

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท  
ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

นางสาวธัญชนก จิงา

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974--17--4894--9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND CIGARETTE SMOKING BEHAVIOR AMONG IN-PATIENTS  
SCHIZOPHRENIC AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY



Miss Thunchanok Ji-nga

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-4894--9-

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน โรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
โดย	นางสาวธัญชนก จิภา
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

.....กรรมการ  
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ)

ัญชนก จีงา : ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวช-  
ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา (KNOWLEDGE, ATTITUDE AND CIGARETTE SMOKING BEHAVIOR  
AMONG IN-PATIENTS SCHIZOPHRENIC AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF  
PSYCHIATRY) อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์, 174 หน้า.  
ISBN 974-17-4894-9

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ  
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความรู้  
ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวช  
ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบ  
สอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ แบบวัดระดับสาร  
นิโคติน และแบบวัดความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS  
ค่าสถิติที่ใช้ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และเปอร์เซ็นต์ไทล์ วิเคราะห์  
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดย One Way ANOVA ,  
Unpair t-test และ Chi-square test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ อายุ ระยะเวลาป่วยทางจิต  
ระดับการติดสารนิโคติน และความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ โดยใช้ Pearson's product moment  
correlation coefficient และใช้ Stepwise Multiple Regression และ Logistic Regression Analysis ในการ  
หาปัจจัยทำนายความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 20-29 ปี มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา พบว่า  
ความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยชายร้อยละ 70.63 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 18.18 กลุ่มตัวอย่างที่สูบ  
และไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในระดับดี มีทัศนคติทางลบเกี่ยวกับบุหรี่ และมีความรู้  
สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มีระดับการติดสารนิโคตินอยู่ในระดับ  
ปานกลางและมีแนวโน้มพัฒนาไปเป็นการติดสารนิโคตินในระดับสูง

พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ อายุของผู้ป่วย และระยะเวลาป่วยทางจิตอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ทัศนคติ และความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติ ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ และระดับการติดสารนิโคตินอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางลบกับ อายุของผู้ป่วยและระยะเวลาป่วยทางจิตอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับ อายุของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พบว่า ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจกับ ระยะเวลาการป่วยทางจิตเป็นปัจจัยทำนายต่อความรู้  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจกับ ระยะเวลาการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายต่อ  
ทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดอื่น, ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และความรู้สึกแสวงหาสิ่ง  
ตื่นเต้นเร้าใจ เป็นปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อผู้เขียน.....

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ปีการศึกษา 2546

##4575358730 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORDS : KNOWLEDGE / ATTITUDE / CIGARETTE SMOKING BEHAVIOR / IN-PATIENT

SCHIZOPHRENIA / SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

THUNCHANOK JI-NGA: KNOWLEDGE, ATTITUDE AND CIGARETTE

SMOKING BEHAVIOR AMONG IN-PATIENTS SCHIZOPHRENIC AT

SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY. THESIS

ADVISOR : ASST. PROF. BURANEE KANCHANATAWAN, M'D ; 174 pp.

ISBN 974-17-4894-9

The purposes of this descriptive cross-sectional study were to study knowledge, attitude, behavior toward cigarette smoking and related factors. The subject included 220 schizophrenic in-patient in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. They completed the questionnaires that consisted of demographic data, knowledge, attitude, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, Sensation Seeking Scale and behavior toward cigarette smoking. Data was analyzed using the SPSS for a personal computer package. Descriptive analysis consisted of mean, SD, range and percentile. Unpaired t-test, One Way ANOVA, Chi-square test and Pearson's product moment correlation coefficient were to analyze association among factor. Stepwise multiple regression, Logistic regression analysis was predicted knowledge, attitude and smoking behavior.

The result of the analysis can be summarized as followed : Most of subject were male, aged 20-29, had a low level of education. Prevalence rate of smoking behavior were 70.63 percent in male group and 18.18 percent in female group. Smokers and non smokers had a good level of knowledge, negative attitude toward smoking, a moderate level of sensation seeking. Smokers had a moderate level of nicotine dependence and trend to develop to high level of nicotine dependence.

Knowledge had statistically positive correlation with age of patients and duration of mental illness and had negative correlation with attitude and sensation seeking. Attitude had positive correlation with sensation seeking and level of nicotine and had negative correlation with age of patients and duration of mental illness. Sensation seeking had negative correlation with age of patients. Predictive factors of knowledge toward cigarette smoking were sensation seeking and duration of mental illness. Predictive factors of attitude toward smoking were sensation seeking and duration of cigarette use. Predictive factors of behavior toward cigarette smoking were duration of substance use, attitude and sensation seeking.

Department          Psychiatry                                  Student's Signature .....

Field of study      Mental Health                              Advisor's Signature .....

Academic year    2003

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจากท่านอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิด ให้ความช่วยเหลือ และให้แนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย และศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ที่ได้ให้เกียรติมาเป็นประธาน และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขส่วนต่าง ๆ ทำให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา นายแพทย์ธีระ ลีลานันทกิจ ที่อนุมติให้ผู้วิจัยได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ขอขอบพระคุณ คณะแพทย์ พยาบาล บุคลากรและผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่ได้ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ และพี่ทุกคน ซึ่งให้การสนับสนุนในด้านการเงิน และให้กำลังใจผู้วิจัยจนสำเร็จการศึกษา รวมถึงบุคลากรของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน เพื่อนนิสิตร่วมชั้นที่ได้อำนวยความสะดวก และคอยให้กำลังใจเสมอมา จนทำให้ผู้วิจัย ทำวิทยานิพนธ์สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอระลึกถึงพระคุณของท่านด้วยความซาบซึ้ง

ท้ายสุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์คณะแพทย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และอบรมสั่งสอนผู้วิจัย ด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้ เสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
สารบัญภาพ.....	ฏ
 <b>บทที่</b>	
1    บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2    เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
โรคจิตเภท.....	8
บุหรี.....	24
ความรู้.....	41
ทัศนคติ.....	45
พฤติกรรม.....	51
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวข้อง.....	55
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	72

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	77
	รูปแบบการวิจัย.....	77
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	77
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	78
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	83
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	130
	สรุปผลการวิจัย.....	130
	อภิปรายผลการวิจัย.....	136
	ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	145
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	145
	รายการอ้างอิง.....	146
	ภาคผนวก.....	158
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	174



## สารบัญตาราง

	หน้า	
1	แสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พ.ศ. 2540-2546.....	3
2	แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค.....	21
3	แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.....	86
4	แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.....	90
5	แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยและยาที่รักษาของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.....	93
6	แสดงความชุกของผู้ป่วยในโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่.....	96
7	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในโรคจิตเภทแยกตามการตอบเกี่ยวกับความรู้พิษภัยของบุหรี่.....	97
8	แสดงระดับความรู้ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่.....	100
9	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่.....	100
10	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่.....	101
11	แสดงจำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่.....	103
12	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่.....	103
13	แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับระดับการติดสารนิโคติน.....	104

## สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
14 แสดงระดับการติดสารนิโคตินของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ .....	105
15 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ จำแนกตามระดับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ.....	106
16 แสดงค่าค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกแสวงหาสิ่ง ตื่นเต้นเร้าใจในแต่ละด้านกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่.....	107
17 แสดงค่า Chi-squares ( $\chi^2$ ), P-value ของความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้สึก แสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจในแต่ละด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่.....	108
18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัย การใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวกับความรู้อีกเกี่ยวกับ การสูบบุหรี่.....	109
19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมการใช้บุหรี่กับความรู้อีกเกี่ยวกับบุหรี่.....	111
20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเจ็บป่วยและการรักษากับความรู้อีกเกี่ยวกับ พิษภัยของบุหรี่.....	112
21 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยการ ใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่.....	113
22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมการใช้บุหรี่กับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่....	115
23 ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยและการรักษากับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่...	116
24 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่กับระยะเวลา การใช้สารเสพติดชนิดอื่น โดยเปรียบเทียบเชิงซ้อน ( Post Hoc Multiple Comparison).....	117
25 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่กับระยะเวลา การใช้บุหรี่ โดยเปรียบเทียบเชิงซ้อน ( Post Hoc Multiple Comparison).....	118
26 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื่กับลักษณะการใช้ บุหรี่ โดยเปรียบเทียบเชิงซ้อน ( Post Hoc Multiple Comparison).....	118

## สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
27 แสดงค่า Chi-squares ( $\chi^2$ ), P-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยด้านการใช้สารเสพติดของ.....	119
28 แสดงค่า Chi-squares ( $\chi^2$ ), P-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยการเจ็บป่วยและการรักษากับพฤติกรรมการสูบบุหรี่.....	121
29 ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความรู้ ทักษะคิด อายุ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ(SSS) และระยะเวลาป่วยทางจิต ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.....	123
30 ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความรู้ ทักษะคิด ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ (SSS) อายุ ระดับการติดยาเสพติด และระยะเวลาป่วยทางจิต ต่อการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.....	125
31 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis).....	127
32 ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะคิดเกี่ยวกับของบุหรี่จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis).....	128
33 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Logistic Regression Analysis).....	129

## สารบัญแนภูมิ

หน้า

1	แสดงองค์ประกอบของทัศนคติ.....	47
---	-------------------------------	----



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญแผนภาพ

	หน้า
1 รูปสามเหลี่ยมแสดงองค์ประกอบของเจตคติ.....	49
2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มของสิ่งเร้ากับปฏิกิริยาตอบสนอง ของร่างกาย.....	64
3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของสิ่งเร้าและปฏิกิริยาตอบสนอง.....	65
4 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจกับระดับของการกระตุ้น.....	70

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรีเป็นสิ่งเสพติดที่ออกฤทธิ์ในการกระตุ้นประสาท และมีอาการเสพติดทางใจซึ่งเป็นสิ่งเสพติดที่ไม่จัดว่าผิดกฎหมายแต่เป็นที่แพร่หลายมากที่สุดในกลุ่มสิ่งเสพติดทั้งหมด<sup>(1)</sup> โดยในอดีตนั้นจะเป็นการสูบใบยาสูบจากกล้อง หรือทำเป็นมวนใหญ่แบบซิการ์ หรือเคี้ยวเส้นยาสูบหรือบางทีก็ปั่นเป็นผงแล้วสูดเข้าจมูกแบบยานัตถ์ จนกระทั่ง ค.ศ.1853 จึงเริ่มมีโรงงานผลิตยาสูบเป็นมวนบุหรีสำเร็จรูปขึ้นในครั้งแรกโดยมวนด้วยกระดาษทำให้มวนบุหรีเล็ก กะทัดรัด สะดวกใช้มากขึ้น เป็นเหตุให้ผู้คนหันมาสูบบุหรีเพิ่มอย่างรวดเร็ว<sup>(2)</sup> แม้ว่าบุหรีจัดเป็นสิ่งเสพติดจำพวกที่ยังไม่ให้โทษร้ายแรงและรวดเร็วเหมือนสิ่งเสพติดประเภทอื่น ๆ แต่บุหรีก็จะบั่นทอนสุขภาพเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้สูบหรือผู้ใกล้ชิด ทั้งนี้เพราะบุหรีมีสารพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกายได้แก่ นิโคติน ทาร์ หรือน้ำมันดิน คาร์บอนมอนอกไซด์ และแอมโมเนีย เป็นต้น นิโคตินบริสุทธิ์มีลักษณะเป็นของเหลวคล้ายน้ำมัน (oil liquid) ไม่มีสีไปจนถึงสีน้ำตาล ในบุหรีแต่ละมวนจะมีปริมาณนิโคตินอยู่ประมาณ 15-20 มิลลิกรัม เมื่อสูบบุหรี 1 มวน จะได้นิโคตินปริมาณเพียงเล็กน้อย (น้อยกว่า 1 มิลลิกรัม) เท่านั้น เข้าสู่กระแสโลหิต คนมักสูบบุหรีเพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายและผ่อนคลาย การสูบบุหรีนอกจากจะได้รับนิโคตินแล้ว ยังได้รับคาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) และทาร์ (tar) คาร์บอนมอนอกไซด์เป็นแก๊สที่ได้จากการสันดาปที่ไม่สมบูรณ์ เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะขัดขวางไม่ให้ออกซิเจนรวมกับฮีโมโกลบิน ส่วนทาร์เป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง<sup>(3)</sup> ซึ่งสารต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ มากมาย อาทิ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดตีบตัน โรคมะเร็งในระบบทางเดินหายใจ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง<sup>(4)</sup> ในปี ค.ศ.1978 องค์การอนามัยโลกให้การยอมรับว่านิโคตินเป็นสารเสพติด ดังนั้นถือได้ว่าบุหรีไม่เพียงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ แต่เป็นปัญหาทางด้านการเสพติด ทางด้านจิตใจที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของแต่ละบุคคล บุหรีทำให้มีการเกิดอาการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ในเวลาอันรวดเร็ว การเสพติดทางร่างกายคือ ความต้องการสารนิโคติน ส่วนการเสพติดทางด้านจิตใจ คือพฤติกรรมที่ต้องเสาะแสวงหาบุหรีมาสูบ<sup>(5)</sup>

จากรายงานประจำปี 2531 กระทรวงสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา สรุปว่า บุหรีมีอำนาจจากการเสพติดสูงเทียบเท่าเฮโรอีน เลิกยากเท่า ๆ กับเฮโรอีน และนิโคตินคือสารที่ก่อให้เกิดการ

เสพติด<sup>(6)</sup> และจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้บริโภคบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน คิดเป็นชายประมาณ 900 ล้านคน (700 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา) หญิง 200 ล้านคน (100 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา) ส่วนสถิติและปริมาณการบริโภคยาสูบของประชากรโลกนั้น พบว่า ระหว่างปี 1970-1992 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีปริมาณลดลงจาก 2,670 มวน/คน/ปี เหลือ 2,400 มวน/คน/ปี ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มขึ้นจาก 820 มวน/คน/ปี เป็น 1,370 มวน/คน/ปี และอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ชายอายุมากกว่า 15 ปี ในประเทศพัฒนาแล้วเหลือเพียงร้อยละ 41 แต่ในประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 แสดงให้เห็นว่าปัญหาของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพนั้น มิได้หมดไปหรือลดลงเพียงแต่เปลี่ยนแหล่งปัญหาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว มาเป็นปัญหาอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเท่านั้น<sup>(7)</sup> และพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยเพิ่มมาจากเดิม 10.4 ล้านคน ในปีพ.ศ.2536 เป็น 11.2 ล้านคน โดยมีผู้สูบบุหรี่ใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 500,000 คนต่อปี<sup>(8)</sup>

จากรายงานทั่วโลก พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ปีละ 3.5 ล้านคน หรือชั่วโมงละ 360 คน เฉพาะประเทศไทยมีรายงานผู้เสียชีวิตอันเนื่องจากการสูบบุหรี่ 42,000 คน วันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 5 คน<sup>(9)</sup>

สาเหตุที่ทำให้คนสูบบุหรี่ยุ่้นเกิดจาก 2 สาเหตุ คือ เหตุผลทางบวก เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ ความสบายใจมีความสุข เหตุผลทางลบ เพื่อลดความตึงเครียด ผ่อนคลายอารมณ์ที่หมกมุ่นหรือผิดหวัง<sup>(10)</sup> เหตุผลที่ทำให้คนติดบุหรี่เกิดจากความเครียดอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในร่างกายและจิตใจ และความโน้มเอียงในบุคลิกภาพ และพบว่าคนที่ชอบสูบบุหรี่มักเป็นคนที่ยุ่่นหัน เปิดเผย กระตือรือร้น ต้องการต่อต้านอำนาจบังคับบัญชา ผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งมีลักษณะอารมณ์ตึงเครียด วิตกกังวล เจ้าอารมณ์ และมีลักษณะทางประสาท<sup>(11)</sup>

ปัญหาของพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่มีสาเหตุจากหลาย ๆ ปัจจัย ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม อาทิ ปัจจัยนำเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคล เช่น ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ เจตคติ และค่านิยม ปัจจัยเอื้อเป็นปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยในทางบวกหรือทางลบในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล เช่น ทรัพยากรที่มีอยู่ การเข้าถึงทรัพยากร ปัจจัยเสริมเป็นส่วนเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมและการปฏิบัติ เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู กฎระเบียบข้อบังคับ<sup>(12)</sup>

ในปัจจุบันมีการศึกษาถึงปัญหาการสูบบุหรี่ของประชาชนพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่มีส่วนชักนำไปสู่การติดยาเสพติดให้โทษนั้น มักเริ่มมาจากการติดสิ่งเสพติดขั้นพื้นฐาน คือ บุหรี่มาก่อน ก่อนที่จะนำไปสู่การใช้ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงมากขึ้นตามลำดับ<sup>(13)</sup> พบว่าร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดฝิ่นและกัญชาและร้อยละ 62 ของ

วัยรุ่นที่ติดเหล้าจะเริ่มจากการติดบุหรี่ก่อน<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าคนที่มีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจในระดับสูงนั้นจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดประเภทต่าง ๆ เช่น บุหรี่ กัญชา เฮโรอีน โคเคน ยากระตุ้นประสาท และสุรา<sup>(14)</sup> และพบว่าบิดามารดาของนักเรียนที่ติดยาเสพติดให้โทษ ส่วนใหญ่มีบิดามารดาที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา นอกจากนี้ยังพบอีกว่านักเรียนที่ติดยาเสพติดให้โทษส่วนมากมักติดบุหรี่มาก่อน<sup>(15)</sup>

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพมีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะมีอาการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม<sup>(16)</sup> ในปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนมากขึ้นและจำนวนนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุดในการบรรดาโรคจิต (Psychosis) ทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีความชุกร้อยละ 0-2.2 ในประชากรทั่วไป และในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน ปี พ.ศ. 2544<sup>(17)</sup>

#### ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั่วประเทศและสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พ.ศ.2540 – พ.ศ.2546

พ.ศ.	ทั่วประเทศ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	โรคจิตเภท (ผู้ป่วยใน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2540	1,215,598	87,845	2,870
2541	1,239,911	91,045	2,894
2542	1,107,722	94,889	1,978
2543	1,343,030	93,120	2,593
2544	1,371,259	99,037	2,848
2545	1,765,448	95,174	2,954
2546	-	92,641	2,803

หมายเหตุ สถิติกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>(18)</sup>

ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ มีแรงกดดันจากสังคมสูง และได้มีการศึกษาระบาดวิทยาของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้สารเสพติดทั้งขนาดและปริมาณที่สูงและมีความถี่สูงถึง 50% ตลอดช่วงชีวิตของพวกเขา<sup>(19)</sup> และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการวินิจฉัยโรคด้วยข้อบ่งชี้ว่าเกี่ยวข้องกับสุรา หรือ



กลุ่ม alcohol dependence ร้อยละ 30-50 และเกี่ยวพันกับกัญชา ร้อยละ 15-20 ส่วนโคเคนนั้น เกี่ยวพัน ร้อยละ 5-10 จากผลการศึกษายังพบว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเภทชอบสูบบุหรี่<sup>(20)</sup> ในปี 1991 สถิติการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเวชในสหรัฐอเมริกา พบว่า 80%ของผู้ป่วยโรคจิตเวชส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 21 ปี ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาเป็นผู้วายนอกสูบบุหรี่ 50%, ผู้ป่วย Manic และ Depressive สูบบุหรี่ 70% และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทสูบบุหรี่ถึง 90%<sup>(21)</sup> และพบว่าในประเทศออสเตรเลีย ทั้งที่อัตราการสูบบุหรี่มีการลดลงในกลุ่มประชากรทั่วไปแต่ในกลุ่มประชากรโรคจิตเภทกลับมีอัตราการใช้นิโคตินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่แย่งซึ่งเป็นผลที่ตามมาจากการใช้นิโคติน ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าตกใจ<sup>(22)</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างไร ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขในลำดับต่อไป

## คำถามการวิจัย

### คำถามหลัก

1. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นอย่างไร

### คำถามรอง

1. ความชุกของพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นเท่าใด
2. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นอย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ในผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

## คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

**ความรู้เรื่องบุหรี่** หมายถึง ความรู้ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับบุหรี่ ได้แก่ สารประกอบและสารพิษในบุหรี่ โทษภัยและอันตรายจากบุหรี่ กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่และการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้เกิดการสูบบุหรี่ วิธีการและเทคนิคในการเลิกบุหรี่ ผลดีจากการเลิกบุหรี่ รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยมีองค์ประกอบคือ<sup>(18)</sup>

- 1) ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและอันตรายของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
- 2) ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
- 3) ความเชื่อเกี่ยวกับผลดีของการเลิกสูบบุหรี่

**ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่** หมายถึง ความรู้สึก ความนึกคิด ความชอบ ความไม่ชอบ ความพอใจหรือไม่พอใจของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อการสูบบุหรี่ ซึ่งทัศนคติเป็นจิตลักษณะของบุคคลเป็นแนวความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ รวมทั้งความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเฉพาะอย่างต่อบุคคล สิ่งของ หรือสภาพการณ์ที่เกี่ยวข้อง

**พฤติกรรมการสูบบุหรี่** หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยที่สังเกตเห็นได้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ โดยจำแนกเป็น ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง และสูบบุหรี่เป็นประจำ ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยสนใจศึกษาเกี่ยวกับ เหตุผลการสูบบุหรี่ครั้งแรก ปริมาณการสูบบุหรี่ ระยะเวลาของการใช้บุหรี่ ความพยายามในการเลิกบุหรี่ อาการภายหลังการเลิกสูบบุหรี่ เหตุผลที่สูบบุหรี่ต่อเนื่อง

**ผู้ป่วยโรคจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตาม ICD 10

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) โดยมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

### ตัวแปรอิสระ (Independence Variable) คือ

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่
  - ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
  - ข้อมูลด้านการงาน และสภาพเศรษฐกิจ
  - ข้อมูลการใช้สารเสพติดของบุคคลในครอบครัว
  - ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและยาที่ได้รับ
2. ลักษณะการใช้บุหรี่ และระดับการติดสารนิโคติน
3. ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ

**ตัวแปรตาม (Dependence Variable) คือ** ความรู้ ทักษะของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และ ความรู้ทักษะของผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่

### ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความรู้และทัศนคติในการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่เฉพาะที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดได้

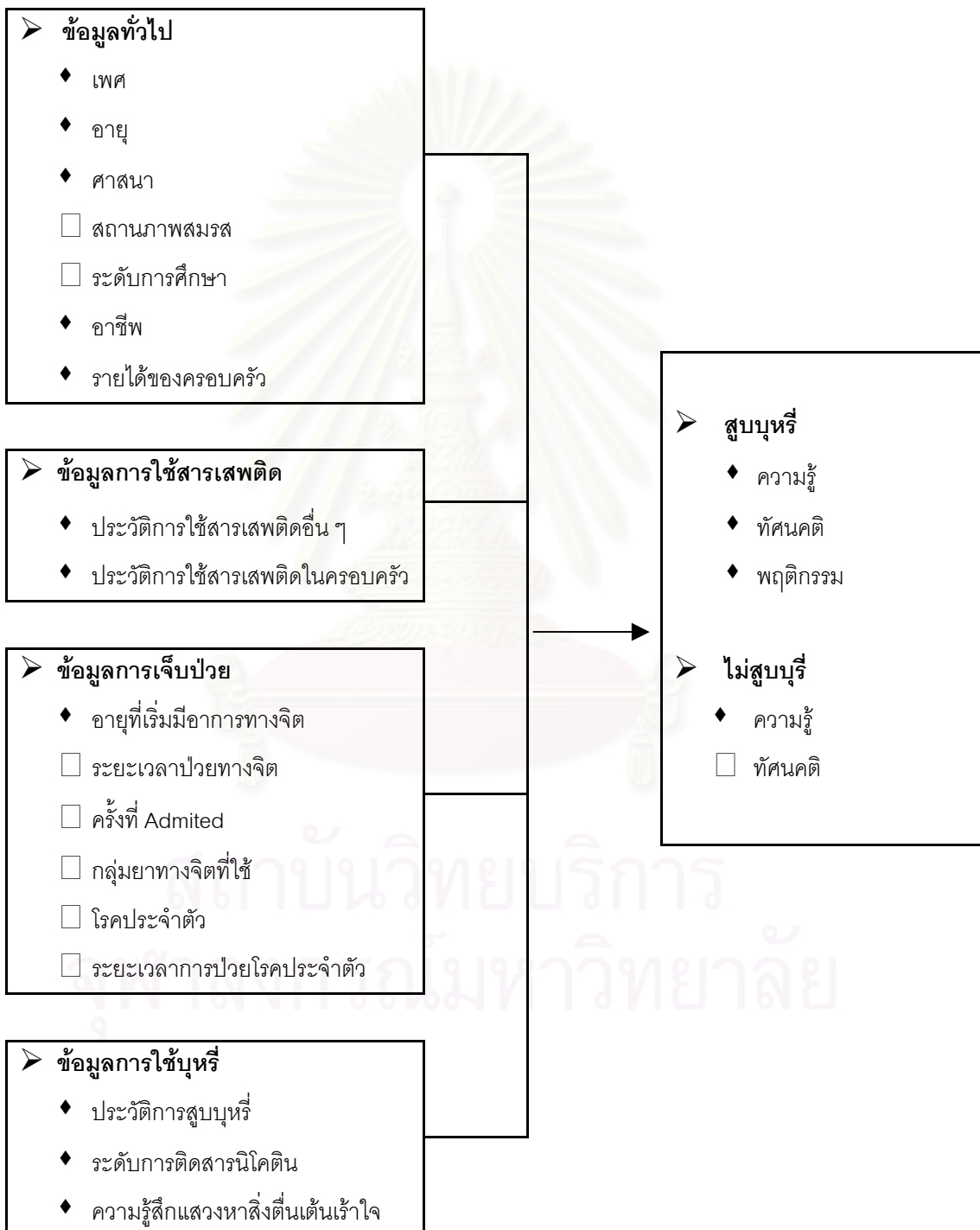
### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ยังไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางลดหรือหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงรูปแบบการให้ความรู้และปรับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. เพื่อใช้ประโยชน์เป็นข้อมูลในการวิจัยต่อไป

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ตัวแปรอิสระ

### ตัวแปรตาม



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 8 ส่วน ดังนี้

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)
2. บุหรี่ (Cigarette)
3. ความรู้ (Knowledge)
4. ทักษะ (Attitude)
5. พฤติกรรม (Behavior)
6. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
7. งานวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่

#### โรคจิตเภท (Schizophrenia)<sup>(16)</sup>

โรคจิตเภทเป็นโรคที่รู้จักกันมานาน และพบได้ในทุกประเทศทั่วโลก แม้ว่าประชาชนทั่วไปจะรู้จักผู้ป่วยโรคนี้เพียงลักษณะของคนเสียสติ แต่ก็อาจจัดได้ว่าเป็นโรคหนึ่งที่ทำให้คนทั่วไปรู้จักจิตแพทย์หรืออาจกล่าวได้ว่า โรคจิตเภทได้รับความสนใจมาพร้อมๆ กับการเกิดของวิชาจิตเวชศาสตร์

ใน ค.ศ. 1986 Emil Kraepelin ได้เริ่มจำแนกโรคทางจิตเวช และเรียกโรคจิตเภทว่า Dementia praecox เพราะเข้าใจว่าเป็นโรคสมองเสื่อมก่อนวัยอันควร ต่อมาใน ค.ศ. 1911 Eugen Bleuler จึงได้ตั้งชื่อโรคนี้ใหม่ว่า Schizophrenia และใช้คำนี้มาจนปัจจุบัน

มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคจิตเภทอย่างกว้างขวาง และทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภทก็มีการเปลี่ยนแปลงเรื่อยมา แม้ในปัจจุบันนี้ ความรู้ที่เรามีอยู่เกี่ยวกับโรคจิตเภทก็ยังเป็นส่วนน้อยเมื่อเทียบกับสิ่งที่เราอยากรู้เกี่ยวกับโรคนี้ และยังมีสิ่งที่น่าสนใจควรแก่การศึกษาวินิจฉัยอีกมาก

วิวัฒนาการของการรักษาทำให้ผลของการรักษาและการพยากรณ์โรคของโรคจิตเภทดีขึ้น มาเป็นลำดับอย่างไรก็ตามโรคจิตเภทก็ยังเป็นโรคที่มีความสำคัญอันดับหนึ่งสำหรับโรงพยาบาลจิตเวชทั้งหลาย ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

## ความหมาย

ในระยะต้นของการจำแนกโรคทางจิตเวช Kraepelin เรียกชื่อโรคนี้ว่า Dementia praecox โดยให้ความหมายว่าเป็นโรคจิตที่เริ่มเป็นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ทำให้มีการเสื่อมของเซาว์ปัญญา มีอารมณ์เฉยเมย และหมดแรงใจ (loss of will) เขาเชื่อว่าโรคนี้มีสาเหตุทางพันธุกรรม หรือเป็นความผิดปกติของ metabolism

Bleuler มีความเห็นแตกต่างจาก Kraepelin คือ เขาไม่คิดว่าโรคนี้เป็น dementia และได้ตั้งชื่อว่า Schizophrenia เขาพบว่าความผิดปกติด้านการรู้ (cognitive) ที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการสมองเสื่อม แต่เป็นความผิดปกติของ association หรือขบวนการของความคิด เขาอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีความหมายเฉพาะตัวผู้้นั้นตามประสบการณ์ในวัยเด็ก และใช้คำว่า autism สำหรับความผิดปกตินั้น ๆ นอกจากนั้น Bleuler ยังขยายแนวความคิดของ Kraepelin เกี่ยวกับความผิดปกติด้านอารมณ์ของผู้ป่วยว่า นอกเหนือจากอารมณ์เฉยเมย (flat affect) ผู้ป่วยยังมี ambivalence หรือความรู้สึกสองอย่างที่ตรงกันข้ามเกิดขึ้นต่อสิ่งเดียวกันในขณะเดียวกัน

Bleuler มองว่า Schizophrenia เป็นกลุ่มอาการ (syndrome) ซึ่งมีสาเหตุได้หลายอย่าง โดยที่เขาไม่ได้ระบุสาเหตุและการพยากรณ์โรคไว้ชัดเจน เขาได้อธิบายไว้ในหนังสือของเขา ชื่อ Dementia Praecox of the group schizophrenia ความคิดนี้แตกต่างต่างจากของ Kraepelin ที่มองว่าภาวะนี้เป็นโรค (disease) เดี่ยว ๆ

การวินิจฉัยจิตเภทตาม DSM-III ซึ่งเริ่มใช้ตั้งแต่ ค.ศ. 1980 ได้รวมเอาหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดย Schneider ซึ่งบรรยายถึงลักษณะอาการหลงผิด และประสาทหลอนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท อีกทั้งยังกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อยถึง 6 เดือน ซึ่งเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันมาก จะเห็นได้ว่าคำจำกัดความของโรคจิตเภทได้กลายเป็นคำจำกัดความที่แคบลงกว่าเดิมมาก และมีผลต่อการศึกษาถึงอุบัติการณ์และความชุกของโรคนี้

ICD-10 ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเซาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรู้ (cognition) บ้าง เมื่อป่วยนอน ICD-10 ได้บรรยายถึงอาการสำหรับการวินิจฉัยไว้เป็นข้อ ๆ และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน

## ระบาดวิทยา

การศึกษาค้นคว้าระบาดวิทยาของโรคจิตเภทเป็นเรื่องยากและอาจไม่ได้ตัวเลขที่แท้จริง ด้วยเหตุที่มีความแตกต่างของหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา พบว่ามีอยู่ในเกณฑ์ 0.42-0.68 ต่อประชากร 1,000 คน แต่ถ้าคิดเฉพาะประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีอยู่ 0.30-1.20 ต่อ 1,000

การศึกษาถึงความชุก พบว่า มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศมากกว่าอุบัติการณ์ การศึกษาในยุโรป พบว่าความชุกตลอดชีวิตของโรคจิตเภท อยู่ในเกณฑ์ 1.9-9.6 คน ต่อประชากร 1,000 คน รายงานจากในเอเชียพบเพียง 2.1-3.8 คนต่อประชากร 1,000 คน ในสหรัฐอเมริกา ก็พบในเกณฑ์ 2.3-3.6 คน ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งก็พอจะประมาณได้ว่าร้อยละ 0.23-0.47 ของประชากรในสหรัฐอเมริกา จะได้รับการรักษาโรคจิตเภทในระยะเวลา 1 ปี

การศึกษาถึงอายุของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีอุบัติการณ์สูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 15-34 ปี เพศชายเป็นมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ก็เป็นชายมากกว่าหญิง ในสหรัฐอเมริกาพบว่าชาวผิวดำเป็นมากกว่าชายผิวดำ ในอัตราส่วน 1.2 เท่า ในเพศหญิง และ 1.5 เท่าในเพศชาย ระดับเศรษฐกิจและสังคมหรือ social class ก็พบว่าเป็นในระดับต่ำกว่ามากกว่าระดับสูง ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยของความเครียด หรืออาจเป็นเพราะการเสื่อมสมรรถภาพของผู้ป่วย ทำให้ระดับเศรษฐกิจฐานะต่ำลงได้

การศึกษาในระยะต้น พบว่าอัตราเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท เพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่าของประชากรทั่วไป เมื่อมีญาติชั้นเดียวป่วยเป็นโรคนี้ และอัตราเสี่ยงเป็น 2.5 เท่าของประชากรทั่วไป สำหรับญาติชั้นที่สองอัตราการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทของญาติผู้ป่วยด้วยโรคนี้ คิดเป็นร้อยละมี ดังนี้คือ พ่อแม่ 4.2-4.4, พี่น้อง (เมื่อไม่มีพ่อแม่ป่วย) 6.7-8.2, พี่น้อง(เมื่อมีพ่อหรือแม่ป่วย) 12.5-13.8, พี่น้อง (คิดทุกราย) 7.5-8.5 ลูกที่มีพ่อหรือแม่ป่วย 9.7-12.3, ลูกที่มีพ่อแม่ป่วยทั้งคู่ 35.0-46.3, พี่น้องร่วมบิดาหรือมารดา 3.2, ลูกป้าน้าอา 1.7-2.0, หลาน (ลูกของลูก) 2.6-2.8 , ลูกพี่ลูกน้อง 1.7-2.9

## สาเหตุ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นไม่ได้เป็น homogenous group และการเกิดโรคจิตเภทนั้น ไม่ได้มีสาเหตุที่ตรงไปตรงมาเหมือนโรคฝายกายบางโรค การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มักมีองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกัน ในการทำให้เกิดอาการของโรคขึ้น ผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน และบางรายก็บอกสาเหตุได้ยากมาก ปัจจัยบางอย่างก็เป็นตัว predisposing และบางอย่างก็เป็นตัว precipitation ปัจจัยใหญ่ ๆ ที่เชื่อกันในปัจจุบัน ว่ามีส่วนเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท มีดังนี้

### 1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factors)

การศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของโรคจิตเภทในบุคคลครอบครัวเดียวกัน การศึกษา Concordance rate ในฝาแฝด ตลอดจนอุบัติการณ์ในผู้ที่ เป็นบุตรบุญธรรม ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลที่แสดงถึงการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของโรคจิตเภท ผู้ที่พบ concordance rate สูงสุดสำหรับฝาแฝดไข่ใบเดียวกันคือ Franz Kallmann เขารายงานไว้ถึงร้อยละ 77.6 ในแฝดไข่ใบเดียวกันที่แยกกันอยู่ และร้อยละ 91.5 ในกลุ่มที่อยู่ร่วมกัน อย่างไรก็ตาม เราไม่สามารถบอกได้ว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรม การที่ยังมี discordance rate อยู่มากในแฝดไข่ใบเดียวกัน แสดงว่าสาเหตุของโรคจิตเภทขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ ด้วย หรือการมีลักษณะทางพันธุกรรม ไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคนี้เสมอไป

### 2. ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors)

พวกที่มีความเชื่อว่าโรคจิตเภทมีสาเหตุทางร่างกาย ได้ทำให้การวิจัยถึงปัจจัยทางชีววิทยาต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สมมติฐานที่ได้รับความเชื่อถือมากที่สุด ได้แก่ความสัมพันธ์กับ dopamine ในสมอง ซึ่งอาจเป็นได้ 3 ทาง คือ

ก. มีปริมาณ dopamine มากเกินไปที่ synapse ในสมอง  
ข. มีจำนวน postsynaptic receptor มากไป หรือมี affinity ต่อ dopamine มากเกินไป

ค. มีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ gamma-amino butyric acid (GABA)

สมมติฐานนี้ มีข้อสนับสนุนหลายอย่าง เช่น การใช้สารบางชนิดสามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้ เป็นต้นว่า amphetamine มีกลไกกระตุ้นระบบ dopamine และยารักษาโรคจิตเภททั้งหลายก็มีกลไกการออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง dopamine receptor เป็นส่วนใหญ่



สมมติฐานนี้เกี่ยวกับความผิดปกติของ transmethylation โดยเฉพาะ O-methylation ของ catecholamine เชื่อว่าทำให้เกิด dimethoxyphenylethylamine (DMPEA) ซึ่งเป็นสารที่คล้ายคลึงกับ mescaline มีการพบว่ามีสารนี้ในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคจิตเภทในการวิจัยเบื้องต้น แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนในการวิจัยต่อมา อีกทั้งยังพบว่า อาจเป็นเพราะอาหารที่รับประทานก็ได้

สมมติฐานเกี่ยวกับความผิดปกติใน methylation ของ indolamines ที่สำคัญคือ serotonin และ tryptamine เชื่อว่าทำให้เกิดสาร bufotenine และ dimethyltryptamine (DMT) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เกิดประสาทหลอนได้ สมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนโดยการตรวจพบสารเหล่านี้เพิ่มขึ้นในเลือดและปัสสาวะของผู้ป่วย อีกทั้งพบ enzyme ที่ช่วยในการ methylation ด้วย

สมมติฐานเกี่ยวกับการมีระดับ monoamine oxidase (MAO) ต่ำใน blood platelet ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ปัจจุบันไม่ค่อยได้รับความเชื่อถือ เพราะการวิจัยหลายรายงานให้ผลค้านกัน

การศึกษาด้านกายวิภาคศาสตร์ของสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยการใช้ CT scan บางรายงานพบว่า ผู้ป่วยมีการขยายของ lateral ventricles, บางรายงานว่า ปริมาณของ sulcal fluid volume เพิ่มขึ้น บางรายงานว่ามีการฝ่อของ anterior vermis ของ cerebellum บ้างก็รายงานว่า reversal ของ normal asymmetry ของสมอง แต่การวิจัยเหล่านี้ให้ผลไม่แน่นอน และพบว่า ไม่ใช่เป็นลักษณะจำเพาะที่พบในโรคจิตเภท อีกทั้งยังไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของสิ่งที่พบกับอาการของโรคได้ จึงไม่ได้รับความเชื่อถือมากนัก

ลักษณะอย่างหนึ่งที่พบเป็นความผิดปกติบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภทคือการเคลื่อนไหวของลูกตา การวิจัยพบว่า ร้อยละ 50-85 ของผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมีอาการมองตามวัตถุที่เคลื่อนไหวด้วยลักษณะกระตุก ๆ เป็นแบบ pendular อาการนี้พบได้ร้อยละ 45 ในญาติชั้นเดียวของผู้ป่วยโรคจิตเภท และร้อยละ 7 ของประชากรทั่วไป แสดงว่าเป็นลักษณะที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม และมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท แต่ก็ยังไม่สามารถบอกถึงความสำคัญของอาการนี้ได้ในแง่ของสาเหตุ

การศึกษาถึงความผิดปกติทางชีววิทยาอื่น ๆ เช่น inborn error of metabolism ความผิดปกติใน energy metabolism ของสมอง ความผิดปกติของ electrolytes และ Immunoglobulin ที่ผิดปกติหรือหลักฐานเกี่ยวกับ Autoimmune disease ยังมีข้อมูลน้อย และไม่ปรากฏว่ามีความยุ่งเกี่ยวพันกับสาเหตุของโรคจิตเภทชัดเจน

### 3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิต เป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของ ego ดังนั้นหากมี psychic trauma เกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของบุคลิกภาพช่วงที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการของ ego โดยเฉพาะในขวบปีแรก จะมีผลให้เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท หน้าที่ของ ego เกี่ยวข้องกับการปรับตัว สัมพันธภาพกับคนอื่น การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งหน้าที่เหล่านี้อาจแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ คือ language, intellect, thinking, memory will, judgement, attention, perception, intention, affectivity, reality testing, the structure of defenses, object relations และ motility ความผิดปกติในด้านต่าง ๆ จะปรากฏออกมาเป็นอาการของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวัน มากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การถดถอย การโทษคนอื่น และการแยกตนเอง เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร นั่นคือเกิดการเรียนรู้ที่ผิดขึ้น จนกลายเป็นพยาธิสภาพต่อไป

### 4. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factor)

สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภทการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี เชื่อว่าเป็นเพราะประชากรกลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่ก็มีบางคนแย้งว่าการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง น่าจะเป็นสาเหตุทำให้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยตกต่ำลงมากกว่า

การศึกษาถึงความสัมพันธ์หรือบทบาทที่ผิดปกติในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีผู้รายงานไว้หลายอย่าง แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่พบว่ามีลักษณะจำเพาะที่จะทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคนี้ บางรายงานกล่าวถึงบทบาทที่กลับกันระหว่างพ่อและแม่ของเด็กที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภท บางรายงานกล่าวถึงพ่อแม่ที่มีความขัดแย้งกัน ซึ่งอาจไม่แสดงออกโดยตรง แต่มีการกระทบกระทั่งกัน เหมือนคลื่นใต้น้ำแล้วพยายามดึงเด็กมาเข้าข้างตน

สมมติฐานเกี่ยวกับเจตคติหรือการสื่อสารที่ผิดปกติจากพ่อแม่ไปยังลูกคือ Double bind hypothesis ของ Bateson ซึ่งกล่าวถึงการสื่อความหมายในลักษณะที่กำกวมไปให้เด็กอยู่เป็นประจำ ทำให้เด็กไม่ทราบเจตนาหรือความต้องการที่แท้จริงของพ่อแม่ เด็กก็จะเกิดความสับสน และแสดงออกทั้งด้านความรู้สึกและพฤติกรรมแบบเดียวกัน เชื่อว่าอาจเป็นสาเหตุให้เกิด ambivalence ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของโรคจิตเภท

ความผิดปกติของผู้เลี้ยงดูเด็ก เป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทโดยเฉพาะแม่เป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่สุด จากการศึกษาพบว่า แม่ที่มีลักษณะปกป้องลูกมากเกินไป มีความต้องการเข้าไปเกี่ยวข้องในทุก ๆ เรื่องของลูก แม้แต่การคิดและการตัดสินใจ จะทำให้มีความผิดปกติด้านพัฒนาการของ ego ของเด็ก อันนำไปสู่การเจ็บป่วย เป็นโรคจิตเภท บางคนจึงเรียกแม่ที่มีลักษณะแบบนี้ว่าเป็น Schizophrenogenic mother บางรายแม่เองมีความไม่มั่นคงทางจิตใจมาก และมีความต้องการพึ่งพิงต่อลูก ทำให้ความสัมพันธ์ผิดปกติไป บางรายอาจมีลักษณะความสัมพันธ์เป็นแบบ symbiotic relationship ก็มี

### ลักษณะของอาการโรคจิตเภท<sup>(24)</sup>

โดยแบ่งตามการดำเนินของโรคออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. **ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal)** ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อย ๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือ การทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น เดิมวันหยุดเคยออกไปกับเพื่อนก็กลายเป็นไม่ไปไหน อาจขลุกอยู่แต่ในห้อง จะพบคนในบ้านก็ต่อเมื่อถึงเวลากินข้าว อาจหันไปสนใจในเรื่องด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ บางคนก็หันไปหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างอย่างมาก เช่น สะสมพระเต็มห้อง ทั้ง ๆ ที่เดิมไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นนักเรียนผลการเรียนเริ่มตกต่ำลง ครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอย หรือไม่ค่อยสนใจการเรียน เพื่อน ๆ มีความรู้สึกว่าผู้ป่วยห่างไปจากกลุ่ม มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน มีบ้างอาจเห็นว่าผู้ป่วยกลายเป็นคนขี้เกียจ วันหยุดก็ตื่นสาย บางทีตื่นมาก็กินข้าวเที่ยงเลย การสนใจเรื่องของร่างกาย หรือแต่งกายลดลง จากเดิมเป็นคนสะอาด กลายเป็นคนมีเสื้อผ้ากองอยู่เกลื่อนห้อง กางเกงตัวหนึ่งใส่หลายวันโดยไม่ซัก เวลาถามเรื่องเหล่านี้มักมีข้ออ้างต่าง ๆ นานา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือน ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครียดจัด ๆ อาจเห็นชัดว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

2. **ระยะอาการกำเริบ (active phase)** ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลาย ๆ เดือน ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบ เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น ในระยะนี้ความผิดปกติจะเริ่มเห็นเด่นชัด อาการ

ของโรคจิต เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว หวาดระแวงว่าคนมาทำร้าย หรือพูดแล้วคนอื่นฟังไม่เข้าใจ จะปรากฏชัด จะพบว่าคนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีอาการในระยะกำเริบที่พบบ่อย ๆ ดังนี้

2.1 อาการหลงผิด (delusions) ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น

- หวาดระแวง (persecutory delusions) เชื่อว่า มีคนปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง มีคนปองร้ายอาจเป็นคนๆ เดียวหรือเป็นขบวนการ
- หลงผิดว่าเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง (delusions of reference) ผู้ป่วยมักดึงเรื่องต่าง ๆ รอบตัวมาเชื่อมโยงกับตนเอง เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเขาคุยเรื่องตนเอง อ่านหนังสือพิมพ์ก็รู้สึกว่าเขาเรื่องของตนเองไปเขียน ดูโทรทัศน์ก็รู้สึกว่าเขาเรื่องในโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตนเอง
- หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด (grandiose delusions) บางครั้งความหลงผิดอาจเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทางศาสนา (religious delusions) เช่น เชื่อว่า ตนเองเป็นพระพุทธรูปเจ้า ตนเองตรัสรู้ คนไทยเราบางครั้งก็เชื่อว่าเรื่องการเมืองค้อยู่ในตัว มักเกิดหลังจากผู้นั้นป่วยหนัก หมอทรงบอกว่ามีองค์ในตัวต้องทำพิธีครอบขันธุ์เมื่อผู้ป่วยทำแล้วจึงหาย เกิดความเชื่อขึ้นมา ความเชื่อในลักษณะนี้เป็นความเชื่อทางวัฒนธรรมมากกว่าที่จะเป็นอาการหลงผิด
- หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic delusions) เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือเชื่อว่าร่างกายของตนเองผิดไปจากปกติ ไม่ว่าจะหมอจะยืนยันอย่างไรก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อได้
- ความหลงผิดที่มีลักษณะพิลึกพิลั่น (bizarre delusions) เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครได้ยินก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับสัญญาณ คลื่นอยู่ในสมอง หรือมีอำนาจอะไรบางอย่างมาบังคับให้ตนเองต้องทำตามทุกอย่างโดยฝืนไม่ได้เลย เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่น ๆ
- อาการหนึ่งที่พบบ่อยในคนไทย คือ ผู้ป่วยมักจะบอกว่าสามารถติดต่อทางกระแสดิจิตได้ (telepathy) ไม่ได้ยินเป็นเสียง แต่รู้ว่ามีคนมาสื่อสารเรื่องอะไร และมีการโต้ตอบกันในความคิด อาการนี้ต่างจากอาการ thought broadcasting โดยที่ใน thought broadcasting นั้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ความคิดของตนกระจายออกไป คนรอบข้างรับรู้ได้ แต่ใน telepathy นั้นเป็นการสื่อสารเฉพาะบุคคล ความคิดไม่ได้กระจายไปทั่ว

2.2 อาการประสาทหลอน (hallucinations) ประสาทหลอนคือ การมีการรับรู้ทั้ง ๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว โดยผู้ที่เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องเป็นราว และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวดีอยู่ตลอด มิใช่ได้ยินแค่เสียงคนเรียกชื่อบางครั้ง หรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับเท่านั้น ลักษณะที่พบบ่อยคือ แว่วเสียงคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย (voices arguing or discussing) หรืออาจเป็นเสียง ๆ เดียวคอยพูดต่อว่า หรือผู้ป่วยจะทำอะไรก็ถูกวิจารณ์ไปหมด (voices commenting) จนผู้ที่เป็นรู้สึกทุกข์ทรมานมาก บางคนบอกว่าฉันไม่อยากจะคิด ไม่อยากจะทำอะไร เสียงนี้ได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือกลางคืนได้ยินพอ ๆ กัน เสียงแว่วนี้จะเบาลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังอยู่ และจะดังชัดเจนมากขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวไม่มีเสียงชัดเจน ประสาทหลอนที่พบบรองลงไปคือ ภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีส้ม รายละเอียดชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่น ๆ เช่น ได้กลิ่นแปลก ๆ หรือลิ้นรับรูรสแปลก ๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

2.3 อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว (autistic thinking) เช่น มักไปยืนหน้าต้นไม้ข้างบ้านทุกเช้าก่อนออกจากบ้าน ถามก็บอกว่าเป็นการเคารพผู้อาวุโสจะเป็นศิริมงคล เพราะต้นไม้มีคุณค่าแก่โลก และยังมีอายุที่ยืนนานกว่าคน เป็นต้น ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาให้เป็นโดยผ่านการพูดสนทนา โดยเป็นการพูดจาที่ไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยอีกเรื่องหนึ่งไม่เกี่ยวเนื่องกันกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นมาก ๆ การวางคำในตัวเองจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลก ๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจนอกจากตนเอง (neologism) ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติไป (lack of insight) เขาเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขาเป็นเรื่องจริง อาการอย่างนี้ยากต่อการรักษา ในบางครั้งแม้มีอาการอื่น ๆ เช่น อาการหูแว่วดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยก็อาจมีอาการนี้อยู่

2.4 อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากยิ่งขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลาย ๆ วันติดกัน ผมเผ้ารุงรัง กลางคืนไม่นอน ชอบเดินไปเดินมา หรือทำท่าทางแปลก ๆ บางครั้งงู ๆ ก็ตะโกนโวยวาย หรือหัวเราะขึ้นมา หรือยิ้มกริ่มทั้งวัน แต่งเนื้อแต่งตัวแปลก ๆ เช่น สวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้ง ๆ ที่อากาศร้อน ผู้ป่วยอาจไม่สนใจสิ่งรอบ

ตัว ปล่อยให้ห้องสกปรกมีเศษขยะเกลื่อนห้อง บางคนจะควบคุมตัวเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าว อย่างที่เดิมไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะหากญาติไปขัดใจ หรือห้ามไม่ให้ทำอะไรบางอย่าง ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องพามาพบแพทย์

2.5 อาการทางอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะคิดคักคนเดียว ทั้ง ๆ ที่ไม่มีเรื่องน่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการโรคจิตดีขึ้น

มีอาการรูปแบบหนึ่งซึ่งเรียกว่าอาการด้านลบ (negative symptoms) คือ ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่

1. Alogia พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
2. Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกลดลงมาก
3. Avolition-apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย แต่งตัวมอซอ เฉื่อยชาลงมาก ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉย ๆ ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร
4. Anhedonia - asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร ใครชวนไปไหนมักปฏิเสธ อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจน ในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาในลักษณะนี้ โดยไม่พบว่ามีความผิดปกติหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

แนวโน้มในปัจจุบันเชื่อว่าอาการของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นมิติ (dimensions) ที่สำคัญได้ 3 มิติ ได้แก่

1. อาการโรคจิต (psychoticism) ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน
2. อาการที่บ่งถึงแนวความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบ กระจัดกระจาย (disorganization) เช่น พูดจาวกวน การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้
3. อาการด้านลบ (negative symptom) เช่น เฉื่อยชา เฉยเมย

ใน 2 มิติแรก บางคนอาจเรียกว่าเป็นอาการทางด้านบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยอาจมีอาการในแต่ละด้านมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา

3. **ระยะอาการทุเลา (stabilization phase)** เป็นระยะที่อาการต่าง ๆ ในช่วงที่กำลังทุเลาลง อาการหลงผิด หรือประสาทหลอนน้อยลง พฤติกรรมจะอยู่กับร่องกับรอยมากขึ้น พูดจา ฟังรู้เรื่องขึ้น ระยะนี้จะมีนานประมาณ 6 เดือน หลังจากที่อาการกำเริบ บางรายอาจนานกว่านี้

### การวินิจฉัย

ระยะอาการคงที่ (Stable phase) ระยะนี้เป็นระยะอาการต่าง ๆ เริ่มคงที่ หรือหากจะมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางคนอาจไม่มีอาการเลย ในขณะที่บางคนอาการไม่ได้ ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนหลับเป็นครั้ง เป็นคราว บางคนอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลก ๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์หรือโชคลาง บางครั้งรู้สึกกระแวงแต่ไม่ถึงกับปักใจเชื่อ อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเภทซึ่งนิยมใช้กันโดยทั่วไปมี 2 ระบบ ได้แก่ The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Forth edition (DSM-IV) ซึ่งเป็นการจัดระบบการวินิจฉัยของโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์ทางอเมริกัน และ The 10<sup>th</sup> Edition of the International Classification of Diseases ซึ่งนิยมเรียก ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก แม้ว่าเกณฑ์ในการวินิจฉัยทั้ง 2 ชุด นี้ค่อนข้างใกล้เคียงกันแต่ก็ยังมีบางส่วนที่แตกต่างกันบ้างนอกจากการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่อาจแตกต่างกันได้แล้ว ยังตระหนักด้วยว่า อาการของคนไข้แต่ละอาการอาจมีความหมายแตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรมและศาสนา ตัวอย่างเช่น ความเชื่อในวัฒนธรรมหนึ่งเห็นว่าเป็นอาการหลงผิด ในวัฒนธรรมอื่น อาจเห็นว่าเป็นเรื่องปกติก็ได้ นอกจากนี้การมีหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอนที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (เช่น ได้ยินเสียงพระเจ้า ในชาวคริสเตียน) อาจถือได้ว่าเป็นเรื่องปกติในบางวัฒนธรรมและควรตระหนักด้วยว่า การแสดงออกทางด้านอารมณ์ และภาษาภายในแต่ละวัฒนธรรมอาจแตกต่างกันออกไป

### เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของ DSM-IV

เกณฑ์การวินิจฉัยมีด้วยกันทั้งหมด 6 ข้อ จาก A. ถึง F. เกณฑ์ข้อ A. ยังแบ่งวินิจฉัยย่อย ออกไปอีก การที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจะต้องมีลักษณะครบเกณฑ์ทั้ง 6 ข้อ

A. ลักษณะอาการจำเพาะ : มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีอาการอยู่นานพอสมควรในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)

1. อาการหลงผิด (delusion)
2. อาการประสาทหลอน (hallucination)
3. ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พุดจาสับสน เข้าใจยาก (disorganize speech) เช่นมี derailment หรือ incoherence อยู่บ่อย ๆ
4. มีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหว (catatonia) หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติที่เห็นได้อย่างชัดเจน
5. อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ขาดความกระตือรือร้น (Avolition)

หมายเหตุ : เพียงอาการเดียวในข้อ A. ก็เพียงพอ หากอาการหลงผิดเป็นแบบ bizarre หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย หรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาทอตอบได้กัน

B. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน : ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมสำคัญ ๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การทำงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่นานพอสมควร

C. ระยะเวลา : มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือน นี้ต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. (ระยะอาการกำเริบ) นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจนับรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (prodromal symptoms) หรือระยะหลงเหลือของอาการ (residual symptom) ด้วย

D. ไม่รวมถึง schizoaffective disorder และ mood disorder : ต้องแยกโรค schizoaffective และ mood disorder ที่มีอาการโรคจิต

E. ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย : อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น สารเสพติด ยา หรือภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

F. ความเกี่ยวเนื่องกับ : pervasive developmental disorder : หากมีประวัติ autistic อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)

DSM-IV ระบุว่า การดำเนินโรคของโรคจิตเภทนั้น จะต้องใช้เวลาการติดตามดูอาการไประยะหนึ่ง เพื่อให้สามารถบอกได้แน่นอนขึ้น การที่ต้องประเมินอาการในระยะยาวนั้นจะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ได้อย่างเหมาะสมขึ้น อีกทั้งยังช่วยดูว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่อย่างไร



ในการระบุการดำเนินโรคว่าจะเป็นชนิดใดตามที่จะได้กล่าวต่อไปนี้นั้นผู้ป่วยจะต้องป่วยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี โดยนับจากระยะเริ่มต้นมีอาการกำเริบ

Episodic with interepisode residual symptoms : เมื่อการดำเนินโรค เป็นแบบมีระยะอาการกำเริบตามเกณฑ์ข้อ A. ของโรคจิตเภทเป็นช่วง ๆ ร่วมกับมีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกในระหว่างนั้น สามารถระบุเพิ่มเติมหากอาการระหว่างนั้นเป็นอาการลบอย่างชัดเจน

Episodic with no interepisode residual symptoms : เมื่อการดำเนินโรคเป็นแบบมีระยะอาการกำเริบตามเกณฑ์ข้อ A. ของโรคจิตเภทเป็นช่วง ๆ และไม่มี อาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกระหว่างนั้น

Continuous : เมื่อตลอดระยะเวลาของการดำเนินโรค (หรือแทบตลอด) ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ ข้อ A. สามารถระบุเพิ่มเติมหากมีอาการเด่นด้านลบร่วมด้วย

Single episode in partial remission : เมื่อผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ ข้อ A. ของโรคจิตเภทหนึ่งครั้งร่วมกับมีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกอยู่บ้างสามารถระบุเพิ่มเติมหากอาการหลงเหลือเหล่านี้ประกอบด้วยอาการเด่นด้านลบ

Single episode in partial remission : เมื่อผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. ของโรคจิตเภทเพียงครั้งเดียว และไม่มีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกหลังจากนั้น

Other or unspecified pattern : หากมีการดำเนินโรคเป็นแบบอื่น ๆ หรือไม่สามารถระบุได้

#### การดำเนินและการพยากรณ์โรค<sup>(24)</sup>

ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการขณะอายุราว 20 ปี ถึง 30 ปีเศษ พบว่าเพศชายเริ่มมีอาการขณะอายุน้อยกว่าเพศหญิง พบน้อยที่มีอาการก่อนช่วงวัยรุ่น โรคนี้ยังพบได้ในผู้สูงอายุ เช่น เริ่มมีอาการภายหลังอายุ 45 ปี แต่ไม่พบมาก ระยะเริ่มมีอาการจะค่อยเป็นค่อยไป ตามที่กล่าวมาแล้ว และมักจะพบอาการกำเริบเมื่อผู้ที่เป็นประสบกับความกดดันด้านจิตใจมาก ๆ

จากรายงานการศึกษาพบว่าในเรื่องของการดำเนินโรคมีความหลากหลายมาก ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย การคัดเลือกคนไข้ การจัดกลุ่มการดำเนินโรค การกำหนดวิธีการศึกษาแตกต่างกันออกไปโดยรวมพอจะสรุปได้คร่าว ๆ ว่าเมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 10-20 ปี จะพบว่า

- ร้อยละ 20-30 สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ (social remission)
- ร้อยละ 20-30 ยังคงมีอาการอยู่ปานกลาง
- ร้อยละ 40-60 ยังคงมีอาการมากอยู่ตลอด

การศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศทางตะวันออกมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่าผู้ป่วยทางตะวันตก ซึ่งสันนิษฐานว่าน่าจะเป็นจากการช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ป่วยโดยญาติๆ มีมากกว่าทางตะวันตก โดยทั่วไปแล้วโรคนี้อาจมีอาการรุนแรงมากที่สุดในช่วงวัยหนุ่มสาว (20-30 ปี) หลังอายุ 40 ปี อาการจะลดความรุนแรงลง จนเหลืออาการน้อยในช่วงวัย 50-60 ปี โดยอาการที่จะลดลงส่วนใหญ่มักเป็นอาการในด้านบวก ยังคงเหลืออาการอยู่บ้างในลักษณะของ residual schizophrenia การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย ดังตาราง

## ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคดี	การพยากรณ์โรคไม่ดี
1. เริ่มมีอาการขณะอายุมาก	1. เริ่มมีอาการขณะอายุน้อย
2. มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน	2. ไม่พบปัจจัยกระตุ้น
3. อาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน	3. อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป
4. มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย	4. อารมณ์เรียบเฉยแยกตัวเอง
5. มีลักษณะอาการแบบ paranoid หรือ catatoin	5. ลักษณะอาการแบบ disorganized หรือ undifferentiated
6. เป็นกลุ่มอาการทางด้านบวก	6. เป็นกลุ่มอาการทางด้านลบ
7. การเข้าสังคมและหน้าที่การงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ	7. การเข้าสังคมและหน้าที่การงานเดิมไม่ดีก่อนเกิดอาการ
8. มีประวัติ mood disorder ในครอบครัว	8. มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว
9. เป็นมาไม่นานก่อนรักษา	9. เป็นมานานก่อนรักษา
10. สมรสหรือมีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด	10. โสดไม่มีคนช่วยเหลือดูแล

## การรักษา<sup>(24)</sup>

เนื่องจากสาเหตุของโรคมาได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงด้านเดียวการที่สาเหตุมาจากหลาย ๆ ทางทำให้ยากแก่การรักษาที่เหมาะสม นี่คือนี่หนึ่งในสาเหตุของการรักษาผู้ป่วยที่ไม่เหมือนกัน การรักษาที่มีการผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม และการฟื้นฟูสภาพ เป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยให้ผลการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยออกมาดี

**หลักในการรักษา** อาจแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ตามอาการได้แก่

1. การรักษาในระยะอาการกำเริบ (acute treatment) หมายถึง การรักษาในระยะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเริ่มมีอาการด้านบวกกำเริบ ทั้งในด้านการป่วยครั้งแรก หรือครั้งถัด ๆ มา

เป้าหมายของการรักษาคือ

- ควบคุมอาการที่กำเริบได้โดยเร็ว
- จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
- ควบคุมอาการก้าวร้าวรุนแรง
- สร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วยและญาติ ควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก

ซึ่งเป็นระยะที่ญาติเห็นความสำคัญของการรักษาเพื่อที่เขาจะได้ให้ความร่วมมือด้วยดีในระยะต่อไป

ในระยะนี้การปรับขนาดยาและการให้การช่วยเหลือในด้านจิตสังคมอย่างจริงจังเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกต้องทำการตรวจอย่างละเอียดรวมทั้งตรวจพิเศษตามที่เห็นจำเป็น เพื่อแยกจากโรคทางกาย หรือจากสาร ที่ทำให้เกิดอาการคล้ายคลึงกับโรคจิตเภท

ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบนี้ จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

- มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- ปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- มีปัญหาในการวินิจฉัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคทางกาย

การรับผู้ป่วยเอาไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านต่างๆที่มีปัญหานอกเหนือไปจากเรื่องยา สิ่งที่ต้องระวังระมัดระวังในระยะยาวนี้คือ ความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามทุกครั้ง รวมทั้ง

เสียงแว่วที่สั่งหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหล่านี้จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดอาจก่อความรุนแรงหรืออาจทำอันตรายต่อผู้อื่น

การรักษาทางจิตสังคมในระยะนี้จะเน้นการลดสิ่งเร้าหรือความกดดันที่มีต่อผู้ป่วย ในด้านสิ่งแวดล้อมควรส่งเสริมความรู้สึกผ่อนคลาย สงบ หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยหรือให้ทำกิจกรรมที่ยุ่งยากหรือต้องใช้สมาธิความตั้งใจมาก การสื่อสารควรสั้น ๆ ชัดเจน กิจกรรมประจำวันควรชัดเจนแน่นอน

2. การรักษาในระยะอาการทุเลา (stabilization phase) ระยะนี้อาการต่าง ๆ ที่กำเริบเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มพอที่จะควบคุมตัวเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น และอาการด้านบวกยังคงมีอยู่แต่ความรุนแรงลดลง เป้าหมายของการรักษาคือ

- ช่วยลดความกดดันที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ
- ช่วยในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม
- ควบคุมอาการ

ยาที่ใช้ในระยะนี้ควรเท่ากับขนาดในการรักษาอาการกำเริบนานอย่างน้อย 6 เดือน ระยะนี้ กิจกรรมต่าง ๆ อาจจะไม่ชัดเจน และแน่นอนมากเหมือนในระยะแรก ควรช่วยในการปรับตัว การปรับพฤติกรรมให้อยู่ในสังคมได้ โดยเฉพาะกับสภาพที่บ้าน หากกลับไปทำงาน ควรเปลี่ยนลักษณะงานเป็นงานที่ยังไม่ต้องรับผิดชอบหรือมีความกดดันมากนัก การบอกกับญาติว่าเป็นระยะพักฟื้นอาจทำให้ง่ายขึ้น และไม่คาดหวังในตัวผู้ป่วยมากอันอาจจะเป็นความกดดันต่อตัวผู้ป่วย

3. การรักษาในระยะอาการคงที่ (stable phase) แม้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อหายแล้วหายขาด แต่ส่วนใหญ่แล้วยังมีโอกาสกลับมาเป็นใหม่ได้ ในปัจจุบันยังไม่มีทางรักษาให้หายขาด ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยมีอาการหลายครั้งจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องระยะยาว เป้าหมายสำคัญในการรักษาในระยะยาวคือ

- ป้องกันการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ หรือช่วงอาการเฉียบพลันอีก
- ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยในการกลับเข้าสังคมได้
- ป้องกันผลข้างเคียงของการรักษา

## บุหรี่ (Cigarette)

### บุหรี่และอันตรายจากบุหรี่

บุหรี่ ผลิตจากใบยาสูบ ซึ่งเป็นพืชล้มลุกชนิดหนึ่ง มีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า *Nicotiana Tabacum* โดยนำใบยาสูบมาหั่นเป็นเส้นฝอย ๆ เรียกว่า ยาเส้น แล้วนำยาเส้นมามวนด้วยใบตองแห้ง ใบจากหรือกระดาษจุดสูบ แต่บางคนก็ชอบบรรจุยาเส้นลงในกล่องแล้วจุดสูบ<sup>(25)</sup> ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่า “บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ”<sup>(26)</sup>

สำหรับประวัติความเป็นมาของบุหรี่ ในปี ค.ศ. 1556 มีการปลูกใบยาสูบครั้งแรกและเป็น ที่รู้จักกันในประเทศฝรั่งเศส หลังจากนั้น 2 ปี พบว่าได้มีการปลูกใบยาสูบในประเทศบราซิลและ โปรตุเกส และในปีต่อมายาสูบก็เริ่มแพร่หลายในประเทศสเปน โดยนำมาจากอเมริกากลาง และ อเมริกาใต้ ในรูปแบบของซิการ์ ระหว่างปี ค.ศ.1853-1856 นักเดินเรือชาวอังกฤษก็เริ่มคุ้นเคยกับ การสูบบุหรี่ และอุตสาหกรรมการผลิตบุหรี่ได้เริ่มขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1884 โดย Mr.Jack Bonzac<sup>(2)</sup> นอกจากนั้น ได้กล่าวถึงประวัติของบุหรี่ว่ามนุษย์เริ่มรู้จัก และใช้ยาสูบมาเป็น เวลานานจนไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นที่แน่นอนได้ ประวัติศาสตร์บันทึกไว้ว่าได้แพร่จากอเมริกาไปสู่ ยุโรปตั้งแต่สมัยคิงเจมส์ที่ 1 ของอังกฤษในครั้งแรกของศตวรรษที่ 17 ต่อมาไม่นานนัก คนอังกฤษ ส่วนหนึ่งเริ่มมองเห็นพิษภัยของยาสูบ จนถึงขั้นคิงเจมส์ที่ 1 ได้ตรัสไว้ในประกาศต่อต้านยาสูบว่า “ยาสูบเป็นอันตรายต่อปอด” อย่างไรก็ตาม กิจการยาสูบได้รับความนิยมเจริญรุ่งเรืองจนต้องผลิต ในเชิงอุตสาหกรรมเป็นบุหรี่ให้ได้จำนวนมากและรวดเร็ว ปี ค.ศ.1853 ได้มีการก่อสร้างโรงงาน ยาสูบแห่งแรกของโลกที่เมือง Hanover สหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.1854 ก็ได้มีการก่อสร้างโรงงาน ยาสูบขึ้นอีกที่นครลอนดอน ประเทศอังกฤษและที่อื่นในเวลาต่อมา<sup>(27)</sup>

สำหรับประเทศไทย การสูบบุหรี่เริ่มเข้ามาเมื่อใดไม่เป็นที่ทราบแน่นอน สมเด็จพระเจ้า ราชานุกาฬ ทรงสันนิษฐานว่าคงเป็นในสมัยกรุงศรีอยุธยา โดยชาวเปอร์เซียนำเข้ามา<sup>(28)</sup> ประเทศไทยได้รวบรวมเอากิจการอุตสาหกรรมยาสูบของประเทศมาเป็นของรัฐบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2484 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันนี้ โดยจัดตั้งเป็นโรงงานยาสูบภายใต้การควบคุมดูแลของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง เรียกว่า “โรงงานยาสูบ กรมสรรพสามิต” และเรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า “Thailand Tobacco Monopoly”<sup>(29)</sup>

บุหรี่เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ตามนิยามของคำว่า “ยาเสพติด” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่ง ให้คำนิยามไว้ว่า “ยาเสพติดคือ ยาหรือสารเคมีที่เสพเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีกิน สูบ ดม หรือวิธีอื่น ๆ วิธีใดวิธีหนึ่งติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่ง แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ต้องการเสพอยู่

เสมอ อีกทั้งต้องเพิ่มปริมาณของยาเสพติดให้มากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อถึงเวลาเสพแล้วไม่ได้เสพ จะมีอาการอยากยา และก่อให้เกิดสุขภาพทรุดโทรมลง”<sup>(25)</sup>

บุหรี่ปริมาณเดียวมีสารประกอบต่าง ๆ อยู่ถึงประมาณ 4,000 ชนิด สารบางชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย แล้วแต่ฤทธิ์ของสารนั้น ๆ บางชนิดเกิดพิษ บางชนิดทำให้เซลล์ผิดปกติ บางชนิดเป็นสารก่อให้เกิดมะเร็ง บางชนิดเป็นสารต่อต้านภูมิคุ้มกัน<sup>(30)</sup> และหลายชนิดที่เป็นอันตรายต่อร่างกายทั้งตัวผู้สูบเอง และบุคคลที่อยู่ใกล้เคียงที่ได้รับควันบุหรี่ และสารพิษที่สำคัญมีผลร้ายแรงต่อสุขภาพ ได้แก่<sup>(31)</sup>

1. **นิโคติน (Nicotine)** เป็นสารที่พบตามธรรมชาติในใบยาสูบเท่านั้น เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมัน ไม่มีสี และเป็นสารที่สำคัญที่ทำให้คนติดบุหรี่ สารนี้ในระยะแรกมีฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง คือ ถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อย ๆ เช่น การสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรก ในผู้ที่ไม่เคยสูบจะกระตุ้นความรู้สึกต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ในระยะต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ร้อยละ 95 ของนิโคตรินที่เข้าไปในร่างกายและไปจับอยู่ที่ปอดบางส่วน จับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด มีผลโดยตรงต่อมหมวกไตก่อให้เกิดการหลั่งของสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งความดันค่าตัวบนในขณะที่หัวใจบีบตัว และความดันค่าตัวล่างในขณะที่หัวใจคลายตัว หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแดงที่แขน ขน หดตัว และเพิ่มไขมันในเส้นเลือด นิโคตินจะกระตุ้นการบีบของลำไส้ใหญ่ ลดความอยากอาหาร และทำให้การย่อยอาหารช้าลง ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่นิโคตินจะทำให้คลื่นไส้ แม้แต่ในผู้ที่ติดบุหรี่แล้วหากสูบมากไปก็ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ได้เช่นกัน ในผู้ใหญ่หากได้รับนิโคติน 60 มิลลิกรัมในครั้งเดียว จะเสียชีวิตได้ทันทีจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจเป็นอัมพาตทำให้หัวใจหยุดเต้น โดยทั่วไปบุหรี่ 1 มวน จะมีนิโคตินประมาณ 1.5-2.6 มิลลิกรัม ซึ่งค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัมต่อมวน ความร้ายแรงของสารพิษนี้เทียบได้กับการได้รับสารไซยาไนด์ แต่เหตุที่ผู้สูบบุหรี่ไม่เสียชีวิตทันที เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้ได้รับสารพิษเข้าไปทีละน้อย ขณะเดียวกันร่างกายก็ได้เผาผลาญนิโคตินที่รับเข้าไปค่อนข้างรวดเร็ว และขับถ่ายออกตลอดเวลา ทำให้ระดับนิโคตินในร่างกายไม่สูงพอที่จะทำให้ผู้สูบเสียชีวิตในทันทีได้และสำหรับการสูบบุหรี่ที่มีก้นกรองนั้น ก็ไม่ได้ทำให้ปริมาณนิโคตินลดน้อยลง

#### ผลทางเภสัชวิทยาของนิโคติน<sup>(5)</sup>

บุหรี่ปริมาณเดียวเป็นส่วนประกอบ ซึ่งทางการแพทย์ระหว่างชาติถือว่าเป็นสารเสพติด มีการขึ้นทะเบียนไว้อย่างเป็นทางการว่าการติดบุหรี่เป็นโรคชนิดหนึ่ง นิโคตินเป็นตัวการที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่นั้นติดบุหรี่ และมีความต้องการหันกลับไปสู่อีกแม้ว่าจะอยากเลิกสูบและพยายามที่จะเลิก

ครั้งแล้วครั้งเล่า นิโคตินทำให้สมองสั่งการให้เกิดอาการอยากสูบ เมื่อได้รับนิโคตินเพิ่มขึ้นก็เท่ากับได้รับสิ่งต่อย้ำซึ่งมีผลกระตุ้นพฤติกรรม บุหรี่นั้นไม่เหมือนยาเส้นที่ใช้เคี้ยวตรงที่สารนิโคตินจากบุหรี่จะเข้าถึงสมองได้เร็วมากภายในเวลาไม่กี่วินาทีที่สูดเข้าไป และแต่ละครั้งที่อดบุหรี่ก็คือ การเพิ่มปริมาณนิโคตินเข้าไปในร่างกาย

### ผลของนิโคตินต่อร่างกาย

1. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลางนั้นมีผลต่อตัวรับในสมอง (receptors in brain) นำไปสู่การหลั่งของสาร อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) นอร์อีพิเนพรีน (Norepinephrine) โดพามีน (Dopamine) ซีโรโทนิน (Serotonin) วาโซเพรสซิน (Vasopressin) ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต (Growth hormone) อะดีโนคอร์ติโคโทรฟิน (Adenocorticotropin) และเบต้า-เอ็นโดฟิน (Beta-endorphin) ผลของนอร์อีพิเนพรีน (Norepinephrine) และโดพามีน (Dopamine) มีความรู้สึกสดชื่น และเบื่ออาหาร ผลของ Acetylcholine ทำให้มีการทำงานดีขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่ได้รับสิ่งเร้าและอารมณ์ผ่อนคลายจากสมอง ทำให้มีความตั้งใจในการทำงาน เพิ่มทักษะในการแก้ไขปัญหาลดภาวะอารมณ์ตึงเครียด

2. ผลต่อระบบการทำงานของหัวใจ หัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย การทำงานของหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง

3. ผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ มะเร็งที่ระบบทางเดินหายใจ ถุงลมโป่งพอง ปอดบวม วัณโรค หอบหืด โดยเฉพาะในเด็ก (จากการสูดดมควันบุหรี่) สาเหตุการเสียชีวิตในเด็กแรกเกิดทำให้โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจในเด็กแรกเกิด

4. ผลต่อผู้ที่ตั้งครรภ์และผลต่อระบบสืบพันธุ์ เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย รกคลอดตัวก่อนกำหนดเวลา และคลอดก่อนกำหนด ประจำเดือน การตกไข่ การผสมพันธุ์ และการฝังตัวของไข่ผิดปกติ ความรู้สึกทางเพศลดลง ปริมาณของอสุจิลดลง

5. ผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร เป็นแผลในกระเพาะอาหาร เป็นแผลในลำไส้

6. Degenerative disease โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) กระจกพวุนผิวหนังแก่ก่อนวัยอันควร

2. **ทาร์ (Tar)** เป็นน้ำมันที่เกิดจากการเผาไหม้ของยาเส้นในบุหรี่ มีลักษณะเป็นของเหลวเหนียว มีสีน้ำตาลเข้มคล้ายน้ำมันดิน ทาร์ประกอบด้วยสารหลายชนิดเกาะติดกันเป็นสีน้ำตาล ส่วนใหญ่เป็นสารที่มีอันตราย และเป็นสารก่อมะเร็งได้ เช่น มะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะอาหาร กระเพาะปัสสาวะ และอื่น ๆ สารที่สำคัญในทาร์ คือ เบน

ไซพิริน (Benzopyrene) ซึ่งในขนาดเฉลี่ย 1:1,000 เมื่อใส่ในเม็ดพาราฟิน และฝังลงในกระพุ้งแก้มของหนูแฮมสเตอร์ 25 สัปดาห์ พบว่าร้อยละ 90 จะเป็นมะเร็งในปาก และจากการสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอด ทำให้ Celia ของเซลล์ไม่สามารถเคลื่อนไหวพืดโบกได้เหมือนเคย เมื่อรวมตัวกับฝุ่นที่เราดูดเข้าไป ก็จะขังอยู่ในถุงลมของปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของการไอ การไอเรื้อรังนาน ๆ นี้จะทำให้ถุงลมขยายขึ้น เกิดการหอบเหนื่อยได้ง่าย และโรคถุงลมโป่งพองในคนที่สูบบุหรี่วันละซองของปอดจะได้รับทาร์ (น้ำมันดิน) เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัม ต่อมวน บุหรี่ไทยมีปริมาณทาร์อยู่ประมาณ 25-34 มิลลิกรัมต่อมวน ซึ่งสูงกว่าบุหรี่ของต่างประเทศมาก ขณะที่ปริมาณมาตรฐานสากลกำหนดไว้เพียง 15 มิลลิกรัมต่อมวน

**3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide)** เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ เป็นก๊าซที่จะแย่งจับกับเม็ดเลือดแดงโดยแทนที่ออกซิเจน ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ในควันบุหรี่ประกอบด้วยคาร์บอนมอนอกไซด์ร้อยละ 4 ความเข้มข้นของก๊าซนี้ในควันบุหรี่เทียบเท่ากับควันเสียที่ออกจากรถยนต์ ก๊าซนี้สามารถจับกับเม็ดเลือดแดงได้เร็วกว่าออกซิเจน ซึ่งปกติแล้วเม็ดเลือดแดงมีหน้าที่จับออกซิเจนที่ปอดเพื่อนำไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย คาร์บอนไดออกไซด์ในควันบุหรี่ จะขัดขวางการรับออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ทำให้มีเหงื่อ เหงื่อออกง่าย อ่อนเพลีย หมดกำลัง ถ้าหัวใจและสมองขาดออกซิเจนจะทำให้หน้ามืดเป็นลมหมดสติ หรือเสียชีวิตได้ และก๊าซนี้เป็นสาเหตุของโรคหัวใจ ถ้ามีก๊าซนี้ในเลือดสูงถึงร้อยละ 30 จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย และถ้าสูงถึงร้อยละ 60 อาจทำให้ตายได้

คาร์บอนมอนอกไซด์ ยังทำให้ไขมันพอกพูนตามผนังเส้นเลือดมากขึ้น ซึ่งนานเข้าก็จะทำให้เส้นเลือดตีบ คาร์บอนมอนอกไซด์ยังทำให้สายตาเลื่อมและลดประสิทธิภาพในการตัดสินใจ ลดการตอบสนองต่อเสียง เพราะฉะนั้นคาร์บอนมอนอกไซด์จึงเป็นก๊าซอันตรายต่อผู้ขับขี่รถ ลดสมรรถภาพของนักกีฬา และเป็นอันตรายต่อนักบิน

**4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide)** เป็นก๊าซที่สามารถทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ของเซลล์ส่วนต้น ชนิดมีขน (Ciliated cell) ซึ่งเป็นแนวป้องกันตามธรรมชาติที่คอยขจัดความสกปรกฝุ่นละออง และเชื้อโรคที่หายใจเข้าไปทำให้ร่างกายหมดความต้านทานตามธรรมชาติ สิ่งสกปรกจะเกาะติดหลอดลม ทำให้อักเสบเป็นแผลเกิดโรคหลอดลมอักเสบ มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะเป็นประจำ โดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมาก



5. **ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide)** เป็นก๊าซที่ละลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลมทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ถุงลมเล็ก ๆ หลายอันแตกรวมกันหลายเป็นถุงลมขนาดใหญ่ และมีจำนวนน้อยลง เกิดโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ส่วนถุงลมที่พองออกคล้ายลูกโป่งจะกดเนื้อปอดส่วนดี ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง อาจเกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย ออกกำลังไม่ได้ มีอาการเป็นเรื้อรัง ไม่มีโอกาสหายและจะทรمانไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมโป่งพองที่ฉีกขาด ทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดกดปอดให้แฟบจะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อยมาก และถ้าแพทย์ช่วยไม่ทันอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และโรคถุงลมโป่งพองนี้มักเกิดร่วมกับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

6. **แอมโมเนีย (Ammonia)** มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอและมีเสมหะมาก

7. **สารกัมมันตภาพรังสี** คิวรีเนียมหรือสารโพลอนีียม 210 (Polonium 210) ที่มีรังสีแอลฟาอยู่ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งปอด และคิวรีเนียมยังเป็นพาหะที่ร้ายแรงในการนำสารกัมมันตภาพรังสีทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างแม้จะไม่สูบบุหรี่ หายใจเอาอากาศที่มีคิวรีเนียมเข้าไปทำให้ได้รับสารพิษนี้ด้วย

8. **แร่ธาตุต่าง ๆ** มีแร่ธาตุบางอย่าง เช่น โปแตสเซียม โซเดียม แคลเซียม ทองแดง นิเกิล และโครเมียม อันเป็นสารตกค้างในใบยาสูบหลังการพ่นยาฆ่าแมลง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกาย โดยเฉพาะนิเกิลเมื่อทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่น ๆ จะกลายเป็นสารก่อมะเร็ง (Carcinogen)

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตราย ทั้งผู้สูบเองโดยตรง และผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่

**อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่** มีดังนี้<sup>(32)</sup>

### 1. โรคมะเร็ง

โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งปอด และจากสถิติพบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่นอกจากจะทำให้เกิดมะเร็งปอดแล้ว ยังเป็นสาเหตุของมะเร็งที่คอ กล่องเสียง ช่องปากและหลอดอาหารส่วนต้น อันเป็นผลมาจากคิวรีเนียมที่ประกอบด้วยสารก่อมะเร็ง ซึ่งมีมากถึง 42 ชนิด มากกว่าสารก่อมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่ร่างกายจะมีโอกาสได้รับทั้งหมดรวมกัน นอกจากนี้สารก่อมะเร็งที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายยังถูกกระแสเลือดพาไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีรายงานพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งของตับอ่อน มะเร็งของกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

จากการวิจัยพบว่าบุหรี่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ซึ่งรวมถึงบริเวณปากมดลูกด้วย ทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสแพปิโลมาได้ง่าย เชื้อไวรัสนี้จะมีอัตราการกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง ดังนั้นหญิงที่สูบบุหรี่จึงเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ตำแหน่งการเกิดโรคมะเร็งจากบุหรี่<sup>(5)</sup>

- ท่อทางเดินหายใจ หลอดลมและปอด
- ในช่องปาก-ลิ้น เหงือก เพดานปาก
- ลิ้นไก่ ต่อม้ำลาย หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร
- ช่องจมูก หูชั้นกลาง และช่องไซนัส
- กระเพาะปัสสาวะ
- ตับอ่อน กรวยไต
- เต้านม ปากมดลูก รังไข่
- ผังหุ้มอวัยวะและอวัยวะเพศ

## 2. โรคหัวใจและหลอดเลือด

บุหรี่ที่มีสารที่เป็นผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด คือ สารนิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ และทาร์ โดยเฉพาะสารนิโคตินซึ่งจะมีผลให้เกิดการทำลายของเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง ซึ่งเมื่อกลไกนี้เกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก ร่วมกับการขาดออกซิเจนจากสารคาร์บอนมอนอกไซด์ ยิ่งจะทำลายเซลล์ดังกล่าวมากขึ้น ทำให้ไขมันที่มีอยู่ในเลือดไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่าย นอกจากนี้ควันบุรี่ยังทำให้เกร็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น เกร็ดเลือดอายุสั้นลง เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น เลือดข้นขึ้น ทั้งหมดนี้ทำให้เลือดจับกันเป็นก้อนได้ง่าย เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดแดงที่มีไขมันเกาะอยู่ชั้นในของหลอดเลือดหรือหลอดเลือดแดงที่ตีบอยู่แล้วเกิดการอุดตันได้ในทันทีทันใด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจเสียชีวิตทันทีทันใดได้ กรณีเกิดโรคหัวใจขาดเลือดแล้ว และยังไม่งดสูบบุหรี่ นอกจากจะทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบแล้ว ยังทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือปลายเท้าอักเสบและอุดตันได้ ทำให้เกิดปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด แขน ขาเน่าจนต้องตัดทิ้ง<sup>(30)</sup>

จากการศึกษาโดยองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา พบว่า การสูบบุหรี่ของผู้หญิงทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหัวใจวายเพิ่มขึ้น และจะยิ่งเพิ่มขึ้นมาก เมื่อผู้หญิงนั้นรับประทานยาคุมกำเนิดร่วมด้วย<sup>(27)</sup>

## 3. โรกระบบทางเดินหายใจ

ควันบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อผิวของหลอดลมและถุงลม ทำให้เกิดอาการไอ หอบหืด อันตรายเป็นโรกระบบทางเดินหายใจนี้ พบมากในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่

บุหรี และการสูบบุหรีเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบ และถุงลมโป่งพองถึงร้อยละ 70 โรคหลอดลมอักเสบจะทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะมากตอนเช้า ทำลายบุคลิกภาพและสุขภาพ ยิ่งสูบนานมากขึ้นเท่าใดก็จะยิ่งทำให้อาการของโรคมากขึ้นเท่านั้น และไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ ส่วนโรคถุงลมโป่งพองซึ่งมักเป็นร่วมกับหลอดลมอักเสบเรื้อรัง พบว่า ผู้สูบบุหรีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี 30 เท่า ซึ่งโรคนี้เกิดจากสารพิษในควันบุหรีทำลายเยื่อบุหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและแตก ถุงลมเล็ก ๆ หลาย ๆ อันแตกรวมกันกลายเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้มีจำนวนน้อยลง การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง ร่างกายจึงได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดการอึดอัด แน่นหน้าอก ไอ หอบเหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการและชะลอให้ตายช้าลง ซึ่งจะทรมานไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมโป่งพองนั้นฉีกขาดทำให้ลมรั่วเข้าในช่องเยื่อหุ้มปอดจะเกิดปอดแฟบ และทำให้เจ็บแน่นหน้าอกมากขึ้น

การงดสูบบุหรีทำให้อาการไอเรื้อรัง และการไอมีเสมหะลดน้อยลง ในผู้ที่หอบเหนื่อยจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง แม้จะงดสูบบุหรีอาการก็จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ในผู้ที่มีอายุน้อยหากงดสูบบุหรี หน้าที่การทำงานของปอดจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้

#### 4. โรคของระบบทางเดินอาหาร

การสูบบุหรีทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้น เกิดความระคายเคือง การอักเสบของเยื่อบุกระเพาะและเกิดแผลในกระเพาะอาหาร พบว่าผู้สูบบุหรีจะตายด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหารถึง 2.9 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี และมีอัตราการเกิดเลือดออกในกระเพาะอาหารมากกว่ารวมทั้งยังทำให้แผลหายช้ากว่าปกติด้วย

ในขณะที่การสูบบุหรีทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้นแต่การหลังของน้ำย่อยจากลำไส้เล็กและตับอ่อนกลับลดลง ผลคือผู้สูบบุหรีมีอาการอาหารไม่ย่อย เบื่ออาหารมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี

#### 5. ผลต่อระบบสืบพันธุ์

ในผู้ที่สูบบุหรีจัด เพศหญิงจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ เพศชายจะพบว่ามี การตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วน ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง

#### 6. ผลต่อเหงือกและฟัน

ผู้ที่สูบบุหรีเกิดโรคของเหงือกและฟันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี ทำให้ฟันมีสีเหลือง และผู้ที่สูบนาน ๆ ฟันจะมีสีดำ ทำให้เกิดกลิ่นปากและฟันผุร่อน

### สาเหตุของการสูบบุหรี่

ในเรื่องสาเหตุของการสูบบุหรี่นั้น ได้วิเคราะห์ประเด็นของการสูบบุหรี่ว่า อาจเป็นปัจจัยเดียวหรือหลาย ๆ ปัจจัยก็ได้ที่เกิดในคนคนนั้น แล้วส่งผลให้คนนั้นสูบบุหรี่ ซึ่งสรุปปัจจัยต่าง ๆ ได้ดังนี้<sup>(33)</sup>

1. **การเอาแบบอย่างตามกลุ่ม** ในเด็กนักเรียนโดยเฉพาะวัยรุ่น มักจะใช้กลุ่มอ้างอิงเสมอ ในแง่ความคิด ความรู้สึก การกระทำ ทั้งนี้เพราะบุคคลต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และต้องการการยอมรับจากกลุ่ม ซึ่งเข้าทำนองที่ว่า “เข้าเมืองตาหลิ่ว ต้องหลิ่วตาตาม” เมื่อกลุ่มที่ตนเองใช้เป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference Group) สูบบุหรี่ บุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มนั้นก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย

2. **การอยากลองทำ** นักเรียนวัยรุ่นกำลังมีความกระตือรือร้นที่อยากรู้อยากลองอยากมีประสบการณ์ต่าง ๆ ดังนั้นการสูบบุหรี่ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่เขายากลอง ซึ่งไม่ใช่สิ่งแปลกประหลาดแต่อย่างใด การทำครั้งแรกได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกลุ่ม ยิ่งทำให้มีผลต่อการสูบบุหรี่ต่อไปมาก หรือรสชาติของการสูบบุหรี่ในครั้งแรกนั้นถูกกระตือรือร้นของเขา ก็ยังมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ต่อไปเพิ่มมากขึ้น

3. **การเอาแบบอย่างตามบุคคลอื่น** ในสังคมทุกสังคมจะมีบุคคลทุกประเภทที่สูบบุหรี่ เด็กนักเรียนจะเห็นพ่อแม่ ครูอาจารย์ ดาราภาพยนตร์ หรือแม้แต่แพทย์ที่สูบบุหรี่ ดังนั้นเด็กนักเรียนก็เอาตามอย่างบ้างโดยการลองสูบบุหรี่ดู

4. **กิจกรรมสังคม** ถ้าจะกล่าวว่าการสูบบุหรี่เป็นกิจกรรมหนึ่งของสังคมก็คงไม่ผิด เมื่อมีการรวมกลุ่มทางสังคม นอกจากจะมีกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบกันแล้ว การดื่มเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่มักจะตามมาเสมอ บุหรี่มีไว้ต้อนรับแขกในงานสังคม เช่นเดียวกันพวกเครื่องดื่มทั้งที่มีและไม่มีแอลกอฮอล์

5. **ธรรมเนียม** ในชุมชนบางแห่ง เช่น ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือรวมทั้งบางส่วนของประเทศไทย ซึ่งในสมัยโบราณจะเห็นได้ชัดว่า มีการจัดหมากพลู บุหรี่ต้อนรับแขก เมื่อแขกไปเยี่ยมก็ต้องมีการสูบบุหรี่ ไม่เช่นนั้นจะถือว่าไม่มีจิตใจเป็นมิตร การใช้นิบบุหรี่ต้อนรับกลายเป็นการแสดงถึงน้ำใจไมตรีที่มีต่อกัน

6. **ความต้องการหลีกเลี่ยงการต่อว่าหรือตำหนิติเตียน** เด็กนักเรียนโดยเฉพาะวัยรุ่นเริ่มแสดงความเป็นผู้ชายให้สังคมได้รู้จัก ถ้าคนไหนสูบบุหรี่ไม่เป็นจะถูกตำหนิ หรือพูดจาถากถางด้วยคำว่า “เด็กทารก” “คางคก” “ตัวเมีย” ซึ่งแสดงว่าคนนั้นไม่มีลักษณะเป็นชาย เป็นการสร้างความคิดที่ผิด ๆ ที่ว่าผู้ชายต้องสูบบุหรี่

7. กลไกของการปรับตัว (Mental Mechanism) บุคคลเป็นจำนวนมากใช้การสูบบุหรี่เป็นทางออกของความตึงเครียดทางอารมณ์ เมื่อเกิดความกดดันก็หันไปสูบบุหรี่ โดยหวังว่าการสูบบุหรี่จะช่วยระงับอาการเหล่านั้น

8. การมีบุหรี่ปัจจุบันโดยทั่วไปและการโฆษณาทางสื่อมวลชน เพราะความสะดวกในการหาซื้อบุหรี่ปัจจุบันที่มีจำหน่ายอยู่ทั่วไปทุกหนทุกแห่ง และการหาซื้อบุหรี่ปัจจุบันได้ง่าย จึงมีส่วนทำให้คนสูบบุหรี่ปัจจุบันมากขึ้น ถ้าการจำหน่ายบุหรี่ปัจจุบันมีเฉพาะที่และหาซื้อได้ยากแล้ว การสูบบุหรี่ปัจจุบันก็คงจะลดเป็นจำนวนมาก ประกอบด้วยการโฆษณาทางสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุ โทรทัศน์ ล้วนมีผลให้คนสูบบุหรี่

ทองหล่อ เดชไทย<sup>(34)</sup> ได้กล่าวถึงสาเหตุของการสูบบุหรี่และการติดบุหรี่ปัจจุบันไว้ว่า

1. เป็นการกระตุ้นบุคคลจะใช้บุหรี่ปัจจุบันเพื่อกระตุ้นให้สามารถทำงานอย่างกระฉับกระเฉงไม่เฉื่อยชา ช่วยให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เหน็ดเหนื่อย หรืออ่อนเพลีย

2. เป็นสิ่งยึดเหนี่ยว เนื่องจากบางคนชอบดูดควันบุหรี่ปัจจุบันที่ลอยขึ้นไปในอากาศหรือชอบกลิ่นบุหรี่ปัจจุบันนอกจากนั้นยังพอใจในความเกี่ยวข้องกันระหว่างปากและมือขณะสูบบุหรี่ปัจจุบันอีกด้วย บุคคลประเภทนี้ไม่ชอบการที่จะปล่อยให้มือว่าง หรือขาดการเคลื่อนไหว เพราะอาจทำให้เกิดการประหม่า ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง โดยปกติแล้วบุคคลประเภทนี้เป็นคนที่มักจะติดกับกิจกรรมทางสังคมที่ไม่คุ้นเคย จึงจำเป็นต้องใช้บุหรี่ปัจจุบัน เป็นเครื่องนำทางหรือยึดเหนี่ยว เพื่อทอดหรือปิดบังความรู้สึกที่ตื่นเต้นต่อสถานการณ์ต่าง ๆ

3. ช่วยผ่อนคลาย บุคคลที่สูบบุหรี่ปัจจุบันเพื่อการผ่อนคลายนี้ เป็นการแสดงพฤติกรรมที่มาจากการสร้างสถานการณ์ขึ้น เพราะผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันมีความเชื่อว่าบุหรี่ปัจจุบันสามารถช่วยผ่อนคลายได้ เนื่องจากสูบบุหรี่ปัจจุบันในช่วงเวลาที่สบายใจ เช่น ภายหลังจากรับประทานอาหารเช้า ซึ่งตามความเป็นจริงแล้ว สิ่งที่ทำให้สบายใจหรือผ่อนคลายนั้นเกิดจากกระบวนการย่อยอาหาร การสูบบุหรี่ปัจจุบันในช่วงนี้จึงทำให้รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ช่วยผ่อนคลายได้

4. เป็นการระบาย บุคคลบางคนจะสูบบุหรี่ปัจจุบัน เพื่อลดหรือขจัดความรู้สึกทางลบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะมีความเครียดหรือไม่สบายใจ ในกรณีนี้เป็นการใช้บุหรี่ปัจจุบันเพื่อระบายอารมณ์เครียด เช่นเดียวกับยากล่อมประสาทซึ่งจะพบได้ในบางคนที่จะพยายามแก้ปัญหาส่วนตัวบางอย่างด้วยการสูบบุหรี่ปัจจุบัน

5. เนื่องจากความอยาก ปกติสารที่รู้จักในนาม นิโคติน ซึ่งพบในใบยาสูบนั้น จะสามารถทำให้เกิดผลเช่นเดียวกับยาเสพติดอื่น ๆ คืออาจทำให้มีอาการไม่พึงปรารถนาอันเนื่องมาจาก

การหยุดหรือเลิกใช้ เพราะนิโคตินที่สะสมในร่างกายจะทำให้เกิดความต้องการ หรือความอยากในการสูบบุหรี่หรืออยู่เรื่อย ๆ

6. นิสัย สำหรับกรณีนี้เป็นการที่บุคคลจุดบุหรี่อย่างลึ้มตัว ซึ่งเป็นการกระทำที่เรียกว่า เป็นนิสัย บางครั้งอาจจุดมวนใหม่ทั้ง ๆ ที่มวนเก่ากำลังวางอยู่ในที่เขี่ยบุหรี่ ทั้งนี้เพราะบุคคลเกิดความเคยชินกับการได้ใช้ริมฝีปากสัมผัสกับบุหรี่อยู่ตลอดเวลา ด้วยเหตุนี้ทำให้การสูบบุหรี่กลายเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันที่ต้องกระทำร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ขณะใช้ความคิดหรือดื่มกาแฟ เป็นต้น

ในทางจิตวิทยาของการสูบบุหรี่ ได้อธิบายสาเหตุที่ทำให้คนติดบุหรี่มี 3 สาเหตุ<sup>(15)</sup>

คือ

1. เหตุกระตุ้น
2. เหตุสนับสนุน
3. เหตุโน้มเอียงในบุคลิกภาพ

1. เหตุกระตุ้น เป็นสาเหตุจากความเครียดอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะวัยรุ่น เช่น ความประหม่า เขิน กระสับกระส่าย อึดอัด กลุ้มใจ ฯลฯ จึงใช้บุหรี่เป็นที่พึ่งเพราะจะช่วยให้มีอะไรทำ หายเขิน หายประหม่า สมองแจ่มขึ้น ทำให้ใจเย็นขึ้น หายอึดอัด สบายใจขึ้น

2. เหตุสนับสนุน ได้แก่ การได้มาหรือการซื้อหาบุหรี่ได้ง่าย เช่น อยู่ในร้านขายบุหรี่ พ่อแม่สูบบุหรี่ เพื่อทั้งกลุ่มสูบกันเป็นส่วนมาก ได้รับการโฆษณาเชิญชวนทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยนักขายผู้ที่เด่น ๆ เช่น ดารา ศิลปินชื่อดังที่ปรากฏในภาพยนตร์ทีวี หรือตามป้ายโฆษณาต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลสูงต่อเด็กก่อนวัยเรียน และวัยรุ่น

3. เหตุโน้มเอียงในบุคลิกภาพ ได้แก่ พันธุกรรม และองค์ประกอบในบุคลิกภาพทางด้านพันธุกรรม มีนักจิตวิทยาหลายท่าน ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างนิสัยในการสูบบุหรี่กับลักษณะอื่น ๆ ที่ได้มาจากพันธุกรรมว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อกัน ซึ่งทำนองเดียวกันกับคนติดเหล้า มักมีประวัติการใช้เหล้าในพ่อแม่ ทางด้านองค์ประกอบทางบุคลิกภาพ มีการศึกษาวิจัยหลายเรื่องพบว่า คนที่สูบบุหรี่และคนที่ไม่สูบบุหรี่มีบุคลิกภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่า คนที่ชอบสูบบุหรี่มักเป็นคนหุนหัน เปิดเผย กระตือรือร้น ต้องการต่อต้าน อำนาจบังคับบัญชา ผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งมีลักษณะอารมณ์ตั้งเครียด วิตกกังวล เจ้าอารมณ์ มีลักษณะทางประสาท ซึ่งเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้คนหันไปพึ่งบุหรี่

### ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียง

การสูบบุหรี่นอกจากจะโทษต่อผู้สูบเองแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในบรรยากาศของการสูบบุหรี่สูดเอาควันพิษเข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตรายได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่

ควันบุหรี่มี 2 ชนิดคือ ควันสายหลัก (Main stream smoke) หมายถึง ควันที่ผู้สูบบุหรี่เข้าไปในปาก และควันสายข้างเคียง (Side stream smoke) หมายถึง ควันที่ลอยออกจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดไว้ ส่วนใหญ่แล้วควันที่ลอยอยู่ทั่วไปมาจากควันสายข้างเคียงถึงร้อยละ 85 ของควันบุหรี่ โดยควันบุหรี่ที่พ่นจากปากผู้สูบจะมีสารพิษน้อยลง เนื่องจากปอดของผู้สูบได้ดูดซึมสารพิษบางส่วนไว้แล้ว ดังนั้นควันบุหรี่ที่บุคคลข้างเคียงกับผู้สูบบุหรี่จะได้รับเข้าไป ก็คือควันสายข้างเคียง ซึ่งมีปริมาณความเข้มข้นของสารพิษต่าง ๆ สูงกว่า และมีขนาดเล็กกว่าควันที่พ่นออกจากปากผู้สูบ จึงสามารถผ่านลงไปปอดได้ดีกว่า และจากการวิเคราะห์ปัสสาวะ เลือด และน้ำลาย สามารถพิสูจน์ได้ว่าการหายใจเอาควันบุหรี่ในอากาศรอบตัวเข้าไปโดยที่ไม่ได้สูบบุหรี่นั้น ทำให้ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายได้ สำหรับผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียงมีดังนี้<sup>(32)</sup>

1. เด็ก การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวทำให้อุบัติการณ์ของโรคหลอดลมอักเสบและปอดอักเสบในวัยทารก และในกลุ่มอายุต่ำกว่า 2 ปี เพิ่มขึ้น และยังมีผลเสียต่อเนื่องในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่อีกด้วย
2. หญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ จะประสบปัญหาน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์เพิ่มน้อยกว่าปกติ และมีโอกาสแท้ง คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอดมากเป็น 2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดรกเกาะต่ำ และรกลอกตัวก่อนกำหนดมากขึ้น ลูกที่คลอดจากแม่ที่สูบบุหรี่อาจจะมีน้ำหนักและความยาวน้อยกว่าปกติ พัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติ อาจมีความผิดปกติทางระบบประสาท และมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงกว่าลูกที่คลอดจากมารดาที่ไม่สูบบุหรี่
3. คู่แต่งงานของผู้สูบบุหรี่ คู่แต่งงานของผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่าคู่แต่งงานของผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี
4. บุคคลทั่วไป บุคคลทั่วไปที่ต้องอยู่ในบรรยากาศที่ผู้อื่นสูบบุหรี่ ควันบุหรี่จะทำให้เกิดการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล โดยเฉพาะผู้ที่มีการหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดลมอักเสบ ก็จะทำให้มีอาการของโรคเพิ่มขึ้น

เมื่อ พ.ศ. 2530 คณะกรรมการวิทยาศาสตร์ทางด้านสุขภาพ และการสูบบุหรี่ ประเทศอังกฤษได้ประกาศผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่หายใจเอาควันบุหรี่เข้าไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากห้องทำงาน หรือสถานที่แออัดเต็มไปด้วยควันบุหรี่ มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปอดถึงร้อยละ 10-30 และมีชาวอังกฤษ ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดปีละประมาณ 1,500 คน จากการได้รับควันบุหรี่ และจากสาเหตุเดียวกันนี้ทำให้ชาวอเมริกันเสียชีวิตปีละ 4,000-6,000 คน<sup>(35)</sup> และองค์พิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environmental Protection Agency) ของรัฐบาลสหรัฐอเมริกาได้ประกาศให้ควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อม (Environmental Tobacco Smoke) เป็นสารก่อมะเร็งกลุ่มที่ร้ายแรงที่สุด ซึ่งเรียกว่า "Class A Carcinogen" ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ.2536

จะเห็นได้ว่า ควันบุหรี่ทำให้ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่อยู่ในบรรยากาศของการสูบบุหรี่ คือเป็นผู้สูบบุหรี่โดยอ้อมสามารถเกิดโรคต่าง ๆ ได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ และการอยู่ในห้องที่มีการสูบบุหรี่ทุก ๆ 20 มวน จะทำให้ได้รับควันบุหรี่เป็นปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 มวน เพราะฉะนั้นผู้สูบบุหรี่ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อผู้อื่นด้วย และการสูบบุหรี่ในที่ทำงานหรือที่ชุมชนไม่ใช่เป็นสิทธิส่วนบุคคล แต่เป็นสิทธิทางสังคม ดังที่ได้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบขึ้นในปี พ.ศ. 2535 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม เป็นต้นไป

### ผลกระทบของบุหรี่ต่อปัญหาเศรษฐกิจ

ในแต่ละปีคนไทยสูบบุหรี่ไม่ต่ำกว่า 30,000 ล้านมวน คิดเป็นมูลค่ากว่า 150,000 ล้านบาท ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 11.4 ล้านคนเศษ คิดเป็น 1 ใน 5 ของประชากรทั้งประเทศซึ่งถ้าเพียงร้อยละ 1 ต้องป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ เช่น มะเร็งปอด โรคหัวใจขาดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ ก็จะมีผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาถึงปีละ 100,000 คน และหากรัฐบาลต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพียงคนละ 10,000 บาทต่อปี รัฐจะต้องจ่ายเงินถึง 1,000 ล้านบาท นอกจากนี้ยังสูญเสียแรงงานที่เกิดจากความเจ็บป่วย การด้อยคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ที่สุขภาพเสื่อมโทรมเพราะพิษของบุหรี่

### ผลกระทบของบุหรี่ต่อสังคม

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการใช้ยาเสพติดชนิดต่าง ๆ พบว่าร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดกัญชาและฝิ่น ร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้าจะเริ่มจากการสูบบุหรี่ก่อนทั้งสิ้น ซึ่งเท่ากับว่าการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจะนำไปสู่ปัญหาการใช้ยาเสพติด และปัญหาต่าง ๆ ที่ผิดกฎหมายก็จะตามมา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและมีผลต่อสังคมอย่างมาก



### ผลกระทบของบุหรี่ต่อสิ่งแวดล้อม

นอกจากบุหรี่จะทำให้บ้านเมืองสกปรกแล้ว ควันบุรียังก่อให้เกิดอากาศเป็นพิษ โดยเฉพาะในสถานที่แออัด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ นอกจากนี้บุรียังเป็นสาเหตุของการเกิดเพลิงไหม้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ของตนเองและผู้อื่น

### กฎหมายกับการสูบบุหรี่

ประเทศไทยได้มีความเคลื่อนไหวในการออกระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่โดยความเคลื่อนไหวนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่หนึ่งเป็นการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการผลิต ได้แก่ ควบคุมการปลูกยาสูบ การผลิตและจำหน่ายในชั้นตอนและขบวนการต่าง ๆ เช่น การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย การมีค่าเตือนโทษภัยของบุหรี่ นโยบายเกี่ยวกับภาษีและราคาบุหรี่ เป็นต้น และกลุ่มที่สองเป็นออกกฎระเบียบเกี่ยวกับบริโภค ซึ่งเกี่ยวกับการสูบบุหรี่โดยตรง เช่น การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การมิให้เยาวชนสูบบุหรี่ เป็นต้น<sup>(36)</sup> ซึ่งเหตุการณ์สำคัญที่มาจากความเคลื่อนไหวนี้ ในปี พ.ศ.2516 รัฐบาลประกาศ ปว.294 ห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี แต่ไม่ปรากฏการบังคับใช้ต่อมาในปี พ.ศ. 2517 แพทย์สมาคมได้ยื่นข้อเรียกร้องให้รัฐบาลดำเนินการควบคุมบุหรี่ 5 ข้อ และข้อที่ได้รับการสนองตอบ คือ โรงงานยาสูบพิมพ์คำเตือนระบุว่า “บุหรี่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ” และในปี พ.ศ. 2519 กรุงเทพมหานครได้ออกข้อบัญญัติห้ามสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์และรถโดยสารประจำทางจากนั้นมาก็ได้มีการดำเนินการด้านกฎหมายอีกหลายถึง 12 ปี จนกระทั่งในปี พ.ศ.2529 จึงเริ่มมีการใช้มาตรการทางด้านกฎหมายขึ้นอีกครั้งหนึ่ง แต่การใช้มาตรการทางด้านกฎหมายของประเทศไทยนั้น นับว่าเป็นอย่างช้า ๆ และต้องประสบกับปัญหาอีกหลายประการ เช่น ความล่าช้าของกระบวนการในการพิจารณากฎหมาย การขาดเจ้าหน้าที่ที่จะบังคับใช้และการขาดความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดจากประชาชน จนกระทั่งในปี พ.ศ.2532 รัฐบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เป็นองค์กรระดับชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งต่อมา คบยช. ได้มีส่วนสำคัญในการร่างกฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับ ในการคุ้มครองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่และควบคุมการบริโภคยาสูบ<sup>(37)</sup>

ในปี พ.ศ. 2535 ประเทศไทยจึงได้ผลักดันกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ ออกมาบังคับใช้ได้เป็นผลสำเร็จ 2 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 ซึ่งพระราชบัญญัติทั้ง 2 ฉบับนี้ นับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างมากในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

### พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535

จุดมุ่งหมาย เพื่อพิทักษ์สิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ มิให้ตกอยู่ในภาวะของการรับสารพิษจากควันบุหรี่ของผู้อื่นโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

สาระสำคัญ คือ

1. ให้สถานที่สาธารณะมีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดย
  - จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ หากผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท
  - จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานตามที่รัฐมนตรีกำหนด หากผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท
  - จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท
2. ห้ามมิให้ ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท

### พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535

จุดมุ่งหมาย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำต่าง ๆ ที่อุตสาหกรรมบุหรือนำมาใช้เพื่อเพิ่มยอดขาย อาทิเช่น การโฆษณา และการส่งเสริมการขายในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลให้การบริโภคยาสูบของประชาชนเพิ่มขึ้น

สาระสำคัญคือ

1. ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยน หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลซึ่งตนรู้หรือผู้ซื้อหรือผู้รับเป็นผู้มีอายุไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์ ฝ่าฝืนมีโทษจำคุก 1 เดือน ปรับไม่เกิน 2,000 บาท
2. ห้ามมิให้ผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขายฝ่าฝืนมีโทษจำคุก 1 เดือน ปรับไม่เกิน 2,000 บาท
3. ห้าม
  - 3.1 ขายสินค้าหรือให้บริการ โดยการแจก แถม ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแลกเปลี่ยนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ แล้วแต่กรณี
  - 3.2 ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยแจกแถม ให้หรือแลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่น หรือการให้บริการอย่างอื่นประกอบ
  - 3.3 ให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแก่ผู้นำหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบมาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ

ข้อ 3.1-3.3 ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

4. ห้ามมิให้ผู้ใด แจกจ่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบในลักษณะเป็นตัวอย่างของผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือเพื่อให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่หลาย หรือเป็นการจูงใจสาธารณชนให้เสพผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น ทั้งนี้เว้นแต่เป็นการให้ตามประเพณีนิยม ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

5. ห้ามมิให้ผู้ใด โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์ ทางวิทยุกระจายเสียงวิทยุโทรทัศน์หรือสิ่งอื่นใดที่ใช้เป็นการโฆษณาได้ หรือใช้ชื่อเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในการแสดง การแข่งขัน การให้บริการหรือการประกอบกิจกรรมอื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ให้สาธารณชนเข้าใจว่าเป็นชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ยกเว้นการถ่ายทอดสดรายการจากต่างประเทศ สิ่งพิมพ์ซึ่งจัดพิมพ์นอกราชอาณาจักร) ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 200,000 บาท

6. ห้ามมิให้ผู้ใด โฆษณาสินค้าที่ใช้ชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นเครื่องหมายของสินค้านั้นในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าหมายถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

7. ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้าเพื่อขาย หรือเพื่อจ่ายแจกเป็นการทั่วไป หรือโฆษณาสินค้าอื่นใดที่มีรูปลักษณ์ทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นสิ่งที่เลียนแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประเภท บุหรี่ซิการ์หรือบุหรี่ซิการ์ตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ หรือหีบห่อผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

8. ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จะขายได้จะต้องมีส่วนประกอบตามมาตรฐาน ที่กำหนดในกฎกระทรวง ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท

9. ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องแสดงฉลากที่หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ ก่อนที่จะนำออกจากแหล่งผลิตหรือก่อนที่จะนำเข้ามาในราชอาณาจักร ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท

หมายเหตุกฎหมายเริ่มประกาศใช้ตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ.2535 เป็นต้นไป

#### ผลดีของการเลิกบุหรี่<sup>(4)</sup>

1. ด้านสุขภาพ ผลดีของการงดสูบบุหรี่จะส่งผลให้โดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูบเอง และลดโอกาสที่จะเป็นโรคอันเกิดจากการได้รับควันบุหรี่ของผู้ไม่ได้สูบบุหรี่

1.1 ผู้เลิกบุหรี่มีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ประโยชน์ที่ได้รับจะยังคงอยู่ แม้ในคนที่เลิกสูบบุหรี่เมื่ออายุมากแล้ว ผู้ที่เลิกบุหรี่ก่อนอายุ 50 ปี จะลดความเสี่ยงที่จะตาย

ภายใน 15 ปี ลงได้ครึ่งหนึ่ง เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ การเลิกบุหรี่ในทุกอายุ ลดความเสี่ยงของการตายก่อนวัยอันควร ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว มีสุขภาพดีกว่าผู้สูบบุหรี่ ซึ่งวัดได้หลายวิธี เช่น จำนวนวันที่ป่วย และจำนวนครั้งที่ป่วย เป็นต้น

1.2 การเลิกสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงของมะเร็งปอดหลังเลิกสูบบุหรี่ได้ 10 ปี ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปอดเท่ากับร้อยละ 30-50 ของความเสี่ยงของผู้ที่สูบบุหรี่ หากระยะเวลาที่เลิกนานขึ้น ความเสี่ยงจะลดน้อยลงตามลำดับ

1.3 การเลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งในช่องปาก และหลอดอาหารลงไปครึ่งหนึ่ง ภายหลังจากได้หยุดสูบบุหรี่ลงแล้ว 5 ปี เมื่อเลิกสูบบุหรี่นานต่อไป ความเสี่ยงลดลงตามลำดับ การเลิกสูบบุหรี่ ลดความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งตับอ่อน แม้ว่าความเสี่ยงที่ลดลงไปนี้วัดได้ภายหลังจากหยุดสูบบุหรี่ไปแล้ว 10 ปี

1.4 การเลิกสูบบุหรี่ ลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งในกระเพาะปัสสาวะลดลงไป ร้อยละ 50 หลังจากเลิกสูบบุหรี่ไปเพียง 2-3 ปี การเลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งของปากมดลูกลงเป็นอย่างมาก ภายใน 2-3 ปีที่หยุดสูบบุหรี่

1.5 การเลิกสูบบุหรี่ ลดความเสี่ยงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างมากทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ในทุกวัย ภายหลังจากเลิกสูบบุหรี่ได้ 1 ปี ความเสี่ยงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงครึ่งหนึ่ง และต่อไปลดลงอย่างช้า ๆ เป็นลำดับ ภายหลังจากเลิกสูบบุหรี่ 5 ปี ความเสี่ยงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ในคนที่เป็โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ออกกำลังกายได้มากขึ้น การเลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบตันและโรคหลอดเลือดในสมองแตก (ประเภท Subarachnoid hemorrhage)

1.6 การเลิกสูบบุหรี่ ลดอัตราการมีอาการของระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ มีเสมหะ หายใจมีเสียงวี๊ด และการติดเชื้อ เช่น หลอดลมอักเสบ และปอดบวม เป็นต้น การเลิกสูบบุหรี่ทำให้การทำงานของปอดดีขึ้น ร้อยละ 5 หลังจากหยุดสูบบุหรี่แล้ว 2-3 เดือน อัตราการตายของโรคถุงลมโป่งพอง ลดลงภายหลังจากเลิกสูบบุหรี่

1.7 การเลิกสูบบุหรี่มีผลต่อการเจริญพันธุ์ ได้มาก หญิงมีครรภ์ที่หยุดสูบบุหรี่ สัปดาห์ที่ 30 ของการตั้งครรภ์ จะได้บุตรมีน้ำหนักตัวมากกว่าหญิงที่สูบบุหรี่ตลอดเวลาตั้งครรภ์ การเลิกสูบบุหรี่ภายใน 2-3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ปกป้องมิให้ทารกได้รับผลเสียจากการสูบบุหรี่ของแม่ต่อน้ำหนักตัวของเด็กแรกเกิด

1.8 การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นและจะลดลงเมื่อเลิกสูบบุหรี่ เมื่อเทียบระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่กับที่ไม่สูบบุหรี่

บุหรี ในกลุ่มที่ผู้สูบบุหรี แผลในกระเพาะอาหารเป็นรุนแรงกว่า หายยากกว่า เมื่อหายแล้วมีโอกาสขึ้นใหม่มากกว่า และยาสำหรับรักษาโรคนี้ส่วนใหญ่ใช้ไม่ได้ผลดีในกลุ่มผู้สูบบุหรี

1.9 มีหลักฐานที่แสดงว่า การสูบบุหรีทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่นในคนชาติตะวันตก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณรอบ ๆ ตา และริมฝีปาก ทำให้แก่ก่อนวัย

1.10 หลังเลิกสูบบุหรีแล้ว น้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้น เฉลี่ยแล้วน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเพียง 4 ปอนด์ (2.3 กิโลกรัม) หลังเลิกสูบบุหรีการเพิ่มน้ำหนักตัวนี้ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพน้อยมาก สาเหตุที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นคือ รับประทานอาหารมากขึ้น และการให้กำลังงานลดลง

1.11 หลังเลิกสูบบุหรี มีผลทางจิตวิทยาและพฤติกรรม ผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้น หลังจากเลิกสูบบุหรี คือ อารมณ์วิตกกังวล กระสับกระส่าย ความคับข้องใจ โกรธตั้งสมาธิลำบาก หิว และมีความอยากบุหรี อาการเหล่านี้จะหายหมดไปในระยะสั้น ๆ เว้นแต่การหิว และมีความอยากบุหรี เมื่อเลิกสูบบุหรีใหม่ ๆ อาจมีความบกพร่องในการปฏิบัติงานง่าย ๆ ประเภทที่ต้องการสมาธิอยู่เป็นระยะเวลาสั้น ๆ แต่ความจำ การเรียนรู้ และการปฏิบัติงานที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จะทำได้โดยไม่มี ความบกพร่อง ผู้เลิกสูบบุหรีไปแล้ว มีพฤติกรรมเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคมกกว่าผู้สูบบุหรีอยู่ ดังนั้น สุขภาพจะดีขึ้นจากปัจจัยอื่น ๆ ด้วย<sup>(38)</sup>

2. ด้านเศรษฐกิจ เป็นผลต่อเศรษฐกิจของตนเอง ทั้งช่วยประหยัดเศรษฐกิจของประเทศชาติ ในการนำมาใช้ในเรื่องความเจ็บป่วย ความพิการ และความตาย สาเหตุมาจากบุหรี นอกจากนี้ยังเพิ่มปริมาณและคุณภาพในการทำงาน เนื่องจากลดเวลาที่สูญเสียไป หรือทำงานไม่ได้เต็มที่ในขณะที่สูบบุหรี หรือป่วยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากสูบบุหรี

3. ด้านสังคม การงดสูบบุหรีทำให้สังคมไม่ยอมรับการสูบบุหรีมากขึ้น เพราะทราบถึงอันตรายของบุหรี เริ่มรังเกียจการสูบบุหรี ทำให้ลดผู้สูบบุหรีลงได้ ทั้งยังเป็นการเคารพสิทธิของผู้อื่นในการได้รับอากาศบริสุทธิ์ และเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เยาวชนในการเข้าสังคมโดยไม่ต้องสูบบุหรี

4. ด้านสภาพและสิ่งแวดล้อม การงดสูบบุหรีทำให้บ้านเมืองสะอาด เพราะไม่มีเศษก้นบุหรีทิ้งไว้ และลดอากาศเป็นพิษอันเนื่องมาจากควันบุหรี โดยเฉพาะในสถานที่แออัด ทำให้ผู้อื่นไม่เป็นโรคอันเกิดจากการได้รับควันบุหรีทางอ้อม ทั้งยังเป็นการป้องกันเพลิงไหม้อันมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรีด้วย

## ความรู้ (Knowledge)

เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์โดยการเรียนรู้โดยการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (S-R) แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพทางจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้จึงเป็นขบวนการภายในอย่างไรก็ตามความรู้ก็ส่งผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ได้<sup>(39)</sup>

พจนานุกรมของ The Lexticon Webster (Dictionary Encyclopedia Edition, 1977:531)<sup>(40)</sup> ให้ความหมายว่า ความรู้ คือ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง, กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาหรือการค้นคว้า หรือเป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่, สิ่งของหรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต, ประสบการณ์ หรือจากรายงานการรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและอาศัยเวลา

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน<sup>(41)</sup> ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง (Fact) หรือเนื้อหาความรู้, ความคิด, การหยั่งรู้, การเห็น หรือความสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ หรือความรู้เป็นนามธรรม เป็นขบวนการทางจิตวิทยาของความจำ การจัดระบบระเบียบข้อมูลใหม่และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ความรู้ในความหมายของ พรศรี อภิลลิต<sup>(42)</sup> หมายถึง ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับจากการศึกษา ค้นคว้า หรือสังเกต แล้วรวบรวมเป็นความจำเก็บสะสมไว้ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ระลึกได้ หรือสิ่งที่จำออกมาให้ปรากฏสังเกตได้และวัดได้โดยอาศัยความสามารถและทักษะทางสติปัญญาสอดคล้องกับความหมายที่ สมชาย ระมาศ<sup>(43)</sup> ให้ไว้ว่าความรู้เป็นความสามารถทางสติปัญญาในการเรียนรู้สาระต่าง ๆ โดยเริ่มจากระดับความรู้ที่ต่ำกว่าไปยังระดับความรู้ที่สูงขึ้น

กรุณา วรภักดีภมร<sup>(40)</sup> กล่าวว่า ความรู้หมายถึง การรู้เรื่องราว ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ได้รับเกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของหรือบุคคล ซึ่งเกิดจากการศึกษา ค้นคว้า สังเกต และประสบการณ์ โดยที่มนุษย์สามารถจดจำและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่เรียกเอาสิ่งที่จำได้ออกมาให้ปรากฏให้สังเกตได้ วัดได้ รวมทั้งสามารถถ่ายทอดให้บุคคลอื่นรับทราบได้

Good, Carter V<sup>(44)</sup> กล่าวถึงความหมายของความรู้ไว้ว่า หมายถึง การประมวลประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับจากการศึกษาข้อเท็จจริงปรากฏการณ์ และรายละเอียดต่าง ๆ โดยผ่านกระบวนการรวบรวมและสะสมไว้เพื่อสำหรับนำไปใช้ประโยชน์

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ความรู้เป็นได้ทั้งข้อเท็จจริง (Fact) เป็นได้ทั้งเรื่องราว กฎเกณฑ์ ข้อห้ามที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการเรียนหรือการทำงาน และสำหรับในงานวิจัยนี้การจะเกิดความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานนั้นอาจเริ่มจากการจดจำหรือระลึกได้ถึงความปลอดภัยในการทำงานที่ตนรับรู้มาตั้งแต่เริ่ม และนำสิ่งที่ได้รับรู้นั้นไปใช้ในสถานการณ์จริงในการทำงานฝ่ายการวิเคราะห์ ประเมิน<sup>(45)</sup>

Benjamin S. Bloom <sup>(46)</sup> ได้กล่าวถึงความสามารถที่เกิดจากเรียน โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. ความรู้ ทำให้ทราบถึงความสามารถในการจำ และการระลึกถึงเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เคยพบมาแล้ว แบ่งออกเป็น

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาโดยเฉพาะ
- 1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีและการดำเนินการที่เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด
- 1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวความคิดและโครงสร้าง

2. ความเข้าใจ ทำให้ทราบถึงความสามารถในการใช้สติปัญญา และทักษะเบื้องต้น แบ่งออกเป็น

- 2.1 การแปลความ คือ แปลจากแบบหนึ่งไปสู่อีกแบบหนึ่ง โดยรักษาความหมายได้
- 2.2 การตีความ คือ ขยายจากเนื้อหาเดิมด้วยการสร้างขึ้นด้วยรูปแบบใหม่

ถูกต้อง

3. การนำไปใช้
4. การวิเคราะห์
5. การสังเคราะห์
6. การประเมินค่า

### ประเภทของความรู้

บลูม และคณะ (Bloom et al., 1971:271-273 อ้างถึงในกรรณา วรภักดีภมร)<sup>(40)</sup> ได้แบ่งประเภทของความรู้ออกเป็น 3 ข้อ ดังนี้

1. ความรู้ในเฉพาะสิ่ง (Knowledge of specifics) คือ การระลึกถึงสิ่งเฉพาะและชิ้นส่วนของสารที่อยู่โดดเดี่ยว เน้นสัญลักษณ์ที่มีความหมายเชิงรูปธรรม เฉพาะเจาะจงรายละเอียดที่ปลีกย่อยของข่าวสาร ซึ่งจำแนกลงไปได้ดังนี้

1.1 ความรู้เกี่ยวกับคำเฉพาะ (Knowledge of terminology) เป็นได้ทั้งทางภาษาและไม่ใช้ภาษารวมถึงสัญลักษณ์ประเภทต่าง ๆ

1.2 ความรู้ในข้อเท็จจริงเฉพาะ (Knowledge of specific facts) เป็นความรู้ในเรื่องวันที่ เหตุการณ์ บุคคล หรือสถานที่

2. ความรู้เรื่องวิธีและวิธีการจัดการกระทำกับสิ่งเฉพาะ (Knowledge of way and means of dealing with specifics) คือ ความรู้ในวิถีทางการศึกษา การตัดสินใจ การวิพากษ์วิจารณ์ ค้นคว้า หรือการจัดระเบียบต่าง ๆ แบ่งได้เป็น

2.1 ความรู้แบบแผนนิยม ประเพณี (Knowledge of conventions)

2.2 ความรู้เรื่องแนวโน้มและลำดับเหตุการณ์ (Knowledge of trends and sequences) เป็นความรู้ในเรื่องกระบวนการ และทิศทางของปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับเวลา

2.3 ความรู้เกี่ยวกับการจัดจำพวกและประเภท (Knowledge of classification and categories) เป็นการจัดเรียบเรียง เป็นชั้น, ชุด, ส่วน

2.4 ความรู้เรื่องเกณฑ์ (Knowledge of methodology) เป็นความรู้เรื่องเกณฑ์ตามข้อเท็จจริง หลักการ ความเห็น และพฤติกรรมที่ได้รับการทดสอบหรือตัดสิน

2.5 ความรู้เรื่องระเบียบวิธี เป็นความรู้เรื่องวิธี เทคนิค กระบวนการ เน้นความรู้ของแต่ละบุคคลในเรื่องวิธีการมากกว่าความสามารถ

3. ความรู้เรื่องสากลและเรื่องนามธรรมในสาขาต่าง ๆ (Knowledge of the universals and abstractions in field) คือ ความรู้เรื่องแผนและรูปแบบที่สำคัญ ที่ได้รับการจัดรวบรวมเป็นโครงสร้าง ทฤษฎี นำมาใช้ศึกษาปรากฏการณ์หรือแก้ปัญหา ได้แก่

3.1 ความรู้เกี่ยวกับหลักและข้อสรุป (Knowledge of principles and generalizations) เป็นความรู้เรื่องความเป็นนามธรรมบางอย่างในการอธิบาย บรรยาย ทำนาย หรือกำหนดการกระทำ

3.2 ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง (Knowledge of theories structures) เป็นความรู้เรื่องตัวหลักการและข้อสรุปทั่วไป แสดงให้เห็นภาพของเหตุการณ์ปัญหาได้อย่างชัดเจน

สรุปได้ว่า ความรู้นั้นแบ่งเป็น 1.) ความรู้ขั้นต้นพื้นฐานที่ไม่ชัดเจน เช่น คำ สัญลักษณ์ บุคคล ฯลฯ 2.) ความรู้ที่สามารถจัดการกับสิ่งนั้น ๆ ได้ ที่พัฒนาขึ้นมาได้ เช่น การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ แบบแผน 3.) ความรู้ขั้นสูงเพื่อการประยุกต์ใช้ให้เกิดการพัฒนามากขึ้น เช่น หลักเกณฑ์ ทฤษฎี



นอกจากนี้ เบนจามิน เอส บลูม ยังได้แบ่งระดับของความรู้ ออกเป็น 5 ระดับดังนี้

1. ระดับที่ระลึกได้ (Recall) หมายถึงการเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะวิธีปฏิบัติ กระบวนการและแบบแผนได้ ความสำเร็จในระดับนี้คือ ความสามารถในการนำข้อมูลจากความจำออกมาได้
2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หมายถึง บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถที่จะเขียนข้อความเหล่านั้นได้ ถ้อยคำของตนเองสามารถแสดงให้เห็นด้วยภาพ (Illustration) ให้ความหมาย แปลความและเปรียบเทียบความคิดเห็นอื่น ๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้
3. ระดับการนำไปใช้ (Application) เป็นระดับที่ผู้เรียนสามารถนำเอาข้อเท็จจริง ตลอดจนความคิดที่เป็นนามธรรมปฏิบัติได้จริงตามรูปธรรม
4. ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถใช้ความคิดในรูปของการนำแนวความคิดมาแยกเป็นส่วน ประเภท หรือนำเอาข้อมูลต่าง ๆ มาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติตนเองมาประกอบกัน แล้วนำไปสู่การสร้างสรรค์ (Creating) ซึ่งเป็นสิ่งใหม่จากเดิม
5. ระดับการสังเคราะห์ (Synthesis) ได้แก่ การนำข้อมูล และแนวความคิดประกอบไปสู่การสร้างสรรค์ (creating) เป็นสิ่งใหม่ เช่น การเขียนเพื่อสื่อความคิด ความรู้สึกไปยังบุคคลอื่น
6. ระดับการประเมินผล (Evaluation) คือ ความสามารถใช้ความรู้เพื่อจัดตั้งเกณฑ์การรวบรวมข้อมูล การวัดข้อมูลตามมาตรฐานเพื่อให้ข้อตัดสินถึงระดับของประสิทธิภาพของกิจกรรมแต่ละอย่าง

### การวัดความรู้

การวัดความรู้เป็นการวัดสภาพสมองด้านการระลึกออกมาจากความจำ ความสามารถ ความเข้าใจ เกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่ได้รับจากการศึกษาและประสบการณ์ ซึ่งการวัดความรู้ ความจำ ความจำนั้นสามารถสร้างคำถามวัดสมรรถภาพด้านนี้ได้หลายลักษณะ คำถามที่ตั้งขึ้นในแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ของผู้ตอบ โดยมากมักจะมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ<sup>(47)</sup>

1. เพื่อกำหนดระดับความรู้ของผู้ตอบและผลกระทบต่อทัศนคติ
2. เพื่อวัดสติปัญญาของผู้ตอบซึ่งจะนำไปสู่การอธิบายตัวแปรพฤติกรรมและทัศนคติ
3. เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนหรือองค์การจากผู้เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด แต่ที่นิยมคือ การใช้แบบทดสอบ ซึ่งผู้ถูกทดสอบจะแสดงออกมาทางพฤติกรรม เช่น พูด เขียน ทำทาง เพื่อสามารถสังเกตเห็นคุณลักษณะของบุคคลนั้นได้

รูปแบบทดสอบมี 3 ลักษณะ

1. แบบทดสอบปากเปล่า หรือสัมภาษณ์
2. แบบทดสอบข้อเขียน แบ่งเป็น 2 แบบ
  - 2.1 แบบความเรียง เป็นการอธิบายเรื่องราว บรรยาย วิพากษ์วิจารณ์
  - 2.2 แบบจำกัดความ เป็นการพิจารณาเปรียบเทียบข้อความหรือรายละเอียด

มี 4 แบบ

- 2.2.1 แบบถูกผิด (True – False)
- 2.2.2 แบบเติมคำ (Supply Completion Type)
- 2.2.3 แบบเลือกตอบ (Multiple Choice)
- 2.2.4 แบบจับคู่ (Matching)

3. แบบทดสอบปฏิบัติ เป็นการตอบสนองด้วยการปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นท่าทางหรือคำพูด เช่น แสดงละคร พิมพ์ดีด ฯลฯ

### ทัศนคติ (Attitude)

คำว่า “ทัศนคติ” หมายถึง “เจตคติ” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Attitude” มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “Apicus” แปลว่า โน้มเอียง เหมาะสม<sup>(48)</sup> ในความหมายเดียวกันมีนักการศึกษาและนักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่า “ทัศนคติ” ไว้ดังนี้

ไพศาล หวังพานิช<sup>(49)</sup> ให้ความหมายของคำว่า “ทัศนคติ” หมายถึง ความรู้สึกภายในของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันเป็นผลจากประสบการณ์การเรียนรู้ เกี่ยวกับสิ่งนั้นและความรู้สึกดังกล่าวจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมหรือแนวโน้มของการตอบสนองต่อสิ่งนั้นในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง อาจเป็นทางสนับสนุนหรือโต้แย้งคัดค้านก็ได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ<sup>(50)</sup> กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นผลรวมของความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งใด หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้นในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ<sup>(51)</sup> กล่าวว่า ทัศนคติเป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ ความรู้สึกและทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งใด หรือเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบ หรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น

พะยอม วงศ์สารศรี<sup>(52)</sup> กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นสภาพจิตใจที่มีอิทธิพลต่อความคิด การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ ทักษะคิด สามารถเปลี่ยนแปลงได้ถ้าสภาพแวดล้อมหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป หรือได้รับข้อมูลใหม่ โดยทั่วไปเชื่อกันว่า ทักษะคิดมีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล

Ernest McCormick and Daniel Ilgen<sup>(45)</sup> ให้ความหมายว่า ทักษะคิดเป็นความเชื่อที่เป็นผลมาจากระดับความรู้สึกชอบ/ไม่ชอบภายในของแต่ละบุคคล โดยจะรู้สึกได้ทั้งต่อบุคคล สิ่งของ หรือสภาวะการณ์ใด ๆ

Allport<sup>(27)</sup> วิเคราะห์ความหมายของทักษะคิดว่า ทักษะคิดเป็นสภาวะความพร้อมทางจิต ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ สภาวะความพร้อมนี้จะเป็นตัวกำหนดทิศทาง หรือเป็นตัวกระตุ้น ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

Ian Glendon et al.<sup>(53)</sup> กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นการรวบรวมแนวคิด ความรู้ที่ผ่านมา และแสดงออกเป็นความรู้สึกต่อสิ่งของ หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

Thjurstone<sup>(54)</sup> ได้ให้คำจำกัดความของทักษะคิดไว้ว่า เป็นความรู้สึกที่แรงกล้าของบุคคล ในด้านบวกหรือด้านลบ โดยจะมีผลในการยอมรับหรือไม่ยอมรับต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็น สัญลักษณ์ บุคคล คำพูด ความคิด เป็นต้น

Kiesler, Collins and Miller<sup>(2)</sup> ได้อธิบายความหมายของทักษะคิดว่าเป็นสภาวะความพร้อมที่จะตอบสนองหรือแสดงออกของบุคคลในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งจะทำให้บุคคลยอมรับต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

Thorndike RL. And Hagen E.<sup>(55)</sup> ได้ให้ความหมายทักษะคิดว่าเป็นตัวแปรทางจิตวิทยา อย่างหนึ่งที่ไม่ได้สังเกตได้ง่าย ๆ เป็นความโน้มเอียงที่แสดงออกให้เห็นพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ทักษะคิดเป็นเรื่องของความชอบไม่ชอบ ความลำเอียง ความรู้สึกและความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

จากความหมายทั้งหมด ทักษะคิดจึงเป็นแนวคิดเห็นที่มีต่อบุคคลมีต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวทั้งที่จับต้องได้ และไม่ได้ เป็นความพร้อมที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแนวความคิดเห็นของตน ทักษะคิดต่อความปลอดภัยในการทำงานของคนงานแต่ละคน จึงเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงองค์ความรู้หรือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาว่าคนงานมีความเห็นอย่างไร และจะมีการแสดงออกในทิศทางใด<sup>(45)</sup>

**องค์ประกอบของทัศนคติ**

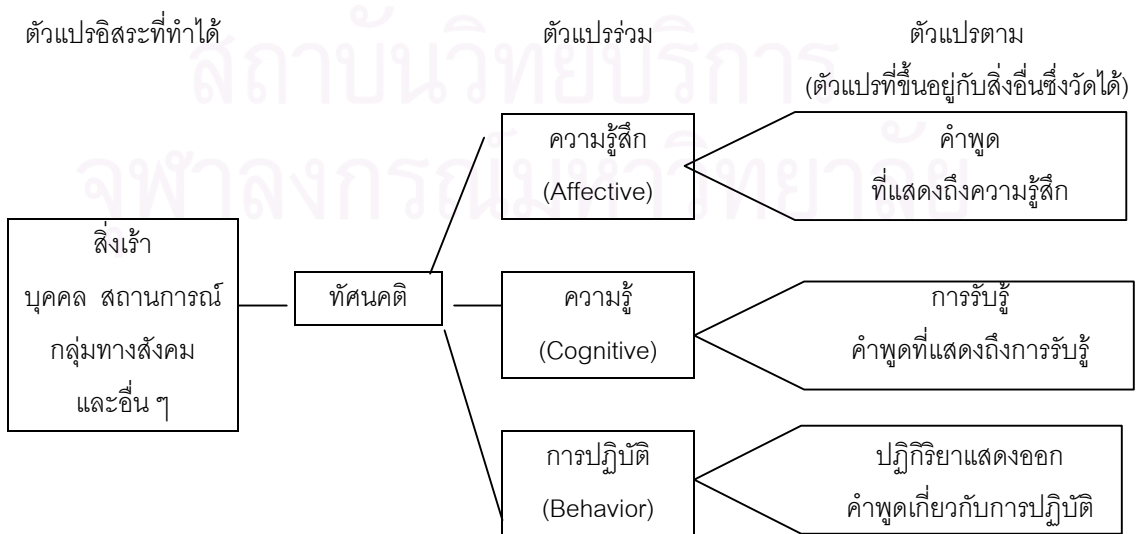
ฟรีแมน (Freeman) ได้จำแนกองค์ประกอบของเจตคติไว้ 3 ประการ ดังนี้ อ้างใน วัชมี ธิมาบุตร<sup>(56)</sup>

1. องค์ประกอบทางด้านกรรับรู้ (Cognitive component) เป็นเรื่องของการรับรู้ของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจเป็นการรับรู้เกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ บุคคล หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ารู้สิ่งต่างๆ ดังกล่าวนั้นได้อย่างไร รู้ในทางที่ดีหรือไม่ดี ในทางบวกหรือทางลบ ซึ่งจะก่อให้เกิดเจตคติ ถ้าเรารู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดี เราก็จะมีเจตคติต่อสิ่งนั้นในทางที่ดี และถ้ารับรู้สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ไม่ดี เราก็จะมีเจตคติไม่ดีต่อสิ่งนั้นด้วย ถ้าเราไม่รู้จักสิ่งใดเลยก็จะไม่เกิดขึ้นหรือไม่มีสิ่งใดในโลก เราก็จะไม่เกิดเจตคติต่อสิ่งใด ๆ เลย

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component of Feeling Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งถูกเร้าขึ้นจากการรู้นั้น เมื่อเราเกิดการรับรู้สิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้ว จะทำให้เราเกิดความรู้สึกในทางที่ดีหรือไม่ดี ถ้าเรารู้สึกต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางที่ไม่ดี เราก็จะไม่ชอบหรือไม่พอใจในสิ่งนั้น ซึ่งความรู้สึกนี้จะทำให้เกิดเจตคติในทางใดทางหนึ่ง คือ ชอบหรือไม่ชอบ ความรู้สึกนี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเปลี่ยนแปลงได้ยากมาก ไม่เหมือนกับความจริง (Facts) ต่าง ๆ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าถ้ามีเหตุผลเพียงพอ

3. องค์ประกอบทางด้านแนวโน้มในเชิงพฤติกรรม หรือการกระทำ (Action Tendency Component, or Behavioral Component) เป็นความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งนั้น ๆ ในทางใดทางหนึ่ง คือ พร้อมที่จะสนับสนุน ช่วยเหลือ หรือในทางทำลายขัดขวาง ต่อสู้

**องค์ประกอบของทัศนคติ**



แผนภูมิที่ 1 แสดงองค์ประกอบของทัศนคติ<sup>(50)</sup>

สงวน สุทธิเลิศอรุณ<sup>(57)</sup> กล่าวว่า ลักษณะของทัศนคติเป็น 2 มิติ คล้าย ๆ กับวัตถุซึ่งเป็นมิติกว้างขวางและมีมิติความยาว ทัศนคติประกอบด้วยมิติดังต่อไปนี้

1. ทิศทาง (Direction) มีอยู่ 2 ทิศทาง คือ ทางบวก และทางลบ ทางบวกได้แก่ ความรู้หรือท่าทีในทางที่ดี ชอบหรือพึงพอใจ ส่วนทางลบจะเป็นไปในทางตรงกันข้าม ได้แก่ ความรู้สึกหรือท่าทีไม่ดี ไม่ชอบหรือไม่พึงพอใจ

2. ความเข้ม (Magnitude) มีอยู่ 2 ขนาด คือ ความเข้มมาก และความเข้มน้อย ถ้าบุคคลมีทัศนคติที่มีความเข้มมากจะเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยทั่วไปทัศนคติมีลักษณะละเอียดดังนี้

2.1 เจตคติเป็นผลมาจากการที่บุคคลประเมินสิ่งเร้า แล้วแปรเปลี่ยนมาเป็นความรู้สึกภายในที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการที่จะแสดงพฤติกรรม

2.2 ทัศนคติของบุคคลจะแปรค่าได้ทั้งในด้านคุณภาพและความเข้ม โดยจะแปรค่าได้ทั้งมาก ปานกลาง และน้อย นั่นคือ ทัศนคติจะมีทั้งทางบวกและทางลบ

2.3 ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้มากกว่าที่จะมีมาแต่กำเนิด หรือโครงสร้างภายในของตัวบุคคล หรืออู่อุณหภูมิภาวะ

2.4 ทัศนคติขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าทางสังคม

2.5 ทัศนคติที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้าที่เป็นกลุ่มเดียว อาจมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

2.6 ทัศนคติมีความหมายที่อ้างอิงถึงตัวบุคคลหรือสิ่งของ นั่นคือ เจตคติเกิดจากสิ่งที่มีตัวตน และสามารถอ้างอิงได้

2.7 ทัศนคติจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกชอบ หรือความเชื่อของคนต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้

2.8 ทัศนคติเป็นภาวะทางจิตใจ ที่มีอิทธิพลต่อการคิดและการกระทำของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะมันเป็นส่วนหนึ่งที่กำหนดทิศทางไว้ว่า ถ้าบุคคลประสบสิ่งใดแล้ว บุคคลจะมีท่าทีต่อสิ่งนั้น ๆ ในลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งเฉพาะ

อารี ศรีรัญพงศ์<sup>(58)</sup> ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลปกติจะต้องประกอบด้วยอาการครบ 32 ประการ เช่นเดียวกับรูปสามเหลี่ยมต้องประกอบด้วย 3 ด้าน สำหรับทัศนคติมีองค์ประกอบอยู่ 3 ประการ ซึ่งประกอบกันเป็นทัศนคติของบุคคล ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบที่ 1 รูปสามเหลี่ยมแสดงองค์ประกอบของเจตคติ <sup>(58)</sup>

1. ด้านความรู้สึก การที่บุคคลจะมีทัศนคติอย่างไร เช่น ชอบหรือไม่ชอบ อะไรก็ตามขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบสำคัญที่สุด คือ ความรู้สึก เพราะความรู้สึกจะบ่งชี้ว่าชอบหรือไม่ชอบ
2. ด้านความรู้ บุคคลจะมีทัศนคติอย่างไรต้องอาศัยความรู้หรือประสบการณ์ว่าเคยรู้จักหรือเคยรับรู้มาก่อน มิฉะนั้นบุคคลจะไม่อาจกำหนดความรู้สึกหรือทำที่ว่าชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งมีฉะนั้นมีอาจบอกถึงทัศนคติของตนได้
3. ด้านพฤติกรรม บุคคลจะมีทัศนคติอย่างไรให้สังเกตจากการกระทำหรือพฤติกรรม ถึงแม้ว่าพฤติกรรมจะเป็นองค์ประกอบสำคัญของทัศนคติ แต่ยังมีมีความสำคัญน้อยกว่าความรู้สึก

### ทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดหรือเปลี่ยนทัศนคติ

ทฤษฎีที่อธิบายถึงการเกิด หรือเปลี่ยนทัศนคติมีอยู่หลายทฤษฎี โดยในการศึกษานี้เลือกมาอธิบายดังนี้<sup>(45)</sup>

1. ทฤษฎีความสอดคล้อง (Consistency Theory) มีพื้นฐานอยู่ที่สภาวะความสมดุลทำให้ทัศนคติมีความคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนภาวะไม่สมดุลเกิดจากการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องทำให้เกิดความเครียด และกระตุ้นให้เปลี่ยนทัศนคติ
2. ทฤษฎีความขัดแย้ง (Dissonance Theory) ความรู้ ความเห็น ความเชื่อ เมื่อขัดแย้งกันจะทำให้ไม่สบายใจ ถ้ามากถึงระดับหนึ่งก็จะเปลี่ยนความเชื่อหรือพฤติกรรม หรืออาจลดความขัดแย้งนั้นโดยหาความรู้หรือเหตุผลอธิบาย

3. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ต้องอาศัยการเสริมแรง การวางเงื่อนไข เช่น การจัดอบรม การฝึกสอน ฯลฯ

4. ทฤษฎีการพิจารณาดัดสินสังคม (Social Judgement Theory) เชื่อว่าข้อมูลที่มา จากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือได้สูงจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนทัศนคติ และเชื่อว่าทัศนคติเดิมมีอิทธิพลต่อการพิจารณาข้อมูลที่ได้รับ

5. ทฤษฎีหน้าที่ของทัศนคติ (Functional Theory) ทัศนคติที่ทำหน้าที่ต่างกันจะถูกเร้า ด้วยสถานการณ์ที่ต่างกันจะถูกเร้าด้วยสถานการณ์ที่ต่างกันและเปลี่ยนเนื่องจากอิทธิพลที่ไม่เหมือนกัน

6. ทฤษฎีตามแนวความคิดของทริแอนดิส

เมื่อองค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่งของทัศนคติเปลี่ยนอีก 2 องค์ประกอบก็มีแนวโน้ม เปลี่ยนตามทิศทางเดียวกัน เช่น เมื่อองค์ประกอบด้านความรู้เปลี่ยน จะทำให้ความรู้สึกเปลี่ยน ตามสุดท้ายพฤติกรรมก็มีแนวโน้มเปลี่ยนด้วย

จากหน้าที่ของทัศนคติ และการเปลี่ยนทัศนคติดังกล่าว อาจแสดงให้เห็นได้ว่าบุคคลจะ เกิดหรือเปลี่ยนทัศนคติได้เพราะอะไรบ้าง เช่น ถ้าทัศนคติทำหน้าที่ให้ความรู้ ความเข้าใจ บุคคลก็ จะยินดีรับทราบข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น ถ้าทัศนคติทำหน้าที่ป้องกันตนเอง อาจ เปลี่ยนทัศนคติได้ยาก ถ้าทัศนคติทำหน้าที่ช่วยปรับตัว อาจเปลี่ยนได้ยากหากไม่มีทัศนคติอื่นมา เป็นตัวเลือก ถ้าทัศนคติแสดงออกถึงค่านิยม อาจเปลี่ยนได้ยากถ้าไม่ได้เริ่มจากการเปลี่ยนค่านิยม เดิมเป็นต้น นอกจากนี้พบว่า การเปลี่ยนทัศนคติ โดยส่วนใหญ่จะเปลี่ยนโดยมีกระบวนการต่อ เนื่องมากกว่าเปลี่ยนอย่างกระชั้นหัน จึงเห็นได้ว่าทัศนคตินั้นมีความสำคัญในการกำหนดหรือ ทำนายพฤติกรรมได้ และในขณะเดียวกันพฤติกรรมก็มีผลต่อทัศนคติด้วยเช่นกัน เช่น ถ้าบุคคลมีทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานที่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย แต่ ถ้าบุคคลมีทัศนคติต่อความปลอดภัยในการทำงานที่ไม่ดี ก็จะไม่ตระหนักถึงความปลอดภัยในการทำงาน เช่น ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตราย

### การวัดทัศนคติ

อุทุมพร (ทองอุไทย) จามามาน<sup>(41)</sup> กล่าวว่า โดยทั่วไปการวัดทัศนคติมักจะหมายถึงสภาวะ ทางจิตที่กำหนดการคิดที่มีพื้นฐานมาแล้ว โดยชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นและความเชื่อ ความคิดเห็น หมายถึง สภาวะทางจิตเฉพาะเรื่อง ส่วนความเชื่อ หมายถึง สิ่งที่คุณส่วน มากเห็นพ้องต้องกัน

การวัดทัศนคติมีหลายวิธีทั้งทางตรงและทางอ้อม การวัดทางตรงเป็นการใช้สเกลวัดในรูปแบบต่าง ๆ ส่วนการวัดทางอ้อมเป็นการสังเกตพฤติกรรม โดยส่วนใหญ่แล้วนิยมใช้การวัดทางตรงด้วยสเกลวัดทัศนคติ (Attitude Scale) ที่สำคัญ ๆ มีดังนี้ ( อ่างใน กัญชลา ศรีสวัสดิ์ )<sup>(45)</sup>

1. สเกลจัดอันดับ (Rating Scale) เป็นการให้บุคคลจัดอันดับในเรื่องใดเรื่องหนึ่งว่าจะจัดอันดับตัวเองว่าเป็นอย่างไร คำตอบส่วนใหญ่จะอยู่ในจุดกลางเพราะคนทั่วไปไม่นิยมแสดงออกซึ่งความรุนแรง

2. ลิเคิทสเกล (Likert Scale) เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด เพราะง่ายแก่การวัดระดับทัศนคติ ซึ่งคำตอบสำหรับในแต่ละข้อความสามารถตอบได้ 5 ทาง คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การให้คะแนนก็จะพิจารณาตามลักษณะของข้อความเชิงบวก/ลบ

3. เฮอร์สโตนสเกล (Thurstone Scale) เป็นการให้น้ำหนักหรือคะแนนแต่ละข้อความที่ประกอบขึ้นเป็นสเกล ข้อความแต่ละข้อความจะมีน้ำหนักในแต่ละช่วงเท่ากัน

4. กัทแมนสเกล (Guttman Scale) เป็นการวิเคราะห์มาตราส่วน เช่น ถ้าตอบเห็นด้วยกับข้อความในข้อ 2 แล้ว จะต้องเห็นด้วยกับข้อความ 1 มาก่อน ในลักษณะนี้ไปเรื่อย ๆ

### พฤติกรรม (Behavior)

สมโภชน์ เขียมสุภาษิต (อ่างในสุรสิทธิ์ อินอุ้นโชค)<sup>(59)</sup> ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออกมา ตอบสนอง หรือโต้ตอบสิ่งใดสิ่งหนึ่งในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่ง ที่สามารถสังเกตเห็นได้

ราชบัณฑิตยสถาน<sup>(60)</sup> ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

ปตินันท์ อุปชัมย์<sup>(61)</sup> กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นการกระทำหรือการแสดงออกทุกอย่างของมนุษย์ที่สามารถสังเกตเห็นหรือสัมผัสได้ด้วยประสาททั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้นและกาย เช่น การร้องไห้ การหัวเราะ การเดิน การวิ่ง หน้าซีด หน้าแดง ลักษณะตัวร้อน ตัวเย็นกว่าปกติ และสิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออกตอบสนองและโต้ตอบสิ่งใดสิ่งใดในสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใดที่สามารถสังเกตเห็น ได้ยินได้ นับได้และวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุนิยม ไม่ว่าจะการตอบสนองจะเกิดภายในหรือภายนอกก็ตาม เช่น การร้องไห้ กิน วิ่ง การเต้นของหัวใจ หรือการกระตุกของกล้ามเนื้อ เป็นต้น นอกจากนี้ การกระทำที่แสดงออกมา โดยสามารถสังเกตเห็น หรือ



สามารถใช้เครื่องวัดได้ เช่น การยิ้มแย้ม หัวเราะ เป็นต้น หรืออะไรก็ตามที่อินทรีย์กระทำหรือแสดงออกสามารถที่จะสังเกตเห็นได้ บันทึกได้ และศึกษาได้ในทำนองเดียวกัน<sup>(61)</sup> ที่กล่าวว่าทุกอย่างที่บุคคลกระทำไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มองเห็นหรือไม่ก็ตาม ไม่ว่าบุคคลจะรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม และเป็นสิ่งซึ่งสามารถบันทึกได้ สังเกตได้ และศึกษาได้ เช่น การเดิน การยืน การพูด การคิด การกล้ว การร้องไห้ หรือการโกรธ เป็นต้น<sup>(59)</sup>

พฤติกรรมของมนุษย์ที่ปรากฏตามธรรมชาติจะเป็นอาการกระทำหรือปฏิกิริยาที่แสดงออกเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า สิ่งเร้า (stimuli) คือ ตัวการที่ทำให้บุคคลแสดงอาการตอบโต้ออกมา และจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่จะแสดงอาการตอบสนองออกมาในลักษณะหนึ่ง ๆ ความรุนแรงของการตอบสนองขึ้นอยู่กับความมากน้อยของสิ่งเร้า

### ประเภทของพฤติกรรมมนุษย์

จากความหมายของพฤติกรรมมนุษย์ข้างต้นอาจแบ่งประเภทพฤติกรรมมนุษย์ได้ 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตได้ โดยใช้ประสาทสัมผัสหรือใช้เครื่องมือ พฤติกรรมภายนอกยังแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 พฤติกรรมภายนอกที่ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือในการสังเกตหรือพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ง่าย เช่น การเคลื่อนไหวของแขน ขา การเต้นของหัวใจ เป็นต้น เรียกว่า พฤติกรรมโมลาร์ (Molar Behavior)

1.2 พฤติกรรมภายนอกที่ต้องอาศัยเครื่องมือในการสังเกต คือ พฤติกรรมที่เราไม่สามารถเห็นด้วยตาเปล่า เช่น การทำงานของคลื่นสมองจะต้องใช้เครื่องมือวัด พฤติกรรมประเภทนี้เรียกว่า พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular Behavior)

2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ได้แก่ พฤติกรรมที่เจ้าตัวเท่านั้นรับรู้ เช่น การได้ยินการเข้าใจ การรู้สึกหิว ซึ่งพฤติกรรมที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมภายในมี 4 ลักษณะ คือ

2.1 พฤติกรรมที่เป็นความรู้สึกจากการสัมผัส (Sensitive) เช่น การเห็น การได้ยิน การรู้สึกการสัมผัส และการมีความสุขใจ เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมที่เป็นการเข้าใจหรือตีความ (Interpreting) เช่น เมื่อเรามองตาเพื่อนก็เข้าใจเพื่อนได้

2.3 พฤติกรรมที่เป็นความจำเป็น (Remembering) เช่น เมื่อมีโทรศัพท์เรียกเข้ามา เราอาจจำเสียงของเพื่อนได้

2.4 พฤติกรรมที่เป็นความคิด (Thinking) การคิดมีหลายชนิด อาจเป็นการคิดสร้างสรรค์หรือการคิดหาเหตุผลก็เป็นได้

อย่างไรก็ตามในทางพุทธศาสนา ได้จำแนกพฤติกรรมมนุษย์เป็น 3 ประเภท คือ

1. กายกรรม เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกาย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรง เช่น การเดิน ยืน นั่ง และการแสดงภาษาทางกาย (ยกคิ้ว หลับตา) ทางอ้อม เช่น การยิ้ม และกล่าวทัก เพื่อนด้วยลีลาต่าง ๆ
2. ทางวจีกรรม เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางวาจา ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรง เช่น การพูด การเจรจา ทางอ้อม เช่น พูดพร้อมจับมือ หรือแสดงความเป็นมิตร
3. ทางมโนธรรม เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงระดับจิตใจ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรง เช่น การมีจิตเป็นสมาธิ การมีน้ำใจ ทางอ้อม เช่น การคิดถึงเพื่อนที่โทรศัพท์หรือไปพบพร้อมมีของฝากที่ถูกใจเพื่อน เป็นต้น

ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ เชื่อว่าพฤติกรรมความปลอดภัยจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการด้วยกัน ซึ่งจำแนกได้ 3 ลักษณะ<sup>(62)</sup>

1. ปัจจัยที่ช่วยโน้มน้าว (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมของบุคคลที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งพฤติกรรมนี้เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือประสบการณ์ที่ได้รับ
2. ปัจจัยที่ช่วยสนับสนุน (Enabling Factors) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลต่าง ๆ มีโอกาสที่จะใช้บริการหรืออุปกรณ์ รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่และจัดหาไว้ให้อย่างทั่วถึง เช่น สถานพยาบาล อุปกรณ์ป้องกันอันตราย เป็นต้น
3. ปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้าง (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากปัจจัยข้างต้น ได้แก่ ปัจจัยที่เกิดจากการกระทำของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน นายจ้าง หรือบุคลากรอื่น ๆ รวมทั้งบุคคลที่เป็นสิ่งแวดล้อมในสังคมภายนอกบ้านหรือที่ทำงานด้วย ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการสั่งสอน อบรม กระตุ้นเตือน ชักจูง เป็นตัวอย่าง ดูแลควบคุม รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง

### การวัดพฤติกรรม

การศึกษาพฤติกรรมมีทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (อ้างถึงในสมชาย ระมาศ,2541)<sup>(47)</sup> กล่าวถึงวิธีการศึกษาพฤติกรรมไว้ดังนี้

## 1. การศึกษาพฤติกรรมโดยตรง

1.1 การศึกษาพฤติกรรมสังเกตแบบให้ผู้ถูกสังเกตรู้ตัว (Direct Observation) เช่น ครูสังเกตพฤติกรรมนักเรียนในชั้น ซึ่งบางคนอาจไม่แสดงพฤติกรรมที่แท้จริง

1.2 การสังเกตแบบธรรมชาติ (Naturalistic Observation) เป็นการสังเกตโดยที่ไม่รบกวนพฤติกรรมของผู้ถูกสังเกต ซึ่งจะได้พฤติกรรมที่แท้จริง

## 2. การศึกษาพฤติกรรมทางอ้อม

2.1 การสัมภาษณ์

2.2 การใช้แบบสอบถาม เหมาะสำหรับผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้และสามารถถามพฤติกรรมในอดีต หรือแนวโน้มในอนาคตได้

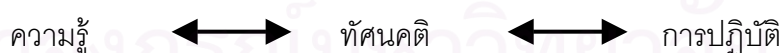
2.3 การทดลอง เป็นการที่ผู้ถูกทดลองอยู่ในสภาพการควบคุมที่ผู้ศึกษาต้องการ

2.4 การบันทึก ให้ทำบันทึกพฤติกรรมตนเอง เช่น บันทึกประจำวัน พฤติกรรมการกิน การนอน การทำงาน ฯลฯ

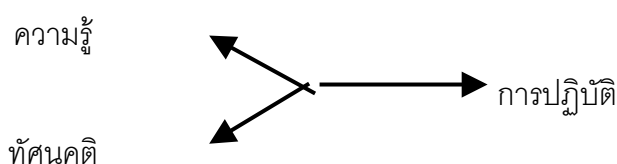
## ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

จากแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าการที่จะให้บุคคลเกิดพฤติกรรม ความปลอดภัยนั้น เกิดจากกระบวนการสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์กันได้ 4 แบบ ตามที่ ชวสท์ (Schwartz, 1975;28-31) อ้างถึงใน นลินี ประทับศร, 2543:58-9)<sup>(63)</sup> แบ่งไว้ ดังนี้

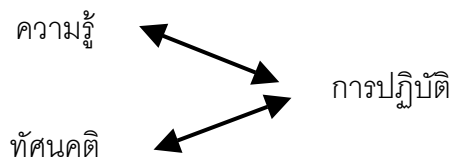
1. พฤติกรรมจะเป็นไปตามทักษะ และความรู้ที่บุคคลนั้นมีอยู่ โดยมีทักษะเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และพฤติกรรม คือ ทักษะจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และพฤติกรรมจะแสดงออกไปตามทักษะนั้น



2. พฤติกรรมที่เกิดจากความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์กัน หรือความรู้กับทักษะมีผลร่วมกัน เกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดพฤติกรรม



3. ความรู้และทัศนคติต่างทำให้เกิดพฤติกรรมได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่มีความเกี่ยวข้อง



4. ความรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้และพฤติกรรมตามความรู้นั้น หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อนแล้วพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นไปตามทัศนคตินั้น



### แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

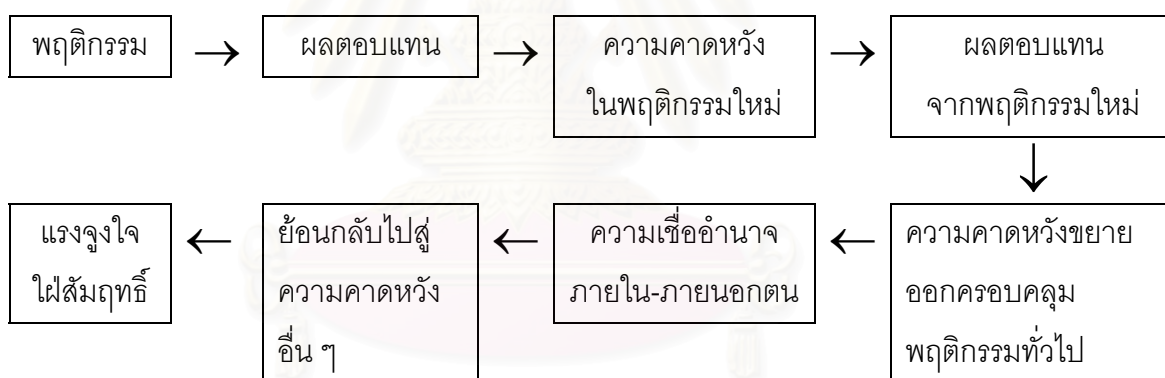
#### แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก (Locus of control)

แนวความคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก มีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ รอตเตอร์<sup>(64)</sup> ที่ได้ตั้งข้อสังเกตว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และได้อธิบายลักษณะทั่วไปของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก ว่า อำนาจภายในตนเกิดขึ้นเป็นขั้นตอนตามลำดับ เริ่มต้นจากผลการตอบแทนอันหนึ่งที่ได้มาจากพฤติกรรมอันใหม่ที่มีสภาพคล้ายกับสภาพการณ์เดิม และถ้าเป็นไปตามที่เขาคาดหวังไว้ ความคาดหวังของเขาจะเพิ่มขึ้น แต่ถ้าผิดหวังความคาดหวังของเขาจะลดลง แสดงว่าการลดหรือเพิ่มความคาดหวังนี้ก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอันใดอันหนึ่งก่อนแล้วจึงขยายครอบคลุมจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่คล้ายคลึงหรือเกี่ยวข้องกับสภาพการณ์เดิมกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล ถ้าประสบการณ์ที่ผ่านมาได้เสริมแรงบ่อยครั้งที่แสดงพฤติกรรมเช่นนี้จะทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่า เป็นผลจากทักษะหรือความสามารถของตน แต่ถ้าไม่ค่อยได้รับการเสริมแรงจะทำให้บุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ได้รับนั้นไม่ใช่ผลจากการกระทำของตน แต่เป็นเพราะโชค เคราะห์ ความบังเอิญ หรือสิ่งแวดล้อม บันดาลให้เป็นไปซึ่งเรียกความเชื่อนี้ว่าความเชื่ออำนาจภายนอก ความเชื่อหรือการรับรู้ดังกล่าวนี้เองจะย้อนไป

สู่ความคาดหวังในผลตอบแทนพฤติกรรมอันใหม่อีก กล่าวคือ ผู้ที่เชื่อโชคกลางย่อมจะหวังในผลตอบแทนจากการกระทำของตนได้น้อยกว่าผู้ที่เชื่อในความสามารถ หรือทักษะของตน ความเชื่อเช่นนี้จะเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้ระดับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Achievement Motive) ของตนบางคนที่แตกต่างกันดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

จากแผนภูมิจะทำให้มองเห็นอนุกรมของความเกี่ยวกันของพฤติกรรม (behavior) แรงเสริม (reinforcement) ความคาดหวัง (expectancies) และความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจภายใน-ภายนอกตน (locus of control) จากคำอธิบายข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความเชื่อ นำไปสู่แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (achievement motive) รอตเตอร์ยังกล่าวว่า ความคาดหวังที่เกิดจากพฤติกรรมในสถานการณ์ที่แตกต่างกันจะมีผลกระทบกระเทือนต่อการเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมในครั้งต่อไป ซึ่งอาจจะแตกต่างจากพฤติกรรมเดิม

### รูปแบบการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน



### แผนภูมิที่ 2 แสดงรูปแบบการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน<sup>(64)</sup>

รอตเตอร์<sup>(64)</sup> ได้สรุปความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ที่มีผลต่อพฤติกรรมไว้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้ต่อเหตุการณ์ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลอำนาจภายนอกตนที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่น บันดาลให้เป็นไป

2. บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดกับตนว่าเป็นผลจากการกระทำหรือจากความสามารถของตน ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เป็นมโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของบุคคล ในการมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมักมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองเพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยเป็นไปในทิศทางบวก กล่าวคือ จะเป็นบุคคลที่สนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพอนามัยเป็นอย่างดี ขวนขวายและแสวงหาความรู้เพื่อสุขภาพอยู่เสมอ รู้จักบริการทางด้านสุขภาพอนามัยและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งมักเชื่อว่า การจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับโชค เคราะห์ และชะตากรรม เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น ไม่สนใจใฝ่หาความรู้ หรือไม่มีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เหมาะสม<sup>(65)</sup>

### ทฤษฎีการเกิดหรือเปลี่ยนพฤติกรรม

นักจิตวิทยาากลุ่มพฤติกรรมนิยมเชื่อว่า การคิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในภายหลัง มักเกิดจากกระบวนการเรียนรู้เป็นสำคัญ ในขณะที่เดียวกันก็มีอีกหลายทฤษฎีที่อธิบายถึงหลักการไว้ ซึ่งในการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อความปลอดภัย ดังนี้

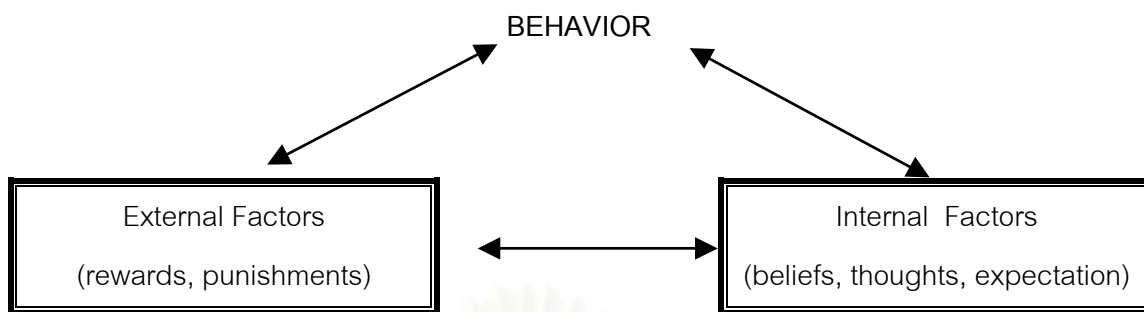
#### 1. ทฤษฎีการรับรู้ประสิทธิภาพแห่งตน (Theory of Self-Efficacy)

อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura, 1977 อ้างถึงใน Jerry M. Beurger)<sup>(66)</sup> พัฒนามาจากหลักการเรียนรู้ทางสังคมที่ได้อ้างถึงไว้ในสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมว่า พฤติกรรมมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งในการเกิดการเรียนรู้ทางสังคมนี้จะมีลักษณะที่ต้องอาศัยซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) ของสิ่งต่อไปนี้

- ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal Factors) เช่น ความเชื่อ ความคิด ความหวัง
- ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavior)
- ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (External Factors) เช่น การได้รับรางวัล การเลื่อน

ตำแหน่ง การขึ้นเงินเดือน การลงโทษ ฯลฯ

โดยทั้ง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กันดังนี้



สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลแตกต่างกันแตกต่างกันไปตามปัจจัยของแต่ละบุคคล หรือกิจกรรมนั้น ๆ หมายความว่า บุคคลแสดงการกระทำโดยรับรู้ความสามารถของตนเองและคาดหวังถึงผลกระทบบางอย่าง ซึ่งประสิทธิภาพแห่งตนที่บุคคลรับรู้และผลกรรมตามความคาดหวังของบุคคล จะส่งกลับไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ทฤษฎีนี้มีสมมติฐานว่าคนเรามีกระบวนการเชิงปัญญา หรือกระบวนการความรู้ (Cognitive Ability) ที่จะสามารถแสดงพฤติกรรมออกมาได้โดยการคิดหรือการดูตัวอย่างจากผู้อื่นหรือการเลียนแบบผู้อื่น โดยก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมจะมีความคาดหวังอย่างน้อย 2 อย่าง คือ ผลการกระทำ (outcome) และความสามารถของตนเอง (Efficacy) ที่จะทำด้วย ถ้าพบว่าตัวเองน่าจะมีความสามารถที่จะทำได้ก็จะทำ และจะไม่ทำถ้าพบว่าตัวเองไม่มีความสามารถที่จะทำได้

ดังนั้นการที่คนจะมีพฤติกรรมความปลอดภัยต่อการทำงานที่ดี จะต้องมีความรู้และความมั่นใจว่าตนเองสามารถป้องกันอันตรายจากการทำงานได้

## 2. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Planned Behavior)

ทฤษฎีได้รับการพัฒนาขึ้นโดย แอจเซน และ ฟิชบายน์ (Ajzen and fishbein, 1975) อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ)<sup>(50)</sup> ทฤษฎีนี้กล่าวว่าทัศนคติมีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จ โดยทั่วไปบุคคลที่เชื่อว่าหากปฏิบัติอย่างหนึ่งผลจะออกมาในแง่บวก ก็จะมีทัศนคติดีกับการปฏิบัตินั้น ความเชื่อนี้เรียกว่า “ความเชื่อต่อพฤติกรรม” (Behavior Beliefs) หรือเกี่ยวกับความเชื่อที่มีต่อบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่พิเศษ โดยจะเชื่อว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลนี้คิดว่าตนเองควรหรือไม่ควรปฏิบัติ ความเชื่อนี้เรียกว่า “ความเชื่อต่อบรรทัดฐาน” (Normative Beliefs) เช่น การที่รายได้จากการทำงานเพิ่มขึ้นจะทำให้ในครอบครัวมีเงินพอใช้จ่าย คนงานจึงปฏิบัติงานด้วยความรวดเร็วเพื่อให้ได้ชิ้นงาน และรายได้มากขึ้น เป็นต้น สรุปว่า พฤติกรรมของบุคคลจะถูกกำหนดโดยเจตจำนง และเจตจำนงนี้ถูกกำหนดด้วยความรู้สึนึกคิดหรือทัศนคติ และอิทธิพลของสังคม ความรู้สึนึกคิดเป็นผลจากการประเมินพฤติกรรมโดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่ว่าการกระทำนั้นดีหรือไม่ ส่วนอิทธิพลทางสังคมเป็นการรับรู้เกี่ยวกับกลุ่มสังคมว่าต้องการให้กระทำหรือไม่กระทำ

ดังนั้น การที่จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยต่อการทำงานที่ดี คนงานจะคำนึงถึงผลของการกระทำนั้นว่าจะออกมาในด้านดีต่อตนเอง และคนอื่น

### 3. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model)

แบบจำลองนี้พัฒนาจากนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน คือ ฮอชโบม, คีจเลส, ซีเวนทัล และโรเซนสต็อก (Godfrey M.Hochbaum, S.Stephen Kegeles, Howord Leveltal and Irwin M.Rosenstock, 1966 อ้างถึงในปัทมา พุ่มพาพันธ์<sup>(67)</sup>) เชื่อว่าสุขภาพที่ดีในความคิดของแต่ละคนนั้นไม่เหมือนกัน ทำให้มีผลต่อการยอมรับที่แตกต่างกันและมีผลกระทบถึงแรงจูงใจของแต่ละคนที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การไปรับการรักษาโรคตามโรคที่แพทย์ตรวจพบ) ภายใต้อาณัติเฉพาะอย่างเท่านั้น

หนทางที่บุคคลจะปฏิบัติหรือกระทำการใด เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยนั้น คือ จะต้องมีความเชื่อ ซึ่งมีหลักใหญ่อยู่ 4 ประการ คือ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถต้านทานต่อสภาวะได้ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลในเรื่องของการคาดคะเนว่าอาจป่วยซ้ำด้วยโรคเดิมอีก เช่น บางคนอาจปฏิเสธไม่เชื่อ หรือเชื่อว่ามีโอกาสเจ็บป่วยแน่นอน หรือมีโอกาสแต่ไม่มากนัก เพราะฉะนั้นการที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุในงานจึงขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้ของบุคคลนั้นต่อโอกาสหรือความเสี่ยง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การที่บุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย และประเมินผลที่ตามมา เช่น พิกار ตาย การหยุดงาน การเงินในครอบครัว และความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือหัวหน้างาน

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived Benefits) หมายถึง ความเป็นไปได้และผลดีจากการกระทำพฤติกรรมที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barrier) หมายถึง การที่บุคคลคิดถึงระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่มีประโยชน์ การรับรู้ว่าการกระทำสุขภาพจะทำให้เสียค่าใช้จ่าย เช่น ผลข้างเคียงจากการรักษา ความเจ็บปวด ความยากลำบาก การผิดหวัง การเสียเวลา เป็นต้น

สรุปว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมความปลอดภัยที่ดีเกิดจากการมีความรู้ความเข้าใจต่อสุขภาพที่ดี



## ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติด

จากประวัติศาสตร์อเมริกา ตั้งแต่ปี 1960 ได้มีการวิจัยความสัมพันธ์ของปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อการติดยาเสพติด ในเด็กวัยรุ่น ซึ่งได้แบ่งทฤษฎีการเกิดพฤติกรรมกรรมการติดยาเสพติดเป็น 6 ทฤษฎี ดังนี้<sup>(68)</sup>

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดโรค (Disease Model) กล่าวว่า การติดยาเสพติดเป็นโรคอย่างหนึ่ง ซึ่งใช้อธิบายควบคู่ไปกับ Psychological Theory และ Behavioral Theory โดยถือว่าการติดยาเสพติด แตกต่างจากโรคอื่น ตรงที่ไม่ได้มีการกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรคเป็นแบบแผนอย่างแน่นอน ทั้งนี้เพราะการติดยาเสพติดมีปัจจัยในการเกิดโรคหลากหลายปัจจัยด้วยกัน

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยา ได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทางจิตใจ (Mental Process) ในแต่ละบุคคล รวมถึงพลวัตทางจิตใจเพื่อใช้ในการตั้งสมมติฐานการติดยาเสพติดทฤษฎีทางจิตวิทยานี้สนับสนุนว่าสภาพภายในของบุคคล เช่น ความรู้สึก อารมณ์และบุคลิกภาพ เป็นสาเหตุแรกเริ่มของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Pathological Behavior)

3. ทฤษฎีพลวัตทางจิต (Psychodynamic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการติดยาเป็นอาการ (Symptom) ของพฤติกรรม หรือสภาวะปัญหาของอารมณ์ ซึ่ง Nystrom, Bal และ Labreque ได้มีการพยายามอธิบายการเกิดการติดยาเสพติด โดยใช้ทฤษฎีของ Sigmund Freud ซึ่งเชื่อว่าความต้องการทางร่างกาย เป็นความต้องการทางธรรมชาติของคนทำให้คนแสวงหาความสุขจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกายแตกต่างกันไปตามวัย ซึ่งหากไม่เป็นไปตามขั้นตอนก็จะเกิดภาวะ ข้างอยู่ (Fixation) ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพในแง่ลบ เช่น การเกิดภาวะข้างอยู่ในระยะปาก (Oral fixation) ได้ถูกนำมาอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการใช้ยาเสพติดกับการตอบสนอง ความพึงพอใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ติดเหล้า Glover พบว่าในช่วงวัยเด็กกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการตามพัฒนาการในช่วงระยะแรกของพัฒนาการจะทำให้เด็กเกิดความขัดแย้ง และมีพฤติกรรมที่รุนแรง เช่น โกรธ ก้าวร้าว หรือ แยกตัวเอง รวมทั้งก่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการใช้ยาเสพติด ซึ่งเป็นหนทางที่จะตอบสนองความพึงพอใจทางปาก<sup>(69)</sup>

Menninger ได้แสดงให้เห็นว่า ความต้องการทางปาก ถ้าหากไม่ได้รับการตอบสนอง จะทำให้เด็กโกรธ และแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวและความโกรธนั้นจะหันกลับเข้ามาทำร้ายตัวเอง โดยการเกิดพฤติกรรมกรรมการใช้ยาเสพติด เมื่อมารดาไม่สามารถตอบสนองความต้องการของลูกได้ ทำให้เด็กผู้ชายจะเกิดความรู้สึกผูกพันต่อบิดามากขึ้น กระทั่งกลายเป็นความรู้สึกของกลุ่มรักร่วมเพศ ซึ่งความรู้สึกนี้ จะถูกเก็บกดโดยการติดยาเสพติดได้เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ Psychodynamic Theory ได้แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เกิดจากการมีบุคลิกลักษณะ เช่น พึ่งพา ก้าวร้าว เอาแต่ใจตนเอง เฉยเมย และความรู้สึกไม่เพียงพอ รวมถึงความซึมเศร้าซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นตัวบ่งชี้ ภาวะอ่อนแอของ Ego (Ego Deficit)

สมมติฐานการใช้ยาทางจิตวิทยา อธิบายว่าการใช้สารและยาเสพติดชนิดอื่นเพื่อควบคุมภาวะอารมณ์ที่อ่อนแอ Khantzian กล่าวว่าบางคนใช้ยากระตุ้นเพื่อควบคุมภาวะเศร้า เบื่อหน่าย ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นผลจาก Ego Deficit ทั้งนี้

#### 4. ทฤษฎีการเรียนรู้และสิ่งแวดล้อม (Behavioral, Learning and Environment Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับทฤษฎีต่าง ๆ หลายทฤษฎี ดังนี้

##### 4.1 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การใช้ยาเสพติด เกิดจากการได้รับรางวัล และเกิดจากการเรียนรู้ซึ่งรวมปัจจัยทางการรับรู้ ซึ่งผู้มีทฤษฎีนี้หลายท่าน เช่น Abram, Niaura และ Bandura จะเห็นได้จากพฤติกรรมที่ดื่มเหล้า ซึ่งจะเป็น Psychoactive Agent เป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาทางจิตสังคมในสังคมสมัยใหม่ของวัฒนธรรมตะวันตก ซึ่งเด็กวัยรุ่นจะได้รับการปลูกฝังเกี่ยวกับทัศนคติ, ค่านิยม และรูปแบบการใช้ยาเสพติด ซึ่งเด็กเริ่มเรียนรู้ที่จะใช้มัน เพื่อที่จะช่วยลดภาวะตึงเครียด และควบคุมอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ในสังคม

##### 4.2 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ (Interactional Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่าพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดเป็นผลของการได้รับผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ระหว่างตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น ซึ่งถือว่าบุคคลเป็นปัจจัยที่สำคัญซึ่งจะถูกชักจูงจากปัจจัยทางอารมณ์ความคิด รวมทั้งช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ในสังคม

##### 4.3 ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy Theory)

ความคาดหวังเป็นกระบวนการทางการรับรู้ ซึ่งขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ต่าง ๆ การเสพยาเสพติดจะมีขึ้นเมื่อวัยรุ่นมีความคาดหวังในทางบวกในการใช้ยามากกว่าความคาดหวังในทางลบ

##### 4.4 ทฤษฎีการลดความตึงเครียด (Tension Reduction Theory / Stress Response Dampening)

ทฤษฎีนี้สนับสนุนทฤษฎีการเรียนรู้เกี่ยวกับการได้รับรางวัลโดย Conger กล่าวว่า การใช้ยาจะลดภาวะตึงเครียด ซึ่งประกอบด้วยความกลัว ความวิตกกังวล และรวมถึงความขัดแย้งซึ่งจะเป็นแรงจูงใจในการใช้ยาเสพติด

## ทฤษฎีวิวัฒนาการและความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ

จากการเปรียบเทียบทฤษฎีวิวัฒนาการกับจิตวิทยาพบว่า ในสัตว์แต่ละประเภทจะมีระดับความสนใจในการสำรวจสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆตัว แตกต่างกันไป เช่น การเข้าใกล้สิ่งเร้าที่แปลกใหม่และการเล่นในสิ่งที่เสี่ยงอันตราย ผลจากการศึกษาทำให้เชื่อได้ว่าความชื่นชอบในกิจกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดมาจากปัจจัยทางชีววิทยาที่มีความแตกต่างกันของสัตว์แต่ละตัว จากหลักฐานที่พบทำให้ทราบว่าความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจมีความเกี่ยวข้องกันกับความสำเร็จของวิวัฒนาการสืบเผ่าพันธุ์ เนื่องจากการรอดชีวิตของสัตว์เหล่านั้นต้องอาศัยการครอบครองอาณาเขต มีพฤติกรรมการเลือกคู่ผสมพันธุ์ตามธรรมชาติ และเมื่อเกิดการบุกรุกจากสัตว์อื่น ผู้ที่จะรอดชีวิตได้ก็จะต้องมีการสำรวจค้นหาอาณาเขตใหม่ไปเรื่อยๆ ซึ่งจากลักษณะทางธรรมชาติเช่นนี้ผู้ที่มีความอดทนและสามารถรอดชีวิตมาได้ก็จะเป็นสายพันธุ์ที่เข้มแข็งและมีการพัฒนาต่อไป<sup>(70)</sup>

## ทฤษฎีสัญชาตญาณและแรงขับ

ทฤษฎีทั่วไปได้กล่าวถึงความเป็นจริงของมนุษย์ที่ใช้เวลาส่วนมากในชีวิตหมดไปกับการสำรวจ และทำกิจกรรมที่แสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ โดยเชื่อว่า พฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นจากแรงจูงใจขั้นปฐมภูมิ ตัวอย่างเช่น ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการบริโภคอาหาร หรือความต้องการทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างอิสระตามธรรมชาติ โดยอาจเรียกได้ว่าเป็นสัญชาตญาณและแรงขับของมนุษย์

ฟรอยด์ (Freud)<sup>(71)</sup> กล่าวว่า สัญชาตญาณเป็นสิ่งที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิด ซึ่งทำให้คนเรามีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ โดยไม่จำเป็นต้องมีการเรียนรู้ เช่น เมื่อแวกคลอดทารกจะสามารถตอบสนองต่ออาหาร น้ำ ความรู้สึกร้อนหนาว ความรู้สึกเจ็บปวด ฯลฯ ได้ ดังนั้นลักษณะของสัญชาตญาณซึ่งเป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิดนี้จึงเป็นปฏิกิริยาที่มีผลต่อแรงจูงใจให้คนเราแสดงออกถึงพฤติกรรมต่าง ๆ

ลักษณะของสัญชาตญาณมี 2 ประเภท คือ<sup>(72)</sup>

1. สัญชาตญาณแห่งการดำรงชีวิตอยู่ นั่นคือ เมื่อร่างกายอยู่ในสภาวะที่ไม่สมดุลย์ ความไม่สมดุลย์ทางร่างกายจะเป็นสิ่งเร้า หรือเป็นแรงจูงใจให้ร่างกายได้มีพฤติกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้นเพื่อให้ร่างกายอยู่ในสภาวะที่สมดุลย์ อันเป็นผลทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ เช่น เมื่อเกิดความหิวจะต้องรับประทานอาหาร เมื่อเกิดความกระหายน้ำต้องดื่มน้ำ หรือเมื่อเกิดความรู้สึกเกรงกลัวว่าคนอื่นจะมาทำร้ายต้องมีการป้องกันตัวเอง ฯลฯ

2. สัญชาตญาณแห่งความตาย เป็นสัญชาตญาณที่แสดงออกในพฤติกรรมที่มีการเสี่ยงในอัตราสูง โดยพลังของสัญชาตญาณส่วนนี้จะค่อย ๆ สะสมอยู่ในตัวบุคคลตั้งแต่เกิด และเมื่อมีมากขึ้นเข้าก็จะพยายามหาทางออกหรือปลดปล่อยออกมา อาจเป็นการแสดงออกอย่างเปิดเผยเป็นพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน เช่น การแสดงท่าที่ไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น การก่ออาชญากรรมแบบต่าง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ไม่เปิดเผยในรูปแบบของการทำร้ายหรือทำลายตัวเอง นอกจากนี้พฤติกรรมก้าวร้าวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอาจถูกดัดแปลงเป็นการแสดงออกในรูปแบบที่สังคมยอมรับ เช่น การหาทางออกด้วยการเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผาดโผน การกระโดดร่ม ดิ่งพสุธา การขับรถแข่ง การชมรายการโทรทัศน์ที่มีเนื้อหาของการต่อสู้หรือใช้กำลังความก้าวร้าว เป็นต้น

เมคคอร์ดเกอร์ (McDougall)<sup>(73)</sup> กล่าวว่า นอกจากสัญชาตญาณแล้วความอยากรู้อยากเห็นก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญ ดังจะสังเกตได้จากมนุษย์ที่ไม่เพียงมีพฤติกรรมแสวงหาสิ่งที่ทำให้เรามีชีวิตอยู่รอดเท่านั้น แต่ยังมีพฤติกรรมแสวงหาสิ่งอื่นอีก เช่น หากเราให้ของเล่นที่มีเสียงดังของกระดิ่งเมื่อถูกเขย่าหรือสัมผัสแก่เด็กทารกอายุประมาณ 2-3 เดือนเล่น จะเห็นว่าเด็กจะพยายามเขย่าเพื่อทำให้เกิดเสียงดัง ทั้งนี้เพราะว่าความอยากรู้อยากเห็นเป็นแรงจูงใจในการแสวงหาสิ่งเร้านั่นเอง

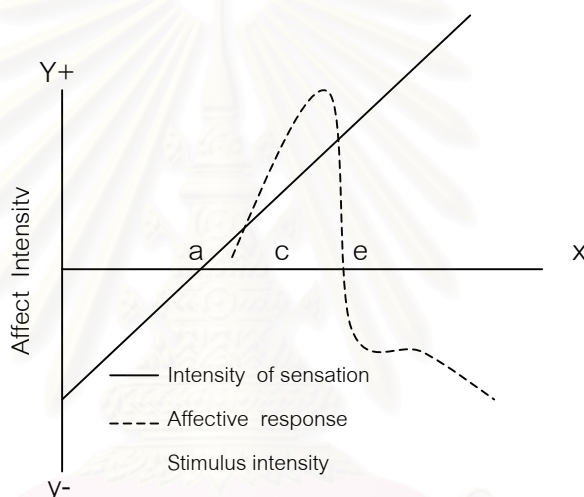
ลักษณะพฤติกรรมเหล่านี้จะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น ถึงแม้ว่ามนุษย์จะมีแรงจูงใจแสวงหาสิ่งเร้า แต่ต่างคนก็มีความต้องการในส่วนนี้ไม่เท่ากัน จากการจัดกลุ่มในทฤษฎีความต้องการของ เมอร์เรย์ (Murray)<sup>(74)</sup> ที่วัดได้จากแบบทดสอบทางบุคลิกภาพนั้น แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์กันกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ กล่าวคือ ความต้องการเหล่านั้นจะถูกแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมต่างๆ เช่น ความต้องการแสวงหาความสุขและความประทับใจ (Senticence) ความต้องการความรักและความผูกพันทางเพศ (Sex) ความต้องการแสดงออกโดยต้องการให้ตนเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น (Exhibition) และความต้องการทำในสิ่งที่สนุกสนาน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มของความต้องการที่ตรงกับโครงสร้างของความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจคือ ความต้องการเปลี่ยนแปลง และประสบการณ์ใหม่ในชีวิต หรือความต้องการแสดงออกทางอารมณ์ เป็นต้น

จากลักษณะความต้องการที่กล่าวมานั้น มาสโลว์ (Maslow)<sup>(75)</sup> อธิบายว่า จะต้องมีพัฒนาการเป็นลำดับขั้น โดยแต่ละขั้นจะมีความต้องการแตกต่างกันออกไปในช่วงชีวิตคือ ความต้องการด้านสรีระ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการความรักหรือสังคม ความต้องการความนิยมนับถือตนเอง และความต้องการพัฒนาศักยภาพของตน ซึ่งความต้องการในขั้นสูงสุดนี้ มนุษย์จะแสวงหาความรู้สึกและประสบการณ์แปลกใหม่เพื่อทำให้เกิดความพึงพอใจ และความสมบูรณ์ของชีวิต

ทฤษฎีสัญชาตญาณและแรงขับที่แสดงออกมาในรูปแบบของพฤติกรรมต่าง ๆ นั้น มีเหตุผลเพื่อต้องการขจัดความเครียดและตอบสนองต่อสิ่งเร้า นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของสิ่งเร้าก็ยังเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการแสดงออกของพฤติกรรมเช่นกัน ดังจะได้กล่าวถึงในทฤษฎีต่อไปนี้

### ทฤษฎีการกระตุ้นสิ่งเร้า

วุนด์ (Wundt)<sup>(76)</sup> ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มของสิ่งเร้า ประเภทต่าง ๆ เช่น ความกดดัน อุณหภูมิ ระดับความดังของเสียง และการรับสัมผัสของรส กับความรู้สึกของผู้ถูกทดลอง



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มของสิ่งเร้ากับปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกาย<sup>(76)</sup>

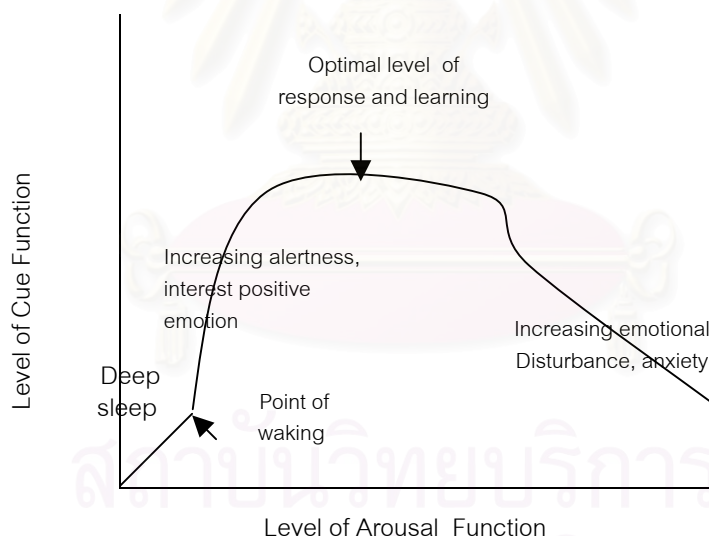
จากรูปนั้น แกน x จะแสดงถึงระดับความเข้มของสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น และแกน y จะแสดงถึงปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งเร้าที่ได้รับนั้น จากการวิจัยพบว่าเมื่อเพิ่มระดับความเข้มของการกระตุ้นไปที่ระดับ a จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่เป็นความพึงพอใจ จนกระทั่งการเพิ่มขึ้นของสิ่งเร้าสูงถึงจุด c ระดับความพึงพอใจจะกลับลดลงอย่างรวดเร็วเปลี่ยนเป็นความเจ็บปวดที่จุด e และมีการเพิ่มระดับของความเจ็บปวดมากขึ้นตามแรงกระตุ้นของสิ่งเร้าที่มากขึ้นด้วย

นอกจากความเจ็บปวดที่เกิดจากการได้รับสิ่งเร้ามากกระตุ้นในความเข้มที่มากจนเกินไปแล้วยังมีสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการรับสัมผัสต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ดังที่

ฟรอยด์ (Freud)<sup>(77)</sup> ได้ให้ความเห็นไว้ว่าความวิตกกังวลในคนเรานั้นเกิดจากการได้รับสิ่งเร้ามากกระตุ้นในระดับที่มากหรือน้อยจนเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับระดับปกติ โดยภาวะที่ตัวเอง

พรากจากสิ่งเร้า (sensory Deprivation) หรือเกิดจากการขาดการกระตุ้นต่อประสาทรับสัมผัส ได้แก่ การอยู่ในที่มืดและเงียบสนิทเป็นเวลานาน จะเป็นการตัดขาดจากการรับรู้ ความคิด และการทำกิจกรรมต่าง ๆ จนทำให้เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลได้

เฮบบ์ (Hebb)<sup>(78)</sup> กล่าวว่า การเพิ่มระดับความเข้มของสิ่งเร้าจนถึงระดับที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด จะมีผลต่อพฤติกรรมที่ตามมาคือ การพยายามหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดนั้น ถ้าหลีกเลี่ยงไม่สำเร็จก็จะมีผลต่ออารมณ์คือ ทำให้เกิดความหวาดกลัว และในทางกลับกันกลุ่มคนบางคนบางส่วนก็มีความต้องการแสวงหาความรู้สึกพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากความกลัว เช่น การเล่นรถไฟเหาะตีลังกา เป็นต้น แต่ถ้าสิ่งเร้านั้นมีระดับความเข้มเกินความพอดีแล้วก็จะส่งผลให้ความกลัวเพิ่มมากขึ้นจนเกิดเป็นภาวะความเครียดได้ ดังนั้นการได้รับสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นในระดับที่เหมาะสมพอดีจะทำให้เกิดความรู้สึกแสวงหาความรู้สึกล้นเกินเร้าใจเพื่อประสบการณ์และความพึงพอใจที่จะลดความรู้สึกกลัวนั้นลงได้



ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของสิ่งเร้าและปฏิกิริยาตอบสนอง

จากรูปแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของสิ่งเร้าและปฏิกิริยาการตอบสนอง ซึ่งจากทฤษฎีที่กล่าวมาในข้างต้นนี้สรุปได้ว่า การเพิ่มระดับของสิ่งเร้าจนถึงจุดที่มีความพอดีจะทำให้เกิดแรงเสริมทางบวกหรือความพึงพอใจ แต่ถ้าระดับของสิ่งเร้ามีความเข้มมากเกินไปจะทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้<sup>(79)</sup>

นอกจากความเข้มของสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นแล้วยังมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความแตกต่างในพฤติกรรมกรรมการรับสัมผัสดังที่มีผู้เชี่ยวชาญกล่าวไว้ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ ได้แก่ ปัจจัยที่เกิดจากสิ่งเร้าและหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจ

ดัฟฟี (Duffy)<sup>(80)</sup> กล่าวว่าในแต่ละบุคคลจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นแตกต่างกันออกไป โดยการตอบสนองจะขึ้นอยู่กับปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ที่แตกต่างกันด้วย นอกจากนี้ในคนที่มีการเคลื่อนไหวของคลื่นแอลฟา (Alpha) จากการตรวจ EEG ในสมองเร็วจะเป็นคนที่มีลักษณะหุ่นหันปลิ้นปล้อน ใจร้อน และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ง่าย ในขณะที่คนที่มีการเคลื่อนไหวของคลื่นสมองช้าจะเป็นคนที่รอบคอบ ระวังระมัดระวัง และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ดังนั้นจากทฤษฎีที่กล่าวมาระดับของสิ่งเร้าภายในก็เป็นปัจจัยพื้นฐานในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ในการแสวงหาความรู้สึกตื่นเต้นเร้าใจ

ลินด์สลีย์ (Lindsley)<sup>(81)</sup> อธิบายว่ารูปแบบของ Reticular นั้นจะทำการศึกษาสมดุลของความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจที่ส่งมายังสมองส่วนเปลือกสมอง Cortex คล้ายกับเครื่องตัดไฟในบ้าน เมื่อกระแสเข้ามาเกินขนาด ในขณะเดียวกันเมื่อ Cortex อยู่ในสภาพปกติรูปแบบของ Reticular จะทำงานตามปกติ แต่เมื่อมีการรับสัมผัสจากสิ่งเร้าที่มากจนเกินไปสมองส่วน Cortex จะทำหน้าที่ในการปรับระดับความสมดุล

ดังนั้นทฤษฎีนี้จึงอธิบายได้ว่าเมื่อร่างกายเรามีระดับการกระตุ้นและการตื่นเต้นที่สูงเกินไปร่างกายจะพยายามลดการกระตุ้นหรือความตื่นเต้นนั้นลงมา แต่ถ้าระดับของการกระตุ้นและความตื่นเต้นต่ำเกินไป ร่างกายจะพยายามที่จะเพิ่มระดับโดยแสวงหาการกระตุ้นเพิ่มเติม อาจสรุปได้ว่า แหล่งกำเนิดความตื่นเต้นเร้าใจมีด้วยกัน 4 ชนิด คือ<sup>(82)</sup>

1. แรงขับและเครื่องล่อ เช่น แรงขับทางด้านความหิว ความกระหาย ความคาดหวังต่อความสุขและความเจ็บปวด
2. สภาวะแวดล้อมที่มีต่อผลต่อความตื่นเต้นเร้าใจ โดยปกติแล้วพบว่ายังมีความเข้มของสิ่งเร้ามากเท่าใด ก็จะก่อให้เกิดความตื่นเต้นมากเท่านั้น เช่น ความเข้มของเสียง แสงที่จ้าก่อให้เกิดความตื่นเต้นเร้าใจที่สูง
3. เหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ก่อให้เกิดความตื่นเต้น เช่น การขับรถแข่ง การกระโดดร่วมการดำน้ำลึก เป็นต้น
4. ยาเสพติด เช่น กาแฟ เครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ และยาบ้า เนื่องจากมีสารบางอย่างที่ก่อให้เกิดความตื่นเต้นเร้าใจ

จากสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความตื่นตัวเร้าใจที่กล่าวมาเราสามารถวัดปฏิกิริยาได้โดยการศึกษาจากปฏิกิริยาตอบสนองทางกายภาพ เช่น ความเครียดของกล้ามเนื้อ การเต้นของหัวใจ การตอบสนองของทางไฟฟ้าของผิวหนัง การวัดพลังงานไฟฟ้าของสมอง เป็นต้น

แมคเคลแลนด์ (McClelland)<sup>(83)</sup> กล่าวว่า โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์จะมีสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นเปลี่ยนแปลงไปในระดับปกติ จะส่งผลให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ แต่เมื่อปฏิกิริยาการตอบสนองถูกแสดงออกมาทางบวกจะหมายถึงผลของการเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าในระดับเล็กน้อยและในทางกลับกัน ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านลบก็หมายถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในระดับความเข้มข้นสูงนั่นเองซึ่งร่างกายจะมีขั้นตอนการทำงานโดยการลดระดับลงของสิ่งเร้าเพื่อทำให้เกิดความสมดุล

ชเนียร์วา (Schneirla)<sup>(84)</sup> ได้เสนอรูปแบบของการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่มีการตอบสนองต่อการเบี่ยงเบนจากระดับปกติออกมาเป็น 2 รูปแบบ คือ การแสวงหา และการถอยหนี โดยมีการสนับสนุนจากทฤษฎีกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางชีววิทยา กล่าวคือ การแสดงออกของปฏิกิริยาการแสวงหานั้นเกิดขึ้นโดยตรงตามความต้องการพื้นฐาน เช่น การหาอาหาร ที่อยู่อาศัย และการหาคู่ครอง แต่การแสดงออกของปฏิกิริยาการถอยหนีนั้นจะเกี่ยวข้องกับการป้องกันตัวเองจากอันตราย จากข้อสมมติฐานกลไกปฏิกิริยาทั้ง 2 นี้มีความเกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติ โดยปฏิกิริยาการแสวงหานั้นเกิดจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาธิติก (Sympathetic) และปฏิกิริยาการถอยหนีเกิดจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาธิติก (Parasympathetic) เช่น ในการทำงานของกล้ามเนื้อถ้ามีการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้าระดับเล็กน้อยจะทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวออก แต่ถ้ากระตุ้นด้วยระดับความเข้มข้นสูงกล้ามเนื้อจะเกิดการหดตัวขึ้น

นอกจากทฤษฎีที่เกิดจากกลไกทางชีววิทยาแล้ว พฤติกรรมแสวงหา และการถอยหนียังมีความสัมพันธ์กับทฤษฎีการเรียนรู้ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความพึงพอใจมาจากการได้รับการกระตุ้นในระดับพอดี เปรียบเหมือนรางวัลหรือแรงเสริมทางบวก และในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมที่แสดงถึงการถอยหนีก็เกิดจากการได้รับความเจ็บปวดหรือการถูกลงโทษจากระดับสิ่งเร้าที่มีความเข้มข้นมากเกินไป<sup>(79)</sup>

เบอร์ลินท์ (Berlyne)<sup>(85)</sup> อธิบายถึงศักยภาพของสิ่งเร้าว่ามีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันออกไป เช่น ความเข้ม ขนาด สี รูปแบบการรับสัมผัส ผลต่อการตอบสนอง ความแปลกใหม่ ความสลับซับซ้อน การเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และรูปแบบของความไม่แน่นอน โดยจากลักษณะเฉพาะของสิ่งเร้าเหล่านี้จะมีอิทธิพลในปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างกัน การได้รับการ



กระตุ้นจากสิ่งเร้าที่มีลักษณะต่าง ๆ ที่กล่าวมาในระดับต่ำ จะทำให้เกิดความต้องการแสวงหาสิ่งเร้าใหม่ ๆ ซึ่งเป็นแรงขับของมนุษย์เพื่อทำให้เกิดความสมดุลของระบบร่างกายและจิตใจ

ฟิสก์ และ แมดดี (Fiske and Maddi)<sup>(86)</sup> กล่าวถึงปัจจัยสำคัญ 3 ประการที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องมาจากการถูกกระตุ้นว่าเกิดจาก

1. ความรุนแรง
2. ความสำคัญ
3. ความหลากหลาย

โดยปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อสิ่งเร้าที่มีการกระตุ้นภายในสมองส่วนกลาง (Central Nervous System : CNS) มีระดับต่ำ ระบบการทำงานของร่างกายจะเพิ่มการกระตุ้นภายในให้มีปฏิกิริยาการแสวงหาสิ่งเร้ามากระตุ้นจากภายนอก โดยระดับความพึงพอใจจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับความพอดีของการกระตุ้นภายในวงจรชีวิตปกติและความรู้สึกที่เป็นด้านลบจะเกิดจากการถูกสิ่งเร้ามากระตุ้นทั้งในระดับที่น้อยและมากจนเกินไป

จากแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวมาทำให้ทราบถึงระดับความพอดีของการได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า โดยมีปัจจัยอื่นที่ทำให้มนุษย์แต่ละคน ซึ่งอาจหมายถึงด้านความเข้ม ความหลากหลาย หรือชนิดของความสำเร็จในแต่ละสิ่งเร้าเป็นต้น และนอกจากนี้ยังอาจขึ้นอยู่กับคุณลักษณะทางบุคลิกภาพของแต่ละคน สิ่งแวดล้อม และการอยู่ในสภาวะของการพรากจากสิ่งเร้าหรือเติมไปด้วยความเข้มของสิ่งเร้า เป็นต้น

### ทฤษฎีความตื่นเต้นและการยับยั้ง

ฮัล (Hull)<sup>(87)</sup> กล่าวถึงความหลากหลายของการยับยั้งไว้ดังนี้

เมื่อมนุษย์มีการแสดงออกของพฤติกรรมในการตอบสนองต่อเป้าหมายที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ กันแล้ว ผลที่ตามมาคือจะเกิดการทำงานของแรงจูงใจทางด้านลบหรือการทำงานของตัวยับยั้งขึ้น ในระยะของการยับยั้งนี้จะมีการทำงานของเงื่อนไขในการแสดงถึงแรงจูงใจในด้านลบความคิดเหล่านี้คล้ายกับการทำงานของกล้ามเนื้อ ซึ่งเมื่อกกล้ามเนื้อทำงานหนักมากเกินไปร่างกายจะหยุดการทำงานเหล่านั้นเพื่อให้กล้ามเนื้อได้พักผ่อน แต่อย่างไรก็ตามการยับยั้งการทำงานที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะทำงานตามเงื่อนไข เช่น เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นร่างกาย และทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่เป็นความพึงพอใจ สภาวะการทำงานของการทำงานของการยับยั้งก็จะอ่อนแอลงไป

นอกจากนี้การถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าใหม่ ๆ ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้การทำงานของการทำงานของการยับยั้งอ่อนแอลงด้วยเช่นกัน เนื่องจากลักษณะของการไม่สามารถยับยั้งซึ่งใจ หรือข่มใจต่อสิ่งเร้าที่เกิด

ขึ้นใหม่ ๆ นี่เป็นเพราะร่างกายเกิดความพึงพอใจและลดแรงเสริมทางลบที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อเรารู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สบายใจ การได้กระทำหรือเผชิญกับสิ่งแปลกใหม่ท้าทายจะทำให้เกิดความตื่นเต้นและความพึงพอใจ เพราะว่าสิ่งเหล่านี้ไปลดระดับความเบื่อหน่ายลง ดังนั้นจากทฤษฎีของฮัล (Hull) จะสรุปได้ว่า ความเหมาะสมของระดับการกระตุ้นคือ ความสมดุลที่เกิดขึ้นระหว่างความตื่นเต้นและการยับยั้ง<sup>(88)</sup>

### ความสัมพันธ์ของระบบประสาทอัตโนมัติกับความตื่นเต้นและการยับยั้ง

ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System)<sup>(82)</sup> เป็นเส้นประสาทที่เชื่อมระหว่างระบบประสาทส่วนกลางกับกล้ามเนื้อที่ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของจิต ได้แก่ กล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อหัวใจ และต่อมต่างๆ นั้นหมายความว่าระบบประสาทนี้จะทำงานโดยอิสระไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตจึงเรียกว่าระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งการทำงานโดยทั่วไปจะมุ่งการควบคุมให้อวัยวะภายในเกิดความสมดุล ระบบนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ส่วนซิมพาธิค (Sympathetic Divisions) เป็นส่วนที่ทำหน้าที่ส่งเสริมเกี่ยวกับการใช้พลังงานในกรณีที่ร่างกายอยู่ในภาวะเครียด เช่น กำลังตกใจ มีความโกรธ หรือกลัวในสถานการณ์เช่นนี้ ซิมพาธิค จะทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดหัวใจเต้นแรง หายใจเร็ว เหงื่อออก ซึ่งเป็นการตอบสนองเพื่อให้ร่างกายเตรียมพร้อมที่จะสู้หรือหนี

2. ส่วนพาราซิมพาธิค (Parasympathetic Divisions) เป็นส่วนที่มีหน้าที่ผ่อนคลายร่างกาย เช่น การพักผ่อน สภาพการณ์ของส่วนนี้เป็นการเสริมพลังงานให้ร่างกายได้ใช้ต่อไป

ปกติแล้วการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะอยู่ในความสมดุล โดยระบบการควบคุมของทั้งสองส่วนนี้

แคทเทล (Cattell)<sup>(89)</sup> กล่าวถึงคุณลักษณะของบุคลิกภาพที่สอดคล้องกับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติไว้ว่า คนเรามีบุคลิกภาพที่แตกต่างกันเป็นเพราะคุณลักษณะของคนเรานั้นแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ลักษณะพื้นผิว (Surface Trait) เป็นลักษณะที่เห็นได้ชัดเจน เช่น ความอยากรู้อยากเห็น ความเชื่อเหตุผล การแสดงออก เป็นต้น และลักษณะลึก (Source Trait) ที่เป็นลักษณะหยั่งรากลึกลงไปในบุคลิกภาพ

คุณลักษณะที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจที่แคทเทลกล่าวไว้ดังนี้

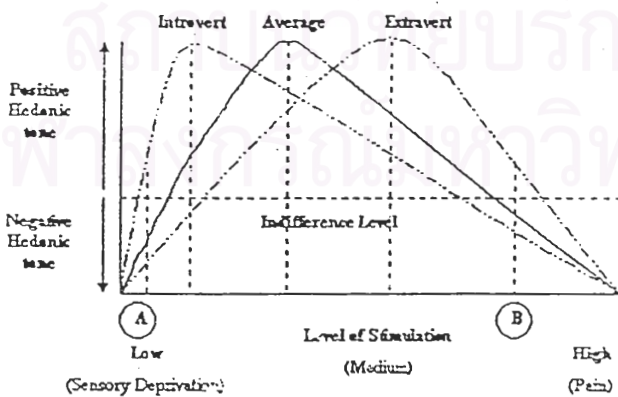
คุณลักษณะที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจที่แคทเทลกล่าวไว้ดังนี้

- คุณลักษณะแบบ Surgency เป็นลักษณะที่กล้าแสดงออก กล้าหาญ ชอบความสนุก ชอบเข้าสังคม ตลกขบขัน ช่างพูด

- คุณลักษณะแบบ Parmia เป็นลักษณะของคนที่ชอบการผจญภัย มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น มีความมุ่งมั่น ชอบอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม มีความมั่นใจในตัวเองสูง รักอิสระ

จากคุณลักษณะดังกล่าว แคทเทล กล่าวว่าผู้ที่มีคุณลักษณะแบบ Surgency เด่น นั้นจะมีความทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาทิติกในระดับต่ำเมื่อเทียบกับคุณลักษณะแบบ Parmia จึงเป็นสาเหตุให้มีการแสดงออกที่มีการยับยั้งชั่งใจ หรือข่มใจมากกว่า ในขณะที่คนประเภท Parmia จะมีความทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาทิติกในระดับที่สูงกว่า ดังนั้นจึงมีลักษณะการยับยั้งชั่งใจ หรือข่มใจต่ำกว่า จากทฤษฎีนี้จึงมีความสอดคล้องกับบุคคลที่มีคุณลักษณะของความรู้สึกแสวงหาสิ่งแปลกใหม่ และท้าทายในระดับสูง

อีเซน (Eysenk)<sup>(90)</sup> กล่าวถึงพื้นฐานทฤษฎีของบุคลิกภาพที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นไว้ว่า ลักษณะทางบุคลิกภาพนั้นแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ที่เปรียบเทียบเสมือนทฤษฎีการกระตุ้นและการยับยั้ง คือ บุคลิกภาพแบบแสดงตัว (Extroversion) และบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introversion) โดยลักษณะบุคลิกภาพประเภทแสดงตัวนั้นจะมีระดับของการกระตุ้นสูงกว่าระดับที่เหมาะสม ในขณะที่บุคลิกภาพประเภทเก็บตัวจะมีระดับของการถูกกระตุ้นที่ต่ำกว่าระดับที่เหมาะสมดังความสัมพันธ์ที่แสดงให้เห็นระหว่างความพึงพอใจกับระดับของการกระตุ้นในภาพ



ภาพที่ 4 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจกับระดับของการกระตุ้น<sup>(90)</sup>

จากกรุป กราฟที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างในทฤษฎีที่กล่าวมานี้คือ ถ้าระดับการกระตุ้นนั้นมีระดับที่ต่ำมาก ๆ จะเกิดความรู้สึกกังวล ไม่มีความสุข ไม่เกิดความพึงพอใจ จากภาพจะเห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มคนปกติทั่วไปโดยเฉลี่ย ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว และบุคลิกภาพแบบเก็บตัวว่าในจุด A ที่มีระดับการกระตุ้นในความเข้มข้นที่ต่ำ คนที่มีบุคลิกภาพประเภทเก็บตัวจะเกิดความพึงพอใจ ในขณะที่กลุ่มคนเฉลี่ยส่วนมากและคนที่มีบุคลิกภาพแสดงตัวยังรู้สึกกังวลและไม่มีความสุข และถ้าเปรียบเทียบจากจุด B ที่ระดับการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่มีความเข้มข้นมากขึ้น กลุ่มคนที่มีบุคลิกภาพแสดงตัวจะรู้สึกพึงพอใจในขณะที่อีก 2 กลุ่ม จะรู้สึกกังวลและไม่มีความสุข ดังนั้นฮิสเซนจึงสรุปแนวคิดบุคลิกภาพที่มีต่อสิ่งเร้าว่าในคุณลักษณะของคนเราที่มีความแตกต่างกันนั้นจะมีจุด Thresholds หรือจุดที่มีพลังงานกระตุ้นน้อยที่สุดที่ทำให้เราเริ่มรับรู้ได้แตกต่างกันไป ดังจะเห็นได้จากบุคลิกภาพแบบเก็บตัวจะมีปฏิกริยาการตอบสนองต่อการกระตุ้นที่มีความเข้มข้นในระดับต่ำ เนื่องจากการรับสัมผัสที่มีการไวต่อความรู้สึก ในขณะที่บุคลิกภาพแบบแสดงตัวจะมีความต้องการความเข้มข้นของการกระตุ้นที่มากกว่า

นอกจากทฤษฎีทางบุคลิกภาพของฮิสเซนแล้ว เกรย์ (Gray)<sup>(91)</sup> ยังได้เสนอแนวคิดของการเสริมแรงและการลงโทษไว้ด้วย โดยกล่าวถึงโครงสร้างของระดับการกระตุ้นไว้ว่า การกระตุ้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่าง ๆ เช่น ความเข้มข้น แรงขับ ความแปลกใหม่ของสิ่งเร้า ความแตกต่างในแต่ละบุคคล ปฏิกริยาที่ได้รับจากยา ความเหนื่อยล้า เป็นต้น จากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะมีการแสดงที่บ่งชี้และสามารถวัดได้ในรูปแบบของ คลื่นสมอง EEG, GSR ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังแสดงออกได้ในรูปแบบของพฤติกรรมที่ก้าวร้าว การตื่นตัว (Alertness) การตอบสนองที่รุนแรง ประสิทธิภาพของการเรียนรู้ และประสิทธิภาพของการแสดงออก เป็นต้น

จากโครงสร้างของสิ่งเร้า ถ้ากล่าวถึงการเสริมแรงและการลงโทษก็จะเปรียบเทียบได้กับการกระตุ้นและการยับยั้ง โดยถ้าศึกษาในส่วนของระบบการทำงานของประสาทที่มีต่อสิ่งเร้าแล้ว ส่วนที่เกี่ยวข้องคือระบบลิมบิก (Limbic System) ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทที่อยู่รอบจุดศูนย์กลางของสมอง มีลักษณะอยู่รวมกันเหมือนวงตรงกลาง ระบบลิมบิกจะติดต่อกับระบบอื่น โดยทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของหัวใจ การย่อยอาหาร อารมณ์ แรงจูงใจ มีส่วนประกอบที่สำคัญคือ ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายมากมาย เช่น ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ควบคุมความรู้สึก ความต้องการอาหาร ความกระหาย ความต้องการทางเพศ และการหายใจ เป็นต้น

จากการทำงานของโครงสร้างระบบประสาทต่อการตอบสนองต่อแรงเสริม และการลงโทษ อาจแสดงเป็นการสู้หรือถอยหนีต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นต่าง ๆ และจากการเสริมแรงก็เป็นเหตุผลของ

ความต้องการแสวงหาซึ่งตรงกับบุคลิกภาพแบบแสดงตัว โดยจากแนวคิดของเกรย์นั้นบุคลิกภาพประเภทนี้จะมีใจร้อน หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ร่วมด้วย<sup>(72)</sup> การประกอภกันกับแนวคิดบุคลิกภาพแบบแสดงตัวของอิสเซนร่วมกับลักษณะ Impulsivity นั้น ทำให้ทฤษฎีทั้ง 2 ข้อนี้ มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับคุณลักษณะของความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกษม ตันติผลาชีวะ<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาระบาดวิทยาของโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้ผลการศึกษาว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีช่วงอายุระหว่าง 15-34 ปี และในอเมริกาพบว่าในระดับ เศรษฐกิจและ social class ที่ระดับต่ำมาก พบผู้ป่วยจิตเภทในจำนวนที่สูงกว่าในระดับเศรษฐกิจและ social class ระดับสูง

สมชาย จักรพันธ์<sup>(92)</sup> ศึกษาเกี่ยวกับการเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก และครั้งต่อมา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลมากกว่าในชุมชนและมีแนวโน้มที่จะเข้ามารักษาซ้ำอีกและกล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังได้มากเนื่องจากมีความผิดปกติของอาการรับรู้และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ประมาณว่าในสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังอย่างน้อย 3 ล้านคน

จรัส สุวรรณเวลา<sup>(93)</sup> พบว่าวัยรุ่นชายทุกกลุ่มมีแนวโน้มจะลองยาเมื่อมีอายุ 15-20 ปี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นช่วงอายุของวัยรุ่นชายที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงไปทุกเรื่องของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด สังคม และสุขภาพ

สถาบันวิจัยการเฝ้าระวังในสหรัฐอเมริกา รายงานว่าการติดยาโคเคนในบุหรือนำไปสู่การทดลองเสพยาเสพติดชนิดอื่นที่รุนแรงกว่า โดยวัยรุ่นระหว่างอายุ 12-17 ปี ที่สูบบุหรี่จะมีอัตราการติดสุราเพิ่มขึ้น 4 เท่า อัตราการติดโคเคนเพิ่มขึ้น 32 เท่า และอัตราการติดกัญชาเพิ่มขึ้น 100 เท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่ (อ้างใน ยุพยง วงศ์ผืน)<sup>(94)</sup>

Groan<sup>(45)</sup> กล่าวว่าความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถ้าแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมดั่งนั้น ความรู้ เพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้จะต้องอาศัยปัจจัยอื่นประกอบด้วย

Zimbardo and others n.d. อ้างถึงในราตรี ฉันทขล<sup>(95)</sup> กล่าวว่าเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะเป็นเช่นไรย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลนั้น กล่าวคือถ้าบุคคลมีความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งดี เจตคติต่อสิ่งนั้นก็จะเป็นดีตามไปด้วย ซึ่งการมีเจตคติที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรม หรือปฏิบัติที่ดีด้วย

อุบล เลี้ยววาริน<sup>(96)</sup> ศึกษาพบว่า ลักษณะทางจิตใจที่สำคัญ คือพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมของบุคคล 3 ด้าน คือ 1.ทัศนคติที่ดีที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2.ความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับรักษาสุขภาพ และ 3.ลักษณะการมุ่งอนาคต

บรรวสัน และคณะ<sup>(97)</sup> ได้ศึกษาความแตกต่างของลักษณะด้านประชากรและสังคม เศรษฐกิจ ในความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอันเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับผลของบุหรี่ต่อสุขภาพค่อนข้างต่ำในกลุ่มผู้หญิง กลุ่มคนสูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ และกลุ่มผู้คนที่เริ่มสูบบุหรี่ใหม่ ๆ

รัญจวน คำวชิรพิทักษ์ และวีรนุช แหยมแสง<sup>(98)</sup> ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากปัจจัย อันเนื่องจากสาเหตุภายในและภายนอกของผู้ที่อยู่ในวัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัญญา ศรีนวล<sup>(99)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ ระยะเวลา ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อและค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และปัจจัยเสริม คือ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การยอมรับหรือต่อต้านการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

Gilbert DG, Gilbert BO<sup>(100)</sup> กล่าวว่าผู้ที่สูบบุหรี่มักมีลักษณะของโรคประสาทเช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ก้าวร้าว และน่าจะมีปัญหาการเข้าสังคม self esteem มักต่ำ ประสบความสำเร็จ ในฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และยังพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่สามารถถ่ายทอดสู่ลูกหลานได้

Batel P.<sup>(101)</sup> ศึกษาขนาดวิทย์ของการใช้สารเสพติดในคนทั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้สารเสพติดทั้งขนาดและปริมาณที่สูงและมีความถี่สูงถึง 50% ตลอดช่วงชีวิตของพวกเขา

Kaplan HI, Sandock BJ<sup>(102)</sup> พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการวินิจฉัยโรคด้วยข้อบ่งชี้ว่าเกี่ยวข้องกับสุรา หรือกลุ่ม alcohol dependence ร้อยละ 30-50 และเกี่ยวข้องกับกัญชา ร้อยละ 15-20 ส่วนโคเคนนั้นเกี่ยวพัน ร้อยละ 5-10 และจากผลการศึกษายังพบว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเภทชอบสูบบุหรี่

ศูนย์การวิจัยนิโคตินของมิชิแกน ได้ทำการสำรวจการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความชุกในการสูบบุหรี่สูงมาก และยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเพศหญิงสูบบุหรี่จำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเพศชาย ในปี 1986 สถิติการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเวชในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูบบุหรี่ถึง 88% เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป 33% เท่านั้น<sup>(103)</sup>

ในปี 1991 สถิติการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเวชในสหรัฐอเมริกา พบว่า 80% ของผู้ป่วยโรคจิตเวชส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 21 ปี ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกสูบบุหรี่ 50%, ผู้ป่วย manic และ depressive สูบบุหรี่ 70% และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทสูบบุหรี่ถึง 90%<sup>(104)</sup>

Cherly Forchuk และคณะ<sup>(105)</sup> ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทของอเมริกา จำนวน 100 คน พบว่า ภายในระยะเวลา 2 ปี จำนวนผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากจำนวน 74% เป็น 90%

Mc Cloughen A.<sup>(106)</sup> กล่าวว่า ทั้งที่อัตราการสูบบุหรี่มีการลดลงในกลุ่มประชากรทั่วไปของประเทศออสเตรเลีย แต่ในกลุ่มประชากรโรคจิตเภทกลับมีอัตราการใช้น้บุหรี่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นที่น่าตกใจ และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่แย่ลงซึ่งเป็นผลที่ตามมาจากการใช้น้บุหรี่

Test MA. และคณะ<sup>(107)</sup> ศึกษาการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอาการทางจิตรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ใช้สารนิโคตินและคาเฟอีน ด้วยความพึงพอใจในทุกๆ วันของชีวิตด้วยเหตุผลเพื่อลดความวิตกกังวล คลายความเบื่อหน่าย และเพื่อเข้าสังคม

Spring B. และคณะ<sup>(108)</sup> ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้สูบบุหรี่แต่ไม่มีอาการทางจิต พบว่ากลุ่มที่ศึกษายอมรับว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย บุหรี่เป็นแรงจูงใจ มีประโยชน์ในการที่จะใช้น้บุหรี่มาเพื่อเป็นรางวัลของชีวิตมากกว่าแรงจูงใจอื่นๆ และยังยอมรับว่าการใช้น้บุหรี่มีความสัมพันธ์กับปัญหาอื่นๆในชีวิต

Cheryl Forchuk และคณะ<sup>(109)</sup> ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการทางจิต ยาที่ได้รับ และเหตุผลของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยมีเหตุผลจูงใจในการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับอาการ และผู้ป่วยไม่สามารถลดจำนวนมวนของการสูบได้หรือลดจำนวนมวนลงน้อยมากในการเลิกสูบบุหรี่ (ไม่สามารถเลิกได้)

Pasamanick (1976) อ้างใน สมชาย จักรพันธ์<sup>(92)</sup> ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 77% สามารถอยู่บ้านได้นาน 2½ ปี ถ้าได้รับยา Phenothiazines (กลุ่มยา Antipsychotic ) ในขณะที่ผู้ป่วยเพียง 34 % ที่สามารถอยู่บ้านที่มีสภาพทางสังคมคล้ายๆกัน โดยใช้น้ยาหลอก

Kosten TR, Ziedonis DM. <sup>(110)</sup> พบว่าสารเสพติดมีผลกระทบต่ออาการดำเนินของโรคระยะแรกของโรคจิตเภท ฉะนั้นการจัดการกับการรักษาและวิธีอื่น ๆ ต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยเฉพาะการรักษาด้วย Antipsychotic drugs อาจเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องการขจัดสารเสพติด

Smith RC และคณะ <sup>(111)</sup> จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่สูบบุหรี่กับอาการ positive – negative symptoms โดยการวิจัยเชิงทดลอง โดยให้นิโคตินในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และให้ placebo ที่ไม่มีนิโคตินในกลุ่มที่ 2 พบว่ากลุ่มที่ให้สารนิโคติน มีผลทำให้อาการ negative symptoms ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับ placebos และจากการทดลองยังพบอีกว่ามีผลต่ออาการ positive symptoms ของทั้งสองกลุ่ม

Lyon ER. <sup>(112)</sup> ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในรัฐฟลอริดาพบว่า นิโคตินมีผลต่อการลดอาการ negative symptoms ในผู้ป่วยจิตเภทโดยไปเพิ่ม dopamine และมีความเกี่ยวข้องกับยาทางจิต โดยมีผลทำให้การเผาผลาญของยา Antipsychotic เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่

Mc Evoy JP. และคณะ <sup>(113)</sup> ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่มากขึ้นหลังได้รับยา Haloperidol ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Antipsychotics.

Hamera E, Schneider JK, Deviney S. <sup>(114)</sup> ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตไม่ดี ที่ยังคงใช้สารเสพติด ใช้เวลาศึกษา 12 สัปดาห์ พบว่านิโคตินมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตนิโคตินทำให้อาการทางจิตดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดอื่นๆ

Wager MK. <sup>(14)</sup> พบว่าคนที่มีความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจในระดับสูงนั้นจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาการติดสารเสพติดประเภทต่าง ๆ เช่น บุหรี่ กัญชา เฮโรอีน โคเคน ยากระตุ้นประสาทและสุรา ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ปัญหาติดการพนัน และ ปัญหาพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองและสังคม

Pfefferbaum and wood <sup>(115)</sup> กล่าวว่าความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจนั้นประกอบด้วยพฤติกรรมที่ชอบเสี่ยงอันตราย (Risk taking) ขาดการไตร่ตรองและยังคิด โดยมีเหตุผลสำคัญของการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวเพียงเพื่อความสนุก ตื่นเต้นเร้าใจ

Igra and Irwin <sup>(116)</sup> กล่าวว่าพฤติกรรมที่ชอบการเสี่ยงอันตรายเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ โดยมีสาเหตุเกิดจากความพึงพอใจในความไม่แน่นอนของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นซึ่งอาจมีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อร่างกายและสังคมได้



Carton S., Jouvent R., Widlocher D.<sup>(117)</sup> ศึกษาในผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ทั้งเพศหญิงและชาย พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งสองเพศมีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

Housezec J. และคณะ<sup>(118)</sup> ทำการศึกษาผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 25 คน และให้ทำการหยุดสูบบุหรี่ในวันที่ 8, 30, 90 และ 120 พบว่านิโคตินมีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ และความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจมีผลต่ออารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น รู้สึกเมื่อยล้า เบื่อ เหนื่อย และไม่มีแรงในขณะก่อนสูบบุหรี่และขณะหยุดสูบบุหรี่

Martin CA. และคณะ<sup>(119)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีอาการทางจิตในวัยเจริญพันธุ์ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ใช้นิโคติน, กล้วยาและ Alcohol พบว่าผู้ที่ใช้นิโคตินทั้งสองเพศมีคะแนนความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจสูงและกล่าวว่าความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจมีความสัมพันธ์อย่างแน่นอกับพัฒนาการด้านต่างๆ ในวัยเจริญพันธุ์รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในเพศหญิงและเพศชาย

Quadrio และ Zucchi<sup>(120)</sup> ศึกษาความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจในผู้ที่ติดสารเสพติดและไม่ติดสารเสพติด พบว่าทั้งผู้ที่ติดสารเสพติดและผู้ที่ไม่ติดสารเสพติดเพศชายจะมีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจสูงกว่าผู้ที่ติดสารเสพติดและผู้ที่ไม่ติดสารเสพติดเพศหญิง

Alissa พบว่า<sup>(121)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ พบว่าเพศชายมีความสนใจในการเผชิญต่อพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง และพบว่าบุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัวมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจอย่างมีระดับนัยสำคัญ

Zuckerman และคณะ<sup>(122)</sup> ศึกษาความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจในกลุ่มวัยรุ่นถึงวัยรุ่นชรา พบว่าค่าความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจจะมีระดับลดลงตามช่วงวัยอย่างเห็นได้ชัด

Zuckerman และคณะ<sup>(123)</sup> ศึกษาแฝดเทียมที่มีช่วง อายุ 16 – 60 ปี พบว่าระดับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Conrod และคณะ<sup>(124)</sup> ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงทางบุคลิกภาพของผู้ติดสารเสพติด พบว่าความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจมีความสัมพันธ์กับลักษณะหุนหันพลันแล่นและบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive design) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย (Target population)** คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษา ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ประชากรตัวอย่าง (Population samples)** คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกรับตัวไว้รักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 10 ตึก (ตึก พวงชมพู ลดาวัลย์ จามจุรี บานบุรี มะลิวัลย์ รสสุคนธ์ เฟื่องฟ้า พยับหมอก ราชพฤกษ์ 2 และ ราชพฤกษ์ 3) ที่มีค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน สามารถอ่านออกเขียนได้ และสมัครใจและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยโดยการลงชื่อในใบยินยอมให้ความร่วมมือ

**กลุ่มตัวอย่าง (Samples)** คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการบำบัดรักษา ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 10 ตึก (ตึก พวงชมพู ลดาวัลย์ จามจุรี บานบุรี มะลิวัลย์ รสสุคนธ์ เฟื่องฟ้า พยับหมอก ราชพฤกษ์ 2 และ ราชพฤกษ์ 3) ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเองโดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง กำหนดวันละ 10 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 ในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. เป็นต้นไป และจะเก็บจนครบจำนวนตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้

#### วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

โดยใช้สูตร 
$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

- n = ขนาดตัวอย่าง  
 $Z^2$  = ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางแจกแจงค่าปกติ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96  
 P = สัดส่วนความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ = 0.66 ( ได้จากการ Pilot Study )  
 q = 1 – p มีค่าเท่ากับ 0.34  
 d = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้ =  $0.1 \times p = 0.066$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.66 \times 0.34}{(0.1 \times 0.66)^2}$$

$$= 195.93$$

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเพิ่มค่าขนาดตัวอย่างเป็น 220 คน

### ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนมีนาคม 2546 – เดือนกุมภาพันธ์ 2547

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ข้อมูลการใช้สารเสพติดได้แก่ ประวัติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวรวมทั้งพฤติกรรมการใช้บุหรี่อันได้แก่ เหตุผลการสูบบุหรี่ครั้งแรก ปริมาณการสูบบุหรี่ ระยะเวลาของการใช้บุหรี่ ความพยายามในการเลิกบุหรี่ อาการภายหลังการเลิกบุหรี่ เหตุผลที่สูบบุหรี่ต่อเนื่อง และข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วย อายุที่เริ่มป่วยทางจิต ระยะเวลาของการป่วยทางจิต และกลุ่มยาที่ใช้

### **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่

แบบสอบถามจิตลักษณะด้านความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่สร้างโดย วิฑิตทิพย์ ยิ้มพลอย<sup>(4)</sup> นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปหาความตรง (Validity) โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

3คน ตรวจสอบนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้วไปทดลองใช้กับนักเรียนที่โรงเรียนสายปัญญา รั้งสิต จังหวัดปทุมธานี แล้วนำมาวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.80 และค่าอำนาจจำแนกโดยวิธี ของ Kuder Richardson (KR-20) ได้ค่าความยากง่ายรายข้อระหว่าง 0.20-0.80 และค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับประชากรที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 22 ข้อ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-22 คะแนน

#### เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

แบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ เป็น 3 ระดับ ต่ำ ปานกลาง ดี ซึ่งคำนวณจากค่าพิสัย (Range)

$$\text{Range} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับขั้นที่ต้องการ}}$$

$$\text{ดังนั้น Range} = \frac{20 - 6}{3} = 4.6$$

การแปลผลเพื่อพิจารณาระดับความรู้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

มีความรู้ระดับดี ได้คะแนนอยู่ในช่วง 15.21 – 22 คะแนน

มีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนอยู่ในช่วง 10.61 – 15.20 คะแนน

มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่า 10.60 คะแนน

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ นำมาจาก ยุวลักษณ์ ชันอาสา<sup>(2)</sup> เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) และความชัดเจนของภาษา ก่อนที่นำเครื่องมือไปทดสอบนำเครื่องมือไปทดสอบ แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach s Alpha Coeficient) ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.95 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับประชากรที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน โดยใช้ Cronbach s Alopha ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบปรนัย

จำนวน 12 ข้อ มีแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ( Rating Scale ) มี 5 อันดับตัวเลือก โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์การให้คะแนนมี ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ใช้อย่างแน่นอน	1
ใช่	2
ไม่แน่ใจ	3
ไม่ใช่	4
ไม่ใช้อย่างแน่นอน	5

แบ่งระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื เป็น 3 ระดับ ทางบวก ปานกลาง ทางลบ ซึ่งคำนวณจากค่าพิสัย ( Range )

$$\text{Range} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับชั้นที่ต้องการ}}$$

$$\text{ดังนั้น Range} = \frac{60 - 12}{3} = 16$$

การแปลผลเพื่อพิจารณาระดับทัศนคติ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 45 - 60 คะแนน ถือว่า บุคคลมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่อยู่ในทางบวก(เห็นด้วย)

คะแนน 29 - 44 คะแนน ถือว่า บุคคลมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน ต่ำกว่า 28 คะแนน ถือว่าบุคคลมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่อยู่ในทางลบ(ไม่เห็นด้วย)

**ส่วนที่ 4** แบบทดสอบวัดระดับการติดสารนิโคติน ซึ่งแปลโดยบริษัท Glaxo Smith Kline ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจาก “Fagerstrom Test for Nicotine Dependence”<sup>(125)</sup> ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่นิยมและใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศและโดยเฉพาะในประเทศไทย Lichtensten and Marmelstein ได้ทำการทดสอบแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม จำนวน 179 คน และ 150 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .55 และ .51 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับประชากรที่ทำการศึกษานี้จำนวน 30 คน โดยใช้ Cronbach’s Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.50

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล<sup>(111)</sup>

- ระดับคะแนน 0 – 3 : ไม่นับว่าติดสารนิโคติน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตัวเอง
- ระดับคะแนน 4 – 5 : ติดสารนิโคตินระดับปานกลาง
- ระดับคะแนน 6 – 7 : ติดสารนิโคตินระดับปานกลาง และมีแนวโน้มอย่างมากในการพัฒนาไปเป็นการติดสารนิโคตินในระดับสูง
- ระดับคะแนน 8 – 9 : ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก
- ระดับคะแนนเท่ากับ 10 : ติดสารนิโคตินในระดับสูงสุด

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจโดย Zuckerman นั่นคือ Sensation Seeking Scale ( SSS ) Form IV<sup>(122)</sup> โดยกุลวดี อักษรทับ<sup>(126)</sup> ได้ทำการทดสอบความตรงของเนื้อหา ( content validity ) และค่าความเที่ยง ( reliability ) ในแบบทดสอบฉบับรวม โดยค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.94 และความเที่ยงที่ได้จากการทำการทดสอบซ้ำเท่ากับ 0.78 ส่วนความเที่ยงโดยการวัดค่าคงที่ภายในด้วยวิธีของ Kuder Richardson ( KR – 20 ) แบ่งเป็นเพศชายเท่ากับ .83 เพศหญิงเท่ากับ .89 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกันประชากรที่ทำการศึกษานี้จำนวน 30 คน โดยใช้ Kuder Richardson ( KR – 20 ) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

ลักษณะของแบบประเมินมีลักษณะเป็นประโยคบอกเล่า 2 ประโยคที่แสดงถึงความรู้สึกและความต้องการ โดยจะเลือกเพียง 1 ประโยค จาก “ ก “ หรือ “ ข “ ด้วยตนเอง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 4 ด้านหลักคือ

1. ความรู้สึกชอบในสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ และเสี่ยงภัย ( Thrill and Adventure Scale ) ได้แก่ ข้อ 1, 10,15,16,21,27,29,30,34,39

2. ประสบการณ์ในการแสวงหา หรือสำรวจสิ่งใหม่ (Experience seeking) ได้แก่ ข้อ 2,4,8,11,14,17,19,23, 24,32

3. ลักษณะที่ไม่มีการยับยั้งชั่งใจ หรือข่มใจ (Disinhibition) ได้แก่ ข้อ 6,9,12,13,20,22,33, 35,36,40

4. ความรู้สึกที่ไวต่อความเบื่อหน่าย (Boredom Susceptibility) ได้แก่ ข้อ 3,5,7,18,25,26, 28,31,37,38

#### เกณฑ์การให้คะแนน

แบบประเมินฉบับนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ โดยจะให้ 1 คะแนนสำหรับการเลือกที่ตรงกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นตัวเร้าใจของแต่ละข้อ แบ่งระดับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นตัวเร้าใจ เป็น 3 ระดับ ต่ำ ปานกลาง สูง ซึ่งคำนวณจากค่าพิสัย ( Range )

$$\text{Range} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับขั้นที่ต้องการ}}$$

$$\text{ดังนั้น Range} = \frac{25 - 3}{3} = 7.3$$

การแปลผลเพื่อพิจารณาระดับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นตัวเร้าใจ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

มีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นตัวเร้าใจระดับสูง	ได้คะแนนอยู่ในช่วง 17.7 - 40 คะแนน
มีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นตัวเร้าใจระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ในช่วง 10.31 – 17.6 คะแนน
มีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นตัวเร้าใจระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่า 10.30 คะแนน

**ส่วนที่ 6** แบบประเมินอาการโรคจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall และ Gorham (1962)<sup>(127)</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ Somatic concern, Anxiety, Emotional withdrawal, Conceptual disorganization, Guilt feeling, tension, Mannerism and Posturing, Grandiosity, Depressive mood, Holistic, Suspiciousness, Hallucination, Motor retardation, Uncooperativeness, Unusual thought content, Blunted affect, Excitement และ Disorientation (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) มีระดับคะแนนดังนี้

ระดับคะแนนตั้งแต่ระดับ 0-6 คือ	0	=	ไม่มีอาการ
	1	=	มีอาการเล็กน้อยบางครั้ง
	2	=	มีอาการเล็กน้อย
	3	=	มีอาการปานกลาง
	4	=	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
	5	=	มีอาการรุนแรง
	6	=	มีอาการรุนแรงมาก

คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-108 คะแนน โดยถ้ามีคะแนนมากกว่า 30 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตมากและถ้ามีคะแนนอยู่ระหว่าง 18-30 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตน้อย

#### **การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือ**

แบบประเมินอาการทางจิต เป็นแบบวัดที่ใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์พร้อมกัน จึงทำการวิเคราะห์หาความสอดคล้องของเครื่องมือ โดยมีผู้วัด 2 ท่าน คือผู้วิจัยและจิตแพทย์ 1 ท่าน ทำการประเมินอาการทางจิตในผู้ป่วยแต่ละราย ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนผู้ป่วย 10 ราย ได้เป็นคะแนนรายข้อและคะแนนรวม หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์หาความสอดคล้อง ( Measure of agreement ) ของเครื่องมือระหว่างผู้วิจัยกับจิตแพทย์โดยหาค่า Intraclass correlation ได้ค่าความสัมพันธ์ในเชิงบวกที่ระดับ .98 หมายความว่า ผู้วิจัยมีความสามารถในการใช้เครื่องมือใกล้เคียงกับจิตแพทย์ในระดับที่น่าเชื่อถือได้

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและจัดส่งถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้
2. ติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาและกลุ่มงานการพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย
3. ประสานงานกับกลุ่มงานการพยาบาลและเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล



4. ผู้วิจัยจะเข้าไปเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยในด้วยตนเอง จำนวน 10 ตึก ในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. กำหนดวันละ 10 คน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2546
5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การเลือก และชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม
6. ประเมินอาการโรคจิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน BPRS ( Brief Psychiatric Rating Scale ) โดยจะเข้าไปประเมินหลังจากรับใหม่ และต่อไปอีกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าผู้ป่วยจะมีค่า BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน เมื่อผู้ป่วยมีค่า BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน จะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม 1 ชุด ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ยาเสพติดแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบวัดระดับสารนิโคติน และแบบประเมินความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ
7. ทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบจากแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ หากข้อมูลของตัวอย่างบางตัวอย่างไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน
8. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC\* ( Statistical Package for Social Personal Computer ) ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ( Descriptive statistic ) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้บุหรี่ยาเสพติด ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา เช่น ค่าเฉลี่ย , ค่าร้อยละ , และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ( Inferential Statistic ) โดยใช้ Chi-square และ Unpaired T – test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ยาเสพติด และทัศนคติในการสูบบุหรี่ยาเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ใช้ Pearson – Product moment Correlation ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ยาเสพติดกับความรู้ ทัศนคติและความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจต่อการสูบบุหรี่ยาเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. ใช้สถิติ Stepwise multiple regression , Logistic regression analysis วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ยาเสพติด ความรู้ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ยาเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภท

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้ในการศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 9 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
  - 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล
  - 1.2 ข้อมูลด้านการงานและเศรษฐกิจ
  - 1.3 ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว
  - 1.4 ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของผู้ป่วย
  - 1.5 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา
- ตอนที่ 2 ข้อมูลแสดงความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท
- ตอนที่ 3 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่
- ตอนที่ 4 ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่
- ตอนที่ 5 ข้อมูลการวัดระดับการติดสารนิโคติน
- ตอนที่ 6 ข้อมูลการวัดความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ
- ตอนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่
- ตอนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ และตัวแปรต่างๆที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยในโรคจิตเภท
- ตอนที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ ระดับการติดสารนิโคติน และตัวแปรต่างๆที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่
- ตอนที่ 10 ปัจจัยทำนายความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

### 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 220 คน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>			
<b>เพศ</b>			
ชาย		143	65.0
หญิง		77	35.0
<b>อายุ</b>			
ต่ำกว่า 20 ปี		3	1.4
20-29 ปี		70	31.8
30-39 ปี		75	34.1
40-49 ปี		47	21.4
มากกว่า 50 ปี		25	11.4
Mean	= 35.21	SD	= 10.55
Minimum	= 17	Maximum	= 62
<b>ศาสนา</b>			
พุทธ		204	92.7
อิสลาม		7	3.2
คริสต์		6	2.7
ฮินดู		3	1.4
<b>สถานภาพสมรส</b>			
โสด		160	72.7
คู่		30	13.6
หย่า		13	5.9
ม่าย		13	5.9
อื่นๆ		4	1.8

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	79	35.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	51	23.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	61	27.7
อนุปริญญา/ปวส.	13	5.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16	7.3
<b>ปัจจัยด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ</b>		
<b>อาชีพ</b>		
มี	98	45.5
ไม่มี	122	55.5
<b>รายได้ของครอบครัว</b>		
รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท	101	45.9
5,001-10,000 บาท	55	25.0
มากกว่า 10,000 บาท	64	29.1
Mean = 11,554.20	SD = 12,644.37	
Minimum = 1,000	Maximum = 73,500	
<b>ปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว</b>		
<b>สารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้</b>		
สุรา	84	39.8
เฮโรอีน / กัญชา	33	15.6
ยาบ้า	29	13.7
สารระเหย	21	10.0
อื่น ๆ	44	20.9

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาของการใช้สารเสพติด</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	48	33.6
1 - 10 ปี	58	40.6
11 - 20 ปี	11	7.7
มากกว่า 20 ปี	26	18.2
<b>การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน</b>		
ใช้	38	26.6
หยุดใช้	105	73.4
<b>มีบุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด</b>		
มี	84	38.2
ไม่มี	136	61.8
<b>บุคคลใดในครอบครัวที่ใช้สารเสพติด</b>		
บิดา	46	31.3
มารดา	8	5.4
พี่ ๆ น้อง ๆ	60	40.8
บุคคลอื่น	33	22.5
<b>ประเภทสารเสพติดที่บุคคลในครอบครัวใช้</b>		
สุรา	86	52.4
เฮโรอีน / กัญชา	9	5.5
ยาบ้า	9	5.5
สารระเหย	8	4.9
อื่น ๆ (ไม่นับบุหรี่)	52	31.7

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยในโรคจิตเภท จำนวน 220 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.0 อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 34.1 อายุเฉลี่ย  $35.21 \pm 10.55$  มีสถานภาพโสด ร้อยละ 72.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 35.9 ในส่วนข้อมูลปัจจัยด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 55.5 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว  $11,554.20 \pm 12,644.37$  และส่วนข้อมูลปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว พบว่า สุราเป็นสารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้ ร้อยละ 38.2 ใช้มาเป็นเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 40.6 ปัจจุบันหยุดใช้สารเสพติดแล้ว ร้อยละ 73.4 ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวไม่ได้ใช้สารเสพติด ร้อยละ 61.8 พี่น้องๆเป็นผู้ซึ่งใช้สารเสพติด ร้อยละ 40.8 สารเสพติดที่ใช้คือ สุรา ร้อยละ 52.4



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน  
โรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้อมูลพฤติกรรมกรสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจัยการใช้บุหรี่</b>		
<b>การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน</b>		
สูบ	115	52.3
ไม่สูบ	105	47.7
<b>ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน</b>		
10 มวนหรือน้อยกว่า	74	33.6
11-20 มวน	36	16.4
21-30 มวน	3	1.4
31 มวนขึ้นไป	2	.9
<b>ปริมาณบุหรี่ที่เคยสูบบุหรี่มากที่สุดต่อวัน</b>		
10 มวนหรือน้อยกว่า	32	14.5
11-20 มวน	47	21.4
21-30 มวน	8	3.6
31 มวนขึ้นไป	28	12.7
<b>ระยะเวลาของการใช้บุหรี่</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	23	10.5
1 - 10 ปี	50	22.7
11 - 20 ปี	28	12.7
มากกว่า 20 ปี	14	6.4

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน  
โรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การสูบบุหรี่ของผู้ป่วย</b>		
สูบทุกวัน	70	31.8
สูบ 2-3 วัน/ครั้ง	13	5.9
สูบสัปดาห์ละครั้ง	3	1.4
สูบในบางโอกาส	29	13.2
<b>การสูบบุหรี่ครั้งแรกเนื่องจากสาเหตุ</b>		
อยากลองด้วยตัวเอง	63	28.6
เพื่อนชักชวน	31	14.1
สูบตามคนที่บ้าน	14	6.4
เพื่อความโก้ทันสมัย	15	6.8
เพื่อคลายเครียด	39	17.7
เพื่อกระตุ้นความคิด	14	6.4
เพื่อลดน้ำหนัก	3	1.4
สาเหตุอื่น ๆ	10	4.5
<b>เคยเลิกสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว</b>		
เคย	90	40.9
ไม่เคย	25	11.4
<b>เหตุผลที่ทำให้ยังคงสูบบุหรี่อยู่</b>		
ติดใจในรสชาติของบุหรี่	45	20.5
เป็นความเคยชิน	42	19.1
ไม่ได้สูบแล้วหงุดหงิด	39	17.7
มีเรื่องเครียด	44	20.0
เห็นเพื่อนสูบแล้วอยากสูบบ้าง	23	10.5
เพื่อกระตุ้นความคิด	13	5.9
เลิกสูบแล้วกลัวอ้วน	4	1.8
เหตุผลอื่น ๆ	7	3.2



ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาการภายหลังหยุดสูบบุหรี่</b>		
อยากสูบบุหรี่	78	35.5
หงุดหงิด อุนเฉียวง่าย	36	16.4
เครียด	40	18.2
กระสับกระส่าย	35	15.9
ใจไม่นิ่งขาดสมาธิ	20	9.1
ปวดศีรษะ	13	5.9
ง่วงนอน	27	12.3
มวนท้อง	4	1.8
ใจเต้นช้า	9	4.1
เจริญอาหารหรือน้ำหนักเพิ่ม	15	6.8
มือสั่น	12	5.5
รู้สึกเศร้า	16	7.3

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยในโรคจิตเภทสูบบุหรี่ร้อยละ 52.3 ปริมาณที่สูบต่อวัน 10 มวนหรือน้อยกว่า ร้อยละ 33.6 ปริมาณที่ผู้ป่วยเคยสูบมากที่สุดต่อวัน 11-20 มวน ร้อยละ 21.4 ระยะเวลาที่ใช้บุหรี่ส่วนใหญ่ 1-10 ปี ร้อยละ 22.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 31.8 ผู้ป่วยสูบบุหรี่ครั้งแรกเนื่องจากอยากลองสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ร้อยละ 28.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเลิกสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ร้อยละ 40.9 เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่อยู่คือ ตัดใจในรสชาติของบุหรี่ ร้อยละ 20.5 มักเกิดอาการอยากสูบบุหรี่แล้วหยุดสูบบุหรี่ ร้อยละ 35.5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยและยาที่รักษาของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจัยการป่วยทางจิตและการรักษา</b>		
<b>อายุเริ่มป่วยทางจิต</b>		
ต่ำกว่า 20 ปี	92	41.8
21-30 ปี	87	39.5
31-40 ปี	33	15.0
มากกว่า 41 ปี	8	3.6
Mean = 23.82	SD = 7.23	
Minimum = 12	Maximum = 48	
<b>ครั้งที่มารับการรักษา</b>		
ครั้งที่ 1 – 3	103	46.8
ครั้งที่ 4 - 6	43	19.5
ครั้งที่ 7 - 9	25	11.4
ครั้งที่ 10 -12	16	7.3
ครั้งที่ 13 – 15	11	5.0
16 ครั้งขึ้นไป	22	10.0
Mean = 6.56	SD = 7.47	
Minimum = 1	Maximum = 49	
<b>ระยะเวลาของการป่วยทางจิต</b>		
1 – 5 ปี	63	28.6
6 – 10 ปี	60	27.3
11 - 15 ปี	37	16.8
16 - 20 ปี	32	14.5
21 ปีขึ้นไป	28	12.7
Mean = 11.90	SD = 8.52	
Minimum = 1	Maximum = 45	

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยและยาที่รักษาของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>กลุ่มยาที่ใช้*</b>		
Antipsychotic Drugs	215	97.7
Antidepressants Drugs	14	6.4
Anxiolytic Drugs	46	20.9
Mood stabilizing Drugs	49	22.3
Anticonvulsants	8	3.6
Antiparkinsonism	211	95.9
Others	16	7.3
<b>Antipsychotic Drugs กลุ่ม Classical</b>		
Phenothiazines	177	84.3
Thioxanthenes	9	4.3
Butyrophenones	20	9.5
Others	4	1.9
<b>Antipsychotic Drugs กลุ่ม Atypical</b>		
Risperidone	10	17.5
Clozapine	29	50.9
Olanzapine	13	22.8
Questiapine	5	8.8
<b>กลุ่ม Antidepressants</b>		
กลุ่ม TCA	12	80
กลุ่ม SSRI	3	20

\* ค่าเกิน 100 % เนื่องจากผู้ป่วยใช้ยามากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยและยาที่รักษาของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	189	85.9
มี	31	14.1
- โรคระบบทางเดินหายใจ	5	16.1
- โรคระบบทางเดินอาหาร	5	16.1
- โรคหลอดเลือดและระบบไหลเวียน	4	12.9
- โรคระบบต่อมไร้ท่อ	12	38.7
- โรคอื่น ๆ	5	16.1
<b>ระยะเวลาของการป่วย</b>		
น้อยกว่า 1 ปี	3	9.7
1 - 10 ปี	21	67.7
11 - 20 ปี	4	12.9
มากกว่า 20 ปี	3	9.7

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยในโรคจิตเภทเริ่มป่วยทางจิตในช่วงอายุ ต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 41.8 ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งที่ 1-3 ร้อยละ 46.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยมาเป็นระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 28.6 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic Drugs) ร้อยละ 97.7 ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่ม Phenothiazines ร้อยละ 84.3 และกลุ่ม Atypical ยา Clozapine ร้อยละ 50.9 และได้รับยาต้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic antidepressant ร้อยละ 80 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.9 และอีกส่วนหนึ่งมีโรคประจำตัวป่วยมาเป็นเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 67.7

## ตอนที่ 2 ข้อมูลความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ตารางที่ 6 แสดงความชุกของผู้ป่วยในโรคจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

	ผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
ชาย	143	101	70.63
หญิง	77	14	18.18

จากตารางที่ 6 ความชุกของผู้ป่วยในโรคจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 70.63 และเพศหญิง ร้อยละ 18.18

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตอนที่ 3 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในโรคจิตเภทแยกตามการตอบเกี่ยวกับความรู้พิษภัยของบุหรี่

ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สารในบุหรี่ทำให้เกิดโทษแก่ร่างกายคือ นิโคติน	206	93.6	14	14
2. โรคถุงลมโป่งพองเกิดจากการสูบบุหรี่ ต่อเนื่องกันในระยะเวลาานาน ๆ	205	93.2	15	6.8
3. การสูบบุหรี่มีผลทำให้เป็นโรคหัวใจและ หลอดเลือด	181	82.3	39	17.7
4. สารพิษที่เกิดจากการสูบบุหรี่และทำให้ ร่างกายขาดออกซิเจน คือ คาร์บอนไดออกไซด์	53	24.1	167	75.9
5. การสูบบุหรี่วันละ 1-2 มวน ไม่น่าเป็น อันตรายต่อปอดและหลอดลมได้	118	53.6	102	46.4
6. การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้ลดความ อยากอาหาร	126	57.3	94	42.7
7. สารพิษในควันบุหรี่ จะไปเกาะจับติดกับ ตัวฟัน เหงือก และเยื่อในช่องปาก	199	90.5	21	9.5
8. ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่จะได้รับสารพิษ จากบุหรี่มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่เอง	165	75.0	55	25.0
9. การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นตัวและกลิ่นปาก	204	92.7	16	7.3
10. โรคหวัดและไอเรื้อรังไม่ได้มีสาเหตุจาก การสูบบุหรี่	112	50.9	108	49.1
11. การสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคหอบหืด และ ภูมิแพ้ จะทำให้อาการรุนแรงขึ้น	188	85.5	32	14.5

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในโรคจิตเภทแยกตามการตอบ  
เกี่ยวกับความรู้พิษภัยของบุหรี่

ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
12. วันงดสูบบุหรี่โลก ตรงกับวันที่ 13 พฤษภาคม	79	35.9	141	64.1
13. สารดีโคตินที่เข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่จะถูกขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ	151	68.6	69	31.4
14. ควันหลังของบุหรี่ หมายถึง ควันที่ปลอดออกจากปลายมวนบุหรี่จุดทิ้งไว้ อันตรายจะน้อยกว่าวันแท้	80	36.4	140	63.6
15. การสูบบุหรี่ 1 มวน จะทำให้อายุสั้นประมาณ 12 นาที	77	35.0	143	65.0
16. ทาร์ เป็นสารที่อยู่ในบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคือง ซึ่งเป็นสาเหตุของการไอ	171	77.7	49	22.3
17. หญิงที่แต่งงานกับชายที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าหญิงที่แต่งงานกับชายที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า	174	79.1	49	20.9
18. การเลิกบุหรี่จะทำให้การทำงานของปอดดีขึ้นร้อยละ 5 หลังจากการหยุดสูบแล้ว 2-3 เดือน	188	85.5	32	14.5
19. ล้างหน้าด้วยน้ำเย็นหรืออาบน้ำ จะช่วยลดอาการง่วงนอนในช่วงที่เลิกบุหรี่	189	85.9	31	14.1
20. กฎหมายบัญญัติว่าห้ามสูบบุหรี่โดยเด็ดขาดในที่ชุมชนและสถานที่ราชการ	185	84.1	35	15.9
21. การเคี้ยวหมากฝรั่งจะช่วยลดอาการอยากสูบบุหรี่ลงได้	182	52.7	38	17.3
22. การไม่เข้าไปในสถานที่หรือสถานการณ์ที่มีการสูบบุหรี่จะช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้	165	75.0	55	25.0

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตอบถูกเกี่ยวกับความรู้พิษภัยของบุหรี่ 5 อันดับแรกคือ สารในบุหรี่ทำให้เกิดโทษแก่ร่างกายคือนิโคติน ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 93.6 โรคถุงลมโป่งพองเกิดจากการสูบบุหรี่ต่อเนื่องกันในระยะเวลาานาน ๆ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 93.2 การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นตัวและกลิ่นปาก ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 92.7 สารพิษในควันบุหรี่จะไปเกาะจับติดกับตัวฟันเหลือง และเยื่อในช่องปาก ทำให้เกิดโรคฟัน และเหงือก ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 90.5 และล้างหน้าด้วยน้ำเย็นหรืออาบน้ำ จะช่วยลดอาการง่วงนอนในช่วงเลิกบุหรี่ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 85.9 ส่วนที่มีผู้ตอบผิด 5 อันดับแรกคือ สารพิษที่เกิดจากการสูบบุหรี่และทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน คือคาร์บอนไดออกไซด์ ตอบผิดคิดเป็นร้อยละ 75.9 การสูบบุหรี่ 1 มวน จะทำให้อายุสั้นประมาณ 12 นาที ตอบผิดคิดเป็นร้อยละ 65.0 วันงดสูบบุหรี่โลก ตรงกับวันที่ 13 พฤษภาคม ตอบผิดคิดเป็นร้อยละ 64.9 ควันหลงของบุหรี่ หมายถึง ควันที่ลอยออกจากปลายมวนบุหรี่จุดทิ้งไว้ อันตรายจะน้อยกว่าควันแท้ ตอบผิดคิดเป็นร้อยละ 63.6 และโรคหวัด และไอเรื้อรังไม่ได้มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ ตอบผิดคิดเป็นร้อยละ 49.1

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 8 แสดงระดับความรู้ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่

ระดับความรู้	ผู้ที่สูบบุหรี่ (n = 115)		ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (n = 105)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนนอยู่ในช่วง 15.21-22 คะแนน)	66	57.39	62	59.05
ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 10.61-15.2คะแนน)	47	40.87	38	36.20
ระดับต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 0-10.6 คะแนน)	2	1.74	5	4.76

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความรู้ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี ร้อยละ 57.39 , 59.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่

กลุ่ม	จำนวน	X	SD	t	p-value
สูบบุหรี่	115	15.43	2.23	-.070	.235
ไม่สูบบุหรี่	105	15.46	2.47		

จากตารางที่ 9 แสดงว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

## ตอนที่ 4 ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

—	ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	X	S.D.
1.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่จะช่วยให้คลายเครียดและลดวิตกกังวลได้	29.5	17.7	12.7	16.8	23.2	2.86	1.56
2.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่จะทำให้สดชื่นสบายได้คุ้มค่างกับเงินที่เสียไป	38.6	26.4	11.4	9.5	14.1	2.34	1.43
3.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้สร้างความมั่นใจในตนเองได้	37.3	29.1	12.3	12.7	8.6	2.26	1.31
4.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกมีอารมณ์สนุก	35.5	24.5	14.1	15.5	10.5	2.41	1.38
5.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้ไม่ม่งวง	29.1	25.5	11.4	18.6	15.5	2.66	1.45
6.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่สามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์	35.9	28.2	10.9	13.6	11.4	2.36	1.68
7.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้อ่านหนังสือได้นาน	40.0	28.6	16.8	7.3	7.3	2.13	1.23
8.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้ตนเองรู้สึกเป็นผู้ใหญ่	42.3	27.7	9.1	12.3	8.6	2.17	1.33
9.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้ดูเป็นคนที่น่าสนใจได้ยากและชวนให้น่าสนใจ	40.9	28.2	14.1	8.6	8.2	2.15	1.27
10.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้ลดน้ำหนักได้	34.5	28.6	14.1	15.9	6.8	2.32	1.28
11.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้เสริมบุคลิกภาพดูเก๋ ชวนให้น่าสนใจ	45.5	28.6	9.5	9.1	7.3	2.04	1.25
12.	ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้เข้าสมาคมกับเพื่อนฝูงได้เป็นอย่างดี	36.4	30.0	8.6	12.7	12.3	2.35	1.40

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้กำหนดค่า คะแนนไว้ว่า ระดับคะแนนเชิงบวกค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.71-5.0 ระดับคะแนนปานกลาง ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 2.31-3.7 ระดับคะแนนเชิงลบค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-2.3 ซึ่งจาก ตารางพบว่าข้อที่ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 3 ข้อ คือ การสูบบุหรี่จะช่วยให้ คลายเครียดและลดความกังวลได้ ( $\bar{X} = 2.86$ ) และ การสูบบุหรี่ทำให้ไม่ง่วง ( $\bar{X} = 2.66$ ) และคิด ว่าการสูบบุหรี่ทำให้เข้าสมาคมกับเพื่อนฝูงได้เป็นอย่างดี ( $\bar{X} = 2.35$ ) ตอนที่เหลือจำนวนอีก 9 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเชิงลบ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่  
สูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่		ผู้ที่สูบบุหรี่		ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติเชิงลบ	(มีคะแนนตั้งแต่ 12-28 คะแนน)	62	53.9	51	48.6
ทัศนคติปานกลาง	(มีคะแนนตั้งแต่ 29-44 คะแนน)	47	40.9	40	38.1
ทัศนคติเชิงบวก	(มีคะแนนตั้งแต่ 45-60 คะแนน)	6	5.2	14	13.3

จากตารางที่ 11 จากการวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบ ร้อยละ 53.9 และ 48.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน  
โรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่

กลุ่ม	จำนวน	X	SD	t	p-value
สูบบุหรี่	115	26.85	10.63	-1.656	.247
ไม่สูบบุหรี่	105	29.38	12.12		

จากตารางที่ 12 แสดงว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ มีทัศนคติเกี่ยวกับ  
บุหรี่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

## ตอนที่ 5 ข้อมูลการวัดระดับกับการติดสารนิโคติน

### ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับระดับการติดสารนิโคติน

ระดับการติดสารนิโคติน	จำนวน	ร้อยละ
<b>จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน</b>		
31 มวนขึ้นไป	7	6.1
21-30 มวน	11	9.6
11-20 มวน	39	33.9
10 มวนหรือน้อยกว่า	58	50.4
<b>หลังตื่นนอนตอนเช้าสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร</b>		
ภายใน 5 นาทีหลังตื่น	61	53.0
6-30 นาที หลังตื่น	26	22.6
31-60 นาที หลังตื่น	5	4.3
มากกว่า 60 นาที หลังตื่น	23	20.0
<b>ผู้ป่วยสูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่นนอน</b>		
ใช่	92	80.0
ไม่ใช่	23	20.0
<b>บุหรี่ยี่มวนที่ผู้ป่วยไม่ยอมเลิกมากที่สุด</b>		
มวนแรกในตอนเช้า	69	60.0
มวนอื่น ๆ	46	40.0
<b>ผู้ป่วยรู้สึกลำบากยุ่งยากที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่</b>		
รู้สึกลำบาก	43	37.4
ไม่รู้สึกลำบาก	72	62.6
<b>ผู้ป่วยยังคงต้องสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักในโรงพยาบาล</b>		
ใช่	53	46.1
ไม่ใช่	62	53.9

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทสูบบุหรี่ 10 มวนหรือน้อยกว่า/วัน ร้อยละ 50.4 สูบบุหรี่มวนแรกภายใน 5 นาที หลังตื่น ร้อยละ 53.0 สูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่น ร้อยละ 80.0 บุหรี่มวนแรกในตอนเช้าเป็นมวนที่ผู้ป่วยไม่ยอมเลิก ร้อยละ 60.0 ผู้ป่วยไม่รู้สึกลำบากยุ่ง

ยากที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 62.6 ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยนอนพักในโรงพยาบาล ร้อยละ 53.9

ตารางที่ 14 แสดงระดับการติดยาโคตินของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่

ระดับการติดยาโคติน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่นับว่าติดยาโคติน (สามารถเลิกบุหรี่ได้) (มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน)	25	21.7
ติดยาโคตินระดับปานกลาง (มีคะแนนตั้งแต่ 4-5 คะแนน)	29	25.2
ติดยาโคตินระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมากใน พัฒนาไปติดยาโคตินในระดับสูง(มีคะแนนตั้งแต่ 6-7 คะแนน)	47	40.9
ติดยาโคตินระดับสูงมาก (มีคะแนนตั้งแต่ 8-9 คะแนน)	13	11.3
ติดยาโคตินระดับสูงสุด (มีคะแนนเท่ากับ 10 คะแนน)	1	.9
Mean = 5.19	SD = 2.12	
Minimum = 1.00	Maximum = 10.00	

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่มีระดับการติดยาโคตินเฉลี่ย =  $5.19 \pm 2.12$  คะแนน โดยแบ่งระดับการติดยาโคตินเป็น 5 ระดับ คือ ไม่นับว่าติดยาโคติน (สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตัวเอง) 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.7 ติดยาโคตินระดับปานกลาง 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.2 ติดยาโคตินระดับปานกลาง และมีแนวโน้มอย่างมากในการพัฒนาไปติดยาโคตินในระดับมาก 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 ติดยาโคตินในระดับสูง 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.3 ติดยาโคตินในระดับสูงสุด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ .9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 6 ข้อมูลการวัดความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ จำแนกตามระดับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ

ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ	ผู้สูบบุหรี่		ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจระดับต่ำ (มีคะแนนตั้งแต่ 0 – 10.30 คะแนน)	24	20.9	37	35.2
ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจระดับปานกลาง (มีคะแนนตั้งแต่ 10.31–17.6 คะแนน)	51	44.3	53	50.5
ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจระดับสูง (มีคะแนนตั้งแต่ 17.7 - 40 คะแนน)	40	34.8	15	14.3

จากตาราง 15 พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีระดับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.3 และ 50.5 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกแสวงหาสิ่ง  
 ตื่นเต้นเร้าใจในแต่ละด้านกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ความรู้สึกแสวงหา สิ่งตื่นเต้นเร้าใจ	พฤติกรรมการสูบบุหรี่				T	P-value
	ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่		ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่			
	X	SD	X	SD		
1. ความรู้สึกชอบในสิ่งที่ตื่นเต้น และเสี่ยงภัย	3.63	2.63	3.96	2.32	-0.974	.161
2. ประสบการณ์ในการแสวงหา หรือสำรวจสิ่งใหม่	3.05	1.57	3.72	1.83	-2.930	.102
3. ลักษณะที่มีมีการยับยั้งชั่งใจ หรือข่มใจ	2.63	1.92	3.53	1.95	-3.439	.941
4. ความรู้สึกไวต่อความเบื่อหน่าย	2.41	1.66	2.92	1.61	-2.333	.521

\* p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

จากตารางที่ 16 แสดงว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่มีความรู้สึกแสวงหา  
 สิ่งตื่นเต้นเร้าใจ 4 ด้านหลัก ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ  
ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่

กลุ่ม	จำนวน	X	SD	t	p-value
สูบบุหรี่	115	12.06	14.21	-3.102	.531
ไม่สูบบุหรี่	105	5.29	4.96		

\* p<0.05

\*\*p<0.01

จากตารางที่ 17 แสดงว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ มีความรู้สึกแสวงหา  
สิ่งตื่นเต้นเร้าใจไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตอนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ กับความรู้ ทักษะ  
และพฤติกรรมต่อการสูบบุหรี่**

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ  
พฤติกรรมต่อการสูบบุหรี่ โดยใช้ Analysis of variance : ANOVA และ unpair t-test

**ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัย  
การใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวกับความรู้เกี่ยวกับการ  
สูบบุหรี่**

	จำนวน	X	S.D.	F	T	P-value
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>						
<b>เพศ</b>				-		
ชาย	143	15.39	2.29			
หญิง	77	15.53	2.46			
<b>อายุ</b>				1.278	-	.280
ต่ำกว่า20 ปี	3	15.33	.58			
20-29 ปี	70	14.49	2.79			
30-39 ปี	75	15.65	2.28			
40-49 ปี	47	15.62	1.98			
50 ปีขึ้นไป	25	15.92	1.73			
<b>ศาสนา</b>				1.692	-	.187
พุทธ	204	15.50	2.34			
อิสลามคริสต์	7	13.86	2.97			
คริสต์ / อื่นๆ	9	15.33	1.50			
<b>สถานภาพ</b>				.797	-	.452
โสด	160	15.33	2.37			
คู่	30	15.70	2.25			
หย่า / ม่าย / อื่นๆ	30	15.83	2.34			

\* p<0.05

\*\*p<0.01

ตารางที่ 18 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

	จำนวน	X	S.D.	F	T	P-value
<b>ระดับการศึกษา</b>				.421	-	.793
ประถมศึกษา	79	15.57	2.17			
มัธยมศึกษาตอนต้น	51	15.14	2.18			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	61	15.59	2.75			
อนุปริญญา/ปวส.	13	15.62	1.85			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16	15.13	2.53			
<b>ปัจจัยด้านการทำงาน</b>						
<b>อาชีพ</b>				-	-0.038	.119
มี	98	15.44	2.53			
ไม่มี	122	15.45	2.20			
<b>รายได้</b>				1.494	-	.227
น้อยกว่า 5,000 บาท	101	15.37	2.38			
5,001-10,000 บาท	55	15.13	2.58			
มากกว่า 10,000 บาท	64	15.84	2.03			
<b>ปัจจัยการใช้สารเสพติด</b>						
<b>ระยะเวลาของการใช้สารเสพติด</b>				1.793	-	.131
น้อยกว่า 1 ปี	48	14.94	2.63			
1 – 10 ปี	58	15.16	2.65			
11 – 20 ปี	11	15.91	2.17			
มากกว่า 20 ปี	26	16.23	2.39			
<b>การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน</b>				-	.540	.716
ใช้	38	15.55	2.59			
หยุดใช้	105	15.29	2.62			
<b>บุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด</b>				-	.744	.136
มี	84	15.60	2.52			
ไม่มี	136	15.35	2.32			

จากตารางที่ 18 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และเศรษฐกิจ ปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ โดยใช้ Analysis of Variance : ANOVA และ unpair t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมการใช้บุหรี่กับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

พฤติกรรมการใช้บุหรี่	จำนวน	X	S.D.	F	T	P-value
<b>การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน</b>				-	-.070	.235
สูบบุหรี่	115	15.43	2.23			
ไม่สูบบุหรี่	105	15.46	2.47			
<b>ปริมาณบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน</b>				.007	-	.999
10 มวนหรือน้อยกว่า	74	15.42	2.25			
11-20 มวน	36	15.47	2.32			
21-20 มวน	3	15.33	2.08			
31 มวนขึ้นไป	2	15.50	.71			
<b>ปริมาณบุหรี่ที่สูบบุหรี่มากที่สุดต่อวัน</b>				.597	-	.618
10 มวนหรือน้อยกว่า	32	15.69	2.12			
11-20 มวน	47	15.57	1.80			
21-20 มวน	8	15.13	2.03			
31 มวนขึ้นไป	28	15.00	2.99			
<b>ระยะเวลาของการใช้บุหรี่</b>				1.508	-	.201
น้อยกว่า 10 ปี	23	15.35	2.79			
1 – 10 ปี	50	14.86	2.93			
11 – 20 ปี	28	16.11	2.31			
มากกว่า 20 ปี	14	15.21	1.67			
<b>การสูบบุหรี่ของผู้ป่วย</b>				.428	-	.789
สูบบุหรี่ทุกวัน	70	15.43	2.45			
สูบบุหรี่ 2-3 วัน/ครั้ง	13	15.15	3.18			
สูบบุหรี่สัปดาห์ละครั้ง	3	14.33	1.53			
สูบบุหรี่ในบางโอกาส	29	15.17	2.94			
<b>เคยเลิกสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว</b>				-	.919	.522
เคย	90	15.53	2.53			
ไม่เคย	25	15.00	2.71			

จากตารางที่ 19 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของผู้ป่วยกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ โดยใช้ Analysis of Variance : ANOVA และ unpair t-test พบว่า ปัจจัยพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเจ็บป่วยและการรักษากับความรู้อีกเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่

ความเจ็บป่วยกับการรักษา	จำนวน	X	S.D.	F	T	P-value
<b>อายุเริ่มป่วยทางจิต</b>				.296	-	.828
ต่ำกว่า 20 ปี	92	15.49	2.57			
21 - 30 ปี	87	15.45	2.18			
31 - 40 ปี	33	15.18	2.19			
41ปีขึ้นไป	8	16.00	2.27			
<b>ครั้งที่มารับการรักษา</b>				.752	-	.586
ครั้งที่ 1 – 3	103	15.27	2.39			
ครั้งที่ 4 - 6	43	15.49	2.61			
ครั้งที่ 7 - 9	25	15.16	1.70			
ครั้งที่ 10 - 12	16	15.63	2.68			
ครั้งที่ 13 – 15	11	16.45	2.16			
16 ครั้งขึ้นไป	22	15.86	2.05			
<b>ระยะเวลาของการป่วยทางจิต</b>				1.982	-	.185
1 – 5 ปี	63	14.78	2.64			
6 - 10 ปี	60	15.18	2.29			
11 – 15 ปี	37	16.14	2.42			
16 – 20 ปี	32	16.00	1.67			
มากกว่า 21 ปี	28	15.96	1.89			
<b>โรคประจำตัว</b>				-	-.067	.131
ไม่มี	189	15.45	2.44			
มี	31	15.42	1.67			
<b>ระยะเวลาของการเจ็บป่วย</b>				.326	-	.860
น้อยกว่า 1 ปี	3	15.00	2.65			
1 – 10 ปี	21	15.14	1.28			
11 – 20 ปี	4	15.25	1.50			
มากกว่า 20 ปี	3	16.67	3.06			

\* p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

จากตารางที่ 20 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเจ็บป่วยและการรักษาด้วยความรู้อีกเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ โดยใช้ Analysis of Variance : ANOVA และ unpair t-test พบว่า ปัจจัยความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้อีกเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่

	จำนวน	X	S.D.	F	T	P-value
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>						
<b>เพศ</b>				-	.193	.739
ชาย	143	28.17	11.33			
หญิง	77	27.85	11.48			
<b>อายุ</b>				.386	-	.818
ต่ำกว่า 20 ปี	3	22.00	15.62			
20 - 29 ปี	70	29.01	11.31			
30 - 39 ปี	75	27.96	12.06			
40 - 49 ปี	47	27.64	10.28			
50 ปีขึ้นไป	25	27.20	11.39			
<b>ศาสนา</b>				1.611	-	.202
พุทธ	204	27.88				
อิสลาม	7	35.43				
คริสต์ / อื่นๆ	9	26.33				
<b>สถานภาพ</b>				.469	-	.626
โสด	160	27.93	11.59			
คู่	30	29.77	12.40			
หย่า / ม้าย / อื่น ๆ	30	27.03	8.86			
<b>ระดับการศึกษา</b>				.1491	-	.206
ประถมศึกษา	79	27.01	11.11			
มัธยมศึกษาตอนต้น	51	28.08	10.88			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	61	28.90	12.14			
อนุปริญญา/ปวส.	13	34.15	10.75			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16	25.00	10.74			

ตารางที่ 21(ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี

	จำนวน	X	S.D.	F	T	P-value
<b>ปัจจัยด้านการทำงาน</b>						
อาชีพ				-	1.174	.260
มี	98	29.06	12.19			
ไม่มี	122	27.25	10.63			
รายได้				.302	-	.740
น้อยกว่า 5,000 บาท	101	27.68	10.98			
5,001-10,000 บาท	55	29.09	12.44			
มากกว่า 10,000 บาท	64	27.77	11.09			
<b>ปัจจัยการใช้สารเสพติด</b>						
ระยะเวลาของการใช้สารเสพติด				2.819	-	.026*
น้อยกว่า 1 ปี	48	29.29	11.86			
1 – 10 ปี	58	28.31	10.76			
11 – 20 ปี	11	29.91	10.13			
มากกว่า 20 ปี	26	33.04	12.73			
การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน				-	1.269	.838
ใช้	38	31.68	11.67			
หยุดใช้	105	28.93	11.38			
บุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด				-	1.669	.784
มี	84	29.68	11.74			
ไม่มี	136	27.06	11.04			

\* p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

จากตารางที่ 21 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และเศรษฐกิจ ปัจจัยการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี โดยใช้ Analysis of Variance : ANOVA และ unpair t-test พบว่า ระยะเวลาของการใช้สารเสพติด มีค่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงานและสภาพเศรษฐกิจ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมการใช้บุหรี่กับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่

พฤติกรรมการใช้บุหรี่	จำนวน	X	S.D.	F	T	P-value
<b>การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน</b>				-	1.656	.247
สูบบุหรี่	115	26.85	10.63			
ไม่สูบบุหรี่	105	29.38	12.02			
<b>ปริมาณบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน</b>				.966	-	.411
10 มวนหรือน้อยกว่า	74	25.93	10.26			
11-20 มวน	36	29.08	10.89			
21-20 มวน	3	21.67	9.50			
31 มวนขึ้นไป	2	28.50	23.33			
<b>ปริมาณบุหรี่ที่สูบบุหรี่มากที่สุดต่อวัน</b>				2.619	-	.054
10 มวนหรือน้อยกว่า	32	25.59	10.91			
11-20 มวน	47	24.98	9.46			
21-20 มวน	8	26.25	9.04			
31 มวนขึ้นไป	28	31.61	11.63			
<b>ระยะเวลาของการใช้บุหรี่</b>				5.933	-	.000**
น้อยกว่า 1 ปี	23	32.35	13.32			
1 – 10 ปี	50	30.24	11.14			
11 – 20 ปี	28	30.17	11.59			
มากกว่า 20 ปี	14	35.29	11.49			
<b>การสูบบุหรี่ของผู้ป่วย</b>				6.253	-	.000**
สูบบุหรี่ทุกวัน	70	32.13	10.72			
สูบบุหรี่ 2-3 วัน/ครั้ง	13	31.46	10.05			
สูบบุหรี่สัปดาห์ละครั้ง	3	28.33	20.26			
สูบบุหรี่ในบางโอกาส	29	30.31	13.97			
<b>เคยเลิกสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว</b>				-	.380	.785
เคย	90	32.01	11.81			
ไม่เคย	25	31.00	11.62			

\* p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

จากตารางที่ 22 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของผู้ป่วยกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ โดยใช้ Analysis of Variance : ANOVA และ unpair t-test พบว่าระยะเวลาของการใช้บุหรี่ ลักษณะการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p<0.01$



ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยและการรักษากับทัศนคติเกี่ยวกับบุนหรี

ความเจ็บป่วยกับการรักษา	จำนวน	X	S.D.	F	T	P-value
<b>อายุเริ่มป่วยทางจิต</b>				.748	-	.525
ต่ำกว่า 20 ปี	92	27.90	11.75			
21 – 30 ปี	87	29.16	11.69			
31 - 40 ปี	33	26.42	9.41			
41 ปี ขึ้นไป	8	24.63	10.72			
<b>ครั้งที่มารับการรักษา</b>				.918	-	.470
ครั้งที่ 1 – 3	103	26.81	10.92			
ครั้งที่ 4 - 6	43	30.00	12.37			
ครั้งที่ 7 - 9	25	30.08	13.27			
ครั้งที่ 10 - 12	16	30.50	11.58			
ครั้งที่ 13 – 15	11	25.82	8.26			
16 ครั้งขึ้นไป	22	27.18	10.16			
<b>ระยะเวลาของการป่วยทางจิต</b>				.624	-	.646
1 – 5 ปี	63	27.38	11.01			
6 – 10 ปี	60	29.67	12.18			
11 – 15 ปี	37	28.81	12.14			
16 – 20 ปี	32	26.34	10.21			
มากกว่า 21ปี	28	27.11	10.76			
<b>โรคประจำตัว</b>				-	1.382	.317
ไม่มี	189	28.49	11.52			
มี	31	25.45	10.07			
<b>ระยะเวลาของการเจ็บป่วย</b>				.300	-	.878
น้อยกว่า 1 ปี	3	28.33	8.02			
1 – 10 ปี	21	25.61	8.89			
11 – 20 ปี	4	26.75	12.42			
มากกว่า 20 ปี	3	26.67	12.70			

\* p&lt;0.05    \*\*p&lt;0.01

จากตารางที่ 22 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเจ็บป่วยและการรักษา กับทัศนคติเกี่ยวกับบุนหรี โดยใช้ Analysis of Variance : ANOVA และ unpair t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืกับระยะเวลาการใช้สารเสพติดชนิดอื่น โดยการเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post-Hoc Multiple Comparison)

ระยะเวลาการใช้สารเสพติดชนิดอื่น	ผู้ไม่ใช้สาร (n = 77)	ใช้น้อยกว่า 1 ปี (n = 48)	ใช้ 1-10 ปี (n = 58)	ใช้ 10-20 ปี (n = 11)	ใช้มากกว่า 20 ปี (n = 26)
ผู้ไม่ใช้สาร (n=77)		-4.1358	-3.1545	-4.7532	-7.8826*
ใช้น้อยกว่า 1 ปี (n=48)	4.1358		.9813	-.6174	-3.7468
ใช้ 1-10 ปี (n= 58)	3.1545	-.9813		-1.5987	-4.7281
ใช้10-20 ปี (n=11)	4.7532	.6174	1.5987		-3.1294
ใช้มากกว่า 20 ปี(n=26)	7.8826*	3.8826	4.7261	3.1294	

\* p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

จากตารางที่ 24 ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืของผู้ที่ไม่ได้ใช้สารเสพติดกับผู้ที่ใช้สารเสพติดอื่นเป็นเวลามากกว่า 20 ปี แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ผู้ที่ใช้สารเสพติดอื่นมากกว่า 20 ปี จะมีระดับคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืทางบวกมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารเสพติด

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืกับระยะเวลาการใช้บุหรื โดยการเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post-Hoc Multiple Comparison)

ระยะเวลาการใช้บุหรื	ผู้ไม่ได้สูบ (n = 105)	สูบน้อย 1 ปี (n = 23)	สูบ 1-10 ปี (n = 50)	สูบ 10-20 ปี (n = 28)	สูบมากกว่า 20 ปี (n = 14)
ผู้ไม่ได้สูบ (n=105)		-7.7954*	-5.6876	-5.6262	-10.7333*
สูบน้อยกว่า 1 ปี (n=23)	7.7954*		2.1078	2.1693	-2.9379
สูบ 1-10 ปี (n= 50)	5.6876	-2.1078		.0614	-5.0457
สูบ 10-20 ปี (n=28)	5.6262	-2.1693	-.0614		-5.1071
สูบมากกว่า 20 ปี(n=14)	10.7333*	2.9379	5.0457	5.1071	

\* p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

จากตารางที่ 25 ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรืกับผู้สูบน้อยกว่า 1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ผู้ที่สูบบุหรืน้อยกว่า 1 ปี จะมีระดับคะแนนทัศนคติทางบวกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรื และพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรืกับผู้สูบบุหรืมากกว่า 20 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูบบุหรืมากกว่า 20 ปี จะมีระดับคะแนนทัศนคติทางบวกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรื

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืกับลักษณะการใช้บุหรื โดยการเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post-Hoc Multiple Comparison)

ระยะเวลาการใช้บุหรื	ผู้ไม่ได้สูบ (n = 105)	สูบทุกวัน (n = 70)	สูบ 2-3วัน /ครั้ง (n = 13)	สูบสัปดาห์ ละครั้ง (n = 3)	สูบบาง โอกาส (n = 29)
ผู้ไม่ได้สูบ (n=105)		-7.8333*	-7.1663	-4.0381	-6.0151
สูบทุกวัน(n=70)	7.8333*		.6670	3.7952	1.8182
สูบ 2-3วัน/ครั้ง (n= 13)	7.1663	-.6670		3.1282	1.1512
สูบสัปดาห์ละครั้ง(n=3)	4.0381	-3.7952	-3.1282		-1.9770
สูบบางโอกาส (n=29)	6.0151	-1.8182	-1.1512	1.9770	

\* p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

จากตารางที่ 26 ค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรืกับผู้สูบบุหรืทุกวัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้สูบบุหรืทุกวันจะมีระดับคะแนนทัศนคติทางบวกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรื

ตารางที่ 27 แสดงค่า Chi-squares ( $\chi^2$ ), P-value และ Fisher's Exact ของ ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้าน

การใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว กับ พฤติกรรมการ สูบบุหรี่

	พฤติกรรมการใช้บุหรี่				$\chi^2 /$ Fisher s	P-value
	สูบ		ไม่สูบ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>					5.184 <sup>a</sup>	.000**
<b>เพศ</b>						
ชาย	101	87.8	42	40.0		
หญิง	14	12.2	63	60.0		
<b>อายุ</b>					6.554	.161
ต่ำกว่า 20 ปี	2	1.7	1	1.0		
20 - 29 ปี	32	27.8	38	36.2		
30 - 39 ปี	35	30.4	40	38.1		
40 - 49 ปี	29	25.2	18	17.1		
มากกว่า 50 ปี	17	14.8	8	7.6		
<b>ศาสนา</b>					.290	.865
พุทธ	107	93.0	97	92.4		
อิสลาม	4	3.5	3	2.9		
คริสต์ / อื่นๆ	4	3.5	5	4.8		
<b>สถานภาพ</b>					5.423	.066
โสด	76	66.1	84	80.0		
คู่	20	17.4	10	9.5		
อื่นๆ	19	16.5	11	10.5		
<b>ระดับการศึกษา</b>					89.504	.000**
ประถมศึกษา	62	53.9	17	16.2		
มัธยมศึกษาตอนต้น	39	33.9	12	11.4		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14	12.2	47	44.8		
อนุปริญญา/ปวส.	-	-	13	12.4		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	-	-	16	15.2		

\* p<0.05      \*\*p<0.01      a = Fisher's Exact

ตารางที่ 27 (ต่อ) แสดงค่า Chi-squares ( $\chi^2$ ), P-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่

	พฤติกรรมการสูบบุหรี่				$\chi^2 /$ Fisher s	P-value
	สูบ		ไม่สูบ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ปัจจัยด้านการงานและเศรษฐกิจ</b>						
<b>อาชีพ</b>					1.318 <sup>a</sup>	.279
มี	47	40.9	51	48.6		
ไม่มี	68	59.1	54	51.4		
<b>รายได้</b>					1.138	.566
น้อยกว่า 5,000 บาท	51	44.3	50	47.6		
5,001-10,000 บาท	27	23.5	28	26.7		
มากกว่า 10,000 บาท	37	32.2	27	25.7		
<b>ระยะเวลาของการใช้สารเสพติด</b>					13.155	.011*
น้อยกว่า 1 ปี	20	17.4	28	26.7		
1 - 10 ปี	26	22.6	32	30.5		
11 – 20 ปี	5	4.3	6	5.7		
มากกว่า 20 ปี	11	9.6	15	14.3		
<b>การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน</b>					.033 <sup>a</sup>	1.000
ใช้	16	25.8	22	27.2		
หยุดใช้	46	74.2	59	72.8		
<b>บุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด</b>					2.695 <sup>a</sup>	.126
มี	38	33.0	46	43.8		
ไม่มี	77	67.0	59	56.2		

\* p<0.05      \*\*p<0.01      a = Fisher's Exact

จากตารางที่ 27 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ด้วยสถิติ Chi-squares พบว่า เพศ และระดับการศึกษามีความแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$  ส่วนระยะเวลาการใช้สารเสพติด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

**ตารางที่ 28 แสดงค่า Chi-squares ( $\chi^2$ ), P-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยความเจ็บป่วยและการรักษา กับพฤติกรรม**  
**การสูบบุหรี่**

	พฤติกรรมการใช้บุหรี่				$\chi^2 /$ Fisher s	P-value
	สูบ		ไม่สูบ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>อายุที่เริ่มป่วยทางจิต</b>					2.684	.443
ต่ำกว่า 20 ปี	49	42.6	43	41.0		
21 - 30 ปี	41	35.7	46	43.8		
31 - 40 ปี	21	18.3	12	11.4		
มากกว่า 41 ปี	4	3.5	4	3.8		
<b>ครั้งที่มารักษา</b>					16.347	.006**
1 - 3 ครั้ง	57	49.2	46	43.8		
4 - 6 ครั้ง	14	12.2	29	27.6		
7 - 9 ครั้ง	11	9.6	14	13.3		
10 - 12 ครั้ง	14	12.2	2	1.9		
13 - 15 ครั้ง	7	6.1	4	3.8		
มากกว่า 16 ครั้ง	12	10.4	10	9.5		
<b>ระยะเวลาของการป่วยทางจิต</b>					11.205	.024*
น้อยกว่า 1 - 5 ปี	28	24.3	35	33.3		
6 - 10 ปี	28	24.3	32	30.5		
11 - 15 ปี	22	19.1	15	14.3		
16 - 20 ปี	15	13.0	17	16.2		
มากกว่า 21 ปี	22	19.1	6	5.7		
<b>Antipsychotic Drugs</b>					28.232	
กลุ่มClassical	85	76.4	105	100		.000**
กลุ่มAtypical	5	4.5	-	-		
ได้รับสองกลุ่ม	21	19.1	-	-		
<b>โรคประจำตัว</b>					32.947 <sup>a</sup>	.000**

มี	31	27.0	-	-
ไม่มี	84	73.0	105	100

\* p<0.05      \*\*p<0.01

ตารางที่ 28 (ต่อ)แสดงค่า Chi-squares ( $\chi^2$ ), P-value และ Fisher's Exact ของความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยความเจ็บป่วยและการรักษา กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่

	พฤติกรรมการใช้บุหรี่				$\chi^2 /$ Fisher s	P-value
	สูบ		ไม่สูบ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาของการป่วย					9.920	.042*
น้อยกว่า 1 ปี	2	1.7	1	1.0		
1 – 10 ปี	16	13.9	5	4.8		
11 – 20 ปี	3	2.6	1	1.0		
มากกว่า 21 ปี	3	2.6	-	-		

\* p<0.05      \*\*p<0.01      a = Fisher's Exact

จากตารางที่ 28 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสูบบุหรี่กับปัจจัยความเจ็บป่วยและการรักษา ด้วยสถิติ Chi-squares ( $\chi^2$ ), P-value และ Fisher's Exact พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ครั้งที่มารักษา กลุ่มยาAntipsychotic และโรคประจำตัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01 ส่วนระยะเวลาการใช้สารเสพติดอื่น ระยะเวลาป่วยทางจิต และระยะเวลาป่วยทางกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตอนที่ 8** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

**ตารางที่ 29** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความรู้ ทักษะคิด อายุ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ (SSS) และระยะเวลาป่วยทางจิต ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ตัวแปร	ความรู้	ทักษะคิด	SSS	อายุ	ระยะเวลาป่วยทางจิต
ความรู้		-.144* (.032)	-.248** (.000)	.150* (.026)	.183* (.007)
ทักษะคิด	-.144* (.032)		.317** (.000)	-.052 (.445)	-.029 (.665)
SSS	-.248** (.000)	.317** (.000)		-.220** (.001)	-.156* (.021)
อายุ	.150* (.026)	-.052 (.445)	-.220** (.001)		.627** (.000)
ระยะเวลาป่วยทางจิต	.183* (.007)	-.029 (.665)	-.156* (.021)	.627** (.000)	

\* p<0.05

\*\*p<0.01

จากตารางที่ 29 พบว่าความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับทักษะคิดเกี่ยวกับบุหรี่ ( $r = -.144$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  หมายความว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่สูง ก็จะมีทักษะคิดเกี่ยวกับบุหรี่ในทางลบ

ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ ( $r = -.248$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับพิษของบุหรี่สูงก็จะมีรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจต่ำ

ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุของผู้ป่วย



( $r=.150$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.05$  หมายความว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากก็จะมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ดี

ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาป่วยทางจิต ( $r=.183$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.01$  หมายความว่าผู้ป่วยที่ป่วยทางจิตเป็นเวลานานก็จะมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มากขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้สึกละแวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ ( $r=.317$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.01$  หมายความว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ทางบวกสูง ก็จะมีรู้สึกละแวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจในระดับสูงเช่นกัน

ความรู้สึกละแวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ อายุของผู้ป่วย ( $r=-.220$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.01$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นสูงก็จะมีความรู้สึกละแวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจระดับต่ำลง

ความรู้สึกละแวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ระยะเวลาป่วยทางจิต ( $r=-.156$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.05$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่ป่วยนานก็จะมีความรู้สึกละแวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจระดับน้อยลง

**ตอนที่ 9** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ ระดับการติดสารนิโคติน และตัวแปรที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่

ตารางที่ 30 ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความรู้ ทักษะคิด ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ (SSS) อายุ ระดับการติดสารนิโคติน และระยะเวลาป่วยทางจิต ต่อการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ตัวแปร	ความรู้	ทักษะคิด	SSS	อายุ	ระดับนิโคติน	ระยะเวลาป่วยทางจิต
ความรู้		-.208* (.026)	-.213*	.242**	-.008	.256**
ทักษะคิด	-.208* (.026)		.234* (.012)	.015 (.871)	.325* (.036)	.027 (.775)
SSS	-.213* (.022)	.234* (.012)		-.252** (.007)	.122 (.443)	-.113 (.230)
อายุ	.242** (.009)	.015 (.871)	-.252** (.007)		.184 (.243)	-.646** (.000)
ระดับนิโคติน	.008 (.006)	.325* (.036)	.122 (.443)	.184 (.243)		.173 (.272)
ระยะเวลาป่วยทางจิต	.256** (.006)	.027 (.775)	-.113 (.230)	.646** (.000)	.173 (.272)	

\* p<0.05

\*\*p<0.01

จากตารางที่ 30 จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ พบว่าความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับทักษะคิดเกี่ยวกับบุหรี่ ( $r = -.208$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  หมายความว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่สูง มักจะมีทักษะคิดเกี่ยวกับบุหรี่ในทางลบ

ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ ( $r = -.213$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่สูงก็จะมีรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจต่ำ

ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ( $r=.242$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.01$  หมายความว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่มีอายุมากก็จะมี ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มากขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาป่วยทางจิต ( $r=.256$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.01$  หมายความว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่ป่วยเป็นเวลานานก็ จะมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มากขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้สึกละแวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้า ใจ ( $r=.234$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.05$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่มีทัศนคติ เกี่ยวกับบุหรี่ทางบวก ก็จะมีรู้สึกละแวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจในระดับสูงเช่นกัน

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับสารนิโคติน ( $r=.325$ ) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่  $P<0.05$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ทางบวกก็จะสูบบุหรี่ สูงส่งผลให้ระดับนิโคตินสูงด้วยเช่นกัน

ความรู้สึกละแวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ อายุของผู้ป่วย ( $r=-.252$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.01$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่มีอายุมากก็จะมีความรู้สึกละ แวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจระดับต่ำลง

**ตอนที่ 10**    **ปัจจัยทำนายความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่**

**ตารางที่ 31**    **ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis)**

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	t	p-value
ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ	.248	.062	-.098	-3.327	.001**
ระยะเวลาของการป่วยทางจิต	.300	.090	.291	2.593	.010**
Constant				29.569	.000**

\* p<0.05

\*\*p<0.01

จากตารางที่ 31 จากการวิเคราะห์ด้วย ความสัมพันธ์เพียร์สัน เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ พบว่ามีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทั้งหมด 4 ตัว ได้แก่ ทักษะคิด อายุ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ และระยะเวลาของการป่วยทางจิตเมื่อนำมาทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรือน่าจะมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจและระยะเวลาของการป่วยทางจิตสามารถทำนายได้ร้อยละ 6.2 และ 9.0 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 32 ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติเกี่ยวกับของบุหรี่ปัจจัยจากการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis)

ลำดับตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	B	t	p-value
ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ	.317	.100	.582	4.149	.000**
ระยะเวลาของการใช้บุหรี่ปัจจัย	.377	.142	1.809	3.266	.001**
Constant				9.434	.000**

\* p<0.05

\*\*p<0.01

จากตารางที่ 32 จากการวิเคราะห์ด้วย ANOVA , Upair t - test และความสัมพัทธ์เพียร์สัน เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติเกี่ยวกับของบุหรี่ปัจจัย พบว่ามีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติทั้งหมด 5 ตัว ได้แก่ ความรู้ ระยะเวลาของการใช้สารเสพติด ระยะเวลาของการใช้บุหรี่ปัจจัย ลักษณะการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย และความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ เมื่อนำมาทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) พบว่าปัจจัยที่เป็นตัวทำนายทัศนคติเกี่ยวกับของบุหรี่ปัจจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ และระยะเวลาของการใช้บุหรี่ปัจจัย สามารถทำนายได้ร้อยละ 10.0 และ 14.2 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 33 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกาสูบหรี่จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก  
(Logistic Regression Analysis)

ลำดับตัวแปร	B	Wald	Exp (B)	Lower	Upper	P-value
ระยะเวลา ใช้สารเสพติดอื่น	.341	33.468	1.406	1.253	1.578	.000
ทัศนคติ	-.065	13.012	.937	.905	.971	.000
ความรู้สึกแสวงหา สิ่งตื่นเต้นเร้าใจ	-.074	3.824	.929	.863	1.000	.050

จากตารางที่ 33 จากการวิเคราะห์ด้วย Chi-squares และความสัมพันธ์เพียร์สัน เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกาสูบหรี่ พบว่ามีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทั้งหมด 10 ตัว ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาใช้สารเสพติดอื่น ครั้งที่มารักษา ระยะเวลาการป่วยทางจิต ได้รับยา antipsychotic โรคประจำตัว ระยะเวลาป่วยด้วยโรคประจำตัว ทัศนคติ และความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ เมื่อนำมาทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่สามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมกาสูบหรี่ได้คือ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่นเป็นเวลานาน มีโอกาสมีพฤติกรรมกาสูบหรี่เพิ่มขึ้น 1.4 เท่า ถ้าผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการสูบหรี่ มีโอกาสมีพฤติกรรมกาสูบหรี่ลดลง 0.93 เท่า และถ้าผู้ป่วยมีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจต่ำ มีโอกาสมีพฤติกรรมกาสูบหรี่ลดลง 0.92 เท่า

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ ทักษะ ความชุกของพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวช- ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ และพฤติ กรรมกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

### สรุปผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

แบ่งตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ ปัจจัยการใช้สาร เสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัยการเจ็บป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทเป็นเพศชาย ร้อยละ 65.0 อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 31.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.7 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 72.7 ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.9

ปัจจัยด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทไม่มีอาชีพ ร้อยละ 55.5 ครอบครัวมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 45.9

ปัจจัยการใช้สารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยในโรคจิตเภทส่วนใหญ่เคยใช้สุรา ร้อยละ 39.8 ใช้สารเสพติดมาเป็นเวลา 1 ปี -10 ปี ร้อยละ 40.6 ปัจจุบันหยุดใช้สารเสพติดแล้ว ร้อยละ 73.4 ไม่มีบุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด ร้อยละ 61.8 พี่น้องๆเป็นผู้ใช้สารเสพติด ร้อยละ 40.8 บุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติดคือดื่มสุราเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.4

ปัจจัยด้านการใช้บุหรี่พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทสูบบุหรี่ ร้อยละ 52.3 ปริมาณที่สูบ บุหรี่ต่อวัน 10 มวนหรือน้อยกว่า ร้อยละ 33.6 ปริมาณที่ผู้ป่วยเคยสูบมากที่สุดต่อวัน 11-20 มวน ร้อยละ 21.4 ระยะเวลาที่ใช้บุหรี่ส่วนใหญ่ 1-10 ปี ร้อยละ 22.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ทุกวัน ร้อยละ 31.8 ผู้ป่วยสูบบุหรี่ครั้งแรกเนื่องจากอยากลองสูบด้วยตนเอง ร้อยละ 28.6 ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่เคยเลิกสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ร้อยละ 40.9 เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่อยู่คือ ติดใจ ในรสชาติของบุหรี่ ร้อยละ 20.5 มักเกิดอาการอยากสูบบุหรี่หลังหยุดสูบบุหรี่ ร้อยละ 35.5

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการรักษา พบว่า ผู้ป่วยในโรคจิตเภทเริ่มป่วยทางจิตอายุ ต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 41.8 มารับการรักษาครั้งที่ 1-3 ร้อยละ 46.8 ระยะเวลาของการป่วยทางจิต 1-5 ปี ร้อยละ 28.6 ได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่มต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) ร้อยละ 97.7 ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่ม Phenothiazines ร้อยละ 84.3 และกลุ่ม Atypical คือ ยา Clozapine ร้อยละ 50.9 และได้รับยาต้านเศร้า กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ร้อยละ 80 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.9 และผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งมีโรคประจำตัว มาเป็นเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 67.7

## 2. ความสุขของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

พบว่า ผู้ป่วยในโรคจิตเภทมีความสุขของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในเพศชาย (จำนวน 143 คน) ร้อยละ 70.63 และเพศหญิง (จำนวน 77 คน) ร้อยละ 18.18

## 3. ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้

พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ มีความรู้ระดับดี ร้อยละ 57.39 และ 59.05 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยในโรคจิตเภทตอบถูกเกี่ยวกับความรู้พิษภัยของบุหรี่ 5 อันดับแรก คือ สารในบุหรี่ทำให้เกิดโทษแก่ร่างกายคือนิโคติน ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 93.6 โรคถุงลมโป่งพองเกิดจากการสูบบุหรี่ต่อเนื่องกันในระยะเวลานาน ๆ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 93.2 การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นตัวและกลิ่นปาก ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 92.7 สารพิษในควันบุหรี่จะไปเกาะจับติดกันตัวฟัน เหงือก และเยื่อในช่องปาก ทำให้เกิดโรคฟัน และเหงือก ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 90.5 และการล้างหน้าด้วยน้ำเย็นหรืออาบน้ำ จะช่วยลดอาการง่วงนอนในช่วงเลิกบุหรี่ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 85.9 ส่วนที่มีผู้ตอบผิด 5 อันดับแรกคือ สารพิษที่เกิดจากการสูบบุหรี่และทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนคือ คาร์บอนไดออกไซด์ ตอบผิดคิดเป็นร้อยละ 75.9 การสูบบุหรี่มากจะทำให้อายุสั้นประมาณ 12 นาที ตอบผิดคิดเป็น ร้อยละ 65.0 วันงดสูบบุหรี่โลก ตรงกับวันที่ 13 พฤษภาคม ตอบผิดคิดเป็นร้อยละ 64.1 ควันหลงของบุหรี่ หมายถึง ควันที่ลอยออกจากปลายมวนบุหรี่จุดทิ้งไว้อันตรายน้อยกว่าควันแท้ ตอบผิดคิดเป็นร้อยละ 63.6 และโรคหวัด และไอเรื้อรังไม่ได้มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ ตอบผิดคิดเป็นร้อยละ 49.1



จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ และจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

#### 4. ทักษะเกี่ยวกับบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่

พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทมีระดับทัศนคติต่อบุหรี่ โดยแบ่งระดับทัศนคติเป็น 3 ระดับ ผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่เคยสูบบุหรี่มีทัศนคติทางบวก 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.2 มีทัศนคติปานกลาง 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 มีทัศนคติทางลบ 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.9 ผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่ไม่สูบบุหรี่มีทัศนคติทางบวก 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3 มีทัศนคติปานกลาง 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.1 มีทัศนคติทางลบ 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.6

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาของการใช้สารเสพติดอื่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ซึ่งผู้ป่วยที่เคยใช้สารเสพติดอื่นเป็นเวลามากกว่า 20 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับทัศนคติทางบวกสูงกว่าผู้ป่วยที่เคยใช้สารเสพติดในระยะเวลาอื่น ๆ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เคยใช้สารเสพติดอื่น

ตัวแปรระยะเวลาของการใช้บุหรี่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  โดยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นเวลามากกว่า 20 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับทัศนคติทางบวกสูงกว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ในระยะเวลาอื่น ๆ ที่น้อยกว่า 20 ปี และพบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่เป็นเวลาไม่ถึง 1 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับทัศนคติทางบวกสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่

ตัวแปรลักษณะการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$  โดยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกวันมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับทัศนคติทางบวกสูงกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้สูบบุหรี่ทุกวัน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

#### 5. ระดับการติดสารนิโคติน

พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทสูบบุหรี่ 10 มวนหรือน้อยกว่าต่อวัน ร้อยละ 50.4 สูบบุหรี่มวนแรกภายใน 5 นาที หลังตื่น ร้อยละ 53.0 ไม่สูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่น ร้อยละ 80.0 บุหรี่มวนแรกในตอนเช้าเป็นมวนที่ผู้ป่วยไม่อยากจะเลิก ร้อยละ 60.0 ผู้ป่วยไม่รู้สึกลำบากยุ่งยากที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 62.6 ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องสูบบุหรี่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักในโรงพยาบาล ร้อยละ 53.9

พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทมีระดับการติดสารนิโคตินค่าเฉลี่ย =  $5.19 = 2.12$  คะแนน โดยแบ่งระดับการติดสารนิโคติน เป็น 5 ระดับ คือ ไม่นับว่าติดสารนิโคติน (สามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตัวเอง) 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.7 ติดสารนิโคตินระดับปานกลาง 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.2 ติดสารนิโคตินระดับปานกลาง และมีแนวโน้มอย่างมากในการพัฒนาไปเป็นการติดสารนิโคตินในระดับสูง 47 รายคิดเป็นร้อยละ 40.9 ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.3 ติดสารนิโคตินในระดับสูงสุด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ .9

#### 6. การวัดความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ

พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีระดับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.3 และ 56.2 ตามลำดับ

พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่มีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ 4 ด้านหลัก ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ มีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

#### 7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ปัจจัยการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ด้วยสถิติ Chi-squares พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ครั้งที่มารักษากลุ่มยา Antipsychotic และโรคประจำตัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$  ส่วนระยะเวลาการใช้สารเสพติด ระยะเวลาป่วยทางจิต และระยะเวลาป่วยทางกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

#### 8. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ และตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

พบว่าความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ( $r = -.144$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  หมายความว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่สูง ก็จะมีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ในทางลบ

ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ ( $r = -.248$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่สูงก็จะมีรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจต่ำ

ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุของผู้ป่วย ( $r = .150$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากก็จะมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืดี

ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาป่วยทางจิต ( $r = .183$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่ป่วยทางจิตเป็นเวลานานก็จะมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืมากขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ ( $r = .317$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  หมายความว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับบุหรื ก็จะมีรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจในระดับสูงเช่นกัน

ความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ อายุของผู้ป่วย ( $r = -.220$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นสูงก็จะมีความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจระดับต่ำลง

ความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ระยะเวลาป่วยทางจิต ( $r = -.156$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่ป่วยนานก็จะมีความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจระดับน้อยลง

#### 9. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ ระดับการติดสารนิโคติน และตัวแปรต่างๆที่เกี่ยวข้อง ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรื

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรื พบว่าความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืมีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื ( $r = -.208$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืสูง มักจะมีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืในทางลบ

ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ ( $r = -.213$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืสูงก็จะมีรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจต่ำ

ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ( $r=.242$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.01$  หมายความว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากก็จะมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มากขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาป่วยทางจิต ( $r=.256$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.01$  หมายความว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็นเวลานานก็จะมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มากขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ ( $r=.234$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.05$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ทางบวก ก็จะมีรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจในระดับสูงเช่นกัน

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับสารนิโคติน ( $r=.325$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.05$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับบุหรี่ก็จะสูบบุหรี่มาก ส่งผลให้ระดับนิโคตินสูงด้วยเช่นกัน

ความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ อายุของผู้ป่วย ( $r=-.252$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.01$  หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นก็จะมีความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจต่ำลง

## 10. ปัจจัยทำนายความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยนำปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ และ ทัศนคติจากการวิเคราะห์ด้วย Anova, t-test, Pearson's และ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากการวิเคราะห์ด้วย Chi-square เพื่อมาทดสอบ Stepwise ว่าตัวแปรใดเป็นตัวทำนายได้อย่างแท้จริง

พบว่า ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ และ ระยะเวลาของการป่วยทางจิตสามารถทำนายได้ร้อยละ 6.2 และ 9.0 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p<0.01$

พบว่า ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายทัศนคติเกี่ยวกับของบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจ และระยะเวลาของการใช้บุหรี่ สามารถทำนายได้ร้อยละ 10.0 และ 14.2 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p<0.01$

พบว่าปัจจัยที่สามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้คือ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดชนิดอื่นเป็นเวลานาน มีโอกาสมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 1.4 เท่า ถ้าผู้ป่วยมีทัศน

นคติที่ไม่ดีต่อการสูบบุหรี่ มีโอกาสมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง 0.93 เท่า และถ้าผู้ป่วยมีความรู้ สึกแสวงหาสิ่งที่ตื่นเต้นเร้าใจต่ำ มีโอกาสมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง 0.92 เท่า

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.0 อายุอยู่ระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 31.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.7 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 72.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.9 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 55.5 ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 45.9 จากผลการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภท เพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิง อาจเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทชายเมื่อมีอาการกำเริบขึ้นมักจะ อาการรุนแรงและอาจจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายได้สูง ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทชายจึงได้รับการดูแลจากญาติและได้รับการรับตัวเข้ามารักษาในโรงพยาบาลในจำนวนที่มากกว่าผู้ป่วยจิตเภท เพศหญิงซึ่งอาการความรุนแรงน้อยกว่าผู้ป่วยชายเมื่อมีอาการกำเริบขึ้น ดังนั้นจึงอาจได้รับการดูแลที่บ้านจากญาติได้เองฉะนั้นจำนวนที่ได้รับการรับตัวเข้ามารักษาในโรงพยาบาลจึงเป็นจำนวนที่น้อยกว่า ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สลิลลา มากะจันทร์<sup>(128)</sup> ที่ได้ผลการวิจัยว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรสโสด ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และไม่มีรายได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วยุณี ช้างมิ่ง<sup>(129)</sup> ที่ได้ผลการวิจัยว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรส โสด ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ระหว่าง 1,001-5,000 บาท และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เกษมตันติผลาชีวะ<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาระบาดวิทยาของโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้ผลการศึกษาว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีช่วงอายุระหว่าง 15-34 ปี และในอเมริกาพบว่าในระดับ เศรษฐกิจและ social class ที่ระดับต่ำมัก พบผู้ป่วยจิตเภทในจำนวนที่สูงกว่าในระดับเศรษฐกิจและ social class ระดับสูง และจากการศึกษาวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.7 ซึ่งเนื่องจากประเทศไทยเป็นเมืองพุทธ คนส่วนใหญ่เกือบทั้งประเทศนับถือศาสนาพุทธกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการวิจัยจึงนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ และจะเห็นได้ว่าศาสนาไม่ได้เป็นตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากแนว คำสอนของทุกศาสนาสอนคนเป็นคนดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวการดำเนินชีวิตของคนในสังคมไทย และยังไม่มีการห้ามที่เฉพาะเจาะจงในการห้ามไม่ให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เลย

จากผลการวิจัยพบว่าการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยในโรคจิตเภทส่วนใหญ่เคยใช้สุราร้อยละ 39.0 พี่น้องๆเป็นผู้ใช้สารเสพติดด้วย ร้อยละ 40.8 และบุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติดคือสุราเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.4 อาจเนื่องจากความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่นอายุของบุคคลที่ใช้สารแตกต่างกัน การคิดการตัดสินใจและเผชิญปัญหาชีวิต การทนต่อความย่ำแย่ และความมั่นคงทางจิตใจย่อมแตกต่างกันด้วย โดยทั่วไปบุคคลิกที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดได้ง่ายมักประกอบด้วยลักษณะที่ก้าวร้าว ปรับตัวยาก ชอบพึ่งพาผู้อื่น เก็บกดอารมณ์หรือความคับข้องใจ ปล่อยตนตามแรงผลักดันและต่อต้าน กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้และอารมณ์ไม่เหมาะสม การเจ็บป่วยอาจเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยใช้สารเพื่อลดอาการต่างๆของตน เช่น เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม และเหตุผลของที่ดื่มสุราอาจเป็นเพราะมีปัญหาในการปรับตัวกับสภาพชีวิตและการทำงาน ประกอบกับบุคลิกที่ผิดปกติ สอดคล้องกับ Batel P.<sup>(101)</sup> ศึกษาระบาดวิทยาของการใช้สารเสพติดในคนทั่วไปและผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้สารเสพติดทั้งขนาดและปริมาณที่สูงและมีความถี่สูงถึง 50% ตลอดช่วงชีวิตของพวกเขา Kaplan HI, Sadock BJ.<sup>(102)</sup> พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการวินิจฉัยโรคด้วยข้อบ่งชี้ว่าเกี่ยวข้องกับสุรา หรือกลุ่ม alcohol dependence ร้อยละ 30-50 และเกี่ยวข้องกับกัญชา ร้อยละ 15-20 ส่วนโคเคนนั้นเกี่ยวข้องกับ ร้อยละ 5-10 และจากผลการศึกษาของผู้วิจัยพบว่าพี่น้องๆเป็นผู้ใช้สารเสพติดถึง 40.8 อาจเนื่องจาก พี่น้องๆ เป็นญาติ ชั้นเดียวของผู้ป่วยซึ่งมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็น 4 เท่าของประชากรทั่วไปฉะนั้นการใช้สารเสพติดของ พี่น้องๆ อาจมีเหตุผลคล้ายกับผู้ป่วยด้วยคือ อาจเนื่องจากการมีบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่มีความมั่นคงทางจิตใจ ฯลฯ จึงใช้สารเสพติดเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล หรือเพื่อให้ตนเกิดความสุข และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยพบว่าใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ (เช่นยาอี, ยาเค, ยาเลฟ, โคเคน ,คาเฟอีน ฯลฯ ที่นอกเหนือจาก สุรา เฮโรอีน กัญชา ยาบ้า สารระเหย และ บุหรี่) ถึงร้อยละ 20.9 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยใช้สารเสพติดหลายชนิดในเวลาเดียวกัน รวมทั้งชนิดที่ไม่ได้กล่าวถึงและชนิดที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน กลุ่มตัวอย่างจะเลือกตอบในข้อนี้ด้วยจึงทำให้ตัวเลขออกมามีค่อนข้างสูง

การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ พบว่า ปริมาณที่ผู้ป่วยเคยสูบบุหรี่มากที่สุดต่อวันคือ 11-20 มวน ร้อยละ 21.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 31.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเลิกสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ร้อยละ 40.9 เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่อยู่คือ ติดใจในรสชาติของบุหรี่ ร้อยละ 20.5 ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งมีปัญหาในการปรับตัว อาจใช้การสูบบุหรี่เป็นทางออกของการลดความตึงเครียดทางอารมณ์เมื่อเกิดความกดดัน

กลุ่มใจ และช่วยระงับอาการต่าง ๆ อื่น ๆ ของตน ซึ่งเป็นกลไกของการปรับตัว (Mental Mechanism) อย่างหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับ Kaplan HI, Sadock BJ.<sup>(102)</sup> ที่พบว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยจิตเภทชอบสูบบุหรี่ สอดคล้องกับ Cheryl Forchuk และคณะ<sup>(109)</sup> ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อาการทางจิต ยาที่ได้รับ และเหตุผลของการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยมีเหตุผลจูงใจในการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับอาการ และผู้ป่วยไม่สามารถลดจำนวนมวนของการสูบได้หรือลดจำนวนมวนลงน้อยมากในการเลิกสูบบุหรี่ (ไม่สามารถเลิกได้) และสอดคล้องกับ Test MA. และคณะ<sup>(107)</sup> ศึกษาการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอาการทางจิตรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ใช้สารนิโคตินและคาเฟอีน ด้วยความพึงพอใจในทุก ๆ วันของชีวิตด้วยเหตุผลเพื่อลดความวิตกกังวล คลายความเบื่อหน่าย และเพื่อเข้าสังคม Gilbert DG, Gilbert BO<sup>(100)</sup> กล่าวว่าผู้ที่สูบบุหรี่มักมีลักษณะของโรคประสาท เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ก้าวร้าว และน่าจะมีปัญหาการเข้าสังคม self esteem มักต่ำ ประสบความสำเร็จในสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ และยังพบว่าพฤติกรรมกรรมการชอบสูบบุหรี่สามารถถ่ายทอดสู่ลูกหลานได้

การเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทเริ่มป่วยทางจิตอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 41.8 มารับการรักษาครั้งที่ 1-3 ร้อยละ 46.8 ระยะเวลาของการป่วยทางจิต 1-5 ปี ร้อยละ 28.6 ได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่มต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) ร้อยละ 97.7 ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่ม Phenthiazines ร้อยละ 84.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.9 และผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งมีโรคประจำตัวจำนวน 31 ราย ซึ่งสอดคล้องกับมาโนช หล่อตระกูล<sup>(24)</sup> พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีอาการขณะมีอายุน้อยกว่าผู้หญิง แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อหายแล้วหายขาด แต่ส่วนใหญ่แล้วยังมีโอกาสกลับมาเป็นใหม่ได้ในปัจจุบันยังไม่มีทางรักษาหายขาด ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่โดยเฉพาะ ผู้ที่ป่วยมีอาการหลายครั้งจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องและระยะยาว สอดคล้องกับ สมชาย จักรพันธ์<sup>(92)</sup> ศึกษาเกี่ยวกับการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกและครั้งต่อมา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลมากกว่าในชุมชนและมีแนวโน้มที่จะเข้ามารับการรักษาซ้ำอีกและกล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังได้มากเนื่องจากมีความผิดปกติของอาการรับรู้และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ประมาณว่าในสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังอย่างน้อย 3 ล้านคน สอดคล้องกับ Pasamanick (1976) อ้างใน สมชาย จักรพันธ์<sup>(92)</sup> ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 77 % สามารถอยู่บ้านได้นาน 2 1/2 ปี ถ้าได้รับยา Phenthiazines ในขณะที่ผู้ป่วยเพียง 34 % ที่สามารถอยู่บ้านที่มีสภาพทางสังคมคล้ายๆ กัน โดยใช้ยาหลอก สอดคล้องกับ Kosten TR, Ziedonis DM.<sup>(110)</sup> พบว่าสารเสพติดมีผลกระทบต่ออาการดำเนินของโรคระยะ

แรกของโรคจิตเภท ฉะนั้นการจัดการกับการรักษาและวิธีอื่นๆ ต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยเฉพาะการรักษาด้วย Antipsychotic drugs อาจเป็นประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องการขจัดสารเสพติด และจากผลการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทมีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ พบถึง 12 ราย จากจำนวน 31 ราย ที่มีโรคประจำตัวซึ่ง จำลอง ศิษยวณิช<sup>(130)</sup> กล่าวว่า ส่วนของสมองที่มีสำคัญในการควบคุมสภาวะทางอารมณ์ ได้แก่ Limbic system และ hypothalamus สมองส่วนนี้ยังเกี่ยวข้องใกล้ชิดในการควบคุมการหลั่งของฮอร์โมน ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และระบบต่อมไร้ท่อ เป็นไปในลักษณะที่ว่า ฮอร์โมนต่างๆ สามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศ ความก้าวร้าว และทางสังคม และยังถูกระทบกระเทือนโดยสภาวะทางอารมณ์บางอย่าง เช่น ความกลัวหรือความวิตกกังวล ในขณะที่บทบาทของความเครียดทางอารมณ์ และปัจจัยทางจิตใจและสังคมอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุของโรคต่อมไร้ท่ออย่างไม่ทราบอย่างชัดเจน แต่โรคดังกล่าวหลายอย่าง อาจแสดงออกมาเป็นอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และอาการทางจิต สมัยก่อนเบาหวาน (Diabetes mellitus) ถูกจัดไว้ในกลุ่มของ Psychosomatic disorder แต่ยังไม่มีความชัดเจนที่ยืนยันได้ว่า ปัจจัยทางอารมณ์กระตุ้นให้เกิดโรคนี้ ปัจจุบันมีเหตุผลที่พอเชื่อได้ว่า ปัจจัยทางจิตใจมีอิทธิพลต่อการควบคุมอาการเบาหวานที่เกิดขึ้นแล้ว การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดเพียงอย่างเดียว ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนช่วงยาวยังพบว่าเหตุการณ์ชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressful life events ) อาจกระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อและ Metabolism จนเกิดเป็น diabetic acidosis รวมทั้ง Ketosis และ coma

## 2. ความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยในโรคจิตเภท

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยในโรคจิตเภทมีความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เพศชาย ร้อยละ 70.63 และเพศหญิง ร้อยละ 18.18 จากผลการวิจัยพบความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงมากอาจเนื่องจาก ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายการควบคุมการซื้อขายบุหรี่ที่รัดกุม ทำให้บุหรี่เป็นสารเสพติดที่หาซื้อได้ง่ายและราคาถูกสะดวกต่อการบริโภค และสังคมไทยปลูกฝังมาอย่างผิดๆว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดีมาตั้งแต่สมัยโบราณ ( เช่น เวลาต้อนรับแขกบ้านแขกเมืองด้วยบุหรี่อย่างดี ) บุคคลที่สูบบุหรี่จะดูมีฐานะ ดูมีฐานะ ซึ่งอาจส่งผลถึงปัจจุบันทำให้เยาวชนมีความคิดว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่เท่และน่ามอง แสดงถึงภาวะของผู้น่าบ่งบอกถึงความเป็นผู้ชายหรือด้วยเหตุผลอื่นๆ ทำให้ความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ลดลง สอดคล้องจากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทยปี 2539 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีเยาวชนผู้สูบบุหรี่อายุ 11-19



ปี จำนวน 563,700 คน อัตราการสูบบุหรี่วัยรุ่นชาย อายุ 15-19 ปี เพิ่มจากร้อยละ 16.5 ในปี 2536 เป็นร้อยละ 18.3 ในปี 2539 ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทก็เป็นหนึ่งในประชากรเหล่านั้นด้วย สอดคล้องกับ Mc Cloughen A.<sup>(106)</sup> กล่าวว่า ทั้งที่อัตราการสูบบุหรี่มีการลดลงในกลุ่มประชากรทั่วไปของประเทศออสเตรเลีย แต่ในกลุ่มประชากรโรคจิตเภทกลับมีอัตราการใช้นิโคตินเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นที่น่าตกใจ และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่แย่งซึ่งเป็นผลที่ตามมาจากการใช้บุหรี่ ศูนย์การวิจัยนิโคตินของมิชิแกน ได้ทำการสำรวจการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความชุกในการสูบบุหรี่สูงมาก แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเพศหญิงสูบบุหรี่จำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเพศชาย และในปี 1986 สถิติการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเวชในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูบบุหรี่ถึง 88% เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป 33% เท่านั้น<sup>(103)</sup> ในปี 1991 สถิติการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเวชในสหรัฐอเมริกา พบว่า 80% ของผู้ป่วยโรคจิตเวชส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 21 ปี ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกสูบบุหรี่ 50%, ผู้ป่วย Manic และ Depressive สูบบุหรี่ 70% และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทสูบบุหรี่ถึง 90%<sup>(104)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับ Cherly Forchuk และคณะ<sup>(105)</sup> ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทของอเมริกา จำนวน 100 คน พบว่า ภายในระยะเวลา 2 ปี จำนวนผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากจำนวน 74% เป็น 90%

### 3. ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่อยู่ในระดับดี ซึ่งทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ที่ผิดปกติ และมักมีความคิดที่ในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม แต่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่อยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เป็นความรู้ที่ง่ายต่อการรับรู้และเข้าใจ สอดคล้องกับ Groan กล่าวว่าความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถ้าแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมดั่งนั้น ความรู้ เพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้จะต้องอาศัยปัจจัยอื่นประกอบด้วย<sup>(45)</sup> สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Roger's Protection Motivation Theory) โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) นั่นคือ การรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของคน ซึ่งการรับรู้จะเป็นตัวเชื่อมโยงการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม โรเจอร์ได้กำหนดตัวแปรที่เป็น

ผลทำให้เกิดความกลัว 3 ตัวแปรคือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Probability) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) และแนวความคิดของ Rosonstock<sup>132</sup> ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาทางสังคมของ Lawin's Field Theory และความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นแนวโน้มให้บุคคลมีการรับรู้พฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค<sup>(132)</sup>

#### 4. ทักษะที่เกี่ยวข้องกับบุหรืและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีทัศนคติทางลบต่อบุหรื แต่จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงอยู่ อาจเนื่องจากบุหรืเป็นสารเสพติดที่หาได้ง่าย มีราคาถูกกว่าสารเสพติดอื่นๆ และบุหรืถูกมองว่าเป็นสารเสพติดชนิดอ่อนหรือในบางครั้งอาจถูกมองว่าไม่ได้เป็นสารเสพติดเสียด้วยซ้ำไป ผู้ป่วยบางคนจึงยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ โดยอาจเข้าใจว่าเมื่อสูบบุหรี่แล้วทำให้หายเครียดได้ง่าย สอดคล้องกับ Spring B. และคณะ<sup>(108)</sup> ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยซึมเศร้า และผู้ที่สูบบุหรี่แต่ไม่มีอาการทางจิต พบว่ากลุ่มที่ศึกษายอมรับว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย บุหรืเป็นแรงจูงใจมีประโยชน์ในการที่จะใช้บุหรืมาเพื่อเป็นรางวัลของชีวิตมากกว่าแรงจูงใจอื่นๆ และยังยอมรับว่าการใช้บุหรืมีความสัมพันธ์กับปัญหาอื่นๆในชีวิต Thurstone<sup>(54)</sup> กล่าวว่าทัศนคติเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาที่ไม่อาจสังเกตได้ง่ายเป็นความโน้มเอียงที่แสดงออกให้เห็นพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ทัศนคติเป็นเรื่องความชอบ ไม่ชอบ ความลำเอียง ความรู้สึก และความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา ศรีนวล<sup>(99)</sup> พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับ รัญจวน และ วรนุช<sup>(98)</sup> ศึกษาพบว่าทัศนคติการมุ่งอนาคต และการควบคุมตน และความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลและสอดคล้องกับ อุบล เลี้ยววาริน<sup>(96)</sup> ศึกษาพบว่า ลักษณะทางจิตใจที่สำคัญ คือพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมของบุคคล 3 ด้าน คือ 1. ทัศนคติที่ดีที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2. ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับรักษาสุขภาพ และ 3. ลักษณะการมุ่งอนาคต

## 5. ระดับการติดสารนิโคติน

พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทสูบบุหรี่มีวามแรกภายใน 5 นาที หลังตื่น ร้อยละ 53.3 บุหรี่มีวามแรกในตอนเช้าเป็นมวนที่ผู้ป่วยไม่ยอมเลิก ร้อยละ 60.0 พบว่าติดสารนิโคตินอยู่ในระดับปานกลาง ที่มีแนวโน้มอย่างมากในการพัฒนาไปเป็นการติดสารนิโคตินในระดับสูง 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.9 ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.3 ในใบยาสูบมีสารที่เรียกว่านิโคติน จะสามารถทำให้เกิดผลเช่นเดียวกับยาเสพติดอื่นๆ คืออาจทำให้มีอาการไม่พึงปรารถนาอันเนื่องมาจากการหยุดหรือเลิกใช้ เพราะนิโคตินที่สะสมในร่างกายจะทำให้เกิดความต้องการหรือความอยากในการสูบบุหรี่เรื่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับ Smith RC และคณะ<sup>(111)</sup> จากการศึกษานักสูบบุหรี่จิตเภทที่สูบบุหรี่กับอาการ positive – negative symptoms โดยการวิจัยเชิงทดลองโดยให้นิโคตินในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และให้ placebo ที่ไม่มีนิโคตินในกลุ่มที่ 2 พบว่ากลุ่มที่ให้สารนิโคติน มีผลทำให้อาการ negative symptoms ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับ placebo และจากการทดลองยังพบอีกว่ามีผลต่ออาการ positive symptoms ของทั้งสองกลุ่ม อาจเป็นเหตุผลของการติดสารนิโคตินในกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยศึกษา ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องการสูบบุหรี่เพื่อกระตุ้นอาการต่างๆ ของตนเอง เช่น กลุ่มที่มีอาการ negative symptoms อาจต้องการกระตุ้นตัวเองให้กระฉับกระเฉง และผู้ป่วยที่มีอาการ positive symptoms อาจต้องการลดอาการ EPS. จากการได้รับยาทางจิตเพื่อให้เห็นรู้สึกลดสบายตัวมากขึ้น และจากรายงานประจำปี 2531 กระทรวงสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา สรุปว่า บุหรี่มีอำนาจการเสพติดสูงเทียบเท่าเฮโรอีนและเล็กยาเท่า ๆ กับเฮโรอีน และนิโคตินคือสารที่ก่อให้เกิดการเสพติด นักวิชาการทั่วโลกได้จัดอันดับฤทธิ์เสพติด ( addiction ) ของสารนิโคตินที่มีในบุหรี่ว่าสูงกว่าเฮโรอีน โคเคน กัญชา หรือแม้แต่แอลกอฮอล์ (อ้างใน บุคยา ป้อมเพชร)<sup>(131)</sup> สถาบันวิจัยการใช้ยาในสหรัฐอเมริกา รายงานว่าการติดนิโคตินในบุหรือนำไปสู่การทดลองเสพยาเสพติดชนิดอื่นที่รุนแรงกว่า โดยวัยรุ่นระหว่างอายุ 12-17 ปี ที่สูบบุหรี่จะมีอัตราการติดสุราเพิ่มขึ้น 4 เท่า อัตราการติดโคเคนเพิ่มขึ้น 32 เท่า และอัตราการติดกัญชาเพิ่มขึ้น 100 เท่า ของคนที่ไม่สูบบุหรี่ (อ้างใน ยุพยง วงศ์ฝัน)<sup>(94)</sup> นิโคตินเป็นสารหนึ่งในสารพิษ 4,000 กว่าชนิด ในบุหรี่ที่ทำให้คนสูบบุหรี่อย่างรวดเร็ว เมื่อเลิกสูบบุหรี่ระดับนิโคตินในกระแสเลือดจะลดลง ทำให้หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ กระสับกระส่าย เครียด ดังนั้นในคนที่สูบบุหรี่จัดจะต้องการระดับนิโคตินในเลือดสูงตลอดเวลา การเลิกสูบบุหรี่อาจต้องใช้ยาบางอย่างเข้าช่วยเพื่อลดอาการหงุดหงิด แต่ทั้งนี้ต้องทำร่วมกับโปรแกรมการเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเสมอจึงจะได้ผล กล่าวโดยสรุปแล้ว นักสูบบุหรี่ส่วนมากจะติดบุหรี่เนื่องจากสภาพของจิตใจและสังคมมากที่สุด ดังนั้นการช่วยเหลือนักสูบบุหรี่ จึงมี

ความจำเป็นในการใช้ยาน้อยมาก และนักสูบบุหรี่ที่เลิกได้ 90 ใน 100 คน เลิกสูบบุหรี่ได้โดยไม่ต้องใช้ยา

## 6. การวัดความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ

พบว่าผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีระดับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องจากขณะทำการศึกษากลุ่มประชากรที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกต้องมีคะแนน BPRS ต่ำกว่า 30 คะแนน ฉะนั้นอาการผู้ป่วยขณะทำการศึกษาค่อนข้างอาการดี ข้อมูลที่ได้อาจเป็นข้อมูลขณะที่ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจต่ำลงมาแล้ว Pfefferbaum and wood<sup>(115)</sup> กล่าวว่าความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจนั้นประกอบด้วยพฤติกรรมที่ชอบเสี่ยงอันตราย (Risk taking) ขาดการไตร่ตรองและยังคิด โดยมีเหตุผลสำคัญของกรกระทำพฤติกรรมดังกล่าวเพียงเพื่อความสนุก ตื่นเต้นเร้าใจ Igra and Irwin<sup>(116)</sup> กล่าวว่าพฤติกรรมที่ชอบการเสี่ยงอันตรายเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ โดยมีสาเหตุเกิดจากความพึงพอใจในความไม่แน่นอนของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นซึ่งอาจมีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อร่างกายและสังคมได้ สอดคล้องกับ Wager MK.<sup>(14)</sup> พบว่าคนที่มีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจในระดับสูงนั้นจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาการติดสารเสพติดประเภทต่าง ๆ เช่น บุหรี่ กัญชา เฮโรอีน โคเคน ยากระตุ้นประสาทและสุรา ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ปัญหาติดการพนัน และ ปัญหาพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองและสังคม สอดคล้องกับ Carton S., Jouvent R., Widlocher D.<sup>(117)</sup> ศึกษาในผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ทั้งเพศหญิงและชาย พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งสองเพศมีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับ Housezec J. และคณะ<sup>(118)</sup> ทำการศึกษาผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 25 คน และให้ทำการหยุดสูบบุหรี่ในวันที่ 8, 30, 90 และ 120 พบว่า นิโคตินมีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ และความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจมีผลต่ออารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น รู้สึกเมื่อยล้า เบื่อ เหนื่อย และไม่มีแรงในขณะก่อนสูบและขณะหยุดสูบ

## 8. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ

ระดับการติดสารนิโคติน และตัวแปรต่างๆที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในผู้ป่วยในโรคจิตเภทที่สูบบุหรี่ พบว่าความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับอายุของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ( $r=.242$ ) และระยะเวลาป่วยทางจิต ( $r=.256$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P<0.01$

พบว่าความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับทักษะคิดเกี่ยวกับบุหรี่

( $r = -.208$ ) และความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ ( $r = -.213$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ ( $r = .234$ ) และระดับการติดสารนิโคติน ( $r = .325$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.05$

ความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจมีความสัมพันธ์ทางลบ กับอายุของผู้ป่วย ( $r = -.252$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $P < 0.01$  สอดคล้องกับ Zimbardo and others n.d. อ้างถึงในราตรีฉันทล<sup>(131)</sup> กล่าวว่าเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะเป็นเช่นไรย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลนั้น กล่าวคือถ้าบุคคลมีความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งดี เจตคติต่อสิ่งนั้นก็จะเป็นดีตามไปด้วย ซึ่งการมีเจตคติที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรม หรือปฏิบัติที่ดีด้วย สอดคล้องกับรัญจวน ตั้งศิริพิทักษ์ และ วรนุช แหยมแสง<sup>(98)</sup> พบว่าความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรื มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรื สอดคล้องกับ Martin CA., และคณะ<sup>(119)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีอาการทางจิตในวัยเจริญพันธุ์ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ใช้นิโคติน, ภัยชาและ Alcohol พบว่าผู้ที่ใช้นิโคตินทั้งสองเพศมีคะแนนความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจสูง Martin CA กล่าวว่าความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจมีความสัมพันธ์อย่างแน่นนอนกับพัฒนาการด้านต่าง ๆ ในวัยเจริญพันธุ์รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดในเพศหญิงและเพศชาย สอดคล้องกับ Quadrio และ Zucchi<sup>(120)</sup> ศึกษาความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจในผู้ที่ติดสารเสพติดและไม่ติดสารเสพติด พบว่าทั้งที่ผู้ติดสารเสพติดและผู้ที่ไม่ติดสารเสพติดเพศชายจะมีความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจสูงกว่าผู้ติดสารเสพติดและผู้ที่ไม่ติดสารเสพติดเพศหญิง สอดคล้องกับ Alissa พบว่า<sup>(121)</sup> ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ พบว่าเพศชายมีความสนใจในการเผชิญต่อพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง และพบว่าบุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัวมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจอย่างมีระดับนัยสำคัญ สอดคล้องกับ Conrod และคณะ<sup>(124)</sup> ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงทางบุคลิกภาพของผู้ติดสารเสพติด พบว่าความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจมีความสัมพันธ์กับลักษณะหุนหันพลันแล่น และบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม สอดคล้องกับ Zuckerman และคณะ<sup>(122)</sup> ศึกษาความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจในกลุ่มวัยรุ่นจนถึงวัยรุ่น พบว่าค่าความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจจะมีระดับลดลงตามช่วงวัยอย่างเห็นได้ชัด สอดคล้องกับ Zuckerman และคณะ<sup>(123)</sup> ศึกษาแฝดเทียมที่มีช่วง อายุ 16 – 60 ปี พบว่าระดับความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Lyon ER.<sup>(112)</sup> ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในรัฐฟลอริดาพบว่า นิโคตินมีผลต่อการลดอาการ negative symptoms ในผู้ป่วยจิตเภทโดยไปเพิ่ม dopamine และมีความเกี่ยวข้องกับยา

ทางจิต โดยมีผลทำให้การเผาผลาญของยา Antipsychotics เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ Mc Evoy JP. และคณะ<sup>(113)</sup> ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสูบบุหรี่มากขึ้น หลังได้รับยา Haloperidal ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Antipsychotics. และHamera E, Schneider JK, Deviney S.<sup>(114)</sup> ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตไม่ดี ที่ยังคงใช้ใช้สารเสพติด ใช้เวลาศึกษา 12 สัปดาห์ พบว่านิโคตินมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตของผู้ป่วย นิโคตินส่งผลให้อาการทางจิตดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดอื่นๆ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความชุกของการสูบบุหรี่ในเพศชายถึง 70.63% ทั้งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ดี และมีทัศนคติทางลบเกี่ยวกับบุหรี่ หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในระดับสูงขึ้นไปอีก และเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทว่ามีผลเสียมากกว่าผลดีได้ ก็คาดว่าน่าจะมีส่วนทำให้ความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ และอาจลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่อาจเป็นปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในอนาคตลงได้ด้วย แต่เนื่องจากการเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมต้องอาศัยระยะเวลาเพราะไม่สามารถเปลี่ยนได้รวดเร็ว ฉะนั้นการดำเนินการส่งเสริมดังกล่าวต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และควรแสดงให้เห็นว่าทุกฝ่ายมีความสำคัญในการลดความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเวช

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรที่จะได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มโรคอื่นๆ ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อจะได้ผลการวิจัยที่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและเป็นตัวแทนผลการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวช และเพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยมาปรับปรุงและพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป
2. ศึกษาเพิ่มเติมลงในรายละเอียดส่วนของการใช้กลุ่มยาทางจิตที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับสารนิโคติน
3. ศึกษาเปรียบเทียบระยะยาวถึงความเปลี่ยนแปลงของสถิติหรือความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยจิตเภท

## รายการอ้างอิง

1. กรมสามัญศึกษา. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : 2541.
2. ยุวลักษณ์ ชันอาสา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกาศนียบัตรวิชาชีพเขต-กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
3. ทวีพร วิสุทธิมรรค. ตำราบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด รพ.ธัญญรักษ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : วชิระอินเตอร์พรีนติ้ง, 2541.
4. จีติพร ยิ้มพลอย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายและในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขต 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2543.
5. สมิต วัฒนธัญญกรรม. ตำราบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด รพ.ธัญญรักษ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : วชิระอินเตอร์พรีนติ้ง, 2544.
6. สนม ภาคเหนือ. ภัยจากควันบุหรี่มลภาวะสังคม. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ. 9 (พฤศจิกายน 2538).
7. นุศยา ณ ป้อมเพชร์. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษา กทม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกสุศึกษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
8. ประกิต วาที่สาธกกิจ. ชีวิตกับบุหรี่. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2539.
9. ประกิต วาที่สาธกกิจ. คำถามเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. สถาบันควบคุมบริโภคยาสูบ : 2540.
10. สุภา มาลากุล. เรื่องการสูบบุหรี่และสุขภาพในประเทศไทย. เอกสารสัมมนาจิตวิทยาของการสูบบุหรี่ปีที่ พฤศจิกายน, 2528 : 26/8.
11. Tucker , LA. Physical, psychological social , and lifestyle difference among adolescents classified according to cigarette smoking intention status. Journal of School Health. 55;127-31.

12. จำนง อิมสมบุญรณ์. การสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมเชิงปฏิบัติการ. เรื่องการวางแผนสุขศึกษาและการวางแผนประเมินผลและเครื่องชี้วัด. 19-21 กรกฎาคม 2537 ณ จังหวัดนครสวรรค์. (เอกสารอัดสำเนา).
13. กาญจนศรี สิงห์ภู. ประสิทธิผลการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
14. Wagner MK. Behavioral characteristics relate to substance abuse and risk taking. Sensation seeking anxiety sensitivity and self reinforcement. New York : Elsevier Science. 2001:115-20.
15. พรศรี วรรณระวัลัญญ์. ปัจจัยทางด้านครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
16. เกษม ตันติผลาชีวะ. โรคจิตเภท. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536:331-7.
17. สุจรรยา แสงเขียวงาม. ผลของจิตบำบัดระดับประคองแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
18. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลวิจัยทางสุขภาพจิตและจิตเวช [ออนไลน์] แหล่งที่มา : URL : <http://www.dmh.go.th/report/population/pop1.asp23/3/47>
19. Batel P. Addition and schizophrenia. [ online ] Available from :URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed>. [2000, March 15]
20. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry:behavioral sciences. In: Clinical psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. New York:Williams&Wilkins;1997.p.459.



21. American smoking statistics. [online] Available from :  
URL:<http://ume.ecu/homepage/shubinsk/whosmok1.html>. [1991, March(2)]
22. Mc Cloughen A. The association between schizophrenia and cigarette smoking: a review of the literature and implications for mental health nursing practice. [ online ] Available from :URL:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed>. [2003,June 12(2)]
23. สุพัชชา กิ่งแก้วก้านทอง. ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชนกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
24. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. โรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : เมดิซีนโพร์ จีดี, 2542.
25. อุดม ดุจศรีวัชระ. ยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ์, 2539.
26. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2536.
27. วีระ ลิ้มศิลา. อันตรายจากบุหรี่ มะเร็งปอด โรคภัยที่รักษาและอาจป้องกันได้. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตและกองทุนสมาคมสุทธิพิทักษ์, 2525.
28. สุภา มาลากุล. เรื่องการสูบบุหรี่และสุขภาพในประเทศไทย. เอกสารสัมมนาจิตวิทยาของการสูบบุหรี่. พศจิกายน, 2528 : 26/8.
29. กระทรวงการคลัง. รายงานประจำปี. 2512 (เอกสารอัดสำเนา).
30. อุไรวัฒน์ คชาชีวะ. บุหรี่มีผลต่อการทำงานของหัวใจอย่างไร. ในชีวิตจะสั้นเพราะควันบุหรี่ สัปดาห์แห่งสถาปนาการสาธารณสุขแห่งชาติ 21-27 พศจิกายน ประจำปี 2543. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2530 :37-40.
31. สิริศักดิ์ ภูริพัฒน์. ยาสูบและบุหรี่.วารสารสุขภาพ. 2534;16(1):46-52.
32. ประทีป วาทีสารกกิจ. คำถามเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. สถาบันควบคุมบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: 2537.
33. สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. การสูบบุหรี่และโรคมะเร็ง โพรแกรมสุขศึกษาและปัญหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม :วารสารสุขภาพ, 2 กรกฎาคม-กันยายน, 2522:9-18.

34. ทองหล่อ เดชไทย. การสูบบุหรี่ในแง่พฤติกรรม. วารสารสุขศึกษา 2527; 28(7):21-3.
35. เทพกิจ สุชี และคณะ. Smoking. ในเอกสารประกอบการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน สาขาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536. (เอกสารอัดสำเนา)
36. สงวน นิตยารมภ์พงศ์ และคณะ. การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ : กรณีศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
37. วิวิธ วุฒิวีรวรรณ และวราภรณ์ พันธุ์พงศ์. บริษัทจัดการขนส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.
38. มิตรรา สารระักษ์. ผลของการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่สำหรับนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่, 2538.
39. นิพนธ์ กุลนิตย์. ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
40. กรุณา วรภักดิ์ภมร. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชาวิศวกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ภาควิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
41. อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรมาน. แบบสอบถาม : การสร้างและการใช้ เล่มที่ 1. กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
42. พรศรี อภิขลติ. การเปิดรับสื่อ ความรู้ ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองกับพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานปฏิบัติการ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2543.
44. Good Carter V. Dictionary of Education. New York : Mc Graw-Hill Book company, 1973.

45. กัญชลา ศรีสวัสดิ์. ความรู้ ทักษะ ทักษะ พฤติกรรมต่อความปลอดภัยในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของคณงานส่วนผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์เหล็ก ในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
46. Bloom, Benjamin S. Thomas J. and Madaus George F. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw-Hill Book company, 1971.
47. สมชาย ระมาศ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยของพนักงานในโรงแยกก๊าซธรรมชาติระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม คณะเทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
48. รัศมี ทีมาบุตร. การศึกษาความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับสิ่งเสพติดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสารคาม, 2542.
49. ไพศาล หวังวานิช. การวัดผลการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
50. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ค่านิยม เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สุโขทัยธรรมาธิราช, 2536 : 321-74.
52. พะยอม วงศ์สารศรี. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ศาสตร์เศรษฐ์, 2526.
53. อุดม ดุจศรีวัชระ. ยาเสพติด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ์, 2539.
54. Thurstone LL. And Chave EJ. The Measurement of Attitude. Chicago : Chicago Press, 1929.
55. Thorndike, RL. And Hagen E. Measurment and evaluation in psychology education. New York : John Willy and Sons Inc., 1969.
56. รัศมี ทีมาบุตร. การศึกษาความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับสิ่งเสพติดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสารคาม, 2542.

57. สงวน สุทธิเลิศอรุณ. ทฤษฎีและการปฏิบัติการทางจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร : อักษร  
บัณฑิต, 2529.
58. อารี ศรีรัญพงษ์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยพลศึกษา, 2530.
59. สุรสีห์ อินอุ้นโชติ. พฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ผ่านการอบรมตามโครงการแสงเทียน.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
60. ราชบัณฑิตยสถาน พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2519. กรุงเทพมหานคร:  
สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2519.
62. สมถวิล เมืองพระ. พฤติกรรมอนามัยของคณงานในระดับปฏิบัติการเรื่องการ  
ป้องกันอุบัติเหตุเนื่องจากการทำงานเฉพาะกรณีอุตสาหกรรมการผลิต  
ผลิตภัณฑ์จากโลหะเครื่องจักรและอุปกรณ์ เขตอำเภอบางปะกง จังหวัด  
ฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์  
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.
63. นลินี ประทับศร. ภาวะผู้นำ ความรู้ ที่คนคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน  
และพฤติกรรมความปลอดภัยของหัวหน้างานระดับต้น. วิทยานิพนธ์  
ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร คณะ  
สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2543.
64. Rotter JB. General expectancies for internal versus external control of  
reinforcement. Psychological Monographs No.609. 1966: 1-28.
65. Stickland BR. Internal – External expectancies and health – related behavior.  
Journal of Consulting and Clinical Psychology 1978 ; 46(12) : 1192-  
1211.
66. Burger MJ., Ablert Bandura's . Social Learning Theory. Personality. California :  
A Division of Wadsworth, Inc., [n.p.]. pp 348-52.
67. บัทมา พุ่มมาพันธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ ความรู้ การจัดการความพึง  
พอใจและพฤติกรรมความปลอดภัยในโรงงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร คณะสังคมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2543.
68. Bunkstein OG. Adolescent substance abuse : assessment, prevention and  
treatment. New York : John Wiley & Sons, 1995.

69. ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 6, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
70. Buss DM. Evolution personality psychology. Annu Rev Psychol. 1990;42:459.
71. Freud S. Instincts and vicissitudes. In : Strachey J, editor. The standard edition of the psychological works. London : Hogarth Press, 1957.
72. จิราภา เต็งไตรรัตน์, นพมาศ อีร์เวคิน, รัชนี นพเกตุ รัตนา ศิริพานิช, วารุณี ภูวสรกุล, ศรีเรือน แก้วกังวาล และคณะ. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542 : 247-8.
73. McDougall W. Outline of psychology. New York : Scribner's, 1923.
74. Murray HA. Explorations in personality. London : Oxford University Press, 38.
75. Maslow AH. Motivation and personality. New York : McGraw Hill, 1954.
76. Wundt WM. Physiologichem psychologie. Leipzig : Engleman. 1893.
77. Freud S. Beyond the pleasure principle. London : Hogarth Press, 1955.
78. Hebb DO. The organization of behavior. New York : Wiley, 1949.
79. Hebb DO. Drives and the CNS. Psychol Rev. 1955;62:243-54.
80. Duffy E. The relationship between muscle tension and quality of performance. Am J Psychol. 1935;44:535-46.
81. Lindsley DB. Emotion. In : Stevens SS, Editor. Handbook of experimental psychology. New York : Wiley, 1951.
82. ถวิล ชาราโกชนัน, ศรีธัญย์ ดำริสุข. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : ทิพย์วิสุทธิ์, 2541.
83. McClelland DC. The achievement motive. New York : Appleton Century Crofts. 1953.
84. Schneirla TC. An evolutionary and developmental theory of biphasis process approach and withdrawal. In : Jones MJ, editor. Nebraska symposium on motivation. Vol.7. Lincoln : University of Nebraska Press, 1959.
85. Berne DE. Arousal and reinforcement. In : Levine D, editor. Nebraska symposium on motivation. Vol.15. Lincoln : University of Nebraska Press, 1967.

86. Fiske DE., Maddi SR. Functions of Varies experience. Homewood. Dorsey Press. 1961.
87. Hull CL. Principles of behavior. New York : Appleton, 1943.
88. รัชนี นพเกตุ. จิตวิทยาการรับรู้. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ประกายพฤกษ์, 2540.
89. Cattell RB. Personality and motivation structure and measurement. New York Harcourt Brace and World, 1957.
90. Eysenck HJ. Dimensions of personality. New York : Grune and Stratton, 1959.
91. Gray JA. Biological bases of individual behavior. New York : Academic Press, 1972.
92. สมชาย จักรพันธ์. การป้องกันทางจิตเวช. ตำราจิตเวชศาสตร์เล่ม 2. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536:1135-9.
93. จรัส สุวรรณเวลา. ปัญหาการติดยาในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2523.
94. ยุพยงค์ วงศ์ผืน. ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย วิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา. เขตอำเภอเมือง จังหวัดใหม่. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
95. Zimbardo P. Essential of Psychology and life. New York : Glenview, 1980.
96. อุบล เลี้ยววาริณ. ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมกรรม สุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ดุซงูบัณฑิต สาขาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.
97. สุพัชชา กิ่งแก้วก้านทอง. ปัจจัยบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในชุมชนกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
98. รัญจวน คำวชิรพิทักษ์ และวรรณุช แหมยมแสง. การป้องกันและควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลวัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ทุนอุดหนุนการวิจัยจากสถาบันควบคุมการบริโภค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์, 2539.
99. กัญจนาศรีนวล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

100. Gilbert DG, Gilbert BO. Personality, psychopathology, and nicotine responsiveness mediators of the genetics of smoking. [ online ] Available
101. Batel P. Addition and schizophrenia. [ online ] Available from :URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed>. [2000, March 15]
102. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences. In : Clinical psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. New York: Williams & Wilkins; 1997. p.459.
103. Smoking and Mental Health. [online] Available from :  
URL: <http://www.ask.org.ul/html/foetsheets/hmtl/fact15.html>.  
[2000, March(15)]
104. American smoking statistics. [online] Available from :  
URL: <http://ume.ecu/homepage/shubinsk/whosmok1.html>. [1991, March(2)]
105. Cherly Forchuk and others. Schizophrenia and the motivation for smoking. [ online ] Available from :URL: <http://www.ash.org.uk/html/policy/menlitrev.html>.  
[2002, 20]
106. Mc Cloughen A. The association between schizophrenia and cigarette smoking: a review of the literature and implications for mental health nursing practice. [ online ] Available from :URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed>. [2003, June 12(2)]
107. Test MA, Wallisch LS, Allness DJ, Ripp K. Substance use in young adults with schizophrenic disorders. [ online ] Available from :URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed>. [1989, March 15]
108. Spring B. and others. Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizophrenic, depressed, and nonpatient smokers. [ online ] Available from :URL: <http://psychiatrictimes.com/p01039.html>.  
[ 2003, Feb, 160(2) ]

109. Cherly Forchuk and orthers. Schizophrenia and the motivation for smoking.  
URL:[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB = PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed). [2000, April : (20)]
110. Kosten TR, Ziedonis DM. Substance abuse and schizophrenia; editors' introduction.  
[ online ] Available from : URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed>. [1997, 23(2)]
111. Smith RC and orthers. Effects of cigarette smoking and nicotine nasal spray on psychiatric symptoms and cognition in schizophrenia. [ online ] Available from : URL: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi? CMD=Text&DB=PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed). [2002, Sep; 27(3)]
112. Ulyon ER. A review of the effects of nicotine on schizophrenia and antipsychotic medications. [online] Available from :  
URL:[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB = PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed). [1999 Oct ; 50(10)]
113. McEyoy JP. and others. Haloperidol increases smoking in patients with schizophrenia. [online] URL:<http://www.Meriditho.edu/psych/research/bogedain.html>. [1995 May ; 119(1)]
114. Hamera E, Schneider JK, Deviney S. Alcohol, cannabis, nicotine and caffeine use and symptom disorders in schizophrenia. [online]  
URL:[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB = PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed). [1995 Sep ; 183(9)]
115. Pfefferbaum B, Wood PB. Self-report study of impulsive and delinquent behavior in college students. J Adolesc Health. 1994;15:295-302.
116. Igra V, Irwin CE. Theories of adolescent risk behavior. In: Dicliemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, editors. Handbook of adolescent health risk behavior. New York: Plenum Press, 1996:35-51.



117. Carton S., Jouvent R. , Widlocher D. Sensation seeking, nicotine dependence, and smoking motivation in female and male smokers. [ online ] Available from : URL: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Text&DB=PubMed). [1994, May-Jun; 19(3) ]
118. Housez J. and others. Relationships between sensation seeking and emotional symptomatology during smoking cessation with nicotine patch therapy. [ online ] Available from : URL: [http:// psychiatrictimes.com/p01039.html](http://psychiatrictimes.com/p01039.html). [ 2002, Sep-Oct; 25(5) ]
119. Matin CA. and others. Sensation seeking, puberty, and nicotine, alcohol, and marijuana use in adolescence. [online] Available from : URL: [http://www.mdh.sc/isb/personal\\_ebn/absarh..html](http://www.mdh.sc/isb/personal_ebn/absarh..html). [2002 Dec; 41(12)]
120. Quadrio S, Zucchi E. Voluntary risk taking behavior as vulnerability factor drug addiction. Med Mind Adolesc. 1993 ; 8 :2-9.
121. Alissa C. Huth books. Michigan : University of Michigan, 1989.
122. Zuckerman M. Sensation seeking beyond the optimal level of arousal. New Jersey : Hillsdale, 1979; 124-5.
123. Zuckerman M, Eysenck S, Eysenck HJ. Sensation seeking in English and American age and sex comparisons. J Consult Clin Psychol. 1978; 46:139-49.
124. Conrod PJ, Pihl RO, Stewart SH, Dongier M. Validation of a system of classifying female substance abuse person the basis of personality and motivational risk factor for substance abuse. Psycho Addict Beheav, 2000; 14(3):243-56.
125. Lichtenstein and Mermelstein Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence : a review of the Fagestrom Tolerance Questionnaire. Journal of Behavioral Medicine. 1989 ; 12:159-82.
126. กุลวดี อักษรทัพบ. การพัฒนาเกณฑ์ปกติของมาตรวัดความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจกับนักเรียนอายุ 12-18 ปี ที่ศึกษาอยู่ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา-วิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

127. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. Psycho Rep. 1962 ; 10:799-821.
128. สลิสสา มากะจันทร์. ความรู้ เจตคติ และรูปแบบการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาและโรงพยาบาลศรีศรีบุญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
129. วยุณี ช่างมิ่ง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการนำการสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.
130. จำลอง ดิษยวณิช. โรคทางกายสาเหตุจากจิตใจ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
131. บุศยา ณ ป้อมเพชร. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษา กทม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกสุขศึกษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
132. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. The Journal of Psychology. Vol.91 (1975):99.



## ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน โรคจิตเภท

ณ. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน โรคจิตเภท ณ. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผล และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน โรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษา ณ. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการให้ความรู้ และปรับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ รวมทั้งการป้องกัน หรือลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ตลอดจนส่งเสริมให้มีสุขภาพชีวิตที่ดีต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าวจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 29 ข้อ, แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ 22 ข้อ, แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 12 ข้อ, แบบวัดระดับการตัดสินใจ 6 ข้อ และ แบบประเมินความรู้สึกแสวงหาสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ 40 ข้อ สำหรับวิธีตอบแบบสอบถาม หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหรือกรอกข้อมูลได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยยินดีจะอ่านให้ฟัง และกรอกข้อมูลให้

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ

การเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวชญชนก จิงา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกธนาคารกรุงเทพ ชั้นล่าง โทร. ( 01 ) 3190509 หรือ ( 02 ) 4370200-8 ต่อ 4422, 4426 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อีกครั้ง  
**ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์**  
**การวิจัยเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน โรคจิตเภท**  
**ณ. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 2546

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบให้ความยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำผลที่ได้ไปประเมินถึงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคจิตเภท และเพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงด้านวิชาการและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

วิธีการวิจัยจะทำการรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม .....ยินยอม  
 ( )

ลงนาม ..... พยาน  
 ( )

ลงนาม ..... พยาน  
 ( )

ลงนาม ..... ผู้วิจัย  
 ( นางสาวชญชนก จิงา )

หมายเหตุ : ผู้ยินยอมมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

## แบบสอบถาม

เรื่อง “ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยใน โรคจิตเภท

ณ. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ”

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่เป็นคำตอบของท่านหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

### ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ

1. ชาย  2. หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. ศาสนา

1. พุทธ  2. คริสต์  3. อิสลาม  4. ฮินดู  
 5. อื่นๆ ระบุ .....

4. สถานภาพสมรส

1. โสด  2. คู่  3. หย่า  4. ม่าย  
 5. อื่นๆ ระบุ .....

5. การศึกษา

1. ประถมศึกษา  2. มัธยมศึกษาตอนต้น  
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.  4. อนุปริญญา / ปวส.  
 5. ปริญญาตรี  6. ปริญญาโทหรือสูงกว่า

**ปัจจัยด้านการงานและสภาพเศรษฐกิจ**

6. อาชีพ

1. มี                       2. ไม่มี

7. รายได้ของครอบครัว .....บาท/เดือน

**ปัจจัยการใช้สารเสพติดอื่น**

8. สารเสพติดที่ท่านเคยใช้ ( ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )

1. สุรา                       2. เฮโรอีน/กัญชา     3. ยาบ้า     4. สารระเหย  
 5. อื่นๆ ระบุ .....

9. ระยะเวลาของการใช้สารเสพติด ( จากข้อมูลคำตอบข้อ 8 )

1. น้อยกว่า 1 ปี                       2. 1ปี – 10ปี  
 3. 11 ปี – 20 ปี                       4. มากกว่า 20 ปี

10. ปัจจุบันท่านยังคงใช้สารเสพติดนั้นหรือไม่ ( จากข้อมูลคำตอบข้อ 8 )

1. ใช่                       2. หยุดใช้

11. มีบุคคลในครอบครัวของท่านใช้สารเสพติดหรือไม่

1. มี                       2. ไม่มี

12. บุคคลใดในครอบครัวที่ใช้สารเสพติด ( สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )

1. บิดา                       2. มารดา  
 3. พี่ๆน้องๆ                       4. อื่นๆ ระบุ.....

13. สารเสพติดประเภทใดที่บุคคลในครอบครัวท่านใช้ ( สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )

1. สุรา                       2. เฮโรอีน/กัญชา     3. ยาบ้า     4. สารระเหย  
 5. อื่นๆ ระบุ .....

### ปัจจัยพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของผู้ป่วย

14. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา)
1. สูบ  2. ไม่สูบ
15. ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน (ในปัจจุบัน) ..... มวน (หรือ ..... ซอง)
16. ปริมาณบุหรี่ที่เคยสูบมากที่สุดต่อวัน ..... มวน (หรือ ..... ซอง)
17. ระยะเวลาของการใช้บุหรี่
1. น้อยกว่า 1 ปี  2. 1ปี – 10ปี
3. 11 ปี – 20 ปี  4. มากกว่า 20 ปี
18. การสูบบุหรี่ของท่านเป็นอย่างไร
1. สูบทุกวัน  2. สูบ 2 – 3 วันต่อครั้ง
3. สูบสัปดาห์ละครั้ง  4. สูบในบางโอกาส เช่น ในเวลาพักผ่อน  
ใช้ความคิด
19. ท่านสูบบุหรี่ครั้งแรกเนื่องจากสาเหตุใด (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. อยากลองด้วยตัวเอง  2. เพื่อนชักชวน
3. สูบตามคนที่บ้าน  4. เพื่อความโก้ ทันสมัย
5. เพื่อคลายเครียด  6. เพื่อกระตุ้นความคิด
7. เพื่อลดน้ำหนัก  8. อื่นๆ .....
20. ท่านเคยเลิกสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวหรือไม่
1. เคย  2. ไม่เคย
21. เหตุผลที่ทำให้ท่านยังคงสูบบุหรี่ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ติดใจในรสชาติของบุหรี่  2. เป็นความเคยชิน
3. ไม่ได้สูบแล้วหงุดหงิด  4. มีเรื่องเครียด
5. เห็นเพื่อนสูบแล้วอยากสูบบ้าง  6. เพื่อกระตุ้นความคิด



7. เลิกสูบบุหรี่แล้วตัวอ้วน

8. อื่นๆ .....

22. ท่านเคยมีอาการใดต่อไปนี้ภายหลังจากที่หยุดสูบบุหรี่หรือไม่(สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )

1. อยากสูบบุหรี่

2. หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย

3. เครียด

4. กระสับกระส่าย

5. ใจไม่นิ่ง ขาดสมาธิ

6. ปวดศีรษะ

7. ง่วงนอน

8. มวนท้อง

9. ใจเต้นช้า

10. เจริญอาหาร หรือน้ำหนักเพิ่ม

11. มือสั่น

12. รู้สึกเศร้า



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการเจ็บป่วย** ( กรอกข้อมูลโดยผู้ทำวิจัย )

**ปัจจัยการเจ็บป่วยและการรักษา**

23. เริ่มป่วยทางจิตเมื่ออายุ .....

24. ครั้งที่ Admitted .....

25. ระยะเวลาของการป่วยทางจิต ..... ปี

26. กลุ่มยาที่ใช้ ( ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Antipsychotic Drugs | <input type="checkbox"/> 2. Antidepressants        |
| <input type="checkbox"/> 3. Anxiolytic Drugs    | <input type="checkbox"/> 4. Mood stabilizing Drugs |
| <input type="checkbox"/> 5. Anticonvulsants     | <input type="checkbox"/> 6. Antiparkinsonism       |
| <input type="checkbox"/> 6. Others.....         |  |

27. Antipsychotic Drugs

1. กลุ่ม Classical
- Phenothiazines
  - Thioxanthenes
  - Butyrophenones
  - Others .....

2. กลุ่ม Atypical
- Risperidone
  - Clozapine
  - Olanzapine
  - Quetiapine

28. Antidepressants

- กลุ่ม TCA
- กลุ่ม SSRI
- Others.....

29. ท่านมีโรคประจำตัว คือ  มี  ไม่มี

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. โรคระบบทางเดินหายใจ         | <input type="checkbox"/> 2. โรคระบบทางเดินอาหาร |
| <input type="checkbox"/> 3. โรคหลอดเลือดและระบบไหลเวียน | <input type="checkbox"/> 4. โรคระบบต่อมไร้ท่อ   |
| <input type="checkbox"/> 5. โรคอื่นๆระบุ .....          |   |

30. ระยะเวลาของการป่วย

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 1 ปี | <input type="checkbox"/> 2. 1ปี – 10ปี    |
| <input type="checkbox"/> 3. 11 ปี – 20 ปี | <input type="checkbox"/> 4. มากกว่า 20 ปี |



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว  
ในแต่ข้อความ

ลำดับข้อ	ข้อความคำถาม	คำตอบ	
		ถูก	ผิด
1.	สารในบุหรี่ทำให้เกิดโทษแก่ร่างกาย คือ นิโคติน		
2.	โรคถุงลมโป่งพองเกิดจากการสูบบุหรี่ต่อเนื่องกันในระยะเวลา นาน ๆ		
3.	การสูบบุหรี่มีผลทำให้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด		
4.	สารพิษที่เกิดจากการสูบบุหรี่และทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน คือ คาร์บอนไดออกไซด์		
5.	การสูบบุหรี่วันละ 1 – 2 มวนไม่น่าเป็นอันตรายต่อปอดและ หลอดเลือด		
6.	การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้ลดความอยากอาหาร		
7.	สารพิษในควันบุหรี่ จะไปเกาะจับติดกับตัวฟัน เหงือกและ เยื่อในช่องปาก ทำให้เกิดโรคฟันและเหงือก		
8.	ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่จะได้รับสารพิษจากบุหรี่มากกว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เอง		
9.	การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นตัวและกลิ่นปาก		
10.	โรคหัวใจและไอเรื้อรังไม่ได้มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่		
11.	การสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคหอบหืด และภูมิแพ้ จะทำให้ อาการรุนแรงขึ้น		
12.	วันงดสูบบุหรี่โลก ตรงกับวันที่ 13 พฤษภาคม		
13.	สารนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกาย ส่วนใหญ่จะถูกขับออกจากร่างกาย ทางปัสสาวะ		
14.	ควันหลงของบุหรี่หมายถึงควันที่ลอยออกจากปลายมวนบุหรี่ ที่จุดทิ้งไว้ อันตรายจะน้อยกว่าวันแท้		
15.	การสูบบุหรี่ 1 มวน จะทำให้อายุสั้นลงประมาณ 12 นาที		

ลำดับข้อ	ข้อความถาม	คำตอบ	
		ถูก	ผิด
16.	ทาร์ เป็นสารที่อยู่ในบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองซึ่งเป็นสาเหตุของการไอ		
17.	หญิงที่แต่งงานกับชายที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าหญิงที่แต่งงานกับชายที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า		
18.	การเลิกบุหรี่จะทำให้การทำงานของปอดดีขึ้นร้อยละ 5 หลังจากการหยุดสูบบุหรี่แล้ว 2 – 3 เดือน		
19.	ล้างหน้าด้วยน้ำเย็นหรืออาบน้ำ จะช่วยลดอาการง่วงนอนในช่วงที่เลิกบุหรี่		
20.	กฎหมายบัญญัติว่าห้ามสูบบุหรี่โดยเด็ดขาดในที่ชุมชนและสถานที่ราชการ		
21.	การเคี้ยวหมากฝรั่งจะช่วยลดอาการอยากสูบบุหรี่ลงได้		
22.	การไม่เข้าไปในสถานที่หรือสถานการณ์ที่มีการสูบบุหรี่จะช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้		

### ส่วนที่ 3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่แน่ ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง (1)
1. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่จะช่วยให้คลายเครียด และลดวิตกกังวลได้					
2. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่จะทำให้สดชื่นสบายได้คุ้มค่างบเงินที่เสียไป					
3. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้สร้างความมั่นใจในตนเองได้					
4. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกมีอารมณ์สนุก					
5. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้ไม่ง่วง					
6. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่สามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์					
7. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้อ่านหนังสือได้นาน					
8. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่					
9. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้คุณเป็นคนที่เข้าใจได้ยากและชวนให้น่าสนใจ					
10. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้ลดน้ำหนักได้					
11. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้เสริมบุคลิก ดูเก๋ชวนให้น่าสนใจ					
12. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ทำให้เข้าสมาคมกับเพื่อนฝูงได้เป็นอย่างดี					

#### ส่วนที่ 4    แบบวัดระดับการติดสารนิโคติน ( สำหรับท่านที่สูบบุหรี่ )

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย วงกลม รอบข้อ ก , ข , ค หรือ ง ที่เป็นคำตอบที่ต้องการ

1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน
  - ก. 31 มวนขึ้นไป
  - ข. 21-30 มวน
  - ค. 11-20 มวน
  - ง. 10 มวน หรือน้อยกว่า
2. หลังตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร
  - ก. ภายใน 5 นาที หลังตื่น
  - ข. 6-30 นาที หลังตื่น
  - ค. 31-60 นาที หลังตื่น
  - ง. มากกว่า 60 นาที หลังตื่น
3. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่นนอน ( สูบมากกว่าในช่วงเวลาอื่นของวัน )
  - ก. ใช่
  - ข. ไม่ใช่
4. บุหรี่มวนไหนที่คุณไม่อยากเลิกมากที่สุด
  - ก. มวนแรกในตอนเช้า
  - ข. มวนอื่นๆ
5. คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากไหมที่ต้องอยู่ในเขต “ ปลอดบุหรี่ ” เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร
  - ก. รู้สึกลำบาก
  - ข. ไม่รู้สึกลำบาก
6. คุณยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วยนอนพักในโรงพยาบาล
  - ก. ใช่
  - ข. ไม่ใช่

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกแสวงหาลึ่งตื่นตื่นเร้าใจ

แบบสอบถามต่อไปนี้จะถามความรู้สึกและความต้องการของท่าน โดยทำเครื่องหมาย วงกลม ○

รอบข้อ ก. หรือ ข. ที่ตรงกับความรู้สึกหรือความต้องการของท่านที่สุดเพียงข้อเดียว

1.
  - ก. ฉันฝันเสมอว่าอยากจะเป็นนักปีนเขา
  - ข. ฉันไม่เข้าใจว่าทำไมบางคนจึงชอบเสี่ยงปีนเขา
  
2.
  - ก. ฉันรู้สึกว่าคุณอื่นไม่เห็นด้วยกับความคิดของฉัน มันท่าตื่นตื่นเร้าใจกว่าคนที่เห็นด้วยกับความคิดของฉัน
  - ข. ฉันไม่ชอบถกเถียงกับคนที่มีความคิดเห็นต่างจากฉันอย่างชัดเจน เพราะถือว่าไม่มีประโยชน์
  
3.
  - ก. ฉันรอคอยที่จะมีเวลาพักผ่อนช่วงกลางคืน ภายหลังจากช่วงกลางวันอันยาวนาน
  - ข. ฉันไม่น่าจะต้องเสียเวลาหลายชั่วโมงในหนึ่งวันให้หมดไปกับการนอน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- 40
  - ก. ฉันชอบงานเลี้ยงที่ดูเถื่อนๆ และแสดงออกอย่างไม่ต้องปิดบัง
  - ข. ฉันชอบงานเลี้ยงที่มีบรรยากาศสงบสามารถพูดคุยกันได้สบายๆ



## ส่วนที่ 6 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ข้อที่ 1-10 จากการซักถามผู้ป่วย ข้อ 11-18 จากการสังเกต

### Rating Key

- 0 = ไม่มีอาการ                      1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง                      2 = มีอาการเล็กน้อย  
 3 = อาการปานกลาง                      4 = อาการค่อนข้างรุนแรง                      5 = อาการรุนแรง  
 6 = อาการรุนแรงมาก

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก	0	1	2	3	4	5	6
1. Somatic concern (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - ขณะนี้รู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวต่อสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3. Emotional Withdrawal (Rate ตามความรู้สึกของผู้ตรวจ) - มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น							
4. Conceptual disorganization (Rate ตามความรู้สึกของผู้ตรวจ) - ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง							
5. Guilt feeling (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกตำหนิตนเอง เป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีต							
6. Tension (Rate ตามความรู้สึกของผู้ตรวจ) - อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
7. Mannerism & posturing (Rate ตามความรู้สึกของผู้ตรวจ)							

- พฤติกรรมแปลก ๆ ที่ผู้คิดไปจากคนปกติ							
<b>ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาความรู้สึก</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
8. Grandiosity (Rate ตามความรู้สึกของผู้ตรวจ) - ทำที่หยิ่งโส ยึดความเห็นตนเองเป็นใหญ่ เก่งผิดจากคนอื่น							
9. Depressive mood (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							
10. Hostility (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย และท่าทีของผู้ป่วยต่อผู้อื่น)							
11. Suspiciousness (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกหวาดระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							
12. Auditory hallucination (Rate ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) - อาการหูแว่ว (ภายในช่วง 1 สัปดาห์นี้)							
13. Motor retardation (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - การพูด การเคลื่อนไหวเชิงช้า							
14. Uncooperativeness (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ทำที่ต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ความคิดแปลก ๆ อาการหลงผิด							
16. Blunted affect (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ทำทางลุกลี้ลุกกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวรัชชนก จิงา เกิดวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ.2512 ที่จังหวัดภูเก็ต สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นต้น จากวิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา ปีการศึกษา 2534 สำเร็จการศึกษาปริญญาบัตรศึกษาศาสตร์บัณฑิตจากมหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีการศึกษา 2536 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจักษ์กรี-รัช ปีการศึกษา 2541 และเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2545 โดยได้รับทุนสนับสนุนการศึกษาจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ปัจจุบันรับราชการ ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5 หอผู้ป่วยจิตเวชสามัญหญิง (ตึกพวงชมพู) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย