

## บทความวิจัย

# การสำรวจและเปรียบเทียบภาวะการเสพติดแบบต่างๆ ของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสงคราม

ยงยุทธ ตัณฑุเวส<sup>1\*</sup> และ มณฑา พูนศรีพัฒนา<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

พนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสงคราม มีภาวะเสพติดทางจิตใจ ร้อยละ 57.3 สูงกว่าภาวะเสพติดทางสังคม หรือนิสัยความเคยชิน ร้อยละ 37.93 และภาวะเสพติดนิโคติน ร้อยละ 28.57 อย่างมีนัยทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 [ $\alpha$ , (r-1)(c-1)] = 194.4 >  $\chi^2$  (0.01, 2) = 9.21

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพติดทางจิตใจกับความรู้สึกล้นต่อการเปรียบเทียบปรับและการลงโทษทางกฎหมายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ที่ระดับ 0.05 และมีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพติดทางจิตใจกับความรู้สึกล้นต่อภาพคนเป็นโรคร้าย และพิษภัยของบุหรี่ที่พิมพ์บนซอง ที่ระดับ 0.05 ส่วนภาวะเสพติดทางสังคมและภาวะเสพติดนิโคตินไม่มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพติดทางจิตใจกับความรู้สึกล้นต่อภาพคนเป็นโรคร้าย และพิษภัยของบุหรี่ที่พิมพ์บนซอง

กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์และความรู้สึกล้นต่อการเปรียบเทียบปรับและการลงโทษทางกฎหมายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเลิกบุหรี่ค่อยๆ ลดจำนวนลงทีละน้อยจนเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 53.93 สูงกว่าวิธีการเลิกแบบหักดิบแบบปราศจากความช่วยเหลือ ด้วย Nicotine Replacement Therapy (NRT) ร้อยละ 30.95 และวิธีการเลิกแบบหักดิบแบบที่ต้องการความช่วยเหลือ ร้อยละ 15.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 [ $\alpha$ , (r-1)(c-1)] = 43.33 >  $\chi^2$  (0.01, 2) = 9.21

**คำสำคัญ:** ภาวะการเสพติด พนักงานในสถานประกอบการ Fagerstrom Test NRT

<sup>1</sup> ภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>2</sup> กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสงคราม

\* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, email: yongyutt@swu.ac.th

# The Survey and Comparison Types of Smoking in Employees Private Sector in Samut Songkhram Province

Yongyuth Tudulawessa<sup>1\*</sup> and Montha Poonsripatana<sup>2</sup>

---

## ABSTRACT

The percentage of psychological smoking situation in employees in private sector in Samut Songkhram Province was 57.3 significant higher than percentage of social or habitual situation 37.93% and 28.57% of nicotine situation of smoking in highly level significant at 0.01.  $[\alpha, (r-1)(c-1)] = 194.4 > \chi^2 (0.01, 2) = 9.21$

The correlation between psychological smoking situation vs. the punishment of declared Public Health “Forbidden Smoking Zone” and The Caused of Dead figures and The Warning harmful smoking, printed on cigarette packs are significant in 0.05 level. The correlation of social or habitual situation of smoking and nicotine situation of smoking with the punishment of declared Health Public “Forbidden Smoking Zone” and The Caused of Dead figures and The Warning harmful smoking, printed on cigarette packs were non significant.

The subjects willing to reduce smoking found 53.93 higher than the method to quit smoking free NRT 30.95% and 15.1% the method to quit added NRT in level 0.01  $[\alpha, (r-1)(c-1)] = 43.33 > \chi^2 (0.01, 2) = 9.21$ .

**Keywords:** types of Smoking, employees in private sector, Fagerstrom Test, NRT

---

<sup>1</sup>Department of Chemistry, Faculty of Science, Srinakharinwirot University

<sup>2</sup>Health Promotion Department, Samut Songkhram Provincial Public Health

\*Corresponding author, email: yongyutt@swu.ac.th

## บทนำ

จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติในเดือนเมษายน พ.ศ. 2547 [1, 2] พบว่ามีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ 49.4 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน 11.3 ล้านคน (ร้อยละ 23.0) เป็นผู้สูบบุหรี่ประจำหรือทุกวันประมาณ 9.6 ล้านคน (ร้อยละ 20.0) และผู้ที่สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง ประมาณ 1.4 ล้านคน (ร้อยละ 2.8) โดยจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2544 ประมาณ 0.4 ล้านคน และจากจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ประมาณ 9.6 ล้านคนนั้นเป็นผู้ชาย 9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 79.64 (จากจำนวนผู้สูบบุหรี่) และเป็นผู้หญิง 0.6 ล้านคน คิดเป็นเพียงร้อยละ 5.31 (จากจำนวนผู้สูบบุหรี่) และยังพบอีกว่าร้อยละ 88.1 ของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำมีการสูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้านกับสมาชิกในครอบครัว [3-5]

อายุเฉลี่ยการเริ่มสูบบุหรี่ที่พบในปี พ.ศ. 2547 คือ 18.4 ปี โดยผู้ชายเริ่มสูบเมื่ออายุเฉลี่ย 18.2 ปี ผู้หญิงเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 21.7 ปี ส่วนอายุเฉลี่ยของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่นั้นในปี พ.ศ. 2547 [6,7] พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้เลิกสูบบุหรี่ คือ 41.8 ปี โดยผู้ชายเลิกสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 41.4 ปี และผู้หญิงเลิกสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 46.1 ปี ในขณะที่ปี พ.ศ. 2542 อายุเฉลี่ยของผู้เลิกสูบบุหรี่ คือ 41.4 ปี โดยผู้ชายเลิกสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 40.8 ปี และผู้หญิงเลิกสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 46.8 ปี [5, 8, 9]

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ [8] ปี พ.ศ. 2550 ในกลุ่มคนไทยอายุ 15 ขึ้นไป ซึ่งมีจำนวน 51 ล้านกว่าคน พบว่า สูบบุหรี่ 10.8 ล้านคน หรือร้อยละ 21 ของประชากร โดยสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน 9.4 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2535 ที่มีผู้สูบบุหรี่ประจำเกือบ 12 ล้านคน มีผู้สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง 1.3 ล้านคน ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง 22 เท่าตัว สูบเฉลี่ยวันละ 10.3 มวน ส่วนใหญ่อยู่นอกเขตเทศบาล ผู้สูบบุหรี่ 1 ใน 5 กลุ่มอยู่วัยทำงานอายุ 25-59 ปี ผู้สูบบุหรี่อายุ 60 ปีขึ้นไป สูบร้อยละ 17 ส่วนกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี สูบร้อยละ 12 โดยอายุเริ่มสูบเฉลี่ย 18 ปี สาเหตุการเริ่มสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ พบว่า เกินครึ่งร้อยละ 55 สูบเพราะอยากทดลอง รองลงมา คือ สูบตามเพื่อน [8]

ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 [9, 10] ยุทธศาสตร์ที่ 4: สร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพในเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ เรื่อง การควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญ ได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ เบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง มะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ [11, 12] ดังนั้นในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 นี้ ได้กำหนดกลวิธีและมาตรการในข้อที่ 4 สร้างเสริมศักยภาพระบบการเฝ้าระวัง การควบคุม และการป้องกัน และการรักษาพยาบาลโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ และควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ โดยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่แผนงานด้านการควบคุมการบริโภคที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ โดยเน้นหนักไปที่การควบคุมการบริโภค สุรา บุหรี่ เป้าหมาย และตัวชี้วัด มีการจัดทำเป้าหมายและระบบการติดตาม เฝ้าระวัง มีมาตรการการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ จึงมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18 พ.ศ. 2550 [11] สูบบุหรี่ในที่สาธารณะเริ่มมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมา แต่ไม่มีผลวิจัยใดๆ ที่ชี้วัดถึงผลของการประกาศใช้กฎกระทรวง ฉบับที่ 18

จังหวัดสมุทรสงคราม [13] มีวิสัยทัศน์ด้านสาธารณสุขไว้ว่า “ประชาชนมีพฤติกรรมการสุขภาพที่ดี ได้รับบริการที่มีคุณภาพทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมนำไปสู่สมุทรสงครามแข็งแรง” และเป็นจังหวัดที่มีโรงงานหรือสถานประกอบการจำนวนมาก ประชากรที่ทำงานในโรงงานมีจำนวนผู้ติดบุหรี่จำนวนมาก [12-14] ซึ่งการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นการลดอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ทั้งยังช่วยลดความสูญเสียในด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุข (health expenditure) ของผู้สูบบุหรี่และบุคคลที่อยู่รอบข้างอีกด้วย แต่การเฝ้าติดตาม และการสำรวจภาวะการฉุดบุหรี่ยังไม่มีผู้วิจัยอย่างเป็นระบบ มีความพยายามที่จะทำการสำรวจภาวะการฉุดบุหรี่ โดย ฐิติพร นาคทวน และคณะ [4] ได้สร้างแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก Fagerstrom Test [15] ในการวัดความรุนแรงของการติดบุหรี่เพื่อเป็นแนวทางสำหรับประกอบการรักษาและให้คำแนะนำผู้ติดบุหรี่ และ ยงยุทธ ตัณฑุลเวสส ผู้คิดค้นหมากฝรั่งเลิกบุหรี่ในการบำบัดผู้ติดบุหรี่ [6, 7] ได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้ประเมินกับพนักงานบริษัท โตโยต้า ประเทศไทย จำกัด แต่ไม่มีผลการประเมินผลและการตีพิมพ์เผยแพร่อย่างเป็นทางการ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงต้องการสำรวจภาวะความรุนแรงในการติดบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่ ตลอดจนคำสั่งประกาศข้อกฎหมายที่บังคับใช้ไปแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึก ความรู้สึกกลัวการกระทำผิดกฎหมาย และรู้สึกกลัวต่อพิษภัยและโรคที่มาจากสาเหตุของการสูบบุหรี่ที่พิมพ์ปรากฏบนซองบุหรี่ในบรรดาพนักงานของสถานประกอบการต่างๆ ในจังหวัดสมุทรสงคราม

### ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะเสพติดบุหรี่แบบต่างๆ ของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพติดบุหรี่แบบต่างๆ กับประกาศกฎกระทรวงสาธารณสุขและคำเตือน และภาพโรคร้ายจากการสูบบุหรี่บนซองบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงคราม
3. เพื่อศึกษาวิธีการเลิกบุหรี่แบบต่างๆ ของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงคราม

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ระดับความรุนแรงในการเสพติดบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงครามไม่แตกต่างกัน
2. ภาวะเสพติดบุหรี่แบบต่างๆ ของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงครามไม่แตกต่างกัน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพติดบุหรี่แบบต่างๆ กับประกาศกฎกระทรวงสาธารณสุขและคำเตือน และภาพโรคร้ายจากการสูบบุหรี่บนซองบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงครามไม่มีความสัมพันธ์กัน
4. วิธีการเลิกบุหรี่แบบต่างๆ ของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงครามไม่แตกต่างกัน

## อุปกรณ์และวิธีการศึกษา

จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณ [16] การสุ่มประชากรของประชากร โดยต้องการให้มีความผิดพลาดไม่เกิน 5% ด้วยความเชื่อมั่น 95% สุ่มตามข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ [1, 2] สัมภาษณ์คนไทยติดบุหรี่ ร้อยละ 23 ของประชากรทั้งหมด (จำนวนขั้นต่ำ 107.564 คน) จากสถานประกอบการและคัดเลือกข้อมูลที่มีสมบูรณ์ 126 ฉบับ โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 27 ข้อ ที่ดัดแปลงมาจาก Fagerstrom Test [15] ในการวัดความรุนแรงของการติดบุหรี่เพื่อเป็นแนวทางรักษาและให้คำแนะนำผู้ติดบุหรี่ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การให้คำแนะนำที่ชัดเจนในการประเมินอย่างเป็นทางการ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการปรับปรุงการให้คำแนะนำ เป็นการแจกแจงแบบทวินาม (binomial distribution) ทำให้การแปลค่าคะแนนสะดวก นำแบบทดสอบให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ความเชื่อมั่นเชิงเนื้อหา โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.6-1.00 ขึ้นไป นำไปสอบถามจากพนักงานที่สูบบุหรี่ในสถานประกอบการที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2554-กรกฎาคม 2554

ข้อมูลพื้นฐาน อายุ เพศ ความสัมพันธ์ของคะแนนภาวะเสพติดกับประกาศกฎกระทรวงสาธารณสุข [11] และค่าเดือน และภาพโรคภัยจากการสูบบุหรี่บนซองบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square, relative risk, 0.95% และ 0.95% Confidence interval โดยใช้โปรแกรมทางคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

## ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศชาย จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 94.44 เพศหญิง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56 ใกล้เคียงกับ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (5.31%) อายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 59.52 และอายุสูงกว่า 40 ปี ร้อยละ 40.47 โดยการสุ่มอย่างง่ายจากสถานประกอบการที่มีพนักงานจำนวนตั้งแต่ 30 คน เพื่อคัดกรองเฉพาะคนที่มีประวัติการสูบบุหรี่ในระยะเวลาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดออกตรวจเยี่ยม สาเหตุในการสูบบุหรี่ครั้งแรกเพราะทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 49.21 สูบตามเพื่อน ร้อยละ 22.22 เพราะปัญหาครอบครัว ร้อยละ 4.76 เกิดจากความเครียด ร้อยละ 13.49 รู้สึกเหงา ร้อยละ 1.59 และสาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 8.73 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ( $p > 0.01$ )

อัตราความรุนแรงของการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงในการติดบุหรี่ หมายถึง จำนวนบุหรี่ที่ประชากรสูบบุหรี่แตกต่างกัน ดังนี้

สูบบุหรี่ 10 มวน	หมายถึง	ระดับความรุนแรงระดับต่ำสุด
สูบบุหรี่ 11-20 มวน	หมายถึง	ระดับความรุนแรงปานกลาง
สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซอง	หมายถึง	ระดับความรุนแรงระดับมาก
สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองครึ่ง	หมายถึง	ระดับความรุนแรงระดับมากที่สุด

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างพนักงานสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงครามพบระดับความรุนแรงในการสูบบุหรี่ต่ำสุด (10 มวน/วัน) สูงที่สุด (65.07%) อันดับที่สอง (30.95%) เป็นระดับความรุนแรงในการสูบบุหรี่ปานกลาง (11-20 มวน/วัน) อันดับสาม (2.38%) เป็นระดับความรุนแรงมาก (มากกว่า 1 ซอง/วัน) อันดับสุดท้าย (1.58%) เป็นระดับระดับความรุนแรงมากที่สุด (มากกว่า 1 ซองครึ่ง/วัน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.01 ( $p > 0.01$ )

ความรู้สึกอึดอัด กระวนกระวาย หรือลำบากใจ ที่ต้องอยู่ในเขต “ปลอดบุหรี่” เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสารคิดเป็น ร้อยละ 38.89 ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 20.01 สูงกว่ากลุ่มอายุ สูงกว่า 40 ปี (3.9%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ( $p > 0.01$ ) ความต้องการสูบบุหรี่แม้ว่าจะ เจ็บป่วยนอนพักในโรงพยาบาล ร้อยละ 31.739 ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 25.39 สูงกว่ากลุ่มอายุ สูงกว่า 40 ปี (6.349%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ( $p > 0.01$ )

กลุ่มตัวอย่างนี้เคยเลิกบุหรี่มาแล้วโดยไม่ใช้วิธีการช่วยเหลือใดๆ ทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 6 เดือน แต่ปัจจุบันหวนกลับมาสูบบุหรี่อีก ร้อยละ 49.2 มีความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ครั้งล่าสุดนี้ ร้อยละ 48.4 และ มีความกังวลมากต่อสุขภาพขณะสูบบุหรี่ ร้อยละ 57.93 ความรู้สึกกลัวต่อภาพคนเป็นโรคร้าย และพิษภัย ของบุหรี่ที่พิมพ์บนซอง ร้อยละ 52.38 และการถูกเปรียบเทียบปรับ (การลงโทษสั่งปรับตามกฎหมาย) ตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข [11] กลุ่มตัวอย่างรู้สึกกลัวการถูกลงโทษตามกฎหมายคิดเป็น ร้อยละ 53.17

ตารางที่ 1 แสดงค่าร้อยละวิธีการเลิกบุหรี่แบบต่างๆ

วิธีการเลิกบุหรี่แบบต่างๆ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หักดิบแบบไม่ต้องการความช่วยเหลือใดๆ	39	30.95
หักดิบแบบต้องการความช่วยเหลือ	19	15.1
ค่อยๆ ลดจำนวนลงทีละน้อย จนเลิกสูบในที่สุด (ถ้าตอบข้อนี้ กรุณาตอบคำถามข้อต่อไป)	68	53.93
ภายใน 1 สัปดาห์	9	7.1
ภายใน 1 เดือน	25	19.8
ภายใน 2 เดือน	8	6.3
มากกว่า 3 เดือน	26	20.6

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเลิกบุหรี่ โดยค่อยๆ ลดจำนวนการสูบลงทีละน้อยจนเลิก สูบได้ คิดเป็นร้อยละ 53.93 สูงกว่าวิธีการเลิกแบบหักดิบแบบปราศจากความช่วยเหลือด้วย Nicotine Replacement Therapy (NRT) ร้อยละ 30.95 และวิธีการเลิกแบบหักดิบแบบที่ต้องการความช่วยเหลือ ร้อยละ 15.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $p > 0.01$ )

ภาวะเสพติดแบบต่างๆ หมายถึง คะแนนจากข้อคำถามด้านที่ ฐิติพร นาคทวน และคณะ [4] ดัดแปลงมาจาก Fagerstrom Test [15] ประกอบไปด้วยข้อคำถามด้านละ 5 ข้อ ผลการวิจัยพบว่า พนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรสงคราม มีภาวะเสพติดทางจิตใจร้อยละ 57.3 สูงกว่าภาวะ เสพติดทางสังคม หรือนิสัยความเคยชิน ร้อยละ 37.93 และภาวะเสพติดนิโคติน ร้อยละ 28.57 อย่างมี นัยทางสถิติ ที่ระดับ  $0.01[p, (r-1) (c-1)] = 194.4 > p (0.01, 2) = 9.21]$

อายุ กับภาวะการตีตบหูรีแบบต่างๆ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี โดยลำดับ ภาวะเสพตีตบหูรีทางจิตใจ ภาวะเสพตีตบทางสังคม และภาวะเสพตีตบนิโคติน คิดเป็นร้อยละ 46.03, 32.53 และ 26.98 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุสูงกว่า 40 ปี พบว่ามีภาวะการตีตบหูรีทุกแบบ โดยลำดับความรุนแรง ภาวะเสพตีตบหูรีทางจิตใจ ภาวะเสพตีตบนิโคติน และภาวะเสพตีตบทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 1.11, 7.94 และ 5.55 ตามลำดับ โดยลำดับที่ 2 และที่ 3 สลับตำแหน่งกัน

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี โดยลำดับความรุนแรง ภาวะเสพตีตบหูรีทางจิตใจ ภาวะเสพตีตบทางสังคม และภาวะเสพตีตบนิโคติน มีค่าเฉลี่ยเป็น 0.4603, 0.3253 และ 0.2698 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.0482, 0.063 และ 0.6531 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุสูงกว่า 40 ปี พบว่ามีภาวะการตีตบหูรีทุกแบบ โดยลำดับความรุนแรง ภาวะเสพตีตบหูรีทางจิตใจ ภาวะเสพตีตบนิโคติน และภาวะเสพตีตบทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 0.1111, 0.794 และ 0.555 ตามลำดับ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.0795, 0.0184 และ 0.0398 ตามลำดับ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพตีตบทางจิตใจกับความรู้อีกกลัวการถูกเปรียบเทียบปรับ (การลงโทษสั่งปรับตามกฎหมาย) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข [11] ที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะมีความสัมพันธ์กันที่ระดับ .05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย กล่าวคือ ผู้เสพตีตบหูรีภาวะเสพทางจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการกลัวการลงโทษทางกฎหมายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขนั่นเอง ส่วนผู้เสพตีตบหูรีภาวะเสพตีตบนิโคติน และภาวะเสพตีตบทางสังคม หรือความเคยชินกับความรู้อีกกลัวการถูกปรับ (การลงโทษสั่งปรับตามกฎหมาย) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย นั่นคือ ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างในพนักงานสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงครามในระยะเวลาการเก็บข้อมูลนี้ไม่มีความรู้อีกกลัวการถูกลงโทษทางกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขบังคับใช้

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพตีตบทางจิตใจกับความรู้อีกกลัวต่อภาพคนเป็นโรคร้าย และพิษภัยของบุหรี่ที่พิมพ์บนซองมีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับ 0.05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย กล่าวคือ ผู้เสพตีตบหูรีภาวะเสพทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับความรู้อีกกลัวต่อภาพคนเป็นโรคร้าย และพิษภัยของบุหรี่ที่พิมพ์บนซองบุหรือนั่นเอง ส่วนผู้เสพตีตบหูรีภาวะเสพตีตบนิโคตินและภาวะเสพตีตบทางสังคม หรือความเคยชินกับความรู้อีกกลัวต่อภาพคนเป็นโรคร้าย และพิษภัยของบุหรี่ที่พิมพ์บนซองบุหรือนั้นเอง ไม่มีความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย นั่นคือ ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างในพนักงานสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงครามในระยะเวลาการเก็บข้อมูลนี้ไม่มีความรู้อีกกลัวต่อภาพคนเป็นโรคร้าย และพิษภัยของบุหรี่ที่พิมพ์บนซองบุหรือนั่นเอง

ชนิดของบุหรี่ปริมาณต่อชนิดของบุหรี่ปริมาณ กลุ่มตัวอย่างมีความนิยมบุหรี่ปริมาณในประเทศ (82.54%) สูงกว่าบุหรี่ปริมาณต่างประเทศ (11.90%) และบุหรี่ปริมาณอื่นๆ ที่ไม่ระบุ (5.56%) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ( $p > 0.01$ )

## สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลวิจัย

1. ระดับความรุนแรงในการติดบุหรี่ของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงครามมีอัตราความรุนแรงระดับต่ำสุด แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างมีอัตราความรุนแรงของการสูบบุหรี่สูงสุดอยู่ในระดับ 10 มวนต่อวัน และอันดับที่สอง สูบบุหรี่วันละไม่เกินหนึ่งซอง และระยะเวลาของการสูบบุหรี่มากกว่า 10 ปี เป็นกลุ่มสูงสุด

2. ชนิดของบุหรี่ (ความนิยมต่อชนิดของบุหรี่) กลุ่มตัวอย่างมีความนิยมบุหรี่ในประเทศสูงกว่า บุหรี่ต่างประเทศ และบุหรี่ยี่ห้ออื่นๆ ที่ไม่ระบุชนิดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2545 พบว่าครึ่งหนึ่งของการสูบบุหรี่นิยมสูบบุหรี่ต่างประเทศ [6, 7] ทำให้สูญเสียเงินตราให้กับต่างประเทศเป็นจำนวนมาก

3. สาเหตุในการสูบบุหรี่ครั้งแรกเพราะต้องการทดลองสูบบุหรี่สูงสุดและสูบบุหรี่ตามเพื่อนเป็นสาเหตุอันดับสอง เกิดจากความเครียด เป็นอันดับสาม และจากปัญหาครอบครัว รู้สึกเหงา และสาเหตุอื่นๆ สอดคล้องกับผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ [8] พบว่าสาเหตุการเริ่มสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำเกินครึ่งวันละครั้งชองคิดเป็นร้อยละ 55 สูบบุหรี่เพราะอยากทดลอง อันดับรองลงมา คือ สูบบุหรี่ตามเพื่อน แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมของสองกลุ่มแรก ล้วนแต่เป็นภาวะการเสพติดแบบสังคมและความเคยชินก่อน ต่อมาจึงพัฒนาไปสู่ภาวะเสพติดทางจิตใจในระดับสูงสุด และมีจำนวนหนึ่งมีภาวะเสพติดนิโคติน

4. พฤติกรรมการเลิกบุหรี่และความรู้สึกของพนักงานในสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรสงคราม ความต้องการสูบบุหรี่หลังตื่นนอนตอนเช้าสูบบุหรี่มวนแรกในแต่ละเวลาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ช่วงเวลาของผู้สูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่นนอน (สูบบุหรี่มากกว่าในช่วงอื่นของวัน) ดังนั้นการวางแผนการ ลด ละ เลิก บุหรี่ จึงควรมีอุปกรณ์การช่วยเลิกบุหรี่ในช่วงเวลาช่วงโมงแรกหลังตื่นนอนจึงจะประสบผลสำเร็จมากกว่าช่วงเวลาอื่น กลุ่มตัวอย่างนี้เคยเลิกบุหรี่มาแล้วเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน โดยไม่ใช้วิธีการช่วยเหลือใดๆ ทั้งสิ้น แต่ปัจจุบันหวนกลับมาสูบบุหรี่ใหม่อีกร้อยละ 49.2

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการ ลด ละ เลิก บุหรี่มาก่อน มีความเห็นสอดคล้องกันว่า การเลิกบุหรี่มวนแรกเลิกยากที่สุด แต่ข้อบ่งชี้ประการหนึ่ง คือ แม้ว่าผู้เคยเลิกบุหรี่สำเร็จมาแล้วพบว่ามีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมกลับมาสูบบุหรี่ใหม่อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 49.2 และพบว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่มาแล้วสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุสูงกว่า และมีความรู้สึกอึดอัด กระวนกระวาย หรือลำบากใจที่ต้องอยู่ในเขต “ปลอดบุหรี่” เช่น โรงภาพยนตร์ ในรถโดยสาร นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสพติดทางจิตใจอยู่ในระดับสูงกว่าภาวะเสพติดนิโคติน และภาวะเสพติดทางสังคม

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพติดทางจิตใจกับความรับรู้ถึงกลัวการถูกเปรียบเทียบปรับ (การลงโทษสั่งปรับตามกฎหมาย) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะพบมีความสัมพันธ์กันที่ระดับ 0.5 และยังพบว่า ร้อยละ 53.17 ที่มีความรู้ถึงกลัวการถูกปรับ (การลงโทษสั่งปรับตามกฎหมาย) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข การมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18 พ.ศ. 2550 [11] ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เริ่มมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมา ทำให้ผู้เสพติด บุหรี่มีความรู้ถึงกลัวการถูกลงโทษตามกฎหมายเพียงร้อยละ 53.17



การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพติดทางจิตใจกับความรู้อีกกลัวต่อภาพคนเป็นโรคร้าย และพิษภัยของบุหรี่ที่พิมพ์บนซองพบว่ามีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับ .05 และยังพบว่ามีความรู้อีกกลัวต่อภาพคนเป็นโรคร้าย และพิษภัยของบุหรี่ที่พิมพ์บนซองบุหรี่ ร้อยละ 52.38

5. วิธีการเลิกบุหรี่แบบต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่มี 3 วิธี กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเลิกบุหรี่ที่ค่อยๆ ลดจำนวนลงทีละน้อยจนเลิกสูบบุหรี่ได้สูงกว่าวิธีการเลิกแบบหักดิบแบบปราศจากการความช่วยเหลือด้วย Nicotine Replacement Therapy (NRT) และวิธีการเลิกบุหรี่แบบค่อยๆ ลดจำนวนลงทีละน้อย จนเลิกสูบบุหรี่ในที่สุด กลุ่มตัวอย่างนี้ต้องการใช้เวลาในการเลิกนานมากกว่า 3 เดือน ซึ่งแสดงถึงกำลังใจที่ไม่เข้มแข็งเพียงพอในการคิดเลิกสูบบุหรี่ โดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประพาส ยงใจยุทธ ให้ทัศนะไว้ว่า การเลิกบุหรี่ที่ประสบความสำเร็จสูงสุด คือ การขอร้องกึ่งบังคับให้ผู้สูบบุหรี่ที่ถึงอุปสรรคการสูบบุหรี่ทั้งหมดก่อน แล้วจึงใช้สื่อและวิธีการอื่นช่วยในเลิกบุหรี่ กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดในการเลิกบุหรี่

## ข้อเสนอแนะ

1. การวางแผน ลด ละ เลิก บุหรี่ ควรคำนึงถึงการเลิกบุหรี่มวนแรก ผู้เลิกบุหรี่เลิกบุหรี่มวนแรก ในตอนเช้า หลังตื่นนอน ในช่วงเช้าแรกยากที่สุด
2. ผู้ที่เคยเลิกบุหรี่ได้แล้วมีโอกาสกลับมาสูบบุหรี่อีกอยู่ในจำนวนสูง จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังและติดตาม
3. สาเหตุการติดบุหรี่ สิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะภาวะเสพติดทางสังคมจากการทดลองสูบบุหรี่เพื่อนก่อนเป็นปัจจัยสำคัญในลำดับสูง และค่อยพัฒนาไปสู่ภาวะเสพติดทางจิตใจ
4. กำลังใจในการเลิกสำคัญที่สุด แต่วิธีเลิกบุหรี่ต้องใช้วิธีการขอร้องกึ่งบังคับโดยการถึงอุปสรรคการสูบบุหรี่ทั้งหมด
5. การเลิกบุหรี่โดยใช้สารนิโคตินทดแทนอาจมีความจำเป็น จังหวัดสมุทรสงคราม ควรวางแผนโครงการ ลด ละ เลิก บุหรี่ใช้วิธีการเลิกโดยใช้สารทดแทนนิโคตินในรูปแบบต่างๆ เช่น ยาช่วยเลิกบุหรี่รูปสมุนไพรร หรือสื่อหมากฝรั่งผสมสารนิโคติน หรือรูปแบบอื่นๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่แบบภาวะต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเสพติดทางจิตใจ หรือภาวะเสพติดสารนิโคตินอาจจะเกิดอาการถอนยาในระยะเริ่มต้นได้

## เอกสารอ้างอิง

1. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร. สยามรัฐ ราชวัน. 28 เมษายน 2547.
2. เพียงซัดเดียวก็ติดบุหรี่ได้ มติชนราชวัน. 5 ธันวาคม 2547. หน้า 2.
3. ศูนย์ข้อมูลมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถานการณ์การสูบบุหรี่ในประเทศไทย. ได้จาก <http://www.Ashthailand.or.th>. 28 สิงหาคม 2549.
4. จิตพิร นาคทวน เรวดี ธรรมอุปกรณ์ และ ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. 2548. แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำผู้ติดบุหรี่. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ได้จาก <http://www.patient.co.uk/showdoc/23069088/>. 23 พฤษภาคม 2548.

5. ทรงยศ ประมวลญาติ ธวัชชีนี แสนเสนา และ จิราภรณ์ นพเดช. 2546. การเลิกสูบบุหรี่ แนวทางการประยุกต์ใช้ในเภสัชกรชุมชน. ได้จาก <http://www.pha.nu.ac.th/practice /commu/ smoking.ppt>. 23 พฤษภาคม 2548.
6. สุนทรี เลิศศรีสุขสันต์. 2548. การวิเคราะห์ในเชิงปริมาณของนิโคตินในโลหิตของอาสาสมัครและหมากฝรั่งผสมนิโคตินโดยเทคนิคโครมาโทกราฟี ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (เคมีชีวภาพ). กรุงเทพฯ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
7. ยงยุทธ ตัณฑุลเวสส วราดุล ฉัตรทอง และ สุนทรี เลิศศรีสุขสันต์. 2548. การพัฒนาและผลิตหมากฝรั่งผสมนิโคตินสำหรับใช้บำบัดผู้ติดบุหรี่. ใน: เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการประจำปี พ.ศ. 2548 ของที่ประชุมสภาคณาจารย์ มหาวิทยาลัยแห่งประเทศไทย (ปอมท.). 29-30 สิงหาคม 2548. เชียงใหม่. โรงแรมเซ็นทรัลดางตะวัน.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. บทสรุปการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรปี 2550. ได้จาก [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/sum\\_alco-ciga50.pdf](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/sum_alco-ciga50.pdf). 31 พฤษภาคม 2552.
9. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. 2548. ได้จาก <http://www.pha.nu.ac.th/practice/commu/smoking.ppt>. 20 สิงหาคม 2548
10. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. 2544. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
11. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 18 พ.ศ. 2550. 2554. ได้จาก <http://www.phraecop.com/pic/pdf/V4.pdf> สืบค้นเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2554.
12. ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล. 2534. มหันตภัยของผู้ไม่สูบบุหรี่. บุหรี่และสุขภาพ 2: 8.
13. นิตยา เจียมจิตต์ และ ยงยุทธ ธนิกกุล. 2542. ความสามารถในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดสมุทรสงคราม. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสงคราม.
14. ลือชา วรรัตน์ 2540. โครงการศึกษาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล. บทบาทของ อบต. ในงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ. บริษัท ไชเบอร์ เพรส จำกัด. 150 หน้า
15. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., and Fagerstrom K. O. 1991. ตรงนี้เป็นชื่อผู้เขียนอีกคนหรือไม่ The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs* 86: 1119-1127.
16. กัลยา วานิชย์บัญชา. 2543. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูลเวอร์ชัน 7.1 กรุงเทพฯ. หจก. ซี เค แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ.

ได้รับบทความวันที่ 19 สิงหาคม 2554

ยอมรับตีพิมพ์วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2555