



วิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา
โรงเรียนเซนต์จอห์นโพลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

FACTORS RELATING TO SMOKING BEHAVIORS OF
STUDENTS OF SAINT JOHN POLY TECHNICAL
SCHOOL IN KRUNG THEP MAHA NAKHON

นางประภาพร โพธิ์ทอง

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. ๒๕๕๑



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น
โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

Factors Relating to Smoking Behaviors of Students of Saint John Poly Technical School
in Krung Thep Maha Nakhon

นามผู้วิจัย นางประภาพร โพธิ์ทอง

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์อติสา นิติธรรม, คม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์สุพรรณ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ นุ้ยสินธุ์, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์วินัย อาจคงหาญ, M.A.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา
โรงเรียนเซนต์จอห์นโพลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

Factors Relating to Smoking Behaviors of Students of Saint John Poly Technical School
in Krung Thep Maha Nakhon

โดย

นางประภาพร โพธิ์ทอง

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2551

ประภาพร โพธิ์ทอง 2551: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา
โรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
รองศาสตราจารย์อติลา นิตธรรม, ค.ม. 126 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และ
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค
กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักศึกษาระดับ ปวช. 1-ปวช. 3 จำนวน 229 คน ทำการ
เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไค-สแควร์ และ
สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ทำการทดสอบสมมติฐาน โดยกำหนดระดับความมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค
กรุงเทพมหานครอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงร้อยละ 36.2 และ 35.8 ตามลำดับโดยสูบบุหรี่
เฉลี่ยวันละ 6.58 มวน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ยประมาณ 3.30 ปี นักศึกษาร้อยละ 54.6 เคยเลิกสูบ
บุหรี่ได้สำเร็จ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งได้แก่ อายุ และ สาขาที่ศึกษา
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน
ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา และการพักอาศัยของนักศึกษา ไม่มีความ สัมพันธ์
กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา สำหรับ ปัจจัยนำ ซึ่งได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของ
การสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากบุหรี่ ที่สนใจต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์
และอุปสรรคของการ ไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการ ไม่สูบบุหรี่
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งได้แก่
ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ความยากง่ายในการ
เข้าถึงแหล่งซื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .01 และ ปัจจัยเสริม ซึ่งได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว
อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ มีความ สัมพันธ์
กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Prapaporn Potong 2008: Factors Relating to Smoking Behaviors of Students of Saint John Poly Technical School in Krung Thep Maha Nakhon. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Alisa Nititham, M.Ed. 126 pages.

The purpose of this descriptive research were to investigate factors relating to smoking behaviors of students of Saint John Poly Technical School in Krung Thep Maha Nakhon. Two hundred and twenty nine students were recruited for the study. Data were collected with a questionnaire constructed by the researcher. The collected data were analyzed by computerized program for percentage, means, standard deviation, Chi-Square and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The p-value used for significance test is a .05.

The results were as follows: The smoking behavior of students of Saint John Poly Technical School in Krung Thep Maha Nakhon were at a moderate level 36.2% and high level 35.8%. The smokers consumed cigarettes in average of 6.58 cigarettes per day and duration average of smoking was 3.30 years. Approximately 55 percent of smokers were successful to give up cigarettes. The bio-social factors namely age and branch of educations were significantly related to the smoking behavior at a .05 level. But level of educations, parent's marital status and living in family had no relation with smoking behavior. The predisposing factors: namely perceived effect, of cigarette smoking perceived severity, attitude to smoking, perceived benefits and barriers and self efficacy had significantly relationship with smoking behavior at a .01 level. The enabling factors: namely amount of times to study, leisure times and accessibility to the cigarette had significantly relationship with smoking behavior at a .01 level. The reinforcing factors: namely social acceptability, parental's smoking influence, peer influence and the receiving information had significantly relationship with smoking behavior at a .01 level.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

____ / ____ / ____

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยความเรียบร้อยเป็นอย่างดี โดยได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์อภิสรา นิตินธรรม ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย กรรมการวิชาการร่วม รองศาสตราจารย์บุญส่ง โกสะ ประธานสอบปากเปล่า รองศาสตราจารย์วิสูตร กองจินดา ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำด้านวิชาการ รวมทั้งตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ใ้ทำงานวิจัยมีความถูกต้อง และมีคุณค่าทางวิชาการ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ปัญญา ผิวเกลี้ยง อาจารย์นพรัตน์ สังข์ขันธ์ อาจารย์เผด็จ แสนเกษม อาจารย์นวลจันทร์ เฟื่องเที่ยง เพื่อนนิสิตปริญญาโทสาขาสุศึกษา เพื่อนร่วมงานทุกท่าน และท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ที่ให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือ เป็นกำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณแม่ สามิ บุตร พี่สาว น้องสาว พี่ชาย น้องชาย ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้าน กับผู้วิจัยอย่างดีตลอดมา

ประภาพร โพธิ์ทอง
กุมภาพันธ์ 2551

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	3
การตรวจเอกสาร	9
อุปกรณ์และวิธีการ	64
ผลและวิจารณ์	73
ผล	73
วิจารณ์	86
สรุปและข้อเสนอแนะ	96
สรุป	96
ข้อเสนอแนะ	100
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	102
ภาคผนวก	112
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	113
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	115
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	126

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของลักษณะทางด้านชีวสังคม	74
2	จำนวนและร้อยละของปัจจัยนำ	77
3	จำนวนและร้อยละของปัจจัยเอื้อ	78
4	จำนวนและร้อยละของปัจจัยเสริม	79
5	จำนวนและร้อยละพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ของนักศึกษา	79
6	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่	80
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ ของนักศึกษา	84
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ ของนักศึกษา	85
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ ของนักศึกษา	86

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	“แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	42
2	แสดงความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถ ของตนเองและความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	43
3	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการตัดสินใจกระทำ พฤติกรรมของบุคคล	44
4	ภาพ The PRECEDE-PROCEED Model for Health Promotion Planning and Evaluation	50
5	กรอบแนวคิดในการวิจัย	62

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น
โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

**Factors Relating to Smoking Behaviors of Students of Saint John
Poly Technical School in Krung Thep Maha Nakhon**

คำนำ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่มีผลร้ายต่อสุขภาพทั้งของผู้สูบเองและผู้ที่อยู่ใกล้เคียง การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่แพร่หลายไปทั่วโลก ฉะนั้นการบริโภคยาสูบจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้วันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี เป็นวันงดสูบบุหรี่โลก (World No Tobacco Day) และในปี พ.ศ. 2550 นี้ องค์การอนามัยโลกก็ยังคงแสดงเจตนารมณ์ที่จะให้ประชาชนงดสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพดี จึงกำหนดคำขวัญวันอนามัยโลกประจำปี 2550 ว่า ไร่วันบุหรี่ สิ่งแวดล้อมดี ชีวิตดี (SMOKE FREE ENVIRONMENTS CREATE AND ENJOY)

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,300 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรที่เป็นผู้ใหญ่ ขณะนี้ภัยจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลก จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2547 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคจากบุหรี่ประมาณ 4.9 ล้านคนทั่วโลก ในอดีตทุกๆ 10 รายที่เสียชีวิตจะมี 1 รายที่เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากบุหรี่ หรือประมาณ 5 ล้านคนต่อปี องค์การอนามัยโลกคาดว่า ใน พ.ศ. 2573 ตัวเลขผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากบุหรี่จะเพิ่มเป็น 1 รายในทุก 6 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าการเสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่นๆ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548)

ในประเทศไทยผลจากการสำรวจเกี่ยวกับบุหรี่ของประชากร โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 ถึงปี 2547 แสดงให้เห็นว่าอัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของประชากรไทย มีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูบบุหรี่อายุน้อยมีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 52,000 คน หรือวันละ 142 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน ถึงแม้บุหรี่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่ยังคงพบว่ามีบุคคลจำนวนมากที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2547)

อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชน (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2550) พบว่า เยาวชนที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวจะมีลักษณะขึ้นๆ ลงๆ ตลอด 15 ปีที่ผ่านมา เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มอายุ 11-14 ปี พบว่าร้อยละของการเปลี่ยนแปลงอัตราการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ครั้งคราวมีแนวโน้มสูงขึ้นมากจากปี พ.ศ. 2534 ถึงปี พ.ศ. 2549 คิดเป็น 300% ในขณะที่ผู้สูบบุหรี่ประจำจะมีการเปลี่ยนแปลงของอัตราการสูบบุหรี่ที่ต่ำกว่า คือมีการเปลี่ยนแปลงเพียง 30 % ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเยาวชนอายุ 11 - 14 ปี มีแนวโน้มอยากทดลองบุหรี่เพิ่มมากขึ้น และถ้าหากไม่มีการสกัดกั้นเยาวชนกลุ่มนี้ ก็จะเพิ่มสูงขึ้นและกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำในที่สุด นอกจากนี้ศูนย์วิจัยกสิกรไทยได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ ในปี 2546 พบว่า คนกรุงเทพฯ เสียค่าใช้จ่ายด้านบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 15.07 ของรายได้ทั้งหมดในแต่ละเดือน โดยตลาดบุหรี่ในกรุงเทพฯ มีมูลค่าประมาณ 500 ล้านบาท แม้ว่าจะมีการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องแต่ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุรียังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มอายุที่น่าเป็นห่วงคือ กลุ่มวัยรุ่นอายุ 13 -19 ปี ซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านบุหรี่ถึงร้อยละ 20.3 ส่วนกลุ่มอายุน้อยกว่า 13 ปี มีค่าใช้จ่ายด้านบุรีย่อละ 15.0 นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังพบว่า ในกลุ่มเยาวชน ที่เป็นเด็กวัยรุ่นมีปัญหาพฤติกรรมการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่และการดื่มสุรามีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ นักเรียนมีประสบการณ์การใช้สารเสพติดสูงถึงร้อยละ 24.4 โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนสายอาชีพศึกษามีอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ร้อยละ 16.0 ซึ่งสูงกว่าสายสามัญที่มีอัตราความชุก ร้อยละ 5.1 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอร์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร สังกัดกรมอาชีวศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และทราบว่าทางโรงเรียนมีนโยบาย การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของการสูบบุหรี่ในโรงเรียนอย่างจริงจัง ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา ทั้งนี้ผลการวิจัยจะทำให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานป้องกัน หรือลดอัตราการสูบบุหรี่ให้น้อยลง อีกทั้งเพื่อให้นักศึกษา มีทัศนคติ ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง เกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สาขาที่ศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา การพักอาศัยของนักศึกษากับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ที่จะได้รับ

ผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. ผลการวิจัยทำให้ทราบถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร
2. ผลการวิจัยทำให้ทราบถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร สามารถนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาในโรงเรียน
3. ผลการศึกษา สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่
4. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา สำหรับผู้วิจัยที่สนใจต่อไป

ขอบเขตของการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นนักศึกษาของโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร
2. ตัวแปรอิสระ ในการศึกษา ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามกรอบแนวคิด Precede Model Framework ของ Green (1991) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factor) และปัจจัยเสริม (Rainforcing Factors)

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นและผ่านการทดสอบแล้วประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ผลประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งถือว่าเป็นการแสดงความคิดเห็นของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ต่อข้อความในแบบสอบถามสามารถสะท้อนให้ทราบถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาได้

2. ปัจจัย หรือตัวแปรเกิน หรือตัวแปรภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน

ตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยตรงกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จส์ โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยตัวแปร 5 ตัว

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากบุหรี่

1.3 ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่

1.4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่

1.5 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่

2. ปัจจัยเอื้อ คือ แหล่งทรัพยากรหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จส์ โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัว คือ

2.1 ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน

2.2 การใช้เวลาวางในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่

2.3 ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ

3. ปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้แสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วยตัวแปร 4 ตัว คือ

3.1 การยอมรับของสังคม

3.2 การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว

3.3 อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน

3.4 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่างๆ

ตัวแปรอธิบาย

ตัวแปรอธิบาย คือ ปัจจัยชีวิตสังคม ประกอบด้วย

1. อายุ

2. ระดับการศึกษา

3. สาขาที่ศึกษา

4. สถานภาพสมรสของบิดามารดา

5. การพักอาศัยของนักศึกษา

ตัวแปรตาม

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยตัวแปร 4 ตัว

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน
2. จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน
3. ระยะเวลาที่สูบบุหรี่
4. การเคยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

นิยามศัพท์

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่ที่มวนสำเร็จรูป หรือใช้ใบจากใบตองมวน ยาเส้น ยาตั้ง รวมทั้งการสูบยาสูบด้วยกล้อง

การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้ ความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของนักศึกษาต่อความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การได้รับผลกระทบเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ที่มีต่อภาวะสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของนักศึกษา ถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการเสียชีวิต และการใช้เวลานานในการรักษา

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้สึก นึกคิด ความชอบ ความไม่ชอบ ของนักศึกษา ต่อการสูบบุหรี่ และผู้หญิงสูบบุหรี่

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้สึก นึกคิดของนักศึกษา ว่าการไม่สูบบุหรี่นั้นมีประโยชน์ต่อร่างกาย หรือต่อบุคคลใกล้ชิดได้อย่างไร รวมถึงอุปสรรคต่างๆ ของการไม่สูบบุหรี่

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือการประมาณความสามารถของตนเอง ของนักศึกษาว่าจะไม่สูบบุหรี่

ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ หมายถึง การได้บุหรี่ปริมาณจากสถานที่จำหน่ายใน สถานที่วางขายต่างๆ ที่สามารถหาซื้อได้ รวมถึงการขอบุหรี่ หรือมีบุคคลอื่นให้บุหรี่ปริมาณโดยไม่ต้องซื้อ

การยอมรับของสังคม หมายถึง การยอมรับหรือไม่ยอมรับว่าการสูบบุหรี่ของเพื่อนทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในสังคมวัยรุ่นทั้งในที่พักอาศัยหรือในโรงเรียน ว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสม และกระทำได้หรือไม่ควรกระทำ

การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว หมายถึง การมีหรือไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง และบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวของนักศึกษา

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับกลุ่มเพื่อนในเรื่องดังต่อไปนี้ ลักษณะของการตัดสินใจทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อน ลักษณะของการอยู่ร่วมกับกลุ่มเพื่อน และการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนที่สูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ปีที่ 1 ถึง ปวช.ปีที่ 3 โรงเรียนเซนต์จอห์น โปสเทคนิก กรุงเทพมหานครที่กำลังศึกษาอยู่ในปี พ.ศ. 2550 ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน หรือเคยสูบบุหรี่มาก่อน

การตรวจเอกสาร

การวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียน
เซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่
ผู้วิจัยได้ค้นคว้าและได้ประมวลไว้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
 - 1.1 ประวัติเกี่ยวกับบุหรี่
 - 1.2 สารประกอบในบุหรี่
 - 1.3 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
 - 1.4 สาเหตุของการสูบบุหรี่
 - 1.5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่
 - 1.6 กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่
2. แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานในการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavior)
 - 2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 2.3 ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)
 - 2.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
 - 2.5 แนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่
(PRECEDE Framework)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ประวัติเกี่ยวกับบุหรี่

บุหรี่ หรือยาสูบ (Cigarette or Cigar) เป็นพืชที่มีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่านิโคติเนียโทบาคคุม (Nicotinia Tobaccum) โดยคนเผ่าอินเดียนแดงในอเมริกาเหนือใช้ใส่กลิ้งสูบในพีธีแลกส์ตยาบันสันติภาพ เรียกว่า กลิ้งสันติภาพ – คัลลูเมต (Calumet) (สุพรรณ, 2548) บุหรี่ เป็นสิ่งที่ทำจากใบยาสูบ ซึ่งมีการนำมาประดิษฐ์และปรุงแต่งเป็นรูปแบบต่าง ๆ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่า “บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ” (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2546)

บุหรี่เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ตามคำนิยามของคำว่า “ยาเสพติด” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้คำนิยามไว้ว่า “ยาเสพติด ยาหรือสารเคมีที่เสพเข้าร่างกายด้วยวิธีกิน สูบ ดม หรือวิธีอื่นๆ วิธีใดวิธีหนึ่งติดต่อกันช่วงระยะเวลา แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ต้องการเสพอยู่เสมอ อีกทั้งต้องเพิ่มปริมาณของยาเสพติดมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อถึงเวลาเสพแล้วไม่ได้เสพ จะมีอาการอยากยา และก่อให้เกิดสุขภาพทรุดโทรมลง” (อุคม , 2539)

สำหรับประวัติความเป็นมาของบุหรี่ นับเป็นเวลาอย่างน้อย 500 ปีมาแล้ว เริ่มจากชาวอินเดียนแดงซึ่งเป็นชนชาวพื้นเมืองในทวีปอเมริกา ได้เริ่มต้นใช้ยาสูบเป็นพวกแรกโดยปลูกยาสูบเพื่อใช้เป็นยาและนำมาใช้ในพิธีกรรมต่างๆ ประวัติศาสตร์ได้จารึกไว้ว่า เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม ค.ศ. 1492 นักสำรวจผู้ยิ่งใหญ่ คือ คริสโตเฟอร์ โคลัมบัส (Christopher Columbus) ได้เดินเรือไปขึ้นที่ฝั่งซันซัลวาดอร์ ในหมู่เกาะเวสต์อินดีสนั้น ได้เห็นชาวพื้นเมืองนำเอาใบไม้ชนิดหนึ่งมามวนแล้วจุดไฟตอนปลายแล้วดูดควัน และชาวบ้านได้ให้ใบยาสูบแห้งแก่ท่าน ต่อมาในปี ค.ศ. 1548 มีการปลูกยาสูบในบราซิล ซึ่งเป็นอาณานิคมของโปรตุเกสในทวีปอเมริกาใต้ เพื่อเป็นสินค้าส่งออก เป็นผลให้ยาสูบแพร่หลายเข้าไปในประเทศโปรตุเกสและสเปนตามลำดับ ในราวศตวรรษที่ 16 สเปนเป็นชนชาติแรกที่นำใบยาสูบมาผลิตเป็นซิการ์ โดยชาวอาฟริกาจากอเมริกากลางและอเมริกาใต้นำมาเผยแพร่ระหว่างปี ค.ศ. 1853 – 1856 นักเดินเรือชาวอังกฤษก็เริ่มคุ้นเคยกับการสูบบุหรี่และอุตสาหกรรม การผลิตบุหรี่ได้เริ่มขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1884 โดย Mr. Jack Banzac (Hatai Chitanondh, 1988: 3-4) ส่วนประวัติของบุหรี่ยุคใหม่นั้นกล่าวไว้ว่า มนุษย์เริ่มรู้จัก และใช้ยาสูบมาเป็นเวลาช้านาน จนไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นที่แน่นอนได้ ประวัติศาสตร์บันทึกไว้ว่าได้แพร่จากอเมริกาไปสู่ยุโรป ตั้งแต่สมัยคิงเจมส์ที่ 1 ของอังกฤษในครั้งแรกของศตวรรษที่ 17 ต่อมาไม่นานคนอังกฤษส่วนหนึ่งเริ่ม

ควันทูบหรี่แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ควันทูบหรี่ที่สูดเข้าร่างกาย กับควันทูบหรี่ที่ลอยอยู่ในอากาศ ประกอบด้วยส่วนที่เป็นละอองสารเคมี และส่วนที่เป็นก๊าซ คือ ไนโตรเจน (ร้อยละ 50-70) ออกซิเจน (ร้อยละ 10-15) คาร์บอนไดออกไซด์ (ร้อยละ 10-15) และคาร์บอนมอนอกไซด์ (ร้อยละ 3-6) และความร้อนของปลายมวนบุหรี่ขณะที่สูดควัน คือ 900 องศาเซลเซียส และ 600 องศาเซลเซียส ขณะไม่มีการสูดควันซึ่งความร้อนระดับนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดสารพิษต่างๆ มากมาย (กรมควบคุมโรค, 2548)

สารเคมีที่เป็นอันตรายสำคัญ (อุไรวัฒน์ คชาชีวะ, 2530: 37) ได้แก่

1. นิโคติน (Nicotine)

เป็นสารที่พบตามธรรมชาติในใบยาสูบเท่านั้น เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมัน ไม่มีสี และเป็นสารที่สำคัญที่ทำให้คนติดบุหรี่ สารนี้ในระยะแรกมีฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง คือ ถ้าได้สารนี้ขนาดน้อยๆ เช่น การสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรกในผู้ที่ไม่เคยสูบจะมีความรู้สึกต่างของร่างกาย ทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ในระยะเวลาต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ร้อยละ 95 ของนิโคตินที่เข้าไปในร่างกาย ไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด มีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไตก่อให้เกิดการหลั่งของสาร อีพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ทั้งความดันค่าตัวบนในขณะที่หัวใจบีบตัว และความดันค่าตัวล่างในขณะที่หัวใจคลายตัว หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ และไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแดงที่แขนขาหดตัว และเพิ่มไขมันในเส้นเลือด นิโคตินจะกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ ลดความอยากอาหาร และทำให้ร่างกายย่อยอาหารช้าลง ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ นิโคตินจะทำให้คลื่นไส้ แม้แต่ในผู้ที่ติดบุหรี่แล้วหากสูบมากไปก็จะทำให้เกิดการคลื่นไส้ได้เช่นกัน ในผู้ใหญ่หากได้รับนิโคติน 60 มิลลิกรัมในครั้งเดียว จะเสียชีวิตได้ทันทีจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจเป็นอัมพาตทำให้หัวใจหยุดเต้น โดยทั่วไป บุหรี่ 1 มวน จะมีนิโคตินประมาณ 1.5-2.6 มิลลิกรัม ซึ่งค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัมต่อ มวน ความร้ายแรงของสารพิษนี้เทียบได้กับการได้รับสารไซยาไนด์ แต่เหตุที่ผู้สูบบุหรี่ไม่เสียชีวิตทันที เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ได้รับสารพิษเข้าไปทีละน้อย ขณะเดียวกันร่างกายก็ได้เผาผลาญนิโคตินที่รับเข้าไปค่อนข้างรวดเร็ว และขับถ่ายออกตลอดเวลา ทำให้ระดับนิโคตินในร่างกายไม่สูงพอที่จะทำให้ผู้สูบเสียชีวิตในทันทีได้ และสำหรับการสูบบุหรี่ที่มีก้นกรองนั้น ก็ไม่ได้ทำปริมาณนิโคตินลดลง

ผลของนิโคตินต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด

กล่าวว่า นิโคติน เมื่อดูดซึมเข้ากระแสเลือด มีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) ซึ่งจะทำให้เกิด

1. ความดันโลหิตสูงทั้งความดันค่าตัวบนในขณะที่หัวใจบีบตัว และความดันค่าตัวล่าง ในขณะที่หัวใจคลายตัว
2. หัวใจเต้นเร็วขึ้น
3. หลอดเลือดแดงที่ขา และแขนหดตัว
4. เพิ่มไขมันในเลือด

ผลของนิโคตินที่กล่าวมานี้ ทำให้เกิดการทำลายของเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหัวใจขาดเลือด

2. ทาร์ (Tar)

เป็นน้ำมันที่เกิดจากการเผาไหม้ของยาเส้นในบุหรี่ มีลักษณะเป็นของเหลวเหนียว มีสีน้ำตาลเข้มคล้ายน้ำมันดิน ทาร์ ประกอบด้วยสารหลายชนิดเกาะติดกันเป็นสีน้ำตาล ส่วนใหญ่เป็นที่สารที่มีอันตราย และเป็นสารที่ก่อมะเร็งได้ เช่น มะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะอาหาร กระเพาะปัสสาวะ และอื่นๆ สารที่สำคัญในทาร์ คือ เบนโซไพรีน (Benzopyrene) ซึ่งในขนาดเฉลี่ย 1:1,000 เมื่อใส่ในเม็ดพาราฟิน และฝังลงในกระฟุ้งแก้มของหนูแฮมเตอร์ 25 สัปดาห์ พบว่าร้อยละ 90 จะเป็นมะเร็งในปาก และจากการสูบบุหรี่พบว่า ร้อยละ 50 ของทาร์จับอยู่ที่ปอด ทำให้ Cilia ของเซลล์ไม่สามารถเคลื่อนไหวพัดโบกได้เหมือนเคย เมื่อเกิดการไอ การไอเรื้อรังนานๆ นี้จะทำให้ถุงลมขยายขึ้น เกิดการหอบเหนื่อยง่าย และโรคถุงลมโป่งพอง ในคนที่สูบบุหรี่วันละซองปอดจะได้รับทาร์ (น้ำมันดิน) เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน บุหรี่ที่มีปริมาณทาร์อยู่ประมาณ 25-34 มิลลิกรัมต่อมวน ซึ่งสูงกว่าบุหรี่ของต่างประเทศมาก ขณะที่ปริมาณมาตรฐานสากลกำหนดไว้เพียง 15 มิลลิกรัมต่อมวน

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide)

เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์เป็นก๊าซที่จะแย่งจับกับเม็ดเลือดแดงโดยแทนที่ออกซิเจน ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ไม่เพียงพอ ในควันบุหรี่ประกอบด้วยคาร์บอนมอนอกไซด์ร้อยละ 4 ความเข้มข้นของก๊าซนี้ในควันบุหรี่เทียบเท่ากับควันเสียที่ออกจากรถยนต์ ก๊าซนี้สามารถจับกับเม็ดเลือดแดงได้เร็วกว่าออกซิเจน ซึ่งปกติแล้วเม็ดเลือดแดงมีหน้าที่จับออกซิเจนที่ปอดเพื่อนำไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย คาร์บอนมอนอกไซด์ในควันบุหรี่ จะขัดขวางการรับออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ทำให้มีเมื่อย เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หมดกำลัง ถ้าหัวใจและสมองขาดออกซิเจนจะทำให้หน้ามืดเป็นลมหมดสติ หรือเสียชีวิตได้ และก๊าซนี้เป็นสาเหตุของโรคหัวใจ ถ้ามีก๊าซนี้ในเลือดสูงถึงร้อยละ 30 จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย และถ้าสูงถึงร้อยละ 60 อาจทำให้ตายได้

คาร์บอนมอนอกไซด์ยังทำให้ไขมันพอกพูนตามผนังเส้นเลือดมากขึ้น ซึ่งนานเข้าก็จะทำให้เส้นเลือดตีบ คาร์บอนมอนอกไซด์ยังทำให้สายตาเสื่อมและลดประสิทธิภาพในการตัดสินใจลดการตอบสนองต่อเสียง เพราะฉะนั้นคาร์บอนมอนอกไซด์จึงเป็นก๊าซอันตรายต่อผู้ขับขี่รถ ลดสมรรถภาพของนักกีฬา และเป็นอันตรายต่อนักบิน

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen Cyanide)

เป็นก๊าซที่สามารถทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น ชนิดมีขน (Ciliated Cell) ซึ่งเป็นแนวทางป้องกันตามธรรมชาติที่คอยขจัดความสกปรกฝุ่นละออง และเชื้อโรคที่หายใจเข้าไปจะหมดความต้านทานตามธรรมชาติ สิ่งสกปรกเกาะติดหลอดลม ทำให้อักเสบเป็นแผลเกิดโรคหลอดลมอักเสบ มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะเป็นประจำ โดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมาก

5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen Dioxide)

เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลมทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ถุงลมเล็กๆ หลายอันแตกรวมกันกลายเป็นถุงลมขนาดใหญ่และมีจำนวนน้อยลงเกิดถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ส่วนถุงลมที่พองออกคล้ายลูกโป่งจะกดเนื้อปอดส่วนดี ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง อาจเกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย ออกกำลังไม่ได้ มีอาการเป็นเรื้อรัง ไม่มีโอกาสหายและจะทรมาณไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมโป่งพองที่ฉีกขาด ทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่อง

เยื่อหุ้มปอดคดปอดให้แฟบจะเกิดอาหารเจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อยมาก และถ้าแพทย์ช่วยไม่ทัน อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และ โรคถุงลมโป่งพองนี้มักเกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง

6. แอมโมเนีย (Ammonia)

มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอมีเสมหะมาก

7. สารกัมมันตภาพรังสี

ควันทูหริมีสาร โพลอนีอัม 210 (Polonium 210) ที่มีรังสีแอลฟาอยู่ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งปอด และควันทูหริยังเป็นพาหะที่ร้ายแรงในการนำสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างแม้จะไม่สูบบุหริ หายใจเอาอากาศที่มีควันทูหริเข้าไป ทำให้ได้รับสารพิษนี้ด้วย

8. แร่ธาตุต่างๆ

มีแร่ธาตุบางอย่าง เช่น โปแตสเซียม แคลเซียม ทองแดง นิกเกิล และโครเมียม อันเป็นสารตกค้างในใบยาสูบหลังการพ่นยาฆ่าแมลง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกาย โดยเฉพาะนิกเกิลเมื่อทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่นๆ จะกลายเป็นสารก่อมะเร็ง (Carcinogen)

โรคที่เกิดจากการสูบบุหริ

การสูบบุหริ เป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตรายทั้งต่อผู้สูบบุหริโดยตรง และผู้ที่ไม่สูบบุหริแต่ได้รับควันทูหริ อันตรายของบหริต่อสุขภาพของผู้ที่สูบบุหริ มีดังนี้ (ประภคิต , 2537)

1. โรคมะเร็ง

โรคมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งปอด และจากสถิติพบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหริ การสูบบุหรินอกจากจะทำให้เกิดมะเร็งปอดแล้ว ยังเป็นสาเหตุของมะเร็งที่คอ กล่องเสียง ช่องปากและหลอดอาหารส่วนต้น อันเป็นผลมาจากควันทูหริที่ประกอบด้วยสารก่อมะเร็ง ซึ่งมีมากถึง 42 ชนิด มากกว่าสารก่อมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ร่างกายจะมีโอกาสได้รับทั้งหมด

รวมกัน นอกจากนี้สารก่อมะเร็งที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายยังถูกกระแสเลือดพาไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย มีรายงานพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งของตับอ่อน มะเร็งของกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด

บุหรี่มีสารที่เป็นผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด คือ สารนิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ และทาร์ โดยเฉพาะสารนิโคตินซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง ซึ่งเมื่อมีกลไกนี้เกิดขึ้นแล้วซ้ำอีก ร่วมกับการขาดออกซิเจนจากสารคาร์บอนมอนอกไซด์ ยังจะทำลายเซลล์ดังกล่าวมากขึ้น ทำให้ไขมันที่มีอยู่ไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่าย นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังทำให้เกร็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น เกร็ดเลือดอายุสั้นลง เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น เลือดข้นขึ้น ทั้งหมดนี้ทำให้เลือดจับตัวเป็นก้อนได้ง่าย เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดแดงที่มีไขมันเกาะอยู่ชั้นในของหลอดเลือดหรือหลอดเลือดแดงที่ตีบอยู่แล้วเกิดการอุดตันได้ในทันทีทันใด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจเสียชีวิตได้ทันทีทันใดได้ กรณีเกิดโรคหัวใจขาดเลือดแล้ว และยังไม่งดสูบบุหรี่ นอกจากจะทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบแล้ว ยังทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือปลายเท้าอักเสบและอุดตันได้ ทำให้เกิดปัญหาการขาดเลือด และเลี้ยงอวัยวะอื่นๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด แขน ขาเน่าจนต้องตัดทิ้ง (อุไรวัฒน์ , 2530)

3. โรคระบบทางเดินหายใจ

ควันบุหรี่ยังทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อเมือกของหลอดลมและถุงลม ทำให้เกิดอาการไอ หอบหืด อันตรายด้วยโรคระบบทางเดินหายใจนี้ พบมากในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบ และถุงลมโป่งพองถึงร้อยละ 70 โรคหลอดลมอักเสบจะทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะมากในตอนเช้า ทำลายบุคลิกภาพและสุขภาพ ยิ่งสูบนานมากขึ้นเท่าใดก็จะยิ่งทำให้อาการของโรคมักขึ้นเท่านั้น และไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ ส่วนโรคถุงลมโป่งพองซึ่งมักเป็นร่วมกับหลอดลมอักเสบเรื้อรัง พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 30 เท่า ซึ่งโรคนี้เกิดจากสารพิษในควันบุหรี่ยทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายถุงลม และทำให้ผนังถุงลมบางและแตก ถุงลมเล็กๆ หลายๆ อัน แตรวมกันกลายเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้มีจำนวนน้อยลง การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง ร่างกายจึงได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดอาการอึดอัด แน่นหน้าอก ไอ หอบเหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการ

และชะลอให้ตายช้าลง ซึ่งจะทรมาณไปตลอดชีวิต บางรายถูกลมโป่งพองนั้นฉีกขาด ทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดจะเกิดปอดแฟบ และทำให้เจ็บแน่นหน้าอกมากขึ้น การงดสูบบุหรี่ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง และการไอมีเสมหะน้อยลง ในผู้ที่หอบเหนื่อยจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถูกลมโป่งพอง แม้จะงดสูบบุหรี่อาการก็จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ ในผู้ที่มีอายุน้อยหากงดสูบบุหรี่หน้าที่การทำงานของปอดจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้

4. โรคของระบบทางเดินอาหาร

การสูบบุหรี่ทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้น เกิดความระคายเคือง การอักเสบของเยื่อกระเพาะและเกิดแผลในกระเพาะอาหาร พบว่าผู้สูบบุหรี่จะตายด้วยโรคแผลกระเพาะอาหารถึง 2.9 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และมีอัตราการเกิดเลือดออกในกระเพาะอาหารมากกว่า รวมทั้งยังทำให้แผลหายช้ากว่าปกติด้วย ในขณะที่การสูบบุหรี่ ทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้นแต่การหลังของน้ำย่อยจากลำไส้เล็กและตับอ่อนกลับลดลง ผลคือผู้สูบบุหรี่มีอาการอาหารไม่ย่อย เบื่ออาหารมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

5. ผลต่อระบบสืบพันธุ์

ในผู้ที่สูบบุหรี่จัด เพศหญิงจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ เพศชายจะพบว่าการมีติบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วน ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง

6. โรคในช่องปาก โรค ฟันและเหงือก

สารพิษในควันบุหรี่จะไปเกาะจับติดกับตัวฟัน เหงือกและเยื่อในช่องปากให้เกิดโรคฟันต่าง ๆ จนอาจต้องสูญเสียฟัน เกิดโรคมะเร็งเหงือกและโรคเยื่อในช่องปากอักเสบผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคเหงือกและฟันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ทำให้ฟันมีสีเหลือง และผู้ที่สูบนานๆ ฟันจะมีสีดำ ทำให้เกิดกลิ่นปากและฟันผุกร่อน

ผลของการสูบบุหรี่ต่อช่องปาก (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ,2544)

1. ทำให้มีกลิ่นปาก ปากเหม็น
2. ทำให้เกิดคราบสีน้ำตาลดำติดตามตัวฟัน ทำให้ฟันสกปรก
3. ความร้อนจากควันบุหรี่และสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้ริมฝีปากและเนื้อเยื่อในช่องปากมีสีดำหรือสีน้ำตาล คูน่าเกลียด
4. ทำให้เกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายตามตัวฟัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ
5. ทำให้ริมฝีปากและเยื่อเมือกช่องปากมีการหนาตัวเป็นแผ่นฝ้าขาวขรุขระเช็ดไม่ออก ไม่มีอาการเจ็บ ลักษณะเช่นนี้อาจเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้
6. ทำให้เยื่อเมือกในช่องปากมีอาการอักเสบแดงร่วมกับมีอาการอักเสบของช่องท่อน้ำลาย
7. ทำให้เกิดโรคมะเร็งช่องปาก

7. ผลของการตั้งครรภ์

อันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ขณะที่ตั้งครรภ์นั้น มีอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ คือ อาจทำให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกตายขณะคลอด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอด และมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้

8. ผลต่อระบบสืบพันธุ์

การสูบบุหรี่มีผลทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง เนื่องจากเกิดการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศ

ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกาย

สารต่างๆ ซึ่งมีอยู่ในบุหรี่ และในควันบุหรี่ เมื่อผู้สูบบุหรี่สูดเข้าร่างกายพร้อมๆ กันจะก่อให้เกิดพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกายและยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูบบุหรี่ด้วย (กรมควบคุมโรค, 2548)

1. ผลกระทบระยะสั้น

ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่น และรส จะทำหน้าที่ลดลง มีอาการแสบตา น้ำตาไหล ขนอ่อนที่ทำหน้าที่กำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลมทำงานช้าหรือเป็นอัมพาต ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและเลือดเพิ่มสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น มีกรดในกระเพาะ เกิดกลิ่นตามร่างกาย ลมหายใจและมีกลิ่นปาก

2. ผลกระทบระยะยาว

เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอด และส่วนต่างๆ ของร่างกาย โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม เกิดอาการเส้นเลือดไปเลี้ยงแขนและขาตีบตัน

ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียง

การสูบบุหรี่นอกจากจะมีโทษต่อผู้สูบเองแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในบรรยากาศของการสูบบุหรี่สูดเอาควันพิษเข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตรายได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่

ส่วนอันตรายจากบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่หรือที่เรียกว่าการสูบบุหรี่ทางอ้อม (Passive Smoking) เนื่องจากควันบุหรี่ในบรรยากาศจะเกิดจากควัน 2 กระแส คือ (อุไรวัฒน์ , 2531)

1. ควันสายหลัก (Main Stream Smoke) เป็นควันที่เกิดจากผู้สูบบุหรี่เป่าหรือพ่นออกมา

2. ควันสายข้างเคียง ควันหลง (Side Stream Smoke) หรือควันบุหรีมือสอง (Secondhand Smoke) เป็นควันที่เกิดจากปลายบุหรีที่เผาไหม้ขณะที่ผู้สูบบุหรีถือหรือวางบุหรีไว้โดยไม่ได้สูบบุหรี ส่วนใหญ่แล้วที่ลอยอยู่ทั่วไปมาจากควันสายข้างเคียงถึงร้อยละ 85 ของควันบุหรี

โดยควันบุหรีที่พ่นจากปากผู้สูบบุหรีจะมีสารพิษน้อยลง เนื่องจากปอดของผู้สูบบุหรีได้ดูดซึมสารพิษบางส่วนไว้แล้ว ดังนั้นควันบุหรีที่บุคคลข้างเคียงกับผู้สูบบุหรีจะได้รับเข้าไป ก็คือสายควันข้างเคียง ซึ่งมีปริมาณความเข้มข้นของสารพิษต่างๆ สูงกว่า และมีขนาดเล็กกว่าควันที่พ่นออกจากปากผู้สูบบุหรี จึงสามารถผ่านลงไปปอดได้ดีกว่า และจากการวิเคราะห์ปัสสาวะ เลือด และน้ำลาย สามารถพิสูจน์ได้ว่า การหายใจเอาควันบุหรีในอากาศรอบตัวเข้าไปโดยที่ไม่ได้สูบบุหรีนั้น ทำให้ได้รับสารพิษจากควันบุหรีเข้าสู่ร่างกายได้ โดย ควันสายข้างเคียงนี้มีสารพิษสูงกว่าควันสายหลัก ดังนั้น การได้รับควันบุหรี ไม่ว่าจะจากควันสายหลักหรือสายข้างเคียง โดยที่ไม่ได้สูบบุหรีเอง ก็มีอันตรายเหมือนกับการสูบบุหรีโดยตรง กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับควันบุหรีมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคและปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี (ชีระ, 2532)

สำหรับผลกระทบของการสูบบุหรีต่อบุคคลข้างเคียง มีดังนี้ (Winters and Difranza อ้างใน กุลวรรณ, 2540)

1. ผลต่อเด็ก

การสูบบุหรีของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เด็กเล็กและทารกมีโอกาสเป็นโรคหลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบ ในขณะที่เด็กโตจะเกิดโรคของหูชั้นกลาง มีอาการหอบหืด มีเสมหะมากขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรกระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ อีกด้วย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อเนื่องในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่อีกด้วย

2. ผลต่อหญิงตั้งครรภ์

หญิงมีครรภ์ที่แม้จะไม่ได้สูบบุหรี แต่ได้รับควันบุหรีโดยเฉพาะในระยะ 6 เดือนก่อนคลอด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้ง ทารกตายคลอด การคลอดก่อนการกำหนด ทารกตายแรกคลอด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และนอกจากนี้ยังมีผลทำให้การสร้างน้ำนมของแม่น้อยลงด้วย

ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ จะมีประสพปัญหาน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์เพิ่มน้อยกว่าปกติ และมีโอกาสแท้ง คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอดมากเป็น 2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดรกเกาะต่ำ และรกลอกตัวก่อนกำหนดมากขึ้น ลูกที่คลอดจากแม่ที่สูบบุหรี่อาจจะมีน้ำหนักและความยาวน้อยกว่าปกติ พัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติ อาจมีความผิดปกติทางระบบประสาท และมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงกว่าลูกที่คลอดจากมารดาที่ไม่สูบบุหรี่

3. ผลต่อบุคคลทั่วไป

ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่ ซึ่งอาจจะเป็นควันสายหลักหรือควันสายข้างเคียง จะทำให้ถูกรบกวนจากกลิ่น ควัน และสารพิษในควันบุหรี่ก่อให้เกิดการรำคาญ หงุดหงิด มีความเครียด และเกิดการระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก คัดจมูก ไอ จาม ปวดศีรษะ มีอาการกำเริบของหอบหืดซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบระยะสั้นที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับควันบุหรี่ แต่มีผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาวและเป็นอันตรายต่อสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่โดยตรง คือ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด อักเสบ ก็จะทำให้มีอาการของโรคเพิ่มขึ้น

4. คู่แต่งงานของผู้สูบบุหรี่

คู่แต่งงานของผู้สูบบุหรี่มีโอกาสมะเร็งปอดมากกว่าคู่แต่งงานของผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี

พิษภัยจากควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke)

การเผาไหม้ของมวนบุหรี่จะทำให้เกิดสารเคมีที่เป็นพิษส่งผ่านมายังผู้ไม่สูบบุหรี่อยู่ในบริเวณเดียวกันในรูปของควันบุหรี่ ซึ่งผู้สูบบุหรี่นั้นจะสูดและกลืนเพียงบางส่วนของควันบุหรี่เข้าไปในร่างกายของตนเอง แต่จะมีควันบุหรี่ที่ออกมาในสิ่งแวดล้อมอีกจำนวนมาก ที่เรียกว่า Environmental Tobacco Smoke (ETS) หรือ Secondhand Smoke (SHS) หรือควันบุหรี่มือสอง และควันเหล่านี้เองจะเป็นปัญหาและมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้สูบบุหรี่

ควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมจึงเป็นมลพิษทางอากาศที่สำคัญอย่างหนึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ อาการผิดปกติที่เกิดจากควันบุหรี่ เช่น ระคายเคืองต่อเยื่อตา อาการแสบจมูก ไอจากการระคายเคืองของหลอดลม มีโอกาสเกิดมะเร็งปอดด้วย เด็กที่อยู่กับพ่อแม่หรือผู้ใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นหอบหืดเพิ่มเป็นสองเท่า และหากสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 6 เดือน ถึง 2 ขวบ จะทำให้เกิดการติดเชื้อในหูชั้นกลาง ทำให้ปวดหูและมีหนองไหลออกจากหู

ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับควันบุหรี่สู่อ่างกายโดยไม่ได้สูบบุหรี่เองปริมาณควันบุหรี่ที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับขึ้นอยู่กับ

1. จำนวนบุหรี่ที่มีการสูบในห้องนั้น
2. ระยะเวลาที่อยู่ในห้องเดียวกัน
3. ขนาดของห้องและการถ่ายเทอากาศของห้องนั้น
4. สาเหตุของการสูบบุหรี่

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 ซึ่งมีความกระตือรือร้นอยากรู้ อยากลอง อยากมีประสบการณ์ต่าง ๆ ดังนั้นการสูบบุหรี่ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่เขาต้องการทดลองสูบบุหรี่ ซึ่งจะมีผลต่อการสูบบุหรี่ต่อไป

3. การเอาตามอย่างบุคคลอื่น

ในสังคมทุกสังคมจะมีบุคคลแทบทุกประเภทสูบบุหรี่ ตั้งแต่สมาชิกในครอบครัว ครู พระภิกษุ แพทย์ ดารา นักร้อง และผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นแบบอย่างให้บุคคลเกิดการเลียนแบบ โดยการสูบบุหรี่ตามบุคคลเหล่านั้น

4. กิจกรรมสังคม

เมื่อมีการรวมกลุ่มทางสังคม นอกจากจะมีกิจกรรมต่าง ๆ แล้ว การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่มักจะตามมาเสมอ ทำให้บุหรี่มีไว้สำหรับการต้อนรับแขกในงานสังคมต่าง ๆ ผู้ที่เข้าร่วมในกิจกรรมสังคมนั้น ๆ เกิดความรู้สึกว่า จะต้องดื่มและสูบบุหรี่เพื่อเข้าสังคม

5. ธรรมเนียม

ในสังคมไทย บางแห่งจะใช้บุหรี่เป็นสิ่งที่สำหรับต้อนรับแขกที่มาเยี่ยม หรือนำไปเป็นของฝากแก่ผู้ที่เคารพนับถือ เพื่อเป็นการแสดงถึงน้ำใจไมตรีต่อกัน ทำให้ต้องมีการสูบบุหรี่เพื่อผูกมิตรหรือรักษาน้ำใจของผู้ที่นำมามอบให้

6. ความต้องการหลีกเลี่ยงการต่อว่าหรือตำหนิติเตียน

วัยรุ่นหรือผู้ชายมักมีค่านิยมในการแสดงความเป็นชาย หรือแสดงความเป็นผู้ใหญ่ให้สังคมได้รู้จัก โดยการสูบบุหรี่ ถ้าสูบบุหรี่ไม่เป็นก็จะถูกต่อว่าหรือตำหนิติเตียน ดังนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกต่อว่าหรือตำหนิติเตียน ก็จะต้องหัดสูบบุหรี่ให้เป็น

แม้ในปัจจุบันจะมีการรณรงค์ โดยการสร้างค่านิยมให้คนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่ให้ทุกคนหันมาช่วยกันสร้างสรรค์สังคมที่ปลอดบุหรี่ แต่ค่านิยมที่มีมาแต่เดิมก็ยังไม่หมดสิ้นไปเสียทีเดียว

7. กลไกการปรับตัว

บุคคลจำนวนมากใช้การสูบบุหรี่เป็นทางออกของความตึงเครียดเมื่อเกิดความกดดัน มีปัญหา เกิดความวุ่นวายใจ ไม่มีทางแสดงออกในทางอื่นก็หันไปลองสูบบุหรี่ โดยหวังว่าการสูบบุหรี่จะระงับอาการเหล่านั้นได้

8. การมีบุหรี่ปัจจุบันโดยทั่วไป และการโฆษณาทางสื่อมวลชนต่าง ๆ

เนื่องจากมีความสะดวกในการซื้อหาบุหรี่ปัจจุบัน ซึ่งมีจำหน่ายอยู่ทั่วทุกหนทุกแห่ง มีส่วนส่งเสริมให้บุคคลสูบบุหรี่ปัจจุบัน ส่วนการโฆษณาบุหรี่ปัจจุบันทางสื่อมวลชนในรูปแบบต่าง ๆ นั้น ได้มีมานานแล้ว ซึ่งเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลอยากทดลองสูบบุหรี่ปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันได้มีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยเริ่มใช้ในป.ศ. 2535 ซึ่งควบคุมการโฆษณาบุหรี่ปัจจุบันในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งน่าจะมีผลทำให้การโฆษณาบุหรี่ปัจจุบันทางสื่อมวลชนลดน้อยลงและไม่มีการโฆษณาในที่สุด

สุพัฒน์ (2548) กล่าวถึงสาเหตุของการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ว่ามีสาเหตุมาจาก

1. ค่านิยมทางสังคมซึ่งยอมรับการสูบบุหรี่ปัจจุบัน แม้แต่กฎหมายก็รองรับ เช่นกัน
2. ใช้บุหรี่ปัจจุบันเป็นเครื่องมือในการผูกมิตร กรณีนี้มักใช้ร่วมกับการดื่มสุราในงานเลี้ยง
3. การเลียนแบบ เด็ก ๆ มักริเริ่มโดยเลียนแบบจากเพื่อน บิดา มารดา ครู และบุคคลสำคัญที่ตนยกย่อง
4. ความเคขินทางอุปนิสัย มักเกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่เฉย ๆ เกือบเงิน หรือไม่ทราบว่าจะทำอะไรก็จะควักบุหรี่ปัจจุบันออกมาสูบ
5. การใช้ฤทธิ์ของนิโคติน เป็นยาแก้เบื่ออารมณ์ เนื่องจากนิโคตินมีฤทธิ์ในการแก้เบื่ออารมณ์ เมื่อนิโคตินลดลงเพราะการขยับถ่ายหรืออารมณ์โกรธอื่น ๆ จึงต้องสูบบุหรี่ปัจจุบัน เพื่อให้มีนิโคตินอยู่ระดับเดิมซึ่งต้องรักษาระดับนั้นอยู่เสมอ

นอกจากนี้ ชีระ (2532) ยังได้กล่าวถึงสาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่ปัจจุบันในผู้ใหญ่ ว่ามีสาเหตุจาก

1. เพื่อลดความเครียด นิโคตินจำนวนน้อย ๆ ระยะเวลาจะช่วยกระตุ้นสมอง แต่เมื่อสูบบุหรี่ไปนาน ๆ นิโคตินจะถูกดูดซึมเข้าไปมากขึ้น ทำให้มีนิโคตินหรือปวคศิริษะได้ เนื่องจากสมองถูกกด

2. เพื่อเข้าสังคม เนื่องจากไม่ทราบจะเริ่มเรื่องพูดคุยอย่างไรเลยสูบบุหรี่เพื่อแก้อาการขวยเขิน
3. จากผู้อื่นนำมาให้ เป็นที่น่าสนใจที่มีพระภิกษุเป็นจำนวนไม่น้อยที่ติดบุหรี่และเป็นโรค ร้ายต่างๆ เนื่องจากเริ่มด้วยการลองสูบ เพราะชาวบ้านนำมาถวายต่อมาก็จึงติดบุหรี่

พฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่

เราควรจะรู้และเข้าใจว่าปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ ซึ่งมีทั้งปัจจัย ทางด้านสังคม จิตวิทยาและผลทางเภสัชวิทยา เนื่องจากพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่มีลักษณะที่ซับซ้อน เห็นได้จากการที่ผู้สูบบุหรี่ไม่ยอมเลิกสูบบุหรี่แม้จะรู้ถึงผลร้ายของบุหรี่ต่อสุขภาพก็ตาม การติดบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับอารมณ์นอกเหนือจากการติดทางกาย (กองทันตสาธารณสุข, 2545)

1. การสูบบุหรี่เป็นนิสัยชนิดอัตโนมัติ

พฤติกรรมการณ์ที่เป็นนิสัยแบบอัตโนมัตินี้เป็นพฤติกรรมการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ทำ ในแต่ละวัน เช่น การสูบบุหรี่ระหว่างดื่มชาหรือกาแฟ สูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ขณะขับรถ สูบบุหรี่หลังอาหาร และกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตประจำวันซึ่งทำต่อเนื่องมาเป็น เวลานานๆ ลักษณะเช่นนี้การสูบบุหรี่หลายเป็นกิจกรรมที่ทำไปแบบไม่มีสติ ผู้สูบบุหรี่หลายคน ไม่รู้ตัวด้วยซ้ำว่าตนเองจุกบุหรี่สูบตั้งแต่เมื่อใด

2. มุมมองทางด้านจิตวิทยา

การติดบุหรี่เป็นการติดทางอารมณ์หลายคนใช้การสูบบุหรี่จัดการกับความเครียด ผู้หญิงที่ พยายามเลิกบุหรี่มักจะมีอารมณ์ก้าวร้าว ฉุนเฉียว เพราะแต่เดิมจะใช้การสูบบุหรี่กกดความรู้สึกไว้ ผู้ที่ ติดบุหรี่หลายคนใช้การสูบบุหรี่เป็นการพักจากงานประจำที่ทำอยู่ ดังนั้นเราจึงตระหนักถึงความ รู้สึก ทั้งรักและเกลียดการติดบุหรี่ของบุคคล และผลของการใช้บุหรี่เป็นตัวกระตุ้นและผ่อนคลายอารมณ์ ในช่วงเวลาที่ต่างกัน

3. ทำไมจึงเริ่มสูบบุหรี่

ความอยากรู้อยากลอง

เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่มีธรรมชาติที่มีความกระตือรือร้น อยากรู้อยากลอง อยากรมีประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งการสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่เด็กวัยรุ่นต้องการทดลองสูบในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 พบว่า เด็กอายุ 11-14 สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 0.2 และในกลุ่มอายุ 15-19 ร้อยละ 9.5

พ่อแม่เป็นตัวอย่าง

พ่อ แม่ ที่ติดยาสูบ ก็มักจะอยากสูบบุหรี่ด้วยเพราะเห็นตัวอย่างจากพ่อแม่ ในการใช้บุหรี่เพื่อลดความตึงเครียดและผ่อนคลายในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ

การควบน้ำหนัก

วัยรุ่นหญิงจำนวนไม่น้อยที่ใช้การสูบบุหรี่เพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ในวัยนี้ทั้งภาพพจน์และความสวยงามมีผลอย่างมากต่อตัววัยรุ่นเอง

ความสนุกความเพลิดเพลิน

หลายคนมักบอกว่า เหนือสิ่งอื่นใดพวกเขาสูบบุหรี่เพื่อความเพลิดเพลิน แม้สิ่งนั้นจะเป็นความผ่อนคลายชั่วคราว

การโฆษณาบุหรี่

เด็กวัยรุ่นไม่น้อยที่ติดกับดักของการโฆษณาบุหรี่ เนื่องจากต้องการต่อต้านคำสอนของผู้ใหญ่ประเภท “ทำในสิ่งที่บอก แต่อย่าทำตามในสิ่งที่ผู้ใหญ่ทำ” มักทำให้เกิดความยุ่งยากสับสนในการปรับตัว บางคนนำไปเชื่อมโยงกับโฆษณาบุหรี่ บางคนใช้เป็นข้ออ้างเรื่องของความเบื่อหน่าย เป็นเหตุผลในการสูบบุหรี่ และใช้เป็นทางออก แต่สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ การสูบบุหรี่ตามเพื่อนในกลุ่มร่วมกับความอยากรู้อยากลอง ซึ่งเป็นการเข้าถึงกลุ่มได้ง่าย

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล

Tomkins (อ้างถึงใน สุริย์, 2526) กล่าวถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลไว้ 4 ประการ ดังนี้

พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual Smoking)

นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะมีบุหรี่ติดอยู่กับปากตลอดเวลา ถึงแม้จะไม่ได้จิบบุหรี่ก็จะคาบไว้ที่ปากเฉย ๆ จะมีบุหรี่ยู่อุดติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลา การสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุข บางคนอาจมีความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ช่วยทำให้เกิดความภูมิฐาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลกลุ่มนี้จะเป็นไปแบบอัตโนมัติ เป็นกิจวัตรที่จะทำประจำวัน

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองโลกในแง่ดี (Positive Affect Smoking)

แบบฉบับของนักสูบบุหรี่ประเภทนี้ ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยให้เกิดความพอใจ เกิดความสุข ความตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็กวัยนี้สูบบุหรี่เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่ หรือสูบเพราะทำตามพ่อแม่ที่สูบบุหรี่ทำตามบุคคลที่ตัวเองชอบ บุคคลกลุ่มนี้บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ มีความสุขที่ได้สัมผัสกับควันบุหรี่ที่พ่นออกมาจากปาก และจมูก

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ (Negative Affect Smoking)

นักสูบบุหรี่ประเภทนี้ จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้งไม่ต่อเนื่อง เช่น เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้รับความกดดัน มีปัญหา เพื่อระงับอารมณ์หรือเมื่อมีเหตุการณ์หรืออยู่ในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งก็จะสูบบุหรี่ เช่น เมื่อรู้สึกตื่นตัว หวาดกลัว มีความสุข ความเศร้า เจ็บป่วย อยู่คนเดียว หรือขณะขับรถ เป็นต้น

พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive Smoking)

บุคคลกลุ่มนี้ เป็นพวกติดบุหรี่ ถือว่าบุหรี่คือสิ่งจำเป็นจะขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติทางร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยให้สบายใจขึ้น มีความพอใจ ช่วยลดความรู้สึกกดดัน ช่วยให้บรรยากาศดีและคิดอะไรออก

6. กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่

ประเทศไทยได้มีความเคลื่อนไหวในการออกระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ โดยความเคลื่อนไหวนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหนึ่งเป็นการออกกฎหมายที่เกี่ยวกับการผลิตได้แก่ ควบคุมการปลูกใบยาสูบ การผลิตและจำหน่ายในขั้นตอนและขบวนการต่างๆ เช่น การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขาย การมีค่าเดือนโทษภัยของบุหรี่ นโยบายเกี่ยวกับภาษี และราคาระบุหรี่ เป็นต้น และกลุ่มที่สองเป็นการออกกฎระเบียบเกี่ยวกับการบริโภค ซึ่งเกี่ยวกับการสูบบุหรี่โดยตรง เช่น การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การมิให้เยาวชนสูบบุหรี่ เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข อ้างใน สงวน และคณะ, 2535: 27) ซึ่งเหตุการณ์สำคัญที่มาจากการเคลื่อนไหวนี้ ในปี พ.ศ. 2516 รัฐบาลประกาศ ปว.294 ห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี แต่ไม่ปรากฏการบังคับใช้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2517 แพทย์สมาคมได้ยื่นข้อเรียกร้องให้รัฐบาลดำเนินการควบคุมบุหรี่ 5 ข้อ และข้อที่ได้รับการตอบสนอง คือ โรงงานยาสูบพิมพ์คำเตือนระบุว่า “บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ” และในปี พ.ศ. 2519 กรุงเทพมหานครได้ออกข้อบัญญัติห้ามสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์และรถโดยสารประจำทาง จากนั้นมาก็ได้มีการดำเนินการด้านกฎหมายอีกหลายถึง 12 ปี จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2529 จึงเริ่มมีการใช้มาตรการทางด้านกฎหมายขึ้นอีกครั้งหนึ่งแต่การใช้มาตรการทางด้านกฎหมายของประเทศไทยนั้น นับว่าเป็นไปอย่างช้าๆ และต้องประสบกับปัญหาอีกหลายประการ เช่น ความล่าช้าของกระบวนการในการพิจารณากฎหมาย การขาดเจ้าหน้าที่ที่จะบังคับใช้และขาดความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดจากประชาชน จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2532 รัฐบาลได้นัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) เป็นองค์กรระดับชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งต่อมา คบยช. ได้มีส่วนสำคัญในการร่างกฎหมายสำคัญ 2 ฉบับ ในการคุ้มครองผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และควบคุมการบริโภคยาสูบ (วิวิธ และวารารณ์ , 2541)

ในปี พ.ศ. 2535 ประเทศไทยจึงได้ผลักดันกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ยาสูบและสุขภาพออกมาบังคับใช้ได้เป็นผลสำเร็จ 2 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ซึ่งพระราชบัญญัติทั้ง 2 ฉบับนับว่า มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

1. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

จุดมุ่งหมาย เพื่อพิทักษ์สิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ มิให้ตกอยู่ในภาวะของการรับสารพิษจากควันบุหรี่ของผู้อื่น โดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1.1 ให้สถานที่สาธารณะมีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดย

1.1.1 จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ หากผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

1.1.2 จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานตามที่รัฐมนตรีกำหนด หากผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท

1.1.3 จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท

1.2 ห้ามมิให้ ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท

2. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

จุดมุ่งหมาย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำต่างๆ ที่อุตสาหกรรมบุหรี่ยานำมาใช้เพื่อเพิ่มยอดขายอายุ อาทิเช่น การโฆษณา และการส่งเสริมการขายในรูปแบบต่างๆ ซึ่งจะมีผลให้การบริโภคยาสูบของประชาชนเพิ่มขึ้น

โดยมีสาระสำคัญดังนี้

2.1 ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยน หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่ตนรู้หรือว่าผู้ซื้อหรือผู้รับเป็นผู้มีอายุไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์ ฝ่าฝืนมีโทษจำคุก 1 เดือนปรับไม่เกิน 2,000 บาท

2.2 ห้ามมิให้ผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยใช้เครื่องขาย ฝ่าฝืนมีโทษจำคุก 1 เดือน ปรับไม่เกิน 2,000 บาท

2.3 ห้ามขายสินค้าหรือให้บริการ โดยการแจก แถม ให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแลกเปลี่ยนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ แล้วแต่กรณี

2.3.1 ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยแจกแถม ให้หรือแลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่น หรือการให้บริการอย่างอื่นประกอบ

2.3.2 ให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแก่ผู้นำหีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ

3. ห้ามมิให้ผู้ใด แจกจ่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบในลักษณะเป็นตัวอย่างของผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือเพื่อให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแพร่หลาย หรือเป็นการจูงใจสาธารณชนให้เสพผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น ทั้งนี้ เว้นแต่เป็นการให้ตามประเพณีนิยม ฝ่าฝืนมีโทษปรับ ไม่เกิน 20,000 บาท

4. ห้ามมิให้ผู้ใด โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์ ทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์หรือสิ่งอื่นใดที่ใช้เป็นการโฆษณาได้ หรือใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในการแสดง การแข่งขัน การให้บริการหรือประกอบกิจกรรมอื่นใดที่มีวัตถุประสงค์ให้สาธารณชนเข้าใจว่าเป็นชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ (ยกเว้นการถ่ายทอดสดรายการจากต่างประเทศ สิ่งพิมพ์ซึ่งจัดพิมพ์นอกราชอาณาจักร) ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 200,000 บาท

5. ห้ามมิให้ผู้ใด โฆษณาที่ใช้ชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นเครื่องหมายของสินค้านั้นในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าหมายถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

6. ห้ามมิให้ผู้ใด นำเข้าเพื่อขาย หรือเพื่อแจกเป็นการทั่วไปหรือโฆษณาสินค้าอื่นใดที่มีรูปลักษณะทำให้เข้าใจว่าเป็นสิ่งเลียนแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประเภทบุหรี่ยิกาเรตหรือ บุหรี่ยิการ์ตาม กฎหมายว่าด้วยยาสูบหรือหีบห่อผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

7. ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จะขายได้จะต้องมีส่วนประกอบ ตามมาตรฐาน ที่กำหนดในกฎกระทรวง ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท

8. ผู้ผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องแสดงฉลากที่หีบห่อผลิตภัณฑ์ยาสูบก่อนจะนำออกจากแหล่งผลิตหรือก่อนจะนำเข้ามาในราชอาณาจักรฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท

หมายเหตุ: กฎหมายเริ่มประกาศใช้ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2535 เป็นต้นไป

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2543 เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การแสดงฉลากและข้อความในฉลากของบุหรี่ยิกาเรต ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535

โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. บุหรี่ที่ผลิต หรือนำเข้าในราชอาณาจักร จะต้องจัดให้มีการพิมพ์ฉลากที่มีข้อความคำเตือนเป็นภาษาไทย โดยตำแหน่งของฉลากต้องอยู่ที่ขอบบนสุดของซอง หรือกล่องบรรจุของบุหรี่

2. ข้อความในฉลากต้องมีคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ 10 ข้อความคละกันไปได้แก่

2.1 บุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด

2.2 บุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว

2.3 บุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

2.4 บุหรี่ทำให้เส้นเลือดสมองแตก

2.5 บุหรือนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่น

2.6 บุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม

2.7 บุหรี่ทำให้แก่เร็ว

2.8 ควันบุหรี่ฆ่าคุณให้ตายได้

2.9 ควันบุหรี่ทำร้ายผู้ใกล้ชิด

2.10 ควันบุหรี่ทำร้ายลูกในครรภ์

3. ฉลากและข้อความคำเตือนต้องมีขนาดพื้นที่รวมทั้งกรอบไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของพื้นที่ด้านหน้า และด้านหลังของซอง กรอบฉลากคำเตือนเป็นสีขาว พื้นฉลากคำเตือนเป็นสีดำ ตัวอักษรคำเตือนเป็นสีเทา

4. บุหรี่ที่ผลิต หรือนำเข้าในราชอาณาจักรจะต้องจัดให้มีฉลากที่มีข้อความเห็นภาษาไทยที่บริเวณด้านหน้า หรือด้านหลังของซอง แสดงวัน เดือน ปีที่ผลิตจากโรงงาน เว้นแต่บุหรี่ที่ผลิตเพื่อจำหน่ายออกนอกราชอาณาจักรไม่ต้องปฏิบัติตามประกาศนี้

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ ได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2540 ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ทำให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ เป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545 เพื่อปกป้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่และให้ทันต่อเหตุการณ์ที่มีสถานประกอบการใหม่ ๆ เกิดขึ้น ซึ่งรัฐมนตรีว่าการ

กระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามและได้ดำเนินการนำประกาศกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวประกาศ
ในราชกิจจานุเบกษาแล้ว 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 หรือสถานที่บริการ
อินเทอร์เน็ตเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

1.13 ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า หรือสถานที่จำหน่ายสินค้าเฉพาะ บริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

1.14 สถานที่ออกกำลังกายเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

1.15 สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

1.16 ศาสนาสถานเฉพาะบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ

1.17 สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม หรือสถานที่จัดเลี้ยงเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศ

1.18 สุขา

1.19 ท่าเทียบเรือสาธารณะ ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่ง ขณะทำการให้หรือใช้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด

2. ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้เป็นสถานที่ที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

2.1 โรงเรียนหรือสถานศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา

2.2 อาคารจัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑ์สถาน หรือหอศิลป์

2.3 สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

2.4 สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน

2.5 สนามกีฬาในร่ม

ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่ง ขณะทำการให้หรือใช้บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่บริเวณห้องพักส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่สาธารณะนั้น

3. ให้สถานที่สาธารณะต่อไปนี้ เป็นสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

3.1 อาคารของมหาวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา

3.1 บริเวณแสดงสินค้าหรือนิทรรศการ เฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ

3.3 สถานที่ราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

3.4 ธนาคาร และสถาบันการเงิน

3.5 สำนักงานที่มีระบบปรับอากาศ

อาคารท่าอากาศยาน ให้สถานที่สาธารณะตามวรรคหนึ่ง ขณะทำการให้หรือใช้ บริการเป็นเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่

1. บริเวณห้องพักส่วนตัว หรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่ สาธารณะนั้น

2. บริเวณที่จัดไว้ให้เป็น “เขตสูบบุหรี่” เป็นการเฉพาะโดยสภาพ ลักษณะและ มาตรฐานของเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่เกี่ยวกับการระบายควันและอากาศ ให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด

4. ให้ตู้โดยสารรถไฟที่ไม่มีระบบปรับอากาศ เป็นสถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของ ผู้ไม่สูบบุหรี่ เว้นแต่ตู้ที่จัดไว้ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่เป็นการเฉพาะ

แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานในการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ พร้อมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นพื้นฐานในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavior)
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
3. ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Theory)
4. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
5. แนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม (PRECEDE Framework)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavior)

ประภาเพ็ญ (2534) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ พฤติกรรมนั้นมีส่วนประกอบอยู่ 3 ส่วน คือ

1. ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain)

พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับ ความรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณ เพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญานี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรู้ในระดับง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิด และพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อย ๆ

2. ด้านทัศนคติ (Affective Domain)

พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงคุณค่าที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายเพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของคนนั้น ยากต่อการที่จะวัดจากพฤติกรรมที่แสดงออกมามาก

3. ด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)

พฤติกรรมด้านนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะประเมินผลได้ง่าย

มานิต (2537) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิริยาอาการ ความคิด และความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติตัว

สมจิตต์ (2539) ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกมาทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล โดยพฤติกรรมภายในนั้นเป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมภายนอกนั้น เป็นการแสดงออกให้เห็นสามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน ได้แก่ การพูด การแสดงกิริยา การกระทำต่าง ๆ เป็นต้น

เฉลิมพล (2547) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้ สามารถแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ การกระทำที่เกิดขึ้นแล้ว สามารถสังเกตได้โดยตรงด้วยประสาทสัมผัส

2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในใจของบุคคลอื่น ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง

บุญเยี่ยม (2542) นักพฤติกรรมศาสตร์ได้สร้างรูปแบบจำลองขึ้นมาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ หรือที่เรียกว่า Health Behavior Model บางรูปแบบยึดแนวคิดอยู่กับปัจจัยในตัวบุคคล บางรูปแบบยึดภายนอกตัวบุคคล หรือบางทีก็ผสมผสานกันทั้งสองรูปแบบ เพื่อให้ได้แนวคิดใหม่ๆ เกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุป ได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกของร่างกายเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า เป็นความพร้อมของบุคคลในการปฏิบัติงานหรือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้และพฤติกรรมทุก ๆ อย่างที่บุคคลแสดงออกมานั้นเป็นผลจากการเลือกปฏิกิริยาตอบสนองที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุดตามสถานการณ์นั้น ๆ

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (สมจิตต์, 2539) มีดังนี้

1. องค์ประกอบที่ทางกลุ่มสังคม พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมานั้นมี 2 อย่าง คือ พฤติกรรมที่เป็นแบบฉบับแท้ ๆ ของคน และพฤติกรรมที่แสดงออกโดยอิทธิพลของกลุ่ม
2. บุคคลที่เป็นแบบอย่าง เช่น พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง ครู เป็นต้น
3. สิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป ได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ บ้าน ชุมชนที่อยู่อาศัย เป็นต้น
4. ความเจริญทางเทคโนโลยี มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากขึ้น
5. เจตคติมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากขึ้น
6. องค์ประกอบทางด้านโครงสร้างของร่างกาย ที่มีเป็นผลมาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลมากขึ้น
7. การเรียนรู้ โดยทั่วไปพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ เพราะตามหลักจิตวิทยาถือว่าการที่บุคคลทำอะไรนั้นเกิดจากการเรียนรู้ทั้งสิ้น

นอกจากนี้ ยังมีอิทธิพลทางศาสนา กฎหมาย ขนบธรรมเนียมประเพณี ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพ ความต้องการและเอกภาพของแต่ละบุคคล เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ จะคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่ สนใจ และอื่น ๆ Rosenstock, Hochbaum, Kegeles and Leventhel (อ้างใน ประภาเพ็ญ, 2534) เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใจกลไกหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของเขา และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น

ต่อมา Becker et al. (1984) ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละบุคคลซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อ

ในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำก็ได้ Becker and Marshall H. (1984) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ. 1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 36

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำด้วย รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มียุทธผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ Becker and Marshall H. (1984) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามียุทธผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยได้ เช่นเดียวกันกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวก สุขสบาย หรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค การกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

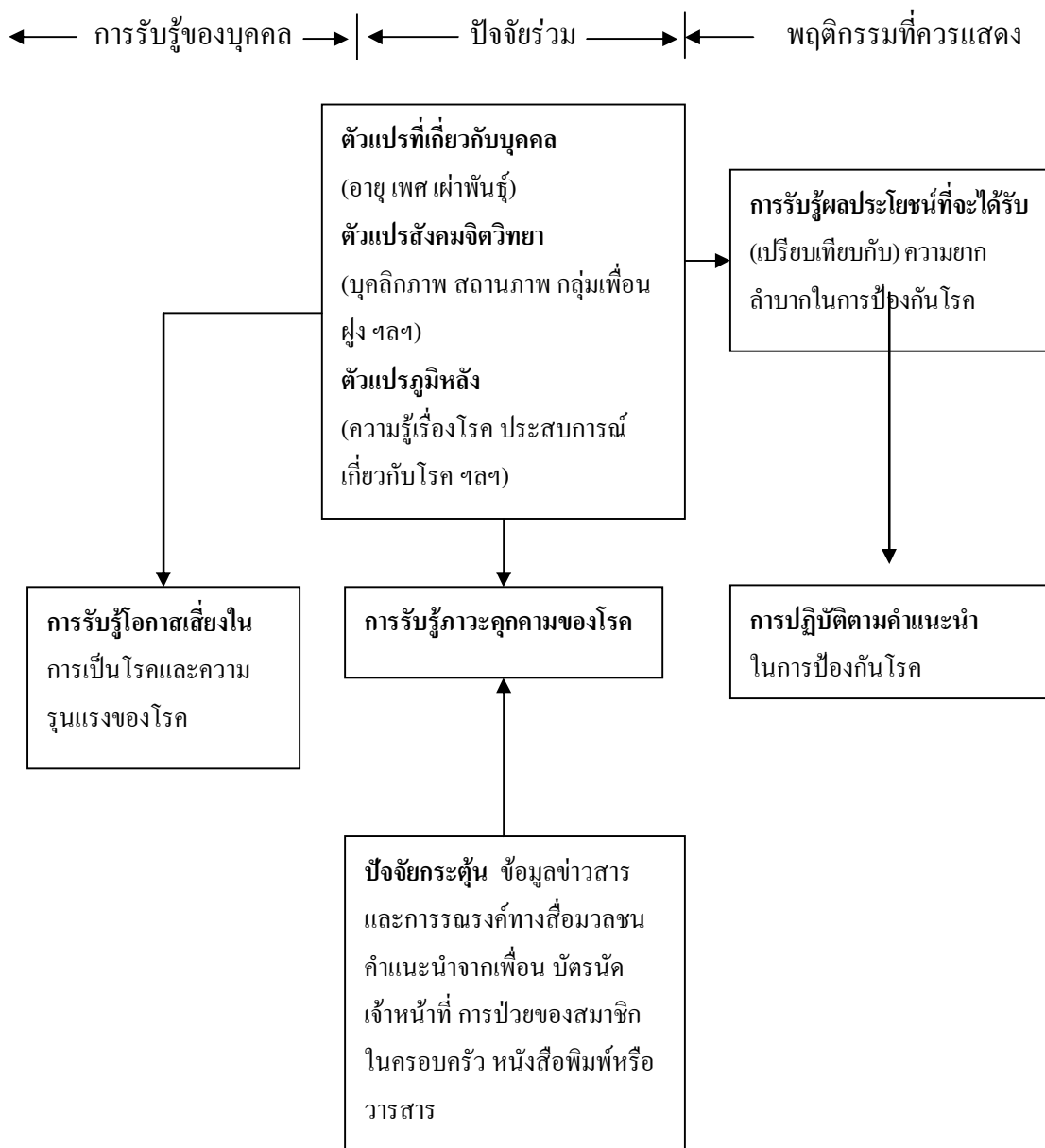
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน

ได้มีการศึกษาและการวิจัยมากมายเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทักษะคิด การรับรู้ของบุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านต่าง ๆ จึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคและได้มีการยอมรับจากบุคคลทั่วไป ดังรายละเอียดตามแผนภูมิภาพที่ 1



ภาพที่ 1 “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

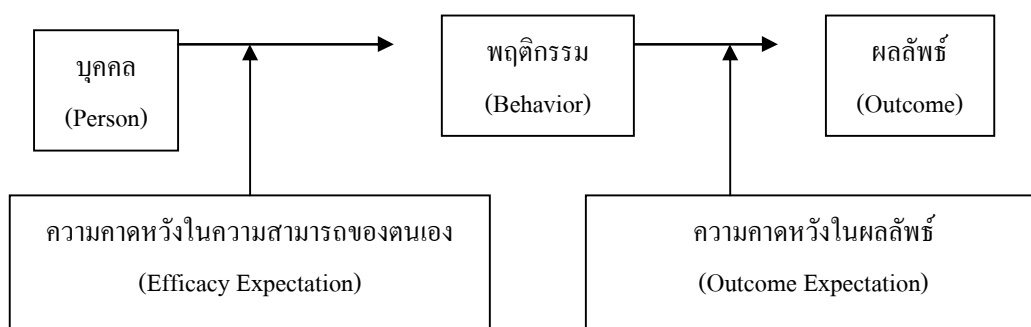
ที่มา: Becker *et al.* (1984)

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมีเหตุผลของบุคคลในการเลือกตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมในการป้องกันโรคให้กับตนเองและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เมื่อนำมาวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ-สามเณรอาพาธ จะพบว่าปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ประกอบด้วย การเรียนรู้ของพระภิกษุ-สามเณรอาพาธ 3 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ จากแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปสเทคนิก กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้นยืนยันในเรื่องนี้ของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Theory)

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

จากแนวความคิดที่กล่าวมาข้างต้น Bandura ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะต้องปฏิบัติตามดังกล่าว โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีมีดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1977)

จากโครงสร้างของทฤษฎีแสดงให้เห็นส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี คือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectation) Bandura ให้ความหมายความคาดหวังในความสามารถของตนเองว่าเป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้ทำ

บุคคลจะตัดสินใจว่า จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังหรือความเชื่อว่าตนจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังหรือการประเมินค่าผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมว่ามีคุณค่าเพียงใดเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น ความคาดหวังทั้ง 2 ประการ จึงมีความสัมพันธ์ดังแสดงในแผนภูมิภาพที่ 3 ความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

		สูง	ต่ำ
ความคาดหวังเกี่ยวกับ ความสามารถ ของ ตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ แน่นอน

ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล

ที่มา: Bandura (1977)

จากภาพจะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองกับความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นได้ว่า บุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูงจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นเช่นเดียวกับบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน

ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วย หรือความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นไปในทางตรงกันข้าม บุคคลก็มีแนวโน้มจะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น Bandura (1977)

ความมั่นใจในการตัดสินใจว่าตนมีความสามารถแค่ไหน เป็นตัวชี้ให้เห็นว่าบุคคลจะพยายามทำงานนั้นมากเพียงใด ถ้าเขาเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถกระทำกิจกรรมให้สำเร็จได้ จะเกิดความกลัวและพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง ช่วยให้เกิดความไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าในการทำงาน และทำให้เกิดความเพียรพยายาม ไม่ท้อถอยเมื่อพบอุปสรรคยังมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมากจะยิ่งมีความพยายามและกระตือรือร้นในการทำงานมาก การที่บุคคลพยายามทำงานในสถานการณ์ที่บีบบังคับได้สำเร็จและได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังได้ เป็นแรงเสริมในการรับรู้ความสามารถของตน และทำให้เกิดความกลัวน้อยลง เมื่อประสบเหตุการณ์เช่นเดิม แต่ถ้าบุคคลเลิกการทำงานโดยง่าย จะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง และเกิดความกลัวงานนั้นมากขึ้น

จากแนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Theory) ของ Bandura ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์วิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนจอห์น โปลิเทคนิค กรุงเทพมหานคร คือหากนักศึกษามีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้ มีความคาดหวังเกี่ยวกับ ความสามารถในการไม่สูบบุหรี่ไว้สูง นักศึกษาก็มีความพยายามอย่างมากในการในการที่จะไม่สูบบุหรี่โดยเด็ดขาด ในทำนองเดียวกันถ้ามีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถในการไม่สูบบุหรี่ต่ำ ก็มีความพยายามน้อยในการที่จะไม่สูบบุหรี่ นอกจากนั้นในการสูบบุหรี่ของนักศึกษายังมีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม หลายประการที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ดังนั้นความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ของนักศึกษา จึงเป็นตัวแปรที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเรายู่ตลอดเวลา แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้มีผู้วิจัยและให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

Caplan (1974) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็น ด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

Kahn (1979) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยัน รับรอง หรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

Pilisuk (1982) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือด้านวัตถุ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

บุญเยี่ยม (2538) แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล แล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ได้

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

1. แหล่งปฐมภูมิ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ซึ่งจะมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างมาก

2. แหล่งทุติยภูมิ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงานกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ซึ่งในทางสุขภาพ หมายถึง กลุ่มที่เป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นต้องประกอบด้วย

ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าและมีความรักความหวังดีกับตนอย่างจริงใจ

ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของสังคม

ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับบรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการในที่นี้คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (อ้าง ใน Israel, 1985) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ นับถือ การแสดงความห่วงใย การไปเยี่ยมเยียนด้วยความจริงใจ กระตุ้นเตือน เห็นอกเห็นใจ เป็นต้น

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องในการรับรอง (Affirmation) ถึงผลการปฏิบัติ รวมถึงการสนับสนุน อาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรง หรือโดยอ้อมก็ได้

การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informative Support) เช่น การให้ คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือนให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร (Information) เป็นต้น

3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น การให้ผลงาน ให้เงิน ให้เวลา ให้อุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นต้น

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค หรือ ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือ การมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนที่เขาอาศัยอยู่

2. ระดับกลาง หรือระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่ เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็น มิตร การสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

3. ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคล ที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญ มากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือ โครงสร้างของเครือข่ายแรง สนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ให้ การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรัก และห่วงใย (Affective Support)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้มีผู้วิจัย และศึกษาไว้ดังนี้ คือ

Caplan (1974) ได้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจในวัยทำงาน โดยศึกษาพบว่า ผู้มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจมากกว่าผู้มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

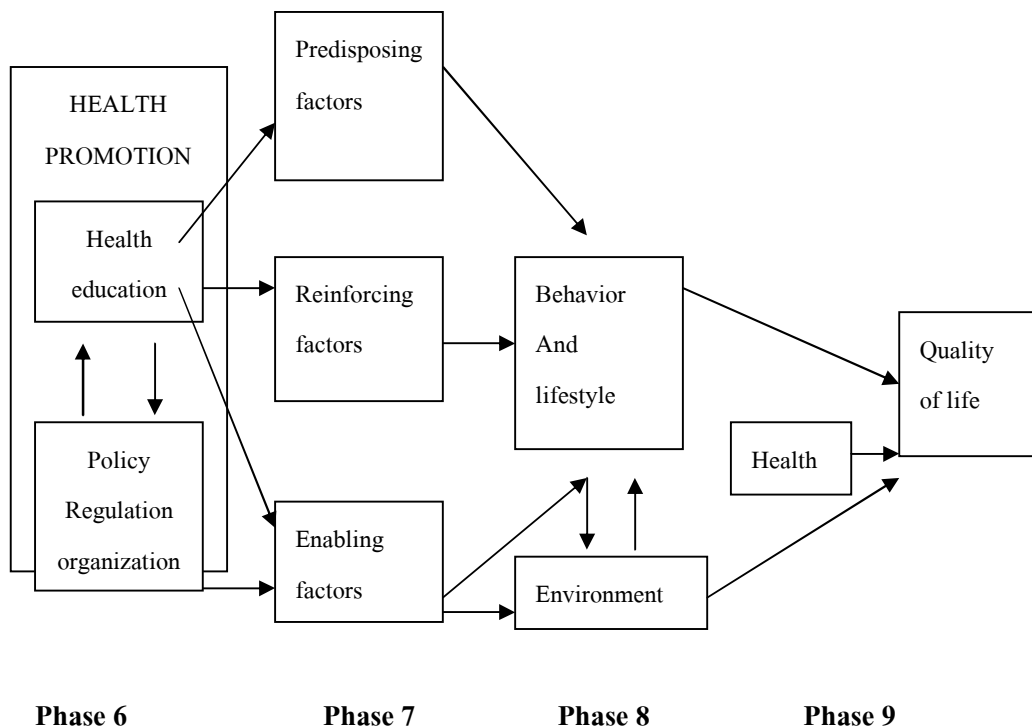
Burglar (อ้างถึงใน Pilisuk, 1982) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำดีหรือมากกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

แนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม (PRECEDE Framework)

PRECEDE – PROCEED Model ของ Green and Kreuter (1991) แบบจำลองนี้ประกอบด้วยส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis Phase) เรียกว่า PRECEDE และส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อน จึงวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียกว่า PROC EED

PRECEDE – PROCEED MODEL เป็นการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็นขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น (Outputs) ซึ่งตามโมเดลคือคุณภาพชีวิตและการมีสุขภาพที่ดี ดังแผนภูมิและรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้

Phase 5	Phase 4	Phase 3	Phase 2	Phase 1
Administrative and Policy Diagnosis	Educational and Organizational Diagnosis	Behavioral and Environmental Diagnosis	Epidemiological Diagnosis	Social Diagnosis



ภาพที่ 4 The PRECEDE – PROCEED Model for Health Promotion Planning and Evaluation
ที่มา: Green and Kreuter (1991)

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis)

เป็นการวินิจฉัยปัญหาทางสังคมในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสามารถทำโดยการศึกษาความต้องการและความคาดหวังส่วนบุคคล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และการประยุกต์การเก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ การสังเกต ฯลฯ เพื่อที่จะทำให้เข้าใจสภาพของชุมชนมากขึ้น ในการวินิจฉัยทางสังคมนั้นจำเป็นต้องอาศัยตัวชี้วัด ปัญหาสังคม ซึ่งสามารถวัดได้ทั้งแบบการวัดเชิงวัตถุวิสัย (Objectively) และเชิงภาวะวิสัย (Subjectively) เพื่อที่จะได้รับรู้ถึงความต้องการที่แท้จริงของชุมชนและเข้าใจวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชนตลอดจนเหตุผล

ที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรม นอกจากนี้ผู้วางแผนงานนอกจากจะต้องเข้าใจวัฒนธรรมของชุมชนแล้ว จำเป็นต้องดำเนินงานในลักษณะของหุ้นส่วน (Partnership) กับหน่วยงานต่าง ๆ และชุมชนด้วย

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis)

ขั้นนี้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเป้าหมายทางสุขภาพเฉพาะอย่าง ข้อมูลที่ใช้ในขั้นนี้ ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์ และวิทยาการระบาด ซึ่งข้อมูลทางด้านวิทยาการระบาดจะชี้ให้เห็นถึงขนาดและการกระจายของปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชาชน ใช้ความรู้ทั้งระบาดวิทยาเชิงพรรณนาและระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ เพื่อที่จะได้ทราบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาสุขภาพนั้น หากสามารถระบุสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาสุขภาพ ได้ก็จะสามารถวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ปัญหานั้นได้อย่างเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ขั้นที่ 3 ประกอบด้วยการกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกได้ในขั้นที่ 2 ดังกล่าว องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่ช่วยปรับเปลี่ยนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือของบุคคลอื่น

ขั้นที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Education and Organizational Diagnosis)

จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ชี้ให้เห็นว่ามีองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)

ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลหรือประชาชน ซึ่งมีอิทธิพลในแง่การจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนใหญ่จะเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยา ซึ่งรวมถึงมิติพุทธิพิสัยและจิตพิสัย (Cognitive and Affective Dimension) ซึ่งรวมถึงความเชื่อมั่นใน

ตนเองหรือความคาดหวังในความสามารถของตนเอง(Efficacy) นอกจากนี้ปัจจัยนำยังรวมไปถึง ปัจจัยด้านประชากร เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจ – สังคม (Socio-Economic Status) อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการวางโครงการส่งเสริมสุขภาพด้วย ความรู้หรือความตระหนักเป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะแสดงพฤติกรรมขบวนการเปลี่ยนแปลงความตระหนักหรือความรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เพราะผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ที่จะต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการปฏิบัติของบุคคลด้วย ซึ่งโดยธรรมชาติมนุษย์ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ประกอบกับพฤติกรรมเองก็ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลง ได้อย่างรวดเร็วมีใช่แค่เพียงได้รับความรู้ก็จะตอบสนองโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เลย แต่การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นก็ต้องมีการสั่งสมความตระหนักเพิ่มพูนความเข้าใจและมีความสามารถที่จะมองเห็นได้จากภายในของตนเอง

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)

ประกอบด้วยทักษะ ทรัพยากร หรือสิ่งที่ขัดขวางที่จะช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมด้วย ทักษะในที่นี้ หมายถึงความสามารถที่จะเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ซึ่งความสามารถนี้จะเกี่ยวข้องกับ ราคาของบริการ ระยะทาง เวลาที่ใช้ สิ่งสำคัญ คือ การหาได้ง่าย (Availability) และความสามารถที่จะเข้าถึงได้ (Accessibility) แหล่งทรัพยากร ซึ่งในที่นี้ได้แก่ โรงพยาบาล คลินิก ห้องพยาบาล แพทย์ บุคลากร เวลาที่เปิดบริการ ฯลฯ อาจจะเป็นได้ทั้งปัจจัยเสริมและขัดขวางพฤติกรรม ทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมและกฎหมาย ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อ

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

ปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของตน ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น สิ่งที่บุคคลนั้นจะได้รับอาจเป็น รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ ผลตอบแทน หรือการลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งผลสะท้อนเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากคนอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน แพทย์ และผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ เป็นต้น อิทธิพลของบุคคลเหล่านี้จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานภาพ

ขั้นที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis)

ขั้นที่ 5 เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กรและด้านการบริหาร เพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผน อาจพบว่ามีความหลายประการที่ขัดขวางการวางแผนและการดำเนินงาน เช่น ความจำกัดของทรัพยากร การขาดนโยบายหรือนโยบายที่เหมาะสม ปัญหาด้านเวลา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้มักจะแก้ไขโดยการร่วมมือประสานกับหน่วยงานท้องถิ่นหรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไป นอกจากนี้ในขั้นนี้ก็จะเกี่ยวข้องกับการจัด กลยุทธ์และวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสม โดยพิจารณาถึงสถานที่ที่จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชุมชนสถานประกอบการ และโรงงาน โรงเรียน คลินิกสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นที่ 6 เป็นขั้นตอนของการดำเนินงานตามแผนและ การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ จะเป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการสำเร็จบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้ามคือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่นๆในองค์กร ดังนั้นในการดำเนินการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขภาพใดๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่นๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นที่ 7, 8 และ 9 จะเกี่ยวข้องกับการประเมินผล (Evaluation) ดังแผนภูมิภาพที่ 4

ขั้นตอนนี้จะไม่มีแสดงในแผนภูมิ แต่จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยขั้นนี้ ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขภาพ การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด การประเมินผลลัพธ์ ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานในระยะยาว

PRECEDE Framework เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นการศึกษาในขั้นต้นเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิง ซึ่งตรงกับแนวคิดในขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำขั้นตอนนี้มีส่วนในการกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยได้เลือกศึกษาเฉพาะบางตัวแปรในแต่ละกลุ่มปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจและคาดว่าจะมีผลต่อตัวแปรตาม

จากภาพที่ 4 การประเมินผลโครงการตามแนวคิดของ Green นั้นจะต้องประเมินที่ Process Evaluation, Impact Evaluation, และ Outcome Evaluation

การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นกระบวนการประเมินผลเพื่อช่วยค้นหาข้อบกพร่อง และแนวทางแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องในระหว่างการดำเนินงานตามโครงการ รวมทั้งการประเมินความก้าวหน้าของโครงการ (Formative Evaluation)

การประเมินผลกระทบจากโครงการ (Impact Evaluation) ผลกระทบของโครงการหมายถึงผลที่เกิดขึ้นจากโครงการแต่ไม่ได้ระบุไว้โดยตรงในวัตถุประสงค์ของโครงการอาจจะมีทั้งผลกระทบที่ดีและผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนา

การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากโครงการ (Outcome Evaluation) เป็นการประเมินที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโดยตรง ได้แก่

1. ประสิทธิภาพของโครงการ (Effectiveness) เป็นการเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นจากโครงการกับวัตถุประสงค์ของโครงการที่กำหนดไว้
2. ความเพียงพอของโครงการ (Adequacy) เป็นการเปรียบเทียบผลที่เกิดจากโครงการกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขปรับปรุง เพื่อดูว่ามีปัญหาที่ต้องการแก้ไขเหลืออีกมากน้อยเพียงใด รวมทั้งการประเมินความครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายของโครงการด้วย
3. ประสิทธิภาพของโครงการ (Efficiency) เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากโครงการกับปัจจัยนำเข้าที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของโครงการส่วนมากจะประเมินในลักษณะของการวิเคราะห์ Cost Effectiveness มากกว่า Cost Benefit (Green and Kreuter, 1991)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลักสิน (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนคร นครราชสีมา โดยใช้รูปแบบ PRECEDE Framework มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เป็นการศึกษาในช่วงเวลาเดียว (Cross-Sectional Study) โดยทำการศึกษานักเรียนจำนวน 798 คน จากการศึกษาพบว่า มีสัดส่วนของการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ร้อยละ 31.45 โดยเป็นกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 13.91 และกลุ่มสูบบุหรี่ร้อยละ 17.54 เริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 10-12 ปี ร้อยละ 55.0 เหตุผลที่สูบบุหรี่ครั้งแรกส่วนมากเริ่มสูบบุหรี่เพราะเพื่อนชวกร้อยละ 59.3 ยี่ห้อบุหรี่นิยมสูบสายฝนร้อยละ 42.1 สามารถซื้อบุหรี่มาสูบเอง ร้อยละ 52.9 ค่าซื้อบุหรี่ต่อ สัปดาห์เฉลี่ย 51.5 บาท เหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ส่วนใหญ่ คือเหงา ร้อยละ 27.9 กลุ่มสูบบุหรี่ทั้งหมดเคยอ่าน และมีความเข้าใจในคำเตือนที่พิมพ์ไว้บนซองบุหรี่ ความรู้สึกกับรูปและคำเตือนบนซองบุหรี่รู้สึกเฉยๆ ร้อยละ 87.1 ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ต่ำ แต่มีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ดี มีความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยนำ ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และชั้นปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ของนักเรียน การได้รับสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยขณะศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนการเป็นนักกีฬาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด สถานภาพสมรสบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะคือการจัดกิจกรรมการณรงค์ควรร โดยมุ่งเน้นกิจกรรมที่กระทำในกลุ่มเพื่อน และความสัมพันธ์ อันดีภายในครอบครัว ควรเข้มงวดเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายห้ามขายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 อย่างจริงจัง

กุลวรรณ (2540) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร จำนวน 90 คน โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่ม

ทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ยวลักษณ์ (2542) ได้ศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกาศนียบัตรวิชาชีพเขตกรุงเทพมหานคร โดยวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,360 คน พบว่า นักเรียนหญิงร้อยละ 4.90 สูบบุหรี่ มีสาเหตุที่เป็นปัจจัย 7 ประการ คือ อิทธิพลกลุ่มเพื่อน ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ ความอำนาจในกฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความดึงดูดใจของผลิตภัณฑ์บุหรี่ สามารถทำนายนการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงร้อยละ 83.90 โดยมีอิทธิพลกลุ่มเพื่อน ทศนคติเชิงบวก ได้รับค่าใช้จ่ายสูง ค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และเห็นผลิตภัณฑ์บุหรี่มีความน่าสนใจ เป็นกลุ่มมีแนวโน้มจะสูบบุหรี่ ส่วนนักเรียนที่มีอำนาจภายในตนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูงและเชื่อในอำนาจในกฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูงมีแนวโน้มไม่สูบบุหรี่

ชูชัย และคณะ (2540) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยทั่วประเทศ จำนวน 5,598 คน จากการสุ่มสำรวจ 16 จังหวัด จากทุกภาค (รวมกรุงเทพมหานคร) พบว่าเยาวชนไทยเริ่มหัดหรือลองสูบบุหรี่มวนแรกตั้งแต่อายุ 13-14 ปี อัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของเยาวชนชายและเยาวชนหญิงอายุ 15 ปี เป็นร้อยละ 9.3 และ 0.7 ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยส่วนตัวและครอบครัวส่งผลและมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

อนงค์ (2540) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 1-6 โรงเรียนบางกะปิ กรุงเทพมหานคร จำนวน 359 คน เป็นนักเรียนหญิง 34 คน พบว่าตัวแปรด้านอายุ เพศ ลักษณะที่พักอาศัย ทศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ ความกดดันในชีวิตประจำวัน บรรยากาศการเรียนการสอน ระเบียบวินัยของโรงเรียนต่างกัน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่างกันอย่างไร ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรด้านที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่างกัน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิตยา (2542) ได้ศึกษาผลของการศึกษาเพื่อการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3 จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 962 คน คัดเลือกผู้นำ 48 คน ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง นักเรียนมี

ทัศนคติการนับถือตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น รวมทั้งสามารถป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้นำนักเรียน ส่วนนักเรียนทั่วไปที่เป็นกลุ่มทดลองมีการนับถือตนเอง ความเชื่อความสามารถต้านทานการสูบบุหรี่และพฤติกรรมสูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวกมากกว่ากลุ่มควบคุม

ยวลักษณ์ (2542) ได้ศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกาศนียบัตรวิชาชีพเขตกรุงเทพมหานคร โดยวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,360 คน พบว่า นักเรียนหญิงร้อยละ 4.90 สูบบุหรี่ มีสาเหตุที่เป็นปัจจัย 7 ประการ คือ อิทธิพลกลุ่มเพื่อน ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ ความอำนาจในกฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความดึงดูดใจของผลิตภัณฑ์บุหรี่ สามารถทำนายนการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงร้อยละ 83.90 โดยมีอิทธิพลกลุ่มเพื่อน ทัศนคติเชิงบวก ได้รับค่าใช้จ่ายสูง ค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และเห็นผลิตภัณฑ์บุหรี่มีความน่าสนใจ เป็นกลุ่มมีแนวโน้มจะสูบบุหรี่ ส่วนนักเรียนที่มีอำนาจภายในตนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูงและเชื่อในอำนาจในกฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูงมีแนวโน้มไม่สูบบุหรี่

อัจฉราวรรณ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 17.6 โดยเป็นกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 11.6 และกลุ่มที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.0 กลุ่มสูบบุหรี่ พบว่า เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 10 – 14 ปี และพบว่ากลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มีพฤติกรรมต่างๆ ของการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระยะเวลาของการสูบบุหรี่ ช่วงเวลาของการสูบ ลักษณะการสูบ ปริมาณการสูบและค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระหว่างกลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ พบว่า กลุ่มสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ ภาค การสัมฤทธิ์ผลทางการศึกษา การเป็นนักกีฬา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีบุคคลใกล้ชิด สูบบุหรี่ การมีปัญหาหรือเรื่องกลุ่มใจ

ฐิติทิพย์ (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 1 กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนจากครูและเพื่อน แรงสนับสนุนจากครูกับจำนวนเงินที่ซื้อบุหรี่ต่อวันมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนกับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมี

ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแรงงานสนับสนุนทางสังคมจากพ่อแม่และผู้ปกครองพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณัฐฉิน (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่านักเรียนที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับนักเรียนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของพิษที่เกิดจากบุหรี่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545) จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทยในปี 2544 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไปมีประมาณ 51.3 ล้านคน ผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำหรือสูบบุหรี่ทุกวันประมาณ 10.0 ล้านคน หรือร้อยละ 20.6 ผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน (25 – 59 ปี) ในการสำรวจครั้งนี้พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบประมาณ 18.5 ปี โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบของชายจะเร็วกว่าหญิง (18.3 ปี และ 21.9 ปี ตามลำดับ) และแนวโน้มในปี 2544 ชายมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ช้าลง ส่วนหญิงกลับมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เร็วขึ้น เมื่อเทียบกับปี 2542 (17.9 ปี และ 22.2 ปีตามลำดับ) ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันประมาณ 10.6 มวน โดยชายสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันสูงกว่าหญิง (10.7 มวน และ 8.8 มวน ตามลำดับ) ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจะสูบบุหรี่มวนเอง (ร้อยละ 52.7) โดยส่วนมากเป็นผู้อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและอีกประมาณร้อยละ 46 สูบบุหรี่ของผลิตในประเทศ นอกจากนี้ในการสำรวจยังพบว่า ร้อยละ 88.1 ของผู้ที่สูบบุหรี่ประจำมีการสูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้านกับสมาชิกในครัวเรือน โดยชายและหญิงมีพฤติกรรมในลักษณะนี้ไม่แตกต่างกัน

สรายุทธ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ สามเณรอาพาธที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 1) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาบวช ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายได้จากการรับกิจนิมนต์ และโรคที่อาพาธในปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และความคาดหวังในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่าง และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในวัด

ที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของวัด และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เยาวเรศ (2548) การวิจัยครั้งนี้เป็นศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชนในสถานศึกษาและบุคลากรในโรงเรียน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ในกลุ่มนักเรียนจำนวน 2,160 คน และบุคลากรในโรงเรียนจำนวน 540 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกตั้งแต่อายุ 12 - 13 ปี และอายุน้อยที่สุดเริ่มสูบบุหรี่ 7 ปีหรือน้อยกว่า ด้านความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มีบิดา มารดา กลุ่มเพื่อน สูบบุหรี่ และคิดว่าบุหรี่ ควันบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและคนข้างเคียง แต่ไม่เป็นการยากอย่างแน่นอนที่จะเลิกสูบบุหรี่ เห็นด้วยกับการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ นโยบายของโรงเรียนควรเป็นเขตปลอดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทางวิทยุ โทรทัศน์ ป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ และเมื่อไปชมกีฬา งานแสดงสินค้าหรืองานสังคมต่าง ๆ มีการเรียนการสอนในชั้นเรียนเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ ส่วนความคิดเห็นของบุคลากรในโรงเรียนมีความเห็นสอดคล้องกับกลุ่มนักเรียนในทุก ๆ ด้าน และเห็นว่าบุคลากรในโรงเรียนควรได้รับการฝึกอบรมในหัวข้อการป้องกันการสูบบุหรี่หรือไม่ใช้ยาสูบ และควรบรรจุความรู้เรื่องยาสูบ/บุหรี่ไว้ในหลักสูตรของโรงเรียน

อุษา (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 120 คนพบว่า 1) ทหารเกณฑ์กองประจำการ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนนำบุหรี่มาให้ การใช้เวลาว่าง และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

Amos (1984) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านโภชนาการ และการสุขาภิบาลของนักเรียนระดับมัธยมปลาย ในประเทศไนจีเรีย (The Influence of Predisposing, Enabling and Reinforcing Factor on Certain Health Behaviors) ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่อง โภชนาการและการสุขาภิบาลของกลุ่มตัวอย่าง
2. เมื่อรวมตัวแปรของพฤติกรรมทางด้านโภชนาการ และสุขาภิบาลเข้าด้วยกัน ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ไม่สามารถอธิบายตัวแปรดังกล่าวได้
3. เมื่อพิจารณาระดับของความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางด้านโภชนาการมากที่สุด รองลงมาเป็นปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขาภิบาลพบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาเป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยนำตามลำดับ

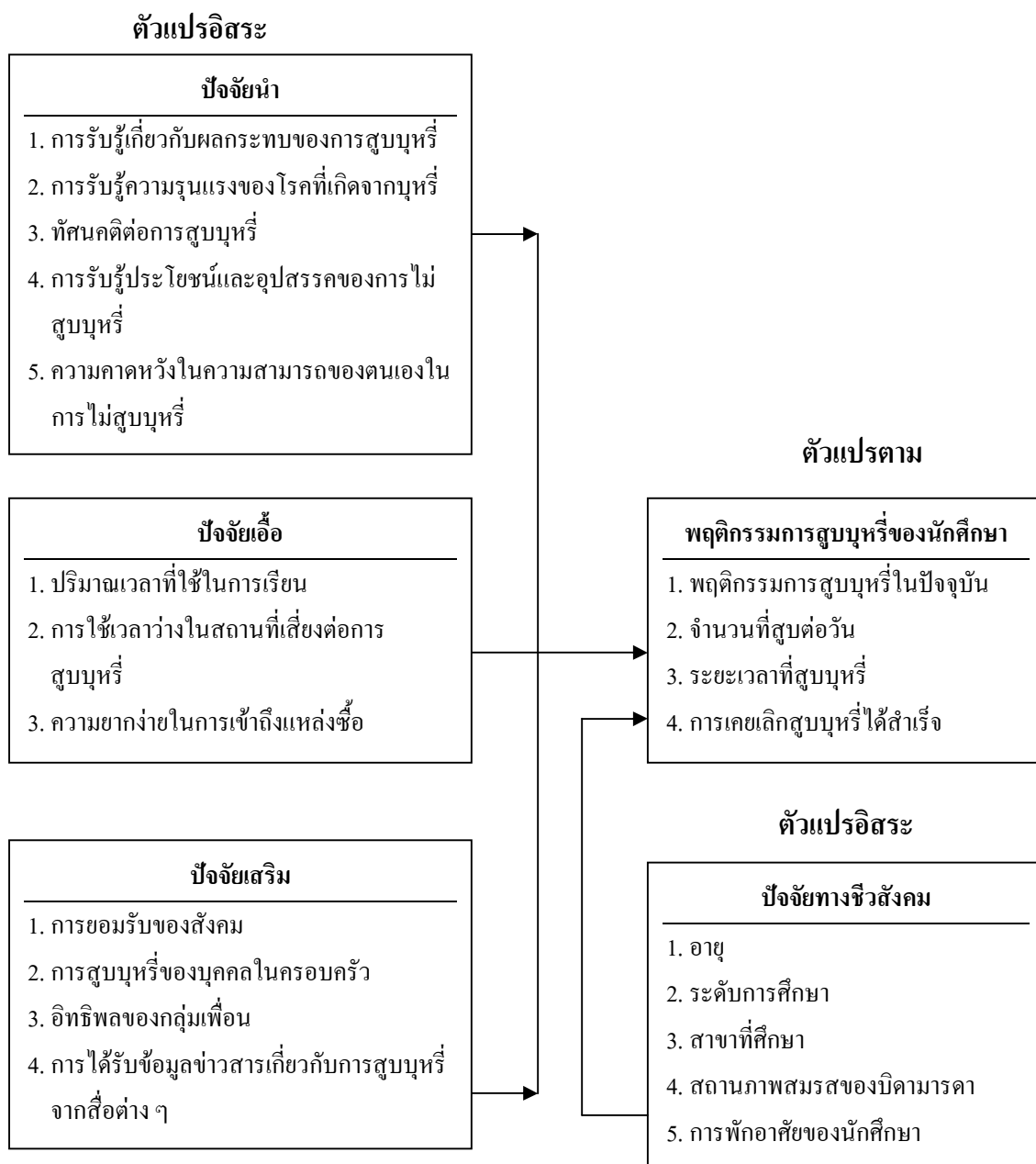
Conrad *et al.* (1992) ได้วิเคราะห์การศึกษาวิจัยแบบ Prospective จำนวน 27 คน เพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมกรรมการเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชนจะพบว่าตัวทำนายที่สนับสนุนการเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชน คือ ทักษะการปฏิเสธ ความตั้งใจสูบบุหรี่หรือพฤติกรรมอื่นๆ อิทธิพลกลุ่มและการหาซื้อได้ง่าย หรือมีผู้ชักชวนหรือหิบบิ้นให้ เพื่อนที่โรงเรียน ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีส่วนสนับสนุนการสูบบุหรี่ด้วย ความเชื่อถือ นับถือในตน (Self Esteem) การต่อต้านสังคม และความก้าวร้าว

Pederson *et al.* (1984) ได้ทำการศึกษาถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอด โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 308 คน พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการเลิกสูบบุหรี่และสามารถใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำนายการเลิกสูบบุหรี่ได้ 3-6 เดือน หลังจากได้รับคำแนะนำ

Weinberger (1981) ได้ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงโทษของการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

จากการศึกษาทฤษฎีต่างๆแบบแผนความเชื่อสุขภาพ(Health Belief Model) ร่วมกับ ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) และแนวคิดรูปแบบจำลอง PRECEDE Modelk ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิเทคนิค กรุงเทพมหานคร โดยในส่วนของปัจจัยนำประกอบด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และทฤษฎีความสามารถของตนเอง(Self- efficacy Theory)ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยเอื้อหมายถึง แหล่งทรัพยากรหรือทักษะที่จำเป็นต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ และในส่วนของปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่างๆ จากนั้นผู้วิจัยได้นำปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมเป็นกรอบแนวคิดมากำหนดในการวิจัย สร้างแบบสอบถาม แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและนำมาวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิเทคนิค กรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังภาพที่ 5

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัยและการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปร

สมมติฐานในการวิจัย

จากการตรวจสอบเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สาขาที่ศึกษา สถานภาพสมรส ของบิดามารดา การพักอาศัยของนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการ สูบบุหรี่ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

อุปกรณ์และวิธีการ

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิตecnิก กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิตecnิก กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิตecnิก กรุงเทพมหานคร ระดับ ปวช. ปี 1 – ปี 3 มีจำนวน 532 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิตecnิก กรุงเทพมหานคร ได้มาโดยใช้สูตร Yamane จำนวน 229 คน

$$\text{สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง } n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

- เมื่อ
- n = จำนวนขนาดของตัวอย่างที่ต้องการ
 - N = จำนวนประชากรทั้งหมดที่ศึกษาเท่ากับ 532 คน
 - e = ค่าความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง = 0.05

$$\begin{aligned}
 \text{แทนค่า } n &= \frac{532}{1 + 532(0.05)^2} \\
 &= 228.33 \\
 &= 229 \text{ คน}
 \end{aligned}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านชีวสังคม ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สาขาที่ศึกษา สถานภาพสมรส ของบิดามารดา การพักอาศัยของนักศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ มี 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากบุหรี่

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่

ตอนที่ 1 ถึง ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามมีคำถามชนิดปลายปิด แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งข้อความมีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

เกณฑ์การให้คะแนน

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

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

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

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่

เป็นแบบสอบถามมีคำถามชนิดปลายปิดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ทำได้แน่นอน ทำได้ ทำได้บางครั้ง และทำไม่ได้แน่นอน โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคาดหวังในการปฏิบัติของผู้ตอบซึ่งข้อความมีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ(Negative)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนนข้อความเชิงบวก	คะแนนข้อความเชิงลบ
ทำได้แน่นอน	4	1
ทำได้	3	2
ทำได้บางครั้ง	2	3
ทำไม่ได้แน่นอน	1	4

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

ระดับมาก คะแนนอยู่ในช่วงมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2}$ S.D. ถึงคะแนนสูงสุด

ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2}$ S.D.

ระดับน้อย คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2}$ S.D. ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบ ซึ่งข้อความมีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก คะแนนข้อความเชิงบวก คะแนนข้อความเชิงลบ

มากที่สุด	4	1
มาก	3	2
น้อย	2	3
น้อยที่สุด	1	4

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการปฏิบัติซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

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

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสนับสนุนหรือของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสนับสนุนหรือจากสื่อต่าง ๆ เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกของผู้ตอบ ซึ่งข้อความมีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

เกณฑ์การให้คะแนน

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

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

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

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในปัจจุบัน จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ และการเคยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จเป็น แบบสอบถามปลายเปิด และชนิดปลายปิด แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับพฤติกรรม การปฏิบัติของผู้ตอบ ซึ่งข้อความมีความหมายเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative)

เกณฑ์การให้คะแนน

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

เกณฑ์การแบ่งระดับ

ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การประเมินระดับการรับรู้ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์เฉลี่ยจากมัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ

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

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษา แนวคิด เนื้อหา ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ต่างๆ
2. กำหนดขอบเขต และ โครงสร้างของเนื้อหาสาระ ครอบคลุมวัตถุประสงค์ และสมมติฐาน การวิจัยให้ถูกต้องตามเกณฑ์

3. นำเครื่องมือให้อาจารย์ผู้ควบคุมโครงร่างการวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง มีความตรงในเนื้อหา การใช้ภาษามีความชัดเจน และแล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ

4. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบ

4.1 ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความถูกต้องเชิงทฤษฎี แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

4.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงแล้วไปหาความเชื่อมั่น กับนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษา 30 คน และนำข้อมูลจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่น โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

ตัวแปรที่ศึกษา ค่าความเชื่อมั่น

1. การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ .69
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่ .78
- 3.ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ .73
4. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ .77
5. ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ .92
6. ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ .65
7. ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ .78
8. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ .91

4.3 นำผลการวิเคราะห์ และเนื้อหาามาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอ
 กรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บ
 รวบรวมข้อมูลจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียน
 เซนต์จอห์น โปลีเทคนิค เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จากนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และเก็บ
 แบบสอบถามคืนมาภายในกำหนด
3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับเพื่อให้นักศึกษาตอบข้อมูลครบ ทุกข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์
 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และลงรหัสที่กำหนด
2. บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถาม
3. นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม
 สำเร็จรูป และใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลทางชีวสังคม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยค่าเฉลี่ย
 (Mean) ร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ ไค – สแควร์ (Chi – Square), และสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัยสำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ

4. ใช้ค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

ผลและวิจารณ์

ผล

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร” เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัจจัยนำที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ ปัจจัยเสริมที่เป็นปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่างๆ

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค ระดับ ปวช. 1 ถึง ปวช.3 จำนวน 229 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2550 การวิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางชีวสังคม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในส่วนการทดสอบสมมติฐาน การวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร จะใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ ไค - สแควร์ (Chi - Square), และสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอในรูปแบบตารางประกอบการอธิบายโดยแบ่งผลการวิจัยเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางด้านชีวสังคม นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิเทคนิค

ส่วนที่ 2 ตัวแปรปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิเทคนิค

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิเทคนิค

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางด้านชีวสังคม ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์นโปลิเทคนิค

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางด้านชีวสังคม

	(n = 229)	
ลักษณะทางด้านชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี	83	36.2
17 ปี	69	30.1
18 ปี	51	22.3
มากกว่า 18 ปี	26	11.4
$\bar{X} = 17.10$ S.D. = 1.455 Min = 15 Max = 27		
2. ระดับการศึกษา		
ปวช. 1	88	38.4
ปวช. 2	73	31.9
ปวช. 3	68	29.7
3. สาขาที่ศึกษา		
แผนกช่างยนต์	110	48.0
แผนกช่างไฟฟ้า	11	4.8
แผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์	92	40.2
อื่นๆ อุตสาหกรรม	16	7.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	(n = 229)	
ลักษณะทางด้านชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
4. สถานภาพการสมรสของบิดามารดา		
คู่	172	75.1
หม้าย	17	7.4
หย่าร้าง / แยกกันอยู่	40	17.5
5. การพักอาศัยของนักศึกษา		
บิดา หรือ มารดา บิดาและมารดา	175	76.4
ญาติ พี่ น้อง	28	12.3
อยู่หอพัก	22	9.6
อื่นๆ ภรรยา	4	1.7
6. ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว		
ดี	172	75.1
ปานกลาง	54	23.6
ไม่ดี	3	1.3
7. จำนวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน	227	
1 - 3 มวน	71	31.3
4 - 6 มวน	59	26.0
7 - 10 มวน	76	33.5
มากกว่า 10 มวน	21	9.2
$\bar{X} = 6.58$ S.D. = 5.118		
8. ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ตั้งแต่แรกจนถึงปัจจุบัน	225	
มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	44	19.6
2 - 4 ปี	126	56.0
5 - 6 ปี	40	17.8
มากกว่า 6 ปี	15	6.6
$\bar{X} = 3.30$ S.D. = 1.951		
9. การเคยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ	229	
เคย	125	54.6
ไม่เคย	104	45.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	(n = 229)	
ลักษณะทางด้านชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
10. รายได้ต่อเดือน	229	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,000 บาท	146	63.8
4,001 – 8000 บาท	72	31.4
8,001 – 12,000 บาท	5	2.2
มากกว่าหรือเท่ากับ 12,001 บาท	6	2.6
$\bar{X} = 4,738.78$ S.D. = 5,628.762		
11. รายจ่ายค่าบุหรี่ปั้วต่อเดือน	223	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 300 บาท	155	69.5
301 – 600 บาท	39	17.5
601 – 1,000 บาท	18	8.1
มากกว่าหรือเท่ากับ 1,001 บาท	11	4.9
$\bar{X} = 343.15$ S.D. = 473.630		
12. ร้อยละค่าใช้จ่ายที่ซื้อบุหรี่ปั้วต่อเดือน	223	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10	169	75.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 11	54	24.2

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี ร้อยละ 36.2 เรียนอยู่ระดับ ปวช. 1 ร้อยละ 38.4 โดยศึกษาอยู่ในแผนกช่างยนต์ ร้อยละ 48.0 บัณฑิตามารดาสมรสคู่ ร้อยละ 75.1 พักอาศัยอยู่กับบิดา หรือมารดา และบางคนอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 76.4 และมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวดี ร้อยละ 75.1 สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยสูบบุหรี่วันละ 7 – 10 มวนคิดเป็นร้อยละ 33.5 รองลงมาสูบบุหรี่วันละ 1 – 3 มวน คิดเป็นร้อยละ 31.3 โดยสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 6.58 มวน ต่ำสุดสูบบุหรี่วันละ 1 มวน สูงสุดสูบบุหรี่วันละ 40 มวน ซึ่งพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่สูบบุหรี่มาเป็นเวลา 2- 4 ปี ร้อยละ 56.0 คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 3.30 ปี ต่ำสุดสูบบุหรี่มาแล้วเป็นระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี สูงสุดเป็นระยะเวลา 10 ปี โดยนักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จคิดเป็นร้อยละ 54.6 ส่วนด้านรายได้พบว่านักศึกษา ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.8 มีรายได้เฉลี่ย 4,738.78 บาทต่อเดือน จากรายได้ที่ได้รับมีนักศึกษา นำมาซื้อบุหรี่ปั้วน้อยกว่าหรือเท่ากับ 300 บาทต่อเดือนคิดเป็น ร้อยละ 69.5 คิดเป็นรายจ่ายค่าบุหรี่ปั้วเฉลี่ย 343.15 บาท

ต่อเดือนเป็นรายจ่ายค่าบุหรี่ต่ำสุด 10 บาท รายจ่ายค่าบุหรี่สูงสุด 5,000 บาท เมื่อนำรายได้และรายจ่ายในการซื้อบุหรี่มาคำนวณพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ มีค่าใช้จ่ายที่ซื้อหรือน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ของรายได้ต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 75.8

ส่วนที่ 2 ตัวแปรปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จส์ โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยนำ

(n = 229)

ปัจจัยนำ	ระดับ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่	69	30.1	90	39.2	70	30.6
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการบุหรี่	76	33.2	72	31.4	81	35.4
ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่	79	34.5	71	31.0	79	34.5
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่	85	37.1	54	23.6	90	39.3
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่	69	30.1	84	36.7	76	33.2

จากตารางที่ 2 พบว่า นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จส์ โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร มีปัจจัยนำที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 39.2 รองลงมาอยู่ระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 30.6 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 35.4 รองลงมาอยู่ในระดับสูงคิดเป็น ร้อยละ 33.2 ส่วนทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำและระดับสูงเท่ากันคิดเป็น ร้อยละ 34.5 และอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 31.0 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำคิดเป็น ร้อยละ 39.3 รองลงมาอยู่ในระดับสูงคิดเป็น ร้อยละ 37.1 และความ

คาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 36.7 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 33.2

2. ปัจจัยเอื้อ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อซึ่งอธิบายโดยภาพรวมดังในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยเอื้อ

(n = 229)

ปัจจัยเอื้อ	ระดับ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน	94	41.0	92	40.2	43	18.8
การใช้เวลาว่างในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่	65	28.4	64	27.9	100	43.7
ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ	51	22.3	69	30.1	109	47.6

จากตารางที่ 3 พบว่านักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานครมีปัจจัยเอื้อที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ นักศึกษาส่วนใหญ่มีปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 40.2 ส่วนการใช้เวลาว่างในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 43.7 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 28.4 สุดท้ายความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 47.6 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.1

3. ปัจจัยเสริม ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ซึ่งอธิบายโดยภาพรวมดังในตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของปัจจัยเสริม

(n = 229)

ปัจจัยเสริม	ระดับ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การยอมรับของสังคม	64	27.9	89	38.9	76	33.2
การสนับสนุนหรือของบุคคลในครอบครัว	97	42.3	73	31.9	59	25.8
อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน	79	34.5	53	23.1	97	42.4
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่างๆ	72	31.4	83	36.2	74	32.4

จากตารางที่ 4 พบว่านักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานครมีปัจจัยเสริมที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ การยอมรับของสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 38.9 รองลงมาอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 33.2 การสนับสนุนหรือของบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับมากร้อยละ 42.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 31.9 ส่วนอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 42.4 รองลงมาอยู่ในระดับมากร้อยละ 34.5 และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่างๆ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 36.2 อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 32.4

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จันโปลีเทคนิค

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน ซึ่งอธิบายโดยภาพรวมดังในตารางที่ 5 ดังนี้

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา

(n = 229)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 36.57)	82	35.9
ระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 25.66 – 36.56)	83	36.2
ระดับน้อย (คะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25.65)	64	27.9
$\bar{X} = 31.11$ S.D. = 10.925		

จากตารางที่ 5 พบว่า นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 36.2 รองลงมา มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 35.9 และอันดับสุดท้ายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 27.9

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สาขาที่ศึกษา สถานภาพสมรส ของบิดามารดา การพักอาศัยของนักศึกษา และความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ซึ่งอธิบายโดยภาพรวมดังในตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ลักษณะทางชีวสังคม	พฤติกรรมการสูบบุหรี่			รวม	C ²
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ระดับ น้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ มาก		
อายุ					13.562 *
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี	28 (33.7)	19 (22.9)	36 (43.4)	83 (100)	
17 ปี	17 (24.6)	33 (47.9)	19 (27.5)	69 (100)	
18 ปี	10 (19.6)	23 (45.2)	18 (35.2)	51 (100)	
มากกว่า 18 ปี	9 (34.6)	8 (30.8)	9 (34.6)	26 (100)	
รวม	64 (27.9)	83 (36.2)	82 (35.9)	229 (100)	
df = 6					p = .035
ระดับการศึกษา					8.168
ปวช.1	23 (26.1)	25 (28.4)	40 (45.5)	88 (100)	
ปวช. 2	22 (30.1)	33 (45.2)	18 (24.7)	73 (100)	
ปวช.3	19 (27.9)	25 (36.8)	24 (35.3)	68 (100)	
รวม	64 (27.9)	83 (36.2)	82 (35.9)	229 (100)	
df = 4					p = .086

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม	พฤติกรรมการสูบบุหรี่			รวม	C ²
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ระดับ น้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ มาก		
สาขาที่ศึกษา					24.148**
แผนกช่างยนต์	17 (15.5)	54 (49.0)	39 (35.5)	110(100)	
แผนกช่างไฟฟ้า	4 (36.4)	3 (27.2)	4 (36.4)	11(100)	
แผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์	34 (37.0)	23 (25.0)	35 (38.0)	92(100)	
อื่น ๆ อุตสาหกรรม	9 (56.2)	3 (18.8)	4 (25.0)	16(100)	
รวม	64 (27.9)	83 (36.2)	82 (35.9)	229(100)	
df = 6					p = .000
สถานภาพสมรสของบิดา มารดา					5.193
คู่	48 (27.9)	67 (39.0)	57 (33.1)	172 100)	
หม้าย	4 (23.5)	3 (17.7)	10 (58.8)	17(100)	
หย่าร้าง / แยกกันอยู่	12 (30.0)	13 (32.5)	15 (37.5)	40(100)	
รวม	64 (27.9)	83 (36.2)	82 (35.9)	229 100)	
df = 4					p = .268
การพักอาศัยของนักศึกษา					3.216
บิดา หรือ มารดา / บิดาและ มารดา	49 (28.0)	59 (33.7)	67 (38.3)	175 100)	
ญาติ พี่ น้อง	9 (32.1)	12 (42.9)	7 (25.0)	55(100)	
อยู่หอพัก	5 (22.7)	10 (45.5)	7 (31.8)	22(100)	
อื่นๆ ภรรยา	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	4(100)	
รวม	64 (27.9)	83 (36.2)	82 (35.9)	229(100)	
df = 6					p = .781

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะทางชีวสังคม	พฤติกรรมการสูบบุหรี่				รวม	c ²
	จำนวน (ร้อยละ)					
	ระดับ น้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ มาก			
ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว					4.310	
ดี	48 (27.9)	68 (39.5)	56 (32.6)	172 (100)		
ปานกลาง	15 (27.8)	14 (25.9)	25 (46.3)	54 (100)		
ไม่ดี	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	3 (100)		
รวม	64 (27.9)	83 (36.2)	82 (35.9)	229 (100)		

df = 4 $p = .366$

* $p < .05$ ** $p < .01$

จากตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร พบว่า ในภาพรวมอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p = .035$) เมื่อพิจารณารายละเอียด นักศึกษาส่วนใหญ่ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี พบว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 43.4 ส่วนนักศึกษาที่มีอายุ 17 ปี และ 18 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 47.9 และ 45.2 ตามลำดับ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .086$) เมื่อพิจารณารายละเอียด นักศึกษาส่วนใหญ่ที่เรียนในระดับ ปวช.1 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 43.4 ส่วนนักศึกษาที่มีเรียน ปวช. 2 และ และ ปวช. 3 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 45.2 และ 36.8 ตามลำดับ สาขาที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ที่เรียนอยู่แผนกช่างยนต์มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 49.0 ส่วนนักศึกษาที่อยู่แผนกไฟฟ้า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับน้อยและมากเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 36.4 ส่วนแผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 38.0 ส่วนสถานภาพสมรสของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .268$) เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ที่บิดามารดามีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ใน

ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 39.0 ส่วนนักศึกษาที่มีบิดามารดาที่เป็นหม้าย และ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 58.8 และ 37.5 ตามลำดับ การพักอาศัยของนักศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .781$) เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว กับพักอยู่กับบิดาและมารดาทั้งคู่ อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 38.3 พักอยู่กับญาติ พี่ น้อง และอยู่หอพักในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 42.9 และ 45.5 ตามลำดับ และประเด็นสุดท้ายความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p = .366$) โดยพบว่านักศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวดีมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 39.5 แต่ถ้ามีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวปานกลางจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 46.3 ซึ่งไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 2 คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีมาตรวัดเป็นแบบช่วงมาตรฐาน (Interval Scale) โดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เสนอผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมการสูบบุหรี่
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่	-.233**
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	-.270**
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	-.542**
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่	-.467**
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่	-.296**

** $p < .01$

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตามสมมติฐานที่ 2 พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการ สูบบุหรี่ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 3 คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการ สูบบุหรี่ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เสนอผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมการสูบบุหรี่
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน	-.317**
การใช้เวลาว่างในสถานที่ ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่	-.770**
สูบบุหรี่ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ	-.390**

** $p < .01$

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตามสมมติฐานที่ 3 พบว่า ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) การใช้เวลาว่างในสถานที่ ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) และความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 4 คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เสนอผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา

ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมการสูบบุหรี่
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การยอมรับของสังคม	-.499**
การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว	-.476**
อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน	-.367**
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ	.206**

** $p < .01$

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตามสมมติฐานที่ 4 พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .000$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .002$) ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4

วิจารณ์

จากการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร” ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำเสนอประเด็นที่ค้นพบมาวิจารณ์ได้ดังนี้

ปัจจัยทางชีวสังคม

ปัจจัยทางชีวสังคมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่นำมาศึกษาประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สาขาที่ศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา การพักอาศัยของนักศึกษา พบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร สิบบุหรี จำนวน 229 คน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี (ร้อยละ 36.2) ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 17.10 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 27 ปี ปัจจุบันนักศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับ ปวช. 1 (ร้อยละ 38.4) โดยศึกษาอยู่ในแผนกช่างยนต์ (ร้อยละ 48.0) รองลงมาศึกษาแผนกอิเล็กทรอนิกส์ (ร้อยละ 40.2) ซึ่งนักศึกษาส่วนใหญ่มีบิดามารดาที่มีสถานภาพสมรสแล้ว (ร้อยละ 75.1) และนักศึกษาส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดา หรือมารดาเพียงคนใดคนหนึ่ง ส่วนบางคนอาศัยอยู่กับบิดาและมารดาทั้งคู่ (ร้อยละ 76.4) โดยที่นักศึกษามีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 75.1)

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ในภาพรวมพบว่า ตัวแปรอายุ และ สาขาที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับจิรพร (2539) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในสถาบันราชภัฏในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และยังคงสอดคล้องกับบุศยา (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ส่วนตัวแปรระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา และการพักอาศัยของนักศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ซึ่งขัดแย้งกับ ลักลิน (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนคร นครราชสีมา ที่พบว่า สถานภาพสมรสบิดามารดา และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยขณะศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ จิรพร (2539) ที่พบว่า และปัจจัยด้านลักษณะของประชากร ได้แก่ ชั้นปีที่ศึกษา และผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ดังนั้นการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ควรให้ความสำคัญกับอายุนักศึกษาโดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ ฤทธิ์เบี่ยงเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในโรงเรียนให้กับกลุ่มนักศึกษาระดับ ปวช. 1 ก่อนเพราะเพิ่งเข้ามาเรียนในปีแรก ส่วนสาขาที่ศึกษาควรจัดลำดับตามความสำคัญโดยเริ่มจาก ช่างยนต์ก่อน เนื่องจากพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าสาขาอื่นๆ นอกจากนั้นทางโรงเรียนควรขอความร่วมมือกับบิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือสมาชิกในครอบครัวของนักศึกษาเพื่อร่วมกันดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาให้ลดลง หรือเลิกสูบบุหรี่

ปัจจัยนำ

ปัจจัยนำที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่นำมาศึกษา ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า

การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ ลักลิน (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนคร นครราชสีมา พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของข้อคำถามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษามากกว่าร้อยละ 78 รับรู้ผลกระทบของบุหรี่ทางบวกในระดับมากถึงมากที่สุด ในประเด็นที่กล่าวว่าการสูบบุหรี่มีผลเสียมากกว่าผลดี สารก่อมะเร็งในบุหรี่มีผลทำให้เกิดมะเร็งได้ ผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะทำให้ลูกที่คลอดออกมามีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ หรืออาจแท้งได้ และการสูบบุหรี่จะเป็นประตูดึงให้ไปสู่การทดลองเสพยาเสพติดชนิดอื่นที่รุนแรงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของมูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2547) ที่พบว่า บุหรี่นอกจากจะทำให้เกิดปัญหาโดยตรงต่อสุขภาพ ยังพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการใช้ยาเสพติดชนิดต่าง ๆ โดยบุหรี่เป็นยาเสพติดตัวแรกที่เยาวชนติด และจะเป็นสื่อนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่นที่ร้ายแรงกว่า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของวิยะดา (2536) ที่พบว่าร้อยละ 95 ของวัยรุ่นที่ติดโคเคนและเฮโรอีน ร้อยละ 75 ของวัยรุ่นที่ติดกัญชาและฝิ่น ร้อยละ 62 ของวัยรุ่นที่ติดเหล้าจะเริ่มจากอาการสูบบุหรี่ก่อนทั้งสิ้น เท่ากับว่าการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจะนำไปสู่การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ บุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสิ่งแวดล้อม การสูบบุหรี่ที่ขาดความระมัดระวังเป็นสาเหตุของไฟไหม้ นำไปสู่การเสียชีวิตและทรัพย์สินและทรัพยากรธรรมชาติอีกด้วย

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ อุษา (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของข้อคำถามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษามากกว่าร้อยละ 80 รับรู้ความรุนแรง

ของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ทางบวกในระดับมากถึงมากที่สุด ในประเด็นที่กล่าวว่าการสูบบุหรี่ทำให้เป็นโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งทำให้ทุกข์ทรมานมาก ผลจากการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนในเม็ดเลือดทำให้มีเหงื่อเหนียวง่าย ผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้ริมฝีปากคล้ำ ฟันดำ หรือมีกลิ่นปาก ผู้ที่สูบบุหรี่อาจเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะทำให้บุคคลอื่นๆ รังเกียจ แต่ผลของการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ ประยงค์ (2534) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและปัจจัยร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ นิตยา (2535) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อการงดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของณัฐฉิน (2544) ที่ศึกษาพบว่านักเรียนที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับนักเรียนที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของพิษที่เกิดจากบุหรี่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปสเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ ลักลิน (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนคร นครราชสีมา พบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของกนกพร (2540) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยปริญาตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติด้านลบคือ บุหรี่ไม่สามารถช่วยลดความเครียด ไม่ช่วยสร้างความมั่นใจ หรือช่วยลดน้ำหนักได้ สองในสามของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า ผู้หญิงสูบบุหรี่ยังไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมไทย เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของข้อคำถามจากการศึกษานี้พบว่า นักศึกษามากกว่าร้อยละ 80 มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ทางบวกในระดับมากถึงมากที่สุด ในประเด็นที่กล่าวว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อตัวผู้สูบบุหรี่และบุคคลที่อยู่ใกล้ การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคได้หลายอย่างถือว่าเป็นการตายแบบผ่อนส่ง เห็นด้วยกับ พรบ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ที่กำหนดให้สถานศึกษาเป็นเขต ปลอดบุหรี่ เพราะเห็นถึงพิษภัยของบุหรี่ เห็นด้วยกับการไม่ขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และพิษภัยของบุหรี่มีมากมายควรเลิกผลิต และจำหน่ายบุหรี่ แต่ผลของการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ อนงค์ (2540) ที่พบว่า ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องประยงค์ (2534) ที่พบว่า การรับรู้ต่อ โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคการ รับรู้ต่อประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรักษาและแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมี การศึกษาของอุษา (2549) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหาร กองประจำการร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของ ข้อคำถามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษามากกว่าร้อยละ 80 รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของ การไม่สูบบุหรี่ในระดับมากถึงมากที่สุดในการไม่สูบบุหรี่จะทำให้ผู้ใกล้ชิดปลอดภัยจาก โรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ การไม่สูบบุหรี่ทำให้ผู้นั้นมีสมรรถภาพของร่างกายดีกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ถ้าหากเลิกสูบบุหรี่เงินค่าบุหรี่สามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองได้มากกว่า ส่วนการไม่ สูบบุหรี่ในบ้านจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดของสมาชิกในครอบครัว และนักเรียน ควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ให้กับเพื่อนและคนในครอบครัว แต่การศึกษานี้ขัดแย้ง กับนิตยา (2535) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติตนเพื่อการงดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ อุษา (2549) ที่ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังมีการศึกษาของ กุลวรรณ (2540) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร พบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับกำไลทิพย์ (2536) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการ งดสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายวิทยาลัยพลศึกษากรุงเทพ พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลประโยชน์ที่จะ ได้รับความจากการเลิกสูบบุหรี่ และการ ปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 48

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของข้อความถามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษามากกว่าร้อยละ 50 มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกประเด็น

สรุปจากการศึกษาปัจจัยนำได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร จึงเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2 ดังนั้น การที่จะพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียน เซนต์จอห์น โปลีเทคนิค ควรมีการวางแผนการให้สุขศึกษา ที่มีการปลูกฝังความรู้ทัศนคติที่ถูกต้องให้กับนักศึกษา รวมถึงอาจารย์ซึ่งควรต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ อย่างถ่องแท้รวมถึงทราบแนวทางในการป้องกันการสูบบุหรี่ให้นักศึกษาที่ยังไม่เคยสูบ และกลยุทธ์ในการลด ละ เลิก พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษาที่สูบบุหรี่อยู่ หรืออาจประสานไปยังหน่วยงานที่มีบุคลากรพร้อม มีประสบการณ์ ความรู้ ความชำนาญ ในการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่นักศึกษา หรือกิจกรรมในการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาให้เป็นที่ไปในทางที่ดีขึ้น และจะเป็นการดียิ่งหากผู้บริหารสถานศึกษาให้ความสำคัญ โดยจัดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ให้บรรจุในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้นักศึกษาทุกคน ในทุกชั้นปีได้มีโอกาสรับความรู้ มีทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อจะปรับเปลี่ยนไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเพราะเป็นเรื่องที่ใกล้ตัวนักศึกษามาก อีกทั้งยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญยิ่งต่ออนาคตของชาติ

ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่นำมาศึกษา ประกอบด้วย ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า

ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 เมื่อพิจารณาในประเด็นของคำถาม พบว่านักศึกษามีเวลาว่างจากการเรียนในระดับมากร้อยละ 40.2 รองมาคือระดับน้อยร้อยละ 34.9 ซึ่งเมื่อมีเวลาว่างจากการเรียนส่วนใหญ่จะคุยโทรศัพท์ ฟังเพลง เล่นอินเทอร์เน็ต หรือเกมออนไลน์ ในระดับมากร้อยละ 38.4 รองมาในระดับมากที่สุดร้อยละ 33.6 มีนักศึกษาก่อนที่ใช้เวลาว่างจากการเรียนให้เกิดประโยชน์โดยทำงาน / อาชีพเสริม หรือทำงานบ้าน ในระดับมากร้อยละ 42.8 มีการใช้เวลาว่างจากการเรียนมาอ่านหนังสือ ทำรายงาน / การบ้าน / ค้นคว้า ในระดับมากร้อยละ

31.9 ซึ่งตัวแปรนี้ยังไม่ค่อยพบผู้ที่ทำการวิจัยแต่จะใกล้เคียงกับการศึกษาของอุษา (2549) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า การใช้เวลาว่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่นักศึกษาร้อยละ 30 จะสูบบุหรี่ช่วงที่พักจากการเรียนและช่วงที่เที่ยวกองกลางคืนซึ่งสอดคล้องกับบุศยา (2539) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า สถานที่ที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และยังสอดคล้องกับอุษา (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารกองประจำการร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า การใช้เวลาว่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ Conrad, K.M et al. (1992) ที่ได้วิเคราะห์เพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมการเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชนพบว่า การหาซื้อได้ง่ายหรือมีผู้ชักชวนหรือหิบบยื่นให้ จะสนับสนุนให้เยาวชนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และยังมีการศึกษาของจิรพร (2539) ที่ศึกษาพบว่า การได้มาของบุหรี่ แหล่งที่ซื้อบุหรี่ ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับอุษา (2549) ที่พบว่า การที่เพื่อนนำบุหรี่มาให้ และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

สรุปจากการศึกษาปัจจัยเอื้อได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกตัวแปร ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3 ดังนั้นการที่จะพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียน เซนต์จอห์น โปลีเทคนิค นั้นทางสถาบัน ควร มีการจัดโครงการหรือกิจกรรมให้นักศึกษาได้ทำในยามว่างเพื่อให้ นักศึกษามีเวลาที่จะพูดคุย จับกลุ่มชักชวนกันสูบบุหรี่ให้น้อยลงซึ่งจะเป็นการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อีกวิธีหนึ่ง นอกจากนั้นควรให้การสนับสนุนและผลักดันให้มีการจัดตั้งชมรมผู้ไม่สูบบุหรี่ หรือ ชมรม To Be

Number One เพื่อให้ให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมที่จะช่วยเหลือเพื่อนกันเอง ส่วนสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ทางโรงเรียนควรมีการตรวจตราอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรมีการเข้มงวดในเรื่องของกฎระเบียบในการสูบบุหรี่ในโรงเรียนให้มากขึ้น เนื่องจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545 มีสาระที่ระบุให้โรงเรียนหรือสถานศึกษาที่ต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา เป็นสถานที่สาธารณะที่ห้ามมีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และให้กำหนดบริเวณหรือพื้นที่เป็นเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ เป็นเพื่อปกป้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลเกี่ยวกับการห้ามจำหน่ายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี อย่างเคร่งครัดเพราะจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ายังมีนักศึกษาที่อายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถหาซื้อบุหรี่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรพร (2539) ที่พบว่า การมีกฎระเบียบข้อบังคับห้ามสูบบุหรี่ในสถาบัน การปฏิบัติตาม พรบ. คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่นำมาศึกษา ประกอบด้วย การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า

การยอมรับของสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับนิพนธ์ (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มและการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยเชิงสังคม และสภาพแวดล้อม ที่มีผลต่อการเริ่มสูบบุหรี่ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ เพื่อนชวนสูบ อันดับสองคือ เพื่อเข้าสังคมกับเพื่อน อันดับสาม คือ เลียนแบบเพื่อน นอกจากนี้ Conrad, K.M et al. (1992) ที่ได้วิเคราะห์เพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมการเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชนพบว่าตัวทำนายที่สนับสนุนการเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชน ได้แก่ อิทธิพลกลุ่มเพื่อนที่โรงเรียน จะสนับสนุนให้เยาวชนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ส่วน ลักสิน (2539) พบว่า การสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ อัจฉราวรรณ (2542) ที่พบว่า การมีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และยังมีการศึกษาของฐิติทิพย์ (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 1 กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนจากครู และแรงสนับสนุนทางสังคมจากมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับภาวิณี (2538) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนคอนเมืองทหารอากาศบำรุง พบว่าการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลางค่อนข้างไปทางต่ำเล็กน้อย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับนิตยา (2535) ที่ศึกษาพบว่า ประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับฐิติทิพย์ (2543) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากพ่อแม่และผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยวลักษณ์ (2542) ที่พบว่า การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Conrad, *et al.* (1992) ที่ได้วิเคราะห์เพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมการเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชนพบว่าตัวทำนายที่สนับสนุนการเริ่มสูบบุหรี่ของเยาวชน ได้แก่ อิทธิพลกลุ่มเพื่อนที่โรงเรียนจะสนับสนุนให้เยาวชนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และยังมีการศึกษาของ ฐิติทิพย์ (2543) ที่ศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 1 กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลักสิน (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา ที่พบว่า การได้รับสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของที่พบว่าเยาวเรศ (2548) ที่พบว่า การได้รับข่าวสารรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ทางวิทยุ โทรทัศน์ ป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ หนังสือพิมพ์ ภาพยนตร์ และเมื่อไปชมกีฬา งานแสดงสินค้าหรืองานสังคมต่าง ๆ มีการเรียนการสอนในชั้นเรียนเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชนในสถานศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบ

ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก แต่การศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ ยิวลักษณะ (2542) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ไม่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับ กับสรายุทธ (2546) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปจากการศึกษาปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกตัวแปร ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 4 ดังนั้นการที่จะพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียน เช่นต์จอห์น โปล์เทคนิค ควรมีการจัดกิจกรรมการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน ให้นักศึกษาตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยให้กลุ่มเพื่อนในโรงเรียน และสมาชิกในครอบครัวควรเป็นกำลังสำคัญในการยับยั้งพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หรือช่วยสนับสนุนให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งบุคคลในโรงเรียน และครอบครัวของนักศึกษา ได้แก่ ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ และเพื่อนนักเรียนควรปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ให้กับนักศึกษา หรือไม่ควรให้การยอมรับ สนับสนุนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทั้งที่บ้านและในสถาบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรพร (2539) ที่พบว่า การมีเพื่อนสูบบุหรี่ การมีอาจารย์สูบบุหรี่ การได้รับการว่ากล่าวตักเตือนจากครอบครัว การมีกฎระเบียบข้อบังคับห้ามสูบบุหรี่ในสถาบัน การปฏิบัติตาม พรบ. คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ บุศยา (2539) ที่พบว่า การว่ากล่าวตักเตือนจากผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิตเทคนิค กรุงเทพมหานคร” เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิตเทคนิค โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิตเทคนิค กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัจจัยนำที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ ปัจจัยเสริมที่เป็นปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่างๆ

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิตเทคนิค ระดับ ปวช. 1 ถึง ปวช.3 จำนวน 229 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหา สาระ และ โครงสร้างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ในส่วนของแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วนคือส่วนที่ 1 ข้อมูลทางด้านชีวสังคม ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถ ของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในกรณีี่เสี่ยงต่อการ สูบบุหรี่ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในกรณีี่เสี่ยงต่อการ สูบบุหรี่ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ซึ่งทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยปัจจัยนำในภาพรวมได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8542 เมื่อแยกตามตัวแปร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่

ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .6975 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7835 ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7264 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7752 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .9197 ปัจจัยเอื้อในภาพรวม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .6454 เมื่อแยกตามตัวแปร ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .6658 การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .9156 ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .6941 ปัจจัยเสริมในภาพรวม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .7821 เมื่อแยกตามตัวแปร ได้แก่ การยอมรับของสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .6026 การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .6422 อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .8311 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .6638 ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .9137 โดยเริ่มเก็บข้อมูลการวิจัยตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2550 โดย วิเคราะห์ข้อมูลทางชีวสังคม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาด้วยสถิติไค – สแควร์ (Chi – Square) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยชีวสังคม นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี ร้อยละ 36.2 ปัจจุบันนักศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับ ปวช. 1 ร้อยละ 38.4 โดยศึกษาอยู่ในแผนกช่างยนต์ ร้อยละ 48.0 ซึ่งนักศึกษาส่วนใหญ่มีบิดามารดาที่มีสถานภาพแล้วมากถึงร้อยละ 75.1 และพักอาศัยอยู่กับบิดา หรือมารดา ส่วนบางคนอาศัยอยู่กับบิดาและมารดาทั้งคู่ มากถึงร้อยละ 76.4 และนักศึกษามีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวในระดับดีสูงถึงร้อยละ 75.1

2. ปัจจัยนำที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.2) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ

35.4) มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับมากและระดับน้อยเท่ากัน (ร้อยละ 34.5) มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 39.3) และมีความคาดหวังในความ สามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.7)

3. ปัจจัยอื่นที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียนอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 41.0) การใช้เวลาว่างในสถานที่ ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 43.7) และความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้ออยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 47.6)

4. ปัจจัยเสริมที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ได้แก่ การยอมรับของสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.8) การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 42.3) อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 42.4) และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.2)

5. นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 36.2) รองลงมาในระดับมาก (ร้อยละ 35.8) ส่วนใหญ่ สูบบุหรี่วันละ 7 – 10 มวน (ร้อยละ 33.5) เฉลี่ยวันละ 6.58 มวน โดยสูบบุหรี่มาเป็นเวลา 2- 4 ปี (ร้อยละ 56.0) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ยประมาณ 3.30 ปี ซึ่งส่วนนักศึกษาส่วนมากมีรายจ่ายค่าบุหรี่ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 300 บาท (ร้อยละ 69.5) คิดเป็นค่าซื้อบุหรี่เฉลี่ยประมาณ 343.15 บาทต่อเดือน เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของรายจ่ายที่ซื้อบุหรี่ต่อรายได้ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายที่ซื้อบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ของรายได้ต่อเดือน (ร้อยละ 75.8) ซึ่งนักศึกษามากกว่าครึ่งเคยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (ร้อยละ 54.6)

6. สรุปผลตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สาขาที่ศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา การพักอาศัยของนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โพลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

จากผลการวิเคราะห์พบว่าอายุ และ สาขาที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของนักศึกษา ส่วนระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา และการพักอาศัยของนักศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา สรุปได้ว่ามีตัวแปร 2 ตัวแปรที่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และตัวแปร 3 ตัวแปรที่ไม่ยอมรับสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร สรุปได้ว่าตัวแปรทั้ง 5 ของปัจจัยนำเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2 ทุกตัวแปร

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการ สูบบุหรี่ ความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร สรุปได้ว่าตัวแปรทั้ง 3 ของปัจจัยเอื้อเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3 ทุกตัวแปร

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ มีความ สัมพันธ์ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคล ในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อ ต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอร์จัน โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร สรุปได้ว่าตัวแปรทั้ง 3 ของปัจจัยเอื้อการยอมรับสมมติฐานที่ 4 ทุกตัวแปร

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น คือ ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยชีวสังคม พบว่าอายุของนักศึกษาส่วนใหญ่ประมาณ 15 – 16 ปี ศึกษายู่ระดับ ปวช.1 ในสาขาต่างๆ แต่พบว่าสาขาช่างยนต์มีนักศึกษาที่สูบบุหรี่มากที่สุดเมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดพบว่า มีนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิตเทคนิค กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 18.8 ที่สูบบุหรี่ในบริเวณโรงเรียนเป็นประจำ แม้ว่าจะมี พรบ. คุ่มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ที่มีสาระระบุว่าโรงเรียนซึ่งเป็นสถานที่สาธารณะ ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ดังนั้นทางโรงเรียนควรมีกฎ ระเบียบในการสูบบุหรี่ในสถานศึกษาที่ชัดเจนและแจ้งให้นักศึกษาทราบโดยทั่วกันและให้นักศึกษายึดถือและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาทั้งสิ้น ดังนั้นโรงเรียนควรสนับสนุนและผลักดันให้มีการจัดตั้งชมรมผู้ไม่สูบบุหรี่ และมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างโรงเรียน นักศึกษา และครอบครัว ในการส่งเสริมความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ไม่ว่าจะเป็นทักษะชีวิต เทคนิคการปฏิเสธ รวมทั้งหาแนวทางป้องกันหรือลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา รวมถึงการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่อย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปีเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้นักศึกษาตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ และมีทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาทั้งสิ้น ดังนั้นทางโรงเรียนควรจัดกิจกรรมหรืองานอดิเรกให้นักศึกษาได้ทำในยามว่างเพื่อให้นักศึกษามีเวลาที่จะพูดคุย จับกลุ่มชักชวนกันสูบบุหรี่ให้น้อยลงซึ่งจะเป็นการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อีกวิธีหนึ่ง ส่วนสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ทางโรงเรียนควรมีการตรวจตราอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรมีการเข้มงวดในเรื่องของกฎระเบียบในการสูบบุหรี่ในโรงเรียนให้มากขึ้น นอกจากนี้ควรประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับ พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ในการดูแลเกี่ยวกับการห้ามจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยน หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลที่ตนรู้ว่าผู้ซื้อหรือผู้รับมีอายุไม่ครบ 18

ปีบริบูรณ์ อย่างเคร่งครัดเพราะจากการศึกษาค้นคว้าพบว่ายังนักศึกษาที่อายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถหา หรือซื้อบุหรี่มาสูบได้

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาทั้งสิ้น ดังนั้นทั้งกลุ่มเพื่อนในโรงเรียน และสมาชิกในครอบครัว ควรเป็นกำลังสำคัญในการยับยั้งพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หรือช่วยสนับสนุนให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา โดยควรร่วมกันจัดกิจกรรมการณรงค์เผยแพร่ความรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้นักศึกษาตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งบุคลากรในโรงเรียน เช่น ครู อาจารย์ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ฝ่ายปกครอง หรือฝ่ายแนะแนว ควรได้รับการอบรมเรื่อง ข้อมูลและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่ รวมถึงเทคนิคในการควบคุมตนเอง และการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ครู อาจารย์เหล่านี้เป็นพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำแก่นักศึกษาที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ หรืออาจประสานเพื่อขอความร่วมมือไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมเลิกบุหรี่ในสถานศึกษา หรือขอสนับสนุนเอกสารความรู้ คู่มือการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองให้นักศึกษาที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ไปฝึกปฏิบัติ โดยครู อาจารย์ต้องมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิตเทคนิค กรุงเทพมหานคร บางส่วน ไม่สามารถเป็นตัวแทนของนักศึกษาในโรงเรียนอื่นๆ ได้ ดังนั้นการทำวิจัยครั้งต่อไป จึงควรศึกษาให้ครอบคลุมสถาบันการศึกษาในระดับเดียวกันทั่วกรุงเทพมหานครในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเปรียบเทียบกับ การวิจัยครั้งนี้ จากนั้นจึงนำไปวางแผนแก้ปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระยะยาวเพื่อจัดกิจกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ในสถานศึกษาต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงลึกในกลุ่มนักศึกษาที่สูบบุหรี่ เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่แต่พยายามเลิกสูบบุหรี่ว่าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่และปัจจัยใดที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ในทางกลับกันหากไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ควรมีการวิเคราะห์เชิงลึก ว่าเหตุใดจึงไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เพื่อหาแนวทางวางกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2548. การทบทวนองค์ความรู้ การควบคุมการบริโภคยาสูบ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- กรมสรรพสามิต. 2546. ร่วมใจสร้างชุมชนคนรักสุขภาพ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). แหล่งที่มา: http://WWW.thaihealth.or.th/content.php?SystemModulekey=situation_tobacco&id=138, 15 สิงหาคม 2550.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2550. โครงการตำราวิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในเมืองไทย. แหล่งที่มา : <http://advisor.anamai.moph.go.th/tamra/smoke05.html>. 30 สิงหาคม 2550.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2544. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2544 . กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- กองทันตสาธารณสุข. 2545. คู่มือสำหรับทันตบุคลากร วิธีช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทไซเบอร์เพรส จำกัด, นนทบุรี.
- กุลวรรณ นาครักษ์. 2540. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กำไลทิพย์ ระน้อย. 2536. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสูบบุหรี่ในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย วิทยาลัยพลศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรพร สร้อยสุวรรณ. 2539. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เฉลิมพล ต้นสกุล. 2547. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาโดยใช้การฝึกอบรมกลุ่มเพื่อนในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงาน ฟอกหนังจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูชัย ศุภวงศ์ และ สุภกร บัวสาย. 2540. วิวัฒนาการการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย ทูลอดหนุนการวิจัยจากองค์การอนามัยโลก. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

_____. สุภกร บัวสาย และ นวลอนันต์ ตันติเกตุ. 2540. รายงานการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย. ทูลสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

จิตติพิทย์ ยิ้มพลอย. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในระดับชั้นมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ณัฐฉินิ จันทร์ก้อน. 2544. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักการศึกษากรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

เทพกิจ สุขชี. 2536. Smoking : เอกสารประกอบการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน สาขาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)

ธีระ ถิมศิลา. 2532. มะเร็งปอด...โรคร้ายของคนไทย. วารสารหมอชาวบ้าน 11 (11): 94.

_____. 2537. บุหรี่-มะเร็งปอด การสูญเสียสุขภาพชีวิต และการสูญเสียเศรษฐกิจ. เอกสารประกอบการประชุมฟื้นฟูวิชาการประจำปี ครั้งที่ 34 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

นิตยา เย็นจำ. 2535. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อการงดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. 2542. ผลการศึกษาเพื่อการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานการวิจัย. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- นิพนธ์ กุลนิตย์. 2538. ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิรนาม. 2549. สารประกอบในบุหรี่. กองบิน 46 ร่วมด้านยาเสพติด. แหล่งที่มา: <http://WWW.wing46.rtafmi.th/drug/sicarat1>, 15 สิงหาคม 2550.
- _____. 2548. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย. หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์ 15 กรกฎาคม 2548.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2538. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี, ชวนพิมพ์.
- _____. 2542. รูปแบบและแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ. กองสุขศึกษา สำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. 2541. การวิเคราะห์และการแปรความหมายข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows. ภาควิชาการศึกษามหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- บุศยา ณ ป้อมเพชร. 2539. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกิต วาทีสาชกกิจ. 2533. ผลกระทบของควันบุหรี่ต่อผู้ไม่สูบบุหรี่. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่. จัดโดย 51 องค์การรัฐและเอกชน ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์, กรุงเทพฯ.

ประกิต วาทีสาธกกิจ. 2537. 108 คำถามเกี่ยวกับและสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. สถาบันควบคุมการ
บริโภคนยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

_____. 2548. สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคนยาสูบและมาตรการการควบคุมการบริโภคน
ยาสูบ. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, กรุงเทพฯ. (อค์ตำเนา)

_____, กรองจิต วาทีสาธกกิจ. 2547. สารานุกรมไทยสำหรับเด็กและเยาวชน โดยพระราช
ประสงค์ในระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. เล่ม 2 (2547), หน้า 161 – 162.

_____. 2550. การสูบบุหรี่กับสุขภาพของวัยรุ่น. แหล่งที่มา: [http://dental.anamai.moph.go.th/
oralth ealth/buree/books/data02.html](http://dental.anamai.moph.go.th/oralth ealth/buree/books/data02.html).

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534. พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรม
ศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพฯ.

ประยงค์ สัจจงษ์. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก
จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภัทรกร กาญจโนภาส. 2538. โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียน
วิทยาลัยเทคนิค จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาวิณี วิสมล. 2538. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ตอนต้น :ศึกษาเฉพาะเกณฑ์โรงเรียนดอนเมืองทหารอากาศบำรุง. ภาคนิพนธ์สาขา
เทคโนโลยีสังคม, มหาวิทยาลัยเกริก.

มานิต มานิตเจริญ. 2537. พจนานุกรมไทย (สมบูรณ์ทันสมัยที่สุด). พิมพ์ครั้งที่ 16. อักษรพิทยา,
กรุงเทพฯ.

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2539. บุหรี่กับชีวิต. เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. 2547. **เยาวชนไทยกับการสูบบุหรี่**. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ. (อัครา)
- _____. 2548. **สถานการณ์การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน**. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ. (อัครา)
- _____. 2548. **มาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบ**. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ. (อัครา)
- _____. 2548. **วัยรุ่นสูบบุหรี่ : ปัญหาและแนวทางแก้ไข**. แหล่งที่มา: http://WWW.ashthailand.Or.th/th/content_image/information_center/112.pdf, Access. 25 สิงหาคม 2550.
- ยุวลักษณ์ ชันอาสา. 2542. **ปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวเรศ วิสูตรโยธิน. 2548. **พฤติกรรมการบริโภคยาสูบของเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก**. รายงานการวิจัย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- รัฐจวน คำวชิรพิทักษ์ และ วรนุช แหยมแสง. 2539. **การป้องกันและควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลในวัยเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่**. รายงานการศึกษาวิจัย สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- ลักสินี วรรณประพันธ์. 2539. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนคร นครราชสีมา**. รายงานการวิจัย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- วิยะดา ดิลกวัฒนา. 2536. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสุโขทัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิวิธ วุฒิวิวรรธน์ และ วราภรณ์ พันธุ์พงศ์. 2541. **ปฏิทัศน์การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย**. โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. 2547. **รายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทย**. บริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด, กรุงเทพฯ.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. 2549. **ผลกระทบจากวันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพและเศรษฐกิจในระดับชาติ**. การประชุมวิชาการ “บุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ” ครั้งที่ 5. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.

_____. 2550. **การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2543 – 2549**. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2535. **การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ: กรณีศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร**. กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2543. **หยุดการแพร่ภัยบุหรี่ : สิ่งที่รัฐต้องทำและผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุมยาสูบ**. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

_____. 2544. **จุดสูบบุหรี่หรือสุขภาพ**. ม.ป.ท., หน้า 12.

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

สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย. 2549. **ผู้หญิงกับบุหรี่**. มุฉินิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. นนทบุรี.
(อัดสำเนา)

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2522. การสูบบุหรี่และโรคมะเร็งโปรแกรมสุศึกษาและปัญหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. วารสารสุศึกษา 2(7): 9-18.

_____. 2539. พฤติกรรมและเปลี่ยนแปลง. เอกสารการสอนในชุดวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.

ศรายุทธ นามเมือง. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสามเณรอาพาธ ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สतिกร พงศ์พานิช. 2550. การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย. แหล่งที่มา: <http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/buree/books/data08.html>. 31 สิงหาคม 2550.

สุวัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. 2548. ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. พิมพ์ครั้งที่ 13. ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.

สุริย์ จันทร์โมลี. 2536. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนักสูบบุหรี่. วารสารสุศึกษา 3(10): 15.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร. 2545. รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544. กองสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร, กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา)

_____. 2546. รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2545. กองสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร, กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา)

_____. 2547. รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2546. กองสถิติแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร, กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา)

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร. 2549. รายงานการสำรวจ
สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2548. กองคลังข้อมูลและสารสนเทศสถิติ
สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร, กรุงเทพฯ. (อัดสำเนา)
- สำนักงานสารนิเทศและการประชาสัมพันธ์. 2550. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน. ฝ่ายข่าวและสื่อมวลชน
สัมพันธ์ กลุ่มสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. แหล่งที่มา: [http://WWW.moph.go.th/
show_hotnew.pho?idHot_new=5680](http://WWW.moph.go.th/show_hotnew.pho?idHot_new=5680).
- สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2549. สารสำคัญสำหรับผู้บริหาร
เรื่อง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพใน
เด็กวัยรุ่น (พ.ศ. 254- 2552). แหล่งที่มา: [http://dps5.ddc.go.th/download/boss_may
49_27.pdf](http://dps5.ddc.go.th/download/boss_may
49_27.pdf).
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2546. พระราชบัญญัติคุ้มครอง
สุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, กรุงเทพฯ .
- _____. 2546. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535. โรงพิมพ์องค์การรับส่ง
สินค้าและพัสดุภัณฑ์, กรุงเทพฯ .
- สำนักวิจัยเอแบคโพลล์. 2547. การสำรวจเรื่องการประเมินค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ กรณีศึกษา
ผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป ใน 13 จังหวัดทั่วประเทศไทย.
- อนงค์ คำชู. 2540. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่
1- ปีที่ 6 โรงเรียนบางกะปิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัจฉราวรรณ สร้อยทอง. 2542. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุดม ศรีวัชร. 2539. ยาเสพติด. โรงพิมพ์พิทยพิสุทธิ์, กรุงเทพฯ.

- อุษา ฤทธิธาดา. 2549. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กอง
ประจำการ กรณีศึกษากองร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุไรวัฒน์ คชาชีวะ. 2530. บุหรี่มีผลต่อพฤติกรรมของหัวใจอย่างไร ในชีวิตจะสั้นเพราะควันบุหรี่
สัปดาห์แห่งการสถาปนาการสาธารณสุขแห่งชาติ 21-27 พฤศจิกายน ประจำปี 2530
(หน้า 37-40). โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.
- _____. 2531. บุหรี่มีผลต่อพฤติกรรมของหัวใจอย่างไร ในชีวิตจะสั้นเพราะควันบุหรี่.
โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.
- Amos, O.A. 1984. **The influence of predisposing, enabling, reinforcing factor on Certain
behavior.** Doctor of Philosophy (Education), The University of Michigan.
- Bandura, A. 1977. **Social-Learning Theory.** Englewood Cliffs, Prentice Hall, New Jersey.
- Becker, M. 1975. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care
Recommendation. **Medical care** 13 (2): 10-24.
- _____, and H. 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.
- Caplan, R.D. 1974. **Adhering to medical regimen.** In Pilot experimental in patient education
And Social Support. Ann Arbor, University of Michigan, Michigan.
- Conrad, K.M., B.R. Fray and D. Hill. 1992. Why children start smoking cigarettets Predictor
of onset. **Br. J. of Addition** 87: 1711-1742.

Gottlieb, B.H. 1985. Social network and Social Support : An over view of research, practice
And policy Implication. **Health Education Quarterly** 3 (12): 5–22.

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

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

Israel, B.H. 1985. **Social network and social support: Implications of natural helper and
Community level intervention.** Health Education.

Kahn, R.H. 1979. **Aging and Social Support.** In Aging from birth to death: Interdisciplinary
Prospective. Boulder, West view Press, Colo.

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

Pilisuk, M. 1982. **Delivery of Social Support : The social Innovation.** American Journal
Orthopsychiatry, U.S.A.

Rosenstock. 1974. The Health Belief Model and Prevention Health Behavior. **Health
Education monographs** 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 Effection Health”.** Technical Report Services. World Health
Organization, Geneva.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์ทรงยศ ชัยชนะ
ที่ปรึกษาสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
2. นางเยาวมาลย์ เสือแสงทอง
ผู้อำนวยการกลุ่มสนับสนุนและพัฒนากิจกรรมกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
3. นางสุพัชรี มีครุฑ
ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ
สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

แบบสอบถาม
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา
โรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวม จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน จึงขอความกรุณาท่านโปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบถ้วนทุกข้อ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางด้านชีวสังคม	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ	
ตอนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่	จำนวน 9 ข้อ
ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่	จำนวน 10 ข้อ
ตอนที่ 3 ทศนคติต่อการสูบบุหรี่	จำนวน 10 ข้อ
ตอนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่	จำนวน 10 ข้อ
ตอนที่ 5 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน 13 ข้อ

ความร่วมมือของท่านในครั้งนี้จะมีคุณค่าและประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนา และส่งเสริมให้นักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

นางประภาพร โพธิ์ทอง
 นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาสุศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
 ผู้วิจัย

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา

โรงเรียนเซนต์จอห์นโปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางด้านชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย **U** หรือเติมข้อความในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับท่านมากที่สุด
เพียงช่องเดียว

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุ ปี

3. สาขาที่ศึกษา

 1. แผนกช่างยนต์ 2. แผนกช่างไฟฟ้า
 3. แผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์ 4. อื่นๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

 1. ปวช. ปี 1 2. ปวช. ปี 2 3. ปวช. ปี 3
 4. อื่นๆ ระบุ.....

5. สถานภาพสมรสของบิดามารดา

 1. คู่ 2. หม้าย 3. หย่า/แยก

6. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

 1. บิดา มารดา 2.ญาติ
 3. อยู่หอพัก(คนเดียว/ กับเพื่อน) 4. อื่นๆ ระบุ.....

7. ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไร

 1. ดี 2. ปานกลาง 3. ไม่ดี

8. รายได้ต่อเดือนของตัวท่านเอง บาท

9. รายจ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อเดือนประมาณ บาท

10. จำนวนที่สูบบุหรี่ ต่อ วัน.....มวน

11. ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ตั้งแต่แรกจนถึงปัจจุบันประมาณ.....ปี

12. ท่านเคยเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จหรือไม่

 1. เคย 2. ไม่เคย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านปัจจัยนำ

ตอนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและกาเครื่องหมาย **ü** ในท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยในแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้มากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้มาก

น้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้น้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้น้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1	บุหรี่มีคาเฟอีนเป็นจำนวนมากทำให้ผู้สูบบุหรี่ใจเต้นเร็ว				
2	สายควันข้างเคียงมีปริมาณความเข้มข้นของสารพิษต่างๆ น้อยกว่าวันที่พ่นออกจากปากผู้ที่สูบบุหรี่				
3	การสูบบุหรี่จะเป็นประตู่ที่ทำให้ไปสู่การทดลองเสพสารเสพติดชนิดอื่น ที่รุนแรงกว่า				
4	ผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะทำให้ลูกที่คลอดออกมามีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ หรืออาจแท้งได้				
5	สารก่อมะเร็งในบุหรี่มีผลทำให้เกิดมะเร็งได้				
6	การสูบบุหรี่มีผลเสียมากกว่าผลดี				
7	การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นสิทธิส่วนบุคคลไม่ส่งผลเสียต่อบุคคลอื่น				
8	การสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดขยายตัวช่วยให้สมองปลอดโปร่ง				
9	การสูบบุหรี่เป็นการเสียเงินที่คุ้มค่าต่อความสุขที่ได้รับ				

ตอนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและกาเครื่องหมาย **U** ในท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยในแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้มากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้มาก

น้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้น้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้น้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1	ทาร์ หรือ สารน้ำมันดินที่อยู่ในบุหรี่เป็นสาร เสพติดที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีอาการติด				
2	สารนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองอันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง มีเสมหะ				
3	การสูบบุหรี่ทำให้เป็นโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งทำให้ทุกข์ทรมานมาก				
4	ผลจากการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนในเม็ดเลือด ทำให้มีนงง เหนื่อยง่าย				
5	ผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ไม่สูบ				
6	โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความรุนแรงน้อย				
7	การสูบบุหรี่ช่วยให้หายใจโล่ง สะดวกมากขึ้น				
8	การสูบบุหรี่ทำให้ริมฝีปากคล้ำ ฟันดำ หรือมีกลิ่นปาก				
9	ผู้ที่สูบบุหรี่อาจเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่				
10	การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะทำให้บุคคลอื่นๆ รังเกียจ				

ตอนที่ 3 ทักษะการอ่านการอุปนุหรี

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและกาเครื่องหมาย **ü** ในท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยในแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้มากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้มาก

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้น้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้เลย

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยน้อย	ไม่เห็นด้วย
1	การอุปนุหรีเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่สามารถทำได้ทุกโอกาส และทุกสถานที่				
2	การอุปนุหรีทำให้ท่านเป็นที่ยอมรับของเพื่อนในโรงเรียน				
3	การอุปนุหรีเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว				
4	การอุปนุหรีกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์				
5	การอุปนุหรีช่วยให้ระงับอารมณ์ หรือความตื้นตันได้				
6	การอุปนุหรีเป็นอันตรายต่อตัวผู้สูบและบุคคลที่อยู่ใกล้				
7	การอุปนุหรีทำให้เกิดโรคได้หลายอย่าง ถือว่าเป็นการตายแบบผ่อนส่ง				
8	ท่านเห็นด้วย กับ พรบ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ที่กำหนดให้สถานศึกษาเป็นเขต ปลอดคบุหรีเพราะเห็นถึงพิษภัยของบุหรี				
9	ท่านเห็นด้วย กับการไม่ขายบุหรีให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี				
10	พิษภัยของบุหรีมีมากมายควรเลิกผลิต และจำหน่ายบุหรี				

ตอนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและกาเครื่องหมาย **ü** ในท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยในแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้มากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้มาก

น้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้น้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนี้น้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1	การสูบบุหรี่ช่วยสร้างสัมพันธภาพในการเข้าสังคมได้ดี				
2	การสูบบุหรี่ช่วยคลายความเครียดและลดความวิตกกังวลได้ได้มาก				
3	การเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก เพราะเป็นความเคยชิน และในบุหรี่ยังมีสารเสพติดอยู่ด้วย				
4	การสูบบุหรี่ในบ้านทำได้ง่ายเพราะคนในครอบครัวยอมรับได้				
5	การสูบบุหรี่ในโรงเรียนทำได้ยาก				
6	การไม่สูบบุหรี่จะทำให้ผู้ใกล้ชิดปลอดภัยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่				
7	การไม่สูบบุหรี่ทำให้ผู้นั้นมีสมรรถภาพของร่างกายดีกว่าผู้ที่สูบบุหรี่				
8	ถ้าเลิกสูบบุหรี่ เงินค่าบุหรี่สามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อท่านได้มากกว่า				
9	การไม่สูบบุหรี่ในบ้านจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดของสมาชิกในครอบครัว				
10	นักเรียนควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ให้กับเพื่อนและคนในครอบครัว				

ตอนที่ 5 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและกาเครื่องหมาย **ü** ในท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยในแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

ทำได้แน่นอน หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้มากกว่าสัปดาห์ละ 5 วัน

ทำได้ หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้บ่อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน

ทำได้บางครั้ง หมายถึง ท่านสามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้บางครั้งสัปดาห์ละ 1-2 วัน

ทำไม่ได้แน่นอน หมายถึง ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามข้อความนั้นได้เลย

ลำดับ	ข้อความ	ทำได้ แน่นอน	ทำได้	ทำได้ บางครั้ง	ทำไม่ได้ แน่นอน
1	เมื่อมีความเครียดหรือมีปัญหาท่านจะไม่แก้ไขโดยการสูบบุหรี่เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียด				
2	ถ้าท่านตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ท่านสามารถทิ้งอุปกรณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทั้งหมดที่มีอยู่และเลิกสูบบุหรี่ได้ทันที				
3	ท่านจะเป็นตัวอย่างที่ดีของประชาชน และคนในครอบครัว ในการไม่สูบบุหรี่				
4	ในงานเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อนของท่านส่วนใหญ่สูบบุหรี่ แต่ท่านจะไม่สูบบุหรี่ตามเพื่อน				
5	เมื่อเพื่อนชวนไปสูบบุหรี่ ท่านจะปฏิเสธทันที				
6	เมื่อท่านอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ ท่านสามารถหลีกเลี่ยงโดยการทำกิจกรรมอื่น				
7	ท่านมั่นใจหากตัดสินใจไม่สูบบุหรี่ท่านจะไม่สูบแม้ว่าคนรอบข้างของท่านสูบก็ตาม				
8	การรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ทำให้ท่านมั่นใจที่จะไม่สูบบุหรี่				
9	พิษภัย และภาพที่ของบุหรี่ทำให้ท่านตัดสินใจที่จะไม่สูบบุหรี่				
10	ความรักและการเอาใจใส่ของครู อาจารย์ เพื่อน และคนในครอบครัว ทำให้ท่านหลีกเลี่ยงที่จะสูบบุหรี่				

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยอื่น

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วเติมข้อมูลหรือกาเครื่องหมาย **ü** ในท้ายข้อความที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยในแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อความสม่ำเสมอหรือมากกว่าสัปดาห์ละ 5 วัน

มาก หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อความสัปดาห์ละ 3-5 วัน

น้อย หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในข้อความสัปดาห์ละ 1-2 วัน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านมีเวลาว่างจากการเรียนในแต่ละวันเพียงใด				
2	ท่านใช้เวลาว่างจากการเรียน ทำงาน/ อาชีพเสริม/ ทำงานบ้าน				
3	ท่านใช้เวลาว่างจากการเรียน อ่านหนังสือ ทำรายงาน / การบ้าน / ค้นคว้า				
4	ท่านใช้เวลาว่างจากการเรียน เล่นกีฬา				
5	ท่านใช้เวลาว่างจากการเรียน เที่ยวกลางคืน สังสรรค์กับเพื่อนฝูง				
6	ท่านใช้เวลาว่างจากการเรียน คุยโทรศัพท์ ฟังเพลง เล่นอินเทอร์เน็ต เล่นเกมส์ Online				
7	ท่านสูบบุหรี่หรือช่วงพักจากการเรียน				
8	ท่านสูบบุหรี่หรือช่วงเที่ยวกลางคืน				
9	ท่านได้บุหรี่ยาโดยไม่เสียเงิน จากการ <u>ขอ</u> เพื่อน มิบุคคลอื่น <u>ให้</u> มา หรือการ <u>ซื้อ</u> บุหรี่ยา				

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและกาเครื่องหมาย **ü** ในท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยในแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนั้นมากที่สุดหรือมีการปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นมากกว่าสัปดาห์ละ 5 วัน

มาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนั้นมากหรือมีการปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นสัปดาห์ละ 3 - 5 วัน

น้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนั้นน้อย หรือมีการปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นสัปดาห์ละ 1 - 2 วัน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความในข้อนั้นน้อยที่สุด หรือไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1	เพื่อนของท่านในกลุ่มส่วนใหญ่สูบบุหรี่				
2	ในหอพักของท่านมีคนสูบบุหรี่ (เพื่อนร่วมห้อง)				
3	นอกเวลาเรียนท่านอยู่ในสังคมที่สูบบุหรี่				
4	ท่านเห็นบิดา มารดา พี่ / น้อง ของท่านสูบบุหรี่				
5	สมาชิกในครอบครัวชักชวนให้ท่านสูบบุหรี่				
6	ท่านเห็นเพื่อน /ครูของท่านสูบบุหรี่ในโรงเรียน				
7	เพื่อนของท่านชักชวนให้ท่านสูบบุหรี่				
8	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จาก ภาพยนตร์ / โทรทัศน์ / อินเทอร์เน็ต				
9	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากบอร์ด การให้ความรู้ และการรณรงค์ในโรงเรียน				
10	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จาก บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข				

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

- คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย **U** ลงในท้ายข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยในแต่ละข้อมีความหมายดังนี้
- มากที่สุด** หมายถึง ท่านได้รับข้อมูล หรือ ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นประจำมากกว่าสัปดาห์ละ 5 วัน
- มาก** หมายถึง ท่านได้รับข้อมูล หรือ ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นบ่อย สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน
- น้อย** หมายถึง ท่านได้รับข้อมูล หรือ ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นบางครั้ง สัปดาห์ละ 1 - 2 วัน
- น้อยที่สุด** หมายถึง ท่านได้รับข้อมูล หรือ ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ มาก ที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด
1	หลังตื่นนอนท่านสูบบุหรี่				
2	ก่อนรับประทานอาหารท่านสูบบุหรี่				
3	หลังรับประทานอาหารท่านสูบบุหรี่				
4	ก่อนนอนท่านสูบบุหรี่				
5	ท่านเลือกสูบบุหรี่ที่มีก้นกรองเท่านั้น				
6	เมื่อท่านอยากสูบบุหรี่ จะหยิบมาสูบทันที				
7	การสูบบุหรี่ของท่านเพื่อผ่อนคลายความเครียด หรือเวลาที่ต้องตัดสินใจ				
8	ท่านสูบบุหรี่เฉพาะตอนที่ออกเที่ยวทุกครั้ง				
9	ท่านสูบบุหรี่เมื่อเวลาที่จะเข้าสังคมกับเพื่อน				
10	ท่านสูบบุหรี่เฉพาะเวลาว่างจากการเรียน				
11	เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับทางครอบครัวมักจะสูบบุหรี่				
12	ส่วนใหญ่ท่านขอบุหรี่จากเพื่อนมาสูบ				
13	นักเรียนสูบบุหรี่ในบริเวณโรงเรียนเป็นประจำ				

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางประภาพร โพธิ์ทอง
วัน เดือน ปี ที่เกิด	9 มกราคม 2501
สถานที่เกิด	จังหวัดนครนายก
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พ.ศ. 2530 – 2532 ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ (เฉพาะกาล) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (พ.ศ. 2546 – 2548) ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มสนับสนุนและพัฒนากิจกรรมจ่ายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข