

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี วรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎี วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวคิดในการดำเนินงานวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี

- บุหรีและอันตรายของบุหรี
- สาเหตุของการสูบบุหรี
- กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี

ส่วนที่ 2 ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย

- แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรีของบุคคล
- แรงสนับสนุนทางสังคม
- แรงจูงใจ
- PRECEDE framework

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี

บุหรีและอันตรายจากบุหรี

บุหรี เป็นสิ่งที่ทำจากใบยาสูบ ซึ่งมีการนำมาประดิษฐ์และปรุงแต่งเป็นรูปแบบต่าง ๆ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายของบุหรีไว้ว่า "บุหรี" หมายถึง บุหรีจิกาแรต บุหรีซิการ์ บุหรีอื่น ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ

บุหรี เป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งตามคานิยามของคำว่า "ยาเสพติด" ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้คานิยามไว้ว่า "ยาเสพติดคือ ยาหรือสารเคมีที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้ว ทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพ และก่อให้เกิดความเสื่อมทรามทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพ และยังก่อความเสื่อมทรามไปถึงสังคมอีกด้วย"

บุหรี่ มีสารประกอบต่าง ๆ อยู่มากมายกว่า 4,000 ชนิด สารบางชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย บางชนิดเกิดพิษ บางชนิดทำให้เซลล์ผิดปกติ บางชนิดเป็นตัวก่อให้เกิดมะเร็ง บางชนิดเป็นสารต่อต้านภูมิคุ้มกัน (อุไรวัฒน์ คชาชีวะ, 2531)

สารที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ซึ่งเป็นสารที่ประกอบในบุหรี่และควันบุหรี่ ได้แก่

1. ทาร์ (Tar) ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ ไอเรื้อรังแสบคอ อุดลมร่ง และก่อให้เกิดโรคมะเร็งในที่สุดเนื่องจากสารทาร์เป็นพวก Carcinogen และมีสารสำคัญที่อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอดได้ คือ โปลิซัยคริลโคโรคาร์บอน (3 - 4 เบนซ์พีรีน) ซึ่งได้รับการพิสูจน์ยืนยันอย่างแน่นอน จากการทดลองมาแล้ว (ธีระ ลิมศิลา, 2525)

2. นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่ทำให้เสพติด เนื่องจากเป็นสารกระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัว นอกจากนั้นยังทำให้หลอดเลือดตีบ เป็นโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง

สำหรับประเทศไทย ได้มีการวิเคราะห์ปริมาณสารน้ำมันดินและนิโคติน โดยฝ่ายวิจัยของโรงงานยาสูบ และตีพิมพ์ในนิตยสารยาสูบ ดังนี้

ตราบุหรี่	สารทาร์ (มิลลิกรัมในควัน 1 มวน)	สารนิโคติน (มิลลิกรัมในควัน 1 มวน)
1. พระจันทร์	24 (ปานกลาง-สูง)	0.6
2. รวงทิพย์	24 (ปานกลาง-สูง)	0.8
3. เกสรทอง	24 (ปานกลาง-สูง)	1.0
4. รอยยิ้ม 111 ธรรมดา	24 (ปานกลาง-สูง)	1.5
5. รอยยิ้ม 111 กั้นกรอง	24 (ปานกลาง-สูง)	1.6
6. กรองทิพย์	28 (ปานกลาง-สูง)	1.6
7. สามิต 14 ธรรมดา	31 (สูงมาก)	1.6
8. สามิต 14 กั้นกรอง	29 (สูงมาก)	1.5
9. กรองทอง ธรรมดา	30 (สูงมาก)	1.8
10. กรองทอง กั้นกรอง	29 (สูงมาก)	1.8
11. สายฝน	28 (สูงมาก)	1.8
12. ทีทีเอ็ม	33 (สูงมาก)	2.6

มาตรฐานน้อยหรือมากของสารพิษ ซึ่งกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการ
อังกฤษ แบ่งเป็น 5 กลุ่มดังนี้

1. สารพิษต่ำ	0 - 1	มิลลิกรัมในควันบุหรี่	1 มวน
2. สารพิษต่ำถึงปานกลาง	11 - 16	มิลลิกรัมในควันบุหรี่	1 มวน
3. สารพิษปานกลาง	17 - 22	มิลลิกรัมในควันบุหรี่	1 มวน
4. สารพิษสูง	23 - 28	มิลลิกรัมในควันบุหรี่	1 มวน
5. สารพิษสูงมาก	29	มิลลิกรัมขึ้นไปในควันบุหรี่	1 มวน

จากมาตรฐานการแบ่งระดับสารพิษดังกล่าว จะเห็นว่า ปริมาณสารพิษในบุหรี่ไทย
อยู่ในระดับ ปานกลางถึงสูง 6 ตรา อีก 6 ตรา มีสารพิษที่สูงมาก สำหรับนิโคตินมีเพียง 2 ตรา
เท่านั้นที่มีปริมาณต่ำกว่ามาตรฐาน

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide) เป็นก๊าซที่มีความเข้มข้นมากในควัน
บุหรี่ ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ของไบยาสูบ ก๊าซนี้ไปทำลายคุณสมบัติในการนำออกซิเจนของเม็ด
เลือดแดง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ก่อให้เกิดอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ หน้ามืด
เป็นลม และกล้ามเนื้อแขนขาไม่มีแรง ซึ่งจะมีผลต่อสตรีที่กำลังตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก

4. แอมโมเนีย (Ammonia) เป็นสารที่มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา จมูก
มีอาการไอ เสมหะมาก ก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบ

5. สารกัมมันตภาพรังสีและแร่ธาตุต่าง ๆ ซึ่งเป็นสารตกค้างในไบยาสูบ ที่เกิดจาก
การฟันทาฆ่าแมลง สารเหล่านี้เป็นสารพิษที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้

6. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นสารเคมีทำลายเยื่อหลอดลม
ส่วนปลายให้บาง และโป่งพองได้

7. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) ก๊าซระเหยเป็นสารพิษทำลายเยื่อ
หลอดเลือดส่วนปลาย และผนังถุงลม ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง

อันตรายของการสูบบุหรี่

1. อันตรายต่อตัวผู้สูบเอง

บุหรี่ 1 มวน จะให้ควันบุหรี่ในปริมาณเกือบ 1 ลิตร ซึ่งในควันบุหรี่จะมีสารเคมีต่าง ๆ ที่เป็นสารก่อมะเร็งเพราะฉะนั้นการสูบบุหรี่ก็คือ การดูดเอาควันพิษเข้าไปในร่างกายซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายอย่างมาก บุหรี่ 1 มวน จะทำให้อายุสั้นลง 5 นาทีครึ่ง ทำให้ผู้สูบบุหรี่ก่อนอายุเฉลี่ย 65 ปี ประมาณ 5 - 8 ปี และจากสถิติการตายพบว่า ผู้สูบบุหรี่จะมีการตายมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 30 - 80 การลดปริมาณสารทาร์และนิโคตินในบุหรี่ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ดังนี้

1. โรคมะเร็ง พมมะเร็งปอดมากที่สุด ผู้สูบบุหรี่มีโอกาเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 20 เท่า ทั้งนี้ขึ้นกับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลักษณะของการสูบ และระยะเวลาที่สูบ สำหรับอาการบ่งชี้เฉพาะโรคนั้นระยะแรกของมะเร็งปอดนั้นยังไม่ชัดเจน จึงทำให้การวินิจฉัยของแพทย์ยุ่งยากมาก ส่วนมากจะพบในระยะที่โรคลุกลามไปมากแล้ว ทำให้การรักษาได้ผลน้อยหรือไม่ได้ผลเลย ในผู้ที่งดสูบบุหรี่ได้ 15 ปี ก็จะทำให้โอกาสที่จะเป็นมะเร็งปอดลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

พมมะเร็งช่องปากในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 5 เท่า นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งที่กล่องเสียง หลอดอาหาร กระเพาะปัสสาวะ ตับอ่อน ไต กระเพาะอาหาร ซึ่งถ้ามีการงดสูบบุหรี่ก็จะทำให้อัตราตายดังกล่าวลดลง

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณกรดไขมันอิสระในพลาสมาเพิ่มขึ้น การจับกลุ่มของเกล็ดเลือดมากขึ้น เป็นผลให้ผู้สูบบุหรี่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า ตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งทำให้เกิดการตายอย่างเฉียบพลันสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 3 เท่า

กรณีที่เกิดโรคหัวใจขาดเลือดแล้วและยังไม่งดสูบบุหรี่ นอกจากจะทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบแล้ว ยังทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือปลายเท้าอักเสบ และอุดตันได้ทำให้เกิดปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด แขน ขาเน่าจนต้องตัดทิ้ง

3. โรคของระบบทางเดินหายใจ ควันบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อผิวของหลอดลมและถุงลมทำให้เกิดอาการไอ หอบหืด อันตรายด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบ และถุงลมโป่งพองถึงร้อยละ 70 ยิ่งสูบบุหรี่นานมากขึ้นก็ยิ่งทำให้อาการของโรคมารู่มากขึ้น และไม่มีโอกาสรักษาให้หายได้

4. โรคของระบบทางเดินอาหาร สารเคมีในบุหรี่นั้นจะเป็นสาเหตุที่ทำให้กรดเพิ่มมากขึ้นในกระเพาะอาหาร เกิดการระคายเคือง การอักเสบของเยื่อกระเพาะและเกิดแผลในกระเพาะอาหาร พบว่า ผู้สูบบุหรี่จะตายด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหารถึง 3 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

5. ผลต่อระบบสืบพันธุ์ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่จัดจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ ผู้ชายพบว่า จะมีการตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วน ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง

2. อันตรายต่อบุคคลข้างเคียง

การสูบบุหรี่นอกจากจะมีโทษต่อผู้สูบเองแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่แนวบรรยากาศของการสูบบุหรี่สูดเอาควันพิษเข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตรายได้เช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่

ควันบุหรี่มี 2 ชนิดคือ ควันสายหลัก (Main stream smoke) หมายถึง ควันที่ผู้สูบบุหรี่เข้าไปในปาก และควันสายข้างเคียง (Side stream smoke) หมายถึง ควันที่ลอยออกจากปลายมวนบุหรี่ที่จุดไว้ ส่วนใหญ่แล้วควันที่ลอยอยู่ทั่วไปมาจากควันสายข้างเคียงถึงร้อยละ 85 ของควันบุหรี่ ซึ่งควันบุหรี่ได้รับควันบุหรี่ทางอ้อมนี้สูดเข้าไปก็คือควันหลง และมีปริมาณความเข้มข้นของสารพิษต่าง ๆ สูงกว่าที่พบในควันสายหลัก ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียงมีดังนี้

1. เด็ก การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ทำให้เด็กป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบ ปอดบวม หอบ หืด หูชั้นกลางอักเสบเพิ่มขึ้น

2. หญิงมีครรภ์ที่สูบบุหรี่ จะทำให้น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์เพิ่มน้อยกว่าปกติ และมีโอกาสแท้ง คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดระหว่างคลอด และหลังจากคลอดมากเป็น 2 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนั้นยังทำให้เกิดรกเกาะต่ำและรกลอกตัวก่อนกำหนดมากขึ้น ลูกที่คลอดจากแม่ที่สูบบุหรี่อาจจะมีน้ำหนักและความยาวน้อยกว่าปกติ พัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติ อาจมีความผิดปกติทางระบบประสาท และมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงกว่าลูกที่คลอดจากมารดาที่ไม่สูบบุหรี่ (หทัย ชิตานนท์, 2534)

3. คู่แต่งงานของผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่แต่งงานของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี

4. คนทั่วไปที่ต้องอยู่ในบรรยากาศที่ผู้อื่นสูบบุหรี่ ควันบุหรี่จะทำให้เกิดการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดอีกเสบก็จะทำให้มีอาการของโรคเพิ่มขึ้น

จะเห็นว่าควันบุหรี่ทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่ แต่อยู่ในบรรยากาศของการสูบบุหรี่กลายเป็นผู้สูบบุหรี่โดยทางอ้อม สามารถเกิดโรคต่าง ๆ ได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ และการอยู่ในห้องที่มีการสูบบุหรี่ทุก ๆ 20 มวนจะทำให้ได้รับควันบุหรี่เป็นปริมาณเท่ากับการสูบบุหรี่ 1 มวน ฉะนั้นผู้สูบบุหรี่ต้องคำนึงถึงผลการกระทำที่จะกระทบต่อผู้อื่นด้วย และการสูบบุหรี่ในที่ทำงานหรือที่ชุมชนไม่ไช่เป็นสิทธิส่วนบุคคล แต่เป็นสิทธิของสังคม ดังที่ได้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบขึ้นในปี พ.ศ.2535 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2535 เป็นต้นไป

3. ผลต่อสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

การสูบบุหรี่นอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของตัวผู้สูบเอง และต่อบุคคลข้างเคียงแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของประเทศอีกด้วย การสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการบริการทางการแพทย์ แก่ผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การสูญเสียแรงงานที่เกิดจากความเจ็บป่วย การด้อยคุณภาพของทรัพยากรบุคคลที่สุขภาพต้องเสื่อมทราม เพราะพิษของบุหรี่ การเกิดมลพิษจากควันบุหรี่ โดยเฉพาะในสถานที่แออัด และการเกิดเพลิงไหม้ที่มีสาเหตุมาจากควันบุหรี่ ส่งผลทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต และทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น

สาเหตุของการสูบบุหรี่

จากการศึกษาของ สมจิตต์ สุพรรณทัสน์ (2522) เกี่ยวกับสาเหตุของการสูบบุหรี่ของบุคคลาบุคคลหนึ่งอาจขึ้นกับปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยก็ได้ กล่าวคือ

1. การเอาแบบอย่างตามกลุ่มอ้างอิงในกลุ่มวัยรุ่น มักชักกลุ่มอ้างอิงในด้านความคิด ความรู้สึกการกระทำ ถ้ากลุ่มอ้างอิงสูบบุหรี่วัยรุ่นที่ไม่สูบนานกลุ่มนี้ย่อมมีแนวโน้มที่จะสูบบตามไปด้วย
2. การอยากจะลองทำ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความกระตือรือร้น อยากรู้ อยากเห็นอยากมีประสบการณ์ใหม่ ๆ
3. การเลียนแบบบุคคลอื่นในสังคมทั่วไปจะมีบุคคลมากมายที่สูบบุหรี่ เช่น บิดา พี่ชาย

อาจารย์ ดารา หรือบุคคลที่สร้างความประทับใจ เป็นต้น

4. กิจกรรมสังคมเมื่อมีการรวมกลุ่มทางสังคม นอกจากจะมีกิจกรรมต่าง ๆ แล้ว การตีพิมพ์และการสูบบุหรี่มักจะตามมาเสมอ

5. ธรรมเนียมในชุมชนบางแห่งจะใช้น้ำหรือบุหรี่ มาก น้ำ เป็นสิ่งที่ใช้ต้อนรับแขกที่มาเยือนที่บ้าน

6. ความต้องการหลีกเลี่ยงการต่อว่าหรือตำหนิติเตียน จากการสูบบุหรี่ไม่เป็น เช่น เป็นชายต้องสูบบุหรี่เป็น

7. กลไกการปรับตัวมีบุคคลเป็นจำนวนมาก ที่ใช้การสูบบุหรี่เป็นทางออกของความตึงเครียดทางอารมณ์ โดยหวังว่าการสูบบุหรี่จะช่วยบรรเทาความกดดันที่สะสมไว้อย่างไรก็ได้

8. การที่มีบุหรี่ปาหนายโดยทั่วไปและการโฆษณาทางสื่อมวลชนต่าง ๆ

นอกจากนี้ ชีระ ล้อมศิลา ยังได้กล่าวถึงสาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่ในผู้ใหญ่ ว่ามีสาเหตุดังนี้

1. เพื่อลดความเครียดในโรคเครียดจำนวนน้อย ๆ ระยะแรกจะช่วยกระตุ้นสมอง แต่เมื่อสูบบุหรี่นาน ๆ โรคเครียดจะถูกกดขี่เข้าไปมากขึ้น ทำให้มีนิมงหรือปวดศีรษะได้ เนื่องจากสมองถูกกด

2. เพื่อเข้าสังคม เนื่องจากไม่ทราบจะเริ่มเรื่องพูดคุยอย่างไรเลยสูบบุหรี่ เพื่อแก้อาการขวยเขิน

3. จากผู้อื่นนำมาให้ เป็นที่น่าสนใจที่มีพระภิกษุเป็นจำนวนไม่น้อยที่ติดบุหรี่ และเป็นโรคภัยต่าง ๆ เนื่องจากเริ่มด้วยลองสูบ เพราะชาวบ้านนำมาถวาย ต่อมาจึงติดบุหรี่ (ชีระ ล้อมศิลา, 2530)

ในเรื่องเดียวกันนี้ สุภา มาลากุล ณ อยุธยา (2529) ได้แบ่งสาเหตุที่ทำให้คนติดบุหรี่ พอสรุปได้ดังนี้

1. เหตุกระตุ้น จากความเครียดอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายภายในจิตใจ และสังคมของบุคคล เช่น การเปลี่ยนสภาพจากผู้ฟังเป็นผู้พูดเกิดความประหม่า เขิน การสูบบุหรี่ช่วยให้หายเขินได้ การสูบบุหรี่ทำให้ใจเย็นขึ้น เป็นต้น

2. เหตุสนับสนุน ได้แก่ การได้บุหรี่ปาหนายโดยง่าย เช่น บิดามารดาสูบบุหรี่ ที่บ้านขายบุหรี่ ได้รับการคะยั้นคะยอจากเพื่อน เป็นต้น

3. เหตุระเนมเียงานบุคคลิกภาพคนที่สูบบุหรี่ และคนที่ไมสูบบุหรี่มีบุคคลิกภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือ คนที่สูบบุหรี่มักเป็นคนทุนหัน เปิดเผย กระจื่อหรือร้น ต้องการต่อต้านอำนาจบังคับบัญชา เจ้าอารมณ์ วิตกกังวล เป็นต้น

กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่

ในปัจจุบันนี้ได้มีกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพออกมาบังคับใช้ 2 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งพระราชบัญญัติทั้ง 2 ฉบับนี้ นับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างมากในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

สาระสำคัญของกฎหมายทั้ง 2 ฉบับ สรุปได้ดังนี้

1. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มีสาระสำคัญโดยสรุป คือ
 - 1) ห้ามขาย แลกเปลี่ยน หรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่ผู้มีอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์
 - 2) ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยวิธีเครื่องขาย
 - 3) ห้ามขายสินค้าหรือให้บริการโดยมีการแลก แดงมาให้ หรือแลกเปลี่ยนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ
 - 4) ห้ามขายผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยแจก แดง หรือให้แลกเปลี่ยนกับสินค้า หรือให้บริการอย่างอื่นประกอบ
 - 5) ห้ามแจกผลิตภัณฑ์ยาสูบในลักษณะเป็นตัวอย่าง
 - 6) ห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์ ทางวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ หรือสิ่งอื่นใดที่ใช้เป็นการโฆษณาได้
 - 7) ห้ามโฆษณาสินค้าที่ใส่ชื่อ หรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นเครื่องหมายของสินค้านั้น
2. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 มีสาระสำคัญโดยสรุป คือ
 - 1) ำให้ผู้ดำเนินการของสถานที่สาธารณะจัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของ

สถานที่สาธารณะ เป็นเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่

2) ให้ผู้ดำเนินการของสถานที่สาธารณะ จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่

3) ให้ผู้ดำเนินการของสถานที่สาธารณะ ห้ามมิให้ผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่

ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2524) ได้ให้ความหมายของ "พฤติกรรม" ว่า หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตจะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตาม บลูม (Bloom อ้างใน ประภาเพ็ญสุวรรณ, 2534) ได้แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิศึกษา หรือองค์ประกอบด้านความรู้ความคิด (Cognitive domain) เป็นความสามารถทางด้านความรู้ การใช้ความคิดและพัฒนาการทางด้านสติปัญญา ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

2. พฤติกรรมทางด้านทัศนคติ (Affective domain) หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของแต่ละบุคคล พฤติกรรมด้านทัศนคตินี้เป็นตัวควบคุมพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลโดยการวางแผนทางของการปฏิบัติและแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่บุคคลนั้นกำหนดขึ้น

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นการปฏิบัติที่แสดงออกในสถานการณ์หนึ่งหรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยพฤติกรรมด้านความรู้ ทัศนคติเป็นพื้นฐานซึ่งสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางสุขภาพถือว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ชวาร์ซ (Schwartz 1974 : 28-31 อ้างใน อัจฉนา เขาว์ประยูร, 2531) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคน ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถสรุปความสัมพันธ์ได้เป็น 4 รูปแบบ

1. ทักษะเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะและผลต่อการปฏิบัติ
2. ความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์กันและทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา
3. ความรู้และทักษะต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทักษะไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน
4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีทักษะเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

ทอมกินส์ (Tomkins) กล่าวถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลไว้ 4 ประการ ดังนี้ (Tomkins, Silvan อ้างใน สุรีย์ จันทรมณี, 2526)

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual Smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะนิยมนั่งติดอยู่กับปากตลอดเวลา ถึงแม้จะไม่ได้จุดบุหรี่ก็ตาม จะมีหรืออยู่ติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลา การสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุข บางคนอาจมีความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ช่วยทำให้เกิดความภูมิใจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลกลุ่มนี้จะเป็นไปแบบอัตโนมัติ เป็นกิจวัตรที่จะทำประจำวัน
2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองโลกในแง่ดี (Positive Affect Smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้ถือว่า การสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยให้เกิดความพอใจ เกิดความสุขความตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็กวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่ หรือสูบเพราะทำตามพ่อแม่ ทำตามบุคคลที่ตัวเองชอบ บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ ได้สัมผัสกับควันบุหรี่ที่พุ่งออกมาจากปากและจมูก
3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ (Negative Affect Smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ไม่ต่อเนื่อง เช่น เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้รับความกดดัน มีปัญหา เพื่อระงับอารมณ์ หรือเมื่อมีเหตุการณ์ หรืออยู่ในสถานการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งก็จะสูบบุหรี่ เช่น เมื่อตื่นเต้น เงินอายุ เข้าสังคม อยู่คนเดียว เป็นต้น
4. พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive Smoking) บุคคลกลุ่มนี้เป็นพวกติดบุหรี่ ถือว่าบุหรี่คือสิ่งจำเป็นจะขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่ จะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติของร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจดีขึ้น ช่วยทำให้บรรยากาศดีและคิดอะไรออก

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล รูปแบบพฤติกรรมนี้อาศัยแนวคิดหลักการจากจิตวิทยาสังคม พบว่า "การตัดสินใจของคนส่วนใหญ่มักเกิดจากบุคคลผู้ที่มีความสำคัญ หรือมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราตลอดเวลา"

รูปแบบนี้ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านด้วยกันคือ 1) การที่คนเราจะมีพฤติกรรมนั้นเนื่องมาจากผู้ให้แรงสนับสนุน คือกลุ่มบุคคลหรือบุคคล ตัวอย่างเช่น บุตร สามี ภรรยา เพื่อนผู้บังคับบัญชา ญาติ พี่น้อง เจ้าหน้าที่ ฯลฯ เป็นผู้สื่อสารให้ ผู้รับแรงสนับสนุน มีพฤติกรรมมาด้ รดยการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุนนั้น ซึ่งจะต้องให้ผู้รับแรงสนับสนุนมีความรู้สึกว่ เชื่อว่าผู้ให้แรงสนับสนุนนั้น ให้ความรัก หวังดีและห่วงใย 2) ให้ผู้รับแรงสนับสนุนเชื่อว่า ถ้าหากเขากระทำสิ่งนั้น ๆ (พฤติกรรม) แล้ว ตัวของเขาจะมีคุณค่าต่อตนเองและสังคม 3) ต้อง ให้ผู้รับแรงสนับสนุน รู้สึกว่าตัวของเขาเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งแรง สนับสนุนที่ให้ นั้น จะเป็น ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของหรือจิตใจก็ได้

แรงสนับสนุนทางสังคมคือ การที่บุคคลหนึ่งได้รับความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจจากบุคคลอีกคนหนึ่ง มีส่วนสัมพันธ์กับการมารับบริการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการนา ทฤษฎี Social Support มาใช้จะต้องวิเคราะห์ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ "ผู้ได้รับแรงสนับสนุน" ได้รับจาก "ผู้ให้การสนับสนุน" ได้แก่ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาท่างให้ บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

หลักการของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม คือ

- (1) จะต้องมีการติดต่อสื่อสาร ระหว่าง "ผู้ให้" และ "ผู้รับ" การสนับสนุน
- (2) ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะท่างให้ "ผู้รับ" เชื่อว่า มีการเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดี ในตนเองอย่างจริงจัง
- 2) ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะท่างให้ "ผู้รับ" รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของสังคม

3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ "ผู้รับ" เชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

(3) ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

(4) จะต้องช่วยให้ "ผู้รับ" ได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ ในที่นี้คือ การมีสุขภาพดี

ประเภทของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

(1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน เห็นอกเห็นใจ

(2) การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feed back) การเห็นพ้อง การให้คำปรึกษาหรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่น ผู้ป่วย แสดงออก เปรียบเทียบพฤติกรรมเดิมตามสิ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือ ทั้งที่เป็นโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

(3) การให้ข้อมูลข่าวสาร (information support) เช่น การให้คำแนะนำ การตัดเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

(4) การให้แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (instrumental support) เช่น เงิน เวลา อุปกรณ์ เครื่องมือ

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

กอตต์ลลิบ (Gottlieb, 1985) แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับคือ

1. ระดับกว้าง เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จาก ความสัมพันธ์สถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึง กลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้าน วัสดุ ความเป็นมิตร

การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับลึก เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์ มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย แรงสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ำให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงถึงความรักและห่วงใย (affective support)

แรงจูงใจ หมายถึง สภาวะการที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคล แสดงพฤติกรรมออกมา เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย แรงจูงใจเกิดจากการมีสิ่งเร้า ซึ่งอาจเป็นสิ่งเร้าภายในหรือภายนอก มาทำให้บุคคลเกิดความสนใจ และต้องการมากจนกระทั่งสามารถผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีทิศทาง ดังนั้น แรงจูงใจจึงเป็นกระบวนการที่ไม่อยู่นิ่งและจะเคลื่อนไหวไปอย่างมีทิศทางองค์ประกอบของแรงจูงใจ คือ ความต้องการ แรงขับ การเรียนรู้และประสบการณ์ และจุดมุ่งหมายของพฤติกรรม

ประเภทแรงจูงใจ อาจแบ่งได้หลายลักษณะ เช่น แบ่งตามลักษณะการเกิด แบ่งตามขอบเขตของแรงจูงใจ แบ่งตามลักษณะความต้องการ แบ่งตามระดับความต้องการและแบ่งตามประเภทของแรงขับ เป็นต้น (อุบลรัตน์ เฟิงสถิตย์, 2529)

1. ประเภทของแรงจูงใจตามลักษณะการเกิดสิ่งเร้า

1.1 แรงจูงใจปฐมภูมิ เป็นแรงจูงใจที่มีพื้นฐานมาจากสภาพร่างกาย มิได้เกิดมาจากการเรียนรู้ จำแนกออกเป็น 2 ประเภทคือ

1.1.1 แรงจูงใจด้านสรีระมูลเหตุให้เกิดแรงจูงใจประเภทนี้ ได้แก่ ความหิว ความกระหาย ความต้องการทางเพศ การนอนหลับ ความเจ็บป่วย ความอุ่นและความเป็น

1.1.2 แรงจูงใจทั่วไป มูลเหตุให้เกิดแรงจูงใจประเภทนี้ เกิดจากการเรียนรู้อันเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมพื้นฐานของบุคคล เช่น การเคลื่อนไหว ทำกิจกรรมต่างๆ ความกลัว ความอยากรู้อยากเห็น และความสนใจ

1.2 แรงจูงใจทุติยภูมิ เป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ประสบการณ์ สังคม ได้แก่ ความต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม ความต้องการพึ่งพาจากกลุ่ม และความต้องการมีชื่อเสียงเกียรติยศ

2. ประเภทของแรงจูงใจตามลักษณะขอบเขตของแรงจูงใจ

2.1 แรงจูงใจภายใน (intrinsic motive) เป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากภาวะภายในร่างกาย และจิตใจของบุคคลเอง โดยไม่ต้องมีสิ่งเร้าภายนอกมาสื่อ เช่น ความต้องการภายในใจ ความสนใจพิเศษ ความตั้งใจ

2.2 แรงจูงใจภายนอก (extrinsic motive) เป็นแรงจูงใจที่ได้รับการกระตุ้นจากภายนอกให้บุคคลมองเห็นจุดหมายเพื่อนำไปสู่การแสดงผลพฤติกรรม เช่น การให้รางวัล การลงโทษ

3. ประเภทของแรงจูงใจตามลักษณะความต้องการ

3.1 แรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่อย่างปลอดภัย (survival motive) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความต้องการทางสรีระตามธรรมชาติ เช่น ความต้องการอาหาร พักผ่อน หลีกหนีจากอันตราย หลีกหนีจากโรคภัยไข้เจ็บ ความอยากรู้อยากเห็นของบุคคล

3.2 แรงจูงใจทางสังคม (social motive) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความต้องการของบุคคล ที่ต้องการเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม ต้องการเป็นที่ยอมรับเป็นที่รักของผู้อื่น และต้องการที่จะรักบุคคลอื่น มีความต้องการเป็นส่วนาเป็นผู้ตาม และรวมถึงความต้องการทางเพศด้วย

3.3 แรงจูงใจส่วนตัว (ego-intergration motive) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความต้องการขั้นสูงสุดของบุคคลซึ่งต้องการประจักษ์แก่ตนเอง ต้องการกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามความเหมาะสมและความต้องการของตนเอง เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของชีวิต

PRECEDED Framework

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีหลายทฤษฎีที่ได้พยายามหาเหตุผลมาอธิบาย พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งสามารถสรุปแนวคิดเรื่องพฤติกรรมเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2530)

แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra individual causal assumption) รากฐานของแนวความคิดมาจากสมมติฐานเบื้องต้นที่ว่า สาเหตุของการเกิด

พฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใส่พฤติกรรม เป็นต้น

แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra individual causal assumption) กลุ่มนี้มีพื้นฐานแนวความคิดมาจากสมมติฐานที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบทางด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนอย่างไร

แนวความคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple individual causal assumption) แนวคิดนี้มีสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากปัจจัยทั้งภายใน และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่

1. ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และการเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
4. องค์ประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้
6. องค์ประกอบด้านประชากร

แนวความคิดของกลุ่มที่ 3 นี้ ได้นำทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา และประชากรศาสตร์ เข้ามาประยุกต์ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพฤติกรรม และพยายามหาวิธีแก้ปัญห โดยผสมผสานวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการ Green และคณะ (Green, 1980) ได้นำแนวคิดที่ 3 นี้ มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดที่ เรียกว่า PRECEDE Framework ซึ่งเป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Education diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์ที่มีแนวคิดว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) ดังนั้น จะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลยุทธ์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจาก outcome ที่ต้องการ หรืออีกนัยหนึ่งคือ คุณภาพ

ชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์ แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาใดบ้างที่กระทบกระเทือนต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือชุมชน เช่น ปัญหาการว่างงาน ปัญหาอาชญากรรม การประพฤตินิสัยที่ผิดกฎหมาย ปัญหาประชากร ปัญหาชุมชนแออัด ปัญหาสวัสดิการสังคม เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการจำแนกว่า ปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือชุมชนที่วิเคราะห์ได้ในขั้นตอนที่ 1 นั้น ปัญหาใดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสุขภาพ และปัญหาใดที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการวิเคราะห์ว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น ปัญหาใดมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคล (behavior causes) เช่น การดูแลรักษาตนเอง การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย เป็นต้น และปัญหาใดที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม (nonbehavior causes)

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ว่า ปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคล นั้นมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพล โดยผู้เสนอแนวความคิดนี้ได้แบ่งกลุ่มปัจจัยเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

ขั้นตอนที่ 5 เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ระบบบริหารโครงการต่างๆ ที่ดำเนินงานอยู่ก่อนที่จะลงมือดำเนินงานตามโครงการ เพื่อวิเคราะห์ทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการดำเนินงาน ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินงาน และปัจจัยอื่น ๆ ที่จะช่วยให้โครงการดำเนินไปได้ตามเป้าหมาย และกำหนดกลวิธีเทคนิคต่าง ๆ ในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 6 เป็นขั้นตอนของการดำเนินงาน และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ กลวิธีทางสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งจะต้องสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ทั้ง 3 กลุ่มในขั้นตอนที่ 4 ด้วย

ขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินผล ซึ่งจะต้องผสมผสานอยู่ทุกขั้นตอน ต้องมีการกำหนดดัชนีและเกณฑ์การประเมินไว้ล่วงหน้า

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดเรื่องPRECEDE Framework เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายโดยนําเฉพาะขั้นตอนที่ 4 มา

วิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในลักษณะของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยเสริม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. **ปัจจัยนำ (Predisposing factors)** หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐาน และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลที่ได้มาจากการสับสนในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุน หรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ ทักษะหรือเจตคติ และค่านิยม เป็นต้น ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยด้านประชากร ดังนั้น ปัจจัยประชากรจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยนำด้วย

1.1 **ความรู้ (Knowledge)** หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ รายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับ และรวบรวมสะสมไว้ (Good VC., 1973) ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2530) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำแนกได้ อาจโดยการฝึก มอง เห็น ได้ยิน จำได้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมียปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

1.2 **ทัศนคติ** สรวง สุทธิเลิศอรุณและคณะ ได้สรุปความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง สภาพจิตใจ หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา เป็นที่ปรากฏต่อบุคคล หรือสาธารณชน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ อธิบายว่า ทัศนคติเป็นผลรวมของความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ รวมทั้งท่าทีแสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ ความพร้อมที่จะโต้ตอบ และแสดงให้ทราบถึงแนวทางการตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า

1.3 **ความเชื่อ (Belief)** คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่า สิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง ให้ความไว้วางใจ อาจจะมีเหตุผลหรือ

ไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล เป็นผลที่เกิดขึ้น หลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว ไม่ว่าจะโดยทางตรง หรือโดยทางอ้อมและจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล และประสบการณ์จะช่วยทำให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกให้สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) (Green, 1980) เป็นต้น

ความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา ได้มีการนำเอาแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมในด้านการป้องกันโรค เพื่อสุขภาพและพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย แบบแผนทางสุขภาพนี้ ได้ประยุกต์มาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ เลวิน (Lewin's field theory) และทฤษฎีเชิงพฤติกรรม (Behavior theory) ซึ่ง Rosenstock (1984) ได้สรุปว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมอนามัย (Health behavior) อย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ

1. เชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค
2. เชื่อว่าโรคหรือความเจ็บป่วยนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อชีวิต
3. เชื่อในการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรค จะให้ผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคและมีผลประโยชน์คุ้มค่ามากกว่าสิ่งที่ต้องลงทุนไป

Becker (1974) ได้นำแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาอธิบายเพิ่มเติมว่า การทราบองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ จะช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทำให้การรักษาได้ผล องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมีดังนี้คือ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) คือ การที่เขารู้ว่าตนเองมีโอกาสรักษาหรือไวต่อการเจ็บป่วยเพียงใด ถ้าทราบว่ามีโอกาสเจ็บป่วยง่าย และรับรู้ถึงความน่ากลัวของโรค (Perceived threat) จะส่งผลต่อพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคยิ่งขึ้น

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น ๆ (Perceived seriousness) กล่าวคือ รับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ ว่าอาจจะถึงตายหรือพิการได้

3. การรับรู้ถึงผลประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค หรือพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วย (Perceived benefit and barriers) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันการเจ็บป่วยนั้นมีประโยชน์คุ้มค่า ถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคในการปฏิบัติ แต่ก็สามารถคิดปฏิบัติได้อย่างมีเหตุผล

4. สิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Cue to action) สิ่งกระตุ้นให้เกิดความรู้และการรับรู้ถึงความน่ากลัว หรืออันตรายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย โดยสื่อมวลชนต่าง ๆ การให้สุขศึกษา ข่าวสารโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการได้เห็นการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน อันก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ได้แก่ ตัวแปรทางด้านสังคม ประชากร ทัศนคติ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นทั้งหมดเป็นกลุ่มปัจจัยภายใน PRECEDE Framework สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรในกลุ่มปัจจัยภายใน ที่จะศึกษาคั้งนี้คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
2. ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่
3. ความเชื่อเกี่ยวกับสูบบุหรี่
4. ลักษณะประชากร

2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะให้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลา นอกจากนั้นที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่เป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น ปัจจัยเอื้ออำนวยที่ผู้วิจัยศึกษาคั้งนี้ ได้แก่

1. ราคาบุหรี่
2. ความสะดวกในการได้มาของบุหรี่

3. เวลา
4. สถานที่ที่สูบบุหรี่
5. ค่าใช้จ่ายที่นักเรียนได้รับจากผู้ปกครอง

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง สิ่งที่คุณจะได้รับหรือคาดหวังว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของคุณนั้น ๆ สิ่งที่คุณจะได้รับหรือคาดหวังว่าจะได้รับ อาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ ค้าชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับ การกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้คุณคนนั้นปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน ผู้บังคับบัญชา แพทย์ เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์ โดยอาจช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้ ปัจจัยเสริมที่ผู้วิจัยศึกษามาในครั้งนี้ ได้แก่

1. การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่
2. การมีเพื่อนสูบบุหรี่
3. การมีครูสูบบุหรี่
4. การยอมรับหรือต่อต้านการสูบบุหรี่จากครูและครอบครัว
5. การได้รับข่าวสารจากสื่อมวลชน
6. กฎระเบียบข้อบังคับของสถานศึกษา
7. กฎหมาย

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว Green และคณะ (Green et al. 1980) ได้เข้ามาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้ง 3 กับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว โดยในการวิเคราะห์จะกำหนดว่า สาเหตุทางพฤติกรรมควรเรียงลำดับตามหมายเลขดังต่อไปนี้

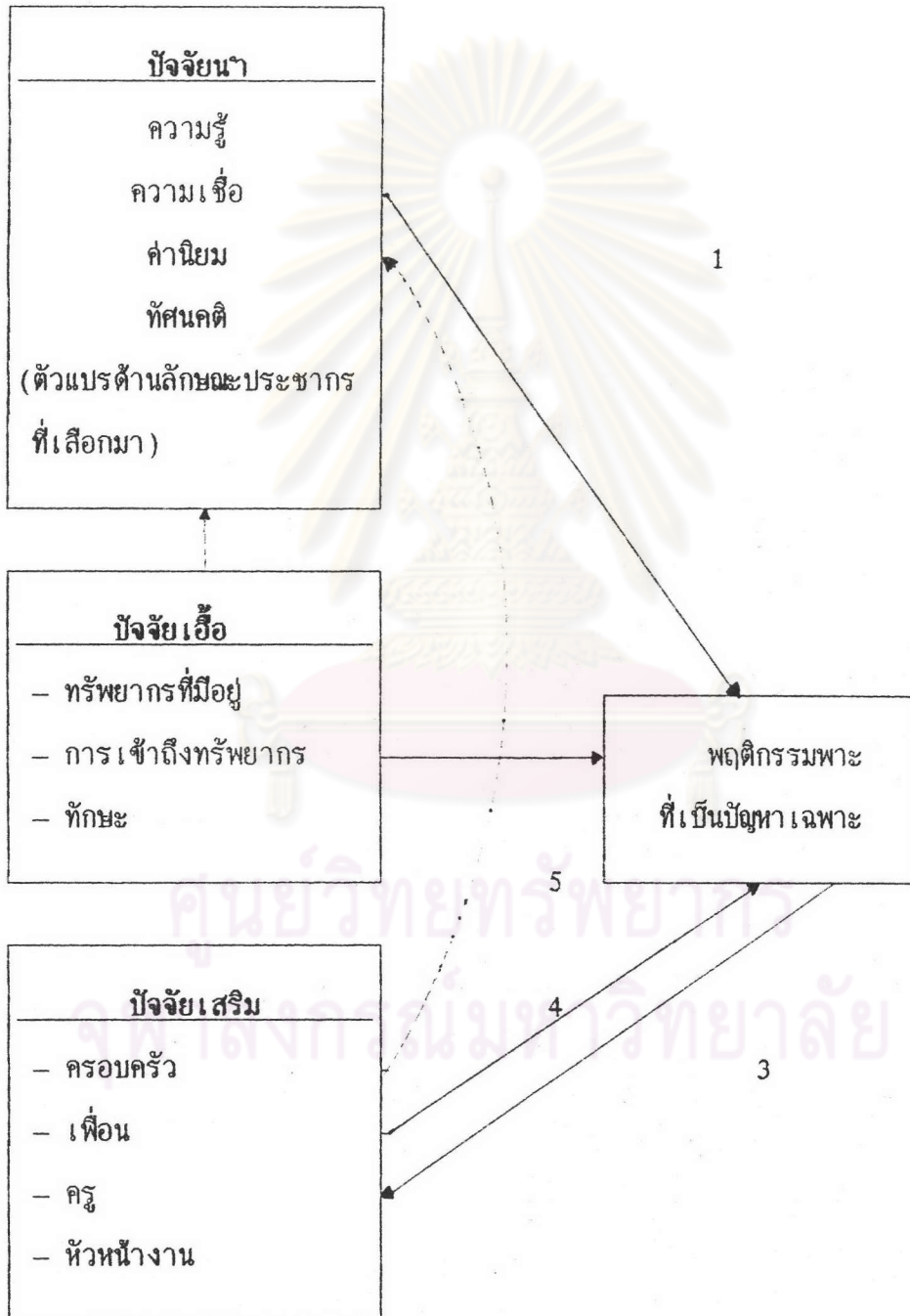
1. เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้
2. การตัดแปลง หรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้
3. เป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลังจากทำพฤติกรรมนั้นแล้ว

4. ต้องมีการเสริมแรง และทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป

5, 6. ในการเสริมแรง หรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้นอาจมีผลกระทบถึงปัจจัยนำ รวมทั้งปัจจัยเอื้อด้วยเช่นกัน

ลำดับขั้นของสามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

(Green, Lawrence W, et al. 1980: 71)



งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

งานวิจัยในประเทศ

วรรณิ ทิพย์พยอม และกฤษณา ศรีวรรณวัฒน์ (2520) แห่งสถาบันพระมงกุฎเกล้า ได้ศึกษาการสูบบุหรี่ของนักเรียนโรงเรียนชายแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเมื่อเดือนมิถุนายน 2518 พบว่า เด็กส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 10 ปี ร้อยละ 89.76 มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 71.22 เหตุจูงใจให้สูบบุหรี่ได้แก่ สูบตามเพื่อนร้อยละ 40 สูบเมื่อเข้าสังคมร้อยละ 40.37

กองสารวัตรนักเรียน กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (2524) ได้ทำการศึกษาในปีพ.ศ. 2523 เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในสถานศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา (ม.1-6) และระดับอาชีวศึกษา (ปีที่ 1-5) ซึ่งเป็นโรงเรียนในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ จากขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 6,457 คน พบว่า มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ถึงร้อยละ 72.93 สาเหตุสำคัญในการสูบบุหรี่คือ การชักชวนของเพื่อน ในด้านความคิดเห็น และความเข้าใจของนักเรียนในเรื่องการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 73.47 ทราบถึงอันตรายในการสูบบุหรี่ และในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 55.10 ที่ไม่กลัวอันตรายจากการสูบบุหรี่ ทั้งยังเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นที่ยอมรับของสังคม หากเป็นอันตรายมากรัฐคงเลิกผลิตบุหรี่ออกจำหน่าย และอันตรายที่เกิดจากบุหรี่ไม่ปรากฏในทันที

ธีระ ลีเมศิลา (2525) ได้ศึกษาหาเหตุผลการสูบบุหรี่ในกลุ่มครูสอนสุขศึกษา และกลุ่มนักศึกษาแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพ.ศ. 2525 โดยสรุปจากสาเหตุเบื้องต้น 3 ประการคือ

1. กลุ่มครู มีสาเหตุจาก
 - เพื่อลดความเครียด
 - เพื่อเข้าสังคม
 - ตามเพื่อน หรือบิดามารดา ผู้ปกครอง
2. กลุ่มนักศึกษาแพทย์ (ศิริราช)

- ตามเพื่อน หรือบิดามารดา ผู้ปกครอง
- เพื่อเข้าสังคม
- เพื่อแสดงความเป็นชาย หรือเป็นผู้ใหญ่

3. กลุ่มนักศึกษาแพทยทหาร (รพ.พระมงกุฎเกล้า)

- เพื่อลดความเครียด
- ตามเพื่อน หรือบิดามารดา ผู้ปกครอง
- เพื่อเข้าสังคม

รณรุทธ์ บุตรแสนคม (2525) ได้ศึกษาถึงผลการจัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ในนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่มีรายได้จากบิดามารดา และมีรายได้รวมกันจากทุกแหล่ง ดังนั้นจึงเห็นว่ารายได้น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากจำนวนเงินที่มีอยู่เป็นตัวบ่งชี้เกี่ยวกับความสามารถในการซื้อบุหรี่

ชวนพิศ บุญระรัตเวช (2526) ได้รายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับอายุกับการสูบบุหรี่พบว่า ผู้ที่ติดบุหรี่มักจะสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่นในช่วงอายุ 16 - 18 ปี และมีแนวโน้มว่าเด็กจะเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุน้อยลงมากขึ้น สำหรับสาเหตุส่วนใหญ่ของการสูบบุหรี่มาจากแรงชักจูงจากเพื่อน และเห็นแบบอย่างการสูบบุหรี่จากผู้ใหญ่ไม่ว่าจะเป็นบิดามารดา ครู อาจารย์ หรือจากแพทย์ก็ตาม

วินิจ เจนนพการ (2526) ได้สำรวจพบว่า นักเรียนที่ติดสารเสพติดทั้งหลายจะเริ่มต้นด้วยการสูบบุหรี่เป็นสิ่งแรก และมีแนวโน้มเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ เมื่อก่อนเคยเฉลี่ยพบว่า เด็กจะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 18 ปี ต่อมาพบว่าอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เฉลี่ยเพียง 16 ปี

มาลา รักษาพรหมณ์ (2527) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่ทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน ส่วนปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน

สำหรับอายุ ศาสนา รายได้ต่อเดือนของนักเรียน อัตราการสูบบุหรี่ต่อวันของบิดา พี่ชาย และ เพื่อนสนิท และบุคคลที่นักเรียนพักอาศัยด้วย ไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน

วรรณิกา วงศ์กรศรีทอง (2528) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ ผลจากการวิจัยพบว่า พระภิกษุสูบบุหรี่ร้อยละ 53.3 อัตราการสูบบุหรี่ของพระภิกษุก่อนบวช (ร้อยละ 68.9) สูงกว่าหลังบวช (ร้อยละ 53.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการสูบบุหรี่ของพระภิกษุก่อนบวช ได้แก่ สถานภาพสมรสก่อนบวช อาชีพของบิดามารดา อาชีพส่วนตัวและการมีบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการสูบบุหรี่ของพระภิกษุหลังบวช ได้แก่ การปฏิบัติธรรมและการทำวัตรสวดมนต์ การปฏิบัติธรรมและจำนวนครั้งของการทำวัตรนี้จะแปรผกผันกับจำนวนบุหรี่ที่สูบ ในด้านพฤติกรรมของการสูบบุหรี่พบว่า ส่วนใหญ่จะสูบทุกวันมีการอัดควันเข้าปอดทุกครั้งที่สูบ สูบมาไม่น้อยกว่า 10 ปี มีปริมาณบุหรี่ที่สูบ 10-14 มวนต่อวัน มักสูบขณะใช้ความคิด และมีค่าใช้จ่ายในการสูบประมาณ 301-350 บาทต่อเดือน ส่วนในด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พระภิกษุที่ไม่สูบบุหรี่มีความรู้ และทัศนคติดีกว่าพระที่สูบบุหรี่

สมชัย ชื่นตา (2528) ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียนชายระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา ในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่าการมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน อาชีพของบิดา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สถานที่พักอาศัยขณะศึกษา นักเรียนที่อยู่หอพักมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าและสถานศึกษาต่างก็เป็นปัจจัยที่ทำให้สูบบุหรี่ในเด็กนักเรียนทั้งสิ้น

สมฤดี มอบนรินทร์ (2531) ได้ศึกษาถึงระดับวิทยาของการสูบบุหรี่ของนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตร (ปวช.) ในอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 31.1 โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่คือ บุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ เพื่อนที่รณรงค์เรียนสูบบุหรี่ อาชีพของมารดา รายได้ประจำเดือน รวมทั้งที่พักอาศัย ส่วนการเลิกบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 96.4 ไม่เคยคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ และร้อยละ 3.6 เคยคิดว่าจะเลิกสูบบุหรี่

พจนีย์ เหล่าอมต (2532) ได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ของครูชายโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 200 คน พบว่า ตัวแปรสำคัญในการทำงานความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคล คือ จำนวนบุคคลในบ้านที่สูบบุหรี่ ความกดดันในชีวิตประจำวัน เรื่อง เศรษฐกิจและภาระหน้าที่ส่วนตัว ทักษะติดต่อการเลิกสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่แบบคุ้นเคยที่มีบุหรี่ในมือ กับใช้บุหรี่เป็นสิ่งกระตุ้น และค้นพบตัวแปรที่เป็นรอยต่อเชื่อมระหว่างการตัดสินใจสูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่ของบุคคล คือ ทักษะติดต่อการสูบบุหรี่ทั้งด้านสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการดำรงชีวิตประจำวัน สำหรับตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อการตัดสินใจว่าจะลงมือพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ คือ ทักษะติดต่อการสูบบุหรี่ ผลต่อสุขภาพ และทักษะติดต่อการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อความสำเร็จ พบว่า ใช้วิธีระบบนิกถึงสี่จะทำได้ไวกับตัวเองและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ร้อยละ 58 มีแรงจูงใจส่วนตน ร้อยละ 18 แรงจูงใจด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 14 และแรงจูงใจทางสังคม ร้อยละ 10

✓ **พมพร เลขาเจริญ (2532)** ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการงดสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลของการงดสูบบุหรี่และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านอายุและค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่มีความสัมพันธ์กับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน

สำหรับสาเหตุของการสูบบุหรี่พบว่า ลดความเครียด ร้อยละ 55.00 ออยากลอง ร้อยละ 41.2 สูบตามเพื่อน ร้อยละ 37.5 แก่งวงนอน ร้อยละ 37.5 และเพื่อเฟลิดเฟลิน ร้อยละ 18.8

อรวิ รัตนพระภัทร์ (2532) ได้ศึกษาวัยรุ่นกับการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกเพื่อนเพื่อเพื่อน เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 480 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ สำหรับกลุ่มที่สูบบุหรี่นั้น ส่วนใหญ่เริ่มสูบในช่วงวัยรุ่นตอนต้น สาเหตุจูงใจในการสูบบุหรี่คือ ออยากลอง เห็นตัวอย่างจากครู ญาติ และเพื่อน

วันเพ็ญ ทาราศรี (2533) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมปลาย จังหวัดขอนแก่นจำนวน 83 คน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับสาเหตุของการสูบบุหรี่พบว่า อยากรองด้วยตนเอง ร้อยละ 66.3 สูบเพื่อคลายเครียด ร้อยละ 65.1 แก้เหงาในเวลาว่าง ร้อยละ 64.0 เพื่อนชักชวน ร้อยละ 37.2 และเพื่อความโก้เก๋ เท่ ร้อยละ 26.7

กมลรัตน์ เย็นสุจิตร์ (2534) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโครงการค่ายเยาวชนและการเสริมแรงเพื่อการงดสูบบุหรี่ ในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า การจัดโครงการค่ายเยาวชนเพื่อการงดสูบบุหรี่ ร่วมกับการเสริมแรงโดยใช้อิทธิพลกลุ่มเพื่อน และการจัดนิทรรศการเพื่อการรณรงค์ทำให้โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่ ทำให้นักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการสูบบุหรี่ และนักเรียนส่วนหนึ่งสามารถงดสูบบุหรี่ได้ สำหรับนักเรียนที่ยังคงสูบบุหรี่ไม่ได้ เนื่องจากเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่แล้วอยากสูบบ้าง

ฉัตร เสกสรรค์วิริยะ (2535) ได้ศึกษาระบาดวิทยาของการสูบบุหรี่ของกลุ่มทหารและตำรวจในจังหวัดขอนแก่นพบว่าส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ และสูบบุหรี่วันละ 6 - 10 มวน รองลงมาสูบบุหรี่วันละ 16 - 20 มวน บุหรี่ที่สูบบ่อยเป็นชนิดกั้นกรอง ยี่ห้อที่นิยมสูบคือกรองทิพย์ และสายฝน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ได้แก่ ปัจจัยด้านอาชีพ รายได้ต่อเดือนของตนเอง การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท การสูบบุหรี่ของเพื่อนร่วมงาน และการสูบบุหรี่ของผู้บังคับบัญชา เหตุผลสำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้อยากสูบบุหรี่ คือ สูบบุหรี่แล้วสบายใจ ช่วยลดความเครียด และแก้อาการขวยเขินได้ ร้อยละ 25.6 สูบตามเพื่อน ร้อยละ 25.3 อยากรอง ร้อยละ 18.3 มีเวลาว่างและเหงา ร้อยละ 15.3 และให้เหตุผลว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งธรรมดา ร้อยละ 14.9 สำหรับผู้มีส่วนสำคัญในการจูงใจให้สูบบุหรี่ คือ เพื่อนสนิท ร้อยละ 51.9 ไม่มีใครชวน ร้อยละ 28.4 เพื่อนร่วม

งานร้อยละ 12.0

กัญจนา ศรีนวล (2536) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในจังหวัดราชบุรี จำนวน 266 รูป พบว่าสาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่คือ อยากรลองด้วยตนเอง และส่วนใหญ่มักจะมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่คือพ่อ สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าปัจจัยน่าได้แก่ ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ความรู้ทัศนคติ ความเชื่อและค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และปัจจัยเสริมคือ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และการยอมรับหรือต่อต้านการสูบบุหรี่จากเจ้าอาวาสและพระภิกษุในวัดเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยเอื้อได้แก่ การใช้เวลาว่างของพระภิกษุและการถวายบุญแด่พระภิกษุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

กัตติกา พงษ์ศิริ (2536) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ในนักเรียนนายสิบทหารบกที่จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนนายสิบทหารบกส่วนใหญ่มักก่อนเข้าศึกษาพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา บิดามารดาอยู่ร่วมกัน มีบิดารับราชการ มารดาประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้ต่อเดือน 1,700 บาท โดยมีเพื่อนเป็นผู้ชักชวนให้สูบบุหรี่ สาเหตุที่เริ่มสูบคือ เพื่อคลายเครียด รองลงมาสูบแก้เหงาในเวลาว่าง สูบบุหรี่โดยประมาณวันละ 1-10 มวน ชนิดก้นกรอง ยี่ห้อที่นิยมมากที่สุดคือ กรองทิพย์ และมีส่วนน้อยที่สูบบุหรี่นอก ค่าใช้จ่ายสำหรับซื้อบุหรี่น้อยกว่า 50 บาทต่อเดือน เมื่ออยู่ในกองพันส่วนใหญ่สามารถหามาสูบได้โดยการแอบซื้อด้วยตนเอง หรือฝากผู้อื่นซื้อ มีลักษณะการสูบอัดควันเข้าปอดทุกครั้ง สูบเมื่อใช้ความคิดอยู่คนเดียว หรือมีความเครียด โดยจะสูบในห้องน้ำหรือห้องสุขา และมีบางส่วนจะสูบบุหรี่ต่อเมื่อกลับบ้านเท่านั้น ปัจจัยที่ผลต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ และการมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ซึ่งทำให้มีอัตราเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ สถานภาพการสมรสของบิดามารดา อาชีพของบิดามารดา ลำดับที่เกิดของบุตรในครอบครัว การได้รับรายได้เพิ่มต่อเดือน การมีเพื่อนสูบบุหรี่ และการมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ ไม่มีผลต่อการสูบบุหรี่

✓ **กาลทิพย์ ระน้อย (2536)** ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการงดสูบบุหรี่ ของนักศึกษาชายวิทยาลัยพลศึกษากรุงเทพ ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า อายุของนักศึกษาที่เริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักรวมอยู่ระหว่างอายุ 15 ปี รองลงมาคืออายุ 16, 17 และ 18 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบ ส่วนใหญ่มักรวมอยู่ระหว่าง 6 - 10 มวน รองลงมา 11 - 15 มวน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักรวมอยู่ระหว่าง 4 - 6 ปี สาเหตุของการสูบบุหรี่เพราะเพื่อนชวน รองลงมาคือมีปัญหาคือครอบครัว และอยากลอง ส่วนมากชอบสูบบุหรี่เมื่อไปงานเลี้ยง สำหรับความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่พบว่า เคยเลิกสูบเป็นส่วนน้อย และเหตุผลที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ เพราะบุคคลใกล้ชิดขอให้งดสูบบุหรี่

✓ **จตุรนต์ จุลรอด (2536)** ได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการงดสูบบุหรี่ ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุของการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักรวมอยู่ระหว่างเพื่อนชวน รองลงมาคือครอบครัว และอยากลอง ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักรวมอยู่ระหว่างไปงานสังสรรค์ รองลงมาคือเมื่ออยู่คนเดียว และเมื่ออยู่กับเพื่อนสนิทตามลำดับ ส่วนลักษณะการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักรวมอยู่ระหว่างสูบบุหรี่เข้าปอด สำหรับความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่พบว่า เคยเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 81.67 เหตุผลที่เลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จส่วนใหญ่มักรวมอยู่ระหว่างทนความหงุดหงิดไม่ได้ รองลงมาเพราะเหงา และเพื่อนชวน ตามลำดับ

✓ **สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2536)** ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2536 พบว่า ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่อายุระหว่าง 15 - 19 ปี รองลงมาจะระหว่างอายุ 20 - 24 ปี และระหว่าง 10 - 14 ปี สาเหตุของการสูบบุหรี่ เนื่องจากตามเพื่อนหรือเพื่อนชวน ร้อยละ 43.6 รองลงมาอยากทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 33.5 เพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 5.4 นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ คือ ไม่มีอะไรจะทำ ตามอย่างผู้ใหญ่ หรือตึงเครียด วิตกกังวล เพื่อความโก้เก๋ ร้อยละ 17.5 ประเภทบุหรี่ที่สูบ ร้อยละ 44.3 สูบบุหรี่ของผลิตในประเทศ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันพบว่า สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 1 - 10 มวน ร้อยละ 59.7 รองลงมาสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 11 - 20 มวน ร้อยละ 36.6

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (1982) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การสูบบุหรี่ของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมส่วนภูมิภาคของประเทศไทย พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนทั้งชายและหญิงใน ส่วนภูมิภาคของประเทศไทย จำนวน 964 คน เป็นผู้สูบบุหรี่ถึง 308 คน คิดเป็นร้อยละ 32.6 ส่วนใหญ่อายุที่เริ่มสูบบุหรี่จะอยู่ระหว่าง 15 - 17 ปี

คณะศึกษาศาสตร์วิจัยสุขภาพเบื้องต้น (2537) ได้ศึกษา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา ชั้น ม.1-ม.6 จำนวน 312 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนสูบบุหรี่ร้อยละ 55.7 โดยเริ่มทดลองสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 13.6 ปี เรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 และจะสูบบุหรี่ปริมาณมากขึ้นเมื่อเรียนในชั้น ม.4-ม.6 ปริมาณการสูบบุหรี่วันละ 3-10 มวน ลักษณะการสูบบุหรี่จะสูบบุหรี่เมื่อมีการรวมกลุ่มในกิจกรรมต่าง ๆ การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ได้รับการแนะนำจากเพื่อน และอยากทดลองด้วยตนเอง ส่วนแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ บุหรี่คือเพื่อน บุหรี่เป็นเรื่องธรรมดา บุหรี่เป็นเรื่องของชายชาติ บุหรี่คือลักษณะเด่นที่จะสามารถเสริมบุคลิกภาพ บุหรี่คือความเป็นโลกส่วนตัว บุหรี่คือความมั่นใจ บุหรี่คู่กับดนตรี บุหรี่คือความเป็นผู้ใหญ่และอยากทดลอง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ได้แก่ สภาพครอบครัว บิดามารดาแยกกันอยู่ ครอบครัวหย่าร้าง มีเพื่อนและบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่เป็นประจำ

ภัทรกร กาญจนภาส (2538) ได้ทำการศึกษาโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนวิทยาลัยเทคนิคจังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่าในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นักศึกษาส่วนใหญ่สูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี รองลงมาเมื่ออายุ 16 ปี เหตุผลที่สูบบุหรี่ครั้งแรก เพราะอยากลองด้วยตนเอง รองลงมาสูบบุหรี่ตามเพื่อน และส่วนใหญ่สูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลา 1 - 2 ปี รองลงมาต่ำกว่า 1 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวันส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่ 1 - 5 มวน รองลงมา 6 - 10 มวน นิยมสูบบุหรี่รองทิพย์เป็นส่วนใหญ่ และช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่หลังอาหาร รองลงมาสังสรรค์กับเพื่อน

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุลและคณะ (2538) ศึกษาแนวทางลดและเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย พบว่า นักเรียนสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันถึงร้อยละ 54.4 ชนิดบุหรี่ที่สูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 80 สูบบุหรี่กั้นกรอง ยี่ห้อกรองทิพย์ สายฝน และสามิต จำนวนบุหรี่ส่วนมากสูบบุหรี่วันละ 1 มวนขึ้นไป เริ่ม

สูบบุหรี่มาแล้วอยู่ระหว่าง 1 ปี ร้อยละ 17.6 และสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า 3 ปี ค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ 5 - 6 บาทต่อวัน ส่วนมากมากกว่า 150 บาทต่อเดือน อายุที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยสุด 7 ปี ส่วนมากได้บุหรี่ยาจากการซื้อเอง หรือจากเพื่อนให้ เป็นการแลกเปลี่ยนกัน หรือผลัดเปลี่ยนกันซื้อบุหรี่ยุ่ เวลาที่ชอบสูบบุหรี่ขึ้นอยู่กับความสะดวก ไม่เลือกสถานที่ใดเป็นพิเศษ สาเหตุในการสูบบุหรี่พบว่า อยากรอง ไม่มีอะไร สูบตามเพื่อน เพื่อนเป็นสาเหตุส่งเสริมให้สูบบุหรี่มากที่สุด สมาชิกในครอบครัว ครู ญาติพี่น้อง ก็มีส่วนในการส่งเสริมให้เยาวชนสูบบุหรี่เช่นเดียวกัน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียน ได้แก่ ผู้ประกอบการเส้าเรียน อาชีพบิดามารดา สถานภาพของบิดามารดา ระดับการศึกษา ครู บุคคลที่นักเรียนชื่นชอบ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน สายวิชาที่เรียน ผลสัมฤทธิ์ทางด้านสังคม สมาชิกและเพื่อนที่สูบและไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อดพบว่า นักเรียนที่พักอยู่กับเพื่อนหรืออยู่ตามลำพัง ไม่ได้อยู่กับญาติพี่น้อง หรือบิดามารดานั้น มีแนวโน้มจะสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ นักเรียนที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกลับพบว่า มีแนวโน้มจะสูบบุหรี่มากกว่านักเรียนที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ

งานวิจัยต่างประเทศ

ชอร์ และคณะ (Shor et al. 1981) ได้ทำการสำรวจเรื่อง "ความเชื่อของนักศึกษาที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่เกี่ยวกับผลกระทบของควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมและเรื่องที่เกี่ยวข้อง" (Beliefs of smoking and nonsmoking college students about the effect of environment tobacco smoke and related issues) พบว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แสดงให้เห็นชัดเจนว่ารังเกียจควันบุหรี่ ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ยังแสดงที่ทำเนาเคลือบแคลงอยู่ ทั้งสองกลุ่มมีความเชื่ออย่างแนบแน่นเห็นว่าบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพ แต่เชื่อเล็กน้อยในข้อความที่ว่ามีอันตรายเฉพาะส่วน

ครอนท์ และคณะ (Krohn et al. 1987) ได้ศึกษาเรื่อง "ทฤษฎีความผูกพันทางสังคมและการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น" (Social bonding theory and adolescent cigarette smoking: A longitudinal analysis) จากการศึกษานักเรียน จำนวน 1,405 คน ที่เรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 พบว่า ความผูกพันทางสังคม อันได้แก่ การมีเพื่อน หรือ

บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ เป็นสาเหตุทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ ส่วนความเชื่อ และความรับผิดชอบในการเรียน มีผลทำให้ไม่สูบบุหรี่มากที่สุด อย่างไรก็ตามยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

ชาร์ลตัน และไวล์ (Charlton and While, 1994) ศึกษาเรื่อง "การกำหนดนโยบายของการสูบบุหรี่ และความชุกของการสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 16 - 19 ปี (Smoking prevalence among 16-19 year-olds related to staff and student smoking policies in sixth forms and further education) โดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ สืบหาทั้งนักเรียนและผู้บริหารของโรงเรียนและวิทยาลัย ในประเทศอังกฤษและเวลส์ ในปี 1990 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 37 ของผู้บริหารของโรงเรียนและวิทยาลัย เขียนนโยบายและระเบียบการสูบบุหรี่ไว้ในโรงเรียนและวิทยาลัยของตน ร้อยละ 83 ของผู้บริหารในวิทยาลัย และร้อยละ 14 ของผู้บริหารในโรงเรียนอนุญาโตเห็นนักเรียนที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 83 ของผู้บริหารในวิทยาลัย และร้อยละ 97 ของผู้บริหารในโรงเรียนอนุญาโตเห็นบุคลากรของตนสูบบุหรี่ได้ แต่ต้องไม่สูบบุหรี่ต่อหน้านักเรียน นโยบายการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ลดลงของนักเรียน โดยพบว่า เมื่อย้ายบุคลากรที่สูบบุหรี่ออกจากโรงเรียนหรือวิทยาลัย สามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนในวิทยาลัยได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนในโรงเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินักเรียนที่ได้รับอนุญาโตให้สูบบุหรี่ได้จะสูบบุหรี่วันละ 17 มวนต่อสัปดาห์ในระหว่างที่มาโรงเรียน และ 28 มวนต่อสัปดาห์เมื่ออยู่นอกโรงเรียน ในขณะที่นักเรียนที่ไม่ได้รับอนุญาโตให้สูบบุหรี่จะสูบบุหรี่วันละ 7 มวนต่อสัปดาห์ระหว่างที่มาโรงเรียน และ 18 มวนต่อสัปดาห์เมื่ออยู่นอกโรงเรียน นโยบายการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในวิทยาลัย มีผลทำให้มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำและมีความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาในเรื่องต่อไป

บอตวิน และคณะ (Botvin et al. 1994) ทำการศึกษาเรื่อง "ตัวทำนายการสูบบุหรี่ของเยาวชนของชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในเมือง (Predictors of cigarette smoking among inner-city minority youth) จากการตรวจสอบตัวทำนายการสูบบุหรี่ของเยาวชนของชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในเมือง (แอฟริกัน-อเมริกา และลาติน) ซึ่งมีความเสี่ยงสูง

ต่อการสูบบุหรี่ โดยทำการศึกษาในเด็กนักเรียนที่กำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 757 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และตั้งสมมุติฐานจากภูมิหลัง สิ่งแวดล้อมทางสังคม และลักษณะนิสัยที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า เพื่อนและกลุ่มเพื่อน (Peer) เป็นปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนที่สำคัญที่สุด ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาอื่น ๆ รวมทั้งความรู้สึกสิ้นหวังท้อแท้ การรู้จักการใช้ทักษะชีวิตในการแก้ปัญหา และการรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสในการสูบบุหรี่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ PRECEDE Framework

งานวิจัยในประเทศ

ติลภา ไตรใหญ่ย์ (2531) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ในเรื่องกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ส่วนทัศนคติต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระบบสนับสนุนขององค์กรในการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรม ส่วนบรรยากาศองค์กรไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ปัจจัยเสริม ได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ รายได้และประสบการณ์การปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ส่วนสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของแต่ละปัจจัยพบว่า ปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานมากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยนำ และปัจจัยเสริม

จริยาวัตร คมพัยค์ม (2532) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาล สาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า

หลังการใช้วิธีการทางการแพทย์สาธารณสุขตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแล้ว ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

ฉันทนา ลิมปินันต์กุล (2532) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสามต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลอง และภายหลังการทดลองพบว่า ทักษะคิดมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

สุวรรณ จัดเจน (2533) ได้ทำการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์และปรับปรุงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพโภชนาการของผู้ประกอบการค้าอาหารในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา โดยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพโภชนาการ โดยใช้ PRECEDE Framework วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพล ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ประกอบการค้าอาหารมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพโภชนาการถูกต้องและดีขึ้น

กัญญา ศรีนวล (2536) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในจังหวัดราชบุรี โดยนำกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) มาเป็นแนวคิดหลัก จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำได้แก่ ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ และค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และปัจจัยเสริมคือ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และการยอมรับหรือต่อต้านการสูบบุหรี่จากเจ้าอาวาสและพระภิกษุในวัดเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แต่ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การใช้เวลาว่างของพระภิกษุ และการถวายบุญแด่พระภิกษุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

กอบกาญจน์ มัทธรณ (2539) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาอาชีวศึกษาชายในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยนำได้แก่ ทักษะคิดต่อการใช้

ดูยางอนามัย การรับรู้เกี่ยวกับโรคาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการไม่ใช้ดูยางอนามัย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการไม่ใช้ดูยางอนามัย มีความสัมพันธ์กับการใช้ดูยางอนามัย ส่วนรายได้ และความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และดูยางอนามัย การรับรู้ผลดีของการใช้ดูยางอนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ดูยางอนามัย ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกในการใช้ดูยางอนามัย ราคาดูยางอนามัย อาชีพคู่เพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการใช้ดูยางอนามัย ส่วนความอิสระในการดำรงชีวิต จำนวนคู่เพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ดูยางอนามัย และปัจจัยเสริมได้แก่ การสนับสนุนของคู่เพศสัมพันธ์ การได้รับความแนะนำจากบิดามารดา หรือครู มีความสัมพันธ์กับการใช้ดูยางอนามัย ส่วนการใช้ดูยางอนามัยของเพื่อนสนิท ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ดูยางอนามัย

จุฑารัตน์ หัวหาญ (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชาย ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุรินทร์ โดยศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศ และคุณลักษณะทั่วไป ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา รายได้ที่ได้รับ ทัศนคติ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ที่พำนักปัจจุบัน การไปเที่ยวคลับ บาร์ หรือสถานเริงรมย์ การไปเที่ยวสถานอาบ อบ นวด การมีเพื่อนสนิทที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก หรือกับหญิงบริการทางเพศ

ปัจจัยที่สามารถทำนายการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การไปเที่ยวคลับ บาร์ หรือสถานเริงรมย์อื่น ๆ สายวิชาที่กำลังศึกษา การดื่มสุรา อาชีพของบิดา และการมีเพื่อนสนิทที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ โดยสามารถทำนายได้ ร้อยละ 78.3

งานวิจัยต่างประเทศ

Amos (1984) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านโภชนาการและการสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมปลาย ในประเทศไนจีเรีย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่องโภชนาการ และการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาระดับของความสัมพันธ์พบว่า บัณฑิตเสริมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางด้าน
 วิชาการมากที่สุด รองลงมาเป็นบัณฑิตอื่น และบัณฑิตอื่นตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมทาง
 ด้านสุขภาพพบว่ามีบัณฑิตเสริมมีความสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาเป็นบัณฑิตอื่น และบัณฑิตอื่น
 ตามลำดับ และเมื่อรวมตัวแปรของพฤติกรรมทางด้านวิชาการและสุขภาพเข้าด้วยกัน
 บัณฑิตอื่น บัณฑิตอื่น และบัณฑิตเสริม ไม่สามารถอธิบายตัวแปรดังกล่าวได้

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า ใน
 การวิเคราะห์หาบัณฑิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนอาชีวศึกษาชาย ระดับ
 ประกาศนียบัตรวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร ตามกรอบการวิเคราะห์บัณฑิตที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม
 สุขภาพ (PRECEDE Framework) นั้น องค์ประกอบในแต่ละบัณฑิตที่ควรนำมาศึกษาถึงความ
 สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ

- องค์ประกอบของบัณฑิตอื่น ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ และ
 ลักษณะประชากร ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกศึกษา คือ อายุ จำนวนพี่น้อง เป็นบุตรลำดับที่ คะแนนเฉลี่ย
 ผลการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา อาชีพบิดา อาชีพมารดา รายได้ของครอบครัว
 ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย และสถานที่ที่พักอาศัย
- องค์ประกอบของบัณฑิตอื่น ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง ราคามูล
 การได้มาของบุหรี่ แหล่งที่ซื้อบุหรี่ และสถานที่ที่สูบบุหรี่
- องค์ประกอบของบัณฑิตสนับสนุน ได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การมีเพื่อน
 สูบบุหรี่ การมีครูสูบบุหรี่ การได้รับการว่ากล่าวตักเตือนจากครูและผู้ปกครอง ภาระเบียดเบียน
 บัณฑิตของวิทยาลัย และกฎหมาย

ซึ่งผู้วิจัยได้นำบัณฑิตทั้งสามองค์ประกอบดังกล่าวมาเป็นกรอบในการศึกษา ดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยนา

1. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
2. ทศนคติเกี่ยวกับบุหรี่
3. ความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่
4. ลักษณะประชากร

ปัจจัยเอื้อ

1. รายได้ของนักเรียน
2. ราคาบุหรี่
3. ความสะดวกในการได้บุหรี่
4. สถานที่ที่สูบบุหรี่

ปัจจัยสนับสนุน

1. การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่
2. การมีเพื่อนสูบบุหรี่
3. การมีครูสูบบุหรี่
4. การได้รับการว่ากล่าวตักเตือนจากผู้ปกครอง
5. การได้รับการว่ากล่าวตักเตือนจากครู
6. กฎระเบียบข้อบังคับห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษา
7. การปฏิบัติตาม พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

1. ระยะเวลาที่สูบบุหรี่
2. ปริมาณการสูบบุหรี่
3. ค่าใช้จ่ายในการบุหรี่
4. ความถี่ในการสูบบุหรี่
5. การอ้วกวันบุหรี่เข้าปอด