

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาวิจัย รูปแบบการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลด ละ เลิกสูบบุหรี่ของประชากรในพื้นที่ตำบลท่าไม้ อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนจากเอกสาร ตำรา วารสาร สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระดังต่อไปนี้

1. บริบทของพื้นที่ตำบลท่าไม้ อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. แนวคิดและทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. บุหรี่
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบ
6. การสนทนากลุ่ม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบความคิดในการวิจัย

บริบทของพื้นที่ตำบลท่าไม้ อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

สภาพทั่วไป

สภาพพื้นที่โดยทั่วไป ของตำบลท่าไม้ อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของอำเภอชุมแสง มีระยะทางอยู่ห่างจากอำเภอชุมแสง ประมาณ 4 กิโลเมตร มีระยะทางห่างจากอำเภอเมืองนครสวรรค์ ประมาณ 40 กิโลเมตร โดยมีอาณาเขตติดต่อดังนี้

- | | | |
|-------------|-----------|---|
| ทิศเหนือ | ติดต่อกับ | ตำบลท่าไม้ อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร |
| ทิศตะวันออก | ติดต่อกับ | ตำบลพิกุล อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ |
| ทิศตะวันตก | ติดต่อกับ | ตำบลท่าเสา อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร |
| ทิศใต้ | ติดต่อกับ | ตำบลเกยไชย อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ |

สภาพภูมิอากาศ

ตำบลท่าไม้มีลักษณะสภาพทางภูมิอากาศแบบร้อนชื้นเนื่องจากมีลักษณะเป็นพื้นที่ราบ
ลุ่มติดแม่น้ำ แบ่งออกเป็น 3 ฤดู ได้แก่ ฤดูร้อน ฤดูฝนและฤดูหนาว

ข้อมูลด้านประชากร

จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าไม้ อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ จาก
ข้อมูลสถิติตามทะเบียนราษฎร มีนาคม 2548 แยกรายหมู่ ดังนี้
ตารางที่ 2.1 แสดงข้อมูลประชากรแยกรายหมู่บ้าน ตำบลท่าไม้ อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวม (คน)
1	บ้านบึงยาว	265	248	513
2	บ้านท่าไม้	164	202	366
3	บ้านบุง	239	251	490
4	บ้านท่าไม้	301	302	603
5	บ้านท่ากว้าง	275	312	587
6	บ้านวังน้อย	401	411	812
7	บ้านท่าเตียน	315	314	629
8	บ้านหนองขอน	368	405	773
9	บ้านวังใหญ่	382	448	830
10	บ้านดงกะพี้	432	470	902
11	บ้านปึกวงษ์	246	256	502
12	บ้านวังใหญ่พัฒนา	207	215	422
13	บ้านคลองโพธิ์สามัคคี	145	140	285
14	บ้านท่าเตียนสามัคคี	103	105	208
15	บ้านท่ากว้างพัฒนา	122	133	255
	รวม	3965	4212	8177

ที่มา : องค์การบริหารส่วนตำบลท่าไม้.(2548 : 8-9)

สภาพทางเศรษฐกิจ

ประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่ตำบลท่าไม้ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ได้แก่ การทำนา การทำสวน และการทำไร่สวนผสม

รายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากร 18,000 บาท/ปี

สภาพทางสังคม

การศึกษา

มีจำนวนโรงเรียนในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ทั้งหมด 8 แห่ง ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน จำนวน 1 แห่ง

ประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ตำบลท่าไม้จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา

ศาสนา

ประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ตำบลท่าไม้ นับถือศาสนาพุทธมีวัดทั้งหมดจำนวน 5 แห่ง

สำนักสงฆ์ จำนวน 2 แห่ง

การสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุขมีจำนวน 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยบ้านท่ากว้าง หมู่ 5 ตำบลท่าไม้ และสถานีอนามัยบ้านหนองซอน หมู่ 8 ตำบลท่าไม้

ข้อมูลด้านการสูบบุหรี่

จำนวนประชากรที่มีอายุระหว่าง 25 – 49 ปี มีผู้ที่ติดบุหรี่ (โดยใช้แบบการประเมินการติดสารนิโคติน) พบว่ามีผู้ที่ติดบุหรี่จำนวน 208 คน

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำของมนุษย์หรือสัตว์ การกระทำที่ว่านี้รวมทั้งการกระทำที่เกิดขึ้นทั้งผู้กระทำรู้สึกตัว และไม่รู้สึกรู้ตัวขณะกระทำ รวมทั้งการกระทำที่สังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ด้วยเหมือนกันโดยมากนักจิตวิทยาแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท (ศักดิ์ไทย สุรกิจบรร. 2545:20-25) คือ

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) หมายถึง การกระทำที่ผู้อื่นสังเกตได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1.1 พฤติกรรมของโมลา (Molar behavior) เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้โดยตรงไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น พฤติกรรมการกินอาหาร หัวเราะ ร้องไห้ อ้าปาก ถีบจักรยาน

1.2 พฤติกรรมโมเลกุล (Molecular behavior) เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้แต่ต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น การเต้นของหัวใจ พฤติกรรมการโกหก ความดันโลหิตเป็น ต้น

2. พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) หมายถึง การกระทำที่ผู้อื่นสังเกตไม่ได้โดยตรง หากบุคคลที่เป็นเจ้าของพฤติกรรมไม่บอกหรือไม่แสดงพฤติกรรมภายนอกออกมาให้ผู้อื่นสังเกตซึ่ง พฤติกรรมภายในจึงเป็นเรื่องของประสบการณ์ส่วนบุคคล (Private experience) คนเท่านั้นที่จะรู้ ได้แก่ ความคิด ความจำ ความฝัน จินตนาการ และพฤติกรรมความรู้สึกต่างๆ เช่น หิว เพลีย เจ็บ ชื่นชม หนาว กลัว ตื่นเต้นและเสียใจ เป็นต้น พฤติกรรมภายในจำเป็นต้องอาศัยการวัดหรือ การสังเกตทางอ้อม นั่นคือ สังเกตหรือวัดจากพฤติกรรมภายนอกหรือจัดสภาพแวดล้อมบางอย่าง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคคลที่ถูกสังเกตแสดงพฤติกรรมภายนอกออกมา พฤติกรรมภายในอาจ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 พฤติกรรมภายในที่เกิดขึ้นโดยรู้สึกตัว (Conscious processes) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยผู้ที่เป็นเจ้าของพฤติกรรมรู้สึกว่ามันเกิดขึ้น ซึ่งถ้าบุคคลนั้นสามารถควบคุมความรู้สึกที่ มันเกิดขึ้นได้และไม่บอกหรือไม่แสดงออกให้คนรู้ ก็ยากที่ผู้อื่นจะสังเกตได้ เช่น ปวดฟัน หิว โกรธ ตื่นเต้น เหนื่อย ชื่นชม เป็นต้น

2.2 พฤติกรรมภายในที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้สึกตัว (Unconscious processes) เป็น พฤติกรรมบางอย่างที่เกิดขึ้นภายในตัว บุคคลโดยบางครั้งบุคคลไม่รู้สึกตัวซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม ภายนอกของบุคคลนั้น เช่น ความคิด ความปรารถนา ความคาดหวัง ความกลัวและสุขใจ เป็นต้น

ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร (2545 : 20-25) ได้แบ่งลักษณะพฤติกรรมมนุษย์ ไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมทุกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีสาเหตุ (Behavior is caused) หมายถึง การเกิด พฤติกรรมใด ๆ ก็ตามจะต้องมีสาเหตุการเกิดพฤติกรรมเช่นนั้นก็ตาม ทั้งนี้เป็นเพราะว่าบุคคลแต่ละคนมีเหตุผลมากมายหลายชนิดที่สามารถกำหนดให้เกิดพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ขึ้นได้

2. การเกิดขึ้นของพฤติกรรมเนื่องจากมีสิ่งจูงใจ (Behavior is motivated) หมายถึง การ เกิดพฤติกรรมทุกพฤติกรรมบุคคลได้รับการจูงใจให้กระทำการหนึ่งสิ่งใดเสมอ ทั้งนี้เป็นเพราะว่า แรงจูงใจของบุคคลแต่ละคนมีมากมายหลายชนิด ที่กระตุ้นและกำหนดทิศทางของพฤติกรรมตาม กาลเวลาโอกาสและสถานการณ์ และบุคคลสองคนอาจจะมีพฤติกรรมที่เหมือนกันในเหตุการณ์ หนึ่งแต่มีเหตุผลเบื้องหลังในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่างกันหรืออาจจะกระทำในสิ่งที่ต่างกันโดยมี เหตุผลในการกระทำที่เหมือนกัน

3. พฤติกรรมทุกชนิดย่อมมีจุดมุ่งหมาย(Behavior is goal directed)หมายถึง การแสดงพฤติกรรมแต่ละอย่างของบุคคลกระทำออกไปอย่างมีจุดมุ่งหมายว่าต้องการให้ได้รับอะไรจากพฤติกรรม หรือการกระทำนั้น ๆ เช่น ขยันทำงานเก็บออมเงินเพราะต้องการความร่ำรวย

พฤติกรรมมีองค์ประกอบสำคัญ 7 ประการ คือ

1. เป้าหมาย หมายถึง พฤติกรรมทุกพฤติกรรม จะต้องมีเป้าหมายในการกระทำ เช่น ต้องการอำนาจ เกียรติยศ ทรัพย์สิน เป็นต้น
2. ความพร้อม หมายถึง ความมีวุฒิภาวะและความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ
3. สถานการณ์ หมายถึง เหตุการณ์หรือโอกาสที่เอื้ออำนวยให้เลือกกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ
4. การแปลความหมาย หมายถึง วิธีคิดแบบต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่พอใจมากที่สุด สถานการณ์หนึ่ง ๆ
5. การตอบสนอง หมายถึง การตัดสินใจกระทำกิจกรรมที่ตนได้ตัดสินใจเลือกสรรแล้ว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
6. ผลลัพธ์ที่ตามมา หมายถึง ผลการกระทำหนึ่ง ๆ อาจได้ผลตามที่คาดหมายไว้หรืออาจตรงกันข้ามกับความคาดหวังที่ตั้งใจไว้

7. ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อสิ่งที่กระทำลงไปไม่บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ จึงต้องกลับมาแปลความหมายไตร่ตรองเพื่อเลือกวิธีใหม่ ๆ มาตอบสนองความต้องการ หรืออาจจะเลิกล้มความต้องการไป เพราะเห็นว่าเป็นสิ่งที่เกินความสามารถ

การพัฒนาพฤติกรรมของมนุษย์ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญด้านต่าง ๆ 8 ประการ คือ

1. ความต้องการหรือแรงจูงใจ (Needs or motivation) หมายถึงสภาวะที่มนุษย์ถูกกระตุ้น หรือถูกกำหนดจากสิ่งเร้าให้แสดงพฤติกรรมเพื่อไปยังจุดมุ่งหมายปลายทาง
2. การรับรู้ (Perception) หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลแปรหรือตีความหมายการรู้สึกสัมผัสที่ได้รับจากตาเห็นภาพ จมูกได้กลิ่น หูได้ยินเสียง ผิวหนังรับสัมผัสเป็นต้นออกเป็นพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่มีความหมายหรือรู้จักเข้าใจได้ การที่มนุษย์สามารถแปลความหมายจากการรู้สึกสัมผัส และมีปฏิกริยาได้ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ดีมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้เดิมหรือประสบการณ์ในอดีตระดับสติปัญญา การสังเกต เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม การคาดหวัง สภาวะจิตใจของบุคคลในขณะนั้น ตลอดจนชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้าด้วย

3. การเรียนรู้ (Learning) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมค่อนข้างถาวรภายหลังที่บุคคลได้รับประสบการณ์ การฝึกหัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยผ่านกระบวนการพัฒนาการ วุฒิภาวะ อิทธิพลของยา ผลของการเจ็บป่วย หรือสารเคมีต่าง ๆ ไม่ถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้

4. ความสนใจ (Interest) หมายถึงความโน้มเอียงที่จะแสดงเลือกหรือเข้าร่วมทำกิจกรรมหนึ่ง ๆ หรือความสนใจที่มีต่อวัตถุ

5. ความตั้งใจ (Attention) งานทุกอย่างจะทำได้ต้องอาศัยความพอใจความขยันหมั่นเพียรและความตั้งใจทำงานนั้น โดยเฉพาะงานที่ยากลำบาก จำเป็นต้องอาศัยความตั้งใจทำงานนั้น งานจึงจะประสบผลสำเร็จ

6. ค่านิยม (Value) คือบางสิ่งบางอย่างที่มีค่าหรือมีความสำคัญต่อบุคคลแล้วบุคคลจะตัดสินใจว่า ชอบ-ไม่ชอบ พอใจ-ไม่พอใจในสิ่งนั้น ค่านิยมช่วยขัดเกลาพฤติกรรมมนุษย์

7. เจตคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อวัตถุ สิ่งของ กิจกรรม เหตุการณ์ และต่อบุคคลอื่น ความรู้สึกนี้เกิดจากการเรียนรู้ติดต่อกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน และปัจจัยสำคัญที่จะใช้พิจารณาพฤติกรรมของบุคคล

8. ความเชื่อ (Belief) หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ หรือเจตคติที่บุคคลที่มีต่อโลกต่อปรากฏการณ์ต่าง ๆ เป็นการยอมรับในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การยอมรับเช่นนี้อาจเกิดจากการใช้เหตุผลหรือเกิดจากความศรัทธาโดยไม่มีเหตุก็ได้ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดเรื่องใดเขาจะยอมรับว่าสิ่งนั้นเป็นจริงหรือมีอยู่จริง (สิทธิโชค วรรณสันติกุล. 2546)

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญโดยแสดงออกให้เห็นได้แก่ลักษณะของการกระทำ และการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลต่อสุขภาพหรือผลเสียต่อสุขภาพ โดยทั่วไปพฤติกรรมสุขภาพของคนอาจจำแนกได้ 3 ประเภท ดังนี้ (จินดา บุญช่วยเกื้อกุล. 2541:66-69)

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลกระทำในภาวะปกติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ การไม่สูบบุหรี่หรือสิ่งเสพติดการพักผ่อนที่เหมาะสมกับสภาพตนเอง และอีกลักษณะหนึ่งคือพฤติกรรมการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น การไปตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี การคาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่ยานยนต์หรือจักรยานยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกถึงความผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น เมื่อรู้สึกปวดท้องบุคคลอาจมีพฤติกรรมต่อการปวดท้องได้หลายลักษณะ คืออาจรอดูอาการต่อไปหรืออาจปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับความผิดปกติของตนหรืออาจไปพบแพทย์หรือไปซื้อยามารับประทาน พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจำแนกออกได้เป็น 2 ระยะ คือ

2.1 ระยะแรกเป็นขั้นของการรับรู้ (preceive) ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น

2.2 ระยะที่มีพฤติกรรมตอบสนอง (take action) ความความผิดปกตินั้นๆ

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากที่ได้รับทราบผลการวินิจฉัยแล้วเป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้นๆ

พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ประเภทเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพทั้งสิ้น แต่พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะมีความถูกต้องเหมาะสมเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคคลเองรวมทั้งครอบครัวและสังคมของบุคคลนั้นด้วย

พฤติกรรมสุขภาพมีความหมายครอบคลุมถึงพฤติกรรมภายนอกต่าง ๆ ที่สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน และพฤติกรรมภายในที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีอยู่จำนวนมาก ทฤษฎีที่อธิบายหรือทำนายแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้กันมากได้แก่ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีสมรรถนะของตนเอง ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (วัลลา ตันตโยทัย. 2546:29 – 40)

แนวคิดและทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีอยู่จำนวนมาก ในที่นี้จะกล่าวถึงทฤษฎีที่อธิบายหรือทำนายแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีผู้นำมาใช้กันเป็นจำนวนมาก ได้แก่ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทฤษฎีสมรรถนะของตนเอง ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

1. แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยกลุ่มของนักจิตวิทยาสังคม ในสหรัฐอเมริกา เพื่อที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับความล้มเหลวในการให้ประชาชนทั่วไปยอมรับการป้องกันโรคหรือการตรวจคัดกรองโรค ซึ่งองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of action) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้ของบุคคล (Individual perception)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อปัญหาสุขภาพ มีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด

2. การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) เป็นการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งพิจารณาจากผลที่เกิดตามมาในทุกๆ ด้าน ครอบคลุมถึงการเสียชีวิต การลดการทำงานที่ ความพิการ ความทุกข์ทรมาน ตลอดจนผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตในครอบครัวและสังคม

3. การรับรู้ภาวะถูกคุกคาม (Perceived threat) การรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ จะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะคุกคามว่ามีมากน้อยเพียงใด

ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความเอนเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีอิทธิพลการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ได้แก่

1. ปัจจัยด้านลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ
2. ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ ระดับชั้นในสังคม
3. ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น
4. ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดขึ้น

ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยภายในตนเอง เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อหรือบุคคลต่างๆ ความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of action) มี 2 ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล คือ

1. การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัตินั้นๆ ในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ

2. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัตินั้น เช่น ความไม่คุ้นเคย การเสียค่าใช้จ่ายความไม่สะดวกสบาย เป็นต้น

การรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงต่าง ๆ ทำให้มีพลังหรือแรงขับที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์จะช่วยให้สามารถเลือกแนวทางของการปฏิบัติได้ แต่การปฏิบัติจะยังไม่ปรากฏต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้น ซึ่งแต่ละคนต้องการการกระตุ้นในระดับที่ไม่เท่ากันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง ซึ่งปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยด้านโครงสร้าง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

แนวทางการประยุกต์ (Application) แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการปฏิบัติ

ตารางที่ 2.2 มโนทัศน์ของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ

มโนทัศน์	การประยุกต์ใช้
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ 1. ค้นหาหรือเลือกบุคคลที่มีความเสี่ยงประเมินระดับความเสี่ยง 2. ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านลักษณะประชากรพฤติกรรมของบุคคลนั้น
การรับรู้ความรุนแรง	1. แยกแยะผลเสียที่จะเกิดตามมาจากภาวะหรือความผิดปกติใน ทุกๆ ด้าน เช่น สุขภาพ การทำงาน ชีวิตครอบครัว ชีวิตในสังคม 2. ให้ข้อมูลที่เป็นจริง ไม่ควรทำให้เกิดความกลัวจนเกินเหตุ
การรับรู้ประโยชน์	เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม 1. กำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างชัดเจนว่ามีอะไรบ้าง ปฏิบัติ อย่างไร ในเวลาใด 2. อธิบายประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการ ปฏิบัติพฤติกรรมข้างต้นอย่างชัดเจน
การรับรู้อุปสรรค	ขจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม 1. ค้นหาข้อเสียหรืออุปสรรค 2. จัดสิ่งแวดล้อมหรือระบบบริการ ให้เกิดความสะดวกต่อการปฏิบัติ เช่น เวลาที่เปิดบริการ ค่าใช้จ่าย 3. ลดการรับรู้อุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ โดยให้ความมั่นใจ แก้ไข ข้อมูลหรือความเข้าใจผิด จูงใจ และให้ความช่วยเหลือ จัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ	1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติอย่างชัดเจน 2. กระตุ้นการตระหนักรู้ (awareness) 3. สร้างระบบการกระตุ้นเตือน (reminder)

ที่มา : วัลลา ตันตโยทัย (2546 : 32)

2. แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model หรือ Stage of change)

โปรชากา (Prochaska.1994) ได้ทำการศึกษาวิจัยร่วมกับไดคลิเมนต์ (Diclemente) เกี่ยวกับการงดการสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนักในโครงการของนักจิตวิทยาบำบัดเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้าน พฤติปัญญา เจตคติและการปฏิบัติของบุคคล สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลสามารถแบ่งเป็นระยะหรือขั้นตอน ที่เรียกว่า Stage of change ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนใหญ่ ๆ 5 ขั้นตอนด้วยกัน (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์และสุรีย์ จันทร์โมลี. 2538:5) คือ

1. ขั้นก่อนตั้งใจ (Precontemplation) หมายถึง ไม่มีความตั้งใจที่จะทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. ขั้นตั้งใจ (Contemplation) หมายถึง มีความตั้งใจระยะยาวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. ขั้นที่พร้อมจะปฏิบัติ (Ready for action) หมายถึง มีความตั้งใจสูงอยากเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และกำลังวางแผนว่าจะให้ใครช่วยแนะนำและทำอะไรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. ขั้นปฏิบัติ (Action) หมายถึง ระยะที่ทำได้บ้างแล้ว
5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) หมายถึง ระยะที่ทำพฤติกรรมในระยะนานพอสมควร

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะมีรูปแบบที่หมุนเวียนไปมาจากขั้นก่อนตั้งใจ (Precontemplation) ไปสู่ขั้นตั้งใจ (Contemplation) ไปสู่ขั้นที่พร้อมจะปฏิบัติ (Ready for action) จากนั้นเป็นขั้นปฏิบัติ (Action) ถ้าปฏิบัติพฤติกรรมแล้วไม่เกิดผลดีต่อสุขภาพจะกลับมาเริ่มต้นทำพฤติกรรมตั้งใจอีกครั้ง หากปฏิบัติแล้วเกิดผลดีต่อสุขภาพ จะคงพฤติกรรมนั้นไว้ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) เป็นการสิ้นสุดขบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากบุคคลนั้นไม่ได้รับการเรียนรู้ที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เช่น ข้อมูล ข่าวสาร บุคคล สื่อต่าง ๆ จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกลับมาสู่ขั้นก่อนตั้งใจหรือขั้นตั้งใจได้อีกครั้งและจากประสบการณ์การเรียนรู้ของพฤติกรรมที่ย้อนกลับไปกลับมาอันนี้อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้อยู่ในขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นได้ในที่สุด

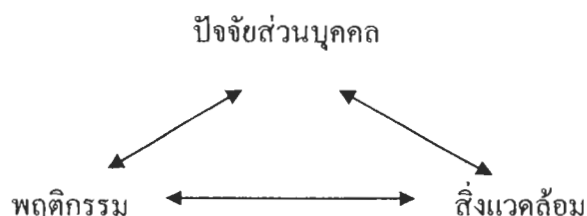
ตารางที่ 2.3 แสดงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลแต่ละขั้นของโปรชากา (Prochaska) และคณะ (1994: 473-475) ตามกำหนดระยะเวลาดังนี้

ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ระยะเวลาและพฤติกรรม
1.ขั้นก่อนตั้งใจ (Precontemplation)	1.ไม่ทำและไม่คิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า
2.ขั้นตั้งใจ (Contemplation)	2.ไม่ทำแต่คิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า
3.ขั้นที่พร้อมจะปฏิบัติ (Ready for action)	3.กำลังวางแผนอย่างจริงจังที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมในเดือนหน้า
4.ขั้นปฏิบัติ (Action)	4.ได้ทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบ้างแล้วน้อยกว่า 6 เดือน
5.ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance)	5.ได้เปลี่ยนพฤติกรรมมาแล้วใน 6 เดือนที่ผ่านมา

ที่มา : วัลลา ตันตโยทัย (2546 : 35)

3. ทฤษฎีสมรรถนะของตนเอง (Self – efficacy theory)

ทฤษฎีสมรรถนะของตนเอง (Self – efficacy theory) มีแนวคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งมีความเชื่อว่าคนและสิ่งแวดล้อมต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน คนมิได้เป็นเพียงผู้ตอบสนองต่ออิทธิพลของสิ่งเร้าภายนอกเท่านั้น แต่สามารถเลือกจัดระบบและเปลี่ยนรูปสิ่งเร้าที่มากกระทบได้ เป็นผู้มีความว่องไวกระตือรือร้น มีความสามารถในการควบคุมตนเองและชี้นำตนเองได้ พฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่างมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

ที่มา : แบนดูรา (Bandura.1977a:10)

จากภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้างต้นมีความแตกต่างกันในสถานการณ์และพฤติกรรมที่ต่างกัน กล่าวคือในบางเวลาปัจจัยในสิ่งแวดล้อมอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมาก แต่ในบางเวลาปัจจัยส่วนบุคคลอาจมีความสำคัญมากกว่า (Bandura.1977a:9-10) โดยปัจจัยภายในส่วนบุคคลมากมาย เช่น การเลือกสังเกตเหตุการณ์ การรับรู้และตัดสินใจเหตุการณ์ ทั้งนี้โดยมีความคาดหวังและสิ่งล่อใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่สำคัญความคาดหวังดังกล่าว แบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. ความคาดหวังเกี่ยวกับตัวกระตุ้นในสิ่งแวดล้อม (Environmental cues)
2. ความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นภายหลังการกระทำของตน (Outcome expectation) เป็นความคิดว่าพฤติกรรมของตนจะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์อย่างไรบ้าง
3. ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนในการกระทำพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ เรียกว่า ความคาดหวังในสมรรถนะ (Efficacy expectation)

แหล่งกำเนิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง (Sources of efficacy expectation)

การรับรู้สมรรถนะของตนเองเกิดมาจากแหล่งข้อมูลที่สำคัญ 4 แหล่ง คือ

1. การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จของตน (Performance accomplishments) การได้ลงมือปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองเป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลมากที่สุดเพราะมีพื้นฐานจากประสบการณ์ตรงของตนเองความสำเร็จและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ จะชักนำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองได้ความสำเร็จจะทำให้บุคคลนั้นรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงขึ้นและในทางตรงกันข้ามความล้มเหลวที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ จะทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำลง ซึ่งความล้มเหลวที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวมักไม่มีผลกระทบต่อการรับรู้สมรรถนะของบุคคลนั้น แต่ถ้าบุคคลสามารถเอาชนะความล้มเหลวที่เกิดขึ้นได้ในภายหลังจะยังสามารถภูมิใจให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองยิ่งขึ้น

2. ประสบการณ์ของบุคคลอื่น (Vicarious experience) การได้เห็นผู้อื่นปฏิบัติพฤติกรรมบุคคลจะมีการเปรียบเทียบและรับรู้ว่าคุณภาพตนเองก็มีความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมอย่างที่ได้เห็นได้เช่นกัน

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นวิธีการที่ใช้กันมากเพราะทำได้ง่าย การเสนอแนะสามารถชักนำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนสามารถจัดการหรือปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่างสำเร็จได้ อย่างไรก็ตามการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่เกิดจากการชักจูงด้วยคำพูดนั้นมักไม่แข็งแกร่งและไม่ยั่งยืน

4. ภาวะอารมณ์ บุคคลอาศัยภาวะข้อมูลจากภาวะการทำหน้าที่ของร่างกายในการตัดสินใจความสามารถของตนเอง ในภาวะที่อารมณ์ถูกกระตุ้นปลุกเร้าสูง บุคคลจะแปลความหมาย

ว่าเป็นอาการที่บ่งบอกถึงความอ่อนแอจึงรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ ในภาวะที่อารมณ์สงบบุคคลมักรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น

แนวทางการประยุกต์ในการปฏิบัติ

แนวคิดในทฤษฎีสมรรถนะของตนเองแสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลตัดสินใจเริ่มการปฏิบัติหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ตารางที่ 2.4 แนวทางการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตน

การประยุกต์
1. ค้นหาคุณสมบัติหรือความสามารถที่ของบุคคลนั้น 2. ฝึกฝนการปฏิบัติ สอนทักษะการปฏิบัติ 3. แนะนำแนวการปฏิบัติ 4. สาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 5. ตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ 6. ใช้คำพูดที่เสริมกำลังใจ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จที่ผ่านมาของบุคคลนั้นและเสนอตัวอย่างบุคคลอื่นป้อนกลับในด้านบวก 7. ให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่ช่วยให้คลายความกลัวและกังวล

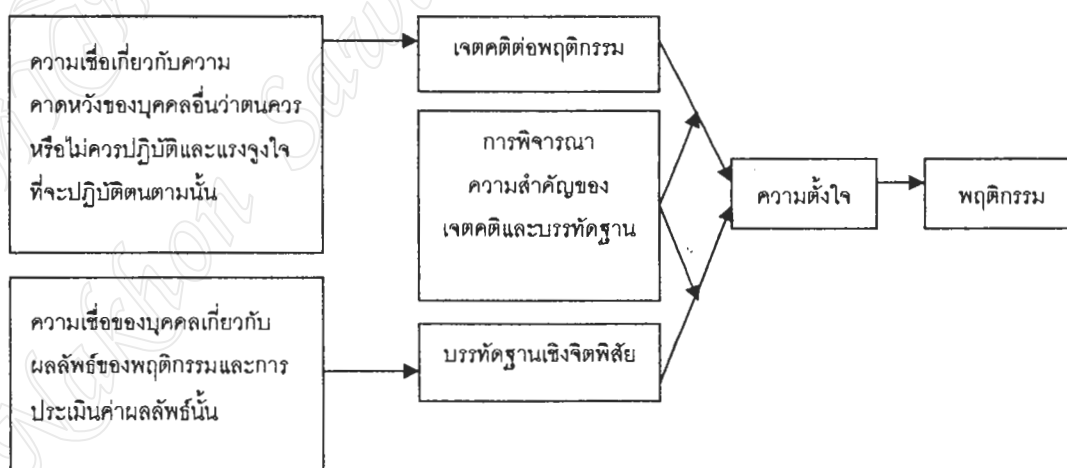
ที่มา : วิลลา ดันตโยทัย (2546 : 36)

4. ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of reasoned action) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior)

ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of reasoned action) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐาน เจตคติ ความตั้งใจและพฤติกรรมโดยมีความเชื่อพื้นฐานว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลและให้ข้อมูลต่างอย่างมีระบบ มีการพิจารณาก่อนที่จะตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ การปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ จึงอยู่ภายใต้การควบคุมโดยการเลือกหรือการตัดสินใจของบุคคล ตัวกำหนดพฤติกรรมคือความตั้งใจ ซึ่งเกิดจากปัจจัยพื้นฐาน 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือเจตคติต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และปัจจัยทางสังคม คือ บรรทัดฐานของสังคม

เจตคติต่อพฤติกรรม ถูกกำหนดโดยความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการประเมินผลลัพธ์ดังกล่าวว่าเป็นผลดีหรือผลเสีย ถ้าบุคคลเชื่ออย่างหนักแน่นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นส่วนมากจะเกิดผลดี ก็จะมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมดังกล่าว ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะเกิดผลเสีย ก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น

บรรทัดฐานเชิงจิตวิสัย (Subjective norm) ถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐาน (Normative belief) ของบุคคลนั้นเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงอิทธิพลของสังคมหรือผู้ที่มีความสำคัญที่มีต่อการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งแรงจูงใจของบุคคลที่จะปฏิบัติตามอิทธิพลทางสังคมนั้น



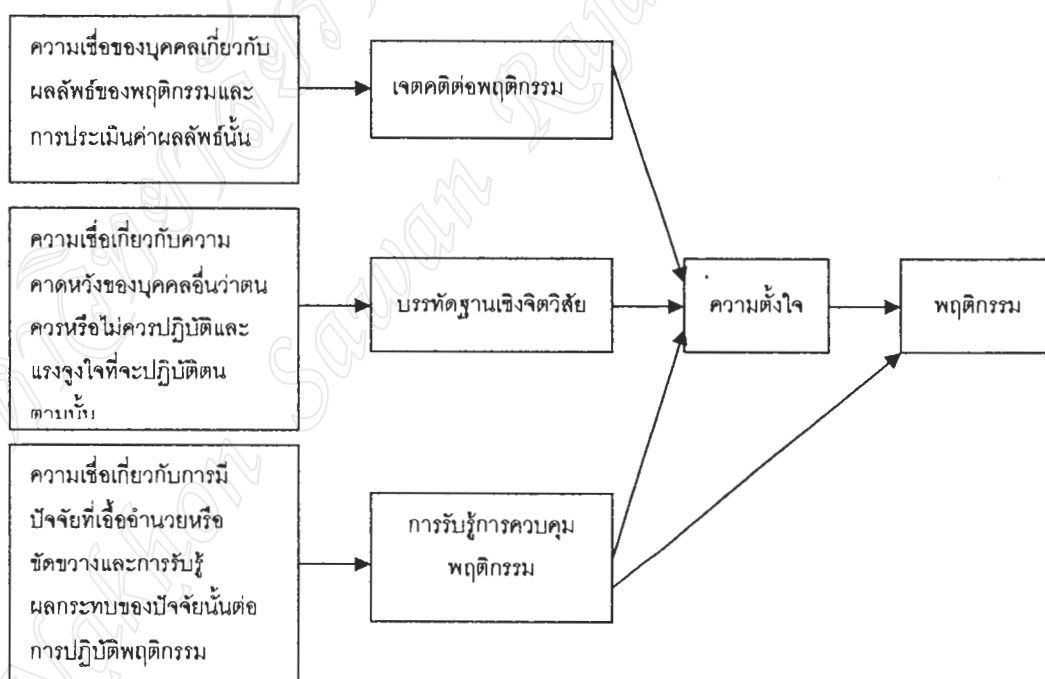
ภาพที่ 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ บรรทัดฐาน ความตั้งใจและพฤติกรรม

ที่มา : อัจเซนและฟิชเบน (Ajzen and Fishbein, 1980:8)

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เป็นทฤษฎีที่ขยายมาจากทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผลข้างต้น โดยเพิ่มมิติของการรับรู้การควบคุมในการปฏิบัติพฤติกรรมเข้าไป เพื่ออธิบายปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งแนวคิดที่ว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติ และรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวได้ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจึงถูกกำหนดโดยความตั้งใจและความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม บุคคลจะใช้ความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น เมื่อรับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวสูง

การรับรู้การควบคุม หมายถึง การรับรู้ถึงความยากง่ายของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้การควบคุมร่วมกับความตั้งใจ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้ การควบคุมพฤติกรรมถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม ซึ่งเกี่ยวกับการมีหรือไม่มีแหล่งประโยชน์สำหรับการปฏิบัติพฤติกรรม และรวมทั้งอุปสรรคต่อการปฏิบัติ ร่วมกับการรับรู้พลังอำนาจเป็นการรับรู้ผลกระทบหรืออิทธิพลของแหล่งประโยชน์แต่แหล่งที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมและอุปสรรคแต่ละอย่างที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น



ภาพที่ 2.3 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ที่มา : วัลลา ดันตโยทัย (2546 : 39)

แนวทางการประยุกต์ในการปฏิบัติ

๑.๘๕๕๓

ขอทบทวน.....

วันที่..... ๒๕๖๓

สถานที่..... ๖๓

๒๕๖๓

ภาค ๖

แนวทางการประยุกต์ในการปฏิบัติ

แนวทางการประยุกต์ทฤษฎีที่สำคัญคือ การช่วยให้บุคคลเกิดความตั้งใจที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยการสร้างเสริมเจตคติทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ควรมีการค้นหาความเชื่อที่มีผลต่อเจตคติพฤติกรรมบรรทัดฐานเชิงจิตวิสัย ความตั้งใจในการปฏิบัติ ควรกระตุ้นความตั้งใจก่อนมีการลงมือปฏิบัติ และควรมีการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ และมีการส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมนั้นสูงขึ้น

ตารางที่ 2.5 แนวทางการประยุกต์ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

การประยุกต์
1. ค้นหา ประเมิน ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของพฤติกรรมและการประเมินค่าผลลัพธ์ดังกล่าว
2. ระบอบุคคลที่มีความสำคัญ (key referents) ค้นหา ประเมินความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญ
3. ค้นหา ประเมินความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม
4. สร้างเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นเป้าหมาย โดยการให้ข้อมูล แกะไขความเข้าใจผิด
5. เสริมสร้างความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
6. เสริมสร้างการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

ที่มา : วัลลา ตันตโยทัย (2546 : 40)

การเรียนรู้ (Learning)

การเรียนรู้ (Learning) คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากประสบการณ์เป็นนิยามของ ครอนแบ็ค (Cronback) ซึ่งเป็นการให้ความหมายที่มีผู้ยอมรับมากซึ่งมีข้อสังเกต 2 ประการ คือ (ประสิทธิ์ ทองอุ่น.2542:24 - 25)

1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในเพียงอย่างเดียวก็เป็นการเรียนรู้ ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกด้วยก็ได้ การเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกมีความสำคัญก็ต่อเมื่ออยู่ในกระบวนการเรียนการสอน จึงจำเป็นต้องมีการวัดผล

2. พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการเรียนรู้ต้องมีลักษณะค่อนข้างถาวรหรือถาวรเนื่องจากความเหมาะสมของอินทรีย์ (Organism) นั้นๆ ได้เล็งเห็นว่า ควรเป็นไปในแนวนั้น

เมื่อเกิดการเรียนรู้ อินทรีย์จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใน 3 ด้าน ต่อไปนี้

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) เกี่ยวข้องกับการรับรู้การจำ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและด้านทักษะสติปัญญา ประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจการประยุกต์หรือการนำความรู้นั้นไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

2. พฤติกรรมด้านจิตพิสัย (Affective domain) เป็นความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ การให้คุณค่าหรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ซึ่งเกิดภายในจิตใจของบุคคลแบ่งออกเป็น การรับรู้หรือการให้ความสนใจ การตอบสนอง การให้ค่าหรือการให้เกิดค่านิยม และการแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (Psycho-motor domain) เป็นความสามารถในการแสดงออกของร่างกายรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัยและพฤติกรรมด้านจิตพิสัยเป็นส่วนประกอบ

เนื่องจากการเรียนรู้เป็นเรื่องสำคัญต่อการวิเคราะห์พฤติกรรมมนุษย์จึงมีทฤษฎีการเรียนรู้หลายทฤษฎี เพื่ออธิบายรูปแบบ (Model) การเรียนรู้ของมนุษย์ ดังนี้

1. การวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical conditioning) ของพัฟลอฟ (Pavlov) นักจิตวิทยาชาวรัสเซียมีหลักการว่า "การนำเอาสิ่งเร้าที่ถูกวางเงื่อนไขมาปรากฏพร้อมกับสิ่งเร้าที่ไม่ได้วางเงื่อนไขสามารถทำให้สิ่งเร้าที่ถูกวางเงื่อนไขแต่โดยลำพังมีอิทธิพลทำให้เกิดการตอบสนองได้ "

2. การวางเงื่อนไขแบบลงมือกระทำ (Operant conditioning) ของสกินเนอร์ (Skinner) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน มีหลักการว่า "การตอบสนองหรือพฤติกรรมของอินทรีย์เป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดการเสริมแรงในการแก้ปัญหา"

3. การรู้คิด หรือ ทฤษฎีสนาม (Cognitive or field theory) ของทอลแมน (Tolman) และฮอนซิค (Honzik) มีหลักการว่า "การเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่ต้องมีการเสริมแรงอินทรีย์ จะเรียนรู้ได้จากการคิดว่าจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด โดยไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าอื่นใดและบางครั้งผู้เรียนจะเกิดการมองเห็นลู่ทางในการแก้ปัญหาได้อย่างทันทีทันใด"

4. การเรียนรู้ทางสังคม (Social learning) ของ แบนดูรา (Bandura) มีหลักการว่า "ต้นแบบ (Model) มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเรียนรู้ โดยที่อินทรีย์จะทำการสังเกตพฤติกรรมของต้นแบบ"

การที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น นอกจากจะต้องมีการเรียนรู้แล้วบุคคลต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ด้วย

แรงจูงใจ (Motive)

ความหมายของแรงจูงใจ (Motive) ความปรารถนาที่บรรลุปาประสงค์หรือความรู้สึกที่กระตุ้นหรือเร้าการกระทำ เป็นพลังภายในที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม

นักจิตวิทยาหลายคนได้ให้ความหมายแตกต่างกันออกไป เพราะว่าแรงจูงใจเป็นคำที่มีความหมายกว้าง ขั้วซ้อนและละเอียดอ่อน แต่ละคนจึงมีมุมมองแตกต่างกันออกไป (อริยา คูหา, 2546:3-14) อาทิเช่น

Webster's new world dictionary ให้ความหมายว่าแรงจูงใจ การปฏิบัติด้วยแรงขับเคลื่อน ชักนำ

Dictionary of education นิยามว่าแรงจูงใจ หากพิจารณาอย่างกว้างๆ แล้ว หมายถึง กระบวนการปลุกเร้ากระตุ้นกำหนดการทำการกิจกรรมต่าง ๆ ตามความหมายเดิมเน้นที่สิ่งกระตุ้นก่อให้เกิดพฤติกรรมและกิจกรรมที่มุ่งสู่เป้าประสงค์

เมอร์เรียม-เวบสเตอร์ (Merriam – webster) ให้ความหมายว่าแรงจูงใจ คือ บางสิ่งบางอย่างที่เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการกระทำ

คาแกนและแฮฟแมนน์(Kagan & havemann) ให้คำจำกัดความว่า แรงจูงใจ คือ ความปรารถนาที่จะบรรลุปาประสงค์ที่ได้จากการเรียนรู้ได้ก่อให้เกิดคุณค่าแก่ปัจเจกบุคคล

มานน์และคณะ ให้นิยามว่าแรงจูงใจ คือ ความต้องการที่จะตอบสนองความพึงพอใจและพฤติกรรมมุ่งสู่จุดมุ่งหมาย

แซพลิน ให้ความหมายว่า แรงจูงใจ คือ ตัวแปรระหว่างพฤติกรรมและเป้าหมายที่กระตุ้นพฤติกรรมให้ดำเนินสู่จุดมุ่งหมาย

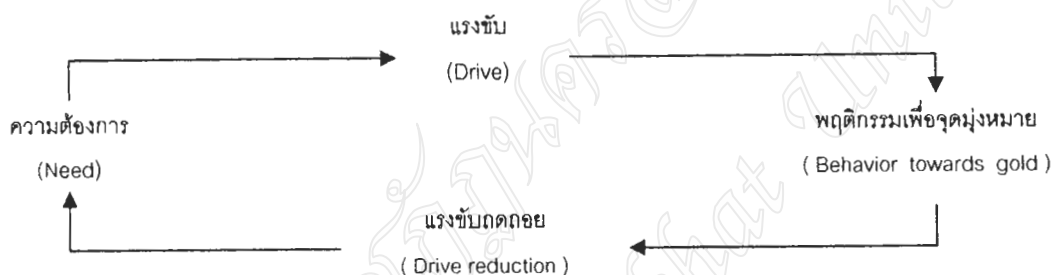
แรงจูงใจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา เพราะมนุษย์มีความต้องการไม่สิ้นสุด จึงมีวงจรของแรงจูงใจหรือขั้นตอนของแรงจูงใจ ตลอดเวลาหมุนเวียนกันไป ทั้งนี้เพื่อขับเคลื่อนและเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในตัวบุคคล

ขั้นตอนของการเกิดแรงจูงใจ (Stages of motivation)

กระบวนการของการเกิดแรงจูงใจ เกิดขึ้นเป็นวัฏจักรที่ไม่มีการหยุดนิ่งเป็นไปตามลำดับ

ขั้นตอน 4 ขั้น ดังนี้

1. ความต้องการ (Need)
2. แรงขับ (Drive)
3. พฤติกรรมเพื่อจุดมุ่งหมาย (Behavior towards goal)
2. แรงขับลดลง (Drive reduction)



ภาพที่ 2.4 แสดงวัฏจักรของการเกิดแรงจูงใจ

ที่มา : อริยา คูหา (2546: 6)

ความต้องการ (Need)

เกิดจากภาวะขาดสมดุล ที่บุคคลไม่มีสิ่งที่ทำให้ร่างกายดำเนินชีวิตไปได้อย่างปกติสุข อันเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญต่อชีวิต

แรงขับ (Drive)

จากความต้องการในขั้นแรกที่เป็นแรงจูงใจให้บุคคลอยู่นิ่งเฉยไม่ได้จะเกิดความกระวนกระวายใจ อยู่ไม่นิ่ง ร้อนรน ทุรนทुरาย ไม่เป็นสภาพที่เป็นสุขภาวะ ลักษณะเช่นนี้เรียกว่าแรงขับ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีมากน้อยแตกต่างกันออกไป

พฤติกรรมเพื่อจุดมุ่งหมาย (Behavior towards goal)

เป็นขั้นปฏิบัติการเพื่อลดแรงขับเพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย เช่น คนหิวมากกับคนหิวน้อย ย่อมมีพฤติกรรมในการแสวงหาอาหารแตกต่างกันไป เป็นต้น

แรงขับลดลง (Drive reduction)

แรงขับจะลดลงภายหลังจากที่บุคคลได้รับการตอบสนองของความ ต้องการของตนเอง หรือ เมื่อได้สร้างภาวะความสมดุลให้เกิดขึ้นภายในร่างกายแล้ว

ในบางครั้งแรงขับและการลดแรงขับจะไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หมายถึงมีการตอบสนองได้ไม่หมดสิ้นไม่เข้าสู่สภาวะที่สมดุลที่แท้จริงในสถานการณ์นี้จะเกิดภาวะอย่างหนึ่งที่

เรียกว่า ความคับข้องใจ(Frustration)ขัดแย้งในใจแต่ละบุคคลหรือสิ่งที่ได้ตอบสนองความต้องการของคน ๆ หนึ่งอาจจะไม่ทำให้เกิดความพึงพอใจให้แก่บุคคลอีกคนหนึ่ง เป็นเพราะแต่ละปัจเจกบุคคลมีการรับรู้ และการเรียนรู้ที่ไม่เหมือนกันจึงย่อมทำให้เกิดการตอบสนองที่ผิดแผกแตกต่างกันไปด้วย

ที่มาของแรงจูงใจ (Source of motivation)

แรงจูงใจมีแหล่งที่เกิดได้จากปัจจัยหลายประการ หากจะแบ่งเป็นบริบทใหญ่ๆ แล้วสามารถแบ่งได้ 2 ชนิด (อริยา คูหา. 2546: 9) ได้แก่

1. แรงจูงใจที่เกิดภายในตัวอินทรีย์ (Biological approach) นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้มีความเชื่อว่า แรงจูงใจเกิดจากภายในร่างกาย เช่น การทำงานของระบบประสาท การทำงานของฮอร์โมนในร่างกาย ปฏิกริยาสะท้อน ขบวนการป้องกันและรักษาซึ่งสมดุลของร่างกายจึงมีมาแต่กำเนิด

2. แรงจูงใจที่เกิดจากการเรียนรู้หรือจากสังคม (Learnimg approach) เป็นแรงจูงใจที่สามารถส่งเสริมสนับสนุนฝึกฝนได้เป็นผลมาจากประสบการณ์นักจิตวิทยาเชื่อว่า มนุษย์เราจะมีแรงจูงใจเมื่อเข้าสู่สังคมโดยผ่านการเรียนรู้ด้วยขบวนการสังคมประกิต (Socialization) มีค่านิยม ปทัสถาน จารีต ประเพณีจากสถาบันสังคม แรงจูงใจทางสังคมโดยมากเน้นการตอบสนองความต้องการทางจิตใจมากกว่าความต้องการทางกาย เช่น จุดมุ่งหมายแห่งชีวิต ความสนใจ การติดยาเสพติด การรักษาสภาพประโยชน์ของสังคม ความโลภ ความยาก ความปรารถนาที่ไม่สิ้นสุด เป็นต้น

ประเภทของแรงจูงใจ

วูดเวิร์ธ (Woodworth) ได้แบ่งแรงจูงใจ ออกเป็น 3 ประเภทดังนี้

1. ความต้องการทางกาย (Organic needs) เช่น ความหิวกระหาย ความง่วง ความหนาว ความร้อน การขับถ่าย การหายใจ ความต้องการทางเพศ เป็นต้น
2. การจูงใจในภาวะฉุกเฉิน (Emergency motives) เป็นปฏิกริยาทางกาย เพื่อตอบสนองสถานการณ์ที่ฉุกเฉินฉับพลันทันใด เช่น ไฟไหม้ที่ต้องรีบหนีไฟ
3. การจูงใจสุตวิสัย (Objective motives) เป็นการแสดงออกที่บุคคลได้เลือกปฏิบัติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

นอกจากนี้การแบ่งประเภทของแรงจูงใจสามารถแบ่งออกได้ตามพฤติกรรมที่แสดงออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) หมายถึง แรงจูงใจที่เกิดจากภายในตัวบุคคลที่อยากรู้อยากกระทำ ซึ่งเกิดขึ้นจากความต้องการของตนเองไม่ใช่มาจากสิ่งเร้าภายนอก

แรงจูงใจประเภทนี้มีค่าและความสำคัญมากกว่าแรงจูงใจภายนอก แรงจูงใจภายในได้แก่ ความอยากรู้อยากเห็น ความสนใจใฝ่รู้ กำลังใจ ความวิตกกังวล เป้าหมายความต้องการส่วนตัว มโนทัศน์แห่งตน ความก้าวหน้า ความสำเร็จเหล่านี้เป็นลักษณะที่มีอยู่แล้วในบุคคลทุกคน ซึ่งแต่ละวัยก็จะมี ความสนใจแตกต่างกันไป

2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) หมายถึงแรงจูงใจหรือความปรารถนาที่ส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มีผลต่อสิ่งเร้าภายนอก เช่น รางวัล คำชมเชย เงินเดือน เกียรติยศ ชื่อเสียง มาตรฐานทางสังคม ความคาดหวังของผู้อื่น เป็นต้น ที่โน้มน้าวให้บุคคลมีพฤติกรรมมุ่งสู่เป้าหมายของการแสดงพฤติกรรม

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ จึงจำเป็นที่จะต้องสร้างแรงจูงใจเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่สูบบุหรี่ให้สามารถที่จะลด ละ เลิก สูบบุหรี่ได้โดยการโน้มน้าวใจให้เห็นถึงประโยชน์และโทษของการสูบบุหรี่

ทฤษฎีพื้นฐานในเรื่องแรงจูงใจ

แรงจูงใจเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นเนื่องจากสิ่งเร้า ซึ่งสิ่งเร้านี้อาจจะเป็นแรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) หรือแรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) ซึ่งเกิดจากสภาพการณ์ทางจิตของมนุษย์ พยายามผลักดันให้มนุษย์ทำพฤติกรรมไปให้ถึงเป้าประสงค์เมื่อมีอุปสรรคความตึงเครียดก็เกิดขึ้นและจะสร้างภาวะความไม่สมดุล (Disequilibrium) ให้เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และทำให้คนต้องหาทางที่จะลดสภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้ร่างกายเกิดความสมดุล โดยทั่วไปแล้วถ้าบุคคลหนึ่งได้รับความสำเร็จในกิจกรรมหนึ่ง ความสำเร็จจะเป็นแรงเสริมผลักดันให้มีพฤติกรรมไปยังเป้าหมายต่อไป (อริยา คูหา. 2546:3-14) ทฤษฎีดังกล่าวมีดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีการเสริมแรงทางพฤติกรรมของฮัล ซึ่งเชื่อว่าแรงขับ (Drived) และเครื่องล่อใจ (Incentives) เป็นตัวการในการผลักดันพฤติกรรม โดยความต้องการทำให้เกิดแรงขับ และเครื่องล่อใจเป็นสิ่งจูงใจให้มนุษย์ทำพฤติกรรมเพื่อลดหรือทำให้ภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากแรงขับลดไป การลดแรงขับจึงเป็นการตอบสนองความต้องการและสิ่งที่สนองความต้องการ คือ เครื่องล่อใจ อันได้แก่ รางวัลต่างๆ อาหาร น้ำ เกียรติยศ เงิน สิ่งของ เป็นต้น

2. ทฤษฎีการเสริมแรงของสกินเนอร์ (Skinner) ซึ่งเน้นการให้การเสริมแรงหลังจากได้ทำพฤติกรรมที่ต้องการแล้วความต้องการที่จะทำให้นมนุษย์ทำพฤติกรรมคือ แรงเสริมต่าง ๆ ทั้งทางบวกและทางลบ ทั้งแรงเสริมทุติยภูมิและปฐมภูมิ

บุหรี่

เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุของโรคที่ร้ายแรง เช่น โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้นควันบุหรี่ที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่มีสารประกอบทางเคมี มากกว่า 4,000 ชนิด ในจำนวนนี้เป็นสารพิษและสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด นอกเหนือไปจากสารเสพติดและสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง (วารสารณภูมิศาสตร์. 2546:53-54)

1. สารประกอบที่มีในบุหรี่ ได้แก่

1.1 นิโคติน (Nicotine)

เป็นสารที่ทำให้ติดบุหรี่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง เป็นทั้งตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง ถ้ารับสารนี้ในปริมาณที่น้อย อาจกระตุ้นให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบหลายมวนก็จะกดประสาทส่วนกลางทำให้ความรู้สึกต่าง ๆ ซ้ำลง ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอดบางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดมีผลโดยตรงต่อสมองได้ ก่อให้เกิดการหลั่งของอิพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นหัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและเต้นผิดจังหวะ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด บุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคติน 0.8 – 1.8 มิลลิกรัม บุหรี่ก้นกรองไม่ได้ช่วยให้

1.2 ทาร์ (Tar)

สารทาร์หรือน้ำมันดิน มีลักษณะเหนียวประกอบด้วยสารหลายชนิดเกาะกันเป็นสารสีน้ำตาลเข้ม เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งที่อวัยวะต่าง ๆ ได้ เช่น ปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะและอวัยวะอื่นๆ ร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอดทำให้เกิดการระคายเคือง เป็นสาเหตุของการไอเรื้อรัง ไอมีเสมหะ ผู้ที่สูบบุหรี่วันละซอง ปอดจะได้รับสารทาร์เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัม หรือประมาณ 110 กรัมต่อปี (บุหรี่ไทยมีสารทาร์อยู่ 12 – 24 มิลลิกรัม/มวน)

1.3 คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbonmonoxide)

เป็นก๊าซที่มีความเข้มข้นที่ออกมาพร้อมควันบุหรี่ สามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว ทำลายความสามารถในการจับออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงตามปกติ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดการขาดออกซิเจนหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น ทำให้มีเมื่อย หัวใจเต้นเร็วขึ้นเหนื่อยง่าย เป็นสาเหตุของโรคหัวใจ เกิดอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ กล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง

1.4 ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide)

เป็นก๊าซพิษที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ถุงลมเล็กๆ แตกรวมกันเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้จำนวนถุงลมน้อยลง การยืดหยุ่นในการหายใจเข้า – ออกลดลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย

1.5 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide)

เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนต้น ทำให้เกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรังมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะเป็นประจำโดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีเสมหะมากขึ้น

1.6 สารกัมมันตรังสี

โพลonium 210 (Polonium ²¹⁰) เป็นสารกัมมันตรังสีที่มีในควันบุหรี่ สารนี้ให้รังสีอัลฟา ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งปอดและควันบุรี่ยังเป็นพาหะที่มีประสิทธิภาพร้ายแรงในการนำสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างได้รับสารพิษนี้เข้าไปกับลมหายใจด้วย

1.7 แร่ธาตุต่างๆ

แร่ธาตุต่างๆ เช่น โปแตสเซียม แคลเซียม ทองแดง นิเกิล โครเมียม พบได้ในควันบุหรี่ ธาตุเหล่านี้เป็นสารตกค้างในใบยาสูบ เป็นสารที่ก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกาย โดยเฉพาะนิเกิล เมื่อทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่นๆ จะเป็นสารพิษที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งได้

นอกจากนี้ในควันบุรี่ยังพบสารประกอบที่เป็นอันตรายต่อร่างกายชนิดอื่นอีกหลายชนิด เช่น สารหนู สารปรอท สารไนโตรซามีน สารฟอร์มาดีไฮด์ เป็นต้น

สารปรุงแต่ง

ปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์พบว่า นอกจากสารเคมีที่มีอยู่ในธรรมชาติบริษัทบุหรี่ได้เติมสารเคมีอื่นๆ เข้าไปในบุหรี่ ทั้งที่ผสมรวมเข้าไปกับใบยาสูบและในกระดาษมวนบุหรี่ สารเหล่านี้เรียกรวมๆ ว่าสารปรุงแต่ง (additives) เพื่อเพิ่มรสชาติทำให้คอโล่ง รสชาตินุ่มนวลไม่บาดคอเพิ่มเพื่อให้มีกลิ่นหอมและเก็บได้นาน สารบางชนิดเป็นตัวเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน สารปรุงแต่งเหล่านี้บางชนิดตัวเองไม่มีอันตราย แต่เมื่อนำมาใส่ในบุหรี่และถูกเผาไหม้ร่วมกับสารเคมีอื่นๆ อีกหลายชนิดจะเป็นสารที่มีอันตรายต่อสุขภาพได้

สารปรุงแต่งที่พบว่ามีใส่ในบุรี่ยังมีจำนวนมากกว่า 2,000 ชนิด บุหรี่แต่ละตราในต่างประเทศจะผสมสารปรุงแต่งประมาณไม่เกิน 100 ชนิดขณะที่โรงงานยาสูบของประเทศไทยรายงานว่ามีการเติมสารปรุงแต่งในบุรี่ยังมีจำนวนประมาณ 15 – 20 ชนิด ในจำนวนนี้พบว่ามีสารบางชนิดที่เป็นอันตรายร้ายแรง เช่น

แอมโมเนีย (Ammonia)

แอมโมเนียและสารประกอบของแอมโมเนียเป็นตัวเพิ่มนิโคตินอิสระ (Free nicotine) ทำให้เพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน เป็นสารที่ทำให้เกิดการระคายเคืองเนื้อเยื่อนัยน์ตา หلoderm ผิวหนัง ทำให้แสบตา แสบจมูก หลoderm อักเสบ ไอ และมีเสมหะมาก

โกโก้ (Cocoa)

ทำให้เพิ่มโอกาสในการเกิดมะเร็ง

ลีนกวาง (Coumarin)

นิยมใส่เพื่อมีกลิ่น (กลิ่นวนิลา) และรสชาติของบุหรี่ โดยเฉพาะในบุหรี่ที่มีทาร์ต่ำ สารนี้เป็นสารที่เป็นอันตรายต่อดับ ใช้เป็นสารฆ่าหนูและเป็นสารก่อมะเร็ง

กานพลู (Clove)

ใส่เพื่อช่วยให้สูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้นเพราะเมื่อเผาไหม้จะเกิด eugenol ซึ่งเป็นสารประกอบที่มีฤทธิ์ทำให้ชาเฉพาะที่ และกดประสาทส่วนกลางคล้ายบาร์บิทูเรต (barbiturates) และแอลกอฮอล์ สารนี้ทำให้เกิดเลือดออกในลำไส้ เลือดคั่งในปอด ถุงลมโป่งพอง น้ำท่วมปอด

Diethyl glycol (DEG)

เป็นสารเพิ่มจุดเยือกแข็งที่เติมในหม้อน้ำรถยนต์ เมื่อใส่ในบุหรี่จะเป็นสารเพิ่มความชุ่มชื้น ช่วยทำให้ควันบุหรี่นุ่มนวลขึ้น สูบได้ง่ายขึ้น แต่สารนี้มีผลเสียต่อไต แม้ว่าจะมีปริมาณเพียงเล็กน้อยและยังถ้าใส่ในบุหรี่ประเภทเคี้ยวก็ยิ่งเป็นอันตราย

Freon - 11

เป็นสารที่ใช้เพื่อทำให้ใบยาสูบขยายตัว ลดมวลสารต่อหน่วย ทำให้ลดปริมาณสารทาร์ แต่เมื่อเกิดการเผาไหม้จะเกิดก๊าซพิษ คือ phosgene ซึ่งทำลายชั้นบรรยากาศ ห้ามใช้กับเครื่องปรับอากาศ เป็นก๊าซพิษที่ใช้ในสงครามโลกครั้งที่ 2

บุหรี่ที่มีปริมาณสารทาร์และนิโคตินต่ำมักมีคำว่า "mild", "light", "extra-mild", "extra-light" หรือ "ultra-light" บนซองบุหรี่ นักวิทยาศาสตร์ได้ศึกษาพบว่าเป็นการสร้างความเข้าใจผิด ทำให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจว่ามีอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่าบุหรี่โดยทั่วไป แต่ในความเป็นจริงผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีนิโคตินต่ำเพิ่มปริมาณบุหรี่ที่สูบ หรือสูดควันบุหรี่ให้ลึกขึ้นเพื่อให้ได้นิโคตินในระดับที่เคยได้รับ ดังนั้นปริมาณสารในควันบุหรี่ที่ได้รับจึงไม่น้อยลงและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้เช่นเดียวกับบุหรี่ทั่วไป

2. ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่

2.1 ผลกระทบต่อร่างกาย

การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของผู้สูบโดยตรงและบุคคลที่อยู่รอบข้าง ทำให้เกิดโรคที่คุกคามต่อชีวิตประชากรโลกอย่างน้อย 25 โรค ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ สามารถลดความรุนแรงลงได้ด้วยการเลิกสูบบุหรี่ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์.2544:54) โรคร้ายแรงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เช่น

โรคมะเร็งปอด

เกิดจากสารมีพิษในบุหรี่คือ "ทาร์" อัตราการตายโดยโรคมะเร็งปอดในผู้สูบบุหรี่ เมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ มีอัตราส่วนสูงถึง 10 : 1 หากแพทย์ตรวจพบเชื้อในระยะแรก และได้รับการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้หมด จะยังมีโอกาสหายขาดได้ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อมาพบแพทย์และวินิจฉัยได้มีโอกาสมากเกินกว่าที่จะรักษาหรือผ่าตัดหายขาดได้

โรคหัวใจและหลอดเลือด

เกิดจากสารนิโคตินในบุหรี่ซึ่งเป็นสารที่มีพิษและอันตรายทำให้หัวใจและหลอดเลือดเกาะพาะอาหาร ลำไส้ และระบบประสาททำงานผิดปกติ ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้นเกิดการกระคายเคืองต่อกล้ามเนื้อหัวใจและเกิดภาวะหลอดเลือดทั่วปอดตัว อัตราการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในชายที่สูบบุหรี่จะมีมากกว่าในชายที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 60 – 70 และในหญิงที่สูบบุหรี่ ซึ่งรับประทานยาคุมกำเนิดด้วยจะมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่และไม่รับประทานยาคุมกำเนิดถึง 10 เท่า นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดหลอดเลือดในสมองอุดตันเป็นอัมพาต หลอดเลือดตามแขนขาอุดตันเป็นแผลตามผิวหนังจากการขาดเลือด และมีการสะสมของไขมัน ตามผนังของหลอดเลือดขนาดกลางและใหญ่

โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง

เป็นโรคที่พบบ่อยมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคนี้คือ การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ เหนื่อยง่าย เมื่อเป็นแล้วไม่มีทางที่จะรักษาให้หายขาดได้เมื่อเป็นมากขึ้นจะทำอะไรไม่ไหว แม้จะอาบน้ำหรือหิวผมก็เหนื่อย ต้องดมออกซิเจน รอความตายอย่างทรมานในระยะสุดท้าย ถ้าเลิกสูบบุหรี่ได้อาจทำให้อาการดีขึ้นแต่ไม่หายขาด

โรคแผลในกระเพาะอาหาร

สารนิโคตินในบุหรี่มีผลต่อเส้นเลือดของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงกระเพาะอาหารด้วย และยังมีผลต่อการหลั่งของสารสื่อประสาททำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง และเกิด

ภาวะการไม่สมดุลของการหลั่งกรดและต่างในกระเพาะอาหารทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารมากขึ้นเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และนอกจากนี้ยังทำให้เกิดการจุกเสียดหน้าอก(Heartburn) ซึ่งเกิดจากการที่บุหรี่ทำให้กรดที่กั้นระหว่างกระเพาะและหลอดอาหารหย่อนตัว กรดจากกระเพาะอาหารล้นเข้าไปหลอดอาหารทำให้เกิดอาการจุกเสียดหรือเสียดหน้าอก และเชื่อว่าบุหรี่ทำให้เกิดการติดเชื้อ *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) ได้ง่ายเชื่อนี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคกระเพาะอาหาร และบุหรี่ยังทำให้ตับอ่อนไม่สามารถสร้างด่างได้มากพอ กรดที่มาจากกระเพาะอาหารจึงมีความเป็นกรดมากทำให้เกิดการกัดกร่อนเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ซึ่งจะหายยากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของเพศชาย

บุหรี่ยังมีผลทำให้สมรรถภาพทางเพศของเพศชายที่สูบบุหรี่ลดลง เพราะเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศเสื่อมหรือตีบ มีผลต่อการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงสมรรถภาพทางเพศเป็น 2 เท่า และพบความเสี่ยงสมรรถภาพทางเพศร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

2.2 ผลกระทบต่อเด็กในครรภ์ และทารก

มารดาที่สูบบุหรี่ระหว่างการตั้งครรภ์ มีผลต่อเด็กทารก คือ

1. ทารกเล็กกว่าปกติและน้ำหนักตัวเด็กเมื่อแรกเกิดต่ำกว่าเด็กที่มารดาไม่สูบบุหรี่
2. ระยะเวลาการตั้งครรภ์สั้นลงมีผลทำให้เด็กคลอดก่อนกำหนดและมีโอกาส

เสียชีวิตได้มาก

3. อัตราการแท้งสูงขึ้น และค่อนข้างจะเรียนรู้ช้ากว่าปกติ
4. โอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และคลอดบุตรเพิ่มขึ้น
5. มีความพิการแต่กำเนิด
6. การหลังน้ำนมจะลดคุณภาพของน้ำนมโดยมีสารเคมีซึ่งไม่จำเป็นที่ควรไปสู

เด็กทารก

ดังนั้น การที่คนเราหายใจเอาควันบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่อาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อตา และหลอดลมทำให้น้ำตาไหลและไอได้ แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่สูดควันบุหรี่เข้าไป จะทำให้เกิดอันตรายเท่ากับเป็นผู้สูบบุหรี่เอง และที่ร้ายกว่านั้นการสูบบุหรี่ของบิดามารดาในบ้านอาจทำให้ลูกที่สูดควันบุหรี่โดยไม่ได้ตั้งใจเกิดโรคทางปอดได้ (กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ.2546:3)

2.3 ผลกระทบต่อครอบครัว

เมื่อมีผู้สูบบุหรี่อยู่ในครอบครัว ผลของการสูบบุหรี่ทำให้เกิดควันที่มีพิษต่อตนเอง และบุคคลที่อยู่ในครอบครัวโดยเฉพาะในเด็ก ซึ่งพบว่าทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้น และค่าใช้จ่ายที่เสียไปกับการที่บุคคลในครอบครัวนำไปซื้อบุหรี่มาสูบยังเบียดบังค่าใช้จ่ายในส่วนที่จำเป็นของครอบครัวอีกด้วย

2.4 ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

เมื่อมีผู้สูบบุหรี่หรือควันบุหรี่ที่ผู้สูบพ่นออกมายังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ควันบุหรี่จะลอยอยู่ในบรรยากาศซึ่งมีปริมาณมากกว่าควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปเอง ควันบุหรี่จึงไม่เพียงแต่สร้างความรำคาญ ยังเป็นสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (วรภรณ์ ภูมิสวัสดิ์.2544:55) ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ต้องอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ในปริมาณที่มากและเป็นเวลานาน จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคต่างๆ ที่มีบุหรี่เป็นสาเหตุได้

สาเหตุโดยของการสูบบุหรี่

สาเหตุของการสูบบุหรี่ จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ติดบุหรี่ถึงสาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่จะได้คำตอบที่คล้ายกัน (ศรีณย์ กอสนาน. 2546:27) คือ

1. เพื่อคลายเครียด
2. เพื่อผ่อนคลายและเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
3. เพื่อลดความวิตกกังวล
4. เพื่อสนองความต้องการสูบบุหรี่
5. เพื่อกระตุ้นให้มีพลัง สดชื่น
6. เป็นนิสัย

จากผลการทำวิจัยการติดบุหรี่ในวัยรุ่น พบว่าส่วนใหญ่มีสาเหตุซึ่งเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเริ่มสูบบุหรี่

1. ปัจจัยทางประชากรและสังคม พบว่าวัยรุ่นที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำ มีโอกาสในการเริ่มสูบบุหรี่สูง

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่า คนรอบข้างและเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญในการเริ่มต้นทดลองสูบบุหรี่และการได้รับการยอมรับจากคนรอบข้างและเพื่อนสูงทำให้วัยรุ่นคนนั้นสูบบุหรี่ต่อไปจนกลายเป็นผู้ติดบุหรี่

3. ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมในสังคม พบว่าวัยรุ่นที่เริ่มติดยาหรือจะมีการรับรู้ว่าการหาบุหรี่เพื่อมาสูบนั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ง่าย ดังนั้น การทำให้วัยรุ่นหาซื้อบุหรี่ได้ยากขึ้นจึงเป็นทางหนึ่งในการลดการเริ่มสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

4. ปัจจัยทางพฤติกรรม เป็นเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และความเชื่อของวัยรุ่น ได้แก่

4.1. รับรู้ว่าการสูบบุหรี่ทำให้เป็นผู้ใหญ่ มีความเป็นตัวของตัวเองเป็นอิสระจากทางบ้าน โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีปัญหาทางบ้านที่เข้มงวดมาก ๆ ใช้การสูบบุหรี่เป็นเสมือนการต่อต้านพ่อแม่ ผู้ปกครอง

4.2. เป็นการแสดงบทบาทความมั่นใจ แสดงบทบาททางเพศ

4.3. เชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลทางบวก เช่น การเข้ากับเพื่อนฝูง การเป็นผู้ใหญ่ มีภาพลักษณ์ทางสังคมดี

4.4. ขาดความมั่นใจและทักษะในการปฏิเสธการชักชวนของเพื่อน การชักชวนโดยการโฆษณา

4.5. การมีทัศนคติในเชิงบวกกับการสูบบุหรี่ ทำให้ตั้งใจที่จะสูบบุหรี่

4.6. มีพฤติกรรมชอบเสี่ยง ทำให้เกิดการทดลองสูบบุหรี่

ซึ่งคำตอบที่ได้จากการติดยาหรือในเชิงจิตวิทยานั้น ถือว่าเป็นการให้รางวัลทางจิตวิทยา (Psychological reward) อย่างหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ที่เริ่มติดยาหรือใหม่ ๆ นั้น จะเหมือนกับการได้รับรางวัลจากจิตวิทยาโดยการสูบบุหรี่เป็นเสมือนใบเบิกทางของผู้สูบบุหรี่ในการเข้าสังคมซึ่งบางครั้งผู้สูบบุหรี่ก็ไม่ได้รู้ตัวว่าสาเหตุเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ตนเองต้องการสูบบุหรี่ย่อย ๆ ในบางคนติดยาหรือด้วยสาเหตุที่ว่าชอบกลิ่นและรสชาติของบุหรี่ และบางคนมีความสุขที่จะดูควันบุหรี่ค่อย ๆ ลอยไป สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ติดยาหรือเป็นการตอบสนองต่อความพึงพอใจ

ศรัณย์ กอสนาน (2546) ได้แบ่งปัจจัยการตอบสนองต่อความพึงพอใจ ในเชิงจิตวิทยารวมกับปัจจัยในเชิงชีววิทยา ออกได้เป็น 6 กลุ่ม คือ

1. เพื่อการกระตุ้น (Stimulation) ผู้สูบบุหรี่รู้สึกมีความกระปรี้กระเปร่า ตื่นตัว มีพลังงาน ทำให้สามารถทำงานต่อไปได้

2. เพื่อตอบสนองต่อความพึงพอใจที่มีต่อการจับถือหรือความพอใจทางปาก (Handling-oral gratification) ในบางคนมีความพอใจที่จะต้องมียะไรบางอย่างจับถือ คีบหรือต้องมียะไรคาบ เคี้ยวอยู่ในปากตลอดเวลา

3. เพื่อตอบสนองการผ่อนคลายด้วยความยินดี (Pleasurable relaxation) บางคนสูบบุหรี่เพื่อให้เกิดความพอใจในความรู้สึกทางบวก เมื่อประสบความสำเร็จ มีชัยชนะ มีความพึงพอใจ

4. เพื่อเป็นการลดความเครียด (Crutch - tension reduction) ในสถานการณ์ที่มีความเครียด ภาวะที่รู้สึกโกรธ กลัว วิตกกังวล ผู้ที่สูบบุหรี่ใช้การสูบบุหรี่เป็นเสมือนยาคลายเครียด หรือการหลบหนีจากความวิตกกังวล

5. เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการทางกาย (Psychological and physical addiction) การสูบบุหรี่เพื่อการลดอาการไม่สบายอันเนื่องมาจากการติดบุหรี่ ซึ่งมีอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการหยุดบุหรี่หรือไม่ได้สูบบุหรี่

6. การติดโดยนิสัยและความเคยชิน (Habit) มักจะมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติจนเป็นรูปแบบ ซึ่งส่วนใหญ่จะปฏิบัติโดยไม่ได้ตั้งใจ การสูบบุหรี่จะเป็นไปตามขั้นตอนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่นสูบบุหรี่เมื่อดื่มกาแฟ สูบเมื่อขึ้นรถหรือสูบเมื่อใกล้ที่เขี่ยบุหรี่ สาเหตุการติดบุหรี่จากความเคยชินนี้ พบว่า สามารถเลิกสูบได้ไม่ยากหากมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของพฤติกรรมให้แตกต่างไปจากเดิมเปลี่ยนแปลงวิธีการสูบบุหรี่จากที่เคยทำ

4. ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่

เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเองและผู้ที่อยู่ใกล้ๆ รวมถึงสิ่งแวดล้อมด้วย มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ควรมีการสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่ โดยถ้าสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้แล้วจะมีประโยชน์ดังต่อไปนี้ (วรารักษ์ ภูมิสวัสดิ์. 2546:10)

4.1 ประโยชน์ด้านสุขภาพ

การเลิกสูบบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงต่ออันตรายที่มีต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากสารพิษที่มีในบุหรี่ได้ เพราะฉะนั้นการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่เป็ประโยชน์ทั้งต่อสุขภาพของตนเอง และ ส่วนรวม

4.2 ประโยชน์ส่วนตัว

ประโยชน์ส่วนตัวที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การมีสุขภาพดีขึ้น รสชาติอาหารอร่อยขึ้น จมูกรับกลิ่นได้ดีขึ้น ประหยัดเงินได้มากขึ้น มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง ลมหายใจสะอาดขึ้น ไม่มีกลิ่น บ้านหรือรถยนต์ก็จะสะอาดขึ้นเช่นกัน ภายในเวลาไม่กี่สัปดาห์หลังจากการเลิกสูบบุหรี่ผู้ที่เคยสูบบุหรี่จะพบว่าความเครียดที่เกิดจากการอดบุหรี่ลดลงเรื่อย ๆ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้จะเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับเด็ก ๆ บุตรหลานจะมีสุขภาพดีขึ้น ไม่ต้องห่วงกังวลว่าผู้ที่อยู่รอบข้างจะต้องสูดดมควันพิษเข้าไป มีร่างกายที่แข็งแรงขึ้น และได้รับอิสรภาพกลับคืนมาหลังจากที่เคยตกเป็นทาสสิ่งเสพติด

4.3 ประโยชน์ด้านการเงิน

เนื่องจากผู้ที่เลิกบุหรี่จะกลับมาสูบบุหรี่ใหม่หลังจากเลิกไปแล้วในช่วง 2-3 สัปดาห์มากที่สุด แต่หากหยุดสูบกิน 1 ปี โอกาสที่จะกลับมาสูบน้อยกว่า ดังนั้นความสำเร็จของกิจกรรมการเลิกสูบบุหรี่ จึงกำหนดไว้ที่การเลิกสูบบุหรี่ และยาสูบทุกรูปแบบอย่างถาวรเป็นเวลา 1 ปี หลังจากที่ได้รับการบำบัดรักษาและวัดผลทางชีวเคมี ลักษณะทั่ว ๆ ไปที่ทำให้กิจกรรมการเลิกสูบบุหรี่ประสบความสำเร็จรวมถึงการสนับสนุนจากสังคม การฝึกฝนทักษะและการแก้ปัญหาการให้ความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่ทำให้มีสุขภาพดีและการใช้สารนิโคตินหรือการรักษาทางยาอื่น ๆ หรือพฤติกรรมบำบัด การใช้วิธีการต่าง ๆ หลายรูปแบบนี้ได้ประสบความสำเร็จมาแล้วในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบ

ความหมายของรูปแบบ (Model)

การให้ความหมายของรูปแบบ(Model)มีนักวิชาการให้ความหมายไว้หลายลักษณะ เช่น อุทัย บุญประเสริฐ (2516 : 31) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญ ๆ ในเรื่องหนึ่งเรื่องใดโดยเฉพาะ

สวัสดี สุคนธ์รังสี (2520 : 206) ได้กล่าวถึงรูปแบบว่า หมายถึง ตัวแทนที่สร้างขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมของลักษณะบางประการของสิ่งที่เป็นจริงอย่างหนึ่ง

Longman Dictionary of Contemporary English (1981 : 668) ให้ความหมายคำนี้เอาไว้ 5 ความหมาย แต่โดยสรุปแล้วจะมี 3 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

1. Model หมายถึง สิ่งซึ่งเป็นแบบย่อส่วนของของจริง ความหมายนี้ตรงกับภาษาไทยว่าแบบจำลอง เช่น แบบจำลองของเรือดำน้ำ
 2. Model หมายถึง สิ่งของหรือคนที่นำมาใช้เป็นแบบอย่างในการดำเนินการบางอย่าง เช่น ครูแบบอย่าง นักเดินแบบ หรือแม่แบบในการวาดศิลป์
 3. Model หมายถึง แบบหรือรุ่นของผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์รุ่น 486DX
- คาร์เตอร์ วี. กู๊ด (Carter V. Good.1973) ได้รวบรวมความหมายของรูปแบบไว้ในพจนานุกรมการศึกษา 4 ความหมายคือ

1. เป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ
2. เป็นตัวอย่างเพื่อการเลียนแบบ เช่น การออกเสียงภาษาต่างประเทศเพื่อให้ผู้เรียนได้เลียนแบบ เป็นต้น

3. เป็นแผนภูมิหรือรูปสามมิติซึ่งเป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือหลักการหรือแนวคิด
4. เป็นชุดของปัจจัยหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งรวมกันเป็นตัวประกอบและเป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคม อาจเขียนออกมาเป็นสูตรทางคณิตศาสตร์หรือบรรยายเป็นภาษาก็ได้

จากความหมายของรูปแบบที่ คาร์เตอร์ วี. กู๊ด (Carter V. Good) รวบรวมเอาไว้ นั้นสรุปได้ว่า รูปแบบมี 2 ลักษณะ คือ รูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นรูปธรรม และรูปแบบที่เป็นแบบจำลองของสิ่งที่เป็นนามธรรมซึ่งสอดคล้องกับความหมายที่ โทซึและแครอลล์ (Tosi and Carroll, 1982:163) กล่าวไว้ว่า รูปแบบเป็นนามธรรมของของจริงหรือภาพจำลองของสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งอาจจะมีตั้งแต่รูปแบบอย่างง่าย ๆ ไปจนถึงรูปแบบที่มีความสลับซับซ้อนมากๆ และมีทั้งรูปแบบเชิงกายภาพ (Physical model) ที่เป็นแบบจำลองของวัตถุ เช่นแบบจำลองหลอดสุุดแห่งชาติ แบบจำลองเครื่องบินขับไล่ เอฟ16 และรูปแบบเชิงคุณลักษณะ (Qualitative model) ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ด้วยภาษาหรือสัญลักษณ์ เช่น รูปแบบเชิงระบบและตามสถานการณ์ (A system/contingency model) ของบราวน์แลโมเบิร์ก (Brown and Moberg, 1980: 6 – 17)

วิลเลอร์ (Willer, 1968:15) กล่าวว่า รูปแบบเป็นการสร้างมโนทัศน์ (Conceptualization) เกี่ยวกับชุดของปรากฏการณ์โดยอาศัยหลักการ (Rationale) ของระบบรูปนัย (Formal system) และมีจุดมุ่งหมายเพื่อการทำให้เกิดความกระจ่างชัดของนิยาม ความสัมพันธ์ และประพจน์ที่เกี่ยวข้อง

เชอวเรียน (Schwirian cited by Bardo and Hartman, 1982:70) ได้กล่าวถึงรูปแบบในทางสังคมศาสตร์ไว้ว่า เป็นชุดข้อความเชิงนามธรรมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ เพื่อใช้ในการนิยามคุณลักษณะและ / หรือบรรยายคุณสมบัติ นั้น ๆ และเขาอธิบายต่อไปว่า รูปแบบเป็นอะไรบางอย่างที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อบรรยายคุณลักษณะที่สำคัญ ๆ ของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ รูปแบบไม่ใช่การบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดทุกแง่ทุกมุมเพราะการทำเช่นนั้นจะทำให้รูปแบบมีความซับซ้อนและยุ่งยากเกินไปในการที่จะทำความเข้าใจ จะทำให้คุณค่าของรูปแบบนั้นด้อยลงไป ส่วนการที่จะระบุรูปแบบหนึ่ง ๆ จะต้องมีการละเอียดมากน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสม และรูปแบบนั้น ๆ ควรมียอดประกอบอะไรบ้าง ไม่ได้มีข้อกำหนดเป็นการตายตัว ทั้งนี้แล้วแต่ปรากฏการณ์แต่ละอย่าง และวัตถุประสงค์ของผู้สร้างรูปแบบที่ต้องการจะอธิบายปรากฏการณ์นั้น ๆ

ทาคาโอะ มียากาวะ (Takao Miyagawa, 1986:12) กล่าวว่า รูปแบบ คือ การแสดงสภาพความเป็นจริงที่กำลังศึกษาค้นคว้าออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เป็นการอธิบายการ

พยากรณ์หรือการควบคุมเกี่ยวกับโครงสร้างและการเคลื่อนไหวของสภาพความเป็นจริงที่ค้นคว้าอยู่

สโตเนอร์และแวนเคิล (Stoner and Wankel.1986:12) ให้ทัศนะว่า รูปแบบเป็นการจำลองความจริงของปรากฏการณ์เพื่อทำให้ความเข้าใจความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้ง่ายขึ้น

คีฟส์ (Keeves. 1988:559) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง การแสดงโครงสร้างเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร

สมาน อัครภูมิ (2537:11) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งหรือวิธีการดำเนินงานที่เป็นต้นแบบของอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น แบบจำลองสิ่งก่อสร้าง รูปแบบในการพัฒนาชนบท รูปแบบในการหาเสียงของผู้สมัครรับเลือกตั้งเป็นผู้แทนราษฎร เป็นต้น

เสรี ชัดแท้ (2538:3) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่แสดงถึงรูปแบบของจริง รูปแบบที่เป็นแบบอย่าง รูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูล/สัญลักษณ์/หลักการของระบบ และแบบแผนตัวอย่างของการดำเนินงานแสดงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่าง ๆ ในระบบ

โดยสรุป รูปแบบ หมายถึง ตัวแทนของความเป็นจริง เป็นการทำให้ความสลับซับซ้อนสามารถเข้าใจได้ง่าย การสะท้อนบางส่วนของปรากฏการณ์ออกมาให้เห็นความสัมพันธ์ต่อเนื่องและความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน การเชื่อมโยงสิ่งที่เกี่ยวข้องมาไว้ด้วยกันโดยจะต้องใช้ข้อมูลเหตุผลและฐานคติมาประกอบ การแสดงรูปแบบสามารถทำได้หลายลักษณะ ตั้งแต่รูปแบบเชิงกายภาพ เป็นแบบจำลองของวัตถุและรูปแบบเชิงคุณลักษณะที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ ด้านภาษาหรือสัญลักษณ์หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองอย่างง่ายหรือย่อส่วน (Simplified form) ของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ผู้เสนอรูปแบบดังกล่าวได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นหรือในบางกรณีอาจจะใช้ประโยชน์ในการพยากรณ์ปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนอาจใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป

ประเภทของรูปแบบ

นักวิชาการต่าง ๆ ได้แบ่งประเภทของรูปแบบไว้หลายลักษณะซึ่งแตกต่างกันไป ดังนี้ จ้อยซ์และเวล (Joyce and Weil.1985 อ้างถึงใน สมาน อัครภูมิ. 2537:15) ได้ศึกษาและจัดแบ่งประเภทของรูปแบบตามแนวคิด หลักการหรือทฤษฎีซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบนั้น ๆ และได้แบ่งกลุ่มรูปแบบการสอนเอาไว้ 4 รูปแบบ คือ

1. Information-processing models เป็นรูปแบบที่ยึดหลักความสามารถในกระบวนการประมวลข้อมูลของผู้เรียนและแนวทางในการปรับปรุงวิธีการจัดการเก็บข้อมูลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. Personal models เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคลและการพัฒนาบุคคลเฉพาะราย โดยมุ่งเน้นกระบวนการที่แต่ละบุคคลจัดระบบและปฏิบัติต่อสรรพสิ่ง (Reality) ทั้งหมด

3. Social interaction models เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและบุคคลต่อสังคม

4. Behavior Models เป็นรูปแบบที่ใช้องค์ความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลักในการพัฒนารูปแบบ จุดเน้นที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตได้มากกว่าการพัฒนาโครงสร้างทางจิตวิทยาและพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตได้

รูปแบบที่เน้นพฤติกรรม (Behavioral models) รูปแบบนี้ตั้งอยู่บนทฤษฎีพฤติกรรมหรือทฤษฎีพฤติกรรม หรือทฤษฎีการเรียนรู้สังคม (Social learning theory) จุดเด่นของรูปแบบนี้คือ มุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ และบนพื้นฐานของหลักการของสิ่งเร้ากับการเสริมแรง ทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งในด้านข้อเท็จจริง มโนทัศน์และทักษะ

สเตเนอร์(Steiner อ้างถึงใน เสรี ชัดแจ้ง. 2538:7) ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical Model) แบ่งออกเป็น

1.1 รูปแบบของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model of) เช่น รูปแบบจำลองเครื่องบินที่สร้างเหมือนของจริงทุกประการ

1.2 รูปแบบเพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model for) เช่น รูปแบบจำลองที่ออกแบบไว้เพื่อเป็นต้นแบบผลิตเครื่องบิน ต้องสร้างรูปแบบเท่าของจริงขึ้นมาก่อนเพื่อผลิตสินค้า

2. รูปแบบเชิงแนวความคิด (Conceptual model) แบ่งออกเป็น

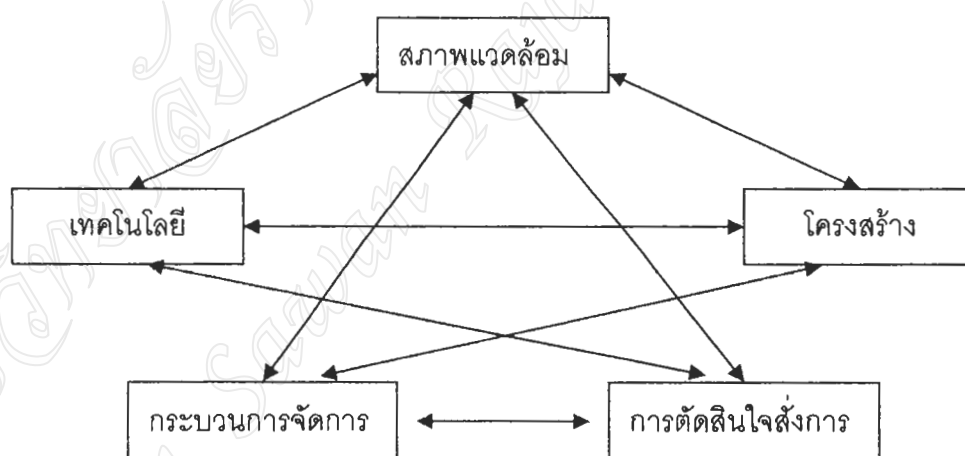
2.1 รูปแบบเชิงแนวความคิดของสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Conceptual model of) คือ รูปแบบหรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นโดยจำลองมาจากทฤษฎีการคงอยู่ของนักเรียนในโรงเรียน เป็นต้น

2.2 รูปแบบเชิงแนวคิดเพื่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Conceptual model for) คือ รูปแบบที่สร้างขึ้นเพื่ออธิบายทฤษฎีหรือปรากฏการณ์ เช่น รูปแบบที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีการคิดสรรตามธรรมชาติเพื่อนำไปอธิบายทฤษฎีการคงอยู่ของนักเรียนในโรงเรียน เป็นต้น

จากการศึกษาตัวอย่างรูปแบบจากเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆพบว่าไม่ปรากฏหลักเกณฑ์ที่เป็นเกณฑ์ตายตัวว่ารูปแบบนั้นต้องมีองค์ประกอบอะไรบ้างอย่างไร ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์ที่ผู้สนใจดำเนินการศึกษา บราวน์และโมเบิร์ก (Brown and Moberg, 1980:16-17) ได้สังเคราะห์รูปแบบขึ้นมาจากแนวคิดเชิงระบบ (System approach) กับหลักการบริหารตามสถานการณ์ (Contingency approach) กล่าวว่า องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วย

1. สภาพแวดล้อม (Environment)
2. เทคโนโลยี (Technology)
3. โครงสร้าง (Structure)
4. กระบวนการจัดการ (Management process)
5. การตัดสินใจสั่งการ (Decision making)

รูปแบบการศึกษาและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดองค์การและการบริหารของ Brown and Moberg มีลักษณะดังนี้



ภาพที่ 2.5 รูปแบบเชิงระบบและสถานการณ์ (System/Contingency Model) ของ Brown and Moberg

ที่มา : บราวน์และโมเบิร์ก (Brown and Moberg, 1980)

โดยสรุปแล้ว ในการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบว่าจะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าใดมีโครงสร้างและความสัมพันธ์กันอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ที่ศึกษาหรือออกแบบแนวคิด ทฤษฎี และหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบแต่ละรูปแบบนั้น ๆ เป็นหลัก

ลักษณะของรูปแบบที่ดี

ทาคาโอะ มียากาวะ (Takao Miyagawa. 1986:15) กล่าวว่า รูปแบบที่ดีเปรียบเสมือน สิ่งที่จะทำให้ผู้ที่สนใจศึกษาในเรื่องนั้น ๆ ได้มีความเข้าใจเป็นเบื้องต้นก่อนการศึกษาในแนวลึกต่อไป ดังนั้นการสร้างรูปแบบที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

1. รูปแบบควรประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปร มากกว่าเน้นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบรวม ๆ
2. รูปแบบควรนำไปสู่การพยากรณ์ผลที่ตามมา ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเมื่อทดสอบรูปแบบแล้วถ้าปรากฏว่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์รูปแบบนั้นต้องถูกยกเลิกไป
3. รูปแบบควรอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลของเรื่องที่ทำการศึกษาได้อย่างชัดเจน
4. รูปแบบควรนำไปสู่การสร้างแนวความคิดใหม่หรือความสัมพันธ์ของเรื่องที่ศึกษาได้
5. รูปแบบในเรื่องใดจะเป็นเช่นไรขึ้นกับกรอบของทฤษฎีในเรื่องนั้น ๆ

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลด ละ เลิกสูบบุหรี่โดยใช้ทฤษฎีต่างๆ เช่น แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ(Health belief model) ทฤษฎีสมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy theory) ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of reasoned action) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) การเรียน (Learning) และแรงจูงใจ (Motive) ที่จะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จขึ้นได้

ในส่วนของการทดสอบรูปแบบที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญได้การแสดงการรับรู้ ความรู้สึก ทศนคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา

การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ความหมายของการสนทนากลุ่ม ได้มีผู้ให้ความหมาย ของการสนทนากลุ่มไว้หลากหลายดังต่อไปนี้

มอร์แกน (Moran.1988:9) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่มไว้ว่า ในรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพการสนทนากลุ่มเป็นพื้นฐานของการสนทนาเป็นกลุ่มซึ่งไม่ใช่ความรู้สึกของการสลับสับเปลี่ยนระหว่างคำถามของผู้วิจัยและการตอบสนองของผู้ร่วมวิจัย เป็นการปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มซึ่งอยู่บนพื้นฐานของประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการ โดยใช้บทบาทผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เป็นผู้คอยชักถามและจุดประเด็น

เบอร์ก (Berg.1995:68) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่มไว้ว่า การสนทนากลุ่มเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์หนึ่งๆ โดยใช้กลุ่มคนที่เป็นผู้รู้เรื่องที่จะศึกษาชัดเจนเข้ากลุ่มสนทนาภายใต้การนำของผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ภายในเวลาจำกัด เมื่อมีการเลือกกลุ่มที่เหมาะสมจะเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สนทนาภายในกลุ่ม ความคิดเห็นของคนหนึ่ง ๆ ในกลุ่มจะไปกระตุ้นให้ผู้ร่วมกลุ่มคนอื่น ๆ อธิบายแสดงความคิดเห็นเป็นการระดมสมองของสมาชิกในกลุ่ม

เวอร์ช ชูมม์และซินากูบ (Vaughn.Schumm and Sinagub.1996:5) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่มไว้ว่า เป็นกลุ่มที่ไม่เป็นทางการซึ่งเป็นการรวบรวมบุคคลที่เป็นเป้าหมายที่ได้รับการถูกขอร้องจำนวน 6-12 คนโดยมีลักษณะที่คล้ายกัน (Relatively homogeneous) มีผู้ดำเนินการสนทนาพร้อมด้วยคำถามที่ได้รับการจัดเตรียมเพื่อนำไปสู่การตอบสนองของผู้ร่วมสนทนาโดยมีจุดมุ่งหมายในการให้ผู้ร่วมสนทนาแสดงการรับรู้ ความรู้สึก ทัศนคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษาการสนทนากลุ่มจะไม่ก่อให้เกิดข้อมูลเชิงปริมาณที่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มใหญ่ได้

ภาณี วงษ์เอก (2531:400) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่มไว้ว่า เป็นการนั่งสนทนากันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์เป็นกลุ่ม ในระหว่างการสนทนากันของผู้ให้สัมภาษณ์นั้น จะมีผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เป็นผู้คอยจุดประเด็นการสนทนาเพื่อเป็นการชักจูงให้บุคคลกลุ่มนี้ได้แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางในการสนทนาให้ได้กว้างขวางลึกซึ้งและละเอียดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสงวดี (2536:2) ได้ให้ความหมายของการสนทนากลุ่มไว้ว่า การสนทนากลุ่ม คือ การรวบรวมข้อมูลจากการนั่งสนทนากับผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่ม ซึ่งผู้ร่วม

สนทนากลุ่มนี้ ได้มาจากการเลือกสรรตามหลักเกณฑ์ที่นักวิจัยกำหนดไว้ว่าจะเป็นผู้ที่สามารถให้คำตอบตรงประเด็นและสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่สนใจศึกษามากที่สุด

วารี เกิดดำ (2542:173) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนทนากลุ่ม เป็นเทคนิควิธีในการรวบรวมข้อมูลด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมของมนุษย์ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ คำตอบที่ได้มาจากการสนทนากลุ่ม จะเป็นคำตอบในเชิงเหตุผล แรงจูงใจ ตลอดจนการตัดสินใจของบุคคลและรวมถึงทัศนคติต่อปรากฏการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เราสนใจ

อุดม จำรัสพันธ์และคณะ (2545:98)กล่าวว่าการอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 7- 8 คน มาร่วมแสดงความคิดเห็นที่ได้รับกระตุ้นจากคำถามของผู้ประเมิน โดยมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและปฏิกิริยาของสมาชิกกลุ่มเป้าหมายระหว่างการแสดงความคิดเห็นที่อาจจะนำไปใช้ประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูล

กล่าวโดยสรุป การสนทนากลุ่ม เป็นเทคนิควิธีการเชิงคุณภาพในการรวบรวมข้อมูลด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของมนุษย์ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นๆ โดยมีกลุ่มบุคคลจำนวน 6-12 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ร่วมสนทนาและมีผู้ดำเนินการสนทนาเป็นผู้คอยจุดประเด็นการสนทนาเพื่อเป็นการชักจูงใจให้กลุ่มได้แสดงความคิดเห็นให้กว้างขวางลึกซึ้งและละเอียดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ความสำคัญของการสนทนากลุ่ม

วารี เกิดดำ (2542:173-174) ได้ให้ความสำคัญของการสนทนากลุ่มไว้ดังนี้

1. เทคนิคการสนทนากลุ่ม จะช่วยประหยัดเวลากว่าการสัมภาษณ์บุคคล กลุ่มมีโอกาสในการพูดคุยสนทนาซักถาม ถกประเด็นต่างๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. คุณภาพของข้อมูลขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของกลุ่มว่ามีความหมายเป็นกันเอง อยากร่วมแสดงความคิดเห็นและไม่มีผู้ใดผูกขาดการพูดหรือมีท่าทางใช้อำนาจเหนือความคิดผู้ใด และที่สำคัญคือความสามารถและประสบการณ์ของผู้ดำเนินการสนทนาว่าจะสามารถจัดการกลุ่มให้เกิดการพูดคุยดำเนินการไปอย่างราบรื่น สนุกสนาน ทุกคนกระตือรือร้นเวลาผ่านไปอย่างไม่น่าเบื่อหน่าย รวมทั้งได้เนื้อหาข้อมูลครบถ้วนตามหัวข้อที่ต้องการ
3. มีความคล่องตัวในการแสดงความคิดเห็น ได้ตอบกันอย่างต่อเนื่อง ในบางครั้งมีแนวความคิดใหม่ๆ เกิดขึ้นในกลุ่ม เป็นการสร้างโอกาสในการพัฒนาแนวคิดใหม่ๆ ที่มีศักยภาพ
4. การที่มีผู้นิยมใช้การสนทนากลุ่มกันอย่างแพร่หลายนั้นเป็นเพราะเชื่อกันว่าเสียค่าใช้จ่ายน้อย และมีความรวดเร็วในการรายงานผล

ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

วารี เกิดดำ (2542:174-182) และสาธิตา เมธาวิณ (2541:13-18) กล่าวว่า การสนทนากลุ่มมีขั้นตอนใหญ่ๆ 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการสนทนา

1.1. กำหนดเรื่องที่จะทำการศึกษา โดยกำหนดจากแนวคิด ทฤษฎี หรือเรื่องที่สนใจจะศึกษา

1.2. กำหนดตัวแปรหรือข้อบ่งชี้ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะทำการศึกษา เพื่อนำมาสร้างแนวทางในการดำเนินการสนทนา โดยการจำแนกแยกแยะมาจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั่นเอง

1.3. เขียนแนวคำถาม โดยแนวคำถามทุกข้อจะต้องประกอบด้วยตัวแปรแล้วนำมาสร้างเป็นคำถามที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัยที่ชัดเจนที่สุด นั่นคือการนำวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละข้อไปจำแนกตัวแปรแล้วสร้างคำถามย่อยๆ โดยมีหลักเกณฑ์ว่าคำถามแต่ละคำถามตั้งข้อสมมติฐานย่อยๆ ไว้ในตัวเองว่า ทำไมเป็นอย่างนี้ เพราะอะไร ทำไม อย่างไร การเรียงคำถามควรจะเริ่มจากคำถามง่ายๆ เพื่อการเข้าใจ และสร้างบรรยากาศที่คุ้นเคยกันระหว่างผู้นำการสนทนาและผู้ร่วมสนทนา

1.4. คัดเลือกบุคลากร บุคลากรในการสนทนากลุ่มจะประกอบด้วยผู้นำการสนทนา สมาชิกกลุ่ม และผู้จัดบันทึกการสนทนากลุ่ม ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่จะทำให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ ต้องมีความพิถีพิถันในการเลือกเป็นพิเศษ

1.5. เตรียมอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งการจัดการสนทนากลุ่ม อุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล คือ เทปบันทึกเสียง ซึ่งตลอดการดำเนินการสนทนากลุ่มจะมีการถกเถียงประเด็นปัญหาการโต้แย้ง เป็นกระแสความคิดโต้ตอบกันตลอดเวลา ดังนั้นจึงต้องบันทึกเสียงเอาไว้เพราะคำตอบที่ได้จากการถกเถียงกันด้วยเหตุผลถือเป็นหัวใจสำคัญของการสนทนากลุ่ม เทปบันทึกเสียงจะเป็นอุปกรณ์บันทึกข้อมูลที่สามารถเก็บรายละเอียดและความคิดเห็นต่าง ๆ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันมาก ๆ นั่นคือจุดที่ละเอียดที่สุดของการวิเคราะห์ข้อมูลนั่นเองในการสนทนากลุ่มนี้จะใช้เทปบันทึกเสียง จำนวน 2 เครื่องบันทึกข้อมูลเหลื่อมล้ำกันประมาณ 5 นาที เพื่อที่จะได้บันทึกข้อมูลส่วนที่เสียไปในระหว่างการเปลี่ยนเทปและเป็นประโยชน์สำหรับป้องกันการบันทึกข้อมูลไม่ติด นอกจากนี้กันหายและแบ่งกันฟังในกรณีมีนักวิจัยหลายด้านนอกจากเทปบันทึกข้อมูลแล้วก็ต้องมีสมุดจดบันทึกข้อมูลด้วยสำหรับผู้จัดบันทึกคำสนทนา นอกจากนี้ก็ควรเตรียมอุปกรณ์ที่จะช่วยเสริมการสนทนากลุ่มให้ดูเป็นธรรมชาติ ได้แก่ น้ำดื่ม ขนมหรืออาจเป็น

รูปภาพ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เข้าใจเรื่องหรือประเด็นที่เราสนใจจะถามมากยิ่งขึ้น

1.6. จัดเตรียมสถานที่ที่จะจัดสนทนากลุ่ม ควรมีการกำหนดให้แน่นอน ควรเป็นสถานที่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน ผู้เข้าร่วมกลุ่มรู้จักดี

1.7. จัดเตรียมของกำนัลของที่ระลึกมอบไว้ก่อนจากกันให้ไว้แก่สมาชิกกลุ่มที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาร่วมวงสนทนาแต่มีค่าใช้จ่าย

1.8. กำหนดระยะเวลาของการดำเนินการจัดสนทนากลุ่มผู้ดำเนินการอภิปราย ควรใช้เวลาในการสนทนาไม่เกิน 2 ชั่วโมง 15 นาที นับแต่เริ่มคำถาม

2. ขั้นตอนการสนทนา

เมื่อสมาชิกกลุ่มมาพร้อมกันแล้วก็ดำเนินการสนทนา โดยผู้ดำเนินการสนทนา แนะนำตนเองและทีมงานอันประกอบด้วย ผู้นำการสนทนา ผู้จดบันทึกและผู้บริการทั่วไป บางครั้งอาจมีผู้สังเกตการณ์ ก็ควรแนะนำด้วย แล้วอธิบายถึงจุดมุ่งหมายในการสนทนาวัตถุประสงค์ของการวิจัย และชี้แจงว่ามีการบันทึกเทปคำถามตลอดจนการถกประเด็นปัญหาและจะมีผู้คอยจดบันทึกคำถามด้วย แล้วจึงเริ่มถามนำด้วยคำถามอุ่นเครื่อง สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นในการสนทนา แล้วเริ่มคำถามในแนวการสนทนาที่จัดเตรียมไว้ อย่าซักถามคนใดคนหนึ่งมากเกินไป คำถามที่ถามไม่ใช่ถามคนเดียวแต่เป็นการสร้างประเด็นปัญหาถามทั้งกลุ่มให้กลุ่มถกประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้นำการสนทนาจะต้องเป็นผู้ช่างคุย ช่างซัก เป็นผู้ที่มีพรสวรรค์ในการพูดคุย มีการเว้นจังหวะคำถามที่ดี

การนั่งสนทนากันอาจจะจัดนั่งแบบวงกลมบนพื้นหรือนั่งบนเก้าอี้และมีโต๊ะกลางแบบนั่งรับประทานอาหารร่วมกันก็ได้ การนั่งแบบวงกลมนั้นจะดูเป็นธรรมชาติมากกว่า จะมีลักษณะเป็นกันเอง แต่ถ้านั่งเก้าอี้มีโต๊ะตรงกลางให้ลักษณะการนั่งที่มีความรู้สึกเป็นทางการ บรรยากาศจะไม่ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าทำการศึกษากับกลุ่มชาวบ้านในชนบท สำหรับการนั่งเก้าอี้และมีโต๊ะตรงกลางเหมาะสำหรับการสนทนากลุ่มกับบุคคลบางระดับ เช่น ผู้มีความรู้ มีการศึกษา นักธุรกิจ ฯลฯ ซึ่งมักจะมีการรับประทานอาหารร่วมกันที่โต๊ะแล้วคุยกันไปพร้อมกับการรับประทานอาหาร

3. ขั้นตอนผลการสนทนา

ข้อมูลการสนทนาจะถูกบันทึกไว้ในเทปบันทึกเสียง ในแบบจดบันทึกการสนทนาของผู้ร่วมสนทนาที่อยู่ในเทปจะถูกถอดออกมาเป็นคำถาม ซึ่งมีรายละเอียดทุกคำพูด โดยถือว่าจุดประเด็นสำคัญของคำตอบในการวิเคราะห์หรืออยู่ที่บทของการเสวนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของ

สมาชิกภายในกลุ่ม เป็นการง่ายต่อการอ่านและสรุปคำตอบนอกจากนี้คำตอบที่ได้จากการสนทนาในเรื่องที่สนใจศึกษานั้นแล้ว ยังสามารถหิบบกมาวิเคราะห์เรื่องอื่น ๆ ได้อีกเพราะในวงสนทนาในแต่ละครั้งไม่ใช่ถกเถียงกันเพียงประเด็นเดียว แต่จะมีประเด็นอื่น ๆ ติดพันออกมาด้วย ดังนั้นจึงสามารถนำมาวิเคราะห์เป็นการวิเคราะห์แบบข้อมูลหิบบกต่อยอดได้อีก นั่นคือการจัดการสนทนากลุ่มเพียงเรื่องหนึ่งสามารถวิเคราะห์ได้หลายเรื่อง

ในการวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยจะอ่านจากบทสนทนาที่ถอดเทปออกมาแล้วจดคำตอบที่ละเอียดที่สุดและให้เหตุผลดีที่สุดลงในกระดาษจดข้อมูล ซึ่งจัดทำไว้แล้วเขียนเรียงคำตอบไว้ในเครื่องหมายคำพูด ว่าเป็นคำพูดของใคร กลุ่มไหน จัดเมื่อไร เรียงเอาไว้ในคำถามเรื่องอะไร ทำให้เป็นระบบเดียวกัน แล้วก็วิเคราะห์โดยการตีความหมายในรูปการวิเคราะห์เนื้อหาเหมือนกับการตีความหรือวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพวิธีอื่นๆ

4. ข้อดีและข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม

วารี เกิดดำ (2542:174-182) และสาธิตา เมธาวิน (2541:13-18) กล่าวถึงการสนทนากลุ่มว่ามีข้อดีและข้อจำกัดดังนี้

4.1 ข้อดีของการสนทนากลุ่ม

4.1.1 เป็นการนั่งสนทนายระหว่างนักวิจัยกับผู้รู้ให้ข้อมูลหลายๆ คนที่เป็นกลุ่ม ดังนั้นจึงก่อให้เกิดการสนทนากันในเรื่องที่สนใจไม่มีการปิดบัง เพราะกลุ่มส่วนใหญ่มีการแสดงความคิดเห็น ถ้าประเด็นต่างๆ ยังไม่ชัดเจนเพียงพอก็สามารถซักถามต่อไปได้เพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนที่ดีที่สุดในกลุ่ม

4.1.2 การสนทนากลุ่ม เป็นการสร้างบรรยากาศการสนทนาให้เป็นกันเองระหว่างผู้นำการสนทนากับสมาชิกกลุ่ม

4.1.3 การใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ถ้านักวิจัยเป็นผู้นำการสนทนาแม้ว่าแนวคำถามจะไม่ละเอียดนักหรือยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาดีเท่าที่ควร แต่เมื่อดำเนินการสนทนาไปแล้วนักวิจัยก็สามารถสร้างแนวคำถามขึ้นมาโดยการตั้งคำถามต่อจากคำตอบที่สมาชิกกลุ่มตอบมาหรือวิพากษ์คำถามนั้นๆ โดยการโต้แย้งนี้จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษายิ่งขึ้น

4.1.4 คำตอบที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มีลักษณะคล้ายๆ กับการรวบรวมข้อมูลแบบเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้ประโยชน์เสริมในการอธิบายข้อมูลในเชิงปริมาณ

4.1.5 ประหยัดเวลาและงบประมาณ

4.1.6 ทำให้ได้รายละเอียดลึกซึ้ง สามารถตอบคำถามแบบทำไม อย่างไร ซึ่งการวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถบอกได้

4.1.7 การสนทนากลุ่มจะช่วยลดอิทธิพลของวัฒนธรรมและคุณค่าต่างๆ ของสังคมนั้น เนื่องจากสมาชิกกลุ่มมาจากวัฒนธรรมเดียวกัน

4.2. ข้อจำกัดของการสนทนากลุ่ม

4.2.1 ถ้าวัตถุประสงค์ของการวิจัยไม่ชัดเจนก็ยากที่จะกำหนดตัวแปรและการสร้างแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

4.2.2 การสร้างแนวคำถามถ้าวางรูปแบบคำถามไม่ราบรื่นและไม่ต่อเนื่องกันจะทำให้การถามวกไปวนมา สมาชิกกลุ่มอาจงงและสับสนได้

4.2.3 การคัดเลือกสมาชิกผู้เข้าร่วมวงสนทนาจะต้องได้ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4.2.4 ถ้าพฤติกรรมหรือความคิดเห็นหรือทัศนคติในบางเรื่อง ซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชน อาจจะไม่ได้รับการเปิดเผยในวงสนทนากลุ่ม

4.2.5 ถ้าผู้นำการสนทนากลุ่มไม่ได้รับการฝึกฝนให้เป็นผู้ดำเนินการสนทนาที่เตรียมตัวไม่พร้อม นั่งคุยเกมสนทนาไม่ได้นานก็จะทำให้วงสนทนาดำเนินไปได้ไม่ราบรื่น อาจทำให้รูปกลุ่มเสียไปเลยก็ได้

4.2.6 การสนทนากลุ่มทำได้เพียงบางเรื่องเท่านั้นไม่ใช่ทุกเรื่อง นักวิจัยควรพิจารณาว่าเรื่องใดควรจะใช้การสนทนากลุ่ม การใช้การสนทนากลุ่มจะคุ้มหรือไม่ จะได้คำตอบมากมายพอกับวิเคราะห์และตีความเพียงใด

4.2.7 ควรใช้ผู้นำการสนทนาที่สามารถพูดภาษาของสมาชิกในกลุ่มสนทนาหรือในพื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อให้เกิดความเป็นกันเอง

4.2.8 เหตุการณ์หรือพฤติกรรมหรือคำตอบในบางประเด็นคำถามที่สมาชิกกลุ่มคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาและเคยชินอยู่แล้วบางทีสมาชิกกลุ่มอาจนึกไม่ถึงลึมนำมาตอบทำให้นักวิจัยไม่ได้คำตอบในประเด็นดังกล่าว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.งานวิจัยในประเทศ

พจณีย์ เหล่าอมต (2539) ได้วิจัยเรื่อง ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของครูชายโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรที่สำคัญในการทำนายความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคล คือจำนวนบุคคลในบ้านที่สูบบุหรี่ความกดดันในชีวิตประจำวันเรื่องเศรษฐกิจและภาระหน้าที่ส่วนตน ทักษะคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่และพฤติกรรม การสูบบุหรี่แบบคั่นเคยที่มีบุหรี่อยู่ในมือกับใช้บุหรี่เป็นสิ่งที่กระตุ้น พร้อมกันนี้ได้ค้นพบตัวแปรที่เป็น รอยต่อเชื่อมระหว่าง การตัดสินใจสูบบุหรี่ไม่สูบบุหรี่ของบุคคลคือทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ทั้งด้านสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการดำรงชีวิตประจำวัน สำหรับตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อการตัดสินใจว่าจะลงมือพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ คือ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ ผลต่อสุขภาพและทักษะคิดการ เลิกสูบบุหรี่ ตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อความสำเร็จในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ คือ จำนวนคนใน บ้านสูบบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ด้านผลต่อปฏิสัมพันธ์สังคม และผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ความกดดันในชีวิตประจำวันเรื่องเศรษฐกิจและภาระหน้าที่ส่วนตน และเรื่องงานในหน้าที่ ทักษะคิด ต่อการเลิกสูบบุหรี่ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และแรงจูงใจด้านสุขภาพ พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ที่นักสูบ บุหรี่รายงานว่ามีผลต่อความสำเร็จของเขา พบว่าผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จใช้วิธีระลึกถึงสัจจะที่ให้ไว้ แก่ตนเอง และผู้เกี่ยวข้องอันเป็นลักษณะการควบคุมภายใน ส่วนผู้พยายามเลิกสูบแต่ไม่สำเร็จใช้ วิธีลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงเรื่อย ๆ ใช้สิ่งอื่นทดแทนบุหรี่และพยายามบังคับตนเองให้เลิกสูบในภาวะ ไตภาวะหนึ่งก่อนอันเป็นลักษณะการควบคุมภายนอกด้วยการควบคุมสิ่งเร้าแบบค่อยเป็นค่อยไป ตัวแปรที่ประมวลมาในการวิจัยครั้งนี้ แต่ไม่พบผลที่น่าสนใจ คือ จำนวนบุหรี่ที่สูบและความเชื่อ อำนาจภายใน-ภายนอกตน ซึ่งคาดว่าจะเกิดจากสิ่งต่อไปนี้คือ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตน พบว่า ลักษณะความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของ บุคคล

ศิริพร เกตุดาว วิรัช มั่นบุญธรรมและ สงกรานต์ กลั่นด้วง (2540) ได้วิจัยเรื่อง ผลการ ประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อโปรแกรมสุขศึกษาในการลด ละ เลิก บุหรี่ใน บุคลากรในโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ One Group Design มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ ทักษะคิด และความ คาดหวังของบุคลากรในโรงพยาบาลขอนแก่นต่อการ ลด ละ เลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างได้แก่

บุคลากรระดับลูกจ้างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 23 คน เพศชาย อายุระหว่าง 20-30 ปี ระยะเวลาการสูบบุหรี่ 11-20 ปี ร้อยละ 47.83 อัตราการสูบบุหรี่ 5.10 มวนต่อวัน ร้อยละ 56.52

ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการคาดหวังในการเลิกสูบบุหรี่ ที่ทำ ให้กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ ได้น้อยถึงน้อยที่สุด คือช่วงเวลาที่มียผลต่อความอยากสูบบุหรี่ คือ หลัง รับประทานอาหารอิ่ม ร้อยละ 60.86 ภาวะเครียด ร้อยละ 47.83 อยู่กับเพื่อนที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 43.48 งานเลี้ยงสังสรรค์ ร้อยละ 65.21 ขณะดื่มเหล้า ร้อยละ 65.21 เมื่อเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ ร้อยละ 43.48 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนัก และให้ ความสำคัญในเรื่อง การลดภาวะเสี่ยงต่อโรคที่เกิดเนื่องจากการสูบบุหรี่ รองลงมาคือเรื่องสุข วิทยาส่วนบุคคล คะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 7.04 หลังการทดลองมี คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 8.22 เมื่อเปรียบเทียบค่าสถิติที่ (t-test) พบว่าแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการติดตามกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสมาชิกกลุ่มให้การรับรองจำนวน 15 คน ร้อยละ 65.22 และสามารถ ลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงร้อยละ 50 ของปริมาณการสูบบุหรี่ก่อนการทดลอง จำนวน 8 ราย ร้อยละ 34.78 วิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์แบบจำลองความ เชื่อด้านสุขภาพในโปรแกรมสุขศึกษาสามารถทำให้บุคลากร ลด ละ เลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเห็นได้ ชัดเจน จึงควรมีการประยุกต์โปรแกรมสุขศึกษาโรคเรื้อรังอื่น ๆ และกลุ่มเป้าหมายอื่นด้วย ใน ด้านข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ฯลฯ รวมทั้งอาจมีการเปรียบเทียบกับ ทฤษฎีอื่นๆ ที่น่าสนใจต่อไป

นางนุช บุญอยู่ (2541) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกหรือกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับ บริการอดบุหรี่ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกหรือกลับมาสู บหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่ และเพื่อลำดับความสำคัญของปัจจัยแต่ละตัวที่มีผลต่อการเลิกหรือ กลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการอดบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ของ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 97 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผล ต่อการเลิกหรือกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกหรือกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่

1.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่

1.1.1 ปัจจัยเชิงสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่เอง ผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้มากและนานขึ้น และการสูบบุหรี่ทำให้เหนื่อยง่ายเมื่อกำลังกาย ($\mu = 2.0224-2.6956, 1.8549-2.554$) ตามลำดับ

1.1.2 ปัจจัยสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ เป็นห่วงสุขภาพคนที่ตนรัก ($\mu = 2.5508-2.9363$)

1.1.3 ปัจจัยเชิงจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับมาก คือ การสูบบุหรี่ที่ทำให้มีกลิ่นเหม็นติดตามเสื้อผ้า ($\mu = 2.6428-2.9469$)

1.1.4 ปัจจัยจากโปรแกรมอดบุหรี่ที่มีความสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่ อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ได้รู้เรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่ตนเองที่ได้รับจากการเข้าอดบุหรี่ได้เห็นภาพชมวิดีโอผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ที่จัดแสดงระหว่างการเข้าอบรม การได้รับความปรารถนาดีจากวิทยากรที่อยากให้เลิกสูบบุหรี่ และการได้ทราบผลดีจากการเลิกสูบบุหรี่ ($\mu = 2.6121-2.9263, 2.6121-2.9263, 2.5658-2.9214$ และ $2.5821-2.9051$) ตามลำดับ

1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการอดบุหรี่

1.2.1 ปัจจัยเชิงสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ได้เห็นตัวอย่างผู้สูบบุหรี่แต่ไม่เห็นบุคคลเหล่านั้นป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ และไม่อยากทนทรมานจากการอดบุหรี่ ($\mu = 1.5089 - 2.118, 1.5441 - 2.1111$) ตามลำดับ

1.2.2 ปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ได้แก่ เพื่อนใกล้ชิดยังสูบบุหรี่อยู่ และการดื่มสุราทำให้ขาดสติยับยั้งชั่งใจที่จะงดสูบบุหรี่ ($\mu = 2.1492-2.6094, 2.0488-2.0488-2.5719$)

1.2.3 ปัจจัยเชิงจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การสูบบุหรี่ช่วยคลายเครียดได้ ($\mu = 1.5772-2.1469$)

1.2.4 ปัจจัยจากโปรแกรมอดบุหรี่ที่มีความสำคัญต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ได้แก่ การที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวเองไม่ได้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมในโปรแกรมอดบุหรี่ที่จัดขึ้น ($\mu = 2.0945-2.5606$)

2. ลำดับความสำคัญของปัจจัยแต่ละตัวที่มีผลต่อการเลิกหรือกลับมาสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการอดบุหรี่

2.1 ลำดับความสำคัญของปัจจัยแต่ละตัวที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการอดบุหรี่จากมากไปน้อย ได้แก่ ปัจจัยจากโปรแกรมอดบุหรี่ ปัจจัยเชิงจิตวิทยา ปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเชิงสุขภาพตามลำดับ

2.2 ลำดับความสำคัญของปัจจัยแต่ละตัวที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการอดบุหรี่จากมากไปน้อย ได้แก่ ปัจจัยเชิงสุขภาพ ปัจจัยจากโปรแกรมอดบุหรี่ ปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเชิงจิตวิทยาตามลำดับ

สัญญา ศุลาบดี (2541) ได้วิจัยเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกอดบุหรี่ สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการในคลินิกอดบุหรี่ภายใน 5 วันของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร และการนำเสนอข้อคิดเห็นต่อการจัดบริการคลินิกอดบุหรี่ในแง่ประโยชน์ที่ได้รับประสิทธิภาพของบริการ ข้อเสนอแนะการปรับปรุงให้บริการกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือบุคคลที่เข้ารับบริการในคลินิกอดบุหรี่ของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ 2536-2538 จำนวน 232 คน ผลการวิจัย พบว่าผู้รับบริการเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 40.1 สูบในปริมาณลดลงร้อยละ 3.9 ในด้านความคิดเห็นต่อการจัดบริการทางคลินิกอดบุหรี่ผู้รับบริการทุกคนในกลุ่มตัวอย่างในการเลิกสูบบุหรี่ จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้มีการนำรูปแบบการจัดคลินิกหรือตามแผนการงดบุหรี่ภายใน 5 วันไปดำเนินการในพื้นที่ต่างๆ ให้แพร่หลาย และกว้างขวางขึ้น โดยควรคำนึงถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้รับบริการประสบผลสำเร็จในการเลิกสูบ อันได้แก่การคัดเลือกวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และแรงจูงใจผู้อื่นที่มีคุณลักษณะที่ดีในการให้คำแนะนำและกำลังใจแก่ผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ การเตรียมการและดำเนินการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้รับบริการลดหรือเลิกการดื่มสุราร่วมไปพร้อมกับการเลิกสูบบุหรี่

อัคราวรรณ สร้างทอง(2541)ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น เป็นการวิจัยแบบ Cross-sectional Study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบ ความรู้ ทักษะคติเกี่ยวกับบุหรี่และปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนระดับชั้น ม.1 - 6 ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน รวม 10 แห่ง (โรงเรียนในภาคเหนือ อีสาน ใต้ กลาง และกรุงเทพมหานคร) ระหว่างเดือนพฤษภาคม

-กรกฎาคม 2541 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling จำนวนตัวอย่างที่วิจัย 2,243 รายรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นเท่ากับร้อยละ 17.6 โดยเป็นกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 11.6 และกลุ่มที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ร้อยละ 6.0 กลุ่มสูบบุหรี่พบว่าเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 10-14 ปี และพบว่ากลุ่มสูบบุหรี่และกลุ่มเคยสูบบุหรี่มีพฤติกรรมต่าง ๆ ของการสูบบุหรี่ได้แก่ ระยะเวลาการสูบ ช่วงเวลาของการสูบ ลักษณะการสูบ ปริมาณการสูบ และค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้แก่ เพศ ภาค การสัมฤทธิ์ผลทางการวิจัย การเป็นนักกีฬา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีบุคคลใกล้ชิดติดสูบบุหรี่ การมีปัญหาหรือเรื่องกลุ่มใจ จากผลการวิจัยนี้พบว่าในการรณรงค์เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก และการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่แต่เพียงอย่างเดียวไม่น่าเพียงพอ ควรจะทำความเข้าใจไปกับการเปลี่ยนความเชื่อหรือทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ด้วย

เอมอร พุฒิพิสิฐเศรษฐ (2542) ได้วิจัยเรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ จากการวิจัย การรับรู้และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้เรื่องการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะของผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งศึกษาพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในเรื่องการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และพฤติกรรมของผู้ไม่สูบบุหรี่ในการพิทักษ์สิทธิของตนเองจากการได้รับควันบุหรี่ในที่สาธารณะ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นประชาชนจำนวน 600 คน จำแนกเป็นผู้สูบบุหรี่ 300 คน และผู้ไม่สูบบุหรี่ 300 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 68.0 เป็นเพศชายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่ามากที่สุด และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือบริการ ด้านสถานภาพสมรสพบว่า มีสถานภาพสมรสอยู่เป็นคู่ (ร้อยละ 47.0) โดยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัวและดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลางมาก

ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 50.3 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-30 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และประกอบอาชีพพนักงานเอกชนมากที่สุด ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 56.3) และกว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัวและดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลางมากที่สุด

ในด้านการรับรู้ของผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ในภาพรวมมีการรับรู้ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาการรับรู้ใน 3 ด้านคือการรับรู้เรื่องอันตรายจากบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้เรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และประกาศกระทรวง

สาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2540 และการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ พบว่าการรับรู้ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด

ในด้านพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ พบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะดับบุหรี่ก่อนเข้าไปในเขตห้ามสูบบุหรี่ รวมทั้งก่อนสูบบุหรี่ จะมองดูว่ามีป้ายห้ามสูบบุหรี่ในบริเวณนั้นหรือไม่ และมีความระมัดระวังไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ที่มีประชาชนอยู่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่ต้องการให้ควันบุหรี่รบกวนผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งสะท้อนว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ให้ความเคารพในกฎหมาย โดยมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 14.3) ที่สูบบุหรี่ในเขตห้ามสูบบุหรี่ เนื่องจากเห็นว่ามีคนอื่นสูบบุหรี่จึงคิดว่าตนเองสามารถสูบบุหรี่ได้รวมทั้งคิดว่ากฎหมายห้ามสูบบุหรี่ไม่มีผลบังคับใช้อย่างจริงจัง

กนิษฐา ไทยกกล้า และคณะ (2545) ได้วิจัยเรื่อง ครว้เรือนและประชากรที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในภาคเหนือ เพื่อวิจัยสัดส่วนและลักษณะของประชากรภาคเหนือในครว้เรือนที่มีการสูบบุหรี่ และศึกษาสถานการณ์ทางสุขภาพที่รายงานจากสมาชิกในครว้เรือนเหล่านี้ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ครว้เรือนเป็นหลัก มีครว้เรือนที่มีสมาชิกสูบบุหรี่จำนวน 1,593 ครว้เรือน ครว้เรือนที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมต้นสถานภาพโสดและสมรสในสัดส่วนที่เท่ากัน สมาชิกในครว้เรือนส่วนใหญ่ คือ บุตร ธิดา อายุเฉลี่ย 19.36 ปี สำหรับนอกเขตเทศบาลมีจำนวนครว้เรือนร้อยละ 57.3 มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 21.2 พบโรคในกลุ่มหัวใจหลอดเลือดเป็นส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 36-65 ปี ซึ่งเป็นโรคในเพศหญิงมากกว่า สำหรับกลุ่มอายุต่ำกว่า 16 ปี พบโรคระบบทางเดินหายใจ สำหรับครว้เรือนในเขตเทศบาลมีจำนวนร้อยละ 42.6 มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 23.1 พบโรคในกลุ่มหัวใจหลอดเลือดเป็นส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 46 ปีขึ้นไปและในหญิงมากกว่าชายเมื่อใช้บุคคลเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ (Active smoker) จำนวน 2,175 คน จากจำนวนสมาชิกครว้เรือนทั้งหมด 5,882 คน (37 %) ชาย 1,769 คน (คิดเป็น 59.3 % ของชายในครว้เรือนทั้งหมด) หญิง 406 คน (คิดเป็น 14 % ของหญิงในครว้เรือนทั้งหมด) ใน 1,593 ครว้เรือนที่มีการสูบบุหรี่ มีเด็กอายุ 0-5 ปี (Passive smoker) อาศัยอยู่จำนวน 328 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 ของเด็กในกลุ่มอายุดังกล่าวทั้งหมด มีหญิงอายุ 6-65 ปี (Passive smoker) อาศัยอยู่จำนวน 2,186 คน คิดเป็นร้อยละ 43.1 ของหญิงในกลุ่มอายุดังกล่าว ทั้งหมด

ผกาภรณ์ เพ็ญนิเวศน์สุข (2547) ได้วิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา สำหรับการเลิกสูบบุหรี่ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม สุขศึกษาที่ได้ประยุกต์ในเรื่องแบบแผนของโปรแกรมสุขศึกษาที่ได้ประยุกต์ในเรื่องแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพ เทคนิคการควบคุมตนเอง การเสริมแรงโดยบุคคลตัวอย่างระดับหัวหน้าส่วน ราชการจังหวัด และจัดให้มีคู่มือการเลิกสูบบุหรี่และเน้นการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ภาพการบรรยาย VCD เกี่ยวกับเกิด โรค การผ่าตัดโรคปอด และอาการพิการทางสมองของคนเสพยา เอกสารความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ สมองและปอดดองน้ำยา และคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้ทำวิจัยสร้างขึ้นการรวบรวมข้อมูลการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จะทำการรวบรวม 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการ ทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ หลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ ผู้วิจัยสร้างมีผลทำให้นักศึกษาเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรครับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวเพื่อเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น มี ผลทำให้นักศึกษามีอัตราการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สำหรับกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่ก็ สามารถลดจำนวนที่สูบในแต่ละวัน เมื่อเปรียบเทียบก่อนทำการทดลอง และยังพบว่าปัจจัยด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลากการสูบและคนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ แต่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่

2.งานวิจัยต่างประเทศ

แฮมมอนด์ (Hammond. 2001) ได้วิจัยเรื่อง การสำรวจความรู้ในการเลิกสูบบุหรี่ของ คนที่สูบบุหรี่ โดยดำเนินการสำรวจความรู้ในการเลิกสูบบุหรี่ของคนสูบบุหรี่โดยสุ่มเบอร์โทรศัพท์ และโทรไปสอบถามผู้สูบบุหรี่ในเมืองเซาธ์เวสต์ รัฐออนแทรีโอ แคนาดา จำนวน 616 คน และมีการติดตามผลเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า คนที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่รู้วิธีการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 45 ไม่รู้จักหมากฝรั่งนิโคติน ร้อยละ 33 ไม่รู้จักแผ่นยาสูบนิโคติน ร้อยละ 57 ไม่รู้จักยาที่ช่วยเลิกสูบบุหรี่ และมีผู้สูบบุหรี่หลายคนไม่เชื่อว่าวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้เขาอยากเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยัง พบว่าผู้สูบบุหรี่อยากจะใช้วิธีการในการเลิกสูบบุหรี่ ดังนี้ร้อยละ 36 ใช้นิโคตินทดแทน ร้อยละ 50 เข้าคอร์สร้อยละ 35 ใหยาที่ช่วยเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 66 ใช้วิธีปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการเลิกบุหรี่ และร้อยละ 78 ของผู้สูบบุหรี่ชอบการเลิกด้วยตนเองร่วมกับวิธีอื่นๆ ที่สำคัญผู้สูบบุหรี่ที่รู้จักวิธีการ ต่าง ๆ มีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่และมีแนวโน้มที่จะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่มาใช้มากขึ้น

คัมมิง (Cumming. 2001) ได้วิจัยเรื่อง ผู้สูบบุหรี่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของนิโคตินเพียงพอหรือไม่ โดยทำการสำรวจกับผู้สูบบุหรี่ในสหรัฐอเมริกา จำนวน 1,046 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป จากการสุ่มโทรศัพท์ทั่วประเทศ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความตระหนักถึงการไ้ยาและวิธีการทางการแพทย์เพื่อการลดสารนิโคติน ความรู้ในเรื่องอันตรายของบุหรี่ และยังสามารถสอบถามเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ ความรู้ในการเลิกสูบบุหรี่และความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ และอันตรายของบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 65 ไม่ทราบวิธีในการเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 39 ไม่ทราบถึงอันตรายของบุหรี่

พฤติกรรมในการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องขึ้นอยู่กับประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

1. คนที่อายุ 45 ปี ขึ้นไป สูบบุหรี่ที่มีทาร์ต่ำ เชื่อว่าจะเลิกสูบได้ก่อนที่จะได้รับอันตรายหรือป่วยจากการสูบบุหรี่
2. บุคคลที่ไม่เคยใช้อุปกรณ์ป้องกัน จะเป็นบุคคลที่มีการศึกษาน้อย
3. ผู้ที่เลิกหรือคิดว่าจะเลิกสูบบุหรี่ ในอีก 1 ปี รู้ถึงอันตรายของบุหรี่
4. ร้อยละ 77 ของกลุ่มตัวอย่าง ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากบริษัทบุหรี่เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่

โฮเฟอร์ (Hoefler. 2001) ได้วิจัยเรื่องการรับรู้ ความเข้าใจถึงอันตรายที่เกิดจากบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษา โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,020 คน ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกาโดยให้ผู้สูบบุหรี่กับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของบุหรี่ที่แตกต่างกันมาอยู่รวมกันในระยะเวลานึง ผลปรากฏว่านักศึกษาที่สูบบุหรี่ไม่สนใจหรือใส่ใจในเรื่องอันตรายของบุหรี่ ส่วนผู้ที่ไม่สูบบุหรี่นั้นมีความรู้ถึงอันตรายจากผู้สูบบุหรี่ และควรมีการประชาสัมพันธ์ถึงอันตราย โทษ พิษภัยของบุหรี่ให้มากขึ้น

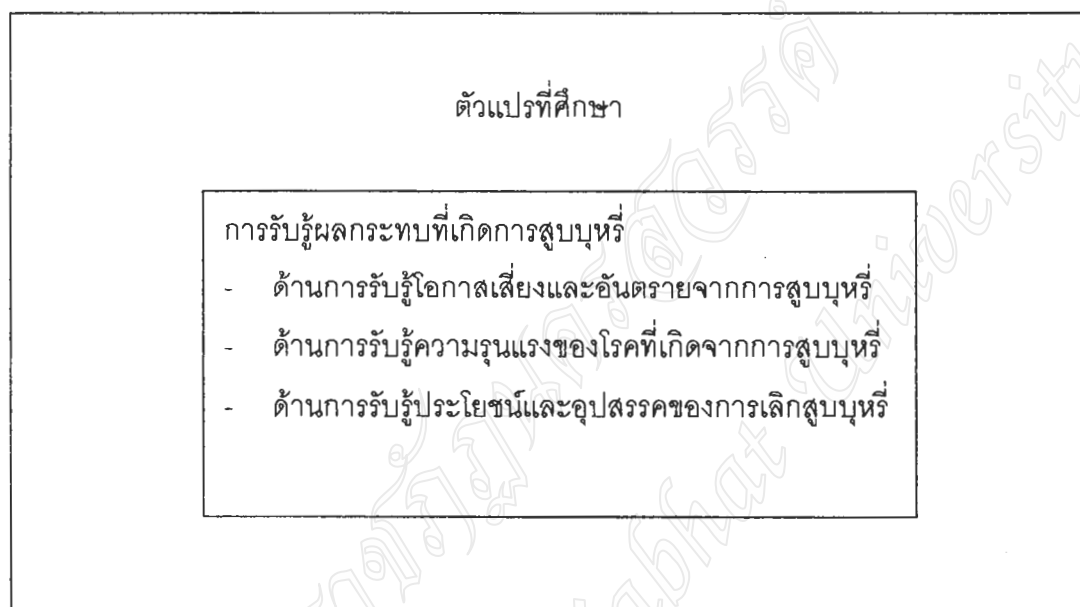
ไวน์สไตน์ (Weinstein. 2003) ได้วิจัยเรื่องความเชื่อในความถูกต้องและการมองโลกในแง่ดี ของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีความรู้ว่าการติดยาเกิดขึ้นได้ง่ายและรวดเร็ว แต่เลิกได้ยาก ผู้สูบบุหรี่ที่เป็นวัยรุ่น โดยทั่วไปมีความเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่นั้นเป็นเรื่องง่ายเพราะพวกเขาเหล่านั้นติดบุหรี่น้อยกว่าผู้สูบบุหรี่ทั่วไป ผู้สูบบุหรี่ที่เป็นผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะบอกว่าการเลิกสูบบุหรี่และการติดยาหรือนั้นมีความแตกต่างกันในวัยที่ต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผู้สูบบุหรี่ไม่ว่าจะ วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ที่ต้องการจะเลิกสูบบุหรี่ ประเมินว่าจะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในเวลาไม่นาน แต่เป็นการประเมินที่ผิดพลาด มีผู้สูบบุหรี่

จำนวนไม่มากที่คิดจะสูบไม่นานนับตั้งแต่สูบในวันแรกๆ และไม่เชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่นั้นยาก ซึ่งความคิดดังกล่าวทำให้การสูบบุหรี่ดำเนินต่อไป และยากที่จะเลิกสูบได้

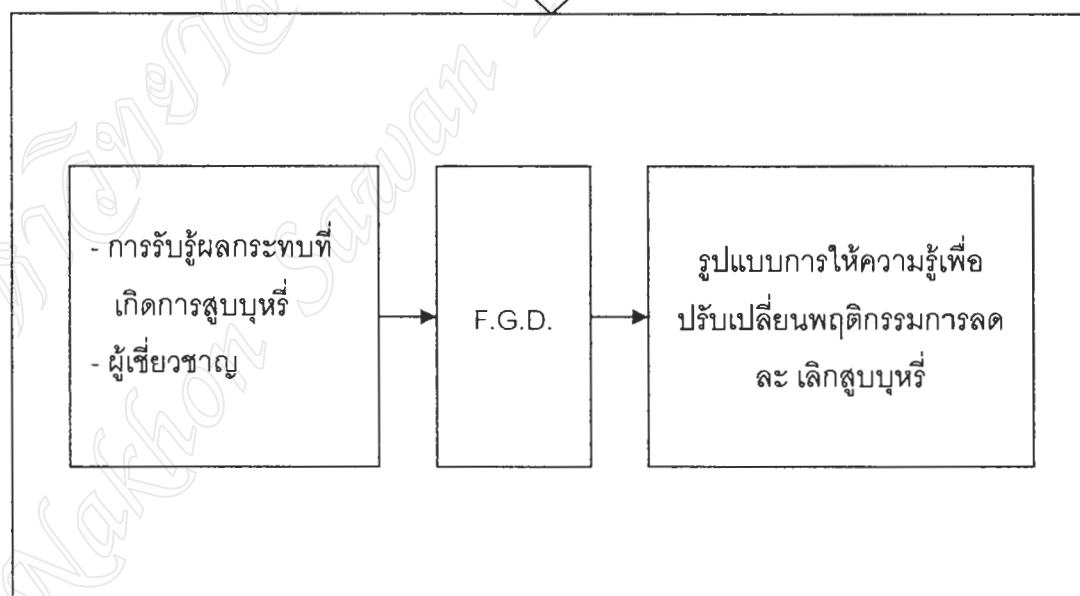
จากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าบุหรี่มีสารพิษต่างๆ มากมายที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ที่สูบบุหรี่เองและบุคคลที่อยู่รอบข้าง ส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดโรคต่างๆ มากมายทั้งโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และเป็นสาเหตุหลักในการเกิดโรคมะเร็งกล่องเสียงและโรคมะเร็งปอด ผลพบว่ามีผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งสามารถลด ละ เลิกสูบบุหรี่ได้โดยการปรับพฤติกรรมบางส่วน จึงทำให้สนใจและคิดว่าสามารถแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการลด ละ เลิก สูบบุหรี่ของประชากร โดยเฉพาะในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงและอันตรายจากการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่และด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่

กรอบความคิดในการวิจัย

ช่วงที่ 1 ศึกษากระบวนการรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่



ช่วงที่ 2 รูปแบบการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการลด ละ เลิกสูบบุหรี่



ภาพที่ 2.6 แสดงกรอบความคิดในการวิจัย