

แนวทางการเลิกยาสูบของผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดยะลา
Methods of Quitting Tobacco Smoking among Islamic Religious Leaders in
Yala Province

ทินมณี แซ่เหลียง^{1*} และ ซอพีเยห์ นิมา¹

Thinmanee Sae-Liang^{1*} and Sawpheeyah Nima¹

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการเลิกยาสูบของผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดยะลา ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้นำศาสนาที่สามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จ จำนวน 8 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม นำมาถอดความแบบคำต่อคำ และนำมาวิเคราะห์เนื้อหาและหาข้อสรุปที่เป็นสาระหลัก ผลการวิจัยพบว่า

แนวทางการเลิกยาสูบของผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดยะลา คือ การหักดิบ การลดลงอย่างช้า ๆ การหาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ และการห่างไกลสิ่งกระตุ้น โดยปัจจัยที่ช่วยให้เลิกยาสูบได้สำเร็จ ได้แก่ การมีจิตใจที่เข้มแข็ง การมีแรงเสริมจากครอบครัว การมีโรคประจำตัว การดำรงตำแหน่งทางศาสนา ทักษะต่อการใช้ยาสูบ กำหนดวันเลิกสูบ การได้รับแรงเสริมจากแพทย์ การได้รับแรงเสริมจากเพื่อน ความฟุ้งเฟ้อ และการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาสูบ

ควรมีการดำเนินการในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน/ท้องถิ่น องค์กรศาสนา และระดับนโยบาย รวมทั้งมีความเชื่อมโยงของปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมโดยไม่สามารถที่จะใช้วิธีการเพียงวิธีการเดียวในการแก้ปัญหาได้

คำสำคัญ: แนวทางการเลิกยาสูบ, ผู้นำศาสนาอิสลาม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: hwei_short@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-6095377)



Abstract

This qualitative research aimed to explore methods of quitting tobacco smoking among 8 Islamic religious leader and ex-smokers in Yala province. Data was collected by focus group discussion and translated word-by-word (verbatim). Content analysis was used.

The results revealed the quitting methods among Islamic religious leaders in Yala province consisting of going cold turkey, gradually cutting down, distraction and keeping away from tobacco smoke. In addition, the factors influencing smoking cessation were strong mentality, family reinforcement, being sick/underlying disease, religious leader position, attitudes towards tobacco smoking, quitting date planning, physician encouragement, social supporting, excessive spending, and having an actual knowledge.

Conclusion, different kinds of methods should be used in order to solve tobacco smoking effectively and sustainably due to the complicated factors and high-power addiction (difficult to quit) including tobacco smoke behavior determinant factors. Thus, the solutions need to be performed in multiple levels that are individual, family, community/local, religious and policy levels.

Keywords: Quitting Tobacco Smoking, Islamic Religious Leaders

บทนำ

การสูบบุหรี่ (Tobacco Smoke) ถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) ที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด เพราะในควันยาสูบประกอบด้วยสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด เป็นสารที่มีพิษมากกว่า 250 ชนิด และเป็นสารก่อมะเร็งมากกว่า 70 ชนิด (Vathesatogkit, 2013) ประกอบกับยาสูบเป็นสิ่งเสพติดที่มีอำนาจการเสพติดสูง (Power of Nicotine Addiction) โดยผู้สูบบุหรี่จำนวนมากยังคงสูบบุหรี่ต่อไปเพราะไม่สามารถเลิกได้ ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า หนึ่งในสามของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้จะเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากยาสูบ (Smoke-Related Disease) สำหรับประเทศไทย จำนวนคนไทยที่สูบบุหรี่เป็นประจำคือ 11.36 ล้านคน คนไทยที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำแล้วเลิกสูบบุหรี่ได้มีเพียงร้อยละ 28.8 หรือจำนวน 3.07 ล้านคน โดยอายุเฉลี่ยที่เลิกสูบบุหรี่ได้คือ 41 ปี ดังนั้นสามารถประมาณการจำนวนได้ว่า หนึ่งในสามของผู้เลิกยาสูบไม่ได้ จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากยาสูบเป็นจำนวน 2.54 ล้านคน (Benjakul, 2009) โดย 3 ใน 10 ของผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ตายก่อนอายุ 60 ปี สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้เริ่มสำรวจการสูบบุหรี่ของคนไทยทั้งประเทศครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2519 และได้มีการณรงค์ต่อต้านยาสูบมากกว่า 30 ปี แต่พบว่าการสูบบุหรี่ไม่ได้ลดลงเท่าที่ควร (National Statistical Office, 2012) และในระหว่าง พ.ศ.2536-2552 ได้มีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไปแล้วอย่างน้อยที่สุด 640,000 คน โดยไม่นับรวมจำนวนคนไทยที่เสียชีวิตจากควันยาสูบมือสอง เนื่องจากไม่มีการรวบรวมข้อมูลมาก่อนหน้านี้ และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคเรื้อรังนี้จำนวน 192,512 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2552 หรือมีต้นทุนทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังนี้คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) (International Health Policy Program, 2012)



เมื่อจำแนกการสูบบุหรี่ตามภาคในแต่ละทศวรรษ พบว่าช่วงปี พ.ศ.2534 - พ.ศ.2547 ทุกภาคมีแนวโน้มการสูบบุหรี่ลดลง ยกเว้นภาคใต้ รวมทั้งในช่วง 10 ปีหลัง พบว่าภาคใต้ยังมีอัตราการบริโภคยาสูบสูงที่สุดในประเทศ ระหว่างปี พ.ศ.2547- พ.ศ.2557 ในทุกรอบการสำรวจ นั่นคือภาคใต้ มีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงลดลงน้อยที่สุด และมีอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันสูงสุดเป็นอันดับ 1 มาตลอดในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา และจากการสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ.2558 ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 24.8 (Pitayarangsarit, Chotibenjamaporn & Pankrajang, 2016) โดยค่าเฉลี่ยของอัตราสูบบุหรี่สูงกว่าอัตราการสูบบุหรี่ในระดับประเทศที่มีอัตราสูบบุหรี่ร้อยละ 24.6 มีจำนวนมวนเฉลี่ยของการสูบบุหรี่ 10 มวน/คน/วัน จำแนกตามชนิดเป็นยาสูบของร้อยละ 61.19 ยาสูบมวนเองร้อยละ 33.07 (Pitayarangsarit, Pankrajang & Preechawong, 2014) สำหรับจังหวัดที่มีอัตราการบริโภคยาสูบสูงขึ้นไป 7 จังหวัด ได้แก่ ระนอง พังงา ภูเก็ต สตูล ยะลา นครศรีธรรมราช และนราธิวาส โดยจังหวัดนราธิวาส มีอัตราการเพิ่มขึ้น สูงสุดจากร้อยละ 19.7 ในปี พ.ศ.2550 เป็นร้อยละ 25.6 ในปี พ.ศ.2554 และจังหวัดที่มีอัตราการบริโภคยาสูบลดลง มี 7 จังหวัด ได้แก่ ชุมพร กระบี่ ตรัง สุราษฎร์ธานี พัทลุง สงขลา และปัตตานี โดยจังหวัดปัตตานีมีอัตราการลดลงสูงสุดจากร้อยละ 32.3 เป็น 29.1 อัตราการบริโภคยาสูบที่สูงโดยเฉพาะในเพศชาย และมีอัตราการเลิกยาสูบน้อยสุด ทำให้ภาคใต้มีส่วนการสูบบุหรี่ภายในบ้านสูงสุด คือร้อยละ 22.05 และมีผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันยาสูบมือสองภายในบ้านสูงสุดคือร้อยละ 32.05 (Pitayarangsarit, Iamanan, Pankrajang & Sommit, 2012) ในขณะที่โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Benjakul, 2012) พบว่า ภาคใต้มีอัตราการได้รับควันยาสูบมือสองของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่บ้าน และที่ทำงาน คือร้อยละ 58.1 และ 40.8 ตามลำดับ รวมทั้งผลการตรวจปัสสาวะเด็กอายุหนึ่งขวบจำนวน 531 คน ใน 5 จังหวัดภาคใต้ ที่มีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ โดยสามารถตรวจพบสารโคตินินในปัสสาวะเด็กอายุหนึ่งขวบ จำนวน 295 คน หรือร้อยละ 55.5 การตรวจ Cotinine ในปัสสาวะเด็ก 725 คน ซึ่งเป็นคนในพื้นที่อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา พบว่า มีเด็กจำนวน 295 คน (ร้อยละ 40.7) มี Cotinine ในปัสสาวะ แสดงว่าเด็กได้รับควันบุหรี่และมีเด็กจำนวน 25 คน ที่ตรวจแล้วมีระดับ Cotinine > 100 ng/mg (ถ้าเกิน 100 คือ เท่ากับผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ที่จัด) การตรวจพบสาร Cotinine ในปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับบิดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (Anuntaseree, Mo-suwan, Ma-a-lee & Choprapawon, 2008)

สำหรับสถานการณ์การสูบบุหรี่ในจังหวัดยะลา พบว่า ในรอบการสำรวจ พ.ศ.2550 อัตราการสูบบุหรี่สูงเป็นอันดับที่ 44 ของประเทศ (เรียงอันดับจังหวัดที่อัตราสูบบุหรี่น้อยไปหามาก) หรืออันดับที่ 33 (เรียงอันดับจังหวัดที่อัตราสูบบุหรี่มากไปหาน้อย) มีประชากรที่สูบบุหรี่จำนวน 84,328 คน คำนวณอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ทั้งเพศชาย และหญิงรวมกัน) คือร้อยละ 23.32 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรเพศชายอายุ 15 ปี ขึ้นไปคือร้อยละ 44.14 และอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ 15 ปี ขึ้นไปคือร้อยละ 1.87 พบอัตราการเลิกยาสูบได้สำเร็จ (มากกว่า 6 เดือน) ร้อยละ 14.82 มีอัตราการสูบบุหรี่ในบ้านร้อยละ 17.15 (National Statistical Office, 2012) แต่ในรอบการสำรวจล่าสุด พ.ศ.2554 อัตราการสูบบุหรี่ของจังหวัดยะลา สูงขึ้นเป็นอันดับที่ 52 (เรียงอันดับจังหวัดที่อัตราสูบบุหรี่น้อยไปหามาก) หรืออันดับที่ 25 (เรียงอันดับจังหวัดที่อัตราสูบบุหรี่มากไปหาน้อย) พบประชากรที่สูบบุหรี่จำนวน 89,143 คน คำนวณอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health



(ทั้งเพศชาย และเพศหญิงรวมกัน) สูงขึ้น คือร้อยละ 24.01 (Pitayarangsarit, lamanan, Pankrajang & Sommit, 2012) เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรเพศชายอายุ 15 ปี ขึ้นไป สูงขึ้น คือร้อยละ 47.59 ส่วนอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรหญิงอายุ 15 ปี ขึ้นไปลดลงคือร้อยละ 1.02 อย่างไรก็ตาม พบอัตราการได้รับควันยาสูบมือสองในบ้าน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งในรอบ 30 วันที่ผ่านมา ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในรอบการสำรวจปี พ.ศ.2554 คือ ร้อยละ 46.2 (The Academic Development Group, Bureau of Tobacco Control, Department of Disease Control, 2012) นอกจากนี้ยังตรวจพบ การสูบบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะสถานที่ใดสถานที่หนึ่งของจังหวัด สูงถึงร้อยละ 93.37 จำแนกเป็นร้อยละของการได้พบเห็น/ได้กลิ่น/เห็นกันยาสูบตามตลาดสด ร้านอาหาร/ภัตตาคาร ขนส่งสาธารณะ และศาสนสถาน (วัดหรือมัสยิด) ร้อยละ 89.04, 81.21, 65.58, และ 49.95 ตามลำดับ (National Statistical Office, 2012)

การดำเนินงานควบคุมยาสูบที่ผ่านมา ได้มีการดำเนินงานจากหลายภาคส่วน เช่น ภาครัฐ ภาค ประชาชน และภาคประชาสังคม และจากการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2555 - 2557 ประกอบไปด้วย 8 ยุทธศาสตร์ (Strategies) ที่สำคัญคือ การป้องกันมิให้เกิดผู้บริโภคยาสูบรายใหม่ การส่งเสริมให้ผู้บริโภคลดและเลิกใช้ยาสูบ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันยาสูบ และการจัดการได้รับ ควันยาสูบมือสอง ทั้งนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชนอย่างแข็งขัน (Community Participation) เช่น จากแกนนำรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ผู้นำตามธรรมชาติ ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำทางศาสนา และจิต วิญญาณ (Pholchaniko, 2014) ในชุมชนมุสลิมผู้นำในศาสนาอิสลาม ได้แก่ อิหม่าม บิหลั่น คอเต็บ และ คณะกรรมการมัสยิดมีบทบาทในเกือบทุก ๆ ด้าน และผู้นำทางศาสนาเหล่านี้ อยู่ในฐานะการเป็นบุคคลอัน ทรงเกียรติที่ประชาชนทั่วไปให้ความเคารพนับถือ เป็นผู้นำทางความคิดและจิตวิญญาณของสังคม ที่มีบทบาท ในการเป็นต้นแบบ และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการแก้ปัญหาการสูบ ยาสูบในชุมชน เช่น การเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการไม่สูบบุหรี่ การใช้คำสอนทางศาสนาอบรมโน้มน้าว ให้ประชาชนที่สูบบุหรี่ให้เลิกได้ จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้นำศาสนาเกี่ยวกับยาสูบ ส่วนใหญ่มีความ เห็นว่า การสูบบุหรี่ชนิดต่าง ๆ เป็นสิ่งไม่สมควรหรือน่ารังเกียจ ร้อยละ 57.1 รองลงมามีความเห็นว่าเป็น สิ่งต้องห้ามเด็ดขาด ร้อยละ 42.9 และไม่มีผู้ใดแสดงความเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งอนุมัติ (Khaegphong, Niyomdech, Binzeng & Pattanaprichawong, 2012) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษากับกลุ่มผู้นำศาสนา มีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยร้อยละ 58.6 โดยแยกเป็นผู้นำศาสนาพุทธ ร้อยละ 59.6 ผู้นำศาสนาคริสต์ ร้อยละ 46.2 และผู้นำศาสนาอิสลามร้อยละ 58 (Pitayarangsarit & lamanan, 2011)

ในขณะที่ปัจจุบัน ผู้นำทางศาสนาอิสลามมีบทบาทอย่างมากต่อการแก้ไขปัญหายาสูบในชุมชน หาก ผู้นำเหล่านี้เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งมีทัศนคติที่สอดคล้องต่อบัญญัติทางศาสนา ว่ายาสูบเป็นสิ่งที่ไม่อนุมัติ ต่อการบริโภค หรือเป็นสิ่งฮะรอม (สิ่งต้องห้าม) ที่ชัดเจนแล้ว ผู้นำทางศาสนาอิสลามเหล่านี้จะเป็นกลไกที่ เข้มแข็งในการผลักดันให้เกิดมาตรการหรือการสร้างนวัตกรรม เพื่อควบคุมยาสูบในชุมชนมุสลิมได้ อย่างไร ก็ตาม ในการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาแนวทางการเลิกยาสูบของ ผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดยะลา ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ศึกษาแนวทางการเลิกยาสูบของ ผู้นำศาสนาในจังหวัดยะลา โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อควบคุมการใช้ยาสูบในจังหวัดยะลา รวมทั้งพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันต่อไป



วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวทางการเลิกยาสูบของผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดยะลา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้นำศาสนาอิสลามที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จ ที่อาศัยอยู่ในแต่ละอำเภอของจังหวัดยะลา จำนวน 8 คน ซึ่งเกณฑ์ที่ผู้วิจัยใช้ในการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีลักษณะ คือ เป็นผู้นำศาสนาอิสลาม ที่ในอดีตเคยสูบบุหรี่มาก่อน แต่ปัจจุบันเลิกยาสูบแล้ว โดยต้องเลิกยาสูบมาเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้นำการสนทนา (ตัวผู้วิจัย) ทำหน้าที่นำการสนทนากลุ่ม คอยแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ขณะทำการสนทนากลุ่ม ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย
2. ผู้จัดบันทึก (ผู้ช่วยนักวิจัยคนที่ 1) ทำหน้าที่จัดบันทึกข้อมูลระหว่างการทำสนทนากลุ่ม
3. ผู้ช่วยทั่วไป (ผู้ช่วยนักวิจัยคนที่ 2) ทำหน้าที่จับเวลาบันทึกเสียง บันทึกวิดีโอ และถ่ายภาพ
4. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่ม ได้แก่ กระดาษสำหรับจัดบันทึก ปากกา นาฬิกาจับเวลา เครื่องบันทึกเสียง กระดานไวท์บอร์ด ปากกาไวท์บอร์ด เครื่องบันทึกวิดีโอกล้องถ่ายรูป

5. แนวคำถามที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่ม

- เหตุผลใดที่ทำให้ท่านตัดสินใจเลิกยาสูบ
- ท่านใช้ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่นานเท่าไร จึงสามารถเลิกยาสูบได้
- ท่านใช้ความพยายามเลิกสูบกี่ครั้งก่อนหน้านี้ จึงสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้
- อะไรบ้างที่ทำให้ท่านสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ทำไม
- ประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่ของท่านเป็นอย่างไร
- เมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้แล้วท่านคิดว่ามีผลต่อตัวท่านอย่างไร
- หากท่านจะบอกให้คนอื่นเลิกสูบบุหรี่แบบท่าน ท่านจะบอกเขาอย่างไร
- ท่านคิดว่าแนวทางหรือมาตรการในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกได้สำเร็จควรเป็นอย่างไร
- ท่านคิดว่าขั้นตอนการเลิกสูบบุหรี่ควรเป็นอย่างไร
- ท่านจะมีส่วนร่วมหรือบทบาทอย่างไรในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกได้สำเร็จ
- ท่านต้องการให้หน่วยงานทางสังคมทั้งภาครัฐและเอกชนช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่อย่างไรบ้าง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบแนวคำถามที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่มไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบ จากนั้นหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ซึ่งแนวคำถามที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่มได้ค่า IOC=1.00 เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้แนวคำถามที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่มนั้น มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา และเพื่อความสมบูรณ์ของแนวคำถาม



2. การนำแนวคำถามที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่มที่ได้รับการพัฒนาแล้วไปทำการทดลอง (Try Out) กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกับเกณฑ์ที่กำหนดให้ แต่ไม่ใช่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจริง จำนวน 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม การจดบันทึก การบันทึกเสียง และการบันทึกวิดีโอ การตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล เก็บข้อมูลจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วนครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลเพื่อเข้าร่วมการวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนด ด้วยวิธีสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลมีความยินยอมและสมัครใจในการให้ข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำจากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ถึงผู้ให้ข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย ขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ให้ผู้ให้ข้อมูลเดินทางมาที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เพื่อร่วมทำสนทนากลุ่ม ตามวันและเวลาที่กำหนด

1.3 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยทั่วไป และผู้จดบันทึกโดยอบรมและซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ แนวคำถามในการทำสนทนากลุ่ม ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จนเป็นที่เข้าใจตรงกัน เป็นระยะเวลา 1 วัน

1.4 เตรียมสถานที่ และวัสดุ-อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำสนทนากลุ่ม

2. ระยะดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูล และแนะนำตัว ทักทาย สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลก่อนการทำสนทนากลุ่ม สร้างความไว้วางใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสรุป พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ โดยผู้วิจัยต้องได้รับการตอบรับ/ยินยอมพร้อมใจในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลแบบเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed-Consent) จึงจะสามารถเก็บข้อมูลได้

2.2 รวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ต้องการพูดคุยในประเด็นคำถามใดบ้าง โดยใช้วิธีสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียง ถ่ายภาพ และบันทึกวิดีโอขณะสนทนากลุ่ม ประมาณ 2 ชั่วโมง สุดท้ายผู้วิจัยกล่าวขอบคุณเพื่อปิดการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation Technique) เพื่อลดความลำเอียงของนักวิจัย และทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น โดยใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลหลากหลายวิธีเพื่อรวบรวมข้อมูลในประเด็นเดียวกัน โดยผู้วิจัยใช้วิธีสนทนากลุ่ม พร้อมกันนั้นก็ศึกษาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและแหล่งเอกสารทางวิชาการอีกทั้งใช้การยืนยันผล (Conformability) หมายถึง ความสามารถใน



การยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูลดิบ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมเทปบันทึกเสียง การบันทึกบนไวท์บอร์ดว่ามีข้อมูลตรงกันหรือไม่ และมีการใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลประกอบในรายงานเพื่อยืนยันผลการวิจัยว่าเป็นความจริง ไม่ได้เกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ EC 008/59

ผลการวิจัย

จากการทำสนทนากลุ่มในผู้นำศาสนาที่เลิกสูบบุหรี่สำเร็จจำนวน 8 คน ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการเลิกยาสูบ ซึ่งประกอบด้วย การหักดิบ การลดลงอย่างช้า ๆ การหาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจและการห่างไกลสิ่งกระตุ้น รายละเอียดดังนี้

1. การหักดิบ

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 3 คน กล่าวว่าแนวทางในการเลิกยาสูบ คือ การหักดิบ โดยหยุดสูบบุหรี่อย่างฉับพลันดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...หยุดเลยครับ...” (นาย B)

“...หักดิบเลย...ครับ ผมหยุดเลย...” (นาย D)

“...หยุดเลยครับ ไม่เอาแล้วครับ...” (นาย E)

ซึ่งเหตุผลที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้สามารถหักดิบ มีหลายปัจจัย ได้แก่ การมีจิตใจที่เข้มแข็ง การมีแรงเสริมจากครอบครัว การมีโรคประจำตัว การดำรงตำแหน่งทางศาสนา และทัศนคติต่อการใช้ยาสูบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยแรก คือ การมีจิตใจที่เข้มแข็ง โดยต้องมีความตั้งใจอย่างแน่วแน่ อดทน มีจิตใจที่เข้มแข็งหนักแน่น ไม่หวั่นไหว เอาชนะใจตัวเอง และมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าเราสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

“...ต้องมีความตั้งใจที่แน่วแน่ มีจิตใจที่เข้มแข็ง ต้องอดทน เพื่อนถามว่าทำไมถึงไม่สูบ ผมก็ว่าจะหยุดจะหยุดเลย ไม่ลดอะไรแล้ว หยุดเลยครับ ที่ว่าหยุดไม่ได้มัน เขาไม่ได้จะหยุดใจ ถ้าเขาตั้งใจที่จะหยุดก็หยุดได้เลย...” (นาย D)

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเสริมขึ้นมาว่า การเลิกยาสูบขึ้นอยู่กับใจของตัวเองเป็นหลัก เพราะไม่มีใครช่วยเราได้ นอกจากตัวเราต้องตระหนักถึงโทษของยาสูบด้วยตัวเองก่อน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ต้องการเลิกจากใจของตัวเอง ประกอบกับการดำรงตำแหน่งเป็นผู้นำศาสนา ซึ่งเป็นผู้นำทางความคิดและจิตวิญญาณ หากต้องมีใครมาบอก มาตักเตือนให้ต้องเลิกยาสูบ จะทำให้ขัดต่อความรู้สึกของการเป็นผู้นำดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...เรื่องเลิกนั้นอยู่ที่ตัวเราเองมากกว่า ถ้าเราเป็นผู้นำแล้วก็มีคนอื่นมาสั่งมันก็จะไปอีกอย่างหนึ่งเลย นอกจากตัวเขาเองเห็นโทษของบุหรี่ ตัวเราเองห้ามกับตัวเอง...” (นาย C)



ปัจจัยที่สอง คือ การมีแรงเสริมจากครอบครัว คือ ภรรยา และบุตรหลาน โดยครอบครัวเป็นเหมือนแรงกระตุ้น แรงผลักดัน แรงกดดัน ที่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความพยายามที่เปลี่ยนแปลงตัวเองในการเลิกยาสูบ เพื่อคนที่รัก คนที่เป็นห่วงความรู้สึก รวมถึงไม่อยากให้เกิดความขัดแย้งขึ้นภายในครอบครัวเพียงเพราะยาสูบเท่านั้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลทั้งสามคนกล่าวว่า

“...ลูกไม่ชอบอยู่แล้วครับเรื่องควันบุหรี่นี้ มันว่าเหม็น ลูกบ่น คือว่าไม่มีประโยชน์อยู่แล้วใช้มั้ยครับ มีแต่โทษ เราก็เห็นด้วยกับลูก ที่ลูกบอกกับเราก็เลยหยุดเลยครับ เพื่อลูกครับ ชี้แจงฟังลูกบ่นด้วย...” (นาย B)

“...พอดีแฟนไม่ชอบด้วย ลูกเล็ก ๆ อยู่ สูบบุหรี่แล้วแบกลูกด้วย แฟนเขาบ่น...” (นาย D)

“...ผมว่าครอบครัวห้าม ดึกว่าคนอื่นห้าม ยังมีหลาน ยิ่งสูบไม่ได้เลย กลัวไปโดนหลาน...” (นาย D)

“...เมียเหมือนกันครับ เขาบอกว่า ถ้าจะสูบให้ไปอยู่นอกบ้าน ไม่ต้องมาอยู่ใกล้ ไม่ต้องมานั่งดูทีวีด้วย มันน้อยใจที่เขาทำร้ายเงี่ยเรา ไละเราออกไปอยู่นอกบ้าน...” (นาย E)

โดยหนึ่งในผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวเสนอว่า ควรให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาสูบให้กับภรรยา เนื่องจากหากภรรยามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาสูบจะช่วยช่วยตัดสินใจ และชี้นำสามีไปในทางที่ถูกต้อง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...ต้องให้ความรู้กับเมียที่บ้านด้วย เพื่อให้สามีเขาเลิกบุหรี่ เมียจะได้เป็นคนบอกสามีให้เลิก ถ้าเมียเก่ง ๆ พยายามบอกว่าตรงนี้ไม่ดี สูบแล้วไม่ได้ประโยชน์ มีแต่โทษ...” (นาย D)

ปัจจัยที่สาม คือ การมีโรคประจำตัว โดยยาสูบเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อาการของโรคประจำตัว คือ โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคหัวใจกำเริบ สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูบ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบตัดสินใจเลิกยาสูบ เพราะไม่ต้องการกลับไปเผชิญกับความทรมาน อีกทั้ง เป็นคำแนะนำของแพทย์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...ผมป่วยด้วย เวลาสูบเยอะ ๆ จะเป็นหอบอย่างนั้นแหละหายใจไม่ออก...” (นาย D)

“...โรค ผมป่วยเป็นโรคหัวใจ...หมอห้ามด้วย” (นาย A)

ปัจจัยที่สี่ คือ การดำรงตำแหน่งทางศาสนา โดยผู้นำศาสนาเป็นต้นแบบในการดำเนินชีวิตของศาสนิกชน มีหน้าที่คอยอบรมสั่งสอน เพื่อให้ศาสนิกชนดำรงตนเป็นศาสนิกชนที่ดี ดังนั้น ผู้นำศาสนาจึงควรทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี ทั้งด้านสุขภาพและความประพฤติก่อนที่จะไปสอนคนอื่น เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้กับคำพูดของตัวเอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...ถ้าเราจะไปบอกคนอื่นไม่ให้สูบ เขาก็จะไม่เชื่อเรา เพราะว่าเรายังสูบอยู่...” (นาย B)

“...เราควรทำเป็นตัวอย่างว่าถ้าเราเลิกสูบแล้วร่างกายจะกลับมาแข็งแรง...” (นาย E)

ปัจจัยสุดท้าย คือ ทศนะต่อการใช้ยาสูบ ซึ่งทศนะหรือความคิดเห็นเป็นสิ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ หากผู้นำศาสนามีทศนะต่อการใช้ยาสูบว่าเป็นฮะรอม คือการใช้ยาสูบเป็นสิ่งต้องห้ามอย่างเด็ดขาด ผิดบาปผิดศีล และสมควรที่จะต้องถูกลงโทษเมื่อสูบแล้วผู้นำศาสนาก็จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับทศนะที่ตัวเองเห็นด้วย ซึ่งผู้ที่มีทศนะต่อการใช้ยาสูบว่าเป็นฮะรอมจะหาแนวทางเพื่อให้ตัวเองเลิกยาสูบ เพราะในทศนะของเขากการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่เป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม ทำให้ผู้สูบเกิดความผิดบาป ส่งผลให้เป็นสิ่งกีดขวางการตอบรับดุอาอ์ (การวิงวอนขอพรจากพระอัลเลาะห์) ทำให้ผลของดุอาอ์ไม่ปรากฏผลให้เห็น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า



“...อันนี้ส่วนตัวนะ แต่ก่อนผมเชื่อว่าบุหรี ถ้าเราสูบ เราจะไม่บาป แต่ว่าเราจะไม่ได้บุญ พอได้ลองอ่าน หลักการของศาสนาอิสลามจากนักวิชาการรุ่นใหม่ ๆ เขาว่าบุหรีเป็นฮะรอม พอเราได้อ่านแล้วเราก็ก็นั่นด้วยกับ เขา...” (นาย B)

“...ผมว่าการสูบบุหรีทำให้อัลเลาะห์ไม่ตอบรับต่อดุอาอ์ (การขอพร) ของเรา...” (นาย B)

สำหรับผู้ที่ยังคงสูบบุหรีอยู่ ส่วนใหญ่จะมีทัศนคติต่อการใช้ยาสูบว่าเป็นมักรูฮ คือการใช้ยาสูบเป็น สิ่งที่พึงหลีกเลี่ยงซึ่งถ้าหากไม่สูบก็จะได้รับผลบุญ และเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงความรู้สึกผิดบาปในจิตใจ และ เป็นการเข้าข้างตัวเองว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำอยู่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม ผู้สูบจึงเลือกที่จะเชื่อว่าการสูบบุหรีจัดเป็นมักรูฮ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“...เพื่อนผมหลายคนก็ยังสูบบุหรีอยู่ เขาเชื่อว่าบุหรีเป็นมักรูฮ...” (นาย B)

“...คนที่สูบบุหรี ก็เป็นการปลอบใจตัวเอง ก็เลยเชื่อว่าเป็นมักรูฮ...” (นาย A)

“...บางคนก็ปลอบใจตัวเอง เพราะว่าเขายังเลิกไม่ได้ ก็เลยว่า บุหรีเป็นมักรูฮ จะได้ไม่รู้สึกผิด จะได้ไม่บาป...” (นาย C)

สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ยังคงมีทัศนคติต่อการใช้ยาสูบว่าเป็นมักรูฮ เนื่องจากมีความเชื่อจากรุ่นสู่รุ่นว่าการสูบบุหรีเป็นมักรูฮ ยาสูบมีกลิ่นเหม็น การสูบบุหรีไม่ได้ทำให้มันเหม็นเหมือนกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งการสูบบุหรีไม่ได้ถูกระบุเป็นข้อห้ามอย่างชัดเจนในคัมภีร์อัลกุรอาน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวนห้ารายได้กล่าวว่า

“...การสูบบุหรีเป็นมักรูฮ...” (นาย A, C, D, E และ F)

“...มันเหม็นก็เลยคิดว่าเป็นมักรูฮ...” (นาย A)

“...มันไม่ได้ทำให้เหม็นเหมือนเหล้า ก็เลยว่าเป็นมักรูฮ...” (นาย C)

“...ท่านนบีไม่ได้บอกว่าเป็นฮะรอม...” (นาย D)

“...เพราะว่าในอัลกุรอานไม่ได้บอกชัดเจนบุหรีเป็นฮะรอม...” (นาย E)

“...ก็เชื่อมต่อ ๆ กันมาแบบนี้ตั้งแต่รุ่นปู่ย่าแล้ว...” (นาย F)

2. การลดลงอย่างช้า ๆ

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 3 คน กล่าวว่าแนวทางในการเลิกยาสูบ คือ การลดลงอย่างช้า ๆ ซึ่งค่อย ๆ ลดทั้งปริมาณยาสูบและความถี่ในการสูบลง โดยที่ลดลงถึงสามวันลดลงหนึ่งมวน และลดจำนวนครั้งของการสูบจากวันละสามครั้งเป็นวันละหนึ่งครั้ง จนสามารถเลิกยาสูบได้ในที่สุด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 คน กล่าวว่า

“...ลดปริมาณจากมากมาน้อยทีละนิด ๆ จนเลิกเลยครับ ปกติแล้วหลังอาหาร 3 มื้อ เราจะแค่หลังอาหารเช้า...” (นาย A)

“...คล้าย ๆ กัน เหมือน ๆ กัน ลดปริมาณการสูบลงเรื่อย ๆ ...” (นาย C)

“...พอถึงวันที่เริ่มถือศีลอด ผมก็สูบลดลง สองสามวัน ลดลงทีละมวน ทีละมวน ไปเรื่อย ๆ จนพอละศีลอด ผมก็เลิกได้ครับ...” (นาย H)

ซึ่งเหตุผลที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้สามารถลดปริมาณการสูบลง มาจากหลายปัจจัยเช่นกัน ได้แก่ การกำหนดวันเลิกสูบ การมีแรงเสริมจากครอบครัว การได้รับแรงเสริมจากแพทย์ การได้รับแรงเสริมจากเพื่อน ความทุ่มเทเพียร การดำรงตำแหน่งทางศาสนา และการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาสูบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้



ปัจจัยแรกคือ การกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ คือ เดือนรอมฎอนซึ่งเป็นเดือนอันประเสริฐถือเป็นเทศกาลแห่งความดีงามในการดำเนินชีวิตของมุสลิมเพื่อให้มีโอกาสเพิ่มทุนสำรองจากความดีต่าง ๆ เป็นเดือนที่ควรเริ่มต้นสิ่งดี ๆ และงดเว้นในอบายมุขทุกประเภท ดังที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวนสองคนได้กล่าวไว้

“...บังเอิญช่วงนั้นใกล้กับเดือนรอมฎอนด้วยไง พอถึงเดือนรอมฎอนก็หยุดเลย จากนั้นมาก็เลิกได้เลย เพราะว่าเราลดมาแล้ว...” (นาย A)

“...ตอนนั้นผมตั้งใจจะเลิกช่วงปอซอ ช่วงถือศีลอดอะครับ...” (นาย H)

ปัจจัยที่สองคือ การมีแรงเสริมจากครอบครัว คือ ภรรยา และบุตร ทั้งนี้การเลิกสูบบุหรี่จะเป็นการช่วยลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างสามีและภรรยา อันเนื่องมาจากภรรยาไม่ชอบกลิ่นยาสูบ อีกทั้งด้วยความรักของบิดาที่มีต่อบุตร ต้องการเห็นบุตรเติบโตขึ้นมาสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีแบบอย่างในการดำเนินชีวิตที่ดี จึงต้องปฏิบัติตนเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุตร เพราะไม่อยากให้บุตรเลียนแบบตนเองในสิ่งที่ไม่ดี ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...สำหรับผมแล้วก็หลัก ๆ มาจากครอบครัว เนื่องจากแม่บ้านเขาไม่ชอบควันบุหรี่ซะมัยยะ ทำให้เราลดในการสูบบุหรี่ ๆ ก็ลดในการสูบ...” (นาย A)

“...ถ้าผมยังสูบ ลูกผมโตขึ้นต้องสูบบุหรี่ตามผม ผมไม่อยากให้ลูกติดบุหรี่เหมือนผม ไม่รู้จะสูบบุหรี่ไปทำไม ทำให้สุขภาพเสียเปล่า ๆ ถ้าผมยังสูบบุหรี่ ลูกมันเห็นเข้าทุกวัน พอมันโตขึ้นก็ต้องสูบบุหรี่แล้วถ้าเราไปห้ามมันมันก็ไม่ฟังเราหรอก เพราะเราก็ยังสูบบุหรี่อยู่...” (นาย H)

ปัจจัยที่สาม คือ การได้รับแรงเสริมจากแพทย์ โดยคำแนะนำจากแพทย์มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูบ เนื่องจากแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ดังนั้นคำแนะนำของแพทย์จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้สูบ เพราะถ้าหากผู้สูบไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์แล้ว ก็อาจจะไม่ได้รับยาในการรักษาโรคหรือทำให้ประสิทธิภาพของยาที่ได้รับลดน้อยลง ส่งผลให้โรคที่เป็นอยู่แย่งลงได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...มีคนที่บ้านคนหนึ่ง เขาติดบุหรี่มาตั้งแต่เล็ก ๆ มาถึง 70 กว่า เลิกไปทันทีเลย เพราะว่าหมอบอกว่าคุณจะเลิกหรือไม่เลิก ถ้าคุณไม่เลิกผมไม่ให้ยา เพราะว่ายาตัวนี้ถ้าคุณยังสูบบุหรี่อยู่ทำอะไรไม่ได้ ลดครับ หยุดเลย ตอนนี้อยู่ที่บ้าน ออกมีสียดอยู่ทุกวัน...” (นาย C)

“...ผมดูแล้ว หมอนี้ได้ประโยชน์จริงๆ เพราะว่าหมอบอกเป็นผู้จ่ายยาให้กับเขา เป็นโรคอะไรสักอย่างหนึ่ง ถ้ายังสูบบุหรี่อยู่ ยาทำอะไรไม่ได้ บอกให้เลิกบุหรี่ บอกตรง ๆ บุหรี่ไม่มีประโยชน์ มีแต่โทษ ถ้าเรายังสูบบุหรี่อยู่ตอนนี้ยังไม่เป็นไร ถ้าเป็นโรคอะไรสักอย่างหนึ่ง เอาไม่ทัน...” (นาย C)

ปัจจัยที่สี่ คือ การได้รับแรงเสริมจากเพื่อน เพื่อนเป็นทั้งแรงกดดันและแรงกระตุ้น โดยแรงกดดันนั้นเสมือนต้องการให้ผู้สูบเลิกยาสูบเพื่อที่จะได้รับการยอมรับจากเพื่อนที่ไม่สูบบุหรี่และสามารถกลับมาเข้าร่วมกลุ่มกันได้ นอกจากนี้ยังเป็นเหมือนแรงกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ โดยมิเพื่อนเป็นแบบอย่างในการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้ผู้สูบเกิดแรงกระตุ้นว่าในเมื่อเพื่อนเลิกสูบบุหรี่ได้ ตัวเราก็คงเลิกได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...เออ เพื่อนมีส่วน เพื่อนที่มันไม่สูบบุหรี่ มันทำเหมือนไม่ค่อยอยากยุ่งกับเรา ไม่อยากคบเรา มันเหมือนแรงกดดัน เหมือนมันไม่ให้เราเข้ากลุ่มกับมันด้วย มีไรมันก็ไม่ค่อยบอก ไม่คุยกับเรา...” (นาย H)



“...เพื่อนครับ เพื่อนมันบอกว่า เลิกเถอะ ให้ดูมัน มันยังเลิกได้เลย พอเพื่อนมันบอกอย่างนั้น ทำให้เราเกิดแรงฮึด เออ มันทำได้ มันเลิกได้ เราก็กต้องเลิกได้แล้ว...” (นาย G)

ปัจจัยที่ห้า คือ ความฟุ่มเฟือย โดยยาสูบเป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์ มีแต่โทษ ทำให้การสูบบุหรี่เป็นสิ่งสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์ ประกอบกับตัวผู้สูบเองก็ไม่ได้เป็นผู้ที่มีรายได้มาก จึงควรนำเงินที่จะนำไปซื้อยาสูบมาสูบบุหรี่ไปทำอย่างอื่นแทนเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าทั้งแก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวนสามคน กล่าวว่

“...นี่นะถ้าเราไม่สูบบุหรี่ ถ้ามีเงินเราก็ได้ซื้อนู่นซื้อนี่ แทนที่ว่าเราเอาเงินนี้ไปสูบบุหรี่วันเท่าไร เดือนเท่าไร ปีเท่าไร ใช่มั้ยครับ...” (นาย A)

“...คิดว่าการสูบบุหรี่มันเสียเงินเปล่า ๆ เอาเงินที่สูบบุหรี่ไปบริจาคไม่ดีกว่าหรือ...” (นาย C)

“...เดี๋ยวนี้อะไร ๆ ก็แพงเนอะ บุหรี่มันก็แพงขึ้น ซองนึ่งก็หกเจ็ดสิบบ คิด ๆ แล้วมันก็ไม่ใช่มั้ยประโยชน์ ยังแต่โทษ ถ้าสูบเดือน ๆ นึ่งก็เสียเป็นพัน เงินได้เราวัน ๆ ก็ไม่ได้เยอะแยะที่ เลยว่าเอาเงินไปทำอย่างอื่นคุ้มกว่า...” (นาย F)

ปัจจัยที่หก คือ การดำรงตำแหน่งทางศาสนา เนื่องจากผู้นำศาสนาเป็นบุคคลอันทรงเกียรติที่ศาสนิกชนทั่วไปให้ความเคารพนับถือ และดำรงตนตามแบบอย่างของผู้นำศาสนา ดังนั้นผู้นำศาสนาจึงควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ให้กับศาสนิกชนได้ปฏิบัติตาม ซึ่งหากผู้นำยังคงสูบบุหรี่อาจทำให้ศาสนิกชนเกิดการเลียนแบบได้ ดังนั้นจึงควรกำหนดเป็นคุณสมบัติข้อหนึ่งในการคัดเลือกคนขึ้นมาดำรงตำแหน่งผู้นำศาสนา คือต้องเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...ถ้าเรายังสูบอยู่ เด็ก ๆ คนอื่น ๆ ก็อาจจะทำตามเราได้...” (นาย H)

“...จริง ๆ แล้วผู้นำต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้คนอื่น ๆ...” (นาย F)

“...ตั้งคุณสมบัติว่าคนที่เป็นโตะอิหม่าม คอเต็บ บิหลัน ต้องไม่สูบบุหรี่...” (นาย A)

ปัจจัยสุดท้าย คือ การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาสูบ หากผู้สูบมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโทษ พิษภัย และผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาสูบ จะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูบสามารถเลิกยาสูบได้อีกทางหนึ่ง

อย่างไรก็ตามถ้าหากผู้สูบมีความรู้ความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับยาสูบ เช่น มีความเข้าใจว่ายาสูบจะช่วยฆ่าเชื้อในร่างกาย ช่วยทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคภัย การเลิกยาสูบทำให้อ้วนขึ้นแล้วจะเหนื่อยง่าย จะทำให้ผู้สูบยังคงสูบบุหรี่ต่อไป และการที่จะโน้มน้าวให้ผู้สูบเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยากขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...ก็บุหรี่ยังไม่มีอะไรดี ไม่รู้จะสูบไปทำไม ทำให้สุขภาพเสียเปล่า ๆ...” (นาย H)

“...ครับ คิด ๆ แล้วมันก็ไม่ใช่มั้ยประโยชน์ ยังแต่โทษ...” (นาย F)

“...คือว่าไม่มีประโยชน์อยู่แล้วใช่มั้ยฮะ มีแต่โทษ...” (นาย B)

“...คนที่สูบบุหรี่เขาจะคิดเองว่าบุหรี่ยังจะไปฆ่าเชื้อในร่างกาย ทำให้ร่างกายสมบูรณ์ ควันบุหรี่ยังจะไปฆ่าเชื้อในร่างกายทำให้ไม่เป็นโรค คนที่ไม่สูบบุหรี่เป็นโรค นั่นแหละไม่มีควันบุหรี่ยังจะไปฆ่าเชื้อในร่างกาย...” (นาย C)

“...พอเลิกมันจะทำให้อ้วนขึ้น อ้วนแล้ว เหนื่อยอีก เหนื่อย ก็เลยสูบต่อ...” (นาย A)

3. การหาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 3 คน กล่าวว่าแนวทางในการเลิกยาสูบ คือ การหาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ โดยอย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบบุหรี่ ควรประวิงเวลาของการสูบบุหรี่ออกไปเรื่อย ๆ เช่น อดลูกอม เคี้ยวหมากฝรั่ง

หันไปทำกิจกรรมอื่นแทน เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความอยากสูบบุหรี่ดังที่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 คน กล่าวไว้ว่า

“...อมลูกอม คือ ปากอยู่เปล่า ๆ มันว่าง ก็เลยหาอะไรมาอม...” (นาย D)

“...ผมตอนนั้นกินช็อกโกแลต มากฝรั่ง แล้วก็ลูกอมฮอลล์...” (นาย E)

“...เย็น ๆ ก็ถีบจักรยาน วิ่งไม่ค่อยไหวแล้ว ถีบจักรยานเล่น ๆ ถีบตอนเช้าไม่ทัน ไปทำงาน ก็เลยถีบตอนเย็น ๆ หลังจากทำงาน...” (นาย G)

4. การห่างไกลสิ่งกระตุ้น

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 3 คน กล่าวว่าแนวทางในการเลิกยาสูบ คือ การห่างไกลสิ่งกระตุ้น โดยระหว่างที่เลิกยาสูบผู้สูบบุหรี่ควรหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่หันกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้ง เช่น หลีกเลี่ยงการอยู่ท่ามกลางผู้สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการพกยาสูบไว้กับตัวเอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสองคนได้กล่าวว่า

“...เพื่อนที่อยู่ด้วยกันไข่ม้อยครับ ที่นี้เราก็พยายามดูว่ากลุ่มไหนที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มไหนที่สูบบุหรี่ เราก็ไปหากกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ เพราะว่าจะได้ไม่ชวนสูบ เพราะปกติแล้วถ้าเราไปกลุ่มที่สูบบุหรี่ไข่ม้อย บุหรี่เขาจะตั้งบนโต๊ะ...” (นาย F)

“...อย่าพกบุหรี่ไว้กับตัวครับ ตั้งมันไว้ห่าง ๆ ถ้าอยู่ใกล้ตัวบางทีจะห้ามใจลำบาก...” (นาย E)

อภิปรายผล

แนวทางการเลิกยาสูบ ได้แก่ การหักดิบ ซึ่งต้องมีความตั้งใจที่แน่วแน่ มีจิตใจที่เข้มแข็ง ต้องอดทน มีความเชื่อมั่นในตนเองว่าต้องเลิกสูบได้ เนื่องจากการเลิกยาสูบขึ้นอยู่กับใจของคนที่ต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่มากกว่า เพราะไม่มีใครช่วยได้ นอกจากตัวของผู้ที่สูบบุหรี่เอง ถ้าใจต้องการที่จะเลิก ก็คงไม่ยาก แต่ถ้าใจยังต้องการสูบบุหรี่ ก็เป็นเรื่องที่เลิกยาก โดยในระหว่างเลิกหากมีความอยากที่จะสูบบุหรี่ให้หาสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ อย่าสูบบุหรี่ทันทีที่อยากสูบบุหรี่ ควรประวิงเวลาของการสูบบุหรี่ออกไปเรื่อย ๆ เช่น หันไปทำกิจกรรมอื่น อมลูกอม เคี้ยวหมากฝรั่ง เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความอยากสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมงดการลด เลิกบุหรี่ของประชาชน บ้านบึงบอระเพ็ด ตำบลแควใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ แนวทางการลด เลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ได้แก่ ตั้งใจให้แน่วแน่ว่าจะเลิกบุหรี่ โดยทำทันที เมื่ออยากสูบบุหรี่ให้อมลูกอม และออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (Intarakumhang Na Rachasima, Rueangrit & Wannaprasart, 2012) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง รูปแบบพฤติกรรมงดการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลมหาสารคามที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยเลิกบุหรี่มีวิธีการเลิกบุหรี่มากที่สุด คือวิธีการหักดิบ คิดเป็นร้อยละ 66.6 รองลงมาคือ เคี้ยวหมากฝรั่ง/อมลูกอมคิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยมีเหตุผลที่เลิกบุหรี่ได้ประสบความสำเร็จหลายเหตุผล คือมีความตั้งใจจริง (ร้อยละ 83.3) รองลงมามีความเชื่อมั่นว่าตัวเองจะสามารถเลิกบุหรี่ได้ (ร้อยละ 50.0) โดยลักษณะของการเลิกบุหรี่คือเลิกทันที (ร้อยละ 83.3) และค่อย ๆ ลดจำนวนมวนที่สูบลง (ร้อยละ 16.6) (Imnamkhae, 2012)

จากผลการศึกษาพบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เลิกยาสูบได้สำเร็จ อาจเนื่องมาจากการมีโรคต่าง ๆ จะมีความสัมพันธ์กับการได้รับบริการดูแลสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีโอกาสได้พบแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ได้รับคำแนะนำและสนับสนุนให้เลิกสูบบุหรี่



สอดคล้องกับรายงานการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ: แนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย (Benjakul, Kengkampanit & Sujirara, 2014) ที่พบว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 24.3 ต่ำกว่ากลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 51.7 โดยพบว่าปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าหากแพทย์ให้คำแนะนำอย่างสั้น จะมีผลให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ระดับหนึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าแพทย์เป็นแรงเสริมทำให้เลิกยาสูบได้ อย่างไรก็ดี วิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ก็มีบทบาทในการช่วยเลิกบุหรี่ได้เช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาประสิทธิภาพของการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในประเทศไทย (Srimoragot, Sanamthong, Chainun, Hong-Thong, Sawangdee & Auckarawacharakul, 2013) พบว่าควรมีการนำรูปแบบการบำบัดที่บูรณาการให้คำปรึกษา การทำพฤติกรรมบำบัด การผสมผสานสมุนไพรไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาเสริมกำลังใจเพื่อช่วยผู้เลิกบุหรี่ โดยจัดการฝึกอบรมให้พยาบาลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้เลิกบุหรี่ โดยเฉพาะในหน่วยงานระดับปฐมภูมิ

จากผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จ โดยครอบครัวเป็นทั้งแรงกระตุ้น แรงผลักดัน แรงกดดัน ที่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความพยายามที่เปลี่ยนแปลงตัวเองในการเลิกยาสูบเพื่อคนที่รักสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การรับรู้อิทธิพลของครอบครัวต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในครอบครัวโดยครอบครัวเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้การเลิกสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้อิทธิพลของครอบครัวต่อการเลิกสูบบุหรี่ด้านบวก ได้แก่การชักชวน: โดยมีการขอร้องให้เลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพและประโยชน์ของตัวผู้สูบบุหรี่ รวมทั้งทุกคนในครอบครัว มีความเชื่อว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และบอกว่ารู้สึกดีที่คนในครอบครัวจะเลิกสูบบุหรี่การให้ความช่วยเหลือ: ครอบครัวแนะนำให้ทำกิจกรรมอย่างอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากการสูบบุหรี่ กระตุ้นให้คิดถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่าพวกเขาเข้าใจว่าฉันจะผ่านเหตุการณ์อะไรบางอย่างเมื่อพยายามเลิกสูบบุหรี่ สนับสนุนทุกอย่างเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ เตือนไม่ให้ยอมแพ้ต่อการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งให้กำลังใจในความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่อิทธิพลของครอบครัวต่อการเลิกสูบบุหรี่ด้านลบ ได้แก่การปฏิเสธพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยมีการต่อว่าที่สูบบุหรี่ บอกให้ออกไปสูบบุหรี่นอกบ้าน ไม่ให้อยู่ใกล้เพราะเหม็นกลิ่นบุหรี่ อายเมื่อเห็นสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และรู้สึกผิดหวังเมื่อคนในครอบครัวจุดบุหรี่สูบ (Kadsomboon, Loka, Boonkuna & Khueankaeo, 2013). และสอดคล้องกับรายงานการสำรวจระดับประเทศ เรื่องผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย กลุ่มผู้สูบบุหรี่รอบที่ 5 (พ.ศ.2554) พบว่าเหตุผลที่อาจมีส่วนช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้นั้น โดยเหตุผลที่ผู้สูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 90 คือ ความกังวลเรื่องผลกระทบจากการสูบบุหรี่ต่อคนรอบข้างที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 94.1) ความต้องการเป็นตัวอย่างเป็นตัวอย่างสำหรับเด็ก (ร้อยละ 93.3) การที่ครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 91.5) และความกังวลเรื่องสุขภาพของตัวเอง (ร้อยละ 91.3) (Sirirasami, Jumpaklay, Sirirasami, Holomyong, Konkaew & Kenroj, 2013)

จากการศึกษาพบว่า การได้รับแรงเสริมจากเพื่อน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การสังเคราะห์หรือกิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย เนื่องจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมและเกิดความพยายามที่จะ

กระทำพฤติกรรมนั้น เนื่องจากบุคคลมีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปรียบเทียบกับความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่น (Usaha, Kanwihok, Julasereekul & Harehansapong, 2015) จากการศึกษาพบว่า ทักษะต่อการใช้ยาสูบ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การสังเคราะห์ทอภิมานงานวิจัยปัจจัยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย พบว่าทัศนคติหรือเจตคติมีกำเนิดมาจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล และมีผลต่อการตัดสินใจหรือตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับ แนวคิดของทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผลที่กล่าวว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดพฤติกรรมถ้ามีความรู้สึกชอบ เห็นด้วยหรือรู้สึกว่าการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ แล้วมีประโยชน์ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสูง (Usaha, Kanwihok, Julasereekul & Harehansapong, 2015) และสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องทัศนคติและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์ (Sajjathram, 2013) พบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์มีความสัมพันธ์ในทางบวก ($r=.387$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการศึกษาพบว่า การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาสูบเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องทัศนคติและความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์ (Sajjathram, 2012) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นเกี่ยวกับพิษภัย และโทษของการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์มีความสัมพันธ์ในทางบวก ($r=.357$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ชุมชนควรเริ่มปลูกฝังความรู้ ความเข้าใจ และทักษะต่อการสูบบุหรี่ว่าเป็นสิ่งต้องห้าม (ฮะรอม) ให้กับเด็ก ๆ ตั้งแต่ในศูนย์การศึกษาอิสลามประจำมัสยิด (ตาดีกา) และควรเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับครอบครัว เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือให้ผู้สูบบุหรี่เลิกยาสูบ โดยให้ครอบครัวมีบทบาทร่วมวางแผน ค้นหาวิธีการและแรงจูงใจ ตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติ ร่วมปฏิบัติการเลิกยาสูบและร่วมประเมินผลสำเร็จ ตลอดจนมีมาตรการห้ามสูบบุหรี่ในบ้าน โดยให้บ้านเป็นเขตปลอดยาสูบ

2. องค์กรศาสนาควรจัดอบรมความรู้เรื่องยาสูบให้กับครูสอนศาสนา (อูstadha) และผู้นำศาสนา ตลอดจนจัดเวทีแลกเปลี่ยนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้นำศาสนาถึงเห็นมุมมองความเชื่อต่อการสูบบุหรี่ที่มีเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย และจัดโครงการมัสยิดส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการอบรมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพในศาสนสถานเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้นำศาสนา สร้างผู้นำศาสนาต้นแบบ และสร้างมัสยิดต้นแบบ ตลอดจนพัฒนาสื่อให้เหมาะกับพื้นที่ โดยมีการให้รางวัลหรือเชิดชูเกียรติ และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลางแห่งการเรียนรู้ ทำให้เกิดการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหาและข้อเสนอแนะ นอกจากนี้ควรจัดโครงการเลิกยาสูบในช่วงเดือนรอมฎอน โดยใช้หลักคำสอนของศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการเลิกยาสูบ และควรมีมาตรการควบคุมสถาบันศึกษาปอเนาะให้เป็นเขตปลอดยาสูบ 100%

3. ภาครัฐควรดำเนินการเชิงรุกในการเลิกยาสูบด้วยการตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และจัดอบรมโปรแกรมเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการเลิกยาสูบให้กับผู้นำศาสนา ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ประสงค์จะเลิกยาสูบเข้าถึงการเลิกยาสูบได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาให้ครอบคลุมถึงคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดและโต๊ะครู เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่ครอบคลุมกับเรื่อง que ศึกษามากยิ่งขึ้น เนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหา

2. เพิ่มวิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้นำศาสนาเป็นรายบุคคล เพื่อให้ได้ข้อมูลแนวทางการเลิกยาสูบจากผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดยะลาที่ละเอียดและเจาะลึกมากยิ่งขึ้น ทำให้เข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เนื่องจากวิธีการเก็บข้อมูลของการศึกษานี้ทำโดยการสนทนากลุ่มเพียงอย่างเดียว อาจทำให้ข้อมูลที่ได้มีลักษณะเป็นความคิดรวบยอด ไม่ได้แจ่มแจ้งในรายละเอียดมากนัก

References

- Anuntaseree, W., Mo-Suwan, L., Ma-a-lee, A. & Choprapawon, C. (2008). Prevalence and Associated Factors of Passive Smoking in Thai Infants. *Prev Med*, 47(4): 443-446.
- Benjakul, S. (2009). *Global Adult Tobacco Survey 2009*. Nonthaburi: Office of Tobacco Consumption Control, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Benjakul, S., Kengkarnpanit, T. & Sujirarat, D. (2014). *Report on Prognosis and Health Hazard: Trends in Tobacco Consumption of Thai Population*. Nonthaburi: Nice Earth Design Co.,Ltd. (in Thai).
- Imnamkhao, S. (2012). Behavioral Patterns of Smokers at the Smoking Cessation Clinic in Mahasarakham. *Journal of Nursing Division*, 39(3): 7-20. (in Thai).
- Intarakumhang Na Rachasima, S., Rueangrit, P. & Wannaprasart, W. (2012). Guideline for Behavioral Promotion of Decreased and Stopped Smoking among People in Banbungbaurapet, Tumbon Kwaiyai, Muang District, Nakhonsawan Province. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(1): 43-51. (in Thai).
- International Health Policy Program . (2012). *Burden of Disease and Injury Report of Thai Population 2009*. Nonthaburi: The Graphic Systems Co.,Ltd. (in Thai).
- Kadsomboon, K., Loka, T., Boonkuna, T. & Khueankaeo, V. (2013). Family Influence on Smoking Cessation: Smokers' Perception. *Proceeding of Interdisciplinary Life Course Human Potentials Development: Socio Economic, Educational, Health and Nursing Perspectives*. Lampang. (in Thai).
- Khaegphong, C., Niyomdech, R., Binzeng, A. & Pattanaprichawong, A. (2012). The Utilization of Islamic Principle to Reduce Tobacco Consumption and Protect the Non-Smokers Health in Muslim Community Mueang District, Narathiwat Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 4(2): 59-72. (in Thai).



- National Statistical Office. (2012). *The Cigarette Smoking and Alcoholic Drinking Behaviour Survey in 2011*. Bangkok: Statistical Forecasting Bureau, National Statistical Office. (in Thai).
- Pholchaniko, T. (2014). *The Strategic Plan of National Tobacco Control No.2 in 2015-2019*. Bangkok. (in Thai).
- Pitayarangsarit, S. & Iamanan, P. (2011). *Provincial Tobacco Report 2011*. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (in Thai).
- Pitayarangsarit, S., Iamanan, P., Pankrajang, P., & Sommit K. (2012). *Tobacco Control Situation in Thailand 2012*. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (in Thai)
- Pitayarangsarit, S., Chotibenjamaporn, P. & Preechawong, S. (2014). *Summary of the Main Risk Factors of Tobacco 2014*. Bangkok: Jaroendeemunkongkanpim Publisher. (in Thai).
- Pitayarangsarit, S., Chotibenjamaporn, P. & Pankrajang, P. (2016). *Tobacco Control Situation in Thailand 2016*. Bangkok: Jaroendeemunkongkanpim Publisher.
- Sajjathram, N. (2013). *Attitudes and Intention of Ratchaphruek College's Students to Stop Smoking*. Nonthaburi. (in Thai).
- Sirasami, P., Jumpaklay, A., Sirirasami, T., Holomyong, C., Konkaew, T. & Kenroj, P. (2013). *The Impact of Tobacco Control, the Smokers Round 5 (2011)*. Nakhonpathom: Institute for Population and Social Research. (in Thai).
- Srimoragot, P., Sanamthong, P., Chainun, J., Hong-thong, Y., Sawangdee, P. & Auckarawacharangkul, O. (2013). Effectiveness of Nurse Managed Tobacco Cessation Program in Thailand. *Thai Journal of Nursing*, 62(1): 32-43. (in Thai).
- The Academic Development Group, Bureau of Tobacco Control, Department of Disease Control. (2012). *Tobacco Consumption Situation of the Thai Population 2011 Classified by Area Under the Responsibility of the Office of the Office of Disease Prevention Control 1-12*. Bangkok. (in Thai).
- Usaha, J., Kanwihok, T., Julasareekul, S. & Harehansapong, W. (2015). *Meta Synthesis of Preventive Factors for Cigarette Smoking among Thai Youths*. Nonthaburi: Office of Tobacco Consumption Control, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Vathesatogkit, P. (2013). *Question and Answer Control of Tobacco in the Country, Thailand*. Retrieved June 1, 2016 from http://megaslides.com/doc/307846/560131_prkppt. (in Thai)