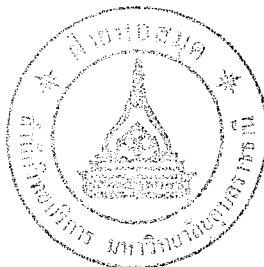
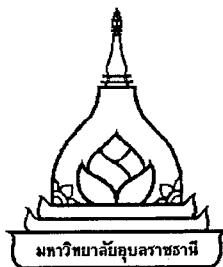


พฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข
และบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14



อุทาทิพย์ แซ่จิeng

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต^๑
สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิกและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พ.ศ. 2551
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

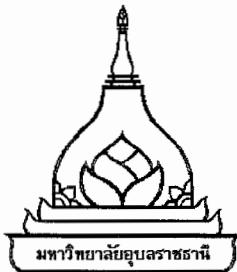


**SMOKING BEHAVIOR AND ATTITUDES TOWARD SMOKING
CESSATION OF HEALTH CARE PROFESSIONALS AND ACADEMIC
STAFF IN THE 14th REGION OF THE MINISTRY OF PUBLIC
HEALTH**

JUTATIP SAEJUNG

**A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR DEGREE OF MASTER OF PHARMACY
MAJOR IN CLINICAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY
FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES
UBON RAJATHANEE UNIVERSITY
YEAR 2008**

COPYRIGHT OF UBON RAJATHANEE UNIVERSITY



ในรับรองวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญา เกสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิกและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์

เรื่อง พฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

ผู้วิจัย นางสาวจุฑาทิพย์ แซ่จึง

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา นุจูง)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สัมมนา มุกดาสาร)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้องเด็ก บุญจูง)

กรรมการ

(นางสาวครรชนา สุทาวัน)

คณะกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนิตร์ ชีระวัฒนสุข)

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี รับรองแล้ว

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุติค อินทร์ประสิทธิ์)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ปีการศึกษา 2551

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือของผู้ช่วยศาสตราจารย์ปรีชา บุญจง รองศาสตราจารย์สัมมนา มูลสาร ผู้ช่วยศาสตราจารย์น้องเล็ก บุญจง และนางสาวศรชนก สุทawan อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและเสียสละเวลาให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆจนเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยและขั้นการความรู้เพื่อการควบคุมมาตรฐาน (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ได้สนับสนุนทุนในการวิจัยบางส่วน

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสे�ตภูมิ โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรียนสตรีสิริกาณณ์เมืองเก้า โรงพยาบาลไกรภักดี วิทยาคม จังหวัดศรีสะเกษ และอาจารย์จำเนียร ศุภาริธรรม รองผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคนิคสุวรรณภูมิ ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัยและขอขอบพระคุณบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

นอกจากนี้ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาและกำลังพลมิตรทุกท่านโดยเฉพาะ เกสัชกร หญิงอรยา ถวิลหัวง เกสัชกรหญิงพัชริยา โภนแหงษา และเกสัชกรหญิงปรียาภรณ์ ชัยสุนทร ที่ให้ข้อเสนอแนะ กำลังใจและความช่วยเหลือโดยเสมอมา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อไนกิ และคุณแม่คิมเจก แซ่จิง ที่กรุณาดูแลอบรมสั่งสอนรวมทั้งให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยดี

๙๘๖๒ ๑๔๙

(นางสาวจุฑาทิพย์ แซ่จิง)

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง : พฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสำนักงานสาธารณสุขที่ 14

โดย : จุฑาทิพย์ แซ่จึง

ชื่อปริญญา : เกสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา : เภสัชกรรมคลินิกและการบริหาร

ประชานกรรมการที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริชา บลจง

ศัพท์สำคัญ : พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ บุคลากรทางสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เพศชาย เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 จำนวน 1,412 คน พบว่า บุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 21.1 ระดับทัศนคติต่อโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.24) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับทัศนคติสูงสุด คือ ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ รองลงมา คือ ด้านผลกระทบต่อสังคม ผลกระทบต่อการทำงาน และผลกระทบต่อสุขภาพ ตามลำดับ โดยที่อันที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ คนเราน่าไม่รู้วันตายจะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติ เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโดยรวมของการสูบบุหรี่ พบว่า บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดย เมื่อพิจารณาแยกตามเพศต่อการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ มีระดับทัศนคติสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลการศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ พบว่า ปัจจัยตำแหน่งงาน การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ เศรษฐกิจในครอบครัว ชีวิตครอบครัว การคึ่มสร้าและสามารถอ่านตัวที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ปัจจัยอาชีพ อายุ และจำนวนบุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะเสพติดทางจิตใจและมีระดับการติดบุหรี่อยู่ในระดับติดบุหรี่น้อย สำหรับทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่สูบบุหรี่ พบว่า บุคลากรทาง

สาธารณสุขมีระดับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.016$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโดยของการสูบบุหรี่และปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ พบว่า ในกลุ่มนักบุคลากรทางสาธารณสุข ตัวแปรตำแหน่งงาน จำนวนบุตร การสูบบุหรี่ การคื่นสูราและการมีสามาชิกรอบตัวที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มนักบุคลากรทางการศึกษาพบว่า ตัวแปรสถานภาพเศรษฐกิจ การสูบบุหรี่และการคื่นสูรามีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อพิจารณาคุณภาพคนที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า ในบุคลากรทางสาธารณสุข ตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.012$) ในขณะที่กลุ่มนักบุคลากรทางการศึกษาพบว่า ตัวแปรตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.011$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆพบว่า ในกลุ่มนักบุคลากรทางสาธารณสุข ตัวแปรอายุ การศึกษา จำนวนบุตรและความเครียด มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มนักบุคลากรทางการศึกษา พบว่า ตัวแปรต่างๆในทุกปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่

ABSTRACT

TITLE : SMOKING BEHAVIOR AND ATTITUDES TOWARD SMOKING
CESSATION OF HEALTH CARE PROFESSIONALS AND ACADEMIC
STAFF IN THE 14TH REGION OF THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
BY : JUTATIP SAEJUNG
DEGREE : MASTER OF PHARMACY
MAJOR : CLINICAL AND ADMINISTRATIVE PHARMACY
CHAIR : ASST. PROF. PREECHA BOONCHOONG, Ph.D.

KEYWORDS : SMOKING BEHAVIOR / ATTITUDES TOWARD SMOKING CESSATION /
HEALTH CARE PROFESSIONALS / ACADEMIC STAFF

This cross-sectional survey research aimed to determine the smoking behaviors and attitudes toward smoking cessation of health care professionals and academic staff. This study involved 1,412 male subjects who worked in various schools and hospitals of the 14th region of the ministry of public health. The result revealed that 21.1% of the subjects were smokers. The overall level of attitudes toward the hazard of smoking among the subjects is good with the mean score of 4.24 (from a total score of 5). Their attitudes toward the economic impact domain were higher than those on the social, work performance and health impact domains, respectively. The item that had the lowest score was “One cannot know when one will die; how could one believe that one will die sooner?” The result also demonstrated that the overall level of attitudes toward the hazards of smoking of the health care professionals were significantly higher than that of the academic staff (p -value < 0.001). In addition, the result showed that the level of attitudes toward the hazards of smoking of the non-smoker subjects were higher than those of the smoker subjects with statistical significance (p -value < 0.001). Furthermore, it was found that the factors of education, job position, marital status, income, family economic status, family relation, alcohol drinking and being surrounded by smokers were related to smoking behavior with statistical significance (p -value < 0.05), whereas the factors of occupation, age and number of children were not related to the subjects’ smoking behavior. It was found that most of the smokers were

psychologically addicted, but the level of nicotine addiction was low. For the attitudes toward smoking cessation among smokers, the health care professionals had a significantly higher level of attitudes toward smoking cessation than that of the academic staff (p -value = 0.016).

The analysis of the relationship between the attitudes toward the hazards of smoking and population characteristics yielded that the attitude level of the health care professionals was significantly related to the factors of job position, number of children, smoking behavior, alcohol drinking and being surrounded by smokers (p -value < 0.05), while the attitude level of the academic staff was significantly related to the factors of economic status, smoking behavior and alcohol drinking (p -value < 0.05). In addition, the level of attitudes toward the hazards of smoking of the health care professionals who smoke was significantly related to the factors of age (p -value = 0.012), while that of the academic staff who smoke was significantly correlated to job position (p -value = 0.001). Moreover, the analysis of the relationship between the attitudes toward smoking cessation and population characteristics revealed that the factors of age, education, number of children and stress were significantly correlated to the attitudes toward smoking cessation of the health care professionals who smoke, while all the variables in all the factors had no relation to those of the academic staff who smoke.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ภ
บทที่	ภ
1 บทนำ	
1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
1.2 ปัญหาในการวิจัย	2
1.3 วัตถุประสงค์	3
1.4 วัตถุประสงค์เฉพาะ	3
1.5 สมมติฐานการวิจัย	3
1.6 ขอบเขตการวิจัย	4
1.7 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	4
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	6
2.2 พฤติกรรมเกี่ยวกับบุหรี่	34
2.3 หัศนศติเกี่ยวกับบุหรี่	38
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย	48
3.2 ลักษณะของประชากร	48
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
3.4 วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	56

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	57
4 ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะประชากรทั่วไป	59
4.2 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่โดยรวม	64
4.3 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มประชากร	68
4.4 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่จำแนกตามพฤติกรรม การสูบบุหรี่	75
4.5 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่มี พฤติกรรมการสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มประชากร	82
4.6 พฤติกรรมการสูบบุหรี่จำแนกตามปัจจัยลักษณะประชากร ด้านต่างๆ	88
4.7 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่	91
4.8 ลักษณะการเสพติดและระดับการติด尼古ตินของกลุ่มที่มี พฤติกรรมการสูบบุหรี่	97
4.9 ทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มประชากร	98
4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่และ ปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆจำแนกตามกลุ่มประชากร	103
4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่และ ปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆของกลุ่มประชากรที่มี พฤติกรรมการสูบบุหรี่	106
4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ของกลุ่มที่มี พฤติกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ	108
5 อภิปรายผล	
5.1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะประชากรทั่วไป	110
5.2 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่โดยรวม	111

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5.3 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบน้ำหรือและระดับทัศนคติ ต่อการเดิกน้ำหรือจำแนกตามกลุ่มประชากร	112
5.4 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบน้ำหรือจำแนกตามพฤติกรรม การสูบน้ำหรือ	114
5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรและพฤติกรรม การสูบน้ำหรือ	114
5.6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบน้ำหรือ	116
5.7 ลักษณะการเกษตรและระดับการติดนิโโคติน	116
5.8 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อไทยของการสูบน้ำหรือ [†] และปัจจัยลักษณะประชากรด้านด่างๆจำแนกตามกลุ่มประชากร	117
5.9 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อไทยของการสูบน้ำหรือและปัจจัย ลักษณะประชากรด้านด่างๆของกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรม การสูบน้ำหรือ	118
5.10 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการเดิกน้ำหรือของกลุ่มที่มี พฤติกรรมการสูบน้ำหรือกับปัจจัยลักษณะประชากรด้านด่างๆ	119
6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
6.1 สรุปผลการวิจัย	121
6.2 ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย	124
6.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	126
เอกสารอ้างอิง	127
ภาคผนวก	
ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	132
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	134
ค รายละเอียดการเก็บข้อมูล	146
ประวัติผู้วิจัย	153

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะประชากร	62
2 ทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา	65
3 ระดับทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่เฉลี่ยจำแนกตามกลุ่มประชากร	69
4 ระดับทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรทางการศึกษา	73
5 ระดับทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่เฉลี่ยจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่	76
6 ระดับทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่เฉลี่ยของบุคลากรทางสาธารณสุขจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่	78
7 ระดับทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่เฉลี่ยของบุคลากรทางการศึกษาจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่	80
8 ระดับทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่	84
9 ระดับทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่	86
10 พฤติกรรมสูบบุหรี่จำแนกตามปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ	89
11 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่	93
12 จำนวนและร้อยละของปัจจัยการเสพติดบุหรี่และระดับการติดบุหรี่ (Fagerstrom test)	98
13 ระดับทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่	99
14 ระดับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มบุคลากรทางการศึกษาระดับนักเรียนศึกษาและอาชีวศึกษา	101
15 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ ของบุคลากรทางสาธารณสุข	104
16 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ ของบุคลากรทางการศึกษา	105
17 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่	107

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
18 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ ของบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่	107
19 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการเดิกบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ ของบุคลากร ทางสาธารณสุข	109
20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรและพฤติกรรมการสูบบุหรี่	115
21 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่และปัจจัยลักษณะประชากร ด้านต่างๆ	119
22 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ	120

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1 ครอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

47

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพเนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 2 ที่ทำให้คนไทยป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ประกิต วิทยาศาสตร์, 2547) โดยพบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 52,000 คน หรือวันละ 142 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน ขณะที่ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ปีละ 5 ล้านคนหรือวันละ 137,000 คน จากข้อมูลองค์กรอนามัยโลกรายงานถึงจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มีแนวเพิ่มขึ้นทุกปี โดยคำนวณว่าในอีกประมาณ 25 ปีข้างหน้าทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549) จากการศึกษาของเอนนิงฟิวลด์ และสแลด (Henningfield and Slade, 1998) ถึงการสนับสนุนการเดิกบุหรี่ทั้งในระดับบุคคลและปัจเจกบุคคล พบว่าการรักษาการเดิกบุหรี่จะมีผลต่อการลดอัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในช่วง 2-3 ปีอย่างชัดเจน โดยถ้าเริ่มดำเนินการช่วยเหลิกบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ปี 2000 จะทำให้สามารถช่วยชีวิตประชากรโลกได้ถึง 2 ล้านคน ในปี 2010 จะเพิ่มขึ้นเป็น 4 ล้านคน ในปี 2025 และในปี 2050 จะช่วยได้ถึง 12 ล้านคนหรือครึ่งหนึ่งของประชากรโลกที่จะเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย พบว่าค่าใช้จ่ายของ 3 โรคที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โรคมะเร็งปอด) เริ่มเพิ่มสูงกว่ารายรับของภาครัฐจากภาษีบุหรี่ในปี 2543 และมีแนวโน้มมากขึ้นในทุกๆปี แสดงให้เห็นว่าวิธีการเดียวที่จะลดภาระค่าใช้จ่ายของโรคต่างๆ ได้คือ การรณรงค์ลดการบริโภคบุหรี่ (สถิติกร พงศ์พานิช, 2549)

จากการรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2547 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่มีจำนวน 11.4 ล้านคนหรือร้อยละ 23.0 ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปี 2544 ทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราเรื้อรังของการสูบบุหรี่เป็นประจำลดลงน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และพบว่าอายุที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่คือ 13-14 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยที่ประชากรเริ่มสูบคือ 18.4 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2544 พบว่าทั้งเพศชายและหญิงเริ่มสูบบุหรี่เร็วขึ้น (ศรีณญา เบญจกุล และคณะ, 2549) ดังนั้นการรณรงค์ป้องกันเยาวชนไม่สูบบุหรี่จึงมีความสำคัญยิ่ง ในการศึกษาที่

แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพในการเลิกบุหรี่นั้นควรมีการเริ่มตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา (อัจฉริยะ สร้อยทอง, 2542; ศศิธร เลิศกิริมย์ลักษณ์, 2547; Chau Lieu Trinh, 2547) เมื่อจากกลุ่มเยาวชนดังกล่าวเป็นกลุ่มอายุที่มีปัจจัยแผลล้มหลายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน เช่น บุคคลภายนอกอบครัว เพื่อน อาจารย์ เป็นต้น (นิพนธ์ ถุลนิตย์, 2538; จันทนา จันทร์โพจิตร, 2541; Ketkeo Boupha, 2541; อัจฉริยะ สร้อยทอง, 2542; ยุพധก วงศ์ฟัน, 2544; ศศิธร เลิศกิริมย์ลักษณ์, 2547; Chau Lieu Trinh, 2547) รวมทั้งเป็นช่วงอายุที่กลุ่มเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ จากการจัดทำโปรแกรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาพบว่า นักเรียน มีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องมากขึ้น (วิภาพร อุ่นทรพันธ์, 2539) ซึ่งบุคลากรทางการศึกษา เช่น อาจารย์ เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการอบรมขัดเกลา และพัฒนาทักษะชีวิตไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้ ความสามารถ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมถึง การประพฤติปฏิบัติเป็นแบบที่จะหล่อหลอมให้เยาวชนเป็นบุคคลที่มีคุณภาพต่อสังคมในอนาคต เช่นเดียวกับบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่เพียงแต่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพและมีส่วนร่วมโดยตรงในการรณรงค์ และป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชน ในอดีตข้าราชการครูชายประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 39.8) และบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลเพียงประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 25.8) ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ประเทศไทย สุนทรવิภาค, 2543; บุญช่วย ประราศี, 2544) ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ไม่เหมาะสมแก่เยาวชน บุญศักดิ์ รุ่มยพร (2536) ศึกษาพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีทัศนคติต่อครุและบุคลากรสาธารณสุขที่สูบบุหรี่อยู่ในระดับที่ไม่คิดถึงร้อยละ 100

ดังนั้นการทราบสถานการณ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มบุคลากรทางการศึกษาและบุคลากรทางสาธารณสุขในปัจจุบันจึงมีความสำคัญ เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปสู่การรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เยาวชนของประเทศไทยต่อไป

1.2 ปัญหาในการวิจัย

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อไทยของ การสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาเป็นอย่างไรและมีความแตกต่างกันหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์

1.3.1 ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

1.3.2 ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

1.4 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.4.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มนุклากරทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

1.4.2 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มนุклากරทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

1.4.3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางการศึกษาในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาและบุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

1.4.4 เปรียบเทียบทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ระหว่างผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ภายในกลุ่มนุклากරทางสาธารณสุขและกลุ่มนุклากරทางการศึกษา ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

1.4.5 หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่และปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ

1.5 สมมติฐานการวิจัย

1.5.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขแตกต่างจากบุคลากรทางการศึกษา

1.5.2 ทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขแตกต่างจากบุคลากรทางการศึกษา

1.5.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาแตกต่างจากบุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษา

1.6 ขอบเขตการวิจัย

1.6.1 บุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติหน้าที่การสอนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

1.6.2 บุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติหน้าที่การสอนในวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

1.6.3 บุคลากรทางสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

1.6.4 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2550 – มกราคม 2551

1.7 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.7.1 บุคลากรทางการศึกษา หมายถึง ข้าราชการครู ครูอัตราจ้างและเจ้าหน้าที่ราชการที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานศึกษา

1.7.2 บุคลากรทางสาธารณสุข หมายถึง ข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องสุขภาพของประชาชน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่อีกช雷ย์ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตแพทย์ เจ้าพนักงานเวชกรรมฟันฟู เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น

1.7.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของบุคคลที่สังเกตเห็นได้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น ชนิดของบุหรี่ที่สูบ ลักษณะที่สูบ ปริมาณที่สูบและระยะเวลาในการสูบ

1.7.4 ทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความจริง โครงสร้างหรือกฎหมาย ในที่นี้เกี่ยวข้องกับโรค อันตรายของบุหรี่ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ รวมถึง ทางด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ

1.7.5 ระดับการติดนิโกรดิน หมายถึง สถานะการติดนิโกรดินของผู้สูบบุหรี่ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ เป็นผู้ติดบุหรี่มาก (ติดนิโกรดินซึ่งเป็นการติดทางร่างกาย) เป็นผู้ติดบุหรี่ปานกลางและ เป็นผู้ติดบุหรี่น้อย

1.7.6 ปัจจัยที่สภาพดีบุหรี่ หมายถึง เหตุผลหลักที่ทำให้บุคคลนั้นสูบบุหรี่ โดยแบ่งเป็น 3 เหตุผลคือ กิจกรรมทางสังคม ภาระทางจิตใจ และความเบื่อหน่าย

1.7.7 เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 หมายถึง จังหวัดศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธรและอำนาจเจริญ

1.7.8 บุคคลที่สูบบุหรี่ หมายถึง บุคคลที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 1 วนขึ้นไปในเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงกลยุทธ์แผนการรณรงค์การเลิกบุหรี่ในบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม รวมถึงการประสานงานระหว่างสถาบันการศึกษาและสถานบริการสาธารณสุขเพื่อร่วมมือในการรณรงค์การเลิกบุหรี่ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมถึง แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การศึกษา ไว้ครอบคลุมดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

2.1.1 ประวัติความเป็นมา

2.1.2 สารพิษที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่

2.1.3 พยาธิสรีริวิทยาของโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

2.1.4 กลไกการสเปดติดนิโคติน

2.1.5 การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่

2.2 พฤติกรรมเกี่ยวกับบุหรี่

2.2.1 พฤติกรรม

2.2.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

2.3 ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่

2.3.1 ทัศนคติ

2.3.2 ความหมายของทัศนคติ

2.3.3 องค์ประกอบของทัศนคติ

2.3.4 การวัดทัศนคติ

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

2.1.1 ประวัติความเป็นมา (สุพัฒน์ ธิรเวชเจริญชัย, 2534 ปัจจัยในบุตรช่วยประเทศ,

2544 : 8)

ยาสูบเป็นวัชพืช มีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า นิโโคตินิยาคุม (Nicotinia tobacum) โดยคนผู้อินเดียแดงในเมริกาเหนือใช้ไส้กล่องสูบในพิธีและสัตยบันสันติภาพ เรียกว่า กล่องสันติภาพ – คัลลูเมต (Calumet) เมื่อโคลัมบัสและชาวยุโรปอื่นเดินทางไปเมริกาในปี

ค.ศ. 1492 ได้ทคลองสูบยาสูบและมีความพึงพอใจในราชอาณาจิ� จึงได้นำไปเผยแพร่ในยุโรป ประมาณปี ค.ศ. 1530 มีผู้นำพันธุ์ยาสูบมาปลูกเป็นครั้งแรกที่ยุโรปบนเกาะฮิสแปนิโอล่า (Hispaniola) อย่างไรก็ตามค่านิยมของสังคมยุโรปในศตวรรษที่ 16 นั้น ต่อต้านการสูบและการใช้ยาสูบ เพราะถือว่าเป็นบาปและผิดกฎหมาย

ต่อมานักพัฒนาภัยช่าวสเปน ไปพบชาวเม็กซิกันใช้เปลือกข้าวโพดหรือใบตาลอ่อนห่อใบยาสูบ จึงนำมาพัฒนาลายเป็นชิการเร็ตที่ใช้กระดาษมวนและถูกนำมาเผยแพร่ในยุโรป โดยทูตฝรั่งเศสประจำสเปน ชื่อ จอง นิโคต์ (Jean Nicot) ซึ่งเป็นที่มาของคำว่า นิโคติน และเซอร์วอล เทอร์ ลาเรย์ นำมายาสูบจากทวีปอเมริกามาเผยแพร่ในอังกฤษ หลังจากนั้นบุหรี่หรือชิการเร็ตก็เริ่มแพร่หลายในระยะสั้นๆ จนกระทั่งปี 1603 ที่พระเจ้าจิมีส์一世แห่งอังกฤษทรงลงนามให้บุหรี่เป็นที่นิยมทั่วโลก รัฐวิสาหกิจหรือโรงงานยาสูบของรัฐบาลได้ทำการผลิตโดยการบรรจุของไม่มีรูปแบบสีสันที่สวยงาม พร้อมกับการโฆษณาชักชวนให้ประชาชนสูบบุหรี่ ในขณะที่องค์การอนามัยโลกรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ตลอดมา ดังเช่น คำขวัญในปี ค.ศ. 1980 ที่ว่า สุขภาพจะดี เมื่อคุณหรือได้ (Smoking or Health the Choice is Yours)

2.1.2 สารพิษที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่ (Stephen และคณะ, 2549)

ในบุหรี่ 1 นวน ประกอบด้วย ใบยาสูบ กระดาษที่ใช้มวน และสารเคมีหลายร้อยชนิดที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรส เพื่อลดการระคายเคือง และเพื่อให้บุหรี่น่าสูบ เมื่อเกิดการเผาไหม้จะทำให้เกิดสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งสารหลายร้อยชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และมีสาร 43 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง ควันบุหรี่ประกอบด้วยสารที่เกิดจากการเผาไหม้สารเคมีที่มีอยู่ในใบยาสูบตามธรรมชาติ สารเคมีที่ใช้ผสมในการปรุงแต่งกลิ่นและรสในกระบวนการผลิตบุหรี่ และกระดาษที่ใช้มวนบุหรี่

ควันบุหรี่แบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ ควันที่สูดเข้าร่างกาย กับควันที่ลอยอยู่ในอากาศในช่วงเวลาที่ไม่มีการสูดควัน ควันที่สูดเข้าร่างกายมีความเข้มข้นมากประกอบด้วยส่วนที่เป็นละอองสารเคมี ขนาดของละอองจะแตกต่างกันระหว่าง 0.1 และ 1.0 ไมโครเมตร และส่วนที่เป็นก๊าซ คือ ในไตรเจน (ร้อยละ 50 – 70) ออกซิเจน (ร้อยละ 10 – 15) คาร์บอนไดออกไซด์ (ร้อยละ 10 – 15) และคาร์บอนมอนอกไซด์ (ร้อยละ 3 – 6) ซึ่งเมื่อมีการเผาไหม้จะก่อให้เกิดสารต่างๆ อีกกว่า 4,000 ชนิด

ความร้อนของปลายมวนบุหรี่จะมีที่สูดควัน คือ 900 องศาเซลเซียส และ 600 องศาเซลเซียส ขณะที่ไม่มีการสูดควัน ซึ่งความร้อนระดับนี้เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดสารพิษต่างๆ มากจากการเผาไหม้ทั้งในควันที่สูดเข้าไปและควันที่ลอยอยู่ในอากาศ

เนื่องจากควันที่ถูกดูดอยู่ในอากาศจะเจือจางในอากาศและจากความร้อนรอบนอกที่ต่ำกว่าทำให้เย็นลงอย่างรวดเร็ว ลดลงสารของควันซึ่งมีขนาดเล็กกว่า และระหว่างที่ควันถูกดูดอยู่ในอากาศจะมีออกซิเจนมากกว่า จึงทำให้สารบางชนิดเกิดปฏิกิริยาหลายเป็นสารชนิดที่มีพิษมากขึ้นได้ เช่น ในโตรเจนออกไซด์

สารพิษที่สำคัญในควันบุหรี่ได้แก่ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

(1) นิโคติน

เป็นสารที่พบได้ในใบยาสูบ มีลักษณะคล้ายน้ำมัน และไม่มีสี นิโคตินสามารถถูกดูดโดยตรงที่สมอง ทำให้ผู้สูบมีความรู้สึกที่เป็นสุข สนับไจ ติดบุหรี่และเลิกได้ยาก นิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่จะไปจับที่ปอด และบางส่วนถูกคัดซึ่งเข้ากระแสเลือด โดยจะไปมีผลต่อการหลังสารอีพิโนฟรีนจากต่อมหมากไต ทำให้มีความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นแรงเร็วกว่าปกติ และไม่เป็นจังหวะ และเส้นเลือดแดงหดตัว เป็นต้น เมตาบอลิซึมของนิโคตินส่วนใหญ่จะเกิดที่ตับ และประมาณร้อยละ 70 ของนิโคตินในกระแสโลหิตจะถูกเมtababolize เป็นโคตินิน (Cotinine) โดย Cytochrome P450 และ Aldehyde oxidase

(2) tar

มีลักษณะคล้ายน้ำมันดิน เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระชายมวน และส่วนประกอบอื่นๆ ในบุหรี่ tar มีสีน้ำตาลประกายด้วยสารที่เป็นอันตรายทางชีวภาพและพิษรวมกัน เช่น เบนโซ[a]พิรีน (Benzo[a]pyrene) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง นอกจากนี้จะมีสารอ่อน化ของเหลวของ tar ซึ่งเข้าไปติดอยู่ตามทางเดินหลอดลมและถุงลมปอด โดยประมาณร้อยละ 50 ของ tar จะจับอยู่ที่ปอด และเมื่อ tar รวมตัวกับฝุ่นต่างๆ ที่หายใจเข้าไป ก็จะซึมอยู่ในถุงลมปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ ไอเรื้อรังและมีเสมหะ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งโรคมะเร็งปอด และมะเร็งท่อน้ำดี อีกด้วย

(3) คาร์บอนมอนอกไซด์

เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบอย่างไม่สมบูรณ์ ในควันบุหรี่จะประกอบด้วยก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ประมาณร้อยละ 2 ถึง 6 ก๊าซนี้จะแบ่งจับกับชีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ได้ดีกว่าก๊าซออกซิเจนประมาณ 200 เท่า ดังนั้นร่างกายของผู้ที่สูบบุหรี่ จึงได้รับออกซิเจนน้อยลง การลำเลียงออกซิเจนไปให้วัยรุ่นต่างๆ ลดลง มีผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ และถ้าได้รับก๊าซนี้จำนวนมากจะทำให้เกิดอาการมีน้ำลาย คลื่นไส้ และเหนื่อยง่าย นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ พบร่างกายในครรภ์จะได้รับออกซิเจนน้อย และเกิดที่เกิดภาวะมีการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สติปัญญาและพฤติกรรม

(4) ไนโตรเจนไคออกไซด์

เป็นกําชที่ทำลายเยื่อบุหลอดคลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมโป่งพอง ถุงลมในปอดลดจำนวนลง ส่งผลให้การทำงานของปอดลดลง ซึ่งมีผลต่อการแลกเปลี่ยนกําชทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หนื้อยหอบง่าย และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพองซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและผู้ป่วยจะทราบมาก

(5) ไฮโตรเจนไไซยาไนด์

เป็นกําชที่ทำลายเยื่อบุหลอดคลมส่วนต้น ซึ่งบริเวณนี้จะทำหน้าที่คอยช่วยดักสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจ ซึ่งผลของการได้รับกําชชนิดนี้จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการไอ มีเสมหะ และหลอดคลมอักเสบเรื้อรัง

(6) สารกลุ่ม Polycyclic aromatic hydrocarbons (PAH)

ตัวอย่างของสารในกลุ่มนี้ เช่น เบนโซพาราфин เป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งของอวัยวะหลายแห่ง เช่น ปอด กล่องเสียง หลอดอาหาร ตับ อ่อน กระเพาะอาหาร และช่องปาก เป็นต้น โดยกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารในกลุ่ม PAH จะทำให้เกิดการกัดลายพันธุ์และส่งเสริมการสร้างเซลล์มะเร็งที่จำเพาะต่ออวัยวะต่างๆ

(7) สารอนุนุลอิสระ

กระบวนการเผาไหม้ของใบยาสูบทำให้เกิดสารพวยอนุนุลอิสระเป็นจำนวนมากมาก เช่น Peroxy radical, Hydroxyl radical เป็นต้น โดยสารอนุนุลอิสระชนิดต่างๆ สามารถเหนี่ยวแน่น้ำทำให้เกิดกระบวนการต่างๆ ในร่างกาย เช่น การกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิด Polymorphonuclear cells การสร้างสารกระตุ้น (Chemotactic peptide) การกระตุ้นระบบคอมพลีเมนท์ และการเปลี่ยนแปลงไขมันบางชนิด ไปเป็นไขมันชนิดที่ทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) นอกจากนี้สารพวยอนุนุลอิสระยังทำให้เกิดโรคของระบบทางเดินหายใจ โดยการก่อให้เกิด Oxidative stress ในปอด ผลที่เกิดขึ้นคือมีการชุมนุมของเม็ดเลือดขาวที่ทำให้เกิดการอักเสบ มีการทำลายเซลล์และเซลล์ตาย

(8) สารกัมมันตรังสี (วรากรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2547)

ในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารกัมมันตรังสิต่างๆ เช่น Polonium 210 สารนี้ให้รังสีเอกซ์ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งปอด และควันบุหรี่ยังเป็นพำนัชที่มีประสิทธิภาพร้ายแรงในการนำสารกัมมันตภาระรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้าง ได้รับสารพิษนี้เข้าไปกับลมหายใจด้วย

(9) สารปรุงแต่งต่างๆ ที่อยู่ในบุหรี่

ปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์พบว่า นอกจากราเเกมีที่มีอยู่ในใบยาสูบตามธรรมชาติ บริษัทผู้ผลิตบุหรี่ก็ได้เติมสารเเเกมีอื่นๆ เข้าไปในบุหรี่ ทั้งที่ผสมรวมเข้าไปกับใบยาสูบ

และในกระดานมวนบุหรี่ สารเหล่านี้เรียกว่า สารปรุงแต่ง (Additives) เพื่อเพิ่มรสชาติ ทำให้ ลำคอโล่ง รสชาตินุ่มนวลไม่บาดคอ (เช่น น้ำตาล เมนทอล กานพลู) เพื่อเพิ่มให้มีกลิ่นหอม (เช่น ลิ้น กวาง-Coumarin) เพื่อเพิ่มให้เก็บได้ทนนาน (เช่น สารกันบูด สารกันเชื้อรา สารกันชื้น) สารบางชนิด เป็นตัวเพิ่มฤทธิ์สภาพติดของนิโคติน (เช่น แอมโมเนีย)

สารปรุงแต่งที่พบว่ามีการนำมาใส่ในบุหรี่มีจำนวนมากกว่า 2,000 ชนิด บุหรี่ แต่ละตราจะผสมสารปรุงแต่งประมาณไม่เกิน 100 ชนิด ในจำนวนนี้พบว่ามีสารบางชนิดที่เป็น อันตรายร้ายแรง

ในจำนวนสารปรุงแต่งกลืนรสนบุหรี่ 700 ชนิดที่บริษัทบุหรี่สหราชอาณาจักร รายงานต่อรัฐบาล มีสารเคมี 13 ชนิดที่คณะกรรมการอาหารและยาสหราชอาณาจักร ห้ามใช้ผสมในอาหาร และจำนวน 5 ชนิดเป็นสารอันตรายระดับที่องค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมประกาศห้ามนำไปทิ้งใน บริเวณกำจัดขยะ บริษัทบุหรี่ยูโรปและบริษัทบุหรี่นิวซีแลนด์ รายงานต่อรัฐบาลนิวซีแลนด์ว่า มีสาร ปรุงแต่งกลืนรสนึงกว่า 2,000 ชนิด ขณะที่โรงงานยาสูบของประเทศไทยรายงานว่า มีการเติมสาร ปรุงแต่งในบุหรี่แต่ละตรา 15-20 ชนิด

ตัวอย่างสารปรุงแต่งในบุหรี่ที่พบว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

โกโก้ (Cocoa) เป็นสารที่เพิ่มความหวาน เพื่อใช้กลบรสชาติที่กระด้างของ บุหรี่ แต่เมื่อเกิดการเผาไหม้ขึ้น โกโก้จะกลายเป็นสารก่อมะเร็งชนิดหนึ่งได้ นอกจากนี้ โกโก้ยังมี Theobromine ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ขยายหลอดคลม ทำให้ทางเดินอากาศขยายตัว ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มี โอกาสได้รับควันบุหรี่และสารนิโคตินเพิ่มขึ้น

Glycyrrhizin เป็นสารปรุงแต่งรสชาติและให้ส่วนในบุหรี่ โดยสารชนิด นี้สามารถออกฤทธิ์ขยายหลอดคลม ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้สูบบุหรี่หายใจรับอากาศวันบุหรี่เข้าสู่ปอดได้ง่าย ขึ้น รวมถึงช่วยบรรเทาอาการระคายเคืองของปากและลำคอจากควันบุหรี่ แต่เมื่อ Glycyrrhizin ถูก เผาไหม้ก็มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง

น้ำตาล เป็นสารปรุงแต่งในบุหรี่ มีประมาณ 3% ของน้ำหนักบุหรี่แต่ละมวน เมื่อน้ำตาลในบุหรี่ถูกเผาไหม้จะได้สาร Acetaldehyde เกิดขึ้น โดยสารชนิดนี้จะช่วยในการเพิ่มฤทธิ์ สภาพติดของนิโคติน

แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้เสบตา หลอดคลุม อักเสบ และไอ นอกจากนี้แอมโมเนียยังทำให้ค่าความเป็นด่างของควันบุหรี่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูด ซึ่มนิโคตินดีขึ้นและเพิ่มฤทธิ์สภาพติดของนิโคติน

เมนทอล (Mental) นำมาผสมในบุหรี่เพื่อทำให้สูบบุหรี่แล้วรู้สึกเย็น col โดยรสองเมนทอลจะทำให้ผู้สูบบุหรี่อัคคิวันอยู่ในปอดนานขึ้นจึงทำให้มีโอกาสเกิดโรคต่างๆ จากบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น เช่น โรคมะเร็ง

ดิ็นกวาว (Coumarin) (วรรณภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2547) นิยมใส่กลิ่นเพิ่มกลิ่น (กลิ่นวนานิลลา) และรสชาติของบุหรี่ โดยเฉพาะในบุหรี่ที่มีثار์ต่า สารนี้เป็นสารที่เป็นอันตรายต่อตับ ใช้เป็นสารช่วยหนูและเป็นสารก่อมะเร็ง ประเทศอังกฤษอนุญาตให้มีได้ไม่เกิน 525 ppm และไม่อนุญาตให้ใส่ในอาหาร

กานพู (Clove) ใส่เพื่อช่วยทำให้สูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น เพราะเมื่อเผาไหม้มะเกิด Eugenol ซึ่งเป็นสารประกอบที่มีฤทธิ์ทำให้ชาเฉพาะที่ และกดประสาทส่วนกลางคล้ายบาร์บิตูรัต (Barbiturates) และแอลกอฮอล์ สารนี้ทำให้เกิดเดือดออกในลำไส้ เลือดคั่งในปอด ถุงลมโป่งพอง น้ำท่วมปอด

Diethyl glycol (DEG) เป็นสารเพิ่มจุดเยือกแข็งที่เติมในหม้อน้ำรถยนต์ เมื่อใส่ในบุหรี่จะเป็นสารเพิ่มความชื้น ช่วยทำให้ควันบุหรี่นุ่มนวลขึ้น สูบได้ง่ายขึ้น แต่สารนี้มีผลเสียต่อไต แม้ว่าจะมีปริมาณเพียงเล็กน้อย และยิ่งถ้าใส่ในบุหรี่ประเภทเกี้ยวก็ยิ่งเป็นอันตราย

Freon-11 เป็นสารที่ใช้เพื่อทำให้ใบยาสูบขยายตัว ลดมวลสารต่อหน่วย ทำให้ลดปริมาณสารทาร์ แต่เมื่อเกิดการเผาไหม้มะเกิดก๊าซพิษ กือ Phosgene ซึ่งทำลายชั้นบรรยายกาศ ห้ามใช้กับเครื่องปรับอากาศ เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงครามโลกครั้งที่ 1

(10) แร่ธาตุต่างๆ

แร่ธาตุต่างๆ เช่น โปแตสเซียม แคนเดียม ทองแดง มิเกล โครเมียม พบ ได้ในควันบุหรี่ ธาตุเหล่านี้เป็นสารตกค้างในใบยาสูบ เป็นสารที่ก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกายได้โดยเฉพาะนิเกล เมื่อทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่นๆ จะเป็นสารพิษที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งได้

นอกจากนี้ในควันบุหรี่ยังพบสารประกอบที่เป็นอันตรายต่อร่างกายชนิดอื่นๆ อีกหลายชนิด เช่น สารหนู สารproto สาร ในโตรามีน สารฟอร์มาดีไฮด์ เป็นต้น

2.1.3 พยาธิสรีวิทยาของโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงกว่า 25 ชนิด โดยมีกลไกแตกต่างกัน ดังนี้

2.1.3.1 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD)

เป็นชื่อเรียกรวมอาการของโรคปอดชนิดที่เกิดกับถุงลมคือ โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) และโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) โรคถุงลมโป่งพอง

เป็นภาวะที่ถุงลมปอดบริเวณปลายแขนงหลอดลม (Bronchioles) โป่งออกและเซลล์บุผนังถุงลมถูกทำลาย ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ขั้มนาปั้นเวลานาน

2.1.3.2 โรคปอดบวม (Desquamative interstitial pneumonia , DIP)

DIP เป็นโรคปอดบวมชนิดที่มี Macrophages คั่งเป็นจำนวนมากในถุงลมปอด ต่อมถุงลมปอดถูกทำลายจนกลายเป็นพังผืด DIP มักจะเกิดกับคนอายุ 40 – 50 ปี เป็นในชายมากกว่าหญิงในสัดส่วน 2:1 พบว่าผู้ป่วยทุกคนสูบบุหรี่ มีอาการหายใจลำบาก ไอแห้ง เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน น้ำมือปูม หน้าที่การทำงานของปอดมีความผิดปกติเด่นอย่างผู้ป่วย DIP มีการพยากรณ์โรคดีและตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์ การหยุดสูบบุหรี่ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 100

2.1.3.3 โรคแขนงหลอดลมอักเสบ (Respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease , RB-ILD)

โรคแขนงหลอดลมอักเสบ เป็นถักยณะเฉพาะที่พบในคนสูบบุหรี่ เป็นโรคที่มีอาการไม่รุนแรง มีอาการหายใจลำบาก และไอ เป็นกับคนที่บังคับสูบบุหรี่ต่อเนื่องจนถึงอายุ 40-50 ปี โดยสูบบุหรี่มากกว่า 30 ซอง-ปี (สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง เป็นเวลา 30 ปี) โรคนี้เกิดในชายมากกว่าหญิง 2 เท่า การหยุดสูบบุหรี่จะทำให้อาการดีขึ้น

2.1.3.4 ophobia (Asthma)

ophobia เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ ทำให้หายใจมีเสียงวีด หายใจไม่ออก แน่นหน้าอกร้าว ไอตุนกลางคืนและเข้ามือด อาการเหล่านี้เกี่ยวกับหลอดลมตีบและอากาศไม่พอยาหยิ อาการอักเสบของทางเดินหายใจเกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจึงทำให้หลอดลมหดเกร็ง

2.1.3.5 โรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis)

เป็นที่แన่ชักแล้วว่าการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว การสูบบุหรี่วันละ 1 ซองหรือมากกว่านั้นเป็นเวลาหลายปี ทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เมื่อหยุดสูบบุหรี่สามารถลดอัตราเสี่ยงได้อย่างมาก

โรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว เป็นโรคที่เกิดจากมีการอักเสบเรื้อรังของเซลล์ผนังค้านในของหลอดเลือด (Endothelium) รอยโรคที่เกิดขึ้นชักนำให้มีปฏิกิริยาระหว่าง Low-density lipoprotein (LDL) macrophages, T lymphocytes และสารที่อยู่ในเซลล์บุผนังค้านในของหลอดเลือด ทำให้เซลล์ชั้นในของหลอดเลือดผิดปกติ หลอดเลือดแดงแข็งตัวและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease , IHD)

2.1.3.6 โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (Aortic aneurysm)

การสูบบุหรี่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองซึ่งมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงแข็งตัว กวันบุหรี่กระตุ้นให้มีการหลังสารย่อยโปรตีน Matrix metalloproteinases (MMP) จาก Macrophages กลไกนี้เหมือนกับการเกิดโรคทางเดินหายใจอุดกั้น MMP ย่อยโปรตีนของผนังหลอดเลือดแดง เช่น คอลลาเจน อีลาสติน ทำให้หลอดเลือดแดงอ่อนแอ และไวต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว หรือความดันเลือดสูง หรือทั้งสองอย่าง ความดันเลือดสูง เป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดแดงใหญ่ที่โป่งพองแตกเมื่อันตรายถึงแก่ชีวิต

2.1.3.7 มะเร็งปอด (Lung cancer)

Polycyclic aromatic hydrocarbon เป็นสารเคมีก่อมะเร็งที่มีความแรงมากที่สุด สารก่อมะเร็นนี้ในกวันบุหรี่ เช่น เบนโซพาราфин เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเมtabolize โดย Cytochrome P450, Prostaglandin H synthetase และ Epoxide hydrolase สาร Epoxide intermediates ที่จับกับ DNA เป็นสิ่งบ่งชี้การได้รับ Polycyclic aromatic hydrocarbon การได้รับสารชนิดนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เบนโซพาราфинทำให้มีการกลายพันธุ์ของ p53 tumor suppressor gene ในคนที่เป็นมะเร็งปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่จะมีการกลายพันธุ์แบบ G: C → T: A transversion ปัจจุบันพบว่ามะเร็งปอดชนิด Adenocarcinoma มีอุบัติการณ์สูงทั้งในชายและหญิง

2.1.3.8 มะเร็งตับอ่อน (Pancreatic cancer)

มะเร็งตับอ่อนเป็นมะเร็งชนิดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง การพยากรณ์โรคไม่ดี อัตราผู้ป่วยรอดชีวิตเมื่อ 5 ปีมีเพียงร้อยละ 5 มะเร็งตับอ่อนเกิดกับผู้ที่มีอายุ 60-80 ปี การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับอ่อนอีกเท่าตัว โดยที่กวันบุหรี่จะทำให้ยืนหยานิดกล้ายพันธุ์ ซึ่งทำให้โปรแกรมการตายของเซลล์ (Apoptosis) เสียไปจึงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

2.1.3.9 มะเร็งหลอดอาหาร (Carcinoma of the esophagus)

มะเร็งหลอดอาหารพบในผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ชายเป็นมากกว่าหญิง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งหลอดอาหาร เพราะในกวันบุหรี่มี Polycyclic aromatic hydrocarbons ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง ตัวอย่างเช่นการเกิดปฏิกิริยา Methylation กับสารจำพวก Nitroso ในอาหารและได้รับควันบุหรี่ด้วยจะทำให้ยืนหยานิดกล้ายพันธุ์ มะเร็งหลอดอาหารมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีอัตราการรอดชีวิตเมื่อ 5 ปีประมาณร้อยละ 20

2.1.3.10 มะเร็งกระเพาะอาหาร (Gastric cancer)

มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นมะเร็งชนิดที่เป็นกันมากเป็นอันดับ 2 ทั่วโลก ชายเป็นมากกว่าหญิง การพยากรณ์โรคไม่ดี มีอัตราการรอดชีวิตเมื่อ 5 ปีประมาณร้อยละ 20 สารอนุนูโลิสระในคุณบุหรี่ทำอันตรายต่อคืออีนเอจึมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเซลล์มะเร็ง

2.1.3.11 มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (Carcinoma of the bladder)

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เป็นในชายมากกว่าหญิง ประมาณ 3 เท่า พน ในช่วงอายุ 50-80 ปี การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะถึง 3-7 เท่าขึ้นอยู่ กับจำนวนบุหรี่ที่สูบและจำนวนปีที่สูบ (ซอง-ปี) ร้อยละ 50-80 ของชายที่เป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะสูบบุหรี่

2.1.3.12 มะเร็งกล่องเสียง (Carcinoma of the larynx)

คุณบุหรี่เป็นสาเหตุให้เซลล์เยื่อบุกล้องเสียงเกิดการเปลี่ยนแปลง จนกระทั่งเป็นเซลล์มะเร็ง ระดับความเสี่ยงขึ้นอยู่กับปริมาณคุณบุหรี่ที่ได้รับ ถึงแม้ว่าจะเป็นระยะที่ มะเร็งปราภูชักเจนแล้วก็ตามหากหยุดสูบบุหรี่ เซลล์จะหยุดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้

2.1.3.13 มะเร็งไต (Renal cell carcinoma)

มะเร็งไตมักเกิดกับผู้มีอายุ 60-70 ปี ชายเป็นมากกว่าหญิง การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดมะเร็งไต ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

2.1.3.14 มะเร็งในช่องปาก (Oral cancer)

ร้อยละ 90 ของมะเร็งในช่องปากเป็นชนิด Squamous cell carcinoma (SCC) ผู้ป่วย 8 ใน 10 คน มีประวัติสูบบุหรี่ขัด สารก่อมะเร็งในบุหรี่ทำให้ Oncogenes เปลี่ยนแปลง ซึ่งต่อมาจะสังเคราะห์สารที่เหนี่ยวนำให้เกิดการแบ่งเซลล์ เช่น Transforming growth factor (TGF), Epidermal growth factor (EGF) จึงเกิดเซลล์มะเร็งภายใน Epithelium นอกจากนี้ ยาสูบยังบังปั้น Tumor suppressor gene การเฉพาะสูบทุกรูปแบบ ทั้งชนิดสูบ อม หรือเคี้ยว เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปาก

2.1.3.15 มะเร็งผิวนัง (Skin cancer)

คนที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเป็นมะเร็งผิวนังเมื่อเทียบกับ คนไม่สูบบุหรี่ โดย Squamous cell carcinoma เป็นผลที่เกิดจากคุณบุหรี่ก่อภัยมีคุ้มกัน ผู้ที่สูบบุหรี่ เมื่อเป็นมะเร็งผิวนังชนิด Melanoma จะมีการพยากรณ์โรคเลวร้ายกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่เป็น เพราะการสูบบุหรี่มีผลเสียต่อระบบภูมิคุ้มกัน

2.1.3.16 เบาหวาน (Diabetes mellitus)

สารเคมีในคุณบุหรี่ ทำให้เกิดการต้านอินสูลิน (Insulin resistance) และเป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่มีภาวะต้านอินสูลินจะไม่สามารถนำอินสูลินไปใช้ได้ ถึงแม้ว่าจะมีระดับอิน



สุลินในเลือดสูง ภาวะนี้จะทำให้ปริมาณของไขมันในอวัยวะต่างๆเปลี่ยนแปลง หรือโดยการเกิดพิษต่อเนื้อเยื่อตับอ่อน โดยตรง ก่อว่ากีอภารนำกลุ่มโคสเข้าไปในเซลล์ไขมันและเซลล์ถ้ามเนื้อผิดปกติไป ในผู้ที่สูบบุหรี่ สารเคมีในควันบุหรี่มีผลโดยตรงคือขัดขวางการนำกลุ่มโคสเข้าเซลล์ ผลทางอ้อมคือทำให้สารเคมีในเลือดเปลี่ยนแปลงหรือลดปริมาณเลือดไหลเวียนในหลอดเลือด

2.1.3.17 โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis)

การสูบบุหรี่มีผลโดยตรงต่อการเกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยทำให้ Rheumatoid factor (RF) ในเลือดสูงขึ้น และเปลี่ยนแปลงภูมิต้านทานของร่างกาย รวมทั้งทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น และเม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocytes ผิดปกติ

2.1.3.18 แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก (Peptic ulcer)

แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง การสูบบุหรี่และนิโคตินเป็นสาเหตุหนึ่ง แผลในกระเพาะอาหารเกิดขึ้นเมื่อเกิดความไม่สมดุลระหว่างปัจจัยสนับสนุนในการเกิดแผล (Aggressive factor) และปัจจัยป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Protective factors) คนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ คนที่สูบบุหรี่เมื่อมีแผลในกระเพาะอาหาร แผลจะหายยากกว่าคนที่ไม่สูบและกลับเป็นซ้ำได้มากกว่า

2.1.3.19 ภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis)

กระดูกพรุนเป็นภาวะที่มีวัลกระดูกน้อยลง โครงสร้างของกระดูกเสียไป แตกหักง่าย เกิดความเจ็บปวด เสียสมรรถภาพ และอาจเสียชีวิตได้ มีงานศึกษาวิจัยที่บ่งชี้ว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกระดูกพรุน

2.1.3.20 การเป็นหมั้น (Infertility)

1) ผลเสียของการสูบบุหรี่กับภาวะเริญพันธุ์ในหญิง เมื่อสามีหรือภรรยาสูบบุหรี่จะมีผลเสียต่อการณ์มีบุตร ควันบุหรี่ทำอันตรายต่อรังไข่ ร่างกายสูญเสียไข่ และหมดประจำเดือนเร็วขึ้นหลายปี สารประกอบในควันบุหรี่รบกวนการตั้งครรภ์อิสโตรเจน และมีแนวโน้มที่จะทำให้เซลล์ไข่เกิดพันธุกรรมผิดปกติ การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการแท้งบุตร การตั้งครรภ์ noknak หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่จะให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยและคลอดก่อนกำหนด มีอุบัติการณ์สูงของทารกเสียชีวิตฉับพลัน (Sudden infant death syndrome, SIDS)

2) ผลเสียของการสูบบุหรี่กับภาวะเริญพันธุ์ในชาย ชายที่สูบบุหรี่จะมีอุบัติคล่องทั้งจำนวนและการเคลื่อนที่ อุจจาระมีความผิดปกติทั้งรูปร่างและหน้าที่มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ผลเสียของการที่สามีสูบบุหรี่ซึ่งมีอุบัติการณ์ร่วมกับภรรยาที่ได้รับควันบุหรี่มีสองจังหวี ความเสี่ยงต่อการเป็นหมั้น

2.1.3.21 โรคตา (Eye disease)

1) ตาตื้อ (Cataracts) คนที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นตาตื้อมากขึ้น ซึ่งเป็นภาวะที่มีเลนส์ตาสุ่มน้ำ ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหลายอย่าง เช่น มองเห็นไม่ชัด ไวต่อแสงจ้า มองแยกสีไม่ออก

2) จอตาเสื่อม (Age-related macular degeneration, AMD) มีการศึกษาพบว่าคนที่สูบบุหรี่และคนที่เคยสูบบุหรี่ เกิดภาวะจอตาเสื่อม มากกว่าคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่

2.1.3.22 ริ้วรอยบนใบหน้า (Wrinkles)

ผิวนังของหลังที่สูบบุหรี่ มีลักษณะซีดและมีริ้วรอยเกิดขึ้นเร็วกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ กลไกการเกิดริ้วรอยไม่ทราบแน่ชัด คนที่สูบบุหรี่แม้ไม่ถูกแสงแดดก็มีอีลาสตินหนาและแตกหักมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่เป็นเพราะผิวนังได้รับออกซิเจนน้อยมาเป็นเวลานาน มีสาเหตุจากหลอดเลือดตีบซึ่งเกิดจากการสูบบุหรี่และผลของการสั่งเคราะห์คอลลาเจน

2.1.3.23 แผลหายช้า (Poor wound healing)

คนที่สูบบุหรี่มีแผลหายช้า คือนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดที่ผิวนังตีบ เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนน้อยลง การสูบบุหรี่เพิ่มปริมาณการบักซิชีโน่ในโกลบิน เพิ่มการเกาะกลุ่มของเกร็คเลือด ทำให้เลือดหนืดขึ้น ลดปริมาณคอลลาเจน ลดการสั่งเคราะห์พروสต้าไซคลิน ทั้งหมดนี้เป็นผลเสียต่อการทำให้แผลหาย

2.1.3.24 โรคปริทันต์ (Periodontal)

โรคปริทันต์อักเสบ (Periodontitis) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียของช่องปาก ทำให้เหงือกอักเสบ เนื้อฟันถูกทำลายและพันธุครัวง ปัจจัยก่อโรคปริทันต์ มีหลายอย่าง ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรีย การสูบบุหรี่ อายุ เพศ โรคเบาหวาน เศรษฐฐานะ และพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (การสูบบุหรี่) และพันธุกรรม ของการเกิด โรคปริทันต์ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน

2.1.3.25 แผลในปาก (Oral lesions)

1) Leukoplakia เป็นปืนขาวที่เกิดขึ้นในปาก ไม่เกิดจากสาเหตุอื่นนอกจากสารเคมีในยาสูบถูกยกเป็นเซลล์มะเร็งได้

2) Erythroplakia เป็นปืนแดงของเยื่อบุช่องปาก ถูกยกเป็นมะเร็งได้ การที่มีสีแดงเป็น เพราะหลอดเลือดฝอยในเยื่อบุช่องปากผิดปกติและการมีเอกสารดินน้อยลง

3) เหงือกอักเสบ (Ulcerative gingivitis) มีอาการเจ็บเหงือก เลือดออก และมีกลิ่นปากเป็นอาการที่เกิดขึ้นเฉพาะในคนสูบบุหรี่

2.1.3.26 โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis) (สุชัญทิพ นาสมผันและคณะ, 2547)

คนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคสะเก็ตเงินได้มากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า โรคสะเก็ตเงินเป็นโรคติดต่อที่มีการอักเสบของผิวนัง ทำให้เกิดอาการคัน มีผื่นแดงทุกส่วนของร่างกาย

2.1.3.27 โรคการอักเสบของผิวนังชนิด Buerger (Thromboangitis obliterans)

เป็นการอักเสบของเส้นเลือดแดง เส้นเลือดดำ และเส้นประสาทที่ขา และขาตัดเดือดไปเลี้ยงที่ขา ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดเนื้อตาย (gangrene) จนต้องตัดขา บริเวณที่เนื้อตาย

2.1.4 กลไกการส่งติดนิโคติน (วรรณณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2547)

นิโคตินเป็นสารอักคາลอยด์ที่พบในใบยาสูบ และเป็นสาเหตุให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการสเปตติด การสเปตติดที่เกิดจากนิโคตินมีความรุนแรงมากเทียบเท่ากับสารสเปตติดชนิดอื่น เช่น เอโรอิน และโคลเคน บุหรี่หนึ่งมวนมีนิโคตินประมาณ 1.5-2.6 มิลลิกรัม บุหรี่กันกรองไม่ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลง

เมื่อสูบบุหรี่ นิโคตินจะเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วภายในเวลา 10 วินาที พร้อมที่หัวร่างกายรวมทั้งสมอง ไปกระตุ้นตัวรับชนิดพิเศษที่เรียกว่า Cholinergic receptors ซึ่งพบได้ในสมองหลายส่วน รวมทั้งกล้ามเนื้อ ต่อมหมากไต หัวใจ และอวัยวะอื่นๆ โดยปกติตัวรับนี้จะถูกกระตุ้นโดยสารสื่อประสาทนิดหนึ่งคือ อะซิติดโคลิน แล้วมีบทบาทเกี่ยวกับการทำลายไข้ รักษาอัตรารการเต้นของหัวใจ ความจำ ความกระปรี้กระเปร่า และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ แต่เนื่องจากโครงสร้างทางเคมีของนิโคตินคล้ายกับอะซิติดโคลิน นิโคตินจึงกระตุ้น Cholinergic receptors และทำลายการทำหน้าที่ตามปกติของสมอง การสเปนนิโคตินเป็นประจำจะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนของ Cholinergic receptors และความไวของตัวรับนี้ต่อนิโคตินและอะซิติดโคลินทำให้เกิดการดื้อต่อนิโคติน ดังนั้นผู้สูบบุหรี่จะต้องการนิโคตินไปให้สมองเพื่อให้สมองทำหน้าที่ได้ตามปกติ หากกระดับนิโคตินลดลง ผู้สูบจะรู้สึกไม่สุขสบายจากการถอนนิโคติน

กลไกอีกอย่างหนึ่งของการสเปนนิโคตินคือไปกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทโดฟามินในวงจรแห่งความสุขของสมอง โดยมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการสเปตติด ผ่านกระบวนการ Brain rewarding pathway ซึ่งเป็นกลไกที่คล้ายกับสารสเปตติดชนิดอื่น เช่น แอมเฟตามิน เอโรอินและโคลเคน

ระบบประสาทส่วนกลางมีส่วนที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ และความรู้สึกเป็นสุขใจ โดยประกอบด้วยสมองส่วนที่เรียกว่า Ventral tegmental area (VTA) ซึ่งจะส่งสารสื่อประสาทโดฟามินไปยังสมองส่วน Nucleus accumbens

สารโคลาaminที่สมองมีคุณสมบัติ ทำให้ร่างกายรู้สึกสบาย มีความสุข อิ่มเอิบใจ มีแรงจูงใจ นิโคตินจากควันบุหรี่ที่ผ่านจากกระแสเลือดเข้าไปในระบบประสาทส่วนกลางของอุทธร์ไปกระตุ้น Brain rewarding pathway โดยจับกับตัวรับของมันคือ Nicotine receptor ที่อยู่บนปลายประสาทของ VTA มีผลทำให้มีการหลังโคลามินออกมากขึ้น ดังนั้น จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขสบายใจ มีแรงจูงใจอยากรำงงานมากขึ้นและลดความอิจฉาอาหาร

นอกจากโคลามินแล้ว นิโคตินยังเพิ่มการหลังสารสื่อประสาทอื่นเช่น อะซิติลโคลีน กรูตามเอด ซีโร โนติน เบต้า-เอ็นคอร์พิน วาโซเปรสเซน นอร์อีพิเฟรน และแคมนา อะมิโนบิวทีริก แอซิด (GABA) จากปลายประสาทอีกด้วย (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549) ทั้งนี้เนื่องจาก Nicotine receptor ซึ่งเป็นตำแหน่งออกฤทธิ์ของนิโคตินมีอยู่ที่ปลายประสาทของสารสื่อประสาทต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

สารสื่อประสาทเหล่านี้รวมทั้งโคลามิน ส่งผลในเชิงบวกต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งผลดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ติดบุหรี่เกิดความพึงพอใจ

ผู้ที่ติดบุหรี่คือผู้ที่ต้องการได้รับสารนิโคตินซึ่งจะไปออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้ลดความเครียด ความวิตกกังวลหรือทำให้حنต่อความเครียดความกดดันจากสภาพแวดล้อมต่างๆ ได้ดีขึ้น ทำให้สมองมีความคิดอ่านที่ดีขึ้น มีสมาร์ตซีซึ่งมีความรู้สึกพึงพอใจและเป็นสุข ความจำและสมาร์ตซีซึ่ง และลดความอิจฉาอาหาร จึงทำให้เกิดการเสพติด ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานจะมีอาการดื้อต่อนิโคติน ทำให้ต้องการนิโคตินในปริมาณเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นในผู้ที่ติดบุหรี่อย่างมาก การเลิกบุหรี่อย่างฉับพลันจะทำให้เกิดความรู้สึกในเชิงลบ เช่น อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด ซึมเศร้า เหงา กระสับกระส่าย วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ อ่อนแรง หิวบ่อย เป็นต้น ไม่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่เข้าไปกระตุ้น เรียกว่า อาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal) ซึ่งเป็นผลมาจากการดับสารสื่อประสาทต่างๆ ลดจำนวนลงอย่างมาก ผลคือผู้ที่ติดจะต้องกลับไปสูบบุหรี่อีกเพื่อให้ได้ความรู้สึกในเชิงบวก เช่น สบายใจ คลายกังวลเหมือนเดิม

2.1.5 การบำบัดรักษายาผู้ติดบุหรี่ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

ภาวะติดบุหรี่ (Tobacco dependence) หมายถึง การเสพติดสารเคมีที่เป็นส่วนประกอบอยู่ในใบยาสูบ ซึ่งเป็นการเสพติดทั้งทางกายและทางจิตใจ สารเคมีที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการเสพติดทางกายอย่างรุนแรง ได้แก่ นิโคติน ทำให้มีผู้เรียกว่าภาวะนี้ว่าภาวะติดสารนิโคติน (Nicotine dependence) แทน ซึ่งสารนิโคตินนี้เองสามารถออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนที่เรียกว่า Nucleus accumbens ส่งผลให้มีการหลังสารสื่อประสาท หลาຍชนิดออกนา ทำให้ผู้เสพรู้สึกสบายและอยากรสูบบุหรี่วนต่อๆ ไปอีก

การบำบัดรักษายาผู้ติดบุหรี่แบ่งได้ 2 วิธี ได้แก่ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

(1) การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่โดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy)

(2) การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่โดยใช้ยา (Pharmacological therapy)

2.1.5.1 การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่โดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological therapy)

การบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการไม่ใช้ยา มีได้หลายวิธี แต่ละวิธี ประสิทธิภาพในการเสริมให้การบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการใช้ยาได้ผล หรือมีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือบางวิธีอาจประยุกต์ใช้ได้ตามลำพัง โดยไม่ต้องใช้ควบคู่กับวิธีการบำบัดด้วยวิธีการใช้ยา ก็ได้ นายแพทย์ทัย ชิตานันท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทยและมูลนิธิสาธารณสุข แห่งชาติ ได้สรุปในการบรรยายเรื่อง สถานการณ์การให้บริการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย ใน การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “ทิศทางการพัฒนางานบริการเลิกบุหรี่” เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2548 ณ โรงแรม ปรีวินพาเดช ว่าจากการทบทวนวิธีการบำบัดที่มีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ สามารถสรุปรวมวิธีการบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการไม่ใช้ยาได้ดังนี้

1) คู่มือการดูแลตนเอง (Self help manuals)

2) การให้บริการทางคลินิกเล็กๆน้อยๆ (Minimal clinical intervention)

3) การให้บริการคลินิกอย่างเร่งรัด (Intensive clinical intervention)

4) การฝึกอบรมเพื่อแก้ปัญหาและสร้างทักษะ (Problem solving/skill training)

5) การสูบบุหรี่เร็วๆ (Rapid smoking)

6) มาตรการสร้างความไม่พึงพอใจในการสูบบุหรี่อื่นๆ (Other aversive smoking strategies)

7) การบำบัดโดยการเปิดเผยสิ่งเร้า (Cue exposure treatment)

8) การลดนิโตตินแบบค่อยเป็นค่อยไป (Nicotine fading)

9) รางวัลที่เป็นแรงจูงใจ (Motivational rewards)

10) การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

11) การควบคุมน้ำหนัก (Weight control)

12) การสะกดจิต (Hypnosis)

13) การฝังเข็ม (Acupuncture)

ประเทศไทยบุคลากรทางสุขภาพนิยมใช้วิธีการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ (Tobacco cessation counseling) (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

การให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ หมายถึง กระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ ด้วยการสื่อสารระหว่างบุคคล คือผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา กระบวนการนี้เน้นหรือให้

ความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นสำคัญ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีโอกาสสำรวจและทำความเข้าใจในสถานการณ์หรือปัญหาของตนเองตามบริบทของตน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้ช่วยในการรับฟัง และจับประเด็นตามสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษานอกเล่า

สิ่งที่ควรคำนึงและดำเนินการในการให้คำปรึกษาเพื่อรักษาการติดบุหรี่

คือ

(1) ประเมินสภาพของผู้สูบบุหรี่

เพื่อประเมินระดับความตั้งใจมุ่งมั่นเพื่อการเลิกบุหรี่ของผู้ติดบุหรี่ ตามทฤษฎี Transtheoretocal model of change ของโปรดชาสก้า และไคลเมน (Prochaska & DiClemente) ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับหลักทางจิตวิทยาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคน ได้แบ่งขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

(1.1) Recent acquisition ระยะที่เพิ่งเริ่มต้นสูบบุหรี่ ระยะนี้ส่วนใหญ่ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ และยังไม่เชื่อตัวยังซ้ำว่าตนเองกำลังอยู่ในสภาพติดบุหรี่ กลุ่มนี้ ส่วนใหญ่พบรากุ่มวัยรุ่นที่เพิ่งริบลงสูบบุหรี่ มักเชื่อว่า เมื่อเริ่มสูบบุหรี่เมื่อไรก็สูบได้ ดังนั้น จึงเชื่อว่า เมื่อจะเลิกเมื่อไรก็ย่อมเลิกได้ ระยะนี้ หากมีการคุ้ยแผลเอาใจใส่ที่ดีจากบุคคลแวดล้อมที่มีอิทธิพลสูง กับผู้สูบบุหรี่ เช่น พ่อ แม่ คุณครู ผู้ปกครอง ญาติพี่น้อง ในกรณีให้ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ เป็นที่ปรึกษาช่วยแก้ไขปัญหาชีวิต เป็นต้นแบบของผู้ไม่สูบบุหรี่ หรือช่วยในการพัฒนาทักษะชีวิต จะช่วยให้ผู้ติดบุหรี่ในระยะนี้พัฒนาไปสู่ระยะเลิกบุหรี่ได้ และสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จโดย ไม่ต้องอาศัยยาช่วยลดความรุนแรงของการถอนนิโคติน เนื่องจากการเลิกบุหรี่ในระยะนี้ มักไม่ ค่อยมีอาการถอนนิโคตินรุนแรง หรือตื่นมวลชนร่วมสร้างค่านิยมทางสังคมใหม่ จะทำให้กลุ่มนี้ กระหนักในพิษภัยบุหรี่ได้รวดเร็วขึ้น และก้าวเข้าสู่ระยะเลิกสูบบุหรี่ได้ เช่นกัน

(1.2) Precontemplation phase ระยะนี้ยังคงเป็นระยะที่ไม่มีความคิด ที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมจากการสูบบุหรี่มาเป็นการเลิกสูบบุหรี่ในระยะ 6 เดือนข้างหน้า กลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ที่ทำงาน มักกระหนักแล้วว่าติดบุหรี่ แต่ยังรู้สึกหรือรับถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ ว่าช่วยแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ให้กับตนเอง ได้ และมักยังไม่ค่อยมีอาการผิดปกติค้านสุขภาพ ที่ชัดเจน เช่น ยังไม่มีอาการไอ หรือเจ็บป่วยใดๆ จากโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ ผู้ติดบุหรี่ในระยะนี้มักรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ เช่น ทำให้กระปรี้กระเปร่า ตื่นตัว ไม่ง่วงนอน แก้เครียด สมองโล่ง ทำงานได้ ไม่หงุดหงิด หรือแก้เหงา แก้เงิน ทำให้ปรับตัวเข้ากับลูกค้า หรือ ผู้บังคับบัญชาได้ดี เป็นต้น ระยะนี้ผู้สูบบุหรี่จึงรู้สึกว่าการเลี้ยค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อหานุหรี่มาสูบไม่สูญเปล่า ได้รับประโยชน์เฉพาะหน้ากลับคืนมาทดแทนเงินทองที่เสียไป อย่างไรก็ตามหากมีตัวช่วยให้ กระหนักในพิษภัยบุหรี่ชัดเจน กลุ่มนี้สามารถพัฒนาไปเป็นกลุ่มต่อไปได้ ซึ่งกระบวนการให้

คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่สามารถเข้ามามีบทบาทได้ตั้งแต่ในระยะนี้ หากคนกลุ่มนี้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ และมีโอกาสได้รับคำแนะนำถึงผลกระทบด้านสุขภาพที่จะเกิดต่อไป ด้วยวิธีการให้คำปรึกษาระยะสั้น เพียง 3 – 5 นาที หรือในโอกาสต่างๆ เช่นในช่วงเวลาการรับรองค้วังคุณหรือโลก เป็นต้น ผู้ติดบุหรี่ในกลุ่มนี้สามารถพัฒนาความตระหนักของตนเองไปเป็นระยะต่อไปได้

(1.3) Contemplation phase ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่ตระหนักว่าตนเองติดบุหรี่ หากไม่สูบจะมีอาการถอนนิโโคตินหรือความรู้สึกอยากสูบ ต้องวนเวียนไปหาบุหรี่มาสูบ ขณะเดียวกันเริ่มตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เช่น มีอาการเหนื่อยง่าย ไอบ่อยครั้ง ระคายคอด มีเสมหะและสมรรถภาพร่างกายไม่แข็งแรงเท่าที่ควร ดังนั้นผู้ติดบุหรี่ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อาจพยายามหาทางเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองคัวยวิธีการต่างๆ ซึ่งหากพื้นฐานของผู้ติดบุหรี่มีความเข้มแข็ง มีกำลังใจ หรือมีตัวช่วยสนับสนุนที่ดี เช่น บุคคลรอบข้างช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ อยู่เคียงข้าง หรือเบี่ยงเบนความสนใจไปจากบุหรี่และช่วยหาทางผ่อนคลายความเครียด ในชีวิตประจำวัน หรือแสวงหาความสุขอื่นๆ ทศแทบทุกการสูบบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่องผู้ติดบุหรี่กลุ่มนี้ จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยไม่ทุกข์ทรมานจากการถอนนิโโคตินมากนัก หากมีอาการถอนนิโโคตินบ้าง กลุ่มนี้สามารถพบแพทย์ หรือพยาบาล เพื่อขอรับคำปรึกษาทางເອຫະະต່อสັງກັນความรู้สึกอยากรสูบบุหรี่ได้ สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่จัด หรือติดบุหรี่มาก อาการถอนนิโโคตินอาจคุกคามมาก ยิ่งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่เข้ามานิ ทำให้อาการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ได้สูง โดยเฉพาะกลุ่มที่ขาดตัวช่วยในการอาชานะอาการถอนนิโโคตินหรือความอยากรสูบบุหรี่ของตนได้ดังนั้นกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่ต้องการคำปรึกษาอย่างเข้มข้น มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมกำลังใจ ในระยะยาว และช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาความอยากรสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นเป็นระยะ เมื่อกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมคิม บางครั้งอาจต้องแนะนำให้เปลี่ยนสิ่งแวดล้อมชั่วคราวหากสามารถทำได้เพื่อเปลี่ยนกลุ่มเพื่อน หรือผู้ร่วมงาน ไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่มากอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้สูบบุหรี่และแสวงหา กิจกรรมอื่นๆ ทำทศแทบทุกกรรมการสูบบุหรี่ที่เคยกระทำในชีวิตประจำวัน

(1.4) Preparation phase ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่มีความตั้งใจเด่นชัดที่จะเลิกสูบบุหรี่ เริ่มสามารถกำหนดเวลาที่แน่นอนในระยะขั้นนี้ไป 30 วันข้างหน้านี้ เลิกสูบบุหรี่แล้ว เพราะมีความตระหนักรชัดเจนถึงพิษภัยบุหรี่ต่อสุขภาพคนของชัดเจน บางคนป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงกำหนดเวลาແน่ว່ແນວว่าเลิกสูบบุหรี่ต่อเนื่องไปเลยเมื่อออกจากโรงพยาบาล หรือบางคนไม่ได้เจ็บป่วยจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่มีแรงจูงใจช่วยเสริมความตระหนักรในพิษภัยบุหรี่ ทำให้สามารถสร้างวินัย และกำหนดวันเวลาหรือโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ชัดเจน เช่น เลิกสูบบุหรี่ระหว่างแต่งงาน เลิกสูบบุหรี่ระหว่างบวชให้แม่ เป็นต้น

(1.5) Action phase เป็นระยะมือเลิกสูบบุหรี่ ได้ในระยะ 6 เดือน หรือเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่มาแล้วแต่หวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่อีก ระยะนี้หากผู้ติดบุหรี่เข้มแข็ง มีกำลังใจแน่วแน่ และติดบุหรี่ไม่นาน จะไม่มีอาการถอนนิโโคตินรุนแรง ทำให้หยุดสูบบุหรี่ได้ต่อเนื่อง ยังถ้ามีตัวช่วยเสริมกำลังใจ และช่วยจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ให้เข้าถึงบุหรี่ได้ยากขึ้น เช่น เก็บอุปกรณ์การสูบบุหรี่ให้พ้นสายตา และไม่สามารถหยิบได้ง่าย และมีคำชี้แจงจากบุคคลรอบข้าง เป็นกำลังใจ หรือสามารถแสวงหากำลังใจให้ตนเองได้ มีการให้รางวัลในความสำเร็จที่เลิกสูบบุหรี่ ได้เป็นระยะ จะช่วยให้ระยะนี้เข้มข่าวและคงทนถาวรต่อเนื่องได้ ดังนั้นในการให้คำปรึกษาเพื่อให้เลิกบุหรี่ได้ จึงควรใส่ใจให้ผู้รับคำปรึกษาได้วิเคราะห์สถานการณ์ของตนเองในระยะที่ยังสูบบุหรี่ และสิ่งที่คาดว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การแก้ไขอาการถอนนิโโคติน ด้านเศรษฐกิจ ภาพลักษณ์และชีวิตประจำวัน จะเป็นการเตรียมผู้สูบบุหรี่ให้มีความพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะถอนนิโโคตินหรือระยะยาวได้ดี ขึ้น ทำให้โอกาสล้มเหลว ต้องหวนกลับไปสูบบุหรี่น้อยลง

(1.6) Maintenance phase ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่มาได้เกิน 6 เดือนแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่มักไม่มีอาการถอนนิโโคตินแล้ว แต่ยังอาจมีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่อีกเป็นครั้งคราว โดยเฉพาะเมื่อยื่นในท่าทางกอสู่ผู้สูบบุหรี่หรือได้รับกลิ่นบุหรี่จากสิ่งแวดล้อมหรือพบเห็นภาพการสูบบุหรี่มากระตุ้น ดังนั้นการให้คำปรึกษาในระยะนี้จึงเน้นการเสริมกำลังใจและพัฒนากลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาความอยากรสูบบุหรี่เมื่อต้องเผชิญกับบรรยายการที่มีกลิ่นบุหรี่หรือถูกชักชวน หรือท้าทายให้สูบบุหรี่

การประเมินความพร้อมของผู้สูบบุหรี่ก่อนที่จะทำการรักษาโดยการให้คำปรึกษาจะทำให้การวางแผนในการให้คำปรึกษาแนะนำมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยหากพบว่าผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะที่ยังไม่เต็มใจในการเลิกบุหรี่ (ขั้นที่ 1-3 ของ Transtheoretical model of change) ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องทุ่มเทในการให้ข้อมูลและวางแผนเพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ข้ามขั้นตอนไปสู่ความพร้อม/เต็มใจในการเลิกบุหรี่ สำหรับในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ผู้ให้การรักษามีหน้าที่ให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดกำลังใจที่เข้มแข็งและไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก

(2) การประเมินตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ (วรรณณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2547)

ตัวแปรกลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

(2.1) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จสูงในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่

- ผู้ป่วยมีแรงจูงใจสูงในการเลิกบุหรี่

- ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะรับความเปลี่ยนแปลง (พร้อมที่จะเดิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือน)

- ผู้ป่วยมีความเชื่อในความสามารถของตนเองปานกลางถึงสูง (มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเดิกสูบบุหรี่)

- มีการสนับสนุนทางสังคม (ไม่มีผู้สูบบุหรี่อยู่ในบ้าน ไม่มีเพื่อนสูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่ทำการเดิกบุหรี่)

(2.2) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอัตราที่ผู้สูบบุหรี่จะประสบความสำเร็จต่อในการเดิกสูบบุหรี่ ได้แก่'

- ผู้ป่วยติดนิโคตินสูง (ประเมินโดยใช้ Fagerstrom tolerance scale เช่น สูบบุหรี่มวนแรกภายในเวลา 30 นาทีหลังจากตื่นนอนตอนเช้า สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 20 มวน มีอาการถอนนิโคตินรุนแรงระหว่างความพายายามเดิกสูบบุหรี่)

- ผู้ป่วยมีประวัติทางจิตเวชร่วมด้วย (มีประวัติของโรคซึมเศร้า จิตเภท ติดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดชนิดอื่น)

- ผู้ป่วยมีระดับความเครียดสูง (กำลังอยู่ในภาวะที่มีความเครียดสูง และหรือมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมาก ซึ่งเพิ่งเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้น เช่น การหย่า การเปลี่ยนงาน หรืองานแต่งงาน)

(3) รูปแบบการให้คำปรึกษา

การบำบัดรักษาโดยวิธีการให้คำปรึกษารายบุคคล เป็นรายกลุ่ม หรือการใช้โทรศัพท์เป็นรูปแบบที่ช่วยให้การทำโปรแกรมดูบุหรี่ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ ความอาจริงอาจจังในการให้คำปรึกษาและจำนวนครั้งที่ให้คำปรึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับความสำเร็จในการช่วยให้เดิกสูบบุหรี่ ผู้ให้การรักษาจึงต้องให้ความสำคัญกับการให้คำปรึกษาโดยให้เวลาหรือเพิ่มเวลาและเพิ่มจำนวนครั้งในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ต้องการเดิกสูบบุหรี่อย่างพอเพียง การให้การรักษาแบบตัวต่อตัวมากเท่าไร ผลที่ได้จะดีขึ้นเท่านั้น พบว่า หากผู้ต้องการเดิกสูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำสั้นๆ (เช่น ใช้เวลาไม่ yok กว่า 3 นาที) จากแพทย์ อัตราการเดิกบุหรี่จะเพิ่มขึ้นมากกว่าไม่ได้รับคำแนะนำโดยถึงร้อยละ 30 และจะเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งเท่าตัวหากได้รับคำแนะนำอย่างจริงจัง (เช่น ใช้เวลามากกว่า 10 นาที)

(4) ประเภทของผู้ให้การรักษา

การทำงานร่วมกันเป็นทีมของผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ ที่ประกอบด้วยบุคลากรหลายประเภท เช่น 医师, เภสัชกร พยาบาล ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา ฯลฯ จะ

เพิ่มประสิทธิภาพและเพิ่มความสำเร็จในการรักษาผู้ติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้ แต่ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการประสบความสำเร็จ คือ บุคลากรเหล่านี้จะต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเป็นอย่างดี

การรักษาโดยการให้คำปรึกษาและพฤติกรรมบำบัด

รูปแบบขั้นพื้นฐานของการให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พบว่ามีประสิทธิภาพและควรแนะนำให้กับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ทุกคน ได้แก่

- (1) การฝึกอบรมเพื่อการแก้ปัญหาและเสริมสร้างทักษะ (เช่น การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่อยู่ การระบุตัวกระตุ้นที่ทำให้สูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธ)
- (2) การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา
- (3) การช่วยผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ให้ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมภายนอก

ผู้ให้การรักษาจะต้องช่วยผู้ป่วยระบุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับไปสูบบุหรี่ ทักษะการจัดการกับปัญหาเมื่อยื่นในสภาพแวดล้อม ผู้ให้การรักษาต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมพร้อมมากขึ้นเมื่อยุดสูบบุหรี่ เตรียมคำพูด/บทสนทนาระบุกับผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการเลิกบุหรี่ การเข้าใจใส่ห่วงใยอย่างจริงใจ ฯลฯ

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่โดยไม่ใช้ยาที่ได้รับการยอมรับกันมากที่สุด คือการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยยึดหลักการที่เรียกว่า “5A” ได้แก่ Ask Advise Assess Assist และ Arrange มีรายละเอียดดังนี้ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

(1) Ask ขั้นตอนแรกสุดในการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่คือการเพื่อนหาตัวผู้สูบบุหรี่เพื่อมาทำการรักษา โดยแพทย์ควรจัดให้มีมาตรการในการค้นหาอย่างเป็นระบบ ทุกๆครั้งที่ผู้ป่วยแต่ละรายเข้ามารับการรักษาจากแพทย์ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ควรได้รับการสอบถามถึงสถานะการสูบบุหรี่เสมอและทำการบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลสำเร็จสูงสุด การค้นหาผู้ติดบุหรี่นั้นควรทำกับผู้ป่วยทุกรายและทุกๆครั้งที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการเนื่องจากภาวะติดบุหรี่นั้นเป็นความผิดปกติเรื้อรัง

(2) Advise เมื่อพบผู้สูบบุหรี่แล้ว ขั้นตอนถัดไปที่ควรทำคือต้องพูดโน้มน้าวให้ผู้สูบบุหรี่เหล่านั้นเห็นพิษภัยของบุหรี่และต้องการเลิกบุหรี่ให้ได้ คำพูดที่จะใช้นั้นต้องมีความชัดเจน ไม่กำกวณ ไม่ต้องตีความซ้ำแล้วซ้ำอีก นอกจากนี้ต้องหนักแน่นและผูกใจเข้ากับสถานการณ์ที่กำลังเกิดหรือเพิ่งเกิดกับตัวผู้ป่วยเองหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วย ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้ไตร่ตรองและสามารถปะติดปะต่อภาพของพิษภัยของบุหรี่ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งท้ายที่สุดก็จะมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้สำเร็จสูงขึ้นตามไปด้วย

(3) Assess ขั้นตอนถัดไปในการบำบัดรักษาภาวะติดบุหรี่คือ การประเมินผู้ป่วย ซึ่งต้องได้รับการประเมินใน 2 แห่งมุ่งได้แก่ การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยและการประเมินระดับความรุนแรงของการติดบุหรี่ซึ่งส่วนใหญ่แนะนำให้ใช้แบบสอบถาม Fagerstrom test

(4) Assist ขั้นตอนนี้เปิดโอกาสให้แพทย์ได้ช่วยเหลือในการวางแผนเลิกบุหรี่อย่างเป็นระบบ โดยใช้ยุทธศาสตร์ที่เรียกว่า “STAR” ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อๆ คือ

(4.1) Set a quit date แพทย์ควรให้ผู้ป่วยกำหนดวันเป้าหมายที่จะเลิกโดยเด็ดขาด

(4.2) Tell family & request support แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งต่อครอบครัว คนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิททุกๆ คนว่าตนได้ตัดสินใจแล้วว่าจะเลิกบุหรี่และขอให้คนเหล่านี้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ

(4.3) Anticipate challenges แพทย์ควรให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนนิโคตินที่อาจเกิดขึ้นได้พร้อมวิธีแก้ไข

(4.4) Remove tobacco product แนะนำให้ผู้ป่วยทิ้งบุหรี่และอุปกรณ์การสูบทั้งหมด ไม่ให้มีหลงเหลือไว้ทั้งที่บ้านและที่ทำงานหรือแม้กระทั่งในรถยนต์ พร้อมเน้นให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังเลิกบุหรี่แล้วห้ามมิให้กลับไปสูบอีกแม้แต่ครั้งเดียว

(5) Arrange เมื่อแพทย์ได้รีบให้การรักษาแก่ผู้ป่วยแล้ว ควรทำการติดตามอาการและผลการรักษา โดยทั่วไปควรตรวจติดตามอาการครั้งแรกภายใน 1 สัปดาห์แรกหลังวันเลิกบุหรี่ จากนั้นให้พิจารณาต่อครั้งถัดไปในอีก 2-3 สัปดาห์ เมื่ออาการคงที่ดีแล้วนัดใหม่ตรวจทุก 2-4 สัปดาห์แล้วแต่อาการและกำลังของบุคลากรที่มีอยู่ เมื่อหยุดยาช่วยเลิกบุหรี่แล้วให้นักมาดูอาการเมื่อครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือนหลังเลิกบุหรี่แล้วเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก

2.1.5.2 การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่โดยใช้ยา (Pharmacological therapy)

(วรรณณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2547)

การใช้ยาบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรักษาผู้ที่ติดบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ การใช้ยาบำบัดนี้มีความจำเป็นเพราฯ จะช่วยบรรเทา ระจับหรือป้องกันอาการถอนนิโคตินที่เกิดจากการหยุดบุหรี่ นอกจากนี้การใช้ยาช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องได้รับสารก่อมะเร็งหรือสารพิษจากควันบุหรี่ รวมทั้งการระคายทางเดินหายใจจากควันบุหรี่ การให้ยาที่เป็นนิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy, NRT) ทำให้ร่างกายได้รับนิโคตินในขนาดต่ำ เพื่อเป็นการทดแทนนิโคตินที่ได้รับจากบุหรี่บางส่วนจึงทำให้สามารถลดอาการถอนนิโคตินในผู้ป่วยลงได้ แต่นิโคตินในระดับดังกล่าวจะไม่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข

เกิดความพึงพอใจหรือคลายเครียด จึงเป็นการลดการเสพติดนิโคตินทางจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพการเดิกบุหรี่ไว้ได้ การใช้ยาบำบัดนี้ควรใช้เพียงชั่วคราวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมเท่านั้น เมื่อเดิกบุหรี่ได้แล้วก็ไม่จำเป็นต้องใช้ยาต่อไป

ยาที่ใช้ในการเดิกบุหรี่ที่ขัดเป็น First - line agent ในปัจจุบัน โดยการรับรองขององค์กรอาหารและยา ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ การให้นิโคตินทดแทนและการใช้ยาเม็ดรับประทาน

นิโคตินทดแทนในปัจจุบันมี 6 ชนิด ได้แก่

- (1) นิโคตินชนิดหมากฝรั่งเคี้ยว (Nicotine chewing gum)
- (2) นิโคตินชนิดแผ่นติดผิวน้ำ (Nicotine patch)
- (3) นิโคตินชนิดสูดทางปาก (Nicotine oral inhaler)
- (4) นิโคตินชนิดเม็ดอมใต้ลิ้น (Nicotine sublingual tablet)
- (5) นิโคตินชนิดเม็ดอม (Nicotine lozenges)
- (6) นิโคตินชนิดสเปรย์ทางจมูก (Nicotine nasal spray)

ยาเม็ดรับประทาน คือ Bupropion HCl sustained release

ส่วนยาที่เป็น Second – line agent ได้แก่ Clonidine และ Nortriptyline

การให้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy, NRT)

(วรรณณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2547)

NRT จัดเป็นหนึ่งในการรักษาที่เป็น First – line ของการเดิกบุหรี่ เพราะสามารถหลอกหัวใจการติดบุหรี่ คือ การติดนิโคติน การใช้วิธีนี้ผู้ป่วยจะไม่ได้รับควันบุหรี่ หรือสารก่อมะเร็งที่พบในควันบุหรี่ จึงมีความปลอดภัย

ผู้ที่มีความตั้งใจจะเดิกบุหรี่ และผู้ที่ติดบุหรี่อย่างรุนแรง คือ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่สมควรได้รับการบำบัดรักษาโดยการให้นิโคตินทดแทน (NRT) ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ ตั้งแต่หนึ่งข้อขึ้นไป คือ ผู้ป่วยที่สมควรได้รับ NRT

- (1) สูบบุหรี่วันละตั้งแต่ 20 นาวนขึ้นไป
- (2) สูบบุหรี่นานกว่า 30 นาทีหลังตื่นนอนตอนเช้า
- (3) มีอาการถอนนิโคตินในสัปดาห์แรกที่พยาบาลหยุดบุหรี่ สำหรับผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ขั้นอ่อน (สูบวันละน้อยกว่า 10 นาวน) ถึงปานกลาง (สูบวันละ 15 – 20 นาวน) แนะนำให้ใช้การบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic approaches) ก่อนที่จะใช้ NRT

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของการให้นิโคตินทดแทน

นิโคตินจะจับกับ Nicotine cholinergic receptor ใน Peripheral และ Central nervous system ก่อให้เกิดฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่างๆ เช่นว่าฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง เป็นสาเหตุสำคัญของการติดนิโคติน โดยฤทธิ์เหล่านี้เกี่ยวข้องกับ Neurochemical pathway หลายๆ Pathway ทำให้มีการหลั่ง Acetylcholine, Dopamine, Norepinephrin, β -endorphin, Vasopressin และ Serotonin

ในการได้รับนิโคตินครั้งแรกอาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน แต่ความทันต่ออาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่พบว่าบุหรี่ทำให้เกิดผลที่เป็นที่ต้องการ เช่น ความสุข การตื่นตัว และการผ่อนคลาย ทำให้มีความตึงใจดีขึ้น สามารถมีความตื่นตัว และมีการตอบสนองที่ไว นอกจากนี้ยังมีผลดีต่อสุขภาพโดยรวม เช่น ความตึงเครียด ความเครียด ความโกรธ กระวนกระวาย อารมณ์ซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม การดื้อต่อผลเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ จึงทำให้ผู้ป่วยต้องเพิ่มการสูบบุหรี่ จนกระทั่งเกิดเป็นการติดบุหรี่ทางกาย เมื่อหยุดสูบบุหรี่จึงเกิดอาการถอนนิโคตินขึ้น โดยอาการจะเกิดขึ้นสูงสุดใน 24–48 ชั่วโมง หลังหยุดสูบบุหรี่ แต่จะลดความรุนแรงลงใน 2 สัปดาห์ แต่ความต้องการสูบบุหรี่จะยังคงอยู่เมื่อเวลาจะผ่านไปเป็นเดือนหรือเป็นปีหลังเลิกบุหรี่แล้วและภายใน 1 สัปดาห์หลังเลิกบุหรี่ผู้ป่วยอาจจะกลับไปสูบใหม่ได้

การให้นิโคตินทดแทนจะให้ระดับนิโคตินในร่างกายต่ำกว่าระดับที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ แต่ยังเพียงพอที่จะลดความรุนแรงของอาการถอนนิโคตินจากการเลิกสูบบุหรี่ได้ จึงเป็นกลไกหลักในการออกฤทธิ์ของ NRT แต่ผลดังกล่าวไม่ค่อยคงที่ จึงเชื่อว่ายังอาจมีกลไกอื่นที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ กล่าวคือ NRT จะให้ระดับนิโคตินที่ค่อนข้างคงที่ (เปรียบเทียบกับการสูบบุหรี่) ซึ่งอาจทำให้เกิดการดื้อ (Tolerance) ต่อนิโคตินจนทำให้การสูบบุหรี่ไม่ให้ผลที่เป็นที่ต้องการของผู้สูบอีกต่อไป จึงทำให้ลักษณะกลับไปสูบอีก (Relapse) นอกจากนี้ NRT ยังลดความสำคัญของเงื่อนไขจากสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอยากสูบบุหรี่ และยังอาจลดแนวโน้มของอาการซึมเศร้าจากการเลิกบุหรี่ได้ด้วย

เภสัชกรรมศาสตร์ของนิโคตินจากบุหรี่และจาก NRT รูปแบบต่างๆ

เมื่อสูดควันบุหรี่เข้าร่างกาย นิโคตินจะเข้าสู่ Arterial blood supply แล้วกระจายไปยังหัวใจและเข้าสู่สมองอย่างรวดเร็ว เวลาจากการสูดควันบุหรี่จะต้องใช้เวลากลางๆ ประมาณ 7 วินาที (7 – 19 วินาที) และให้ความเข้มข้นสูงสุดของนิโคตินในเลือดภายใน 5 – 10 นาที นิโคตินมีคุณสมบัติเป็น Weak base มีค่า pKa เท่ากับ 8 สามารถละลายได้ทั้งในน้ำและไขมัน ที่ Physiologic pH นิโคตินประมาณร้อยละ 31 จะไม่แตกตัว จึงสามารถผ่าน

เซลล์เมมเบรนต่างๆ ได้ดี ทำให้นิโโคตินถูกคุกซึมได้ทั้งจากการเดินหายใจ เยื่อบุช่องปากและผิวนังห้องน้ำขึ้นกับ pH ในบริเวณน้ำลายและระบบการนำส่งยาของ NRT รูปแบบต่างๆ ในครัวบุหรี่จะมี pH เป็นกรด (pH เท่ากับ 5.5) นิโโคตินจึงอยู่ในสภาพแตกตัว (Ionized form) จึงถูกคุกซึมได้น้อยจากเยื่อบุช่องปาก แต่จะถูกคุกซึมได้ดีทางปอด เพราะปอดมีถุงลมมากหมายว่ามีพื้นที่ผิวสำหรับคุกซึมนากประกอบกับบริเวณนี้มีเลือดเลี้ยงมาก จึงยิ่งทำให้การคุกซึมเกิดขึ้นได้ดีและเร็ว

สำหรับการคุกซึมนิโโคตินจากการใช้ชนิดมากฝรั่งเคี้ยวขี้นี้ เนื่องจากมีการใส่ Buffer ในตัวรับให้มี pH เท่ากับ 8.5 ซึ่งจะทำให้ pH ของน้ำลายถูกปรับขึ้นจาก 7 เป็น 8 นิโโคตินส่วนใหญ่จึงไม่แตกตัวและถูกคุกซึมผ่านเยื่อบุช่องปากได้ดี แต่การคุกซึมจะเกิดขึ้นช้ากว่าการสูบบุหรี่ โดยให้ระดับนิโโคตินสูงสุดในเลือดภายใน 15 – 30 นาที ซึ่งเป็นเวลาที่ใกล้เคียงกับการใช้ชนิดสูบทางปาก ประมาณร้อยละ 70 หรือร้อยละ 85 ของนิโโคตินในหมากฝรั่งเคี้ยวขนาด 2 และ 4 มิลลิกรัมจะถูกปลดปล่อยออกมานิ่งๆ ในช่วงเวลา 30 นาทีที่เก็บไว้มากฝรั่ง แต่ทั้งนี้อัตราการปลดปล่อยนิโโคตินนี้จะขึ้นกับความแรงและระยะเวลาในการเคี้ยวด้วย อัตราเร็วและปริมาณการคุกซึมนิโโคตินทางเยื่อบุช่องปากขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น พื้นที่ผิวของเยื่อบุช่องปาก pH น้ำลายเป็นต้น

สำหรับการให้นิโโคตินชนิดสเปรย์ทางจมูกนี้จะให้ Plasma profile ที่คล้ายคลึงกับการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ระดับนิโโคตินขึ้นสูงสุดในเลือดใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 4 – 15 นาที จึงเป็น NRT ที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีอาการถอนนิโโคตินมาก หรือต้องการลดความต้องการบุหรี่อย่างเร็ว เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่บัด แต่ทั้งนี้ยังคงให้ระดับนิโโคตินในเลือดต่ำกว่าการสูบบุหรี่

ขณะที่อัตราการนำส่งยาจากชนิดแผ่นติดผิวนังห้องน้ำขึ้นกับพื้นที่ผิวในการนำส่งยาของระบบ โดยบางแบบของระบบเหล่านี้จะบรรจุยาในปริมาณที่มากจนทำให้เกิดเป็น Concentration gradient ที่จะทำให้เกิดการนำส่งยาออกจากระบบเข้าสู่ผิวนังห้อง อย่างไรก็ตามเมื่อครบกำหนดเวลาของการใช้แผ่นติดผิวนังห้องเหล่านั้นมักจะมียาหล่ออยู่ ประมาณร้อยละ 30 – 70 ของปริมาณเดิม การคุกซึมนิโโคตินจากแผ่นติดผิวนังห้องนี้จะเกิดขึ้นช้าที่สุด โดยให้ระดับนิโโคตินสูงสุดในเลือดที่เวลา 4 – 8 ชั่วโมง แต่มีความแตกต่าง (Fluctuation) ระหว่างระดับยาสูงสุดและต่ำสุดน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการสูบบุหรี่หรือการใช้ชนิดมากฝรั่งเคี้ยว ระดับนิโโคตินสูงสุดในเลือดจากชนิดแผ่นติดผิวนังห้องนี้จะเท่าๆ กับระดับนิโโคตินต่ำสุดในเลือดที่ได้จากการสูบบุหรี่ในระดับปานกลางถึงมาก อนึ่ง ระดับนิโโคตินในเลือดจาก NRT ทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นชนิดสเปรย์ทางจมูก ชนิดสูบทางปาก ชนิดมากฝรั่งเคี้ยว และชนิดแผ่นติดผิวนังห้องนี้จะต่ำกว่าที่ได้รับจากการสูบบุหรี่ประมาณครึ่งหนึ่ง การเพิ่มขึ้นของระดับนิโโคตินในเลือดอย่างช้าๆ จากรูปแบบเหล่านี้ จึงทำให้นิโโคตินเข้าสู่สมองน้อยลง จึงเกิด Immediate behavioral reinforcement ทำให้สามารถลดอาการถอนนิโโคตินเมื่อหยุดบุหรี่ได้

นิโโคตินจะถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารน้อย (Bioavailability มีค่าร้อยละ 25 – 30) ทั้งนี้ เพราะ pH ในทางเดินอาหารจะทำให้นิโโคตินส่วนใหญ่อยู่ในรูปแทกตัว จึงไม่ค่อยถูกดูดซึม ประกอบกับนิโโคตินมี First – pass metabolism ที่ตับค่อนข้างสูงด้วย การให้นิโโคตินทดแทน จึงไม่ให้รูปแบบรับประทาน นิโโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนังนั้นหลังจากดึงแผ่นยาออกแล้ว การดูดซึมนิโโคตินยังเกิดขึ้นได้จากนิโโคตินที่สะสมที่ผิวหนังอีกประมาณร้อยละ 10 ของขนาดที่ใช้ การติดแผ่นยา ณ บริเวณต่างๆ ของร่างกาย เช่น สะโพก หน้าห้อง ต้นแขน ไม่พบว่ามีผลต่อการนำส่งยาจากแผ่นยา

หลังจากดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด นิโโคตินจะกระจายตัวเร็วมากเข้าสู่เนื้อเยื่อต่างๆ รวมทั้งสมอง มีค่าครึ่งชีวิตในการกระจายตัว 2 – 3 นาที ปริมาตรการกระจายตัว 2 – 3 ลิตร/กิโลกรัม น้อยกว่าร้อยละ 5 ของนิโโคตินที่ถูกดูดซึมจะจับกับโปรตีน (อัลบูมิน) ในเลือด นิโโคตินสามารถผ่านสูตรและน้ำนมได้ ระดับความเข้มข้นของนิโโคตินในน้ำนมต่อในเลือด มีค่าเท่ากับ 2.9:1

นิโโคตินส่วนใหญ่จะถูกกำจัดโดยการเปลี่ยนสภาพโดยกระบวนการ Oxidation ที่ตับ ส่วนน้อยถูกเปลี่ยนสภาพที่ปอด หรือขับออกในรูปเดิม (ร้อยละ 10 – 20) ทางไ泰 ค่าครึ่งชีวิตของการกำจัดยาออกโดยเฉลี่ยมีค่า 2 ชั่วโมง (1 – 4 ชั่วโมง) หากเป็นการใช้ชนิดแผ่นติดผิวหนัง ค่าครึ่งชีวิตของนิโโคตินจากรูปแบบนี้มีค่ายาวขึ้น คือมีค่าประมาณ 3 – 6 ชั่วโมง เมตาบoliท์ที่ได้จากการเปลี่ยนสภาพไม่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ส่วนใหญ่คือ Cotinine ซึ่งมีค่าครึ่งชีวิตที่ค่อนข้างยาวคือ 16 – 20 ชั่วโมง

(1) นิโโคตินชนิดหมากฟรังเคียว (Nicotine chewing gum) (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

นิโโคตินทดแทนชนิดนี้ 2 ขนาด ได้แก่ 2 และ 4 มิลลิกรัม มีข้อดี คือสามารถออกฤทธิ์ได้เร็ว โดยระดับนิโโคตินในเลือดจะเพิ่มสูงขึ้นราว 6 – 7 ng/ml และถึงระดับสูงสุดได้ภายใน 30 นาทีหลังจากเคี้ยวหมากฟรังเคียวแล้ว ซึ่งระดับของนิโโคตินที่ได้คิดเป็น 2 ใน 3 ส่วนของนิโโคตินที่จะได้จากการสูบบุหรี่แต่ละวน ซึ่งถือว่าเป็นปริมาณที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับนิโโคตินทดแทนรูปแบบอื่นๆ

หมากฟรังนิโโคตินที่ผลิตจากต่างประเทศนั้นใช้สารสกัดนิโโคติน ผสมเข้ากับเรซินที่เรียกว่า Polacrilex จึงนิยมเรียกว่า หมากฟรัง Nicotine polacrilex เมื่อใช้燕尾鉗 ควรเลือกขนาดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยขนาดของหมากฟรังขึ้นกับจำนวนของบุหรี่ที่ผู้ป่วยสูบในแต่ละวัน หากสูบเกินวันละ 20 วนให้เริ่มต้นด้วยขนาด 4 มิลลิกรัม แต่หากสูบน้อยกว่า 20 วนต่อวันให้เริ่มต้นด้วยขนาด 2 มิลลิกรัม โดยให้เคี้ยวอย่างน้อย 1 ชิ้นทุก 1 – 2 ชั่วโมง (แต่

ไม่เกิน 24 ชั่วโมง) ในช่วง 6 สัปดาห์แรก จากนั้นให้ลดจำนวนลงเป็น 1 ชิ้นทุก 2 – 4 ชั่วโมงเป็นเวลาอีก 3 สัปดาห์ แล้วจึงลดเป็น 1 ชิ้นทุก 4 – 8 ชั่วโมงไปอีก 3 สัปดาห์จากนั้นให้หยุดใช้ได้เทคนิคการเคี้ยวหากฝรั่ง咬ถูกต้องในขั้นแรกให้เริ่มต้นเคี้ยวอย่างช้าๆ จนกระทั่งได้รัสเพ็ค เมื่อได้รัสเพ็คก์ให้หยุดเคี้ยวแล้วเก็บหมากฝรั่งไว้ที่กระพุঁงแก้มจนกระทั่งรัสเพ็คหมดไปจึงเริ่มเคี้ยวอีก (Chewed & Parked technique) ควรเคี้ยวหากฝรั่งร้าว 30 นาทีต่อชั่วโมงและแนะนำผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ในทันทีที่เริ่มใช้ยา ที่สำคัญผู้ป่วยต้องคงเครื่องดื่มที่มีความเป็นกรดสูง เช่น น้ำอัดลม กาแฟ น้ำผลไม้ เป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาทีก่อนและระหว่างใช้ยาเพื่อมิให้รบกวนต่อกระบวนการคุกซึมของยาผ่านเซลล์เยื่อบุช่องปาก

ข้อดี สามารถออกฤทธิ์เร็ว ดังนั้นจึงสามารถลดอาการถอนนิโคตินแบบเฉียบพลัน (Breakthrough craving) ได้อย่างดี ซึ่งแตกต่างจากนิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนังซึ่งให้ระดับยาที่ค่อนข้างคงที่ จึงไม่สามารถระงับอาการแบบเฉียบพลันได้

อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ แพลงในปาก สะอึก ปวดกราม และ Dyspepsia ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ที่มีประวัติโรคแพลงในกระเพาะอาหารเนื่องจากอาจกระตุ้นให้อาการแย่ลง ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร เช่นเดียวกับนิโคตินทอดแทนชนิดอื่นๆ

(2) นิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนัง (Nicotine patch)

ปัจจุบันมีอยู่ 2 ชนิด คือ แบบแผ่นแปะชนิด 24 ชั่วโมงและชนิด 16 ชั่วโมง ซึ่งชนิด 24 ชั่วโมงจะให้ระดับยาที่คงที่และสูงกว่าทั้งช่วงกลางวันและกลางคืน อีกทั้งยังช่วยลดอาการถอนนิโคตินที่อาจมีขึ้นในช่วงตื้นนอนตอนเข้าวันรุ่งขึ้น ได้ดี ส่วนชนิด 16 ชั่วโมงนั้น ต้องลองแผ่นยาออกเวลานอน นักใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหานอนไม่หลับจากผลของนิโคตินที่ได้รับตอนกลางคืน

การใช้นิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนัง จะต้องติดลงบนผิวหนังที่สะอาดและไม่มีไขบ ยาจึงจะดูดซึมได้ดี แนะนำให้ติดที่บริเวณหัวไหล่หรือเอว เมื่อติดแล้วนิโคตินจากแผ่นจะประจุอย่างถูกคุณดูซึมผ่านทางผิวหนัง โดยระดับนิโคตินในเลือดจะถึงสูงสุดภายใน 4 – 9 ชั่วโมงหลังจากเริ่มใช้ ระดับสูงสุดและต่ำสุดที่ได้จากนิโคตินทอดแทนชนิดนี้ประมาณ 13 – 23 ng/ml และ 2 – 11 ng/ml ตามลำดับ ระดับยาที่ได้จากแผ่นแปะนั้นจะค่อนข้างคงที่ตลอด 8 ชั่วโมง จึงไม่สามารถบรรเทาอาการถอนนิโคตินหรืออาการอยากบุหรี่ที่ Breakthrough ขึ้นมาเป็นช่วงๆ ได้

นิโคตินชนิดแผ่นติดผิวหนังชนิด 24 ชั่วโมงมีหลายขนาด ดังนี้ ต้องเลือกใช้ขนาดของแผ่นแปะให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยพิจารณาจากจำนวนของบุหรี่ที่ผู้ป่วยสูบในแต่ละวัน หากสูบวันละ 20 นิวตัน ไปให้เริ่มต้นด้วยแผ่นแปะขนาด 21 มิลลิกรัม/วัน แต่หากสูบ

น้อยกว่า 20 มวน/วันให้ใช้ขนาด 14 มิลลิกรัม/วัน โดยให้ใช้ติดต่อกันทุกวันฉะ 1 แผ่น เป็นเวลา ห้าสัปดาห์ จากนั้นให้ลดขนาดลงเป็น 14 มิลลิกรัม/วันและ 7 มิลลิกรัม/วัน ทุก 2 – 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยต้องเลิกบุหรี่โดยเด็ดขาดเมื่อเริ่มใช้ยา

อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ผื่นแพ้และผิวหนังอักเสบเฉพาะที่ซึ่งพับได้มากถึง 50% แต่ส่วนใหญ่จะเป็นเพียงเล็กน้อยและหายเองได้ มีเพียงไม่ถึง 5% เท่านั้นที่มีอาการมากจนกระหังต้องพิจารณาหยุดยา อาการผิวหนังอักเสบเหล่านี้ต้องสนองดีต่อยาหากกลุ่มเสเตียรอยด์หรืออาจแนะนำให้สลับตำแหน่งที่แปะแผ่นยาโดยไม่ให้แปะบริเวณเดียวกันช้าๆ นอกจากนี้อาจเกิดอาการนอนไม่หลับ หากมีอาการมากอาจจำเป็นต้องลดออกเพ่นยาออกก่อนนอน ยกกลุ่มนี้ทั้งหมดห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์หรือกำลังให้นมบุตร และควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่มีโรคทางผิวหนังที่รุนแรงหรือควบคุมไม่ได้ เช่น Eczema, Psoriasis เป็นต้น

(3) นิโคตินชนิดสูดทางปาก (Nicotine oral inhaler)

มีลักษณะเป็นหลอดสูดทรงกระบอกที่บรรจุสารสกัดนิโคตินขนาด 4 มิลลิกรัมผสมกับ 10% เมนทอลเพื่อกลบรสชาติของนิโคติน เมื่อผู้ป่วยสูดยาเข้าไปทางปากอย่างช้าๆ เบาๆ หลอดสูดจะปลดปล่อยนิโคตินออกໄไปในขนาดประมาณ $0.1 \mu\text{mol}$ (ราว 1 ใน 10 ของนิโคตินที่ได้จากการสูบบุหรี่จริง) จากนั้นนิโคตินจะถูกดูดซึมส่วนใหญ่ผ่านทางเยื่อบุช่องปากและทางเดินหายใจอีกเล็กน้อย แต่เนื่องจากมีส่วนผสมของนิโคตินอยู่ในปริมาณต่ำ ระดับของนิโคตินในเลือดจึงเทียบเท่ากับที่ได้จากการใช้หนากร่องนิโคตินขนาด 2 มิลลิกรัมเท่านั้น ขนาดยาที่ใช้คือ 6 – 16 หลอดต่อวัน ใน 6 – 12 สัปดาห์แรก จากนั้นก็เริ่มลดขนาดลงภายใต้ 3 เดือนถัดไป ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการไอและระคายค้อ

(4) นิโคตินชนิดเม็ดอมให้ลิ้น (Nicotine sublingual tablet)

เป็นยาเม็ดอมในปากหรือข้างแก้มแบบละลายช้า เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการนิโคตินแบบออกฤทธิ์เร็วแต่ไม่สามารถเคี้ยวมากفرังได้ เช่น ผู้สูงอายุที่ใช้ฟันปลอมอยู่โดยทั่วไปมี 2 ขนาดคือ 2 และ 4 มิลลิกรัม โดยการเดือกดานดมให้เข้าสู่ร่างกายในจำนวนของบุหรี่ที่ผู้ป่วยสูบต่อวันแต่ให้คุจาระระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องสูบบุหรี่วนแรกของวันแทน กล่าวคือ ผู้ที่ต้องสูบบุหรี่มวนแรกภายใน 30 นาทีหลังตื่นนอนควรเลือกใช้ขนาด 4 มิลลิกรัม ส่วนผู้ที่ไม่อยากบุหรี่ภายใน 30 นาทีหลังตื่นนอนให้เลือกใช้ขนาด 2 มิลลิกรัม ขณะใช้ยานี้ผู้ป่วยต้องหยุดบุหรี่โดยเด็ดขาด วิธีใช้โดยให้เม็ดอมละลายอยู่ในปากช้าๆ เมื่ออมยาแล้วอาจใช้ลิ้นบีบจากด้านหนึ่งของปากไปยังอีกด้านหนึ่ง ได้เป็นครั้งคราว เมื่อยาออกฤทธิ์ผู้ใช้จะรู้สึกอุ่นๆ หรือช่าๆ ภายในช่องปาก โดยทั่วไปจะใช้เวลาออมประมาณ 30 นาทีต่อเม็ด ผู้ป่วยควรอ่อนยาละลายหมดทั้งเม็ดโดยไม่เคี้ยวหรือกัดลิ้นเม็ดยา

ไปก่อนเพื่อป้องกันอาการข้างเคียง เช่น Dyspepsia ขึ้น นอกจากนี้จะต้องลดเครื่องดื่มที่มีความเป็นกรดสูง เช่น น้ำอัดลม กาแฟ นำ๊พล ไม่ใช่เป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาทีก่อนและระหว่างใช้ยา

โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้เวลาในการรักษาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์โดยให้อม 1 เม็ดทุก 1 – 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จากนั้นให้ลดขนาดลงเป็น 1 เม็ดทุก 2 – 4 ชั่วโมงในสัปดาห์ที่ 7 – 9 และให้ลดลงเหลือ 1 เม็ดทุก 4 – 8 ชั่วโมงในช่วง 3 สัปดาห์ถัดท้าย

(5) นิโคตินชนิดเม็ดอม (Nicotine lozenges)

นิโคตินทดแทนชนิดนี้มีลักษณะเป็นเม็ดอมขนาดเล็กๆ ที่ต้องอมไว้ได้ลึกล้ำเข้าไปในช่องปาก ให้คุณซึมได้ง่ายและเร็วขึ้น โดยยาจะถูกคุณซึมเข้าสู่กระแสเลือดภายในระยะเวลาเพียงไม่กี่นาทีเท่านั้น ปัจจุบันมีเพียงขนาดเดียวคือ 2 มิลลิกรัม ผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 20 นาวนต่อวันให้อมยาได้ 1 – 2 เม็ดทุก 1 ชั่วโมง ส่วนรายที่สูบบุหรี่เกินวันละ 20 นาวนให้อมยา 2 เม็ดทุกๆ ชั่วโมง แต่ไม่ให้เกิน 40 เม็ดต่อวัน โดยใช้ยาในขนาดนี้คิดต่อ กันเป็นเวลาอย่างน้อย 12 สัปดาห์แล้วจึงเริ่มลดขนาดยาลงได้ช้าๆ หลังจากนั้น อาการข้างเคียงได้แก่ การรับรู้สัมผัสด้วยสายตาและเสียงรุนแรง ใจ慌 ใจเต้น ใจกระเด็น และปวดศีรษะ

(6) นิโคตินชนิดสเปรย์ทางจมูก (Nicotine nasal spray)

นิโคตินทดแทนชนิดนี้ออกฤทธิ์เร็วมาก เนื่องจากถูกคุณซึมผ่านทางเยื่อบุโพรงจมูกโดยตรง โดยระดับนิโคตินในเลือดจะเพิ่มถึงระดับสูงสุดภายในเวลาไม่ถึง 10 นาที หลังใช้ การพ่นสเปรย์แต่ละครั้งจะได้ยาประมาณ 0.05 มิลลิลิตรซึ่งคิดเป็นนิโคตินรา 0.5 มิลลิกรัม ขนาดทั่วไปที่แนะนำคือ ให้พ่น 1 – 2 สเปรย์ทุกๆ ชั่วโมง เป็นเวลา 6 – 8 สัปดาห์โดยจะหมดที่พ่นจนจมูกคราบลื้นหายใจและไม่กลืนหรือสูดลมหายใจไปเนื่องจากอาการไอหรืออาการระคายเคืองได้ ขนาดน้อยที่สุดที่แนะนำไม่ควรต่ำกว่า 8 ครั้งต่อวัน แต่ไม่ควรเกิน 40 ครั้งต่อวัน จากนั้นให้เริ่มลดขนาดลงอย่างต่อเนื่องใน 4 – 6 สัปดาห์ถัดไป แต่อาจขยายระยะเวลาการรักษาทั้งหมดออกไปได้มากถึง 6 เดือนในรายที่มีอาการมาก อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการระคายเคืองจมูก คัดจมูก น้ำมูกไหล คออักเสบ จาม การรับรู้กลิ่นผิดปกติและไอ แนะนำให้หลีกเลี่ยงในผู้ที่มี Reactive airway disease อย่างรุนแรง

Bupropion HCl sustained release (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

ยานี้เดิมที่ถูกผลิตออกมานเป็นยาต้านซัมเศร้าแต่ภายหลังพบว่ามีฤทธิ์ในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ดี ยานี้มีโครงสร้างทางเคมีแตกต่างจากยาต้านซัมเศร้าแบบดั้งเดิม (Tricyclic antidepressants และ Selective serotonin reuptake inhibitors) เช่นว่ามีกลไกการออกฤทธิ์อยู่ 2 ประการ ได้แก่ การป้องกันการ Reuptake ของสารสื่อประสาท Dopamine และ Norepinephrine ทำให้มีสารเหล่านี้คงมากขึ้นที่ปลายประสาทส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุข ได้ ในขณะเดียวกันยานี้ก็ทำ

หน้าที่เป็น Nicotine receptor antagonist คือช่วยลดความต้องการสารนิโคตินของร่างกายลงไปพร้อมๆ กันด้วยทำให้สามารถเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น ยานี้เป็นยาเม็ดรับประทานขนาด 150 มิลลิกรัม วิธีใช้คือ ผู้ป่วยต้องกำหนดวันเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ของตน (Target quit date) ให้ชัดเจนก่อนเริ่มยาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ก่อนถึงกำหนดนั้น โดยให้รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งตอนเช้า ใน 3 วัน แรก หลังจากนั้นให้เพิ่มขนาดเป็น 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งเป็นเวลาทั้งสิ้น 3 – 6 เดือน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการถอนนิโคติน ผู้ป่วยต้องหยุดบุหรี่โดยเด็ดขาดตั้งแต่วันที่ 8 หลังเริ่มยาจึงจะได้ผลคือผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (พบได้ร้อยละ 35 – 40) ปากและคอแห้ง (พบได้ร้อยละ 10 – 71) ห้องผูก (ร้อยละ 9) คลื่นไส้ (ร้อยละ 6) อาการซัก (ร้อยละ 0.1) สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหานอนไม่หลับจากการใช้ยานี้ อาจแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาเมือเย็นให้เร็วขึ้นกว่าเดิม เช่น ให้เลื่อนเวลารับประทานยาขึ้นเป็นช่วงบ่ายแทน แต่ให้ห่างจากมื้อเช้าอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

ยากลุ่มนี้ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติเคยซักหรือเป็นโรคลมชักมาก่อน มีประวัติ Eating disorders หรือได้ใช้ยากลุ่ม Monoamine oxidase inhibitors (MAOI) ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา สำหรับในสตรีตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรนั้นแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาหากไม่จำเป็น แม้ว่าจะไม่เคยมีรายงานเกี่ยวกับพิษของยานี้ต่อทารกในครรภ์ (FDA class B)

Clonidine (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

เป็นยากลุ่ม α_2 – adrenoreceptor agonist ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้ถูกนำมาใช้ในการรักษาภาวะติดสารเสพติดหลายชนิด ทั้งแอลกอฮอล์และสารอนุพันธ์ฟันออย่าง ได้ผลและอาจจะช่วยลดอาการถอนนิโคตินบางอย่าง ได้ด้วย ขนาดเริ่มต้นที่แนะนำคือ 0.1 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง หรือใช้แบบแผ่นแบบขนาด 0.1 มิลลิกรัม/วัน อาจปรับขนาดเพิ่ม ได้คราวละ 0.1 มิลลิกรัม ทุกๆ สัปดาห์หากจำเป็น แนะนำให้เริ่มยาในประมาณ 2 – 3 วัน ก่อนถึงวันเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย และให้ยาต่อเนื่องเป็นเวลาทั้งสิ้นประมาณ 3 – 10 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ปากแห้ง ง่วงซึม เวียนศีรษะ ห้องผูก และ Rebound hypertension หากหยุดยาทันที เนื่องจากเป็นยาที่มีผลข้างเคียงสูงพิจารณาใช้เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยากลุ่ม First – line ได้หรือใช้ไม่ได้ผลเท่านั้น

Nortriptyline (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

เป็นยาต้านภาวะซึมเศร้าตัวหนึ่งในกลุ่ม Tricyclic antidepressants มีฤทธิ์ในการขับยักษ์การดูดซึมกลับ (Reuptake) ของ Norepinephrine และ 5 – hydroxytryptamine ที่ปลายประสาทจึงใช้ช่วยบรรเทาอาการถอนนิโคตินได้ ขนาดที่ใช้เริ่มต้นที่ 25 มิลลิกรัม/วัน แล้วค่อยๆ เพิ่มขนาดขึ้นช้าๆ จนถึง 75 – 100 มิลลิกรัม/วัน แนะนำให้เริ่มยาเมือเย็นน้อย 10 – 28 วันก่อนถึงวันเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยเพื่อให้ระดับยาเข้าสู่ภาวะคงที่ก่อนที่จะเริ่มออกบุหรี่ ระยะเวลาที่

ใช้ในการรักษาประมาณ 12 สัปดาห์ ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยได้แก่ ง่วงซึม ปากแห้ง ตามัว ปัสสาวะ ก็ัง เวียนศีรษะและมือสั่น ซึ่งเป็นผลมาจากการ Anticholinergic effects ของยาなんเอง นอกจากนี้ Nortriptyline ยังอาจกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ จึงควรหลีกเลี่ยงไม่ใช้ยาในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดอุดตัน

2.2 พฤติกรรมเกี่ยวกับบุหรี่

2.2.1 พฤติกรรม (Behavior)

2.2.1.1 ความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรม

สมจิตต์ (2526 อ้างในบัญชีวัย ประราครี, 2544 : 14) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าหมายถึง ปฏิกรรมหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตและสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม บลูม (Blom อ้างในบัญชีวัย ประราครี, 2544 : 15) ได้แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมออกเป็น 3 ส่วนคือ

1) พฤติกรรมด้านพุทธนิสัยหรือองค์ประกอบ ด้านความรู้ ความคิด (Cognitive domain) เป็นความสามารถด้านความรู้ การใช้ความคิดและพัฒนาการด้านสติปัญญา ได้แก่ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ และการประเมินผล

2) พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective domain) หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกท่าที ความชอบในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ขัดลือ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ ของแต่ละบุคคล พฤติกรรมด้านทัศนคติเป็นตัวควบคุมพุทธิกรรมการปฏิบัติของบุคคล โดยการวางแผนแนวทางของการปฏิบัติ และแสดงถักยัณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่บุคคลนั้นกำหนดขึ้น

3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นการแสดงออก ในสถานการณ์หนึ่งหรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเน อาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะเกิดขึ้น ได้ต้องอาศัยพุทธิกรรมด้านความรู้ ทัศนคติเป็นพื้นฐาน ซึ่งสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพุทธิกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางสุขภาพถือว่าพุทธิกรรมด้านการปฏิบัติเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้าย ที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

2.2.1.2 การเกิดพุทธิกรรม

ปราสาท (2522 อ้างในบัญชีวัย ประราครี, 2544 : 15) กล่าวถึงการเกิดของพุทธิกรรมว่า เป็นผลที่เกิดจาก การกระทำ ปฏิกรรมของมนุษย์หรืออินทรี (Organism) กับสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งเป็นสูตรดังนี้

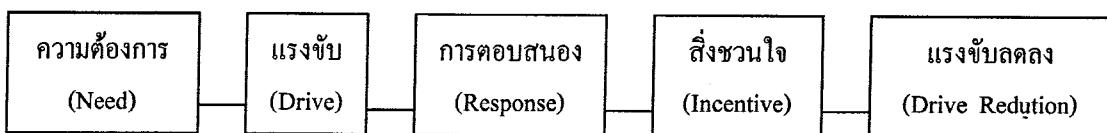
$$B = f(O, E)$$

B = พฤติกรรม

O = ผลที่เกิดจากการมีปฏิกิริยาระหว่างองค์ประกอบ

E = สิ่งแวดล้อม

พฤติกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่จะเป็นพฤติกรรมที่เกิดจาก การกระตุ้นเรียกว่า “พฤติกรรมที่จูงใจ” (Motivation Behavior) ซึ่งมีลำดับขั้นตอนของพฤติกรรม ดังนี้



คือ เมื่อสิ่งเร้าเกิดขึ้นก็จะทำให้เกิดความต้องการ เมื่อเกิดความต้องการก็ จะพยายามแสวงหาทางตอบสนองความต้องการ เมื่อได้รับการตอบสนองหรือไม่ได้รับการ ตอบสนองก็จะแสดงอาการออกมา คือ พ้อใจหรือไม่พอใจ ถ้าหากพอใจ ความต้องการจะลดลง หาก ไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความต้องการนั้นอยู่ แรงขับก็จะไม่ลดลง

2.2.1.3 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สมจิตต์ อ้างถึงนักจิตวิทยาชื่อ เคลมาน (Kelman) ว่า ได้แบ่งการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลໄດ້ 3 ลักษณะ ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ ซึ่งขึ้นอยู่กับอิทธิพลของรางวัลและ การลงโทษ จะมีผลต่อพฤติกรรมภายนอกมาก

2) การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี ซึ่งเกิดจากการยอมรับ หรือรู้สึกด้วยตนเองว่าถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง ตรงกับแนวความคิดและค่านิยมที่ยึดถืออยู่ หรือแก่ปัญหาของตนเองได้

3) การเปลี่ยนแปลงเพราะเอาแบบอย่าง โดยเห็นว่าพฤติกรรมของผู้อื่น เป็นสิ่งที่ดี เช่น การเลียนแบบควรภาพนตร์

2.2.1.4 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล มีดังนี้

1) องค์ประกอบทางกลุ่มสังคม พฤติกรรมของบุคคลนั้นมี 2 อย่าง คือ พฤติกรรมเป็นฉบับเท่าๆ ของตน และพฤติกรรมที่แสดงออกโดยอิทธิพลของกลุ่ม

2) บุคคลเป็นแบบอย่าง เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ครู เป็นต้น

- 3) สิ่งแวดล้อมทั่วไป ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ บ้าน ชุมชนที่อยู่อาศัย
- 4) ความเริ่มทางเทคนิค ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาก
- 5) ทัศนคติ
- 6) องค์ประกอบทางด้านโครงสร้างของร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้และพัฒนาการ

พัฒนาการ

- 7) การเรียนรู้โดยทั่วไป พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ และตามหลักจิตวิทยา

2.2.1.5 การวัด พฤติกรรม

การวัดพฤติกรรมโดยกว้างๆ 2 วิธี คือ

- 1) การวัดเชิงปริมาณ ผู้วัดจะนับจำนวนพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาต่อหน่วยของเวลาที่กำหนดให้ในการศึกษาเรื่องนั้นๆ
- 2) การวัดเชิงคุณภาพ ผู้วัดจะต้องวัดพฤติกรรมแต่ละชนิดแล้วนำไปเทียบกับพฤติกรรมของบุคคลอื่นๆ หรือเทียบกับบรรทัดฐาน (Norm) ของพฤติกรรมนั้นๆ เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพ แบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ
 - วัดโดยเขียนคำตอบ
 - วัดโดยการกระทำ
 - วัดโดยเป็นอุปกรณ์

2.2.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้น เป็นพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นมาภายหลัง ไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ซิลแวน ทอมกิน (Silvan Tomkin ชี้แจงในบุญช่วย ประราศรี, 2544 : 17) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนพอสรุปได้ 4 ประการคือ

2.2.2.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual smoking)

นักสูบบุหรี่ประเภทนี้ จะมีบุหรี่ติดตัวตลอดเวลา (ไม่ได้จุดบุหรี่ก็คงไว้ที่ปากเฉยๆ) จะมีบุหรี่ติดตัวตลอดเวลา การสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุข เมื่อสูบบุหรี่ ทำให้มีความรู้สึกอะไรๆ ดีขึ้น บางคนอาจมีความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ช่วยทำให้เกิดความภูมิคุ้มกัน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกลุ่มนี้จะเป็นแบบอัตโนมัติ เป็นกิจวัตรที่จะต้องทำประจำวัน นักสูบบุหรี่ประเภทนี้ ถ้าต้องการลดสูบบุหรี่จะต้องทำความเข้าใจลักษณะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง แบบฉบับการสูบบุหรี่ เพื่อจะนำไปสู่การงดได้

2.2.2.2 พฤติกรรมการสูบที่มองไปในแง่ดี (Positive affect smoking)

แบบฉบับของนักสูบบุหรี่ประเภทนี้ ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้น ข่าวให้เกิดความพอใจ เกิดความสุขความดีเด่น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็กวัยรุ่นที่สูบบุหรี่เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นใหญ่หรือสูบเพราะเอา ตัวอย่างของผู้ที่ตัวเองรัก เช่น ต้องการทำตามพ่อแม่ที่สูบบุหรี่ กลุ่มนี้บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ มีความสุขที่ได้สัมผัศกวนบุหรี่ที่พ่นออกจากปาก จนก คนที่มีพฤติกรรมแบบนี้ ถ้าหากจุ่งให้เลิกจะใช้ ความพยายามอย่างมาก

2.2.2.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจากมองไปในแง่ลบ (Negative affect smoking)

นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้งไม่ต่อเนื่อง เช่น เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้รับความกดดัน มีปัญหาด้านเพื่อน หรือเมื่อมีเหตุการณ์หรืออยู่ในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งที่จะสูบบุหรี่ เช่น เมื่อรู้สึกดีเด่น หวานกลิ้ง ความสุข ความเครื่า เขินอาย เข้าสังคม อยู่คนเดียวขณะขับรถ บุคคลเหล่านี้จะสูบบุหรี่เมื่อมีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง เกิดขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่ติดต่อสืบเนื่องในกลุ่มนี้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ทำได้ง่ายกว่า เพียงแต่พยายามกันว่าสูบบุหรี่เมื่อใด จะหาอะไรมา ทดแทน การสูบบุหรี่เมื่อรู้ว่าเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น ต้องการเครื่องช่วยปลอบใจแทนที่จะสูบบุหรี่ก็หาสิ่ง อื่นทดแทน

2.2.2.4 พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive smoking)

พวกติดบุหรี่ถือว่าบุหรี่คือสิ่งจำเป็นขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมี ความรู้สึกไม่สบายใจ มีความผิดปกติทางร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจขึ้น มีความพอใจช่วยลดความรู้สึกกดดัน ช่วยทำให้นอนยา眠ดี คิดอะไรออก บุคคลเหล่านี้ ถ้างดสูบบุหรี่อาจ ทำได้ยาก จะต้องใช้กระบวนการความพยายาม ความตั้งใจมากเป็นพิเศษต้องได้รับการส่งเสริม กำลังใจที่จะเลิกสูบให้ได้ บางคนจะทำได้ยาก จะต้องใช้ความพยายามที่จะไม่สูบอีก

ทองหล่อ (2527 อ้างในบุญช่วย ประราศรี, 2544 : 18) ได้กล่าวถึงเหตุจุ่งใจที่ทำ ให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไว้ 6 ประการ

ลักษณะที่ 1 เพื่อกระตุ้น (Stimulating) บุคคลที่จะใช้บุหรี่เพื่อกระตุ้นให้ทำงาน อย่างกระฉับกระเฉง ไม่เลือบชา มีประลิทธิภาพ ไม่เห็นอยู่หน้ายหรือมีอาการอ่อนเพลีย

ลักษณะที่ 2 เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว (Holding) เพราะบางคนชอบดูดควันบุหรี่ที่ ถอยขึ้นไปในอากาศหรือชอบกินบุหรี่ นอกจากนั้นยังพอดีในความเกี่ยวข้องระหว่างปากและมือ ขณะสูบบุหรี่พวคนี้ไม่ชอบให้มืออยู่ว่าง จะทำให้เกิดความประหม่า ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

ลักษณะที่ 3 เพื่อผ่อนคลาย (Relaxation) พวณนี้เชื่อว่าบุหรี่สามารถช่วยให้ผ่อนคลายได้ เมื่อจากเขางูบุหรี่ในช่วงที่เขาสบายใจ เช่น หลังรับประทานอาหาร

ลักษณะที่ 4 เพื่อการระบาย (Crutch) พวณนี้สูบบุหรี่เพื่อลดหรือขัดความรู้สึกในทางลบต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะมีความเครียดหรือไม่สบายใจ

ลักษณะที่ 5 จากความอယก (Craving) นิโโคตินที่สะสมอยู่ภายในร่างกาย จะทำให้กลุ่มนี้เกิดความต้องการหรือเกิดความอယกสูบบุหรี่อยู่เรื่อยๆ

ลักษณะที่ 6 จากนิสัย (Habit) เป็นประเภทจุดบุหรี่อย่างลืมตัว เป็นการกระทำที่เรียกว่า นิสัย ทั้งนี้ เพราะเกิดความเคยชินกับการที่ได้ใช้มีฟ้าปักสัมผัสกับบุหรี่ตลอดเวลา

2.3 ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่

2.3.1 ทัศนคติ (Attitude)

เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นในด้านบวกหรือลบย่อมมีผลมาจากการของจิตใจ ความรู้สึกนี้ก็คือความสนใจและความเชื่อ ของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดซึ่งรวมเรียกบุคคลนั้นว่ามี “ทัศนคติ” ต่อสิ่งนั้นเป็นอย่างไร โดย “ทัศนคติ” เกี่ยวข้องกับสิ่งที่บุคคลคิดรู้สึกและความต้องการที่จะปฏิบัติ ซึ่งอาจมีองค์ประกอบอื่นๆ รวมอยู่ด้วย จึงทำให้นำไปสู่การปฏิบัติที่สมบูรณ์ได้

2.3.2 ความหมายของทัศนคติ

ประภาเพญ (2534 จ้างในบุญช่วย พระราศี, 2544 : 19) กล่าวว่า ทัศนคติ เป็น ผลกระทบของความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลกระทบของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้น ในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

สงวน และคณะ (2522 จ้างในบุญช่วย พระราศี, 2544 : 19) ให้ความหมายของ ทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็น ซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมจะมีปฏิกิริยา เฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

ชูชีพ (2518 จ้างในบุญช่วย พระราศี, 2544 : 19) กล่าวว่า ทัศนคติหมายถึง แนวโน้มที่ตอบสนองต่อวัตถุ สัญลักษณ์ สิ่งของ คน ตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งความรู้สึกหรือ การตอบสนองดังกล่าว อาจเป็นไปในทางที่ชอบหรือไม่ชอบ

2.3.3 องค์ประกอบของทัศนคติ

ทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ

2.3.3.1 องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive component)

องค์ประกอบด้านนี้ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มนุษย์ใช้ในการคิด เป็นการสนองของบุคคลที่รับรู้และวินิจฉัยข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับ

2.3.3.2 องค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective component)

องค์ประกอบด้านนี้ เป็นลักษณะทางอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลซึ่งจะคล้ายตามความคิดของบุคคลคือถ้าบุคคลมีความคิดที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อหนึ่งนั้นด้วย ทัศนคติก็จะออกมาทางด้านบวกต่อสิ่งนั้นด้วยเช่นกัน

2.3.3.3 องค์ประกอบทางด้านปฏิบัติ (Behavioral component) องค์ประกอบทางด้านนี้ เป็นความพร้อมที่จะกระทำหรือมีแนวโน้มที่นำไปสู่การปฏิบัติ อันเป็นผลเนื่องจากความรู้ ความคิด ความรู้สึก ซึ่งออกมาในรูปของการยอมรับหรือปฏิเสธ และเมื่อได้มีสิ่งเร้าหรือปัจจัยอื่นๆ ที่เหมาะสม จะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกริยาตอบสนองอย่างโดยย่างหนัก

2.3.4 การวัดทัศนคติ

การวัดทัศนคติ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง ส่วนจะวัดหรือศึกษาอะไรเดียวกันนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้นๆ วิธีการวัดทัศนคติ ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่จะสามารถวัดได้โดยมีเครื่องมือสำหรับวัด ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่จะแทนความรู้สึกที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ต้องการวัด แล้วนำมารวบรวมทั้งหมด ที่มีต่อสิ่งหนึ่งนั้นๆ

เครื่องมือที่จะนำมาวัดทัศนคติมีด้วยกันหลายวิธี ผู้วิจัยจะได้นำสาระของแต่ละวิธี ซึ่งน่าสนใจกล่าวให้ทราบดังนี้

2.3.4.1 การวัดทัศนคติโดยใช้วิธี Equal – appearing interval โดย瑟อร์สโตน (Thurstone) เป็นวิธีการวัด โดยการสร้างข้อความซึ่งสามารถแทนความรู้สึกที่มีต่อสิ่งหนึ่งลิ่งใดที่ต้องการวัด โดยแต่ละข้อความจะแยกไว้ในบัตรแต่ละใบ แล้วให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเลือกแสดงความคิดเห็นต่อข้อความแต่ละข้อความ เป็นระดับความรู้สึก 11 ระดับ เริ่มจากไม่เห็นด้วยจนถึงเห็นด้วย ค่าคะแนนทัศนคติที่ออกมากจะสามารถบอกได้ว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปในทางที่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือเป็นกลาง

2.3.4.2 การวัดทัศนคติโดยวิธี Scalogram analysis โดยกัตต์แมน (Guttman) เป็นวิธีวัด โดยสร้างข้อความ ที่เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการวัดทัศนคติ แล้วให้กลุ่มบุคคลที่ต้องการศึกษาทัศนคติเลือกตอบคำถาม โดยถ้าเป็นข้อความที่เห็นด้วย ให้คะแนน 1 แต่ถ้าเป็นข้อความที่ไม่เห็นด้วย จะให้คะแนน 0 เมื่อได้คำตอบครบแล้วก็นำมาวิเคราะห์ โดยการรวมคะแนนของแต่ละคนจากมากไปหาน้อย ตามค่าคะแนน ทำให้เกิดเป็นรูปแบบการกระจายของคะแนนคำตอบ ซึ่งผู้ตอบมี

ความเห็นสอดคล้องกัน จากมีผู้เห็นด้วยเหมือนกันมากที่สุด ไปสู่ผู้ที่เห็นด้วยเหมือนกันน้อยที่สุด เรียกรูปแบบนี้ว่า Triangle pattern ซึ่งเป็นรูปแบบที่การวิเคราะห์ตามวิธี Scalogram analysis คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น

2.3.4.3 การวัดทัศนคติโดยวิธี Semantic differential โดย ออสกูด (Charles E. Osgood) วิธีนี้เป็นการศึกษาถึงความหมายของสิ่งต่างๆ ตามความคิดเห็นของกลุ่มที่ต้องการศึกษา โดยกำหนดสิ่งที่ต้องการให้กลุ่มนบุคคลที่จะศึกษาประเมินค่าแล้วกำหนดคำคุณศพที่มีความหมายตรงกันข้าม เพื่อให้บุคคลประเมินค่า โดยแบ่งเป็น 7 อันดับ จากน้อยไปมาก เมื่อบุคคลเลือกคำตอบแต่ข้อใดก็จะแสดงความคิดเห็นของตน โดยการให้คะแนนตามอันดับต่างๆ ที่แต่ละคนเลือก แล้วนำคะแนนของข้อทั้งหมดรวมกัน จะเป็นคะแนนรวมของหนึ่งคนในหนึ่งเรื่องหรือหนึ่งสิ่ง เมื่อได้คะแนนรวมของแต่ละคนแล้วก็รวมคะแนนของแต่ละองค์ประกอบของทั้งหมด แล้วคะแนนของแต่ละองค์ประกอบมาหาค่าเฉลี่ย จะสามารถเปรียบเทียบของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้

2.3.4.4 การวัดทัศนคติโดยใช้วิธีสังคมมิตร (Sociometry) โดยโมรีส์ (Moreas) เป็นวิธีที่ใช้วัดทัศนคติของบุคคลที่มีต่อนบุคคลอื่น ได้อ่ายคร่าวๆ โดยการตั้งคำถาม แล้วให้บุคคล เลือกชื่อบุคคลที่ตนเองมองว่าต้องการตามคำถามนั้นๆ จากคำตอบของกลุ่มนบุคคลก็สามารถบอกได้ว่า บุคคลใดในกลุ่มเป็นบุคคลที่ถูกเลือกมากที่สุด ซึ่งบอกถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ และถ้าถามต่อถึงเหตุผล ก็จะทำให้ทราบองค์ประกอบของทั้งทางด้านความรู้สึกและความรู้อีกด้วย

2.3.4.5 การวัดทัศนคติโดยใช้วิธี Summated ratings หรือ Likert method โดยลิเคริท (Renis Likert) เป็นวิธีวัดทัศนคติโดยการสร้างแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อความขึ้นมา หลายๆ ข้อความให้ครอบคลุมหัวข้อที่ต้องการศึกษา ซึ่งมีข้อความในด้านบวกและด้านลบคละกัน ไป การตอบแบบสอบถามนี้มีข้อให้เลือกสามข้อ คือ 1) เห็นด้วย 2) ไม่แน่ใจ 3) ไม่เห็นด้วย และเมื่อผู้ตอบเลือกตอบมาแล้วก็นำมาให้คะแนนตามลักษณะของข้อความว่าเป็นด้านบวกหรือด้านลบ ดังนี้

ถ้าข้อความเป็นในด้านบวก (Positive Statement) การให้คะแนนจะเป็น
ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	3

ถ้าข้อความเป็นในด้านลบ (Negative Statement) การให้คะแนนจะเป็น
ดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	3

เมื่อให้คะแนนของแต่ละคนแล้ว ก็นำคะแนนมาคิดคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม เพื่อนำมาพิจารณาในการแปลความหมายว่ากลุ่มนบุคคลที่มีทัศนคติต่อสิ่งที่ต้องการศึกษาอย่างไร

ในการพิจารณาทัศนคติตามวิธีของลิเคร์ทนี้ หมายความว่าใช้พิจารณาทัศนคติของกลุ่มนบุคคลมากกว่าการพิจารณาทัศนคติเป็นรายละเอียด

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เจริญ บุตรดี (2533) ศึกษาทัศนคติและการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดศรีสะเกษ พบรากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นพบว่า มักจะเริ่มสูบบุหรี่ เมื่อมีอายุระหว่าง 21 – 25 ปี (เฉลี่ย 19 ปี) สูบนานาน้อยกว่า 6 ปี (เฉลี่ย 8 ปี) โอกาสที่รู้สึกอยากสูบบุหรี่มากที่สุด คือเวลาดื่มสุราและหลังรับประทานอาหาร ปริมาณการสูบบุหรี่วันละ 1 – 10 นวน(เฉลี่ย 9 นวน) เสียค่าใช้จ่ายเดือนละ 301 -350 บาท เมื่อมีคุณมากๆ มักจะออกจากกลุ่มคนมาสูบที่อื่น การสูบบุหรี่แต่ละครั้ง ไม่แน่นอนว่าจะหมาดหรือไม่ นิยมพกบุหรี่ติดตัวตลอดเวลาและมักจะเสพสุราร่วมด้วย เมื่อมีอายุมากขึ้น มีการสมรส จำนวนบุตรเพิ่มขึ้น ตำแหน่งสูงขึ้น อายุราชการมากขึ้น รายได้เพิ่มมากขึ้น ครอบครัวมีปัญหา และดื่มสุรา ทำให้แนวโน้มการสูบบุหรี่มีมากขึ้น ส่วนใหญ่เคยคิดและต้องการจะเลิกสูบบุหรี่แต่เลิกไม่ได้มักกลับมาสูบใหม่ภายใน 1 – 7 วัน (เฉลี่ย 7 วัน) สาเหตุที่เลิกไม่ได้เพราะเห็นเพื่อนสูบแล้วอดไม่ได้ ส่วนใหญ่ขึ้นดีเข้าร่วมกิจกรรมงดสูบบุหรี่ถ้ามีการจัดขึ้น

มนูญ ศินผาด (2533) ศึกษาทัศนคติและการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และระดับอำเภอในจังหวัดตรังที่มีต่อการสูบบุหรี่ พบรากลุ่มที่สูบบุหรี่ครั้งแรกประมาณ 18 – 22 ปี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 42.1 จะเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงวัยรุ่นอายุระหว่าง 18 – 22 ปี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 67.1 โดยจะสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันมากที่สุด ร้อยละ 80.3 การสูบบุหรี่จะสูบเมื่อเกิดความเครียดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 ในขณะที่สูบบุหรี่จะมีการอัดควันบุหรี่เข้าปอดทุกครั้งที่สูบ ร้อยละ 55.3 และจะสูบบุหรี่จนหมดถึงก้นบุหรี่แต่ละวนเป็นบางครั้งที่สูบเป็นส่วนใหญ่

ร้อยละ 84.2 สำหรับบุหรี่ที่สูบจะสูบบุหรี่ชนิดกันกรองทั้งหมด การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ส่วนมากจะป่วยด้วยโรคหวัด ร้อยละ 25 และวิธีการที่จะเลิกบุหรี่นั้นส่วนใหญ่บอกว่าอยู่ที่จิตใจตนเองเป็นสำคัญ ร้อยละ 35.5 ในด้านทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่โดยส่วนรวมมีทัศนคติอยู่ในระดับดี โดยทัศนคติด้านการสูบบุหรี่ต่อผลเสียทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับดีร้อยละ 75 ระดับปานกลางร้อยละ 19.1 และอีกร้อยละ 5.3 มีทัศนคติที่ไม่ดี สำหรับทัศนคติด้านการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อการทำงานนั้นมีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.4 ระดับปานกลางร้อยละ 27.7 และอีกร้อยละ 3.9 มีทัศนคติที่ไม่ดี ทัศนคติด้านการสูบบุหรี่กับผลทางด้านสังคมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.3 ระดับปานกลางร้อยละ 19.1 มีทัศนคติที่มีต่อการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่นั้น มีทัศนคติอยู่ในระดับดี ร้อยละ 90.0 ระดับทัศนคติปานกลาง ร้อยละ 6.6 และอีกร้อยละ 3.9 มีทัศนคติที่ไม่ดี

อับดุลรอหิม สอคอ (2533) ได้สำรวจปัจจัย พฤติกรรมและทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้สื่อข่าวสารสาธารณะและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตถิ่นอีเกอไม้แก่นจังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ ผสส./ อสม. ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 – 24 ปี สมรสและอยู่กินกับคู่สมรส ส่วนใหญ่จงการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพ ทำนา ทำสวน ทำไร่ และนับถือศาสนาอิสลาม ปัจจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ครั้งแรก เนื่องจากอยากลองและสูบบุหรี่ครั้งแรกด้วยตนเอง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการสูบบุหรี่มาแล้วไม่น้อยกว่า 4 ปีสูบทุกวัน มีการอัดควนเข้าปอดเป็นบางครั้ง สูบบุหรี่วันละ 10 – 14 นวน ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ วันละ 5 – 10 บาท ส่วนใหญ่สูบบุหรี่กันกรอง ไม่ได้สูบบุหรี่ถึงกันกรองทุกครั้ง ส่วนใหญ่ต้องการสูบบุหรี่หลังอาหาร ส่วนใหญ่เคยป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจ และเคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ เพราะเป็นผลเสียต่อสุขภาพ แต่เลิกไม่ได้เพราะเพื่อนบ้านส่วนใหญ่ยังสูบอยู่ ถ้าจะเลิกบุหรี่ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีลดปริมาณลงจนเลิกได้ในที่สุด ทางด้านทัศนคติของ ผสส./ อสม. ที่มีต่อปัจจัยของการสูบบุหรี่อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ส่วนใหญ่เห็นว่า ผสส./ อสม. ที่สูบบุหรี่มีความเห็นว่า ความเครียด ความว้าเหว่ การแสดงถึงความเป็นผู้ชายเป็นปัจจัยของการสูบบุหรี่ ทัศนคติที่มีต่อสุขภาพอนามัยอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนใหญ่เห็นว่าบุหรี่ยังมีสารที่ให้โทษร่างกาย มีเพียงส่วนน้อยเห็นว่า การสูบบุหรี่ช่วยดับกลิ่นปากและทำให้สมรรถภาพทางเพศดีขึ้น ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมธรรมชาติของมนุษย์ ทัศนคติที่มีต่อค่านเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ส่วนใหญ่เห็นว่าการสูบบุหรี่ที่มีความจำเป็นในการเข้าสังคม มีเพียงส่วนน้อยเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นที่รังเกียจของสังคม ทัศนคติที่มีต่อการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อยู่ในเกณฑ์ดี ผสส./ อสม. ทั้งหมดเห็นว่า การรณรงค์ทุกวิธีการเพื่อต่อต้านการสูบบุหรี่เป็นกิจกรรมที่ควรกระทำอย่างยิ่ง และวิธีการรณรงค์ คือ ควรห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ ควรเข้มงวดบุหรี่ให้นอกที่สุด จะเป็นการลดจำนวนผู้สูบลง ควรห้ามนำเข้าราชการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี

นภคด ขันการนานวี (2536) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเขตจังหวัดอุทัยธานี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางสังคม ได้แก่ อายุ ลักษณะ ครอบครัว เงินเดือน การเสพสุราและการดื่มกาแฟ มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วย ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เลย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการสูบบุหรี่พบว่า ส่วนใหญ่สูบบุหรี่กันกรอง เริ่มสูบเมื่ออายุระหว่าง 15 – 19 ปี สูบมาแล้วเป็นเวลา 11 – 20 ปี สาเหตุที่สูบ เพราะการอยากรลอง ส่วนใหญ่จะมีพ่อที่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่วันละ 11 – 15 นวน ส่วนใหญ่จะซื้อบุหรี่สูบเองและเสียค่าใช้จ่ายต่ำกว่า 100 บาทต่อเดือน การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะสูบแบบอัดควันเข้าปอดเป็นบางครั้ง จะรู้สึกอยากรูบบุหรี่มากที่สุด เมื่อคื่นสุราและส่วนใหญ่จะเคยเลิกสูบบุหรี่มาแล้วแต่ไม่สำเร็จ เพราะว่าเห็นเพื่อนสูบแล้วอุดไม่ได้

สมภพ ห่วงทอง (2538) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 37.8 โดยสูบเป็นประจำทุกวันๆ ละ 6 – 10 นวน ส่วนมากเริ่มสูบก่อนรับราชการคือ อายุระหว่าง 16 – 20 ปี สาเหตุที่เริ่มสูบคืออยากรลองด้วยตนเอง ส่วนใหญ่จะไม่มีสามาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่เหตุที่ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เพราะเป็นความเคยชิน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้ง 2 กลุ่มร้อยละ 52.0 มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับไม่ดี มีความคิดเห็นเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับดีร้อยละ 52.0 และมีค่านิยมเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.8 จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุ ลักษณะครอบครัว ระดับพืช สถานภาพทางเศรษฐกิจ การสูบบุหรี่ของบุคคลอื่นในครอบครัวและค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นุญช่วย ประราศรี (2544) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบาก : กรณีศึกษาจังหวัดนราธิวาส พบว่าบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบากสูบบุหรี่ร้อยละ 15.3 บุคคลแรกที่ชักจูงให้สูบคือตนเองสูบเองร้อยละ 55.6 สาเหตุสำคัญที่สุดที่จะให้สูบบุหรี่คืออยากรลองด้วยตนเอง ร้อยละ 38.9 โอกาสที่ต้องการสูบบุหรี่มากที่สุดคือเมื่อมีความเครียดร้อยละ 33.3 ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่มีทัศนคติด้านบวกร้อยละ 53.4 ความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่มีความเชื่อถูก ร้อยละ 65.3 ความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบากที่สูบบุหรี่ มีความเชื่อถูก บวกร้อยละ 38.9 บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบากที่สูบบุหรี่มีความตั้งใจอย่างแน่นอนที่จะเลิกบุหรี่ ร้อยละ 72.2 จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนี้ (เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่) ปัจจัยอื่น (การมีเวลาว่าง)

ปัจจัยเสริม (ลักษณะงานที่รับผิดชอบพิเศษนอกงานประจำ) พบว่า เพศ อายุ ตำแหน่ง ทัศนคติ เกี่ยวกับบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่และการอยู่บ้านพักผ่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำ่บบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชัยฤทธิ์ เจริญนุวัตร (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ความตั้งใจในการพยาบาลเลิกสูบบุหรี่สูงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่สูงที่สุด (OR 7.68) รองลงมาได้แก่ จำนวนครั้งในการเลิกสูบบุหรี่เป็น 1 หรือ 2 ครั้ง (OR 2.99) การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบเป็นแบบเดิกโดยทันที (OR 2.59) การไม่มีความเครียด (OR 2.21) และอายุที่ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (OR 2.00) ตามลำดับ

ประเทือง สุนทรริภัต (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการครูชาญ สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภออยู่ท้อง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ข้าราชการครูส่วนใหญ่ ความรู้เรื่องบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 82.6 ความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 77.2 ข้าราชการครูชาญที่สูบบุหรี่มีร้อยละ 39.8 เริ่มน้ำสูบในช่วงอายุ 15 – 19 ปี ร้อยละ 48.9 สาเหตุเนื่องจากอยากรลองด้วยตนเอง ร้อยละ 56.3 จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันน้อยกว่า 10 บุน ร้อยละ 34.9 และคิดว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 88.3 ถ้ามีความตั้งใจแน่วแน่ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยน้ำ ปัจจัยอื่นและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ระดับการศึกษา การใช้เวลาว่างในการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการครูชาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

เรืองชัย บุญศักดิ์ (2535, อ้างถึงใน มนษา เก่งการพานิช, ลักษณา เติมศิริกุลชัยและสาโรจน์ นาคุ 2549 : 253) ศึกษาสภาพการสูบบุหรี่ของบุคลากรวิทยาลัยครุณาราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพการสูบบุหรี่ของบุคลากร บุคลากรส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่จะเริ่มน้ำสูบเมื่ออายุ 19 ปีขึ้นไป สูบมากกว่า 7 ปี สาเหตุของการสูบมากจากการอยากรทดลอง ลักษณะการสูบคือห้องน้ำและมักจะสูบหลังอาหาร 2) ปัจจัยของการไม่สูบบุหรี่ เพราะว่าบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทำให้สิ้นเปลืองและเป็นที่รังเกียจของสังคม 3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่าควรจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ สำหรับนักศึกษาที่เข้าเรียนใหม่ ในช่วงของการปฐมนิเทศ สำหรับนักศึกษาที่เรียนอยู่แล้ว วิทยาลัยควรจัดการอบรมและแนะนำให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาในการสูบบุหรี่ต่อไป

จิราภรณ์ มงคลศิริและคณะ (อ้างถึงใน มนษา เก่งการพานิช, ลักษณา เติมศิริกุลชัยและสาโรจน์ นาคุ 2549 : 230) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของข้าราชการในจังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาสูบบุหรี่ร้อยละ 43.3 มีความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางมีความคิดเห็นต่อการสูบบุหรี่ก่อนข้างดี การปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีการจัดเขตปลอดบุหรี่ในสถานที่ทำงาน บริเวณที่มีประชาชนมาติดต่อราชการถึงร้อยละ 70.1 มีการจัดเขตสูบบุหรี่ให้แก่ประชาชนผู้มาติดต่อราชการในสถานที่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีมาตรการสำหรับผู้ที่สูบบุหรี่ในเขตห้ามสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 45.6 การจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในหน่วยงาน ส่วนมากมีการกำหนดเขตปลอดบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 54.7 แหล่งความรู้เกี่ยวกับเรื่องการสูบบุหรี่ส่วนมากจะได้รับมาจากเอกสาร หนังสือพิมพ์ วารสารต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 74.6 รองลงมาจะเป็น โทรทัศน์ เทเบิลทีวี วิทยุ เรื่องของ การปฏิบัติเมื่อต้องอยู่ใกล้ๆ กับคนที่สูบบุหรี่ ส่วนมากจะหลบหลีกให้ห่างไกลจากควันบุหรี่ ร้อยละ 42.9 ในห้องทำงานส่วนมากไม่ได้กำหนดเป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่ไม่มีคนสูบบุหรี่ในห้องทำงานคิดเป็น ร้อยละ 32.3 กลุ่มผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และกลุ่มที่เดิกสูบบุหรี่แล้ว เมื่อมีผู้ยืนบุหรี่ให้ส่วนมากเลือกตอบขอบคุณ และปฏิเสธ แต่ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่จะมารับสูบทันทีเพื่อระดับต้องการสูบ

พิพัฒน์ เพ็งคุ่ม และพินรัตน์ เพ็งคุ่ม (2544; อ้างถึงใน มนทา เก่งการพานิช, ลักษณา เติมศิริกุลชัยและสาโรจน์ นาคุ 2549 : 441) ศึกษาศึกษาทัศนคติของผู้อำนวยการและผู้ช่วยอำนวยการฝ่ายต่างๆ โรงเรียนมัธยมต่อการบรรจุข้าราชการใหม่สายครุ – อาจารย์ต้องเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ กรณีศึกษาเขตพญาไท คุณิต ปทุมวัน ราชเทวีและดอนเมือง พบรากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ มีความคิดเห็นว่าบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้สูบบุหรี่ และผู้ได้รับควันบุหรี่ สูบบุหรี่ทำให้นุคลิกภาพเสีย ไม่ต้องการให้ลูกศิษย์สูบบุหรี่โดยอิสระ ต้องการรณรงค์ให้มีกิจกรรมทราบถึงไทยพิษภัยของบุหรี่ สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับมาก อาทิ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นผู้ที่มีโอกาสเด็บคำ ฟันคำ มีกลิ่นปาก และกลิ่นตัวที่แรง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นผู้ดื่มเหล้าหรือเสพยาเสพติดชนิดอื่น บุหรี่จัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง บุหรี่วางแผนนำยตามห้องตลาดควรได้รับการควบคุมจากรัฐบาล ผู้สูบบุหรี่ถือได้ว่าเป็นผู้ที่ทำลายสภาพแวดล้อม เป็นผู้ที่มีนุคลิกภาพขาดความมั่นใจ รักควรออกกฎหมายให้บุหรี่เป็นสารเสพติดควบคุมพิเศษ รัฐวิเคราะห์มาตรการให้ผู้สูบบุหรี่เข้ารับการบำบัดรักษาให้เดิกบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับข้าราชการครุ กับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับมาก โดยรัฐควรกำหนดให้บุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง ผู้สูบบุหรี่ถือว่าเป็นผู้ที่เป็นโรคติดสารเสพติดชนิดหนึ่ง ครุ – อาจารย์ที่ไม่สูบบุหรี่ควรได้รับคำชี้เชยจากผู้บังคับบัญชา ผู้ไม่สูบบุหรี่ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีวินัยความอุตสาหะจิตใจมั่นคงและมีจริยธรรมข้อที่ควรประพฤติปฏิบัติ ครุ – อาจารย์ทุกรอบดับสมควรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เช่น ตรวจสุขภาพปอด ตรวจโลหิต เพื่อยืนยันว่าปราศจากสารนิโคตินจากแพทช์แผ่นปัจจุบัน ผู้บริหารสถานศึกษาควรเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้ได้บังคับบัญชา นอกจากนี้ยังมีทัศนคติเกี่ยวกับครุ – อาจารย์ต้องเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับมาก ครุ – อาจารย์เป็นแบบอย่าง

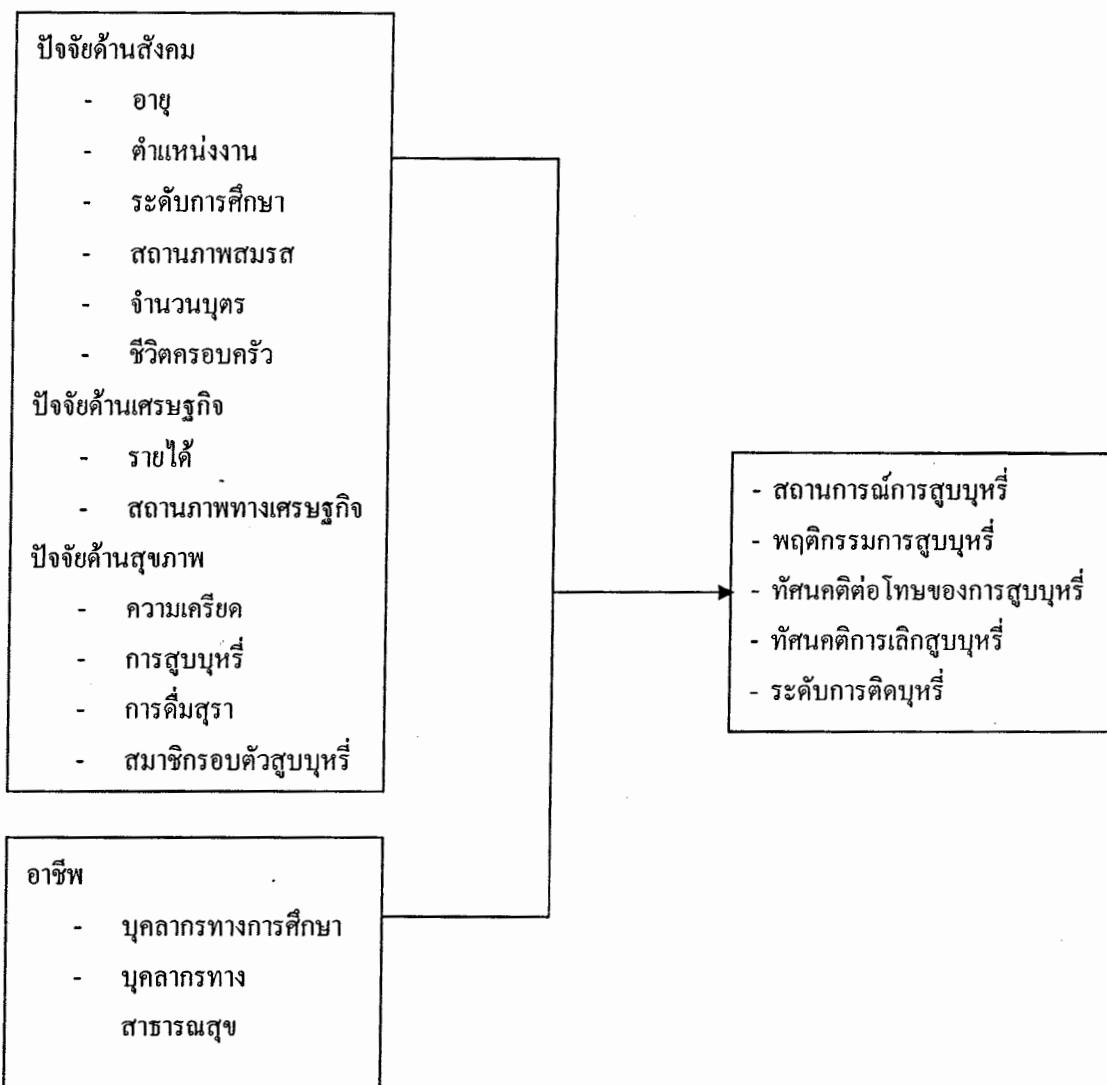
ความประพฤติปฏิบัติแก่นักเรียนที่ดีที่สุด รัฐควรกำหนดครรภ์เบียบข้าราชการใหม่ต้องเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีเอกสารรับรองจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นผู้ที่ไม่มีสารนิโคตินในร่างกายและเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยดังนี้คือ การบรรจุข้าราชการใหม่สายครู – อาจารย์ ควรเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ ควรเพิ่มกฎหมายการข้าราชการครู (ก.ค.) ผู้ที่จะบรรจุข้าราชการครูต้องเป็นผู้ไม่สูบบุหรี่ ควรมีการรณรงค์ให้ครู – อาจารย์ และคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่ และคนรุ่นเก่าควรเลิกบุหรี่ โดยให้ทราบถึงไทยพิษภัยของบุหรี่ รัฐควรมีนโยบายและมีกิจกรรมบำบัดรักษาเพื่ออดบุหรี่ และจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ที่ยังไม่สูบบุหรี่ให้ไม่เป็นผู้สูบบุหรี่และส่งเสริมนโยบายการออกกฎหมายเบียบให้บุหรี่เป็นสารเสพติด

บัญชีกศด. รบยพ (2536) ศึกษาเรื่อง ทักษณ์ดีของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนคีบูกพังจังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดพังงา ที่มีต่อครูที่สูบบุหรี่และบุคลากรสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ จากการประเมินทักษณ์ดีที่มีต่อครูที่สูบบุหรี่พบว่า นักเรียนร้อยละ 100 มีทักษณ์ดีในระดับที่ไม่ดี โดยได้คะแนนทักษณ์ดีเฉลี่ย 19.3 จากคะแนนเต็ม 70 คะแนน และทักษณ์ดีที่มีต่อบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่พบว่านักเรียนร้อยละ 100 มีทักษณ์ดีในระดับที่ไม่ดี โดยได้คะแนนทักษณ์ดีเฉลี่ย 17.7 จากคะแนนเต็ม 70 จากผลการศึกษาที่กล่าวมา นักเรียนมีทักษณ์ดีที่ไม่ดีต่อครูที่สูบบุหรี่ และบุคลากรสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ จึงควรมีการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะบุคลากรของรัฐ การทำตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่เยาวชน และประชาชน ควรมีการประสานงานทั้งภาครัฐและเอกชนในการให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ สู่ประชาชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบถึงไทยและพิษภัยของบุหรี่ รัฐควรเร่งดำเนินการควบคุมการผลิตและจำหน่ายบุหรี่ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรเพียงกลุ่มเดียว ไม่มีการเปรียบเทียบระหว่างประชากรที่มีสาขางานอาชีพที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยเลือกห็นว่าบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาเป็นบุคคลที่ควรจะเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เยาวชน ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะศึกษาสถานการณ์และทักษณ์ดีใน การเลิกบุหรี่ของประชากรทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งมี ขั้นตอนรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยตามลำดับดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ลักษณะของประชากร
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษา สถานการณ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และทศนคติต่อการเด็กสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา ที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน/วิทยาลัยกรมอาชีวศึกษาและ บุคลากรทางสาธารณสุข ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ระหว่างเดือนธันวาคม 2550 – มกราคม 2551

3.2 ลักษณะของประชากร

3.2.1 ประชากร

3.2.1.1 บุคลากรทางการศึกษา ซึ่งได้แก่ ผู้บริหาร ข้าราชการครู ครูอัตราจ้างและ เจ้าหน้าที่ธุรการที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้น พื้นฐานและวิทยาลัยกรมอาชีวศึกษาในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 (กระทรวงศึกษาธิการ, 2550) มีรายละเอียดดังนี้

จังหวัดศรีสะเกษ	โรงเรียนมัธยมศึกษา	91	แห่ง
จังหวัดอุบลราชธานี	วิทยาลัยกรมอาชีวศึกษา	6	แห่ง
	โรงเรียนมัธยมศึกษา	72	แห่ง

วิทยาลัยกรรมอาชีวศึกษา	8	แห่ง
จังหวัดยโสธร โรงพยาบาล โรงพยาบาลมัชymศึกษา	28	แห่ง
วิทยาลัยกรรมอาชีวศึกษา	3	แห่ง
จังหวัดอำนาจเจริญ โรงพยาบาล โรงพยาบาลมัชymศึกษา	22	แห่ง
วิทยาลัยกรรมอาชีวศึกษา	2	แห่ง

3.2.1.2 บุคลากรทางสาธารณสุขซึ่งได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เกสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่อีกช雷ย์ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตแพทย์ เจ้าพนักงานเวชกรรมฟันฟู เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และข้าราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุคร่วมถึงผู้ช่วยเหลือคนไข้ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธรและอำนาจเจริญ) มีรายละเอียดดังนี้

จังหวัดศรีสะเกษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1	แห่ง
โรงพยาบาลทั่วไป		1	แห่ง
โรงพยาบาลชุมชน		17	แห่ง
จังหวัดอุบลราชธานี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1	แห่ง
โรงพยาบาลศูนย์		1	แห่ง
โรงพยาบาลชุมชน		24	แห่ง
จังหวัดยโสธร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1	แห่ง
โรงพยาบาลทั่วไป		1	แห่ง
โรงพยาบาลชุมชน		8	แห่ง
จังหวัดอำนาจเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1	แห่ง
โรงพยาบาลทั่วไป		1	แห่ง
โรงพยาบาลชุมชน		6	แห่ง

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าการวิจัย

บุคลากรทางสาธารณสุขได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เกสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่อีกช雷ย์ เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้า

พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ช่วยทันตแพทย์ เจ้าพนักงานเวชกรรมพื้นฟู เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนและ ข้าราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวมถึงผู้ช่วยเหลือคนไข้ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ซึ่ง ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสูญ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคุ้มครองผู้ป่วย

บุคลากรทางการศึกษาได้แก่ ผู้บริหาร ข้าราชการครู ครูอัตราจ้างและเจ้าหน้าที่ ธุรการที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานและ วิทยาลัยกรมอาชีวศึกษาในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการวิจัย บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้จะ ถูกคัดเลือกให้ออกจากการวิจัย

เพศหญิง

เหตุผลที่ใช้ในการคัดตัวอย่างออกจากการวิจัย เมื่อจากเพศหญิงมีพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ที่น้อยมากทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านทัศนคติการเลิกสูบบุหรี่

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางสาธารณสุข ผู้วิจัยพิจารณาเก็บข้อมูลทุกแห่งในเขตตรวจราชการ สาธารณสุขที่ 14 รวมทั้งสิ้น 63 แห่ง (ดังแสดงในภาคผนวก)

บุคลากรทางการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ บุคลากรทางการศึกษาปฏิบัติงานที่ โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตตรวจราชการ สาธารณสุขที่ 14 และบุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยกรมอาชีวศึกษาในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

บุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยกรมอาชีวศึกษาในเขตตรวจราชการ ที่ 14 ผู้วิจัยพิจารณาเก็บข้อมูลทุกแห่งในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 รวมทั้งสิ้น 19 แห่ง (ดัง แสดงในภาคผนวก) เมื่อจากจำนวนวิทยาลัยกรมอาชีวศึกษาในเขตตรวจราชการที่ 14 มีจำนวน น้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้น พื้นฐานในเขตตรวจราชการที่ 14

บุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติงานที่โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงาน คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตตรวจราชการที่ 14 ผู้วิจัยพิจารณาเก็บข้อมูลอีก 1 แห่ง เมื่อจากจำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตตรวจราชการที่ 14 มีจำนวนทั้งสิ้น 213 แห่ง ซึ่งมี จำนวนมากกว่าวิทยาลัยกรมอาชีวศึกษาและสถานที่ปฏิบัติงานของบุคลากรทางสาธารณสุขอย่าง

มาก โดยสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจับฉลาก (Simple random sampling) ในกรณีที่จำเป็นต้องมีจำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษามากกว่า 1 แห่ง

ดังนี้ผู้วิจัยพิจารณาเก็บข้อมูลบุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติงานที่โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตตรวจราชการที่ 14 จำนวน 60 แห่ง (ดังแสดงในภาคผนวก) แยกเป็นดังนี้

จังหวัดศรีสะเกษ	20	แห่ง
จังหวัดอุบลราชธานี	24	แห่ง
จังหวัดยโสธร	9	แห่ง
จังหวัดอำนาจเจริญ	7	แห่ง

3.2.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณจากสูตรการกำหนดขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ

n_1 = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรทางสาธารณสุข

n_2 = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรทางการศึกษา

N_1 = ขนาดประชากรของบุคลากรทางสาธารณสุขเท่ากับ 3,095 คน (จากการสอบถามทางโทรศัพท์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 จังหวัดและการสอบถามจากงานการเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง)

N_2 = ขนาดประชากรของบุคลากรทางการศึกษาเท่ากับ 4,678 คน (สำนักงานการการอาชีวศึกษา 2550, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน 2550)

E = ความคลาคเคเลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้สูงสุด มีค่าเท่ากับ 0.05

ดังนี้ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ

$$n_1 = \frac{3095}{1 + 3095 (0.05)^2} \\ = 354.22$$

ดังนี้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรทางสาธารณสุข (n_1) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 355 คนและกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการศึกษา ดังนี้

$$\begin{aligned} n2 &= \frac{4678}{1 + 4678 (0.05)^2} \\ &= 368.49 \end{aligned}$$

ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรทางการศึกษา (n2) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 369 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบลิโคร์ท (Likert)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามทัศนคติต่อการเดิกสูบบุหรี่ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบลิโคร์ท (Likert)

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามข้อมูลการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่และแบบวัดระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)

โดยส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ให้ตอบเฉพาะบุคคลที่สูบบุหรี่

แบบวัดระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) มีรายละเอียดดังนี้

1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) 10 มวนหรือน้อยกว่า (0 คะแนน) | <input type="checkbox"/> (2) 11-20 มวน (1 คะแนน) |
| <input type="checkbox"/> (3) 21-30 มวน (2 คะแนน) | <input type="checkbox"/> (3) 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน) |

2. หลังจากตื่นนอนตอนเช้าคุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) ภายใน 5 นาทีหลังตื่น (3 คะแนน) | <input type="checkbox"/> (2) 6-10 นาทีหลังตื่น (2 คะแนน) |
| <input type="checkbox"/> (3) 31-60 นาทีหลังตื่น (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> (4) มากกว่า 60 นาทีหลังตื่น (0 คะแนน) |

3. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงโถงแรกหลังตื่นนอน (สูบมากกว่าช่วงเวลาอื่นของวัน)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) ใช่ (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> (2) ไม่ใช่ (0 คะแนน) |
|--|---|

4. บุหรี่มวนไหนที่คุณคิดว่าเลิกยากที่สุดระหว่าง

(1) บวนแรกในตอนเช้า (1 คะแนน) (2) บวนอื่นๆ (0 คะแนน)

5. คุณรู้สึกอึดอัด กระวนกระวายหรือลำบากใจไหน ที่ต้องอยู่ในเขตปลดบุหรี่ เช่น โรงพยาบาล

(1) ใช่ (1 คะแนน) (2) ไม่ใช่ (0 คะแนน)

6. คุณรู้สึกว่าคุณยังต้องสูบบุหรี่ เมื่อจะเจ็บป่วยนอนพักคลอดในโรงพยาบาล

(1) ใช่ (1 คะแนน) (2) ไม่ใช่ (0 คะแนน)

การประเมินผล คะแนนรวมทุกข้อมากกว่า 6 แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรี่มาก (ติดนิโคตินซึ่งเป็นการติดทางร่างกาย) คะแนนรวมทุกข้อเท่ากับ 5 แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรี่ปานกลางและคะแนนรวมทุกข้อ 0-4 แสดงว่า เป็นผู้ติดบุหรี่น้อย

แบบประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่มีเกณฑ์ในการประเมินดังนี้ โดยการทำเครื่องหมายลงหน้าข้อความที่ตรงกับผู้ตอบสอบถาม

<input type="checkbox"/>	✿	ฉันไม่สามารถอยู่ได้ถึงครึ่งวันโดยไม่สูบบุหรี่
<input type="checkbox"/>	⊕	บางครั้งฉันพบว่าตัวเองกำลังสูบบุหรี่อยู่ โดยจำไม่ได้ว่าฉันได้จุกมันตั้งแต่เมื่อไหร่
<input type="checkbox"/>	⊕	ฉันสูบบุหรี่เพราะมันช่วยให้นอนคิด ได้ดีขึ้น มีชีวิตชีวาขึ้น
<input type="checkbox"/>	⊕	ฉันชอบที่จะมองควันบุหรี่เมื่อเวลาที่ฉันพ่นออกมานะ
<input type="checkbox"/>	✿	ฉันรู้สึกอย่างสูบบุหรี่อย่างมาก ถ้าฉันไม่ได้สูบมันมาประมาณ 2-3 ชั่วโมง
<input type="checkbox"/>	⊕	การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสิ่งที่ทำให้ฉันพอใจในชีวิต
<input type="checkbox"/>	⊕	ฉันมีความสุขในขั้นตอนการจุดบุหรี่ขึ้นมาสูบ เช่น การสัมผัสบุหรี่และการได้จุดไฟแช็ค
<input type="checkbox"/>	✿	ฉันต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ตื่นนอนในตอนเช้า
<input type="checkbox"/>	⊕	เวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการบุหรี่มากที่สุด
<input type="checkbox"/>	⊕	ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของฉัน หรือหลังอาหาร
<input type="checkbox"/>	⊕	ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉันโกรธ หรือทุกข์ใจ
<input type="checkbox"/>	✿	ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย ดังนั้นฉันจึงต้องสูบต่อไป
<input type="checkbox"/>	⊕	การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายในเวลาที่ฉันตึงเครียด
<input type="checkbox"/>	⊕	ฉันรู้สึกสบายและอุ่นใจมากกว่าเมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ
<input type="checkbox"/>	✿	เมื่อบุหรี่หมดมันทำให้ฉันเกือบจะทนไม่ไหวจนกว่าจะได้มันเพิ่ม

การประเมินผลงานจำนวนสัญลักษณ์ถ้าได้สัญลักษณ์ใดเป็นจำนวนมากที่สุดถือว่า เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้คนนั้นสูบบุหรี่เมื่อ

- ✿ นายถึง ภาระเสพคิดนิโครคิน
- ✿ นายถึง ภาระเสพคิดทางจิตใจ
- ✿ นายถึง ภาระเสพคิดทางสังคมหรือนิสัยความเคยชิน

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม

- (1) ศึกษาถ้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความวิชาการและผลงานการวิจัยต่างๆเพื่อนำมากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
 - (2) สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติในการสูบบุหรี่และทัศนคติในการเลิกบุหรี่
 - (3) นำแบบสอบถามที่สร้างไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ
 - (4) นำแบบสอบถามกลับมาปรับปรุงแก้ไข
 - (5) นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงความครอบคลุมเนื้อหาและสำนวนภาษาที่ใช้พร้อมทั้งข้อแนะนำไปปรับปรุงแก้ไข
 - (6) นำแบบสอบถามกลับมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำ
 - (7) นำแบบสอบถามไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ
 - (8) นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขและจัดเรียงบันไดymieเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
- แบบสอบถามทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้ rating scale เป็นมาตราส่วนประมาณค่าชนิดเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยข้อคำถามจะมีความหมายทั้งทางบวก (positive) และทางลบ (negative)

เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ตัวเลือก	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5

แบบสอบถามทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่ทั้งหมด 33 ข้อ แบ่งเป็น ทัศนคติทางด้านบวก (ข้อความเชิงบวก) 11 ข้อ และทัศนคติทางด้านลบ (ข้อความเชิงลบ) 22 ข้อ ดังนี้

ทัศนคติด้านบวก 11 ข้อ ได้แก่ ด้านสุขภาพ คือ ข้อ 1, 14, 20, 21

ด้านสังคม คือ ข้อ 4, 7, 15, 17, 33

ด้านการทำงาน คือ ข้อ 18

ด้านเศรษฐกิจ คือ ข้อ 31

ทัศนคติด้านลบ 22 ข้อ ได้แก่ ด้านสุขภาพ คือ ข้อ 19, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30

ด้านสังคม คือ ข้อ 2, 3, 5, 6, 11, 12, 13, 16,

ด้านการทำงาน คือ ข้อ 8, 9, 10, 26

ด้านเศรษฐกิจ คือ ข้อ 32

แบบสอบถามทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น ทัศนคติทางด้านบวก (ข้อความเชิงบวก) 9 ข้อ และทัศนคติทางด้านลบ (ข้อความเชิงลบ) 11 ข้อ ดังนี้

ทัศนคติด้านบวก 9 ข้อ ได้แก่ ด้านสุขภาพ คือ ข้อ 6, 7, 12, 14

ด้านสังคม คือ ข้อ 2, 15, 16

ด้านเศรษฐกิจ คือ ข้อ 19, 20

ทัศนคติด้านลบ 11 ข้อ ได้แก่ ด้านสุขภาพ คือ ข้อ 17

ด้านสังคม คือ ข้อ 1, 3, 4, 8, 11, 13, 18

ด้านการทำงาน คือ ข้อ 5, 9, 10

นำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าเฉลี่ยความคิดเห็น แล้วไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ในการเปลี่ยนหมายของค่าเฉลี่ย ทั้งรายข้อ รายด้านและโดยรวม ซึ่งกำหนดแบบอิงกลุ่ม (อ้างอิงมาจาก Best 1997 อ้างใน เอกชัย จรุณานตร 2550 : 49) คือ

$$\text{พิสัยคะแนน} = \underline{\text{คะแนนสูงสุด}} - \underline{\text{คะแนนต่ำสุด}} = X - Y = Z$$

ระดับที่ต้องการ

3

ได้เกณฑ์คะแนนแปลงระดับการดำเนินงาน ดังนี้

ระดับ	ความหมาย
ไม่มี	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ Y ถึง $(Y+Z)$
ปานกลาง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ $[(Y+Z)+0.01]$ ถึง $(Y+2Z)$
มี	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ $[(Y+2Z)+0.01]$ ถึง X

การแปลผลดังนี้

ไม่ดี	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00-2.33
ปานกลาง	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.34-3.66
ดี	ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.67-5.00

(9) ทดลองใช้แบบสอบถาม (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรทางการศึกษา เพศชาย ที่ปฏิบัติงานที่โรงเรียนสตรีสิริเกคน้อมเกล้า จังหวัดศรีสะเกษจำนวน 30 คน บุคลากรทางการศึกษาเพศชายที่ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยเทคนิค สุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คนและบุคลากรทางสาธารณสุขเพศชายที่ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลโพนพรายและโรงพยาบาลสे�ลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน

(10) นำแบบสอบถามที่ได้จากการทดลองมาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟ่า (The coefficient of Alpha) ของครอนบาก (Cronbach) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทัศนคติต่อโภชของภาระนุหรีที่ 0.92 และได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทัศนคติต่อการเดิกบุหรีที่ 0.80

(11) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงหลังจากหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกรึ่งก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4 วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ของสถานที่ราชการนั้นซึ่งประกอบไปด้วย

3.4.1 หนังสือจากคณะกรรมการศาสนาคริสต์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ขอความอนุเคราะห์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้อำนวยการ โรงเรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัย กรรมอาชีวศึกษา ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล 1 ฉบับ

3.4.2 แบบสอบถามการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเดิกบุหรีของ บุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 จำนวน 30 ชุด

3.4.3 ของถังสำลักพร้อมแสตมป์เจ้าหน้าที่ผู้ทำวิจัยจำนวน 1 ของ

ผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามให้สถานที่ราชการนั้นในช่วงเดือน ธันวาคม 2550 – มกราคม 2551 โดยแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้ ผู้วิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการระบุ ชื่อ – นามสกุล ชื่อสถานที่ราชการหรือหน่วยงาน จังหวัด และเมืองวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสมบูรณ์แล้วผู้วิจัย จะทำลายทันที

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งสถิติที่ใช้คือ

3.5.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านลักษณะประชากร วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3.5.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3.5.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3.5.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่และแบบวัดระดับการติดนิโคติน วิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3.5.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มประชากร โดยใช้ chi-square ในกรณีที่ข้อมูลเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ

3.5.6 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มประชากร โดยใช้ t-test ในกรณีที่ข้อมูลเป็นตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงแบบปกติ

3.5.7 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มประชากร โดยใช้ Mann-whitney U test ในกรณีที่ข้อมูลเป็นตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

3.5.8 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ชีวิตครอบครัว รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สามารถรอบตัวสูบบุหรี่และอาชีพกับตัวแปรตาม ได้แก่ ทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ วิเคราะห์โดยใช้ Multiple regression analysis

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน/วิทยาลัยรวมอาชีวศึกษา เพศชาย ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามทั้งสิ้น 4,820 ชุด แบบสอบถามที่ตอบกลับมา 1,800 ชุด สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 1,412 ชุด คิดเป็นร้อยละ 29.29 เนื่องจากแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

สามารถแบ่งหัวข้อการนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

4.1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะประชากรทั่วไป

4.2 ระดับทัศนคติต่อโถยของ การสูบบุหรี่โดยรวม

4.3 ระดับทัศนคติต่อโถยของ การสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มประชากร

4.3.1 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโถยของ การสูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา

4.3.2 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโถยของ การสูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา

4.4 ระดับทัศนคติต่อโถยของ การสูบบุหรี่จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

4.5 ระดับทัศนคติต่อโถยของ การสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มประชากร

4.5.1 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโถยของ การสูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

4.5.2 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโถยของ การสูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

4.6 พฤติกรรมการสูบบุหรี่จำแนกตามปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ

4.7 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

4.8 ลักษณะการเสพติดและระดับการติดนิโคตินของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

4.9 ทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่ม

ประชากร

4.9.1 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มนุклากาражาง
สาธารณสุขและบุคลากาражางการศึกษา

4.9.2 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มนุคลากาражางการศึกษา
ระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา

4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่และปัจจัยลักษณะ
ประชากรด้านต่างๆตามกลุ่มประชากร

4.10.1 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่ของบุคลากาражาง
สาธารณสุขกับปัจจัยประชากรด้านต่างๆ

4.10.2 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่ของบุคลากาражาง
การศึกษากับปัจจัยประชากรด้านต่างๆ

4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่และปัจจัยลักษณะ
ประชากรด้านต่างๆ ของกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่
กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ

4.12.1 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของบุคลากาражาง
สาธารณสุขกับปัจจัยประชากรด้านต่างๆ

4.12.2 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของบุคลากาражางการศึกษา
กับปัจจัยประชากรด้านต่างๆ

4.1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะประชากรทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี (ร้อยละ 35.1)
รองลงมา มีอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 30.7) และมีอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 24.6) ตำแหน่งงานส่วนใหญ่ร้อย
ละ 48.1 เป็นอาจารย์ รองลงมา ร้อยละ 30.7 มีตำแหน่งงานที่ไม่ใช่แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร หรือ
พยาบาล กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 65.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีสถานภาพสมรสคู่ ถึงร้อยละ
61.3 มีกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีบุตรร้อยละ 42.1 สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม พบร่วมกับกลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 35.3) รองลงมา มีรายได้น้อยกว่า
10,000 บาท (ร้อยละ 32.6) กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 51.3 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวพอ
กินพอใช้ ส่วนใหญ่มีชีวิตครอบครัวอนุ่มดี (ร้อยละ 62.5) และมีความเครียดเกี่ยวกับการทำงาน
เล็กน้อยถึงร้อยละ 81.9 ส่วนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 78.9 ที่ไม่สูบบุหรี่
ส่วนใหญ่คืนสุราบางโอกาส ร้อยละ 68.6 ในขณะที่พบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่คืนเลยเพียงร้อยละ 25.3 ใน

ด้านคนรอบข้างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พนักคุณตัวอย่างที่มีคนรอบข้างสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 45.9 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคนในที่ทำงานเดียวกันและเพื่อนใกล้ชิด ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางสาธารณสุขส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 39.1) รองลงมา มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี (ร้อยละ 37.6) ตำแหน่งงานส่วนใหญ่ร้อยละ 68.6 มีตำแหน่งงานที่ไม่ใช่แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรหรือพยาบาล กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 49.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมากับการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 45.0) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ถึงร้อยละ 61.6 มีกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีบุตรร้อยละ 43.4 ของกลุ่มตัวอย่างทึ่งหมวดสำหรับในปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 40.9) กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 48.0 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวพอกินพอใช้ ส่วนใหญ่มีชีวิตครอบครัวอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 59.6) และ มีความเครียดเกี่ยวกับการทำงานเล็กน้อยถึงร้อยละ 84.2 ส่วนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 79.9 ที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่คุ้มสุราบางโอกาส ร้อยละ 70.8 ในขณะพบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่คุ้มเสียเพียงร้อยละ 24.4 ในด้านคนรอบข้างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พนักคุณตัวอย่างบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีคนรอบข้างสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 46.9 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคนในที่ทำงานเดียวกันและเพื่อนใกล้ชิด ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี (ร้อยละ 33.0) รองลงมา มีอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 28.7) และ มีอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 23.8) ตำแหน่งงานส่วนใหญ่ร้อยละ 86.9 เป็นอาจารย์ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีถึงร้อยละ 78.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ถึงร้อยละ 60.9 มีกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีบุตรร้อยละ 41.0 รองลงมา มีบุตร 2 คน (ร้อยละ 35.3) สำหรับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 30.9) รองลงมา มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 27.5) และ มีรายได้ 20,001-30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 25.9) กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 54.0 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวพอกินพอใช้ ส่วนใหญ่มีครอบครัวอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 64.8) และ มีความเครียดเกี่ยวกับการทำงานเล็กน้อยถึงร้อยละ 80.0 ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 76.9 ที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่คุ้มสุราบางโอกาส ร้อยละ 66.7 ในขณะพบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่คุ้มเสียเพียงร้อยละ 26.0 ในด้านคนรอบข้างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พนักคุณตัวอย่างที่มีคนรอบข้างสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 45.1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในที่ทำงานเดียวกันและเพื่อนใกล้ชิด ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 34.2) ตำแหน่งงานส่วนใหญ่ร้อยละ 90.2 มีตำแหน่งงานเป็นอาจารย์ กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 81.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ถึงร้อยละ 68.0 มีกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีบุตร 2 คนร้อยละ 42.1 รองลงมาบังไม่มีบุตรร้อยละ 32.0 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สำหรับในปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 20,001-30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 32.6) รองลงมา มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 28.6) กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 54.8 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวพอกินพอใช้ ส่วนใหญ่มีชีวิตครอบครัวอยู่ในอุ่นดี (ร้อยละ 67.8) และ มีความเครียดเกี่ยวกับการทำงานเล็กน้อยถึงร้อยละ 79.0 ส่วนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 79.9 ที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ค่อนข้าง烟 โอกาส ร้อยละ 66.4 ในขณะพบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่คุ้มเสียเพียงร้อยละ 27.2 ในด้านคนรอบข้างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พนักงานกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการศึกษาระดับนักเรียนศึกษาที่มีคนรอบข้างสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 43.4 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคนในที่ทำงานเดียวกันและเพื่อนใกล้ชิด ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษาส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี (ร้อยละ 49.4) ตำแหน่งงานส่วนใหญ่ร้อยละ 80.6 มีตำแหน่งงานเป็นอาจารย์ กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 73.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ถึงร้อยละ 49.8 รองลงมา มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 47.1 มีกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีบุตรร้อยละ 58.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สำหรับในปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.0) รองลงมา มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 35.4) กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 52.5 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวพอกินพอใช้ ส่วนใหญ่มีชีวิตครอบครัวอยู่ในอุ่นดี (ร้อยละ 58.9) และ มีความเครียดเกี่ยวกับการทำงานเล็กน้อยถึงร้อยละ 82.1 ส่วนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 74.9 ที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ค่อนข้าง烟 โอกาส ร้อยละ 67.3 ในขณะพบกลุ่มตัวอย่างที่ไม่คุ้มเสียเพียงร้อยละ 23.6 ในด้านคนรอบข้างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พนักงานกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษาที่มีคนรอบข้างสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 48.3 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคนในที่ทำงานเดียวกันและเพื่อนใกล้ชิด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยดักษณะประชากร

ปัจจัยประชากร	จำนวน (ร้อยละ)			
	สาธารณสุข (n=631)	การศึกษา (n=781)		รวม (n=1412)
		นักเรียนศึกษา (n=518)	อาชีวศึกษา (n=263)	
1. อายุ				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	237 (37.6)	128 (24.7)	130 (49.4)	495 (35.1)
31-40 ปี	247 (39.1)	117 (22.6)	69 (26.2)	433 (30.7)
41-50 ปี	123 (19.5)	177 (34.2)	47 (17.9)	347 (24.6)
มากกว่าหรือเท่ากับ 51 ปี	24 (3.8)	96 (18.5)	17 (6.5)	137 (9.7)
2. ตำแหน่งงาน				
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร	75 (11.9)	-	-	75 (5.3)
พยาบาล	105 (16.6)	-	-	105 (7.4)
สาธารณสุขอื่นๆ	433 (68.6)	-	-	433 (30.7)
อาจารย์	-	467 (90.2)	212 (80.6)	679 (48.1)
อื่นๆ	-	18 (3.5)	24 (9.1)	42 (3.0)
ไม่ระบุ	18 (2.9)	33 (6.4)	27 (10.3)	78 (5.5)
3. การศึกษาสูงสุด				
น้อยกว่าปริญญาตรี	284 (45.0)	7 (1.4)	22 (8.4)	313(22.2)
ปริญญาตรี	315 (49.9)	420 (81.1)	193 (73.4)	928 (65.7)
มากกว่าปริญญาตรี	32 (5.1)	91 (17.6)	48 (18.3)	171 (12.1)
4. สถานภาพสมรส				
โสด	222 (35.2)	143 (27.6)	131 (49.8)	496 (35.1)
คู่	389 (61.6)	352 (68.0)	124 (47.1)	865 (61.3)
หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่	20 (3.2)	23 (4.4)	8 (3.0)	51 (3.6)
5. จำนวนบุตร				
ไม่มี	274 (43.4)	166 (32.0)	154 (58.6)	594 (42.1)
1 คน	120 (19.0)	65 (12.5)	39 (14.8)	224 (15.9)
2 คน	182 (28.8)	218 (42.1)	58 (22.1)	458 (32.4)
มากกว่า 2 คน	55 (8.7)	69 (13.3)	12 (4.6)	136 (9.6)

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะประชากร (ต่อ)

ปัจจัยประชากร	จำนวน (ร้อยละ)			
	สาธารณสุข (n=631)	การศึกษา (n=781)		รวม (n=1412)
		นักยมคีกษา (n=518)	อาชีวศึกษา (n=263)	
6. รายได้ประจำเดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	246 (39.0)	94 (18.1)	121 (46.0)	461 (32.6)
10,001 - 20,000 บาท	258 (40.9)	148 (28.6)	93 (35.4)	499 (35.3)
20,001 - 30,000 บาท	92 (14.6)	169 (32.6)	33 (12.5)	294 (20.8)
มากกว่า 30,000 บาท	35 (5.5)	107 (20.7)	16 (6.1)	158 (11.2)
7. สถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัว				
มีเหลือเก็บ	55 (8.7)	48 (9.3)	23 (8.7)	126 (8.9)
พอกินพอใช้	303 (48.0)	284 (54.8)	138 (52.5)	725 (51.3)
มีหนี้ติดเล็กน้อย	174 (27.6)	113 (21.8)	73 (27.8)	360 (25.5)
มีหนี้ติดมาก	99 (15.7)	73 (14.1)	29 (11.0)	201(14.2)
8. ชีวิตครอบครัว				
อยู่ดุ่นดี	376 (59.6)	351 (67.8)	155 (58.9)	882 (62.5)
มีปัญหาบ้างบางครั้ง	245 (38.8)	152 (29.3)	102 (38.8)	499 (35.3)
มีปัญหาน่าอยครั้ง	10 (1.6)	15 (2.9)	6 (2.3)	31 (2.2)
9. ความเครียดเกี่ยวกับการทำงาน				
ไม่มีเลย	59 (9.4)	76 (14.7)	26 (9.9)	161 (11.4)
มีความเครียดเล็กน้อย	531 (84.2)	409 (79.0)	216 (82.1)	1156 (81.9)
มีความเครียดมาก	41 (6.5)	33 (6.4)	21 (8.0)	95 (6.7)
10. การสูบบุหรี่				
ไม่สูบบุหรี่เลย	434 (68.8)	354 (68.3)	182 (69.2)	970 (68.7)
สูบบ้างโอกาส	86 (13.6)	53 (10.2)	35 (13.3)	174 (12.3)
สูบประจำทุกวัน	42 (6.7)	51 (9.8)	31 (11.8)	124 (8.8)
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	69 (10.9)	60 (11.6)	15 (5.7)	144 (10.2)
11. การดื่มสุรา				
ดื่มประจำ	30 (4.8)	33 (6.4)	24 (9.1)	87 (6.2)
ดื่มบางโอกาส	447 (70.8)	344 (66.4)	177 (67.3)	968 (68.6)
ไม่ดื่มเลย	154 (24.4)	141 (27.2)	62 (23.6)	357 (25.3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะประชากร (ต่อ)

ปัจจัยประชากร	จำนวน (ร้อยละ)			
	สาธารณสุข (n=631)	การศึกษา (n=781)		รวม (n=1412)
		มัธยมศึกษา (n=518)	อาชีวศึกษา (n=263)	
11. สมาชิกรอบตัวสูบบุหรี่				
ไม่มีผู้สูบบุหรี่	335 (53.1)	293 (56.6)	136 (51.7)	764 (54.1)
มีผู้สูบบุหรี่	296 (46.9)	225 (43.4)	127 (48.3)	648 (45.9)
- บิดา/มารดา*	100 (15.8)	47 (9.1)	37 (14.1)	184 (13.0)
- สามี/ภรรยา/บุตร/บิดา*	17 (2.7)	18 (3.5)	6 (2.3)	41 (2.9)
- ญาติพี่น้องที่อย่าร่วมกัน*	98 (15.5)	62 (12.0)	38 (14.4)	198 (14.0)
- ผู้ร่วมงานหน่วยงาน				
เดียวกัน*	131 (20.8)	142 (27.4)	88 (33.5)	361 (25.6)
- เพื่อนใกล้ชิด*	112 (17.7)	74 (14.3)	52 (19.8)	238 (16.9)

* จำนวนสมาชิกรอบตัวที่สูบบุหรี่ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ ร้อยละคำนวณจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกรอบตัวสูบบุหรี่

4.2 ระดับทัศนคติต่อโถยของ การสูบบุหรี่โดยรวม

แบบสอบถามระดับทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.91 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.80 ด้านสังคมมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.79 ด้านการทำงานมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.81 และด้านเศรษฐกิจมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.18

ระดับทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี มีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.24 โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับทัศนคติสูงสุด คือ ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ (คะแนนเฉลี่ย 4.41) และต่ำสุดเป็นด้านผลกระทบต่อสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย 4.21) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.63) ส่วนข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ คนเราไม่รู้วันตายจะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติเพราสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 3.55

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.21) โดยประเด็นในด้านผลกระทบต่อสุขภาพที่มีระดับทัศนคติต่ำสุด ได้แก่ ในเรื่องไม่รู้วันตายจะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติเพราการสูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.55) รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ชนิด Light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา (คะแนนเฉลี่ย

3.72) และการสูบบุหรี่เล็กน้อยหรือสูบให้น้อยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย 3.91) ในด้านผลกระทบด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.25) เมื่อพิจารณา ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่ำสุด ได้แก่ การสูบบุหรี่จะทำให้นุตร/คนใกล้ชิดมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย (คะแนนเฉลี่ย 3.74) และการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ (คะแนนเฉลี่ย 3.80) สำหรับด้านผลกระทบด้านการทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.25) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จะพบว่า การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (คะแนนเฉลี่ย 3.92) ส่วนด้านผลกระทบด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับดี โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.41 พบร่วมกับประเด็น ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้สิ้นเปลืองแต่ก็คุ้มค่า เพราะทำให้หายเครียด (คะแนนเฉลี่ย 4.32) จะมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา
(n=1 412)

ข้อความ	จำนวนคน (ร้อยละ)					\bar{X}	SD
	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด		
ผลกระทบด้านสุขภาพ							
1. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง ^a	6 (0.4)	17 (1.2)	75 (5.3)	302 (21.4)	1012 (71.7)	4.21	0.55
14. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อกัน ข้างเคียงด้วย ^b	63 (4.4)	24 (1.7)	55 (3.9)	186 (13.2)	1084 (76.8)	4.56	0.98
19. การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตราย น้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมด้วย ^c	498 (35.3)	344 (24.4)	351 (24.8)	116 (8.2)	103 (7.3)	3.72	1.23
20. การสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพอ่อนแอ เหนื่อยง่าย ^d	65 (4.6)	58 (4.1)	125 (8.9)	336 (23.8)	828 (58.6)	4.28	1.09
21. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับ หนึ่งของปัญหาสุขภาพของมนุษย์ใน อนาคต ^e	33 (2.3)	30 (2.1)	128 (9.1)	326 (23.1)	895 (63.4)	4.43	0.91
22. แม้สูบบุหรี่ หากทำให้ร่างกายแข็งแรง จะไม่ทำให้เกิดโรคเนื่องมาจากการสูบ บุหรี่ ^f	589 (41.7)	400 (28.3)	238 (16.9)	109 (7.7)	76 (5.4)	3.93	1.17
23. การสูบบุหรี่เล็กน้อย หรือสูบให้ น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อ สุขภาพ ^g	547 (38.7)	440 (31.2)	249 (17.6)	109 (7.7)	67 (4.8)	3.91	1.14
24. การสูบบุหรี่กันกรองสามารถลด อันตรายได้ ^h	632 (44.8)	401 (28.4)	262 (18.5)	63 (4.5)	54 (3.8)	4.06	1.07

ตารางที่ 2 ทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา
(n=1 412) (ต่อ)

ข้อความ	จำนวนคน (ร้อยละ)					\bar{X}	SD
	เห็นด้วย น้อยที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด		
25. การสูบบุหรี่สามารถน้ำหนักໄດ້ ^a	807 (57.2)	368 (26.1)	163 (11.5)	44 (3.1)	30 (2.1)	4.33	0.95
27. คนเราไม่รู้วันตาย จะเชื่อได้อย่างไรว่า จะตายเร็วกว่าปกติเพราการสูบบุหรี่ ^b	502 (35.6)	283 (20.0)	294 (20.8)	151 (10.7)	182 (12.9)	3.55	1.40
28. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศ สูงขึ้น ^b	882 (62.4)	364 (25.8)	107 (7.6)	34 (2.4)	25 (1.8)	4.45	0.87
29. กันกรองในบุหรี่สามารถกรองและ กำจัดสารพิษได้ ^a	746 (52.8)	412 (29.2)	192 (13.6)	46 (3.3)	16 (1.1)	4.29	0.90
30. การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซองไม่ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ^b	1007 (71.3)	288 (20.4)	64 (4.5)	35 (2.5)	18 (1.3)	-	-
ผลกระทบด้านสังคม						4.25	0.56
2. การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องธรรมชาตของ คนทั่วไป ^b	564 (39.9)	326 (23.1)	329 (23.3)	130 (9.2)	63 (4.5)	3.85	1.17
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเครียมนั่นใน คนอยู่ ^b	878 (62.2)	318 (22.5)	136 (9.6)	54 (3.8)	26 (1.9)	4.39	0.94
4. การสูบบุหรี่ถือเป็นพฤติกรรมที่สังคม รังเกิช ^a	111 (7.9)	119 (8.4)	275 (19.5)	345 (24.4)	562 (39.8)	3.80	1.26
5. การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ ด้วยกันยอมรับ ^b	707 (50.1)	364 (25.8)	193 (13.6)	90 (6.4)	58 (4.1)	4.11	1.12
6. การส่งบุหรี่ให้เพื่อนที่สูบและบุคลที่ เพิ่งรู้จักแสดงถึงความมีมนุษย์สัมพันธ์ ที่ดี ^a	769 (54.5)	344 (24.4)	197 (13.9)	72 (5.1)	30 (2.1)	4.24	1.01
7. ถ้าต่านสูบบุหรี่จะทำให้บุตร/คน ใกล้ชิดมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย ^a	142 (10.0)	121 (8.6)	226 (16.0)	391 (27.7)	532 (37.7)	3.74	1.31
11. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้จำกัด ^b	873 (61.8)	363 (25.7)	127 (9.0)	37 (2.6)	12 (0.9)	-	-
12. การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็น ชาชารด ^b	934 (66.2)	319 (22.6)	102 (7.2)	43 (3.0)	14 (1.0)	4.50	0.83
13. การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าเท่ห์เสริม บุคลิกภาพ ^b	968 (68.6)	299 (21.2)	98 (6.9)	31 (2.2)	16 (1.1)	4.54	0.81
15. การสูบบุหรี่จะนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่นๆ เช่น สุรา ยาเสพติด ^a	63 (4.5)	80 (5.7)	166 (11.7)	327 (23.2)	776 (54.9)	4.18	1.12

ตารางที่ 2 ทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา
(n=1 412) (ต่อ)

ข้อความ	จำนวนคน (ร้อยละ)					\bar{X}	SD
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด		
16. การสูบบุหรี่เป็นการฆ่าเวลาคือกว่าอื่นๆ ^a เกษฯ ^b	884 (62.6)	270 (19.1)	134 (9.5)	64 (4.5)	60 (4.3)	4.31	1.09
17. การสูบบุหรี่เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้แก่ เยาวชน ^a	60 (4.3)	27 (1.9)	47 (3.3)	138 (9.8)	1140 (80.7)	4.61	0.96
33. บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากร ทางการศึกษามีควรสูบบุหรี่ ^a	57 (4.0)	42 (3.0)	113 (8.0)	142 (10.1)	1058 (74.9)	4.49	1.04
ผลกระทบด้านการทำงาน						4.25	0.77
8. การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้น่ากลับ ^b	850 (60.2)	367 (26.0)	130 (9.2)	50 (3.5)	15 (1.1)	4.41	0.88
9. การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลาย ความเครียด ^b	603 (42.7)	323 (22.9)	302 (21.4)	138 (9.8)	46 (3.2)	3.92	1.15
10. การสูบบุหรี่ทำให้มีสมาธิในการ ทำงานและสมองประดิษฐ์ไปร่วม ^b	805 (57.0)	340 (24.1)	172 (12.2)	72 (5.1)	23 (1.6)	4.30	0.98
18. การสูบบุหรี่ทำให้เสียเวลาโดยเปล่า ประโยชน์ ^a	64 (4.5)	76 (5.4)	171 (12.1)	271 (19.2)	830 (58.8)	4.22	1.13
26. การสูบบุหรี่ช่วยกระตุ้นให้ว่าง่ายสุด ขึ้น ^b	844 (59.8)	348 (24.6)	150 (10.6)	48 (3.4)	22 (1.6)	4.38	0.92
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ						4.41	0.78
31. การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ^a	91 (6.5)	33 (2.3)	50 (3.5)	154 (10.9)	1084 (76.8)	4.49	1.11
32. ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้สิ้น เปลืองแต่ก็คุ้มค่า เพราะทำให้หายเครียด ^b	835 (59.1)	332 (23.5)	150 (10.6)	56 (4.0)	39 (2.8)	4.32	1.00
ระดับทัศนคติโดยรวม						4.24	0.53

^a ทัศนคติทางด้านบวก ^b ทัศนคติทางด้านลบ

4.3 ระดับทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มประชากร

4.3.1 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่โดยรวมระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา พบว่า บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติแตกต่างจากบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยบุคลากรทางสาธารณสุข มีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.31 สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษา ซึ่งมีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.19 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับทัศนคติของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาต่อ พลังงานด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001, = 0.002, 0.024, < 0.001$ ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 ในด้านพลังงานด้านสุขภาพ บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.29) สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 4.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบประเด็นที่บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติเฉลี่ยสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อกันข้างเคียงด้วยการสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา ถึงจะสูบบุหรี่หากทำให้ร่างกายแข็งแรงเข่นออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอจะไม่ทำให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อยหรือลดจำนวนการสูบให้น้อยลงจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่กันกรองสามารถลดอันตรายได้ การสูบบุหรี่สามารถลดน้ำหนักได้ คนเราไม่รู้วันตายของตัวเองจะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติ เพราะการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้น กันกรองในบุหรี่สามารถกรองและกำจัดสารพิษได้ การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซองไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และประเด็นที่บุคลากรทางการศึกษามีระดับทัศนคติเฉลี่ยสูงกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.009$) พบเพียงประเด็นเดียวคือ บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง ในด้านพลังงานด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติ คะแนนเฉลี่ย 4.30 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับบุคลากรทางการศึกษาซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 4.21 ($p\text{-value} = 0.002$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบประเด็นที่บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติเฉลี่ยสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ถ้าท่านสูบบุหรี่จะทำให้บุตรหรือคนใกล้ชิดของท่านมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นชาติ ชาติ การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าแท้จริง เสริมบุคลิกภาพ การสูบบุหรี่เป็นการฆ่าเวลาดีกว่าอยู่เฉยๆ และบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษาไม่ควรสูบบุหรี่ ในด้านพลังงานด้านการทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษามีระดับทัศนคติแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.024$) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.30 และ 4.20 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบประเด็นที่บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้นานขึ้นและการสูบบุหรี่ช่วยกระตุ้นให้ร่างกายสดชื่น ส่วนในด้านผลกระทบด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.53) สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 4.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติเฉลี่ยสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้ลืมเปลืองค่าใช้จ่าย และถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ลืมเปลืองแต่ก็คุ้มค่า เพราะทำให้หายเครียด แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่เฉลี่ยจำแนกตามกลุ่มประชากร

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	สาธารณสุข (n = 631)	การศึกษา (n = 781)	P-value*
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
1. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง ^a	4.57 ± 0.73	4.67 ± 0.64	0.009
14. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อกันข้างเคียงด้วย ^a	4.63 ± 0.91	4.51 ± 1.03	0.017
19. การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา ^b	3.84 ± 1.18	3.62 ± 1.26	0.001
20. การสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพอ่อนแอ เหนื่องจาก ^a	4.32 ± 1.04	4.25 ± 1.12	0.217
21. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของปัญหาสุขภาพของมนุษย์ในอนาคต ^a	4.38 ± 0.95	4.47 ± 0.88	0.063
22. ถึงจะสูบบุหรี่ หากทำให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ออกรياลลิงกับ พักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ^b	4.07 ± 1.10	3.82 ± 1.22	< 0.001
23. การสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย หรือลดจำนวนการสูบให้น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ^b	4.02 ± 1.08	3.83 ± 1.17	0.001
24. การสูบบุหรี่กับการออกกำลังกายต่อสุขภาพได้ ^a	4.17 ± 0.96	3.97 ± 1.15	< 0.001
25. การสูบบุหรี่สามารถลดน้ำหนักได้ ^a	4.43 ± 0.85	4.25 ± 1.01	< 0.001
27. คนเราไม่รู้วันตายของตัวเอง จะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติเพราะการสูบบุหรี่ ^b	3.69 ± 1.32	3.43 ± 1.45	0.001

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติต่อโภษของการสูบบุหรี่เฉลี่ยจำแนกตามกลุ่มประชากร (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	สาระสนเทศ	การศึกษา	P-value*
	(n = 631)	(n = 781)	
28. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้น ^b	4.57 ± 0.73	4.35 ± 0.95	< 0.001
29. กินกรองในบุหรี่สามารถกรองและกำจัดสารพิษได้ ^b	4.36 ± 0.86	4.24 ± 0.93	0.013
30. การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซองไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ^b	4.67 ± 0.65	4.51 ± 0.89	< 0.001
ผลกระทบด้านสังคม			
2. การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องธรรมชาติของคนทั่วไป ^b	3.90 ± 1.13	3.81 ± 1.21	0.160
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ^b	4.41 ± 0.90	4.38 ± 0.97	0.627
4. การสูบบุหรี่ถือเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ ^b	3.78 ± 1.26	3.81 ± 1.27	0.701
5. การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันยอมรับ ^b	4.17 ± 1.06	4.07 ± 1.16	0.070
6. การส่งบุหรี่ให้เพื่อนที่สูบบุหรี่และบุคคลที่เพิ่งรู้จักเป็นการแสดงถึงความมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี ^b	4.30 ± 0.94	4.19 ± 1.06	0.054
7. ถ้าท่านสูบบุหรี่จะทำให้บุตรหรือคนใกล้ชิดของท่านมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย ^a	3.82 ± 1.27	3.68 ± 1.34	0.041
11. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ง่าย ^b	4.50 ± 0.76	4.41 ± 0.88	0.059
12. การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นชายชาตรี ^b	4.58 ± 0.73	4.44 ± 0.90	0.001
13. การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าเท่ห์ เสริมบุคลิกภาพ ^b	4.61 ± 0.69	4.48 ± 0.89	0.001
15. การสูบบุหรี่จะนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่นๆ เช่น ศุรายาเสพติด ^a	4.17 ± 1.12	4.20 ± 1.12	0.612
16. การสูบบุหรี่เป็นการผ่อนคลาย ^b	4.45 ± 0.96	4.20 ± 1.18	< 0.001
17. การสูบบุหรี่เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้แก่เยาวชน ^a	4.64 ± 0.91	4.58 ± 1.01	0.259
33. บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษามิ่งควรสูบบุหรี่ ^a	4.55 ± 0.96	4.44 ± 1.09	0.049
ผลกระทบด้านการทำงาน			
8. การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้มากขึ้น ^b	4.50 ± 0.76	4.33 ± 0.95	< 0.001
9. การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ^b	3.96 ± 1.11	3.89 ± 1.18	0.274
10. การสูบบุหรี่ทำให้มีสมาธิในการทำงานและสมองประดิษฐ์ ^b	4.32 ± 0.92	4.28 ± 1.02	0.338
18. การสูบบุหรี่ทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ ^a	4.24 ± 1.10	4.21 ± 1.16	0.532
26. การสูบบุหรี่ช่วยกระตุ้นให้ร่างกายสดชื่น ^b	4.45 ± 0.78	4.32 ± 1.01	0.005

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่เฉลี่ยจำแนกตามกลุ่มประชากร (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	สาธารณสุข (n = 631)	การศึกษา (n = 781)	P-value*
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
31. การสูบบุหรี่ทำให้ลืมเปลือกค่าใช้จ่าย ^a	4.64 ± 0.91	4.37 ± 1.24	< 0.001
32. ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ลืมเปลือกค่าใช้จ่ายแต่ก็คุ้มค่า เพราะทำให้หายเครียด ^b	4.41 ± 0.90	4.25 ± 1.07	0.002
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
ผลกระทบด้านสังคม	4.29 ± 0.50	4.15 ± 0.59	< 0.001
ผลกระทบด้านการทำงาน	4.30 ± 0.52	4.21 ± 0.60	0.002
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	4.30 ± 0.71	4.20 ± 0.81	0.024
ระดับทัศนคติโดยรวม	4.53 ± 0.67	4.31 ± 0.85	< 0.001
	4.31 ± 0.48	4.19 ± 0.57	< 0.001

*ทดสอบด้วยสถิติ t-test เปรียบเทียบระดับคะแนนทัศนคติของบุคลากรทางสาธารณสุขกับบุคลากรทางการศึกษาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

^aทัศนคติทางด้านบวก ^bทัศนคติทางด้านลบ

4.3.2 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่โดยรวมระหว่างบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษา พบว่า บุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษาที่ 4.23 ± 0.11 ตามลำดับ ($p\text{-value} = 0.006$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติต่อผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจสูงกว่าบุคลากรระดับอาชีวศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.023, = 0.012, = 0.002$ และ $= 0.047$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ในด้านผลกระทบด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างบุคลากรระดับมัธยมศึกษามี คะแนนเฉลี่ย 4.18 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับบุคลากรระดับอาชีวศึกษาซึ่งมีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.08 ($p\text{-value} = 0.023$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ประเด็นที่บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรระดับอาชีวศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ ถึงจะสูบบุหรี่หากทำให้ร่างกายแข็งแรงเช่นออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่

คนเราไม่รู้วันตายของตัวเองจะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติเพราะการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้นและการสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซอง ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในด้านผลกระทบด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างบุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.25) แตกต่างกับบุคลากรระดับอาชีวศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 4.13) อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.012$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรระดับอาชีวศึกษายอดเยี่ยงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องธรรมชาติของคนทั่วไป การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเสื่อมมั่นในตนเอง การส่งบุหรี่ให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันและบุคคลที่เพิ่งรู้จักเป็นการแสดงถึงความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ง่าย การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นชายชาติรีและการสูบบุหรี่เป็นการม่าเรลาดีกิว่าอยู่เช่นๆ ในด้านผลกระทบด้านการทำงาน กลุ่มบุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.27) แตกต่างกับบุคลากรระดับอาชีวศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 4.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ประเด็นที่บุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติเฉลี่ยสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษายอดเยี่ยงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้มากขึ้น การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด การสูบบุหรี่ทำให้มีสมาธิในการทำงานและสมองป्रοดปòรòงและการสูบบุหรี่ช่วยกระตุ้นให้ร่างกายสดชื่น สำหรับด้านผลกระทบด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างบุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.36) แตกต่างกับบุคลากรระดับอาชีวศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 4.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.047$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบ ประเด็นที่บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรระดับอาชีวศึกษายอดเยี่ยงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้สิ้นเปลืองแต่ก็คุ้มค่า เพราะทำให้หายเครียด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรทางการศึกษา

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	มัชymศึกษา	อาชีวศึกษา	P-value*
	(n = 518)	(n = 263)	
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
1. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง ^a	4.65 ± 0.65	4.71 ± 0.60	0.241
14. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อคนข้างเคียงด้วย ^a	4.54 ± 1.01	4.43 ± 1.07	0.142
19. การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา ^b	3.66 ± 1.24	3.55 ± 1.29	0.238
20. การสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพอ่อนแอ เหนื่อง่าย ^a	4.21 ± 1.17	4.31 ± 1.02	0.220
21. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของปัญหา สุขภาพของมนุษย์ในอนาคต ^a	4.47 ± 0.89	4.47 ± 0.87	0.995
22. ถึงจะสูบบุหรี่ หากทำให้ร่างกายแข็งแรง (ออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ) จะไม่ทำให้เกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ^b	3.90 ± 1.21	3.68 ± 1.23	0.017
23. การสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย หรือลดจำนวนการสูบให้น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ^b	3.88 ± 1.15	3.72 ± 1.21	0.063
24. การสูบบุหรี่กันกรองสามารถลดอันตรายได้ ^a	4.01 ± 1.11	3.87 ± 1.21	0.110
25. การสูบบุหรี่สามารถลดน้ำหนักได้ ^a	4.28 ± 0.97	4.21 ± 1.10	0.356
27. คนเราไม่รู้วันตายของตัวเอง จะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติเพราการสูบบุหรี่ ^b	3.51 ± 1.46	3.28 ± 1.42	0.036
28. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้น ^b	4.40 ± 0.88	4.24 ± 1.09	0.047
29. กันกรองในบุหรี่สามารถกรองและกำจัดสารพิษได้ ^a	4.28 ± 0.88	4.16 ± 1.01	0.101
30. การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซองไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ^b	4.55 ± 0.82	4.41 ± 1.01	0.047
ผลกระทบด้านสังคม			
2. การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องธรรมชาติของคนทั่วไป ^b	3.97 ± 1.11	3.50 ± 1.33	< 0.001
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ^b	4.45 ± 0.88	4.24 ± 1.11	0.008
4. การสูบบุหรี่ ถือเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ ^a	3.78 ± 1.29	3.88 ± 1.23	0.288
5. การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันยอมรับ ^b	4.07 ± 1.16	4.06 ± 1.17	0.939
6. การสูบบุหรี่ให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันและบุคคลที่เพิ่งรู้จัก เป็นการแสดงถึงความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ^b	4.27 ± 1.02	4.05 ± 1.14	0.008
7. ถ้าห้ามสูบบุหรี่จะทำให้บุตรหรือคนใกล้ชิดของท่านมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย ^a	3.69 ± 1.37	3.66 ± 1.30	0.787
11. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได่ง่าย ^b	4.47 ± 0.84	4.30 ± 0.95	0.018

ตารางที่ 4 ระดับทัศนคติต่อ ไทยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรทางการศึกษา (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	นักเรียนศึกษา (n = 518)	อาชีวศึกษา (n = 263)	P-value*
12. การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นชายชาตรี ^b	4.49 ± 0.83	4.33 ± 1.02	0.024
13. การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าเท่ห์ เสริมบุคลิกภาพ ^b	4.52 ± 0.82	4.39 ± 1.01	0.064
15. การสูบบุหรี่จะนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่น เช่น สุรา ยาเสพติด ^a	4.20 ± 1.13	4.19 ± 1.12	0.883
16. การสูบบุหรี่เป็นการจ่าเวลาเด็กว่าอยู่เฉยๆ ^b	4.28 ± 1.10	4.04 ± 1.30	0.010
17. การสูบบุหรี่เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้แก่เยาวชน ^a	4.59 ± 1.01	4.57 ± 1.00	0.752
33. บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษาไม่ควรสูบบุหรี่ ^a	4.41 ± 1.13	4.51 ± 1.01	0.229
สูบบุหรี่^a			
ผลกระทบด้านการทำงาน			
8. การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้นานขึ้น ^b	4.40 ± 0.87	4.19 ± 1.07	0.006
9. การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ^b	3.98 ± 1.13	3.70 ± 1.25	0.002
10. การสูบบุหรี่ทำให้มีสมาธิในการทำงานและสนองป्रอค์ ไปร่อง ^b	4.35 ± 0.97	4.13 ± 1.11	0.006
18. การสูบบุหรี่ทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ ^a	4.24 ± 1.16	4.13 ± 1.17	0.210
26. การสูบบุหรี่ช่วยระคุนให้ร่างกายสดชื่น ^b	4.38 ± 0.96	4.20 ± 1.09	0.023
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
31. การสูบบุหรี่ทำให้เสื่อมเปลืองค่าใช้จ่าย ^a	4.36 ± 1.26	4.40 ± 1.19	0.654
32. ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เสื่อมเปลืองแต่ก็คุ้มค่า เพราะทำให้หายเครียด ^b	4.35 ± 0.94	4.05 ± 1.26	0.001
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
ผลกระทบด้านสังคม	4.18 ± 0.57	4.08 ± 0.63	0.023
ผลกระทบด้านการทำงาน	4.25 ± 0.58	4.13 ± 0.62	0.012
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	4.27 ± 0.78	4.07 ± 0.86	0.002
ผลกระทบด้านสุขภาพ	4.36 ± 0.83	4.22 ± 0.89	0.047
ระดับทัศนคติโดยรวม	4.23 ± 0.54	4.11 ± 0.61	0.006

*ทดสอบด้วยสถิติ t-test เปรียบเทียบระดับคะแนนทัศนคติของบุคลากรทางการศึกษาระดับ

นักเรียนศึกษาและอาชีวศึกษาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

^a ทัศนคติทางด้านบวก ^b ทัศนคติทางด้านลบ

4.4 ระดับทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่ จำแนกตาม พฤติกรรมการสูบบุหรี่

เมื่อพิจารณาในภาพรวม เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่ ของกลุ่ม ตัวอย่าง จำแนกตาม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบร่วง กลุ่ม ตัวอย่าง ที่ไม่สูบบุหรี่ (รวมถึงเคยสูบแต่เลิก แล้ว) มีระดับทัศนคติแตกต่าง กับ กลุ่ม ตัวอย่าง ที่สูบบุหรี่ (หมายถึง สูบบ้าง โอกาสและสูบประจำ) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดย กลุ่ม ที่ไม่สูบบุหรี่ มีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.34) สูงกว่า กลุ่ม ตัวอย่าง ที่สูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.87) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบร่วง กลุ่ม ตัวอย่าง ที่ไม่สูบบุหรี่ มีระดับทัศนคติสูงกว่า กลุ่ม ตัวอย่าง ที่สูบบุหรี่ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ใน ทำนองเดียวกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ คำ ตาม จะเห็นว่า กลุ่ม ตัวอย่าง ที่มี พฤติกรรมสูบบุหรี่ มีระดับทัศนคติ ต่ำกว่า กลุ่ม ที่ไม่สูบบุหรี่ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ใน ทุก ข้อ คำ ตาม ดังแสดง ในตารางที่ 5

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณา เปรียบเทียบ ระดับทัศนคติ ของ กลุ่ม ตัวอย่าง ที่สูบบุหรี่ และ ไม่สูบบุหรี่ จำแนกตาม กลุ่ม ประชากร (สาขาวัสดุ และ การศึกษา) จะพบว่า ผล การศึกษา ทั้ง ใน บุคลากร สาขาวัสดุ และ การศึกษา จะ เป็น ใน ทิศทาง เดียวกัน กลุ่ม ตัวอย่าง ที่ไม่สูบบุหรี่ จะ มี ระดับทัศนคติ ใน ทุกด้าน และ ทุก ข้อ คำ ตาม สูง กว่า กลุ่ม ตัวอย่าง ที่สูบบุหรี่ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ยกเว้น ใน กลุ่ม บุคลากร ทาง สาขาวัสดุ พบร่วง กลุ่ม ที่สูบบุหรี่ และ ไม่สูบบุหรี่ มี ระดับทัศนคติ ที่ไม่แตกต่าง กัน ใน บาง ประเด็น ได้แก่ การสูบบุหรี่ ทำให้เกิด อันตราย ต่อ คุณ ข้าง เคียง ด้วย การสูบบุหรี่ ชนิด light มี อันตราย น้อย กว่า การสูบบุหรี่ ชนิด ธรรมดา การสูบบุหรี่ ทำให้ สุขภาพ อ่อนแ 弱 เหนื่อย ง่าย การสูบบุหรี่ เป็น สาเหตุ สำคัญ อันดับ หนึ่ง ของ ปัญหา สุขภาพ ของ มนุษย์ ใน อนาคต การสูบบุหรี่ ทำให้เกิด ความ เชื่อมั่น ใน ตนเอง การสูบบุหรี่ ถือ เป็น พฤติกรรม ที่ สังคม รังเกียจ และ การสูบบุหรี่ ทำให้ เพื่อน ที่สูบบุหรี่ ด้วย กัน ยอมรับ และ ใน กลุ่ม บุคลากร ทาง การศึกษา พบร่วง กลุ่ม ที่สูบบุหรี่ และ ไม่สูบบุหรี่ มี ระดับ ทัศนคติ ที่ไม่แตกต่าง กัน ใน บาง ประเด็น ได้แก่ การสูบบุหรี่ ทำให้ สุขภาพ อ่อนแ 弱 เหนื่อย ง่าย การสูบบุหรี่ ถือ เป็น พฤติกรรม ที่ สังคม รังเกียจ และ การสูบบุหรี่ ทำให้ สื้นเปลือง ค่าใช้จ่าย ดัง แสดง ใน ตาราง ที่ 6 และ ตาราง ที่ 7

ตารางที่ 5 ระดับทัศนคติต่อ โถยของ การสูบบุหรี่ เคลื่อนย้ายจำแนกตาม พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	ไม่สูบบุหรี่ (n = 1114)	สูบบุหรี่ (n = 298)	P-value*
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
1. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง ^a	4.67 ± 0.65	4.48 ± 0.77	< 0.001
14. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อคนข้างเคียงด้วย ^a	4.60 ± 0.98	4.40 ± 0.98	0.001
19. การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา ^b	3.80 ± 1.20	3.42 ± 1.27	< 0.001
20. การสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพอ่อนแอ เหนื่อยง่าย ^a	4.31 ± 1.10	4.16 ± 1.04	0.043
21. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของปัญหา สุขภาพของมนุษย์ในอนาคต ^a	4.48 ± 0.90	4.26 ± 0.93	< 0.001
22. ถึงจะสูบบุหรี่ หากทำให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ^b	4.06 ± 1.13	3.45 ± 1.20	< 0.001
23. การสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย หรือลดจำนวนการสูบให้น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ^b	4.03 ± 1.10	3.50 ± 1.20	< 0.001
24. การสูบบุหรี่กันกรองสามารถลดอันตรายได้ ^a	4.17 ± 1.02	3.65 ± 1.18	< 0.001
25. การสูบบุหรี่สามารถลดค่าน้ำหนักได้ ^a	4.42 ± 0.88	4.01 ± 1.09	< 0.001
27. คนเราไม่รู้วันตายของตัวเอง จะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติ เพราะการสูบบุหรี่ ^b	3.68 ± 1.38	3.05 ± 1.32	< 0.001
28. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้น ^b	4.51 ± 0.84	4.22 ± 0.93	< 0.001
29. กันกรองในบุหรี่สามารถกรองและกำจัดสารพิษได้ ^a	4.38 ± 0.86	3.98 ± 0.99	< 0.001
30. การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซอง ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ^b	4.64 ± 0.75	4.34 ± 0.91	< 0.001
ผลกระทบด้านสังคม			
2. การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องธรรมชาติของคนทั่วไป ^b	4.01 ± 1.11	3.25 ± 1.22	< 0.001
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเสื่อมนั่นในคนเอง ^b	4.49 ± 0.87	4.02 ± 1.08	< 0.001
4. การสูบบุหรี่ ถือเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ ^a	3.84 ± 1.28	3.64 ± 1.21	0.017
5. การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันยอมรับ ^b	4.21 ± 1.09	3.75 ± 1.15	< 0.001
6. การส่งบุหรี่ให้เพื่อนที่สูบบุหรี่และบุคคลที่เพิ่งรู้จัก เป็นการแสดงถึงความมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี ^b	4.37 ± 0.93	3.76 ± 1.16	< 0.001
7. ถ้าท่านสูบบุหรี่จะทำให้บุตรหรือคนใกล้ชิดของท่านมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย ^b	3.81 ± 1.30	3.48 ± 1.33	< 0.001
11. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ง่าย ^b	4.55 ± 0.73	4.08 ± 1.04	< 0.001

ตารางที่ 5 ระดับทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่เฉลี่ยจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	ไม่สูบบุหรี่ ¹ (n = 1114)	สูบบุหรี่ ² (n = 298)	P-value*
12. การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นชาชารี ^b	4.59 ± 0.76	4.16 ± 1.00	< 0.001
13. การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าเท่านี้ เสริมนุคลิกภาพ ^b	4.62 ± 0.74	4.24 ± 0.96	< 0.001
15. การสูบบุหรี่จะนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่นๆ เช่น สารยาเสพติด ^a	4.28 ± 1.07	3.84 ± 1.25	< 0.001
16. การสูบบุหรี่เป็นการฆ่าเวลาคือว่าอยู่เฉยๆ ^b	4.48 ± 0.98	3.69 ± 1.24	< 0.001
17. การสูบบุหรี่เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้แก่เยาวชน ^a	4.66 ± 0.92	4.40 ± 1.09	< 0.001
33. บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษามีนิรภัยสูบบุหรี่ ^a	4.55 ± 1.02	4.24 ± 1.07	< 0.001
ผลกระทบด้านการทำงาน			
8. การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้มากขึ้น ^b	4.54 ± 0.76	3.91 ± 1.08	< 0.001
9. การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ^b	4.17 ± 1.00	2.97 ± 1.17	< 0.001
10. การสูบบุหรี่ทำให้มีสมาธิในการทำงานและสมอง ^b ปรอดไปร่อง ^b	4.46 ± 0.84	3.68 ± 1.18	< 0.001
18. การสูบบุหรี่ทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ ^a	4.34 ± 1.09	3.77 ± 1.18	< 0.001
26. การสูบบุหรี่ช่วยกระตุนให้ร่างกายสดชื่น ^b	4.50 ± 0.80	3.93 ± 1.15	< 0.001
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
31. การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ^a	4.52 ± 1.13	4.38 ± 1.03	0.048
32. ถึงแม่ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้สิ้นเปลืองแต่ก็คุ้มค่า ^a เพราะทำให้หายเครียด ^b	4.48 ± 0.87	3.73 ± 1.22	< 0.001
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
ผลกระทบด้านสังคม	4.29 ± 0.52	3.92 ± 0.58	< 0.001
ผลกระทบด้านการทำงาน	4.34 ± 0.51	3.89 ± 0.60	< 0.001
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	4.40 ± 0.66	3.65 ± 0.86	< 0.001
ระดับทัศนคติโดยรวม	4.50 ± 0.74	4.05 ± 0.85	< 0.001
ผลกระทบด้านสุขภาพ	4.34 ± 0.47	3.87 ± 0.57	< 0.001

*ทดสอบด้วยสถิติ t-test เปรียบเทียบระดับคะแนนทัศนคติต่อโภชของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่กับกลุ่มที่สูบบุหรี่ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

¹ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือเคยสูบแต่เลิกแล้ว ² กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ บางโอกาสหรือสูบประจำ

^a ทัศนคติทางด้านบวก ^b ทัศนคติทางด้านลบ

ตารางที่ 6 ระดับทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	ไม่สูบบุหรี่ ¹ (n = 503)	สูบบุหรี่ ² (n = 128)	P-value*
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
1. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง ^a	4.63 ± 0.69	4.37 ± 0.85	0.002
14. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อคนข้างเคียงด้วย ^a	4.66 ± 0.90	4.51 ± 0.93	0.091
19. การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา ^b	3.88 ± 1.17	3.71 ± 1.19	0.156
20. การสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพอ่อนแอ เหนื่อยจ่าย ^a	4.33 ± 1.05	4.25 ± 1.00	0.415
21. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของปัญหาสุขภาพของมนุษย์ในอนาคต ^a	4.40 ± 0.96	4.30 ± 0.92	0.267
22. ถึงจะสูบบุหรี่ หากทำให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ^b	4.16 ± 1.08	3.73 ± 1.08	< 0.001
23. การสูบบุหรี่เพียงเดือนน้อย หรือลดจำนวนการสูบให้น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ^b	4.10 ± 1.05	3.70 ± 1.15	< 0.001
24. การสูบบุหรี่กันกรองสามารถลดอันตรายได้ ^a	4.25 ± 0.93	3.88 ± 1.05	< 0.001
25. การสูบบุหรี่สามารถลดคนหนักได้ ^a	4.47 ± 0.83	4.24 ± 0.91	0.006
27. คนเราไม่รู้วันตายของตัวเอง จะเชื่อได้ย่างไรว่าจะตายเร็ว กว่าปกติ เพราะการสูบบุหรี่ ^a	3.79 ± 1.31	3.29 ± 1.27	< 0.001
28. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้น ^a	4.62 ± 0.70	4.40 ± 0.84	0.007
29. กันกรองในบุหรี่สามารถกรองและกำจัดสารพิษได้ ^a	4.41 ± 0.85	4.17 ± 0.89	0.006
30. การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซองไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ^b	4.71 ± 0.62	4.52 ± 0.75	0.010
ผลกระทบด้านสังคม			
2. การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องธรรมชาติของคนทั่วไป ^a	4.05 ± 1.06	3.29 ± 1.18	< 0.001
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเสื่อมนั่นในคนเอง ^a	4.44 ± 0.92	4.27 ± 0.82	0.060
4. การสูบบุหรี่ถือเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ ^a	3.83 ± 1.27	3.59 ± 1.19	0.055
5. การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ค้ายกันยอมรับ ^b	4.20 ± 1.08	4.05 ± 0.95	0.104
6. การส่งบุหรี่ให้เพื่อนที่สูบบุหรี่และบุคคลที่เพิ่งรู้จักเป็นการแสดงถึงความมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี ^b	4.37 ± 0.91	4.01 ± 1.01	< 0.001
7. ถ้าท่านสูบบุหรี่จะทำให้บุตรหรือคนใกล้ชิดของท่านมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย ^a	3.89 ± 1.24	3.55 ± 1.33	0.009
11. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ยาก ^b	4.55 ± 0.71	4.29 ± 0.87	0.002

ตารางที่ 6 ระดับทัศนคติต่อโถงของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	ไม่สูบบุหรี่ ¹ (n = 503)	สูบบุหรี่ ² (n = 128)	P-value*
12. การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นชาช่าครึ่ง ^b	4.62 ± 0.72	4.38 ± 0.76	0.001
13. การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าเทห์ เสริมบุคลิกภาพ ^b	4.65 ± 0.69	4.47 ± 0.66	0.007
15. การสูบบุหรี่จะนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่นๆ เช่น สารยาเสพติด ^a	4.23 ± 1.09	3.94 ± 1.23	0.016
16. การสูบบุหรี่เป็นการฆ่าเวลาดีกว่าอยู่เฉยๆ ^b	4.58 ± 0.85	3.95 ± 1.17	< 0.001
17. การสูบบุหรี่เป็นตัวอย่างที่ไม่คิดให้แก่เยาวชน ^a	4.68 ± 0.87	4.48 ± 1.03	0.049
33. บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษาไม่ควรสูบบุหรี่ ^a	4.64 ± 0.90	4.20 ± 1.10	< 0.001
ผลกระทบด้านการทำงาน			
8. การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้นานขึ้น ^b	4.60 ± 0.69	4.13 ± 0.90	< 0.001
9. การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ^b	4.16 ± 1.00	3.15 ± 1.14	< 0.001
10. การสูบบุหรี่ทำให้มีสมาธิในการทำงานและสมองบroke ไปร่อง ^b	4.46 ± 0.82	3.79 ± 1.08	< 0.001
18. การสูบบุหรี่ทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ ^a	4.36 ± 1.05	3.79 ± 1.18	< 0.001
26. การสูบบุหรี่ช่วยกระตุ้นให้ร่างกายสดชื่น ^b	4.52 ± 0.74	4.19 ± 0.89	< 0.001
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
31. การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ^a	4.69 ± 0.87	4.45 ± 1.03	0.018
32. ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้สิ้นเปลืองแต่ก็คุ้มค่า เพราะทำให้หายเครียด ^b	4.52 ± 0.82	4.00 ± 1.07	< 0.001
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
ผลกระทบด้านสังคม			
ผลกระทบด้านการทำงาน			
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
ระดับทัศนคติโดยรวม	4.38 ± 0.44	4.03 ± 0.50	< 0.001

*ทดสอบด้วยสถิติ t-test เปรียบเทียบระดับคะแนนทัศนคติต่อโถงของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขระหว่างคนที่ไม่สูบบุหรี่กับคนที่สูบบุหรี่ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

¹กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือเคยสูบแต่เลิกแล้ว ²กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่บางโอกาสหรือสูบประจำ

^aทัศนคติทางด้านบวก ^bทัศนคติทางด้านลบ

ตารางที่ 7 ระดับทัศนคติต่อโถงของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	ไม่สูบบุหรี่ ¹ (n = 611)	สูบบุหรี่ ² (n = 170)	P-value*
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
1. บุหรี่เป็นสิ่งสกปรกชนิดหนึ่ง ^a	4.70 ± 0.61	4.56 ± 0.70	0.018
14. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อคนข้างเคียงด้วย ^a	4.56 ± 1.03	4.32 ± 1.01	0.007
19. การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา ^b	3.74 ± 1.23	3.20 ± 1.29	< 0.001
20. การสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพอ่อนแอ เหนื่อยง่าย ^a	4.29 ± 1.13	4.10 ± 1.06	0.055
21. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของปัญหาสุขภาพของมนุษย์ในอนาคต ^a	4.54 ± 0.85	4.24 ± 0.95	< 0.001
22. ถึงจะสูบบุหรี่ หากทำให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ออกร้าวกาย พักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ^b	3.99 ± 1.16	3.24 ± 1.25	< 0.001
23. การสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย หรือลดจำนวนการสูบให้น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ^b	3.96 ± 1.13	3.35 ± 1.21	< 0.001
24. การสูบบุหรี่กันกรองสามารถลดอันตรายได้ ^a	4.10 ± 1.08	3.47 ± 1.24	< 0.001
25. การสูบบุหรี่สามารถลดค่าน้ำหนักได้ ^a	4.37 ± 0.93	3.83 ± 1.18	< 0.001
27. คนเราไม่รู้วันตายของตัวเอง จะเชื่อได้ย่างไรว่าจะตายเร็ว กว่าปกติเพราการสูบบุหรี่ ^b	3.59 ± 1.44	2.88 ± 1.34	< 0.001
28. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้น ^b	4.42 ± 0.94	4.09 ± 0.97	< 0.001
29. กันกรองในบุหรี่สามารถกรองและกำจัดสารพิษได้ ^a	4.35 ± 0.86	3.84 ± 1.04	< 0.001
30. การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซองไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ^b	4.59 ± 0.85	4.20 ± 0.99	< 0.001
ผลกระทบด้านสังคม			
2. การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องธรรมชาติของคนทั่วไป ^a	3.97 ± 1.15	3.22 ± 1.25	< 0.001
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเสื่อมมั่นในตนเอง ^a	4.54 ± 0.83	3.82 ± 1.20	< 0.001
4. การสูบบุหรี่ถือเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ ^a	3.85 ± 1.28	3.68 ± 1.22	0.137
5. การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันยอมรับ ^b	4.22 ± 1.09	3.52 ± 1.24	< 0.001
6. การส่งบุหรี่ให้เพื่อนที่สูบบุหรี่และบุคคลที่เพิ่งรู้จักเป็นการแสดงถึงความมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี ^b	4.36 ± 0.94	3.58 ± 1.24	< 0.001
7. ถ้าท่านสูบบุหรี่จะทำให้บุตรหรือคนใกล้ชิดของท่านมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย ^a	3.75 ± 1.34	3.43 ± 1.32	0.006
11. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ง่าย ^b	4.55 ± 0.75	3.93 ± 1.12	< 0.001

ตารางที่ 7 ระดับทัศนคติต่อトイของ การสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาจำแนกตามพฤติกรรม
การสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		P-value*
	ไม่สูบบุหรี่ ¹ (n = 611)	สูบบุหรี่ ² (n = 170)	
12. การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นชาชารี ^b	4.56 ± 0.79	4.00 ± 1.13	< 0.001
13. การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าเทห์ เสริมบุคลิกภาพ ^b	4.59 ± 0.78	4.07 ± 1.11	< 0.001
15. การสูบบุหรี่จะนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่นๆ เช่น ยาเสพติด ^a	4.32 ± 1.05	3.77 ± 1.26	< 0.001
16. การสูบบุหรี่เป็นการม่าเวลากิจวัตรอย่างๆ ^b	4.40 ± 1.07	3.51 ± 1.27	< 0.001
17. การสูบบุหรี่เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้แก่เยาวชน ^a	4.65 ± 0.96	4.34 ± 1.13	0.001
33. บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษามีควรสูบบุหรี่ ^a	4.49 ± 1.10	4.28 ± 1.06	0.027
ผลรวมด้านการทำงาน			
8. การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้มากขึ้น ^b	4.49 ± 0.81	3.75 ± 1.17	< 0.001
9. การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ^b	4.18 ± 1.00	2.84 ± 1.18	< 0.001
10. การสูบบุหรี่ทำให้มีสมาธิในการทำงานและสมองปลอดโปร่ง ^b	4.46 ± 0.86	3.61 ± 1.25	< 0.001
18. การสูบบุหรี่ทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ ^a	4.33 ± 1.12	3.75 ± 1.18	< 0.001
26. การสูบบุหรี่ช่วยกระตุ้นให้ว่างกายสดชื่น ^b	4.48 ± 0.85	3.73 ± 1.27	< 0.001
ผลรวมด้านเศรษฐกิจ			
31. การสูบบุหรี่ทำให้เก็บเงินเพลื่องค่าใช้จ่าย ^a	4.38 ± 1.29	4.32 ± 1.02	0.570
32. ลึกลับเมื่อการสูบบุหรี่จะทำให้เก็บเงินเพลื่องแต่กีดูมค่าเพราะทำให้หายเครียด ^b	4.45 ± 0.90	3.52 ± 1.28	< 0.001
ผลรวมด้านสุขภาพ			
ผลรวมด้านสังคม	4.25 ± 0.54	3.79 ± 0.62	< 0.001
ผลรวมด้านการทำงาน	4.33 ± 0.53	3.78 ± 0.63	< 0.001
ผลรวมด้านเศรษฐกิจ	4.39 ± 0.68	3.53 ± 0.92	< 0.001
ผลรวมด้านความคิดเห็น	4.42 ± 0.81	3.92 ± 0.88	< 0.001
ระดับทัศนคติโดยรวม	4.31 ± 0.50	3.76 ± 0.60	< 0.001

*ทดสอบคุณสมบัติ t-test เปรียบเทียบระดับคะแนนทัศนคติต่อトイของ การสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาระหว่างคนที่ไม่สูบบุหรี่กับคนที่สูบบุหรี่ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

¹กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือเคยสูบแต่เลิกแล้ว ²กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่บางโอกาส หรือสูบประจำ

^aทัศนคติทางด้านบวก ^bทัศนคติทางด้านลบ

4.5 ระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มประชากร

4.5.1 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่โดยรวมระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ พบว่า บุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.03) สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.76) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับทัศนคติของบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่และบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ ต่อผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001, < 0.001, = 0.005$ และ 0.002 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 8

ในด้านผลกระทบด้านสุขภาพ บุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.08) สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ การสูบบุหรี่ชนิด light มืออันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา ถึงจะสูบบุหรี่หากทำให้ร่างกายแข็งแรงเข่นออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อยหรือลดจำนวนการสูบให้น้อยลงจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่กันกรองสามารถลดอันตรายได้ การสูบบุหรี่สามารถลดคนหน้าหนักได้ คนเราไม่รู้วันตายของตัวเองจะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติ เพราะการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้น กันกรองในบุหรี่สามารถกรองและกำจัดสารพิษได้ การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซองไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และประเด็นที่บุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง ในด้านผลกระทบด้านสังคม บุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.04 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ซึ่งมี คะแนนเฉลี่ย 3.78 ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ประเด็นที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันยอมรับ การส่งบุหรี่ให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันและบุคคลที่เพิ่งรู้จักเป็นการแสดงถึงความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ง่าย การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นชาญชาตรี การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าเทห์ เสริม

บุคลิกภาพและการสูบบุหรี่เป็นการ慢ๆ เวลาดีกว่าอยู่เฉยๆ ในด้านผลกระทบด้านการทำงาน บุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 3.81) สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.53) อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.005$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้นานขึ้น การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดและการสูบบุหรี่ช่วยกระตุ้นให้ร่างกายสดชื่น ในด้านผลกระทบด้านเศรษฐกิจ บุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.23) สูงกว่า บุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.92) อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.002$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ตื้นเปลือยแต่ก็คุ้มค่า เพราะทำให้หายเครียด ดังแสดงในตารางที่ 8

4.5.2 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

เมื่อพิจารณาในภาพรวม เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่ของ บุคลากรทางการศึกษาระหว่างบุคลากรระดับมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษาที่สูบบุหรี่ พนบฯ บุคลากรระดับมัธยมศึกษาที่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 3.80) ไม่แตกต่างจากบุคลากรระดับอาชีวศึกษาที่สูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.68) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า บุคลากรระดับมัธยมศึกษาที่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติต่อผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจ ไม่แตกต่างจากบุคลากรระดับอาชีวศึกษาที่สูบบุหรี่ ในทำนองเดียวกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถามจะเห็นว่าบุคลากรทั้ง 2 กลุ่มนี้ระดับทัศนคติไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในบางข้อคำถาม บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรระดับอาชีวศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ได้แก่ การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องธรรมชาติของคนทั่วไป การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ตื้นเปลือยแต่ก็คุ้มค่า เพราะทำให้หายเครียด ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 8 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	สาสารณสูญ	การศึกษา	P-value*
	(n = 128)	(n = 170)	
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
1. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง ^a	4.37 ± 0.85	4.56 ± 0.70	0.039
14. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อคนข้างเคียงด้วย ^a	4.51 ± 0.93	4.32 ± 1.01	0.096
19. การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา ^b	3.71 ± 1.19	3.20 ± 1.29	0.001
20. การสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพอ่อนแอดเนื่อยง่าย ^a	4.25 ± 1.00	4.10 ± 1.06	0.217
21. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของปัญหาสุขภาพของมนุษย์ในอนาคต ^a	4.30 ± 0.92	4.24 ± 0.95	0.574
22. ถึงแม้จะสูบบุหรี่ หากทำให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ออกรถลังกาย พักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ^b	3.73 ± 1.08	3.24 ± 1.25	< 0.001
23. การสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย หรือลดจำนวนการสูบให้น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ^b	3.70 ± 1.15	3.35 ± 1.21	0.011
24. การสูบบุหรี่กันกรองสามารถลดอันตรายได้ ^a	3.88 ± 1.05	3.47 ± 1.24	0.002
25. การสูบบุหรี่สามารถลดน้ำหนักได้ ^a	4.24 ± 0.91	3.83 ± 1.18	0.001
27. คนเราไม่รู้วันตายของตัวเอง จะเชื่อได้อ่ายไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติ เพราะการสูบบุหรี่ ^b	3.29 ± 1.27	2.88 ± 1.34	0.008
28. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้น ^b	4.40 ± 0.84	4.09 ± 0.97	0.005
29. กันกรองในบุหรี่สามารถกรองและกำจัดสารพิษได้ ^a	4.17 ± 0.89	3.84 ± 1.04	0.004
30. การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซองไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ^b	4.52 ± 0.75	4.20 ± 0.99	0.001
ผลกระทบด้านสังคม			
2. การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องชั่วร้ายของคนทั่วไป ^b	3.29 ± 1.18	3.22 ± 1.25	0.647
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ^b	4.27 ± 0.82	3.82 ± 1.20	< 0.001
4. การสูบบุหรี่ถือเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ ^a	3.59 ± 1.19	3.68 ± 1.22	0.531
5. การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันยอมรับ ^a	4.05 ± 0.95	3.52 ± 1.24	< 0.001
6. การส่งบุหรี่ให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันและบุคคลที่เพิ่งรู้จักเป็นการแสดงถึงความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ^a	4.01 ± 1.01	3.58 ± 1.24	0.001
7. ถ้าท่านสูบบุหรี่จะทำให้บุตรหรือคนใกล้ชิดของท่านมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย ^a	3.55 ± 1.33	3.43 ± 1.32	0.450
11. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ยาก ^b	4.29 ± 0.87	3.93 ± 1.12	0.002
12. การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นชาชาร์ ^b	4.38 ± 0.76	4.00 ± 1.13	0.001

ตารางที่ 8 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	สารารณสุข	การศึกษา	P-value*
	(n = 128)	(n = 170)	
13. การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าเท่ห์ เสริมบุคลิกภาพ ^b	4.47 ± 0.66	4.07 ± 1.11	< 0.001
15. การสูบบุหรี่จะนำไปสู่สิ่งเดพดิคื่นๆ เช่น สุรา ยาเสพติด ^a	3.94 ± 1.23	3.77 ± 1.26	0.254
16. การสูบบุหรี่เป็นการผ่อนคลายความเครียด ^b	3.95 ± 1.17	3.51 ± 1.27	0.002
17. การสูบบุหรี่เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้แก่เยาวชน ^a	4.48 ± 1.03	4.34 ± 1.13	0.242
33. บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษามิ่งควรสูบบุหรี่ ^a	4.20 ± 1.10	4.28 ± 1.06	0.561
ผลกระทบด้านการทำงาน			
8. การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้นานขึ้น ^b	4.13 ± 0.90	3.75 ± 1.17	0.002
9. การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ^b	3.15 ± 1.14	2.84 ± 1.18	0.022
10. การสูบบุหรี่ทำให้มีสมาธิในการทำงานและสมองปลอดโปร่ง ^b	3.79 ± 1.08	3.61 ± 1.25	0.176
18. การสูบบุหรี่ทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ ^a	3.79 ± 1.18	3.75 ± 1.18	0.794
26. การสูบบุหรี่ช่วยกระตุนให้ร่างกายสดชื่น ^b	4.19 ± 0.89	3.73 ± 1.27	< 0.001
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
31. การสูบบุหรี่ทำให้ตื้นเปลืองค่าใช้จ่าย ^a	4.45 ± 1.03	4.32 ± 1.02	0.282
32. ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ตื้นเปลืองแต่ก็คุ้มค่าเพราะทำให้หายเครียด ^b	4.00 ± 1.07	3.52 ± 1.28	0.001
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
ผลกระทบด้านสังคม	4.04 ± 0.54	3.78 ± 0.63	< 0.001
ผลกระทบด้านการทำงาน	3.81 ± 0.77	3.53 ± 0.92	0.005
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	4.23 ± 0.79	3.92 ± 0.88	0.002
ระดับทัศนคติโดยรวม	4.03 ± 0.50	3.76 ± 0.60	< 0.001

*ทดสอบด้วยสถิติ t-test เปรียบเทียบระดับคะแนนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขกับบุคลากรทางการศึกษา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

^aทัศนคติทางด้านบวก ^bทัศนคติทางด้านลบ

ตารางที่ 9 ระดับทัศนคติต่อโถยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	นักเรียนศึกษา (n = 104)	อาจารย์ศึกษา (n = 66)	P-value*
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
1. บุหรี่เป็นสิ่งสเปคิดชนิดหนึ่ง ^a	4.49 ± 0.75	4.67 ± 0.62	0.097
14. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อคนข้างเคียงด้วย ^a	4.38 ± 1.02	4.21 ± 0.98	0.277
19. การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมด้า ^b	3.15 ± 1.33	3.27 ± 1.23	0.561
20. การสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพอ่อนแอ เหนื่อยง่าย ^a	4.16 ± 1.03	4.00 ± 1.12	0.330
21. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของปัญหาสุขภาพของมนุษย์ในอนาคต ^a	4.33 ± 0.84	4.09 ± 1.09	0.115
22. ถึงแม้จะสูบบุหรี่ หากทำให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ออกร้าว หายพักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ ^b	3.27 ± 1.30	3.20 ± 1.17	0.714
23. การสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย หรือลดจำนวนการสูบให้น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ^b	3.42 ± 1.20	3.23 ± 1.24	0.306
24. การสูบบุหรี่กินกรองสามารถลดอันตรายได้ ^a	3.51 ± 1.25	3.41 ± 1.23	0.608
25. การสูบบุหรี่สามารถคน้ำหนักได้ ^a	3.84 ± 1.17	3.82 ± 1.20	0.921
27. คนเราไม่รู้วันตายของตัวเอง จะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติเพราการสูบบุหรี่ ^b	3.01 ± 1.35	2.67 ± 1.29	0.103
28. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้น ^b	4.11 ± 0.93	4.08 ± 1.03	0.845
29. กินกรองในบุหรี่สามารถกรองและกำจัดสารพิษได้ ^a	3.90 ± 1.00	3.74 ± 1.10	0.325
30. การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซอง ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ^b	4.22 ± 0.94	4.17 ± 1.06	0.727
ผลกระทบด้านสังคม			
2. การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องชั่วร้ายของคนทั่วไป ^b	3.43 ± 1.20	2.89 ± 1.27	0.006
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเสื่อมบื้นในตนเอง ^b	3.98 ± 1.13	3.58 ± 1.28	0.037
4. การสูบบุหรี่ถือเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ ^a	3.62 ± 1.23	3.79 ± 1.21	0.370
5. การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันยอมรับ ^b	3.48 ± 1.29	3.59 ± 1.16	0.574
6. การส่งบุหรี่ให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันและบุคคลที่เพิ่งรู้จักเป็นการแสดงถึงความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ^b	3.65 ± 1.25	3.45 ± 1.22	0.308
7. ถ้าท่านสูบบุหรี่จะทำให้บุตรหรือคนใกล้ชิดของท่านมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย ^a	3.40 ± 1.35	3.47 ± 1.29	0.753
11. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ยาก ^b	4.06 ± 1.16	3.73 ± 1.03	0.061

ตารางที่ 9 ระดับทัศนคติต่อไทยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		P-value*
	นักเรียนศึกษา (n = 104)	อาชีวศึกษา (n = 66)	
12. การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นชาชารี ^b	4.04 ± 1.14	3.94 ± 1.11	0.577
13. การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าเท่ห์ เสริมบุคลิกภาพ ^b	4.13 ± 1.10	3.98 ± 1.12	0.423
15. การสูบบุหรี่จะนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่นๆ เช่น สุรา ยาเสพติด ^a	3.70 ± 1.29	3.88 ± 1.21	0.374
16. การสูบบุหรี่เป็นการผ้าเวลาดีกิจวัตรอย่างๆ ^b	3.60 ± 1.19	3.36 ± 1.38	0.246
17. การสูบบุหรี่เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้แก่เยาวชน ^a	4.40 ± 1.08	4.23 ± 1.21	0.322
33. บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษามิได้ ควรสูบบุหรี่ ^a	4.17 ± 1.14	4.44 ± 0.91	0.094
ผลกระทบด้านการทำงาน			
8. การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้นานขึ้น ^b	3.87 ± 1.16	3.56 ± 1.17	0.097
9. การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ^b	2.94 ± 1.21	2.67 ± 1.11	0.138
10. การสูบบุหรี่ทำให้มีสมาธิในการทำงานและสมอง ปรอดไปร่อง ^b	3.67 ± 1.28	3.50 ± 1.21	0.381
18. การสูบบุหรี่ทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ ^a	3.74 ± 1.19	3.77 ± 1.16	0.862
26. การสูบบุหรี่ช่วยกระตุ้นให้ร่างกายสดชื่น ^b	3.80 ± 1.31	3.62 ± 1.21	0.379
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ			
31. การสูบบุหรี่ทำให้เสื่อมเปลือกค่าใช้จ่าย ^a	4.32 ± 1.07	4.33 ± 0.95	0.921
32. ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เสื่อมเปลือกแต่ก็คุ้มค่า เพราะทำให้หายเครียด ^b	3.69 ± 1.22	3.26 ± 1.34	0.031
ผลกระทบด้านสุขภาพ			
ผลกระทบด้านสังคม	3.83 ± 0.62	3.73 ± 0.63	0.329
ผลกระทบด้านการทำงาน	3.82 ± 0.66	3.72 ± 0.57	0.302
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	3.60 ± 0.94	3.42 ± 0.87	0.214
ระดับทัศนคติโดยรวม	4.00 ± 0.85	3.80 ± 0.92	0.131
	3.80 ± 0.61	3.68 ± 0.58	0.211

*ทดสอบด้วยสถิติ t-test เปรียบเทียบระดับคะแนนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางการศึกษาระดับนักเรียนศึกษา กับบุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

^aทัศนคติทางค้านบวก ^bทัศนคติทางค้านลบ

4.6 พฤติกรรมการสูบบุหรี่จำแนกตามปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 298 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.10 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยกลุ่มนักการทางสาธารณสุขมีจำนวนผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 128 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.29 ส่วนนักการทางการศึกษามีจำนวน 170 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.77 ของกลุ่มประชากรด้านการศึกษา ซึ่งพบว่า บุคลากรทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.498$) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน สถานภาพทางเศรษฐกิจ ชีวิตครอบครัว การคึ่มสุราและสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งงานอาจารย์ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี แต่งงานแล้ว มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน พอกินพอใช้ มีชีวิตครอบครัวอยู่คนเดียว คึ่มสุราบางโอกาสและมีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรแบบอื่นๆ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างนักการทางสาธารณสุข พบว่า ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร รายได้ต่อเดือน ความเครียด การคึ่มสุราและสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างนักการทางสาธารณสุขที่มีตำแหน่งงานสาธารณสุขอื่นๆ เช่นผู้ช่วยเหลือคนไข้ จบการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี แต่งงานแล้ว ยังไม่มีบุตร มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน มีความเครียดเล็กน้อย คึ่มสุราบางโอกาสและมีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างนักการทางสาธารณสุขที่มีลักษณะประชากรแบบอื่นๆ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างนักการทางการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ ชีวิตครอบครัว ความเครียด การคึ่มสุราและสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างนักการทางการศึกษาที่แต่งงานแล้ว พอกินพอใช้ ชีวิตครอบครัวอยู่คนเดียว มีความเครียดเล็กน้อย คึ่มสุราบางโอกาสและมีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างนักการทางการศึกษาที่มีลักษณะประชากรแบบอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 พฤติกรรมสูบบุหรี่จำแนกตามปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)					
	ภาพรวม (n = 1412)		สารารณสูบ (n = 631)		การศึกษา (n = 781)	
	สูบ	ไม่สูบ	สูบ	ไม่สูบ	สูบ	ไม่สูบ
1. อายุ (ปี)						
≤ 30	104 (7.4)	391 (27.7)	46 (7.3)	191 (30.3)	58 (7.4)	200 (25.6)
31-40	94 (6.7)	339 (24.0)	52 (8.2)	195 (30.9)	42 (5.4)	144 (18.4)
41-50	71 (5.0)	276 (19.5)	23 (3.6)	100 (15.8)	48 (6.1)	176 (22.5)
≥ 51	29 (2.1)	108 (7.6)	7 (1.1)	17 (2.7)	22 (2.8)	91 (11.7)
	p = 0.980		p = 0.667		p = 0.916	
2. ตำแหน่งงาน						
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร	7 (0.5)	68 (4.8)	7 (1.1)	68 (10.8)	-	-
พยาบาล	3 (0.2)	102 (7.2)	3 (0.5)	102 (16.2)	-	-
สารารณสูบอื่นๆ	114 (8.1)	319 (22.6)	114 (18.1)	319 (50.6)	-	-
อาจารย์	152 (10.8)	527 (37.3)	-	-	152 (19.5)	527 (67.5)
ศึกษาอื่นๆ	10 (0.7)	32 (2.3)	-	-	10 (1.3)	32 (4.1)
ไม่ระบุ	12 (0.8)	66 (4.7)	4 (0.6)	14 (2.2)	8 (1.0)	52 (6.7)
	p < 0.001*		p < 0.001*		p = 0.251	
3. การศึกษาสูงสุด						
นักศึกษาปริญญาตรี	102 (7.2)	211 (14.9)	92 (14.6)	192 (30.4)	10 (1.3)	19 (2.4)
ปริญญาตรี	167 (11.8)	761 (53.9)	31 (1.9)	284 (45.0)	136 (17.4)	477 (61.1)
นักศึกษาปริญญาตรี	29 (2.1)	142 (10.1)	5 (0.8)	27 (4.3)	24 (3.1)	115 (14.7)
	p < 0.001*		p < 0.001*		p = 0.107	
4.สถานภาพสมรส						
โสด	90 (6.4)	406 (28.8)	32 (5.1)	190 (30.1)	58 (7.4)	216 (27.7)
คู่	186 (13.2)	679 (48.1)	88 (13.9)	301 (47.7)	98 (12.5)	378 (48.4)
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	22 (1.6)	29 (2.1)	8 (1.3)	12 (1.9)	14 (1.8)	17 (2.2)
	p < 0.001*		p = 0.004*		p = 0.005*	
5.จำนวนบุตร (คน)						
0	112 (7.9)	482 (34.1)	43 (6.8)	231 (36.6)	69 (8.8)	251 (32.1)
1	57 (4.0)	167 (11.8)	33 (5.2)	87 (13.8)	24 (3.1)	80 (10.2)
2	96 (6.8)	362 (25.6)	39 (6.2)	143 (22.7)	57 (7.3)	219 (28.0)
≥ 3	33 (2.3)	103 (7.3)	13 (2.1)	42 (6.7)	20 (2.6)	61 (7.8)
	p = 0.160		p = 0.047*		p = 0.868	

ตารางที่ 10 พฤติกรรมสูบบุหรี่จำแนกตามปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)					
	ภาพรวม (n = 1412)		สาธารณสุข (n = 631)		การศึกษา (n = 781)	
	สูบ	ไม่สูบ	สูบ	ไม่สูบ	สูบ	ไม่สูบ
6. รายได้ประจำเดือน (บาท)						
≤ 10,000	132 (9.3)	329 (23.3)	75 (11.9)	171 (27.1)	57 (7.3)	158 (20.2)
10,001 – 20,000	93 (6.6)	406 (28.8)	39 (6.1)	219 (34.7)	54 (6.9)	187 (23.9)
20,001 – 30,000	50 (3.5)	244 (17.3)	11 (1.7)	81 (12.8)	39 (5.0)	163 (20.9)
≥ 30,000	23 (1.6)	135 (9.6)	3 (0.5)	32 (5.1)	20 (2.6)	103 (13.2)
	p < 0.001*		p < 0.001*		p = 0.121	
7. เทคนิคในการอุดรักวัว						
มีเหลือเก็บ	16 (1.1)	110 (7.8)	11 (1.7)	44 (7.0)	5 (0.6)	66 (8.5)
พอกินพอใช้	148 (10.5)	577 (40.9)	53 (8.4)	250 (39.6)	95 (12.2)	327 (41.9)
มีหนี้สินเล็กน้อย	83 (5.9)	277 (19.6)	42 (6.7)	132 (20.9)	41 (5.2)	145 (18.6)
มีหนี้สินมาก	51 (3.7)	150 (10.6)	22 (3.5)	77 (12.2)	29 (3.7)	73 (9.3)
	p = 0.035*		p = 0.349		p = 0.008*	
8. ชีวิตครอบครัว						
จบอุ่นคี	163 (11.5)	719 (50.9)	68 (10.8)	308 (48.8)	95 (12.2)	411 (52.6)
มีปัญหาบ้านง่างครั้ง	124 (8.8)	375 (26.6)	57 (9.0)	188 (29.8)	67 (8.6)	187 (23.9)
มีปัญหาน่าอยครั้ง	11 (0.8)	20 (1.4)	3 (0.5)	7 (1.1)	8 (1.0)	13 (1.7)
	p = 0.003*		p = 0.217		p = 0.010*	
9. ความเครียด						
ไม่มีเลย	32 (2.3)	129 (9.1)	19 (3.0)	40 (6.3)	13 (1.7)	89 (11.4)
มีความเครียดเล็กน้อย	237 (16.8)	919 (65.1)	98 (15.5)	433 (68.6)	139 (17.8)	486 (62.2)
มีความเครียดมาก	29 (2.1)	66 (4.7)	11 (1.7)	30 (4.8)	18 (2.3)	36 (4.61)
	p = 0.065		p = 0.025*		p = 0.010*	
10. การสูบบุหรี่						
มีพฤติกรรมสูบบุหรี่	298 (21.1)	-	128 (20.3)	-	170 (21.8)	-
- สูบบ้างโอกาส	174 (12.3)	-	86 (13.6)	-	88 (11.3)	-
- สูบประจำทุกวัน	124 (8.8)	-	42 (6.7)	-	82 (10.5)	-
ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่	-	1114 (78.9)	-	503 (79.7)	-	611 (78.2)
- ไม่สูบบุหรี่เลย	-	970 (68.7)	-	434 (68.8)	-	536 (68.6)
- เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	-	144 (10.2)	-	69 (10.9)	-	75 (9.6)

ตารางที่ 10 พฤติกรรมสูบบุหรี่จำแนกตามปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)					
	ภาพรวม (n = 1412)		สาธารณสุข (n = 631)		การศึกษา (n = 781)	
	สูบ	ไม่สูบ	สูบ	ไม่สูบ	สูบ	ไม่สูบ
11. การคุ้มครองสุรา						
คุ้มประจำ	38 (2.7)	49 (3.5)	13 (2.1)	17 (2.7)	25 (3.2)	32 (4.1)
คุ้มบางโอกาส	247 (17.5)	721 (51.1)	113 (17.9)	334 (52.9)	134 (17.2)	387 (49.6)
ไม่คุ้มเลย	13 (0.9)	344 (24.4)	2 (0.3)	152 (24.1)	11 (1.4)	192 (24.6)
	p < 0.001*		p < 0.001*		p < 0.001*	
11. สามารถรับตัวสูบบุหรี่						
ไม่มีผู้สูบบุหรี่	106 (7.5)	658 (46.6)	47 (7.4)	288 (45.6)	59 (7.6)	370 (47.4)
มีผู้สูบบุหรี่	192 (13.6)	456 (32.3)	81 (12.8)	215 (34.1)	111 (14.2)	241 (30.9)
	p < 0.001*		p < 0.001*		p < 0.001*	
12. อาร์ทีพ						
บุคลากรทางสาธารณสุข	128 (9.1)	503 (35.6)				
บุคลากรทางการศึกษา	170 (12.0)	611 (43.3)				
	P = 0.498					

* ปัจจัยลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทดสอบโดยใช้สถิติ chi-square test

4.7 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

เมื่อพิจารณาในภาพรวมสามเหลี่ยมที่ทำให้สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.2 คืออยากรองด้วยตนเอง มีกลุ่มตัวอย่างที่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 90.9 โดยมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 83.6 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 94.6 ของกลุ่มที่เคยพยายามเลิกบุหรี่ใช้วิธีเลิกเอง ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 77.1 พยายามเลิกสูบบุหรี่ 0-3 ครั้ง พนว่า แรงจูงใจที่ทำให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ สิ่งเปลี่ยนค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 65.3) รองลงมาคือพิษภัยของบุหรี่ (ร้อยละ 60.3) และคนใกล้ชิดให้เลิกสูบ (ร้อยละ 57.6) ร้อยละ 23.8 เสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ < 100 บาทต่อเดือน รองลงมา r้อยละ 23.5 เสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ > 500 บาทต่อเดือน สามเหลี่ยมที่ทำให้สูบบุหรี่ในปัจจุบันเนื่องจากเห็นคนอื่นสูบแล้วอดไม่ได้ถึงร้อยละ 61.7 และทราบถึงการก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อผู้อื่นถึงร้อยละ 78.5 ส่วนใหญ่เห็นว่าการสูบบุหรี่ทำให้สิ่งเปลี่ยน (ร้อยละ 86.6) เมื่อต้องการสูบบุหรี่ในกลุ่มชนชั้น ส่วนใหญ่จะออกจากการกลุ่มคนมาสูบที่อื่น (ร้อยละ 71.1) กลุ่มตัวอย่าง

มากกว่าร้อยละ 50 ไม่ทราบว่า สุขา ตู้โทรศัพท์สาธารณะ สนามกีฬา และสวนสาธารณะเป็นสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 77.9 สูบบุหรี่ขณะอยู่ที่บ้าน ในขณะที่ไม่สังคมในการสูบบุหรี่ในที่ทำงาน (ร้อยละ 87.6) หากต้องการสูบบุหรี่ในที่ทำงานส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่นอกอาคาร (ร้อยละ 48.1) รองลงมาสูบในบริเวณที่กำหนดให้สูบได้ (ร้อยละ 47.5) ในส่วนของการรณรงค์ให้เลิกบุหรี่โดยมีภาพคำเตือนบนของบุหรี่ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.3 มีความคิดเห็นว่าภาพมะเร็งปอดน่าจะมีผลในการรณรงค์ในการเลิกบุหรี่ รองลงมาคือภาพมะเร็งกล่องเสียง (ร้อยละ 50.7) กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 48 คิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า หรือคิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้า (อยู่ในระยะ contemplation และ preparation ตามลำดับ) ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้าหรือไม่มีความคิดที่จะเลิกเลย (อยู่ในระยะ precontemplation และ recent acquisition ตามลำดับ) ร้อยละ 33.2 มีกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการดูบุหรี่เนื่องจากอยากรถูกถึงร้อยละ 34.2 รองลงมาอินดี้เข้าร่วมหากมีเวลาว่าง (ร้อยละ 31.9) ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าโรงพยาบาลศรีสะเกยมีคลินิกดูบุหรี่ (ร้อยละ 60.7) และไม่ทราบว่ามีร้านยาเข้าร่วมโครงการให้คำแนะนำการอุด/เลิกบุหรี่ถึงร้อยละ 70.5

เมื่อพิจารณาข้อมูลต่างๆของกลุ่มที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มประชากรพบว่า กลุ่มทึ้งบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา จะมีข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในทิศทางเดียวกัน ยกเว้นในบางด้านได้แก่ ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อเดือน ภาพคำเตือนบนของบุหรี่ และการรับทราบว่าโรงพยาบาลศรีสะเกยมีคลินิกดูบุหรี่ โดยข้อมูลค่าใช้จ่ายต่อเดือนในการซื้อบุหรี่นั้นบุคลากรทางสาธารณสุขมีค่าใช้จ่าย < 100 บาทต่อเดือน ในขณะที่บุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษานั้นเสียค่าใช้จ่าย 101-200 บาทต่อเดือน และบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเสียค่าใช้จ่าย > 500 บาทต่อเดือน ส่วนข้อมูลภาพคำเตือนบนของบุหรี่นั้น 3 อันดับแรกได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก ตามลำดับซึ่งบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีข้อมูลในทิศทางเดียวกันแต่บุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษาจะแตกต่างกันที่ อันดับแรกได้แก่ ภาพมะเร็งกล่องเสียง รองลงมาคือ มะเร็งปอด และมะเร็งช่อง ตามลำดับ ส่วนในประเด็นการรับทราบว่าโรงพยาบาลศรีสะเกยมีคลินิกดูบุหรี่ จะเห็นว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่รับทราบมีเพียงร้อยละ 51.6 และบุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 60 ไม่ทราบ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่

ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน (ร้อยละ)			
	สาธารณชน (n=128)	การศึกษา (n=170)		รวม (n=298)
		มัธยมศึกษา (n=104)	อาชีวศึกษา (n=66)	
1.สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่				
อยากลองดูบุหรี่	107 (83.6)	72 (69.2)	57 (86.4)	236 (79.2)
เข้าสังคม	31 (24.2)	24 (23.1)	11 (16.7)	66 (22.1)
เพื่อนชักชวน	53 (41.4)	46 (44.2)	33 (50.0)	132 (44.3)
เพื่อนยอมรับ	26 (20.3)	25 (24.0)	13 (19.7)	64 (21.5)
แก้เหงา	21 (16.4)	26 (25.0)	16 (24.2)	63 (21.1)
สร้างความมั่นใจ	10 (7.8)	17 (16.3)	6 (9.1)	33 (11.1)
คลายเครียด	58 (45.3)	50 (48.1)	40 (60.6)	148 (49.7)
สูบตามบุคคลในครอบครัว	6 (4.7)	7 (6.7)	3 (4.5)	16 (5.4)
แสดงความเป็นผู้ใหญ่	19 (14.8)	9 (8.7)	8 (12.1)	36 (12.1)
เลียนแบบค่ารา	9 (7.0)	5 (4.8)	6 (9.1)	20 (6.7)
อื่นๆ	11 (8.6)	5 (4.8)	1 (1.5)	17 (5.7)
2.ยาเพื่อการสูบบุหรี่				
ไม่เคย	23 (18.0)	17 (16.3)	9 (13.6)	49 (16.4)
เคย	105 (82.0)	87 (83.7)	57 (86.4)	249 (83.6)
2.1 เลิกเอง	101 (94.4)	86 (95.6)	57 (93.4)	244 (94.6)
2.2 ใช้น้ำยาบ้วนปาก	11 (10.3)	6 (6.7)	11 (18.0)	28 (10.9)
2.3 หมายผลิตนิโคติน	15 (14.0)	11 (12.2)	13 (21.3)	39 (15.1)
2.4 แผ่นยานินโคตินสำหรับแปะ	-	1 (1.1)	1 (1.6)	2 (0.8)
2.5 สมุนไพรหล่ออดข้าว	1 (0.9)	-	4 (6.6)	5 (1.9)
2.6 ฟังเสียง	-	-	1 (1.6)	1 (0.4)
2.7 ใช้ยา bupropion	2 (1.9)	-	-	2 (0.8)
2.8 อื่นๆ	10 (9.3)	3 (3.3)	4 (6.6)	17 (6.6)
3.จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกบุหรี่				
0-3 ครั้ง	87 (82.1)	65 (72.2)	43 (75.4)	195 (77.1)
>3 ครั้ง	19 (17.9)	25 (27.8)	14 (24.6)	58 (22.9)
4.เคยคิดที่จะเลิกบุหรี่				
ไม่เคย	12 (9.4)	9 (8.7)	6 (9.1)	27 (9.1)
เคย	116 (90.6)	95 (91.3)	60 (90.9)	271 (90.9)
5.แรงจูงใจที่ทำให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่				
ถึงเปลี่ยนค่าใช้จ่าย	87 (68.0)	67 (65.0)	40 (60.6)	194 (65.3)
คนใกล้ชิดให้เลิกบุหรี่	68 (53.1)	58 (56.3)	45 (68.2)	171 (57.6)

ตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน (ร้อยละ)			
	สาธารณสุข (n=128)	การศึกษา (n=170)		รวม (n=298)
		นักเรียนศึกษา (n=104)	อาชีวศึกษา (n=66)	
ทราบดีพิษภัยของบุหรี่	78 (60.9)	58 (56.3)	43 (65.2)	179 (60.3)
มีปัญหาสุขภาพ	39 (30.5)	44 (42.7)	23 (34.8)	106 (35.7)
เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ประชาชน	34 (26.6)	35 (34.0)	17 (25.8)	86 (29.0)
กตัวสังคมรังเกียจ	36 (28.1)	17 (16.5)	15 (22.7)	68 (22.9)
6. ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อเดือน				
ต่ำกว่า 100 บาท	42 (32.8)	19 (18.3)	10 (15.2)	71 (23.8)
101-200 บาท	28 (21.9)	17 (16.3)	17 (25.8)	62 (20.8)
201-300 บาท	23 (18.0)	14 (13.5)	14 (21.2)	51 (17.1)
301-400 บาท	7 (5.5)	9 (8.7)	6 (9.1)	22 (7.4)
401-500 บาท	8 (6.3)	6 (5.8)	8 (12.1)	22 (7.4)
มากกว่า 500 บาท	20 (15.6)	39 (37.5)	11 (16.7)	70 (23.5)
7. สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน				
สูบแล้วไม่มีความผิดปกติใดๆ	37 (28.9)	53 (51.0)	31 (47.0)	121 (40.6)
เห็นคนอื่นสูบแล้วอดไม่ได้	75 (58.6)	64 (61.5)	45 (68.2)	184 (61.7)
เมื่ออาชญากรรมเลิกสูบ	50 (39.1)	48 (46.2)	32 (48.5)	130 (43.6)
ห้องนอนมอมรับ	13 (10.2)	7 (6.7)	6 (9.1)	26 (8.7)
อื่นๆ	39 (30.5)	20 (19.2)	16 (24.2)	75 (25.2)
8. การสูบบุหรี่ของท่านก่อให้เกิดบัญชาสุขภาพค่าใช้จ่าย				
ไม่เกิดปัญหา	3 (2.3)	2 (1.9)	-	5 (1.7)
ไม่แน่ใจ	20 (15.6)	28 (26.9)	11 (16.7)	59 (19.8)
เกิดปัญหา	105 (82.0)	74 (71.2)	55 (83.3)	234 (78.5)
9. การสูบบุหรี่เป็นการลื้นเปลือยค่าใช้จ่าย				
ไม่เป็นการลื้นเปลือย	7 (5.5)	2 (1.9)	4 (6.1)	13 (4.4)
ไม่แน่ใจ	9 (7.0)	11 (10.6)	7 (10.6)	27 (9.1)
ลื้นเปลือย	112 (87.5)	91 (87.5)	55 (83.3)	258 (86.6)
10. หากต้องการสูบบุหรี่จะมีคนอยู่มากๆจะปฏิบัติ				
หุดสูบทันที	1 (0.8)	2 (1.9)	-	3 (1.0)
ออกจากกลุ่มคนมาสูบที่อื่น	87 (68.0)	74 (71.2)	51 (77.3)	212 (71.1)
อดใจไม่สูบ	37 (28.9)	23 (22.1)	12 (18.2)	72 (24.2)
รอคู่ว่ามีคนอื่นสูบจึงสูบตาม	3 (2.3)	5 (4.8)	3 (4.5)	11 (3.7)

ตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่	สถานะตอนที่ (n=128)	จำนวน (ร้อยละ)		
		ตารางศึกษา (n=170)		รวม (n=298)
		นักเรียนศึกษา (n=104)	อาชีวศึกษา (n=66)	
11. ทราบหรือไม่ว่าสถานที่ได้ห้ามสูบบุหรี่				
รถโดยสาร	121 (94.5)	99 (95.2)	56 (84.8)	276 (92.6)
สถานสถาน	64 (50.0)	64 (61.5)	30 (45.5)	158 (53.0)
ลิฟต์โดยสาร	90 (70.3)	80 (76.9)	51 (77.3)	221 (74.2)
สถานที่เด็กเล่น	75 (58.6)	50 (48.1)	32 (48.5)	157 (52.7)
สุขา	31 (24.2)	22 (21.2)	8 (12.1)	61 (20.5)
ห้างสรรพสินค้าปรับอากาศ	112 (87.5)	88 (84.6)	57 (86.4)	257 (86.2)
โรงพยาบาล	85 (66.4)	70 (67.3)	42 (63.6)	197 (66.1)
สถานที่ราชการ	116 (90.6)	91 (87.5)	48 (72.7)	255 (85.6)
ตู้โทรศัพท์สาธารณะ	45 (35.2)	42 (40.4)	23 (34.8)	110 (36.9)
สถานกีฬา	48 (37.5)	36 (34.6)	19 (28.8)	103 (34.6)
สถานศึกษา	109 (85.2)	84 (80.8)	42 (63.6)	235 (78.9)
สวนสาธารณะ	57 (44.5)	54 (51.9)	25 (37.9)	136 (45.6)
12. สถานที่ใช้สูบบุหรี่				
บ้าน	100 (78.1)	82 (78.8)	50 (75.8)	232 (77.9)
ที่ทำงาน	14 (10.9)	28 (26.9)	33 (50.0)	75 (25.2)
ห้องน้ำ	49 (38.3)	39 (37.5)	38 (57.6)	126 (42.3)
สวนสาธารณะ	15 (11.7)	10 (9.6)	6 (9.1)	31 (10.4)
โรงหนัง	2 (1.6)	1 (1.0)	1 (1.5)	4 (1.3)
ขณะขับรถยนต์	14 (10.9)	10 (9.6)	21 (31.8)	45 (15.1)
อื่นๆ	34 (26.6)	22 (21.2)	6 (9.1)	62 (20.8)
13. ความสะดวกหากต้องการสูบในสถานที่ทำงาน				
สะดวก	10 (7.8)	12 (11.5)	15 (22.7)	37 (12.4)
ไม่สะดวก	118 (92.2)	92 (88.5)	51 (77.3)	261 (87.6)
14. สถานที่ใช้สูบในที่ทำงาน				
บริเวณที่กำหนดให้สูบบุหรี่ได้	63 (49.6)	45 (43.3)	33 (50.0)	141 (47.5)
ห้องน้ำ	23 (18.1)	28 (26.9)	29 (43.9)	80 (26.9)
ห้องทำงานส่วนตัว	3 (2.4)	16 (15.4)	19 (28.8)	38 (12.8)
ที่ได้กี่ได้ในหน่วยงาน	-	6 (5.8)	5 (7.6)	11 (3.7)
ห้องสูบบุหรี่	21 (16.5)	23 (22.1)	17 (25.8)	61 (20.5)
นอกอาคาร	62 (48.8)	49 (47.1)	32 (48.5)	143 (48.1)
อื่นๆ	24 (18.9)	15 (14.4)	9 (13.6)	48 (16.2)

ตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน (ร้อยละ)			
	สารารณทุข (n=128)	การศึกษา (n=170)		รวม (n=298)
		ผู้ชายศึกษา (n=104)	อาชีวศึกษา (n=66)	
15. ภาพคำเตือนบนของบุหรี่ที่น่าจะได้ผลในการรณรงค์ให้ลดหรือเลิกสูบบุหรี่				
มะเร็งปอด	68 (53.1)	51 (49.0)	34 (51.5)	153 (51.3)
มะเร็งช่องปาก	57 (44.5)	44 (42.3)	31 (47.0)	132 (44.3)
ปากเหม็นกลิ่นบุหรี่	26 (20.3)	27 (26.0)	14 (21.2)	67 (22.5)
ทำร้ายคนใกล้ชิด	48 (37.5)	27 (26.0)	21 (31.8)	96 (32.2)
มะเร็งกล่องเสียง	65 (50.8)	48 (46.2)	38 (57.6)	151 (50.7)
หัวใจตาย	33 (25.8)	29 (27.9)	16 (24.2)	78 (26.2)
ถุงลมพองตาย	57 (44.5)	42 (40.4)	23 (34.8)	122 (40.9)
นำเข้าด้วยความตาย	18 (14.1)	14 (13.5)	13 (19.7)	45 (15.1)
เส้นเลือดสมองแตก	18 (14.1)	12 (11.5)	6 (9.1)	36 (12.1)
16. Transtheoretical model of change				
Recent acquisition ¹	10 (7.8)	7 (6.7)	3 (4.5)	20 (6.7)
Precontemplation ²	34 (26.6)	26 (25.0)	19 (28.8)	79 (26.5)
Contemplation ³	22 (17.2)	24 (23.1)	21 (31.8)	67 (22.5)
Preparation ⁴	34 (26.6)	30 (28.8)	12 (18.2)	76 (25.5)
Action ⁵	10 (7.8)	4 (3.8)	4 (6.1)	18 (6.0)
Maintenance ⁶	18 (14.1)	13 (12.5)	7 (10.6)	38 (12.8)
17. การยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลบุหรี่				
ยินดีเข้าร่วมเพราอย่างเต็ม	41 (32.0)	37 (35.6)	24 (36.4)	102 (34.2)
ยินดีเข้าร่วมถ้ามีเวลาว่าง	36 (28.1)	32 (30.8)	27 (40.9)	95 (31.9)
ไม่ยินดีเข้าร่วม	15 (11.7)	11 (10.6)	2 (3.0)	28 (9.4)
ไม่แน่ใจ	36 (28.1)	24 (23.1)	13 (19.7)	73 (24.5)
18. การรับทราบว่าโรงพยาบาลศรีสะเกษมีคลินิกดูบุหรี่				
ไม่ทราบ	62 (48.4)	80 (76.9)	39 (59.1)	181 (60.7)
ทราบ	66 (51.6)	24 (23.1)	27 (40.9)	117 (39.3)

ตารางที่ 11 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน (ร้อยละ)			
	สาธารณสุข (n=128)	การศึกษา (n=170)		รวม (n=298)
		นักยมศึกษา (n=104)	อาชีวศึกษา (n=66)	
19. การรับทราบว่ามีร้านยาเข้าร่วมโครงการให้คำแนะนำการอุด/เลิกบุหรี่				
ไม่ทราบ	84 (65.6)	80 (76.9)	46 (69.7)	210 (70.5)
ทราบ	44 (34.4)	24 (23.1)	20 (30.3)	88 (29.5)

ผู้ที่สูบบุหรี่มาแล้วเป็นเวลาภายในระยะเวลา 6 เดือน โดยไม่มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบเลย² ผู้ที่สูบบุหรี่โดยไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบภายใน 6 เดือนข้างหน้า³ ผู้ที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือน ข้างหน้า⁴ ผู้ที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้าและเคยพยายามเลิกสูบบุหรือย่างจังจังมาแล้ว อย่างน้อย 1 ครั้งใน 6 เดือนที่ผ่านมา⁵ ผู้ป่วยที่เลิกสูบบุหรี่ได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา⁶ ผู้เคยสูบบุหรี่ที่เลิกสูบได้เป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน

4.8 ลักษณะการเสพติดและระดับการติดนิโคตินของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 18.42 ปี และสูบบุหรี่มาแล้วเป็นเวลาเฉลี่ย 15.02 ปี กลุ่มตัวอย่างในภาพรวมที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.6 มีภาวะเสพติดบุหรี่ทางจิตใจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.1 ติดบุหรี่น้อย เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 44.5 มีภาวะเสพติดบุหรี่ทางจิตใจ ร้อยละ 74.2 ติดบุหรี่น้อย และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 41.2 มีภาวะเสพติดบุหรี่ทางจิตใจ และร้อยละ 63.6 ติดบุหรี่น้อย ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของปัจจัยการเสพติดบุหรี่และระดับการติดบุหรี่ (Fagerstrom test)

	จำนวนตัวอย่าง (ร้อยละ)		
	รวม (n=298)	สาธารณสุข (n=128)	การศึกษา (n=170)
1. ปัจจัยการเสพติดบุหรี่			
ภาวะเสพติดนิโโคติน	34 (11.4)	9 (7.0)	25 (14.7)
ภาวะเสพติดทางจิตใจ	127 (42.6)	57 (44.5)	70 (41.2)
ภาวะเสพติดทางสังคม	32 (10.7)	13 (10.2)	19 (11.2)
ภาวะเสพติดนิโโคตินและทางจิตใจ	12 (4.0)	3 (2.3)	9 (5.3)
ภาวะเสพติดนิโโคตินและทางสังคม	15 (5.0)	3 (2.3)	12 (7.1)
ภาวะเสพติดทางจิตใจและทางสังคม	31 (10.4)	16 (12.5)	15 (8.8)
ประเมินไม่ได้	30 (10.1)	21 (16.4)	9 (5.3)
ทั้ง 3 ด้าน	17 (5.7)	6 (4.7)	11 (6.5)
2. ระดับการติดบุหรี่ (Fagerstrom test)			
ติดบุหรี่น้อย	203 (68.1)	95 (74.2)	108 (63.6)
ติดบุหรี่ปานกลาง	35 (11.7)	6 (4.7)	29 (17.1)
ติดบุหรี่มาก(ติดนิโโคติน)	18 (6.0)	3 (2.4)	15 (8.8)
ประเมินไม่ได้	42 (14.1)	24 (18.8)	18 (10.6)

4.9 ทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มประชากร

4.9.1 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มนุклารถทางสาธารณสุขและนุклารถทางการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติในการเลิกบุหรี่โดยรวมระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา พบร่วมกันว่า บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.16) สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 4.01) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.016$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบร่วมกันว่า บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติต่อผลกระทบด้านสังคมสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 13 ในด้านผลกระทบด้านสุขภาพ บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.18) ซึ่งไม่แตกต่างกับบุคลากรทางการศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 4.16) ในด้านผลกระทบด้านสังคม บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.17) สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 3.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบร่วมกันว่า ประเด็นที่บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ คิดว่าสายเสียแล้วที่จะเดิกสูบบุหรี่เพราสูบมานานแล้ว การเดิกบุหรี่ทำให้เสียนุคลิกภาพ เพราะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การเดิกสูบบุหรี่ทำให้ข้าพเจ้าเสียเพื่อน การเดิกสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ยากขึ้นและการเดิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก ในด้านผลกระทบด้านการทำงานบุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติไม่แตกต่างกับบุคลากรทางการศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 3.93 และ 3.76 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับในด้านผลกระทบด้านเศรษฐกิจ บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.38) ไม่แตกต่างกับบุคลากรทางการศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 4.33) ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ระดับทัศนคติในการเดิกบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$			P-value*
	ภาพรวม (n = 298)	สาธารณสุข (n = 128)	การศึกษา (n = 170)	
ด้านสุขภาพ				
6. หากข้าพเจ้าเดิกสูบบุหรี่จะทำให้สุขภาพข้าพเจ้าดีขึ้น*	4.42 ± 0.97	4.45 ± 0.96	4.41 ± 0.98	0.730
7. การเดิกสูบบุหรี่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในระบบต่างๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจอันๆ*	4.44 ± 0.92	4.51 ± 0.84	4.39 ± 0.97	0.292
12. การเดิกสูบบุหรี่ทำให้เกิดคันตัวไม่พึงประสงค์ลดลง*	3.83 ± 1.27	3.70 ± 1.31	3.92 ± 1.23	0.124
14. อันตรายจากบุหรี่มีมากกว่าผลของการสูบบุหรี่*	4.23 ± 1.10	4.23 ± 1.10	4.24 ± 1.11	0.994
17. ถึงแม้จะเดิกสูบบุหรี่ก็ไม่ได้ทำให้สุขภาพดีขึ้น*	3.93 ± 1.12	4.02 ± 1.09	3.86 ± 1.13	0.231
ด้านสังคม				
1. การเดิกสูบบุหรี่เป็นการทำลายบุคลิกภาพของตนเอง*	3.78 ± 1.45	3.78 ± 1.51	3.77 ± 1.41	0.950
2. การดูบบุหรี่ของข้าพเจ้าจะเป็นตัวอย่างที่คีแก่เยาวชน และคนอื่นได้*	4.35 ± 1.05	4.39 ± 1.01	4.32 ± 1.09	0.555
3. ไม่มีใครทำให้ข้าพเจ้าเดิกสูบบุหรี่ได้*	3.55 ± 1.37	3.72 ± 1.30	3.42 ± 1.41	0.060
4. คิดว่าสายเสียแล้วที่จะเดิกสูบบุหรี่เพราสูบมานาน*	4.08 ± 1.11	4.34 ± 0.87	3.88 ± 1.23	< 0.001
8. การเดิกสูบบุหรี่ทำให้เสียนุคลิกภาพ เพราะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น*	3.99 ± 1.16	4.20 ± 1.00	3.82 ± 1.25	0.004
11. การเดิกสูบบุหรี่ทำให้ข้าพเจ้าเสียเพื่อน*	4.36 ± 0.90	4.49 ± 0.81	4.25 ± 0.94	0.022
13. การเดิกสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ยากขึ้น*	4.21 ± 1.05	4.38 ± 0.91	4.09 ± 1.12	0.013
15. บุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาเป็นตัวอย่างทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน จึงไม่ควรสูบบุหรี่*	4.48 ± 0.87	4.48 ± 0.77	4.47 ± 0.93	0.892
16. การเดิกสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาเป็นตัวอย่างที่คีให้แก่เยาวชน*	4.55 ± 0.77	4.61 ± 0.58	4.51 ± 0.89	0.254

ตารางที่ 13 ระดับทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$			P-value*
	ภาพรวม	สาธารณสุข	การศึกษา	
	(n = 298)	(n = 128)	(n = 170)	
18. การเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก ^b	3.12 ± 1.31	3.32 ± 1.29	2.98 ± 1.31	0.024
ด้านการทำงาน				
5. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้อารมณ์หงุดหงิด ^b	3.33 ± 1.26	3.48 ± 1.22	3.21 ± 1.28	0.058
9. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ไม่สดชื่น ^b	4.07 ± 1.07	4.12 ± 1.05	4.04 ± 1.08	0.512
10. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ประสีทิชิภาพในการทำงานลดลง ^b	4.11 ± 1.01	4.19 ± 0.92	4.05 ± 1.08	0.257
ด้านเศรษฐกิจ				
19. การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เศรษฐกิจในครอบครัวดีขึ้น ^a	4.26 ± 0.89	4.26 ± 0.84	4.26 ± 0.92	0.992
20. ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่สามารถเก็บไว้เป็นค่าใช้จ่ายที่ จำเป็นอย่างอื่นได้ ^a	4.44 ± 0.80	4.50 ± 0.71	4.39 ± 0.87	0.247
ด้านสุขภาพ				
ด้านสังคม				
ด้านการทำงาน				
ด้านเศรษฐกิจ				
ระดับทัศนคติโดยรวม	4.08 ± 0.53	4.16 ± 0.46	4.01 ± 0.57	0.016

*ทดสอบคุณสมบัติ t-test เปรียบเทียบระดับคะแนนทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขกับบุคลากรทางการศึกษา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

^aทัศนคติทางด้านบวก ^bทัศนคติทางด้านลบ

4.9.2 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติในการเลิกบุหรี่โดยรวมระหว่างบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.08) ไม่แตกต่างกับบุคลากรระดับอาชีวศึกษา พนว่า บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 3.91) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พนว่า บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติต่อผลกระทบด้านสังคมและด้านการทำงานสูงกว่าบุคลากรระดับอาชีวศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.032 และ 0.023 ตามลำดับ) ดังแสดงในในตารางที่ 14 ในด้านผลกระทบด้านสุขภาพ บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.16) ไม่แตกต่างกับบุคลากรระดับอาชีวศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 4.17) ในด้านผลกระทบด้านสังคม บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติ

(คะแนนเฉลี่ย 4.03) สูงกว่าบุคลากรระดับอาชีวศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 3.82) อย่างมีนัยสำคัญ (*p-value* = 0.032) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ประเด็นที่บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติสูงกว่า บุคลากรระดับอาชีวศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกว่า 0.05 ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่เป็นการทำลายบุคลิกภาพของตนเอง ในด้านผลกระทบด้านการทำงาน บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 3.89) สูงกว่าบุคลากรระดับอาชีวศึกษา (คะแนนเฉลี่ย 3.57) อย่างมีนัยสำคัญ (*p-value* = 0.023) ในด้านผลกระทบด้านเศรษฐกิจ บุคลากรระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติ ไม่แตกต่างกับบุคลากรระดับอาชีวศึกษา โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.40 และ 4.21 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ระดับทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มนักศึกษาทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	มัธยมศึกษา (n = 104)	อาชีวศึกษา (n = 66)	P-value*
ด้านสุขภาพ			
6. หากข้าพเจ้าเลิกสูบบุหรี่จะทำให้สุขภาพข้าพเจ้าดีขึ้น ^a	4.38 ± 1.02	4.44 ± 0.93	0.724
7. การเลิกสูบบุหรี่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในระบบต่างๆ รวมทั้งโรคหัวใจเดือดหรือหัวใจเรื้อรังอื่นๆ ^a	4.42 ± 0.92	4.35 ± 1.06	0.628
12. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้หลั่นตัวไม่เพียงประสงค์ลง ^a	3.86 ± 1.28	4.03 ± 1.14	0.367
14. อันตรายจากบุหรี่มีมากกว่าผลดีจากการสูบบุหรี่ ^a	4.17 ± 1.13	4.33 ± 1.07	0.359
17. ถึงแม้จะเลิกสูบบุหรี่ก็ไม่ได้ทำให้สุขภาพดีขึ้น ^a	3.96 ± 1.09	3.70 ± 1.19	0.138
ด้านสังคม			
1. การเลิกสูบบุหรี่เป็นการทำลายบุคลิกภาพของตนเอง ^b	4.03 ± 1.21	3.36 ± 1.60	0.005
2. การคุณบุหรี่ของข้าพเจ้าจะเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เยาวชนและคนอื่นได้ ^b	4.36 ± 1.10	4.26 ± 1.09	0.569
3. ไม่มีใครทำให้ข้าพเจ้าเลิกสูบบุหรี่ได้ ^b	3.48 ± 1.43	3.32 ± 1.37	0.465
4. คิดว่าสายสีเยลล์ที่จะเลิกสูบบุหรี่เพราะสูบนานานแล้ว ^b	3.93 ± 1.21	3.79 ± 1.26	0.455
8. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้เสียบุคลิกภาพเพรราะหน้าหักตัวเพิ่มขึ้น ^b	3.88 ± 1.23	3.73 ± 1.30	0.426
11. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ข้าพเจ้าเสียเพื่อน ^b	4.37 ± 0.81	4.08 ± 1.10	0.051
13. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ยากขึ้น ^b	4.19 ± 1.00	3.92 ± 1.29	0.154
15. บุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาเป็นตัวอย่างทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน จึงไม่ควรสูบบุหรี่ ^b	4.51 ± 0.85	4.41 ± 1.05	0.494
16. การเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เยาวชน ^b	4.58 ± 0.83	4.41 ± 0.98	0.233
18. การเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก ^b	3.02 ± 1.34	2.91 ± 1.26	0.595

ตารางที่ 14 ระดับทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ของกลุ่มนักลากทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$		
	มัธยมศึกษา (n = 104)	อาชีวศึกษา (n = 66)	P-value*
การทำงาน			
5. การเดิกสูบบุหรี่ทำให้อารมณ์หงุดหงิด ^b	3.36 ± 1.28	2.97 ± 1.24	0.055
9. การเดิกสูบบุหรี่ทำให้ไม่สดชื่น ^b	4.14 ± 1.04	3.86 ± 1.12	0.098
10. การเดิกสูบบุหรี่ทำให้ประสิทชิพในการทำงานลดลง ^b	4.16 ± 1.03	3.88 ± 1.13	0.094
ด้านเศรษฐกิจ			
19. การเดิกสูบบุหรี่จะทำให้เศรษฐกิจในครอบครัวดีขึ้น ^a	4.33 ± 0.92	4.15 ± 0.92	0.266
20. ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่สามารถเก็บไว้เป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอย่างอื่นได้ ^a	4.47 ± 0.80	4.27 ± 0.95	0.146
ด้านสุขภาพ			
ด้านสังคม	4.03 ± 0.65	3.82 ± 0.62	0.032
การทำงาน			
ด้านเศรษฐกิจ	4.40 ± 0.79	4.21 ± 0.88	0.152
ระดับทัศนคติโดยรวม	4.08 ± 0.58	3.91 ± 0.54	0.053

*ทดสอบด้วยสถิติ t-test เปรียบเทียบระดับคะแนนทัศนคติในการเดิกบุหรี่ของกลุ่มประชากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ระหว่างนักลากทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษากับนักลากทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

^aทัศนคติทางด้านบวก ^bทัศนคติทางด้านลบ

4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่และปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ จำแนกตามกลุ่มประชากร

4.10.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่กับปัจจัยประชากรด้านต่างๆ ของบุคลากรทางสาธารณสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขกับปัจจัยประชากรด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) ด้วยเทคนิคการเดือดตัวแบบอิสระเข้าสมการแบบ Stepwise พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขกับปัจจัยด้านสังคม ด้วยการเดือนที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.008$) โดยบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีตำแหน่งงานสาธารณสุขอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ ทันตแพทย์ เกสัชกร พยาบาล เช่น ผู้ช่วยเหลือคน ใช้จะมีทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ต่ำกว่าบุคลากรทางสาธารณสุข ที่มีตำแหน่งงานเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เกสัชกร และพบว่าตัวแปรจำนวนบุตรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.027$) โดยบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบุตรจำนวน 1 คนจะมีทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่สูงกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่ไม่มีจำนวนบุตร ส่วนตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรสและชีวิตครอบครัว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่กับปัจจัยทางสุขภาพ พบว่า ตัวแปรการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข โดยบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เช่นเดียวกับตัวแปรการดื่มสุราและการมีสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.001$ และ 0.031 ตามลำดับ) โดยบุคลากรทางสาธารณสุขที่ดื่มสุราบางโอกาส/ดื่มเป็นประจำและมีสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่จะมีทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ต่ำกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่ไม่ดื่มสุรา และไม่มีสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ ส่วนตัวแปรความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ทั้งตัวแปรรายได้และสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่ กับปัจจัยด้านด้านต่างๆ ของบุคลากรทางสาธารณสุข

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized coefficients	t	p-value
	B	Std. error	Beta		
ค่าคงที่ (Constant)	4.595	0.044		104.178	< 0.001
ปัจจัยด้านสังคม					
ตำแหน่งงานสาธารณสุขอื่นๆ	-0.110	0.041	-0.106	-2.677	0.008
จำนวนบุตร 1 คน	0.101	0.045	0.084	2.222	0.027
ปัจจัยด้านสุขภาพ					
การสูบบุหรี่	-0.251	0.048	-0.212	-5.270	< 0.001
คื่มสุราบางโอกาส	-0.182	0.044	-0.174	-4.128	< 0.001
คื่มสุราประจำ	-0.302	0.092	-0.135	-3.271	0.001
สมาชิกรอบตัวสูบบุหรี่	-0.078	0.036	-0.082	-2.160	0.031
$R^2 = 14.59\%, R^2a = 13.74\%, S = 0.441, F = 4.666, p\text{-value} = 0.031$					

* R^2 = Correlation coefficient, R^2a = Adjusted correlation coefficient, S = standard error of the estimate, F = F change

*ตัวแปรที่นำมาใช้ในการเปรียบเทียบ ; ตำแหน่งงาน (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร) จำนวนบุตร (ไม่มีบุตร) การสูบบุหรี่ (ไม่สูบบุหรี่/เคยสูบแต่เลิกแล้ว) การคื่มสุรา (ไม่คื่มสุรา) สมาชิกรอบตัวสูบบุหรี่ (ไม่มี)

4.10.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่ กับปัจจัยประชากรด้านต่างๆ ของบุคลากรทางการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่ ของบุคลากรทางการศึกษากับปัจจัยด้านต่างๆ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) ด้วยเทคนิคการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการแบบ Stepwise พบร่วมกับ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ตัวแปรอายุ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตรและชีวิตครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษา สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษากับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบร่วมกับ ตัวแปรสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติต่อโภชของ การสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.036$) โดย

บุคลากรทางการศึกษาที่มีหน้าที่สอนคิดต่อโดยของ การสูบบุหรี่สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจมีเหลือเกิน ส่วนตัวแปรรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่กับปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ตัวแปรการสูบบุหรี่และการคุ้มครองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ 0.049 ตามลำดับ) โดยบุคลากรทางการศึกษาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุ้มครองทางโอกาสจะมีทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่ต่ำกว่าบุคลากรทางการศึกษาที่ไม่สูบบุหรี่และไม่คุ้มครอง ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ความเครียดและการมีสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ ของบุคลากรทางการศึกษา

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized coefficients	t	$p\text{-value}$
	B	Std. error	Beta		
ค่าคงที่ (Constant)	4.338	0.036		121.850	< 0.001
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ					
สถานภาพทางเศรษฐกิจมีหน้าที่สอนเล็กน้อย	0.094	0.045	0.071	2.101	0.036
ปัจจัยด้านสุขภาพ					
การสูบบุหรี่	-0.538	0.046	-0.399	-11.690	0.000
คุ้มครองทางโอกาส	-0.081	0.041	-0.067	-1.970	0.049

$R^2 = 17.63\%$, $R^2a = 17.29\%$, $S = 0.512$, $F = 3.882$, $p\text{-value} = 0.049$

* R^2 = Correlation coefficient, R^2a = Adjusted correlation coefficient, S = standard error of the estimate, F = F change

*ตัวแปรที่นำมาใช้ในการเปรียบเทียบ ; สถานภาพทางเศรษฐกิจ (มีเหลือเกิน) การสูบบุหรี่ (ไม่สูบบุหรี่/เคยสูบแต่เด็กแล้ว) การคุ้มครอง (ไม่คุ้มครอง)

4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่และปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ ของกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) ด้วยเทคนิคการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการแบบ Stepwise ความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสุขภาพ พบร่วมกับตัวแปรอายุนี้ความสัมพันธ์เชิงลบกับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.012$) โดยบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีอายุมากกว่า 50 ปีจะมีทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ต่างกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ตัวแปรตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ชีวิตครอบครัว รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจในการอบครัว ความเครียด การดื่มสุรา และการมีสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ ดังแสดงในตารางที่ 17

ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ พบร่วมกับตัวแปรตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.011$) โดยบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ที่มีตำแหน่งงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่อาจารย์ เช่น เจ้าหน้าที่ธุรการจะมีทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาที่เป็นอาจารย์ ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ชีวิตครอบครัว รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจในการอบครัว ความเครียด การดื่มสุราและการมีสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชของการสูบบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized coefficients	t	p-value
	B	Std. error	Beta		
ค่าคงที่ (Constant)	4.056	0.045		90.574	< 0.001
อายุมากกว่า 50 ปี	-0.480	0.188	-0.225	-2.548	0.012
$R^2 = 5.05\%$, $R^2a = 4.27\%$, $S = 0.484$, $F = 6.491$, $p\text{-value} = 0.012$					

* R^2 = Correlation coefficient, R^2a = Adjusted correlation coefficient, S = standard error of the estimate, F = F change

*ตัวแปรที่นำมาใช้ในการเปรียบเทียบ ; อายุ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี)

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชของการสูบบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ ของบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized coefficients	t	p-value
	B	Std. error	Beta		
ค่าคงที่ (Constant)				77.99	<
	3.728	0.048		2	0.001
ตำแหน่งงานการศึกษาอื่นๆ	0.496	0.192	0.200	2.577	0.011
$R^2 = 3.98\%$, $R^2a = 3.38\%$, $S = 0.589$, $F = 6.639$, $p\text{-value} = 0.011$					

* R^2 = Correlation coefficient, R^2a = Adjusted correlation coefficient, S = standard error of the estimate, F = F change

*ตัวแปรที่นำมาใช้ในการเปรียบเทียบ ; ตำแหน่งงาน (อาจารย์)

4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อการเดินบุหรี่ของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ

4.12.1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติในการเดินบุหรี่กับปัจจัยประชากรด้านต่างๆ ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติในการเดินบุหรี่กับปัจจัยประชากรด้านต่างๆ ของบุคลากรทางสาธารณสุข ได้แก่ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) ด้วยเทคนิคการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการแบบ Stepwise ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติในการเดินบุหรี่กับปัจจัยด้านสังคม พบว่า ตัวแปรอายุ จำนวนบุตร และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติในการเดินบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.028, 0.023$ และ 0.045 ตามลำดับ) โดยตัวแปรอายุและจำนวนบุตรมีความสัมพันธ์เชิงลบกับทัศนคติในการเดินบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข บุคลากรทางสาธารณสุขที่มีอายุมากกว่า 50 ปีจะมีทัศนคติในการเดินบุหรี่ต่ำกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปีและบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คนจะมีทัศนคติต่ำกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่ยังไม่มีบุตร ในขณะที่ตัวแปรระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับทัศนคติในการเดินบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งบุคลากรทางสาธารณสุขที่จบการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีจะมีทัศนคติในการเดินบุหรี่สูงกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ส่วนตัวแปร ตำแหน่งงาน สถานภาพสมรสและชีวิตครอบครัว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติในการเดินบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข ตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการเดินบุหรี่กับปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ตัวแปรความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับทัศนคติในการเดินบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.023$) โดยบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความเครียดมากจะมีทัศนคติในการเดินบุหรี่ต่ำกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่ไม่มีความเครียดเลย ส่วนตัวแปรการดื่มสุราและการมีสماชิกอบตัวที่สูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการเดินบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข ส่วนตัวแปรในปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า ทั้งตัวแปรรายได้และสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการเดินบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการเลิกบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ ของบุคลากรทางสาธารณสุข

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized coefficients	t	p-value
	B	Std. error	Beta		
ปัจจัยด้านสังคม					
ค่าคงที่ (Constant)	4.235	0.043		98.006	< 0.001
อายุมากกว่า 50 ปี	-0.400	0.180	-0.202	-2.219	0.028
การศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี	0.397	0.196	0.171	2.023	0.045
จำนวนบุตร ≥ 3 คน	-0.311	0.135	-0.208	-2.309	0.023
ปัจจัยด้านสุขภาพ					
มีความเครียดมาก	-0.311	0.135	-0.194	-2.302	0.023
$R^2 = 16.60\%, R^2a = 13.80\%, S = 0.426, F = 4.091, p\text{-value} = 0.045$					

* R^2 = Correlation coefficient, R^2a = Adjusted correlation coefficient, S = standard error of the estimate, F = F change

*ตัวแปรที่นำมาใช้ในการเปรียบเทียบ ; อายุ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี) ระดับการศึกษา (น้อยกว่าปริญญาตรี) จำนวนบุตร (ไม่มีบุตร) ความเครียด (ไม่มีความเครียด)

4.12.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติในการเลิกบุหรี่กับปัจจัยประชากรด้านต่างๆ ของบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษากับปัจจัยด้านต่างๆ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) ด้วยเทคนิคการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการแบบ Stepwise ความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ตัวแปรทั้งหมดได้แก่ ตัวแปรอายุ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ชีวิตครอบครัว รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ในครอบครัว ความเครียด การคุ้มครองและการสนับสนุนตัวสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษา

บทที่ 5 อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบ Cross-sectional study ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน/วิทยาลัยอาชีวศึกษา เพศชาย ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดทั้งสิ้น 63 แห่งและบุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนมัธยมศึกษาและวิทยาลัย สังกัดกรมอาชีวศึกษาทุกแห่งทั้งสิ้น 79 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ และ ยโสธร ระหว่างเดือนธันวาคม 2550 – มกราคม 2551 ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ทั้งสิ้น 4,820 ชุด ได้รับแบบสอบถามตอบกลับมา 1,800 ชุด สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 1,412 ชุด คิดเป็นร้อยละ 29.29 เนื่องจากแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ และนำข้อมูลที่ได้มามาวิเคราะห์ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

5.1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะประชากรทั่วไป

ข้อมูลปัจจัยลักษณะประชากรทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา พบร้า บุคลากรทางสาธารณสุขส่วนใหญ่จึงการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี และปริญญาตรีในระดับที่ใกล้เคียงกันแต่บุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่นากกว่าร้อยละ 70 ของการศึกษาระดับปริญญาตรี อาจเนื่องมาจากบุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นอาจารย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ความรู้แก่นักเรียนและนักศึกษา ซึ่งต้องมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีเท่านั้นถึงจะปฏิบัติหน้าที่ได้ ในทางตรงข้ามบุคลากรทางสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่เป็นเพศชายนั้นมีตำแหน่งงานสาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่คือ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ได้บังคับบัญชา วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่จึงน้อยกว่าปริญญาตรี

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พบร้าบุคลากรทางสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่ เป็นบุคลากรระดับปฏิบัติงานพื้นฐานที่จบการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี อาจเนื่องมาจากบุคลากรในระดับนี้มีความรู้และความเข้าใจใน THEORY ของการสูบบุหรี่ไม่เพียงพอ และไม่ตระหนักรถึงผลเสียในอนาคตที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในขณะที่บุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่เป็นอาจารย์ที่จบ

การศึกษาระดับปริญญาตรี อาจเนื่องมาจากการทางการศึกษาไม่ได้ tribunakถึงการคุณภาพร่างกายและพิษภัยจากการสูบบุหรี่เท่ากับบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาในระดับเดียวกัน ลิ่งที่บุคลากรทั้งสองกลุ่มนี้ความสอดคล้องกันคือ บุคลากรส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่เป็นบุคคลที่แต่งงานแล้ว อาจเนื่องมาจากการมีครอบครัวแสดงถึงความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น มีภาระที่ต้องเลี้ยงดูครอบครัว ซึ่งเป็นบ่อเกิดของความเครียด อุปสรรคในการทำงานต่างๆ ต้องพบปะกับเพื่อนฝูงผู้ร่วมงาน ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา รายได้อยู่ในระดับพอกินพอใช้ จึงสามารถหาซื้อบุหรี่ได้โดยไม่เดือดร้อน สอดคล้องกับการศึกษาของมนูญ ตินฝ่าด (2533) และส่วนใหญ่มีสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ ได้แก่ เพื่อนใกล้ชิดและผู้ร่วมงาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล อาจจะเป็นความเคยชินหรือเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมชาติ ใจถูกใจ ไม่เห็นว่าเป็นที่รังเกียจและเป็นอันตรายหรือเกิดการเดินแบบ เออย่างบุคคลที่ตนชื่นชอบการพนับถือซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมภพ ห่วงทอง (2539) ดังนั้น การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา จึงควรดำเนินการมาตั้งแต่ในครอบครัวและต่อเนื่องมาถึงสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน โดยมีหัวหน้าหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ที่เป็นที่คาดหวังลือในหน่วยงาน เป็นตัวอย่างในการไม่สูบบุหรี่และเป็นผู้นำในการดำเนินการรณรงค์เลิกบุหรี่

5.2 ระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่โดยรวม

ระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา พบร้า ระดับทัศนคติต่อผลกระทบด้านเศรษฐกิจมีค่าสูงกว่าผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ด้านสังคมและด้านการทำงาน แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างtribunakถึงผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจมากกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง สุนทรવิภาต (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการครูขาย ตั้งกัด สำนักงานการประ同胞ศึกษาอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบร้าข้าราชการครูขายส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 97.3 มีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สมชัย ชื่นตา (2531) ที่ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับต่ำกว่าอุดมศึกษาในจังหวัดขอนแก่น พบร้า นักเรียนส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นว่าผลเสียของบุหรี่ต่อสุภาพมีน้อยกว่าการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและการศึกษาของ มนูญ ตินฝ่าด (2533) ที่ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณะระดับตำแหน่งและอาชีวะในจังหวัดตรัง พบร้า ค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านผลเสียทางเศรษฐกิจมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าด้านสุขภาพ การปฏิบัติงาน และด้านสังคม

เมื่อพิจารณาในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับทักษณคติต่ำที่สุดในด้านผลกระทบต่อสุขภาพพบว่า ประเด็นไม่รู้วันตายจะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติเพราสูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.55) รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา (คะแนนเฉลี่ย 3.72) และการสูบบุหรี่เล็กน้อยหรือสูบให้น้อยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย 3.91) อาจจะเนื่องมาจากการขาดข้อมูลที่ถูกต้องในการพิจารณาประเด็นต่างๆที่กล่าวมา เช่น ในประเด็น การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา กลุ่มตัวอย่างอาจไม่ทราบว่าบุหรี่ชนิด light คืออะไรแตกต่างจากบุหรี่ชนิดธรรมดาอย่างไร และในประเด็นไม่รู้วันตายจะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติเพราสูบบุหรี่และการสูบบุหรี่เล็กน้อยหรือสูบให้น้อยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างอาจไม่ทราบถึงอันตรายที่เกิดจาก การสูบบุหรี่ว่ามีอันตรายเพียงใด ก่อให้เกิดโรคชนิดต่างๆมากมายเพียงใด ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ตระหนักรถึงความสำคัญในประเด็นข้างต้น ผลกระทบต่อด้านสังคม ซึ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับทักษณคติต่ำสุด ได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้นุตร/คนใกล้ชิดมีแนวโน้มสูบบุหรี่ด้วย (คะแนนเฉลี่ย 3.74) และการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ (คะแนนเฉลี่ย 3.80) อาจมีสาเหตุมาจากการกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าการสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่รวมถึงคิดว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมของคนทั่วไปเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 50 มีบุคลครอบตัวที่สูบบุหรี่ และผลกระทบต่อการทำงาน การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (คะแนนเฉลี่ย 3.92) ซึ่งเป็นทักษณคติที่ไม่ถูกต้องของงานเนื่องมาจากการเกิดความเคยชินในการคลายเครียด ด้วยการสูบบุหรี่และไม่ทราบวิธีการคลายเครียดด้วยวิธีการอื่นๆที่มีประโยชน์มากกว่าการสูบบุหรี่ ดังจะเห็นได้จากลักษณะการติดบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นการติดทางจิตใจเป็นส่วนใหญ่

5.3 ระดับทักษณคติต่อโภยของการสูบบุหรี่และระดับทักษณคติต่อการเลิกบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มประชากร

การเปรียบเทียบทักษณคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาพบว่าบุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทักษณคติต่อโภยของการสูบบุหรี่โดยรวมและทักษณคติผลกระทบทุกด้านสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษา เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบทักษณคติต่อโภยของการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีพุติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา พนักงานบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีพุติกรรมการสูบบุหรี่มีระดับทักษณคติต่อโภยของการสูบบุหรี่โดยรวมและผลกระทบทั้ง 4 ด้านสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาที่มีพุติกรรมการสูบบุหรี่ อาจจะมีสาเหตุเนื่องจากบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับด้านสุขภาพทำให้ทราบถึงโภยและพิษภัยของบุหรี่ได้มากกว่าบุคลากร

ทางการศึกษา รวมถึงทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ที่บุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาเฉพาะในด้านสังคม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าประเด็นที่บุคลากรทางสาธารณสุขมีทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ คิดว่าสายเสียงแล้วที่จะเลิกสูบบุหรี่ เพราะสูบบุหรี่ทำให้เสียบุคลิกภาพ เพราะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม การเลิกสูบบุหรี่ทำให้เสียเพื่อน การเลิกสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ยาก การเลิกบุหรี่ทำได้ยาก อาจเนื่องมาจากบุคลากรทางการศึกษาซึ่งเป็นบุคคลที่มีตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ จะคำนึงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆมากกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่ส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานระดับปฏิบัติงาน รวมถึงการมีทัศนคติที่ไม่ดีว่าการเลิกบุหรี่ทำได้ยาก อาจเนื่องจากบุคลากรทางการศึกษาไม่ทราบถึงแนวทางในการเลิกบุหรี่ที่มีหลายวิธีและในปัจจุบันสถานที่ราชการของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลประปาศให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขส่วนใหญ่ในปัจจุบันไม่สามารถสูบบุหรี่ในที่ทำงานได้

การเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโดยของการสูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษา พบร่วมกันว่า บุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติต่อโดยของการสูบบุหรี่โดยรวมและทัศนคติผลกระทนทุกด้านสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษา เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ซึ่งพบว่าบุคลากรทางการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ในด้านสังคมและการทำงาน อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากการศึกษาระดับอาชีวศึกษามีลักษณะการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม มากกว่าระบบการศึกษาในกลุ่มนั้นมัธยมศึกษาที่จะเป็นการศึกษาที่เน้นวิชาการความรู้ต่างๆที่หลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอกชัย จรูญเนตร (2550) ที่ศึกษาสถานะการสูบบุหรี่และความต้องการเลิกบุหรี่ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษา จำเกือบครึ่งพื้นที่ จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษามากกว่านักเรียนอาชีวศึกษา ในขณะที่ค่านิยมสุขภาพและค่านิยมเศรษฐกิจบุคลากรทั้ง 2 ระดับไม่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากการความรู้และความเข้าใจในด้านสุขภาพของกลุ่มนักเรียนทั้ง 2 ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีเพียงประเด็นเดียวที่บุคลากรระดับมัธยมศึกษาสูงกว่าบุคลากรระดับอาชีวศึกษาย่างมีนัยสำคัญ กือ การเลิกสูบบุหรี่เป็นการทำลายบุคลิกภาพของตนเอง

5.4 ระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่โดยรวมของกลุ่มนักค่าคราฟทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่เลย / เคยสูบแต่เลิกแล้ว และกลุ่มที่สูบบ้างโอกาส / สูบประจำ พนวณกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่/เคยสูบแต่เลิกแล้ว มีระดับทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่โดยรวมและทัศนคติผลกระเทศต่อด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่บ้างโอกาส/สูบประจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพดล ขัยนภานวี (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตจังหวัดอุทัยธานี พนวณคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชายในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มีค่าคะแนนสูงกว่าซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กับกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นบ้างครึ่งและสูบเป็นประจำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เจริญ บุตรดี (2533) ที่ศึกษาทัศนคติและการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดศรีสะเกษ พนวณาทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ไม่สูบบุหรี่ มีระดับทัศนคติที่ดีกว่าผู้สูบบุหรี่และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นส่วนใหญ่ และการศึกษาของ เอกชัย ชรุณเนตร (2550) ที่ศึกษาสถานะการสูบบุหรี่และความต้องการเลิกบุหรี่ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษา อำเภอตระการพีชพล จังหวัดอุบลราชธานี พนวณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่หรือเคยสูบแต่เลิกแล้วมีค่ามากกว่ากลุ่มที่ยังสูบบุหรี่ ซึ่งอาจมีสาเหตุอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่แล้วย่อมมีประสบการณ์ว่าการสูบบุหรี่ล้วนแล้วแต่ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมาไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจ และที่สำคัญก็ไม่จำเป็นต้องพึงบุหรี่อีกด้วยไป จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ที่ไม่สูบบุหรี่/เคยสูบแต่เลิกแล้ว มีทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากร ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุขพบว่า ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร รายได้ ความเครียด การคุ้มสุราและสามารถรอบตัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญช่วย ประเสริฐ (2544) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล พนวณาตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แต่ปัจจัยการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในขณะที่การศึกษาของ นพดล ขัยนภานวี (2536) ที่พนวณา ระดับการศึกษา

สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน รายได้ การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจใน ครอบครัว ชีวิตครอบครัว ความเครียด การคึ่มสุราและสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง สุนทรวิภา (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการครูชา สรงกัดสำนักงานการประถมศึกษา อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดัง แสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ปัจจัยลักษณะประชากร	ภาพรวม (n = 1412)	สาธารณสุข (n = 631)	การศึกษา (n = 781)
อายุ	-	-	-
ตำแหน่งงาน	✓	✓	-
การศึกษา	✓	✓	-
สถานภาพสมรส	✓	✓	✓
จำนวนบุตร	-	✓	-
รายได้	✓	✓	-
เศรษฐกิจในครอบครัว	✓	-	✓
ชีวิตครอบครัว	✓	-	✓
ความเครียด	-	✓	✓
การคึ่มสุรา	✓	✓	✓
สมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่	✓	✓	✓

✓ หมายถึง ปัจจัยลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

5.6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่เนื่องจากอยากรลองด้วยตนเอง และเคยพยายามเลิกสูบเองประมาณร้อยละ 80 แต่ที่เลิกสูบไม่ได้ เพราะเห็นคนอื่นสูบแล้วอดไม่ได้ถึงร้อยละ 60 สอดคล้องกับงานวิจัยของนพดล ขันการนวี (2536) ได้ทำการศึกษาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี พบว่าส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่เนื่องจากอยากรลองด้วยตนเอง (ร้อยละ 31.58) เคยพยายามเลิกบุหรี่ (ร้อยละ 84.2) ซึ่งเดียวกับงานวิจัยของ ประเทือง ศุนทร์วิภาพ (2543) พบว่าข้าราชการครูรายสังกัดสำนักงานการประ同胞ศึกษาอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ส่วนใหญ่มีสาเหตุที่สูบบุหรี่ครึ่งแรกคืออยากรลองด้วยตนเอง (ร้อยละ 56.3) และบังสูบบุหรี่อยู่เพราเห็นคนอื่นสูบแล้วอดไม่ได้ (ร้อยละ 50.5)

บุคลากรทั้ง 2 กลุ่มเมื่อต้องการสูบบุหรี่ในที่ทำงานพบว่าร้อยละ 48.1 สูบนอกอาคาร ซึ่งจากพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่กำหนดให้ห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ ดังนั้นควรเข้มงวดในการลงโทษผู้สูบบุหรี่ในสถานที่ราชการอย่างจริงจังมากขึ้นเพื่อเป็นการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ในที่สุด และเป็นการปอกปื่องสิทธิของบุคคลทั่วไปที่ไม่สูบบุหรี่ และการที่บุคลากรทางการศึกษามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่นอกอาคารแต่ยังอยู่ภายในสถานศึกษานั้นเป็นพฤติกรรมแบบอย่างที่ไม่ดีให้แก่เยาวชน ซึ่งบัดແยังกับทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุดว่า การงดสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เยาวชนและคนอื่นได้เฉลี่ย 4.35 สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญศักดิ์ รอมยพ (2536) ที่ได้ทำการศึกษาทัศนคติของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีต่อครูที่สูบบุหรี่และบุคลากรสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีทัศนคติต่อครูที่สูบบุหรี่และบุคลากรสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับที่ไม่ดีถึงร้อยละ 100 และงานวิจัยของ เจริญ บุตรดี (2533) และมนูญ ศินฝ่าด (2533) ที่ได้ทำการศึกษาทัศนคติและการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดศรีสะเกษและจังหวัดตรัง พบว่ามีทัศนคติเห็นด้วยว่าการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่เยาวชนและคนอื่นได้

5.7 ลักษณะการเสพติดและระดับการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่าเหตุผลที่บุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษายังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน พบว่า บุคลากรทั้ง 2 กลุ่มคือ เห็นคนอื่นสูบแล้วอดไม่ได้ ซึ่งเป็นสภาพการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจซึ่งบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่มีลักษณะการเสพติดทางจิตใจ (ร้อยละ 42.6) ยังไม่มีภาวะพึงบุหรี่ทางด้านร่างกาย สอดคล้องกับแบบประเมินระดับ

ความรุนแรงของการติดบุหรี่ พบร่วมกับการติดบุหรี่น้อย (ร้อยละ 68.1) แต่เมื่อพิจารณาในประเด็นด้าน การสे�ฟตี้นิโโคตินจะพบว่าบุคลากรทางการศึกษามีลักษณะการสูบบุหรี่ติดบุหรี่น้อย 14.7 ในขณะที่บุคลากรทางสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 7.0 ซึ่งมากกว่า 1 เท่าตัว สอดคล้องกับระดับการติดบุหรี่ (Fagerstrom test) โดยบุคลากรทางการศึกษาจะมีระดับการติดบุหรี่มาก (ติดนิโโคติน) ถึงร้อยละ 8.8 และบุคลากรทางสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 2.4 เท่านั้น อาจเนื่องมาจากการทางการศึกษาที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สามารถสูบบุหรี่ในที่ทำงานและห้องทำงานส่วนตัวได้ถึงร้อยละ 35.9 และร้อยละ 20.6 ในขณะที่บุคลากรทางสาธารณสุขนั้นสามารถสูบบุหรี่ในที่ทำงานและห้องทำงานส่วนตัวได้เพียงร้อยละ 10.9 และร้อยละ 2.4 ทำให้บุคลากรทางการศึกษามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้มากกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขทำให้ลักษณะการสูบบุหรี่ติดนิโโคตินและการติดบุหรี่มาก (ติดนิโโคติน) จึงสูงกว่าบุคลากรทางสาธารณสุข

5.8 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่และปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ จำแนกตามกลุ่มประชากร

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) ระหว่างทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ ของบุคลากรทางสาธารณสุข พบร่วม ตัวแปรตำแหน่งงาน จำนวนบุตร การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการมีสมาชิก รอบตัวที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมภพ ห่วงทอง (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย จังหวัดราชบุรี พบร่วมกับความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเกี่ยวกับบุหรี่ ค่านิยม เกี่ยวกับบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการศึกษามีปัจจัยลักษณะประชากรต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่ได้แก่ ตัวแปรสถานภาพทางเศรษฐกิจ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา จะเห็นว่าปัจจัยที่แตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทางสาธารณสุขมีตัวแปรตำแหน่งงาน จำนวนบุตรและมีสมาชิกรอบตัวที่สูบบุหรี่ ในด้านตัวแปรตำแหน่งงานอาจเนื่องมาจากการทางสาธารณสุขที่มีตำแหน่งงานสาธารณสุขอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเร乖เปล ซึ่งเป็นบุคลากรระดับปฏิบัติงาน ไม่จำเป็นต้องใช้ความรู้เฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความรู้ความเข้าใจรวมถึงทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเท่าที่ควร ในขณะที่บุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานเป็นอาจารย์ ความรู้ความเข้าใจรวมถึงทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่จึงไม่แตกต่างกันมาก ส่วนตัวแปรจำนวนบุตรอาจเนื่องมาจากการทางสาธารณสุขมีความตระหนักถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่บุตร หรือบุคลากรที่ชิด ดังจะเห็นได้จากทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขสูง

กว่าบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.041$) และปัจจัยการมีสมาชิกครอบตัวที่สูบบุหรี่ อาจเนื่องมาจากการบุคลากรทางสาธารณสุขตระหนักรถึงการรักษาสุขภาพหรือปัจจัยใดก็ตามที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าบุคลากรทางการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 21

5.9 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่และปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ ของกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรอายุ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ตัวแปรตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ชีวิตครอบครัวรายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจในการอบรมร่วม ความเครียด การดื่มสุราและการมีสมาชิกครอบตัวที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่เลย อาจเนื่องมาจากการบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีอาจมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและมีค่านิยมแบบเก่าทำให้มีทัศนคติต่อโภชนาการต่ำกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ในขณะที่การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่กับปัจจัยด้านต่างๆ ที่พบว่าตัวแปรตำแหน่งงานการศึกษาอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโภชนาการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่ เช่นเดียวกัน

**ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโทยของการสูบบุหรี่และปัจจัยลักษณะประชากร
ด้านต่างๆ**

ปัจจัยลักษณะประชากร	สาธารณสุข (n = 631)	การศึกษา (n = 781)
ปัจจัยด้านสังคม		
อายุ	-	-
ตำแหน่งงาน	✓	-
ระดับการศึกษา	-	-
สถานภาพสมรส	-	-
จำนวนบุตร	✓	-
ชีวิตครอบครัว	-	-
ปัจจัยด้านเศรษกิจ	-	
รายได้	-	-
สถานภาพทางเศรษฐกิจ	-	✓
ปัจจัยด้านสุขภาพ		
ความเครียด	-	-
การสูบบุหรี่	✓	✓
การดื่มสุรา	✓	✓
สมาชิกรอบตัวที่สูบบุหรี่	✓	-

✓ หมายถึง ปัจจัยลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโทยของการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

5.10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ ของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) พบว่า ปัจจัยด้านสังคมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาและจำนวนบุตร ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพพบว่าตัวแปรความเครียด มีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับบุคลากรทางการศึกษาที่พบว่าไม่มีตัวแปรใดเลยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ อาจ

เนื่องจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีอายุมากกว่า 50 ปี นั้นส่วนใหญ่มีค่านิยมยึดคิดแบบเก่า ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องซึ่งมีระดับทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ต่ำกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขอายุน้อยกว่า 30 ปี และการมีจำนวนบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คนซึ่งแสดงถึงภาระครอบครัวที่มากกว่าการไม่มีจำนวนบุตรและเป็นบ่อเกิดความเครียดทำให้มีระดับทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเครียดเลย ส่วนตัวแปรการศึกษาอาจเนื่องมาจากกลุ่มนักบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีเป็นบุคคลที่มีความรู้และความเข้าใจต่อการเดิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มนักบุคลากรที่มีการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ

ปัจจัยลักษณะประชากร	สาธารณสุข (n = 128)	การศึกษา (n = 170)
ปัจจัยด้านสังคม		
อายุ	✓	-
ตำแหน่งงาน	-	-
ระดับการศึกษา	✓	-
สถานภาพสมรส	-	-
จำนวนบุตร	✓	-
ชีวิตรอบครัว	-	-
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ		
รายได้	-	-
สถานภาพทางเศรษฐกิจ	-	-
ปัจจัยด้านสุขภาพ		
ความเครียด	✓	-
การดื่มสุรา	-	-
สามารถรอบตัวที่สูบบุหรี่	-	-

✓ หมายถึง ปัจจัยลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) ประเภทการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติ ต่อโทษของการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาในระดับนักเรียนศึกษาและระดับอาชีวศึกษา รวมถึงเปรียบเทียบทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาระดับนักเรียนศึกษาและระดับอาชีวศึกษา และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ (ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางเศรษฐกิจและปัจจัยทางสุขภาพ) กับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษาระดับนักเรียนศึกษาและอาชีวศึกษา เพศชาย เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสั่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับคืนมาจำนวน 1,412 ฉบับ คิดเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขและการศึกษาจำนวน 631 และ 781 ฉบับ ตามลำดับ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับทัศนคติโดยใช้ t-test และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการเดิกบุหรี่ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) ได้ข้อมูลสรุปดังนี้

6.1.1 จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น 1,412 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีสถานภาพสมรสสูง และยังไม่มีบุตร ในปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน มีสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวพอกินพอใช้ มีชีวิตครอบครัวอยู่ดี และมีความเครียดเกี่ยวกับการทำงานเล็กน้อย พบกลุ่มที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ถึงร้อยละ 21.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ค่อนข้างโอกาส และมีคนรอบข้างมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยมีคนรอบข้างที่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 45.9 ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นคนในที่ทำงานเดียวกันและเพื่อนใกล้ชิด

6.1.2 ระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี มีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.24 โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับทัศนคติสูงสุด คือ ด้าน

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ (คะแนนเฉลี่ย 4.41) และต่ำสุดเป็นด้านผลกระทบต่อสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย 4.21) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.63) ส่วนข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ คนเราไม่รู้วันตายจะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติ เพราะสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 3.55

6.1.3 เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อ โทยของ การสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา พบว่า ในภาพรวมบุคลากรทางสาธารณสุข มีระดับทัศนคติแตกต่างจากบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยบุคลากรทางสาธารณสุข มีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.31 สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษา ซึ่งมีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.19 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับทัศนคติของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาต่อผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงาน และด้านเศรษฐกิจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001, = 0.002, = 0.024$ และ < 0.001 ตามลำดับ)

6.1.4 เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อ โทยของ การสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มนักศึกษา บุคลากรทางสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษา แยกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ มีระดับทัศนคติในภาพรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน (ได้แก่ ด้านสุขภาพ สังคม การทำงาน เศรษฐกิจ) สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

6.1.5 เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อ โทยของ การสูบบุหรี่ ของกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ บุคลากรทางสาธารณสุข มีระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรทางการศึกษา ในผลกระทบทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อ โทยของ การสูบบุหรี่ ภายในกลุ่มนักศึกษา บุคลากรทางการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างบุคลากรทางการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา

6.1.6 จากผลการศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับปัจจัยลักษณะประชากร ด้านต่างๆ ในภาพรวม พบว่า ปัจจัยอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม พบว่า ปัจจัยตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ชีวิตรอบครัว การคุ้มสุรา และสมาชิกรอบตัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

6.1.7 เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า

6.1.7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา จะแสดงถึงสอดคล้องกัน โดยสาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ คือ อยากลองด้วยตนเอง เคยพยายามเลิกบุหรี่ โดยวิธีเลิกเอง ส่วนใหญ่ 0-3 ครั้ง โดยมีแรงจูงใจที่ทำให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่ คือ ลื้นเปลืองค่าใช้จ่าย สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ ในปัจจุบันเนื่องจากเห็นคนอื่นสูบแล้วดี และทราบ

ถึงการก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อผู้อื่น มีความคิดเห็นว่าการสูบบุหรี่ทำให้ลืมเปลือง ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพคำเตือนบนของบุหรี่ ที่น่าจะมีผลในการยอมรับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปาก กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 48 คิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า หรือคิดจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้า (อยู่ในระยะ Contemplation และ Preparation ตามลำดับ) ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้าหรือไม่มีความคิดที่จะเลิกเลย (อยู่ในระยะ Precontemplation และ Recent acquisition ตามลำดับ) ร้อยละ 33.2 ส่วนใหญ่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมการคัดสูบบุหรี่เนื่องจากอยากเลิก และส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีร้านยาเข้าร่วมโครงการให้คำแนะนำการอุด/เลิกบุหรี่ ส่วนข้อมูลที่มีความแตกต่างกันที่สำคัญ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่และข้อมูลในการรับทราบว่าโรงพยาบาลศรีสะเกบนมีคลินิกอุดบุหรี่ โดยบุคลากรทางสาธารณสุขส่วนใหญ่รับทราบ ในขณะที่บุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ทราบ

6.1.7.2 การสภาพดีและระดับการติดนิโคติน พบร่วมกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีภาวะสภาพดีทางจิตใจและมีระดับการติดบุหรี่ (Fagerstrom test) อยู่ในระดับติดบุหรี่น้อย

6.1.7.3 เมื่อพิจารณาทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่สูบบุหรี่ พบร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุขมีระดับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่สูงกว่าบุคลากรทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.036$) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มบุคลากรทางการศึกษา พบร่วมกับบุคลากรระดับมัธยมนศึกษามีค่าระดับทัศนคติสูงกว่าบุคลากรระดับอาชีวศึกษาด้านสังคมและการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.032$ และ 0.023 ตามลำดับ)

6.1.8 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่และปัจจัยด้านประชารัฐด้านต่างๆ พบร่วม

6.1.8.1 เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากร ในกลุ่มนบุคลากรทางสาธารณสุข ตัวแปรตำแหน่งงาน จำนวนบุตร การสูบบุหรี่ การคั่มสูราและการมีสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในขณะที่กลุ่มนบุคลากรทางการศึกษาพบว่า ตัวแปรสถานภาพทางเศรษฐกิจ การสูบบุหรี่และการคั่มสูรามีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

6.1.8.2 เมื่อพิจารณากลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มนบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่ ตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.012$) ในขณะที่กลุ่มนบุคลากรทางการศึกษาที่สูบบุหรี่พบว่า ตัวแปรตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโดยของ การสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.011$)

6.1.9 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัย珊ะประชากรด้านต่างๆพบว่า ในกลุ่มนักลากทางสาธารณสุข ตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรและความเครียดมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในขณะที่กลุ่มนักลากทางการศึกษา พบว่า ตัวแปรปัจจัยต่างๆทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่

6.2 ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

6.2.1 จากผลการศึกษา พบว่า ระดับทัศนคติต่อโดยรวมของการสูบบุหรี่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษามีระดับทัศนคติต่อผลกระทบด้านเศรษฐกิจสูงกว่าผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ด้านสังคมและด้านการทำงานซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรถึงผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจมากกว่าด้านอื่นๆ ดังนั้น ควรมีการผู้งเน้นนำเสนองานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อด้านเศรษฐกิจในกลุ่มประชากรต่างๆซึ่งอาจมีส่วนช่วยในการรณรงค์การอุดหนุนหรือเลิกบุหรี่ได้

6.2.2 ระดับทัศนคติต่อโดยรวมของการสูบบุหรี่ระหว่างบุคลากรทางการศึกษามีระดับต่ำกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขทั้งผลกระทบทางด้านสุขภาพ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นควร มีการจัดประชุมหรือจัดอบรมวิชาการให้แก่บุคลากรทางการศึกษาทั้งระดับมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษาเพื่อเพิ่มพูนความรู้และระดับทัศนคติให้เห็นถึงพิษภัยและผลกระทบต่อด้านต่างๆของ การสูบบุหรี่มากยิ่งขึ้นรวมทั้งทำให้บุคลากรทางการศึกษาระหนักรถึงผลเสียจากสูบบุหรี่มากยิ่งขึ้น และเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการประชาสัมพันธ์การให้บริการคลินิกอดบุหรี่

6.2.3 จากการประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่พบว่าบุคลากรทางการศึกษามีภาวะเสพติดนิโคลตินมากกว่าบุคลากรทางสาธารณสุข รวมทั้งมีระดับการติดบุหรี่ (Fagerstrom test) ในระดับที่สูงกว่าบุคลากรทางสาธารณสุข ดังนั้นการรณรงค์ให้เลิก / อุดหนุนของกลุ่มนักลากทางการศึกษา อาจแตกต่างจากกลุ่มนักลากทางสาธารณสุข อาจต้องมีการใช้ยา_rwm ด้วยหรือให้มีการประชาสัมพันธ์ให้เข้าร่วมคลินิกอดบุหรี่

6.2.4 จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เคยพยายามเลิกบุหรี่แต่ยังไม่สามารถเลิกได้ เพราะเห็นคนอื่นสูบแล้วอดไม่ได้เมื่อถามถึงความยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการงดสูบบุหรี่พบว่า ร้อยละ 34.2 ยินดีเข้าร่วม เพราะอยากรเลิกแต่กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 60.7 ไม่ทราบว่าโรงพยาบาลครี ยะเย啫มีคลินิกอดบุหรี่และร้อยละ 70.5 ไม่ทราบว่ามีร้านยาเข้าร่วมโครงการให้คำแนะนำการอุด / เลิกบุหรี่ ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีบทบาทในการให้บริการเพื่อช่วยให้ผู้สนใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้

เข้าร่วมกิจกรรมอันที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรม ลด ละ เลิก สูบบุหรี่ในที่สุด อีกประการหนึ่งภาครัฐ และโรงพยาบาลมีการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางให้แก่นักคลาสิกนักงานอกหัวใจงานได้รับทราบถึงการจัดตั้งคลินิกดูบุหรี่และร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้ผู้ที่สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกได้เข้าสู่กระบวนการนำบัตรรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

6.2.5 จากการศึกษาครั้งนี้ได้มีการประเมินสภาพของผู้สูบบุหรี่ว่ามีความเต็มใจในการเลิกสูบบุหรี่เพียงใด โดยใช้โนเดลทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ (Transtheoretical model of change) พบว่าบุคลากรทางสาธารณสุขอยู่ในระยะที่ไม่เต็มใจในการเลิกบุหรี่ (ขั้นที่ 1-3 ได้แก่ Recent acquisition, Precontemplation, Contemplation) ถึงร้อยละ 51.7 และบุคลากรทางการศึกษาร้อยละ 58.8 ซึ่งเป็นระยะที่จะต้องทุ่มเทในการให้ข้อมูลและวางแผนเพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ข้ามขั้นตอนไปสู่ความพร้อม / เต็มใจในการเลิกบุหรี่ ดังนั้น การรณรงค์ในการเลิกสูบบุหรี่ควรมีการทำางานในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ เช่น ควรมีการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานทางสาธารณสุขและหน่วยงานทางการศึกษาในเขตพื้นที่นั้นเพื่อให้การรณรงค์นั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือหาสิ่งกระตุ้นให้เกิดความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้บุคลากรหรือกลุ่มคนที่สามารถเลิกสูบบุหรี่อย่างดาวรุ่งแล้วมาเป็นตัวอย่างในการรณรงค์ให้เลิกบุหรี่ และควรมีการจัดตั้งชุมชนเลิกสูบบุหรี่เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่อยาكلดสูบบุหรี่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ

6.2.6 จากการศึกษาพบว่าบุคลากรทั้ง 2 กลุ่มถึงร้อยละ 77.9 มักสูบบุหรี่เมื่อยู่ที่บ้าน ซึ่งทำให้มีผู้สูบบุหรี่มือสองมีจำนวนมากขึ้น ดังนั้นควรมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับนโยบายของการเป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง รวมถึงการกระตุ้นให้กลุ่มผู้สูบบุหรี่มือสองมีส่วนช่วยในการรณรงค์การเลิกบุหรี่ของบุคลากรในครอบครัวให้มากยิ่งขึ้น ดังเช่นจากการศึกษาจะเห็นได้ว่าสาเหตุที่อยาكلดสูบบุหรี่เนื่องจากบุคลากรกลั่น祫ให้เลิกสูบมีร้อยละ 57.6

6.2.7 ควรมีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการใหม่ๆ ให้แก่นักคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา อาทิเช่น การรักษาผู้ติดบุหรี่โดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา การเผยแพร่องค์ความรู้ทางวิชาการใหม่ๆเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคผู้ไม่สูบบุหรี่ พลกระทบทต่อผู้สูบบุหรี่มือสอง เป็นต้น

6.2.8 จากการศึกษาพบว่าบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษายังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานซึ่งเป็นสถานที่ราชการที่ห้ามสูบบุหรี่ โดยเด็ดขาดดังนั้น ควรมีการเข้มงวดในการลงโทษผู้ฝ่าฝืนอย่างจริงจัง

6.2.9 จากการศึกษาพบว่าการคืนสุรา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา ดังนั้นควรมีการรณรงค์เพื่อเลิกคืนสุรา ร่วมกับโปรแกรมการเลิกบุหรี่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรณรงค์มากยิ่งขึ้น

6.2.10 จากการศึกษาพบว่าบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาประมาณร้อยละ 20 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่สูงมากในปัจจุบัน ดังนั้นควรมีการรณรงค์อย่างจริงจังในกลุ่มนักศึกษาทั้ง 2 กลุ่มนี้เนื่องจากนักศึกษาทั้ง 2 กลุ่มนี้มีความสำคัญในการเป็นแบบอย่างในด้านพฤติกรรมต่างๆแก่เยาวชน

6.2.11 ควรมีการออกกฎหมายเบียบในการคัดเลือกบุคคลเข้าทำงานในสถานศึกษาและโรงพยาบาล ควรเป็นบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่โดยเด็ดขาด หรือหากเป็นบุคลากรเดิมที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ควรส่งเสริมให้เข้ารับบริการคลินิกดับบุหรี่โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

6.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

6.3.1 ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษาทางสาธารณสุขและกลุ่มนักศึกษาทางการศึกษาที่เลิกสูบบุหรี่แล้วว่ามีปัจจัยใดที่เป็นอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ เพื่อประเมินว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้สามารถเลิกได้สำเร็จ โดยไม่กลับมาเสพซ้ำเกี่ยวข้องกับเรื่องใดบ้าง

6.3.2 ควรนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปศึกษาในครั้งต่อไปแต่เน้นในเรื่องของการจัดกิจกรรม การหารูปแบบที่จะนำมาใช้ในการจัดโปรแกรมรณรงค์การงดสูบบุหรี่ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มต่อไป

6.3.3 ควรศึกษาการประเมินผลโครงการรณรงค์การเลิกบุหรี่และจัดโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษาทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาที่เคยตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ แต่ไม่สำเร็จ เพื่อกันหาสาเหตุจะได้นำไปใช้ในการเลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจัง

6.3.4 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มข้าราชการในสาขาอาชีพอื่นๆ รวมถึงหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

6.3.5 ควรมีการศึกษาถึงทัศนคติของนักเรียนหรือประชาชนทั่วไปที่มีต่อการสูบบุหรี่ ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา รวมถึงข้าราชการในสาขาวิชาชีพอื่นๆด้วย

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- จันทน์ จันทร์ไพบูลย์. 2541. เหตุผลในการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจริญ บุตรดี. 2533. ทัศนคติและการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดศรีสะเกษ. ภาคินพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยฤทธิ์ เจติยานุวัตร. 2544. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของเยาวชนที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ชีวสัตว์) : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงคล ขันการนาวี. 2536. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนที่สาธารณสุขในเขตจังหวัดอุทัยธานี. ภาคินพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ กุลนิตย์. 2538. ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญช่วย ประราศรี. 2544. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา. ภาคินพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภิจ วาทีสารกจิ. 2547. สถิติสำคัญเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทย. กรุงเทพมหานคร : มนุษยนิรรัตน์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประเทือง สุนทรภิภาค. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการครุชัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอท่อง จังหวัดสุพรรณบุรี. ภาคินพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนูญ ศินฟ้า. 2533. ทัศนคติและพฤติกรรมของเยาวชนที่สาธารณสุขระดับตำบลและระดับอำเภอในจังหวัดต่างที่มีต่อการสูบบุหรี่. ภาคินพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนฑา เก่งการพาณิช, ลักษณ์ เติมศรีกุลชัย และสาวโจนน์ นาคุจุ. 2549. การทบทวนและวิเคราะห์ทิศทางการวิจัยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2519-2549. กรุงเทพมหานคร : เจริญมั่นคงการพิมพ์.
- อุพยง วงศ์ฟัน. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา เขตอําเภอมีอง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- วารากรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. 2547. รายงานวิจัยเรื่องแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่ Clinical Practice Guideline in Smoking Cessation. กรุงเทพมหานคร : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วารากรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ. 2547. รายงานวิจัยเรื่องแนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร Smoking Cessation Guideline for Pharmacists. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิภาพรรณ อุ่นทรพันธุ์. 2539. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ครรษณา เบญจกุล, มนษา เก่งการพานิช และลักษณา เติมศิริกุลชัย. 2549. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2534-2547. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ศศิธร เดิมกิริย์ลักษณ์. 2547. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สติกร พงศ์พาณิช. “การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ ในประเทศไทย”, ใน โครงการสำรวจนักวิจัยศาสตร์ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549
- สมเกียรติ วัฒนศิริชกุล. 2549. การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลดปล่อยบุหรี่.
- สมกพ ห่วงทอง. 2538. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขาวรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรชัยพ นาสมฝันและคณะ. 2547. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา : แนวทางการดำเนินงาน คลินิกเลิกบุหรี่ในสถานบริการสาธารณสุข. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ເອກສາຮ້ອງອີງ (ຕ່ອ)

ສໍານັກງານກອງທຸນສັນສຸນການສ້າງເສຣິມສຸກພາ. 2549 . “ກາຮເສີຍຊືວິຕຂອງຄົນໄທຢາກກາຮສູບນຸ່ຫ່ວ່າ”, ສົດຕິສຳຄັນເກີ່ຍວັນກັນກາຮສູບນຸ່ຫ່ວ່າຂອງຄົນໄທຢາ.

<http://www.thaihealth.or.th/node/4438>. ທັນວາຄມ 2549.

ສໍານັກງານຄະນະກຽມກາຮອາຊືວິກົມຍາ. 2550. “ຈຳນວນຂໍາຮາຈກາຮຄຽແລະນຸກລາກ”, ຈຳນວນນຸກລາກ.

<http://www.vec.go.th/g0006/u0032/psnls-49-mar2.htm>. ກັນຍາຍນ 2550.

ສໍານັກງານຄະນະກຽມກາຮສືກົມຍາຂຶ້ນພື້ນຮານ. 2550. “ຮາຍງານຂໍ້ມູນໂຮງຮຽນສັກສົດ ສພງ,” ສາງສັນເກດທາງກາຮສືກົມຍາ. <http://doc.obec.go.th/dataonweb/report>. ກັນຍາຍນ 2550.

ອັຈອຣາວຣອນ ສ້ອຍທອງ. 2542. ປັຈຍ໌ທີ່ມີອີທີພິລົດຕ່ອພຸດຕິກຽມກາຮສູບນຸ່ຫ່ວ່າໃນກຳລຸ່ມວ່ຍຮຸ່ນ.

ວິທານິພນົມປະຈຸບັນວິທາສາສຕຣມຫາບັນທຶກ : ນາງວິທາລ້ຽມທິດ.

ອັບດຸດຮອ່ມືມ ສອຄອ. 2533. ກາຮສໍາຮວງປັຈຍ໌ ພຸດຕິກຽມ ແລະທັນກີດເກີ່ຍວັນກັນກາຮສູບນຸ່ຫ່ວ່າຂອງຜູ້ສື່ອ່ງໆສາຫະລຸນສຸຂະແລະອາສານມັກສາຫະລຸນສຸຂະປະຈຳນຸ່ນໜ້ານ ໃນເບີຕຳເກອໄນ້ແກ່ນຈັງຫວັດປັດຕານີ. ກາຄນິພນົມປະຈຸບັນວິທາສາສຕຣມສຸຂະສາສຕຣນັບັນທຶກ : ນາງວິທາລ້ຽມທິດ.

ເອກສ້າຍ ຈຽງເນັຕຣ. 2550. ສ່ານະກາຮສູບນຸ່ຫ່ວ່າແລະຄວາມຕ້ອງກາຮເລີກນຸ່ຫ່ວ່າໃນນັກຮີຍນະດັບນັ້ນຍົມສືກົມຍາແລະຮະດັບອາຊືວິກົມຍາ ອຳເກອຕະກາຮພື້ນພົດ ຈັງຫວັດອຸນລາຮ່ານີ. ກາຮຄົນກວ້າອີສະປະປະຈຸບັນວິທາສາສຕຣມຫາບັນທຶກ : ນາງວິທາລ້ຽມທິດ.

Chau Lieu Trinh. 2547. Factors relate to smoking behavior among high school students in Cantho City, Vietnam. ວິທານິພນົມປະຈຸບັນວິທາສາສຕຣມຫາບັນທຶກ : ນາງວິທາລ້ຽມທິດ.

Henningfield JE, Slade J. 1998. “Tobacco-dependence medications:public health and regulatory issue”, Food Drug and Law Journal. 53, suppl: 75-114.

Ketkeo Boupha. 2541. Smoking prevalence and its correlates on smoking bahavior among male secondary school children in Vientiane Municipality, Lao.PDR. ວິທານິພນົມປະຈຸບັນວິທາສາສຕຣມຫາບັນທຶກ ນາງວິທາລ້ຽມທິດ.

Stephen H ແລະຄະ. 2549. ກາຮທັນທວນອອກສົດຕິກາຮຄຽກົມກາຮບີໂໂກຍາສູບ. ພິມພົກຮັງທີ 3. ກຽມເກມຫານຄຣ: ຄູນຍົກພິມພົກຮັງຈັນທີ.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ	ตำแหน่ง
1. รองศาสตราจารย์ ดร. สัมมนา มูลสาร	กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรีชา บุญจง	กลุ่มวิชาเภสัชเคมีและเทคโนโลยี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้องเด็ก บุญจง	กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
4. นางสาวศรชนก สุทาวัน	พยาบาลวิชาชีพ 7 คลินิกอุดมทรัพย์ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลศรีสะเกย จังหวัดศรีสะเกย

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านลักษณะประชากร

คำชี้แจง ให้เติมข้อความตามความเป็นจริงและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () ตามความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี (ระบุเป็นจำนวนเต็ม เช่น 25 ปี 4 เดือน คิดเป็น 25 หรือ 25 ปี 11 เดือน คิดเป็น 25 ปี)

3. อาชีพ () บุคลากรทางด้านสาธารณสุข () บุคลากรทางการศึกษา

4. การศึกษาสูงสุด
() น้อยกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี () ปริญญาโท () ปริญญาเอก

5. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย (ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเสียชีวิต)
() หย่า () แยกกันอยู่

6. จำนวนบุตร.....คน

7. อายุราชการ.....ปี (ระบุเป็นจำนวนเต็ม เช่น 25 ปี 4 เดือน คิดเป็น 25 หรือ 25 ปี 11 เดือน คิดเป็น 25 ปี)

8. รายได้ประจำเดือน (เงินเดือน)
() น้อยกว่า 10,000 บาท () 10,001-20,000 บาท
() 20,001-30,000 บาท () มากกว่า 30,000 บาท

9. สถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวของท่าน
() มีเหลือเก็บ () พอกินพอใช้
() มีหนี้สินเล็กน้อย () มีหนี้สินมาก

10. ท่านคิดว่าชีวิตครอบครัวท่านเป็นอย่างไร
() อบอุ่นดี () มีปัญหานำบงบางครั้ง () มีปัญหาน่าเบื่อครั้ง

11. ท่านคิดว่า ท่านมีความเครียดเกี่ยวกับการทำงานอยู่ในระดับใด
() ไม่มีเลย () มีความเครียดเล็กน้อย () มีความเครียดมาก

12. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
() ไม่สูบบุหรี่เลย () สูบบางโอกาส
() สูบประจำทุกวัน () ในอดีตเคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว

13. ท่านดื่มสุราหรือไม่
() ดื่มประจำ () ดื่มบางโอกาส () ไม่ดื่มเลย

14. ปัจจุบันสมาชิกครอบตัวท่านมีโครงสร้างบุหรี่บ้าง
() ไม่มีผู้สูบบุหรี่
() มี ระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร/ธิดา
 ญาติพี่น้องที่อาศัยร่วมกัน ผู้ร่วมงานหน่วยงานเดียวกัน เพื่อนใกล้ชิด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทัศนคติต่อโภยของการสูบบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามทัศนคติของท่านต่อการสูบบุหรี่ กรุณาทำเครื่องหมาย

✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความเห็นของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. บุหรี่เป็นสิ่งเดพติดชนิดหนึ่ง					
2. การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องธรรมชาติของคนทั่วไป					
3. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง					
4. การสูบบุหรี่ ถือเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ					
5. การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันยอมรับ					
6. การส่งบุหรี่ให้เพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกันและบุคคลที่เพิ่งรู้จักเป็นการแสดงถึงความมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี					
7. ถ้าท่านสูบบุหรี่จะทำให้บุตรหรือคนใกล้ชิดของท่านมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย					
8. การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้มากขึ้น					
9. การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด					
10. การสูบบุหรี่ทำให้มีสามารถในการทำงานและสมองประดิษฐ์ไปร่วม					
11. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ง่าย					
12. การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นชายชาตรี					
13. การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าเท่ห์ เสริมบุคลิกภาพ					
14. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อคนข้างเคียงด้วย					
15. การสูบบุหรี่จะนำไปสู่สิ่งเดพติดอื่นๆ เช่น ศุรา ยาเสพติด					
16. การสูบบุหรี่เป็นการฆ่าเวลาดีกว่าอยู่เฉยๆ					
17. การสูบบุหรี่เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีให้แก่เยาวชน					
18. การสูบบุหรี่ทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์					

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
19. การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่า การสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา					
20. การสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพอ่อนแอง เหนื่อยง่าย					
21. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของ ปัญหาสุขภาพของมนุษย์ในอนาคต					
22. ถึงแม้จะสูบบุหรี่ หากทำให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้ เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่					
23. การสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย หรือลดจำนวนการ สูบให้น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ					
24. การสูบบุหรี่กันกรองสารารถลดอันตรายได้					
25. การสูบบุหรี่สามารถลดคนนำหนักได้					
26. การสูบบุหรี่ช่วยกระตุนให้ร่างกายสดชื่น					
27. คนเราไม่รู้วันตายของตัวเอง จะเชื่อได้อย่างไร ว่าจะตายเร็วกว่าปกติเพราการสูบบุหรี่					
28. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้น					
29. กันกรองในบุหรี่สามารถกรองและกำจัด สารพิษได้					
30. การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ 1 ซองไม่เป็น อันตรายต่อสุขภาพ					
31. การสูบบุหรี่ทำให้ลิ้นเปลือกค่าใช้จ่าย					
32. ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้ลิ้นเปลือกแต่ก็ คุ้มค่าเพราทำให้หายเครียด					
33. บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษาไม่ควรสูบบุหรี่					

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติในการเลิกบุหรี่

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามทัศนคติของท่านต่อการเลิกสูบบุหรี่ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความเห็นของท่าน

เฉพาะบุคคลที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. การเลิกสูบบุหรี่เป็นการทำลายบุคลิกภาพของตนเอง					
2. การงดสูบบุหรี่ของข้าพเจ้าจะเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เยาวชนและคนอื่นได้					
3. ไม่มีการทำให้ข้าพเจ้าเลิกสูบบุหรี่ได้					
4. คิดว่าสายเสียงแล้วที่จะเลิกสูบบุหรี่ เพราะสูบมานานแล้ว					
5. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้อารมณ์หุบ仇恨ดี					
6. หากข้าพเจ้าเลิกสูบบุหรี่จะทำให้สุขภาพข้าพเจ้าดีขึ้น					
7. การเลิกสูบบุหรี่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในระบบต่างๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรังอื่นๆ					
8. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้เสียบุคลิกภาพ เพราะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น					
9. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ไม่สดชื่น					
10. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง					
11. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ข้าพเจ้าเสียเพื่อน					
12. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้กลิ่นตัวไม่พึงประสงค์ลดลง					
13. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ยากขึ้น					
14. อันตรายจากบุหรี่มีมากกว่าผลดีจากการสูบบุหรี่					

ข้อความ	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด
15. บุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาเป็นตัวอย่างทางค่านุชภาพแก่ประชาชน จึงไม่ควรสูบบุหรี่					
16. การเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เยาวชน					
17. ถึงแม้จะเลิกสูบบุหรี่ก็ไม่ได้ทำให้สุขภาพดีขึ้น					
18. การเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก					
19. การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เศรษฐกิจในครอบครัวดีขึ้น					
20. ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่สามารถเก็บไว้เป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอย่างอื่นได้					

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่ และแบบ
วัดการติดนิโคติน(Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)

คำชี้แจง ให้เติมข้อความตามความเป็นจริงและใส่เครื่องหมาย ✓ (ถูก) ลงใน () หน้าข้อที่ตรงกับ
ความเป็นจริงของตัวท่าน

เฉพาะบุคคลที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

1. ท่านสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี (ระบุเป็นจำนวนเต็ม)

() อายุลงด้วยตนเอง	() เพื่อเข้าสังคม
() เพื่อนชักชวน	() เพื่อให้เพื่อนยอมรับ
() แก้เหงา	() สร้างความมั่นใจ
() คลายเครียด	() สูบตามอย่างบุคคลในครอบครัว
() เป็นการแสดงความเป็นผู้ใหญ่	() เลียนแบบดาราในภาพยนตร์
() อื่นๆ ระบุ.....	
2. ท่านสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลา.....ปี (ระบุเป็นจำนวนเต็ม)
3. สาเหตุแรกที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ท่านสูบบุหรี่ (ให้เลือกตอบ 3 ข้อ โดยข้อที่สำคัญที่สุดให้ใส่
หมายเลข 1 รองลงมา 2 และ 3 ตามลำดับ)

() อยากลองด้วยตนเอง	() เพื่อเข้าสังคม
() เพื่อนชักชวน	() เพื่อให้เพื่อนยอมรับ
() แก้เหงา	() สร้างความมั่นใจ
() คลายเครียด	() สูบตามอย่างบุคคลในครอบครัว
() เป็นการแสดงความเป็นผู้ใหญ่	() เลียนแบบดาราในภาพยนตร์
() อื่นๆ ระบุ.....	
4. ปกติท่านสูบบุหรี่วันละ.....มวน
5. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่

() ไม่เคย	() เคย ครั้ง (โปรดระบุจำนวนครั้ง)
------------	--

โดยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

□ เลิกเอง	□ ใช้น้ำยาบ้วนปาก
□ มากฝรั่งนิโคติน	□ แผ่นยานินโคตินสำหรับแปะ
□ สมุนไพรหญ้าดอกขาว	□ ผงเข้ม
□ ใช้ยา Bupropion	□ อื่นๆ ระบุ.....
6. ท่านเคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่หรือไม่

() ไม่เคย	() เคย โดยมีแรงจูงใจใดที่ทำให้ท่านตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ (ให้เลือกตอบ 3 ข้อ โดย ข้อที่สำคัญที่สุดให้ใส่หมายเลข 1 รองลงมา 2 และ 3 ตามลำดับ)
------------	---

- สิ่นเปลืองค่าใช้จ่าย คนใกล้ชิดให้เลิกสูบ ทราบถึงพิษภัยของบุหรี่
 มีปัญหาทางสุขภาพ เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ประชาชน กลัวสังคมรังเกียจ
7. ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อเดือน
 () ต่ำกว่า 100 บาท () 101-200 บาท
 () 201-300 บาท () 301-400 บาท
 () 401-500 บาท () มากกว่า 500 บาท
8. ปัจจุบันท่านยังสูบบุหรี่เพาะสาเหตุใด (เรียงลำดับ 3 ลำดับแรกที่สำคัญที่สุด)
 () สูบแล้วไม่เห็นร่างกายมีความผิดปกติใดๆ () เห็นคนอื่นสูบแล้วอดไม่ได้
 () คิดว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นจะงดเลิกสูบ () สังคมยอมรับ
 () อื่นๆ ระบุ.....
9. ท่านคิดว่าการที่ท่านสูบบุหรี่ ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพต่อผู้อื่นหรือไม่
 () ไม่เกิดปัญหา () ไม่แน่ใจ () เกิดปัญหา
10. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ของท่านเป็นการสิ่นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยเปล่าประโยชน์หรือไม่
 () ไม่เป็นการสิ่นเปลือง () ไม่แน่ใจ () สิ่นเปลือง
11. ถ้าท่านต้องการสูบบุหรี่ขณะที่นิคโนญ่าหากาท่านจะปฏิบัติอย่างไร
 () จุดสูบทันที () ออกจากกลุ่มคน มาสูบที่อื่น
 () อดใจไว้ไม่สูบ () รอคู่ว่ามีผู้อื่นสูบ จึงสูบตาม
12. ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ท่านทราบหรือไม่ว่าสถานที่ใดห้ามสูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () รถโดยสาร () สถานสถาน () ลิฟต์โดยสาร
 () สนามเด็กเล่น () ตู้ชา () ห้างสรรพสินค้าที่มีระบบปรับอากาศ
 () โรงแรม () สถานที่ราชการ () ตู้โทรศัพท์สาธารณะ
 () สนามกีฬา () สถานศึกษา () สวนสาธารณะ
13. สถานที่ที่ท่านใช้สูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () ที่บ้าน () ที่ทำงาน () ห้องน้ำ
 () สวนสาธารณะ () โรงหนัง () ขณะขับรถยกตัว
 () อื่นๆ ระบุ.....
14. ท่านมีความสะดวกหรือไม่ หากต้องการสูบบุหรี่ภายในสถานที่ทำงาน
 () สะดวก () ไม่สะดวก
15. เมื่อท่านต้องการสูบบุหรี่ในที่ทำงาน ท่านใช้สถานที่ใดสูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () บริเวณที่กำหนดให้สูบบุหรี่ได้ () ห้องน้ำ
 () ห้องทำงานส่วนตัว () สามารถสูบบุหรี่ที่ได้ก็ได้ภายในหน่วยงาน
 () ห้องสูบบุหรี่ () นอกอาคาร
 () อื่นๆ

16. ท่านคิดว่าภาพคำเตือนบนของบุหรี่ภาพใดจะได้ผลมากที่สุดในการรณรงค์ให้ลดหรือเลิกสูบบุหรี่ (ให้เลือกตอบ 3 ข้อ โดยข้อที่สำคัญที่สุดให้เลือกหมายเลข 1 รองลงมา 2 และ 3 ตามลำดับ)

- ()  ()  () 
 ()  ()  () 
 ()  ()  () 

17. ท่านคิดว่าข้อความใดต่อไปนี้ตรงกับท่านมากที่สุด
- () ท่านคือผู้ที่สูบบุหรี่มาภายในระยะเวลาที่น้อยกว่า 6 เดือน โดยที่ไม่มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เลย
 () ท่านคือผู้ที่สูบบุหรี่โดยไม่ได้คิดที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า
 () ท่านคือผู้ที่คิดที่จะเลิกบุหรี่ภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า
 () ท่านคือผู้ที่คิดที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 30 วันข้างหน้าและผู้ที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรือย่าง
 จริงจังมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา
- () ท่านคือผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา
 () ท่านคือผู้เคยสูบบุหรี่ที่เลิกสูบบุหรี่ได้เป็นระยะเวลาเกิน 6 เดือน

18. หากมีการจัดโปรแกรมการคุยบุหรี่ท่านยินดีจะเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่
 () ยินดีเข้าร่วม เพราะอยากรสึก () ยินดีเข้าร่วมถ้ามีเวลาว่าง
 () ไม่ยินดีเข้าร่วม () ไม่แน่ใจ
19. ท่านทราบหรือไม่ว่า โรงพยาบาลศรีสะเก阳 มีคลินิกดูบุหรี่
 () ทราบ () ไม่ทราบ
20. ท่านทราบหรือไม่ว่า มีร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ มีเภสัชกรบริการให้คำแนะนำการอุด/เดิกบุหรี่
 () ทราบ () ไม่ทราบ

แบบประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่

ข้อความใดที่ตรงกับคุณบ้าง (ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ หน้าข้อที่เลือก)

<input type="checkbox"/>	ฉันไม่สามารถอยู่ได้สักครึ่งวันโดยไม่สูบบุหรี่
<input type="checkbox"/>	บางครั้งฉันพบว่าตัวเองกำลังสูบบุหรี่อยู่ โดยจำไม่ได้ว่าฉันได้จุดมันตั้งแต่เมื่อไหร่
<input type="checkbox"/>	ฉันสูบบุหรี่เพราะมันช่วยให้ฉันคิดได้ดีขึ้น มีชีวิตชีวานิ่ง
<input type="checkbox"/>	ฉันชอบที่จะมองควันบุหรี่เมื่อเวลาที่ฉันพ่นออกมานะ
<input type="checkbox"/>	ฉันรู้สึกอิจฉาบุหรี่อย่างมาก ถ้าฉันไม่ได้สูบมันมาประมาณ 2-3 ชั่วโมง
<input type="checkbox"/>	การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสิ่งที่ทำให้ฉันพอใจในชีวิต
<input type="checkbox"/>	ฉันมีความสุขในขั้นตอนการจุดบุหรี่ขึ้นมาสูบ เนื่อง การสัมผัสบุหรี่และการได้จุดไฟเช็ค
<input type="checkbox"/>	ฉันต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ดื่มน้ำในตอนเช้า
<input type="checkbox"/>	เวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลายเป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการบุหรี่มากที่สุด
<input type="checkbox"/>	ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของฉัน หรือหลังอาหาร
<input type="checkbox"/>	ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉันโกรธ หรือทุกข์ใจ
<input type="checkbox"/>	ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย ดังนั้นฉันจึงต้องสูบต่อไป
<input type="checkbox"/>	การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายในเวลาที่ฉันดึ้งเครียด
<input type="checkbox"/>	ฉันรู้สึกสบายและอุ่นใจมากกว่าเมื่อมีบุหรี่อยู่ในมือ
<input type="checkbox"/>	เมื่อบุหรี่หมดมันทำให้ฉันเก็บจนทนไม่ไหวจนกว่าจะได้มันเพิ่ม

แบบวัดระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)

ภาคผนวก ค
รายละเอียดการเก็บข้อมูล

รายละเอียดการเก็บข้อมูล

รายชื่อ	จำนวนแบบสอบถามที่	
	ส่งไป	ตอบกลับ
หน่วยงานสาธารณสุข		
จังหวัดครึ่งเกย		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดครึ่งเกย	40	18
โรงพยาบาลครึ่งเกย	140	124
โรงพยาบาลกันทรลักษ์	50	34
โรงพยาบาลบุนนาค	40	23
โรงพยาบาลราชมีไคล	30	7
โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย	30	-
โรงพยาบาลบุรีรัตน์	30	19
โรงพยาบาลกันทรารมย์	30	17
โรงพยาบาลศรีรัตนะ	30	13
โรงพยาบาลบางชุมน้อย	30	30
โรงพยาบาลไพรบึง	30	-
โรงพยาบาลบึงบูรพ์	30	-
โรงพยาบาลโนนคุณ	30	5
โรงพยาบาลห้วยทับทัน	30	-
โรงพยาบาลวังหิน	30	16
โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง	30	17
โรงพยาบาลปรางค์ถู่	30	18
โรงพยาบาลภูสิงห์	30	-
โรงพยาบาลเมืองจันทร์	30	17
จังหวัดอํานาจเจริญ		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอํานาจเจริญ	50	-
โรงพยาบาลอํานาจเจริญ	100	-
โรงพยาบาลชานุนาan	30	26
โรงพยาบาลพนา	30	19

รายชื่อ	จำนวนแบบสอบถามที่	
	ส่งไป	ตอบกลับ
โรงพยาบาลหัวตะพาน	30	19
โรงพยาบาลเสนาคนิคม	30	-
โรงพยาบาลลืออำนาจ	30	12
โรงพยาบาลปทุมราชวิหาร	30	17
จังหวัดยโสธร		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร	50	-
โรงพยาบาลยโสธร	100	68
โรงพยาบาลเลิงนกทา	30	-
โรงพยาบาลคุคุณ	30	-
โรงพยาบาลกำปี้องแก้ว	30	19
โรงพยาบาลมหาชนะชัย	30	-
โรงพยาบาลค้อวัง	30	10
โรงพยาบาลป่าติ้ว	30	16
โรงพยาบาลทรายมูล	30	-
โรงพยาบาลไทยเจริญ	30	-
จังหวัดอุบลราชธานี		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	60	26
โรงพยาบาลสารพสิทธิประสงค์	150	-
โรงพยาบาลห้าสิบพรายามหาวชิราลงกรณ์	30	28
โรงพยาบาลบุญทริก	30	17
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม	45	9
โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร	30	21
โรงพยาบาลเขื่องใน	30	23
โรงพยาบาลศรีราชา	30	-
โรงพยาบาลเขมราฐ	30	13
โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่	30	-
โรงพยาบาลน้ำยืน	30	-
โรงพยาบาลนาจะหลวง	30	14

รายชื่อ	จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไป	จำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับ
		จำนวนแบบสอบถามที่
โรงพยาบาลวารินชำราบ	30	20
โรงพยาบาลโพธิ์ไทร	30	14
โรงพยาบาลกุดข้าวปืน	30	-
โรงพยาบาลตาลสูม	30	11
โรงพยาบาลสำโรง	30	-
โรงพยาบาลม่วงสามสิบ	30	7
โรงพยาบาลโขงเจียม	30	17
โรงพยาบาลดอนดองดแดง	30	-
โรงพยาบาลสิรินธร	30	20
โรงพยาบาลทุ่งครีอุdem	30	-
หน่วยงานการศึกษา		
ระดับมัธยมศึกษา		
จังหวัดศรีสะเกษ		
โรงเรียนศรีสะเกษวิทยาลัย	80	45
โรงเรียนกันทราราม	40	11
โรงเรียนบางชุมน้อยพิทยาคม	25	-
โรงเรียนโภถะอาดวิทยาคม	15	14
โรงเรียนบัวเจริญวิทยา	10	6
โรงเรียนหนองทุมศรีสำราญวิทยา	10	-
โรงเรียนพยุห์วิทยา	15	10
โรงเรียนราษฎร์ไศล	25	22
โรงเรียนกำแพง	40	32
โรงเรียนบึงบูรพ์	15	3
โรงเรียนห้วยทับทันวิทยาคม	25	-
โรงเรียนนวารคณอุปถัมภ์	20	-
โรงเรียนไตรมิตร	20	-
โรงเรียนคลีกลึงพัฒนาทร	15	-
โรงเรียนศรีตะภูวิทยา	20	17

รายชื่อ	จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไป	จำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับ
		สำนัก
โรงเรียนไพรบึงวิทยาคม	30	-
โรงเรียนหนองคูวิทยา	15	8
โรงเรียนละลมวิทยา	10	-
โรงเรียนตระการคปประชาสามัคคี	15	14
โรงเรียนบุนนาควิทยาสารรักษ์	35	23
โรงเรียนศรีรัตนวิทยา	20	16
โรงเรียนเบญจลักษณ์พิทยา	30	-
จังหวัดอุบลราชธานี		
โรงเรียนสร้างนกทาวิทยาคม	15	-
โรงเรียนชานมานวิทยาคม	25	-
โรงเรียนปทุมราชวงศ์	30	-
โรงเรียนศรีคุณวิทยบลลังก์	15	-
โรงเรียนนาเวียงจุลดิศวิทยา	15	-
โรงเรียนหัวตะพาบวิทยาคม	30	18
โรงเรียนมัธยมแมด	10	10
จังหวัดยโสธร		
โรงเรียนลิงห์สามัคคีวิทยา	25	13
โรงเรียนสมเด็จพระปูชนียสถานสังวาร	15	2
โรงเรียนมหาชนะชัยวิทยาคม	30	23
โรงเรียนค้อวังวิทยาคม	30	23
โรงเรียนคงมะไฟพิทยาคม	20	-
โรงเรียนกุดชุมวิทยาคม	35	13
โรงเรียนศรีฐานกรเจรจาศึกษา	10	9
โรงเรียนห้องแข่งวิทยาคม	20	-
โรงเรียนนำคำวิทยาคม	10	2
จังหวัดอุบลราชธานี		
โรงเรียนศรีปทุมพิทยาการ	45	14
โรงเรียนเพื่องในพิทยาการ	40	29

รายชื่อ	จำนวนแบบสอบถามที่	
	สั่งไป	ตอบกลับ
โรงเรียนม่วงสามสิบอัมพวันวิทยา	40	38
โรงเรียนดอนมดแดงวิทยาคม	20	20
โรงเรียนหกสิบพรหมวิทยาคมอุบลราชธานี	30	10
โรงเรียนเขมราฐพิทยาคม	30	-
โรงเรียนสะพือวิทยาคาร	15	-
โรงเรียนกุดข้าวปุ้นวิทยา	20	13
โรงเรียนโพธิ์ไทรพิทยาคาร	30	15
โรงเรียนพังเคนวิทยา	25	-
โรงเรียนศรีเมืองวิทยาคาร	30	-
โรงเรียนโขงเจียมวิทยาคม	20	20
โรงเรียนไร่ใต้ประชาคม	10	10
โรงเรียนตาลสุมพัฒนา	20	11
โรงเรียนช่องเม็กวิทยา	15	-
โรงเรียนวิจิตรพิทยา	30	26
โรงเรียนดำเนินวิทยาคาร	20	6
โรงเรียนนาเยียศึกษารัชมังคลากิเมก	10	-
โรงเรียนสว่างวีระวงศ์	15	1
โรงเรียนบัวงามวิทยา	10	8
โรงเรียนคงสว่างวิทยา	10	7
โรงเรียนน้ำยืนวิทยา	30	30
โรงเรียนนุณทริกวิทยาคาร	25	22
โรงเรียนหุ่งศรีอุดม	20	11
โรงเรียนน้ำปุ่นวิทยา	20	9
ระดับอาชีวศึกษา		
จังหวัดศรีสะเกษ		
วิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีศรีสะเกษ	80	7
วิทยาลัยการอาชีพบุนนาค	30	17
วิทยาลัยการอาชีพกันทรลักษ์	45	43

รายชื่อ	จำนวนแบบสอบถามที่ส่งไป	จำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับ
		จำนวนแบบสอบถามที่
วิทยาลัยการอาชีพครีสต์สังฆey	50	34
วิทยาลัยเทคนิคครีสต์สังฆey	120	23
วิทยาลัยสารพัดช่างครีสต์สังฆey	50	-
จังหวัดอำนาจเจริญ		
วิทยาลัยการอาชีพหัวตะพาน	30	-
วิทยาลัยเทคนิคอำนาจเจริญ	45	27
จังหวัดยโสธร		
วิทยาลัยเทคนิคโยธาธาร	120	-
วิทยาลัยการอาชีพเลิงกษา	30	27
วิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีโยธาธาร	70	18
จังหวัดอุบลราชธานี		
วิทยาลัยเทคนิคอุบลราชธานี	120	49
วิทยาลัยเทคนิคเดชอุดม	30	30
วิทยาลัยอาชีวศึกษาอุบลราชธานี	60	22
วิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยีอุบลราชธานี	80	-
วิทยาลัยสารพัดช่างอุบลราชธานี	60	13
วิทยาลัยการอาชีพระการพีชผล	30	24
วิทยาลัยการอาชีพเขมราฐ	30	28
วิทยาลัยการอาชีพวารินชำราบ	30	-
รวม	4820	1800



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

ประวัติการศึกษา

นางสาวจุฑาทิพย์ แซ่จีง

พ.ศ. 2546

เภสัชศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

พ.ศ. 2551

เภสัชศาสตรน habilithit (เภสัชกรรมคลินิกและการบริหาร)

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2546- ปัจจุบัน

เภสัชกร 5 กลุ่มงานเภสัชกรรม

โรงพยาบาลครีสตัลเกย์ จังหวัดครีสตัลเกย์

โรงพยาบาลครีสตัลเกย์ จังหวัดครีสตัลเกย์

เภสัชกร 5

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ตำแหน่งปัจจุบัน