



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังบุคคลใกล้ชิดได้รับวันบຸหຣີ
มือสองของผู้สຸบຸหຣີ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี

นายชัยวัฒน์ ภูทอง

ภาคินิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
พ.ศ. 2561
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์



FACTORS RELATED TO CIGARETTE SMOKER BEHAVIORS TO PREVENT
CLOSED PERSONS RECEIVING SECONDHAND SMOKE
BANSANG DISTRICT, PRACHINBURI PROVINCE

Mr.Chaiwat Poothong

A Term Paper Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
The Degree of Master of Public Health Program in Health Management

Rajabhat Rajanagarindra University

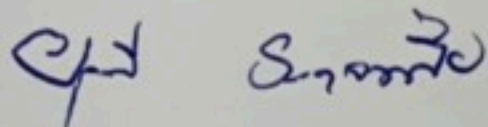
2018

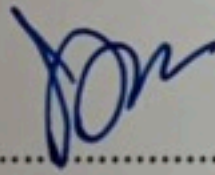
ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันบุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง
ของผู้สูบบุหรี่ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี


ผู้วิจัย นายชัยวัฒน์ ภูทอง

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามี่

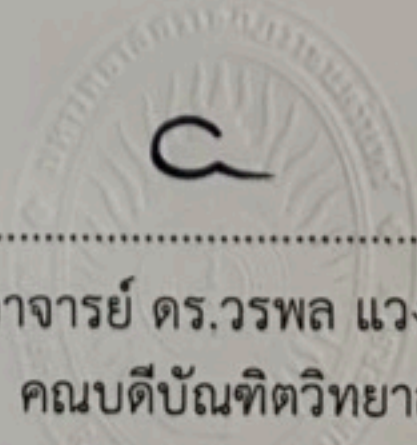
คณะกรรมการสอบ


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามี่)


.....กรรมการและเลขานุการ
(อาจารย์ ดร.วรพล แวงนอก)

คณะกรรมการอำนวยการบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ


.....
(อาจารย์ ดร.วรพล แวงนอก)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่...๓...เดือน...เม.ย...พ.ศ. ...๒๕๖๑...

ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้สูบบุหรี่ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี

ผู้วิจัย นายชัยวัฒน์ ภูทอง

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ

พ.ศ. 2561

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้สูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในเขตตำบลบางเตย อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรีที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 72 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อความคำถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง ส่วนของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และพฤติกรรม มีค่าความเที่ยงของสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.753 0.835 และ 0.731 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคกำลังสอง และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ในส่วนของข้อมูลทั่วไป มีเพียงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าจำนวนปีที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า ($p < 0.05$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$ $r = 0.446$ และ 0.672) จึงควรให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายที่คนใกล้ชิดจะได้รับจากควันบุหรี่มือสอง

คำสำคัญ: ควันบุหรี่มือสอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง

Title: FACTORS RELATED TO CIGARETTE SMOKER BEHAVIORS TO PREVENT CLOSED PERSONS RECEIVING SECONDHAND SMOKE BANSANG DISTRICT, PRACHINBURI PROVINCE

Researcher: Mr.Chaiwat Poothong

Degree: Master of Public Health Program in Health Management

Year: 2018

Advisor: Assoc. Prof. Dr.Nirat Imamee

ABSTRACT

The objective of this survey research was to study factors related to cigarette smoker behaviors to prevent closed persons receiving secondhand smoke. Samples were 72 smoker family members in Bangtoey sub-district, Bansang district, Prachinburi province. Data was collected using a self-administered questionnaire developed by the researcher that comprised of questions about general data, smoking, perceived susceptibility and severity of diseases and illness of closed persons from receiving secondhand smoke, and smoking behaviors of the family member to prevent other persons receiving secondhand smoke. The perceived susceptibility and severity and the behavioral parts had reliability of Conbrac's Alpha Coefficient of 0.753, 0.835, and 0.731 respectively.

Research results revealed that regarding general data, only age had significantly related to behaviors about the prevention of other persons receiving secondhand smoke ($p < 0.05$). It was also found that years of smoking, having been told about dangerous of secondhand smoke, and ever receiving secondhand smoke information had significantly related to the behaviors ($p < 0.05$). Perceived susceptibility and severity also had highly significant association with the behaviors ($p < 0.05$ $r = 0.446$ and 0.672). Therefore, providing information regarding secondhand smoke as well as perceived susceptibility and severity of dangerous that closed persons might get from secondhand smoke should be emphasized.

Keywords: Secondhand smoke, Perceived susceptibility, Perceived severity

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามี รองศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ อาจารย์ ดร.วรพล แวงนอก อาจารย์ ดร.ระพีพัฒน์ ศรีมาลา อาจารย์ ดร.ฉัตรชัย ประภัสร์ อาจารย์นันท์นภัส ฐณากร ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ให้คำปรึกษา ตรวจสอบเอกสารการศึกษา

ขอขอบคุณ ดร.สนอง คล้าฉิม ที่ให้ความอนุเคราะห์เอกสารและข้อมูลในการศึกษาด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกครอบครัวที่มีผู้สืบทอดพื้นที่อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นายชัยวัฒน์ ภูทอง

สำนักวิทยบริการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สารบัญ

	หน้า
หน้าอนุมัติ.....	(1)
บทคัดย่อภาษาไทย.....	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	(3)
กิตติกรรมประกาศ.....	(4)
สารบัญ.....	(5)
สารบัญตาราง.....	(7)
สารบัญภาพ.....	(8)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
1.3 สมมติฐานการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรีและพิษภัยของคว้นบุหรีมือสอง.....	9
2.1.1 ต้นกำเนิดของบุหรี.....	9
2.1.2 ประวัติการสูบบุหรีในประเทศไทย.....	9
2.1.3 พิษภัยของคว้นบุหรีต่อผู้ไม่สูบบุหรี.....	10
2.1.4 สารประกอบและสารพิษในคว้นบุหรี.....	10
2.1.5 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี และการได้รับคว้นบุหรีมือสอง.....	12
2.2 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	16
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	21
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	21
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	22
3.3 วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	27
3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	28
3.5 จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	28

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	30
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล	31
4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการสูบบุหรี่	32
4.3 ผลการวิเคราะห์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการได้รับ ควันบุหรี่มือสอง	34
4.4 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง	37
4.5 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่น ได้รับควันบุหรี่มือสอง	39
4.6 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับ ควันบุหรี่มือสอง	40
4.7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง	43
4.8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง	44
4.9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรง ของโรคจากการได้รับควันบุหรี่มือสองและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับ ควันบุหรี่มือสอง	46
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	48
5.1 สรุปผลการวิจัย	48
5.2 อภิปรายผล	50
5.3 ข้อเสนอแนะ	52
รายการอ้างอิง	53
ภาคผนวก	56
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	57
ประวัติผู้วิจัย	64

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 การวิเคราะห์สารนิโคตินและน้ำมันดิน ในบุหรี่ไทยแต่ละยี่ห้อ	12
2 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด จากการได้รับควันบุหรี่มือสอง	22
3 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวในการป้องกัน ไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง	26
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n=72$)	31
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการสูบบุหรี่ ($n=72$)	33
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยง รวมของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ($n=72$)	34
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองรายข้อ ($n=72$)	35
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของการรับรู้ความรุนแรง จากโรคหรือจากการเจ็บป่วยรวมจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ($n=72$)	37
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงจากโรค หรือจากการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองรายข้อ ($n=72$)	37
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง ($n=72$)	39
11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค รายข้อ ($n=72$)	39
12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวม ($n=72$)	41
13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกัน ไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองรายข้อ ($n=72$)	41
14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง	43
15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง	45
16 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง	46

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2 กลไกการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง โดย elastase และอนุมูลอิสระ	13

สำนักวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่มีพิษภัยสูง ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงมากกว่า 250 ชนิด เช่น มะเร็งปอด มะเร็งทางเดินอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด เป็นต้น ปัจจุบันทั่วโลก มีผู้สูบบุหรี่อยู่ประมาณ 1.1 พันล้านคน บุหรี่จัดเป็นสาเหตุหลักอันดับที่สองของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปีจะมีประชากรโลกเสียชีวิต ประมาณปีละ 5 ล้านคน ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าการเสียชีวิต จากโรคเอดส์ การดื่มสุรา ยาเสพติด อุบัติเหตุรถยนต์ การสูดดมสารพิษและการฆ่าตัวตายรวมกัน ก่อให้เกิด ความสูญเสียต่อคุณภาพชีวิต สังคม และเศรษฐกิจ อันตรายจากบุหรี่ขยายวงกว้างถึงคนทุกเพศทุกวัย และทุกฐานะ ตั้งแต่ทารกที่ยังไม่เกิด เด็กเล็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ตลอดจนถึงผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุ นำของการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ สิ่งสำคัญคือ เป็นสารเสพติดร้ายแรงชนิดเดียวที่จำหน่ายและเสพได้ โดยไม่ผิดกฎหมาย

การเผาไหม้บุหรี่เป็นเสมือนหนึ่งโรงงานสารเคมีเล็กๆ โรงหนึ่งทีก่อให้เกิดละออง หมอกควัน และก๊าซ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดโรคมามากมาย ควันบุหรี่มีสารประกอบทางเคมีประมาณ 4,000 ชนิด อยู่ในรูปของตะกอนและก๊าซ ในระหว่างการสูบบุหรี่จะเกิดควันบุหรี่ 2 แบบ คือ ควันบุหรี่ ที่สูบเข้าปอดหรือที่พ่นออกมาและควันบุหรี่ที่ออกมาจากการเผาไหม้บุหรี่ ควันบุหรี่ นอกจากจะมี สารนิโคตินแล้ว ยังมีสารน้ำมันดิน (tar) ประกอบด้วย สารก่อมะเร็งมากกว่า 40 ชนิด สารพวกอนุมูลอิสระ คาร์บอนมอนอกไซด์ สารกัมมันตรังสี และสารอื่นๆ อีกมากมาย (ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และศรีธัญญา เบญจกุล, 2550, หน้า 27-40) ซึ่งควันบุหรี่ที่ออกมาเรียกว่า ควันบุหรีมือสอง (secondhand smoke: SHS) ส่วนผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันเข้าไปจากผู้สูบที่อยู่ใกล้ๆ จะถูกเรียกว่า ผู้สูบบุหรี่มือสอง (secondhand smoker) ซึ่งมีโอกาสได้รับอันตรายจากพิษนิโคตินได้เท่ากับหรืออาจจะมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ (Johnson & Glantz, 2007, หน้า 38) มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ยืนยันชัดเจนว่า การได้รับควันบุหรีมือสองเป็นอันตราย ต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดสภาวะการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงหลายชนิดและถึงตายได้ทั้งในเด็ก และบุคคลทั่วไป จากรายงานต่างๆ ได้แก่ เอ็กสตรขององค์การวิจัยด้านมะเร็งระหว่างชาติ (international agency for research on cancer IARC) ในปี พ.ศ. 2547 และรายงานขององค์การคุ้มครองสภาพแวดล้อม แห่งแคลิฟอร์เนีย (california environmental protection agency: Cal/EPA) ในปี พ.ศ. 2548 ที่คาด ประมาณว่าในสหรัฐอเมริกา การได้รับควันบุหรีมือสองเป็นสาเหตุการตายด้วยมะเร็งปอด 3,400 ราย และการตายด้วยโรคหัวใจ 23,000-70,000 รายในแต่ละปี การได้รับควันบุหรีมือสองในเด็กเป็นสาเหตุ ของการตายเฉียบพลันในทารกประมาณ 430 ราย และเป็นสาเหตุของทารกเกิดน้ำหนักตัวน้อย 24,500 ราย การคลอดก่อนกำหนด 71,900 ราย การเกิดอาการหอบหืด 200,000 ครั้ง และทำให้มีการไปพบแพทย์ ด้วยโรคของหูชั้นกลาง 790,000 ครั้ง (California Environmental Protection Agency, 1992, p. 114)

ผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง เมื่อสูดเอาควันบุหรี่เข้าร่างกาย จะเกิดอาการระคายเคืองต่อจมูก ตา คอ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ เกิดความรู้สึกไม่สบาย ทำให้ผู้ที่มีโรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด และโรคปอดเรื้อรัง มีอาการกำเริบมากขึ้น โดยจะมีอาการหายใจติดขัดหรือถึงขั้นเหนื่อยหอบ เมื่อสูดดมเข้าสู่กระแสเลือด สารก่อมะเร็งจะถูกลำเลียงไปสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกายผ่านทางกระแสเลือด อวัยวะต่างๆ จะรับสารก่อมะเร็งนั้นไว้ ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับเนื้อเยื่อส่วนนั้นๆ จะตอบสนองต่อสารก่อมะเร็งได้มากน้อยเพียงใด โดยมีองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย เช่น พันธุกรรม และการติดเชื้อบางชนิด เป็นต้น (มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2549, หน้า 28) การที่สมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ในห้องที่อากาศไม่ถ่ายเท การสูบบุหรี่ ทุก 20 มวน จะทำให้สมาชิกในครอบครัวที่ไม่สูบบุหรี่ต้องหายใจเอาควันบุหรี่เข้าไปเป็นปริมาณ เท่ากับการสูบบุหรี่เอง 1 มวน และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่อยู่ในห้องทำงานที่มีควันบุหรี่ประมาณครึ่งชั่วโมง จะมีปริมาณคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่เอง 1 มวน (มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2549, หน้า 30)

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของอันตรายของบุหรี่และควันบุหรี่มือสอง จึงได้จัดทำกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO-framework conventional on tobacco control: WHO/FCTC) เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ซึ่งมีสมาชิกมากกว่า 140 ประเทศ กำหนดแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ตามความในมาตรา 8 ของ WHO/FCTC เรื่อง การปกป้องคุ้มครองการได้รับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งระบุให้ประเทศสมาชิก ยอมรับและดำเนินการในขอบเขตหน้าที่ของผู้ดูแลกระบวนการด้านกฎหมายในระดับชาติ ในการสนับสนุนองค์กรกฎหมายในระดับต่างๆ ให้ยอมรับและบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายทางการบริหารจัดการ และอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองประชาชนจากการได้รับควันบุหรี่มือสองในอาคาร สถานประกอบการ และสถานที่สาธารณะอื่นๆ ที่เหมาะสม ประเทศไทยในฐานะสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้ดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบดังกล่าว ได้จัดตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ และเป็นนโยบายที่สำคัญนโยบายหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทยในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีจำนวนคนสูบบุหรี่ 10.86 ล้านคน คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ 21.22 เป็นเพศชาย 10.35 ล้านคน คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ 41.70 และเพศหญิง 5.10 แสนคน คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ 1.94 โดยมีปริมาณการสูบบุหรี่มวนต่อวันต่อคน 10.27 จำนวนครอบครัว 18.2 ล้านครอบครัว จำนวนเฉลี่ยต่อครอบครัว 3.36 คน ครอบครัวที่มีสมาชิกตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 40.88 จำนวนสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 1.20 คน และประชากรผู้สูบบุหรี่ สูบบุหรี่ขณะอยู่ในบ้านกับสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 58.95 (ศรัณญา เบญจกุล และคนอื่นๆ, 2550, หน้า 17)

ในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี ปี พ.ศ. 2550 มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 141,343 คน มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน 21,880 คน คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ 15.48 เป็นเพศชาย 20,865 คน คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ 31.93 และเพศหญิง 1,015 คน คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ 1.34 โดยมีปริมาณการสูบบุหรี่มวนต่อวันต่อคนเท่ากับ 12.89 (ศรัณญา เบญจกุล และคนอื่นๆ, 2550, หน้า 17) โดยในส่วนของอำเภอบ้านสร้าง ปี 2557 มีประชากรอายุ 15-18 ปี จำนวน 2,215 คน มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ 56 คน

คิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ 2.83 (กลุ่มสนับสนุนวิชาการ, 2557, หน้า 12) ซึ่งเมื่อเทียบกับข้อมูลระดับประเทศ พบว่า ในพื้นที่แม่จะมีอัตราการสูบบุหรี่ที่ต่ำกว่า แต่ร้อยละของครอบครัวที่มีสมาชิกตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ที่สูบบุหรี่มากกว่าของระดับชาติ นั้นก็แสดงว่าในพื้นที่โอกาสที่จะมีสมาชิกครอบครัวสัมผัสควันบุหรี่มือสองมากกว่านั่นเอง ซึ่งเป็นโอกาสอันดีในการที่จะทำการวิจัยศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันบุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้สูบบุหรี่ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี

จากข้อมูลสถานการณ์ต่างๆ ประกอบกับผู้วิจัยรับผิดชอบงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความสนใจในการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง และเป็นอย่างไร และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสองหรือไม่อย่างไร ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจสถานการณ์การเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ในพื้นที่อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ข้อมูลที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง และใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสองต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1.2.1 เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่

1.2.2 เพื่อศึกษาข้อมูลการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่าง คือ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความถี่ของการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การคำนึงถึงคนใกล้ชิดในบ้านที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง

1.2.3 เพื่อศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง

1.2.4 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง

1.2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง

1.3 สมมุติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง

1.3.2 ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความถี่ของการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูต่อวัน การคำนึงถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง

1.3.3 ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้สูบบุหรี่ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี โดยมีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านประชากร

- 1) เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหญิงและชาย
- 2) อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกรวมทั้งผู้ที่สูบบุหรี่ ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป
- 3) มีอายุอยู่ระหว่าง 15-70 ปี
- 4) เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ อย่างน้อย 1 วัน ต่อสัปดาห์
- 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
- 6) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

1.4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหาหรือตัวแปรการวิจัย

1) ตัวแปรปัจจัย ได้แก่

(1) ข้อมูลทั่วไปด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ ข้อมูลการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง คือ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความถี่ของการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การคำนึงถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง

(2) ข้อมูลการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง

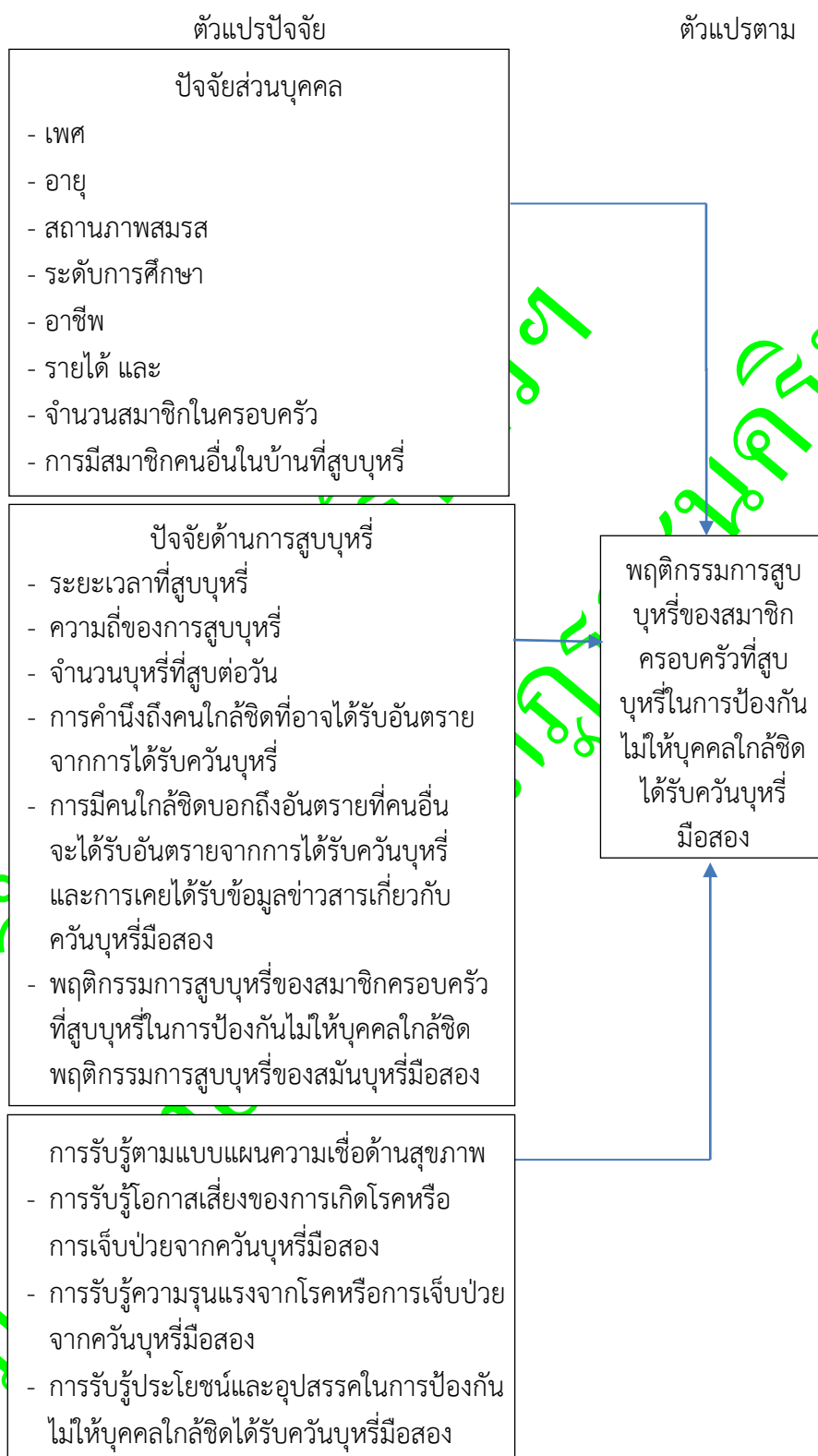
2) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่และระยะเวลาของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันบุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้สูบบุหรี่ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ระหว่างเดือนมกราคม 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

การวิจัยครั้งนี้ มีนิยามศัพท์เฉพาะดังนี้

1.6.1 สมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ หมายถึง สมาชิกครอบครัวที่มีสมาชิกรวมทั้งผู้ที่สูบบุหรี่ ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

1.6.2 อายุของผู้ที่สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 15-70 ปี

1.6.3 ข้อมูลการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความถี่ของการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การคำนึงถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ การมีคนในบ้าน หรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง

1.6.4 ควันบุหรี่มือสอง หมายถึง ควันที่เกิดจากการเผาไหม้ของส่วนปลายผลิตภัณฑ์ยาสูบ (side stream smoke) และควันที่ถูกหายใจออกมาโดยผู้สูบบุหรี่ (mainstream smoke)

1.6.5 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วย ของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้เกิดควันบุหรี่มือสอง

1.6.6 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง หมายถึง การที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าควันบุหรี่มือสองสามารถทำให้ผู้ที่ได้รับเกิดการเจ็บป่วย หรือทำให้เกิดอาการที่เป็นอันตรายได้มากน้อยเพียงใด ประเมินจากการที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความที่กำหนดให้มากน้อยเพียงใด ระหว่างเห็นด้วยอย่างมาก ถึง เห็นด้วยน้อยมาก โดยเห็นด้วยอย่างมาก หรือมากที่สุด คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ค่อนข้างเห็นด้วยหรือเห็นด้วยมาก คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 60-79 เห็นด้วยพอควร คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 40-59 เห็นด้วยน้อย คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 20-39 และเห็นด้วยน้อยมากหรือเกือบไม่เห็นด้วยเลย คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ น้อยกว่าร้อยละ 20 ในประเด็น เด็ก คนสูงอายุ คนที่มีสุขภาพแข็งแรง คนที่อยู่บ้านในชนบท การได้รับควันบุหรี่มือสองที่ต่างกัน มีโอกาสเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองได้ต่างกัน รวมถึงควันบุหรี่มือสองที่แม่ได้รับจะส่งผลถึงเด็กที่อยู่ในครรภ์ และส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองเป็นเรื่องของเคราะห์กรรมของแต่ละคน

1.6.7 การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง หมายถึง การที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองมีอันตราย หรือรุนแรงเพียงใด ประเมินจากการที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความที่กำหนดให้มากน้อยเพียงใด ระหว่างเห็นด้วยอย่างมาก ถึงเห็นด้วยน้อยมาก เช่นเดียวกับการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ในประเด็นควันบุหรี่มือสองทำให้การเจ็บป่วย หรือโรคที่เป็นอยู่ใช้เวลารักษานานขึ้นหรือหายช้าลง ควันบุหรี่มือสองทำให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการเจ็บป่วยเร็วขึ้น ควันบุหรี่มือสองทำให้โรคที่เป็นอยู่มีอาการรุนแรงมากขึ้น สารพิษในควันบุหรี่มือสอง ทำให้ปอด หัวใจ หลอดเลือดเสื่อมลงได้ โรคเรื้อรังที่เกิดจากการควันบุหรี่มือสองเป็นโรคที่สร้างความเจ็บปวด ทรมาน โรคเรื้อรังที่เกิดจากการควันบุหรี่มือสองเป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง โรคเรื้อรังที่เกิดจาก

คว้นบุหรีมือสองเป็นโรคที่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน และต่อเนื่อง อาการ ไอ แสบคอ แสบตา จากคว้นบุหรีมือสองไม่มีอันตรายต่อสุขภาพมากนัก และการรักษา ดูแลอาการโรคที่เกิดจากการคว้นบุหรีมือสอง เป็นการสูญเสียที่ไม่จำเป็นหรือไม่ควรจะเสีย

1.6.8 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับคว้นบุหรีมือสอง หมายถึง การที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับคว้นบุหรีมือสอง มีประโยชน์และอุปสรรคมากน้อยเพียงใด ประเมินจากการที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความที่กำหนดให้ มากน้อยเพียงใด ระหว่างเห็นด้วยอย่างมาก ถึงเห็นด้วยน้อยมาก ในประเด็นการป้องกันโรคจากคว้นบุหรีมือสองเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก การสูบบุหรีเป็นสิทธิส่วนบุคคลการป้องกันคว้นบุหรีมือสองจึงไม่ค่อยได้ผล การกำหนดพื้นที่สูบบุหรีภายในบ้านเป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัว การป้องกันโรคจากการคว้นบุหรีมือสองเป็นวิธีการที่คุ้มค่า และผู้ที่ไม่สูบบุหรีมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะได้รับการคุ้มครองไม่ให้ได้รับหรือสัมผัสคว้นบุหรีมือสอง

1.6.9 พฤติกรรมการสูบบุหรีของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรีในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับคว้นบุหรีมือสอง หมายถึง การที่กลุ่มตัวอย่างมีการกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับคว้นบุหรีมือสองบ่อยเพียงใด ประเมินจากการที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยเพียงใดระหว่างปฏิบัติเป็นประจำ ถึงไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกวันหรือทุกครั้งใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์ ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์ ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ และไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย ในประเด็นเปิดบ้าน ประตู หน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกเมื่อสูบบุหรีภายในบ้าน เมื่อสูบบุหรี พยายามจะสูบบุหรีในที่ที่ใต้ลม สูบบุหรีในบริเวณที่ไม่มีคนอื่นอยู่ บอกให้เด็กหรือคนในบ้านอยู่ห่างๆ เมื่อสูบบุหรี พยายามสูบบุหรีในแต่ละครั้งให้เสร็จเร็วๆ สูบบุหรีในห้องที่เป็นส่วนตัว พยายามสูบบุหรีนอกบ้าน พยายามสูบบุหรีให้ห่างจากผู้อื่น สูบบุหรีตามปกติโดยคำนึงถึงความสะดวกเป็นหลัก และสูบบุหรีในบ้านหรือในอาคารโดยมีผู้อื่นอยู่ใกล้ๆ เพราะทุกคนยอมรับการสูบบุหรีของท่าน

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการกำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงานควบคุม แก้ไขปัญหา การบริโภคยาสูบ และป้องกันอันตรายจากคว้นบุหรีมือสอง ของประชาชนในชุมชน

1.7.2 นำผลการวิจัย เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการเฝ้าระวัง การได้รับอันตรายจากคว้นบุหรีมือสอง

1.7.3 ผลการวิจัย ใช้เป็นเครื่องมือในการชี้แนะ (advocacy) พัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อให้ประชาชนตระหนัก และเห็นความสำคัญของอันตรายจากคว้นบุหรีมือสอง

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาสูบกับอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ พื้นที่อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิจัยในหัวข้อดังนี้

- 2.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และพิษภัยของควันบุหรี่มือสอง
 - 2.1.1 ต้นกำเนิดของบุหรี่
 - 2.1.2 ประวัติการสูบบุหรี่ในประเทศไทย
 - 2.1.3 พิษภัยของควันบุหรี่ต่อผู้ไม่สูบบุหรี่
 - 2.1.4 สารประกอบและสารพิษในควันบุหรี่
 - 2.1.5 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการได้รับควันบุหรี่มือสอง
- 2.2 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และพิษภัยของควันบุหรี่มือสอง

2.1.1 ต้นกำเนิดของบุหรี่

ชาวอินเดียนแดง ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองในทวีปอเมริกาใต้เริ่มต้นใช้ยาสูบเป็นพวกแรก โดยปลุกยาสูบเพื่อใช้เป็นยาและนำมาสูบในพิธีกรรมต่างๆ ในปี 2035 เมื่อคริสโตเฟอร์ โคลัมบัส (Christopher Columbus) เดินทางไปขึ้นฝั่งที่ซันซาลวาดอร์ในหมู่เกาะเวสต์อินดีสนั้น ได้เห็นชาวพื้นเมืองนำเอาใบไม้ชนิดหนึ่งมาบดและจุดไฟตอนปลาย แล้วดูดควัน ต่อมาในปี 2091 มีการปลุกยาสูบในบราซิลซึ่งเป็นอาณานิคมของโปรตุเกส ในทวีปอเมริกาใต้ เพื่อเป็นสินค้าส่งออก เป็นผลให้ยาสูบ แพร่หลายเข้าไปในประเทศโปรตุเกส และสเปนตามลำดับ ต่อมาในปี 2103 นายฌอง นิโคต (Jean Nicot) เอกอัครราชทูตฝรั่งเศส ประจำประเทศโปรตุเกส ได้ส่งเมล็ดยาสูบ มายังราชสำนักฝรั่งเศส ชื่อของนายนิโคตจึงเป็นที่มาของชื่อนิโคติน (nicotine) ที่รู้จักในปัจจุบันในปี 2107 เซอร์จอห์น ฮอคกินส์ (Sir John Hawkins) ได้นำยาสูบเข้าไปในประเทศอังกฤษ และปี 2155 นายจอห์น รอล์ฟ (John Rolfe) ชาวอังกฤษประสบความสำเร็จในการปลุกยาสูบเชิงพาณิชย์เป็นครั้งแรก และ 7 ปีต่อมาก็ได้ส่งออกผลผลิตไปยังประเทศอาณานิคมเป็นจำนวนมหาศาล อีก 200 ปีต่อมา การทำไร่ยาสูบเชิงพาณิชย์จึงเกิดขึ้นอย่างแพร่หลายทั่วโลก

2.1.2 ประวัติการสูบบุหรี่ในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีการใช้ยาสูบตั้งแต่สมัยอยุธยาแล้ว โดยมีหลักฐานจากจดหมายเหตุของเมอริซีเยอร์ เดอลาลูแบร์ (Monsieur De La Loubere) อัครราชทูตฝรั่งเศสที่เดินทางมาเมืองไทย สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อปี 2230 ได้เขียนเล่าเรื่องประเทศสยามว่า คนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างฉุน ทั้งผู้ชายและผู้หญิง โดยได้ยาสูบมาจากเมืองมะนิลา ในหมู่เกาะฟิลิปปินส์ จากประเทศจีน และที่ปลุก

ในประเทศเอง ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าสิงหนาทราชครูคงฤทธิได้ทรงประดิษฐ์บุหรี่กันปานขึ้น เพื่อสูบควันและอมยากับหมากพร้อมกัน ครั้นถึงรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการผลิตบุหรี่ขึ้นโดยบริษัทที่มีชาวอังกฤษเป็นเจ้าของ ได้เปิดดำเนินการเป็นบริษัทแรกในปี 2460 การผลิตบุหรี่ในระยะแรกจะมวนด้วยมือ ต่อมาในรัชสมัยพระสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการนำเครื่องจักรเข้ามาจากประเทศเยอรมนี และทำการผลิตบุหรี่ออกมาจำหน่ายหลายยี่ห้อ การสูบบุหรี่จึงแพร่หลายมากขึ้นจนกระทั่งในปี 2482 รัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้น โดยซื้อกิจการมาจากห้างหุ้นส่วนบูรพาพยาบาล จำกัด (สะพานเหลือง) ถนนพระราม 4 กรุงเทพฯ และดำเนินกิจการอุตสาหกรรมยาสูบภายใต้การควบคุมของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง หลังจากนั้น รัฐบาลได้ซื้อกิจการของบริษัท กวางฮก บริษัทฮอฟฟัน และบริษัท บริติช อเมริกัน โทแบคโคเพิ่มขึ้น แล้วรวมกิจการภายใต้ชื่อว่า โรงงานยาสูบกระทรวงการคลังมาจนถึงปัจจุบัน

2.1.3 พิษภัยของควันบุหรี่ต่อผู้ไม่สูบบุหรี่

การสูบบุหรี่จะเกิดควันบุหรี่ 2 แบบ คือ ควันบุหรี่ ที่สูบเข้าปอดหรือที่ฟุ้งออกมาและควันบุหรี่ ที่ออกมาจากการเผาไหม้บุหรี่ ซึ่งควันบุหรี่ที่ออกมา เรียกว่า ควันบุหรี่มือสอง (secondhand smoke: SHS) ส่วนผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันเข้าไป จากผู้สูบบุหรี่ จะถูกเรียกว่า ผู้สูบบุหรี่มือสอง (secondhand smoker) ซึ่งมีโอกาสได้รับอันตรายจากพิษภัยบุหรี่ได้มากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ควันบุหรี่มือสอง ประกอบด้วย สารพิษที่เป็นของเสีย ที่เกิดจากการเผาไหม้ (toxic waste of tobacco combustion) และสารพิษที่เกิดจากการรวมตัวกันของควันบุหรี่จากการเผาไหม้ยาสูบ ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งมากกว่า 40 ชนิด สารพวกอนุมลิวติสคาร์บอนมอนอกไซด์ นิโคติน สารน้ำมันดิน สารกัมมันตรังสีและสารอื่นๆ อีกมากมาย ทั้งลอยอยู่ในอากาศหรือตกค้าง แทรกซึมเข้าไปจับกับเสื้อผ้า ข้าวของเครื่องใช้ในบ้าน และร่างกายของมนุษย์ เช่น ผิวหนัง เส้นผม

2.1.4 สารประกอบและสารพิษในควันบุหรี่

1) นิโคติน เป็นสารที่พบได้ในใบยาสูบ มีลักษณะคล้ายน้ำมันและไม่มีสี นิโคตินสามารถออกฤทธิ์โดยตรงที่สมอง ทำให้ผู้สูบบูหรี่มีความรู้สึกที่เป็นสุข สบายใจ ตีตบหูและเลิกได้ยาก นิโคตินที่เข้าสู่ร่างกายส่วนใหญ่อจะไปจับที่ปอด และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดโดยจะไปมีผลต่อการหลั่งสารอิพิเนพรีน จากต่อมหมวกไต ทำให้มีความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นแรงเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ และเส้นเลือดแดงหดตัว เป็นต้น เมตาบอลิซึมของนิโคตินส่วนใหญ่จะเกิดที่ตับ และประมาณร้อยละ 70 ของนิโคตินในกระแสโลหิตจะถูกเมตาบอลิซึม เปลี่ยนเป็นโคตินิน (cotinine) โดย cytochrome P450 และ aldehyde oxidase

2) ทาร์ มีลักษณะคล้ายน้ำมันดิน เกิดจากการเผาไหม้ของใบยาสูบ กระดาษมวน และส่วนประกอบอื่นๆ ในบุหรี่ ทาร์มีสีน้ำตาล ประกอบด้วย สารที่เป็นอันตรายหลายชนิดผสมรวมกัน เช่น เบนโซไพริธิน (benzop [a] pyrene) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง นอกจากนี้ละอองของเหลวของทาร์จะเข้าไปติดอยู่ตามทางเดินหลอดลมและถุงลมปอด โดยประมาณร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับอยู่ที่ปอด และเมื่อทาร์รวมตัวกับฝุ่นต่างๆ ที่หายใจเข้าไปก็จะขังอยู่ในถุงลมปอด ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเดินหายใจ ไอเรื้อรัง และมีเสมหะ ซึ่งจะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งโรคมะเร็งปอดและมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ เป็นต้น

3) คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น เกิดจากการเผาไหม้ของไบยาสูบอย่างไม่สมบูรณ์ ในควันบุหรี่จะประกอบด้วย ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ประมาณร้อยละ 2-6 ก๊าซนี้จะแย่งจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงได้ดีกว่าออกซิเจนประมาณ 200 เท่า ดังนั้นร่างกายของผู้ที่สูบบุหรี่ จึงได้รับออกซิเจนน้อยลง การลำเลียงออกซิเจนไปให้อวัยวะต่างๆ ลดลง มีผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น เพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอและถ้าได้รับก๊าซนี้จำนวนมาก จะทำให้เกิดอาการมึนงง คลื่นไส้ และเหนื่อยง่าย นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ พบว่าทารกในครรภ์จะได้รับออกซิเจนน้อย และเด็กที่เกิดมาจะมีการเจริญเติบโตที่ไม่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และพฤติกรรม

4) ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมโป่งพอง ถุงลมในปอด ลดจำนวนลง ส่งผลให้การทำงานของปอดลดลง ซึ่งมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เหนื่อยหอบง่าย และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรังและผู้ป่วยจะทรมาณมาก

5) ไฮโดรไซยาไนด์ เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น ซึ่งบริเวณนี้จะทำหน้าที่คอยช่วยดักสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจ ซึ่งผลของการได้รับก๊าซชนิดนี้จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เกิดอาการไอ มีเสมหะและหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

6) สารกลุ่ม polycyclic aromatic hydrocarbons (pah) เป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งของอวัยวะหลายแห่ง เช่น ปอด กลัองเสียง หลอดอาหาร ตับอ่อน กระเพาะอาหาร และช่องปาก เป็นต้น โดยกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารในกลุ่ม PAH จะทำให้ดีเอ็นเอเปลี่ยนแปลง ก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ และส่งเสริมการสร้างเซลล์มะเร็งที่จำเพาะต่ออวัยวะต่างๆ

7) สารอนุมูลอิสระ กระบวนการเผาไหม้ของไบยาสูบทำให้เกิดสารพวกอนุมูลอิสระเป็นจำนวนมาก เช่น peroxy radical, hydroxyl radical เป็นต้น โดยสารอนุมูลอิสระชนิดต่างๆ สามารถเหนี่ยวนำให้เกิดกระบวนการต่างๆ ในร่างกาย เช่น การกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิด polymorph nuclear cells การสร้างสารกระตุ้น (chemotactic peptide) การกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ และการเปลี่ยนแปลงไขมันบางชนิดเป็นไขมันชนิดที่ทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis peptide) นอกจากนี้สารพวกอนุมูลอิสระยังทำให้เกิดโรคของระบบทางเดินหายใจโดยการก่อให้เกิด oxidative stress ในปอด ทำให้มีการชุมนุมของเม็ดเลือดขาวที่ทำให้เกิดการอักเสบ มีการทำลายเซลล์และเซลล์ตายด้วย

8) สารกัมมันตรังสี ในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารกัมมันตรังสีต่างๆ เช่น polonium 210 ที่มีรังสีแอลฟาและยังเป็นสารก่อมะเร็ง เช่น ทำให้เกิดมะเร็งปอด

9) สารปรุงแต่งต่างๆ ที่อยู่ในบุหรี่ ในกระบวนการผลิตบุหรี่จะมีการใช้สารต่างๆ กวาร์้อยชนิดเพื่อให้อาหารมีรสชาติดีขึ้น หรือเพื่อให้มีนิโคตินน้อยลง แต่สารเหล่านี้หลายชนิดทำให้พิษภัยของบุหรี่เพิ่มมากขึ้น

(1) โกลโก้ เป็นสารที่เพิ่มความหวาน เพื่อใช้กลบรสชาติกระด้างของบุหรี่ แต่เมื่อเกิดการเผาไหม้ขึ้น โกลโก้จะกลายเป็นสารก่อมะเร็งชนิดหนึ่งได้ นอกจากนี้ในโกลโก้ยังมี the bromine ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ขยายหลอดลม (bronchodilator) ทำให้ทางเดินอากาศ (airway) ขยายตัว ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสได้รับควันบุหรี่และสารนิโคตินเพิ่มขึ้น

(2) glycyrrhizin เป็นสารปรุงแต่งรสชาติและให้รสหวานในบุหรี่ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่หายใจรับเอาควันบุหรี่เข้าสู่ปอดได้ง่ายขึ้น รวมถึงช่วยบรรเทาอาการระคายเคืองของปากและลำคอจากควันบุหรี่เป็นสารก่อมะเร็งชนิดหนึ่ง

(3) น้ำตาล เป็นสารปรุงแต่งในบุหรี่ มีประมาณร้อยละ 3 ของน้ำหนักบุหรี่แต่ละมวน เมื่อน้ำตาลในบุหรี่ถูกเผาไหม้จะได้สาร acetaldehyde เกิดขึ้นโดยสารชนิดนี้จะช่วยในการเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน

(4) แอมโมเนีย มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา หลอดลมอักเสบ และไอ นอกจากนี้แอมโมเนียยังทำให้ค่าความเป็นด่างของควันบุหรี่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูดซึมนิโคตินดีขึ้น และเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน

(5) เมนทอล นำมาผสมในบุหรี่เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่แล้วรู้สึกเย็นคอ โดยรสของเมนทอล จะทำให้ผู้สูบบุหรี่อดควันอยู่ในปอดนานขึ้น จึงทำให้มีโอกาสเกิดโรคต่างๆ จากบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น เช่น โรคมะเร็ง

ตาราง 1 การวิเคราะห์สารนิโคตินและน้ำมันดินในบุหรี่ไทยแต่ละยี่ห้อ

บุหรี่	มิลลิกรัมสารนิโคติน ในควันบุหรี่ 1 มวน	มิลลิกรัมน้ำมันดิน ในควันบุหรี่ 1 มวน
1. พระจันทร์	0.6	24
2. รวงทิพย์	0.8	24
3. เกล็ดทอง	1.0	26
4. สายฝน	1.8	28
5. รอยแฉก III ก้นกรอง	1.6	28
6. กรองทิพย์	1.6	28
7. สามิต 14 (ก้นกรอง)	1.5	29
8. สามิต (ธรรมดา)	1.6	31
9. กรุงทอง 85 (ก้นกรอง)	1.8	29
10. กรุงทอง (ธรรมดา)	1.8	30

ที่มา: (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2550, หน้า 504-505)

2.1.5 โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการได้รับควันบุหรี่มือสอง

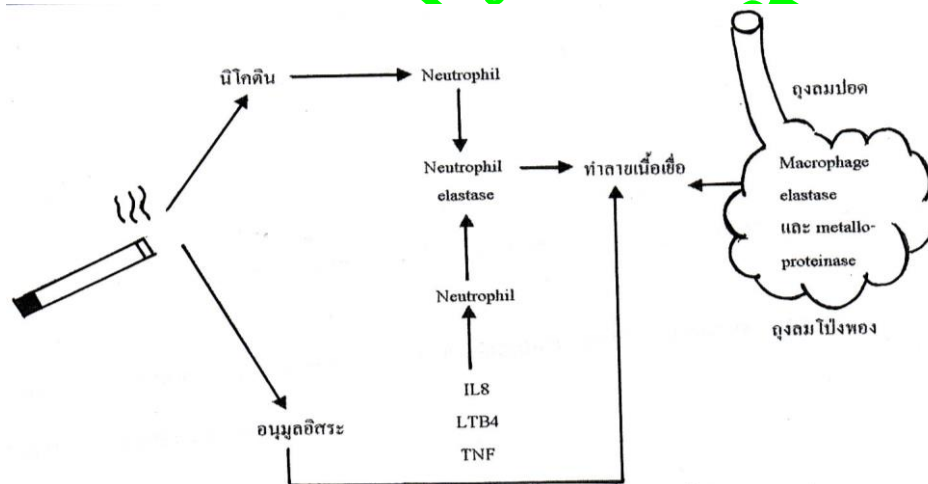
จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่อย่างต่อเนื่องจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ควันบุหรี่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรง มากมาย หลายโรค ยกตัวอย่างได้ดังนี้

1) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease, copd) เป็นชื่อเรียกรวมอาการของโรคปอดชนิดที่เกิดกับถุงลม คือ โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) และโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) โรคถุงลมโป่งพอง เป็นภาวะที่ถุงลมปอดบริเวณปลายแขนงหลอดลม

(bronchioles) โป่งออก และเซลล์บุผนังถุงลมถูกทำลาย ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ และสูดควันบุหรี่มาเป็นเวลานาน

COPD เป็นโรคที่มีการอักเสบอย่างไม่รุนแรง แต่เรื้อรังเป็นทั่วทางเดินอากาศ เซลล์ปอดและหลอดเลือดในปอด โดยพบ macrophages CD8⁺ T lymphocytes และ neutrophil ในปอดเพิ่มจำนวนขึ้น เซลล์เหล่านี้หลั่งสารกระตุ้นหลายชนิด เช่น leukotriene B₄ IL-8 TNF และอื่นๆ ที่สามารถทำลายเซลล์ปอด หรือคงสภาพการอักเสบเรื้อรัง การทำลายเยื่อผนังถุงลมปอดเกิดจากสารที่ย่อยโปรตีน เช่น elastase และสารอนุมูลอิสระ

ในคนปกติมี α_1 -antitrypsin ซึ่งเป็น anti elastase ในภาวะปกติมี neutrophil อยู่ในปอดจำนวนเล็กน้อย นิโคตินและสารพวกอนุมูลอิสระในควันบุหรี่จะกระตุ้นให้จำนวนเม็ดเลือดขาว neutrophil ในปอดเพิ่มขึ้น หรือเพิ่มการหลั่ง elastase เท่ากับเป็นการเพิ่มการทำลายเซลล์โดย elastase นอกจากนี้ neutrophil ยังหลั่งสารอนุมูลอิสระ ซึ่งไปลดปริมาณ α_1 -antitrypsin จึงมีการทำลายเนื้อเยื่อปอดในถุงลมปอด นอกจากนี้ ควันบุหรี่ยังเพิ่มปริมาณ metalloproteinase จาก macrophage ช่วยเสริมการทำลายเนื้อเยื่อปอด ผลที่สุดทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง ดังภาพ 2



ภาพ 2 กลไกการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง โดย elastase และอนุมูลอิสระ

2) โรคปอดบวม (desquamative interstitial pneumonia: DIP) เป็นโรคปอดบวมชนิดที่มี macrophage คั่งเป็นจำนวนมากในถุงลมปอด ต่อมาถุงลมปอดถูกทำลายจนกลายเป็นพังผืด DIP มักจะเกิดกับคนอายุ 40-50 ปี เป็นในชายมากกว่าหญิงในสัดส่วน 2 : 1 พบว่า ผู้ป่วยทุกคนสูบบุหรี่ มีอาการหายใจลำบาก ไอแห้ง เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน นิ้วมือปูด หน้าทีการทำงานของปอดมีความผิดปกติเล็กน้อย ผู้ป่วย DIP มีการพยากรณ์โรคดี และตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตียรอยด์ การหยุดสูบบุหรี่ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 100

3) โรคหอบหืด (asthma) หอบหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ ทำให้หายใจมีเสียงวี๊ด หายใจไม่ออก แน่นหน้าอกและไอตอนกลางคืนและเช้ามืด อาการเหล่านี้เกี่ยวกับหลอดลมตีบและอากาศไม่พอหายใจ การอักเสบของทางเดินหายใจเกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น

จึงทำให้หลอดเลือดเกร็งคนที่เป็นหอบหืด มีความไวต่อสิ่งกระตุ้นหลายอย่าง เช่น สิ่งกระตุ้นจากภายนอก จะไปกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาไวเกิน (type I-hypersensitivity reaction) สิ่งกระตุ้นจากภายใน เช่น การได้รับ คิวบุนหรี การติดเชื้อในปอด เป็นหวัด ความเครียด และการออกกำลังกาย ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือด การอักเสบเกี่ยวข้องกับเซลล์หลายชนิด ซึ่งหลังสารที่ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบ ได้แก่ type 2 helper T (T_H2) cells ซึ่งเป็น CD4⁺ T cell ชนิดหนึ่ง T_H2 หลัง interleukins (IL3 IL4 IL5) ที่เร่งการเกิดการอักเสบ (allergic inflammation) และกระตุ้น B cells ให้สร้าง IgE และแอนติบอดีชนิดอื่น ต่อจากนั้นจะมีการกระตุ้น mast cell ให้หลั่งฮีสตามีน พรอสตาแกลนดิน (PDG₂) platelet activating factor (PAF) และ leukotriene ทำให้หลอดเลือดกล้ามเนื้อหดตัว และมีการหลั่งน้ำเมือกมากขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะของการเกิดหอบหืด ส่วน type 1 helper T (T_H1) cells ซึ่งเป็น CD4⁺ T cells อีกชนิดหนึ่งสร้าง interferon- γ และ interleukin-2 ซึ่งฆ่าไวรัส และจุลชีพชนิดอื่นโดยการกระตุ้น macrophages และ cytotoxic T cells helper สองชนิดนี้เกิดขึ้น เมื่อมีการกระตุ้นทางภูมิคุ้มกัน และ cytokines ทั้งนี้ cytokines จาก T_H1 cells และ T_H2 cells ยับยั้งซึ่งกันและกัน ดังนั้นเมื่อเกิดความไม่สมดุลของสองสิ่งนี้จึงทำให้เกิดอาการหอบหืด

4) ผนังด้านในของหลอดเลือดผิดปกติ คิวบุนหรีกระตุ้นให้เซลล์เม็ดเลือดขาว เคลื่อนออกจากผนังด้านในของหลอดเลือด และเกาะที่เซลล์บุผนังด้านในของหลอดเลือด ความยืดหยุ่นของผนังด้านในของหลอดเลือดเสียไป ซึ่งเป็นอาการเริ่มแรกของผนังด้านในหลอดเลือดผิดปกติ นิโคตินในคิวบุนหรีทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือดร่างกายต้องมีการซ่อมแซมของหลอดเลือดชั้นใน เพื่อดำรงรักษาสภาพปกติของหลอดเลือดโดยไขกระดูกสร้างเซลล์ต้นกำเนิดชนิดที่จะเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์ของหลอดเลือดชั้นใน (endothelial progenitor cells: EPC) แต่สารโคตินิน ซึ่งเป็นเมตาบอไลต์ของนิโคตินในคิวบุนหรีทำให้เซลล์ EPC ลดจำนวนลง

5) การกระตุ้นเกล็ดเลือด คิวบุนหรีกระตุ้นให้เกล็ดเลือดเกาะกลุ่มและเกิดลิ่มเลือด ตรงบริเวณที่หลอดเลือดมีขนาดแคบ เกล็ดเลือดหลัง platelet factor-4 β -thromboglobulin และ platelet activating factor เพิ่มขึ้นซึ่งเชื่อว่าการกระตุ้นเกล็ดเลือดในคนที่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังมีการหลั่งอีพิเนพรีน ซึ่งเพิ่มการกระตุ้นเกล็ดเลือด

นอกจากผลกระทบโดยตรงของคิวบุนหรีต่อหน้าที่ของเกล็ดเลือดและการเกิดลิ่มเลือดแล้ว เกล็ดเลือดยังทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดผิดปกติ โดยการส่งเสริมให้หลอดเลือดแข็งตัว (pro-coagulant) ซึ่งนำไปสู่การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด (atherothrombosis)

6) อนุมูลอิสระ การเปลี่ยนแปลง lipoprotein และการอักเสบ คิวบุนหรีมีสารพวกอนุมูลอิสระซึ่งเกิดขึ้นในคิวบุนหรีเอง และเกิดขึ้นจากเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil อนุมูลอิสระทำให้ไขมันชนิด low-density lipoprotein (LDL) ถูกเปลี่ยนเป็น oxidized LDL (ox LDL) ซึ่งทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดผิดปกติ ox LDL ในรูหลอดเลือดถูก macrophage ประจำถิ่นจับกินกลายเป็น foam cells ทับถมกันเป็นแผ่น (Plaque) Polycyclic aromatic hydrocarbons ซึ่งแทรกเข้าไปใน plaque ได้หลังจากที่จับกับ lipoprotein ช่วยเร่งการแบ่งตัวของเซลล์และ plaque ขยายใหญ่ขึ้น

7) โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (aortic aneurysm) คิวบุนหรีกระตุ้นให้มีการหลั่งสารย่อยโปรตีน matrix metalloproteinases: MMP จาก macrophages กลไกนี้เหมือนกับการเกิดโรคทางเดินหายใจอุดกั้น MMP ย่อยโปรตีนของผนังหลอดเลือด เช่น คอลลาเจน อีลาสติน ทำให้หลอดเลือดแดง

อ่อนแอ และไวต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว หรือความดันเลือดสูง หรือทั้งสองอย่าง ความดันเลือดสูง เป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดแดงใหญ่ที่โป่งพองแตก มีอันตรายถึงแก่ชีวิต

8) มะเร็งปอด (lung cancer) polycyclic aromatic hydrocarbon เป็นสารเคมีก่อมะเร็งที่มีความแรงมากที่สุด สารกลุ่มนี้ ในควันบุหรี่ เช่น เบนโซไพรีน เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกเมตาบอลิซึมโดย cytochrome P450 prostaglandin H synthetase และ epoxide hydrolase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สร้างจากตับ สาร epoxide intermediates ที่จับกับ DNA เป็นสิ่งบ่งชี้การได้รับ polycyclic aromatic hydrocarbon การได้รับสารชนิดนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดและมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เบนโซไพรีนทำให้มีการกลายพันธุ์ของ p53 tumor suppressor gene ในคนที่เป็นมะเร็งปอดที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จะมีการกลายพันธุ์แบบ G:C-->T:A transversion ปัจจุบันพบว่า มะเร็งปอดชนิด adenocarcinoma มีอุบัติการณ์สูงในชายและหญิง

9) มะเร็งตับอ่อน (pancreatic cancer) มะเร็งตับอ่อนเป็นมะเร็งชนิดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง การพยากรณ์โรคไม่ดี อัตราผู้ป่วยรอดชีวิตเมื่อ 5 ปี มีเพียงร้อยละ 5 มะเร็งตับอ่อนเกิดกับผู้ที่มียอายุ 60-80 ปี การได้รับควันบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับอ่อนอีกเท่าตัว โดยที่ควันบุหรี่จะทำให้ยีนหลายชนิดกลายพันธุ์ ซึ่งทำให้โปรแกรมการตายของเซลล์ (apoptosis) จึงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

10) มะเร็งหลอดอาหาร (carcinoma of esophagus) มะเร็งหลอดอาหารพบในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ชายเป็นมากกว่าหญิง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งหลอดอาหาร เพราะในควันบุหรี่มี polycyclic aromatic hydrocarbons ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง การรับประทานอาหารที่มีสารก่อมะเร็งร่วมกับการได้รับควันบุหรี่ ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ตัวอย่างเช่น การเกิดปฏิกิริยา methylation กับสารจำพวก nitroso ในอาหารและได้รับควันบุหรี่ด้วย จะทำให้ยีนหลายชนิดกลายพันธุ์ มะเร็งหลอดอาหารมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีอัตราการรอดชีวิตเมื่อ 5 ปีประมาณร้อยละ 5

11) มะเร็งกระเพาะอาหาร (gastric carcinoma) เป็นมะเร็งชนิดที่เป็นกันมากเป็นอันดับ 2 ทั่วโลก ชายเป็นมากกว่าหญิง การพยากรณ์โรคไม่ดี มีอัตราการรอดชีวิตเมื่อ 5 ปี ประมาณร้อยละ 20 สารอนุมูลอิสระในควันบุหรี่ทำอันตรายต่อดีเอ็นเอ จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเซลล์มะเร็ง

12) มะเร็งกล่องเสียง (carcinoma of the larynx) ควันบุหรี่เป็นสาเหตุให้เซลล์เยื่อกล่องเสียงเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งเป็นเซลล์มะเร็ง ระดับความเสี่ยงขึ้นอยู่กับปริมาณควันบุหรี่ที่ได้รับ ถึงแม้ว่าจะเป็นระยะที่มะเร็งปรากฏชัดเจนแล้วก็ตาม หากหยุดสูบบุหรี่ เซลล์จะหยุดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้

13) มะเร็งไต (renal cell carcinoma) มะเร็งไตมักเกิดกับผู้มีอายุ 60-70 ปี ชายเป็นมากกว่าหญิง การได้รับควันบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดมะเร็งไต ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่และกลัองยาเส้น มีความเสี่ยงเช่นเดียวกับการสูบบุหรี่

14) มะเร็งผิวหนัง (skin cancer) คนที่สัมผัสควันบุหรี่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเป็นมะเร็งผิวหนังเมื่อเทียบกับคนไม่สูบบุหรี่ โดย squamous cell carcinoma: SCC เป็นผลที่เกิดจากควันบุหรี่ที่กดภูมิคุ้มกัน ผู้ที่สูบบุหรี่เมื่อเป็นมะเร็งผิวหนังชนิด Melanoma จะมีการพยากรณ์โรคเลวกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่เป็นเพราะการสูบบุหรี่มีผลเสียต่อระบบภูมิคุ้มกัน

15) เบาหวาน (diabetes mellitus) สารเคมีในควันบูหรี่ ทำให้เกิดการต้านอินซูลิน (insulin resistance) และเป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่มีภาวะต้านอินซูลินจะไม่สามารถนำอินซูลินไปใช้ได้ ถึงแม้จะมีระดับอินซูลินในเลือดสูง ภาวะนี้จะทำให้ปริมาณของไขมันในอวัยวะต่างๆ เปลี่ยนแปลง หรือโดยการเกิดพิษ (toxic) ต่อเนื้อเยื่อตับอ่อนโดยตรง กลไกอื่นซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกันคือผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย และคนอ้วนจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน กล่าวคือ การนำกลูโคสเข้าไปในเซลล์ไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อผิดปกติไปในผู้ที่สูบบุหรี่ สารเคมีในควันบูหรี่มีผลโดยตรง คือ ขัดขวางการนำกลูโคสเข้าเซลล์ ผลทางอ้อม คือ ทำให้สารเคมีในเลือดเปลี่ยนแปลงหรือลดปริมาณเลือดไหลเวียนในหลอดเลือด จากการทดลองโดยใช้เซลล์กล้ามเนื้อ พบว่า การกระตุ้นการนำกลูโคสเข้าเซลล์กล้ามเนื้อโดยอินซูลินผิดปกติไปในผู้ที่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นผลทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการมีปริมาณกรดไขมันอิสระ (free fatty acid) และไขมันไตรกลีเซอไรด์ (triglycerides) ในเลือดสูงกว่าปกติ ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น

16) การเป็นหมัน (infertility)

(1) ผลกระทบของควันบูหรี่กับภาวะเจริญพันธุ์ในหญิง เมื่อสามีหรือภรรยาสูบบุหรี่ จะมีผลเสียต่อภาวะการมีบุตร ควันบูหรี่ทำอันตรายต่อรังไข่ เร่งการสูญเสียไข่ และหมดประจำเดือนเร็วขึ้น หลายปี สารประกอบในควันบูหรี่ ความสัมพันธ์กับการแท้งบุตร การตั้งครรภ์นอกมดลูก หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่จะให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยและคลอดก่อนกำหนด มีอุบัติการณ์สูงของทารกเสียชีวิตเฉียบพลัน (sudden infant death syndrome: SIDS) ในบ้านที่มีคนสูบบุหรี่ จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า มารดาที่สูบบุหรี่ในระหว่างตั้งครรภ์ทารกในครรภ์ที่ได้รับนิโคติน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค SIDS มากกว่าเด็กที่มารดาไม่ได้สูบบุหรี่ เด็กที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันบูหรี่ มีความเสี่ยงต่อการเกิด SIDS เช่นเดียวกัน

(2) ผลกระทบของควันบูหรี่กับภาวะเจริญพันธุ์ในชายที่สูบบุหรี่ หรือได้รับควันบูหรี่ จะมีจำนวนอสุจิลดลงทั้งจำนวนและการเคลื่อนที่ อสุจิมีความผิดปกติทั้งรูปร่างและหน้าที่มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

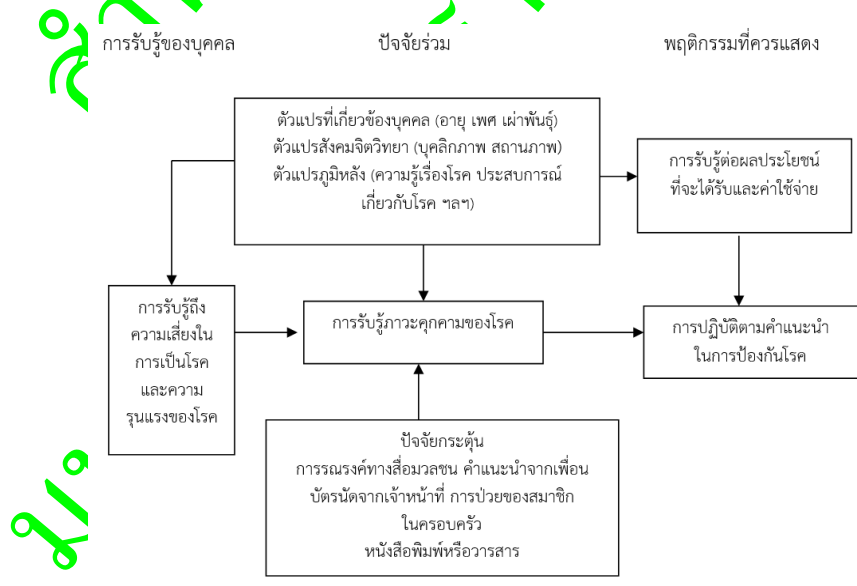
2.2 แนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

2.2.1 แบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีข้อสมมติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสุขภาพ) ภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง (ต่ำสุด) และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรค (ในรูปของการป้องกันที่แนะนำหรือปฏิบัติตน) ไม่สูงเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับสถานการณ์เหล่านี้ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาได้ (บางสิ่งบางอย่างสามารถจะทำได้เพื่อรักษาโรค) และความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหา (self-efficacy) และสุดท้ายการรับรู้เกี่ยวกับราคาค่าใช้จ่ายในด้านเวลา เงิน พลังงาน ความสนใจ ความกลัว ความอายและอื่นๆ (becker, 1974, pp. 354-385)

ความคิดของทฤษฎีนี้ เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับบอวกาศของชีวิต (life space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin (1951, p. 227) ผู้เริ่มคิดเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ Hochbaum, Kegeles, Leventhal & Rosenstock ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาสังคมและทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา ความสนใจเบื้องต้นของกลุ่มบุคคลเหล่านี้ก็เพื่อจะศึกษาว่าทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรคหรือการตรวจสุขภาพ ซึ่งรัฐบาลจัดให้โดยเสียค่าใช้จ่ายแต่น้อยหรือบางครั้งก็ไม่ต้องเสียเลย เพราะผู้ศึกษาวิจัยกลุ่มนี้มีความต้องการที่จะสร้างทฤษฎีทางสังคม-จิตวิทยา และขณะเดียวกันก็เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงด้วย จึงได้พยายามศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพภายในกรอบแนวคิดของทฤษฎี

เบกเกอร์ (Becker, 1977, pp. 47-50) ได้เพิ่มองค์ประกอบอื่นอีกในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (เดิม) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับกรปฏิบัติการรักษาโรคโดยเน้นความสนใจไปที่แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivations) ซึ่งรวมถึงความใส่ใจเกี่ยวกับเรื่องด้านสุขภาพและความตั้งใจของบุคคลที่จะแสวงหาการรักษาโรค นอกจากนี้ยังได้เพิ่มเติมองค์ประกอบที่สำคัญที่เรียกว่า องค์ประกอบร่วม (modifying and enabling factors) ซึ่งรวมทั้งตัวแปรทางด้านประชากรด้านองค์ประกอบร่วม ได้แก่ ทักษะคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาพยาบาล (เกี่ยวกับแพทย์ สิ่งอำนวยความสะดวก สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ทางด้านกายภาพและสาธารณสุข) รวมทั้งโครงสร้างของการรักษาพยาบาล ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความเพียงพอของการบริการ และประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยมีเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในองค์ประกอบเกี่ยวกับสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ (cues to action) นั้นจะประกอบไปด้วยสิ่งกระตุ้นหรือเตือนใจภายในบุคคลอันได้แก่อาการเจ็บป่วย และสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่รัก เป็นต้น องค์ประกอบเหล่านี้ได้ถูกเพิ่มเติมเข้ามาในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเดิม



ภาพ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล
ที่มา: (Becker, Marshall H. maiman & Lois A., 1975, p. 12)

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมสุขภาพ มีด้วยกัน 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย ความเชื่อนี้มีแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล บางคนมีความเชื่อในระดับปานกลางบางคนมีความเชื่อในระดับสูง ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน

ลูชแมน (Luchman, 1970, pp. 105-110) มีความเห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้บุคคลเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีและมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับสูง จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ดังกล่าวในระดับต่ำ และอาจมีแนวโน้มการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

เบเกอร์ (Becker, 1974, p. 410) ได้สรุปว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน รักษาโรคของบุคคล

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived seriousness or severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการรักษาเกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (perceived threat) ของโรคความมีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลปรารถนาและมีแนวโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3) การรับรู้ถึงประโยชน์และค่าใช้จ่าย (perceived benefits and costs) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะจะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนี้ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในความดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย ค่าใช้จ่ายนี้ไม่เพียงแต่เงินที่ต้องเสียไปเท่านั้น แต่จะรวมถึงความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบาย (discomfort) การเสี่ยง (risk) และอาการแทรกซ้อนด้วย จะเห็นได้ว่าความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลประโยชน์ของการรักษาพยาบาลเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลด้วย

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ดังนี้

แมนนิโน และคนอื่นๆ (Mannino, et al., 2002, p. 187) สัมภาษณ์เด็กอายุ 4-16 ปี จำนวน 523 คน ที่เป็นโรคหอบหืด และรับสัมผัสควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ พบว่า ร้อยละ 14.6 เป็นโรคหอบหืดขั้นรุนแรง ร้อยละ 6.8 เป็นขั้นกลางและร้อยละ 78.6 เป็นขั้นอ่อนๆ

นิตยา เอกวัฒน์ (2540, หน้า 198) ได้ศึกษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดหลอดลมอายุระหว่าง 3-5 ปี ที่รับบริการที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การที่บิดาสุบบุหรี่ที่บ้านและสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ภายในบ้าน ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบหืดกำเริบเพิ่มขึ้น 3.01 และ 3.17 เท่าตามลำดับ

แมกเกอร์ และคนอื่นๆ (meeker, et al., 2007, หน้า 59) ได้ศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่แต่เคยได้รับควันบุหรี่ตั้งแต่เกิดโดยบิดามารดาสูบบุหรี่นั้น เมื่อตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อการแท้งบุตรสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่บิดามารดาไม่สูบบุหรี่

โจนาธาน วินิคอร์ฟ (2007, หน้า 36) ได้ศึกษาพบว่า สารพิษในควันบุหรี่ ประกอบด้วย ไฮโดรเจนไซยาไนท์ บิวเทน โทลูอิน สารหนู สารตะกั่ว คาร์บอนมอนอกไซด์ และโพลีเนียม-210 เป็นสารกัมมันตภาพรังสีที่ก่อมะเร็ง สามารถตกค้างและแทรกซึมเข้าไปจับกับเสื้อผ้า เครื่องใช้ในครัวเรือน และร่างกายของมนุษย์

เนาวรัตน์ เจริญคำ (2550, หน้า 69) ได้ศึกษาเรื่อง การได้รับควันบุหรี่มือสองของพนักงานและผู้มาเที่ยวสถานบันเทิงโดยประเมินสารโคตินินในปัสสาวะ พบว่า สารโคตินิน ในปัสสาวะของพนักงานและผู้มาเที่ยวในสถานบันเทิง ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ มีตั้งแต่ 0-61 นาโนกรัม/มล.เฉลี่ย 4.0 นาโนกรัม/มล. ส่วนผู้มาเที่ยวและสูบบุหรี่ พบตั้งแต่ 0-9 นาโนกรัม/มล.เฉลี่ย 3.7 นาโนกรัม/มล. ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่มีกิจกรรมและพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการเที่ยวกลางคืน พบค่าเป็น 0 นาโนกรัม/มล.

ทัศนาศา บุญทอง และคนอื่นๆ (2550, หน้า 58) ได้ศึกษาเรื่อง การบริโภคยาสูบในชุมชน เขตอำเภอ บ้านสร้าง จังหวัดเชียงราย พบว่า สมาชิกครอบครัวมีการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ร้อยละ 87.3 และ 82.2 ตามลำดับ สมาชิกครอบครัวสัมผัสควันบุหรี่เฉลี่ย 3.66 คน สมาชิกครอบครัวที่ได้รับควันบุหรี่มากที่สุด คือ ภรรยา และบุตร พบเป็นร้อยละ 48.7 และ 46.7 ตามลำดับ

กิ่งแก้ว เกษกิจทิพย์ ฤพา ถาวรพิทักษ์ และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี (2550, หน้า 19) ได้ศึกษาเรื่อง การรับรู้อันตรายและการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสารป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในดอกมะลิของชาวบ้าน ตำบลศิลา อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ชาวบ้านมีการรับรู้อันตรายยาฆ่าแมลงในระดับกลาง ร้อยละ 59.8 (95% CI = 53.0-66.5) และมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายจากยาฆ่าแมลงในระดับไม่ถูกต้อง และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงอันตรายของผู้ร่อยมาลัยดอกมะลิในระดับไม่ถูกต้อง

สุดกัญญา พัทวี (2546, หน้า 53) ได้วิจัยเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

อังคณา สรียาภรณ์ และคนอื่นๆ (2551, หน้า 41) ได้วิจัยเรื่อง การศึกษาความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลกระทบจากควันบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด พบว่า หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง

จากการทบทวนวรรณกรรม งานเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบถึงแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ซึ่งสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยนี้

สำนักวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันบุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้สูบบุหรี่ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรีนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสองและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง ในบทนี้จะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 1,305 คน

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลบางเตย อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 121 คน จึงได้นำผู้สูบบุหรี่ทั้ง 121 คน ทำการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) เป็นผู้สูบบุหรี่ทั้งหญิงและชาย
- 2) อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกรวมทั้งผู้สูบบุหรี่ ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป
- 3) มีอายุอยู่ระหว่าง 15-70 ปี
- 4) เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ อย่างน้อย 1 วัน ต่อสัปดาห์
- 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
- 6) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

จากการคัดกรองประชากรที่ศึกษาตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ได้จำนวนตัวอย่างที่จะใช้ในการรวบรวมข้อมูล จำนวน 72 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษารวบรวมข้อมูลจากเอกสารตำราวารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดขอบเขตโครงสร้างของแบบสอบถามให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์

ของการวิจัยและตัวแปรตามกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 นำเครื่องมือที่สร้างให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และนำแบบสอบถาม ที่ผ่านการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้านความเที่ยง (reliability)

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์และตัวแปรในการวิจัย (index of item objective congruence: IOC) โดยอาจารย์ที่ควบคุม วิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญ โดยให้พิจารณาว่าข้อคำถามที่ใช้ตรงกับวัตถุประสงค์และตัวแปรในการวิจัยหรือไม่ แล้วนำคะแนนผลการพิจารณาของแต่ละท่านมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 จะคัดเลือกไว้ใช้ และข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 จะทำการปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ที่สุ่มหรือในตำบลใกล้เคียง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) แบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยผลการวิเคราะห์จะต้องได้ค่าความเที่ยง (ค่า alpha) ไม่น้อยกว่า 0.75 ในการพิจารณาปรับข้อ คำถามจะพิจารณาจากค่า alpha if item deleted จากกลุ่มข้อคำถามที่มีค่า alpha if item deleted มากๆ รวมทั้งพิจารณาค่า corrected item total correlation ไปพร้อมๆ กัน โดยเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า corrected item total correlation ตีลบหรือมีค่าต่ำ เช่น ค่าที่ต่ำกว่า 0.25 เนื่องจากข้อคำถามดังกล่าว วัดไปในทิศทางที่ต่างจากข้อคำถามอื่นๆ (นิรัตน์ อิมมี, 2554, หน้า 9-65 ,76)

3.2.2 เนื่องจากรูปแบบการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional survey research) ดังนั้น เครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้จึงมีเฉพาะเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่เป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นส่วนที่ใช้รวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อคำถาม เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความถี่ของการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ ที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ การคำนึงถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับ ควันบุหรี่ย การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตราย จากการได้รับควันบุหรี่ย และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่ยมี 2 ลักษณะ คำถามเป็นแบบ ให้เลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้เช่นเดียวกับการถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความให้ผู้ตอบประเมินคล้ายมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตาราง 2 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

ลักษณะการประเมินข้อความ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยน้อยมากหรือเกือบไม่เห็นด้วยเลย คือเห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ น้อยกว่าร้อยละ 20	1	5
เห็นด้วยน้อย คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 39	2	4
เห็นด้วยพอควร คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 59	3	3
ค่อนข้างเห็นด้วยหรือเห็นด้วยมาก คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79	4	2
เห็นด้วยอย่างมากหรือมากที่สุด คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 80 ขึ้นไป	5	1

ดังนั้น พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองจะแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองระดับดี ระดับพอใช้ และระดับไม่ดี โดยใช้ช่วงชั้นของค่าเฉลี่ยของความแตกต่างของพิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้ตามระดับชั้นเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง (Best, 1977, p. 174; อ้างถึงใน หาญพล ศิริชัยประภา, 2543, หน้า 33-34)

$$\text{คะแนนช่วงชั้น} = \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{ระดับการแบ่ง}}$$

$$\text{ดังนั้น คะแนนช่วงชั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง} = (50-10)/3 = 13.33$$

ระดับการรับรู้	ช่วงคะแนน
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองระดับไม่ดี	10-23
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองระดับพอใช้	24-37

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย 38-50

จากการได้รับควันบุหรี่มือสองระดับดี

ซึ่งข้อความที่ใช้ในการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองมี 10 ข้อความ คือ

- (1) เด็กมีโอกาสเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองได้ง่ายกว่าคนที่แข็งแรงกว่า
- (2) คนสูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองได้ง่ายกว่าคนอื่น
- (3) คนที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสเกิดโรคจากควันบุหรี่มือสองได้น้อย
- (4) บ้านในชนบทเป็นบ้านโล่งคนในบ้านมีโอกาสเป็นโรคจากควันบุหรี่มือสองได้น้อย
- (5) ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองเพียงเล็กน้อยต่อวันไม่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง
- (6) การได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นเวลานานทำให้เป็นมะเร็งได้ในหลายส่วนของร่างกาย
- (7) ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยจากพิษของควันบุหรี่พอๆ กับผู้ที่ได้รับควันบุหรี่
- (8) ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองมีโอกาสเป็นโรคถุงลมโป่งพองได้น้อย
- (9) ควันบุหรี่มือสองที่แม่ได้รับจะส่งผลถึงเด็กที่อยู่ในครรภ์ และ
- (10) ส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองเป็นเรื่องของเคราะห์กรรม

ของแต่ละคน

ส่วนที่ 4 ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความให้ผู้ตอบประเมินคล้ายมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน เช่นเดียวกับการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ดังนั้น พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน และการแปลผลคะแนนจะแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองระดับดี ระดับพอใช้ และระดับไม่ดี โดยใช้ช่วง ขึ้นเช่นเดียวกับการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

ระดับการรับรู้	ช่วงคะแนน
การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองระดับไม่ดี	10-23
การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองระดับพอใช้	24-37
การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองระดับดี	38-50

ซึ่งข้อความที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง 10 ข้อความ คือ

(1) ควันบุหรี่มือสองทำให้การเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่ใช้เวลารักษานานขึ้นหรือหายช้าลง

- (2) ควันบุหรี่มือสองทำให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมักมีการเจ็บป่วยเร็วขึ้น
- (3) ควันบุหรี่มือสองทำให้โรคที่เป็นอยู่มีอาการรุนแรงมากขึ้น
- (4) สารพิษในควันบุหรี่มือสองทำให้ปอด หัวใจ หลอดเลือด เสื่อมลงได้

- (5) โรคเรื้อรังที่เกิดจากการควั่นบุหรีมือสองเป็นโรคที่สร้างความเจ็บปวด ทรมาน
 (6) โรคเรื้อรังที่เกิดจากการควั่นบุหรีมือสองเป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง
 (7) โรคเรื้อรังที่เกิดจากการควั่นบุหรีมือสองเป็นโรคที่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน
 (8) โรคเรื้อรังที่เกิดจากการควั่นบุหรีมือสองเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษา
 ยาวนานและต่อเนื่อง

- (9) อาการ ไอ แสบคอ แสบตา จากควั่นบุหรีมือสองไม่มีอันตรายต่อสุขภาพมากนัก
 (10) การรักษา ดูแลอาการโรคที่เกิดจากการควั่นบุหรีมือสอง เป็นการสูญเสีย
 ที่ไม่จำเป็นหรือไม่ควรจะเสีย

ส่วนที่ 5 ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกัน
 ไม่ให้ผู้อื่นได้รับควั่นบุหรีมือสอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความให้ผู้ตอบประเมิน
 คล้ายมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับการ
 การประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควั่นบุหรีมือสอง ดังนั้น
 พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน และการแปลผลคะแนนจะแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
 มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควั่นบุหรีมือสองระดับดี ระดับพอใช้
 และระดับไม่ดี โดยใช้ช่วงชั้นเช่นเดียวกับการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

$$\text{คะแนนช่วงชั้น} = \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{ระดับการแบ่ง}}$$

$$\begin{aligned} \text{ดังนั้น คะแนนช่วงชั้นการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค} &= (25-5)/3 \\ &= 6.66 \end{aligned}$$

ระดับการรับรู้	ช่วงคะแนน
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกัน ไม่ให้ผู้อื่นได้รับควั่นบุหรีมือสองระดับไม่ดี	5-11
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกัน ไม่ให้ผู้อื่นได้รับควั่นบุหรีมือสองระดับพอใช้	12-18
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกัน ไม่ให้ผู้อื่นได้รับควั่นบุหรีมือสองระดับดี	19-25

ซึ่งข้อความที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้อื่น
 ได้รับควั่นบุหรีมือสอง 5 ข้อความ คือ

- (1) การป้องกันโรคจากควั่นบุหรีมือสอง เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก
 (2) การสูบบุหรีเป็นสิทธิส่วนบุคคล การป้องกันควั่นบุหรีมือสองจึงไม่ค่อยได้ผล
 (3) การกำหนดพื้นที่สูบบุหรีภายในบ้าน เป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต
 ของครอบครัว
 (4) การป้องกันโรคจากการควั่นบุหรีมือสอง เป็นวิธีการที่คุ้มค่า
 (5) ผู้ที่ไม่สูบบุหรี มีสิทธิอันชอบธรรมที่จะได้รับการคุ้มครองไม่ให้ได้รับหรือสัมผัส
 ควั่นบุหรีมือสอง

ส่วนที่ 6 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความให้ผู้ตอบประเมินคล้ายมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ดังนั้น พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน และการแปลผลคะแนนจะแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง ระดับดี ระดับพอใช้ และระดับไม่ดี โดยใช้ช่วงชั้นเช่นเดียวกับการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตาราง 3 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง

ลักษณะการประเมินข้อความพฤติกรรม	ข้อความเชิงบวก	
	คะแนน	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย	1	5
ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน ต่อสัปดาห์	2	4
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน ต่อสัปดาห์	3	3
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์	4	2
ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกวันหรือทุกครั้ง ใน 1 สัปดาห์	5	1

ดังนั้น พิสัยของคะแนนที่เป็นไปได้จะอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน

ระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ช่วงคะแนน

มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับ 10-23

ควันบุหรี่มือสองระดับไม่ดี

มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับ 24-37

ควันบุหรี่มือสองระดับพอใช้

มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับ 38-50

ควันบุหรี่มือสองระดับดี

ซึ่งข้อความที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง 10 ข้อความ คือ

- (1) เปิดบ้าน ประตู หน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกเมื่อสูบบุหรี่ภายในบ้าน
- (2) เมื่อสูบบุหรี่ พยายามจะสูบบุหรี่ในทิศใต้ลม
- (3) สูบบุหรี่ในบริเวณที่ไม่มีคนอื่นอยู่
- (4) ได้บอกให้เด็กหรือคนในบ้านอยู่ห่างๆ เมื่อสูบบุหรี่
- (5) พยายามสูบบุหรี่ในแต่ละครั้งให้เสร็จเร็วๆ
- (6) สูบบุหรี่ในห้องที่เป็นส่วนตัว

- (7) พยายามสูบบุหรี่นอกร้าน
- (8) พยายามสูบบุหรี่ให้ห่างจากผู้อื่น
- (9) สูบบุหรี่ตามปกติโดยคำนึงถึงความสะดวกเป็นหลัก
- (10) สูบบุหรี่ในบ้านหรือในอาคารโดยมีผู้อื่นอยู่ใกล้ๆ เพราะทุกคนยอมรับการสูบบุหรี่

ของท่าน

3.2.3 การประเมินความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปรวบรวมข้อมูลกับผู้ที่สูบบุหรี่ ในพื้นที่หมู่ 4 ตำบลบางเตย จำนวน 30 คน และนำผลการรวบรวมข้อมูลเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองไปวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (reliability) แบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยงก่อนปรับปรุง	ค่าความเที่ยงหลังปรับปรุง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง	0.633	0.753
การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง	0.805	ไม่มีการแก้ไข
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง	0.792	ไม่มีการแก้ไข
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง	0.677	0.731

3.3 วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

3.3.1 ผู้วิจัยนำเอกสารขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ อະเซียงเทธา ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี พร้อมเอกสารประกอบการขออนุมัติเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

3.3.2 หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยพบผู้นำชุมชน อบต. และ อสม. อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อชี้แจงการดำเนินงานวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในพื้นที่อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี

3.3.3 ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยไปบ้านครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3.3.4 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

3.4 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.4.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปและข้อมูลการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความถี่ของการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ การคำนึงถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือ 2 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.4.2 ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.4.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองที่เป็นตัวแปรในระดับการวัดนามบัญญัติ (nominal scale) หรือตัวแปรในระดับการวัดอันดับ (ordinal scale) ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test)

3.4.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง ที่เป็นตัวแปรในระดับการวัดช่วงบัญญัติ (interval scale) ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

3.5 จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ในประเด็นสำคัญ คือ การเคารพในการเป็นบุคคลและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลการให้สิทธิ์ในการตัดสินใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการรวบรวมข้อมูล

พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามจนมีความเข้าใจแล้วให้อิสระในการยินยอมที่จะให้ข้อมูล ซึ่งได้รับการยินยอม
ด้วยวาจาจากผู้ให้ข้อมูลทุกคนผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อ
หรือปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลทั้งหมดได้ไม่ว่าเหตุผลใดก็ตามโดยไม่มีผลกระทบในการรับบริการจากโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตหรือนอกเขตรับผิดชอบ

สำนักวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราชนครินทร์

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้สูบบุหรี่ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอเป็น 8 ส่วน ดังนี้

- 4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล
- 4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการสูบบุหรี่
- 4.3 ผลการวิเคราะห์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง
- 4.4 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง
- 4.5 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง
- 4.6 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง
- 4.7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง
- 4.8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง
- 4.9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรคจากการได้รับควันบุหรี่มือสองและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มหรือจำนวน 72 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้จำนวนสมาชิกในครอบครัว ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=72)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	60	83.3
หญิง	12	16.7
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20 ปี	13	18.1
20-29	12	16.7
30-39	7	9.7
40-49	10	14.0
50-59	22	30.6
59 ปีขึ้นไป	8	11.1
อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 70 ปี $\bar{X} = 39.83$ ปี, $SD = 16.85$ ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	23	31.9
คู่	46	63.9
หม้าย หย่า หรือ แยก	3	4.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	45	62.5
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช.	20	27.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	7	9.7
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	18.1
เกษตรกรรวม	36	50.0
ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว	6	8.3
รับจ้างทั่วไป	15	20.8
ข้าราชการ	2	2.8

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 3000 บาท	21	29.2
3000-5999 บาท	18	25.0
6000-8999 บาท	17	23.6
9000 บาท และสูงกว่า	16	22.2
ต่ำสุด ไม่มีรายได้ สูงสุด 30000 บาท \bar{X} = 5959.72 บาท, $S.D.$ = 5665.21 บาท		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ไม่นับรวมผู้ที่สูบบุหรี่)		
1-2 คน	30	41.7
3-4 คน	35	48.6
5 คนขึ้นไป	7	9.7
ต่ำสุด 1 คน สูงสุด 8 คน \bar{X} = 2.99 คน $S.D.$ = 1.43 คน		

จากตาราง 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 30.6 อายุเฉลี่ย 39.8 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 63.9 มีระดับการศึกษาสูงสุดจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 มีรายได้ต่อเดือน 3000-5999 บาท ร้อยละ 25.0 เฉลี่ย 5959.7 บาท และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่นับรวมผู้ที่สูบบุหรี่ 3-4 คน ร้อยละ 48.6 เฉลี่ย 2.9 หรือประมาณ 3 คน

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการสูบบุหรี่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน จำแนกตามระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความถี่ของการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ การคำนึงถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มี 2 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการสูบบุหรี่ (n=72)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาของการสูบบุหรี่ (ปี)		
1-10 ปี	27	37.6
11-20 ปี	15	20.8
21-30 ปี	14	19.4
30 ปี ขึ้นไป	16	22.2
ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 50 ปี $\bar{X} = 18.0$ ปี, $S.D. = 13.85$ ปี		
ความถี่ของการสูบบุหรี่ใน 1 สัปดาห์		
สูบบุหรี่ทุกวัน	19	26.4
5-6 วัน	10	13.9
3-4 วัน	29	40.3
1-2 วัน	14	19.4
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน		
น้อยกว่า 5 มวน	23	31.9
5 มวนและมากกว่า	46	63.9
ต่ำสุด 2 มวน สูงสุด 10 มวน $\bar{X} = 4.24$ มวน, $S.D. = 2.03$ มวน		
การมีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวสูบบุหรี่		
ไม่มีคนอื่นสูบบุหรี่	42	58.3
มีคนอื่นสูบบุหรี่	30	41.7
การคำนึงถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่		
คำนึงถึงเป็นส่วนใหญ่	13	18.1
คำนึงถึงเป็นบางครั้ง	36	50.0
ไม่ค่อยได้คำนึงถึง	6	8.3
การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่จะได้รับจากควันบุหรี่		
มีหลายครั้ง	14	19.4
มีบ้างบางครั้ง	25	34.7
ไม่เคยมีใครบอก	33	45.9
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง		
เคยได้รับ	46	63.9
ไม่เคยได้รับ	26	36.1
แหล่งข้อมูลที่ได้รับ: โทรทัศน์		
เคยได้รับ	29	63.0
ไม่เคยได้รับ	17	37.0

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งข้อมูลที่ได้รับ: อาสาสมัครสาธารณสุข		
เคยได้รับ	15	20.8
ไม่เคยได้รับ	31	43.2
แหล่งข้อมูลที่ได้รับ: เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
เคยได้รับ	9	12.5
ไม่เคยได้รับ	37	51.4
แหล่งข้อมูลที่ได้รับ: หน่วยงานราชการ		
เคยได้รับ	2	4.3
ไม่เคยได้รับ	44	95.7

จากตาราง 5 สมาชิกครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่มาแล้วเป็นเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 37.5 เฉลี่ย 18 ปี สูบบุหรี่ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 40.3 และสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน ร้อยละ 59.7 โดยสูบบุหรี่เฉลี่ย 4.2 มวนต่อวัน มีกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกคนอื่นอาศัยอยู่ในครอบครัวด้วย 67 คน ในจำนวนนี้มีสมาชิกที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 41.7 ครั้งหนึ่งหรือร้อยละ 50.0 ได้คำนึงถึงอันตรายจากควันบุหรี่ที่คนใกล้ชิดที่อาจได้รับ ร้อยละ 45.9 ระบุว่า ไม่เคยมีคนที่สูบบุหรี่ที่บ้านหรือคนใกล้ชิดเตือนบอกถึงอันตรายที่เขาจะได้รับจากควันบุหรี่ และมีเพียง ร้อยละ 63.9 ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง โดยส่วนใหญ่ได้รับจากโทรทัศน์ ร้อยละ 63.0 รองลงมาได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 20.8 ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 12.5 และได้รับจากหน่วยงานราชการน้อยมากเพียงร้อยละ 4.3

4.3 ผลการวิเคราะห์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

ผลการวิเคราะห์การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองของสมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน จำแนกตามระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงรวมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงรายข้อ ดังแสดงในตาราง 6 และ 7

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงรวมของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (n=72)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (10-23 คะแนน)	0	0.0
พอใช้ (24-37 คะแนน)	34	47.2
ดี (38-50 คะแนน)	38	52.8

ตาราง 6 (ต่อ)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (10-23 คะแนน)	0	0.0
พอใช้ (24-37 คะแนน)	34	47.2
ดี (38-50 คะแนน)	38	52.8
รวม	72	100.0

ค่าต่ำสุด 25 สูงสุด 47 $\bar{X} = 36.19$, $S.D. = 4.84$

จากตาราง 6 สมาชิกครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.8 รองลงมาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 47.2 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับไม่ดี

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองรายข้อ ($n=72$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	เห็นด้วย น้อยมาก	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย พอควร	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างมาก	\bar{X}	S.D.
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
1. เด็กมีโอกาสเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองได้ง่ายกว่าคนที่แข็งแรงกว่า	4 (5.6)	4 (5.6)	2 (2.8)	5 (6.9)	57 (79.2)	4.49	1.15
2. คนสูงอายุ มีโอกาสเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองได้ง่ายกว่าคนอื่น	2 (2.8)	1 (1.4)	6 (8.3)	7 (9.7)	56 (77.8)	4.58	0.92
3. คนที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสเกิดโรคจากควันบุหรี่มือสองได้น้อย*	6 (8.3)	20 (27.8)	37 (51.4)	9 (12.5)	0 (0.0)	2.68	0.80
4. บ้านโล่งในชนบท คนในบ้านมีโอกาสเป็นโรคจากควันบุหรี่มือสองได้น้อย*	5 (6.9)	9 (12.5)	12 (16.7)	42 (58.3)	4 (5.6)	3.43	1.02
5. ผู้ที่รับควันบุหรี่มือสองเล็กน้อยต่อวัน ไม่ทำให้เจ็บป่วยที่รุนแรง*	4 (5.6)	10 (13.9)	15 (20.8)	37 (51.4)	6 (8.3)	3.43	1.02
6. เด็กมีโอกาสเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองได้ง่ายกว่าคนที่แข็งแรงกว่า	4 (5.6)	4 (5.6)	2 (2.8)	5 (6.9)	57 (79.2)	4.49	1.15
7. คนสูงอายุ มีโอกาสเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองได้ง่ายกว่าคนอื่น	2 (2.8)	1 (1.4)	6 (8.3)	7 (9.7)	56 (77.8)	4.58	0.92

ตาราง 7 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	\bar{X}	S.D.
	น้อยมาก	น้อย	พอควร	เห็นด้วย	อย่างมาก		
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
8. คนที่มีสุขภาพแข็งแรง มีโอกาสเกิดโรคจากควันทูหรือมือสองได้น้อย*	6 (8.3)	20 (27.8)	37 (51.4)	9 (12.5)	0 (0.0)	2.68	0.80
9. บ้านโล่งในชนบท คนในบ้านมีโอกาสเป็นโรคจากควันทูหรือมือสองได้น้อย*	5 (6.9)	9 (12.5)	12 (16.7)	42 (58.3)	4 (5.6)	3.43	1.02
10. ผู้ที่รับควันทูหรือมือสองเล็กน้อยต่อวัน ไม่ทำให้เจ็บป่วยที่รุนแรง*	4 (5.6)	10 (13.9)	15 (20.8)	37 (51.4)	6 (8.3)	3.43	1.02
11. การได้รับควันทูหรือมือสองเป็นเวลานาน ทำให้เป็นมะเร็งได้ในหลายส่วนของร่างกาย	3 (4.2)	5 (6.9)	10 (13.9)	44 (61.1)	10 (13.9)	3.74	0.93
12. ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยจากพิษของควันทูหรือพ้อๆ กับผู้ได้รับควันทูหรือ	3 (4.2)	1 (1.4)	9 (12.5)	43 (59.7)	16 (22.2)	3.94	0.87
13. ผู้ที่ได้รับควันทูหรือมือสองมีโอกาสมือเป็นโรคถุงลมโป่งพองได้น้อย*	10 (13.9)	41 (56.9)	11 (15.3)	5 (6.9)	5 (6.9)	2.36	1.04
14. ควันทูหรือมือสองที่แม่ได้รับจะส่งผลกระทบต่อเด็กที่อยู่ในครรภ์	1 (1.4)	11 (15.3)	7 (9.7)	46 (63.9)	7 (9.7)	3.65	0.91
15. การเจ็บป่วยจากควันทูหรือมือสองเป็นเรื่องของเคราะห์กรรม*	4 (5.6)	9 (12.5)	11 (15.3)	37 (51.4)	33 (45.8)	3.89	1.27

* ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 7 สมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันทูหรือมือสองที่ถูกต้องมากที่สุด 2 เรื่อง คือ เด็กมีโอกาสเจ็บป่วยจากควันทูหรือมือสองได้ง่ายกว่าคนที่แข็งแรงกว่า และคนสูงอายุ มีโอกาสเจ็บป่วยจากควันทูหรือมือสองได้ง่ายกว่าคนอื่นโดยเห็นด้วยอย่างมากกับข้อความดังกล่าวมากกว่า ร้อยละ 75.0 คือ ร้อยละ 79.2 และ 77.8 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.49 และ 4.58 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันทูหรือมือสองที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ถูกต้องน้อยที่สุด คือ รับรู้ว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรงมีโอกาสเกิดโรคจากควันทูหรือมือสองได้น้อย และผู้ที่ได้รับควันทูหรือมือสองมีโอกาสมือเป็นโรคถุงลมโป่งพองได้น้อยโดยยังมีผู้ที่ค่อนข้างเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างมากกับข้อความดังกล่าว ร้อยละ 12.5 และ 13.8 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.68 และ 2.36 ตามลำดับ

4.4 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือจากการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองของสมาชิกครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน จำแนกตามระดับของการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือจากการเจ็บป่วยรวม และการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือจากการเจ็บป่วยรายข้อ ดังแสดงในตาราง 8 และ 9

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือจากการเจ็บป่วยรวมจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (n=72)

ระดับการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (10-23 คะแนน)	0	0.0
พอใช้ (24-37 คะแนน)	19	26.4
ดี (38-50 คะแนน)	53	73.6
รวม	72	100.0

ค่าต่ำสุด 24 สูงสุด 49 $\bar{X} = 38.76$, $S.D. = 6.00$

จากตาราง 8 สมาชิกครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.3 รองลงมาเป็นการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 26.4 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับไม่ดี เหมือนกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือจากการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองรายข้อ (n=72)

การรับรู้ความรุนแรง	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ค่อนข้าง	เห็นด้วย	\bar{X}	S.D.
	น้อยมาก	น้อย	พอควร	เห็นด้วย	อย่างมาก		
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
ควันบุหรี่มือสองทำให้:							
1. การเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่ ใช้เวลารักษาหนักขึ้นหรือ หายช้าลง	5 (6.9)	3 (4.2)	13 (18.1)	49 (68.1)	2 (2.8)	3.56	0.90
2. ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการเจ็บป่วยเร็วขึ้น	1 (1.4)	3 (4.2)	9 (12.5)	43 (59.7)	16 (22.2)	3.97	0.80

ตาราง 9 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรง	เห็นด้วย น้อยมาก	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย พอควร	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างมาก	\bar{X}	S.D.
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
3. โรคที่เป็นอยู่มีอาการรุนแรง มากขึ้น	3 (4.2)	1 (1.4)	8 (11.1)	47 (65.3)	13 (18.1)	3.92	0.85
4. สารพิษในควันทบหรือมือสอง ทำให้ปวด หัวใจ หลอดเลือด เสื่อมลงได้	1 (1.4)	4 (5.6)	6 (8.3)	46 (63.9)	15 (20.8)	3.97	0.80
โรคเรื้อรังที่เกิดจากควันทบหรือมือสอง:							
5. เป็นโรคที่สร้างความเจ็บปวด ทรมาน	1 (1.4)	1 (1.4)	8 (11.1)	9 (12.5)	53 (73.6)	4.56	0.85
6. เป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง	4 (5.6)	3 (4.2)	3 (4.2)	14 (19.4)	48 (66.7)	4.38	1.12
7. เป็นโรคที่มีผลต่อการดำรงชีวิต ประจำวัน	3 (4.2)	1 (1.4)	11 (15.3)	6 (8.3)	51 (70.8)	4.40	1.07
8. เป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษา ยาวนานและต่อเนื่อง	1 (1.4)	7 (9.7)	4 (5.6)	21 (29.2)	39 (54.2)	4.25	1.03
9. อาการ ไอ แสบคอ แสบตา จากควันทบหรือมือสอง ไม่มีอันตราย ต่อสุขภาพ*	31 (43.1)	16 (22.2)	10 (13.9)	7 (9.7)	8 (11.1)	2.24	1.39
10. การรักษาโรคที่เกิดจากควันทบหรือ มือสองเป็นการสูญเสียที่ไม่จำเป็น หรือไม่ควรจะเสีย	5 (6.9)	5 (6.9)	15 (20.8)	41 (56.9)	6 (8.3)	3.53	0.99

*ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 9 สมาชิกครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือจากการเจ็บป่วยจากการได้รับควันทบหรือมือสองที่ถูกต้องมากที่สุด คือ เห็นด้วยอย่างมากกับข้อความดังกล่าวมากกว่า ร้อยละ 70.0 คือ ร้อยละ 70.8 และ 73.6 ตามลำดับใน 2 เรื่อง คือ โรคเรื้อรังที่เกิดจากควันทบหรือมือสองเป็นโรคที่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และโรคเรื้อรังที่เกิดจากควันทบหรือมือสอง เป็นโรคที่สร้างความเจ็บปวดทรมานโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 และ 4.56 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือจากการเจ็บป่วยจากการได้รับควันทบหรือมือสองที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ถูกต้องน้อยที่สุด คือ เห็นด้วยอย่างมากว่า อาการ ไอ แสบคอ แสบตา จากควันทบหรือมือสองไม่มีอันตรายต่อสุขภาพมากนัก ร้อยละ 11.1 มีค่าเฉลี่ย 2.24 และรองลงมายังมีผู้ที่ค่อนข้างเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างมากว่าการรักษาหรือดูแลอาการของโรคที่เกิดจากควันทบหรือมือสอง เป็นการสูญเสียที่ไม่จำเป็นหรือไม่ควรจะเสีย ร้อยละ 65.1 และมีค่าเฉลี่ย 3.53

4.5 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับ ควินบุนหรือมือสอง

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควินบุนหรือมือสองของสมาชิกครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน จำแนกตามระดับของการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคโดยรวมในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควินบุนหรือมือสองและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควินบุนหรือมือสองรายข้อ ดังแสดงในตาราง 10 และ 11

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควินบุนหรือมือสอง (n=72)

ระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (5-11 คะแนน)	2	2.8
พอใช้ (12-18 คะแนน)	66	91.6
ดี (19-25 คะแนน)	4	5.6
รวม	72	100.0

ค่าต่ำสุด 11 สูงสุด 21 $\bar{X} = 15.85$, $S.D. = 1.20$

จากตาราง 10 สมาชิกครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 91.6 รองลงมาที่มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 5.6 และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 2.8

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรครายข้อ (n=72)

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ค่อนข้าง	เห็นด้วย	\bar{X}	S.D.
	น้อยมาก	น้อย	พอควร	เห็นด้วย	อย่างมาก		
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
1. การป้องกันโรคจากควินบุนหรือมือสองเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก*	12 (16.7)	17 (23.6)	33 (45.8)	6 (8.3)	4 (5.6)	2.62	1.04
2. การสูบบุหรี่เป็นสิทธิส่วนบุคคล	13 (18.1)	4 (5.6)	37 (51.4)	4 (5.6)	1 (1.4)	2.49	0.90
การป้องกันควินบุนหรือมือสองจึงไม่ค่อยได้ผล*							

ตาราง 11 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค	เห็นด้วย น้อยมาก	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย พอควร	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างมาก	\bar{x}	S.D.
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
3. การกำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ ภายในบ้าน เป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้อง กับวิถีชีวิตของครอบครัว*	4 (5.6)	26 (36.1)	32 (44.4)	5 (6.9)	5 (6.9)	2.74	0.93
4. การป้องกันโรคจากควันบุหรี่ มือสอง เป็นวิธีการที่คุ้มค่า	1 (1.4)	4 (5.6)	13 (18.1)	34 (47.2)	20 (17.8)	3.94	0.90
5. ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ มีสิทธิ อันชอบธรรมที่จะได้รับ การคุ้มครองไม่ให้ได้รับ หรือสัมผัสควันบุหรี่มือสอง	1 (1.4)	2 (2.8)	8 (11.1)	42 (58.3)	19 (26.4)	4.06	0.79

*ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 11 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับ ควันบุหรี่มือสองที่ถูกต้องมากที่สุด คือ ร้อยละ 26.4 เห็นด้วยอย่างมากที่ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีสิทธิอันชอบธรรมที่จะได้รับการคุ้มครองไม่ให้ได้รับหรือสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และร้อยละ 17.8 เห็นด้วยอย่างมากว่า การป้องกันโรคจากการควันบุหรี่มือสองเป็นวิธีการที่คุ้มค่า โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 และ 3.94 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอีก 3 ข้อที่เหลือ เป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 3 เรียงจากน้อยไปมากดังนี้ คือ การสูบบุหรี่เป็นสิทธิส่วนบุคคล การป้องกัน ควันบุหรี่มือสองจึงไม่ค่อยได้ผล ค่าเฉลี่ย 2.49 การป้องกันโรคจากควันบุหรี่มือสองเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ค่าเฉลี่ย 2.62 และการกำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ภายในบ้านเป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.74

4.6 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง ของสมาชิกครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน จำแนกตามระดับของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองรวมและรายพฤติกรรม ดังแสดงในตาราง 12 และ 13

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวม (n=72)

ระดับของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ตี (10-23 คะแนน)	0	0.00
พอใช้ (24-37 คะแนน)	28	38.9
ดี (38-50 คะแนน)	44	61.1
รวม	72	100.0

ค่าต่ำสุด 24 สูงสุด 49 $\bar{X} = 37.12$, $S.D. = 5.05$

จากตาราง 12 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.1 รองลงมา มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 38.9 และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับไม่ตี

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองรายข้อ (n=72)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติ น้อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ	\bar{X}	S.D.
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
1. เปิดบ้าน ประตู หน้าต่าง ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก เมื่อสูบบุหรี่ภายในบ้าน	5 (4.2)	2 (2.8)	5 (6.9)	7 (9.7)	55 (76.4)	4.51	1.02
2. เมื่อสูบบุหรี่ พยายามจะสูบ ในที่ใส่ลม	0 (0.0)	7 (9.7)	34 (47.2)	19 (26.4)	12 (16.7)	3.50	0.89
3. เปิดบ้าน ประตู หน้าต่าง ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก เมื่อสูบบุหรี่ภายในบ้าน	3 (4.2)	2 (2.8)	5 (6.9)	7 (9.7)	55 (76.4)	4.51	1.02
4. เมื่อสูบบุหรี่ พยายามจะสูบ ในที่ใส่ลม	0 (0.0)	7 (9.7)	34 (47.2)	19 (26.4)	12 (16.7)	3.50	0.89
5. สูบบุหรี่ในบริเวณที่ไม่มี คนอื่นอยู่	4 (5.6)	3 (4.2)	13 (18.1)	34 (47.2)	18 (25.0)	3.82	1.02

ตาราง 13 (ต่อ)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	ไม่เคย	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	\bar{X}	S.D.
	ปฏิบัติ	น้อยครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ประจำ		
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
6. บอกให้เด็กหรือคนในบ้าน อยู่ห่างๆ เมื่อสูบบุหรี่	4 (5.6)	3 (4.2)	7 (9.7)	45 (62.5)	13 (18.1)	3.83	0.96
7. พยายามสูบบุหรี่ในแต่ละครั้ง ให้เสร็จเร็วๆ	2 (2.8)	5 (6.9)	36 (50.0)	14 (19.4)	15 (20.8)	3.49	0.99
8. สูบบุหรี่ในห้องที่เป็นส่วนตัว	6 (8.3)	30 (41.7)	20 (27.8)	6 (8.3)	10 (13.9)	2.78	1.17
9. พยายามสูบบุหรี่นอกบ้าน	4 (5.6)	8 (11.1)	10 (13.9)	9 (12.5)	41 (56.9)	4.04	1.29
10. พยายามสูบบุหรี่ให้ห่าง จากผู้อื่น	3 (4.2)	4 (5.6)	4 (5.6)	13 (18.1)	48 (66.7)	4.37	1.09
11. สูบบุหรี่ตามปกติโดยคำนึงถึง ความสะดวกเป็นหลัก*	5 (6.9)	16 (22.2)	25 (34.7)	10 (13.9)	16 (22.2)	2.78	1.22
12. สูบบุหรี่ในบ้านหรือในอาคาร โดยมีผู้อื่นอยู่ด้วยเพราะทุกคน จะยอมรับการสูบ*	31 (43.1)	20 (27.8)	15 (20.8)	3 (4.2)	3 (4.2)	4.01	1.09

*ข้อความเชิงลบ

จากตาราง 13 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองที่ดีที่สุด 3 พฤติกรรม โดยมีการปฏิบัติเป็นประจำมากกว่า ร้อยละ 50.0 และมีค่าเฉลี่ยของการกระทำมากกว่า 4.00 คือ การเปิดบ้าน ประตู หน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกเมื่อสูบบุหรี่ภายในบ้าน มีการปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 76.4 มีค่าเฉลี่ย 4.51 พยายามสูบบุหรี่ให้ห่างจากผู้อื่น มีการปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 66.7 มีค่าเฉลี่ย 4.37 พยายามสูบบุหรี่นอกบ้าน มีการปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 56.9 มีค่าเฉลี่ย 4.04 และไม่สูบบุหรี่ในบ้านหรือในอาคาร โดยมีผู้อื่นอยู่ด้วยแม้คนในบ้านจะยอมรับการสูบ โดยมีค่าเฉลี่ยของการกระทำพฤติกรรมเท่ากับ 4.01

ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองที่เป็นปัญหา คือ ยังมีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่สูบบุหรี่ตามปกติโดยคำนึงถึงความสะดวกของตนเองเป็นหลัก ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งหรือปฏิบัติเป็นประจำถึงร้อยละ 36.1 และปฏิบัติบ่อยครั้งหรือไม่ได้ปฏิบัติในการสูบบุหรี่ในห้องที่เป็นส่วนตัว ร้อยละ 50.0 โดยทั้ง 2 พฤติกรรมมีค่าเฉลี่ย 2.78

4.7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง ดังแสดงในตาราง 14 เนื่องจากการจัดชั้นของตัวแปรส่วนบุคคลบางตัวแปรตามตาราง 4 ทำให้มีจำนวนช่องในตารางไคแอสควร์ที่มีค่า expected น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 15 จึงได้ทำการจัดชั้นตัวแปรดังกล่าวใหม่ ได้แก่ ตัวแปร สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง				χ^2	p-value
	พอใช้		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	23	38.3	37	61.7	0.047	0.829
หญิง	5	41.7	7	58.3		
อายุ (ปี)						
น้อยกว่า 30	15	60.0	10	15.3	7.835	0.020*
30-49	6	35.3	11	64.7		
มากกว่า 49	7	23.3	23	76.7		
สถานภาพสมรส						
โสดหรือแยกกันอยู่	13	50.0	13	50.0	2.114	0.146
แต่งงาน/อยู่กินด้วยกัน	15	38.9	44	61.1		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	16	35.6	29	64.4	0.561	0.454
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	12	44.4	15	55.6		
อาชีพ						
ไม่มีอาชีพที่มีรายได้	6	46.2	7	53.8	0.352	0.553
มีอาชีพที่มีรายได้	22	37.3	37	62.7		

ตาราง 14 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมกาสูบหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง				χ^2	p-value
	พอใช้		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ต่อเดือน (บาท)						
น้อยกว่า 3000	11	52.4	10	47.6	5.186	0.159
3000-5999	4	22.2	14	77.8		
6000-8999	5	29.4	12	70.6		
9000 และมากกว่า	8	50.0	8	50.0		
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน						
มี 1-2 คน	13	43.4	17	56.7	0.427	0.513
มีมากกว่า 2 คน	15	35.7	27	64.3		

*p-value<0.05

จากตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่กับพฤติกรรมกาสูบหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองด้วยสถิติ chi-square test พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญ (p -value>0.05) มีเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้าน อายุ เพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p -value<0.05

4.8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมกาสูบหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ความถี่ของการสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน การมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ การค้ำถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือ 2 กับพฤติกรรมกาสูบหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง

ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่	ระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง				χ^2	p-value
	พอใช้		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)						
1-10 ปี	17	63.0	10	37.0	11.025	0.012*
11-20 ปี	3	20.0	12	80.0		
21-30 ปี	3	21.4	11	78.6		
มากกว่า 30 ปี	5	31.2	11	68.8		
ความถี่ของการสูบบุหรี่						
1-2 วันต่อสัปดาห์	8	57.1	6	42.9	6.286	0.098
3-4 วันต่อสัปดาห์	10	34.5	19	65.5		
5-6 วันต่อสัปดาห์	1	3.9	9	61.5		
ทุกวัน	9	47.4	10	52.6		
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน						
น้อยกว่า 5 มวน	18	41.9	25	58.1	0.397	0.529
5 มวนและมากกว่า	10	34.5	19	65.5		
การมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่						
ไม่มีใครสูบ	11	26.2	31	73.8	6.839	0.009**
มีคนในบ้านสูบ	17	56.7	13	43.3		
การคำนึงถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่						
นึกถึงเป็นส่วนใหญ่	11	34.4	21	65.4	0.494	0.482
นึกถึงบางครั้ง/ไม่ได้นึก	17	42.5	23	57.5		
การมีคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านจะได้รับอันตรายจากควันบุหรี่						
มีหลายครั้ง	2	14.3	12	85.7	6.734	0.034*
มีบ้าง	14	56.0	11	44.0		
ไม่เคยมี	12	36.4	21	63.6		
การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือ 2						
เคยได้รับ	11	23.9	35	76.1	12.021	0.001**
ไม่เคยได้รับ	17	65.4	9	34.6		

p-value < 0.05 *p-value < 0.01

จากตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองด้วยสถิติ chi-square test

พบว่า ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ความถี่ของการสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และการคำนึงถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value}>0.05$) ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับ ควันบุหรี่ และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือ 2 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือ สองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p\text{-value}<0.05$

4.9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรค จากการได้รับควันบุหรี่มือสองและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง

เนื่องจากตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรืออันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือ สองความรุนแรงของโรคหรือของอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างใน การป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นตัวแปรที่วัดในระดับช่วง (Interval scale) ดังนั้น การ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรคจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองจึงใช้สถิติ Pearson's product moment correlation ในการวิเคราะห์ ดังตาราง 16

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกัน ไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง

ตัวแปรการรับรู้	r^1	$p\text{-value}$
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรืออันตรายจากการได้รับ ควันบุหรี่มือสอง	0.446	<0.001**
2. ความรุนแรงของโรคหรือของอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง	0.672	<0.001**
3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับ ควันบุหรี่มือสอง	-0.212	0.074

¹Pearson correlation ** $p\text{-value}<0.01$

จากตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หรืออันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสองความรุนแรงของโรคหรือของอันตรายจากการได้รับควันบุหรื มือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง และพฤติกรรม

การสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรืออันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และความรุนแรงของโรคหรือของอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p\text{-value}<0.05$ ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value}>0.05$)

สำนักวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒินครินทร์

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันบุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้สูบบุหรี่ อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ จำนวน 72 คน ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเตยของอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้สูบบุหรี่ทั้งหญิงและชาย ที่มีผู้อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน มีอายุระหว่าง 15-70 ปี สูบบุหรี่เป็นประจำอย่างน้อย 1 วัน ต่อสัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 6 ส่วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ และตัวแปรในการวิจัย (index of item objective congruence: IOG) และด้านความเที่ยง (reliability) แบบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

5.1 สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

5.01 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 30.6 อายุเฉลี่ย 39.8 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 63.9 มีระดับการศึกษาสูงสุดจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 มีรายได้ต่อเดือน 3000-5999 บาท ร้อยละ 25.0 เฉลี่ย 5959.7 บาท และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่นับรวมผู้สูบบุหรี่ 3-4 คน ร้อยละ 48.6 เฉลี่ย 2.9 หรือประมาณ 3 คน

5.1.2 ข้อมูลด้านการสูบบุหรี่ พบว่า สมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่มาแล้วเป็นเวลา 1-10 ปี ร้อยละ 37.5 เฉลี่ย 18 ปี สูบบุหรี่ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 40.3 และสูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน ร้อยละ 59.7 โดยสูบบุหรี่เฉลี่ย 4.2 มวนต่อวัน มีกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกคนอื่นอาศัยอยู่ในครอบครัวด้วย 67 คน ในจำนวนนี้มีสมาชิกที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 41.7 ครั้งหนึ่งหรือร้อยละ 50.0 ได้คำนึงถึงอันตรายจากควันบุหรี่ที่คนใกล้ชิดที่อาจได้รับ ร้อยละ 45.9 ระบุว่า ไม่เคยมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดเตือนบอกถึงอันตรายที่เขาจะได้รับจากควันบุหรี่ และมีเพียง ร้อยละ 63.9 ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง โดยส่วนใหญ่ได้รับจากโทรทัศน์ ร้อยละ 63.0 รองลงมาได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 20.8 ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 12.5 และได้รับจากหน่วยงานราชการน้อยมากเพียงร้อยละ 4.3

5.1.3 สมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.8 รองลงมา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.2 และไม่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับไม่ดี

5.1.4 สมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76.3 รองลงมา มีการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.4 และไม่มีการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับไม่ดีเหมือนกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง

5.1.5 สมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.6 รองลงมา มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 5.6 และมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 2.8

5.1.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.1 รองลงมา มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 38.9 และไม่มีการรับรู้การสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี

5.1.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ chi-square test พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} > 0.05$) มีเฉพาะปัจจัยด้าน อายุ เพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p\text{-value} < 0.05$

5.1.8 ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ความถี่ของการสูบบุหรี่ จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และการคำนึงถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} > 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ

คว้นบุหรีมือสองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรีของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้บุคคลใกล้ชิดได้รับคว้นบุหรีมือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p\text{-value} < 0.05$

5.1.9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรคจากการได้รับคว้นบุหรีมือสองและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคกับพฤติกรรมการสูบบุหรีของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรืออันตรายของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับคว้นบุหรีมือสอง และความรุนแรงของโรคหรืออันตรายของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับคว้นบุหรีมือสอง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการสูบบุหรีของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับคว้นบุหรีมือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p\text{-value} < 0.05$ โดยมีค่า $r = 0.446$ และ 0.672 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับคว้นบุหรีมือสองเป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรีของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับคว้นบุหรีมือสองอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} > 0.05$)

5.2 อภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรีของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรีในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับคว้นบุหรีมือสอง ผลการวิจัยพบว่ามีเฉพาะปัจจัยด้านอายุ เพียงปัจจัยเดียวที่สอดคล้องกับสมมติฐาน คือ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรีของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับคว้นบุหรีมือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน โดยผู้ที่สูบบุหรีที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรีในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับคว้นบุหรีมือสองโดยรวมอยู่ในระดับดีมากกว่าผู้ที่สูบบุหรีที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ที่สูบบุหรีที่มีอายุมากเป็นผู้ที่สูบบุหรีมานานมากกว่าผู้ที่สูบบุหรีที่มีอายุน้อย การสูบบุหรีมานานทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี โดยเฉพาะอันตรายจากการที่ผู้ใกล้ชิดได้รับคว้นบุหรีมือสอง จึงพยายามสูบบุหรีในลักษณะที่จะทำให้ผู้ใกล้ชิดได้รับคว้นบุหรีมือสองน้อยที่สุด นั่นก็คือ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรีในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับคว้นบุหรีมือสองโดยรวมอยู่ในระดับดี

สมมติฐานที่ 2 การสูบบุหรีของกลุ่มตัวอย่าง คือ ระยะเวลาที่สูบบุหรี ความถี่ของการสูบบุหรี จำนวนบุหรีที่สูบบุหรีต่อวัน การมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี การคำนึงถึงคนใกล้ชิดที่อาจได้รับอันตรายจากการได้รับคว้นบุหรี การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับคว้นบุหรี และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับคว้นบุหรีมือสอง จะได้รับอันตรายจากการได้รับคว้นบุหรี และเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับคว้นบุหรีมือสอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรีของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับคว้นบุหรีมือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p\text{-value} < 0.05$ ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน โดยผู้ที่สูบบุหรีมานานกว่า ไม่มีสมาชิกคนอื่นในบ้าน

ที่สูบบุหรี่ มีคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านจะได้รับอันตรายจากควันบุหรี่ และเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับดีมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากการสูบบุหรี่มานานทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ โดยเฉพาะอันตรายจากการที่ผู้ใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสองมากกว่า ร่วมกับการที่ไม่มีใครในบ้านสูบบุหรี่ ทำให้ต้องระมัดระวังและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในลักษณะที่จะทำให้ผู้ใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสองและการที่มีคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านจะได้รับอันตรายจากควันบุหรี่ และเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง ทำให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักมากยิ่งขึ้นถึงการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ในลักษณะที่จะทำให้ผู้ใกล้ชิดได้รับควันบุหรี่มือสอง โดยเปิดบ้าน ประตู หน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวกเมื่อสูบบุหรี่ภายในบ้าน พยายามสูบบุหรี่ให้ห่างจากผู้อื่น และพยายามสูบบุหรี่นอกบ้าน

สมมติฐานที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองและการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรืออันตรายของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และความรุนแรงของโรคหรือของอันตรายของบุคคลใกล้ชิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p\text{-value} < 0.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง เป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งการที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงจากโรคหรือการเจ็บป่วยจากการได้รับควันบุหรี่มือสองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองนั้น เป็นไปตามองค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่ง ลัชแมน (Luchman, 1970, pp. 105–110) มีความเห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และมีพฤติกรรมการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับสูงจะปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ดังกล่าวในระดับต่ำ และอาจมีแนวโน้มการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในขณะที่ เบกเกอร์ (Becker, 1974, p. 410) ได้สรุปว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน รักษาโรคของบุคคลและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยง อย่างไรก็ตามแม้ว่าการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง เป็นตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญก็ตาม แต่ความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะที่มีการรับรู้ในประโยชน์ของการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองต่ำและมีการรับรู้ในอุปสรรคของการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองสูง จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองในระดับต่ำหรือในทิศทางที่ไม่พึงประสงค์ โดยเห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นสิทธิส่วนบุคคล การป้องกันควันบุหรี่มือสองจึงไม่

ค่อยได้ผลการป้องกันโรคจากควันบุหรี่มือสอง เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก และการกำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ภายในบ้าน เป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัว เป็นต้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

5.3.1 เนื่องจาก อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีอายุมากเป็นผู้ที่สูบบุหรี่มานาน มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง โดยรวมอยู่ในระดับตีมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีอายุน้อยกว่า ดังนั้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง ควรให้ความสำคัญกับผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุน้อย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี หรือกลุ่มที่เป็นผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่

5.3.2 จากการที่พบว่า ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ การมีสมาชิกคนอื่นในบ้านที่สูบบุหรี่ การมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดบอกถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิดจะได้รับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ และการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง ควรพิจารณาจัดในกลุ่มเพื่อน คนใกล้ชิดในครอบครัว บุตร ร่วมกับกลุ่มที่สูบบุหรี่ และควรพิจารณาเพิ่มการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสองให้มากขึ้น โดยเฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสองผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข หน่วยงานด้านสาธารณสุข หรือองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

5.3.3 การที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรืออันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และความรุนแรงของโรคหรือของอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง ควรให้ความสำคัญกับการรับรู้ทั้ง 2 ด้าน โดยเฉพาะการที่ไม่เชื่อว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรงจะมีโอกาสเกิดโรคจากควันบุหรี่มือสองได้ แต่เชื่อว่าเด็กและผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยจากควันบุหรี่มือสองได้ง่ายกว่าคนอื่น ๆ และเชื่อว่า อาการ ไอ แสบคอ แสบตา จากควันบุหรี่มือสองไม่มีอันตรายต่อสุขภาพมากนัก เป็นต้น

5.3.4 เนื่องจากทางวิจัยนี้ ศึกษาเฉพาะพื้นที่ระดับอำเภอ จึงควรมีการขยายพื้นที่ศึกษาเพิ่มมากขึ้น เช่นพื้นที่ที่เป็นตัวแทนระดับจังหวัดหรือระดับเขต เป็นต้น

5.3.5 เนื่องจากทางวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองโดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก คือ มีเพียงร้อยละ 61.1 จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องในลักษณะการวิจัยกึ่งทดลอง โดยเน้นกิจกรรมการวิจัยที่เน้นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง การพัฒนาการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรืออันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง และความรุนแรงของโรคหรือของอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่ลดการสูบบุหรี่หรือมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสองมากยิ่งขึ้น

รายงานอ้างอิง
สำนักวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีนครินทร์

รายการอ้างอิง

- กลุ่มสนับสนุนวิชาการ. (2557). *อัตราการสูบบุหรี่ตำบลบางเตย. ปราจีนบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเตย*
- กิ่งแก้ว เกษโกวิท ยูพา ถาวรพิทักษ์ และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2550). การรับรู้อันตราย และการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสารป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในดอกมะลิ ของชาวบ้าน ตำบลศิลา อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดขอนแก่น. *รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- ทัศนีย์ บุญทอง สุปราณี อัทธเสรี นัทธมน ศิริกุล. (2550, ตุลาคม-ธันวาคม). บทบาทของพยาบาล เวชปฏิบัติต่อการรักษาโรคเบื้องต้นในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ. *วารสารสภาการพยาบาล, 22 (4), 24-37*.
- นิตยา เอกวัฒน์. (2540). ควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมกับอาการหอบกำเริบหลังการรักษา ในเด็กป่วยโรคหืดหลอดลม มหาวิทยาลัยมหิดล. *รายงานวิจัย กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ*.
- นิรัตน์ อิมามิ. (2549). *การวิจัยทางการพยาบาล สารสนเทศและสถิติ (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เนาวรัตน์ เจริญค้า. (2550). การได้รับควันบุหรี่มือสองของพนักงานและผู้มาเที่ยว ในสถานบันเทิง โดยประเมินจากสารนิโคตินในปีสภาวะ. *รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ*.
- มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2549). *ควันบุหรี่มือสอง*. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมีนคองการพิมพ์.
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และศรีธัญญา เบญจกุล. (2550). *สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2549*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
- ศรีธัญญา เบญจกุล และคณะ. (2549). *สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2550*. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมีนคองการพิมพ์.
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (2550). การควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- สุดกัญญา พัทวี. (2546). พฤติกรรมส่งเสริมของสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. *รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา*.
- หาญพล ศิริชัยประภา. (2543). *ความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบล จังหวัด เพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อังคณา สรียาภรณ์ วาสนา เลอวิทย์วรพงศ์ พรทิพย์ ชีวะพัฒน์. (2552). การศึกษาความรู้ การรับรู้ ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับผลกระทบจากควันบุหรี่ ของหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด. *วารสารพยาบาล*, 58 (3-4), 83-93.

Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1975). The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Education Monography*, 2, 336-385.

Becker, M.H. (1974). *The Health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B.sluck,

Best John W. (1977). *Research in Education* (3rd). Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Mannino, D.M. (2002, October). Chronic obstructive pulmonary disease: definition and epidemiology. *Respir Care*, 47 (10), 1184-99.

สำนักวิทยบริการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สำนักวิทยบริการฯ
ภาคผนวก
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีนครินทร์

สำนักงานวิทยบริการฯ
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี นครินทร์

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

เลขที่ □□□

แบบสอบถามเรื่อง

“ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับคว้นบุหรีมือสอง
กับพฤติกรรมการสูบบุหรีของผู้สูบบุหรี อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี”

คำชี้แจง

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสัมภาษณ์นี้ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ความรู้เรื่องคว้นบุหรีมือสอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเนื่องจากการได้รับคว้นบุหรีมือสอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการได้รับคว้นบุหรีมือสอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติด้านการสูบบุหรี เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับคว้นบุหรีมือสอง และพฤติกรรมการสูบบุหรีเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับคว้นบุหรีมือสอง

ให้ผู้สัมภาษณ์ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ในการนำข้อมูลไปพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานป้องกันอันตรายจากคว้นบุหรีมือสอง และการเฝ้าระวังการได้รับอันตรายจากคว้นบุหรีมือสอง คำตอบที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวผู้ให้ข้อมูลและไม่มีผลในการรับบริการจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ และมีสิทธิในการที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งก็ได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความในช่องว่างตามคำตอบที่ได้

- เพศ (จากการสังเกต) ชาย หญิง
- ปัจจุบันท่านมีอายุกี่ปีเต็ม
- ท่านแต่งงานแล้วและยังอยู่ด้วยกันหรือยังไม่แต่งงาน โสด คู่ หย่าหรือแยก อื่นๆ
- ครอบครัวของท่านในปัจจุบัน มีกันอยู่กี่คน อยู่คนเดียว มีคนอื่นอยู่ด้วยอีก คน
มีใครบ้าง พ่อ แม่ สามี/ภรรยา ลูกคน หลาน คน
 อื่นๆระบุ.....
- ท่านเรียนจบชั้นใด ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมต้น มัธยมปลาย หรือปวช.
 ปวส. ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี อื่นๆ ระบุ.....
- ปัจจุบันท่านทำงานหรือมีอาชีพอะไร
 ไม่ได้ทำงาน เกษตรกร ประกอบกิจการส่วนตัว/ค้าขาย รับจ้าง
 ข้าราชการบำนาญ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อื่นๆ ระบุ.....
- ท่านมีรายได้เดือนละประมาณกี่บาท.....บาท
- ท่านสูบบุหรีมานานเท่าใดแล้ว ปี เดือน
- ท่านสูบบุหรีบ่อยเพียงใด 1-2 วันต่อสัปดาห์ 3-4 วันต่อสัปดาห์ 5-6 วันต่อสัปดาห์
 ทุกวัน

10. โดยเฉลี่ยท่านสูบบุหรี่วันละประมาณกี่มวน..... มวน
11. (ถ้าผู้ให้ข้อมูลอยู่คนเดียวในบ้าน ไม่ต้องถามข้อนี้) นอกจากท่านแล้ว มีใครในบ้านที่สูบบุหรี่บ้าง
 ไม่มีใครสูบ มี (คือ พ่อ พี่ชาย น้องชาย คนอื่นๆ
12. ในบ้าน หรือบริเวณบ้านของท่าน มีที่สำหรับสูบบุหรี่โดยเฉพาะหรือไม่ มี ไม่มี
13. ที่ผ่านมามีท่านเคยเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ ไม่เคย เคย แต่เลิกไม่สำเร็จ เคยเลิกได้ แต่กลับมาสูบอีก
14. ท่านคิดจะลองเลิกบุหรี่ในเร็วๆนี้หรือไม่
 ยังไม่คิดที่จะเลิก คิดว่าน่าจะลองเลิกสูบบุหรี่
 เคยคิด และจะลองเลิกใน 6 เดือนข้างหน้า อื่นๆ
15. ตามปกติ เมื่อท่านจะสูบบุหรี่ที่บ้าน ท่านมักจะปฏิบัติอย่างไร
 สูบในห้องที่เป็นส่วนตัว สูบในบ้านหรือในอาคาร สูบนอกบ้านหรือนอกอาคาร
 อื่นๆ
16. ครอบครัวของท่าน ได้มีการกำหนดกติกา หรือกฎของการสูบบุหรี่ภายในบ้านหรือไม่
 ไม่มี มี คือ
17. ในการสูบบุหรี่ของท่าน ท่านได้นึกถึงผู้ที่อาจได้รับควันบุหรี่ จากการสูบบุหรี่ของท่าน บ่อยเพียงใด
 นึกถึงเป็นส่วนใหญ่ นึกถึงเป็นบางครั้ง ไม่ค่อยได้นึกถึง
 อื่นๆ
18. ในระหว่างที่ท่านสูบบุหรี่ ได้มีผู้อื่นที่อยู่ใกล้ท่านหรือในบริเวณที่ท่านสูบ บ่อยเพียงใด
 มีเป็นส่วนใหญ่ มีเป็นบางครั้ง ส่วนใหญ่ไม่มี
 อื่นๆ
19. เคยมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดท่าน แนะนำ หรือขอร้องให้ท่านเลิกสูบบุหรี่หรือลดการสูบลงหรือไม่ บ่อยไหม
 มีหลายครั้ง มีบ้าง ไม่เคยมี อื่นๆ
20. เคยมีคนในบ้านหรือคนใกล้ชิดท่าน บอกท่านถึงอันตรายที่คนในบ้านหรือคนใกล้ชิด จะได้รับจากควันบุหรี่ที่ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ บ่อยไหม
 มีหลายครั้ง มีบ้าง ไม่เคยมี อื่นๆ
21. ท่านเคยได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสอง หรือไม่จากใครหรือแหล่งข้อมูลใด เป็นส่วนใหญ่
 ไม่เคย เคย จาก

คำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องควันบุหรี่มือสอง

1. ตามความเข้าใจของท่าน ควันบุหรี่มือสองหมายถึงอะไร (ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่หมายเลข 1 หน้าคำตอบแรกที่ได้ และหมายเลข 2 หรือ 3 ฯลฯ หน้าคำตอบต่อไป ที่ผู้ให้ข้อมูลตอบ)

- ควันจากปลายมวนบุหรี่ขณะที่ไม่มีการดูด ควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปและหายใจออกมา
 ไม่ทราบ อื่นๆ

2. ควันบุหรี่มือสองมีสารพิษที่เป็นอันตรายหลายชนิด สารเหล่านี้ที่อยู่ในควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไปและหายใจออกมา มีความเข้มข้นมากกว่าหรือน้อยกว่าที่มีอยู่ในควันจากปลายมวนบุหรี่ขณะที่ไม่มีการดูด

- มีมากกว่าควันจากปลายมวนบุหรี่ที่ไม่มีการดูด มีน้อยกว่า
 ไม่ทราบ อื่นๆ

3. สารพิษอะไรในควันบุหรี่ที่เป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่หรือผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มากที่สุด

- สารก่อมะเร็ง คาร์บอนมอนอกไซด์ แอมโมเนีย พอร์มาลดีไฮด์
 ไม่ทราบ อื่นๆ

4. ควันบุหรี่มือสอง มีผลกระทบในระยะสั้นต่อสุขภาพของผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ในด้านใดบ้าง (เนื่องจากมีคำตอบมากกว่า 1 ผู้สัมภาษณ์ควรพยายามกระตุ้นให้ผู้ตอบ ตอบมากที่สุดเท่าที่จะตอบได้)

- เกิดอาการระคายเคืองต่อ จมูก ตา คอ ไอ ภูมิแพ้ หอบหืด ปวด
 ไม่ทราบ อื่นๆ

5. นอกจากมีผลกระทบในระยะสั้นแล้ว มีผลในระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ในด้านใดบ้าง (มีคำตอบมากกว่า 1)

- มะเร็งปอด เส้นเลือดหัวใจตีบ เส้นเลือดในสมองตีบ ถุงลมโป่งพอง
 ไม่ทราบ อื่นๆ

6. เด็กที่อยู่ในบ้านที่มีคนสูบบุหรี่ มีโอกาสเป็นโรคใดมากกว่าเด็กที่อยู่ในบ้านที่ไม่มีคนสูบบุหรี่

- หอบหืด หลอดลมอักเสบ น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ
 ไม่ทราบ อื่นๆ

7. ประเทศไทยมีกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ในพื้นที่ชุมชนบทยุติกันต่างจังหวัดหรือไม่

- ไม่มี มีเฉพาะบางพื้นที่ มีครอบคลุมทุกพื้นที่
 ไม่ทราบ อื่นๆ

8. พอจะบอกได้ไหมว่า มีสถานที่ใดบ้างที่มีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่นั้นๆ

- ไม่ทราบ มี คือ

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

คำถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องคว้นบุหรีมือสอง

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้ให้ข้อมูลว่า เห็นด้วยกับข้อความที่จะอ่านให้ฟังมากน้อยเพียงใด ระหว่าง “เห็นด้วยอย่างมาก ถึง เห็นด้วยน้อยมาก” โดย

เห็นด้วยอย่างมากหรือมากที่สุด คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ⑤

ค่อนข้างเห็นด้วยหรือเห็นด้วยมาก คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 60 ถึง ร้อยละ 79 ④

เห็นด้วยพอควร คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 59 ③

เห็นด้วยน้อย คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ ร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 39 ②

เห็นด้วยน้อยมากหรือเกือบไม่เห็นด้วยเลย คือ เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ น้อยกว่าร้อยละ 20 ①

	ข้อความ	①	②	③	④	⑤
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากคว้นบุหรีมือสอง						
1	เด็กมีโอกาสเจ็บป่วยจากคว้นบุหรีมือสองได้ง่ายกว่าคนที่แข็งแรงกว่า					
2	คนสูงอายุ มีโอกาสเจ็บป่วยจากคว้นบุหรีมือสอง ได้ง่ายกว่าคนอื่น					
3	คนที่มีสุขภาพแข็งแรง มีโอกาสเกิดโรคจากคว้นบุหรีมือสองได้น้อย					
4	บ้านในชนบทเป็นบ้านโคลง คนในบ้านมีโอกาสเป็นโรคจากคว้นบุหรีมือสองได้น้อย					
5	ผู้ที่ได้รับคว้นบุหรีมือสอง เพียงเล็กน้อยต่อวัน ไม่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ที่รุนแรง					
6	การได้รับคว้นบุหรีมือสองเป็นเวลานาน ทำให้เป็นมะเร็งได้ในหลายส่วนของร่างกาย					
7	ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสป่วยจากพิษของคว้นบุหรีพอๆ กับผู้ที่ได้รับคว้นบุหรี					
8	ผู้ที่ได้รับคว้นบุหรีมือสองมีโอกาสเป็นโรคลungสมองโป่งพองได้น้อย					
9	คว้นบุหรีมือสองที่แม่ได้รับ จะส่งผลถึงเด็กที่อยู่ในครรภ์					
10	ส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วยจากคว้นบุหรีมือสอง เป็นเรื่องของเคราะห์กรรมของแต่ละคน					
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากคว้นบุหรีมือสอง						
11	คว้นบุหรีมือสอง ทำให้การเจ็บป่วย หรือโรคที่เป็นอยู่ใช้เวลารักษานานขึ้นหรือหายช้าลง					
12	คว้นบุหรีมือสอง ทำให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการเจ็บป่วยเร็วขึ้น					
13	คว้นบุหรีมือสอง ทำให้โรคที่เป็นอยู่มีอาการรุนแรงมากขึ้น					

	ข้อความ	๑	๒	๓	๔	๕
14	สารพิษในควันบุหรี่มือสอง ทำให้ ปอด หัวใจ หลอดเลือดเสื่อมลงได้					
15	โรคเรื้อรังที่เกิดจากการควันบุหรี่มือสอง เป็นโรคที่สร้างความเจ็บปวด ทรมาน					
16	โรคเรื้อรังที่เกิดจากการควันบุหรี่มือสอง เป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง					
17	โรคเรื้อรังที่เกิดจากการควันบุหรี่มือสอง เป็นโรคที่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน					
18	โรคเรื้อรังที่เกิดจากการควันบุหรี่มือสอง เป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่อง					
19	อาการ ไอ แสบคอ แสบตา จากควันบุหรี่มือสอง ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพมากนัก					
20	การรักษา ดูแลอาการหรือโรคที่เกิดจากการควันบุหรี่มือสอง เป็นการสูญเสียที่ไม่จำเป็นหรือไม่ควรจะเสีย					
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง						
21	การป้องกันโรคจากควันบุหรี่มือสอง เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก					
22	การสูบบุหรี่เป็นสิทธิส่วนบุคคล การป้องกันควันบุหรี่มือสอง จึงไม่ค่อยได้ผล					
23	การกำหนดพื้นที่สูบบุหรี่ภายในบ้าน เป็นสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัว					
24	การป้องกันโรคจากการควันบุหรี่มือสอง เป็นวิธีการที่คุ้มค่า					
25	ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ มีสิทธิอันชอบธรรมที่จะได้รับการคุ้มครองไม่ให้ได้รับหรือสัมผัสควันบุหรี่มือสอง					

คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เพื่อไม่ให้บุคคลอื่นได้รับควันบุหรี่

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้ให้ข้อมูลว่า ในการสูบบุหรี่ได้ปฏิบัติอย่างไรและบ่อยเพียงใด เพื่อไม่ให้ผู้อื่นได้รับควันบุหรี่มือสอง

- ⑤ ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกวันหรือทุกครั้งใน 1 สัปดาห์
- ④ ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5 – 6 วัน ต่อสัปดาห์
- ③ ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3 – 4 วัน ต่อสัปดาห์
- ② ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1 – 2 วัน ต่อสัปดาห์ และ
- ① ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย

	ข้อความ	①	②	③	④	⑤
1	ท่านจะเปิดบ้าน ประตู หน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก เมื่อสูบบุหรี่ภายในบ้าน					
2	เมื่อสูบบุหรี่ ท่านพยายามจะสูบบุหรี่ตามที่คิดได้ลม					
3	ท่านสูบบุหรี่ในบริเวณที่ไม่มีคนอื่นอยู่					
4	ท่านได้บอกให้เด็กหรือคนในบ้านอยู่ห่างๆ เมื่อท่านสูบบุหรี่					
5	ท่านพยายามสูบบุหรี่ในแต่ละครั้งให้เสร็จเร็วๆ					
6	ท่านสูบบุหรี่ในห้องที่เป็นส่วนตัว					
7	ท่านพยายามสูบบุหรี่นอกบ้าน					
8	ท่านพยายามสูบบุหรี่ให้ห่างจากผู้อื่น					
9	ท่านสูบบุหรี่ตามปกติ โดยคำนึงถึงความสะดวกของงานเป็นหลัก					
10	ท่านสูบบุหรี่ในบ้านหรือในอาคาร โดยมีผู้อื่นอยู่ใกล้ๆ เพราะทุกคนยอมรับการสูบบุหรี่ของท่าน					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-ชื่อสกุล	นายชัยวัฒน์ ภูทอง
วันเดือนปีเกิด	23 เมษายน 2511
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี
ที่อยู่	38/2 หมู่ 2 ตำบลบางยาง อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี 25150
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเตย
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเตย อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2545

สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี