

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive study) เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง จำนวน 171 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) และจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยต่างๆ และได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้ในประชาชนที่สูบบุหรี่ และอาศัยในตำบลใกล้เคียง จำนวน 20 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ 0.84 และค่าความเชื่อมั่นของพฤติกรรมการสูบบุหรี่เท่ากับ 0.89 แล้วนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.3 โดยมีอายุระหว่าง 46 - 60 ปี ร้อยละ 34.5 มีอายุเฉลี่ย 59.35 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.9 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.1 และประกอบอาชีพทำนาหรือทำสวน ร้อยละ 83.0 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 40.3 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 29.8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเนื่องมาจากสูบบุหรี่ตามสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 48.0 และอยากลองสูบบุหรี่เอง ร้อยละ 23.4 โดยมีระยะเวลาการสูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี

และอยากลองสูบบุหรี่เอง ร้อยละ 23.4 โดยมีระยะเวลาการสูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 66.7 นิยมสูบบุหรี่มวนเอง ร้อยละ 84.2 และส่วนใหญ่จะมีความถี่ในการสูบบุหรี่ 5 - 10 มวน/วัน ร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ สูบบุหรี่น้อยกว่า 5 มวน/วัน ร้อยละ 39.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 94.2 และแหล่งที่ได้รับความรู้ส่วนใหญ่นั้นมาจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ร้อยละ 50.9 และรองลงมาคือมาจากสื่อโทรทัศน์ / วิทยู ร้อยละ 41.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 78.4 และโดยส่วนใหญ่วางแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 ปีนี้ ร้อยละ 49.1 รองลงมาวางแผนในการเริ่มเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 - 2 ปี ร้อยละ 21.6 และมีผู้ไม่เคยวางแผนเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.9

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.1 โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.6 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.2 การรับรู้ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.2 และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.6

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.8

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($r = -0.25, p = 0.00$) สำหรับความสัมพันธ์รายด้านของความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยมากกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($r = -0.18, p = 0.02$ และ $r = -0.16, p = 0.03$) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แต่การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($r = -0.21, p = 0.01$)

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตสถานีอนามัยบ้านแม่ปู้ ตำบลแม่ปู้ อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง ซึ่งได้นำผลการศึกษามาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนที่สูบบุหรี่
2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน
3. ความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนที่สูบบุหรี่

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.1 ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.6, 53.2, 60.2 และ 55.6 ตามลำดับ

การที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.1 ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่าผู้มีการศึกษาระดับสูงมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี มีความสามารถในการทำความเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่ได้เรียนรู้มา มีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาหรือทำสวน ร้อยละ 83.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 40.3 ซึ่งการประกอบอาชีพหารายได้จุนเจือครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ที่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่และการดูแลสุขภาพ และมีเพียงร้อยละ 50.9 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากบุคลลากรสาธารณสุข ประกอบกับการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุการเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกมาจากสูบบุหรี่ตามสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 48.0 และสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน ซึ่งบทบาทของครอบครัวด้านการเป็นแบบอย่างมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ (ยุพยงค์ วงศ์ผืน, 2544) แสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของบุคคล อาจเป็นเพราะความเคยชินหรือเกิดจากการเลียนแบบคนในครอบครัว จึงอาจมีผลทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุเมธ แสนสิงห์ชัย (2549) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ

โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของจิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันผิดปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน อภิปรายผลได้ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.6) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ยังไม่มากพอ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ โดยมีอายุเฉลี่ย 59.35 ปี อาจทำให้มีการรับรู้ช้า และเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.3 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.1 และประกอบอาชีพทำนาหรือทำสวน ร้อยละ 83.0 โดยสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพขึ้นกับตัวแปรต่างๆ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ เป็นต้น (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974) พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจว่า การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 25.1 ซึ่งจากการศึกษาเรื่องรูปแบบการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด ละ เลิกสูบบุหรี่ของประชากร ตำบลท่าไม้ อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่น้อยเกี่ยวกับ การสูบบุหรี่ทำให้มีโอกาเป็นโรคกระเพาะอาหาร (กฤษกรรณ สนิทม่วง, 2549) และกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่จากบุคลากรสาธารณสุข เพียงร้อยละ 50.9 และอีกส่วนหนึ่งได้รับความรู้จากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ ร้อยละ 41.0 อาจเพราะมีกลุ่มตัวอย่างเพียงครึ่งหนึ่งที่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขและอีกส่วนได้รับข้อมูลจากสื่อซึ่งข้อมูลอาจขาดรายละเอียดหรือการชี้แจงผลกระทบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ จึงอาจทำให้การได้รับข้อมูลจากสื่อไม่เพียงพอต่อการสร้างความตระหนักถึงโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง จึงส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตธีรา เครื่องนันทา (2548) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้าของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.6 มีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการผิดปกติในระบบทางเดินหายใจในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุเมธ แสนสิงห์ชัย (2549) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.2) โดยกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่จากบุคลากรด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 50.9) จากสื่อโทรทัศน์ /วิทยุ (ร้อยละ 41.0) โดยสื่อต่างๆ มักจะกล่าวถึงโรคและนำเสนอภาพของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และอาจเนื่องมาจากในพื้นที่มีสาเหตุการ

เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งต่างๆ โดยในปี 2550 พบเสียชีวิตด้วยมะเร็งปอด 4 ราย เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ 3 ราย และในพื้นที่ที่มีโครงการแก้ไขปัญหัจฉอบรมให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หากพิจารณาการรับรู้ตามรายชื่อที่คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าโรคหัวใจขาดเลือด มีผลทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจและอาจทำให้เสียชีวิตได้ (ร้อยละ 58.5) เห็นด้วยว่าควันบุหรี่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปอด หอบหืด มีอาการกำเริบขึ้น (ร้อยละ 54.4) เห็นด้วยว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดจะมีชีวิตอยู่ได้หลังจากเริ่มมีอาการเป็นเวลาประมาณ 6 เดือนหรือจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี (ร้อยละ 53.2) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าครึ่ง อาจเพราะโรคที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงขั้นทำให้สูญเสียชีวิตได้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงความรุนแรงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งบุคคลจะรับรู้ว่ามีโรคนั้นมีความรุนแรงต่อตนเองเมื่อรับรู้ว่ามีอันตรายถึงชีวิตเกิดความพิการหรือความเจ็บปวด มีผลกระทบต่อการทำงาน ครอบครัวและสัมพันธภาพในสังคม (Becker, Drachman & Kircht, 1974) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุเมธ แสนสิงห์ชัย (2549) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่างจากการศึกษาของชนิดา สุวจิตต์ (2543) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงอาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคกระดูกพรุน และรุจิรา อักษร (2548) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับและพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งตับอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

การรับรู้ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.2) กลุ่มตัวอย่างเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.4) และมีกลุ่มตัวอย่างวางแผนในการเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 ปีนี้ (ร้อยละ 49.1) อาจเนื่องจากพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดสถานที่ปลอดบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ.2548 และรณรงค์ให้เลิกบุหรี่ผ่านสื่อต่างๆ แสดงให้เห็นถึงโทษภัยของการสูบบุหรี่ และจัดให้มีเอกสารหรือโปสเตอร์เกี่ยวกับโทษหรือพิษภัยจากการสูบบุหรี่และผลดีจากการเลิกสูบบุหรี่ เผยแพร่ในหน่วยงานและสถานที่ต่างๆ โดยมีนโยบายสาธารณะขอความร่วมมืองดสูบบุหรี่หรือห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่ต่างๆ เช่น สถานที่อับอากาศ ในรถโดยสาร สถานที่ราชการ เป็นต้น และกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีและไม่วางสินค้าในบริเวณที่สะดวกเพื่อการจำหน่ายแต่มีป้ายประกาศหน้าร้านที่จำหน่ายบุหรี่ ทดแทนจากกฎหมายและมาตรการเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบและการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ อาจส่งผลให้การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนด้าน

สุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อมีปัจจัยปรับเปลี่ยนและปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Rosenstock, 1974) หากพิจารณาการรับรู้ตามรายชื่อที่คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตรหลานในครอบครัวและเป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว (ร้อยละ 67.8 และ 68.4) เห็นด้วยว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้โอกาสเป็นโรคมะเร็งปอดลดลง (ร้อยละ 57.9) ซึ่งบุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นจะเกิดประโยชน์ก็ต่อเมื่อสิ่งที่ปฏิบัตินั้นสามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคได้ (Janz & Becker, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตธีรา เกรียงนันทา (2548) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้าในระดับปานกลาง ซึ่งต่างจากการศึกษาของชูชาติ เจริญสอน (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกในเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกตำบลบ้านจำ อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันไข้หวัดนกอยู่ในระดับสูง

การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.6) พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ประมาณ 5 - 10 มวน/วัน (ร้อยละ 49.1) มีผู้ไม่เคยเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 21.6) มีระยะเวลาสูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 66.7) นิยมสูบบุหรี่มวนเอง ร้อยละ 84.2 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเกือบ 60 ปี มีระยะเวลาการสูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปี และนิยมสูบบุหรี่ซึ่งเป็นที่ปลูกและหาได้ง่ายในพื้นที่ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ทำให้ขาดแรงจูงใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ในขณะนี้และเกิดความเคยชินในการสูบบุหรี่ ทำให้ขาดความตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ในระยะยาว จึงยังคงสูบบุหรี่อยู่ หากพิจารณาการรับรู้ตามรายชื่อที่คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่า เมื่อเห็นคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ทำให้อยากสูบบุหรี่ (ร้อยละ 57.9) แสดงว่าการสูบบุหรี่ของบุคคลใกล้ชิด มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของบุคคล (สมภพ ห่วงทอง, 2538) อาจเป็นเพราะความเคยชินหรือเกิดการเลียนแบบ เอาอย่างบุคคลที่ตนเคารพนับถือ และการสูบบุหรี่เป็นการระบายความเครียดอย่างหนึ่ง และกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกหงุดหงิด (ร้อยละ 55.5) การเลิกสูบบุหรี่ทำให้กระวนกระวายใจมาก (ร้อยละ 53.2) อาจเพราะสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่เป็นอุปสรรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความตั้งใจจริงในการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งการรับรู้อุปสรรคถือเป็นสิ่งที่ขัดขวางการมีส่วนร่วมสนับสนุนในการหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Janz & Becker, 1974) จึงอาจส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของนิศานาด โชลเกิด (2545) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของชูชาติ เจริญสอน (2549) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกอยู่ในระดับสูง

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.8 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความถี่ในการสูบ 5 - 10 มวน/วัน ร้อยละ 49.1 สูบบุหรี่หลังรับประทานอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 69.6 ไม่เคยสูบบุหรี่หลังจากตื่นนอน ร้อยละ 48.5 จะสูบบุหรี่เมื่อมีความวิตกกังวล ร้อยละ 15.8 โดยปัจจัยเชิงจิตวิทยาที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ คือสูบบุหรี่เพื่อผ่อนคลาย (จันทนา จันทรไพจิตร, 2541) และสูบบุหรี่เมื่อมีความเครียดเป็นประจำ ร้อยละ 22.2 ซึ่งปัจจัยเชิงจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้รับบริการอดบุหรี่พบว่า การสูบบุหรี่ช่วยคลายเครียดได้ (นงนุช บุญอยู่, 2541) กลุ่มตัวอย่างมักจะสูบบุหรี่เมื่อพบปะเพื่อนหรือเข้าสังคมเป็นบางครั้ง ร้อยละ 33.9 มีการศึกษาปัจจัยเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนมี 3 ปัจจัยคือ เพื่อนชวนสูบบุหรี่เป็นอันดับหนึ่ง อันดับสองคือ สูบเพื่อเข้าสังคม อันดับสามคือ สูบเพราะต้องการการยอมรับจากเพื่อนในขณะเข้ากลุ่ม (จันทนา จันทรไพจิตร, 2541) และกลุ่มตัวอย่างจะหยุดสูบบุหรี่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเป็นประจำ ร้อยละ 38.6 มีผู้เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.9 อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ จึงไม่อยากสูบบุหรี่หรือพยายามเลิกสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46 - 60 ปี ร้อยละ 34.5 ซึ่งอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ (Becker, 1974) โดยผู้ที่มีอายุมากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็อาจทำได้ยาก เนื่องจากการปลูกฝังพฤติกรรมการสูบบุหรี่มาตั้งแต่วัยเด็ก และสาเหตุการเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกมาจากสูบบุหรี่ตามสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 48.0 จากการศึกษา เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายวิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา เขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าบทบาทของครอบครัวด้านการเป็นแบบอย่างมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ โดยในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 72.7 (ยุพวงศ์ วงศ์ฝัน, 2544) กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการสูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 66.7 จะเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่กระทำมาเป็นระยะเวลานานจนเกิดความเคยชิน เป็นประสบการณ์ที่ได้รับมา โดยได้รับอิทธิพลจากครอบครัวและสังคม (เช่นฤทัย กาญจนจิตราและคณะ, 2547) และสูบบุหรี่ยาเส้นมากที่สุด เนื่องจากการปลูกยาสูบในพื้นที่ตั้งแต่อดีตแม้ปัจจุบันจำนวนผู้ปลูกยาสูบลดลงมาก แต่ก็ยังนิยมสูบยาเส้นอยู่ นอกจากนี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นกิจวัตรประจำวัน ช่วยให้เกิดความพอใจ เกิดความสุข เพื่อผ่อนคลายความเครียด (Silvan Tomkins อ้างใน ไสว วงศ์ชัน, 2538) เช่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความถี่ในการสูบ 5 - 10 มวน/วัน จะสูบบุหรี่หลังอาหารแต่ละมื้อ สูบบุหรี่เมื่ออยู่คนเดียวและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็สามารถหยุดสูบได้ จึงอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบ ในระดับน้อย ($r = -0.25, p = 0.00$) อาจกล่าวได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมสามารถนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนได้แต่ยังไม่มากพอ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างเป็นพฤติกรรมที่มีระยะเวลาการสูบบุหรี่เป็นเวลานานจนเกิดความเคยชิน จึงทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นไปได้ยาก โดยการที่บุคคลจะมีการปฏิบัติที่ยอมรับสิ่งใดนั้น บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพ สามารถลดการคุกคามต่อสุขภาพ ทำให้ไม่เจ็บป่วยหรือหายจากการเป็นโรค (Becker, 1974) ซึ่งความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นขึ้นกับการรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัตินั้นช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค รวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติของบุคคลนั้นๆ (Becker & Maiman, 1975) ดังการศึกษาของซูชาติ เจริญสอน (2549) พบว่าเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ปีกมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันไข้หวัดนกในระดับต่ำมาก ($r = 0.24, p < 0.05$) โดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพพรายด้านและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยมาก ($r = -0.18, p = 0.02$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อยมาก อาจเป็นเพราะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่และจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา และได้รับรู้ข้อมูลจากสื่อหรือบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่แต่ขาดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพในการหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำหรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นๆ ได้ (Becker, 1974) และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ หรือสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น (Becker, Drachman & Kircht, 1974) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46 - 60 ปี การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา จึงอาจทำให้การรับรู้ข้อมูลจากสื่อต่างๆ ได้น้อย และอาชีพหลักคือทำนา / ทำสวน ซึ่งการประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงชีพเป็นสิ่งสำคัญ โดยปัจจัยทางการศึกษาและเศรษฐกิจมีผลมากต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยหลักในการดำเนินชีวิต ประชาชนในชนบทมีโอกาสเลือกน้อยทั้งด้านอาชีพ การศึกษา การ

สาธารณสุขและการเข้าถึงสื่อต่างๆ เนื่องจากมีความจำเป็นเรื่องหารายได้ ซึ่งอาจทำให้ความจำเป็นในด้านอื่นๆ ได้ถูกลดทอนลงไปจึงทำให้ไม่มีเวลา ไม่มีเงินหรือไม่มีช่องทางที่จะเข้าถึงทรัพยากร (ปรีชา อุปโยคิน, 2548) ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีเวลาในการติดตามข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรหรือสื่อต่างๆ และขาดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของโรคจากการสูบบุหรี่ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ดังการศึกษาของจิตติมา ภูริทัตกุล (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันผิดปกติ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แต่การศึกษาของชนิดา สุรจิตต์ (2543) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของกลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับนัยนา เมธา (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยมากกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($r = -0.16$, $p = 0.03$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำ อาจเป็นเพราะสาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งต่างๆ ในพื้นที่โดยในปี 2550 พบเสียชีวิตด้วยมะเร็งปอด 4 ราย อย่างไรก็ตามพบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมาก แม้บุคคลจะรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมการป้องกันโรคจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและทำอันตรายหรือส่งผลกระทบต่อตนเอง ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนี้จะนำไปตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วย (Becker, 1974) ดังการศึกษาของนิศานาด ไชกเกิด (2545) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แต่ผลการศึกษาของธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เช่นเดียวกับรุจิรา อักษร (2548) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับและพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งตับไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การศึกษาครั้งนี้การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ ไม่สามารถอธิบายถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางก็ตาม อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ว่ามีผลดีต่อสุขภาพ แต่ขาดความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคตของตนเองและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เกิดจากความเคยชินและรู้สึกว่าการเลิกบุหรี่ทำได้ยาก จึงไม่สามารถลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้ ซึ่งการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แต่การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นสามารถลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ (Becker, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของนิศานาด โขภเกิด (2545) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุรา เช่นเดียวกับนัยนา เมธา (2544) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องการป้องกันและรักษาโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($r = -0.21, p = 0.01$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลานาน และมีคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวสูบบุหรี่ด้วยจึงเกิดความเคยชิน โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าเมื่อเห็นคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกอยากสูบบุหรี่ ร้อยละ 57.9 ส่วนใหญ่นิยมสูบบุหรี่มานานซึ่งหาได้ง่ายในพื้นที่เพราะไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากและคิดว่ายาเส้นมีพิษภัยน้อยกว่าบุหรี่ก้นกรอง และกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้รู้สึกหงุดหงิดและกระวนกระวายใจ ร้อยละ 55.5 และ 53.2 อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างเคยลองเลิกบุหรี่แล้วมีความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งผู้สูบบุหรี่เชื่อว่าการสูบบุหรี่ช่วยผ่อนคลายความเครียด และลดความกระวนกระวายใจได้ (สุภกิจ วงศ์วิวัฒนกิจ, 2546) จึงทำให้มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้วางแผนเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.9 ซึ่งบุคคลจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่สัมพันธ์กับสุขภาพเมื่อรับรู้ว่ามีอุปสรรคเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรม และอุปสรรคอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือคาดว่าจะเกิดก็ได้ (Becker, 1974) ดังการศึกษาของกฤตธีรา เครื่องนันทา (2548) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฝ้ามี่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฝ้ามี่ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้า และจิตติมา ภูริทัตกุล (2547) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและพิษภัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่แก่ผู้สูบบุหรี่และสมาชิกในครอบครัว โดยอาจแนะนำตัวอย่างคือผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่

2. จัดโปรแกรมการเลิกบุหรี่ที่เน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้ผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่มากขึ้น และนำไปสู่การเลิกสูบบุหรี่ที่ถาวรในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และการรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เพื่อให้ได้รายละเอียดอย่างครบถ้วนและได้ประโยชน์มากขึ้น

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างผู้สูบบุหรี่กับผู้เลิกสูบบุหรี่