

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำศาสนาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้*

Factors Affecting the Decision to Quit Smoking of the Religious Leaders in Five Southernmost of Thailand

สรินฎา ปุติ (Sarinda Puti)**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้นำศาสนาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำศาสนาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ จังหวัดละ 2 อำเภอ ในและนอกเขตเทศบาล ยกเว้นจังหวัดสงขลา มีหนึ่งอำเภอ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 901 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้นำศาสนาประจำมัสยิดทั้งในและนอกเขตเทศบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึง มกราคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ ทหารดับอิทธิพลระหว่างปัจจัยกับการความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ด้วย Logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของการวิเคราะห์ที่ .05

ผลการศึกษา พบว่า

1) ผู้นำศาสนาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 61.5 จังหวัดนราธิวาส มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 75.1 จังหวัดยะลา ร้อยละ 69.9 จังหวัดสตูล ร้อยละ 55.5 จังหวัดปัตตานี ร้อยละ 40.2 และจังหวัดสงขลา ร้อยละ 24.4

2) ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เขตการปกครอง บทบาททางศาสนา และการรับรู้ภาวะทางสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ได้แก่ บทบาททางศาสนา

คำสำคัญ : ปัจจัย บุหรี่ ยาสูบ ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ ผู้นำศาสนา ห้าจังหวัดชายแดนใต้

* บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง “ผู้นำศาสนาอิสลามกับจุดเปลี่ยนการควบคุมการบริโภคยาสูบ” ได้รับทุนวิจัยจากมูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย

This research article is part of the research “Islamic Religious leader : the challenging point toward the tobacco control”

** อาจารย์ ประจำภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Lecturer, Department of Psychology and Guidance, Prince of Songkla University. sarinda181@gmail.com, 088-7903411

Abstract

This descriptive research aimed 1) to study smoking rate among religious leaders in the five southernmost of Thailand and 2) to study factors affecting these leaders' quit smoking. A purposive sampling of 901 religious leaders in the mosque, both municipal and non-municipal area were collected as samples. The research instruments were questionnaires constructed by the researcher comprising personal factors, psychosocial factors and cultural environment factors. Data were collected between in 3 months (November 2015 to January 2016). Data analysis were descriptive statistics, percentage and standard deviation. Relationships were tested via the statistics of chi-square test. The affecting factors to quit smoking on logistic regression was determined by the significant level of .05.

The study found that

1) the rate of religious leaders smoking was 61.5 percent. As for the rate of smoking consumption, Narathiwat was 75.1 percent, Yala, 69.9 percent, Satun, 55.5 percent, Pattani 40.2 percent, and Songkhla 24.4 percent.

2) Quitting smoking correlated with the level of education, job, average income per month, religious status, and perception of health at the significant level of 0.05, with religious status as influencing factor for smoking cessation. Quitting smoking is a difficult process which is influenced by many factors such as educational level, job perception of health and religious status.

Keywords: *Factors, Quitting smoking, religious leaders, five southern border of Thailand*

บทนำ

อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปตามรายภาค ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา พบว่าในแต่ละภูมิภาคมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงจุดต่ำสุดในปี พ.ศ.2552 และสูงขึ้นในปี พ.ศ.2554 และ 2557 ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในปีพ.ศ. 2558 ภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เหนือ กลางและกรุงเทพมหานคร (อัตราการเปลี่ยนแปลงภาคเหนือ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ กรุงเทพมหานครและใต้เท่ากับร้อยละ 48.48, 39.54, 39.51, 23.34 และ 20.52 ตามลำดับ) (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์และคณะ 2559) สอดคล้องกับข้อมูลอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรกลุ่มนี้ เมื่อจำแนกรายจังหวัดในปี พ.ศ.2548 พบว่า 11 จังหวัดแรกที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ได้แก่ ศรีสะเกษ ตาก กาฬสินธุ์ แม่ฮ่องสอน ชุมพร หนองบัวลำภู มุกดาหาร ร้อยเอ็ด ตรัง มหาสารคาม และกระบี่ ตามลำดับ ส่วนในปี พ.ศ.2550 พบว่า 10 จังหวัดแรกที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ได้แก่ ตาก ปัตตานี สตูล มุกดาหาร อุตรดิตถ์ สุราษฎร์ธานี ชุมพร เลย ตรัง และชัยภูมิ ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2554 พบว่า 10 จังหวัดแรกที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน สตูล ปัตตานี ระนอง นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น กาญจนบุรี ตรัง และหนองบัวลำภู ตามลำดับ จะเห็นว่า

จังหวัดทางภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่ขึ้นมาเป็นอันดับต้นของประเทศ โดยเฉพาะจังหวัดปัตตานีและสตูลที่ติดอันดับทั้งในปี 2550 และ ปี 2554 แสดงให้เห็นว่ามาตรการในการควบคุมการสูบบุหรี่ที่ผ่านมาไม่ได้ผลเท่าที่ควรในภาคใต้ ทั้งนี้พบว่า การดำเนินการตามมาตรการการควบคุมยาสูบที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการใช้เครื่องมือทางนโยบายเชิงมหภาค ซึ่งบางมาตรการก็ยังไม่เต็มประสิทธิภาพ เช่น การขึ้นภาษี การคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ การปราบปรามยาสูบผิดกฎหมาย การป้องกันผลกระทบจากการเจรจาการค้าเสรี การดำเนินการส่วนใหญ่ไม่ได้หวังผลเจาะจงกลุ่มเป้าหมายที่ยังมีอัตราการสูบบุหรี่สูง ทำให้เมื่อถึงจุดๆ หนึ่งแล้วประสิทธิภาพทั้งระบบเริ่มลดน้อยลง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่การควบคุมยาสูบต้องมุ่งเป้ามากขึ้น และจัดการปรับปรุงกลไกต่างๆ เพื่อจำกัดการเข้าถึงยาสูบ ปักจายทำลายและปักจายคุกคามการดำเนินงานควบคุมยาสูบ (ศิริวรรณ พิทยรังษฤษฎ์และคณะ, 2555)

สถานการณ์อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอาชีพเฉพาะในรอบ 18 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2534 –2552) พบอัตราค่าเฉลี่ยของการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้นำศาสนาสูงเป็นอันดับ 3 (เฉลี่ย 30.8% โดย พุทธ 35.9%, อิสลาม 27.2% และ คริสต์ 9.6%) รองลงมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขชาย และแรงงานย้ายถิ่น ตามลำดับ (สำนักวิจัยเอแบคโพลล์, 2553) อัตราการสูบบุหรี่สูงในกลุ่มผู้นำศาสนาดังกล่าว ถือเป็นสิ่งที่ท้าทายในการนำข้อมูลมาพิจารณาในการรณรงค์มาตรการในการควบคุมการสูบบุหรี่ได้ ด้วยบุคคลที่จะเป็นแบบอย่างให้แก่สังคม สังคมให้ความเคารพนับถือและเชื่อฟัง ทั้งนี้การยกเอาหลักธรรมทางศาสนามาเป็นตัวขับเคลื่อนในการดำเนินการควบคุมสูบบุหรี่ จะเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ได้ การทำความเข้าใจในหลักศาสนาและลักษณะวัฒนธรรมของกลุ่มประชากรเป้าหมายจะเป็นกุญแจสำคัญอย่างหนึ่งที่น่าไปสู่การวางโครงสร้างในการควบคุมสถานการณ์การสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากบรรทัดฐานของสังคมและศาสนาเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมของผู้คน (Abdelwahab, et al., 2013)

การวิจัยครั้งนี้จะเป็นส่วนสำคัญที่สามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ที่มีต่อพฤติกรรมของคนในสังคม และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ซึ่งเป็นทฤษฎีขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพถือว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนผ่านชุดของขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน ปัจจัยที่แตกต่างกันมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนที่ต่างกันและการให้การช่วยเหลือก็ควรจะต้องตรงกับขั้นตอนของแต่ละบุคคล (Sutton, 2005) ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาจัดทำกลยุทธ์จัดการความรู้ในการควบคุมการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่มีลักษณะวัฒนธรรมเฉพาะ ซึ่งเป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่เป็นจุดเปลี่ยนแนวทางในการออกแบบเพิ่มประสิทธิภาพในการรณรงค์การควบคุมการสูบบุหรี่

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ปี 1970 Prochaska และ DiClemente ได้ตั้งสังเกตว่า มีทฤษฎีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์และทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์เกิดขึ้นอย่างมากมาย ซึ่งในทางวิทยาศาสตร์มีข้อสังเกตที่ว่า ทฤษฎีหรือแนวคิดที่เกิดขึ้นมาใหม่ๆสะท้อนให้เห็นทฤษฎีที่มีอยู่เดิมนั้นอาจจะไม่สมบูรณ์ ทำให้มีบุคคลคิดค้นทฤษฎีเพิ่มเติม ซึ่ง Prochaska ได้ทบทวนแนวทางต่างๆที่นำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคน และแต่ละแนวทางมีข้อเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร นอกจากนั้น ได้วิเคราะห์และแยกปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นส่วนประกอบที่เหมือนกันในวิธีการจิตบำบัด ทั้งหมด 29 รูปแบบ ผล

จากการวิเคราะห์ได้ตัวแปรหรือลักษณะรวมที่สามารถอธิบายระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 10–12 ลักษณะ ซึ่งเป็นลักษณะที่ใช้ตรวจสอบยืนยัน ในงานวิจัยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในปัจจุบัน

ประเด็นหลักๆ ที่ Prochaska พบมีอยู่ 2-3 ประเด็น คือ

1. คนจะไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยกเว้นแต่ได้แสดงออกว่าต้องเปลี่ยนหรืออยากเปลี่ยน เช่น ต้องมีการแสดงออกมาก่อนว่า “ใช้ฉันจะทำ” ถ้าการแสดงออกยังไม่เกิด แม้ว่าจะให้ข้อมูลข่าวสารอย่างไร คนก็จะไม่เปลี่ยนพฤติกรรม

2. ต้องคิดว่าถ้าเปลี่ยนแล้วจะมีผลต่อคนอื่นอย่างไรและสิ่งอื่นๆรอบๆข้างจะเปลี่ยนไปอย่างไร

3. การเปลี่ยนพฤติกรรมของคนนั้น จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากใครบ้างและอย่างไร

ซึ่ง Prochaska ได้เลือกพฤติกรรมการหยุดสูบบุหรี่มาเป็นตัวอย่าง โดยการสอบถามจากคนที่หยุดสูบบุหรี่ว่าได้ผ่านขั้นตอนอะไรบ้าง ซึ่งคำตอบที่ Prochaska คาดว่าจะได้ คือ กลุ่มผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ ได้ทำอย่างไรและมีอะไรเกิดขึ้น แต่ปรากฏว่า Prochaska ได้คำตอบที่มีเงื่อนไข คือ ผู้หยุดสูบบุหรี่จะตอบ Prochaska ว่าขึ้นอยู่กับว่าจะถามถึงการหยุดสูบบุหรี่ตอนไหน ตอนที่หยุดสูบบุหรี่แล้ว เกิดอะไรขึ้น หรือก่อนที่จะตัดสินใจหยุดสูบบุหรี่ เพราะฉะนั้นการถามจึงต้องมีส่วนประกอบของเวลาในการถามด้วย จากการที่ Prochaska ได้คำตอบดังกล่าว ทำให้สรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีหลายขั้นตอน เรียกว่า Stage of Change ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนหลัก คือ

1. ขั้นเฝ้าเฉย หรือไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) คือขั้นที่ไม่เคยคิดว่าจะเปลี่ยน ไม่สนใจที่จะเปลี่ยน สูบบุหรี่ก็ไม่เห็นเป็นอะไร ยังไม่มีความสนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในอีก 6 เดือนข้างหน้า

2. ขั้นลังเล (Contemplation) คือ ขั้นที่คิดว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่อาจต้องเปลี่ยนหรือคิดว่าดีแต่ก็ยังคิดว่าไม่เห็นเป็นอะไร มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในอีก 6 เดือนข้างหน้า

3. ขั้นเตรียมพร้อม (Preparation) คือ ขั้นที่อยากเปลี่ยน กำลังวางแผนว่าจะเปลี่ยน กำลังหาอยู่ว่าคลินิกไหนดี ที่จะช่วยให้เขาเปลี่ยน กำลังคิดอยู่ว่าจะทำอย่างไรจึงจะเปลี่ยน มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในอีก 1 เดือนข้างหน้า

4. ขั้นปฏิบัติ (Action) คือ ขั้นที่ลองเปลี่ยนดูแล้ว เข้าไปคลินิกอดบุหรี่ และเริ่มเลิกสูบบุหรี่แล้วอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) คือ ขั้นที่ทำไปแล้ว เลิกสูบบุหรี่แล้วและกระทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาได้นานมากกว่า 6 เดือน

นอกจากนั้นแล้วทฤษฎีความคิดของ Beck (A. T. Beck, 1976) ได้เสนอว่า บุคคลมีโครงสร้างทางความคิดในระดับลึก ที่เรียกว่า สกีม่า ซึ่งเป็นช่วยให้บุคคลประมวลและแปลความหมายของประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆได้ เหตุการณ์ (Situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) แล้วทำให้เกิดอารมณ์ (Emotion) ขึ้นมา และนอกจากทำให้เกิดอารมณ์ แล้วยังมีพฤติกรรม (Behavior) และ อาการทางร่างกาย (Physiology) ด้วย ซึ่งพฤติกรรมเวลาที่มีอารมณ์ ก็จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอารมณ์นั้น เช่น มีอารมณ์กลัวก็อาจมีพฤติกรรมคือไม่ออกจากห้อง ด้วยความคิดที่สอดคล้อง โครงสร้างทางความคิด ตามแนวคิดของ CBT เกี่ยวข้องกับการสำรวจและความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ผิดปกติดังกล่าว

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรอิสระ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพหลัก รายได้ ระดับการศึกษาสูงสุด และ
บทบาททางศาสนา 2) ปัจจัยทางจิตสังคม ประกอบด้วย ความคิดต่อการสูบบุหรี่ ความคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่
ความผูกพันทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย
บรรทัดฐานทางศาสนาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และแหล่งที่อยู่อาศัย

ตัวแปรตาม คือ ความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำศาสนา พัฒนาจากการแบ่งระยะของการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ตามแนวคิด Transtheoretical Model (Prochaska &
DiClemente, 1997) ผู้วิจัยศึกษาระยะของการตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฝ้าเฉย
(Precontemplation) ระยะลังเล (Contemplation) และระยะเตรียมการ (Preparation)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้นำศาสนาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำศาสนาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้

วิธีวิจัย

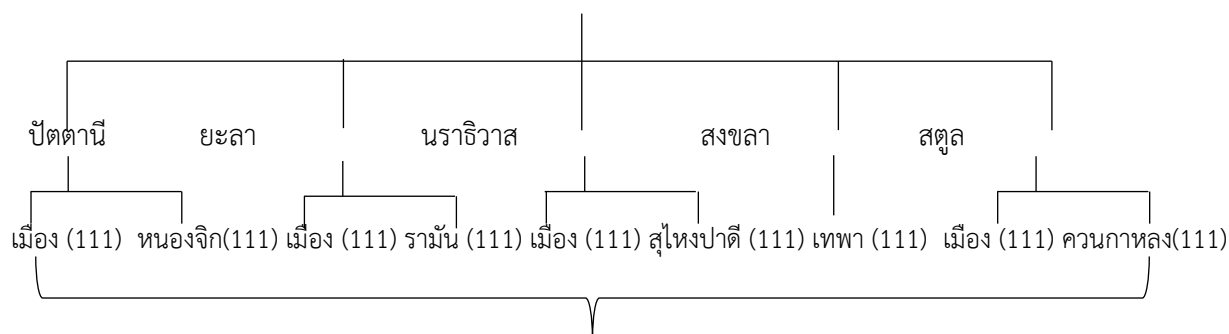
ประชากร เป็นผู้นำศาสนาจากมัสยิดในจังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล และ สงขลา ผู้วิจัย
เลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้นำศาสนา จำนวน 901 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified
sampling) คือจากอำเภอทั้งหมดในแต่ละจังหวัดของทั้ง 5 จังหวัดชายแดนใต้ เจาะจงเลือกอำเภอเมือง 1 อำเภอ
และสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อให้ได้อี 1 อำเภอ และสุ่มตัวอย่างจับฉลากแบ่งเป็นเขตเทศบาลและ
นอกเขตเทศบาล ประกอบด้วย จังหวัดปัตตานี ได้แก่ อำเภอเมือง และอำเภอหนองจิก จังหวัดยะลา ได้แก่
อำเภอเมือง และอำเภอรามัน จังหวัดนราธิวาส ได้แก่ อำเภอเมือง และอำเภอสุไหงปาตี จังหวัดสตูล ได้แก่
อำเภอเมือง และอำเภอควนกาหลง ยกเว้นจังหวัดสงขลา ไม่ได้เลือกอำเภอเมือง และเลือกสุ่มตัวอย่าง 1 อำเภอ
ได้แก่ อำเภอเทพา

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เนื่องด้วยการศึกษาเป็นการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระหลาย
ตัวแปรกับตัวแปรตามเชิงกลุ่ม ดังนั้นผู้วิจัยจึงประมาณขนาดตัวอย่างโดยการประยุกต์การกำหนดขนาดตัวอย่าง
ตามวิธีการของการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) ตามกฎรูลออฟธัมป์ (The rule of thumb;
Eric Vittinghoff and Charles E. McCulloch, 2006 และ Peduzzi, P., Concato, J., Kemper E., Holford,
T.R. and Feinstein, A.R. ,1996) เสนอแนะไว้ว่าถ้ามีตัวแปรทำนาย 1 ตัว ควรมีขนาดตัวอย่างที่เกิดเหตุการณ์ที่
สนใจศึกษา (outcome events) อย่างน้อยที่สุด 10 เหตุการณ์ เพราะจะทำให้การประมาณค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย
น่าเชื่อถือ และมีช่วงความเชื่อมั่นของการประมาณกระชับ ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรทำนายหลัก 12 ตัว
จึงต้องการจำนวนตัวอย่างที่เกิดเหตุการณ์ที่สนใจ ซึ่งก็คือ กำหนดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยที่สุด 120 ราย แต่เนื่อง
ด้วยไม่สามารถระบุผู้สูบบุหรี่ได้ชัดเจน เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่อาจจะแสดงหรือไม่แสดงต่อสาธารณะ ผู้วิจัยจึง
เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำศาสนาทั่วไป และเป็นการถ่วงน้ำหนักของโอกาสเกิดการสูบบุหรี่ของผู้นำ
ศาสนา ดังนั้นขนาดของตัวอย่างจึงคำนวณเทียบสัดส่วนกับความชุกของการสูบบุหรี่ เพื่อหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่

ให้โอกาสพบผู้นำศาสนาสุบุนุหรืออย่างน้อย 120 ราย จากการสำรวจสถานการณ์อัตราการสุบุนุหรือ ในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดหัวเมืองใหญ่ อัตราการสุบุนุหรือของเพศชายอายุ 15 ปี ขึ้นไปทั่วประเทศมีอัตราการสุบุนุหรือ เท่ากับ 40.47% ในกลุ่มผู้นำศาสนามีอัตราการสุบุนุหรือเฉลี่ยร้อยละ 30.8 (สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2552) นั่นคือผู้วิจัยต้องถามกลุ่มตัวอย่าง 1,000 คน จึงจะพบเหตุการณ์ผู้นำศาสนาสุบุนุหรืออย่างน้อย 120 ราย กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลครั้งนี้ได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์จำนวน 901 คน

ผู้นำศาสนาในห้าจังหวัดชายแดนใต้

ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล เขตละ 55-56 คน



เกณฑ์การคัดออก กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนในแบบสอบถาม

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้รับการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ด้านพฤติกรรมการณ์การสุบุนุหรือ ด้านสุขภาพและนักวิชาการอิสลาม) หาความเชื่อมั่นก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ .80 ประกอบด้วย

1. ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ อาชีพหลัก รายได้ ระดับการศึกษาสูงสุด และบทบาททางศาสนา เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ (Check List) จำนวน 5 ข้อ
2. ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางจิตสังคม เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดต่อการสุบุนุหรือ จำนวน 15 ข้อ ความคิดต่อการเลิกสุบุนุหรือ 6 ข้อ ความผูกพันทางสังคม จำนวน 2 ข้อ และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง จำนวน 4 ข้อ
3. ส่วนที่ 3 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ บรรทัดฐานทางศาสนาเกี่ยวกับการสุบุนุหรือ จำนวน 17 ข้อ และแหล่งที่อยู่อาศัย จำนวน 4 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพรรณนาข้อมูลทั่วไป ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม โดยกรณีข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติวิเคราะห์ด้วยค่ามัธยฐานและค่าพิสัย ส่วนข้อมูลกลุ่มวิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มด้วย Chi-square test จากนั้นทำการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวแปรเพื่อหาระดับอิทธิพลระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยสมการถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของการวิเคราะห์ที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 901 คน จังหวัดนราธิวาส 209 คน (ร้อยละ 25.3) จังหวัดปัตตานี 209 คน (ร้อยละ 23.2) จังหวัดยะลา 208 ร้อยละ 23.1 จังหวัดนราธิวาส 228 คน (ร้อยละ 25.3) จังหวัดสตูล 140 คน (ร้อยละ 15.5) และจังหวัดสงขลา 116 คน (ร้อยละ 12.9)

ผลการวิจัยพบว่า

1) อัตราการการบริโภคยาสูบในกลุ่มผู้นำศาสนาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้สุด พบว่ามีอัตราสูงถึงร้อยละ 61.5 โดยเมื่อพิจารณาอัตราการบริโภคยาสูบภายในจังหวัด พบว่าจังหวัดนราธิวาสมีอัตราการบริโภคยาสูบ ร้อยละ 75.1 ยะลา ร้อยละ 69.7 สตูล ร้อยละ 55.5 ปัตตานี ร้อยละ 40.2 และสงขลา (4 อำเภอ) มีอัตราการบริโภคยาสูบ ร้อยละ 24.4 เมื่อเปรียบเทียบกับสถานะทางศาสนา พบว่ากลุ่มกรรมการมัสยิดมีอัตราการบริโภคยาสูบมากถึงร้อยละ 65.8 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างชัดเจน กลุ่มอิหม่าม/คอเต็บ/บิหลันมีอัตราร้อยละ 53.5 และโต๊ะครู/บาบอ ร้อยละ 30.8 ตามลำดับ โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราการบริโภคยาสูบมากที่สุดได้แก่ กลุ่มอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 66.7) รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 64.8) และกลุ่มอายุ 25-44 ปี (ร้อยละ 62.6) ตามลำดับ ทั้งนี้ กว่าร้อยละ 85.6 มีระยะเวลาการบริโภคยาสูบมากกว่า 10 ปี รองลงมาคือ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 5-9 ปี (ร้อยละ 10.7) ซึ่งพบมีความสัมพันธ์กับระดับการตินิโคตินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีระดับคะแนนการตินิโคติน เป็นผู้ไม่ตินิโคติน 0-3 คะแนน (ร้อยละ 36.4) รองลงมาตินิโคตินในระดับปานกลาง 4-5 คะแนน (ร้อยละ 33.9)

สถานที่จำหน่ายและบริโภคยาสูบเป็นประเด็นสำคัญในการควบคุมการบริโภคยาสูบ กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งระบุว่าเมื่อต้องการสูบบุหรี่สามารถหาซื้อได้ง่ายมาก (ร้อยละ 51.9) และเมื่อต้องการสูบบุหรี่สามารถหาสถานที่สูบได้ง่ายมากเช่นกัน (ร้อยละ 56.8) กลุ่มตัวอย่างระบุว่าเมื่อต้องการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบสามารถหาซื้อได้จากร้านขายของชำมากที่สุด (ร้อยละ 66.6) รองลงมาร้านน้ำชา ร้อยละ 23.3 และร้านสะดวกซื้อ (เช่น 7-11) ร้อยละ 7.8 ที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามักจะสูบบุหรี่ที่บ้านมากถึงร้อยละ 49.0 รองลงมา ในสวน ร้อยละ 39.2 และในตลาด ร้อยละ 20.3

2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำศาสนาใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ ผลการวิจัยแต่ละปัจจัย ดังนี้

2.1) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 31.1) รองลงมา 50-59 ปี (ร้อยละ 28.2) ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา (ร้อยละ 51.5) รองลงมามัธยมศึกษา (ร้อยละ 26.5) ทำงานเป็นของตนเองและมีรายได้ประจำจากงาน ร้อยละ 60.4 ส่วนใหญ่รายได้มากกว่า 20,001 บาท (ร้อยละ 41.6) รองลงมา 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 31.4) บทบาททางศาสนาเป็นกรรมการมัสยิด ร้อยละ 77.9

2.2 ปัจจัยทางจิตสังคม ประกอบด้วย ความคิดต่อการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในปัจจุบันพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความหมายว่ายาสูบเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ต้องสูบ โดยเฉพาะหลังอาหาร ตื่นนอน หรือ ก่อนนอน (ร้อยละ 36.7) รองลงมาระบุว่าเพิ่มความมั่นใจในการทำงาน การแสดงออก ถ้าไม่สูบ ทำงานไม่ได้ (ร้อยละ 21.7) และมีความหมายว่าบ่งบอกความเป็นชายอย่างสมบูรณ์ (ร้อยละ 21.6) ตามลำดับ ความคิดที่เกิดขึ้นเมื่อพบกับโอกาสหรือสถานการณ์กระตุ้นก่อนที่จะหยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบ ส่วนใหญ่ระบุว่า หายเครียด หายเบื่อ ปลดปล่อยอารมณ์ (ร้อยละ 46.8) รองลงมาไปร้านน้ำชาต้องได้สูบบุหรี่ (ร้อยละ 36.3) และระบุว่าถ้าได้สูบ จะทำให้สบายตัวและสดชื่น (ร้อยละ 22.7) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดในการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

ความคิดในการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
ความหมายต่อตนเองของการสูบบุหรี่		
รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ต้องสูบ โดยเฉพาะหลังอาหาร ตื่นนอน หรือก่อนนอน	216	36.7
เพิ่มความมั่นใจในการทำงาน การแสดงออก ถ้าไม่สูบ ทำงานไม่ได้	128	21.7
ความเป็นชายอย่างสมบูรณ์ (เช่น รู้สึกว่า แมน เป็นผู้ชายเต็มตัว)	60	10.2
บุหรี่เหมือนเพื่อนคนหนึ่ง	127	21.6
เสริมสร้างบุคลิกภาพที่ดึงดูดใจเพศตรงข้าม	22	3.7
บุหรี่เป็นเครื่องมือในการกระชับ/เชื่อมความสัมพันธ์	17	2.9
อื่นๆ	19	3.2
ความคิดที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อพบกับโอกาสหรือสถานการณ์กระตุ้นก่อนที่จะหยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบ		
หายเครียด หายเบื่อ ปลดปล่อยอารมณ์	282	46.8
ช่วยให้สมองรับรู้เรื่องราวได้ดี ทำงานได้ดี ขยัน ตื่นตัว มีพลังในการทำงาน	60	10.0
ไปร้านน้ำชาต้องได้สูบบุหรี่	219	36.3
ถ้าได้สูบจะทำให้สบายตัวและสดชื่น	137	22.7
ถ้าได้สูบบุหรี่ ก็จะทานอาหารอิม	59	9.8
ถ้าได้สูบบุหรี่แล้วมันจะดีกว่านี้	72	12.0
ถ้าได้สูบจะคุยถูกคอ	83	13.8
ถ้าไม่ได้บุหรี่ไปในสวนจะกรีดยังไม่ได้	70	11.6
ถ้าไม่สูบอยู่ไม่ได้	89	14.8
คิดอยากจะเลิกแต่เลิกไม่ได้	107	17.7
เพิ่มความรู้สึทางเพศ มีอารมณ์มากขึ้น	5	0.8
อื่นๆ	6	1.0

ด้านความคิดในการเลิกสูบบุหรี่พบว่า ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 21.3 จำนวนครั้งที่เคยพยายามเลิก ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 3 ครั้ง (ร้อยละ 75.4) และระยะเวลาที่เลิกบุหรี่ต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 65.0) ความคิดที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ได้ คือ มีแผนว่าจะเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่ใช่ว่าภายใน 6 เดือนข้างหน้า (ร้อยละ 26.7) รองลงมา ไม่มีแผนว่าจะเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 25.3) และมีแผนจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า (ร้อยละ 20.2) ตามลำดับ เหตุผลในการเลิกสูบบุหรี่ในอนาคต คือ มีผลเสียต่อสุขภาพ ทำลายสุขภาพ (ร้อยละ 61.5) รองลงมา คือ มีผลเสียต่อคนรอบข้าง ทำร้ายคนใกล้ชิด (ร้อยละ 40.3) และเพื่อลูกและภรรยา (ร้อยละ 22.7) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างระบุว่าสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาเมื่อเลิกสูบบุหรี่ คือ ร่างกายแข็งแรง สดชื่น ไม่หอบ ไม่เหนื่อย (ร้อยละ 56.3) รองลงมา คือ ครอบคลุมหัวใจ คนรอบข้างยินดี/มีความสุข (ร้อยละ 34.8) และเป็นผู้เป็นที่ดี เป็นแบบอย่างที่ดี (ร้อยละ 33.1) ด้านความผูกพันทางสังคม บุคคลที่สามารถช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ คือ ตัวเอง (ร้อยละ 54.0) รองลงมาคือ บุตร/หลาน (ร้อยละ 18.5) และภรรยา (ร้อยละ 14.9) ตามลำดับ

การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง (ร้อยละ 61.5) ส่วนที่แพทย์ระบุว่ามีความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 38.3 ซึ่งจำแนกเป็น ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 29.3) เบาหวาน (ร้อยละ 16.1) หัวใจ/หลอดเลือด (ร้อยละ 4.7) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 13.7) หอบหืด (ร้อยละ 8.8) และเป็นปอดเรื้อรัง (ร้อยละ 1.6) ตามลำดับ

2.3 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม พบว่า ทักษะต่อผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในบทบัญญัติทางศาสนา ร้อยละ 66.0 มีความคิดเห็นว่าเป็นสิ่งต้องห้าม(ฮาลาล) ร้อยละ 24.7 มีความคิดเห็นว่าเป็นสิ่งที่ไม่ควร(มคฺโรห์) และร้อยละ 8.8 มีความคิดเห็นว่าเป็นสิ่งที่อนุมัติ(ฮาลาล) กลุ่มตัวอย่างอาศัยในเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 50.54 และที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 49.46

2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเลิกสูบบุหรี่ (Stages of change) ในที่นี้วิเคราะห์เฉพาะข้อมูลผู้ที่สูบบุหรี่ ซึ่งมีจำนวน 504 คน โดยจัดกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่ามีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า (Contemplation) และไม่มีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ (Precontemplation) ส่วนปัจจัยที่พิจารณา คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือนระดับการศึกษา และบทบาททางศาสนา ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ ความคิดต่อการสูบบุหรี่ ความคิดต่อการเลิกสูบบุหรี่ ความผูกพันทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ บรรทัดฐานทางศาสนาเกี่ยวกับบุหรี่ และแหล่งที่อยู่อาศัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 504 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 6 เดือนข้างหน้า (Contemplation) จำนวน 288 คน และ กลุ่มที่ไม่มีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ (Precontemplation) 216 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า ความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับ ลักษณะงานที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาททางศาสนา ความคิดเห็นต่อการสูบบุหรี่ การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง บุคคลที่สามารถช่วยทำให้เลิกบุหรี่ เขตการปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่

ปัจจัยต่างๆ	มีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือน ข้างหน้า(Contemplation) (n=288)	ไม่มีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ (Precontemplation) (n=312)	p-value
1.ปัจจัยส่วนบุคคล			
กลุ่มอายุ (ปี)			0.824
< 30	33 (11.7)	35 (11.3)	
30-39	43 (15.2)	39 (12.5)	
40-49	91 (32.2)	109 (35)	
50-59	83(29.3)	87(28)	
≥ 60	33(11.7)	41(13.2)	
ลักษณะงานที่ทำ			0.01**
ทำงานรัฐ	59(22.1)	46(15.6)	
ธุรกิจส่วนตัว	166(62.2)	221(74.1)	
เป็นงานของครอบครัว	38(14.2)	25(8.5)	
อื่นๆ	4(1.5)	3(1)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			0.016**
≤ 5,000	6(8.6)	25(19.1)	
5,001-10,000	20(28.6)	52(39.7)	
10,001-15000	7(10)	11(8.4)	
15,001-20,000	2(2.9)	7(5.3)	
> 20,000	35(50)	36(27.5)	
บทบาททางศาสนา			<0.001***
โตะครู/บาบอ	3(1)	1(0.3)	
อิหม่าม	16(5.6)	11(3.5)	
คอเต็บ	28(9.7)	12(3.8)	
บิหลั่น	19(6.6)	8(2.6)	
กรรมการมัสยิด	218(75.7)	279(89.4)	
ระดับการศึกษา			0.05*
ประถมศึกษา	143(49.7)	184(59)	
มัธยมศึกษา	77(26.7)	81(26)	
อนุปริญญา	23(8)	24(7.7)	
ปริญญาตรี	34(11.8)	19(6.1)	
ปริญญาโท	11(3.8)	2(0.6)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยต่างๆ	มีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือน ข้างหน้า(Contemplation) (n=288)	ไม่มีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่ (Precontemplation) (n=312)	p-value
2.ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม			
เขตการปกครอง			0.017**
ในเขตเทศบาล	163(56.6)	145(46.5)	
นอกเขตเทศบาล	125(43.4)	167(53.5)	
3.ปัจจัยทางจิตสังคม			
เหตุผลในการเลิกสูบบุหรี่			0.965
> มากกว่าค่าเฉลี่ย	20(6.9)	23 (7.4)	
≤ ต่ำกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย	268 (93.1)	289 (92.6)	
ความผูกพันทางสังคม			0.52
> มากกว่าค่าเฉลี่ย	141 (49)	162 (51.9)	
≤ ต่ำกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย	147 (51)	150 (48.1)	
การรับรู้ภาวะทางสุขภาพตนเอง			0.01**
ไม่มีโรคภัย	149 (52.1)	196 (62.8)	
มีโรคประจำตัว	137 (47.9)	116 (37.2)	
บุคคลที่สามารถช่วยทำให้เลิกสูบบุหรี่			0.002**
ตัวเอง	136(47.2)	180(57.7)	
พ่อแม่	4(1.4)	18(5.8)	
คนรัก/แฟน/ภรรยา	47(16.3)	40(12.8)	
บุตร	42(14.6)	60(19.2)	
หลาน	4(1.4)	1(0.3)	
ผู้นำทางศาสนา	4(1.4)	2(0.6)	
แพทย์/พยาบาล	3(1.0)	5(1.6)	

การวิเคราะห์หลายตัวแปรสำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรด้วยสมการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) นำปัจจัยต่างๆมาวิเคราะห์โมเดลพร้อมกัน พบว่าบทบาททางศาสนามีอิทธิพลต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกรรมการมัสยิดไม่มีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มโต๊ะครู/บาบอ 4.02 เท่า

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์หลายตัวแปรสำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่

ปัจจัยต่างๆ	Crude OR (95%CI)	Adj. OR (95%CI)	P (Wald's test)	P (LR-test)
1.ปัจจัยส่วนบุคคล				
ลักษณะงานที่ทำ				
ทำงานรัฐ	1	1		0.279
ธุรกิจส่วนตัว	1.93(1.22,3.05)	1.54(0.85,2.78)	0.15	
เป็นงานของครอบครัว	0.96(0.5,1.86)	0.98(0.43,2.2)	0.957	
บทบาททางศาสนา				
ได้ะครู/บาบอ	1	1		0.009**
อิหม่าม	1.71(0.15,19.36)	3.7(0.23,58.94)	0.355	
คอเต็บ	1.32(0.12,14.14)	1.93(0.13,28.48)	0.631	
บิหลั่น	1.5(0.13,16.82)	1.99(0.13,31.25)	0.624	
กรรมการมัสยิด	4.02(0.41,38.92)	6.13(0.47,80.75)	0.168	
2.ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม				
เขตการปกครอง				
ในเขตเทศบาล	1	1		0.199
นอกเขตเทศบาล	1.41(1,1.99)	1.31(0.87,1.99)	0.199	
ทัศนต่อบทบัญญัติทางศาสนาผลิตภัณธ์ยาสูบ				
อนุมัติหรือฮาลาล	1	1		0.418
ต้องห้ามหรือฮารอม	1.7(0.92,3.16)	1.41(0.66,3.02)	0.375	
ไม่ควรหรือมกโรหุ	3.41(1.73,6.73)	2.1(0.9,4.89)	0.086	
3.ปัจจัยทางจิตสังคม				
บุคคลที่สามารถช่วยทำให้เลิกบุหรี่				
ตัวเอง	1	1		0.143
พ่อแม่	0.3(0.16,0.56)	0.58(0.28,1.18)	0.133	
ภรรยา	0.58(0.36,0.96)	0.74(0.41,1.33)	0.314	
บุตร/หลาน	1.32(0.73,3.47)	2.36(0.93,12.58)	0.085	
ผู้นำทางศาสนา	0.24(0.02,2.35)	0.67(0.05,9.53)	0.767	
แพทย์/พยาบาล	1.21(0.28,5.16)	2.47(0.42,14.43)	0.315	

อภิปรายผล

จากปรากฏการณ์อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้นำศาสนาดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ในพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่กลุ่มอายุ ความหมายและความคิดเห็นของการสูบบุหรี่ โอกาสที่สูบบุหรี่ผลิตภัณธ์ยาสูบ เมื่อยามอยู่คนเดียว เหงา เบื่อ การเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ผลิตภัณธ์ยาสูบ และความตั้งใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกการสูบบุหรี่ นอกจากนั้นแล้วอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้นำศาสนายังมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับรายได้เฉลี่ยและการรับรู้สุขภาพของตนเอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้นำศาสนาข้างต้น เป็นเหตุผลที่ทำให้อัตราการสูบบุหรี่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุพผา ศิริรัมย์ และคณะ (2554) ที่พบว่า ความคิดเห็นต่อการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นอัตราการเพิ่มขึ้นจากปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจเป็นผลสืบเนื่องจากสถานการณ์หลายสถานการณ์ที่กระทบเข้ามาในพื้นที่ในปัจจุบัน ทั้งภาวะทางเศรษฐกิจ สถานการณ์ความไม่สงบ และลักษณะงานของประชาชนในพื้นที่ ผู้นำศาสนาให้ความหมายของการสูบบุหรี่ที่มีความเชื่อว่าบุหรี่ช่วยให้การทำงานดีขึ้น เสมือนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ความคิดความเชื่อหรือการให้ความหมายของการใช้ผลิตภัณธ์ยาสูบเหล่านี้จึงอาจยังเป็นอิทธิพลสำคัญที่ทำให้สถานการณ์การสูบบุหรี่ในพื้นที่ยังคงสูงตลอดมา กอปรกับธรรมชาติของประชาชนในพื้นที่ที่มักจะมีการรวมกลุ่มตามร้านค้า ตลาด สถานที่ที่จะหาซื้อได้ง่าย เป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้อัตราการใช้ผลิตภัณธ์ยาสูบยังคงดำเนินต่อไป การให้ความหมายของการใช้ผลิตภัณธ์ยาสูบ เป็นเรื่องของความคิด ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณธ์ยาสูบ ซึ่งทั้ง Beck (1977) และ Bandura (1976) ต่างให้ความสำคัญต่อความคิดที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมา พฤติกรรมจากความคิดที่เกิดขึ้นเป็นผลสืบเนื่องจาก จากประสบการณ์ที่ผ่านมา การได้เห็นประสบการณ์ของบุคคลอื่น การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความคิดในระดับลึก (core beliefs) การปรับเปลี่ยนความคิดในระดับลึกนี้จะเปลี่ยนแปลงค่อนข้างยาก จำเป็นที่จะต้องอาศัยเวลา หากความคิดเปลี่ยน พฤติกรรมก็จะเปลี่ยนไปตามความคิดนั้นๆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านความตั้งใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้อัตราการใช้ผลิตภัณธ์ยาสูบยังคงอยู่ในอัตราที่ไม่ลดลง ซึ่งหากการช่วยเหลือบุคคลที่ยังไม่มีพร้อมที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมใดๆก็ตาม การให้การช่วยเหลือ (intervention) ที่ไม่ตรงกับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะไม่เกิดประโยชน์ใดๆต่อบุคคลนั้น ตามโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model) ของ Prochaska & DiClemente (1983) การออกแบบการช่วยเหลือบุคคลเพื่อการเลิกใช้ผลิตภัณธ์ยาสูบจึงมีความสำคัญเช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อการความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำศาสนาอิสลาม พบปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อการความตั้งใจเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย ลักษณะงานที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บทบาททางศาสนาและระดับการศึกษา
2. ปัจจัยทางจิตสังคม ที่มีผลต่อการความตั้งใจเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย ความคิดต่อการการสูบบุหรี่ การรับรู้ภาวะทางสุขภาพตนเอง และความผูกพันทางสังคม ได้แก่ การมีบุคคลที่สามารถช่วยทำให้เลิกบุหรี่

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ที่มีผลต่อความตั้งใจเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย แหล่งที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นเขตการปกครอง และบรรทัดฐานทางศาสนาเกี่ยวกับการการสูบบุหรี่

การวิเคราะห์หลายตัวแปรสำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่เมื่อนำปัจจัยต่างๆ มาวิเคราะห์โมเดลพร้อมกัน พบว่า บทบาททางศาสนามีผลต่อความตั้งใจเลิกสูบบุหรี่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกรรมการ มัสยิดไม่มีแผนที่จะเลิกสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มโต๊ะครู/บาบอ 4.02 เท่า

ทั้งนี้ โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกล่าวถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะ ในปัญหาด้านสุขภาพว่า การให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลจำเป็นที่จะต้องสอดคล้องกับระยะของ พฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง บุคคลจะไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยกเว้นแต่ได้แสดงออกว่าต้องเปลี่ยนหรืออยากเปลี่ยน เช่น ต้องมีการแสดงออกมาก่อนว่า “ใช้ฉันจะทำ” ถ้าการแสดงออกยังไม่เกิด แม้ว่าจะให้ข้อมูลข่าวสารอย่างไร บุคคลก็จะไม่เปลี่ยนพฤติกรรม (Prochaska and DiClemente ,1983) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในงานวิจัยอยู่ในระยะของการไม่เห็นปัญหา (Pre-contemplation) และระยะลังเล (Contemplation) โดยการดูแลในระยะดังกล่าวเป็นเพียงการให้ข้อมูลที่จำเป็นและให้เห็นข้อดีข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามลำดับ ดังนั้น การบอกกล่าวตักเตือนให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวจึงไม่มีผลต่อความตั้งใจเลิกบุหรี่ แต่เป็นสิ่ง ทำทนาย ผู้บำบัดต้องอาศัยเทคนิคที่ดี มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้บุคคลขยับขั้นตอนไปสู่การลงมือ เปลี่ยนแปลงเพื่อการเลิกสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานการควบคุมการสูบบุหรี่ในระดับพื้นที่ที่ เฉพาะเจาะจงกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของบุคคล บุคคลศรัทธาในบทบัญญัติ ทางศาสนามีหลักการและหลักฐานอย่างชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะต้องค่อยเป็นค่อยไป ทั้งนี้สิ่งที่ ควรพิจารณาคือ

1. บุคลากรสาธารณสุขควรพิจารณาหาวิธีการในการช่วยเหลือแก้ไขพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เกิดจาก ความเคยชิน ด้วยอัตราการสูบบุหรี่ยังคงสูงในกลุ่มผู้นำศาสนา ทุกกลุ่มอายุมีอัตราการสูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ มากกว่า 10 ปี มีภาวะการติดนิโคตินอยู่ในระดับไม่ติดสารนิโคติน จึงอาจจะมาจากความเคย ชิน ซึ่งรูปแบบการควบคุมหรือณรงค์จำเป็นต้องพิจารณาหาวิธีการที่จะไปแก้ไขความเคยชินเหล่านั้น

2. บุคลากรสาธารณสุข ควรพิจารณาการช่วยเหลือแก้ไขพฤติกรรมการสูบบุหรี่ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เน้นการ ปรับเปลี่ยนความคิดของบุคคลไปด้วย และสอดคล้องกับระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจาก ความคิดมีส่วนสำคัญ บุหรี่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เสมือนเพื่อน มีความคิดหรือเจตคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ผลิตภัณฑ์ ยาสูบ คิดอยากจะทำ เลิก แต่ต้องเริ่มที่ตนเอง คิดว่าทุกคนเป็นห่วง และห่วงสุขภาพของตนเอง สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้น เป็นความคิดของบุคคล

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงสาธารณสุขจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ไม่เอื้อต่อการ สูบบุหรี่ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เข้าถึงยาก เพื่อลดโอกาสของการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ เช่น การรณรงค์ควบคุมการจำหน่ายใน ร้านค้าขายของชำ

4. กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาแนวทางในการสร้างรูปแบบการเลิกสูบบุหรี่ของผู้นำศาสนา โดยการสร้างองค์ความรู้ที่นำไปใช้ในการให้ข้อมูลด้านความรู้ของพิษภัยของบุหรี่และผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีผลต่อสุขภาพ และที่สอดคล้องกับบทบัญญัติทางศาสนา และความตั้งใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม ตัวอย่างสำคัญคือ การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ในช่วงเดือนศักดิ์สิทธิ์ของเดือนรอมฎอนซึ่งเป็นเดือนแห่งการถือศีลอดในปลายปี 2004 ของรัฐบาลมาเลเซีย มีการส่งเสริมให้ชาวมุสลิมที่จะเลิกสูบบุหรี่โดยสิ้นเชิงได้ใช้ประโยชน์จากการถือศีลอดรวมทั้งการงดสูบบุหรี่นานกว่า 12 ชั่วโมงในแต่ละวัน การรณรงค์นี้มีประสิทธิภาพมากแต่ไม่เป็นที่รู้จักกัน (Hua-Hie Yong, Stephen L Hamann, Ron Borland, Geoffrey T Fong, and Maizurah Omar, 2009)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการให้ข้อมูลในรูปแบบต่างๆ เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ ทักษะการอ่านคุตบะห์ (ปาฐกถา) ของผู้นำศาสนาที่ส่งผลกระทบต่อระดับความคิดของผู้ฟัง และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการควบคุมการบริโภคยาสูบในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมูลนิธิสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย ที่ได้สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เสียสละเวลาในการพิจารณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- Siratmi, B., Chapaklai, A., Siriratmi, T., Kenrot, P., Phonwiwatthanachai, S., & Kæo, T.(2010). “phonkrathop chāk nayōbāi khuāpkhum kān sūp burī nai prathēt Thai kānsamruāt klum phū sūp burī radap prathēt rōp thī sām (2008)” [Impact of Smoking Control Policy in Thailand: The third-round smokers survey (2008)]. sathāban wichai prachākōṅ læ sangkhom mahāwitthayalai Mahidon .
- บุปผา ศิริรัศมี, อารี จาปากลาย, ทวีมา ศิริรัศมี, ปรียา เกนโรจน์, สุรัตนา พรวิวัฒน์ชัย และ ชีรนุช ก้อนแก้ว. (2553). ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่ 3 (พ.ศ. 2551). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Phitthaya, S., Tām‘anan, P., Pan krachāṅ, P., & Som mit, k. (2012). sarup sathanākān kān khuāpkhum kān sūp burī khōṅ prathēt Thai Phō (2012). [Tobacco control consumption in Thailand 2012.]. Phim khrang thī 2. Krung Thēp... . chāoēn dī mankhong kānphim .
- ศิริวรรณ พิทยังสฤษฏ์ ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์ ปวีณา ปั่นกระจำง และกุ่มภการ สมมิตร. (2555). *สรุปสถานการณ์การควบคุมการสูบบุหรี่ของประเทศไทย พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.*
- Phitthaya, S., Chot Benjamapon, P., & Pan krachāṅ, P. (2016). sathanākān kān khuāpkhum kān sūp burī khōṅ prathēt Thai 2016. [Thailand's smoking control situation]. Krung Thēp. chāoēn dī mankhong kānphim .
- ศิริวรรณ พิทยังสฤษฏ์ ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ และปวีณา ปั่นกระจำง. (2559). *สถานการณ์การควบคุมการสูบบุหรี่ของประเทศไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.*
- Samnak wichai‘ēbæ̀kphōn . (2009). phruttkam læ khwāmkhithen toṅ kān sūp burī khōṅ phū nam sātanaṅ kōṅānī suksā phra læ phū nam sātanaṅ nai khēt Krung Thēp Maha Nakhōṅ læ læ chāṅwat nai huāmūāṅ yai nai phūmiphāk . [Behavior and opinions of the religious leaders. Case study: Monk and religious leaders in Bangkok and in the major cities provinces in the region]. mahāwitthayalai ‘atsamchan.
- มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. สำนักวิจัยแอบแคโพล. (2552). *พฤติกรรมและความคิดเห็นต่อการสูบบุหรี่ของผู้นำศาสนา: กรณีศึกษา พระและผู้นำศาสนาในเขตกรุงเทพมหานครและและจังหวัดในหัวเมืองใหญ่ในภูมิภาค. มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.*

ภาษาต่างประเทศ

- Ahmad, M. K., Harrison, J., & Davies, C, L. (2009, July). Sacred communication: Exploring the attributes of health promotion programs in the faith-based media. Proceedings of the Conference on Media and Islamic Thinking, Islamic Science University of Malaysia, Bangi, Malaysia. Retrieved from https://espace.library.uq.edu.au/data/UQ_184493/
- Bandura, A. (1976). *Social learning perspective on behavior change*. In A. Burton (Ed.), *What makes behavior change possible?* New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A. T. (1977). Review of the book Multimodal behavior therapy. *Behavior Therapy*, 8, 292-294.
- Etounga, M, D. (2000). *Does Africa Need a Cultural Adjustment Program?*. Basic Books. New York, USA.
- Vittinghoff, E., McCulloch, CE., & McCulloch, E,. (2006). Relaxing the Rule of Ten Events per Variable in Logistic and Cox Regression. *American Journal of Epidemiology*, 3(165), 710-718.
- Yong, H. H., Hamann, SL., Borland, R., Fong, GT., & Omar, M. (2009). Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. *Journal of Soc Sci Medr*, 69(7), 1025–1031.
- Koenig, H. G. (1991). Religion and prevention of illness in later life. *Prev. Hum. Serv*, 10, 69-89.
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper E., Holford, T.R. & Feinstein, A.R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 1372-1379.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390–395.
- Regnerus, M.D. (2003). Religion and positive adolescent outcomes: A review of research and theory. *Rev. Religious Res*, 44: 394-413.
- Saeed, A.A., Khoja, T.A. & Khan, S.B. (1996). Smoking Behavior and Attitudes among Saudi Nationals in Riyadh City, Saudi Arabia. *Journal of Tobacco Control*, 5, 215-219.
- Salem, M.O. & M.M. Ali,. (2008). Psycho-spiritual strategies in treating addiction patients: Experience at Al-Amal hospital, Saudi Arabia. *Journal of Islamic Med. Assoc. North Am*, 40, 161-165.

- Ibrahim, S. A., Yagoub, U., Sunusi, R. Al., A., Bulgiba, A., Hatim, A., & Alahmar, A. (2013). Smoking cessation effort in special population : A review of research on Muslim countries and communities. *International Journal of pharmacology*, 9(2), 98-107.
- Swaddiwudhipong, W., Chaovakiratipong, C., Nguntra, P., & Khumklam, P., Silarug, N. (1993). *Influence of religious leaders on smoking cessation in a rural population -Thailand, 1991*. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Sutton, S. (2005). *Stage theories of health behaviour*. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*, 2nd ed. 223-275. Maidenhead: Open University Press.
- Turner, B.S. (1991). *Religion and Social Theory*. 2nd ed. Sage Publications Ltd., USA.
- Ugen, S. (2003). Bhutan: the world's most advanced tobacco control nation. *Journal of Tobacco Control*, 12, 431-433.
- Weinstein, N.D. (1998). Accuracy of smokers' risk perceptions. *Annals of Behavioural Medicine*, 20, 135-140.