



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอในอำเภออุ้ม

ผาง จังหวัดตาก



ภูษณา ยมนวงกุล

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอในอำเภออุ้ม
ผาง จังหวัดตาก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอในอำเภออุ้ม

ผาง จังหวัดตาก"

ของ ภูษณา ยมนวกุล

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวรัตน์ เจริญค้า)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอใน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก
ผู้วิจัย	ภูษณา ยมนวกุล
ประธานที่ปรึกษา	จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2567
คำสำคัญ	ชาวปกากะญอ, พฤติกรรมการสูบบุหรี่

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ สํารวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ที่มีอายุ 20-60 ปี จำนวน 315 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนเมษายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.79 - 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก มีการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 78.7 โดยเคยสูบบุหรี่ไม่เกิน 100 มวน ร้อยละ 29.5 ซึ่งเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 21-25 ปี มากที่สุดร้อยละ 86.5 และตัดสินใจเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเพราะอยากลองมากที่สุด ร้อยละ 50.8 โดยเลือกสูบบุหรี่สำเร็จรูปมากที่สุด ร้อยละ 58.8 รองลงมาคือ เลือกสูบทั้ง 2 อย่าง คือ บุหรี่สำเร็จรูปและบุหรี่ที่มวนยาเส้นเอง ร้อยละ 31.9 สูบบุหรี่ต่อวันมากที่สุดคือ 2-5 มวนต่อวัน ร้อยละ 59.2 และจะสูบทุกครั้งเมื่ออยากสูบบุหรี่ ร้อยละ 68.1 แหล่งที่มาของบุหรี่กลุ่มตัวอย่างซื้อได้เองตามร้านค้ามากที่สุด ร้อยละ 83.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (ORAdjust=12.105, 95% CI: 2.413-60.723, p-value=

0.002) ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ (ORAdjust=7.609, 95% Cl: 1.394-41.539, p-value=0.019) เพศ (ORAdjust=4.334, 95% Cl: 2.415-7.779, p-value<0.001) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (ORAdjust=2.782, 95% Cl: 1.482-5.225, p-value=0.001)



Title	FACTORS RELATED TO SMOKING BEHAVIOR OF PAK K'NYAU PEOPLE IN UMPHANG DISTRICT, TAK PROVINCE.
Author	Phusada Yomnawakul
Advisor	Associate Professor Associate Professor Chakkraphan Phetphum
Academic Paper	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2024
Keywords	Pak K'nyau, People smoking

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to study the prevalence of smoking among the Pga K'nyau people. and factors actors related to smoking among Pga K'nyau people In Umphang District, Tak Province. The sample consisted of 315 Pgakenyo people in Umphang District, Tak Province, aged 20-60 years. Data were collected between February to April 2023. The tools used for data collection were knowledge cigarettes, attitudes cigarettes, Conformity to social norms regarding smoking, smoking behavior. The tool for data collection was a questionnaire which alpha kronbach coefficients were 0.79 - 0.89 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and Multiple logistic regression analysis statistics.

The results showed Pga K'nyau people in Umphang District, Tak Province are 78.7% smokers, with 29.5% having smoked no more than 100 cigarettes. They started smoking for the first time at the age of 21-25 years old at 86.5%. And decided to start smoking for the first time because they wanted to try the most, 50.8 %, choosing to smoke finished cigarettes the most, 58.8 %, followed by choosing to smoke both types of cigarettes, finished cigarettes and cigarettes that roll their own tobacco, 31.9 %. Smoked the most cigarettes per day, 2-5 cigarettes per day, 59.2 % and would smoke whenever they wanted to smoke, 68.1 %. The most common source of cigarettes, 83.9 % of the samples were bought by themselves at stores.

Factors that have a statistically significant effect on smoking among Pga K'nyau people in Umphang District, Tak Province include: Conformity to social norms ($OR_{Adjust} = 12.105$, 95% Cl: 2.413-60.723, p-value= 0.002) Attitude ($OR_{Adjust} = 7.609$, 95% Cl: 1.394-41.539, p-value=0.019) Sex ($OR_{Adjust} = 4.334$, 95% Cl: 2.415-7.779, p-value<0.001) Knowledge ($OR_{Adjust} = 2.782$, 95% Cl: 1.482-5.225, p-value=0.001)



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อมูล และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่ง ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กราบขอบพระคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณาพิจารณารับรองและเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอบพระคุณ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งประกอบไปด้วยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพวง กิตติโรจน์ ดร.ภัทรพล มากมี และนางบุญยานุช เดชบริบูรณ์ ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยอย่างดียิ่ง

กราบขอบพระคุณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตาก ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็นอย่างดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ครู อาจารย์ และเพื่อนนิสิตทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านเป็นอย่างดียิ่งเสมอมา อันคุณค่าและคุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบอุทิศให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเพื่อนำไปสร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

ภูษฎา ยมนวกุล

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ	
ประกาศคุณูปการ.....ช	
สารบัญ.....ซ	
สารบัญตาราง.....ญ	
สารบัญภาพ.....ฉ	
บทที่ 1 บทนำ.....1	
ความเป็นมาของปัญหา.....1	
คำถามการวิจัย.....3	
วัตถุประสงค์การศึกษา.....3	
สมมุติฐานการวิจัย.....3	
ขอบเขตงานวิจัย.....3	
นิยามศัพท์เฉพาะ.....4	
ประโยชน์ของการวิจัย.....4	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....6	
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี.....6	
พฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี.....13	
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....17	
ชาวกะเหรี่ยงหรือชาวปกากะญอ.....26	
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....32	
กรอบแนวคิดการวิจัย.....36	

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	45
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	46
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	47
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	48
ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับบุหรื.....	50
ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติต่อการสูบบุหรื.....	51
ส่วนที่ 4 การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรื.....	53
ส่วนที่ 5 การสูบบุหรืของชาวปกากะญอ.....	54
ส่วนที่ 6 ข้อมูลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรืของชาวปกากะญอ ในอำเภอ อุ้มผาง จังหวัดตาก ด้วยสถิติไคสแควร์	58
ส่วนที่ 7 ข้อมูลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรืของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้ม ผาง จังหวัดตาก	60
บทที่ 5 บทสรุป.....	62
สรุปผลการวิจัย	62
อภิปรายผลการวิจัย	65
ข้อเสนอแนะการวิจัย	68
บรรณานุกรม	69
ภาคผนวก	74
ประวัติผู้วิจัย	86

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 315)....	48
ตาราง 2	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี (n = 315)	50
ตาราง 3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ต่อความรู้เกี่ยวกับบุหรี จำแนกตามรายข้อ (n= 315).....	50
ตาราง 4	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี (n = 315)	51
ตาราง 5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ต่อทัศนคติต่อการสูบบุหรี จำแนกตามรายข้อ (n= 315).....	51
ตาราง 6	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการคล้อยตามบรรทัดฐานทาง สังคมเกี่ยวกับบุหรี (n = 315).....	53
ตาราง 7	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ต่อการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคม เกี่ยวกับบุหรีจำแนกตามรายข้อ (n= 315).....	53
ตาราง 8	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อการสูบบุหรี จำแนกตามรายข้อ (n= 315)	54
ตาราง 9	แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรีของชาวปกาเกอะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก.....	58
ตาราง 10	แสดงผลการทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรีของชาวปกาเกอะญอ ในอำเภออุ้ม ผาง จังหวัดตาก	60

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1	แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	36
-------	------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบและคนใกล้ชิด และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายแรงและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก 6 ล้านคนต่อปี จำแนกเป็นผู้สูบบุหรี่ 5 ล้านคน และผู้เสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสอง 6 แสนคน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคน (World Health Organization, 2015) ผู้สูบบุหรี่มีอายุสั้นลงเฉลี่ย 12 ปี อาจจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 20 เท่า และอาจเจ็บป่วยรุนแรงก่อนเสียชีวิต 2 ปี (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, ปวีณา ปันกระจำง, และสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2559) ในประเทศไทย จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เฉลี่ยวันละ 142 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน (ลักขมล ลักษณะวิมล และเรวดี เพชรศิราสัณห์, 2563) การเสียชีวิตสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เป็นภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศถึง ร้อยละ 0.78 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศแห่งชาติ (ลักขมล ลักษณะวิมล และเรวดี เพชรศิราสัณห์, 2563)

จากข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่ 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2556-2561 พบว่า ภูมิภาคของประเทศไทยที่มีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด คือ ภาคใต้ รองลงมา คือ ภาคเหนือ ซึ่งบ่งบอกได้ว่าภาคภูมิที่อยู่ห่างไกลความเจริญมีการสูบบุหรี่มากกว่า ซึ่งก็มีเหตุผลหลายประการ เช่น ความไม่เข้มงวดของการบังคับใช้กฎหมาย ความตื่นตัวของประชาชน ความเชื่อ ประเพณีของชุมชน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555) โดยเฉพาะในประชาชนในกลุ่มชาติพันธุ์ที่พบว่ามีความเชื่อที่หลากหลายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น เชื่อว่าคนพื้นชาวมิโอกาสที่จะเกิดพันธุ์ได้ง่ายคนพื้นดำและการมีฟันสีขาวเป็นที่ยอมรับของชนในชุมชน ดังนั้น คนชาติพันธุ์ส่วนใหญ่จึงนิยมย้อมฟันให้ดำด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การเคี้ยวหมาก ยาเส้น และนำยาเส้นมาวนสูบในวิถีชีวิตประจำวัน เชื่อว่าควันของบุหรี่ช่วยป้องกันและขับไล่แมลงรบกวนต่าง ๆ เชื่อว่า การสูบบุหรี่ช่วยดับความเปรี้ยวปากหลังจากกินข้าว นอกจากนี้กลุ่มชาติพันธุ์บางส่วนยังใช้บุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของการประกอบพิธีกรรมทางความเชื่อของคนในชุมชนด้วย (ธวัชชัย อภิเดชกุล, อรณลิน สิงขรณ์, บุคอรี ปุตตะ, สุดเขต เดชพิทักษ์ยนต์, และพิชญ์นรี ทุตสันติ, 2560) โดยภาคเหนือของประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่มาก ได้แก่ ปกาเกอญอ คะฉิ่น ดาราอาง ละวือ ละหู่ ลีซุ ม้ง เมี่ยน และอาข่า (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558)

การสูบบุหรี่นอกจากจะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้สูบบุหรี่แล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและคนรอบข้างจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง ซึ่งคนที่ไม่สูบบุหรี่จะได้รับควันบุหรี่มือสองจากการสูดดมสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกายเช่นเดียวกับคนสูบบุหรี่ (ภัทรินทร์ ศิริทรากุล, 2564) ทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา ไม่เพียงแค่อันตรายด้านชีวิตและสุขภาพเท่านั้น การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อด้านค่ารักษาพยาบาลและค่ายาต่าง ๆ ที่ผู้สูบบุหรี่หรือผู้เกี่ยวข้องต้องสูญเสียไปเพื่อรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และจากการเจ็บป่วยที่บ่อยขึ้น และจากการรายงานเมื่อปี 2562 พบว่า การสูบบุหรี่มีความเชื่อมโยงกับการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดราว 1.7 ล้านคน, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1.6 ล้านคน, มะเร็งปอดและหลอดลม 1.3 ล้านคน และโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 1 ล้านคน ผลการศึกษาที่ผ่านมานั้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มานานกว่าหนึ่งในสองจะเสียชีวิตโดยมีสาเหตุที่เชื่อมโยงกับการสูบบุหรี่โดยตรง และผู้สูบบุหรี่จะมีอายุขัยน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เฉลี่ยถึง 10 ปี ซึ่งการเสียชีวิตที่มากจากการบริโภคยาสูบนั้นประมาณ 87% เกิดขึ้นกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ โดยมีเพียง 6% ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ไปแล้วก่อนหน้านี้เล็กน้อย 15 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลประโยชน์สำคัญทางสุขภาพจากการเลิกสูบ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2562)

จากข้อมูลการสำรวจการสูบบุหรี่ของศูนย์ข้อมูลเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ปี 2561 พบว่า จังหวัดตากมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ จำนวน 20,345 คนคิดเป็นอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 22.56 เป็นลำดับที่ 3 ของภาคเหนือ โดยอำเภอที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดของจังหวัดตาก คือ อำเภอท่าสองยาง มีอัตราการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 28.43 รองลงมา คือ อำเภออุ้มผางมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 21.23 ซึ่งทั้ง 2 อำเภอนี้มีอาณาเขตพื้นที่ติดต่อกับประเทศเมียนมาและกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยเฉพาะในอำเภออุ้มผางพบว่ามีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่อย่างหนาแน่น คือ ปกาเกอะญอ ม้ง และพม่า ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก กระทรวงสาธารณสุข (2563) พบว่า กลุ่มชาวปกาเกอะญอมีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด คือ คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมา คือ กลุ่มชาวพม่ามีอัตราการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 41.7 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ามีกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด คือ กลุ่มปกาเกอะญอ (Ong-artborirak & Seangpraw, 2019)

ที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอไว้จำนวนไม่มากนัก โดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของชาวปกาเกอะญอ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ (พิรณัฐ จันทรรูปต์, 2558) ศาสนา รายได้ การปลูกยาสูบ โรคประจำตัว พื้นที่อยู่อาศัย (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้ เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2558) สถานภาพสมรส ประสบการณ์การสูบบุหรี่ (ขอพูน जारง, 2559) การเป็น

ผู้นำศาสนา (Friis et al., 2012) การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว (Abebe, Hafstad, Brunborg, Kumar, & Lien, 2015) ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ ทศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (พลากร สืบสำราญ, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, นิยม จันทรินวล, และวันวิสา จันทาทพร, 2560) อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยดังกล่าวบางส่วนยังไม่สอดคล้องกัน และที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอที่อาศัยอยู่ในอำเภออุ้มผางจังหวัดตาก อย่างเฉพาะเจาะจง ดังนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

คำถามการวิจัย

1. ความชุกการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตากเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความชุกการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง

จังหวัดตาก

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความชุกการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก อยู่ในระดับมาก
2. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก จำนวน 2,428 คน ที่อาศัยอยู่ใน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ที่มีอายุ 20-60 ปี และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - เมษายน 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

บุหรี หมายถึง ยาสูบที่มีลักษณะเป็นมวน ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ชิกาแลตซิการ์ ไม่ว่าจะมวนใบยาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้ง หรือยาอัดด้วยกฏหมายยาสูบหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทที่ชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตากใช้ในการสูบ

กะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ หมายถึง เป็นกลุ่มชาวกะเหรี่ยงที่มีวัฒนธรรมประเพณีที่เป็นเอกลักษณ์ พื้นที่แถบลุ่มน้ำต่าง ๆ บริเวณเทือกเขาตะนาวศรี เขตชายแดนไทย-พม่า มีหลักฐานการอยู่อาศัยมานาน เป็นชนเผ่าดั้งเดิมที่อยู่อย่างกระจัดกระจายมานานกว่า 100-200 ปี ซึ่งปัจจุบันเป็นคนที่มีความเชื่อชาติชาวปกาเกอะญอตามทะเบียนราษฎรของที่ว่าอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

การสูบบุหรี หมายถึง ประสบการณ์การสูบบุหรีของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตากในรอบ 30 วัน ที่ผ่านมา

ความรู้เรื่องบุหรี หมายถึง ความจำและความเข้าใจเกี่ยวกับส่วนประกอบและอันตรายของบุหรีของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี หมายถึง ความจำ ความรู้รอบตัว และความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายโทษของบุหรี และส่วนประกอบของบุหรีของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี คือ ความรู้สึก ความเชื่อ และ ความคิดเห็นที่ชาวกะเหรี่ยงปกาเกอะญอมีต่อการสูบบุหรี

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี หมายถึง การรับรู้ของชาวปกาเกอะญอตามความเชื่อเกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมที่เป็นที่คาดหวังของชุมชน เป็นมาตรฐานที่สมาชิกของชุมชนถูกคาดหวังให้ปฏิบัติตาม จึงเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป เช่น การแต่งกาย ภาษา วัฒนธรรม ศาสนา ศิลปกรรม กฎหมาย คุณธรรม ความเชื่อ ประเพณี การสูบบุหรี ฯลฯ เมื่อชาวปกาเกอะญอ ได้ทำพฤติกรรมนั้น ก็มีแนวโน้มที่จะคล้อยตามและทำตามสิ่งนั้นด้วย

ประโยชน์ของการวิจัย

ระดับปฏิบัติการ หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนกลยุทธ์พัฒนาการดูแลสุขภาพและการวางแผนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรีของชาวปกาเกอะญอ หรือชนเผ่าอื่น ๆ

ระดับวิชาการ หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาในการทำวิจัยประเภทกึ่งทดลอง เพื่อกำหนดเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรีของชาวปกาเกอะญอ หรือชนเผ่าอื่น ๆ

ระดับนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับอำเภอ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนนโยบาย การดำเนินงานการกำหนดกลวิธีและรูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนการป้องกันการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและห่างไกลจากสูบบุหรี่



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความชุกการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่
2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่
3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้
 - 3.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ
 - 3.3 บรรทัดฐานของสังคม
4. ชาวกะเหรี่ยงหรือชาวปกากะญอ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่

บุหรี่ หรือยาสูบ (Cigarette or Cigar) เป็นวัชพืชที่มีชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่านิโคติเนียโทบาคุม (Nicotinia Tobaccum) โดยคนเผ่าอินเดียนแดงในอเมริกาเหนือใช้ใส่กล้องสูบในพิธีแลก สัตยาบันสันติภาพ เรียกว่า กล้องสันติภาพ- คัลลูเมต (Calumet) (สุพัฒน์ จีระเวชเจริญชัย, 2541) บุหรี่ เป็นสิ่งที่ทำจากใบยาสูบซึ่งมีการนำมาประดิษฐ์และปรุงแต่งเป็นรูปแบบต่าง ๆ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่า “บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ” (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

สำหรับในประเทศไทย การสูบบุหรี่เริ่มเข้ามาเมื่อใดไม่เป็นที่ทราบแน่นอนตามบันทึกของสมเด็จพระนเรศวรมหาราชทรงทราบได้จากพงศาวดารว่า มงสิเออร์ เดอลาลูแบร์ (Monsierde Laloube're) อัครราชทูตฝรั่งเศสที่เดินทางมาเมืองไทยในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อ พ.ศ. 2230 ได้เขียนเล่าเรื่องประเทศสยามไว้ว่า คนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างฉุนทั้งผู้หญิงและผู้ชาย โดยใบยาที่ใช้กันในกรุงศรีอยุธยาได้มาจากเมืองมะนิลา ในหมู่เกาะฟิลิปปินส์ จากประเทศจีน และที่ปลูกในประเทศไทยเอง ลักษณะของยาสูบและบุหรี่สมัยนั้น จะมีก้นแหลมมวนด้วยใบตอง หรือ ใบจาก ตาก

แห่งในสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 4) แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ พระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าสิงหนาทดุรงฤทธิ์ ได้ทรงประดิษฐ์บุหรี่กันบ้านขึ้นมา เพื่อสูบควันและอมยาสูบกับหมากพร้อมกัน ครั้นถึงรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) ได้มีผู้คิดประดิษฐ์บุหรี่กันบ้านโดยตัดยาเส้นออกให้พอดีกับวัสดุที่ใช้มวน (ใบตองแห้ง ใบตองอ่อนและใบบัว) และได้รับความนิยมเป็นอย่างมากการสูบบุหรี่แพร่หลายมากขึ้น มีการนำบุหรี่จากต่างประเทศเข้ามาจำหน่ายเกิดอุตสาหกรรมยาสูบขึ้นมา และนำรายได้มาสู่ผู้ผลิตอย่างมหาศาล ประเทศไทยได้ก่อตั้งโรงงานยาสูบขึ้นในปี พ.ศ. 2443 ห่างจากการก่อตั้งโรงงานยาสูบแห่งแรกของโลก 47 ปี โดยในระยะแรกเป็นของต่างชาติจนในปี พ.ศ. 2484 รัฐบาลสมัยจอมพล ป. พิบูลสงครามเป็นนายกรัฐมนตรีได้โอนอุตสาหกรรมยาสูบมาดำเนินการเอง โดยจัดตั้งเป็นโรงงานยาสูบภายใต้การควบคุมดูแลของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลังเรียกว่า โรงงานยาสูบ กรมสรรพสามิต จากนั้นโรงงานยาสูบของรัฐได้เจริญรุดหน้า และทำรายได้ให้กับประเทศเป็นอย่างมากจนถึงปัจจุบัน (ประกิต วาทีสาธกกิจ และกรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2551)

สารประกอบในบุหรี่ ในบุหรี่ 1 มวน ประกอบด้วย ใบยาสูบ กระจดาษที่มวนและสารเคมีหลายร้อยชนิดที่ใช้ในการปรุงแต่งกลิ่นและรส เพื่อลดการระคายเคือง และเพื่อให้บุหรี่ยาสูบเมื่อเกิดการเผาไหม้ควันบุหรี่ที่พ่นออกมาหรือสูดเข้าไปในปอดนั้นมีสารประกอบต่าง ๆ อยู่ประมาณ 4,000 ชนิด มีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด ซึ่งสามารถทำให้เกิดมะเร็งที่ปอด คอ ปาก กระเพาะปัสสาวะ และไต อวัยวะเหล่านี้ล้วนเป็นทางผ่านของสารในควันบุหรี่ที่เข้าและออกจากร่างกาย (วิกานต์ดา โหม่งมัตย์, 2561)

ควันบุหรี่แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ควันที่สูดเข้าร่างกาย กับควันที่ลอยอยู่ในอากาศ ประกอบด้วยส่วนที่เป็นละอองสารเคมี และส่วนที่เป็นก๊าซ คือ ไนโตรเจน (ร้อยละ 50-70) ออกซิเจน (ร้อยละ 10-15) คาร์บอนไดออกไซด์ (ร้อยละ 10-15) และคาร์บอนมอนอกไซด์ (ร้อยละ 3-6) และความร้อนของปลายมวนบุหรี่ซึ่งขณะที่สุดควัน คือ 900 องศาเซลเซียส และ 600 องศาเซลเซียส ขณะไม่มีการสูดควันซึ่งความร้อนระดับนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดสารพิษต่าง ๆ มากมาย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

สารเคมีที่เป็นอันตรายสำคัญ ได้แก่

1. **นิโคติน** เป็นสารที่พบตามธรรมชาติในใบยาสูบเท่านั้น เป็นสารที่มีลักษณะคล้ายน้ำมัน ไม่มีสีและเป็นสารที่สำคัญที่ทำให้คนติดบุหรี่ สารนี้ในระยะแรกมีฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง คือ ถ้าได้สารนี้ขนาดน้อย ๆ เช่น การสูบบุหรี่ 1-2 มวนแรกในผู้ที่ไม่เคยสูบจะมีความรู้สึกต่างของร่างกาย ทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ในระยะเวลาต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางร้อยละ 95 ของนิโคตินที่เข้าไปในร่างกาย ไปจับอยู่ที่ปอด บางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด มีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไตก่อให้เกิดการหลั่งของสารอิพิเนฟ

ริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ทั้งความดันค่าตัวบนในขณะที่หัวใจบีบตัว และความดันค่าตัวล่างในขณะที่หัวใจคลายตัว หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ และไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแดงที่แขนขาหดตัว และเพิ่มไขมันในเส้นเลือด นิโคตินจะกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ ลดความอยากอาหาร และทำให้ร่างกายย่อยอาหารช้าลง ผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่นิโคตินจะทำให้คลื่นไส้ แม้แต่ในผู้ที่ติดบุหรี่แล้ว หากสูบบุหรี่มากเกินไปก็จะทำให้เกิดการคลื่นไส้ได้เช่นกัน ในผู้ใหญ่หากได้รับนิโคติน 60 มิลลิกรัมในครั้งเดียว จะเสียชีวิตได้ทันทีจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจเป็นอัมพาตทำให้หัวใจหยุดเต้น โดยทั่วไปบุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคตินประมาณ 1.5-2.6 มิลลิกรัม ซึ่งค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัมต่อ มวน ความร้ายแรงของสารพิษนี้เทียบได้กับการได้รับสารไซยาไนด์ แต่เหตุที่ผู้สูบบุหรี่ไม่เสียชีวิตทันทีเพราะการสูบบุหรี่ทำให้ได้รับสารพิษเข้าไปทีละน้อย ขณะเดียวกันร่างกายก็ได้เผาผลาญนิโคตินที่รับเข้าไปค่อนข้างรวดเร็ว และขับถ่ายออกตลอดเวลา ทำให้ระดับนิโคตินในร่างกายไม่สูงพอที่จะทำให้ผู้สูบบุหรี่เสียชีวิตในทันทีได้ และสำหรับการสูบบุหรี่ที่มีก้นกรองนั้น ก็ไม่ได้ทำปริมาณนิโคตินลดลง

ผลของนิโคตินต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด กล่าวว่า นิโคติน เมื่อดูดซึมเข้ากระแสเลือด มีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ก่อให้เกิดการหลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) ซึ่งจะก่อให้เกิด

1. ความดันโลหิตสูงทั้งตัวบนและตัวล่าง ขณะที่หัวใจบีบตัวและคลายตัว
2. หัวใจเต้นเร็วขึ้น
3. หลอดเลือดแดงที่ขา และแขนหดตัว
4. เพิ่มไขมันในเลือด

ผลของนิโคตินที่กล่าวมานี้ ทำให้เกิดการทำลายของเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหัวใจขาดเลือด

2. ทาร์ เป็นน้ำมันที่เกิดจากการเผาไหม้ของยาเส้นในบุหรี่ มีลักษณะเป็นของเหลวเหนียว มีสีน้ำตาลเข้มคล้ายน้ำมันดิน ทาร์ประกอบด้วยสารหลายชนิดเกาะติดกันเป็นสีน้ำตาลส่วนใหญ่เป็นสารที่มีอันตราย และเป็นสารที่ก่อมะเร็งได้ เช่น มะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะอาหาร กระเพาะปัสสาวะ และอื่น ๆ สารที่สำคัญในทาร์ คือ เบนโซไพรีน (Benzopyrene) ซึ่งในขนาดเจือจาง 1:1,000 เมื่อใส่ในเม็ดพาราฟิน และฝังลงในกระพุ้งแก้มของหนูแฮมเตอร์ 25 สัปดาห์พบว่าร้อยละ 90 จะเป็นมะเร็งในปาก และจากการสูบบุหรี่พบว่า ร้อยละ 50 ของทาร์จับอยู่ที่ปอดทำให้ Cilia ของเซลล์ไม่สามารถเคลื่อนไหวพัดโบกได้เหมือนเคย เมื่อเกิดการไอ การไอเรื้อรังนาน ๆ นี้จะทำให้ถุงลมขยายขึ้น เกิดการหอบเหนื่อยง่าย และโรคถุงลมโป่งพอง ในคนที่สูบบุหรี่วันละซองปอดจะได้รับทาร์ (น้ำมันดิน) เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน บุหรี่มีปริมาณทาร์อยู่ประมาณ 25-34 มิลลิกรัมต่อมวน ซึ่งสูงกว่าบุหรี่ของต่างประเทศมาก ขณะที่ปริมาณมาตรฐานสากลกำหนดไว้เพียง 15 มิลลิกรัมต่อมวน

3. คาร์บอนมอนนอกไซด์ เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์เป็นก๊าซที่จะแย่งจับกับเม็ดเลือดแดงโดยแทนที่ออกซิเจน ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ในควันบุหรี่ประกอบด้วยคาร์บอนมอนนอกไซด์ร้อยละ 4 ความเข้มข้นของก๊าซนี้ในควันบุหรี่เทียบเท่ากับควันเสียที่ออกจากเครื่องยนต์ ก๊าซนี้สามารถจับกับเม็ดเลือดแดงได้เร็วกว่าออกซิเจน ซึ่งปกติแล้วเม็ดเลือดแดงมีหน้าที่จับออกซิเจนที่ปอดเพื่อนำไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย คาร์บอนมอนนอกไซด์ในควันบุหรี่จะขัดขวางการรับออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง ทำให้มีเหงื่อออกง่าย อ่อนเพลีย หดกำลังถ้าหัวใจและสมองขาดออกซิเจนจะทำให้หน้ามืดเป็นลมหมดสติ หรือเสียชีวิตได้ และก๊าซนี้เป็นสาเหตุของโรคหัวใจ ถ้ามีก๊าซนี้ในเลือดสูงถึงร้อยละ 30 จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย และถ้าสูงถึงร้อยละ 60 อาจทำให้ตายได้ คาร์บอนมอนอกไซด์ยังทำให้ไขมันพอกพูนตามผนังเส้นเลือดมากขึ้น ซึ่งนานเข้าก็จะทำให้เส้นเลือดตีบ คาร์บอนมอนอกไซด์ยังทำให้สายตาเสื่อมและลดประสิทธิภาพในการตัดสินใจลดการตอบสนองต่อเสียง เพราะฉะนั้นคาร์บอนมอนอกไซด์จึงเป็นก๊าซอันตรายต่อผู้ขับขี่รถ ลดสมรรถภาพของนักกีฬา และเป็นอันตรายต่อนักบิน

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นก๊าซที่สามารถทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนต้น ชนิดมีขน (Ciliated cell) ซึ่งเป็นแนวทางป้องกันตามธรรมชาติที่คอยขจัดความสกปรกฝุ่นละออง และเชื้อโรคที่หายใจเข้าไปจะหมดความต้านทานตามธรรมชาติ สิ่งสกปรกเกาะติดหลอดลม ทำให้อักเสบเป็นแผล เกิดโรคหลอดลมอักเสบ มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะเป็นประจำ โดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมาก

5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซที่ทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลมทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพองถุงลมเล็ก ๆ หลายอันแตกรวมกันกลายเป็นถุงลมขนาดใหญ่และมีจำนวนน้อยลง เกิดถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ส่วนถุงลมที่พองออกคล้ายลูกโป่งจะกดเนื้อปอดส่วนดี ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง อาจเกิดอาการแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย ออกกำลังไม่ได้ มีอาการเป็นเรื้อรัง ไม่มีโอกาสหายและจะทรมาณไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมโป่งพองที่ฉีกขาด ทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดกดปอดให้แฟบจะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อยมาก และถ้าแพทย์ช่วยไม่ทันอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และโรคถุงลมโป่งพองนี้มักเกิดร่วมกับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

6. แอมโมเนีย มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอมีเสมหะมาก

7. สารกัมมันตภาพรังสี ควันบุหรี่มีสารโพลonium 210 (Polonium 210) ที่มีรังสีแอลฟาอยู่ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งปอด และควันบุหรี่ยังเป็นพาหะที่ร้ายแรงในการนำสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างแม้จะไม่สูบบุหรี่ หายใจเอาอากาศที่มีควันบุหรี่เข้าไป ทำให้ได้รับสารพิษนี้ด้วย

8. แร่ธาตุต่าง ๆ มีแร่ธาตุบางอย่าง เช่น โปแทสเซียม แคลเซียม ทองแดง นิเกิล และโครเมียม อันเป็นสารตกค้างในใบยาสูบหลังการพ่นยาฆ่าแมลง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกาย โดยเฉพาะนิเกิลเมื่อทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่น ๆ จะกลายเป็นสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตรายทั้งต่อผู้สูบบุหรี่โดยตรง และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ อันตรายของบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่มีดังนี้ (ประกิต วาทีสาธกิจ และกรองจิต วาทีสาธกิจ, 2551)

1. โรคมะเร็ง โรคมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งปอด และจากสถิติพบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ยังนอกจากจะทำให้เกิดมะเร็งปอดแล้วยังเป็นสาเหตุของมะเร็งที่คอ กล้องเสียง ช่องปากและหลอดอาหารส่วนต้น อันเป็นผลมาจากควันบุหรี่ที่ประกอบด้วยสารก่อมะเร็ง ซึ่งมีมากถึง 42 ชนิด มากกว่าสารก่อมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่ร่างกายจะมีโอกาสได้รับทั้งหมดรวมกัน นอกจากนี้สารก่อมะเร็งที่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายยังถูกกระแสเลือดพาไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีรายงานพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งของตับอ่อน มะเร็งของกระเพาะปัสสาวะมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด บุหรี่มีสารที่เป็นผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด คือ สารนิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ และทาร์ โดยเฉพาะสารนิโคตินซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดง ซึ่งเมื่อมีกลไกนี้เกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก ร่วมกับการขาดออกซิเจนจากสารคาร์บอนมอนอกไซด์ ยิ่งจะทำลายเซลล์ดังกล่าวมากขึ้น ทำให้ไขมันที่มีอยู่ไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่าย นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังทำให้เกร็ดเลือดเกาะกันมากขึ้น เกร็ดเลือดอายุสั้นลง เลือดแข็งตัวเร็วขึ้นเลือดข้นขึ้น ทั้งหมดนี้ทำให้เลือดจับตัวเป็นก้อนได้ง่าย เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดแดงที่มีไขมันเกาะอยู่ชั้นในของหลอดเลือดหรือหลอดเลือดแดงที่ตีบอยู่แล้ว เกิดการอุดตันได้ในทันทีทันใด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจเสียชีวิตได้ทันทีทันใดได้ กรณีเกิดโรคหัวใจขาดเลือดแล้ว และยังไม่งดสูบบุหรี่ นอกจากจะทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบแล้ว ยังทำให้หลอดเลือดแดงปลายมือปลายเท้าอักเสบและอุดตันได้ ทำให้เกิดปัญหาการขาดเลือด และเสี่ยงอวัยวะนั้น ๆ เช่น แขน ขา ทำให้มีอาการเจ็บปวด แขน ขาเน่าจนต้องตัดทิ้ง (อุไรวัฒน์ คชาชีวะ, 2530)

3. โรคระบบทางเดินหายใจ ควันบุหรี่ยังจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อผิวของหลอดลมและถุงลม ทำให้เกิดอาการไอ หอบหืด อันตรายด้วยโรคระบบทางเดินหายใจนี้ พบมากในผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบ และถุงลมโป่งพองถึงร้อยละ 70 โรคหลอดลมอักเสบจะทำให้เกิดอาการไอ มีเสมหะมากในตอนเช้าทำลายบุคลิกภาพและสุขภาพยิ่งสูบนานมากขึ้นเท่าใดก็จะยิ่งทำให้อาการของโรคมามากขึ้นเท่านั้น และไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ ส่วนโรคถุงลมโป่งพองซึ่งมักเป็นร่วมกับหลอดลมอักเสบเรื้อรัง พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีโอกาส

เสี่ยงต่อการเป็นโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 30 เท่า ซึ่งโรคนี้อาจเกิดจากสารพิษในควันบุหรี่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายถุงลม และทำให้ผนังถุงลมบางและแตก ถุงลมเล็ก ๆ หลาย ๆ อัน แตกรวมกันกลายเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้มีจำนวนน้อยลง การยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง ร่างกายจึงได้รับออกซิเจนน้อยลง เกิดอาการอึดอัด แน่นหน้าอก ไอ หอบเหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ช่วยบรรเทาอาการและชะลอให้ตายช้าลง ซึ่งจะทรมานไปตลอดชีวิต บางรายถุงลมโป่งพองนั้นฉีกขาด ทำให้ลมรั่วเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดจะเกิดปอดแฟบ และทำให้เจ็บแน่นหน้าอกมากขึ้น การงดสูบบุหรี่ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง และการไอมีเสมหะน้อยลง ในผู้ที่หอบเหนื่อยจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพอง แม้จะงดสูบบุหรี่อาการก็จะดีขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่ในผู้ที่มีอายุน้อยหากงดสูบบุหรี่หน้าที่การทำงานของปอดจะกลับคืนสู่สภาพปกติได้

4. โรคของระบบทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่ทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้น เกิดความระคายเคือง การอักเสบของเยื่อบุกระเพาะและเกิดแผลในกระเพาะอาหาร พบว่าผู้สูบบุหรี่จะตายด้วยโรคแผลกระเพาะอาหารถึง 2.9 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และมีอัตราการเกิดเลือดออกในกระเพาะอาหารมากกว่า รวมทั้งยังทำให้แผลหายช้ากว่าปกติด้วย ในขณะที่การสูบบุหรี่ ทำให้กระเพาะอาหารหลังกรดเพิ่มขึ้นแต่การหลั่งของน้ำย่อยจากลำไส้เล็กและตับอ่อนกลับลดลง ผลคือผู้สูบบุหรี่มีอาการอาหารไม่ย่อย เบื่ออาหารมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

5. ผลต่อระบบสืบพันธุ์ ในผู้ที่สูบบุหรี่จัด เพศหญิงจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ เพศชายจะพบว่าการมีติ่งตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วน ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง

6. โรคในช่องปาก โรค ฟันและเหงือก สารพิษในควันบุหรี่จะไปเกาะจับติดกับตัวฟันเหงือก และเยื่อในช่องปากให้เกิดโรคฟันต่าง ๆ จนอาจต้องสูญเสียฟัน เกิดโรคมะเร็งเหงือกและโรคเยื่อในช่องปากอักเสบผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคเหงือกและฟันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ทำให้ฟันมีสีเหลืองและผู้ที่สูบนาน ๆ ฟันจะมีสีดำ ทำให้เกิดกลิ่นปากและฟันผุคร่อน

ผลของการสูบบุหรี่ต่อช่องปาก (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

1. ทำให้มีกลิ่นปาก ปากเหม็น
2. ทำให้เกิดคราบสีน้ำตาลติดตามตัวฟันทำให้สกปรก
3. ความร้อนจากควันบุหรี่และสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้ริมฝีปากและเนื้อเยื่อในช่องปากมีสีดำหรือสีน้ำตาล ดุน่าเกลียด
4. ทำให้เกิดแผ่นคราบจุลินทรีย์ และหินน้ำลายตามตัวฟันเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ

5. ทำให้ริมฝีปากและเยื่อเมือกช่องปากมีการหนาตัวเป็นแผ่นฝ้าขาวขรุขระเช็ดไม่ออกไม่มีอาการเจ็บ ลักษณะเช่นนี้อาจเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้

6. ทำให้เยื่อเมือกในช่องปากมีอาการอักเสบแดงร่วมกับมีอาการอักเสบของช่องท่อน้ำลาย

7. ทำให้เกิดโรคมะเร็งช่องปาก

8. ผลต่อการตั้งครรภ์ อันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ขณะที่ตั้งครรภ์นั้นมีอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ คือ อาจทำให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกตายขณะคลอด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอด และมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้

9. ผลต่อระบบสืบพันธุ์ การสูบบุหรี่มีผลทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง เนื่องจากเกิดการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศ

ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพร่างกาย สารต่าง ๆ ซึ่งมีอยู่ในบุหรี่ และในควันบุหรี่ เมื่อผู้สูบบุหรี่ดูดเข้าร่างกายพร้อม ๆ กันจะก่อให้เกิดพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกายและยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูบบุหรี่ด้วย(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

1. ผลกระทบระยะสั้น ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่น และรส จะทำหน้าที่ลดลง มีอาการแสบตา น้ำตาไหลจนอ่อนที่ทำหน้าที่กำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลมทำงานช้าหรือเป็นอัมพาต ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและเลือดเพิ่มสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น มีกรดในกระเพาะเกิดกลืนตามร่างกาย ลมหายใจและมีกลิ่นปาก

2. ผลกระทบระยะยาว เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอด และส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โรคเส้นเลือดหัวใจตีบโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม เกิดอาการเส้นเลือดไปเลี้ยงแขนและขาตีตัน

ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียง การสูบบุหรี่นอกจากจะมีโทษต่อผู้สูบเองแล้วยังทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในบรรยากาศของการสูบบุหรี่สูดเอาควันพิษเข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตรายได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ ส่วนอันตรายจากบุหรี่ของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่ หรือที่เรียกว่าการสูบบุหรี่ทางอ้อม (Passive smoking) สำหรับผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียง มีดังนี้

1. ผลต่อเด็ก การสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เด็กเล็กและทารกมีโอกาสเป็นโรคหลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบ ในขณะที่เด็กโตจะเกิดโรคของหุ้ชั้นกลาง มีอาการหอบหืด มีเสมหะมากขึ้นและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรกระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ อีกด้วย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อเนื่องในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่อีกด้วย

2. ผลต่อหญิงตั้งครรภ์ หญิงมีครรภ์ที่แม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่โดยเฉพาะในระยะ 6 เดือนก่อนคลอดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้ง ทารกตายคลอด การคลอดก่อนกำหนด ทารกตายแรกคลอด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และนอกจากนี้ยังมีผลทำให้การสร้างน้ำนมของแม่น้อยลงด้วย ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ จะมีประสบปัญหาน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์เพิ่มน้อยกว่าปกติและมี

โอกาสทั้ง คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอดมากเป็น 2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนั้นยังทำให้เกิดรกเกาะต่ำ และรกลอกตัวก่อนกำหนดมากขึ้น ลูกที่คลอดจากแม่ที่สูบบุหรี่อาจจะมีน้ำหนักและความยาวน้อยกว่าปกติ พัฒนาการทางสมองช้ากว่าปกติอาจมีความผิดปกติทางระบบประสาท และมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงกว่าลูกที่คลอดจากมารดาที่ไม่สูบบุหรี่

3. ผลต่อบุคคลทั่วไป ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ ซึ่งอาจจะเป็นควันสายหลักหรือควันสายข้างเคียงจะทำให้ถูกรบกวนจากกลิ่น ควัน และสารพิษในควันบุหรี่ก่อให้เกิดการรำคาญหงุดหงิดมีความเครียดและเกิดการระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก คัดจมูก ไอ จาม ปวดศีรษะมีอาการกำเริบของหอบหืดซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบระยะสั้นที่เกิดขึ้นในขณะที่ได้รับควันบุหรี่ แต่มีผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาวและเป็นอันตรายต่อสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่โดยตรง คือมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว โดยเฉพาะผู้ที่มีการหอบหืดโรคหัวใจโรคหลอดเลือดอีกเสบ ก็จะทำให้มีอาการของโรคเพิ่มขึ้น

4. คู่แต่งงานของผู้สูบบุหรี่ คู่แต่งงานของผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าคู่แต่งงานของผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจ 3 เท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี

สาเหตุของการสูบบุหรี่ (สุพรรณ จีระเวชเจริญชัย, 2541) เริ่มมาจาก

1. ค่านิยมทางสังคมซึ่งยอมรับการสูบบุหรี่ แม้แต่กฎหมายก็รองรับ เช่นกัน
2. ใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือในการผูกมิตร กรณีมีการใช้ร่วมกับการดื่มสุรา
3. การเลียนแบบ เด็กมักเริ่มโดยเลียนแบบจากเพื่อน บิดา มารดา ครู และบุคคลสำคัญที่ตนยกย่อง

4. ความเคยชินทางอุปนิสัย มักเกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่เฉย ๆ เกือบวัน หรือไม่ทราบว่าจะทำก็จะควักบุหรี่ย่อออกมาสูบ

5. การใช้ฤทธิ์ของนิโคตินเป็นยาแก้เบื่ออาวมณ์ เนื่องจากนิโคตินมีฤทธิ์ในการกล่อมอาวมณ์เมื่อนิโคตินลดลงเพราะการขับถ่ายหรืออาวมณ์ไกรธอื่น ๆ จึงต้องสูบบุหรี่เพื่อให้อยู่ในระดับเดิมซึ่งต้องรักษาระดับนั้นอยู่เสมอ

พฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่

เราควรจรรู้และเข้าใจว่าปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ ซึ่งมีทั้งปัจจัยทางด้านสังคม จิตวิทยาและผลทางเภสัชวิทยา เนื่องจากพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่มีลักษณะที่ซับซ้อนเห็นได้จากการที่ ผู้สูบบุหรี่ไม่ยอมเลิกสูบบุหรี่ แม้จะรู้ถึงผลร้ายของบุหรี่ย่ต่อสุขภาพก็ตาม การติดบุหรี่ย่มีความสัมพันธ์กับอาวมณ์นอกเหนือจากการติดทางกาย (กองทันตสาธารณสุข, 2545)

1. การสูบบุหรี่เป็นนิสัยชนิดอัตโนมัติ พฤติกรรมที่เป็นนิสัยแบบอัตโนมัตินี้เป็นพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน เช่น การสูบบุหรี่ ระหว่างดื่มชาหรือกาแฟ สูบบุหรี่ ร่วมกับการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูบบุหรี่ ขณะขับรถสูบบุหรี่หลังอาหารและ กิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันซึ่งทำต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน ๆ ลักษณะเช่น การการสูบบุหรี่หลาย เป็นกิจกรรมที่ทำไปแบบไม่มีสติผู้สูบบุหรี่หลายคนไม่รู้ตัวด้วยซ้ำว่าตนเองจุดบุหรี่สูบตั้งแต่เมื่อใด

2. มุมมองทางด้านจิตวิทยา การติดบุหรี่เป็นการติดทางอารมณ์หลายคนใช้การสูบบุหรี่จัดการกับความเครียดผู้หญิงที่พยายามเลิกบุหรี่มักจะมีอารมณ์ ก้าวร้าว ฉุนเฉียวเพราะแต่เดิม จะใช้การสูบบุหรี่ กัดความรู้สึกไว้ผู้ที่ติดบุหรี่หลายคนใช้การสูบบุหรี่เป็นการพักจากงานประจำที่ทำอยู่ ดังนั้นเราจึงตระหนัก ถึงความรู้สึกทั้งรักและเกลียดการติดบุหรี่ของบุคคลและผลของการ ใช้บุหรี่เป็น ตัวกระตุ้น และผ่อนคลายอารมณ์ในช่วงเวลาที่ต่างกัน

3. ทำไมจึงเริ่มสูบบุหรี่

3.1 ความอยากรู้อยากลอง เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่มีธรรมชาติที่มีความกระตือรือร้น อยากรู้อยากลองอยากมีประสบการณ์ต่าง ๆ ซึ่งการสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่เด็กวัยรุ่นต้องการทดลอง สูบ ในประเทศไทยจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปีพ.ศ. 2545 พบว่า เด็กอายุ 11-14 ปีสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 0.2 และในกลุ่มอายุ 15-19 ร้อยละ 9.5

3.2 พ่อแม่เป็นตัวอย่าง พ่อแม่ที่ติดบุหรี่ ก็มักจะอยากสูบบุหรี่ด้วยเพราะเห็นตัวอย่าง จากพ่อแม่ในการใช้บุหรี่ ลดความตึงเครียดและผ่อนคลายในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ

3.3 การควบน้ำหนัก วัยรุ่นหญิงจำนวนไม่น้อยที่ใช้การสูบบุหรี่ เพื่อควบคุมน้ำหนัก ตัวในวัยนี้ทั้งภาพพจน์และความสวยงามมีผลอย่างมากต่อตัววัยรุ่นเอง

3.4 ความสนุกความเพลิดเพลิน หลายคนมักบอกว่า เหนือสิ่งอื่นใดพวกเขาสูบบุหรี่ เพื่อความ เพลิดเพลิน แม้สิ่งนั้นจะเป็นความผ่อนคลายชั่วคราว

3.5 การโฆษณาบุหรี่ เด็กวัยรุ่นไม่อายุที่ติดกับดักของการโฆษณาบุหรี่ เนื่องจาก ต้องการต่อต้านการสอนของผู้ใหญ่ประเภท “ทำในสิ่งที่บอกแต่อย่าทำตามในสิ่งที่ผู้ใหญ่ทำ” มักทำให้เกิดความยุ่งยากสับสนในการปรับตัว บางคนนำไปเชื่อมโยงกับโฆษณาบุหรี่ บางคนใช้เป็นข้ออ้างใน เรื่องของความหน้าเป็นเหตุผลในการสูบบุหรี่ และใช้เป็นทางออก แต่สาเหตุที่ พบบ่อยที่สุด คือ การสูบบุหรี่ตามเพื่อนในกลุ่มร่วมกับความอยากรู้อยากลอง ซึ่งเป็นการเข้าถึงกลุ่มได้ง่าย

3.6 ประเพณี ความเชื่อ วัฒนธรรม การประกอบพิธีกรรมและ ในพิธีกรรมต่าง ๆ สอดแทรกความเชื่อดั้งเดิมของกลุ่มชน มีนับถือผีมีการบวงสรวงและเช่น สังเวทอย่างเคร่งครัด ซึ่งความเชื่อหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะต้องมีการเซ่นเจ้าที่เจ้าทาง เพื่อบอกกล่าว บรรพชนให้อุดหนุนค้ำจุน ช่วยให้กิจการงานนั้น ๆ เจริญก้าวหน้า ทำเกษตรกรรมได้ผลผลิตดี ให้อยู่เย็น เป็นสุข ปกป้องคุ้มครองดูแล และยังเป็นการขอขมาต่อท่านหากได้กระทำการใด ๆ ล่วงเกิน ซึ่งในพิธีต่าง ๆ

ก็จะประกอบไปด้วยบุหรี่ เหล้า ผลไม้ หมู ไก่ ซึ่งเมื่อทำพิธีต่าง ๆ แล้วก็ต้องกินของในพิธี จึงถือว่าร่วมฉลองในพิธีนั้น ๆ

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล

สุรีย จันทรโมลี (2563) กล่าวถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลไว้ 4 ประการ ดังนี้

4.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน (Habitual smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้จะมีบุหรี่ยึดติดอยู่กับปากตลอดเวลา ถึงแม้จะไม่ได้จุดบุหรี่ก็จะคาบไว้ที่ปากเฉย ๆ จะมีบุหรี่ยึดติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลา การสูบบุหรี่จะทำให้มีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีความสุข บางคนอาจมีความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ช่วยทำให้เกิดความภูมิใจ พหุติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลกลุ่มนี้จะเป็นไปแบบอัตโนมัติ เป็นกิจวัตรที่จะทำประจำวัน

4.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองโลกในแง่ดี (Positive affect smoking) แบบฉบับของนักสูบบุหรี่ประเภทนี้ ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้นช่วยให้เกิดความพอใจ เกิดความสุข ความตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อเด็กวัยนี้สูบบุหรี่เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่ หรือสูบเพราะทำตามพ่อแม่ที่สูบบุหรี่ทำตามบุคคลที่ตัวเองชอบ บุคคลกลุ่มนี้บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ มีความสุขที่ได้สัมผัสกับควันบุหรี่ที่พ่นออกมาจากปาก และจมูก

4.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ (Negative affect smoking) นักสูบบุหรี่ประเภทนี้ จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้งไม่ต่อเนื่อง เช่น เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้รับความกดดัน มีปัญหา เพื่อระงับอารมณ์หรือเมื่อมีเหตุการณ์หรืออยู่ในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งก็จะสูบบุหรี่ เช่น เมื่อรู้สึกตื่นตัว หวาดกลัว มีความสุข ความเศร้า เจ็บป่วย อยู่คนเดียว หรือขณะขับรถ เป็นต้น

4.4 พฤติกรรมที่ขาดการสูบบุหรี่ไม่ได้ (Addictive smoking) บุคคลกลุ่มนี้เป็นพวกติดบุหรี่ ถือว่าบุหรี่ คือ สิ่งจำเป็นจะขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติทางร่างกาย การได้สูบบุหรี่จะช่วยให้สบายใจขึ้น มีความพอใจช่วยลดความรู้สึกกดดัน ช่วยให้บรรเทาความเครียดและคิดอะไรออก

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ปลูกฝังอยู่ในวัฒนธรรมของกลุ่มชนต่าง ๆ ทั่วโลกเป็นเวลานาน มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้และการปรับแต่งชนิดใหม่ ๆ ออกมาตลอดเวลาเพื่อสนองความต้องการของผู้สูบบุหรี่ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นการติดสิ่งเสพติดอย่างหนึ่ง การเลิกบุหรี่จึงยากทั้ง ๆ ที่มีผลการศึกษาถึงโทษและพิษภัยของการสูบบุหรี่มีการทดลองใช้โครงการสุขศึกษารูปแบบต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกผู้สูบบุหรี่มานานหลายปี แต่ก็ยังมีผู้สูบบุหรี่อีกเป็นจำนวนมากที่ยังสูบบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึงแม้จะพยายามแล้ว และทั้งที่ไม่

เคยพยายามที่จะเลิกก็ตาม (อรรถย ลัมตระกูล, 2534) ได้อธิบายพัฒนาการที่นำมาสู่พฤติกรรม การสูบบุหรี่ของบุคคลเชิงจิตวิทยาสังคม มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคลเชิงจิตวิทยาสังคม มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาก่อนการสูบบุหรี่ ได้แก่ เจตคติ ทางบวกต่อการสูบบุหรี่ การดูตัวแบบจากบุคคลรอบข้าง การดูแบบอย่างเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคล มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามตัวแบบที่เห็น บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่มีบทบาทในสังคม เช่น พ่อ แม่ ครู ดารา และผู้นำสังคม ฯลฯ

ขั้นตอนที่ 2 การเริ่มสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม ที่นำไปสู่การทดลอง สูบ เช่น ความกดดันและแรงเสริมจากกลุ่มเพื่อน การหาซื้อได้ง่าย ความอยากรู้ อยากทดลอง การเข้าร่วมพิธีกรรมต่าง ๆ และความเชื่อของชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 นิสัยการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมและปัจจัยทางด้าน ร่างกายที่นำไปสู่นิสัยการสูบบุหรี่ ได้แก่ ความต้องการนิโคตินของร่างกาย ความต้องการทางด้าน อารมณ์ สิ่งแวดล้อม แรงเสริมจากเพื่อน และสังคมในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การหยุดสูบบุหรี่ มีปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมและปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่ชี้แนะให้พยายามหยุดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่แรงสนับสนุนจาก สังคม รวมทั้งการบังคับจิตใจของตนเองให้เลิกสูบบุหรี่

ขั้นตอนที่ 5 การสูบบุหรี่ต่อไปเป็นปัจจัยทางด้านสังคม และปัจจัยทางด้านร่างกาย ที่ทำให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อไปหลังจากที่มีพฤติกรรมการหยุดสูบในขั้นตอนที่ 4 หรืออาจจะข้าม ขั้นตอนที่ 4 เลยก็ได้ ได้แก่ อาการถอนฤทธิ์ยาจากนิโคติน ความเครียด ความกดดันทางสังคม และ การควบคุมบังคับตนเองไม่ได้ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 - 5 ใช้เวลารวมประมาณ 2 - 3 ปี คนเราจะมี พฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างถาวร

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ ชาวปกากะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก เพื่อสำรวจสถานการณ์ และระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ วัฒนธรรม ประเพณี และสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาว ปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนให้หน่วยงานสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนกลยุทธ์พัฒนาการดูแลสุขภาพและ การวางแผนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ของ ชาวปกากะญอ หรือชนเผ่าอื่น ๆ ได้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่มีมนุษย์ได้มาหลังจากมีการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ สถานที่ สิ่งของหรือบุคคล ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งจำเป็นที่ได้สะสมรายละเอียดของเรื่องราวต่าง ๆ ไว้ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่เรียกว่า เอาสิ่งที่จำได้ออกมาปรากฏให้สังเกตได้และวัดได้ ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง (Fact) หรือความคิด (Idea) การหยั่งรู้ หยั่งเห็น (Insights) หรือความสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปอย่างถูกต้องนั้นองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้พฤติกรรมปฏิบัติปรากฏขึ้น ก็คือ องค์ประกอบด้านความรู้เนื่องจากการที่บุคคลมีความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดีและถูกต้องย่อมมีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรม หรือสามารถนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเช่นกัน ดังนั้นจึงนับได้ว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลเป็นอันมาก (เกษม วัฒนชัย, 2544)

บลูม (Bloom, 1971) ได้กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการระลึกเรื่องราวเฉพาะหรือทั่วไปออกมาได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ความรู้ขึ้นอยู่กับบุคคลได้รับรู้และจดจำเอาไว้อย่างไรก็จะระลึกเรื่องราวนั้นออกมาตามลักษณะนั้น นอกจากนี้ บลูมและคณะได้จำแนกพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะด้านสติปัญญา เพื่อประกอบการตัดสินใจ ประกอบด้วย ความสามารถในด้านต่าง ๆ จากระดับที่ง่ายไป ระดับที่มีความสลับซับซ้อนจำแนกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว ดังนี้

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับเนื้อเรื่อง
- 1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีดำเนินการ
- 1.3 ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างและหลักการ

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะและความสามารถทางสติปัญญา ระดับแรกรู้ว่าผู้อื่นสื่อสารมาอย่างไรและสามารถที่จะนำเอาข้อมูลหรือปัจจัยที่ได้รับมาใช้ให้เป็นประโยชน์

3. การนำไปประยุกต์ (Application) คือ ความสามารถที่จะนำความเข้าใจจากหลักสูตรกฎเกณฑ์ และวิธีการดำเนินการต่าง ๆ ของเรื่องนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิม

4. การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นหลักการผสมผสาน ระหว่างส่วนที่ประกอบขึ้นเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่จะนำองค์ประกอบหรือส่วนต่าง ๆ เข้ามาเป็นหมวดหมู่ เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งเหล่านั้นขึ้นมา

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งของหรือวิธีการทั้งในเชิงปริมาณและทางเชิงคุณภาพ ซึ่งต้องมีเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นมาตรฐานในการประเมิน โดยที่เกณฑ์ในการพิจารณาตัดสิน อาจกำหนดขึ้นเอง หรือผู้อื่นกำหนดแบ่งเป็น 2 ระดับคือ

6.1 การตัดสินใจโดยใช้เกณฑ์ภายในเหตุการณ์

6.2 การตัดสินใจโดยใช้เกณฑ์ภายนอก

การวัดความรู้ เป็นการวัดประสิทธิภาพทางสมอง ด้านการระลึกออกของความจำนั้นเอง เป็นการวัดเกี่ยวกับเรื่องราวที่เคยประสบมา หรือเคยรู้ เคยเห็นและทำมาก่อนทั้งสิ้น การวัดความรู้ ความจำสามารถสร้างคำถามวัดสมรรถภาพด้านนี้ได้หลายทักษะด้วยกัน ลักษณะคำถามก็แตกต่างกันออกไปตามชนิดของความรู้ ความจำ แต่ก็มีลักษณะรวมกันอย่างหนึ่ง คือ เป็นคำที่ระลึกถึงประสบการณ์ ที่ผ่านมาที่จำไว้ก่อนแล้ว ไม่ว่าจะอยู่ในรูปของคำศัพท์ นิยาม ระเบียบแบบแผนหรือหลักทฤษฎีต่าง ๆ บลูม (Bloom, 1971)

ดังนั้น ความรู้จึงหมายถึง การที่บุคคลได้รับการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากตำรา จากสิ่งที่ได้รับการบอกกล่าว จนเกิดเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง และรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคล จากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ หรือจากการค้นคว้าผสมผสานกับประสบการณ์ที่ได้รับแล้วนำไปเชื่อมโยง สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างสมเหตุสมผล และเกิดประโยชน์นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับในการศึกษานี้ หมายถึง ความจำ ความรู้รอบตัว และความเข้าใจเกี่ยวกับอันตราย โทษของบุหรี่ และส่วนประกอบของบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดมีความเหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณสมบัติซึ่งแตกต่างกันไป ในที่นี้จะกล่าวถึงเครื่องมือวัดความรู้ที่นิยมใช้กันมาก คือ

แบบสอบถาม (Test) ซึ่งจะกล่าวถึงประเภทแบบสอบถามที่แบ่งลักษณะการตอบได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. แบบทดสอบปฏิบัติ เป็นแบบทดสอบด้วยการลงมือปฏิบัติกระทำจริง ๆ เช่น การแสดงละคร งานฝีมือ การพิมพ์ดีด เป็นต้น

2. แบบทดสอบการเขียนตอบ เป็นแบบทดสอบที่ใช้กันทั่วไป ซึ่งใช้กระดาษดินสอปากกา เป็นอุปกรณ์ช่วยตอบ ผู้ตอบต้องเขียนตอบทั้งหมด

3. แบบทดสอบแบบปากเปล่า เป็นการทดสอบที่ผู้ตอบพูดแทนการเขียนมักเป็นการพูดคุยระหว่างผู้ถามกับผู้ตอบ เช่น การสัมภาษณ์

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ

มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า Aptus แปลว่า โน้มเอียง ซึ่งนักวิชาการแต่ละท่านได้ให้ความหมายของทัศนคติ ไว้อย่างแตกต่างกันตามทรรศนะของตน ดังนี้

ความหมายของทัศนคติ นักวิชาการหลายท่านใช้คำว่า เจตคติแทนคำว่าทัศนคติซึ่งเป็นคำเดียวกัน แปลมาจากคำว่า Attitude ในภาษาอังกฤษ โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

สร้อยตระกูล (ตวยานนท์) อรรถมานะ (2550) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือ ผลผสมผสานระหว่างความนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด คนใดคนหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ๆ ซึ่งออกมาในทางประเมินค่าอันอาจเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้น

ราชบัณฑิตยสถาน (2545) ได้ให้ความหมายว่า ทัศนคติ หมายถึง แนวความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีส สุวรรณ (2536) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ความเชื่อถือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออก ที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง ความโน้มเอียงในการประเมินค่าสิ่งต่าง ๆ หรือสัญลักษณ์ของสิ่งนั้นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง การประเมินจะเป็นความรู้สึกที่สามารถบอกได้ว่าชอบ หรือ ไม่ชอบ เห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย และโน้มเอียงที่จะประพฤติ

จิตยา สุวรรณะชญ (2543) ได้กล่าวถึงลักษณะสำคัญ 4 ประการของทัศนคติ ดังนี้

1. ทัศนคติ เป็นสภาวะก่อนที่จะมีพฤติกรรมโต้ตอบ (Predisposition to respond) ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะหรือจะเรียกว่า เป็นลักษณะพร้อมที่จะมีพฤติกรรมจริง

2. ทัศนคติ จะมีความคงตัวอยู่ในช่วงระยะเวลา (Persistent over time) แต่ไม่ได้หมายความว่า จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง

3. ทัศนคติ เป็นตัวแปรแฝงที่นำไปสู่ความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมกับความรู้สึกนึกคิด ไม่ว่าจะเป็นรูปของการแสดงออกโดยวาจา หรือ การแสดงความรู้สึกตลอดจนการที่จะต้องเผชิญหรือหลีกเลี่ยงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

4. ทัศนคติ มีคุณสมบัติของแรงจูงใจ ในอันที่จะทำให้บุคคลประเมินและเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งหมายความว่าไปถึงการกำหนดทิศทางของพฤติกรรมจริงด้วย เช่น ชอบหรือไม่ชอบ ทำหรือไม่ทำดีหรือไม่ดี เหมาะสมหรือไม่ เป็นต้น ซึ่งสภาพความพร้อมนี้เกิดจากกระบวนการตัดสินใจโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาประกอบ

สรุปได้ว่า ทักษะคติ หมายถึง สภาวะของความพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็น และมีแนวโน้มจะแสดงออกทางด้านพฤติกรรมหากมีสิ่งเร้ามากระตุ้น สามารถบอก ระดับความมากน้อยได้ เช่น ชอบ/ไม่ชอบ ทำ/ไม่ทำ ดี/ไม่ดี เหมาะสมหรือไม่ เป็นต้น ซึ่งสภาพ ความพร้อมนี้เกิดจากกระบวนการตัดสินใจ โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาประกอบ

องค์ประกอบของทักษะคติ จากความหมายต่าง ๆ ข้างต้น มีนักวิชาการและผู้สนใจในด้านนี้เห็นพ้องกันว่า โดยทั่วไปส่วนประกอบของทักษะคติแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ส่วนของสติและเหตุผล (Cognitive component) ซึ่ง Krutch Crutchfield and Krech, Crutchfield, & Ballachey (1962) กล่าวว่า องค์ประกอบด้านนี้ต้องมีลักษณะมีทิศทาง คือ ทางด้านดีหรือเลว ประโยชน์หรือโทษ จึงไม่ใช่ข้อเท็จจริงตามปกติเท่านั้น อาจกล่าวได้ว่า เนื้อหา สำคัญที่สุดขององค์ประกอบ คือ ความเชื่อเชิงประเมินค่าสิ่งนั้นดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษอย่างไร แต่ในทักษะของ ดวงเดือน แนะนำว่าการวัดองค์ประกอบแรกของทักษะคติอย่างถูกต้องจะต้องวัด ความรู้เชิงประเมินค่า ซึ่งคล้ายคลึงกับการวัดคุณธรรม (Virtues) ถ้าคุณธรรมหมายถึง สิ่งที่สังคมยอมรับ ว่าดีงาม

2. ส่วนของความรู้สึก (Affective component) ซึ่งอารมณ์เป็นลักษณะสำคัญของ ทักษะคติของบุคคลเกี่ยวกับวัตถุทางทักษะคตินั้น ต้องมีลักษณะเป็นทิศทางด้วย ก็คือ ความชอบ ความไม่ชอบพอใจ ไม่พอใจ และองค์ประกอบนี้ควรสอดคล้องกับองค์ประกอบแรกของเขาด้วยและยัง ถือว่าเป็นองค์ประกอบแรกที่สำคัญของทักษะคติอีกด้วย

3. ส่วนของพฤติกรรมหรือความพร้อมที่จะแสดงออก (Behavioral component) เนื่องจากทักษะคติเป็นลักษณะทางจิตใจ ต้องศึกษาแยกจากพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ฉะนั้นจึงเป็นรายงาน เกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการวัดปริมาณของพฤติกรรมโดยตรงไม่ได้ แต่เป็นลักษณะทางจิตใจที่เกี่ยวกับ พฤติกรรม ซึ่งเดิม คือ ความโน้มแน้วที่จะกระทำ (Action tendency)

หน้าที่ของทักษะคติ หน้าที่ที่สำคัญต่าง ๆ ของทักษะคติ โดยถ้าพิจารณาจาก พื้นฐานของ การสนใจแล้วอาจจำแนกได้เป็นดังนี้ (สร้อยตระกูล (ดิวนานท์) อรรถมานะ, 2550)

1. หน้าที่ในการเป็นเครื่องมือ ปรับเปลี่ยน หรือใช้ประโยชน์ (Instrumental, Adjustive or Utilitarian function) เกิดจากการตระหนักในข้อเท็จจริงที่บุคคลพยายามจะได้มาซึ่ง รางวัลให้มากที่สุด พยายามลดการถูกลงโทษให้น้อยที่สุด ดังนั้นทักษะคติทำหน้าที่รับตัวนี้ ก็เพื่อบ่มงูส เป้าหมาย ซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจ

2. หน้าที่ในการป้องกันตัวเอง (Ego-defense function) หน้าที่ของทักษะคติอีก ประการหนึ่ง คือ การช่วยป้องกันบุคคลจากความรู้เกี่ยวกับตัวเองซึ่งทำให้เขาเกิดความไม่สบายใจ หรือ ป้องกันเขาจากความเป็นจริง ในสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นความจริงที่ทำให้เขาไม่สบายใจ ทั้งนี้ รวมถึง การที่บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะยอมรับว่าตัวเองเป็นคนอย่างไร เพราะถ้ายอมรับแล้วจะเกิดความวิตกกังวล

จึงหลีกเลี่ยงที่จะยอมรับว่ามีอันตรายจากภายนอก จะมากระทบกระเทือนเขาด้วยเพราะการเชื่อว่ามีอันตรายเกี่ยวกับสิ่งเร้าภายนอก เกี่ยวกับเรื่องนั้นจริง จะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล

3. หน้าที่ในการแสดงค่านิยมของตน (Value-expressive function) บุคคลอาจสร้างความพอใจขึ้นมาได้โดยการได้แสดงทัศนคติของตนให้ประจักษ์แก่ผู้อื่น ซึ่งทัศนคติ จะเหมาะสมและสอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัวของเขาและเหมาะสมเกี่ยวกับของเขาด้วย

4. หน้าที่ให้ความรู้ (Knowledge function) บุคคลทั้งหลายมิใช่ปรารถนาเพียงความเชื่อเพื่อมาสนองความต้องการของตนเท่านั้น บุคคลยังพยายามแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เพื่อที่จะได้เข้าใจประสบการณ์ที่ผ่านมาของเขา หรือเข้าใจโลกของเขานั้นเอง ดังนั้นทัศนคติ จะช่วยให้ความต้องการของบุคคลบรรลุผล เพราะทัศนคติทำให้บุคคลเข้าใจสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเขา

การเกิดของทัศนคติ อาจกล่าวได้ว่า ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ย่อมมีประสบการณ์อันเป็นสิ่งเสริมสร้างทัศนคติให้ต่างกันไป เนื่องจากสังคมเป็นสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล ทั้งในทางตรงและทางอ้อมเช่น ได้รับอิทธิพลจาก ครอบครัว โรงเรียน เพื่อนฝูง กลุ่มต่าง ๆ ในสังคม สื่อมวลชน เป็นต้น

1. อิทธิพลจากพ่อแม่เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลสูงต่อเด็กโดยเฉพาะ ก่อนเด็กเข้าโรงเรียน เด็กจะพัฒนาค่านิยม (Value) ความเชื่อ (Belief) ความรู้สึกนึกคิดขึ้นมาในกรอบของครอบครัวก่อน ซึ่งมีพ่อแม่เป็นหลัก ได้มีการวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าบิดาและมารดามีบทบาทต่างกันในการส่งเสริมให้เด็กมีทัศนคติที่ดี มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง นอกจากนั้นการเลี้ยงดูบุตรแบบประชาธิปไตยมากกว่าเผด็จการจะให้ผลดี (จิตติ บุคตาน้อย, สุทิน ชนะบุญ, และเบญญาภา กาลเข้ว่า, 2562)

2. อิทธิพลจากกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มโรงเรียน คือ ครูและเพื่อนมีอิทธิพลมากต่อการสร้างทัศนคติให้กับเด็ก ครูและโรงเรียนอาจวางระเบียบกฎเกณฑ์ให้นักเรียนปฏิบัติตาม หนังสือที่ใช้ในการเรียนการสอนก็สามารถสร้างพัฒนาการทางทัศนคติ ถ้านักเรียนได้ครูที่ดีเป็นแบบอย่าง การพัฒนาทัศนคติก็จะนำไปในทางดี การอบรมสั่งสอนไม่เกิดผลถ้าผู้อบรมไม่ปฏิบัติให้เป็นแบบอย่าง กลุ่มเพื่อนนักเรียนนับว่ามีอิทธิพลมากต่อการพัฒนาทัศนคติของเด็กโดยเฉพาะระยะวัยรุ่นนอกจากนั้น แรงกดดันภายนอกให้คนคล้อยตาม ก็มีอิทธิพลสูง เช่น วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม และบรรทัดฐานทางสังคมเป็นสิ่งที่กำกับทัศนคติของคนในขณะเป็นเด็กและเป็นผู้ใหญ่

3. อิทธิพลจากประสบการณ์ส่วนตัว นักจิตวิทยาสกุลจิตวิเคราะห์ เน้นว่าประสบการณ์ในวัยเด็กมีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคคลรวมทั้งการพัฒนาทัศนคติ ประสบการณ์ที่รุนแรงหรือได้รับความกระทบกระเทือนใจของบุคคลเป็นสิ่งที่ฝังแน่นในจิตใจของบุคคล เช่น ผู้หญิงที่ถูกข่มขืน อาจพัฒนาทัศนคติในทางลบต่อผู้ชายไปตลอดชีวิต เป็นต้น

4. อิทธิพลจากสื่อมวลชน รวมถึง วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ หนังสือพิมพ์ และนิตยสารต่าง ๆ และการโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่จะพยายามเปลี่ยนทัศนคติของคนให้หันไปนิยมใช้สิ่งที่คุณทำโฆษณาต้องการขาย อิทธิพลของสื่อมวลชนอาจเรียกได้ว่ามีมากที่สุด ในเรื่องที่คุณส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคยมาก่อน เพราะการเสนอข้อมูลให้มวลชนจะเป็นแหล่งแรกที่มวลชนได้รับสารเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ

การวัดทัศนคติ

กรณีศึกษา เรื่องเดช ขาวสวนศรีเจริญ, กรกช เพทาย, ปัจฉัย คำทิพย์, ปิยะเสริญ พิษิตวงศ์, และฐิติมา ล้ายอง (2560) กล่าวว่า การวัดทัศนคติมีหลักการเบื้องต้นสำคัญ ๆ ที่จะต้องทำความเข้าใจ 3 ประการ ได้แก่

1. เนื้อหา (Content) การวัดทัศนคติต้องมีส่วนเร้าไปกระตุ้น ให้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นและความเชื่อถือออกมา สิ่งเร้าโดยทั่วไปได้แก่ เนื้อหาที่ต้องวัด เช่น ต้องการวัดทัศนคติต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตครอบครัวของบุคคล เนื้อหาที่เป็นสิ่งเร้าในที่นี้ คือ สถานการณ์การตัดสินใจเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว ได้แก่ การเห็นตัวอย่างการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ครอบครัวสูบบุหรี่ทุกคน หรือครอบครัวเป็นแหล่งผลิตยาสูบ เป็นต้น

2. ทิศทาง (Direction) การวัดทัศนคติโดยทั่วไปกำหนดให้ทัศนคติมีทิศทางเป็นเส้นตรงและต่อเนื่องกันในลักษณะซ้าย - ขวา หรือบวกกับลบ กล่าวคือ เริ่มจากเห็นด้วยอย่างยิ่ง และลดความเห็นลงเรื่อย ๆ จนมีความรู้สึกเฉย ๆ และลดต่อไปเป็น ไม่เห็นด้วย จน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ลักษณะของการเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอยู่เป็นเส้นตรงเดียวกันและต่อเนื่องกัน

3. ความเข้ม (Intensity) ความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งเร้านั้นมีปริมาณมากน้อยแตกต่างกันมีความเข้มสูงไม่ว่าจะเป็นทิศทางใดก็ตามจะต้องมีความรู้สึกรุนแรงมากกว่าที่มีความเข้มเป็นกลาง

นอกจากนี้ บุญชม ศรีสะอาด (2545) ยังกล่าวว่า วิธีการวัดทัศนคติมีลักษณะสำคัญ

4 ประการ คือ

1. มีระดับความเข้มข้นให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความคิดเห็นเหตุผลสภาพความเป็นจริง ตั้งแต่ 3 ระดับขึ้นไป

2. ระดับที่ให้เลือกอาจเป็นชนิดที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบในข้อเดียวกัน หรือมีเฉพาะด้านบวก หรือมีเฉพาะด้านลบ โดยที่อีกด้านหนึ่งจะเป็นศูนย์หรือระดับน้อยมาก

3. บางข้อมีลักษณะเชิงนิมมาน (Positive scale) บางข้อมีลักษณะเชิงนิเสธ (Negative scale)

4. สามารถแปลผลการตอบเป็นคะแนนได้

มาตรวัดทัศนคตินี้มีนักวิชาการหลายท่านคิดค้นขึ้นมาให้เหมาะสมกับการวัด แต่ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะมาตรวัดที่เป็นรากฐานและนิยมใช้กัน ดังนี้

1. สเกลจัดอันดับ (Rating scale) วิธีการง่ายที่สุดในการจัดอันดับบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ก็คือ การให้บุคคลนั้นจัดอันดับตัวเองว่าจะเป็นอย่างใด การวัดทัศนคติวิธีนี้เป็นวิธีที่ง่ายมากต่อการสร้างและการใช้ โดยเฉพาะในหมู่ผู้ที่ตอบสามารถตอบได้และกล้าแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ มิฉะนั้นแล้วคำตอบส่วนใหญ่จะกองในจุดกลาง เพราะคนทั่วไปไม่นิยมแสดงออกซึ่งความรุนแรง

2. Likert 's scale เป็นวิธีที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายมากที่สุด เพราะง่ายต่อการวัดไม่มีกระบวนการอะไรมากมาย การวัดทัศนคติแบบลิเคิร์ต เริ่มด้วยการรวบรวมหรือเรียบเรียงข้อความที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ ที่ต้องการจะศึกษาข้อความแต่ละข้อความจะมีทางเลือกตอบได้ 5 ทาง คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. บรรทัดฐานของสังคม (Norm)

ความหมาย

บรรทัดฐาน คือ ระเบียบหรือแบบแผนแห่งพฤติกรรมซึ่งเกิดจากการปฏิบัติตามนิยมของสังคมนั้น

บรรทัดฐาน หมายถึง ระเบียบ กฎเกณฑ์ แบบพฤติกรรม หรือคตินิยมที่สังคมวางได้เพื่อกำหนดแนวทางสำหรับบุคคลยึดถือปฏิบัติในสถานการณ์ต่าง ๆ การที่สมาชิกในสังคมมีการติดต่อสัมพันธ์กันราบรื่น ก็เพราะแต่ละฝ่ายต่างปฏิบัติตามบรรทัดฐานที่ทุกคนมีความเข้าใจร่วมกัน ทำให้เกิดความแน่นอนและความเป็นระเบียบในชีวิตสังคม (ประเสริฐ แยมกลีนฟูง, 2540)

บรรทัดฐาน คือ ตัวกำหนด พฤติกรรมหรือกริยา (Action) ในชีวิตประจำวันของคนในสังคม หมายความว่า บรรทัดฐานจำเป็นต้องแสดงมาตรฐานหรือบ่งบอกมาเลยว่าในสถานการณ์หรือเหตุการณ์เฉพาะอย่างยิ่งในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลนั้น เขาควรจะทำอะไรหรือ มีกริยาอาการเช่นใดบ้าง (ไพฑูรย์ เครือแก้ว, 2513)

ความสำคัญของบรรทัดฐาน

บรรทัดฐานมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมช่วยทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมของบุคคลให้เป็นไปตามที่สังคมปรารถนา ทำให้เกิดแบบแผนอันดีงาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยกำกับมนุษย์ในสังคมหนึ่งสามารถประพฤติได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องโดยไม่ต้องเสียเวลาไตร่ตรองนึกคิดว่าเป็นสถานการณ์เช่นนั้น ตนควรจะทำอะไรหรือทำอย่างไร

ที่มาของบรรทัดฐาน

บรรทัดฐานเกิดขึ้นจากการที่มนุษย์ในสังคมหนึ่ง ๆ ปฏิบัติหรือตั้งเฝ้าการปฏิบัติตามคตินิยมของสังคมนั้น ๆ จนกลายเป็นระเบียบแบบแผนหรือประเพณีนิยม คตินิยม มักมีรากฐานสำคัญมาจากลัทธิความเชื่อในทางศาสนา ตัวอย่างเช่น สังคมหนึ่งอาจมีประเพณีฆ่าแพะบูชาพระเจ้า ทำให้เกิดบรรทัดฐานดังกล่าวขึ้น นอกจากนั้น ค่านิยมก็เป็นรากฐานสำคัญอันเป็นที่มาของบรรทัดฐาน เช่น

สังคมไทยมีค่านิยมทางยกย่องเคารพนับถือผู้ใหญ่ ก็ทำให้เกิดการนับถือผู้ใหญ่ และการที่มนุษย์ปฏิบัติตามบรรทัดฐานก็เพราะมนุษย์ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้มีชีวิตอยู่ในสังคมนั้น

ประเภทของบรรทัดฐาน

การจำแนกประเภทของบรรทัดฐานทางสังคมวิทยานั้น แยกเป็น 3 ประเภท คือ

1. วิถีประชา (Folkways)
2. วินัยแห่งจรรยา (Mores)
3. กฎหมาย (Laws)

1. วิถีประชา (Folkways)

เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ ไม่ค่อยมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์มากนัก มักเป็นเรื่องเกี่ยวกับการที่มนุษย์ในสังคมหนึ่ง ๆ ได้ปฏิบัติกันทุกวี่ทุกวัน จนกลายเป็นความเคยชินและเป็นขนบธรรมเนียมประเพณี หากบุคคลใดละเมิดฝ่าฝืนก็ไม่ได้รับโทษรุนแรงแต่ประการใด เพียงแต่ได้รับคำติฉินนินทาว่าประพฤติปฏิบัติในทางไม่ชอบไม่ควรเท่านั้น เช่น มารยาทในการ รับประทานอาหารบนโต๊ะ การแต่งกายไปในโอกาสต่าง ๆ โดยเหมาะสม หรือพูดภาษาที่สุภาพ ซึ่งบุคคลในสังคมนั้นนิยมใช้กัน

วิถีประชาแบ่งออกเป็นประเภทได้ดังนี้

1. สมัยนิยม (Fashion) เป็นวิถีประชาซึ่งแสดงออกถึงความนิยมของหมู่ชนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง “สมัยนิยม” อาจเกิดขึ้นแพร่หลายไปอย่างรวดเร็วและเมื่อถึงจุด ๆ หนึ่งก็จะเสื่อมความนิยมลงไป เช่น สมัยนิยมของการแต่งกาย
2. ความนิยมชั่วครู่ (Fad) เป็นแบบของพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งมีลักษณะผิวเผิน คือไม่จริงจังอะไรนัก เพราะฉะนั้น “ความนิยมชั่วครู่” จึงเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ ความเป็นที่นิยมเพียงชั่วครู่ชั่วยามแล้วก็สาบสูญไป เช่น สมัยหนึ่งนิยมพูดว่า “ไม่สน” “อย่าให้เซด” หรือ “เพลย์ฮาร์ด” เป็นต้น
3. ความคลั่งไคล้ (Craze) เป็นเรื่องของความไม่มีเหตุผล อธิบายได้ว่า เมื่อ “ความคลั่งไคล้” เข้าครอบงำสิ่งผู้ใดแล้ว ผู้นั้นมักประพฤติปฏิบัติไปในทำนอง โง่เขลาปัญญา กล่าวคือ จะหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องที่ตนคลั่งไคล้จนไม่มีกะจิตกะใจที่จะทำอะไรอื่น เช่น คลั่งไคล้เรื่องโป่งข่ามหรือเรื่องวุ่นต่าง ๆ จะใช้เวลาทั้งหมดเสาะแสวงหาโป่งข่ามหรือวุ่น พบใครคุยกับใครมักจะพูดแต่เรื่องที่ตนคลั่งไคล้
4. งานพิธี (Ceremony) เป็นเรื่องที่แสดงออกซึ่งเกียรติหรือความมีหน้ามีตา (ซึ่งใครจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติก็ได้) เช่น งานฉลองวันเกิด พิธีฉลองวันแต่งงาน เป็นต้น
5. พิธีการ (Rites or Rituals) เป็นแบบเรื่องของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องเท่านั้นและมักจะระบุซึ่งวิธีการนั้นไว้ด้วย เช่น พิธีจรดพระนังคัลแรกนาขวัญ หรือ พิธีต้อนรับน้องใหม่ เป็นต้น

พิธีการดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการสร้างความศักดิ์สิทธิ์หรือเพิ่มกำลังภายในให้แก่พิธีการนั้น ๆ เป็นอย่างดี

6. มรรยาททางสังคม (Etiquette) เป็นเรื่องของการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับกาลเทศะในการสมาคม เช่น มรรยาทในการรับประทานอาหารหรือการกล่าวคำขอบคุณเมื่อได้รับสิ่งของหรือความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเหล่านี้ เป็นต้น

2. วินัยจรรยาหรือกฎศีลธรรม (Mores)

เป็นแบบแผนความประพฤติ ที่ถือว่ามีความสำคัญกว่าวิธีประชา เพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับสวัสดิภาพหรือความดี ความชั่ว ซึ่งผู้ไม่ปฏิบัติตามจะได้รับปฏิกิริยาโต้ตอบจากสมาชิกของสังคมอย่างรุนแรงกว่าวิธีประชา ขอยกตัวอย่างเช่น คนไทยมีกฎศีลธรรมไม่บริโภคนื้อสุนัขและนื้อแมว เพราะถือว่าเป็นสัตว์เลื้อยในบ้าน หากทราบว่า บุคคลใดบริโภคนื้อสุนัขและนื้อแมว จะไม่มีใครอยากคบค้าสมาคมด้วย โดยเกรงว่าผู้นั้นมีจิตใจขาดศีลธรรมและเหี้ยมโหด จึงได้บริโภคนื้อสุนัขและนื้อแมว

3. กฎหมาย (Laws)

เนื่องจากสังคมมนุษย์มีแนวโน้มไปในเชิงซ้อน จึงเกิดปัญหาข้อโต้แย้งเกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมของมนุษย์ จึงเป็นหน้าที่ของสังคมที่จะต้องตราบทบัญญัติและกฎหมายที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อควบคุมสังคมให้มีความสงบเรียบร้อย ตลอดจนจัดเจ้าหน้าที่คอยควบคุมตรวจสอบตราจับกุมผู้ละเมิดฝ่าฝืนมาลงโทษตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

ฉะนั้น กฎหมายจึงเป็นเรื่องของบ้านเมืองหรือรัฐบาล มิใช่เป็นเรื่องระหว่างปัจเจกชนต่อปัจเจกชน อนึ่งกฎหมายที่ออกใช้บังคับแล้ว อาจถูกเปลี่ยนแปลง แก้ไขหรือยกเลิกและมีการออกใช้บังคับใหม่อยู่เสมอ ตามความเหมาะสมและจำเป็น

กฎหมายมักมีรากฐานมาจากวิธีประชาหรือวินัยแห่งจรรยา เพราะฉะนั้น กฎหมายที่ดีจึงควรสอดคล้องหรือไม่ขัดกับวิธีประชาและวินัยแห่งจรรยา

การบังคับใช้ (Sanction)

การบังคับใช้บรรทัดฐานในสังคมนั้น ก็โดยมีวัตถุประสงค์จะให้นำมาซึ่งการปฏิบัติตามความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันและการสืบทอดเนื่องของกลุ่ม การบังคับใช้นั้นกระทำได้ 2 วิธี คือ

1. การให้ปูนบำเหน็จ (Reward) เช่น การยกย่องชมเชยและการให้ เหรียญตรา เป็นต้น
2. การลงโทษ (Punishment) คือ มีการกำหนดโทษทัณฑ์แก่ผู้ฝ่าฝืนหรือละเมิดบรรทัดฐาน ซึ่งมีตั้งแต่การขูขิบนินทา การปรับ การจองจำ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับ ความผิดอันเกิดจากการละเมิดหรือฝ่าฝืน ซึ่งกำหนดไว้ในวิธีประชา วินัยแห่งจรรยา หรือกฎหมายของสังคมนั้น ๆ

อนึ่งในกลุ่มปฐมภูมินั้น การลงโทษมักเป็นแบบอรูปนัย (Informal) เช่น การขูขบิบ นินทาหรือการไม่คบค้าสมาคมด้วย ส่วนกลุ่มทุติยภูมินั้น การลงโทษมักเป็นในแบบรูปนัย (Formal) คือ เป็นไปตามกฎหมายบ้านเมือง

การขัดกันของบรรทัดฐาน

ในบางสถานการณ์อาจเกิดการขัดกันของบรรทัดฐาน (Norm-conflict) กล่าวคือ บุคคล จะต้องเลือกปฏิบัติตามบรรทัดฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ขอยกตัวอย่างเช่น นาง ค. เป็นแม่ของลูก 4 คน นาง ค. มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามบรรทัดฐานบางอย่าง เช่น ต้องเคารพในกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สินของผู้อื่น (คือ ต้องไม่ขโมยสิ่งของของผู้อื่น) ในขณะเดียวกัน นาง ค. มีหน้าที่ปฏิบัติตามบรรทัดฐานของแม่ที่ พึงมีต่อลูกตน จึงต้องเลี้ยงดูลูก ๆ แต่เพราะความยากจน นาง ค. จำต้องขโมยทรัพย์สินของบุคคลอื่น เพื่อนำมาเลี้ยงดูลูกของตน เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป คือ บรรทัดฐานของชาวปกากะญอในงานวิจัยฉบับนี้ คือ ความเชื่อ เกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมของชาวปกากะญอปฏิบัติหรือดเว้นการปฏิบัติตามคตินิยมของสังคม นั้น ๆ จนกลายเป็นระเบียบแบบแผนหรือประเพณีนิยม คตินิยม มักมีรากฐานสำคัญมาจากลัทธิ ความเชื่อถือในทางศาสนา เช่น การแต่งกาย ภาษา วัฒนธรรม ศาสนา ศิลปกรรม กฎหมาย คุณธรรม ความเชื่อ ประเพณี การสืบทอด ฯลฯ เมื่อชาวปกากะญอ ได้ทำพฤติกรรมนั้น ก็มีแนวโน้มที่จะ คล้อยตามและทำตามสิ่งนั้นด้วย

ชาวกะเหรี่ยงหรือชาวปกากะญอ

กะเหรี่ยง หรือปกากะญอ เป็นชาวเขาที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มชาวเขาในประเทศไทย จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์เชื่อกันว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นชนกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ประเทศไทยมานานหลายร้อยปี ดังปรากฏในตำนานหลาย ๆ เรื่องที่กล่าวถึงชนพื้นเมืองดั้งเดิม ทั้งลัวะและยางหรือกะเหรี่ยงในภาคเหนือ ชาวกะเหรี่ยงเป็นกลุ่มคนที่รักความสงบ ผูกพันกับ ธรรมชาติและไม่ชอบการต่อสู้หรือความรุนแรง ในอดีตชาวกะเหรี่ยงจึงมักหลีกเลี่ยงที่จะไม่ข้อง เกี่ยวกับคนภายนอกชุมชนของตนและมักตั้งหมู่บ้านอยู่ห่างไกลชุมชนอื่น (พอล และอีเลน ลูวิส, 2528)

ชาวกะเหรี่ยงพูดภาษาตระกูลจีน-ทิเบต ภาษากะเหรี่ยงที่ใช้มากในประเทศไทย คือ ภาษา กะเหรี่ยงโปว์และภาษากะเหรี่ยงสะกอซึ่งแม้จะเป็นกะเหรี่ยงเหมือนกันแต่ไม่สามารถเข้าใจกันได้ ทั้งหมด เพราะทั้งสองภาษามีความแตกต่างกันในเรื่องระบบเสียงและคำศัพท์ค่อนข้างมาก นักภาษาศาสตร์จึงจัดเป็นคนละภาษา ชาวกะเหรี่ยงแบ่งตามภาษาที่พูดเป็นสี่กลุ่มใหญ่ (สำนักงาน เลขาธิการคณะกรรมการการปฏิบัติการจิตวิทยาแห่งชาติ, 2518) คือ 1) กะเหรี่ยงโปว์ 2) กะเหรี่ยง สะกอ 3) กะเหรี่ยงบเว เรียกตัวเองว่าคยา หรือ ยางแดง 4) กะเหรี่ยงพะโอ หรือตองสู่ (สถาบันวิจัย ชาวเขา, 2541)

ประวัติการตั้งถิ่นฐานของชาวกะเหรี่ยง

ข้อสันนิษฐานว่าชาวกะเหรี่ยงเดิมอาศัยอยู่ทางตะวันออกของทิเบต ได้อพยพเข้าไปตั้งอาณาจักรในประเทศจีนเมื่อ 733 ปีก่อนพุทธกาล จีนเรียกพวกนี้ว่าชนชาติโจว เมื่อถูกจีนรุกรานจึงอพยพมาอยู่บริเวณลุ่มแม่น้ำแยงซี ยูนนาน แล้วถอยร่นมาอยู่ระหว่างแม่น้ำโขงและแม่น้ำสาละวิน ชาวกะเหรี่ยงอพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานในพม่าก่อนที่จะขยายเข้ามาอยู่ในพื้นที่ ของประเทศไทย โดยตั้งถิ่นฐานอยู่บริเวณภูเขาทางชายแดนตะวันออกของสหภาพพม่าและตะวันตกของประเทศไทย ตั้งแต่เมืองตองยีทางเหนือลงไปทางใต้ถึงตะนาวศรีเกือบถึงคอคอดกระ รัชตะยาและรัฐกะเหรี่ยงมีพื้นที่ครอบคลุมเขตภูเขาทางตะวันออกของเมืองตองยีขยายไปตามลำน้ำสาละวินทางใต้ ระหว่างแม่น้ำสาละวินและแม่น้ำอิระวดีในเขตพะโค พื้นที่สามเหลี่ยม ปากแม่น้ำอิระวดีใกล้กับเมืองพะสิมและเมืองย่างกุ้ง ในประเทศไทยกะเหรี่ยงอาศัยอยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันตกในเขตชายแดนกับพม่า จากที่ตั้งถิ่นฐานของชาวกะเหรี่ยงเป็นพื้นที่แคบยาวจากเหนือลงใต้ทำให้ชาวกะเหรี่ยงที่อยู่ทางตอนเหนือคือ กลุ่มคะยาหรือกะเหรี่ยงแดงและกลุ่มย่อย ๆ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกลุ่มไทและรับอิทธิพลทางวัฒนธรรมของไท ส่วนกะเหรี่ยงที่อยู่ทางใต้ ได้แก่ กะเหรี่ยงโปว์และกะเหรี่ยงสะกอเป็นกลุ่มที่ได้รับอิทธิพลทางวัฒนธรรมของมอญและพม่า (ฉลอง สุนทรวาณิชย์, 2550) ในลุ่มน้ำปิง ปัญหาความไม่สงบและสงครามระหว่างไทยกับพม่าในสมัยพระเจ้า อลองพญาทำให้ชาวกะเหรี่ยงจำนวนมากอพยพจากพม่าเข้ามาสู่รัฐไทใหญ่และล้านนา พระเจ้ากาวิละได้นำเอาชาวกะเหรี่ยงโปว์มาตั้งถิ่นฐานอยู่ที่หางดง ต่อมาเมื่ออพยพตามมามาก เป็นจำนวนมากและได้ย้ายไปตั้งถิ่นฐานอยู่ในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน เช่น บ้านแม่ละมู ที่อำเภอแม่สะเรียง เป็นต้น

ชาวกะเหรี่ยงที่อพยพมาในตอนหลังได้ขอซื้อดินน้ำจากเจ้าผู้ครองนครเชียงใหม่ ส่งส่วยบรรณาการต่าง ๆ ให้เจ้านาย หรือแม้แต่จ่ายค่าเช่าที่ดินให้กับลัวะซึ่งตั้ง ถิ่นฐานอยู่ก่อนแล้ว ในภาคกลางของประเทศไทยมีหลักฐานว่ากะเหรี่ยงอพยพเข้ามาเป็นจำนวนมากตั้งแต่สมัยพระเจ้าอลองพญา เนื่องจากปัญหาสงครามและความขัดแย้งระหว่างพม่ากับมอญ เมื่อมอญเป็นฝ่ายพ่ายแพ้กะเหรี่ยงได้ให้ที่หลบภัยและช่วยเหลือมอญ ทำให้เกรงว่าพม่าจะเข้ามาปราบปรามกะเหรี่ยงด้วย จึงอพยพตามมอญลี้ภัยมาอยู่ในไทย จากสมุดตราขบุรีซึ่งเป็นรายงานของมณฑลตราขบุรีในสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้กล่าวถึงกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอยู่มากมายและได้กล่าวถึงชาวกะเหรี่ยง ซึ่งแสดงให้เห็นชัดเจนว่าได้มีการตั้งหลักแหล่งแน่นอนภายใต้การปกครองของสยามมาตั้งแต่สมัยรัตนโกสินทร์ในเมืองตราขบุรี กาญจนบุรี และเพชรบุรี พวกนี้มาจากเมืองเมกะวะ แขวงเมืองมะละแหม่งทางใต้ของพม่าได้อพยพเข้ามาครั้งแรกประมาณ 100 คน มาตั้งถิ่นฐานอยู่ที่ห้วยของกะเลียวเรียกว่าบ้านทุพอง ต่อมาก็มีการอพยพเพิ่มเติมเรื่อยมา เมื่อมีจำนวนมากขึ้นก็ขอเข้ามาอยู่ภายใต้การปกครองของสยาม จึงได้ตั้งผู้ปกครองเป็นลำดับโดยได้รับพระราชทานเบี้ยหวัดเงินปีเช่นเดียวกับข้าราชการท้องถิ่นอื่น ๆ ผู้นำชาวกะเหรี่ยงได้รับแต่งตั้งเป็นพระยาศรีสุพรรณศิริ เจ้าเมืองสังขละบุรีต้องลงไปถือน้ำพระพิพัฒน์สัตยาที่

กาญจนบุรี 3 ปีครึ่ง โดยจะนำเอาผ้าทอสีชาวสีแดงที่ชาวกะเหรี่ยงทอเอง 20 ผืน แต่ผ้านี้กลับเรียกว่า ผ้าเสมียนละว่า ต้นดอกไม้เงิน 2 ต้น เครื่องยาสมุนไพรและของป่าเป็นเครื่องบรรณาการไปถวายที่ กรุงธน (ฉลอง สุนทราวาณิช, 2550) ชาวกะเหรี่ยงในภาคกลางได้รับอิทธิพลจากพม่าและมอญ ค่อนข้างมาก เช่น การแต่งกาย การเดินรำ เครื่องดนตรีที่ใช้ และประเพณีพิธีกรรมต่าง ๆ แต่ก็ยังมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่เหมือนกันกับชาวกะเหรี่ยงในภาคเหนือ นั่นก็คือ การถือผีสายแม่ที่ทำให้ผู้หญิงมีความสำคัญในการสืบทอดจารีตประเพณี

นอกจากการอพยพโยกย้ายดังกล่าวแล้วชาวกะเหรี่ยงจำนวนมากได้อพยพเข้ามาพึ่งพระบรมโพธิสมภารหลังจากอังกฤษยึดครองพม่าได้แล้ว เนื่องจากชาวกะเหรี่ยงเหล่านั้นไม่ยอมอ่อนน้อมต่ออังกฤษจึงถูกปราบปรามต้องหลบหนีเข้ามาอยู่ในไทย โดยกลุ่มหนึ่งตั้งหลักแหล่งอยู่ทางใต้ มีชุมชนกะเหรี่ยงในจังหวัดกาญจนบุรี ราชบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ อีกกลุ่มหนึ่งไปตั้งถิ่นฐานอยู่ทางตะวันตกของจังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูนและลำปางชาวกะเหรี่ยงที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ในภาคเหนือนี้มีความสัมพันธ์กับเจ้านายผู้ปกครองเมืองต่าง ๆ เป็นอันดี เจ้านายมักจะใช้ชาวกะเหรี่ยงที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ตามภูเขาและป่าลึกในการดูแลป่าไม้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตตะวันตกของเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และแม่สะเรียง ความสัมพันธ์ของเจ้านายและชาวกะเหรี่ยงนั้นอยู่ภายใต้ระบบไพร่ โดยชาวกะเหรี่ยงต้องส่วยของป่า ต้องเสียภาษี ถูกเกณฑ์แรงงานและเสบียงอาหารในกรณีที่เจ้านายเดินทางไปในพื้นที่นั้น ๆ นอกจากนี้การขยายตัวของการทำป่าไม้ในภาคเหนือทำให้มีการว่าจ้างชาวกะเหรี่ยงมาดูแลช้าง ที่ใช้ทำป่าไม้มากขึ้น (Ronald & Renard, 2015) การศึกษาการพรรณนาเรื่องชาติพันธุ์ในงานประวัติศาสตร์พม่าที่เขียนโดยนักบริหารอาณานิคมชาว

อังกฤษ ค.ศ. 1880 - 1950

กะเหรี่ยงแดงในแม่ฮ่องสอนและลำพูน เจ้าโกศลช่วยจ่ายภาษีแทนชาวกะเหรี่ยงแลกเปลี่ยนกับแรงงานในการทำป่าไม้ อาจจะทำเปล่า ๆ หรือจ่ายค่าแรงต่ำ เจ้าโกศลทำหน้าที่เป็น

ผู้อุปถัมภ์ชาวกะเหรี่ยงภายใต้ระบบศักดินา คือ เป็นตัวแทนหรือเป็นปากเสียงให้กับชาวกะเหรี่ยงในเรื่องที่เกี่ยวกับทางราชการ การเมืองและกฎหมาย ในขณะเดียวกันก็เป็นผู้เก็บภาษี 4 บาทให้กับรัฐบาลกลาง ซึ่งในกรณีนี้เจ้าโกศลได้ช่วยต่อรองกับรัฐบาลเพื่อลดภาษีให้กับชาวกะเหรี่ยงที่ยากจนและไม่มีเงินเสียภาษี ชาวกะเหรี่ยงจึงเสียภาษีเพียง 2 บาท เจ้าโกศลเป็นที่เคารพนับถือของชาวกะเหรี่ยงมากจนสามารถชักชวนให้ชาวกะเหรี่ยงไปอยู่ที่ห้วยหละมาช่วยบูรณะปฏิสังขรณ์วัดพระยีนที่ลำพูนได้

ปัจจุบันนี้มีชาวกะเหรี่ยงในประเทศไทยประมาณ 353, 347 คนอยู่กระจัดกระจายตามภาคต่าง ๆ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงที่มีจำนวนมากที่สุดอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ตาก ลำพูน กาญจนบุรี เชียงราย แพร่ อุทัยธานี สุพรรณบุรี สุโขทัย ราชบุรี ลำปางเพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ มีทั้งชาวกะเหรี่ยงที่ตั้งรกรากเป็นชุมชนมานานตั้งแต่ครั้งบรรพบุรุษ กับชาวกะเหรี่ยง

ที่อพยพเข้ามาอยู่ในเมืองไทยตามรอยตะเข็บชายแดนระหว่างไทยกับพม่า ชาวกะเหรี่ยงที่อพยพเข้ามาใหม่มักจะไม่มีที่ทำกินจึงต้องกระจายตัวออกไปรับจ้างทำงานในจังหวัดต่าง ๆ ของภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันตก ทำให้จำนวนประชากรชาวกะเหรี่ยง จริง ๆ ในปัจจุบันนี้ไม่ชัดเจน

การปกครอง

ชนเผ่าปกาเกอะญอมีการจัดระบบการปกครองเป็นหมู่บ้าน หลักสำคัญ คือ เป็นหน่วยอิสระในการประกอบพิธีกรรมของตนเอง หรือหมู่บ้านหนึ่งนั้นมีหัวหน้าฝ่ายชายซึ่งเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมของหมู่บ้านเป็นเสมือนหัวหน้าหมู่บ้าน แต่ปัจจุบันบางหมู่บ้านได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้ใหญ่บ้าน การตั้งถิ่นฐานรวมตัวกันเป็นหมู่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ คือ เป็นแหล่งหรือสถานที่สำหรับการประกอบพิธีกรรมของตนเอง นอกจากนั้นแต่ละหมู่บ้านในอดีตยังได้แบ่งเขตของตนหรืออาณาเขตของหมู่บ้านโดยใช้รัศมีการเดินทางระยะเดินเท้า 1 ชั่วโมง เป็นตัวกำหนด คนในหมู่บ้านหนึ่งจะไปทำอะไรในเขตของอีกหมู่บ้านหนึ่งไม่ได้ นอกจากการทำนาเท่านั้น เพราะนาซื้อขายกันได้ แต่ไร่นั้นเป็นการถือกรรมสิทธิ์ครอบครอง หมู่บ้านชนเผ่าปกาเกอะญอตั้งอยู่กระจัดกระจายตามไหล่เขา แต่ละหมู่บ้านมีขนาดราว 20-30 หลังคาเรือน ชนเผ่าปกาเกอะญอนิยมตั้งบ้านเรือนเป็นการถาวรเพราะผูกพันกับการผลิตข้าวแบบนาดำ ควบคู่กันไปกับการทำไร่ข้าวในระบบไร่หมุนเวียน หมู่บ้านชนเผ่าปกาเกอะญอจึงมีอาณาเขตของหมู่บ้านที่กำหนดได้อย่างชัดเจน อาณาเขตนี้ หมายถึง ที่ตั้งบ้านเรือนและพื้นที่ทำไร่ข้าวทั้งหมด ซึ่งถือเป็นสิทธิตามประเพณีไม่ว่าจะอยู่ในเขตป่าสงวนหรือไม่ก็ตาม เพราะชนเผ่าปกาเกอะญอได้อาศัยอยู่ก่อนประกาศเป็นป่าสงวนภายหลัง ชนเผ่าปกาเกอะญอนิยมปลูกบ้านพื้นยกสูงกว่าหนึ่งเมตรหลังเล็ก พอดีสำหรับพ่อ แม่ ลูก เรียกว่า เป็นกระท่อมไผ่มุงหญ้าคาหรือตองตึงทั้งบ้านมีเพียงห้องเดียวเตาไฟอยู่ในห้องเกือบกลางบ้าน ซึ่งเตาไฟบนกระเบดินเป็นที่ปรุงอาหารและแหล่งให้ความอบอุ่น ในทำนองเดียวกัน แบบบ้านของชนเผ่าปกาเกอะญอนั้น เป็นบ้านทรงยกพื้นสูงพอคนเดินลอดได้ ไม่มีหน้าต่างหรือช่องระบายลม หลังคาสูงตรงกลาง แต่ชายคาต่ำลงคลุมฝาผนังจนแทบมองไม่เห็นอะไร ที่เป็นเช่นนี้เพราะความหนาวเย็นของหุบเขา ภูเขา บ้านปลูกกระเถาะกระเไม่เป็นระเบียบสุดแต่ใครจะพอใจตรงไหน การปลูกสร้างบ้านเรือนสุดแต่สภาพแวดล้อม หมู่บ้านไหนอยู่ใกล้กับไม้ไผ่ก็ปลูกสร้างบ้านเรือนด้วยไม้ไผ่ทั้งหลังตลอดจนการมุงหลังคาที่เรียกว่า โชน คือ ไม้ไผ่ลำใหญ่ผ่าซีกคว้านหางยออัน หลังคามุงด้วยใบคา ใบพลวง ใบหวาย ใบตองตึง พื้นใช้ฟากไม้ไผ่สับ และประตูไม้ไผ่ (ยศ สันตสมบัติ, 2551)

ครอบครัว

สังคมชนเผ่าปกาเกอะญอเป็นครอบครัวเดี่ยว หมายถึง บ้านหลังหนึ่งจะประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูกเท่านั้น เมื่อลูกสาวแต่งงาน ชายจะต้องมาอยู่บ้านภรรยาจนเป็นเวลาหนึ่งฤดูการเกษตร คือ เริ่มจากถางไร่ การปลูกข้าว และการเก็บเกี่ยวข้าว หลังจากนั้นก็จะปลูกบ้านใหม่หลังเล็กใกล้กับบ้านพ่อแม่ฝ่ายภรรยา คำว่า ครัวเรือนในสังคมชนเผ่าปกาเกอะญอ นอกจากมีความหมายพื้นฐานใน

ด้านการผลิตและด้านการบริโภคแล้ว ยังหมายถึงว่า แต่ละครัวเรือนมีไรของตนเองทำพิธีกรรมทางการเกษตร การแต่งงานเป็นแบบผัวเดียวเมียเดียวซึ่งเป็นกฎเคร่งครัด การหย่าร้างมีน้อย การแต่งงานใหม่ไม่ค่อยปรากฏ และไม่นิยมได้เสียก่อนแต่งงานกันถือเป็นกฎข้อห้ามถูกรังเกียจและต้องมีการปรับไหม และในครอบครัวทุกคนจะช่วยกันทำหน้าที่ในไรนา งานที่เป็นของผู้หญิงโดยเฉพาะคืองานทอผ้าและพิธีกรรมเลี้ยงผีบรรพบุรุษ ชนเผ่าปกาเกอะญอถือว่าผู้หญิงเป็นเจ้าของบ้านถึงแม้ว่าผู้ชายจะเป็นคนสร้างบ้าน ผู้หญิงจึงมีหน้าที่ประกอบพิธีกรรมแสดงความนับถือต่อวิญญาณบรรพบุรุษ งานของผู้ชายจะเป็นการล่าสัตว์ การสร้างบ้าน การจัดสาน การเลือกพื้นที่ทำไร่ การติดต่อซื้อขาย การต้อนรับแขก การทำเครื่องมือเครื่องใช้ในครัวเรือน ผู้หญิงทำงานในบ้านมากกว่า เช่น การหาฟืน การตำข้าว การปรุงอาหาร แต่ผู้ชายก็จะทำได้และเต็มใจช่วยภรรยาของตนเสมอ (ขวัญชีวัน บัวแดง, 2546)

การแต่งกาย

การแต่งกายของชนเผ่าปกาเกอะญอนั้นเป็นเอกลักษณ์ประจำกลุ่มเห็นได้จากการแต่งกายของหญิงในปัจจุบัน ผู้ชายกระเหรี่ยงนิยมแต่งกายเหมือนคนในท้องถิ่นทั่วไป แต่ส่วนใหญ่ยังมีเสื้อแดงสำหรับไว้ใส่ในโอกาสสำคัญ เสื้อสีแดงเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นชาย คือ ความอดทนแข็งแรง สมัยก่อนเด็กผู้ชายกระเหรี่ยงจะใส่เสื้อแดงถึงเข้า เป็นเสื้อทรงกระสอบ คอเสื้อเป็นรูปตัววี ตรงชายเสื้อจะติดพู่ห้อยลงมา สมัยก่อนเสื้อสีแดงของชายที่แต่งงานแล้วจะติดพู่ห้อยลงมาเสมอ ชายเสื้อ เราะชายที่แต่งงานแล้วต้องทำงานมากขึ้น การที่ใส่เสื้อที่มีพู่ยาวจะทำให้รุงรังไม่สะดวกในการทำงาน ชาวเผ่าปกาเกอะญอมีประเพณีที่กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงอย่างเคร่งครัด และถือข้อห้ามเรื่องชู้สาวและการถูกเนื้อถูกตัวกันเป็นความผิด ดังนั้น จึงมีการแต่งกายของหญิงชนเผ่าปกาเกอะญอที่แยกแยะชัดเจน สาวโสดสวมชุดทรงกระสอบสีขาวเกือบรอมเท้า เป็นผ้าทอเองด้วยมือในขณะที่หญิงที่แต่งงานแล้วสวมเสื้อครึ่งตัวแค่อว ประดับประดาด้วยลูกเดือยหรือฝ้ายสีและสวมผ้าขึ้นยาวรอมเท้าสีแดง การแต่งกายของสาวชาวกระเหรี่ยงจึงระบุได้อย่างชัดเจนว่าหญิงคนนั้นเป็นสาวหรือออกเรือนไปแล้ว (ขวัญชีวัน บัวแดง, 2546)

เศรษฐกิจ

ลักษณะเศรษฐกิจของชนเผ่าปกาเกอะญออยู่ในสภาพที่เรียกว่า เพื่อยังชีพ หมายถึงการเพาะปลูกเพื่อการบริโภคเป็นหลัก ได้แก่ การปลูกข้าวไร่และการทำนาขั้นบันไดตามหุบเขา โดยไม่มีการปลูกพืชเงินสดแต่อย่างใด แต่เดิมชนเผ่าปกาเกอะญอเป็นผู้ปลูกฝิ่นและเสฟฝิ่นกันมาก ทั้งนี้เพราะชนเผ่าปกาเกอะญอนิยมใช้ฝิ่นดิบและสุกมาใช้เป็นยารักษาโรคและบำบัดความเจ็บป่วย เนื่องจากการได้รับอุบัติเหตุหรือการทำงานหนัก ต่อมาได้มีการเลิกปลูกฝิ่นเนื่องจากเป็นพืชต้องห้าม นอกจากนั้นกระเหรี่ยงมีการปลูกพืชผักหลายชนิดในไร่ข้าว เพื่อการบริโภคเอง เช่น พริก ถั่ว และ

ผักกาดเป็นต้น ชนเผ่าปกาเกอะญอยังเป็นนักล่าสัตว์ป่าเพื่อการบริโภคและมีความชำนาญการหาขอปามาขายเป็นรายได้เสริม (มาลี สิทธิเกรียงไกร, 2554)

ความเชื่อ

ความเชื่อของชนเผ่าปกาเกอะญอยุ่ได้แก่แทรกซึมและมีอิทธิพลมากต่อการประพฤติปฏิบัติในชีวิตประจำวันของเขา ดังนั้นชนเผ่าปกาเกอะญอยิ่งให้ความสำคัญในทางศาสนามาก นั่นคือ การนับถือผีและพุทธรวมกัน ผีที่ชนเผ่าปกาเกอะญอนับถือซึ่งมีความสำคัญ ได้แก่ ผีเจ้าที่ และผีต่าง ๆ ที่สิ่งสถิตอยู่ตามป่า ภูเขา ลำห้วย ไนไร่ และในหมู่บ้าน ฯลฯ ผีที่ถือกันว่าเป็นผีร้ายนั้นเชื่อว่าเป็นผีที่จะทำให้ประสบภัยพิบัติทั้งปวง จึงต้องมีการเอาอกเอาใจด้วยการเซ่นสังเวยด้วยอาหารต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ หมู ไก่ ฯลฯ นอกจากนี้มีความเชื่อในเรื่องผีต่าง ๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันต่อพวกเขาแล้วชนเผ่าปกาเกอะญอยังเชื่อในเรื่องขวัญ ซึ่งมีประจำตัวของแต่ละคน ชนเผ่าปกาเกอะญอเชื่อว่าในร่างกายของคนเรามีอยู่ทั้งหมด 33 ขวัญ ส่วนใหญ่ไม่สามารถนับได้หมดว่า ขวัญอยู่ส่วนไหนบ้างของร่างกาย เพียงแต่บอกได้ว่าอยู่ในส่วนสำคัญ ๆ ของร่างกาย เช่น ขวัญอยู่ที่ศีรษะ ขวัญสองขวัญที่ใบหูทั้งสองข้าง ขวัญจะละทิ้งหรือหายไปก็ต่อเมื่อคน ๆ นั้นได้ตายไป นอกจากนั้นแล้วเชื่อกันว่าขวัญชอบที่จะหนีไปท่องเที่ยวตามความต้องการของมันเอง และก็อาจจะถูกผีร้ายต่าง ๆ ทำร้าย หรือกักขังไว้ ซึ่งจะทำให้ผู้นั้นล้มป่วย การรักษาพยาบาลหรือวิธีที่จะช่วยเหลือคนเจ็บป่วยได้ ก็คือ การล่อและเรียกขวัญให้กลับมาสู่บุคคลที่เจ็บป่วย การรักษาพยาบาลหรือวิธีที่จะช่วยเหลือคนเจ็บป่วยได้ ก็คือ การล่อและเรียกขวัญให้กลับมาสู่บุคคลที่เจ็บป่วยพร้อมกับทำพิธีผูกข้อมือรับขวัญด้วย ในสังคมของชนเผ่าปกาเกอะญอนั้นถือเป็นปกติธรรมดา เมื่อแต่ละวันในหมู่บ้านจะทำพิธีเลี้ยงผีและการเรียกขวัญของคนเจ็บป่วยแทนการรักษาด้วยหมอสมัยใหม่ บางครั้งถึงแม้จะมีหมอเข้าไปช่วยรักษาให้ตามแบบทันสมัย แต่ถ้าหากที่บ้านผู้ป่วยนั้นได้รับการรักษาด้วยการเลี้ยงผีแล้ว เขาก็จะปฏิเสธที่จะรักษาทันที อย่างน้อย 3 วัน

เมื่อมีคนตาย ชาวชนเผ่าปกาเกอะญอจะนำผ้าห่มที่ทอจากฝ้ายมาห่มศพ จากนั้นจึงจะห่อศพด้วยเสื้อลำแพน นิยมเก็บศพไว้ประมาณ 2-3 วัน ถ้ามีฐานะอาจเก็บไว้ถึง 5 วัน ญาติมิตรและเพื่อนบ้านจะมาและส่วนหนึ่งจะอยู่เป็นเพื่อนเผาศพ ตอนกลางวันจะไม่มีพิธีกรรมหรือกิจกรรมใด ๆ แต่ในตอนกลางคืนหนุ่มสาวจะมาจับกลุ่มร้องเพลงโต้ตอบกัน โดยต่างฝ่ายต่างจับเป็นวงรอบผู้ตายและเดินวนรอบศพที่วางอยู่บนแคร่ การเดินจะเดินวนซ้ายและร้องเพลงโต้ตอบกันกันไปตลอดคืน ตอนหัวค่ำอาจเป็นการร้องเพลงของชายหญิงที่ออกเรือนแล้ว เพลงที่ร้องมักจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการบอกทางให้ผู้ตายไปดีมีสุข ตกตึกก็จะเป็นการร้องเพลงของหนุ่มสาว มีเนื้อหาเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของชาวชนเผ่าปกาเกอะญอ ความรักระหว่างหนุ่มสาว การเกี่ยวพาราสีกัน นับเป็นโอกาสสำคัญที่หนุ่มสาวจะได้พบปะพูดคุยกันอย่างใกล้ชิด หลังจากนั้นจะมีพิธีฝังศพ โดย ผู้ชายที่อยู่ในขบวนเคลื่อนนำศพจากบ้านไปฝังนั้น การนำศพลงจากบ้านจะเอาทางด้านเท้าลงไปก่อนและจะนำไปฝังในป่า โดยหันศีรษะของผู้ตายไปทางตะวันตก และจะฝังข้าวของเครื่องใช้สำคัญ ๆ ของผู้ตายลงไปพร้อมกันด้วย (ยศ สันตสมบัติ, 2551)

จากการศึกษาประวัติความเป็นมาของกะเหรี่ยงหรือชาวชนเผ่าปกาเกอะญอ พบว่ามีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง ซึ่งมีวัฒนธรรม ประเพณี และสิ่งแวดล้อมในชุมชนแตกต่างกันออกไปและจากการศึกษา พบว่า ยาเส้น หรือที่เรียก “ ยาห่อ “ จัดอยู่ในประเภทสมุนไพร และของเคี้ยวเล่น การที่สังคมของคนชนเผ่า ซึ่งในอดีตไม่ควบคุมยาเส้น ด้วยเหตุผลมากมาย และนำยาเส้นมามวลสูบในวิถีประจำวัน และยังมีความเชื่อเกี่ยวกับยาเส้นกับพิธีกรรมอีกด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของกะเหรี่ยงหรือชาวชนเผ่าปกาเกอะญอ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิรณัฐ จันทร์คุปต์ (2558) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 230 คน โดยวิธีสัมภาษณ์ พบว่า เพศ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (0.05) ส่วน ระดับการศึกษา อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง

Ong-artborirak & Seangpraw (2019) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนกลุ่มน้อยตามแนวชายแดนประเทศไทย จำนวน 810 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เก็บแบบสอบถามภาคเหนือ ได้แก่ น่าน ตาก พะเยา ผลการศึกษา พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของชนกลุ่มน้อย กลุ่มกะเหรี่ยง ร้อยละ 41.7 กลุ่มม้ง ร้อยละ 25.6 กลุ่มไทยลัวะ ร้อยละ 31.7 และ ลัวะ ร้อยละ 30.8

ศุภณีย์วิจัยและจัดการความรู้ เพื่อการควบคุมยาสูบ (2558) กระบวนการเรียนรู้และสร้างความตระหนัก เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่ในกลุ่มอาข่า อำเภอมะสรวาย จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามในกลุ่มชาวอาข่าในตำบลนาวิ ตำบลเจดีย์หลวง ตำบลท่าก้อ อำเภอมะสรวาย จังหวัดตาก จำนวน 6 ชุมชน ผลการศึกษา อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา พื้นที่อยู่อาศัย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มอาข่า ส่วนโรคประจำตัว รายได้ การปลูกยาเส้น กฎกติกาของชุมชน และการลงโทษ มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มอาข่า อำเภอมะสรวาย จังหวัดเชียงราย

ชอพูวัน จารง (2559) ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวไทยมุสลิมในอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี โดยมีการเก็บประชากรมุสลิม ในอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า เพศ อายุ ประสบการณ์การสูบบุหรี่ มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวไทยมุสลิมในอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ส่วน ระดับการศึกษาด้านสามัญ ระดับการศึกษาด้านศาสนา รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ สถานภาพ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวไทยมุสลิมในอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี

อัศรีย์ ใจตุ้ย (2550) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่าในพื้นที่ตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในกลุ่มกะเหรี่ยง จำนวน 107 คน และอาข่า จำนวน 98 คน รวมทั้งหมด 205 คน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ด้านอบายมุข กรณีสูบบุหรี่อย่างเดียวและกรณีที่ไม่สูบบุหรี่และสูบบุหรี่ เผ่ากะเหรี่ยงและเผ่าอาข่าอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกรณีที่ไม่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ พบว่า เผ่ากะเหรี่ยงอยู่ในระดับดีและเผ่าอาข่าอยู่ในระดับพอใช้ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงและชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่า ด้านอบายมุขพบว่า กรณีสูบบุหรี่และกรณีที่ไม่สูบบุหรี่และสูบบุหรี่ พบว่า ไม่แตกต่างกัน กรณีที่ไม่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ยุทธการ ประพากรณ์ (2562) ศึกษาความรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกะเหรี่ยง ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.60$)

มณูเชษฐ์ มะโนธรรม และคณะ (2562) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.50) หนึ่งในสี่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี อายุเฉลี่ย ($X \pm S.D.$ = 40.00 ± 15.64) ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.50) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 62.00) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 64.50) นับถือศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 66.50) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.50) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (ร้อยละ 99.00) ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.50) ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 71.50) และความรู้กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.320$, $p = 0.000$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าในด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพแวดล้อม การจัดการอารมณ์และการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดีต่อไป

Jamil, Elsouhag, Hiller, Arnetz, & Arnetz (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มของชาวอาหรับและชาวเคลเดียในรัฐมิชิแกน ทางตอนเหนือของสหรัฐอเมริกา โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเก็บกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 801 คน ผลการศึกษา พบว่า การสูบบุหรี่หมู่ชาวอาหรับ พบร้อยละ 32% มากกว่าชาวเคลเดีย พบร้อยละ 26 % และ พบว่า อายุ รายได้ต่อปี การมีประกันสุขภาพ มีผลต่อการสูบบุหรี่ของกลุ่มของชาวอาหรับและชาวเคลเดียในรัฐมิชิแกน ทางตอนเหนือของสหรัฐอเมริกา

Friis et al. (2012) ศึกษาสังคมวิทยาในการสูบบุหรี่ของชาวแกมพูชาในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเก็บกลุ่มชาวอเมริกาเชื้อสายแกมพูชา ในรัฐแคลิฟอร์เนีย จำนวน 1,414 คน ผลการศึกษา ชาวแกมพูชาในอเมริกาที่มีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 13 ความชุกเฉพาะเพศ เพศชาย ร้อยละ 24.4 และเพศ เพศหญิง ร้อยละ 5.4 อายุเฉลี่ย 50.5 ปี และปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ และผู้นำศาสนา ต่อการสูบบุหรี่ของชาวแกมพูชาในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา

Abebe et al. (2015) ศึกษาการดื่มสุรา การดื่มกัญชา และการใช้ยาสูบ ของกลุ่มชาติพันธุ์วัยรุ่นและชนกลุ่มน้อยในเมืองฮอลโล ประเทศนอร์เวย์ โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในเด็กและเยาวชนในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลายในเมืองฮอลโล จำนวน 10,934 คน อายุระหว่าง 14-17 ปี แบ่งเป็นกลุ่ม วัยรุ่นที่อพยพมาจากที่อื่น ๆ ร้อยละ 9.8 และวัยรุ่นจากยุโรปสหรัฐอเมริกา ตะวันออกกลาง แอฟริกา ร้อยละ 17.8 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลการใช้ยาสูบในกลุ่มของชนกลุ่มชาติพันธุ์วัยรุ่นและชนกลุ่มน้อยในเมืองฮอลโล ประเทศนอร์เวย์ ได้แก่ เชื้อชาติ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษาของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กลุ่มเป้าหมายกับพ่อและแม่

Petersen et al. (2022) ศึกษาการดำเนินการและผลลัพธ์ของโครงการเลิกบุหรี่ของมารดาสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลายในแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ปี 2555-2562 พบว่า การสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งสำหรับการคลอดบุตรที่ไม่ดี ระหว่างปี 2555-2562 โครงการบำบัดยาสูบครบวงจรด้านสุขภาพของมหาวิทยาลัยโลมาลินดา (CTTP) ใช้การแทรกแซงพฤติกรรมแบบหลายองค์ประกอบสำหรับการเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ตั้งครรภ์จำนวน 1402 คนซึ่งมีส่วนประกอบของประสิทธิภาพที่ทราบ (เช่น สิ่งจูงใจ การทดสอบไบโอมาร์คเกอร์ ข้อเสนอแนะ และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ) กลุ่มประชากรตามรุ่น CTTP ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างจากหลายเชื้อชาติของสตรีมีครรภ์ที่มีอายุเฉลี่ย 27 ปี ที่อ้างอิงโดยผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนที่ทำงานร่วมกันในเขตซานเบอร์นาดีโน การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมจากการติดตามผล 7 ปี (2012–2019) จะสร้างชุดข้อมูลกลุ่มประชากรที่สมบูรณ์สำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์การนำไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพในโลกแห่งความเป็นจริงของโปรแกรม ในรายงานนี้ เราได้จัดเตรียมโปรไฟล์กลุ่มประชากรตามรุ่น ($n = 233$) เราพบว่า: (1) 28.4% บรรลุ PA 8 สัปดาห์ (2) ที่ค่ามัธยฐานของการติดตามผล 6.2 เดือนหลังจากบรรลุ PA 8 สัปดาห์ 23.2% ของอาสาสมัครที่ลงทะเบียนรายงานการเลิกยาสูบและ (3) อัตราที่สูง การสูญเสียการติดตาม (44%) นอกจากนี้ แบบจำลองของเรายังระบุด้วยว่าอัตราการกำเริบของโรค/การสูบบุหรี่หลังการลงทะเบียนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในมารดาที่ยังสาว มารดาที่ไม่ใช่ชาวสเปน (ผิวขาว คนผิวดำ/แอฟริกัน-อเมริกัน) มารดาในช่วงไตรมาสที่หนึ่งและสาม และมารดาในชนบท การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในเชิงรูปแบบในกลุ่ม CTTP จะพิจารณาผลกระทบของวิทยาศาสตร์การนำไปใช้ (จำนวนช่วงการแทรกแซง

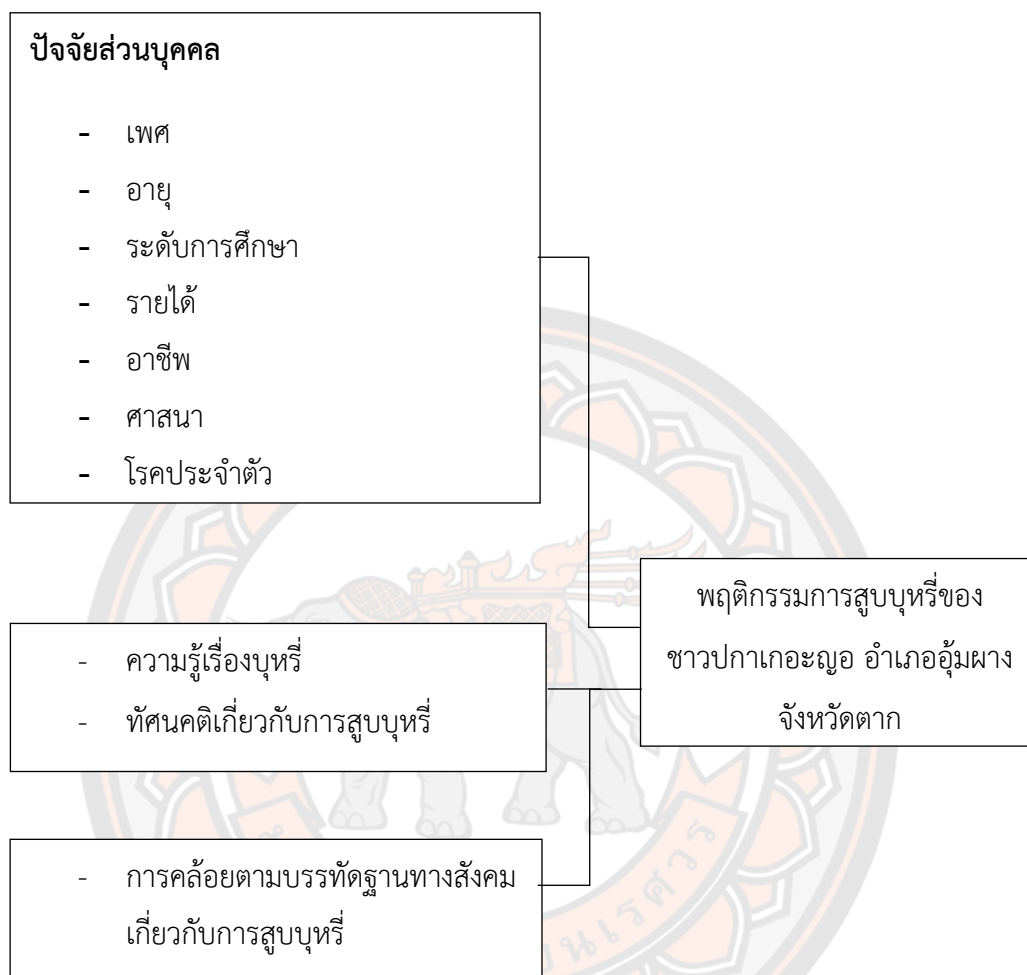
การเพิ่มองค์ประกอบ mHealth ระยะทางในการดูแล) และบุคคล (การสูบบุหรี่ของคู่ค้า/ครัวเรือน ผลลัพธ์การคลอด NICU) เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายแบบจำลอง CTPP

Carroll & Cole (2022) ศึกษาการเปรียบเทียบเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ของอัตราส่วนการเลิกบุหรี่และความชุกของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ในผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ด้วยการพยายามเลิกบุหรี่ พบว่า อัตราส่วนการออกสำหรับ AI/AN ต่ำกว่า (adjusted odds ratio[aOR]:0.61) และ Black/AA (aOR:0.49) และสูงกว่าสำหรับชาวเอเชีย (aOR:1.90) และ Hispanic/Latino/Latina/Spanish (aOR:1.30) ผู้ใหญ่ผิวขาว. การใช้ยาในกลุ่มคนผิวดำ/AA (aOR:0.70) และชาวฮิสแปนิก/ละติน/ละติน/สเปน (aOR:0.56) นั้นต่ำและต่ำกว่าในผู้ใหญ่ผิวขาว การใช้สื่อการให้คำปรึกษา/การช่วยเหลือตนเองมีน้อยและสูงกว่าใน AI/AN (aOR:1.85), Black/AA (aOR:1.87) และ Hispanic/Latino/Latina/Spanish (aOR:1.49) มากกว่าผู้ใหญ่ผิวขาว มีการห้ามสูบบุหรี่ในกลุ่มคนผิวดำ/AA (aOR:0.40) และในกลุ่มประเทศฮิสแปนิก/ละติน/ละติน/สเปน (aOR:1.59) สูงกว่าผู้ใหญ่ผิวขาว การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่ม Black/AA (aOR:0.53) และ Hispanic/Latino/Latina/Spanish (aOR:0.43) ต่ำกว่าผู้ใหญ่ผิวขาว AI/AN (aORs:1.57, 1.50, 1.64) มีความเศร้า ความวิตกกังวล และปัญหาการนอนหลับสูงกว่าผู้ใหญ่ผิวขาว สรุปได้ว่า ทุกกลุ่มเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์จะได้รับประโยชน์จากนโยบายและโครงการต่าง ๆ ที่เพิ่มการใช้ยาและการให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ อัตราการเลิกบุหรี่ต่ำมากในผู้ใหญ่ที่เป็นคนผิวดำ/AA และ AI/AN ผู้ใหญ่ที่เป็นผิวดำ/AA อาจได้รับประโยชน์จากความพยายามที่จะเพิ่มการห้ามสูบบุหรี่ ในขณะที่ผู้ใหญ่ที่เป็น AI/AN อาจได้รับประโยชน์จากแนวทางการเลิกบุหรี่ที่มุ่งเป้าหมายไปที่การนอนหลับและสุขภาพจิตไปพร้อม ๆ กัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการวิจัยในกลุ่มชาวปกากะญอ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนี้มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และยังมีประเพณีต่าง ๆ ที่ยังถือปฏิบัติสืบต่อกันมา และจากการศึกษา พบว่า ยาเส้น หรือที่เรียก “ ยาห่อ “ จัดอยู่ในประเภทสมุนไพร และของเคี้ยวเล่น การที่สังคมของคนชนเผ่า ซึ่งในอดีตไม่ควบคุมยาเส้น ด้วยเหตุผลมากมาย และนำยาเส้นมามลสุบในวิถีประจำวันและยังมีความเชื่อเกี่ยวกับยาเส้นกับพิธีกรรมอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ทั้งในข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว ปัจจัยด้านความรู้เรื่องบุหรี่ ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จึงได้กรอบแนวคิดกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก โดยในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
6. แผนการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนที่มีเชื้อชาติปกากะญอ อายุตั้งแต่ 20 – 60 ปี ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎรของที่ว่าการอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ปี 2564 จำนวนทั้งหมด 2,428 คน (องค์การบริหารส่วนจังหวัดตาก, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีเชื้อชาติปกากะญอ อายุตั้งแต่ 20 – 60 ปี ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎรของที่ว่าการอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ปี 2564 จำนวน 315 คน ผู้วิจัยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน ของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

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

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (2,428คน)

Z = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% = 1.96

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้จากการศึกษางานวิจัยของวิกานต์ดา โหม่งมาตย์ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม = 0.372

e = ความคลาดเคลื่อนผู้วิจัยกำหนด เท่ากับ 0.05

$$\text{จากสูตร } n = \frac{2,428 \times (0.372^2) (1.96^2)}{[(0.05^2) (2,428 - 1)] + [(0.372^2)(1.96^2)]}$$

$$n = 195.60 \text{ คน}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 196 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 60 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างเป็น 315 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) มีขั้นตอนดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ใช้การจัดแบ่งชั้นภูมิตามกลุ่มพื้นที่การปกครอง โดยพื้นที่ปกครองในอำเภออัมพวา ออกเป็น 6 ตำบล ตำบลอัมพวา ตำบลหนองหลวง ตำบลโมโกร ตำบลแม่จัน ตำบลแม่ละมุ้ง และตำบลแม่กลอง

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณหาอัตราส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละตำบลเพื่อพร้อมสำหรับการหาช่วงของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยนำจำนวนประชากรทั้งหมดที่มีของแต่ละตำบลที่ได้รับการคัดเลือกมาแล้ว มาหารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากการหาอัตราส่วนเพื่อให้ได้ช่วงของการสุ่มเพื่อทำการสุ่มตัวแทนที่ดีในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มอย่างเป็นระบบ ด้วยวิธีการทำหมายเลข 1-10 และจับเลือกหมายเลขตั้งต้นจากจำนวนประชากรในลำดับทะเบียนบัญชีรายชื่อที่ 1-10 เลือกมา 1 หมายเลข เพื่อเป็นเลขตั้งต้น (R) หมายเลขต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบ โดยการรวมอัตราส่วน (i) ที่คำนวณได้กับหมายเลขสมาชิกตั้งต้น (R, R+i, R+2i, R+3i, ..., R+ni) ดังนั้นสมาชิกที่ได้มานำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลใดในบัญชีรายชื่อ ผู้วิจัยใช้วิธีการประสานติดต่อเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หากพบกรณีที่บุคคลไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการสุ่มไล่ถัดไปเรื่อย ๆ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นประชาชนที่มีเชื้อชาติกะเหรี่ยงที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร และมีอายุ 20-60 ปี
2. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด ฟังและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. เป็นผู้ที่สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ต้องการออกจากการศึกษาในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. ผู้ป่วยย้ายออกจากพื้นที่วิจัยในช่วงการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยการศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร ตำรา และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ แบบสอบถามทัศนคติการสูบบุหรี่ แบบสอบถามการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมและแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา โรคประจำตัว ประสบการณ์การสูบบุหรี่ ลักษณะคำถามแบบปิดและเปิดผสมกัน รวมจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้เรื่องบุหรี่

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตอบถูกหรือผิด ข้อคำถามเกี่ยวกับ ส่วนประกอบและอันตรายของบุหรี่ โดยมีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 3 คำ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่รู้ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและการให้คะแนน ดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

คำตอบที่ไม่ถูกต้อง ได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผล

แบ่งกลุ่มหาระดับความรู้ โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968 อ้างถึงใน วิกานต์ดา โหม่งมาตย์, 2561, น. 49) ดังนี้

กลุ่มที่มีความรู้ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

กลุ่มมีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79

กลุ่มที่มีความรู้ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ความรู้ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ (10×0.8) 8 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง (10×0.6) 6 ถึง 7

ความรู้ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่า 6

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติการสูบบุหรี่

แบบสอบถามทัศนคติการสูบบุหรี่ของประชาชนที่มีเชื้อชาติปกากะญอ อายุตั้งแต่ 20 – 60 ปี จำนวน 10 ข้อ กำหนดให้ผู้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยปฏิบัติตามเกณฑ์ของ Likert Scale ซึ่งตั้งไว้ 3 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก		ข้อคำถามทางลบ
เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน	3	คะแนน

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และแบ่งเป็นระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 3.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

ช่วงคะแนนในชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$

= $\frac{30 - 10}{3} = 6.66$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ระดับมาก	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 24 – 30 คะแนน
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 17 – 23 คะแนน
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ระดับน้อย	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 16 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่
แบบสอบถามการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของประชาชนที่มีเชื้อชาติ
ปกากะญอ อายุตั้งแต่ 20 – 60 ปี จำนวน 10 ข้อ กำหนดให้ผู้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย
ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยปรับตามเกณฑ์ของ Likert
Scale ซึ่งตั้งไว้ 3 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
การรับรู้	ให้ 3 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน	3 คะแนน

การแปลผล

การแปลผลของคะแนนการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคม โดยนำคะแนนจริงที่ได้จาก
การตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคม
แบ่งเป็นระดับการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคม ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด
และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 3.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตาม
แนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนนในชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

$$= \frac{30 - 10}{3} = 6.66$$

3

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 24 – 30 คะแนน

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 17 – 23 คะแนน

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 16 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนที่มีเชื้อชาติปกากะญอ อายุตั้งแต่
20 – 60 ปี จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและเติมข้อความ
ประกอบไปด้วย ในชีวิตนี้ ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่, ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่บ้างหรือไม่,
ท่านเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่อท่านตอนอายุเท่าไร, สาเหตุที่ท่านตัดสินใจเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก
ด้วยสาเหตุใด, ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเลือกสูบบุหรี่ แบบใด, ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบ
บุหรี่ในช่วงเวลาใดบ่อยที่สุด, ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่แบบมวนกี่วัน, ในช่วง 30 วันที่ผ่าน
มาท่านสูบบุหรี่ประมาณกี่มวนต่อวัน, ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ในโอกาสใดบ้าง, ในช่วง

30 วันที่ผ่านมา เมื่อท่านไม่ได้สูบบุหรี่ ท่านจะมีอาการอย่างไร, ท่านมีแหล่งที่มาของบุหรี่ จากช่องทางใด, ท่านมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่หรือไม่

การสร้างเครื่องมือในงานวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามต่าง ๆ และผู้วิจัยเพิ่มเติมในบางส่วน โดยการศึกษา ค้นคว้าข้อมูลจากตำรา เอกสาร งานวิจัย แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาสร้างแบบสอบถาม โดยครอบคลุมวัตถุประสงค์และ กรอบแนวคิดในงานวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทศนคติ การสูบบุหรี่ ปัจจัยด้านการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคม และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ

3. นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอกรรมการที่ปรึกษาพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อ ขอคำแนะนำและนำมาแก้ไขให้สมบูรณ์

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำ แบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีการกำหนดระดับความคิดเห็น 3 ระดับ ซึ่งแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

0 หมายถึง ไม่แน่ใจข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่

-1 หมายถึง เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์

= ผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณา คือ เป็นข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 จึงจะมีความตรงตามเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะที่กำหนดไว้ (นิทรา กิจธีระ วุฒิมังษ์, 2561)

4.2 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดลองใช้ (Try out) กับชาวปกาเกอะญอ อายุตั้งแต่ 20 – 60 ปี ในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะ

คล้ายคลึงและมีพื้นที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการกำหนดเกณฑ์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง (Try out) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ (Try out)

1. เป็นประชาชนที่มีเชื้อชาติกะเหรี่ยงที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร และมีอายุ 20-60 ปี
2. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด ฟังและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. เป็นผู้ที่มีสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ (Try out)

1. ต้องการออกจากการศึกษาในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. ผู้ป่วยย้ายออกจากพื้นที่วิจัยในช่วงการเก็บข้อมูล

วิธีการสุ่มกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อชาวปกากะญออายุตั้งแต่ 15 – 60 ปี ในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ใน รพสต.แห่งหนึ่ง จนครบ จำนวน 30 คน โดยฉลากที่จับมาแล้วนั้นจะไม่นำใส่คืนเพื่อให้จำนวนกลุ่มทดลองที่สุ่มมีจำนวนเท่าเดิม (Sampling without replacement)

ขั้นตอนการทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก และเข้าพบผู้อำนวยการและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร เวชระเบียน รวมทั้งมีระบบการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร และขอคำยินยอมจากอาสาสมัครพร้อมแจกเอกสารใบเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้แก่กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือแบบสอบถาม (Try out) เพื่อเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และนำข้อมูลกลับไปวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีทางสถิติ โดยนำแบบสอบถามความรู้เรื่องบุหรี โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson (วาสนา เหมือนมี, 2557) ได้เท่ากับ 0.856 และ ความเชื่อมั่นทัศนคติการสูบบุหรี ได้เท่ากับ 0.785 ด้านปัจจัยการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคม ได้เท่ากับ 0.878 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าแบบสอบถามทุกชุดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.7

5. จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บรวบรวมกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปะกาเกอะ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ที่มีอายุ 20-60 ปี จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข P3-0101/2565 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2565 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปะกาเกอะญอ ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน จนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระ ในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีการให้คำชี้แจง (Information sheet) ก่อนเข้าร่วมโครงการ และมี Consent form ให้อาสาสมัครเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย และอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และอธิบายถึงระบบการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างดังนี้

ระยะเตรียมเอกสาร

1. ผู้วิจัยได้ยื่นขอหนังสือรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยโครงการเป็นแบบยกเว้น กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ในงานวิจัยจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การขอความยินยอม การรวบรวมข้อมูลและการเสนอข้อมูลจะกระทำอย่างเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยมีกระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ดังนี้

1.1 การให้ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)

1.2 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง และผู้ที่เกี่ยวข้องในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลกลุ่มอาสาสมัคร

3. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 6 ตำบล ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ระยะดำเนินงาน

3.1 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง ผู้วิจัยเข้าพบองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 6 ตำบล ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยสำรวจรายชื่อจากทะเบียนองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัคร ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มอาสาสมัครดังนี้

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัครที่มาประชุมหมู่บ้าน ตามรายชื่อที่ได้คัดเลือกไว้ โดยทำการสัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัคร
2. เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงการบีบบังคับหรือใช้อิทธิพลเพื่อให้เข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ทักทาย แนะนำตัว และเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ และการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้าร่วมงานวิจัย แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าไม่มีค่าชดเชย และไม่มีผลใด ๆ ต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาทีต่อคน อธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร รวมทั้งมีระบบการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร และขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร
3. เมื่ออาสาสมัครอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยแจกแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ที่ศาลาประชาคมหมู่บ้าน
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูลของแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไปจำนวน 315 คน RR 100%

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรอิสระและตัวแปรตามและนำเสนอค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Chi-square test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่ระบุ และคัดเลือกคู่ตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เข้าสู่โมเดล การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) โดยผู้วิจัยจัดกระทำกับตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรต่อเนื่อง โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มตัวอย่างเป็นจุดตัด และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ยและกลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย แล้วจึงนำเข้าสู่โมเดลเริ่มต้นร่วมกับตัวแปรที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่มทั้งหมด และวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่ระบุ และคัดเลือกคู่ตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 เข้าสู่โมเดลเริ่มต้น (Initial model) แล้วจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) ด้วยวิธี Enter เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกัน จนได้ค่า odds ratio ที่ปรับแล้ว ผู้วิจัยนำเสนอ

ค่า Crude Odd Ratio, Adjusted Odd Ratio, 95% Confidence interval (CI), และ ค่า p-value โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติไว้ที่ 95 %

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง โดยส่งโครงร่างการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อผ่านการอนุมัติผู้วิจัยได้ขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงกลุ่มพื้นที่เป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการขออนุมัติผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการขอความยินยอมและลงนามเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยมีเอกสิทธิ์ในการให้ข้อมูล สามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และได้รับการพิทักษ์สิทธิไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ สํารวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก จำนวน 315 คน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยการนำเสนอแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 5 การสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ด้วยการวิเคราะห์สถิติ Multivariate logistic regression

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เข้าใจตรงกันการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดสัญลักษณ์แทนตัวแปร และค่าสถิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

N แทน จำนวนประชากร

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน จำนวนประชากร

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง

Max แทน ค่าสูงสุด

Min แทน ค่าต่ำสุด

p - value แทน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

95% CI แทน การประมาณค่าช่วงความเชื่อมั่น 95%

OR adj แทน อัตราส่วนปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 315)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	181	57.5
หญิง	134	42.5
อายุ		
< 35 ปี	78	24.8
≥ 35 ปี	237	75.2
$\bar{X} = 40.71$ S.D. = 9.45 Min = 20 Max = 60		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	39	12.4
ประถมศึกษา	98	31.1
มัธยมศึกษา/ปวช.	121	38.4
อนุปริญญา/ปวส.	50	15.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	2.2
รายได้ (ต่อเดือน)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	126	40.0
5,001 – 15,000 บาท	123	39.0
15,001 – 30,000 บาท	39	12.4
30,001 – 45,000 บาท	11	3.5
มากกว่า 45,001 บาท	16	5.1
$\bar{X} = 11,397.46$ S.D. = 12,367.37 Min = 600 Max = 50,000		
อาชีพ		
เกษตรกร	114	36.2
รับจ้าง	116	36.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	2.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	77	24.4

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
ไม่มีศาสนา	6	1.9
ศาสนาพุทธ	260	82.5
ศาสนาคริสต์	49	15.6
โรคประจำตัว		
ไม่มี	166	52.7
มี	149	47.3
โรคความดันโลหิตสูง	105	33.3
โรคเบาหวาน	22	7.0
โรคไขมันในเส้นเลือดสูง	14	4.4
โรคความดันโลหิตสูง+โรคเบาหวาน	8	2.5

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่อายุมากกว่าเท่ากับ 35 ปี ร้อยละ 75.2 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.71 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.45 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช ร้อยละ 38.4 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.1 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40.0 โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 11,397.46 บาทต่อเดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12,367.37 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 36.8 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 36.2 นับถือศาสนาพุทธ มากที่สุดร้อยละ 82.5 มีเพียงร้อยละ 1.9 ที่ไม่มีศาสนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.7 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ตาราง 2 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (n = 315)

ระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก (8 คะแนนขึ้นไป)	42	13.3
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	171	54.3
ระดับน้อย (น้อยกว่า 6 คะแนน)	102	32.4

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ต่อความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ จำแนกตามรายชื่อ (n= 315)

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. บุหรี่มีสารนิโคตินทำให้เสพติด	85	27.0
2. สารทาร์ (Tar) ในบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดได้	180	57.1
3. ปอดของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานปอดจะมีลักษณะดำคล้ำ	244	77.5
4. การสูบบุหรี่เป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะลองยาเสพติดชนิดอื่นได้	115	36.5
5. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง	197	62.5
6. การสูบบุหรี่ในปริมาณที่พอเหมาะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	111	35.2
7. การสูบบุหรี่ทำให้ปากคล้ำเนื่องจากเส้นเลือดฝอยในร่างกายหดตัว	125	39.7
8. ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดถ้าสูบบุหรี่จะทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น	239	75.9
9. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด	214	67.9
10. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะมีความผิดตามกฎหมาย	247	78.4

ชาวปากาเกอะญอส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 32.4 และน้อยที่สุด คือ ระดับมาก ร้อยละ 13.3 (รายละเอียดดังตาราง 2) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ชาวปากาเกอะญอมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่มากที่สุด คือ ข้อ 10. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะมีความผิดตามกฎหมาย อยู่ที่ร้อยละ 78.4 รองลงมา คือ ข้อ 3.ปอดของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานปอดจะมีลักษณะดำคล้ำ อยู่ที่ร้อยละ 77.5 และ ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 1.บุหรี่มีสารนิโคตินทำให้เสพติด ร้อยละ 27.0 (รายละเอียดดังตาราง 3)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

ตาราง 4 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ (n = 315)

ระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ระดับมาก (คะแนน 24-30)	36	11.4
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ระดับปานกลาง (คะแนน 17-23)	153	48.6
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ระดับน้อย (คะแนน 10-16)	126	40.0

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ต่อทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ จำแนกตามรายข้อ (n= 315)

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)
1. การสูบบุหรี่เป็น พฤติกรรมปกติของ มนุษย์	218 (69.2)	95 (30.2)	2 (0.6)
2. การสูบบุหรี่ช่วยคลาย ความเครียดลงได้	114 (36.2)	181 (57.5)	20 (6.3)
3. คนที่สูบบุหรี่จัดเป็น คนที่เซย์ในสังคมปัจจุบัน	29 (9.2)	93 (61.3)	93 (29.5)
4. การสูบบุหรี่ทำให้เพศ ตรงข้ามเมินหนี	16 (5.1)	211 (67.0)	88 (27.9)

ตาราง 5 (ต่อ)

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)
5. คนที่ติดบุหรี่ คือ คน ที่มีจิตใจอ่อนแอ	12 (3.8)	273 (86.7)	30 (9.5)
6. การสูบบุหรี่ ทำให้มี กลิ่นตัวแรงขึ้นกว่าปกติ	155 (49.2)	100 (31.7)	60 (19.0)
7. ท่านรู้สิกราคา烟เมื่อ ต้องอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่	44 (14.0)	116 (36.8)	155 (49.2)
8. คนที่สูบบุหรี่จะเข้า สังคมได้ง่าย และมี เพื่อนมาก	19 (6.0)	143 (45.4)	153 (48.6)
9. การสูบบุหรี่จำนวน เพียง 1 มวนต่อวัน ไม่ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	16 (5.1)	123 (39.0)	176 (55.9)
10. คนที่สูบบุหรี่ส่วน ใหญ่ จะมีความเชื่อมั่น ในตนเองสูง	39 (12.4)	137 (43.5)	139 (44.1)

ชาวปากาเกอะญอส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.6 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 40.0 และน้อยที่สุด คือ ระดับมาก ร้อยละ 11.4 (รายละเอียดดังตาราง 6) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยมากที่สุด 3 คำถามแรก คือ การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมปกติของมนุษย์ รองลงมา คือ การสูบบุหรี่ ทำให้มีกลิ่นตัวแรงขึ้นกว่าปกติ และการสูบบุหรี่ช่วยคลายความเครียดลงได้ ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ คนที่ติดบุหรี่ คือ คนที่มีจิตใจอ่อนแอ (รายละเอียดดังตาราง 7)

ส่วนที่ 4 การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ตาราง 6 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่ (n = 315)

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมระดับสูง (คะแนน 24-30)	122	38.7
การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมระดับปานกลาง (คะแนน 17-23)	84	26.7
การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมระดับต่ำ (คะแนน 10-16)	109	34.6

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ต่อการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่จำแนกตามรายชื่อ (n= 315)

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่	การรับรู้ (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)
1. หมู่บ้านหรือชุมชนมีพิธีกรรมตามความเชื่อ และมีเครื่องไหว้ที่เป็นบุหรืร่วมด้วยเสมอ	152 (48.3)	103 (32.7)	60 (19.0)
2. บุหรี่เป็นสิ่งสำคัญในการประกอบพิธีต่าง ๆ ของชุมชน	98 (31.1)	128 (40.6)	89 (28.3)
3. การสูบบุหรี่ กินเหล้า ถือเป็นการฉลองและแสดงความยินดีของคนในชุมชน	104 (33.0)	45 (14.3)	166 (52.7)
4. คนในชุมชน นิยมปลูกต้นยาสูบไว้ใช้เอง	122 (38.7)	121 (38.4)	72 (22.9)
5. ยาสูบเป็นพืชเศรษฐกิจหรือทำรายได้ให้กับคนในชุมชน	88 (27.9)	126 (40.0)	101 (32.1)
6. ชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่สามารถดึงดูดความสนใจจากเพื่อนต่างเพศได้	141 (44.8)	49 (15.9)	125 (39.7)
7. ชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของการเซ่นไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ในหมู่บ้านนับถือ	136 (43.2)	85 (27.0)	94 (29.8)

ตาราง 7 (ต่อ)

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี	การรับรู้ (ร้อยละ)	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)
8. การสูบบุหรี่ถือว่าเป็นนิสัยประเพณี และวัฒนธรรมของท่าน	80 (25.4)	123 (39.0)	112 (35.6)
9. ชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้มีแรงในการทำงานในพื้นที่สูงให้กับครอบครัวและหมู่บ้าน	157 (49.8)	50 (15.9)	108 (34.3)
10. ชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่ เป็นการใช้สมุนไพรเพื่อการผ่อนคลาย	122 (38.7)	99 (31.4)	94 (29.8)

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.7 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 34.6 และน้อยที่สุด คือ ระดับปานกลางร้อยละ 26.7 (รายละเอียดดังตาราง 6) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ 3 อันดับแรก คือ ชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้มีแรงในการทำงานในพื้นที่สูงให้กับครอบครัวและหมู่บ้าน รองลงมา คือ หมู่บ้านหรือชุมชนมีพิธีกรรมตามความเชื่อ และมีเครื่องไหว้ที่เป็นบุหรีร่วมด้วยเสมอ และชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่สามารถดึงดูดความสนใจจากเพื่อนต่างเพศได้ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ น้อยที่สุด คือ การสูบบุหรี่ถือว่าเป็นนิสัยประเพณี และวัฒนธรรมของท่าน (รายละเอียดดัง ตาราง 7)

ส่วนที่ 5 การสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างต่อการสูบบุหรี่ จำแนกตามรายข้อ (n= 315)

การสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
1. ในชีวิตนี้ ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่		
ไม่เคยสูบ แม้แต่มวนเดียว	5	1.6
เคยสูบ ไม่เกิน 100 มวน	93	29.5
เคยสูบ เกิน 100 มวน	217	68.9

ตาราง 8 (ต่อ)

การสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
2. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่บ้างหรือไม่		
ไม่สูบ	67	21.3
สูบ	248	78.7
3. เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกอายุ (ปี)		
เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 12-15 ปี	79	76.7
เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 16-20 ปี	47	66.2
เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 21-25 ปี	122	86.5
4. ตัดสินใจเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก		
ตัดสินใจสูบเพราะเห็นบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่จึงทำตาม	80	32.3
ตัดสินใจสูบเพราะทำตามเพื่อน/เลียนแบบคนในชุมชน	35	14.1
ตัดสินใจสูบเพราะอยากลอง	126	50.8
ตัดสินใจสูบเพราะความเครียด จึงหาทางระบาย	7	2.8
5. บุหรี่ที่ท่านเลือกสูบใน 30 วันที่ผ่านมา (n= 248)		
ท่านเลือกสูบบุหรี่สำเร็จรูป	146	58.8
ท่านเลือกสูบบุหรี่ที่มวนยาเส้นเอง	23	9.3
ท่านเลือกสูบทั้ง 2 อย่าง คือ บุหรี่สำเร็จรูป และบุหรี่ที่มวนยาเส้นเอง	79	31.9
6. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ในช่วงเวลาใดบ่อยที่สุด (n= 248)		
เมื่อท่านตื่นนอน	60	24.2
เมื่อทำงานหรือตื่นนอน	14	5.6
หลังรับประทานอาหาร	18	7.3
เมื่อรู้สึกเหนื่อย เมื่อยล้า	3	1.2
ทุกช่วงที่อยากสูบบุหรี่	153	61.7
7. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่แบบมวนกี่วัน? (n= 248)		
สูบ 1 - 2 วัน	4	1.6
สูบ 3 - 5 วัน	9	3.6
สูบ 6 - 9 วัน	3	1.2

ตาราง 8 (ต่อ)

การสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
สูบ 10 – 19 วัน	15	6.0
สูบ 20 – 29 วัน	4	1.6
สูบทุกวัน (ทั้ง 30 วัน)	213	86.0
8.ท่านสูบบุหรี่ประมาณกี่มวนต่อวัน (n= 248)		
สูบ 1 มวนต่อวัน	71	28.6
สูบ 2 ถึง 5 มวนต่อวัน	131	52.9
สูบ 6 ถึง 10 มวนต่อวัน	44	17.7
สูบ 11 ถึง 20 มวนต่อวัน	1	0.4
สูบ มากกว่า 20 มวนต่อวัน	1	0.4
9.ท่านสูบบุหรี่ในโอกาสใดบ้าง		
เมื่อท่านอยู่คนเดียว	7	2.8
เมื่อท่านเกิดภาวะเครียด	7	2.8
เมื่อท่านหลังอาหารเรียบร้อยแล้ว	20	8.1
ทุกครั้งเมื่อท่านอยากสูบบุหรี่	214	86.3
10.เมื่อท่านไม่ได้สูบบุหรี่ ท่านจะมีอาการอย่างไร		
ท่านมีอาการหงุดหงิด	27	11.0
ท่านมีอาการอ่อนเพลีย	13	5.2
ท่านจะเกิดความเครียด	15	6.0
ท่านมีอาการไม่ยอมทำงาน	9	3.7
ท่านมีอาการกระวนกระวาย	15	6.0
ท่านมีทุกอาการที่กล่าวมาข้างต้น	169	68.1
11.ท่านมีแหล่งที่มาของบุหรี่ จากช่องทางใด ?		
ท่านสามารถซื้อได้เองตามร้านค้า	208	83.9
ท่านสามารถขอยืมบุคคลอื่น (ครอบครัว/เพื่อน)	6	2.4
ท่านสามารถทำบุหรี่เพื่อสูบได้เองโดยไม่ต้องซื้อ	34	13.7
12.ท่านมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่หรือไม่		
ท่านไม่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่	26	10.5
ท่านคิดแต่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่	35	14.1

ตาราง 8 (ต่อ)

การสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ท่านไม่แน่ใจ	104	41.9
ท่านเคยคิดแต่ยังไม่อยากเลิกสูบบุหรี่ตอนนี้	32	12.9
ท่านตั้งใจเลิกสูบบุหรี่แน่นอน	26	10.5
ท่านเคยคิดและเคยเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ	25	10.1

จากตาราง 8 พบว่า ชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก จำนวน 315 คน มีชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก มีการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 78.7 โดยพบว่ามีผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลยแม้แต่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 1.6 และเคยสูบบุหรี่เกิน 100 มวน ร้อยละ 68.9 รองลงมา คือ สูบบุหรี่ไม่เกิน 100 มวนร้อยละ 29.5 ซึ่งในช่วง 30 วันที่ผ่านมาเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 78.7 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 21.3 โดยกลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 21-25 ปีมากที่สุด ร้อยละ 86.5 รองลงมา อายุ 12-15 ปี ร้อยละ 76.7 และตัดสินใจเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเพราะอยากลองมากที่สุด ร้อยละ 50.8 รองลงมา คือ เห็นบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่จึงทำตาม ร้อยละ 32.3 ทำตามเพื่อน/เลียนแบบคนในชุมชนร้อยละ 14.1 และเนื่องจากความเครียดจึงหาทางระบาย ร้อยละ 2.8 ซึ่งเลือกสูบบุหรี่สำเร็จรูปมากที่สุด ร้อยละ 58.8 รองลงมา คือ เลือกสูบทั้ง 2 อย่าง คือ บุหรี่สำเร็จรูป และ บุหรี่ที่มวนยาเส้นเอง ร้อยละ 31.9 และน้อยที่สุด คือ เลือกสูบบุหรี่ที่มวนยาเส้นเอง ร้อยละ 9.3 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา มีการสูบทุกช่วงเวลาที่ยากสูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 61.7 รองลงมา คือ ช่วงเวลาตื่นนอน ร้อยละ 24.2 ช่วงหลังรับประทานอาหาร ร้อยละ 7.3 โดยมีการสูบบุหรี่ทุกวันมากที่สุด ร้อยละ 86.0 รองลงมา คือ สูบบุหรี่ 10-19 วัน ร้อยละ 6.0 โดยสูบบุหรี่ต่อวันมากที่สุด คือ 2-5 มวนต่อวัน ร้อยละ 52.9 รองลงมา คือ สูบ 1 มวนต่อวันร้อยละ 28.6 ซึ่งโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะสูบบุหรี่มากที่สุดคือ ทุกครั้งเมื่ออยากสูบบุหรี่ ร้อยละ 68.1 รองลงมาเมื่อหลังอาหารเรียบร้อยแล้ว ร้อยละ 8.1 เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่ได้สูบบุหรี่จะมีอาการทุกอย่าง (หงุดหงิด, อ่อนเพลีย, เกิดความเครียด, ไม่อยากทำงาน, กระวนกระวาย) ร้อยละ 68.1 รองลงมา คือ เกิดความเครียด ร้อยละ 6.0 และอ่อนเพลียร้อยละ 5.2 แหล่งที่มาของบุหรี่ยี่ห้อตัวอย่างซื้อได้เองตามร้านค้ามากที่สุด ร้อยละ 83.9 รองลงมา คือ ทำบุหรี่เพื่อสูบได้เองโดยไม่ต้องซื้อ ร้อยละ 13.7 และขอบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 2.4 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แน่ใจเกี่ยวกับความคิดที่จะเลิกบุหรี่ มากที่สุดร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ คิดแต่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.1 เคยคิดแต่ยังไม่อยากเลิกสูบบุหรี่ตอนนี้ ร้อยละ 12.9

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ
ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ด้วยสถิติไคสแควร์

ตาราง 9 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง
จังหวัดตาก

ตัวแปร	การสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ				Chi-square	p-value
	สูบ		ไม่สูบ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					26.539	0.000*
ชาย (n =181)	161	89.0	20	11.0		
หญิง (n =134)	87	64.9	47	35.1		
อายุ					0.017	0.896
< 35 ปี (n =78)	61	78.2	17	21.8		
≥ 35 ปี (n =237)	187	78.9	50	21.1		
ระดับการศึกษา					3.369	0.498
ไม่ได้เรียน(n =39)	32	82.1	7	17.9		
ประถมศึกษา(n =98)	80	81.6	18	18.4		
มัธยมศึกษา/ปวช.(n =121)	95	78.5	26	21.5		
อนุปริญญา/ปวส.(n =50)	37	74.0	13	26.0		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า (n =7)	4	57.1	3	42.9		
รายได้					0.759	0.384
< 5,000 (n =39)	92	81.4	21	18.6		
≥ 5,000 (n =39)	156	77.2	46	22.8		
อาชีพ					1.357	0.716
เกษตรกรรม (n =114)	91	79.8	23	20.2		
รับจ้าง (n =116)	91	78.4	25	21.6		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (n =8)	5	62.5	3	37.5		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (n =77)	61	79.2	16	20.8		

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	การสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ				Chi-square	p-value
	สูบ		ไม่สูบ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสนา					4.405	0.111
ไม่มีศาสนา (n =6)	5	83.3	1	16.7		
ศาสนาพุทธ (n =260)	199	76.5	61	23.5		
ศาสนาคริสต์ (n =49)	44	89.8	5	10.2		
โรคประจำตัว					0.551	0.458
ไม่มี (n =166)	128	77.1	38	22.9		
มี (n =149)	120	80.5	29	19.5		
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่						
ระดับต่ำ (n =102)	178	83.6	35	16.4	9.194	0.002*
ระดับสูง (n =213)	70	68.6	32	31.4		
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่					11.757	0.001*
ระดับต่ำ (n =21)	87	69.0	39	31.0		
ระดับสูง (n =294)	161	85.2	28	14.8		
การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคม					8.070	0.004*
ระดับต่ำ (n =86)	86	70.5	36	29.5		
ระดับสูง (n =229)	162	83.9	31	16.1		

P < 0.05

จากตาราง 9 การทดสอบผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ด้วยสถิติไคสแควร์ จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศ (p-value < 0.001) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (p-value = 0.002) ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ (p-value = 0.001) การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่ และสิ่งแวดล้อม (p-value = 0.004)

ส่วนที่ 7 ข้อมูลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ตาราง 10 แสดงผลการทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ตัวแปร	Crude odds ratio			Adjust odds ratio		
	OR	95%CI	P-value	OR	95%CI	P-value
การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่						
การคล้อยตามระดับต่ำ ^{ref}	1			1		
การคล้อยตามระดับสูง	2.188	1.266-3.780	0.005*	12.105	2.413-60.723	0.002*
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่						
ทัศนคติระดับสูง ^{ref}	1			1		
ทัศนคติระดับต่ำ	2.578	1.486-4.473	0.001*	7.609	1.394-41.539	0.019*
เพศ						
หญิง ^{ref}	1			1		
ชาย	4.349	2.424-7.803	0.000*	4.334	2.415-7.779	0.000*
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่						
ความรู้ระดับสูง ^{ref}	1			1		
ความรู้ระดับต่ำ	2.325	1.337-4.043	0.003*	2.782	1.482-5.225	0.001*

จากผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ในตาราง 10 มีตัวแปรอิสระจำนวน 4 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก และเมื่อนำตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร มาวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่า ทั้ง 4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ คือ การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($OR_{Adjust}=12.105$, 95% CI: 2.413-60.723, p-value= 0.002) ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ($OR_{Adjust}=7.609$, 95% CI: 1.394-41.539, p-value=0.019) เพศ ($OR_{Adjust}=4.334$, 95% CI: 2.415-7.779, p-value<0.001) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ($OR_{Adjust}=2.782$, 95% CI: 1.482-5.225, p-value=0.001) โดยพบว่า ชาวปกาเกอะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก มีการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ระดับสูงจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าคนที่มีการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ระดับต่ำ คิดเป็น 12.105 เท่า ชาวปกาเกอะญอที่มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ระดับต่ำจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าชาวปกาเกอะญอ ที่มี

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ระดับสูงคิดเป็น 7.609 เท่า ชาวปกากะญอที่เป็นเพศชายจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง คิดเป็น 4.334 เท่า และชาวปกากะญอที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ต่ำจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าคนที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระดับสูง คิดเป็น 2.782 เท่า



บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยในครั้งนี้ สํารวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ที่มีอายุ 20-60 ปีจำนวน 315 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนเมษายน 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.72 - 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรอิสระและตัวแปรตามและนำเสนอค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยสถิติการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) ผู้วิจัยได้จำแนกประเด็นการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ 42.5 ส่วนใหญ่อายุมากกว่าเท่ากับ 35 ปี ร้อยละ 75.2 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.71 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.45 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช ร้อยละ 38.4 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.1 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40.0 โดยมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 11,397.46 บาทต่อเดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12,367.37 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 36.8 รองลงมาเป็นเกษตรกร ร้อยละ 36.2 นับถือศาสนาพุทธ มากที่สุดร้อยละ 82.5 มีเพียงร้อยละ 1.9 ที่ไม่มีศาสนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.7 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.0

ความรู้เกี่ยวกับบุหรื

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรือยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 32.4 และน้อยที่สุด คือ ระดับมาก ร้อยละ 13.3 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ชาวปกากะญอมีความรู้เกี่ยวกับบุหรืมากที่สุด คือ ข้อ 10.การสูบบุหรืในที่สาธารณะ มีความผิดตามกฎหมาย อยู่ที่ร้อยละ 78.4 รองลงมา คือ ข้อ 3.ปอดของผู้ที่สูบบุหรืเป็นเวลานานปอดจะมีลักษณะดำคล้ำ อยู่ที่ร้อยละ 77.5 และ ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อ 1.บุหรืมีสารนิโคตินทำให้เสพติด ร้อยละ 27.0

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรือยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.6 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 40.0 และน้อยที่สุด คือ ระดับมาก ร้อยละ 11.4 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยมากที่สุด 3 ข้อแรก คือ การสูบบุหรืเป็นพฤติกรรมปกติของมนุษย์ รองลงมา คือ การสูบบุหรื ทำให้มีกลิ่นตัวแรงขึ้นกว่าปกติ และการสูบบุหรื ช่วยคลายความเครียดลงได้ ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ คนที่ติดบุหรื คือ คนที่มีจิตใจอ่อนแอ

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรื

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรื โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 38.7 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 34.6 และน้อยที่สุด คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ 3 อันดับแรก คือ ชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรืช่วยให้มีแรงในการทำงานในพื้นที่สูงให้กับครอบครัวและหมู่บ้าน รองลงมา คือ หมู่บ้านหรือชุมชนมีพิธีกรรมตามความเชื่อ และมีเครื่องไหว้ที่เป็นบุหรืร่วมด้วยเสมอ และชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรืสามารถดึงดูดความสนใจจากเพื่อนต่างเพศได้ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ น้อยที่สุด คือ การสูบบุหรืถือว่าเป็นสืบสานประเพณี และวัฒนธรรมของท่าน

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความชุกการสูบบุหรืของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ผลการวิจัย พบว่า ชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก จำนวน 315 คน มีชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก มีการสูบบุหรืคิดเป็นร้อยละ 78.7 โดยพบว่า มีผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรืเลยแม้แต่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 1.6 และเคยสูบบุหรืเกิน 100 มวน ร้อยละ 68.9 รองลงมา คือ สูบบุหรืไม่เกิน 100 มวนร้อยละ 29.5 ซึ่งในช่วง 30 วันที่ผ่านมาเคยสูบบุหรื ร้อยละ 78.7 และไม่สูบบุหรื ร้อยละ 21.3 โดยกลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรืครั้งแรกเมื่ออายุ 21-25 ปีมากที่สุด ร้อยละ 86.5 รองลงมา อายุ 12-15 ปี ร้อยละ 76.7 และตัดสินใจเริ่มสูบบุหรืครั้งแรกเพราะอยากลองมากที่สุด ร้อยละ 50.8 รองลงมา คือ เห็นบุคคลในครอบครัวสูบบุหรืจึงทำตาม ร้อยละ 32.3 ทำตาม

เพื่อน/เลียนแบบคนในชุมชนร้อยละ 14.1 และเนื่องจากความเครียดจึงหาทางระบาย ร้อยละ 2.8 ซึ่งเลือกสูบบุหรี่สำเร็จรูปมากที่สุด ร้อยละ 58.8 รองลงมา คือ เลือกสูบทั้ง 2 อย่าง คือ บุหรี่สำเร็จรูป และ บุหรี่ที่มวนยาเส้นเอง ร้อยละ 31.9 และน้อยที่สุด คือ เลือกสูบบุหรี่ที่มวนยาเส้นเอง ร้อยละ 9.3 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา มีการสูบทุกช่วงเวลาที่ยากสูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 61.7 รองลงมา คือ ช่วงเวลาตื่นนอน ร้อยละ 24.2 ช่วงหลังรับประทานอาหาร ร้อยละ 7.3 โดยมีการสูบบุหรี่ทุกวันมากที่สุด ร้อยละ 86.0 รองลงมา คือ สูบบุหรี่ 10-19 วัน ร้อยละ 6.0 โดยสูบบุหรี่ต่อวันมากที่สุด คือ 2-5 มวนต่อวัน ร้อยละ 52.9 รองลงมา คือ สูบ 1 มวนต่อวันร้อยละ 28.6 ซึ่งโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะสูบบุหรี่มากที่สุดคือ ทุกครั้งเมื่ออยากสูบบุหรี่ ร้อยละ 68.1 รองลงมาเมื่อหลังอาหารเรียบร้อยแล้ว ร้อยละ 8.1 เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่ได้สูบบุหรี่จะมีอาการทุกอย่าง (หงุดหงิด, อ่อนเพลีย, เกิดความเครียด, ไม่อยากทำงาน, กระวนกระวาย) ร้อยละ 68.1 รองลงมา คือ เกิดความเครียด ร้อยละ 6.0 และอ่อนเพลียร้อยละ 5.2 แหล่งที่มาของบุหรี่กลุ่มตัวอย่างซื้อได้เองตามร้านค้ามากที่สุด ร้อยละ 83.9 รองลงมา คือ ทำบุหรี่เพื่อสูบได้เองโดยไม่ต้องซื้อ ร้อยละ 13.7 และขอบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 2.4 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แน่ใจเกี่ยวกับความคิดที่จะเลิกบุหรี่ มากที่สุดร้อยละ 41.9 รองลงมา คือ คิดแต่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.1 เคยคิดแต่ยังไม่อยากเลิกสูบบุหรี่ตอนนี้ ร้อยละ 12.9

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก มีจำนวน 4 ตัวแปร เรียงตามลำดับค่าอิทธิพลจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ($OR_{Adj}=12.105$, 95% CI: 2.413-60.723, $p\text{-value}=0.002$) กลุ่มตัวอย่างที่มีการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงจะมีโอกาสการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มระดับต่ำ คิดเป็น 12.105 เท่า

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ($OR_{Adj}=7.609$, 95% CI: 1.394-41.539, $p\text{-value}=0.019$) กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่จะมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าชาวปกากะญอที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่คิดเป็น 7.609 เท่า

เพศ ($OR_{Adj}=4.334$, 95% CI: 2.415-7.779, $p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายจะมีโอกาสการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง คิดเป็น 4.334 เท่า

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ($OR_{Adj}=2.782$, 95% CI: 1.482-5.225, $p\text{-value} = 0.001$) กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ยอยู่ในระดับต่ำจะมีโอกาสการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มระดับสูง คิดเป็น 2.782 เท่า

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากชาวปกาเกอะญอ ส่วนใหญ่อยู่กันแบบหมู่บ้านมีวัฒนธรรมเป็นของตนเองและส่วนใหญ่อยู่ในเขตชุมชนชนบท จึงส่งผลให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรื น้อย และยังพบว่า ในหมู่บ้านปลูกต้นยาสูบซึ่งสามารถผลิตใช้ได้เองอีกด้วย ดังนั้นจากการเห็นตัวอย่างการปฏิบัติเกี่ยวกับการสูบบุหรื จากครอบครัว หรือชุมชนสูบบุหรื หรือเป็นแหล่งผลิตยาสูบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นว่าการสูบบุหรื เป็นเรื่องที่ผิดปกติแต่อย่างใด สามารถทำได้ทั่วไปในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ อัคริย์ ใจตุ้ย (2550) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่าในพื้นที่ตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยพบว่าพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ด้านอบายมุข กรณีสูบบุหรื อย่างเดียวและกรณีที่ดื่มสุราและสูบบุหรื เผ่ากะเหรี่ยงและเผ่าอาข่าอยู่ในระดับพอใช้

กลุ่มตัวอย่างมีการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรื จะส่งผลให้เอื้อต่อการสูบบุหรื อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า เนื่องจากชาวปกาเกอะญอมีการประกอบพิธีกรรมและในพิธีกรรมต่าง ๆ สอดแทรกความเชื่อดั้งเดิมของกลุ่มชน มีนับถือผีมีการบวงสรวงและเซ่นสังเวยอย่างเคร่งครัด ซึ่งความเชื่อหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะต้องมีการเซ่นเจ้าที่เจ้าทาง เพื่อบอกกล่าวบรรพชนให้อุดหนุนค้ำจุน ช่วยให้กิจการงานนั้น ๆ เจริญก้าวหน้า ทำเกษตรกรรมได้ผลผลิตดี ให้อยู่เย็นเป็นสุข ปกป้องคุ้มครองดูแล และยังเป็น การขอขมาต่อท่านหากได้กระทำการใด ๆ ล่วงเกินซึ่งในพิธีต่าง ๆ ก็จะต้องประกอบไปด้วยบุหรื เหล้า ผลไม้ หมู ไก่ ซึ่งเมื่อทำพิธีต่าง ๆ แล้วก็ต้องกินของในพิธี จึงถือว่าร่วมฉลองในพิธีนั้น ๆ ยศ สันตสมบัติ (2551) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าบรรทัดฐานทางสังคมซึ่งประกอบไปด้วยวัฒนธรรม ประเพณี และสิ่งแวดล้อมของชาวปกาเกอะญอมีส่วนที่เอื้อต่อการสูบบุหรื ได้

การสูบบุหรื ของชาวปกาเกอะญอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรื ครั้งแรกเมื่ออายุ 21-25 ปีมากที่สุดร้อยละ 70.5 และตัดสินใจเริ่มสูบบุหรื ครั้งแรกเพราะอยากรลองมากที่สุด ร้อยละ 56.2 ซึ่งเลือกสูบบุหรื สำเร็จรูปมากที่สุด ร้อยละ 64.8 โดยสูบบุหรื ต่อวันมากที่สุด คือ 2-5 มวนต่อวัน ร้อยละ 57.5 ซึ่งโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะสูบบุหรื มากที่สุด คือ ทุกครั้งเมื่อท่านอยากสูบบุหรื ร้อยละ 91.1 เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่ได้สูบบุหรื จะมีอาการทุกอย่าง (หงุดหงิด, อ่อนเพลีย, เกิดความเครียด, ไม่อยากทำงาน, กระวนกระวาย) ร้อยละ 71.4 แหล่งที่มาของบุหรื กลุ่มตัวอย่างซื้อได้เองตามร้านค้ามากที่สุด ร้อยละ 86.7 รองลงมา คือ ทำบุหรื เพื่อสูบได้เองโดยไม่ต้องซื้อ ร้อยละ 11.4 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แน่ใจเกี่ยวกับความคิดที่จะเลิกบุหรื มากที่สุดร้อยละ 43.8

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก พบว่า ตัวแปรอิสระจำนวน 4 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก มาวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่า ทั้ง 4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 2) ทักษะการสูบบุหรี่ 3) เพศ 4) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.002$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง จะมีโอกาสการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มระดับต่ำ คิดเป็น 12.105 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ประเพณีและวัฒนธรรมต่าง ๆ ของชนเผ่ามักจะเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่และเคี้ยวหมาก โดยธรรมเนียมการต้อนรับแขกของชนเผ่า คือ เมื่อแขกมาถึงแล้ว ก็จะต้องวางยาเส้น น้ำชา และน้ำสะอาดให้แขกที่ขึ้นมานั่ง ถูว่าเป็นธรรมเนียมที่ได้ปฏิบัติต่อแขกตามบรรพชนเคยปฏิบัติมา และยังพบว่ายาสูบในความเชื่อของชนเผ่า ไม่ใช่เป็นเพียงยาเส้นธรรมดา แต่มีความสำคัญในชีวิตประจำวันอย่างหลากหลายมิติ ทั้งมิติพิธีกรรม ความเชื่อ ยารักษาโรค และเชื่อว่าเกี่ยวกับสุขภาพคนชนเผ่าเชื่อว่ายาเส้นมีคุณสมบัติ คือ ชำเชื้อโรคและรักษาแผลสด โดยมีการใช้ยาเส้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งของยาสมุนไพร โดยเฉพาะยาสมุนไพรรักษาอาหารเป็นพิษ (ปฏิภาณ อายุ, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2560) ที่พบว่า การคล้อยตามบรรทัดฐานในชุมชน ในระดับมาก ($OR_{Adj}=2.955$, 95% CI: 1.727-5.055, $p\text{-value}=0.000$) สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้เยาวชนได้อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}=0.019$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่จะมีโอกาสการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการสูบบุหรี่ คิดเป็น 7.609 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่าทัศนคติเป็นผลรวมของความเชื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจ ที่จะแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำนั้น จากผลการวิจัยพบว่าชาวปกากะญอมีความเห็นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมปกติของมนุษย์ และการสูบบุหรี่ช่วยคลายความเครียดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลฤ ญณอมสัจย์ และรัชนิ สรรเสริฐ (2554) ที่พบว่า ทัศนคติที่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ ($OR=2.16$) มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับการศึกษาของชลลดา ไชยกุลวัฒนา, ประกายดาว สุทธิ, และวิชานีย์ ใจมาลัย (2557) พบว่าทัศนคติที่ดีต่อการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น และ

สอดคล้องกับการศึกษาของศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สุชาติ เครื่องชัย, มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, และ วรารวรรณ ยศธรรมเสนี (2563) ที่พบว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งแรกของเยาวชนหญิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพศ

เพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ชิดนาคย์ และวราภรณ์ ยศทวี (2561) ที่พบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องจากวัฒนธรรมไทยผู้หญิงจะได้รับการปลูกฝังว่าบายนมุขโดยเฉพาะบุหรี่ สุรา เป็นสิ่งต้องห้ามสำหรับผู้หญิง อีกทั้งสังคมชนเผ่าปกากะญอ ผู้ชายจะเป็นคนสร้างบ้าน ผู้หญิงจึงมีหน้าที่ประกอบพิธีกรรมแสดงความนับถือต่อวิญญาณบรรพบุรุษ งานของผู้ชายจะเป็นการล่าสัตว์ การสร้างบ้าน การจัดงาน การเลือกพื้นที่ทำไร่ การติดต่อซื้อขาย การต้อนรับแขก การทำเครื่องมือเครื่องใช้ในครัวเรือน ผู้หญิงทำงานในบ้านมากกว่า เช่น การหาฟืน การตำข้าว การปรุงอาหาร แต่ผู้ชายก็จะทำได้และเต็มใจช่วยภรรยาของตนเสมอ (ขวัญชีวัน บัวแดง, 2546) ประกอบกับส่วนใหญ่ผู้ชายจะเป็นผู้เข้าร่วมการประกอบพิธีกรรม และในพิธีกรรมต่าง ๆ ก็จะประกอบไปด้วยบุหรี่ เหล้า ผลไม้ หมู ไก่ ซึ่งเมื่อทำพิธีต่าง ๆ แล้วก็ต้องกินของในพิธี จึงถือว่าร่วมฉลองในพิธีนั้น ๆ (ยศ สันตสมบัติ, 2551) ดังนั้นผู้ชายจึงมีโอกาสในการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของแพรวพรรณ ขาวบ้านปิง, ธาณินทร์ สุธีประเสริฐ, สุรศักดิ์ สุนทร, และสุวรรณี เนตรศรีทอง (2566) โดยพบว่าเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเพศหญิงยังยึดมั่นในกฎระเบียบ หรือมีความละเอียดต่อการสูบบุหรี่มากกว่าเพศชาย

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ต่ำจะมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่ามีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระดับสูง คิดเป็น 0.349 เท่า อธิบายได้ว่า ความรู้เป็นแนวทางหนึ่งที่น่าไปสู่การปฏิบัติของบุคคล เพราะเมื่อบุคคลได้เรียนรู้จนเกิดความเข้าใจ ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เนื่องจากชาวปกากะญอมีวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อที่สืบทอดกันมาเป็นเวลานาน อีกทั้งชุมชนส่วนใหญ่ยังอยู่ในชนบททำให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากบุหรี่ยังไม่แพร่หลาย จึงส่งผลให้ชาวปกากะญอมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอริญ คุณคำ (2553) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, และลักขณา เดิมศิริกุลชัย (2551) และธราดล เก่งการพานิช และคณะ (2551) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโทษภัยจากการสูบบุหรี่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้

นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว ไม่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสาธารณสุข และส่วนของท้องถิ่น ควรจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้และโทษของการสูบบุหรี่ โดยเน้นกิจกรรมเชิงรุก และให้ชาวปกากะญอมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ชาวปกากะญอตระหนักและเกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อว่ายาลิ้นและบุหรี่ไม่มีโทษ โดยเน้นในมิติต่าง ๆ เช่น มิติในด้านกฎหมาย มิติค่าใช้จ่าย มิติดีสุขภาพตัวเองและครอบครัว
2. ควรมีการผลักดันเกี่ยวกับนโยบายต่าง ๆ เกี่ยวกับบุหรี่ และหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง โดยทำเป็นหมู่บ้านต้นแบบหรือตำบลต้นแบบ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ชุมชนห่างไกลจากบุหรี่
3. ควรมีการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชนเผ่าอื่น ๆ เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของชาวปกากะญอมีผลต่อการสูบบุหรี่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ในทางที่ผิด ดังนั้น เมื่อต้องการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในระยะสั้นและระยะยาว ต้องอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจในกลุ่มชนเผ่าที่มีความแตกต่างกับคนในเมือง และการแก้ไขปัญหาเพื่อความยั่งยืนจะต้องสร้างกระบวนการทางความรู้ เพื่อปลดทศณะคติ และวิถีวัฒนธรรมที่ผิด ๆ เอาหลักวิทยาศาสตร์โดยบูรณาการเอาหน่วยงานและองค์กรที่ชาวปกากะญอให้ความเชื่อมั่นมาร่วมกันสร้างความศรัทธา เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการให้เกิดเป็นรูปธรรม

บรรณานุกรม

- กมลภู ฌโนมสัถย์, และรัชนี สรรเสริญ. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาดุสิต. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(3), 38-47.
- กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, กรกษ เพทาย, ปัจมาย คำทิพย์, ปิยะเสริญ พิษิตวงศ์, และฐิติมา ล้ายอง. (2560). ผลของการพัฒนาความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะเพื่อลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุและภัยพิบัติในโรงเรียน และชุมชน ด้วยรูปแบบการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองในนักเรียนระดับประถมศึกษาของจังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 102-116.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2548). บุหรี่หรือสุขภาพ. นนทบุรี: กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองทันตสาธารณสุข. (2545). *คู่มือสำหรับทันตบุคลากรวิธีช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ไชเบอร์เพรส.
- เกษม วัฒนชัย. (2544). นโยบายการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ. *Thailand Education*, 7(5), 39-40.
- ขวัญชีวัน บัวแดง. (2546). *ศาสนาและอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์: ศึกษากรณีกลุ่มชนกะเหรี่ยงในประเทศไทยและประเทศพม่า*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์, และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้กับเยาวชนของผู้ประกอบการร้านค้าปลีกในชุมชนชนบท. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 113-121.
- ฉลอง สุนทรวาณิชย์. (2550). *การค้ากับเครือข่ายความสัมพันธ์ของกลุ่มชาติพันธุ์*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- เฉลิมพล ดันสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, ประกายดาว สุทธิ, และวิชานีย์ ใจมาลัย. (2557). พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 57-67.
- ขอพูน จารง. (2559). *พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวไทยมุสลิมในอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลา.
- จิตยา สุวรรณะชญ. (2543). *แนวคิดทฤษฎีสังคม*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเด็กผู้หญิงสูบบุหรี่ในประเทศไทย. *วารสารการศึกษาศุภาพ*, 31(108), 26-40.
- ธวัชชัย อภิเดชกุล, อรณลิน สิงขรณ์, บุคอรี ปุตุสะ, สุดเขต เดชพิทักษ์ยนต์, และพิชญ์นรี พุดสันติ. (2560). *พฤติกรรมและผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มเยาวชนชาวเขาเผ่าลาหู่และอาข่า (ระยะที่ 1)*. กรุงเทพฯ:

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

จิตติ บุศดาน้อย, สุทิน ชนะบุญ, และเบญญาภา กาลเซว้า. (2562). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ตอนต้น กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสาร
วิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 2(1), 139-152.

นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). *การวิจัยทางสาธารณสุข: จากหลักการสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). พิษณุโลก:
มหาวิทยาลัยนเรศวร.

บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ปฐวิภาณ อายิ. (2555). *โครงการกระบวนการเพื่อการเรียนรู้ สู่การสร้างความรู้ความตระหนัก เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่
ในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า กรณีศึกษาอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์และจัดการความรู้เพื่อ
การควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประกิต วาทีสาธกกิจ, และกรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2551). *สถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย*.

<http://guru.sanook.com/encyclopedia>.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และสวียง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ประเสริฐ แยมกลิ่นฟุ้ง. (2540). *สังคมและวัฒนธรรม: เอกสารประกอบการสอนศึกษาวิชา 313-183* (พิมพ์ครั้งที่ 6).
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พลากร สืบสำราญ, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, นิยม จันทน์นวล, และวันวิสา จันทาท. (2560).
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะติดต่ออันตรายของการสูบบุหรี่ กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยม
ปลาย: กรณีศึกษาอำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย
อุบลราชธานี*, 19(3), 12-20.

พอล, และอีเลน ลูวิส. (2528). *หกเผ่าชาวดอย หัตถกรรมชาวเขา* (ศิริวรรณ สุขพานิช, ผู้แปล.). เชียงใหม่: หัตถกรรม
ชาวเขา.

พิรณัฐ จันทระคุปต์. (2558). *พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูบบุหรี่ชายผู้สูบบุหรี่ในจังหวัด
เชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

แพรวพรรณ ชาวบ้านบึง, ธาณินทร์ สุธีประเสริฐ, สุรศักดิ์ สุนทร, และสุวรรณี เนตรศรีทอง. (2566). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาสายอาชีพ สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี.
วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(3), 207-215.

ไพฑูรย์ เครือแก้ว. (2513). *ลักษณะสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: ปรีชา สามัคคีธรรม.

ภัทรินทร์ ศิริทรากุล. (2564). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

มณูเชษฐ มະโนธรรม, พัทธรา ก้อยชูสกุล, อารีย์ จอแย, วรัญญา มณีนรัตน์, จุฑามาศ เมืองมูล, และสุพรรณ วณิชปริญา
กุล. (2562). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอแม่สรวย จังหวัด
เชียงราย. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(1), 69-80.

- มาลี สิทธิเกรียงไกร. (2554). *แนวนโยบายและหลักปฏิบัติในการฟื้นฟูวิถีชีวิตชาวกะเหรี่ยง*. กรุงเทพฯ: กลุ่มส่งเสริม
เครือข่ายและประสานราชการภูมิภาค สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม กระทรวง
วัฒนธรรม.
- ยศ สันตสมบัติ. (2551). *อำนาจ พื้นที่และอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์: การเมืองวัฒนธรรมของรัฐบาลในสังคมไทย*.
กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- ยุทธการ ประพากรณ์. (2562). *ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกะเหรี่ยง*
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2545). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญพัฒน์.
- ลักขมล ลักษณะวิมล, และเรวดี เพชรศิริสัมพันธ์. (2563). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา
อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาล*, 71(1), 28-36.
- วิกานต์ดา โหมงมาตย์. (2561). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษา
ตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ศิลปากร.
- ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สุชาติ เครือชัย, มณีนรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, และรวรรณ ยศธรรมเสนี. (2563). ปัจจัยทำนาย
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งแรกของเยาวชนหญิง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*,
21(3), 16-29.
- ศศิธร ชิดนายิ, และวราภรณ์ ยศทวี. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจังหวัด
อุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุตรดิตถ์*, 10(1), 83-93.
- ศิริวรรณ พิชัยรังษะ, ปวีณา ปันกระจำง, และสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2559). *สรุป สถานการณ์เฝ้าระวัง
เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้ เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2558). *กระบวนการเรียนรู้และสร้างความตระหนัก เพื่อป้องกัน
และแก้ไขปัญหามัหรืในกลุ่มอาช่า อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้
เพื่อการควบคุมยาสูบ.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2562). *รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.
2562*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
- สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *หยุดการแพร่ภัยบุหรื: สิ่งที่ต้องทำ
และผลได้ผลเสียทางเศรษฐกิจของการควบคุม ยาสูบ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย.
- สร้อยตระกูล (ติวานนท์) อรรถมานะ. (2550). *พฤติกรรมองค์การ ทฤษฎีและการประยุกต์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). *รายงานประจำปี 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการปฏิบัติการจิตวิทยาแห่งชาติ. (2518). *ชาวเขาเผ่าม้ง*. กรุงเทพฯ: กรมแผนที่ทหาร, 2518
- สำนักงานสภานแห่งชาติพัฒนาเมืองแห่งประเทศไทย. (2558). *สภานแห่งชาติพัฒนาเมืองแห่งประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน

- สมาคมศูนย์รวมการศึกษาและวัฒนธรรมของชาวไทยภูเขาในประเทศไทย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมบุหรี่*. ตาก:
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขสุโขทัยอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุม*
บุหรี่. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขสุโขทัยอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.*
2535 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุพัฒน์ อีระเวเจริญชัย. (2541). *สุขภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรีย์ จันทร์โมลี. (2563). *การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่*. *วารสารสุขภาพ*, (2563), 15.
- องค์การบริหารส่วนจังหวัดตาก. (2564). *ระบบฐานข้อมูลองค์การบริหารส่วนจังหวัดตากปี 2564*. สืบค้น 20 ธันวาคม
2565, จาก https://datatakpaoo.com/en/dashboard_detail/12/0
- อรทัย ลิ้มตระกูล. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักศึกษา
ระดับอุดมศึกษา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรณู คุณคำ. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาตอน*
ปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ).
อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- อัศรีย์ ใจคุ้ม. (2550). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงและชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่าใน*
ตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงราย.
- อุไรวัฒน์ คชาชีวะ. (2530). *บุหรี่ยี่มีผลต่อการทำงานของหัวใจอย่างไร ในชีวิตจะสิ้นเพราะควันบุหรี่สับดาห์แห่งการ*
สถาปนาการสาธารณสุขแห่งชาติ 21-27 พฤศจิกายน ประจำปี 2530. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหาร
ผ่านศึกษา.
- Abebe, D. S., Hafstad, G. S., Brunborg, G. S., Kumar, B. N., & Lien, L. (2015). Binge drinking,
cannabis and tobacco use among ethnic norwegian and ethnic minority
adolescents in oslo, norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, 992-
1001.
- Best, J. (1977). *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Hand book on formative and summative evaluation of student*
learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Carroll, D. M., & Cole, A. (2022). Racial/ethnic group comparisons of quit ratios and
prevalences of cessation-related factors among adults who smoke with a quit
attempt. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 48(1), 58-68. doi:10.1080/00952990.2021.1977310
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New

York: Wiley & Sons.

Friis, R. H., Garrido-Ortega, C., Safer, A. M., Wankie, C., Griego, P. A., Forouzes, M., . . .

Kuoch, K. (2012). Socioepidemiology of cigarette smoking among cambodian americans in long beach, california. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14, 272-280.

Jamil, H., Elsouhag, D., Hiller, S., Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2010). Sociodemographic risk indicators of hookah smoking among white americans: A pilot study.

Nicotine & Tobacco Research, 12(5), 525-529.

Krech, D., Crutchfield, R. S., & Ballachey, E. L. (1962). *Individual in society: A textbook of social psychology*. New York: McGraw-Hill.

Ong-artborirak, P., & Seangpraw, K. (2019). Association between self-care behaviors and quality of life among elderly minority groups on the border of thailand.

Journal of Multidisciplinary Healthcare, 12, 1049-1059. doi:10.2147/JMDH.S227617

Petersen, A. B., Ogunrinu, T., Wallace, S., Yun, J., Belliard, J. C., & Singh, P. N. (2022).

Implementation and outcomes of a maternal smoking cessation program for a multi-ethnic cohort in california, USA, 2012–2019. *Journal of Community Health*, 47(2), 257-265.

Ronald, D., & Renard, A. S. (Eds.). (2015). *Mon-khmer: Peoples of the mekong region*.

Chiang Mai: Chiang Mai University Press.

World Health Organization. (2015). *Who global report on trends in tobacco smoking 2000-2025*. Retrieved July 10, 2019, from

[https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobacco smoking/en/](https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobacco-smoking/en/)



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ศึกษา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ กิริติสิโรจน์
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ดร.ภัทรพล มากมี
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. นางบุญยานุช เดชบริบูรณ์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก



ภาคผนวก ข เอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์
ระดับปริญญาโท

.....

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตระดับปริญญาโท ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยมีคุณภาพและมาตรฐานสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และเป็นไปตามข้อ ๒๗ (๒) (ก) แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วยการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.๒๕๕๙

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ.๒๕๓๓ บัณฑิตวิทยาลัย จึงแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ของ นายภูษญา ยมนวกุล รหัสประจำตัว ๖๓๐๖๒๓๙๕ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ดังต่อไปนี้

๑. รองศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ให้อาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ให้เป็นไปตามประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง แนวปฏิบัติในการทำวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

COA No. 492/2022
IRB No. P3-0101/2565



AF 11/6.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปิ๊งจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรสูบบุหรี่ของชาวปากเกร็ดในอำเภอดุสิต จังหวัดตาก

ผู้วิจัยหลัก : นายภูษฎา ยมนวกุล

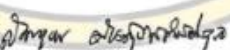
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

1. IF 01 Research Ethical Application (Non-Intervention Study) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 06 ธันวาคม 2565
2. IF 02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 พฤศจิกายน 2565
3. IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 06 ธันวาคม 2565
4. IF 03 (เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ (Try out)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 06 ธันวาคม 2565
5. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 พฤศจิกายน 2565
6. IF 04 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) อายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 พฤศจิกายน 2565
7. IF 05 CV Principal Investigator เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 พฤศจิกายน 2565
8. IF 06 Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 พฤศจิกายน 2565
9. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 06 ธันวาคม 2565
10. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 07 พฤศจิกายน 2565
11. แบบคัดกรอง เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 09 ธันวาคม 2565

ลงนาม 

(นายแพทย์สมบุรณ์ คันธสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 19 ธันวาคม 2565

วันหมดอายุ : 19 ธันวาคม 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามหมายเลข □□□

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย
เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ
ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชาวปกาเกอะญอ ในอำเภออุ้มผาง
จังหวัดตาก

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคม เกี่ยวกับการสูบบุหรี่	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่	จำนวน 2 ข้อ

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม กระผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับ
ความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

นาย ภูษฎา ยมนวกุล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหรือเติมข้อมูลในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

[] 1. เพศชาย

[] 2. เพศหญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

[] 1. ไม่ได้เรียน

[] 2. ระดับประถมศึกษา

[] 3. ระดับ

มัธยมศึกษา

[] 4. อนุปริญญา/ปวส.

[] 5. ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4. รายได้.....บาท/เดือน

5. อาชีพ

[] 1. ว่างาน

[] 2. เกษตรกรรม

[] 3. รับจ้าง

[] 4. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

[] 5. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว

6. ศาสนา

[] 1. ไม่มีศาสนา

[] 2. ศาสนาพุทธ

[] 3. ศาสนา

คริสต์

[] 4. นับถือผี

[] 5. อื่น ๆระบุ

7. โรคประจำตัว

[] 1. ไม่มี

[] 2. มี โปรดระบุ.....

☐ โรคความดันโลหิตสูง

☐ โรคเบาหวาน

☐ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง

☐ โรคความดันโลหิตสูง+โรคเบาหวาน

☐ โรคอื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ข้อความ	ความรู้		
	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)	ไม่ สนใจ (0)
1. บุหรี่มีสารนิโคตินทำให้เสพติด			
2. สารทาร์ (Tar) ในบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดได้			
3. ปอดของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานปอดจะมีลักษณะดำคล้ำ			
4. การสูบบุหรี่เป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะลงยาเสพติดชนิดอื่นได้			
5. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง			
6. การสูบบุหรี่ในปริมาณที่พอเหมาะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ			
7. การสูบบุหรี่ทำให้ปากคล้ำเนื่องจากเส้นเลือดฝอยในร่างกายหดตัว			
8. ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดถ้าสูบบุหรี่จะทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น			
9. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด			
10. การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะมีความผิดตามกฎหมาย			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกบางส่วน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

ข้อความ	ทัศนคติ		
	เห็นด้วย (3)	ไม่แน่ใจ (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
1. การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมปกติของมนุษย์			
2. การสูบบุหรี่ช่วยคลายความเครียดลงได้			
3. คนที่สูบบุหรี่จัดเป็นคนที่เซย์ในสังคมปัจจุบัน			
4. การสูบบุหรี่ทำให้เพศตรงข้ามเมินหนี			
5. คนที่ติดบุหรี่ คือ คนที่มีจิตใจอ่อนแอ			
6. การสูบบุหรี่ ทำให้มีกลิ่นตัวแรงขึ้นกว่าปกติ			
7. ท่านรู้สึกไร้ค่าเลยเมื่อต้องอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่			
8. คนที่สูบบุหรี่จะเข้าสังคมได้ง่าย และมีเพื่อนมาก			
9. การสูบบุหรี่จำนวนเพียง 1 มวนต่อวัน ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ			
10. คนที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ จะมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยการคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	การคล้อยตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่		
	รับรู้ (3)	เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
1. หมู่บ้านหรือชุมชนมีพิธีกรรมตามความเชื่อ และมีเครื่องไหว้ที่เป็นบุหรี่ปริ้วด้วยเสมอ			
2. บุหรี่เป็นสิ่งสำคัญในการประกอบพิธีต่าง ๆ ของชุมชน			
3. การสูบบุหรี่ กินเหล้า ถือเป็นการฉลองและแสดงความยินดีของคนในชุมชน			
4. คนในชุมชน นิยมปลูกต้นยาสูบไว้ใช้เอง			
5. ยาสูบเป็นพืชเศรษฐกิจหรือทำรายได้ให้กับคนในชุมชน			
6. ชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่สามารถดึงดูดความสนใจจากเพื่อนต่างเพศได้			
7. ชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของการเซ่นไหว้สิ่งที่คนในหมู่บ้านนับถือ			
8. การสูบบุหรี่ถือว่าเป็นสืบทอดประเพณี และวัฒนธรรมของท่าน			
9. ชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่ช่วยให้มีแรงในการทำงานในพื้นที่สูงให้กับครอบครัวและหมู่บ้าน			
10. ชุมชนของท่านเชื่อว่าการสูบบุหรี่ เป็นการใช้สมุนไพรเพื่อการผ่อนคลาย			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสูบบุหรี่

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ในชีวิตนี้ ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่
 - ☐ ไม่เคยสูบ แม้แต่มวนเดียว
 - ☐ เคยสูบ ไม่เกิน 100 มวน
 - ☐ เคยสูบ เกิน 100 มวน
2. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่บ้างหรือไม่
 - ☐ ไม่สูบ (หยุดทำแบบสอบถามนี้)
 - ☐ สูบ (โปรดทำแบบสอบถามในข้อต่อไป)
3. ท่านเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่อท่านตอนอายุเท่าไร
 - ☐ เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 12-15 ปี
 - ☐ เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 16-20 ปี
 - ☐ เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 21-25 ปี
 - ☐ เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 26-30 ปี
 - ☐ เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก เมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป
4. สาเหตุที่ท่านตัดสินใจเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก ด้วยสาเหตุใด
 - ☐ ตัดสินใจสูบเพราะเห็นบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่จึงทำตาม
 - ☐ ตัดสินใจสูบเพราะทำตามเพื่อน/เลียนแบบคนในชุมชน
 - ☐ ตัดสินใจสูบเพราะอยากลอง
 - ☐ ตัดสินใจสูบเพราะความเครียด จึงหาทางระบาย
 - ☐ ตัดสินใจสูบเพราะทำให้ร่างกายมีแรง
 - ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านเลือกสูบบุหรี่ แบบใด?
 - ☐ ท่านเลือกสูบบุหรี่สำเร็จรูป
 - ☐ ท่านเลือกสูบบุหรี่ที่มวนยาเส้นเอง
 - ☐ ท่านเลือกสูบทั้ง2อย่าง คือ บุหรี่สำเร็จรูป และบุหรี่ที่มวนยาเส้นเอง
 - ☐ ท่านเลือกสูบบุหรี่ประเภทอื่น เช่น.....
 - ☐ ทุกช่วงที่ท่านอยากสูบบุหรี่

6. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ในช่วงเวลาใดบ่อยที่สุด

- ☐ เมื่อท่านตื่นนอน
- ☐ เมื่อทำงานหรือตื่นนอน
- ☐ หลังรับประทานอาหาร
- ☐ เมื่อรู้สึกเหนื่อย เมื่อยล้า
- ☐ ทุกช่วงที่อยากสูบบุหรี่

7. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่แบบมวนกี่วัน?

- ☐ สูบ 1 - 2 วัน
- ☐ สูบ 3 - 5 วัน
- ☐ สูบ 6 - 9 วัน
- ☐ สูบ 10 - 19 วัน
- ☐ สูบ 20 - 29 วัน
- ☐ สูบทุกวัน (ทั้ง 30 วัน)

8. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ประมาณกี่มวนต่อวัน

- ☐ สูบน้อยกว่า 1 มวนต่อวัน
- ☐ สูบ 1 มวนต่อวัน
- ☐ สูบ 2 ถึง 5 มวนต่อวัน
- ☐ สูบ 6 ถึง 10 มวนต่อวัน
- ☐ สูบ 11 ถึง 20 มวนต่อวัน
- ☐ สูบ มากกว่า 20 มวนต่อวัน

9. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่ในโอกาสใดบ้าง

- ☐ เมื่อท่านอยู่คนเดียว
- ☐ เมื่อท่านเกิดภาวะเครียด
- ☐ เมื่อท่านต้องเข้าสังคมกับคนในชุมชน
- ☐ เมื่อท่านไปงานเทศกาลรื่นเริง/วันสำคัญของชุมชน
- ☐ เมื่อท่านหลังอาหารเรียบร้อยแล้ว
- ☐ ทุกครั้งเมื่อท่านอยากสูบบุหรี่

10. ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา เมื่อท่านไม่ได้สูบบุหรี่ ท่านจะมีอาการอย่างไร

- ☐ ท่านมีอาการหงุดหงิด
- ☐ ท่านมีอาการอ่อนเพลีย
- ☐ ท่านจะเกิดความเครียด
- ☐ ท่านมีอาการไม่อยากทำงาน
- ☐ ท่านมีอาการกระวนกระวาย
- ☐ ท่านมีทุกอาการที่กล่าวมาข้างต้น

11. ท่านมีแหล่งที่มาของบุหรี่ จากช่องทางใด ?

- ☐ ท่านสามารถซื้อได้เองตามร้านค้า
- ☐ ท่านสามารถขอบุคคลในครอบครัวได้
- ☐ ท่านสามารถทำบุหรี่เพื่อสูบได้เองโดยไม่ต้องซื้อ
- ☐ ท่านขอจากเพื่อนบ้านใกล้เคียง
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

12. ท่านมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่หรือไม่

- ☐ ท่านไม่เคยคิดจะเลิกสูบบุหรี่
- ☐ ท่านคิดแต่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่
- ☐ ท่านไม่แน่ใจ
- ☐ ท่านเคยคิดแต่ยังไม่อยากเลิกสูบบุหรี่ตอนนี้
- ☐ ท่านตั้งใจเลิกสูบบุหรี่แน่นอน
- ☐ ท่านเคยคิดและเคยเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ