



## บทความวิจัย (Research article)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่  
ความคิดเห็นและประสบการณ์การให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า  
ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

The Relationship between Health Literacy to Smoking Cessation  
Assistance Behavior, Opinions and Experiences of Health Service  
about E – Cigarette among Primary Healthcare Providers

ธนะวัฒน์ รวมสุข<sup>1</sup>, พัชรภรณ์ ไชยสังข์<sup>2\*</sup>, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ<sup>3</sup>,  
รุจิราภรณ์ มหานิล<sup>4</sup>, พัชรี สุรัสโม<sup>5</sup>

Tanawat Ruamsook<sup>1</sup>, Phatcharaphan Chaiyasung<sup>2\*</sup>, Kunwadee Rojpaisarnkit<sup>3</sup>,  
Rujiraporn Mahanil<sup>4</sup>, Patcharee Surusmo<sup>5</sup>

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: phatcharaphan\_c@mutt.ac.th)

(Received: October 10, 2025; Revised: March 7, 2026; Accepted: March 8, 2026)

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 282 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และ 2) ศึกษาความคิดเห็น ประสบการณ์และบทบาทการให้บริการด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

Associate Professor, Faculty of Science and Technology, Rajabhat Rajanagarindra University

<sup>4</sup> พยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย

Registered Nurse, Nurse Network on Tobacco Control of Thailand

<sup>5</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

Registered Nurse (Professional Level), Bang Nam Priao Hospital, Chachoengsao Province

ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 11 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในระดับดี ( $M = 120.64, SD = 14.60$  และ  $M = 26.98, SD = 6.48$  ตามลำดับ) และ ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .539, p < .001$ )

2. บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิมีความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงลบ ทั้งต่อผู้สูบบุหรี่ และคนรอบข้าง และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ มีบทบาทและประสบการณ์ในการให้ความรู้ คัดกรอง การให้คำแนะนำ และการช่วยเลิกบุหรี่ ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ บุหรี่ไฟฟ้าเข้าถึงได้ง่าย ขาดความตระหนักถึงอันตราย ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และมีบุคคลแบบอย่างที่ไม่เหมาะสม มีข้อเสนอแนะในการควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ การสร้างมาตรการของชุมชน บังคับใช้กฎหมายและควบคุมอย่างจริงจัง รวมทั้ง การให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างสม่ำเสมอ

ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิในการควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และมีการใช้กฎหมายหรือมาตรการเคร่งครัด เพื่อการควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในชุมชน

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ทางสุขภาพ, บุหรี่ไฟฟ้า, บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ, บริการสุขภาพปฐมภูมิ

## Abstract

This mixed-methods research aimed to 1) examine the relationship between e-cigarette health literacy and smoking cessation assistance behavior among primary healthcare providers, and 2) explore their opinions and experiences and roles in providing tobacco and e-cigarette control services. For the quantitative phase, a total of 282 primary healthcare providers working in sub-district health promoting hospitals in Chachoengsao Province were recruited. Data were collected using questionnaires on e-cigarette health literacy and smoking cessation assistance behavior with Cronbach's alpha coefficient of .97. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation. For the qualitative phase, 11 primary healthcare providers were purposively selected and participated in in-depth interviews. Data were analyzed using content analysis. The results showed that.

1. The primary healthcare providers had a high level of e-cigarette health literacy and smoking cessation assistance behavior ( $M = 120.64, 26.98; SD = 14.60, 6.48$ , respectively). E-cigarette health literacy was significantly positively correlated with smoking cessation assistance behavior ( $r = .539, p < .001$ ).

2. Qualitative findings indicated that primary healthcare providers perceived e-cigarettes negatively, recognizing their harmful effects on both users and bystanders and their association with various diseases. They reported roles and experiences in providing health education, screening, counseling, and smoking cessation support. Key barriers included easy accessibility of e-cigarettes, lack of awareness of their health risks, misconceptions about their safety, and inappropriate role models.

Recommendations for controlling e-cigarette use included strengthening community-based measures, enforcing tobacco control laws more strictly, and providing continuous education and capacity-building for personnel involved in tobacco control.

**Keywords:** Health literacy, E-cigarette, Primary healthcare providers, Primary health care

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่ไฟฟ้า (Electronic cigarette หรือ E-cigarette) เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้กันทั่วโลกและมีหลากหลายประเภท ทั้งแบบที่มีสารนิโคติน (electronic nicotine delivery system: ENDS) และไม่มีนิโคติน (electronic non-nicotine delivery system: ENNDS) ซึ่งใช้ระบบความร้อนจากแบตเตอรี่ทำให้ของเหลวที่บรรจุอยู่กลายเป็นละอองลอยออกไป เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่หรือผู้ที่ได้กลิ่นสูดดมเข้าไป ละอองที่ลอยออกมา เรียกว่า ของเหลวอิเล็กทรอนิกส์ (E-liquid) ที่มีหรือไม่มีนิโคตินก็ได้แต่ไม่ใช่ยาสูบ และมักจะมีสารเติมแต่งรสชาติและสารเคมีที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (World Health Organization, 2023) ผู้ที่สูบบุหรี่หรือไอระเหยจากบุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหอบหืด รวมไปถึงเกิดความไม่สุขสบายเมื่อได้สัมผัสไอระเหยจากบุหรี่ไฟฟ้าได้เช่นกัน (Tigova et al., 2018; Alnajem et al., 2020) สถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยมีแนวโน้มการใช้ที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและมีอายุที่เริ่มใช้น้อยลง แม้ว่าการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่มีกฎหมายก็ตาม ดังผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีการใช้มากถึงร้อยละ 89.10 ช่องทางการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าคือ สื่อสังคมออนไลน์และจัดซื้อแบบออนไลน์ เหตุผลในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเนื่องจากคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีผลเสียน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป ร้อยละ 81 สามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ทั่วไปได้ ร้อยละ 80.60 และ ไม่มีกลิ่นเหม็น ร้อยละ 58.20 (Chankaew et al., 2022)

ประเทศไทยได้นำแนวทางการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบภายใต้กรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) ซึ่งมุ่งลดอุปสงค์การบริโภคยาสูบ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ (World Health Organization, 2023) องค์การอนามัยโลกได้เสนอชุดมาตรการ MPOWER (M: monitor การติดตาม กำกับการบริโภคยาสูบ และนโยบายควบคุมยาสูบ P: protect การปกป้องประชาชนจากควันบุหรี่ O: offer การให้ความช่วยเหลือในการเลิกใช้ยาสูบ W: warn การเตือนให้ตระหนักถึงพิษภัยของยาสูบ E: enforce การบังคับใช้กฎหมายห้ามโฆษณา และการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ) และ R: raise การขึ้นภาษียาสูบ) เพื่อควบคุมยาสูบอย่างเป็นระบบ และ

ช่วยลดจำนวนผู้สูบบุหรี่และผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2019) ร่วมกับมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ได้ขยายความหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ที่มีนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งรวมถึงบุหรี่ไฟฟ้า ส่งผลให้ประเทศไทยใช้มาตรการควบคุมอย่างเข้มงวดตามหลักการป้องกันไว้ก่อน เนื่องจากยังขาดหลักฐานความปลอดภัยที่ชัดเจน (Health Systems Research Institute, 2018) อย่างไรก็ตาม ยังคงพบการเข้าถึงและการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง สะท้อนช่องว่างระหว่างนโยบายกับพฤติกรรมสุขภาพจริง

บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ให้คำปรึกษา และสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า แต่งานวิจัยต่างประเทศพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความรู้และแนวปฏิบัติที่เป็นระบบ (World Health Organization, 2022) ขณะที่ในประเทศไทยงานวิจัยด้านการให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ายังมีจำกัด ซึ่งอาจส่งผลให้การป้องกันและการสร้างทักษะการปฏิเสธในกลุ่มเด็กและเยาวชนยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพด่านหน้า ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนเชิงรุก เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและเท่าเทียม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี (Bureau of Policy and Strategy, 2015) รวมทั้ง มีบทบาทสำคัญในการควบคุมและลดการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนและเยาวชนมากที่สุด ดังผลการศึกษาพบว่า องค์กรด้านสุขภาพควรมีบทบาทในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะอันตรายและผลกระทบต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้และสนับสนุนการป้องกันปัญหาการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในระดับชุมชน (Chankaew et al., 2022)

ความรู้รอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy: HL) เป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของตนเองและผู้อื่น จำแนกเป็นระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, 2008) ในบริบทของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีข้อมูลชุดความเชื่อที่ขัดแย้งกันอย่างแพร่หลาย ความรู้รอบรู้ทางสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิในการควบคุมยาสูบในชุมชนได้ โดยจากผลการศึกษากการส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ พบว่าช่วยให้ประชาชนในชุมชนสามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ruamsook, 2021) ดังนั้น ความรู้รอบรู้ทางสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ จึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืนหากบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิมิระดับความรู้รอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่เหมาะสม จะสามารถปฏิบัติบทบาทในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และเหมาะสมแก่ประชาชน รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ

จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นพื้นที่ในโครงการเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) เสี่ยงต่อการเพิ่มพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนตามแนวโน้มเดิมที่พบการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากการถูกเพื่อนชักชวน จึงควรมีการศึกษาข้อมูลในพื้นที่เพื่อวางมาตรการป้องกันและลดภาระทาง

เศรษฐกิจและสุขภาพในระยะยาว (Chachoengsao Province, 2023) ร่วมกับมีผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า นักเรียนอาชีวศึกษาหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 48.50 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าคือ 14.90 ปี การสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการมีเพื่อนสูบบุหรี่ไฟฟ้า (Cherdsook, 2024) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้า ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน รวมไปถึงผลักดันให้เกิดนโยบายที่พึงปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันเพื่อควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้า ประสบการณ์การให้บริการ บทบาทการให้บริการด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods research) แบบตามลำดับอธิบายผล (explanatory sequential design) โดยบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2008) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิในจังหวัดฉะเชิงเทรา ควบคู่ไปกับการศึกษาเชิงลึกผ่านความคิดเห็น ประสบการณ์การให้บริการ และบทบาทในการควบคุมยาสูบ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods research) แบบตามลำดับอธิบายผล (explanatory sequential design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 รายละเอียด ดังนี้

**ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ** ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายน - ธันวาคม 2567

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาล และแพทย์แผนไทย จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปีงบประมาณ 2568 จำนวน 892 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของ Krejcie and Morgan (1970) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 269 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 296 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากทุกอำเภอของจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งหมด 11 อำเภอ ซึ่งมีจำนวน รพ.สต. 119 แห่ง ตามสัดส่วนของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของแต่ละ รพ.สต. ๆ ละ 2 - 4 คน จนครบตามที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างน้อย 6 เดือน 2) ไม่อยู่ในระหว่างลาคลอด/ อุปสมบท ลาศึกษาต่อ หรือลาอบรมระยะสั้น และมีเกณฑ์คัดออก คือ ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานออกนอกจังหวัด และให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมกรรมการช่วยเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า

2. แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พัฒนาจากแบบสอบถามของ Ruamsook (2023) โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2008) และการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (Department of Health Service Support, 2016) จำนวน 30 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด (5 คะแนน) ตามลำดับจนถึงน้อยที่สุด (1 คะแนน) คิดคะแนนรวม ระหว่าง 30-150 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (110-150 คะแนน) ระดับปานกลาง (70-109 คะแนน) และระดับไม่ดี (30-69 คะแนน)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ พัฒนาจากแบบสอบถามของ Ruamsook (2021) จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ตามลำดับจนถึงไม่เคยปฏิบัติ (0 คะแนน) คิดคะแนนรวม ระหว่าง 0-30 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (20-30 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-19 คะแนน) และ ระดับไม่ดี (0-9 คะแนน)

**การตรวจสอบคุณภาพที่ใช้ในการวิจัย**

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ปรับแก้ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ .97

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อผู้ประสานงานในแต่ละอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มอบหมายให้นำแบบสอบถามไปมอบให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าในแต่ละ รพ.สต.

2. ผู้ประสานงานดำเนินการให้ข้อมูลการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างโดยอ่านจากเอกสารแสดงความยินยอมโดยการบอกกล่าวในส่วนแรกของแบบสอบถามจนเข้าใจ จากนั้นให้ลงนามแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร จึงลงมือตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้ประสานงานนำแบบสอบถามทั้งหมดบรรจุในซองที่ผู้วิจัยกำหนด เมื่อครบถ้วนตามจำนวนแล้ว ผู้วิจัยจึงเดินทางไปรับกลับคืนด้วยตนเอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ทั่วไป คำนวณจากแบบสอบถามโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean:  $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation:  $SD$ )

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation ซึ่งทำการตรวจสอบการแจกแจงเป็นปกติ (normality) ของทั้ง 2 ตัวแปรโดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov Test (KS Test) มีค่า  $p$ -value  $>.05$

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2568

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 11 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อเป็นตัวแทนอำเภอ ๆ ละ 1 ราย โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างน้อย 6 เดือน 2) รับผิดชอบงานในการให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่หรือยาเสพติดของหน่วยงาน และ 3) มีประสบการณ์ในการช่วยเลิกบุหรี่

เก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้า บทบาทการให้บริการด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน ประสบการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามประเด็นข้างต้นจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (Malterud et al., 2016) วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (หนังสือรับรองเลขที่ PH\_CCO\_REC 097 ลงวันที่ 10 กันยายน 2567)

ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรม การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายข้อมูลการวิจัย เมื่อตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยเรียบร้อยแล้ว

## ผลการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.70 เพศชาย ร้อยละ 16.30 อายุอยู่ระหว่าง 30 – 44 ปี ร้อยละ 53.90 อายุ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.53 และ อายุ 18 – 29 ปี ร้อยละ 20.57 ระดับการศึกษาปริญญาตรี 90.10 สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 6.00 และต่ำกว่าปริญญาตรี 3.90 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข/นักสาธารณสุข ร้อยละ 56.38 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 32.62 ทันตภิบาล 8.16 และแพทย์แผนไทย 2.84 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากกว่า 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 46.10 น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 28.01 และ 5 – 10 ปี ร้อยละ 25.89 ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 80.85 ไม่เคยได้รับ ร้อยละ 19.15 และเคยมีประวัติในการช่วยเลิกบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 65.60 ไม่เคยมีประวัติในการช่วยเลิกบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 34.40 โดยให้การช่วยเหลือประชาชนในชุมชน ร้อยละ 36.21 รองลงมาคือ อื่นๆ (อสม. เพื่อน และนักเรียน) ร้อยละ 30.81

1.2 ระดับความรู้ทางสุขภาพของของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $M = 120.64, SD = 14.60$ ) ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ( $M = 21.59, SD = 2.60$ ) รองลงมาคือ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ( $M = 20.87, SD = 2.78$ ) ต่ำสุดในด้านการโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ( $M = 9.12, SD = 3.19$ ) และมีคะแนนพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่อยู่ในระดับดี ( $M = 26.98, SD = 6.48$ ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ (n = 282)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
ความรู้ทางสุขภาพ (คะแนนเต็ม 150 คะแนน)	120.64	14.60	ดี
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า	21.59	2.60	ดี
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	19.24	3.06	ดี
การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน เรียนรู้	19.12	3.19	ดี
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	20.17	2.81	ดี
การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	20.87	2.78	ดี
การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ	19.66	3.28	ดี
พฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)	26.98	6.48	ดี

1.3 ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรีของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .539, p < .001$ )

2. ความคิดเห็นต่อบุหรีไฟฟ้า ประสพการณ์การให้บริการ บทบาทการให้บริการด้านการควบคุมบุหรีและบุหรีไฟฟ้า ปัญหาและอุปสรรค และข้อเสนอแนะของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

2.1 ความคิดเห็นต่อบุหรีไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ผลสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิมองเห็นต่อบุหรีไฟฟ้าในเชิงลบอย่างชัดเจน เห็นว่าบุหรีไฟฟ้ามีผลกระทบต่อตัวผู้สูบบุหรี่เองและคนรอบข้าง รวมทั้ง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ ดังตัวอย่างข้อมูล ต่อไปนี้

“มีพิษภัยต่อร่างกายทั้งผู้สูบบุหรี่และผู้ใกล้ชิด เช่น ทำลายระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มความเสี่ยงโรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคปอดอักเสบ อีกทั้ง สารนิโคตินยังกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว และทำให้เกิดภาวะเสพติด” (พยาบาลวิชาชีพ)

“ผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับไอระเหยโดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ และสตรีตั้งครรภ์ อาจทำให้เกิดโรคหอบหืด พัฒนาการล่าช้า น้ำหนักแรกเกิดต่ำ และความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ บุคลากรยังเห็นว่า การเข้าถึงบุหรีไฟฟ้าผ่านร้านค้าและออนไลน์ ทำให้ควบคุมได้ยาก และผู้สูบบุหรี่ไม่คำนึงถึงสุขภาพของตนเองและคนรอบข้าง จึงควรมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด สร้างความตระหนักในชุมชน และส่งเสริมพื้นที่ปลอดบุหรีเพื่อป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพต่อสังคมโดยรวม” (ทันตภิบาล)

2.2 บทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรีและบุหรีไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ เป็นทั้งการให้ความรู้ คัดกรอง การให้คำแนะนำ และวิธีการช่วยเลิกบุหรีด้วยวิธีการต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละสาขาวิชาชีพ ดังตัวอย่างข้อมูล ต่อไปนี้

“การให้บริการด้านสุขภาพในศาสตร์ของแพทย์แผนไทย จะมีการแนะนำให้ความรู้แก่ผู้ที่จะเลิกบุหรีหรือบุหรีไฟฟ้า และได้แลกเปลี่ยนความรู้ โดยการนำสมุนไพรมาช่วย เช่น มะนาว หน้าดอกขาว กานพลู มะขามป้อม รางจืด เป็นต้น มาช่วยในการเลิกบุหรี” (แพทย์แผนไทย)

“คัดกรองผู้สูบบุหรี่ ดื่มสุรา พร้อมกับตรวจคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ติดตามให้คำแนะนำการลด ละ เลิกบุหรี แก่ผู้สูบบุหรี่จากเป้าหมายที่ได้จากการคัดกรองสุขภาพ แนะนำร้านขายบุหรี/สุรา ห้ามจำหน่ายแก่เด็กอายุต่ำกว่าที่กำหนดและขายเป็นเวลาที่ยกกฎหมายกำหนด รวมไปถึงสอบถามผู้ที่มารับบริการที่หน่วยงาน เรื่องการสูบบุหรี่ ถ้าสูบก็น่าจะให้คำแนะนำให้ลด ละ เลิก” (พยาบาลวิชาชีพ)

“ให้คำปรึกษา แนะนำวิธีการเลิก สนับสนุนการช่วยเหลือผู้ติดบุหรีให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้” (นักวิชาการสาธารณสุข)

2.3 ประสพการณ์ในการให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับบุหรีไฟฟ้าของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการช่วยเลิกบุหรีด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ที่ต้องเลิกสูบบุหรี่ ดังตัวอย่างข้อมูล ต่อไปนี้

“บุคลากรมีบทบาททั้งในการให้คำปรึกษา แนะนำวิธีการเลิกบุหรีและบุหรีไฟฟ้า รวมถึงการให้กำลังใจแก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้วิธีที่หลากหลาย เช่น การออกกำลังกาย เคี้ยวหมากฝรั่ง ดื่มชาสมุนไพร เช่น หน้าดอกขาว รางจืด หรือมะนาว เพื่อช่วยลดความอยากสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่” (พยาบาลวิชาชีพ)

“เคยให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ เช่น ให้ออกกำลังกาย เคี้ยวหมากฝรั่งหรือลูกอม สามารถลดความอยากสูบบุหรี่ได้ อยู่ห่างจากเพื่อนคนที่สูบบุหรี่หรือสถานที่ที่มีคนสูบบุหรี่อยู่ และอย่าละความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ แม้จะล้มเหลวในครั้งแรก และพูดให้กำลังใจเชิงบวก” (ทันตภิบาล)

“แนะนำให้ผู้ที่มีความประสงค์ที่จะเลิกบุหรี่ไฟฟ้า โดยการแนะนำให้โทร 1600 สถาบันธัญรักษ์ และคลินิกเลิกบุหรี่ตามสถานพยาบาล และใช้สมุนไพรมารักษาช่วยเลิกบุหรี่ร่วมด้วย” (แพทย์แผนไทย)

2.4 ปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมการสูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน ได้แก่ การเข้าถึงได้ง่าย ประชาชนไม่ตระหนักถึงอันตราย มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และมีบุคคลแบบอย่างที่ไม่เหมาะสม ดังตัวอย่างข้อมูล ต่อไปนี้

“ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการหาซื้อ ประชาชนไม่ตระหนักถึงโทษและพิษภัยจากบุหรี่” (นักวิชาการสาธารณสุข)

“บุหรี่ไฟฟ้าควบคุมค่อนข้างยากเพราะบุหรี่ไฟฟ้าหาซื้อได้ง่าย หาซื้อได้ตามท้องตลาดทั่วไป และไม่มีมาตรการควบคุมในการขาย และเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่ไม่ให้พ่อแม่รู้” (พยาบาลวิชาชีพ)

“อีกทั้งยังมีความเชื่อผิด ๆ ว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตรายหรือช่วยลดความเครียดได้ ส่งผลให้เยาวชนอายุเพียง 7-18 ปีสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย” (แพทย์แผนไทย)

“ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่บางส่วนยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จึงเป็นแบบอย่างที่ไม่เหมาะสมและทำให้การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ทำได้ยาก ขณะเดียวกันบุคลากรภาครัฐเองยังขาดความมั่นใจและเผชิญข้อจำกัดด้านเวลาและความร่วมมือจากประชาชน รวมถึงกฎหมายและมาตรการควบคุมที่ยังไม่เข้มแข็งพอ ทำให้การแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในชุมชนยังไม่บรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ” (พยาบาลวิชาชีพ)

2.5 ข้อเสนอแนะในการดำเนินการควบคุมบุหรี่/ บุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน แนวทางการควบคุมและป้องกันปัญหาการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน ได้แก่ การสร้างมาตรการของชุมชน มีการใช้กฎหมายและควบคุมอย่างจริงจัง รวมทั้งมีการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างสม่ำเสมอ ดังตัวอย่างข้อมูล ต่อไปนี้

“ควรมุ่งเน้นการสร้างวัฒนธรรมชุมชนที่ไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ โดยปรับทัศนคติของคนในชุมชนให้มองว่าการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ และตระหนักถึงพิษภัยต่อสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งส่งเสริมให้โรงเรียน วัด หน่วยงานท้องถิ่น และภาครัฐมีส่วนร่วมในการจัดอบรม ให้ความรู้ และจัดกิจกรรมรณรงค์เลิกบุหรี่ในทุกระดับ ควบคู่กับการจัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ในชุมชน การสร้างบุคคลต้นแบบและแกนนำชุมชนในการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างพื้นที่ปลอดบุหรี่ และออกกติกาทาสังคมร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดต่อผู้ขายและผู้ซื้อ โดยเฉพาะในช่องทางออนไลน์ที่จำหน่ายให้เยาวชน และควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องผ่านการอบรมประจำปี เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินงาน และให้ครอบครัว โรงเรียน ชุมชนร่วมกันเฝ้าระวังเยาวชนในการป้องกันการสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าด้วย” (พยาบาลวิชาชีพ)

“ต้องมีการควบคุมที่จริงจัง เช่น ดำเนินคดีที่เด็ดขาด หมั่นสอดส่อง เฝ้าระวังการซื้อขายบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กมากขึ้น หมั่นดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และให้ความรู้และแนะนำถึงผลเสียของบุหรี่ไฟฟ้าให้เข้าใจถึงอันตรายมากขึ้น” (แพทย์แผนไทย)

“อยากให้มีการเปิดอบรมเพิ่มทักษะ ความรู้ให้กับผู้ที่รับผิดชอบงานอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง เพราะผู้รับผิดชอบงานบางท่านรับงานมาหลายปี แต่ไม่เคยผ่านการอบรมทักษะ ความรู้เรื่องนี้เลย” (นักวิชาการสาธารณสุข)

## การอภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าบุคลากรที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในระดับสูง จะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าได้มากและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ที่ชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของบุคลากร รวมทั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruamsook (2019) ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และทักษะด้านการควบคุมบุหรี่สูง จะมีพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ในระดับที่ดีกว่า

2. ความคิดเห็นต่อบุหรี่ไฟฟ้า ประสิทธิภาพการให้บริการ และบทบาทการให้บริการด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ มีความต้องการพัฒนาศักยภาพด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนในการเป็นด่านหน้าในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการควบคุมยาสูบของประเทศไทยที่เน้นบทบาทของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการให้คำปรึกษาและช่วยเลิกบุหรี่ (Ministry of Public Health., 2022) การที่บุคลากรต้องการการสนับสนุนด้านการอบรมและพัฒนาศักยภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะด้านบุหรี่ไฟฟ้ายังมีความจำเป็น เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในรูปแบบผลิตภัณฑ์และกลยุทธ์ทางการตลาด (World Health Organization, 2020) นอกจากนี้ ความต้องการแนวทางหรือคู่มือมาตรฐานในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่เน้นความเป็นระบบและมาตรฐานเดียวกัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร (Nutbeam, 2008)

มีความต้องการในการอัปเดตความรู้และการเพิ่มทักษะในการช่วยเลิกบุหรี่อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หากบุคลากรขาดความรู้ที่ทันสมัย อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้คำแนะนำและการสร้างความตระหนักแก่ประชาชน (World Health Organization, 2021) นอกจากนี้ ความต้องการเพิ่มทักษะด้านการให้คำปรึกษา การจูงใจ และการสื่อสารเชิงบวก สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และแนวคิดการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (motivational interviewing) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ (Miller & Rollnick, 2013) การฝึกทักษะการคัดกรอง ประเมินความพร้อมในการเลิก และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่า การช่วยเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าเป็นกระบวนการระยะยาวที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน (World Health

Organization, 2019) อีกทั้ง ความต้องการเรียนรู้เทคนิคการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและกลุ่มวัยต่าง ๆ แสดงถึงความเข้าใจในความหลากหลายของผู้รับบริการ และสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพที่เน้นการปรับการสื่อสารให้เหมาะสมกับบริบทและศักยภาพของแต่ละบุคคล (Nutbeam, 2008)

ผลการศึกษาทั้งวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพข้างต้น พบว่า เป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีความสอดคล้องกัน โดยบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิต่างมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยและบุรุษไฟฟ้าอยู่ในระดับดี รวมทั้งพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุรุษไฟฟ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีระดับความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 19.86 และพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 9.57 (Ruamsook et al., 2019) และผลการวิจัยเชิงคุณภาพทำให้ทราบว่า บุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิยังมีความรู้ ความเข้าใจยังไม่เพียงพอเกี่ยวกับบุรุษไฟฟ้า และยังไม่มีความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนจริง ดังตัวอย่างคำพูด “*ยังไม่มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยนะคะ ก็อยากมีความรู้และศักยภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยเช่นกัน*” รวมทั้ง ยังได้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการควบคุมบุรุษไฟฟ้าในชุมชน เช่น ด้านกฎหมายควบคุมแนวทางในการดำเนินดำเนินกิจกรรมการควบคุมบุรุษไฟฟ้าในชุมชน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยและบุรุษไฟฟ้า เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปสู่การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการควบคุมบุรุษไฟฟ้าในชุมชนโดยบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลได้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างจำกัดอยู่ในจังหวัดเดียวและใช้แบบสอบถามรายงานตนเอง อาจมีอคติและจำกัดการอ้างอิงผลข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนมุมมองเชิงลึกแต่ยังไม่ครอบคลุมบริบทของบุคลากรทุกวิชาชีพและทุกพื้นที่

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

งานพัฒนาบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิต่างด้านความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุรุษไฟฟ้าอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยและบุรุษไฟฟ้า จัดอบรมต่อเนื่องและพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาและการควบคุมบุรุษไฟฟ้าที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายและแผนงานด้านการควบคุมบุรุษไฟฟ้าในระดับปฐมภูมิ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิต่างด้านความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับบุรุษไฟฟ้าอย่างเป็นระบบ รวมทั้ง การลงมือปฏิบัติจริง

ร่วมกับชุมชนและติดตามผลลัพธ์ เพื่อสะท้อนประสิทธิผลตามบทบาทบุคลากรปฐมภูมิในการลดการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะยาว

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนโดย ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

### เอกสารอ้างอิง

- Alnajem, A., Redha, A., Alroumi, D., Alshammasi, A., Ali, M., Alhussaini, M., Almutairi, W., Esmail, A., & Ziyab, A. H. (2020). Use of electronic cigarettes and secondhand exposure to their aerosols are associated with asthma symptoms among adolescents: A cross-sectional study. *Respiratory Research*, 21(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01569-9>
- Bureau of Policy and Strategy. (2015). *Handbook for management of Sub-district Health Promotion Hospitals*. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Chachoengsao Province. (2023). *The eastern economic corridor*. Eastern Economic Corridor Office. (in Thai)
- Chankaew, T., Baiya, P., Chinwong, D., Yoodee, V., & Chinwong, S. (2022). Electronic cigarettes in Thailand: Behaviour, rationale, satisfaction, and sex differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8229. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148229>
- Cherdsook, K., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2024). Factors related to electronic cigarette smoking among female vocational students in Chachoengsao Province. *Nursing Journal CMU*, 51(4), 56-71. (in Thai)
- Department of Health Service Support. (2016). *Standards and guidelines for health service facilities*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Health Service Support. (2017). *Strategic plan for health literacy development of the Thai population (2017–2026)*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Health Systems Research Institute. (2018). *2017 Tobacco products control act another step forward for Thai health*. [https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2018/eng2018\\_17.pdf](https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2018/eng2018_17.pdf)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>

- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research, 26*(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3<sup>rd</sup> ed.). Guilford Press.
- Ministry of Public Health. (2015). *Manual for the management of Subdistrict Health Promoting Hospitals*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2022). *National tobacco control action plan (2022–2027)*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–2078. <https://doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Ruamsook, T., Tipwong, A., Vorasiha, P., & Kalampakorn, S. (2023). Correlation between health literacy and preventive behaviors of COVID-19 among older persons in a senior citizen club, Bangkok Metropolis, Thailand. *Journal of Public Health Nursing, 37*(3), 35–47. (in Thai)
- Ruamsook, T., Tipwong, A., Vorasiha, P., & Kalampakorn, S. (2021). Effect of a program to enhance health literacy and self-efficacy in assisting smoking cessation among village health volunteers in Samut Songkhram Province, Thailand. *Journal of Health Science Research, 33*(online), 37–50. (in Thai)
- Ruamsook, T., Tipwong, A., & Karuhadej, P. (2019). Associations between health literacy and smoking cessation assistance behavior among village health volunteers, Amphawa District, Samut Songkhram Province, Thailand. *Journal of Public Health Nursing, 15*(1), 131–140. (in Thai)
- Silcharu, T. (2020). *Statistical research and data analysis with SPSS and AMOS* (18<sup>th</sup> ed.). Business R & D.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

- 
- Tigova, O., Amalia, B., Castellano, Y., Fu, M., Nogueira, S. O., Kyriakos, C. N., Mons, U., Trofor, A. C., Zatoński, W. A., Przewoźniak, K., Demjén, T., Tountas, Y., Quah, A. C. K., Fong, G., T., Fernández, E., Vardavas, C. I., & EUREST-PLUS consortium. (2019). Secondhand exposure to e-cigarette aerosols among smokers: A cross-sectional study in six European countries of the EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. *Tobacco Induced Diseases*, 16(Supplement 2), A11. <https://doi.org/10.18332/tid/99117>
- World Health Organization. (2019). *Report on the global tobacco epidemic*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf>
- World Health Organization. (2020). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025* (3<sup>rd</sup> ed.). World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *WHO report on the global tobacco epidemic 2022: Warning about the dangers of tobacco*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Electronic nicotine and non-nicotine delivery systems: A WHO report on the health impact and regulation of e-cigarettes*. World Health Organization.