

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) และเชิงวิเคราะห์ (Analytical Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 536 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 125 คน และสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน 102 คน ทำการศึกษาในช่วงระหว่าง เดือน มกราคม - มิถุนายน 2553 ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ตามแบบสอบถาม (กรณีในกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำแบบสอบถามเองได้) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม 3 ชุด คือ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับผลการสูบบุหรี่ และแบบวัดการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลการสูบบุหรี่ และแบบวัดการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.83 และ 0.78 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในภาคผนวก ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows (Statistical Package for social Science) version 17 โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent t-test และหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (the Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69.60 มีอายุช่วง 60 - 69 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.22 มีอายุเฉลี่ย 68.09 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.30 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 2,177.74 บาทต่อเดือน มีปัญหาด้านการเงินในครอบครัว ร้อยละ 88.23 มีประวัติสมาชิกในครอบครัวและ / หรือเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ ร้อยละ 66.70 และระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 74.50

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง

3. การปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.00) มีคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ และมีคะแนนเฉลี่ย 24.21 คะแนน จากช่วงคะแนน 16 - 37 คะแนน เมื่อแยกตามการปฏิบัติ เป็นรายข้อพบว่า สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด (ร้อยละ 43.10) คือ จะไม่นั่งโต๊ะอาหารหลังรับประทานอาหารเย็น เพราะมักจะสูบบุหรี่หลังจากรับประทานอาหารเสมอ สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นบางครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 46.10) คือ พยายามหาสิ่งอื่น เช่น หมากฝรั่งหรือลูกอม แทนเมื่ออยากสูบบุหรี่ และสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด (ร้อยละ 88.20) คือ การเข้าร่วมกลุ่มหรือชมรมเลิกบุหรี่

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.385, p < 0.01$) สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.299, p = 0.02$; $r = 0.402, p < 0.01$; $r = 0.467, p < 0.01$) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.409$ และ 0.510 ตามลำดับ)

ปัจจัยพื้นฐาน ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) ในขณะที่เพศ และประวัติการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว และ/หรือเพื่อนใกล้ชิด ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ สำหรับอายุ รายได้เฉลี่ย และระยะเวลาที่เป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.146, 0.194$ และ 0.711 ตามลำดับ)

อภิปรายผลการศึกษา

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 102 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69.60) จากสถิติสำคัญเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มูลนิธิธรรมรงค์การไม่สูบบุหรี่, 2549) พบว่า อัตราส่วนจำนวนผู้สูบบุหรี่ระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงในประเทศไทยเท่ากับ 94.55:9.45 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าอัตราส่วนจำนวนผู้สูบบุหรี่ระหว่างเพศชายและเพศหญิง คือ 69.60:30.40 คือ เพศชายจะมีจำนวนผู้สูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีถึงร้อยละ 82.35 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลิมทองกุลและคณะ (Limthongkul, Wongtin, Udompanich, Charoenlap & Nuchprayoon, 1991) ที่พบว่าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่ปี 2525 - 2529 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญ คือ การสูบบุหรี่ ซึ่งพบในผู้ป่วยถึงร้อยละ 94 และจากการศึกษาของชายชาวยุโพธิรัตน์และคณะ (Pothirat C et. al., 2006) พบว่าในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีความชุกของโรคนี้อันสูงถึงร้อยละ 8.1 ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.09 ปี กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 88.23) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับ การวิเคราะห์อัตราการสูบบุหรี่ตามระดับการศึกษา ของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551) ที่พบว่าคนที่มีการศึกษาน้อย (จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่เคยเรียนหนังสือ) จะมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าคนที่มีการศึกษาสูง (ระดับมัธยมศึกษาและระดับอุดมศึกษา) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้สามารถ แสดงให้เห็นชัดเจนว่า อัตราการสูบบุหรี่ในคนที่มีการศึกษาน้อยจะสูงกว่าคนที่มีการศึกษาที่สูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.70 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 85.30 เรียนจบชั้น ประถมศึกษา และมีเพียงร้อยละ 1.00 ที่เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วง 500 - 2,500 บาท และมีรายได้เฉลี่ย 2,177.75 บาทต่อเดือน มีปัญหาด้านการเงินในครอบครัว ถึงร้อยละ 88.23 ซึ่งลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของริชาร์ดและคณะ (Richard R. Lanes, et. al., 1972) ในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลาย พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของนักเรียนสูงมาจาก ครอบครัวที่ยากจน และบิดา มารดา ที่สูบบุหรี่ ทั้งนี้เพราะในคนที่มีฐานะยากจนจะมีอัตราการ สูบบุหรี่สูงกว่าคนที่มีฐานะร่ำรวย การที่คนฐานะยากจนสูบบุหรี่มากกว่าคนฐานะร่ำรวยนั้นมีปัจจัย หลายด้าน เช่น ความรู้ คนยากจนส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาต่ำ ทำให้มีโอกาสรับรู้ข่าวสารพิษภัย ของบุหรี่ได้น้อยกว่าคนที่มีฐานะร่ำรวยซึ่งจะมีการศึกษาสูง คนที่มีฐานะยากจนส่วนใหญ่มักมี ความเครียดจากปัญหาด้านค่าครองชีพ จึงสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเพื่อคลายเครียด และมีความสอดคล้อง กับข้อมูลของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุม ยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล 2551) ที่พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในปี 2549 คนจนที่สุดสูบบุหรี่ 21.96% ในขณะที่คนที่รวยที่สุดสูบบุหรี่เพียง 13.35% (เป็นการคิดอัตราการสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มรายได้ ครัวเรือน) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในคั้งนี้มีประวัติการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน ใกล้ชิด ร้อยละ 66.70 การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัวและ/ หรือเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่าอิทธิพลของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนใกล้ชิดที่สูบบูหรี่เป็นสิ่งจูงใจที่ทำให้บุคคลสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เอ็นฉ่า (2535) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.30 มีประวัติการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิด และจาก การศึกษาของสมบัติ ดุลยรัตน์ (2551) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่จะสูบบุหรี่มากกว่า ผู้ที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่และกลุ่มตัวอย่างที่มีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ จะสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่ มีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ สำหรับระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี ระยะเวลาการเป็นโรคอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 74.50) และกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68.09 ปี ซึ่งเป็น ระยะเวลาเริ่มต้นที่โรคเริ่มปรากฏอาการ กลุ่มตัวอย่างจึงมีลักษณะสอดคล้องกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังโดยทั่วไปที่มีสาเหตุการเกิดโรคสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่เป็นสำคัญ ที่พบความชุกของโรคใน

ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่วัยรุ่น เมื่อเข้าสู่วัยทำงานผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ปรากฏร่องรอยของโรคให้ตรวจพบ แต่จะถูกตรวจพบความชุกของโรคมามากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยชรา (นิธิพัฒน์ เจริญกุล, 2551)

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่ามีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอภิปรายตามรายด้าน ได้ดังนี้

2.1 แรงจูงใจด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า คะแนนแรงจูงใจด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจด้านสุขภาพที่ดี แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความแตกต่างของอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิดที่ถูกกระตุ้น โดยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพ อณามัยที่ต่างกัน สิ่งเร้าที่อาจเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ อณามัย ความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำและร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจที่จะเสาะแสวงหาและยอมรับการรักษาตามแผน หรือในบางรายอาจเกิดจากความวิตกกังวลใจ (Mikhail 1981) ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 97.1 เชื่อว่าการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพอยู่เสมอ จะทำให้ความเจ็บป่วยต่างๆ น้อยลง ร้อยละ 98.1 เชื่อว่า การรับประทานอาหารจำนวนเหมาะสม ครบ 5 หมู่เป็นประจำ ช่วยให้สุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 97.0 เชื่อว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ช่วยให้สุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 90.2 เชื่อว่า การฝึกหายใจ และการฝึกไออย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยบรรเทาอาการหอบเหนื่อยได้ และร้อยละ 94.1 เชื่อว่าการรับประทานยาหรือใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การวัดแรงจูงใจนี้มักจะวัดออกมาในรูปของความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และความตั้งใจหรือความ ต้องการที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.7 ที่เชื่อว่าจะเลิกสูบบุหรี่ถ้าแพทย์แนะนำให้เลิก ซึ่งจากการศึกษาของ Fiore และคณะ (2000) พบว่า การให้คำแนะนำอย่างง่าย ๆ จากแพทย์เวชปฏิบัติ ทั่วไปสามารถช่วยให้ผู้ติดบุหรี่เลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำ ซึ่งเป็นความเชื่อด้านสุขภาพในด้านบวก แต่อย่างไรก็ตามผลการปฏิบัติตนจากการศึกษานี้ยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากการที่โรงพยาบาลที่ศึกษาฯ ยังไม่มีแนวทางในการให้คำแนะนำอย่างเป็นทางการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ หรืออาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ ได้ ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงแตกต่างจากผลการศึกษาของพีเดอร์สันและคณะ (Pederson L. Linda, et al., 1984) ที่ศึกษาถึงแบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพกับความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอด พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการเลิกสูบบุหรี่ และในการศึกษาของนงนุช บุญชู (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกหรือกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ที่มีลำดับความสำคัญมากที่สุด คือ ปัจจัยจากโปรแกรมอดบุหรี่ เช่น การได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนขณะเลิกสูบบุหรี่ โดยเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ ความรู้และเป็นมิตร

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่าจะเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรม เป็นกระบวนการแปลความหมายจากการสัมผัสต่อสิ่งเร้า ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์เดิมด้วย (กันยา สุวรรณแสง, 2532: 129) จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาตามรายชื่อของแบบวัด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 84.30 มีการรับรู้ว่าการที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า บุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้าย คือ ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งควันบุหรี่ทำให้เกิดหลอดลมอักเสบและโรคถุงลมโป่งพอง โดยเกิดจากควันบุหรี่ไปทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลมทำให้ผนังถุงลมบางและแตก ถุงลมเล็กๆ หลายๆ อัน แกรวมกันเป็นถุงลมขนาดใหญ่ และทำให้ถุงลมมีน้อยลง การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง ร่างกายมีการรับออกซิเจนได้ลดลง เกิดอาการอึดอัดแน่นหน้าอก ไอ หอบเหนื่อย (ชูชาติ อารีจิตรานุสรณ์, 2530) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 86.30 เชื่อว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรค เช่น มะเร็งปอด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบตันได้มากกว่าคนทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ว่าผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพในระยะยาว เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งปอด และมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน เป็นต้น (สตีเฟน ฮาแมน, 2549) สอดคล้องกับในการวิจัยของเอมอร พุฒิพิสิฐเชษฐ (2542) เรื่องการรับรู้และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ คือ ทราบว่าบุหรี่มีสารพิษจำนวนมากที่เป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่และบุคคลข้างเคียง บุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอด ขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.60 ที่เห็นว่า การสูบบุหรี่ไม่มีผลทำให้การดำเนินของโรคที่เป็นอยู่แย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมบัติ ดุลยรัตน์ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ตัวแปรด้านความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่ ไม่ได้ทำให้ปริมาณการสูบบุหรี่ลดน้อยลง ซึ่งก็แสดงให้เห็นว่า โดยสรุปแล้วกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ยังมีการรับรู้

โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ที่ยังไม่ชัดเจน ผลรวมความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่จึงอยู่ในระดับปานกลาง

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ที่เกิดกับตนเองถึงความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่า มีผลกระทบทำให้มีข้อจำกัดทางร่างกาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.70 เชื่อว่าการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 79.40 พบว่าตนมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆเมื่อภาวะโรคกำเริบ และร้อยละ 66.70 เชื่อว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย นอกจากนั้นการได้รับคำอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์ถึงความรุนแรงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และร้อยละ 77.50 เชื่อว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นปัญหาที่จะคงอยู่นาน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.30 เชื่อว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว และร้อยละ 55.80 เชื่อว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีผลกระทบต่อการเงินของตน เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความก้าวหน้าของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ (พูนเกษม, 2531) การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้ ด้านร่างกาย เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการแล้วไม่สามารถหยุดยั้งหรือรักษาให้หายขาดได้ คนที่เป็นโรคนี้อาจมีความรู้สึกท้อแท้ตลอดเวลา เพราะเหนื่อยง่าย กิจกรรมหลายอย่างถูกจำกัด ขาดความเป็นอิสระ อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวต่อการสูญเสียชีวิต (Devito, 1990) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากปัญหาด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายและทำกิจกรรม (Gift&Pugh, 1993; Weaver&Nasarvage, 1992) ด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีการตอบสนองด้านอารมณ์ที่หลากหลายจากอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หายใจลำบาก ไอ และมีเสมหะ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตื่นตกใจกลัว วิตกกังวล รู้สึกโกรธ (Gift&Pugh, 1993) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต วางแผนต่อการรักษาที่ไม่สามารถรักษาได้หายขาด มีภาวะซึมเศร้า เพราะโรครุนแรงและกำเริบตลอดชีวิต (Saroca, 1993) ด้านเศรษฐกิจ การรักษาภาวะเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก เพราะผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากรุนแรงตามพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากกำเริบ (acute exacerbation) อย่างน้อยปีละครั้ง (Subramanian&Guntupulli, 1994) ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาล (Fromm&Varon, 1994) จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวและรัฐมากที่สุด ด้านสังคม การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตการทำงาน และได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวมากที่สุด ต้องการพึ่งพาคู่สมรสมากขึ้น

(Hass&Axen, 1991) และชาเมอร์ (Charmer, 1984) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วยและครอบครัว และกลยุทธ์ที่ใช้ในการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อย ปานกลาง และมาก จำนวน 30 ราย พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักเป็นอันดับแรกคือ ความสามารถในการดำรงบทบาทในครอบครัว และสังคม แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.00 เชื่อว่าอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะไม่รุนแรงขึ้น แม้ว่าตนจะยังสูบบุหรี่อยู่ ดังนั้นอาจเป็นผลให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคในภาพรวมของการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง

2.4 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในระดับสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ที่ดี ทั้งนี้ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อบุคคลรับรู้สิ่งที่ตนกระทำจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง (Becker, 1974) ซึ่งเมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.40 มีการรับรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้เด็ดขาด จะมีอัตราการเสื่อมของสมรรถภาพปอดชะลอมาจนอยู่ในอัตราที่คงที่ใกล้เคียงกับคนปกติได้ในระยะหลายปีต่อมา (นิธิพัฒน์ เจียรกุล, 2551) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.10 ยังรับรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว และร้อยละ 95.10 เชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่ช่วยลดอันตรายที่จะเกิดกับสุขภาพของตน เช่น ถุงลม ปอด หัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผลการศึกษาวิจัย พบว่า ควันบุหรีมีสารพิษทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ได้รับควันบุหรี ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ บุหรีเป็นสาเหตุการเกิดโรคต่างๆ มากกว่า 25 โรค เช่น มะเร็งในอวัยวะต่างๆ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดตีตัน เป็นต้น (สมเกียรติ วัฒนศิริกุล, 2549) สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค เมื่อรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ ดังนั้นจึงทำให้คะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในระดับสูง แต่การที่กลุ่มตัวอย่างยังสูบบุหรี่อยู่นั้น อาจเป็นเพราะการติดบุหรีนั้นนอกจากมีผลจากภาวะการติดนิโคตินแล้ว ยังเป็นเรื่องทางพฤติกรรมศาสตร์ คือภาวะเสพติดทางจิตใจ และภาวะเสพติดทางสังคม ซึ่งต้องทราบให้ได้ว่าปัจจัยข้อใดน่าจะเป็นสาเหตุของการติดบุหรีมากที่สุด เพื่อที่จะได้แก้ไขได้ตรงประเด็น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการเลิกบุหรี และแต่ละปีจะมี 1 ใน 3 ของผู้ติดบุหรีพยายามเลิกสูบ แต่ก็มียังร้อยละ 5 - 7 เท่านั้นที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

2.5 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะอุปสรรคจากการที่รับรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้กระวนกระวายใจมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ที่ติดบุหรี่ต้องการได้รับสารนิโคตินซึ่งไปออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและมีผลเชิงบวกทางชีวภาพ ดังนั้นผู้ที่ติดบุหรี่อย่างมาก การเลิกสูบบุหรี่อย่างเฉียบพลันจะทำให้เกิดความรู้สึกเชิงลบ เช่น อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด เศร้า ไม่มีแรง หิวบ่อย (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2546) นอกจากนี้อาการขาดนิโคตินยังทำให้มีอาการสมาธิและความสามารถในการคิดลดลง (สมเกียรติ วัฒนศิริกุล, 2549) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.80 เชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้ความคิดไม่แล่น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.80 เชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่อาจทำให้ต้องทำสิ่งอื่นที่ยุ่งยากกว่า ซึ่งจากรายงานของ Centers for Disease Control and Prevention ในปีค.ศ. 1994 (Centers for Disease Control and Prevention, 1994) ว่าประมาณร้อยละ 70 ของผู้สูบบุหรี่มีความต้องการเลิก และพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่พยายามเลิกสูบบุหรี่ Flore et al. (1990) สรุปว่าในแต่ละปี น้อยกว่าร้อยละ 10 ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้นานถึง 1 ปี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 85.3 เชื่อว่าการเลิกสูบบุหรี่ต้องใช้ระยะเวลาานาน และร้อยละ 62.70 เชื่อว่าไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง อาจเพราะสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่เป็นอุปสรรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่า ถ้าบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติ จะทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (Becker, 1974) และยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.40 ที่เชื่อว่า แม้นั้นจะเลิกสูบบุหรี่ ก็ยังคงเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ยังสูบบุหรี่อยู่ต่อไป

3. การปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.00 มีคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 24.21 คะแนน จากคะแนนเต็ม 42 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 57.62 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่น้อย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดของตนเอง รวมทั้งมีวิธีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นให้สูบบุหรี่น้อย ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่าการปฏิบัติตนในด้านบวก สิ่งในกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การไม่นั่งโต๊ะอาหารหลังรับประทานอาหารเช้า เพราะมักจะสูบบุหรี่หลังจากรับประทานอาหารเช้า ร้อยละ 43.1 การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติในข้อนี้ได้มาก เป็นเพราะสามารถทำได้ง่าย ไม่มีความยุ่งยาก สำหรับการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นแบบอื่น เช่น การเก็บบุหรี่และอุปกรณ์การสูบบุหรี่ทิ้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 10.70 เท่านั้นที่ปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.70 มีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ อาจทำให้บุหรี่และอุปกรณ์ในการสูบบุหรี่ในบ้านยังมี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างก็ยัง

พบเห็น และเป็นสิ่งกระตุ้นให้อยากสูบบุหรี่ จากการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2535 ของสุวพันธ์ ศิริวนารังสรรค์ (2535) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.70 มีความคิดอยากเลิกสูบบุหรี่ แต่ไม่สามารถเลิกได้ เพราะเห็นผู้อื่นสูบบุหรี่ และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เช่นเดียวกับ การไม่ไปดื่มสุรากับเพื่อน เพราะจะทำให้อยากสูบบุหรี่ เนื่องจากในวงสุราเป็นสิ่งแวดล้อมที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ง่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25.50 เท่านั้นที่ปฏิบัติเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา จันทรไพจิตร (2541) ที่ศึกษาปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน พบว่ามี 3 ปัจจัย คือ เพื่อนชวนสูบบุหรี่เป็นอันดับหนึ่ง อันดับสอง คือ สูบเพื่อเข้าสังคม อันดับสาม คือ ต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อน ในขณะที่เข้ากลุ่ม ในการเบี่ยงเบนความสนใจเมื่ออยากสูบบุหรี่ เช่น การพยายามหาสิ่งอื่น เช่น หมากฝรั่งหรือลูกอมแทน เมื่ออยากสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการยับยั้งความอยากสูบบุหรี่ โดยทั่วไปจะใช้สำหรับแนะนำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การเลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ ฐา กาแฟ เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2546) มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 19.60 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 39.22 ซึ่งอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ (Becker, 1974) โดยผู้ที่มีอายุมาก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็อาจทำได้ยาก เนื่องจากการปลูกฝังพฤติกรรมสูบบุหรี่มาตั้งแต่วัยรุ่น สำหรับการทำกิจกรรมอื่นที่ชอบ เพื่อให้เพลิดเพลินแทนการสูบบุหรี่ มีกลุ่มตัวอย่าง เพียงร้อยละ 16.70 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้ตระหนัก หรือเห็นความสำคัญว่าการทำกิจกรรมอื่นๆที่ตนเองชอบ นั้นสามารถช่วยลดอาการอยากสูบบุหรี่ได้ ส่วนการเสริมสร้างกำลังใจ เช่น การเข้าร่วมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการเลิกสูบบุหรี่ มีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 1.00 เท่านั้นที่ปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการไปร่วมกิจกรรม และแหล่งที่จัดให้บริการมีอยู่น้อย และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 23.50 เท่านั้นที่ตั้งใจจะเลิกบุหรี่เพื่อตนเองและครอบครัว เป็นประจำ มีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่มีเป้าหมายหรือความมุ่งมั่นในการเลิกสูบบุหรี่ ตรงกันข้ามการปฏิบัติตนในด้านลบของกลุ่มตัวอย่างจะสูงกว่า เช่น จะสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย (ครึ่งมวน) เมื่ออยากสูบบุหรี่ มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 39.20 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ และสูบบุหรี่ตามความต้องการของตนเองเสมอ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35.30 ที่ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งข้อนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เย็นฉ่ำ (2535) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.10 ที่จะสูบบุหรี่ตามความต้องการเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือทางจิตวิทยาอย่างหนึ่ง ที่สูบบุหรี่แล้วทำให้เคลิบเคลิ้มและสบายใจจากฤทธิ์ของนิโคติน และคิดแล้วจะต้องสูบบุหรี่เรื่อยๆ (นฤมล ชินะกุลวัฒนา, 2524) และบุหรี่ยังสามารถซื้อได้ง่าย เพราะแม้จะเป็นสิ่งเสพติดที่ร้ายแรงแต่ก็สามารถจำหน่ายและเสพติดได้โดยไม่ผิดกฎหมาย (สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, 2549)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยพื้นฐาน กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่

4.1 ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ ($r = 0.38$, $p < 0.01$) อาจกล่าวได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมสามารถนำมาใช้อธิบายการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างได้ แต่ยังไม่มากพอ จากแนวคิดที่ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งทางด้านจิตวิทยาที่จะเป็นตัวส่งเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพตามความคาดหวัง และเห็นคุณค่าของการปฏิบัติ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่งแล้ว ความเชื่อนั้นๆ ก็จะทำให้บุคคลปฏิบัติ หรือกระทำในสิ่งต่างๆ ที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน (จรรยาสุวรรณทัต, 2527) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตยา เย็นน้ำ (2535) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล การศึกษาของบัญชา ภูมิคำ (2538) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในจังหวัดเชียงใหม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ การศึกษาของธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาของสุเมธ แสนสิงห์ชัย (2549) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธิดา นิมิตรดี (2550) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกอดสุราโรงพยาบาลพะเยา แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าแม้ว่าจะเน้นความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างจะสูง แต่คะแนนการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 52.00) อาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ต่ำ ทำให้อาจเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูล และคิดพิจารณาตัดสินใจการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ (2534) กล่าวว่า ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและเข้าใจความเจ็บป่วย การใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่า ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ อาจเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นพฤติกรรมที่มีระยะเวลานานจนเกิดความเคยชิน จึงทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่เป็นไปได้ยาก

เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้านแล้ว พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ จากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.29, p = 0.002$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่ม ตัวอย่างที่มีระดับคะแนนแรงจูงใจด้านสุขภาพสูง มีแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่สูง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนแรงจูงใจด้านสุขภาพต่ำ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ มาอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่าผู้มีการศึกษาระดับสูงมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รับรู้ถึง การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี มีความสามารถในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่ได้เรียนรู้มา มีการตัดสินใจ ที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่ต่ำ แม้จะมีระดับแรงจูงใจ ด้านสุขภาพที่สูง แต่อาจไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ผลการศึกษาค้นคว้าของคอลลิ่งกับการศึกษา ของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และการศึกษาของแอนโทโนสกีและแคท (Antonovsky and Kats, 1970) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจฟันตามนัด

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิก สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ ($r = 0.40, p < 0.01$) แสดงให้เห็น ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติ ตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความรู้สึกถึงอันตรายและผลเสีย ต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ สภาพครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม (Janz & Becker, 1984) ซึ่งในการศึกษา ครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าร่างกายอ่อนแอลงหลังจากการเป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการต่างๆ เมื่อภาวะโรคกำเริบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นมีผลกระทบต่อ การปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ บุคคลสามารถเกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคโดยจากคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ผ่าน ทางสื่อต่างๆ หรือบุคคลได้รับประสบการณ์ด้วยตนเอง ซึ่งเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้แล้วจะเห็นคุณค่า ของการป้องกันตนเอง เกิดการเรียนรู้ตามมา ทั้งนี้เพราะการรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้ก็จะเกิดขึ้นไม่ได้ (กันยา สุวรรณแสง, 2532) เมื่อมีการเรียนรู้เกิดขึ้นแล้วบุคคลจะมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมตอบสนองออกมาโดยมีการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา แม้การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีระดับสูง แต่ในบุคคลที่มี

ความรู้ต่ำ จะมีการเรียนรู้ต่ำ จึงมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมตอบสนองโดยมีการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของไวเบอร์เกอร์และคณะ (Weinberger et al., 1981) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ นิลสันและคณะ (Nelson et al., 1978) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ชาญฤทัยชัยรินทร์ (2544) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ ($r = 0.467$, $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่สูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามพบว่ามีความสัมพันธ์ระดับต่ำ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ว่ามีผลดีต่อสุขภาพ แต่ขาดความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคตของตนเองและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เกิดจากความเคยชินและรู้สึกว่าการเลิกบุหรี่ทำได้ยาก จึงไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ จึงไม่สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ที่สูงได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของฮาลาล (Hallal, 1982) ที่พบว่าสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การศึกษาของโอคอนเนลล์และคณะ (O'Connell et al., 1985) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการจำกัดอาหาร มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารในกลุ่มวัยรุ่นที่น้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) และศิริพร พงษ์โกศา (2532) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (สำหรับค่า r ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเทียบกับ ค่า r ในความสัมพันธ์คู่อื่น ซึ่งให้เห็นว่าเมื่อเทียบกับความสัมพันธ์กับคู่อื่น ความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่จะมีระดับสูงกว่า)

ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ สามารถอธิบายได้ ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ หมายความว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ไม่สามารถอธิบายการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ไม่น้อยเพียงใดก็ไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจากแนวคิดของโรเซนสตัด (Rosenstock, 1990) กล่าวว่า ividual จะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ก็ต่อเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นที่แน่นอนแล้ว การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเปลี่ยนไปจากเดิมที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค คือ ความเชื่อต่อการวินิจฉัย บุคคลจะเชื่อหรือไม่เชื่อก็ได้ ต่อเมื่อบุคคลนั้นเกิดการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าตนเองเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแล้ว จึงจะมีระดับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้น แม้กลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหล่านี้ยังถือว่าอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ได้ ทั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลอาจจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความรู้สึกหรือความคิดที่เขาจะปฏิบัติขณะนั้น สิ่งบุคคลปฏิบัติจริงๆ นั้นอาจจะไม่ตรงกับสิ่งที่เชื่อหรือเข้าใจหรือคิดจะปฏิบัติก็ได้ (ประภาพรเพ็ญสุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเคอร์ชและโรเซนสตัด (Kirscht & Rosenstock, 1977) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาหาร และการศึกษาของเรณู กาวิละ (2537) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าตอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของโอคอนเนลและคณะ (O'Connell et al., 1985) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักเกินของวัยรุ่นที่มีน้ำหนักปกติมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของนิตยา เย็นน้ำ (2535) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ของบุคลากรชายในโรงพยาบาล

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ หมายความว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ไม่สามารถอธิบายการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่มีอุปสรรคหรือมีความยุ่งยาก จึงไม่นำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้อาจมีปัจจัย

ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล เช่นเดียวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยง การปฏิบัติพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ เมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรคเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรม และ อุปสรรคอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิดก็ได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ของนิศานาด โชคเกิด (2545) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา ไม่มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราในผู้ที่ติดสุรา และขัดแย้งกับผลการศึกษาของเทอร์เรลและ ฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980) ซึ่งพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับความ ร่วมมือในการเดินออกกำลังกาย การศึกษาของลาร์สันและคณะ (Larson et al., 1982) ที่พบว่า การรับรู้ อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการมารับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี และการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกคา (2532) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ไวรัสตับอักเสบบี

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่กับ การศึกษาของนิศานาด เย็นฉ่ำ (2535) ซึ่งศึกษาในบุคลากรชายในโรงพยาบาล พบว่า ความเชื่อด้าน สุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ ($r = 0.20, p < 0.01$) การ รับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเนื่องจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องด สูบบุหรี่ ($r = 0.15, p < 0.05$) และแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องด สูบบุหรี่ ($r = 0.28, p < 0.01$) ซึ่งค่า r ที่แสดงระดับความสัมพันธ์ในการศึกษานี้จะมีค่าสูงกว่าใน การศึกษาของนิศานาด เย็นฉ่ำ อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับ การปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเกิดการเจ็บป่วยที่อาจมีสาเหตุ สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ทำให้ความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบ บุหรี่มีระดับสูงกว่าผลการศึกษาของนิศานาด เย็นฉ่ำซึ่งเป็นการศึกษาในบุคลากรชายในโรงพยาบาลที่ สูบบุหรี่ โดยกลุ่มตัวอย่างยังไม่เกิดโรคจากการสูบบุหรี่

4.2 ปัจจัยพื้นฐานกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่

1. เพศ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เพศชายหรือเพศหญิงมีการปฏิบัติตน เพื่อเลิกสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นผลของระดับการศึกษาประการหนึ่ง เพราะว่าการกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของมิลเลอร์และคณะ (Miller et al., 1985) ที่พบว่า ความตั้งใจที่จะ ปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน และ

การศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

2. ระดับการศึกษา ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่จบระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะความรู้เป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณาตัดสินใจต่างๆอย่างมีเหตุผล กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ย่อมมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาสุขภาพอนามัย ของตนเอง ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียน ซึ่งตรงกับคำกล่าวของสุโท เจริญสุข (อ้างใน จรรยา สุวรรณทัต, 2527) ที่ว่า บุคคลที่มีการศึกษา มากกว่าจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้ตนเอง ทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางในสิ่งต่างๆได้มากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี

3. ประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีหรือไม่มีประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่ มีการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างจะมีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่หรือไม่ นั้น ไม่ได้มีอิทธิพลต่อการที่กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ แตกต่างจากผลการศึกษาของนิตยา เย็นฉ่ำ (2535) ที่พบว่าประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่

4. อายุ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ อาจเนื่องมาจาก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีความชุกสูงในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 60 - 79 ปี (ร้อยละ 66.67) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพวงพยอม การภิญโญ (2526) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

5. รายได้เฉลี่ย จากการศึกษาพบว่า รายได้เฉลี่ยไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 66.70 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในช่วง 500 - 2,500 บาท ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลจากรัฐ จึงทำให้เวลาเจ็บป่วย สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้สะดวก ไม่ต้องเพิ่มภาระด้านค่ารักษาพยาบาล ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมใจ ยิ้มวิไล (2531) ที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของนิตยา เย็นฉ่ำ (2535) ที่พบว่ารายได้เฉลี่ยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่

6. ระยะเวลาที่เป็นโรค จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรณพิไล ศรีอารมย์และคณะ (2539) พบว่า ระยะเวลาการเป็นมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง และทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ของโรงพยาบาลป่าซางเท่านั้น ผลการศึกษาจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ของโรงพยาบาลอื่นได้
2. ผู้เก็บข้อมูล เนื่องจากผู้ศึกษาขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขในการร่วมเก็บข้อมูล โดยมีการจัดอบรมความรู้ก่อนการเก็บข้อมูล แต่อาจเกิดความคลาดเคลื่อนของบุคคล ซึ่งมีผลต่อความตรงของการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผลการศึกษารั้งนี้ แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ บุคลากรทางด้านสุขภาพควรส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะทั้ง 3 ด้านดังกล่าวข้างต้น เพื่อช่วยกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง
2. ร้อยละ 66.70 ของกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าเลิกสูบบุหรี่ถ้าแพทย์แนะนำให้เลิก แพทย์ควรมีบทบาทในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกราย
3. จากผลที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมสูง แต่คะแนนการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ทำให้ทราบว่า แม้จะมีความเชื่อทางสุขภาพที่ดี แต่ไม่จำเป็นว่าบุคคลจะสามารถปฏิบัติตนทางสุขภาพได้ถูกต้องเสมอไป เป็นข้อมูลที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเลิกบุหรี่สามารถนำมาใช้พิจารณาในการดำเนินงานได้ ในแง่ของการติดตามผลหลังการให้บริการอย่างสม่ำเสมอจนผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร
4. ระดับการศึกษามีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ บุคลากรทางการแพทย์ควรใช้แนวทางในการให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำ ที่แตกต่างกันในผู้สูบบุหรี่ซึ่งมารับบริการเลิกบุหรี่ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาในกลุ่มประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และขยายขอบเขตของการศึกษา โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่ในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สูบบุหรี่
2. ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูบบุหรี่กับผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ว่ามีปัจจัยอะไรที่ทำให้เกิดความแตกต่างของการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการดำเนินงานในคลินิกบำบัดบุหรี่
3. ศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกสูบบุหรี่ เช่น จำนวนบุหรี่ที่สูบระยะเวลาที่สูบ ความเครียด ซึ่งก็เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในกลุ่มผู้สูบบุหรี่