

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ รวมถึงศึกษาอำนาจในการทำนายของเจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. บุหรี่และการสูบบุหรี่
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของบุคคล
 - 1.2 สาเหตุที่ทำให้คนติดบุหรี่
 - 1.3 การติดบุหรี่ทางด้านร่างกาย
 - 1.4 ผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ
2. การเลิกสูบบุหรี่
 - 2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่
 - 2.2 เส้นทางการเลิกสูบบุหรี่
3. ผู้หญิงอาชีพบริการกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1 ผู้หญิงอาชีพบริการกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.2 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ
4. บทบาทของพยาบาลกับการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่
5. ทฤษฎีการกระทำตามแผน (Theory of Planned Behavior)
 - 5.1 ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
 - 5.2 เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่
 - 5.3 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลิกสูบบุหรี่
 - 5.4 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. บุหรี่และการสูบบุหรี่

บุหรี่มีสารประกอบต่างๆ อยู่ประมาณ 4,000 ชนิด มีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด โดยสารอันตรายที่เป็นส่วนประกอบสำคัญ ได้แก่ นิโคติน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมองทั้งเป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง (Nisell, Nomikos and Svensson, 1995) ถ้าได้รับนิโคตินขนาดน้อยๆ เพียง 1 - 2 มวน อาจกระตุ้นทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบุหรี่หลายๆ มวน จะออกฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่างๆ ช้าลง ส่วนใหญ่นิโคตินประมาณร้อยละ 95 จะจับอยู่ในปอด บางส่วนตกค้างอยู่ที่เยื่อของปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแขนขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด แม้การสูบบุหรี่ที่มีก้นกรองก็ไม่ได้ช่วยทำให้ปริมาณนิโคตินลดลงด้วย (สถาบันการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546) ทาร์ หรือ ดินน้ำมัน เป็นสารประกอบเกาะกันเป็นสีน้ำตาลและก่อให้เกิดมะเร็งได้ ส่วนใหญ่นิโคตินจะจับตัวอยู่ที่หลอดลมและปอดถึงร้อยละ 50 ทำให้เกิดอาการระคายเคืองจนไอเรื้อรัง มีเสมหะ *คาร์บอนมอนอกไซด์* เป็นก๊าซที่ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับกับออกซิเจนได้ ร่างกายจึงเกิดภาวะขาดออกซิเจน ทำให้รู้สึกมีง่วง ตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย นอกจากนี้ในบุหรี่ยังมีก๊าซพิษอื่นๆ อีก เช่น *ไฮโดรเจนไซยาไนด์* *ไนโตรเจนไดออกไซด์* เป็นต้น ซึ่งก๊าซพิษเหล่านี้จะทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น ส่วนปลายและถุงลม ทำให้ไอเรื้อรัง มีเสมหะเป็นประจำ และมีฤทธิ์ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลม ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ถุงลมเล็กๆ หลายอันแตกรวมกันเป็นถุงใหญ่ ทำให้พื้นที่ผิวที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการฟอกเลือดลดลง การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ในที่สุดเกิดโรคถุงลมโป่งพองโดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีอาการมากขึ้น

การรักษาและการให้คำแนะนำแก่ผู้ติดบุหรี่ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จนั้น สิ่งหนึ่งที่ผู้ให้การบำบัดผู้สูบบุหรี่ควรทราบคือ ความเข้าใจในเรื่องสาเหตุที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ติดบุหรี่ เพื่อให้คำปรึกษาและหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดบุหรี่แต่ละคน

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล

Tomkins (1980, อ้างถึงใน บุศยา ณ ป้อมเพชร์, 2539) กล่าวถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลไว้ 4 ประการ ดังนี้

1.1.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะมีบุหรี่ยึดอยู่กับปากตลอดเวลา ถึงแม้ไม่ได้จุดบุหรี่ก็ตาม จะมีบุหรี่ยูติติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลา การสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุข บางคนอาจมีความรู้สึกที่ว่า

การสูบบุหรี่ช่วยทำให้เกิดความภูมิใจพื้นฐาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกลุ่มนี้จะเป็นไปแบบอัตโนมัติเป็นกิจวัตรประจำวัน

1.1.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองโลกในแง่ดี (Positive affect smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้ ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยทำให้เกิดความพอใจ เกิดความสุขความตื่นเต้น ผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ เด็กวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ เพื่อแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่ หรือสูบเพราะทำตามพ่อแม่ ทำตามบุคคลที่ตัวเองชอบ บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ ได้สัมผัสกับควันบุหรี่ที่พุ่งออกมาจากปากและจมูก

1.1.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ (Negative affect smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้ จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้ง ไม่ต่อเนื่อง เช่น เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ได้รับความกดดัน มีปัญหา เพื่อระงับอารมณ์ เมื่อมีเหตุการณ์หรืออยู่ในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งก็จะสูบบุหรี่ เช่น เมื่อตื่นเต้น เหนื่อยง่าย เข้าสังคม อยู่คนเดียว เป็นต้น

1.1.4 พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive smoking) บุคคลกลุ่มนี้เป็นพวกติดบุหรี่ ถือว่าบุหรี่คือสิ่งจำเป็นที่ขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่ จะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติของร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจดีขึ้น ช่วยให้บรรยากาศดีและคิดอะไรออก

1.2 สาเหตุที่ทำให้คนติดบุหรี่ (ทางจิตวิทยา) มี 3 สาเหตุ ได้แก่

1.2.1 เหตุกระตุ้น เป็นความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยเฉพาะวัยรุ่น เช่น ความประหม่า เหน็ด กระสับกระส่าย อึดอัด กลุ้มใจ ฯลฯ จึงใช้บุหรี่เป็นที่พึ่ง เพราะจะช่วยให้มีอะไรทำ หายเอน ประหม่า แซ่มชื่น สมองทำงานคล่อง ทำให้ใจเย็นขึ้น หายหงุดหงิด

1.2.2 เหตุสนับสนุน ได้แก่ การได้มาหรือการซื้อหาบุหรี่ได้โดยง่าย เช่น อยู่ในร้านขายบุหรี่ พ่อ แม่ เพื่อนทั้งกลุ่มสูบกันเป็นส่วนมาก ได้รับการเชิญชวนการโฆษณาทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยนักขาย ผู้ที่เด่นในสังคม เช่น ดารา ศิลปินชื่อดังที่ปรากฏในภาพยนตร์ ทีวี ในป้ายโฆษณา เหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อวัยรุ่น

1.2.3 เหตุโน้มเอียงทางบุคลิกภาพ ได้แก่ องค์ประกอบในบุคลิกภาพทางด้านพันธุกรรม มีนักจิตวิทยาหลายท่าน (Thomas and Cohen, 1960; Berkson, 1963; Fisher, 1959; Seltzer, 1963 – 1967 อ้างถึงใน วรณิกา วงศ์ไกรศรีทอง, 2528) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างนิสัยในการสูบบุหรี่กับลักษณะอื่นที่ได้มาจากพันธุกรรมพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อกัน ทำนองเดียวกับคนที่ติดเหล้ามักมีประวัติการใช้เหล้าสูงในพ่อแม่ของเขา ทางด้านองค์ประกอบในบุคลิกภาพ มีการศึกษาวิจัยพบว่า คนที่สูบบุหรี่และคนที่ไม่สูบบุหรี่มีบุคลิกภาพ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ พบว่า คนที่สูบบุหรี่มักเป็นคนหุ่นหน้ำ เป็ดเผย กระตือรือร้น ต้องการต่อต้านอำนาจบังคับบัญชา ผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งมีลักษณะอารมณ์ตึงเครียดวิตกกังวล เจ้าอารมณ์

1.3 การติดยาหรือทางด้านการร่างกาย

การติดยาหรือ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวจนติดมากขึ้นจนขาดไม่ได้ การสูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับสมอง 2 ส่วน คือ สมองส่วนคิด (cerebral cortex) ทำหน้าที่คิดและตัดสินใจด้วยสติปัญญาแบบมีเหตุผล สมองส่วนอยาก (limbic system) เป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นปลายประสาทในสมองให้หลั่งสารเคมีสมองออกมาจำนวนมาก สารเคมีนี้ไปกระตุ้นศูนย์ความสุขทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขมากขึ้น เมื่อสูบบุหรี่บ่อยๆจนติด การทำงานของสมองจะเปลี่ยนแปลงไป การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลจะเสียไป และถูกควบคุมด้วยสมองส่วนอยากแทน ผู้ที่ติดยาหรือจึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมไม่สามารถควบคุมตนเองได้ การเลิกสูบบุหรี่เป็นวิธีที่จะช่วยให้สมองมีโอกาสฟื้นตัวได้ หากสมองยังไม่ถูกทำลายอย่างถาวร (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2546)

1.4 ผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ

บุหรี่มีส่วนประกอบของสารพิษและก๊าซพิษมากมาย จึงส่งผลกระทบต่อร่างกายดังนี้
 มะเร็ง ที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งปอด จากสถิติพบว่า มะเร็งปอดจากการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้หญิง (Gantt, 2001) โดยผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 10 เท่า โดยอัตราการเป็นมะเร็งปอดในผู้หญิงได้ขึ้นมาเป็นอันดับ 1 ขณะที่มะเร็งเต้านมอยู่ในอันดับ 2 (WHO, 2000; ผู้หญิง: เขี่ยรอยต่อไปของบุหรี่, 2544) ผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะเป็นมะเร็งเต้านมสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 30 (พนิตย์ จิระนนทประวัตติ, 2547) ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 4 เท่า เพราะสารนิโคตินทำให้ความต้านทานของร่างกายลดลง เกิดการติดเชื้อไวรัส papilloma บริเวณปากมดลูกเพิ่มขึ้น (พันธุศักดิ์ ศุภระฤกษ์, 2543) และยังพบว่า การสูบบุหรี่ของผู้หญิงมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งช่องปากและคอ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งตับอ่อน มะเร็งไต มะเร็งช่องคลอด และที่ตำแหน่งอื่นๆอีกด้วย (Ernster et al, 2000; WHO, 2000)

ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นไปอย่างมาก โดยพบว่า ผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะเกิดอาการหัวใจล้มเหลวมากกว่าผู้หญิงที่สูบบุหรี่ 1 - 6 เท่า และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจวายกะทันหันเพิ่มขึ้น 20 เท่า และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน นอกจากนี้ผู้หญิงที่สูบบุหรี่และรับประทานยาคุมกำเนิดเป็น

ประจำ มีโอกาสเกิดอาการเส้นเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันหรือหัวใจวายสูงขึ้น 39 เท่า และมีอัตราการตายมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ที่กินยาคุมกำเนิดถึง 3 เท่า เพราะการสูบบุหรี่จะทำให้ร่างกายได้รับสารพิษที่ทำปฏิกิริยากับยาคุมกำเนิด มีผลให้เลือดแข็งตัวง่ายขึ้น และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจและสมอง โดยเฉลี่ยแล้วผู้ติดบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเสื่อม และตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 - 15 ปี นิโคตินในบุหรี่ทำให้เกิดการทำลายของเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง ทำให้ไขมันในเลือดไปเกาะตามผนังหลอดเลือดได้ง่าย และสารพิษเหล่านี้ยังทำให้เกร็ดเลือดอายุสั้นลง เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น ทำให้เส้นเลือดแดงที่มีไขมันเกาะอยู่หรือหลอดเลือดที่ตีบอยู่แล้วเกิดการอุดตันได้ในทันทีทันใด จนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา ซึ่งอาจเสียชีวิตทันทีในกรณีที่เกิดโรคหัวใจขาดเลือดแล้วและยังไม่งดสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือปลายเท้าอักเสบและอุดตัน เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงที่อวัยวะนั้นๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด แขน ขาเน่าจนต้องตัดทิ้งได้ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546)

ผลต่อระบบทางเดินหายใจ ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพองถึงร้อยละ 70 โรคหลอดลมอักเสบจะทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะมากตอนเช้า ทำลายบุคลิกภาพและสุขภาพ ยิ่งสูบนานเท่าใดก็จะยิ่งทำให้อาการของโรคมากขึ้นและไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาด ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 30 เท่า ซึ่งโรคนี้เกิดจากสารพิษในควันบุหรี่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและแตก ถุงลมเล็กๆ หลายๆ อันแตกรวมกัน กลายเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้มีจำนวนน้อยลง การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลงทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง ร่างกายจึงได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดอาการอึดอัด แน่นหน้าอก ไอหอบเหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการและชะลอให้ตายช้าลง ซึ่งจะทรมานไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมโป่งพองนั้นฉีกขาดทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด จะเกิดปอดแฟบและทำให้เจ็บแน่นหน้าอกมากขึ้น (การสูบบุหรี่กับสุขภาพ, 2548)

ผลต่อระบบสืบพันธุ์ ผู้หญิงที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีรอบเดือนไม่ปกติมากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ และหมดรอบเดือนเร็วกว่าปกติประมาณ 1 - 2 ปี (Hornsby et al., 1998; McKinlay et al., 1985 cited in Perkins, 2001; ผู้หญิงกับบุหรี่: โรคและภาพพจน์ทางลบ, 2544) ทำให้มีโอกาสมีบุตรได้ยาก และยังมีผลโดยตรงต่อภาวะกระดูกพรุนหรือเปราะมากขึ้น ทำให้กระดูกเชิงกรานหักได้ง่ายเมื่อหกล้ม (Ernster et al., 2000) ผู้หญิงที่สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น แท้งบุตร (พันธุ์ศักดิ์ ศุภระฤกษ์, 2543; การสูบบุหรี่กับสุขภาพ, 2548) นอกจากนี้ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีอัตราการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสัดส่วน

ประมาณ 2:1 ซึ่งเท่ากับว่าประมาณครึ่งหนึ่งของโรคเบาหวานแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้ เพราะการสูบบุหรี่ (พนิตย จิระนนทประวัตติ, 2548)

ผลต่อผิวหนัง สำหรับผู้หญิงการสูบบุหรี่จะมีผลอย่างมากในการทำลายความสดชื่นและความแจ่มใสในวัยสาว เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ผู้หญิงหน้าแก่เร็วกว่าปกติ จากการวิจัยของมหาวิทยาลัยยูทาห์ สหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูบบุหรี่จะเกิดรอยย่นบนใบหน้ามากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า และหากเป็นคนสูบบุหรี่จัด โอกาสที่ใบหน้าจะเหี่ยวก่อนวัยจะเพิ่มขึ้นเป็น 4.70 เท่า และใบหน้าของผู้สูบบุหรี่มานานชั่วระยะเวลาหนึ่งจะมีริ้วรอยลึกที่สังเกตเห็นได้ง่าย และมักจะมีผิวสีหมองคล้ำมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ริ้วรอยที่เหี่ยวยุบนั้นมักจะปรากฏเป็นรอยตีนกาที่หางตา และเป็นร่องรอยเหี่ยวยุบที่มุมปาก รวมถึงอาจมีเส้นลึกที่โหนกแก้มอีกด้วย ทั้งนี้เพราะผู้ที่สูบบุหรี่มักจะต้องหรี่ตาเวลาพ้นคว้นออกมา เพื่อกันไม่ให้คว้นบุหรี่เข้าตา เมื่อทำเช่นนั้นนานๆเข้าจึงทำให้เกิดตีนกาโดยเฉลี่ยแล้วผู้ที่สูบบุหรี่จนติด อวัยวะทุกระบบจะเสื่อมหรือแก่เร็วขึ้นประมาณ 10 ปี ผู้ติดบุหรี่จึงมีใบหน้าที่แก่กว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

สำหรับริมฝีปากของผู้สูบบุหรี่ โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่จัด จะมีสีคล้ำกว่าปกติ จนถึงสีเขียวคล้ำ ทั้งนี้เพราะนิโคตินในบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดฝอยทั่วร่างกายหดตัวตลอดเวลา ทำให้เกิดรอยเหี่ยวยุบตามผิวหนังเร็วขึ้น และมีผลให้เลือดไปเลี้ยงผิวหนังรวมทั้งริมฝีปากน้อยลง ขณะเดียวกันเลือดของผู้ที่สูบบุหรี่ก็นำออกซิเจนได้น้อยกว่า ทำให้เลือดมีสีคล้ำกว่าเลือดของคนที่ไม่สูบบุหรี่ ผลก็คือริมฝีปากของคนสูบบุหรี่จะคล้ำกว่าและผิวหนังกร้านกว่าคนทั่วไป (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2546)

ผลต่อเหงือกและฟัน สุขภาพในช่องปากของผู้สูบบุหรี่จะไม่สะอาด มีการสะสมหินปูน ผู้ที่สูบบุหรี่เกิดโรคของเหงือกและฟันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ทำให้ฟันมีสีเหลือง และผู้ที่สูบนานๆฟันจะมีสีดำ ทำให้เกิดกลิ่นปากและฟันผุร่อน ผู้สูบบุหรี่สูญเสียฟันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าวันละ 1 ของครึ่ง มีความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 6 เท่า ส่วนผู้ที่สูบน้อยกว่าครึ่งของต่อวันมีความเสี่ยงต่อโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 3 เท่า

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ผู้สูบบุหรี่จะตายด้วยโรคแผลในกระเพาะอาหารถึง 2.90 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ มีอันตรายเกิดเลือดออกในกระเพาะอาหารมากกว่า รวมทั้งยังทำให้แผลหายช้ากว่าปกติและทำให้แผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้นมีโอกาสเป็นซ้ำได้อีก การสูบบุหรี่ทำให้การใช้ยาเพื่อยับยั้งการหลั่งกรดของกระเพาะอาหารในตอนกลางคืนได้ผลไม่ดี ขณะที่ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดเพิ่มขึ้นแต่การหลั่งของน้ำย่อยจากลำไส้เล็กและตับอ่อนกลับลดลง ผลคือผู้สูบบุหรี่มีอาการอาหารไม่ย่อย เบื่ออาหารมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร (stomach ulcers) (ประสิทธิ์ กิสุขพันธ์, 2543)

ผลต่อระบบสายตา การสูบบุหรี่สามารถทำให้ตาบอด อากาตาบอดที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ เช่นเดียวกับลักษณะของโรคจอประสาทตาเสื่อม (Age-related macular degeneration) มีงานวิจัยหลายชิ้นเกี่ยวกับเรื่องนี้ยืนยันว่า คนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคนี้สูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ในเมืองไทยคนที่จอประสาทตาเสื่อมจะมีอายุประมาณ 70 - 80 ปีขึ้นไป แต่มีบางรายที่มีอาการนี้เมื่ออายุประมาณ 50 - 60 ปี ส่วนใหญ่จะมีประวัติเป็นคนที่สูบบุหรี่จัด นอกจากนี้ยังพบว่าบุหรี่มีผลต่อการเกิดต้อกระจกและมีส่วนทำให้อาการต้อหินแย่งแสงอีกด้วย

2. การเลิกสูบบุหรี่

การเลิกสูบบุหรี่เป็นผลดีต่อสุขภาพอย่างมากและเป็นผลดีที่เกิดขึ้นได้ทันทีที่เลิกสูบทั้งในเพศหญิงและชาย ในทุกกลุ่มอายุ ไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่แล้วหรือไม่ก็ตาม ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ต่อไป โดยผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนอายุ 50 ปีจะมีโอกาสเสียชีวิตเพียงครึ่งหนึ่งของผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไปเมื่อทั้งสองกลุ่มมีอายุ 65 ปี การเลิกสูบบุหรี่ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปอด มะเร็งในระบบอื่นๆ หัวใจวายกะทันหัน เส้นเลือดในสมองตีบตัน กะทันหัน โรคถุงลมโป่งพอง และโรคปอดเรื้อรังอื่นๆ ผู้หญิงที่หยุดสูบบุหรี่ก่อนการตั้งครรภ์หรือระหว่าง 3 - 4 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ จะลดความเสี่ยงที่ลูกจะมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ น้ำหนักเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณ 2.3 กิโลกรัมในการหยุดสูบบุหรี่ เมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ความเสี่ยงของการที่จะเสียชีวิตจะลดลงอย่างรวดเร็ว

2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่

การช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย การศึกษาของ คินนิย์ สังขศรีศมี (2542) ได้ศึกษาอิทธิพลของสาเหตุส่วนบุคคลและสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้และเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ มีดังต่อไปนี้

1) อิทธิพลของสาเหตุส่วนบุคคลและสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ดังนี้

ก. สาเหตุส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลเสียต่อสุขภาพ การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และต้องการเป็นตัวอย่างของบุคคลอื่น

ข. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่มีส่วนช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ อิทธิพลของการรณรงค์ในการสูบบุหรี่ และบุคคลอื่นแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่

2) อิทธิพลของสาเหตุส่วนบุคคลและสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ดังนี้

ก. สาเหตุส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ได้แก่ ตัดใจรสชาติของบุหรี่ จิตใจไม่เข้มแข็ง ความเคยชิน ไม่ตั้งใจจริง ความโก้ และอื่นๆ

ข. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อปัจจัยที่ทำให้เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ได้แก่ ไม่ทราบประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ เห็นคนรอบข้างสูบบุหรี่ เข้าสังคม ไม่มีอาการผิดปกติที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หาซื้อบุหรี่ได้ง่าย

ซึ่งผู้เลิกสูบบุหรี่ให้ความคิดเห็นว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ ความตั้งใจจริง ครอบครัวและคนใกล้ชิด ความเกรงใจเพื่อนร่วมงาน สังคมต่อต้าน สภาพแวดล้อมไม่มีผู้สูบบุหรี่ ขึ้นราคาบุหรี่ การรณรงค์ห้ามสูบบุหรี่ให้มากขึ้น ออกกฎหมายให้บุหรี่เป็นสิ่งผิดกฎหมาย จิตใจที่เข้มแข็ง การคำนึงถึงโทษของบุหรี่ การได้รับกำลังใจจากครอบครัวและคนรอบข้าง ความอดทน ลดการผลิตบุหรี่ หากิจกรรมอื่นแทนการสูบบุหรี่

นอกจากนี้ Jetiyanuwatr (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่

1) ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยสำคัญในการเลิกสูบบุหรี่ แม้ว่าจะมีวิธีการเลิกสูบบุหรี่มากมายหลายวิธี แต่ความตั้งใจของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่

2) จำนวนครั้งในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ ประสบการณ์ในการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และสามารถหาทางแก้ไขปัญหาได้ในการเลิกสูบบุหรี่ครั้งต่อไป

3) วิธีเลิกสูบบุหรี่โดยหยุดสูบทันที ซึ่งแสดงถึงความตั้งใจอันแน่วแน่ในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งวิธีการนี้ทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ไม่ต้องกังวลและคิดถึงการสูบบุหรี่ ทำให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

4) ความเครียด เป็นปัจจัยสำคัญในการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากบุคคลที่มีความเครียดสูงจะมีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้จิตใจเป็นสุขและช่วยระบายความเครียดได้ ในความเป็นจริงแล้ว นิโคตินในบุหรี่จะสร้างสารสื่อประสาทที่ช่วยทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกมีความสุขในช่วงระยะเวลาสั้นๆเท่านั้น แต่ความเครียดที่เกิดขึ้นของผู้สูบกี่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้สูบบุหรี่จึงมีความต้องการสูบบุหรี่ต่อไป ดังนั้นการหากิจกรรมคลายเครียดอื่นที่ดีกว่าการสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

5) อายุ จากการศึกษพบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นความตระหนักในการรับผิดชอบต่อครอบครัวจะสูงขึ้น และเมื่ออายุ

มากขึ้นการตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัวจะสูงขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความต้องการเลิกสูบบุหรี่

2.2 เส้นทางสู่การเลิกสูบบุหรี่แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (วารภรณ์ ภูมิสวัสดิ์และคณะ, 2546)

ระยะแรก (ระยะขาดสารนิโคติน: เดือนแรก) อาการขาดนิโคตินจะมีอาการมากที่สุด ในสัปดาห์แรกมีลักษณะดังนี้ การถอนพิษบุหรี่ การอยากบุหรี่ ชีมเศร้า หดแรงแห็น้อยล้า หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ ความทุกข์จากการขาดสารนิโคตินในบุหรี่ที่รุนแรงเป็นปัญหาทางจิตเวช มองมองไม่สามารถทำงานได้ มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ เนื่องจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ มีความอยากสูบบุหรี่อย่างรุนแรง นอนไม่หลับและอ่อนเพลีย การหยุดสูบบุหรี่ในระยะแรกผู้สูบบุหรี่มักจะมีเชื่อมั่นในตนเองสูงจนชะล่าใจว่าเลิกสูบบุหรี่ได้

ระยะกลาง (ระยะยึดเยื่อ: เดือนที่ 2 - 4) เป็นช่วงสำคัญของกระบวนการ สิ่งที่เกิดขึ้นคือ

ก. ช่วงระหว่างระยะยึดเยื่อ จะมีการหวนคืนกลับไปมีอาการเหมือน 2 - 4 สัปดาห์แรกของการเลิกสูบบุหรี่แม้ไม่มีอาการขาดสารนิโคตินเหมือนในสัปดาห์แรก แต่ก็ยังไม่อยู่ในภาวะปกติ

ข. หลังการหยุดสูบบุหรี่อาจยังเห็นไม่ชัดว่า มีอารมณ์ที่เป็นผลจากการสูบบุหรี่เหลืออยู่ ผู้เลิกบุหรี่ควรจำไว้ว่าระยะยึดเยื่อเกิดเพียงชั่วคราว และเป็นสิ่งที่แสดงว่าสมองกำลังฟื้นตัวดีขึ้น

ค. ในระยะนี้จะขาดพลังอารมณ์ มักจะเฉยๆ ถึงซึมเศร้า เหงา เบื่อ ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจเกิดความเบื่อหน่ายแล้วกลับไปสูบบุหรี่ หาเหตุผลในการที่จะสูบบุหรี่ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้ แต่สิ่งเหล่านี้สามารถป้องกันได้

ข. สมองส่วนที่ติดยาโคตินมีผลต่อพฤติกรรมและทำให้กลับไปสูบบุหรี่ได้

ระยะปรับตัว (ระยะคลี่คลาย: เดือนที่ 5 - 12) การเลิกสูบบุหรี่เมื่อผ่านระยะยึดเยื่อมาได้ทำให้เกิดความรู้สึกดีใจแต่ยังไม่แน่นอน ผู้เลิกบุหรี่ที่ผ่านระยะนี้ได้จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงแต่เรียนรู้วิถีชีวิตใหม่เท่านั้น แต่ต้องคอยตรวจสอบสัญญาณเตือนภัยต่างๆ ที่จะนำไปสู่การกลับไปสูบบุหรี่อีก การดำเนินชีวิตที่สมดุล

การสนใจสิ่งใหม่ๆ จะทำให้เห็นว่า กระบวนการเลิกสูบบุหรี่เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินไปตลอดชีวิต

- ก. เนื่องจากมีอาการที่มั่นคงมากขึ้นหลังผ่านระยะยึดเยื้อ จึงควรเน้นความสำคัญของสิ่งที่ถูกหลีกเลี่ยงก่อนระยะนี้
- ข. ระหว่างระยะปรับตัว (ระยะคลี่คลาย) ผู้เลิกบุหรี่เริ่มจะทราบชัดว่า การเลิกสูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับหลายสิ่งไม่ใช่เฉพาะการไม่สูบบุหรี่เท่านั้น
- ค. การรับรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่อาจทำให้ผู้สูบชะล่าใจ และเป็นต้นเหตุให้กลับไปสูบบุหรี่ได้

การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ความรู้สึกด้านการรับรสและกลิ่นดีขึ้น สุขภาพแข็งแรง ลมหายใจสะอาด สุขภาพของเด็กแข็งแรงสมบูรณ์ ช่วยประหยัดเงินและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ มะเร็งทุกชนิดที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากโรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะมีอายุที่ยืนยาวกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ พ่อแม่ที่เลิกสูบบุหรี่จะลดโอกาสที่ทารกและเด็กจะสัมผัสกับควันบุหรี่ มีผลทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Wongwiwatthananut et al., 1998) ทางเลือกในการอดบุหรี่สำหรับผู้ติดบุหรี่และมีความต้องการเลิกสูบบุหรี่นั้น ปัจจุบันมีวิธีการรักษาอยู่ 2 แนวทาง คือ โดยการไม่ใช้ยา (Nonpharmacological treatment) สามารถทำได้ทั้งแบบหักดิบ (cold turkey) หรือใช้พฤติกรรมบำบัด และการรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological treatment) โดยการให้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy) ในผู้สูบบุหรี่บางรายที่มีการติดทางร่างกายมากๆ อาการขาดนิโคตินรุนแรง จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกล้มความตั้งใจที่จะเลิกสูบได้ การให้นิโคตินทดแทนมีในรูปแบบต่างๆกัน ซึ่งในประเทศไทยมีใช้กันอยู่ 2 แบบ คือ หมากฝรั่งอดบุหรี่ (Nicotine polacrilex gum) และแผ่นแปะนิโคติน (Transdermal nicotine patch) (ประสิทธิ์ กี่สุขพันธ์, 2543)

3. ผู้หญิงอาชีพบริการกับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัญหาสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์และความเจริญด้านการคมนาคมด้านข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนสภาพสังคมเมือง โดยเฉพาะเมืองที่มีวิวัฒนาการทันสมัย มีทะเลดึงดูดนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ทำให้มีความเจริญหลังไหลเข้ามาสู่เมืองเหล่านี้ไม่ว่าจะเป็นการลงทุนทางด้านเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว ระบบบริการสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ประชาชนในเมืองมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีการศึกษา

สูงขึ้น และทำให้ประชาชนมีความสนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการดำรงชีพเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ยังมีกลุ่มด้อยโอกาสซึ่งไม่สามารถเข้าถึงการส่งเสริมหรือบริการสุขภาพดังกล่าว เช่น ชุมชนแออัด เด็กจรจัด ผู้มีรายได้น้อย และผู้หญิงอาชีพบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษากลุ่มผู้หญิงอาชีพบริการ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพไม่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการติดโรคและแพร่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้โดยง่าย

3.1 ผู้หญิงอาชีพบริการกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้หญิงอาชีพบริการ หมายถึง ผู้ประกอบอาชีพให้บริการเพศหญิง เช่น พนักงานต้อนรับ พนักงานเสิร์ฟ พนักงานผสมเบียร์เหล้า พนักงานอาบอบนวด เป็นต้น ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ ได้แก่ โรงแรม บาร์เบียร์ บาร์อะโกโก้ ดิสโก้เธค ผับ คาราโอเกะ อาบอบนวด นวดแผนโบราณ ร้านอาหาร เป็นต้น ซึ่งจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ทำให้ผู้หญิงอาชีพบริการต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพไม่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการติดและแพร่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้โดยง่าย แม้กระนั้นผู้หญิงอาชีพบริการก็คิดว่าตนมีสุขภาพดีไม่แตกต่างจากคนที่ประกอบอาชีพอื่น และคิดว่าการประกอบอาชีพนี้ไม่ได้ทำให้ตนมีสุขภาพแตกต่างจากผู้อื่นแต่อย่างใด เพราะทุกคนมีโอกาสเจ็บป่วยได้เหมือนกันหากไม่ได้ดูแลตนเองให้ดี และคิดว่าการมีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของร่างกายของแต่ละคนมากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับอาชีพที่ทำ มีเพียงส่วนน้อยที่คิดว่าการทำงานเช่นนี้ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมากกว่าคนอื่นๆ (อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม และสุภาณี เวชพงศา, 2542)

จากการศึกษาของ นิตยา ระวังพาล และเสาวภา พรศิริพงษ์ (2539) พบว่า วิถีชีวิตของผู้หญิงอาชีพบริการในสถานบริการอาบอบนวด หรือนวดแผนโบราณมีความซ้ำซากจำเจ โดยตื่นนอนเวลาประมาณ 11.00 น. ทำธุระส่วนตัวและรับประทานอาหารเช้าเสร็จก็จะนั่งรอแขกอยู่ในตู้กระจกหรือในห้องรับแขก หากเป็นวันหยุดของผู้หญิงอาชีพบริการบางรายก็สามารถออกไปข้างนอกได้ แต่ต้องกลับมาก่อนถึงเวลาทำงานในช่วงเย็น ผู้หญิงอาชีพบริการต้องทำงานถึงเวลา 17.00 น. จึงไปอาบน้ำแช่ตัว และรับประทานอาหารเช้าเพื่อทำงานในช่วงเวลากลางคืนซึ่งจะเริ่มเวลา 18.00 น. หรือ 19.00 น. จนกระทั่งถึงเวลา 02.00 น. จึงเลิกทำงานเพื่อพักผ่อน หากแขกมากอาจเลิกถึง 03.00 น. ชีวิตประจำวันจึงหมดไปกับการทำงานและการนอนพักผ่อน

ผู้หญิงอาชีพบริการส่วนใหญ่ไม่ได้ดูแลสุขภาพของตนเองเป็นพิเศษนอกจากพักผ่อนโดยการนอนมากๆ มีผู้หญิงอาชีพบริการเพียงส่วนน้อยที่คำนึงถึงการดูแลอย่างอื่นๆ ด้วย เช่น การรักษาความสะอาดทั้งของร่างกาย ห้องนอน และห้องน้ำ การรับประทานอาหารเช้าให้พอเพียง และการไม่รับประทานอาหารแกล้ง เช่น ของหมักดองต่างๆ การดูแลสุขภาพจิต การไม่สูบบุหรี่และดื่ม

เหล่า เป็นต้น นอกจากนี้การที่ผู้หญิงอาชีพบริการต้องทำงานในเวลากลางคืนทำให้ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดประเภทต่างๆ การใช้สารเสพติดขึ้นอยู่กับสถานที่ทำงาน ผู้หญิงอาชีพบริการที่ทำงานในสำนักโสเภณีจะสูบบุหรี่มาก เนื่องจากทำให้ไม่่วง ตื่นเหล่า กาแฟ และเบียร์เล็กน้อย ในเวลากลางวันบางครั้งต้องใช้นอนหลับเพื่อให้หลับสนิท ส่วนผู้หญิงอาชีพบริการในคาเฟ่ ศาลายาดอง และคาราโอเกะจะสูบบุหรี่มากที่สุด รองลงมาคือเบียร์ เหล้า และกาแฟ ใช้นอนหลับเป็นบางครั้ง และส่วนใหญ่ปฏิเสธการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้หญิงอาชีพบริการส่วนใหญ่นิยมสูบบุหรี่มากที่สุด

3.2 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ

ผู้หญิงอาชีพบริการ เป็นกลุ่มอาชีพที่มีการแสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างชัดเจน มีปริมาณการสูบบุหรี่สูง และต้องประกอบอาชีพในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ จากการศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ของหญิงไทยในกรุงเทพมหานครจำแนกตามอาชีพ พบว่า หญิงบริการอาบอบนวดมีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดคือ ร้อยละ 47.40 (วรรณ หวังศุภชาติและคณะ, 2535 อ้างถึงใน ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี และรุจิกร หว่านพีชน์ (2547) พบว่า สารเสพติดที่ผู้หญิงอาชีพนี้ใช้มากที่สุดในแต่ละวัน คือ บุหรี่ (ร้อยละ 22.2) และการศึกษาของเนาวรัตน์ พลายน้อยและคณะ (2539 อ้างถึงใน อุไรวรรณ คณิง สุขเกษม และสุภาณี เวชพงศา, 2542) พบว่า บุหรี่เป็นสารเสพติดที่ผู้หญิงอาชีพบริการให้ความสำคัญรองลงมาจากเหล่า

ลักษณะการทำงานของผู้หญิงอาชีพบริการ ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพต่างๆ เช่น พฤติกรรมทางเพศ การใช้สารเสพติด การดื่มเหล้า และการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งผู้หญิงกลุ่มนี้จะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมทางเพศมากกว่าพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เนื่องจากคิดว่าเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องใกล้ตัว (นิตยา ร่มรื่น, 2545) ผู้หญิงอาชีพบริการประกอบอาชีพนี้มากที่สุดในช่วงอายุ 20 - 30 ปี (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรีและรุจิกร หว่านพีชน์, 2547; นิตยา ร่มรื่น, 2545) เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง เช่น รูปร่างหน้าตาทรุดโทรม ผิวหนังเหี่ยวย่น มีริ้วรอยต่างๆเกิดขึ้น ทำให้รายได้ลดลง และไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ดังนั้นผู้หญิงอาชีพบริการจึงพยายามหารายได้ให้มากขึ้นในขณะที่มีอายุน้อย จนทำให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพ (พรทิพย์ ทักษิณ, 2541) นอกเวลาทำงานผู้หญิงอาชีพบริการจะใช้เวลาในการนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ การทำกิจกรรมคลายเครียดต่างๆน้อย และจากการทำงานที่มีการแข่งขันกันสูง ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น ผู้หญิงอาชีพบริการจึงสูบบุหรี่มากขึ้น (นิตยา ร่มรื่น, 2545) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชลี ตริตระการ (2540) พบว่า ผู้หญิงขายบริการร้อยละ 35 สูบบุหรี่ เนื่องจากความเครียดและความกดดัน และคิดว่าการสูบบุหรี่ช่วยลดอาการง่วงในขณะทำงานได้ (นิตยา

ระวังพาล และเสาวภา พรศิริพงษ์, 2539) นอกจากนี้ผู้หญิงกลุ่มนี้ยังมีความเชื่อว่า การสูบบุหรี่ทำให้เป็นผู้หญิงทันสมัย เป็นเครื่องเสริมแต่งบุคลิกภาพ ช่วยควบคุมน้ำหนัก และดึงดูดความสนใจจากแขกที่เข้ามาใช้บริการในสถานบริการ อีกทั้งโดยปกติในสถานบริการมักมีการจำหน่ายเหล้า เบียร์ บุหรี่ (อุไรวรรณ คณิงสุเกษมและสุภาณี เวชพงศา, 2542) จึงหาซื้อบุหรี่ได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิชชา กิ่งแก้วก้านทอง (2540) พบว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีสถานที่ซื้อบุหรี่ใกล้ที่ทำงานหรือที่พัก ร้อยละ 87.10 จะทำให้ง่ายต่อการสูบบุหรี่ นอกจากนี้กลุ่มอ้างอิงซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของสถานบริการ เช่น เพื่อนร่วมงาน คนเชียร์แขก นายจ้าง หรือแขก เป็นต้น (ศุลีมาน นฤมล, 2530) ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้นิยมสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ได้ยาก เนื่องจากบุคคลเหล่านี้จะมีอิทธิพลและมีผลกระทบต่อความนึกคิดและพฤติกรรมของผู้หญิงกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา รมรินทร์ (2545) ที่พบว่า ผู้หญิงอาชีพบริการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ จากเพื่อนร่วมงานและเพื่อนชายที่อาศัยอยู่ด้วยกันมากที่สุด โดยเพื่อนร่วมงานจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องของรสชาติบุหรี่ และมีการชักชวนให้สูบบุหรี่มากกว่าการพูดถึงโทษของบุหรี่ ขณะที่เพื่อนชายจะแลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องความพอเพียงของบุหรี่ในการสูบ แต่ไม่มีการตักเตือนหรือแนะนำโทษของสูบบุหรี่

ส่วนใหญ่ผู้หญิงอาชีพบริการมีความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในอนาคตอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิก ขาดความรู้ในวิธีการเลิก ขาดความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ และคิดว่าอันตรายที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่มีผลต่อร่างกายช้า (นิตยา รมรินทร์, 2545) ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ จะมีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ ซึ่งพรทิพย์ ทักษิณ (2541) พบว่า ผู้หญิงอาชีพบริการสูบบุหรี่เพราะไม่มีเพื่อนร่วมงานเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ และส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าการสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก และการศึกษาของ Bishop และคณะ (2005) พบว่า เมื่อผู้หญิงที่สูบบุหรี่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงที่สูบบุหรี่ที่ไม่ได้รับข้อมูล ปัจจุบันการสูบบุหรี่อย่างเสรีและการแพร่หลายของยาเสพติดประเภทอื่นที่ร้ายแรงในสังคม ทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้มีความเชื่อว่าบุหรี่มีอันตรายน้อย และสามารถเลิกง่ายกว่าการเลิกใช้ยาเสพติดเหล่านั้น (นิตยา รมรินทร์, 2545) ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มักคิดว่าการเลิกสูบบุหรี่จะเลิกเมื่อไหร่ก็ได้ จากการศึกษาของ Morabia และคณะ (2002) พบว่า มีความเป็นไปได้ร้อยละ 30 - 50 ของผู้หญิงที่สูบบุหรี่ มีอายุระหว่าง 25 - 35 ปี จะพยายามเลิกสูบบุหรี่เป็นครั้งแรก อีกสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องมาจากความวิตกกังวลต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นหลังจากหยุดสูบบุหรี่ (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2542) ซึ่งผู้หญิงอาชีพบริการอาจมีความวิตกกังวลว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อการทำงาน จึงทำให้ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้เหตุผลด้านความงามแล้วยังพบว่า เมื่อหยุดสูบบุหรี่แล้วจะมี

อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกเครียด ไม่สามารถหากิจกรรมระบายความเครียดอื่นที่ดีกว่าการสูบบุหรี่ จึงกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ (สุพิชชา กิ่งแก้วก้านทอง, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lacey และคณะ (1993) พบว่า เหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงไม่มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ คือ การสูบบุหรี่ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ โดยมีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดสูงได้ ผู้หญิงที่สูบบุหรี่แล้วไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นั้น สาเหตุส่วนใหญ่มาจากมีสภาพจิตใจที่ไม่เข้มแข็งพอ เมื่อต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีคนรอบข้างสูบบุหรี่ ดังการศึกษาของ Gottlieb (1982) พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิทที่เป็นเพศหญิง มีผลโดยตรงต่อความยากลำบากในการเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จของผู้หญิงที่สูบบุหรี่ ในการเลิกสูบบุหรี่ถ้าไม่มีความตั้งใจอย่างต่อเนื่องจะไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (สุพิชชา กิ่งแก้วก้านทอง, 2540)

จากลักษณะการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพ ผู้หญิงอาชีพบริการจึงเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องศึกษาหรือนำข้อมูลมาเป็นแนวทางจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ เพื่อการดำเนินการป้องกันโรค และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้หญิงอาชีพบริการที่ได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ซึ่งผู้หญิงอาชีพบริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญน้อย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้หญิงบริการมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ที่จะส่งผลให้ผู้หญิงอาชีพบริการลงมือกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้

4. บทบาทพยาบาลกับการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่

การรณรงค์ให้คนไทยไม่สูบบุหรี่และทำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศคำขวัญวันงดบุหรี่โลกโดยเน้นที่บทบาทวิชาชีพสุขภาพกับการควบคุมการบริโภคยาสูบคือ "ทีมสุขภาพร่วมใจขจัดภัยบุหรี่" (World No Tobacco Day 2005 – Health Professionals and Tobacco Control) กล่าวคือ องค์การอนามัยโลกพยายามที่จะให้บุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล รวมถึงนักสาธารณสุข ซึ่งเป็นวิชาชีพที่บุคคลให้ความเชื่อถือเข้ามามีบทบาทในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการรณรงค์เพื่อช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งถือว่ามีผลสำคัญที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการรณรงค์สร้างค่านิยมไม่สูบบุหรี่ให้กับเด็กและเยาวชน และในปีนี้ได้มีการร่วมร่าง "Code of practice on tobacco for health professional organization" หรือ "จรรยาปฏิบัติสำหรับบุคลากรสาธารณสุขกับการควบคุมยาสูบ" ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ดังนี้ (สติเฟิน ฮามาน และคณะ, 2548)

- 1) กระตุ้นและสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ และส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งการไม่สูบบุหรี่
- 2) ประเมินและให้ความสำคัญเกี่ยวกับลักษณะการบริโภคยาสูบและเจตคติต่อการควบคุมยาสูบของบุคลากรสาธารณสุข โดยการทำการสำรวจและกำหนดนโยบายที่เหมาะสม
- 3) จัดเขตปลอดบุหรี่ในอาคารและการจัดกิจกรรมต่างๆขององค์กรของตน
- 4) บรรจวาระเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบในการจัดการประชุมต่างๆที่เกี่ยวกับด้านสาธารณสุข
- 5) แนะนำให้บุคลากรสาธารณสุขทำการชักประวัติเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ และการสัมผัสควันบุหรี่ของคนไข้ รวมทั้งแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ให้สอดแทรกอยู่ในเวชปฏิบัติที่ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน อิงบนหลักฐานเชิงประจักษ์ และการทำเวชปฏิบัติที่ดี
- 6) กระตุ้นให้สถาบันการศึกษาสอดแทรกเนื้อหาการเรียนการสอนเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบไว้ในหลักสูตร และโครงการศึกษาต่อเนื่องทางด้านสาธารณสุขต่างๆ
- 7) มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม "วันงดสูบบุหรี่โลก" วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปีอย่างต่อเนื่อง
- 8) ไม่รับการอุดหนุนด้านการเงินและอื่นๆจากอุตสาหกรรมยาสูบ และไม่ร่วมลงทุนในอุตสาหกรรมยาสูบ รวมทั้งชักชวนให้สมาชิกขององค์กรปฏิบัติอย่างเดียวกันนี้
- 9) ให้ความมั่นใจว่าองค์กรของตนมีนโยบายไม่ยุ่งเกี่ยวกับการค้าหรือความสัมพันธ์ด้านธุรกิจ หรือผลประโยชน์ใด ๆ กับอุตสาหกรรมยาสูบ โดยการประกาศผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขององค์กรอย่างโปร่งใส
- 10) ห้ามการจำหน่ายและการส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบในอาคารต่าง ๆ ขององค์กรของตน รวมทั้งจะชักชวนให้สมาชิกขององค์กรปฏิบัติอย่างเดียวกันนี้
- 11) สนับสนุนอย่างแข็งขันให้รัฐบาลเข้าร่วมการลงนาม การให้สัตยาบัน และการดำเนินโครงการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก
- 12) สนับสนุนเงินทุนและทรัพยากรอื่น ๆ แก่การควบคุมยาสูบรวมทั้งการดำเนินตามจรรยาปฏิบัตินี้
- 13) เข้าร่วมกิจกรรมการควบคุมยาสูบกับเครือข่ายองค์กรวิชาชีพ
- 14) สนับสนุนการรณรงค์เขตปลอดบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ

พยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทหลักในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และเป็นผู้นำการเคลื่อนไหวของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ในระหว่าง

การปฏิบัติวิชาชีพ พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีศักยภาพสูงในการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่ ขณะเดียวกันยังมีบทบาทเชิงรุกในการป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก วัยรุ่น และผู้หญิงเกิดขึ้น ซึ่งในการปฏิบัติงานนั้นจะครอบคลุมทั้งในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2548)

นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถเข้าถึงผู้สูบบุหรี่ได้โดยง่าย โดยเฉพาะเมื่อผู้สูบบุหรี่ได้มารับบริการในสถานพยาบาลทำให้มีโอกาสที่จะได้ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ ซึ่งพยาบาลสามารถแสดงบทบาทในด้านป้องกันและส่งเสริมแก่ผู้ป่วยที่รับไว้ในความดูแลนอกจากการให้การพยาบาลตามปกติโดยการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสามารถให้คำแนะนำการปฏิบัติ ดังนี้

1) ใช้ระบบการช่วยเหลือแบบ 5 As คือ Ask, Advise, Assess, Assist และ Arrange กับผู้ติดบุหรี่แต่ละคน โดยใช้เวลาในการดำเนินการแต่ละครั้งภายใน 1 - 3 นาที ผลการศึกษาติดตามพบว่าคำแนะนำที่สั้นกระชับจากบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพเกี่ยวกับการอดบุหรี่ ช่วยลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลงได้อย่างน้อยร้อยละ 2 ทุกๆ ปี (วารสาร ภูมิศาสตร์และคณะ, 2546)

2) ค้นหาโอกาสในการช่วยเหลือผู้ติดบุหรี่ให้อดบุหรี่ได้ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา และการช่วยเหลือทุกรูปแบบ โดยการซักถามพูดคุยกันทุกครั้งที่มาติดตามรักษา

3) การช่วยเหลือต้องกำหนดเฉพาะแต่ละกลุ่มจำแนกตามเพศ เชื้อชาติ และอายุ คัดสรรกลยุทธ์ที่เหมาะสมเฉพาะเป็นกลุ่มๆ ไป ให้ความสนใจเป็นพิเศษในกลุ่มสตรี สตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด ส่งเสริมผู้สูบบุหรี่เท่าๆกับผู้ที่ยังไม่สูบบุหรี่ให้จัดบ้านตนเองเป็นเขตปลอดบุหรี่

นอกจากบทบาทเชิงรับของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วนั้น บทบาทเชิงรุกในการค้นหากลุ่มเป้าหมายที่สูบบุหรี่ในชุมชนซึ่งไม่ได้รับบริการที่โรงพยาบาลยังมีค่อนข้างมาก พยาบาลจึงจำเป็นต้องสร้างความร่วมมือและแรงจูงใจให้ผู้สูบบุหรี่ในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งการเลิกสูบบุหรี่นั้นเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนเนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูบบุหรี่ต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมาก ยิ่งถ้าผู้สูบบุหรี่มีจิตใจที่ไม่เข้มแข็ง ไม่ทราบถึงวิธีการเลิกบุหรี่ มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคคลรอบข้าง ก็อาจที่จะทำให้การเลิกสูบบุหรี่นั้นล้มเหลวได้ ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เกิดความท้อแท้และไม่ต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ต่อไป โดยบทบาทของพยาบาลในการที่จะช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมีดังนี้

4.1 บทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้อย่างมีระบบ โดยเน้นการให้ความรู้ทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลผ่านสื่อที่มีประสิทธิภาพและ

เหมาะสม เช่น ภาพ วีซีดี มีการอธิบายผ่านสื่อเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ได้เห็นภาพที่ชัดเจนมากขึ้น การให้ความรู้ที่เกี่ยวกับพิษภัยและโรคที่เกิดจากบุหรี่ กลไกการติดบุหรี่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการเรียนรู้ และนำไปสู่การสร้างเจตคติที่ดีต่อการเลิกสูบบุหรี่ รณรงค์เพื่อให้ความรู้โดยการจัดเขตปลอดบุหรี่ในอาคาร จัดกิจกรรมรณรงค์ "วันงดสูบบุหรี่โลก" วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี และสนับสนุนการรณรงค์เขตปลอดบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ

4.2 บทบาทเป็นผู้ประสานงาน เป็นการพัฒนาความร่วมมือระหว่างกันกับวิชาชีพสุขภาพและองค์กรอื่นๆ เพื่อเป้าหมายสุดท้ายคือนำมาซึ่งการมีวิถีชีวิตปลอดบุหรี่ เป็นการประสานความร่วมมือโดยใช้ทักษะที่จำเป็นในการประสานความร่วมมือเช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะในการเจรจา และความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เพื่อให้ความรู้ความเชี่ยวชาญของแต่ละฝ่ายในการเสริมประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น การติดต่อขอความร่วมมือกับทีมสุขภาพระดับท้องถิ่นในการรณรงค์ให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนเจตคติ และให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้สูบบุหรี่ที่ไม่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลแต่มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ เป็นผู้ประสานให้เกิดการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายที่ชัดเจน กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและรวมพลังกันระหว่างวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และเพื่อให้เกิดพลังขับเคลื่อนในการทำงานเป็นเครือข่ายที่กว้างมากขึ้น นอกจากนี้เป็นผู้ประสานงานทีมสุขภาพเพื่อประเมินและให้ความสำคัญเกี่ยวกับลักษณะการบริโภคยาสูบและเจตคติต่อการควบคุมยาสูบของบุคลากรสาธารณสุข โดยทำการสำรวจและกำหนดนโยบายที่เหมาะสม บรรจวาระเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบในการจัดการประชุมต่างๆที่เกี่ยวกับด้านสาธารณสุข ชักชวนให้สมาชิกทีมสุขภาพไม่รับการอุดหนุนด้านการเงินและอื่นๆจากอุตสาหกรรมยาสูบ ชักชวนให้สมาชิกทีมสุขภาพห้ามการจำหน่ายและการส่งเสริมผลิตภัณฑ์ยาสูบในองค์กรของตน สนับสนุนอย่างแข็งขันให้รัฐบาลเข้าร่วมการลงนาม การให้สัตยาบัน และการดำเนินโครงการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก สนับสนุนเงินทุนและทรัพยากรอื่นๆ แก่การควบคุมยาสูบ

4.3 บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา โดยเป็นที่ปรึกษาและแหล่งประโยชน์สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ที่ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้เห็นถึงผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ และร่วมกับผู้สูบบุหรี่ในการหาแนวทางที่เหมาะสมในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งแนะนำให้บุคลากรทางสุขภาพทำการซักประวัติเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ และการสัมผัสควันบุหรี่ของคนไข้ รวมทั้งแนะนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ให้สอดแทรกอยู่ในเวชปฏิบัติที่ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน อิงบนหลักฐานเชิงประจักษ์ และการทำเวชปฏิบัติที่ดี

4.4 **บทบาทผู้ให้การดูแล** มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถนำไปใช้ปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ลด ละ หรือเลิกการสูบบุหรี่ และช่วยเสริมสร้างด้านกำลังใจให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจกระบวนการและมีความพร้อมมากขึ้น เช่น การเตรียมผู้รับบริการให้เข้าใจเกี่ยวกับกลไกการติดบุหรี่ จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือและสามารถอดบุหรี่ได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการเตรียม

4.5 **บทบาทในด้านการทำวิจัย** มีการนำผลงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ เป็นการนำความรู้ผ่านการตรวจสอบตามกระบวนการของระเบียบวิธีวิจัยแล้วมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน (Polit and Hungler, 1999) เพื่อเป็นพื้นฐานการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล ปรับปรุงและพัฒนาการพยาบาล ทำให้คุณภาพการบริการพยาบาลดีขึ้น การพยาบาลมีประสิทธิภาพและคุณภาพ อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากการทำงานได้อย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง ซึ่งก่อให้เกิดประสบการณ์และความชำนาญเชิงวิชาชีพต่อไปในอนาคต (ทัศนาศ นุญทอง และ วรณวิไล จันทราภา, 2530)

4.6 **บทบาทด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายวิชาชีพ** ให้การบริการโดยเน้นผู้สูบบุหรี่เป็นศูนย์กลาง มีการประเมินความพร้อมของผู้สูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างถูกต้องและครบถ้วน และได้รับการปฏิบัติพยาบาลอย่างถูกต้องและเท่าเทียมกัน คำนี้ถึงสิทธิของผู้สูบบุหรี่ทุกราย ไม่มีการทำผิดมาตรฐานหรือจรรยาบรรณวิชาชีพ รวมทั้งการกระตุ้นและสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ และส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งการไม่สูบบุหรี่

5. ทฤษฎีการกระทำตามแผน (A Theory of Planned Behavior หรือ TPB)

ทฤษฎีการกระทำตามแผน พัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (A Theory of Reasoned Action หรือ TRA) ของ Ajzen และ Fishbein (ธีระพร อุวรรณโณ, 2535; Ajzen and Fishbein, 1980) ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลจากความตั้งใจ โดยมีข้อสมมติฐานว่าโดยปกติแล้วมนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผล ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจะนำมาใช้ประโยชน์อย่างมีระบบ ต่อมาปี 1985 Ajzen ปรับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ให้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่ไม่ได้อยู่ในการควบคุมของบุคคลอย่างเต็มที่ (incomplete volitional control) กล่าวคือ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลประสบปัญหาในการควบคุม ทำให้บุคคลไม่สามารถตัดสินใจได้แน่นอนว่าจะทำหรือไม่ทำ ต้องอาศัยโอกาสหรือทรัพยากรอื่นๆ เช่น เงิน เวลา ทักษะ การร่วมมือจากบุคคลอื่น เป็นต้น แล้วเรียก

ทฤษฎีนี้ว่า “ทฤษฎีการกระทำตามแผน” ซึ่งความแตกต่างที่สำคัญของทฤษฎีนี้กับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลอยู่ที่ปัจจัยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม(Perceived behavioral control)

ในทฤษฎีการกระทำตามแผน Ajzen (1988) เห็นว่าการจะบรรลุถึงเป้าหมายของพฤติกรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจหรือความต้องการของบุคคลเพียงอย่างเดียว ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ไม่ใช่สิ่งจูงใจอื่นๆอีกด้วย เช่น โอกาสและทรัพยากรที่จำเป็น ถ้าบุคคลมีโอกาสรักษา และมีความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม เขาก็ควรทำพฤติกรรมนั้นๆได้สำเร็จ

1. การควบคุมความตั้งใจ (Volitional control)

Ajzen (1988) เห็นว่า ควรจะมองการควบคุมของบุคคลว่าเป็นเส้นต่อเนื่อง ในทางสุดโต่งทางหนึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลประสบปัญหาในการควบคุมน้อย เช่น การเลือกตั้ง เมื่อบุคคลเข้าไปอยู่ในคณาเลือกตั้ง เขาก็เลือกผู้สมัครได้ด้วยความตั้งใจ อีกทางหนึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลประสบปัญหาในการควบคุมมาก เช่น การจามหรือความดันโลหิตลดลง ซึ่งพบว่าพฤติกรรมส่วนมากมักอยู่ระหว่างสุดโต่งทั้ง 2 จุดนี้ พฤติกรรมที่บุคคลตั้งใจจะทำ อาจพิจารณาได้ว่าเป็นเป้าหมายที่ความจำเป็นนั้นขึ้นกับความไม่แน่นอนในระดับหนึ่ง ดังนั้นบุคคลจึงควรพิจารณาถึงหน่วยของพฤติกรรม-เป้าหมาย (behavioral-goal units) และพิจารณาถึงความตั้งใจว่าเป็นแบบของการกระทำที่จะบรรลุถึงเป้าหมายของพฤติกรรม (behavioral goals) (ธีระพร อูวรรณโณ, 2535)

2. ปัจจัยควบคุม (Control factors)

Ajzen (1988) ได้อธิบายถึงปัจจัยควบคุมโดยแบ่งเป็น 2 ด้านหลัก คือ

2.1 ปัจจัยภายใน ได้แก่

1) ข้อมูล ทักษะ และความสามารถ บุคคลที่มีความตั้งใจจะทำพฤติกรรมบางอย่าง หลังจากพยายามแล้วพบว่า เขาไม่สามารถทำสิ่งนั้นได้เพราะขาดข้อมูล ทักษะ หรือความสามารถ เช่น การขาดความชำนาญด้านเครื่องกลทำให้ไม่สามารถซ่อมเครื่องบันทึกเสียงได้ หรือการที่จะมีลูกอีกคน ก็ขึ้นกับปัจจัยความสามารถมากกว่าจะขึ้นกับความตั้งใจเพียงอย่างเดียว และการลืมก็เป็นปัจจัยภายในที่สำคัญที่ทำให้คนไม่ได้ทำสิ่งที่เขาตั้งใจไว้ เช่น คนที่ลืมไปบริจาคโลหิตตามที่ตั้งใจไว้ บางพฤติกรรมพบว่าทักษะมีความสำคัญมากกว่าความพยายาม เช่น การขับรถแข่ง การพิมพ์ดีด

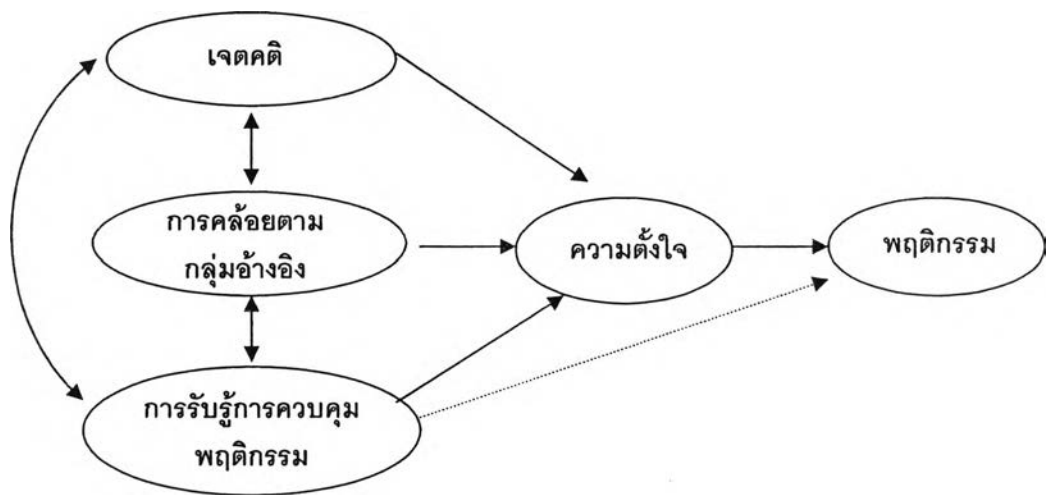
2) อารมณ์และการจำเป็นต้องทำ พฤติกรรมหลายอย่างบุคคลใช้จิตใจในการควบคุมได้ยาก เช่น ในบางครั้งพบว่าบุคคลไม่สามารถหยุดการคิด หรือฝันเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น การพูดติดอ่าง การกระตุกที่ตา การระงับการกระทำรุนแรงขณะโกรธ เป็นต้น

2.2 ปัจจัยภายนอก จะมีอิทธิพลในการกำหนดว่าสถานการณ์ใดส่งเสริมหรือขัดขวางการทำพฤติกรรม

1) เวลาและโอกาส บุคคลขาดโอกาสที่จะทำพฤติกรรมที่ตั้งใจไว้เนื่องด้วยเหตุผลต่างๆกัน การขาดโอกาสเพียงครั้งเดียวอาจไม่ทำให้เขาเปลี่ยนความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้นโดยสิ้นเชิง เขาอาจเลือกทำในโอกาสต่อไป

2) การขึ้นกับผู้อื่น บุคคลอาจไม่สามารถทำพฤติกรรมอย่างที่ตั้งใจไว้เพราะการทำพฤติกรรมนั้นมีส่วนขึ้นอยู่กับบุคคลอื่น เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวด้วย

กล่าวโดยสรุป การขาดโอกาสและการขึ้นกับผู้อื่น มักจะนำไปสู่การเปลี่ยนความตั้งใจในการทำพฤติกรรมเพียงชั่วคราวเท่านั้น



ภาพที่ 1 โครงสร้างพื้นฐานทฤษฎีการกระทำตามแผน (Ajzen, 1988)

สาระของทฤษฎี

โครงสร้างพื้นฐานของทฤษฎีปรากฏในภาพที่ 1 ซึ่งอธิบายได้ว่า

1. ทฤษฎีการกระทำตามแผน คล้ายกับ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ที่กำหนดว่า ปัจจัยหลัก (central factor) ในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล คือ "ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม" (Behavioral intention หรือ I) หรือ "ความตั้งใจ" โดยความตั้งใจในทฤษฎีนี้ หมายถึง ความตั้งใจที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมนั้น ความตั้งใจเป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความตั้งใจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า บุคคลได้ทุ่มเทความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่และพยายามมากเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็ยิ่งมากเท่านั้น

2. ความตั้งใจ หรือ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม (Intention or Behavioral intention) ขึ้นอยู่กับตัวกำหนด 3 ตัว คือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (ซึ่งคล้ายกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

2.1) เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior หรือ A_b) เป็นการประเมินทางบวกหรือลบต่อการกระทำนั้นๆ จัดได้ว่า A_b เป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) และได้รับอิทธิพลหรือถูกกำหนดจากผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบหรือผลของการกระทำ (Behavioral beliefs หรือ b) และการประเมินผลกระทบหรือผลของการกระทำ (Evaluation of consequences หรือ e)

2.2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms หรือ SN) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้นๆ

SN ขึ้นอยู่กับผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของสมาชิกในกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative beliefs หรือ NB) ซึ่งหมายถึงความเชื่อที่ว่าบุคคลแต่ละคนที่อยู่ในกลุ่มอ้างอิงประสงค์จะให้ตนทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นเพียงใด และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply หรือ MC) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า ตนต้องทำตามกลุ่มอ้างอิงแต่ละกลุ่มต้องการให้ตนทำเพียงไร กลุ่มอ้างอิงในที่นี้ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

2.3) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control หรือ PBC) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า เป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

PBC (Perceived behavioral control) ขึ้นอยู่กับผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control beliefs หรือ C) และการรับรู้การควบคุม (Perceived power

หรือ P) ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับการมีหรือไม่มีทรัพยากรหรือโอกาสที่จำเป็นในการทำพฤติกรรม ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมนี้ได้รับอิทธิพลจาก

- 2.3.1) ประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆในอดีต
- 2.3.2) ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับการบอกเล่าจากผู้อื่นเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น
- 2.3.3) การสังเกตจากประสบการณ์ของเพื่อนและคนคุ้นเคย
- 2.3.4) มีตัวแปรที่เพิ่มหรือลดการรับรู้ความยากในการทำพฤติกรรมนั้น

ส่วนการรับรู้การควบคุม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า มีปัจจัยควบคุมบางอย่างที่สามารถเอื้ออำนวยหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมนั้น

3. ความสำคัญเชิงสัมพัทธ์ของเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรม และความสำคัญเชิงสัมพัทธ์ของความตั้งใจ และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในการทำนายพฤติกรรม อาจเปลี่ยนแปลงได้จากพฤติกรรมหนึ่งไปสู่พฤติกรรมหนึ่ง และจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง นั่นคือความตั้งใจกระทำพฤติกรรมอาจถูกกำหนดโดยเจตคติต่อพฤติกรรม ส่วนในบางพฤติกรรมความตั้งใจอาจได้รับอิทธิพลจากเจตคติต่อพฤติกรรม และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม แต่บางพฤติกรรมความตั้งใจอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทั้งสามได้เสียกัน

4. กฎเกณฑ์ทั่วไปมีว่า หาก A_B , SN เป็นบวกเพียงไรและ PBC เป็นบวกด้วย บุคคลก็ควรมี I ที่หนักแน่นที่จะทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ส่งผลให้การทำนายพฤติกรรมมีความแม่นยำมากขึ้น Ajzen เห็นว่า PBC มีความหมายในแง่แรงจูงใจสำหรับความตั้งใจ บุคคลที่เชื่อว่าเขาไม่มีทรัพยากรหรือโอกาสที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ มักจะไม่มี ความตั้งใจหนักแน่นที่จะทำพฤติกรรมนั้น แม้ว่า A_B เป็นบวกและเชื่อว่าคนที่มีความสำคัญสำหรับเขายอมรับให้เขาทำพฤติกรรมนั้นก็ตาม ดังนั้นในกรณีเช่นนี้ PBC จะเป็นตัวร่วมกับ A_B และ SN ในการมีอิทธิพลต่อ I (ลูกศรที่บจาก A_B , SN และ I ในภาพที่ 1 ถือเป็นภาคที่ 1 ของทฤษฎี)

5. PBC อาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมโดยตรง โดยไม่ผ่าน I โดยเฉพาะในกรณีที่บุคคลมี PBC ตรงกับความเป็นจริง (ลูกศรเส้นไขปลาในภาพที่ 1 ถือเป็นภาคที่ 2 ของทฤษฎี)

6. ในบางกรณี PBC อาจไม่ได้สะท้อนถึงความสามารถในการควบคุมอย่างแท้จริง ยกตัวอย่างเช่น กรณีที่บุคคลนั้นมีข้อมูลน้อยเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ข้อกำหนดในการทำพฤติกรรมหรือทรัพยากรที่เปลี่ยนแปลงไป หรือกรณีที่มีตัวแปรใหม่ที่ไม่คุ้นเคยเกิดขึ้นในสถานการณ์ ภายใต้เงื่อนไขเหล่านี้ การวัด PBC อาจเพิ่มความแม่นยำในการทำนายพฤติกรรมได้น้อย

7. บทบาทของความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ทฤษฎีนี้จำแนกความเชื่อเป็น 3 ชนิด คือ



7.1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ซึ่งมีอิทธิพลต่อ A_b เป็นความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ หากบุคคลมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลกรรมทางบวก เขาก็มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ขณะที่บุคคลซึ่งเชื่อว่าการทำพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลกรรมทางลบ เขาก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น

7.2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) ซึ่งเป็นตัวกำหนด SN เป็นความเชื่อที่ว่าบุคคล หรือกลุ่มคนเฉพาะคิดว่าเขาควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น หากบุคคลเชื่อว่าคนอื่นที่มีความสำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาควรทำพฤติกรรมนั้น บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลเชื่อว่าคนอื่นที่มีความสำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น เขาก็มีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้น

7.3) ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม (Control beliefs) ซึ่งเป็นพื้นฐานของ PBC เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการมีทรัพยากรและโอกาสมาก และมีอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางน้อยเพียงไร เขาก็ควรจะรับรู้ว่าเขาสามารถควบคุมพฤติกรรมได้มากเพียงนั้น

พฤติกรรม (Behavior)

การที่เข้าใจพฤติกรรมได้จะต้องทำความเข้าใจสิ่งต่างๆเหล่านี้ (Ajzen and Fishbein, 1980)

1) พฤติกรรมและผล (Behavior versus outcome)

ในการศึกษาพฤติกรรมที่เราสนใจนั้น เราจะต้องกำหนดให้ชัดเจนว่า จะศึกษาพฤติกรรมหรือผล เพราะทั้งสองอย่างนี้มีความแตกต่างกัน พฤติกรรมคือสิ่งที่บุคคลลงมือกระทำเอง แต่ผลอาจเกิดจากการกระทำของบุคคลส่วนหนึ่ง และเกิดจากปัจจัยอื่นๆ อีกส่วนหนึ่ง พฤติกรรมหลายๆพฤติกรรมที่ต่างกัน อาจนำไปสู่ผลกรรมที่เหมือนกัน เช่น การเลิกสูบบุหรี่ อาจเกิดจากพฤติกรรมต่างๆ เช่น การหยุดสูบบุหรี่แบบทันที การสูบบุหรี่ในปริมาณที่น้อยลง การรับประทานนิโคตินทดแทน หรือการออกกำลังกายโดยการวิ่งทุกวัน

2) การกระทำเดี่ยวกับประเภทพฤติกรรม (Single action versus behavioral categories)

2.1) การกระทำเดี่ยว (Single action) หมายถึง พฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่บุคคลกระทำ ซึ่งการนิยามการกระทำนั้นต้องให้มีความชัดเจนเพียงพอที่ผู้สังเกตจะสังเกตได้ การกระทำบางอย่างสังเกตได้ง่าย เช่น การซื้อบุหรี่มารีโบล แต่การกระทำบางอย่างสังเกตได้ยาก เช่น การอ่านคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพบนซองบุหรี่

2.2) ประเภทพฤติกรรม (Behavioral categories) หมายถึง กลุ่มของการกระทำหลายๆอย่าง ซึ่งเราไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมได้โดยตรง ต้องสังเกตจากการกระทำเดี่ยวทั้งหลาย เช่น การควบคุมอาหาร ต้องสังเกตจากพฤติกรรมต่างๆ ดังนี้ คือ การรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่ม หรือการรับประทานยาลดความอ้วน ในการวัดประเภทพฤติกรรมจะต้องกำหนดการกระทำเดี่ยวให้ครอบคลุมประเภทพฤติกรรมที่ศึกษาให้มากที่สุด

3) องค์ประกอบของพฤติกรรม (Behavioral elements)

การกำหนดพฤติกรรมหรือการวัดพฤติกรรมที่จะศึกษา จำเป็นต้องคำนึงถึง

3.1) การกระทำ (Action) จะต้องกำหนดว่าเป็นการกระทำอย่างเดี่ยว เช่น การให้ลูกกินอาหาร การสูบบุหรี่ เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มการกระทำ เช่น การออกกำลังกาย ซึ่งอาจประกอบด้วยการกระทำย่อยๆหลายการกระทำ เป็นต้นว่า การว่ายน้ำ การเล่นเทนนิส การวิ่ง การกระโดดเชือก หรือการเล่นฟุตบอล

3.2) เป้าหมาย (Target) หมายถึง เป้าหมายของการกระทำ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ อาจกำหนดเป้าหมายให้เป็นบุหรี่ซอง

3.3) บริบท (Context) หมายถึง สถานการณ์ หรือสถานที่ที่พฤติกรรมที่สนใจศึกษาจะเกิดขึ้น เช่น การเลิกสูบบุหรี่ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

3.4) เวลา (Time) หมายถึง เวลาที่พฤติกรรมที่เราสนใจศึกษาจะเกิดขึ้น เช่น การเลิกสูบบุหรี่ทั้งขณะทำงานและไม่ทำงาน

ในการกำหนดพฤติกรรมที่ศึกษา จะกำหนดให้มีความจำเพาะมากน้อยเพียงใดก็ได้เพียงแต่การวัดตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ก็ต้องวัดในระดับความจำเพาะที่สอดคล้องกัน ถ้าความจำเพาะของพฤติกรรมมีมาก การวัดพฤติกรรมก็จะมีคามแม่นยำมากขึ้น (Ajzen and Fishbein, 1980)

ความตั้งใจ หรือ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม (Intention or Behavioral intention)

Ajzen และ Fishbein (1980) ให้ความหมายของคำว่า ความตั้งใจ หรือ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม หมายถึง ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะทำพฤติกรรมหนึ่งๆ

รุจา ภูไพบูลย์ (2547) กล่าวว่า ความตั้งใจที่จะกระทำ (Intention) หมายถึง การรับรู้โอกาสของการทำพฤติกรรมของตนว่าจะทำพฤติกรรมหรือไม่ทำพฤติกรรมในอนาคต เช่น ประเมินความตั้งใจในช่วง 6 เดือนข้างหน้าจะสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์หรือไม่

ดังนั้น ความตั้งใจ หรือ ความตั้งใจกระทำพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่บุคคลจะทำพฤติกรรมหนึ่งๆ ในอนาคต ซึ่ง Ajzen และ Fishbein (1980) กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความตั้งใจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลได้ทุ่มเทความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่และพยายามมากเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็มีมากเท่านั้น

ในการวัดความตั้งใจกระทำพฤติกรรมคือ ความสอดคล้องกับพฤติกรรมในแง่การกระทำ เป้าหมาย เวลา และบริบท นอกจากนี้หากเป็นการศึกษาประเภทพฤติกรรม การวัดความตั้งใจก็ต้องทำให้ครอบคลุมการกระทำเดียวที่ครบถ้วนในประเภทพฤติกรรมที่ศึกษา มีวิธีการวัดความตั้งใจดังนี้

การวัดความตั้งใจ

การวัดความตั้งใจแบ่งอย่างกว้างเป็น 2 ประเภท คือ

1) การวัดความตั้งใจในการเลือก แบ่งย่อยได้เป็น 3 แบบ คือ

1.1) การวัดจากทางเลือก 2 ทาง เช่น

ฉัน () ตั้งใจจะไปใช้สิทธิออกเสียงเลือกตั้งในการเลือกตั้งคราวหน้า

() ตั้งใจจะไม่ไป

หรือ

นอกจากนี้ในงานวิจัยจำนวนมากที่นิยมให้ผู้ตอบ ตอบในมาตราที่ง่ายกว่า เป็นมาตราจำแนกความหมาย (semantic differential scale) ของ Osgood โดยใช้คำคุณศัพท์ขั้วคู่ (bipolar) เช่น

ฉันตั้งใจจะไปใช้สิทธิออกเสียงเลือกตั้งในการเลือกตั้งคราวหน้า

เป็นไปได้ _____ เป็นไปไม่ได้ _____

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

1.2) การวัดจากทางเลือกหลายทางเลือก เช่น

ในโอกาสหน้าฉันมีความตั้งใจจะซื้อยาสี่พันตรา

..... คอลเกต เซ็นโซดาเยน ดาร์ลี
..... ไกล์ซิด ไม่ซื้อ อื่น ๆ คือ

2) การวัดความตั้งใจในด้านความถี่ เป็นแนวคิดที่ขนานกับการวัดพฤติกรรมคือ การวัดความตั้งใจในเชิงความถี่สมบูรณ์ และความถี่สัมพัทธ์

2.1) การวัดความตั้งใจในเชิงความถี่สมบูรณ์ เช่น

ในเดือนหน้าฉันตั้งใจจะขับรถไปทำงาน วัน

2.2) การวัดความตั้งใจในเชิงความถี่สัมพัทธ์ เช่น

ในเดือนหน้าฉันตั้งใจจะขับรถไปทำงานในจำนวนวันที่คิดเป็นร้อยละ

ทั้งนี้ Ajzen และ Fishbein (1980) เสนอว่า การวัดความตั้งใจของบุคคลเพื่อนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคล ไม่สามารถนำมาใช้ทำนายขอบข่าย (extent) ขนาด (magnitude) หรือความถี่ของพฤติกรรมได้ คงทำนายได้เพียงว่าบุคคลทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นๆ

ตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำตามแผน กล่าวว่า ความตั้งใจขึ้นอยู่กับตัวกำหนด 3 ตัว คือ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (ซึ่งคล้ายกับทฤษฎีของ Ajzen และ Fishbein) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior หรือ A_b)

เจตคติต่อพฤติกรรม คือ การจูงใจในมโนว่าให้ตอบสนองที่หมายของเจตคติในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบอย่างคงเส้นคงวาโดยผ่านการเรียนรู้ ซึ่งเป็นตัวกำหนดหรือองค์ประกอบด้านบุคคล หรือธรรมชาติของบุคคลที่เกี่ยวกับการประเมินทั้งในด้านบวกและด้านลบ ด้านดีหรือไม่ดีของบุคคลนั้นต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นการแสดงออกง่ายๆ ถึงการตัดสินใจของบุคคลว่าพฤติกรรมนั้นดีหรือเลว ชอบหรือต่อต้านการกระทำนั้น

กล่าวโดยสรุป เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม หมายถึง การประเมินทางบวกหรือลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยส่วนรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกหรือลบ หรือการตัดสินใจว่าเป็นสิ่งที่ดีหรือเลวของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรม สนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำนั้นๆ (Ajzen and Fishbein, 1980)

โดยทั่วไป ถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นมากเท่าใด บุคคลก็ควรมีความตั้งใจหนักแน่นที่จะทำพฤติกรรมมากเท่านั้น หรือในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมมากเพียงใด บุคคลก็ควรมีความตั้งใจหนักแน่นที่จะไม่ทำพฤติกรรมมากเพียงนั้น เจตคติต่อการกระทำจัดได้ว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) และได้รับอิทธิพลถูกกำหนดโดยผลรวมของผลคุณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ (behavioral beliefs หรือ b_i) และการประเมินผลของการกระทำ (evaluation of consequences หรือ e_i)

ในการศึกษาเจตคติตามแนวทางทฤษฎีการกระทำตามแผนของ Ajzen ที่ยังคงศึกษาตามแนวทางทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen และ Fishbein (1980) กล่าวว่า เจตคติเป็นองค์ประกอบส่วนบุคคลที่กำหนดความตั้งใจของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมต่างๆ

องค์ประกอบของเจตคติ

โดยทั่วไปเจตคติประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ (Ajzen, 1988)

1. องค์ประกอบด้านความคิดและสติปัญญา (Cognitive component) เป็นความคิดการใช้ปัญญา เป็นการตอบสนองต่อบุคคลในลักษณะของการรับรู้อันสืบเนื่องมาจากความคิด ความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจ
2. องค์ประกอบด้านความรู้สึกและอารมณ์ (Affective component) เป็นความรู้สึกด้านอารมณ์ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้า ต่างเป็นผลมาจากการที่บุคคลประเมินผลสิ่งเร้านั้น
3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior component) คือความโน้มเอียงที่บุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางเดียวหรือตรงกันข้ามขึ้นอยู่กับความเชื่อ

การวัดเจตคติต่อพฤติกรรม

Ajzen และ Fishbein (1980) เสนอการวัดเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม 2 วิธี คือ การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมโดยทางตรง และโดยทางอ้อมหรือวัดจากความเชื่อ (belief based measure) เจตคติที่วัดโดยทางอ้อมจากความเชื่อเป็นตัวกำหนดเจตคติทางตรง และเจตคติทางตรงเป็นตัวทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรม

1) การวัดเจตคติทางตรง (A_g) Ajzen และ Fishbein (1980; Ajzen, 1988) เสนอว่า การวัดเจตคติทางตรงนี้สามารถใช้มาตรวัดเจตคติมาตรฐานอื่นๆ เช่น มาตรการรวมการประมาณค่าของลิเคิร์ต มาตรการนทรภาคปรากฏเท่ากันของเธอร์สโตนหรือมาตรกัตต์แมนเข้ามาวัดแทนก็ได้ แต่มาตรที่นิยมใช้กันมาก คือ มาตรการจำแนกความหมาย (semantic differential scale) ของ Osgood โดยใช้คำคุณศัพท์ขั้วคู่ (bipolar) และมีติการประเมินในการวัดเจตคติ แม้ว่าการจำกัดการวัดเจตคติอยู่กับการประเมินเพียงอย่างเดียว อาจไม่ได้จับภาพซับซ้อนของเจตคติได้หมด แต่ก็ถือว่าได้จับภาพส่วนที่สำคัญที่สุดของเจตคติได้

นอกจากนี้การวัดเจตคติและความเชื่อต่อพฤติกรรมจะต้องเป็นการวัดระดับบุคคล ไม่ใช่การวัดระดับทั่วไป เช่น

เจตคติของฉันต่อการใช้สิทธิออกเสียงในการเลือกตั้งคราวหน้าเป็น

บวก _____ ลบ

หรือ

การไปใช้สิทธิออกเสียงในการเลือกตั้งคราวหน้าสำหรับฉัน คือ

ดี _____ เลว

โง่ _____ ฉลาด

น่าพอใจ _____ ไม่น่าพอใจ

2) การวัดเจตคติทางอ้อมหรือเจตคติที่วัดจากความเชื่อ (Ajzen and Fishbein, 1980; Ajzen, 1988) เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า เจตคติต่อสิ่งใดถูกจำกัดโดยความเชื่อที่มีต่อสิ่งนั้นๆ การวัดความเชื่อซึ่งมีบทบาทในการวัดเจตคติดังนี้

ความเชื่อ (Belief) เปรียบเทียบได้กับองค์ประกอบทางปัญญา (Cognitive) เช่นเดียวกับความคิด ความรู้ และความคิดเห็น ในขณะที่เจตคติ หมายถึง การประเมินที่หมายออกมาในรูปของความรู้สึก ชอบหรือไม่ชอบ แต่ความเชื่อเป็นตัวแทนของข้อมูลที่หมาย Ajzen และ Fishbein (1980) ได้ให้คำจำกัดความของความเชื่อไว้ว่าเป็นการเชื่อมโยงโดยอัตนัย (Subjective association) ของบุคคลระหว่างที่หมาย (object) ของความเชื่อกับลักษณะบางอย่าง (attributes) คำว่า "ที่หมาย" หมายถึง แง่มุมใดๆ ในโลกของบุคคล (คล้ายกับคำว่าที่หมายเจตคติ) เช่น ที่หมายของความเชื่ออาจเป็นวัตถุบุคคล มโนทัศน์ สถาบัน สถานที่ ฯลฯ ส่วนลักษณะบางอย่างก็มีความหมายกว้างรวมถึงลักษณะทางกายภาพ คุณภาพ ลักษณะในตัว เป็นต้น

Ajzen และ Fishbein (1980) ระบุว่า เจตคติถูกกำหนดโดยผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ หรือ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (behavioral beliefs หรือ b.) กับการประเมินผลของการกระทำ (evaluation of consequences หรือ e.)

ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ หรือความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (behavioral beliefs หรือ b.) มักเป็นความเชื่อเฉพาะที่บุคคลเชื่อหรือไม่เชื่อว่า การทำพฤติกรรมที่กำลังพิจารณาจะนำไปสู่พฤติกรรมหนึ่งๆ

ในการวิจัยตามแนวคิดทฤษฎี Ajzen และ Fishbein (1980) ได้เสนอแนวทางหาความเชื่อเหล่านี้ไว้ด้วย นั่นคือ จะต้องวิเคราะห์หา "ชุดของความเชื่อเด่นชัด" (Model salient beliefs) ซึ่งเป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคลก่อน เนื่องจากแต่ละคนมีความเชื่อเกี่ยวกับที่หมายหนึ่งจำนวนมากมาย แต่มีความเชื่อจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ส่งผลในการกำหนดเจตคติต่อที่หมายนั้น เรียกว่า "ความเชื่อเด่นชัด" (Salient beliefs) ที่เกิดจากการกระตุ้นความเชื่อ ทำได้โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาหรือประเมินตอบแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ตอบบอกถึงผลดีผลเสีย

หรือ ข้อดีข้อด้อย หรือข้อได้เปรียบข้อเสียเปรียบ หรือประเด็นอื่นๆ เกี่ยวกับผลของการกระทำ พฤติกรรมเป้าหมาย โดยจะต้องมีความตรงกันกับพฤติกรรมที่ต้องการประเมินในองค์ประกอบ ด้านการกระทำ เป้าหมาย เวลา และบริบท จึงจะได้ชุดของความเชื่อเด่นชัดที่เป็นพื้นฐานของเจตคติที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น เช่น ต้องการหาความเชื่อเด่นชัดที่เป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคลต่อการใช้จ่ายเม็ดเงินใน 1 ปีข้างหน้า คำถามควรเป็นดังนี้

ก. ท่านมีความเชื่ออย่างไรบ้างเกี่ยวกับข้อได้เปรียบและข้อเสียเปรียบในการที่ท่าน ใช้จ่ายเม็ดเงินใน 1 ปีข้างหน้า

ข. มีอะไรอีกบ้างที่ท่านคิดว่าสัมพันธ์หรือเกี่ยวกับการที่ท่านจะใช้จ่ายเม็ดเงินใน 1 ปีข้างหน้า

จากคำถามข้างต้นนี้ไปถามกลุ่มคนที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างประมาณตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป แล้ววิเคราะห์เนื้อหาของความเชื่อต่างๆ ที่ผู้ตอบระบุ ความเชื่อใดมีลักษณะที่คล้ายกันจัดเข้าไว้ใน กลุ่มเดียวกัน แล้วเรียงลำดับความถี่จากสูงที่สุดไปต่ำสุด เหนือในการเลือกความเชื่อไปไว้ใน การสร้างมาตรมี 3 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 เลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงสุด 10 ถึง 12 ความเชื่อ

วิธีที่ 2 เลือกความเชื่อที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละในระดับหนึ่งกล่าวถึง เช่น ที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ถึง 12 กล่าวถึง

วิธีที่ 3 เลือกความเชื่อที่มีความถี่สูงสุดตามลำดับลงไป ให้ได้ความถี่สะสมร้อยละ 75 วิธีนี้เป็นวิธีที่ทำตามอำเภอใจน้อยที่สุด (Ajzen and Fishbein, 1980)

ความเชื่อเด่นชัด เป็นความเชื่อที่เกิดขึ้นในลำดับแรกๆ โดยทั่วไปความเชื่อ 5 - 9 ข้อความแรก จะเป็นความเชื่อเด่นชัดต่อที่หมายในขณะนั้น จากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลความเชื่อเด่นชัดนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ คือ อาจมีความหนักแน่นมากขึ้นหรือน้อยลง หรืออาจถูกความเชื่ออื่นๆ มาแทนที่ ตามแนวทฤษฎีถือว่าความเชื่อเด่นชัดทุกตัวเป็นความเชื่อที่สำคัญ ความแตกต่างในด้านระดับความสำคัญจะแสดงออกมาในการวัดความหนักแน่นของความเชื่อ

ความหนักแน่นของความเชื่อ (Belief strength) คือ ความมากน้อยของความสัมพันธ์ระหว่างที่หมายกับลักษณะต่างๆ ตำแหน่งของความเชื่อเด่นชัดในลำดับขั้นที่จัดไว้ จะมีความสัมพันธ์กับความหนักแน่นของความเชื่อ ส่วนความหนักแน่นของความเชื่อที่ไม่เด่นชัดจะไม่

สัมพันธ์กับตำแหน่งในลำดับขั้นนั้น หมายความว่า การวัดความหนักแน่นของความเชื่อจะเป็นตัวบ่งชี้ความเด่นชัดของความเชื่อ

ดังนั้นเมื่อต้องการทราบเจตคติของบุคคลต่อพฤติกรรม จึงจำเป็นต้องประเมินความเชื่อเด่นชัด Ajzen และ Fishbein (1980) แนะนำให้นำความเชื่อเหล่านี้มาสร้างเป็นมาตรการประเมินความหนักแน่นของความเชื่อและการประเมินผลของการกระทำ โดยใช้คำคุณศัพท์ที่เป็นขั้วคู่ประกอบด้วยมาตร 7 ช่วง

ดังตัวอย่างเช่น

1) ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิด

1.1) การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรง

เป็นไปได้ _____ เป็นไปไม่ได้

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

1.2) การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้ป้องกันการตั้งครรภ์

เป็นไปได้ _____ เป็นไปไม่ได้

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

2) การประเมินผลเกี่ยวกับการใช้ยาคุมกำเนิด

2.1) ผลข้างเคียงรุนแรงสำหรับฉันเป็นสิ่งที่

ดี _____ ไม่ดี

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

2.2) การป้องกันการตั้งครรภ์สำหรับฉันเป็นสิ่งที่

ดี _____ ไม่ดี

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

โดยให้คะแนนดังนี้

| | | |
|-----------|-----------------------------------|---|
| ด้านคำตอบ | บวกมากให้คะแนนเท่ากับ | 7 |
| | บวกปานกลางให้คะแนนเท่ากับ | 6 |
| | บวกน้อยให้คะแนนเท่ากับ | 5 |
| | ไม่ใช่ทั้งสองอย่างให้คะแนนเท่ากับ | 4 |
| | ลบน้อยให้คะแนนเท่ากับ | 3 |
| | ลบปานกลางให้คะแนนเท่ากับ | 2 |
| | ลบมากให้คะแนนเท่ากับ | 1 |

ประเด็นหนึ่งที่ Ajzen และ Fishbein (1980) ให้ความสำคัญ คือ การวัดเจตคติและการวัดความเชื่อที่จะนำไปทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมจะต้องเป็นการวัดระดับบุคคล (personal measure) ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่ของฉันเป็นอันตรายต่อสุขภาพของฉัน จะวัดเจตคติต่อการสูบบุหรี่ของฉัน ไม่ใช่การวัดระดับทั่วไป (general measure) ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จะวัดเจตคติต่อการสูบบุหรี่

ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำและการประเมินผลของการกระทำกับเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม สามารถเขียนเป็นสมการได้ว่า

$$A_B = f\left(\sum_{i=1}^n b_i e_i\right)$$

A_B = เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม

b_i = ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ i

e_i = การประเมินผลของการกระทำ i

เมื่อ n คือ จำนวนความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms หรือ SN) (Ajzen and Fishbein, 1980)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขา ต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือกล่าวคือเป็นปัจจัยทางสังคม ได้แก่ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล สิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง บุคคลสำคัญใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั่นเอง

การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

Ajzen และ Fishbein (1980) เสนอวิธีการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไว้ 2 วิธีคือ

1) การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง เป็นการประเมินความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความคิดเห็นของบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญสำหรับเขา คิดว่าเขาควรหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้นๆ เป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้กัน

ดังตัวอย่างเช่น

คนส่วนมากที่มีความสำคัญต่อฉัน คิดว่าเลือกศึกษาต่อสายสามัญหลังจบมัธยมศึกษาปีที่ 3

ฉันควร _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ฉันไม่ควร

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

บุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญต่อฉัน คิดว่าฉันควรเลือกศึกษาสายสามัญหลังจากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3

เป็นไปได้ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เป็นไปไม่ได้

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

2) การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม ได้จากผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative beliefs หรือ NB) และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply หรือ MC) จากทฤษฎีการกระทำตามแผน SN ขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative beliefs หรือ NB) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ว่าบุคคลเฉพาะหรือกลุ่มคนเฉพาะคิดว่าเขาควรทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to comply หรือ MC) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าตนต้องทำตามกลุ่มอ้างอิงแต่ละกลุ่มต้องการให้ตนทำเพียงใด กลุ่มอ้างอิงในที่นี้หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

จะเห็นได้ว่าความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงนี้ จะเกี่ยวข้องกับบุคคลหรือกลุ่มคนที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญสำหรับเขา (Ajzen and Fishbein, 1980) การหาความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง โดยการถามคำถามต่อไปนี้

“ท่านคิดว่าใครที่มีผลต่อท่านคิดว่าท่านควรเลิกสูบบุหรี่”

จากนั้นทำการคัดเลือกความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงเป็นกลุ่มอ้างอิงเด่นชัด เช่นเดียวกับการคัดเลือกความเชื่อเด่นชัด โดยพิจารณาเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงที่มีความถี่สูง เมื่อได้กลุ่มอ้างอิงที่เด่นชัดแล้ว ก็สามารถนำไปสร้างมาตรวัดความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงได้

ดังตัวอย่างเช่น

เพื่อนร่วมงานของฉันคิดว่าฉันควรเลิกสูบบุหรี่

เป็นไปได้ _____:_____:_____:_____:_____:_____ เป็นไปไม่ได้

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

และในกรณีการสร้างมาตรวัดแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ดังตัวอย่างเช่น

โดยทั่วไป ฉันต้องการทำในสิ่งที่เพื่อนร่วมงานของฉันต้องการให้ฉันทำ

เป็นไปได้ _____:_____:_____:_____:_____:_____ เป็นไปไม่ได้

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

จากนั้นนำคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (NB_j) คูณกับคะแนนแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (MC_j) จะเป็นคะแนนความหนักแน่นของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงแต่ละข้อ เมื่อหาผลรวมของผลคูณจะเป็นคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

ในการวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง จะต้องมีความสอดคล้องกันในแง่ของการกระทำ เวลา เป้าหมาย และบริบท ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงกับความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$SN = \sum_{j=1}^n f(NB_j, MC_j)$$

SN = การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

NB_j = ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง j

MC_j = แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง j

เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มอ้างอิง

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control หรือ PBC)

เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า เป็นการยากหรือง่ายที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ เป็นการสะท้อนจากประสบการณ์ในอดีต และการคาดคะเนปัจจัยเอื้ออำนวยและสิ่งขัดขวางหรืออุปสรรค (Ajzen, 1988 อ้างถึงใน ธีระพร อุวรรณโน, 2535) ทฤษฎีการกระทำตามแผนไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับจำนวนของการควบคุมภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง แต่พิจารณาความเป็นไปได้จากผลของการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมที่มีต่อการบรรลุถึงเป้าหมายพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมจะแปรผันไปตามสถานการณ์และการกระทำ

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมในทฤษฎีนี้ มีความหมายในแง่แรงจูงใจสำหรับความตั้งใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้ทฤษฎีการกระทำตามแผนเข้าช้อนกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมนี้จะทำหน้าที่เป็นตัวทำนายความตั้งใจกระทำพฤติกรรม นอกเหนือจากเจตคติต่อพฤติกรรมและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล โดย Ajzen หวังว่า ทฤษฎีการกระทำตามแผนจะขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมต่างๆ ได้กว้างขวางขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสอดคล้องเป็นอย่างดีกับแนวคิดเรื่องการรับรู้ความสามารถของตน (self-efficacy) ของ Bandura (1977 cited in Ajzen, 1985) ต่างกันตรงแนวความคิดที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนจะเน้นถึงปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ในขณะที่การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมจะเน้นทั้งปัจจัยภายใน (เช่น ความสามารถ ข้อมูล ทักษะ) และปัจจัยภายนอก (เช่น เวลา โอกาส การขึ้นอยู่กับผู้อื่น) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของ ตนนี้จะเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้ว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้ตามการคาดคะเนของตนภายใต้สถานการณ์หนึ่งๆ หรือไม่ หรือทำได้ในระดับใด

การวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

ในปี ค.ศ. 1986 Ajzen และ Madden (ธีระพร อุวรรณโน, 2535) ได้เสนอรูปแบบของทฤษฎีการกระทำตามแผนและทดสอบทฤษฎีขึ้นเป็นครั้งแรก โดยเสนอวิธีวัด 2 วิธี ดังนี้

1) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางตรง

เป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความยากง่ายในการทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบถึงความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถที่เขาจะควบคุมการกระทำนั้น บนมาตราวัด 7 ช่วงที่มีคำตอบ 2 ขั้ว

ดังตัวอย่างเช่น

สำหรับฉันการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่

ยาก _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ง่าย

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

2) การวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางอ้อม ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเช่นเดียวกับ เจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง แต่เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม (Control beliefs หรือ C) และการรับรู้การควบคุม (Perceived power หรือ P) ซึ่งความเชื่อ เกี่ยวกับการควบคุมที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจนี้ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการมีหรือไม่มีทรัพยากร หรือโอกาส ความเชื่อเหล่านี้อาจได้รับอิทธิพลจาก

- 2.1) ประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ ในอดีต
- 2.2) ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับการบอกเล่าจากผู้อื่นเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น
- 2.3) การสังเกตจากประสบการณ์ของเพื่อนและคนคุ้นเคย
- 2.4) มีตัวแปรอื่นๆ ที่เพิ่มหรือลด การรับรู้ความยากของการทำพฤติกรรมนั้น

ส่วนการรับรู้การควบคุม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ามีปัจจัยควบคุมการกระทำ พฤติกรรมนั้นที่เป็นปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมนั้น

สำหรับวิธีการหาความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม ก็ใช้วิธีเดียวกับการหาความเชื่อเด่นชัด ของเจตคติต่อพฤติกรรมและความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง โดยการถามคำถามให้กลุ่มที่มีลักษณะ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างตอบเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางต่อการทำพฤติกรรมนั้น ดังตัวอย่างเช่น

"ท่านคิดว่าหากท่านเลิกสูบบุหรี่ มีปัจจัยอะไรส่งเสริมหรือขัดขวางการกระทำดังกล่าวของท่าน"

จากนั้นนำมาคัดเลือกหาปัจจัยเด่นชัดที่มีความถี่สูง แล้วนำมาสร้างเป็นมาตรวัดความเชื่อ เกี่ยวกับการควบคุม

ดังตัวอย่างเช่น

เมื่อฉันมีโอกาส ฉันจะไม่สูบบุหรี่

เป็นไปได้ _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ เป็นไปไม่ได้

มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก

2 อย่าง

และสร้างมาตรวัดการรับรู้การควบคุม ดังตัวอย่างเช่น

การมีโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่ สำหรับฉันเป็นสิ่งที่
 ง่าย _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ ยาก
 มาก ปานกลาง น้อย ไม่ใช่ทั้ง น้อย ปานกลาง มาก
 2 อย่าง

จากนั้นนำคะแนนความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรม (Control beliefs หรือ C) คูณกับการรับรู้การควบคุม (Perceived power หรือ P) จะเป็นคะแนนความหนักแน่นของความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมแต่ละข้อ เมื่อหาผลรวมของผลคูณดังกล่าวจะเป็นคะแนนการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางอ้อม

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมกับความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมสามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$PBC = \sum_{k=1}^n C_k P_k$$

PBC = การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม
 C_k = ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม k
 P_k = การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุม k
 เมื่อ n คือ จำนวนปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวาง

ความตั้งใจของบุคคลจะขึ้นกับความสำคัญเชิงสัมพัทธ์ขององค์ประกอบทั้ง 3 ของแต่ละบุคคล โดยที่องค์ประกอบทั้งสาม คือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม จะมีน้ำหนักที่บ่งบอกถึงความสำคัญเชิงสัมพัทธ์ที่เป็นตัวกำหนดความตั้งใจ (ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอีกทอดหนึ่ง) ในบางพฤติกรรมอาจพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อความตั้งใจมากกว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม บางพฤติกรรมพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อความตั้งใจมากกว่าการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หรือเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อความตั้งใจพอๆ กัน (Ajzen, 1991 อ้างถึงใน กนิษฐ ศรีปานแก้ว, 2547)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจของผู้หญิงอาชีพบริการในการเลิกสูบบุหรี่ดังนี้

5.1 ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

ทฤษฎีการกระทำตามแผน ของ Ajzen (1985) กล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมใดๆถูกกำหนดโดยความตั้งใจ และความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมจะถูกกำหนดโดยเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลหรือนำหนักของความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสามร่วมด้วย

ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอาชีพบริการ คือ ความรู้สึกของผู้หญิงอาชีพบริการเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยการแสดงออกหรือกระทำการหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการหยุดสูบบุหรี่มีวนสุดท้ายมาจนถึงปัจจุบัน โดยหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือนหรือมากกว่า (Jetiyanuwatr, 2001; Andrews et al., 2004) โดยความตั้งใจมีความสัมพันธ์กับเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

5.2 เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward the behavior)

ตามแนวคิดของ Ajzen และ Fishbein (1980 อ้างถึงใน มันทนา เกวียนสูงเนิน, 2540) หมายถึง การประเมินทางบวก - ลบของบุคคลต่อการกระทำนั้น หรือเป็นความรู้สึกโดยส่วนรวมของบุคคลที่เป็นทางบวก - ลบ หรือสนับสนุนต่อต้านการกระทำนั้นๆ เจตคติจัดได้ว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และได้รับอิทธิพลหรือถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบหรือผลของการกระทำ (behavioral belief) และการประเมินผลกระทบหรือผลของการกระทำ (outcome evaluation)

เจตคติของผู้หญิงอาชีพบริการต่อการเลิกสูบบุหรี่ คือ การประเมินทางบวกหรือลบของผู้หญิงอาชีพบริการต่อการเลิกสูบบุหรี่ โดยเจตคติทางบวกของผู้หญิงอาชีพบริการต่อการเลิกสูบบุหรี่ คือ ผู้หญิงอาชีพบริการเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่จะทำให้ความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆลดลง ดังการศึกษาของ Hall และคณะ (2004) พบว่า ผู้หญิงที่มีการรับรู้ในระดับสูงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจากการสูบบุหรี่ จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ และจะหยุดสูบบุหรี่ใน 1 เดือนต่อมา Bishop และคณะ (2005) พบว่า เมื่อผู้หญิงที่สูบบุหรี่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงที่สูบบุหรี่ที่ไม่ได้รับข้อมูล นอกจากนี้การมีเจตคติทางบวกต่อการเลิกสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงเลิกสูบบุหรี่อีกด้วย (Kitajima et al., 2002) แต่ถ้าผู้หญิง

อาชีพบริการมีเจตคติทางลบ คือ ผู้หญิงอาชีพบริการเชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่ส่งผลทางลบต่อตัวผู้สูบบุหรี่ เช่น ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น ขาดความมั่นใจ หรือไม่ทันสมัย เป็นต้น และเชื่อว่าการสูบบุหรี่เกิดผลดีต่อตนเองมากกว่าผลเสีย จะมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ลดลง

5.3 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norms)

ตามแนวคิดของ Ajzen และ Fishbein (1980) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อแรงผลักดันทางสังคมในการกระทำนั้น โดยบุคคลที่มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากในการกระทำนั้นๆ จะทำให้บุคคลนั้นมีความตั้งใจกระทำพฤติกรรมนั้น (McKinlay et al., 2001 อ้างถึงใน กนิษฐ ศรีปานแก้ว, 2547)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงของผู้หญิงอาชีพบริการ หมายถึง ความเชื่อของผู้หญิงอาชีพบริการว่า บุคคลที่มีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจสำหรับผู้หญิงอาชีพบริการ เช่น เพื่อนร่วมงาน คนเชียร์แขก นายจ้าง หรือแขก เป็นต้น (ศุติมาน นฤมล, 2530) คิดว่าผู้หญิงอาชีพบริการควรหรือไม่ควรเลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษาของ Perkins (2001) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้หญิงที่สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และจากการศึกษาของ Kitajima และคณะ (2002) พบว่า การอยู่อาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้การมีเพื่อนร่วมงาน หรือเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ หรือการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้สูบบุหรี่ ทำให้ผู้หญิงไม่มีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ (ผู้หญิง:เหยื่อรายต่อไปของบุหรี่, 2544; Kitajima et al., 2002) พฤติกรรมของเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนชายที่มีการชักชวนให้สูบบุหรี่ แต่ไม่มีการตักเตือนหรือแนะนำโทษในการสูบบุหรี่ ทำให้ผู้หญิงอาชีพบริการยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (นิตยา ร่มริน, 2545)

5.4 การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control)

ตามแนวคิดของ Ajzen (1985; ธีระพร อุวรรณโน, 2535) การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ มีปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวาง คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายในที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นตนเองมีข้อมูล มีความสามารถ มีความรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้นได้ และปัจจัยภายนอกที่บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีเวลา และมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น หรือบุคคลรับรู้ว่าจะ

การกระทำพฤติกรรมนั้นต้องขึ้นกับผู้อื่น ถ้าบุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถในการควบคุมการกระทำพฤติกรรมนั้นได้มากเท่าใด ก็มีความเป็นไปได้ที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้น

การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมของผู้หญิงอาชีพบริการ หมายถึง การที่ผู้หญิงอาชีพบริการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ยากหรือง่ายในการควบคุมตนเองให้เลิกสูบบุหรี่ นั่นคือ ผู้หญิงอาชีพบริการที่รับรู้ว่าการควบคุมตนเองให้เลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ง่าย ผู้หญิงอาชีพบริการจะมีความตั้งใจที่จะพยายามเลิกสูบบุหรี่ และถ้าผู้หญิงอาชีพบริการที่รับรู้ว่าการควบคุมตนเองให้เลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ยาก ก็จะไม่มีความตั้งใจที่จะพยายามเลิกสูบบุหรี่ด้วย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีการกระทำตามแผนมีขอบข่ายที่สามารถอธิบายพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างกว้างขวาง งานวิจัยในขอบข่ายของทฤษฎีนี้และการประยุกต์ใช้จึงมีอย่างหลากหลาย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเสนองานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ที่ใช้ทฤษฎีการกระทำตามแผน และงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ ดังนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการกระทำตามแผนกับการเลิกสูบบุหรี่

Hu และ Lanese (1998) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำตามแผนต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของคณงานชายในโรงงานอุตสาหกรรมในภาคใต้ของประเทศไทยได้หวัน กลุ่มตัวอย่างเป็นคณงานชายในโรงงานอุตสาหกรรมที่สูบบุหรี่ มีอายุ 18 - 55 ปี จำนวน 799 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่ม A 531 คน กลุ่ม B 132 คน และกลุ่ม C 136 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่ม A และ B ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในโรงงานเดียวกัน และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม C ซึ่งเป็นกลุ่มต่างโรงงานกับกลุ่ม A และ B พบว่าความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เจตคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ และระดับของการพึ่งพานิโคติน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ความเป็นไปได้ในการเลิกสูบบุหรี่ และความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผ่าน มา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 26 ($p < .0001$)

Nguyet, Belond และ Otis (1998) ศึกษาความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ที่มีผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจในผู้ชายวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน

671 คน มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี ผลการศึกษาพบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .45, .35$ และ $.26$ ตามลำดับ) เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 32 ($\beta = .33, \beta = .23$ และ $\beta = .19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Norman, Bell และ Conner (1999) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับบริการในคลินิกส่งเสริมสุขภาพจำนวน 84 ราย เป็นเพศชาย 38 คน เพศหญิง 46 คน อายุระหว่าง 19 - 69 ปี กลุ่มตัวอย่างเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ในช่วง 6 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัยร้อยละ 63 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และระยะเวลาในการหยุดสูบบุหรี่ ขณะที่ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการหยุดสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และระยะเวลาในการหยุดสูบบุหรี่ นอกจากนี้พบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 49

Bursey และ Craig (2000) ศึกษาเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) จำนวน 32 คน เป็นเพศชาย 24 คนและเพศหญิง 8 คน อายุระหว่าง 39 - 73 ปี กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลหลังจากการทำ CABG เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.60 มีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างหนักแน่น โดยร้อยละ 68.50 ไม่สูบบุหรี่เลยหลังจากการทำ CABG เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และร้อยละ 28.13 ยังคงสูบบุหรี่ การวัดเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมจากเครื่องมือมีความสัมพันธ์กับการวัดจากความเชื่อซึ่งเป็นการวัดทางอ้อม โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = 0.43, 0.40$ และ 0.50 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาความเชื่อเด่นชัดในแต่ละตัวแปร พบว่า ความเชื่อเด่นชัดเกี่ยวกับเจตคติที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ส่งผลดีต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 6.97, SD = 0.18$) กลุ่มอ้างอิงเด่นชัดที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ลูก ($\bar{X} = 5.19, SD = 2.61$) และปัจจัยเด่นชัดที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ จิตใจที่เข้มแข็ง ($\bar{X} = 4.47, SD = 2.17$) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเจตคติทางบวกระดับสูง มีการคล้อยตามกลุ่ม

อ้างอิงทางบวกระดับสูง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางบวกระดับสูง ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างหนักแน่น

Modeste และคณะ (2004) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ในสหรัฐอเมริกา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อเด่นชัดในการเลิกสูบบุหรี่ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเด่นชัด กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์เชื้อสายอาฟริกันอเมริกัน จำนวน 156 คน อายุระหว่าง 18 - 52 ปี โดยร้อยละ 97 ของกลุ่มตัวอย่างยังคงสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .25$) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .37$) เจตคติ และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจของหญิงตั้งครรภ์ในการเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด ($\beta = .32, p < .001$) รองลงมาคือ เจตคติ ($\beta = .16, p < .001$) ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ได้

Bledsoe (2005) ศึกษาการเลิกสูบบุหรี่โดยประยุกต์ทฤษฎีการกระทำตามแผนสู่ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง โดยขั้นแรกเป็นการค้นหาชุดของความเชื่อจากกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่จำนวน 68 คน มาสร้างเป็นเครื่องมือ และในขั้นที่สองสำรวจข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่จำนวน 230 คนโดยใช้เครื่องมือที่สร้างจากขั้นตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 139 คน และเพศชาย 91 คน อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 31.50 ปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์อยู่ในทางบวกกับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สามารถทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ร้อยละ 64

Moan และ Rise (2005) ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำตามแผนในการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของทฤษฎีการกระทำตามแผนในการทำนายความตั้งใจของนักเรียนในการเลิกสูบบุหรี่ และพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนต่อมา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่สูบบุหรี่จำนวน 698 คน ผลการศึกษาพบว่า เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 36 ($\text{Adjust } R^2 = .36$) โดยเจตคติมีน้ำหนักการทำนายสูงสุด

($\beta = .51, p < .001$) รองลงมาคือ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ($\beta = .20, p < .001$) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($\beta = .14, p < .001$) เมื่อเพิ่มตัวแปรการคล้อยตามด้านจริยธรรม บุคลิกภาพเฉพาะกลุ่ม การคาดหมายผลกระทบทางบวก และพฤติกรรมในอดีต สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45 (Adjust $R^2 = .45$) โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงไม่สามารถร่วมทำนายได้ นอกจากนี้ความตั้งใจสามารถทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนต่อมาได้ร้อยละ 12 (Adjust $R^2 = .12$) โดยความตั้งใจมีน้ำหนักการทำนายเท่ากับ .34 ($\beta = .34, p < .001$) และเมื่อเพิ่มตัวแปรการคล้อยตามด้านจริยธรรม บุคลิกภาพเฉพาะตน พฤติกรรมในอดีต ความตั้งใจกับพฤติกรรมในอดีต และการคล้อยตามด้านจริยธรรมกับการคาดหมายผลกระทบทางลบ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนต่อมาได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 (Adjust $R^2 = .21$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่

Lacey และคณะ (1993) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิงอเมริกันผิวดำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ในเมืองชิคาโก สหรัฐอเมริกา จำนวน 100 คน อายุระหว่าง 18 - 39 ปี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ สภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันและการขาดแรงสนับสนุนที่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วย การจัดการกับสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูง สภาพแวดล้อมที่ถูกกล่เลยจากเจ้าหน้าที่ การรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นแนวทางลดความเครียดที่สามารถทำได้โดยเสียค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อย การรับรู้เพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ การรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดาในสังคม การขาดข้อมูลที่จำเป็นในกระบวนการเลิกสูบบุหรี่ และความเชื่อที่ว่า การตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่เป็นเรื่องเฉพาะบุคคล

Royce และคณะ (1993) ศึกษาปัจจัยในการเลิกสูบบุหรี่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการสูบบุหรี่และเจตคติที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่และการกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวอเมริกันผิวขาวและผิวดำที่สูบบุหรี่จำนวน 11,968 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 65 ของกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 49.80 ของชาวอเมริกันผิวดำและร้อยละ 53.50 ของชาวอเมริกันผิวขาว เชื่อว่าการสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบ ร้อยละ 65.60 ของชาวอเมริกันผิวดำและร้อยละ 49.20 ของชาวอเมริกันผิวขาวรับรู้ว่าคุณๆ ของพวกเขาต้องการให้พวกเขาเลิกสูบบุหรี่เป็นอย่างมาก

Graham และ DER (1999) ศึกษาารูปแบบและความสามารถในการทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในผู้หญิงอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่สูบบุหรี่อายุระหว่าง 16 – 65 ปี จำนวน 934 คน ผลการศึกษาารูปแบบของการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในช่วงระยะ 1 ปี กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 12 (n = 113) และยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 88 (n = 821) และ 2 ปีต่อมา กลุ่มตัวอย่างกลับมาสูบบุหรี่ใหม่ร้อยละ 4 (n = 37) และอีกร้อยละ 8 ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป (n = 76) สำหรับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีแรก (ร้อยละ 88, n = 821) หลังจาก 2 ปีต่อมา พบว่า ยังคงมีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 80 (n = 749) และมีผู้เลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 8 (n = 72) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจ-สังคม ระดับการศึกษา อายุที่จบการศึกษาระดับมัธยม มีความสัมพันธ์กับอัตราการเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะพึ่งพาโคตินและการตั้งครกมีความสัมพันธ์กับการหยุดสูบบุหรี่ในระยะสั้นและระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสามารถในการทำนายการหยุดสูบบุหรี่ในระยะสั้นและระยะยาวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาวะพึ่งพาโคตินและการตั้งครกสามารถทำนายการหยุดสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในระยะ 1 ปี

Jetiyanuwatr (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 คน เป็นข้าราชการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ มีดังนี้ ความตั้งใจในการพยายามเลิกสูบบุหรี่สูงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่สูงสุด (OR 7.68) รองลงมาได้แก่ จำนวนครั้งในเลิกสูบบุหรี่เป็น 1 หรือ 2 ครั้ง (OR 2.99) การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบเป็นแบบเลิกทันที (OR 2.59) การไม่มีความเครียด (OR 2.21) และอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป (OR 2.00)

Kitajima และคณะ (2002) ศึกษาพฤติกรรมกาสูบหรี่ ปัจจัยในการเริ่มสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของพยาบาลในประเทศญี่ปุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 1,195 คน ที่ทำงานอยู่ในเมืองโตเกียว โดยในการสำรวจครั้งแรกกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ร้อยละ 32 เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 23 และไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 45 หลังจาก 1 ปีต่อมาสำรวจครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34 เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 27 และไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 39 ปัจจัยในการเริ่มสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของมารดา เพื่อน หรือผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยในการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความคิดเกี่ยวกับบุคลการทางสุขภาพไม่ควรสูบบุหรี่ และการอาศัยร่วมกับครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Putte, Yzer และ Brunsting (2005) ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่จำนวน 2,895 คน ผลการศึกษาพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่มากที่สุด ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักการทำนายมากที่สุดเท่ากับ 0.22 (Beta = 0.22)

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวกับบุหรี่และผู้หญิงวัยผู้ใหญ่เพียง 2 งานวิจัย และเป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่เท่านั้น (สุพิศชา กิ่งแก้วก้านทอง, 2540; นิตยา ร่มรื่น, 2545) ยังไม่มีการศึกษาตัวแปรด้านเจตคติ และตัวแปรอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้หญิง โดยงานวิจัยดังกล่าวไม่มีการระบุแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศมีการใช้แนวคิดทฤษฎีการกระทำตามแผนของ Ajzen (1985) ในการศึกษาพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และการสูบบุหรี่ค่อนข้างมาก โดยพบว่าพฤติกรรมสามารถทำนายได้จากความตั้งใจ และมีตัวแปร 3 ตัว คือ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจ และตัวแปรดังกล่าวสามารถทำนายความตั้งใจได้มากขึ้นแตกต่างกันไปตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล

กรอบแนวคิดการวิจัย

