

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่ของกลุ่มเสี่ยงเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลกและเป็นเหตุหลักของพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการป่วยและมีอัตราการตายอันดับ 2 ของในประเทศไทย ในกลุ่มเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี ที่มีโอกาสได้รับควันบุหรี่มือสองซึ่งอาจทำให้อัตราการเกิดโรคติดเชื้อ lower respiratory tract สูงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตด้วยโรคไหลตายในเด็ก (Sudden Infant Death Syndrome) มากขึ้น นอกจากนี้ยังอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ (มูลนิธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2562, จาก <http://www.ashthailand.or.th>) ทั้งนี้ยังส่งผลต่อสมองของเด็ก (กรมสุขภาพจิต. 2548) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง จากงานวิจัยของลักสินวรรณประพันธ์ (2549) รายงานว่า นักเรียนกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ (ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว) คิดเป็นร้อยละ 31.45 นักเรียนกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ (ปัจจุบันยังสูบบุหรี่) คิดเป็นร้อยละ 13.91 ตามลำดับ และอายุส่วนใหญ่ที่เริ่มสูบบุหรี่อยู่ในช่วงอายุ 10–12 ปี (ร้อยละ 47.86 ปี เฉลี่ย 12.41 ปี) ซึ่งเพื่อนชักชวน (ร้อยละ 59.3) เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการสูบบุหรี่ ปี 2550 นันทิชา ฤชา รายงานว่า พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับสาเหตุของการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญ และอาชีพของผู้ปกครองนักเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการสูบบุหรี่ของนักเรียน จากการสำรวจพบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 18.54 โดยเริ่มสูบบุหรี่มากที่สุดอายุเฉลี่ย คือ 18.5 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550) ในภาคใต้ตั้งแต่ปี 2547 ถึงปี 2550 มีเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ โดยเฉลี่ยอายุ 18.9 ปี (ศรัญญา เบญจกุล และคณะ. 2549) ประกอบในปัจจุบันหลักฐานและสถิติการเกิดโรคจากพิษภัยของการสูบบุหรี่ ทำให้วงการแพทย์ได้วินิจฉัยเกี่ยวกับพิษของบุหรี่ โดยมีความเห็นร่วมกันว่าบุหรี่ยังอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ยังเป็นอันตรายกับปอดและระบบหายใจ ตลอดจนเป็น สาเหตุหลักของการเป็นมะเร็งปอด บรรดานักวิชาการมุสลิมส่วนใหญ่มีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น ดังปรากฏใน คำวินิจฉัยต่างๆ ว่า การสูบบุหรี่เป็นสิ่งต้องห้าม (หะรอม) เนื่องจากวงการแพทย์ต่างเห็นพ้องต้องกันว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูบ และยังเป็นอันตรายต่อคนรอบข้างด้วย ทั้งยังเป็นการทำลายต่อทรัพย์สินและสิ่งแวดล้อม (Khaegphong, Niyomdech, Binzeng, & Pattanaprichawong, 2012) ด้วยเหตุนี้ บุหรี่จึงเป็นสิ่งที่ต้องห้ามตามหลักศาสนบัญญัติ ทั้งนี้เนื่องจากอาหารทุกประเภทที่มีโทษต่อร่างกาย ล้วนเป็นสิ่งต้องห้ามในทัศนะอิสลามทั้งสิ้น ดังนั้นหลักทางศาสนบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับ

บุหรี จึงมีข้อสรุปตามประกาศของสำนักจุฬาราชมนตรีที่ได้ออกคำวินิจฉัยทางศาสนา (ฟัตวา) ที่ 02/2549 ประกาศ ณ วันที่ 6 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2549 ตรงกับปฏิทินอิสลามวันที่ 6 เดือน ชอฟัร ฮ.ศ. 1427 ดังนี้ (Muslim and smoking, 2013) (1) บุหรีเป็นสิ่งต้องห้าม (หะรอม) หลักการหนึ่งที่ศาสนาอิสลามให้การยอมรับคือ ไม่อนุญาตให้มุสลิมรับประทาน หรือ ดื่มและเสพสิ่งใดๆ ที่จะทำให้เสีย ชีวิตโดยเร็วหรือซ้ำก็ตาม เช่น ยาพิษทุกชนิด และสิ่งที่ให้โทษหรือที่จะทำให้เกิด ความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่นโดยอาศัย หลักฐานจากพระมหาคัมภีร์อัลกุรอานที่ว่า ความว่า “และท่านทั้งหลายอย่าทำลายชีวิตตนเอง 209 เพราะอัลลอฮ์ ทรงปรานีพวกท่าน” (ซูเราะห์อัลนิ ซาอ์ อายะ 29) และอัลลอฮ์ตรัสว่า ความว่า “และจงอย่าโยนตัวของพวกเจ้า สู่ความพินาศ” (บทอัลบะเกาะเราะฮ์ อายะห์ที่ 195) ประกอบกับหลักฐานจากอัลหะดีษที่ว่า ความว่า “จะต้อง ไม่ทำความเสียหายต่อตนเองและผู้อื่น” ดังนั้น อาศัยหลักการดังกล่าวถือว่าการสูบบุหรี เป็นสิ่งต้องห้าม (หะรอม) เพราะเป็นที่ปรากฏแน่ชัดว่า การสูบบุหรีเป็นอันตรายต่อผู้สูบและบุคคล ใกล้ชิด 2. บุหรีเป็นสิ่งมีนเมา ความมีนเมาเป็นที่ทราบกันทั่วไปว่า ทุกคนที่สูบบุหรีล้วนเกิดอาการ มีนเมา คืออาการที่ทำให้เขาเห็นแสง สว่าง ขาดความยั้งคิด ด้วยการบิบลมหายใจ และสูดควัน เข้าร่างกาย ความมีนเมาจึงเกิดขึ้นในสภาวะนี้ ภาวะมีนเมาไม่ใช่ต้อง มีสภาพเร่าอย่างไรสติ ด้วยเหตุนี้เองบางท่านจึงมีความเห็นต่อไปอีกว่า ไม่อนุญาตให้ผู้สูบบุหรีเป็นอิมามในการละหมาด ดัง ปรากฏในหะดีษเล่าจากท่านหญิงอุมมุสะละมะฮ์ว่า ความว่า “แท้จริง ท่านรซูลุลลอฮ์ ห้ามจาก ทุกสิ่งที่ทำให้มีนเมา และทำให้ริดรอยเชื่องซึม” ลุลลอฮ์ ห้ามจากทุกสิ่งที่ทำให้มีนเมา และทำให้ริด รอยเชื่องซึม” 3. บุหรีเป็นสิ่งสุรุษสุราย อัลลอฮ์ตรัสว่า ความว่า “แท้จริงบรรดาผู้สุรุษสุรายนั้น เป็นพวกพ้องของเหล่าชัยฏอนและชัยฏอนนั้นเ็นรศูดต่อพระเจ้าของมัน” (อัลอิสรอฮ์ : 27) แม้ศาสนา อิสลามมีข้อห้ามชัดเจนที่ครอบคลุมถึงการสูบบุหรี แต่มุสลิมส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี เนื่องจาก มุสลิมบางคนยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข้อห้ามในการสูบบุหรีดังกล่าว หรือมุสลิมบางคน เลือกที่จะตีความด้วยตนเองว่าไม่มีคำสั่ง ห้ามการสูบบุหรีที่ชัดเจนในอิสลามเหมือนการดื่มเหล้า ดังนั้นการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักศาสนบัญญัติทาง ศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับบุหรี แก่พี่น้องมุสลิม รวมถึงเยาวชนมุสลิม ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน สถานศึกษา รวมถึงบุคลากร ทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลเป็นกำลังหลักในการช่วยกันเผยแพร่หลักการดังกล่าว และนำมา ประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือ เยาวชนมุสลิมให้สามารถเลิกบุหรีได้สำเร็จ ในส่วนของมิติของ พุทธศาสนาถือว่า สูบบุหรีถือว่าเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง ดังนั้นชาวพุทธ ควร ลดละ เลิก และถือว่า ผู้ไม่สูบบุหรี เป็นผู้เคารพกฎหมายและเป็นผู้เคารพต่อหลักคำสอนของพระพุทธ ศาสนาในข้อว่าด้วย การผู้ไม่ทำบาปทั้งปวง ซึ่งนำไปสู่ความสุขส่วนบุคคลและสังคม พุทธศาสนาได้กำหนดทำที่ปฏิบัติต่อ บุหรี และการสูบบุหรีไว้ เช่น โดยพิจารณาจากหลักคำสอนในระดับพื้นฐานเช่น ศีล 5 โดยเฉพาะ ข้อสุดท้ายที่ห้ามดื่มสุราเมมัย สามารถตีความขยายขอบเขตให้ครอบคลุมถึงห้ามสูบบุหรีได้ด้วย

เพราะ การสูบบุหรี่ ไม่มีผลต่อการทำให้ ขาดสติ แต่ก็เป็นสิ่งเสพติด และตามหลักคำสอนอื่น ๆ ของพระพุทธศาสนาและในส่วนของศาสนาคริสต์และศาสนานานาอื่นๆ กล่าวว่าพระคัมภีร์ไม่เคยพูดถึงโดยตรงเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แต่มีหลักอยู่สองประการที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่แน่นอน ประการแรกคือ พระคัมภีร์สอนว่าอย่าให้เรายอมให้อะไรเป็น "นาย" เนื้อร่างกายของเรา ข้อพระคัมภีร์ 1 โครินธ์ 6:12 บอกว่า "ข้าพเจ้าทำสิ่งสารพัดได้" - แต่ไม่ใช่ทุกสิ่งที่จะทำได้นั้นเป็นประโยชน์ "ข้าพเจ้าทำสิ่งสารพัดได้" - แต่ข้าพเจ้าไม่ยอมอยู่ใต้อำนาจของสิ่งใดเลย การสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าเป็นสิ่งเสพติด ต่อมาในบริบทเดียวกันข้อพระคัมภีร์บอกว่า "ท่านไม่รู้หรือว่า ร่างกายของท่านเป็นวิหารของพระวิญญาณบริสุทธิ์ ซึ่งสถิตอยู่ในท่าน ซึ่งท่านได้รับจากพระเจ้า ท่านไม่ใช่เจ้าของตัวท่านเอง พระเจ้าได้ทรงซื้อท่านไว้แล้วด้วยราคาสูง เหตุฉะนั้นท่านจงถวายพระเกียรติแด่พระเจ้าด้วยร่างกายของท่านเถิด" (1 โครินธ์ 6:19-20) การสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ปฏิเสธไม่ได้เลยว่ามีผลต่อสุขภาพของท่าน การสูบบุหรี่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นการทำลายปอดของและอาจจะเป็นการทำลายหัวใจด้วย

ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่และการไม่สูบบุหรี่ และเพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายที่ศึกษาในประเทศมาเลเซีย โดยใช้ Health belief model ซึ่งใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละรายบุคคล เกี่ยวกับการรับรู้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดัน ให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค โดยเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการปฏิบัติตัวเมื่อบุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของบุคคลในด้านการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรค (Rosenstock. 1974 ; อ้างในจุฬารัตน์ โสตะ. 2546) เพื่อเป็นแนวทางของผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องวางแผนแก้ปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน - นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย

สมมติฐาน

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย

ขอบเขตการวิจัยและกรอบแนวคิด

1. การวิจัยในครั้งนี้ศึกษาเฉพาะ ตัวแปร ที่แสดงถึงปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย จำนวน 247 คน ระหว่างเดือน มิถุนายน 2564 ถึงธันวาคม 2564 ตามตัวแปรปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (Glanz, Rimer & Lewis, 2002 ; National Cancer Institute (NCI), 2003) ดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโอกาสเสี่ยงในการสูบบุหรี่
2. การรับรู้เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของการสูบบุหรี่
3. การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์และผลกระทบของการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่
4. การรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคที่มีผลต่อการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เพศชาย หมายถึง นักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย

การสูบบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติตนและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. การสูบบุหรี่เพียงครั้งเดียว
2. มีโอกาสจะสูบ
3. สูบบางครั้ง ไม่ได้สูบประจำ
4. สูบเป็นประจำ ถ้าไม่ได้สูบจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์

การไม่สูบบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติตนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง หมายถึง การรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงของการสูบบุหรี่หรือ/และการไม่สูบ และมีโอกาสเป็นผู้ที่สูบบุหรี่

การรับรู้ถึงความรุนแรง หมายถึง การรับรู้ถึงความรุนแรงโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หรือ/และไม่สูบบุหรี่

การรับรู้ถึงประโยชน์ หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่และการสูบบุหรี่

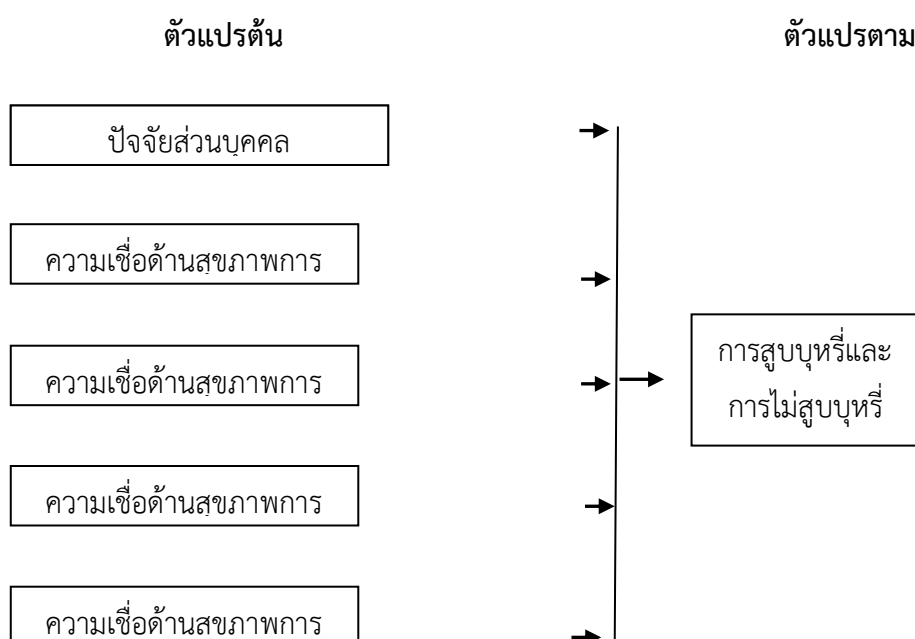
การรับรู้ถึงอุปสรรค หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคในการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงสถานการณ์การสูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในหน่วยงานการศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย
2. ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย
3. เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมปัญหาการสูบบุหรี่ในนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย
4. ทราบปัจจัยที่ใช้ทำนายการสูบบุหรี่ในนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซียและเป็นแนวทางในการดำเนินการลดปัญหาการสูบบุหรี่ของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวความคิดในการวิจัย ทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรต่าง ๆ พฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ ของ (Becker and Maiman, 1974, และ Rosenstock, 1974) มาประยุกต์เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาโรงเรียนรัฐและเอกชนที่ศึกษาในประเทศมาเลเซีย ผู้วิจัยได้ศึกษา ประยุกต์แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประยุกต์และนำมาเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์การสูบบุหรี่ พิษภัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่
2. แนวคิด ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล
3. แนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
4. ความรู้ในเรื่องช่องทางเข้าออกประเทศ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และกฎอนามัยระหว่างประเทศ 2002 และพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์การสูบบุหรี่ พิษภัย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่

1. คำนิยาม

ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 มีการบัญญัติบทนิยามความว่า "สินค้ายาสูบ" หมายถึง "สินค้าที่ประกอบด้วยใบยาสูบหรือ *Nicotiana tabacum*" และให้หมายความรวมถึงสินค้าอื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบซึ่งบริโภคโดยวิธีสูด ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทำ หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ไม่รวมถึงตามกฎหมายว่าด้วย ตามผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ" ตามบทนิยาม คือ “บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์” ซึ่งขณะนี้ได้มีการประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนด ประเภทหรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่ และยานพาหนะเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2561 บัญญัติกำหนดไว้ จึงสามารถกำหนดให้การสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในเขตปลอดบุหรี่ในประเทศไทยจะเป็นความผิดตามหมวด 5 ว่าด้วย การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ แห่งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

การเสพติดทางอารมณ์และจิตใจ

ผลของนิโคตินส่งผลต่อผู้สูบบุหรี่บางส่วนอาจเสพติดบุหรี่ เพราะติดใจ ซึ่งทำให้รู้สึกผ่อนคลาย คลายเครียด ลดความวิตกกังวล ลดความกระวนกระวาย ทำให้มีสมาธิในการเรียน หรือ

การทำงานมากขึ้น มีชีวิตชีวา มีเรี่ยวแรง นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อ ทศนคติหรือความรู้สึก
ดีต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ด้วย

การเสพติดทางพฤติกรรมหรือสังคม

พฤติกรรมหลังรับประทานอาหาร ระหว่างการดื่มชาหรือกาแฟ ในวงเหล้า หลังเรียนหนังสือ
หลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ความเคยชินของผู้สูบที่จะต้องหยิบบุหรี่ยาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือ
มีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย เช่น ซึ่งบางครั้งการเสพติดแบบนี้ผู้สูบ มักมองในเชิงบวกเนื่องจากผู้สูบสามารถ
นำไปใช้ เพื่อสร้างสัมพันธ์ในสังคมได้

2. สถานการณ์การสูบบุหรี่

แนวโน้มการใช้ยาสูบในโลก

ทั่วโลกในปัจจุบันมีพบว่าผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน จะเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน
มากกว่า 1,600 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2568 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในประเทศที่ประชากร
โดยรวมมีรายได้สูงมีแนวโน้มลดน้อยลง แต่อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรในประเทศที่มีรายได้รายได้
น้อยและรายได้ปานกลาง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปี พ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า คนสูบ
บุหรี่ยาสูบอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา 80% และ ปี พ.ศ. 2570 ประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีผู้เสียชีวิต
ด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70

จากการสำรวจ ปี พ.ศ. 2545 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตปีละ 4
ล้านคน หรือวันละ 11,000 คน มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ และแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในอีก 30 ปี
ข้างหน้า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน หรือนาทีละ 20 คน

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทย

ปี พ.ศ. 2550 ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) รายงานว่า
ผู้สูบบุหรี่คนไทยเป็นประจำ 9.54 ล้านคน อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 15 ปี ซึ่งเป็น เพศชาย 9.02
ล้านคน และ 0.52 ล้านคน เป็นเพศหญิง โดยสูบเป็นประจำ 18.94% จำนวนมวนเฉลี่ยต่อวันคือ 10
มวนต่อวัน ช่วงอายุ 18.25 + 4.34 ปี คือเริ่มสูบบุหรี่ โดยเริ่มสูบเมื่ออายุ 15-19 ปี ร้อยละ 58.2
อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 27.7 และเริ่มสูบเมื่ออายุ 10-14 ปี ร้อยละ 6.5 อัตราการสูบบุหรี่จำแนก
ตามระดับการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ร้อยละของการสูบบุหรี่ของคนไทย
โดยจำแนกตามภาค พบว่ากรุงเทพมหานคร ร้อยละ 15.7 ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ)
ร้อยละ 19.9 ภาคเหนือ ร้อยละ 23.5 ภาคใต้ ร้อยละ 24.4 โดยสูงที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ร้อยละ 25.7 และจากการสำรวจพฤติกรรม จากการสำรวจของหน่วยปฏิบัติการวิจัยและวิชาการ
ด้านการควบคุมยาสูบภาคเหนือมหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อพ.ศ. 2562 การสูบบุหรี่ของเยาวชน
ในประเทศไทยใน 4 ภูมิภาค 12 จังหวัด มีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของนักเรียน จำนวน 3,982

คนและนักเรียนชั้น ม.2 อายุระหว่าง 13-15 ปี จำนวน 3,982 คน พบว่า ระดับประเทศ ประเภทของบุหรืที่สูบ มีผู้สูบบุหรืนิยมนสูบบุหรืหรือเล็กทรอนิกส์ร้อยละ 18.11 จากอีก 3 ประเภท ได้แก่ บุหรื (ร้อยละ 55.12) ยาเส้น (ร้อยละ 18.11) บาราเก้ (ร้อยละ 8.66) ทั้งนี้หากพิจารณาในระดับภูมิภาค พบว่า ภาคที่นิยมนสูบบุหรืหรือเล็กทรอนิกส์เรียงจากมากไปน้อย คือ ภาคกลาง (ร้อยละ 27.28) ภาคใต้ (ร้อยละ 19.19) ภาคอีสาน (ร้อยละ 9.30) และภาคเหนือ (ร้อยละ 8.00)

3. พิษภัยของบุหรื

บุหรืเป็นสิ่งเสพติด

บุหรืมีนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งกระตุ้นสมองของผู้เสพให้เสพติดอย่างต่อเนื่องและเสพติด ดังนั้นในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศอย่างเป็นทางการว่าการติดบุหรืเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการเริ่มสูบบุหรื

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการเริ่มสูบบุหรืจะคล้ายกันทั่วโลก คือ

1. ปัจจัยหลักในวัยเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ คือ

1.1 มีคนในครอบครัวสูบบุหรื จะส่งผลให้เด็กมีโอกาสในการสูบบุหรืมากกว่าเด็กทั่วไปถึง 3 เท่า

1.2 ภาพยนตร์ โทรทัศน์ และสื่อโฆษณา

1.3 ร้อยละ 38.4 ของเยาวชนไทยที่สูบบุหรื คือความอยากลอง เริ่มสูบบุหรื เพราะความอยากลอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของวัยรุ่นที่ความอยากลองเป็นเรื่องที่ ทำหาย นวัตกรรม และสนุกสนาน

2. ปัจจัยหลักในวัย 7-14 ปี คือ เลียนแบบเพื่อน ของเยาวชนไทยที่สูบบุหรื เริ่มสูบบุหรืเพราะเพื่อนชวน ร้อยละ 35.9 เหตุผลหลักคือ กลัวเพื่อนไม่ยอมรับเข้ากลุ่ม

3. ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ปัจจัยที่ทำให้สูบบุหรื คือ การเข้าสังคม เหตุผลรองคือเพื่อผ่อนคลายความเครียด

4. ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีการปรุงแต่งรสชาติสร้างแรงจูงใจทั้งเด็ก ผู้หญิงและคนสูบให้ติดง่ายขึ้นและเลิกยากขึ้น ทั้งบุหรืรสผลไม้หรือช็อคโกแลต ที่ทำให้เด็กอยากลอง บุหรืทาร์ นิโคตินต่ำ หรือบุหรืกันกรอง ปัจจุบัน การบุหรืที่ขายในสหรัฐอเมริกาเป็นบุหรืกันกรอง ร้อยละ 99 ที่ทำให้คนสูบคิดว่าอันตรายน้อย และรูปร่างของมวนบุหรืที่เพรียวยาว ทำให้ผู้หญิงโยงไปถึงรูปร่างที่สะอิดสะเอ้งสวยงามเมื่อสูบบุหรื

ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดยา

1. สารนิโคติน มีอยู่ตามธรรมชาติ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 85-95 ของสารแอลคาลอยด์ทั้งหมด โดยบุหรี่ผลิตจากใบยาสูบที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ (ขึ้นอยู่กับชนิดของใบยาสูบ) ซึ่งกระตุ้นส่วนสมองที่เกี่ยวข้องกับความอยาก ความสุขสม รวมทั้งการเสพติด โดยปัจจุบันมีงานวิจัยที่พิสูจน์ได้ และองค์การอนามัยโลกก็ประกาศอย่างเป็นทางการแล้วว่า “นิโคตินเป็นสารเสพติด” และการสูบบุหรี่หรือการบริโภคยาสูบในรูปแบบอื่นๆ เป็นเพียงวิธีการที่ทำให้ร่างกายได้มาซึ่งสิ่งเสพติด นิโคติน เป็นสารเสพติดที่มีผู้เสพติดมากที่สุดและมีอำนาจการเสพติดสูงเทียบเท่าเฮโรอีน โดยเป็นยาเสพติดซึ่งผู้ที่เสพติดแล้วจำเป็นต้องใช้อยู่ตลอดเวลาและทุกวันยกเว้นเวลานอนหลับ เมื่อใดที่ระดับของสารนิโคตินลดลง จะส่งผลต่อสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ทำให้เกิดอาการ อารมณ์กระสับกระส่าย กระวนกระวาย หงุดหงิด ซึมเศร้า ขาดสมาธิ บางคนจะมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ดังนั้น ถ้าผู้สูบบุหรี่ไม่มีจิตใจที่มั่นคงในการเลิกสูบบุหรี่ก็จะกลับไปสูบบุหรี่อีกครั้งเพื่อระงับและบรรเทาอาการเหล่านี้

ผลกระทบของนิโคตินต่อร่างกาย

สำหรับคนที่สูบบุหรี่รัควัน หรือซิการ์ นิโคตินจะดูดซึมเข้าทาง oral mucosa และเข้าสู่กระแสเลือดและสมอง ซึ่งจะใช้เวลามากกว่า เมื่อนิโคตินออกฤทธิ์ต่อสมองเขาจะรู้สึกตื่นตัว สดชื่น เพราะมีการกระตุ้นต่อมอดรีนาลให้หลั่งสารอดรีนาลีน ไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารกลูโคส และเพิ่มความดันโลหิต ส่งผลให้อัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น พร้อมทั้งยังไปกดการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน ทำให้คนสูบบุหรี่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเล็กน้อยอยู่เสมอ

2. ด้านบุคลิกภาพ เด็กผู้ชายที่ชอบกีฬา extreme เช่น การแข่งแรลลี่ มีโอกาสในการสูบบุหรี่ 2 เท่าของเด็กผู้ชายที่ไม่สนใจกีฬา extreme

3. ด้านสภาพแวดล้อม สถานที่ทำงานที่มีผู้สูบบุหรี่จำนวนมาก มีความเสี่ยงสูงที่จะกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ได้ยากขึ้น สถานศึกษาที่มีครูอาจารย์สูบบุหรี่ก็มีความเสี่ยงที่นักเรียน นักศึกษาจะสูบบุหรี่มากขึ้น ผู้ที่ติดยาส่วนใหญ่จะเริ่มสูบบุหรี่ก่อนจบชั้นมัธยมศึกษา

สารพิษในควันบุหรี่

ส่วนประกอบของบุหรี่ 1 มวน ประกอบด้วย ใบยาสูบ กระดาษที่หุ้มมวน และมีสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด ซึ่งมีผลต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และมีสารกว่า 60 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง

19 โรคจากการสูบบุหรี่

1. โรคมะเร็ง

- ปาก ช่องปาก และหลอดลม
- หลอดอาหาร
- ตับอ่อน

- กล้องเสียง
- ปอด หลอดลม และแขนงหลอดลม
- กระเพาะปัสสาวะ
- ไต และอวัยวะของระบบทางเดินปัสสาวะอื่นๆ

2. โรคระบบทางเดินหายใจ

- วัณโรค
- ปอดบวมและไข้หวัดใหญ่
- หลอดลมอักเสบและถุงลมปอดโป่งพอง
- หอบหืด
- ทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง

3. โรคระบบเส้นเลือดและหัวใจอักเสบ

- ความดันเลือดสูง
- โรคลิ้นหัวใจอักเสบ
- โรคหัวใจขาดเลือด
- โรคหัวใจที่เกิดจากโรคปอด
- โรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง
- โรคหัวใจอื่น ๆ
- โรคเส้นเลือดแข็งตัว โรคหลอดเลือดอื่น ๆ
-

โรคมะเร็ง

ผู้สูบบุหรี่สาเหตุสำคัญที่การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในอวัยวะหลาย ๆ ส่วนของอวัยวะ ส่วนหนึ่งเกิดจากสารก่อมะเร็งในควันบุหรี่เกิดการสัมผัสกับโดยตรงอวัยวะ เช่น กล้องเสียง และปอด หรือสารก่อมะเร็งถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งไหลเวียนไปตามอวัยวะต่าง ๆ โดยในภาพรวม พบว่า มะเร็งที่เกิดในคนทั่วไปมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ประมาณร้อยละ 30

โรคหลอดเลือดในสมองตีบ

ผลของการเสื่อมของ เส้นเลือดหัวใจ และอวัยวะอื่นของร่างกาย มีกลไกการเกิดเหมือนกับที่เกิดกับหลอดเลือดในสมอง ผู้ป่วยอาจเป็นอัมพาตจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หรือมีความจำเสื่อมลง การสูบบุหรี่ทำให้อัตราเสี่ยงต่อเส้นเลือดสมองแตกเพิ่มขึ้น 2 เท่า

โรคระบบทางเดินหายใจ

ควันบุหรี่ก่อให้เกิดการเกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่างมาก และส่งผลให้เนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพลง เมื่อมีการสะสมของควันบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่อง โรคที่พบบ่อย คือ โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นหวัดและหลอดลมอักเสบง่าย และโรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ คนสูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสเป็นหวัดบ่อย และจากการศึกษาพบว่าเมื่อเป็นแล้วจะหายช้ากว่าคนทั่วไป

บุหรี่ทำให้เซลล์เสื่อม

สมรรถภาพทางเพศเสื่อม มีสาเหตุหนึ่งจากหลายสาเหตุคือการสูบบุหรี่ ซึ่งเกิดจากเส้นเลือดและเส้นประสาทที่ควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายเสื่อม โดยควันบุหรี่มีสารที่ทำให้รูปหลอดเลือดตีบแคบลง การทำงานจึงเสื่อมลง ยังพบว่าตัวอสุจิในผู้สูบบุหรี่ มีการเคลื่อนไหวอ่อนแรงลง ส่งผลให้จำนวนอสุจิลดลงด้วย เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ในขณะเดียวกัน การเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้ที่สูบบุหรี่ก็ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ เพราะโรคที่เกิดล้วนเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้มีอาการเหนื่อยหอบรักษาไม่หาย เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความเครียด ความกังวลกับโรคที่เป็น ทางสมาคมการแพทย์อังกฤษสรุปผลงานวิจัยว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของผู้ชาย เริ่มตั้งแต่อายุ 30-50 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน

การสูบบุหรี่กับสุขภาพในช่องปาก

คนสูบบุหรี่ จะมีสุขภาพในช่องปากไม่ค่อยสะอาด มีหินปูนสะสม ฟันผุ เหงือกอักเสบ และมีโอกาสเป็นโรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์มากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ โดยมีอาการของโรคในช่องปากนี้เองที่เป็นที่มาของกลิ่นปากของคนสูบบุหรี่ ถึงแม้ว่าจะใช้ยาระงับกลิ่นปาก เช่น ยาอม สเปรย์ เพื่อระงับกลิ่นปาก แต่ก็สามารถระงับได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น หากใช้บุหรี่ไว้วัน หรือสูบบุหรี่ ก็มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากเพิ่มขึ้น

4. พิษภัยของควันบุหรี่มือสอง และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยสำคัญอันดับสองของการเสียชีวิตทั่วโลก คือ บุหรี่ ในปัจจุบันครึ่งหนึ่งของคนที่สูบบุหรี่ทั่วโลก คือ ประมาณ 650 ล้านคน จะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ แต่ที่น่าตกใจมากกว่า คือ คนไม่สูบบุหรี่หลายแสนคนที่ต้องเสียชีวิตในแต่ละปีด้วยโรคที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง

ควันบุหรี่มือสอง

Second Hand Smoke หรือ Environmental Smoke ETS แต่การใช้คำว่า “มือสอง” ให้ความหมายที่ชัดเจนกว่า ควันบุหรี่ประกอบด้วยสองลักษณะ คือ ประการแรกประมาณร้อยละ 85 ของควันจากปลายมวนที่ลอยอยู่ในอากาศขณะไม่มีการดูดบุหรี่ เรียกว่าควันนอกมวน (Side Stream

Smoke) และประการที่สอง ควันที่ผู้สูบบุหรี่เข้าไปและปล่อยควันออกมาเรียกว่าควันในมวน (Main Stream Smoke) พบประมาณร้อยละ 15

แหล่งควันบุหรี่มือสอง

คนทั่วไปได้รับควันบุหรี่มือสองหรือควันบุหรี่ในสภาพแวดล้อม

ควันบุหรี่มือสองในบ้าน

เป็นสถานที่ที่เด็กได้รับควันบุหรี่มือสองมากที่สุด คือ บ้าน และเป็นแหล่งใหญ่ของการได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้ใหญ่ด้วย ในบ้านที่ผู้ใหญ่สูบบุหรี่ในบ้านและมีเด็กอาศัยอยู่ด้วย มีระดับโคตินินในเลือด น้ำลาย (ตัวที่ระบุว่าได้รับควันบุหรี่มือสอง) สูงกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่มีการสูบบุหรี่ในบ้าน

ผลการสำรวจของสำนักงานสำรวจสำมะโนประชากรของสหรัฐอเมริกาพบว่าสัดส่วนของครัวเรือนที่ห้ามสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 43% ในปี 2535-2536 เป็น 66% ในปี 2544-2545 ผู้คนตระหนักมากขึ้นถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพของควันบุหรี่มือสองต่อผู้ที่อยู่ในบ้านของตน ประกอบกับประสิทธิภาพที่โดดเด่นของการบังคับใช้กฎหมายต่อต้านการสูบบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ ทำให้ผู้คนเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น

การวิจัยในอดีตเกี่ยวกับระดับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองของคนไทยยังคงมีอยู่ไม่มาก แต่เชื่อกันว่าคนไทยที่ไม่สูบบุหรี่จำนวนมากต้องเผชิญกับควันบุหรี่มือสอง เมื่อพิจารณาจากพฤติกรรมพบว่าเป็นบรรดาพ่อของลูกชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 และ 4 จำนวน 1,000 ราย ร้อยละ 47 สูบบุหรี่ที่บ้าน ร้อยละ 25 สูบบุหรี่ขณะดูทีวีกับลูก และร้อยละ 37 สูบบุหรี่ในรถในขณะที่มีลูกอยู่ด้วย

ผลการศึกษาของศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้ในปี พ.ศ. 2549 สรุปว่า 7.36 ล้านครัวเรือนจาก 18 ล้านครัวเรือนในประเทศไทยสัมผัสกับควันบุหรี่มือสอง คิดเป็นร้อยละ 40.88 สมาชิกตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไปสูบบุหรี่ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 24.39 ของประชากรไทยทั้งหมด 65.18 ล้านคน มีความเสี่ยงที่จะสัมผัสควันบุหรี่ที่บ้าน ในจำนวนนี้มีเด็ก 2.28 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.49 ของประชากรทั้งหมด

ควันบุหรี่มือสองในที่ทำงาน

การศึกษาในปี 2544-2545 พบว่าสถานที่ทำงานเป็นแหล่งควันบุหรี่มือสองที่ใหญ่ที่สุดสำหรับผู้ใหญ่ พวกเขาคิดเป็นประมาณ 30% ของพนักงานที่ทำงานในร่มในสหรัฐฯ นโยบายห้ามสูบบุหรี่ พนักงานธนาคารและพนักงานในองค์กรบริการต่างๆ ก็มีความเสี่ยงที่จะสัมผัสกับควันบุหรี่มือสองเช่นกัน นั่นเป็นจำนวนพนักงานมากกว่าการทำงานในอาคารที่มีนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงาน

จากการศึกษาของนายแพทย์ใหญ่สหรัฐอเมริกา พบว่า นโยบายที่เน้นการทำงานปลอดบุหรี่เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดโอกาสเสี่ยงจากควันบุหรี่มือสองในสถานที่ทำงาน โดยการจำกัด

พื้นที่เขตสูบบุหรี่หรือออกจากที่ห้ามสูบบุหรี่ในอาคารเดียวกัน การปรับปรุงคุณภาพอากาศ และการใช้เครื่องฟอกอากาศ เครื่องระบายอากาศ ในอาคารที่ทำงานไม่สามารถจัดควันบุหรี่มือสองออกได้ และไม่สามารถป้องกันคนที่ไม่สูบบุหรี่จากการได้รับควันบุหรี่มือสองได้นอกจากนี้ นโยบายที่เน้นการทำงานปลอดบุหรี่ยังมีผลดีอีกอย่างหนึ่งคือส่วนกระตุ้นให้พนักงานของสำนักงานอยากเลิกสูบบุหรี่ได้ การลดควันบุหรี่มือสองในสถานที่ทำงานจะสร้างสภาวะแวดล้อมที่สะดวกสบายและไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งอาจเป็นแรงกระตุ้นให้พนักงานตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ดังนั้น การทำงานปลอดบุหรี่เป็นนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการลดโอกาสเสี่ยงจากควันบุหรี่มือสองในสถานที่ทำงาน และยังส่งผลกระทบกระตุ้นให้พนักงานตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ได้ การนำนโยบายนี้มาใช้ในองค์กรหรือสถานที่ทำงานอาจมีประโยชน์ทั้งในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ผลกระทบต่อสุขภาพของบุหรี่มือสอง

องค์การอนามัยโลกได้ยืนยันว่าการสูบบุหรี่มือสองเป็นอันตรายต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ข้อมูลจากการศึกษาที่ดำเนินการโดยกลุ่มนักวิทยาศาสตร์ชื่อเสียงระดับนานาชาติ ร่วมกับองค์การอนามัยโลก พบว่าควันบุหรี่มือสองที่ผู้ไม่สูบบุหรี่ได้รับมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งที่อวัยวะต่าง ๆ มากขึ้นถึงร้อยละ 20 ซึ่งรวมถึงกระเพาะอาหาร ตับ ไต มดลูก ปากมดลูก โพรงจมูก ท่อปัสสาวะนอก และมะเร็งเม็ดเลือดชนิดมัยอีลอยด์

จากการศึกษาผลงานวิจัยจากทั่วโลกเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสองและโรคมะเร็งปอดพบว่า คนที่ไม่สูบบุหรี่ก็ยังมีควันบุหรี่มือสองซึ่งมาจากบ้านหรือที่ทำงาน ซึ่งเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นถึง 20-30 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ หญิงที่มีสามีที่สูบบุหรี่ก็มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดทุกชนิดเพิ่มขึ้นถึง 30 เปอร์เซ็นต์ โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนมวนบุหรี่ที่สามีสูดต่อปีที่ผ่านมา การป้องกันโรคมะเร็งปอดนั้นสำคัญมากในทุกๆ ระดับอายุและเพศ เพราะโรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการลดการสูบบุหรี่และการป้องกันควันบุหรี่มือสองในสภาพแวดล้อมต่างๆ อย่างเคร่งครัด ดังนั้นการรักษาสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรใส่ใจอย่างมาก

การรวบรวมผลงานวิจัยทั่วโลกเกี่ยวกับควันบุหรี่มือสองและผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจพบว่า การสูดควันบุหรี่มือสองเข้าสู่ร่างกายแม้เพียงระยะเวลาสั้น ๆ ก็สามารถทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจทันทีได้ คนที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้านหรือที่ทำงานจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้นถึง 25-30%

คนไม่สูบบุหรี่ แม้จะอยู่ในห้องที่มีควันบุหรี่ในระยะเวลาสั้น ๆ ส่งผลทำให้เกร็ดเลือดเกาะตัวกันง่ายขึ้น ผนังหลอดเลือดถูกทำลาย เลือดไหลเวียนผ่านหัวใจช้าลง และอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนไปเมื่อได้รับเป็นระยะเวลานานขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบสูง หลอดเลือดจะแข็งตัวเร็วขึ้นเท่ากับคนสูบบุหรี่วันละ 1-9 มวน คนที่เป็นโรคหัวใจอยู่แล้ว จะมีความเสี่ยงต่อหัวใจวายเพิ่มสูงขึ้น

หากได้รับควันบุหรี่มือสอง ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีอาการหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ 3-5 เท่า และโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่โดยเฉลี่ย 4 ปี

จากการทำการศึกษาวิจัยของทีโอ (Teo) และคณะจากมหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ ใน 52 ประเทศ ตัวอย่างประชากรมากกว่า 27,000 คน พบว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองเพียง 1 ถึง 7 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่อหัวใจวายสูงขึ้น ร้อยละ 24 หากได้รับควันบุหรี่มือสองมากกว่า 21 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ความเสี่ยงต่อหัวใจวายจะสูงขึ้น ร้อยละ 62

การวิจัยของกลันซ์และพารมลี (Glantz and Parmly) ได้พบว่าควันบุหรี่ประกอบด้วยสารก่อมะเร็งหลายชนิด เช่น โพลีไซคลิก อโรมาติก และไฮโดรคาร์บอน ซึ่งสารเหล่านี้สามารถทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงขยายใหญ่ขึ้นและหนาขึ้นได้ นอกจากนี้ยังพบว่าสารก่อมะเร็งอื่นๆ ในควันบุหรี่มือสอง เช่น เบนโซ และอะไพรีน สามารถเริ่มเกิดการเจริญเติบโตของหลอดเลือดแดงแข็งตัวและทำลายผนังภายในของหลอดเลือดแดงได้

การรับควันบุหรี่มือสองอาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน อาการอาจเริ่มต้นด้วยไอ มีเสมหะ หายใจลำบาก และหายใจขัด โดยเฉพาะกับผู้ที่โรคหอบหืดหรือโรคระบบทางเดินหายใจอื่นๆ อาจมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดถุงลมโป่งพองที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 25%

ควันบุหรี่เป็นอันตรายต่อเด็ก

จากการประเมินล่าสุดขององค์การอนามัยโลกพบว่าปัจจุบันมีจำนวนเด็กทั่วโลกประมาณ 700 ล้านคน ซึ่งเทียบเท่ากับครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด และพบว่าเด็กเหล่านี้มีโอกาสหายใจเอาอากาศปนเปื้อนควันบุหรี่มือสองเข้าสู่ร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออยู่ในบ้านของพวกเขา ในบางประเทศ เช่น นิวซีแลนด์และบางรัฐของสหรัฐอเมริกา สภาผู้แทนราษฎรกำลังพยายามผลักดันให้มีการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในรถยนต์ส่วนบุคคล ในกรณีที่มีเด็กโดยสารอยู่ในรถ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปกป้องสุขภาพของเด็ก

ทารกและเด็กเล็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะได้รับอันตราย ดังนี้

จากการศึกษาล่าสุดพบว่าเด็กทารกและเด็กเล็กมีความเสี่ยงที่สูงต่อการเกิดอาการระคายเคืองทางตา จมูก และคอ รวมถึงปอดที่มีผลต่อระบบการหายใจ อาการที่พบได้แก่การไอ มีเสมหะมาก ความรู้สึกแน่นหน้าอก และปอดที่มีสมรรถภาพการหายใจลดลง สาเหตุเกิดจากเด็กที่อยู่ในช่วงเวลาที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต ซึ่งทำให้เด็กมีโอกาสรับสารพิษและสารก่อมะเร็งจากควันบุหรี่มือสองได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่

เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปีมีโอกาสติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น 57% โดยอาจเป็นโรคหลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบหรือปอดบวม โอกาเสี่ยงนี้ยิ่งเพิ่มขึ้นในเด็กที่มีมารดาสูบบุหรี่

มากกว่าเด็กที่มีบิดาสุบบุหรี่ นอกจากนี้ มีความเสี่ยงที่เกิดขึ้นตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ของมารดาที่สูบบุหรี่

การวิจัยล่าสุดพบว่าเด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่มีความเสี่ยงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจอักเสบเฉียบพลันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถเป็นเหตุให้เกิดหวัดง่ายและบ่อยขึ้น และมีการอักเสบของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น หายใจลำบาก หายใจมีเสียงดัง หลอดลมอักเสบ ปอดบวม หอบหืด และทอนซิลอักเสบ ดังนั้น การป้องกันการสูบบุหรี่ในสภาพแวดล้อมของเด็กเป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

การอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่เป็นสิ่งที่เสี่ยงต่อเด็กๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพในระบบทางส่วนกลางได้ เช่น หูส่วนกลางอักเสบและหูน้ำหนวก ควันบุหรี่สามารถกระทบกระเทือนระบบการทำงานของชนพดโบกในหลอดลมได้ นอกจากนี้ หลอดน้ำลมระหว่างหลังจมูกกับหูส่วนกลางที่เรียกว่าท่อยูสตาเซียน มีบทบาทสำคัญในการป้องกันเชื้อโรค ถ้าชนพดโบกลดลง จะทำให้เกิดความเสี่ยงที่เชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสจะเข้าไปในช่องหูส่วนกลางได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ เด็กทารกที่มีแม่ที่สูบบุหรี่ จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบสูงถึง 3 เท่าในช่วงขวบปีแรกของชีวิต

สถาบันระบาดวิทยาได้ทำการศึกษาวิจัยหลายเรื่องเพื่อสืบสวนความสัมพันธ์ระหว่างการเสี่ยงต่อการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรังกับการสูบบุหรี่มือสอง ผลการวิจัยพบว่าเด็กที่มีมารดาสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวันมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหืดเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่าของเด็กที่ไม่มี การสูบบุหรี่ในบ้าน นอกจากนี้ บ้านที่มีบิดามารดาหรือผู้ปกครองคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนสูบบุหรี่ โดยมีเด็กที่อาศัยด้วยกัน ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้นถึง 60% นอกจากนี้ หากเด็กมีโรคหอบหืดอยู่แล้ว โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยจากโรคหอบหืดจะเพิ่มขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีความยากในการรักษาโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นด้วย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเยลล์ มีการศึกษาวิจัยของพบว่า เด็กที่มีผู้ปกครองสูบบุหรี่จะมีความเสี่ยง โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดเมื่อโตขึ้นมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีคนสูบบุหรี่ ถึง 2 เท่า และถ้าภายในบ้านมีคนสูบบุหรี่มากกว่า 1 คน ระยะเวลาในการเกิดโรคจะเร็วขึ้น

การสูบบุหรี่ไม่เพียงแต่เสี่ยงต่อสุขภาพของตัวเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อพฤติกรรมและสุขภาพของคนในครอบครัวด้วย ดังนั้น ควรระมัดระวังและระวังการสูบบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมของเด็กๆ เพื่อปกป้องสุขภาพและพัฒนาการของเด็กในอนาคต ลดโอกาสให้เกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ และโรคปอดเรื้อรังในอนาคตได้

การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์และการสูบบุหรี่มือสองที่มารดาได้รับมีผลต่อสุขภาพของทารกที่เกิดหลังคลอดอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไหลตายที่สูงขึ้น ในการพัฒนาของทารกในครรภ์ การสูบบุหรี่ของมารดาทำให้มีสารต่าง ๆ ในควันบุหรี่เข้าสู่ระบบทางเดินอาหารของทารกผ่านทางรกมารดา ซึ่งส่งผลให้ทารกได้รับออกซิเจนน้อยลง เนื่องจากมีคาร์บอนมอนอกไซด์ในฮีโมโกลบิน

ทำให้เกิดคาร์บอกซีโมโกลบินที่ขัดขวางออกซิเจนไม่ให้เข้าสู่ระบบทางเดินอาหารของทารก ซึ่งส่งผลให้ทารกที่เกิดหลังคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าที่ควรเป็น โดยปกติน้ำหนักตัวของทารกที่เกิดหลังคลอดควรอยู่ในช่วง 150-200 กรัม แต่ทารกที่เกิดจากการดาที่สูบบุหรี่มีโอกาสมีน้ำหนักตัวต่ำกว่านี้ โอกาสที่มารดาคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นอีกด้วย โดยประมาณร้อยละ 14 และโอกาสที่ทารกตายแรกคลอดประมาณร้อยละ 10

ผลกระทบจากการที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ส่งผลให้เด็กมีความอ่อนแอและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมาอีกมาก

การศึกษาวิจัยในเมืองโรเชสเตอร์ นิวยอร์กพบว่าการได้รับควันบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กมีความเสี่ยงและโอกาสเสี่ยงต่อพิษณุ ศึกษาวิจัยในฝรั่งเศสยังพบว่าเด็กที่มีบิดาหรือมารดาสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาเรื่องต่อมทอนซิลอักเสบสูงกว่าเด็กที่ไม่มีบิดาหรือมารดาสูบบุหรี่ ดังนั้นการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ในบ้านอาจช่วยลดโอกาสเกิดปัญหาด้านสุขภาพให้กับเด็กได้

5. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ

การรณรงค์เรื่องพิษภัยของควันบุหรี่มีสองของประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่อง และมีกฎหมายควบคุมยาสูบมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 แต่เมื่อย้อนประวัติศาสตร์ในอดีต พบว่า มีบทบัญญัติของกรุงเทพฯ ที่ห้ามสูบบุหรี่ในโรงภาพยนตร์ รถโดยสารและสวนสาธารณะมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519

กฎหมายควบคุมยาสูบของประเทศไทย

1. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

พระราชบัญญัติฯ ดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมมาตรการทางการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งรวมถึงยาสูบทุกชนิดที่ใช้สูด ดม อม เคี้ยว สารสำคัญของกฎหมาย คือ

1. ห้ามขายบุหรี่แก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี
2. ห้ามขายบุหรี่ด้วยเครื่องขายอัตโนมัติ
3. ห้ามแจกบุหรี่เพื่อเป็นตัวอย่าง หรือ เพื่อให้แพร่หลาย
4. ห้ามโฆษณาบุหรี่หรือแสดงเครื่องหมายในสิ่งพิมพ์ วิทยู โทรทัศน์ หรือสื่ออื่น

รวมทั้งห้ามแสดงซองบุหรี่ที่จุดขาย

5. ห้ามโฆษณาสินค้าที่ใช้ชื่อบุหรี่ เป็นเครื่องหมายของสินค้านั้น
6. ห้ามผลิต นำเข้า โฆษณา สินค้าที่เลียนแบบบุหรี่หรือซองบุหรี่
7. ห้ามส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ ได้แก่ การขายสินค้าโดยแจก แถม ให้ แลกเปลี่ยนกับบุหรี่ หรือ การขายบุหรี่ โดยแจก แลก แถม ให้ แลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่น/บริการ
8. พิมพ์คำเตือนสุขภาพข้างซองบุหรี่
9. เปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์บุหรี่
10. แสดงฉลากที่ซองบุหรี่ตามหลักเกณฑ์

11. ห้ามขายบุหรี่ที่ไม่ได้แสดงฉลากตามหลักเกณฑ์

2. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2560

กฎหมายฉบับนี้ให้อำนาจกระทรวงสาธารณสุขในการประกาศให้สถานที่ต่าง ๆ เป็นที่ห้ามสูบบุหรี่ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในการที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์ และปลอดจากการได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง สาระสำคัญของกฎหมาย คือ

1. การจัดให้ส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตสูบบุหรี่ และ เป็นเขตปลอดบุหรี่
2. การจัดให้เขตปลอดบุหรี่มีสภาพลักษณะและมาตรฐานตามที่กำหนด
3. การจัดให้มีเครื่องหมายเขตสูบบุหรี่ หรือ เขตปลอดบุหรี่ ตามหลักเกณฑ์ และ วิธีการที่กำหนด
4. การห้ามมิให้ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่

ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข มีมาตรการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ซึ่งมีประโยชน์คุณค่ามากมาย ตั้งแต่การคุ้มครองสุขภาพและสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในการที่จะได้รับอากาศที่ปราศจากการปนเปื้อนสารพิษจากการเผาไหม้ของบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ การห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุ ไฟไหม้ ลดค่าใช้จ่ายต่างๆในการรักษาพยาบาล ที่สำคัญการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นการยืนยันว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะไม่ใช่พฤติกรรมที่สังคมยอมรับ ซึ่งส่งผลให้เกิดค่านิยมในทางลบต่อการสูบบุหรี่ อันจะทำให้เยาวชนรุ่นใหม่หันมาสูบบุหรี่น้อยลง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 17

กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศฉบับที่ 17 กำหนดประเภทของสถานที่สาธารณะ เพื่อให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ เป็น 2 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1 กำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ประกอบด้วย รถโดยสารประจำทาง รถโดยสารรับจ้าง รถรับส่งนักเรียนที่พักผู้โดยสารยานพาหนะทุกประเภท ลิฟต์โดยสาร ตู้โทรศัพท์สาธารณะ ห้องน้ำห้องสุขา โรงมหรสพ ห้องสมุด ห้องประชุมสัมมนา ร้านขายยา สถานประกอบกิจการสปา/การอบไอน้ำ/อบสมุนไพร/การนวดไทย/การนวดเพื่อสุขภาพ/การนวดเพื่อเสริมสวย สถานกีฬาในร่ม อิมจินทร์ ดูกีฬา/ การแสดง สนามเด็กเล่น สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน โรงเรียน บริเวณที่ประกอบศาสนกิจ สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน สถานที่ที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ เฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ ได้แก่ พิพิธภัณฑ์ ห้างสรรพสินค้า สถานที่แสดงนิทรรศการ สถานเสริมความงาม สถานที่บริการคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต บริเวณโรงพักคอยของโรงแรม/รีสอร์ท สถานที่จำหน่ายอาหาร

ประเภทที่ 2 กำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ ยกเว้น บริเวณห้องพักส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงาน และบริเวณที่จัดให้เป็นเขตสูบบุหรี่เป็นการเฉพาะ ได้แก่ สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ สถานที่ทำงาน เอกชนเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ สถานีขนส่งผู้โดยสารทุกประเภท ปั๊มน้ำมัน มหาวิทยาลัย สถานฝึกอาชีพ สถานกวดวิชา สถานสอนศิลปะ/การแสดง/ดนตรี/กีฬา โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน/ธนาคาร/สถาบันการเงิน สนามกีฬา/สถานที่ออกกำลังกายกลางแจ้ง สวนสาธารณะ/สวนสัตว์/สวนพฤกษศาสตร์ ทั้งนี้มีข้อกำหนดว่าเจ้าของกิจการจะจัดเขตปลอดบุหรี่ หรือไม่จัดก็ได้ตามความเหมาะสม

ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะมีโทษปรับไม่เกิน 5,000 บาท เจ้าของสถานที่สาธารณะที่ไม่จัดเขตปลอดบุหรี่มีโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท

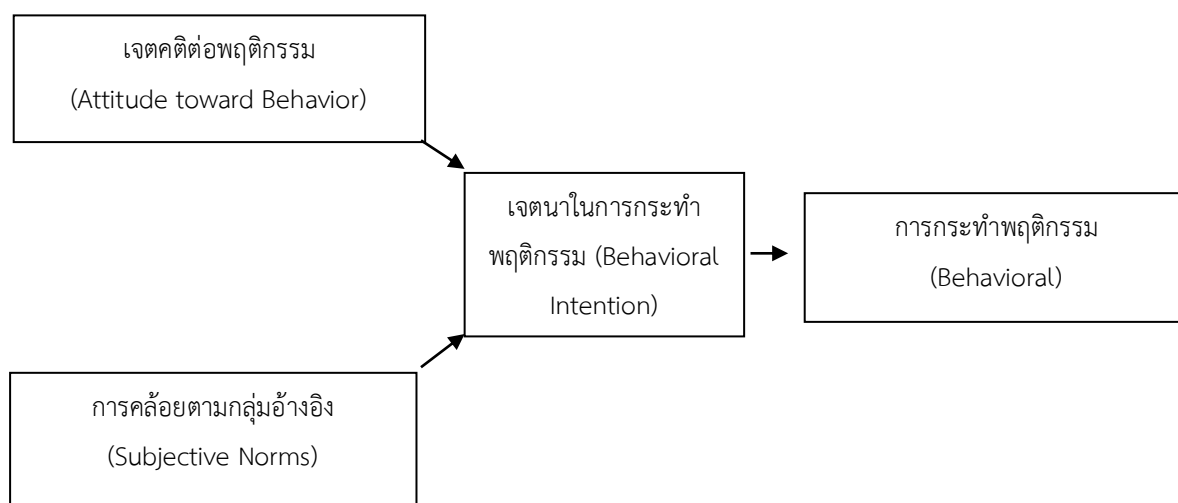
ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศ กำหนดสถานที่สาธารณะที่ห้ามสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นระยะๆ จนปัจจุบันนี้ สถานที่สาธารณะและที่ทำงานทั้งหมดถูกกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่แล้ว รวมถึงผับ บาร์ และสถานบันเทิงต่าง ๆ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้ผับ บาร์ เป็นเขตปลอดบุหรี่ ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2551

ซึ่งในปัจจุบันพบเห็นชาวสารจากประเทศต่าง ๆ ทயอยประกาศนโยบายปลอดบุหรี่ในที่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าทั่วโลก มีการตื่นตัวผลกระทบต่าง ๆ ของการได้รับควันบุหรี่มือสอง และนโยบายปลอดบุหรี่จะเป็นตัวช่วยขับเคลื่อนที่สำคัญที่ทำให้คนไม่สูบบุหรี่มีสุขภาพดีขึ้น ช่วยให้คนอยากเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ดังตัวอย่างจากงานวิจัยในไอร์แลนด์เหนือ กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะช่วยคนให้เลิกสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 40 และผลงานวิจัยของรัฐบาลนอร์เวย์พบว่า หลังจากการประกาศใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในบาร์ ไนต์คลับ และร้านอาหารทั้งหมด ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2547 ส่งผลให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น อัตราการสูบบุหรี่ลดลง คุณภาพของอากาศในสถานบันเทิงดีขึ้น และประเทศออสเตรเลีย ระบุว่า จำนวนผับ-บาร์ปลอดบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้นทำให้วัยรุ่นทั้งหลายต้องการเลิกสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่า การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันปัญหาการสูบบุหรี่

แนวคิด ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ตามทฤษฎีของไอเซน พฤติกรรมตามแผนที่มีจุดเริ่มต้นจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่ไอเซนและฟิชบายน์ พัฒนาร่วมกันในปี 1980 (Ajzen, 2011b) โดยทั้งสองทฤษฎีดังกล่าวนี้มีแนวคิดบนพื้นฐานว่าพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคมเป็นการกระทำที่มีเป้าประสงค์หรือเป็นการกระทำที่มีการวางแผนหรือตั้งใจไว้ พบว่าโดยพฤติกรรมของมนุษย์จำนวนมากที่เป็นการกระทำที่สามารถควบคุมที่ถูกระบุว่าจะทำหรือไม่ทำก็ได้ เช่น การจะดูโทรทัศน์หรือไม่ การตัดสินใจออกไปเลือกตั้ง การจะเลือกซื้อสินค้าชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นต้น ซึ่งทั้งนี้ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ได้ระบุ

ว่าการกระทำของมนุษย์มีลักษณะมีเหตุมีผล ซึ่งได้มีการประมวลรวบรวมข้อมูลทั้งหมดทั้งที่เป็นข้อมูลชัดเจนและข้อมูลที่เป็นนัยไม่ชัดเจนมาพิจารณาแยกแยะผลต่าง ๆ ก่อนการตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำให้สิ่งใด และตั้งสมมุติฐานว่าการตัดสินใจทำสิ่งใดของมนุษย์จะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก คือ เจตนาในการกระทำพฤติกรรม หากบุคคลมีเจตนาในการกระทำสูง พบว่าก็มีโอกาสที่คนจะทำพฤติกรรมในเรื่องนั้น ๆ มากขึ้น โดยมีปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าวทั้ง 2 ด้านที่มีผลต่อเจตนา คือปัจจัยที่หนึ่งปัจจัยทางบุคคลและปัจจัยทางอิทธิพลทางสังคม (Ajzen, 1985, 1991, 2011a, 2012) โดยปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward Behavior) และปัจจัยที่สอง คือด้านอิทธิพลจากสังคม ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norms) รายละเอียด ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

ที่มา :The Theory of Reasoned Action. In The Persuasion Handbook : Developments in Theory and Practice. pp. 261

จากภาพที่ 1 มีการตั้งสมมุติฐานของทฤษฎีพฤติกรรมด้วยเหตุผลกำหนดว่าบุคคลมีแนวโน้มจะทำพฤติกรรมใด ๆ จะขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ตัว คือ เจตนาการกระทำพฤติกรรม (Intension) และความเชื่อส่วนตัวของผู้ทำว่าตนมีความสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ ซึ่งสามารถเขียนแทนได้ด้วยสมการ [1] (Ajzen, 1985)

$$B \sim I \propto [w_1 A_b + w_2 SN]$$

.....[1]

โดยมี B คือ พฤติกรรม I แทนเจตนาในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ A_b คือ เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม B, SN คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง w_1 คือ น้ำหนักความสำคัญที่บุคคลให้แก่

เจตคติ และ W_2 คือ น้ำหนักความสำคัญที่บุคคลให้กับกลุ่มอ้างอิง ไอเซนใช้เครื่องหมาย $\sim$ เพื่อแสดงว่าเจตนาในการพฤติกรรมจะสามารถใช้ในการทำนายพฤติกรรมได้หากเจตนาขึ้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงก่อนการเกิดพฤติกรรม ทั้งนี้เป็นเพราะ นอกจากตัวแปรในแบบจำลองข้างต้นแล้ว “เวลา” ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เจตนาในการกระทำพฤติกรรม โดยเจตนาในการพฤติกรรมมักจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา ผลส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ “ความเชื่อที่เด่นชัด (Salient Belief)” โดยความเชื่อของผลในเชิงลบมักจะสูงหรือชัดเจนมากขึ้นเมื่อใกล้ถึงเวลาที่ต้องทำพฤติกรรมนั้นจริง และแสดงให้เห็นว่าเจตนาในการกระทำพฤติกรรมเป็นส่วนหนึ่งโดยตรงกับผลรวมของเจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ทั้งนี้ เมื่อผู้กระทำพฤติกรรมมีเจตนาในการกระทำพฤติกรรมสูงหรือคิดว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมนั้นได้จะมีโอกาสที่บุคคลนั้นจะทำพฤติกรรมดังกล่าวสูงขึ้น ไอเซน (Ajzen, 1985, 2012) ได้อธิบายตัวแปรที่สำคัญทั้ง 2 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคลหรือเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรม (Attitude toward Behavior) จะเป็นผลรวมของความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เด่นชัด (Salient Behavior Belief) ซึ่งจะเป็นการประเมินผลด้านดีและผลด้านเสียในด้านต่าง ๆ เมื่อทำพฤติกรรมนั้น ๆ แล้วคาดว่าจะเกิดขึ้น เมื่อผู้กระทำพฤติกรรมดังกล่าวทำการประเมินผลด้านดี และผลด้านเสียในด้านต่าง ๆ รวมกับโอกาสที่ผลด้านดีและผลด้านเสียดังกล่าวจะเกิดขึ้นจริง (Subjective Probability) เจตคติในการกระทำพฤติกรรมจึงมีความสัมพันธ์กับผลรวมของค่าผลที่คาดว่าจะได้รับของความเชื่อเด่นชัดในด้านต่าง ๆ ควบคู่กับความน่าจะเป็นที่การกระทำพฤติกรรมจะก่อให้เกิดผลที่คาดนั้น ซึ่งสามารถแสดงได้โดยสัญลักษณ์ ในสมการที่ [2] โดยกำหนดให้ A_B คือเจตคติในการกระทำพฤติกรรม B, b_i ความน่าจะเป็นที่แต่ละบุคคลประเมิน เองว่าการกระทำพฤติกรรม B จะทำให้เกิดผลลัพธ์ i และ e_i คือ ผลที่คาดว่าจะเกิดของความเชื่อเด่นชัด i และ n คือจำนวนของความเชื่อที่เด่นชัด

$$A_B \propto \sum_{i=1}^n b_i e_i \quad \dots\dots\dots[2]$$

ทั้งนี้ หากผลรวมของความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ รวมกันแล้วเป็นบวกมากกว่าเป็นลบ จะส่งผลให้เจตคติของการกระทำพฤติกรรมดีขึ้น

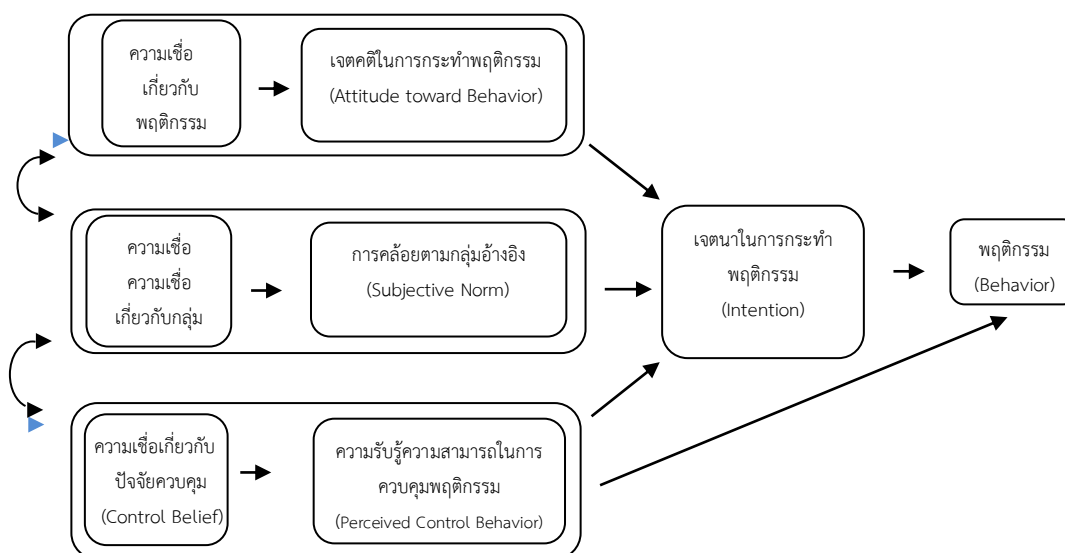
2. ปัจจัยด้านสังคมหรือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) อันเป็นผลรวมของความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative Belief) ซึ่งในทฤษฎีนี้อาจจะหมายถึงการรับรู้ถึงความกดดันของคนในสังคมนั้นว่ามีความต้องการให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ หรือไม่ กล่าวคือ เป็นผลรวมของระดับความต้องการของคนสำคัญรอบข้างแต่ละบุคคล อาทิเช่น เพื่อน ครอบครัว หัวหน้า เพื่อนร่วมงาน ผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (แพทย์นักบัญชี ฯลฯ) ว่าเห็นด้วยหรือไม่กับการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว และนำมาประเมินร่วมกับระดับที่ผู้ทำพฤติกรรมต้องการ

ทำตามความประสงค์ (Motivation to Comply) ของบุคคลเหล่านั้น ๆ ซึ่งสามารถแสดงได้ ด้วยสัญลักษณ์ในสมการที่ [3]

$$SN \propto \sum_{j=1}^n n_j m_j \quad \dots\dots\dots[3]$$

โดย SN คือ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง n_j คือ ระดับความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Strength of each Normative Belief) ที่ j , m_j คือ ระดับการมีอิทธิพลในการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation To Comply) j และ j คือ จำนวนกลุ่มอ้างอิง ทั้งนี้หาก มีกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ทำพฤติกรรมมีความประสงค์สนับสนุนให้ ผู้กระทำพฤติกรรมที่ทำการศึกษามากขึ้นและบุคคลนั้นประสงค์ที่จะทำตามเจตนาในการกระทำก็จะสูงขึ้นด้วย

ในเวลาต่อมาไอเซน (Ajzen, 1985) เห็นว่าข้อจำกัดหนึ่งของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล คือ ข้อจำกัดของการเปลี่ยนจากเจตนาในการกระทำพฤติกรรมไปสู่การกระทำพฤติกรรมจริง โดยเห็นว่าเจตนาในการกระทำพฤติกรรมจะคาดการณ์การกระทำพฤติกรรมได้หรือไม่ อาจจะขึ้นอยู่กับเงื่อนไขสำคัญอีกประการหนึ่งคือ พฤติกรรมที่จะทำนั้นขึ้นอยู่กับอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้กระทำหรือมีความสามารถในการกระทำหรือไม่ ไอเซนจึงได้ทำการพัฒนาแบบจำลองโดยเพิ่มปัจจัยด้านความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในแบบจำลอง ซึ่งเรียกว่า “ความรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Control Behavior)” และเรียกทฤษฎีนี้ใหม่นี้ว่า “ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) โดยแบบจำลองนี้แสดงรายละเอียดในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ที่มา : Icek Ajzen (2005) Laws of Human Behavior : Symmetry, Compatibility, and AttitudeBehavior Correspondence in Multivariate Research Strategies, p. 9.

ภายใต้แบบจำลองทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่ไอเซนพัฒนาขึ้นมาขึ้นนี้ นอกจากสมมุติฐานเดิมที่กำหนดให้เจตนาในการกระทำพฤติกรรมมีผลโดยตรงกับการกระทำพฤติกรรม เจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ซึ่งมีผลกับพฤติกรรมทางอ้อมผ่านเจตนาในการกระทำพฤติกรรมแล้ว ไอเซนได้เพิ่มตัวแปรความรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Control Behavior) โดยตั้งสมมุติฐานให้ตัวแปรนี้มีอิทธิพลทั้งทางตรงต่อการกระทำพฤติกรรมและมีผลทั้งทางอ้อมต่อพฤติกรรมผ่านเจตนา โดยไอเซน (Ajzen, 2012) ได้อธิบายตัวแปรนี้ว่า ความรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เป็นความเชื่อว่ามีอุปสรรคหรือสิ่งสนับสนุนให้กระทำพฤติกรรม นั้นหรือไม่อย่างไร ซึ่งบุคคลนั้น ๆ จะทำการประเมินจากประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จึงเรียกความเชื่อนี้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม (Control Belief) ซึ่งปัจจัยที่ผู้กระทำพฤติกรรมเชื่อว่าจะเป็นอุปสรรคหรือช่วย ส่งเสริมให้การกระทำง่ายขึ้นสามารถมีได้หลายปัจจัย ดังนั้นความรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จึงเป็นผลรวมของความเชื่อถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นบวก (สนับสนุน) และเป็นลบ (อุปสรรค) ต่อการกระทำพฤติกรรม อาทิ มีเวลาว่างเพียงพอหรือไม่ มีความรู้ด้านทักษะเทคนิคเพียงพอในการกระทำหรือไม่ ประเมินรวมกับโอกาสที่ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นจริง โดยสามารถเขียนเป็นสมการความรู้ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรมได้ตามสมการที่ [4]

$$PCB \propto \sum_{k=1}^n C_k P_k \dots\dots\dots[4]$$

โดย PCB คือ ความรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม c_k คือ โอกาสหรือความเชื่อว่ามีปัจจัย การควบคุม k (Subjective Probability or Belief that Control Factor k is Present) จะเกิดขึ้น, p_k คือ ระดับการมีอุปสรรคหรือส่งเสริมให้สามารถทำพฤติกรรมได้ (the Power of Control Factor k to Facilitate or Inhibit Performance of the Behavior) ทั้งนี้หากผลรวมของการประเมินหรือความรู้ในการควบคุมพฤติกรรมมีค่าเป็นบวกจะส่งเสริมให้เจตนาในการกระทำพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น และยังส่งเสริมให้เกิดการกระทำพฤติกรรมได้โดยตรงอีกทางด้วย

แนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนที่กลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ได้ทำการพัฒนาขึ้น ในปี ค.ศ.1950 ประกอบด้วย Hochbum, Kegel, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยว่าทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรคใด ๆ ทั้งที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการ หรือเสียค่าบริการบ้างเล็กน้อย เนื่องจากนโยบายสาธารณสุขในระยะนั้น (ค.ศ. 1950 -1960) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการบริการด้านการรักษา (Becker and Maiman, 1974 ; อ้างใน ธิรัตน์ จันตามี, 2551) โดยมีข้อสมมุติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาผลและการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค

เช่น การตรวจสุขภาพหรือการฟื้นฟูสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลกลุ่มเสี่ยงหรือทั่วไปจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จะต้องมีความเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถคุมโรคได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532) เป็นการเน้นหรือให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งในเวลาต่อมาได้มีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษา

พื้นฐานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีของ เคิร์ท เลวิน ทั้งทฤษฎีสถานะ(Field Theory) และทฤษฎีแรงจูงใจ(Motivation Theory) โดยทฤษฎีกล่าวว่า บุคคลจะหันเหไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก (Positive Value) และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงพื้นที่ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ (Negative Value) โดยที่ เลวินได้แสดงความเห็นว่า “โรค” เป็นสิ่งที่ให้นิยมในเชิงลบ และสรุปว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากบริเวณดังกล่าว แต่จะหันเหตนเองเคลื่อนที่ไปสู่การมีสุขภาพดีซึ่งเป็นค่านิยมเชิงบวก นอกจากนี้เลวินยังมีความเชื่อว่าการที่บุคคลจะประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติประการที่ 2 คือ การประเมิน ผลลัพธ์ออกมา ซึ่งตัวแปรทั้งสองจะมีแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา (Rosenstock, 1974 ; อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ต่อมาเบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่น ๆ โดยเพิ่มเติมปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในสภาวะปกติและสภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลดังกล่าวเหล่านี้ จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือเป็นการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการศึกษาการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีก จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองซ้ำอีก (Heinze, 1962 ; Elling et al, 1960) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนารัตน์ จันดามิ (2551) ซึ่งได้ศึกษาถึงการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียน ขยายโอกาสทางการศึกษา

อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ และการปฏิเสธการสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาวิจัยของใจเพชร พลสงคราม (2549) โดยศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนนาข่า-โคกคอน อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย การศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีการปฏิบัติตัวในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ และ กิตติศักดิ์ เมืองหนู (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรี่ของผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ มีการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง ซึ่งสามารถเลิกสูบบุหรี่ และลดจำนวนที่สูบบุหรี่ต่อวันมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นกระบวนการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตของคน การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย นั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งผลจากการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานการวิจัยของนนทิชา ภาฯ (2550) ซึ่งได้ศึกษาวิจัยพฤติกรรมการป้องกัน การสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และงานการศึกษาวิจัยของกิตติศักดิ์ เมืองหนู (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรี่ของผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง พบว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในด้านการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค

1.3 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived Threat) มีผลเกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งทำให้บุคคลสามารถรับรู้ภาวะคุกคามว่ามีมากน้อยเพียงใด

2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

2.1 ปัจจัย ด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา

2.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

2.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันเป็นต้น

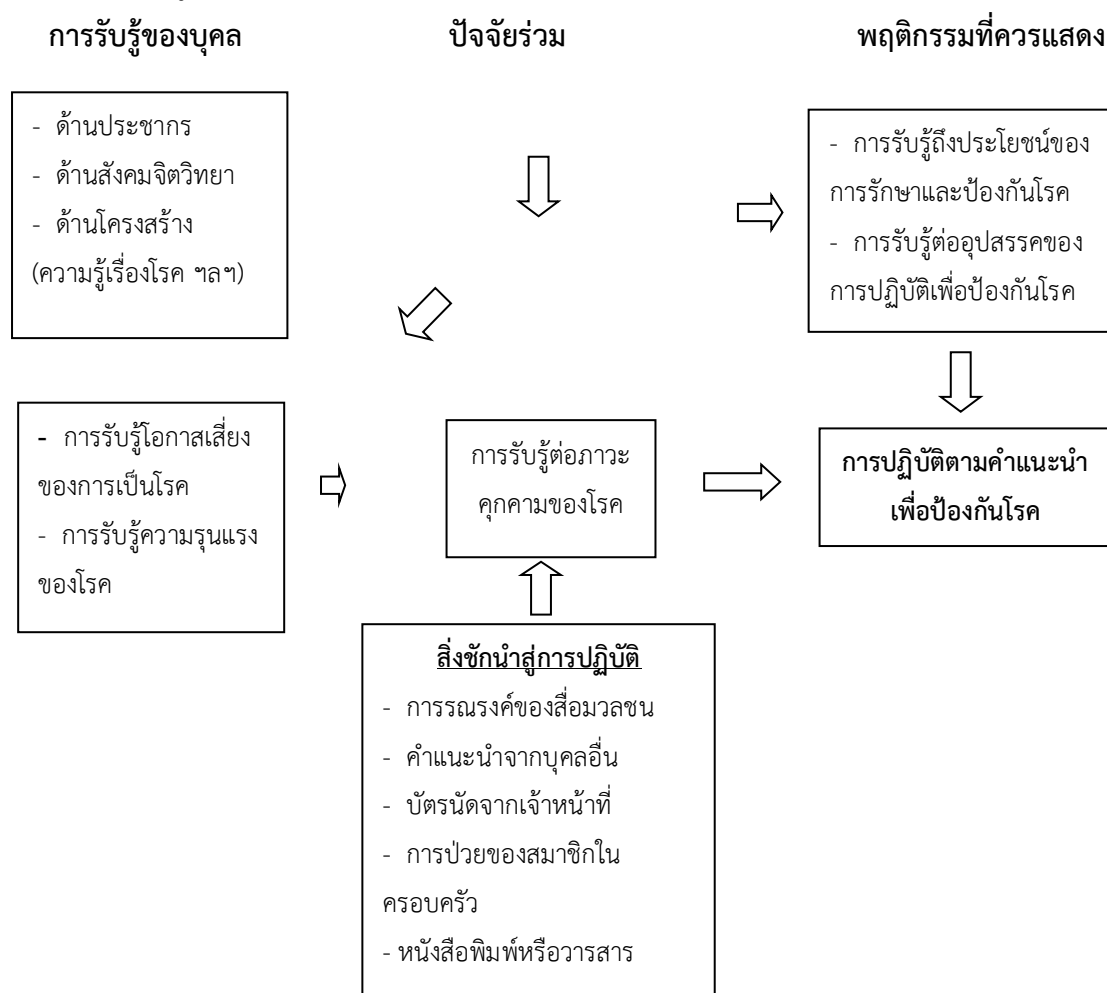
2.4 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker & Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมีทั้ง 2 ด้าน ด้านแรก คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนด้านที่สองคือ สิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of Action) ประกอบด้วย ดังนี้

3.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาการวิจัยของกิตติศักดิ์ เมืองหนู (2544) ประสิทธิภาพของโปรแกรม สุขศึกษาในการเลิกบุหรี่ของผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง ซึ่งพบว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรค มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในด้านการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ซึ่งงานศึกษาการวิจัยของใจเพชร พลสงคราม (2549) ศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัวศูนย์สุขภาพชุมชนนาข้าว-โคกคอน อำเภอบำบ่ง จังหวัดหนองคาย ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลิก สูบบุหรี่มีการปฏิบัติตัวในการลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) ในการปฏิบัติหมายถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลเช่นค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจ

พิเศษที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยที่ขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย การรับรู้อุปสรรคสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้ งานวิจัยของ กิตติศักดิ์ เมืองหนู (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรี่ของผู้นำชุมชนในอำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง จากผลการศึกษาพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค งานวิจัยของนันทิชา ภาฯ (2550) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ภาพที่ 3 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค

ที่มา : Becker, M.H., Drachman, R.H. and Kirscht, J.P.

(1974 ; อ้างใน ยุวดี รอดจากภัย, 2550)

ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีความเชื่อว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้หลายตัวอย่างด้วยกัน เช่น ธนารัตน์ จันดามิ (2551) ซึ่งได้ศึกษาถึงการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมืองจังหวัดหนองคาย จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน พบว่ากลุ่มทดลองที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ มีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ และการปฏิเสธการสูบบุหรี่ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้ในเรื่องช่องทางเข้าออกประเทศ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และกฎอนามัยระหว่างประเทศ 2002 และพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

1. พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

1.1 จุดผ่านแดน (Checkpoint) หมายถึง ช่องทางที่เปิดระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดต่อกัน

1.2 จุดผ่านแดนถาวร (Border Checkpoint) หมายถึง ช่องทางเข้า-ออก ที่รัฐบาลทั้งสองประเทศเปิดเพื่ออนุญาตให้ประชาชนผู้เดินทางทั้งสองประเทศ ทั้งนักท่องเที่ยวและยานพาหนะ สามารถ สัณจรไป-มา เพื่อการค้า การท่องเที่ยวและอื่นๆ มีการดำเนินการเรื่องตามพิธีการตรวจคนเข้าเมือง และพิธีการศุลกากร ตามกฎหมายของทั้งสองประเทศ โดยคำนึงถึงความพร้อมในด้านต่าง ๆ ของทั้งสองประเทศ โดยในส่วนของประเทศไทยต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย

1.3 จุดผ่านแดนชั่วคราว (Temporary Checkpoint) หมายถึง ช่องทางเข้า-ออกที่เปิดเพื่อผ่อนผันให้มีการผ่านแดน สำหรับวัตถุประสงค์เฉพาะภายในเวลาที่กำหนดไว้ชัดเจนแน่นอน เพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจหรือเพื่อกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่เป็นความร่วมมือระหว่างประเทศ ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจการค้าในบริเวณนั้นหรือพื้นที่ใกล้เคียง มิได้อนุญาตให้บุคคลที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับกิจกรรมนั้นผ่านเข้า-ออก เมื่อครบกำหนดหรือบรรลุวัตถุประสงค์เฉพาะแล้ว นิยามที่เกี่ยวข้องกับการค้าชายแดน (สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาพื้นที่ / สศช. ตุลาคม 2559) ซึ่งมี 2 ช่องทาง จะปิดจุดผ่านแดนชั่วคราวทันที อาทิ การสร้างสะพานข้ามแม่น้ำโขง การส่งผู้อพยพกลับ ประเทศ เป็นต้น

1.4 จุดผ่อนปรนเพื่อการค้า (Checkpoint for Border Trade) หมายถึง ช่องทางที่รัฐบาลไทย เปิดเพื่อช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้านในด้านมนุษยธรรมและส่งเสริมความสัมพันธ์ของประชาชน ในระดับท้องถิ่น ระดับพื้นที่ โดยการผ่อนปรนให้มีการค้าขายสินค้าอุปโภค-บริโภค ทั้งนี้ เพื่อผลทางด้านจิตวิทยา จุดผ่อนปรนทางการค้าถือเป็นการเปิดฝ่ายเดียว โดยคณะอนุกรรมการพิจารณาการเปิดจุดผ่านแดน มอบหมายให้กระทรวงมหาดไทยพิจารณาความเหมาะสม ในทางปฏิบัติ จังหวัดจะเสนอขอเปิดจุดผ่อนปรนทางการค้ามายังกระทรวงมหาดไทย เมื่อ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยให้ความเห็นชอบและมอบให้จังหวัดจัดทำประกาศเปิดจุดผ่อนปรนเพื่อการค้า โดยจะกำหนดรายละเอียด ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับบริเวณจุดผ่อนปรน มาตรการการควบคุมดูแล การผ่านเข้า-ออกจุดผ่อนปรนของประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้าน ตลอดจนสินค้าบางประเภทที่ไม่อนุญาตให้ค้าขาย ณ จุดผ่อนปรนทางการค้า

1.5 ช่องทางธรรมชาติ (Natural Border Path) หมายถึง ช่องทางบริเวณชายแดนเพื่อการเดิน ทางเข้า - ออกของประชาชนที่เดินทางไปมาหาสู่กัน ซึ่งไม่มีการประกาศเป็นจุดผ่านแดนใด ๆ หรืออาจเคยประกาศเป็นจุดผ่านแดนชั่วคราวหรือจุดผ่อนปรนเพื่อการค้าที่ประกาศยกเลิกไปแล้ว แต่ยังคงมีการเดินทางเข้า-ออกของประชาชนอยู่ 4. ช่องทางตามกฎหมายศุลกากร หมายถึง ช่องทางผ่านแดนที่ฝ่ายไทยเปิดเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบการสามารถขนส่งสินค้าผ่านแดนได้ตลอดแนวชายแดน ทั้งนี้ อธิบดีกรมศุลกากรจะใช้อำนาจอนุมัติให้ผู้ประกอบการเฉพาะรายเป็นครั้งคราวเพื่อประโยชน์ทางการค้าเป็นหลัก สำหรับพื้นที่ชายแดนที่มีปัญหาด้านความมั่นคงและมีการเปิดจุดผ่อนปรนทางการค้าอยู่แล้ว คณะอนุกรรมการพิจารณาการเปิดจุดผ่านแดน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ให้หลักการปฏิบัติว่า เจ้าหน้าที่ศุลกากรจะต้องหารือหน่วยงานด้านความมั่นคงก่อนการอนุมัติ และจะอนุมัติให้ขนส่งผ่านจุดผ่อนปรนการค้า หรือจะพิจารณาให้ขนส่งผ่านช่องทางอื่น นิยามที่เกี่ยวข้องกับการค้าชายแดน(สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาพื้นที่ / สศช. /ตุลาคม 2559)

1.6 ทางอนุมัติ (Approved Routed) หมายถึง ทางที่กำหนดโดยกฎกระทรวงภายใต้กฎหมายศุลกากรให้เป็นทางที่จะใช้ส่งของเข้าหรือออกนอกราชอาณาจักรได้ หรือจากเขตแดนทางบกมายังด่านศุลกากร หรือจากด่านศุลกากรไปยังเขตแดนทางบกได้

1.7 ด่านพรมแดน (Boundary Post) หมายถึง ด่านที่ตั้งขึ้นไว้โดยกฎกระทรวง ณ ทางอนุมัติเพื่อตรวจของที่ขนส่งโดยทางนั้น

1.8 ด่านศุลกากร (Customs Station) หมายถึง ด่านที่ตั้งขึ้นไว้โดยกฎกระทรวง ณ ทางอนุมัติเพื่อเพื่อตรวจของและเก็บศุลกากรแก่ของที่ขนส่งโดยทางนั้น (1. กรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ 2. คู่มือการเสริมสร้างความสัมพันธ์กับประเทศเพื่อนบ้าน สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กระทรวงมหาดไทย 2553)

2. พระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 หน้า 26 เล่ม 132 ตอนที่ 86 ก

ราชกิจจานุเบกษา 8 กันยายน 2558

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้

“โรคติดต่อ” หมายความว่า โรคที่เกิดจากเชื้อโรคหรือพิษของเชื้อโรคซึ่งสามารถแพร่โดยทางตรง หรือทางอ้อมมาสู่คน

“โรคติดต่ออันตราย” หมายความว่า โรคติดต่อที่มีความรุนแรงสูงและสามารถแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้ อย่างรวดเร็ว

“โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง” หมายความว่า โรคติดต่อที่ต้องมีการติดตาม ตรวจสอบ หรือจัดเก็บ ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

“โรคระบาด” หมายความว่า โรคติดต่อหรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคแน่ชัด ซึ่งอาจแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง หรือมีภาวะของการเกิดโรคมามากผิดปกติกว่าที่เคยเป็นมา

“พาหะ” หมายความว่า คนหรือสัตว์ซึ่งไม่มีอาการของโรคติดต่อปรากฏแต่ร่างกายมีเชื้อโรคนั้น ซึ่งอาจติดต่อถึงผู้อื่นได้

“ผู้สัมผัสโรค” หมายความว่า คนซึ่งได้เข้าใกล้ชิดคน สัตว์ หรือสิ่งของติดโรค จนเชื่อโรคนั้น อาจติดต่อถึงผู้อื่นได้

“ระยะติดต่อของโรค” หมายความว่า ระยะเวลาที่เชื้อโรคสามารถแพร่จากคนหรือสัตว์ที่มีเชื้อโรค ไปยังผู้อื่นได้โดยทางตรงหรือทางอ้อม

“แยกกัก” หมายความว่า การแยกผู้สัมผัสโรคหรือพาหะไว้ต่างหากจากผู้อื่นในที่เอกเทศ เพื่อป้องกันมิให้เชื้อโรคแพร่โดยทางตรงหรือทางอ้อมไปยังผู้ซึ่งอาจได้รับเชื้อโรคนั้น ๆ ได้ จนกว่าจะพ้นระยะติดต่อของโรค

“กักกัน” หมายความว่า การควบคุมผู้สัมผัสโรคหรือพาหะให้อยู่ในที่เอกเทศ เพื่อป้องกันมิให้เชื้อโรคแพร่โดยทางตรงหรือทางอ้อมไปยังผู้ซึ่งอาจได้รับเชื้อโรคนั้น ๆ ได้ จนกว่าจะพ้นระยะพักตัวของโรค หรือจนกว่าจะพ้นความเป็นพาหะ

“คุมไว้สังเกต” หมายความว่า การควบคุมดูแลผู้สัมผัสโรคหรือพาหะโดยไม่กักกัน และอาจจะ อนุญาตให้ผ่านไปไหนที่ใด ๆ ก็ได้ โดยมีเงื่อนไขว่าเมื่อไปถึงท้องที่ใดที่กำหนดไว้ ผู้นั้นต้องแสดงตัวต่อ เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำท้องที่นั้นเพื่อรับการตรวจในทางแพทย์ เพื่อป้องกันมิให้เชื้อโรคแพร่ โดยทางตรงหรือทางอ้อมไปยังผู้ซึ่งอาจได้รับเชื้อโรคนั้น ๆ ได้

“ระยะพักตัวของโรค” หมายความว่า ระยะเวลาตั้งแต่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจนถึงเวลาที่ผู้ติดโรค แสดงอาการป่วยของโรคนั้น “เขตติดโรค” หมายความว่า ท้องที่หรือเมืองท่าไดโนกราชอาณาจักร ที่มีโรคติดต่ออันตราย หรือโรคระบาดเกิดขึ้น “การสอบสวนโรค” หมายความว่า กระบวนการเพื่อหา

สาเหตุ แหล่งที่เกิดและแหล่งแพร่ของโรค เพื่อประโยชน์ในการควบคุมโรค “การเฝ้าระวัง” หมายความว่า การสังเกต การเก็บรวบรวม และการวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจน การรายงาน และการติดตามผลของการแพร่ของโรคอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ เพื่อประโยชน์ ในการควบคุมโรค

“พาหนะ” หมายความว่า ยานพาหนะ สัตว์ หรือวัตถุ ซึ่งใช้ในการขนส่งคน สัตว์ หรือสิ่งของ โดยทางบก ทางน้ำ หรือทางอากาศ “เจ้าของพาหนะ” หมายความว่า รวมถึง ตัวแทนเจ้าของผู้เช่า ตัวแทนผู้เช่า หรือผู้ครอบครอง พาหนะนั้น

“ผู้ควบคุมพาหนะ” หมายความว่า ผู้รับผิดชอบในการควบคุมพาหนะ

“ผู้เดินทาง” หมายความว่า คนซึ่งเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร และให้หมายความรวมถึง ผู้ควบคุมพาหนะและคนประจำพาหนะ

“การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค” หมายความว่า การกระทำทางการแพทย์ต่อคน หรือสัตว์ โดยวิธีการใด ๆ เพื่อให้คนหรือสัตว์เกิดความต้านทานโรค

“ที่เอกเทศ” หมายความว่า ที่ใด ๆ ซึ่งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกำหนดให้เป็น ที่สำหรับแยกกัก หรือกักกันคนหรือสัตว์ที่เป็นหรือมีเหตุสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อใด ๆ เพื่อป้องกันมิให้โรคนั้นแพร่โดยตรง หรือทางอ้อมไปยังผู้ซึ่งอาจได้รับเชื้อโรคนั้น ๆ ได้

“สุขาภิบาล” หมายความว่า การควบคุม ป้องกัน หรือรักษาสภาพสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผล ต่อการเกิดหรือการแพร่ของโรคติดต่อ

“ช่องทางเข้าออก” หมายความว่า ช่องทางหรือสถานที่ใด ๆ ที่ใช้สำหรับผ่านเข้าออก ระหว่างประเทศ ของผู้เดินทาง พาหนะ และสิ่งของต่าง ๆ ทั้งนี้ ให้หมายความรวมถึงพื้นที่หรือบริเวณ ที่จัดไว้เพื่อให้บริการ ดังกล่าว

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ “คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด” หมายความว่า คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำจังหวัด

(หน้า 28 เล่ม 132 ตอนที่ 86 ก ราชกิจจานุเบกษา 8 กันยายน 2558)

3. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005) International Health Regulations (2005)

“ช่องทางเข้าออก” หรือ “point of entry” หมายถึง ช่องทางผ่านเข้าออกระหว่างประเทศของผู้เดินทาง กระเป๋าเดินทาง สินค้าบรรทุก ตู้บรรทุกสินค้า ยานพาหนะ สินค้า และพัสดุไปรษณีย์ภัณฑ์รวมถึงพื้นที่ที่จัดไว้เพื่อให้บริการในการเข้าออก

“ท่าเรือ” หมายถึง ท่าเรือเดินทะเล หรือท่าเรือตามลำน้ำในประเทศที่เรือเดินทางระหว่างประเทศจอดเทียบท่าทั้ง ขาเข้าและขาออก

“จุดผ่านแดนทางบก” หมายถึง จุดผ่านเข้าเมืองทางบกของรัฐภาคีซึ่งรวมช่องทางที่มีการใช้ยานทางถนน และรถไฟด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยภายในประเทศ

โสมนรัตน์ บัณฑิตเลิศรัศม์ (2551) ศึกษาการประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรชายโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรชายโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ 2) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนบุคลากรชายโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตที่สูบบุหรี่ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่บุคลากรชายโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตที่สูบบุหรี่ และมีความตั้งใจจะเลิก สูบบุหรี่จำนวน 47 คน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความรอบรู้เรื่องที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการสัมภาษณ์ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมโดยมองว่าการสูบบุหรี่ไม่มีผลเสียต่อสุขภาพเนื่องจากผู้ที่สูบบุหรี่สุขภาพยังแข็งแรง และไม่ส่งผลต่อความรุนแรงของโรคประจำตัวของตนเอง หากไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกหงุดหงิด ความคิดอ่านซ้ำซากความมั่นใจจึงมีการพกพาอุปกรณ์ การสูบบุหรี่ติดตัวอยู่เสมอ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ที่มีต่อตนเองและบุคคลรอบข้างเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่จะอาการทุกข์ทรมาน อีกทั้งทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงพยายามลดจำนวนมวนบุหรี่ลง ไม่พกพาอุปกรณ์การสูบบุหรี่ ติดตัว หลีกเลี่ยงงานเลี้ยงสังสรรค์ที่มีกลุ่มเพื่อน ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่

ธีระวัฒน์ เจริญชัยรัตนะ (2557) ศึกษาการสำรวจความชุกและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความชุกของผู้ที่สูบบุหรี่ความชุกผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู วิธีการศึกษาทำการศึกษาในประชากร ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ 406 ตัวอย่าง ระหว่าง เดือน มกราคม-กุมภาพันธ์ 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนานำเสนอในรูป ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน และพิสัย ควอไทล์ ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ของประชาชนใน จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 46.05 (95% CI; 41.15–51.05) โดยเพศชาย สูบบุหรี่ ร้อยละ 94.4 เพศหญิง สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.60 อายุ 40-49 ปี สูบบุหรี่ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ร้อยละ 43.30 โดยผู้ป่วยหอบหืดสูบบุหรี่มากที่สุด รองลงมา คือผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ การได้รับควันบุหรี่มือสองมีสูงถึงร้อยละ 74.60 (95% CI; 70.05

เสาวลักษณ์ มะเหศวร (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทดลองสูบบุหรี่และความสัมพันธ์ของปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการทดลองสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 255 คน ข้อมูลได้มาโดยการสุ่มแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการสูบบุหรี่ แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ แบบสอบถามความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และแบบสอบถามความผูกพันกับผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิงได้แก่ ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (AOR = 5.37, 95% CI = 1.94-16.7) และเพื่อนชวนสูบบุหรี่ (AOR = 49.04, 95%CI = 16.55-145.28) ส่วนอายุ ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความผูกพันกับผู้ปกครอง บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ เพื่อนชวนสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ ผลการศึกษานำไปสู่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการทดลองสูบบุหรี่ในเยาวชนหญิง นำมาซึ่งค้นพบแนวทางในการป้องกันการสูบบุหรี่ที่เน้นการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

พรศิริ พันธสี และกาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ สมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงคือผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 134 คน เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.42$, $SD = .40$) ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.65$, $SD = .53$) คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.34$, $SD = .70$) พฤติกรรมสุขภาพด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการไม่สูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = .90$) สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการรับรู้ประโยชน์ของการ

ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ($r = .30$, $p < .01$)

2. งานวิจัยต่างประเทศ

Sah, Pradhan, Subedi, Karki, & Jha (2016) ศึกษาทางระบาดวิทยาของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเกษตรกรชาวไร่ยาสูบในหมู่ชาวฮิลล์ของประเทศเนปาล ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความแพร่หลายของการใช้ยาสูบและเพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาสูบในหมู่ประชาชนในเขตเทศบาลเมือง Dhankuta วิธีการศึกษาแบบตัดขวางได้ดำเนินการในหมู่ประชาชนในเขตเทศบาล Dhankuta ที่มีผู้ประกอบการทั้งหมด 205 รายเป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบสอบถามกึ่งสำเร็จรูปเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกที่ไม่เหมือนกันและหลายตัวแปรใช้เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และยาสูบใช้และระบุตัวแปรทำนาย ผลการศึกษาความชุกของการบริโภคยาสูบในเขตเทศบาลนครทูกันดาร์ มีค่าร้อยละ 57.1 ความชุกของการบริโภคยาสูบในชายสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 67) (ร้อยละ 47.1) ($p < 0.05$) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.4) เริ่มบริโภคยาสูบเนื่องจากความกดดันและเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ (ร้อยละ 24.8) การถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปรแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ไม่รู้

Roux et al. (2017) ศึกษาลักษณะนิสัยการสูบบุหรี่ในเกษตรกรในประเทศฝรั่งเศสเป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวางในเกษตรกรในประเทศฝรั่งเศสโดยศึกษากลุ่มเกษตรกรที่มีอายุ 40-70 ปี ผลการศึกษาวิจัย พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76 และอยู่ในกลุ่มเกษตรกรที่ทำเกษตรกรรมแบบผสมผสานมากกว่าเกษตรกรรมเชิงเดี่ยว

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) เพื่อศึกษาถึงการสูบบุหรี่และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย ตามขั้นตอนดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
5. การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ประชากร ได้แก่ นักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศอำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบระวางของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศอำเภอ สุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบระวางของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R² deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.3 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .064 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ

(Number of predictors) 5 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 250 คน ทั้งนี้หลังเก็บข้อมูลมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ 3 ชุด จึงเหลือแบบสอบถามใช้วิเคราะห์ ข้อมูล 247 ชุด

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ / วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการตอบแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้นักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย ที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศอำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

2. ลักษณะของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย ที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศอำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่

3. วิธีการสร้างและที่มาของเครื่องมือ

3.1 ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิของผู้สูบบุหรี่จำแนกตามช่วงอายุของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

3.2 ค้นคว้าเอกสาร ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.3 สุ่มเลือกพื้นที่ทำการวิจัย

กำหนดเครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย เช่น แบบสอบถามจากนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศอำเภอสะเตาะ จังหวัดสงขลา ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

สร้างแบบสอบถาม ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศ

อำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของนักเรียนและบิดา/มารดา เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ภูมิสำเนา อายุ สายวิชาที่ศึกษา ศาสนา รายได้ต่อเดือนที่ได้รับ และลักษณะของการพักอาศัย

ส่วนที่ 2 การสูบบุหรี่ของของนักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐ และเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศ อำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การสูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่ บุคคลที่สูบบุหรี่ในครอบครัว อาชีพของบิดา/มารดา

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชายไทยด้านการรับรู้ ถึงโอกาสเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของ การสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งปัจจัยความเชื่อทั้ง 4 ด้าน ๆ ละ 10 ข้อ จำนวน 40 ข้อ โดยข้อความที่ให้คามหมายในทางบวกให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5 ,4 ,3 ,2 และ 1 ตามลำดับและให้คะแนนในทางตรงกันข้ามกับข้อความที่มีความหมายในทางลบ ซึ่งค่าคะแนนรวมยิ่งสูง (ต่ำ) หมายถึงมีความคิดเห็นในระดับสูง (ต่ำ) ได้แก่ ประกอบด้วย 1) การรับรู้ ในโอกาสเสี่ยงเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือ/และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นผู้สูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อประกอบด้วยข้อความที่ให้คามหมาย ในทางบวกข้อที่1, 2, 3, 4, 5, 8 และ 9 ข้อความที่ให้คามหมายในทางลบข้อที่ 6, 7 และ 10 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่ให้คามหมายในทาง บวกข้อที่1, 2, 3, 4, 6, 8 และ 10 ข้อความที่ให้คามหมายในทางลบข้อที่ 5, 7 และ 9 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่ให้คามหมายในทางบวกข้อที่ 1, 7 และ 9 ข้อความที่ให้คามหมายในทางลบข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 8 และ 10 และ 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความที่ให้คามหมายในทางบวกข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10

4. การตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง 2 ท่าน และ อาจารย์จากคณะสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี 1 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00

2. นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย จังหวัดสงขลา ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามแต่ละส่วนมีค่าความเชื่อมั่นคือ การสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทย เท่ากับ 0.870 ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการสูบบุหรี่ เท่ากับ .960 ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.946 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ เท่ากับ .932 และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ เท่ากับ .850 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1. ทำหนังสือประสานขอความร่วมมือจากประธานคณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศ อำเภอสุไหงโก-ลก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ประสานตรวจคนเข้าเมืองจังหวัดนราธิวาส ด้านศุลกากรสุไหงโก-ลกจังหวัดนราธิวาสและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.2. แจกแบบสอบถามให้นักเรียนกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ตอบเองและมีการลงชื่อส่งคืนแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง 250 คน ทั้งนี้หลังเก็บข้อมูลมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ 3 ชุด จึงเหลือแบบสอบถามใช้วิเคราะห์ ข้อมูล 247 ชุด

2. วิธีการควบคุมคุณภาพ

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยออกมา แต่เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายในตามเกณฑ์ที่กล่าวมา ทุกคนได้มีโอกาสเข้าร่วมเท่า ๆ กัน ทั้งนี้ นักเรียนต้องไม่มีลักษณะของข้อห้ามตามที่กำหนดไว้และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และมีส่วนร่วมในการตอบแบบสัมภาษณ์ นักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศอำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่าง

ประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ

1. บุคคลที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้
2. บุคคลที่มีสุขภาพดี แต่ไม่มีเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์นักเรียน-นักศึกษาชาวไทย ที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศอำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522
3. บุคคลวิกลจริตและสติปัญญาไม่สมประกอบหรือพูดคุ้ยไม่รู้เรื่อง

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

ในระหว่างทำแบบสัมภาษณ์ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซียที่ศึกษาในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศอำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 หากอาสาสมัครไม่สบายใจที่จะตอบข้อซักถามและให้ความร่วมมือในการดำเนินการทั้งหมด สามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ ซึ่งการขอเลิกในภายหลังนี้ จะไม่มีผลได้อื่น ๆ ตามสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้แต่อย่างใดและลาป่วยด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max)
2. การสุบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย ที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส
3. การวิเคราะห์ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการสุบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการสุบบุหรี่ ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการสุบบุหรี่ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์

ของการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple regression)

การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การแปลผลการวิเคราะห์ในส่วนที่ 3 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการประเมินความคิดเห็นของนักเรียน-นักศึกษาชาย เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ทั้งปัจจัยความเชื่อทั้ง 4 ด้าน ๆ ละ 10 ข้อ จำนวน 40 ข้อ โดยข้อความที่ให้ความหมายในทางบวกให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับและให้คะแนนในทางตรงกันข้ามกับข้อความที่มีความหมายในทางลบ ซึ่งค่าคะแนนรวมยิ่งสูง (ต่ำ) หมายถึงมีความคิดเห็นในระดับสูง (ต่ำ) ได้แก่

1. การรับรู้ในโอกาสเสี่ยงเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือ/และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นผู้สูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ

การจัดกลุ่มผลรวมคะแนนของระดับความคิดเห็นทั้ง 4 ด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามทฤษฎีของ (Bloom, 1971) คือ

ระดับสูง	ช่วงคะแนนตั้งแต่	น้อยกว่า 32	คะแนน
ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนนตั้งแต่	ระหว่าง 32-42	คะแนน
ระดับต่ำ	ช่วงคะแนนตั้งแต่	มากกว่า 42	คะแนน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร

ในการทำวิจัยครั้งนี้ได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยนักเรียน-นักศึกษาโรงเรียนรัฐและเอกชนที่ศึกษาในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศ อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเผื่อระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่บรรลุนิติภาวะจึงต้องให้ผู้ปกครองลงนามให้ความร่วมมือร่วมด้วย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาโรงเรียนรัฐและเอกชนที่ศึกษาในประเทศมาเลเซีย ที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศสุโหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาโรงเรียนรัฐและเอกชนที่ศึกษาในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศ สุโหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาโรงเรียนรัฐและเอกชนที่ศึกษาในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศ สุโหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาโรงเรียนรัฐและเอกชนที่ศึกษาในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศ สุโหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 โดยอาศัยรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross-sectional Study) และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างของนักเรียน-นักศึกษาโรงเรียนรัฐและเอกชนที่ศึกษาในประเทศมาเลเซียที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศสุโหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 จำนวนตัวอย่าง 247 ตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่

- 3.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง
 - 3.2 การรับรู้ถึงความรุนแรง
 - 3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์
 - 3.4 การรับรู้ถึงอุปสรรค
 - 3.5 ระดับคะแนนของปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อสูบบุหรี่
- 4.1 ข้อมูลการสูบบุหรี่
 - 4.2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการสูบบุหรี่
 - 4.3 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. ภูมิลำเนา	n=247	100.0
จังหวัดนครราชสีมา	147	59.5
จังหวัดปัตตานี	55	22.3
จังหวัดยะลา	33	13.3
จังหวัดอื่นๆ ได้แก่ จังหวัดสงขลา	12	4.9
2. อายุนักเรียน	n=247	100.0
ต่ำกว่า 16 ปี	9	3.1
16-18 ปี	231	93.5
มากกว่า 18 ปี	7	2.8
ค่าเฉลี่ย = 17.41 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.31 ค่าต่ำสุด = 16 ปี ค่าสูงสุด = 20 ปี		
3. สายวิชาที่นักเรียนกำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6	n=247	100.0
สายวิทยาศาสตร์ –คณิตศาสตร์	154	62.3
สายศิลป์ – ภาษา	67	27.1
อื่น ๆ	26	10.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
4. นักเรียนนับถือศาสนา	n=247	100.0
มีข้อห้ามตามหลักศาสนาไม่ชัดเจน(พุทธ,คริสต์)	140	56.7
มีข้อห้ามตามหลักศาสนาชัดเจน(อิสลาม)	107	43.3
5. รายได้ต่อเดือนที่นักเรียนได้รับ	n=247	100.0
ไม่มี	27	10.0
มี	222	90.0
5.1 รายได้จากนักเรียนทำงานนอกเวลา (n=20)	20	8.1
ต่ำกว่า 200	8	40.0
201 – 400	2	10.0
401 - 600	3	15.0
มากกว่า600	7	35.0
5.2 รายได้จากบิดา/มารดา/ญาติ (n=194)	194	78.5
ต่ำกว่า 1000	75	38.7
1,000 – 2,000	89	45.9
2,001 - 3,000	22	11.3
3,001 - 4,000	2	1.0
มากกว่า 4,000	6	3.1
5.3 รายได้จากกองทุนการศึกษา (n=8)	8	3.2
ต่ำกว่า 1,000	4	50.0
1,000 – 1,200	1	12.5
มากกว่า1,200	3	37.5
6. ลักษณะของการพักอาศัยในปัจจุบันของนักเรียน	n=247	100.0
บ้านญาติ	23	9.3
บ้านตนเอง	8	3.2
หอพักเอกชน	216	87.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ในกรณีที่นักเรียนอยู่หอพักเอกชน มีการจ่ายค่าหอพัก	8	3.2
นักเรียนจ่ายคนเดียว	1	12.5
จ่ายร่วมกัน	4	50.0
อื่น ๆ (ระบุ...)	3	37.5
รายจ่ายค่าหอพัก (บาท)	8	3.2
ต่ำกว่า 600	4	50.0
601 – 1,200	3	37.5
มากกว่า 1,800	1	12.5

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนราธิวาส จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5 รองลงมาภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานี จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 22.3 ภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดยะลา จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 และภูมิลำเนาจังหวัดอื่นๆ ได้แก่ จังหวัดสงขลา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 4.9 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 16–18 ปี จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 93.5 รองลงมาอายุต่ำกว่า 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.1 และอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.8 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.41 (S.D.= 0.31) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาสายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 62.3 รองลงมาสายศิลป์-ภาษา จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 27.1 และกำลังศึกษาสายอื่นๆ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 และนับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 นักเรียนมีรายได้ต่อเดือนที่ได้รับ จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 90.0 ไม่มีรายได้ต่อเดือนที่ได้รับ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 มีรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนขณะเรียนจากบิดา/มารดา/ญาติ จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 78.5 โดยมีรายได้ต่อเดือนสูงสุดระหว่าง 1,000 – 2,000 บาท มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท มีรายได้มาจากการทำงานนอกเวลา จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 โดยมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 200 บาท และมีรายได้จากกองทุนการศึกษา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 โดยมีรายได้ต่อเดือนสูงสุดระหว่าง 1,000 – 2,000 บาท และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท ส่วนใหญ่พักอาศัยหอพักเอกชน จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 87.4 รองลงมาพักอาศัยบ้านญาติ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3 และพักอาศัยบ้านตัวเอง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ในส่วนหอพักมีการจ่ายค่าหอพัก รายจ่ายค่าหอพักจ่ายร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 นักเรียนจ่ายคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 12.5 และอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ

37.5 ค่าใช้จ่าย ค่าหอพัก ส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายอยู่ที่ต่ำกว่า 600 คิดเป็นร้อยละ 50.0 ค่าใช้จ่าย 601-1,200 คิดเป็นร้อยละ 37.5 ค่าใช้จ่ายมากกว่า 1,800 คิดเป็นร้อยละ 12.5

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษา ในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย ดังตารางที่ 2

2.1 ข้อมูลการสูบบุหรี่

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสูบบุหรี่

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่ของนักศึกษา (n = 247)	247	100.0
ไม่เคยสูบเลย	153	61.9
เคยสูบ	94	38.1
ในกรณีที่เคยสูบบุหรี่: การสูบบุหรี่ของนักศึกษา ในปัจจุบัน (n=94)	94	100
เคยทดลองสูบแต่ปัจจุบันไม่ได้สูบ	44	46.8
เคยสูบเป็นประจำแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	9	9.6
สูบบ้างเป็นบางครั้ง ถ้ามีโอกา	11	11.7
สูบ แต่ไม่ได้สูบเป็นประจำทุกวัน	13	13.8
สูบอยู่เป็นประจำทุกวัน	15	16.0
อื่น ๆ ไม่ระบุ	2	2.1
ในครอบครัวของนักเรียนมีบุคคลใดสูบบุหรี่หรือไม่	247	100.0
ไม่มี	65	26.3
มี	182	73.7
บิดา	115	46.6
สูบบางครั้ง	48	41.7
สูบเป็นประจำทุกวัน	56	48.7
ไม่ทราบ	11	9.6
มารดา	2	0.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
สูบประจำทุกวัน	1	50.0
ไม่ทราบ	1	50.0
พื๋าย	43	17.4
สูบบางครั้ง	20	46.5
สูบประจำทุกวัน	20	46.5
ไม่ทราบ	3	7.0
น้องชาย	8	3.2
สูบบางครั้ง	6	75.0
ไม่ทราบ	2	25.0
บุคคลอื่น เช่น ลุง ตา น้ำ อา เป็นต้น	11	4.9
สูบบางครั้ง	6	54.5
สูบประจำทุกวัน	5	45.5
บุคคลอื่น เช่น น้ำเขย น้ำสาว ยาย เป็นต้น	3	1.2
สูบบางครั้ง	1	33.3
สูบประจำทุกวัน	2	66.7
อาชีพของบิดา	247	100.0
รับจ้าง	105	42.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	34	13.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	56	22.7
อื่น ๆ เช่น เกษตรกร ถึงแก่กรรม,ไม่ทำงาน, เป็นต้น	52	21.1
อาชีพของมารดา	247	100.0
รับจ้าง	78	31.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	46	18.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	40	16.2
แม่บ้าน	40	16.2
อื่น ๆ เช่น เกษตรกรรม ถึงแก่กรรมและ ไม่ทำงาน	43	17.4
การสูบบุหรี่ตามความชัดเจนของหลักศาสนา	94	100.0
ความชัดเจนของหลักศาสนา(อิสลาม)	57	60.64
ไม่มีความชัดเจนของหลักศาสนา(พุทธ/คริสต์)	37	39.36

จากตารางที่ 2 พบว่า นักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย ที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศสุโงโกล-ลกจังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผ่านระบบเฝ้าระวังของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และพิธีการคนเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 61.9 และเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 38.1 โดยจำนวนนี้จำแนกการสูบบุหรี่มากที่สุด คือ เคยทดลองสูบแต่ปัจจุบันไม่ได้สูบ คิดเป็นร้อยละ 46.8 รองลงมา สูบอยู่เป็นประจำ ทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 16.0 คือสูบแต่ไม่ได้สูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 13.8 สูบบ้างเป็นบางครั้ง ถ้ามีโอกาส คิดเป็นร้อยละ 11.7 เคยสูบเป็นประจำแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 9.6 และอื่น ๆ ไม่ระบุ คิดเป็นร้อยละ 2.1 ตามลำดับ

คนในครอบครัวส่วนใหญ่มีคนสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 73.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มากเป็นอันดับ 1 คือ บิดา คิดเป็นร้อยละ 46.6 โดยสูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 48.7 สูบเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.7 อันดับ 2 คือ พี่ชาย คิดเป็นร้อยละ 17.4 คือ สูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 46.5 สูบเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 46.5 อันดับ 3 คือ น้องชาย คิดเป็นร้อยละ 3.2 สูบเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75.0 และอันดับที่ 4 คือ มารดา คิดเป็นร้อยละ 0.8 โดยสูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 50 นอกจากนี้บุคคลอื่น ๆ เช่น ลุง ตา น้าอา เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 4.9 โดยสูบเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 54.5 และสูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 45.5 และน้าเขย น้าสาว ยาย เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 1.2 สูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 66.7 และสูบเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3

อาชีพของบิดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 22.7 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 13.8 อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 13.4 และอาชีพอื่นๆ เช่น ถึงแก่กรรม ไม่ทำงาน ไม่ระบุ คิดเป็นร้อยละ 7.7 มารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 31.6 รองลงมาอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 18.6 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 16.2 อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 14.6 และอาชีพอื่น ๆ เช่น ถึงแก่กรรม ไม่ทำงาน ไม่ระบุ คิดเป็นร้อยละ 2.8

ในส่วนการสูบบุหรี่จำแนก ตามความชัดเจนของศาสนา พบว่า ความชัดเจนของหลักศาสนา(อิสลาม) มีการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 60.64 และ ไม่มีความชัดเจนของหลักศาสนา(พุทธ/คริสต์) คิดเป็นร้อยละ 39.36 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน-
นักศึกษา นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชน
สอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย รายละเอียดดังตารางที่ 3-7

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ในโอกาสเสี่ยง

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)
1. การอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิด โรคมะเร็งได้ เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่	1.2 (3)	1.6 (4)	3.6 (9)	28.3 (70)	65.2 (161)
2. การสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรค หลอดเลือดหัวใจตีบ	0.0 (0)	2.4 (6)	16.6 (41)	44.9 (111)	36.0 (89)
3. การสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคถุงลม โป่งพองมากกว่าคนที่ไม่สูบ	0.8 (2)	3.2 (8)	11.7 (29)	38.1 (94)	46.2 (114)
4. การสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคแผล ในกระเพาะอาหารมากกว่าผู้ไม่ สูบบุหรี่	1.2 (3)	1.6 (4)	30.4 (75)	36.4 (90)	30.4 (75)
5. การอยู่ในบ้านกับคนที่สูบบุหรี่เป็น ประจำ จะมีโอกาสเป็นผู้สูบบุหรี่ใน อนาคต	9.3 (23)	17.4 (43)	30.0 (74)	26.3 (65)	17.0 (42)
6. การสูบบุหรี่ถ้าออกกำลังกายเป็น ประจำไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากบุหรี่	13.4 (33)	25.9 (64)	25.9 (64)	23.1 (57)	11.7 (29)
7 การสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยไม่มี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด	28.3 (70)	17.0 (42)	11.7 (29)	21.5 (53)	21.5 (53)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)
8. การสูบบุหรี่บ้างเป็นบางโอกาสเสี่ยงต่อการติดบุหรี่	2.0 (5)	4.5 (11)	18.2 (45)	47.0 (116)	28.3 (70)
9. การสูบบุหรี่จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อม	0.8 (2)	2.0 (5)	35.6 (88)	35.6 (88)	25.9 (64)
10. การสูบบุหรี่วันละ ไม่เกิน 1 ซอง ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด	9.7 (24)	14.2 (35)	20.6 (51)	25.9 (64)	29.6 (73)

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ร้อยละ 65.2 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งได้ รองลงมาคือร้อยละ 47 เห็นด้วยการสูบบุหรี่บ้างเป็นบางโอกาสเสี่ยงต่อการติดบุหรี่ และร้อยละ 46.2 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่คำถามเชิงลบ มีจำนวน 3 ข้อ พบว่า ร้อยละ 28.3 นักเรียนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งการสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด รองลงมา ร้อยละ 25.9 ไม่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่ถ้าออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากบุหรี่ และร้อยละ 14.2 ไม่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่วันละไม่เกิน 1 ซอง ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด

3.2 การรับรู้ถึงความรุนแรง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรง

การรับรู้ถึงความรุนแรง	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)
1 การสูบบุหรี่จะทำให้ผิวหนังเหี่ยว ย่นแก่เร็ว	3.2 (8)	0.0 (0)	19.8 (49)	36.0 (89)	40.9 (101)
2. การสูบบุหรี่จะมีโอกาสเสียชีวิต เร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่	0.8 (2)	2.8 (7)	12.1 (30)	39.7 (98)	44.5 (110)
3. ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดถ้าสูบบุหรี่จะ ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น	2.8 (7)	1.6 (4)	14.6 (36)	36.4 (90)	44.5 (110)
4. การสูบบุหรี่ทำให้เสียชีวิตจาก โรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น	2.4 (6)	3.2 (8)	17.8 (44)	42.5 (105)	34.0 (84)
5. ผู้ที่มีโรคประจำตัวถ้าสูบบุหรี่จะ ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	15.0 (37)	17.8 (44)	14.6 (36)	21.9 (54)	30.8 (76)
6. การสูบบุหรี่ทำให้สมองเสื่อม เร็วขึ้น	1.2 (3)	3.6 (9)	28.3 (70)	38.5 (95)	28.3 (70)
7. การสูบบุหรี่ช่วยลดความรุนแรง จากปัญหาด้านสุขภาพจิต	8.9 (22)	16.6 (41)	19.8 (49)	27.5 (68)	27.1 (67)
8. การสูบบุหรี่ทำให้ปากเหม็นรุนแรง ขึ้น	1.2 (3)	4.5 (11)	15.0 (37)	36.4 (90)	42.9 (106)
9. การสูบบุหรี่ช่วยทำให้อาการปวด ศีรษะลดลง	9.7 (24)	14.6 (36)	24.7 (61)	23.9 (59)	27.1 (67)
10. การอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาส เสียชีวิตมากขึ้น	3.2 (8)	5.7 (14)	19.8 (49)	41.3 (102)	30.0 (74)

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง ร้อยละ 44.5 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในการการสูบบุหรี่จะมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่เป็นโรคหอบหืดถ้าสูบบุหรี่จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น รองลงมา ร้อยละ 42.9 การสูบบุหรี่ทำให้ปากเหม็นรุนแรงขึ้น และร้อยละ 40.9 การสูบบุหรี่จะทำให้ผิวหนังเหี่ยวแห้งเร็ว ในขณะที่คำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ พบว่า ร้อยละ 17.8 นักเรียนไม่เห็นด้วย ผู้ที่มีโรคประจำตัวถ้าสูบบุหรี่จะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รองลงมา ร้อยละ 16.6 การสูบบุหรี่ช่วยลดความรุนแรงจากปัญหาด้านสุขภาพจิต และร้อยละ 14.6 การสูบบุหรี่ช่วยทำให้อาการปวดศีรษะลดลง

3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ถึงประโยชน์

การรับรู้ถึงประโยชน์	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)
1. การสูบบุหรี่ แสดงถึงความเป็นผู้ไม่ รับผิดชอบต่อสังคม	1.6 (4)	1.6 (4)	7.3 (18)	32.0 (79)	57.5 (142)
2. นักเรียนสูบบุหรี่แสดงถึงความเป็น ผู้ใหญ่	7.7 (19)	12.1 (30)	10.5 (26)	36.4 (90)	33.2 (82)
3. การสูบบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงต่อ การเป็นโรคหัวใจได้	8.9 (22)	13.4 (33)	18.2 (45)	23.5 (58)	36.0 (89)
4. การสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียดได้	7.7 (19)	21.9 (54)	25.1 (62)	24.3 (60)	21.1 (52)
5. การสูบบุหรี่ ช่วยลดปัญหาสุขภาพ	5.3 (13)	10.5 (26)	18.2 (45)	28.3 (70)	37.7 (93)
6. การสูบบุหรี่สามารถที่จะลดความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง	5.3 (13)	15.8 (39)	17.0 (42)	23.9 (59)	38.1 (94)
7. การสูบบุหรี่ ทำให้มีโอกาสติด ยาเสพติดประเภทอื่นมากขึ้น	0.8 (2)	2.4 (6)	11.3 (28)	34.8 (86)	50.6 (125)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้ถึงประโยชน์	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)
8. การสูบบุหรี่จะทำให้มีเพื่อนมาก หรือ/และได้รับการยอมรับจากสังคม มากขึ้น	11.3 (28)	19.0 (47)	20.6 (51)	19.4 (48)	29.6 (73)
9. การสูบบุหรี่จะทำให้ประเทศชาติ ขาดบุคคลากรที่มีคุณภาพ	4.0 (10)	8.9 (22)	22.7 (56)	32.8 (81)	31.6 (78)
10. การสูบบุหรี่ช่วยให้อยู่ในสังคมได้ อย่างมีความสุข	7.7 (19)	11.7 (29)	17.8 (44)	24.3 (60)	38.5 (95)

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ ร้อยละ 57.5 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการสูบบุหรี่แสดงถึงความเป็นผู้ไม่รับผิดชอบต่อสังคม รองลงมา ร้อยละ 50.6 การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสติดยาเสพติดประเภทอื่นมากขึ้น และร้อยละ 31.6 เห็นด้วยอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ จะทำให้ประเทศชาติขาดบุคคลากรที่มีคุณภาพ ในขณะที่คำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ พบว่า ร้อยละ 21.9 นักเรียนไม่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียดได้ รองลงมา ร้อยละ 19.0 การสูบบุหรี่จะทำให้มีเพื่อนมากหรือ/และได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น และร้อยละ 15.8 การสูบบุหรี่สามารถที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง

3.4 การรับรู้ถึงอุปสรรค

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ถึงอุปสรรค

การรับรู้ถึงอุปสรรค	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)
1. การสูบบุหรี่ถือเป็นการไม่ รับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง และ ผู้อื่น	3.6 (9)	5.3 (13)	15.4 (38)	32.0 (79)	43.7 (108)
2. การสูบบุหรี่เป็นการเสพติด ซึ่งขัดต่อหลักคำสอนของศาสนา	1.2 (3)	4.0 (10)	24.3 (60)	39.3 (97)	31.2 (77)
3. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น	2.4 (6)	1.2 (3)	8.9 (22)	38.5 (95)	49.0 (121)
4. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมกับคน ทั่วไปลำบาก	0.8 (2)	5.3 (13)	33.6 (83)	33.6 (83)	26.7 (66)
5. การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองเงิน โดยใช่เหตุ	2.8 (7)	3.2 (8)	9.7 (24)	31.6 (78)	52.6 (130)
6. การสูบบุหรี่ทำให้เสียภาพลักษณ์ ของการเป็นนักศึกษา	2.8 (7)	2.8 (7)	8.9 (22)	35.6 (88)	49.8 (123)
7. นักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื้อม บุหรี่ถือว่าผิดกฎหมาย	1.6 (4)	1.2 (3)	13.4 (33)	29.1 (72)	54. (135)
8. การสูบบุหรี่ทำให้พ่อ แม่ไม่ยอมรับ	2.4 (6)	7.3 (18)	33.6 (83)	32.4 (80)	24.3 (60)
9. การสูบบุหรี่ เมื่อติดแล้วจะเลิกยาก	0.8 (2)	4.0 (10)	15.4 (38)	35.6 (88)	44.1 (109)
10 โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่จึงทำ ให้นักเรียนสูบบุหรี่ไม่ได้	10.1 (25)	6.9 (17)	23.5 (58)	27.1 (67)	32.4 (80)

จากตารางที่ 6 พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงอุปสรรค ร้อยละ 54.7 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่งว่านักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่อบุหรีถือว่าผิดกฎหมาย รองลงมา ร้อยละ 52.6 การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองเงินโดยใช่เหตุ และร้อยละ 49.0 การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น

3.5 ค่าเฉลี่ยระดับคะแนนของปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัย ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ในโอกาสเสี่ยง	247	100.0
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 32 คะแนน)	28	11.3
ระดับปานกลาง (32-42 คะแนน)	179	72.5
ระดับสูง (มากกว่า 42 คะแนนขึ้นไป)	40	16.2
ค่าเฉลี่ย = 35.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.4		
ค่าต่ำสุด = 23 คะแนน ค่าสูงสุด = 46 คะแนน		
การรับรู้ถึงความรุนแรง	247	100.0
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 32 คะแนน)	31	12.6
ระดับปานกลาง (32-42 คะแนน)	157	63.6
ระดับสูง (มากกว่า 42 คะแนนขึ้นไป)	59	23.9
ค่าเฉลี่ย = 36.6 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.5		
ค่าต่ำสุด = 15 คะแนน ค่าสูงสุด = 50 คะแนน		
การรับรู้ถึงประโยชน์	247	100.0
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 32 คะแนน)	102	41.3
ระดับปานกลาง (32-42 คะแนน)	131	53.0
ระดับสูง (มากกว่า 42 คะแนนขึ้นไป)	14	5.7
ค่าเฉลี่ย = 30.8 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.4		
ค่าต่ำสุด = 10 คะแนน ค่าสูงสุด = 47 คะแนน		

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ถึงอุปสรรค	247	100.0
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 32 คะแนน)	11	4.5
ระดับปานกลาง (32-42 คะแนน)	95	38.5
ระดับสูง (มากกว่า 42 คะแนนขึ้นไป)	141	57.1
ค่าเฉลี่ย = 40.5 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.9		
ค่าต่ำสุด = 11 คะแนน ค่าสูงสุด = 50 คะแนน		
ระดับคะแนนรวมปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ	247	100.0
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 128 คะแนน)	9	3.6
ระดับปานกลาง (128-168 คะแนน)	215	87.0
ระดับสูง (มากกว่า 168 คะแนนขึ้นไป)	23	9.3
ค่าเฉลี่ย = 143.1 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.6		
ค่าต่ำสุด = 101 คะแนน ค่าสูงสุด = 175 คะแนน		

จากตารางที่ 7 พบว่า นักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 143.1, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.6) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 87.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 9.3 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 3.6 เมื่อพิจารณาปัจจัยความเชื่อแต่ละด้าน พบว่า

ด้านการรับรู้ในโอกาสเสี่ยง นักเรียน-นักศึกษาชาวไทย มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ในโอกาสเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 35.2, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.4) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อการรับรู้ในโอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.2 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 11.3 ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรง นักเรียน-นักศึกษาชาวไทย มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 36.6, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.5) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อการรับรู้ถึงความรุนแรง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.9 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 12.6 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ นักเรียน-นักศึกษาชาวไทย มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 30.8, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.4) ส่วนใหญ่มีความเชื่อการรับรู้ถึงประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.0 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ

41.3 และอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 5.7 ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรค นักเรียน-นักศึกษาชาวไทยมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงอุปสรรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย= 40.5, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=5.9) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อการรับรู้ถึงอุปสรรค อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.5 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 4.5

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย ดังตารางที่ 8-15

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการสูบบุหรี่

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ สายวิชาการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสูบบุหรี่

	ไม่สูบบุหรี่		สูบบุหรี่		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุนักเรียน	153	61.9	94	38.1	247	100.0
ต่ำกว่า 16 ปี	6	3.9	3	3.2	9	3.6
อายุ 16 – 18 ปี	142	92.8	89	94.7	231	93.5
สูงกว่า 18 ปี	5	3.3	2	2.1	7	2.8
$\chi^2 = 0.374$ $p < = 0.829$ $\text{Lambda} = 0.000$ Contingency Coefficient = 0.039						
สายวิชาที่นักเรียนกำลังเรียน	153	61.1	94	38.1	247	100.0
สายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์	110	71.9	44	46.8	154	62.3
สายศิลป์ – ภาษา	34	22.2	33	35.1	67	27.1
สายอื่นๆ เช่น ธุรกิจฯ	9	5.9	17	18.1	26	10.5
$\chi^2 = 17.678$ $p < = 0.001$ $\text{phi} = 0.268$ Contingency Coefficient = 0.258						

จากตารางที่ 8 พบว่า นักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 61.9 ส่วนนักเรียนที่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 38.1 สามารถจำแนกเป็นช่วงอายุของนักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่กับนักเรียนที่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่สูงสุดมีอายุระหว่าง 16-18 ปี คิดเป็นร้อยละ 92.8 รองลงมาอายุต่ำกว่า 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.9 และอายุมากกว่า 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นักเรียนกำลังศึกษา

ตารางที่ 9 (ต่อ)

	ไม่สูบบุหรี่		สูบบุหรี่		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้จากกองทุน/ทุนการศึกษา	5	62.5	3	37.5	8	100.0
ต่ำกว่า 1,000 บาท	3	60.0	1	33.4	4	50.0
1,000 – 1,200	0	0.0	1	33.3	1	12.5
มากกว่า 1,400	2	40.0	1	33.3	3	37.5
$\chi^2 = 1.956$ $p < = 0.376$ Lambda 0.143 Contingency Coefficient 0.443						
ที่พักอาศัย	153	61.9	94	38.1	247	100
อาศัยอยู่บ้านตนเอง	132	86.3	84	89.4	216	87.4
ญาติ	16	10.5	7	7.4	23	9.3
บ้านเช่า/หอพัก	5	3.2	3	3.2	8	3.3
$\chi^2 = 0.631$ $p < = 0.729$ Lambda= 0.000 Contingency Coefficient=0.729						

จากตารางที่ 9 พบว่า นักเรียนกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีรายได้ ต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 61.9 ไม่มีรายได้ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 15.0 มีรายได้จากบิดา/มารดา/ญาติ ส่วนใหญ่ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.3 รองลงมามีรายได้ ระหว่าง 1,001-2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.6 รายได้ระหว่าง 2,001-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.0 รายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 4,001 บาท คิดเป็น ร้อยละ 2.5 และรายได้ต่อเดือนระหว่าง 3,001-4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.6 มีรายได้จากกองทุน/ทุนการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.2 ส่วนใหญ่รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.0 และมีรายได้มากกว่า 1,400 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.0 สำหรับที่พักอาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านตนเอง คิดเป็นร้อยละ 86.3 รองลงมาอาศัยอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 10.5 และอยู่บ้านเช่า/หอพัก คิดเป็น ร้อยละ 3.2 ส่วนกลุ่มที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 38.1 ไม่มีรายได้ต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 14.9 มีรายได้จากบิดา/มารดา/ญาติ ส่วนใหญ่ต่อเดือนระหว่าง 1,001-2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.4 รองลงมามีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 29.2 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 2,001-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 15.3 และรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 4,001 บาท คิดเป็น ร้อยละ 4.2 มีรายได้จากกองทุน/ทุนการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.5 รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.4 มีรายได้ 1,000–1,200 บาท และมีรายได้มากกว่า 1,400 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านตนเองคิดเป็นร้อยละ 89.4 รองลงมาอาศัยอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 7.4 และอยู่บ้านเช่า/หอพัก คิดเป็นร้อยละ 3.2

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละอาชีพบิดาและมารดาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสูบบุหรี่

	ไม่สูบบุหรี่		สูบบุหรี่		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพบิดา	132	53.4	115	46.6	247	100.0
รับจ้าง	44	33.3	61	53.0	105	42.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	24	18.2	10	8.7	34	13.8
เกษตรกรกรรม	15	11.4	18	15.7	33	13.4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31	23.5	25	21.7	56	22.7
อื่น ๆ เช่น ไม่ทำงาน/ไม่ระบุ	18	13.6	1	0.9	19	7.7
อาชีพมารดา	245	99.2	2	0.8	247	100.0
รับจ้าง	76	31.0	2	100.0	78	31.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	46	18.8	0	0.0	46	18.6
เกษตรกรกรรม	36	14.7	0	0.0	36	14.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	40	16.3	0	0.0	40	16.2
แม่บ้าน	40	16.3	0	0.0	40	16.2
อื่น ๆ	7	2.9	0	0.0	7	2.8

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มนักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ อาชีพบิดา คิดเป็นร้อยละ 53.4 ส่วนใหญ่ บิดามีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมามีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็น ร้อยละ 23.5 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 18.2 อาชีพอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 13.6 และอาชีพ เกษตรกรรมเช่นทำนา ทำสวนยางพารา เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 11.4 อาชีพมารดา คิดเป็นร้อยละ 99.2 ส่วนใหญ่มารดามีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 31.0 รองลงมามีอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 18.8 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 16.3 เท่ากัน อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 14.7 และอาชีพอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 2.9 ส่วนกลุ่มนักเรียนที่สูบบุหรี่ อาชีพบิดา คิดเป็นร้อยละ 46.6 ส่วนใหญ่บิดามีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 53.0 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 21.7 อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 15.7 และอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็น ร้อยละ 8.7 อาชีพอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 0.9 อาชีพมารดา คิดเป็นร้อยละ 0.8 ทั้งหมดมารดามีอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 100.0

ตารางที่ 11 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ปัจจัยส่วนบุคคล	b	β	S.E.b.	t	Sig.
อายุ	.03	.01	.16	.21	.83
สายวิชาที่นักเรียนกำลังเรียน	.34	.26	.08	4.25***	.00
รายได้ต่อเดือน	.31	.07	.27	1.17	.24
อาชีพบิดา	.16	.15	.07	2.33*	.02
อาชีพมารดา	-.06	-.06	.06	-1.02	.30
ที่พักอาศัยขณะศึกษา	.02	.00	.22	.10	.91
คนในครอบครัวสูบบุหรี่	-.36	-.11	.20	-1.81	.07
ค่าคงที่	-.32	-	2.82	-.11	.09

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

*** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 11 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน ด้านสายวิชาที่นักเรียนกำลังเรียนส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเท่ากับ 4.25 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนด้านอาชีพของบิดาส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเท่ากับ 2.33 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวแล้วปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนด้านอายุ รายได้ต่อเดือน อาชีพมารดา ที่พักอาศัยขณะศึกษา คนในครอบครัวสูบบุหรี่ ไม่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

4.2 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่

ตารางที่ 12 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง	b	β	S.E. _b	t	Sig.
1. การอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่	.09	.04	.15	.61	.54
2. การสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	-.08	-.04	.18	-.45	.65
3. การสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าคนที่ไม่สูบ	-.06	-.03	.15	-.44	.65
4. การสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่	-.13	-.07	.13	-.96	.33
5. การอยู่ในบ้านกับคนที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเป็นผู้สูบบุหรี่ในอนาคต	-.04	-.03	.09	-.46	.64
6. การสูบบุหรี่ถ้าออกกำลังกายเป็นประจำไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากบุหรี่	-.32	-.25	.10	-3.23**	.001
7. การสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด	-.05	-.05	.07	-.72	.46
8. การสูบบุหรี่บ้างเป็นบางโอกาสเสี่ยงต่อการติดบุหรี่	-.01	-.00	.12	-.10	.91
9. การสูบบุหรี่จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อม	.25	.14	.13	1.84	.06
10. การสูบบุหรี่วันละ ไม่ เกิน 1 ซองไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด	-.00	-.00	.09	-.06	.94
ค่าคงที่	1.98		.83	2.37	.01

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 12 พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงรายชื่อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน คือ การสูบบุหรี่ถ้าออกกำลังกายเป็นประจำไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากบุหรี่ ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเท่ากับ 3.32 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียน การอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็ง

ได้ เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ การอยู่ในบ้านกับคนที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเป็นผู้สูบบุหรี่ในอนาคต การสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด การสูบบุหรี่บ้างเป็นบางโอกาสเสี่ยงต่อการติดบุหรี่ การสูบบุหรี่จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อม และการสูบบุหรี่วันละไม่เกิน 1 ซอง ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด ไม่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ตารางที่ 13 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงรายข้อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรง	b	β	S.E. _b	t	Sig.
1. การสูบบุหรี่จะทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น แก่เร็ว	.14	.08	.13	1.11	.26
2. การสูบบุหรี่จะมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่	.06	.03	.17	.38	.70
3. ผู้ที่เป็นโรคหอบหืด ถ้าสูบบุหรี่จะทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น	.23	.13	.14	1.56	.12
4. การสูบบุหรี่ทำให้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น	-.12	-.07	.15	-.82	.40
5. ผู้ที่มีโรคประจำตัว ถ้าสูบบุหรี่จะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	.00	.00	.07	.08	.93
6. การสูบบุหรี่ทำให้สมองเสื่อมเร็วขึ้น	-.21	-.12	.15	-1.40	.16
7. การสูบบุหรี่ช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพจิต	-.20	-.16	.10	-2.03*	.04
8. การสูบบุหรี่ทำให้ปากเหม็นรุนแรงขึ้น	-.16	-.09	.12	-1.33	.18
9. การสูบบุหรี่ช่วยทำให้อาการปวดศีรษะลดลง	-.19	-.16	.10	-1.92	.05
10. การอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น	.10	.06	.11	.92	.35
ค่าคงที่	2.09		.67	3.11	.000

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 13 พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่รายข้อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพจิตของนักเรียนส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เท่ากับ 2.03 เท่า อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เกี่ยวกับการสูบบุหรี่จะทำให้ผิวหนังเหี่ยวแห้งเร็ว การสูบบุหรี่จะมีโอกาสเสียชีวิต เร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่เป็นโรคหอบหืด ถ้าสูบบุหรี่จะทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น ผู้ที่มีโรคประจำตัวถ้าสูบบุหรี่จะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่ทำให้สมองเสื่อมเร็วขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้ปากเหม็นรุนแรงขึ้น การสูบบุหรี่ช่วยทำให้อาการ ปวดศีรษะลดลง และการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น

ตารางที่ 14 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์รายชื่อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการ สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่	b	β	S.E. _b	t	Sig.
1. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ แสดงถึงความเป็นผู้ไม่รับผิดชอบต่อสังคม	-.33	-.17	.12	-2.75**	.006
2. นักศึกษาสูบบุหรี่แสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่	-.04	-.03	.13	-.35	.72
3. การสูบบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ	.14	.12	.10	1.44	.15
4. การสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียดได้	-.35	-.28	.11	-3.26**	.001
5. การสูบบุหรี่ ช่วยลดปัญหาสุขภาพ	-.80	-.06	.13	-.57	.56
6. การสูบบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถุงลมโป่งพอง	-.03	-.02	.12	-.28	.77
7. การสูบบุหรี่ ทำให้มีโอกาสติดยาเสพติด ประเภทอื่นมากขึ้น	.20	.10	.15	1.63	.10
8. การสูบบุหรี่จะทำให้มีเพื่อนมากหรือ/และ ได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น	.03	.03	.09	.34	.72
9. การสูบบุหรี่จะทำให้ประเทศชาติขาดบุคลากร ที่มีคุณภาพ	-.01	-.00	.08	-.12	.90
10. การสูบบุหรี่ช่วยให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข	-.15	-.12	.11	-1.28	.20
ค่าคงที่	3.27		.68	4.81	.000

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 14 พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะแสดงถึงความเป็นผู้ไม่รับผิดชอบต่อสังคม

และการสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียดได้ ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เท่ากับ 2.75 และ 3.26 เท่าตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ เกี่ยวกับนักศึกษาสูบบุหรี่แสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ การสูบบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ การสูบบุหรี่ช่วยลดปัญหาสุขภาพ การสูบบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสติดยาเสพติดประเภทอื่นมากขึ้น การสูบบุหรี่จะทำให้มีเพื่อนมากหรือ/และได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น การสูบบุหรี่จะทำให้ประเทศชาติขาดบุคคลากรที่มีคุณภาพ และการสูบบุหรี่ช่วยให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ตารางที่ 15 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรครายชื่อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรค	b	β	S.E. _b	t	Sig.
1. การสูบบุหรี่ถือเป็นการไม่รับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองและผู้อื่น	.05	.03	.11	.48	.62
2. การสูบบุหรี่เป็นการเสพติด ซึ่งขัดต่อหลักคำสอนของศาสนา	-.33	-.19	.13	-2.40**	.01
3. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น	-.24	-.13	.14	-1.65	.10
4. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมกับคนทั่วไปลำบาก	.22	.12	.12	1.79	.07
5. การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองเงินโดยใช่เหตุ	.01	.00	.14	.07	.94
6. การสูบบุหรี่ทำให้เสียภาพลักษณ์ของการเป็นนักเรียน	-.12	-.07	.15	-.86	.38
7. นักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื้อมือถือถือว่ามีส่วนทำผิดกฎหมาย	.00	.00	.14	.02	.98
8. การสูบบุหรี่ทำให้พ่อแม่ไม่ยอมรับ	.46	.29	.11	3.93***	.000
9. การสูบบุหรี่เมื่อติดแล้วจะเลิกยาก	.03	.02	.13	.26	.79
10 โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่จึงทำให้นักศึกษาสูบบุหรี่ไม่ได้	-.07	-.05	.07	-.88	.37
ค่าคงที่	1.12		.68	1.63	.10

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

*** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 15 พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ รายข้อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทำให้พ่อ แม่ไม่ยอมรับ และการสูบบุหรี่เป็นการเสเพลสิ่งเสพติดซึ่งขัดต่อหลักคำสอนของศาสนา ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เท่ากับ 3.93 และ 2.40 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ถือเป็นการไม่รับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองและผู้อื่น การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้อื่นการสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมกับคนทั่วไปลำบาก การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองเงินโดยใช่เหตุ การสูบบุหรี่ทำให้เสียภาพลักษณ์ของการเป็นนักเรียน นักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่บุหรี่ถือว่าเป็นส่วนทำผิดกฎหมาย การสูบบุหรี่เมื่อติดแล้วจะเลิกยาก และโรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่จึงทำให้นักเรียนสูบบุหรี่ไม่ได้ไม่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยเรื่องปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษา โรงเรียนรัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย ที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศ สุโหลงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยได้ใช้ระบบ เฝ้าระวังของ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และ พิจารณาคนเข้าเมือง ตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 เพื่อศึกษาพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของ นักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศ มาเลเซีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของ นักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศ มาเลเซียและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษา ของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบ การศึกษาครั้งเดียว (Cross-Sectional Study) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะจง (Sample Designs) และใช้เครื่องมือสำหรับการสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับข้อมูล ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาในโรงเรียนรัฐและเอกชนที่ศึกษา ในประเทศมาเลเซีย และส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อมูลที่ได้รับจะถูกระบุโดยใช้เครื่องมือสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นอกจากนี้ยังใช้วิธีทางสถิติเชิงพรรณนาแบบ Chi-Square Test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Binary Logistic Regression) เพื่อทำนายผลกระทบของปัจจัย ความเชื่อต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่

สรุปผล

การวิจัยปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาโรงเรียนรัฐ และเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย สรุปผลตามวัตถุประสงค์และประเด็นสำคัญ ได้ดังนี้

1. พฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักเรียนนักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐ และเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 61.9 และเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 38.1 โดยจำนวนนี้จำแนกการสูบบุหรี่มากที่สุดคือ เคยทดลองสูบแต่ปัจจุบันไม่สูบ คิดเป็นร้อยละ 46.8 รองลงมา สูบอยู่เป็นประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 16.0

คือ สูบแต่ไม่ได้สูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 13.8 สูบบ้างเป็นบางครั้ง ถ้ามีโอกาส คิดเป็นร้อยละ 11.7 เคยสูบเป็นประจำแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 9.6 และคนในครอบครัว ส่วนใหญ่มีคนสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 73.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่มากเป็นอันดับ 1 คือ บิดา คิดเป็นร้อยละ 46.6 โดยสูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 48.7 สูบเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.7 อันดับ 2 คือ พี่ชาย คิดเป็นร้อยละ 17.4 คือ สูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 46.5 สูบเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 46.5 อันดับ 3 คือ บุคคลอื่น ๆ เช่น ลุง ตา น้าอา เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 4.9 โดยสูบเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 54.5 และสูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 45.5 อันดับ 4 คือ น้องชาย คิดเป็นร้อยละ 3.2 สูบเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75.0 อันดับที่ 5 คือ บุคคลอื่น ๆ เช่น น้าเขย น้าสาว ยาย เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 1.2 สูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ สูบเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 และอันดับที่ 6 คือ มารดา คิดเป็นร้อยละ 0.8 โดยสูบเป็นประจำทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 50 และพบว่า

2. ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษา นักศึกษาชายไทย ที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย พบว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย=143.1, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=12.6) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 87.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 9.3 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 3.6 เมื่อพิจารณาปัจจัยความเชื่อแต่ละด้าน และพบว่า ความชัดเจนของหลักศาสนา(อิสลาม) มีการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 60.64 และ ไม่มีความชัดเจนของหลักศาสนา(พุทธ/คริสต์) คิดเป็นร้อยละ 39.36 ตามลำดับ

2.1 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่นักเรียน-นักศึกษาชายไทย ที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ในโอกาสเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=35.2, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=4.4) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อการรับรู้ในโอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.2 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 11.3 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ร้อยละ 65.2 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่งในการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งได้ รองลงมาร้อยละ 47 เห็นด้วยการสูบบุหรี่บ้างเป็นบางโอกาสเสี่ยงต่อการติดบุหรี่ และร้อยละ 46.2 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าคนที่ไม่สูบ ในขณะที่คำถามเชิงลบ มีจำนวน 3 ข้อ พบว่า ร้อยละ 28.3 นักเรียนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งการสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด รองลงมา ร้อยละ 25.9 ไม่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่ถ้าออกกำลังกายเป็นประจำไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากบุหรี่ และร้อยละ 14.2 ไม่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่วันละไม่เกิน 1 ซองไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด

2.2 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรง พบว่า นักเรียน-นักศึกษาโรงเรียนชายไทย ที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=36.6, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=5.5) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อการรับรู้ถึงความรุนแรง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมา ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.9 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 12.6 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ร้อยละ 44.5 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในการสูบบุหรี่จะมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และ ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดถ้าสูบบุหรี่จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น รองลงมา ร้อยละ 42.9 การสูบบุหรี่ ทำให้ปากเหม็นรุนแรงขึ้น และร้อยละ 40.9 การสูบบุหรี่จะทำให้ผิวหนังเหี่ยวแห้งเร็ว ในขณะที่คำถาม เชิงลบ จำนวน 3 ข้อ พบว่า ร้อยละ 17.8 นักเรียนไม่เห็นด้วย ผู้ที่มีโรคประจำตัวถ้าสูบบุหรี่จะไม่เป็น อันตรายต่อสุขภาพ รองลงมา ร้อยละ 16.6 การสูบบุหรี่ช่วยลดความรุนแรงจากปัญหาด้านสุขภาพจิต และ ร้อยละ 14.6 การสูบบุหรี่ช่วยทำให้อาการปวดศีรษะลดลง

2.3 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ พบว่า นักเรียน-นักศึกษาชายไทย ที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=30.8, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=7.4) ส่วนใหญ่มีความเชื่อการรับรู้ถึงประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.0 รองลงมาอยู่ใน ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 41.3 และอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 5.7 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ร้อยละ 57.5 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการสูบบุหรี่แสดงถึงความเป็นผู้ไม่รับผิดชอบต่อสังคม รองลงมา ร้อยละ 50.6 การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสติดยาเสพติดประเภทอื่นมากขึ้น และร้อยละ 31.6 เห็นด้วยอย่างยิ่งการสูบบุหรี่จะทำให้ประเทศชาติขาดบุคลากรที่มีคุณภาพ ในขณะที่คำถาม เชิงลบ จำนวน 7 ข้อ พบว่า ร้อยละ 21.9 นักเรียนไม่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียด ได้ รองลงมา ร้อยละ 19.0 การสูบบุหรี่ทำให้มีเพื่อนมากหรือ/และได้รับการยอมรับจากสังคมมาก ขึ้น และร้อยละ 15.8 การสูบบุหรี่สามารถที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง

2.4 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรค พบว่า นักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษา ในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงอุปสรรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=40.5, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=5.9) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อการรับรู้ถึงอุปสรรค อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมา อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.5 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 4.5 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ร้อยละ 54.7 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่งว่านักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื้อมูหรืถือว่าผิดกฎหมาย รองลงมา ร้อยละ 52.6 การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองเงิน โดยใช่เหตุ และร้อยละ 49.0 การสูบบุหรี่ในที่ สาธารณะก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น

3. ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย พบว่า

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน คือ ด้านสาขาวิชาที่นักเรียนกำลังเรียนส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเท่ากับ 4.25 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนด้านอาชีพของบิดาส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเท่ากับ 2.33 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวแล้วปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนด้านอายุ รายได้ต่อเดือน อาชีพมารดา ที่พักอาศัยขณะศึกษา คนในครอบครัวสูบบุหรี่ ไม่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

3.2 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย พบว่า

3.2.1 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงรายข้อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน คือ การสูบบุหรี่ถ้าออกกำลังกายเป็นประจำไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากบุหรี่ ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเท่ากับ 3.32 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.2.2 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่รายข้อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพจิตของนักเรียนส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เท่ากับ 2.03 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เกี่ยวกับการสูบบุหรี่จะทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น แกร่ง การสูบบุหรี่จะมีโอกาสเสียชีวิต เร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่เป็นโรคหอบหืด ถ้าสูบบุหรี่จะทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น ผู้ที่มีโรคประจำตัวถ้าสูบบุหรี่จะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่ทำให้สมองเสื่อมเร็วขึ้น การสูบบุหรี่ทำให้ปากเหม็นรุนแรงขึ้น การสูบบุหรี่ช่วยทำให้อาการปวดศีรษะลดลง และการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น

3.2.3 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะแสดงถึงความเป็นผู้ไม่รับผิดชอบต่อสังคม และการสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียดได้ ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เท่ากับ 2.75 และ 3.26 เท่าตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ เกี่ยวกับนักศึกษาสูบบุหรี่แสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ การสูบบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพอง การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสติดยาเสพติดประเภทอื่นมากขึ้น การสูบบุหรี่จะทำให้มีเพื่อนมากหรือ/และได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น การสูบบุหรี่จะทำให้ประเทศชาติขาดบุคคลากรที่มีคุณภาพ และการสูบบุหรี่ช่วยให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

3.2.4 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ รายชื่อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทำให้พ่อ แม่ไม่ยอมรับ และการสูบบุหรี่ เป็นการเสพติดซึ่งขัดต่อหลักคำสอนของศาสนา ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เท่ากับ 3.93 และ 2.40 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยความเชื่อ ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ถือเป็นการไม่รับผิดชอบต่อ ชีวิตของตนเองและผู้อื่น การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้อื่นการสูบบุหรี่ทำให้ เข้าสังคมกับคนทั่วไปลำบาก การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองเงินโดยใช่เหตุ การสูบบุหรี่ทำให้เสีย ภาพลักษณ์ของการเป็นนักเรียน นักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่บหรี่ถือว่ามีส่วนทำผิดกฎหมาย การสูบบุหรี่เมื่อติดแล้วจะเลิกยาก และโรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่จึงทำให้นักเรียนสูบบุหรี่ไม่ได้ ไม่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน

อภิปรายผล

การวิจัยปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาโรงเรียน รัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย พบประเด็นสำคัญดังนี้

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐ และเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซียพบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าอุดมศึกษา อัตราการสูบบุหรี่จะสูงกว่าคนที่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษาอาจเป็นเพราะว่าคนในครอบครัว ส่วนใหญ่มีคนสูบบุหรี่นักเรียนจึงเห็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่มาตั้งแต่เด็ก และไม่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ ดูเป็นเรื่องปกติ หรืออาจเป็นเพราะคนในครอบครัวไม่ได้แนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับนักเรียนโดยเฉพาะ อย่างยิ่งบิดามารดาสูบบุหรี่ เพราะเห็นการสูบบุหรี่ในบ้านมาแต่เด็กจึงคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา หรือวัยรุ่นหลายคนจะตามอย่างญาติพี่น้องคิดว่าเป็นการแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่ ความเป็นชาย มิงานวิจัยพบว่า ถ้าบิดา/มารดาสูบบุหรี่ จะทำให้ลูกเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมีแนวโน้มจะสูบบุหรี่สูงขึ้นถึง 3 เท่า อิทธิพลของสื่อโฆษณาโดยเฉพาะอย่างยิ่งฉลากสูบบุหรี่ของดาราดังในภาพยนตร์หรือโทรทัศน์และความอยากรลอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของวัยรุ่นที่มีความอยากรลองเป็น เรื่องที่ ทำหาย น่าตื่นเต้น และสนุกสนาน ความเชื่อตามความชัดเจนของศาสนา พบว่า ความชัดเจนของหลักศาสนา(อิสลาม) มีการสูบบุหรี่ คิดเป็น 2 เท่าของไม่มีความชัดเจนของหลักศาสนา(พุทธ/คริสต์)

2. ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่ของนักเรียน-ศึกษานักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย พบว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย=143.1,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=12.6) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 87.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 9.3 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 3.6 :ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของพรศิริ พันธสี และ

กาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ สมาคมแต่จีวแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก พฤติกรรมสุขภาพด้านที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ด้านการไม่สูบบุหรี่ เมื่อพิจารณาปัจจัยความเชื่อแต่ละด้าน พบว่า

2.1 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่นักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ในโอกาสเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=35.2, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=4.4) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อการรับรู้ในโอกาสเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.2 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 11.3 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ร้อยละ 65.2 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่งในการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งได้ รองลงมาร้อยละ 47 เห็นด้วยการสูบบุหรี่บ้างเป็นบางโอกาสเสี่ยงต่อการติดบุหรี่ และร้อยละ 46.2 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่คำถามเชิงลบ มีจำนวน 3 ข้อ พบว่า ร้อยละ 28.3 นักเรียนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งการสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด รองลงมา ร้อยละ 25.9 ไม่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่ถ้าออกกำลังกายเป็นประจำไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากบุหรี่ และร้อยละ 14.2 ไม่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่วันละไม่เกิน 1 ซองไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (2556) ได้ประกาศว่า 19 โรค ถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นจากการบุหรี่ย เช่น มะเร็ง ได้แก่ มะเร็งช่องปาก โพรงจมูก กล้องเสียง หลอดลม ปอด หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ตับอ่อน ตับ ไต กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ทวารหนัก เต้านม ปากมดลูก รังไข่ ต่อมลูกหมาก นอกจากนี้พบว่าโอกาสการเกิดแผลในกระเพาะอาหารของคนสูบบุหรี่สูงกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 4 เท่า และผู้ที่ทั้งสูบบุหรี่และดื่มสุรา โอกาสในการเกิดมะเร็งของหลอดอาหารสูงกว่าคนสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวถึง 3 เท่า

อาจเป็นเพราะว่า การเข้าสังคมซึ่งมีผู้สูบบุหรี่ในสังคมนั้น ๆ เชิญชวนให้สูบบุหรี่ บางคนสูบบุหรี่เพราะความเชื่อที่ทำให้มีความมั่นใจ คุณน้ำหนัก เเท่ ไม่คิดว่าจะเกิดโรคหรือเป็นอันตราย และเพื่อคลายเครียด และผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีการปรุงแต่งรสชาติล่อใจทั้งเด็ก ผู้หญิง และคนสูบบุหรี่ให้ติดง่ายขึ้น และเลิกยากขึ้น ทั้งบุหรี่ยี่ห้อหรือช็อคโกแลตที่ทำให้เด็กอยากลอง บุหรี่ทาร์นิโคตินต่ำ หรือบุหรี่ยี่ห้ออื่น ปัจจุบัน 99% ของบุหรี่ยี่ห้อที่วางขายที่ทำให้คนสูบบุหรี่คิดว่าอันตรายน้อย และแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน

2.2 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรง พบว่า นักเรียน-นักศึกษาโรงเรียนชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย มีความ

เชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงความรุนแรง โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=36.6, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=5.5) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อการรับรู้ถึงความรุนแรง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมา ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.9 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 12.6 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ร้อยละ 44.5 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในการสูบบุหรี่จะมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และผู้ที่ เป็นโรคหอบหืดถ้าสูบบุหรี่จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น รองลงมา ร้อยละ 42.9 การสูบบุหรี่ ทำให้ปากเหม็นรุนแรงขึ้น และร้อยละ 40.9 การสูบบุหรี่จะทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่นแก่เร็ว ในขณะที่คำถาม เชิงลบ จำนวน 3 ข้อ พบว่า ร้อยละ 17.8 นักเรียนไม่เห็นด้วย ผู้ที่มีโรคประจำตัวถ้าสูบบุหรี่จะไม่เป็น อันตรายต่อสุขภาพ รองลงมา ร้อยละ 16.6 การสูบบุหรี่ช่วยลดความรุนแรงจากปัญหาด้านสุขภาพจิต และ ร้อยละ 14.6 การสูบบุหรี่ช่วยทำให้อาการปวดศีรษะลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของอรลักษณ์ พัฒนา ประทีป. (2563) ศึกษาบทบาทพยาบาลในการป้องกัน ลด ละ เลิก บุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น ได้กล่าวถึงโรค ที่มีสาเหตุจากบุหรี่เป็นสาเหตุหลัก บุหรี่จะกลายเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลกมากกว่าการ เสียชีวิตจากโรคเอดส์ การเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด อุบัติเหตุทางรถยนต์ การฆาตกรรม และ การฆ่าตัวตายรวมกัน สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (2556) ประกาศว่าบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคร้าย ต่าง ๆ 19 โรค คำนับบุหรี่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจอย่างมาก และทำให้เนื้อปอด เสื่อมสมรรถภาพลง เมื่อมีการสะสมของค่านับบุหรี่ในปอดอย่างต่อเนื่อง โรคที่พบ คือ ถุงลมปอดอุดกั้น เรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นหวัดและหลอดลมอักเสบง่าย และโรคทางเดินหายใจ อื่นๆ คนสูบบุหรี่เป็นประจำจะเป็นหวัดบ่อย และเมื่อเป็นแล้วจะหายช้ากว่าคนทั่วไป

อาจเป็นเพราะว่า นักเรียนได้เรียนรู้จากในวิชาเรียนที่มีการอบรมและกล่าวถึง โทษภัยและความรุนแรงของโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และจากสื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดการรับรู้ความ รุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยจึงมีผลทำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ เพื่อการป้องกันโรคอันเกิด จากบุหรี่

2.3 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ พบว่า นักเรียน-นักศึกษาชายไทย ที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย มีความเชื่อ เกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=30.8, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=7.4) ส่วนใหญ่มีความเชื่อการรับรู้ถึงประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.0 รองลงมาอยู่ใน ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 41.3 และอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 5.7 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ร้อยละ 57.5 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการสูบบุหรี่แสดงถึงความเป็นผู้ไม่รับผิดชอบต่อสังคม รองลงมา ร้อยละ 50.6 การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาสติดยาเสพติดประเภทอื่นมากขึ้น และร้อยละ 31.6 เห็นด้วยอย่างยิ่งการสูบบุหรี่จะทำให้ประเทศชาติขาดบุคคลากรที่มีคุณภาพ ในขณะที่คำถาม เชิงลบ จำนวน 7 ข้อ พบว่า ร้อยละ 21.9 นักเรียนไม่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียดได้ รองลงมา ร้อยละ 19.0 การสูบบุหรี่จะทำให้มีเพื่อนมากหรือ/และได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น

และร้อยละ 15.8 การสูบบุหรี่ที่สามารถที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง สอดคล้องกับงานวิจัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (2550) ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า กลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุประมาณเกือบ 17 ปี สาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำพบว่า 54.5% อยากทดลองสูบ รองลงมาคือ 25.8% ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวนสูบ 5.7% และเพื่อเข้าสังคม/สังสรรค์

อาจเป็นเพราะว่า นักเรียนตามอย่างเพื่อนเริ่มสูบบุหรี่เพราะเพื่อนชวน บางคนมีเจตคติว่า ถ้าไม่สูบบุหรี่จะเข้ากับกลุ่มเพื่อนไม่ได้ และหลายคนไม่กล้าเลิกสูบบุหรี่ เพราะกลัวเพื่อนจะล้อเลียนและไม่ให้เข้ากลุ่ม ความเคยชินของผู้สูบที่จะต้องหยิบบุหรี่ยามาสูบเมื่ออยู่ในสถานการณ์หรือมีสิ่งกระตุ้นที่คุ้นเคย เช่น หลังรับประทานอาหาร ระหว่างการดื่มชาหรือกาแฟ ในวงเหล้า หลังเรียนหนังสือ หลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งบางครั้งการเสพติดแบบนี้ผู้สูบบ่มองในเชิงบวกเนื่องจากผู้สูบสามารถนำไปใช้เพื่อสร้างสัมพันธ์ในสังคมได้ นอกจากนี้บุคคลที่มีบุคลิกภาพขาดความมั่นใจในตัวเอง ประหม่าง่าย วิตกกังวล และบุคคลที่ชอบความก้าวร้าวรุนแรง ไม่เกรงใจ ไม่เคารพในสิทธิผู้อื่น ไม่รู้สึกผิดในสิ่งที่ตนกระทำต่อผู้อื่นจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเสพติดบุหรี่

2.4 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรค พบว่า นักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ถึงอุปสรรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย=40.5, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=5.9) ส่วนใหญ่นักเรียนมีความเชื่อการรับรู้ถึงอุปสรรค อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.5 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 4.5 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ร้อยละ 54.7 นักเรียนเห็นด้วยอย่างยิ่งว่านักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื้อมันหรือถือว่าผิดกฎหมาย รองลงมา ร้อยละ 52.6 การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองเงิน โดยใช่เหตุ และร้อยละ 49.0 การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของนันทิชา ภาฯ (2550) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2560 (2560) เกี่ยวกับการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ตั้งแต่การคุ้มครองสุขภาพและสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในการที่จะได้รับอากาศที่ปราศจากสารพิษจากการเผาไหม้ของบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ การห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูบบุหรี่จำนวนมากเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุไฟไหม้ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สำคัญการห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นการยืนยันว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะไม่ใช่

พฤติกรรมที่สังคมยอมรับ ซึ่งส่งผลให้เกิดค่านิยมในทางลบต่อการสูบบุหรี่ อันจะทำให้เยาวชนรุ่นใหม่หันมาสูบบุหรี่น้อยลง

อาจเป็นเพราะว่า ประเทศไทยมีการรณรงค์เรื่องพิษภัยของควันบุหรี่อย่างต่อเนื่อง และมีกฎหมายควบคุมยาสูบมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมมาตรการทางการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งรวมถึงยาสูบทุกชนิดที่ใช้สูด ดม อม เคี้ยว สารสำคัญของกฎหมาย ได้แก่ ห้ามขายบุหรี่แก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ห้ามแจกบุหรี่เพื่อเป็นตัวอย่าง หรือเพื่อให้แพร่หลาย ห้ามขายบุหรี่ด้วยเครื่องขายอัตโนมัติ ฯลฯ และกฎหมายฉบับนี้ให้อำนาจกระทรวงสาธารณสุขในการประกาศให้สถานที่ต่างๆ เป็นที่ที่ห้ามสูบบุหรี่ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในการที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์ และปลอดภัยจากการได้รับอันตรายจากควันบุหรี่

3. ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย พบว่า

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน คือ ด้านสายวิชาที่นักเรียนกำลังเรียนส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเท่ากับ 4.25 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนด้านอาชีพของบิดาส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเท่ากับ 2.33 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวแล้วปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนด้านอายุ รายได้ต่อเดือน อาชีพมารดา ที่พักอาศัยขณะศึกษา คนในครอบครัวสูบบุหรี่ไม่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน สอดคล้องกับงานวิจัยของจิราภรณ์ จันทรแก้ว และพรณา หอมสินธุ์ (2558) พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความเครียด การสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง การสูบบุหรี่ของพี่น้อง การยอมรับการสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิท การเข้าถึงบุหรี่ การเข้าถึงสื่อเกี่ยวกับบุหรี่ และการคาดการณ์การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติพงษ์ ทองเหลือง (2550) พบว่าบุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ จำนวนเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ และปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

มีงานวิจัยพบว่า เด็กที่บิดา/มารดาสูบบุหรี่ มีแนวโน้มจะสูบบุหรี่สูงขึ้นถึง 3 เท่า เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เพราะเป็นวันความอยากรลอง นอกจากนี้การคบเพื่อนก็ส่งผล เนื่องจากเกิดการชักชวน เพราะ มีความเชื่อว่าถ้าไม่สูบบุหรี่จะเข้ากับกลุ่มเพื่อนไม่ได้

3.2 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย พบว่า

3.2.1 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงรายข้อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน คือ การสูบบุหรี่ถ้าออกกำลังกายเป็นประจำไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากบุหรี่ ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเท่ากับ 3.32 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียน ความใกล้ชิดของผู้สูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งได้ง่ายขึ้น เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคสมองเสื่อมและกระเพาะอาหารเกิดผลมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ การเป็นผู้ร่วมบ้านกับคนที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเป็นผู้สูบบุหรี่ในอนาคต สอดคล้องกับงานวิจัยของชอลดา ไชยกุลวัฒนา, ประกายดาว สุทธิ และวิชานีย์ ใจมาลัย (2557) พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิงถึง 3.78 เท่า สอดคล้องกับการวิจัย ของธนารัตน์ จันดามิ (2551) ศึกษาถึงการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอมือง จังหวัดหนองคายผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่และมีการปฏิเสธการสูบบุหรี่มากกว่า

3.2.2 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และ ไม่สูบบุหรี่รายชื่อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตอย่างรวดเร็วมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ นักวิจัยได้พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าต่อหนึ่งเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ ผู้ที่มีโรคหอบหืดหากสูบบุหรี่จะทำให้อาการของโรคหอบหืดรุนแรงขึ้น การสูบบุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดอีกด้วย ดังนั้น ผู้ที่มีโรคประจำตัวควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เพื่อรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

3.2.3 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการสูบบุหรี่ และ ไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะแสดงถึงความเป็นผู้ไม่รับผิดชอบต่อสังคม และการสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียดได้ ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เท่ากับ 2.75 และ 3.26 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสูบบุหรี่จะทำให้มีเพื่อนมากหรือ/และได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น การสูบบุหรี่จะทำให้ประเทศชาติขาดบุคลากรที่มีคุณภาพ และการสูบบุหรี่ช่วยให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ และสิริลักษณ์ ชื้อสัตย์ (2563) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ก็มีความสัมพันธ์กับความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการเสริมสร้างการรับรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อาจจะช่วยเสริมสร้างความสามารถในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของโสมรัตน์ บัณฑิตเลิศรักษ์ (2551) พบว่าความรู้เรื่องบุหรี่ การรับรู้อันตรายและความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ มีระดับสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คือ เชื่อว่าการสูบบุหรี่ไม่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เนื่องจากผู้ที่สูบบุหรี่ร่างกายยังแข็งแรง และไม่ส่งผลต่อให้เกิดโรคประจำตัว

อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูบบุหรี่บางส่วนอาจเสพติดบุหรี่เพราะติดใจในผลของนิโคตินซึ่งทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล คลายเครียด ลดความกระวนกระวาย ทำให้มีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานมากขึ้น มีชีวิตชีวา มีเรี่ยวแรง นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับทัศนคติ ความเชื่อ หรือความรู้สึกดีต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ด้วย และเมื่อนิโคตินจากบุหรี่เข้าสู่ร่างกายจะถูกส่งต่อเข้าไปยังระบบประสาทส่วนกลาง แล้วนิโคตินจะออกฤทธิ์โดยการจับกับตัวรับนิโคติน (Nicotine Receptor) ซึ่งพบได้ที่บริเวณ VTA ของ Brain Reward Pathway ผลที่เกิดขึ้นเมื่อมีการจับของนิโคตินกับตัวรับนิโคติน คือ ทำให้มีการหลั่งของโดปามีนออกมาจากปลายประสาท VTA มากขึ้น ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกสุขใจ สบายใจขึ้น มีอารมณ์เป็นสุข มีแรงจูงใจ

3.2.4 ปัจจัยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ รายชื่อที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทำให้พ่อ แม่ไม่ยอมรับ และการสูบบุหรี่เป็นการเสพติดซึ่งขัดต่อหลักคำสอนของศาสนา ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน เท่ากับ 3.93 และ 2.40 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่และการไม่สูบบุหรี่มีความสำคัญอย่างมาก การสูบบุหรี่ไม่เพียงแต่เป็นการไม่รับผิดชอบต่อชีวิตของตนเองและผู้อื่นเท่านั้น แต่ยังสร้างความเดือดร้อนแก่ผู้อื่นเมื่อสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ทำให้เข้าสังคมกับคนทั่วไปลำบาก และสิ้นเปลืองเงินโดยใช้เหตุอีกด้วย นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้เสียภาพลักษณ์ของการเป็นนักเรียน นักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซื่อบุหรี่ถือว่ามีส่วนทำผิดกฎหมาย และการเลิกสูบบุหรี่เมื่อติดแล้วก็ยากมาก ดังนั้นการเป็นโรงเรียนเขตปลอดบุหรี่จึงมีความสำคัญในการป้องกันนักเรียนไม่สูบบุหรี่และส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยของนนทิชา ภาฯ (2550 : บทคัดย่อ) ซึ่งพบว่า การเข้าใจและรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่เป็นสิ่งสำคัญที่นักเรียนควรมีเพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากการสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิตตานันท์ พงศ์วรินทร์ (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบ การวิจัยพบว่า 37.5% ของพนักงานโรงงานยาสูบ มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วยเพศ อายุ รายได้ สถานภาพ รูปแบบการทำงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเอื้ออย่างความยากง่ายในการเข้าถึงบุหรี่ และปัจจัยเสริมเช่นการได้รับแจกบุหรี่ และการมีเพื่อนสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งทั้งหมดมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบในองค์กรนี้

อาจเป็นเพราะว่า นักเรียนได้รับฟังข่าวจากสื่อต่าง ๆ ถึงการวิจัยพบว่า 25% ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ และความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบของเพศหญิงที่สูบบุหรี่และได้รับยาคุมกำเนิดมากกว่าสตรีทั่วไปถึง 40 เท่า และพบการเกิดโรคเส้นเลือดสมองสูงกว่าเพศหญิงทั่วไป ภาวะหัวใจวายเป็นหนึ่งในผลกระทบที่ร้ายแรงที่สุดที่สามารถเกิดขึ้น

จากการสูบบุหรี่ ซึ่งสถิติแสดงให้เห็นว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่เสียชีวิตจากภาวะหัวใจวายก่อนอายุ 50 ปี เกิดขึ้นเพราะการสูบบุหรี่ ควันบุหรี่ยังทำให้เกิดการระคายเคืองต่อ respiratory system อย่างมาก และทำให้เนื้อปอดเสื่อมสมรรถภาพลง ควันบุหรี่ยังที่สะสมในปอดส่งผลให้เกิดโรค เช่น หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่ง และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะเป็นหวัดบ่อย และเมื่อเป็นแล้วจะเกิดการเรื้อรัง จึงส่งผลให้นักเรียนเกิดการกลัวยโรคภัยต่าง ๆ ทำให้มีผลถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และปัจจัยด้านสายวิชาที่นักเรียนกำลังเรียนส่งผลต่อการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและประโยชน์ของผลการวิจัยมีดังนี้

1. ควรมีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการรณรงค์นโยบายห้ามสูบบุหรี่ภายในโรงเรียนไปปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ทั้งนี้ สถานศึกษาควรมีนโยบายชัดเจนในการไม่รับการสนับสนุนใดๆ จากบริษัทบุหรี่

2. ควรจัดกิจกรรมที่ให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่แก่นักเรียน เช่น การเปิดคลินิกอดบุหรี่ การให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ หรือการจัดโปรแกรมเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในโรงเรียน

3. ควรขอความร่วมมือจากผู้ปกครองและครอบครัวของนักเรียนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันไม่ให้บุตรหลานสูบบุหรี่

4. ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายด้าน ดังนี้

- เยาวชนผู้สูบบุหรี่สามารถนำแนวทางนี้ไปปรับใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ โดยประยุกต์หลักการทางอิสลามเป็นแนวทางปฏิบัติ

- บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการร่วมกับครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกลยุทธ์และแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในเยาวชนมุสลิม โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของชุมชน

- พยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลแก่เยาวชนมุสลิม รวมถึงประยุกต์ใช้กับประชาชนมุสลิมวัยอื่นๆ เช่น ผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ

- ในด้านการวิจัยทางการแพทย์ ข้อมูลนี้สามารถนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่สำหรับเยาวชนมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้ โดยประยุกต์ใช้หลักการทางศาสนาอิสลาม

การนำข้อเสนอแนะและผลการวิจัยไปใช้อย่างบูรณาการจะช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพในการป้องกันและลดการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของสังคมมุสลิม ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเยาวชนในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาโรงเรียนรัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย มีข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

2.1 ควรศึกษาแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชาวไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย

2.2 ควรศึกษาความชุกของผู้สูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียน ประเภทบารากุ ชีชา หรือฮุกกา เพื่อให้ได้มุมมองที่แตกต่าง

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ และสิริลักษณ์ ชื้อสัตย์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตมินบุรี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 34 (3),19.
- กรมควบคุมโรค, สำนักโรคบาตวิทยา. (2005). *กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548* (จัดพิมพ์ครั้งที่ 5). หน้า 18-30 กันยายน 2561.
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2537). *หนังสือความรู้เกี่ยวกับสิ่งเป็นพิษ*. ตอนที่ 9 : 15-19.
- กรมสรรพสามิต. (2546). *ข้อมูล ปี พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากภัยพิบัติและบาดแผลทางจิตใจที่มีต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน : องค์ความรู้และการช่วยเหลือ*. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- กระทรวงสาธารณสุข. (2539). *แผนพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)*. นนทบุรี
- กาญจนา ศรีนวล. (2536). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุในจังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติศักดิ์ เมืองหนู. (2544). *ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเลิกบุหรี่ของผู้นำชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง*. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะนักวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ. (2563). สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2563 จาก <http://www.ashthailand.or.th/th/content>
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และรุ่งนภา แยมกลีบ. (2561). *ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับควันบุหรี่มือสองของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง*. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 13 (2), 89.
- จันทนา จันทรไพจิตร. (2541). *ได้ศึกษาเหตุผลในการสูบบุหรี่ และศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2540*. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563 จาก <http://healthnet.md.chula.ac.th/test/forum1/smoking/page6.htm>
- จิราพร สุวรรณธีรางกูร. (2542). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในสถานศึกษา จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จำเนียร ใหม่ปิยะ. (2543). *ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับ พรบ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่*

- พ.ศ. 2535 ของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
จิตตานันท์ พงศ์วรินทร์. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบ.
กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
- จิราภรณ์ จันทร์แก้ว และพรนภา หอมสินธุ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่
ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 27 (2), 99-108.
- จิรพร สร้อยสุวรรณ. (2540). “การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ
นักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,” เอกสารเสนอโครงการ
ประชุมวิชาการ เรื่อง สู่เส้นทางการปฏิรูปครุศาสตร์. 7-8 กรกฎาคม 2540.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารักษ์ โสตะ. (2546). ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ใจเพชร พลสงคราม. (2549). ผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มกับ
แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการปรับพฤติกรรมสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัว
ศูนย์สุขภาพชุมชนนาขา-โคกคอน อำเภอบัวบอ จังหวัดหนองคาย. บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา ประกายดาว สุทธิ และวิชานีย์ ใจมาลัย. (2557). พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัย
เสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยพะเยา, 57-65
- เดช กาญจนางกุล. (2539). จุลเศรษฐศาสตร์เบื้องต้น. โครงการตำรามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ :
สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ฐิติทิพย์ ยิ้มพลอย. (2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย
ในระดับมัธยมศึกษาสังกัดสามัญศึกษาเขตการศึกษา 1. วิทยานิพนธ์.
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธนรัตน์ จันดามิ. (2551). ศึกษาถึงการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอมะนัง
จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีระ ลิ้มศิลา. (2547). บุหรี่กับโรคมะเร็งปอด. สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดตั้งแต่ปี 2501-2536.
- ธีระวัฒน์ เจริญชัยรัตน์. (2557). การสำรวจความชุกและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน
ในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2 (3), 4.

- ณัฐพงษ์ พุดกล้า. (2540). การประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพรณ เต่งแก้ว. (2549). พฤติกรรมการบริโภคสุรา เบียร์ และบุหรี่ของนักศึกษาชาย.
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิชา ฤๅชา. (2550). พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น
โรงเรียนเบญจมราชานุสรณ์. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2563, จาก <http://2220228.18232/dcms/basic.p>
- นิพนธ์ กุณิตย์. (2538). ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อการเริ่มและเลิกสูบบุหรี่
ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์.
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บัญญัติ สุขศรีงาม. (2537). “มะเร็งจากบุหรี่,” *ใกล้หมอ*. 18 (มกราคม 2537)
- _____. (2548). ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นเมื่อ 15
ธันวาคม 2563 จาก, <http://www.uniserv.buu.ac.th>
- บุญธรรม กิจปรีดาภิรุตย์. (2540). การวัดการประเมินผลการเรียนการสอน (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ : B&B Publishing.
- บุษบา สงวนประสิทธิ์ และคณะ. (2549). “ความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่ม
วัยรุ่นหญิง,” *เอกสารการประชุมวิชาการบุหรืกับสุขภาพแห่งชาติ*. ครั้งที่ 5.
- บุหรืกับโรคหัวใจ. (2563). สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2563, จาก <http://www.ku.gu.th>.
- ปศศิธร ชิตนาค และวารสารณ ยศทวี. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ
วัยรุ่นจังหวัดอุดรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 10 (1), 83-92.
- พงษ์สิริ ปรารถนาดี และคณะ. *อัตรากับมันดภาพรังสีทำให้เกิดมะเร็งปอดในผู้ที่สูบบุหรี่กับผู้
ไม่สูบบุหรี่ต่างกันอย่างไรในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 22 ธันวาคม 2563, จาก <http://www.ashthailand.or.th>.
- พรศิริ พันธสี และกาญจนา ศรีสวัสดิ์. (2563). “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับ
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ สมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย
แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร,” *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*,
6(1), 1-19.
- พัชร มีชำนาญ. (2547). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขภาพในการประยุกต์ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการ
การสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสีกัน กรุงเทพมหานคร*.
วิทยานิพนธ์. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- มูลนิธิธรรมาเพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2548). “วิธีการเลิกบุหรี่,” *วารสารมูลนิธิธรรมาเพื่อการ*

ไม่สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ.

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2550). งานวิจัยค้นคว้าอิสระชั้นปริญญาตรี คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563 จาก <http://www.smokefreezone.or.th>

smokefreezone.or.th

มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563, จาก <http://www.yourhealthyguide.com/> ราชกิจจานุเบกษา. (8 กันยายน 2558). พระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558. หน้า 26 เล่ม 3132 ตอนที่ 86 ก.

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ. (2544). สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2563, จาก http://www.saf.or.th/THAI/ARTICLE/research/Data/R_49.html

ลักลั่น วรรณประพันธ์. (2549). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

วัชร พฤทธิกันนท์. (2549). สถิติเศรษฐศาสตร์เชิงประยุกต์ (Applied Economic Statistics). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2549). สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2547. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ.

ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). (2551). สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534 - 2550. มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2550). สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563, จาก <http://www.thaihealth.or.th>.

สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กระทรวงมหาดไทย. (2553). คู่มือการเสริมสร้างความสัมพันธ์กับประเทศเพื่อนบ้าน. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563, จาก http://km.moi.go.th/km/51_PMQA_6/support61/

สำนักบริการวิชาการมหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2563, จาก <http://www.uniserv.buu.ac.th>

สิริกัญญา เลิศศรีณพงษ์. (2549) “บุหรี่และมะเร็งกล่องเสียง,” สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2563, จาก http://www.uniserv.buu.ac.th/forum2/pop_preview.asp.

สุรพงษ์ ชูเดช. (2546). ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2563, จาก www.kmutt.ac.th/rippc/soart11.htm-8k

- สุรพจน์ วงศ์ใหญ่. คณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิตและทีมนักวิจัย
 แห่งมหาวิทยาลัยรังสิต. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2563, จาก http://www.rsu.ac.th/oriental_med/article4.html
- สุวรรตน์ ยิบมันตะศิริ. (2546). *การคลังสาธารณะ*. นพบุรีการพิมพ์.
- เสมอเหมือน โลหะกิจ. (2548). *ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยแม่โจ้โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่ม*. วิทยานิพนธ์
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสาวลักษณ์ มะเหศวร. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักศึกษา
 อาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. ชลบุรี :
 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- โสมรัตน์ บัณฑิตเลิศรักษ์. (2551). *ศึกษาการประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 การสูบบุหรี่ของบุคลากรชายโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต*. วิทยานิพนธ์ ครุศาสตรมหาบัณฑิต.
 ภูเก็ต : มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- องค์การอนามัย. (2561). *บุหรี่เป็นสาเหตุของโรคร้ายต่าง ๆ 19 โรค*. สืบค้นเมื่อ 23 พฤษภาคม 2563
 จาก <https://www.thaihealth.or.th>.
- อนุภาพ ทองอยู่. (2542). *ศึกษาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยม
 ศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนนทบุรี*.
- โฮเซ อันโตนิโอ บัคดินี มาร์ติเนส. (2542). *มูลนิธินรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่*. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม
 2563, จาก <http://www.uniserv.buu.ac.th/>
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions : a theory of planned behavior. In *Action control : from cognition to behavior*. (pp. 11-39). Berlin : Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), 179-211
- Ajzen, I. (2005). *Laws of Human Behavior : Symmetry, compatibility, and Attitude-Behavior Correspondence*. In *Multivariate research strategies* (pp. 3-19)
 Aachen : Shaker Verlag.
- Ajzen, I. (2011a). *Behavioral interventions : design and evaluation guided by the theory of planned behavior*. In *Social psychology for program and policy evaluation* (pp. 74-100). New York: Guilford.
- Ajzen, I. (2011b). The theory of planned behavior : reactions and reflections. *Psychology & Health*, 9, 1113-1127.

- Ajzen, I. (2012). *The theory of planned behavior* In *Handbook of theories of social psychology* Vol. 1. (pp. 438-459). London : Sage.
- Becker, M. H., Drachman, Robert H., Kirscht, John P. (1974). "A New Approach to Explain in Sick-Rok Behavior in Low-Incom Population," *American Journal of Public Health*. 64,205-215.
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York : McGraw-Hill.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Newjersy: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hale, J. L., Householder, B. J., &L, G. K. (2002). *The theery of reasoned ac persuasion handbook : developments in theory and practice* (pp. 259-286). Thousand Oaks : Sage.
- Hair, F.J., Black, C.W., Babin, J.B, & Anderson, E.R. (2019). *Multivariate Data Analysis* 8 th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Herzberg, F. (1959). *The Motivation of work*. New York: John Wiley & Sons.
- Karen Glanz, Barbara K. Rimer, Frances Marcus Lewis, editors. (2002). *Health behavior and health education : theory. research and practice*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Rok Behavior in Low-Incom Population. *American Journal of Public Health* 64, 205-215.
- Roux, P., Guillien, A., Soumagne, T., Ritter, O., Laplante, J.-J., Travers, C., Degano, B. (2017). *Smoking habits in french farmers: A cross-sectional study*. *BMC public health*, 17 (1), 1-6.
- Sah, R., Pradhan, B., Subedi, L., Karki, P., & Jha, N. (2016). *Epidemiological study of tobacco smoking behaviour amongst residents of the hill region of nepal*. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*, 14 (55), 215-220.
http : 2220228.18232/dcms/basic.p
- Silvan Tomkins. (1995). *พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่*. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563, จาก <http://www.thaihealth.or.th/node>

ภาคผนวก

อำเภอ โรงเรียน ลำดับที่
ID [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

แบบสอบถาม

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย(Health Belief Factors Affecting Smoking among Thai Male Students with School of Government and Islamic Private Schools in Malaysia)

คำชี้แจง

ด้วยข้าพเจ้า นายธีรวัช ศรีเพชรชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศสู่สิงคโปร์-ลก จังหวัดนราธิวาส สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ศึกษา ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน-นักศึกษาชายไทยที่ศึกษาในสถานศึกษาของภาครัฐและเอกชนสอนศาสนาอิสลามในประเทศมาเลเซีย(Health Belief Factors Affecting Smoking among Thai Male Students with School of Government and Islamic Private Schools in Malaysia)

เนื่องจากกลุ่มเยาวชน อายุ 15 – 18 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศเพราะการสูบบุหรี่ของเยาวชนส่งผลกระทบต่อด้านการเรียน ด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ปัญหาดังกล่าวจะส่งผลกระทบในการพัฒนาประเทศได้ การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุปัญหาการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย การให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ข้อมูลทุกด้านในการตอบแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น โดยจะเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวม และนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการป้องกันแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในเยาวชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงแบบสอบถามมีทั้งหมด 7 หน้า แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

- | | |
|-------------------------------|-----------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล | มี 8 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 การสูบบุหรี่ | มี 2 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ | มี 40 ข้อ |

ขอขอบคุณนักเรียนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างดี

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

สำหรับผู้วิจัย

1. ปัจจุบันนักเรียนอายุปี.....เดือน(นับถึงวันสัมภาษณ์)

2. ภูมิลำเนา

[] 1 ปัตตานี

[] 2 ยะลา

[] 3 นราธิวาส

[] 4 สายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์

[] 5 อื่นๆ ระบุ

2. สายวิชาที่นักเรียนกำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

[] 1 สายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์

[] 2 สายศิลป์-ภาษา

[] 3 สายพลศึกษา

[] 4 สายเกษตร

[] 5 อื่นๆ ระบุ

3. นักเรียนนับถือศาสนา

[] 1 พุทธ

[] 2 อิสลาม

[] 3 คริสต์

[] 4 อื่นๆ ระบุ.....

4. รายได้ต่อเดือนที่นักเรียนได้รับ

[] 1 มี ระบุแหล่งที่มาของรายได้ของนักเรียน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 1 รายได้จากนักเรียนทำงานนอกเวลา เป็นเงิน.....บาท

[] 2 รายได้จากบิดา/มารดา/ญาติ เป็นเงิน.....บาท

[] 3 รายได้จากกองทุน/ทุนการศึกษา เป็นเงิน.....บาท

[] 2 ไม่มี

5. ลักษณะของการพักอาศัยในปัจจุบันของนักเรียน

[] 1.บ้านตัวเอง (โปรดระบุผู้อยู่ร่วมกันคือใคร.....)

[] 2.บ้านญาติ (โปรดระบุผู้อยู่ร่วมกันคือใคร.....)

[] 3.หอพักเอกชน (โปรดระบุผู้อยู่ร่วมกันคือใคร.....)

สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสูบบุหรี่ของนักเรียน

คำชี้แจง : โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] ในแต่ละหัวข้อเกี่ยวกับตัวนักเรียนตามความเป็นจริง

1. นักเรียนเคยสูบบุหรี่หรือไม่ (แม้เพียงสูบแค่ครั้งเดียว)

1. [] ไม่เคยสูบเลย (ข้ามไปตอบส่วนที่ 3)

2. [] เคยสูบ (ตอบข้อ 2 ต่อ)

2. ปัจจุบันนักเรียนสูบบุหรี่หรือไม่

1. [] เคยทดลองสูบแต่ปัจจุบันไม่ได้สูบ

2. [] เคยสูบเป็นประจำแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว

3. [] สูบบ้างเป็นบางครั้ง ถ้ามีโอกาสดู

4. [] สูบ แต่ไม่ได้สูบเป็นประจำทุกวัน

5. [] สูบอยู่เป็นประจำทุกวัน

6. [] อื่น ๆ (ระบุ)

สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง นักเรียนเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้เพียงใด โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านเพียงข้อเดียว (โปรดทำให้ครบทุกข้อ)

3.1 การรับรู้ในโอกาสเสี่ยงเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือ/และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นผู้สูบบุหรี่

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งได้ เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่					
2. การสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ					
3. การสูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าคนที่ไม่สูบ					
4. การสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่					
5. การอยู่ในบ้านกับคนที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเป็นผู้สูบบุหรี่ในอนาคต					
6. การสูบบุหรี่ถ้าออกกำลังกายเป็นประจำไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากบุหรี่					
7. การสูบบุหรี่เมื่ออายุน้อยไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด					
8. การสูบบุหรี่บ้างเป็นบางโอกาสเสี่ยงต่อการติดบุหรี่					
9. การสูบบุหรี่จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อม					
10. การสูบบุหรี่วันละ ไม่เกิน 1 ซอง ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด					

สำหรับผู้วิจัย

3.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การสูบบุหรี่จะทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น แก่เร็ว					
2. การสูบบุหรี่จะมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่					
3. ผู้ที่เป็นโรคหอบหืด ถ้าสูบบุหรี่จะทำให้ มีอาการรุนแรงขึ้น					
4. การสูบบุหรี่ทำให้เสียชีวิตจาก โรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น					
5. ผู้ที่มีโรคประจำตัว ถ้าสูบบุหรี่จะไม่ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ					
6. การสูบบุหรี่ทำให้สมองเสื่อมเร็วขึ้น					
7. การสูบบุหรี่ช่วยลดปัญหาด้าน สุขภาพจิต					
8. การสูบบุหรี่ทำให้ปากเหม็นรุนแรงขึ้น					
9. การสูบบุหรี่ช่วยทำให้อาการปวดศีรษะ ลดลง					
10. การอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาส เสียชีวิตมากขึ้น					

สำหรับผู้วิจัย

3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ แสดงถึง ความเป็นผู้ไม่รับผิดชอบต่อสังคม					
2. นักเรียนสูบบุหรี่แสดงถึงความเป็น ผู้ใหญ่					
3. การสูบบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการ เป็นโรคหัวใจ					
4. การสูบบุหรี่ช่วยลดความเครียดได้					
5. การสูบบุหรี่ ช่วยลดปัญหาสุขภาพ					
6. การสูบบุหรี่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการ เป็นโรคถุงลมโป่งพอง					
7. การสูบบุหรี่ ทำให้มีโอกาสดิตยาเสพติด ประเภทอื่นมากขึ้น					
8. การสูบบุหรี่จะทำให้มีเพื่อนมากหรือ/ และได้รับการยอมรับจากสังคม มากขึ้น					
9. การสูบบุหรี่ จะทำให้ประเทศชาติขาด บุคลากรที่มีคุณภาพ					
10. การสูบบุหรี่ช่วยให้อยู่ในสังคมได้ อย่างมีความสุข					

สำหรับผู้วิจัย

3.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. การสูบบุหรี่ถือเป็นการไม่รับผิดชอบ ต่อชีวิตของตนเอง และผู้อื่น					
2. การสูบบุหรี่เป็นการเสเพลสิ่งเสเพล ซึ่ง ขัดต่อหลักคำสอนของศาสนา					
3. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะก่อให้เกิด ความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น					
4. การสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมกับคนทั่วไป ลำบาก					
5. การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองเงิน โดยใช่เหตุ					
6. การสูบบุหรี่ทำให้เสียภาพลักษณ์ของ การเป็นนักศึกษา					
7. นักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ซึ่สูบบุหรี่ถือ ว่ามีส่วนทำผิดกฎหมาย					
8. การสูบบุหรี่ทำให้พ่อ แม่ไม่ยอมรับ					
9. การสูบบุหรี่ เมื่อคิดแล้วจะเลิกยาก					
10 โรงเรียนเป็นเขตปลอดบุหรี่จึงทำให้ นักศึกษาสูบบุหรี่ไม่ได้					

88888888888888

ขอขอบพระคุณทุกท่าน

ประวัติย่อผู้วิจัย

นายธีรวัช ศรีเพชรสัย

: ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติ

: กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

จังหวัดสงขลา