



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
ปริญญา

..... สุขศึกษา พลศึกษา
..... สาขา ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ:
กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Related to Smoking Behavior of Thai Army Recruits:
A Case Study in Medical Private, Phramongkutklao Hospital

นามผู้วิจัย พันตรีหญิง อูษา ฤทธิธาดา

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการ
(..... รองศาสตราจารย์อลิสา นิติธรรม, ค.ม.)

กรรมการ
(..... รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัยวท.ม.)

กรรมการ
(..... รองศาสตราจารย์ณรงค์ สมพงษ์, Ph.D.)

หัวหน้าภาควิชา
(..... ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ นัยสินธุ์, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

.....
(..... รองศาสตราจารย์วินัย อางคงหาญ, M.A.)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ ๒4 เดือน เมษายน พ.ศ. ๒549

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ:
กรณีศึกษาร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Related to Smoking Behavior of Thai Army Recruits:
A Case Study in Medical Private, Phramongkutklao Hospital

โดย

พันธุ์หญิง อูษา ฤทธิธาดา

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุศึกษา)
พ.ศ. 2549

ISBN 974-16-1547-7

อุษา ฤทธิธาดา, พันตรีหญิง 2549: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่
ของทหารเกณฑ์กองประจำการ: กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา
ประธานกรรมการที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์อติสา นิตินรรณ, ค.ม. 111 หน้า
ISBN 974-16-1547-7

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
และผ่านการทดสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำ 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ไม่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนน้าบุหรี่มาให้ การใช้เวลาว่าง และการใช้จ่ายเงิน
ซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเข้าถึง
แหล่งขายบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับ
ข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้าม
ของร้อยพลเสนารักษ์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การสูบบุหรี่

Usa Rittitada, Major 2006: Factors Related to Smoking Behavior of Thai Army
Recruits: A Case Study in Medical Private, Phramongkutklao Hospital. Master of Science
(Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education.
Thesis Advisor: Associate Professor Alisa Nititham, M.Ed. 111 pages.
ISBN 974-16-1547-7

The purpose of this descriptive research was to study factors related relating to Smoking Behavior of Thai Army Recruits in Medical Private, Phramongkutklao Hospital. One hundred and twenty Thai Army Recruits were selected for the study. Data were collected with the questionnaire constructed by the researcher. The collected data were analyzed by using Percentage, Mean, Standard Deviation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results were as follows: 1) The factors related to smoking behavior of Thai Army Recruits in Medical Private, Phramongkutklao Hospital were at minimum level. 2) The predisposing factors: perceived severity, perceived benefits and barriers and self efficacy were significantly related to the smoking behavior. But, perceived susceptibility was not related to the smoking behavior. 3) The enabling factors: cigarette rewards leisure time and cigarette payment were significantly related to smoking behavior. But, accessibility to the cigarette shops was not related to smoking behavior. 4) The reinforcing factors: (the smoking from) family members, medical private members, restricted smoking regulation in the medical private area and the receiving information were not related to smoking behavior.

Major. Usa Rittitada

Student's signature

Alisa Nititham

Thesis advisor's signature

18 / 04 / 06

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยความเรียบร้อยเป็นอย่างดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ อลิสา นิติธรรม ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย กรรมการวิชาเอก รองศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ สมพงษ์ กรรมการวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ ฉัตรภรณ์ ผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัย และผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำด้านวิชาการ รวมทั้งตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ให้งานวิจัย มีความถูกต้อง และมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ร้อยเอกหญิง นุชบา โพอุทัย จำสิบเอก อศิร ศรีวรรณโต สิบเอก กอบบุญ บำรุงศรี และเพื่อนนิสิตปริญญาโทสาขาวิชาสุศึกษา เพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่มิได้กล่าวนามไว้ ที่ให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือ เป็นกำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ สามิ คุณน้ำ น้องสาว และน้องชาย ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน กับผู้วิจัยอย่างดีตลอดมา

อุษา ฤทธิธาดา

มีนาคม 2549

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(4)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิจัย	5
ตัวแปรที่ทำการศึกษา	6
นิยามศัพท์	8
การตรวจเอกสาร	10
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี	11
แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานในการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
กรอบแนวคิดในการวิจัย	45
สมมติฐานการวิจัย	46
อุปกรณ์และวิธีการ	47
รูปแบบการวิจัย	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
สถานที่และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย	58

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลการวิจัยและวิจารณ์	59
ผลการวิจัย	59
ข้อวิจารณ์	73
สรุปและข้อเสนอแนะ	80
สรุป	80
ข้อเสนอแนะ	85
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	87
ภาคผนวก	93
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม	94
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	96
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	111

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของลักษณะทางชีวสังคม	60
2	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จากการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง	63
3	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง	64
4	จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรค ของการไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง	64
5	จำนวนและร้อยละของระดับความคาดหวังในความสามารถ ของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง	65
6	จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่าง	66
7	จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่าง	66
8	จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง	67
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง	68
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง	70
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง	72

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	“แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	33
2	ความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถ ของตนเองและความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	36
3	ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการตัดสินใจ กระทำพฤติกรรมของบุคคล	37
4	กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร	45

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ:
กรณีศึกษาร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**

**Factors Related to Smoking Behavior of Thai Army Recruits:
A Case Study in Medical Private, Phramongkutklao Hospital**

คำนำ

จากการศึกษาค้นคว้าทางวิชาการเกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่มาเป็นเวลาช้านาน ก็ได้รับการพิสูจน์ชัดเจนแล้วว่า การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาค้นคว้าจากสถาบันอันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป อาทิ สมาคมศัลยกรรมแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (อ้างใน ชีระ, 2532) ได้เสนอผลการศึกษาเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพไว้ว่า การสูบบุหรี่จะเพิ่มอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคต่าง ๆ คือ โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด โรคเส้นเลือดตีบ มะเร็งในช่องปาก มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร และสถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (อ้างใน ชีระ, 2532) ได้รวบรวมการศึกษาค้นคว้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 และเสนอผลเพิ่มเติมว่าบุรียังทำให้เกิดมะเร็งของโรคไตและตับอ่อนอีกด้วย ส่วนการศึกษาของแผนกวิชามะเร็งปอดแห่งนครฟิลาเดเฟีย (อ้างใน ชีระ, 2532) ได้สรุปว่า ผู้สูบบุหรี่จัดเกินกว่า 20 มวนต่อวัน นาน 30 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดสูงถึง 35 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ และผลจากการศึกษาของประเทศอังกฤษยังยืนยันว่า ผู้สูบบุหรี่จัดวันละ 15-24 มวน จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปอดถึง 30 เท่า (ชีระ, 2532) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้สรุปอันตรายของการสูบบุหรี่ไว้ว่า นอกจากจะเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรคร้ายแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการตายก่อนอายุอันสมควร กล่าวคือ คนสูบบุหรี่จะมีการตายมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 30-80 ถ้าอายุ 35 ปี สูบบุหรี่ 25 มวนต่อวัน จะตายก่อนอายุ 65 ปี ถึงร้อยละ 40 ถ้าไม่สูบบุหรี่จะตายก่อนอายุ 65 ปี เพียงร้อยละ 15 ในประเทศตะวันตกซึ่งประชาชนสูบบุหรี่กันมากนั้น จะพบการตายก่อนอายุเฉลี่ย คือ 65 ปี โดยการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคร้ายต่าง ๆ คือ ร้อยละ 90 ของผู้ตายเนื่องจากโรคมะเร็งปอด ร้อยละ 75 ของผู้ตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด และร้อยละ 25 ของผู้ตายเนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือด (ชีระ, 2526)

การสูบบุหรี่ (ประกิต, 2533) เป็นปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายประการ และเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ประเทศต่าง ๆ ให้ความสนใจในการศึกษาค้นคว้าร่วมมรรรงค์ต่อการสูบบุหรี่ รวมทั้งออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ด้วย การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเกิดโรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดอีกเสบเรื้อรัง จากสถิติพบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ สำหรับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และเกิดเป็นมะเร็งปอด พบว่าประมาณร้อยละ 30 เป็นผลมาจากการหายใจเอาควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบเข้าไป จากการศึกษาทางการแพทย์พบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งที่ปาก ลำคอ กระเพาะอาหาร กระเพาะปัสสาวะ โรคไขมันในเลือดสูง ก่อให้เกิดอันตราย คือ เส้นเลือดในสมองแตก ผลเสียต่อทารกและมารดาที่สูบบุหรี่อาจทำให้แท้งหรือคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และมีผลทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง เนื่องจากการตีบของเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศ

การสูบบุหรี่ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2543) เป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตและทุพพลภาพ การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรมากกว่าพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ในจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานนั้น ร้อยละ 50 จะเสียชีวิต เพราะบุหรี่ในที่สุดและในจำนวนดังกล่าว ครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตขณะอยู่ในวัยทำงาน เป็นการสูญเสียชีวิตเร็วไป 20 หรือ 25 ปีก่อนวัยอันสมควร มีผู้จัดทำเอกสารเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ อันมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกับบุหรี่ไว้มาก รวมทั้งมะเร็งปอด และมะเร็งของอวัยวะอื่น ๆ โรคหัวใจ โรคระบบโลหิตทั้งหลาย และโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ในภูมิภาคที่วันโรคมียังมีให้เห็นอยู่มากนั้น ผู้สูบบุหรี่มีโอกาเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และเนื่องจากคนจนมักจะสูบบุหรี่มากกว่าคนรวยในประเทศที่ประชากรมีรายได้สูงและปานกลาง พวกผู้ชายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักจะสูญเสียชีวิตในวัยกลางคนมากกว่าพวกผู้ชายที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูงกว่าเป็นจำนวนถึง 2 เท่า

จากการสำรวจจำนวนผู้สูบบุหรี่ในประเทศไทยปี 2544 (ชูชัย, 2538) พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศมีประมาณ 51.3 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 12.0 ล้านคน หรือร้อยละ 23.4 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ หรือสูบทุกวันประมาณ 10.6 ล้านคน หรือร้อยละ 20.6 และผู้ที่สูบบุหรี่นาน ๆ ครั้ง (สูบไม่สม่ำเสมอหรือกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้) มีประมาณ 1.4 ล้านคน หรือร้อยละ 2.8 ล้านคน โดยจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำในปี 2544 เพิ่มขึ้นจากปี 2542 ประมาณ 0.4 ล้านคน ในจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป ประมาณ 10.6 ล้านคน เป็นชาย 10 ล้านคน เป็นหญิง 0.6 ล้านคน

คิดเป็นร้อยละ 39.3 และร้อยละ 2.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มวัยทำงาน (25 - 59 ปี) เป็นกลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คือ ร้อยละ 26.2 รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 21.1 กลุ่มเยาวชน (15 - 24 ปี) ร้อยละ 13.5 กลุ่มเด็ก (11 - 14 ปี) ร้อยละ 0.1 และร้อยละ 75 เริ่มติดบุหรี่ก่อนอายุ 20 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 4,200 คน หรือวันละ 115 คน ในขณะที่มีคนไทยเสียชีวิตจากทุกสาเหตุเฉลี่ยวันละ 692 คน ซึ่งเท่ากับว่ามีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 1 คน ต่อภาวะเสียชีวิตทุก ๆ 6 คน

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546) พบว่า ประชาชนไทยที่สูบบุหรี่เป็นประจำที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป มีจำนวน 10.6 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 10.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2542 ในจำนวนนี้เป็นชาย 10 ล้านคน เป็นหญิง 6 แสนคน พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันเพิ่มขึ้น โดยเยาวชนชายที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24 เป็นร้อยละ 26 ส่วนหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.3 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 0.6 ในอนาคตอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเยาวชนและสตรี โดยมีกลุ่มที่สูบบุหรี่มาก คือ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ และนักสูบบุหรี่ 1 คน เสียเงินซื้อบุหรี่เฉลี่ยวันละ 11 บาท คิดเป็นเงินประมาณ 42,340 ล้านบาทต่อปี

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการแพทย์คนหนึ่ง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ และได้พบว่า ปัญหาการสูบบุหรี่ในทหารเกณฑ์กองประจำการ เป็นเรื่องที่ผู้บังคับบัญชาชั้นสูงได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะเป็นภาพพจน์ของกองทัพ แสดงให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของกำลังพล เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของกำลังพลที่สำคัญในการป้องกันประเทศและเอกราชอธิปไตยของชาติ จากรายงานการชักประวัติและตรวจร่างกายทหารเกณฑ์กองประจำการ ผลัดที่ 1/46 และ 2/46 ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2546) พบว่า มีผู้ที่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 80 และ 85 ตามลำดับ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ประจำการ: กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อจะได้ทราบว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ และสามารถนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานวางแผนแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ ในทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนนำบุหรี่มาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ การใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดประโยชน์คือ

1. ผลการวิจัยทำให้ทราบถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ ทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งข้อมูลดังกล่าว จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการกำหนดนโยบาย การแก้ปัญหา และการป้องกันการกลับไป สูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ผลการวิจัยสามารถทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สามารถนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนด แผนการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น
3. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่เกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะทหารเกณฑ์กองประจำการ ผลัดที่2/48 ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นและได้ผ่านการทดสอบแล้ว เพื่อประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งถือว่าการแสดงความคิดเห็นของทหารเกณฑ์ ต่อข้อความในแบบสอบถาม สามารถสะท้อนให้ทราบถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ได้

2. ปัจจัย หรือตัวแปรเกิน หรือตัวแปรภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน

ตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

1. ปัจจัยนำ คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยตรงกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประกอบด้วยตัวแปร 4 ตัว

- 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรครจากการสูบบุหรี่
- 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
- 1.3 การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่
- 1.4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่

2. ปัจจัยเอื้อ คือ แหล่งทรัพยากร หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประกอบด้วยตัวแปร 4 ตัว

- 2.1 เพื่อนนำบุหรี่มาให้
- 2.2 การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่
- 2.3 การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์
- 2.4 การใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่

3. ปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ให้แสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วยตัวแปร 4 ตัว

3.1 การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่

3.2 การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่

3.3 กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่

3.4 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่างๆ

ตัวแปรอธิบาย

คือ ปัจจัยชีวสังคม ประกอบด้วย

1. ระดับการศึกษา
2. สถานภาพสมรสของบิดา – มารดา
3. ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว
4. การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่
5. ประสบการณ์การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

นิยามศัพท์

1. **ทหารเกณฑ์กองประจำการ** หมายถึง ทหารเกณฑ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามารับราชการ 2 ปี ตามพระราชบัญญัติและพักอยู่ที่ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. **พฤติกรรม การสูบบุหรี่** หมายถึง การสูบบุหรี่ที่มวนสำเร็จรูป หรือใช้ใบจากใบตอง มวนยาเส้น ยาตั้ง รวมทั้งการสูบยาสูบด้วยกล้อง
3. **การรับรู้** หมายถึง การตีความจากสิ่งที่เห็น สิ่งที่ได้ยิน และสิ่งที่รู้จักด้วยประสาทสัมผัส อันเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความเชื่อ และความเข้าใจในสิ่งนั้น
4. **การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่** หมายถึง การตีความจากสิ่งที่พบเห็น สิ่งที่ได้ยิน และสิ่งที่รู้จักด้วยประสาทสัมผัสที่บุคคลนั้น และบุคคลข้างเคียงมีโอกาสเป็นโรคร้ายแรงต่าง ๆ อันเนื่องจากการสูบบุหรี่ได้ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น
5. **การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการสูบบุหรี่** หมายถึง การตีความจากสิ่งที่พบเห็น สิ่งที่ได้ยิน และสิ่งที่รู้จัก ด้วยประสาทสัมผัสที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองและบุคคลข้างเคียง ผลกระทบจากสังคมต่อผู้ที่สูบบุหรี่ เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ และการรักษาโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจาก การสูบบุหรี่ การใช้เวลานานในการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะไม่หายขาดหรือเสียชีวิตก็ได้
6. **ความคาดหวังในความสามารถที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้** หมายถึง การประมาณความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ กล่าวคือจะไม่ขอรับบุหรี่จากบุคคลอื่น หรือการลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงเป็นระยะ ๆ เป็นต้น
7. **การรับรู้ในผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการสูบบุหรี่** หมายถึง การประมาณของบุคคลว่าการเลิกสูบบุหรี่สามารถทำให้บุคคลที่สูบบุหรี่ และบุคคลข้างเคียงปลอดภัยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ สังคมยอมรับในพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ลดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ

8. กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ทหารเกณฑ์กองประจำการ ผลัดที่ 2/48 ร้อยพลเสนารักษ์
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ กองประจำการ: กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

1. ประวัติเกี่ยวกับบุหรี่
2. องค์ประกอบของสารในบุหรี่
3. อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพ
4. ผลดีของการไม่สูบบุหรี่
5. สาเหตุของการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น
6. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล
7. กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่

ส่วนที่ 2 แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานในการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
2. ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)
3. แนวคิดรูปแบบจำลอง PRECEDE Model

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ประวัติเกี่ยวกับบุหรี่

บุหรี่ เป็นสิ่งที่ทำจากใบยาสูบ ซึ่งมีการนำมาประดิษฐ์และปรุงแต่งเป็นรูปแบบต่าง ๆ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ได้ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่า “บุหรี่” หมายถึง บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ บุหรี่เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ตามคำนิยามของคำว่า “ยาเสพติด” ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1975) ซึ่งให้คำนิยามไว้ว่า “ยาเสพติด คือ ยาหรือสารเคมีที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้ว ทำให้เกิดพิษเรื้อรัง แก่ร่างกายของผู้เสพ ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพ รวมทั้งก่อความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วย”

สำหรับประวัติความเป็นมาของบุหรี่ นับเป็นเวลาอย่างน้อย 500 ปีมาแล้ว ที่มนุษย์โลกรู้จักปลูกยาสูบและนำมบริโภคในรูปแบบต่าง ๆ ประวัติศาสตร์ได้จารึกไว้ว่า เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม ค.ศ. 1492 นักสำรวจผู้ยิ่งใหญ่ คือ โคลัมบัสได้เดินทางไปยังหมู่บ้าน ชาวเผ่าอาราวัก และชาวบ้าน ได้ให้ใบยาสูบแห้งแก่ท่าน ในราวศตวรรษที่ 16 สเปนเป็นชนชาติแรกที่นำใบยาสูบมาผลิตเป็นซิการ์ โดยชาวอาฟริกาจากอเมริกากลางและอเมริกาได้นำมาเผยแพร่ Dr. James Hills (Hatai, 1988) ชาวอังกฤษเป็นบุคคลแรกที่รายงานถึงความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับโรคมะเร็ง ระหว่างปี ค.ศ. 1853 – 1856 นักเดินเรือชาวอังกฤษก็เริ่มคุ้นเคยกับการสูบบุหรี่ และอุตสาหกรรมการผลิตบุหรี่ได้เริ่มขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1884 โดย Mr. Jack Banzac นอกจากนั้น ชีระ (2537) ได้กล่าวถึงประวัติของบุหรี่ยามนุษย์เริ่มรู้จักและใช้ยาสูบมาเป็นเวลาช้านาน จนไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นที่แน่นอนได้ ประวัติศาสตร์บันทึกไว้ว่าได้แพร่จากอเมริกาไปสู่ยุโรป ตั้งแต่สมัย คิงเจมส์ที่ 1 ของอังกฤษในครั้งแรกของศตวรรษที่ 17 ต่อมาไม่นานคนอังกฤษ ส่วนหนึ่งมองเห็นพิษภัยของยาสูบ จนถึงขั้นคิงเจมส์ที่ 1 ได้ตรัสไว้ในประกาศต่อต้านยาสูบว่า “ยาสูบเป็นอันตรายต่อปอด” อย่างไรก็ตามกิจการยาสูบได้รับความนิยมเจริญรุ่งเรืองและอุตสาหกรรมผลิตบุหรี่ได้เริ่มขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1853 และ 1854 ตามลำดับ

สำหรับในประเทศไทย (ชูชัย, 2538) การสูบบุหรี่เริ่มเข้ามาเมื่อใดไม่เป็นที่ทราบแน่นอน ตามบันทึกของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาเทววงศ์วโรปการ ได้อธิบายเรื่องบุหรี่ไว้ว่า มองสิเออร์ เอเดลาอูแบร์ อัครราชทูตฝรั่งเศสได้เล่าเรื่องประเทศสยามว่า คนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างจนทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ใบยาที่ใช้กันในกรุงศรีอยุธยาได้มาจากเกาะมะนิลาบ้าง จากเมืองจีนบ้างและปลูกในพื้นที่เมืองบ้าง ลักษณะของยาสูบและบุหรี่สมัยนั้น จะมีก้นแหลมมวนด้วยใบตอง หรือใบจากตากแห้ง ในสมัยของ พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 4) แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ พระองค์เจ้าสิงหนาท-ดุรงค์ฤทธิ์ ได้ทรงประดิษฐ์บุหรี่ก้นป้านขึ้นมา เพื่อสูบควันและอมยากับหมากพร้อมกัน ครั้นถึงรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) ได้มีผู้คิดประดิษฐ์บุหรี่ก้นป้าน โดยตัดยาเส้นออกให้พอดีกับวัสดุที่ใช้มวน (ใบตองแห้ง ใบตองอ่อน และใบบัว) และได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก การสูบบุหรี่แพร่หลายมากขึ้น มีการนำบุหรี่จากต่างประเทศเข้ามา จำหน่ายเกิดอุตสาหกรรมยาสูบขึ้นมา และนารายได้มาสู่ผู้ผลิตอย่างมหาศาล ประเทศไทยได้ก่อตั้ง โรงงานยาสูบขึ้นในปี พ.ศ. 2443 ห่างจากการก่อตั้งโรงงานยาสูบแห่งแรกของโลก 47 ปี โดยในระยะแรกเป็นของต่างชาติจนในปี พ.ศ. 2484 รัฐบาลสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรีได้โอนอุตสาหกรรมยาสูบมาดำเนินการเอง โดยจัดตั้งเป็นโรงงานยาสูบ ภายใต้การควบคุมดูแลของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลังเรียกว่า โรงงานยาสูบกรมสรรพสามิต จากนั้นโรงงานยาสูบของรัฐได้เจริญรุดหน้า และทำรายได้ให้กับประเทศเป็นอย่างมากจนถึงปัจจุบัน

องค์ประกอบของสารในบุหรี่

บุหรี่ มีสารประกอบต่าง ๆ อยู่มากกว่า 4,000 ชนิด สารบางชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย บางชนิดเกิดพิษ บางชนิดทำให้เซลล์ผิดปกติ บางชนิดเป็นตัวก่อให้เกิดมะเร็ง บางชนิดเป็นสารต่อต้านภูมิคุ้มกัน (อุไรวัฒน์, 2531)

สารที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งเป็นสารที่ประกอบในบุหรี่และควันบุหรี่ (อุไรวัฒน์, 2531) ได้แก่

1. นิโคติน (Nicotine)

เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมัน ไม่มีสี ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด มีผลทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดแดงหดตัวและเพิ่มไขมันในเลือด

2. ทาร์ (Tar)

ประกอบด้วยสารหลายชนิด มีลักษณะเป็นละอองของเหลวเหนียวสีน้ำตาล คล้ายน้ำมันดิบ ร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง ซึ่งเป็นสาเหตุของการไอ การไอเรื้อรังนาน ๆ จะทำให้ถุงลมขยายขึ้น ก่อให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide)

เป็นก๊าซที่มีความเข้มข้นมากในควันบุหรี่ ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ของไบโอสบกำขี้จะไปทำลายคุณสมบัติในการนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ก่อให้เกิดอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ หน้ามืด เป็นลม และกล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen Cyanide)

เป็นสารพิษทำลายเยื่อหุ้มหลอดเลือดส่วนปลายและผนังถุงลมทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

5. แอมโมเนีย (Ammonia)

เป็นสารที่มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา จมูก มีอาการไอ เสมหะมาก ก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบ

6. สารกัมมันตรังสีและแร่ธาตุต่าง ๆ

สารกัมมันตรังสีและแร่ธาตุต่าง ๆ ซึ่งเป็นสารตกค้างในใบยาสูบ ที่เกิดจากการปนเปื้อนมาแมลง สารเหล่านี้เป็นสารพิษที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้

อันตรายของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ

การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตรายทั้งต่อผู้สูบบุหรี่โดยตรง และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่มีดังนี้ (อุไรวัฒน์, 2531)

1. โรคมะเร็ง

การสูบบุหรี่ ก่อให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้หลายส่วน แต่ไม่ว่าจะเป็นที่อวัยวะส่วนใดก็ตาม ผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งสิ้น เนื่องจากไม่มียาหรือวิธีการใด ๆ ที่จะรักษาโรคหายขาดได้ ร่างกายจะทรุดโทรมลงเรื่อย ๆ ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและทำให้เสียชีวิตในที่สุด

2. โรคหัวใจ

การสูบบุหรี่มีอันตรายต่อหัวใจ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษที่ทำให้เกล็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น เลือดจึงข้นและมีการแข็งตัว ซึ่งสภาวะที่เกิดขึ้นนี้ จะทำให้เลือดจับกันเป็นก้อน และเมื่อก่อนนี้ไปเกาะอยู่ที่หลอดเลือดแดงบริเวณหัวใจ ทำให้เป็นอันตรายต่อหัวใจ ก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3. โรคหลอดเลือด

เนื่องจากสารพิษในบุหรี่จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น และเมื่อไขมันไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือด จะทำให้หลอดเลือดตีบ ซึ่งเกิดได้กับหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดอันตรายคือ สมอขาดเลือด เส้นเลือดในสมองแตก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปลายนิ้วและนิ้วเท้าขาดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อนิ้วมือและนิ้วเท้าตายจนอาจต้องตัดทิ้ง

4. โรกระบบทางเดินหายใจ

ในควันบุหรี่ มีสารประกอบที่เป็นพิษต่อร่างกาย คือ ทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่ออวัยวะระบบทางเดินหายใจ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีการติดเชื้อของอวัยวะระบบทางเดินหายใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคการอุดกั้นของทางเดินหายใจเรื้อรัง และมีอาการกำเริบของโรคหอบหืดและวัณโรค

5. โรกระบบทางเดินอาหาร

การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรกระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคแผลในลำไส้เล็ก และมีอาการกำเริบของโรกระบบทางเดินอาหาร เช่น แผลลึกขึ้นและตกเลือดในกระเพาะอาหาร

6. โรคฟันและเหงือก

สารพิษในควันบุหรี่ จะไปเกาะจับติดกับตัวฟัน เหงือก และเยื่อในช่องปาก ทำให้เกิดโรคฟันต่าง ๆ จนอาจต้องสูญเสียฟัน เกิดโรคมะเร็งเหงือก และโรคเยื่อในช่องปากอักเสบ

7. ผลของการตั้งครรภ์

อันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ขณะที่ตั้งครรภ์นั้น มีอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ คือ อาจทำให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกตายขณะคลอด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอด และมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้

8. ผลต่อระบบสืบพันธุ์

การสูบบุหรี่มีผลทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง เนื่องจากเกิดการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศ

ส่วนอันตรายจากบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่ หรือที่เรียกว่า การสูบบุหรี่ทางอ้อม (Passive Smoking) เนื่องจากควันบุหรี่ในบรรยากาศจะเกิดจากควัน 2 กระแส คือ (อุไรวัฒน์, 2531)

1. ควันสายหลัก (Mainstream smoke) เป็นควันที่เกิดจากผู้สูบบุหรี่เป่าหรือพ่นออกมา
2. ควันสายข้างเคียง หรือควันหลง (Sidestream smoke) เป็นควันที่เกิดจากปลายบุหรี่ที่เผาไหม้ขณะที่ผู้สูบบุหรี่ถือหรือวางบุหรี่ไว้โดยไม่ได้อสูบ

ควันสายข้างเคียงนี้มีสารพิษสูงกว่าควันสายหลัก ดังนั้น การรับควันบุหรี่ ไม่ว่าจะจาก ควันสายหลักหรือสายข้างเคียง โดยที่ไม่ได้สูบบุหรี่เอง ก็มีอันตรายเหมือนกับการสูบบุหรี่ โดยตรง กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคและปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ ดังนี้ (ธีระ, 2532)

1. ผลต่อเด็ก

การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เด็กเล็กและทารกมีโอกาสเป็นโรค หลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบ ในขณะที่เด็กโตจะเกิดโรคของหูชั้นกลาง มีอาการหอบหืด มีเสมหะมากขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรกระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ อีกด้วย

2. ผลต่อหญิงมีครรภ์

หญิงมีครรภ์ที่แม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่โดยเฉพาะในระยะ 6 เดือน ก่อนคลอด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้ง ทารกตายคลอด การคลอดก่อนการกำหนด ทารกตาย แรกคลอด และทารกน้ำหนักตัวน้อย นอกจากนี้ยังมีผลทำให้การสร้างน้ำนมของแม่น้อยลงด้วย

3. ผลต่อบุคคลทั่วไป

ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่ ซึ่งอาจจะเป็นควันสายหลักหรือควันสายข้างเคียง จะทำให้ถูกรบกวนจากกลิ่น ควัน และสารพิษในควันบุหรี่ก่อให้เกิดความรำคาญ หงุดหงิด มีความเครียดและเกิดการระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก คัดจมูก ไอ จาม ปวดศีรษะ มีอาการกำเริบของหอบหืด ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบระยะสั้นที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับควันบุหรี่ แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาวและเป็นอันตรายต่อสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่โดยตรง คือ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว

ผลดีของการไม่สูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดปัญหา แต่ถ้าหากมีการงดสูบบุหรี่ก็จะก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อตัวผู้งดสูบบุหรี่ และส่วนรวมหลายประการ ซึ่งจำแนกออกได้ดังนี้ (ธีระ, 2532)

1. ด้านสุขภาพ ผลดีของการงดสูบบุหรี่จะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูบเอง และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในการที่จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคอันเกิดจากการได้สูบบุหรี่ ทำให้ลดโอกาสที่จะตายจากโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง และลดสาเหตุร้ายกาจ อันเนื่องมาจากควันบุหรี่โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การงดสูบบุหรี่ทำให้อาการของโรค และการดูแลสุขภาพในการรักษาโรคดีขึ้น

2. ด้านเศรษฐกิจ จะช่วยลดรายจ่ายของตนเองและครอบครัว อีกทั้งยังช่วยประหยัดเศรษฐกิจของประเทศในการที่จะนำมาใช้ในเรื่องของความเจ็บป่วย ความพิการ และความตายที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ นอกจากนั้น ยังเพิ่มปริมาณและคุณภาพ เนื่องจากลดเวลาสูญเสียไปหรือทำงานไม่เต็มที่ในขณะที่สูบบุหรี่หรือป่วยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่

3. ด้านสังคม การงดสูบบุหรี่จะทำให้สังคมไม่ยอมรับการสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะทราบถึงอันตรายของบุหรี่ เริ่มรังเกียจการสูบบุหรี่ ทำให้ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงได้ ทั้งยังเป็นการเคารพสิทธิของผู้อื่นในการที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์ เป็นตัวอย่างที่ดีต่อเยาวชนในการที่จะเข้าสังคม โดยที่ไม่ต้องสูบบุหรี่

สาเหตุของการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของการสูบบุหรี่ในทางพฤติกรรมศาสตร์ อาจสรุปได้ว่า ปัจจัยที่นำไปสู่สาเหตุของการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจเป็นเพียงปัจจัยเดียวหรือหลาย ๆ ปัจจัยที่เกิดขึ้นในบุคคลก็ได้ แล้วส่งผลให้บุคคลนั้นสูบบุหรี่ มีดังนี้ (สมจิตต์, 2522)

1. การเอาแบบอย่างตามกลุ่ม

บุคคลมักจะมีกลุ่มอ้างอิง (Reference group) เสมอ ในแง่ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ทั้งนี้เพราะบุคคลต้องการ การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและต้องการ การยอมรับจากกลุ่ม ดังนั้น เมื่อกลุ่มอ้างอิงสูบบุหรี่ บุคคลในกลุ่มนั้นย่อมมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ตามไปด้วย

2. การอยากลองทำ

บุคคลโดยเฉพาะในวัยรุ่น ซึ่งมีความกระตือรือร้นอยากรู้อยากลอง อยากมีประสบการณ์ต่าง ๆ ดังนั้นการสูบบุหรี่ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่เขาคือต้องการทดลองสูบบุหรี่ ซึ่งจะมีผลต่อการสูบบุหรี่ต่อไป

3. การเอาตามอย่างบุคคลอื่น

ในสังคมทุกสังคมจะมีบุคคลแทบทุกประเภทสูบบุหรี่ ตั้งแต่สมาชิกในครอบครัว ครู พระภิกษุ แพทย์ คารา นักร้อง และผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นแบบอย่างให้บุคคลเกิดการเลียนแบบ โดยการสูบบุหรี่ตามบุคคลเหล่านั้น

4. กิจกรรมสังคม

เมื่อมีการรวมกลุ่มทางสังคม นอกจากจะมีกิจกรรมต่าง ๆ แล้ว การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่มักจะตามมาเสมอ ทำให้บุหรืมีไว้สำหรับการต้อนรับแขกในงานสังคม ผู้ที่เข้าร่วมในกิจกรรมสังคมนั้น ๆ เกิดความรู้สึกว่า จะต้องดื่มและสูบบุหรี่เพื่อเข้าสังคม

5. ธรรมเนียม

ในสังคมไทย บางแห่งจะใช้บุหรีเป็นสิ่งสำหรับต้อนรับแขกที่มาเยี่ยม หรือนำไปเป็นของฝากแก่ผู้ที่เคารพนับถือ เพื่อเป็นการแสดงถึงน้ำใจไมตรีต่อกัน ทำให้ต้องมีการสับบุหรีเพื่อผูกมิตรหรือรักษาน้ำใจของผู้ที่นำมามอบให้

6. ความต้องการหลีกเลี่ยงการต่อว่าหรือตำหนิติเตียน

วัยรุ่นหรือผู้ชายมักมีค่านิยมในการแสดงความเป็นชาย หรือแสดงความเป็นผู้ใหญ่ให้สังคมได้รู้จักโดยการสับบุหรี ถ้าสับบุหรีไม่เป็นก็จะถูกต่อว่าหรือตำหนิติเตียน ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกต่อว่าหรือตำหนิติเตียน ก็จะต้องหัดสับบุหรีให้เป็น

7. กลไกการปรับตัว

บุคคลจำนวนมากใช้การสับบุหรีเป็นทางออกของความตึงเครียด เมื่อเกิดความกลัดกลุ้มมีปัญหา เกิดความวุ่นวายใจ ไม่มีทางแสดงออกในทางอื่น ก็หันไปลองสับบุหรี โดยหวังว่าการสับบุหรีจะระงับอาการเหล่านั้นได้

8. การมีบุหรีจำหน่ายโดยทั่วไป และการโฆษณาทางสื่อมวลชนต่าง ๆ

เนื่องจากมีความสะดวกในการซื้อหาบุหรี ซึ่งมีจำหน่ายอยู่ทั่วทุกหนทุกแห่ง มีส่วนส่งเสริมให้บุคคลสับบุหรี ส่วนการโฆษณาบุหรีทางสื่อมวลชนในรูปแบบต่าง ๆ นั้น ได้มีมานานแล้ว ซึ่งเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลอยากทดลองสับบุหรี

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันได้มีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยเริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2535 ซึ่งควบคุมการโฆษณาบุหรีในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งน่าจะมีผลทำให้การโฆษณาบุหรีทางสื่อมวลชนลดน้อยลงและไม่มีการโฆษณาในที่สุด

สุพัฒน์ (2543) กล่าวถึง สาเหตุของการสูบบุหรี่ ว่ามีสาเหตุมาจาก

1. ค่านิยมทางสังคมซึ่งยอมรับการสูบบุหรี่
2. ใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือในการผูกมิตร กรณีนี้มักใช้ร่วมกับการดื่มสุรานิงานเลี้ยง
3. การเลียนแบบ เด็ก ๆ มักจะเริ่มโดยเลียนแบบจากเพื่อน บิดา มารดา ครู และบุคคลสำคัญที่ตนยกย่อง
4. ความเคยชินทางอุปนิสัย มักเกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่เฉย ๆ เกือบเงิน หรือไม่ทราบว่าจะทำอะไร ก็จะควักบุหรี่ออกมาสูบ
5. การใช้ฤทธิ์ของนิโคติน เป็นยาหล่อมอารมณ์ เนื่องจากนิโคตินมีฤทธิ์ในการหล่อมอารมณ์ เมื่อนิโคตินลดลง เพราะการจับถ่ายหรืออารมณ์โกรธอื่น ๆ จึงต้องสูบบุหรี่ เพื่อให้ นิโคตินอยู่ระดับเดิม ซึ่งต้องรักษาระดับนั้นอยู่เสมอ

นอกจากนี้ ชีระ (2532) ยังได้กล่าวถึงสาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่ ในผู้ใหญ่ว่ามีสาเหตุมาจาก

1. เพื่อลดความเครียด นิโคตินจำนวนน้อย ๆ ระยะแรกจะช่วยกระตุ้นสมอง แต่เมื่อสูบไปนาน ๆ นิโคตินจะถูกดูดซึมเข้าไปมากขึ้น ทำให้มีนิ้งงหรือปวดศีรษะได้ เนื่องจาก สมองถูกกด
2. เพื่อเข้าสังคม เนื่องจากไม่ทราบจะเริ่มเรื่องพูดคุยอย่างไรเลยสูบบุหรี่ เพื่อแก้การ ขวยเขิน
3. จากผู้อื่นนำมาให้ เป็นที่น่าสนใจที่มีพระภิกษุเป็นจำนวนไม่น้อยที่ติดบุหรี่และเป็น โรคร้ายต่าง ๆ เนื่องจากเริ่มด้วยลองสูบ เพราะชาวบ้านนำมาถวาย ต่อมาจึงติดบุหรี่

พฤติกรรมกาสูบหรี่ของบุคคล

Tomkins (อ้างใน สุริย์, 2526) กล่าวถึง พฤติกรรมกาสูบหรี่ของบุคคลไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. พฤติกรรมกาสูบหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual Smoking)

นักสูบหรี่ประเภทนี้จะมึนหรี่ติดอยู่กับปากตลอดเวลา ถึงแม้จะไม่ได้จูดหรี่ก็จะคาบไว้ที่ปากเฉย ๆ จะมีมึนหรือยู่ติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลา การสูบหรี่จะทำให้มีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุข บางคนอาจมีความรู้สึกว่าการสูบหรี่ช่วยทำให้เกิดความภูมิฐาน พฤติกรรมกาสูบหรี่ของบุคคลกลุ่มนี้จะไปแบบอัตโนมัติ เป็นกิจวัตรที่จะทำประจำวัน

2. พฤติกรรมกาสูบหรี่ที่มองโลกในแง่ดี (Positive Affect Smoking)

แบบฉบับของนักสูบหรี่ประเภทนี้ ถือว่าการสูบหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยให้เกิดความพอใจ เกิดความสุข ความตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็กวัยนี้สูบหรี่เพื่อจะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่ หรือสูบเพราะทำตามพ่อแม่ที่สูบหรี่ ทำตามบุคคลที่ตัวเองชอบ บุคคลกลุ่มนี้บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ มีความสุขที่ได้สัมผัสกับควันบุหรี่ที่พุ่งออกจากปากและจมูก

3. พฤติกรรมกาสูบหรี่เนื่องจกมองโลกในแง่ลบ (Negative Affect Smoking)

นักสูบหรี่ประเภทนี้ จะสูบหรี่เป็นบางครั้งไม่ต่อเนื่อง เช่น เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้รับความกดดัน มีปัญหา เพื่อระงับอารมณ์หรือเมื่อมีเหตุการณ์หรืออยู่ในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งก็จะสูบหรี่ เช่น เมื่อรู้สึกตื่นตัว หวาดกลัว มีความสุข ความเศร้า เบื่ออาย อยู่คนเดียว หรือขณะขับรถ เป็นต้น

4. พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive Smoking)

บุคคลกลุ่มนี้ เป็นพวกติดบุหรี่ ถือว่าบุหรี่คือสิ่งจำเป็นจะขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกๆ ไม่สบาย มีความผิดปกติทางร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจขึ้น มีความพอใจช่วยลดความรู้สึกกดดัน ช่วยให้บรรเทาสติและจิตใจอะไรออก

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทยในปี 2544 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) พบว่า ประชากรที่มีอายุ 11 ปี ขึ้นไป มีประมาณ 51.3 ล้านคน ผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำหรือสูบบุหรี่ทุกวันประมาณ 10.0 ล้านคน หรือร้อยละ 20.6 ผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำมากที่สุด ในกลุ่มวัยทำงาน (25-29ปี) ในการสำรวจครั้งนี้พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ประมาณ 18.5 ปี โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบของชายจะเร็วกว่าหญิง (18.3 ปี และ 21.9 ปี ตามลำดับ) และแนวโน้มในปี 2544 ชายมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ช้าลง ส่วนหญิงกลับมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เร็วขึ้น เมื่อเทียบกับปี 2542 (17.9 ปี และ 22.2 ปี ตามลำดับ) ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันประมาณ 10.6 มวน โดยชายสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันสูงกว่าหญิง (10.7 มวน และ 8.8 มวน ตามลำดับ) ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจะสูบบุหรี่มวนเอง (ร้อยละ 52.7) โดยส่วนมากเป็นผู้อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและอีกประมาณร้อยละ 46 สูบบุหรี่ซองผลิตในประเทศ นอกจากนี้ในการสำรวจยังพบว่า ร้อยละ 88.1 ของผู้ที่สูบบุหรี่ประจำมีการสูบบุหรี่ ขณะอยู่ในบ้านกับสมาชิกในครัวเรือน โดยชายและหญิงมีพฤติกรรมในลักษณะนี้ไม่แตกต่างกัน

กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่

ประเทศไทยได้ออกเป็นกฎระเบียบข้อบังคับ ข้อบัญญัติเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ โดยมีมติของคณะรัฐมนตรีในปี พ.ศ. 2517 เริ่มที่กรุงเทพมหานคร ได้ออกกฎระเบียบห้ามสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์ และให้ฉายภาพนิ่งแสดงเครื่องหมายหรือข้อความเพื่องดสูบบุหรี่ ในส่วนของรถประจำทางก็ออกข้อบัญญัติห้ามสูบบุหรี่บนรถประจำทางด้วย รวมทั้งให้ผู้ประกอบการติดตั้งแสดงเครื่องหมายงดสูบบุหรี่บนรถประจำทาง แต่หลังจากนั้นเป็นต้นมามาตรการทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่ในประเทศไทย ก็ได้ดำเนินการอย่างจริงจัง เพราะมีปัญหาอุปสรรคหลายประการ เช่น กระบวนการในการพิจารณาข้อกฎหมายล่าช้า ขาดเจ้าหน้าที่ที่จะบังคับใช้ และขาดความร่วมมือจากประชาชน (สงวน และคณะ, 2535)

ปัจจุบันคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้มีกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพออกมาใช้ 2 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

1. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มีสาระสำคัญ โดยสรุป คือ

1.1 ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง ยาสูบ และผลิตภัณฑ์อื่นใด ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบ ไม่ว่าจะใช้เสพโดยวิธีสูบ ดูด อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก

1.2 ห้ามจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยน หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่มีอายุไม่ครบ 18 ปี

1.3 ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขาย

1.4 ห้ามขายสินค้าหรือให้บริการ โดยมีการแจก แถม ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแลกเปลี่ยนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.5 ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยแจก แถม ให้ หรือแลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่น

1.6 ห้าม ให้ หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชม การแข่งขัน การแสดง หรือสิทธิประโยชน์อื่นใด เป็นการตอบแทนผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.7 ห้ามแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในลักษณะเป็นตัวอย่าง หรือเป็นการจูงใจสาธารณชนให้เสพผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น

1.8 ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงชื่อเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรือสิ่งอื่นที่ใช้เป็นการโฆษณาได้

1.9 ห้ามผู้ใดผลิต นำเข้าเพื่อขายหรือเพื่อแจกจ่าย หรือโฆษณาสินค้าอื่นลักษณะทำให้เข้าใจว่าเป็นสิ่งเลียนแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบ

1.10 ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ต้องแสดงฉลากที่หีบห่อ ก่อนที่จะนำออกจากแหล่งผลิตหรือก่อนนำเข้า และห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ไม่ได้แสดงฉลาก

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์ว่า ผลิตภัณฑ์ยาสูบทำให้เกิดโรคมะเร็งแก่ผู้บริโภค รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อปอดถึงทวารในครรภ์ ในกรณีที่ผู้บริโภคกำลังตั้งครรภ์ และยังเป็นผลร้ายแก่ผู้ใกล้ชิดกับผู้บริโภคอีกด้วย แต่ในปัจจุบันนี้ ยังไม่มีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยเฉพาะ ทำให้มีการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบด้วยวิธีการต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในหมู่เยาวชนซึ่งเป็นทรัพยากรของชาติ ทำให้เป็นอุปสรรคอย่างมากในการป้องกันโรคร้ายอันเกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

2. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 สาระสำคัญโดยสรุป คือ

2.1 กำหนดชื่อ หรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

2.2 กำหนดส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะตามเขตสูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่

2.3 กำหนด สภาพ ลักษณะและมาตรฐานของเขตปลอดบุหรี่ และเขตสูบบุหรี่ เกี่ยวกับการระบายควันหรืออากาศ

2.4 กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่

2.5 ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่

2.6 ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่สาธารณะในระหว่างพระอาทิตย์ขึ้นถึงพระอาทิตย์ตก หรือเวลาทำการของสถานที่นั้น เพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2543 เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การแสดงฉลากและข้อความในฉลากของบุหรี่ยาสูบ ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 โดยมีสาระสำคัญโดยสรุป ดังนี้

1. บุหรี่ที่ผลิต หรือนำเข้าในราชอาณาจักร จะต้องจัดให้มีการพิมพ์ฉลากที่มีข้อความคำเตือนเป็นภาษาไทย โดยตำแหน่งของฉลากจะต้องอยู่ที่ขอบบนสุดของซอง หรือกล่องบรรจุซองบุหรี่
2. ข้อความในฉลากต้องมีคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ 10 ข้อความ คละกันไป ได้แก่

2.1 บุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด

2.2 บุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว

2.3 บุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

2.4 บุหรี่ทำให้เส้นเลือดในสมองแตก

2.5 บุหรือนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่น

2.6 บุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม

2.7 บุหรี่ทำให้เร็ว

2.8 คว้นบุหรี่ย่านาคูณให้ตายได้

2.9 ควันบุหรีทำร้ายผู้ใกล้ชิด

2.10 ควันบุหรีทำร้ายลูกในครรภ์

3. ฉลากและข้อความคำเตือน ต้องมีขนาดพื้นที่รวมทั้งกรอบไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของพื้นที่ด้านหน้า และด้านหลังของซอง กรอบฉลากคำเตือนเป็นสีขาว พื้นฉลากคำเตือนเป็นสีดำ ตัวอักษรคำเตือนเป็นสีเทา

4. บุหรีที่ผลิต หรือนำเข้าในราชอาณาจักร จะต้องจัดให้มีฉลากที่มีข้อความเป็นภาษาไทยที่บริเวณด้านหน้า หรือด้านหลังของซอง แสดงวัน เดือน ปี ที่ผลิตจากโรงงาน เว้นแต่บุหรีที่ผลิตเพื่อจำหน่ายออกนอกราชอาณาจักร ไม่ต้องปฏิบัติตามประกาศนี้

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ ได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2540 ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะ ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าว เป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ เป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545 เพื่อปกป้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่และให้ทันต่อเหตุการณ์ที่มีสถานประกอบการใหม่ ๆ เกิดขึ้น ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนาม และได้ดำเนินการนำประกาศกระทรวงสาธารณสุข ดังกล่าวประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว โดยจะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน 2545 เป็นต้นไป โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้ เป็นสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

1.1 รถยนต์โดยสารประจำทาง

1.2 รถยนต์โดยสารรับจ้าง

1.3 ตู้โดยสารรถไฟที่มีระบบปรับอากาศ

1.4 เรือโดยสาร

1.5 เครื่องบินโดยสารภายในประเทศ

1.6 ที่พักผู้โดยสารเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

1.7 ลิฟต์โดยสาร

1.8 ตู้โทรศัพท์สาธารณะ

1.9 รถรับส่งนักเรียน

1.10 โรงมหรสพ

1.11 ห้องสมุด

1.12 ร้านตัดผม ร้านตัดเสื้อ สถานเสริมความงาม ร้านขายยา หรือสถานที่บริการอินเทอร์เน็ต เฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

1.13 ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า หรือสถานที่จำหน่ายสินค้าเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

1.14 สถานที่ออกกำลังกายเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

1.15 สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

1.16 ศาสนสถานเฉพาะบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ

1.17 สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม หรือสถานที่จัดเลี้ยงเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

1.18 สุขา

1.19 ทำเทียบเรือสาธารณะ

ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่ง ขณะทำการ ให้หรือให้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่
ทั้งหมด

2. ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้ เป็นสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

2.1 โรงเรียนหรือสถานศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา

2.2 อาคารจัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถาน หรือหอศิลป์

2.3 สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

2.4 สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน

2.5 สนามกีฬาในร่ม

ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่ง ขณะทำการ ให้หรือให้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่
เว้นแต่บริเวณห้องพักผ่อนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่สาธารณะนั้น

3. ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้ เป็นสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

3.1 อาคารของมหาวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา

3.2 บริเวณแสดงสินค้าหรือนิทรรศการ เฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ

3.3 สถานที่ราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

3.4 ธนาคาร และสถาบันการเงิน

3.5 สำนักงานที่มีระบบปรับอากาศ

3.6 อาคารท่าอากาศยาน

ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่ง ขณะทำการ ให้หรือให้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่

1. บริเวณห้องพักส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่สาธารณะนั้น
2. บริเวณที่จัดไว้ให้เป็น “เขตสูบบุหรี่” เป็นการเฉพาะโดยสภาพ ลักษณะและมาตรฐานของเขตปลอดการสูบบุหรี่ที่รัฐมนตรีกำหนด
3. ให้ผู้โดยสารรถไฟที่ไม่มีระบบปรับอากาศ เป็นสถานที่ที่ไม่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ เว้นแต่ผู้จัดไว้ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่เป็นการเฉพาะ

แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานในการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรม การปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ จะคำนึงถึง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อ ของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่ สนใจ และอื่น ๆ (Rosenstock *et al.* (อ้างใน ประภาพัฒ, 2534)

เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจ เพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์ พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคล และแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขา และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น

ต่อมา Becker *et al.* (1974) ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านสุขภาพและในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากัน หรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่อง ที่ให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษาโรค การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ Becker and Marshall (1984) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ. 1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมมารป้องกันโรคได้ ร้อยละ 36

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำด้วย รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ Becker and Marshall (1984) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วย และพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษ

ในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวก สุขสบาย หรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค การกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไป จะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม(Modifying Factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่
ประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็น
ตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน

ได้มีการศึกษาและการวิจัยมากมายเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค ทั้งนักสังคมวิทยา และนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทักษะคิด การรับรู้ของบุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านต่าง ๆ จึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค และได้มีการยอมรับจากบุคคลทั่วไป ดังรายละเอียดตามแผนภูมิ

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมีเหตุผลของบุคคลในการเลือกตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมในการป้องกันโรคให้กับตนเอง และสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เมื่อนำมาวิเคราะห์พฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ จะพบว่าปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ประกอบด้วย การเรียนรู้ของทหารเกณฑ์กองประจำการ 3 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ จากแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ซึ่งมีการวิจัยหลายชิ้นยืนยันในเรื่องนี้ของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่

นิตยา (2535) ศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานและการปฏิบัติตัวเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล พบว่า การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ ส่วนการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดการสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ ส่วนประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และการมีเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ นอกจากนี้ปัจจัยด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพ อายุ และประวัติการมีสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ สามารถทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐฉิน (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่านักเรียนที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับนักเรียนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยที่เกิดจากบุหรี่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยในประเทศ

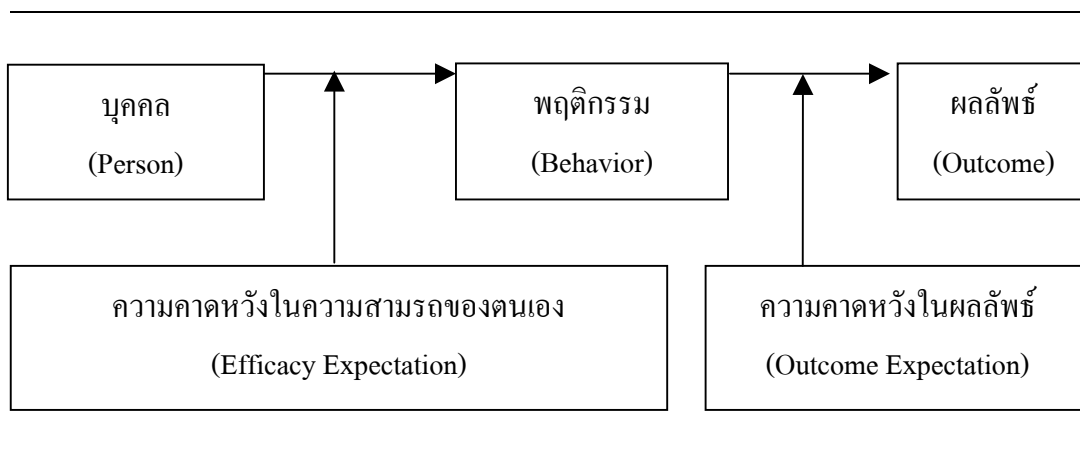
Weinberger *et al.* (1981) ได้ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงโทษของการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

Pederson *et al.* (1984) ได้ทำการศึกษาถึงแบบแผนถึงความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอด โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 308 คน พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการเลิกสูบบุหรี่ และสามารถใช่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ 3-6 เดือนหลังจากได้รับคำแนะนำ

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Theory)

Bandura (1977) ได้เสนอทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Theory) เน้นถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความสามารถของตนเอง และได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ดังนั้น ความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy) มีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ จึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าต้องทำอะไร (Knowing what to do) กับสิ่งที่จะต้องปฏิบัติจริง ๆ (Actually doing it)

จากแนวความคิดที่กล่าวมาข้างต้น Bandura ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Theory) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎี คือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะต้องปฏิบัติตามดังกล่าว โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีมีดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1977)

จากโครงสร้างของทฤษฎีแสดงให้เห็นส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี คือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectation) Bandura (1977) ให้ความหมายความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ว่าเป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประมาณค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างหนึ่งที่จะปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้ทำ

บุคคลจะตัดสินใจว่า จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวัง หรือความเชื่อว่าตนจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวัง หรือการประมาณค่าผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมว่ามีคุณค่าเพียงใดเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น ความคาดหวังทั้ง 2 ประการ จึงมีความสัมพันธ์ดังแสดงในภาพ

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

	สูง	ต่ำ
ความคาดหวังเกี่ยวกับ		
ความสามารถ	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
ของตนเอง	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง
และความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการตัดสินใจกระทำ
พฤติกรรมของบุคคล

ที่มา: Bandura (1977)

จากภาพจะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง
กับความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นได้ว่า บุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับ
ความสามารถของตนเองสูง จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นเช่นเดียวกัน
บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน

ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ จะมี
ความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วย หรือความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่ง
เป็นไปในทางตรงกันข้าม บุคคลก็มีแนวโน้มจะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1977)

ความมั่นใจในการตัดสินใจว่าตนมีความสามารถแค่ไหน เป็นตัวชี้ให้เห็นว่าบุคคลจะพยายาม
ทำงานนั้นมากเพียงใด ถ้าเขาเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถกระทำกิจกรรมให้สำเร็จได้ จะเกิด
ความกลัว และพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง ช่วยให้เกิด
ความไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าในการทำงาน และทำให้เกิดความเพียรพยายาม ไม่ท้อถอยเมื่อพบ
อุปสรรค ยิ่งมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมากจะยิ่งมีความพยายามและกระตือรือร้น
ในการทำงานมาก การที่บุคคลพยายามทำงานในสถานการณ์ที่บีบบังคับได้สำเร็จและได้ผลลัพธ์
ตามที่คาดหวังได้ เป็นแรงเสริมในการรับรู้ความสามารถของตน และทำให้เกิดความกลัวน้อยลง

เมื่อประสบเหตุการณ์เช่นเดิม แต่ถ้าบุคคลเลิกการทำงานโดยง่าย จะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง และเกิดความกลัวงานนั้นมากขึ้น

จากแนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ วิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ จะพบว่า สามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าต้องการไม่สูบบุหรี่ นั่นคือ ทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ มีความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะทำได้ มีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถในการไม่สูบบุหรี่ที่สูง ทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ ก็จะมีการพยายามอย่างมากในการไม่สูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด ในทำนองเดียวกันถ้ามีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถในการไม่สูบบุหรี่ต่ำ ก็จะมีการพยายามน้อยในการไม่สูบบุหรี่ อีกกรณีหนึ่งเป็นที่ทราบอยู่แล้วว่า การที่เป็นทหารเกณฑ์กองประจำการ อยู่ในร้อยพลเสนารักษ์นั้น มีปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม หลายประการที่ทำให้ทหารเกณฑ์กองประจำการ ต้องสูบบุหรี่ ดังนั้น ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ จึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำ ทฤษฎีความสามารถในตน (Self-Efficacy Theory) ไปใช้ในการศึกษา ได้แก่

ภัทรกร (2538) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนเทคนิคจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 94 คน ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวเลิกสูบบุหรี่ดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 42.5 นอกจากนี้ ยังพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลของการเลิกสูบบุหรี่ ของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว ในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุลวรรณ (2540) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 90 คน โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง ภายหลังการทดลอง

พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และคิดว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวคิดรูปแบบจำลอง PRECEDE Model

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยใดบ้าง มีแนวคิดในการวิเคราะห์ 3 กลุ่ม คือ (Pender,1987)

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า สาเหตุของพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเกิดจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ค่านิยม ความเชื่อ แรงจูงใจ หรือความตั้งใจ ใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา การศาสนา องค์ประกอบด้านประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลคือ ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ความรู้ องค์ประกอบด้านประชาชน องค์ประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 จะนำทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และสาขาอื่น ๆ เข้ามาประยุกต์ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรม และพยายามหาทางแก้ไขปัญหาโดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการ

PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย Green (1991) ที่มีแนวคิดว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้น จะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล

จากแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ที่กล่าวว่า การที่บุคคลมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยร่วม 3 ประการ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (Pender, 1987)

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรืออีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะมีความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากการประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับบุคคลแต่ละคน ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ (Socio-economic Status) และ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ นอกจากนั้น สิ่งสำคัญคือ การหาได้ง่าย (Availability) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่เป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น

ปัจจัยเสริม หมายถึง ผลสะท้อนกลับที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเนื่องมาจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัล ผลตอบแทน การชมเชย การลงโทษ การยอมรับหรือไม่ยอมรับ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ สิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน

หรือผู้บังคับบัญชา อิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้งสาม ดังกล่าว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ จะต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวเสมอ ไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่

กัญญา (2536) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในจังหวัดราชบุรี พบว่า ระยะเวลาบวช มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในระดับค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง และยังพบว่า ระยะเวลาบวชมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้เวลาว่าง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพระภิกษุส่วนใหญ่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ โดยวิธีการบังคับใจตนเอง แต่ก็กลับมาสูบซ้ำอีกเพราะความเคยชินหยุดสูบแล้วหงุดหงิด

นิพนธ์ (2538) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มและการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,017 คน พบว่า กลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มสูบบุหรี่ เรียงลำดับความสำคัญดังนี้ ปัจจัยเชิงนโยบายของรัฐ (บุหรี่ถือเป็นยาเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมาย) ปัจจัยเชิงสุขภาพ (ไม่ทราบว่าทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด ความดันโลหิตสูง ไม่เคยเห็นคนเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ และไม่ทราบว่าทำให้เกิดโรคหอบหืด) ปัจจัยเชิงสังคมและสภาพแวดล้อม (เพื่อนชวน เข้าสังคม เลียนแบบเพื่อน ๆ) และสุดท้ายคือ ปัจจัยเชิงจิตวิทยา (อยากลอง ผ่อนคลายความเครียด)

ภาวิณี (2538) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนคอนเมืองทหารอากาศบำรุง จำนวน 162 คน พบว่า การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว การมีเพื่อนสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลางค่อนข้างไปทางต่ำเล็กน้อย

บุศยา (2539) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านระยะเวลาที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้มาของบุหรี่แหล่งที่ซื้อบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านปริมาณการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านปริมาณการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว การมีกฎระเบียบ ข้อห้ามการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านระยะเวลาที่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยุวลักษณ์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงในมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัจฉราวรรณ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 17.6 โดยเป็นกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 11.6 และกลุ่มที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.0 กลุ่มสูบบุหรี่ พบว่า เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 10 – 14 ปี และพบว่ากลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มีพฤติกรรมต่าง ๆ ของการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาของการสูบบุหรี่ ช่วงเวลาของการสูบ ลักษณะการสูบ ปริมาณการสูบและค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ พบว่า กลุ่มสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ ภาว การสัมฤทธิ์ผลทางการศึกษา การเป็นนักกีฬา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ การมีปัญหาหรือเรื่องกุ่มใจ

จิตทิพย์ (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 1 กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนจากครู และเพื่อน แรงสนับสนุนจากครูกับจำนวนเงินที่ซื้อ บุหรี่ต่อวัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับจำนวน

บุญที่ต่อบุญต่อวันมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจาก พ่อ แม่ และผู้ปกครอง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประเทือง (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของข้าราชการครูชาย สังกัดสำนักงานประถมศึกษา อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี พบว่า อายุ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของข้าราชการครูชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้เวลาว่างคุยกับเพื่อนบ้าน หลังจากเสร็จธุระกิจประจำวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการครูชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

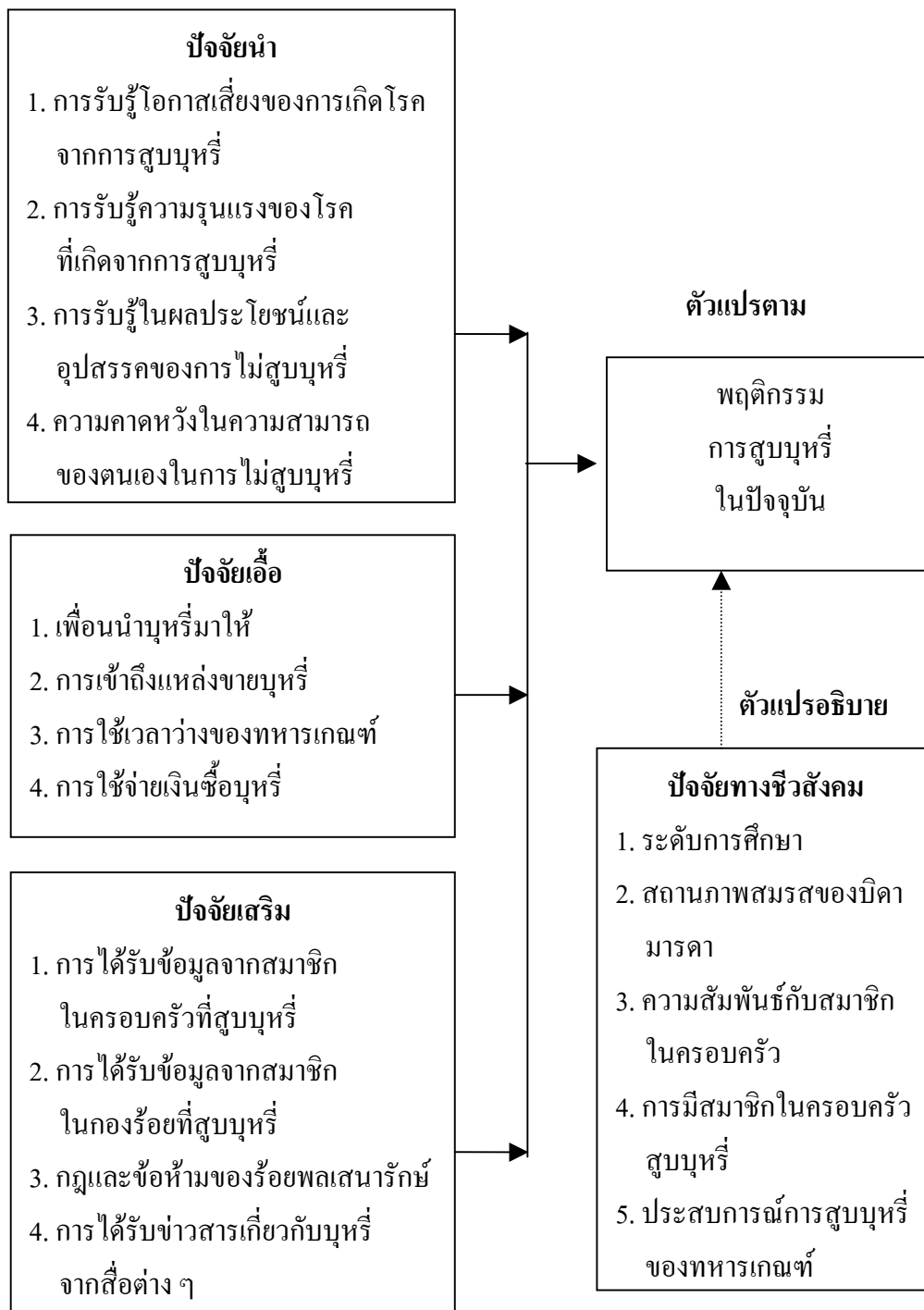
ยุพยงค์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของ นักศึกษาชาย วิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับสถิติการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

สรายุทธ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ- สามเณรอาพาธที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 1) ปัจจัยชีวทางสังคม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาบวช ระดับการศึกษาทาง โลก และระดับการศึกษาทางธรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ส่วนรายได้จากการรับกิจนิมนต์ และโรคที่อาพาธในปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่าง และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการถวายนุหรีไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในวัดที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของวัดและการได้รับคำแนะนำจาก แพทย์และพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับ ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) และแนวคิดรูปแบบจำลอง PRECEDE Model ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ : กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยในส่วนของปัจจัยนำ ประกอบด้วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยเอื้อ หมายถึง แหล่งทรัพยากรหรือทักษะที่จำเป็นต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพื่อนนำบุหรี่มาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ และในส่วนของปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์ และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ จากนั้นผู้วิจัยได้นำปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย สร้างแบบสอบถาม แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และนำมาวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ: กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังภาพที่ 4

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนนำบุหรี่มาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อุปกรณ์และวิธีการ

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นทหารเกณฑ์กองประจำการทั้งหมดของกองทัพบก ปี 2548 ที่ผ่านการเกณฑ์ จำนวน 62,944 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ผลัด

ผลัดที่ 1 เข้ารายงานตัว ต้นเดือน พฤษภาคม 2548 จำนวน 32,637 คน

ผลัดที่ 2 เข้ารายงานตัว ต้นเดือน พฤศจิกายน 2548 จำนวน 30,307 คน

และทหารเกณฑ์กองประจำการในผลัดที่ 2 ถูกส่งไปประจำยังกองพัน กองร้อยต่าง ๆ ของกองทัพบกทั่วประเทศ และที่มีประจำการอยู่ในกองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีจำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ทหารเกณฑ์กองประจำการพลัดที่ 2/48 กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 120 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากเหตุผล ดังนี้

1. ทหารเกณฑ์กองประจำการ ที่ถูกส่งมาที่กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ผ่านการคัดเลือกโดยเกณฑ์เดียวกันกับทหารเกณฑ์กองประจำการ ที่ถูกส่งไปประจำการในหน่วยอื่น จึงถือได้ว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการ กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นส่วนหนึ่งของประชากร
2. ผู้วิจัยปฏิบัติงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับทหารเกณฑ์กองประจำการ กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จึงสามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาของการวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลชีวสังคม

ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของประชากร ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และประสบการณ์การสูบบุหรี่ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และเติมข้อความ (Open Ended)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ

มี 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 9 ข้อ

ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 6, 9

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 5, 7, 8

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
จริงที่สุด	4	1
จริง	3	2
ไม่จริง	2	3
ไม่จริงที่สุด	1	4

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 15 ข้อ

ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 3, 6, 15

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
จริงที่สุด	4	1
จริง	3	2
ไม่จริง	2	3
ไม่จริงที่สุด	1	4

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ 5

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
จริงที่สุด	4	1
จริง	3	2
ไม่จริง	2	3
ไม่จริงที่สุด	1	4

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคาดหวังของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) เท่านั้น

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนน
ทำได้แน่นอน	4
ทำได้	3
ทำไม่ได้	2
ทำไม่ได้แน่นอน	1

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย เพื่อนนำบุหรี่มาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่าง และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 4, 5, 7, 8

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 6, 9, 10

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	4	1
มาก	3	2
น้อย	2	3
น้อยที่สุด	1	4

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	4	1
มาก	3	2
น้อย	2	3
น้อยที่สุด	1	4

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลด้านพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากร

ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ให้เลือกเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบ ซึ่งมีข้อความที่มีความหมายเชิงลบ (Negative) เท่านั้น

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	4	1
ปฏิบัติมาก	3	2
ปฏิบัติน้อย	2	3
ปฏิบัติน้อยที่สุด	1	4

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

ระดับสูง	คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า	$\bar{X} + \frac{1}{2} \text{ S.D.}$	ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่าง	$\bar{X} \pm \frac{1}{2} \text{ S.D.}$	
ระดับต่ำ	คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า	$\bar{X} - \frac{1}{2} \text{ S.D.}$	ถึงคะแนนต่ำสุด

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษา แนวคิด เนื้อหา ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหา สาระ ครอบคลุมวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัยให้ถูกต้องตามเกณฑ์
3. นำเครื่องมือให้อาจารย์ผู้ควบคุมโครงงานร่างวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง มีความตรงในเนื้อหา การใช้ภาษามีความชัดเจน และแล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ
4. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบ
 - 4.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความถูกต้องเชิงทฤษฎี แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง
 - 4.2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงแล้วไปทดลองใช้กับทหารเกณฑ์กองประจำการ ผลัด 1/48 ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 นาย และนำข้อมูลจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นตามวิธีของ ครอนบาร์ค (Cronbach 's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าความเชื่อมั่น
1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่	.74
2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	.84
3) การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่	.71
4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่	.93
5) ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่	.78
6) ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่	.73
7) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	.96

4.3 นำผลการวิเคราะห์และเนื้อหา มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ก่อนนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประสานงานและทำหนังสือถึงผู้บังคับบัญชา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นทหารเกณฑ์กองประจำการ ผลัด 2/48 ที่พักอยู่ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนี้

- 2.1 เข้าพบผู้บังคับบัญชา ร้อยพลเสนารักษ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
- 2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล
- 2.3 ผู้วิจัยแนะนำกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับวิธีการตอบข้อคำถามแต่ละส่วนจนเข้าใจ
เสร็จแล้วเก็บแบบสอบถามคืนทันที
- 2.4 ตรวจสอบความสมบูรณ์แบบสอบถามว่า กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามครบทุกข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และลงรหัสที่กำหนด
2. บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถาม
3. นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลทางชีวสังคม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้สถิติ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

4. ใช้ค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

สถานที่และระยะเวลาดำเนินการวิจัย

สถานที่ดำเนินการวิจัย

ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ตั้งแต่เดือนเมษายน 2548 ถึง กุมภาพันธ์ 2549

ผลการวิจัยและวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ: กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ ปัจจัยนำที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย เพื่อนนำบุหรี่มาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่างและการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาค้างนี้ เป็นทหารเกณฑ์กองประจำการ ผลัดที่ 2/48 ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 120 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ โดยการหาค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เสนอในรูปแบบตารางประกอบการอธิบาย โดยแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคม ของทหารเกณฑ์กองประจำการ

ตอนที่ 2 ตัวแปรปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของทหารเกณฑ์กองประจำการ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางชีวสังคม

(n = 120)		
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	5	4.20
ประถมศึกษาตอนปลาย	20	16.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	35	29.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	26.70
อาชีวศึกษา	23	19.20
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	4.20
2. สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา		
อยู่ด้วยกัน	79	65.80
แยกกันอยู่	26	21.70
บิดาเสียชีวิต	10	8.30
มารดา	5	4.20

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 120)		
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
3. ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว		
สนิทสนมรักใคร่กันดี	105	87.50
ไม่สนิทสนม ไม่รักใคร่กัน	3	2.50
ทะเลาะกันบ่อยครั้ง	1	0.80
ทะเลาะกันบางครั้ง	11	9.20
4. การมีสมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี		
มี	86	71.70
ไม่มี	34	28.30
5. ประสบการณ์การสุขภาพดีของทหารเกณฑ์		
เคย	120	100.00
6. เหตุผลที่สุขภาพดี		
คลายเครียด	51	42.50
มีปัญหาครอบครัว	1	0.80
เพื่อนชวน	10	8.30
เลียนแบบ	4	3.30
อยากลอง	52	43.50
อยากเท่เพิ่มความมั่นใจ	1	0.80
เห็นคนในครอบครัวสุขภาพดี	1	0.80

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะทางชีวสังคม ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ผลัดที่ 2 / 48 ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนี้

1. **ระดับการศึกษา** พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 29.00 รองลงมา จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 26.70 และจบระดับอาชีวศึกษา คิดเป็นร้อยละ 19.20

2. **สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา** พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก บิดา-มารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 65.80 รองลงมา แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 21.70 และบิดาเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 8.30

3. **ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว** พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบสนิทสนมรักใคร่กันดี คิดเป็นร้อยละ 87.50 รองลงมาความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวเป็นแบบทะเลาะกันบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.20 และความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบไม่สนิทสนม ไม่รักใคร่กัน คิดเป็นร้อยละ 2.50

4. **การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่** พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 71.70 และไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 28.30

5. **ประสบการณ์การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์** พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 100.00

6. **เหตุผลที่สูบบุหรี่** พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีเหตุผลที่สูบบุหรี่จากอยากลอง คิดเป็นร้อยละ 43.50 รองลงมาจากเหตุผลเพื่อคลายเครียด คิดเป็นร้อยละ 42.50 จากเพื่อนชวน คิดเป็นร้อยละ 8.30

ตอนที่ 2 ตัวแปร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่

1. **ปัจจัยนำ** ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการ ไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ดังตารางที่ 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 120)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 27.11 ถึง 36.00)	77	64.20
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 23.90 ถึง 27.10)	42	35.00
ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 21.00 ถึง 23.89)	1	0.80
$\bar{X} = 29.50$ S.D. = 3.19		

จากตารางที่ 2 พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนมาก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 64.20 รองลงมา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.00 และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 0.80 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 120)		
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 52.02 ถึง 60.00)	33	27.50
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 47.11 ถึง 52.01)	43	35.80
ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 40.00 ถึง 47.10)	44	36.70
$\bar{X} = 49.56$ S.D. = 4.90		

จากตารางที่ 3 พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนมาก มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 36.70 รองลงมา มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.80 และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 27.50 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ในผลประโยชน์ และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 120)		
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 39.46 ถึง 40.00)	6	5.00
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 36.03 ถึง 39.45)	19	15.80
ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 24.00 ถึง 36.02)	95	79.20
$\bar{X} = 33.74$ S.D. = 3.42		

จากตารางที่ 4 พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนมาก มีการรับรู้ในผลประโยชน์ และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 79.20 รองลงมา มีการรับรู้ในผลประโยชน์ และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 15.80 และมีการรับรู้ในผลประโยชน์ และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 5.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการไม่สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 120)		
ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 57.30 ถึง 68.00)	36	30.00
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 46.70 ถึง 57.02)	44	36.70
ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 22.00 ถึง 46.69)	40	33.30
$\bar{X} = 51.86$ S.D. = 10.31		

จากตารางที่ 5 พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนมาก มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.70 รองลงมา มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 33.30 และมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 30.00 ตามลำดับ

2. ปัจจัยอื่น ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ได้แก่ เพื่อนนำบุหรี่มาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ ซึ่งอธิบายโดยภาพรวมดังในตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเอื้อ ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 120)

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 29.95 ถึง 38.00)	40	33.30
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 25.44 ถึง 29.94)	42	35.00
ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 16.00 ถึง 25.43)	38	31.70
$\bar{X} = 27.69$ S.D. = 4.50		

จากตารางที่ 6 พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนมาก มีปัจจัยเอื้อที่คาดว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.00 รองลงมา มีปัจจัยเอื้อ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 33.30 และมีปัจจัยเอื้อ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 31.70 ตามลำดับ

3. **ปัจจัยเสริม** ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลจากข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ซึ่งอธิบายโดยภาพรวมดังแสดงในตารางที่ 7 ดังนี้

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 120)

ปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 27.12 ถึง 36.00)	33	27.50
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 22.85 ถึง 27.11)	52	43.50
ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 16.00 ถึง 22.80)	35	29.00
$\bar{X} = 24.98$ S.D. = 4.26		

จากตารางที่ 7 พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนมาก มีปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.50 รองลงมามีปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 29.00 และมีปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 27.50 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของทหารเกณฑ์กองประจำการ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ซึ่งอธิบายโดยรวมดังแสดงในตารางที่ 8 ดังนี้

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 120)		
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยรวมทุกด้าน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนระหว่าง 34.41 ถึง 44.00)	32	26.70
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 26.38 ถึง 34.40)	42	35.00
ระดับต่ำ (คะแนนระหว่าง 15.00 ถึง 26.37)	46	38.30
$\bar{X} = 30.39$ S.D. = 8.02		

จากตารางที่ 8 พบว่า ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนมาก มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยรวมทุกด้านในปัจจุบัน อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 38.30 รองลงมามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยรวมทุกด้านในปัจจุบัน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.00 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.70 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์ และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 1 คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์ และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งมีมาตรวัดเป็นแบบช่วงมาตร (Interval Scale) โดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เสนอผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้าน
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่	.106
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	.249 ^{**}
การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่	.256 ^{**}
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่	.502 ^{**}

* * p < .01

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตามสมมติฐานที่ 1 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยรวมทุกด้านของทหการเกณฑ์กองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่า โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ส่วนมากจะพบในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุมากกว่า กลุ่มตัวอย่าง (อายุ 20-22 ปี) ที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ และโรคที่พบส่วนใหญ่ต้องใช้ระยะเวลาในการแสดงอาการของโรค จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีอายุไม่จัดอยู่ในช่วงที่จะพบการเกิดโรค ไม่เล็งเห็นถึงความสำคัญของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ หรืออาจคิดว่า ถ้าเป็นโรคแล้วก็สามารถรักษาได้ ซึ่งมีผลทำให้ผลการวิเคราะห์ในเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยรวมทุกด้านของทหการเกณฑ์กองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า ถ้าทหการเกณฑ์กองประจำการมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่สูง มีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ดีด้วย

สรุปตามสมมติฐานที่ 1 ที่ว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหการเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 มีตัวแปรที่สนับสนุนสมมติฐาน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ไม่สนับสนุนสมมติฐาน เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหการเกณฑ์กองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 ขอมรับสมมติฐานที่ 1 เพียงบางส่วน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนำบุญมาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุญ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุญ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 2 คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อที่ศึกษา ได้แก่ เพื่อนำบุญมาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุญ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุญกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เสนอผลการวิเคราะห์ ตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากร

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้าน
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
เพื่อนำบุญมาให้	.351 **
การเข้าถึงแหล่งขายบุญ	-.005
การใช้เวลาว่าง	.332 **
การใช้จ่ายเงินซื้อบุญ	.443 **

** $p < .01$

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามสมมติฐานที่ 2 พบว่า เพื่อนำบุญมาให้ การใช้เวลาว่างและการใช้จ่ายเงินซื้อบุญ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า ถ้าทหารเกณฑ์กองประจำการ ที่ทำการศึกษา มีปัจจัยเอื้อในเรื่องของเพื่อนำบุญมาให้ การใช้เวลาว่างที่ไม่เหมาะสม และการใช้จ่ายเงินที่ไม่ถูกต้อง โดยนำเงินไปซื้อบุญมาสูบ มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปตามสมมติฐานที่ 2 ที่ว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนนำบุหรี่มาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ตัวแปรที่สนับสนุนสมมติฐาน ได้แก่ เพื่อนนำบุหรี่มาให้ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนตัวแปรการเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ ไม่สนับสนุนสมมติฐาน เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของทหารเกณฑ์กองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2 ยอมรับสมมติฐานที่ 2 เพียงบางส่วน

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 3 คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมที่ศึกษา ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เสนอผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่
ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้าน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่	.055
การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่	.125
กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่	.165
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่างๆ	.041

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามสมมติฐานที่ 3 พบว่า การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมดหมายความว่า ปัจจัยเสริม ในเรื่องการได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ

สรุปตามสมมติฐานที่ 3 ที่ว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ไม่มีตัวแปรใด สนับสนุนสมมติฐานที่ 3 เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของทหารเกณฑ์กองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 ไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 3

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ กองประจำการ: กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำประเด็นที่ค้นพบมาวิจารณ์ได้ดังนี้

ปัจจัยนำ

ปัจจัยนำที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่นำมาศึกษา ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการไม่สูบบุหรี่ ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ แสดงให้เห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ กล่าวคือ ทหารเกณฑ์กองประจำการ ถึงแม้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่สูง แต่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง (อายุ 20-22 ปี) ที่ทำการศึกษา และโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ก็ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด จึงอาจทำให้ทหารเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคิดว่าตัวเองแข็งแรง และเจ็บป่วยเป็นโรคก็สามารถรับการรักษาได้ จึงเป็นผลให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Rosenstock (1974) ที่อธิบายว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น จะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ กล่าวคือ ถ้าทหารเกณฑ์กองประจำการมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่สูงก็จะทำให้มีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ดีด้วย หรือจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันต่ำสอดคล้องกับ Rosenstock (1974) ได้อธิบายว่า

บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขา นอกจากนี้ สรายุทธ (2546) ได้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ-สามเณรอาพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์

การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ กล่าวคือ ถ้าทหารเกณฑ์กองประจำการมีการรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่สูง ก็จะทำให้มีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรม การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ดีด้วย หรือจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันระดับต่ำ สอดคล้องกับ Rosenstock (1974) ได้อธิบายว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่า การปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ฯลฯ มาเกี่ยวข้อง นอกจากนี้ สรายุทธ (2546) ได้พบว่า การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ-สามเณรอาพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ และการรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ ยังมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของพระภิกษุ-สามเณรอาพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ กล่าวคือ ถ้าทหารเกณฑ์กองประจำการ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่สูง ก็จะทำให้มีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ดีด้วย หรือจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันระดับต่ำ สอดคล้องกับ Bandura (1977) กล่าวว่า บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความคาดหวัง หรือความเชื่อว่าตนจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ นอกจากนี้ กุลวรรณ (2540) ได้พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และ สรายุทธ (2546)

ได้พบว่า ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของพระภิกษุ-สามเณรอพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ จึงเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 1 เพียงบางส่วนเท่านั้น ดังนั้นการที่จะพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ควรมีการวางแผนการให้สุศึกษา มีการปลูกฝังความรู้และเจตคติที่ถูกต้องแก่ทหารเกณฑ์กองประจำการ และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้ทหารเกณฑ์กองประจำการ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งประภาเพ็ญ (2541) กล่าวว่า รูปแบบของพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นนิสัยและสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ปฏิบัติจนเป็นนิสัย ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของสุขภาพ การเจ็บปวด การไร้ความสามารถและการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้ คือ เพื่อนน่านุหรีมาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า

เพื่อนน่านุหรีมาให้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ แสดงให้เห็นว่าเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ กล่าวคือ ทหารเกณฑ์กองประจำการที่ได้พบเห็น พุดคุย และเพื่อนน่านุหรีมาให้สูบบ่อย จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันสูง สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา (2536) พบว่า เมื่อรวมกลุ่มกับเพื่อนภิกษุด้วยกัน ทำกิจกรรมหรือสนทนากันก็มักน่านุหรีมาแบ่งกันสูบ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสรายุทธ (2546) ที่พบว่า การถวายบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของพระภิกษุ-สามเณรอพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์

การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ แสดงให้เห็นว่า การที่ทหารเกณฑ์กองประจำการหาซื้อบุหรี่ได้ง่าย เช่น มีร้านขายบุหรี่อยู่ใกล้ ๆ กองร้อยพลเสนารักษ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ นิพนธ์ (2538) พบว่า การที่บุหรี่หาซื้อได้ง่ายมีลำดับความสำคัญมากที่สุดต่อการสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สรายุทธ (2546) พบว่า การที่พระภิกษุ-สามเณรหาซื้อบุหรี่ได้ง่าย เช่น มีร้านขายบุหรี่อยู่ใกล้ ๆ วัด ทำให้พฤติกรรมการสูบบุหรี่มากขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของพระภิกษุ-สามเณรอพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์

การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ แสดงให้เห็นว่า การที่ทหารเกณฑ์กองประจำการใช้เวลาว่างจากการฝึก การอยู่เวรยาม หรือการทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น พุดคุยสังสรรค์กับเพื่อนทหาร หรือไม่ได้ปฏิบัติภารกิจใด ๆ ในการสูบบุหรี่ จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันสูง สอดคล้องกับ การศึกษาของกัญญา (2536) พบว่า พระภิกษุที่ปฏิบัติธรรมหรือทำวัตรสวดมนต์ จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าพระภิกษุที่ไม่ปฏิบัติธรรมหรือไม่ทำวัตรสวดมนต์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประเทือง (2543) พบว่า การใช้เวลาว่างคุยกับเพื่อนบ้านหลังจากเสร็จธุระกิจประจำวัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการครูชาย นอกจากนี้ สรายุทธ (2546) พบว่า การใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของพระภิกษุ-สามเณรอพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ การใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ แสดงให้เห็นว่า การที่ทหารเกณฑ์กองประจำการที่มีการจ่ายเงินซื้อบุหรี่ยาก จะมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในปัจจุบันสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สรายุทธ (2546) ที่พบว่า การใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของพระภิกษุ-สามเณรอพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์

สรุป จากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนน้าบุหรี่มาให้ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ 2 ส่วนการเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ ซึ่งไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 2 การศึกษาครั้งนี้ จึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 เพียงบางส่วนเท่านั้น ดังนั้น การที่จะ

พัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ควรมีการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ ในเรื่องของบุหรี่ และพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ทหารเกณฑ์กองประจำการ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม ที่นำมาศึกษาประกอบด้วย การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยสูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า

การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ แสดงให้เห็นว่า อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มาเริ่มสูบบุหรี่ขณะเข้ามาอยู่ในกองร้อยพลเสนารักษ์ ทำให้การได้รับข้อมูลจากสมาชิก ในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยวลักษณ์ (2541) พบว่า การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับ สรายุทธ (2546) พบว่า การได้รับข้อมูล จากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ และการเคยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของพระภิกษุ-สามเณรอาพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์

การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ แสดงให้เห็นว่า อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ค่อนข้างมาก ผู้ที่ให้ข้อมูลยังสูบบุหรี่จึงทำให้เกิดความไม่เชื่อถือ ทำให้การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ยวลักษณ์ (2541) ที่พบว่า การมี เพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่

กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ แสดงให้เห็นว่า กองร้อยพลเสนารักษ์มีกฎและ ข้อห้ามสูบบุหรี่ที่จริงจัง แต่ไม่ได้บังคับเข้มงวด ให้ทหารเกณฑ์กองประจำการปฏิบัติตามกฎและ ข้อห้ามนั้น ไม่มีบทลงโทษที่รุนแรง จึงทำให้กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการ สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุศยา (2539) ที่พบว่า การมีกฎระเบียบข้อห้ามสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านระยะเวลาที่สูบบุหรี่ เช่นเดียวกับ สรายุทธ (2546) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ-สามเณรอาพาธ ที่มารับบริการ ตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า กฎและข้อห้ามของวัดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่และการเคยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จของ พระภิกษุ-สามเณรอาพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ กล่าวคือ ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนใหญ่ ต้องมีการฝึก มีการเข้าเวรยาม เวลาพักผ่อนมีน้อย ประกอบกับในกองร้อยมีสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือหนังสือพิมพ์มีน้อย ทำให้โอกาสที่จะได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ย่อย นาน ๆ เข้า แม้ว่าจะมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ ทหารเกณฑ์กองประจำการก็จะไม่สนใจติดตาม ก็ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เช่นเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวลักษณ์ (2541) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ไม่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ยุพยงค์ (2544) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับสถิติการสูบบุหรี่ รวมไปถึง สรายุทธ (2546) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน จำนวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ และการเคย เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จของพระภิกษุ-สามเณรอาพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัว ที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ การศึกษาครั้งนี้จึงไม่ยอมรับ สมมติฐานที่ 3 ดังนั้น บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ร่วมงาน ควรให้การสนับสนุน ตลอดจนให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

สมำเสมอ รวมถึงการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ที่มีผลต่อร่างกายและให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเกี่ยวกับการรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ ต้องตระหนักว่า การมีกฎระเบียบห้ามสูบบุหรี่ในกองร้อยพลเสนารักษ์ถือเป็นสิ่งที่ดี แต่การทำให้กฎระเบียบศักดิ์สิทธิ์ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีกว่า ถ้าทำได้การแก้ปัญหการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นทหารเกณฑ์กองประจำการ จึงจะมีโอกาสประสบความสำเร็จได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ กองประจำการ: กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ ปัจจัยนำที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย เพื่อนน่านุหรีมาให้ การเข้าถึงแหล่งขายนุหรี การใช้เวลาว่าง และการใช้จ่ายเงินชื้อนุหรี ปัจจัยเสริมประกอบด้วย การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับนุหรีจากสื่อต่าง ๆ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นทหารเกณฑ์กองประจำการ ผลัดที่ 2/48 ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหา สาระ และโครงสร้างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ในส่วนของแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านชีวสังคม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนน่านุหรีมาให้ การเข้าถึงแหล่งขายนุหรี การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินชื้อนุหรี ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับ

การสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ส่วนที่ 5 แบบสอบถาม ข้อมูลด้านพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ซึ่งทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีของ Cronbach Alpha Coefficient วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของ การไม่สูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการ ไม่สูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78 ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 โดยเริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน กันยายน 2548 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2549 โดยวิเคราะห์ข้อมูลชีวสังคม ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson ' s Product Moment Correlation Coefficient)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ของทหารเกณฑ์กองประจำการ: กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนมากจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้น (ร้อยละ 29.00) ลักษณะของครอบครัวมีลักษณะแบบอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 65.80) มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบสนิทสนมรักใคร่กันดี (ร้อยละ 87.50) มีบุคคล ในครอบครัวสูบบุหรี่ (ร้อยละ 71.70) เคยมีประสบการณ์การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 100.00) เหตุผล ที่สูบบุหรี่จากอยากรลอง (ร้อยละ 43.50)

2. ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนมากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจาก การสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64.20) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 36.70) มีการรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 79.20) และมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.70)

3. ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนมาก มีปัจจัยเอื้อที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.00) มีปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.50)

4. ทหารเกณฑ์กองประจำการส่วนมาก มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ โดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 38.30)

5. สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการที่ทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า มีพฤติกรรม การสูบบุหรี่นั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยที่ปัจจัยแต่ละอย่าง มีลักษณะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ได้นำมาวิเคราะห์

6. สรุปผลตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัยได้กำหนดไว้ดังนี้ คือ

6.1 พฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษาในภาพรวม พบว่า พฤติกรรม การสูบบุหรี่ โดยรวมทุกด้าน ในปัจจุบันของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 38.30

6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์ และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษาในภาพรวม พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์ กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนำบุหรี่มาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ การใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษาในภาพรวม พบว่า เพื่อนำบุหรี่มาให้ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ การใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แต่การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากการศึกษาในภาพรวม พบว่า ปัจจัยเสริมทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

7. สรุปผลตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์ และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 1 เพียงบางส่วน

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนน้าบุหรี่มาให้ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า เพื่อนน้าบุหรี่มาให้ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2 แต่การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2 เพียงบางส่วน

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยเสริมทุกตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นการไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 3

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น คือ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการผลการวิจัยครั้งนี้ จากผลการวิจัยพบว่า

1.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบุคลากรด้านสุขภาพ ต้องร่วมมือกันสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้เกิดขึ้น โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น จัดโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในกองร้อยพลเสนารักษ์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ทหารเกณฑ์กองประจำการ ได้คำนึงถึงพิษภัยของบุหรี่ให้มากยิ่งขึ้น

1.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนนำบุหรี่มาให้ การใช้เวลาว่างของทหารเกณฑ์ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนั้น จึงควรกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมให้บุคคลในกองร้อยพลเสนารักษ์ทุกระดับ ได้มีส่วนสนับสนุนและแก้ไขพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยส่งเสริมและหางานอดิเรกให้ทหารเกณฑ์กองประจำการได้ทำในยามว่าง เพื่อที่จะให้ทหารเกณฑ์มีเวลาที่จะจับกลุ่มพูดคุยชักชวนกันสูบบุหรี่น้อยลง ซึ่งจะเป็นการลด

พฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้อีกวิธีหนึ่ง ส่วนเรื่องเพื่อนนำบุหรี่มาให้ ควรจะมีการจัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ เพื่อที่จะได้คำนึงถึงพิษภัยของบุหรี่ให้มากยิ่งขึ้น และควรมีการเข้มงวดในเรื่องของกฎระเบียบในการสูบบุหรี่ ในร้อยพลแสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลแสนารักษ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลแสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ดังนั้นวิธีการที่จะแก้ไขในส่วนปัจจัยเสริมเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ทหารเกณฑ์กองประจำการคือการเข้มงวด การบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่พัก เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่พักให้ทราบและเข้าใจทั่วถึงกัน ทั้งสมาชิกในกองร้อย และประชาชนทั่วไปที่เข้ามาในกองร้อยพลแสนารักษ์ ส่งเสริมให้บุคคลที่เกี่ยวข้องรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่แก่ทหารเกณฑ์กองประจำการทุกครั้ง ที่มีโอกาส ควรมีการรณรงค์และเรียกร้องให้ทหารเกณฑ์กองประจำการไม่สูบบุหรี่และจัดให้ ร้อยพลแสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นเขตปลอดบุหรี่เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีในสังคมต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มทหารเกณฑ์กองประจำการ ผลัดที่ 2/48 เท่านั้น ไม่สามารถเป็นตัวแทนของทหารเกณฑ์กองประจำการกลุ่มอื่น ๆ ได้ ดังนั้น การทำวิจัยครั้งต่อไป จึงควรที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กลุ่มอื่น ๆ ด้วย แล้วนำผลการวิจัยที่ได้มาเปรียบเทียบกับครั้งนี้ จากนั้นจึงนำไปวางแผนแก้ปัญหาในระยะยาวต่อไป

2.2 ควรนำผลงานวิจัยไปสร้างรูปแบบโปรแกรมสุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ

2.3 ควรมีการศึกษาทางคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกในเรื่องต่าง ๆ ที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ เช่น ปัจจัยเชิงนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคบุหรี่ของภาครัฐ และจุดอ่อน หรือข้อบกพร่องในการรณรงค์ที่ทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จ เป็นต้น

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. 2546. รายงานผลการซักประวัติและตรวจร่างกายทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประจำปี 2546, กรุงเทพฯ.

กุลวรรณ นาครัตน์. 2540. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กัญญา ศรีนวล. 2536. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูชัย สุภวงศ์. 2538. บุหรี่และสุขภาพ. จดหมายข่าวบุหรี่และสุขภาพ 5 (4-5): 15.

จิตติพิทย์ ยิมพลอย. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ณัฐฉิน จันทร์ก้อน. 2544. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักการศึกษากรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ธีระ ลิ่มศิลา. 2526. อันตรายจากบุหรี่มะเร็งปอดโรคร้ายที่รักษาและอาจป้องกันได้. วิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต และกองทุนสนม สิทธิพิทักษ์, กรุงเทพฯ.

_____. 2532. มะเร็งปอด.....โรคร้ายของคนไทย. วารสารหมอชาวบ้าน 11 (11): 94.

_____. 2537. นุหรี-มะเร็งปอด การสูญเสียสุขภาพชีวิตและการสูญเสียเศรษฐกิจ .
เอกสารประกอบการประชุมฟื้นฟูวิชาการประจำปี ครั้งที่ 34 คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ .

นิตยา เขื่อนน้ำ. 2535. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อการงดสูบบุหรี่
ของบุคลากรภายในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล

นิพนธ์ กุลนิคย์. 2538. ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับ
มัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญเรียง จกรศิลป์. 2541. การวิเคราะห์และแปลผลความหมายข้อมูลในการวิจัย โดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows. ภาควิชาการศึกษามหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,
กรุงเทพฯ.

บุษยา ณ ป้อมเพชร . 2539 . การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ
นักเรียนชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. 2533. ผลกระทบของควันบุหรี่ต่อผู้ไม่สูบบุหรี่. เอกสารประกอบ
การสัมมนาเรื่องการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์,
กรุงเทพฯ.

ประเทือง สุนทรวิภาต. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการ
ครูชาย สังกัดสำนักงานประถมศึกษา อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี. ภาคนิพนธ์ปริญญาตรี,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534. พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. ภาควิชาสุขศึกษา
และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 1,
กรุงเทพฯ.

- _____. 2541. พัฒนากิจกรรมชีวิตเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อในเด็กและเยาวชน. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
- ภัทรกร กาญจนโนภาส. 2538. โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในพฤติกรรมกาเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวิณี วิสมน. 2538. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ศึกษาเฉพาะกรณีโรงเรียนดอนเมืองทหารอากาศบำรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกริก.
- ยุพยงค์ วงศ์อิม. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย วิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุวลักษณ์ ชันอาสา. 2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกาสูบและไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงในมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2535 ก. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
- _____. 2535 ข. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2535. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.
- _____. 2543. หยุดการแพร่ภัยบุหรี่: สิ่งที่เราต้องทำและผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

_____. 2545. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545. การกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดบริเวณของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตปลอดบุหรี่. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, สุมาภรณ์ แซ่ลี้, ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย, สุชาดา อติวนิชยพงศ์, นัยนา แสงวนิช และนวรรตน์ เพ็ชรเจริญ. 2535. การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ: กรณีศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2522. การสูบบุหรี่และโรคมะเร็งโปรแกรมสุขภาพและปัญหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. วารสารสุขภาพศึกษา 2 (7): 9-18.

สรายุทธ นามเมือง. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ – สามเณรอาพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. 2543. ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. พิมพ์ครั้งที่ 12. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.

สุรีย์ จันทร์โมลี. 2526. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนักสูบบุหรี่. วารสารสุขภาพศึกษา 3(10): 15.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2544. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2544. กองสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา)

_____. 2546. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2544. กองสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา)

อัจฉราวรรณ ศรี้อยทอง. 2542. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุไรวัฒน์ กษาชีวะ. 2531. บุหรี่ที่มีผลต่อพฤติกรรมของหัวใจอย่างไร ในชีวิตจะสั้น
เพราะควันบุหรี่. โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

Bandura, A. 1977. **Social-Learning Theory**. Englewood Cliffs, Prentice Hall, New Jersey.

Becker. 1975. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care
recommendation. **Medical care** 13 (2): 10-24.

Becker and Marshall. 1984. The health belief model and sick role behavior. **Health
Education Monographs** 2 (3): 409-419.

_____ And L.A. Maiman. 1974. The Health Belief Model origins and correlation in
psychological theory. **Health Education Monographs** 2 (12): 336-353.

Green, L.W. and M.W. Kreuter. 1991. **Health Promotion Planning : An Education and
Environmental Approach**. Mayfield Publishing Company, Toronto.

Hatai, C.T. 1988. **Department of Medical Services Ministry of Public Health**. Khonkaen
Neuro-psychiatric Hospital, Khonkaen.

Pederson L. L. 1984. The role of health belief in compliance with physician advice to quit
smoking. **Social Science Medicine** 19 (5): 573-580.

Pender , N.J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice**. Appleton Century Croft,
New York.

Rosenstock. 1974. The Health Belief Model and Prevention Health Behavior.

Health Education Manographs 2 (4): 329-332.

Weinberger, M. 1981. Health belief and smoking behavior. **American Journal of Public**

Health 12 (71): 1253-1255.

WHO. 1975. "Smoking and Efection Health". **Technical Report Services.**

World Health Organization, Geneva .

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาณุ คีคำชัย
อาจารย์ประจำภาควิชาปริสิต หนองพญาธิ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นายแพทย์ชัยรัตน์ เตชะไตรศักดิ์
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต 1
3. พันเอกหญิง จีรวรรณ พรหมโบล
รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
4. พันตรีหญิง ดร.วรรณรัตน์ ใจเชื้อกุล
อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาล กองทัพบก
5. ร้อยเอกหญิง นุสบา โปอุทัย
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ กองโสต ศอ นาสิกกรรม

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ : กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ: กรณีศึกษา ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ข้อมูลที่รวบรวมได้นี้จะนำเสนอเป็นภาพรวมจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน จึงขอความกรุณาท่านโปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบถ้วนทุกข้อ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 4 ตอน	
ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่	จำนวน 9 ข้อ
ตอนที่ 2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	จำนวน 15 ข้อ
ตอนที่ 3 การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่	จำนวน 10 ข้อ
ตอนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางด้านปัจจัยเอื้อ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางด้านปัจจัยเสริม	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน 11 ข้อ

ความร่วมมือของท่านในครั้งนี้จะมีคุณค่าและประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนา และส่งเสริมให้กำลังพลของทหารเกณฑ์ กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ที่ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

พันตรีหญิง อูษา ฤทธิธาดา
นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางด้านชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว

1. ท่านจบการศึกษาระดับชั้น

- | | |
|--|---|
| ☐ ไม่ได้เรียน | ☐ ประถมศึกษาตอนต้น |
| ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย | ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น |
| ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย | ☐ อาชีวศึกษา |
| ☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า | ☐ อื่น ๆ ระบุ..... |

2. สถานภาพสมรสของบิดามารดา

- | | |
|--|---|
| ☐ อยู่ด้วยกัน | ☐ แยกกันอยู่ |
| ☐ บิดาเสียชีวิต | ☐ มารดาเสียชีวิต |
| ☐ บิดาและมารดาเสียชีวิต | |

3. ท่านมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวอย่างไร

- | | |
|--|--|
| ☐ สนับสนุน รักใคร่กันดี | ☐ ไม่สนับสนุน ไม่รักใคร่กัน |
| ☐ ทะเลาะกันบ่อยครั้ง | ☐ ทะเลาะกันเป็นบางครั้ง |
| ☐ อื่นๆ ระบุ..... | |

4. ในครอบครัวของท่านมีผู้สูบบุหรี่หรือไม่

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ มี | ☐ ไม่มี |
|-----------------------------|--------------------------------|

5. ท่านเคยสูบบุหรี่มาก่อนหรือไม่

- | | |
|---|---------------------------------|
| ☐ เคย (ทำต่อข้อ 6) | ☐ ไม่เคย |
|---|---------------------------------|

6. เหตุผลที่ท่านสูบบุหรี่

- | | |
|--|--|
| ☐ คลายเครียด | ☐ มีปัญหาครอบครัว |
| ☐ เพื่อนชวน | ☐ เลียนแบบ |
| ☐ อยากลอง | ☐ อยากเท่ เพิ่มความมั่นใจ |
| ☐ เห็นคนในครอบครัวสูบ | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ

ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรง
ความคิดเห็นของท่านกับมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

จริง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่จริง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่จริงที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
1.	การสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพของตนเองและผู้ใกล้ชิด				
2.	การสูบบุหรี่จะนำไปสู่การเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด				
3.	บุคคลที่สูบบุหรี่ จะทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง				
4.	บุคคลที่สูบบุหรี่มีโอกาเป็นมะเร็งปอดได้				
5.	การสูบบุหรี่กั้นกรอง ไม่มีผลทำให้ป่วยเป็นโรคมะเร็งปอด				
6.	ผู้สูบบุหรี่จัดมากๆ มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด				
7.	การสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่				
8.	การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอควบคู่ไปกับการสูบบุหรี่เป็นประจำ ช่วยทำให้ไม่เกิดโรคจากการสูบบุหรี่				
9.	บุคคลที่สูบบุหรี่เป็นประจำ มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ				

ตอนที่ 2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว

ลำดับ	ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
1.	ผู้สูบบุหรี่อาจเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดมากกว่า คนปกติทั่วไป				
2.	การสูบบุหรี่ทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง				
3.	โรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ เป็นโรคที่ไม่รุนแรง สามารถรักษาได้				
4.	การสูบบุหรี่ทำให้ริมฝีปากคล้ำ ฟันดำและมีกลิ่นปาก				
5.	ควันบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพของบุคคลข้างเคียง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้				
6.	การสูบบุหรี่ด้วยวิธีใช้ใบตอง หรือกระดามวนกับยาเส้น ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย				
7.	ผลจากการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการขาดออกซิเจน ในเม็ดเลือดแดง ทำให้มีนงง เหนื่อยง่าย				
8.	ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานาน จะมีอาการไอเรื้อรัง หลอดลมอักเสบบ่อยๆ				
9.	อาการถุงลมโป่งพอง จากผลของการสูบบุหรี่จะทำให้ การยืดหยุ่นของการหายใจเข้า-ออก น้อยลง เกิดอาการ เหนื่อยง่าย				
10.	สารนิโคตินในยาสูบ ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ มีความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้น				
11.	การสูบบุหรี่ทำให้เป็นโรคถุงลมโป่งพอง				

ลำดับ	ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
12.	การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคหอบหืด				
13.	การสูบบุหรี่ทำให้เป็นโรคหลอดลมอักเสบได้				
14.	การสูบบุหรี่ทุกประเภทมีอันตรายต่อสุขภาพผู้สูบ				
15.	การสูบบุหรี่ก้นกรองจะไม่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด				

ตอนที่ 3 การรับรู้ในผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรง
ความคิดเห็นของท่านกับมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

จริง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ไม่จริง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ไม่จริงที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
1.	การไม่สูบบุหรี่ และไม่อยู่ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ ทำให้ท่าน ปลอดภัยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่				
2.	การไม่สูบบุหรี่ทำให้สมาชิกในครอบครัว ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด				
3.	การไม่สูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกาย ของผู้นั้นดีกว่าผู้ที่สูบบุหรี่				
4.	การเลิกสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคถุงลมโป่งพองน้อยลง				
5.	การไม่สูบบุหรี่ทำให้มีเพื่อนน้อย				
6.	ถึงแม้จะสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว แต่เป็นระยะเวลานานๆ ก็มีอันตรายต่อสุขภาพ				
7.	การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอควบคู่ไปกับการงดสูบ บุหรี่ย จะช่วยไม่ให้ร่างกายเกิดโรคที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่ได้				
8.	การซื้อบุหรี่สูบ ท่านคิดว่าเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย				
9.	ถ้าเลิกสูบบุหรี่ เงินค่าบุหรี่สามารถนำมาเป็นประโยชน์ ต่อสุขภาพ และชีวิตประจำวันได้ดีกว่า				
10.	ทหารเป็นกำลังของชาติ ควรจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดี ของประชาชนทั่วไป ในการไม่สูบบุหรี่				

ตอนที่ 4 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ
ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ทำได้แน่นอน หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้มากที่สุด

ทำได้ หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้มาก

ทำไม่ได้ หมายถึง ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้

ทำไม่ได้แน่นอน หมายถึง ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้มากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ทำได้ แน่นอน	ทำได้	ทำ ไม่ได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
1.	เมื่อมีความเครียดทางอารมณ์ท่านจะไม่สูบบุหรี่ เป็นการคลายเครียด				
2.	ถ้าท่านตัดสินใจเลิกบุหรี่ ท่านสามารถทิ้งอุปกรณ์ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทั้งหมดที่มีอยู่				
3.	ถ้าท่านตัดสินใจเลิกบุหรี่ ท่านสามารถงดสูบบุหรี่ ได้ทันที				
4.	เมื่อท่านอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ ท่านสามารถหลีกเลี่ยงโดยการทำกิจกรรมอื่น				
5.	เมื่อเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ ท่านจะปฏิเสธทันที				
6.	เมื่อท่านมีปัญหาส่วนตัว ท่านจะไม่แก้ไขปัญหา ด้วยการสูบบุหรี่				
7.	ท่านจะไม่สูบบุหรี่ แม้ว่าจะมีเพื่อนทหารในกองร้อย สูบบุหรี่กันมาก				
8.	ท่านสามารถดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว เพื่อลดความอยาก สูบบุหรี่				
9.	ในงานเลี้ยงสังสรรค์เพื่อนของท่านส่วนใหญ่ สูบบุหรี่ แต่ท่านจะไม่สูบบุหรี่ตามเพื่อน				
10.	ท่านจะเป็นตัวอย่างที่ดีของประชาชนทั่วไป ในการไม่สูบบุหรี่				

ลำดับ	ข้อความ	ทำได้ แน่นอน	ทำได้	ทำ ไม่ได้	ทำไม่ได้ แน่นอน
11.	ไม่สูบบุหรี่เมื่อต้องการแสดงความเท่				
12.	ไม่สูบบุหรี่เมื่อต้องการความเชื่อมั่น				
13.	เมื่อเลิกสูบบุหรี่แล้ว และเกิดอาการอยากสูบบุหรี่ ท่านจะมีกิจกรรมอื่นทดแทนได้				
14.	ประกาศให้คนอื่นรับรู้ความตั้งใจ เมื่อตัดสินใจ เลิกสูบบุหรี่				
15.	ท่านจะไม่กลับมาสูบบุหรี่อีกเลยตลอดไป				

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- | | | |
|------------|---------|---|
| มากที่สุด | หมายถึง | ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น
สม่ำเสมอ หรือ มากกว่าสัปดาห์ละ 5 วัน |
| มาก | หมายถึง | ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น
สัปดาห์ละ 3-5 วัน |
| น้อย | หมายถึง | ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น
สัปดาห์ละ 1-2 วัน |
| น้อยที่สุด | หมายถึง | ท่านไม่เคยได้รับข้อมูล หรือปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลย
ใน 1 สัปดาห์ |

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ในแต่ละวันมีเพื่อนนำบุญมาให้ท่าน				
2.	ในหมู่เพื่อนๆ ของท่านสวดบวหรืกันหลายคน				
3.	มีร้าน แหล่งขายบุญหรืออยู่ใกล้ ๆ กองร้อยที่ท่านพักอยู่				
4.	ท่านใช้เวลาที่ว่างจากการฝึกทหาร หรือปฏิบัติการกิจที่ได้รับมอบหมาย อ่านหนังสือ				
5.	ท่านพูดคุยสังสรรค์กับเพื่อนทหารเกณฑ์ เมื่อว่างจากการฝึกทหาร หรือปฏิบัติการกิจที่ได้รับมอบหมาย				
6.	ท่านใช้เวลาที่ว่างจากการฝึกทหาร หรือปฏิบัติการกิจที่ได้รับมอบหมาย สวดบวหรื				
7.	ท่านใช้เวลาที่ว่างจากการฝึกทหาร หรือปฏิบัติการกิจที่ได้รับมอบหมาย เล่นกีฬา				
8.	ท่านใช้เวลาที่ว่างจากการฝึกทหาร หรือปฏิบัติการกิจที่ได้รับมอบหมาย ดูโทรทัศน์				

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
9.	ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรืแต่ละวัน				
10.	ท่านเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรืแต่ละเดือน				

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- | | | |
|------------|---------|---|
| มากที่สุด | หมายถึง | ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นสม่ำเสมอ หรือ มากกว่าสัปดาห์ละ 5 วัน |
| มาก | หมายถึง | ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 3-5 วัน |
| น้อย | หมายถึง | ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1-2 วัน |
| น้อยที่สุด | หมายถึง | ท่านไม่เคยได้รับข้อมูล หรือปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นเลยใน 1 สัปดาห์ |

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1.	สมาชิกในครอบครัวของท่าน ชักชวนให้ท่านสูบบุหรี่				
2.	ท่านพบเห็นเพื่อนในร้อยพลเสนารักษ์ที่ท่านพักอยู่สูบบุหรี่				
3.	เพื่อนในกองร้อยเสนารักษ์ชักชวนให้ท่านสูบบุหรี่				
4.	ท่านได้รับทราบกฎระเบียบของร้อยพลเสนารักษ์ในการห้ามสูบบุหรี่				
5.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อทางโทรทัศน์				
6.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อทางวิทยุ				
7.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อทางหนังสือพิมพ์				
8.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อทางอินเทอร์เน็ต				

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
9.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ จากสื่อทางหนังสือ				
10.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ จากสื่อทางวารสาร				

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สม่ำเสมอ หรือ มากกว่าสัปดาห์ละ 5 วัน
มาก	หมายถึง	ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 3-5 วัน
น้อย	หมายถึง	ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 1-2 วัน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติตามกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ มากที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อยที่สุด
1.	หลังตื่นนอนท่านสูบบุหรี่				
2.	ก่อนออกฝึก หรือปฏิบัติภารกิจท่านสูบบุหรี่				
3.	ก่อนรับประทานอาหารท่านสูบบุหรี่				
4.	หลังรับประทานอาหารท่านสูบบุหรี่				
5.	ก่อนนอนท่านสูบบุหรี่				
6.	เมื่อออกไปปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมาย นอกหรือพลเสนารักษ์ ท่านพกบุหรี่ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่				
7.	ท่านสูบบุหรี่ที่มีก้นกรอง				
8.	ท่านสูบบุหรี่จนถึงก้นมวน หรือเกือบหมดมวน				

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ มากที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อยที่สุด
9.	ท่านสูบบุหรี่จัด เมื่อต้องมีเรื่องให้คิดหรือตัดสินใจหรือเครียดกังวล				
10.	ท่านจะสูบบุหรี่เวลาเข้าสังคมกับเพื่อน				
11.	ท่านขอบุหรี่จากเพื่อนมาสูบ				

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ – นามสกุล	พันธุ์หญิง อุษา ฤทธิธาดา
วัน เดือน ปีเกิด	9 กรกฎาคม 2511
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพ ฯ
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ พ.ศ. 2529 – 2533 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงาน	หน่วยโลหิตวิทยา กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร