



# การพัฒนาแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม เพื่อการเลิกบุหรี่: กรณีศึกษา บ้านสันนายาว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

Development of Social Support and Social Network Model

for the Abolition of Smoking: a case study of Bann Sannayao Village,  
Maechan District, Chiang Rai Province

นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา

นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปรีชา อุบโยคิน

สำนักวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม สำหรับการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูบบุหรี่บ้านสันนายาว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย จำนวน 42 คน มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นตอนการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนและผู้สูบบุหรี่ และสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของชุมชน ระยะที่ 2 ขั้นตอนการให้ความรู้และเสริมสร้างกำลังใจให้กับเครือข่ายทางสังคมในชุมชนและผู้สูบบุหรี่ และระยะที่ 3 ขั้นตอนการประเมินและวัดผลการเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษาได้รูปแบบการเลิกสูบบุหรี่ที่มีชื่อเรียกว่า “CASE SALE Model” โดยองค์ประกอบของรูปแบบ มี 2 ส่วน คือ (1) ปัจจัยภายนอกและ (2) ปัจจัยภายใน ซึ่งปัจจัยภายนอกได้แก่ความร่วมมือกันของเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พระสงฆ์ และผู้วิจัย ที่ได้ร่วมมือกันในการให้คำปรึกษา

(Consult : C) ให้คำแนะนำ (Advice : A) ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Support : S) ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจ (Encouragement : E) เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ สำหรับปัจจัยภายในที่มาจากตัวผู้สูบบุหรี่เอง ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem : S) การยอมรับ (Acceptance : A) ความรักตัวเองและคนรอบข้าง (Love : L) และความประหยัด (Economy : E) ผลการใช้รูปแบบทำให้มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจำนวน 14 คน ลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงจำนวน 24 คน สูบบุหรี่จำนวนเท่าเดิม 4 คน

**คำสำคัญ:** การพัฒนาแบบ การสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม การเลิกบุหรี่

## Abstract

The purpose of this action research was to develop social support and social network model for the abolition of smoking. The samples were 42 smokers of Bann Sannayao Village, Maechan District, Chiang Rai



Province. There were three phases of operation. The first step was to build relationships with the community and smokers, and explore information relating to smoking of the community. The second step was providing education and motivation for social networks in the community and smokers, and the final step was to evaluate the process and measure changes.

The result of the study was the model of the abolition of smoking called "CASE SALE Model". The model consisted of two parts. The first part was the external factors and the second part was the internal factors. The external factors were collaborations of social networks which included families, public village health volunteers, health promoting hospital staff, Buddhist monks, and researcher. The collaborative activities concerning: counseling (C), advising (A), supporting (S) and encouraging (E). The collaborations were to assist the smokers to quit smoking successfully. The other part was the internal factors of smokers which involved self-esteem (S), acceptance (A), loving themselves and people around them (L) and economy (E). The implementation of the model resulted in 14 smokers stopped smoking, 24 smokers reduced their smoking, and four smokers still keep smoking.

**Keywords :** Development of Model, Social Support, Social Network, Abolition of Smoking

## บทนำ

การเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ถือเป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในทุกๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ 1 คน หรือเท่ากับเกือบ 6 ล้านคนต่อปี และได้คาดการณ์ไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นมากกว่าปีละ 8 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2016) สำหรับประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2555) เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2547-2552 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 23.0 เป็นร้อยละ 20.7 แต่ในปี พ.ศ. 2554 อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 21.4 และลดลงเหลือร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ. 2556 และจากผลสำรวจครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมลงและเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคต่างๆ อาทิ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย เป็นต้น (ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, มณฑา เก่งการพานิช, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสาโรจน์ นาคจ, 2550; U.S. Department of Health and Human Services, 1990) การสูบบุหรี่นอกจากจะมีผลต่อผู้สูบ



โดยตรงแล้วยังทำให้ผู้อื่นรอบข้างสูดเอาพิษจากควัน บุหรี่เข้าไปด้วย บุคคลที่ได้รับควันบุหรี่โดยที่ไม่ได้สูบบุหรี่หรือผู้สูบบุหรี่มือสอง สามารถเกิดอันตรายได้ เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ เช่น คู่สมรสของผู้สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่สมรสที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี (ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ [สบช.], 2558; ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2554)

ในประเทศไทย แม้จะมีมาตรการทางกฎหมายและการสร้างกระแสสังคมการรณรงค์โดยกระบวนการทางนิตยศาสตร์ด้วยการประชาสัมพันธ์ การโฆษณาชวนเชื่อเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายและพิษภัยจากการสูบบุหรี่ก็ยังไม่ใช่ว่าปัจจุบันนี้ทำให้คนเลิกสูบบุหรี่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่เพิ่มขึ้น เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการคลินิกอดบุหรี่ในสังกัดทั่วประเทศตั้งแต่ปี 50,000 บาท กระทรวงสาธารณสุขให้หลักประกันการเข้าถึงการบำบัดโรคติดบุหรี่ รวมถึงการเข้าถึงการรับยาสมุนไพร แพทย์แผนไทยหรือบริการแพทย์ทางเลือกที่จำเป็นต่อการบำบัดโรคติดบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ และอภิญญา ตันทวิวงศ์, 2553; ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล [ศจย.], 2554) มีการดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อลดการบริโภคยาสูบ อาทิ การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ การขึ้นภาษี การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การพิมพ์คำเตือนบนซองบุหรี่เป็นรูปภาพที่น่ากลัว การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย นอกจากนี้ยังมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ คือ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เพื่อให้สอดคล้องกับพันธกรณีตามอนุสัญญาว่าด้วยการ

ควบคุมการบริโภคยาสูบของโลก รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562 โดยมีเป้าหมายคือ ความชุกการเสพยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2562 ไม่เกินร้อยละ 16.7 (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุชัดเจนว่าสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่มากที่สุดคือ พบว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดีเลย ตัดสินใจเลิกเอง ร้อยละ 34.2 รองลงมาคือ ป่วยแล้ว แพทย์แนะนำให้งดสูบบุหรี่ ร้อยละ 28.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ สนทรรศ บุชราทิจ และอภิญญา สิริไพบูลย์กิจ (2555) ที่เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้เข้ารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2554 ทุกราย จำนวน 94 ราย พบว่าอัตราการความสำเร็จในการรักษาผู้ติดบุหรี่อยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 31.9 ที่เวลา 6 เดือน ซึ่งถือว่าใกล้เคียงกับการรักษาในต่างประเทศ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ สิทธิข้าราชการ การมีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ไม่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชรวมทั้งไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาก่อน โดยที่ผลของปัจจัยเหล่านี้ต่อการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จแล้วส่วนใหญ่จะมีเฉพาะในช่วงแรกๆ ของการรักษา แต่เมื่อวัดที่ระยะเวลา 12 เดือน ปัจจัยเหล่านี้ไม่ส่งผลให้มีความแตกต่างของการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ รวมทั้งจำนวนบุหรี่ที่สูบการที่เคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อน ระยะเวลาที่สูบไม่มีผลต่อการเลิกได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการควบคุมทางสังคม เพื่อการเลิกสูบบุหรี่: การบูรณาการความร่วมมือระหว่างเครือข่ายชุมชนกับระบบการบริการสุขภาพของรัฐระดับชุมชน พบว่าการจะจัดการควบคุมการสูบบุหรี่ให้ได้ผลต้องเน้นการเข้าถึง



ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายชัดเจน การจะจัดการกับตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ที่สำคัญที่สุดนอกจากผู้สูบบุหรี่ต้องมีกำลังใจที่ดี มั่นคงแน่วแน่ เคารพตนเองแล้ว สิ่งที่สำคัญคือความต้องการแรงจูงใจ การได้รับกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ที่ต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจที่จะทำให้การเลิกบุหรี่สำเร็จได้ เป็นการควบคุมทางสังคมที่มีอำนาจเหนือบุคคล การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนเลิกบุหรี่ในปัจจุบันเป็นการรณรงค์แบบเหวี่ยงแหไม่เจาะจงไปที่กลุ่มประชากรที่กำลังสูบบุหรี่ จึงไม่สามารถควบคุมเชิงพื้นที่และควบคุมทางสังคมได้ เนื่องจากการควบคุม ป้องกัน รวมทั้งมีมาตรการทางกฎหมาย เป็นการลดจำนวนการสูบบุหรี่หรือห้ามสูบในบางพื้นที่ บางจุด แต่ไม่ใช่วิธีที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบ เพราะการมีป้ายห้ามสูบ ในอาคาร ร้านอาหาร ผู้สูบบุหรี่รู้ทันที่จะเลี่ยงไปสูบบุหรี่ที่อื่นๆ (ปรีชา อุปโยคิน, นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา, พิมพ์ทรัพย์ พิมพ์สุทธิ และภัทรา เจริญลาภ, 2556)

ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อประชาชนที่เป็นผู้สูบบุหรี่ในระดับบ้านและชุมชน ถือเป็นการทำงานเชิงรุกแบบมุ่งเป้าที่สามารถประเมินผลจากการปฏิบัติงานได้ ที่สำคัญคือสามารถพัฒนากระบวนการดูแลที่ลงไปในกลุ่มประชากรตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะสามารถติดตามประชากรผู้สูบบุหรี่ได้มากกว่า โดยการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระหว่างเครือข่ายชุมชน ระดับหมู่บ้าน และการร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีบทบาทมากขึ้นโดยไม่พึ่งพา คลินิกอดบุหรี่ ที่ตั้งอยู่ ณ โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว เพราะผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ห่างไกลที่ตั้งของโรงพยาบาลไม่อาจมารับการบริการได้อย่างสะดวก ถือเป็นเรื่องยากที่ผู้สูบบุหรี่จะมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการมาเลิกสูบบุหรี่

ในสถานบริการซึ่งมีลักษณะตั้งรับ ซึ่งตรงกับเป้าประสงค์ข้อแรกของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ที่ต้องการให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้ โดยตัวชี้วัดข้อที่ 1 คือ ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบจึงต้องอาศัยทั้งการสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม มาเป็นแรงผลักดันร่วมกับแรงจูงใจภายในของผู้ที่อยากเลิกสูบบุหรี่เอง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม สำหรับการเลิกสูบบุหรี่ ในหมู่บ้านสันนายาว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยได้เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพพื้นที่ในการศึกษาได้แก่ ตำบลศรีคำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ประชากรคือผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดในตำบลศรีคำ จำนวน 353 คน กลุ่มตัวอย่างเจาะจงคัดเลือกโดยเลือกผู้สูบบุหรี่หมู่ที่ 6 บ้านสันนายาว จำนวน 42 คน เนื่องจากมีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากที่สุดของตำบล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีคำ, 2555) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ (1) แบบประเมินระดับการตัดสินใจ (2) แบบประเมินความพร้อมใน



การเลิกสูบบุหรี่ (3) แบบสอบถาม (Questionnaires)  
(4) แบบสัมภาษณ์ (Interview)

การดำเนินการวิจัยภาคสนามแบ่งออกเป็น 3 ระยะเวลา ระยะเวลาที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์และการสำรวจ ข้อมูล (Initial Stage) ใช้เวลา 3 เดือน ระยะเวลาที่ 2 การให้ความรู้และเสริมสร้างกำลังใจ (Intervention Stage) ใช้เวลา 9 เดือน ระยะเวลาที่ 3 การประเมินและวัดผลการเปลี่ยนแปลง (Evaluation Stage) ใช้เวลา 3 เดือน รวมระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการวิจัยทั้งหมด 15 เดือนตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน 2557 ถึง เดือนมกราคม 2559 ประกอบด้วย

ระยะเวลาที่ 1 เดือนพฤศจิกายน 2557 - มกราคม 2558

ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับเครือข่ายทางสังคมในชุมชนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชุมปรึกษาหารือเพื่อกำหนดแผนปฏิบัติงานร่วมกัน และอธิบายการใช้แบบประเมินความพร้อมในการเลิก บุหรี่ โดยอาศัยทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม (Transtheoretical Model of Change) และอธิบายการใช้แบบวัดระดับการติดยาโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence : FTND) ให้กับเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้เครือข่ายทางสังคมเกิดความเข้าใจ มั่นใจ และพร้อมที่จะให้ความ ร่วมมือในการช่วยเหลือ สนับสนุนให้บ้านสันนายาวเป็น ชุมชนต้นแบบปลอดบุหรี่

ระยะเวลาที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ 2558 - ตุลาคม 2558

การดำเนินงานในระยะนี้เป็นอีก 2 ช่วง คือ (1) ช่วงมอบหมายงานและให้ความรู้ ใช้เวลา 3 เดือน เพื่อให้ความรู้แก่เครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือ ผู้สูบบุหรี่ และให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ตามระยะความ พร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ที่ประเมินได้ (2) ช่วงกระตุ้น และติดตาม ใช้เวลา 6 เดือนเครือข่ายทางสังคมและ

ผู้วิจัยติดตาม กระตุ้นผลการสนับสนุนทางสังคมที่เกิด ขึ้นกับผู้สูบบุหรี่และให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ตามผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยและเครือข่าย ทางสังคมร่วมกันให้ความรู้แก่ผู้สูบบุหรี่แต่ละคนตามชั้น ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ที่ประเมินได้ ดังนี้

1) ชั้นไม่สนใจ (Precontemplation) ผู้วิจัย รับผิดชอบ สหาคอนคิด ให้ประเมินและทบทวนตนเอง เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ แก่ใจ ความเชื่อต่างๆ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม สหาคอนกลับ ให้ความรู้โดยเน้นสิ่งที่ เป็นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้หน้าหรือชี้ ให้อภัย

2) ชั้นลังเลใจ (Contemplation) ผู้วิจัยใช้ แนวคิดการชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ (Decisional Balance) โดยให้คำปรึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ผู้เลิก บุหรี่ได้ชั่งน้ำหนัก รวมทั้งสร้างแรงจูงใจ แก่ใจอุปสรรค หรือความเชื่อต่างๆ

3) ชั้นเตรียมตัว (Preparation) ผู้วิจัยให้การ สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง (Self - Efficacy) และส่งเสริมศักยภาพ ในการ เตรียมตัว โดยการเสนอทางเลือกในการเปลี่ยน พฤติกรรม และเปิดโอกาสให้บุคคลตัดสินใจเลือกเอง ผู้วิจัยช่วยให้คำปรึกษา วางแผนการเลิก กำหนดวันเลิก ให้ข้อมูลถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเลือกในการ เลิกบุหรี่ ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูบบุหรี่แต่ละคน รวมถึงพิจารณาให้คำแนะนำในการใช้ยาในผู้ที่จำเป็น

4) ชั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยแสดงความ ซินชมในความสำเร็จ สนับสนุน ช่วยแก้ไขปัญหา อุปสรรค และเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง พร้อมทั้ง ทบทวนบริบทที่อาจทำทนายให้หวนกลับไปสูบบุหรี่อีก รวมถึงการชักชวนวิธีการเผชิญความท้าทายที่เหมาะสม

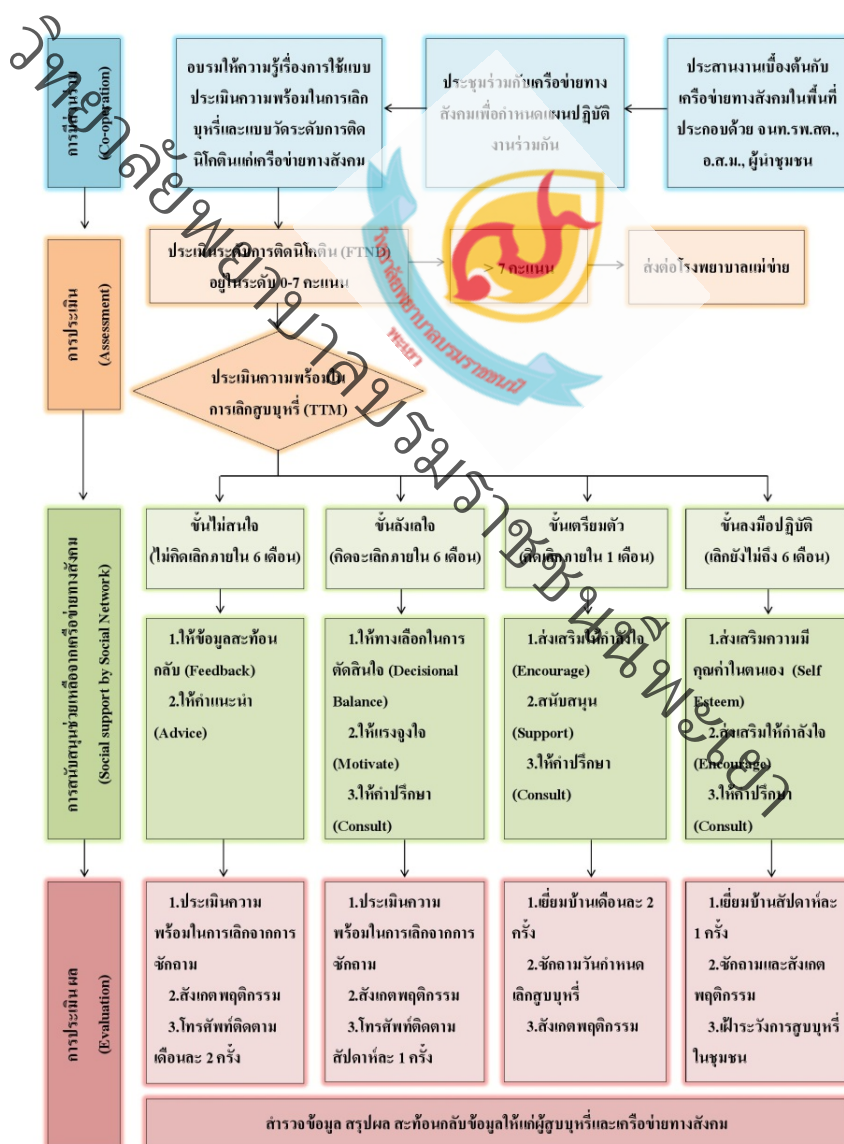
ระยะเวลาที่ 3 เดือนพฤศจิกายน 2558 - มกราคม 2559





ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงและวิเคราะห์ผลการสำรวจจำนวนผู้ที่สามารถลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการประเมินผลว่าผู้สูบบุหรี่ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในลักษณะใด อยู่ในขั้นไหน ปัจจัยที่ส่งเสริม สนับสนุนให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จคืออะไร ความรู้สึกและอาการที่เลิกสูบบุหรี่ได้เป็นอย่างไร และปัจจัยใดที่ทำให้การเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ จากนั้นได้ส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต.ศรีคำ เพื่อดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เกิดความพร้อมและพยายามเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จต่อไป

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ขั้นตอนการสร้างความสัมพันธ์และสำรวจข้อมูล (Initial Stage) ระยะที่ 2 ขั้นตอนการให้ความรู้และเสริมสร้างกำลังใจ (Intervention Stage) และระยะที่ 3 ขั้นตอนการประเมินและวัดผลการเปลี่ยนแปลง (Evaluation Stage) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถสรุปเป็นขั้นตอนการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ ได้ดังภาพที่ 1



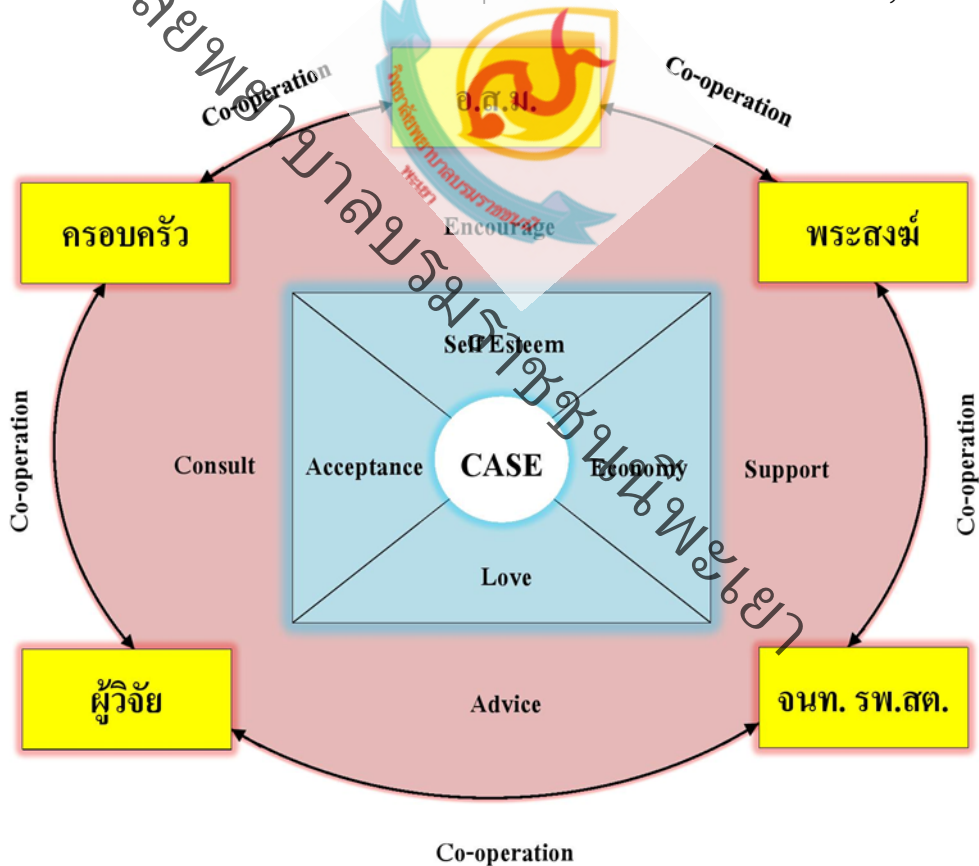
ภาพที่ 1 ขั้นตอนการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่



## ผลการศึกษา

การพัฒนาแบบการสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม สำหรับการควบคุม ลด และเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ (1) รูปแบบที่ได้จากการวิจัย (2) ประสิทธิภาพของรูปแบบ ส่วนที่ 1 รูปแบบที่ได้จากการวิจัย

การพัฒนาแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่ ของผู้สูบบุหรี่บ้านสัน นายาว ตำบลศรีค้ำ อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย ในครั้งนี้ ได้รูปแบบที่มีชื่อเรียกว่า “CASE SALE Model” ซึ่ง ผู้วิจัยสรุปเป็นแผนภาพได้ดังภาพที่ 2 โดยองค์ประกอบของรูปแบบ มี 2 ส่วนคือ (1) ความร่วมมือกันของเครือข่ายทางสังคมทั้ง 5 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย (1) ครอบครัว (2) อสม. (3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (4) พระสงฆ์ และ (5) ผู้วิจัย ที่ได้ร่วมมือกันในการให้คำปรึกษา (Consult) ให้คำแนะนำ (Advice) ให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Support) ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจ (Encouragement) เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (2) ปัจจัยภายในที่มาจากตัวผู้สูบบุหรี่เอง ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้ (1) ความรักตัวเองและคนรอบข้าง (Love) (2) ความมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) (3) การยอมรับและการเป็นแบบอย่าง (Acceptance) (4) ความประหยัด (Economy)



ภาพที่ 2 รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่: กรณีศึกษาบ้านสันนายาว อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย “CASE SALE Model”



## ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของรูปแบบ

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 42 คน พบว่าผลจากการใช้รูปแบบดังกล่าวทำให้ มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 14 คน ยังคงมีผู้ที่สูบบุหรี่อยู่อีกจำนวน 28 คน แบ่งเป็นผู้ที่ลดการสูบบุหรี่ลงจำนวน 24 คน ซึ่งการลดการสูบบุหรี่ หมายถึง สูบบุหรี่ลดลงอย่างน้อย 1 มวน ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน และผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่จำนวนเท่าเดิม 4 คน

สำหรับเหตุผลของผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ จำนวน 28 คน นั้น สามารถสรุปสาเหตุที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไปคือ (1) เป็นความเคยชินได้สูบบุหรี่เป็นเวลานาน (2) การเข้าสังคม (3) แพ้ใจตนเอง (4) สูบแล้วผ่อนคลาย สมองปลอดโปร่ง เลิกสูบแล้วหงุดหงิด (5) ขาดกำลังใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ (6) เชื่อว่าบุหรี่ไม่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จตามข้อมูลจากผู้ที่ถูกเลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 14 คน สรุปได้เป็น 5 ปัจจัย คือ (1) การสนับสนุนให้กำลังใจจากเครือข่ายทางสังคม (2) ความรักตนเองและคนรอบข้าง (3) ความมีคุณค่าในตนเอง (4) การยอมรับและการเป็นแบบอย่าง และ (5) ความประหยัด

## อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม เพื่อการเลิกบุหรี่ บ้านสันนายาว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย มีประเด็นหลักที่นำมาอภิปราย 2 ประเด็น ตามสรุปผลการศึกษา คือ (1) กระบวนการพัฒนารูปแบบ (2) ผลการพัฒนารูปแบบ รายละเอียดของประเด็นในการอภิปราย มีดังนี้

### 1. กระบวนการพัฒนารูปแบบ

กระบวนการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่ ที่ผู้วิจัย

พัฒนาขึ้น พบว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคม (Co-operation) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบได้สำเร็จ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาให้เครือข่ายทางสังคมมีความรู้และตระหนัก เรื่องพิษภัยของบุหรี่ เพื่อเป็นแกนนำในการสนับสนุน ผลักดันให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้เนื่องจากหากเครือข่ายทางสังคมไม่มีความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่และไม่ตระหนักว่าบุหรี่เป็นปัญหาของชุมชน หรือคว้นบุหรี่มือสองส่งผลกระทบต่อประชาชนในชุมชนอย่างไรบ้าง กระบวนการมีส่วนร่วมก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ดังที่ Cohen and Uphoff (1977) ได้กล่าวถึงกรอบในการพิจารณาเรื่องของการมีส่วนร่วมว่า การมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องมีผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง (Participation in Benefits) โดยอาจจะเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม หรือโดยส่วนตัว และนิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2550)

กล่าวว่าการมีส่วนร่วมเริ่มต้นตั้งแต่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา การกำหนดนโยบาย และวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา ร่วมกัน ร่วมในการตัดสินใจ กำหนดความต้องการของชุมชน ให้ความสำคัญและความต้องการนั้นๆ ผู้วิจัยจึงได้เน้นการสร้างความรู้ความตระหนักถึงปัญหาเรื่องพิษภัยบุหรี่ให้กับเครือข่ายทางสังคมดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ผ่องศรี ศรีมรกต (2559ข) ที่เริ่มกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายพัฒนา ตำบลคลองโยงปลอดบุหรี่ จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพแกนนำในระดับตำบล โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายประชาคมในตำบล ผลลัพธ์ คือ ได้แกนนำจำนวน 120 คน ที่ตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่และมีศักยภาพในการขยายความรู้ ความเข้าใจสู่สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสมาชิกในตำบลอื่นๆ และสอดคล้องกับรายงานการวิจัยเรื่องการสังเคราะห์รูปแบบการจัดการปัญหาบุหรี่ในระดับชุมชน ที่ศึกษา





การแก้ปัญหาบุหรี่ในชุมชน ที่แล้วเสร็จระหว่างปี 2551-2556 จำนวน 15 เรื่อง ของ อรวรรณ สัมภวานะ และคณะ (2559) ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการปัญหาบุหรี่ในชุมชน ที่สำคัญคือ การพัฒนาโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน

## 2. ผลการพัฒนารูปแบบ

ผลการพัฒนารูปแบบตามปัจจัยที่ค้นพบ ซึ่งแบ่งออกเป็นปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ดังนี้

### 2.1 ปัจจัยภายนอก

ความร่วมมือกันของเครือข่ายทางสังคมและผู้วิจัย ที่ได้ร่วมมือกันในการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือสนับสนุน ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจ ผู้สูบบุหรี่ ถือเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้สำเร็จ

#### 2.1.1 การให้คำปรึกษา

ผู้วิจัยใช้การให้คำปรึกษารายบุคคล ถือเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่มากที่สุด ทั้งการให้คำปรึกษาแบบเผชิญหน้ากันหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2559) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่ได้รับคำปรึกษาโดยใช้เวลานานและบ่อยครั้งสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศที่พบว่า การใช้เวลาในการให้คำปรึกษานานกว่า 10 นาทีต่อครั้ง ช่วยทำให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จร้อยละ 22.1 ซึ่งมากกว่า การเลิกโดยไม่มี การให้คำปรึกษา ที่มีอัตราการเลิกได้เพียงร้อยละ 10.9 หากมีการให้คำปรึกษารวมทุกครั้ง ยาวนานกว่า 300 นาที อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.5 และหากมีการให้คำปรึกษาต่อเนื่องกัน 8 ครั้ง หรือมากกว่าจะช่วยให้อัตราการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.7 (Fiore, Jaen & Baker, 2008)

#### 2.1.2 การให้คำแนะนำ

การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ อาการข้างเคียงหลังจากเลิกสูบบุหรี่ วิธีการรักษารวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อเกิดอาการผดผกตี เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยได้ถ่ายทอดให้กับเครือข่ายทางสังคม ผู้ดูแล เพื่อจะได้ช่วยกันให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ถือว่ามีความสำคัญ เพราะคำแนะนำที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่สามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ ไปด้วยดี ส่งผลให้การเลิกสูบบุหรี่ ประสบผลสำเร็จมากขึ้น (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2554; Khasemophas & Cheewapat, 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ มีการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับอัตราความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่กับการให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่จากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า หากผู้ที่กำลังเลิกสูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่จากบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้อัตราความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น และหากได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า 1 วิชาชีพ อัตราความสำเร็จก็จะเพิ่มขึ้น 1.8-2.4 เท่า (Silagy & Stead, 2001) และการให้คำแนะนำเพียงสั้นๆ สามารถเพิ่มอัตราในการเลิกสูบบุหรี่ได้ อีกร้อยละ 1-3 (Stead, Bergson & Lancaster, 2008) และการที่แพทย์ให้คำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่แม้ด้วยคำพูดสั้นๆ สามารถส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จในอัตราร้อยละ 10.2 (Fiore et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของโรมานและคณะ (Romand et al., 2005) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม 5 วันเลิกบุหรี่ (Five-Day Plan for Smoking Cessation) เน้นการให้ข้อมูลเพื่อสร้างแรงจูงใจเลิกบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า จากการวัดปริมาณ คาร์บอนมอนอกไซด์ ที่ระยะ 12 เดือน พบว่า



กลุ่มทดลองมีอัตราการเลิกบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.004$ )

### 2.1.3 การช่วยเหลือสนับสนุน

ผู้สูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จทั้ง 14 คน ให้ข้อมูลว่าได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม จึงทำให้พวกเขาเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของ Brandt and Weinert (1985) ที่กล่าวว่าเมื่อได้รับการสนับสนุนด้านความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้เกิดความอบอุ่นใจ มีกำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่และความรู้สึกไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน จากการศึกษาแบบ Meta-Analysis ในปี ค.ศ. 1995 ประมาณไว้ว่าอัตราการเลิกสูบบุหรี่แบบไม่มีต่อช่วยใดๆ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 7.3 จากการติดตามต่อเนื่องมาเป็นเวลา 10 เดือน (Baillie, Mattick & Hall, 1995) แต่ ถ้ามีผู้ช่วยเหลือสนับสนุน อัตราการเลิกสูบบุหรี่จะเพิ่มสูงขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ วิลโลว์ตัน จิตตโคตร และคณะ (2551) ที่ศึกษาในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป บ้านโนนสูง หมู่ที่ 1 ตำบลโนนสูง อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน 112 คน ผลการวิจัยพบว่า บุคคลที่เป็นแรงจูงใจและสนับสนุนช่วยเหลือทำให้การลดและเลิกสูบบุหรี่เป็นผลสำเร็จ คือ คนในครัวเรือนที่ใกล้ชิด ได้แก่ บุตรภรรยา และการศึกษาของ อรรพรรณ สัมภวานะ และคณะ (2559) ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการปัญหาบุหรี่ในชุมชน ที่สำคัญข้อหนึ่งคือ การได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคประชาชนและท้องถิ่น

### 2.1.4 การส่งเสริมให้กำลังใจ

ผู้วิจัยได้อธิบายหลักการเสริมสร้างกำลังใจให้กับเครือข่ายทางสังคมและผู้ดูแลผู้สูบบุหรี่ เน้นการเสริมกำลังใจมุ่งสร้างแรงจูงใจภายใน (Intrinsic

Motivation) มากกว่าแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) (สมบุญ คำฟู, 2559) โดยใช้ทฤษฎีเสริมแรงของสกินเนอร์ (Skinner) ถือเป็นทฤษฎีที่อยู่บนพื้นฐานทางพฤติกรรมแห่งการจูงใจ ใช้หลักการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ เชื่อว่าพฤติกรรมจะถูกชักจูงโดยผลการกระทำ ซึ่งเป็นผลที่ได้รับหลังจากที่แสดงพฤติกรรมออกมาและจะมีส่วนช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้กระทำหรือแสดงพฤติกรรมนั้นอีก เรียกว่า ตัวเสริมแรง (Reinforcer) ซึ่งมานพ ชูนิล และภราดี บุตรศักดิ์ศรี (2548) ได้กล่าวถึงตัวเสริมแรงว่าแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (1) ตัวเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcer) หมายถึง รางวัลซึ่งเป็นสิ่งที่ปรารถนา เช่น คำชมเชย เงินทอง หรือมีเพื่อนคู่หู เป็นต้น (2) ตัวเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcer) คือ สภาพที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือสิ่งไม่พึงปรารถนา เช่น การหนีจากสถานที่เสียงดังหรือสับสนวุ่นวาย เป็นต้น เช่นเดียวกันกับที่ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2550) กล่าวว่า การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) เป็นสิ่งล่อใจที่สามารถก่อให้เกิดแรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมขึ้น เช่น การให้รางวัล เป็นเครื่องกระตุ้นให้บุคคลอยากกระทำ เช่น การชมเชย สามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการได้ ซึ่งการเสริมแรงบวกเป็นตัวจูงใจที่ใช้ได้ผลที่สุดในการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน (วินัย วิลโลว์ตัน, 2549)

### 2.2 ปัจจัยภายใน

CASE SALE Model ที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่ามีปัจจัยภายในที่มาจากตัวผู้สูบบุหรี่เองเป็นแรงผลักดันที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ (1) ความรักตัวเองและคนรอบข้าง (2) ความมีคุณค่าในตนเอง (3) การยอมรับและการเป็นแบบอย่าง (4) ความประหยัด

#### 2.2.1 ความรักตัวเองและคนรอบข้าง



ผลการศึกษานี้ พบว่า ความรักตนเองและคนรอบข้าง ถือเป็นปัจจัยภายในที่สำคัญที่สุด มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจำนวน 9 คน ให้ข้อมูลว่า เหตุผลที่พวกเขาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นเพราะไม่อยากให้บุหรี่ทำลายสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิด คล้ายคลึงกับผลการศึกษา เรื่อง การเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจและปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ของ สติธาสมควรดี (2542) ที่พบว่าผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ เพราะความรัก ความห่วงใยสุขภาพตนเองและครอบครัว และการศึกษาของ ชัยวัฒน์ ภูทอง และคณะ (2551) ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้เลิกและลดบุหรี่ได้คือส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ อยากมีสุขภาพแข็งแรงและเพื่อครอบครัว โดยบุคคลที่เป็นแรงจูงใจต่อการลดและเลิกสูบบุหรี่เป็นผลสำเร็จ คือ คนในครัวเรือนที่ใกล้ชิด รวมถึงผลการศึกษาของ บุพผา ศิริศรีคมและคณะ (2550) ที่ระบุเหตุผลที่ทำให้ ผู้สูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ คือเกิดความวิตกกังวลในสุขภาพของตนเอง และสุขภาพของคนรอบข้างเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้สามารถผู้สูบบุหรี่ได้

### 2.2.2 ความมีคุณค่าในตนเอง

ผู้สูบบุหรี่จำนวนหนึ่งสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (5 คน) เป็นเพราะความมีคุณค่าในตนเอง คือ การคิดว่าตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ ตลอดจนการมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2554) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรมเลิกบุหรี่ โดยการทบทวนงานวิจัยทั้งหมด 22 เรื่อง พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านจิตวิทยาสังคม เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นหนึ่งในปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น

ของศิริพร ชวนชาติ (2551) ที่พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ได้รับความรู้ตามปกติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริภาณี อิ่มน้ำขาว (2555) ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คือตั้งใจจริงและเชื่อความสามารถของตนเอง

### 2.2.3 การยอมรับและการเป็นแบบอย่าง

ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ จำนวน 5 คน ให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า อีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พวกเขาเลิกสูบบุหรี่เป็นเพราะอยากได้รับการยอมรับ ทั้งจากสังคมและครอบครัว รวมทั้งต้องการเป็นแบบอย่างให้กับบุคคลอื่นในการเลิกสูบบุหรี่ พวกเขาให้ข้อมูลว่าปัจจุบันการสูบบุหรี่เป็นที่รังเกียจของสังคมและหาที่สูบบุหรี่ยาก เพราะมีการห้ามสูบบุหรี่ตามที่สาธารณะ ผ่องศรี ศรีมรกต (2559ก) ได้รายงานว่าการกำหนดนโยบายที่ทำงานปลอดบุหรี่ และการจัดสถานที่สาธารณะปลอดบุหรี่ เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ โดยการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังจะช่วยเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้อีกร้อยละ 12-38 และสอดคล้องกับที่ สุพัฒนุช สอนดำริห์ (2558) ผู้อำนวยการฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รายงานว่าการที่สังคมไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ การถูกมองอย่างรังเกียจจากคนรอบข้าง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อยากลดละเลิกการสูบบุหรี่ หลังจาก สสส. เผยแพร่โฆษณาชุด “คุณมาทำร้ายฉันทำไม” สามารถสร้างบรรทัดฐานของสังคมในการสูบบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะขึ้น ซึ่งผลสำรวจทัศนคติของประชาชนโดยทั่วไป จำนวน 704 คน ร้อยละ 88 เห็นด้วยว่า การสูบบุหรี่หรือยาเส้น ส่งผลเสียต่อสุขภาพของคนรอบข้างและ ผู้สูบบุหรี่กว่า ร้อยละ 74 เห็นด้วยว่า การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ



เป็นการรบกวนคนอื่น ซึ่งนับเป็นการสร้างบรรทัดฐานใหม่ในสังคมไทย

#### 2.2.4 ความประหยัด

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นอีกหนึ่งปัจจัย ที่ช่วยทำให้ผู้สูบบุหรี่จำนวน 3 คนหรือร้อยละ 21.43 เลิกสูบบุหรี่ได้ โดยทุกคนให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่าอยากเลิกสูบบุหรี่เพื่อลดค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เนื่องจากบุหรี่มีการปรับราคาสูงขึ้นมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, นวพร สายสิงห์ และเพ็ญภคร พันผา (2557) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ได้แก่ รายได้ที่ได้รับในแต่ละเดือนไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 32.25 และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของ สุณิดา ปรีชาวงษ์ (2554) พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมถือเป็นปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ และราคาขายสูบที่สูงขึ้นร้อยละ 10 จะเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้อีกร้อยละ 3-5 (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2559ก)

รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเพื่อการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่บ้านสันนยาว ตำบลศรีคำ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย (CASE SALE Model) ในครั้งนี้ สามารถช่วยทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ดังนั้น

เมื่อนำรูปแบบไปใช้ผู้ใช้ต้องเข้าใจองค์ประกอบของรูปแบบและขั้นตอนการเลือกรูปแบบในแต่ละระยะให้ดีก่อน โดยองค์ประกอบของรูปแบบ มี 2 ส่วนคือ องค์ประกอบที่ 1 ความร่วมมือกันของเครือข่ายทางสังคมทั้ง 5 กลุ่มประกอบด้วย (1) ครอบครัว (2) อสม.(3) เจ้าหน้าที่ รพ.สต. (4) พระสงฆ์ และ (5) ผู้นำรูปแบบไปใช้ ซึ่งผู้ที่จะนำรูปแบบไปใช้ควรเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อจะได้มีองค์ความรู้ในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้สูบบุหรี่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและน่าเชื่อถือ รวมทั้งจะได้ถ่ายทอดความรู้เรื่องพิษภัยของบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่และเทคนิคการให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายทางสังคมได้ ที่สำคัญต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างเครือข่ายทางสังคมทั้ง 5 กลุ่มในการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบได้สำเร็จ องค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยภายในที่มาจากตัวผู้สูบบุหรี่เอง ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ดังนี้ (1) ความรักตัวเองและคนรอบข้าง (2) ความมีคุณค่าในตนเอง (3) การยอมรับและการเป็นแบบอย่าง (4) ความประหยัด ดังนั้นผู้ที่นำรูปแบบไปใช้ต้องส่งเสริมหรือกระตุ้นปัจจัยภายในของผู้สูบบุหรี่ โดยใช้หลักการให้คำปรึกษาที่เป็นเพียงผู้คอยรับฟังและส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความรักในตนเองและคนรอบข้าง และอยากให้คนรอบข้างยอมรับโดยการเลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด



## เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ และอภิญญา ตันทวิวงศ์. (2553). *ถอดบทเรียนโครงการโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ ศูนย์กลางการแก้ปัญหาบุหรี่และสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย. *ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- ชัยวัฒน์ ภูทอง, ประสิทธิ์ ประดิษฐ์ทรัพย์และณรงค์ตราญ บุญยืน. (2551). *โครงการวิจัยปฏิบัติการเพื่อการควบคุมยาสูบ อสม.บางเตยร่วมใจบ้านปลอดบุหรี่*.ปราจีนบุรี: สมาคมหมออนามัยเครือข่ายจังหวัดปราจีนบุรี สถาบันอนามัยตำบลบางเตย สำนักงานสาธารณสุข อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2550). *แนวคิดแนวทางการพัฒนาชุมชน*. กรุงเทพฯ: กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.
- บุปผา ศิริภุมิ, ฟิลิป เกสต์, วรางคณา ผลประเสริฐ, ทวีมา ศิริศรีคม, อรพินทร์ พิทักษ์มาเทศและปรียา เกนโรจน์. (2550). *ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่ 2 (พ.ศ. 2549)*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและ สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2554). *การเสียชีวิตของคนไทยต่อปีจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่: การศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. 2552 (ข้อมูลเบื้องต้น)*. กรุงเทพฯ: โครงการศึกษาภาระโรคสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศกระทรวงสาธารณสุข.
- ปรีชา อุปโยคิน, นันทิกา อนันต์ชัยพัชรนา, พิมพ์ทัย พิมพ์พิสุทธิ และภัทธา เจริญลาภ. (2556). *รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการควบคุมทางสังคม เพื่อการเลิกสูบบุหรี่: การบูรณาการความร่วมมือระหว่างเครือข่ายชุมชนกับระบบการบริการสุขภาพของรัฐระดับชุมชน*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2559ก). *การบำบัดทางเลือกเพื่อขจัดบุหรี่วิถีไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: อัทธรุญ ศรีเอทนิว.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2559ข). *รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายพัฒนา ตำบลคลองโยงปลอดบุหรี่ จังหวัดนครปฐม*. *วารสารพยาบาล*, 65(1), 48-57.
- มานพ ชูนิลและภราดี บุตรศักดิ์ศรี. (2548). *จิตวิทยาอุตสาหกรรมและการจัดการเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีค้ำ. (2555). *สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2555*. กระทรวงสาธารณสุข.(ม.ป.พ.)
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, มณฑา เก่งการพานิช, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสาโรจน์ นาคครู. (2550). *ลงหลักปักฐานสกัดกันยาสูบ*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- วินัย วิไลลักษณ์. (2549). *แรงจูงใจ (Motives) และการจูงใจ (Motivation)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.
- วิไลรัตน์ จิตตโคตร, สุพัฒน์ กองสีมา, วิไลวรรณ คมขำ และรจนา สุโพธิ์. (2551). *มาตรการทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของสถานีนอนมัยโนนสูง อำเภอมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ศิริฉวี อิ่มน้ำขาว. (2555). *รูปแบบพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่* โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(3), 7-20.
- ศิริพร ชวนชาติ. (2551). *ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองและสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.





## เอกสารอ้างอิง

- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2550). *พฤติกรรมผู้บริโภค*. กรุงเทพฯ: บ้านเสรีรัตน์.
- ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ(ศบช.). (2558). *สูบบุหรี่มือสอง*. สืบค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2559, จาก <http://www.thailandquitline.or.th/site/about/view/25>
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล(ศจย.). (2554). *รายงานสรุปและประเมินผลการจัดกิจกรรมการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการระบบบริการคลินิกกอดบุหรี่*. กรุงเทพฯ: เจริญดี มั่นคงการพิมพ์.
- ลลิตา สมควรดี. (2542). *การเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจและปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ*. การประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2542. กระทรวงสาธารณสุข.
- สนทรรศบุษร พิจ และอภิญาสิริไพบูลย์กิจ. (2555). การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของผู้ที่รับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 305-312.
- สมบูรณ์ คำฟู. (2559). *ทักษะการเสริมกำลังใจ*. สืบค้นเมื่อ 21 กันยายน 2559, จาก [http://mcp.swjv.mcp.ac.th/html\\_edu/cgi-bin/mcp/main.php/print\\_informed.php?id\\_count\\_inform=20060](http://mcp.swjv.mcp.ac.th/html_edu/cgi-bin/mcp/main.php/print_informed.php?id_count_inform=20060)
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน*. สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2559, จาก [http://btc.ddc.moph.go.th/tp/upload/datacenter/59-04-26-GYTS-Strategy\(1\).pdf](http://btc.ddc.moph.go.th/tp/upload/datacenter/59-04-26-GYTS-Strategy(1).pdf)
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2555). *ข้อมูลด้าน การบริโภคยาสูบของประชากรไทย*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2555). *สรุปผลสำคัญการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557*. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2559, จาก [https://www.nsi-society.go.th/article\\_attach/13207/17336.pdf](https://www.nsi-society.go.th/article_attach/13207/17336.pdf)
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2554). *การบำบัดโรคเสพติด*. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับทางบำบัดโรคเสพติดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2554). *โครงการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเรื่องปัจจัยกำหนดพฤติกรรม การเลิกบุหรี่*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัฒนุช สอนดำริห์. (2558). *คนใช้บริการสายด่วนเลิกบุหรี่กว่า 7 หมื่นสาย*. ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.). สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2559, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/30000>
- อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, นวพร สายสิงห์และเพ็ญภัคร พันผา. (2557). *การสำรวจการรับรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ผ่านทางบริการออนไลน์เครือข่ายชุมชนคนเลิกสูบบุหรี่: ระยะที่ 2*. สืบค้นเมื่อ 21 กันยายน 2559, จาก [http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show\\_detail=T&art\\_id=1910](http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1910)
- อรวรรณ สัมภวมานะ, ดวงเดือน อินทร์บำรุง, ดวงหทัย ศรีสุจริตและรัชฎาภรณ์ เทียงสุข. (2559). การสังเคราะห์รูปแบบการจัดการปัญหาบุหรี่ในระดับชุมชน. *วารสารพยาบาล*, 65(1), 11-18.



## เอกสารอ้างอิง

- Baillie AJ, Mattick RP & Hall W. (1995). "Quitting smoking: estimation by meta-analyis of the rate of unaided smoking cessation". *Aust J Public Health*, 19(2), 129-131.
- Brandt, P. A. & Weinert, C. (1985). *Pro: Psychometric update. Unpublished manuscript*. Washington, DC: School of Nursing, University of Washington.
- Cohen, J. M. & Uphooff, N. T. (1977). *Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evolution rural development committee center for international studies*. New York: Longman.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R. & Baker, T. B. (2008). *Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence*. Retrieved 20 September, 2015, from [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf)
- Khasemophas, D. & Cheewapat, P. (2012). The effectiveness of a counseling program for smoke-free families. *Kuakarun J Nurs* 19, 103-117.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Romand, R., Gourgou, S., & Sancho-Garnier, H. (2005). A randomized trial assessing the five-day plan for smoking cessation. *Addiction*, 100, 1546-1554.
- Silagy, C. & Stead, L. (2001). *Physician advice for smoking cessation*. Retrieved September 18, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11405953>
- Stead, L. F., Bergson, G., & Lancaster T. (2008). *Physician advice for smoking cessation*. Retrieved September 18, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425860>
- U. S. Department of Health and Human Services. (1990). *The health benefits of smoking cessation*. Retrieved August 27, 2016, from <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBCV.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2016). *World No Tobacco Day, 31 May 2016: Get ready for plain packaging*. Retrieved August 27, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/world-no-tobacco-day/en/>