

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน

นางสาวดุษฎี	บุญฤทธิ์ัญกุล	เลขประจำตัวนิติต 5637440638
นางสาวพัคตร์ไพไล	ศิลาคะจิ	เลขประจำตัวนิติต 5637473338
นางสาวศุภาพิชญ์	แก้ววัชรระรังษี	เลขประจำตัวนิติต 5637510938

โครงการทางจิตวิทยานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING SMOKING CESSATION AMONG WORKING CLASS MALES

Dusadee	Boonritthanyakul	5637440638
Pakpilai	Silakaji	5637473338
Supapich	Kaewwachararungsi	5637510938

A Senior Project in Partial Fulfillment of the Requirements

For the Degree of Bachelor of Science in Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

หัวข้อโครงการทางจิตวิทยา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน

โดย

นางสาวดุษฎี บุญฤทธิชัยกุล

นางสาวพัชร์พีไล ศิลาคะจิ

นางสาวศุภาพิชญ์ แก้ววัชรระรังษี

สาขาวิชา

จิตวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการทางจิตวิทยา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เวรดี วัฒนชกโกศล

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำโครงการทางจิตวิทยาฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาบัณฑิต

.....คณบดีคณะจิตวิทยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คัคนางค์ มณีศรี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการทางจิตวิทยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เวรดี วัฒนชกโกศล)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณระพี สุทธิวรรณ)

.....กรรมการ

(อาจารย์ สักกพัฒน์ งามเอก)

ดุษฎี บุญฤทธิ์ัญกุล, พัทธกรพิไล ศิลาคะจิ, ศุภาพิชญ์ แก้ววัชรรังษี: ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน (FACTORS PREDICTING SMOKING CESSATION AMONG WORKING CLASS MALES) อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการงานทางจิตวิทยาหลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี วัฒนทกโกศล, 50 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model; Rosenstock, 1974) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ เพศชาย วัยทำงาน อายุระหว่าง 25-59 ปี ที่อาศัยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 175 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression) ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 15.5 ($p < .001$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ($\beta = .297$) การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = .251$) และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = .172$) มีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ไม่มีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

สาขาวิชา	จิตวิทยา	ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา	2559	ลายมือชื่อนิสิต.....
		ลายมือชื่อนิสิต.....
		ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาที่ปรึกษาโครงการงานทางจิตวิทยาหลัก.....

5637440638, 5637473338, 5637510938: MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORDS; PERCEIVED SEVERITY, PERCEIVED SUSCEPTIBILITY, PERCEIVED BENEFITS,
SELF-EFFICACY, INTENTION

DUSADEE BOONRITTHANYAKUL, PAKPILAI SILAKAJI, SUPAPICH

KAEWWACHARARUNGSI: FACTORS PREDICTING SMOKING CESSATION AMONG

WORKING CLASS MALES. ADVISOR: ASST. REWADEE WATAKAKOSOL, Ph.D. 50 PP.

The objective of this research was to study factors predicting smoking cessation among working class males. Participants were 175 working class males who live in Bangkok, Thailand. Data was analyzed by Enter Multiple Regression. This research was based on the theory of Health Beliefs Model; Rosenstock, (1974). This research found that Perceived severity, Perceived susceptibility, Perceived benefits, and Self-efficacy significantly predicted Intention to quit smoking ($R^2 = 15.5$, $p < .001$). Perceived severity ($\beta = .297$), Perceived benefits ($\beta = .251$), and Self-efficacy ($\beta = .172$) had significant standardized coefficient at .01 level. Perceived susceptibility did not significantly predict Intention to quit smoking.

Field of Study Psychology Student's signature.....

Academic year 2016 Student's signature.....

Student's signature.....

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้สามารถสำเร็จลุล่วงมาด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เวรดี วัฒนทกโกศล อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ ผู้ซึ่งเสียสละเวลา ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ด้วยความเมตตาและเอาใจใส่ ตั้งแต่เริ่มต้นจนจบจนโครงการวิจัยสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอขอบคุณในความกรุณาของ อาจารย์เป็นอย่างยิ่ง

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านในคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มอบ ความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าอย่างยิ่งให้แก่คณะผู้วิจัย

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม ทำให้ การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ และน้องๆ ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือให้คณะผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างได้ รวมทั้งผู้ปกครองที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณทุกๆ ท่านอย่างจริงใจ ที่เป็นส่วนสำคัญให้โครงการฉบับนี้สมบูรณ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ

กิตติกรรมประกาศ.....ฉ

สารบัญ.....ช

สารบัญตาราง.....ฅ

สารบัญภาพ.....ฉ

บทที่ 1 บทนำ.....1

 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1

 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....6

 พัฒนาการและการเจริญเติบโตของวัยผู้ใหญ่.....6

 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model).....8

 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....13

 วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....19

 กรอบแนวคิดในงานวิจัย.....20

 สมมติฐานการวิจัย.....20

 ขอบเขตการศึกษา.....20

 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....20

 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....21

 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....21

บทที่ 2 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	22
กลุ่มตัวอย่าง.....	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	22
การตรวจสอบคุณภาพมาตรวัด.....	29
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย.....	41
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	45
รายการอ้างอิง.....	51
ภาคผนวก.....	62
ภาคผนวก ก.....	63
ภาคผนวก ข.....	68
ภาคผนวก ค.....	71

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ตารางแสดงความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสม ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ (N=15).....	24
2. ตารางแสดงความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสม ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (N=15).....	25
3. ตารางแสดงความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสม ของการรับรู้ประโยชน์ (ของการเลิกสูบบุหรี่).....	27
4. ตารางแสดงความถี่ ร้อยละความถี่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน สถานการณ์ที่สูบบุหรี่ จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ และผลกระทบต่อร่างกายจากการสูบบุหรี่ (N=175).....	32
5. แสดงค่าต่ำสุด ค่ากลาง ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (N=175).....	35
6. ตารางแสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ (N=175).....	37
7. ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การ รับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ที่ทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ด้วยการวิเคราะห์การ ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression) (N=175).....	38

ตารางที่	หน้า
8. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบการมีนัยสำคัญทางสถิติของ Beta จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression) (N=175).....	39
9. ผลการวิเคราะห์มาตรการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด ครั้ง 1 (r critical = 0.29 (p<.05)), N = 33 ครั้งที่ 2 (r critical = 0.12 (p<.05)), N = 175.....	68
10. ผลการวิเคราะห์มาตรการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด ครั้ง 1 (r critical = 0.29 (p<.05)), N = 33 ครั้งที่ 2 (r critical = 0.12 (p<.05)), N = 175.....	69
11. ผลการวิเคราะห์มาตรการวัดการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด ครั้ง 1 (r critical = 0.29 (p<.05)), N = 33 ครั้งที่ 2 (r critical = 0.12 (p<.05)), N = 175.....	69
12. ผลการวิเคราะห์มาตรการวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด ครั้ง 1 (r critical = 0.29 (p<.05)), N = 33 ครั้งที่ 2 (r critical = 0.12 (p<.05)), N = 175.....	70
13. ผลการวิเคราะห์มาตรการวัดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด ครั้ง 1 (r critical = 0.29 (p<.05)), N = 33 ครั้งที่ 2 (r critical = 0.12 (p<.05)), N = 175.....	70

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974).....	13

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับประชากรโลกอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็งปอด (Office of the Surgeon General, 2010) ซึ่ง 1 ใน 10 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกที่เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังมักมีรายงานประวัติการสูบบุหรี่ (WHO, 2015) จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในปี ค.ศ. 2012 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 7.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.6 และโรคมะเร็งปอด 1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2.9 เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่มีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค 4 กลุ่มหลัก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558) และจากรายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสสอง ปี พ.ศ.2559 พบว่า ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็งทุกชนิด เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรไทย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559)

จากข้อมูลของโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adults Tobacco Surveys / GATS) ปี ค.ศ. 2015 พบว่า จากประชากรโลกทั้งหมด มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 1.3 พันล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จำนวน 6 ล้านคน นอกจากนี้ ยังมีการรายงานสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทยว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงถึง 5.3 เท่า โดยเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 46 และเพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 9 (Global Adults Tobacco Surveys / GATS, 2015) เช่นเดียวกับรายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 พบว่า ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 21.3 โดยเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 42.3 และเพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 1.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิงถึง 27 เท่า ยิ่งไปกว่านั้น พบว่าประชากรช่วงอายุ 25-55 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าช่วงอายุอื่น โดยเป็นเพศชายร้อยละ 50 เพศหญิงร้อยละ 2 และพบความชุกของการสูบบุหรี่ที่มีค่าแตกต่างกันตั้งแต่ 14.8 – 27.6 ในระดับเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558)

บุหรี่ถือกำเนิดมาจากการปลูกยาเพื่อนำมาใช้สูบในพิธีกรรมต่างๆ ของชาวอินเดียนแดงในทวีปอเมริกา โดยการนำไปไม่ทำเป็นมวนแล้วจุดไฟเผาที่ปลายอีกด้าน ซึ่งเมื่อทวีปอเมริกาถูกค้นพบ การปลูกยาสูบจึงได้แผ่ขยายไปยังประเทศอาณานิคมต่างๆ ได้แก่ บราซิล โปรตุเกส สเปน ฝรั่งเศส และอังกฤษ ตามลำดับ และชาวอังกฤษสามารถผลิตยาสูบเชิงพาณิชย์จนประสบความสำเร็จ มีการส่งออกไปยังประเทศอาณานิคมต่างๆ บุหรี่จึงได้แพร่หลายไปทั่วโลกมากยิ่งขึ้น (โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ 28, 2547) การสูบบุหรี่เริ่มกลายเป็นกระแสนิยมในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2461) (เครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่, 2557) สำหรับประเทศไทย พบหลักฐานจากจดหมายเหตุในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อปี พ.ศ. 2230 ว่ามีการใช้ยาสูบทั้งชายและหญิง โดยรับมาจากจีน หมู่เกอะฟิลิปปินส์ เมืองมะนิลาและมีการปลูกยาสูบเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่อยู่คู่กับคนไทยมาอย่างยาวนานจนปัจจุบัน (โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ 28, 2547) ซึ่งพบรายงานที่ อุตสาหกรรมการผลิตยาสูบ ในไตรมาสที่สอง ปี พ.ศ. 2559 กำลังขยายตัวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.6 จากไตรมาสแรก (สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนเศรษฐกิจมหภาค, 2559) และประชากรไทยมีค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่เฉลี่ย 423 บาทต่อเดือน โดยกลุ่มวัยทำงานมีการใช้จ่ายสูงที่สุด (470 บาทต่อเดือน) และประชากรกรุงเทพมหานคร มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 810 บาทต่อเดือน ซึ่งสูงกว่าประชากรในภูมิภาคอื่นๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ผลกระทบของควันบุหรี่มีมากมาย เนื่องจากปลายบุหรี่ขณะที่มีการสูดควัน มีอนุภาคนิวเมอไรต์ 900 องศาเซลเซียส และปลายบุหรี่ขณะที่ไม่มีการสูดควัน มีอนุภาคนิวเมอไรต์ 600 องศาเซลเซียส (Guerin, 1987) จึงทำให้เกิดปฏิกิริยาทางเคมีที่เพิ่มระดับความรุนแรงของสารพิษ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, ม.ป.ป.) ซึ่งควันบุหรี่ประกอบด้วยสารอันตรายต่างๆ กว่า 7,000 ชนิด และมีสารเคมีที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งกว่า 69 ชนิด (Rodgman and Perfetti, 2009) โดยสารสำคัญที่อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็ง ได้แก่ นิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ อะซิโตน สารหนู (arsenic) ไชยาไนต์ เบนซีน แคดเมียม ฟอรัลดีไฮด์ ตะกั่ว ปรอท นิกเกิล ฟีนอล และสไตรีน (Goodwin et al., 2016)

ในช่วงแรกของการสูบบุหรี่ นิโคตินจะออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นประสาท ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกผ่อนคลาย มีความสุข หลังจากนั้นเมื่อสูบบุหรี่ในปริมาณที่มากขึ้น นิโคตินจะออกฤทธิ์กดประสาท ทำให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนโดปามีน (dopamine) มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ต้องการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น และหากได้รับในปริมาณมากติดต่อกันจะส่งผลให้เกิดอาการเสพติดนิโคติน (กองควบคุมวัตถุเสพติด, 2555) หรือ nicotine dependence ซึ่งส่งผลให้ขาด

ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเอง โดยมีการสูบบุหรี่ที่เป็นปริมาณที่มากเกินไปกว่าที่ตั้งใจ รู้สึกว่าตนไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และยังคงสูบบุหรี่ต่อไปแม้ว่าจะรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพ (Office of the Surgeon General, 2010) ทั้งนี้ ผลกระทบของบุหรี่ในระยะสั้น คือ ผู้สูบบุหรี่จะเริ่มมีอาการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ระบบประสาทสัมผัสต่างๆ ทำหน้าที่ได้ลดลง (Kool et al., 1993) และในระยะยาว จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น มีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น นิโคตินจะออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนเอพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) (Kool et al., 1993) นำไปสู่การเกิดภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง (Office of the Surgeon General, 2010) มีปัญหาด้านการพูดและได้ยิน (Chang et al., 2016) ปวดบริเวณเอวหลัง และสะโพก (Shiri, R., & Falah-Hassani, K., 2016) โรคถุงลมโป่งพอง โรคระบบทางเดินหายใจ สมรรถภาพทางเพศเสื่อม (โครงการสำราญกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ 28, 2547) ซึ่งการเสื่อมโทรมของร่างกายนี้ อาจนำไปสู่การขาดศักยภาพในการทำงาน การขาดงาน อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556)

นอกจากบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อผู้สูบบุหรี่โดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างได้ ซึ่งเรียกว่าบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke) โดยผู้ที่ได้สูดดมควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chia-Fang et al, 2010) มีปัญหาด้านการได้ยิน (Changet al., 2016) โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง หญิงมีครรภ์และทารกที่ได้รับควันบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ครรภ์เป็นพิษ แท้ง ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น เด็กเล็กอาจติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ และมีพัฒนาการทางสมองล่าช้ากว่าเด็กทั่วไปที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ (โครงการสำราญกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ 28, 2547) ความดันโลหิตเพิ่มสูง (Omoloja et al., 2011) และเสี่ยงเป็นวัณโรค (Dogar et al, 2015) พบรายงานว่ ในสหราชอาณาจักร มีผู้เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองเฉลี่ย 1,000 -3,000 รายต่อปี (Scientific Committee on Tobacco and Health, 2004)

ยิ่งไปกว่านั้นบุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ คือ ผู้ประกอบการต้องสูญเสียกำลังคนในการผลิต จากการขาดงาน การเจ็บป่วย และการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการรักษาและป้องกันปัญหา (โครงการสำราญกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ 28, 2547)

ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ คือ จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ (Doll et al., 2004) ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจลดลงร้อยละ 50 (US Department of Health and Human Services, 1990) ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจจะอยู่ในระดับปกติ (Bolman et al.,

2002) หลังจากเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นเวลา 24 ชั่วโมง ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเสมหะต่างๆ จะเริ่มถูกขับออกจากปอด นิโคตินจะค่อยๆ ถูกขับออกจากร่างกาย จนเมื่อครบ 48 ชั่วโมง นิโคตินจะถูกกำจัดออกไปหมด และทำให้รู้สึกสดชื่นมากยิ่งขึ้น เมื่อเลิกสูบบุหรี่ได้เป็นเวลา 3-4 วัน ร่างกายจะใช้เวลาประมาณ 3 เดือนเพื่อกำจัดเสมหะต่างๆ ออกจากปอด (Anthonisen et al., 1994)

ในปัจจุบันทางรัฐบาลไทยได้มีแนวทางเพื่อจัดการกับปัญหาของบุหรี่ เช่น การกำหนดแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2558 – 2562 มีการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยมอบอำนาจให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ (กรมประชาสัมพันธ์, 2558)

การกำหนดแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2558 – 2562 มุ่งเน้นควบคุมการผลิตยาสูบภายในประเทศ กำหนดเพิ่มภาษียาสูบ กำหนดเพิ่มราคาบุหรี่ ช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ป้องกันการเกิดพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ รณรงค์ให้สถานที่ต่างๆ ปลอดบุหรี่ และช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ (กรมประชาสัมพันธ์, 2558) ส่งผลให้ในไตรมาสที่สอง ปี พ.ศ. 2559 ค่าใช้จ่ายในการบริโภคบุหรี่ของประชากรไทยลดลงร้อยละ 0.4 เมื่อเปรียบเทียบกับไตรมาสที่สอง ปี พ.ศ. 2558 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559)

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ. 2553 กำหนดให้สถานที่ราชการ รวมทั้งสถานที่อื่นๆ เป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยมีข้อบังคับให้มีการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด ไม่มีการสูบบุหรี่ รวมทั้งไม่มีอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ผู้ที่ฝ่าฝืนจะได้รับโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท ตามมาตรา 11 วรรคหนึ่ง หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท ตามมาตรา 11 วรรคสอง หรือปรับไม่เกินสองพันบาท ตามมาตรา 11 วรรคสาม (ศูนย์กฎหมายกรมควบคุมโรค, ม.ป.ป.)

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มีเพื่อใช้ควบคุมการเข้าถึงของผลิตภัณฑ์ยาสูบในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ควบคุมไม่ให้มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านสื่อต่างๆ ควบคุมการผลิตยาสูบ และควบคุมไม่ให้ผู้ผลิตจัดทำห่อผลิตภัณฑ์ที่ดึงดูดใจ (ศูนย์กฎหมายกรมควบคุมโรค, ม.ป.ป.) แม้จะมีมาตรการและนโยบายต่างๆ เพื่อจัดการกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ และยังมีการรณรงค์การงดสูบบุหรี่ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้บุคคลที่สูบบุหรี่ลดน้อยลง แต่ปัจจุบันยังคงมีผู้สูบบุหรี่อยู่จำนวนมากและถือได้ว่าพฤติกรรมนี้ยังเป็นปัญหาของสังคมอยู่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ได้มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model) ของ Rosenstock (1960, 1974) มาใช้ในการศึกษา เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียนชายก่อนระดับมหาวิทยาลัย ใน Isfahan, Iran (Reisi et al., 2014) การศึกษาความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นใน Marivan City, Iran (Ghaderi et al., 2016) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์นโปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร (ประภาพร โพธิ์ทอง, 2551) โดยงานวิจัยส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่

นอกจากนี้ พบว่า แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model) ของ Rosenstock (1960, 1974) ได้มีการนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ อีกมากมาย เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Sandte, 2012) การตรวจสอพบมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (Irhane et al., 2015) การสวมหมวกนิรภัยของประชากรอิหร่าน (Aghamolaei et al., 2011) การคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ใช้รถยนต์ใน Sabzevar (Ali et al., 2011) และการคาดเข็มขัดนิรภัยของพนักงานขับรถในอิหร่าน (Tavafian et al., 2011) เป็นต้น

ทั้งนี้ จากข้อมูลจากการวิจัยที่ได้กล่าวในข้างต้น กลุ่มผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงผลกระทบในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม นับว่าเป็นอีกหนึ่งปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน จึงตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้บุคคลเลิกสูบบุหรี่ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพต่างๆ ดังนั้น กลุ่มผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ต่อไปในอนาคต

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาถึงทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. พัฒนาการและการเจริญเติบโตของวัยผู้ใหญ่
2. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model)
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พัฒนาการและการเจริญเติบโตของวัยผู้ใหญ่

เมื่อผ่านระยะพัฒนาการของวัยรุ่น บุคคลจะเริ่มเข้าสู่ระยะวัยผู้ใหญ่ (Adulthood) ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ สังคม และความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยวัยผู้ใหญ่แบ่งออกเป็น 3 ช่วงวัย ได้แก่ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (early adulthood) อายุ 20-40 ปี วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (middle adulthood) อายุ 41-64 ปี และวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยผู้สูงอายุ (old age) อายุ 65 ปีขึ้นไป (Bastable, & Dart, 2007)

ในประเทศไทยมีกลุ่มวัยทำงานอายุตั้งแต่ 15-59 ปี (คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน แบบบูรณาการ 2558, 2557) และมีการรายงานจากสำนักโรคไม่ติดต่อ (2559) พบว่ากลุ่มวัยทำงานในช่วงอายุ 25-59 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 25-59 ปี ซึ่งเป็นช่วงคาบเกี่ยวระหว่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งมีพัฒนาการในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

พัฒนาการด้านร่างกาย เป็นช่วงที่มีการพัฒนาด้านร่างกายอย่างเต็มที่ ระบบต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์เต็มที่ และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง โดยแสดงความเสื่อมที่พอจะสังเกตเห็น เช่น ผมหงอก สายตาเริ่มยาว ผิวหนังเริ่มไม่เต่งตึง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญพลังงานช้าลง มีพลังงานต่ำ มีระดับฮอร์โมนที่เปลี่ยนไป และมีการเคลื่อนไหวไม่กระฉับกระเฉงเหมือนเช่นที่ผ่านมา (Cavanaugh, Blanchard-Fields, 2015) จากการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าวัยผู้ใหญ่เริ่มมีการเสื่อมถอยของสุขภาพกาย ดังนั้น ผู้ใหญ่ตอนกลางจึงเริ่มตระหนักถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนั้น และเริ่มหันมาสนใจศึกษาเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพที่ดีให้คงอยู่ (Vander Zanden et al., 2007)

ในส่วนพัฒนาการทางสติปัญญา คือ ความสามารถในการใช้ความคิดและการให้เหตุผล ตามแนวคิดพัฒนาการของเพียเจต์ (Piaget' s theory) กล่าวว่าวัยผู้ใหญ่มีพัฒนาการทางความคิดสติปัญญา

อยู่ในระดับ Formal operations ซึ่งเป็นขั้นสูงที่สุดของพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม (Papalia, & Olds, 1995) มีความสามารถทางสติปัญญาสมบูรณ์ที่สุดคือคุณภาพของความคิดจะเป็นระบบ มีความสัมพันธ์กันและมีความคิดรูปแบบนามธรรม (Abstract logic) ผู้ใหญ่จะมีความคิดเปิดกว้าง ยืดหยุ่นมากขึ้น และรู้จักจดจำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี และมีความสามารถในการหาข้อมูลที่ซับซ้อนต่างๆ เพื่อมาเปลี่ยนวิธีการจัดการกับปัญหาของตน (Vander Zanden et al., 2007) หากมีการเรียนรู้พฤติกรรมและการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ใหญ่มีแนวโน้มในการปฏิบัติตนในเรื่องสุขภาวะที่ดีขึ้น ไม่ก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเองและสังคม

สุดท้าย พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม วัยผู้ใหญ่จะมีการควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีความมั่นคงทางจิตใจดีกว่าวัยรุ่น คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น รู้สึกยอมรับผู้อื่นได้ดีขึ้น ไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน มีความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา ลักษณะบุคลิกภาพค่อนข้างคงที่ (Cavanaugh, Blanchard-Fields, 2015) วัยนี้จะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยลดลง จำนวนสมาชิกในกลุ่มเพื่อนจะลดลง แต่สัมพันธ์ภาพในเพื่อนที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนรักยังคงอยู่และจะมีความผูกพันกันมากกว่าความผูกพันในลักษณะของคู่รัก และความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มใช้ชีวิตครอบครัวกับคู่ของตนเอง และเกิดการปรับตัวกับบทบาทใหม่ (Papalia, & Olds, 1995) บางคนจะมีอารมณ์เศร้าจากการที่บุตรเริ่มมีครอบครัวใหม่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บิดา มารดา หรือคู่สมรส หรือผิดหวังจากบุตร เป็นต้น และมักจะประสบความสำเร็จในด้านอาชีพ หรือมีการโยกย้ายตำแหน่งหน้าที่สูงขึ้น ทำให้ต้องมีการปรับตัวทั้งในด้านส่วนตัว และครอบครัว (ทิพย์ภา เศรษฐ์ชาวลิต, 2541) หลังจากที่มีหน้าที่การงานที่มั่นคง ประสบความสำเร็จในอาชีพแล้วอาจนำไปสู่การสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

จากพัฒนาการด้านต่างๆ ของวัยทำงาน จะเห็นได้ว่ามีพัฒนาการทางร่างกายที่เจริญเติบโต สมบูรณ์เต็มที่ และเริ่มเสื่อมถอยลงในช่วงปลายของผู้ใหญ่ตอนกลาง จึงเป็นสิ่งที่บ่งชี้ได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายขึ้น หากไม่มีการป้องกันความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคต่างๆ ที่เกิดจากการทำพฤติกรรมในแต่ละวัน รวมถึงพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ด้วย จะนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็งปอดมากขึ้น นอกจากนี้ในวัยผู้ใหญ่ยังมีการหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีหน้าที่การงานที่มั่นคง ประสบความสำเร็จในเรื่องการทำงาน และมีความมั่นคงของสัมพันธ์ภาพคนในครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมกรสูบบุหรี่มักพบในเพศชายมากกว่าหญิง ดังนั้น ถ้าหากกลุ่มวัยทำงานเพศชายมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อเลิก

สุขภาพหรือจึงควรมีการวางแผนเตรียมความพร้อมในการทำพฤติกรรม ซึ่งอาจจะส่งผลไปสู่การลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ในอนาคตได้

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model)

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับความนิยมน้อยกว่าแพร่หลายในการนำมาศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (Champion, & Skinner, 2008)

ซึ่งเริ่มพัฒนาขึ้นเมื่อปี 1950 โดย Hochbaum, Rosenstock และ Kegels นักจิตวิทยาสังคมจาก U.S. Public Health Service เพื่อใช้อธิบายเกี่ยวกับความล้มเหลวของโปรแกรมป้องกันและการตรวจคัดกรองโรค (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1974)

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า ความเชื่อส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมสุขภาพ โดยเป็นความเชื่อหรือการรับรู้ที่บุคคลมีเกี่ยวกับโรคและแนวทางการลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค (Hochbaum, 1958)

Hochbaum (1958) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นวัณโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองวัณโรคก่อนที่จะมีการแสดงอาการความรุนแรงของโรค ซึ่งบุคคลมักมีความเชื่อว่าคนที่เป็วัณโรคอาจจะไม่มีการแสดงอาการของโรค พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นวัณโรค และรับรู้ประโยชน์ของการตรวจพบวัณโรคในระยะแรก คิดเป็นร้อยละ 87 ได้เข้ารับการตรวจเอกซเรย์ปอดโดยสมัครใจอย่างน้อยหนึ่งครั้ง (Champion, & Skinner, 2008)

ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ Kegeles (1963) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดผลข้างเคียงที่เลวร้ายที่สุดจากการทำทันตกรรม และการตระหนักรู้ว่าการมาพบทันตแพทย์อาจช่วยป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเหล่านี้ได้ สามารถเป็นตัวทำนายความถี่ในการมาพบทันตแพทย์เป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 ปีขึ้นไป หลังจากนั้น Haefner และ Kirscht (1970) จึงได้นำงานวิจัยข้างต้นไปศึกษาต่อ โดยการออกแบบโปรแกรมสุขภาพที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นพื้นฐาน เพื่อเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และวัณโรค และยังช่วยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพให้กับผู้เข้าร่วมการทดลอง ซึ่งเป็นการศึกษาทดลองในระยะยาว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ มีการเข้ารับการตรวจกับแพทย์ร้อยละ 57 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ มีการเข้ารับการตรวจกับ

แพทย์ร้อยละ 39 เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษามีการเข้ารับการตรวจกับแพทย์เป็นจำนวนมากกว่ากับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา

ดังนั้น จากงานวิจัยจำนวนมากในช่วงต้นปี ค.ศ. 1970 ได้แสดงให้เห็นว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้เข้าใจความแตกต่างในรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลและสามารถนำมาใช้ในการออกแบบที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลทำพฤติกรรมสุขภาพได้อีกด้วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกนำไปใช้ในการรักษาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่เฉพาะเจาะจงต่างๆ เช่น พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ การฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และการตรวจทางพันธุกรรม (Swinehart, & Kirscht, 1966; Cummlngs et al., 1979; Fink, Shapiro, & Roeser, 1972; and Chen, & Land, 1986) ต่อมาในภายหลัง ยังได้มีการศึกษาเพิ่มเติมไปถึงการปฏิบัติตนหลังจากการได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งวินัยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Becker, 1974)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งเน้นไปที่สองประเด็นหลักคือ การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค (threat perception) และการประเมินการทำพฤติกรรมสุขภาพ (behavioral evaluation) ซึ่งการรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค ประกอบไปด้วย การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ส่วนการประเมินการทำพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการทำพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการทำพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barriers) นอกจากนี้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้นำเสนอสิ่งชี้แนะในการลงมือทำพฤติกรรมสุขภาพ (cues to action) ที่สามารถช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ เมื่อมีรูปแบบความเชื่อที่เหมาะสมอยู่ก่อนแล้ว ตัวอย่างของสิ่งชี้แนะเหล่านี้ เช่น การรับรู้อาการของโรคที่เกิดขึ้นแล้ว อิทธิพลทางสังคม และการรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เป็นต้น (Rosenstock, 1966)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่พยายามอธิบายว่า เหตุใดบุคคลจึงทำพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรค การตรวจคัดกรองโรค หรือควบคุมปัจจัยความเจ็บป่วยต่างๆ (Rosenstock, 1974) ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาอธิบายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ (Stretchor, & Rosenstock, 1997) ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (Perceived Severity)

หมายถึง ความรู้สึกต่อความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หรือความรุนแรงของการปล่อยให้ เป็นโรคโดยไม่ได้รับการรักษา รวมไปถึงการประเมินทั้งผลการรักษาทางการแพทย์และทางคลินิก ตัวอย่างเช่น ความตาย ความพิการ และความเจ็บปวด และผลกระทบทางสังคมที่เป็นไปได้ เช่น ผลกระทบ ในการทำงาน ชีวิตครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสังคม ดังนั้น การที่บุคคลจะเชื่อว่าโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ เป็นโรคที่ร้ายแรงทางการแพทย์ ก็ต่อเมื่อโรคนั้นทำให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจและทางเศรษฐกิจที่ สำคัญภายในครอบครัวของตน (Rosenstock, 1974) บุคคลอาจมีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคหรือ ปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับตนแตกต่างกัน โดยบุคคลจะตัดสินระดับความรุนแรงของโรคจากระดับการ กระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ที่ถูกสร้างขึ้นจากความคิดที่เกี่ยวกับโรค หรือความคิดเกี่ยวกับ รูปแบบของความเป็นไปได้ที่บุคคลเชื่อว่าปัญหานี้จะเกิดกับตนเอง (Robbins, 1962)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (Perceived Susceptibility)

หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น การเกิดภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง (Office of the Surgeon General, 2010) โดยบุคคลจะมีความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการเกิดโรคที่แตกต่างกัน บุคคลอาจปฏิเสธความเป็นไปได้ในการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยต่างๆ ทุกชนิด คือเชื่อว่าตนไม่มีโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อย่างแน่นอนหรืออาจยอมรับถึงความเป็นไปได้ของการเกิดโรค ในทางสถิติ แต่ไม่ยอมรับว่าโรคนี้อาจเกิดขึ้นได้กับตนเอง หรือในทางตรงกันข้ามบุคคลอาจเกิดความรู้สึก ว่าตนได้ตกอยู่ในอันตรายเมื่อเชื่อว่าตนอาจมีความเป็นไปได้ในการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยต่างๆ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความเกี่ยวเนื่องกับ องค์ประกอบทางปัญญาเป็นอย่างมาก (Rosenstock, 1974) ซึ่งหมายความว่า การที่บุคคลจะเกิดการรับรู้ ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่อย่างเพียงพอ หรือในทางตรงกันข้าม บุคคลที่ไม่เกิดการรับรู้ความ รุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เนื่องจากมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการสูบ บุหรี่ที่ไม่เพียงพอนั่นเอง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ (Perceived Benefits)

การที่บุคคลยอมรับว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ถือเป็นความคิดที่จะนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ แต่อาจไม่มีน้ำหนักเพียงพอให้บุคคลลงมือทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่

การที่บุคคลจะลงมือทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่อย่างไรวินั้น ขึ้นอยู่กับความพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่และความเชื่อในประสิทธิภาพของการลดภาวะคุกคามของโรคจากการเลิกสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ของบุคคลจึงขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งทางเลือกนั้นจะมีประโยชน์ต่อบุคคลก็ต่อเมื่อบุคคลเชื่อว่าการลงมือทำพฤติกรรมนั้นสามารถลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้นั่นเอง

ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การรับรู้การกระทำที่เป็นประโยชน์ซึ่งช่วยในการลดภัยคุกคามจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ยกตัวอย่างเช่น ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ (Doll et al., 2004) ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจลดลงร้อยละ 50 (US Department of Health and Human Services, 1990) ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจจะอยู่ในระดับปกติ (Bolman et al., 2002) เป็นต้น

4. การรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ (Perceived Barriers)

หมายถึง มุมมองเชิงลบต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อจะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งอาจมองว่าเป็นอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ บุคคลอาจทำการเปรียบเทียบผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่กับการรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ ยกตัวอย่างเช่น การคิดว่าการทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่สามารถช่วยให้ฉันมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ แต่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง มีผลข้างเคียงในทางลบ ไม่น่าพึงพอใจ ทำได้ยากลำบาก หรือใช้เวลานานมาก จึงส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงและไม่สามารถลงมือทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งหากบุคคลมีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่สูงและมีมุมมองเชิงลบต่อการทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ต่ำ บุคคลจึงจะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ อยากรจะประสบความสำเร็จในการทำพฤติกรรมนั้น หรือในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความพร้อมในการทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ต่ำและมีมุมมองเชิงลบต่อการทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่สูง มุมมองเชิงลบจะทำหน้าที่เป็นอุปสรรคไม่ให้เกิดการทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ได้ ส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มไม่เลิกสูบบุหรี่ (Rosenstock, 1974)

5. สิ่งชี้แนะให้เกิดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Cues to action)

หมายถึง สิ่งกระตุ้นให้เกิดความพร้อมในการทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยอาจมาจากปัจจัยภายใน เช่น มีอาการเบื่ออาหาร ภูมิคุ้มกันต่ำลง มีการตรวจพบเซลล์ระยะก่อนมะเร็ง (pre-malignant lesions) (Renuka, & Pushpanjali, 2014) หรือปัจจัยภายนอก เช่น การประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ เพื่อนหรือครอบครัวชักชวนให้เลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

ซึ่งสิ่งชี้แนะให้เกิดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ โดยที่หากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ต่ำ จะต้องการสิ่งชี้แนะให้เกิดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ที่สูงในการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองต่อการเลิกสูบบุหรี่ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่สูง ความต้องการสิ่งชี้แนะให้เกิดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อยก็เพียงพอต่อการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองต่อการเลิกสูบบุหรี่

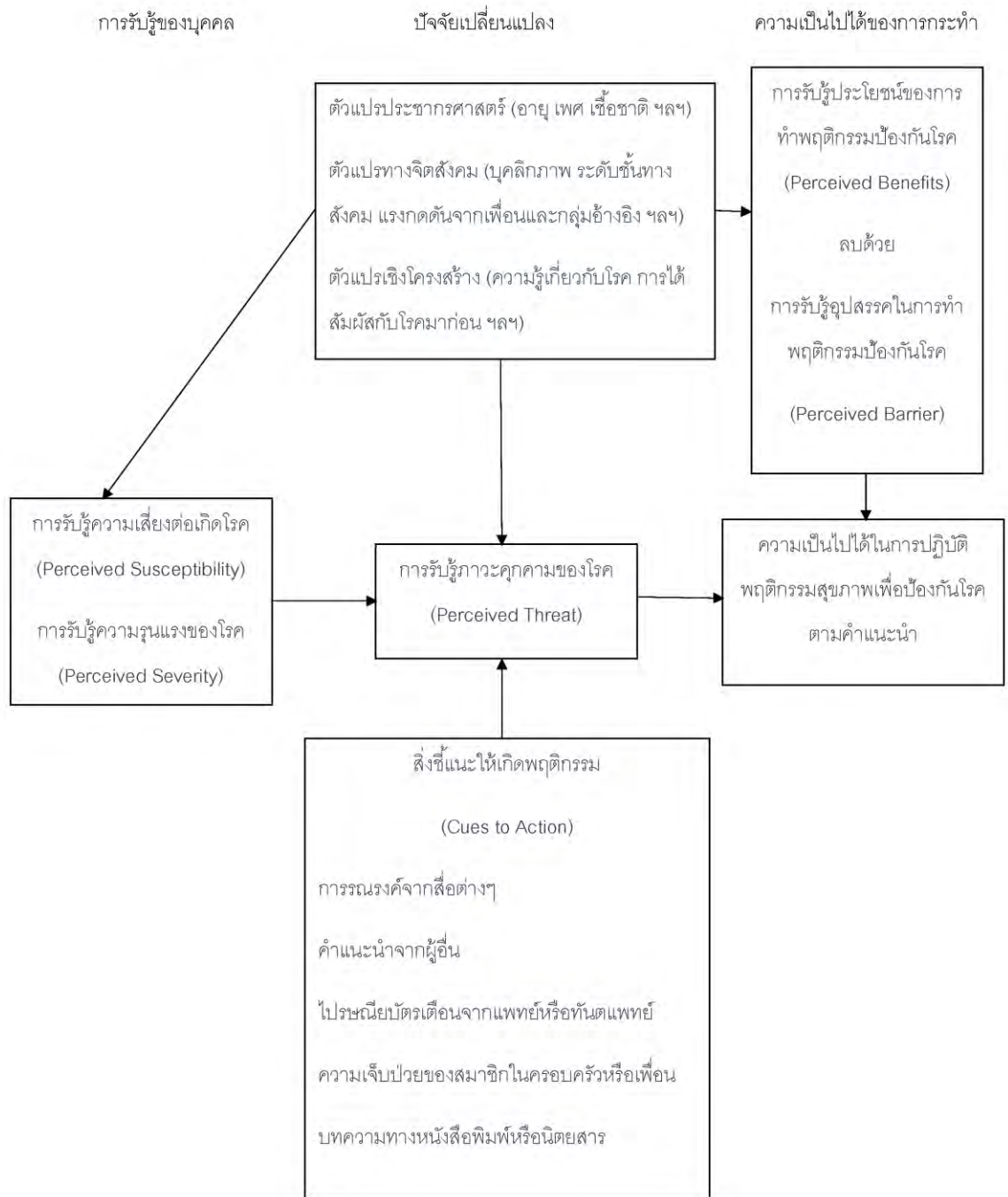
6. การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ (Self-efficacy)

นิยามของ “การรับรู้ความสามารถของตน” คือการเชื่อมั่นว่าตนจะสามารถลงมือทำพฤติกรรมที่จำเป็นในการสร้างผลลัพธ์ที่ต้องการได้อย่างประสบความสำเร็จ (Bandura, 1997) ในปี ค.ศ. 1988 Rosenstock, Strecher, & Becker ได้เสนอให้นำ “การรับรู้ความสามารถของตน” เข้ามาเป็นองค์ประกอบเสริมในแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตน ได้รับความสนใจอย่างมากในการเป็นตัวทำนายและเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลลงมือเลิกสูบบุหรี่ (เช่นในงานวิจัยของ Baer & Lichtenstein, 1988; Conditte & Lichtenstein, 1981; Gwaltney et al., 2001; Gwaltney, Shiffman, Balabanis, & Paty, 2005) จากการศึกษางานวิจัยจำนวนมากได้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความสามารถของตนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการอธิบายความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่โดยผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเองจะมีการรับรู้ความสามารถของตนที่สูงกว่าคนที่ไม่พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่หรือเลิกแล้วกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ (Berndt, et al., 2013; Stead, Koilpillai, & Lancaster, 2015; Williams, & Rhodes, 2014) การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จนั้น บุคคลจะต้องเชื่อว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของตนเป็นภาวะคุกคามต่อสุขภาพตนเอง (การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่) เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณค่าต่อตนเอง (การรับรู้

ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่) และบุคคลยังต้องเชื่อว่าตนมีความสามารถ (การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่) ในการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการเลิกบุหรี่ได้อีกด้วย

แผนภูมิที่ 1 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974)



งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model) ของ Rosenstock (1960, 1974) ได้รับความนิยมนำมาศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการนำไปใช้กับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองโรค (Champion, & Skinner, 2008) ตัวอย่างเช่น

Irhane, Mamo, Girma, & Asfaw ในปี 2015 ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการตรวจสอบมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครูเพศหญิง ในเขต Kaffa ประเทศเอธิโอเปีย มีอายุระหว่าง 26-40 ปี จำนวนทั้งหมด 315 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 52 คน (ร้อยละ 16.5) เคยได้ยื่นเกี่ยวกับการตรวจสอบเต้านมด้วยตนเอง และมี 38 คน (ร้อยละ 73.07) ที่รับรู้ว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองถือเป็นอีกวิธีหนึ่งในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในกลุ่มตัวอย่างยังมีผู้ที่ไม่มีการเป็นมะเร็งเต้านม 272 คน (86.3%) และสมาชิกในครอบครัวมีประวัติการเป็นมะเร็งเต้านม 9 คน (2.9%) จากการวิเคราะห์ผลแบบ binary logistic regression พบว่า องค์ประกอบของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 1.10 [AOR 95% CI, 1.10 (1.03-1.20)] และการรับรู้ความสามารถของตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 1.10 [AOR 95% CI, 1.10 (1.03-1.20)] เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะลงมือทำพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งเต้านม 1.95, [AOR 95 %,CI 1.95 (1.44–2.63)] และการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นมะเร็งเต้านม 1.24 [AOR, 95 %,CI 1.24 (1.11–1.46)] เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มของการลงมือทำพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองลดลง

กัญญารัตน์ อยู่เย็น และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร โดยกลุ่มตัวอย่างอายุ 35-60 ปี จำนวน 570 คน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และกลุ่มที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งปากมดลูก ($t(570) = 2.37, p = .02$) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($t(570) = 2.25, p = .02$) และสิ่งชี้แนะให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($t(570) = 2.34, p = .01$) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Aghamolaei et al. (2011) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของประชากรอิหร่าน ที่ศึกษาจากผู้ใช้อัจกรยานยนต์ อายุระหว่าง 16-48 ปี จำนวน 221 คน พบว่า สิ่งชี้แนะให้สวมหมวกนิรภัย ($\beta = .42, p < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนในการสวมหมวกนิรภัย ($\beta = .16, p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคในการสวมหมวกนิรภัย ($\beta = -.13, p < .05$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการสวมหมวกนิรภัย การรับรู้ความรุนแรงจากผลกระทบของการไม่สวมหมวกนิรภัย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบจากการไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ali et al. (2011) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ใช้รถยนต์ใน Sabzevar โดยศึกษาจากผู้ใช้อรถยนต์ อายุระหว่าง 18-60 ปี จำนวน 340 คน เป็นเพศชายร้อยละ 71.8 และเพศหญิงร้อยละ 28.2 พบว่า สิ่งชี้แนะให้คาดเข็มขัดนิรภัย ($\beta = .210, p < .001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบจากการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ($\beta = .184, p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคในการคาดเข็มขัดนิรภัย ($\beta = -0.129, p < .001$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการคาดเข็มขัดนิรภัย ในขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบจากการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย และการรับรู้ประโยชน์ของการคาดเข็มขัดนิรภัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคาดเข็มขัดนิรภัย

Tavafian et al. (2011) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ใช้รถยนต์ในอิหร่าน จากผู้ใช้อรถยนต์จำนวน 251 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการคาดเข็มขัดนิรภัย ($\beta = .24, p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคในการคาดเข็มขัดนิรภัย ($\beta = -.40, p < .001$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการคาดเข็มขัดนิรภัย ในขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบจากการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย สิ่งชี้แนะให้คาดเข็มขัดนิรภัย และการรับรู้ความสามารถของตนในการคาดเข็มขัดนิรภัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคาดเข็มขัดนิรภัย

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ที่ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบงานวิจัย ได้แก่ งานวิจัยของ Hong et al. (2004) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น มีการเก็บข้อมูลจากนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จาก 21 โรงเรียนในเขตไซล สาธารณรัฐเกาหลี เป็นจำนวน 1,535 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ (odds ratio = 1.13, 95% CI = 1.05-1.22) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (odds ratio = 0.94, 95% CI = 0.90-0.97) การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่

(odds ratio = 0.88, 95% CI = 0.84-0.93) และการรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ (odds ratio = 1.17, 95% CI = 1.10-1.24) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

Li & Kay (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มนักศึกษาชาย มหาวิทยาลัย Wuhu สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 521 คน ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ผลพบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ($t(249) = -2.16, p = .03$) และคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ($t(249) = 2.49, p = .01$) มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ ($t(246) = -2.51, p = .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ไม่แตกต่างกัน ($t(249) = -0.53, p = .60$)

Katirai (2011) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในตัวเมืองและชนบท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 คน โดยมีผู้ที่อาศัยอยู่ในตัวเมือง ร้อยละ 49 และอาศัยอยู่ที่ชนบท ร้อยละ 47 การศึกษานี้เริ่มต้นด้วยการตรวจน้ำตาลายของกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการวัดระดับนิโคติน ทำให้ทราบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5.6 ที่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน หลังจากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนตอบแบบสอบถาม โดยคำถามจะมุ่งเน้นวัดความสัมพันธ์ของ 4 องค์ประกอบตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ เมื่อตอบคำถามเสร็จแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิจัยปรากฏว่า การรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (odds ratio = .512, 95% CI = .36-.73) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ (odds ratio = .340, 95% CI = .08-1.4) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (odds ratio = .427, 95% CI = .16-1.1) และการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ (odds ratio = 1.707, 95% CI = .21-13.8) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่า การรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์จะส่งผลให้บุคคลมีความเครียดและมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นได้ (Elsenbruch et al., 2007)

Mokhtari et al. (2013) ทำการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ เมื่อปี ค.ศ. 2011 โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาแพทย์จาก Guilan University of Medical Sciences เพศชาย

จำนวน 222 คน อายุเฉลี่ย 22.3 ± 3.2 ปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่สูบบุหรี่มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ และคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Yu Ching Ho, & Jia-Hui Shih (2014) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และวิธีการเลิกสูบบุหรี่โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นในประเทศไต้หวันที่รายงานว่าเคยสูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา จำนวน 423 คน เป็นเพศชาย 291 คน และเพศหญิง 78 คน ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ($\beta = .16, p < .05$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ($\beta = .19, p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = .49, p < .05$) การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = .25, p < .05$) สามารถทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = -.24, p < .01$) มีอิทธิพลทางลบกับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

Reisi et al. (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียนชายที่ศึกษาอยู่ระดับก่อนมหาวิทยาลัย ใน Isfahan, Iran ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 382 คน อายุเฉลี่ย 17.72 ปี แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา และกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่มีคะแนน ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ($Mean = 70.8$) การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 71.3$) การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 71.8$) และสิ่งชี้แนะให้เลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 34.7$) สำหรับกลุ่มที่สูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา มีคะแนน ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ($Mean = 66.8$) การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 56.2$) การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 56.8$) และสิ่งชี้แนะให้เลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 48.1$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า กลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ **สูงกว่า** กลุ่มที่สูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่มีคะแนนการรับรู้สิ่งชี้แนะให้ลงมือทำพฤติกรรมสูบบุหรี่ต่ำกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มของคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับงานของ Naseh Ghaderi, Parvaneh Taymoori, Fayegh Yousefi, & Bijan Nouri (2016) เกี่ยวกับความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นใน Marivan City, Iran ตาม

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่และกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 740 คน ผลปรากฏว่า กลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 22.60$) การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 15.65$) และสิ่งชี้แนะให้เลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 2.84$) สำหรับกลุ่มที่สูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 18.04$) การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 9.76$) และสิ่งชี้แนะให้เลิกสูบบุหรี่ ($Mean = 1.19$) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่ากลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ และสิ่งชี้แนะให้เลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในประเทศไทย พบบางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาสูบและเลิกสูบบุหรี่เช่นกัน ได้แก่ งานวิจัยของอุษา ฤทธิธาดา (2549) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน เป็นทหารเกณฑ์กองประจำการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ($r = .25, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .26, p < .01$) และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ($r = .50, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ ($r = .11, p > .05$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่

ประภาพร โพธิ์ทอง (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของนักศึกษาโรงเรียนเซนต์จอห์นไปลีเทคนิค กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับ ปวช. 1 – ปวช. 3 จำนวน 229 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ ($r = -.23, p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ($r = -.27, p < .01$) ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ ($r = -.54, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ($r = -.47, p < .01$) และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการไม่สูบบุหรี่ ($r = -.30, p < .01$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาสูบบุหรี่

รุ่งรวี ทองกันยา (2556) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมกาหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกรุงเทพมหานคร จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .22, p < .01$) การรับรู้ความสามารถของตนในการหลีกเลี่ยงการ

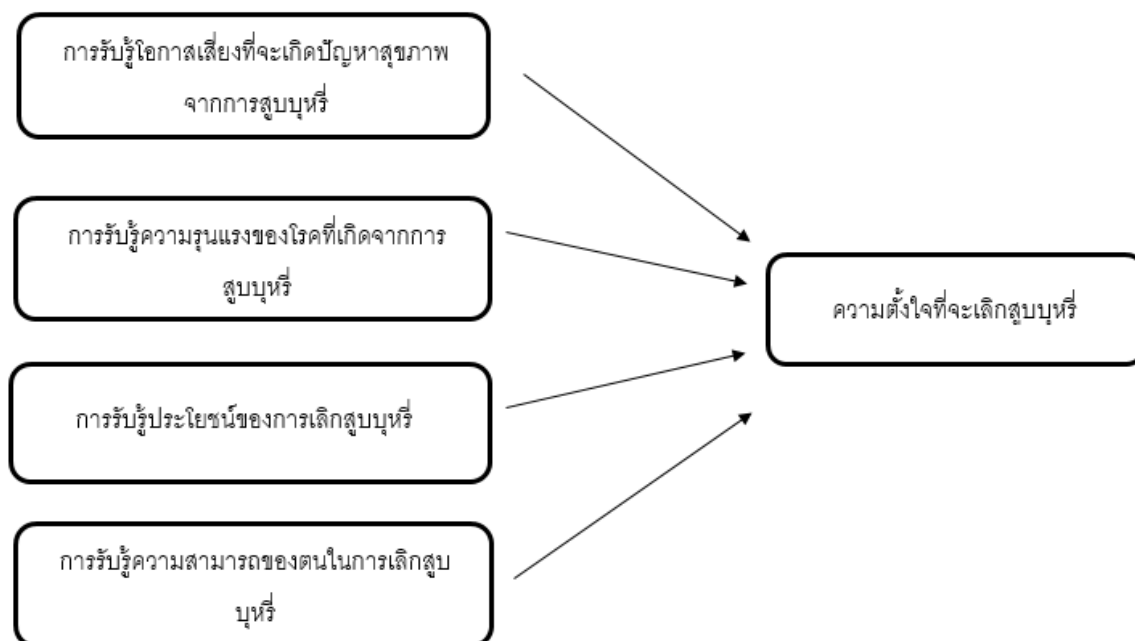
ได้รับควันบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคในการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง ($r = -.01, p < .05$) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .30, p < .01$) โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้จัดเป็นองค์ประกอบสิ่งชี้แนะให้ลงมือทำพฤติกรรม ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Abraham, & Sheeran, 2007) นอกจากนี้ผลการศึกษาก็แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกรุงเทพมหานครร้อยละ 16.7 ($R^2 = 0.167, p < .05$)

สรุป จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น พบว่า มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น การตรวจคัดกรองโรค การสวมหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย รวมทั้งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ทั้งนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่ข้างต้นได้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้น กลุ่มผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาหาปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดในงานวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ต่อความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มวัยทำงาน เพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
3. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่

4. การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่
ตัวแปรตาม ได้แก่ ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การไม่สูบบุหรี่อีกอย่างถาวร โดยประเมินจากมาตรวัดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
2. ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง การมุ่งที่จะทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถวัดได้จากมาตรวัดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อหรือการตีความของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการของโรคที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถวัดได้จากมาตรวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรค หรือมีอาการเจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถวัดได้จากมาตรวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
5. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ความเชื่อว่าพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสามารถวัดได้จากมาตรวัดการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
6. การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะลงมือเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสามารถวัดได้จากมาตรวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
7. กลุ่มชายวัยทำงาน หมายถึง ประชากรเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่
2. เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้สร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ต่อไป

บทที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) ที่มุ่งเน้นศึกษาหาปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างในขั้นสร้างเครื่องมือ

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเพศชายวัยทำงานที่สูบบุหรี่ในช่วงระยะเวลา 30 วันก่อนทำการสำรวจ อายุระหว่าง 25-59 ปี ที่อาศัยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 15 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มเลือกแบบตามสะดวก (Convenience sampling)

2. กลุ่มตัวอย่างในขั้นหาคุณภาพเครื่องมือ

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเพศชายวัยทำงานที่สูบบุหรี่ อายุระหว่าง 25-59 ปี รวมทั้งหมด 33 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มเลือกแบบตามสะดวก (Convenience sampling) และวิธีสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling)

3. กลุ่มตัวอย่างในขั้นทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเพศชายวัยทำงานที่สูบบุหรี่ อายุระหว่าง 25-59 ปี รวมทั้งหมด 175 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มเลือกแบบตามสะดวก (Convenience sampling) และวิธีสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 มาตรวัด 5 ฉบับ ประกอบไปด้วย

1. มาตรวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ จำนวน 9 ข้อ
2. มาตรวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ
3. มาตรวัดการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ

4. มาตรการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ

5. มาตรการความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ

รายละเอียดของมาตรการทั้ง 5 ฉบับมีดังต่อไปนี้

1. มาตรการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่

ผู้วิจัยสร้างมาตรการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่โดยประยุกต์แนวทางการสร้างมาตรวัดจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1990) และจากงานวิจัย A Community-wide Media Campaign to Promote Walking in a Missouri Town (Wray, Jupka, & Ludwig, 2005) เป็นมาตรประมาณค่า 7 ช่วง จำนวน 9 ข้อ ให้คะแนนจาก เป็นไปไม่ได้เลย ไปถึง เป็นไปได้มาก

ขั้นตอนในการสร้างและพัฒนามาตรวัด

1. หาความเชื่อเด่นชัดเกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดปัญหาสุขภาพเมื่อสูบบุหรี่ของบุคคลที่กำลังสูบบุหรี่ โดยใช้แบบสำรวจปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ คือ “คุณคิดว่าหากคุณ **ยังสูบบุหรี่ต่อไป** จะเกิดผลอย่างไรบ้าง”

2. นำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในข้อ 1 มาคัดเลือกความเชื่อเด่นชัดเพื่อนำไปสร้างข้อกระทงในแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) จัดกลุ่มความเชื่อที่มีความหมายใกล้เคียงกันอยู่กลุ่มเดียวกัน
- 2) เรียงลำดับความเชื่อที่มีความถี่สูงสุดไปต่ำสุด
- 3) หาความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสม
- 4) คัดเลือกความเชื่อที่ใช้เกณฑ์ร้อยละความถี่สะสมเท่ากับหรือประมาณ 75 (Ajzen, &

Fishbein, 1980)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ (N=15)

ลำดับ	ความเชื่อ	ความถี่	ความถี่สะสม	ร้อยละของความถี่	ร้อยละของความถี่สะสม
1*	ร่างกายเสื่อมโทรม	7	7	17.50	17.50
2*	เสี่ยงเป็นโรคมะเร็ง	7	14	17.50	35.00
3*	เสี่ยงเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ (เช่น โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น)	6	20	15.00	50.00
4*	เหนื่อยง่าย	4	24	10.00	60.00
5*	กลิ่นบุหรี่รบกวนบุคคลรอบข้าง	4	28	10.00	70.00
6*	เสี่ยงเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3	31	7.50	77.50
7*	สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	3	34	7.50	85.00
8*	เมื่อป่วยจะมีอาการหนักกว่าปกติ	2	36	5.00	90.00
9*	เสียชีวิต	2	38	5.00	95.00
10	ไม่ส่งผลต่อสุขภาพ	1	39	2.50	97.50
11	อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น	1	40	2.50	100.00
	รวม	40		100.00	

(*) แสดงถึงข้อกระทงที่นำมาใช้ในการสร้างมาตรวัดเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ฉบับจริง

2. มาตรวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

ผู้วิจัยสร้างมาตรวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่โดยประยุกต์แนวทางการสร้างมาตรวัดจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajen (1990) และจากงานวิจัย A Community-wide Media Campaign to Promote Walking in a Missouri Town (Wray, Jupka, & Ludwig, 2005) เป็นมาตรประมาณค่า 7 ช่วง จำนวน 8 ข้อ ให้คะแนนจาก เป็นไปไม่ได้เลย ไปถึง เป็นไปได้มาก

ขั้นตอนในการสร้างและพัฒนามาตรวัด

1. หาความเชื่อเด่นชัดเกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดโรคต่างๆเมื่อสูบบุหรี่ของบุคคลที่กำลังสูบบุหรี่ โดยใช้แบบสำรวจปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ คือ คุณคิดว่าหากคุณยังสูบบุหรี่ต่อไปจะทำให้เกิดโรคอะไรบ้าง

2. นำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในข้อ 1 มาคัดเลือกความเชื่อเด่นชัดเพื่อนำไปสร้างข้อกระทงในแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) จัดกลุ่มความเชื่อที่มีความหมายใกล้เคียงกันอยู่กลุ่มเดียวกัน
- 2) เรียงลำดับความเชื่อที่มีความถี่สูงสุดไปต่ำสุด
- 3) หาความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสม
- 4) คัดเลือกความเชื่อโดยใช้เกณฑ์ร้อยละความถี่สะสมเท่ากับหรือประมาณ 75 (Ajzen, &

Fishbein, 1980)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสมของการรับรู้ ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (N=15)

ลำดับ	ความเชื่อ	ความถี่	ความถี่สะสม	ร้อยละของความถี่	ร้อยละของความถี่สะสม
1*	โรคมะเร็งปอด	10	10	25.64	25.64
2*	ปัญหาสุขภาพช่องปาก เหงือก และฟัน (เช่น โรคมะเร็งช่องปาก เป็นต้น)	6	16	15.38	41.03
3*	โรกระบบทางเดินหายใจ (เช่น โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น)	6	22	15.38	56.41
4*	โรคมะเร็งกล่องเสียง	5	27	12.82	69.23
5*	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	5	32	12.82	82.05
6*	โรคมะเร็งหลอดลม	4	36	10.26	92.31
7*	เส้นโลหิตในสมองแตก	2	38	5.13	97.44
8*	โรคหัวใจ	1	39	2.56	100.00
	รวม	39		100.00	

(*) แสดงถึงข้อกระทงที่นำมาใช้ในการสร้างมาตรวัดเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ฉบับจริง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่

ผู้วิจัยสร้างมาตรวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่โดยประยุกต์แนวทางการสร้างมาตรวัดจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajen (1990) และจากงานวิจัย A Community-wide Media Campaign to Promote Walking in a Missouri Town (Wray, Jupka, & Ludwig, 2005) เป็นมาตรประมาณค่า 7 ช่วง จำนวน 6 ข้อ ให้คะแนนจาก เป็นไปไม่ได้เลย ไปถึง เป็นไปได้มาก

ขั้นตอนในการสร้างและพัฒนามาตรวัด

1. หาความเชื่อเด่นชัดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเมื่อเลิกสูบบุหรี่ของบุคคลที่กำลังสูบบุหรี่ โดยใช้แบบสำรวจปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ คือ คุณคิดว่า **หากคุณเลิกสูบบุหรี่** จะเกิดผลดีอย่างไรบ้าง

2. นำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามปลายเปิดในข้อ 1 มาคัดเลือกความเชื่อเด่นชัดเพื่อนำไปสร้างข้อกระทงในแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) จัดกลุ่มความเชื่อที่มีความหมายใกล้เคียงกันอยู่กลุ่มเดียวกัน

2) เรียงลำดับความเชื่อที่มีความถี่สูงสุดไปต่ำสุด

3) หาความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสม

4) คัดเลือกความเชื่อที่ใช้เกณฑ์ร้อยละความถี่สะสมเท่ากับหรือประมาณ 75 (Ajzen, &

Fishbein, 1980)

ตารางที่ 3 ตารางแสดงความถี่ ความถี่สะสม ร้อยละของความถี่ และร้อยละของความถี่สะสมของการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่

ลำดับ	การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่	ความถี่	ความถี่สะสม	ร้อยละของความถี่	ร้อยละของความถี่สะสม
1*	ระบบการทำงานของร่างกายดีขึ้น (เช่น หายใจสะดวกขึ้น รับรสชาติได้ดีขึ้น เป็นต้น)	15	15	34.88	34.88
2*	ไม่เป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง	11	26	25.58	60.47
3*	ประหยัดค่าใช้จ่าย	7	33	16.28	76.74
4*	ร่างกายสดชื่นขึ้น	6	39	13.95	90.70
5*	ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง	2	41	4.65	95.35
6*	อายุยืนขึ้น	1	42	2.33	97.67
7	ทำให้ครอบครัวมีความสุข	1	43	2.33	100.00
	รวม	43		100.00	

(*) แสดงถึงข้อกระทงที่นำมาใช้ในการสร้างมาตรวัดเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ฉบับจริง

4. การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่

ผู้วิจัยสร้างมาตรวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์จากงานวิจัย การลด/เลิกพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของวัยรุ่นไทย : การพัฒนามาตรวัดและทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุ (เรวดี และคณะ, 2557) เป็นมาตรประมาณค่า 7 ช่วง จำนวน 6 ข้อ ให้คะแนนจาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ขั้นตอนในการสร้างและพัฒนามาตรวัด

1. ผู้วิจัยนำมาตรวัดการรับรู้ความสามารถของตนจากงานวิจัยการลด/เลิกพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของวัยรุ่นไทย: การพัฒนามาตรวัดและทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุ (เรวดี และคณะ, 2557) ซึ่งเป็นภาษาไทยมาทำการปรับเปลี่ยนข้อกระทงเพื่อให้สอดคล้องกับหัวข้อของงานวิจัย

2. มาตรการวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นมาตรการประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งมีทั้งหมด 6 ข้อ

ตัวอย่างมาตรการวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่

1. ฉัน **มั่นใจ** ว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. การเลิกสูบบุหรี่ เป็นสิ่งที่**ขึ้นอยู่กับตัวฉันเอง**

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่อง**ง่ายที่จะเลิกสูบบุหรี่**

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. ฉัน **มั่นใจ** ว่าสามารถปฏิเสธการชักชวนสูบบุหรี่ของผู้อื่นได้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่อง**ยากที่จะเลิกสูบบุหรี่**

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วยอย่างยิ่ง

6. ฉัน **สามารถควบคุม** พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองได้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. มาตรการวัดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

ผู้วิจัยสร้างมาตรการวัดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์จากงานวิจัยการลด/เลิกพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของวัยรุ่นไทย : การพัฒนา มาตรการวัดและทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุ (เรวัตี และคณะ, 2557) เป็นมาตรการประมาณค่า 7 ช่วง จำนวน 4 ข้อ ให้คะแนนจาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ขั้นตอนในการสร้างและพัฒนามาตรวัด

1. ผู้วิจัยนำมาตรวัดความตั้งใจจากงานวิจัยการลด/เลิกพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของวัยรุ่นไทย: การพัฒนามาตรวัดและทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุ (เรวดี และคณะ, 2557) ซึ่งเป็นภาษาไทยมาทำการปรับเปลี่ยนข้อกระทงเพื่อให้สอดคล้องกับหัวข้อของงานวิจัย

2. มาตรวัดมาตรวัดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นมาตราการประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งมีทั้งหมด 4 ข้อ

ตัวอย่างมาตรวัดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่

1. ฉัน **ตั้งใจ** ที่จะเลิกสูบบุหรี่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. ฉัน **ต้องการ** เลิกสูบบุหรี่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. ฉัน **ตัดสินใจ** ว่าจะเลิกสูบบุหรี่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. ฉันจะ **พยายาม** เลิกสูบบุหรี่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง : 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพมาตรวัด

1. นำมาตรวัดไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และโครงสร้างของมาตรวัดตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1960, 1974) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. ผู้วิจัยนำมาตรวัดไปตรวจสอบคุณภาพโดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 33 คน แล้วจึงนำมาทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 175 คน เพื่อคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ ในมาตรวัดเดียวกัน (Corrected item Total Correlation หรือ CITC) โดยกำหนดเกณฑ์ในการผ่านค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์รายข้อเทียบค่า r วิกฤต (Critical r) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 [$r(33) = .29$, $\alpha = .05$ (หางเดียว)] โดยมาตรวัดมีทั้งหมด 5 ฉบับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. มาตรวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ จำนวน 9 ข้อ กระทั่ง ผลวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทั่งแต่ละข้อกับคะแนนรวมข้ออื่นๆ ในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .903 ($N=33$) และเท่ากับ .908 ($N=175$) (ดูตารางที่ 9 ภาคผนวก ข)

2. มาตรวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ ผลวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทั่งแต่ละข้อกับคะแนนรวมข้ออื่นๆ ในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .962 ($N=33$) และเท่ากับ .931 ($N=175$) (ดูตารางที่ 10 ภาคผนวก ค)

3. มาตรวัดการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ กระทั่ง ผลวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทั่งแต่ละข้อกับคะแนนรวมข้ออื่นๆ ในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .855 ($N=33$) และเท่ากับ .861 ($N=175$) (ดูตารางที่ 11 ภาคผนวก ค)

4. มาตรวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ กระทั่ง ผลวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทั่งแต่ละข้อกับคะแนนรวมข้ออื่นๆ ในมาตรวัด มีข้อกระทั่งไม่ผ่านเกณฑ์ คือ ข้อกระทั่งที่ 2, 4 และ 5 อย่างไรก็ตาม จากการพิจารณาของอาจารย์ที่ปรึกษาถึงความเหมาะสมของแบบสอบถาม ทำให้กลุ่มผู้วิจัยยังคงข้อกระทั่งดังกล่าวไว้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .564 ($N=33$) และเท่ากับ .704 ($N=175$) (ดูตารางที่ 12 ภาคผนวก ค)

5. มาตรวัดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ กระทั่ง ผลวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทั่งแต่ละข้อกับคะแนนรวมข้ออื่นๆ ในมาตรวัด ทุกข้อผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .784 ($N=33$) และเท่ากับ .947 ($N=175$) (ดูตารางที่ 13 ภาคผนวก ค)

บทที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน โดยมีตัวแปรในงานวิจัย 5 ตัว ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุระหว่าง 25-59 ปี จำนวน 175 คน

จากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลและนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สรุปลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา จากนั้นจึงหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมด และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regression analysis) เพื่อหาว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ สามารถทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ โดยนำเสนอข้อมูลเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การนำเสนอข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อแสดงรายละเอียดทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานทางสถิติของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตอนที่ 3 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ กับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression analysis)

ตอนที่ 1 การนำเสนอข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 175 คน เพื่อศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับอายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน สถานการณ์ที่สูบบุหรี่ จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ และผลกระทบต่อร่างกายจากการสูบบุหรี่ โดยจัดแสดงอยู่ในรูปแบบตารางความถี่ และร้อยละความถี่ดังนี้

ตารางที่ 4 ตารางแสดงความถี่ ร้อยละความถี่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ จำนวนบุหรีที่สูบบุหรี่ต่อวัน สถานการณ์ที่สูบบุหรี่ จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ และผลกระทบต่อร่างกายจากการสูบบุหรี่ (N=175)

ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละของความถี่
อายุ (M=33.98,SD=7.21)		
25-30 ปี	68	38.9
31-35 ปี	43	24.6
36-40 ปี	34	19.4
41-45 ปี	17	9.7
46-50 ปี	12	6.9
51-55 ปี	1	0.6
รวม	175	100
วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	2	1.1
ประถมศึกษาตอนปลาย	14	8.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	5.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	5.1
อาชีวศึกษา	29	16.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	112	64.0
รวม	175	100

ตารางที่ 4 ตารางแสดงความถี่ ร้อยละความถี่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน สถานการณ์ที่สูบบุหรี่ จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ และผลกระทบต่อร่างกายจากการสูบบุหรี่ (N=175) (ต่อ)

ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละของความถี่
อาชีพ		
พนักงานบริษัท	72	41.1
รับจ้าง	19	10.9
ธุรกิจส่วนตัว	15	8.6
ช่าง	11	6.3
พนักงานรักษาความปลอดภัย	11	6.3
วิศวกร	7	4.0
Freelance	7	4.0
พนักงานขับรถ	6	3.4
ช่างภาพ	5	2.9
รับราชการ	5	2.9
นักดนตรี	4	2.3
โปรแกรมเมอร์	4	2.3
พนักงานส่งเอกสาร	2	1.1
อื่นๆ	7	4.0
รวม	175	100.0
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (M=9.46,SD=6.30)		
1-5 มวน	37	21.1
6-10 มวน	100	57.1
11-15 มวน	21	12.0
16-20 มวน	11	6.3
มากกว่า 20 มวนขึ้นไป	6	3.4
รวม	175	100.0

ตารางที่ 4 ตารางแสดงความถี่ ร้อยละความถี่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน สถานการณ์ที่สูบบุหรี่ จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่ และผลกระทบต่อร่างกายจากการสูบบุหรี่ (N=175) (ต่อ)

ตัวแปร	ความถี่	ร้อยละของความถี่
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (M=9.46,SD=6.30)		
1-5 มวน	37	21.1
6-10 มวน	100	57.1
11-15 มวน	21	12.0
16-20 มวน	11	6.3
มากกว่า 20 มวนขึ้นไป	6	3.4
รวม	175	100.0
สถานการณ์ที่สูบบุหรี่ (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)		
เมื่อเกิดความเครียด	113	64.6
ก่อน-หลังรับประทานอาหาร	83	47.4
ทันทีหลังตื่นนอน	23	13.1
เมื่อเข้าสังคมเพื่อน	96	54.9
เวลาหยุดพักระหว่างการทำงาน	118	67.4
อื่น ๆ (เช่น สูบเมื่อเข้าห้องน้ำ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเมื่อมีเวลาว่าง)	3	1.7
รวม	436	249.1
จำนวนครั้งที่เคยเลิกสูบบุหรี่		
ไม่เคย	66	37.7
เคย	109	62.3
รวม	175	100.0
จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่		
ไม่เคย	158	90.3
เคย	17	9.7
รวม	175	100.0

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุระหว่าง 25-59 ปี จำนวนทั้งหมด 175 คน จากตารางที่ 4 พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 25-30 ปี จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 38.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 33.98 ปี ($SD = 7.21$) ซึ่งสามารถแบ่งระดับวุฒิการศึกษาได้เป็น 7 ระดับ และพบว่าโดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 64.0 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

นอกจากนี้ จากการสำรวจข้อมูลประสบการณ์ในการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่มากที่สุดจำนวน 60 มวนต่อวัน และน้อยที่สุด 2 มวนต่อวัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่เวลาหยุดพักระหว่างการทำงาน จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 37.7 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และเคยเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 62.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สุดท้ายพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 90.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และเคยเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ อย่างเช่น ไอ เจ็บคอ และเป็นภูมิแพ้ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานทางสถิติของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตารางที่ 5 แสดงค่าต่ำสุด ค่ากลาง ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ($N=175$)

ตัวแปร	Range	Mean	SD	Min	Max
การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่	1-7	5.95	.95	1	7
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	1-7	5.98	.92	1	7
การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่	1-7	6.08	.86	2	7
การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่	1-7	4.93	.88	1.3	7
ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	1-7	5.14	1.33	1	7

จากตารางที่ 5 พบว่า มาตรการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 1 ถึง 7 คะแนน ค่ามัชฌิมเลขคณิตเท่ากับ 5.95 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .95 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ในระดับสูง

มาตรการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 1 ถึง 7 คะแนน ค่ามัชฌิมเลขคณิตเท่ากับ 5.98 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .92 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในระดับสูง

มาตรการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 1 ถึง 7 คะแนน ค่ามัชฌิมเลขคณิตเท่ากับ 6.08 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .86 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง

มาตรการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 1 ถึง 7 คะแนน ค่ามัชฌิมเลขคณิตเท่ากับ 4.93 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .88 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง

มาตรการความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 1 ถึง 7 คะแนน ค่ามัชฌิมเลขคณิตเท่ากับ 5.14 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.33 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง

ตอนที่ 3 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ กับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

ผู้วิจัยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ กับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

ตารางที่ 6 ตารางแสดงค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ กับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ (N=175)

	1	2	3	4	5
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่	-				
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	.787**	-			
3. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่	.480**	.409**	-		
4. การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่	.147	.178*	.216**	-	
5. ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่	.141	.264**	.298**	.220**	-

หมายเหตุ * $p < .05$ (2-tailed), ** $p < .01$ (2-tailed)

จากตารางที่ 6 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกมากที่สุดกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .298 ($r = .298, p < .01$) รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .264 ($r = .264, p < .01$) และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .255 ($r = .220, p < .01$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจาก

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .141 ($r=.141, p>.05$)

ตอนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐาน ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ที่ทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression) (N=175)

ตัวแปรพยากรณ์	R	R Square	Adjusted R Square	R Square change	F
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่	.394	.155	.140	.155	7.604***
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่					
3. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่					
4. การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่					

*** $p<.001$ (2-tailed)

จากตารางที่ 7 สามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแตกต่างจากศูนย์เท่ากับ .394 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 และตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 15.5

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน Beta (β) และทดสอบการมีนัยสำคัญทางสถิติของ Beta (β) ที่ได้จากการวิเคราะห์โดยสถิติวิเคราะห์พหุคูณถดถอย โดยการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีการคัดเลือกเข้าแบบปกติ ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตาราง 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบการมีนัยสำคัญทางสถิติของ Beta จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression) (N=175)

ตัวแปรพยากรณ์ที่เข้าสมการ	b	SEb	Beta(β)
(ค่าคงที่)	.733	.883	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่	-.308	.181	-.206
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	.432	.168	.297**
การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่	.389	.127	.251**
การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่	.262	.111	.172**

** $p < .01$

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีอิทธิพลสูงสุดในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเพศชายวัยทำงานที่กำลังสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน ($\beta = .297, p < .01$) การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่มีอิทธิพลเป็นอันดับสอง ($\beta = .251, p < .01$) การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่มีอิทธิพลเป็นอันดับสาม ($\beta = .172, p < .01$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ไม่มีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = -.206, p > .05$) สามารถเขียนในรูปของสมการทำนายได้ดังนี้

$$\text{ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่} = .733 - .308 (\text{การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่}) + .432^{**} (\text{การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่}) + .389^{**} (\text{การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่}) + .262^{**} (\text{การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่})$$

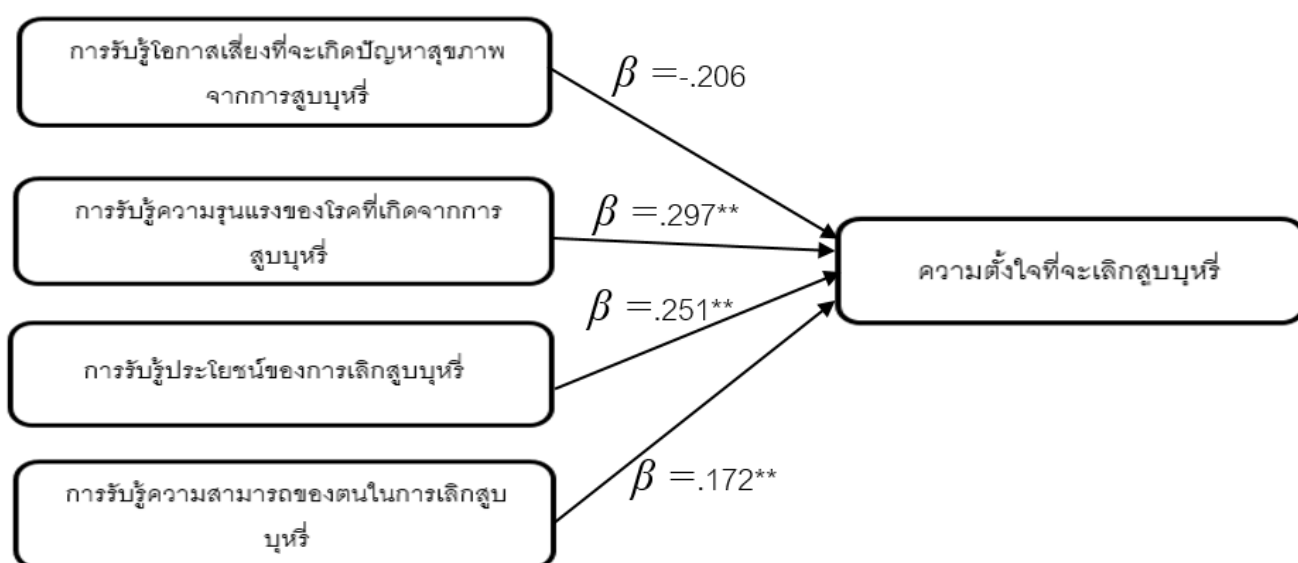
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่สามารถทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b)

เท่ากับ .432 หมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1 คะแนน จะทำให้ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น .432 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่

การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่สามารถทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) เท่ากับ .389 หมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1 คะแนน จะทำให้ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น .389 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่

การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่สามารถทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) เท่ากับ .262 หมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 1 คะแนน จะทำให้ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น .262 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆสามารถนำมาเขียนแผนภาพได้ดังนี้



** $p < .01$

บทที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ในการร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย วัยทำงาน อายุระหว่าง 25-59 ปี จำนวน 175 คน

สมมติฐานของการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า **เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วน** กล่าวคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ สามารถทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **แต่**การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.264$) และมีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ($\beta =.297, p<.01$)

การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.298$) และมีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ($\beta =.251, p<.01$)

การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.220$) และมีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ($\beta =.172, p<.01$)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .141$) และไม่มีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = -.206, p > .05$)

การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 15.5 ($R^2 = .394, p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่สามารถทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยมีอิทธิพลในการทำนายมากที่สุด เนื่องจากบุคคลสามารถรับรู้ได้ว่าโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ เป็นโรคที่ร้ายแรงทางการแพทย์ บุคคลจะประเมินผลการรักษาทางการแพทย์และทางคลินิก เช่น ความตาย ความพิการ และความเจ็บปวด รวมทั้งประเมินผลกระทบทางสังคม เช่น ประสิทธิภาพในการทำงาน ชีวิตครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสังคม (Rosenstock, 1974) จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่สูงจะมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่สูงเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hong et al. (2004) และ Yu Ching Ho, & Jia-Hui Shih (2014) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่สามารถทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากบุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งรู้ว่าโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความรุนแรงต่อชีวิต นำไปสู่ความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่และตระหนักเห็นถึงประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งในแต่ละบุคคลจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อให้หายจากโรคหรือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ (Doll et al., 2004) จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่สูงจะมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่มากเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Li & Kay (2009) และ Yu Ching Ho, & Jia-Hui Shih (2014) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ได้ และยังมีงานวิจัยของ รุ่งราววี ทองกันยา (2556) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของ

การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่หรือการหลีกเลี่ยงจากควันบุหรี่มากมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงจากบุหรี่มากเช่นกัน

อีกทั้งผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่สามารถทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถลงมือทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ให้สำเร็จได้ (Bandura, 1977) จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ สามารถอธิบายได้ว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่สูงจะมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ที่สูง หรือถ้ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ต่ำจะมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ที่ต่ำด้วยเช่นกัน ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทรีย์ เจียรวิทย์กิจ และคณะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 280 คน โดยพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สามารถทำนายการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = .54, p < .001$) และจากงานวิจัยของ Smit E. S. et al. (2014) ยังอีกพบว่า self-efficacy เป็นตัวทำนายความสำเร็จในความพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ (odds ratio [OR], 1.18; 95%CI, 1.08-1.29)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ **ไม่สามารถ**ทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่สูง ไม่อาจสรุปได้ว่าจะส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย โดยอาจเนื่องมาจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ตนเองจะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่นั้นได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ประสบการณ์การเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ของตนเอง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 90.3 รายงานว่าตนเอง **ไม่เคย** ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจส่งผลให้บุคคลตระหนักว่าปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่นั้นเป็นเรื่องไกลตัว ทั้งนี้ ระดับการรับรู้ความเสี่ยงของบุคคลขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินความปลอดภัยจากพฤติกรรม (Wilde, 1994) เมื่อบุคคลที่ทำพฤติกรรมเสี่ยงซ้ำๆ แต่ไม่เคยได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงนั้นอย่างเห็นได้ชัด จะส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากการทำพฤติกรรมเสี่ยงนั้นลดต่ำลงด้วย (Kasperson et al., 1988)

นอกจากนี้ ยังอาจเป็นผลจากการมีความลำเอียงแบบมองโลกในแง่ดี (Optimistic bias) ซึ่งเป็นแนวโน้มที่บุคคลเชื่อว่าเหตุการณ์ในเชิงลบนั้นมีโอกาสน้อยมากที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และส่งผลให้บุคคลยังคงทำพฤติกรรมเสี่ยงต่อเนื่อง (Weinstein, 1984) และในอีกประเด็นหนึ่ง คือ ความรู้สึกดีที่บุคคลได้รับ

จากการสูบบุหรี่ เช่น สูบบุหรี่แล้วคลายเครียด เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (FitzGerald et al. ,2014) จากการที่บุคคลมีความรู้สึกดีจากการสูบบุหรี่ รวมทั้งยังไม่เคยประสบปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ จึงอาจเป็นสาเหตุให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่นั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องงานวิจัยของอุษา ฤทธิธาดา (2549) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมทุกด้านของทหารเกณฑ์กองประจำการ ซึ่งเป็นผลมาจากอาการของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่นั้นไม่ได้เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่าตนแข็งแรง และไม่ได้ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงที่ตนจะเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Amett (2000) ที่ศึกษาเจตคติในแง่บวกในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ผลปรากฏว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ ทั้งวัยรุ่นและผู้ใหญ่ มีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหรือเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาหาปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่
3. การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่
4. การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่

ตัวแปรตาม ได้แก่

ความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

สมมติฐานของการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่าง

เพศชาย วัยทำงาน อายุระหว่าง 25-59 ปี ที่อาศัยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 175 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมงานวิจัยครั้งนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ การสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 มาตรวัด 5 ฉบับ ประกอบไปด้วย

1. มาตรวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ จำนวน 9 ข้อ
2. มาตรวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ
3. มาตรวัดการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ
4. มาตรวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 6 ข้อ
5. มาตรวัดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 4 ข้อ

วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อบริษัทและโรงงานในเขตกรุงเทพมหานครเพื่อขอความร่วมมือจากพนักงานในกเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้ติดต่อไว้ล่วงหน้าและกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเลือกสุ่มตามสถานที่ต่างๆ และแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบตามความเป็นจริง และผู้วิจัยจึงอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดแล้วเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้สอบถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ ซึ่งผู้วิจัยอยู่กับกลุ่มตัวอย่างตลอดการตอบแบบสอบถาม
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
5. หลังจากเก็บแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแปรปรวน เป็นต้น

2. ใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlations) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
3. ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ (Enter Multiple Regression analysis) เพื่อวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ ที่จะทำนายความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่
4. แปลผลข้อมูล

ผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .264 ($r = .264, p < .01$) และมีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = .297, p < .01$)

รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .298 ($r = .298, p < .01$) และมีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เป็นอันดับสอง ($\beta = .251, p < .01$)

ต่อมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .220 ($r = .220, p < .01$) และมีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เป็นอันดับที่สาม ($\beta = .172, p < .01$)

ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .141$) แต่ไม่มีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ($\beta = -.206, p > .05$)

ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 15.5 ($R^2 = .394, p < .001$)

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ กับความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่
2. การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ผลการวิจัยครั้งนี้นำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาโปรแกรมการเลิกบุหรี่ เพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในระยะยาว และเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆที่มีสาเหตุหลักมาจากการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มข้อคำถามในการเก็บข้อมูลทั่วไป เช่น ผลกระทบของการสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นกับบุคคลรอบข้าง เพราะอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มตัวแปรที่น่าสนใจและมีความเป็นไปได้ที่จะส่งผลกระทบต่อความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ เช่น การรับรู้อุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ สิ่งชี้แนะให้เกิดพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ เพื่อหาตัวแปรที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น
3. ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจกำหนดช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างให้แคบลง เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลาง กลุ่มชรา เป็นต้น เพื่อมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละช่วงอายุได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า **การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่** มีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่มากที่สุด ดังนั้น ควรพัฒนาโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เพื่อให้สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในระยะยาว โดยการทำการประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ผ่านทางช่องทางต่างๆ โดยนำเสนอผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ เช่น อัตราผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ อาการของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความรุนแรงของโรคต่างๆ เป็นต้น โดยอาศัยช่องทางที่คนส่วนใหญ่เห็น เช่น สื่อออนไลน์ อาจจะทำสื่อออนไลน์สั้นๆ ชัดเจน ตรงประเด็น และเพิ่มลูกเล่นที่น่าสนใจ หรืออาจมีการจัดสัมมนา โดยเชิญผู้ที่

ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่มาบรรยายถึงความเจ็บป่วยที่เขาหรือคนรอบข้างได้รับ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ที่สูบบุหรี่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดจากการสูบบุหรี่ อีกทั้ง เป็นการป้องกันผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ให้ตระหนักถึงความรุนแรง เพื่อไม่ให้ทำพฤติกรรมเสี่ยงอีกด้วย

นอกจากนี้ สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เป็นอันดับรองลงมา คือ **การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่** นั้นสามารถออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ได้โดยการจัดโปรแกรมให้ความรู้ ให้ข้อมูล เกี่ยวกับประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งให้ผู้ที่มีประสบการณ์เลิกสูบบุหรี่ได้มาแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังจากการเลิกสูบบุหรี่ เช่น ให้ข้อมูลว่าหลังจากเลิกสูบบุหรี่แล้วระบบการกำจัดสิ่งสกปรกในปอดเริ่มทำงานได้เป็นปกติ ใน้อยลง การหายใจทำได้ดีขึ้น ภายใน 5 ปี สุขภาพโดยรวมดีขึ้น อัตราเสี่ยงการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดลดลง เท่ากับครึ่งหนึ่งของคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ภายใน 10-15 ปี อัตราเสี่ยงต่อการป่วยลดลง โดยเฉพาะโรคร้ายต่างๆ ที่เกิดจากบุหรี่ รวมทั้งมะเร็งปอด โดยรวมแล้วสภาพร่างกายจะมีความใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ทั้งนี้ อาจใช้สื่อประกอบการนำเสนอ เช่น แผ่นภาพประชาสัมพันธ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น

อีกทั้ง **การรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่** นั้นมีอิทธิพลในการทำนายความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เป็นอันดับสุดท้าย เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน ของ Bandura (1977) พบว่า ปัจจัยที่ช่วยพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน มี 4 ประการ ดังนี้

- 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) เป็นปัจจัยที่ Bandura เชื่อว่ามีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนมากที่สุด (Evans, 1989) กล่าวได้ว่า เมื่อบุคคลมีประสบการณ์ความสำเร็จ บุคคลจะเกิดความเชื่อว่าตนสามารถลงมือทำพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ (Bandura, 1977) ดังนั้น ควรจัดกลุ่มให้ผู้สูบบุหรี่ได้มาพูดคุย แลกเปลี่ยนความสำเร็จในอดีตของตน เพื่อให้บุคคลได้ตระหนักถึงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตน
- 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) เมื่อบุคคลได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ซับซ้อน และได้รับผลลัพธ์ที่ดีจากการลงมือทำพฤติกรรมนั้นๆ ก็จะช่วยทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณจะประสบความสำเร็จได้เช่นกัน (Bandura, 1977) ดังนั้น ควรจัดทำสื่อแนะนำเสนอบุคคลที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ พร้อมทั้งผลลัพธ์ที่ดีภายหลังจากเลิกสูบบุหรี่
- 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) ซึ่งสามารถทำได้โดยการใช้คำพูดชักจูง โดยจัดบรรยายสำหรับผู้สูบบุหรี่ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ แนวทางการเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ยังอาจใช้อิทธิพลของสื่อ ผู้มีชื่อเสียงช่วยประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่เพื่อเพิ่มให้คำพูดชักจูงมีน้ำหนักมากขึ้น

- 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ต้องกระตุ้นให้ผู้ตอบสนองที่มีความรู้สึกทางลบกับการสูบบุหรี่ เช่น การทำสื่อนำเสนอผลกระทบทางตรงและทางอ้อมจากการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม ควรระมัดระวังว่าการให้ข้อมูลที่หนักล้นมากเกินไป อาจทำให้บุคคลเลี้ยงที่จะรับข้อมูล และยังคงทำพฤติกรรมสูบบุหรี่ต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมประชาสัมพันธ์. (2558). *ยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2*. ค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2559, จาก http://www.prd.go.th/ewt_dl_link.php?nid=110712
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (ม.ป.ป.). *ความรู้พื้นฐานและประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบ*. ค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2559, จาก <http://btc.ddc.moph.go.th/th/upload/datacenter/data16.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2558). *สถานการณ์โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ*, 11-40.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2557). *คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กัญญารัตน์ อยุ่ยืน, พูลสุข หิงคานนท์, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจันบาน. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 6(2), 35-47.
- เครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่. (2557). *ความเป็นมาของบุหรี่*. ค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2559, จาก http://www.smokefreeschool.net/article_page/179/ความเป็นมาของบุหรี่.html
- โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. (2547). *พิษภัยของบุหรี่*, 28, 161-162. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกลาง หอรัษฎากรพิพัฒน์.
- ทิพย์ภา เชษฐุ์เซาวลิต. (2541). *จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศูนย์กฎหมายกรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). *คำอธิบายการบังคับใช้กฎหมาย ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535*.

สุนทรี เจียรวิทยกิจ, อรสา พันธุ์ภักดี, พรทิพย์ มาลาธรรม, Duffy S. A., และชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม.

(2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มี โรคความดันโลหิตสูง.

Pacific Rim Int J Nurs Res, 18(2), 100-110.

สุชมาลย์ ประสมศักดิ์. (2555). ปัจจัยและผลที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของ

นักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองควบคุมวัตถุเสพติด. (2555). มารู้อัจฉินโคตินกันเถอะ.

สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2559, จาก <http://narcotic.fda.moph.go.th/welcome/?p=259>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). ภาวะสังคมไทยไตรมาสสอง ปี

2559. ข่าวเศรษฐกิจและสังคม.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กลุ่มพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์. (2556). พฤติกรรมเสี่ยง

ร่วมสำคัญของโรคเรื้อรังในประเทศไทย. สถานการณ์สุขภาพไทย, 6(2).

สำนักศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ. (2558). รู้หรือเปล่าอะไรอยู่ในบุหรี่. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ.

สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนเศรษฐกิจมหภาค. (2559). ภาวะเศรษฐกิจไทยไตรมาสที่สอง ปี 2559

และแนวโน้มปี 2559.

โสพิน อมรจิตรานนท์. (2534). ผลของการเสนอความน่ากลัว การให้คำแนะนำอย่างละเอียดโดยใช้วีดิทัศน์

และการให้เอกสารแนะนำต่อความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติและความรู้เกี่ยวกับการ

ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของนิสิตหญิงระดับปริญญาตรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

อุษา ฤทธิธาดา. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทหารเกณฑ์กองประจำการ :

กรณีศึกษาร้อยพลเสนารักษ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ภาษาอังกฤษ

- Abraham, C. and Sheeran, P. (2007). The health belief model1. In et. al. et al. (Eds.), *Cambridge Handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. Retrieved from http://search.credoreference.com/content/entry/cupphm/the_health_belief_model1/0
- Aghamolaei, T., Tavafian, S. S., & Madani, A. (2011). Prediction of helmet use among Iranian motorcycle drivers: an application of the health belief model and the theory of planned behavior. *Traffic Injury Prevention*, 12(3), 239-243. doi:10.1080/15389588.2011.557757
- Ali, M., Haidar, N., Ali, M. M., & Maryam, A. (2011). Determinants of seat belt use among drivers in Sabzevar, Iran: a comparison of theory of planned behavior and health belief model. *Traffic Injury Prevention*, 12(1), 104-109. doi:10.1080/15389588.2010.535227
- Anthonisen, N., R., Connett, J., E., Kiley, J., P., Altose, M., D., et al. (1994). Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. *The Journal of thr American Medical Association*, 272(19), 1497-1505.
- Arnett, J. J. (2000). Optimistic bias in adolescent and adult smokers and nonsmokers. *Addictive behaviors*, 25(4), 625-632.
- Ayers, S. (2007). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baer, J., & Lichtenstein, E. (1988). Cognitive Assessment. In D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 189-213). New York: Guilford Press.
- Bastable, S. B., & Dart, M.A. (2007). *Developmental stages of the learner*.

- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4, 359-373.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co, New York, NY.
- Bandura, A. (1999). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In R. F. Baumeister (Ed.), *The self in social psychology. Key readings in social psychology* (pp. 285-298). Philadelphia: Psychology Press/Taylor & Francis.
- Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*. 2,4 winter : 354-385.
- Berndt, N. C., Hayes, A. F., Verboon, P., Lechner, L., Bolman, C., & De Vries, H. (2013). Self-efficacy mediates the impact of craving on smoking abstinence in low to moderately anxious patients: results of a moderated mediation approach. *Psychol Addict Behav*, 27(1), 113-124. doi: 10.1037/a0028737.
- Bolman, C., Vries, H., & Breukelen, G. (2002). Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac in patients. *Health Education Research*, 17(1), 99-116.
- Canta, C., & Dubois, P. (2015). Smoking within the Household: Spousal Peer Effects and Children's Health Implications. *B.E. Journal Of Economic Analysis & Policy*, 15(4), 1939-1973. doi:10.1515/bejeap-2014-0216
- Cavanaugh, J. C., Blanchard-Fields, F. (2015). *Adult development and aging*(10th ed.). Stamford, CT: Cengage Learning.

- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 45-65.
- Chang, J., Ryou, N., Jun, H. J., Hwang, S. Y., Song, J., & Chae, S. W. (2016). Effect of Cigarette Smoking and Passive Smoking on Hearing Impairment: Data from a Population-Based Study. *Plos One*, 11(1), e0146608. doi:10.1371/journal.pone.0146608
- Chia-Fang, W., Nan-Hsiung, F., Inn-Wen, C., Kuen-Yuh, W., Chien-Hung, L., Jhi-Jhu, H., & Ming-Tsang, W. (2010). Second-hand smoke and chronic bronchitis in Taiwanese women: a health-care based study. *BMC Public Health*, 10, 44-53.
- Conditte, M., & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 49, 641-658.
- Dogar, O. F., Pillai, N., Safdar, N., Shah, S. K., Zahid, R., & Siddiqi, K. (2015). Second-hand smoke and the risk of tuberculosis: a systematic review and a meta-analysis. *Epidemiology & Infection*, 143(15), 3158. doi:10.1017/S0950268815001235
- Doll, R., Peto, R. et al. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328(7455), 1519.
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., PincusKnackstedt, M.K., Klapp, B.F., & Arck, P.C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking, and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869-877.
- Evans, R.I. (1989). Albert Bandura: The man and his ideas — a dialogue. NY: Praeger.

- FitzGerald JM, Poureslami I, Shum J. (2014). Assessing beliefs and risk perceptions on smoking and smoking cessation in immigrant Chinese adult smokers residing in Vancouver, Canada: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2015;5:e006435.doi: 10.1136/bmjopen-2014-006435
- Free C., Knight R., Robertson S., et al. (2011). Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *Lancet*. 378(9785), 49-55. doi:10.1016/S0140-6736(11)60701-0.
- Ghaderi, N., Taymoori, P., Yousef, F., & Nouri, B. (2016). The Prevalence of Cigarette Smoking among Adolescents in Marivan City- Iran: based on Health Belief Model (HBM). *Int J Pediatr* 2016;4(9): 3405-14. DOI: 10.22038/ijp.2016.7399
- Gwaltney, C. J., Shiffman, S., Norman, G. J., Paty, J. A., Kassel J. D., Gnys, M., et al. (2001). Does smoking abstinence self-efficacy vary across situations? Identifying context-specificity within the relapse situation efficacy questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 516–527.
- Gwaltney, C. J., Shiffman, S., Sayette, M. A. (2005). Situational correlates of abstinence self-efficacy. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 649–660.
- Haefner, D. P., & Kirscht, J. P. (1970). Motivational and behavioral effects of modifying health beliefs. *Public Health Rep*, 85, 478-484.
- Heness, M., Bleakley, A., Mallya, G., & Romer, D. (2014). The Effect of Household Smoking Base on Household Smoking. *American Journal of Public Health*. 104(4), 721-727.
- Hochbaum, G.M. (1958). *Public Participation in Medical Screening Programmes: A Socio-Psychological Study*. Washington DC: Government Printing Office.
- Rockville, M. D. (2010). *How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease : a report of the Surgeon General*. U.S. Dept. of Health and Human Services.

- Jetiyanuwatr, C. (2001). *Factors associated with smoking cessation of public health officials in Kanchanaburi province*. Master's Thesis, Department of Science, Faculty of Science (Biostatistics), Mahidol University.
- Joy Inouye. (2014). Risk perception: Theories, strategies and next steps. *Campbell Institute NATIONAL SAFETY COUNCIL*.
- Kasperson, R., Renn, O., Slovic, P., Brown, H., Emel, J., Goble, R., Kasperson, J., & Ratick, S. (1988). The social amplification of risk: A conceptual framework. *Risk Analysis*, 8(2), 177-187.
- Katirai, J., W. (2011). Factors Associated with Tobacco Use among Rural and Urban Pregnant Women. *University of Kentucky Doctoral Dissertations*, 811 p.
- Kaufman, A. R., Koblitz, A. R., Persoskie, A., Ferrer, R. A., Klein, W. P., Dwyer, L. A., & Park, E. R. (2016). Factor Structure and Stability of Smoking-Related Health Beliefs in the National Lung Screening Trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(3), 321-329.
doi:10.1093/ntr/ntv091
- Kegeles, S. S. (1966). Some motives for seeking preventive dental care. *Journal of the American Dental Association*, 67, 90-98.
- Kool M., J., F., Hoeks A., P., G., Struijker Boudier H., A., J., Reneman R., S., & Bortel L., M., A., B. (1993). Short and long-term effects of smoking on arterial wall properties in habitual smokers. *Journal of the American College of Cardiology*, 22(7), 1881-1886.
- Li, K., Kay, S., N., (2009). Correlates of Cigarette Smoking among Male Chinese College Students in China- A Preliminary Study. *International Electronic Journal of Health Education*, 12, 59-71.

- Min Swe, K.M., & Bhardwaj, A. (2012). Perception of youth on smoking among first year medical students in Myanmar. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 4(11). 1828-1840
- Mokhtari, N., Ghodsi, H., Asiri, S., & Kazemnejad, L., E. (2013) Relationship between Health Belief Model and smoking in male students of Guilan University of Medical Sciences. *Journal of Guilan University of medical Sciences*, 22(85), 33-41.
- Omoloja, A., Chand, D., Greenbaum, L., Wilson, A., Bastian, V., Ferris, M., & Patel, H. (2011). Cigarette smoking and second-hand smoking exposure in adolescents with chronic kidney disease: a study from the Midwest Pediatric Nephrology Consortium. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication Of The European Dialysis And Transplant Association - European Renal Association*, 26(3), 908-913.
doi:10.1093/ndt/gfq475
- Pakawadee Promnuch. (2006). *factors related to intention to smoke cigarettes in secondary school student*. (Nursing dissertation). Mahidol University, Bangkok.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (1995). *Human Development* (6th ed).
- Renuka, P., & Pushpanjali, K. (2014). Effectiveness of Health Belief Model in Motivating for Tobacco Cessation and to Improving Knowledge, Attitude and Behavior of Tobacco Users. *Cancer and Oncology Research*, 2 , 43 - 50. doi: 10.13189/cor.2014.020401.
- Reisi, M., Javadzade, S. H., Shahnazi, H., Sharifirad, G., Charkazi, A., & Moodi, M. (2014). Factors affecting cigarette smoking based on health-belief model structures in pre-university students in Isfahan, Iran. *Journal Of Education And Health Promotion*, 323.
doi:10.4103/2277-9531.127614
- Rhoads, K, M. (2012). *An educational tobacco intervention: Impact of the health belief model on college students*. Faculty of The College of Education. Florida Atlantic University.

- Rodgman A., & Perfetti T., A. (2013). *The Chemical Components of Tobacco and Tobacco Smoke*. Boca Raton (FL): CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health*, 50, 295–301.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94–127.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328–335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*. 15. 175-183.
- Scientific Committee on Tobacco and Health. (2004). *Secondhand Smoke: Review of Evidence Since 1998*. London, HMSO.
- Scott-Goodwin, A., Puerto, M., & Moreno, I. (2016). Review: Toxic effects of prenatal exposure to alcohol, tobacco and other drugs. *Reproductive Toxicology*, 61, 120-130.
doi:10.1016/j.reprotox.2016.03.043
- Shiri, R., & Falah-Hassani, K. (2016). Clinical research study: The Effect of Smoking on the Risk of Sciatica: A Meta-analysis. *The American Journal Of Medicine*, 12964-73.e20.
doi:10.1016/j.amjmed.2015.07.041
- Smit E. S., Hoving C., Schelleman O. K., West R., & de Vries H. (2014). Predictors of successful and unsuccessful quit attempts among smokers motivated to quit. *Addictive Behaviors*, 39(9), 1318–1324.

- Stanley, L., S., King, B., J., Thomas, C., C., & Richardson., C., L. (2013). Factors Associated with Never Being Screened for Colorectal Cancer. *Journal of Community Health*. 38, 31-39.
doi: 10.1007/s10900-012-9600-x
- Stretcher, V., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. In Glanz, K., Lewis, F.M. and Rimer, B.K., (Eds.). *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tavafian, S. S., Aghamolaei, T., Gregory, D., & Madani, A. (2011). Prediction of seat belt use among Iranian automobile drivers: application of the theory of planned behavior and the health belief model. *Traffic Injury Prevention*, 12(1), 48-53.
doi:10.1080/15389588.2010.532523
- Vander Zanden, J. W., Crandell, T. L., & Crandell, C. H. (2007). *Human Development* (8th ed).
- Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457
- Wilde, G.J.S. (1994). *Target risk: Dealing with the danger of death, disease and damage in everyday decisions*. Toronto, Canada: PDE Publications.
- Williams, D. M. & Rhodes, R. E. (2014). The confounded self-efficacy construct: conceptual analysis and recommendations for future research, *Health Psychology Review*. DOI: 10.1080/17437199.2014.941998
- World Health Organization. (2015). *The Global Adults Tobacco Surveys*. Retrieved October 28, 2016, from <http://gatsatlas.org/pdf/#p=17>.
- World Health Organization. (2012). *The top 10 causes of death*. Retrieved October 28, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.

World Health Organization. (2015). *WHO report on the global tobacco epidemic*. Retrieved october 28, 2016, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf?ua=1.

Yu Ching Ho, & Jia-Hui Shih. (2014). An Investigation into the Smoking Cessation Behavior and Smoking Cessation Methods of Teenagers. *International Journal of Economy, Management and Social Sciences*. 3(7), 348-357.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามในชั้นสร้างเครื่องมือ

1.คุณคิดว่า หากคุณยังสูบบุหรี่ต่อไป จะเกิดผลอย่างไรบ้าง

.....

2.คุณคิดว่า หากคุณยังสูบบุหรี่ต่อไป จะทำให้เกิดโรคอะไรบ้าง

.....

3.คุณคิดว่า หากคุณเลิกสูบบุหรี่ จะเกิดผลดีอย่างไรบ้าง

.....

แบบสอบถามที่ใช้ในชั้นพัฒนามาตรวัด

แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความตั้งใจ

ในการทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มชายวัยทำงาน

แบบสำรวจความคิดเห็นชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำโครงการทางจิตวิทยา เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน” ของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 4 คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนามาตรวัด การศึกษาเกี่ยวกับ **ความตั้งใจในการทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่** ของกลุ่มชายวัยทำงาน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ขอความร่วมมือช่วยตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ตามความเป็นจริง

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้ **จะถือเป็นความลับ** ไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบแบบสำรวจ และ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน ทั้งนี้ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านเป็นอย่างสูง ถ้าหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสำรวจในครั้งนี สามารถติดต่อได้ที่ นางสาวพัทตร์พีไล ศิลาคะจิ
e-mail: ttpakpilai@gmail.com

แบบสำรวจนี้มีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่

และแบบวัดความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

นิสิตคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1**ข้อมูลส่วนบุคคล****คำชี้แจง**

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่างที่กำหนดให้ โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ ปี
2. ท่านจบการศึกษาระดับชั้น

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
3. ท่านประกอบอาชีพ.....
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ.....บาท
5. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ มวน
6. โดยปกติแล้ว ท่านมักสูบบุหรี่ในโอกาสใด (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

<input type="checkbox"/> เมื่อเกิดความเครียด	<input type="checkbox"/> ก่อน-หลังรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> ทันทีหลังตื่นนอน
<input type="checkbox"/> เมื่อเข้าสังคมเพื่อน	<input type="checkbox"/> เวลาหยุดพักระหว่างการทำงาน	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
7. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่.....ครั้ง
8. ท่านเคยเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือไม่

<input type="checkbox"/> เคย	โปรดระบุ.....
<input type="checkbox"/> ไม่เคย	

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

หากท่านยังสูบบุหรี่ต่อไป เป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ที่เหตุการณ์ต่อไปนี้จะเกิดขึ้นกับท่าน		เป็นไปได้เลย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้น้อย	พอกัน	เป็นไปได้โดย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้มาก
1	ร่างกายเสื่อมโทรม	1	2	3	4	5	6	7
2	เสี่ยงเป็นโรคมะเร็ง	1	2	3	4	5	6	7
3	เหนื่อยง่าย	1	2	3	4	5	6	7
4	เสี่ยงเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ (เช่น โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น)	1	2	3	4	5	6	7
5	เสี่ยงเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	2	3	4	5	6	7
6	เมื่อป่วยจะมีอาการหนักกว่าปกติ	1	2	3	4	5	6	7
7	เสียชีวิต	1	2	3	4	5	6	7
8	กลิ่นบุหรี่ปริบรคววนบุคคลรอบข้าง	1	2	3	4	5	6	7
9	สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	1	2	3	4	5	6	7
หากท่านยังสูบบุหรี่ต่อไป เป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ที่ท่านอาจเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ ต่อไปนี้		เป็นไปได้เลย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้น้อย	พอกัน	เป็นไปได้โดย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้มาก
1	โรคมะเร็งปอด	1	2	3	4	5	6	7
2	โรคมะเร็งกล่องเสียง	1	2	3	4	5	6	7
3	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	2	3	4	5	6	7
4	ปัญหาสุขภาพช่องปาก เหงือก และฟัน (เช่น โรคมะเร็งช่องปาก เป็นต้น)	1	2	3	4	5	6	7
5	โรคระบบทางเดินหายใจ (เช่น โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น)	1	2	3	4	5	6	7
6	โรคมะเร็งหลอดลม	1	2	3	4	5	6	7
7	เส้นโลหิตในสมองแตก	1	2	3	4	5	6	7
8	โรคหัวใจ	1	2	3	4	5	6	7

หากท่านเลิกสูบบุหรี่ เป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ที่จะทำให้เกิดสิ่งต่างๆต่อไปนี้		เป็นไปได้เลย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้น้อย	พอกัน	เป็นไปได้น้อย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้มาก
1	ระบบการทำงานของร่างกายดีขึ้น (เช่น หายใจสะดวกขึ้น รับรสชาติได้ดีขึ้น เป็นต้น)	1	2	3	4	5	6	7
2	ร่างกายสดชื่นขึ้น	1	2	3	4	5	6	7
3	ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง	1	2	3	4	5	6	7
4	อายุยืนขึ้น	1	2	3	4	5	6	7
5	ประหยัดค่าใช้จ่าย	1	2	3	4	5	6	7
6	ไม่ เป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง	1	2	3	4	5	6	7
		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	พอกัน	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ฉัน มั่นใจ ว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้	1	2	3	4	5	6	7
2	การเลิกสูบบุหรี่ เป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับตัวฉันเอง	1	2	3	4	5	6	7
3	ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่อง ง่าย ที่จะเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉัน มั่นใจ ว่าสามารถปฏิเสธการชักชวนสูบบุหรี่ของผู้อื่นได้	1	2	3	4	5	6	7
5	ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่อง ยาก ที่จะเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7
6	ฉัน สามารถควบคุม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองได้	1	2	3	4	5	6	7
ฉันคิดว่าภายในอีก 6 เดือนข้างหน้า...		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	พอกัน	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ฉัน ตั้งใจ ที่จะเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7
2	ฉัน ต้องการ เลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7
3	ฉัน ตัดสินใจ ว่าจะเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันจะ พยายาม เลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7

😊 ขอขอบคุณในความร่วมมือ 😊

ภาคผนวก ข

ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์มาตรฐานวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด ครั้งที่ 1 ($r_{critical} = 0.29$ ($p < .05$)), $N = 33$ ครั้งที่ 2 ($r_{critical} = 0.12$ ($p < .05$)), $N = 175$

ข้อกระทง	CITC	CITC
	(N=33)	(N=175)
1. ร่างกายเสื่อมโทรม	.555	.784
2. เสี่ยงเป็นโรคมะเร็ง	.659	.739
3. เหนื่อยง่าย	.544	.720
4. เสี่ยงเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ	.845	.753
5. เสี่ยงเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	.866	.723
6. เมื่อป่วยจะมีอาการหนักกว่าปกติ	.674	.700
7. เสียชีวิต	.661	.580
8. กลิ่นบุหรี่รบกวนคนรอบข้าง	.659	.706
9. สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	.742	.635

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์มาตรวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด ครั้งที่ 1 ($r_{critical} = 0.29$ ($p < .05$)), $N = 33$ ครั้งที่ 2 ($r_{critical} = 0.12$ ($p < .05$)), $N = 175$

ข้อกระทง	CITC (N=33)	CITC (N=175)
1. โรคมะเร็งปอด	.848	.814
2. โรคมะเร็งกล่องเสียง	.929	.828
3. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	.909	.751
4. ปัญหาสุขภาพช่องปาก	.789	.697
5. โรคระบบทางเดินหายใจ	.939	.782
6. โรคมะเร็งหลอดลม	.924	.855
7. เส้นโลหิตในสมองแตก	.761	.737
8. โรคหัวใจ	.758	.663

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์มาตรวัดมาตรวัดการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด ครั้งที่ 1 ($r_{critical} = 0.29$ ($p < .05$)), $N = 33$ ครั้งที่ 2 ($r_{critical} = 0.12$ ($p < .05$)), $N = 175$

ข้อกระทง	CITC (N=33)	CITC (N=175)
1. ระบบการทำงานของร่างกายดีขึ้น	.593	.652
2. ร่างกายสดชื่นขึ้น	.578	.796
3. ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง	.797	.606
4. อายุยืนขึ้น	.538	.665
5. ประหยัดค่าใช้จ่าย	.749	.645
6. ไม่เป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง	.700	.600

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์มาตรฐานวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด ครั้งที่ 1 ($r_{critical} = 0.29$ ($p < .05$)), $N = 33$ ครั้งที่ 2 ($r_{critical} = 0.12$ ($p < .05$)), $N = 175$

ข้อกระทง	CITC	CITC
	(N=33)	(N=175)
1. ฉันมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้	.564	.615
2. การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับตัวฉันเอง	.026	.563
3. ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่องง่ายที่จะเลิกสูบบุหรี่	.404	.536
4. ฉันมั่นใจว่าสามารถปฏิเสธการชักชวนสูบบุหรี่ของผู้อื่นได้	.243	.508
5. ฉันสามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองได้	.551	.374
6. ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากที่จะเลิกสูบบุหรี่	.080	.148

ตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์มาตรฐานวัดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด ครั้งที่ 1 ($r_{critical} = 0.29$ ($p < .05$)), $N = 33$ ครั้งที่ 2 ($r_{critical} = 0.12$ ($p < .05$)), $N = 175$

ข้อกระทง	CITC	CITC
	(N=33)	(N=175)
1. ฉันตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่	.650	.865
2. ฉันต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่	.647	.919
3. ฉันตัดสินใจที่จะเลิกสูบบุหรี่	.554	.874
4. ฉันพยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่	.560	.837

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความตั้งใจ

ในการทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มชายวัยทำงาน

แบบสำรวจความคิดเห็นชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำโครงการทางจิตวิทยา เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มชายวัยทำงาน” ของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 4 คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาปัจจัยทำนาย **ความตั้งใจ** ในการทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ของกลุ่มชายวัยทำงาน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ขอความร่วมมือช่วยตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ตามความเป็นจริง

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้ **จะถือเป็นความลับ** ไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบแบบสำรวจ และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน ทั้งนี้ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านเป็นอย่างสูง ถ้าหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสำรวจในครั้งนี้อย่างไร สามารถติดต่อได้ที่ นางสาวพัชร์พีไล ศีลาคะจิ
e-mail: ttpakpilai@gmail.com

แบบสำรวจนี้มีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่
และแบบวัดความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

นิสิตคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1**ข้อมูลส่วนบุคคล****คำชี้แจง**

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่างที่กำหนดให้ โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ..... ปี
2. ท่านจบการศึกษาระดับชั้น

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
3. ท่านประกอบอาชีพ.....
4. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ..... มวน
5. โดยปกติแล้ว ท่านมักสูบบุหรี่ในโอกาสใด (ตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)

<input type="checkbox"/> เมื่อเกิดความเครียด	<input type="checkbox"/> ก่อน-หลังรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> ทันทีหลังตื่นนอน
<input type="checkbox"/> เมื่อเข้าสังคมเพื่อน	<input type="checkbox"/> เวลาหยุดพักระหว่างการทำงาน	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
6. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่.....ครั้ง
7. ท่านเคยเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือไม่

<input type="checkbox"/> เคย	โปรดระบุ.....
<input type="checkbox"/> ไม่เคย	

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ และแบบวัดความตั้งใจที่จะเลิก

สูบบุหรี่

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

หากท่าน ยังสูบบุหรี่ต่อไป เป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ที่เหตุการณ์ต่อไปนี้จะเกิดขึ้นกับท่าน		เป็นไปได้เลย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้น้อย	พอดำกั้น	เป็นไปได้โดย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้มาก
1	ร่างกายเสื่อมโทรม	1	2	3	4	5	6	7
2	เสียงเป็นโรคมะเร็ง	1	2	3	4	5	6	7
3	เหนื่อยง่าย	1	2	3	4	5	6	7
4	เสียงเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ (เช่น โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น)	1	2	3	4	5	6	7
5	เสียงเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	2	3	4	5	6	7
6	เมื่อป่วยจะมีอาการหนักกว่าปกติ	1	2	3	4	5	6	7
7	เสียชีวิต	1	2	3	4	5	6	7
8	กลืนบุหรี่รบกวนบุคคลรอบข้าง	1	2	3	4	5	6	7
9	สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	1	2	3	4	5	6	7
หากท่าน ยังสูบบุหรี่ต่อไป เป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ที่ท่าน อาจเสียชีวิต ด้วยโรคต่างๆ ต่อไปนี้		เป็นไปได้เลย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้น้อย	พอดำกั้น	เป็นไปได้โดย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้มาก
1	โรคมะเร็งปอด	1	2	3	4	5	6	7
2	โรคมะเร็งกล่องเสียง	1	2	3	4	5	6	7
3	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	2	3	4	5	6	7
4	ปัญหาสุขภาพช่องปาก เหงือก และฟัน (เช่น โรคมะเร็งช่องปาก เป็นต้น)	1	2	3	4	5	6	7
5	โรคระบบทางเดินหายใจ (เช่น โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น)	1	2	3	4	5	6	7
6	โรคมะเร็งหลอดลม	1	2	3	4	5	6	7
7	เส้นโลหิตในสมองแตก	1	2	3	4	5	6	7
8	โรคหัวใจ	1	2	3	4	5	6	7

หากท่านเลิกสูบบุหรี่ เป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ที่จะทำให้เกิดสิ่งต่างๆต่อไปนี้		เป็นไปได้เลย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้น้อย	พอกัน	เป็นไปได้น้อย	เป็นไปได้ปานกลาง	เป็นไปได้มาก
1	ระบบการทำงานของร่างกายดีขึ้น (เช่น หายใจสะดวกขึ้น รับรสชาติได้ดีขึ้น เป็นต้น)	1	2	3	4	5	6	7
2	ร่างกายสดชื่นขึ้น	1	2	3	4	5	6	7
3	ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็ง	1	2	3	4	5	6	7
4	อายุยืนขึ้น	1	2	3	4	5	6	7
5	ประหยัดค่าใช้จ่าย	1	2	3	4	5	6	7
6	ไม่ เป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง	1	2	3	4	5	6	7
		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	พอกัน	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ฉัน มั่นใจ ว่าตนเองสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้	1	2	3	4	5	6	7
2	การเลิกสูบบุหรี่ เป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับตัวฉันเอง	1	2	3	4	5	6	7
3	ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่อง ง่าย ที่จะเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉัน มั่นใจ ว่าสามารถปฏิเสธการชักชวนสูบบุหรี่ของผู้อื่นได้	1	2	3	4	5	6	7
5	ฉันรู้สึกว่าเป็นเรื่อง ยาก ที่จะเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7
6	ฉัน สามารถควบคุม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตนเองได้	1	2	3	4	5	6	7
ฉันคิดว่าภายในอีก 6 เดือนข้างหน้า...		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	พอกัน	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ฉัน ตั้งใจ ที่จะเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7
2	ฉัน ต้องการ เลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7
3	ฉัน ตัดสินใจ ว่าจะเลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7
4	ฉันจะ พยายาม เลิกสูบบุหรี่	1	2	3	4	5	6	7

😊 ขอขอบคุณในความร่วมมือ 😊