

Original Article

พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14

Smoking Behavior and Attitudes Toward Smoking Cessation of Academic Staff in the 14th Region of the Ministry of Public Health

จุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง¹, นองเล็ก คุณวรดิษฐ์², ปรีชา บุญจูง^{2*}
Jutatip Saejung, Nonglek Khunwaradisai, Preecha Boonchoong*

Received: 16 Nov 2009

Accepted: 30 Nov 2010

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อโทษของบุหรี่และการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาเพศชายเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 (จังหวัดศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธร และอำนาจเจริญ) จำนวน 781 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 21.8 ระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 4.19 ± 0.57 (คะแนนเต็ม 5) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับทัศนคติสูงสุด คือ ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ รองลงมา คือ ด้านผลกระทบต่อสังคม ผลกระทบต่อการทำงาน และผลกระทบต่อสุขภาพ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ตามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ พบว่า ปัจจัยสถานภาพสมรส เศรษฐกิจในครอบครัว ชีวิตครอบครัว ความเครียด การดื่มสุรา และสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ในกลุ่มตัวอย่างที่ปัจจุบันยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ พบว่ามีภาวะเสพติดทางจิตใจและมีระดับการติดบุหรี่อยู่ในระดับติดบุหรี่น้อย คิดเป็นร้อยละ 41.2 และ 63.6 ตามลำดับ โดยทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.01 ± 0.57) และพบว่าด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ รองลงมา คือ ด้านสุขภาพ ด้านการทำงาน และผลกระทบต่อสังคม ตามลำดับ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทัศนคติ การเลิกบุหรี่ บุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14
วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2553; 6(3): 63-79

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

² นักศึกษาปริญญาโทบัณฑิต หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

¹ Assistant Professor, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University, Warin Chamrab, Ubon Ratchathani.

² Master of Pharmacy Student, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University, Warin Chamrab, Ubon Ratchathani.

* Corresponding author: Preecha Boonchoong, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University, Warin Chamrab, Ubon Ratchathani 34190 Tel. +66 (0)45 353612. E-mail address: phprebo@mail2.ubu.ac.th

Abstract

This cross-sectional survey research was aimed to determine the smoking behaviors and attitudes toward the hazard effects from smoking and towards smoking cessation of male academic staffs. This study involved 781 male subjects who worked in various schools of the 14th region of the ministry of public health (Srisaket, Ubon Ratchathani, Yasothorn and Amnacharoen provinces). The result revealed that 21.8% of the subjects were smokers. The overall level of attitudes toward the hazard of smoking among the subjects was good with the mean score of 4.19 ± 0.57 (total score of 5). Their attitudes toward the economic impact domain were higher than those on the social, work performance and health impact domains, respectively. In addition, the result showed that the level of attitudes toward the hazards of smoking of the non-smoker subjects were higher than those of the smoker subjects with statistical significance (p -value < 0.001). Furthermore, it was found that types of school, marital status, family economic status, income, family relation, stress, alcohol drinking and being surrounded by smokers were statistically associated with smoking behavior (p -value < 0.05). Most current smokers were psychologically addicted and the nicotine dependence was at low level at 41.2% and 63.6% respectively. The overall attitude towards smoking cessation was good with mean score of 4.01 ± 0.57 . The first four highest score was attitude towards economic impact, health impact, work performance and social impact respectively.

Keywords: Smoking behavior, attitude, smoking cessation, academic staff, the 14th region of the ministry of public health

IJPS 2010; 6(3): 63-79

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพ เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 2 ที่ทำให้คนไทยป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ประกิจ, 2547) โดยพบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละ 52,000 คน หรือวันละ 142 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน ขณะที่ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากบุหรี่ปีละ 5 ล้านคนหรือวันละ 137,000 คน จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกรายงานถึงจำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยคำนวณว่าในอีกประมาณ 25 ปีข้างหน้าทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่สูงขึ้นเป็นปีละ 10 ล้านคน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549) จากการศึกษาของ Henningfield และ Slade (1998) กล่าวถึงการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ทั้งในระดับบุคคลและปัจเจกบุคคล ซึ่งพบว่าการเลิกบุหรี่จะมีผลต่อการลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในช่วง 2-3 ปีอย่างชัดเจน โดยถ้าเริ่มดำเนินการช่วยเลิกหรืออย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ปี 2000 จะทำให้

สามารถช่วยชีวิตประชากรโลกได้ถึง 2 ล้านคน ในปี 2010 จะเพิ่มขึ้นเป็น 4 ล้านคน ในปี 2025 และในปี 2050 จะช่วยได้ถึง 12 ล้านคนหรือครึ่งหนึ่งของประชากรโลกที่จะเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย พบว่าค่าใช้จ่ายของ 3 โรคที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และโรคมะเร็งปอด เริ่มเพิ่มสูงกว่ารายรับของภาครัฐจากภาษีบุหรี่ในปี 2543 และมีแนวโน้มมากขึ้นในทุกๆปี แสดงให้เห็นว่าวิธีการเดียวที่จะลดภาระค่าใช้จ่ายของโรคต่างๆ ได้คือ การรณรงค์ลดการบริโภคบุหรี่ (สถิกร, 2549)

จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2547 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่มีจำนวน 11.4 ล้านคนหรือร้อยละ 23.0 ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปี 2544 ทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่ม

เยาวชนอายุ 15-24 ปี มีอัตราร้อยละของการสูบบุหรี่ เป็นประจำลดลงน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และพบว่าอายุที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่คือ 13-14 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยที่ประชากรเริ่มสูบบุหรี่คือ 18.4 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2544 พบว่าทั้งเพศชายและหญิงเริ่มสูบบุหรี่เร็วขึ้น (ศรัณญา, 2549) ดังนั้นการรณรงค์ป้องกันเยาวชนไม่สูบบุหรี่จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพในการเลิกบุหรี่นั้นควรมีการริเริ่มตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา (อัจฉราวรรณ, 2542; ศศิธร, 2547) เนื่องจากกลุ่มเยาวชนดังกล่าวเป็นกลุ่มอายุที่มีปัจจัยแวดล้อมหลายๆปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน เช่น บุคคลภายในครอบครัว เพื่อน ครู อาจารย์ เป็นต้น (จันทนา, 2541; ยุพยง, 2544) รวมทั้งเป็นช่วงอายุที่กลุ่มเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ จากการจัดทำโปรแกรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาพบว่า นักเรียนมีความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องมากขึ้น (วิภาพรรณ, 2539) ดังนั้นบุคลากรทางการศึกษาจึงเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการอบรมขัดเกลาและพัฒนาทักษะชีวิตไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้ ความสามารถ ทศนคติ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมถึงการประพฤติปฏิบัติเป็นแม่แบบที่จะหล่อหลอมให้เยาวชนเป็นบุคคลที่มีคุณภาพต่อสังคมในอนาคต อย่างไรก็ตามพบว่า ในอดีตข้าราชการครูชายประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 39.8) ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ประเทือง, 2543) ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ไม่เหมาะสมแก่เยาวชน

ดังนั้นการทราบสถานการณ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มบุคลากรทางการศึกษาจึงมีความสำคัญ และในปัจจุบันยังไม่มี การรายงานการศึกษาถึงข้อมูลดังกล่าวในบุคลากรทางการศึกษาในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษา ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ทั้งนี้ผลการวิจัย จะเป็นประโยชน์สำหรับนักวิจัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับการนำไปสู่การรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ให้ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เยาวชนต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาเพศชายในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 (จังหวัดศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธร และอำนาจเจริญ) ระหว่างเดือนธันวาคม 2550 - มกราคม 2551

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทางการศึกษา ได้แก่ ผู้บริหาร ข้าราชการครู ครูอัตราจ้างและเจ้าหน้าที่ธุรการ ที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานและวิทยาลัยกรมอาชีวศึกษาในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการศึกษาเฉพาะเพศชาย ที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนมัธยมศึกษาและที่วิทยาลัยกรมอาชีวศึกษาในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานที่โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 213 แห่ง และผู้ที่ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยกรมอาชีวศึกษาในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 รวมทั้งสิ้น 19 แห่ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คำนวณจากสูตรการกำหนดขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ดังนี้ สูตร $n = N / (1 + Ne^2)$ เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N เป็นขนาดประชากรของบุคลากรทางการศึกษา (4,678 คน) (สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา, 2550; สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2550) และ e เป็นความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้สูงสุด กำหนดให้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 369 คน ทั้งนี้ทำการส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยงานต่างๆ ทั้งหมดเป็นจำนวน 2,555 ฉบับ และได้รับแบบสอบถามกลับคืนทั้งสิ้น 781 ชุด

การสุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากจำนวนสถานศึกษาในกลุ่มวิทยาลัยกรมอาชีวศึกษามีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงทำการส่งแบบสอบถามไปทุกแห่งทั้ง 19 แห่ง สำหรับบุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติงานที่โรงเรียนมัธยมศึกษา ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 213 แห่ง ผู้วิจัยพิจารณาเก็บข้อมูล

อำเภอละ 1 แห่ง ในกรณีที่มีอำเภอใดมีจำนวนโรงเรียนมัธยมศึกษามากกว่า 1 แห่ง จะทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจับฉลากอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้จำนวนโรงเรียนทั้งสิ้นคิดเป็น 60 แห่ง

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม (Self-administered questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านลักษณะประชากร

ตอนที่ 2 ทศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงาน และด้านเศรษฐกิจ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 ทศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงาน และด้านเศรษฐกิจ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 ข้อมูลการสูบบุหรี่และพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ เป็นแบบประเมินปัจจัยการเสพติดบุหรี่และแบบวัดระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)

โดยแบบสอบถามตอนที่ 3 และ 4 ให้ตอบเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ ทั้งนี้แบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับบุคลากรทางการศึกษาเพศชายที่ปฏิบัติงานที่โรงเรียนสตรีสิริเกศขอนแก่น จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน บุคลากรทางการศึกษาเพศชายที่ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยเทคนิคสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่เท่ากับ 0.92 และได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทศนคติต่อการเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 15 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ในการอธิบายข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการสูบบุหรี่และทศนคติต่อโทษของบุหรี่และการเลิกบุหรี่ และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ independent t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนทศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขระหว่างคนที่ไม่สูบบุหรี่กับคนที่สูบบุหรี่ และใช้สถิติ chi-square test ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะประชากรกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ เป็นต้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่

ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบุคลากรทางการศึกษาเพศชายในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 (จังหวัดศรีสะเกษ อุบลราชธานี ยโสธร และอำนาจเจริญ) ที่ปฏิบัติงานที่โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และบุคลากรทางการศึกษาที่ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยกรมอาชีวศึกษา ทั้งสิ้น 232 แห่ง ได้รับแบบสอบถามตอบกลับทั้งสิ้น 781 ชุด คิดเป็นร้อยละ 30.57 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี (ร้อยละ 33.0) รองลงมาอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 28.7) และ 31-40 ปี (ร้อยละ 23.8) ตามลำดับ สถานศึกษาที่ทำงานร้อยละ 66.3 เป็นบุคลากรในโรงเรียนมัธยมศึกษา จบการศึกษาระดับปริญญาตรีถึงร้อยละ 78.5 มีสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 60.9 มีกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่มีบุตรร้อยละ 41.0 รองลงมาไม่มีบุตร 2 คน (ร้อยละ 35.3) สำหรับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.9 มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน รองลงมา มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 27.5 กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 54.0 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวพอใช้ และมีความเครียดเกี่ยวกับการทำงานเล็กน้อยถึงร้อยละ 80.0 ตี๋มสุราบางโอกาสร้อยละ 66.7 พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคนรอบข้างสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 45.1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในที่ทำงานเดียวกันและเพื่อนใกล้ชิด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะประชากร (n= 781)

ปัจจัยประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจัยประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
1. อายุ		7. สถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัว	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	258 (33.0)	มีเหลือเก็บ	71 (9.1)
31-40 ปี	186 (23.8)	พอกินพอใช้	422 (54.0)
41-50 ปี	224 (28.7)	มีหนี้สินเล็กน้อย	186 (23.8)
มากกว่าหรือเท่ากับ 51 ปี	113 (14.5)	มีหนี้สินมาก	102 (13.1)
2. ประเภทสถานศึกษา		8. ชีวิตครอบครัว	
มัธยมศึกษา	518 (66.3)	อบอุ่นดี	506 (64.8)
อาชีวศึกษา	263 (23.7)	มีปัญหาบ้างบางครั้ง	254 (32.5)
3. การศึกษาสูงสุด		มีปัญหาบ่อยครั้ง	21 (2.7)
น้อยกว่าปริญญาตรี	29 (3.7)	9. ความเครียดเกี่ยวกับการทำงาน	
ปริญญาตรี	613 (78.5)	ไม่มีเลย	102 (13.1)
มากกว่าปริญญาตรี	139 (17.8)	มีเล็กน้อย	625 (80.0)
4. สถานภาพสมรส		มีมาก	54 (6.9)
โสด	274 (35.1)	10. การสูบบุหรี่	
คู่	476 (60.9)	ไม่สูบบุหรี่เลย	536 (68.6)
หม้าย,หย่า,แยกกันอยู่	31 (4.0)	สูบบางโอกาส	88 (11.3)
5. จำนวนบุตร		สูบประจำทุกวัน	82 (10.5)
ไม่มี	320 (41.0)	เคยสูบแต่เลิกแล้ว	75 (9.6)
1 คน	104 (13.3)	11. การดื่มสุรา	
2 คน	276 (35.4)	ดื่มประจำ	57 (7.3)
มากกว่า 2 คน	81 (10.4)	ดื่มบางโอกาส	521 (66.8)
6. รายได้ประจำเดือน		ไม่ดื่มเลย	203 (26.0)
น้อยกว่า 10,000 บาท	215 (27.5)	12. สมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่	
10,001 - 20,000 บาท	241 (30.9)	ไม่มีผู้สูบบุหรี่	429 (54.9)
20,001 - 30,000 บาท	202 (25.9)	มีผู้สูบบุหรี่	352 (45.1)
มากกว่า 30,000 บาท	123 (15.8)	- บิดา/มารดา*	84 (10.8)
		- สามเณร/ภรรยา/บุตร/ธิดา*	24 (3.1)
		- ญาติพี่น้องอาศัยร่วมกัน*	100 (12.8)
		- ผู้ร่วมงาน*	230 (29.5)
		- เพื่อนใกล้ชิด*	126 (16.1)

* จำนวนสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ ร้อยละคำนวณจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่

ด้านพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างบุคลากรการศึกษา 170 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.8 เป็นผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน และเริ่มสูบบุหรี่

เมื่ออายุเฉลี่ย 18.4 ปี และสูบบุหรี่มาแล้วเป็นเวลาเฉลี่ย 16.5 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 41.2 มีภาวะเสพติด บุหรี่ทางจิตใจ จากการศึกษพบว่าเหตุผลที่บุคลากร

ทางการศึกษายังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน คือ เห็นคนอื่นสูบบุหรี่แล้วอดไม่ได้ (ร้อยละ 64.1) ซึ่งเป็นสภาพการเสพติดบุหรี่ทางจิตใจ ยังไม่มีภาวะพึ่งบุหรี่ทางด้านร่างกาย สอดคล้องกับแบบประเมินระดับความรุนแรงของการติด

บุหรี่ พบว่ามีการติดบุหรี่น้อย (ร้อยละ 63.6) แต่เมื่อพิจารณาในประเด็นด้านการเสพติดนิโคตินจะพบว่า มีเพียงร้อยละ 14.7 สอดคล้องกับระดับการติดบุหรี่ที่พบเพียงร้อยละ 8.8 เท่านั้น ดังสรุปไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (n=170)

ปัจจัยประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจัยประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
1.สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่		8. การสูบบุหรี่ของท่านก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อผู้อื่น	
อยากลองด้วยตนเอง	129 (75.9)	ไม่เกิดปัญหา	2 (1.2)
เข้าสังคม	35 (20.6)	ไม่แน่ใจ	39 (22.9)
เพื่อนชักชวน	79 (46.5)	เกิดปัญหา	129 (75.9)
เพื่อนยอมรับ	38 (22.4)	9. การสูบบุหรี่เป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	
แก้เหงา	42 (24.7)	ไม่เป็นการสิ้นเปลือง	6 (3.5)
สร้างความมั่นใจ	23 (13.5)	ไม่แน่ใจ	18 (10.6)
คลายเครียด	90 (52.9)	สิ้นเปลือง	146 (85.9)
สูบบุหรี่ตามบุคคลในครอบครัว	10 (5.9)	10. หากต้องการสูบบุหรี่ในขณะที่มีคนอยู่หลายๆ จะปฏิบัติ	
แสดงความเป็นผู้ใหญ่	17 (10.0)	จุดสูบบุหรี่ทันที	2 (1.2)
เลียนแบบดารานักแสดง	11 (6.5)	ออกจากกลุ่มคนมาสูบบุหรี่ที่อื่น	125 (73.5)
อื่นๆ	6 (3.5)	อดใจไม่สูบบุหรี่	35 (20.6)
2.เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่		รอดูว่ามีคนอื่นสูบบุหรี่จึงสูบบุหรี่	8 (4.7)
ไม่เคย	26 (15.3)	11.การยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการงดสูบบุหรี่	
เคย	144 (84.7)	ยินดีเข้าร่วมเพราะอยากเลิก	61 (35.9)
- เลิกเอง	143 (99.3)	ยินดีเข้าร่วมถ้ามีเวลาว่าง	59 (34.7)
- ใช้น้ำยาบ้วนปาก	17 (11.8)	ไม่ยินดีเข้าร่วม	13 (7.6)
- หมากฝรั่งนิโคติน	24 (16.7)	ไม่แน่ใจ	37 (21.8)
- แผ่นยา นิโคตินสำหรับแปะ	2 (1.4)	12. การรับทราบว่ามีร้านยาเข้าร่วมโครงการ	
- สมุนไพรสมุนไพรดอกขาว	4 (2.8)	การให้คำแนะนำการอด/เลิกบุหรี่	
- ฟังเข็ม	1 (0.7)	ไม่ทราบ	119 (0.0)
- ใช้น้ำยา bupropion	0 (0.0)	ทราบ	51 (30.0)
- อื่นๆ	7 (4.9)	13. ภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ที่น่าจะแสดงผล	
3.จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่		ในการรณรงค์ให้ลดหรือเลิกบุหรี่	
1-3 ครั้ง	105 (72.9)	มะเร็งปอด	85 (50.0)
>3 ครั้ง	75 (44.1)	มะเร็งช่องปาก	39 (27.1)
4.เคยคิดที่จะเลิกบุหรี่		ปากเหม็นกลิ่นบุหรี่	41 (28.5)
ทำร้ายคนใกล้ชิด	48 (33.3)	มะเร็งกล่องเสียง	86 (59.7)
ไม่เคย	15 (8.8)	หัวใจวายตาย	45 (31.3)
เคย	155 (91.2)	ถุงลมพองตาย	65 (45.1)
		นำชีวิตสู่ความตาย	27 (18.8)
		เส้นเลือดสมองแตก	18 (12.5)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (n=170) (ต่อ)

ปัจจัยประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	ปัจจัยประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
5.แรงจูงใจที่ทำให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่		14. ปัจจัยการเสพติดบุหรี่	
สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	107 (62.9)	ภาวะเสพติดนิโคติน	25 (14.7)
คนใกล้ชิดให้เลิกสูบบุหรี่	103 (60.6)	ภาวะเสพติดทางจิตใจ	70 (41.2)
ทราบถึงพิษภัยของบุหรี่	101 (59.4)	ภาวะเสพติดทางสังคม	19 (11.2)
มีปัญหาสุขภาพ	67 (39.4)	ภาวะเสพติดนิโคตินและทางจิตใจ	9 (5.3)
เป็นตัวอย่งที่ดีแก่ประชาชน	52 (30.6)	ภาวะเสพติดนิโคตินและทางสังคม	12 (7.1)
กลัวสังคมรังเกียจ	32 (18.8)	ภาวะเสพติดทางจิตใจและทางสังคม	15 (8.8)
6. ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ต่อเดือน		ประเมินไม่ได้	9 (5.3)
ต่ำกว่า 100 บาท	29 (17.1)	ทั้ง 3 ด้าน	11 (6.5)
101-200 บาท	34 (20.0)	15. ระดับการติดบุหรี่	
201-300 บาท	28 (16.5)	ติดบุหรี่น้อย	108 (63.6)
301-400 บาท	15 (8.8)	ติดบุหรี่ปานกลาง	29 (17.1)
401-500 บาท	14 (8.2)	ติดบุหรี่มาก(ติดนิโคติน)	15 (8.8)
มากกว่า 500 บาท	50 (29.4)	ประเมินไม่ได้	18 (10.6)
7.สาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน			
สูบแล้วไม่มีความผิดปกติใดๆ	84 (49.4)		
เห็นคนอื่นสูบแล้วอดไม่ได้	109 (64.1)		
เมื่ออายุมากจะเลิกสูบบุหรี่	80 (47.1)		
สังคมยอมรับ	13 (7.6)		
อื่นๆ	36 (21.2)		

เมื่อพิจารณาสาเหตุที่ทำให้สูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75.9 คืออยากลองด้วยตนเอง มีกลุ่มตัวอย่างที่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 91.2 โดยมีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 84.7 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 99.3 ของกลุ่มที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ใช้วิธีเลิกเอง ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 72.9 พยายามเลิกสูบบุหรี่ 1-3 ครั้ง พบว่า แรงจูงใจที่ทำให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 62.9) รองลงมาคือคนใกล้ชิดให้เลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 61.6) และพิษภัยของบุหรี่ (ร้อยละ 59.4) กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ร้อยละ 29.4 เสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ปานกลางกว่า 500 บาทต่อเดือน และทราบถึงการก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อผู้อื่นถึงร้อยละ 75.9 ส่วนใหญ่เห็นว่า การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลือง (ร้อยละ 85.9) เมื่อต้องการสูบบุหรี่ในกลุ่มชุมชน ส่วนใหญ่จะออกจากกลุ่มคนมาสูบบุหรี่ที่อื่น (ร้อยละ 73.5) ในส่วนของการรณรงค์ให้เลิกบุหรี่โดยมีภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 มีความคิดเห็นว่าภาพ

มะเร็งกล่องเสียง น่าจะมีผลในการรณรงค์ในการเลิกบุหรี่ รองลงมาคือภาพมะเร็งปอด มีกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมการงดสูบบุหรี่เนื่องจากอยากเลิกถึงร้อยละ 35.9 ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า มีร้านยาเข้าร่วมโครงการให้คำแนะนำการรอด/เลิกบุหรี่ถึงร้อยละ 70.0 (ตารางที่ 2)

ทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่

ระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการศึกษาทั้ง 781 คน อยู่ในระดับดี มีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.19 ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับทัศนคติสูงสุด คือ ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ (คะแนนเฉลี่ย 4.31) และต่ำสุดเป็นด้านผลกระทบต่อสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย 4.15) ในด้านผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่ำที่สุด คือ ประเด็นไม่รู้วันตายจะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตาย

เร็วกว่าปกติเพราะสูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.43) รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา (คะแนนเฉลี่ย 3.62) และถึงจะสูบบุหรี่หากทำให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.82) และการสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย หรือลดจำนวนการสูบบุหรี่ให้น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย 3.83) สำหรับผลกระทบต่อด้าน

สังคม ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่ำสุดได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้บุตร/คนใกล้ชิดมีแนวโน้มสูบบุหรี่ด้วย (คะแนนเฉลี่ย 3.68) รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องธรรมดาของคนทั่วไปและการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ (คะแนนเฉลี่ย 3.81) ในด้านผลกระทบต่อการทำงาน ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด (คะแนนเฉลี่ย 3.89) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$			P-value**
	โดยรวม (n=781)	ไม่สูบบุหรี่1 (n = 611)	สูบบุหรี่2 (n = 170)*	
ผลกระทบต่อสุขภาพ	4.15 \pm 0.59	4.25 \pm 0.54	3.79 \pm 0.62	< 0.001
1. บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง	4.67 \pm 0.64	4.70 \pm 0.61	4.56 \pm 0.70	0.018
2. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อคนข้างเคียงด้วย	4.51 \pm 1.03	4.56 \pm 1.03	4.32 \pm 1.01	0.007
3. การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา*	3.62 \pm 1.26	3.74 \pm 1.23	3.20 \pm 1.29	< 0.001
4. การสูบบุหรี่ทำให้สุขภาพอ่อนแอ ง่ายขึ้น	4.25 \pm 1.12	4.29 \pm 1.13	4.10 \pm 1.06	0.055
5. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของปัญหาสุขภาพของมนุษย์ในอนาคต	4.47 \pm 0.88	4.54 \pm 0.85	4.24 \pm 0.95	< 0.001
6. ถึงจะสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่หากทำให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่	3.82 \pm 1.22	3.99 \pm 1.16	3.24 \pm 1.25	< 0.001
7. การสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย หรือลดจำนวนการสูบบุหรี่ให้น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ*	3.83 \pm 1.17	3.96 \pm 1.13	3.35 \pm 1.21	< 0.001
8. การสูบบุหรี่กันกรองสามารถลดอันตรายได้*	3.97 \pm 1.15	4.10 \pm 1.08	3.47 \pm 1.24	< 0.001
9. การสูบบุหรี่สามารถลดน้ำหนักได้	4.25 \pm 1.01	4.37 \pm 0.93	3.83 \pm 1.18	< 0.001
10. คนเราไม่รู้วันตายของตัวเอง จะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติเพราะการสูบบุหรี่*	3.43 \pm 1.45	3.59 \pm 1.44	2.88 \pm 1.34	< 0.001
11. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศสูงขึ้น*	4.35 \pm 0.95	4.42 \pm 0.94	4.09 \pm 0.97	< 0.001

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$			P-value**
	โดยรวม (n=781)	ไม่สูบบุหรี่1 (n = 611)	สูบบุหรี่2 (n = 170)*	
12. กั้นกรองในบุหรี่สามารถ กรองและกำจัดสารพิษได้*	4.24 \pm 0.93	4.35 \pm 0.86	3.84 \pm 1.04	< 0.001
13. การสูบบุหรี่น้อยกว่าวันละ ซองไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ*	4.51 \pm 0.89	4.59 \pm 0.85	4.20 \pm 0.99	< 0.0011
ผลกระทบต่อด้านสังคม	4.21 \pm 0.60	4.33 \pm 0.53	3.78 \pm 0.63	< 0.001
14. การสูบบุหรี่ถือเป็น เรื่องธรรมดาของคนทั่วไป*	3.81 \pm 1.21	3.97 \pm 1.15	3.22 \pm 1.25	< 0.001
15. การสูบบุหรี่ทำให้เกิด ความเชื่อมั่นในตนเอง*	4.38 \pm 0.97	4.54 \pm 0.83	3.82 \pm 1.20	< 0.001
16. การสูบบุหรี่ ถือเป็น พฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ	3.81 \pm 1.27	3.85 \pm 1.28	3.68 \pm 1.22	< 0.137
17. การสูบบุหรี่ทำให้เพื่อนที่ สูบบุหรี่ด้วยกันยอมรับ*	4.07 \pm 1.16	4.22 \pm 1.09	3.52 \pm 1.24	< 0.001
18. การส่งบุหรี่ให้เพื่อนที่ สูบบุหรี่และบุคคลที่เพิ่งรู้จักเป็น การแสดงถึงความมีมนุษย สัมพันธ์ที่ดี*	4.19 \pm 1.06	4.36 \pm 0.94	3.58 \pm 1.24	< 0.001
19. ถ้าท่านสูบบุหรี่จะทำให้บุตร หรือคนใกล้ชิดของท่านมี แนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ด้วย	3.68 \pm 1.34	3.75 \pm 1.34	3.43 \pm 1.32	0.006
20. การสูบบุหรี่ทำให้ เข้าสังคมได้ง่าย*	4.41 \pm 0.88	4.55 \pm 0.75	3.93 \pm 1.12	< 0.001
21. การสูบบุหรี่แสดงให้เห็น ถึงความ เป็นชายชาตรี*	4.44 \pm 0.90	4.56 \pm 0.79	4.00 \pm 1.13	< 0.001
22. การสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกว่าการ เสริมบุคลิกภาพ*	4.48 \pm 0.89	4.59 \pm 0.78	4.07 \pm 1.11	< 0.001
23. การสูบบุหรี่จะนำไปสู่ สิ่งเสพติดอื่นๆ เช่น สุรา ยาเสพติด	4.20 \pm 1.12	4.32 \pm 1.05	3.77 \pm 1.26	< 0.001
24. การสูบบุหรี่เป็นการ ฆ่าเวลาดีกว่าอยู่เฉยๆ*	4.20 \pm 1.18	4.40 \pm 1.07	3.51 \pm 1.27	< 0.001
25. การสูบบุหรี่เป็นตัวช่วย ที่ไม่ดีให้แก่เยาวชน	4.58 \pm 1.01	4.65 \pm 0.96	4.34 \pm 1.13	< 0.001
26. บุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรทางการศึกษาไม่ควรสูบบุหรี่	4.44 \pm 1.09	4.49 \pm 1.10	4.28 \pm 1.06	0.027

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ข้อความ	ระดับทัศนคติเฉลี่ย $\bar{X} \pm SD$			P-value**
	โดยรวม (n=781)	ไม่สูบบุหรี่ ¹ (n = 611)	สูบบุหรี่ ² (n = 170)*	
ผลกระทบด้านการทำงาน	4.20 \pm 0.81	4.39 \pm 0.68	3.53 \pm 0.92	< 0.001
27. การสูบบุหรี่ทำให้ทำงานได้มากขึ้น*	4.33 \pm 0.95	4.49 \pm 0.81	3.75 \pm 1.17	< 0.001
28. การสูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด*	3.89 \pm 1.18	4.18 \pm 1.00	2.84 \pm 1.18	< 0.001
29. การสูบบุหรี่ทำให้มีสมาธิในการทำงานและสมองปลอดโปร่ง*	4.28 \pm 1.02	4.46 \pm 0.86	3.61 \pm 1.25	< 0.001
30. การสูบบุหรี่ทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์	4.21 \pm 1.16	4.33 \pm 1.12	3.75 \pm 1.18	< 0.001
31. การสูบบุหรี่ช่วยกระตุ้นให้ร่างกายสดชื่น*	4.32 \pm 1.01	4.48 \pm 0.85	3.73 \pm 1.27	< 0.001
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	4.31 \pm 0.85	4.42 \pm 0.81	3.92 \pm 0.88	< 0.001
32. การสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	4.37 \pm 1.24	4.38 \pm 1.29	4.32 \pm 1.02	0.570
33. ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะทำให้สิ้นเปลืองแต่ก็คุ้มค่าเพราะทำให้หายเครียด*	4.25 \pm 1.07	4.45 \pm 0.90	3.52 \pm 1.28	< 0.001
ระดับทัศนคติโดยรวม	4.19 \pm 0.57	4.31 \pm 0.50	3.76 \pm 0.60	< 0.001

¹กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือเคยสูบแต่เลิกแล้ว ²กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่บ้างโอกาสหรือสูบประจำ
* ทัศนคติทางด้านลบ

**ทดสอบด้วยสถิติ t-test เปรียบเทียบระดับคะแนนทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขระหว่างคนที่สูบบุหรี่กับคนที่สูบบุหรี่ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ (รวมถึงเคยสูบแต่เลิกแล้ว) มีระดับทัศนคติแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ (หมายถึงสูบบางโอกาสและสูบประจำ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มีระดับทัศนคติ (คะแนนเฉลี่ย 4.31) สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.76) ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ มีระดับทัศนคติสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรด้านต่างๆ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยสถานภาพสมรส เศรษฐกิจในครอบครัว ความเครียด การดื่มสุราและสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงในตารางที่ 4 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีแต่งงานแล้ว มีพอกินพอใช้ ชีวิตครอบครัวอบอุ่นดี มีความเครียดเล็กน้อย ดื่มสุรบบางโอกาสและมีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะประชากรแบบอื่นๆ

ตารางที่ 4 พฤติกรรมสูบบุหรี่ที่จำแนกตามปัจจัยลักษณะประชากรด้านต่างๆ (n =781)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	
	สูบ	ไม่สูบ
1. อายุ (ปี)		
≤ 30	58 (7.4)	200 (25.6)
31-40	42 (5.4)	144 (18.4)
41-50	48 (6.1)	176 (22.5)
≥ 51	22 (2.8)	91 (11.7)
	p = 0.916	
2. จำนวนบุตร (คน)		
0	69 (8.8)	251 (32.1)
1	24 (3.1)	80 (10.2)
2	57 (7.3)	219 (28.0)
≥ 3	20 (2.6)	61 (7.8)
	p = 0.868	
3. การศึกษาสูงสุด		
น้อยกว่าปริญญาตรี	10 (1.3)	19 (2.4)
ปริญญาตรี	136 (17.4)	477 (61.1)
มากกว่าปริญญาตรี	24 (3.1)	115 (14.7)
	p = 0.107	
4. สถานภาพสมรส		
โสด	58 (7.4)	216 (27.7)
คู่	98 (12.5)	378 (48.4)
หม้าย หย่า	14 (1.8)	17 (2.2)
แยกกันอยู่		
	p = 0.005*	
5. ประเภทสถานศึกษา		
มัธยมศึกษา	104 (13.3)	414 (53.0)
อาชีวศึกษา	66 (8.5)	197 (25.2)
	P = 0.108	
6. สมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่		
ไม่มีผู้สูบบุหรี่	59 (7.6)	370 (47.4)
มีผู้สูบบุหรี่	111 (14.2)	241 (30.9)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	
	สุข	ไม่สุข
7. รายได้ประจำเดือน (บาท)		
≤ 10,000	57 (7.3)	158 (20.2)
10,001 - 20,000	54 (6.9)	187 (23.9)
20,001 - 30,000	39 (5.0)	163 (20.9)
≥ 30,000	20 (2.6)	103 (13.2)
	p = 0.121	
8. เศรษฐกิจในครอบครัว		
มีเหลือเก็บ	5 (0.6)	66 (8.5)
พอกินพอใช้	95 (12.2)	327 (41.9)
มีหนี้สินเล็กน้อย	41 (5.2)	145 (18.6)
มีหนี้สินมาก	29 (3.7)	73 (9.3)
	p = 0.008*	
9. ชีวิตครอบครัว		
อบอุ่นดี	95 (12.2)	411 (52.6)
มีปัญหาบ้างบางครั้ง	67 (8.6)	187 (23.9)
มีปัญหาบ่อยครั้ง	8 (1.0)	13 (1.7)
	p = 0.010*	
10. ความเครียด		
ไม่มีเลย	13 (1.7)	89 (11.4)
มีความเครียดเล็กน้อย	139 (17.8)	486 (62.2)
มีความเครียดมาก	18 (2.3)	36 (4.61)
	p = 0.010*	
11. การดื่มสุรา		
ดื่มประจำ	25 (3.2)	32 (4.1)
ดื่มบางโอกาส	134 (17.2)	387 (49.6)
ไม่ดื่มเลย	11 (1.4)	192 (24.6)
	p < 0.001*	
	p < 0.001*	

* ปัจจัยลักษณะประชากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทดสอบโดยใช้สถิติ chi-square test

ในส่วนของทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ ที่ทำการศึกษานี้เฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ 170 คน พบว่ามีค่าคะแนนของทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.01) โดยด้านที่มีระดับทัศนคติสูงสุด คือ ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ (คะแนนเฉลี่ย 4.33) และต่ำสุดเป็นด้านผลกระทบต่อการทำงาน (คะแนนเฉลี่ย 3.76) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เยาวชน (ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51) ส่วนข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การเลิกบุหรี่ทำได้ยาก มีค่าคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 2.98 ในด้านผลกระทบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 4.16) โดยประเด็นในด้านผลกระทบต่อสุขภาพที่มีระดับทัศนคติต่ำสุด ได้แก่ ถึงแม้จะเลิกสูบบุหรี่ก็ไม่ได้ทำให้สุขภาพดีขึ้น (คะแนน

เฉลี่ย 3.86) ในด้านผลกระทบต่อสังคม กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.95) ประเด็นที่มีระดับทัศนคติต่ำสุด ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก (คะแนนเฉลี่ย 2.98) รองลงมาคือ ไม่มีใครทำให้ข้าพเจ้าเลิกสูบบุหรี่ได้ (คะแนนเฉลี่ย 3.42) และการเลิกสูบบุหรี่เป็นการทำลายบุคลิกภาพของตนเอง (คะแนนเฉลี่ย 3.77) สำหรับด้านผลกระทบต่อการทำงาน กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.93) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จะพบว่า การเลิกสูบบุหรี่ทำให้อารมณ์หงุดหงิด มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (คะแนนเฉลี่ย 3.21) ส่วนด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับดี โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ย 4.33 พบว่าประเด็น การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เศรษฐกิจในครอบครัวดีขึ้น (คะแนนเฉลี่ย 4.26) จะมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ (n = 170)

ข้อความ	$\bar{X} \pm SD$
ด้านสุขภาพ	4.16 \pm 0.69
1. หากข้าพเจ้าเลิกสูบบุหรี่จะทำให้สุขภาพข้าพเจ้าดีขึ้น	4.41 \pm 0.98
2. การเลิกสูบบุหรี่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในระบบต่างๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดหรือหัวใจอื่นๆ	4.39 \pm 0.97
3. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้กลิ่นตัวไม่พึงประสงค์ลดลง	3.92 \pm 1.23
4. อันตรายจากบุหรี่มีมากกว่าผลดีจากการสูบบุหรี่	4.24 \pm 1.11
5. ถึงแม้จะเลิกสูบบุหรี่ก็ไม่ได้ทำให้สุขภาพดีขึ้น*	3.86 \pm 1.13
ด้านสังคม	3.95 \pm 0.64
6. การเลิกสูบบุหรี่เป็นการทำลายบุคลิกภาพของตนเอง*	3.77 \pm 1.41
7. การงดสูบบุหรี่ของข้าพเจ้าจะเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เยาวชนและคนอื่นได้	4.32 \pm 1.09
8. ไม่มีใครทำให้ข้าพเจ้าเลิกสูบบุหรี่ได้*	3.42 \pm 1.41
9. คิดว่าสายเสียแล้วที่จะเลิกสูบบุหรี่เพราะสูบมานาน*	3.88 \pm 1.23
10. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้เสียบุคลิกภาพเพราะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น*	3.82 \pm 1.25
11. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ข้าพเจ้าเสียเพื่อน*	4.25 \pm 0.94
12. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้เข้าสังคมได้ยากขึ้น*	4.09 \pm 1.12
13. บุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาเป็นตัวอย่างทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน จึงไม่ควรสูบบุหรี่	4.47 \pm 0.93
14. การเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษาเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เยาวชน	4.51 \pm 0.89
15. การเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก*	2.98 \pm 1.31

ตารางที่ 5 ระดับทัศนคติในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่ (n = 170) (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X} \pm SD$
ด้านการทำงาน	3.76 \pm 0.89
16. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้อารมณ์หงุดหงิด*	3.21 \pm 1.28
17. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ไม่สดชื่น*	4.04 \pm 1.08
18. การเลิกสูบบุหรี่ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง*	4.05 \pm 1.08
ด้านเศรษฐกิจ	4.33 \pm 0.83
19. การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้เศรษฐกิจในครอบครัวดีขึ้น	4.26 \pm 0.92
20. ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่สามารถเก็บไว้เป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอย่างอื่นได้	4.39 \pm 0.87
ระดับทัศนคติโดยรวม	4.01 \pm 0.57

* ทัศนคติทางด้านลบ

อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

บุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาจเนื่องมาจากบุคลากรทางการศึกษาส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นอาจารย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ความรู้แก่นักเรียนและนักศึกษา ซึ่งต้องมีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีเท่านั้นถึงจะปฏิบัติหน้าที่ได้ แต่อาจมีได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพร่างกายและพิษภัยจากการสูบบุหรี่เท่าที่ควร นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่เป็นผู้ที่แต่งงานแล้ว ดังนั้นสาเหตุส่วนหนึ่งของการสูบบุหรี่จึงอาจมาจากความเครียดต่อความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงอุปสรรคในการทำงานต่างๆ การต้องพบปะกับเพื่อนฝูงผู้ร่วมงาน ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรารายได้อยู่ในระดับพอกินพอใช้ จึงสามารถหาซื้อบุหรี่ได้โดยไม่ต้องรื้อถอน สอดคล้องกับการศึกษาของมณูญ สิณผาด (2533) ที่พบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีสมาชิกครอบครัวที่สูบบุหรี่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หรือเป็นความเคยชินว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดา ใครๆ ก็สูบบุหรี่ไม่เป็นที่รังเกียจและเป็นอันตราย จึงเกิดการเลียนแบบ ดังนั้นการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษา จึงควรดำเนินการมาตั้งแต่ในครอบครัวและต่อเนื่องมาถึงสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน โดยมีหัวหน้าหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ที่เป็นที่เคารพนับถือในหน่วยงาน เป็นตัวอย่างในการไม่สูบบุหรี่ และเป็นผู้นำในการดำเนินการรณรงค์เลิกบุหรี่

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่จำนวน 170 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.8 มีสาเหตุมาจากอยากลองด้วยตนเอง และเคยพยายามเลิกสูบเองประมาณร้อยละ 80 แต่ที่เลิกสูบไม่ได้เพราะเห็นคนอื่นสูบแล้วอดไม่ได้ถึงร้อยละ 60 และร้อยละ 41.2 ติดบุหรี่จากจิตใจ สอดคล้องกับแบบประเมินระดับความรุนแรงของการติดบุหรี่ พบว่ามีการติดบุหรี่ย่อย (ร้อยละ 63.6) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของประเทือง สุนทรวิภาท (2543) ที่พบว่าข้าราชการครูชายสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรีส่วนใหญ่มีสาเหตุที่สูบบุหรี่ครั้งแรกคืออยากลองด้วยตนเอง (ร้อยละ 56.3) และยังสูบบุหรี่อยู่เพราะเห็นคนอื่นสูบแล้วอดไม่ได้ (ร้อยละ 50.5)

นอกจากนี้ผลการศึกษานี้พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการสูบบุหรี่ในที่ทำงาน ร้อยละ 48.1 จะสูบบุหรี่นอกอาคาร ซึ่งจากพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่กำหนดให้ห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ ดังนั้นควรเข้มงวดในการลงโทษผู้สูบบุหรี่ในสถานที่ราชการอย่างจริงจังมากขึ้นเพื่อเป็นการควบคุมการบริโภคยาสูบและการที่บุคลากรทางการศึกษามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่นอกอาคารแต่ยังอยู่ภายในสถานศึกษานั้นเป็นพฤติกรรมแบบอย่างที่ไม่ดีให้แก่เยาวชน อย่างไรก็ตามผลที่พบนี้ขัดแย้งกับค่าคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 4.51 ที่เห็นด้วยมากที่สุดว่า การงดสูบบุหรี่ของบุคลากรทางการศึกษาเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เยาวชน รวมถึงผลการศึกษาของบุญศักดิ์ (2536) ที่พบว่าทัศนคติของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีต่อครูที่สูบบุหรี่อยู่ในระดับที่ไม่ดีถึงร้อยละ 100

ระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่

ผลจากการศึกษานี้พบว่า คะแนนทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุดคือ ด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 4.31 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจมากกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทืองสุนทรวิภาต (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการครูชาย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าข้าราชการครูชายส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 97.3 เห็นว่าการสูบบุหรี่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ในด้านผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่าประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเห็นด้วยต่ำที่สุด คือ ไม่รู้วันตายจะเชื่อได้อย่างไรว่าจะตายเร็วกว่าปกติเพราะสูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.43) รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ชนิด light มีอันตรายน้อยกว่าการสูบบุหรี่ชนิดธรรมดา (คะแนนเฉลี่ย 3.62) และถึงจะสูบบุหรี่ หากทำให้ร่างกายแข็งแรง เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ จะไม่ทำให้เกิดโรค อันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ (คะแนนเฉลี่ย 3.82) และการสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อยหรือลดจำนวนการสูบให้น้อยลง จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย 3.83) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างขาดข้อมูลที่ถูกต้อง ไม่ทราบว่าการสูบบุหรี่ชนิด light แตกต่างจากบุหรี่ชนิดธรรมดาอย่างไร รวมถึงอาจไม่ทราบถึงอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ว่ามีอันตรายเพียงใด ทั้งต่อตนเองและคนรอบข้าง สำหรับผลกระทบต่อสังคม ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติต่ำสุดได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้บุตร/คนใกล้ชิดมีแนวโน้มสูบบุหรี่ด้วย (คะแนนเฉลี่ย 3.68) รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ถือเป็นเรื่องธรรมดาของคนทั่วไปและการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ (คะแนนเฉลี่ย 3.81) อาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่ตระหนักถึงผลของการสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน รวมถึงคิดว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมของคนทั่วไปและสังคมไม่รังเกียจ ทั้งนี้เนื่องจากเกือบร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลรอบตัวที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จึงคิดว่า การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมปกติที่สามารถทำได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อคนอื่นมากนัก ในด้านผลกระทบต่อการทำงาน ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การ

สูบบุหรี่ช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด (คะแนนเฉลี่ย 3.89) ซึ่งเป็นทัศนคติที่ไม่ถูกต้องอาจเนื่องมาจากเกิดความเคยชินในการคลายเครียดด้วยการสูบบุหรี่ และไม่ทราบวิธีการคลายเครียดด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่มีประโยชน์มากกว่าการสูบบุหรี่ ดังจะเห็นได้จากลักษณะการติดบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นการติดทางจิตใจเป็นส่วนใหญ่

เมื่อพิจารณาระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ (รวมถึงเคยสูบแต่เลิกแล้ว) มีระดับทัศนคติแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ (สูบบางโอกาสและสูบประจำ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ มีระดับทัศนคติสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอกชัย (2550) ที่ศึกษาสถานะการสูบบุหรี่ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษา อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่หรือเคยสูบแต่เลิกแล้วมีค่ามากกว่ากลุ่มที่ยังสูบบุหรี่ รวมถึงการศึกษาของนภดล (2536) และการศึกษาของเจริญ (2533) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตจังหวัดอุทัยธานีและจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชายในกลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่มีค่าคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีความตระหนักถึงโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่มากกว่ารวมถึงในกลุ่มตัวอย่างที่เลิกบุหรี่แล้วย่อมมีประสบการณ์ว่าการสูบบุหรี่แล้วแต่ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมามากกว่าจะเป็นด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจ และที่สำคัญคือไม่จำเป็นต้องพึ่งบุหรี่อีกต่อไป จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ที่ไม่สูบบุหรี่/เคยสูบแต่เลิกแล้ว มีทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

เมื่อศึกษาทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่า คะแนนทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าน้อยในด้านการทำงานและสังคม โดยเฉพาะในหัวข้อการเลิกสูบบุหรี่ทำให้อารมณ์หงุดหงิดและการเลิกสูบบุหรี่ทำได้ยาก อาจเนื่องมาจากบุคลากรทางการศึกษาซึ่งเป็นบุคคลที่มีตำแหน่ง

งานส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ จะคำนึงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ มากกว่า รวมถึงกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ทราบถึงแนวทางในการเลิกบุหรี่ที่มีหลายวิธี

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่า ปัจจัยสถานภาพสมรส เศรษฐกิจในครอบครัว ความเครียด การดื่มสุรา และสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพดล ชัยนการนาวิ (2536) ที่พบว่า ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งงาน รายได้ การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

สรุปผล

จากผลการศึกษาระดับทัศนคติของบุคลากรทางการศึกษาเพศชายในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 ต่อโทษของการสูบบุหรี่ พบว่า ระดับทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับดี สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่พบว่า มีระดับทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับดี โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ เศรษฐกิจในครอบครัว การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการศึกษาเพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 21.8 ถึงแม้ส่วนใหญ่จะมีภาวะเสพติดบุหรี่ทางจิตใจและติดบุหรี่น้อย แต่ถือว่ามีจำนวนที่ค่อนข้างสูง รวมถึงบุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรมากกว่าร้อยละ 70 ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมงดหรือเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ทั้งส่วนที่อยากเลิกและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมหากมีเวลาว่าง ดังนั้นโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการทำงานในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับเพื่อรณรงค์การเลิกบุหรี่ เพื่อให้เห็นผลที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น หาสิ่งกระตุ้นให้เกิดความต้องการที่จะเลิกสูบบุหรี่ การจัดตั้งชมรมเลิกสูบบุหรี่เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่อยากเลิกสูบบุหรี่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ หรือ การประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางเรื่องการจัดตั้งคลินิกงดบุหรี่และร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้ผู้ที่สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เจริญ บุตรดี. 2533. ทัศนคติและการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจังหวัดศรีสะเกษ. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา จันทรไพจิตร. 2541. เหตุผลในการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพดล ชัยนการนาวิ. 2536. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตจังหวัดอุทัยธานี. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญศักดิ์ ร่มยพร. 2536. ทัศนคติของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนดีบุกพังงาวิทยายน อำเภอเมือง จังหวัดพังงา ที่มีต่อครูที่สูบบุหรี่และบุคลากรสาธารณสุขที่สูบบุหรี่. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกิจ วาที่สาธกกิจ. 2547. สถิติสำคัญเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทย. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประเทือง สุนทรวิภาต. 2543. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการครูชายสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัญญ ลินผาด. 2533. ทัศนคติและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและระดับอำเภอในจังหวัดตรังที่มีต่อการสูบบุหรี่. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพยง วงศ์ผั้น. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา เขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิภาพรรณ อุณหพันธุ์. 2539. ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิธร เลิศภิรมย์ลักษณ์. 2547. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดนันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. 2549. สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2547. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมีนังการพิมพ์.
- สถิรกร พงศ์พานิช. “การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ ในประเทศไทย”, ใน โครงการเสวนานักวิจัยเภสัชศาสตร์ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2549 . “การเสียชีวิตของคนไทยจากการสูบบุหรี่”. สถิติสำคัญเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทย. <http://www.thaihealth.or.th/node/4438>. ธันวาคม 2549.
- สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา. 2550. “จำนวนข้าราชการครูและบุคลากร,” จำนวนบุคลากร. <http://www.vec.go.th/g0006/u0032/psnls-49-mar2.htm>. กันยายน 2550.
- สำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน. 2550. “รายงานข้อมูลโรงเรียนสังกัด สพฐ.,” สารสนเทศทางการศึกษา. <http://doc.obec.go.th/dataonweb/report>. กันยายน 2550.
- เอกชัย จรูญเนตร. 2550. สถานะการสูบบุหรี่และความต้องการเลิกบุหรี่ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษา อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- อัจฉราวรรณ สร้อยทอง. 2542. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Henningfield JE, Slade J. 1998. “Tobacco-dependence medications: public health and regulatory issue”, Food Drug and Law Journal. 53, suppl: 75-114.