาจารย์จิตตาภรณ์ ศรีสว่าง ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ขอขอบคุณเบญจกุล ลิ้มประเสริฐ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และนางสาวแก้วกาญจน์ แก้วเผือก ผู้ช่วยวิจัยที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และอำนวยความสะดวกในการตรวจสอบรวมภาพปอด ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นเวลาพิเศษ ทำให้การวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และขอขอบคุณรองศาสตราจารย์พิพัฒน์ ลักษมีจรัลกุลที่ให้คำแนะนำในการเขียนรายงานการวิจัย

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	๘
กิตติกรรมประกาศ	๑
สารบัญ	๓
สารบัญตาราง	๗
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ตัวชี้วัด	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
นิยามตัวแปร	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	20
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	21
การเก็บรวบรวมข้อมูล	23
การวิเคราะห์ข้อมูล	24
บทที่ 4 ผลการวิจัย	25
บทที่ 5 สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	43
อภิปรายผล	44
ข้อเสนอแนะ	48
บรรณานุกรม	49
ภาคผนวก	
ก ใบรายงานผลการเปรียบเทียบมาตรฐานเครื่องมือ	53
ข แบบสอบถาม	58
ค ประวัติย่อผู้วิจัย	69

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

ตารางที่ 1	ลักษณะทางสังคมและประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่	27
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการติดสารนิโคติน	27
ตารางที่ 3	แสดงจำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	28
ตารางที่ 4	แสดงจำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่(14)	29
ตารางที่ 5	แสดงจำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติ	30
ตารางที่ 6	แสดงจำนวนและร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เป็นรายข้อ (n=14)	34
ตารางที่ 7	แสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จำแนกตามอายุที่เริ่มสูบ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน	33
ตารางที่ 8	แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการสูบบุหรี่	34
ตารางที่ 9	แสดงผลการตรวจสมรรถภาพปอดเป็นรายบุคคล จำแนกตามระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่(n= 14)	41
ตารางที่ 10	แสดงค่าเฉลี่ย FEV1 ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่	42

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่เป็นสาเหตุของโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังหลายชนิด ทำให้เสียชีวิตหรือทุพพลภาพ เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด ถึงปีละ 46,000 ล้านบาท และมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 52,000 คน (สมิต วัฒนธัญญกรรม และคณะ. 2551)

แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประเทศไทย พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ปี พ.ศ. 2534 – 2550 มีแนวโน้มลดลงในภาพรวม แต่มีทิศทางการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ดีในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ได้แก่ กลุ่มเยาวชน ผู้ไม่เรียนหนังสือ ผู้มีฐานะเศรษฐกิจระดับกลางของสังคม อัตราการสูบบุหรี่ในปี 2550 สูงสุดในกลุ่มอายุ 25 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 – 22 กลุ่มอายุ 15 – 18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ที่ต่ำสุดคิดเป็นร้อยละ 5.03 การจำแนกสูบบุหรี่ตามเพศและตามสภาพภูมิศาสตร์พบว่าประชากรรวมในกรุงเทพมหานคร และภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่ที่ต่ำสุด สูงสุด ร้อยละ 13.09 และ 25.02 ตามลำดับ เพศชายในกรุงเทพฯ และภาคใต้ มีอัตราการสูบบุหรี่ที่ต่ำสุด และสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 26.95 และ 49.85 ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงพบว่าภาคอีสานและภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ต่ำสุด และสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 0.68 และ 4.97 ตามลำดับ (ศรัณญา เบญจกุล , มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เดทศิริกุลชัย. 2551)

ข้อมูลการสูบบุหรี่ของจังหวัดสมุทรปราการ ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป อัตราการสูบบุหรี่ประจำในปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 14.21 มี ปริมาณการสูบ 8.85 มวนต่อวันต่อคน โดยจำแนกเป็นเพศหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่ประจำร้อยละ 0.64 ปริมาณการสูบ 9.93 มวนต่อวันต่อคน เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ประจำร้อยละ 29.46 ปริมาณการสูบ 8.82 มวนต่อวันต่อคน

ความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ ข้อมูลปี พ.ศ. 2550 มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ 10.86 ล้านคน มีเพียงร้อยละ 16.28 หรือ 1.77 ล้านคนที่เคยและพยายามเลิกบุหรี่ เมื่อคิดสัดส่วนพบว่ากลุ่มที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.14 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.45 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ 3 ครั้งขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 36.41 สำหรับอัตราการเลิกบุหรี่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นในภาพรวม จากการสำรวจข้อมูลทั่วประเทศพบว่าอัตราการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 9.95 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 18.29 ในปี พ.ศ. 2550 โดยพบว่าเพศหญิงมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าเพศชาย และผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าผู้ที่

อยู่นอกเขตเทศบาล (ศรีธัญญา เบญจกุล , มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เตทศิริกุลชัย.
2551: 134)

จากข้อมูลเหล่านี้จะเห็นได้ว่าผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำยังคงมีความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่แต่อาจประสบกับปัญหาและอุปสรรคในการเลิก เนื่องจาก บุหรี่ถือเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง การเลิกควรให้ความสนใจในการหาวิธีการที่เหมาะสมต่อผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากมหาวิทยาลัยผลิตบัณฑิตด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพหลายสาขาจึงมีนโยบายให้บุคลากรเป็นต้นแบบในการไม่สูบบุหรี่ ข้อมูลการสำรวจบุคลากรของมหาวิทยาลัย พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ 35 คน จากจำนวนบุคลากรทั้งหมด 763 คน (สถิติจากกองบุคคลากร มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ณ 31 พฤษภาคม 2554) ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ที่องค์กรต่างๆ ด้านสุขภาพภาครัฐ 34 องค์กรร่วมกันจัดทำขึ้น ได้แนะนำให้ใช้หลักการ 5A ในการค้นหาและดูแลรักษาผู้สูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย Ask – ถาม ถามประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ทุกชนิด Advise - แนะนำ สั่งหรือขอให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด Assess – ประเมิน ประเมินความรุนแรงในการติดบุหรี่และความประสงค์ในการเลิกบุหรี่ Assist – ช่วยเหลือ ช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ Arrange – ติดตาม ติดตามผลการบำบัดของผู้สูบบุหรี่ทุกราย

ดังนั้นทางมหาวิทยาลัยจึงได้จัดทำโครงการเลิกบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เพื่อลดการสูบบุหรี่ของบุคลากร โครงการดังกล่าวได้ดำเนินการโดยใช้หลักการตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ ที่องค์กรต่างๆ ด้านสุขภาพภาครัฐ 34 องค์กรร่วมกันจัดทำขึ้น ได้แนะนำให้ใช้หลักการ 5 A ในการค้นหาและดูแลรักษาผู้สูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย Ask – ถาม ถามประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ทุกชนิด Advise - แนะนำ สั่งหรือขอให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด Assess – ประเมิน ประเมินความรุนแรงในการติดบุหรี่และความประสงค์ในการเลิกบุหรี่ Assist – ช่วยเหลือ ช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ Arrange – ติดตาม ติดตามผลการบำบัดของผู้สูบบุหรี่ทุกราย ซึ่งการบำบัดด้วยวิธีการดังกล่าวที่ผ่านมาสามารถลดการสูบบุหรี่ลงได้

ผู้วิจัยเห็นว่า การลดการสูบบุหรี่ของบุคคลากร ต้องอาศัยเทคนิควิธีการที่เหมาะสมโดยการ จัดระบบการดำเนินการอย่างมีขั้นตอนเหมือนมีแผนที่ของนักเดินทาง อีกทั้งเป็นการนำ กระบวนการเรียนรู้ การตัดสินใจ ที่จะเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองมาใช้ในการบังคับตน โดยใช้เทคนิค 5A ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้สูบบุหรี่ เพราะวิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการที่ผู้สูบบุหรี่มีส่วนร่วมและใช้ ความคิดของตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเป็นการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการใช้เทคนิค 5A ต่อผลสัมฤทธิ์ของการลดการสูบบุหรี่อีกทั้งเป็นแนวทาง ของการนำไปพัฒนากิจกรรมการเรียนและพัฒนาการใช้เทคนิคดังกล่าวในกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินผลโครงการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อทราบสภาวะการติดสารนิโคตินของบุคลากรในมหาวิทยาลัย
2. เพื่อทราบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรในมหาวิทยาลัย
3. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของพนักงานก่อนและหลังการเลิกบุหรี่
4. เพื่อทราบร้อยละของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปี

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปี
2. ร้อยละของ ค่า FEV1 (สมรรถภาพปอด) ของผู้สูบบุหรี่หลังการเลิก/ลด การสูบบุหรี่ ติดต่อกันนาน 1 ปี

เป้าหมาย

1. มีผู้หยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปีร้อยละ 25
2. ผู้ที่เลิก/ลด การสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปีมี ค่า FEV1 (สมรรถภาพปอด)หลังการเลิก/ลด การสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า ค่า FEV1 (สมรรถภาพปอด) ก่อนเลิก/ลด การสูบบุหรี่ ร้อยละ 100

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
2. เป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะนำไปประยุกต์ ออกแบบวิธีการลด เลิกสูบบุหรี่

นิยามศัพท์

การเลิกบุหรี่ หมายถึง การที่คนสูบบุหรี่เป็นเวลาระยะหนึ่ง ทำการหยุดสูบบุหรี่โดยใช้วิธีการต่างๆ และหยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลา 1 ปี

การลดการสูบบุหรี่ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของจำนวนมวนบุหรี่ที่ลดลงต่อวันเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนบุหรี่ที่สูบเมื่อเริ่มโครงการ

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ หมายถึง การสอบถามความรู้เกี่ยวกับโทษ ของบุหรี่ต่อตนเองและบุคคลผู้ได้รับผลกระทบ และสารที่ทำให้ติดบุหรี่ กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่และข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ อันตรายจากการสูบบุหรี่รวมทั้งความคิดเห็นต่อคนรอบข้างในการสูบบุหรี่

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ สถานที่ในการสูบ รวมทั้งสาเหตุที่สูบ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินผลโครงการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดยทางคณะผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลในส่วนของสภาวะการติดสารนิโคติน ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรในมหาวิทยาลัยด้วย และใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการเป็นร้อยละของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปี และ ร้อยละของ ค่า FEV1 (สมรรถภาพปอด) ของผู้ที่สูบบุหรี่หลังการเลิก/ลด การสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปี

คณะผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาใช้กำหนดตัวแปรสมมติฐาน กรอบแนวคิดในการทำวิจัย โดยเป็นเรื่องเกี่ยวกับการติดการสูบบุหรี่ ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ และวิธีการเลิกสูบบุหรี่ประกอบไปด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1. ความเป็นมาของบุหรี่ในไทย
2. ความหมายของโรคติดบุหรี่
3. ชนิดของบุหรี่
4. ผลกระทบจากการสูบบุหรี่
5. วิธีการเลิกสูบบุหรี่
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ประสิทธิภาพการเลิกบุหรี่ สมรรถภาพปอดก่อนและหลังเลิกบุหรี่ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

2.1 ความเป็นมาของบุหรี่ในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการใช้ยาสูบตั้งแต่สมัยอยุธยาแล้ว โดยมีหลักฐานจากจดหมายเหตุของ เมอร์ซีเออร์ เดอลาลูแบร์ (Monsieur De La Loubre) อัครราชทูตฝรั่งเศสที่เดินทางมาเมืองไทย สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อ พ.ศ. 2230 ได้เขียนเล่าเรื่องประเทศสยามว่า คนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างคนทั้งผู้ชายและผู้หญิง โดยได้ยาสูบมาจากเมืองมะนิลา ในหมู่เกาะฟิลิปปินส์ จากประเทศจีน และที่ปลูกในประเทศเอง ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าสิงหนาทราชดรุณคดีฤทธิได้ทรงประดิษฐ์บุหรี่ก้นบ้านขึ้น เพื่อสูบควันและอมยากับหมากพร้อมกัน ครั้นถึงรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการผลิตบุหรี่ขึ้นโดย

บริษัทที่มีชาวอังกฤษ เป็นเจ้าของได้เปิดดำเนินการเป็นบริษัทแรกใน พ.ศ. 2460 การผลิต บุหรี่ในระยะแรกจะมวนด้วยมือ ต่อมาในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการนำ เครื่องจักรเข้ามาจากประเทศเยอรมนี และทำการผลิตบุหรี่ยี่ห้อออกมาจำหน่ายหลายยี่ห้อ การสูบบุหรี่ จึงแพร่หลายมากขึ้น จนกระทั่งใน พ.ศ. 2482 รัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้น โดยซื้อกิจการมา จากห้างหุ้นส่วนบูรพา ยาสูบ จำกัด (สะพานเหลือง) ถนนพระราม 4 กรุงเทพฯ และดำเนินกิจการ อุตสาหกรรมยาสูบภายใต้การควบคุมของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง หลังจากนั้น รัฐบาล ได้ซื้อกิจการของบริษัททวางฮก บริษัทฮอฟฟัน และบริษัทบริติชอเมริกันโทแบกโคเพิ่มขึ้น แล้วรวม กิจการทั้งหมดเข้าด้วยกัน และดำเนินการภายใต้ชื่อว่า โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง มาจนถึง ปัจจุบัน (ศรีธัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เตทศิริกุลชัย. 2551)

2.2 ความหมายของโรคติดบุหรี่

โรคติดบุหรี่

คนที่ติดบุหรี่ หมายถึง บุคคลที่ไม่สามารถควบคุมตนเองในการสูบบุหรี่ได้ เมื่อมีการหยุด สูบบุหรี่จะมีอาการหรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การติดบุหรี่ จัดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง เนื่องจากมีอาการเป็นๆ หายๆ โดยทางองค์การอนามัยโลกและสำนักงานแพทยใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประกาศให้การติดบุหรี่ (Tobacco dependence) จัดเป็นโรคเรื้อรัง โดยทั่วไปโรคติดบุหรี่ปริมาณ International Statistical Classification of diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) เป็น F-17 โดยมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยคล้ายกับเกณฑ์การติดสารเสพติด เมื่อพิจารณาเกณฑ์ของ DSM-IV โดยประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อพร้อมกัน (คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย. 2552)

1. ยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องแม้รู้ว่าอาจเกิดพิษภัยต่อตนเองและคนรอบข้าง
2. เกิดอาการอยากนิโคตินหรือถอนนิโคตินขึ้นเมื่อหยุดสูบบุหรี่
3. ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องเหมือนเดิมแม้ได้ตั้งใจจะลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง
4. เกิดการตี้อยา หากสูบบุหรี่ปริมาณเท่าเดิมไปเรื่อยๆ อาจได้ผลที่ต้องการลดน้อยลง
5. ยอมเสียเวลาไม่น้อยไปกับการหาซื้อและในการสูบบุหรี่
6. เห็นการสูบบุหรี่สำคัญกว่าการทำงาน ยอมชะลอการทำงานหรือต้องปลีกตัวออกจากงานรื่นเริงเพื่อสูบบุหรี่

โรคติดบุหรี่ปริมาณมีการดำเนินของการเกิดโรคและมีธรรมชาติของการเกิดโรคที่มีความแตกต่างจากโรคอื่นๆ ในหลายประเด็น ซึ่งทราบกันดีว่าโรคติดบุหรี่ปริมาณเป็นโรคที่เป็นๆ หายๆ สามารถกลับมา

เป็นซ้ำได้อีก ผู้ป่วยแต่ละรายมีปัจจัยกระตุ้นหรือกลไกในการเสพติดที่แตกต่างกันไป ซึ่งการติดบุหรี่เป็นผลมาจากปัจจัยอย่างน้อย 3 ปัจจัย ร่วมกัน คือ ปัจจัยทางด้านร่างกาย (การเสพติดสารนิโคตินในควันบุหรี่) ปัจจัยทางจิตใจ (เช่น ความชอบ ความเครียด บุคลิกภาพ ทัศนคติ เป็นต้น) ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรม (เช่น สิ่งแวดล้อม ครอบครัว ที่ทำงาน เป็นต้น) จึงเป็นที่มาของการพิจารณาในการดูแลรักษาโรคติดบุหรี่

2.3 ชนิดของยาสูบ

ยาสูบที่ใช้กันอยู่มีหลายรูปแบบ ทั้งแบบสูด แบบดม แบบอมและเคี้ยว

แบบสูด โดยกระทำให้เกิดการเผาไหม้ใบยาสูบซึ่งอยู่ในรูปของบุหรี่ หรือซิการ์ (cigar) ที่ใช้ใบยาสูบม้วนฝังใบยาสูบอยู่ภายใน หรือไปป์ (pipe) ที่บรรจุใบยาไว้ในกล่องยาสูบ แล้วจุดไฟให้เกิดการเผาไหม้ แล้วผู้สูดสูดควันเข้าสู่ร่างกาย

แบบดม โดยบดใบยาสูบให้ละเอียด แล้วผสมในรูปของยานัตถุ์

แบบอมและเคี้ยว โดยนำใบยาสูบแห้งมาหั่นเป็นฝอย นำมาเคี้ยวแล้วอมอยู่ระหว่างริมฝีปากกับเหงือก บางครั้งเรียกว่า บุหรี่ไร้อควัน

ยาสูบส่วนใหญ่มีการใช้สารเคมีเพื่อปรุงแต่งกลิ่นรส และเพื่อลดความระคายเคือง บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานจะใช้สารเคมีปรุงแต่งมากที่สุด นอกจากนี้ ยังมีสารเคมีที่ใช้ในการรักษาความชื้นของใบยาสูบ และสารป้องกันเชื้อรา เพื่อให้เก็บบุหรี่ได้นาน รวมทั้งสารเคมีที่ใช้ในการรักษาสภาพกระดาษที่ใช้มวนบุหรี่อีกด้วย

ชนิดของบุหรี่

บุหรี่มี 2 ชนิดคือ บุหรี่ที่มวนเอง และบุหรี่ที่ผลิตโดยเครื่องจักร บุหรี่ที่มวนเอง ทำโดยใช้ใบตองแห้ง ใบบัว หรือกระดาษ ที่ใช้มวนห่อใบยาสูบ บุหรี่ชนิดนี้จะดับง่ายเนื่องจากไม่มีการปรุงแต่งสารเคมีที่ช่วยให้ไฟติดทน สำหรับบุหรี่ที่ผลิตโดยเครื่องจักรมี 2 ชนิด คือ บุหรี่ที่ไม่มีก้นกรอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ปริมาณสูง และ บุหรี่ที่มีก้นกรอง นอกจากนี้ บริษัทบุหรี่ยังผลิตบุหรี่ ชนิดที่เรียกว่า "ไลต์" และ "ไมลด์" โดยระบุไว้ว่าเป็นบุหรี่ชนิดรสน้อยที่มีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ธรรมดา แต่จากการวิจัยพบว่า บุหรี่ทั้ง 2 ชนิดมิได้มีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ปริมาณสูงแต่อย่างใด เพียงแต่ต่างกันที่รสชาติเท่านั้น และบุหรี่ชนิดที่มีก้นกรองจะสามารถกรองละอองสารที่มีขนาดใหญ่ได้บางชนิดเท่านั้น โดยสารทาร์และนิโคตินซึ่งมีขนาดเล็กยังคงผ่านเข้าไปได้ในปริมาณเดียวกับกษณบุหรี่ที่ไม่มีก้นกรอง (มปก ผู้ผลิต ปีที่ผลิตหรือเผยแพร่)

2.4 โรคต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่

โรคต่างๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ นั้นมีหลายโรค ซึ่งจะพบได้ในทุกเพศทุกวัย มีดังนี้

2.4.1 โรคมะเร็งปอด เกิดจากสารมีพิษในบุหรี่ คือ "ทาร์" อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปอด ในผู้สูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ มีอัตราส่วนสูงกว่าถึง 10 : 1 (กรองจิต วาทีสาธกกิจ. 2551 : ออนไลน์) หากแพทย์ตรวจพบเชื้อในระยะแรก และได้รับการผ่าตัดเอาก่อนมะเร็งออกได้หมดจะยังมีโอกาสหายขาดได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อมาพบแพทย์ และวินิจฉัยได้ ระยะทำการรักษาหรือผ่าตัดให้หายขาดได้

2.4.2 โรคหัวใจ และหลอดเลือด เกิดจากสารนิโคตินในบุหรี่ ซึ่งเป็นสารที่มีพิษ และอันตรายทำให้หัวใจ หลอดเลือด กระเพาะอาหาร ลำไส้ และระบบประสาททำงานผิดปกติ ทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น เกิดการระคายเคืองต่อกล้ามเนื้อหัวใจ และเกิดภาวะหลอดเลือดทั่วปอด หัวใจขาดเลือดในชายที่สูบบุหรี่จะมีมากกว่าในชายที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 60-70 และในหญิงที่สูบบุหรี่ซึ่งรับประทานยาคุมกำเนิดด้วยจะมีโอกาสเป็นโรคนี้ มากกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่รับประทานยาคุมกำเนิดถึง 10 เท่า นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองอุดตันเป็นอัมพาต หลอดเลือดตามแขนขาอุดตันเป็นแผลตามผิวหนังจากการขาดเลือด และมีการสะสมของไขมันตามผนังของหลอดเลือดขนาดกลาง และใหญ่

2.4.3 โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่พบบ่อยมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดโรคนี้ก็คือ การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ เหนื่อยง่าย เมื่อเป็นแล้วไม่มีทางที่แพทย์จะรักษาให้หายขาดได้ เมื่อเป็นมากขึ้นจะทำอะไรไม่ไหว แม้จะอาบน้ำหรือหิวผมก็เหนื่อย ต้องดมออกซิเจนรอความตายอย่างทรมานในระยะสุดท้าย ถ้าเลิกสูบบุหรี่ได้อาจทำให้อาการดีขึ้นแต่ไม่หายขาด

2.4.4 โรคแผลในกระเพาะอาหาร ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารมากขึ้นเป็น 2 เท่า ในพวกที่สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่ทำให้มีภาวะไม่สมดุลในการหลั่งของกรด และต่างในกระเพาะ

2.4.5 ผลร้ายต่อเด็กในครรภ์ และทารก มารดาที่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์มีผลต่อเด็กทารก คือ ทารกเล็กกว่าปกติ และน้ำหนักตัวเด็กเมื่อแรกเกิดต่ำกว่าเด็กที่มารดาไม่สูบบุหรี่ ระยะเวลากการตั้งครรภ์สั้นลง มีผลทำให้เด็กคลอดก่อนกำหนด และมีโอกาสเสียชีวิตได้มาก อัตราการแท้งสูงขึ้น และค่อนข้างจะเรียนรู้ช้ากว่าปกติ โอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และคลอดบุตรเพิ่มขึ้น มีความพิการแต่กำเนิด การหลั่งน้ำนมจะลดคุณภาพของน้ำนม โดยมีสารเคมีซึ่งไม่จำเป็นที่ต้องการไปสู่เด็ก ดังนั้น การที่คนเราหายใจเอาควันบุหรี่ หรือสูดควันบุหรี่ อาจทำให้เกิดการ

ระคายเคืองต่อตา และหลอดลม ทำให้น้ำตาไหล และไอได้ แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่สูดควันบุหรี่เข้าไป ทำให้เกิดอันตรายเท่ากับเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เอง และที่ร้ายกว่านั้นการสูบบุหรี่ของบิดามารดาในบ้านอาจทำให้ลูกที่สูดควัน บุหรี่โดยไม่ตั้งใจเกิดโรคทางปอด และสมรรถภาพปอดของเด็กเสื่อมได้

2.5 วิธีการเลิกบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมของความเคยชิน ซึ่ง ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมโหยหาความสุขในวัยเด็ก (Nostalgia) เนื่องจากระหว่างที่มีพัฒนาการทางจิต ทำให้พวกเขาติดอยู่ที่ความสุขทางปาก (Oral phase) เหมือนเด็กติดนมแม่ บวกกับพฤติกรรมของเด็กผู้ชายที่ติดแม่มากกว่าเด็กผู้หญิง (Oedipal complex) จึงทำให้กลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงอย่างเห็นได้ชัด

การจะทำให้คนที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่นั้นทำได้ยากมาก ถึงแม้จะเลิกได้แล้ว ก็มีคนที่กลับมาสูบใหม่อีกในสัดส่วนที่มาก โดยเฉพาะคนที่คนจะเลิกบุหรี่ได้จะต้องเลิกๆ สูบๆ ถึง 5-7 รอบกว่าที่จะเลิกบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด ซึ่งเป็นตัวเลขที่มากกว่าการเลิกยาเสพติดร้ายแรงบางชนิดอย่างเฮโรอีน ดังนั้นผู้ที่จะเลิกบุหรี่จะต้องใช้กำลังใจและความเข้มแข็งอย่างมาก เพราะโดยสถิติแล้ว คนที่สูบบุหรี่จำนวนมากที่มีความอยากเลิกบุหรี่ แต่ก็ยังเลิกไม่ได้เสียที คนรอบข้างต้องมีส่วนช่วยเป็นกำลังใจ การเลิกบุหรี่ก็จะมีโอกาสสำเร็จมากขึ้น ความอยากบุหรี่เป็นพฤติกรรมของความเคยชิน เมื่อตัดสินใจจะเลิกบุหรี่แล้ว จะต้องตัดให้ขาด ซึ่งจะดีกว่าการลดปริมาณที่สูบลงทีละน้อย เพื่อหวังว่าจะหยุดสูบได้ในที่สุดนั้น จากการสำรวจพบว่ามักจะล้มเหลวมากกว่าการเลิกด้วยวิธีหักดิบ โดยเริ่มตั้งแต่ หิ้งบุหรี่และอุปกรณ์ที่ใช้สูบบุหรี่ ได้แก่ไฟแช็ค ที่เขี่ยบุหรี่ให้หมด รวมถึงละเว็น พฤติกรรมที่ชอบทำควบคู่ไปกับการสูบบุหรี่ด้วย ละเว็นการพบปะกลุ่มเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่ด้วยกันมาก่อน และต้องหลีกเลี่ยงกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นเตือนจิตได้สำนึกให้อยากบุหรี่ขึ้นมา เช่นหากมีการดื่มเบียร์ หรือจิบกาแฟ พร้อมกับสูบบุหรี่เป็นประจำ หากทำกิจกรรมดังกล่าวแล้วไม่ได้สูบบุหรี่ด้วยก็จะรู้สึกเหมือนขาดรสชาติบางอย่างไป จนกว่าจะหยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบนั่นเอง สำหรับผู้ที่ดื่มชาหรือกาแฟเป็นประจำ จะต้องลดปริมาณสาร Caffeine ก่อนการเลิกบุหรี่ให้ได้ประมาณครึ่งหนึ่งของที่เคยดื่มในแต่ละวัน เพราะ Nicotine ทำให้ caffeine ซึมเข้าร่างกายได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ถ้าหากดื่ม Caffeine ในปริมาณเท่าเดิม ขณะที่สูบบุหรี่ อาจจะไปสู่ภาวะที่เรียกว่า Caffeine Toxicity โดยมีอาการ กระวนกระวายและเครียดได้ และอาจจะทำให้กลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง (“สารพัดวิธี เลิกบุหรี่ด้วยธรรมชาติบำบัด” ม.ป.ป. : ออนไลน์)

การออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมคลายเครียดที่ได้ผลมากสำหรับผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ อาจเป็นการวิ่งเหยาะๆ 30-40 นาที จะทำให้ร่างกายคลายเครียด อดอยากหรือน้อยลง ทั้งยังทำให้เปลี่ยจึงหลับสบาย และการปรับพฤติกรรมการดื่มน้ำในแต่ละวันให้มากขึ้น จะช่วยขับนิโคตินออกจากร่างกาย ทำให้อาการอยากบุหรี่หายไปได้เร็วขึ้น วิธีการเลิกบุหรี่ที่ใช้ได้ผลมีหลายวิธี ดังนี้

1. วิธีทางธรรมชาติบำบัด

วิธีทางธรรมชาติบำบัดที่ลดอาการลงแดงจากการเลิกสิ่งเสพติดได้ดี ก็คือ การฝึกชี่กง มีงานวิจัยในผู้เสพเฮโรอีนที่ถูกส่งมาบำบัด กลุ่มหนึ่งไม่ทำอะไร , กลุ่มหนึ่งให้กินยาเล็ก , อีกกลุ่มหนึ่งให้ฝึกชี่กงเพียงอย่างเดียว จากการตรวจวัดระดับสารเฮโรอีน พบว่า กลุ่มที่ฝึกชี่กงนั้นสามารถขจัดอนุพันธ์ของเฮโรอีนออกจากตัวได้เร็วที่สุด นอกไปจากนั้น อาการลงแดงที่เกิดระหว่างการบำบัด พบว่ากลุ่มที่ฝึกชี่กงมีอาการลงแดงเพียง 4-5 วันเท่านั้น เทียบกับกลุ่มควบคุมแล้วต้องใช้เวลาเกือบ 10 วันกว่าที่อาการลงแดงจะหายไป ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รักษาด้วยยาเล็กที่อาการลงแดงจะหายไปภายใน 7 วัน ก็ยังพบว่ากลุ่มที่ฝึกชี่กงยังให้ผลลดอาการลงแดงได้ดีกว่าการกินยาเสียอีก ในคนสูบบุหรี่ก็เช่นกัน ถ้าได้ฝึกชี่กงควบคู่ไปกับวิธีการอดบุหรี่อื่นๆ ก็จะช่วยให้ผ่านช่วงอยากบุหรี่ไปได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

2. การใช้พืชสมุนไพรและผลไม้

สมุนไพร ที่ใช้ ได้แก่ หญ้าดอกขาว(*Leptochloa chinensis* (L) Nees) ซึ่งเป็นต้นไม้จำพวกต้นหญ้า พบว่า sodium nitrate ในหญ้าดอกขาวช่วยให้ช่องปากจืด รับประทานน้อยลง ขนาดที่ใช้คือ หญ้าดอกขาวทั้งต้นตากแห้งจำนวน 3 กรัม ชงดื่มด้วยน้ำจนได้ปริมาณเครื่องดื่มชา 150 มิลลิตร ดื่มวันละ 3 ครั้ง โดยการวิจัยนี้สามารถส่งเสริมให้เลิกบุหรี่ให้เห็นผลในเดือนที่ 2 ของการใช้วันละ 4 ครั้ง ครั้งละ 2 กรัม หลังอาหารทุกมื้อ และปัจจุบันได้มีผู้นำมาสกัดเป็นชาชงดื่ม หรือโดยเมื่อใดที่ต้องการสูบบุหรี่ ให้ดื่มชาหญ้าดอกขาว 1 แก้วก่อน เมื่อดื่มเข้าไปแล้วถ้าสูบบุหรี่ตามจะทำให้ความรู้สึกจากการสูบบุหรี่ไม่เหมือนที่เคย และอาจไม่อยากสูบบุหรี่ต่อไป ในที่สุดก็อาจเลิกสูบบุหรี่ได้ จากผลการดำเนินงานโครงการคลินิกอดบุหรี่ของ โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร ได้ใช้รูปแบบการบำบัดรักษา แบบผสมผสานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และมีการใช้ชาชงสมุนไพรหญ้าดอกขาว 1 ชอง ละลายน้ำ 1 แก้ว ดื่มวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร รับประทานวิตามินซี (100 มิลลิกรัม) 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร และใช้น้ำยาอมบ้วนปากเวลาที่มีอาการอยากบุหรี่ ใช้เวลาประมาณ 1 - 2 เดือน พบว่าได้ผลดี แต่เนื่องจากหญ้าดอกขาวเป็นกลุ่มที่มีโปแตสเซียมสูง การใช้จึงควรระวังในรายที่มีประวัติโรคหัวใจ ส่วนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น อาจมีอาการคอแห้งปากแห้ง เป็นต้น

สำหรับผลไม้ที่ไม่ใช้ได้แก่ผลไม้รสเปรี้ยวที่มีวิตามินซีสูง โดยเฉพาะมะนาว พบว่าเมื่อนำไปใช้แล้วได้ผลดีมาก เนื่องจากมะนาวมีผลต่อการทำงานของต่อมรับรสชม ทำให้รสชาติของบุหรี่ปริมาณไป ซึ่งวิธีการกินจะหั่นมะนาวเป็นชิ้นเล็กๆ ให้มีเปลือกติดมาด้วย ขนาดพอกำ เมื่อมีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ให้กินมะนาวแทน โดยอมแล้วค่อยดูดความเปรี้ยว จากนั้นเคี้ยวเปลือกอย่างช้าๆ นาน 3-5 นาที มะนาวจะมีผลทำให้ลิ้นขม เพื่อน จากนั้นดื่มน้ำ 1 ถ้วย นอกจากช่วยลดความอยากนิโคตินแล้ว เมื่อสูบบุหรี่จะทำให้รสชาติบุหรี่ปริมาณเป็นขมจนไม่อยากจะสูบบุหรี่ และสามารถกินมะนาว หรือผลไม้ชนิดอื่นที่มีความเปรี้ยวมากๆ ได้ทุกครั้งที่เกิดความอยากบุหรี่ปริมาณ ซึ่งการเลิกบุหรี่ปริมาณด้วยการกินมะนาวส่วนใหญ่มักจะเลิกบุหรี่ปริมาณได้ใน 2 สัปดาห์ และไม่อยากจะสูบบุหรี่อีก

นอกจากนี้ยังมีผลิตภัณฑ์ที่นำเอาหญ้าดอกขาว ผสมกับชะอมเทศ มะขามป้อม และสมอไทย มาผลิตเป็นเม็ดอมสมุนไพรอดบุหรี่ปริมาณ หรือบางที่เรียกว่าเม็ดอมอดบุหรี่ปริมาณหรือลูกอมอดบุหรี่ปริมาณ ซึ่งก็นับว่าเป็นอีกทางเลือกอีกทางหนึ่งปลอดภัยเพราะผลิตจากสมุนไพร

3. วิธีการแพทย์

สำหรับผู้ที่ไม่มั่นใจว่าจะทำการอดบุหรี่ปริมาณได้เองหรือไม่ จะใช้วิธีการแพทย์คือวิธีการฝังเข็ม โดยจะมีจุดฝังเข็มตามจุดของร่างกาย ได้แก่ที่หู ตัว ประมาณ 15 จุด โดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 20-30 นาทีก่อนดึงเข็มออก และต้องทำการฝังเข็มเป็นเวลาติดต่อกันประมาณ 5 วัน หรือใช้วิธีฝังเข็มเป็นคอร์ส 1 คอร์ส หมายถึง วันละครั้งหรือวันเว้นวัน 3 ครั้ง ซึ่งโดยทั่วไปใช้เวลา 1-2 คอร์ส การฝังเข็มมีผลในการปรับความสมดุลของเซลล์ การทะลวงเส้นลมปราณ การขับพิษออกจากร่างกาย การฝังเข็มเพื่ออดบุหรี่ปริมาณ ผลจะปรากฏใน 2-3 วันแรก ในตอนนี้ถ้าสูบบุหรี่จะรู้สึกขมเผ็ด เหมือนกินใบไม้ที่ขมจัด และมีกลิ่นโลหะ จนเกิดอาการเบื่อที่จะสูบบุหรี่ หรือหากมีอาการอยากสูบบุหรี่ก็ไม่ทรมานมากนัก สำหรับงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการฝังเข็มอดบุหรี่ปริมาณนี้ก็ยังไม่ค่อยมีให้เห็นมากนัก โดยงานวิจัยที่มีอยู่พบว่า วิธีการนี้ได้ผลเพียงไม่เกินร้อยละ 20 อีกทั้งการรักษาด้วยวิธีนี้ ก็ยังไม่ใช่เครื่องบ่งชี้ที่ชัดเจนว่าสามารถรักษาได้ตามที่องค์การอนามัยโลกให้การยอมรับ ระบบทางเดินหายใจเป็นระบบหลักที่ทำให้เกิดอาการหลังจากเลิกบุหรี่ปริมาณ ดังนั้นการรักษาด้วยการฝังเข็มไม่ว่าจะเป็นเข็มตัวหรือเข็มหูจึงต้องเลือกเส้นลมปราณและจุดที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้ยังต้องเพิ่มจุดที่ทำให้กระวนกระวายกระสับกระส่ายหลังเลิกสูบบุหรี่ เสริมด้วยจุดคอยหยอดและจุดกลองเสียงสำหรับผู้ที่กระวนกระวายจากการติดบุหรี่ปริมาณ การค้นคว้ารักษาผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ปริมาณด้วยเข็มหูในประเทศยุโรป บางประเทศพัฒนาก้าวหน้าไปมาก มีสิ่งใหม่ๆ จุดใหม่ๆ ที่ใช้แล้วได้ผลค่อนข้างดี แต่ก่อนจะรักษาด้วยวิธีนี้ ผู้ป่วยจะต้องงดสูบบุหรี่ก่อนการลงมือฝังเข็มประมาณ 6 ชั่วโมง ส่วนสมุนไพรก็มีคนเคยแนะนำเหมือนกัน โดยนำไปต้มดื่มเหมือนชา แต่ยังไม่

แน่ใจในการใช้ จึงไม่สามารถแนะนำมาในที่นี้ ถ้าสนใจคุณน่าจะพาเด็กมาลองดู ทั้งนี้ต้องให้เด็กสมัครใจด้วยจึงจะได้ผล

4. นิโคตินทดแทน

นิโคตินทดแทนซึ่งทำเป็นแผ่นปะ หรือหมากฝรั่ง อาจารย์พอล เอพยาร์ด และคณะนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยเบอร์มิงแฮม อังกฤษ ทำการทบทวนผลการศึกษา 7 รายงาน รวมกลุ่มตัวอย่างเกือบ 3,000 คนผล การศึกษาพบว่า การใช้นิโคตินทดแทน เช่น หมากฝรั่ง แผ่นปะ ฯลฯ ช่วยเพิ่มโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จที่ 6 เดือน 6.75% หรือประมาณ 2 เท่าของยาหลอก (ยาที่ทำให้เหมือนยาจริงแต่ไม่มีเนื้อยา)

การเลิกสูบบุหรี่สำหรับประเทศไทยได้มีการสำรวจในปี 2550 โดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ได้สำรวจถึงอัตราการเลิกบุหรี่และความพยายามเลิกบุหรี่ พบว่าตั้งแต่ปี 2534-2550 อัตราการเลิกบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 9.95 เป็น 18.29 ซึ่งมากขึ้นเป็นเท่าตัว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในประเทศไทยได้มีหน่วยงานหลายหน่วยที่ให้ความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่รวมถึงการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และขายบุหรี่ แต่จากการสำรวจครั้งนี้พบว่า มีผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ โดยเลิกได้นาน 11 เดือนและกลับมาสูบบุหรี่ใหม่มีจำนวน 1.77 ล้านคน จากผู้ที่สูบ 10.86 ล้านคน ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจ คือ กลุ่มที่พยายามเลิกสูบบุหรี่หลายครั้ง ช่วงระยะเวลาการเลิกสูบบุหรี่ครั้งสุดท้ายก่อนกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำยิ่งน้อยลง แสดงให้เห็นว่าการช่วยให้เลิกบุหรี่นั้นควรทำให้สำเร็จตั้งแต่ระยะพยายามเลิกบุหรี่ครั้งแรก และพบว่ามีผู้เลิกบุหรี่ครั้งสุดท้ายได้ยาวนานถึง 20 ปี ก็ยังกลับมาสูบบุหรี่ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคติดยาสูบแต่ละรายมีปัจจัยกระตุ้นหรือกลไกในการเสพติดแตกต่างกัน ซึ่งอาจจะขึ้นกับปัจจัยทางร่างกายหรือจิตใจก็ได้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้พยายามหาเทคนิคที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดยาสูบสามารถที่จะเลิกการสูบบุหรี่ได้ ซึ่งประเทศไทยปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันควบคุมยาสูบ กรมการแพทย์ ได้มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการรักษาผู้ติดยาสูบโดยใช้หลัก 5 As (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. 2546 อ้างถึงใน ปิยภรณ์ เขาวเรศ. กันยายน-ธันวาคม 2550) หลักการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดยาสูบ แบบ 5As ประกอบด้วย

Ask ถาม เป็นการซักถามประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ

อื่นๆ ทุกชนิด

Advice แนะนำ เป็นการให้คำสั่งหรือขอให้ผู้ที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด

Assess ประเมิน ประเมินความรุนแรงในการติดยาสูบและความประสงค์ในการเลิกสูบบุหรี่

Assist ช่วยเหลือ ช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้
สำเร็จ

Arrange ติดตาม ติดตามผลการบำบัดของผู้สูบบุหรี่ทุกราย

อย่างไรก็ตามการเลิกบุหรี่ที่ได้ผลที่สุดนั้น ต้องเกิดจากความสมัครใจและความร่วมมือ
อย่างเต็มที่ของผู้เลิกเอง ต้องมีการจดบันทึกของจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน อาการแสดงเมื่อ
หยุดสูบ รวมทั้งช่วงเวลาที่เกิดอาการมากที่สุด เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมและช่วยเหลือ
ต่อไป

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ประสิทธิภาพการเลิกบุหรี่ สมรรถภาพปอดก่อน -หลังเลิก บุหรี่

จากวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งของการศึกษารั้งนี้เพื่อทราบประสิทธิผลของโครงการรณรงค์
การเลิกสูบบุหรี่ นั้นดัชนีที่ใช้คือ ค่าสมรรถภาพปอด การตรวจสมรรถภาพปอดมีความสำคัญต่อ
การวินิจฉัย ประเมินผล และติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคระบบการหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรคหืด โรคที่ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ซึ่งผู้ที่ควรได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด ได้แก่ ผู้ที่มี
อาการไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงแม้ไม่มีอาการ เช่น ผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะอายุ 40 ปี
ขึ้นไป ผู้สัมผัสฝุ่น คิววันที่เป็นอันตรายต่อปอด เช่น ทำงานในเหมืองแร่ มีฝุ่นฝ้าย มีฝุ่นหินทราย
(เบญจมาศ ช่วยชู. 5 กันยายน 2555 : ออนไลน์) การตรวจสมรรถภาพปอดจะได้ค่าการตรวจ
หลายค่าในการศึกษารั้งนี้ใช้ค่า Forced Expiratory volume in 1 Second (FEV 1) เป็น
ตัวชี้วัด ซึ่งงานวิจัยหลายชิ้นได้เลือกใช้ค่า FEV 1 เป็นดัชนีบ่งบอกสมรรถภาพปอด (Enright,
Connett and Bailey. 2002 ; Simmons et al. 2005. ; Bohadana et al. 2006 ; Peter, and
John. 2010) การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่กับผลกระทบต่อสมรรถภาพปอดจึง
มีความสำคัญ ซึ่งคณะวิจัยได้ทำการศึกษาดังนี้

ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อสมรรถภาพปอดไม่มากนัก
บางส่วนจะศึกษาในลักษณะของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปียวดี อัครนิตย์และคณะ (2552) ได้
ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของความเข้มข้นของฝุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อสมรรถภาพปอดของ
พนักงานในโรงงานผลิตเสาเข็ม โดยทำการศึกษาในกลุ่มคนงานในหลายแผนก พบว่าความเข้มข้น
ของฝุ่นรวมและฝุ่นที่เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-
value<0.05) ใน 3 บริเวณ คือ แทนผลิต 1 (r=0.869) แทนผลิต5 (r=0.744) และไซโล3 (r=0.504)
และได้หาความสัมพันธ์ของสมรรถภาพปอดกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
รวม 125 ตัวอย่าง (สำนักงาน 24 ตัวอย่าง แทนผลิต1 39 ตัวอย่างแทนผลิต3 36 ตัวอย่างแทน

ผลิต 5 17 ตัวอย่าง ไชโล 1 6 ตัวอย่าง ไชโล 3 3 ตัวอย่าง) จากการตรวจสมรรถภาพปอดพบว่า ตัวอย่างที่มีสมรรถภาพปอดปกติมีจำนวน 103 คนและที่ผิดปกติมีจำนวน 22 คน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถภาพปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาการทำงานในโรงงานนี้ และระยะเวลาที่เคยทำงานในที่บริเวณที่มีไอสารเคมี

จากการศึกษาผลการสูบบุหรี่กับสมรรถภาพปอด ในกลุ่มนักศึกษาอาชีวศึกษา ในกรุงเทพมหานคร ของ สุวรรณิ จรุงจิตตธำมณี และคณะ (2553) ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในนักศึกษาเพศชาย มีช่วงอายุระหว่าง 17-23 ปี และแบ่งกลุ่มนักศึกษาเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ โดยมีช่วงเวลาสูบประมาณ 3.68 ปี สูบ 3.68 มวน/วัน และในกลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ทำการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยค่า FVC, FEV1, FEV1/FVC และ FEF25-75% ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

นิภาพร เมืองจันทร์ และคณะ (มกราคม-มีนาคม 2554) ทำการศึกษาสมรรถภาพปอดในกลุ่มตำรวจ ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 127 คน เป็นตำรวจจราจร จำนวน 53 คน และ ตำรวจประจำสำนักงาน ปฏิบัติหน้าที่ในสายงานธุรการและงานบริหาร จำนวน 74 คน วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ ประเมินสมรรถภาพปอด (FVC, FEV1 และ FEV1/FVC) และ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับสมรรถภาพปอด เช่น การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการทำงานในแผนก และ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าระดับสมรรถภาพปอดของตำรวจในจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับปกติและไม่มีความแตกต่างกันระหว่างตำรวจจราจร (FVC=89.79±1.69, FEV1=93.58±2.13, FEV1/FVC=87.62±1.46) และตำรวจประจำสำนักงาน (FVC=87.27±1.54, FEV1=90.14±2.20, FEV1/FVC=86.55±1.40) การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการทำงาน และพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์น้อยกับระดับสมรรถภาพปอด ($r^2 < 1$) จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ระดับสมรรถภาพปอดของตำรวจในจังหวัดอุบลราชธานียังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาถึงผลกระทบต่อสมรรถภาพปอดจากการสูบบุหรี่อยู่หลายลักษณะ เช่น Regalado-Pineda, Justino et al. (2005) ทำการศึกษาผลกระทบต่อสมรรถภาพปอดต่อการเกิดอาการระบบทางเดินหายใจ การศึกษาทำในกลุ่มวัยรุ่นเม็กซิกัน ตรวจสมรรถภาพปอดค่า FVC, FEV1 และ FEV1/FVC ผลการศึกษาจากการสมรรถภาพปอด ในกลุ่มคนจำนวน 919 คน โดยมีอายุระหว่าง 14-86 ปี การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับค่าสมรรถภาพปอดที่ลดลง และกลุ่มที่เป็นหอบหืดจะมีค่า FVC ลดลงด้วย เช่นเดียวกับ Berry, O. F. et al. (2008) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มคนอเมริกาที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ โดยใช้ข้อมูลจาก The G. V. (Sonny)

Montgomery VA Medical Center จำนวน 108 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม African American และภรรยาที่สูบบุหรี่ มีค่า FVC และ FEV(1) แตกต่างจากกลุ่มคนที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

Najeeb Hassan Mohammed (2010) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอด ซึ่งคณะวิจัยมีวัตถุประสงค์ในการประเมินผลกระทบต่อการทำงานของปอดจากการสูบบุหรี่ โดยเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มคนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่าค่า FVC, FEV1, FEV1/FVC ของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน แต่เมื่อเปรียบเทียบผลพบว่าค่าเหล่านี้ในกลุ่มที่สูบบุหรี่จะมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

Simmons, M. S. et al. (June 2005) ได้ศึกษาการลดการสูบบุหรี่และอัตราการลดลงของค่า FEV(1) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพปอด 10 แห่งในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา จำนวน 1,980 คน พบว่าการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ในแต่ละวันไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงค่า FEV(1) ในปีแรก จากการติดตาม 5 ปี ผู้สูบบุหรี่ที่ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ในแต่ละวันลงเหลือน้อยมากมีการเปลี่ยนแปลงค่า FEV(1) ลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่

Bohadana, A. B. et al. (2006 : Online) ได้ศึกษาค่า FEV(1) ในผู้ที่ประกอบอาชีพสัมผัสมลพิษทางอากาศจากการทำงาน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 165 คน ศึกษาอาการระคายเคืองทางเดินหายใจ (Airway hyperresponsiveness : AHR) และค่า FEV(1) โดยติดตาม 1 ปี ผลการศึกษาได้กลุ่มตัวอย่าง 67 คน แบ่งเป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ 32 คน สูบลดลง 17 คน และยังคงสูบบุหรี่ 18 คน การศึกษาค่า AHR และค่า FEV(1) พบว่ากลุ่มที่หยุดสูบบุหรี่มีค่า AHR และค่า FEV(1) ดีขึ้นอย่างช้าๆ แต่มีนัยสำคัญ แต่ในกลุ่มที่ลดการสูบบุหรี่มีค่า AHR ดีขึ้นเล็กน้อย แต่ค่า FEV(1) เหวลง

Peter, N. Lee and John, S. Fly (2010 : Online) ได้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการลดลงของค่า FEV(1) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลยหมายถึงไม่เคยสูบบุหรี่นับตั้งแต่เริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการ (never smokers) กลุ่มที่หยุดสูบบุหรี่ หมายถึงยังสูบบุหรี่เมื่อเริ่มโครงการแต่หยุดสูบบุหรี่เมื่อสิ้นสุดโครงการ (quitters) กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ หมายถึงเลิกสูบบุหรี่เมื่อเริ่มโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการ (ex-smokers) กลุ่มสูบบุหรี่ หมายถึงยังสูบบุหรี่ตั้งแต่เริ่มเข้าตรวจการอัตราการโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการก็ยังคงสูบบุหรี่ (continuing smokers) พบว่ากลุ่มสูบบุหรี่มีอัตราการลดลงของค่า FEV(1) มากที่สุด ลดลงมากกว่า 10 ml ต่อปีเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ และมีความสัมพันธ์กับจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ในแต่ละวัน อัตราการลดลงของค่า FEV(1) ในกลุ่มเลิกบุหรี่คล้ายคลึงกับอัตราการลดลงของค่า FEV(1) ในกลุ่มไม่เคยสูบบุหรี่

ส่วนอัตราการลดลงของค่า FEV(1)ในกลุ่มหยุดสูบบุหรี่มากกว่าสองกลุ่มดังกล่าวเล็กน้อย

Emmons K. M. et al. (1992) ได้ทำการศึกษาที่โรงพยาบาล Miriam โดยติดตาม ประเมินผลสมรรถภาพปอดของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ด้วยตัวชี้วัดที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของ สมรรถภาพปอด 3 ดัชนี คือ ค่า 1) maximum mid-expiratory flow (MMF) 2) forced expiratory volume in 1 second FEV(1) 3) force vital capacity (FVC) พบว่า ค่า MMF จะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากเลิกสูบบุหรี่ 3 เดือน และยังคงเป็นเช่นนี้ต่อไปอีก 6เดือน ของการติดตามผู้เลิกสูบบุหรี่ในโครงการ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าอย่างน้อยมี 1 ตัวชี้วัด สมรรถภาพปอดที่ดีไว้ใช้ตลอดระยะเวลาของโครงการเลิกบุหรี่

การวิจัยเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า การศึกษาของจิตรา จินารัตน์ (2545) และอารีย์ พรหมไม้ (2543) พบว่าการมีส่วนร่วม ส่งเสริม และสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ และแหล่งที่ให้ความ ช่วยเหลือด้วยร่นในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จคือโรงพยาบาลมีส่วนช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ในด้านการ สนับสนุนของบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มเพื่อน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การศึกษาของ นิทรา วรรณรัตน์ (2539) และสายรุ้ง โพธิ์เขต (2538) พบว่าปัจจัยที่มีความ สำคัญต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ใช้บริการอดบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ได้แก่ ผู้ใกล้ชิดบอกให้เลิกสูบบุหรี่ กลุ่มเพื่อน การได้แบบอย่างที่ดีจากพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่และครูที่ไม่สูบบุหรี่ หรือได้รับการอบรมจาก ครูที่ทำให้มีความเชื่อเรื่องโทษของบุหรี่และสามารถเลิกสูบบุหรี่เพราะบิดามารดา ญาติพี่น้อง อาจารย์ เพื่อน และคนรักแนะนำให้งดสูบบุหรี่ ความรู้และความเชื่อเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล (intra individual causal assumption) ซึ่ง บลูม (Bloom. 1984) กล่าวว่าถ้าหากบุคคลมีความรู้ เกี่ยวกับเรื่องที่จะกระทำดีหรือถูกต้องจะทำให้ประพฤติหรือปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งหากบุคคลมีความ เชื่อเช่นใดอาจนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมนั้นได้ในเวลาต่อมาและจะเห็นว่าการเข้าถึงสถาน บริการด้านสุขภาพ และด้านการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่ม เพื่อน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผลในการส่งเสริมและสนับสนุน พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เช่นกันซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (extra individual causal assumption)

การดำเนินโครงการเลิกบุหรี่ของจังหวัดน่าน พบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ใน ระยะเริ่มต้นของโครงการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำในจำนวนที่เพิ่มขึ้น จากข้อมูลสถิติการตายของ ประชากรจังหวัดน่านและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอวานาน้อย โรงพยาบาลนา

น้อยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่มาโดยตลอด จึงยังคงดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องและได้ปรับปรุงโครงการโดยยึดผู้ติดยาสูบหรือเป็นศูนย์กลางมีการประสานระหว่างเครือข่าย 4 ส่วน คือ ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ในการที่จะทำให้ผู้ติดยาสูบแต่ละรายมีความตั้งใจมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ มีหลักการว่า “ขอให้เกลียดการสูบบุหรี่แต่อย่ารังเกียจผู้สูบบุหรี่ขอให้รักและปรารถนาดีต่อผู้สูบบุหรี่ ” ซึ่งโครงการเลิกบุหรี่มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาการติดยาสูบของบุคคลในชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุขช่วยในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมช่วยในกระบวนการเลิกบุหรี่ และเพื่อใช้เป็นหมู่บ้านต้นแบบนำร่องในการแก้ไขปัญหาการติดยาสูบในชุมชนอื่นๆ ต่อไป โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูบบุหรี่ที่สมัครใจจำนวน 125 คนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลน่าน้อย 12 หมู่บ้านเมื่อดำเนินการครบ 1 ปี 2 เดือน พบว่าผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ร้อยละ 58 กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (โรงพยาบาลน่าน้อย กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน. 2549)

ได้มีการจัดทำแนวทางในการเลิกบุหรี่ของประเทศไทย โดยแนวทางที่ได้รับความนิยม คือ 5As จากการศึกษาของ ปิยภรณ์ เยาวเรศ และคณะ (กันยายน-ธันวาคม 2550) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างบริบทองค์กรกับกระบวนการให้บริการเลิกบุหรี่ของคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาล โดยการให้บริการใช้หลักการ 5 As ผลการศึกษาพบว่าขั้นตอนการถาม และให้คำแนะนำ มีความสำคัญและมีผลต่อการช่วยให้ผู้ติดยาสูบสามารถเลิกได้ร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำ

ในกรณีปัจจัยอื่นๆ ที่จะทำให้การเลิกบุหรี่ประสบความสำเร็จ คือ ความพร้อมและความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ จะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่มีความพร้อม ดังเช่นการศึกษาของ สว่าง แสงหิรัญวัฒนา (2541) และ มาลินี ภูวนันท์ (2538) ที่พบว่าบุคคลที่มีความพร้อมในการตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

วิธีการเลิกบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ไทยเลือกเพื่อการเลิกบุหรี่มีหลายวิธี ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประกิจ วาทีสาธกกิจ ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 10 (2554) ไว้ดังนี้ 1) เลิกด้วยตนเองร้อยละ 88.9 2) ใช้ยาช่วยร้อยละ 10.6 และ 3) ปรึกษา/รับคำแนะนำร้อยละ 5.8 4) วิธีอื่นๆ ร้อยละ 2.9

Centers for Disease Control and Prevention (2011 : Online) รายงานว่ามีผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 68.8 ร้อยละของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่และหยุดสูบบุหรี่มากกว่า 1 วันในปี 2010 เพราะบุคคลเหล่านั้นพยายามเลิกสูบบุหรี่ มีรายละเอียดดังนี้

ร้อยละ 52.4 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่มีจำนวน 23.7 ล้านคน

ร้อยละ 62.4 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 18 - 24 ปี
ร้อยละ 56.9 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 25 - 44 ปี
ร้อยละ 45.5 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 45 - 64 ปี
ร้อยละ 43.5 ของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่อายุ 65 ปีขึ้นไป

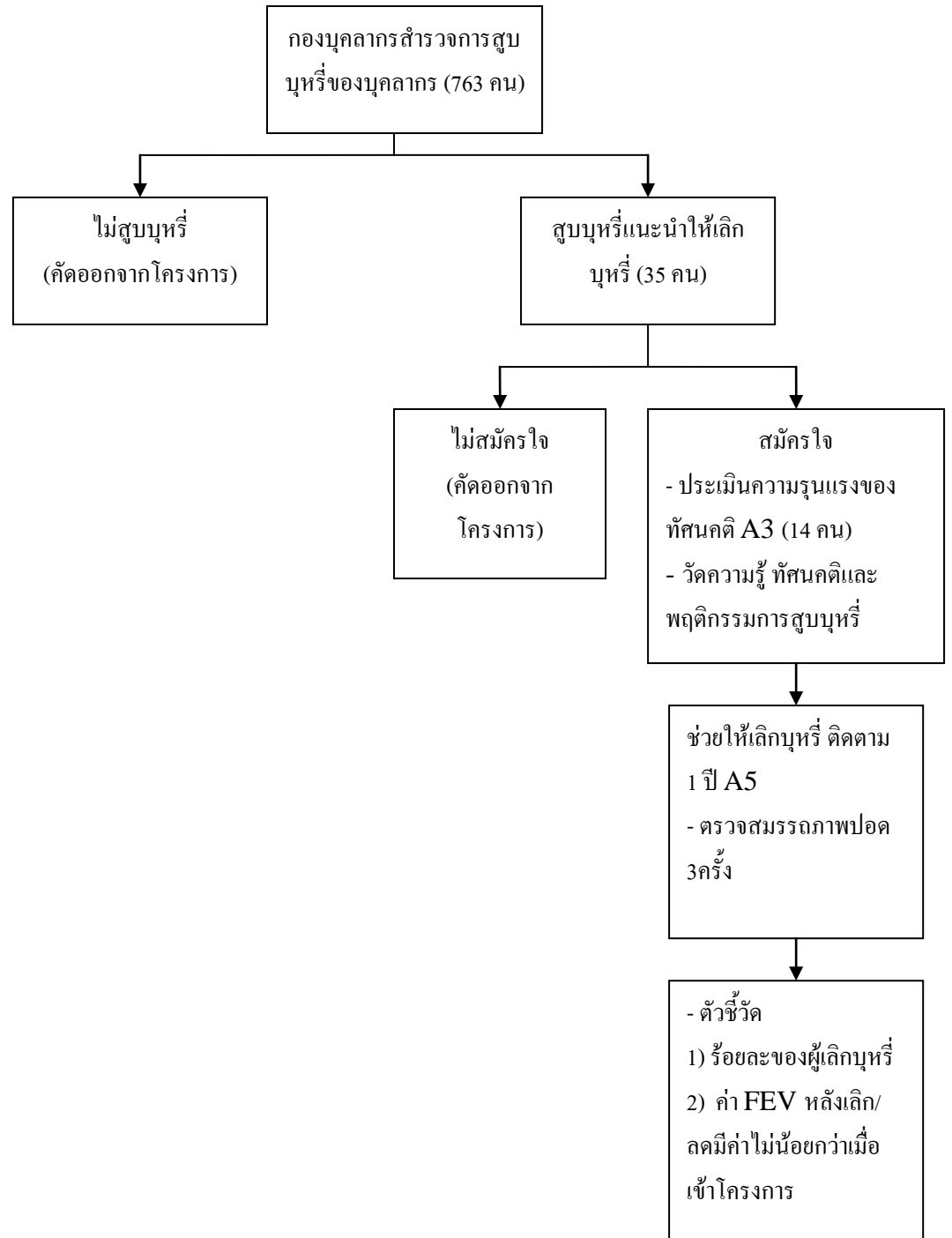
หนึ่งหทัย อุทัยขวัญแก้ว (2555) นักจิตวิทยา โรงพยาบาลปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ที่ให้บริการคลินิก อดบุหรี่โดยใช้เทคนิค 5A มีผู้รับบริการคัดกรอง A1 - A2 จำนวน 1,000 ราย สมัครใจเลิกบุหรี่ จำนวน 10 ราย ผู้รับบริการสามารถเลิกได้โดยถามเพียง A1 - A2 จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50

กรณีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ มีดังนี้ มีการศึกษาถึงรูปแบบวิธีการเลิก อด การสูบบุหรี่ไว้หลายฉบับ ซึ่งสามารถสรุปในส่วนที่น่าสนใจ เช่น Peter Gariti et al. (October 2009) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการลด/เลิกสูบบุหรี่ของการให้คำปรึกษาตามระดับความเข้ม (high vs. low) ร่วมกับการใช้ แผ่น bupropion หรือ nicotine โดยได้ศึกษาในกลุ่มที่สูบบุหรี่ในระดับ 6-15 มวน/วัน จำนวน 260 คน และมีการติดตามผลการสูบบุหรี่ทั้งลดและเลิกสูบบุหรี่โดยแบ่งช่วงเวลาติดตาม เป็น 3 ช่วง คือ 12 , 26 และ 52 สัปดาห์ นับจากเริ่มโครงการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ให้คำปรึกษาทั้ง 2 กลุ่มให้ผลการศึกษาของอัตราการเลิกสูบบุหรี่ที่คล้ายกัน และพบว่าช่วงเวลาที่ดีที่สุดคือ การให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นในช่วง 12 สัปดาห์แรกจะมีผลต่อการลดการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างหนัก (20 มวน/วัน) พบว่ามีจำนวนน้อยที่จะหยุดสูบบุหรี่ จึงสรุปได้ว่าการศึกษาในรูปแบบการให้คำปรึกษาเหมาะสมต่อผู้สูบบุหรี่ในปริมาณน้อย

ในปี 2009 , Xiaolei Zhou et al. ได้ทำการทดลองหาวิธีการลดการสูบบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ โดยทำการศึกษาในกลุ่มคน 2431 ที่ใช้ internet ในประเทศ United States, United Kingdom, Canada, France และ Spain ซึ่งอาสาสมัครเหล่านี้ จะมีอายุอยู่ในช่วง 35-65 ปี ปริมาณการสูบบุหรี่มากกว่า 5 มวน/วัน และมีความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ให้ได้ภายใน 3 เดือน การศึกษาได้ทำการติดตามเป็นเวลา 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถลด/หยุดสูบบุหรี่ได้ และสามารถที่จะทำนายการกลับมาสูบบุหรี่ได้ แต่การใช้วิธีการกระตุ้นนั้นจะสามารถทำให้ลด/หยุดสูบบุหรี่ได้แต่ไม่สามารถทำนายการกลับมาสูบบุหรี่ได้ คณะวิจัยจึงสรุปได้ว่า การใช้วิธีการกระตุ้นให้หยุดสูบบุหรี่สามารถลดการสูบบุหรี่ได้แต่ไม่สามารถจะทำการป้องกันไม่ให้กลับมาสูบบุหรี่ได้ และพบว่าปัจจัยสำคัญของการกลับมาสูบบุหรี่ยังขึ้นกับสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง

คณะวิจัยของ Delwyn Cattle (2012) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้วิธีการการกระตุ้นเพื่อให้เกิดการหยุดสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นของชุมชนแห่งหนึ่ง โดยมีจำนวนกลุ่มศึกษาจำนวน 255 คน และมีความพร้อมในการหยุดสูบบุหรี่ การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม (2 : 2 : 1) ตามรูปแบบการทดลอง 1. ใช้การกระตุ้นด้วยการสัมภาษณ์ 2. ให้ความรู้ 3. ให้คำแนะนำสั้นๆ ทำการติดตาม 6 เดือนโดยใช้ตัวชี้วัดเป็น 2 รูปแบบ คือ 1. ให้ทำกรายงานด้วยตนเองว่ามีกี่ครั้งที่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้มากกว่า 24 ชม. ในช่วงต่อมา 2. ใช้หลักการทางชีวเคมีเป็นตัวชี้วัดทุก 7 วันเป็นตัวบอกถึงความชุกของการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า การให้ความเข้มงวดในการกระตุ้นให้กำลังใจตั้งแต่การสัมภาษณ์จะสามารถสร้างแรงบันดาลใจให้พยายามเลิกการสูบบุหรี่ได้ดี และยังเป็นข้อมูลทางด้านคลินิกเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการต่อไป สรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยเห็นว่ารูปแบบที่จะใช้ในการทำให้ผู้สูบบุหรี่ลด/เลิก สูบได้ต้องมีการให้แรงกระตุ้นที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานของโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ใช้หลักการ 5 A และเพิ่มการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด และเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลการดำเนินงานของโครงการดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการวิจัยในครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย ใช้หลัก 5A



บทที่ 3 วิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินโครงการรณรงค์การเลิกบุหรี่ ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัว
เฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2554 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.
2555 โดยใช้หลักการ 5A ได้แก่การสอบถามเพื่อ ค้นหาผู้สูบบุหรี่ ถามประวัติการสูบบุหรี่และการ
ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ทุกชนิด แนะนำหรือขอให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด ประเมิน
ความรุนแรงในการติดบุหรี่และความประสงค์ในการเลิกบุหรี่ ช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่าง
เหมาะสมเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ติดตามผลการบำบัดของผู้สูบบุหรี่ทุกราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัย 763 คน คัดกรองผู้ที่สูบบุหรี่ได้ 35 คน การ
คัดเลือกตัวอย่างในการศึกษาคัดจากประชากร สูบบุหรี่ที่ สมัครใจเข้าร่วมโครงการติดต่อกันเป็น
เวลา 1 ปี จำนวน 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามและเครื่องวัดสมรรถภาพปอด
(Spirometer) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและสร้างขึ้นเองสำหรับเก็บข้อมูลด้านต่าง ๆ
ยกเว้นแบบประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินนำแบบประเมินของ Fagerstrom
Test for Level of Nicotine Dependence มาใช้ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องบุหรี่ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน 6 ข้อ

2. เครื่องวัดสมรรถภาพปอด (Spirometer) รุ่น DATOSPIR 200 หมายเลขเครื่อง
118C798 ที่ได้รับการสอบเทียบ จากบริษัทเอกเสคคิวทิฟ เทรดิง จำกัด (EXECUTIVE
TRADING LIMITED) เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2554 และ 26 มีนาคม 2555 (สอบเทียบ ทุกปี)

เกณฑ์การแปลความหมายข้อมูลเกี่ยวกับความรู้

ความรู้ประกอบด้วย กับความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ และสถานที่ห้ามสูบและสัญญาณ
ห้ามสูบบุหรี่

ความรู้มาก หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 80 – 100 (12- 15 คะแนน)

ความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60 – 79 (9- 11.85 คะแนน)

รู้น้อย หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 9 คะแนน)

คะแนนความรู้	การแปลความหมาย
ร้อยละ 80 -100 (12-15 คะแนน)	มาก
ร้อยละ 60 - 79 (9 -11.85คะแนน)	ปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 9 คะแนน)	น้อย

เกณฑ์การแปลความหมายข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติ

ทัศนคติประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ การสูบและการเลิกบุหรี่ รวมทั้งสิทธิและสถานที่ใน
การสูบบุหรี่

ทัศนคติดีมาก หมายถึงได้ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00

ทัศนคติดี หมายถึงได้ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50

ทัศนคติปานกลาง หมายถึงได้ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50

ทัศนคติไม่ดี หมายถึงได้ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50

ทัศนคติไม่ดีมากที่สุด หมายถึงได้ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50

ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ	การแปลความหมาย
4.51-5.00	ดีมาก
3.51-4.50	ดี
2.51-3.50	ปานกลาง
1.51-2.50	ไม่ดี
1.00-1.50	ไม่ดีที่สุด

การแปลผลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน ใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน ของFagerstrom Test for Level of Nicotine Dependenc (FTND) แบบ 5 ระดับ (สมิต วัฒนธัญญกรรม และคณะ. 2546)

ช่วงคะแนน	การแปลผล ระดับการเสพติดนิโคติน
0-2	ต่ำมาก
3-4	ต่ำ
5-6	ปานกลาง
7	สูง
8-10	สูงมาก

การตรวจสอบความสมบูรณ์และการทดลองใช้เครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามให้อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา จำนวน 3 ท่าน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงพร กตัญญูตานนท์ อาจารย์อรพรรณ คุณสนองและอาจารย์จิตตาภรณ์ ศรีสว่าง แล้วจึงนำไปแก้ไขก่อนนำไปทดสอบ

2. การหาค่าความน่าเชื่อถือ ของแบบสอบถาม (Reliability) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดสอบกับพนักงานที่สูบบุหรี่ของบริษัทแห่งหนึ่ง จำนวน 39 คน แล้วนำวิเคราะห์หาค่า KR-20 (Kuder – Richardson) ได้

- ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เท่ากับ 0.8344
- ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.7786

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลมีการเก็บข้อมูลหลายด้านตามขั้นตอนดังนี้

1. ค้นหากลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่สูบบุหรี่โดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องบุหรี่และโทษ (25 พฤษภาคม 2554) และจัดกิจกรรมรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก (31 พฤษภาคม 2554)

สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ

2. เก็บข้อมูลทั่วไป ทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ สอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน โดยการสัมภาษณ์

3. วัดสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเข้าร่วมโครงการและติดตามในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12

4. ติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อให้การช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลา 1 ปี

สถานที่ทำการวิจัย

ทำการวิจัยภายในมหาวิทยาลัย และตรวจวัดสมรรถภาพปอดที่ห้องปฏิบัติการคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายข้อมูลต่างๆ

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการประเมินผลโครงการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 – สิงหาคม 2555 โดยโครงการเลิกบุหรี่ได้สำรวจจำนวนผู้สูบบุหรี่จากหน่วยงานต่างๆ มีผู้สูบบุหรี่ จำนวน 50 คน จัดอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายและผู้สนใจในวันที่ 25 พฤษภาคม 2554 จัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อการเลิกบุหรี่ในวันที่ 31 พฤษภาคม 2554 ซึ่งเป็นวันงดสูบบุหรี่โลก ให้คำแนะนำผู้สูบบุหรี่เพื่อให้เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ ได้จำนวน 14 คน โดยทุกคนที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการประเมินสถานะการติดสารนิโคติน ประเมินความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ตรวจสมรรถภาพปอด เมื่อเข้าโครงการและเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยติดตามการเลิกบุหรี่เป็นรายบุคคล เป็นเวลา 1 ปี ผลการศึกษาแบ่งเป็นหัวข้อดังนี้

- 4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 สถานะการติดสารนิโคติน
- 4.3 ความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การติดตามการเลิกบุหรี่รายบุคคล
- 4.4 ผลการตรวจสมรรถภาพปอด
- 4.5 การติดตามผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ติดต่อกัน 1 ปี

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 13 คน เป็นหญิง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86 และ 7.14 ตามลำดับ อายุอยู่ระหว่าง 32 ถึง 54 ปี เฉลี่ย 43.07 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.71 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 92.86 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 4-6 คน ร้อยละ 50 สูงสุด 8 คน ต่ำสุด 1 คน จำนวนบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ (ไม่รวมผู้ตอบแบบสอบถาม) สูงสุด 2 คน ต่ำสุด คือไม่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจสุขภาพปอด ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ประวัติโรคประจำตัวส่วนใหญ่ ไม่มี โรคประจำตัว 12 คน คิด เป็นร้อยละ 85.71 โดยให้ประวัติว่าเป็นโรคเบาหวาน 1 คน และเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันสูง 1 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางสังคมและประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่

เพศ		n (14)
	ชาย	13
	หญิง	1
อายุ	30 ปี -40 ปี	5
	40 ปีขึ้นไป	9
	Min =32 max= 54 X= 43.07 ปี SD= 8.05	
ระดับการศึกษา		
	ประถมศึกษา	5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	2
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	2
	ปวส.	2
	ปริญญาตรี	3
สถานภาพสมรส		
	โสด	1
	สมรส	13
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
	2-3	5
	4-6	7
	มากกว่า 6	2
	Min =2 max= 8	
จำนวนบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่(คน)		
	ไม่มี	12
	1 คน	2
	Min =0 max= 2	

ตารางที่ 1 ลักษณะทางสังคมและประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่

ประวัติการตรวจสมรรถภาพปอด		(n=14)
	ไม่เคย	14
โรคประจำตัว		(n=14)
	ไม่มี	12
	มี	2

4.2 สภาวะการติดสารนิโคติน

การประเมินสภาวะการติดสารนิโคติน ประเมินจากแบบสอบถามที่ใช้บอกความรุนแรงของระดับการติดสารนิโคติน กลุ่มตัวอย่างมีระดับการติดสารนิโคตินในระดับต่ำมาก, ต่ำและปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.00, 28.57 และ 21.43 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการติดสารนิโคติน

ระดับการติดสารนิโคติน	จำนวน(n=14)
ต่ำมาก (0-2 คะแนน)	7
ต่ำ (3-4 คะแนน)	4
ปานกลาง (5-6 คะแนน)	3
สูง (7 คะแนน)	0
สูงมาก (8-10 คะแนน)	0

4.3 ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

4.3.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ เป็นการสอบถามความรู้เกี่ยวกับโทษ ของบุหรี่ต่อตนเองและบุคคลผู้ได้รับผลกระทบ และสารที่ทำให้ติดบุหรี่ กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่และข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ จัดทำเป็นข้อคำถามโดยมีตัวเลือกให้เลือก 4 ตัวเลือกรวม 15 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมากจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 64.29 รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง 4 คนคิดเป็นร้อยละ 28.57 ค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12.08 จัดอยู่ในระดับมาก รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ระดับความรู้	จำนวน
มาก(12-15 คะแนน)	9
ปานกลาง (9 – 11.85 คะแนน)	4
น้อย (ต่ำกว่า 9 คะแนน)	1
ค่าเฉลี่ย = 12.08	

รายละเอียดของสาระความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ดีมากที่สุด ในคำถามข้อ 3 บุหรี่มีพิษต่อระบบไตในร่างกายมากที่สุด และข้อ 7 หญิงมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ จะมีผลต่อเด็กอย่างไร โดยมีผู้ตอบถูกทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100.00 คำถามที่ตอบถูกในอันดับรองลงมาเท่ากัน 6 ข้อ คือ คำถามข้อ 1 สวรรที่อยู่ในบุหรี่ที่ทำให้คนสูบบุหรี่แล้วติดคือ คำถามข้อ 2 การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอะไร คำถามข้อ 5 สถานที่ใดที่กฎหมายไม่ได้กำหนดเป็นที่ห้ามสูบบุหรี่ คำถามข้อ 9 ผลกระทบที่เกิดกับบุคคลข้างเคียงที่ได้รับควันบุหรี่ คืออะไร คำถามข้อ 13 เครื่องหมายที่แสดงในข้อนี้ หมายถึงอะไร (เครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่) คำถามข้อ 14 คำเตือนบนซองบุหรี่ เตือนเรื่องใด โดยมีผู้ตอบถูก 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 คำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือข้อ 8 เมื่อได้รับนิโคตินเข้าสู่ร่างกายจากการสูบบุหรี่ ร่างกายจะสามารถกำจัดออกได้หมดภายในกี่ชั่วโมง โดยมีผู้ตอบถูก 3 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (14)

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	ตอบถูก (คน)
1.สารที่อยู่ในบุหรี่ที่ทำให้คนสูบบุหรี่แล้วติดคือ	13
2.การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอะไร	13
3.บุหรี่มีพิษต่อระบบใด มากที่สุด ในร่างกาย	14
4.ผลิตภัณฑ์ที่ช่วยเลิกบุหรี่ได้คือ	12
5.สถานที่ใดที่กฎหมาย ไม่ได้กำหนด เป็นที่ห้ามสูบบุหรี่	13
6.สารในบุหรี่ที่ทำให้เส้นเลือดหดตัว และเกิดการอุดตันเร็วขึ้น คือ	5
7.หญิงมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ จะมีผลต่อเด็กอย่างไร	14
8.เมื่อได้รับนิโคตินเข้าสู่ร่างกายจากการสูบบุหรี่ ร่างกายจะสามารถกำจัดออกได้หมดภายในกี่ชั่วโมง	3
9.ผลกระทบที่เกิดกับบุคคลข้างเคียงที่ได้รับควันบุหรี่ คืออะไร	13
10.การดื่มน้ำมากๆในระหว่างการเลิกบุหรี่เพื่อประโยชน์ในขับสารใดออกจากปัสสาวะ	8
11.กฎหมายระบุนุ้ห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่ากี่ปี	10
12.หมายเลข 1600 เป็นหมายเลขโทรศัพท์เกี่ยวข้องกับบริการด้านใด	11
13.เครื่องหมายที่แสดงในข้อนี้ หมายถึงอะไร	13
14.ค่าเดือนบนซองบุหรี่ เดือนเรื่องใด	13
15.วันงดสูบบุหรี่โลก ตรงกับวันใด	10

4.3.2 ทักษะคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมาคือ ระดับดีมากจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 ค่าเฉลี่ยทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 4.07 จัดอยู่ในระดับดี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติ

ระดับทัศนคติ	จำนวน (n=14)
ดีมาก	4
ดี	8
ปานกลาง	2
ไม่ดี	0
ไม่ดีที่สุด	0

เมื่อแจกแจงเป็นรายข้อ ส่วนใหญ่มีทัศนคติดี คิดเป็นร้อยละ 60.00 ข้อที่มีทัศนคติรองลงมาเป็นระดับดี คิดเป็นร้อยละ 26.67 สำหรับข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่เห็นด้วยมากที่สุดมีค่าระดับ 4.79 คือ ข้อ 3 “หากข้าพเจ้าเลิกบุหรี่จะทำให้สุขภาพดีขึ้น” รองลงมา มีค่าระดับ 4.64 จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 5 ไม่เห็นด้วยมากที่สุด “การเลิกบุหรี่ทำให้ข้าพเจ้าเสียเพื่อน” และข้อ 14 เห็นด้วยมากที่สุด “ถึงจะไม่สูบบุหรี่ก็สามารถเข้ากับเพื่อนๆ ได้” ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เป็นรายข้อ (n=14)

ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย	SD	X	การแปลผล
1. ในโลกนี้ไม่มีใครช่วยคุณเลิกบุหรี่ได้	3 21.4	1 7.1	2 14.3	1 7.1	7 50.0	1.70	3.57	ดี
2. คิดว่าสายเสียแล้วที่จะเลิกบุหรี่เพราะสูบมานานแล้ว	3 21.4	1 7.1	2 14.3	0 0.0	8 57.1	1.74	3.64	ดี
3. หากข้าพเจ้าเลิกบุหรี่จะทำให้สุขภาพดีขึ้น	12 85.7	2 14.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.43	4.79	ดีมาก
4. การเลิกบุหรี่ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง	1 7.1	1 7.1	2 14.3	1 7.1	9 64.3	1.31	4.21	ดี
5. การเลิกบุหรี่ทำให้ข้าพเจ้าเสียเพื่อน	1 7.1	1 7.1	1 7.1	0 0.0	11 78.6	0.93	4.64	ดีมาก
6. การเลิกบุหรี่ทำให้กลิ่นตัวไม่พึงประสงค์ลดลง	9 64.3	2 14.3	3 21.4	0 0.0	0 0.0	0.85	4.43	ดี
7. การเลิกบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ยากขึ้น	0 0.0	1 7.1	4 28.6	1 7.1	8 57.1	1.10	4.14	ดี
8. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดอันตรายมากกว่าสิ่งเสพติดอื่น	2 14.3	3 21.4	2 14.3	2 14.3	5 35.7	1.56	3.57	ดี
9. การเลิกบุหรี่ทำได้ยาก	1 7.1	3 21.4	2 14.3	2 14.3	6 42.9	1.33	3.29	ปานกลาง
10. สถานที่ทำงานต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่	8 57.1	4 28.6	2 14.3	0 0.0	0 0.0	0.75	4.36	ดี
11. ทุกคนมีสิทธิในการสูบบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ	1 7.1	1 7.1	2 14.3	2 14.3	8 57.1	1.36	4.00	ดี

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เป็นรายข้อ (n=14) (ต่อ)

ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย	SD	X	การ แปล ผล
12. ท่านคิดอย่างไรกับข้อความ ที่ว่า"เห็นใจคนรอบข้างร่วมสร้าง	10 28.6	4 33.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.51	4.57	ดี มาก
13. เวลาเครียดแค่ได้กลิ่นควันบุหรี่ ก็รู้สึกดีแล้ว	2 14.3	3 21.4	3 21.4	1 7.1	5 35.7	1.51	3.14	ปาน กลาง
14. ถึงจะไม่สูบบุหรี่ก็สามารถเข้า กับเพื่อนๆ ได้	12 85.7	1 7.1	1 7.1	0 0.0	0 0.0	0.75	4.64	ดี มาก
15. การเลิกบุหรี่ของท่านเป็น ตัวอย่างที่ดีแก่คนใน ครอบครัว	7 50.0	5 35.7	1 7.1	0 0.0	1 7.1	1.15	4.36	ดี
ค่าเฉลี่ยทุกข้อ							4.09	ดี

4.3.3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่เป็นการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง แรกเข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่การชักชวนให้เลิกบุหรี่พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ครั้งแรกมีอายุสูงสุดเริ่มสูบเมื่ออายุ 25 ปี ต่ำสุดอายุ 9 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยของอายุที่เริ่มสูบเท่ากับ 18.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.13 จำนวนปีที่สูบบุหรี่ สูงสุด 39 ปี ต่ำสุด 5 ปี มีค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่เริ่มสูบเท่ากับ 25.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.13 จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันสูงที่สุด 20 มวน ต่อวัน ต่ำสุด 2 มวนต่อวัน มีค่าเฉลี่ยของจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเท่ากับ 11.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.61 รายละเอียด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จำแนกตามอายุที่เริ่มสูบ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ และจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

อายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก		(n=14)
	น้อยกว่า 18 ปี	8
	มากกว่า 18 ปี	6
	Min =9 max= 25 X = 18.14 SD = 4.13	
จำนวนปีที่สูบบุหรี่ถึงปัจจุบัน		(n=14)
	ต่ำกว่า 10 ปี	1
	10-20 ปี	4
	21-30 ปี	5
	มากกว่า 30 ปี	4
	Min =5 max= 39 X = 25.13 SD = 13.10	
จำนวนมวนที่สูบต่อวัน		(n=14)
	น้อยกว่า 10 มวน	9
	มากกว่า 10 มวน	5
	Min =2 max= 20 X= 11.03 SD= 6.61	

สถานที่ที่สูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัยบริเวณ หลังกองอาคาร ใกล้เคียงที่คัดแยกขยะ ริมคลองขุดต้นหมันบริเวณสะพาน หลังอาคารชิน โสภณพนิช ที่ปลอดคน สถานที่ที่ใช้ในการสูบบุหรี่ภายนอกมหาวิทยาลัยสูบบุหรี่ในสถานที่ที่จัดไว้เฉพาะคนสูบบุหรี่มากที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมาเป็นสถานบันเทิง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.72 บุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ไทยยี่ห้อ กรองทิพย์ สายฝน วันเดอร์ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 71.42 รองลงมาเป็นบุหรี่ยี่ห้อ LM 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 ยาเส้นมวนไปจาก 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง เคยเลิกบุหรี่ 3-4 ครั้ง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาเคยเลิก 1-2 ครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 กลุ่มตัวอย่างทุกคน อยากเลิกบุหรี่ แต่ยังไม่เลิกไม่ได้โดยสาเหตุที่ยังสูบบุหรี่อยู่มากที่สุดคือความเครียด 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาเป็นการสูบเมื่อดื่มสุรา 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 เมื่อถามถึงสาเหตุที่อยากเลิกสูบบุหรี่ พบว่า สาเหตุที่อยากเลิกมากที่สุดคือไม่อยากจะให้มีผลกระทบต่อคนข้างเคียง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 รองลงมาเป็นอยาก

ลดค่าใช้จ่าย และไม่ยอมให้มีผลกระทบต่องานสาเหตุละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 เมื่อถามถึงอะไรเป็นสาเหตุที่ท่านเลิกบุหรี่ไม่ได้ คำตอบที่กลุ่มตัวอย่างตอบมากที่สุดคือไม่มีความตั้งใจจริง 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นจิตใจไม่เข้มแข็งพอ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกเพื่อเลิกบุหรี่ลำดับแรก คือการตัดสินใจเลิกด้วยตนเอง 13 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86 รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกาสูบหรี่

พฤติกรรมกาสูบหรี่	จำนวน (คน)
1.สถานที่ที่ใช้ในการสูบหรี่ภายนอกมหาวิทยาลัยมากที่สุด	
- สถานบันเทิง	5
- สถานที่ที่จัดไว้เฉพาะคนสูบหรี่	8
- บ้าน	1
2.บุหรี่ส่วนใหญ่ที่ท่านสูบเป็นยี่ห้อใด	
- บุหรี่ไทย (กรองทิพย์ สายฝน วันเดอร์)	10
- บุหรี่นำเข้าที่ถูกลงหมาย (LM)	2
- ใบจาก, ยาเส้น	2
3.จำนวนครั้งที่ท่านเคยเลิกบุหรี่	
- ไม่เคยเลิก	1
- 1-2 ครั้ง	5
- 3-4 ครั้ง	7
- มากกว่า 4 ครั้ง	1
4.ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ของท่าน	
- อดยากเลิก	14

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ต่อ)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน (คน)
5. สาเหตุที่แท้จริง ที่ท่านยังสูบบุหรี่อยู่	
- ความเครียด	7
- สูบเมื่อดื่มสุรา	5
- เคยชิน	1
- เข้าสังคม	1
6. สาเหตุที่แท้จริงที่ท่านอยากเลิกบุหรี่	4
- สุขภาพไม่ดี	4
- อยากลดค่าใช้จ่าย	5
- ไม่อยากให้มีผลกระทบต่อคนข้างเคียง	1
รู้สึกว่าเป็นชิ้นชอบของสังคม	
อะไรเป็นสาเหตุที่ท่านเลิกบุหรี่ไม่ได้	
- จำหน่ายเอง	1
- จิตใจไม่เข้มแข็งพอ	6
- ไม่มีความตั้งใจจริง	7
วิธีการเลิกบุหรี่ที่คิดว่าเหมาะสมกับท่าน	
หากท่านจะเลิกบุหรี่ท่านคิดว่าจะเลือกวิธีการใด	
- ลำดับแรก การตัดสินใจเลิกด้วยตนเอง	13
- ลำดับที่สอง หมากฝรั่งนิโคติน	1

4.4 การติดตามการเลิกบุหรี่รายบุคคล

การติดตามการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีผู้เลิกบุหรี่ได้จำนวน 2 คนจาก 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 กลุ่มที่ยังเลิกไม่ได้ทำได้เพียงลดจำนวนมวนบุหรี่จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 สูบเท่าเดิม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 ดังรายละเอียดการติดตามรายบุคคลดังนี้

4.4.1 กลุ่มที่เลิกบุหรี่ได้ จำนวน 2 คน มีรายละเอียดการติดตามดังนี้

รายที่ 03 เป็นเพศชาย อายุ 33 ปี สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 18 ปี สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน สูบบุหรี่ไทย ยี่ห้อ กรองทิพย์ ระดับความรุนแรงของนิโคติน 6 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลาง รายที่ 03 เล่าว่าเมื่อภรรยาตั้งท้อง เลิกเหล้า เพราะอยากมีลูกมากแต่งงานมา 5 ปีไม่มีลูก ติดเหล้าและบุหรี่ ผอมมาก ภรรยาไม่ยอมมีลูก พอรู้ว่าท้องจึงเลิกเหล้า และเมื่อลูกเกิดเลิกบุหรี่เลย รวดเดือนกุมภาพันธ์ 2554 ขณะตั้งครรภ์เลิกมาได้ 6 เดือนแล้ว ถามว่าทำอะไรจึงเลิกได้ ได้รับคำตอบว่า “ตั้งใจเลิก ถึงเลิกได้” “บางคนต้องอมลูกอม อมแล้วจิตใจก็อยากสูบบุหรี่ ก็กลับไปสูบบุหรี่อีก เคี้ยวหมากฝรั่งก็เหมือนกัน ตอนเลิกไม่มีอาการอะไร คิดอย่างเดียวว่าทำเพื่อลูก ค่านมค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงลูก เดือนละ 7,000-8,000 บาท ไม่ดื่ม ไม่สูบกก็ประหยัดไปมาก เามาเป็นค่านมให้ลูก ได้รับคำบอกเล่าจากผู้ร่วมงานว่าไม่ได้สูบบุหรี่แล้ว เลิกจริง

รายที่ 05 เป็นเพศชาย อายุ 34 ปี สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัว 5 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 19 ปี สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน สูบบุหรี่ไทย ยี่ห้อ กรองทิพย์ ระดับความรุนแรงของนิโคติน 5 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลาง จากการติดตามเป็นระยะรายที่ 05 เป็นผู้เข้าร่วมโครงการตั้งแต่เข้าอบรมความรู้เกี่ยวกับบุหรี่วันที่ 25 พฤษภาคม 2554 และเข้าร่วมรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก 31 พฤษภาคม 2554 ตัดสินใจเลิกบุหรี่โดยวิธีหักดิบไม่สูบเลย การติดตามแต่ละครั้งยังสามารถเลิกบุหรี่ได้ทุกครั้ง รายที่ 05 เล่าให้ฟังว่า เวลาทำงานในมหาวิทยาลัยชั้จรรย์านไป มา ไม่มีเวลาสูบ ผู้ร่วมงานได้เล่าให้ฟังว่า “เขาใจเด็ด เลิกได้ทั้งเหล้า และบุหรี่” ผู้วิจัยติดตามไม่พบวากลับไปสูบบุหรี่อีก เป็นเวลา 1 ปี ที่มงานวิจัยได้จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ผู้ที่เลิกบุหรี่ได้เมื่อดำเนินงานได้ 6 เดือน คือรายที่ 03 และ 05 เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้เลิกสูบและผู้ที่อยู่ระหว่างการเลิกสูบ และจัดกิจกรรมมอบรางวัลให้กับผู้เลิกสูบบุหรี่ในวันงดสูบบุหรี่โลก 31 พฤษภาคม 2555

4.4.2 กลุ่มที่เลิกบุหรี่ไม่ได้แต่ลดจำนวนบุหรี่ลง มี 10 ราย มีรายละเอียดการติดตามดังนี้

รายที่ 01 เป็นเพศชาย อายุ 34 ปี สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัว 5 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 20 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 14 ปี สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน สูบบุหรี่ไทย ยี่ห้อ กรองทิพย์ และบุหรี่นำเข้ายี่ห้อ LM ระดับความรุนแรงของนิโคติน 5 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลาง จากการติดตามเป็นระยะรายที่ 01 มีการลดจำนวนบุหรี่ลงเหลือ 8 มวน บ้าง ลดลงเหลือ 5 มวนบ้าง เวลาเครียด หรือเห็นคนอื่นสูบก็นำไปสูบบอกว่า “พยายามลดแล้วแต่ทำไม่ได้จริงๆ” และ พยายามไม่ให้สูบเพิ่ม สาเหตุที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ เพราะจิตใจไม่เข้มแข็งพอ เมื่อสิ้นสุดโครงการได้ลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงเหลือวันละ 5 – 8 มวน

รายที่ 02 เป็นเพศชาย อายุ 49 ปี สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 17 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 32 ปี สูบบุหรี่ 5 มวน/วัน สูบบุหรี่ไทย ยี่ห้อ สายฝน ระดับความรุนแรงของนิโคติน 2 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำมาก จากการติดตามเป็นระยะรายที่ 02 สูบบุหรี่ไม่มาก วันละ 2-3 มวน จะสูบตอนงานเยอะหรือเครียด ถ้าไม่เครียดไม่สูบ ใช้วิธีไม่พกบุหรี่มาทำงาน อยากเลิก ไม่อยากซื้ออีก สูบที่บ้านนิดหน่อย เวลามาทำงานถ้าเจอคนที่เขาสูบอยู่หรือถ้าเขามีก๊อเขาสูบสาเหตุที่ยังสูบบุหรี่ เพื่อลดความเครียด อยากเลิกบุหรี่ เพื่อลดค่าใช้จ่าย รู้สึกสิ้นเปลือง สาเหตุที่เลิกบุหรี่ไม่ได้เพราะไม่มีความตั้งใจจริง เมื่อสิ้นสุดโครงการได้ลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงเหลือวันละ 1-2 มวน

รายที่ 04 เป็นเพศหญิง อายุ 31 ปี สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัว 8 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 20 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 11 ปี สูบบุหรี่ 5 มวน/วัน สูบบุหรี่ไทยได้ทุกยี่ห้อ ระดับความรุนแรงของนิโคติน 2 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำมาก บุคคลในครอบครัวมีสามี และแม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ เพื่อลดความเครียด แก้เหงา ตัวผู้สูบบมีปัญหาและครอบครัวมีปัญหา เมื่อตัดสินใจเลิกบุหรี่ รายที่ 04 ได้เตรียมมะม่วง เบียร์ว ลูกอม มาพร้อม อมลูกอมจนลิ้นแตกก็ยังรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ที่อยากเลิกบุหรี่ เพราะเห็นรูปภาพปอดดำที่คณะนิเทศศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์จัดโครงการแล้วกลัว การสูบบุหรี่ต้องสูบตอนเช้าทุกวันเวลาเข้าห้องน้ำ เพื่อให้ขับถ่ายได้ ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารประเภทผัก และผลไม้ที่มีเส้นใยและการดื่มนมเบียร์ว เพื่อช่วยในการขับถ่าย ได้ติดตามให้กำลังใจในการเลิกสูบเป็นระยะ แม้จะทราบว่าไม่มีผู้เลิกบุหรี่ได้ด้วยวิธีหักดิบ ก็ใจไม่เข้มแข็งพอที่จะหักดิบ ขอแค่สูบลดลง งานยุ่งและเครียด อดแอบไปสูบไม่ได้ เมื่อสิ้นสุดโครงการได้ลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงเหลือวันละ 3 มวน

รายที่ 06 เป็นเพศชาย อายุ 41 ปี สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 25 ปี สูบบุหรี่ 6 มวน/วัน สูบบุหรี่ไทย ทุกยี่ห้อ .ระดับความ

รุนแรงของนิโคติน 2 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำมาก มีภาวะความดันโลหิตสูง รายที่ 06 เล่าให้ฟังว่าเมื่อก่อนสูบบุหรี่มาก เดี่ยวนี้ลดลง เคยลองเลิกแล้ว 2-3 วันก็กลับมาสูบบุหรี่ใหม่ สูบบุหรี่แค่ครึ่งมวนแล้วก็ทิ้ง สาเหตุที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ เพราะจิตใจไม่เข้มแข็งพอ ภรรยาไม่ให้สูบบุหรี่ที่บ้านเพราะมีลูกชายกลัวจะเอาอย่าง ลูกชายชอบมองเวลาสูบบุหรี่ ต้องแอบสูบบุหรี่ ภรรยาให้เงินมาใช้จ่ายวันละ 100 บาท พร้อมข้าวกล่องมื้อกลางวัน จะซื้อบุหรี่ 10 บาท (4 มวน) สูบบุหรี่วันละ 2-3 มวน ที่เหลือเก็บไว้วันต่อไป เมื่อสิ้นสุดโครงการได้ลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงเหลือวันละ 2-3 มวน

รายที่ 07 เป็นเพศชาย อายุ 48 ปี สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 9 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 39 ปี สูบบุหรี่ 7-8 มวน/วัน บุหรี่ที่สูบบุหรี่เป็นบุหรี่มวนเอง (ใบจาก) ระดับความรุนแรงของนิโคติน 4 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุที่ยังสูบบุหรี่ เพื่อเข้าสังคมและสูบบุหรี่เมื่อดื่มสุรา อยากเลิกบุหรี่เพราะญาติพี่น้องอยากให้เลิก และรู้สึกเจ็บหน้าอกเวลาทำงาน การสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ เครียดหรือไม่เครียดก็สูบบุหรี่ตลอด แต่ถ้าเครียดจะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น บางช่วงไม่ได้สูบบุหรี่เพราะยุ่งๆกับงานรับปริญญา เหนื่อยเลยไม่ได้สูบบุหรี่ สาเหตุที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ เพราะ ไม่คิดจะเลิกอย่างจริงจัง สิ้นสุดโครงการได้ลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงเหลือวันละ 1-2 มวน

รายที่ 08 เป็นเพศชาย อายุ 44 ปี สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 17 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 27 ปี สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน สูบบุหรี่ไทย ยี่ห้อวันเดอร์ สีแดง ระดับความรุนแรงของนิโคติน 4 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ จากการติดตามรายที่ 08 จะสูบบุหรี่เพราะต้องสังสรรค์กับเพื่อนทุกสัปดาห์(วันศุกร์) มีการดื่มสุราและสูบบุหรี่ เวลาทำงานที่จักรยาน และสูบบุหรี่ช่วงระหว่างวัน 3-4 มวน บางช่วงลดลงเหลือ 2-3 มวน อยากเลิกบุหรี่ เพื่อลดค่าใช้จ่าย สาเหตุที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ เพราะ จิตใจไม่เข้มแข็งพอ ติดเพื่อนกลุ่มที่สังสรรค์ที่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ เมื่อสิ้นสุดโครงการได้ลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงเหลือวันละ 3-4 มวน

รายที่ 09 เป็นเพศชาย อายุ 43 ปี สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 19 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 24 ปี สูบบุหรี่ 12 มวน/วัน สูบบุหรี่ไทย ไม่ระบุยี่ห้อ ระดับความรุนแรงของนิโคติน 3 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุที่ยังสูบบุหรี่เพราะทำงานที่ต้องใช้ความคิด ออกแบบ สร้างสรรค์งาน สูบบุหรี่แล้วทำให้คิดออกที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ เพราะกลัวว่าถ้าเลิกแล้วจะมีผลต่อการทำงาน คิดงานไม่ออก รายนี้ออกกำลังกายด้วยการรำไท้เก๊กเป็นประจำ สนับสนุนให้ออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อให้ร่างกายขับสารนิโคติน และร่างกาย

แข็งแรง ได้พูดคุยเพื่อหาวิธีการเลิกบุหรี่ที่สนใจ และตกลงว่าจะลองใช้มะนาวและเกลือ ผู้วิจัยได้นำมะนาวและเกลือมาให้ทดลอง แต่รายที่รายที่ 09 หลบไม่ยอมพบ เมื่อสิ้นสุดโครงการได้ลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงเหลือวันละ 5 มวน

รายที่ 11 เป็นเพศชาย อายุ 50 ปี สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 18 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 32 ปี สูบบุหรี่ 5-6 มวน/วัน สูบบุหรี่นำเข้า ยี่ห้อ LM ระดับความรุนแรงของนิโคติน 2 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำมาก ใช้การสูบบุหรี่เพื่อลดความเครียด และเข้าสังคม ระหว่างติดตาม รายที่ 11 ได้ตั้งเป้าหมายการเลิกบุหรี่หลายครั้ง เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ แต่ทำไม่สำเร็จ ไม่พบบุหรี่มาที่ทำงาน สูบ ก่อนมาทำงาน และหลังเลิกงาน สาเหตุที่ยังเลิกไม่ได้เพราะจิตใจไม่เข้มแข็งพอ เมื่อสิ้นสุดโครงการลดการสูบบุหรี่ลงเหลือ 2 มวนต่อวัน

รายที่ 13 เป็นเพศชาย อายุ 53 ปี สมรสแล้วมีสมาชิกในครอบครัว 3 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 17 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 36 ปี สูบบุหรี่ 15 มวน/วัน บุหรี่ที่สูบเป็นยาเส้น ระดับความรุนแรงของนิโคติน 3 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ จากการติดตาม ยังคงสูบยาเส้นวันละ 4-5 มวนต่อวัน สาเหตุที่ยังสูบบุหรี่เพราะเครียด เวลาทำอะไรเพลินๆ ก็ลดการสูบลงได้บ้าง พยายามลดอยู่ บางทีสูบไม่หมดก็ทิ้ง เมื่อสิ้นสุดโครงการยังคงสูบยาเส้น 4-5 มวนต่อวัน

รายที่ 14 เป็นเพศชาย อายุ 52 ปี สมรสแล้วมีสมาชิกในครอบครัว 3 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 25 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 27 ปี สูบบุหรี่ 8-10 มวน/วัน บุหรี่ที่สูบบุหรี่ยี่ห้อ LM เขียว ระดับความรุนแรงของนิโคติน 2 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำมาก จากการติดตาม สูบวันละ 2 มวน บางวันก็ไม่ได้สูบ ไปสูบตอนเย็น ตอนเลิกงาน อยากเลิกสูบเพราะไม่อยากให้มีผลกระทบต่อคนข้างเคียง แต่เลิกไม่ได้ เพราะจิตใจไม่เข้มแข็งพอ เมื่อสิ้นสุดโครงการยังคงสูบยาเส้น 2 มวนต่อวัน

4.4.3 กลุ่มที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ มี 2 ราย มีรายละเอียดการติดตามดังนี้

รายที่ 10 เป็นเพศชาย อายุ 50 ปี สมรสแล้ว มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 21 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 29 ปี สูบบุหรี่ 10 มวน/วัน สูบบุหรี่ไทย ไม่ระบุยี่ห้อ และบุหรี่ยี่ห้อ LM ระดับความรุนแรงของนิโคติน 2 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำมาก สาเหตุที่ยังสูบบุหรี่เพราะลดความเครียด และสูบเมื่อดื่มสุรา สาเหตุที่เลิกบุหรี่ไม่ได้ เพราะอยู่ในสังคมที่สูบบุหรี่มีเพื่อนสูบบุหรี่ เป็นรายที่ไม่อยากพูดคุยกับผู้วิจัยต้องเปลี่ยนผู้ติดตามเป็นระยะเนื่องจากมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ได้แนะนำให้เลิกบุหรี่เพื่อสุขภาพแต่

เนื่องจากคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จึงไม่รู้สึกรว่ามีปัญหาอะไร เมื่อสิ้นสุดโครงการยังคงสูบบุหรี่เท่าเดิม

รายที่ 12 เป็นเพศชาย อายุ 30 ปี เป็นโสด มีสมาชิกในครอบครัว 2 คน สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 25 ปี รวมเวลาที่สูบบุหรี่ 5 ปี สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน บุหรี่ที่สูบเป็นบุหรี่ไทยยี่ห้อกรองทิพย์ ระดับความรุนแรงของนิโคติน 3 คะแนน หมายถึงระดับการเสพติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำ จากการติดตามยังคงสูบบุหรี่วันละ 10 มวนต่อวัน สาเหตุที่ยังสูบบุหรี่เพราะดื่มเหล้าและสังสรรค์กับเพื่อน ซึ่งเวลาดื่มเหล้าจะสูบบ่อยมากขึ้น ทีมวิจัยต้องสลับกันติดตาม ไม่อยากคุยกับผู้วิจัย การติดตามทางโทรศัพท์ถามถึงจำนวนที่สูบจะตอบว่าเท่าเดิม แล้วกดวางสาย เมื่อสิ้นสุดโครงการยังคงสูบบุหรี่เท่าเดิม

4.4 การเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเลิกสูบบุหรี่

การติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่จำนวน 14 คน กลุ่มตัวอย่างลาออกจากงานเมื่อดำเนินโครงการได้ 6 เดือน 1 คน และลาออกใกล้ปิดโครงการอีก 1 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจสอบสมรรถภาพปอดครบ 3 ครั้ง จำนวน 12 คน การตรวจสอบสมรรถภาพปอดครั้งแรกตรวจเมื่อแรกเข้าโครงการ ครั้งที่สอง ตรวจที่ระยะ 6 เดือน และครั้งสุดท้ายตรวจเมื่อติดตามครบระยะเวลา 12 เดือน ผลการตรวจครั้งแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลการตรวจสมรรถภาพปอด ค่า FEV1 ปกติ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 (เกณฑ์ปกติค่า FEV1 เท่ากับหรือมากกว่า 80) ผิดปกติเล็กน้อย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 ผลการตรวจครั้งที่ 2 เมื่อ 6 เดือน สมรรถภาพปอดปกติ 12 คนคน คิดเป็นร้อยละ 92.31 ผิดปกติ 1 คนคิดเป็นร้อยละ 7.69 (ลาออกจากงาน 1 คน) ผลการตรวจครั้งที่ 3 เมื่อ 12 เดือน ค่า FEV1 ปกติ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 ผิดปกติ 1 คนคิดเป็นร้อยละ 8.33 เมื่อเปรียบเทียบค่า ค่า FEV1 ก่อนและหลังการเลิก/ลดการสูบบุหรี่ พบว่าในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ มีค่า FEV1 เพิ่มขึ้น 1 คน คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มผู้ที่ลดการสูบบุหรี่ลง 9 คน มีค่าค่า FEV1 ลดลง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 และมีค่าค่า FEV1 เพิ่มขึ้น 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 เมื่อรวมกับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ด้วยแล้วคิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัด ที่ตั้งไว้ว่าผู้ที่เลิก/ลด การสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปีมี ค่า FEV1 หลังการเลิก/ลด การสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า ค่า FEV1 ก่อนเลิก/ลด การสูบบุหรี่ ร้อยละ 100 รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงผลการตรวจสมรรถภาพปอดเป็นรายบุคคล จำแนกตาม
ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่(n= 14)

กลุ่ม ตัวอย่าง รายชื่อ	สถานะ การสูบบุหรี่	FEV1-1 ครั้งแรก	FEV1-2 เดือนที่ 6	FEV1-3 เดือนที่12	เปรียบเทียบ ค่า FEV1-1 และ FEV1-3
03	เลิก	90	ลาออก	ลาออก	-
05	เลิก	88	94	89	เพิ่ม1
01	ลด	90	104	85	ลด 1
02	ลด	78	101	92	เพิ่ม 2
04	ลด	92	96	85	ลด 2
06	ลด	82	83	89	เพิ่ม 3
07	ลด	108	111	98	ลด 3
08	ลด	110	108	109	ลด 4
09	ลด	99	101	96	ลด 5
11	ลด	88	87	92	เพิ่ม 4
13	ลด	107	124	ลาออก	-
14	ลด	91	103	96	เพิ่ม 5
10	ไม่ลด	79	73	71	ลด
12	ไม่ลด	108	92	89	ลด

เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมโดยใช้ค่าเฉลี่ยของ FEV1 หลังจากการติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 1 ปี พบว่ากลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่มีค่า FEV1 เพิ่มขึ้น กลุ่มที่ลดการสูบบุหรี่และกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่มีค่า FEV1ลดลง รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย FEV1 ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

พฤติกรรม การสูบบุหรี่	ค่าเฉลี่ย FEV1- 1 (จำนวนคน)	ค่าเฉลี่ย FEV1- 2 (จำนวนคน)	ค่าเฉลี่ย FEV1- 3 (จำนวนคน)	เปรียบเทียบ ค่าFEV1-1 และ FEV1-3
เลิกสูบ	89.0 (2)	94.0 (1)	89 (1)	เพิ่ม
ลดการสูบบุหรี่	94.5 (10)	101.8 (10)	93.5 (9)	ลด
ไม่ลดการสูบบุหรี่	93.5 (2)	82.5 (2)	80.0 (2)	ลด

4.5 ประสิทธิภาพของการเลิกบุหรี่

การติดตามการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีผู้เลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1ปี จำนวน 2 คน จากผู้เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล เพื่อประเมินผลโครงการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสภาวะการติดสารนิโคตินของบุคลากรในมหาวิทยาลัย ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรในมหาวิทยาลัย และ เปรียบเทียบสมรรถภาพปอดของพนักงานก่อนและหลังการเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ได้กำหนดเป้าหมายของตัวชี้วัดไว้ 2 ข้อ คือ มีผู้หยุดสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปี ร้อยละ 25 และผู้ que เลิกหรือลด การสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปีมี ผลการตรวจ สมรรถภาพปอด ค่า FEV1 หลังการเลิกหรือลด การสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า ค่า FEV1 ก่อนเลิกหรือลด การสูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยที่สูบบุหรี่จำนวน 35 คน การคัดเลือกตัวอย่างในการศึกษา คัดจากประชากรที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการติดต่อกันเป็นเวลา 1 ปี จำนวน 14 คน เก็บข้อมูลได้ครบทั้ง 14 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ยกเว้นข้อมูลตรวจสมรรถภาพปอดเก็บครบ 3 ครั้ง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 โครงการรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ใช้หลักการ 5 A ในการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในการเลิกบุหรี่ และมีการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี ติดตามตรวจสมรรถภาพปอด 3 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ได้แก่ แบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องบุหรี่ ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และแบบประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน เครื่องตรวจวัดสมรรถภาพปอด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา คือ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 13 คน เป็นหญิง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86 และ 7.14 ตามลำดับ อายุอยู่ระหว่าง 32 ถึง 54 ปี เฉลี่ย 43.07 ปี

5.1.2 ความรู้เรื่องบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับมากจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 64.29

5.1.3 ทักษะคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะคติของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14

5.1.4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 18.14 ปี ค่าเฉลี่ยของจำนวนปีที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 25.13 ปี ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวันเท่ากับ 11.03 มวน สถานที่สูบบุหรี่ ในมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่เป็นที่ลับตาและปลอดภัยภายในมหาวิทยาลัย ส่วนภายนอกมหาวิทยาลัย สูบในที่ที่จัดให้สูบ บุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ไทย จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 71.42 สาเหตุที่ยังสูบบุหรี่อยู่ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความเครียด 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50 สาเหตุที่อยากเลิกมากที่สุดคือไม่อยากให้มีผลกระทบต่อคนข้างเคียง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.71 วิธีการเลิกบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกลำดับแรก คือการตัดสินใจเลิกด้วยตนเอง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 78.57

5.1.5 ระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคตินที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการติดสารนิโคตินในระดับต่ำมาก คิดเป็นร้อยละ 50.00 ไม่มีกลุ่มตัวอย่างติดสารนิโคตินในระดับสูง และสูงมาก

5.1.6 ผลการเปรียบเทียบสมรรถภาพปอด ค่า FEV1 ก่อนและหลังการเลิกหรือลดการสูบบุหรี่ พบว่าค่าสมรรถภาพปอด เพิ่มขึ้น 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ลดลง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 (มี 2 คนที่ไม่ลดการสูบบุหรี่และ 2 คนที่ลาออกจากการงาน) ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัด ที่ตั้งไว้ว่าผู้ที่เลิก/ลด การสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปีมี ค่า FEV1 หลังการเลิก/ลด การสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า ค่า FEV1 (สมรรถภาพปอด) ก่อนเลิก/ลด การสูบบุหรี่ ร้อยละ 100

5.1.7 ประสิทธิภาพของการโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่การติดตามการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีผู้เลิกสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปี จำนวน 2 คน จากผู้เข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ที่ร้อยละ 25

5.2 การอภิปรายผล

5.2.1 ความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมากจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 64.29 อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่สูบบุหรี่มาเป็นเวลานานมากกว่า 10 ปี ได้รับผลกระทบทางสุขภาพด้วยตนเอง ได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ ค่าเตือนบนซองบุหรี่ และจากการให้ความรู้จากโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ที่จัดเป็นการเฉพาะ ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ หนูประเสริฐ (2536) ที่ศึกษาความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้นำชุมชน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาทพบว่าผู้นำชุมชนได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน

ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 49.00 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐกานต์ กาญจนวัฒน์ และคณะ (2549) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มนักศึกษาชาย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.94 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักศึกษายังอยู่ในวัยรุ่น อายุ 18 – 24 ปี ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ยังน้อย ความรู้จากประสบการณ์สูบบุหรี่และการรับรู้จากสังคมสิ่งแวดล้อมยังไม่มากเท่ากับกลุ่มคนที่อายุมาก เมื่อพิจารณารายชื่อแล้วพบว่าคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือข้อ 8 เมื่อได้รับนิโคตินเข้าสู่ร่างกายจากการสูบบุหรี่ ร่างกายจะสามารถกำจัดออกได้หมดภายในกี่ชั่วโมง ซึ่งคำถามนี้เป็นประโยชน์กับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่มาก เนื่องจากสารนิโคตินเป็นสารที่ทำให้เสพติด หากกำจัดออกจากร่างกายได้เร็วเท่าใดก็จะทำให้เลิกบุหรี่ได้

5.2.2 ทักษะคิด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะคิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีขึ้นไป จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 85.71 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 9 หมายถึงความว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นความรู้สึกรับรองที่ดีต่อการเลิกสูบบุหรี่และโทษของการสูบบุหรี่ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานาน มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาด้านทัศนคติโดยกลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติที่เห็นด้วยมากที่สุด มีค่าระดับ 4.79 คือ ข้อ 3 “หากข้าพเจ้าเลิกบุหรี่จะทำให้สุขภาพดีขึ้น” และมีบุตรชายกลัวบุตรชายจะเอาอย่าง (รายชื่อ 06 และรายชื่อ 11) และการที่กลุ่มตัวอย่างเคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.86 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการเลิกสูบบุหรี่สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง (2551) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 พบว่าบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษามีทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24

5.2.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่ 11.03 มวนต่อวัน ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ของคนไทยในช่วง 2534-2550 ที่มีจำนวนการสูบลดลงจาก 12 มวน เป็น 10 มวนต่อวัน (ศรีธัญญา เบญจกุล , มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย . 2551)

ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ 20 ปีขึ้นไปมีจำนวนมาก และบุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ไทยยี่ห้อกรองทิพย์ สายฝน ซึ่งในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ได้จัดอันดับความแรงของบุหรี่กรองทิพย์ว่าแรงกว่าบุหรี่ต่างประเทศ ถึง 5 เท่า (“พันธธรรชาติบุหรี่แต่ละยี่ห้อ” 5 กุมภาพันธ์ 2547 : ออนไลน์) อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ได้ยาก แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แต่ทุกคนไม่เคยสูบบุหรี่ในบริเวณที่ตนทำงาน แต่จะไปสูบบุหรี่ในที่ลับตา และจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ตอบว่าอยากเลิกสูบเพราะไม่ยากให้มีผลกระทบต่อคนข้างเคียงแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีจิตสำนึกที่ดีต่อการรับผิดชอบต่อสังคม ส่วนเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คือไม่มีความตั้งใจจริงและจิตใจไม่เข้มแข็งพอสอดคล้องกับการศึกษาของ สว่าง แสงหิรัญวัฒนา (2541) และ มาลินี ภูวนันท์ (2538) ที่พบว่าบุคคลที่มีความพร้อมในการตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

วิธีการเลิกบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกมากที่สุดคือเลิกด้วยตนเอง สอดคล้องกับศาสตราจารย์ นายแพทย์ประภิต วาทีสาธกกิจ ที่นำเสนอหัวข้อ “คนไทยจะเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างไรและทิศทางตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ” ได้กล่าวไว้ว่าวิธีการที่ผู้สูบบุหรี่ไทยใช้ในการพยายามที่จะเลิกมากที่สุดคือการเลิกด้วยตัวเอง ร้อยละ 88.9 (ศิริวรรณ ทิพย์รังสฤษฎ์. 2554) ส่วนสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างยังสูบบุหรี่อยู่ ส่วนใหญ่บอกว่าเพราะความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจาก Centers for Disease Control and Prevention (2011) ที่ระบุไว้ว่า การเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ทำได้ยากและต้องใช้ความพยายามหลายครั้ง ผู้สูบบมักกลับไปสูบบอีกโดยมีสาเหตุจากความเครียด น้ำหนักตัวเพิ่ม และอาการถอนจากการหยุดสูบบุหรี่

5.2.4 สมรรถภาพปอด เปรียบเทียบสมรรถภาพปอด ค่า FEV1 ก่อนและหลังการเลิก/ลดการสูบบุหรี่ พบว่าในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ มีค่า FEV1 ค่าขึ้น 1 คน คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มผู้ลดการสูบบุหรี่จำนวนลดลง 9 คน มีค่า FEV1 ลดลง 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 และมีค่าสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 เมื่อรวมกับผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ด้วยแล้วคิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งไม่ปฏิบัติตามเป้าหมายของตัวชี้วัด ที่ตั้งไว้ว่าผู้ที่เลิก/ลด การสูบบุหรี่ติดต่อกันนาน 1 ปีมี ค่า FEV1 หลังการเลิก/ลด การสูบบุหรี่ไม่น้อยกว่า ค่า FEV1 ก่อนเลิก/ลด การสูบบุหรี่ ร้อยละ 100

เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมโดยใช้ค่าเฉลี่ยของ FEV1 หลังจากการติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 1 ปี พบว่ากลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่มีค่า FEV1 เพิ่มขึ้น กลุ่มที่ลดการสูบบุหรี่และกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่มีค่า FEV1 ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bohadana, A.B. et al. (2006) ที่ได้ศึกษาค่า FEV(1) ในผู้ที่ประกอบอาชีพสัมผัสมลพิษทางอากาศจากการทำงาน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 165 คน ศึกษาอาการระคายเคืองทางเดินหายใจ (Airway hyperresponsiveness :

AHR) และค่า FEV(1) โดยติดตาม 1 ปี ผลการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่าง 67 คน แบ่งเป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ 32 คน สูบลดลง 17 คน และยังคงสูบบุหรี่ 18 คน การศึกษาค่า AHR และค่า FEV(1) พบว่ากลุ่มที่หยุดสูบบุหรี่มีค่า AHR และค่า FEV(1) ดีขึ้นอย่างช้าๆ แต่มีนัยสำคัญ แต่ในกลุ่มที่ลดการสูบบุหรี่ ค่า AHR ดีขึ้นเล็กน้อย แต่ค่า FEV(1) ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Simmons, M. S. et al. (June 2005) ที่ศึกษาการลดการสูบบุหรี่และอัตราการลดลงของค่า FEV(1) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพปอด 10 แห่งในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา จำนวน 1,980 คน พบว่าการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงค่า FEV(1) ในปีแรก จากการติดตาม 5 ปี ผู้สูบบุหรี่ที่ลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวันลงเหลือน้อยมากมีการเปลี่ยนแปลงค่า FEV(1) ลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Peter N Lee, John S Fly. (2010) ที่วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการลดลงของค่า FEV(1) พบว่ากลุ่มสูบบุหรี่มีอัตราการลดลงของค่า FEV(1) มากที่สุด ลดลงมากกว่า 10 ml ต่อปีเมื่อเทียบกับ กลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ และมีความสัมพันธ์กับจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน อัตราการลดลงของค่า FEV(1) ในกลุ่มเลิกบุหรี่คล้ายคลึงกับอัตราการลดลงของค่า FEV(1) ในกลุ่มไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนอัตราการลดลงของค่า FEV(1) ในกลุ่มหยุดสูบบุหรี่ลดลงมากกว่าสองกลุ่มดังกล่าวเล็กน้อย

สำหรับการศึกษานี้กลุ่มที่ลดการสูบบุหรี่ลง มีค่า FEV(1) ทั้งเพิ่มและลด อาจเกิดจากหลายปัจจัยเช่น จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ระยะเวลาในการติดตามผลสมรรถภาพปอด ซึ่งทั้งสองปัจจัยมีส่วนเกี่ยวข้องกับสมรรถภาพปอด ปียวดิ อัครนิตย์ และคณะ (2552) ; Simmons, M. S. et al. (June 2005) และการศึกษาของ Emmons, K. M. et al. (1992) ได้ทำการศึกษาที่โรงพยาบาล Miriam โดยติดตามประเมินผลสมรรถภาพปอดของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ด้วยตัวชี้วัดที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด 3 ดัชนี คือ ค่า 1) maximum mid-expiratory flow (MMF) 2) forced expiratory volume in 1 second FEV(1) 3) force vital capacity (FVC) พบว่า ค่า MMF จะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากเลิกสูบบุหรี่ 3 เดือน การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ค่า FEV(1) ในการติดตามประเมินสมรรถภาพปอดยังไม่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

5.2.5 ประสิทธิภาพการเลิกบุหรี่ การติดตามประเมินผลโครงการเลิกบุหรี่ครั้งนี้มีผู้ที่เลิกบุหรี่ได้จำนวน 2 คนจากจำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกบุหรี่ได้จำนวน 2 คนจากผู้สมัครใจเลิกบุหรี่ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.29 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ หนึ่งหทัย อุทัยขวัญแก้ว (2555) นักจิตวิทยา โรงพยาบาลปะนาเระ จังหวัดปัตตานี ที่ให้บริการคลินิก อดบุหรี่โดยใช้เทคนิค 5A มีผู้รับบริการคัดกรอง A1 –A2 จำนวน 1,000

ราย สมัครใจเล็กบุหรี จำนวน 10 ราย ผู้รับบริการสามารถเลิกได้โดยถาวรเพียง A1 – A2 จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ศรัณญา เบญจกุล , มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เตทศิริกุลชัย. (2551 : 134) ที่ทำการศึกษ้อัตราการเลิกบุหรีในประเทศไทยพบว่า อัตราการเลิกบุหรีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.95 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 18.29 ในปี พ.ศ. 2550 โดยพบว่าเพศหญิงมีอัตราการเลิกบุหรีสูงกว่าเพศชาย และผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีอัตราการเลิกบุหรีสูงกว่าผู้ที่ยอยู่นอกเขตเทศบาล

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. มหาวิทยาลัยควรจัดสถานที่สำหรับสูบบุหรีที่เหมาะสม เนื่องจากมหาวิทยาลัยเป็นสถานที่ปลอดบุหรี มีใช้สถานที่ปลอดบุหรีทั้งหมด เพื่อให้ผู้ที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี สูบในที่จำกัด และเพื่อคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรีมิให้ได้ผลกระทบต่อกันบุหรีมือสอง โดยเฉพาะในห้องน้ำมักเป็นจุดที่ผู้สูบบุหรีเข้าไปใช้สูบ
2. ควรจัดให้มีบริการคลินิกอดบุหรี เนื่องจากมหาวิทยาลัยมีคลินิกหัวใจเฉี่ยวเวชกรรมที่สามารถเข้าร่วมโครงการฟ้าใสซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
3. ส่งเสริมการทำวิจัยในหลักสูตร ของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ซึ่งบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจะมีบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งบุหรีเป็นสิ่งเสพติดอย่างหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง ฯลฯ และเป็นสิ่งเสพติดที่อาจนำไปสู่การเสพติดสารอื่นๆ ต่อไป
4. การวิจัยติดตามสมรรถภาพปอดของผู้สูบบุหรีโดยใช้ตัวชี้วัดหลายตัว เพื่อค้นหาตัวชี้วัดที่มีความไวและเหมาะสมในการติดตามและประเมินสมรรถภาพปอด
5. ทำวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรีในเยาวชนทั้งกลุ่มนักเรียน นักศึกษา เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีจำนวนปีที่สูบบุหรีสูงและเริ่มสูบบุหรีตั้งเป็นวัยรุ่น ซึ่งนับเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสุขภาพอย่างใหญ่หลวง

บรรณานุกรม

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (30 พฤษภาคม 2551) "เยาวชนรุ่นใหม่ ร่วมใจต้านภัยบุหรี่" ใน **บุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ" ครั้งที่ 7** เรื่อง. [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://health.kapook.com/view4600.html> (26 มีนาคม 2556)
- คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดยาสูบในประเทศไทย. (2552) **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคติดยาสูบในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ** . ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- จิตรา จินารัตน์. (2545) "การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาสูบของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล" ใน **การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545 สุขภาพจิตกับยาเสพติด**. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง. (2551) **เรื่องพฤติกรรมยาสูบและทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14**. วิทยานิพนธ์ ภา.ม. (สาขาเภสัชกรรมคลินิกและการบริหาร) อุบลราชธานี : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ณัฐกานต์ กาญจนวัฒน์ และคณะ. (2549) **ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมยาสูบในกลุ่มนักศึกษาชาย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ภาคนิพนธ์ วท.ม.** (สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย) สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นิภาพร เมืองจันทร์ และคณะ. (มกราคม-มีนาคม 2554) "ระดับสมรรถภาพปอดของตำรวจจราจร จังหวัดอุบลราชธานี" **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี**. 13 (1) หน้า 66-72.
- เบญจมาศ ช่วยชู. (5 กันยายน 2555) "**ตรวจสมรรถภาพปอดนั้น สำคัญไฉน**" [ออนไลน์] แหล่งที่มา : <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9550000109001> (21 มีนาคม 2556)
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2554) "คนไทยจะเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างไรและทิศทางตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ" ใน **สรุปการประชุมวิชาการแห่งชาติ**. ศิริวรรณ ทิพย์รังษะภูจักรบรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร : เจริญมั่นคงดีการพิมพ์.

ปิยภรณ์ เยาวเรศ และคณะ. (กันยายน - ธันวาคม 2550) “กระบวนการบริการของคลินิกอดบุหรี่
ในโรงพยาบาล” **วารสารควบคุมยาสูบ**. 1 (2) หน้า 29 -42.

“พันธธรรชาติบุหรีแต่ละยี่หื้อ” (5 กุมภาพันธ์ 2547) [ออนไลน์] แหล่งที่มา :

bbs.pramool.com/webboard/view .php3? kato=r447824 (21 มีนาคม 2556)

มาลินี ภูวนันท์. (2538) **งานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเพื่อการเลิกสูบบุหรีในกลุ่มผู้มารับ
บริการคลินิกอดบุหรี โรงพยาบาลหาดใหญ่**. หาดใหญ่ : ฝ่ายสุขศึกษาโรงพยาบาล
หาดใหญ่.

โรงพยาบาลน่าน้อย กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน. (2549) **ผลของโปรแกรมการ
เลิกสูบบุหรี โรงพยาบาลน่าน้อย ปี 2549**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา :

[http://www.noo.moph.go.th/web_ssj/km/Research/Alcohol%20Cigarette/
2550/50405.pdf](http://www.noo.moph.go.th/web_ssj/km/Research/Alcohol%20Cigarette/2550/50405.pdf) (24 เมษายน 2554)

วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. (2546) **แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี**. นนทบุรี :
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เดทศิริกุลชัย. (2551) **สถานการณ์การ
บริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2550**. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยและ
จัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ.

สมพงษ์ หนูประเสริฐ. (2536) **ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการสูบบุหรีของผู้นำ อำเภอ
สรรคบุรี จังหวัดชัยนาท**. ภาคนิพนธ์ ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพมหานคร :
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมิต วัฒนธัญญกรรม¹. สุทธิพร มูลศาสตร์². ปาลีรัตน์ โดมรงค์ดี². กัลยา วิริยะ. (2546)

“ พฤติกรรมการสูบบุหรี ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ และเสพยาบ้า ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาใน
จังหวัดปทุมธานี” **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 33 (1) หน้า 27-42.

สว่าง แสงหิรัญวัฒนา. (2541) **การเผยแพร่ผลเสียจากการสูบบุหรี และแนวทางหยุดสูบ
บุหรีร่วมกับการจัดตั้งคลินิกอดบุหรี**. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.

“สารพัดวิธีเลิกบุหรีด้วยธรรมชาติบำบัด” (9 กุมภาพันธ์ 2551) [ออนไลน์] แหล่งที่มา :

<http://www.siamdara.com/ColumnGirl.asp?cid=1056> (23 มีนาคม 2556)

สุวรรณณี จรุงจิตราอารี และคณะ. (2010) “ผลของบุหรีต่อระดับกิจกรรมทางกายและ สมรรถภาพ
ปอดของนักศึกษาอาชีวศึกษา ในกรุงเทพมหานคร” **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 25 (4)

หนึ่งหทัย อุทัยขวัญแก้ว. (2555) “ภัยเงียบที่ดูเหมือนจะไกลตัว” ใน **เรื่องเล่าประสบการณ์การ
ทำงานของคนช่วยเลิกบุหรี่พ.ศ.2555**. ศรีวิวรรณ ทิพย์รังษฤษฎ์, ปานเทพ คณานุรักษ์
กรองจิต วาทีสาธกกิจ , บุชริน เฟิงบุญ , ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์ , กนิษฐา จันท์ห่อ
บรรณานิการ. กรุงเทพมหานคร : เจริญมั่นคงดีการพิมพ์.

Berry, O. F. et al. (2008) “Effect of smoking on spirometry of African American and
white subjects. [Online] Available : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
18641113](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18641113) (24 March 2013)

Bohadana, A. B. et al. (2006) **Smoking cessation –but not smoking reduction–improves
the annual decline in FEV1 in occupationally exposed workers**. Respiratory
Medicine. [Online] Available : <http://www.ihop-net.com/e/ref/e16356702.html>.
(24 March 2013)

Centers for Disease Control and Prevention. (2011) **Smoking Cessation**. [Online]
Available : [http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/cessation/
quitting/7/8/2555](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/cessation/quitting/7/8/2555). (26 March 2013)

Delwyn, Catley et al. (2012) **Motivational Interviewing for Encouraging Quit Attempts
Among Unmotivated Smokers: Study Protocol of a Randomized, Controlled,
Efficacy Trial**. BMC Public Health.

Emmons, K. M. (1992) “Improvement in pulmonary function following smoking
cessation” **Addict Behav.** 17 (4) page 301-6.

Enright, R. L., Connett, J. E. and Bailey, W. C. (June 2002) “The FEV1/FEV6 predicts
Lung function\decline in adult smokers” **Respir Med.** 96 (6) page 444-9.

Najeeb, hassan Mohammed. (2010) “lung Diffusing Capacity for Carbon Monoxide
(DLco-SB): the Influence of Cigarette smoking” **The IRAQI POSTGRADUATE
MEDICAL J.** 9 (3) page 328-334.

Peter, Gariti et al. (October 2009) “Comparing smoking treatment programs for lighter
smokers with and without a history of heavier smoking” **J Subst Abuse Treat.**
37 (3) page 247–255.

- Peter, N. Lee and John, S. Fly. (2010) "Systematic review of the evidence relating FEV (1) decline to giving up smoking" **MBC Medicine**. [Online] Available : <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/84>. (23 March 2013)
- Regalado- Pineda, Justino et al. (2005) "Effect of tobacco smoking, respiratory symptoms and asthma on spirometry among adults attending a check-up clinic in Mexico City" [Online] Available : http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342005000500002&script=sci_abstract (26 March 2013)
- Simmons, M. S. et al. (June 2005) "Smoking reduction and the rate of decline" in results from the lung Health Study" **Eur Respir J**. 25 (6) page 1011-7.
- Xiaolei, Zhou A. et al. (2009) "Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study" **Addictive Behaviors**. 34 page 365–373.

ภาคผนวก ก

ใบรายงานผลการเปรียบเทียบมาตรฐานเครื่องมือ



EXECUTIVE TRADING LIMITED

55/194-5 MOO 6, SOI YOTHIN PHATTANA, PRADIT MANUTHAM RD. LATPHRAO, BANGKOK 10230
TEL. 0-2515-0145-50 FAX. 0-2515-0144
E-mail : exec@ji-net.com

SM001/11

ใบรายงานผลการปรับเทียบมาตรฐานเครื่องมือ

เครื่องมือ/อุปกรณ์ : เครื่องตรวจวัดสมรรถภาพปอด
ผลิตภัณฑ์ : Sibel MED
รุ่น : DATOSPIR 200
หมายเลขเครื่อง : 116-392
ผู้ขอรับบริการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
วันที่ปรับเทียบมาตรฐาน : 11 เมษายน 2554

สภาวะแวดล้อมการปรับเทียบ : อุณหภูมิ 26 ± 3 °C
ความดัน 755 มิลลิเมตรปรอท
ความชื้นสัมพัทธ์ $60 \pm 15\%$
อุปกรณ์การปรับเทียบ : Calibration Syringe ปริมาตร 3 ลิตร

ผลการปรับเทียบมาตรฐาน

ครั้งที่	Reference Calibration (L)	ผลที่ได้	สถานะ
1.	3.0	2.95	ผ่าน
2.	3.0	3.00	ผ่าน
3.	3.0	3.00	ผ่าน



EXECUTIVE TRADING LIMITED

55/194-5 MOO 6, SOI YOTHIN PHATTANA, PRADIT MANUTHAM RD. LATPHRAO, BANGKOK 10230

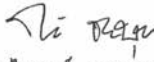
TEL. 0-2515-0145-50 FAX. 0-2515-0144

E-mail : exec@ji-net.com

ตารางทดสอบอ่านค่า FVC ที่ทำการสูบอากาศเข้าเครื่องด้วยความเร็วที่ต่างกัน ที่ปริมาตร 3 ลิตร

เวลา (วินาที)	ค่า FVC ที่อ่านได้ (ลิตร)
1	3.04
4	3.07
6	3.09

ค่าผิดพลาดไม่เกิน $\pm 3\%$


(นายไตรรงค์ ชรรณบุญตร)
ผู้ทำการปรับเทียบ
บริษัท เอกเสกคิวทีพี เทรดดิ้ง จำกัด



EXECUTIVE TRADING LIMITED
48/194-5 MOO 6, SOI PRADIT MANUTHAM 19, PRADIT MANUTHAM RD. LATPHRAO, BANGKOK 10230
TEL. 0-2515-0145-50 FAX. 0-2515-0144
E-mail : exec@ji-net.com

SM005/12

ใบรายงานผลการปรับเทียบมาตรฐานเครื่องมือ

เครื่องมือ/อุปกรณ์ : เครื่องตรวจวัดสมรรถภาพปอด
ผลิตภัณฑ์ : Sibel MED
รุ่น : DATOSPIR 200
หมายเลขเครื่อง : 116-392
หมายเลขตัวเป่า : 638.5.05
ผู้ให้บริการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
วันที่ปรับเทียบมาตรฐาน : 26 มีนาคม 2555

สภาวะแวดล้อมการปรับเทียบ : อุณหภูมิ 25 ± 3 °C
ความดัน 752 มิลลิเมตรปรอท
ความชื้นสัมพัทธ์ $63 \pm 15\%$
อุปกรณ์การปรับเทียบ : Calibration Syringe ปริมาตร 3 ลิตร
ผลิตภัณฑ์ : Sibel MED
หมายเลขเครื่อง : 121-F209

ผลการปรับเทียบมาตรฐาน

ตารางแสดงค่า Expiratory Factor และ Inspiratory Factor

ครั้งที่	Reference Calibration (L)	ผลที่ได้	สถานะ
1.	3.0	3.0	ผ่าน
2.	3.0	3.0	ผ่าน
3.	3.0	3.0	ผ่าน

$V_e = V_i = 3.00$ L



EXECUTIVE TRADING LIMITED

48/194-5 MOO 6, SOI PRADIT MANUTHAM 19, PRADIT MANUTHAM RD. LATPHRAO, BANGKOK 10230

TEL. 0-2515-0145-50 FAX. 0-2515-0144

E-mail : exec@ji-net.com

ตารางทดสอบอ่านค่า FVC ที่ทำการสูบอากาศเข้าเครื่องด้วยความเร็วที่ต่างกัน ที่ปริมาตร 3 ลิตร

เวลา (วินาที)	ค่า FVC ที่อ่านได้ (ลิตร)
1	2.99
4	3.08
6	3.09

(นายไตรรงค์ ชรรณบุตร)

ผู้ทำการปรับเทียบ

บริษัท เอกเสกคิวทีพี เทคดิ่ง จำกัด

ภาคผนวก ข
แบบสอบถาม

หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การทำวิจัยเรื่อง การประเมินผลโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ของของบุคคลากรมหาวิทยาลัยหัว
เฉียวเฉลิมพระเกียรติ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ ลักษณะมีจรัลกุล เป็นหัวหน้าทีมวิจัย
ในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้สูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัยหัวเฉียว
เฉลิมพระเกียรติ เพื่อสอบถามความรู้พฤติกรรมและทัศนคติการสูบบุหรี่และการประเมิน
ระดับสารนิโคติน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์โดยไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม
และจะไม่ทำให้เกิดความเสียหายต่อท่าน

ทั้งนี้การวิจัยมุ่งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นทั้งกับผู้ที่สูบและไม่สูบบุหรี่ และใช้ข้อมูลในการ
ช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ในอนาคต

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้คณะผู้ทำการวิจัยยินดีให้คำอธิบาย และท่านมี
สิทธิ์จะตอบรับการเข้าร่วมวิจัย และแม้ท่านยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถขอยกเลิกได้
ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน

ขอแสดงความนับถือ

สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงและทราบรายละเอียดข้างต้นมีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

สำหรับผู้เก็บข้อมูล

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

การประเมินผลโครงการรณรงค์เลิกบุหรี่ของบุคลากร
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เติมเครื่องหมาย X ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านหรือเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1.1 เพศ 1. ชาย 2. หญิง

1.2 อายุ.....ปี

1.3 สำเร็จการศึกษาระดับ

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. ประถมศึกษา | 5. ปวส. |
| 2. มัธยมศึกษาตอนต้น | 6.ปริญญาตรี |
| 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย | 7. สูงกว่าปริญญาตรี |
| 4. ปวช. | |

1.4 สถานะภาพ

- | | |
|---------|------------------|
| 1. โสด | 3. หย่า/หย่า/แยก |
| 2. สมรส | |

1.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวคน

1.6 ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ของท่านจนถึงปัจจุบัน.....ปี

1.7 ท่านสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุปี

1.8 จำนวนมวนที่สูบ มวน ต่อวัน

1.9 มีบุคคลอื่นในครอบครัวที่สูบบุหรี่หรือไม่

- | | |
|----------|--------------|
| 1. ไม่มี | 2. มี.....คน |
|----------|--------------|

1.10. ท่านเคยตรวจสมรรถภาพปอด โดยใช้เครื่องตรวจหรือไม่ (ไม่ใช้การเอกซเรย์ปอด)

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 1. ไม่เคย | 3. จำไม่ได้ |
| 2. เคยปี มาแล้ว | |

1.11 ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- | | |
|-----------------|------------|
| 1. ไม่มี | 3. ไม่ทราบ |
| 2. มี ระบุ..... | |

ตอนที่ 2 ข้อมูลความรู้เรื่องบุหรี่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X หน้าคำตอบที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

1. สารที่อยู่ในบุหรี่ที่ทำให้คนสูบบุหรี่แล้วติดคือ

- ก. ทาร์
- ข. นิโคติน
- ค. คาร์บอนมอนนอกไซด์
- ง. ไฮโดรเจนไซยาไนด์

2. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอะไร

- ก. โรคถุงลมโป่งพอง
- ข. โรคผิวหนัง
- ค. โรคเบาหวาน
- ง. โรคตับ

3. บุหรี่มีพิษต่อระบบใด**มากที่สุด**ในร่างกาย

- ก. หัวใจ, และหลอดเลือด
- ข. กล้ามเนื้อ
- ค. กระดูก
- ง. ผิวหนัง

4. ผลิตภัณฑ์ที่ช่วยเลิกบุหรี่ได้คือ

- ก. หมากฝรั่งนิโคติน
- ข. น้ำต้มมะกรูด
- ค. หญ้าหนวดแมว
- ง. น้ำเกลือบ้วนปาก

5. สถานที่ใดที่กฎหมาย**ไม่ได้กำหนด**เป็นที่ห้ามสูบบุหรี่

- ก. โรงพยาบาล
- ข. บนรถโดยสารประจำทาง
- ค. โรงเรียน
- ง. บนถนน ทางเดิน

6. สารในบุหรี่ที่ทำให้เส้นเลือดหดตัว และเกิดการอุดตันเร็วขึ้น คือ
- ก. คาร์บอนมอนนอกไซด์
 - ข. ไนโตรเจนออกไซด์
 - ค. นิโคติน
 - ง. ทาร์
7. หญิงมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ จะมีผลต่อเด็กอย่างไร
- ก. เกิดมาแขนขาพิการ
 - ข. ทำให้คลอดยาก
 - ค. น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ
 - ง. ไม่มีผลต่อเด็ก
8. เมื่อได้รับนิโคตินเข้าสู่ร่างกายจากการบุหรี่ ร่างกายจะสามารถกำจัดออกได้หมดภายในกี่ชั่วโมง
- ก. 6 ชั่วโมง
 - ข. 12 ชั่วโมง
 - ค. 18 ชั่วโมง
 - ง. 24 ชั่วโมง
9. ผลกระทบที่เกิดกับบุคคลข้างเคียงที่ได้รับควันบุหรี่ คืออะไร
- ก. ทำให้มีโอกาสเป็นวัณโรค
 - ข. ทำให้มีโอกาสเป็นโรคสมองอักเสบ
 - ค. ให้มีโอกาสเป็นโรคตับ
 - ง. ทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งปอด
10. การดื่มน้ำมากๆ ในระหว่างการเลิกบุหรี่เพื่อประโยชน์ในขับสารได้ออกจากปัสสาวะ
- ก. นิโคติน
 - ข. แคลเซียม
 - ค. ตะกั่ว
 - ง. น้ำมันดิบ(ทาร์)

11. กฎหมายระบุนุ้ห้ามจำหน่ายบุหรืให้กับผู้มีอายุต่ำกว่ากี่ปี

- ก. 15 ปี
- ข. 16 ปี
- ค. 18 ปี
- ง. 20 ปี

12. หมายเลข 1600 เป็นหมายเลขโทรศัพท์เกี่ยวข้องกับบริการด้านใด

- ก. แจ้งอุบัติเหตุ
- ข. เลิกบุหรืทางโทรศัพท์
- ค. บริการปัญหาโรคเอดส์
- ง. คู่มครองผู้บริโภค

13. เครื่องหมายที่แสดงในข้อนี้ หมายถึงอะไร



- ก. ห้ามซื้อขายบุหรื
- ข. ห้ามทิ้งกันบุหรื
- ค. ห้ามสูบบุหรื
- ง. ห้ามพกบุหรืเข้ามาในสถานที่ติดเครื่องหมายดังกล่าว

14. คำเตือนบนซองบุหรื เตือนเรื่องใด

- ก. สูบแล้วเป็นมะเร็งช่องปาก
- ข. ควันบุหรืทำให้เป็นโรคปอดบวม
- ค. ห้ามสูบเกินวันละ 1 ซอง
- ง. สูบบุหรืทำให้ฟันผุ

15. วันงดสูบบุหรืโลก ตรงกับวันใด

- ก. 31 มกราคม
- ข. 31 พฤษภาคม
- ค. 31 กรกฎาคม
- ง. 31 ธันวาคม

ตอนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

คำอธิบายการแปรค่าคะแนน

เห็นด้วยมากที่สุด ค่าคะแนน 5

เห็นด้วยมาก ค่าคะแนน 4

เห็นด้วยปานกลาง ค่าคะแนน 3

เห็นด้วยน้อย ค่าคะแนน 2

ไม่เห็นด้วย ค่าคะแนน

1

ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย
1. ในโลกนี้ไม่มีใครช่วยคุณเลิกบุหรี่ได้					
2. คิดว่าสายเสียแล้วที่จะเลิกบุหรี่เพราะสูบบุหรี่มานานแล้ว					
3. หากข้าพเจ้าเลิกบุหรี่จะทำให้สุขภาพดีขึ้น					
4. การเลิกบุหรี่ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง					
5. การเลิกบุหรี่ทำให้ข้าพเจ้าเสียเพื่อน					
6. การเลิกบุหรี่ทำให้กลิ่นตัวไม่พึงประสงค์ลดลง					
7. การเลิกบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ยากขึ้น					
8. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดอันตรายมากกว่าสิ่งเสพติดอื่น					
9. การเลิกบุหรี่ทำได้ยาก					
10. สถานที่ทำงานต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่					
11. ทุกคนมีสิทธิในการสูบบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ					
12. ท่านคิดอย่างไรกับข้อความที่ว่า "เห็นใจคนรอบข้าง ร่วมสร้างอากาศสดใสปลอดภัยจากควันบุหรี่"					
13. เวลาเครียดแค่ได้กลิ่นควันบุหรี่ก็รู้สึกดีแล้ว					
14. ถึงจะไม่สูบบุหรี่ก็สามารถเข้ากับเพื่อนๆ ได้					
15. การเลิกบุหรี่ของท่านเป็นตัวอย่งที่ดีแก่คนใน ครอบครัว					

ตอนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X หน้าคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

4.1 บริเวณที่ท่านใช้สำหรับสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน มากที่สุดคือ.....

4.2 สถานที่ที่ใช้ในการสูบบุหรี่นอกสถานที่ทำงานมากที่สุด

- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| 1. สถานที่บันเทิง | 6. ห้องนอน |
| 2. สถานที่ที่จัดไว้เฉพาะคนสูบบุหรี่ | 7. ห้องทำงาน |
| 3. ห้องน้ำ | 8. รถยนต์ส่วนตัว |
| 4. ร้านอาหาร | 9. อื่นๆ (โปรด |
| 5. สถานที่สาธารณะทั่วไป | ระบุ)..... |

4.3 บุหรี่ส่วนใหญ่ที่ท่านสูบเป็นชนิดใด

1. บุหรี่ไทย (โปรดระบุยี่ห้อ).....
2. บุหรือนำเข้าที่ถูกต้องกฎหมาย (โปรดระบุยี่ห้อ).....
3. บุหรี่มวนเอง
4. อื่นๆ

4.4 จำนวนครั้งที่ท่านเคยเลิกบุหรี่

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1. ไม่เคยเลิก | 3. 3-4 ครั้ง |
| 2. 1-2 ครั้ง | 4. มากกว่า 4 ครั้ง |

4.5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ของท่าน

1. ไม่อยากเลิก
2. อยากเลิก

4.6 สาเหตุ ที่แท้จริง ที่ท่านยังสูบบุหรี่อยู่

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| 1. เพื่อเข้าสังคม | 9. เป็นแพชชั่น |
| 2. ตามเพื่อน | 10. สูบเมื่อดื่มสุรา |
| 3. ตกงาน/ไม่มีอะไรทำ | 11. สูบเพื่อลืมนปัญหา |
| 4. ลดความเครียด | 12. ครอบครัวมีปัญหา |
| 5. ลดความอ้วน | 13. เลียนแบบดารา |
| 6. ประชดชีวิต | 14. ประชดชีวิต |
| 7. คนในครอบครัวสูบ | 15. รู้สึกมันเใจตนเองมากขึ้น |
| 8. แก่เหงา | 16. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |

ตอนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

4.7 สาเหตุที่แท้จริงที่ท่านอยากเลิกบุหรี่

1. สุขภาพไม่ดี
2. อยากลดค่าใช้จ่าย
3. ไม่อยากให้มีผลกระทบต่อคนข้างเคียง
4. ผลกระทบต่อการทำงาน
5. รู้สึกว่าสังคมรังเกียจ
6. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4.8 อะไรเป็นสาเหตุที่ท่านเลิกบุหรี่ไม่ได้

1. ไม่คิดจะเลิก
2. จำหน่ายเอง
3. คนในครอบครัวสูบ
4. จิตใจไม่เข้มแข็งพอ
5. ไม่มีความตั้งใจจริง
6. อื่นๆ โปรดระบุ.....

4.9 วิธีการเลิกบุหรี่ที่ท่านคิดว่าเหมาะสมกับท่าน หากท่านจะเลิกบุหรี่ท่านคิดว่าจะเลือกวิธีการใด

(ให้ใส่เลขหน้าข้อ โดยเรียงลำดับตามวิธีที่เลือกก่อนและหลัง)

- คลินิกบำบัดของโรงพยาบาล
- หมากฝรั่งนิโคติน
- เข้าโครงการเลิกบุหรี่
- การตัดสินใจเลิกด้วยตนเอง
- อื่นๆ โปรดระบุ)

แบบประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน
(Fagerstrom Test for Level of Nicotine Dependence)*

ข้อคำถาม	คะแนน
1.คุณต้องสูบบุหรี่ี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้ามานานแค่ไหน	
[] ภายใน 5 นาทีหลังตื่น	3
[] 6-30 นาทีหลังตื่น	2
[] >30 นาทีหลังตื่น	1
2.คุณรู้สึกกระวนกระวาย หรือลำบากใจใหม่ ที่ต้องอยู่ในสถานที่ที่มีการห้ามสูบบุหรี่ เช่นโรงพยาบาลนตรี รถโดยสาร	
[] ใช่	1
[] ไม่ใช่	0
3.บุรี่มวนใดต่อไปนี่ที่คุณคิดว่าเลิกยากที่สุด ?	
[] มวนแรกสุดตอนเช้า	1
[] มวนอื่นๆ	0
4.ปกติคุณสูบบุหรี่ี่วันละกี่มวน ?	
[] มากกว่า 30 มวนต่อวัน	3
[] 21-30 มวนต่อวัน	2
[] 11-20 มวนต่อวัน	1
5.คุณสูบบุหรี่ี่จัดภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนและสูบบุหรี่ี่มากกว่าช่วงเวลาที่เหลือของวัน ใช่หรือไม่ ?	
[] ใช่	1
[] ไม่ใช่	0
6.คุณต้องสูบบุหรี่ี่แม้ในขณะที่เจ็บป่วยมากจนไม่สามารถลุกออกจากเตียงได้	
[] ใช่	1
[] ไม่ใช่	0
การแปลผล 5-10 คะแนน = ติดนิโคตินรุนแรง; 3-4 คะแนน = ติดนิโคตินปานกลาง; 0-2 คะแนน = ติดเล็กน้อย	

คะแนนที่ได้รับและการอ่านผล

นับคะแนน โดยตรวจสอบคำตอบ และรวมคะแนน ซึ่งคะแนนจะอยู่ที่ในช่วง 0 - 10 คะแนน ซึ่งสามารถอ่านผลดังคำอธิบายต่อไปนี้

คะแนนของท่านเท่ากับ 0 - 3 ไม่นับว่าท่านติดสารนิโคติน

ท่านสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง หากท่านเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกด้วยตนเอง ท่านอาจลองใช้พฤติกรรมบำบัดบางอย่างช่วยเสริม

คะแนนของท่านเท่ากับ 4 - 5 ท่านติดนิโคตินในระดับน้อย

ท่านสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง หากท่านเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกด้วยตนเอง คุณอาจลองใช้พฤติกรรมบำบัดบางอย่างช่วยเสริม

คะแนนของท่านเท่ากับ 6 - 7 ท่านติดนิโคตินระดับปานกลาง

มีแนวโน้มอย่างมากในการพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินในระดับสูง การเลิกสูบบุหรี่เสียตั้งแต่วันนี้จะทำง่ายกว่าการที่ท่านยังสูบบุหรี่ต่อไป และจะมีแผนเลิกในอนาคต หากท่านเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกด้วยตนเองหรือร่วมกับการใช้พฤติกรรมบำบัดเสริม หรือวิธีอื่น เช่น การฝังเข็มหรือการสะกดจิตมาแล้ว คุณควรอย่างยิ่งที่จะไปพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อการเลิกสูบบุหรี่

คะแนนของท่านเท่ากับ 8 - 9 ท่านติดนิโคตินระดับสูงมาก

ท่านควรใส่ใจและให้ความสำคัญกับสุขภาพของท่าน และเอาจริงเอาจังในการเลิกบุหรี่เพื่อชีวิตที่ดี สำหรับท่านการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หรือการใช้แค่เพียงกำลังใจอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการรักษา หากท่านเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกด้วยตนเองหรือร่วมกับการใช้พฤติกรรมบำบัดเสริม หรือวิธีอื่นๆ รวมทั้งการใช้แผ่นแปะนิโคตินหรือหมากฝรั่งนิโคตินมาแล้ว กรณีนี้ท่านควรพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่

คะแนนของท่านเท่ากับ 10 ท่านติดนิโคตินในระดับที่สูงสุด

ท่านควรใส่ใจและให้ความสำคัญกับสุขภาพของท่าน และเอาจริงเอาจังในการเลิกบุหรี่เพื่อชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับท่านการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง หรือการใช้แค่เพียงกำลังใจอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากท่านเคยล้มเหลวจากการพยายามเลิกด้วยตนเองหรือร่วมกับการใช้พฤติกรรมบำบัดเสริม หรือวิธีอื่นๆ รวมทั้งการใช้แผ่นแปะนิโคตินมาแล้ว กรณีนี้ท่านควรพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่

ภาคผนวก ค
ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

คณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ – นามสกุล ผศ. เสาวลักษณ์ ลักษณะมีจักรกุล
ประวัติการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ติดต่อ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์และ
สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

โทรศัพท์ 0-2312-6415

ผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล ปางก์เพ็ญ เหลืองเอกทิน
ประวัติการศึกษา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย)
มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ติดต่อ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์และ
สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

โทรศัพท์ 0-2312-6300 ต่อ1533

ผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล ผศ.ดร.ศิริลักษณ์ วงษ์วิจิตสุข
วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย)
มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติการศึกษา สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(สุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย)
มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ติดต่อ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์และ
สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

โทรศัพท์ 0-2312-6300 ต่อ1533