

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ที่มาและความสำคัญของการศึกษา

บุหรีเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งวงการแพทย์ถือว่าเป็นสารเสพติด มีการขึ้นทะเบียนไว้อย่างเป็นทางการว่าการติดบุหรีของผู้เสพติดเป็นโรคนิโคติน โดยสารนิโคตินจะเป็นตัวสั่งการให้สมองเกิดอาการอยากสูบบุหรี จึงเป็นตัวการที่ทำให้ผู้สูบบุหรีติดบุหรี นอกจากนี้ในควันบุหรียังมีสารพิษที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรีและบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะสารทาร์ ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งร้ายแรง บุหรีจึงเป็นสิ่งเสพติดที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ อันนำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคมของประชาชนและประเทศชาติ เนื่องจากบุหรีมีสารเสพติดที่จะบั่นทอนสุขภาพของผู้เสพและบุคคลรอบข้าง และก่อให้เกิดโรคร้ายแรง ได้แก่ กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ที่ประชากรมีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง พบว่ามีการบริโภคบุหรีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มาตั้งแต่ ค.ศ. 1970 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประมวล ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้สูบบุหรีในแต่ละภูมิภาค ในปี ค.ศ.1995 โดยแบ่งเป็น 7 ภูมิภาค ดังตาราง 1.1

ตาราง 1.1 ประมาณการจำนวนผู้สูบบุหรีที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในภูมิภาคต่างๆ ของโลก

ภูมิภาค	สัดส่วนของผู้สูบบุหรี (ร้อยละ)			จำนวนผู้สูบบุหรี	
	ผู้ชาย	ผู้หญิง	รวม	(ล้านคน)	ร้อยละของคนทั่วโลก
- เอเชียตะวันออกและแปซิฟิก	59	4	32	401	35
- ยุโรปตะวันออกและเอเชียกลาง	59	26	41	148	13
- ลาตินอเมริกาและแคริบเบียน	40	21	30	95	8
- ตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือ	44	5	25	40	3
- เอเชียใต้ (บุหรี)	20	1	11	86	8
- เอเชียใต้ (Bidis)	20	3	12	96	8
- ซับ-ซหาราน แอฟริกา	33	10	21	67	6
รายได้น้อย/รายได้ปานกลาง	49	9	29	933	82
รายได้สูง	39	22	30	209	18
ทั่วโลก	47	12	29	1.142	100

ที่มา : สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ (2543)

จากตาราง 1.1 จะเห็นได้ว่า ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ 401 ล้านคน มีจำนวนมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ ขณะเดียวกันกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางมีผู้สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 82 มากกว่ากลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงถึง 4.55 เท่า ปัญหาจากการสูบบุหรี่จึงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยด้วย

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2544 จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศซึ่งมีประมาณ 47 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่มีประมาณ 12 ล้านคน หรือร้อยละ 25.5 ในจำนวนนี้เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน ประมาณ 10.6 ล้านคน ผู้ที่สูบนานๆ ครั้ง มีประมาณ 1.1 ล้านคน และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีประมาณ 35 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ที่เคยสูบบาก่อนประมาณ 2.2 ล้านคน และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และไม่เคยสูบบุหรี่มีประมาณ 32.7 ล้านคน ดังตาราง 1.2

**ตาราง 1.2** จำนวนและอัตราร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พ.ศ.2542 และ 2544 ของประเทศไทย

จำนวนเป็นพันคน

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	พ.ศ.2542		พ.ศ.2544	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รวม</b>	<b>45,529.7</b>	<b>100.0</b>	<b>46,944.7</b>	<b>100.0</b>
ปัจจุบันสูบบุหรี่	11,980.0	26.3	11,964.1	25.5
สูบบุหรี่เป็นประจำ	10,219.7	22.4	10,551.2	22.5
สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง	1,750.3	3.9	1,142.9	3.0
ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่แต่เคยสูบ	2,605.9	5.7	2,235.1	4.8
เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ	1,959.2	4.3	1,624.1	3.5
เคยสูบบุหรี่นานๆ ครั้ง	646.7	1.4	611.0	1.3
ไม่สูบบุหรี่และไม่เคยสูบ	30,943.9	68.0	32,745.5	69.7

หมายเหตุ : ไม่รวมผู้ที่ไม่ทราบว่าเคยสูบบุหรี่หรือไม่

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2544)

จากการเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2542 กับ พ.ศ. 2544 พบว่า จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากประมาณ 10.2 ล้านคน ใน พ.ศ. 2542 เป็นประมาณ 10.6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2544 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 3.9 ภายในระยะเวลาเพียง 2 ปี นอกจากนี้เมื่อแยกตามภาคต่างๆ พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำ สูงกว่าภาคอื่น รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่จะก่อให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ (related smoking behavior disease : RSBD) ใน 3 กลุ่มโรคคือ กลุ่มโรคมะเร็ง พบว่าผู้สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยเป็นโรคมะเร็งหลอดลมและปอดถึงร้อยละ 86 กลุ่มโรกระบบทางเดินหายใจ ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยเป็นโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง และการอุดตันของทางเดินหายใจอย่างเรื้อรังถึงร้อยละ 82 และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิตร้อยละ 43 ดังตาราง 1.3 ดังนั้นหากจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นโอกาสที่จะมีผู้ป่วยเป็นโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ (RSBD) ก็จะเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะโรคร้ายแรงที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของไทย

ตาราง 1.3 โอกาสการเกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่

กลุ่มโรค	โรค	โอกาสเป็น
มะเร็ง ( Malignant Neoplasm )	มะเร็งริมฝีปาก ช่องปากและลำคอ (Lip, Oral cavity, Pharynx)	ร้อยละ 80
	มะเร็งหลอดอาหาร (Esophagus)	ร้อยละ 79
	มะเร็งตับอ่อน (Pancreas)	ร้อยละ 28
	มะเร็งกล่องเสียง(Larynx)	ร้อยละ 79
	มะเร็งหลอดลมและปอด (Trachea , Lung , Bronchus)	ร้อยละ 86
	มะเร็งปากมดลูก (Cervix Uteri)	ร้อยละ 31
	มะเร็งไตและอวัยวะของระบบขับถ่ายปัสสาวะ (Kidney and Renal Pelvis)	ร้อยละ 35
	มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Bladder)	ร้อยละ 42
ระบบทางเดิน หายใจ (Respiratory Disease)	วัณโรคปอด (Respiratory Tuberculosis)	ร้อยละ 29
	โรคปอดบวมและโรคไข้หวัดใหญ่ (Pneumonia, Influenza)	ร้อยละ 28
	โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง (Chronic Bronchitis ,Emphysema)	ร้อยละ 82
	การอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างเรื้อรัง (Chronic Airway Obstruction)	ร้อยละ 82
หัวใจและ หลอดเลือด ( Heart and Vascular Disease)	โรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic Heart Disease)	ร้อยละ 17
	โรคความดันโลหิตสูง (Hypertensive Disease)	ร้อยละ 19
	โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease)	ร้อยละ 24
	โรคหัวใจอื่นๆ (Other Heart Disease)	ร้อยละ 20
	โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease)	ร้อยละ 19
	โรคผนังเส้นโลหิตแดงอุดตัน (Atherosclerosis)	ร้อยละ 41
	โรคหลอดเลือดเออติคโป่งพอง ( Aortic Aneurysm)	ร้อยละ 5
โรกระบบไหลเวียนโลหิตชนิดอื่นๆ (Other Disease of the Circulatory System)	ร้อยละ 43	

ที่มา : ดัดแปลงจากคุณาลักษณ์ คันธาราชภูรี (2539)

บุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตและคุณภาพชีวิต เสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันการสูบบุหรี่จะเป็นเหตุให้คนทั่วโลก 1 ใน 10 คน สูญเสียชีวิต ภายใน ค.ศ.2030 หรืออาจจะเร็วกว่านั้น เนื่องจากโรคอันเนื่องมาจากบุหรี่ยัง สำหรับในประเทศไทยเมื่อพิจารณาประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่เป็นโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2544 พบว่าผู้ป่วยเป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำนวน 1,558,700 คน และเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ซึ่งแยกเป็นผู้ที่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 595,900 คน และเป็นผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่อีก จำนวน 4,954,800 คน สำหรับผู้ที่เป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน เจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด เป็นจำนวน 473,400 คน รองลงมาคือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ จำนวน 338,200 คน โรคระบบทางเดินอาหาร จำนวน 188,200 คน และโรคอื่นๆ ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยที่ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่แต่เคยสูบบุหรี่มาก่อน เจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ มากที่สุด เป็นจำนวน 156,400 คน รองลงมาคือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ จำนวน 126,200 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 72,700 คน และโรคอื่นๆ ตามลำดับ ตาราง 1.4

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved

ตาราง 1.4 จำนวนประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มโรคและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จำนวนเป็นพันคน

กลุ่มโรค	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
	ปัจจุบันสูบบุหรี่	ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่	
		เคยสูบบุหรี่	ไม่เคยสูบบุหรี่
รวม	1,558.7	595.9	4,954.8
กลุ่มที่ 1 โรคระบบทางเดินหายใจ	473.4	156.4	1,367.6
กลุ่มที่ 2 โรคระบบทางเดินอาหาร	188.2	55.7	524.6
กลุ่มที่ 3 โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	24.7	16.7	71.8
กลุ่มที่ 4 โรคหัวใจหลอดเลือด	94.2	72.7	453.7
กลุ่มที่ 5 โรคติดเชื้อ	17.6	6.3	65.2
กลุ่มที่ 6 โรคผิวหนัง	25.0	10.2	51.1
กลุ่มที่ 7 โรคมุมิแพ้	19.5	8.6	104.0
กลุ่มที่ 8 โรคของปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	75.8	20.0	179.9
กลุ่มที่ 9 โรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	1.3	0.4	81.2
กลุ่มที่ 10 การคลอดบุตร	0.2	-	60.4
กลุ่มที่ 11 โรคของต่อมไร้ท่อ	51.5	49.0	334.5
กลุ่มที่ 12 ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	338.2	126.2	850.7
กลุ่มที่ 13 ระบบประสาทจิตเวช	32.8	7.6	92.5
กลุ่มที่ 14 อาการไม่แจ้งชัดอื่นๆ	175.8	58.8	665.2
กลุ่มที่ 15 อื่นๆ	40.7	7.2	50.2
ไม่ทราบ	-	-	2.2

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2544)

โรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างในการบั้นตอนสุขภาพและคุณภาพชีวิต ก่อให้เกิดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นต้นทุนส่วนบุคคล และต้นทุนทางสังคมของภาครัฐในการยับยั้งปัญหาสาธารณสุขและการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เมื่อมีผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่มากขึ้น ก็จะเกิดการดูแลของสังคมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วย (helping caregivers) ซึ่งในประเทศไทยผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสหรือญาติของผู้ป่วย ดูแลกันเองในครอบครัวที่ต้องรับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่ความรุนแรงของโรคมมากขึ้น ภาระการดูแลก็มากขึ้นตามไปด้วย ผู้ป่วยจึงต้องการผู้ดูแลที่ดี เพื่อดูแลช่วยเหลือด้านร่างกายและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยให้เกิด

กำลังใจต่อสู้กับความทุกข์ที่เกิดจากโรค แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดอยู่มากทั้งในด้านความพร้อม ความรู้เกี่ยวกับโรคและสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย จึงควรมีโครงการส่งเสริมความรู้ (knowledge promotion program : KPP) ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในรูปแบบการจัดโครงการอบรมจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขของรัฐใกล้บ้าน เป็นเวลา 2-3 วัน และมีการติดตามผลให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและด้านวิชาการ ตลอดปีๆละ 12 ครั้งโดยประมาณ เพื่อให้เกิดความพร้อมด้านร่างกายและด้านวิชาการเกี่ยวกับโรคและสุขภาพของผู้ป่วย และวิธีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความพอใจและลดปัญหาความทุกข์จากโรคลงได้ ซึ่งเป็นบทบาทของภาครัฐในการดำเนินการแบบนโยบายสาธารณะ โดยใช้งบประมาณการดำเนินการจากการเก็บภาษีรายได้และค่าเบี้ยประกันสุขภาพจากประชาชน

การประเมินค่าความเต็มใจจ่าย (willingness to pay : WTP) ด้วยวิธีการคอนทินเจนท์ (contingent valuation method : CVM) ซึ่งใช้สำหรับการประเมินมูลค่าสินค้าที่ไม่มีในตลาดจริง (non-market goods) หรือกรณีที่มีข้อจำกัดทำให้เกิดความยุ่งยากในการประเมินมูลค่าสินค้าในตลาดจริงและมีการประยุกต์ใช้กับสินค้าสาธารณะ รวมถึงสินค้าเอกชนที่ไม่มีตลาดอย่างแพร่หลาย จึงมีความเหมาะสมสำหรับการประยุกต์ใช้กับโครงการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ซึ่งยังไม่มีมีการดำเนินการในประเทศไทย เพื่อที่จะเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงโอกาสที่รัฐจะดำเนินโครงการและแสดงถึงค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมในการดำเนินโครงการ ภายใต้อาชีพที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเต็มใจที่จะจ่ายหรือความพอใจของชุมชน (community's preferences) จากประเด็นที่กล่าวมาทำให้ผู้ศึกษาเกิดความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินค่าความเต็มใจจ่าย เพื่อจัดโครงการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีผลต่อความเต็มใจจ่ายเพื่อจัดโครงการดังกล่าวด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการนโยบายทางด้านสาธารณสุขของภาครัฐต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อประเมินความเต็มใจจ่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ สำหรับโครงการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยของรัฐ

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเต็มใจจ่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่สำหรับโครงการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยของรัฐ

### 1.3 ขอบเขตของการศึกษา

กำหนดขอบเขตการศึกษาข้อมูลภาคตัดขวาง (cross-sectional data) ในจังหวัดเชียงใหม่ จากการสำรวจข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็น โรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ใน 3 กลุ่มโรค คือ กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประมาณ ค่าความเต็มใจจ่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อความเต็มใจจ่าย สำหรับโครงการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยของรัฐ กำหนดให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ต้องเป็นผู้ที่มีประวัติการสูบบุหรี่มาอย่างน้อย 15 ปี โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยใน (inpatients) จำนวน 300 ราย แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลรัฐ จำนวน 200 ราย และกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 100 ราย

### 1.4 ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้จากการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ ดังนี้

1.4.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) รวบรวมจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยแบบสัมภาษณ์โดยการสุ่มตัวอย่างจากญาติผู้ป่วยที่นำญาติมารักษาโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่เฉพาะผู้ป่วยใน (inpatients) ณ โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านเศรษฐกิจสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่และสถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเต็มใจจ่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยในรูปของภาษีรายได้รายปีและค่าเบี้ยประกันสุขภาพรายเดือน

1.4.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) รวบรวมข้อมูลจากบทความ หนังสือ วารสารทางเศรษฐศาสตร์ เอกสารสิ่งพิมพ์รัฐบาล และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อศึกษาและประยุกต์แนวคิดทางทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมประกอบการศึกษา

### 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1.5.1 ผลการศึกษาทำให้ทราบถึงมูลค่าความเต็มใจจ่ายและปัจจัยที่มีผลต่อความเต็มใจจ่ายของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้และต้นทุนในการดำเนินโครงการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่

1.5.2 ภาครัฐสามารถกำหนดอัตราภาษีและราคาค่าประกันสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ เพื่อดำเนินโครงการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้

1.5.3 เกิดการพัฒนาการศึกษาวิจัยทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (health economics) เป็นการกระตุ้นให้มีการประยุกต์เทคนิคด้านเศรษฐศาสตร์ในการกำหนดเงื่อนไขการจัดสรรทรัพยากร การลำดับความสำคัญและการประเมินประสิทธิผลโครงการทางด้านสาธารณสุขของไทย

1.5.4 นำมาซึ่งการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอันเนื่องมาจากโรคที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ

## 1.6 องค์ประกอบของวิทยานิพนธ์

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 5 บท ดังนี้

บทแรก แสดงเนื้อหาบทนำของการศึกษา ประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญของการศึกษา วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอบเขตของการศึกษา แหล่งที่มาของข้อมูลในการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา และองค์ประกอบของวิทยานิพนธ์ ตามลำดับ

บทที่สอง แสดงเนื้อหาการทบทวนวรรณกรรมและผลงานการศึกษาในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้วิธีการคอนทินเจนท์ทางด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ ตามลำดับ

บทที่สาม แสดงเนื้อหาระเบียบวิธีการศึกษา ประกอบด้วย กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา ระเบียบวิธีการวิจัย แบบจำลองทางทฤษฎีและแบบจำลองเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษา ตามลำดับ

บทที่สี่ แสดงเนื้อหาผลการศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปทางด้านเศรษฐกิจสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วย ประวัติการสูบบุหรี่และสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับความเต็มใจจ่ายของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ทางเลือกความเต็มใจจ่ายในรูปแบบการลดการไม่สอดคล้องกันให้น้อยที่สุด การเลือกแบบจำลองที่เหมาะสมในการศึกษา ฟังก์ชันมูลค่า ความเต็มใจจ่ายเฉลี่ยและมูลค่าความเต็มใจจ่ายมัธยฐาน และปัจจัยที่มีผลต่อความเต็มใจจ่ายเงินสนับสนุนโครงการส่งเสริมความรู้ในรูปแบบภาษีรายได้และค่าประกันสุขภาพ ตามลำดับ

บทสุดท้าย แสดงการสรุปผลการศึกษา รวมถึงข้อเสนอแนะทางการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากการศึกษา