



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

ผู้ศึกษา

ผลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด
ทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Effecting Smoking Behaviors of Male Personels in 6th Operating Room
Department of Phramongkutkloa Hospital

นามผู้วิจัย ร้อยเอกหญิงศรียา ลาวัณยภักดิ์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีระเวชเจริญชัย, วท.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์หฤยา อารีวงศ์, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

สิงสิงห์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงาน
ในห้องผ่าตัดห้อง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Factors Effecting Smoking Behaviors of Male Personels in 6th Operating Room
Department of Phramongkutkloa Hospital

โดย

ร้อยเอกหญิงศรียา ลาวัณยภักดิ์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศรียา ลาวัณยภักดิ์, ร้อยเอกหญิง 2555: ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ
เจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา
ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์สุพัฒน์
ธีรเวชเจริญชัย, วท.ม. 96 หน้า

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่
และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานอยู่ในห้องผ่าตัดทั้ง 6
แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 158 คน ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเก็บข้อมูล
มาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม
ด้วย Student t-test ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson และค่า
ไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี และมีพฤติกรรมการ
สูบบุหรี่อยู่ในระดับไม่ดี สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน และพบว่ากลุ่มคนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบ
บุหรี่ยึดทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และ ความเชื่ออำนาจในตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
โดยกลุ่มคนที่ไม่สูบบุหรี่มีทัศนคติและความเชื่ออำนาจในตนสูงกว่า ส่วนความรู้เกี่ยวกับการสูบบ
บุหรี่ยึดและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการสูบบุหรี่ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันและพบว่า ปัจจัย
ชีวสังคม ได้แก่ จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบ
บุหรี่ยึดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตน
และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

Sariya Lawanyapirak, Captain 2012: Factors Effecting Smoking Behaviors of Male Personels in 6th Operating Room Department of Phramongkutkloa Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 96 pages.

The purpose of this descriptive research was to study factors relating to smoking behaviors of male personels in 6th operating room department of Phramongkutkloa hospital. One hundred and fifty-eight were selected for the study. The questionnaire developed by the researcher was used for data collection. The data analysis were made by statistic program for frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Chi-Square.

The results of this study revealed that: The respondent were 31-40 years of age and related to the cigarette smoking behavior which was classified as poor level. They smoked less than 10 cigarettes per day. Attitude about smoking and self efficacy were differ significantly smoker and non smoker, reveal non smoker group is higher. But knowledge about smoking and social support did not differ between the two group. The relationships between the factors and cigarette smoking behavior revealed that: Bio-social factors: number of smoker in the family were significantly related to the cigarette smoking behavior at the .05 significance level. Attitudes toward smoking were significantly related to the cigarette smoking behavior at the .05 significance level. But self efficacy and social support was not related to the cigarette smoking behavior.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.สุพรรณ ชีรเวชเจริญชัย ประธานกรรมการที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ รศ. หลุย อาธิวงศ์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา
ด้านวิชาการและตรวจสอบวิทยานิพนธ์ให้มีความถูกต้องและมีคุณค่าทางวิชาการ ทำให้
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พ.อ.น.พ. บรรลือ เฉลยกิติ ผู้อำนวยการกองวิสัญญีและห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.อ. น.พ. สหพล อนันต์นำเจริญ อาจารย์แพทย์ประจำแผนกกล้ามเนื้อ
และทวารหนัก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ นาง นวพรรณ สันตยากร นักวิชาการสาธารณสุข
ชำนาญการ ที่กรุณาตรวจแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงแก้ไข
เครื่องมือ

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา เพื่อนๆ และรื้อเอกหญิงทัชชา ภูเจริญ ที่คอยให้
กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้านอย่างดีมาโดยตลอด ทำให้การดำเนินงานต่างๆเป็นไป
อย่างราบรื่น คุณประโยชน์อันพึงมีมาจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และทุกๆ
ท่านที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

ศรียา ลาวัณยภักดิ์

มกราคม 2555

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	4
การตรวจเอกสาร	9
อุปกรณ์และวิธีการ	46
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	55
ผลการวิจัย	55
ข้อวิจารณ์	65
สรุปและข้อเสนอแนะ	68
สรุป	69
ข้อเสนอแนะ	71
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	74
ภาคผนวก	79
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม	80
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	82
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	96

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ชายกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม	56
2	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากร	58
3	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่	59
4	จำนวนและร้อยละระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากร	59
5	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่	60
6	จำนวนและร้อยละของระดับความเชื่อในอำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรี่ของกลุ่มประชากร	60
7	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่อในอำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่	61
8	จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากร	61
9	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่	62
10	จำนวนและร้อยละระดับของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย	62
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ ตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากร	63
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตลักษณะและปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากร	64

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ที่ต่างกัันระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับของ ตนเองและความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	32
2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถ ของตนเอง และความ คาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการตัดสินใจ กระทำพฤติกรรมของบุคคล	33
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	44

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงาน
ในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

**Factors Effecting Smoking Behaviors of Male Personels
in 6th Operating Room Department of Phramongkutkloa Hospital**

คำนำ

บุหรี่ถือเป็นยาเสพติดอีกชนิดหนึ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคร้าย ไข้เจ็บไม่ว่าจะเป็น โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งปอด หลอดเลือดหัวใจตีบ ฯลฯ ในควันบุหรี่มีสาร นิโคตินซึ่งเป็นสารพิษที่สำคัญกลุ่มหนึ่งของสารเคมี ที่ทำให้การไหลเวียนของเลือดช้าลง ผิวหนัง หย่อนยานและแห้ง เกิดมะเร็งผิวหนังได้ง่ายขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุขอย่างมาก ปัจจุบันปัญหาการสูบบุหรี่ได้แพร่ระบาดในประชากรทุกกลุ่มเนื่องจากบุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่หาซื้อ ได้ง่ายและราคาไม่แพง ตลอดจนเสพติดง่ายแต่เลิกยาก เพราะสารนิโคตินเป็นตัวการที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่นั้นติดบุหรี่ นอกจากตัวผู้ที่สูบบุหรี่เองที่จะได้รับอันตรายจากบุหรี่แล้ว คนทั่วไปที่อยู่ใน บรรยากาศที่มีควันบุหรี่ ก็จะทำให้เกิดอาการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการ หอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดอีกเสบ จะทำให้มีอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น หากได้รับควันบุหรี่ เป็นเวลาหลายปีจะมีโอกาสเป็น โรคมะเร็งปอด และปอดจะถูกทำลายเช่นเดียวกับปอดของผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 1-10 มวน และมีความเสี่ยงในการเกิด โรคของระบบต่างๆ ได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ (กองมณี, 2553)

บุหรี่ยังนอกจากจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยตรงต่อผู้สูบเอง และโดยอ้อมต่อบุคคล ใกล้เคียงแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอีกด้วย การสูญเสียทาง เศรษฐกิจที่สามารถคำนวณได้ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดจาก การสูบบุหรี่ ความสูญเสียที่ยากจะคำนวณได้ ได้แก่ เวลาและแรงงานที่ครอบครัวต้องเสียไปในการ ดูแลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ที่ผู้นำครอบครัวป่วย หรือเสียชีวิต ก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่ (กองมณี, 2553)

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากเป็นปัจจัยเสี่ยงก่อให้เกิดโรคร้ายที่สามารถป้องกันได้ถึง 36 โรค เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ และโรคมะเร็งอีกหลายชนิด องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายอันดับ 2 ของประชากรโลก หากอัตราการสูบบุหรี่ยังไม่ลดลง ในปี 2020 อาจจะทำให้มีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ถึง 10 ล้านคนต่อปี การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดผลเสียทางเศรษฐกิจและสังคม จากการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากโรคที่มีสาเหตุเกิดจากการสูบบุหรี่คือโรคหัวใจ ถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็งปอด พบว่าในปี พ.ศ. 2546 รัฐต้องจ่ายค่ารักษาทั้ง 3 โรคเป็นจำนวน 45,550 ล้านบาท ทั้งนี้ คาดว่าในปี พ.ศ. 2550 จะต้องมีค่าใช้จ่ายใน 3 โรคนี้ถึง 53,674 ล้านบาท ซึ่งสวนทางกับรายรับของรัฐในการจัดเก็บภาษีที่มีเพียง 48,630 ล้านบาท (สถิกร, 2550)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันแห่งการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ มีการกำหนดมาตรการป้องกันการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557 ข้อที่ 4 ที่กำหนดไว้ว่าสถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานทุกแห่งต้องปลอดควันบุหรี่ 100% โดยเน้นสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่หน่วยงานและองค์กร เพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมของการบริโภคยาสูบในสถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงานเพื่อเป็นบรรทัดฐานของสังคม (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2553)

ด้วยมาตรการต่างๆ ที่รัฐบาลดำเนินการเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทยนั้น ได้ผลดีในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามการควบคุมยาสูบยังจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการต่อเนื่องและเข้มแข็ง ในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดคำขวัญวันงดสูบบุหรี่โลกว่า “Tobacco and Health Professionals” โดยเน้นที่บทบาทของวิชาชีพสุขภาพกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ องค์การอนามัยโลกยังได้มีการร่วมมือกับศูนย์ควบคุมโรคและป้องกันโรค (Center for Disease Control and Prevention: CDC) ประเทศสหรัฐอเมริกา ดำเนินการเฝ้าระวังเกี่ยวกับยาสูบทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2005 ได้เริ่มโครงการสำรวจบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพสาขาต่างๆ (Global Health Professionals Survey:GHPS) เพื่อประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ตลอดจนทัศนคติของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในด้านการควบคุมยาสูบ

ในโรงพยาบาลหลายแห่งในสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ฟลอริดา จอร์เจีย แมสซาชูเซตส์ มิสซูรี โอไฮโอ เพนซิลวาเนีย เทนเนสซี และเท็กซัส ใช้นโยบายเข้มงวดและปฏิเสธการรับสมัครเจ้าหน้าที่ใหม่ที่สูบบุหรี่ ด้วยเหตุผล 3 ข้อ คือต้องการให้เจ้าหน้าที่ทำงานเต็มความสามารถ ต้องการลด

ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเจ้าหน้าที่ และเป็นการส่งสัญญาณให้เจ้าหน้าที่ทุกคนใส่ใจสุขภาพของตนเอง (ไทยโพสต์, 2554)

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิขั้นสูงในสังกัดกองทัพกมมีหน้าที่ในการให้การรักษาพยาบาลแก่ทหาร ครอบครัว และประชาชน บุคลากรส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นข้าราชการทหาร มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 3,876 คน เป็นเพศชายจำนวน 1,222 คน เพศหญิงจำนวน 2,654 คน (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2553) ซึ่งในจำนวนนี้พบว่ามีบุคลากรที่สูบบุหรี่จำนวนมาก

จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่อในอำนาจในตน และ แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดชายทั้ง 6 แผนก ใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ซึ่งห้องผ่าตัดนั้นเป็นสถานพยาบาลที่ควรจะต้องเป็นพื้นที่ที่ปลอดบุหรี่มากที่สุดเพราะบุคคลที่เข้ามาใช้บริการในห้องผ่าตัดนั้นเป็นบุคคลที่ต้องการการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นผู้เจ็บป่วย และไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดเล็ก หรือว่าเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้เวลาในการผ่าตัดนานก็ตาม ผู้รับบริการในห้องผ่าตัดนั้นย่อมต้องการสถานบริการที่สะอาด ปลอดควันบุหรี่ และ เชื่อถือได้มากที่สุด อีกทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดนั้นเป็นบุคลากรที่คนทั่วไปถือว่ามีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ และ โทษ ของบุหรี่เป็นอย่างดี จึงสมควรเป็นอย่างยิ่งว่าบุคลากรทางการแพทย์จะต้องปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้ที่มารับบริการและคนทั่วไป หากบุคลากรทางการแพทย์นี้มีทัศนคติที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยตนเองแล้ว ย่อมสามารถที่จะถ่ายทอดความรู้ ทัศนคติที่ถูกต้องนี้ให้กับบุคคลทั่วไป ญาติพี่น้อง และผู้มารับบริการได้ในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่อในอำนาจในตน แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงานกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประโยชน์ที่ได้รับ

ในการวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ที่สำคัญดังนี้

1. ผลจากการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ในการนำไปวางแผนและกำหนดแนวทางในการเขียนโครงการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อไป
2. เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของสถานพยาบาลในปัจจุบันและเพื่อสร้างประสิทธิภาพในการทำงานและเพิ่มคุณภาพในการบริการให้มากยิ่งขึ้น

3. นำผลการวิจัยเสนอต่อผู้บริหารห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขอความสนับสนุนในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการสูบบุหรี่ที่เหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

4. ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า วิจัย รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในรูปแบบอื่นๆ ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามชนิดให้ตอบด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ในช่วงตุลาคม 2554 – ธันวาคม 2554

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยทางจิตลักษณะ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ที่สทนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตน
2. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน สังคมรอบข้าง

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ตัวแปรอธิบาย (Explanatory Variables)

คือ ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่

1. อายุ
2. ระดับการศึกษา
3. รายได้
4. สถานภาพสมรส
5. ประสบการณ์การทำงาน
6. ตำแหน่งหน้าที่
7. ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงาน
8. จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัว

นิยามปฏิบัติการของตัวแปรและนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

นิยามปฏิบัติการของตัวแปรอิสระ

1. ปัจจัยทางจิตลักษณะ หมายถึง คุณลักษณะทางจิตส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย

1.1 ความรู้เรื่องบุหรี่ หมายถึง ความรู้และระลึกได้ของเจ้าหน้าที่ชายเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่

1.2 ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดความชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจของเจ้าหน้าที่ชายที่มีต่อการสูบบุหรี่

1.3 ความเชื่ออำนาจในตน หมายถึง การรับรู้ถึงผลดีและผลเสียว่าผลต่างๆที่เกิดขึ้นมาจากตนเองเป็นผู้กระทำทั้งสิ้นและสามารถควบคุมตนให้เป็นไปตามที่ต้องการได้

2. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่เจ้าหน้าที่ได้รับความรู้ การแนะนำและคำปรึกษาจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน สังคมรอบข้าง ให้รับรู้ถึงโทษและอันตรายของการสูบบุหรี่

2.1 ครอบครัว หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ชาย อาจจะอยู่ภายในบ้านเดียวกันหรือไม่ก็ได้

2.2 เพื่อนร่วมงาน หมายถึง เพื่อนเจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลเดียวกัน

2.3 สังคมรอบข้าง หมายถึง บุคคลที่เจ้าหน้าที่ชายรู้จัก

นิยามปฏิบัติการของตัวแปรตาม

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำที่สังเกตได้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย ได้แก่ ปริมาณการสูบบุหรี่ และเวลาที่สูบบุหรี่ในแต่ละวัน ดังรายละเอียด

1. ปริมาณการสูบบุหรี่ หมายถึง จำนวนบุหรี่เฉลี่ยที่สูบในระยะเวลา 1 วัน คำนวณจากจำนวนบุหรี่ที่สูบใน 2 สัปดาห์หารด้วยจำนวนวันใน 2 สัปดาห์นั้น มีหน่วยเป็นมวนต่อวัน

2. ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ในแต่ละวัน หมายถึง ช่วงเวลาที่เจ้าหน้าที่ชายมักจะทำการสูบบุหรี่ในช่วงระยะเวลา 24 ชั่วโมง

นิยามปฏิบัติการของตัวแปรอธิบาย

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดชายทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปัจจัยที่เลือกมาศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

เจ้าหน้าที่ชาย หมายถึง เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดชายทั้ง 6 แผนกทุกตำแหน่งที่ปฏิบัติงานอยู่ใน
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าซึ่งจะแบ่งเจ้าหน้าที่ชายทั้งหมดเป็น

กองวิสัญญีและห้องผ่าตัดจำนวน	42	คน
กองศัลยกรรม	78	คน
กองอุบัติเหตุ	3	คน
กอง หู คอ จมูก	3	คน
กอง ตา	4	คน
กองกระดูกและข้อ	28	คน

การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดชายทั้งหมดทั้ง 6 แผนก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการทำการศึกษาและประมวลเอกสารไว้ดังนี้

1. บริบทของกองวิสัญญีและห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
3. แนวคิดพื้นฐานในการวิจัย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทของกองวิสัญญีและห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2475 พ.ต.หลวงธรรไมทธิวิเศษ นายแพทย์ประจำกองทหารวังปารุสก์วันพิจารณาเห็นว่า ถ้าหากได้จัดให้มีสถานพยาบาลเป็นแหล่งกลางของกองทัพบกขึ้นสักแห่งทำนองของ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยซึ่งขอขีมนายทหารกองทัพบกไปใช้ปฏิบัติงานจึงได้นำความเรื่องนี้ ปรึกษากับ พ.อ.พระยาทรงสุรเดช ท่านเห็นด้วยในหลังการท่านเห็นเห็นด้วยในหลังการและยินดีที่จะสนับสนุนสถานที่และมีที่อยู่ในข่ายพิจารณา 3 แห่ง คือ

1. โสเท็ลพญาไท
2. วังบางขุนพรหม
3. กรมแผนที่ทหารบก

เมื่อได้พิจารณากันแล้วในที่สุดเห็นว่าโสเท็ลพญาไท เหมาะกว่าที่อื่น พ.ต.หลวงธรรไมทธิวิเศษจึงได้เรียน พ.อ.พระยาทรงสุรเดช ให้ขอโสเท็ลพญาไท เป็นที่ตั้งโรงพยาบาลต่อไป ต่อมา พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 7) ก็ได้ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า โปรด

กรม่อมพระราชทานวังพญาไทนี้เป็นสถานพยาบาลของทหารและทรงสำนัก ทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ได้ทำสัญญาโอนที่ดินซึ่งมีเนื้อที่ 63 ไร่ 3 งาน 54 ตารางวาให้แก่กระทรวงกลาโหม เมื่อวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2483 ฉะนั้นทางราชการจึงได้จัดรวมกองเสนารักษ์ที่ 1 (ปากคลองหลอด) และกองเสนารักษ์ที่ 2 (บางซื่อ) มาตั้ง ณ พระราชวังแห่งนี้แล้วให้ชื่อใหม่ว่า กองเสนารักษ์จังหวัดทหารบกกรุงเทพฯ มี พ.ท.หลวงวิเศษ การเป็นผู้บังคับกองและได้กระทำพิธีเปิดสถานพยาบาลแห่งนี้เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ.2475 โดยมี พ.อ.พระยาพระหลพลพยุหเสนา พ.อ.พระยาทรงสุรเดชและนายทหารชั้นผู้ใหญ่อีกหลายท่านได้มาร่วมในพิธีนี้การดำเนินการเพื่อให้การรักษาพยาบาลของสถานที่แห่งนี้ได้เจริญก้าวหน้าไปตามลำดับทางกองทัพบกจึงได้โอนนายแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถอันดีเยี่ยมจากคณะแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คือ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งขณะนั้นขึ้นอยู่กับกระทรวงธรรมการจำนวน 3 นาย คือ

1. รองอำมาตย์เอก หลวงวาทีวิทยวัฒน์ มาบรรจุในแผนกอายุกรรม
2. รองอำมาตย์ตรี สงวน โรจนวงศ์ มาบรรจุแผนกศัลยกรรม
3. รองอำมาตย์ตรี บุญเจือ ปุณ โสณี มาบรรจุในแผนกสูตินารีเวชกรรม

ตั้งแต่นั้นมากิจการก็ดำเนินมาด้วยดีในตอนปลายปี พ.ศ. 2476 ทางราชการได้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการจัดจำหน่ายทหารให้เหมาะสมยิ่งขึ้นเพื่อสอดคล้องกับแผนการจัดจำหน่ายทหารขณะนั้นกองเสนารักษ์จังหวัดทหารบกกรุงเทพฯ ได้เปลี่ยนนามว่า กองเสนารักษ์มณฑลทหารบกที่ 1 ลำดับและใช้ชื่อนี้มาตลอดเวลาสงครามเอเชียบูรพาและในระหว่างสงครามทางราชการทหารจำเป็นต้องระงับการช่วยเหลือประชาชนเสียชั่วคราวทั้งนี้เนื่องจากต้องจัดขยายสถานที่ไว้สำหรับรักษาพยาบาลโดยเฉพาะต่อมาเมื่อสงครามโลกครั้งที่ 2 ยุติลงเมื่อ พ.ศ.2488 กองทัพบกได้พิจารณาเห็นความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงสมรรถภาพของทหารให้ดียิ่งขึ้นรวมทั้งในด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเจ็บ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการ คือ แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ เทคนิคอื่นๆ ตลอดการวิจัยในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้ก้าวหน้าทัดเทียมอารยประเทศ ดังนี้ ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2489 กองเสนาเสนามณฑลทหารบกที่ 1 จึงแปรสภาพเป็นโรงพยาบาลทหารบกและโอนการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อกรมการแพทย์สุขภาพบาล (กรมทหารบกในปัจจุบัน) โดยได้เปิดทำการรักษาพยาบาลประชาชนทั่วไปเช่นเดิมและใช้โรงพยาบาลทหารบก ในเวลาเดียวกันก็ใช้เป็นแหล่งศึกษาสำหรับแพทย์ตลอดจนเจ้าหน้าที่เทคนิคอื่นๆ ด้วยในสมัย พล.ต.ถนอม อุปลัมภานนท์ เป็นนายแพทย์ใหญ่ทหารบกได้ดำริเห็นสมควรที่จะอันเชิญอันเชิญ

พระปรมาภิไธยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวมาขนานนามโรงพยาบาลเพื่อเป็นการ เกลิมพระเกียรติและอนุสรณ์รำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณของพระองค์ท่าน

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิถึงระดับตติยภูมิขั้นสูงในสังกัดกองทัพบกมีหน้าที่ในการให้การรักษาพยาบาลแก่ทหาร ข้าราชการ ลูกจ้าง คนงาน ครอบครัว และประชาชนพลเรือนทั่วไป มีผู้เข้ารับบริการประมาณวันละ 2,000 ราย นอกจากนั้นยังมีหน้าที่ฝึกรวมบุคลากรต่างๆเช่น แพทย์ประจำบ้านสาขาต่างๆ นักเรียนแพทย์ทหาร นักเรียนพยาบาล นักเรียนนายสิบเหล่าแพทย์ นายสิบนักเรียนหลักสูตรต่างๆ ในปัจจุบันมีเตียงคนไข้ซึ่งสามารถให้บริการได้ 1,200 เตียง และขยายได้ถึง 1,600 เตียง (งานเวชระเบียนและสถิติ รพ.ร. 6, 2553)

ประวัติความเป็นมา และเอกลักษณ์ของหน่วยงาน

สาขาวิสัญญีวิทยาเป็นส่วนหนึ่งของภาควิชาศัลยศาสตร์ได้จัดแยกหลักสูตรสาขาวิชานี้ทำการสอนให้แก่นักเรียนแพทย์ทหารตั้งแต่เริ่มการก่อตั้งวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 โดยมีคณาจารย์รุ่นแรกที่สามารถศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกา อาทิ เช่น พลโทปราโมทย์ วงศ์วิเศษ พันเอกหญิงจินดา ยงใจยุทธ พันเอกหญิงถนอมศรีพานิชยานนท์ เป็นอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และพลตรีอำนาจ ธีระขุนหะร่วมกับพันเอกหญิงกัลยาณี กัลยาณกุลเป็นผู้จัดหลักสูตรและตารางการเรียนการสอนในยุคเริ่มแรกในช่วงเริ่มต้นวิชาวิสัญญีวิทยาได้จัดสอนแก่นักเรียนแพทย์ทหารชั้นปีที่ 4 เรื่อยมาจนกระทั่งปีการศึกษา 2529 จึงได้ปรับหลักสูตรมาจัดการเรียนการสอนให้แก่นักเรียนแพทย์ทหารชั้นปีที่ 5 และปรับปรุงหลักสูตรแผนการสอนมาสอนแก่นักเรียนแพทย์ทหารชั้นปีที่ 6 ในช่วงปีการศึกษา 2537 เป็นต้นมา ปัจจุบันในปีการศึกษา 2545 ได้มีการประชุมร่วม เพื่อปฏิรูปหลักสูตรในลักษณะการบูรณาการ จึงได้ปรับการเรียนการสอนใหม่ โดยจัดหลักสูตรการสอนให้แก่เรียนแพทย์ทหาร ชั้นปีที่ 5 ตั้งแต่ปีการศึกษา 2545 เป็นต้นไป ในระหว่างปีการศึกษา 2545 นี้มีการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบทางการจัดหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนอย่างรุนแรงโดยจำนวนคณาจารย์ได้ลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นจากผลกระทบด้านการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติก่อให้เกิดแรงดึงดูดจากภายนอก มีความต้องการวิสัญญีแพทย์ประจำโรงพยาบาลตลอดเวลาเป็นจำนวนมาก ประกอบกับคำตอบแทนที่แตกต่างกันมากทำให้คณาจารย์ของสาขาวิชาวิสัญญีลาออกจำนวนมากในเวลาไล่เลี่ยกันส่งผลกระทบต่อการบริหารงานในช่วงเวลาที่ต้องปรับหลักสูตรให้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมากจึงต้องมีการจัด

สถานที่ปฏิบัติงานแก่นักเรียนแพทย์ทหารภายนอกกองวิสัญญีฯ ของรพ.ร.6 เพื่อเป็นการ
แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเป็นการชั่วคราวนอกจากนั้นปัญหาด้านกำลังพลยังมีผลกระทบต่อ
พัฒนางานด้านอื่นๆ ด้วยรวมทั้งการดำเนินงานของการประกันคุณภาพการศึกษาอย่างไรก็ดี ใน
ปีการศึกษา 2546 ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้าได้แต่งตั้งให้รองผู้อำนวยการกองวิสัญญีและห้องผ่าตัดปฏิบัติหน้าที่อาจารย์
หัวหน้าภาควิชาวิสัญญีวิทยาอีกตำแหน่งหนึ่งดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการ
บริหารขึ้น รวมทั้งการดำเนินการด้านการประกันคุณภาพการศึกษา

ในปัจจุบันนี้นอกจากงานด้านการศึกษาแล้วกองวิสัญญีและห้องผ่าตัด โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า (ภาควิชาวิสัญญีวิทยา) วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้ายังมีหน้าที่หลักใน
การให้บริการรักษาพยาบาลด้านการบริการวิสัญญีและห้องผ่าตัดซึ่งประกอบด้วยบุคลากร
ทางการแพทย์หลักดังต่อไปนี้คือ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัดซึ่ง
ให้บริการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดหรือการทำหัตถการรวมทั้งจัดการด้านห้องผ่าตัด

โดยสรุป ภารกิจของหน่วยงาน มีดังต่อไปนี้

1. การให้บริการวิสัญญีและห้องผ่าตัด
2. การเรียนการสอนหลักสูตรต่างๆ ได้แก่ นักเรียนแพทย์ทหาร วิทยาลัยแพทยศาสตร์
พระมงกุฎเกล้า , นักเรียนพยาบาลวิสัญญีหลักสูตร 1 ปี และหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน
3. ภารกิจพิเศษตามที่ได้รับมอบหมาย โดยเฉพาะการสนับสนุนหน่วยศัลยกรรม
สนาม ในการปฏิบัติการรักษาความมั่นคงและป้องกันประเทศ

วิสัยทัศน์

เป็นสถาบันทางการแพทย์ เพื่อทหารและประชาชนที่มีคุณภาพระดับนานาชาติ

พันธกิจ

ให้การฝึกศึกษาและวิจัยทางการแพทย์ที่มีคุณภาพระดับนานาชาติ และตอบสนองต่อภารกิจของกองทัพบกอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมธำรงไว้ซึ่งความเป็นไทย

หน้าที่

1. ให้บริการระงับความรู้สึกเพื่อวินิจฉัยและผ่าตัดแก่หน่วยรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล
2. จัดบริการห้องผ่าตัดแก่หน่วยรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล
3. ค้นคว้าวิจัยและพัฒนาทางวิสัญญีวิทยา และเทคนิคห้องผ่าตัด
4. ให้การศึกษอบรมวิสัญญีวิทยา และเทคนิคห้องผ่าตัดแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
5. บันทึกและรายงานสถิติผลงานตามหน้าที่

สถานที่ตั้ง

ชั้น 8-9 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี

ประวัติของบุหรี

องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงในประสงค์, 2529) ให้นิยามคำว่า “ยาเสพติด” คือ ยาหรือสารเคมีที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้วทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพ ซึ่งก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมของร่างกายและจิตใจของผู้เสพ และก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมด้วย บุหรีจึงเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ซึ่งทำจากใบยาสูบโดยการนำมาอบหรือบ่ม และเรียกกันว่า “บุหรี” ซึ่งเป็นภาษาของชาวชวา ส่วนคำไทยแท้ดั้งเดิมคือ “ยาสูบ” แต่ถ้านำใบยาสูบมาฉีกเป็นชิ้น ๆ ไม้หั่นฝอยแล้วม้วนซ้อนกันเป็นท่อนโตๆ หุ้มด้วยใบยา เรียกว่า “ซิการ์” แต่ถ้านำใบยาสูบที่เป็นชิ้นเล็กๆ มาอัดใส่กล่องที่ทำด้วยไม้ท่อนไฟและจุดไฟสูบ เรียกว่า “ไปป์” (ยูริชเจียร์ อ้างถึงในกุลวรรณ, 2540)

มนุษย์เริ่มรู้จักและใช้ยาสูบมาเป็นเวลานานแล้วจนไม่สามารถหาจุดเริ่มต้นที่แน่นอนได้ ประวัติศาสตร์บันทึกว่าได้แพร่จากอเมริกาไปสู่ยุโรปตั้งแต่สมัยคิงเจมส์ที่ 1 ของอังกฤษในครั้งแรกของศตวรรษที่ 17 โดยสเปนเป็นชนชาติแรกที่นำใบยาสูบมาผลิตเป็นซิการ์ และชาวแอฟริกาจากอเมริกากลางและอเมริกาได้นำมาเผยแพร่(ธีระ, 2537) สำหรับประเทศไทยการสูบบุหรี่เริ่มมีเมื่อใดไม่เป็นที่ทราบแน่นอน สมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ (อ้างถึงในกุลวรรณ, 2540) ทรงสันนิษฐานว่าอาจเป็นในสมัยกรุงศรีอยุธยาโดยชาวเปอร์เซียนำเข้ามา และแพร่หลายมากขึ้น จนกระทั่งปัจจุบันนี้การสูบบุหรี่เป็นที่นิยมกันทั่วโลก ทำให้มีการก่อตั้งโรงงานยาสูบขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2443 โดยชาวต่างชาติจนกระทั่งปี พ.ศ. 2484 รัฐบาลสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรีได้โอนอุตสาหกรรมยาสูบมาดำเนินการเองในระบบรัฐวิสาหกิจ จากนั้นเป็นต้นมาทำให้โรงงานยาสูบเจริญก้าวหน้าสามารถทำรายได้อย่างมากให้กับประเทศ

บุหรี่ยาสูบและอันตรายจากบุหรี่ยาสูบ

บุหรี่ยาสูบเป็นสิ่งที่ทำจากใบยาสูบซึ่งมีการนำมาประดิษฐ์และปรุงแต่งเป็นรูปแบบพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายของบุหรี่ยาสูบไว้ว่า “บุหรี่ยาสูบ หมายถึง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงแต่งตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ” บุหรี่ยาสูบ มีสารประกอบต่างๆอยู่มากกว่า 4,000 ชนิด สารบางชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย บางชนิดเกิดพิษ บางชนิดทำให้เซลล์ผิดปกติ บางชนิดเป็นตัวก่อให้เกิดมะเร็ง บางชนิดเป็นสารต่อต้านภูมิคุ้มกัน (อุไรวัฒน์, 2530)

สารที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายซึ่งเป็นสารที่ประกอบอยู่ในบุหรี่ยาสูบและควันบุหรี่ยาสูบ ได้แก่ (ประกิต, 2538)

1. นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่พบตามธรรมชาติในใบยาสูบเท่านั้นและเป็นสารสำคัญที่ทำให้คนติดบุหรี่ยาสูบ สารนี้ในระยะแรกจะออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง แต่ในระยะต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาทร้อยละ 95 ของสารนิโคตินจะไปจับที่ปอด บางส่วนจับที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก บางส่วนจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด และมีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งของสาร Epinephrine ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแดงที่แขนและขาหดตัว และเพิ่มไขมันในเส้นเลือด สารนิโคตินจะผ่านปอดเข้าสู่กระแสเลือดและถูกส่งไปยังสมองภายในเวลาเพียง 6 วินาทีทำให้ผู้สูบบุหรี่ยาสูบเกิดการเปลี่ยนแปลง

ทางสรีรวิทยาในร่างกาย โดยทำให้สมองแจ่มใส และระบบมอเตอร์ทำงานดีขึ้น เมื่อใดที่ระดับนิโคตินในเลือดต่ำลงผู้สูบบุหรี่จะมีอาการอยากสูบบุหรี่ทันทีหลังจากสูบบุหรี่ได้ระยะหนึ่ง ระบบประสาทส่วนกลางที่รับความรู้สึก (Receptor) จะคือแล้วปรับตัวจนต้องมีนิโคตินจำนวนสูงขึ้นมา กระตุ้นผู้เสพจึงมีความต้องการนิโคตินเพิ่มขึ้น แต่อาการคือยานี้จะค่อยๆหมดไปได้หลังจากเลิกสูบบุหรี่นอกจากนี้สารนิโคตินในบุหรี่ยี่มวนแรกของแต่ละวัน จะกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ทำให้ลดความอยากอาหารและทำให้การย่อยอาหารช้าลง บุหรี่ 1 มวนจะมีสารนิโคตินประมาณ 15-20 มิลลิกรัม แต่จะให้สารนิโคตินออกมาในควันบุหรี่ประมาณ 0.6-1.6 มิลลิกรัม/มวน ซึ่งค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้เพียง 1 มิลลิกรัม/มวน และพบว่าผู้ใหญ่ที่ได้รับสารนิโคติน 60 มิลลิกรัมในครั้งเดียวสามารถทำให้ผู้นั้นเสียชีวิตได้ทันทีจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจหยุดทำงาน

2. ทาร์ (Tar) หรือน้ำมันดินเป็นน้ำมันที่เกิดจากการเผาไหม้ของยาเส้นในบุหรี่ มีลักษณะเป็นของเหลว เหนียว สีน้ำตาลเข้มคล้ายน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารหลายชนิดเกาะติดกันเป็นสีน้ำตาลซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดมะเร็ง เช่น มะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะอาหาร กระเพาะปัสสาวะ และอื่นๆ ร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอด ทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก คอ หลอดลม และปอด ซึ่งเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง มีเสมหะ หอบเหนื่อยง่าย และเกิดโรคถุงลมโป่งพอง ปริมาณทาร์ที่มาตรฐานสากลกำหนดไว้คือ 15 มิลลิกรัม/มวน แต่บุหรี่ในประเทศไทยมีปริมาณทาร์อยู่ระหว่าง 25-34 มิลลิกรัม/มวน

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide) เป็นก๊าซที่เกิดจากเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ เป็นก๊าซที่แย่งจับกับเม็ดเลือดแดงโดยแทนที่ออกซิเจนทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆไม่เพียงพอ ทำให้มีอาการมึนงง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หมดกำลั้ง ถ้าหัวใจและสมองขาดออกซิเจนจะทำให้หน้ามืดเป็นลมหมดสติหรือเสียชีวิตได้ ถ้ามีก๊าซนี้ในเลือดสูงถึงร้อยละ 30 ก็จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย และถ้าสูงถึงร้อยละ 60 ทำให้เสียชีวิตได้ คาร์บอนมอนอกไซด์ยังทำให้ไขมันพอกพูนตามผนังเส้นเลือดมากขึ้น ทำให้เส้นเลือดตีบได้

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen Cyanide) เป็นก๊าซพิษที่สามารถทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น ทำให้ร่างกายหมดความต้านทานธรรมชาติ สิ่งสกปรกจะเกาะติดตามหลอดลม ทำให้หลอดลมอักเสบเป็นแผลเรื้อรัง มีอาการไอเรื้อรัง และมีเสมหะเป็นประจำ

5. แอมโมเนีย (Ammonia) เป็นสารที่มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้เสปตา จมูก มีอาการไอ เสมหะมาก ก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบ

6. สารกัมมันตภาพรังสี คือสารโพโลเนียม 210 ที่มีรังสีแอลฟาจึงเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปอดและควันบุหรี่ยังเป็นพาหะที่ร้ายแรงที่นำสารกัมมันตรังสีนี้ไปสู่คนที่อยู่รอบข้างที่ไม่ได้สูบบุหรี่ให้หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วย

7. ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ถุงลมเล็กๆหลายอันแตกรวมกันกลายเป็นถุงลมใหญ่ และมีจำนวนน้อยลง เกิดเป็นโรคถุงลมโป่งพอง ส่วนถุงลมที่พองออกคล้ายลูกโป่งจะกดเนื้อปอดส่วนดี ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง

8. ไซยาไนด์ หรือยาเบื่อหนู

9. อะเซทิลดีไฮด์ เป็นสารปรุ้งแต่งที่ช่วยเสริมการทำงานร่วมกับนิโคตินทำให้เกิดการเสพติดมากขึ้น

10. สารระคายเคืองต่างๆ เช่น ปรอท ฟอรั่มัลดีไฮด์ ฯลฯ

ปัจจุบันบุหรี่ยังมีสารประกอบอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น สารเพิ่มความหวานและรสชาติเพื่อกลบรสชาติกระด้างของควันบุหรี่ เพื่อสร้างความพอใจในรสชาติแก่ผู้ที่เพิ่งเริ่มสูบบุหรี่เป็นครั้งแรก นอกจากนี้ยังมีเมนทอลและสารปรุ้งแต่งอื่นๆ ที่ถูกนำมาใช้เพื่อทำให้ลำคอของผู้สูบบุหรี่ไม่รู้สึก

ระคายเคืองจากควันบุหรี่ แสดงให้เห็นว่าบริษัทบุหรี่ได้ใช้สารปรุงแต่งมากมาย โดยไม่ได้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูบบุหรี่ นอกจากนี้บริษัทบุหรี่ยังผลิตบุหรี่เป็น 2 ชนิด คือ ชนิดธรรมดา และ ชนิดกั้นกรอง ไม่ว่าจะป็นชนิดใดก็ตามไม่สามารถทำให้ผู้สูบบุหรี่ปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากสารพิษต่างๆในบุหรี่ได้

โทษของการสูบบุหรี่

องค์การอนามัยโลก (2523 อ้างถึงในประภิต, 2538) ได้จัดให้เป็นปีแห่งการรณรงค์เพื่อต่อต้านการสูบบุหรี่ และได้สรุปถึงโทษของการสูบบุหรี่ ดังนี้

ข้อมูลทางสถิติที่ชี้ให้เห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคที่นำไปสู่การเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรวมทั้ง โรคมะเร็งต่างๆของร่างกาย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2543) มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 4 ล้านคน หรือวันละ 11,000 คน และคาดการณ์ว่าอีก ประมาณ 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน หรือนาทีละ 20 คน จากสถิติการตายพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีการตายมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 30-80 และจากการศึกษาวิจัย พบว่า การสูบบุหรี่จะมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ดังนี้

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตรายทั้ง ผู้สูบบุหรี่โดยตรง และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่มีดังนี้

1. โรคมะเร็ง การสูบบุหรี่ ก่อให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้หลายส่วน แต่ไม่ว่าจะเป็นอวัยวะส่วนใดก็ตาม ผู้ป่วยจะได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งสิ้น เนื่องจากไม่มียาหรือวิธีการใดๆที่จะรักษาให้โรคหายขาดได้ ร่างกายจะทรุดโทรมลงเรื่อยๆ ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง และทำให้เสียชีวิตในที่สุด

2. โรคหัวใจ การสูบบุหรี่มีอันตรายต่อหัวใจ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษที่ทำให้เกล็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น เลือดจึงข้นและมีการแข็งตัว ซึ่งสภาวะที่เกิดขึ้นนี้ จะทำให้เลือดจับตัวเป็นก้อน และเมื่อก่อนนี้ไปเกาะที่หลอดเลือดแดงบริเวณหัวใจจะทำให้เป็นอันตรายต่อหัวใจ คือเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3. โรคหลอดเลือด เนื่องจากสารพิษในบุหรี่จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น และเมื่อไขมันไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือด จะทำให้หลอดเลือดตีบ ซึ่งเกิดได้กับหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้เกิดอันตราย คือสมองขาดเลือด เส้นเลือดในสมองแตก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบปลายนิ้วมือและนิ้วเท้าขาดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อนิ้วมือและนิ้วเท้าตาย จนอาจต้องตัดทิ้ง

4. โรคระบบทางเดินหายใจ ในควันบุหรี่มีสารประกอบที่เป็นพิษต่อร่างกาย ทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่ออวัยวะทางเดินหายใจ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีการติดเชื้อของอวัยวะระบบทางเดินหายใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคการอุดกั้นของทางเดินหายใจเรื้อรัง มีอาการกำเริบของโรคหอบหืด และวัณโรค

5. โรคระบบทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคแผลในลำไส้เล็ก และมีอาการกำเริบของระบบทางเดินอาหาร เช่น แผลลึกขึ้น และตกเลือดในกระเพาะอาหาร

6. โรคฟันและเหงือก สารพิษในควันบุหรี่จะไปเกาะจับติดกับตัวฟัน เหงือก และเยื่อในช่องปาก ทำให้เกิดโรคฟันต่างๆ จนอาจต้องสูญเสียฟัน เกิดโรคมะเร็งเหงือก และโรคเยื่อในช่องปากอักเสบ

7. ผลต่อการตั้งครรภ์ อันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ มีอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ คืออาจทำให้เกิดการแท้ง คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกตายขณะคลอด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอด และมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้

8. ผลต่อระบบสืบพันธุ์ การสูบบุหรี่มีผลให้สมรรถภาพทางเพศลดลง เนื่องจากเกิดการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศ

ส่วนอันตรายจากบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่หรือที่เรียกว่า การสูบบุหรี่ทางอ้อม(Passive Smoking) เนื่องจากควันบุหรี่ ในบรรยากาศจะเกิดจากควัน 2 กระแสคือ

1. สายควันหลัก (Mainstream Smoke) เป็นควันที่เกิดจากผู้สูบบุหรี่เป่าหรือพ่นออกมา
2. ควันสายข้างเคียง หรือควันหลง (Sidestream Smoke) เป็นควันที่เกิดจากปลายบุหรี่ที่เผาไหม้ขณะที่ผู้สูบบุหรี่ถือหรือวางบุหรี่ โดยไม่ได้สูบควันสายข้างเคียงนี้มีสารพิษสูงกว่าสายควันหลัก ดังนั้น การได้รับควันบุหรี่ไม่ว่าจากควันสายหลัก หรือสายข้างเคียงโดยที่มิได้สูบบุหรี่เองก็มีอันตรายเหมือนกับการสูบบุหรี่โดยตรง กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ ดังนี้

2.1 ผลต่อเด็ก การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เด็กเล็กและทารกมีโอกาสเป็นโรคหอบหืดอักเสบ และปอดอักเสบ ในขณะที่เด็กโตจะเกิดโรคของหูชั้นกลาง มีอาการ หอบหืด มีเสมหะมากขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรกระบบทางเดินหายใจอื่นๆอีกด้วย

2.2 ผลต่อหญิงมีครรภ์ หญิงมีครรภ์ถึงแม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่โดยเฉพาะในระยะ 6 เดือนก่อนคลอด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้ง ทารกตายก่อนคลอด การคลอดก่อนกำหนด ทารกตายแรกคลอด และทารกน้ำหนักตัวน้อย นอกจากนี้ยังมีผลทำให้การสร้างน้ำนมของแม่น้อยลงด้วย

2.3 ผลต่อบุคคลทั่วไป ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ ซึ่งอาจจะเป็นควันสายหลักหรือควันสายข้างเคียง จะทำให้ถูกรบกวนจากกลิ่น ควัน และสารพิษในควันบุหรี่ ก่อให้เกิดความรำคาญ หงุดหงิด มีความเครียด และเกิดการระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก คัดจมูก ไอจาม ปวดศีรษะ มีอาการกำเริบของหอบหืด ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบระยะสั้นที่เกิดขึ้นในขณะที่

ได้รับควันบุหรี่ แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาว และเป็นอันตรายต่อสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่โดยตรง คือมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว

สาเหตุของการสูบบุหรี่

สาเหตุของการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ยุวลักษณะ (2541) ได้วิเคราะห์ประเด็นของการสูบบุหรี่ว่า อาจเป็นปัจจัยเดียว หรือหลาย ๆ ปัจจัยก็ได้ ที่เกิดในคนคนนั้น แล้วส่งผลให้คนนั้นสูบบุหรี่ซึ่งปัจจัยต่างๆ มีดังนี้

1. การเอาแบบอย่างตามกลุ่มเพื่อน ในเด็กนักเรียน โดยเฉพาะวัยรุ่น มักจะใช้กลุ่มอ้างอิง (Reference Group) เสมอ ในแง่ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ทั้งนี้เพราะบุคคลต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและต้องการการยอมรับจากกลุ่ม ดังนั้นเมื่อกลุ่มอ้างอิงสูบบุหรี่บุคคลในกลุ่มนั้นย่อมมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ตามด้วย
2. การอยากทดลอง นักเรียนวัยรุ่นกำลังกระตือรือร้นที่อยากรู้ อยากลอง อยากมีประสบการณ์ต่างๆ ดังนั้นการสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่เขาอยากทดลองสูบบุหรี่ ซึ่งจะมีผลต่อการสูบบุหรี่ครั้งต่อไป
3. การเอาแบบอย่างตามบุคคลอื่น ในสังคมทุกสังคมจะมีบุคคลแทบทุกประเภทสูบบุหรี่ ตั้งแต่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ คารา และผู้นำกลุ่มต่างๆ ซึ่งจะเป็นเป็นแบบอย่างให้บุคคลเกิดการเลียนแบบโดยการสูบบุหรี่ตามบุคคลเหล่านั้น
4. กิจกรรมสังคม เมื่อมีการรวมกลุ่มทางสังคม นอกจากจะมีกิจกรรมต่างๆ แล้วการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่มักจะตามมาเสมอ จึงทำให้บุหรี่ยิ่งมีไว้สำหรับการต้อนรับแขกในงานสังคมต่างๆ ผู้ที่เข้าร่วมในกิจกรรมสังคมนั้นๆ เกิดความรู้สึกว่าจำเป็นต้องดื่มและสูบบุหรี่เพื่อเข้าสังคม

5. ธรรมเนียม ในสังคมไทยบางแห่งจะใช้บุหรี่เป็นสิ่งสำคัญต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมหรือนำไปเป็นของฝากแก่บุคคลที่เคารพนับถือ เพื่อเป็นการแสดงถึงน้ำใจไมตรีต่อกันทำให้ต้องมีการสูบบุหรี่เพื่อผูกมิตรหรือรักษาน้ำใจของผู้ที่นำมามอบให้

6. ความต้องการหลีกเลี่ยงการต่อว่าหรือตำหนิตีติชน เด็กนักเรียนวัยรุ่นมักมีค่านิยมในการแสดงความเป็นชาย หรือแสดงความเป็นผู้ใหญ่ให้สังคมได้รู้จักโดยการสูบบุหรี่ ถ้าสูบบุหรี่ไม่เป็นก็จะถูกต่อว่าหรือตำหนิ ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกต่อว่า หรือตำหนิก็ต้องหัดสูบบุหรี่ให้เป็น

7. กลไกของการปรับตัว บุคคลเป็นจำนวนมากใช้การสูบบุหรี่เป็นทางออกของการผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ เมื่อเกิดความกดดัน มีปัญหาที่หันไปสูบบุหรี่ โดยหวังว่าการสูบบุหรี่จะช่วยระงับอาการเหล่านั้น

8. การมีบุหรี่จำหน่ายโดยทั่วไปและการโฆษณาทางสื่อมวลชน เพราะความสะดวกในการหาซื้อบุหรี่ได้ง่าย ซึ่งมีจำหน่ายอยู่ทั่วทุกหนทุกแห่ง จึงมีส่วนทำให้สูบบุหรี่มีเพิ่มมากขึ้น ถ้าการจำหน่ายบุหรี่มีเฉพาะที่และหาซื้อได้ยากแล้ว การสูบบุหรี่ก็คงจะลดลงไปเป็นจำนวนมาก ประกอบด้วยการโฆษณาทางสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุ โทรทัศน์ ล้วนมีผลทำให้คนสูบบุหรี่

ผลดีของการเลิกบุหรี่

มินตรา (2538) ได้กล่าวถึงผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ไว้ดังนี้

1. ด้านสุขภาพ ผลดีของการงดสูบบุหรี่จะส่งผลให้โดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูบเองและลดโอกาสที่จะเป็นโรครันเกิดจากการได้รับควันบุหรี่ของผู้ไม่ได้สูบบุหรี่

1.1 ผู้เลิกบุหรี่มีชีวิตยืนยาวกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ประโยชน์ที่ได้รับจะยังคงอยู่ แม้ในคนที่เลิก สูบบุหรี่เมื่ออายุมากแล้ว ผู้ที่เลิกบุหรี่ก่อนอายุ 50 ปี จะลดความเสี่ยงที่จะตายภายใน

15 ปี ลงได้ครั้งหนึ่ง เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่ในทุกอายุ ลดความเสี่ยงของการตายก่อนวัยอันควร ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีสุขภาพดีกว่าผู้สูบบุหรี่ ซึ่งวัดได้หลายวิธี เช่น จำนวนวันที่ป่วยและจำนวนครั้งที่ป่วย

1.2 การเลิกสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงของมะเร็งปอดหลังเลิกสูบบุหรี่ได้ 10 ปี ความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปอดเท่ากับร้อยละ 30-50 ของความเสี่ยงของผู้ที่สูบบุหรี่ หากระยะเวลาที่เลิกนานขึ้น ความเสี่ยงจะลดน้อยลงตามลำดับ

1.3 การเลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงการเป็นมะเร็งในช่องปาก และหลอดอาหารลงไปครึ่งหนึ่งภายหลังจากได้หยุดสูบบุหรี่ลงแล้ว 5 ปี เมื่อเลิกสูบบุหรี่นานความเสี่ยงก็จะลดลงตามลำดับ การเลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งตับอ่อน แม้ว่าความเสี่ยงที่ลดลงไปนี้วัดได้ภายหลังจากหยุดสูบบุหรี่ไปแล้ว 10 ปี

1.4 การเลิกสูบบุหรี่ ลดความเสี่ยงของการมะเร็งกระเพาะปัสสาวะลดลงไปร้อยละ 50 หลังจากเลิกสูบบุหรี่เพียง 2-3 ปี การเลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งของปากมดลูกลงไปอย่างมากภายใน 2-3 ปีที่หยุดสูบบุหรี่

1.5 การเลิกสูบบุหรี่ ลดความเสี่ยงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างมากทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ในทุกวัย ภายหลังจากเลิกสูบบุหรี่ได้ 1 ปี ความเสี่ยงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงครึ่งหนึ่ง และต่อไปลดลงอย่างช้าๆ เป็นลำดับ ภายหลังจากเลิกสูบบุหรี่ 5 ปี ความเสี่ยงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ในคนที่เป็โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน การเลิกบุหรี่ทำให้ออกกำลังกายได้มากขึ้นการเลิกสูบบุหรี่ลดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองตันและโรคหลอดเลือดในสมองแตก(ประเภท Subarachnoid hemorrhage)

1.6 การเลิกสูบบุหรี่ ลดอัตราการมีอาการของระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ มีเสมหะ หายใจมีเสียงวี๊ด และการติดเชื้อ เช่น หลอดลมอักเสบ และปอดบวมเป็นต้น การเลิกสูบบุหรี่ทำ

ให้การทำงานของปอดดีขึ้นร้อยละ 5 หลังจากหยุดสูบบุหรี่แล้ว 2-3 เดือน อัตราการตายจากโรคถุงลมปอดโป่งพอง ลดลงภายหลังจากเลิกสูบบุหรี่

1.7 การเลิกสูบบุหรี่ที่มีผลต่อการเจริญพันธุ์ได้มาก หญิงมีครรภ์ที่หยุดสูบบุหรี่สัปดาห์ที่ 30 ของการตั้งครรภ์ จะได้บุตรมีน้ำหนักตัวมากกว่าหญิงที่สูบบุหรี่ตลอดเวลาตั้งครรภ์ การเลิกสูบบุหรี่ภายใน 2-3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ปกป้องมิให้ทารกได้รับผลเสียจากการสูบบุหรี่ของแม่ ต่อน้ำหนักตัวของเด็กแรกเกิด

1.8 การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคแผลในกระเพาะอาหาร และถ้าได้ส่วนต้น ความเสี่ยงจะลดลงเมื่อเลิกสูบบุหรี่ เมื่อเทียบระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่กับผู้ไม่สูบบุหรี่ ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ แผลในกระเพาะอาหารเป็นรุนแรงกว่าหายยากกว่า เมื่อหายแล้วมีโอกาสเป็นใหม่มากกว่า และยาสำหรับรักษาโรคนี้นั้นส่วนใหญ่ใช้ไม่ได้ผลดีในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่

1.9 มีหลักฐานที่แสดงว่า การสูบบุหรี่ทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่นในคนชาติตะวันตก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณรอบๆ ตา และริมฝีปากทำให้แก่ก่อนวัย

1.10 หลังเลิกสูบบุหรี่แล้ว น้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้น เฉลี่ยแล้วน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเพียง 4 ปอนด์ (2.3 กิโลกรัม) หลังเลิกสูบบุหรี่ การเพิ่มน้ำหนักตัวนี้ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพน้อยมาก สาเหตุที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นคือ รับประทานอาหารมากขึ้น และการใช้กำลังงานลดลง

1.11 หลังเลิกสูบบุหรี่ มีผลทางจิตวิทยาและพฤติกรรม ผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้นหลังจากเลิกสูบบุหรี่ คือ อาการวิตกกังวล กระสับกระส่าย ความคับข้องใจ โกรธตั้งสมาธิลำบาก หิว และมีความอยากบุหรี่ อาการเหล่านี้จะหายหมดไปในระยะสั้นๆ เว้นแต่การหิว และมีความอยากบุหรี่ เมื่อเลิกสูบบุหรี่ใหม่ๆ อาจมีความบกพร่องในการปฏิบัติงานง่ายๆ ประเภทที่ต้องการสมาธิอยู่เป็นระยะสั้นๆ เว้นแต่การหิว และมีความอยากบุหรี่ แต่ความจำการเรียนรู้ และการปฏิบัติงานที่มีความ

ยุ่งยากซับซ้อนจะทำได้โดยไม่มีควมบกพร่อง ผู้เลิกสูบบุหรี่ไปแล้ว มีพฤติกรรมเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคมกกว่าผู้ที่สูบบุหรี่อยู่ ดังนั้น สุขภาพจะดีขึ้นจากปัจจัยอื่น ๆ ด้วย

2. ด้านเศรษฐกิจ เป็นผลดีต่อภาวะเศรษฐกิจของตนเอง ทั้งช่วยประหยัดเศรษฐกิจของประเทศชาติ ในการนำมาใช้ในเรื่องความเจ็บป่วย ความพิการ และความตาย สาเหตุมาจากบุหรี่ นอกจากนี้ยังเพิ่มปริมาณและคุณภาพในการทำงาน เนื่องจากลดเวลาที่สูญเปล่า หรือทำงานไม่ได้เต็มที่ ในขณะที่สูบบุหรี่ หรือป่วยจากโรคที่มีสาเหตุมาจากสูบบุหรี่

3. ด้านสังคม การงดสูบบุหรี่ทำให้สังคมไม่ยอมรับการสูบบุหรี่มากขึ้น เพราะทราบถึงอันตรายของบุหรี่เริ่มรังเกียจการสูบบุหรี่ทำให้ลดผู้สูบบุหรี่ลงได้ ทั้งยังเป็นการเคารพสิทธิของผู้อื่น ในการได้รับอากาศบริสุทธิ์ และเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เยาวชนในการเข้าสังคมโดยไม่ต้องสูบบุหรี่

4. ด้านสภาพและสิ่งแวดล้อม การงดสูบบุหรี่ทำให้บ้านเมืองสะอาด เพราะไม่มีเศษก้นบุหรี่ทิ้งไว้ และลดอากาศเป็นพิษอันเนื่องมาจากควันบุหรี่ โดยเฉพาะในสถานที่แออัด ทำให้ผู้อื่นไม่เป็นโรคอันเกิดจากการได้รับควันบุหรี่ทางอ้อมทั้งยังเป็นการป้องกันเพลิงไหม้อันมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ด้วย

สูบบุหรี่มือสอง หรือ Second Hand Smoking

ควันบุหรี่ ที่ผู้สูบบุหรี่มือสอง สูดดมเข้าไป ประกอบด้วย ควันของบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่หายใจออกมา ควันที่เกิดจากการเผาไหม้ของบุหรี่ ประมาณ 70-90% ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในสหรัฐอเมริกา ได้รับควันบุหรี่เข้าไปอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูบบุหรี่ จะสูดควันเข้าไปเพียง 15% เท่านั้น ส่วน 85% ที่เหลือ จะถูกปล่อยให้ลอยออกมาในอากาศ นั่นคือ ถ้าอยู่ในห้องที่มีคนกำลังสูบบุหรี่อยู่ประมาณ 2 ชั่วโมง เราจะสูดควันเข้าไปเท่ากับการสูบบุหรี่ถึง 4 มวน

จากสถิติพบว่า ขณะที่คนสูบบุหรี่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ทุกๆ 8 คน จะมีผู้บริสุทธิ์ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองเสียชีวิต 1 คนและ การสูบบุหรี่มือสอง เป็นสาเหตุลำดับที่ 3 ของการเสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อย (รองมาจากการสูบบุหรี่เอง และการดื่มแอลกอฮอล์) ที่สามารถป้องกันได้ในสหรัฐอเมริกา

ควันบุหรี่ ประกอบด้วย สารเคมีมากกว่า 4000 ชนิด ซึ่งมีสารก่อมะเร็งมากกว่า 40 ชนิด และมีสารพิษมากกว่า 200 ชนิด ผู้สูบบุหรี่มือสอง จะได้รับ น้ำมันทาร์ และนิโคตินมากกว่าผู้สูบ 2 เท่า ได้รับ สารก่อมะเร็ง benzpyrene มากกว่า 3 เท่า ได้รับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์มากกว่า 5 เท่า และได้รับแอมโมเนียสูงถึง 50 เท่า ทั้งนี้รวมถึงควันที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไปป์และซิการ์ด้วยเช่นกัน

การวิจัยทางการแพทย์พบว่าภัยร้ายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งได้แก่ การเกิดมะเร็งปอด การเป็นโรคหัวใจ ภัยรยาที่อยู่ใกล้กับสามีที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจมากกว่าปกติถึง 91% และมีความเสี่ยงจากการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดมากเป็น 2 เท่า และมีความเสี่ยงจากการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดและโรคหัวใจมากกว่าปกติ 20%

การได้รับควันบุหรี่มือสอง จะทำให้หัวใจเต้นเร็ว และทำให้เหนื่อยง่ายกว่าปกติ การได้รับควันอยู่เป็นประจำ จะทำให้ผนังของเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ไปเลี้ยงศีรษะเกิดการอุดตันและถูกทำลาย หากหญิงตั้งครรภ์สูดควันบุหรี่เข้าไป นิโคตินจะสามารถผ่านเข้าไปยังทารกในครรภ์ได้ ซึ่งทำให้เกิด อัตราการแท้งหรือการเสียชีวิตขณะคลอดที่เพิ่มสูงขึ้นเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการที่ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่าปกติประสิทธิภาพปอดของทารกจะลดน้อยกว่าปกติเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเฉียบพลันในทารก เด็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง จะมีผลให้เป็นโรคต่างๆ เช่น หอบหืด หัวใจ หลอดลมอักเสบ ปอดติดเชื้อ และโรคปอดอื่นๆ หูชั้นกลางอักเสบ โพรงอากาศไซนัสอักเสบ ฟันน้ำนมผุ (สมศักดิ์, 2009)

แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานในการวิจัย

จากการตรวจเอกสาร ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ และทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มาเป็นพื้นฐานในการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
2. ทฤษฎี PRECEDE Model
3. ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Theory)
4. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

Bloom (1975 อ้างถึงในธนวรรธน์, 2544) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ พฤติกรรมดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ด้าน

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความสามารถ และทักษะทางด้านสมอง การใช้ความคิดสติปัญญา จำแนกเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (comprehension) เป็นทักษะและความสามารถทางสติปัญญา รู้ว่าผู้อื่นสื่อสารมาอย่างไรและสามารถที่จะนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้รับมามาใช้ให้เป็นประโยชน์

1.3 การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) คือ ความสามารถที่จะนำความเข้าใจจากหลักสูตร กฎเกณฑ์ และวิธีการดำเนินการต่างๆ ของเรื่องนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิมได้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ให้กระจายออกไปในส่วนย่อย และมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนที่ประกอบขึ้นเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและลักษณะที่นำองค์ประกอบหรือส่วนต่างๆ มารวมกันเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งเหล่านั้นขึ้นมา

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาและตัดสินใจ ว่าด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดไว้หรือกำหนดขึ้นเอง

2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้ได้แก่ ทศนคติ ท่าที ความสนใจ ความรู้สึก ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงค่านิยมที่

ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายเพราะเกิดขึ้นภายใต้จิตใจของบุคคลจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษวัดพฤติกรรมเหล่านี้ ขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมด้านจิตพิสัยมีดังต่อไปนี้

2.1 การรับรู้หรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) บุคคลจะถูกกระตุ้นให้ทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างปรากฏอยู่ และบุคคลนั้นจะมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับสิ่งเร้าหรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้านั้น

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากพฤติกรรมการรับรู้หรือการให้ความสนใจ บุคคลจะให้ความสนใจอย่างเต็มที่ มีความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่มากระตุ้น เกิดความยินยอม พอใจ และเต็มใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกผูกมัดนี้ แต่ยังเป็นเพียงความรู้สึกขั้นต้นเท่านั้น ยังยืนยันไม่ได้แน่นอนว่าบุคคลนั้นมีทัศนคติหรือค่านิยมต่อสถานการณ์หรือสิ่งเร้านั้นๆอย่างไร

2.3 การให้ค่า (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลจะกระทำปฏิกิริยาหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับหรือรับรู้สิ่งนั้น เป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเขาหรือแสดงว่าเขามีค่านิยมอย่างใดอย่างหนึ่ง

2.4 การจัดกลุ่ม (Organization) เมื่อบุคคลเกิดค่านิยมต่างๆ ขึ้นแล้ว ค่านิยมที่เกิดขึ้นจะมีหลายชนิดจึงมีความจำเป็นต้องจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization) พฤติกรรมในขั้นนี้อาจแสดงให้เห็นได้โดยบุคคลสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตนเองหรือกติกากฎต่างๆ ในการปฏิบัติตน โดยพิจารณาถึงเหตุผลทางด้านศีลธรรม จรรยา และประชาธิปไตย เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัยหรือพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย พฤติกรรมนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุดที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี แยกเป็น 5 ขั้นตอน คือ

- 3.1 การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลียนแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ
- 3.2 การทำตามแบบ (Manipulation) การลงมือทำตามแบบที่สนใจ
- 3.3 การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง
- 3.4 การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำในสิ่งที่เห็นว่าถูกต้องนั้นอย่างต่อเนื่อง
- 3.5 การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดเป็นทักษะสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

พฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะด้วยกันคือ

1. การกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ
2. การไม่กระทำสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ

ซึ่งพฤติกรรมทั้งสองลักษณะนี้มีสาเหตุมาจากการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ถ้าพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีผลดีต่อสุขภาพก็เรียกว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการหรือพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามถ้าพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีผลเสียต่อสุขภาพก็เรียกว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต้องการ หรือพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

พฤติกรรมเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทุกๆด้าน ทั้งพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดี และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมในการแสวงหาด้านสุขภาพ การรักษา การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ

ทฤษฎี PRECEDE Model

PRECEDE Model หรือ PRECEDE Framework ย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพ โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย Green (1980) ที่มีแนวคิดว่า “พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factors)” ดังนั้นจึงต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการ

ดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจากผลลัพธ์ (Outcome) ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่งคือคุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรม การวิเคราะห์ประกอบ ด้วยขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Social Diagnosis) เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้บริโภค เป็นต้น สิ่งที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ด้านพฤติกรรม (Behavior Diagnosis) จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรม หรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษาจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Educational Diagnosis) ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา โดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งกล่าวได้ว่าปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Educational Experience) ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าว ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ทักษะ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ (Socio-economic Status) อายุ เพศ ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผน โครงการทางสุขศึกษาด้วย

2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วย และสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญคือการทำได้ง่าย (Availability) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่เป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้อย่างขึ้น

3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ และการไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น บุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ผู้บังคับบัญชา แพทย์ เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ เหล่านี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาเพียงอย่างเดียว

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies) เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคใน

การดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้ง 3 ด้านที่ได้กล่าวไปข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานหลากหลายเทคนิค หลากกลวิธีด้านสุขศึกษาเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Administrative Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งทางบวก คือ ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสมบูรณ์ของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กร ดังนั้น ในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใดๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่นๆ จะต้องมีการวิเคราะห์ และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

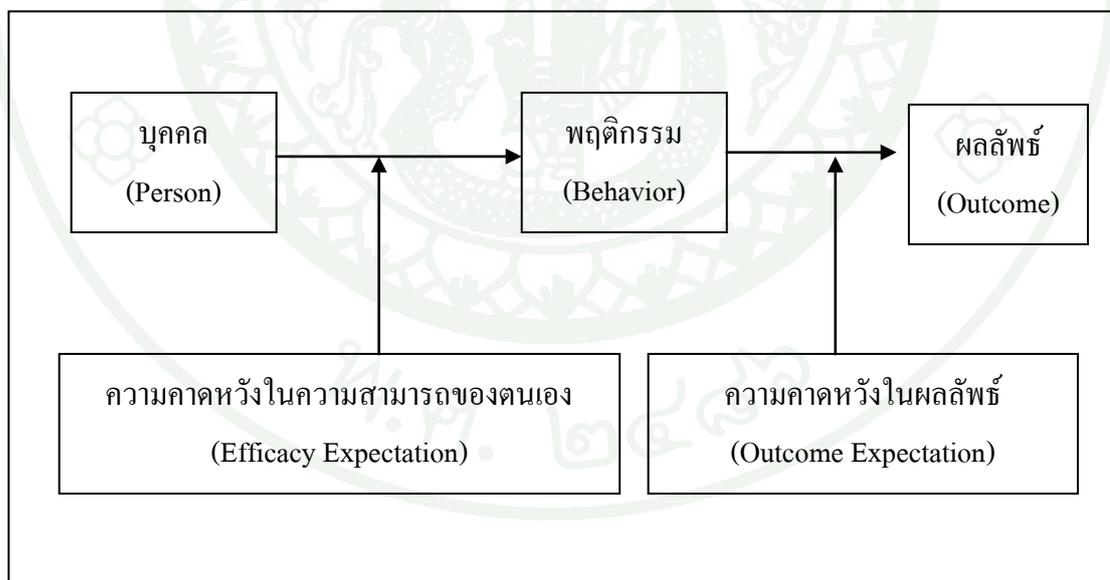
ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Evaluation) ขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนที่ดำเนินการในทุกๆ ขั้นตอน โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจน การประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีผลต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุดคือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

โดยหลักของ PRECEDE Framework การดำเนินการในเรื่องต่างๆ ถ้ามีผลต่อบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมายในลักษณะที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแล้วย่อมจะมีผลต่อพฤติกรรมทั้งสิ้น เพราะเมื่อใดก็ตามที่ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความเหมาะสมสอดคล้องกันทั้งในระดับและทิศทางก็อาจทำให้เกิดพฤติกรรมได้ในที่สุด ดังนั้น ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การสุบหูหรือของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีของ PRECEDE Framework เป็นแนวคิดพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว โดยเลือกเฉพาะบางตัวแปรมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Theory)

Bandura (1977) ได้เสนอทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy Theory) เน้นถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่กระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความสามารถของตนเองและได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ดังนั้นความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy) มีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ จึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าจะต้องทำอะไร (Knowing what to do) กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติจริงๆ (Actually doing it)

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



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับตนเองและความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1977)

จากโครงสร้างของทฤษฎี แสดงให้เห็นส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี คือ

ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectation) Bandura ให้ความหมายของความคาดหวังในความสามารถของตนเองว่า เป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่างๆ ที่กำหนดไว้ได้เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประมาณค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้ทำ

บุคคลจะตัดสินใจว่า จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังหรือเชื่อว่าตนจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น ได้สำเร็จ และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังหรือการประมาณค่าผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมว่ามีคุณค่าเพียงใดเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น ความคาดหวังทั้ง 2 ประการ จึงมีความสัมพันธ์ดังแสดงในภาพที่ 2

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น		
	สูง	ต่ำ
ความคาดหวังเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองสูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
ความคาดหวังเกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน

ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล

ที่มา: Bandura (1977)

จากภาพที่ 2 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง กับความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นได้ว่า บุคคลที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับ

ความสามารถของตนเองสูง จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นเช่นเดียวกัน บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน

ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วย หรือความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่ง เป็นไปในทางตรงกันข้าม บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1977)

ความมั่นใจในการตัดสินใจว่าตนมีความสามารถแค่ไหน เป็นตัวชี้ให้เห็นว่าบุคคลจะพยายามทำงานนั้นมากเพียงใด ถ้าเขาเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถกระทำกิจกรรมให้สำเร็จได้จะเกิดความกลัว และพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยทำให้เกิดความไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าในการทำงาน และทำให้เกิดความเพียรพยายาม ไม่ท้อถอย เมื่อพบอุปสรรคยังมี ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมากจะยิ่งมีความพยายามและกระตือรือร้นในการทำงานมาก การที่บุคคลพยายามทำงานในสถานการณ์ที่บีบบังคับได้สำเร็จ และได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังได้ เป็นแรงเสริมในการรับรู้ความสามารถของตน และทำให้เกิดความกลัวน้อยลง เมื่อประสบเหตุการณ์เช่นเดิม แต่ถ้าบุคคลล้มเลิกการทำงานโดยง่าย จะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง และเกิดความกลัวงานนั้นมากขึ้น

โดยสรุป ทฤษฎีความสามารถของตนเอง มีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเมื่อ บุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังใน ความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง จึงเหมาะสมในการที่จะนำมาประยุกต์ในเรื่องการศึกษาปัจจัยที่มี ผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อันเป็นพื้นฐานในการนำไปสู่การมีสุขภาพดีในอนาคต

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคม คือสิ่งที่ผู้ได้รับการสนับสนุนได้รับจากผู้ให้การสนับสนุนได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาทำให้บุคคล นั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ (บุญเยี่ยม, 2528)

Caplan (1972) ได้เสนอแนวคิดหลัก (Key Concept) ของทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) คือสิ่งที่ “ผู้ได้รับแรงสนับสนุน” ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารรวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

1. หลักของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม มี 4 ประการ คือ

1.1 จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” การสนับสนุน

1.2 ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

1.2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่มี
ความรัก ความหวังดี ในตนอย่างจริงใจ

1.2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเอง
มีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

1.2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ “ผู้รับ” เชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของ
สังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

1.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุ
สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

1.4 จะต้องช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือ การมีสุขภาพดี

2. ประเภทของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม รูปแบบของพฤติกรรมการให้แรง
สนับสนุนทางสังคม มี 4 รูปแบบ คือ

2.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจการยอมรับ นบถือ ความหวังใ การกระตุ้นเตือน เห็นอกเห็นใจ

2.2 การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูล ย้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้อง การให้คำปรึกษา หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่น ผู้ป่วย แสดง ออกมา (Affirmation) เปรียบเทียบพฤติกรรมเดิมตามสิ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นการ ช่วยเหลือทั้งที่เป็น โดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

2.3 การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การดักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

2.4 การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น เงิน เวลา อุปกรณ์ เครื่องมือ

Pender (1987) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิด ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ความรักและนบถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการ ของบุคคลหนึ่ง แต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่นๆ

Pender ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

1) ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุน จากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีวามสำคัญที่สุดต่อผู้ป่วยตั้งแต่เด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอด ค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆในชีวิต อันเป็น เครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย

2) ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support System) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจาก บุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในการค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูง ผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้าย ต่างๆในชีวิต

3) ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious Organization of Denomination) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำ เกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช เป็นต้น

4) ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System) เป็นแหล่งสนับสนุนแรกที่ทำให้การสนับสนุนผู้ป่วย

5) การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized Support System not Directed by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือ เป็นกลุ่มสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์

แรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาสำหรับกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ เป็นบุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะเป็นการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง ประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะและการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ ไม่เพียงพอ หรือแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญจะมีบทบาทสำคัญและมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ การแนะนำและการกระตุ้นให้บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม อันจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป

ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจจะช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้คือการมีสุขภาพอนามัยที่ดี แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิตยา (2535) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ต่อเดือน และประวัติการมีสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่กับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นบุคลากรชายในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวนทั้งสิ้น 162 คน ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ และประวัติการมีสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการและความเชื่อด้านสุขภาพ มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอย พหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ อายุ และประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ สามารถทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่

สมภพ (2538) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนอนามัย จังหวัดราชบุรี โดยประชากรที่ทำการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศชายที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย จังหวัดราชบุรี จำนวน 127 คน ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 75.0 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.0 โดยกลุ่มที่สูบบุหรี่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 50.0 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.0 โดยกลุ่มที่สูบบุหรี่มีความคิดเห็นที่ดีต่อบุหรี่ ร้อยละ 83.3 ค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ทั้งหมด อยู่ในระดับดี ร้อยละ 47.2 โดยกลุ่มที่สูบบุหรี่ มีค่านิยมที่ดีต่อบุหรี่ ร้อยละ 77.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับบุหรี่ และค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนอนามัย จังหวัดราชบุรี

สราวุธ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ-สามเณรอาพาธที่มารับบริการการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 320 รูป แบ่งเป็นกลุ่มที่

สูบบุหรี่ 160 รูป ไม่สูบบุหรี่ 160 รูป ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง สูบบุหรี่ 10-19 มวนต่อวัน ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาบวช ระดับการศึกษาทางโลก และระดับการศึกษาทางธรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรายได้จากการรับจิกนิมนต์ และโรคที่อาพาธในปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งขายบุหรี่ การใช้เวลาว่าง และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนการถวายบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของวัด และการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

วิไลวรรณ และอภิรดี (2549) ศึกษาทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร นักศึกษาแพทย์ และผู้ป่วยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เก็บข้อมูลจากกลุ่มบุคลากรจำนวน 1,417 ราย นักศึกษาแพทย์ 500 ราย และผู้ป่วยนอกและญาติที่มารับบริการรักษาจำนวน 347 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มการศึกษาทุกกลุ่มมีทัศนคติในเรื่องของพิษภัยจากการสูบบุหรี่คล้ายคลึงกัน คือ ร้อยละ 99 เห็นว่าการสูบบุหรี่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และคนรอบข้าง มากกว่าร้อยละ 70 เห็นว่าสังคมมีค่านิยมที่ดีว่าผู้ใหญ่ไม่ควรสูบบุหรี่ ผู้ชายสูบบุหรี่ไม่จัดเป็นพฤติกรรมปกติ ผู้หญิงสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม วัยรุ่นที่สูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง และไม่น่าเลียนแบบ บุคลากรและนักศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ ยังมีผู้สูบบุหรี่ แต่อยู่ในอัตราที่ต่ำ ในกลุ่มบุคลากรมีเพียงร้อยละ 3.1 และกลุ่มนักศึกษา ร้อยละ 0.8 ร้อยละ 66 ของผู้สูบบุหรี่ในทุกกลุ่มเริ่มสูบจากอยากลอง และร้อยละ 61 เริ่มสูบจากเพื่อนชักนำ ผู้ที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ สูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน โดยร้อยละ 66 มีความคิดจะเลิกสูบบุหรี่ และร้อยละ 75 ต้องการข้อมูลเรื่องวิธีการเลิกด้วยตนเองสูงสุด ส่วนใหญ่ของผู้ที่ไม่คิดเลิกสูบบุหรี่เนื่องจากสภาพแวดล้อมมีผู้สูบบุหรี่มาก

อภิชาติ (2549) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจำหน่ายอาหารเรือและการตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของกองทัพเรือ ในโรงเรียนจำหน่ายอาหารเรือ กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนจำหน่ายอาหารเรือเหล่าต่างๆ จำนวน 509 คน ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนจำหน่ายอาหารเรือไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 84.1 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.9 กลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่แยกได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มลดปริมาณการสูบลมเมื่อเข้าเป็นนักเรียนจำหน่ายอาหารเรือ (ร้อยละ 51.9) กลุ่มที่ยังสูบบุหรี่ต่อเนื่องจากช่วงก่อนเข้าเป็นนักเรียนจำหน่ายอาหารเรือ (ร้อยละ 44.4) และกลุ่มที่เริ่มสูบบุหรี่ใหม่ (ร้อยละ 3.7) โดยมีเหตุผลในการเริ่มสูบบุหรี่ คือ อายากลอง ทำตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวน และเหตุผลในการลดบุหรี่ คือ ได้รับข้อมูลข่าวสารอันตรายต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจำหน่ายอาหารเรือ คือการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ โดยปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้อง คือภูมิหลังการศึกษา บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ พบเห็นร้านจำหน่ายบุหรี่ในโรงเรียน และสถานที่ในการซื้อบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุษา (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ เพื่อนนำบุหรี่มาให้ การใช้เวลาว่าง และการใช้จ่ายเงินซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนการเข้าถึงแหล่งการขายบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับข้อมูลจากสมาชิกในกองร้อยที่สูบบุหรี่ กฎและข้อห้ามของร้อยพลเสนารักษ์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ

กิติพงษ์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชายระดับอาชีวศึกษาที่เคยสูบบุหรี่และกำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2549 จังหวัดสมุทรสงครามจำนวน 232 คนพบว่าจำนวนค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนมีแนวโน้มว่าจะทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น เนื่องจากรายได้ที่มากขึ้นทำให้การซื้อบุหรี่มากขึ้นด้วย และถ้าสถานที่พักอาศัยถ้านักเรียนอยู่ใกล้ชิดกับบิดา มารดา หรือผู้ปกครองนักเรียนมีแนวโน้มว่าจะมี

พฤติกรรมการห่างไกลบุหรี่ได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ที่สูงขึ้นจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้นักเรียนมีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น และนักเรียนที่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น และพบว่า ทักษะคิด การมุ่งอนาคตและการควบคุมตนเอง ความเชื่ออำนาจในตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโทษและพิษภัยของบุหรี่มีแนวโน้มทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่ห่างไกลจากบุหรี่ได้

นันทิษา (2550) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์เป็นการศึกษาเชิงพรรณนากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 235 คนพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เหตุผลที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญ .01 ลักษณะที่พักอาศัยรายได้ของบิดาหรือมารดา สถานภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ .05 และพบว่าความรู้ ทักษะคิด การรับรู้และโอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่า การใช้เวลาว่าง รายได้ในแต่ละวัน สถานที่หรือร้านค้าที่มีการจำหน่ายบุหรี่ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อต่างๆ จากเพื่อน จากครู ผู้ปกครอง นั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญ .01

จุฑาทิพย์ (2551) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ทำการศึกษาในบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เพศชาย เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 จำนวน 1,412 คน พบว่า บุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 21.1 ระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับทัศนคติสูงสุด คือ ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ รองลงมา คือ ด้านผลกระทบต่อสังคม ผลกระทบต่อการทำงาน และผลกระทบต่อสุขภาพ ตามลำดับ ผลการศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ พบว่า ปัจจัยตำแหน่งงาน การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ เศรษฐกิจในครอบครัว ชีวิตครอบครัว การดื่มสุรา และสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ปัจจัยอาชีพ อายุ และจำนวนบุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

นฤมล (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ในค่ายอดิศร จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มีเพื่อนเป็นผู้สูบบุหรี่ในค่าย และในครอบครัวมีบิดา มารดา พี่ น้องเป็นผู้สูบบุหรี่ และส่วนมากสูบบุหรี่ก่อนเข้าเป็นทหารเกณฑ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลดีของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ส่วนอายุ ระยะเวลาที่เข้ามาเป็นทหารเกณฑ์ รายได้และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเคยได้รับบุหรี่ และความสะดวกในการหาซื้อบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนการมีแหล่งจำหน่ายบุหรี่ และการใช้เวลาว่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้เห็นสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่จากเพื่อนทหาร การได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่จากเพื่อนสนิทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนการได้รับการชักชวนให้สูบบุหรี่จากผู้บังคับบัญชา และการได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์

ประภาพร (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์น โปลิเทคนิค กรุงเทพมหานครระดับ ปวช.1 ถึง ปวช.3 จำนวน 229 คน พบว่า อายุและสาขาที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา และพบว่าการรับรู้ผลกระทบของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ทัศนคติของการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถของตนในการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา พบว่าปริมาณเวลาที่ใช้ในการเรียน การใช้เวลาว่างในสถานที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และความยากง่ายในการเข้าถึงแหล่งซื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา พบว่า การยอมรับของสังคม การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสูบบุหรี่จากสื่อต่างๆมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา

มณฑิรา (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ บุคลากรชายในโรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 250 คน พบว่าสถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และเจตคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมกรสูบของบุคลากร และพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

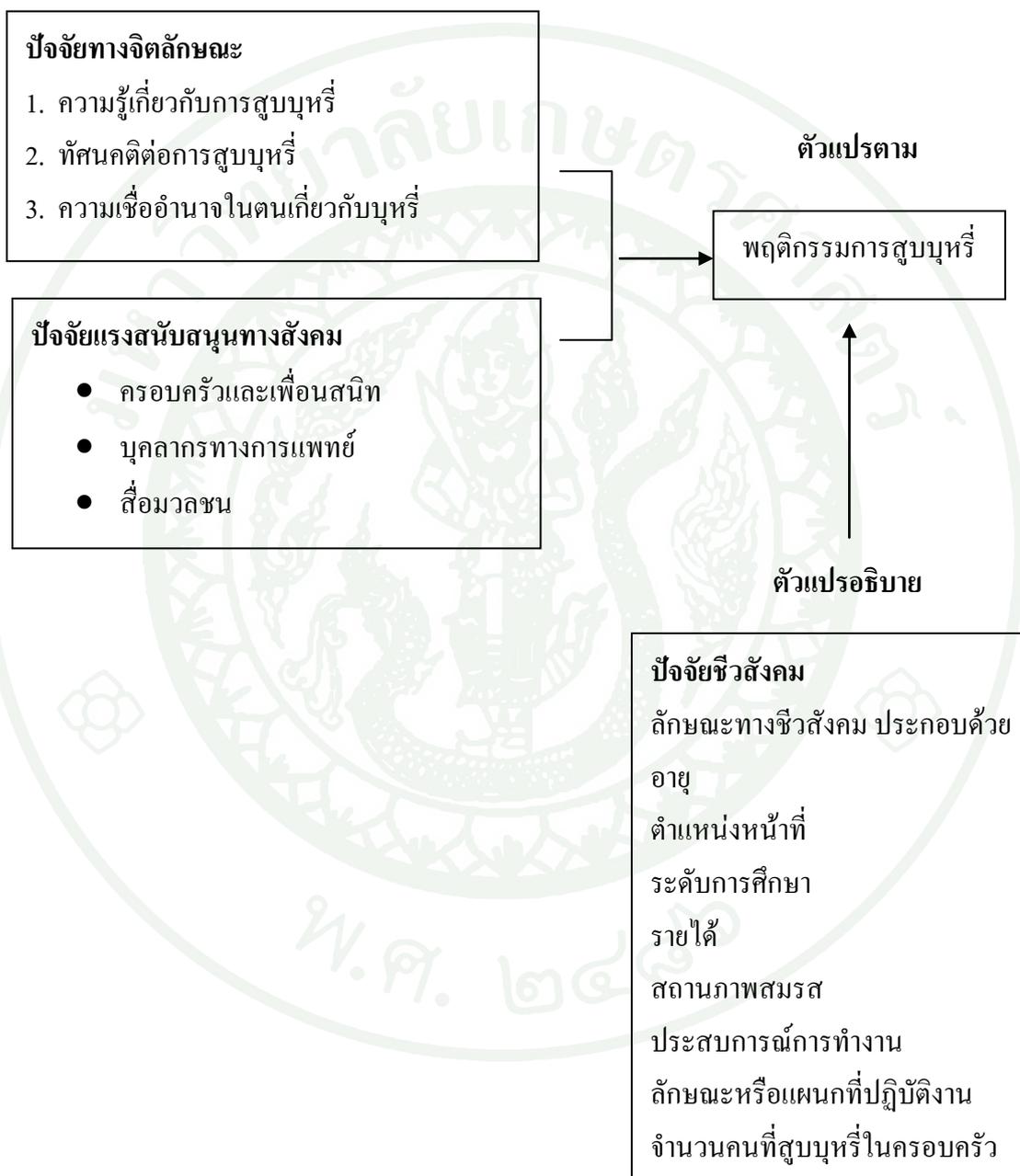
สราวุธ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ของผู้ต้องขังที่เป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ทัณฑสถานในโรงพยาบาลราชทัณฑ์ จำนวน 123 คน พบว่าทัศนคติและค่านิยมที่มีต่อบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ แต่ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้โทษของการสูบบุหรี่และประโยชน์ของการงดสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ และพบว่าปัจจัยเอื้อ การจำกัดโควตาการเบิบบุหรี่ สถานที่จัดให้สูบบุหรี่และกฎระเบียบในการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ ปัจจัยเสริม ได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคม คือเพื่อนผู้ต้องขัง ชักนำให้สูบ เจ้าหน้าที่ควบคุมผู้ต้องขัง เจ้าหน้าที่สวัสดิการผู้ต้องขัง และการเยี่ยมของญาติผู้ต้องขังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่

กองมณี (2553) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันของบุคลากรสาธารณสุขประเทศ สปป. ลาว ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 855 คน ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าบุคลากรกลุ่มนี้จะมีปริมาณการสูบบุหรี่มากขึ้นในกรณีที่เป็นคนที่แต่งงานแล้ว ในชีวิตเคยสูบบุหรี่ถึง 100 มวน ผู้ที่จ่ายเงินซื้อบุหรี่ต่อสัปดาห์มากกว่า 10,000 กีบ และผู้ที่เคยได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ในขณะที่บุคลากรที่มีทัศนคติทางบวกกับการสูบบุหรี่จะมีปริมาณการสูบบุหรี่ลดลง ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่า แนวทางเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ให้ถูกต้องเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับบุคลากรกลุ่มนี้

จากเอกสารงานวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าส่วนมากความรู้ ทัศนคติ ความเชื่ออำนาจในตน ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มประชากรกลุ่มที่แตกต่างกันไปในั้นเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลกลุ่มต่างๆ มีพฤติกรรมอันพึงประสงค์ได้ รวมถึงพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ หรือว่าความตั้งใจในการลด ละ เลิก บุหรี่ ด้วย ผู้วิจัยจึงกำหนดเป็นสมมติฐานว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ ตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดชายในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2. ปัจจัยทางจิตลักษณะ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรี่ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัวและเพื่อนสนิท บุคลากรทางการแพทย์ สื่อมวลชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดชายในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยเป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติการในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 158 คน โดยทำการสำรวจทั้งหมดของประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ลักษณะของแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทางจิตลักษณะของเจ้าหน้าที่ชายแบ่งออกเป็น 3 ด้าน

2.1 จิตลักษณะด้านความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ แบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบถูก-ผิดหรือไม่ทราบ จำนวน 23 ข้อ โดยมีค่าของคะแนนระหว่าง 0-23 คะแนน

เกณฑ์ให้คะแนนและประเมินผล

เกณฑ์ให้คะแนน

ตอบถูก ได้	1	คะแนน
ตอบผิด ได้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ ได้	0	คะแนน

เกณฑ์พิจารณาระดับความรู้ ปรับใช้จากเกณฑ์การแปรผลของ (เสรี, 2537)

มีความรู้ระดับดี	ได้คะแนนอยู่ในช่วง	ร้อยละ 80-100
มีความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนอยู่ในช่วง	ร้อยละ 60-79
มีความรู้ระดับต่ำ	ได้คะแนนอยู่ในช่วง	ร้อยละ น้อยกว่า 60

2.2 จิตลักษณะด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าจำนวน 18 ข้อ แต่ละประโยคมีมาตรวัด 4 หน่วย ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 18-72 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ว่าไม่ดี

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

เกณฑ์การพิจารณาระดับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับทัศนคติของพฤติกรรมกรสูบบุหรี่
จากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\mu \pm \frac{1}{2}\sigma$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับไม่ดี	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\mu - \frac{1}{2}\sigma$
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu \pm \frac{1}{2}\sigma$
ระดับดี	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu + \frac{1}{2}\sigma$ ถึงคะแนนสูงสุด

2.3 จิตลักษณะด้านลักษณะความเชื่ออำนาจในตน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ
ประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าจำนวน 17 ข้อ แต่ละประโยคมีมาตรวัด 4
หน่วย ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 17-68 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีลักษณะความเชื่ออำนาจในตน
สูง

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ตัวเลือก	คะแนน
สูงมาก	4
สูง	3
ต่ำ	2
ต่ำมาก	1

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ตัวเลือก	คะแนน
สูงมาก	1
สูง	2
ต่ำ	3
ต่ำมาก	4

เกณฑ์การพิจารณาระดับลักษณะความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับลักษณะความเชื่อในอำนาจในตนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\mu \pm \frac{1}{2}\sigma$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\mu - \frac{1}{2}\sigma$
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu \pm \frac{1}{2}\sigma$
ระดับสูง	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu + \frac{1}{2}\sigma$ ถึงคะแนนสูงสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าจำนวน 14 ข้อ แต่ละประโยคมีมาตรวัด 4 หน่วย ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมดี

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ตัวเลือก	คะแนน
ได้รับมากที่สุด	4
ได้รับมาก	3
ได้รับน้อย	2
ได้รับน้อยที่สุด	1

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ตัวเลือก	คะแนน
ได้รับมากที่สุด	1
ได้รับมาก	2
ได้รับน้อย	3
ได้รับน้อยที่สุด	4

เกณฑ์การพิจารณาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากค่ามัธยิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\mu \pm \frac{1}{2}\sigma$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับได้รับน้อย	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\mu - \frac{1}{2}\sigma$
ระดับได้รับปานกลาง	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu \pm \frac{1}{2}\sigma$
ระดับได้รับมาก	หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu + \frac{1}{2}\sigma$ ถึงคะแนนสูงสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าจำนวน 29 ข้อ แต่ละประโยคมีมาตรวัด 4 หน่วย ช่วงคะแนนมีค่าระหว่าง 29-116 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อย

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติมากที่สุด	4
ปฏิบัติมาก	3
ปฏิบัติน้อย	2
ปฏิบัติน้อยที่สุด	1

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติมากที่สุด	1
ปฏิบัติมาก	2
ปฏิบัติน้อย	3
ปฏิบัติน้อยที่สุด	4

เกณฑ์การพิจารณาระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดชายในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\mu \pm \frac{1}{2}\sigma$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับไม่มี หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุดถึง $\mu - \frac{1}{2}\sigma$

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu \pm \frac{1}{2}\sigma$

ระดับดี หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง $\mu + \frac{1}{2}\sigma$ ถึงคะแนนสูงสุด

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมเครื่องมือมีดังนี้

1. การศึกษาจากตำรา เอกสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างเครื่องมือจากตำรา การวัดผลการศึกษา การวัดและการประเมินผลทางสุศึกษา
3. สร้างแบบสอบถามโดยมีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปตรวจสอบ

4.1 ความตรง (Validity) โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความถูกต้องเชิงทฤษฎีแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

4.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงแล้วไปทดสอบใช้กับเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 30 คน และนำข้อมูลจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นตามวิธีของ Cronbach (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าความเชื่อมั่น
ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่	.879
ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	.760
ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรี่	.703
แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่	.792
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย	.906

สำหรับแบบวัดความรู้ซึ่งข้อมูลมีค่าต่อเนื่องและคำตอบเป็นคะแนน 0-1 หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ Kuder Richardson (KR-20) (บุญธรรม, 2537)

4.3 การหาค่าความยากง่ายเฉพาะแบบวัดความรู้นำไปวิเคราะห์หาค่าความยากง่ายรายข้อ (Difficulty) โดยใช้วิธีของ Kuder Richardson (KR-20) (บุญธรรม, 2537) ในแบบวัดความรู้เป็นรายข้อ วิเคราะห์จากสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบข้อสอบในแต่ละข้อต่อจำนวนผู้ตอบทั้งหมด เกณฑ์ความยากของแบบสอบถามกำหนดไว้อยู่ช่วงระหว่าง 0.20-0.80

4.4 นำผลการวิเคราะห์และเนื้อหา มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ก่อนนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจาก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ โครงร่างงานวิจัยและแบบสอบถาม ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 - 15.00 น. ณ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนก และเจ้าหน้าที่ทุกระดับในแผนกห้องผ่าตัด เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่เพื่อเป็นกลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งนี้ โดยการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการให้ข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2554
5. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทุกฉบับจนได้กลุ่มประชากรครบร้อยละ 100 และนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ได้
6. หลังการเก็บรวบรวมแบบสอบถามครบตามกลุ่มเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด นำข้อมูลมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละฉบับแล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว จึงนำไปลงรหัสและบันทึกลงเครื่องคอมพิวเตอร์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นไว้ในระดับร้อยละ 95 (.05) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นถึงลักษณะของข้อมูล
2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่ออำนาจในตน และแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ด้วย Student t-test
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยทางจิตลักษณะ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด ทั้ง 6 แผนก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi- square) และสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation coefficient)

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย อายุ ตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัว ปัจจัยทางจิตลักษณะ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับบุหรี่ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัวและเพื่อนสนิท บุคลากรทางการแพทย์ สื่อมวลชน กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้วิธีเลือกเก็บแบบทั้งหมดของกลุ่มประชากร ทั้งที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 158 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่จำนวน 63 คน และกลุ่มคนที่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 95 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการอธิบาย โดยแบ่งเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของเจ้าหน้าที่ชาย

ตอนที่ 2 ตัวแปร ปัจจัยทางจิตลักษณะ ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับบุหรี่ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย

ตอนที่ 4 การนำเสนอ ผลการทดสอบตามสมมติฐาน

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของเจ้าหน้าที่ชาย

ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ ตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัว

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ชายกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (63คน)		กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (95คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ				
20-30	34	54.0	62	65.3
31-40	14	22.2	24	25.3
41-50	8	12.7	6	6.3
> 50 ปี	7	11.1	3	3.1
2. ตำแหน่ง				
แพทย์	35	55.6	78	82.1
นายสิบพยาบาล	10	15.9	9	9.5
เสมียน	2	3.2	1	1.1
พนักงานบริการ	14	22.2	3	3.2
เทคนิคการแพทย์	2	3.1	4	4.1
3. ระดับการศึกษา				
สูงกว่าปริญญาตรี	15	23.8	31	32.6
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	27	42.9	59	62.1
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	3	4.8	-	-
ม.ปลาย/เทียบเท่า	14	22.2	4	4.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

N=158 คน

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (63คน)		กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (95คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ม.ต้น/เทียบเท่า	4	6.3	1	1.1
4. รายได้				
5,000-9,999	9	14.3	4	4.1
10,000-14,999	10	15.9	17	17.9
15,000-19,999	9	14.3	24	25.3
20,000-24,999	12	19.0	24	25.3
≥ 25,000	23	36.5	26	27.4
5. สถานภาพ				
โสด	37	58.7	65	68.4
หม้าย/หย่า	2	3.2	-	-
คู่	24	38.1	30	31.6
6. ประสบการณ์การทำงาน				
น้อยกว่า 1 ปี	2	3.1	4	4.2
1-5 ปี	24	38.1	44	46.3
6-10 ปี	18	28.6	26	27.4
> 10 ปี	19	30.2	21	22.1
7. แผนกที่ปฏิบัติงาน				
กองวิสัญญีและห้องผ่าตัด	23	36.5	19	20.0
กองศัลยกรรม	34	50.8	44	46.2
กองอุบัติเหตุ	2	3.2	1	1.1
กองหู คอ จมูก	-	-	3	3.2
กองตา	1	1.6	3	3.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

N=158 คน

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (63คน)		กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (95คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กองกระดูกและข้อ	5	7.9	23	24.2
8. จำนวนคนสูบบุหรี่ในครอบครัว				
ไม่มี	41	65.1	86	90.5
1 คน	14	22.2	9	9.5
2 คน	6	9.5	-	-
> 2 คน	2	3.2	-	-

จากตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของเจ้าหน้าที่ชายสามารถจำแนกได้ดังนี้

ตอนที่ 2 ตัวแปร ปัจจัยทางจิตลักษณะ ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับบุหรี่ และ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย

ปัจจัยทางจิตลักษณะ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับบุหรี่

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากร

N=158 คน

ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (63)		กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (95)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับดี(คะแนน 19-23)	17	27.0	28	29.5
ความรู้ระดับปานกลาง(คะแนน 14-18)	32	50.8	57	60.0
ความรู้ระดับต่ำ(น้อยกว่า 14 คะแนน)	14	22.2	10	10.5

$\mu = 15.92$ $\sigma = 3.284$, $\mu = 17.09$ $\sigma = 2.928$

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.8 รองลงมาคือมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 27 ส่วนกลุ่มเจ้าหน้าที่ชายที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ร้อยละ 60 รองลงมาคือมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 29.5

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่

N=158 คน					
กลุ่มประชากร	N	μ	σ	t-value	p-value
สูบบุหรี่	63	15.92	3.28	-2.350	.020
ไม่สูบบุหรี่	95	17.09	2.92		

จากตารางที่ 3 พบว่าเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากร

ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่	N=158 คน			
	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (63)		กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (95)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ทัศนคติไม่ดี(คะแนนต่ำสุด-55)	36	57.1	34	35.8
ทัศนคติปานกลาง(คะแนน 56-62)	18	28.6	34	35.8
ทัศนคติดี(มากกว่า 63 คะแนน)	9	14.3	27	28.4

$\mu = 55.61$ $\sigma = 6.31$, $\mu = 58.33$ $\sigma = 6.763$

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 57.1 รองลงมาคือมีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 28.6 ส่วนกลุ่มเจ้าหน้าที่ชายที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับไม่ดีและปานกลางเท่ากัน ร้อยละ 35.8 รองลงมาคือมีทัศนคติระดับดี ร้อยละ 28.4

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่

N=158 คน

กลุ่มประชากร	N	μ	σ	t-value	p-value
สูบบุหรี่	63	55.61	6.317	-3.003	.003
ไม่สูบบุหรี่	95	58.33	6.763		

*P<.05

จากตารางที่ 5 พบว่าเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเจ้าหน้าที่ที่ไม่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่สูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับบุหรี่ยของกลุ่มประชากร

N=158 คน

ความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับบุหรี่ย	กลุ่มที่สูบบุหรี่ (63)		กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ (95)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความเชื่ออำนาจในตนเองต่ำ (คะแนนต่ำสุด-44)	34	54.0	33	34.7
ความเชื่ออำนาจในตนเองปานกลาง (คะแนน 45-48)	21	33.3	42	44.2
ความเชื่ออำนาจในตนเองสูง (มากกว่า 49 คะแนน)	8	12.7	20	21.1

$\mu =45.03$ $\sigma =2.817$, $\mu =46.07$ $\sigma =3.417$

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับบุหรี่ยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 54 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มเจ้าหน้าที่ชายที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับบุหรี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.2 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.7

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรีระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรีและไม่สูบบุหรี

N=158 คน					
กลุ่มประชากร	N	μ	σ	t-value	p-value
สูบบุหรี	63	45.03	2.817	-1.987	.049
ไม่สูบบุหรี	95	46.07	3.417		

*P<.05

จากตารางที่ 7 พบว่าเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรีและไม่สูบบุหรี มีความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเจ้าหน้าที่ที่ไม่สูบบุหรีมีระดับความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรีสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรีของกลุ่มประชากร

N=158 คน				
แรงสนับสนุนทางสังคมกับการสูบบุหรี	กลุ่มที่สูบบุหรี (63)		กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี (95)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ได้รับน้อย(คะแนนต่ำสุด-37)	17	27	28	29.5
ได้รับปานกลาง(คะแนน 38-43)	34	54	54	56.8
ได้รับมาก(มากกว่า 44 คะแนน)	12	19	13	13.7

$\mu = 39.95$ $\sigma = 5.712$, $\mu = 39.59$ $\sigma = 5.002$

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรีส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมกับการสูบบุหรีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54 รองลงมาคือได้รับระดับน้อย ร้อยละ 27 ส่วนกลุ่มเจ้าหน้าที่ชายที่ไม่สูบบุหรีส่วนใหญ่มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมกับการสูบบุหรีอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.8 รองลงมาคือมีระดับน้อย ร้อยละ 29.5

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกับการสูบบุหรี่ระหว่าง
กลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่

N=158 คน

กลุ่มประชากร	N	μ	σ	t-value	p-value
สูบบุหรี่	63	39.95	5.712	.421	.0674
ไม่สูบบุหรี่	95	39.59	5.002		

จากตารางที่ 9 พบว่าเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมกับการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของระดับของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย

N = 63

ระดับของพฤติกรรมการสูบบุหรี่	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (คะแนนต่ำสุด-80)	28	44.4
ระดับปานกลาง (81-95)	19	30.2
ระดับดี (96-สูงสุด)	16	25.4
รวม	63	100.0

$\mu = 87.33$ $\sigma = 14.191$

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับของพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.2

ตอนที่ 4 การนำเสนอผลการทดสอบตามสมมติฐาน

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 1 คือการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ ตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation coefficient)

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวิตสังคม กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากร

N = 63		
ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าความสัมพันธ์(χ^2) พฤติกรรมการสูบบุหรี่	p-value
อายุ	6.460	.374
ตำแหน่งหน้าที่	10.966	.204
ระดับการศึกษา	7.571	.476
รายได้	7.489	.485
สถานภาพสมรส	4.628	.328
ประสบการณ์การทำงาน	7.171	.305
ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงาน	6.302	.613
จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัว	14.516	.024*

*P<. 05

จากตารางที่ 11 พบว่าจำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรอายุ ตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงาน ไม่มี ความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 1 ยอมรับสมมติฐานที่ 1 เพียงบางส่วน

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 2 คือการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตลักษณะ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับบุหรี่ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย โดยใช้

สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation coefficient)

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตลักษณะและปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มประชากร

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) พฤติกรรมการสูบบุหรี่	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่	.004	.973
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	.321	.010*
ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรี่	.136	.289
ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม	-.133	.298

*P<. 05

จากตารางที่ 12 พบว่าตัวแปรทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระดับค่อนข้างต่ำ โดยมีค่า $r = .321$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรี่และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

สรุปผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานที่ 2 พบว่าปัจจัยทางจิตลักษณะ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่
2. ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่
3. ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่
4. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 2 ขอมรับสมมติฐานที่ 2 เพียงบางส่วน

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีประเด็นสำคัญที่ได้ค้นพบ สามารถนำมาเป็นข้อวิจารณ์ได้ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายห้องผ่าตัดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แสดงให้เห็นว่าตัวแปรทางด้านชีวสังคมโดยส่วนใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ยกเว้นเพียงตัวแปรเดียว คือ จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัวของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดชายทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า นั้น เจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.1 ไม่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ส่วนเจ้าหน้าที่ชายที่ไม่สูบบุหรี่นั้น ร้อยละ 90.5 ก็ไม่มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ อีกเช่นกัน ซึ่งจำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัวนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา (2535) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ต่อเดือน และประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่กับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการและความเชื่อด้านสุขภาพ มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ อายุ และประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ สามารถทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ จุฑาทิพย์ (2551) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ทำการศึกษาในบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เพศชาย เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 จำนวน 1,412 คน พบว่า ปัจจัยตำแหน่งงาน การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ เศรษฐกิจในครอบครัว ชีวิตครอบครัว การดื่มสุรา และสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ตรงข้ามกับอภิชาติ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจำหน่ายเห็บและ การตอบสนองต่อนโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของกองทัพเรือ ใน โรงเรียนจำหน่ายเห็บ กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนจำหน่ายเห็บเหล่าต่างๆ จำนวน 509 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจำหน่ายเห็บ คือการมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ โดยปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้อง คือภูมิหลังการศึกษา บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ พบเห็นร้านจำหน่ายบุหรี่ในโรงเรียน และสถานที่ในการซื้อบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ถ้าเจ้าหน้าที่ชายในห้องผ่าตัดนั้นมี บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ชายนั้นมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันแปรตามกันไปด้วย เฉกเช่นกับว่าถ้าเจ้าหน้าที่ชายนั้นมีบุคคลที่แวดล้อมไปด้วยคนที่สูบบุหรี่ก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ชายคนนั้นสูบบุหรี่มากขึ้นตามไปด้วยเนื่องจาก สิ่งแวดล้อม การเป็นต้นแบบของคนใกล้ชิด นั้นจะยังเป็นการกระตุ้นให้เกิดการกระทำพฤติกรรมเลียนแบบมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าถ้าเจ้าหน้าที่ชายมีสิ่งแวดล้อมที่ดี คนรอบข้างส่งเสริมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ก็จะทำให้เจ้าหน้าที่ชาย ลด ละ เลิก พฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ด้วยเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตลักษณะได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับบุหรี่ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตลักษณะและปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แสดงให้เห็นว่ามีเพียงทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่เพียงตัวแปรเดียว ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดชายทั้ง 6 แผนกของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่มีทักษะคิดในระดับไม่ดี ร้อยละ 57.1 และเจ้าหน้าที่ที่ไม่สูบบุหรี่ มีทั้งทักษะคิดที่ไม่ดี และปานกลาง อย่างละเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 35.8 ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้มีค่าคะแนนทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่นั้นมีคะแนนทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ที่สูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับ กองมณี (2553) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันของบุคลากรทางสาธารณสุข ประเทศ สปป. ลาว ที่พบว่า บุคลากรที่มีทักษะคิดทางบวกกับการสูบบุหรี่จะมีปริมาณการสูบบุหรี่

ลดลง นันทิชา (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ พบว่าความรู้ ทักษะคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังสอดคล้องกับ สราวุธ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ต้องขังที่เป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ทัณฑสถานในโรงพยาบาลราชทัณฑ์ จำนวน 123 คน ที่พบว่า ทักษะคิดและค่านิยมที่มีต่อบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากผลการวิเคราะห์หักกล่าวได้ว่า พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะเป็นส่วนหนึ่งมาจากการมีทัศนคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ก็ได้ ซึ่งผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่าแนวทางเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ให้ถูกต้องเป็นสิ่งที่จะต้องเป็นสำคัญสำหรับบุคลากรกลุ่มนี้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ทำงานอยู่ห้องผ่าตัดทุกแผนกใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายห้องผ่าตัดใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตน แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงานกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

กลุ่มประชากรประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ชายทุกระดับที่ทำงานอยู่ห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 158 คน โดยแบ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่ 63 คน และเจ้าหน้าที่ที่ไม่สูบบุหรี่อีก 95 คน โดยใช้วิธีเลือกทั้งหมดของกลุ่มประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหา สาระ และโครงสร้างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ในส่วนของแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางจิตลักษณะ ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะการสูบบุหรี่ และความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรี่ ส่วนที่ 3 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) กับเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถีจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับ

ร้อยละ 95 ($P = .05$) เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน โดยวิเคราะห์ข้อมูลชีวสังคม และข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับบุหรี่ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ด้วยสถิติ student t-test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ปัจจัยทางจิตลักษณะ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

สรุป

1. ข้อมูลทาง ชีวสังคมของกลุ่มประชากร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เจ้าหน้าที่ชายทั้งกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี และส่วนมากดำรงตำแหน่งแพทย์ มีระดับการศึกษาอยู่ที่ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 25,000 บาทต่อเดือน มีสถานภาพโสด ประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปี ทั้ง 2 กลุ่ม และส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกศัลยกรรม และไม่มีคนในครอบครัวที่สูบบุหรี่ด้วย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ในตัวแปรต่างๆ ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

2.2 ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ พบว่า ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเจ้าหน้าที่ที่ไม่สูบบุหรี่มีระดับทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่สูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่

2.3 ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรี พบว่า ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรีของเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเจ้าหน้าที่ที่ไม่สูบบุหรี่มีระดับความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรีสูงกว่าเจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่

2.4 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมกับการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน

3. สรุปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ทำงานอยู่ห้องผ่าตัดทุกแผนกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลจากการวิจัย พบว่า เจ้าหน้าที่ชายที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 44.4 รองลงมา มีระดับของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง และระดับดี และส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละน้อยกว่า 10 มวน

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตน แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลจากการวิจัย พบว่า ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งหน้าที่ ลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงานกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลจากการวิจัย พบว่า จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดชาย ทั้ง 6 แผนกของ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย จากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยจึงขอให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่นั้นของบุคลากรทั้งที่สูบและไม่สูบ ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.2 จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 จัดโครงการลด ละ เลิก บุหรี่ ในโรงพยาบาล ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่แก่เจ้าหน้าที่ให้มากยิ่งขึ้น จากที่เคยมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางก็จะทำให้มีความรู้ในระดับดี

1.2 มีการทดสอบความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการว่ามีความรู้เพิ่มมากขึ้นจริง เมื่อเจ้าหน้าที่ได้เข้าโครงการแล้ว เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย

2. จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่จะมีผลต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่นั้นจะเป็นทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

2.1 จัดโครงการ"เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการปลอดภัย โรงพยาบาลร่วมใจปลอดบุหรี่" โดยสร้างกลุ่มเจ้าหน้าที่ตัวอย่างที่มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ไม่สูบบุหรี่มาเป็นแบบอย่างในงานและมีการทำกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาด้านการเลิกบุหรี่มาเข้ากลุ่มร่วมกัน เพื่อเป็นการสนับสนุนและปลุกฝังให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลนั้นมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการสูบบุหรี่ให้มากยิ่งขึ้นและเป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกันด้วย

2.2 จัดตั้งชมรมผู้ไม่สูบบุหรี่ขึ้น และให้มีกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ หรือแนวทางป้องกันการสูบบุหรี่ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

3. จากผลการวิจัยพบว่าระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 30.2 จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

3.1 ส่งเสริม สนับสนุน ยกย่องให้ทางโรงพยาบาลให้รางวัลแก่บุคลากรที่ไม่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาล

3.2 โรงพยาบาลควรมีนโยบายที่ชัดเจน และดำเนินมาตรการอย่างเคร่งครัด มีบทลงโทษที่ชัดเจน กับผู้ที่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาล และมีการวัดระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่หลังจากออกกฎระเบียบไปใช้แล้ว 3 เดือน

3.3 จัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่ให้เอื้อต่อการสูบบุหรี่โดยการปิดประตูทางเดินไปรอบนอกห้องผ่าตัดตลอดเวลา ที่ซึ่งเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดจะใช้เป็นบริเวณที่จะออกไปสูบบุหรี่ได้ เพื่อเป็นการทำให้เจ้าหน้าที่สูบบุหรี่ได้ยากขึ้น

3.4 ให้ทางโรงพยาบาลส่งเจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่นั้นเข้ารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาล และมีการติดตามผลหลังเข้ารับบริการและรายงานแก่หน่วยงานต้นสังกัดของเจ้าหน้าที่ทุก 1 เดือน

3.5 สนับสนุนให้ทางโรงพยาบาลส่งเสริมผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ให้มีช่องทางเรียกร้องถึงสิทธิของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาวิจัยในเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 37 แห่ง"
2. ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "การรับรู้ถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพและทัศนคติการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า"
3. ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของโปรแกรมการลด ละ เลิกบุหรี่ ของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า"

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

- กองมณี จะเลินวง. 2553. การใช้การวิเคราะห์ถดถอยปัวส์ของเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณการ
 สูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุขประเทศ สปป. ลาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กิติพงษ์ ทองเหลือ. 2550. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย
 ระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กุลวรรณ นาครักษ์. 2540. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่
 ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง. 2551. พฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากร
 สาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14. วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ไทยโพสต์. 2554. กรุงเทพฯ: 6 เมษายน 2554. หน้า 5.
- ชนวรรณ อิมสมบูรณ์. 2544. พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. น.112.
 เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 3.
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ธีระ ลิมศิลา. 2537. มะเร็งปอดกับสถานะแวดล้อมและบุหรี่. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
 กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- นฤมล นันทพล. 2551. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์ในค่าย
 อุดิศร จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิตยา เพ็ญศิริรักษา. 2538. ผลของการศึกษาเพื่อการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่
สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทิษา ภาษา. 2550. พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียน
เบญจมราชานุสรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2537. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์
ครั้งที่ 4. โรงพิมพ์ศรีอนันต์, กรุงเทพฯ.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคม
วิทยาการแพทย์. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ชวนพิมพ์,
นนทบุรี.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. 2538. เอกสารเผยแพร่บุหรี่กับสุขภาพ. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ.
กระทรวงสาธารณสุข, นนนทบุรี.
- ประเทือง สุนทรวิภาต. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของข้าราชการ
ครูชาย สังกัดสำนักงานประถมศึกษา อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี. ภาคนิพนธ์ปริญญาตรี,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาพร โพธิ์ทอง. 2551. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียน
เซนต์จอห์นโปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประสงค์ คุณานูวัฒน์ชัยเดช. 2529. สารก่อมะเร็งในยาสูบ. วารสารโรคมะเร็ง. 29(2): 157-163.
- แผนกเวชระเบียนและสถิติ. 2553. รายงานประจำปี 2553 แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า ม.ค. 53 - ธ.ค. 53. 113 หน้า

- มนตรา เกตุแก้ว. 2551. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล
รามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- มินตรา สารรักษ์. 2538. ผลของการจัดโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่สำหรับนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค
ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุวลักษณ์ ชันอาสา. 2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียน
หญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ วิริยะไชโย และ อภิรดี แซ่ลิ้ม. 2549. ทศนคติต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร
นักศึกษาแพทย์ และผู้ป่วยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 24(3): 205-206.
- ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า. 2554. ประวัติความเป็นมาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและ
กองวิสัญญีและห้องผ่าตัด. แหล่งที่มา
http://www.pmk.ac.th/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=2,
25 มกราคม 2554.
- สถิกร พงศ์พานิช. 2550. การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพ
ของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับรายรับของรัฐบาลจากภาษีบุหรี่ของประเทศไทย.
Journal of Health Research. 21(2) : 163-173.
- สมภพ ห่วงทอง. 2538. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย
จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมศักดิ์. 2009. สูบบุหรี่มือสอง หรือ Second Hand Smoking อยู่ยืนยาว 100 ปี อย่างชีวิที่มีสุข.
แหล่งที่มา http://www.doctorsomsak.com/index.php/100_years_lifestyle/second-hand-smoking.html. 21 มีนาคม 2554.

- สรายุทธ นามเมือง. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ-
สามเณรอาพาธที่มารับบริการการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สรารุช วิทยาภาศ. 2551. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ต้องขังที่เป็นผู้
ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่ทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เสรี ลาซโรชนัน. 2537. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน หน่วยที่ 3
เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการการวัดและประเมินผลการศึกษา.
พิมพ์ครั้งที่ 2 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, กรุงเทพฯ.
- สุวิมล ตีรกานันท์. 2546. การใช้สถิติในการวิจัยทางสังคมศาสตร์แนวทางการปฏิบัติ. โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. 2553. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ
พ.ศ. 2553-2557. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2544. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.
- อภิชาติ เชื้อสีดา. 2549. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนจำหน่ายอาหารเร็วและการตอบสนองต่อ
นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของกองทัพเรือในโรงเรียนจำหน่ายอาหารเร็ว.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษา ฤทธิธาตา. 2549. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กอง
ประจำการกรณีศึกษาร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อุไรวัฒน์ คชาชีวะ. 2530. บุหรีมีผลต่อพฤติกรรมของหัวใจอย่างไร?. ในชีวิตสั้นเพราะควันบุหรี.
โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

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

Green, W.L. 1980. **Health Education Planing**. A Diagrostic Approach : California Mayfeild
Publishing Company, California.

Pender, N.J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice**. Available Source:
<http://gotoknow.org/blog/benbenblogtheory/115422>, February 17, 2011.





ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

1. พันเอก นายแพทย์บรรลือ เฉลยกิตติ ผู้อำนวยการกองวิสัญญีและห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. พันเอก นายแพทย์ สหพล อนันต์นำเจริญ อาจารย์แพทย์ประจำแผนกศัลยกรรม
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. นางนพวรรณ ตั้ตยากร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
กระทรวงสาธารณสุข



แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด
ทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

- 1.แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- 2.กรุณาอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดและกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน
- 3.ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้ที่ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

ร.อ.หญิง ศรียา ลาวัณยภักซ์

นิติศิปริญญาโท

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แบบสอบถาม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม

1. ปัจจุบันท่านอายุ

- น้อยกว่า 20 ปี 20-30 ปี 31-40 ปี
 41-50 ปี มากกว่า 50 ปี

2. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง

- แพทย์ นายสิบพยาบาล เสมียน
 พนักงานบริการ อื่นๆ(ระบุ).....

3. ระดับการศึกษา

- สูงกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
 มัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า

4. รายได้

- 5,000-9,999 10,000-14,999 15,000-19,999
 20,000-24,999 มากกว่า 25,000

5. สถานภาพสมรส

- โสด หม้าย/หย่า คู่

6. ประสบการณ์การทำงาน

- น้อยกว่า 1 ปี 1-5 ปี 6-10 ปี
 มากกว่า 10 ปี

7. แผนกที่ปฏิบัติงาน

- กองวิสัญญีและห้องผ่าตัด
- กองศัลยกรรม
- กองอุบัติเหตุ
- กอง หู คอ จมูก
- กอง ตา
- กองกระดูกและข้อ
- อื่นๆ.....

8. ในครอบครัวของท่านมีผู้สูบบุหรี่.....คน ไม่มี

9. จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

- ไม่สูบ
- สูบหรือเคยสูบ มวน/วัน

10. ถ้าท่านสูบ ท่านสูบบุหรี่ยี่ห้อใด

- กรองทิพย์
- สายฝน
- Marlboro
- L&M
- Mildseven
- อื่นๆ.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางจิตลักษณะ

ตอนที่ 2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่เห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อความ

ข้อความ	คำตอบ		
	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. สารในบุหรี่ทำให้เกิดโทษแก่ร่างกาย			
2. โรคถุงลมโป่งพองเกิดจากการสูบบุหรี่ต่อเนื่องกันในระยะเวลานานๆ			
3. การสูบบุหรี่มีผลทำให้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด			
4. สารพิษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ คือ คาร์บอนไดออกไซด์			
5. การสูบบุหรี่วันละ 1-2 มวนไม่น่าเป็นอันตรายต่อปอดและหลอดเลือดได้			
6. การสูบบุหรี่เป็นประจำทำให้ลดความอยากอาหาร			
7. สารพิษในควันบุหรี่จะไปเกาะจับติดกับตัวฟัน เหงือก และเยื่อในช่องปาก ทำให้เกิดโรคฟันและเหงือก			
8. ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่จะได้รับสารพิษจากบุหรีมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่เอง			
9. การสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นตัวและกลิ่นปาก			
10. การสูบบุหรี่ของผู้ที่เป็นโรคหอบหืด และภูมิแพ้ จะทำให้อาการรุนแรงขึ้น			
11. วันงดสูบบุหรี่โลกตรงกับวันที่ 13 พฤษภาคมของทุกปี			
12. สารนิโคตินที่เข้าสู่ร่างกาย ส่วนใหญ่จะถูกขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ			
13. ทาร์เป็นสารที่มีอยู่ในบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองซึ่งเป็นสาเหตุของการไอ			
14. การเลิกบุหรี่จะทำให้การทำงานของปอดดีขึ้นร้อยละ 5 หลังจากการหยุดสูบแล้ว 2-3 เดือน			

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
15. ล้างหน้าด้วยน้ำเย็นหรืออาบน้ำจะช่วยลดอาการง่วงนอนในช่วงที่เลิกบุหรี่			
16. กฎหมายบัญญัติว่าห้ามสูบบุหรี่โดยเด็ดขาดในที่ชุมชนและสถานที่ราชการ			
17. ครันหลงของบุหรี่หมายถึงวันที่ลอคออกจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดทิ้งไว้ อันตรายจะน้อยกว่าวันแท้			
18. การเคี้ยวหมากฝรั่งจะช่วยลดอาการอยากสูบบุหรี่ลงได้			
19. การไม่เข้าไปในสถานที่หรือสถานการณ์ที่มีการสูบบุหรี่จะช่วยให้อาการเลิกสูบบุหรี่ได้			
20. ผู้ที่สูบบุหรี่กั้นกรองได้รับสารพิษน้อยกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ไม่มีกั้นกรอง			
21. การสูบบุหรี่ทำให้มีเลือดออกในกระเพาะอาหารได้			
22. ครันบุหรีมือสองมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้สูบบุหรี่			
23. การขายบุหรีให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีไม่ผิดกฎหมาย			

ตอนที่ 2.2 ด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

คำชี้แจง ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ 4 ระดับ คือ จากความรู้สึกหรือความคิดที่เห็นด้วยอย่างยิ่งไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งขอให้เจ้าหน้าที่เลือกคำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของเจ้าหน้าที่มากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบที่เจ้าหน้าที่ต้องการและขอให้ตอบครบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การป้องกันตนเองไม่ให้สูบบุหรี่ไม่ใช่เรื่องยาก ทุกคนสามารถทำได้				
2. การป้องกันตนเองไม่ให้สูบบุหรี่ ควรเป็นความ รับผิดชอบของผู้สูบ				
3. การป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลใน สังคมเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทุกคน				
4. การสูบบุหรี่ช่วยสร้างความมั่นใจในตนเองได้				
5. การที่เพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่เป็นการแสดง ความหวังดีของเพื่อน				
6. การสูบบุหรี่ทำให้เข้ากับเพื่อนฝูงได้เป็นอย่างดี				
7. การสูบบุหรี่ช่วยผ่อนคลายความเครียด และลด ความวิตกกังวลได้				
8. การสูบบุหรี่ทำให้ไม่่วงนอน				
9. การที่คนส่วนใหญ่เห็นความสำคัญและร่วมมือ กันไม่สูบบุหรี่จะช่วยลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ได้				
10. การป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นเรื่อง สำคัญมาก ต้องประชาสัมพันธ์ให้ทุกๆคนร่วมมือ กัน				
11. เรามีสิทธิที่จะกำหนดพฤติกรรมของตัวเราเอง เพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ได้				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
12. สื่อที่เชิญชวนหรือกระตุ้นให้เห็นคุณค่าของการ สูบบุหรี่เป็นหนทางที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่และ ติดบุหรี่ในที่สุด				
13. หลักสูตรมัธยมศึกษาได้บรรจุเนื้อหาเรื่องบุหรี่ เพื่อให้ท่านมีความรู้ความเข้าใจดีพอที่จะไม่สูบ บุหรี่				
14. ควรยอมรับเพื่อนที่สูบบุหรี่เข้าร่วมกิจกรรม ต่างๆด้วยความเต็มใจ				
15. การไม่สูบบุหรี่ของท่านจะทำให้เศรษฐกิจของ ครอบครัวดีขึ้น				
16. การที่โรงพยาบาลออกกฎระเบียบในเรื่องห้าม เจ้าหน้าที่สูบบุหรี่เป็นการลดรอนสิทธิส่วนบุคคล				
17. เพื่อนตักเตือนให้เลิกบุหรี่ ถือว่าเป็นการก้าว ก้าวเรื่องส่วนตัว				
18. การสูบบุหรี่เป็นการแสดงให้เห็นว่า มีความเป็นชายแท้				

ตอนที่ 2.3 ด้านการวัดความเชื่ออำนาจในตนในการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่

คำชี้แจง ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ 4 ระดับ คือ จากความรู้สึกหรือความคิดที่เห็นด้วยอย่างยิ่งไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งขอให้เจ้าหน้าที่เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของเจ้าหน้าที่มากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบที่เจ้าหน้าที่ต้องการและขอให้ตอบครบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ตนเองสามารถป้องกันได้				
2. ท่านคุณภาพ ทวี ภาพยนตร์ บุคคลที่สูบบุหรี่บ่อยๆจะเป็นการเร่งเร้าที่จะนำไปสู่การสูบบุหรี่ในที่สุด				
3. ท่านมั่นใจว่าตนเองจะสามารถช่วยเหลือเพื่อนที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบได้				
4. การปรึกษาปัญหาต่างๆกับพ่อแม่ เป็นประจำทำให้ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้				
5. ท่านใช้เวลาว่างไปเล่นกีฬาได้มากเท่าไร ก็จะช่วยป้องกันไม่ให้สูบบุหรี่ได้มากเท่านั้น				
6. การหลีกเลี่ยงไม่ดูสื่อที่จะกระตุ้นให้เกิดการทดลองสูบบุหรี่ไม่ได้เป็นเครื่องประกันว่านักเรียนจะไม่สูบบุหรี่				
7. ท่านเชื่อว่าเพื่อนมีอิทธิพลต่อเราอย่างมากที่จะทำให้เราสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่				
8. การไม่คบเพื่อนที่สูบบุหรี่เป็นการป้องกันการสูบบุหรี่				
9. เมื่อเพื่อนสนิทชักชวนให้สูบบุหรี่ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่านเอง				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
10. การคบเพื่อนที่ไม่สูบบุหรี่ ท่านจะหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่ได้แน่นอน				
11. แม้ว่าท่านจะพยายามป้องกันตนเองมาก เพียงใด แต่ท่านก็ไม่สามารถแน่ใจว่าท่านจะ รอดพ้นจากการสูบบุหรี่				
12. ท่านไม่เชื่อว่าการสูบบุหรี่จะเกี่ยวข้องกับ การนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่น				
13. ถ้าท่านไม่สูบบุหรี่จะเป็นการป้องกันแต่ต้น มือในการนำไปสู่การใช้สารเสพติดอื่น				
14. การรับรู้ถึงอันตรายของบุหรี่จะทำให้ท่าน ไม่สูบบุหรี่				
15. ท่านจะไม่สูบบุหรี่ ถ้าปฏิบัติตามที่พ่อแม่ สัน สอนและแนะนำ				
16. การดูแลเอาใจใส่ที่ท่านได้รับจาก พ่อ แม่ และครอบครัว จะทำให้ท่านหลีกเลี่ยงจากการ สูบบุหรี่ได้				
17. บุคคลข้างเคียงมีส่วนน้อยมากที่จะทำให้ ท่านสูบบุหรี่				

ตอนที่ 3 ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย
 คำชี้แจง ในแต่ละข้อคำถามจะมีคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ 4 ระดับ
 คือ จากความรู้สึกหรือความคิดที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งขอให้เจ้าหน้าที่เลือก
 คำตอบตรงกับความรู้สึกนึกคิดของเจ้าหน้าที่มากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม โดยทำ
 เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบที่เจ้าหน้าที่ต้องการและขอให้ตอบครบทุกข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านได้รับการสนับสนุนด้านพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ที่ถูกต้องจากผู้บังคับบัญชาเป็นประจำ				
2. ท่านได้รับความรัก ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่ เรื่องสุขภาพจากบุคคลใกล้ชิด				
3. เมื่อท่านมีปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านได้รับคำปรึกษาจากบุคคลใกล้ชิด				
4. เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจ ท่านได้รับกำลังใจ และการสนับสนุนในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์				
5. ท่านเคยได้รับการแนะนำวิธีในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่จากหน่วยงานของท่าน				
6. สมาชิกในครอบครัวของท่านให้การตักเตือนถึงเรื่องการสูบบุหรี่ของท่านอยู่เสมอ				
7. บุคคลรอบข้างของท่านมักชักชวนท่านให้สูบบุหรี่อยู่เสมอ				
8. เพื่อนสนิทของท่านมักบอกถึงผลเสียของบุหรี่เมื่อท่านสูบบุหรี่อยู่ประจำ				
9. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่เป็นประจำ				
10. ท่านได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในการเข้ารับการอบรมการเลิกบุหรี่				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
11. ท่านได้รับกำลังใจจากคนรอบข้างเสมอใน การเลิกบุหรี่				
12. เพื่อนร่วมงานของท่านมักชักชวนท่านออกไป สูบบุหรี่ในเวลาทำงานเป็นประจำ				
13. ภรรยาหรือคนรักของท่านมักตักเตือนท่าน เสมอเมื่อเห็นท่านสูบบุหรี่				
14. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพิษภัยของ บุหรี่อยู่เป็นประจำ				

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชาย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทำข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปัจจุบันท่านมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

- สูบหรือเคยสูบ ให้ท่านตอบคำถามในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด
- ไม่เคยสูบ (ไม่ต้องตอบคำถามข้างล่างนี้)

ปฏิบัติมากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สม่ำเสมอหรือมากกว่าสัปดาห์ละ 5 วัน

ปฏิบัติมาก หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 3-5 วัน

ปฏิบัติน้อย หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลหรือปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้น สัปดาห์ละ 1-2 วัน

ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลยหรือปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์

ข้อความ	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติน้อย	ปฏิบัติน้อยที่สุด
1. หลังตื่นนอนท่านสูบบุหรี่				
2. ก่อนเริ่มทำงานท่านสูบบุหรี่				
3. ก่อนรับประทานอาหารท่านสูบบุหรี่				
4. หลังรับประทานอาหารท่านสูบบุหรี่				
5. ก่อนนอนท่านสูบบุหรี่				
6. ท่านสูบบุหรี่ที่มีก้นกรอง				
7. ท่านสูบบุหรี่จนถึงก้นมวนหรือเกือบหมดมวน				
8. ท่านสูบบุหรี่จัดเมื่อต้องมีเรื่องให้คิดหรือตัดสินใจหรือเครียดกังวล				
9. ท่านจะสูบบุหรี่เวลาเข้าสังคมกับเพื่อน				
10. ท่านขอบุหรี่จากเพื่อนมาสูบ				
11. ท่านสูบบุหรี่เพราะเพื่อนชวนไปสูบ				

ข้อความ	ปฏิบัติ มากที่สุด	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ น้อย ที่สุด
12. การสูบบุหรี่ของท่านเพื่อผ่อนคลาย ความเครียด				
13. ท่านสูบบุหรี่เพราะแก้เหงาเวลาว่าง				
14. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดความเท่				
15. เมื่อท่านมีปัญหาคอครบแล้วท่านมักสูบบุหรี่				
16. ท่านมีบุหรี่ยึดติดตลอดเวลา				
17. เมื่อมีคนสูบบุหรี่ใกล้ๆท่านๆจะสูบบตาม				
18. เมื่อท่านนึกอยากสูบบุหรี่ก็สูบทันทีที่นึกได้				
19. ท่านสูบบุหรี่ก่อนนอน				
20. ท่านสูบบุหรี่ขณะเข้าห้องน้ำและทำกิจวัตร				
21. ท่านสูบบุหรี่ขณะที่กำลังใช้ความคิดเรื่องใดๆ อยู่				
22. ท่านมักจะสูบบุหรี่เมื่อเห็นโฆษณาบุหรี่				
23. ท่านสูบบุหรี่วันละ 10-20 มวน				
24. ท่านสูบบุหรี่วันละ 21-30 มวน				
25. ท่านสูบบุหรี่วันละ 31-40 มวน				
26. ท่านสูบบุหรี่มาตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้น				
27. ท่านสูบบุหรี่ครั้งแรกกับเพื่อน				
28. ท่านสูบบุหรี่เฉพาะตอนที่ออกเที่ยวทุกครั้ง				
29. การขึ้นราคามันบุหรี่ไม่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของ ท่าน				

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

- ชื่อ-นามสกุล : ร้อยเอกหญิง ศรียา ลาวัณยภักดิ์
- วัน เดือน ปี เกิด : 25 มกราคม 2528
- สถานที่เกิด : จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- ประวัติการศึกษา : วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พ.ศ. 2545-2549
พยาบาลศาสตรบัณฑิต
- ตำแหน่งสถานที่ทำงานปัจจุบัน : พยาบาลห้องผ่าตัดศัลยกรรม กองวิสัยญีและห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จังหวัดกรุงเทพมหานคร