

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2535 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและนำเสนอเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังนี้

พิษภัยของบุหรี่

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรุปกรอบแนวคิด

พิษภัยของบุหรี่

สารประกอบในบุหรี่ มีดังต่อไปนี้

บุหรี่มีสารประกอบต่าง ๆ อยู่ประมาณ 4,000 ชนิด (อุไรรัตน์ คชาชีวะ, 2530, หน้า 37) ซึ่งสารบางชนิดเป็นอันตรายต่อร่างกายที่สำคัญคือ

1. นิโคติน (Nicotin) เป็นสารเสพติดออกฤทธิ์ได้ทั้งเป็นตัวกระตุ้น กด และกล่อมประสาทส่วนกลาง ร้อยละ 95 ของนิโคตินจะ ไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด มีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งของสารอิปิเนฟริน (epinephrine) ทำให้ความดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแดงที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด บุหรี่ที่ผลิตในประเทศไทย 1 มวน จะมีนิโคตินประมาณ 1.5 - 2.6 มิลลิกรัม ซึ่งเกินค่ามาตรฐานที่สากลกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัมต่อมวน และสำหรับบุหรี่ยี่ห้ออื่น ๆ ก็ไม่ได้ทำให้ปริมาณนิโคตินลดน้อยลงได้

2. ทาร์ (Tar) สารคล้ายน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารหลายชนิด เกาะติดกัน เป็นสีน้ำตาลเป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งได้ เช่น มะเร็งที่ปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะและอื่น ๆ ซึ่งร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอดทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของอาการ ไอเรื้อรังมีเสมหะ ในคนที่สูบบุหรี่วันละซอง ปอดจะได้รับทาร์เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน หรือ 209 กรัมต่อปี บุหรี่ไทยมีทาร์อยู่ระหว่าง 25 - 34 มิลลิกรัมต่อมวน สูงกว่าของต่างประเทศมาก ปริมาณทาร์มาตรฐานสากลกำหนดไว้ไม่เกิน 15 มิลลิกรัมต่อมวน

สำหรับประเทศไทย ได้มีการวิเคราะห์ปริมาณสารทาร์ และนิโคติน โดยฝ่ายวิจัยของโรงงานยาสูบและตีพิมพ์ในนิตยสารยาสูบ ได้ผลดังนี้

มาตรฐานน้อยหรือมากของทาร์ ซึ่งกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการอังกฤษ แบ่งเป็น 5 กลุ่มดังนี้

1. ต่ำ (low tar)	0-10 มก.	ในควันบุหรี่ 1 มวน
2. ต่ำถึงปานกลาง (low medium)	11-16 มก.	ในควันบุหรี่ 1 มวน
3. ปานกลาง (medium)	17-22 มก.	ในควันบุหรี่ 1 มวน
4. สูง (high)	23-28 มก.	ในควันบุหรี่ 1 มวน
5. สูงมาก (very high)	29 ขึ้นไป	ในควันบุหรี่ 1 มวน

ตราบุหรี่

	Tar (มก. ในควัน 1 มวน)	สารนิโคติน (มก. ในควัน 1 มวน)
1. พระจันทร์	24 (สูง)	0.6
2. รวงกิมย์	24 (สูง)	0.8
3. เกล็ดทอง	26 (สูง)	1.0
4. รอยแผล 111 ธรรมดา	24 (สูง)	1.5
5. รอยแผล 111 กั้นกรอง	24 (สูง)	1.6
6. กรองกิมย์	28 (สูง)	1.6

ตราบุหรี่	Tar (มก. ในควัน 1 มวน)	สารนิโคติน (มก. ในควัน 1 มวน)
7. สามิต 14 กั้นกรอง	29 (สูงมาก)	1.5
8. สามิต 14 ธรรมดา	31 (สูงมาก)	1.6
9. กรุงทอง กั้นกรอง	29 (สูงมาก)	1.8
10. กรุงทอง ธรรมดา	30 (สูงมาก)	1.8
11. สายฝน	28 (สูงมาก)	1.8
12. ทิพีเอ็ม	33 (สูงมาก)	2.6

จากมาตรฐานการแบ่งระดับสารข้างต้น จะเห็นได้ว่าปริมาณทาร์ในบุหรี่ไทย อยู่ในระดับสูง ถึง 6 ตรา และอีก 6 ตรา มีสารพิษสูงมากทั้งสิ้น

สำหรับนิโคติน มีเพียง 2 ตรา (พระจันทร์, รวงกฤษ) เท่านั้น ที่มีปริมาณต่ำกว่าที่กำหนดเป็นมาตรฐาน ที่เหลืออีก 10 ตราล้วนมีปริมาณสูงกว่าที่ควรเป็นทั้งสิ้น

3. คาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่าเวลาปกติทำให้ร่างกายเกิดภาวะการขาดออกซิเจน เกิดอาการมึนงง การตัดสินใจช้า และเหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ ถ้ามีคาร์บอนมอนนอกไซด์ในเลือดสูงถึงร้อยละ 30 ก็จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย และถ้าถึงร้อยละ 60 อาจทำให้ตายได้

4. ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น กระตุ้นการหลั่งเมือก ยับยั้งการทำงานของหลอดลม ทำให้ทำหน้าที่ไม่ได้ดี เป็นผลให้มีเชื้อโรค สิ่งสกปรกตลอดจนสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ เกาะติดหลอดลมทำให้อักเสบเป็นแผล เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีอาการไอเรื้อรังมีเสมหะเป็นประจำ โดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมาก

5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลมทำให้ผนังถุงลมบางไปจนอง ถุงเล็ก ๆ หลายอันแตกรวมกันกลายเป็นถุงลมใหญ่ และมีจำนวนน้อยลงเกิดโรคถุงโป่งพอง ส่วนของถุงลมที่บวมค้ำยลุกลไปจะกดเนื้อปอดส่วนที่ตีทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง อาจเกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย

ออกกำลังไม่ได้ มีอาการเรื้อรัง ไม่มีโอกาสหายและจะทรمانไปตลอดชีวิต บางรายถูกลมที่
ไปงพองนั้นลึกซึ้งเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดกดปอดให้แฟบจะทำให้เกิดอาการ
เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อยมากและถ้าแพทย์ช่วยไม่ทันอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และ
โรคถุงลมโป่งพองนี้มักมีร่วมกับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

นอกจากนี้สารระคายเคืองต่าง ๆ เช่น แอมโมเนีย (ammonia) อัลดีไฮด์
(aldehyde) ฟีนอล (phenol) คีโตน (ketone) ฯลฯ ยังเป็นสาเหตุร่วมทำให้เกิด
โรคหลอดลมอักเสบ ทำลายการป้องกันตนเองตามธรรมชาติของระบบทางเดินหายใจ
ทำให้เกิดจุดอ่อนที่จะเป็นโรคร้ายอื่น ๆ ต่อไป

โรคซึ่งสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ (รวมพร นาคะพงศ์, 2534, หน้า 14 - 18)

ปริมาณทาร์และนิโคตินในบุหรี่มีส่วนสำคัญมากในการก่อให้เกิดโรคมะเร็ง
หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพองและโรคหัวใจ การลดปริมาณของสารพิษเหล่านี้จะช่วยลด
ความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ เหล่านี้

1. โรคมะเร็ง พมมะเร็งปอดมากที่สุด ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอด
มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 8.6 เท่า ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดและจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ลักษณะของการสูบ
และระยะเวลาที่สูบ สำหรับอาการบ่งชี้เฉพาะโรคในระยะแรกของมะเร็งปอดนั้นไม่ชัดเจน
จึงทำให้การวินิจฉัยของแพทย์ยุ่งยากมาก ส่วนมากจะพบในระยะที่โรคลุกลามไปมากแล้ว
ทำให้การรักษาได้ผลน้อยหรือไม่ได้เลย นอกจากนี้มะเร็งของตับอ่อน กระเพาะปัสสาวะ
และกล่องเสียง ก็พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ โรคหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพองร้อยละ
75 ก็เกิดจากการสูบบุหรี่

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณไขมันอิสระ (free
fatty acid) ในพลาสมาเพิ่มขึ้น การจับกลุ่มของเกร็ดเลือดมากขึ้น เป็นผลให้ผู้สูบบุหรี่
เป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือดสูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 5 เท่า ซึ่งการเกิดโรคหัวใจนี้มีความ
ความสัมพันธ์กับจำนวนบุหรี่ที่สูบและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ซึ่งถ้าสูบบุหรี่ร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ก็จะทำให้อัตราการเกิดโรคนั้นสูงมากขึ้น

3. โรคระบบทางเดินหายใจ ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
 ฤกษ์มโป่งพอง หอบหืด เนื่องจากได้รับสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองอยู่เป็นประจำ ซึ่ง
 ความชุกของผู้ป่วยที่มีอาการไอและมีเสมหะมากมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับจำนวนบุหรี่ที่สูบ
 และจากการศึกษาทางระบาดวิทยา ทั้งการศึกษาหาสาเหตุการป่วยย้อนหลัง (Retrospective studies) กับแบบดูผลการป่วยที่เกิดขึ้นในกาลข้างหน้า (Prospective studies) พบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและ
 ฤกษ์มโป่งพองถึงร้อยละ 70 ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้นี้ 30 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยขึ้นกับจำนวน ระยะเวลา และวิธีการสูบบุหรี่ อัตราการตายโดยเป็นโรคระบบ
 ทางเดินหายใจในผู้สูบบุหรี่ จะพบมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยหากเลิกสูบบุหรี่
 หน้าที่การทำงานของปอดจะกลับเข้าสู่สภาพปกติได้ และผู้ป่วยที่มีอาการตีบตันรุนแรง
 ปานกลางของระบบทางเดินหายใจ หากเลิกสูบบุหรี่ก็อาจทำให้การหายใจชัดและอาการ
 ไอทุเลาได้ แต่ถ้าเกิดอาการเหนื่อยหอบจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและฤกษ์มโป่งพอง
 แล้ว แม้จะหยุดสูบบุหรี่อาการก็จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อย

4. โรคของระบบทางเดินอาหาร ผู้สูบบุหรี่จัดมักจะเป็นแผลในกระเพาะ
 อาหารมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า ในผู้ชายและ 1.6 เท่าในผู้หญิง ขึ้นกับจำนวน
 ที่สูบ

5. ผลต่อระบบสืบพันธุ์ จากการศึกษาพบว่าหลังจากหยุดคุมกำเนิดภายใน
 ระยะเวลา 5 ปี หญิงที่สูบบุหรี่จะประสบความล้มเหลวในการตั้งครรภ์มากกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่
 2 เท่า นอกจากนี้หญิงที่สูบบุหรี่จัดจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่
 อีกด้วย ผู้ชายจะพบว่ามีการตีบตันในหลอดเลือดแดงบางส่วนที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศ
 (penile arteries) ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง

ผลของการสูบบุหรี่ต่อคนข้างเคียง

นอกจากควันบุหรี่จะมีอันตรายต่อสุขภาพผู้สูบโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อคนข้างเคียง (passive smoker) อีกด้วย ซึ่งการได้รับควันบุหรี่ทางอ้อม (passive smoking) นี้จะเกิดขึ้น เมื่อผู้ไม่สูบบุหรี่สูดอากาศที่มีควันบุหรี่เข้าไปโดยรับเอาคาร์บอน-

มอนนอกไฮด์ นิโคติน และส่วนประกอบอื่น ๆ ของบุหรี่ที่มากกว่าระดับของร่างกายที่จะรับได้ ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายซึ่งแตกต่างกันตามความรุนแรงระหว่างควันแท้ (main-stream smoke) คือควันที่ผู้สูบบุหรี่ดูดเข้าไปในปาก และควันหลง (sidestream smoke) คือควันที่ออกจากปลายบุหรี่ลุกแดง และร้อยละ 85 ของควันบุหรี่ที่ปรากฏในบรรยากาศของสถานที่หนึ่ง ๆ นั้น มาจากควันหลงซึ่งในควันหลงเหล่านี้มีสารที่เป็นอันตรายต่อร่างกายมากกว่าในควันแท้ เพราะในควันหลงจะมีคาร์บอนมอนอกไซด์มากกว่าควันแท้ 5 เท่า มีทาร์ นิโคติน มากกว่า 3 เท่า มีสารเบนโซโทริลินมากกว่า 4 เท่า และมีแอมโมเนียมากกว่า 46 เท่า (หทัย ชิตานนท์, 2533 อ้างใน ศุภจิต มโนนิโมกษ์, 2534, หน้า 24) ควันบุหรี่เหล่านี้เมื่อแพร่กระจายไปในสถานที่แออัด มีการระบายอากาศไม่ดีก็จะมีก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์สูงถึง 50 ส่วนในล้านส่วน (PPM.) มากกว่าปริมาณมาตรฐาน (9 ส่วน ในล้านส่วนที่มีในทึโล่งแจ้ง) ทำให้ระดับของคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดของผู้ไม่สูบบุหรี่ เท่ากับผู้สูบบุหรี่และจะมีโคตินมากเกินปริมาณมาตรฐานที่ยอมรับในทางอุตสาหกรรม ซึ่งกำหนดไว้ไม่เกิน 500 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรทำให้ปริมาณของนิโคตินในเลือด น้ำลาย น้ำปัสสาวะ น้ำคร่ำ ของผู้ไม่สูบบุหรี่สูงเท่ากับผู้สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบไนโตรซามีน (nitrosamine) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของทาร์ในควันหลงสูงกว่า 129 เท่า ซึ่งเข้มข้นกว่าที่พบในควันแท้ และใน 1 ชั่วโมง ภายใต้อากาศที่เต็มไปด้วยควันบุหรี่ และมีการระบายอากาศไม่ดีนั้น จะทำให้ผู้ไม่สูบบุหรี่สูดเอาไดเมทิลไนโตรซามีน (dimethylnitrosamine) เท่ากับการสูบบุหรี่ที่มีกันกรองถึง 35 มวน ทั้งนี้อันตรายของควันหลงจะรุนแรงเพียงไร ขึ้นอยู่กับจำนวนบุหรี่ที่สูบ ขนาดที่สูบ และระยะเวลาที่สูบ เป็นสำคัญ

โดยทั่วไปการสูบบุหรี่มีผลต่อคนข้างเคียงสรุปได้ดังนี้

1. เด็ก

การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ทำให้เด็กป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบ ปอดบวม หอบ หูชั้นกลางอักเสบเพิ่มขึ้น ในขณะที่เด็กโตจะเกิดโรคของหูชั้นกลางและมีอาการหอบหืด มีเสมหะมากขึ้นจากพิษควันบุหรี่มากกว่าลูกหลานของผู้ไม่สูบบุหรี่ บอสมเสม

และวิลสัน (Bonham and Wilson) ได้ทำการศึกษาแบบ Cross-sectional survey ในกลุ่มตัวอย่าง 37,000 ครว้เรือน พบว่า ในเด็กอายุตั้งแต่ 16 ปีลงมา ซึ่งพ่อแม่สูบบุหรี่มากกว่า 45 มวนต่อวันมีร้อยละ 46 ที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ และร้อยละ 42 ต้องนอนพักรักษาตัวด้วยโรกระบบทางเดินหายใจมากกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวไม่สูบบุหรี่

2. หญิงตั้งครรภ์

ผู้หญิงที่กำลังตั้งครรภ์และสูบบุหรี่ จะมีความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งของตนเองและของลูกในครรภ์ เด็กที่เกิดมามีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ (ซึ่งปกติไม่ควรมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม) เนื่องจากก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดของแม่ และสารนิโคตินทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัวแคบลง ทารกในครรภ์จึงได้รับออกซิเจนและสารอาหารน้อยลง

ผู้หญิงที่สูบบุหรี่และกินยาเม็ดคุมกำเนิดด้วย จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นในการที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีอัตราการหมดประจำเดือนเร็วกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 2 - 3 ปี นอกจากนี้ผู้หญิงสูบบุหรี่ยังเป็นโรคกระดูกพรุนได้ง่าย โรคกระดูกพรุนนี้เกิดจากการขาดฮอร์โมนของเพศหญิงที่เรียกว่า เอสโตรเจน (estrogen) ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีระดับของเอสโตรเจนนี้ต่ำกว่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีโอกาที่จะเกิดมะเร็งของปากมดลูกมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะอายุใด ๆ และไม่ว่าจะสูบบุหรี่มานานแค่ไหน การหยุดสูบก็จะมีผลดีในทุกด้าน ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองจะลดลงภายใน 2 ปี ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์หากหยุดสูบบุหรี่ก่อนที่จะมีครรภ์แก่กว่า 4 เดือน ก็จะทำให้เกิดอันตรายต่อบุตรและต่อตนเองลดลงได้มาก หรือไม่มีเลย

3. คนทั่วไป

ควันหลงจะทำให้บุคคลข้างเคียง (passive smoker) ไร้สาเหตุ เบื่อตา ปวดหัว คัดจมูก เกิดอาการกำเริบของอาการหอบหืด และในผู้ที่ใส่คอนแทคเลนส์ก็จะเคืองตามากขึ้น บางคนแค่เพียงการจิบบุหรี่ก็ทำให้แพ้ได้ อโรนาว (Aronow) ได้ทำการทดลองดูผลของการได้รับควันบุหรี่ทางอ้อมของผู้ป่วยโรคหัวใจโคโร-

นารี (coronary heart disease) โดยการให้ออกกำลังกายหลังจากจัดสถานการณ์ให้ 3 อย่างคือ ออกกำลังกายในที่ได้รับอากาศบริสุทธิ์ ไม่มีควันบุหรี่ ออกกำลังกายหลังจากอยู่ในห้องที่มีควันบุหรี่แต่มีการระบายอากาศที่ดี ออกกำลังกายหลังจากอยู่ในห้องที่มีควันบุหรี่และมีการระบายอากาศที่ไม่ดี ผลปรากฏว่า ในห้องที่มีควันบุหรี่และการระบายอากาศที่ไม่ดีนั้นจะทำให้ระดับของคาร์บอนมอนอกไซด์ในเลือดสูงขึ้นมากที่สุด ซึ่งทำให้เหนื่อยง่าย เป็นสาเหตุสำคัญของอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารี ฮิรายามา (Hirayama) ได้ทำการศึกษาดูผลการเกิดโรค (prospective cohort study) ในกลุ่มคน 91,000 คนเป็นเวลา 14 ปี พบว่า ค่าแต่งงานของผู้สูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับจำนวนมวนหรือปริมาณควันที่ได้รับ และอัตราส่วนการตายมาตรฐานในค่าแต่งงานที่ไม่สูบบุหรี่ทั้งคู่จะเท่ากับ 1.00 ภรรยาไม่สูบบุหรี่แต่สามีสูบบุหรี่ 20 มวนหรือมากกว่าต่อวันเท่ากับ 2.08 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในรัฐหลุยเซียน่า โดยคอร์เรียและคณะพบว่าค่าแต่งงานของผู้สูบบุหรี่จัดจะเป็นมะเร็งปอดมากกว่าค่าแต่งงานของผู้ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า

พจนานุกรมศัพท์การศึกษาระดับปริญญาตรี

๑/๑๖ ๖/๖ ๑๖/๖ ๑๖/๖

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติ (อ้างในศรันยา งามศิริอุดม, 2534:13-23)

พฤติกรรม (Bloom, 1975) เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ โดยแบ่งพฤติกรรมเป็น 3 ส่วนคือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิศึกษา หรือพฤติกรรมด้านความรู้ (cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เพิ่มขึ้นของความสามารถทางด้านความรู้ การใช้ความคิด และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา ซึ่งจำแนกจากง่ายไปหายาก คือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมเนื่องจากความรู้ ต้องมีความรู้มาก่อนจึงจะเข้าใจ ความเข้าใจนี้แสดงออกมาในรูปของการแปลความหรือการตีความหมาย การขยายความหรือคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนกรื่องราวออกเป็นหน่วยย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านั้นอย่างชัดเจน รวมทั้งมองเห็นการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่รวมกันเป็นปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลากรในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าไปเป็นส่วนร่วมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูง มีทั้งการสังเคราะห์ข้อความ แผนงาน และความสัมพันธ์

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยดีราคาสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์และมาตรฐานเป็นเครื่องช่วยประกอบการวินิจฉัย ซึ่งกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาก็ได้

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึงถึงความสนใจ ทักษะ ความชอบ ในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบาย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจคน การเกิดพฤติกรรมด้านทัศนคติแบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่า มีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับหรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วยความตระหนัก ความยินดีที่จะรับและการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การยินยอม ความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยา ซึ่งแสดงว่ายอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตัวเขาและได้นำไปพัฒนาให้เป็นเขาอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า "ค่านิยม" ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบ และการผูกมัดค่านิยมเข้ากับตัวเขา

2.4 การจัดกลุ่ม (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มค่านิยมนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยม และจัดระบบของค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) พฤติกรรมชั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านี้จากสิ่งที่ดีมากที่สุด ไปถึงด้อยที่สุด พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในชั้นนี้ประกอบด้วยการวางแนวทางปฏิบัติ และการแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เขากำหนด

3. พฤติกรรมทางด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติอาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมชั้นนี้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญาหรือความรู้ ความคิด และพฤติกรรมด้านทัศนคติเป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพอนามัยถือว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การปฏิบัติ และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง

* ความรู้ไม่ใช่เครื่องรับประกันว่า ผู้ที่มีความรู้จะปฏิบัติได้ถูกต้องเสมอไป ทั้งนี้เพราะความรู้นั้นไม่แน่ใจว่าจะเข้าใจ ให้กระทำในสิ่งที่ปรารถนานั้นเสมอไปหรือไม่ แต่อายุ และระดับการศึกษา ซึ่งมีผลต่อสภาวะความพร้อมด้านจิตใจและระดับการรับรู้ของแต่ละบุคคลรวมถึงอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี ตลอดจนสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่จะมีผล โน้มน้าวหรือชักจูงจิตใจให้เปลี่ยนมาเป็นปฏิบัติ (แอนก ทวีแสง, 2519)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework)

PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Cause in Educational Diagnosis and Evaluation หมายถึงกระบวนการใช้

ปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยส่งเสริม (Reinforcing) และปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling) เพื่อการวินิจฉัยและประเมินผลทางพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งกรีนและคณะ (Green, et al., 1980) แสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทำให้สามารถวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหานั้นได้ตรงตามสาเหตุที่เป็นจริง

ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ หรือพอใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยมและการรับรู้ รวมทั้งสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ และขนาดของครอบครัว

ปัจจัยส่งเสริม เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับ หรือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ทั้งที่เป็นรางวัลและการลงโทษ ซึ่งจะเป็นส่วนสนับสนุนหรือยับยั้งผลสะท้อนเหล่านี้ของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพล เช่น ญาติ เพื่อน หัวหน้างาน แพทย์ เป็นต้น

ปัจจัยเอื้ออำนวยหมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลและทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น สถานบริการทางสุขภาพบุคคลากร โรงเรียน ฯลฯ รวมทั้งความสามารถในการใช้แหล่งบริการเหล่านั้นด้วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลา และที่สำคัญคือความสามารถเข้าถึง บริการง่าย

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธีระ ลีมีติลา ได้ศึกษาเหตุผลของการสูบบุหรี่ในนักศึกษา 3 กลุ่ม จำนวน 258 คน พบว่านักศึกษาแพทยศิริราชพยาบาลมีการสูบบุหรี่น้อยกว่านักศึกษากฎหมายและนักศึกษาวิทยาลัยศรี ซึ่งนักศึกษากฎหมายและนักศึกษาวิทยาลัยศรีมีเหตุผลในการสูบบุหรี่เพื่อลดความเครียด ส่วนนักศึกษาแพทยศิริราชพยาบาลมีสาเหตุจากการตามเพื่อน หรือพ่อแม่ ผู้ปกครอง (รวมพร นาคะพงศ์, 2534, หน้า 38)

สุเทพ ปรีเปรมใจ ได้ศึกษาปัญหาการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยพระนครศรีอยุธยา 307 คน ผลจากการศึกษาพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ และเกือบร้อยละ 50 สูบบุหรี่เป็นครั้งแรกขณะเรียนระดับฝึกหัดครู ส่วนที่เหลือสูบบุหรี่เรียนมัธยมและชั้นประถม

โดยสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปีขึ้นไป และมีถึง 3 ใน 4 ที่สูบบุหรี่เป็นบางวัน ประมาณครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ไม่เกิน 5 มวนต่อวัน ค่าใช้จ่ายไม่เกิน 100 บาทต่อเดือน สาเหตุก็คือ สูบตามเพื่อนและความอยากลอง บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ เมื่อเที่ยวเตร่มีการสังสรรค์ สูบหลังอาหารและก่อนนอน (สุเทพ ปรีเปรมใจ, 2520 หน้า 27)

สมชัย ชินตา ได้ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ระดับต่ำกว่าอุดมศึกษา ในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่นจำนวน 1,500 คน พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายเท่ากับ 368 ต่อ 1,000 คน โดยส่วนใหญ่เห็นว่า การสูบบุหรี่อาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งปอด และส่วนใหญ่ เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ (16) ปี ได้รับรายได้จากผู้ปกครอง 1,500 บาทต่อเดือน มีผลการเรียนอ่อน มีทัศนคติเห็นว่าบุหรี่ให้ประโยชน์ แต่ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ระหว่างผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ต่างกัน ทั้งนี้ พบว่านักเรียนที่อยู่หอพักมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่านักเรียนที่ไม่ได้อยู่หอพัก (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2533, หน้า 136)

มาลา รักษาพรหมณ์ ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่ทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา จากกลุ่มตัวอย่าง 302 คน พบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และการต้อตามกลุ่มอ้างอิง (พ่อ, เพื่อน) มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน และความเชื่อเกี่ยวกับทักษะของกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน ทั้งนี้ปัจจัยทางสังคม ไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2533, หน้า 133)

กรอบแนวคิดเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่

