

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎี วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวคิดในการดำเนินงานวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี

- บุหรีและอันตรายของบุหรี
- สาเหตุของการสูบบุหรี
- กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี

ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย

- แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี
- แรงสนับสนุนทางสังคม
- แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม
PRECEDE framework

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ

- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ PRECEDE Framework

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ไม่มีใครทราบว่ามนุษย์เริ่มสูบบุหรี่มาตั้งแต่เมื่อไหร่ แต่ในยุคที่ชาวยุโรปเริ่มเดินทางไปสำรวจทวีปอเมริกาเหนือ ก็พบว่าชาวอินเดียนแดงนิยมสูบบุหรี่ของใบยาสูบจากกล้อง พวกนักบุกเบิกยุคแรกจึงนำใบยาสูบมาเผยแพร่ในยุโรป ผู้ที่ปรากฏชื่อเสียงเกี่ยวข้องกับยาสูบคนแรกคือ จัง นิโคต (Jean Nicot) ซึ่งเป็นเอกอัครราชทูตฝรั่งเศสประจำโปรตุเกส ในช่วง ค.ศ.1560 เป็นผู้เผยแพร่ถึงคุณประโยชน์ต่าง ๆ ของใบยาสูบ จนกระทั่งชื่อของเขาได้รับเกียรติไปตั้งเป็นชื่อของต้นยาสูบ คือ Nicotina Tabacum และเป็นชื่อของสารเคมีสำคัญในใบยาสูบ คือ นิโคติน (Nicotine)

สมัยก่อนนั้นนิยมสูบบใบยาสูบจากกล้องหรือทำเป็นมวนใหญ่แบบซิการ์ หรือเคี้ยวเล่นหรือบางที่ก็ปั่นเป็นผงแล้วสูดเข้าจมูกแบบยานัตถ์ จนกระทั่งถึง ค.ศ.1910 จึงเริ่มมีโรงงานผลิตยาสูบเป็นมวนบุหรี่สำเร็จรูปขึ้นเป็นครั้งแรก โดยมวนด้วยกระดาษทำให้ขนาดมวนบุหรี่เล็กลง หมดรส สวยงาม นำสูบสะดวกให้มากขึ้น วิวัฒนาการก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการผลิตบุหรี ก่อปรกับการนำกลอุบายการโฆษณาการตลาดของบริษัทยาสูบข้ามชาติที่ทุ่มเทโฆษณา ล้างสมองคนทั้งโลกสูบบุหรีกันอย่างแพร่หลาย (อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, 2529)

บุหรีและอันตรายจากบุหรี

บุหรีเป็นสิ่งที่ทำมาจากใบยาสูบ ซึ่งมีการนำมาประดิษฐ์และปรุงแต่งเป็นรูปแบบต่างๆ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี พ.ศ.2535 ได้ให้ความหมายของบุหรีไว้ว่า "บุหรี" หมายถึง บุหรีซิการ์ แรต บุหรีซิการ์ บุหรีอื่น ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ (สถาบันควบคุมบริโภคยาสูบ, 2535)

บุหรีเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่งตามคำนิยามของคำว่า "ยาเสพติด" ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้คำนิยามไว้ว่า ยาเสพติด คือยาหรือสารเสพติดที่เสพเข้าสู่ร่างกายแล้ว ทำให้เกิดพิษเรื้อรังแก่ร่างกายของผู้เสพ และก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพ และยังก่อความเสื่อมโทรมไปถึงสังคมอีกด้วย

สารประกอบในบุหรี่

บุหรี่ยังมีสารประกอบต่าง ๆ อยู่ประมาณ 4,000 ชนิด สารบางชนิดมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย แล้วแต่ฤทธิ์ของสารนั้น ๆ บางชนิดเกิดพิษ, บางชนิดทำให้เซลล์ผิดปกติบางชนิดเป็นตัวก่อให้เกิดมะเร็ง บางชนิดเป็นสารต่อต้านภูมิคุ้มกัน (อุไรวัฒน์ คชาชีวะ, 2531)

สารที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายที่สำคัญได้แก่ (ศิริศักดิ์ ภูมิพัฒน์ 2531)

1. นิโคติน (Nicotine) เป็นสารสำคัญที่ทำให้คนติดบุหรี่นิโคตินมีฤทธิ์โดยตรงต่อสมองเป็นตัวกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบมากหลายตัวก็จะกดประสาทส่วนกลางทำให้ความรู้สึกต่าง ๆ ช้าลง ร้อยละ 95 ของนิโคตินที่เข้าไปในร่างกายจะไปจับอยู่ที่ปอด นอกจากนั้นบางส่วนไปจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการหลั่งสารอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไต ทำให้ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ และไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแดงที่แขน ขา หดตัว และเพิ่มไขมันในเส้นเลือด โดยทั่วไปบุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคตินประมาณ 1.5-2.6 มิลลิกรัม ซึ่งค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัมต่อมวน และสำหรับการมีก้นกรองที่บุหรี่ยั้น ก็ไม่ได้ทำให้ปริมาณนิโคตินลดน้อยลง

2. ทาร์ (Tar) สารคล้ายน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารหลายชนิด เกาะกันเป็นสีน้ำตาล เป็นสารก่อมะเร็ง เช่น มะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะอาหาร กระเพาะปัสสาวะ ฯลฯ ซึ่งร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของการไอเรื้อรังมีเสมหะ ในคนที่สูบบุหรี่วันละซอง ปอดจะรับน้ำมันทาร์เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน หรือ 110 กรัมต่อปี บุหรี่ไทยมีสารทาร์อยู่ระหว่าง 24-33 มิลลิกรัมต่อมวน ปริมาณทาร์มาตรฐานสากลกำหนดให้มี 15 มิลลิกรัมต่อมวน

สำหรับประเทศไทย ได้มีการวิเคราะห์ปริมาณสารทาร์ และนิโคติน โดยฝ่ายวิจัยของโรงงานยาสูบ และตีพิมพ์ในนิตยสารยาสูบดังนี้

ตราบุหรี่	สารทาร์	สารนิโคติน
	(มิลลิกรัมในควัน 1 มวน)	(มิลลิกรัมในควัน 1 มวน)
1. พระจันทร์	24 (ปานกลาง-สูง)	0.6
2. รวงทิพย์	24 (ปานกลาง-สูง)	0.8
3. เกล็ดทอง	26 (ปานกลาง-สูง)	1.0
4. รอยแผล 111 ธรรมดา	24 (ปานกลาง-สูง)	1.5
5. รอยแผล 111 ก้านกรอง	24 (ปานกลาง-สูง)	1.6
6. กรองทิพย์	28 (ปานกลาง-สูง)	1.6
7. สามิต 14 ธรรมดา	31 (สูงมาก)	1.6
8. สามิต 14 ก้านกรอง	29 (สูงมาก)	1.5
9. กรุงทอง ธรรมดา	30 (สูงมาก)	1.8
10. กรุงทอง ก้านกรอง	29 (สูงมาก)	1.8
11. สายฝน	28 (สูงมาก)	1.8
12. ทีทีเอ็ม	33 (สูงมาก)	2.6

มาตรฐานน้อยหรือมากของสารทาร์ ซึ่งกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการอังกฤษแบ่งเป็น 5 กลุ่มดังนี้

1. สารทาร์ต่ำ 0-1 มิลลิกรัมในควันบุหรี่ 1 มวน
2. สารทาร์ต่ำถึงปานกลาง 11-16 มิลลิกรัมในควันบุหรี่ 1 มวน
3. สารทาร์ปานกลาง 17-22 มิลลิกรัมในควันบุหรี่ 1 มวน
4. สารทาร์สูง 23-28 มิลลิกรัมในควันบุหรี่ 1 มวน
5. สารทาร์สูงมาก 29 มิลลิกรัมขึ้นไปในควันบุหรี่ 1 มวน

จากมาตรฐานการแบ่งระดับสารทาร์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ปริมาณสารทาร์ในบุหรี่ไทย อยู่ระดับปานกลางถึงสูง มี 6 ตรา อีก 6 ตรา มีสารพิษนี้สูงมาก สำหรับนิโคติน มีเพียง 2 ตรา เท่านั้นที่มีปริมาณต่ำกว่ามาตรฐาน

3. คาร์บอนมอนนอกไซด์ (Carbonmonoxide) เป็นก๊าซที่ทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหนะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่ากับ

เวลาปกติ เกิดการขาดออกซิเจน ทำให้มีเมื่งง ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ ถ้ามีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงถึงร้อยละ 30 ก็จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย และถ้าสูงถึงร้อยละ 60 ทำให้ตายได้

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogencyaxide) เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น กระตุ้นการหลั่งเมือก ยับยั้งการทำงานของหลอดลมทำให้ทำหน้าที่ได้ไม่ดี เป็นผลให้มีเชื้อโรคเกาะติดหลอดลมเกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogendioxide) ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางโป่งพอง ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย

6. แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตาม แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอและมีเสมหะมาก

7. สารกัมมันตภาพรังสี คิวบิวหรือมีสารโพโลเนียม 210 ที่มีรังสีแอลฟาอยู่ เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปอด และคิวบิวหรือยังเป็นพาหะที่ร้ายแรงในการนำสารกัมมันตภาพรังสีทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างที่ไม่สูบบุหรี่หายใจเอาอากาศที่สารพิษนี้เข้าไปด้วย

อันตรายของการสูบบุหรี่

1. อันตรายต่อตัวผู้สูบเอง

บุหรี่ 1 มวน จะให้คิวบิวหรือในปริมาณเกือบ 1 ลิตร ซึ่งในคิวบิวหรือจะมีสารเคมีต่าง ๆ ที่เป็นสารก่อมะเร็งเพราะฉะนั้นการสูบบุหรี่ก็คือ การดูดเอาควันพิษเข้าไปในร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายอย่างมาก บุหรี่ 1 มวน จะทำให้อายุสั้นลง 5 นาทีครึ่ง ทำให้ผู้สูบตายก่อนอายุเฉลี่ย 65 ปี ประมาณ 5-8 ปี และจากสถิติการตาย พบว่า ผู้สูบบุหรี่จะมีการตายมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 30-80 การลดปริมาณสารทาร์และนิโคตินในบุหรี่ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ดังนี้ (ชูชาติ อารีจิตราวุธธรรม, 2530)

1. โรคมะเร็ง พบมะเร็งปอดมากที่สุด ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 20 เท่า ทั้งนี้ขึ้นกับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลักษณะของการสูบ และระยะเวลาที่สูบ สำหรับอาการบ่งชี้เฉพาะโรคในระยะแรกของมะเร็งปอดนั้นยังไม่ชัดเจน จึงทำให้การวินิจฉัยของแพทย์ยุ่งยากมาก ส่วนมากจะพบในระยะที่โรคลุกลามไปมากแล้ว ทำให้การรักษาได้ผลน้อยหรือไม่ได้ผลเลยในผู้ที่ยังสูบบุหรี่ได้ 15 ปี ก็จะทำให้โอกาสที่จะเป็นมะเร็งปอดลดลงเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

จากสถิติพบว่าประมาณร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และเกิดเป็นมะเร็ง พบว่า ประมาณร้อยละ 30 เป็นผลมาจากการหายใจเอาควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบเข้าไป ในสหรัฐฯ มีผู้ที่เสียชีวิตเพราะมะเร็งปอดจากได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ ปีละ 3,000 คน สถาบันพิทักษ์สิ่งแวดล้อมของสหรัฐอเมริกาประกาศอย่างเป็นทางการว่า ควันบุหรี่ในอาคารเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่มที่ร้ายแรงที่สุด (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2537)

พบมะเร็งช่องปากในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 5 เท่า นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งที่กล่องเสียง หลอดอาหาร กระเพาะปัสสาวะ ตับอ่อน ไต กระเพาะอาหาร ซึ่งถ้ามีการงดสูบบุหรี่ก็จะทำให้อัตราตายดังกล่าวลดลง

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณกรดไขมันอิสระในพลาสมามากขึ้น การจับกลุ่มของเกล็ดเลือดมากขึ้น เป็นผลให้ผู้สูบบุหรี่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า ตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งทำให้เกิดการตายอย่างเฉียบพลันสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 3 เท่า

กรณีที่เกิดโรคหัวใจขาดเลือดแล้วและยังไม่งดสูบบุหรี่ นอกจากจะทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบแล้ว ยังทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือปลายเท้าอักเสบ และอุดตันได้ทำให้เกิดปัญหาการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด แขน ขาเน่าจนต้องตัดทิ้ง

3. โรคของระบบทางเดินหายใจ ควันบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคือง ต่อเยื่อผิวของหลอดลมและถุงลม ทำให้เกิดอาการไอ หอบหืด อันตรายด้วยโรกระบบทางเดินหายใจนี้พบในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพองถึงร้อยละ 70 โรคหลอดลมอักเสบจะทำให้เกิดอาการไอ เสมหะมากตอนเช้า ทำลายบุคลิกและสุขภาพ ยิ่งสูบนานมากขึ้นก็จะยิ่งทำให้อาการของโรคมากขึ้นและไม่มีโอกาส

รักษาให้หายขาดได้ ส่วนโรคถุงลมโป่งพองซึ่งมักเป็นร่วมกับหลอดลมอักเสบเรื้อรังพบว่า ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 30 เท่า โรคนี้เกิดจากสารพิษในควันบุหรี่ทำลายเยื่อบุหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและแตกถุงลมเล็กๆ หลาย ๆ อันแตกรวมกันกลายเป็นถุงลมใหญ่ และมีจำนวนน้อย การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลงทำให้ถุงลมโป่งพอง ร่างกายจึงได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดอาการอึดอัดแน่นหน้าอก ไอ หอบ เหนื่อย ออกกำลังไม่ได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถจะรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการและชะลอให้ตายช้าลง ซึ่งจะทรมานไปจนตลอดชีวิต บางรายถุงลมที่โป่งพองนั้นฉีกขาดทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดจะเกิดปอดแฟบและทำให้เจ็บแน่นหน้าอก การงดสูบบุหรี่ทำให้อาการไอเรื้อรัง และการไอมีเสมหะลดน้อยลง ในผู้ที่หอบเหนื่อยจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง แม้จะงดสูบบุหรี่อาการก็จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ในผู้ที่อายุน้อยหากงดสูบบุหรี่ หน้าที่การทำงานของปอดจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้

4. โรคของระบบทางเดินอาหาร สารเคมีในบุหรี่นั้นจะเป็นสาเหตุที่ทำให้กรดเพิ่มมากขึ้นในกระเพาะอาหาร เกิดการระคายเคือง การอักเสบของเยื่อบุกระเพาะ และเกิดแผลในกระเพาะอาหาร พบว่าผู้สูบบุหรี่จะตายด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหารถึง 3 เท่า ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

5. ผลต่อระบบสืบพันธุ์ในผู้หญิงที่สูบบุหรี่จัดจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ ในผู้ชายพบว่า จะมีการตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วน ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง

2. อันตรายต่อบุคคลข้างเคียง

การสูบบุหรี่นอกจากจะมีโทษต่อผู้สูบเองแล้ว ยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในบรรยากาศของการสูบบุหรี่สูดเอาควันพิษเข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตรายได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่

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 นอกจากนั้นยังทำให้เกิดรกเกาะต่ำ และรกลอกตัวก่อนกำหนดมากขึ้น ลูกที่คลอดจากแม่ที่สูบบุหรี่อาจจะมีน้ำหนักและความยาวน้อยกว่าปกติ พัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติ อาจมีความผิดปกติทางระบบประสาท และมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงกว่าลูกที่คลอดจากมารดาที่ไม่สูบบุหรี่ (หทัย ชิดานนท์, 2534)
3. คู่แต่งงานของผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่แต่งงานของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี
4. คนทั่วไปที่ต้องอยู่ในบรรยากาศที่ผู้อื่นสูบบุหรี่ ควันบุหรี่จะทำให้เกิดการเคืองตา ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล โดยเฉพาะผู้ที่มีการหอบหืด โรคหัวใจ โรคหลอดลมอักเสบ ก็จะทำให้มีอาการของโรคเพิ่มขึ้น

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

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ปีหนึ่ง ๆ สูงถึง 2 แสนเหรียญสหรัฐ สำหรับเมืองไทยได้ผลประโยชน์จากภาษีบุหรี่ปีละประมาณ 17,000 ล้านบาท แต่จ่ายค่ารักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดเพียงอย่างเดียวถึง 2,511 ล้านบาท (ธีระ ลิมศิลา, 2538) และจากการวิเคราะห์ของธนาคารโลกถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกที่เกิดจากการดำเนินธุรกิจบุหรี่ พบว่าการผลิตใบยาสูบ 1,000 ตัน จะทำให้สูญเสียเศรษฐกิจเท่ากับ 745 ล้านบาท ในขณะที่รายได้จากการผลิตใบยาสูบ 1,000

ตัน เท่ากับ 65 ล้านบาท ขณะนี้ทั่วโลกผลิตใบยาสูบปีละ 7 ล้าน 3 แสนตัน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกปีละประมาณ 5 ล้านล้านบาท นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นการทำลายป่าอีกด้วย โดยพบว่าต้นไม้ 1 ใน 25 ต้นที่ถูกตัด ถูกนำมาใช้เป็นฟืนบ่มใบยาสูบในปี 2535 ทั่วโลกสูบบุหรี่ 5,391,971 ล้านม้วน ใช้กระดาษในการมวนบุหรี่ทั้งสิ้น 350,478 ตัน (โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน, ม.ป.ป.)

4. ผลกระทบของบุหรี่ต่อสังคม

การสูบบุหรี่จะเป็นจุดเริ่มต้นกับการติดยาเสพติดอื่น ๆ ที่ร้ายแรงกว่าจากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่กับการติดยาเสพติด พบว่าวัยรุ่นที่ติดเหล้าร้อยละ 62 เริ่มจากการติดบุหรี่ก่อน วัยรุ่นติดฝิ่นและกัญชาร้อยละ 75 เริ่มจากติดบุหรี่ก่อนและวัยรุ่นติดโคเคน และเฮโรอีนร้อยละ 95 เริ่มจากติดบุหรี่ก่อน สำหรับประเทศไทยบุรี่ยังนำพาไปสู่การติดยาบ้าอย่างกว้างขวาง (โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน, ม.ป.ป.)

5. ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

ปัจจุบันควันบุหรี่ถูกจัดให้เป็นมลพิษทางอากาศในอาคารที่สำคัญที่สุดเนื่องจากประกอบด้วยสารพิษที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มากกว่าแหล่งมลพิษอื่น ๆ ภายในอาคารนอกจากนี้การสูบบุหรี่ขาดความระมัดระวังเป็นสาเหตุของการเกิดไฟไหม้อาคารบ้านเรือนร้อยละ 15-25 ของการเกิดไฟไหม้อาคารบ้านเรือนทั้งหมด (สสม. ภาคเหนือ, 2539)

สาเหตุของการสูบบุหรี่

จากการศึกษาของ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2522) เกี่ยวกับสาเหตุของการสูบบุหรี่ของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง อาจขึ้นกับปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยก็ได้ กล่าวคือ

1. การเอาแบบอย่างตามกลุ่ม ในเด็กนักเรียนโดยเฉพาะวัยรุ่นบุคคลมักจะทำให้กลุ่มอ้างอิงเสมอ ในแง่ความคิด ความรู้สึก การกระทำ ทั้งนี้เพราะบุคคลต้องการการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และต้องการการยอมรับจากกลุ่ม ซึ่งเข้าทำนองว่า "เข้าเมืองตาหลิ่ว ก็ต้องหลิ่วตาตาม" เมื่อกลุ่มที่ตนเองใช้เป็นกลุ่มอ้างอิง (Reference group) สูบบุหรี่บุคคลที่ไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มนั้นก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ตามไปด้วย

2. การอยากลองทำ นักเรียนในวัยรุ่นกำลังมีความกระตือรือร้นที่อยากรู้ อยากลอง อยากรมีประสบการณ์ต่าง ๆ ดังนั้นการสูบบุหรี่ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่เขาคงต้องการอยากทดลองสูบบุหรี่ ซึ่งไม่ใช่สิ่งแปลกประหลาดแต่อย่างใด ถ้าการทำครั้งแรกได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมรุ่นยิ่งทำให้มีผลต่อการสูบบุหรี่ครั้งต่อไปมาก หรือรสของบุหรี่จากการสูบบุหรี่ครั้งแรกนั้นถูกรสนิยมของเขายังมีแนวโน้มการสูบบุหรี่ต่อไปเพิ่มขึ้น

3. การเอาตามอย่างบุคคลอื่น ในสังคมทุกสังคมจะมีบุคคลแทบทุกประเภทสูบบุหรี่ เด็กนักเรียนจะเห็นพ่อแม่สูบบุหรี่ ผู้ปกครองสูบบุหรี่ ครูอาจารย์สูบบุหรี่ ดาราภาพยนตร์สูบบุหรี่ แม้แต่แพทย์เองก็สูบบุหรี่ ดังนั้นเด็กนักเรียนก็ทำตามอย่างบ้าง โดยลองสูบบุหรี่ดู

4. กิจกรรมสังคม ถ้าจะกล่าวว่าการสูบบุหรี่เป็นกิจกรรมหนึ่งของสังคมก็คงไม่ผิด เมื่อมีการรวมกลุ่มทางสังคม นอกจากจะมีกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบแล้ว การดื่มสุราและการสูบบุหรี่มักจะตามเสมอ บุหรี่เป็นสิ่งที่มิได้สำหรับต้อนรับแขกในงานสังคม เช่นเดียวกับพวกเครื่องดื่มที่มึนเมาแอลกอฮอล์ และไม่มีแอลกอฮอล์

5. ธรรมเนียม ในชุมชนบางแห่ง เช่น ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ รวมทั้งบางส่วนของประเทศไทย จะใช้บุหรี่ มาก น้ำ เป็นสิ่งที่ใช้ต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมเยียนที่บ้าน ซึ่งในสมัยโบราณก็จะเห็นอย่างชัดเจน มีการจัดขันหมากพลู บุหรี่ ไว้ให้แขกมาเยี่ยม เมื่อแขกไปเยี่ยมก็ต้องมีการสูบบุหรี่ ไม่เช่นนั้นจะถือว่าไม่มีจิตใจเป็นมิตร การใช้บุหรี่ต้อนรับเลยเป็นการแสดงถึงน้ำใจไมตรีต่อกัน

6. ความต้องการหลีกเลี่ยงการต่อต้านหรือตำหนิติเตียน เด็กนักเรียนโดยเฉพาะวัยรุ่นเริ่มแสดงความเป็นผู้ชายให้สังคมได้รู้จัก ถ้าคนไหนสูบบุหรี่ไม่เป็นจะถูกตำหนิหรือพูดจาถากถางด้วยคำว่า "เด็กทารก" "คางคก" "ตัวเมีย" ฯลฯ ซึ่งแสดงว่าคนนั้นไม่มีลักษณะเป็นชาย ซึ่งเป็นการสร้างความคิดที่ผิดๆ ด้วยที่ว่าชายต้องสูบบุหรี่ และคนไม่สูบบุหรี่จะได้รับการต่อต้านว่าดังกล่าว

7. กลไกของการปรับตัว (Mental Mechanism) บุคคลเป็นจำนวนมากใช้การสูบบุหรี่เป็นทางออกของความตึงเครียดทางอารมณ์ เมื่อเกิดความกลัดกลุ้ม เกิดปัญหาเกิดความวุ่นวายทางใจ ไม่มีทางแสดงออกในทางอื่นก็หันไปสูบบุหรี่โดยหวังว่าการสูบบุหรี่จะระงับอาการเหล่านั้น

8. การมีบุหรี่ปัจุบันโดยทั่วไปและการโฆษณาทางสื่อมวลชน เพราะความสะดวกในการหาซื้อบุหรี่ปัจุบัน ซึ่งมีจำหน่ายอยู่ทั่วทุกหนทุกแห่ง ซึ่งบุคคลจะหาซื้อได้งาย จึงมีส่วนช่วยให้คนสูบบุหรี่ปัจุบัน ซึ่งถ้าการจำหน่ายบุหรี่ปัจุบันโดยเฉพาะที่และหาซื้อได้ยากแล้วการสูบบุหรี่ปัจุบันคงจะลดลงเป็นจำนวนมาก ประกอบด้วยการโฆษณาทางสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วารสารรายปักษ์ วิทยุ โทรทัศน์ ซึ่งโฆษณาจูงใจให้คนสูบบุหรี่ปัจุบันยี่ห้อต่าง ๆ ล้วนมีผลให้คนทดลองสูบบุหรี่ปัจุบันได้ ในบางประเทศถึงกับมีการห้ามโฆษณาทางวิทยุและโทรทัศน์

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา (2529) ได้แบ่งสาเหตุที่ทำให้คนติดบุหรี่ปัจุบัน พอสรุปได้ดังนี้

1. เหตุกระตุ้น จากความเครียดอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายภายในจิตใจ และสังคมของบุคคล เช่น การเปลี่ยนสภาพจากผู้ฟังเป็นผู้พูดเกิดความประหม่า เช่น การสูบบุหรี่ปัจุบันช่วยให้หายเครียด การสูบบุหรี่ปัจุบันทำให้ใจเย็นขึ้น เป็นต้น

2. เหตุสนับสนุน ได้แก่ การได้บุหรี่ปัจุบันมาโดยง่าย เช่น บิดามารดาสูบบุหรี่ปัจุบันที่บ้านชายบุหรี่ปัจุบันได้รับการคะยั้นคะยอจากเพื่อน เป็นต้น

3. เหตุโน้มเอียงในบุคลิกภาพคนที่สูบบุหรี่ปัจุบัน และคนที่ไม่สูบบุหรี่ปัจุบันบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือ คนที่สูบบุหรี่ปัจุบันมักเป็นคนหุนหัน เปิดเผย กระตือรือร้นต้องการต่อต้านอำนาจบังคับบัญชา เจ้าอารมณ์วิตกกังวล เป็นต้น

กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ปัจุบัน

ในปัจจุบันได้มีกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ปัจุบันและสุขภาพออกมาบังคับใช้ 2 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ปัจุบัน พ.ศ.2535 ซึ่งพระราชบัญญัติทั้ง 2 ฉบับนี้ นับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างมากในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ปัจุบัน และการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ปัจุบัน

สาระสำคัญของกฎหมายทั้ง 2 ฉบับ สรุปได้ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข สถาบันควบคุมบรีโศคยาสูบ: เอกสารเผยแพร่)

1. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบพ.ศ.2535 มีสาระสำคัญโดยสรุป คือ จุดมุ่งหมาย

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำต่าง ๆ ที่อุตสาหกรรมบุหรี่ยุคใหม่ นำมาใช้เพื่อเพิ่มยอดขายจำหน่าย อาทิเช่น การโฆษณา และการส่งเสริมการขายในรูปแบบนานาประการ ซึ่งจะมีผลให้การบริโภคยาสูบของประชาชนเพิ่มขึ้น

สาระสำคัญคือ

1. ห้ามขาย แลกเปลี่ยน ให้บุหรี่ยุคใหม่แก่บุคคลอายุต่ำกว่า 18 ปี ฝ่าฝืนมีโทษจำคุก 1 เดือน ปรับไม่เกิน 2,000 บาท
2. ห้ามขายโดยใช้เครื่องขาย ฝ่าฝืนมีโทษจำคุก 1 เดือน ปรับไม่เกิน 2,000 บาท
3. ห้าม
 - 3.1 ห้ามขายสินค้าให้บริการ โดยแจก แถม ให้แลกเปลี่ยนกับบุหรี่ยุคใหม่
 - 3.2 ห้ามขายบุหรี่ยุคใหม่โดยแจก ให้ แลกเปลี่ยน กับสินค้าอื่นหรือบริการเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อบุหรี่ยุคใหม่ หรือผู้นำหีบห่อมาแลกเปลี่ยนหรือแลกซื้อ
 - 3.3 ให้หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อบุหรี่ยุคใหม่ หรือผู้นำหีบห่อบุหรี่ยุคใหม่มาแลกเปลี่ยนหรือ แลกซื้อ ข้อ 3.1-3.3 ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท
4. ห้ามแจกบุหรี่ยุคใหม่เป็นตัวอย่าง หรือให้แพร่หลาย (ยกเว้นการให้ตามประเพณีนิยม) ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท
5. ห้ามโฆษณาหรือแสดงเครื่องหมาย ในสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ สื่ออื่น ห้ามใช้ชื่อบุหรี่ยุคใหม่ในการแสดง การแข่งขัน การให้บริการ (ยกเว้นสิ่งพิมพ์จากนอกราชอาณาจักร รายการถ่ายทอดสดจากต่างประเทศ) ฝ่าฝืนปรับไม่เกิน 200,000 บาท
6. ห้ามโฆษณาสินค้าที่ใช้ชื่อบุหรี่ยุคใหม่เป็นเครื่องหมายของสินค้านั้น ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 200,000 บาท
7. ห้ามผลิต นำเข้า โฆษณาสินค้าที่เลียนแบบบุหรี่ยุคใหม่หรือของบุหรี่ยุคใหม่ ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท
8. ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้า ต้องแจ้งรายการส่วนประกอบของบุหรี่ยุคใหม่ให้กระทรวงสาธารณสุข ฝ่าฝืนมีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน ปรับไม่เกิน 100,000 บาท

9. ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้า ต้องแสดงฉลากที่ซองบุหรี่ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 100,000 บาท

10. ห้ามผลิตบุหรี่ที่มีได้แสดงฉลากตามมาตรา 12 (ข้อ 9) ฝ่าฝืนมีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

2. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535

จุดมุ่งหมาย

เพื่อพิทักษ์สิทธิและสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ มิให้ตกอยู่ในภาวะของการรับสารพิษจากควันบุหรี่ของผู้อื่นโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

สาระสำคัญ

1. ให้สถานที่สาธารณะที่มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่โดย
 - จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใด หรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ หากผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท
 - จัดให้เขตสูบบุหรี่มีสภาพ ลักษณะ และมาตรฐานตามที่รัฐมนตรีกำหนดหากผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท
 - จัดให้มีเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท
2. ห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ผู้ใดฝ่าฝืนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท

แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2524) ได้ให้ความหมายของ "พฤติกรรม" ว่าหมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิด ของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตามบลูม (Bloom อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 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 ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของแต่ละบุคคล พฤติกรรมด้านทัศนคตินี้เป็นตัวควบคุมพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลโดยการวางแผนทางของการปฏิบัติและแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่บุคคลนั้นกำหนดขึ้น

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นการปฏิบัติที่แสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยพฤติกรรมด้านความรู้ ทัศนคติ เป็นพื้นฐานซึ่งสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางสุขภาพถือว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ชวาร์ซ (Schwartz 1974 อ้างใน อัจฉนา เชาวร์ประยูร 2531) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของคน ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ ซึ่งสามารถสรุปความสัมพันธ์ได้เป็น 4 รูปแบบ

1. ทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้น ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและผลต่อการปฏิบัติ

2. ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันและทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

3. ความรู้และทัศนคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน

4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีทัศนคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

ทอมกินส์ (Tomkins) กล่าวถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลไว้ 4 ประการดังนี้ (Tomkins, Silvan อ้างใน สุริย์ จันทโรไมลี, 2526)

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual Smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะเมื่อบูหรี่ติดอยู่กับปากตลอดเวลา ถึงแม้จะไม่ได้จุดบุหรี่ก็ตามจะเมื่อบูหรี่อยู่ติดตัวหรือ

ใกล้ตัวตลอดเวลา การสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุข บางคนอาจมีความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ช่วยทำให้เกิดความภูมิฐานพฤติกรรมของการสูบบุหรี่ของบุคคลกลุ่มนี้จะเป็นไปแบบอัตโนมัติ เป็นกิจวัตรที่จะทำประจำวัน

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองโลกในแง่ดี (Positive Affect Smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้ถือว่า การสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้น ช่วยให้เกิดความพอใจ เกิดความสุขความตื่นเต้นเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็กวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่ หรือสูบบุหรี่เพราะทำตามพ่อแม่ ทำตามบุคคลที่ตัวเองชอบ บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ ได้สัมผัสกับควันบุหรี่ที่พ่นออกมาจากปากและจมูก

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจกมองโลกในแง่ลบ (Negative Affect Smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ไม่ต่อเนื่อง เช่น เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้รับความกดดัน มีปัญหา เพื่อระงับอารมณ์ หรือเมื่อมีเหตุการณ์ หรืออยู่ในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งก็จะสูบบุหรี่ เช่น เมื่อตื่นเต้น เหนื่อย เข้าสังคม อยู่คนเดียว เป็นต้น

4. พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive Smoking) บุคคลกลุ่มนี้เป็นพวกติดบุหรี่ ถือว่าบุหรี่คือสิ่งจำเป็นจะขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่ จะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติของร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจดีขึ้น ช่วยให้บรรยากาศดีและคิดอะไรออก

แรงสนับสนุนทางสังคม (social support)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล รูปแบบพฤติกรรมนี้อาศัยแนวคิดหลักการจากจิตวิทยาสังคมพบว่า "การตัดสินใจของคนส่วนใหญ่ มักเกิดจากบุคคลผู้ที่มีความสำคัญ หรือมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราตลอดเวลา"

รูปแบบนี้ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ด้านด้วยกันคือ 1) การที่คนเราจะมีพฤติกรรมนั้นเนื่องมาจากผู้ให้แรงสนับสนุน คือกลุ่มบุคคลหรือบุคคล ตัวอย่าง เช่น บุตร สามี ภรรยา เพื่อน ผู้บังคับบัญชา ญาติ พี่น้อง เจ้าหน้าที่ ฯลฯ เป็นสื่อสารให้ ผู้รับแรงสนับสนุน มีพฤติกรรมได้ โดยการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุนนั้น ซึ่งจะต้องให้ผู้รับแรงสนับสนุนมีความรู้สึก เชื่อว่าผู้ให้แรงสนับสนุนนั้น ให้ด้วยความรัก หวังดี และหวังใย 2) ให้ผู้รับแรงสนับสนุนเชื่อว่า ถ้าหากเขากระทำสิ่งนั้น ๆ (พฤติกรรม) แล้วตัวของเขาจะมีคุณค่าต่อตนเองและสังคม 3) ต้องให้ผู้รับแรง

สนับสนุน รู้สึกว่าตัวของเขาเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งแรงสนับสนุนที่ให้นั้น จะเป็น ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของหรือจิตใจก็ได้

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ PRECEDE Framework

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

แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra individual causal assumption) รากฐานของแนวความคิดมาจากสมมติฐานเบื้องต้นที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra individual causal assumption) กลุ่มนี้มีพื้นฐานแนวความคิดมาจากสมมติฐานที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากภายนอก ตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบทางด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามี อิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนอย่างไร

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

1. ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และการเสี่ยงต่อการติดโรค
4. องค์ประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้

6. องค์ประกอบด้านประชากร

แนวความคิดของกลุ่มที่ 3 นี้ ได้นำทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคมวิทยาและประชากรศาสตร์ เข้ามาประยุกต์ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรม และพยายามหาวิธีแก้ปัญห โดยผสมผสานวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการ

กรีนและคณะ (Green et al., 1980) เป็นผู้พัฒนารูปแบบเพื่อใช้วิเคราะห์และวางแผนด้านสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้เน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) ดังนั้นการดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลาย ๆ ด้านประกอบกันและจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ก่อนจึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการที่ต้องการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึงกระบวนการของการใช้ปัจจัยนำปัจจัยเชื้อ ปัจจัยเสริม ในการวินิจฉัย และประเมินผลของพฤติกรรม (Green et al., 1980)

PRECEDE Framework สามารถนำไปใช้ในงานสุขภาพได้อย่างกว้างขวางในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน อาทิ การวางแผน การดำเนินงานในปัญหาต่าง ๆ และการประเมินผลในระดับต่าง ๆ นอกจากนั้นยังสามารถนำไปอธิบายถึงการเกิดพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเรื่องอื่น ๆ อีกด้วย อีกทั้งยังมีความเชื่อว่ากรอบแนวคิดนี้สามารถวิเคราะห์ให้มองเห็นปัญหาทางสุขภาพ สามารถแก้ไขปัญหาและวางแผนได้ต่อเนื่อง ซึ่งกรอบความคิดนี้มีความสามารถสูงหรือเป็นรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำมาใช้ได้ทุกสถานการณ์ (Green et al., 1980)

การใช้ PRECEDE Framework เป็นกระบวนการดำเนินงานในลักษณะของการเริ่มต้นจากสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Out Come) แล้วพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุหรือปัจจัยนำเข้า (Input) ว่ามาจากอะไร กระบวนการนี้ไม่ใช่วิธีวิเคราะห์จากปัจจัยนำเข้าไปหาผลลัพธ์ แต่สามารถใช้วิธีเริ่มต้นจากผลลัพธ์ก่อนได้ อาจใช้คำถามว่า "ทำไมจึงเป็นอย่างนั้น" ก่อนที่จะใช้คำถามว่า "จะทำอย่างไร" กล่าวคือเป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นมีองค์ประกอบ หรือปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ (Green et al., 1980)

ในการดำเนินการตามกระบวนการ PRECEDE Framework ซึ่งเป็นกระบวนการที่วิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุของพฤติกรรม โดยเริ่มจากผลย้อนกลับไปที่เหตุ แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ดังแผนภูมิที่ 1 คือ

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาใดบ้างที่กระทบกระเทือนต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล กลุ่มบุคคลหรือชุมชน เช่น ปัญหาการว่างงาน ปัญหาอาชญากรรม การประพฤติน่าพิศวง ภูมิหาย ปัญหาประชากร ปัญหาชุมชนแออัด ปัญหาสวัสดิการสังคม ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องวัดระดับคุณภาพของประชากร

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการจำแนกว่า ปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล กลุ่มบุคคลหรือชุมชนที่วิเคราะห์ได้ในขั้นตอนที่ 1 นั้น ปัญหาใดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสุขภาพ และปัญหาใดที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

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

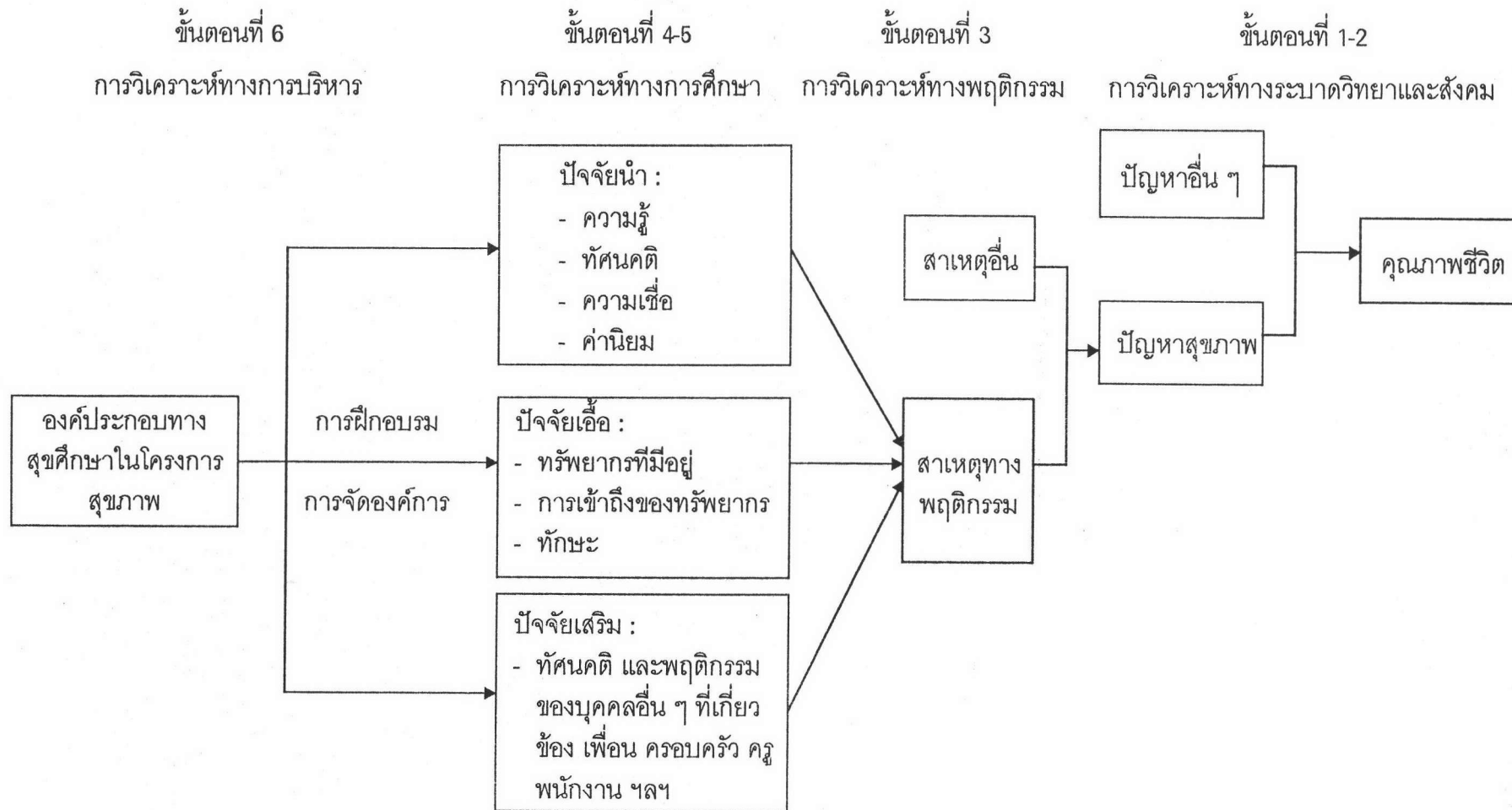
ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ว่า ปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคลนั้นมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพล โดยผู้เสนอแนวความคิดนี้ได้แบ่งกลุ่มปัจจัยเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

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

ขั้นตอนที่ 6 เป็นขั้นตอนของการดำเนินงาน และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์วิธีการทางสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งจะต้องสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ทั้ง 3 กลุ่มในขั้นตอนที่ 4 ด้วย

ขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินผล ซึ่งจะต้องผสมผสานอยู่ทุกขั้นตอนต้องมีการกำหนดดัชนีและเกณฑ์การประเมินไว้ล่วงหน้า

แผนภูมิที่ 1 กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Green et al., 1980: 14-15)



ในการดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework ในการวิเคราะห์ตามขั้นตอนดังกล่าว ต้องอาศัยวิทยาการสาขาต่าง ๆ รวม 4 สาขา คือ

1. สาขาวิทยาการระบาด
2. สาขาวิทยาการทางสังคม/พฤติกรรมศาสตร์
3. สาขาวิทยาการบริหาร
4. สาขาวิทยาการทางการศึกษา

โดยในแต่ละสาขาจะนำมาใช้ในขั้นตอนต่าง ๆ ดังแผนภูมิที่ 1

ดังนั้นการนำ PRECEDE Framework ไปใช้ผู้ใช้จำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานในวิทยาการสาขาต่าง ๆ ดังกล่าว สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือต้องทำความเข้าใจร่วมกันในเบื้องต้น สำหรับการนำ PRECEDE Framework 2 ประการ เพื่อที่จะประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมคือ

ประการแรก ต้องเข้าใจว่าพฤติกรรมมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors)

ประการที่ 2 ต้องเข้าใจว่าการดำเนินงานเพื่อจะให้ได้ผลต่อการดำเนินงานอย่างแท้จริง ต้องอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ ร่วมกันในลักษณะผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์ พฤติกรรมศาสตร์ด้านการศึกษามารวมกัน ซึ่ง PRECEDE Framework ได้นำมาใช้ในรูปแบบสังเคราะห์ เป็นวิธีการที่นำความรู้ในหลาย ๆ ด้านมาพัฒนารวมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจพื้นฐาน และสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิต (Green et al., 1980)

การใช้ PRECEDE Framework จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานหรือต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการวิเคราะห์ปัจจัยเป็นสาเหตุของพฤติกรรมดังนี้คือ ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นจำแนกออกเป็น 3 ประเภทด้วยกันคือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ซึ่งแต่ละประเภทจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในลักษณะที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ปัจจัยนำเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรม ซึ่งจะให้เหตุผลหรือเป็นแรงจูงใจ ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมซึ่งได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ ส่วนปัจจัยเอื้อจะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้พฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้หรือเกิดขึ้นได้ซึ่งปัจจัยนี้เป็นแรงจูงใจ หรือแรงบันดาลใจให้พฤติกรรมนั้น ๆ เกิดขึ้นจริง ๆ ซึ่งได้แก่ ทักษะ และการมีทรัพยากร สำหรับปัจจัยเสริมจะเป็นลักษณะการของการกระตุ้นให้เกิดการกระทำหรือพฤติกรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดเรื่อง PRECEDE Framework เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสุขภาพหรือของนักศึกษาชายโดยนำเฉพาะขั้นตอนที่ 4 มาวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในลักษณะของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยเสริม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

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

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ รายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับ และรวบรวมสะสมไว้ (Good VC., 1973) ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำแนกได้ อาจโดยการฝึก มองเห็น ได้ยิน จำได้ เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น

การเพิ่มความรู้ ไม่ใช่สาเหตุที่จะช่วยให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เสมอไป เพียงแต่พบว่าความรู้และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กัน ดังการศึกษาของ คาร์ทไรท์ (Cartwright) ที่ศึกษาจากชุมชนในสแตนฟอร์ด ความรู้เรื่องสุขภาพบางครั้งก็จำเป็นต้องให้ทราบก่อนที่บุคคลจะสามารถกระทำได้ แต่พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดบางครั้งก็ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะบุคคลนั้นไม่ได้รับความรู้ที่เข้มพอที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจ ให้กระทำหรือเกิดพฤติกรรมได้ การให้ความรู้ควรกระทำทันที เพราะความรู้เป็นเรื่องจำเป็น แต่บางทีก็ไม่เป็นปัจจัยที่ช่วยให้คนเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (Green et al., 1980)

1.2 ทศนคติ (Attitude) มิวคิเลีย (Mucchielli) ได้อธิบายว่าทศนคตินั้นเป็นเรื่องของจิตใจที่สัมพันธ์กับความรู้สึกว่ามีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง (Mucchielli 1970, ใน Green et al., 1980) ส่วนเคิร์ช (Kirscht) ได้ชี้แจงว่าทศนคตินั้นเป็นการรวบรวมความเชื่อ ที่รวมถึงการประเมินค่าไว้ด้วยทศนคติจะเป็นการประเมินรูปแบบของสิ่งที่ดี

มากกว่าสิ่งที่ไม่ดี หรือสิ่งที่ไม่ดี หรือในด้านบวกมากกว่าด้านลบ (Kirscht 1974, ใน Green et al., 1980) ดังนั้นจึงมักจะจำแนกความคิดทั้งสองไว้เสมอว่า ทศนคติเป็นความรู้สึกที่สม่ำเสมอ ต่อเรื่องต่าง ๆ (หรือต่อบุคคล การกระทำ หรือความคิด) โครงสร้างของทศนคติต้องมีการประเมินค่าที่แสดงให้เห็นทั้งด้านดี และไม่ดีด้วย

สงวน สุทธิเลิศอรุณและคณะ (2522) ได้สรุปความหมายของทศนคติว่า หมายถึง สภาพจิตใจ หรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคล หรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา เป็นที่ปรากฏต่อบุคคล หรือสาธารณชน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) อธิบายว่า ทศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ รวมทั้งท่าทีแสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ ความพร้อมที่จะได้ตอบ และแสดงให้ทราบถึงแนวทางการตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า

1.3 ความเชื่อ (Belief) คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่า สิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริง ให้ความไว้วางใจ อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล เป็นผลที่เกิดขึ้น หลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว ไม่ว่าจะโดยทางตรง หรือโดยทางอ้อมและจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำ หรือพฤติกรรมของบุคคล และประสบการณ์จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกให้สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) (Green et al., 1980) เป็นต้น

ความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา ได้มีการนำเอาแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมในด้านการป้องกันโรค เพื่อสุขภาพและพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย แบบแผนทางสุขภาพนี้ ได้ประยุกต์มาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของเลวิน (Lewin's field theory) และทฤษฎีเชิงพฤติกรรม (Behavior theory) ซึ่ง โรเซนสตอก Rosenstock (1984) ได้สรุปว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมอนามัย (Health behavior) อย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือ

1. เชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค
2. เชื่อว่าโรคหรือความเจ็บป่วยนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อชีวิต
3. เชื่อในการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และมีผลประโยชน์คุ้มค่าน่ามากกว่าสิ่งที่ต้องลงทุนไป

เบคเกอร์ (Becker, 1974) ได้นำแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาอธิบายเพิ่มเติมว่า การทราบองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ จะช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทำให้การรักษาได้ผล องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมีดังนี้คือ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) คือ การที่เขาเชื่อว่าตนเองมีโอกาส หรือไวต่อการเจ็บป่วยเพียงใด 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 หรืออันตรายที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยโดยสื่อมวลชนต่าง ๆ การให้สุขศึกษา ข่าวสารโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการได้เห็นการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน อันก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ
5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ได้แก่ ตัวแปรทางด้านสังคม ประชากร ทัศนคติ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดง

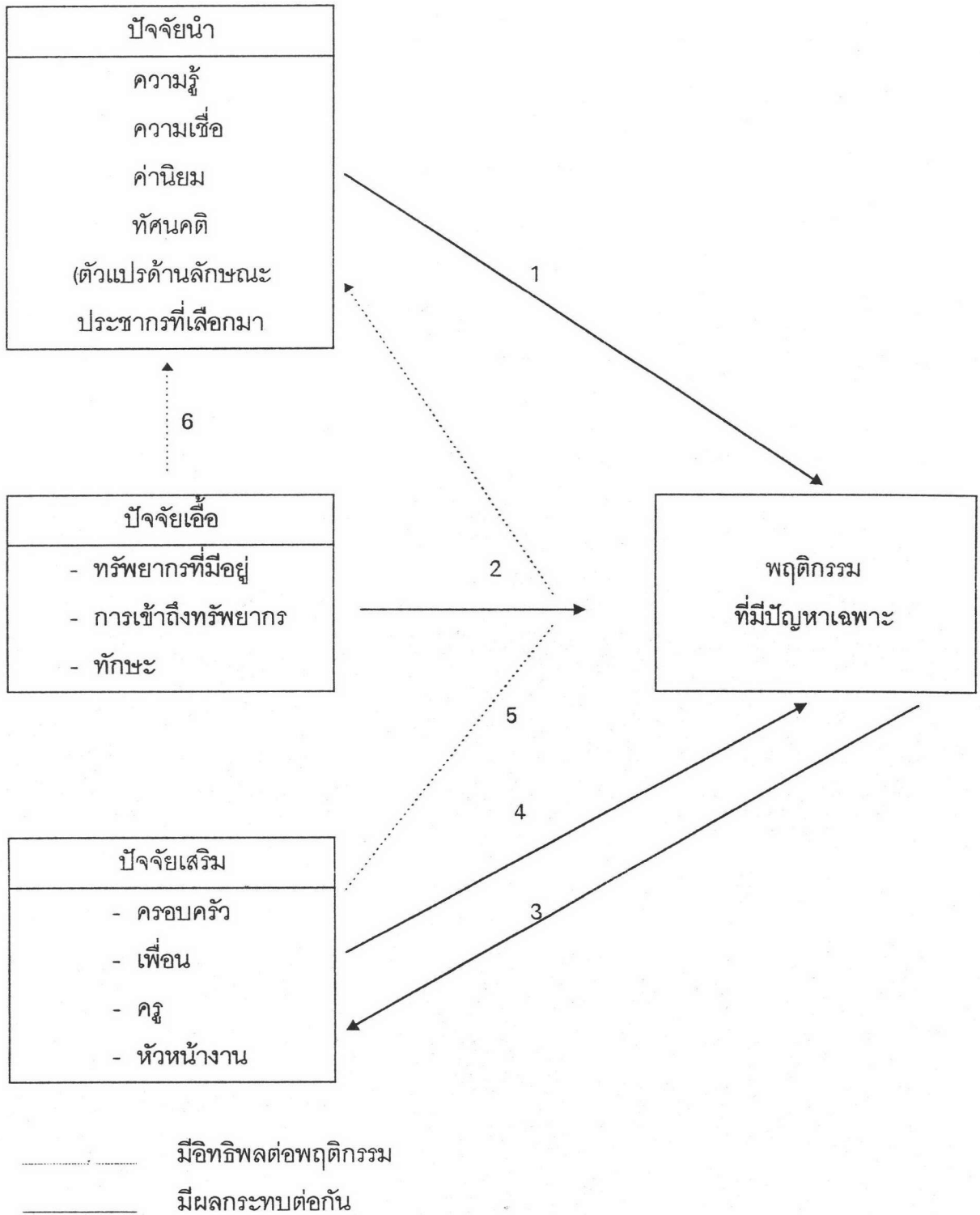
พฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะให้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะเวลา นอกจากนั้นที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม หรือช่วยในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดหวังจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของบุคคลนั้น ๆ สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดหวังจะได้รับ อาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบ ที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน ผู้บังคับบัญชา แพทย์ เป็นต้น และอิทธิพล และสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว กรีน และคณะ (Green et al.) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยที่ 3 กับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว ดังแผนภูมิที่ 2 โดยในการวิเคราะห์ จะกำหนดว่า สาเหตุทางพฤติกรรมควรเรียงลำดับตามหมายเลขดังต่อไปนี้

1. เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้
2. การดัดแปลง หรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้
3. เป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลังจากทำพฤติกรรมนั้นแล้ว
4. ต้องมีการเสริมแรง และทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป
- 5,6. ในการเสริมแรง หรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้นอาจมีผลกระทบถึงปัจจัยนำรวม ทั้งปัจจัยเอื้อด้วยเช่นกัน

แผนภูมิที่ 2 แสดงปัจจัย 3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ



ที่มา: Green, Lawrence W, et al. 1980: 71

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

ในประเทศไทย

ธีระ ลิ้มศิลา (2525) ได้ศึกษาหาเหตุผลการสูบบุหรี่ในกลุ่มครูสอน สุขศึกษาและกลุ่ม นักศึกษาแพทย์ ในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อ พ.ศ. 2525 โดยสรุปจากสาเหตุเบื้องต้น 3 ประการ คือ

1. กลุ่มครู มีสาเหตุจาก - เพื่อลดความเครียด
 - เพื่อเข้าสังคม
 - ตามเพื่อน หรือบิดามารดา ผู้ปกครอง
2. กลุ่มนักศึกษาแพทย์ (ศิริราช)
 - ตามเพื่อน หรือบิดามารดา ผู้ปกครอง
 - เข้าเข้าสังคม
 - เพื่อแสดงความเป็นชาย หรือเป็นผู้ใหญ่
3. กลุ่มนักศึกษาแพทย์ทหาร (รพ.พระมงกุฎเกล้า)
 - เพื่อลดความเครียด
 - ตามเพื่อน หรือบิดามารดา ผู้ปกครอง
 - เพื่อเข้าสังคม

ธนรุทธิ์ บุตรแสนคม (2525) ได้ทำการศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ให้กับนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นักศึกษาส่วนใหญ่สูบบุหรี่ครั้งแรก เพราะอยากลองสูบบุหรี่ด้วยตนเอง รองลงมา เพื่อนชวน ส่วนสาเหตุที่นักศึกษาไม่สามารถงดสูบบุหรี่ได้ส่วนใหญ่เพราะเห็นเพื่อนสูบแล้วทนไม่ได้ รองลงมาเพราะความเคยชิน และจิตใจไม่เข้มแข็งพอ นักศึกษาส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่มีรายได้จากบิดามารดา และมีรายได้รวมกันจากทุกแหล่ง ดังนั้นจึงเห็นว่ารายได้น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจากจำนวนเงินที่มีอยู่เป็นตัวบ่งชี้เกี่ยวกับความสามารถในการซื้อบุหรี่

หลังการจัดโปรแกรม พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษากลุ่มสมัครใจ และไม่สมัครใจ เป็นไปในทางบวกมากกว่าก่อนการจัดโปรแกรม และการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม

ชวณพิศ บุญยรัตเวช (2526) ได้รายงานผลการศึกษเกี่ยวกับ อายุ กับการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่ติดบุหรี่มักจะสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่นในช่วงอายุ 16-18 ปี และมีแนวโน้มว่าเด็กจะเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุน้อยลงมากขึ้น สำหรับสาเหตุส่วนใหญ่ของการสูบบุหรี่มาจากแรงชักจูงจากเพื่อน และเห็นแบบอย่างการสูบบุหรี่จากผู้ใหญ่ไม่ว่าจะเป็นบิดามารดา ครู อาจารย์ หรือจากแพทย์ก็ตาม

มาลา รักษาพรหมณ์ (2526) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่ทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า

1. ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสำคัญต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียนมากกว่า

2. ความเชื่อเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และความเชื่อเกี่ยวกับทัศนของกลุ่มอ้างอิงต่อการสูบบุหรี่ของตน มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยความเชื่อในทัศนของกลุ่มอ้างอิงต่อการสูบบุหรี่ของตนสำคัญต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียนมากกว่า

3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่อายุ ศาสนา รายได้ต่อเดือนของนักเรียน อัตราการสูบบุหรี่ บุหรี่ต่อวันของบิดา พี่ชาย เพื่อนสนิท และบุคคลที่นักเรียนพักอาศัยด้วย ไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิทกับความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน

4. ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ที่วัดทางอ้อม มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ที่วัดทางตรง

ประเสริฐ ต้นสกุล (2527) ได้ทำการศึกษาสภาพการรู้จักและสภาพการใช้สารเสพติด ในสถานศึกษาสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โดยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นนักเรียนประถมศึกษา มัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา จำนวน 8,645 คน ผลการวิจัยพบว่า สภาพการใช้นิโคตินของนักเรียนระดับมัธยม-อุดมศึกษา นักเรียนชายใช้มากกว่ากลุ่มนักเรียนหญิง อายุที่ใช้นิโคตินมากที่สุดคืออายุ 22-24 ปี รองลงมาอายุ 25 ปีขึ้นไป จำแนกตามสถาบันพบว่านักศึกษาที่เคยใช้นิโคติน วิทยาลัยพลศึกษา ร้อยละ 25 วิทยาลัยครู ร้อยละ 23 และวิทยาลัยอาชีวศึกษา ร้อยละ 18.7 สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เพื่อนใช้สารนิโคติน เห็นว่าสาเหตุสำคัญที่สุดคือการอยากลองเอง

รองลงมาเพื่อความโก้หรู ส่วนทัศนคติของนักศึกษาต่อการใช้บุหรี่ยี่ห้อ และผู้ใช้บุหรี่ยี่ห้อ เห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดี บุหรี่มีอันตรายปานกลางผู้สูบบุหรี่เป็นคนที่ไว้วางใจได้ และถ้าคนในครอบครัวสูบบุหรี่จะรู้สึกกังวลเล็กน้อย

สมชัย ชื่นตา (2528) ได้ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียนชาย ระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา ในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,500 คน ผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่ของนักเรียนชายกลุ่มที่กำลังสูบบุหรี่อยู่กับกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มาก่อน มีพฤติกรรมต่าง ๆ ของการสูบบุหรี่ ได้แก่ นิสัยการสูบบุหรี่ การอดควันบุหรี่เข้าปอด ชนิดบุหรี่ที่สูบ ปริมาณการสูบต่อวัน การซื้อหรือสูบ ค่าบุหรี่ต่อเดือน ระยะเวลาของการสูบ และอายุที่เริ่มสูบ แตกต่างกันไป และความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อสุขภาพ ระหว่างนักเรียนกลุ่มที่ไม่เคยสูบ กลุ่มที่เคยสูบ และกลุ่มที่กำลังสูบ พบว่าส่วนใหญ่รู้ว่าการสูบบุหรี่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอด และไม่แตกต่างกันส่วนทัศนคติเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่นักเรียนทั้ง 3 กลุ่ม เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่าผลเสียของบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูบและทัศนคติเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่แตกต่างกัน โดยนักเรียนที่ไม่เคยสูบ และนักเรียนกลุ่มที่เคยสูบ มีความเห็นว่าการสูบบุหรี่ไม่ดีมากกว่ากลุ่มที่กำลังสูบบุหรี่นอกจากนี้ยังพบว่า การมีรายได้สูง การอยู่หอพักขณะศึกษา การมีบิดาและพี่ชายสูบบุหรี่ต่างก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ส่วนสถานภาพสมรสของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

วรรณนิภา วงศ์ไกรศรีทอง (2528) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ ผลจากการวิจัยพบว่า พระภิกษุสูบบุหรี่ร้อยละ 53.3 อัตราการสูบบุหรี่ของพระภิกษุก่อนบวช (ร้อยละ 68.9) สูงกว่าหลังบวช (ร้อยละ 53.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการสูบบุหรี่ของพระภิกษุก่อนบวช ได้แก่ สถานภาพสมรสก่อนบวช อาชีพของบิดามารดา อาชีพส่วนตัว และการมีบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการสูบบุหรี่ของพระภิกษุหลังบวช ได้แก่ การปฏิบัติธรรมและการทำวัตรสวดมนต์ การปฏิบัติธรรม และจำนวนครั้งของการทำวัตรนี้จะแปรผกผันกับจำนวนบุหรี่ที่สูบ ในด้านพฤติกรรมของการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่จะสูบทุกวันโดยเริ่มสูบบุหรี่อายุ 17 ปี เหตุจูงใจให้สูบเพราะอยากลอง มีการควันเข้าปอดทุกครั้งที่สูบ สูบมาไม่น้อยกว่า 10 ปี มีปริมาณบุหรี่ที่สูบ 10-14 มวนต่อวัน มักสูบขณะใช้ความคิด และมีค่าใช้จ่ายในการสูบประมาณ 301-350

บาทต่อเดือน ส่วนการเลิกสูบบุหรี่พบว่าส่วนใหญ่จะเคยเลิกสูบบุหรี่ และที่เลิกสูบได้ไม่สำเร็จส่วนใหญ่เพราะติดจนเคยชิน สำหรับในด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พระภิกษุที่ไม่สูบบุหรี่มีความรู้ และทัศนคติดีกว่าพระภิกษุที่สูบบุหรี่

สมฤดี มอบนรินทร์ (2531) ได้ศึกษาถึงระดับวิทยาของการสูบบุหรี่ในนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ในอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา จำนวน 633 คน ผลการศึกษาพบว่า มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 31.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ คือบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ เพื่อนที่โรงเรียนสูบบุหรี่ อาชีพมารดา รายรับประจำเดือน และที่พักอาศัย ส่วนความรู้เรื่องบุหรี่ไม่มีความแตกต่างในกลุ่มที่สูบบุหรี่ และกลุ่มไม่สูบบุหรี่ สำหรับความสูญเสียจากการสูบบุหรี่เฉลี่ย 3-13.3 บาทต่อวันต่อคน ส่วนการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ 96.4 ไม่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่ และร้อยละ 3.6 เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่

พจนีย์ เหล่าอมต (2532) ได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และการเลิกสูบบุหรี่ของครูชายโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 200 คน ผลการศึกษา พบว่าการสูบบุหรี่ครั้งแรกผู้ที่ลองสูบอายุน้อยที่สุดคือ 7 ปี อายุมากที่สุดคือ 26 ปี ตัวแปรสำคัญในการทำนายความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของบุคคลคือ จำนวนบุคคลในบ้านที่สูบบุหรี่ ความกดดันในชีวิตประจำวันเรื่องเศรษฐกิจและการะหน้าที่ส่วนตัว ทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่และพฤติกรรม การสูบบุหรี่แบบคุ่นเคยที่มีบุหรี่ในมือ กับใช้บุหรี่เป็นสิ่งกระตุ้น และค้นพบตัวแปรที่เป็นรอยต่อเชื่อมระหว่าง การตัดสินใจสูบ ไม่สูบบุหรี่ของบุคคลคือ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ทั้งด้านสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการดำรงชีวิตประจำวัน สำหรับตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อการตัดสินใจว่าจะลงมือพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ คือ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ผลต่อสุขภาพและทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ที่มีผลต่อความสำเร็จ พบว่าใช้วิธีระบบนี้ถึงสักจะที่ให้ไว้กับตัวเองและผู้เกี่ยวข้องซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้เลิกสูบบุหรี่ ได้สำเร็จมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ร้อยละ 58 มีแรงจูงใจส่วนตนร้อยละ 18 แรงจูงใจด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 14 และแรงจูงใจทางสังคม ร้อยละ 10

อรวิ ธนัปประภักดิ์ (2532) ได้ศึกษาวันรุ่นกับการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียนที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกเพื่อนเพื่อเพื่อน ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 480 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ สำหรับกลุ่มที่สูบบุหรี่นั้น ส่วนใหญ่เริ่มสูบในช่วงวัยรุ่นตอนต้น สาเหตุจูงใจใน

การสูบบุหรี่ คืออยากลอง รองลงมาได้แก่ เห็นตัวอย่างจากครู อาจารย์ ญาติ และเพื่อนตามลำดับ

วันเพ็ญ ทาราศรี (2533) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายกลุ่มต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมปลาย จังหวัดขอนแก่นจำนวน 83 คน พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับสาเหตุของการสูบบุหรี่พบว่า อยากลองด้วยตนเอง ร้อยละ 66.3 สูบเพื่อคลายเครียด ร้อยละ 65.1 แก้เหงาในเวลาว่าง ร้อยละ 64.0 เพื่อนชักชวน ร้อยละ 37.2 และเพื่อความโก้ เท่ ร้อยละ 26.7 นักเรียนส่วนใหญ่ชอบสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหาร ร้อยละ 52.3 สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 51.2 และสูบบุหรี่กักรอง ร้อยละ 69.7

อุไร สุมาธิธรรม (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคม และจิตวิทยา กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาปัจจัยร่วมทางสังคมและจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียน และปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการจำแนกกลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่ และนักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง 448 คน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปร 12 ตัวแปร จาก 20 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยร่วมกันจำแนกกลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่ และนักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการจำแนกกลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่ และนักเรียนไม่สูบบุหรี่ 3 ตัวแปร ซึ่งสามารถแยกเป็นตัวแปรที่มาจากปัจจัยเกี่ยวกับตัวนักเรียนเอง ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และตัวแปรที่มาจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การมีเพื่อนสูบบุหรี่

อรทัย ลิ้มตระกูล (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยศึกษาในนักศึกษาชายในมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 618 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีค่านิยมในการไม่สูบบุหรี่ และไม่สนับสนุนการสูบบุหรี่ คือมีความต้องการที่จะให้สังคมปลอดบุหรี่ การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะไม่ควรกระทำ และแม้ว่าจะอยู่ใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ไม่จำเป็นต้องสูบบุหรี่ตามไปด้วย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี กลุ่มการศึกษา เกรดเฉลี่ย รายรับต่อเดือน การพักอาศัย การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว และการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท

ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน วันละประมาณ 2-9 มวน เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกอายุระหว่าง 16-20 ปี และสาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่ คือการอยากลองด้วยตนเอง

ฉัตร เสกสรรควิริยะ และคณะ (2535) ได้ศึกษาระบาดวิทยาของการสูบบุหรี่ของกลุ่มทหารและตำรวจ ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าชนิดของบุหรี่ที่สูบ ร้อยละ 75.0 เป็นบุหรี่ชนิดก้นกรอง ยี่ห้อที่นิยมสูบร้อยละ 69.1 คือกรองทิพย์ รองลงมาร้อยละ 12.2 คือยี่ห้อสายฝนผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่สูบบุหรี่ร้อยละ 54.8 มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ ร้อยละ 94.5 และพบว่าส่วนใหญ่สูบบุหรี่ วันละ 6-10 มวน คิดเป็นร้อยละ 35.2 รองลงมาสูบบวันละ 16-20 มวน ร้อยละ 26.3 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ได้แก่ ปัจจัยด้านอาชีพ รายได้ต่อเดือนของตนเอง การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท การสูบบุหรี่ของเพื่อนร่วมงาน และการสูบบุหรี่ของผู้บังคับบัญชา สำหรับเหตุผลสำคัญที่เป็นสาเหตุของการอยากสูบบุหรี่พบว่า ร้อยละ 25.6 ช่วยลดความเครียด ร้อยละ 25.3 สูบตามเพื่อน ร้อยละ 18.3 อยากลอง และร้อยละ 15.3 เห็นว่ามีเวลาว่าง และเหงา ส่วนผู้มีส่วนสำคัญในการจูงใจให้สูบบุหรี่คือเพื่อนสนิท ร้อยละ 21.7

จุฑารัตน์ จุลรอด (2535) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนในการงดสูบบุหรี่ ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิค จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุของการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เพราะเพื่อนชวน รองลงมา กลุ่มใจเรื่องในครอบครัว และอยากลอง และช่วงเวลาที่ชอบบุหรี่ส่วนใหญ่จะชอบสูบบุหรี่เมื่อไปงานสังสรรค์ รองลงมาเมื่ออยู่คนเดียว เมื่ออยู่กับเพื่อนสนิทตามลำดับ ส่วนลักษณะการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะสูบอัดควันบุหรี่เข้าปอดและสูบแล้วพ่นออกมา รองลงมา อัดควันเข้าปอด และบุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่กรองทิพย์ รองลงมา บุหรี่มารีโบโร และวินสตัน สำหรับความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่พบว่า เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 81.67 ซึ่งเหตุผลที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จส่วนใหญ่เพราะทนความหงุดหงิดไม่ได้ รองลงมาเพราะเหงา และเพื่อนชวน ตามลำดับ

ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสุขศึกษา นักศึกษามีทางเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าก่อนเข้าร่วม

โปรแกรม ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษา

กัญญา ศรีนวล (2536) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในจังหวัดราชบุรี โดยศึกษาจากกลุ่มพระภิกษุในวัดจำนวน 266 รูป ผลการวิจัยพบว่าในด้านข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่พระภิกษุมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 53.4 โดยสูบเป็นประจำทุกวัน ๆ ละ 6-10 มวน ส่วนมากเริ่มสูบบุหรี่ก่อนบวชเป็นพระภิกษุคืออายุระหว่าง 16-20 ปี สาเหตุที่เริ่มสูบบุหรี่คืออยากลองด้วยตนเอง และส่วนใหญ่จะมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่คือพ่อ สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ และค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และปัจจัยเสริมคือการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และการยอมรับหรือต่อต้านการสูบบุหรี่จากเจ้าอาวาสและพระภิกษุในวัดเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปัจจัยเอื้อได้แก่ การใช้เวลาว่างของพระภิกษุและการถวายบุหรี่แก่พระภิกษุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2536) ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ.2536 จากผลการสำรวจพบว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ เริ่มสูบระหว่างอายุ 15-19 ปี รองลงมา ระหว่างอายุ 20-24 ปี และระหว่าง 10-14 ปี สาเหตุของการสูบบุหรี่เนื่องจากตามเพื่อนหรือเพื่อนชวน ร้อยละ 43.6 รองลงมา อยากทดลองสูบ ร้อยละ 33.5 เพื่อเข้าสังคม ร้อยละ 5.4 นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ คือ ไม่มีอะไรจะทำ ตามอย่างผู้ใหญ่ หรือตึงเครียด วิตกกังวล เพื่อความโก้โก้ ประมาณร้อยละ 17.5 ประเภทบุหรี่ที่สูบ ร้อยละ 44.3 สูบบุหรี่ของผลิตในประเทศ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันพบว่า สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 1-10 มวน ร้อยละ 59.7 รองลงมาสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 11-20 มวน ร้อยละ 36.6

กวีไลทิพย์ ระน้อย (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการงดสูบบุหรี่ ของนักศึกษาชายวิทยาลัยพลศึกษากรุงเทพ ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า อายุของนักศึกษาที่เริ่มสูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะเริ่มสูบ อายุ 15 ปี รองลงมา 16,17,18 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบ ส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่ 6-10 มวน รองมา 11-15 มวน จำนวนที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จะสูบ 4-6 ปี ส่วนสาเหตุของการสูบบุหรี่ เพราะเพื่อนชวน รองลงมามีปัญหาในครอบครัว และ

อยากลอง และเวลาที่ชอบบุหรี่ส่วนมากจะชอบบุหรี่ในงานเลี้ยง สำหรับความพยายามในเลิกสูบบุหรี่พบว่าเคยเลิกสูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่ และเหตุผลที่พยายามเลิกสูบบุหรี่ เพราะบุคคลใกล้ชิดของร้องให้เลิก

ภายหลังการรับโปรแกรมสุขศึกษา นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของอันตรายจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม จำนวนปีที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และการมีเพื่อนสนิทไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ แต่การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่

ภัทรภร กาญจนภาส (2538) ได้ทำการศึกษาโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนวิทยาลัยเทคนิคจังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่าในด้านพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ นักศึกษาส่วนใหญ่สูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 15 ปี รองลงมาเมื่ออายุ 16 ปี เหตุผลที่สูบบุหรี่ครั้งแรก เพราะอยากลองด้วยตนเอง รองลงมาสูบบุหรี่ตามเพื่อน และระยะเวลาในการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 1-2 ปี รองลงมาต่ำกว่า 1 ปี และจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวันส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่ 1-5 มวน รองลงมา 6-10 มวน และนิยมสูบบุหรี่กรองทิพย์เป็นส่วนใหญ่ และช่วงเวลาที่ชอบบุหรี่ส่วนใหญ่จะนิยมสูบบุหรี่หลังอาหาร รองลงมาสังสรรค์กับเพื่อน

ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ความคาดหวังในผลการเลิกสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

สายรุ่ง โพธิ์เชิด (2538) ได้ศึกษาเหตุผลของการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาช่าง ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ วิทยาลัยเทคนิคเพชรบูรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์เจาะลึก และแนวคำถามสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าประวัติการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกกอายุอยู่ระหว่าง 11-15 ปี อายุมากที่สุดที่สูบบุหรี่ คือ 15 ปี และอายุน้อยที่สุดคือ 7 ปี ส่วนเหตุผลของการสูบบุหรี่ ครั้งแรกส่วนใหญ่มีเหตุชักจูงได้แก่ เพื่อนชวนเพื่อให้เพื่อนในกลุ่มยอมรับ รองลงมาเป็นพฤติกรรมเลียนแบบจากบุคคลในครอบครัว คิดปิ่นส่วนช่วงเวลาที่ชอบสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ชอบสูบบุหรี่ขณะอยู่กับเพื่อน รองลงมาได้แก่ช่วงเวลาหลังอาหาร และจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน มีผู้สูบบุหรี่มากที่สุด 1-5 มวนต่อวัน โดยเฉลี่ย 2.6 มวนต่อวัน และเกือบทั้งหมดสูบบุหรี่ที่ผลิตในประเทศคือร้อยละ 93.3 และการเคยงดสูบบุหรี่พบว่าร้อยละ 90

เคยงดสูบบุหรี่ โดยจำนวนครั้งที่เคยงดมากที่สุด 1-3 ครั้ง รองลงมา 4-6 ครั้ง สำหรับเหตุผลที่งดสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ ส่วนใหญ่เพราะจิตใจไม่เข้มแข็งพอ ไม่คิดว่าตัวเองจะเป็นโรคร้ายจากการสูบบุหรี่ รองลงมาคือเพื่อนชวน ส่วนเหตุผลของการงดสูบบุหรี่คือส่วนใหญ่กลัวอันตรายจากบุหรี่ รองลงมากลัวเสพติด ห่วงภาพพจน์ของตนเอง และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

สุภาดา คำสุชาติ และปราโมทย์ วงสวัสดิ์ (2539) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยการประยุกต์แนวความคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับเทคนิคการให้คำปรึกษา ให้นักศึกษาพยาบาลชาย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีรัษฎา จังหวัดนันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า

ภายหลังการจัดโปรแกรม ในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้อันตรายจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ผลดีจากการเลิกสูบบุหรี่ต่อการป้องกันโรค และการรับรู้โดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า นักศึกษาชายในกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาในการสูบบุหรี่อยู่ในช่วง 1-2 ปีมากที่สุด โดยมีระยะเวลาในการสูบบุหรี่เฉลี่ย 2 ปี และมีค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อสัปดาห์อยู่ในช่วง 1-50 บาท มากที่สุด โดยเฉลี่ย 67.5 บาท ส่วนจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันอยู่ในช่วง 1-5 มวน มากที่สุด โดยมีจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันเฉลี่ย 12.7 มวน ด้านบุหรี่ที่สูบประจำพบว่าสูบบุหรี่สายฝนมากที่สุด และพบว่านักศึกษาจะขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาคือขอคำปรึกษาจากเพื่อนนักศึกษา

ในต่างประเทศ

ชอร์ และคณะ (Shor et al., 1981) ได้ทำการสำรวจ “ความเชื่อของนักศึกษาที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่เกี่ยวกับผลกระทบของควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมและเรื่องที่เกี่ยวข้อง (Beliefs of smoking and nonsmoking college students about the effects of environment tobacco smoke and related issues) พบว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แสดงให้เห็นชัดเจนว่ารังเกียจควันบุหรี่ ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ยังแสดงที่ทำเนาเคลือบแคลงอยู่ ทั้งสองกลุ่มมีความเชื่ออย่างแน่นแฟ้นว่าบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพ แต่เชื่อเล็กน้อยในข้อความที่ว่าอันตรายเฉพาะส่วน

ครอนท์ และคณะ (Krohn et al., 1983) ได้ศึกษาถึงทฤษฎีความผูกพันทางสังคมและการสูบบุหรี่ในวันรุ่น (Social bonding theory and adolescent cigarette smoking: A longitudinal analysis) จากการศึกษานักเรียน จำนวน 1,405 คน ที่เรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 พบว่า

ความผูกพันทางสังคม ได้แก่ การมีเพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ เป็นสาเหตุทำให้วัยรุ่นสูบบุหรี่ ส่วนความเชื่อและความรับผิดชอบในการเรียน มีผลทำให้ไม่สูบบุหรี่มากที่สุด อย่างไรก็ตาม ยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

มาร์ตี และคณะ (Marty, et al., 1986) ได้ศึกษารูปแบบการใช้น้ำยาสูบในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (Patterns of smokeless tobacco use in population of high school students) จำนวน 901 คน พบว่านักเรียนชายสูบบุหรี่ประจำร้อยละ 36.7 อิทธิพลของเพื่อนคือเหตุผลที่สำคัญในการตัดสินใจสูบบุหรี่ครั้งแรกและเหตุผลที่นักเรียนสูบบุหรี่ รองลงมาคือ เพื่อการผ่อนคลายร้อยละ 38.4 สนุกสนานร้อยละ 17.1 และชอบรสชาติของบุหรี่ร้อยละ 15.8

แคสโตร และคณะ (Castro, et al. 1987) ได้ทำการวิจัยเพื่อทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับการคาดคะเนการสูบบุหรี่ในวันรุ่น (A multivariate model of the determinants of cigarette smoking among adolescents) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญที่สุดในการสูบบุหรี่ คือกลุ่มเพื่อน (Peer Influence)

ชาร์ลตัน และไวล์ (Charlton and While, 1994) ศึกษาถึงการกำหนดนโยบายของการสูบบุหรี่ และความชุกของการสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 16-19 ปี (Smoking prevalence among 16-19 year-olds related to staff and student smoking policies in sixth form and further education) โดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ สัมภาษณ์ทั้งนักเรียนและผู้บริหารของโรงเรียนทั้งในโรงเรียนและวิทยาลัย ในประเทศอังกฤษ และเวลส์ ในปี 1990 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 37 ของผู้บริหารของโรงเรียน และวิทยาลัย เขียนนโยบายและระเบียบการสูบบุหรี่ไว้ในโรงเรียนและวิทยาลัยของตน ร้อยละ 83 ของผู้บริหารในวิทยาลัย และร้อยละ 14 ของผู้บริหารในโรงเรียนอนุญาตให้นักเรียนที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 83 ของผู้บริหารในวิทยาลัย และร้อยละ 97 ของผู้บริหารในโรงเรียนอนุญาตให้บุคลากรของตนสูบบุหรี่ได้ แต่ต้องไม่สูบต่อหน้านักเรียน นโยบายการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ลดลงของนักเรียน โดยพบว่าเมื่อย้ายบุคลากรที่สูบบุหรี่ออกจากโรงเรียนหรือวิทยาลัย สามารถลดอัตราเสี่ยงของการสูบบุหรี่ของนักเรียนในวิทยาลัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนในโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนที่ได้รับอนุญาตให้สูบบุหรี่ได้ จะสูบบุหรี่วันละประมาณ 17 มวนต่อสัปดาห์ในโรงเรียน และ 28 มวนต่อสัปดาห์เมื่ออยู่นอกโรงเรียน ในขณะที่

นักเรียนที่ไม่ได้รับอนุญาตให้สูบบุหรี่จะสูบบุหรี่วันละประมาณ 7 มวนต่อสัปดาห์ในโรงเรียน และ 18 มวนต่อสัปดาห์เมื่ออยู่นอกโรงเรียน นโยบายการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในวิทยาลัยมีผลทำให้มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำ และมีความเสี่ยงสูง อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาในเรื่องนี้ต่อไป

บอทวิน และคณะ (Botvin et al.1994) ศึกษาถึงสาเหตุของการสูบบุหรี่ในเยาวชนในอเมริกา (Predictors of cigarette smoking among Inner-city minority youth) จากการตรวจสอบตัวทำนายการสูบบุหรี่ของเยาวชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในเมือง (แอฟริกันอเมริกา และลาติน) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการสูบบุหรี่ โดยทำการศึกษาในเด็กนักเรียนที่กำลังเรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 757 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และตั้งสมมุติฐานจากภูมิหลังสิ่งแวดล้อมทางสังคม และลักษณะนิสัยที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า เพื่อน และกลุ่มเพื่อน (Peer) เป็นปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนที่สำคัญที่สุด ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาอื่น ๆ รวมทั้งความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ การรู้จักใช้ทักษะชีวิตในการแก้ปัญหา และการรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสในการสูบบุหรี่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ PRECEDE Framework

ในประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำ PRECEDE Framework มาใช้ในการศึกษาและวินิจฉัยหาปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกาสูบหรี่ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชากรกลุ่มนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏนั้น ยังไม่มีการศึกษาวิจัยไว้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษางานวิจัยที่นำ PRECEDE Framework มาใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่

ดิลกา ไตรไพบูลย์ (2531) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยศึกษาถึงปัจจัยนำปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริมกับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานผลการศึกษาพบว่า

- ปัจจัยนำ คือการรับรู้ในเรื่องกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ส่วนทัศนคติต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน

- ปัจจัยเชื้อ พบว่า ระบบสนับสนุนขององค์กรในการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรม ส่วนบรรยากาศขององค์กรไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล
- ปัจจัยเสริม พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม กลุ่มพัฒนาคุณภาพงานมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล
- ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร พบว่ารายได้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ส่วนสถานภาพสมรสของพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน
- ปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริม มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานของพยาบาล และเมื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของแต่ละปัจจัยพบว่าปัจจัยเชื้อ มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงานมากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยนำ และปัจจัยเสริม

ฉันทนา ลิ้มนิรันดรกุล (2532) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริมที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสามต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลองและภายหลังการทดลองพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2532) ได้ทำการศึกษา ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาล สาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าหลังการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขตามปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริมแล้ว ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น

สุวรรณา จัดเจน (2533) ได้ทำการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์และปรับปรุงพฤติกรรมทางด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหารในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา โดยใช้ PRECEDE Framework โดยมุ่งศึกษาถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยนำปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริมวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทาง

ด้านสุขภาพโภชนาการเพื่อวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ประกอบการค้าอาหารมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพโภชนาการถูกต้องและดีขึ้น

กัญจนา ศรีนวล (2536) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในจังหวัดราชบุรี โดยนำกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (PRECEDE Framework) มาเป็นแนวคิดหลักจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ระยะเวลาในการบวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ และค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และปัจจัยเสริม คือการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และการยอมรับหรือต่อต้านการสูบบุหรี่จากเจ้าอาวาสและพระภิกษุในวัดเดียวกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่แต่ปัจจัยเชื้อ ได้แก่การใช้เวลาว่างของพระภิกษุ และการถวายบุหรี่แด่พระภิกษุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

กอบกัญจน์ มหัทธโน (2539) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาอาชีวศึกษาชายในกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยนำได้แก่ ทักษะคิดต่อการใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการไม่ใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการไม่ใช้ถุงยางอนามัย มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย ส่วนรายได้ และความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรคเอดส์ และถุงยางอนามัย การรับรู้ผลดีของการใช้ถุงยางอนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย

ปัจจัยเชื้อ ได้แก่ ความสะดวกในการใช้ถุงยางอนามัย ราคาถุงยางอนามัย อาชีพคู่เพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย ส่วนความอิสระในการดำรงชีวิต จำนวนคู่เพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนของคู่เพศสัมพันธ์ การได้รับคำแนะนำจากบิดามารดา หรือครู มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยของเพื่อนสนิทไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย

จุฬารัตน์ หัวหาญ (2539) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นชายในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสุรินทร์ โดยศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศ และคุณลักษณะทั่วไป ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ ปัจจัยเสริม ตลอดจนศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษารายได้ที่ได้รับ ทักษะ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ที่พบในปัจจุบัน การไปเที่ยวคลับบาร์ หรือสถานเริงรมย์อื่น การไปเที่ยวสถานอาบ อบ นวด การมีเพื่อนสนิทที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก และหรือกับหญิงบริการทางเพศ

ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การไปเที่ยวคลับ บาร์ หรือสถานเริงรมย์อื่น ๆ รายวิชาที่กำลังศึกษา การดื่มสุรา อาชีพของบิดา และการมีเพื่อนสนิทที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ โดยสามารถทำนายได้ ร้อยละ 78.3

ในต่างประเทศ

Amos Oliadipo Aduroja (1984) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางด้านโภชนาการ และการดูแลสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมปลาย ในประเทศไนจีเรีย (The influence of predisposing, enabling and reinforcing factor on certain health behaviors) ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่อง โภชนาการและการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
2. เมื่อรวมตัวแปรของพฤติกรรมทางด้านโภชนาการ และสุขภาพเข้าด้วยกัน ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ไม่สามารถอธิบายตัวแปรดังกล่าวได้
3. เมื่อพิจารณาระดับของความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางด้านโภชนาการมากที่สุด รองลงมาเป็นปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพพบว่า ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาเป็นปัจจัยเอื้อ และปัจจัยนำ ตามลำดับ

สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากรายงานการวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 16 ปี สาเหตุที่สูบบุหรี่ครั้งแรกเพราะอยากลอง เพื่อนชวน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ทุกวัน และสูบประมาณ 1-10 บาทต่อวัน ชอบสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหาร และเมื่อเครียดผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะสูบบุหรี่ชนิดมีก้นกรอง ยี่ห้อกรองทิพย์ และสายฝน อัดควันเข้าปอดทุกครั้ง การสูบบุหรี่ของบิดา-มารดา พี่ชาย ครู/อาจารย์ เพื่อนสนิท มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่

ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะเคยเลิกสูบบุหรี่ แต่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ส่วนใหญ่ เพราะติดจนเป็นนิสัย ผู้ใกล้ชิดยังสู่มอยู่ และจิตใจไม่เข้มแข็งพอ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ อายุ รายรับต่อเดือน การพักอาศัย การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว อาจสรุปได้ว่าการศึกษปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ตามกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ซึ่งผู้วิจัยยึดเป็นแนวทางในการศึกษาองค์ประกอบของปัจจัยที่ควรนำมาศึกษาถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏ คือ

- องค์ประกอบการปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ และลักษณะด้านประชากร

- องค์ประกอบของปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยให้นักศึกษามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือไม่ ได้แก่ ราคาของบุหรี่ รายได้ของนักศึกษา แหล่งที่ซื้อบุหรี่ การได้มาของบุหรี่ และสถานที่ที่สูบบุหรี่

- องค์ประกอบของปัจจัยเสริม ซึ่งจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ การมีเพื่อนสูบบุหรี่ การมีครูสูบบุหรี่ การต่อต้านการสูบบุหรี่ จากครู และครอบครัว กฎระเบียบข้อบังคับของสถานศึกษา กฎหมาย

ซึ่งผู้วิจัยได้นำปัจจัยทั้งสามองค์ประกอบดังกล่าวมาเป็นกรอบในการศึกษา ดังแผน

ภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

