

รายงานฉบับสมบูรณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**Factors Related to Tobacco Products Consumption Behavior of Diseases
Control Department Staffs, Ministry of Public Health.**

เกษสุตา ศรีจักร์

กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2566

บทคัดย่อ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคนผลิตภัณฑ์ยาสูบ ถือว่าก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูบหรือผู้ใช้เท่านั้น แต่ยังกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลที่แวดล้อมด้วย การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคนผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 346 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2566 โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มอายุส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 40.2 เพศหญิง ร้อยละ 63.9 และเพศชาย ร้อยละ 36.1 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 61.3 และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการ ร้อยละ 62.7 และมีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุด ร้อยละ 51.7 บุคลากรกรมควบคุมโรคมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคนยาสูบ โดยสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 7.0 ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติเชิงบวก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 คะแนน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคนผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เพศ ($p < 0.001$) อายุ ($p = 0.002$) ระดับการศึกษา ($p < 0.001$) อาชีพ ($p = 0.004$) สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ($p < 0.001$) การมีโรคประจำตัว ($p = 0.017$) และทัศนคติต่อการบริโภคนผลิตภัณฑ์ยาสูบ ($p < 0.001$) การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($p < 0.001$) การจัดสรรงค์/ประชาสัมพันธ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ($p = 0.044$) การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ($p < 0.001$) การสูบบุหรี่” เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้คนที่ติดเชื้อโควิด 19 และเพิ่มโอกาสที่เกิดอาการ “สองโควิด” ได้ในภายหลัง ($p < 0.001$) การได้รับคำแนะนำวิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่จากเพื่อนร่วมงาน ($p = 0.022$) บุคคลในครอบครัวมีประวัติสูบบุหรี่ ($p = 0.015$) การมีเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่หรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ ($p < 0.001$) และการมีเพื่อนเคยชักชวนให้ลองสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ ($p < 0.001$)

ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อการบริโภคนผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควร จัดสรรงค์/ประชาสัมพันธ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประกาศนโยบายเพื่อให้หน่วยงานภายในได้มอบหมายผู้รับผิดชอบ นโยบายไปปฏิบัติในหน่วยงานให้ชัดเจนต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมกรรมการบริโภคนผลิตภัณฑ์ยาสูบ/ บุคลากรกรมควบคุมโรค

ABSTRACT

Tobacco consumption behavior represents a significant global public health problem, including in Thailand that is necessitating immediate and sustained attention. It is affecting the health of smokers and impacts the overall well-being of those who are close or in proximity. This cross-sectional survey aims to determine factors related to tobacco consumption behavior among personnel of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The 364 personnel of Department of Disease Control (DDC) was a sample group and data were collected through self-administered questionnaires from April to May 2023. Data were analyzed using descriptive statistics. Pearson correlation coefficient and chi-square statistics. The findings illuminate that the demographics reveal a predominant age group between 30-39 years, constituting 40.2% of the respondents. female (63.9%), 63.9% female, and 36.1% male. A significant majority (61.3%) of participants hold a bachelor's degree and primarily occupy as civil servants (62.7%) mainly Public Health Technical Officers (51.7). Currently, the number of 7.0 % of the personnel of DDC had tobacco consumption behavior. Most of the respondents reflected a positive attitude score of 4.36.

Factors associated with tobacco consumption behavior of DDC personnel, Ministry of Public Health were sex ($p<0.001$), age ($p=0.002$), educational level ($p<0.001$), occupation ($p=0.004$), family economic status ($p<0.001$), having the underlying disease ($p=0.017$), attitude toward consumption of tobacco products ($p<0.001$), consumption of alcohol or alcoholic beverages ($p<0.001$), anti-smoking campaign/public relations ($p=0.044$), smoking is harmful to health and is also a risk factor to COVID-19 infection ($p<0.001$), smoking was one of the major risk factors for people infected with COVID-19 and increased the likelihood of developing "long-Covid" symptoms later ($p<0.001$), receiving advice on how to avoid smoking from colleagues ($p=0.022$), family history of smoking ($p=0.015$), having friends who used to smoke or currently smoke ($p<0.001$), and having friends persuade them to try smoking or tobacco products ($p<0.001$).

Consequently, to promote good behavior toward the consumption of tobacco products in Department of Disease Control personnel. DDC should organize campaigns/public relations for non-smoking consistently and continually. Moreover, strengthening the policy of the non-smoking organization should be implemented in organizations under DDC.

KEY WORDS: TOBACCO CONSUMPTION BEHAVIOR/ DEPARTMENT OF DISESE CONTROL PERSONNEL

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก
ผู้วิพากษ์งานวิจัยกรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ
จนโครงการวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์

ขอขอบคุณนายแพทย์ชยพันธ์ สิทธิบุศย์ ผู้อำนวยการกองงานคณะกรรมการควบคุม
ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ที่กรุณาให้การสนับสนุนให้เกิดการวิจัยฉบับนี้ ตลอดจนอนุญาตให้ใช้สถานที่และ
สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์สำหรับดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณหัวหน้าและเจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาและ
ขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสนใจ และขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข ที่สนับสนุนให้การเก็บข้อมูลของโครงการวิจัยเล่มนี้ลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบคุณบิดา มารดา ครอบครัว และเพื่อน ที่คอยเป็นกำลังใจและ
ให้การสนับสนุนการทำวิจัยนี้เสมอมา จนทำให้วิจัยเล่มนี้ลุล่วงด้วยดี

เกษสุตา ศรีจักร์

สารบัญ

| | หน้า |
|---|-----------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ก |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | ข |
| กิตติกรรมประกาศ | ค |
| สารบัญตาราง | ง |
| สารบัญรูปภาพ | จ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| 1.1 ที่มาและความสำคัญ | 1 |
| 1.2 คำถามการวิจัย | 4 |
| 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย | 4 |
| 1.4 สมมติฐานการวิจัย | 4 |
| 1.5 ขอบเขตการวิจัย | 5 |
| 1.6 ตัวแปรการวิจัย | 5 |
| 1.7 นิยามศัพท์ | 6 |
| 1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ | 8 |
| 1.9 กรอบแนวคิดการวิจัย | 8 |
| บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม | 10 |
| 2.1 ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบ | 10 |
| 2.2 สถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของประชากรไทย | 18 |
| 2.3 การดำเนินงานสถานที่ราชการปลอดบุหรี่ | 21 |
| 2.4 กรอบแนวคิด PRECEDE MODEL ของกรีน | 26 |
| 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 28 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 31 |
| 3.1 รูปแบบการวิจัย | 31 |
| 3.2 ประชากรและตัวอย่าง | 31 |
| 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 35 |
| 3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ | 36 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|-----------|
| 3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล | 37 |
| 3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม | 38 |
| 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล | 38 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัย | 39 |
| 4.1 ข้อมูลด้านชีวสังคม | 39 |
| 4.2 ทักษะคิดต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | 42 |
| 4.3 ปัจจัยเอื้อ | 46 |
| 4.4 ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม) | 49 |
| 4.5 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | 50 |
| 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | 55 |
| 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | 58 |
| 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | 61 |
| บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา | 63 |
| 5.1 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค | 64 |
| 5.2 ปัจจัยนำกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค | 65 |
| 5.3 ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค | 70 |
| 5.4 ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค | 74 |
| บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ | 77 |
| 6.1 ข้อเสนอแนะ | 78 |
| รายการอ้างอิง | 80 |
| ประวัติผู้วิจัย | 85 |

สารบัญญัตราสาร

| ตาราง | หน้า |
|---|------|
| 3.1 การสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งตามสัดส่วนของจำนวนบุคลากรในแต่ละหน่วยงานของ กรมควบคุมโรค จาก 42 หน่วยงาน | 33 |
| 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล | 40 |
| 4.2 คะแนนเฉลี่ยเฉลี่ย จำนวนและร้อยละของทัศนคติต่อการบริ โภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | 42 |
| 4.3 ระดับของทัศนคติต่อการบริ โภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | 46 |
| 4.4 จำนวนและร้อยละของการบริ โภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยเอื้อ | 47 |
| 4.5 จำนวนและร้อยละของการบริ โภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยเสริม | 49 |
| 4.6 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการบริ โภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | 51 |
| 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติกับพฤติกรรมการ บริ โภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | 56 |
| 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการบริ โภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของ บุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | 59 |
| 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริ โภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของ บุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | 62 |

สารบัญรูปรภาพ

| รูปรภาพ | หน้า |
|---|------|
| 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย | 9 |
| 2.1 ผลิตถัณฑ์ยาสูบ | 13 |
| 2.2 ร้อยละประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2564 | 19 |
| 2.3 เขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด + ระยะทาง 5 เมตร จากทางเข้า-ออก | 22 |
| 2.4 เขตปลอดบุหรี่ในพื้นที่เฉพาะส่วนที่ระบุ + 5 เมตรจากพื้นที่ที่ระบุ หรือจากประตูหน้าต่างทางเข้า ทางออก ท่อ หรือช่องระบายอากาศ | 22 |
| 2.5 เครื่องหมายปลอดบุหรี่ (จะเป็นสติ๊กเกอร์ แผ่นป้าย หรือวัสดุอื่นใดก็ได้) | 24 |
| 2.6 เครื่องหมายบุหรี่ (จะเป็นสติ๊กเกอร์ แผ่นป้าย หรือวัสดุอื่นใดก็ได้) | 24 |

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ถือว่าก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูบหรือผู้ใช้เท่านั้น แต่ยังกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลที่แวดล้อมด้วย โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดคะเนว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีประชากรโลกเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคยาสูบถึงปีละ 8 ล้านคน⁽¹⁾ และอาจจะมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากการสัมผัสควันบุหรี่มือสองมากกว่า 600,000 คน⁽²⁾ โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง⁽³⁾ ทำให้ปัจจุบันประเทศไทยแถบเอเชียจึงตกเป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินการทางการตลาดของกลุ่มธุรกิจยาสูบสำหรับประเทศไทย พบว่าการบริโภคยาสูบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องถึง 55,000 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 11.2 ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมด โดยส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งสูงที่สุด จำนวน 20,863 คน รองลงมา ได้แก่ โรคหัวใจ จำนวน 14,011 คน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง จำนวน 13,964 คน และยังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Attributable Disability - Adjusted Life Years: DALY) ของประชากรไทย พ.ศ. 2557 ถึง 1,139 ปี⁽⁴⁾ นอกจากนี้การบริโภคยาสูบยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั่วโลกรวมเป็นเงิน 1,436 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 1.8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)⁽⁵⁾ เมื่อประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากโรคที่เกิดจากการบริโภคยาสูบในปี พ.ศ. 2552 พบว่าการบริโภคยาสูบก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 74,884 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.78 ของ GDP ประเทศไทย โดยเป็นความสูญเสียที่เกิดจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เท่ากับ 11,473 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ 1,168 ล้านบาท การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ป่วยเท่ากับ 731 ล้านบาท การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 293 ล้านบาท และการสูญเสียผลิตภาพจากการตายก่อนวัยอันควรเท่ากับ 61,219 ล้านบาท⁽⁶⁾

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมทั้งประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – 2564 พบว่า มีแนวโน้มค่อนข้างลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 23.0 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 17.4 ในปี 2564 ผู้ชายที่สูบบุหรี่ลดลงมากกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายลดลงจากร้อยละ 43.7 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 34.7 ในปี 2564 สำหรับผู้หญิงลดลงจาก 2.6 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 1.3 ในปี 2564⁽⁷⁾ และเมื่อพิจารณาอัตราการบริโภคยาสูบในช่วง

10 ปีที่ผ่านมา คือ พ.ศ. 2554 – 2564 พบว่าส่วนใหญ่มีอัตราการบริโภคนิโคตินลดลง แต่ลดลงไม่คงที่ ยกเว้นปี พ.ศ. 2557 มีอัตราการบริโภคนิโคตินเพิ่มขึ้นจากปี 2556 จากร้อยละ 19.94 เป็นร้อยละ 20.7 และเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ให้แต่ละประเทศลดอัตราการสูบบุหรี่ลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2568 โดยเป้าหมายของประเทศไทยที่กำหนดให้ความชุกของการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2568 มีอัตราการบริโภคนิโคตินไม่เกินร้อยละ 15⁽⁸⁾ และตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565 – 2570) เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2570 มีอัตราการบริโภคนิโคตินไม่เกินร้อยละ 14⁽⁹⁾

ปัจจุบันมีประชากรไทยจำนวนมากที่ยังสูบบุหรี่อยู่ จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 (สพส.64) พบว่าจากการสำรวจประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 57 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ถึง 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.4 โดยแยกเป็นผู้ที่สูบทุกวัน 8.7 ล้านคน (ร้อยละ 15.3) และเป็นผู้ที่สูบแต่ไม่ทุกวัน 1.2 ล้านคน (ร้อยละ 2.1) หากแยกเป็นกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 21.0) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 19.7) และ 20-24 ปี (ร้อยละ 18.5) และกลุ่มผู้สูบบุหรี่ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 6.2)⁽⁷⁾ ดังนั้น หากจะลดพฤติกรรมดังกล่าว จำเป็นต้องมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มนั้นๆ โดยเฉพาะในสถานที่ทำงานหรือสถานที่ราชการ ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุดังกล่าวสูงที่สุด

หลายหน่วยงานและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญและพยายามที่จะแก้ไขปัญหาการบริโภคนิโคติน ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และประเทศไทย ตามกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (Framework Convention on Tobacco Control WHO : FCTC WHO)⁽⁸⁾ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของประชากรในกลุ่มต่างๆ ทำให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ มีการพัฒนาและกำหนดนโยบาย มาตรการ แนวทางการควบคุมยาสูบระดับประเทศ/เขต/จังหวัด กำหนดแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน รวมทั้งกำหนดกรอบแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานให้กับเขตและจังหวัด การกำหนดมาตรการที่สำคัญ เช่น การป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ ฯลฯ⁽⁹⁾ แต่ก็ยังพบผู้สูบบุหรี่จำนวนมากอยู่ และยังไม่สามารถลดอัตราผู้สูบบุหรี่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ซึ่งน่าจะเกิดมาจากความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของประชากรในกลุ่มต่างๆ

จากการศึกษารายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าประชาชนจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้นั้น มีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคิด แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีตัวแบบที่ดีจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่มีชื่อเสียง^(10-15,42-43) โดยเฉพาะทักษะคิด ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว โดยส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อการกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และนอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านกฎหมาย นโยบาย มาตรการ ตัวอย่างเช่นการศึกษาในสถานี่ราชการ 9 แห่ง รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่า หากหน่วยงานประกาศนโยบายและมาตรการที่ชัดเจนต่อการดำเนินการให้หน่วยงานเป็นเขตปลอดบุหรี่ ผู้บริหารหรือหัวหน้าหน่วยงานยอมรับนโยบายเป็นต้นแบบของการเปลี่ยนแปลงหรือเป็นตัวแบบที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ ก็จะทำให้กฎหมายและนโยบายเกิดประสิทธิภาพได้⁽⁴¹⁾ อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวนั้นเป็นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ตามที่ตั้งใจข้างต้นนั้น ล้วนเป็นการศึกษาเพียงบางปัจจัยที่สนใจและยังขาดการศึกษาที่เป็นปัจจุบัน และการควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบต้องเน้นควบคุมที่ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเฉพาะกลุ่มเป็นสำคัญ ประกอบกับกรมควบคุมโรคซึ่งมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการควบคุมยาสูบ โดยมีกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในฐานะเป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทหน้าที่วางยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบของชาติ พัฒนานโยบาย มาตรการ แนวทางการควบคุมยาสูบระดับประเทศ การขับเคลื่อนกฎหมาย และการสนับสนุนพื้นที่ในการดำเนินโครงการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ดังนั้น จึงเป็นที่คาดหวังว่าบุคลากรของกรมควบคุมโรคซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข จะมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นอย่างดี อีกทั้งควรที่จะเป็นแบบอย่างของการไม่บริโภคยาสูบให้แก่ประชาชนทั่วไป ทั้งในบริเวณสถานที่ทำงานซึ่งเป็นสถานที่ราชการและที่สาธารณะ ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560⁽¹⁶⁾ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนด ประเภทหรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2561 ข้อ 5 สถานที่ราชการ มีมาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด แต่สามารถจัดให้มีเขตสูบบุหรี่ในพื้นที่นอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้างได้⁽¹⁷⁾ การดำเนินงานควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจะสำเร็จได้นั้น นอกจากการทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดบุหรี่แล้ว การลดปัจจัยเสี่ยงการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรจำเป็นต้องดำเนินการให้ตรงกับปัจจัยที่ค้นพบและครอบคลุมทุกปัจจัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยนี้ มุ่งจะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสถานที่ปลอดบุหรี่ และเป็นฐานข้อมูลสำหรับการผลักดันเชิงนโยบาย

หรือแนวทางในการส่งเสริมดำเนินงานควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานที่ทำงานหรือสถานที่ราชการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1.3.2.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1.3.2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1.4 สมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้กำหนดสมมติฐานการวิจัยจำนวน 2 ข้อ ดังนี้

1.4.1 ทักษะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1.4.2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภครผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาในบุคลากรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยเก็บข้อมูลกับบุคลากรทุกระดับของหน่วยงานตามโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการทั้งตามกฎกระทรวง และหน่วยงานที่ตั้งขึ้นภายใน ยกเว้นหน่วยงานที่เป็นสถานพยาบาล ใช้เวลาดำเนินการวิจัย จำนวน 13 เดือน โดยเริ่มเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขแล้ว

1.6 ตัวแปรการวิจัย

1.6.1 ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระมี 3 กลุ่มตัวแปร ดังนี้

ปัจจัยนำ ได้แก่

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. ระดับการศึกษา
5. อาชีพ
6. ตำแหน่ง
7. ระยะเวลาการทำงาน
8. สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
9. ทักษะติดต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่

1. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. กฎหมาย/นโยบาย/มาตรการบริหารของหน่วยงาน
3. มาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิด (COVID-19)
4. การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ปัจจัยเสริม ได้แก่

1. เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน
2. ผู้มีอิทธิพลบนสื่อโซเชียล (Influencer)
3. บุคคลในครอบครัวมีประวัติสูบบุหรี่

1.6.2 ตัวแปรตาม

พฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคทีเยนาแบกุ่ม (Nicotina tabacum) และรวมถึง ผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบซึ่งบริโภคโดยวิธี สูบ ดูด อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปาก หรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นกัน เช่น บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า บารากู บารากูไฟฟ้า ชิการ์ เป็นต้น⁽¹⁶⁾

เสพติดผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง บุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีภาวะที่ร่างกายต้องการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นประจำ และตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งผลิตภัณฑ์ยาสูบ

สูบบุหรี่ หมายถึง การกระทำใดๆ ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำให้เกิดควัน หรือไอระเหยจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือการครอบครองผลิตภัณฑ์ยาสูบขณะเกิดควันหรือไอระเหย

เขตปลอดบุหรี่ หมายถึง บริเวณที่ห้ามสูบบุหรี่ ในพื้นที่ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สถานที่ทำงาน หมายถึง สถานที่ราชการ หรือสถานที่ใด ๆ ที่บุคคลใช้ทำงานร่วมกันในกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง อัตราการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ ผู้สูบเป็นประจำ (ทุกวันหรือเกือบทุกวัน) ผู้สูบเป็นครั้งคราว และไม่เคยสูบเลย

ความรู้ หมายถึง ความรู้เรื่องสาเหตุ อาการ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยทำให้เกิดโรค โทษพิษภัยของการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมถึงการป้องกัน ควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ทัศนคติ หมายถึง ทัศนคติของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง ปัจจัยที่ส่งผลให้บุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมของ PRECEDE model ของกรีน⁽¹⁸⁾ ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ ผู้ดื่มเป็นประจำ (ทุกวันหรือเกือบทุกวัน) ผู้ดื่มเป็นครั้งคราว และไม่เคยดื่มเลย

การรับรู้ในเรื่องโทษพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง บุคลากรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีการรับรู้ในเรื่องโทษพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

นโยบายในการป้องกันควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง การมีและประกาศใช้นโยบายในการป้องกันควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของหน่วยงานระดับกรม กอง หรืออื่นๆ ที่บุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่ เพื่อบุคลากรนำนโยบายไปปฏิบัติ ประเมินโดยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ ไม่มีนโยบาย มีนโยบายแต่ไม่ได้ปฏิบัติ มีนโยบายและนำไปปฏิบัติ

บุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรทุกระดับทุกตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของกรมควบคุมโรค โดยเป็นหน่วยงานตามโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการทั้งตามกฎหมายกระทรวง และหน่วยงานที่ตั้งขึ้นภายใน ยกเว้นหน่วยงานที่เป็นสถานพยาบาล

มาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 หมายถึง บุคลากรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีการนำมาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไปปฏิบัติ และนำมาตรการไปปรับใช้กับการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประเมินโดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ทำตามมาตรการโควิด 19 และทำตามนโยบายโควิด 19 และนำไปปรับใช้กับการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

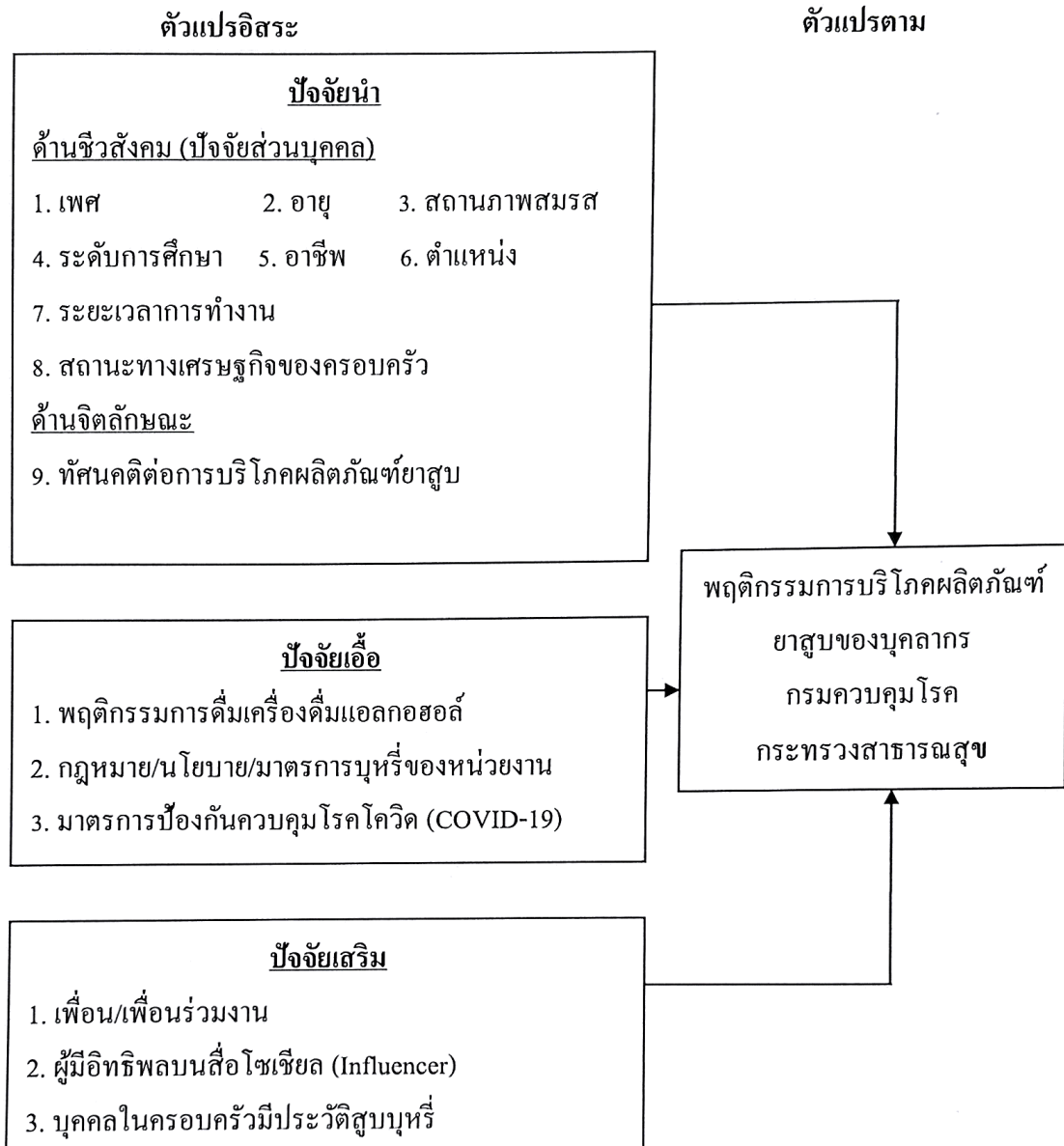
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษานี้ แม้จะไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตรงในขณะที่เก็บข้อมูล แต่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ดังนี้

- 1) เป็นข้อมูลสะท้อนกลับผู้บริหารของกรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ และพัฒนาในส่วนที่บกพร่องให้มีความเหมาะสม รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมและสถานที่สำหรับสูบบุหรี่ที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป
- 2) ได้ข้อมูลระดับทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปใช้เป็นนโยบายหรือแนวทางในการส่งเสริมดำเนินการควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ถูกต้องและเหมาะสม
- 3) ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยชิ้นนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในงานวิจัยเรื่องทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรในหน่วยงานราชการอื่นๆ ต่อไป

1.9 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factor) องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบมาใช้เป็นกรอบในการศึกษาอธิบาย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นตัวแปรตาม ที่ได้รับผลมาจาก 3 กลุ่มปัจจัย คือ 1) ปัจจัยนำ 1.1 ด้านชีวสังคม (ปัจจัยส่วนบุคคล) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงาน ตำแหน่ง สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว 1.2 ด้านจิตลักษณะ ได้แก่ ทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมาย/นโยบาย/มาตรการบุหรี่ของหน่วยงาน มาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 3) ปัจจัยเสริม คือ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน (การได้รับคำแนะนำหรือความรู้การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบจากเพื่อน การสูบบุหรี่ของเพื่อน และการถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่) ผู้มีอิทธิพลบนสื่อโซเชียล (Influencer) บุคคลในครอบครัวมีประวัติสูบบุหรี่ รายละเอียดแสดงในรูปภาพที่ 1.1



รูปภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- 2.1 ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- 2.2 สถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของประชากรไทย
- 2.3 การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
- 2.4 กรอบแนวคิด PRECEDE MODEL ของกรีน
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ยาสูบ

2.1.1 ความหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

บุหรี่ยาสูบ หรือ ยาสูบ คือ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคทีนาทาแบกุ่ม (Nicotiana tabacum) และให้หมายความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธี สูบ ดูด ดม อม เลี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปาก หรือจุก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน เช่น บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า บารากู่ บารากู่ไฟฟ้า ชิการ์ เป็นต้น ⁽²⁰⁾

2.1.2 ประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ สามารถแบ่งประเภทตามลักษณะทางกายภาพ หรือรูปแบบของผลิตภัณฑ์ ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

2.1.2.1 ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน เป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้บริโภคเข้าร่างกาย โดยวิธีการสูบ หรือดูดดม สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) บุหรี่โรงงาน หรือ ที่มักเรียกกันว่า บุหรี่บรรจุซอง “บุหรี่ชิกาเรต” ทั้งนี้ไม่ว่าบุหรี่ยี่ห้อ หรือไม่มีกั้นกรอง (Filter) ก็ตามบุหรี่ที่ผลิตและขายในประเทศไทยมีมากถึงกว่า 10 ยี่ห้อ โดยยี่ห้อที่รู้จักกันแพร่หลายโดยทั่วไป เช่น กรองทิพย์, กรุงทอง, สายฝน, Wonder และ SMS เป็นต้น ทั้งนี้ยังไม่รวมบุหรี่ที่ผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศ อีกถึงกว่า 30 ยี่ห้อ โดยยี่ห้อที่รู้จักกันแพร่หลาย และสามารถพบเห็นการจำหน่ายได้ในท้องตลาด เช่น Marlboro, L&M เป็นต้น⁽²⁰⁾

2) บุหรี่มวนเอง เป็นบุหรี่ ที่ผู้สูบนำยาเส้น หรือยาเส้นปรุง มวนเข้ากับกระดาษใบตอง ใบจาก ใบบัว หรือใบพืชอื่นแล้วนำมาสูบ ในอดีตจะพบเห็นการสูบบุหรี่ประเภทนี้อยู่มากเฉพาะในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่สู่วัยเท่านั้น แต่ในปัจจุบันกลับพบว่าผู้สูบบุหรี่ในทุกช่วงอายุหันมาสูบบุหรี่ประเภทนี้มากขึ้น เนื่องจากราคาจำหน่ายของบุหรี่มวนเอง ถูกกว่าบุหรี่โรงงานที่วางจำหน่ายอยู่ในท้องตลาด⁽²⁰⁾

3) ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันอื่นๆ⁽²⁰⁾

- บุหรี่ซิการ์ เป็นบุหรี่ที่นำเอาใบยาแห้ง หรือยาอัด มามวนกับใบยาสูบ บุหรี่ซิการ์ที่มีจำหน่าย และบริโภคในประเทศไทยส่วนใหญ่ นำเข้ามาจากต่างประเทศ โดยเฉพาะจากกลุ่มประเทศแถบละตินอเมริกาหรือกลุ่มประเทศในแถบทวีปยุโรป

- ไปป์ เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทหนึ่ง แต่เรามักจะพบเห็นเฉพาะการสูบไปป์ ในฉากแสดงของภาพยนตร์ หรือละครเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากตัวอุปกรณ์สูบของไปป์ ทำมาจากเหง้าหรือรากของต้นไม้แห้ง ที่มีความแข็ง เนื้อแน่นมีรูระบายอากาศน้อยเก็บความร้อน และทนต่อความร้อนที่เกิดจากการเผ่าไหม้ใบยาสูบได้ดี ด้วยเหตุผลนี้ จึงทำให้ไปป์มีราคาแพงจึงไม่เป็นที่นิยมสูบในกลุ่มนักสูบของประเทศไทย

- ผลิตภัณฑ์ที่สูบควันผ่านน้ำ เป็นผลิตภัณฑ์ที่พบเห็นกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือ บาราเก้/ ตุ๊กก้า/ ซิชา การสูบควันยาสูบผ่านน้ำนี้ จะต้องมียุทธศาสตร์การสูบควันฯ หรือที่เรียกว่า เตาบาราเก้ และด้วยยาโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นมักนิยมสูบบาราเก้กันมาก เพราะมีกลิ่นน้ำตาลเป็นส่วนประกอบทำให้มีรสหวาน และมีการปรุงแต่งกลิ่นให้มีกลิ่นหอม คุณสมบัติพิเศษอีกประการหนึ่งของการสูบบาราเก้ คือ สามารถสูบได้พร้อมกันหลายคนในคราวเดียวจึงกลายเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้รับความนิยมในการสังสรรค์ของกลุ่มวัยรุ่น

- ผลิตภัณฑ์เฉพาะถิ่น เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่เฉพาะถิ่น หรือบางพื้นที่เท่านั้น ตัวอย่างเช่น จี้โย เป็นบุหรี่พื้นเมืองที่พบมากทางภาคเหนือของประเทศไทย และตลอดแนวชายแดนของสหภาพเมียนมาร์

2.1.2.2 ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน เป็นการนำเอายาเส้น หรือยาเส้นปรุงมาบริโภค ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การจุกปาก การสูดทางจมูก หรือการเคี้ยว ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นวิธีการบริโภคโดยวิธีการที่ไม่เกิดการเผาไหม้ ได้แก่ ยาสูบชนิดไม่มีควันแบบดั้งเดิมยานัตถ์ ใช้สูดทางจมูก ยาสูบ ใช้เคี้ยว อม หรือจุกมูมปาก หรือกระพุ่มแก้ม เช่น Snus หมากหรือพลู ที่มีส่วนประกอบหลักหนึ่งเป็นยาเส้น ผู้ที่นิยมใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบดังกล่าวส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ⁽²⁰⁾

2.1.2.3 ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (new tobacco product) หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นที่ไม่ใช่บุหรี่ธรรมดา เป็นปัญหาและความท้าทายมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ขณะเดียวกันก็เป็นสิ่งที่เข้าวนสำหรับนักสูบ โดยเฉพาะนักสูบหน้าใหม่ วัยรุ่นและกลุ่มผู้หญิง ที่มักเชื่อกันว่า ผลิตภัณฑ์เหล่านี้อันตรายน้อยกว่าหรือใช้เพื่อทดแทนการเลิกบุหรี่ ทั้งที่เป็นความเข้าใจผิด ซึ่งผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ หมายรวมถึง ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นนอกเหนือจากผลิตภัณฑ์บุหรี่ประเภทซิการ์เรต ธรรมดา (ไม่รวมยานัตถ์)⁽²⁰⁾ ดังนี้

1) บารากู่ (หม้อระกู่) คือ ผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบเปือกที่ผสมน้ำตาลและแต่งกลิ่น รส ต้องใช้อุปกรณ์คือ หม้อสูบและสายสูบ ในการสูบ โดยต้องเผายาสูบให้เกิดควัน ในหม้อสูบก่อนแล้วจึงสูดผ่านสายสูบ ยาสูบมีการปรุงแต่งกลิ่นรสให้มีรสและกลิ่น ต่าง ๆ นานา เช่น รสสตอร์วเบอร์รี่ รสกล้วยหอม เป็นต้น⁽²⁰⁾

2) บุหรี่ชูรส (flavored cigarette) หมายถึง บุหรี่ที่มีการปรุงแต่งกลิ่น รส ควัน รูปลักษณะของมวน ให้สื่อถึงรสชาติต่าง ๆ นานา หรือเลียนแบบรสชาติเครื่องดื่มหรือผลไม้ เช่น รสส้ม รสช็อกโกแลต เป็นต้น⁽²⁰⁾

3) บุหรี่ไร้กลิ่นไร้ควัน (smokeless tobacco) ในที่นี้ หมายถึง บุหรี่ประเภทซิการ์เรตที่ได้รับการปรุงแต่งจนไม่มีควันและไม่มีกลิ่นการเผาไหม้ แต่จะให้กลิ่นอื่น ๆ ออกมาแทนและไม่มีควันเวลาสูบ เช่น ให้กลิ่นน้ำหอม กลิ่นผลไม้ เป็นต้น⁽²⁰⁾

4) บุหรือนวัตกรรม คือ บุหรี่ที่มีการดัดแปลงแต่งเติมประเภทอื่น ๆ เช่น บุหรี่สายรุ้ง ที่สามารถปล่อยควันเป็นสี เช่น สีเขียว สีม่วง เป็นต้น⁽²⁰⁾

5) บารากู่ไฟฟ้า (หม้อระกู่อิเล็กทรอนิกส์) หมายถึง อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ทำเลียนแบบมวนบุหรี่แต่มีรสชาติและกลิ่นเหมือนหม้อระกู่ คล้ายบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ แต่ต่างกันในด้านรสชาติ กลิ่น และควัน⁽²⁰⁾

6) บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ หรือบุหรี่ไฟฟ้า (Electronic cigarette หรือ E-cigarette) หมายถึง อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ชนิดหนึ่งที่น่าสารนิโคตินสังเคราะห์เข้าสู่ร่างกายหรือเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับการสูบบุหรี่ที่ทำรูปลักษณะอุปกรณ์ (cartridge) เลียนแบบ

มวนบุหรี่จริง ไม่ได้ใช้ผงยาสูบหรือเส้นยาสูบจริง แต่มีส่วนประกอบสำคัญในอุปกรณ์เหมือนบุหรี่ทั่วไป คือ นิโคติน โดยใช้วิธีการเติมน้ำตาลลงในอุปกรณ์ และต้องใช้ไฟฟ้าหรือแบตเตอรี่ ในการทำให้เกิดปฏิกิริยาปลดปล่อยนิโคตินในตัวอุปกรณ์มวน ปัจจุบันบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีความหลากหลายมากขึ้น คือ มีการชรส โดยมีการผลิตน้ำยาที่มีการชรสและมีกลิ่นรสคล้ายบุหรี่ชรส เช่น เป็นน้ำยากลิ่นมันท์ กลิ่นแอปเปิล เป็นต้น โดยผู้สูบจะได้รับรสและกลิ่นเหมือนกับการสูบบุหรี่ชรส⁽²⁰⁾



รูปภาพที่ 2.1 ผลิตภัณฑ์ยาสูบ⁽²¹⁾

2.1.3 สารพิษที่อยู่ในควันบุหรี่

เมื่อบุหรี่ถูกจุดไฟเกิดการเผาไหม้ขึ้น บริเวณส่วนปลายของมวนบุหรี่ที่ติดไฟ จะมีความร้อนสูงถึง 860-900 องศาเซลเซียส และทำให้เกิดควันที่มีสารเคมีต่าง ๆ มากกว่า 7,000 ชนิด ในจำนวนนี้ เป็นสารพิษที่ก่อมะเร็งได้มากถึง 70 ชนิด และยังเป็นสารพิษที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนมากถึง 250 ชนิด โดยสารพิษที่สำคัญ⁽²²⁾ ได้แก่

2.1.3.1 นิโคติน (Nicotine) เป็นสารประกอบอัลคาลอยด์ชนิดหนึ่ง ไม่มีสี พบในต้นยาสูบทุกสายพันธุ์ และความเข้มข้นของนิโคตินจะอยู่ในใบยาสูบมากกว่าส่วนอื่นๆ มีฤทธิ์เป็นพิษกับระบบประสาทและถือเป็นยาฆ่าแมลงอย่างหนึ่ง ถ้าได้รับสารนิโคตินในปริมาณไม่มากจะก่อให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง แต่ถ้าได้รับในปริมาณมากจะเปลี่ยนจากการกระตุ้นสมองเป็นการกดสมอง และถ้าได้รับสารนิโคตินปริมาณมากในระดับหนึ่งอาจจะถึงตายได้ โดยร้อยละ 95 ของนิโคตินจะไปจับอยู่ที่ปอดและบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด มีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัว เพิ่มไขมันในเส้นเลือด⁽²²⁾

- สารนิโคตินเป็นต้นเหตุหลักของการเสพติดบุหรี่ โดยสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (limbic system) เป็นสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของมนุษย์จะมีบริเวณ

ที่ทำหน้าที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกสุขใจ หรือเรียกบริเวณนี้ว่า brain reward pathway ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการติดยาเสพติดทุกชนิดรวมถึงบุหรี่ด้วย เมื่อผู้สูบบุหรี่สูดเอาควันบุหรี่เข้าไปในร่างกาย นิโคตินในควันบุหรี่จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตอย่างรวดเร็ว ภายในเวลาเพียง 6 วินาทีเท่านั้น (เร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าสู่เส้นเลือดเสียอีก)⁽²²⁾

- นิโคตินในควันบุหรี่เข้าสู่สมองของผู้สูบบุหรี่จะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารก่อความสุข เช่น โดปามีน ออกมาในปริมาณมากกว่าปกติ ทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกเป็นสุขเมื่อใดก็ตามที่ระดับของนิโคตินในกระแสโลหิตลดต่ำลง ผู้เสพก็จะรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายตัว ต้องการหาบุหรี่มวนต่อไปมาเสพเพื่อระงับอาการเหล่านี้และกระตุ้นให้เกิดความสุขขึ้นอีก ซึ่งเป็นกระบวนการของสมองติดยาตัวเอง⁽²²⁾

- ยังมีกลไกการเสพติดทางอารมณ์และพฤติกรรมความเคยชินที่ผู้สูบบ่มักเชื่อมโยงการสูบบุหรี่กับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันจนเกิดความเคยชินและคิดว่าเป็นเหตุผลของการสูบบุหรี่ เช่น การทำงาน การเข้าห้องน้ำ หรือเมื่อพบเห็นผู้สูบบุหรี่ ก็จะกระตุ้นความต้องการสูบบุหรี่ ถ้าไม่สามารถหยุดยั้งความคิดถึงบุหรี่ได้ ความต้องการจะมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้ต้องหยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบ และยังพบว่าปัจจัยอื่น ๆ ก็อาจมีผลต่อการเสพติดบุหรี่ เช่น ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม บุคลิกภาพ ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นต้น⁽²²⁾

2.1.3.2 ทาร์หรือน้ำมันดิน (Tar) เป็นสารที่เกิดจากการเผาไหม้หรือการกลั่นทำลายของสารอินทรีย์ มีลักษณะเหนียว สีเหลืองถึงสีน้ำตาลเข้ม สารทาร์เป็นสาเหตุก่อให้เกิดมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น มะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ และอื่น ๆ⁽²²⁾

2.1.3.3 ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลมปอด ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง⁽²²⁾

2.1.3.4 คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide) เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของสารประกอบคาร์บอน พบได้ในควันจากท่อไอเสียของรถยนต์ ทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่าเวลาปกติ จึงเกิดการขาดออกซิเจน ทำให้มีอาการมึนงงตัดสินใจช้า เหนื่อยง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ⁽²²⁾

2.1.3.5 แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อทำให้แสบตา แสบจมูกหลอดลมอักเสบ ไอและมีเสมหะมาก⁽²²⁾

2.1.3.6 อะซิโตน (Acetone) สารประกอบที่พบได้ในน้ำยาล้างเล็บ ก่อให้เกิดการระคายเคืองจากการสูดดม และมีผลต่อเซลล์ตับทำให้เซลล์ตับตาย⁽²²⁾

2.1.3.7 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrocyanide) เป็นก๊าซพิษที่เคยใช้ในสงคราม มีคุณสมบัติทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ของสัตว์หลายชนิด ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะเป็นประจำ โดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมากขึ้น⁽²²⁾

2.1.3.8 แคดเมียม (Cadmium) เป็นธาตุโลหะที่มีพิษใช้ในการผลิตแบตเตอรี่ มีผลกระทบต่อตับ ไต และสมองทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและต่อมลูกหมาก⁽²²⁾

2.1.3.9 ฟอร์มัลดีไฮด์ (Formaldehyde) สารที่ใช้ดองศพ (ฟอร์มาลีน) เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งหลังโพรงจมูก ทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อเมือกทางเดินหายใจเยื่อเมือกและอาจก่อให้เกิดอาการภูมิแพ้รุนแรง⁽²²⁾

2.1.3.10 สารกัมมันตรังสี (Radioactive agents) ควันบุหรี่มีสารโพโลเนียม 210 ที่มีรังสีอัลฟาอยู่ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอด⁽²²⁾

2.1.3.11 สารหนู (Arsenic) เป็นธาตุกึ่งโลหะที่มีพิษ พบได้ในยาเบื่อหนู มีผลต่อระบบต่อทางเดินอาหาร และเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด⁽²²⁾

2.1.3.12 ตะกั่ว (Lead) เป็นธาตุโลหะที่มีพิษ พบตามโรงงานอุตสาหกรรมแบตเตอรี่ โรงถลุงโลหะ เป็นสารก่อมะเร็ง มีผลต่อหลายระบบในร่างกาย เช่น ระบบประสาท ทำให้การได้ยินผิดปกติ ระดับไอคิวต่ำ มีผลต่อระบบเลือด ทำให้ความดันเลือดสูง ผลต่อระบบไต และผลต่อระบบสืบพันธุ์ในผู้ใหญ่ ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้⁽²²⁾

2.1.4 โรคร้ายที่เกิดจากการสูบบุหรี่⁽²³⁾

ควันบุหรี่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ มากมาย เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยโรคที่เกิดจากการได้รับควันหรือนั้นยังคงทวีความรุนแรงและเพิ่มอุบัติการณ์มากขึ้นทุกวัน⁽²³⁾ ได้แก่

2.1.4.1 โรคหัวใจ สารพิษมากมายในควันบุหรี่จะทำให้เกิดความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด ทำให้ไขมันชนิดดีลดลงและไขมันชนิดไม่ดีเพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เกิดหลอดเลือดเกาะตัวกันง่ายขึ้น เลือดจะมีความหนืดเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันสารพิษในควันบุหรี่ยังทำให้เกิดอนุมูลอิสระจำนวนมากซึ่งทำให้เกิดการอักเสบของผนังหลอดเลือดขึ้น⁽²³⁾

2.1.4.2 มะเร็งปอด เป็นโรคแรกที่ได้รับการประกาศว่าเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่ามะเร็งปอดสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ โดยร้อยละ 80 - 90 ของผู้ที่สูบบุหรี่มาจากการสูบบุหรี่ และได้รับควันบุหรี่มือสอง⁽²³⁾

2.1.4.3 ถุงลมโป่งพอง เป็นโรคที่คนสูบบุหรี่เป็นมากที่สุด เพราะปอดเป็นอวัยวะที่ได้รับควันบุหรี่มากที่สุด โดยสารพิษจากควันบุหรี่ก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดลม

และเนื้อปอด ซึ่งเนื้อเยื่อปอดที่เป็นถุงลมขนาดเล็กจะแตกออกจนไม่สามารถทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายเพราะเนื้อปอดถูกทำลาย⁽²³⁾

2.1.4.4 อัมพาต เกิดจากการที่เส้นเลือดในสมองตีบซึ่งเป็นผลจากสารพิษในควันบุหรี่ เมื่อเส้นเลือดในสมองตีบทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง สมองส่วนนั้นจะถูกทำลายจนไม่สามารถทำหน้าที่สั่งการให้ขยับแขนขาตามปกติได้ ถ้าผู้ป่วยรู้ตัวเร็ว เส้นเลือดในสมองตีบแต่ยังไม่ถึงตัน หรือเส้นเลือดตันไปแล้วแต่เป็นเส้นเลือดขนาดเล็ก ผู้ป่วยก็จะเป็นอัมพฤกษ์ คือมีอาการแขนขาอ่อนแรงไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่หากเส้นเลือดขนาดใหญ่ตันก็จะทำให้เป็นอัมพาต คือไม่สามารถขยับแขนขาได้เลย⁽²³⁾

2.1.4.5 โรคทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่ทำให้ติดเชื้อ *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) ได้ง่าย ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรกระเพาะอาหาร ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีโอกาสเกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นง่ายกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ เพราะสารเคมีในบุหรี่จะไปกระตุ้นให้กระเพาะอาหารหลั่งน้ำย่อยออกมามากกว่าปกติทำให้มีโอกาสเกิดแผลขึ้นได้ และแผลจะหายยากด้วย นอกจากนี้ยังมีการของกรดไหลย้อน ผู้ป่วยจะมีอาการจุกหน้าอกซึ่งเกิดจากการที่บุหรี่ทำให้หูรูดที่กั้นระหว่างกระเพาะและหลอดอาหารหย่อนตัว กรดจากกระเพาะล้นไปยังหลอดอาหารทำให้เกิดการอักเสบได้⁽²³⁾

2.1.4.6 ปัญหาสุขภาพช่องปาก ควันบุหรี่จะทำลายเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างเหงือกและฟันทำให้เหงือกกร่น เหงือกอักเสบเนื้อตายแบบเฉียบพลันเสียวฟัน ฟันผุ แผลในช่องปาก หายช้า มะเร็งช่องปาก ความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง มีกลิ่นปาก มีคราบบุหรี่ปิดที่เหงือกและฟัน⁽²³⁾

2.1.4.7 โรคระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น โรคระดูกพรุณ เนื่องจากนิโคตินที่อยู่ในควันบุหรี่จะไปลดการสร้างกระดูก และลดการดูดซึมแคลเซียมทำให้เกิดโรคระดูกพรุณ และกระดูกหักได้ง่าย โรคข้อและกระดูก โดยการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการอักเสบของข้อและกระดูกจากการออกกำลังได้ง่าย รวมถึงการฉีกของเอ็นและกล้ามเนื้อ ในรายที่กระดูกหักก็จะต่อติดกันได้ยาก และทำให้แผลหายช้า⁽²³⁾

2.1.4.8 ผลต่อการตั้งครรภ์และทารก ผู้ที่สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเป็นหมัน ตั้งครรภ์นอกมดลูก แท้ง และยังเพิ่มอัตราการตายในทารก นอกจากนี้ลูกที่เกิดจากแม่ที่สูบบุหรี่มักจะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ สำหรับเด็กที่เคิบโตในสิ่งแวดล้อมที่พ่อหรือแม่สูบบุหรี่จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหอบหืด เป็นหวัดบ่อย หลอดลมอักเสบจนถึงปอดบวม และเพิ่มความเสี่ยงต่อการไหลตาย⁽²³⁾

2.1.4.9 แก่เร็ว เมื่อสารพิษในควันบุหรี่ถูกดูดซึมผ่านปอดเข้าสู่กระแสเลือด ก่อให้เกิดอนุมูลอิสระมากมาย ทำให้เกิดการอักเสบและอุดตันของเส้นเลือดฝอยในอวัยวะต่างๆ เลือดจึงไปเลี้ยงได้น้อยลง ทั้งยังไปทำลายคอลลาเจนใต้ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแห้งกร้านและเหี่ยวยุบเร็วขึ้น⁽²³⁾

2.1.4.10 เชื้อสเลียม สารพิษในควันบุหรี่จะทำให้เกิดการตีบตันของเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศ ทำให้เลือดไปเลี้ยงได้น้อยลง ประสาทที่ควบคุมเกี่ยวกับการแข็งตัวของอวัยวะเพศก็จะได้รับผลกระทบไปด้วย ส่งผลให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ⁽²³⁾

2.1.5 ควันบุหรี่มือสอง⁽²³⁾

ควันบุหรี่มือสอง หมายถึง ควันที่มาจากปลายมวนบุหรี่ที่กำลังเผาไหม้ร่วมกับควันที่ผู้สูบบุหรี่พ่นหรือหายใจออกมา ซึ่งยังคงเต็มไปด้วยสารพิษอันตรายต่าง ๆ ที่สามารถเข้าสู่ร่างกายคนที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันนั้นได้ หายนะประเภทนี้กำลังเป็นที่น่าวิตกในสังคมซึ่งก็คือ "ควันบุหรี่มือสอง" นั่นเอง โดยในแต่ละปีมีคนไม่สูบบุหรี่หลายแสนคนต้องเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งควันบุหรี่ในบรรยากาศหรือควันบุหรี่มือสองนั้นเกิดขึ้นจาก 2 แหล่ง คือ ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่พ่นออกมา และควันบุหรี่ที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ที่กำลังเผาไหม้ จะมีสารเคมีซึ่งเป็นสารพิษอันตราย เป็นสาเหตุให้คนใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่มีอาการเจ็บป่วยได้ไม่แตกต่างจากผู้สูบบุหรี่เอง ซึ่งผลของควันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพของผู้ที่ได้รับควันบุหรี่⁽²³⁾ ได้แก่

2.1.5.1 หญิงมีครรภ์และเด็กทารก⁽²³⁾

- มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตร โดยอาจมีอาการครรภ์เป็นพิษ แท้ง คลอดก่อนกำหนด และเกิดอาการไหลตายในเด็กสูงขึ้น
- มีความเสี่ยงที่ทารกแรกคลอดจะมีน้ำหนักตัวและความยาวนานน้อยกว่าปกติ พัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติ และอาจมีความผิดปกติทางระบบประสาท และระบบความจำ

2.1.5.2 เด็กเล็ก⁽²³⁾

- เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดบวม และมีอัตราการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้น
- เกิดการติดเชื้อของหูส่วนกลาง
- ในระยะยาว เด็กที่ได้รับควันบุหรี่มือสองจะมีพัฒนาการของปอดน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่

2.1.5.3 ผู้ใหญ่⁽²³⁾

- เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 25-30%
- เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น 20-30%
- เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งที่ลำคอมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ 3 เท่า
- เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ได้แก่ กล่องเสียง ช่องปาก หลอดอาหาร และกระเพาะปัสสาวะ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ถึง 2 เท่า
- ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดหัวใจทันทีที่ได้รับ ควันบุหรี่มือสอง
- สำหรับผู้ที่มีอาการหอบ หืด โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด อักเสบ จะทำให้อาการของโรคเพิ่มมากขึ้น

2.1.6 ควันบุหรี่มือสาม⁽²²⁾

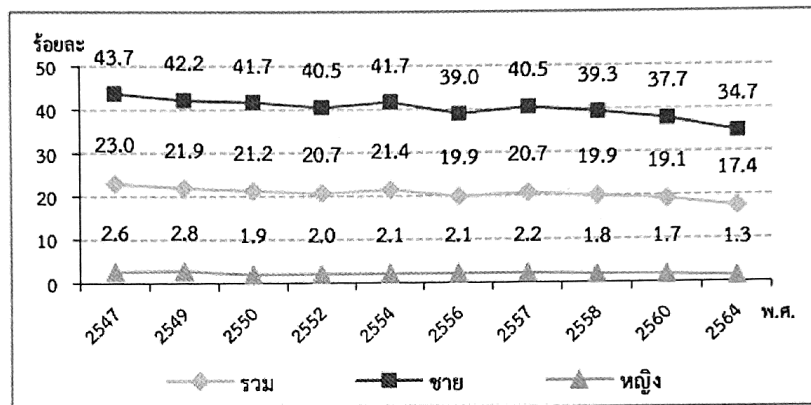
ควันบุหรี่มือสาม คือ อนุภาคละอองไอของสารเคมีที่เป็นพิษจากควันบุหรี่ที่ตกค้าง เกาะติดอยู่ตามสิ่งต่างๆ ในสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่ แม้บุหรี่จะดับไปแล้วก็ตาม ซึ่งรู้สึกริ๊ดได้จากกลิ่น ที่ยังอบอวลอยู่ในห้อง หรือจากตัวของผูสูบบุหรี่เอง ควันบุหรี่มือสาม ซึ่งเป็นอนุภาคละอองไอ สารเคมีจากควันบุหรี่ที่ก่อตัวจากก๊าซ สารอันตรายหลายชนิด อันเป็นสาเหตุของโรคมะเร็ง ซึ่งสารพิษเหล่านี้จะตกค้างและเกาะติดอยู่ตามเสื้อผ้า เส้นผม ผ้าม่าน พรม เบาะ สิ่งของต่างๆ และ ผิวหนัง ทั้งนี้ ควันบุหรี่ที่ติดอยู่ตามเสื้อผ้าคนอื่นยังอาจเป็นภัยกับทารกหรือผู้หุงต้มมีครรภ์ได้ จึงควร ห้ามการสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดทั้งในบ้านและยานพาหนะเพื่อลดความเสี่ยงนี้ เพราะถึงแม้จะดับบุหรี่ ไปนานแล้ว แต่สารพิษตกค้างยังคงเกาะอยู่ตามพื้นผิวต่างๆ ได้ โดยกลุ่มที่เสี่ยงมากที่สุด คือ เด็กเล็กๆ เพราะเด็กมีโอกาสซึมซับฝุ่นละอองมากกว่าผู้ใหญ่ถึง 2 เท่า เนื่องจากเด็กเล็กมักหายใจใกล้พื้นผิว สิ่งของต่าง ๆ หรือคลานเล่นตามพื้นที่มีสารพิษตกค้าง และบางครั้งเด็กอาจเลียหรือนำสิ่งของ เข้าปากตามประสาเด็ก จึงเสี่ยงต่อการได้รับอนุภาคโลหะหนัก สารก่อมะเร็ง และสารกัมมันตรังสี ซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่ง

2.2 สถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของประชากรไทย

2.2.1 แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากร

แนวโน้มอัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวม ทั้งประเทศแม้ว่าอัตราการบริโภคยาสูบในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 – 2564 จะมี

แนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 32.0 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 17.4 ในปี 2564 ผู้ชายที่สูบบุหรี่ลดลงมากกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายลดลงจากร้อยละ 59.3 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 34.7 ในปี 2564 สำหรับผู้หญิง ลดลงจาก 5.0 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 1.3 ในปี 2564⁽⁷⁾ และเมื่อพิจารณาอัตราการบริโภคยาสูบในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คือ พ.ศ. 2554 – 2564 พบว่าส่วนใหญ่มีอัตราการบริโภคยาสูบลดลง แต่ลดลงไม่คงที่ ยกเว้นปี พ.ศ. 2557 มีอัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นจากปี 2556 จากร้อยละ 19.94 เป็นร้อยละ 20.7



รูปภาพที่ 2.2 ร้อยละประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2564⁽⁷⁾

แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ตามกลุ่มอายุตั้งแต่ ปี 2547 ถึงปี 2564 พบว่า ในกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยปี 2547 ถึงปี 2549 มีอัตราการสูบบุหรี่ที่ลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 15.1 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 14.1 ในปี 2549 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2550 ถึงปี 2554 (ร้อยละ 15.2, 15.9 และ 16.3 ตามลำดับ) และลดลงในปี 2556 ถึงปี 2557 คือ (ร้อยละ 15.1 และ 14.7) ก่อนจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2558 ถึงปี 2560 (ร้อยละ 15.2 และ 15.4) และลดลงเหลือร้อยละ 12.7 ในปี 2564 สำหรับในกลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) อัตราการสูบบุหรี่ในภาพรวมมีแนวโน้มที่ลดลง โดยปี 2547 ถึงปี 2552 อัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 26.3 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 23.0 ในปี 2552 ในช่วงปี 2554 ถึงปี 2560 มีอัตราการสูบบุหรี่เปลี่ยนแปลงบ้างเล็กน้อยแต่โดยรวมอัตราการสูบบุหรี่ก็ยังคงลดลง คือ ร้อยละ 23.9 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 23.1 ในปี 2560 และในปี 2564 ลดลงเหลือร้อยละ 20.4 ส่วนในกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีอัตราการสูบบุหรี่ในภาพรวมมีแนวโน้มที่ลดลง ซึ่งในปี 2547 ถึงปี 2556 อัตราการสูบบุหรี่ลดลง จากร้อยละ 20.6 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 15.1 ในปี 2556 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.6 ก่อนที่จะลดลงอย่างต่อเนื่องในปี 2558 ถึงปี 2560 (ร้อยละ 15.2 และ 14.4) และในปี 2564 ลดลงเหลือร้อยละ 12.7⁽⁷⁾

2.2.2 จำนวนผู้สูบบุหรี่และอัตราการสูบบุหรี่

จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่าจากการสำรวจประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 57 ล้านคน ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ถึง 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.4 ทั้งนี้ เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ทั้งในอดีตและปัจจุบัน จำนวน 42.8 ล้านคน (ร้อยละ 75.0) ผู้ที่ปัจจุบันไม่สูบแต่เคยสูบในอดีต จำนวน 4.3 ล้านคน (ร้อยละ 7.6) โดยแยกเป็นผู้ที่สูบทุกวัน 8.7 ล้านคน (ร้อยละ 15.3) และเป็นผู้ที่สูบแต่ไม่ทุกวัน 1.2 ล้านคน (ร้อยละ 2.1) หากแยกเป็นกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 21.0) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 19.7) และ 20-24 ปี (ร้อยละ 18.5) และกลุ่มผู้สูงวัย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 6.2)⁽⁷⁾

จากแนกตามเพศ เขตที่อยู่อาศัย ภาค และจังหวัด พบว่า ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 26 เท่า (ร้อยละ 34.7 และ 1.3 ตามลำดับ) อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล สูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 19.0 และ 15.6 ตามลำดับ) อัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 22.4) รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 18.0) ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร มีอัตราการสูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 16.3 และร้อยละ 16.1 ตามลำดับ) และภาคเหนือ มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 15.6)⁽⁷⁾ และจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด 5 อันดับแรก สูงสุดอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดกระบี่ (ร้อยละ 29.4) จังหวัดสตูล (ร้อยละ 25.2) จังหวัดพังงา (ร้อยละ 24.6) จังหวัดนครศรีธรรมราช (ร้อยละ 24.6) และ จังหวัดระนอง (ร้อยละ 24.5) ตามลำดับ

2.2.3 การสูบบุหรี่แต่ละประเภทและปริมาณที่สูบต่อวัน

ในภาพรวมของสัดส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ พบว่านิยมสูบบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานมากที่สุด (ร้อยละ 9.8) รองลงมาคือ บุหรี่มวนเอง (ร้อยละ 8.1) นอกจากนี้ ยังพบว่าบุหรี่ประเภทอื่นๆ ที่มีการสูบน้อยกว่าร้อยละ 2.0 ได้แก่ บุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 0.1) ยาสูบที่สูบผ่านน้ำ (ร้อยละ 0.03) และเป็นบุหรี่ประเภทอื่นๆ (ร้อยละ 0.1)⁽⁷⁾

2.2.4 สถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย

สถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย ปี 2564 พบว่าประชากรไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 78,742 คน คิดเป็นร้อยละ 0.14 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีจำนวนทั้งหมด 57 ล้านคน เป็นคนที่สูบทุกวัน 40,724 คน และสูบแบบไม่ทุกวัน 38,018 คน โดยผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 24,050 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ และภาคกลาง 47,753 คน หากจำแนกตามเพศ พบว่า ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่ คือ เพศชาย จำนวน 71,486 คน (ร้อยละ 0.26)

และเพศหญิง จำนวน 7,256 คน (ร้อยละ 0.02) ขณะที่คนไทยที่รู้จักบุหรี่ไฟฟ้า เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายมากกว่าบุหรี่ธรรมดา 26.7% เชื่อว่าอันตรายน้อยกว่า 11.3% และเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าและบุหรี่ธรรมดามีอันตรายเท่ากัน 62.0%^(7, 23)

2.3 การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

2.3.1 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

ด้วยพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560⁽¹⁶⁾ ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนที่ 39 ก เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2560 และมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม 2560 เป็นต้นไป โดยมาตรา 41 การกำหนดเขตปลอดบุหรี่ ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ มีอำนาจประกาศประเภทหรือชื่อของสถานที่ สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะ ให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะดังกล่าว เป็นเขตปลอดบุหรี่ รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ อาจกำหนดให้มีเขตสูบบุหรี่ ในเขตปลอดบุหรี่ตามวรรคหนึ่งก็ได้ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข^(17, 24) เรื่อง กำหนดประเภทหรือชื่อของสถานที่ สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะ ให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะ เป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2561 ข้อ 5 ให้สถานที่ดังต่อไปนี้เป็นสถานที่สาธารณะ ที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยกำหนดให้พื้นที่และบริเวณทั้งหมดซึ่งใช้ประกอบภารกิจของสถานที่นั้น ทั้งภายในและภายนอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้าง บริเวณที่จัดไว้ให้ผู้มารับบริการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ไม่ว่าจะมียุ้วล้อมหรือไม่ก็ตาม เป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่สามารถจัดให้มีเขตสูบบุหรี่ เป็นการเฉพาะได้ ในพื้นที่นอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้างได้ ได้แก่ (5.2) สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

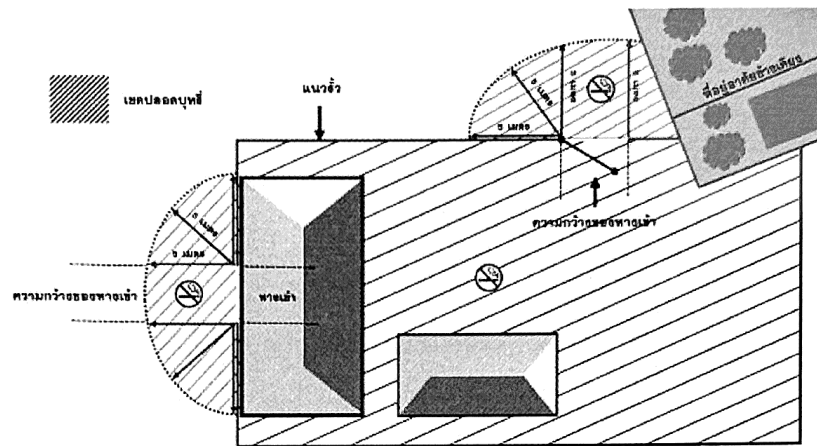
2.3.2 สถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

3 พฤติกรรมที่เป็นการเป็นสูบบุหรี่ ได้แก่ 1) สูบบุหรี่ 2) ทำให้เกิดควันหรือไอระเหยจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ 3) การครอบครองผลิตภัณฑ์ยาสูบขณะเกิดควันหรือไอระเหย จึงกำหนดให้พื้นที่และบริเวณทั้งหมดซึ่งใช้ประกอบภารกิจของสถานที่นั้น ทั้งภายในและภายนอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้าง บริเวณที่จัดไว้ให้ผู้มารับบริการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ไม่ว่าจะมียุ้วล้อมหรือไม่ก็ตาม เป็นเขตปลอดบุหรี่ แต่สามารถจัดให้มีเขตสูบบุหรี่ เป็นการเฉพาะได้ ในพื้นที่นอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้างได้⁽²⁴⁾ ได้แก่

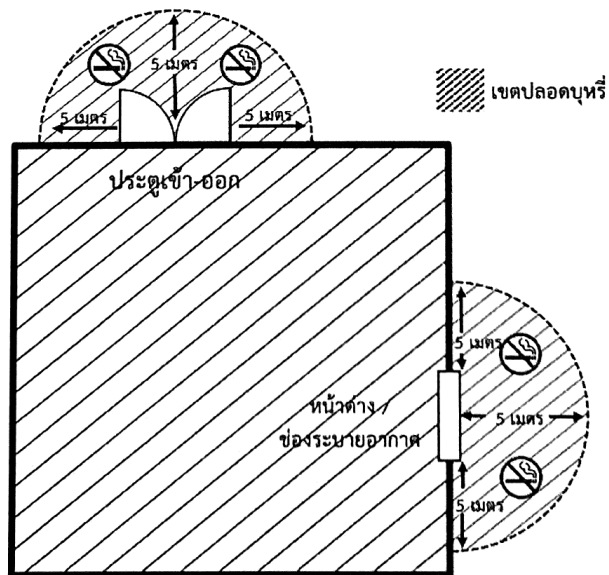
2.3.2.1 สถานศึกษาระดับอุดมศึกษา

2.3.2.2 สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

2.3.2.3 ท่าอากาศยาน



รูปภาพที่ 2.3 เขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด + ระยะทาง 5 เมตร จากทางเข้า-ออก.⁽¹⁷⁾



รูปภาพที่ 2.4 เขตปลอดบุหรี่ในพื้นที่เฉพาะส่วนที่ระบุ + 5 เมตรจากพื้นที่ที่ระบุ หรือจากประตูหน้าต่างต่างทางเข้า ทางออก ท่อ หรือช่องระบายอากาศ.⁽¹⁷⁾

2.3.3 เจตนารมณ์การคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

2.3.3.1 มาตรา 42 การห้ามสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ห้ามผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ เว้นแต่ เป็นเขตสูบบุหรี่ที่กำหนดตามมาตรา 41 วรรคสอง⁽²⁵⁾

2.3.3.2 มาตรา 43 สภาพและลักษณะเขตปลอดบุหรี่ ให้ผู้ดำเนินการจัด "เขตปลอดบุหรี่" ให้มีสภาพและลักษณะ⁽²⁴⁾ ดังนี้

- 1) มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่แสดงไว้ให้เห็นได้โดยชัดเจน
- 2) ปราศจากอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่
- 3) มีสภาพหรือลักษณะอื่นใดตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดย

คำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ

2.3.3.3 มาตรา 44 สภาพและลักษณะเขตสูบบุหรี่ ให้ผู้ดำเนินการจัด "เขตสูบบุหรี่" ให้มีสภาพและลักษณะ⁽²⁴⁾ ดังนี้

- 1) มีเครื่องหมายเขตสูบบุหรี่แสดงไว้ให้เห็นได้โดยชัดเจน
- 2) ไม่อยู่ในบริเวณทางเข้าออกของสถานที่ /ยานพาหนะหรือในบริเวณอื่นใดอันเปิดเผยเห็นได้ชัด

3) มีพื้นที่เป็นสัดส่วนชัดเจน มีการระบายอากาศที่เหมาะสม และไม่มีลักษณะที่อาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

4) แสดงสื่อรณรงค์เพื่อการลด ละ เลิกการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ

5) มีสภาพและลักษณะอื่นใด ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ

2.3.3.4 มาตรา 45 เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่และเขตสูบบุหรี่ เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามมาตรา 43 (1) หรือเขตสูบบุหรี่ตามมาตรา 44 (1) ที่ผู้ดำเนินการจัดให้มี ต้องเป็นไปตามลักษณะและวิธีการที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด โดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ โดยเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่จะเป็นสติ๊กเกอร์ แผ่นป้าย หรือวัสดุอื่นใดก็ได้ ทั้งนี้ เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ที่จะใช้ติดแสดง ณ สถานที่ซึ่งรัฐมนตรีประกาศกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่⁽²⁴⁾ ดังนี้

- 1) เขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ไม่ว่าจะมิรั้วล้อมหรือไม่ก็ตาม รวมทั้งระยะ 5 เมตร จากทางเข้า – ออกของสถานที่

2) เขตปลอดบุหรี่เฉพาะส่วนที่ระบุ รวมถึงระยะ 5 เมตรจากพื้นที่ที่ระบุ หรือจากประตู หน้าต่าง ทางเข้า ทางออก ท่อหรือช่องระบายอากาศ

ต้องแสดงข้อความขนาดใหญ่เห็นได้ชัดเจนว่า “ห้ามสูบบุหรี่ในระยะ 5 เมตร” หรือข้อความอื่นในทำนองเดียวกัน เพื่อให้ประชาชนเข้าใจได้ว่าเขตปลอดบุหรี่ ในบริเวณนั้นครอบคลุมถึงระยะห่างดังกล่าว

2.3.3.5 มาตรา 46 หน้าที่ของผู้ดำเนินการ มีหน้าที่ประชาสัมพันธ์ แจ้งเตือน ควบคุมดูแล ห้ามปราม หรือดำเนินการอื่นใด เพื่อไม่ให้เกิดการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ โดยผู้ดำเนินการ หมายถึง เจ้าของ ผู้จัดการ หรือผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน หรือยานพาหนะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่⁽²⁴⁾



รูปภาพที่ 2.5 เครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ (จะเป็นสติ๊กเกอร์ แผ่นป้าย หรือวัสดุอื่นใดก็ได้).⁽²⁴⁾



รูปภาพที่ 2.6 เครื่องหมายเขตบุหรี่ (จะเป็นสติ๊กเกอร์ แผ่นป้าย หรือวัสดุอื่นใดก็ได้).⁽²⁴⁾

2.3.4 การติดแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่⁽²⁴⁾

2.3.4.1 สถานที่สาธารณะที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้พื้นที่และบริเวณทั้งหมด ซึ่งใช้ประกอบภารกิจของสถานที่นั้น ทั้งภายในและภายนอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้าง บริเวณที่จัดไว้ให้ผู้มารับบริการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ไม่ว่าจะมียุ้วล้อมหรือไม่ก็ตาม เป็นเขตปลอดบุหรี่ ต้องติดแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ไว้โดยเปิดเผย มองเห็น ได้ชัดเจน ณ

- 1) ทางเข้าหลักของสถานที่
- 2) บริเวณพื้นที่นอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้างของสถานที่ในจำนวนที่เหมาะสม
- 3) ทางเข้าหลักของอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้างของสถานที่
- 4) ภายในและคาดฟ้าของอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้างของสถานที่ในจำนวนที่เหมาะสม

2.3.4.2 สถานที่สาธารณะที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดให้พื้นที่เฉพาะส่วนที่ระบุไว้ของสถานที่นั้นเป็นเขตปลอดบุหรี่ ต้องติดแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ ไว้โดยเปิดเผย มองเห็น ได้ชัดเจน ณ

- 1) ทางเข้าหลักของอาคาร โรงเรือน พื้นที่ใต้หลังคา หรือสิ่งปลูกสร้างของสถานที่
- 2) ภายในและคาดฟ้าของอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้างของสถานที่ในจำนวนที่เหมาะสม
- 3) กรณียานพาหนะ ให้ติดแสดงในจำนวนที่เหมาะสมภายในยานพาหนะ

2.3.5 การติดแสดงเครื่องหมายเขตบุหรี่⁽²⁴⁾

ต้องติดแสดงไว้โดยเปิดเผย มองเห็น ได้ชัดเจน ภายในบริเวณที่จัดให้เป็นเขตสูบบุหรี่ กรณีเขตสูบบุหรี่มีทางเข้าอย่างชัดเจน ให้ติดแสดงเครื่องหมายเขตสูบบุหรี่ ณ ทางเข้าเขตสูบบุหรี่ดังกล่าวด้วย โดยเครื่องหมายเขตสูบบุหรี่จะเป็นสติ๊กเกอร์ แผ่นป้าย หรือวัสดุอื่นใดก็ได้

2.3.6 บทกำหนดโทษ (มาตร 67-70)⁽²⁴⁾

2.3.6.1 ผู้ใดสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ปรับไม่เกิน 5,000 บาท

2.3.6.2 ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่จัดให้เขตปลอดบุหรี่หรือเขตสูบบุหรี่มีสภาพและลักษณะตามที่กฎหมายกำหนด ปรับไม่เกิน 50,000 บาท

2.3.6.3 ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่จัดให้มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่หรือเขตสูบบุหรี่ตามลักษณะและวิธีการในการแสดงตามที่กฎหมายกำหนด ปรับไม่เกิน 5,000 บาท

2.3.6.4 ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่ประชาสัมพันธ์ แจ้งเตือน ควบคุมดูแลห้ามปราม หรือดำเนินการอื่นใด เพื่อไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ปรับไม่เกิน 3,000 บาท

2.4 กรอบแนวคิด PRECEDE MODEL ของกรีน

2.4.1 แนวคิดพื้นฐานของแบบจำลอง PRECEDE

แนวคิด PRECEDE MODEL มีพื้นฐานที่ว่า สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี เกิดขึ้นเนื่องจากหลายสาเหตุ ดังนั้น สิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงสังคม จำเป็นต้องใช้หลายๆวิธี จากการบูรณาการผสมผสานของศาสตร์ต่างๆ และแนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ของบุคคลในทุกๆ ช่วงวัย^(18, 19, 25)

ความเป็นมาของแนวคิด PRECEDE MODEL โดย Lawrence W. Green และคณะ แห่ง มหาวิทยาลัย The John Hopkins เป็นผู้พัฒนา ขึ้นในปี ค.ศ. 1980 มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในงานวิจัย และประเมิน โครงการทางพฤติกรรมศาสตร์ และ โครงการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ซึ่งแบบจำลอง PRECEDE เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย คือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ^(18, 19, 25)

ในปี 1991 Green and Kreuter ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE ใหม่ เป็นPRECEDEPROCEED เพื่อใช้วินิจฉัยประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และการวางแผนสุขภาพ โดยแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED มีพื้นฐานแนวคิดด้านสุขภาพว่า 1) สุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพ มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย 2) การดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และสังคม จะต้องมึมุมมองในหลายมิติ มีขั้นตอนการทำงาน 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 2 ส่วน^(18, 19, 25) ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ในการวิเคราะห์ วินิจฉัยและประเมินผลทางพฤติกรรม ในระยะนี้ให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (health outcomes) จากการดำเนินการส่งเสริม สุขภาพก็คือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตมากกว่า ปัจจัยนำเข้า^(18, 19, 25.)

ส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินการและประเมินผลได้ เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organization Constructs in Educational and Environment Development) ให้ ความ ส น ใจ ใน รายละเอียดของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล^(18, 19, 25.)

2.4.2 องค์ประกอบของแบบจำลอง PRECEDE

จากองค์ประกอบของแบบจำลอง PRECEDE ที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงได้สรุปและประยุกต์ใช้องค์ประกอบหลักของแบบของแบบจำลอง PRECEDE ที่ใช้อธิบายพฤติกรรม การบริโภคยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้า ของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

2.4.2.1 ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งมิให้ เกิดการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล นั่นคือบุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา จะต้องอาศัยการมีเหตุผลที่จะก่อเกิดพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจในการกระตุ้น แรงขับภายในตัวบุคคลให้ตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม โดยปัจจัยนำที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว คือ ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อการกระทำ เรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมแต่แนวคิดนี้ยังไม่นำมากล่าวถึงโดยตรงเนื่องจากเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถนำไปสู่การจัดกระทำได้⁽²⁶⁻²⁷⁾

2.4.2.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง ปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Acceptability) รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ เช่น

สถานบริการสุขภาพ บุคลากร โรงเรียน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นได้ง่ายขึ้น เป็นต้น ทั้งนี้ ยังรวมถึงทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เป็นทักษะใหม่ ที่บุคคลจะต้องมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ซึ่งการจัดโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการส่งเสริมทักษะใหม่ที่ผู้ป่วยต้องกระทำ หรือการส่งเสริมด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ⁽²⁶⁻²⁷⁾

2.4.2.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล หรือกลุ่มคน ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น การยอมรับหรือไม่ยอมรับ เช่น พ่อ แม่ บุคคลในครอบครัว ครู เพื่อน แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข เป็นต้น ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการ กระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง ดำเนินคดี การลงโทษ ซึ่งปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ⁽²⁵⁶⁻²⁷⁾

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ที่ผ่านมา มีงานวิจัยหลายเรื่องเกี่ยวกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งรวมถึงและการศึกษาถึงปัจจัยด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทั้งในและต่างประเทศ ดังนี้

ทิพวัลย์ พรหมมร และคณะ (2563)⁽²⁸⁾ ศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ระดับความรู้ ระดับทัศนคติระดับการปฏิบัติ และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้ประกอบการร้านค้าปลีกส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 70.5 มีความรู้เกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 อยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติเกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 อยู่ในระดับดีมีการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก ได้แก่ ความรู้ด้านเนื้อหาตาม พรบ.ควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (p=.002) ทัศนคติเกี่ยวกับ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ด้านผู้ประกอบการ (p=. 043) และเพศหญิง (p=.040) โดยสามารถร่วมกันอธิบายการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกได้ร้อยละ 38.7

กัลยา วิริยะ (2562)⁽²⁹⁾ ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทัศนคติ ($p < .01$) ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ ($p < .05$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ ($p < .01$) ดังนั้นการให้นักศึกษามีความรู้และทัศนคติเรื่องบุหรี่ที่ถูกต้องจะช่วยให้ นักศึกษามีพฤติกรรมไม่สัมผัสบุหรี่

จิรภิญญา คำรัตน์ (2562)⁽³⁰⁾ ศึกษาเกี่ยวกับระดับและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 11.17$, S.D. = 1.64) เจตคติ อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 65.52$, S.D. = 5.13) และพฤติกรรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 19.58$, S.D. = 3.10) ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r = 0.32, 0.36, p < 0.05$)

นิยม จันทร์นวล (2559)⁽³¹⁾ ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี : ภายใต้อำนาจของกรมมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรี่ พบว่า บุคลากรสูบบุหรี่ร้อยละ 26.0 (95% CI = 19.1-33.7) สูบบุหรี่ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 18.9 ปี สูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 8 มวน เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ พบว่า เพศ สายงานที่ปฏิบัติ ทัศนคติเกี่ยวกับโทษของสูบบุหรี่ และบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001, P = 0.032, P < 0.001, P < 0.001$) ตามลำดับ

สมตระกูล ราศิริ และคณะ (2562)⁽³²⁾ ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการใช้บุหรี่ อิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาทันตสาธารณสุขสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า นักศึกษามีการรับรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.61/3 และ 1.39/3 ตามลำดับ มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.72/3 ไม่พบนักศึกษาที่สูบบุหรี่หรือใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในปัจจุบันแต่เคยมีประสบการณ์สูบบุหรี่ร้อยละ 12.20 และระบุว่ามีคนรอบข้างสูบบุหรี่และใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 25.20 และ 1.62 ตามลำดับ

ญาณิสรา ปินตานา และคณะ (2562)⁽³³⁾ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี มีระดับการเสพติดนิโคตินสูง ร้อยละ 56.52 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.72 และพบว่ากลุ่มที่มีระดับการเสพ

ติดนิโคตินต่ำกับกลุ่มที่มีระดับการเสพติดนิโคตินสูง มีปัจจัยทางชีวสังคมด้านสถานภาพสมรสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยทางชีวสังคมด้านอื่นๆ, ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่, ทักษะต่อการสูบบุหรี่, ความเชื่อในอำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรี่, แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) และพบว่าปัจจัยทางชีวสังคมด้านลักษณะหรือแผนกที่ปฏิบัติงาน และทักษะต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยทางชีวสังคมด้านอื่นๆ, ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่, ความเชื่อในอำนาจในตนเกี่ยวกับบุหรี่ และแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

กองมณี จะเลินวง (2553)⁽³⁴⁾ ศึกษาการใช้การวิเคราะห์ถดถอยปัจจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณการสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุข ประเทศ สปป.ลาว พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 69.2 ของบุคลากรมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ มีทัศนคติเชิงบวก ร้อยละ 15.7 และมีทัศนคติเชิงลบร้อยละ 84.3 ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 86.7 มีคะแนนความเห็นต่อการควบคุมบุหรี่ในอนาคตในระดับสูง

ศรียา ลาวัณยภีร์ภักษ์ (2555)⁽³⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า กลุ่มคนที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และความเชื่อในอำนาจตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มคนที่ไม่สูบบุหรี่มีทัศนคติและความเชื่อในอำนาจตน สูงกว่าส่วนความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการสูบบุหรี่ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และพบว่า ปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ จำนวนคนที่สูบบุหรี่ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจในตน และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ นโยบายด้านบุหรี่ มาตรการ และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อนเพื่อนร่วมงาน ครอบครัว ผู้มีอิทธิพลทางสื่อโซเชียล มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค ผู้วิจัยจึงได้นำความรู้ดังกล่าวมาพัฒนากรอบแนวคิดการศึกษาและแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรในการศึกษานี้ คือ บุคลากรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นบุคลากรทุกระดับของหน่วยงานตามโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการทั้งตามกฎกระทรวง และหน่วยงานที่ตั้งขึ้นภายใน ยกเว้นหน่วยงานที่เป็นสถานพยาบาล รวมทั้งสิ้น 42 หน่วยงาน รวมจำนวน 5,488 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 9 มีนาคม 2565 กองบริหารทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค)

3.2.2 ตัวอย่าง

ตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นบุคลากรทุกระดับของหน่วยงานตามโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการทั้งตามกฎกระทรวง และหน่วยงานที่ตั้งขึ้นภายใน ยกเว้นหน่วยงานที่เป็นสถานพยาบาล คำนวณจากการประมาณค่าเฉลี่ยที่ทราบจำนวนประชากรที่ศึกษา โดยใช้สูตรในตำราของ Daniel, 1995.⁽³⁶⁾ กำหนดค่า p จากข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เท่ากับ 0.211 ⁽³⁷⁾ สูตรคำนวณและการแทนค่าดังแสดงในสูตร

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2pq}{d^2(N-1)+Z^2\alpha/2pq}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อทราบประชากรที่แน่ชัด

N = ขนาดของประชากรที่ทราบแน่ชัด คือ 5,488 คน

p = ค่าสัดส่วนของประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ค่าสัดส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เท่ากับ 0.211⁽³⁷⁾

$$q = 1 - 0.211 = 0.789$$

d = ค่าสัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้สูงสุด สำหรับงานวิจัยนี้กำหนดไว้ไม่เกิน 0.0422

$$Z/2 = \text{ระดับนัยสำคัญทางสถิติในที่นี้} = 1.96$$

แทนค่าในสูตร จะได้

$$n = \frac{(5488)(1.96)^2(0.211)(0.789)}{(0.0422)^2(5488-1)+(1.96)^2(0.211)(0.789)}$$

$$= 337 \text{ คน}$$

ดังนั้น จากสูตรคำนวณ จำนวนตัวอย่างในการศึกษาต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 337 คน และเพื่อป้องกันการได้รับข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือมีการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงวางแผนเก็บข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 30 จากขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้จึงเก็บข้อมูลจากบุคลากร ทั้งหมด 438 คน

3.2.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

1) บุคลากรทุกระดับ ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างโครงการ ฯลฯ ของหน่วยงานตามโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการทั้งตามกฎหมายกระทรวง และหน่วยงานที่ตั้งขึ้นภายใน ยกเว้นหน่วยงานที่เป็นสถานพยาบาล ที่ปฏิบัติงานที่กรมควบคุมโรคอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ที่มีความยินดีและสมัครใจในการศึกษาครั้งนี้

2) บุคลากรสังกัดกรมควบคุมโรค ที่เป็นบุคคลทั่วไป ทั้งที่ไม่บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบและบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ มีความยินดีและสมัครใจ ทั้งเพศชาย เพศหญิง และเพศสภาพ ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยลงนามในเอกสารยินยอมตามแบบฟอร์มออนไลน์ก่อนทำการวิจัย

3.2.2.2 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจางานวิจัย

1) บุคลากรสังกัดกรมควบคุมโรค ที่ติดภารกิจหรือเจ็บป่วยในช่วงที่มีการเก็บข้อมูล หรืออยู่ระหว่าง ลาศึกษาต่อ

2) บุคลากรสังกัดกรมควบคุมโรค ที่ไม่ตอบแบบสอบถามตามกำหนด

3.2.3 การเลือกตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งตามสัดส่วนของจำนวนบุคลากรในแต่ละหน่วยงานของกรมควบคุมโรค จาก 42 หน่วยงาน (Proportional to size stratified cluster sampling) จากนั้นใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้บริหารของหน่วยงานอย่างน้อย 1 คน และสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้บริหารเลือกกลุ่มงานให้เป็นตัวแทนของหน่วยงาน จนครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่ง และหากหน่วยงานที่มีสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1 ตัวอย่าง ให้เพิ่มเป็น 2 ตัวอย่างเพื่อให้ครอบคลุมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 438 คน ดังนี้ ตาราง 3.1 การสุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งตามสัดส่วนของจำนวนบุคลากรในแต่ละหน่วยงานของกรมควบคุมโรค จาก 42 หน่วยงาน

| ลำดับ | หน่วยงาน | บุคลากร รวม (คน) | จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน) |
|-------|--|------------------------|--------------------------------|
| 1 | กลุ่มคุ้มครองจริยธรรม | 8 | 2 |
| 2 | สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการโครงการพระราชดำริ | 10 | 2 |
| 3 | กลุ่มตรวจสอบภายใน | 14 | 2 |
| 4 | กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร | 17 | 2 |
| 5 | สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ | 20 | 2 |
| 6 | สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา | 30 | 2 |
| 7 | กองกฎหมาย | 35 | 3 |
| 8 | สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ | 35 | 3 |
| 9 | สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก | 37 | 3 |
| 10 | ศูนย์สารสนเทศ | 42 | 3 |
| 11 | กองป้องกันการบาดเจ็บ | 46 | 4 |

| ลำดับ | หน่วยงาน | บุคลากร รวม (คน) | จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน) |
|-------|---|------------------------|--------------------------------|
| 12 | กองนวัตกรรมการและวิจัย | 47 | 4 |
| 13 | สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ | 55 | 4 |
| 14 | กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน | 56 | 4 |
| 15 | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | 61 | 5 |
| 16 | กองบริหารการคลัง | 66 | 5 |
| 17 | กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ | 67 | 5 |
| 18 | กองบริหารทรัพยากรบุคคล | 80 | 6 |
| 19 | กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ | 80 | 6 |
| 20 | กองโรคไม่ติดต่อ | 83 | 7 |
| 21 | สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | 83 | 7 |
| 22 | สำนักเลขานุการกรม | 91 | 7 |
| 23 | กองวัณโรค | 123 | 10 |
| 24 | กองโรคติดต่อหน้าโดยแมลง | 129 | 10 |
| 25 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช | 132 | 11 |
| 26 | สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง | 139 | 11 |
| 27 | กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม | 141 | 11 |
| 28 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี | 147 | 12 |
| 29 | กองระบาดวิทยา | 153 | 12 |
| 30 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี | 164 | 13 |
| 31 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ | 175 | 14 |
| 32 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น | 197 | 16 |
| 33 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี | 221 | 18 |
| 34 | กองโรคติดต่อทั่วไป | 224 | 18 |
| 35 | กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ | 226 | 18 |
| 36 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา | 230 | 18 |

| ลำดับ | หน่วยงาน | บุคลากร | จำนวนกลุ่ม |
|-------|--|-------------|------------------|
| | | รวม (คน) | ตัวอย่าง (คน) |
| 37 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก | 260 | 21 |
| 38 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี | 275 | 22 |
| 39 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา | 309 | 24 |
| 40 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี | 321 | 25 |
| 41 | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ | 419 | 32 |
| 42 | สถาบันราชประชาสมาสัย | 440 | 34 |
| รวม | | 5,488 | 438 |

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หรือเครื่องมือจากงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วยแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายปิด (Close-Ended) และคำถามปลายเปิด (Open-Ended) จำนวน 1 ชุด 57 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน โดยใช้แบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ (Google form) ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการทำงาน สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ใช้ข้อคำถามให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ จากตัวเลือกที่กำหนด และเติมข้อความสั้นๆ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ กำหนดการให้คะแนนโดยประยุกต์และใช้แปลผลแบบมาตราส่วนประมาณค่าของ Likert⁽³⁸⁾ แบ่งเป็น 5 ระดับ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความในแบบสอบถาม ดังนี้

| | ด้านบวก (คะแนน) | ด้านลบ (คะแนน) |
|----------------------|-----------------|----------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 5 | 1 |
| เห็นด้วย | 4 | 2 |
| เห็นด้วยปานกลาง | 3 | 3 |
| ไม่เห็นด้วย | 2 | 4 |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 1 | 5 |

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ นำผลคะแนนที่ได้มาพิจารณาใช้เกณฑ์กำหนดระดับค่าเฉลี่ย โดยใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงความกว้างของข้อมูลในแต่ละชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} \\ &= 0.8 \end{aligned}$$

การแปรผล ดังนี้

5.00 - 4.21 หมายถึง มีทัศนคติในระดับมากที่สุด

4.20 - 3.41 หมายถึง มีทัศนคติในระดับมาก

3.40 - 2.61 หมายถึง มีทัศนคติในระดับที่ปานกลาง

2.60 - 1.81 หมายถึง มีทัศนคติในระดับน้อย

1.80 - 1.00 หมายถึง มีทัศนคติในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมาย/นโยบาย/มาตรการบูรณาการของหน่วยงาน มาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิด (COVID-19) ข้อคำถามรวม จำนวน 7 ข้อ ใช้ข้อคำถามให้เลือกตอบจากตัวเลือกที่กำหนด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม คือ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน ครอบครัว และผู้มีอิทธิพลบนสื่อโซเชียล (Influencer) ข้อคำถามรวม จำนวน 4 ข้อ ใช้ข้อคำถามให้เลือกตอบจากตัวเลือกที่กำหนด และเติมข้อความสั้นๆ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ข้อคำถามเป็นชนิดเลือกตอบ และเติมข้อความสั้นๆ

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังนี้

3.4.1 การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสอบถามที่พัฒนา จำนวน 3 ท่าน ในด้านความตรงและความเหมาะสมของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้ค่า IOC = 0.76

3.4.2 การทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับ บุคลากรที่สังกัดส่วนราชการอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และนำผลการทดสอบที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)⁽⁴⁰⁾ ในการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในแต่ละด้าน โดยต้องมีค่ามากกว่า 0.7 แบบสอบถามนั้นจึงจะเป็นที่ยอมรับได้ โดยได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในแต่ละด้าน ดังนี้ ทศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ เท่ากับ 0.813

3.5 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

3.5.1 ผู้วิจัยได้ติดต่อเพื่อทำหนังสือแนะนำตัวจากกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และส่งหนังสือแนะนำตัวถึงผู้อำนวยการกอง สำนัก แต่ละแห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.2 ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อแจ้งรายละเอียดในการเก็บข้อมูล โดยแจ้งให้แต่ละหน่วยงานได้ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

3.5.3 ประสานงานกับผู้ประสานของหน่วยงาน โดยแจ้งลิงค์และ QR Code ในการตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ (Google form) ให้กับผู้ประสานงานผ่านไลน์และทางหนังสือ ส่งไปยังหน่วยงานตามโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการทั้งตามกฎหมายกระทรวง และหน่วยงานที่ตั้งขึ้นภายใน ยกเว้นหน่วยงานที่เป็นสถานพยาบาล จำนวน 42 แห่ง ตามแผนที่วางไว้ โดยเป็นบุคลากรกรมควบคุมโรคที่ยินยอม และสมัครใจ พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดให้ทราบและขอความร่วมมือในการเป็นตัวอย่าง โดยให้ระยะเวลาในการตอบ 2 สัปดาห์

3.5.4 ตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์และแปลผลต่อไป

3.6 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

3.6.1 ผู้วิจัยทำการส่งรายละเอียดโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัย ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิจารณาให้ความเห็นชอบ ตามเอกสารแจ้งผลการรับรองโครงการวิจัย ที่ สข 0625/BC 286 รหัสโครงการวิจัยที่ 14/2566 ก่อนที่จะไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการกอง สำนัก โดยแจ้งชื่อโครงการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งระบุระยะเวลาของการดำเนินการเข้าเก็บข้อมูลจากบุคลากรในสังกัดดังกล่าวให้ทราบก่อนส่งแบบสอบถาม

3.6.3 ผู้วิจัยชี้แจงข้อพิจารณาทางจริยธรรมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสอบถาม โดยมีการบอกวัตถุประสงค์ ความชัดเจนในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และจากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ (google form)

3.6.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในภาพรวมในเชิงวิชาการเท่านั้น ไม่นำเสนอเป็นรายบุคคล การเปิดเผยข้อมูลใดๆ ของกลุ่มตัวอย่างกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ทางสถิติ ประกอบด้วย

3.7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อตรวจสอบ บรรยายลักษณะทั่วไปของตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

3.7.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยตัวแปรปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และ Fisher's Exact Test ในกรณีที่มีค่า expected count น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 438 คน พบว่ามีแบบสอบถามที่ข้อมูลเพียงพอที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 346 ชุด คิดเป็นร้อยละ 79 ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านชีวสังคม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

4.1 ข้อมูลด้านชีวสังคม

จากตาราง 4.1 พบว่าบุคลากรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่สุ่มเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.9 และเพศชาย ร้อยละ 36.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 30-39 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 39.51 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสดมากที่สุดร้อยละ 47.7 รองลงมา คือ สมรส ร้อยละ 45.1 หย่า แยก ร้อยละ 5.2 และหม้าย ร้อยละ 2.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 61.3 ตามด้วยระดับปริญญาโท ร้อยละ 26.0 และอื่นๆ รวมร้อยละ 12.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการ ร้อยละ 62.7 และมีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุดร้อยละ 51.7 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการทำงาน โดยส่วนใหญ่อยู่ที่อายุงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 43.4 ปี รองลงมา

อายุงาน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.4 และอายุงาน 5 – 10 ร้อยละ 18.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ได้แก่ รายได้เพียงพอ มีเหลือเก็บ ร้อยละ 37.6 รองลงมา คือ รายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 35.5 รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ร้อยละ 22.8 และ รายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ (ตาราง 4.1)

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=346)

| ข้อมูลด้านชีวสังคม | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| เพศ | | |
| - ชาย | 125 | 36.1 |
| - หญิง | 221 | 63.9 |
| อายุ | | |
| - อายุต่ำกว่า 30 ปี | 64 | 18.5 |
| - อายุ 30 – 39 ปี | 139 | 40.2 |
| - อายุ 40 – 49 ปี | 76 | 22.0 |
| - อายุ 50 – 59 ปี | 63 | 18.2 |
| - อายุ 60 ปีขึ้นไป | 4 | 1.2 |
| (Min=23, Max=60, Mean ± S.D. = 39.51 ± 9.93) | | |
| สถานภาพ | | |
| - โสด | 165 | 47.7 |
| - สมรส | 156 | 45.1 |
| - หม้าย | 7 | 2.0 |
| - หย่า แยก | 18 | 5.2 |
| ระดับการศึกษา | | |
| - มัธยมศึกษาตอนต้น | 6 | 1.7 |
| - มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. | 9 | 2.6 |
| - ปวส./ อนุปริญญา | 21 | 6.1 |
| - ปริญญาตรี | 212 | 61.3 |
| - ปริญญาโท | 90 | 26 |
| - ปริญญาเอก | 8 | 2.3 |

| ข้อมูลด้านชีวสังคม | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| อาชีพ | | |
| - ข้าราชการ | 217 | 62.7 |
| - พนักงานราชการ | 53 | 15.3 |
| - ลูกจ้างประจำ | 32 | 9.2 |
| - ลูกจ้างชั่วคราว | 23 | 6.6 |
| - พนักงานกระทรวงฯ | 12 | 3.5 |
| - อื่นๆ ได้แก่ ลูกจ้างเหมาบริการ ลูกจ้างโครงการ ฯลฯ | 9 | 2.7 |
| ตำแหน่ง | | |
| - แพทย์ | 4 | 1.2 |
| - นักวิชาการสาธารณสุข | 179 | 51.7 |
| - เจ้าพนักงานสาธารณสุข | 16 | 4.7 |
| - พยาบาล | 9 | 2.6 |
| - นักเทคนิคการแพทย์ | 7 | 2.0 |
| - นักจัดการงานทั่วไป | 24 | 6.9 |
| - นักวิเคราะห์นโยบายและแผน | 15 | 4.3 |
| - นิติกร | 9 | 2.6 |
| - นักทรัพยากรบุคคล | 8 | 2.3 |
| - อื่นๆ | 75 | 21.7 |
| ระยะเวลาในการทำงาน | | |
| - น้อยกว่า 5 ปี | 150 | 43.4 |
| - 5-10 ปี | 63 | 18.2 |
| - 11 ปีขึ้นไป | 133 | 38.4 |
| (Min=1, Max=40, Mean ± S.D. = 10.84 ± 10.26) | | |
| สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว | | |
| - รายได้เพียงพอ มีเหลือเก็บ | 130 | 37.6 |
| - รายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือเก็บ | 123 | 35.5 |
| - รายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน | 14 | 4.0 |
| - รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน | 79 | 22.8 |

4.2 ทักษะการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

จากการศึกษา พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเฉลี่ยทักษะการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ สูงสุดจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่มวนหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อสุขภาพของท่าน และ ข้อ 15. ท่านเห็นด้วยกับกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในภัตตาคารร้านอาหาร คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.74 รองลงมา คือ ข้อ 17. ท่านเห็นด้วยกับกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในตู้ตึกและอาคารที่เป็นสถานที่สาธารณะ (สถานที่ราชการ, รัฐวิสาหกิจ, และห้างสรรพสินค้า) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.72 ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับทักษะการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 4. ใครก็ตามที่เริ่มสูบบุหรี่ ท่านคิดว่าเป็นการยากที่จะเลิกสูบบุหรี่ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 (ตาราง 4.2)

ตาราง 4.2 คะแนนเฉลี่ยเฉลี่ย จำนวนและร้อยละของทักษะการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (n=346)

| ข้อคำถาม | จำนวน (%) | | | | | \bar{X} | S.D. |
|--|-------------------|-----------|-------------|-------------|----------------------|-----------|------|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | เห็นปานกลาง | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |
| 1. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่มวนหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ | 278 (80.3) | 51 (14.7) | 14 (4.0) | 1 (0.3) | 2 (0.6) | 4.74 | 0.60 |
| 2. ท่านคิดว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสามารถช่วยให้เลิกสูบบุหรี่มวนได้ | 23 (6.6) | 31 (9.0) | 38 (11.0) | 99 (28.6) | 155 (44.8) | 3.96 | 1.23 |
| 3. ท่านคิดว่าเป็นการปลอดภัยที่จะสูบบุหรี่เพียง 1-2 ปี แล้วเลิกสูบบุหรี่หลังจากนั้น | 21 (6.1) | 34 (9.8) | 41 (11.8) | 90 (26.0) | 160 (46.2) | 3.96 | 1.23 |
| 4. ใครก็ตามที่เริ่มสูบบุหรี่ ท่านคิดว่าเป็นการยากที่จะเลิกสูบบุหรี่ | 122 (35.3) | 99 (28.6) | 61 (17.6) | 35 (10.1) | 29 (8.4) | 3.72 | 1.27 |

| ข้อความ | จำนวน (%) | | | | | \bar{X} | S.D. |
|--|-------------------|-----------|-----------------|-------------|----------------------|-----------|------|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | เห็นด้วยปานกลาง | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |
| 5. คนที่สูบบุหรี่จะเข้าสังคมได้ง่ายและมีเพื่อนมาก | 14 (4.0) | 25 (7.2) | 55 (15.9) | 92 (26.6) | 160 (46.2) | 4.03 | 1.13 |
| 6. คนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าจัดเป็นคนที่ทันสมัยในสังคมปัจจุบัน | 8 (2.3) | 23 (6.6) | 33 (9.5) | 89 (25.7) | 193 (55.8) | 4.26 | 1.03 |
| 7. ท่านรู้สึกได้รับอันตรายเมื่อต้องอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ | 244 (70.5) | 54 (15.6) | 25 (7.2) | 6 (1.7) | 17 (4.9) | 4.45 | 1.04 |
| 8. วันนบุรีมือสองและมือสามไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ | 55 (15.9) | 30 (8.7) | 11 (3.2) | 43 (12.4) | 207 (59.8) | 3.91 | 1.55 |
| 9. ลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้นำคือการไม่สูบบุหรี่ | 204 (59.0) | 69 (19.9) | 40 (11.6) | 8 (2.3) | 25 (7.2) | 4.21 | 1.18 |
| 10. ท่านเห็นด้วยที่ว่าการได้รับควันบุหรี่ที่บุคคลอื่นสูบเป็นอันตรายมากกว่าบุคคลที่สูบบุหรี่เอง | 213 (61.6) | 77 (22.3) | 29 (8.4) | 12 (3.5) | 15 (4.3) | 4.33 | 1.05 |
| 11. การสูบบุหรี่เป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะลงยาเสพติดชนิดอื่น | 183 (52.9) | 96 (27.7) | 52 (15.0) | 8 (2.3) | 7 (2.0) | 4.27 | 0.93 |

| ข้อความ | จำนวน (%) | | | | | \bar{X} | S.D. |
|--|-------------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-----------|------|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | เห็นปานกลาง | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | | |
| 12. ท่านเห็นด้วยกับกฎหมายห้ามขายบุหรี่ให้กับบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี | 266 (76.9) | 50 (14.5) | 21 (6.1) | 2 (0.6) | 7 (2.0) | 4.63 | 0.79 |
| 13. ท่านเห็นด้วยกับนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบของกรมควบคุมโรค เช่น จัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ เช่น ไม่จัดที่เขี่ยบุหรี่ไว้ในอาคาร การติดสัญลักษณ์ที่ชัดเจนไว้ในหน่วยงาน และติดประกาศ “เขตปลอดบุหรี่” | 258 (74.6) | 62 (17.9) | 18 (5.2) | 5 (1.4) | 3 (0.9) | 4.63 | 0.72 |
| 14. ท่านเห็นด้วยกับกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยสิ้นเชิง | 250 (72.3) | 65 (18.8) | 24 (6.9) | 5 (1.4) | 2 (0.6) | 4.60 | 0.73 |
| 15. ท่านเห็นด้วยกับกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในภัตตาคารร้านอาหาร | 279 (80.6) | 51 (14.7) | 12 (3.5) | 1 (0.3) | 3 (0.9) | 4.74 | 0.61 |

| ข้อคำถาม | จำนวน (%) | | | | | \bar{X} | S.D. |
|--|-------------------|-----------|-----------------|-------------|----------------------|-----------|------|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | เห็นด้วยปานกลาง | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |
| 16. ท่านเห็นด้วยกับการออกกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในสถานบันเทิง เช่น ดิสโก้ บาร์ ผับ ไนต์คลับ คาราโอเกะ | 244 (70.5) | 68 (19.7) | 27 (7.8) | 2 (0.6) | 5 (1.4) | 4.57 | 0.78 |
| 17. ท่านเห็นด้วยกับกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในตึกและอาคารที่เป็นสถานที่สาธารณะ (สถานที่ราชการ, รัฐวิสาหกิจ, และห้างสรรพสินค้า) | 276 (79.8) | 51 (14.7) | 15 (4.3) | 2 (0.6) | 2 (0.6) | 4.72 | 0.62 |
| 18. ท่านเห็นด้วยที่หน่วยงานของท่านมีการจัดเขตปลอดบุหรี่ | 257 (74.3) | 59 (17.1) | 18 (5.2) | 3 (0.9) | 9 (2.6) | 4.59 | 0.84 |
| 19. บุคลากรในสังกัดกรมควบคุมโรค เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข ควรเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพสำหรับครอบครัวและสาธารณสุขชนทั่วไป จึงไม่ควรสูบบุหรี่ | 225 (65.0) | 76 (22.0) | 33 (9.5) | 4 (1.2) | 8 (2.3) | 4.46 | 0.88 |

| ข้อความ | จำนวน (%) | | | | | \bar{X} | S.D. |
|---|-------------------|-----------|-------------|-------------|----------------------|-----------|------|
| | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | เห็นปานกลาง | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | | |
| 20. การเลิกสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่เยาวชน | 238 (68.8) | 70 (20.2) | 27 (7.8) | 3 (0.9) | 8 (2.3) | 4.52 | 0.85 |

จากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบในระดับเชิงบวก ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.52) ดังตาราง 4.3

ตาราง 4.3 ระดับของทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (n=346)

| ระดับ | \bar{X} | S.D. | ระดับทัศนคติ |
|-----------------------------------|-----------|------|--------------|
| ทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | 4.36 | 0.52 | บวก |

4.3 ปัจจัยอื่น

จากการศึกษาพบว่า ใน 1 ปีที่ผ่านมา บุคลากรกรมควบคุมโรคส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 51.5 รองลงมาคือ ปัจจุบันดื่ม ร้อยละ 26.0 และเคยดื่ม แต่ปัจจุบันไม่ดื่มหรือเลิกดื่ม ร้อยละ 22.5 ตามลำดับ ทั้งนี้บุคลากรที่ปัจจุบันที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำแนกเป็น ดื่มเมื่อมีสังสรรค์หรือนานๆครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.2 ดื่มเป็นประจำหรืออย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 4.9 และดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ บุคลากรส่วนใหญ่ทราบว่ามีการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ โดยเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด แต่สามารถจัดให้มีเขตสูบบุหรี่ในพื้นที่นอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้าง คิดเป็นร้อยละ 91.9 ไม่ทราบ ร้อยละ 8.1 และจากมาตรการทางกฎหมายดังกล่าว บุคลากรส่วนใหญ่ทราบว่ามีการหรือนานนโยบายดังกล่าวไปใช้ในหน่วยงานโดยจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ เช่น ไม่จัดที่เขี่ยบุหรี่ไว้ในอาคาร การติดสัญลักษณ์ที่ชัดเจนไว้ใน

หน่วยงาน และตีตประกาศ “เขตปลอดบุหรี่” โดยมีและน่านโยบายไปปฏิบัติอย่างชัดเจน ร้อยละ 72.5 มีแต่ไม่ได้น่านโยบายไปปฏิบัติอย่างชัดเจน ร้อยละ 21.4 และไม่มีนโยบาย ร้อยละ 6.1 ตามลำดับ หน่วยงานมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินการจัดให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ร้อยละ 65.6 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 22.8 และไม่มี ร้อยละ 11.6 โดยส่วนใหญ่หน่วยงานมีการจัดรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.8 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 15.3 และไม่มี ร้อยละ 13.9 ตามลำดับ บุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่ นอกจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพแล้ว ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ได้อีกด้วย ร้อยละ 82.4 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 13 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 4.6 ตามลำดับ ทั้งนี้ บุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่” เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้คนที่ติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มโอกาสจะเกิดอาการ “ลองโควิด” (Long Covid) ได้ในภายหลัง ร้อยละ 83.2 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 12.4 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 4.3 ตามลำดับ (ตาราง 4.4)

ตาราง 4.4 จำนวนและร้อยละของการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยเอื้อ (n=346)

| ข้อมูลปัจจัยเอื้อ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| 1. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ | | |
| - ไม่ดื่มเลย | 178 | 51.5 |
| - เคยดื่ม แต่ปัจจุบันไม่ดื่มหรือเลิกดื่ม | 78 | 22.5 |
| - ปัจจุบันดื่ม | 90 | 26.0 |
| ดื่มเป็นประจำหรืออย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ | 17 | 4.9 |
| ดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน | 3 | 0.9 |
| ดื่มเมื่อมีสังสรรค์หรือนานๆครั้ง | 70 | 20.2 |
| 2. ท่านทราบหรือไม่ว่ามีมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในสถานที่ราชการโดยเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด แต่สามารถจัดให้มีเขตสูบบุหรี่ในพื้นที่นอกอาคารโรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้างได้ | | |
| - ทราบ | 318 | 91.9 |
| - ไม่ทราบ | 28 | 8.1 |

| ข้อมูลปัจจัยเอื้อ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| 3. จากมาตรการทางกฎหมายดังที่กล่าวมาในข้อที่ 2 หน่วยงานของท่าน มีหรือนำนโยบายดังกล่าวไปใช้ในหน่วยงาน โดยจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ เช่น ไม่จัดที่เขี่ยบุหรี่ไว้ในอาคาร การติดสัญลักษณ์ที่ชัดเจนไว้ในหน่วยงาน และติดประกาศ “เขตปลอดบุหรี่” | | |
| - ไม่มีนโยบาย | 21 | 6.1 |
| - มีแต่ไม่ได้รื้อนโยบายไปปฏิบัติอย่างชัดเจน | 74 | 21.4 |
| - มีและรื้อนโยบายไปปฏิบัติอย่างชัดเจน | 251 | 72.5 |
| 4. หน่วยงานของท่านมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินการจัดให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ | | |
| - มี | 227 | 65.6 |
| - ไม่มี | 40 | 11.6 |
| - ไม่แน่ใจ | 79 | 22.8 |
| 5. หน่วยงานของท่านมีการจัดรณรงค์/ประชาสัมพันธ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ | | |
| - มี | 245 | 70.8 |
| - ไม่มี | 48 | 13.9 |
| - ไม่แน่ใจ | 53 | 15.3 |
| 6. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่ นอกจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพแล้ว ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ได้อีกด้วย | | |
| - เห็นด้วย | 285 | 82.4 |
| - ไม่เห็นด้วย | 16 | 4.6 |
| - ไม่แน่ใจ | 45 | 13.0 |
| 7. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่” เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้คนที่ติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มโอกาสจะเกิดอาการ “ลองโควิด” (Long Covid) ได้ในภายหลัง | | |
| - เห็นด้วย | 288 | 83.2 |
| - ไม่เห็นด้วย | 15 | 4.3 |
| - ไม่แน่ใจ | 43 | 12.4 |

4.4 ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวให้การตักเตือนถึงเรื่องการสูบบุหรี่ของท่านหรือคนในครอบครัวเสมอ คิดเป็นร้อยละ 67.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโทษพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบจากผู้มีอิทธิพลบนสื่อโซเชียล (Influencer) คิดเป็นร้อยละ 88.4 ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 56.1 มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 43.9 ทั้งนี้ ส่วนใหญ่มีเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่หรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 63.9 และส่วนใหญ่เพื่อนของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยชักชวนให้ลองสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ คิดเป็นร้อยละ 85.8 เคยชักชวน ร้อยละ 14.2 (ตาราง 4.5)

ตาราง 4.5 จำนวนและร้อยละของการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามปัจจัยเสริม (n=346)

| ข้อมูลปัจจัยเสริม | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| 1. ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโทษพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบจากผู้มีอิทธิพลบนสื่อโซเชียล (Influencer) | | |
| - เคย | 306 | 88.4 |
| - ไม่เคย | 40 | 11.6 |
| 2. บุคคลในครอบครัวของท่านมีประวัติสูบบุหรี่ | | |
| - มี โปรดระบุผู้ที่สูบบุหรี่ ได้แก่ | 152 | 43.9 |
| - บิดา | 96 | 27.7 |
| - น้องชาย | 18 | 5.2 |
| - พี่ชาย | 17 | 4.9 |
| - สามเณร/แฟน | 12 | 3.5 |
| - อื่นๆ เช่น ลุง ป้า อา พี่เขย อาเขย ลูก ปู่ ตนเอง | 43 | 12.4 |
| - ไม่มี | 194 | 56.1 |
| 3. มีเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่หรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ | | |
| - มี | 221 | 63.9 |
| - ไม่มี | 125 | 36.1 |
| 4. เพื่อนเคยชักชวนให้ลองสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ | | |
| - เคย | 49 | 14.2 |
| - ไม่เคย | 297 | 85.8 |

4.5 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 80.9 รองลงมาคือเคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบ ร้อยละ 12.1 และสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 7.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่าไม่เคยทดลองสูบบุหรี่เช่น บุหรี่ซอง บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ไฟฟ้า บาราจู่ ฯลฯ ร้อยละ 78.6 เคยทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 21.4 อายุเฉลี่ยในการสูบบุหรี่ครั้งแรก คือ 19.69 ปี อายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 10 ปี การสูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ 18.9 สูบบุหรี่ทุกวัน และร้อยละ 21.6 สูบบุหรี่ 6 – 10 มวนต่อวัน สาเหตุของการสูบบุหรี่คือ อยากลองด้วยตนเอง ร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ คลายเครียด ร้อยละ 23.4 เพื่อนชักชวน ร้อยละ 8.1 เข้าสังคม ร้อยละ 5.4 และสูบบุหรี่ตามบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้บุหรี่โดยการซื้อจากร้านสะดวกซื้อ คิดเป็นร้อยละ 37.8 รองลงมาคือซื้อจากผู้อื่น ร้อยละ 31.1 ซื้อจากร้านขายของชำ ร้อยละ 29.7 และซื้อจากออนไลน์ ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ สถานที่ที่ใช้สูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่คือ ที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมาคือ บ้านเพื่อน ร้อยละ 16.2 การมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นสิ่งแรกในตอนเช้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมา คือ เคยเป็นปกติ คิดเป็นร้อยละ 17.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่มวน/บุหรี่ซอง/บุหรี่โรงงาน/บุหรี่ซิการ์ แรต คิดเป็นร้อยละ 64.9 รองลงมาคือ ยาเส้น คิดเป็นร้อยละ 23.0 และบุหรี่ไฟฟ้า คิดเป็นร้อยละ 16.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบ คิดเป็นร้อยละ 56.8 และใช้วิธีเลิกด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 54.0 การมีความคิดที่จะสูบบุหรี่ในอีก 12 เดือนข้างหน้า พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 87.6 ไม่สูบบุหรี่อย่างแน่นอน การมีความคิดที่จะสูบบุหรี่อีก 5 ปีข้างหน้า พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 89.3 ไม่สูบบุหรี่อย่างแน่นอน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และพยายามหลีกเลี่ยงไม่อยู่ในบริเวณที่มีคนสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 91.9 การแนะนำให้ผู้อื่นเลิกสูบบุหรี่หรือเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ ส่วนใหญ่เคยบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.6 การปฏิเสธเมื่อมีเพื่อน/คนรู้จักชักชวนให้ทดลองใช้ผลิตภัณฑ์จากบุหรี่ อาทิ บุหรี่มวน บุหรี่ไฟฟ้า ฯลฯ ส่วนใหญ่จะปฏิเสธ คิดเป็นร้อยละ 89.0 การแนะนำหรือตักเตือนทุกครั้ง เมื่อพบผู้ร่วมงานสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานหรือขณะปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ร้อยละ 49.7 เคยตักเตือนบางครั้ง รองลงมาคือ ร้อยละ 23.7 เคยตักเตือนเป็นประจำ และกลุ่มตัวอย่างทราบว่าสถานที่ที่จัดให้สูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานที่เป็นหน่วยงานราชการ ได้แก่ บริเวณที่กำหนดให้สูบบุหรี่ได้ร้อยละ 70.2 รองลงมาคือ นอกอาคาร ร้อยละ 20.8 ตามลำดับ (ตาราง 4.6)

ตาราง 4.6 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (n=346)

| ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| 1. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ | | |
| - ไม่เคยสูบเลย | 280 | 80.9 |
| - เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบ | 42 | 12.1 |
| - สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน | 24 | 7.0 |
| 2. ท่านเคยทดลองสูบบุหรี่หรือไม่ เช่น บุหรี่ซอง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ไฟฟ้า บารากู่ ฯลฯ | | |
| - เคย | 74 | 21.4 |
| - ไม่เคย | 272 | 78.6 |
| 3. ท่านสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ | | |
| - 10 – 14 ปี | 12 | 16.2 |
| - 15 – 19 ปี | 26 | 35.1 |
| - 20 – 24 ปี | 18 | 24.3 |
| - 25 – 29 ปี | 14 | 19.0 |
| - 30 – 33 ปี | 4 | 5.4 |
| (Min=10, Max=32, Mean ± S.D. = 19.69 ± 5.17) | | |
| 4. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่กี่วัน | | |
| - 1 – 2 วัน | 6 | 8.1 |
| - 3 – 5 วัน | 2 | 2.7 |
| - 6 – 9 วัน | 4 | 5.4 |
| - 10 – 19 วัน | 3 | 4.1 |
| - 20 – 29 วัน | 1 | 1.4 |
| - ทุกวัน | 14 | 18.9 |
| - ไม่ได้สูบบุหรี่ | 44 | 59.4 |

| ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| 5. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ในวันที่ท่านสูบบุหรี่ท่านสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน | | |
| - น้อยกว่า 1 มวนต่อวัน | 6 | 8.1 |
| - 1 มวนต่อวัน | 6 | 8.1 |
| - 6 – 10 มวนต่อวัน | 16 | 21.6 |
| - 11 – 20 มวนต่อวัน | 1 | 1.4 |
| - 21 มวนขึ้นไป | 1 | 1.4 |
| - ไม่ได้สูบ | 44 | 59.4 |
| 6. สาเหตุที่ท่านสูบบุหรี่ | | |
| - อยากลองด้วยตนเอง | 45 | 60.8 |
| - เข้าสังคม | 4 | 5.4 |
| - เพื่อนชักชวน | 6 | 8.1 |
| - คลายเครียด | 18 | 24.3 |
| - สูบตามบุคคลในครอบครัว | 1 | 1.4 |
| 7. ท่านได้บุหรี่จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| - ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ | 28 | 37.8 |
| - ซื้อจากร้านขายของชำ | 22 | 29.7 |
| - ขอบจากผู้อื่น | 23 | 31.1 |
| - ฝากให้ผู้อื่นซื้อแทน | 0 | 0 |
| - ซื้อจากออนไลน์ | 1 | 1.4 |
| 8. สถานที่ท่านสูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่ | | |
| - บ้าน | 40 | 54.0 |
| - บ้านเพื่อน | 12 | 16.2 |
| - ที่ทำงาน | 8 | 10.8 |
| - ที่สาธารณะ | 5 | 6.8 |
| - อื่นๆ | 9 | 12.2 |

| ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| 9. พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นสิ่งแรกในตอนเช้า | | |
| - ไม่เคย | 47 | 63.5 |
| - เคยบางครั้ง | 9 | 12.2 |
| - เคยเป็นประจำ | 13 | 17.6 |
| - ไม่แน่ใจ | 5 | 6.7 |
| 10. รูปแบบของผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ท่านใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| - บุหรี่มวน/บุหรี่ซอง/บุหรี่โรงงาน/บุหรี่ซิการ์เรต | 48 | 64.9 |
| - บุหรี่ไฟฟ้า | 12 | 16.2 |
| - ซิการ์ | 4 | 5.4 |
| - ไปป์ | 1 | 1.4 |
| - บารากู่ | 9 | 12.2 |
| - ยาเส้น | 17 | 23.0 |
| - อื่นๆ | 8 | 10.8 |
| 11. ท่านเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบ | | |
| - ไม่เคย | 32 | 43.2 |
| - เคย ได้แก่วิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | 42 | 56.8 |
| - ด้วยตนเอง | 40 | 54.0 |
| - หมากฝรั่งนิโคติน | 2 | 2.7 |
| - ฟังเข็ม | 0 | 0 |
| - สมุนไพรหญ้าขาว | 2 | 2.7 |
| - การรับคำปรึกษาจากสายด่วน 1600 | 1 | 1.4 |
| - ยาช่วยเลิก | 1 | 1.4 |
| 12. ท่านมีความคิดที่จะสูบบุหรี่ในอีก 12 เดือนข้างหน้า | | |
| - ไม่สูบอย่างแน่นอน | 303 | 87.6 |
| - อาจจะไม่สูบ | 15 | 4.3 |
| - อาจจะสูบ | 4 | 1.2 |
| - สูบอย่างแน่นอน | 8 | 2.3 |
| - ไม่แน่ใจ | 16 | 4.6 |

| ข้อมูลด้านพฤติกรรมกรการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| 13. ท่านมีความคิดที่จะสูบบุหรี่อีก 5 ปีข้างหน้า | | |
| - ไม่สูบอย่างแน่นอน | 309 | 89.3 |
| - อาจจะไม่สูบ | 12 | 3.5 |
| - อาจจะสูบ | 1 | 0.3 |
| - สูบอย่างแน่นอน | 2 | 0.6 |
| - ไม่แน่ใจ | 22 | 6.4 |
| 14. ท่านไม่สูบบุหรี่และพยายามหลีกเลี่ยงไม่อยู่ในบริเวณที่มีคนสูบบุหรี่ | | |
| - ใช่ | 318 | 91.9 |
| - ไม่ใช่ | 10 | 2.9 |
| - ไม่แน่ใจ | 18 | 5.2 |
| 15. ท่านเคยแนะนำให้ผู้อื่นเลิกสูบบุหรี่ หรือเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ | | |
| - ไม่เคย | 47 | 13.6 |
| - เคยบางครั้ง | 182 | 52.6 |
| - เคยเป็นประจำ | 113 | 32.7 |
| - ไม่แน่ใจ | 4 | 1.2 |
| 16. ท่านปฏิเสธเมื่อมีเพื่อน/คนรู้จักชักชวนให้ทดลองใช้ผลิตภัณฑ์จากบุหรี่ อาทิ บุหรี่มวน บุหรี่ไฟฟ้า ฯลฯ | | |
| - ใช่ | 308 | 89.0 |
| - ไม่ใช่ | 16 | 4.6 |
| - ไม่แน่ใจ | 22 | 6.4 |
| 17. ท่านจะแนะนำหรือตักเตือนทุกครั้ง เมื่อพบผู้ร่วมงานสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานหรือขณะปฏิบัติงาน | | |
| - ไม่เคย | 69 | 19.9 |
| - เคยบางครั้ง | 172 | 49.7 |
| - เคยเป็นประจำ | 82 | 23.7 |
| - ไม่แน่ใจ | 23 | 6.6 |

| ข้อมูลด้านพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| 18. ท่านทราบว่าสถานที่ใดจัดให้สูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานที่เป็นหน่วยงานราชการได้ | | |
| - บริเวณที่กำหนดให้สูบบุหรี่ได้ | 243 | 70.2 |
| - ห้องน้ำ | 0 | 0 |
| - ห้องทำงานส่วนตัว | 4 | 1.2 |
| - ที่ใดก็ได้ในหน่วยงาน | 0 | 0 |
| - ห้องสูบบุหรี่ | 14 | 4.0 |
| - นอกอาคาร | 72 | 20.8 |
| - อื่นๆ ได้แก่ | 10 | 2.9 |
| - ไม่ทราบ | 5 | 1.4 |
| - พื้นที่โล่ง | 2 | 0.6 |
| - ไม่มีในหน่วยงานราชการ | 3 | 0.9 |

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

จากตาราง 4.7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่า เพศ (p-value<0.001) อายุ (p-value = 0.002) ระดับการศึกษา (p-value<0.001) อาชีพ (p-value = 0.004) สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (p-value<0.001) และทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ (p-value<0.001) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

ตาราง 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (n=346)

| ปัจจัยนำ | พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ | | | χ^2 | p-value |
|--|----------------------------|-----------------------|-----------------|----------|-----------|
| | ยาสูบ (%) | | | | |
| | ไม่เคย สูบ | เคยสูบแต่ เลิกแล้ว | ปัจจุบัน สูบ | | |
| เพศ | | | | | |
| - ชาย | 68 () | 36 () | 21 () | 89.218 | < 0.001* |
| - หญิง | 212 () | 6 () | 3 () | | |
| อายุ | | | | | |
| - อายุต่ำกว่า 30 ปี | 60 | 4 | 0 | 22.754 | 0.002** |
| - อายุ 30 – 39 ปี | 119 | 12 | 8 | | |
| - อายุ 40 – 49 ปี | 53 | 13 | 10 | | |
| - อายุ 50 – 59 ปี | 44 | 13 | 6 | | |
| - อายุ 60 ปีขึ้นไป | 4 | 0 | 0 | | |
| (Min=23, Max=60, Mean \pm S.D. = 39.51 \pm 9.93) | | | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | |
| - โสด | 141 | 15 | 9 | 9.693 | 0.096** |
| - สมรส | 122 | 23 | 11 | | |
| - หม้าย | 6 | 1 | 0 | | |
| - หย่า แยก | 11 | 3 | 4 | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | |
| - มัธยมศึกษาตอนต้น | 3 | 2 | 1 | 29.451 | < 0.001** |
| - มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. | 2 | 4 | 3 | | |
| - ปวส./ อนุปริญญา | 14 | 6 | 1 | | |
| - ปริญญาตรี | 177 | 19 | 16 | | |
| - ปริญญาโท | 77 | 10 | 3 | | |
| - ปริญญาเอก | 7 | 1 | 0 | | |

| ปัจจัยนำ | พฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ | | | χ^2 | p-value |
|--|--------------------------------|-----------------------|-----------------|----------|----------|
| | ยาสูบ (%) | | | | |
| | ไม่เคย สูบ | เคยสูบแต่ เลิกแล้ว | ปัจจุบัน สูบ | | |
| อาชีพ | | | | | |
| - ข้าราชการ | 186 | 21 | 10 | 22.823 | 0.004** |
| - พนักงานราชการ | 43 | 7 | 3 | | |
| - ลูกจ้างประจำ | 19 | 9 | 4 | | |
| - ลูกจ้างชั่วคราว | 17 | 3 | 3 | | |
| - พนักงานกระทรวงฯ | 7 | 1 | 4 | | |
| - อื่นๆ ได้แก่ ลูกจ้างเหมาบริการ ลูกจ้างโครงการ ฯลฯ | 8 | 1 | 0 | | |
| ตำแหน่ง | | | | | |
| - แพทย์ | 3 | 1 | 0 | 61.317 | < 0.001* |
| - นักวิชาการสาธารณสุข | 158 | 17 | 4 | | |
| - เจ้าพนักงานสาธารณสุข | 5 | 6 | 5 | | |
| - พยาบาล | 9 | 0 | 0 | | |
| - นักเทคนิคการแพทย์ | 7 | 0 | 0 | | |
| - นักจัดการงานทั่วไป | 9 | 2 | 5 | | |
| - นักวิเคราะห์นโยบายและแผน | 12 | 1 | 2 | | |
| - นิติกร | 9 | 0 | 0 | | |
| - นักทรัพยากรบุคคล | 7 | 7 | 0 | | |
| - อื่นๆ | 61 | 14 | 8 | | |
| ระยะเวลาในการทำงาน | | | | | |
| - น้อยกว่า 5 ปี | 130 | 12 | 8 | 9.353 | 0.053 |
| - 5-10 ปี | 53 | 7 | 3 | | |
| - 11 ปีขึ้นไป | 97 | 23 | 13 | | |
| (Min=1, Max=40, Mean \pm S.D. = 10.84 \pm 10.26) | | | | | |

| ปัจจัยนำ | พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ | | | χ^2 | p-value |
|--|----------------------------|-----------------------|-----------------|----------|-----------|
| | ยาสูบ (%) | | | | |
| | ไม่เคย สูบ | เคยสูบแต่ เลิกแล้ว | ปัจจุบัน สูบ | | |
| สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว | | | | | |
| - รายได้เพียงพอ มีเหลือเก็บ | 117 | 9 | 4 | 24.673 | < 0.001* |
| - รายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือเก็บ | 101 | 17 | 5 | | |
| - รายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน | 10 | 2 | 2 | | |
| - รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน | 52 | 14 | 13 | | |
| ทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ | | | | | |
| - ระดับมากที่สุด (5.00-4.21) | 217 | 21 | 6 | 61.968 | < 0.001** |
| - ระดับมาก (4.20-3.41) | 58 | 15 | 10 | | |
| - ระดับที่ปานกลาง (3.40-2.61) | 4 | 6 | 5 | | |
| - ระดับน้อย (2.60-1.81) | 1 | 0 | 3 | | |

*significant level at p-value < 0.05

**Fisher's Exact Test

4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากตาราง 4.8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่า การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ใน 1 ปีที่ผ่านมา (p-value<0.001) หน่วยงานมีการจัดรณรงค์/ประชาสัมพันธ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (p-value = 0.044) การสูบบุหรี่นอกจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพแล้วยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โควิด 19 (p-value<0.001) และการสูบบุหรี่” เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้คนที่ติดเชื้อ โควิด 19 เพิ่มโอกาสจะเกิดอาการ “ลองโควิด” (Long Covid)

ได้ในภายหลัง (p-value<0.001) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

ตาราง 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (n=346)

| ปัจจัย | พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ (%) | | | χ^2 | p-value |
|---|-------------------------------------|-------------------|-------------|----------|----------|
| | ยาสูบ (%) | | | | |
| | ไม่เคยสูบ | เคยสูบแต่เลิกแล้ว | ปัจจุบันสูบ | | |
| 1. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ | | | | | |
| - ไม่ดื่มเลย | 166 | 9 | 3 | 53.832 | < 0.001* |
| - เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกดื่ม | 60 | 15 | 3 | | |
| - ปัจจุบันดื่ม | 54 | 18 | 18 | | |
| 2. ท่านทราบหรือไม่ว่ามีมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในสถานที่ราชการ โดยเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด แต่สามารถจัดให้มีเขตสูบบุหรี่ในพื้นที่นอกอาคารโรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้างได้ | | | | | |
| - ทราบ | 256 | 40 | 22 | 0.565 | 0.743** |
| - ไม่ทราบ | 24 | 2 | 2 | | |
| 3. จากมาตรการทางกฎหมายดังกล่าวมาในข้อที่ 2 หน่วยงานของท่านมีหรือนำนโยบายดังกล่าวไปใช้ในหน่วยงาน โดยจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ เช่น ไม่จัดที่เขี่ยบุหรี่ไว้ในอาคาร การติดสัญลักษณ์ที่ชัดเจนไว้ในหน่วยงาน และติดประกาศ “เขตปลอดบุหรี่” | | | | | |

| ปัจจัย | พฤติกรรมกรรมการวิโรคผลิตภัณฑ์ | | | χ^2 | p-value |
|--|-------------------------------|-----------------------|-----------------|----------|-----------|
| | ยาสูบ (%) | | | | |
| | ไม่เคย สูบ | เคยสูบแต่ เล็กน้อย | ปัจจุบัน สูบ | | |
| - ไม่มีนโยบาย | 20 | 1 | 0 | 6.562 | 0.136** |
| - มีแต่ไม่ได้รายนโยบายไปปฏิบัติ อย่างชัดเจน | 53 | 13 | 8 | | |
| - มีและรายนโยบายไปปฏิบัติ อย่างชัดเจน | 207 | 28 | 16 | | |
| 4. หน่วยงานของท่านมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินการจัดให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ | | | | | |
| - มี | 188 | 22 | 17 | 8.590 | 0.063** |
| - ไม่มี | 27 | 11 | 2 | | |
| - ไม่แน่ใจ | 65 | 9 | 5 | | |
| 5. หน่วยงานของท่านมีการจัดรณรงค์/ประชาสัมพันธ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ | | | | | |
| - มี | 205 | 23 | 17 | 9.407 | 0.044** |
| - ไม่มี | 38 | 9 | 1 | | |
| - ไม่แน่ใจ | 37 | 10 | 6 | | |
| 6. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่นอกจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพแล้วยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ได้อีกด้วย | | | | | |
| - เห็นด้วย | 238 | 38 | 9 | 35.023 | < 0.001** |
| - ไม่เห็นด้วย | 7 | 1 | 8 | | |
| - ไม่แน่ใจ | 35 | 3 | 7 | | |

| ปัจจัย | พฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ (%) | | | χ^2 | p-value |
|--|---|-------------------|-------------|----------|-----------|
| | ยาสูบ (%) | | | | |
| | ไม่เคยสูบ | เคยสูบแต่เลิกแล้ว | ปัจจุบันสูบ | | |
| 7. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าการสูบบุหรี่” เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้คนที่ติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มโอกาสจะเกิดอาการ “ลอง โควิด” (Long Covid) ได้ในภายหลัง | | | | | |
| - เห็นด้วย | 242 | 37 | 9 | 33.264 | < 0.001** |
| - ไม่เห็นด้วย | 7 | 1 | 7 | | |
| - ไม่แน่ใจ | 31 | 4 | 8 | | |

*significant level at p-value < 0.05

**Fisher's Exact Test

4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จากตาราง 4.9 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ด้วยการทดสอบ ไคสแควร์ พบว่า บุคคลในครอบครัวมีประวัติสูบบุหรี่ (p-value = 0.015) การมีเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่หรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ (p-value<0.001) และการมีเพื่อนเคยชักชวนให้ลองสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ (p-value<0.001) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

ตาราง 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (n=346)

| ปัจจัย | พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ (%) | | | χ^2 | p-value |
|--|-------------------------------------|-----------------------|-----------------|----------|----------|
| | ยาสูบ (%) | | | | |
| | ไม่เคย สูบ | เคยสูบแต่ เลิกแล้ว | ปัจจุบัน สูบ | | |
| 1. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโทษพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบจากผู้มีอิทธิพลบนสื่อโซเชียล (Influencer) | | | | | |
| - เคย | 247 | 38 | 21 | 0.226 | 0.900** |
| - ไม่เคย | 33 | 4 | 3 | | |
| 2. บุคคลในครอบครัวของท่านมีประวัติสูบบุหรี่ | | | | | |
| - มี | 120 | 15 | 17 | 8.334 | 0.015* |
| - ไม่มี | 160 | 27 | 7 | | |
| 3. ท่านมีเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่หรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ | | | | | |
| - มี | 161 | 38 | 22 | 25.844 | < 0.001* |
| - ไม่มี | 119 | 4 | 2 | | |
| 4. เพื่อนของท่านเคยชักชวนให้ท่านนั้นลองสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ | | | | | |
| - เคย | 17 | 21 | 11 | 79.255 | < 0.001* |
| - ไม่เคย | 263 | 21 | 13 | | |

*significant level at p-value < 0.05

**Fisher's Exact Test

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตามกรอบแนวคิด PRECEDE⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ จำนวน 346 คน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบัน มี 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ ปัจจัยเอื้อ มี 4 ตัวแปร ได้แก่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หน่วยงานมีการจัดณรงค์/ประชาสัมพันธ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่นอกจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพแล้วยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 และการสูบบุหรี่” เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้คนที่ติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มโอกาสจะเกิดอาการ “ลองโควิด” (Long Covid) ได้ในภายหลัง สำหรับปัจจัยเสริม มี 3 ตัวแปร ได้แก่ บุคคลในครอบครัวมีประวัติสูบบุหรี่ การมีเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่หรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ และการมีเพื่อนเคยชักชวนให้ลองสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายผลการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 5.1 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- 5.2 ปัจจุบันกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- 5.3 ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- 5.4 ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

5.1 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค

การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 12.1 และสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน ร้อยละ 7.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเคยทดลองสูบบุหรี่เช่น บุหรี่ซอง บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ไฟฟ้า บารากู่ ร้อยละ 21.4 อายุเฉลี่ยในการสูบบุหรี่ครั้งแรก คือ 19.69 ปี อายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 10 ปี การสูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา พบว่าร้อยละ 18.9 สูบบุหรี่ทุกวัน และร้อยละ 21.6 สูบบุหรี่ 6 – 10 มวนต่อวัน สาเหตุของการสูบบุหรี่คือ อยากรลองด้วยตนเอง ร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ คลายเครียด ร้อยละ 23.4 เพื่อนชักชวน ร้อยละ 8.1 เข้าสังคม ร้อยละ 5.4 และสูบบุหรี่ตามบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้บุหรี่โดยการซื้อจากร้านสะดวกซื้อ คิดเป็นร้อยละ 37.8 รองลงมาคือ ขอบจากผู้อื่น ร้อยละ 31.1 ซื้อจากร้านขายของชำ ร้อยละ 29.7 และซื้อจากออนไลน์ ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ สถานที่ที่ใช้สูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่คือ ที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมาคือ บ้านเพื่อน ร้อยละ 16.2 การมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นครั้งแรกในตอนเช้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมา คือ เคยเป็นปกติ คิดเป็นร้อยละ 17.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สูบบุหรี่มวน/บุหรี่ยซอง/บุหรี่ปริซองงาน/บุหรี่ปริซองเรต คิดเป็นร้อยละ 64.9 รองลงมาคือ ยาเส้น คิดเป็นร้อยละ 23.0 และบุหรี่ปริซอง คิดเป็นร้อยละ 16.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบ คิดเป็นร้อยละ 56.8 และใช้วิธีเลิกด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 54.0 การมีความคิดที่จะสูบบุหรี่ในอีก 12 เดือนข้างหน้า พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 87.6 ไม่สูบบุหรี่อย่างแน่นอน การมีความคิดที่จะสูบบุหรี่อีก 5 ปีข้างหน้า พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 89.3 ไม่สูบบุหรี่อย่างแน่นอน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และพยายามหลีกเลี่ยงไม่อยู่ในบริเวณที่มีคนสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 91.9 การแนะนำให้ผู้อื่นเลิกสูบบุหรี่หรือเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่เคยบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.6 การปฏิเสธเมื่อมีเพื่อน/คนรู้จักชักชวนให้ทดลองใช้ผลิตภัณฑ์จากบุหรี่ อาทิ บุหรี่มวน บุหรี่ไฟฟ้า ฯลฯ ส่วนใหญ่จะปฏิเสธ คิดเป็นร้อยละ 89.0 การแนะนำหรือตักเตือนทุกครั้ง เมื่อพบผู้ร่วมงานสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานหรือขณะปฏิบัติงานส่วนใหญ่ร้อยละ 49.7 เคยตักเตือนบางครั้ง รองลงมาคือ ร้อยละ 23.7 เคยตักเตือนเป็นประจำ และกลุ่มตัวอย่างทราบว่าสถานที่ที่จัดให้สูบบุหรี่ในสถานที่ทำงานที่เป็นหน่วยงานราชการ ได้แก่ บริเวณที่กำหนดให้สูบบุหรี่ได้ร้อยละ 70.2 รองลงมาคือ นอกอาคาร ร้อยละ 20.8 ตามลำดับ

5.2 ปัจจัยนำกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค

5.2.1 ปัจจัยนำด้านชีวสังคมหรือปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กับปัจจัยนำด้านชีวสังคมหรือปัจจัยส่วนบุคคล มีรายละเอียดดังนี้

เพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.9 และเพศชาย ร้อยละ 36.1 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 6.9 โดยจำแนกตามเพศดังนี้ เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง โดยเพศชายปัจจุบันสูบบุหรี่ จำนวน 21 คน จากจำนวนเพศชายทั้งหมด 125 คน คิดเป็นร้อยละ 16.8 เพศหญิงปัจจุบันสูบบุหรี่ จำนวน 3 คน จากจำนวนเพศหญิงทั้งหมด 221 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 และผลการศึกษาสรุปได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติรัตน์ บุญเกิด และคณะ⁽⁴⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในพื้นที่ตำบลแม่กา จังหวัดพะเยา พบว่าเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในตำบลแม่กา โดยเพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง โดยกล่าวว่าการสูบบุหรี่ในสังคมไทยส่วนใหญ่จะสูบกันในกลุ่มเพศชายซึ่งถือว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตตานันท์ พงศ์วรินทร์ และคณะ⁽⁴⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบ ที่พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเฉพาะเพศชายพบว่า มีการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของภาสกร ธรรมโชติและประภาภรณ์ รัศม์สุข⁽⁴⁶⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของนิยม จันทร์นวล และประภาภรณ์ รัศม์สุข⁽⁴⁷⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรี่ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ที่ระดับ 0.05 และสัดส่วนการสูบบุหรี่ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเช่นเดียวกัน

อายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 39.51 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.2 โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่กระจายอยู่ในช่วงอายุที่หลากหลาย ช่วงอายุ 40 – 49 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.9 รองลงมาคือ อายุ 30 – 39 ปี

คิดเป็นร้อยละ 2.3 และอายุ 50 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าอายุเฉลี่ยในการสูบบุหรี่ครั้งแรก คือ 19.69 ปี อายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 10 ปี ผลการศึกษาสรุปได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อาจเนื่องมาจากอายุของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันและมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่กระจายอยู่เกือบทุกช่วงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของภาสกร ชรรณโชติและประภาภรณ์ รักษ์สุข⁽⁴⁶⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ร่ำไพ บุญย์ศุภา⁽⁴⁸⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี ทั้งก่อนได้รับโปรแกรมหลังได้รับ โปรแกรม 1 สัปดาห์ และหลังได้รับโปรแกรม 4 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.031$, $p\text{-value} = 0.028$ และ $p\text{-value} = 0.025$) ที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง⁽³⁷⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุข และบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสดมากที่สุดร้อยละ 47.7 รองลงมา คือ คู่ ร้อยละ 45.1 หย่า แยก ร้อยละ 5.2 และหม้าย ร้อยละ 2.0 ตามลำดับ ผลการศึกษาสรุปได้ว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ว่าสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างจะมีความแตกต่างกันก็ตาม ซึ่งไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสใดก็มีพฤติกรรมการบริโภคยาสูบที่ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.096$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตตานันท์ พงศ์วรินทร์ และคณะ⁽⁴⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงาน โรงงานยาสูบ พบว่า สถานภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงาน โรงงานยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง⁽³⁷⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหากพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขและกลุ่มบุคลากรทางการศึกษา พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 61.3 ตามด้วยระดับปริญญาโท ร้อยละ 26.0 และอื่นๆ รวมร้อยละ 12.7 ตามลำดับ ผลการศึกษาสรุปได้ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันหลากหลายทำให้พฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นแตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี สอดคล้องกับการศึกษาของภาสกร ชรรณ โสคติและประภาภรณ์ รักษ์สุข⁽⁴⁶⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีในด้านระยะเวลาที่สูบบุหรี่ ด้านชนิดของบุหรี่ที่สูบ ด้านเหตุผลในการตัดสินใจ เลือดยี่ห้อบุหรี่ ด้านแหล่งที่ซื้อบุหรี่ ด้านราคาบุหรี่ที่สูบ ผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มีระยะเวลาที่สูบบุหรี่มากกว่า 25 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความรู้ความสามารถมีหน้าที่การทำงานที่ดีเป็นที่ยอมรับของสังคม มักจะต้องใช้ความคิดและการเข้าสังคมอยู่เสมอทำให้มีช่วงเวลาในการสูบบุหรี่ในชีวิตประจำวันมากกว่าบุคคลกลุ่มอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง⁽³⁷⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งงานอาจารย์ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่น

อาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 62.7 และมีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุดร้อยละ 51.7 ผลการศึกษาสรุปได้ว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพที่แตกต่างและหลากหลาย โดยส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ รองลงมาคือพนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงฯ และอื่นๆ เช่น ลูกจ้างเหมาบริการ ลูกจ้างโครงการ ฯลฯ ตามลำดับ และในกลุ่มอาชีพดังกล่าวก็มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่หลากหลาย จึงทำให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของศรีณธร มังคะมณี และคณะ⁽⁴⁹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่กรณีศึกษาจังหวัดปทุมธานี พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของจุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง⁽³⁷⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ตำแหน่ง กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข มากที่สุดร้อยละ 51.7 รองลงมาคือ นักจัดการงานทั่วไป ร้อยละ 6.9 เจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 4.7 นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ร้อยละ 4.3 และตำแหน่งอื่นๆ ผลการศึกษาสรุปได้ว่าตำแหน่งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งที่มีความหลากหลายและมีหน้าที่ความรับผิดชอบตามสายงานของตนเอง แต่กลุ่มตัวอย่างก็อยู่ในหน่วยงานราชการที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนรวมทั้งเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินการเกี่ยวกับด้านการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันการบริโภคยาสูบระดับประเทศ ส่งผลให้ไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งงานใดก็มีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง⁽³⁷⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 พบว่าตำแหน่งงานไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่เลย อาจเนื่องมาจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่สูบบุหรี่มีอายุมากกว่า 50 ปี อาจมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องและมีค่านิยมแบบเก่าทำให้ทัศนคติต่อโทษของการสูบบุหรี่ต่ำกว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิยม จันทร์นวล และประภาภรณ์ รักรัษฎ⁽⁴⁷⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรี่ พบว่าในกลุ่มบุคลากร ปัจจัยด้านสายงานที่ปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.032) ที่ระดับ 0.05

ระยะเวลาในการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง โดยส่วนใหญ่อายุงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 43.4 รองลงมาอายุงาน 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.4 และอายุงาน 5 – 10 ร้อยละ 18.2 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 10.84 ปี ระยะเวลาในการทำงานมากที่สุดคือ 40 ปี และน้อยที่สุด คือ 1 ปี กลุ่มที่พบว่าปัจจุบันมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากที่สุดคือ มีระยะเวลาในการทำงาน 11 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.8 รองลงมาคือ มีระยะเวลาในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.3 และมีระยะเวลาในการทำงาน 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.9 ตามลำดับ ผลการศึกษาสรุปได้ว่าระยะเวลาในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีระยะเวลาในการทำงานที่มีความหลากหลายและก็ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขและปฏิบัติงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพจึงมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบอยู่แล้ว และบุคลากรนั้นก็มีความสนใจในต่อพฤติกรรมเชิงบวกต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ คือส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการป้องกันควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่าง

ได้คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบสูงสุดจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1. ท่านคิดว่า การสูบบุหรี่มวนหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อสุขภาพของท่าน และ ข้อ 15. ท่านเห็นด้วยกับกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในภัตตาคาร ร้านอาหาร คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.74 ซึ่งนอกจากนี้ภายในหน่วยงานก็มีการณรงค์/ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบุหรี่เป็นประจำทุกปี และมีการรับทราบนโยบายเกี่ยวกับการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ราชการ โดยเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด แต่สามารถจัดให้มีเขตสูบบุหรี่ในพื้นที่นอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้าง คิดเป็นร้อยละ 91.9 และจากมาตรการทางกฎหมายดังกล่าว บุคลากรส่วนใหญ่ทราบว่า มีหรือนำนโยบายดังกล่าวไปใช้ในหน่วยงาน โดยจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ เช่น ไม่จัดที่เขี่ยบุหรี่ไว้ในอาคาร การติดสัญลักษณ์ที่ชัดเจนไว้ในหน่วยงาน และติดประกาศ “เขตปลอดบุหรี่” โดยมีและนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างชัดเจน ร้อยละ 72.5 และหน่วยงานมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินการจัดให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ถึงร้อยละ 65.6

สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ได้แก่ รายได้เพียงพอ มีเหลือเก็บ ร้อยละ 37.6 รองลงมา คือ รายได้เพียงพอ แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 35.5 รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ร้อยละ 22.8 และรายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ผลการศึกษาสรุปได้ว่าสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติรัตน์ บุญเกิด และคณะ⁽⁴⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในพื้นที่ตำบลแม่กา จังหวัดพะเยา พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างในตำบลแม่กา กล่าวคือ รายได้ไม่เพียงพอต่อการสูบบุหรี่ เนื่องจากไม่ว่าจะมีรายได้มากน้อยเพียงใดก็ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการสูบบุหรี่สูง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตตานันท์ พงศ์วรินทร์ และคณะ⁽⁴⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยปัจจัยด้านรายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 48.9 และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมที่สูบบุหรี่มากที่สุด โดยกล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อย มักเป็นกลุ่มที่มีอายุน้อยเป็นพนักงานระดับล่าง ต้องทำงานมากขึ้น โดยทำล่วงเวลาเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีรายเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว เมื่อทำงานมากขึ้นร่างกายเกิดอ่อนล้า บุหรี่จึงเป็นสิ่งกระตุ้นให้บรรเทาอาการอ่อนล้า นั้นได้และเมื่อสูบบุหรี่ไปนานๆ ร่างกายเกิดความคุ้นเคยกับผลการถูกกระตุ้นจากสารนิโคตินในบุหรี่ เมื่อไม่ได้สูบบุหรี่จะเกิดอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย จนไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้

5.2.2 ปัจจัยนำด้านทัศนคติของโทษพิษภัยการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทัศนคติของโทษพิษภัยการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีรายละเอียดดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทัศนคติของการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทั้งสูบบุหรี่ในปัจจุบัน/เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว และไม่เคยสูบบุหรี่โดยภาพรวมมีระดับทัศนคติในระดับเชิงบวก มีคะแนนเฉลี่ย 4.36 คะแนน ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.52) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างนั้นถึงแม้จะมีตำแหน่งงานที่หลากหลายสาขาอาชีพ แต่ก็ล้วนเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และล้วนอยู่ในสังกัดหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน จึงมีระดับคะแนนทัศนคติเฉลี่ยที่สูงและมีทัศนคติในระดับเชิงบวก โดยข้อที่มีระดับทัศนคติสูงที่สุดคือ การสูบบุหรี่มวนหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการเห็นด้วยกับกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในภัตตาคาร ร้านอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง⁽³⁷⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 พบว่าระดับทัศนคติโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.24) และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติรัตน์ บุญเกิด และคณะ⁽⁴⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในพื้นที่ตำบลแม่กา จังหวัดพะเยา พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกล่าวอีกว่าทัศนคติเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่บุคคลมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งบุคคลนั้นก็มักจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับทัศนคตินั้นๆ

5.3 ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค

การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าใน 1 ปีที่ผ่านมา บุคลากรกรมควบคุมโรคส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 51.5 รองลงมาคือ ปัจจุบันดื่ม ร้อยละ 26.0 และเคยดื่ม แต่ปัจจุบันไม่ดื่มหรือเลิกดื่ม ร้อยละ 22.5 ตามลำดับ ทั้งนี้บุคลากรที่ปัจจุบันที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำแนกเป็น ดื่มเมื่อมีสังสรรค์หรือนานๆครั้งมากที่สุด ร้อยละ 20.2

ดื่มน้ำเป็นประจำหรืออย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 4.9 และดื่มน้ำทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 0.9 ตามลำดับ ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง⁽³⁷⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 พบว่าการดื่มน้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีนคร มังคะมณี และคณะ⁽⁴⁹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่กรณีศึกษาจังหวัดปทุมธานี ที่กล่าวว่าเมื่อรู้ศึกะเรียดยและดื่มน้ำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้สูบบุหรี่มากขึ้น

มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในสถานที่ราชการ ในการจัดเขตปลอดบุหรี่ ผลการศึกษาสรุปได้ว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสังกัดกรมควบคุมโรคซึ่งอาจพอทราบว่ากรมควบคุมโรคนั้นมีหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการป้องกันและควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ และผลการวิจัยบุคลากรส่วนใหญ่ทราบอยู่แล้วว่ามีมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ ในสถานที่ราชการ โดยเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด แต่สามารถจัดให้มีเขตสูบบุหรี่ในพื้นที่นอกอาคาร โรงเรือน หรือสิ่งปลูกสร้าง คิดเป็นร้อยละ 91.9 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตตานันท์ พงศ์วรินทร์ และคณะ⁽⁴⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบ ซึ่งพบว่ามาตรการกำหนดเขตสูบบุหรี่/เขตปลอดบุหรี่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 48.9 ซึ่งยังคงกล่าวอีกว่าเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่จะผลักดันให้มีการจัดพื้นที่สูบบุหรี่ที่เหมาะสม ควรเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในเขตห้ามสูบบุหรี่อีกด้วย

หน่วยงานมีหรือนำนโยบายทางกฎหมายไปใช้ในหน่วยงานโดยจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ เช่น ไม่จัดที่เขี่ยบุหรี่ไว้ในอาคาร การติดสัญลักษณ์ที่ชัดเจนไว้ในหน่วยงาน และติดประกาศ “เขตปลอดบุหรี่” พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบอยู่แล้วว่ามีและนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างชัดเจนถึงร้อยละ 72.5 ผลการศึกษาสรุปได้ว่าหน่วยงานมีหรือนำนโยบายทางกฎหมายไปใช้ในหน่วยงานโดยจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขโดยมีความรู้เรื่องโทษพิษภัยของบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบอยู่แล้ว หรือมีช่องทางการรับทราบข้อมูลข่าวสารจากช่องทางอื่นๆ เช่น จากการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ หรือจากข้อมูลข่าวสารทางสื่อต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างนั้นศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ

ได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตตานันท์ พงศ์วรินทร์ และคณะ⁽⁴⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงาน โรงงานยาสูบ ซึ่งพบว่ามาตรการกำหนดเขตสูบ/เขตปลอดบุหรี่ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 48.9 ซึ่งยังกล่าวอีกว่าเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่จะผลักดันให้มีการจัดพื้นที่สูบบุหรี่ที่เหมาะสม ควรเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในเขตห้ามสูบบุหรี่อีกด้วย

หน่วยงานมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินการจัดให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทราบว่าหน่วยงานมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินการจัดให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ร้อยละ 65.6 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 22.8 และไม่มี ร้อยละ 11.6 ผลการศึกษารูปได้ว่าหน่วยงานมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดำเนินการจัดให้เป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขและทราบเกี่ยวกับโทษพิษภัยปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ และอาจทราบว่ากรมควบคุมโรคมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังทราบว่าหน่วยงานมีหรือนำนโยบายทางกฎหมายไปใช้ในหน่วยงาน โดยจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ เช่น ไม่จัดที่เขี่ยบุหรี่ไว้ในอาคาร การติดสัญลักษณ์ที่ชัดเจนไว้ในหน่วยงาน และติดประกาศ “เขตปลอดบุหรี่” ซึ่งมีกรานำนโยบายไปปฏิบัติอย่างชัดเจน

หน่วยงานมีการจัดรณรงค์/ประชาสัมพันธ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบว่ามีการจัดกิจกรรมดังกล่าวถึงร้อยละ 70.8 ผลการศึกษารูปได้ว่าการจัดรณรงค์/ประชาสัมพันธ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของนิยม จันทร์นวล และประภาภรณ์ รัศมีสุข⁽⁴⁷⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรี่ พบว่าความต้องการของบุคลากรและนักศึกษาในการดำเนินงานมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ นอกจากต้องการให้มีการจัดเขตพื้นที่สูบบุหรี่แล้ว ยังต้องการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ผ่านช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ต่างๆ โดยมีกิจกรรมรณรงค์และสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้ยังกล่าวถึงการศึกษาศูปรานี อันทะเสรี ที่กล่าวว่าการดำเนินงานรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ควรมีความหลากหลายและต้องมีทิศทางหรือเป้าหมายที่สอดคล้องกัน โดยกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการควบคุมการสูบบุหรี่ และจากการศึกษาของวิไลวรรณ วิริยะไชโย และอภิรดี แซ่ลิ้ม⁽⁵⁰⁾ ที่เสนอต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร นักศึกษาแพทย์และผู้ป่วยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กล่าวโดยสรุปว่า ในการรณรงค์กับสูบบุหรี่ ควร

ส่งเสริมทัศนคติและค่านิยมในเรื่องพฤติกรรม การไม่สูบบุหรี่ตั้งแต่กลุ่มวัยรุ่น เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ร่วมไปกับการให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่ ทั้งนี้การรณรงค์งดสูบบุหรี่ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์หรือนักศึกษาแพทย์ในฐานะตัวอย่างของสังคมในการไม่สูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ควรทำอย่างต่อเนื่องแม้อัตราการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ

การสูบบุหรี่นอกจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพแล้ว ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่นอกจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพแล้วยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ถึงร้อยละ 82.4 ผลการศึกษาสรุปได้ว่าการสูบบุหรี่นอกจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพแล้วยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับมาตรการนโยบายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 รวมทั้งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับนโยบายของประเทศ จึงทำให้บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ในเรื่องดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างนั้นมีความรู้ความเข้าใจในนโยบายหรือผลกระทบในเรื่องการสูบบุหรี่นอกจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพแล้ว ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเพื่อป้องกันตนเองในระหว่างปฏิบัติงาน สอดคล้องกับข้อมูลของศ.นพ.ประทีป วาทีสาชกกิจ” ประธานมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ที่กล่าวว่าสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 โดยหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ไวรัสชนิดนี้รุนแรงมากขึ้นคือ การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยอ้างอิงรายงานจากวารสารการแพทย์จีนที่ระบุว่า ผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการทรุดหนักรวมถึงเสียชีวิต เป็นผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 14 เท่า การสูบบุหรี่ จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดปอดอักเสบรุนแรง รวมถึงการเสียชีวิตจากโควิด 19 และสอดคล้องกับบทความด้านสุขภาพของโรงพยาบาลสมิติเวชโดยแพทย์หญิงชนัญญา ศรีหะวรรณ ที่เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2563 โดยกล่าวว่าสูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ นอกจากการสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคหอบหืด ปอดอุดตันเรื้อรัง (COPD) ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ARDS) โรคถุงลมโป่งพอง รวมถึงโรคร้ายแรงอย่างมะเร็ง การสูบบุหรี่หรือแม้แต่บุหรี่ไฟฟ้ายังเป็นการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสสู่ผู้อื่นอีกด้วย เนื่องจากควันหรือละอองไอของบุหรี่ที่ถูกพ่นออกมา ประกอบด้วยสารคัดหลั่ง น้ำลาย เสมหะ และแบคทีเรีย ซึ่งสามารถกระจายไปได้ไกล หากผู้สูบบุหรี่เป็นผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 จะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็ว นอกจากนี้อ้างอิงข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่าผู้สูบบุหรี่

มีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มขึ้น เนื่องจากขณะสูบบุหรี่มือและนิ้วอาจมีเชื้อโรคอยู่ เมื่อสัมผัสกับริมฝีปาก ซึ่งเป็นช่องทางที่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายได้

การสูบบุหรี่ เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้คนที่ติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มโอกาสจะเกิดอาการ “ลองโควิด” (Long Covid) ได้ในภายหลัง พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการสูบบุหรี่ เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้คนที่ติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มโอกาสจะเกิดอาการ “ลองโควิด” (Long Covid) ได้ในภายหลัง ร้อยละ 83.2 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 12.4 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 4.3 ตามลำดับ ผลการศึกษารูปได้ว่าการสูบบุหรี่ เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้คนที่ติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มโอกาสจะเกิดอาการ “ลองโควิด” (Long Covid) ได้ในภายหลังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับมาตรการนโยบายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 รวมทั้งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับนโยบายของประเทศ จึงทำให้บุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ในเรื่องดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างนั้นมีความรู้ความเข้าใจในนโยบายหรือผลกระทบในเรื่องการสูบบุหรี่ เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้คนที่ติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มโอกาสจะเกิดอาการ “ลองโควิด” (Long Covid) สอดคล้องกับบทความที่เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของกองทุนสร้างเสริมสุขภาพหรือสสส. ที่ได้นำข้อมูลของดร.พญ.เริงฤติ ปธานวนิช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ได้ออกมาเปิดเผยข้อมูลงานวิจัยว่าการสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนที่ติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มโอกาสจะเกิดอาการ “ลองโควิด” (Long-Covid) ได้ในภายหลัง ซึ่งเป็นงานวิจัยชิ้นแรกที่ทำการศึกษาที่ประเทศบังกลาเทศ ตีพิมพ์ในวารสาร BMJ Global Health เมื่อเดือนธันวาคม 2564 โดยทำการสำรวจผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 14,392 ราย เพื่อศึกษาติดตามอาการลองโควิด และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พบว่าในระยะเวลา 3 เดือนหลังติดเชื้อ มีจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับอาการลองโควิด 16.1%

5.4 ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บุคคลในครอบครัวมีประวัติสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง⁽³⁷⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 โดยผลการศึกษา

ความสัมพันธ์พฤติกรรมกาสูบบุหรืกับปัจจัยลักษณะประชากรพบว่าสมาชิกรอบตัวสูบบุหรืมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบบุหรื และสอดคล้องกับการศึกษาของนิยม จันทรินวล และประภาภรณ์ รัชย์สุข⁽⁴⁷⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรืของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรื พบว่าทั้งกลุ่มของบุคลากรและกลุ่มนักศึกษาปัจจัยบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรืมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรือย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของชลดา ไชยกุลวัฒนา และคณะ⁽⁵¹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมสูบบุหรืและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรืของวัยรุ่นนตอนต้นจังหวัดพะเยา พบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมกาสูบบุหรืคือ พบว่าวัยรุ่นที่มีคนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรืมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรืสูงกว่ากลุ่มที่คนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรืไม่สูบบุหรื 3.55 เท่า นอกจากนี้ยังกล่าวถึงความสำคัญของสถาบันครอบครัวและการศึกษาในการปลูกฝังทัศนคติและเป็นแบบอย่างที่ถูกต้อต่อการไม่สูบบุหรื นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณปพร สิริโรจน์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรืและผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรืในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา ที่กล่าวว่าสาเหตุที่เริ่มต้นสูบบุหรื นอกจากจะได้อ้าเป็นกลุ่มเพื่อน เพื่อแสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ สูบบุหรืตามเพื่อน สูบบุหรืเพื่อคลายเครียด สูบบุหรืทำให้ดูเท่ สูบบุหรืตามแบบดาราหรือคนที่ชื่นชอบแล้ว ยังสูบบุหรืตามอย่างคนในครัวเรือนอีกด้วย

การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโทษพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบจากผู้มีอิทธิพลบนสื่อโซเซียล (Influencer) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับที่ดีและเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขรวมทั้งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการในด้านกากำหนดนโยบาย แนวทาง มาตรการด้านการควบคุมยาสูบระดับประเทศจึงมีทักษะที่สามารถแยกแยะข้อมูลข่าวสารทางสื่อ โซเซียลได้ ดังนั้น จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมกาบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณปพร สิริโรจน์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรืและผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรืในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษาพบว่าการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรืผ่านสื่อโฆษณาพบว่า การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรืผ่านสื่อโฆษณามีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการสูบบุหรือย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือถ้าวัยรุ่นได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรืผ่านสื่อโฆษณามากจะมีผลต่อการสูบบุหรืมากขึ้น

การมีเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่หรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ จูฑาทิพย์ แซ่จิ่ง⁽³⁷⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 โดยผลการศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมการสูบบุหรี่กับปัจจัยลักษณะประชากร พบว่าสมาชิกรอบตัวสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตตานันท์ พงศ์วรินทร์ และคณะ⁽⁴⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบ พบว่าการมีเพื่อนร่วมงานสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ วิริยะ ไชโย และอภิรดี แซ่ลิ้ม⁽⁵⁰⁾ ที่ศึกษาต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร นักศึกษา แพทย์และผู้ป่วยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า ทั้งกลุ่มนักศึกษาแพทย์และกลุ่มผู้ป่วยและญาติ เหตุผลที่เริ่มสูบบุหรี่คือเพื่อนชักนำและอยากลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของชลดา ไชยกุลวัฒนา และคณะ⁽⁵¹⁾. พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา พบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่คือ พบว่าวัยรุ่นที่มีคนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่คนในครอบครัวและเพื่อนสูบบุหรี่ไม่สูบบุหรี่ 3.55 เท่า

เพื่อนเคยชักชวนให้ลองสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ วิริยะ ไชโย และอภิรดี แซ่ลิ้ม⁽⁵⁰⁾ ที่ศึกษาทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร นักศึกษาแพทย์และผู้ป่วยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่พบว่าทั้งกลุ่มนักศึกษาแพทย์และกลุ่มผู้ป่วยและญาติ โดยเหตุผลที่เริ่มสูบบุหรี่คือเพื่อนชักนำและอยากลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของพรณปพร ลีวิโรจน์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา พบว่าสาเหตุที่เริ่มต้นสูบบุหรี่เพราะจะได้เข้าเป็นกลุ่มเพื่อนกันมากที่สุด และได้อ้างอิงผลการศึกษาของ ประภคิต วาทีสาธกกิจ และกรองจิต วาทีสาธกกิจ (2551) ที่กล่าวว่าวัยรุ่นสูบบุหรี่ เพราะเป็นวัยที่อยากสู้อยากลองมีเพื่อนชวนสูบ จะทำให้เข้ากับกลุ่มเพื่อนได้เพื่อนยอมรับเข้ากลุ่ม

บทที่ 6

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตามกรอบแนวคิด PRECEDE⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นบุคลากรทุกระดับของหน่วยงานตามโครงสร้างการแบ่งส่วนราชการทั้งตามกฎหมายกระทรวง และหน่วยงานที่ตั้งขึ้นภายในยกเว้นหน่วยงานที่เป็นสถานพยาบาล ทั้งไม่บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบและบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมทั้งสิ้น 42 หน่วยงาน รวมจำนวน 5,488 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 9 มีนาคม 2565 กองบริหารทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค) คน ผู้ตอบแบบสอบถาม รวมจำนวน 346 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบบสอบถามมีจำนวน 57 ข้อ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลด้านชีวสังคม (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการทำงาน สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว) แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ (พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมาย/นโยบาย/มาตรการหนุนหรือของหน่วยงาน มาตรการป้องกันควบคุมโรคโควิด (COVID-19)) แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน ครอบครัว และผู้มีอิทธิพลบนสื่อโซเชียล (Influencer)) และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

แบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่สังกัดหน่วยงานราชการเช่นเดียวกับกรมควบคุมโรค ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในแต่ละด้าน ได้แก่ ทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ เท่ากับ 0.813

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีที่เราทราบขนาดประชากรที่ชัดเจนของ Daniel⁽⁵¹⁾ โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 21.1 อัตราส่วนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เท่ากับ 0.789 และเพื่อป้องกัน

การได้รับข้อมูล ไม่สมบูรณ์หรือมีการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงวางแผนเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 30 จากขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้ ทั้งหมดรวม 438 คน วิธีการเลือกตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ใช้ โดยการสุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งตามสัดส่วนของจำนวนบุคลากรในแต่ละหน่วยงานของกรมควบคุมโรค จาก 42 หน่วยงาน (Proportional to size stratified cluster sampling) จากนั้น ใช้วิธี สุ่มแบบ เจาะจง (Purposive sampling) โดยเป็นผู้บริหารของหน่วยงานอย่างน้อย 1 คน และ สุ่มแบบ เจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้บริหารเลือกกลุ่มงานให้เป็นตัวแทนของหน่วยงาน จนครบตาม จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่ง และหากหน่วยงานที่มีสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1 ตัวอย่าง ให้เพิ่มเป็น 2 ตัวอย่างเพื่อให้ครอบคลุมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารและบุคลากรของ หน่วยงาน

หลังดำเนินการเก็บตัวอย่างแล้ว พบแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์เพียงพอต่อการ วิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 346 แบบสอบถาม การวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิง พรรณนาด้วยการหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไคสแควร์ (Chi-square)

6.1 ข้อเสนอแนะ

6.1.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาทำให้ทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของ บุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้พบหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร โดยผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะต่อผู้วางแผนนโยบายและผู้ ปฏิบัติที่รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบในหน่วยงานราชการหรือหน่วยงานอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางใน การดำเนินงานควบคุมป้องกันการบริโภคยาสูบ ดังนี้

6.1.1.1 จากผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของ บุคลากรกรมควบคุมโรค ที่พบว่าเคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบ ร้อยละ 12.1 และยังไม่สูบบุหรี่อยู่ใน ปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 7.0 ดังนั้น ถึงแม้อัตราการสูบบุหรี่อยู่ในเกณฑ์ต่ำ แต่ยังคงมีความจำเป็นที่ยังคง ต้องรณรงค์ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้มีการงดสูบบุหรี่ โดยยังมีความจำเป็นที่ต้องลดอัตราการ บริโภคยาสูบให้เป็นศูนย์เพราะเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งเป็นหน่วยงาน หลักที่กำหนดนโยบาย กฎหมาย แนวทาง มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศดังนั้น ควรป็นแบบอย่างที่ดีแก่สังคม

6.1.1.2 ควรส่งเสริมให้มีการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่ราชการหรือสถานที่ทำงานให้มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้มีแผนกที่รับผิดชอบในหน่วยงานให้ชัดเจน ถึงแม้ว่าบุคลากรส่วนใหญ่จะทราบว่ามีมาตรการทางกฎหมายดังกล่าว แต่ยังมีบางส่วนที่ยังไม่ทราบ

6.1.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

6.1.2.1 ควรทำการศึกษาในตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือขยายการศึกษาวิจัยไปยังกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ที่เฉพาะหรืออาจมีพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่ เช่น พนักงานรักษาความปลอดภัย พนักงานขับรถยนต์ เพื่อให้ครอบคลุม

6.1.2.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของบุคลากรในสังกัดอื่นๆ โดยให้ครอบคลุมทั้งทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยมาอ้างอิงกลุ่มประชากรได้กว้างขวางขึ้น

รายการอ้างอิง

1. WHO Report on the Global Tobacco epidemic 2008 (GTCR, 2008). The MPOWER package. Geneva, World Health Organization; WHO 2008.
2. WHO REPORT on the Global Tobacco epidemic 2011. Warning about the dangers of tobacco: executive summary. WHO 2011 [Internet]. [Cited 2022 February 25]. Available: <http://www.who.int/tobacco/>.
3. WHO REPORT on the Global Tobacco epidemic 2021. Addressing new and emerging products. WHO 2021 [Internet]. [Cited 2022 February 26]. Available: http://www.who.int/tobacco/global_report/en.
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. แผนงานการพัฒนาดัชนีภาวะทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย: การสูญเสียปีสุขภาวะ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี; 2560.
5. Mark Goodchild, Nigar Nargis, et al. Global economic cost of smoking-attributable diseases. 2018 Jan; 27(1): 58-64. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053305. Epub 2017 Jan 30. PubMed PMC: 5801657.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. แผนงานการพัฒนาดัชนีภาวะทางสุขภาพเพื่อการพัฒนา นโยบายรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552: การสูญเสียปีสุขภาวะ. นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2555.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 (The 2021 Health Behavior of Population Survey); 2564.
8. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค. แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (เพื่อนที่ปรึกษา) เพื่อดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และแบบบูรณาการ. พิมพ์ครั้งที่ 1: 2564.
9. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค. เอกสารประกอบการรับนิเทศงานรองอธิบดีกรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2565.
10. สุริย์พันธุ์ วรพงศธร. Precede – Proceed Model. เอกสารในการประชุมวิชาการสุขภาพศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17 หัวข้อทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์กับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2558.

11. ภักวรินทร์ ภักทศิริสมบุรณ์, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยของรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563, 25 – 38.

12. จิระภา ขาพิสุทธุ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2564. 17 – 28.

13. ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, ทัศนญา เปลี่ยนบางช้าง และกุลธิดา ไชยจินดา. รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจการปฏิบัติตามกฎหมายและความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับนโยบายเขตปลอดบุหรี่: กรณีจังหวัดสุโขทัย; 2552.

14. พรรณ ปรพร ลีวิโรจน์, อรวรรณ คุณสนอง และเกสร ศรีอุทิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา; 2559.

15. วิมล โรมา และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1); 2561.

16. กรมควบคุมโรค สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.

17. ราชกิจจานุเบกษา หน้า 18 เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 279 ง ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2561. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดประเภทหรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะ ให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะ เป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2561.

18. Green IW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.

19. นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ปีที่ 12 ฉ.1 ม.ค.-มิ.ย. 62.

20. ฉัตรสุมน พุทธิภิญโญ, วศิน พัฒนฉัตร และStephen Harmann. (2562). ภัยร้ายซ่อนเร้นบุหรี่ไฟฟ้า (Hidden Dangers of E-cigarette). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

21. ชีรศักดิ์ รัตนวิชัย นิติกร กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ. เอกสารประกอบการบรรยายจุดเน้น ประเด็นสำคัญ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560.
22. อารัมภ์พร เอี่ยมวุฒิ. (2559). บุหรี่ ภัยร้าย ทำลายคุณ. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
23. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). เผยผลสำรวจพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ยของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 8 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/55414.html>.
24. กองกฎหมาย กรมควบคุมโรค. ไขข้อข้องใจ จัดเขตปลอดบุหรี่ เขตสูบบุหรี่อย่างไรให้ถูกกฎหมาย.
28. ทิพวัลย์ พรหมมร และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ของผู้ประกอบการร้านค้าปลีก อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม; 2563.
29. กัลยา วิริยะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่และพฤติกรรมกาสูบของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
30. จิรภิญญา คำรัตน์. ระดับและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เจตคติและพฤติกรรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ; 2562.
31. นิยม จันทน์นวล. สถานการณ์การสูบบหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี : ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรี่; 2559.
32. สมตระกูล ราศิริ และคณะ. พฤติกรรมการใช้บุหรี่ยี่เล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาทันต-สาธารณสุขสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก; 2562.
33. ญาณิสรา ปินตานา และคณะ กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ยของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก; 2562.
34. กองมณี จะเลินวง. การใช้การวิเคราะห์ถดถอยปัวส์ซองเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณ การสูบบหรี่ของบุคลากรสาธารณสุข ประเทศ สปป.ลาว. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
35. ศรียา ลาวัณยภักย์. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ยของเจ้าหน้าที่ชายที่ปฏิบัติงานใน ห้องผ่าตัด ทั้ง 6 แผนกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2555.

36. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. USA: John Wiley & Sons Inc; 2009.
37. จุฑาทิพย์ แซ่จิ่ง. พฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการเลิกบุหรี่ของบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 14 [อินเทอร์เน็ต]. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 17 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.esanpedia.oar.ubu.ac.th/e-research/?q=node/905>.
38. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of psychology. 1932.
39. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. 1971.
40. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951; 16(3):297-334.
41. มณฑา เก่งการพานิช และ ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. สถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://opac.wu.ac.th/catalog/BibItem.aspx?BibID=b00101626>.
42. สุกฤดา สวนแก้ว และ ศิวพร อึ้งวัฒนา. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของวัยรุ่น ตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/User/Downloads.pdf>.
43. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.
44. จูติรัตน์ บุญเกิด และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในพื้นที่ตำบลแม่กา จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏวบลราชธานี ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2565. หน้า 42 – 52.
45. จิตตานันท์ พงศ์วรินทร์ และคณะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพนักงานโรงงานยาสูบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารสุขศึกษา. กันยายน – ธันวาคม 2555 ปีที่ 35 เล่มที่ 122.
46. ภาสกร ธรรมโชติ และประภาภรณ์ รัศม์สุข. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี วิทยานิพนธ์ (บช.ม. (บริหารธุรกิจ)) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สำนักพิมพ์; มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/84776.

47. นิยม จันทร์นวล และพลากร สืบสำราญ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี: ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรี่. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (2016): พฤษภาคม - สิงหาคม 2559. [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/84776.

48. พิมพ์ร่ำไป บุญยู่สุภา. การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรโรงพยาบาลอุดรธานี. เข้าถึงได้จาก: https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20200921063550.pdf.

49. ศรีนิช มังคะมณี และคณะ. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่กรณีศึกษาจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2565. หน้า 106-116. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/257877>.

50. วิไลวรรณ วิริยะไชโย และอภิรดี แซ่ลิ่ม. ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่และสุขภาพของบุคลากร นักศึกษาแพทย์และผู้ป่วยนอกและญาติ ของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร, ฉบับที่ 3 พ.ค. - มิ.ย. 2549. Thailand Songkla Med J 2006;24(3):205-214.

51. ชลลดา ไชยกุลวัฒนา และคณะ. พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา. วารสารกระทรวงสาธารณสุข หน้า 58 - 67.

ประวัติผู้วิจัย

| | |
|---------------------------------------|---|
| ชื่อ-สกุล | นางสาวเกษสุดา ศรีจักร์ |
| วัน เดือน ปีเกิด | 5 มกราคม พ.ศ. 2529 |
| สถานที่เกิด | ศรีสะเกษ |
| วุฒิการศึกษา | วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาโภชนวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2548-2552) วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2560-2562) |
| ที่อยู่ปัจจุบัน | 12/100 ตำบลท่าทราย อำเภอเมืองนนทบุรี นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0830582949 Email: puiandbest@hotmail.com |
| ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนการควบคุมยาสูบ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค อาคาร 11 ชั้น 5 88/21 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 590 3851 |