


การเปรียบเทียบภาวะความสุขกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

พรทิพย์ เอมอ่อน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา
วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2558
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ พรทิพย์ เอมอ่อน ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา ของ
มหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร.ภัทราวดี มากมี)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กรเพชรปาณี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. เสรี ชัดรัมย์)


..... กรรมการ
(ดร.ภัทราวดี มากมี)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กรเพชรปาณี)


..... กรรมการ
(ดร.พุลพงศ์ สุขสว่าง)

วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญาอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา
ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีวิทยาลัยวิทยาการ
วิจัยและวิทยาการปัญญา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กรเพชรปาณี)

วันที่ ๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2558

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาให้คำปรึกษาและช่วยแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างดีเยี่ยมจาก ดร.ภัทราวดี มากมี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาติดา กรเพชรปาณี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้รับแนวทางในการศึกษาหาความรู้และประสบการณ์อย่างกว้างขวางในการทำวิทยานิพนธ์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ทรงสิทธิ์ อุดมสิน ดร.ปรัชญา แก่นแก้ว และ ดร.ทัศนีย์ เชื่อมทอง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์สำหรับการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ

ขอขอบพระคุณความร่วมมืออย่างดียิ่ง กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดชลบุรี และผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยและกรุณาสละเวลาให้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว ที่ให้กำลังใจสำคัญคอยให้การสนับสนุนอย่างดีเสมอมา และขอขอบคุณกำลังใจจาก เพื่อน ๆ พี่ ๆ และน้อง ๆ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญาทุกคนที่ได้ให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน

พรทิพย์ เอ็มอ่อน

53910032: สาขาวิชา: การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา;
วท.ม. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)

คำสำคัญ: ไม่เคยสูบบุหรี่/ กำลังสูบบุหรี่/ พยายามเลิกสูบบุหรี่/ เลิกสูบบุหรี่/ ภาวะความสุข
พรทิพย์ เอมอ่อน: การเปรียบเทียบภาวะความสุขกับสถานภาพการสูบบุหรี่

ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

(A COMPARISON BETWEEN HAPPINESS AND SMOKING STATUS OF HEALTH OFFICERS IN HOSPITALS UNDER MINISTRY OF PUBLIC HEALTH IN CHONBURI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ภัทราวดี มากมี, ค.ด., สุชาติดา กรเพชรปานี, Ph.D. 159 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีสภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน วิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน และเปรียบเทียบภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระหว่างผู้ที่มีสภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน ใน 4 กลุ่ม ประชากรในการวิจัย เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดชลบุรี จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ มีค่าความเที่ยง .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variance: MANOVA)

ผลการวิจัย ปรากฏว่า เพศ อายุ การศึกษาสูงสุด สภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพึงพอใจของรายได้และปัญหาสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์กับสภาพการสูบบุหรี่ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การเปรียบเทียบภาวะความสุขโดยรวมแล้วตัวแปรภาวะความสุข 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน อารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบนั้น มีความแตกต่างกัน ระหว่างผู้ที่มีสภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilks' Lambda = .89, $p = .00$) และ ภาวะความสุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามสภาพการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีภาวะความสุขมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่และผู้กำลังสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยภาวะความสุขน้อยที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านของภาวะความสุข ปรากฏว่า กลุ่มที่มีความพึงพอใจในชีวิตมากที่สุด ได้แก่ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว กลุ่มที่มีความพึงพอใจในงาน มากที่สุดเท่ากันสองกลุ่ม ได้แก่ ผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว กลุ่มที่มีอารมณ์ทางบวกมากที่สุด ได้แก่ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว กลุ่มที่มีอารมณ์ทางลบมากที่สุด ได้แก่ ผู้กำลังสูบบุหรี่

53910032: MAJOR: RESEARCH AND STATISTICS IN COGNITIVE SCIENCE;
M.Sc. (RESEARCH AND STATISTICS IN COGNITIVE SCIENCE)

KEYWORDS: NEVER SMOKED/ SMOKING/ TRYING TO STOP SMOKING/
STOP SMOKING/ HAPPINESS

PORNTIP AIMON: A COMPARISON BETWEEN HAPPINESS AND SMOKING
STATUS OF HEALTH OFFICERS IN HOSPITALS UNDER MINISTRY OF PUBLIC
HEALTH IN CHONBURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: PATTRAWADEE MAKMEE,
Ph.D., SUCHADA KORNPETPANE, Ph.D., 159 P. 2015.

The purposes of this study were 1) to analyze the characteristics of people who have different smoking status 2) to analyze the characteristics of people who have different happiness and 3) to compare mean of happiness of people who have different smoking status. The sample in this study comprised 400 people who were public health officers of hospitals under the Ministry of Public Health in Chonburi Province selected by applying Proportional Stratified Random Sampling. The questionnaire with its reliability of .96 was used to collect data. Multivariate analysis of variance (MANOVA) was used for data analyses.

The results revealed that gender, age, education, marital status, monthly income, sufficiency of income, and physical health problem were related with smoking status and education were related with happiness at statistical level of .05. The result to compare happiness in four elements such as life satisfaction, job satisfaction, positive emotion and negative emotion showed that there were significant difference between people from different smoking status at statistical level of .01 (Wilks' Lambda = .89). The level of happiness in the four elements above was at moderate level. The sequential orders of happiness level from the most happy to the least happy were people who already stopped smoking, the people who are trying to stop smoking, people who never smoked and people who are smoking respectively. People who already stopped smoking had the most life satisfaction. People who already stopped smoking and people who are trying to stop smoking had the most job satisfaction. People who already stopped smoking had the most positive emotion, and people who are smoking had the most negative emotion.

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| สารบัญ..... | ฉ |
| สารบัญตาราง..... | ช |
| สารบัญภาพ..... | ฎ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 6 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 6 |
| สมมุติฐานการวิจัย..... | 8 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 8 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย..... | 9 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 9 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 11 |
| ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความสุข..... | 11 |
| ตอนที่ 2 การสูบบุหรี่และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 24 |
| ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA)..... | 61 |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 65 |
| กลุ่มตัวอย่าง..... | 66 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา..... | 67 |
| การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ..... | 68 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 70 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 71 |
| 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 72 |
| ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... | 73 |

สารบัญ (ต่อ)

| บทที่ | หน้า |
|--|------|
| ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน..... | 78 |
| ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน..... | 87 |
| ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ..... | 97 |
| 5 สรุปและอภิปรายผล..... | 106 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 106 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 114 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 117 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 117 |
| ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป..... | 117 |
| บรรณานุกรม..... | 119 |
| ภาคผนวก..... | 127 |
| ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ..... | 128 |
| ภาคผนวก ข สำเนาหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย..... | 130 |
| ภาคผนวก ค สำเนาการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย..... | 134 |
| ภาคผนวก ง ดัชนีความสอดคล้องด้านเนื้อหาจากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญในการ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ..... | 136 |
| ภาคผนวก จ ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม..... | 139 |
| ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย..... | 144 |
| ภาคผนวก ช ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ..... | 151 |
| ประวัติย่อของผู้วิจัย..... | 159 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|---|------|
| 1 | ความหมายขององค์ประกอบด้านต่าง ๆ ตามแนวทฤษฎีของสุขภาวะ..... | 21 |
| 2 | พันธกิจเครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่..... | 41 |
| 3 | มาตรการในการปฏิบัติเครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่..... | 41 |
| 4 | ข้อมูลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี..... | 66 |
| 5 | โครงสร้างเนื้อหาแบบสอบถามภาวะความสุข..... | 67 |
| 6 | ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม จำแนกตามตัวแปร..... | 69 |
| 7 | ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของข้อคำถาม จำแนกตามตัวแปร..... | 70 |
| 8 | อักษรและความหมายที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 73 |
| 9 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะ..... | 73 |
| 10 | แสดงการเปรียบเทียบระหว่างเพศกับสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 78 |
| 11 | แสดงการเปรียบเทียบระหว่างอายุกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 79 |
| 12 | แสดงการเปรียบเทียบระหว่างศาสนากับสถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 79 |
| 13 | แสดงการเปรียบเทียบระหว่างการศึกษาสูงสุดกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 80 |
| 14 | แสดงการเปรียบเทียบระหว่างการศึกษาสูงสุดกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 81 |
| 15 | แสดงการเปรียบเทียบระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 82 |
| 16 | แสดงการเปรียบเทียบระหว่างรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 83 |
| 17 | แสดงการเปรียบเทียบระหว่างภาวะสุขภาพในปัจจุบันกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 83 |
| 18 | แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัญหาด้านสุขภาพกายในปัจจุบันกับสถานภาพการสู บบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี..... | 84 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|---|------|
| 19 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัญหาด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันกับสถานภาพการสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี..... | 85 |
| 20 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังกับสถานภาพการสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี..... | 85 |
| 21 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างโรคเรื้อรังกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 86 |
| 22 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างเพศกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 87 |
| 23 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างอายุกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 87 |
| 24 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างศาสนากับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 88 |
| 25 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างการศึกษาระดับสูงที่สุดกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 89 |
| 26 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 90 |
| 27 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 91 |
| 28 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายกับภาวะความสุขของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 92 |
| 29 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างภาวะสุขภาพในปัจจุบันกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 93 |
| 30 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัญหาด้านสุขภาพกายในปัจจุบันกับภาวะความสุขของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 93 |
| 31 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัญหาด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันกับภาวะความสุขของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 94 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|---|------|
| 32 | แสดงการเปรียบเทียบระหว่างโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังกับภาวะความสุขของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 95 |
| 33 | แสดงการเปรียบเทียบระหว่างโรคเรื้อรังกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี..... | 96 |
| 34 | ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์การกระจายของตัวแปร..... | 97 |
| 35 | การเปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้านระหว่างผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่ แตกต่างกัน..... | 98 |
| 36 | ผลการทดสอบการเท่ากันของความแปรปรวนของภาวะความสุข จำแนกตามสถานภาพ การสูบบุหรี่..... | 99 |
| 37 | การทดสอบความแปรปรวนของภาวะความสุขทั้ง 4 ด้านจำแนกตามสถานภาพ การสูบบุหรี่..... | 100 |
| 38 | การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรตาม..... | 100 |
| 39 | ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณของภาวะความสุข 4 ด้าน ของผู้ที่มีสถานภาพ การสูบบุหรี่แตกต่างกัน..... | 101 |
| 40 | ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่ แตกต่างกัน..... | 102 |
| 41 | การเปรียบเทียบเชิงซ้อน..... | 103 |
| 42 | สรุปการเปรียบเทียบรายคู่ที่แตกต่างกัน..... | 105 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | | หน้า |
|--------|---|------|
| 1 | กรอบแนวคิดในการเปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้านระหว่างผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน..... | 7 |
| 2 | โมเดลลำดับชั้นของความสุข..... | 15 |
| 3 | คุณลักษณะสำคัญของสุขภาวะและทฤษฎีต้นกำเนิด..... | 18 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสุขเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา การแสวงหาความสุขจึงฝังแน่นอยู่ในธรรมชาติของมนุษย์ ความสุขมีทั้งที่เกิดขึ้นจากภายในจิตใจ เช่น ความสุขระดับจิตใจ ปัญหาหรือจิตวิญญาน เป็นต้น และความสุขที่เกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น การมีหรือครอบครองปัจจัยในการดำรงชีวิต การมีความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ฯลฯ แม้ว่าปัจจุบันในยุคที่ความสัมพันธ์มีความซับซ้อนมากขึ้น มีความเชื่อมโยงถึงกันหมดในทุกภาคส่วนของสังคมโลกทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับประเทศ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากจุดหนึ่งจะส่งผลไปยังอีกจุดหนึ่งอย่างรวดเร็ว ย่อมทำให้ความสุขของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันหลากหลายมากขึ้น เช่น บุคคลจำนวนมากที่เข้าใจว่าความสุขนั้นเกิดจากการมีเงินทองทรัพย์สินสมบัติจำนวนมากมาย หรือมีวัตถุสิ่งของที่ช่วยอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันอย่างครบถ้วนและทันสมัย แต่เมื่อมีการศึกษาและพิจารณามากขึ้นกลับพบว่า ในประเทศที่ร่ำรวยความมั่งคั่งมีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยกับระดับความสุข การเพิ่มขึ้นของรายได้และปัจจัยทางวัตถุอื่น ๆ ไม่ได้ทำให้ความสุขเพิ่มขึ้นเสมอไป (รสรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2550; Moller, 2005; Janakarajan & Seabright, 1999) ในทางตรงกันข้ามความสุขนั้นเกิดจากความพึงพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ในปัจจุบัน หรือมีความเพียงพอในชีวิตมากกว่าสิ่งของและสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ด้วยเหตุนี้ความสุขของบุคคลที่ต่างพากันคิดว่าสิ่งนั้นสิ่งนี้ ถ้าได้มาครอบครองตามใจปรารถนาก็คงทำให้มีความสุขนั้นไม่ใช่ แต่อยู่ที่ความพึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่มากกว่า

สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly) ได้ประชุมร่วมกันในวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 และกำหนดให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็นวันความสุขสากล (International Day of Happiness) ด้วยเล็งเห็นว่า ความสุขเป็นเป้าหมายสำคัญในชีวิตของมนุษย์ จึงได้เชิญชวนประเทศสมาชิกให้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว ด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลในสังคมมีความสุขมากยิ่งขึ้น อีกทั้งเพื่อสำรวจและเฝ้าระวังสถานการณ์ความสุขในประเทศของตน ประเทศไทยได้ตอบสนองต่อแนวคิดดังกล่าวด้วยการจัดทำโครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย โดยความร่วมมือของ 4 หน่วยงาน ได้แก่ 1) กรมสุขภาพจิต 2) สำนักงานสถิติแห่งชาติ 3) สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ 4) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ การพัฒนาข้อมูลความสุขคนไทยในระดับจังหวัด เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการสร้างความสุขทั้งในระดับประเทศ

และระดับจังหวัดให้มีพลังมากยิ่งขึ้น (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และเอกอนงค์ สีตลาภินันท์, 2554, หน้า 13-17)

เนื่องด้วยความสุขนั้นเป็นสิ่งที่คนเราทุกคนปรารถนา การศึกษาเรื่องความสุขจึงเป็นสิ่งที่ทั้งนักปรัชญา นักสังคมวิทยา นักจิตวิทยาหรือแม้แต่ นักเศรษฐศาสตร์ให้ความสนใจ เมื่อมองย้อนไปถึงยุคแรกเริ่มที่มีการตั้งคำถามเรื่องความสุข คงไม่พ้นยุคของนักคิดหรือนักปรัชญา โดยแนวคิดของนักปรัชญาที่เป็นที่รู้จักแพร่หลายมาจนถึงปัจจุบันมีอยู่ 2 แนวคือ แนวคิดของความสุขแบบยูโดโมนิซึม (Eudaemonism) และแนวความคิดของความสุขแบบฮีโดนิซึม (Hedonism)

แนวคิดแรกก็คือ แนวคิดของความสุขแบบ ยูโดโมนิซึม (Eudaemonism) เป็นแนวคิดที่ถูกนำเสนอโดย Aristotle (384-322 BC) ซึ่งกล่าวไว้ว่าการได้ทำสิ่งที่มีค่าสูงสุดนั้นเป็นจุดมุ่งหมายของการกระทำทั้งหมดของมนุษย์ เรียกอีกอย่างว่าความสุข ซึ่งการจะมีความสุขแบบนี้ได้จำเป็นต้องมีความดีงามเป็นที่ตั้ง แต่ Aristotle ก็ยอมรับว่าสิ่งดี ๆ จากภายนอก เช่น สุขภาพ ฐานะที่มั่งคั่งและความสวยงามก็มีความสำคัญเช่นกัน ในยุคนั้นมีการถกเถียงกันอย่างมากในเรื่องนี้ จึงทำให้มีการแตกแขนงของแนวคิดแบบยูโดโมนิซึม (Eudaemonism) ทั้งนี้กลุ่มที่มีอิทธิพลมากอีกกลุ่มหนึ่งนอกเหนือจาก Aristotle ก็คือกลุ่ม Stoics ซึ่งมองว่าความดีงามเป็นสิ่งที่จำเป็นและเพียงพอแล้วสำหรับการมีความสุข ไม่จำเป็นต้องมีสิ่งดี ๆ อื่นจากภายนอกดังที่ Aristotle ว่าไว้ แนวความคิดของความสุขแบบยูโดโมนิซึม (Eudaemonism) นี้เป็นรากฐานของการศึกษาความสุขหรือสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being: PWB) ในปัจจุบันเป็นการศึกษาเชิงคุณลักษณะทางจิตด้านบวกที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตและพัฒนาศักยภาพของบุคคล (Nave et al., 2008) โดยมองว่าความสุขที่แท้จริงนั้นมาจากความงอกงามในตน การปรับตัว การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และการทำในสิ่งที่ถูกต้องดีงามเป็นความสุขที่ลึกซึ้งกว่าความพึงพอใจหรืออารมณ์ทางบวก สรุปได้ว่าแนวความคิดของความสุขแบบยูโดโมนิซึม (Eudaemonism) เป็นการศึกษาความสุขโดยมุ่งเน้นในเรื่องของคุณลักษณะทางจิตด้านบวกที่เป็นที่ปรารถนาของบุคคล ไม่เน้นถึงสภาพความรู้สึกส่วนตัว ความสุขตามแนวคิดนี้คือการทำให้ชีวิตดีงามขึ้น ตัวอย่างนักจิตวิทยาที่ศึกษาความสุขตามแนวคิดนี้ได้แก่ Ryff (1989, 1995) และ Seligman & Csikszentmihalyi (2000) (Diener, 1984; Nave et al., 2008; McDowell, 2010)

ส่วนแนวคิดแบบที่สอง คือ แนวคิดของความสุขแบบฮีโดนิซึม (Hedonism) ที่ว่าความสุขคือ ผลรวมของการได้รับความพึงพอใจ โดยไม่ได้ใส่ใจแค่เพียงการทำให้คุณภาพและระยะเวลาของความพึงพอใจนั้นมีมากที่สุดเท่านั้น แต่รวมไปถึงการลดความรุนแรงและระยะเวลาของการเจ็บปวดให้น้อยที่สุดด้วย ซึ่งแนวคิดนี้กลุ่ม Epicurean ได้นำไปศึกษาต่อและกลายมาเป็นพื้นฐานแนวคิดของนักเศรษฐศาสตร์ยุคใหม่ในเวลาต่อมา เชื่อกันว่านักปรัชญาคนแรกที่น่าแนวคิดนี้เข้ามา คือ Democritus (460-370 BC) แต่นักปรัชญาที่ศึกษาแนวความคิดแบบ ฮีโดนิซึม (Hedonism) จนเป็นที่รู้จัก

และสร้างเป็นแนวคิดหลักขึ้นมา คือ Aristippus (435-356 BCE) นอกจากนี้แนวคิดของความสุขแบบฮีโดนิซึม (Hedonism) ยังเป็นรากฐานของการศึกษาความสุขเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-Being: SWB) ซึ่งเป็นการศึกษาองค์ประกอบทางอารมณ์ 2 ด้าน คือ การมีอารมณ์ทางบวก (positive affect) และไม่มีอารมณ์ทางลบ (absence of negative affect) และองค์ประกอบทางกระบวนการความคิด (cognitive process) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ของบุคคลที่เกิดจากการประเมินผลโดยรวมของอารมณ์ความรู้สึกของตนเองที่มีในขณะนั้นกล่าวโดยสรุปก็คือ แนวความคิดของความสุขแบบฮีโดนิซึม (Hedonism) นั้นศึกษาความสุขในขอบเขตของอารมณ์ความรู้สึก ร่วมกับการประเมินทางความคิดของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ในชีวิตช่วงใดช่วงหนึ่งนั่นเอง นักจิตวิทยาที่ศึกษาความสุขตามแนวคิดนี้ ได้แก่ Diener (1984, 1999, 2000, 2003, 2006, 2009), Argyle (1987, 2001, 2002) เป็นต้น (Allen, 1985; Nave et al., 2008; McDowell, 2010; ชุตินา พงศ์วรินทร์, 2554)

ส่วนความสุขในมุมมองของนักสังคมวิทยานั้นมองไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดี (quality of life) เพราะแสดงถึงความสุขของสุขภาพกายและใจ และการมีสุขภาวะที่ดี (well-being) คือ มีชีวิตที่ดี ดังเช่นที่ Ruut Veenhoven (2007) ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ทางสังคมวิทยา ในมหาวิทยาลัย Erasmus University ประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้กล่าวไว้ว่า ความสุขเป็นทัศนคติของบุคคลที่มีในการดำเนินชีวิตของตนเอง โดยเกิดจากการที่เขาประเมินสภาพการณ์ทั้งหมดในขณะนั้นเมื่อบุคคลบอกว่ามีความสุขนั้นหมายถึง บุคคลรับรู้ชีวิตในขณะนั้นว่ามีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ดี มีความน่าพึงพอใจและน่าพึงปรารถนา (Veenhoven, 2007, ทีปรัตน์ วัชรางกูร และภัทรจิต กอชโซลี, 2550)

ทางด้านนักเศรษฐศาสตร์นั้นแน่นอนว่ามุมมองของความสุขที่มีจะต้องมีความเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ กล่าวคือ ความสุขถือว่าเป็นเป้าหมายสูงสุดในวงจรทางเศรษฐศาสตร์ เนื่องจากการอยู่ดีมีสุขหรือสุขภาวะ (well-being) ของบุคคลหรือสังคมจะเป็นตัวสะท้อนภาพรวมของการเติบโตทางเศรษฐกิจและการพัฒนาของประเทศ ด้วยเหตุนี้นักเศรษฐศาสตร์จึงได้พยายามที่จะพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขของคนในสังคมออกมา โดยให้ความสำคัญทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและสังคม (ทีปรัตน์ วัชรางกูร และภัทรจิต กอชโซลี, 2550; นกตล กรรณิกา, เนตรนภิศ ละเอียดย และพรภาพ แสงทอง, 2550)

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสุขในมุมมองของนักจิตวิทยา ดังนั้นคำจำกัดความและขอบเขตของความสุขที่จะถูกนำมาใช้ในการวิจัยจึงเป็นความสุขตามแนวคิดของนักจิตวิทยาเป็นหลัก

การศึกษาเรื่องความสุขของนักจิตวิทยานั้นเริ่มต้นขึ้นในช่วงยุค 1960 เมื่อชาวอเมริกันเริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับความสุขและความพึงพอใจ นำไปสู่การวิจัยต้นแบบหลายชิ้น เช่น งานของ Cantril (1965), Bradburn (1969), Roger (1976) เป็นต้น นอกจากนี้ Wilson (1967) ยังได้ตีพิมพ์

การทบทวนวรรณกรรมเรื่อง ความสุขลงใน Psychological Bulletin ในปี 1967 เป็นครั้งแรก ก่อนที่ Diener (1984) นักจิตวิทยาจากมหาวิทยาลัยอิลลินอยส์จะทำการทบทวนวรรณกรรมเรื่องความสุขซ้ำในปี 1984 โดยเนื้อหาของบทความของ Diener (1984) นั้นบรรยายถึงเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของความสุข รวมไปถึงสรุปทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะที่ดี (well being) ไปด้วย บทความนี้กลายเป็นที่รู้จักและนิยมอย่างแพร่หลายในหมู่นักจิตวิทยา ทั้งยังกลายเป็นเอกสารอ้างอิงพื้นฐานที่ถูกอ้างถึงกว่า 1,400 ครั้งในปี 2008 (Argyle, 2001, Diener, 2009)

ผลงานของ Diener (1984, 1999, 2003, 2009) นั้นเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการจิตวิทยาเมื่อเอ่ยถึงเรื่องความสุข และมีการศึกษาเพื่อปรับข้อมูลใหม่อยู่เสมอ

Diener (2000, pp. 325-337; 2003, pp. 403-425) ได้ให้ความหมายของความสุขว่าเป็นการประเมิน ทางความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับชีวิตทั้งหมดของคุณคน รวมไปถึงการประเมินสิ่งอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับชีวิตของเขาด้วย เช่น ความคิดหรือความรู้สึกที่บุคคลนั้นประเมินเกี่ยวกับงานของเขารวม 4 ประการ 4 ด้าน 1) ความพึงพอใจในชีวิต 2) ความพึงพอใจในงาน 3) อารมณ์ทางบวก และ 4) อารมณ์ทางลบ

บุหรี่ยูกจัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่มีอันตรายต่อสุขภาพ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าขณะนี้ทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,300 ล้านคน จำนวนบุหรี่ยูกที่สูบต่อวันมีมากกว่า 15,000 ล้านมวน โดยกว่าครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 54.5 ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดอยู่ในเอเชีย ผู้ที่เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มีปีละประมาณ 5 ล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและมีการคาดการณ์ว่าในอีก 25 ปีข้างหน้า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 10 ล้านคน จากสถานการณ์การสูบบุหรี่ทั่วโลกดังกล่าว จะทำให้ครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่ทั่วโลกในขณะนี้ (ที่มีประมาณ 650 ล้านคน) เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ในอนาคต โดยครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตในช่วงวัยทำงาน ซึ่งเป็นการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นเวลาถึง 20-25 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาที่สำคัญหลายประการโดยก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูบและผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคเส้นเลือดสมองตีบ โรคมะเร็งปอด และโรคร้ายแรงอื่น ๆ ข้อมูลการศึกษาภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยของกระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาทุก 5 ปี พบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยประมาณ 48,244 คนต่อปี โดยเฉลี่ยผู้ชาย 1 ใน 6 คน และผู้หญิง 1 ใน 25 คนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ซึ่งทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ หรือปีที่มีสุขภาพดีจากการตายก่อนวัยอันควรและความพิการ 6.0 แสนปี หรือ ร้อยละ 11.1 ของภาวะโรคทั้งหมดในผู้ชายและสูญเสียปีสุขภาวะ 8.8 หมื่นปี หรือร้อยละ 2.1 ของภาวะโรคทั้งหมดในผู้หญิง ซึ่งในจำนวนนี้มาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็งปอดเป็นหลัก (ร้อยละ 24 และร้อยละ 20 ตามลำดับ) โดยพบว่าภาวะโรคจากบุหรี่ยูกสูงสุดในโรคมะเร็งปอด คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 50

(ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2555) นอกจากนี้มีผลต่อสุขภาพแล้วการสูบบุหรี่ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัวและประเทศอีกด้วย พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีค่าใช้จ่ายประมาณวันละ 14.6 บาทต่อคน โดยพบว่าผู้ชายมีรายจ่ายสูงกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัว ส่วนรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูบบุหรี่มากกว่า 5 หมื่นล้านบาทต่อปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2552) ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เท่ากับ 43.6 พันล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 0.5 ของ GDP บาท โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์เท่ากับ 14,956 ล้านบาทและคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อมทางการแพทย์เท่ากับ 952 ล้านบาท การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 134 ล้านบาท โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้คิดเป็นร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพทั้งหมด และร้อยละ 61 ของงบประมาณทางด้านสาธารณสุข (ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ, 2555) ถือเป็นความสูญเสียทั้งบุคลากรและทรัพย์สินที่มีมูลค่ามหาศาล นอกจากนี้ยังมีความสูญเสีย ที่ยากจะคำนวณได้ เช่น เวลาและแรงงานที่ญาติหรือครอบครัวต้องเสียไปในการดูแลผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัวที่ผู้นำครอบครัวป่วย หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากการสูบบุหรี่ ในครอบครัวที่ยากจนอยู่แล้ว ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของท้องถิ่นจากการที่ต้องเสียเงินตราออกนอกประเทศ ให้แก่บริษัทบุหรี่ต่างประเทศ และการซื้อบุหรี่ สูบเป็นการเบียดบังเงินที่จะนำไปใช้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์กว่า (ประภิต วาทีสาธกกิจ, 2555) จะเห็นได้ว่าผลกระทบดังกล่าวสืบเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ทั้งสิ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การสูบบุหรี่มักเป็นประตุนำไปสู่การทดลองเสพติดชนิดอื่นที่รุนแรงกว่า (US Surgeon General Report 2004 อ้างถึงในบุปผา ศิริรัตน์ และคณะ, 2550)

จากข้อมูลดังกล่าวมาจะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะถ้าวัยรุ่นสูบบุหรี่เป็นประจำ จะทำให้เกิดผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ เกิดกลิ่นเหม็นตามร่างกาย และเสื้อผ้า ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น และมีกลิ่นปาก วัยรุ่นที่สูบบุหรี่จะมีความพิถีพิถันและความทนทานของร่างกายน้อยกว่า วิ่งได้ช้ากว่า วิ่งทนได้น้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ มีอาการแสบตา น้ำตาไหล และมีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น และหากวัยรุ่นยังมีการสูบบุหรี่เป็นประจำจนถึงวัยผู้ใหญ่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือโรคต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจขาดเลือดหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง มีผลทำให้หายใจติดขัด เหนื่อยง่ายจนถึงตายได้ ปวดท้องจากโรคกระเพาะอาหารเป็นแผล มะเร็งของหลอดอาหาร โรคมะเร็งของหลอดลม และยังเป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้ายแรงอื่น ๆ อีกไม่น้อยกว่า 25 โรค ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้คนสูบบุหรี่ไม่มีความสุข และการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยต่อ ผู้สูบบุหรี่และบุคคลรอบข้างอีกด้วย (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค, 2555 ก)

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจด้านการดูแลสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีในทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ในอดีตที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นวิชาชีพที่ประชาชนให้ความเชื่อถือ สังคม ยอมรับมาโดยตลอด แม้ปัจจุบันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงเป็นต้นแบบของควมมีสุขภาพดีทั้งกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณ ซึ่งเป็นบรรทัดฐานและค่านิยมของสังคมที่วางไว้ จึงนับว่าเป็นกลุ่มที่มีทุนทางสังคมสูงในด้านที่เกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพ ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีและเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการไม่สูบบุหรี่ ให้ออกกำลังกาย และประชาชนทั่วไปจึงถูกคาดหวังจากสังคมในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ซึ่งต้องมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีควบคู่กัน ก็ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้รัฐสูญเสียรายได้ในการรักษาพยาบาลน้อยลง และสามารถนำเงินในการดูแลสุขภาพไปใช้ในการฟื้นฟูเศรษฐกิจ หรือพัฒนาประเทศในด้านอื่นๆให้ยั่งยืนต่อไป จึงทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีสนใจที่จะศึกษาลักษณะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน และศึกษาภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี วางแผนจัดกิจกรรมให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นแบบอย่างที่ดีให้ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

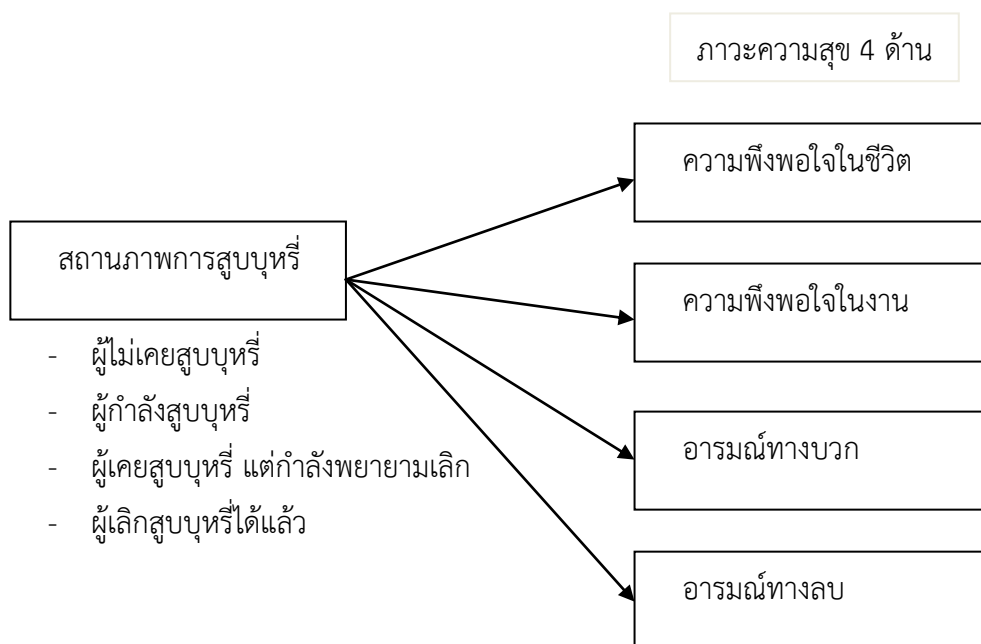
1. เพื่อวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้าน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยสังเคราะห์ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข ซึ่งพบว่า สถานภาพการสูบบุหรี่เกี่ยวข้องกับภาวะความสุข โดยที่ Shahab and West (2012, pp. 38-44) ได้ศึกษาความแตกต่างในความสุขระหว่างผู้กำลังสูบบุหรี่ ผู้เลิกสูบบุหรี่ และผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ พบว่า ผู้เลิกสูบบุหรี่ มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี มีระดับของความสุขสูงกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่ และมีระดับคล้ายกันกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ น้อยกว่า 1 ปี จะมีระดับคล้ายกับ

ผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เพื่อลดความซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล เป็นลักษณะหนึ่งของการสูบบุหรี่ที่สัมพันธ์กับระดับความสุขที่น้อยลงของผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ และการหยุดสูบบุหรี่ในระยะสั้น มักจะทำให้มีอารมณ์หงุดหงิดและมีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (West et al., 2006, pp. 619-627) และการที่เลิกสูบบุหรี่ในระยะยาวมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความเครียด ความวิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้า (Bolam et al., 2011.; Hajek et al., 2010.; West & Hajek, 1997, pp. 209-214) ซึ่งการศึกษาสถานภาพการสูบบุหรี่ในงานวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ 2) ผู้กำลังสูบบุหรี่ 3) ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก และ 4) ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในชีวิต Diener et al. (2003, pp. 403-425) กล่าวถึงคำอธิบายของความสุขในระดับบุคคล วัดได้จาก 4 ด้าน คือ 1) อารมณ์ทางบวกสม่ำเสมอ เช่น มีความปิติ ยินดี มีความสนใจและความภูมิใจ 2) อารมณ์ทางลบน้อย เช่น ความโศกเศร้า ความกังวล ความโกรธ 3) ความพึงพอใจในชีวิต การรู้คุณค่าของชีวิตต่อความรู้สึกขณะพึงพอใจ 4) ความพึงพอใจในงาน ได้กระทำในสิ่งที่ตนรัก มีความสุขเมื่องานที่กระทำสำเร็จตามเป้าหมาย โดยนำแนวคิดดังกล่าว มาศึกษาเปรียบเทียบภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการเปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้านระหว่างผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน มีลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ การนับถือศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคล รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และภาวะสุขภาพ แตกต่างกัน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน มีลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ การนับถือศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยส่วนบุคคล รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และภาวะสุขภาพ แตกต่างกัน
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน (ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้กำลังสูบบุหรี่ ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก และผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว) มีภาวะความสุขแต่ละด้านแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากร

ประชากร เป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 4,001 คน 11 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ทั้งสิ้น 4,001 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี รายงานประจำปี, 2555)
2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ สถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ 2) ผู้กำลังสูบบุหรี่ 3) ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก และ 4) ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว

ตัวแปรตาม คือ ภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในชีวิต 2) ความพึงพอใจในงาน 3) อารมณ์ทางบวก และ 4) อารมณ์ทางลบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบความแตกต่างลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน และลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

2. ทำให้ทราบถึงลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่ที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี สำหรับใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและดูแลเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน ท้ายที่สุดโรงพยาบาลก็จะสามารถให้การดูแลสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะความสุข (happiness) หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นรากฐานของการดำรงชีวิต เป็นอารมณ์ความรู้สึกที่ดีที่ใช้ประเมินความเป็นอยู่ หรือเป้าหมายหลักของชีวิต การประเมินความรู้สึกภายในของบุคคลตามมาตรฐานตนเอง สามารถวัดได้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในสิ่งที่ตนเป็น และกระทำอยู่ในชีวิตประจำวัน ได้กระทำการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความคาดหวังหรือความต้องการของตนเอง พึงพอใจในสิ่งที่เกิดขึ้น และพอใจในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ภูมิใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเอง

2. ความพึงพอใจในงาน (work satisfaction) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจและภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานตามภารกิจที่ได้รับมอบหมาย มีความชื่นชอบ และสนุกสนานต่องานในหน้าที่ของตน มีความสุขที่ปฏิบัติงานสำเร็จ มีความรู้สึกที่ดี และผูกพันต่อหน้าที่การงาน

3. อารมณ์ทางบวก (positive emotion) หมายถึง การคิดเชิงบวก อารมณ์แจ่มใส มองโลกในแง่ดี การที่บุคคลากรรู้สึกสนุกกับการทำงานอารมณ์ดีเสมอในขณะที่ทำงาน ชีวิตมีคุณค่าเมื่อได้ทำงาน รู้สึกถึงคุณค่าของตนเองต่องานที่ทำ รัก และเอาใจใส่ในงานที่ทำ

4. อารมณ์ทางลบ (negative emotion) หมายถึง การคิดเชิงลบ มองโลกในแง่ร้าย การที่บุคคลากรรู้สึกเป็นทุกข์กับสิ่งไม่ดีในการทำงาน มีความไม่สบายใจ หงุดหงิด เบื่อหน่าย เมื่อเห็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง หรือขาดความรับผิดชอบของผู้ร่วมงาน ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมในการทำงาน

สถานภาพการสูบบุหรี่ (smoking status) หมายถึง ลักษณะของการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ (never smoked) หมายถึง บุคคลที่ไม่เคยสูบบุหรี่ เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประเภทใดเลยทั้งในอดีตและปัจจุบัน

2. ผู้กำลังสูบบุหรี่ (smoking) หมายถึง บุคคลที่มีปกตินิสัยพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำในปัจจุบัน

3. ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก อยู่ในช่วงการลดปริมาณการสูบบุหรี่ (trying to stop smoking) หมายถึง กำลังสูบบุหรี่ แต่มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ มีการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลง

4. ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว (already stopped smoking) หมายถึง การไม่สูบบุหรี่ของบุคคลที่เคยสูบบุหรี่หลังจากสูบบวมจนสุดท้ายแล้วจนถึงวันเก็บข้อมูล เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบภาวะความสุขของผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้พยายามเลิกสูบบุหรี่อยู่ ในช่วงการลดปริมาณการสูบบุหรี่ ผู้กำลังสูบบุหรี่ และผู้เลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีเนื้อหา แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับความสุข

1. คำจำกัดความและขอบเขตของความสุข
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข

ตอนที่ 2 การสูบบุหรี่และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายของบุหรี่
2. สารพิษของบุหรี่
3. ผลกระทบของการสูบบุหรี่
4. บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
5. การสูบบุหรี่ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA)

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสุข ผู้วิจัยพบว่ามีการศึกษาเรื่องของความสุข มาอย่างต่อเนื่องและไม่ได้จำกัดอยู่เพียงในสังคมใดสังคมหนึ่ง เนื่องจากความสุขเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคน ล้วนใฝ่หา จึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจที่มนุษย์จะตั้งคำถามเกี่ยวกับความสุขในรูปแบบที่แตกต่างกันไป คำถามที่มักจะได้ยินกันเสมอคงหนีไม่พ้นประโยคที่ว่า “ทำอย่างไรถึงจะมีความสุข” แต่การที่จะบอก ได้ว่าตนเองมีความสุขได้นั้น เราควรจะต้องรู้เสียก่อนว่าความสุขนั้นคืออะไร เช่นเดียวกับการวิจัยใน ครั้งนี้ ต้องการศึกษเปรียบเทียบภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลที่มีสถานภาพ การสูบบุหรี่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถ่องแท้ ช่วยในการวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยได้ อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยจึงต้องให้คำจำกัดความที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสุขเสียก่อน ซึ่งผู้วิจัยได้ สรุปและนำเสนอเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. คำจำกัดความและขอบเขตของความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความสุข พบว่าคำจำกัดความที่ชัดเจน ของความสุขนั้นเป็นสิ่งที่มีการถกเถียงกันเรื่อยมา นับตั้งแต่ยุคของปรัชญาโบราณชาวกรีกมา จนถึงปัจจุบัน และบ่อยครั้งที่พบว่ามีการใช้คำว่าสุขภาวะ (Subjective well-being) ในความหมาย

เดียวกับความสุข (happiness) แต่สิ่งหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับกันก็คือ ความสุขนั้นคือความรู้สึกทางบวก ซึ่งระดับของความสุขนั้นเกิดจากความพึงพอใจของบุคคลอันเกิดจากการเปรียบเทียบความเป็นจริง กับเกณฑ์ที่บุคคลนั้นตั้งขึ้นด้วยตนเอง (Diener, Horwitz, & Emmons, 1985)

เนื่องด้วยความสุขนั้นเป็นสิ่งที่คนเราทุกคนปรารถนา การศึกษาเรื่องความสุขจึงเป็นสิ่งที่ทั้ง นักปรัชญา นักสังคมวิทยา นักจิตวิทยาหรือแม้แต่ นักเศรษฐศาสตร์ให้ความสนใจ เมื่อมองย้อนไปถึง ยุคแรกเริ่มที่มีการตั้งคำถามเรื่องความสุข คงไม่พ้นของนักคิดหรือนักปรัชญา โดยแนวคิดของ นักปรัชญาที่เป็นที่รู้จักแพร่หลายมาจนถึงปัจจุบันมีอยู่ 2 แนวคือ แนวคิดของความสุขแบบยูโดโมนิซึม (Eudaemonism) และแนวคิดของความสุขแบบฮีโดนิซึม (Hedonism)

แนวคิดแรกก็คือ แนวคิดของความสุขแบบยูโดโมนิซึม (Eudaemonism) เป็นแนวคิดที่ ถูกนำเสนอโดย Aristotle (384-322 BC) ซึ่งกล่าวไว้ว่าการได้ทำสิ่งที่มีค่าสูงสุดนั้นเป็นจุดมุ่งหมาย ของการกระทำทั้งหมดของมนุษย์ เรียกอีกอย่างว่าความสุข ซึ่งการจะมีความสุขแบบนี้ได้จำเป็นต้อง มีความดีงามเป็นที่ตั้ง แต่ Aristotle ก็ยอมรับว่าสิ่งดี ๆ จากภายนอก เช่น สุขภาพ ฐานะที่มั่งคั่ง และ ความสวยงามก็มีความสำคัญเช่นกัน ในยุคนั้นมีการถกเถียงกันอย่างมากในเรื่องนี้จึงทำให้มี การแตกแขนงของแนวคิดแบบยูโดโมนิซึม (Eudaemonism) ทั้งนี้กลุ่มที่มีอิทธิพลมากอีกกลุ่มหนึ่ง นอกเหนือจาก Aristotle ก็คือ กลุ่ม Stoics ซึ่งมองว่าความดีงามเป็นสิ่งจำเป็นและเพียงพอแล้ว สำหรับการมีความสุขไม่จำเป็นต้องมีสิ่งดี ๆ อื่นจากภายนอกดังที่ Aristotle ว่าไว้ แนวความคิดของ ความสุขแบบยูโดโมนิซึม (Eudaemonism) นี้เป็นรากฐานของการศึกษาความสุขหรือ สุขภาวะ ทางจิต (Psychological Well-Being: PWB) ในปัจจุบันเป็นการศึกษาเชิงคุณลักษณะทางจิต ด้านบวก ที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตและพัฒนาศักยภาพของบุคคล (Nave et al., 2008) โดยมองว่า ความสุขที่แท้จริงนั้นมาจากความงอกงามในตน การปรับตัว การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และการทำ ในสิ่งที่ถูกต้องดีงาม เป็นความสุขที่ลึกซึ้งกว่าความพึงพอใจหรืออารมณ์ทางบวก สรุปได้ว่า แนวความคิดด้านบวกที่เป็นที่ปรารถนาของบุคคล ไม่เน้นถึงสภาพความรู้สึกส่วนตัว ความสุขตาม แนวคิดนี้คือการทำใช้ชีวิตดีงามขึ้น ตัวอย่างนักจิตวิทยาที่ศึกษาความสุขตามแนวคิดนี้ ได้แก่ Ryff (1989, 1995) และ Seligman (2000, 2005) (Diener, 1984; Nave et al., 2008; McDowell, 2010)

ส่วนแนวคิดแบบที่สองคือ แนวคิดของความสุขแบบฮีโดนิซึม (Hedonism) ที่ว่าความสุข คือผลรวมของการได้รับความพึงพอใจ โดยไม่ได้ใส่ใจแค่เพียงการทำให้คุณภาพและระยะเวลาของ ความเจ็บปวดให้น้อยที่สุดด้วย ซึ่งแนวคิดนี้กลุ่ม Epicurean ได้นำไปศึกษาต่อและกลายมาเป็น พื้นฐานแนวคิดของนักเศรษฐศาสตร์ยุคใหม่ในเวลาต่อมา เชื่อกันว่านักปรัชญาคนแรกที่น่าแนวคิดนี้ เข้ามาคือ Democritus (460-370 BC) แต่นักปรัชญาที่ศึกษาแนวคิดแบบฮีโดนิซึมจนเป็นที่รู้จักและ สร้างเป็นแนวคิดหลักขึ้นมา คือ Aristippus (435-356 BCE) นอกจากนี้แนวคิดของความสุขแบบ

อีโดนิซึมยังเป็นรากฐานของการศึกษาความสุขเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-Being: SWB) ซึ่งเป็น การศึกษาองค์ประกอบทางอารมณ์ 2 ด้าน คือ การมีอารมณ์ทางบวก (positive affect) และไม่มี อารมณ์ทางลบ (absence of negative affect) และองค์ประกอบทางกระบวนการความคิด (cognitive process) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ของบุคคลที่เกิดจาก การประเมินผลโดยรวมของอารมณ์ความรู้สึกของตนเองที่มีในขณะนั้น กล่าวโดยสรุปก็คือ แนวความคิดของความสุขแบบอีโดนิซึมนี้ศึกษาความสุขในขอบเขตของอารมณ์ความรู้สึกร่วมกับการ ประเมินทางความคิดของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ในชีวิตช่วงใดช่วงหนึ่งนั่นเอง นักจิตวิทยาที่ ศึกษาความสุขตามแนวคิดนี้ได้แก่ Diener (1984, 1999, 2000, 2003, 2006, 2009), Argyle (1987, 2001, 2002) เป็นต้น (Allen, 1985; Nave et al., 2008; McDowell, 2010; ชูติมา พงศ์วรินทร์, 2554)

ส่วนความสุขในมุมมองของนักสังคมวิทยานั้นมองไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดี (quality of life) เพราะแสดงถึงความสุขของสุขภาพกายและใจ และการมีสุขภาวะที่ดี (well-being) คือ มีชีวิตที่ดี ดังเช่นที่ Ruut Veenhoven (2007) ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ทางสังคมวิทยาในมหาวิทยาลัย Erasmus University ประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้กล่าวไว้ว่า ความสุขเป็นทัศนคติของบุคคลที่มีในการดำเนินชีวิต ของตนเอง โดยเกิดจากการที่เขาประเมินสภาพการณ์ทั้งหมดในขณะนั้นเมื่อบุคคลบอกว่ามีความสุข นั้นหมายถึงบุคคลรับรู้ชีวิตในขณะนั้นว่ามีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ดี มีความน่าพึงพอใจและ น่าพึงปรารถนา (Veenhoven, 2007; ทีปรัตน์ วัชรางกูร และภัทรจิต กอชโซลี, 2550)

ทางด้านนักเศรษฐศาสตร์นั้นแน่นอนว่ามุมมองของความสุขที่มีจะต้องมีความเกี่ยวข้องกับ เศรษฐกิจ กล่าวคือ ความสุขถือว่าเป็นเป้าหมายสูงสุดในวงจรทางเศรษฐศาสตร์ เนื่องจากการอยู่ดี มีสุขหรือสุขภาวะ (well-being) ของบุคคลหรือสังคมจะเป็นตัวสะท้อนภาพรวมของการเติบโตทาง เศรษฐกิจและการพัฒนาของประเทศ ด้วยเหตุนี้นักเศรษฐศาสตร์จึงได้พยายามที่จะพัฒนาดัชนีชี้วัด ความสุขของคนในสังคมออกมา โดยให้ความสำคัญทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและสังคม (ทีปรัตน์ วัชรางกูร และภัทรจิต กอชโซลี, 2550)

คำจำกัดความและขอบเขตของความสุขตามแนวคิดของนักจิตวิทยา

การศึกษาเรื่องความสุขของนักจิตวิทยานั้นเริ่มต้นขึ้นในช่วงยุค 1960 เมื่อชาวอเมริกันเริ่ม ตั้งคำถามเกี่ยวกับความสุขและความพึงพอใจ นำไปสู่การวิจัยต้นแบบหลายชิ้น เช่น งานของ Cantril (1965), Bradburn (1969), Rogers (1976) เป็นต้น นอกจากนี้ Wilson (1967) ยังได้ตีพิมพ์ การทบทวนวรรณกรรมเรื่องความสุขลงใน Psychological Bulletin ในปี 1967 เป็นครั้งแรกก่อนที่ Diener (1984) นักจิตวิทยาจากมหาวิทยาลัยอิลลินอยส์จะทำการทบทวนวรรณกรรมเรื่องความสุขซ้ำ ในปี 1984 โดยเนื้อหาของบทความของ Diener (1984) นั้นบรรยายถึงเหตุปัจจัยทั้งภายในและ ภายนอกของความสุข รวมไปถึงสรุปทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะที่ดี (well being) ไว้ด้วย

บทความนี้กลายเป็นที่รู้จักและนิยมอย่างแพร่หลายในหมู่นักจิตวิทยา ทั้งยังกลายเป็นเอกสารอ้างอิงพื้นฐานที่ถูกระบุถึงกว่า 1,400 ครั้งในปี 2008 (Argyle, 2001; Diener, 2009)

เนื่องด้วยผลงานของ Diener (1984, 1999, 2003, 2009) นั้นเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการจิตวิทยาเมื่อเอ่ยถึงเรื่องความสุขและมีการศึกษาเพื่อปรับข้อมูลใหม่อยู่เสมอ ผู้วิจัยจึงทำการทบทวนคำจำกัดความของ Diener ไว้ดังต่อไปนี้

Diener (1984) จัดกลุ่มนิยามความสุขของบรรดานักปรัชญาและนักวิทยาศาสตร์ตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบันได้เป็น 3 ประเภท คือ

1) เป็นความรู้สึกที่ดีที่เรียกว่า สุขภาวะ (well being) ได้คำจำกัดความมาจากเกณฑ์ภายนอก เช่น ความดีงาม (virtue) หรือความศักดิ์สิทธิ์ (holiness) เป็นการให้คำจำกัดความความสุขที่ไม่ได้พิจารณาถึงสภาพความรู้สึกส่วนตัว แต่คำนึงถึงคุณลักษณะอันพึงปรารถนา ความสุขประเภทนี้คือ การทำให้ชีวิตดีงามขึ้น

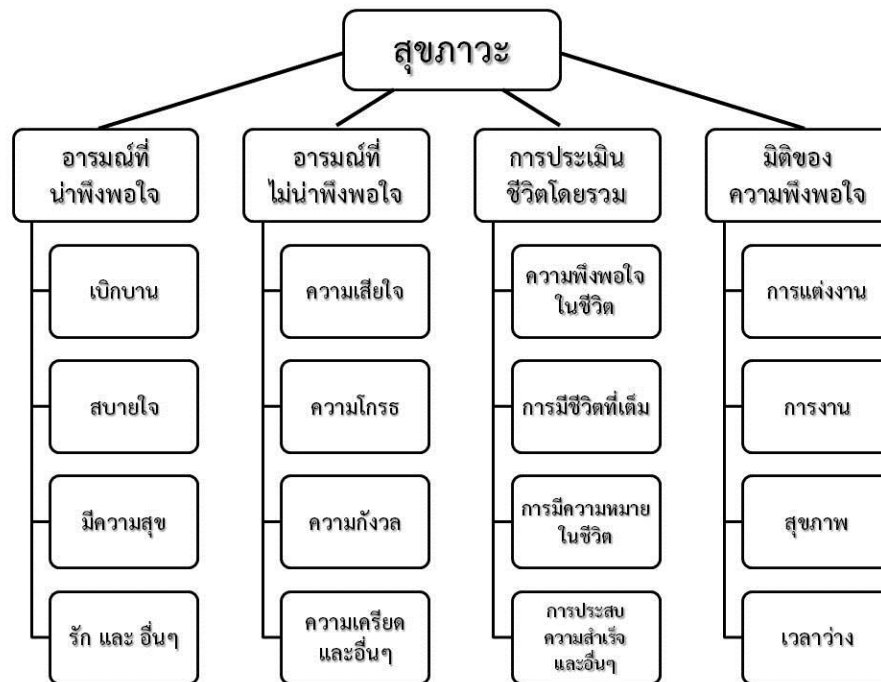
2) เป็นความพึงพอใจในชีวิต เป็นการประเมินรวมถึงคุณภาพชีวิตทั้งหมดของบุคคลตามเกณฑ์ที่บุคคลนั้นกำหนดเองว่าอะไรคือชีวิตที่ดี

3) เป็นการเน้นที่ประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เป็นสุข หมายถึง การมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าความรู้สึกทางลบ

Diener, Suh, Lucas, and Smith (1999) กล่าวว่าสุขภาวะ ประกอบด้วยองค์ประกอบทางอารมณ์ หรือที่เรียกว่า ความรู้สึกซึ่งเกิดจากการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลและองค์ประกอบทางความคิด คือการประเมินทางความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต

Diener (2000) ให้ความหมายของความสุขว่า เป็นการประเมินทางความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับชีวิตทั้งหมดของบุคคล รวมไปถึงการประเมินสิ่งอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับชีวิตของเขาด้วย เช่น ความคิดหรือความรู้สึกที่บุคคลนั้นประเมินเกี่ยวกับงานของเขา

Diener, Scollon and Lucas (2003) ได้นำเสนอองค์ประกอบที่เป็นขอบเขตของสุขภาวะ (Subjective well-being) ในลักษณะของกรอบแนวคิดแบบลำดับขั้น (conceptual hierarchy) ที่ลำดับสูงสุดจะเป็นกรอบมโนทัศน์ของสุขภาวะ ซึ่งเป็นตัวสะท้อนการประเมินทั่วไปของชีวิตบุคคลหนึ่ง ลำดับขั้นต่อมาเป็นองค์ประกอบเฉพาะสี่ประการที่ทำให้เข้าใจสุขภาวะของบุคคลได้ชัดเจนมากขึ้น อันได้แก่ ความรู้สึกด้านบวก (positive affect) ความรู้สึกด้านลบ (negative affect) ความพึงพอใจ (satisfaction) และมีติของความพึงพอใจ (domain satisfactions) ซึ่งทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ดังแผนภาพด้านล่าง



ภาพที่ 2 โมเดลลำดับขั้นของความสุข (Diener, Scollon, Lucas, 2003, p. 192)

Diener (2006) กล่าวเกี่ยวกับความสุขว่าเป็นการรวมตัวกันของความรู้สึกและมโนทัศน์ของบุคคล ซึ่งเขาจะมีความสุขหรือไม่ขึ้นอยู่กับการตีความของเขาเองตามสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

Diener and Lucas (2009) กล่าวว่าสุขภาวะ (Subjective well-being หรือ SWB) เป็นตัวสะท้อนว่าผู้คนคิดและรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตของพวกเขาดำเนินไปได้ด้วยดี หรือที่เรียกทั่วไปว่ามีความสุข โดยสรุปนิยามของสุขภาวะไว้ว่า เป็นความเชื่อหรือความรู้สึกของแต่ละบุคคลว่าชีวิตของเขาหรือเธอนั้นดำเนินไปด้วยดี

นอกจาก Diener ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกันที่เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางเมื่อเอ่ยถึงการศึกษารื่องความสุขแล้ว ยังมีนักจิตวิทยาที่ศึกษาในกลุ่มจิตวิทยาเชิงบวกของมหาวิทยาลัยอ็อกฟอร์ดอีกท่านหนึ่งที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสุขอย่างต่อเนื่องมาตลอดเช่นกัน คือ Michael Argyle โดยในหนังสือเรื่อง Psychology of happiness ฉบับพิมพ์ครั้งแรกในปี 1987 นั้น Argyle (1987) ได้ให้ความหมายของความสุข (happiness) ว่าหมายถึง การประเมินของบุคคลในขณะนั้นว่ามีความพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึกทางบวก เช่น สนุกสนาน และปราศจากความรู้สึกทางลบ เช่น ความกังวล และในงานวิจัยของในเวลาต่อมา Argyle (1987) ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสุขไว้ดังต่อไปนี้

Hills and Argyle (2001) ได้กล่าวไว้ว่า ความสุขเกิดขึ้นได้จาก ส่วนหนึ่งคือองค์ประกอบภายนอก เช่น ความมั่งคั่ง การมีงานทำ และการแต่งงาน แต่ในขณะที่เดียวกันก็ก็ต้องมีองค์ประกอบภายในอันได้แก่ การรับรู้ของตนเองที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นและการปรับตัว สาเหตุอื่น ๆ ที่จะทำให้เกิดความสุข คือ การมีบุคลิกภาพที่เหมาะสมซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ชีวิต

Hills and Argyle (2002) ซึ่งศึกษาเพื่อพัฒนาแบบวัดความสุข ที่มีชื่อว่า the Oxford Happiness Inventory (OHI) ที่สร้างขึ้นโดย Argyle and Martin (1991) ในงานวิจัยดังกล่าวมีการจำแนกองค์ประกอบของความสุขว่าประกอบไปด้วย การมีความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) การมีอารมณ์ทางบวก (positive affect) และการไม่มีอารมณ์ทางลบ (less negative affect)

จะเห็นได้ว่าทั้ง Diener (1987, 1999, 2000, 2003, 2006, 2009) และ Argyle (1987, 2001, 2002) ต่างให้ความสนใจในเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกและการประเมินทางความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของความสุขแบบฮิโดนิซึมเท่านั้น ยังมีนักจิตวิทยาท่านอื่นที่ศึกษาเกี่ยวกับความสุขตามแนวคิดแบบยูโตโมนิซึม หรือการศึกษาเชิงคุณลักษณะทางบวกของบุคคล ให้ความสำคัญกับการพัฒนาอย่างสมบูรณ์เต็มตัวของมนุษย์ ความมั่งคั่งในตนและการทำสิ่งที่ดีงาม เช่น Jahoda (1958) ที่ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี Ryff (1989) ที่ศึกษาเรื่องโครงสร้างของสุขภาวะทางจิต (Psychological well-being: PWB) ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอต่อไปนี้

Jahoda (1958) ศึกษาเรื่องกรอบมโนทัศน์ของผู้มีสุขภาพจิตทางบวก (positive mental health) กล่าวว่า เมื่อเวลานี้ถึงคำว่าสุขภาพจิต (mental health) ผู้คนมักจะคิดถึงการไม่มีโรคทางจิต (mental disease) ทั้งที่ตามจริงแล้วการไม่มีโรค (absence of disease) นั้นเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งแต่ไม่ใช่ทั้งหมด ส่วนคำว่ามีสภาวะเป็นปกติ (normality) เนื่องจากไม่สามารถจำกัดขอบข่ายที่ชัดเจนที่นำไปสู่บรรทัดฐาน (norm) ได้จึงไม่สามารถใช้ในการจำกัดความได้เช่นกัน ทางด้านสุขภาวะทางอารมณ์ (emotional well-being) Jahoda (1958) กล่าวว่าผู้คนจะมีความสุข (happy) เมื่อสิ่งที่พวกเขาต้องการในชีวิตกลมกลืนกับสิ่งที่ได้มาในชีวิต ซึ่งสิ่งนี้ชัดเจนว่าเป็นสาเหตุจากภายนอกที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ เรื่องนี้ทำให้เกิดคำถามว่าหากบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่น่าปรารถนา เช่น ความพึงพอใจของบุคคลนั้นไม่ตรงกันกับการยอมรับของสังคมหมายความว่า บุคคลนั้นจะต้องไม่มีความสุขอย่างนั้นหรือ แต่บางครั้งคนเราก็เลือกหรือสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้ตนเองมีความสุขขึ้นมาในสถานการณ์ที่ไม่น่าเป็นไปได้ ดังนั้น สุขภาวะทางอารมณ์นั้นจึงไม่ใช่คำตอบในจุดนี้ แต่เป็นเรื่องของบุคลิกลักษณะของบุคคลที่มีอยู่ก่อนแล้วมากกว่าเรื่องของภาวะอารมณ์ชั่วคราว ซึ่ง Jahoda จัดไว้ว่ามีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ

- 1) ทักษะคติที่บุคคลมีต่อตนเอง (attitudes of an individual toward his own self)
- 2) ความมั่งคั่งในตน การพัฒนาตนหรือการพัฒนาตนเต็มที่ตามศักยภาพ (growth,

development, or self-actualization)

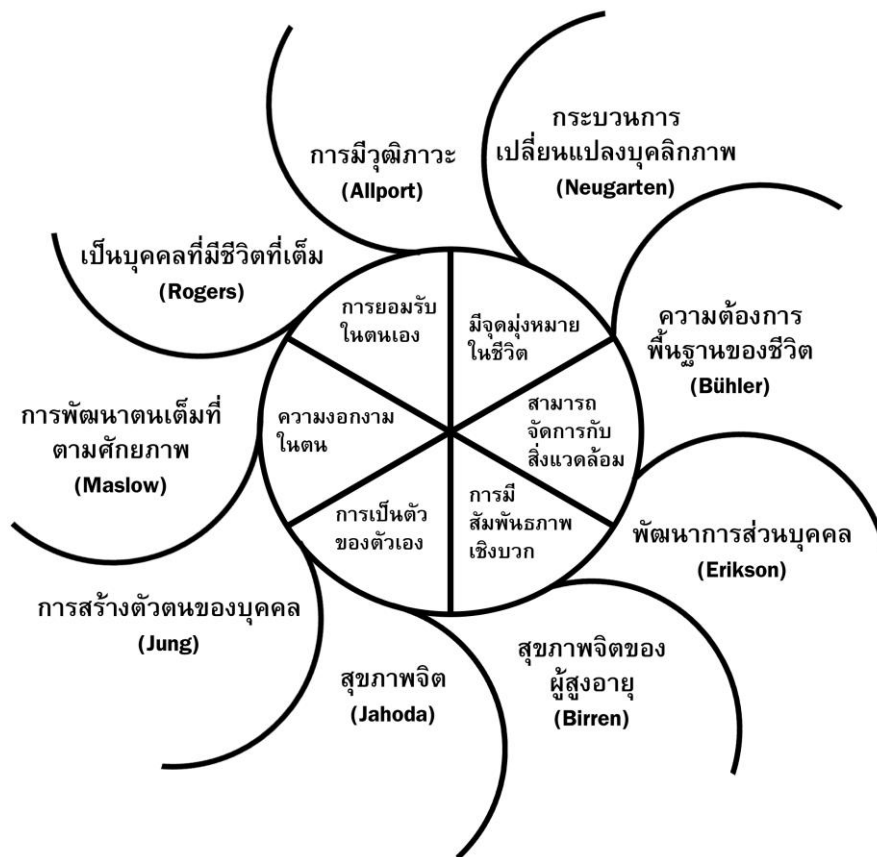
3) การมีบุคลิกภาพแบบบูรณาภาพ (integration) คือการทำงานอย่างเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของจิตใจ

4) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)

5) การรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริงของบุคคล (individual's perception of reality)

6) ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสภาพแวดล้อม (environmental mastery)

Ryff (1989) ได้เสนอองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตที่เป็นการวัดคุณลักษณะทางจิตด้านบวกในการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยประมวลมาจากทั้งแนวคิดของการพัฒนาตนเองที่ตามศักยภาพ (self-actualization) ของ Maslow (1968) เป็นบุคคลที่มีชีวิตที่เต็ม (fully functioning person) ของ Rogers (1961) การสร้างตัวตนของบุคคล (formulation of individuation) ของ Jung (1933; อ้างถึง Ryff, 1989) การมีวุฒิภาวะ (maturity) ของ Allport (1961) รวมทั้งโมเดลพัฒนาการทางจิตของ Erikson (1959) การมีวุฒิภาวะ (maturity) ของ Allport (1961) รวมทั้งโมเดลพัฒนาการทางจิตของ Erikson (1959) ความต้องการพื้นฐานของชีวิต (basic life tendencies) ของ Maslow (1954) การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุของ Neugarten (1968, 1973) เกณฑ์ประเมินสุขภาวะทางจิตด้านบวกของ Jahoda (1958) และสุขภาพจิตตามวัย (aging mental health) ของ Birren (1981) (Ryff, 1995) ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 คุณลักษณะสำคัญของสุขภาวะและทฤษฎีต้นกำเนิด (Ryff, 1995; p. 100)

จากทฤษฎีต่าง ๆ ข้างต้น Ryff (1989, 1995) ได้พัฒนาออกมาเป็นแบบวัดสุขภาวะทางจิตที่วัดด้วยองค์ประกอบ 6 ด้านคือ

- 1) การยอมรับในตนเอง (self-acceptance)
- 2) การมีสัมพันธภาพเชิงบวกกับผู้อื่น (positive relations with others)
- 3) การเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) รวมไปถึงพึ่งพาตนเองได้
- 4) ความสามารถในการจัดการกับสภาพแวดล้อม (environment mastery)
- 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose in life)
- 6) ความงอกงามในตน (personal growth)

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ค้นคว้าคำจำกัดความและแนวคิดของความสุขจากนักจิตวิทยาท่านอื่นศึกษาไว้อีกดังต่อไปนี้

Christopher (1999) ตีพิมพ์บทความเรื่อง สภาพการณ์สุขภาวะทางจิต: สรรวจรากฐานทางวัฒนธรรมของงานวิจัยและทฤษฎีของสุขภาวะทางจิต ลงใน Journal of Counselling and Development ระบุคุณลักษณะทางโครงสร้างของความสุขหรือสุขภาวะว่า บุคคลจะมองตัวเองว่ามี

ความสุขเมื่อเขาจัดการชีวิตได้ดี รับรู้ถึงความรู้สึกทางบวกมากกว่าความรู้สึกทางลบ และมีอิสระในการเลือกหรือไขว่คว้าความสุขตามที่เขาได้ให้ความหมายมันเอาไว้

Szymanski (2000) ที่ศึกษาเรื่องความสุขในฐานะของเป้าหมายของการบำบัด (happiness as a treatment goal) ให้ความหมายของความสุขไว้อย่างง่าย ๆ ว่าเป็นกรอบแนวคิดที่สะท้อนความเป็นตัวตนของบุคคลบุคคลหนึ่ง

Seligman (2005) อดีตนักจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกาและเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกกล่าวว่าสุขภาพจิต (mental health) นั้นไม่ได้เป็นเพียงการไม่ป่วยทางจิต (mental illness) แต่เป็นเหมือนกับสมรรถภาพของจิตใจ (mind) และจิตวิญญาณ (spirit) ของมนุษย์ นอกจากนี้ Seligman ยังเขียนในหนังสือชื่อ ความสุขที่แท้จริง (authentic happiness) ว่าความสุขมีองค์ประกอบอยู่ 3 อย่าง ได้แก่ 1) ความยินดี (pleasure) คือการมีรอยยิ้มบนใบหน้า 2) ความผูกพัน (engagement) คือ การมีส่วนร่วมอย่างลึกซึ้งกับครอบครัว การงาน ความรัก และงานอดิเรก และ 3) ความหมาย (meaning) คือ การใช้จุดแข็งของตนเพื่อทำสิ่งที่ยิ่งใหญ่ และในงานวิจัยของ Seligman and Csikszentmihalyi (2000) ก็กล่าวถึงการมีความสุขที่แท้จริงว่ามาจากความงอกงามในตัวบุคคล (personal growth) และการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (actively contributing)

ไม่เพียงแต่นักจิตวิทยาชาวต่างประเทศเท่านั้นที่ได้ให้ขอบเขตและความหมายของความสุขเอาไว้ กรมสุขภาพจิตของไทยเองก็พยายามที่จะผสมผสานแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับความสุขเข้ากับบริบทของสังคมไทย ทำให้ได้คำจำกัดความของความสุข ดังนี้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ความสุขสามารถเทียบเท่ากับการมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (ประเวช ตันติพิวัฒน์สกุล และ เอกอนงค์ สีตลาภินันท์, 2554, หน้า 29-32)

ศูนย์สุขภาพจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2556) ให้คำจำกัดความว่าความสุข เป็นผลรวมที่เกิดจากการที่บุคคลได้ทำในสิ่งที่ตนต้องการและรับรู้ถึงความสำเร็จ สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น มีจิตใจสงบ มีความคิดเชิงบวก มีความเป็นตัวของตัวเอง กระตือรือร้นในการดำเนินชีวิตซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งจะเรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตอย่างพอเพียงและภูมิใจในสิ่งที่ตนได้ลงมือทำ

ทีมงานเว็บไซต์ธรรมจักรได้เขียนบทความเรื่อง “สู่ความสุข” ซึ่งได้กล่าวถึง นิยามของความสุขว่า หมายถึง ความสบาย หรือความสำราญ ซึ่งมี 2 ประเภท ได้แก่ 1) ความสุขทางกาย หมายถึง ความสุขที่สัมผัสได้จากประสาทสัมผัสทั้งห้าทั้งในส่วนของรูป เสียง กลิ่น รส และผิวหนัง

เรียกว่า "กามคุณ 5" จัดว่าเป็นฝ่ายรูป หรือความสุขที่เกิดจากเนื้อหนังมังสา อันเป็นสิ่งสกปรก และ 2) ความสุขทางใจ หมายถึง ความสุขที่สัมผัสได้จากจิต เป็นความสบายใจ ความสุขใจ ความอึ้งใจ ความพอใจ อันเกิดจากจิตใจที่สงบและเย็น จัดว่าเป็นฝ่ายนาม อันเป็นความสุขที่สะอาด ความสุขทั้งสองประเภทนี้มีส่วนสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกจากกันได้อย่างชัดเจน และต่างต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน (ธรรมจักร, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นสรุปได้คำจำกัดความและขอบเขตของความสุขตามแนวคิดของนักจิตวิทยา คือ 1) การมีอารมณ์หรือความรู้สึกทางบวกมากกว่าด้านลบและมีความพึงพอใจในชีวิตซึ่งเกิดจากการประเมินชีวิตของบุคคลโดยรวมตามเกณฑ์ที่บุคคลนั้นกำหนดขึ้นมา ร่วมกับการประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกของเขา และ 2) คุณลักษณะทางจิตด้านบวกในการดำเนินชีวิตของบุคคล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขอบเขตและคำจำกัดความของความสุขว่ามีองค์ประกอบ 4 ประการที่ทำให้เข้าใจสุขภาวะของบุคคลได้ชัดเจนมากขึ้น อันได้แก่ ความรู้สึกด้านบวก (positive emotion) ความรู้สึกด้านลบ (negative emotion) ความพึงพอใจในชีวิต (satisfaction) และมิตินัยความพึงพอใจในงาน ได้กระทำในสิ่งที่ตนรัก มีความสุขเมื่องานที่กระทำสำเร็จตามเป้าหมาย (Diener et al., 2003)

Shin and Johnson (1978) ศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดความสุข เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบทางทฤษฎีของความสุข โดยกลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 665 คน แบ่งเป็นชาย 263 คน หญิง 402 คน กลุ่มตัวอย่าง 615 คน เป็นคนผิวขาว และ 50 คน เป็นคนผิวดำ ที่อาศัยอยู่ในเมืองขนาดกลางสามเมืองของรัฐอิลลินอยส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบสอบถามประเมินตนเอง ที่พัฒนาโดยศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยมิชิแกน โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินเกี่ยวกับความสุขตามความเข้าใจของแต่ละคน การศึกษาค้นคว้านี้จะมีการบ่งบอกถึงเกณฑ์ที่เหมาะสมของความสุข สังเคราะห์ถึงสาเหตุหลักของความสุข และการทดสอบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ในสาเหตุของความสุข ผลจากการศึกษาด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า สาเหตุหลักของความสุข คือ การประเมินทางบวกเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต และการเปรียบเทียบเกี่ยวกับคุณลักษณะของเหตุการณ์ในชีวิตกับบุคคลอื่นและเปรียบเทียบกับอดีต

Diener, Horwitz and Emmons (1985) ศึกษาเรื่องความสุขของคนที่ร่ำรวยโดยทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่อาศัยอยู่ในลักษณะทางภูมิศาสตร์แบบเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างคือชาวอเมริกันที่รวยที่สุดที่มีรายชื่ออยู่ในนิตยสาร Forbes และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คนที่คัดเลือกจากสมุดโทรศัพท์ ผู้ให้ข้อมูลที่ร่ำรวย 49 คน รายงานว่ามีความสุขเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) อยู่ในระดับปานกลางซึ่งสูงกว่าผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มควบคุมจำนวน 62 คนและไม่พบว่ามีผู้ให้ข้อมูลคนใดเชื่อว่าเงินเป็นแหล่งที่มาหลักของความสุข แต่ทั้งสองกลุ่มกลับเอ่ยถึงสิ่งที่ถอดความได้ว่า

เป็นความต้องการตามแนวคิดของ Maslow นอกจากนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มที่ร่ำรวยมีการพูดถึงการเห็นคุณค่าในตน (self-esteem) และการพัฒนาตนเต็มตามศักยภาพ (self-actualization) บ่อยครั้งกว่า และพูดถึงความต้องการทางกายภาพและความปลอดภัยน้อยกว่า

Ryff (1989) ศึกษาเกี่ยวกับความหมายของสุขภาวะทางจิต (psychological well-being) ในกลุ่มตัวอย่างชายหญิง 321 คน โดยแยกตามวัยหนุ่มสาว วัยกลางคน และผู้ที่สูงวัยกว่านั้น ทำการวัดสุขภาวะทางจิตด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ การยอมรับในตนเอง (self-acceptance) การมีสัมพันธภาพเชิงบวกกับผู้อื่น (positive relations with others) การเป็นตัวของตัวเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และความงอกงามในตนนั้นไม่สอดคล้องกันกับตัวชี้วัดของการประเมินสุขภาวะที่มีมาก่อนหน้า เป็นการสนับสนุนให้เห็นว่ามุมมองสำคัญเกี่ยวกับคุณลักษณะในเชิงบวกนั้น ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการวัดสุขภาวะทางจิต

Ryff (1995) ศึกษาเรื่อง สุขภาวะทางจิตในชีวิตวัยผู้ใหญ่พบว่าบุคคลลักษณะทางบวกตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังตารางด้านล่างนี้จะเป็นผู้ที่มีสุขภาวะที่ดี

ตารางที่ 1 ความหมายขององค์ประกอบด้านต่าง ๆ ตามแนวทฤษฎีของสุขภาวะ

(Ryff, 1995, p. 101)

| องค์ประกอบด้าน | ลักษณะบุคคล |
|---|---|
| การยอมรับในตนเอง (self-acceptance) | มีมุมมองที่ดีเกี่ยวกับตนเอง รู้จักและยอมรับตัวเองได้ทั้งในด้านดีและร้าย มีความรู้สึกในทางบวกต่อชีวิตที่ผ่านมา |
| การมีสัมพันธภาพ เชิงบวกกับผู้อื่น (positive relations with others) | มีความสัมพันธ์ที่อบอุ่น น่าพึงพอใจและเชื่อมั่นกับผู้อื่น ใส่ใจในความเป็นอยู่ที่ดีของผู้อื่น แสดงความเห็นอกเห็นใจความรักและความใกล้ชิดต่อผู้อื่นได้เป็นอย่างดี เข้าใจการให้และรับในความสัมพันธ์ของมนุษย์ |
| การเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) | ควบคุมตนเองและพึ่งพาตนเองได้ สามารถทนต่อความกดดันของสังคมในการคิดหรือกระทำการใด ๆ ได้ กำกับพฤติกรรมได้จากภายใน ประเมินตนด้วยมาตรฐานของตนเอง |
| ความสามารถในการ จัดการกับสภาพแวดล้อม (environmental mastery) | มีความสามารถในการควบคุมและมีศักยภาพในการจัดการสภาพแวดล้อม ควบคุมสถานการณ์ภายนอกให้เป็นระเบียบเรียบร้อยได้ ใช้โอกาสที่เกิดขึ้นรอบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเลือกหรือสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมความต้องการและคุณค่าของตนเองได้ |

| องค์ประกอบด้าน | ลักษณะบุคคล |
|--|---|
| การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose in life) | มีจุดมุ่งหมายในชีวิตและความสามารถในการดำเนินไปสู่เป้าหมาย รู้สึกว่าชีวิตในอดีตและปัจจุบันมีความหมาย ยึดมั่นในความเชื่อที่ทำให้ชีวิตมีเป้าหมาย มีจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ในการมีชีวิตอยู่ |
| ความงอกงามในตน (personal growth) | รู้สึกถึงการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มองเห็นตัวเองว่ามีการเติบโตและพัฒนาเพิ่มขึ้น เปิดรับต่อประสบการณ์ใหม่ มีความสามารถในการตระหนักถึงศักยภาพของตน มองเห็นพัฒนาการของตนเองและพัฒนาการด้านพฤติกรรมตามวันเวลาที่ผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่รู้จักตนเองมากขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น |

Hills and Argyle (2001) ศึกษาเรื่องความมั่นคงทางอารมณ์ในฐานะมิติหลักของความสุข โดยใช้ Oxford Happiness Inventory (OHI) เพื่อวัดความสุข (happiness) พบว่าความมั่นคงทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความสุขโดยรวม (overall happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (satisfaction with life) และความเชื่อมั่นในตนเอง (self-esteem) มากกว่าปัจจัยภายนอก นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับข้อคำถามส่วนใหญ่ของ Oxford Happiness Inventory มากกว่าอีกด้วย

Oishi, Diener, and Lucas (2007) ศึกษาเรื่องสุขภาวะขั้นสูงสุด โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจจำนวนมากและเป็นข้อมูลระยะยาว พบว่า กลุ่มคนที่มีระดับประสบการณ์ของความสุขสูงที่สุดนั้นเป็นกลุ่มคนที่ประสบความสำเร็จในเรื่องของการมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้อื่น และทำงานอาสาสมัครมากที่สุด แต่กลุ่มคนที่มีระดับประสบการณ์ของความสุขต่ำลงมาเล็กน้อยกลับประสบความสำเร็จในเรื่องของรายได้ การศึกษา และการมีส่วนร่วมทางการเมืองมากที่สุด เมื่อผู้คนมีความสุขปานกลาง ระดับของความสุขที่ส่งผลดีที่สุดต่อพวกเขานั้นขึ้นอยู่กับผลตามเกณฑ์ที่พวกเขาตั้งไว้รวมไปถึงทรัพยากรที่มีอยู่

Harper, Guilbault, Tucker, and Austin (2007) ศึกษาเรื่องความสุขในฐานะเป้าหมายของการให้คำปรึกษาพบว่า ภายใต้อิทธิพลของการให้คำปรึกษา ความสุข (happiness) ของผู้รับบริการสามารถประเมินได้โดยความถี่ของอารมณ์สุข (happy moods) หรือความถี่ของช่วงเวลาที่เป็นสุข (happy moments) และความชุกของความสุขที่ยั่งยืนของผู้รับบริการ รวมไปถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเองและชีวิต ผู้ให้บริการการปรึกษาควรช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าความสุขเป็นผลของการเลือกของบุคคลและการกระทำอย่างตั้งใจมากกว่าผลของสถานการณ์หรือเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อชีวิตของคน ๆ หนึ่ง สิ่งท้าทายอันดับแรกของการให้คำปรึกษาคือการช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกอย่างตั้งใจและลงมือกระทำการนั้นด้วยความเด็ดเดี่ยวมั่นใจซึ่งจะนำไปสู่

ความสุข สุขภาวะ และการใช้ชีวิตอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ผู้ให้บริการการปรึกษาควรสนับสนุนให้ผู้รับบริการเข้าใจด้วยว่าการกระทำในด้านบวกนั้นมีรากฐานมาจากการคิดอย่างมีเหตุผลหรือการคิดในทางบวก

อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย เปรียบเทียบค่าว่าความสุขและสุขภาพจิต ในความหมายตามบริบทของสังคมไทย เพื่อพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิต (Thai Mental Health Indicator) โดยเปรียบเทียบ 4 องค์ประกอบหลักของสุขภาพจิต ได้แก่ สภาพจิตใจ (mental state) สมรรถภาพของจิตใจ (mental capacity) คุณภาพของจิตใจ (mental quality) และปัจจัยสนับสนุน (supporting factors) กับความหมายของความสุขตามมุมมองของสังคมไทยตามแนวทฤษฎีหลักวิชาการ จนถึงมุมมองของคนในชุมชน พบว่าทั้งสองคำนี้มีความหมายไปในทางเดียวกัน

สิริลักษณ์ ภัคศิรี (2550) ศึกษาเรื่อง ความสุขมวลรวมของประชากรในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลทั่วไป และนิยามความสุขของผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 5 เขตในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ช่วงระหว่าง 25-59 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีสถานภาพการสมรสโสด ในส่วนของนิยามความสุขมีผู้ให้นิยามความหมายของคำว่าความสุข เป็นจำนวน 444 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 88.8 และมีผู้ไม่ระบุนิยามของความสุข ได้ให้นิยามสรุปได้ดังนี้ ความสุขหมายถึง การมีปัจจัยสี่อย่างพอเพียง พอใจ ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ โดยมีสุขภาพกายและใจที่ดี ได้อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีพ สรุปได้ว่า ความสุข คือการสมหวังและพอใจในสภาพความเป็นอยู่

นงลักษณ์ ศรีบรรจง (2551) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของการอธิบายและมีความสุขเชิงอัตวิสัย และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีรูปแบบของการอธิบายในลักษณะมองโลกในแง่ดีกับผู้ที่มีรูปแบบของการอธิบายในลักษณะมองโลกในแง่ร้าย โดยมีนิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 369 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ที่มีรูปแบบของการอธิบายในลักษณะมองโลกในแง่ดีมีความสุขเชิงอัตวิสัยสูงกว่าผู้ที่มีรูปแบบของการอธิบายในลักษณะมองโลกในแง่ร้ายทั้งในสถานการณ์ทางบวกและสถานการณ์ทางลบ และการอนุมานสาเหตุของสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางบวกนั้นส่งผลต่อความสุขเชิงอัตวิสัยในทางบวกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องของความสุขข้างต้นทำให้เห็นว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสุขในกลุ่มที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน ช่องว่างตรงจุดนี้เองทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความสุขในกลุ่มที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 การสูบบุหรี่และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของบุหรี่

บุหรี่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) หมายถึง ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมียาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษ หรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือยาแห้งหรือยาอัด ประเภทของบุหรี่ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. บุหรี่ของผลิตในประเทศ โดยโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง แบ่งเป็น 2 ชนิด

คือ ชนิดมีก้นกรองและชนิดไม่มีก้นกรอง ชนิดมีก้นกรอง เช่น กรุงทอง 90 กรองทิพย์ 90 สามิต 90 ชนิดไม่มีก้นกรองหรือบุหรี่สั้น เช่น พระจันทร์ 33 เกร็ดทอง 33 สามิต 33 กรุงทอง 33 และรวงทิพย์ 33 เป็นต้น

2. บุหรี่ของผลิตจากต่างประเทศ ได้แก่ บุหรี่ที่ผลิตในต่างประเทศและมีการนำเข้ามาในประเทศที่รู้จักกันทั่วไป ได้แก่ มาร์ลโบโล วินสตัน มอร์ตัน ฮิลล์ ลัคกี้สไตรค์ เป็นต้น

3. บุหรี่มวนเองหรือบุหรี่ที่ไม่ได้ผลิตจากโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง ได้แก่

บุหรี่ที่มวนเองโดยใช้วัสดุที่หาง่ายในท้องถิ่น อาจเป็นกระดาษ ใบตอง ใบจาก ใบมะกา เป็นต้น

4. บุหรี่ประเภทอื่น ๆ ได้แก่ บุหรี่ซิการ์ และไปป์ ฯลฯ ซึ่งบุหรี่ซิการ์ ในพระราชบัญญัติ

ยาสูบ พ.ศ. 2509 หมายถึง ยาแห้งหรือยาอัดซึ่งมวนด้วยยาแห้งหรือยาอัดบุหรี่ซิการ์ที่มีจำหน่ายในประเทศส่วนใหญ่ผลิตจากประเทศอเมริกาและประเทศแถบยุโรป ได้แก่ ประเทศเดนมาร์ค เนเธอร์แลนด์ และอังกฤษ เป็นต้น ไปป์ เป็นกล่องสูบบุหรี่ที่มีเข้าสำหรับใส่ยาเส้น ไปป์ ส่วนมากทำมาจากงาช้างไม้ที่แข็งและทนความร้อนได้ อาจทำจากสังกะสีหรือทำด้วยพลาสติกที่ทนความร้อนได้ดี

สารพิษในบุหรี่

บุหรี่มี 2 ชนิดคือบุหรี่ที่มวนเอง และบุหรี่ที่ผลิตโดยเครื่องจักร บุหรี่ที่มวนเองทำโดยใช้ใบตองแห้ง ใบบัว หรือกระดาษ ที่ใช้มวนห่อยาสูบ บุหรี่ชนิดนี้จะดัดง่ายเนื่องจากไม่มีการปรุงแต่งสารเคมีที่ช่วยให้ไฟติดทน ส่วนประกอบในควันบุหรี่ ควันบุหรี่ที่พ่นออกมา หรือ สูดเข้าไปในปอดนั้นมีสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด มีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด ซึ่งสารบางชนิดเป็นอันตรายสามารถทำให้เกิดมะเร็งที่ปอด คอ ปาก กระเพาะปัสสาวะ และไต อวัยวะเหล่านี้ ล้วนเป็นทางผ่านของสารเคมีในควันบุหรี่ ที่เข้าและออกจากร่างกาย ได้แก่

นิโคติน (nicotine) เป็นสารที่ทำให้คนติดบุหรี่ออกฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง ทั้งเป็นตัวกระตุ้น และกดประสาทส่วนกลาง ถ้าได้รับสารนี้ขนาดน้อย ๆ เช่น การสูบบุหรี่ 1 - 2 มวนแรก อาจกระตุ้น ทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ถ้าสูบบ่อยหลายมวนก็จะกดประสาทส่วนกลาง ทำให้ความรู้สึกต่าง ๆ ซ้ำลง นิโคตินในร่างกายจะลดลงจากการขับถ่าย และทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด ไม่สบายใจ จึงต้องสูบบุหรี่ต่อไปเพื่อให้ระดับนิโคตินคงที่ จึงอาจเรียกว่าผู้ติดบุหรี่ว่า “ผู้เสพ

นิโคติน” (nicotine addict) โดยร้อยละ 95 ของนิโคติน จะไปจับอยู่ที่ปอดบางส่วนจับอยู่ที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก และบางส่วนถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด มีผลโดยตรง ต่อมหวมวกไตก่อให้เกิดการหลั่งอิพิเนพริน (epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดที่แขนและขาหดตัวเพิ่มไขมันในเส้นเลือด บุหรี่ 1 มวนจะมีนิโคติน 0.8 - 1.8 มิลลิกรัม (ค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้ 1 มิลลิกรัม) บุหรี่กั้นกรอนั้นไม่ได้ทำให้ปริมาณนิโคตินลดลงได้ สารนิโคติน (nicotine) ที่มีฤทธิ์ทำลายสมองให้เสื่อมสภาพได้ ศาสตราจารย์โอดด์และคณะนักวิจัยจากศูนย์การแพทย์อีร์สมัส ประเทศเนเธอร์แลนด์ (โอดด์ และคณะ, 2003 อ้างถึงใน บัญญัติ สุขศรีงาม, 2551) ได้ศึกษาฤทธิ์ของนิโคตินที่มีผลกระทบต่อสติปัญญาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างชาวยุโรปที่อายุไม่เกิน 65 ปี จำนวน 9,209 คน พบว่าสมองของผู้ไม่สูบบุหรี่จะมีอัตราการเสื่อมสภาพ ปีละ 0.03 ส่วนสมองของผู้สูบบุหรี่จะมีอัตราการเสื่อมสภาพปีละ 0.16 หรือสมองของผู้สูบบุหรี่ในแต่ละปีจะมีอัตราการเสื่อมสภาพเป็น 5 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ แต่ถ้าหากผู้ที่สูบบุหรี่แล้วรีบเลิกสูบบุหรี่จะทำให้สมองมีอัตราการเสื่อมสภาพเพียงปีละ 0.06 เท่านั้น

ทาร์หรือน้ำมันดิน (tar) ประกอบด้วยสารหลายชนิด เกาะกันเป็นสีน้ำตาล ทาร์เป็นสารก่อให้เกิดมะเร็งได้ เช่น มะเร็งปอด, มะเร็งหลอดลม, มะเร็งหลอดอาหาร, มะเร็งไต, มะเร็งกระเพาะปัสสาวะและอื่น ๆ ซึ่งร้อยละ 50 ของทาร์จะไปจับที่ปอด ทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นเหตุของการไอเรื้อรังมีเสมหะ ในคนที่สูบบุหรี่วันละซอง ปอดจะรับน้ำมันทาร์เข้าไปประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน บุหรี่ไทยมีสารทาร์อยู่ระหว่าง 12 - 24 มิลลิกรัม/ มวน (สิริกัญญา เลิศศรีณยพงษ์, 2549 อ้างถึงใน บัญญัติ สุขศรีงาม, 2551) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “บุหรี่และมะเร็งกล่องเสียง” โดยศึกษาจากประวัติผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งกล่องเสียงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน และเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป พบว่าผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่พบมากที่สุดมีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี และผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงมีประวัติการสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 85 ในจำนวนนี้เป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 65 ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกล่องเสียงมากกว่า ผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 6 เท่า และผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกล่องเสียงมากกว่าผู้ที่สูบบุหรี่เป็นบางครั้งประมาณ 3.25 เท่า ส่วนประเภทของบุหรี่ที่ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงสูบบมากที่สุด ได้แก่ บุหรี่กั้นกรอง การที่ผู้สูบบุหรี่แล้วเกิดมะเร็งกล่องเสียง เนื่องจากกล่องเสียงมีโอกาสสัมผัสกับสารก่อมะเร็งที่มีเป็นจำนวนมากในควันบุหรี่และเมื่อสัมผัสทุกวันและเป็นเวลานาน ๆ ก็ทำให้เกิดเป็นมะเร็งขึ้นมานั่นเอง

คาร์บอนมอนนอกไซด์ (carbon monoxide) เป็นก๊าซที่ทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้ เท่ากับ เวลา

ปกติ ผลที่ตามมาคือ เกิดการขาดออกซิเจน ทำให้มีเม็มนง ตัดสินใจช้า และเหนื่อยง่ายซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจ สารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหัวใจหดตัวในระยะแรก นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดเลือด โดยมีการจับตัวของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ในระยะต่อมาทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบลง ทำให้หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ หัวใจขาดออกซิเจน เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันได้ องค์การอนามัยโลกศึกษาแล้วพบว่า การเลิกบุหรี่ลดอัตราการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 50 ในปีแรกแต่อัตราเสี่ยงจะลดลงเท่าคนปกติ เมื่อหยุดบุหรี่แล้ว 15 ปี

ในการศึกษาวิจัยอื่น ๆ พบว่า เมื่องดสูบบุหรี่ 5 ปี จะลดความเสี่ยงจากอัมพาตได้เท่าคนปกติ (มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.)

ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (hydrogen cyanide) เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อบุหลอดลมส่วนต้น ทำให้มีอาการไอเรื้อรังมีเสมหะเป็นประจำในตอนเช้าจะมีมากขึ้น ศาสตราจารย์ นีล ทอมสัน และคณะ (นีล ทอมสัน และคณะ, 2548 อ้างถึงใน บัญญัติ สุขศรีงาม, 2548) นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยกลาสโกว์ได้เสนอผลงานวิจัย เรื่อง “ผลของการสูบบุหรี่กับปัจจัยเสี่ยง ที่ส่งผลกระทบต่อโรคในระบบทางเดินหายใจ” ในการประชุมวิชาการนานาชาติของสมาคมโรคทางเดินหายใจที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรัง จำนวน 50 คน มีทั้งผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ พบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอายุระหว่าง 16 – 44 ปี จะเป็นผู้สูบบุหรี่ เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้ ยาเพรดนิโซโลน (prednisolone) ซึ่งเป็นยารักษาโรคหอบหืดเป็นประจำทุกวัน เป็นเวลานาน 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มควบคุมจะไม่ให้ยาเพรดนิโซโลน แต่จะให้ยาหลอกหรือยาเลียนแบบ (placebo) เป็นเวลานาน 2 สัปดาห์เช่นกัน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดเรื้อรัง และสูบบุหรี่จะตอบสนองต่อยาน้อยกว่าผู้เป็นโรคหอบหืดเรื้อรังที่ไม่สูบบุหรี่ และอาการของโรคจะรุนแรงมากกว่า จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรังและสูบบุหรี่จะมีผลให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง และทำให้อาการของโรคหอบหืดรุนแรงมากขึ้นด้วย

ไนโตรเจนไดออกไซด์ (nitrogen dioxide) เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อบุหลอดลมส่วนปลายและถุงลมทำให้ผนังถุงลมบางโป่งพอง ถุงลมเล็ก ๆ หลายอัน แตกรวมกันเป็นถุงลมใหญ่ ทำให้มีถุงลมจำนวนน้อยการยืดหยุ่นในการหายใจเข้าออกน้อยลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง รศ.ดร.สุรพจน์ วงศ์ใหญ่ (สุรพจน์ วงศ์ใหญ่, 2550 อ้างถึงใน มูลนิธิธรรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550) คณะบดีคณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต และทีมนักวิจัยแห่งมหาวิทยาลัยรังสิต ซึ่งประกอบด้วย คณะการแพทย์แผนตะวันออก คณะวิทยาศาสตร์ และศูนย์วิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันวิจัย ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์แผนตะวันออก ได้ทำการวิจัยเพื่อหาวิธีการเลิกบุหรี่แบบถาวรและป้องกันการติดยา โดย นำความรู้ทางด้านการแพทย์แผนตะวันออก ที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายมาช่วยบำบัด ผู้ติดยาในมหาวิทยาลัยรังสิตและชุมชนบริเวณใกล้เคียงผลจากการวิจัย

อาสาสมัครที่เข้ามาฝึกอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลา 4 เดือน พบว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้ จากการทดสอบสมรรถภาพปอดพบว่าเข้าสู่ภาวะปกติทุกคน ซึ่งก่อนการฝึกพบว่า ฤกษ์ลมปอดของทุกคนมีความสามารถในการขยายตัวยาก บางคน ฤกษ์ลมปอดถูกอุดกั้นการวัดปอดพบว่าดีขึ้น ล่าสุดมีการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนย่านฝั่งธนบุรี พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 7.1 จัดเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นลำดับที่ 5 และคาดว่าจะป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยเป็นลำดับที่ 3 ต่อไปในภายหน้า เนื่องจากประชากรไทยมีอายุ ยืนขึ้น สภาพอากาศ และสิ่งแวดล้อมเป็นพิษมากขึ้น รวมถึงมีผู้สูบบุหรี่มากขึ้น บางคนสูบบุหรี่ตั้งแต่ อายุยังน้อย ดังนั้นระยะเวลาในการสูบบุหรี่จะมากขึ้นทำให้ปอดถูกทำลาย การยืดหยุ่นของปอดลดลง มีการอักเสบของทางเดินหายใจ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอมีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อยง่าย

สารอนุมูลอิสระ กระบวนการเผาไหม้ของไบยาสูบทำให้สารพวกอนุมูลอิสระเป็นจำนวนมาก เช่น peroxy radical, hydroxyl radical เป็นต้น โดยสารอนุมูลอิสระชนิดต่าง ๆ สามารถเหนี่ยวนำให้เกิดกระบวนการต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การกระตุ้นเม็ดเลือดขาวชนิด polymorphnuclear cells การสร้างสารกระตุ้น (chemotactic peptide) การกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์และการเปลี่ยนแปลงไขมันบางชนิด ที่ทำอันตรายต่อผนังหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) นอกจากนี้สารพวกอนุมูลอิสระยังทำให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจโดยการก่อให้เกิด oxidative stress ในปอด ผลที่เกิดขึ้นคือมีการชุมนุมของเม็ดเลือดขาวที่ทำให้เกิดการอักเสบ มีการทำลายเซลล์และเซลล์ตาย (รัชนา ศานติยานนท์, บุชบา มาตระกุล, และกาญจนา สุริยะพรหม (2550)

แอมโมเนีย (ammonia) สารนี้มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อทำให้แสบตา แสบจมูก หลอดลมอักเสบ ไอและมีเสมหะมาก ปี พ.ศ.2548 คณะนักวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550) ร่วมกันศึกษาวิจัยเด็กที่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ และหลอดลมฝอยอักเสบ และโรคหืด เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสควันบุหรี่รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยเกี่ยวกับตัวเด็กเอง พ่อแม่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ว่ามีผลต่อการเกิดโรคในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบอย่างไร การวิจัยผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเด็กครั้งนี้ คือ ความพยายาม ที่จะพิสูจน์ข้อเท็จจริงดังกล่าว ผลที่พบยืนยันว่าเด็กไทยที่ใช้ชีวิตอยู่ในบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่นั้น มีความเสี่ยงต่อการได้รับความทุกข์ทรมานจากการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากกว่าเด็กทั่วไปจริง

สารกัมมันตรังสี (radioactive agents) ควันบุหรี่มีสารโพลีเนียม 210 ที่มีรังสีอัลฟาอยู่ เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปอด และควันบุหรี่ยังเป็นพาหะที่ร้ายแรงในการนำสารกัมมันตภาพรังสี

ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างที่ไม่สูบบุหรี่หายใจเอาอากาศที่มีสารพิษนี้เข้าไปด้วยโอกาสที่จะเกิดมะเร็งปอด ในผู้ที่สูบบุหรี่กับผู้ไม่สูบบุหรี่ต่างกันอย่างไร ในประเทศไทยจากการวิจัย ของนายแพทย์พงษ์ศิริ ปรารธนาดี และคณะ (พงษ์ศิริ ปรารธนาดี และคณะ, 2550) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ชาวเชียงใหม่ที่สูบบุหรี่มีอัตราการเกิดมะเร็งปอดมากกว่ากลุ่มไม่สูบบุหรี่ถึง 29 เท่าโดยพบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่นานไม่เกิน 20 ปี จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ 9 เท่า กลุ่มที่สูบบุหรี่นานระหว่าง 21 - 40 ปี มีอัตราเสี่ยงมากขึ้น 30 เท่า กลุ่มที่สูบบุหรี่นาน 41 - 60 ปี อัตราเสี่ยงจะมากขึ้นถึง 47 เท่า สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งปอดจะพบมากในช่วงอายุ 50 -64 ปี

แคดเมียม (cadmium) เป็นสารที่ใช้ในอุตสาหกรรมโพลีเมอร์อิเล็กทรอนิกส์ และเป็นสารประกอบที่อยู่ในถ่านไฟฉายด้วย มีผลกระทบต่อตับ ไต และสมอง บุหรี่ 1 มวน มีแคดเมียม 1 - 2 ไมโครกรัม และ 10% ของแคดเมียมจะถูกหายใจเข้าไปเวลาสูบบุหรี่

สารหนู (arsenic) เป็นสารเคมีที่ประกอบอยู่ในจำพวกผลิตภัณฑ์ยาฆ่าหญ้า มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร เมื่อรับเอาสารนี้เข้าไปจะเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องร่วงอย่างแรง

ฟอมาลดีไฮด์ (formaldehyde) เป็นสารที่ใช้ในการดองศพ คนที่สูบบุหรี่วันละ 20 มวน จะได้รับสารฟอมาลดีไฮด์ในประมาณ 1 มิลลิกรัมต่อวันและยังเป็นสารก่อมะเร็งอีกด้วย

ตะกั่ว (lead) จะพบอยู่ตามโรงงานอุตสาหกรรม จำพวกแบตเตอรี่หรือโรงถลุงโลหะ เหล็กต่าง ๆ เป็นสารก่อมะเร็ง มีผลต่อหลายระบบในร่างกาย เช่น ทางระบบประสาท จะทำให้การได้ยินผิดปกติ ระดับไอคิวต่ำ ผลต่อระบบเลือด คือ จะทำให้ความดันเลือดสูงมีผลต่อระบบไต และที่สำคัญ มีผลต่อระบบสืบพันธุ์ในผู้ใหญ่ทำให้เป็นหมันในเพศชายและสมรรถภาพทางเพศเสื่อมได้

อะซิโตน (acetone) เป็นสารประกอบสำคัญที่อยู่ในน้ำยาล้างเล็บซึ่งพบว่ามีอยู่ในบุหรี่ด้วยเช่นกัน

สารปรุงแต่งต่าง ๆ ที่อยู่ในบุหรี่ ในกระบวนการผลิตบุหรี่จะมีการใช้สารต่าง ๆ กว่าร้อยชนิด เพื่อให้บุหรี่ยามีรสชาติดีขึ้น หรือเพื่อให้มีนิโคตินน้อยลง แต่สารเหล่านี้หลายชนิดทำให้พิษภัยของบุหรี่เพิ่มมากขึ้น (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

1) โกลไก เป็นสารที่เพิ่มความหวาน เพื่อใช้กลบรสชาติที่กระด้างของบุหรี่ แต่เมื่อเกิดการเผาไหม้ขึ้น โกลไก ก็กลายเป็นสารก่อมะเร็งชนิดหนึ่งได้ นอกจากนี้ในโกลไกยังมี Theobromine ซึ่งเป็นสารที่มีฤทธิ์ขยายหลอดลม (bronchodilator) ทำให้ทางเดินอากาศ (airway) ขยายตัว ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสได้รับควันบุหรี่และสารนิโคตินเพิ่มขึ้น

2) Glycyrrhizin เป็นสารปรุงแต่งรสชาติและให้รสหวานในบุหรี่ โดยสารชนิดนี้สามารถออกฤทธิ์ขยายหลอดลม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่หายใจรับควันบุหรี่เข้าสู่ปอดได้ง่ายขึ้นรวมถึงช่วยบรรเทาอาการระคายเคืองของปาก และลำคอจากควันบุหรี่ แต่เมื่อ glycyrrhizin ถูกเผาไหม้ก็มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง

3) น้ำตาล เป็นสารปรุงแต่งในบุหรี่ มีประมาณ 3% ของน้ำหนักบุหรี่แต่ละมวนเมื่อน้ำตาลในบุหรี่ถูกเผาไหม้จะได้สาร acetaldehyde เกิดขึ้น โดยสารชนิดนี้จะช่วยในการเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน

4) เมินทอล นำมาผสมในบุหรี่ เพื่อให้สูบบุหรี่แล้วเย็นคอ โดยรสของเมินทอลจะทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่อดควันอยู่ในปอดนานขึ้น จึงทำให้มีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ จากบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น เช่น มะเร็ง

5) แอมโมเนีย มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้เสตา แสบจุก หลอดลมอักเสบ และไอนอกจากนี้ แอมโมเนียยังทำให้ค่าความเป็นด่างของควันบุหรี่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูดซึมนิโคตินเพิ่มขึ้น และเพิ่มฤทธิ์เสพติดของนิโคติน

โดยสรุปสารเคมีที่มีอันตรายต่อสุขภาพของคนเราประมาณ 4000 ชนิด ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม คือกลุ่มแรกได้แก่ ทาร์ หรือน้ำมันดิน หรือที่เห็นเป็นคราบบุหรี่ เป็นที่รวมของสารเคมี ในกลุ่มของไฮโดรคาร์บอนจะรวมตัวเป็นสารที่มีความเหนียวติดอยู่กับเนื้อปอด มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็งโดยตัวของมันเอง และยังมีสารที่เร่งการเจริญเติบโตของมะเร็ง หากผู้สูบบุหรี่นั้นมีมะเร็งอยู่ในร่างกายแล้ว กลุ่มที่สอง ได้แก่ นิโคติน ซึ่งจัดเป็นสารที่มีการกระตุ้นสมองและประสาทส่วนกลางได้ในระยะแรก แต่ระยะต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาท กลุ่มที่สาม ได้แก่ ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ซึ่งมีความเข้มข้นสูงในควันบุหรี่จะไปขัดขวางการรับออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง และยังทำให้ไขมันพอกพูนตามผนังเส้นเลือดมากขึ้น ทำให้เส้นเลือดตีบ สายตาเสื่อม ลดประสิทธิภาพในการตัดสินใจและลดการตอบสนองต่อเสียง

ผลกระทบของการสูบบุหรี่

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุหรี่สามารถส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย ผลกระทบต่อสุขภาพจิต ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนผลกระทบต่อคนรอบข้างที่ได้รับควันบุหรี่ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ มากมาย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2551) ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

1. โรคมะเร็งปอด เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ของประชาชนไทย รองจากมะเร็งตับ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคนี้น้ำหนักลด หอบเหนื่อย ไอเป็นโลหิต เจ็บหน้าอก น้ำหนักลด เพราะปอดถูกแย่งที่อากาศหายใจโดยมะเร็ง นอกจากนี้ยังสามารถแพร่กระจายออกไปนอกปอดได้ เช่น ต่อมมน้ำเหลืองที่คอ กระดูกหน้าอก การแพร่กระจายไปที่อื่นโดยเฉพาะที่กระดูกทำให้เกิดความเจ็บปวดมาก สมอง เป็นจุดที่มะเร็งปอดแพร่กระจายไป หรือไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตเดินไม่ได้ ช่วยตัวเองไม่ได้ บางรายก็ถ่ายปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ ซึ่งเป็นการทุกข์ทรมานอย่างยิ่ง โรคมะเร็งปอด โอกาสหายจากโรคนี้น้อย วิธีป้องกันโรคมะเร็งปอด ทำได้ง่ายมากคือ การที่ไม่สูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่

2. โรคถุงลมโป่งพอง เป็นโรกระบบทางเดินหายใจ ที่ทรमानและรุนแรงมาก ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน แก่ผู้ป่วย และญาติ โดยปกติภายในปอดประกอบด้วยถุงลมเล็ก ๆ เป็นจำนวนมาก ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซ โดยซั้บคาร์บอนไดออกไซด์ออกทางลมหายใจ และรับออกซิเจน เข้าสู่เลือด คว้นบุหรีและสารพิษภายในบุหรี ทำให้เกิดการระคายเคืองเรื้อรัง ทำลายเยื่อบุภายในหลอดลม ถุงลมมีการสลายตัวของโปรตีนภายในทางเดินหายใจ เป็นผลให้ เยื่อบุหลอดลมหนาขึ้น หลอดลมตีบเล็กลง ทำให้ต้องออกแรงมากขึ้นในการหายใจ เป็นผลให้เยื่อบุเกิดการอักเสบ เพราะแตก ฉีกขาดมารวมกัน เป็นถุงลมขนาดใหญ่ ทำให้ไม่สามารถซั้บคาร์บอนไดออกไซด์ออกได้ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีอาการหอบเหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก โรคนี้ไม่มีโอกาสหาย ทรमानไปตลอดชีวิต

3. โรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) เป็นที่แน่ชัดแล้วว่าบุหรีเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว การสูบบุหรีวันละ 1 ซอง หรือมากกว่านั้นเป็นเวลาหลายปี ทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น เมื่อหยุดสูบบุหรีจะสามารถลดอัตราเสี่ยงได้อย่างมาก โรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของเซลล์ผนังด้านในของหลอดเลือด (endothelium) รอยโรคที่เกิดขึ้น ชั้บนำให้มีปฏิกิริยาระหว่าง low-density lipoprotein (LDL) macrophage, T lymphocytes และสารที่อยู่ในเซลล์ผนังด้านในของหลอดเลือด ทำให้เซลล์ชั้นในของหลอดเลือดผิดปกติ หลอดเลือดแดงแข็งตัว และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด (รัชนี ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

จากรายงานการศึกษาของสหรัฐอเมริกา พบว่า ในกลุ่มผู้สูบบุหรีจะมีโอกาส หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรีถึง 2.4 เท่า และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้สูบบุหรีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือมีไขมันในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรีนั้นเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและมีไขมันในเลือดสูง จะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่า ของคนทั่วไป โดยเฉลี่ยแล้วผู้ติดบุหรี จะทำให้เส้นเลือดเสื่อม และเกิดการตีบตันเร็วมากกว่าผู้ไม่สูบถึง 10-15 ปี องค์การอนามัยโรคระบุ 1 ใน 4 หรือ ร้อยละ 25 ของผู้เสียชีวิตจากเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลมาจากการสูบบุหรี สตรีที่สูบบุหรีที่ได้รับยาคุมกำเนิด จะเสี่ยงต่อการเป็น เส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าสตรีทั่วไป 40 เท่า และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบ และโรคระบบหลอดเลือดสูงกว่าสตรีทั่วไป นอกจากนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรีถึง 10 เท่า โดยความเสี่ยงจะเพิ่มตามจำนวนบุหรีที่สูบ และในกลุ่มผู้ที่มีภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) จะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ และอีกร้อยละ 25 จะเสียชีวิตที่โรงพยาบาล นั่นคือ หากเกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขึ้นแล้ว โอกาสจะมีชีวิตอยู่น้อยลงและทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (กลุ่มควบคุมการบริโภคนยาสูบ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

4. มะเร็งตับอ่อน (pancreatic cancer) เป็นมะเร็งชนิดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง การพยากรณ์โรคไม่ดี อัตราผู้ป่วยรอดชีวิตเมื่อ 5 ปี มีเพียงร้อยละ 5 มะเร็งตับอ่อน เกิดกับผู้ที่มีอายุ 60-80 ปี การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งตับอ่อนอีกเท่าตัว โดยควันบุหรี่ จะทำให้ยีนหลายชนิดกลายพันธุ์ ซึ่งทำให้โปรแกรมการตายของเซลล์ (apoptosis) เสียไป จึงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

5. มะเร็งหลอดอาหาร (carcinoma of the esophagus) พบในผู้ป่วยมีอายุ 50 ปีขึ้นไป ชายเป็นมากกว่าหญิง การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดมะเร็งหลอดอาหาร เพราะในควันบุหรี่มี polycyclic aromatic hydrocarbons ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งการรับประทานอาหารที่มีสารก่อมะเร็งร่วมกับการสูบบุหรี่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ตัวอย่างเช่น การเกิดปฏิกิริยา methylation กับสารจำพวก nitroso ในอาหาร และได้รับควันบุหรี่ด้วยจะทำให้ยีนหลายชนิดกลายพันธุ์ มะเร็งหลอดอาหารมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มีอัตราการรอดชีวิตเมื่อ 5 ปี ประมาณร้อยละ 20

6. มะเร็งกระเพาะอาหาร (gastric carcinoma) เป็นมะเร็งชนิดที่เป็นมากอันดับ 2 ทั่วโลก ชายเป็นมากกว่าหญิง การพยากรณ์โรคไม่ดี มีอัตราการรอดชีวิตเมื่อ 5 ปี ประมาณร้อยละ 20 สารอนุมูลอิสระในควันบุหรี่ทำอันตรายต่อดีเอ็นเอจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเซลล์มะเร็ง (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550) จากงานวิจัยทางระบาดวิทยาหลายชิ้นรายงานว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารในประชากรชาวญี่ปุ่น นักวิจัยของ The Japan Collaborative Cohort Study (JACC study) ได้ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร โดยศึกษาประชากรทั่วประเทศญี่ปุ่น จำนวน 110,792 คน ใน 45 เมือง ในช่วงปี 2531 - 2533 ได้ข้อมูลจากประชากร 98,062 คน (ชาย 43,482 คน และหญิง 54,580 คน) ที่ให้ข้อมูลพฤติกรรมสูบบุหรี่ครบถ้วนชัดเจน ไม่มีประวัติเป็นมะเร็ง ผลการศึกษา พบว่าจากประชากร 970,251 คน มีคนเสียชีวิตจากโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร จำนวน 757 คนต่อปี คนที่มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะอาหารสูงกว่าชายที่ไม่สูบบุหรี่ ประมาณ 1.4 เท่า และชายที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 35 มวนขึ้นไปต่อวันเสี่ยงสูงขึ้นไปเป็น 1.7 เท่า ทั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารในเพศหญิง ผลการวิจัยนี้และผลการวิจัยที่ผ่านมา ต่างมีข้อสรุป ที่ชัดเจนว่าการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารในชายชาวญี่ปุ่น (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2549)

7. มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (carcinoma of the bladder) เป็นในชายมากกว่าหญิง ประมาณ 3 เท่า พบในช่วงอายุ 50-80 ปี การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะถึง 3-7 เท่า ขึ้นอยู่กับจำนวนบุหรี่ที่สูบและจำนวนปีที่สูบบุหรี่ (ซอง-ปี) ร้อยละ 50-80

ของชายที่เป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ ก่อให้เกิดมะเร็ง และการอมยาสูบ มีความเสี่ยงน้อยกว่าการสูบบุหรี่ คิวบิกบุหรี่ทำให้ยีนหลายชนิดกลายพันธุ์

8. มะเร็งกล่องเสียง (carcinoma of the larynx) คิวบิกบุหรี่เป็นสาเหตุให้เซลล์เยื่อบุกล่องเสียงเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งเป็นเซลล์มะเร็ง ระดับความเสี่ยงขึ้นอยู่กับปริมาณคิวบิกบุหรี่ที่ได้รับ ถึงแม้ว่าจะเป็นระยะที่มะเร็งปรากฏชัดเจนแล้วก็ตาม หากหยุดสูบบุหรี่เซลล์จะหยุดการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้

9. มะเร็งไต (renal cell carcinoma) มักเกิดกับผู้ที่มีอายุ 60-70 ปี ชายเป็น มากกว่าหญิง การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดมะเร็งไต ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่และก่อกองยาสูบ มีความเสี่ยงเช่นเดียวกับการสูบบุหรี่

10. มะเร็งในช่องปาก (oral cancer) ร้อยละ 90 ของมะเร็งในช่องปากเป็นชนิด Squamous cell carcinoma ผู้ป่วย 8 ใน 10 คน มีประวัติสูบบุหรี่จัด สารก่อมะเร็งในใบยาสูบ ทำให้ oncogenes เปลี่ยนแปลง ซึ่งต่อมาจะสังเคราะห์สารที่เหนี่ยวนำให้เกิดการแบ่งเซลล์ นอกจากนี้ยาสูบยังยับยั้ง tumor suppressor gene การเสพยาเสพติดทุกรูปแบบ ทั้งชนิดสูบ อม หรือเคี้ยว เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปาก

11. มะเร็งผิวหนัง (skin cancer) คนที่สูบบุหรี่ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเป็นมะเร็งผิวหนังเมื่อเทียบกับคนไม่สูบบุหรี่โดย squamous cell carcinoma (scc) เป็นผลที่เกิดจากคิวบิกบุหรี่ กดภูมิคุ้มกันผู้ที่สูบบุหรี่ เมื่อเป็นมะเร็งผิวหนังชนิด melanoma จะมีการพยากรณ์โรคเร็วกว่าคนที่ไม่ได้สูบบุหรี่

12. เบาหวาน (diabetes mellitus) สารเคมีในคิวบิกบุหรี่ ทำให้เกิดการต้านอินซูลิน (insulin resistance) และเป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่มีภาวะต้านอินซูลินจะไม่สามารถนำอินซูลินไปใช้ได้ ถึงแม้จะมีระดับอินซูลินในเลือดสูง ภาวะนี้จะทำให้ปริมาณของไขมันในอวัยวะต่าง ๆ เปลี่ยนแปลง หรือโดยการเกิดพิษ (toxic) ต่อเนื้อเยื่อตับอ่อนโดยตรง กลไกอื่นซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกันคือ ผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย และคนอ้วนจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน กล่าวคือ การนำกลูโคสเข้าไปในเซลล์ไขมัน และเซลล์กล้ามเนื้อผิดปกติไปในผู้ที่สูบบุหรี่ สารเคมีในคิวบิกบุหรี่มีผลโดยตรงคือขัดขวางการนำกลูโคสเข้าเซลล์ ผลทางอ้อมคือทำให้สารเคมีในเลือดเปลี่ยนแปลงหรือลดปริมาณเลือดไหลเวียนในหลอดเลือด จากการทดลองโดยใช้เซลล์กล้ามเนื้อพบว่า การกระตุ้นการนำกลูโคสเข้ากล้ามเนื้อโดยอินซูลินผิดปกติไปในผู้ที่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นผลทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากการมีปริมาณกรดไขมันอิสระและไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงกว่าปกติ ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นถ้าสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคเบาหวาน เช่น โรคไต โรคของปลายประสาท และโรคของจอตา เป็นต้น (ริชชา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

13. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) การสูบบุหรี่ มีผลโดยตรงต่อการเกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยทำให้ rheumatoid factor (RF) ในเลือดสูงขึ้น และเปลี่ยนแปลงภูมิคุ้มกันของร่างกาย รวมทั้งทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น และเม็ดเลือดขาวชนิด lymphocytes ผิดปกติ

14. แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก (peptic ulcer) เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง การสูบบุหรี่และนิโคติน เป็นสาเหตุหนึ่ง แผลในกระเพาะอาหารเกิดขึ้นเมื่อเกิดความไม่สมดุลระหว่างปัจจัยสนับสนุนในการเกิดแผล (aggressive factors) และปัจจัยป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (protective factors) คนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นแผลในกระเพาะอาหารมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ คนที่สูบบุหรี่ เมื่อมีแผลในกระเพาะอาหาร แผลจะหายยากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ และกลับเป็นซ้ำได้อีกมาก ผลของการสูบบุหรี่และนิโคตินต่อปัจจัยสนับสนุนการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร การสูบบุหรี่และนิโคติน กระตุ้นการเพิ่มขึ้นของสิ่งต่อไปนี้ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

14.1) ฮีสตามีน มีหน้าที่ควบคุมการหลั่งกรดของกระเพาะอาหาร การบีบตัวของกระเพาะอาหารและการไหลเวียนเลือดในเยื่อบุกระเพาะอาหาร การสูบบุหรี่ และนิโคตินกระตุ้นให้ mast cell หลั่งฮีสตามีนมากขึ้น

14.2) การหลั่งกรดและน้ำย่อยของกระเพาะอาหาร

14.3) น้ำย่อยไหลย้อนกลับ (duodeogastric reflux) ซึ่งประกอบด้วยกรดจึงส่งเสริมการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร

14.4) การหลั่งฮอริโมนวาโสเพรสซิน มากขึ้น ซึ่งออกฤทธิ์ทำลายเยื่อบุกระเพาะ

14.5) platelet activating factor ซึ่งสังเคราะห์โดยมีเม็ดเลือดขาว เกร็ดเลือด และเซลล์บุผนังชั้นในหลอดเลือด เป็นสารที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร

14.6) endothelin สร้างจากเยื่อบุกระเพาะอาหาร เป็นโปรตีนที่ส่งเสริมการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร

14.7) สารอนุมูลอิสระ (reactive oxygen intermediate, ROI) ทำลายเยื่อบุกระเพาะอาหาร

14.8) helicobacter pylori เป็นเชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรคแผลในกระเพาะอาหาร การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อ H. pylori

ผลของการสูบบุหรี่และนิโคตินต่อปัจจัยป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร

การสูบบุหรี่และนิโคติน ทำให้สิ่งที่ป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหารลดลง จึงเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550) ดังนี้

1) การหลั่งเมือกในกระเพาะอาหารลดลง เมือกทำหน้าที่ป้องกันการเกิดแผล

และช่วยรักษาแผลในกระเพาะอาหาร

2) การสังเคราะห์พรอสตาแกลนดินลดลง พรอสตาแกลนดินมีหน้าที่ป้องกันเยื่อบุกระเพาะอาหารจากการถูกทำลาย โดยการดำรงรักษาความแข็งแรงของหลอดเลือดของเยื่อบุกระเพาะ

3) การหลั่งไบคาร์บอเนตจากลำไส้เล็กและตับอ่อนลดลง ไบคาร์บอเนตเป็นตัวสำคัญในการลดฤทธิ์ของกรดในกระเพาะอาหาร ซึ่งเป็นการป้องกันกรดและน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารทำลายเยื่อบุลำไส้

4) Epidermal growth factor (EGF) ลดลง EGF ยับยั้งการหลั่งกรด จึงมีหน้าที่ป้องกันเยื่อบุทางเดินอาหารตอนบน จากการถูกทำลายโดยกรด และยังช่วยให้แผลหายเร็ว

5) เลือดไหลเวียนในเยื่อบุกระเพาะอาหารลดลง การมีเลือดไหลเวียนช่วยให้เยื่อบุกระเพาะอาหารมีความแข็งแรง

15. ภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ภาวะกระดูกพรุนเป็นภาวะที่มวลกระดูกน้อยลง โครงสร้างของกระดูกเสียไป แตกหักง่าย เกิดความเจ็บปวดเสียวสมรรถภาพ และอาจเสียชีวิตได้ มีงานศึกษาวิจัยที่บ่งชี้ว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกระดูกพรุน ตัวอย่างเช่น

15.1) คนที่สูบบุหรี่ยิ่งนานและยิ่งมากจะยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักในวัยสูงอายุ

15.2) คนที่สูบบุหรี่และมีกระดูกหัก จะหายช้ากว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ และมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า

15.3) มีการสูญเสียมวลกระดูกในคนที่สูบบุหรี่ทั้งชายและหญิงมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

15.4) หญิงที่สูบบุหรี่ มีการสังเคราะห์ฮอริโมนเอสโตรเจนลดลง และเข้าสู่สภาวะ

หมดประจำเดือน เร็วกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ การขาดเอสโตรเจนทำให้เกิดการสูญเสียมวลกระดูก

16. การเป็นหมัน (Infertility) (รัชนา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

16.1) ผลเสียของการสูบบุหรี่กับภาวะเจริญพันธุ์ในหญิง เมื่อสามีหรือภรรยาสูบบุหรี่ จะมีผลเสียต่อภาวะการมีบุตร ควันบุหรี่ยังทำอันตรายต่อรังไข่ เร่งการสูญเสียไข่ และหมดประจำเดือนเร็วขึ้นหลายปี สารประกอบในควันบุหรี่ยับยั้งการสังเคราะห์เอสโตรเจน และมีแนวโน้มที่จะทำให้เซลล์ไข่เกิดพันธุกรรมผิดปกติ การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการแท้งบุตร การตั้งครรภ์นอกมดลูก หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่จะให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย และคลอดก่อนกำหนด มีอุบัติการณ์สูงของทารกเสียชีวิตฉับพลันในบ้านที่มีคนสูบบุหรี่ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่ามารดาที่สูบบุหรี่ในระหว่างทารกตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ที่ได้รับนิโคติน จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตฉับพลันมากกว่าทารกที่มารดาไม่ได้สูบบุหรี่ เด็กที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีควันบุหรี่ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตฉับพลันเช่นเดียวกัน

16.2) ผลเสียของการสูบบุหรี่กับภาวะเจริญพันธุ์ในชาย ชายที่สูบบุหรี่จะมีสpermลดลง ทั้งจำนวนและการเคลื่อนที่ อสุจิมีความผิดปกติทั้งรูปร่างและหน้าที่มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ผลเสียของการที่สามีสูบบุหรี่ซึ่งมีสpermผิดปกติรวมกับภรรยาที่ได้รับควันบุหรี่มือสอง จึงเป็นความเสี่ยงต่อการเป็นหมัน

17. โรคตา (eye disease) (รักษา ศานติยานนท์และคณะ, 2550)

17.1) ตาต้อ (cataracts) คนที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นตาต้อมากขึ้น ซึ่งเป็นภาวะที่มีเลนส์ตาขุ่นมัว ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นหลายอย่าง เช่น มองเห็นไม่ชัด ไวต่อแสงจ้า มองแยกสีไม่ออก

17.2) จอตาเสื่อม (Age-related Macular Degeneration, AMD) มีการศึกษาพบว่า คนที่สูบบุหรี่และคนที่เคยสูบบุหรี่ เกิดภาวะจอตาเสื่อม มากกว่าคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่

18. ริ้วรอยบนใบหน้า (wrinkles) ผิวหนังของหญิงที่สูบบุหรี่ มีลักษณะ ซีดและมีริ้วรอยเกิดขึ้นเร็วกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ กลไกการเกิดริ้วรอยไม่ทราบแน่ชัด คนที่สูบบุหรี่ แม้ไม่ถูกแสงแดดก็มีอีลาสตินหนาและแตกหักมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่เป็นเพราะผิวหนังได้รับออกซิเจนน้อยมาก เป็นเวลานาน มีสาเหตุจากหลอดเลือดตีบซึ่งเกิดจากการสูบบุหรี่และการลดการสังเคราะห์คอลลาเจน การสูบบุหรี่จึงทำให้มีริ้วรอยบนใบหน้าก่อนวัยอันควร

19. แผลหายช้า (poor wound healing) คนที่สูบบุหรี่มีแผลหายช้า มีการศึกษาที่สนับสนุนเรื่องนี้ คือ นิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดที่ผิวหนังตีบ เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนน้อยลง การสูบบุหรี่เพิ่มปริมาณคาร์บอนซีสโมโกลบิน เพิ่มการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้เลือดหนืดขึ้น ลดปริมาณคอลลาเจน ลดการสังเคราะห์พอสตาไซคลิน ทั้งหมดนี้เป็นผลเสียต่อการทำให้แผลหายช้า การสูบบุหรี่เพียง 1 มวนทำให้หลอดเลือดตีบอยู่นาน 90 นาที ดังนั้นคนที่สูบบุหรี่วันละ 1 ซองจึงเป็นการทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนน้อยเป็นประจำทุกวัน

20. โรคปริทันต์ (periodontal) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียของช่องปาก ทำให้เหงือกอักเสบ เนื้อฟันถูกทำลาย และฟันหลุดร่วง ปัจจัยก่อโรคปริทันต์มีหลายอย่าง ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรีย การสูบบุหรี่ อายุ เพศ โรคเบาหวาน เศรษฐฐานะ และพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (การสูบบุหรี่) และพันธุกรรม ของการเกิดโรคปริทันต์ ของแต่ละคน ไม่เหมือนกัน มีรายงานการศึกษาผู้มีมียีนกลายพันธุ์ พบว่าการมียีนกลายพันธุ์ดังกล่าว ทำให้เกิดโรคปริทันต์ โดยการทำให้ภูมิคุ้มกันต้านโรคเสียไป

21. แผลในปาก (oral lesions) (รักษา ศานติยานนท์ และคณะ, 2550)

21.1) leukoplakia เป็นปื้นขาวที่เกิดขึ้นในปาก ไม่เกิดจากสาเหตุอื่น นอกจากสารเคมีในยาสูบกลายเป็นเซลล์มะเร็งได้

21.2) erythroplakia เป็นปื้นแดงของเยื่อบุในช่องปาก กลายเป็นมะเร็งได้ การที่มีสีแดงเป็นเพราะหลอดเลือดฝอยในเยื่อบุช่องปากผิดปกติและการมีเคอราตินน้อยลง หลอดเลือดผิดปกติมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตอบสนองของภูมิคุ้มกันหรือการอักเสบ

21.3) เหงือกอักเสบ (ulcerative gingivitis) มีอาการเจ็บเหงือกเลือดออก และมีกลิ่นปากเป็นอาการที่เกิดขึ้นเฉพาะในคนสูบบุหรี่

ผลกระทบด้านจิตใจ

การศึกษาโดยคณะแพทยมหาวิทยาลัยฟลอริดาสเตท พบว่า แม้จะสูบบุหรี่เพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ก็อาจทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอารมณ์แปรปรวนได้ในภายหลัง นอกจากนั้นอาการขาดนิโคติน (nicotine withdrawal symptoms) ทำให้สมองขาดการถูกกระตุ้นโดยสารเคมีที่มีอยู่ในบุหรี่ ทำให้สมองขาดการหลั่งสารเคมีออกมา ได้แก่ สารเอนโดर्फิน (endorphine) โดปามีน (dopamine) นอร์แอดรีนาลีน (noradrenalin) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมคือ หงุดหงิด ไม้ร่าเริงแจ่มใส ก้าวร้าวกระสับกระส่าย ปวดหัว นอนไม่หลับ วิงเวียนศีรษะสมาธิไม่ดี คิดอะไรไม่ค่อยออก และมีอารมณ์หดหู่ซึมเศร้าตามมาได้ นอกจากนั้นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ต่อคนในครอบครัวและคนรอบข้าง (Anda & David, 1990) ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจของผู้ใกล้ชิดและคนรอบข้าง นำไปสู่ความขัดแย้งในครอบครัว และสังคมในที่สุด เมื่อสะสมมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความเครียด และนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด (Glassman, Helzer, & Covio, 1990) ซึ่งจากการศึกษาของ Miller et al. พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างแนบชิดว่า ผู้สูบบุหรี่หรือผู้ที่ติดนิโคตินจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2.5-4.3 เท่า (Miller, Hemenway, & Rimm, 2000) และอัตราการฆ่าตัวตายนี้อาจสูงขึ้นตามจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันโดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่มาก (Doll, Peto, Wheatley, Gray, & 1995) นอกจากนั้นผู้ที่เจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเจ็บป่วยบ่อย ๆ ส่งผลต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ที่พบได้บ่อยคือ หวาดกลัว รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ รู้สึกว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา สับสน ท้อแท้ในชีวิต เครียด วิตกกังวล รวมทั้งอารมณ์โกรธเกรี้ยวกราดกับผู้อื่น หงุดหงิดง่าย หรือบางรายอาจมีอาการซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคม (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544) บุหรี่ยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตาย มีรายงานการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1850 – ปัจจุบันที่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่สูบบุหรี่ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 90 เป็นผู้สูบบุหรี่ที่ฆ่าตัวตายจากสาเหตุเนื่องมาจากความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังร้ายแรงที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เสียความสามารถในการทำงานเนื่องจากเจ็บป่วยบ่อย เข้ารักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ รวมทั้งประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา หากทางออกของปัญหาไม่ได้คิดสั้นฆ่าตัวตายได้ (ทัศนาศา บัญทอง, ผ่องศรี มรกต และสุรินทร กลัมพากร, 2551)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจผู้ติดบุหรี่จะต้องเสียเงินในการซื้อบุหรี่มาสูบบุหรี่เป็นประจำจะมีค่าใช้จ่ายประมาณวันละ 10.8 บาทต่อคน โดยผู้ชายมีรายจ่ายสูงกว่าผู้หญิงเกือบเท่าตัว คือประมาณ 11 บาทและผู้หญิงประมาณ 6.7 บาท ถึงแม้รายจ่ายต่อคนต่อวันจะไม่สูงมากนัก แต่ถ้าพิจารณาใน พ.ศ. 2547 มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจำนวน 9.6 ล้านคน ดังนั้นผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดสูญเสียเงินเป็นค่าใช้จ่ายรวมกันประมาณ 5 หมื่นกว่าล้านบาทต่อปี (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551) ทำให้ภาครัฐมีรายได้ไม่คุ้มกับค่าใช้จ่ายที่เสียไปคนไทยใช้ยาสูบร้อยละ 3 ของรายจ่ายเพื่อการบริโภคทั้งหมดไปกับบุหรี่นี้ยังไม่ได้รวมถึงค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับตัวผู้สูบเองและคนรอบข้างที่ต้องสูดดมควันบุหรี่เข้าไปโดยไม่ตั้งใจ (อิศรา ศานติศาสตร์, 2550) มีการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่คือ โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็งปอด แล้วพบว่า ในปี พ.ศ. 2546 รัฐบาลต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้ง 3 โรคนี้เป็นเงินจำนวน 45,550 ล้านบาท ซึ่งสวนทางกับการจัดเก็บภาษีที่มีเพียง 48,630 ล้านบาท (สถิกร พงศ์พานิช, 2550) และจากการศึกษาของจันท์เพ็ญ ชูประภาชาติพบว่า การเข้ารับรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยหนักของผู้ที่เจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าใช้จ่ายประมาณ 7,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลของรัฐและประมาณ 10,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลเอกชน (จันท์เพ็ญ ชูประภาชาติ, 2543) ผู้ที่เจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสูญเสียรายได้ จากการไม่ได้ทำงานและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากนั้นการสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดการสูญเสียที่ไม่สามารถคำนวณได้อีกมากมาย เช่น ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่ คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยหรือเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ความรำคาญและความทุกข์ของผู้ที่ต้องรับควันบุหรี่มือสองจากผู้สูบบุหรี่ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551) รวมทั้งการสูญเสียในด้านของคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ดังเห็นได้จากการศึกษาของ จารุณี บันลือ ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิงและมีการสูญเสียจำนวนปีของการมีคุณภาพชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพเนื่องจากป่วยด้วยโรคดังกล่าวเท่ากับ 9.39 ปีตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย (จารุณี บันลือ, 2542) นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายทางด้านเศรษฐกิจของประเทศที่เกี่ยวข้องกับกลไกการผลิตบุหรี่ เช่น การส่งเข้าใบยาสูบ หรือส่วนประกอบในการผลิตบุหรี่จากต่างประเทศรวมทั้งการที่ต้องเสียเงินตราออกนอกประเทศให้แก่บริษัทบุหรี่ต่างประเทศในการนำเข้าบุหรี่ (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2550)

ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม

ควันบุหรี่ทำให้เกิดมลภาวะทางอากาศทำให้เกิดภาวะโลกร้อน นอกจากนั้นควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ทิ้งโดยขาดความรับผิดชอบทำให้เกิดไฟฟ้า หรือเกิดเพลิงไหม้ทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่นรวมทั้งเกิดความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อมที่เกิดจากการเพาะปลูกใบยาสูบ (สตีเฟน ฮาแมน, เนวาร์ตัน เจริญค้า, นิภาพรรณ กังสกุลนิติ และคณะ, 2548) รวมทั้งการทำไร่ยาสูบและขบวนการผลิตบุหรี่ ทำให้เกิดการทำลายป่า ทำให้มีป่าไม้ที่จะดูดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2551) นอกจากนั้นการสูบบุหรี่สามารถทำให้เกิดเศษขยะที่เกิดจากก้นกรองบุหรี่จำนวนมาก ซึ่งขยะที่เกิดจากก้นกรองบุหรี่เหล่านี้ ทำมาจากสารเซลลูโลสอะซิเตท ซึ่งเป็นพลาสติกชนิดหนึ่งที่ต้องใช้เวลาย่อยสลาย 10 ถึง 15 ปี (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2550) นอกจากนั้นพิษจากบุหรี่มือสอง (secondhand smoke) หรือการได้รับควันบุหรี่โดยไม่ได้สูบบุหรี่ (passive smoking) แต่ได้รับเอาควันบุหรี่จากผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เช่น การอยู่ในห้องทำงานเดียวกัน หรือภรรยาที่มีสามีที่สูบบุหรี่ ควันบุหรี่มือสองเป็นการผสมผสานระหว่างควันสายข้างเคียง (side stream smoke) ซึ่งเป็นควันที่เกิดจากการเผาไหม้ที่ปลายบุหรี่ที่จุดสูบ ซึ่งผู้ที่สูบบุหรี่จุดทิ้งค้างไว้โดยไม่ได้สูบบุหรี่ หรืออยู่ในระหว่างช่วงพักการสูบบุหรี่ในแต่ละครั้งอีกประมาณร้อยละ 85 และควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ฟ่นออกมา (exhale mainstream smoke) ภายหลังจากการสูบบุหรี่เข้าปอดประมาณร้อยละ 15 ซึ่งประกอบด้วยลมหายใจและควันบุหรี่ ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองมีสัดส่วนการเกิดโรคที่ต่ำกว่าผู้สูบบุหรี่ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณของสารพิษที่ได้จากควันบุหรี่ ระยะเวลาที่สัมผัสควันบุหรี่ และความเข้มข้นในการได้รับควันบุหรี่มือสอง (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550) ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่มือสอง ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งในช่องจมูก การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และโรคหัวใจ (National Cancer Institute, 2007) มีผู้ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของผู้รับควันบุหรี่มือสองในระยะสั้น พบว่า จะเกิดความไม่พอใจกลิ่นบุหรี่ที่ได้รับ และกลิ่นที่ติดเสื้อผ้า นอกจากนี้ยังทำให้หายใจลำบาก อึดอัด เคืองตา ใจ รู้สึกไม่สุขสบาย ปวดศีรษะ และอาการอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่าผลของการได้รับควันบุหรี่มือสองต่อสุขภาพ ในระยะสั้นนั้นเกี่ยวกับความระคายเคืองเยื่อเมือกและทางเดินหายใจทำให้ไม่สุขสบายและก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550) นอกจากนั้น การได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้เกิดโรคได้ เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่เนื่องจากบุหรี่มีสารเคมีอยู่ถึง 4,000 ชนิด ซึ่งอันตรายในควันบุหรี่มือสองมีโทษมากกว่า เพราะมีนิโคตินมากกว่าการสูบบุหรี่เองถึง 2 เท่า มีสารแอมโมเนียถึง 73 เท่า และทาร์ 5 เท่า (มณฑา เก่งการพานิช, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ศรีณญา เบญจกุล และสาโรจน์ นาคจุ, 2549) โรคสำคัญ ๆ ที่พบบ่อยมีดังนี้ โรคมะเร็ง ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นประจำในระยะเวลาหนึ่งมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 โดยเฉพาะมะเร็งปอดซึ่งมีหลักฐานและการศึกษาชัดเจน ผู้ไม่สูบบุหรี่ที่อยู่รวมบ้านกับผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปอด

เพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 ส่วนมะเร็งอวัยวะอื่น ๆ ที่มีหลักฐาน บ่งบอกว่าการได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นสาเหตุหนึ่ง ได้แก่ มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งช่องปากและลำคอ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งของไต มะเร็งของกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเม็ดโลหิตขาว มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมและปากมดลูกนั้น มีผู้ศึกษาว่า หญิงไทยที่ได้รับควันบุหรี่มือสองเหล่านี้ นักวิทยาศาสตร์สามารถตรวจพบสารนิโคตินที่ฝังอยู่ในเซลล์เส้นผม สามารถตรวจปัสสาวะพบสารก่อมะเร็งชนิดเดียวกับที่มีในควันบุหรี่ และพบว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม ซึ่งเป็นมะเร็งอันดับที่หนึ่งและสองของหญิงไทย (มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2550) นอกจากนี้ผลกระทบจากบุหรี่มือสาม (third-hand smoke) คือการได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ที่ออกมาจากลมหายใจของผู้สูบบุหรี่หรือที่ติดอยู่ตามเสื้อผ้า ผม ผิวหนัง หรือตามภาชนะเครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น สารไฮโดรเจนไซยาไนด์ ซึ่งใช้ในอาวุธเคมี สารคาร์บอนมอนนอกไซด์ ซึ่งพบในไอเสียรถยนต์ สารแอมโมเนีย ซึ่งอยู่ในน้ำยาทำความสะอาดบ้าน หรือสารโครเมียมและตะกั่วซึ่งใช้ทำเหล็กกล้า ซึ่งสามารถทำอันตรายต่อคนใกล้เคียงได้ ผู้เชี่ยวชาญเปรียบอันตรายนี้ว่าเป็นการสูบบุหรี่ มือสาม (Winickoff, 2008) เด็ก ๆ มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายมากที่สุดเพราะเด็กมีมวลของร่างกายน้อยกว่าผู้ใหญ่ แต่มีอัตราการเผาผลาญอาหารสูงกว่าและมีการหายใจที่เร็วกว่าอีกด้วย นอกจากนี้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ในเด็กอยู่ในช่วงของการพัฒนา เช่น การหยิบของมาเลีย อม เคี้ยว หรือกัดเล่น ทำให้สารพิษซึมเข้าสู่ร่างกายเด็ก ดังนั้น เมื่อได้รับสารพิษในปริมาณเท่ากัน ก็จะเข้าสู่ร่างกายของเด็กได้ง่าย และมากกว่าผู้ใหญ่ (วัลลภ พรเรืองวงศ์, 2552) เมื่อสารพิษในควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายเด็กจะเป็นสาเหตุให้เกิดโรคไหลตายหรือโรคที่ทำให้เด็กตายอย่างฉับพลัน (sudden infant death syndrome [SIDS]) (Ballantyne, 2009) นอกจากนี้ผู้ที่เจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังนั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านของแบบแผนชีวิต บทบาทในครอบครัวและสังคม หน้าที่การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งยังส่งผลให้ครอบครัวที่เป็นสถาบันหลักที่สำคัญต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวบางครั้งไม่สามารถปรับตัวได้นำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ แบบแผนการดำรงชีวิต ปัญหาด้านการดูแล (จารุวรรณ มานะสุระการ, 2544) และที่เห็นได้ชัดเจนอีกอย่างคือเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรืออาการของโรคกำเริบต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องถูกแยกออกจากครอบครัวและสังคม ต้องปรับตัวใหม่กับสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลเมื่อมารักษาตัว

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูบเองและผู้ใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสุขของผู้สูบบุหรี่โดยตรง

บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขที่จะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการช่วยผู้ที่เสพติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขจำนวน ๒๙ องค์กรเข้าร่วมประชุมเมื่อเดือนมกราคม ค.ศ. ๒๐๐๔ ที่กรุงเจนีวา เพื่อร่วมกันร่างและเห็นชอบจรรยาบรรณปฏิบัติสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขกับการควบคุมยาสูบในชื่อว่า Code of practice on tobacco control for health professional organizations ระบุในกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ WHO (Framework Convention for Tobacco Control หรือ FCTC) ว่าประเทศภาคีสมาชิกมีพันธะสัญญาร่วมกันที่จะจัดการปัญหาการสูบบุหรี่ในระดับชาติ และนานาชาติ โดยได้รับการสนับสนุนจากสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง การรวมพลังวิชาชีพสุขภาพเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการสร้างความเข้มแข็งมากขึ้น การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และเข้มข้นมากขึ้น ให้เกิดการรับรู้ถึงภัยคุกคามจากการบริโภคยาสูบในวงกว้างทั่วทั้งประเทศเริ่มจากโรงพยาบาลทุกจังหวัดทั้งภาครัฐและเอกชน โรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ โรงเรียน สถานที่ราชการทุกแห่ง และบริษัทห้างร้านทุกแห่งบุคลากรด้านสุขภาพต้องเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม ส่งถ่ายข้อมูลและข้อเท็จจริงที่พิชภัยของบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพ นอกเหนือจากโฆษณาชวนเชื่อของบริษัทบุหรี่สู่ผู้ป่วย โดยสอดแทรกทุกขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัย การรักษา การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพ คลินิกงดสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาเรื่องการงดบุหรี่ รวมถึงการสร้างกลยุทธ์ใหม่ยึดพื้นที่อนาคตของชาติให้พ้นภัยจากบุหรี่ (<http://www.thpaat.org>)

วิสัยทัศน์ รวมพลังวิชาชีพสุขภาพสร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่

พันธกิจ ของแผนงานเครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

1. ประสานงานกับองค์กรวิชาชีพสุขภาพต่าง ๆ ในการร่วมกันรับรองจรรยาบรรณปฏิบัติ (code of practice) ว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบ 14 ข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Article 14 ของ WHO TFI และพรบ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ผลักดันให้เกิดเป็นรูปธรรมในวงการสาธารณสุขไทย
2. พัฒนาระบบการบริการเลิกบุหรี่ในทุกระดับและระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งผลักดันให้มี national guideline ในการดูแลรักษาภาวะติดบุหรี่
3. สร้างเสริม พัฒนา และ เผยแพร่ องค์ความรู้ด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งในระดับก่อน และหลังปริญญาให้แก่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพให้เป็นต้นแบบ และ ส่งเสริมให้บุคลากรเหล่านั้นเข้ามามีบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
4. ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดมาตรการ และสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพเพื่อกระตุ้นให้เกิดการ ลด ละ เลิก การบริโภคยาสูบของคนไทย

5. ขับเคลื่อนให้เกิดความตระหนักถึงพิษภัยจากยาสูบ และการช่วยเลิกบุหรี่ ทั้งบุคลากรวิชาชีพสุขภาพและผู้รับบริการโดยการประสานงานกับเครือข่ายต่าง ๆ
6. สนับสนุนและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะทางด้านการบริการช่วยเลิกบุหรี่ และการควบคุมการบริโภคยาสูบในทุก ๆ ระดับ อย่างเป็นรูปธรรม
7. การจัดระบบการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งภายใน และภายนอกบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ และวงผู้รับบริการ

ตารางที่ 2 พันธกิจเครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ 7 ข้อ

| "BRAVE" | ความหมาย |
|-------------------|--|
| B : Best Practice | คือ การนำจรรยาปฏิบัติเข้ามาเป็นบทเรียนในการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ |
| R : Role Specific | คือ มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในแต่ละวิชาชีพและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานด้านการควบคุมยาสูบ |
| A : Analysis | คือ มีความคิดเชิงวิเคราะห์ และสามารถนำความคิดนั้นเข้าไปใช้ในงานด้านยาสูบ |
| V : VIP | คือ จะต้องมีการสร้าง และต่อยอด ตลอดจนพัฒนาบุคลากรรุ่นใหม่ให้เข้ามาปฏิบัติงานด้านการควบคุมยาสูบ |
| E : Expansion | คือ ต้องร่วมมือกันขยายขอบเขตในการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบ ให้เกิดการแพร่หลายมากยิ่งขึ้น |

ตารางที่ 3 มาตรการในการปฏิบัติเครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

| จรรยาปฏิบัติ | มาตรการของเครือข่ายในปีต่าง ๆ |
|---|---|
| 1. กระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิก องค์กรภาคี ด้านสุขภาพเป็น “ต้นแบบ” ที่ดี ไม่สูบบุหรี่ หรือบริโภคยาสูบ และมีบทบาทในการสร้างวัฒนธรรมปลอดบุหรี่ ให้กับสังคม | ปี พ.ศ.2548 - สังเคราะห์หาแนวทางและรูปแบบที่เหมาะสมในการสร้าง “ต้นแบบ” ปี พ.ศ.2549 - พัฒนาดัชชีชีวิตเพื่อคัดเลือกโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ |

| จรรยาปฏิบัติ | มาตรการของเครือข่ายในปีต่าง ๆ |
|---|--|
| | <p>ปี 2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดจำแนกกลุ่มโรงพยาบาล ตามจำนวนดัชนีชี้วัด - สร้างกลยุทธ์ในการส่งเสริมที่มีรูปแบบจำเพาะในการพัฒนาสู่ “โรงพยาบาลปลอดภัย” ที่สมบูรณ์ ปี พ.ศ.2553-2555 - จำแนกกลุ่มโรงพยาบาลปลอดภัยเป็น 3 ระดับชั้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ - สร้างค่านิยม “ต้นแบบสุขภาพดี” ให้แก่นิสิตนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ โดยบรรจุลงในหลักสูตร |
| <p>2. ประเมินและให้ความสำคัญ เกี่ยวกับ ลักษณะการบริโภคยาสูบ และเจตคติต่อการควบคุมยาสูบ ของสมาชิกองค์กรภาคี ด้านสุขภาพ</p> | <p>ปี พ.ศ.2548</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำรวจภาวะปัจจุบันของบุคลากรและนักศึกษาสาขา สุขภาพทุกสาขาตามแบบฟอร์มขององค์การอนามัยโลก - ตีพิมพ์เผยแพร่ให้วงการสาธารณสุขได้รับทราบในการประชุมวิชาการ “บุหรี่กับสุขภาพ” ครั้งที่ 5 (5-6 มิย.49) <p>ปี พ.ศ.2549</p> <ul style="list-style-type: none"> - วิเคราะห์ผลการสำรวจภาพรวมของสมาชิกในองค์กรภาคีเพื่อวางแผนการพัฒนาเจตคติของบุคลากรสุขภาพอันนำไปสู่ “ต้นแบบ” สุขภาพดีที่ไม่มีบุหรี่ <p>ปี พ.ศ.2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขยายแนวคิด “ต้นแบบ” สู่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกสาขา และจัดทำสำรวจเพื่อเฝ้าระวังความชุกของการสูบบุหรี่ของนิสิตนักศึกษา <p>ปี พ.ศ.2553-2555</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องพิษภัยบุหรี่และการช่วยเหลือบุหรี่เบื้องต้นให้แก่เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย, ครู, พระสงฆ์หรือผู้แทนศาสนา - จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพิ่มพูนทักษะการดูแลรักษา |

ตารางที่ 3 มาตรการในการปฏิบัติเครือข่ายวิชาชีพเพื่อสังคมไทยปลอดภัย (ต่อ)

| จรรยาปฏิบัติ | มาตรการของเครือข่ายในปีต่าง ๆ |
|---|---|
| | <p>ภาวะติดบุหรี่ให้แก่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพอย่างเป็นระบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - รณรงค์และขอความร่วมมือให้ทุกสถาบันทำการสำรวจสถานะการสูบบุหรี่ของนิสิตนักศึกษาทั้งตอนแรกเข้าและตอนสำเร็จการศึกษาแล้วเพื่อค้นหามาตรการแก้ไข - จัดประชุมวิชาการระดับชาติ National Health Professional in Tobacco Control เพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรวิชาชีพสุขภาพได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์และนำเสนอผลงานวิจัยใหม่ ๆ ด้านยาสูบ - จัดการประชุม Asia-Pacific Health Professional on Tobacco Control เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการทำงานด้านยาสูบของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพของไทยให้มีโลกทัศน์ในการทำงานที่กว้างขวางขึ้นและเป็นที่ยอมรับในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก อีกทั้งเป็นการเผยแพร่ชื่อเสียงของประเทศไปพร้อมกันด้วย |
| <p>3. กำหนดค่าน้ำดื่มในองค์กรภาคีด้านสุขภาพนั้นให้ปลอดจากการบริโภคยาสูบและผลักดันการมีส่วนร่วมของสมาชิกในองค์กร</p> | <p>ปี พ.ศ.2548</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานกับเลขาธิการแพทยสมาคมให้รับงบประมาณจากบริษัทบุหรี่ (หลังจากมีการลงโฆษณาในแพทยสภาสาร) <p>ปี พ.ศ.2549</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ทุกองค์กรวิชาชีพสุขภาพให้ความร่วมมือในการประกาศให้ทุกการประชุมวิชาการเป็นการประชุมปลอดบุหรี่ <p>ปี พ.ศ.2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทุกองค์กรภาคีสุขภาพร่วมมือกันจัดกิจกรรมนิสิตนักศึกษาให้เป็นกิจกรรมปลอดบุหรี่ - ผลักดันนโยบายสู่ระดับรองคณบดี |

| จรรยาปฏิบัติ | มาตรการของเครือข่ายในปีต่าง ๆ |
|---|--|
| <p>4. ผลักดันให้บรรจวาราชการควบคุมการบริโภคนยาสูบในทุก ๆ การประชุมวิชาการของสมาคมและองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ</p> | <p>ฝ่ายกิจการนิสิตของทุกคณะในวิชาชีพสุขภาพ ปี พ.ศ.2553-2555</p> <ul style="list-style-type: none"> - รณรงค์และขอความร่วมมือให้ทุกสถาบันบรรจเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบลงในกิจกรรมนอกหลักสูตรของนิสิตนักศึกษาปี พ.ศ.2548 - ขอความร่วมมือจากองค์กร และสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือกลุ่มอาการที่เกิดจากการบริโภคนยาสูบให้บรรจวาราชการควบคุมการบริโภคนยาสูบในการประชุมวิชาการด้วยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10 <p>ปี พ.ศ.2549</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดมความคิดในการเปิดกลยุทธ์เชิงรุกในการควบคุมบริโภคนยาสูบในกิจกรรมทางวิชาการในสาขาวิชาชีพทุกสาขา <p>ปี พ.ศ.2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมบริโภคนยาสูบในทุก ๆ กิจกรรมทางวิชาการของสภาวิชาชีพทุกสาขา - สร้างบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพสุขภาพให้เป็นวิทยากรด้านการควบคุมบริโภคนยาสูบ <p>ปี พ.ศ.2553-2555</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานและขอความร่วมมือแต่ละองค์กรวิชาชีพให้บรรจเรื่องของยาสูบไว้อย่างน้อย 1 เรื่องในหัวข้อการประชุมวิชาการประจำปี พร้อมมีการออกร้านนิทรรศการของเครือข่ายฯ ในงานประชุมนั้น ๆ - สร้างบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพสุขภาพให้เป็นวิทยากรด้านการควบคุมบริโภคนยาสูบ โดยจัดให้มีการอบรม Training the Trainer Course สำหรับแต่ละวิชาชีพขึ้น |

| จรรยาปฏิบัติ | มาตรการของเครือข่ายในปีต่าง ๆ |
|---|--|
| <p>5. แนะนำให้สมาชิกองค์กรภาคี ด้านสุขภาพกระตุ้นให้บุคลากรให้ความสำคัญในการสอบถามผู้ป่วยและผู้มารับบริการถึงสถานะการบริโภคน้ำและความสะดวกสบายของวันพุธมือสอง และการบำบัดรักษา ทั้งนี้ให้สอดแทรก อยู่ในเวชปฏิบัติที่ทำเป็นกิจวัตรประจำวัน อิงบนหลักฐานประจักษ์ และการทำเวชปฏิบัติที่ดี</p> | <p>ปี พ.ศ.2548</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผ่นพับคำแนะนำให้บุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาในเรื่องต่าง ๆ ที่เป็นข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมคำแนะนำ การให้คำปรึกษาในประเด็นต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับงานประจำของวิชาชีพนั้น ๆ - ถอดบทเรียน ความรู้และประสบการณ์ของบทบาทวิชาชีพสุขภาพในงานบริการเลิกบุหรี่ <p>ปี พ.ศ.2549</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดการความรู้เกี่ยวกับการบูรณาการในงานบริการเลิกบุหรี่อย่างครบวงจร <p>ปี พ.ศ.2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - เผยแพร่ความรู้คู่ปฏิบัติที่ดี (best practice) สู่สมาชิกในองค์กรภาคีสุขภาพทุกสาขา - จัดทำแนวทางการตอบง่าย ๆ จากคำถามที่พบบ่อย แจกให้นักศึกษาและบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ - สร้างโมเดล “คลินิกอดบุหรี่ต้นแบบ” ให้บริการทุกวัน โดยแพทย์ร่วมกับสหวิชาชีพ - เปิดพื้นที่ให้โอกาสแก่คนที่ต้องการเลิกบุหรี่ ให้หลากหลายรูปแบบตามความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล <p>ปี พ.ศ.2553-2555</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดมอบรางวัล “ฟ้าใสไร้ควัน” ในโครงการประกวด “คลินิกเลิกบุหรี่ดีเด่น” ระดับชุมชน, ระดับอำเภอ, และระดับจังหวัด - จัดประชุมระดมสมองเพื่อสร้างคู่มือการสอดแทรกงานด้านควบคุมยาสูบลงในงานประจำโดยไม่เพิ่มงาน โดยอาจใช้ชื่อคู่มือนี้ว่า “จากยาสูบสู่งานประจำ...ไม่ยุ่งอย่าง |

| จรรยาปฏิบัติ | มาตรการของเครือข่ายในปีต่าง ๆ |
|---|--|
| <p>6. กระตุ้นให้สถาบันการศึกษาพัฒนาหลักสูตรที่ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ และการฝึกอบรมหลังปริญญา หรือการศึกษาต่อเนื่องโดยสอดคล้องกับเนื้อหาการเรียนการสอน เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ</p> | <p>ที่คิด”</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายชื่อ “คลินิกเลิกบุหรี่ต้นแบบ” ที่สามารถใช้เป็นแหล่งศึกษาดูงานและเป็นคลินิกพี่เลี้ยง ให้ที่อื่น ๆ ใกล้เคียงได้และแจกจ่ายไปตาม รพ.ต่าง ๆ ทั่วประเทศ หรือบรรจุไว้ใน website - กระตุ้นให้มีการสร้างโมเดล “สถานีนอนมัยปลอดบุหรี่” โดยจัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ สอ.สามารถให้ คำปรึกษา และเทคนิคในการช่วยเลิกบุหรี่แบบง่าย ๆ ได้ <p>ในระดับชุมชน</p> <p>ปี พ.ศ.2548</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดมสมองกำหนดเนื้อหาาร่วม (core curriculum) เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรสุขภาพทุกสาขา <p>ปี พ.ศ.2549</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานกับผู้บริหารของสถาบันการศึกษาและผู้นำองค์กรวิชาชีพสุขภาพทุกสาขา ให้เห็นความสำคัญในการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ลงในหลักสูตรก่อนปริญญาและหลังปริญญา - พัฒนาหลักสูตรจำเพาะสำหรับบทบาทวิชาชีพที่ไม่ซ้ำซ้อนเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและไม่สิ้นเปลือง <p>ปี พ.ศ.2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - ย่อยความรู้เพื่อให้รู้เท่าทันเทคนิคการตลาดของอุตสาหกรรมบุหรี่ โดยจัดทำชุดความรู้ให้ปรากฏอยู่ในหลักสูตรของทุวิชาชีพด้านสุขภาพ - พัฒนา “สถาบันต้นแบบ” ที่นำเอาองค์ความรู้เข้าไปบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรของวิชาชีพสุขภาพ |

| จรรยาปฏิบัติ | มาตรการของเครือข่ายในปีต่าง ๆ |
|--|---|
| | <p>ปี พ.ศ.2553-2555</p> <ul style="list-style-type: none"> - ศึกษาความเป็นไปได้และหาแนวทางการเปิดหลักสูตรการควบคุมการบริโภคยาสูบให้แก่ นักศึกษาระดับปริญญาโท - ผลักดันให้มีการบรรจุเนื้อหาการควบคุมบริโภคยาสูบไว้ในเกณฑ์การสอบมาตรฐานวิชาชีพของทุกสาขาวิชาชีพ |
| <p>7. เข้าร่วมกิจกรรมในวันงดสูบบุหรี่โลก ทุกวันที่ 31 พฤษภาคม ของทุกปี</p> | <p>ปี พ.ศ.2548</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างกิจกรรมที่ให้องค์กรภาคีทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการรณรงค์ในช่วงเวลานี้ของทุก ๆ ปี <p>ปี พ.ศ.2549</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขยายจำนวนองค์กรภาคีให้มีส่วนร่วมมากขึ้น จาก 5 องค์กรเป็น 9 องค์กรในวิชาชีพสุขภาพ <p>ปี พ.ศ. 2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างกิจกรรมวันงดสูบบุหรี่โลกทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค เพื่อให้ทุกภูมิภาคมีส่วนร่วม <p>ปี พ.ศ. 2553-2555</p> <ul style="list-style-type: none"> - รณรงค์ให้ทุกองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมวันงดสูบบุหรี่โลกทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค - จัดรายการทางสื่อสาธารณะต่าง ๆ เพื่อประชาสัมพันธ์จุดกระแสให้ประชาชนรับทราบว่าบุคลากรวิชาชีพสุขภาพช่วยให้พวกเขาเลิกบุหรี่ได้ |
| <p>8. หลีกเลี่ยงการสนับสนุนทุกรูปแบบด้านการเงินหรืออื่น ๆ จากบริษัทบุหรี่หรือประโยชน์ใด ๆ อันเป็นผลพวงจากอุตสาหกรรมบุหรี่ รวมทั้งชักชวนสมาชิกองค์กรภาคีด้านสุขภาพ ให้ปฏิบัติเช่นกันนี้</p> | <p>ปี พ.ศ.2548</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทำความเข้าใจถึงประเด็นที่มีการบริจาจากบริษัทบุหรี่เพื่อติดประกาศชื่อหรือชื่อการค้าของผลิตภัณฑ์ลงในอาคาร สิ่งก่อสร้าง ห้องผู้ป่วยพิเศษ กิจกรรมรวมขององค์กรงานละเล่น งานกีฬา และกิจกรรมอื่น ๆ ที่จัดขึ้นในสถานบริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน - กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรองเป็น “โรงพยาบาลปลอดบุหรี่” |

| จรรยาปฏิบัติ | มาตรการของเครือข่ายในปีต่าง ๆ |
|--|--|
| | <p>ปี พ.ศ.2549</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเยี่ยมและคัดเลือกโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ <p>ปี พ.ศ.2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรอง เป็น “สถาบันการศึกษาปลอดบุหรี่” - ตรวจเยี่ยมสถาบันการศึกษาปลอดบุหรี่ <p>ปี พ.ศ.2553-2555</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรองเป็น “สถานศึกษาปลอดบุหรี่” |
| <p>9. ให้ความมั่นใจว่าองค์กรของตน มีนโยบายไม่ยุ่งเกี่ยวกับการค้า หรือ ความสัมพันธ์ด้านธุรกิจ หรือ ผลประโยชน์ใด ๆ กับ อุตสาหกรรม ยาสูบ โดยการประกาศผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขององค์กรอย่าง โปร่งใส</p> | <p>ปี พ.ศ.2548</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ผู้บริหารองค์กรเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะในกิจกรรม หรือ ชุกรกรมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมบุหรี่ - กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรองเป็น “โรงพยาบาลปลอดบุหรี่” <p>ปี พ.ศ.2549</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเยี่ยมและคัดเลือกโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ - กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรองเป็น “สถาบันการศึกษาปลอดบุหรี่” <p>ปี พ.ศ.2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเยี่ยมสถาบันการศึกษาปลอดบุหรี่ กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรองเป็น “สถาบันการศึกษาปลอดบุหรี่” - ตรวจเยี่ยมสถาบันการศึกษาปลอดบุหรี่ <p>ปี พ.ศ.2553-2555</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรองเป็น “สถานศึกษาปลอดบุหรี่” |
| <p>10. ห้ามการจำหน่ายหรือมาตรการ ส่งเสริมการขายในสินค้าประเภทบุหรี่ ในหน่วยงาน และชักชวน ให้สมาชิก องค์กรภาคีด้านสุขภาพ ให้ปฏิบัติ เช่นกัน</p> | <p>ปี พ.ศ.2548</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานกับองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนให้ดำเนินการ ห้ามจำหน่ายบุหรี่ในเขตสถานพยาบาล และสถาบัน การศึกษาด้านสุขภาพทุกสาขา |

| จรรยาปฏิบัติ | มาตรการของเครือข่ายในปีต่าง ๆ |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรองเป็น “โรงพยาบาลปลอดภัย” ปี พ.ศ.2549 - ตรวจสอบและคัดเลือกโรงพยาบาลปลอดภัย ปี พ.ศ.2550-2552 - กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรองเป็น “สถาบันการศึกษาปลอดภัย” - ตรวจสอบสถาบันการศึกษาปลอดภัย ปี พ.ศ.2553-2555 - กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรองเป็น “สถานศึกษาปลอดภัย” |
| <p>11. สนับสนุนรัฐบาลอย่างจริงจัง ในกระบวนการลงนามสัญญาข้อตกลงร่วมกันที่องค์กรภาคี ร่วมกันควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลก</p> | <ul style="list-style-type: none"> ปี พ.ศ.2548 - ประสานงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพสุขภาพ เพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ - กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรองเป็น “โรงพยาบาลปลอดภัย” ปี พ.ศ.2549 - ตรวจสอบและคัดเลือกโรงพยาบาลปลอดภัย ปี พ.ศ.2550-2552 - ร่วมมือกับสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาการจัดการภายในรูปแบบโรงพยาบาลปลอดภัยให้เป็นหนึ่งในดัชนี ปี พ.ศ.2553-2555 - จัดระดับมาตรฐานโรงพยาบาลปลอดภัยเป็น 3 ระดับตามศักยภาพของแต่ละแห่ง โดยร่วมมือกับสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในการตรวจรับรอง |

| จรรยาปฏิบัติ | มาตรการของเครือข่ายในปีต่าง ๆ |
|---|--|
| <p>12. สนับสนุนเงินทุนและทรัพยากรอื่น ๆ แก่การควบคุม ยาสูบรวมทั้งการดำเนินตามจรรยา ปฏิบัตินี้</p> | <p>ปี พ.ศ.2548</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานเพื่ออำนวยความสะดวกให้บุคลากรในสังกัดได้มีโอกาสเข้าร่วมรณรงค์ในทุกกิจกรรมที่เครือข่ายขอความร่วมมือ <p>ปี พ.ศ.2549</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ทุนสนับสนุนองค์กรด้านสุขภาพที่ดำเนินการตามจรรยาปฏิบัตินี้ <p>ปี พ.ศ.2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้าง “ต้นแบบ” ของโรงพยาบาลปลอดบุหรี่ และสถาบันการศึกษาปลอดบุหรี่ให้เป็นที่ที่ดูงานได้ <p>ปี พ.ศ. 2553-2555</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายชื่อ “โรงพยาบาลและคลินิกเลิกบุหรี่ต้นแบบ” ที่สามารถใช้เป็นแหล่งศึกษาดูงานและเป็นคลินิกที่เลี้ยงให้ที่อื่น ๆ ใกล้เคียงได้ และแจกจ่ายไปตาม รพ.ต่าง ๆ ทั่วประเทศ หรือบรรจุไว้ใน website - ผลักดันให้ภาครัฐเล็งเห็นความสำคัญของงานด้านนี้ โดยให้ยาช่วยเลิกบุหรี่มาตรฐานเป็นยาที่ครอบคลุมอยู่ในระบบประกันสุขภาพ และให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านนี้ได้รับค่าตอบแทนอย่างสมเหตุสมผล |
| <p>13. เข้าร่วมกิจกรรมด้านการบริโภคยาสูบ ของเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ</p> | <p>ปี พ.ศ.2548</p> <ul style="list-style-type: none"> - เผยแพร่กิจกรรมของเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพให้สมาชิกได้มีโอกาสเข้าร่วมกันมากขึ้น <p>ปี พ.ศ.2549</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขยายจำนวนองค์กรภาคีให้มีส่วนร่วมมากขึ้น จาก 5 องค์กรเป็น 9 องค์กรในวิชาชีพสุขภาพ <p>ปี พ.ศ.2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างและขยายกิจกรรมการควบคุมบริโภคยาสูบ <p>ปี พ.ศ.2553-2555</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างและขยายกิจกรรมการควบคุมบริโภคยาสูบ |

| จรรยาปฏิบัติ | มาตรการของเครือข่ายในปีต่างๆ |
|---|--|
| 14. สนับสนุนการรณรงค์เพื่อสร้างพื้นที่สาธารณะปลอดบุหรี่ | <p>ปี พ.ศ.2548</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้โรงพยาบาลและสถานบริการและสถานศึกษาด้านสุขภาพให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ครบทั้งร้อยเปอร์เซ็นต์ - กำหนดเป็นดัชนีชี้วัดในการรับรองเป็น“โรงพยาบาลปลอดบุหรี่” <p>ปี พ.ศ.2549</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเยี่ยมและคัดเลือกโรงพยาบาลปลอดบุหรี่และสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพปลอดบุหรี่ <p>ปี พ.ศ.2550-2552</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดพื้นที่สาธารณะภายในโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาที่ยังเป็นที่สูบบุหรี่ของบุคลากรภายในและผู้มารับบริการอยู่แล้ว งามาตรการในการลดพื้นที่ดังกล่าวอย่างจริงจัง <p>ปี พ.ศ. 2553-2555</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดระดับมาตรฐานโรงพยาบาลปลอดบุหรี่เป็น 3 ระดับตามศักยภาพของแต่ละแห่ง โดยร่วมมือกับสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในการตรวจรับรอง |

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ เป้าหมาย เป็นการสร้างความเข้มแข็ง การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ จำเป็นต้องดำเนินการเป็นแบบอย่าง อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สังคมเกิดการรับรู้ถึงภัยคุกคามจากการบริโภคยาสูบในวงกว้างทั่วทั้งประเทศ ได้เริ่มจากโรงพยาบาลทุกจังหวัด ทั้งภาครัฐและเอกชนโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ โรงเรียน สถานที่ราชการทุกแห่ง และบริษัท ห้างร้านทุกแห่ง โดยบุคลากรด้านสุขภาพต้องเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคม ส่งถ่ายข้อมูลและข้อเท็จจริงที่พิษภัยของบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพ นอกเหนือจากโฆษณาชวนเชื่อของบริษัทบุหรี่ผู้ป่วย โดยสอดแทรกทุกขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัย การรักษา การป้องกันและการฟื้นฟูสุขภาพ คลินิกงดสูบบุหรี่ การให้คำปรึกษาเรื่องการงดบุหรี่ รวมถึงการสร้างกลยุทธ์ใหม่ยึดพื้นที่อนาคตของชาติให้พ้นภัยจากบุหรี่ ในปัจจุบันวิชาชีพด้านสุขภาพ อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ และนักสาธารณสุข ได้รวมตัวกันกำหนดบทบาทเชิงรุกในการเข้าไปควบคุมการบริโภคยาสูบมากขึ้น แต่ละวิชาชีพได้สร้างเครือข่ายในโครงสร้างการบริหารที่ปรากฏในภาครัฐและภาคเอกชน มีวัตถุประสงค์ที่นำจรรยาปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกไปปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรมเครือข่ายสหวิชาชีพสุขภาพเพื่อ

สังคมไทยปลอดบุหรี่มีเป้าหมายที่จะเป็นเครือข่ายความรู้ให้กับประชาชน เป็นเครือข่ายที่สร้างความห่วงใยในชีวิตที่มีคุณภาพ ครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนที่เข้มแข็ง และเป็นเครือข่ายที่ก่อกำเนิดสายใยจากทุกชนชั้นให้รวมพลังเป็นกำแพงที่แข็งแกร่งปกป้องเยาวชนให้พ้นจากพิษภัยบุหรี่ เพื่อสังคมไทยในยุคใหม่ปลอดบุหรี่ ปลอดโรค และพร้อมที่จะเป็นพลังสร้างสรรค์อย่างมีคุณค่าแก่สังคมตลอดไป

การสูบบุหรี่และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเป็นมาของการสูบบุหรี่ ในประเทศไทยมีการใช้ยาสูบตั้งแต่สมัยอยุธยา

ประภิต วาทีสาธกกิจ และกรองจิต วาทีสาธกกิจ (2547, หน้า 161-162) โดยมีหลักฐานจากจดหมายเหตุของเมอร์ซีเออร์ เดอลาลูแบร์ (Monsieur De La Loubere) อัครราชทูตฝรั่งเศสที่เดินทางมาเมืองไทยสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช เมื่อ พ.ศ. 2230 ได้เขียนเล่าเรื่องประเทศสยามว่าคนไทยชอบใช้ยาสูบอย่างฉุนทั้งผู้ชาย และผู้หญิง โดยได้ยาสูบมาจากเมืองมะนิลา ในหมู่เกาะฟิลิปปินส์ จากประเทศจีนและที่ปลูกในประเทศเอง ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าสิงหนาทราชดุรงค์ฤทธิ์ได้ทรงประดิษฐ์บุหรี่กันบ้านขึ้น เพื่อสูบควันและอมยากับหมากพร้อมกันครั้งถึงรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการผลิตบุหรี่ขึ้นโดยบริษัทที่มีชาวอังกฤษเป็นเจ้าของ ได้เปิดดำเนินการ เป็นบริษัทแรกใน พ.ศ. 2460 การผลิตบุหรี่ในระยะแรกจะมวนด้วยมือ ต่อมาในรัชสมัยพระสมเด็จกรมหมื่นเจ้าอยู่หัว มีการนำเครื่องจักรเข้ามาจากประเทศเยอรมนี และทำการผลิตบุหรี่ออกมาจำหน่ายหลายยี่ห้อ การสูบบุหรี่จึงแพร่หลายมากขึ้น จนกระทั่งใน พ.ศ. 2482 รัฐบาลได้จัดตั้งโรงงานยาสูบขึ้น โดยซื้อกิจการมาจากห้างหุ้นส่วนบูรพา ยาสูบ จำกัด (สะพานเหลือง) ถนนพระราม 4 กรุงเทพฯ และดำเนินกิจการอุตสาหกรรมยาสูบภายใต้การควบคุมของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง หลังจากนั้น รัฐบาลได้ซื้อ กิจการของบริษัท กวางฮก บริษัทฮอฟฟิง และบริษัทบริติช อเมริกันโทแบคโคเพิ่มขึ้น แล้วรวมกิจการภายใต้ชื่อว่า โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง มาจนถึงปัจจุบัน

ลักษณะของการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ประกอบด้วย การสูบทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม

การสูบบุหรี่หรือการสูบบุหรี่โดยทางตรง หมายถึง การกระทำให้เกิดการเผาไหม้ใบยาสูบซึ่งอยู่ในรูปของบุหรี่ หรือซิการ์ (cigar) ที่ใช้ใบยาสูบมวนผงใบยาสูบอยู่ใน หรือไปป์ (pipe) ที่บรรจุใบยาไว้ในกล่องยาสูบ แล้วจุดไฟให้เกิดการเผาไหม้แล้ว ผู้สูบสูดควันเข้าสู่ร่างกาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, online) โดยแบ่งตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

สูบบุหรี่เป็นประจำ หมายถึง มีปกตินิสัยในการสูบบุหรี่และสูบบุหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน วันที่มีกิจธุระหรือเจ็บป่วย อาจมีการงดสูบบุหรี่ชั่วคราว

สูบบุหรี่นาน ๆ ครั้ง หมายถึง การสูบบุหรี่ที่มีลักษณะการสูบไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้

ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง การที่ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ไม่สูบบุหรี่ประเภทใดเลย

การสูบบุหรี่มือสอง หรือการสูบบุหรี่โดยทางอ้อม หมายถึง การที่ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (บุหรี่ยี่มือสอง, ม.ป.ป.) แต่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน ที่ทำงานร้านอาหาร หรือที่ใดก็ตาม โดยจะหายใจเอาควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบเข้าสู่ปอด ควันบุหรี่ที่ลอยลอยอยู่นั้น จะประกอบด้วยควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่พ่นออกมา และควันที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ที่อยู่ระหว่างการสูบ โดยควันบุหรี่ที่พ่นจากปากผู้สูบจะมีสารพิษน้อยลง เนื่องจากปอดของผู้สูบได้ดูดซับสารพิษบางส่วนไว้แล้ว ขณะที่ควันที่ลอยจากปลายมวนบุหรี่ซึ่งไม่ได้สูบ มีความเข้มข้นของสารพิษสูงกว่าและมีขนาดเล็กกว่าควันที่ถูกพ่นออกจากปากผู้สูบ จึงสามารถผ่านลงไปปอดได้ลึกกว่า จากการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ เลือด และน้ำลาย สามารถพิสูจน์ได้ว่า การหายใจเอาควันบุหรี่ในอากาศรอบตัว โดยไม่ได้สูบบุหรี่ทำให้รับสารพิษจาก ควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายได้ การสูบบุหรี่ทั้งโดยตรงและผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่โดยตรง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งสิ้น แต่ความรุนแรงนั้น ผู้ที่สูบบุหรี่เองโดยตรงจะมีความรุนแรงของการเกิดผลเสียต่อสุขภาพมากกว่า ผู้ที่ไม่ได้สูบเองโดยตรง ขึ้นอยู่กับปริมาณของบุหรี่ที่สูบ คือ จำนวนมวนที่สูบ ประการที่สอง จะขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการสูบ และสภาพกรรมพันธุ์ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพมากน้อยต่างกัน ในปริมาณบุหรี่ที่มากน้อยต่างกัน

อัตราการสูบบุหรี่ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551, online) พบว่าคนไทยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 10.8 ล้านคน หรือร้อยละ 21.2 โดยสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน 9.4 ล้านคน หรือร้อยละ 18.5 และสูบบุหรี่ นาน ๆ ครั้ง 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 2.7 และพบว่า ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 22 เท่า คือร้อยละ 41.7 และ 1.9 ตามลำดับ และผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลสูบบุหรี่มากกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 23.4 และ 16.3 ตามลำดับ และจากผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2534 - 2549 ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2550, online) พบว่า จำนวนและการสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวเพิ่มขึ้น ทั้งในเพศชาย และเพศหญิง โดยเฉพาะในเพศหญิงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 128.6% ในกลุ่มเยาวชนจากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550, online) พบว่า สถิติการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยเพิ่มสูงขึ้น โดยเยาวชนอายุ 11 - 14 ปี ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 0.18 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2549 เท่ากับร้อยละ 38.46 สำหรับกลุ่มอายุ 15 - 18 ปี ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 5.03 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2549 เท่ากับร้อยละ 12.72 ส่วนเยาวชนอายุระหว่าง 19 - 24 ปี ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 17.37 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2549 เท่ากับร้อยละ 10.52 เยาวชนส่วนใหญ่ร้อยละ 68.25 ซึ่บุหรี่เป็นมวน และร้อยละ 93.60 ของเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถซื้อบุหรี่โดยผู้ขายไม่ได้ขอบัตรประชาชน เยาวชนส่วนใหญ่ร้อยละ 91 ซื้อบุหรี่จากร้านค้าใกล้บ้าน และใช้จ่ายวันละ 12.58 บาทต่อวันในการซื้อบุหรี่ ดังนั้น เยาวชนทั้งประเทศเผาผลาญเงินไปกับค่าบุหรี่ต่อวันถึง 20.3 ล้านบาท และผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2550, หน้า 5) พบว่าเยาวชนเหล่านี้ ร้อยละ 2.19 สูบบุหรี่ที่ไม่มี

ภาพคำเตือน เป็นผลให้รัฐต้องสูญเสียรายได้จากภาษีบุหรี่ไปถึงวันละ 6.9 ล้านบาท หรือปีละไม่ต่ำกว่า 2,500 ล้านบาท นอกจากนี้ยังพบว่าในปี 2549 เยาวชนกลุ่มอายุ 11- 14 ปี และ อายุ 19 – 24 ปี มีการเปลี่ยนแปลงจำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ เป็นครั้งคราวเพิ่มขึ้นร้อยละ 300 ร้อยละ 67.7 เยาวชนทั้งสองกลุ่มโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มเยาวชนอายุ 11- 14 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาเป็นกลุ่มที่ควรให้การเฝ้าระวังและให้ความสนใจเฉพาะ แสดงให้เห็นว่าเยาวชนมีแนวโน้มอยากทดลองสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น หากไม่มีวิธีการใดมาสกัดกั้นเยาวชนกลุ่มนี้ก็จะเพิ่มสูงขึ้น และกลายเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำในที่สุด และจากรายงานการศึกษาเดียวกันนี้ยังพบว่าแม้อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยในทุกภาคจะลดลง แต่ภาคใต้มีแนวโน้มลดลงน้อยกว่าทุกภาค คือลดลงร้อยละ 24.16 และเป็นภาคที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดในปี 2549 เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ

อายุที่เริ่มสูบและจำนวนมวนที่สูบต่อวัน อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ ในช่วง 7 ปี (2544 - 2550) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551, online) พบว่า ประชากรไทยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ประมาณ 18 ปีโดยกลุ่มเยาวชน อายุ 15 - 24 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุประมาณเกือบ 17 ปี ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 18.5 ปี และผู้ชายเริ่มสูบบุหรี่เร็วกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายเริ่มสูบเมื่ออายุ 18.4 ปี ขณะที่ผู้หญิงเริ่มสูบเมื่ออายุ 22.4 ปี โดยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน เฉลี่ย 10.3 มวนต่อวัน ซึ่งผู้ชายจะสูบจำนวนมากกว่าผู้หญิงคือ 10.4 และ 8.3 มวนในกลุ่มวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี และกลุ่มวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ปริมาณต่อวันมากกว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี คือ ประมาณ 10 มวนต่อวัน

ระดับการศึกษากับการสูบบุหรี่ จากผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2534 – 2549 ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2550, แผ่นพับ) พบว่า คนที่มีการศึกษาน้อยคือจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่เคยเรียนจะมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าประชาชนกลุ่มที่จบการศึกษาระดับมัธยมและอุดมศึกษา โดยอัตราการสูบบุหรี่ของกลุ่มผู้ที่ไม่เคยเรียนลดลง (47.7) น้อยกว่ากลุ่มที่เรียนหนังสือตั้งแต่ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป

ลักษณะที่อยู่อาศัยกับการสูบบุหรี่ จากการศึกษาของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2550, แผ่นพับ) พบว่าในระยะ 15 ปี (พ.ศ.2534–2549) อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนนอกเขตเทศบาลสูงกว่าประชาชนในเขตเทศบาลซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคนในเขตชนบทสูบบุหรี่มากกว่าเขตเมือง

รายได้กับการสูบบุหรี่ รายงานการศึกษา ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2550, แผ่นพับ) พบว่าผลการสำรวจข้อมูลการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปี เป็นระยะเวลา 15 ปี ประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือยากจนมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้มากหรือฐานะดี โดยในปี 2549 พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำสุดสูบบุหรี่ ร้อยละ 21.96 ส่วนกลุ่มที่มีรายได้สูงสุด

สูบบุหรี่เพียงร้อยละ 13.35 และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ที่ลดลงระหว่างสองกลุ่ม พบว่าคนจนมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลง ร้อยละ 46.29 ในขณะที่กลุ่มที่มีฐานะดีที่สุดลดลงถึงร้อยละ 60.72 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีโอกาสทางสังคมและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายกว่ากลุ่มที่มีฐานะยากจน

สาเหตุในการสูบบุหรี่ สาเหตุของการเริ่มสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551, online) พบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 54.5 เป็นเพราะอยากทดลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 25.8 รองลงมาคือ ตามอย่างเพื่อน, เพื่อนชวนสูบบุหรี่หรือเพื่อเข้าสังคม, ส่งสรรคร้อยละ 5.7 นอกจากนี้คือ เนื่องจากความเครียด ร้อยละ 3.3 และสูบเพื่อความโก้เก๋ ร้อยละ 2.8 (สุพัฒน์ อธิราชเจริญชัย, 2536, หน้า 136-137) ได้สรุปสาเหตุของการสูบบุหรี่ไว้เป็นข้อ ๆ ดังนี้

1. ค่านิยมทางสังคมที่ยอมรับการสูบบุหรี่ แม้แต่กฎหมายก็มีการรับรองเช่นกัน
2. มีการใช้บุหรี่เป็นเครื่องมือในการผูกมิตร กรณีนี้มักใช้ร่วมกับการดื่มสุราใน สถานเริงรมย์หรืองานเลี้ยงรับรองต่าง ๆ
3. การเลียนแบบ เด็กวัยรุ่นมักเลียนแบบการสูบบุหรี่จาก เพื่อน บิดา มารดา ครู และบุคคลที่สำคัญหรือมีชื่อเสียงที่นิยม เช่น นักแสดง นักร้อง
4. ความเคยชินทางอุปนิสัย มักเกิดกับผู้ที่อยู่เฉย ๆ แล้วก้อเขิน หรือไม่ทราบว่าจะทำอะไรจะหยิบบุหรี่ยื่นมาสูบบตามความเคยชิน การปฏิบัติเช่นนี้เป็นประจำจะทำให้เกิด การสะสมของนิโคตินในเลือดจนเกิดการชินชา และต้องสูบบุหรี่มากขึ้นเรื่อย ๆ
5. การใช้ฤทธิ์ของนิโคตินเป็นยาแก้เบื่ออาหาร ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะสะสมนิโคตินไว้ในร่างกายระดับหนึ่ง ซึ่งต้องรักษาระดับนั้นไว้เสมอ เนื่องจากนิโคตินมีฤทธิ์ในการแก้เบื่ออาหาร เมื่อนิโคตินในร่างกายลดลงจากการขับถ่าย ก็จะเกิดอาการหงุดหงิดไม่สบายใจจึงต้องสูบบุหรี่ต่อไปเพื่อให้ระดับนิโคตินคงที่ต่อไป จึงอาจเรียกว่าผู้ติดบุหรี่ยุ่ว่า “ผู้เสพติดนิโคติน”(nicotine addict)

ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่

1. การหยุดสูบบุหรี่เป็นผลดีต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก และเป็นผลดีที่เกิดขึ้นทันทีที่เลิกสูบบุหรี่ทั้งในเพศชาย และเพศหญิง ในทุกกลุ่มอายุ ไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่แล้วหรือไม่ก็ตาม
2. ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ที่ยังสูบบุหรี่ต่อไป โดยผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนอายุ 50 ปี จะมีโอกาสเสียชีวิตเพียงครึ่งเดียวของผู้ที่ยังคงสูบต่อไป เมื่อทั้งสองกลุ่มมีอายุ 65 ปี
3. การเลิกสูบบุหรี่ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด มะเร็งระบบอื่น ๆ หัวใจขาดเลือด กะทันหัน โรคถุงลมโป่งพอง และโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ
4. ผู้หญิงที่หยุดสูบบุหรี่ก่อนตั้งครรภ์หรือระหว่าง 3 – 4 เดือนแรก ของการตั้งครรภ์จะลดความเสี่ยงที่บุตรจะมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ

5. ผลที่ดีจะเกิดขึ้นต่อสุขภาพจากการหยุดสูบบุหรี่มาก น้ำหนักเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเพิ่มโดยเฉลี่ย 2.3 กิโลกรัม

6. การหยุดสูบบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป ความเสี่ยง ของการเสียชีวิต จะลดลง

การหยุดสูบบุหรี่และโรคปอดชนิดอื่น ๆ

1. การหยุดสูบบุหรี่จะช่วยลดอาการไอ ลดจำนวนเสมหะ ลดการหายใจมีเสียงวี๊ด และลดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบ และปอดบวม เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป

2. ในผู้ที่ยังไม่เกิดอาการของโรคถุงลมโป่งพอง การหยุดสูบบุหรี่จะทำให้สมรรถภาพของปอดดีขึ้น ร้อยละ 5 ภายใน 2 – 3 เดือนหลังจากการเลิกสูบบุหรี่

3. ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่อย่างถาวร อัตราการเสียชีวิตของปอดจะชะลอตัวลง จนเท่ากับความเสี่ยงที่เกิดในผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

4. ในผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร อัตราการเสียชีวิตจากโรคถุงลมโป่งพอง จะลดลงเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป

การหยุดสูบบุหรี่กับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

1. น้ำหนักตัวเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นในผู้ที่เคยหยุดสูบบุหรี่เท่ากับ 2.3 กิโลกรัม ซึ่งน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นนี้ ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพแต่อย่างใด

2. ร้อยละ 80 ของผู้ที่หยุดสูบบุหรี่จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น แต่มีเพียงร้อยละ 3.5 เท่านั้นที่หยุดสูบบุหรี่แล้ว มี น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นกว่า 9 กิโลกรัม สาเหตุที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เกิดจากการรับประทานอาหารที่มากขึ้นและการเผาผลาญที่น้อยลง

3. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยลดอาหารไขมัน อาหารทอด จะทำให้สามารถควบคุมน้ำหนักได้

การหยุดสูบบุหรี่กับการเจริญพันธุ์

1. ผู้หญิงที่หยุดสูบบุหรี่ก่อนการตั้งครรภ์ จะให้กำเนิดบุตรที่มีน้ำหนักใกล้เคียงกับบุตรที่เกิดจากแม่ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

2. หญิงตั้งครรภ์ที่หยุดสูบบุหรี่ก่อนอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ จะให้กำเนิดบุตรที่น้ำหนักตัวมากกว่าหญิงที่สูบบุหรี่ตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์

3. การวิจัยพบว่าถึงจะลดจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ระหว่างการตั้งครรภ์ บุตรที่คลอดก็จะมีน้ำหนักตัวน้อยเหมือนกับผู้ที่ไม่ได้ลดจำนวนการสูบบุหรี่

4. การสูบบุหรี่จะทำให้ประจำเดือนของสตรีหมดเร็วขึ้น 1 – 2 ปี ในผู้ที่หยุดสูบบุหรี่อายุที่ประจำเดือนหมดจะใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและพฤติกรรมหลังหยุดสูบบุหรี่

1. ในระยะแรกของอาการหยุดสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่มักจะมีอาการหงุดหงิดอารมณ์ร้อน โกรธง่าย ไม่มีสมาธิ อยากรู้อาหารมากขึ้น และมีความอยากที่จะสูบบุหรี่ตลอดเวลา อาการเหล่านี้จะหายไปในระยะเวลาดังกล่าว แต่ความอยากสูบบุหรี่และความรู้สึกว่าการสูบบุหรี่ดีขึ้นมาจะยังคงมีอยู่ต่อไประยะหนึ่ง

2. ในระยะแรกของอาการหยุดสูบบุหรี่ สมรรถภาพของการทำงานง่าย ๆ หลายชนิด ที่ใช้สมาธิจะลดลงเป็นระยะเวลาสั้น ๆ แต่ไม่พบว่ามีผลต่อประสิทธิภาพและความสามารถในการเรียนรู้ และการทำงาน ที่ใช้ความสามารถสูงอื่น ๆ ภายหลังจากการสูบบุหรี่

3. เมื่อเทียบระหว่างผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่กับผู้ที่ยุติสูบบุหรี่ได้แล้ว พบว่าผู้ที่ยุติสูบบุหรี่ได้สำเร็จมีความเชื่อมั่นใน ตัวเองสูงกว่า และสามารถควบคุมตัวเองได้ดีกว่าผู้ที่ยังเลิกการสูบบุหรี่ไม่ได้

4. ผู้ที่ยุติสูบบุหรี่แล้ว มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอื่น ๆ มากกว่าผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ “เริ่มต้นที่ ตัวเรา” ด้วยการไม่สูบบุหรี่อากาศรอบตัวเราก็จะสดใส และยังลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ ไม่น้อย กว่า 25 โรค อีกด้วย นอกจากนี้ได้กัวยืนยันถึงว่า การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดีแสดงว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่ หรือ เพียงเพื่อแสดงความสามารถในการต่อต้านคำสั่งห้ามสูบบุหรี่ของผู้ใหญ่ได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วันเพ็ญ จุรกิจต์วัฒนการ และรพีภรณ์ เปี่ยมพีช (2555) ทำการวิจัยเรื่องปัจจัยด้านจิตใจและลักษณะบุคลิกภาพของวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่ พบว่า วัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่มีลักษณะไม่ชอบเผชิญกับความจริงมีแนวโน้มที่จะแยกตัวชอบคิดเพื่อฝัน (SC ค่า T = 73) มีภาวะซึมเศร้าไม่พอใจในชีวิตของตนเอง มองโลกแง่ร้าย ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (D และ HS ค่า T = 70) นอกจากนี้จากการสำรวจสุขภาพจิตของกลุ่มวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่ด้วยแบบคัดกรองสุขภาพจิต Thai GHQ 28 พบว่า ร้อยละ 37.5 มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 49.17 มีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 10.83 มีอาการทางกายและมีความบกพร่องทางสังคมร้อยละ 2.5 ช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 55.83 อยู่ในช่วงอายุ 13-15 ปี ร้อยละ 35 อยู่ในช่วงอายุ 16-18 ปี ร้อยละ 5.85 อยู่ในช่วงอายุ 19-21 ปี และร้อยละ 3.33 อยู่ในช่วงอายุ 22-24 ปี ปัจจัยที่ทำให้เริ่มสูบบุหรี่นั้นพบว่า เพื่อนชวน ร้อยละ 68.33 อยากรู้อาหาร ร้อยละ 12.5 และคนในครอบครัวสูบ ร้อยละ 19.17 ส่วนความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่พบว่า ร้อยละ 80.83 เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่แต่ไม่สำเร็จ และร้อยละ 19.17 ไม่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่

อรรวรรณ บุญบำรุง (2557) ทำการวิจัยเรื่อง โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยของรัฐ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยของรัฐ ในจังหวัดชลบุรี 420 คน ปรากฏว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยของรัฐ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์พิจารณาจากค่าสถิติไค-สแควร์ เท่ากับ 46.56 ค่า df เท่ากับ 36 ค่า p เท่ากับ .11 ดัชนี GFI เท่ากับ .98 AGFI เท่ากับ .96 CFI เท่ากับ 1.00 SRMR เท่ากับ .01 RMSEA เท่ากับ .02 ตัวแปรทั้งหมดในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยของรัฐได้ร้อยละ 36 เขาวนด้านจิตวิญญาณ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ เขาวนด้านจิตวิญญาณมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การผ่านความสุข และความสุขมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีเขาวนด้านจิตวิญญาณสูงทำให้มีความสุขในการทำงานและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การมากขึ้น

นฤมล แสวงผล (2554) ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ในบุคลากรคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จำนวน 128 คน ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับคือ ความรักในงาน ความสำเร็จในงาน การเป็นที่ยอมรับและการติดต่อสัมพันธ์ และบุคลากรมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความสุขในการทำงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับคือ ความพึงพอใจในงาน ความกะตือรือร้นในการทำงาน และความรื่นรมย์ในงาน และพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการทำงานที่แตกต่างกัน มีผลต่อความสุขในการทำงานไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษา สายงานที่ปฏิบัติและประเภท บุคลากรที่แตกต่างกันมีผลต่อความสุขในการทำงานแตกต่างกัน และปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน การเป็นที่ยอมรับ มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับความสุขในการทำงาน

ปิยอร ลีระเต็มพงษ์ (2552) ทำการวิจัยเรื่อง ความสุขในการทำงานของพยาบาล งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลงานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 237 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 210 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.61 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง คือ 33 ปี อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.29 สถานภาพโสด (ร้อยละ 79.50) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 87.60) มีรายได้ 15,000-20,000 บาท (ร้อยละ 32.85) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 64.29) และไม่ได้ทำงานพิเศษ (ร้อยละ 71.43) โดยมีประสบการณ์ทำงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 32.85) และพบว่าความสุขในการทำงานของพยาบาล งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราชโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.50$) และพบว่า องค์ประกอบที่ 1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต 2. ด้านความพึงพอใจในงาน

3. ด้านอารมณ์ทางบวกคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M= 3.50, 3.85, 3.96$ ตามลำดับ) ส่วนองค์ประกอบที่ 4. ด้านอารมณ์ทางลบคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 2.67$)

ปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ (2550) ได้ศึกษาวิจัยความสุขของบุคลากรศิริราชพบว่าระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไปตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตฯ ด้านระบบงาน ด้านการเรียนรู้ของพนักงานและการสร้างแรงจูงใจรวมทั้งด้านความเป็นอยู่ที่ดีและความพึงพอใจของพนักงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

นันทรัตน์ อู่ประเสริฐ (2552) ทำการวิจัยเรื่อง ความสุขในการทำงานของพนักงานบริษัทเพิร์ทดร็อก จำกัด จังหวัดเชียงใหม่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พนักงานบริษัทเพิร์ทดร็อก จำกัด จำนวน 110 คน ผลจากการศึกษาพบว่าพนักงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 26-30 ปี สถานภาพโสด การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี พนักงานส่วนใหญ่เป็นระดับปฏิบัติการ มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีแต่ไม่ถึง 3 ปี และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท จากผลการศึกษาพบว่า พนักงานส่วนใหญ่มีความสุขในการทำงานอยู่ระดับสูง มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.95 และจากการเปรียบเทียบปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อายุงาน ระดับตำแหน่งและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีความสุขในการทำงานที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความคิดเห็นของพนักงานต่อองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้นำ ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมร่วมขององค์กร และคุณภาพชีวิตในการทำงานอยู่พบว่า พนักงานมีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก และพบว่าปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษาของพนักงาน ไม่มีผลต่อความคิดเห็นต่อองค์ประกอบใน 5 ด้านดังกล่าว นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีเพียงองค์ประกอบในด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมร่วมขององค์กร และด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานที่สามารถทำนายความสุขในการทำงานของพนักงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านสามารถทำนายความสุขในการทำงานได้ร้อยละ 77.4 ($R^2 = 0.774$)

นภดล กรรณิกา (2551) ทำการวิจัยเรื่อง ประเมินความสุขของคนทำงาน กรณีศึกษาประชาชนอายุ 18-60 ปี ที่ทำงานในสถานประกอบการและองค์กรธุรกิจในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 2,023 ตัวอย่าง ผลการสำรวจพบว่า เมื่อคะแนนเต็ม 10 คะแนน เพศชายมีค่าคะแนนความสุขสูงกว่าเพศหญิง โดยได้คะแนนสูงกว่าเพศหญิง โดยได้ 6.68 คะแนน ในขณะที่เพศหญิงได้ 6.41 คะแนน และคนที่ทำงานร่วมกับบริษัทหรือองค์กรมาอย่างยาวนานเกินกว่า 15 ปี จะมีความสุขในการทำงานสูงสุด คือ 6.88 คะแนน รองลงมาคือ ไม่เกิน 5 ปี ได้ 6.52 คะแนน ทำงานเกิน 10 ปี แต่ไม่เกิน 15 ปี ได้ 6.41 คะแนน และเกิน 5 ปีแต่ไม่เกิน 10 ปี ได้ 6.38 คะแนน ตามลำดับ ผลสำรวจยังพบอีกว่า รายได้จากการทำงานที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับความสุขในการทำงานที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งมีความสอดคล้องกันกับระดับของพนักงาน โดยคนทำงานที่ได้รับรายได้ต่อเดือน

ต่ำกว่า 10,000 บาท มีค่าคะแนนความสุขในการทำงานต่ำที่สุด คือ 6.22 คะแนน ในขณะที่
 คนงานที่มีรายได้ต่อเดือน 40,000 บาทขึ้นไป มีค่าคะแนนความสุขในการทำงานสูงที่สุด คือ 7.00
 คะแนน นอกจากนี้ สิ่งที่ทำให้คนงานมีความสุขหรือความทุกข์จากการทำงาน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ
 เงินเดือน รายได้ หรือสถานะเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว องค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องพบว่า ความสุข
 ของคนงานต่อความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 6.75 คะแนน รองลงมาคือ
 สุขภาพกายได้คะแนน 6.66 คะแนน ในขณะที่ด้านสุขภาพใจ/ อารมณ์ ความรู้สึกทั่ว ๆ ไป ได้ 6.65
 คะแนน ด้านหัวหน้าที่ยางานตรงได้ 6.53 คะแนน ด้านสภาพแวดล้อมในที่ทำงานได้ 6.31 คะแนน
 ด้านการใช้เวลา/ การจัดแบ่งเวลาระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวได้ 6.24 คะแนน ด้านการส่งเสริม
 รูปแบบการใช้ชีวิตในที่ทำงานกับชีวิตส่วนตัวได้ 6.22 คะแนน ด้านบริษัท/ นโยบาย/ ผลิตผลได้ 6.19
 คะแนน ด้านธรรมาภิบาลและความรับผิดชอบต่อสังคมได้ 6.14 คะแนน และด้านงาน ความมั่นคง
 และความก้าวหน้าได้ 5.97 คะแนน ตามลำดับ

Shahab and West (2012, pp. 38-44) ศึกษาความสัมพันธ์ของสภาพการสูบบุหรี่
 (ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ และผู้เลิกสูบบุหรี่ น้อยกว่า 1 ปี และผู้เลิกสูบบุหรี่มากกว่า 1 ปีขึ้นไป) ผลการศึกษาพบว่า
 ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ผู้ซึ่งหยุดเป็นเวลาหนึ่งปีหรือมากกว่าจะมีความสุขมากกว่าผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ และ
 มีความสุขคล้ายกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ แม้ว่าผลการศึกษาจะได้รับการศึกษาข้ามกลุ่ม และต้อง
 มีการตีความอย่างระมัดระวังก่อน แต่ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นการแสดงหลักฐานเพิ่มเติมว่าการสูบบุหรี่
 อาจลดความสุขและการหยุดใช้บุหรี่อาจเพิ่มความสุขขึ้น

การศึกษาความชุกการสูบบุหรี่ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในประเทศซาอุดีอาระเบีย
 (Mobeeriek et al., 2008) พบว่า อายุ เพศ สัญชาติ สถานภาพสมรส และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับ
 การสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุระหว่าง 20-30 ปี จะมีสัดส่วนการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่ม
 อายุอื่น เพศชายสูบบุหรี่เป็น 2 เท่าของเพศหญิง สัญชาติซาอุดีอาระเบีย จะสูบบุหรี่มากกว่าสัญชาติอื่น
 บุคคลที่มีสถานภาพการสมรสจะสูบบุหรี่มากกว่าโสด และผู้ที่มีอาชีพทางเทคนิค จะสูบบุหรี่มากกว่า
 แพทย์

ผลการศึกษาของ Rachiotis et al. (2008) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่
 ของวัยรุ่นในประเทศกรีซ พบ เพศชายสูบบุหรี่เป็น 1.62 เท่า ของเพศหญิงที่มีพ่อแม่สูบบุหรี่จะสูบบุหรี่
 เป็น 2.59 เท่าของเด็กที่มีพ่อแม่ไม่สูบบุหรี่และเด็กที่มีเงินติดกระเป๋ามากกว่า 16 Euros จะสูบบุหรี่
 เป็น 2.64 เท่าของเด็กที่มีเงินติดกระเป๋าไม่มากกว่า 16 Euros

Siziya et al. (2007) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นใน
 ประเทศอินเดีย ผลการศึกษา พบเพศชายสูบบุหรี่เป็น 1.18 เท่า ของเพศหญิง เด็กที่มีพ่อแม่สูบบุหรี่
 จะสูบบุหรี่เป็น 1.35 เท่า ของเด็กที่มีพ่อแม่ไม่สูบบุหรี่ และเด็กที่มีเงินติดกระเป๋าจะสูบบุหรี่เป็น 1.25
 เท่าของเด็กที่ไม่มีเงินติดกระเป๋า

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลหลายปัจจัย คือ เพศ อายุ จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนปีที่ทำงาน การสูบบุหรี่ของพ่อแม่ จำนวนเงินติดกระเป๋า รายได้ ระดับการศึกษา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สัญชาติ สถานภาพสมรส อาชีพ และปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อายุงาน ระดับตำแหน่งและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีความสุขในการทำงานที่ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (MANOVA)

การวิเคราะห์ความแปรปรวนเป็นเทคนิคการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณกับตัวแปรเชิงกลุ่ม โดยที่ตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ ส่วนตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม ทำให้สามารถทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามแยกตามค่าตัวแปรอิสระ

การวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. การวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรตาม 1 ตัว (Analysis Of Variance: ANOVA) ANOVA เป็นเทคนิคที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของหลาย ๆ ประชากรหรือหลาย ๆ กลุ่ม โดยมีตัวแปรตามเพียงตัวเดียว สำหรับตัวแปรอิสระจะมีกี่ตัวก็ได้ ซึ่งสมมุติฐานเพื่อการทดสอบ สำหรับ One-Way ANOVA เมื่อมี k กลุ่มเป็น ดังนี้

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_k$$

$$H_0 : \mu_i \neq \mu_j \quad \text{อย่างน้อย 1 คู่ ; } i \neq j ; i, j = 1, 2, \dots, k$$

2. การวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพหุคูณ (MANOVA)

กรณีที่มีตัวแปรเชิงปริมาณที่เป็นตัวแปรตามหลายตัว จะใช้เทคนิค MANOVA ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้วิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรเชิงปริมาณหลาย ๆ ตัวพร้อมกัน

MANOVA ใช้หลักเกณฑ์ของการวิเคราะห์การถดถอยและการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมกัน โดยที่ตัวแปรเชิงกลุ่มจะแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย ๆ โดยทั่วไปตัวแปรอิสระอาจจะเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม และตัวแปรเชิงปริมาณก็ได้ ตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณจะถือเป็น Covariate กรณีที่มีตัวแปรตามที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณ p ตัว และแบ่งประชากรได้เป็น k กลุ่ม

สมมุติฐานเพื่อการทดสอบจะเป็น ดังนี้

$$H_0 : \begin{pmatrix} \mu_{11} \\ \mu_{21} \\ \cdot \\ \cdot \\ \mu_{p1} \end{pmatrix} = \begin{pmatrix} \mu_{12} \\ \mu_{22} \\ \cdot \\ \cdot \\ \mu_{p2} \end{pmatrix} = \dots = \begin{pmatrix} \mu_{1k} \\ \mu_{2k} \\ \cdot \\ \cdot \\ \mu_{pk} \end{pmatrix}$$

โดยที่ μ_{ij} = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามตัวที่ i ของกลุ่มที่ j ; $i = 1, 2, \dots, P$; $j = 1, 2, \dots, k$
(Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1995, p. 263)

การวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพหุคูณ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีตัวแปรตามมากกว่า 1 ตัว มีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่สองกลุ่มขึ้นไป ตามจำนวนระดับหรือประเภทของตัวแปรอิสระ การวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพหุคูณ จำแนกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. กรณีการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพหุคูณทางเดียว (One-Way MANOVA) มีตัวแปรอิสระตัวเดียว ที่มีระดับหรือประเภทตั้งแต่ 2 ระดับหรือประเภทขึ้นไป
2. กรณีการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรพหุคูณสองทาง (Two-Way MANOVA) มีตัวแปรอิสระสองตัว ซึ่งแต่ละตัวมีระดับ 2 ระดับขึ้นไป

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ MANOVA

1. มีการสุ่มตัวอย่างเป็นอิสระกัน
2. เมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Variance - Covariance Matrices) ของทุกกลุ่มต้องเท่ากัน

กรณีที่มี k กลุ่ม จะได้ว่า $\sum 1 = \sum 2 = \dots = \sum k$

โดยที่ $\sum j =$ Variance - Covariance Matrices ของกลุ่มที่ i

3. ตัวแปรตาม p ตัว มีการแจกแจงแบบ Multivariate Normal (นั่นคือ Linear Combination ของตัวแปรตามจะต้องมีการแจกแจงแบบปกติ)

สถิติทดสอบที่ใช้สำหรับ MANOVA มีสถิติที่ใช้ทดสอบ 4 ตัว ดังนี้

1. Pillai's Trace

$$V = \sum_{i=1}^s \frac{\lambda_i}{1 + \lambda_i}$$

2. Lawley- Hotelling

$$U^{(s)} = \sum_{i=1}^s \lambda_i$$

3. Wilks's Lambda

$$\Lambda = \prod_{i=1}^s \frac{1}{1 + \lambda_i}$$

4. Roy's Largest Root

$$\theta = \frac{\lambda_1}{1 + \lambda_1}$$

โดยที่ $\lambda_1, \lambda_2, \dots, \lambda_s$ = ค่า Eigenvalue ของ $E^{-1} H_0$; $\lambda_1 > \lambda_2 > \dots > \lambda_s$

และ $s = \min(V_H, P)$

V_H = องศาอิสระของสมมติฐาน H_0

V_E = องศาอิสระของ Error

P = จำนวนตัวแปรตาม

และสถิติทดสอบทั้ง 4 ตัว จะต้องมามีค่า $V_E \geq P$

การเปรียบเทียบสถิติทดสอบ 4 ตัว

1. ถ้า $H_0: \mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_k$ เป็นจริง สถิติทดสอบทั้ง 4 ตัวข้างต้น จะเหมือนกัน คือ ค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (Type I Error) เท่ากัน
2. โดยทั่วไปใช้สถิติทดสอบ Wilks's Lambda ซึ่งใช้หลักเกณฑ์ Likelihood-Ratio และเป็นสถิติตัวแรกที่ Derived และมีการแจกแจงโดยประมาณแบบไค-สแควร์ และแบบ F
3. สถิติทดสอบ Roy's Largest Root จะใช้เมื่อตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในรูป Linear จึงไม่นิยมใช้ในกรณีทั่วไป
4. กรณีที่การแจกแจงข้อมูลไม่เป็นเส้นโค้งปกติ (Normal Curve) เช่น เบ้ขวา สถิติทดสอบ Pillai's Trace จะมีประสิทธิภาพดีกว่า Wilks's Lambda และ Hotelling's Trace
5. กรณีที่ค่าสถิติทดสอบทั้ง 4 ค่าแตกต่างกันมาก อาจจะต้องพิจารณาค่า Eigenvalue Covariance Matrices เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ต่อไป (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2544, หน้า 110-117)

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นใน MANOVA

ขั้นตอนการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยรวมมีดังนี้

1. ตรวจสอบความเป็นอิสระของคะแนน จากการกำหนดผู้ถูกวิจัยลงในกลุ่มและการที่ผู้ถูกวิจัยได้รับผลการทดลอง (Treatment) รวมทั้งการคำนวณค่าสหสัมพันธ์ภายในชั้นของตัวแปรแต่ละตัว ถ้าพบว่า คะแนนขาดความเป็นอิสระ ควรพิจารณาใช้ค่าเฉลี่ยของกลุ่มแทนคะแนนของผู้ถูกวิจัยแต่ละคน ตามความเหมาะสมของสถานการณ์
2. ตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปรโดยใช้การคำนวณค่า Mahalanobis Distances (D^2) แต่ถ้าขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีน้อยกว่า 20 ผู้วิจัยสามารถตรวจสอบความเบ้และความโด่งของตัวแปรแต่ละตัว ควบคู่ไปสถิติ Modified Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-Wilk ถ้าพบหลักฐานการแจกแจงไม่ปกติ ควรดำเนินการแปลงคะแนนเพื่อให้มีการแจกแจงเป็นปกติ
3. ตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ของความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม โดยใช้สถิติ

Box's M Test พบว่า ไม่มีนัยสำคัญแสดงว่า ดำเนินการทดสอบสมมุติฐานได้

ถ้าผลของสถิติ Box's M พบว่า มีนัยสำคัญเมื่อขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน ควรแปลงคะแนนเพื่อให้ได้เมทริกซ์ของความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมที่เท่ากัน ถ้าขนาดของกลุ่มตัวอย่างต่างกันมากให้เปรียบเทียบค่า $|S|$ ของกลุ่มต่าง ๆ ว่า มีขนาดสอดคล้องกับขนาดของกลุ่มหรือไม่ แล้วปรับค่าระดับ α ในกรณีที่ค่า $|S|$ และขนาดของกลุ่มมีลักษณะผสม ซึ่งไม่เป็นไปตามระบบ ผลกระทบที่มีต่อระดับ α จะไม่รุนแรง เนื่องจากมีการตัดผลกระทบกันเอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้ เป็นแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน ลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน และเปรียบเทียบภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้กำลังสูบบุหรี่ ผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก และผู้เลิกสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดชลบุรี จำนวน 11 แห่ง เนื่องจากการวิเคราะห์โดยใช้ multivariate analysis of variance (MANOVA) Hair, Babin, and Anderson (2010, p. 465) ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมไว้อย่างน้อย 400 หน่วยตัวอย่าง และเพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างสุ่มแบบแบ่งชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (proportional stratified random sampling) ดังนี้

1. ใช้อำเภอเป็นตัวแบ่ง 11 อำเภอ 11 โรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของจังหวัดชลบุรี (รายละเอียดตามตารางที่ 4)
2. สุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) (รายละเอียดตามตารางที่ 4)
3. สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการสุ่ม ร้อยละ 10 ของเจ้าหน้าที่ทุกโรงพยาบาล การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ร้อยละของประชากร

ตารางที่ 4 ข้อมูลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ลำดับ | โรงพยาบาล | อำเภอ | จำนวน ประชากร (คน) | จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง |
|-------|--------------------------|-----------|-----------------------|------------------------|
| 1 | โรงพยาบาลชลบุรี | เมือง | 2,541 | 254 |
| 2 | โรงพยาบาลบ้านบึง | บ้านบึง | 165 | 17 |
| 3 | โรงพยาบาลหนองใหญ่ | หนองใหญ่ | 41 | 4 |
| 4 | โรงพยาบาลพนัสนิคม | พนัสนิคม | 257 | 26 |
| 5 | โรงพยาบาลพานทอง | พานทอง | 174 | 17 |
| 6 | โรงพยาบาลบ่อทอง | บ่อทอง | 59 | 6 |
| 7 | โรงพยาบาลแหลมฉบัง | ศรีราชา | 245 | 25 |
| 8 | โรงพยาบาลบางละมุง | บางละมุง | 393 | 39 |
| 9 | โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม | บางละมุง | 35 | 4 |
| 10 | โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 | สัตหีบ | 74 | 7 |
| 11 | โรงพยาบาลเกาะสีชัง | เกาะสีชัง | 17 | 1 |
| | รวม | | 4,001 | 400 |

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) การนับถือศาสนา 4) ระดับการศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน 5) สถานภาพสมรส 6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7) รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 8) ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 9) ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย 10) ปัญหาด้านสุขภาพจิต 11) โรคประจำตัวเรื้อรัง หรือภาวะเรื้อรังในปัจจุบัน 12) โรคประจำตัวเรื้อรังที่มี และ 13) สถานภาพการสูบบุหรี่ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ 2) ผู้กำลังสูบบุหรี่ 3) ผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก และ 4) ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว

ส่วนที่ 2 ภาวะความสุข พัฒนาจากแนวคิดของ Diener et al. (2003) โดยปรับปรุงข้อความให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 ข้อ โครงสร้างเนื้อหา แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 โครงสร้างเนื้อหาแบบสอบถามภาวะความสุข

| ด้าน | จำนวน (ข้อ) | ข้อที่ |
|------------------------|-------------|---------|
| ด้านความพึงพอใจในชีวิต | 11 | 1 – 11 |
| ด้านความพึงพอใจในงาน | 7 | 12 – 18 |
| ด้านอารมณ์ทางบวก | 9 | 19 – 27 |
| ด้านอารมณ์ทางลบ | 10 | 28 – 37 |

มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด คือ

| | | |
|------------|---------|---|
| มากที่สุด | หมายถึง | ข้อความนั้นเกิดขึ้นตรงกับสภาพความเป็นจริง หรือความรู้สึกประมาณ 9 – 10 ครั้ง ใน 10 ครั้ง |
| มาก | หมายถึง | ข้อความนั้นเกิดขึ้นตรงกับสภาพความเป็นจริง หรือความรู้สึก ประมาณ 6 – 8 ครั้ง ใน 10 ครั้ง |
| ปานกลาง | หมายถึง | ข้อความนั้นเกิดขึ้นตรงกับสภาพความเป็นจริง หรือความรู้สึก ประมาณ 3 – 5 ครั้ง ใน 10 ครั้ง |
| น้อย | หมายถึง | ข้อความนั้นเกิดขึ้นตรงกับสภาพความเป็นจริง หรือความรู้สึก ประมาณ 1 – 2 ครั้ง ใน 10 ครั้ง |
| น้อยที่สุด | หมายถึง | ข้อความนั้นเกิดขึ้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเลย |

| ตัวอย่างข้อความ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|---|---|---|---|---|
| 0. ฉันรู้สึกว่าชีวิตช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุด (ด้านมีความพึงพอใจในชีวิต) | | | | | |
| 00. ฉันรู้สึกพอใจในงานที่ทำ (ด้านมีความพึงพอใจในงาน) | | | | | |
| 000. ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน (ด้านมีอารมณ์ทางบวก) | | | | | |
| 0000. ฉันรู้สึกเบื่อหน่าย (ด้านมีอารมณ์ทางลบ) | | | | | |

เกณฑ์การตรวจให้คะแนนและการแปลความหมายของคะแนน

เกณฑ์การตรวจให้คะแนนด้านความสุขแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

ข้อความทางลบ มีจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ข้อ 7 8 9 13 16 29 30 31 32 33 34 35 36

และข้อ 37 ให้คะแนนดังนี้

| | |
|------------|------------|
| มากที่สุด | ให้คะแนน 5 |
| มาก | ให้คะแนน 4 |
| ปานกลาง | ให้คะแนน 3 |
| น้อย | ให้คะแนน 2 |
| น้อยที่สุด | ให้คะแนน 1 |

ข้อความทางบวก มีจำนวน 23 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 2 3 4 5 6 10 11 12 14 15 17 18 19 20

21 22 23 24 25 26 27 และ ข้อ 28 ให้คะแนนดังนี้

| | |
|------------|------------|
| มากที่สุด | ให้คะแนน 1 |
| มาก | ให้คะแนน 2 |
| ปานกลาง | ให้คะแนน 3 |
| น้อย | ให้คะแนน 4 |
| น้อยที่สุด | ให้คะแนน 5 |

ค่าเฉลี่ยของภาวะความสุข เกณฑ์ตัดสินค่าเฉลี่ยจากมาตรฐานค่า 5 ระดับ ตามแนวทางของ Best and Kahn (1993, p. 484) ดังนี้

| ค่าเฉลี่ย | ความหมาย |
|-----------|---|
| 4.51-5.00 | มีภาวะความสุขในระดับมากที่สุด/ดีมาก/สูงมาก |
| 3.51-4.50 | มีภาวะความสุขในระดับมาก/ดี/สูง |
| 2.51-3.50 | มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง/พอใช้ |
| 1.51-2.50 | มีภาวะความสุขในระดับน้อย/ต่ำ/ไม่ค่อยดี |
| 1.00-1.50 | มีภาวะความสุขในระดับน้อยที่สุด/ต่ำมาก/ไม่ดี |

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

1.1 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อความกับนิยาม ความชัดเจนของการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการวัด และให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ

คุณภาพในด้านความตรงเชิงเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และดำเนินการปรับปรุงแก้ไข แล้วนำผลการพิจารณา มาคำนวณหาค่า IOC (index of item-objective congruence) เพื่อคัดเลือกข้อความที่มีความตรงเชิงเนื้อหา โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาค่าเฉลี่ยมากกว่า 0.50 ขึ้นไป และปรับแก้ภาษาของ ข้อความตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ สรุปได้ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของข้อความจำแนกตามตัวแปร

| ตัวแปร | จำนวนข้อคำถาม | ค่า IOC |
|-------------|---------------|-------------------------|
| ภาวะความสุข | 38 | อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 |

จากตารางที่ 6 ค่า IOC ด้านเนื้อหาของข้อความจำแนกตามตัวแปร ปรากฏว่า ข้อความในแบบสอบถามภาวะความสุข มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 นอกจากนี้ ข้อความดังกล่าวมีค่า IOC มากกว่า 0.50 แสดงว่าข้อความนั้นวัดได้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ มีการปรับแก้ภาษาเล็กน้อยตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจสอบความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability)

นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเมืองชลบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) โดยพิจารณาคัดเลือกข้อความที่มีค่าดัชนีอำนาจจำแนกมากกว่า .20 ขึ้นไป แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีคุณภาพใช้ได้ และพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่มากกว่า 0.70 จึงถือว่าแบบสอบถามนั้นมีคุณภาพใช้ได้ (สุวิมล ติรกันันท์, 2551, หน้า 181) ด้วยเกณฑ์ประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคใช้หลักแห่งความชัดเจน (rules of thumb) ที่ George and Mallery (2010) เสนอ ดังนี้

| สัมประสิทธิ์แอลฟา (α) | ระดับความเที่ยง |
|--------------------------------|--------------------|
| >.90 | ดีมาก |
| >.80 | ดี |
| >.70 | พอใช้ |
| >.60 | ค่อนข้างพอใช้ |
| >.50 | ค่อนข้างต่ำ |
| ≤.50 | ไม่สามารถยอมรับได้ |

เมื่อพิจารณาคัดเลือกข้อความโดยคัดเลือกข้อความที่มีค่าดัชนีอำนาจจำแนกมากกว่า .20 ขึ้นไป พบว่า แบบสอบถามด้านภาวะความสุข มีข้อความที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ได้แก่ ข้อที่ 19 จึงตัดออกจากแบบสอบถามภาวะความสุข ดังนั้นแบบสอบถามภาวะความสุข เหลือข้อความจำนวน 37 ข้อ ซึ่งเป็น ข้อความเชิงลบจำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 23 ข้อ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (discrimination) ของข้อความโดยจำแนกตามตัวแปร

| ตัวแปร | จำนวนข้อคำถาม | ค่าอำนาจจำแนก | ค่าสัมประสิทธิ์ ความเที่ยง |
|-------------|---------------|---------------|-------------------------------|
| ภาวะความสุข | 37 | .22 - 1.00 | .96 |

หลังจากคัดเลือกข้อความโดยพิจารณาค่าดัชนีอำนาจจำแนก และปรับแก้ภาษาเล็กน้อย ได้แบบสอบถาม 1 ชุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากวิทยาลัย
วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา ถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อ
ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ไปติดต่อกับโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความ
ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน
2. ติดต่อบริษัทประกันกับโรงพยาบาลที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์
วิธีการ และความสำคัญของการทำแบบสอบถาม ตลอดจนขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม และกำหนดนัด วันเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย
ตนเอง
3. จัดเตรียมแบบสอบถามให้พร้อมและเพียงพอกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งตรวจสอบ
ให้อยู่ในสภาพเรียบร้อย
4. ผู้วิจัยชี้แจงกับผู้ปฏิบัติงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความสำคัญ
ของการตอบแบบสอบถาม การให้ความยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง การปกป้องข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง
ตลอดจนวิธีการตอบแบบสอบถาม แล้วจึงให้ผู้ปฏิบัติงานทำแบบสอบถามด้วยตนเอง และส่งคืนผู้วิจัย
ดำเนินการแบบเดียวกันกับทุกโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้

5. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกแห่งแล้ว นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ แล้วจึงทำการตรวจให้คะแนน ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 400 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพื่อให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ตารางไขว้ (crosstab)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ตารางไขว้ (crosstab)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ลักษณะการแจกแจงของตัวแปรโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย โดยใช้โปรแกรม SPSS

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (multivariate analysis of variance: MANOVA) โดยใช้โปรแกรม SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน อารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบ กับสภาพการสูบบุหรี่ (ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้กำลังสูบบุหรี่ ผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก และผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว) และคำนวณขนาดอิทธิพลของความแตกต่าง (effect size) ในรูปของอีตา สแควร์ มีดังนี้ (Tabachnick & Fidell, 2013, p. 55)

.01-.08 หมายถึง มีขนาดอิทธิพลของความแตกต่างน้อย

.09-.24 หมายถึง มีขนาดอิทธิพลของความแตกต่างปานกลาง

.25-1.00 หมายถึง มีขนาดอิทธิพลของความแตกต่างมาก

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบภาวะความสุขกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน

ตอนที่ 4

1. ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย

2. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ

(Multivariate Analysis of Variance: MANOVA)

สัญลักษณ์และความหมายที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

| | | |
|----------|---------|---|
| M | หมายถึง | ค่าเฉลี่ยเลขคณิต |
| n | หมายถึง | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
| SD | หมายถึง | ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
| CV | หมายถึง | ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย |
| F | หมายถึง | ค่าสถิติทดสอบ F |
| Df | หมายถึง | องศาอิสระ |
| SS | หมายถึง | ผลรวมคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานแต่ละตัวยกกำลังสอง (sum of square) |
| MS | หมายถึง | ความแปรปรวน (mean of square) |
| ES | หมายถึง | ขนาดอิทธิพล (effect size) |
| P | หมายถึง | ความน่าจะเป็น |
| η^2 | หมายถึง | ขนาดอิทธิพลอีตา สแควร์ |
| χ^2 | หมายถึง | ค่าสถิติไค-สแควร์ (chi-square) |

ตารางที่ 8 อักษรและความหมายที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

| อักษร | ความหมาย |
|-----------------------|------------------------------------|
| Satif | ความพึงพอใจในชีวิต |
| Work | ความพึงพอใจในงาน |
| Positive | อารมณ์ทางบวก |
| Negative | อารมณ์ทางลบ |
| neversmoked | ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ |
| Smoking | ผู้กำลังสูบบุหรี่ |
| tried to stop smoking | ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก |
| Stopsmoking | ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว |
| Happiness | ภาวะความสุข |

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี จำนวน 400 คน รายละเอียดข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 9

1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะ

| ลักษณะ | จำนวน (n=400) | ร้อยละ |
|---------------------------|------------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 188 | 47.00 |
| หญิง | 212 | 53.00 |
| อายุ | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 31 ปี | 130 | 32.50 |
| 31 - 35 ปี | 47 | 11.75 |
| 36 - 40 ปี | 81 | 20.25 |
| 41 - 45 ปี | 52 | 13.00 |
| มากกว่า 45 ปี | 90 | 22.50 |

| ลักษณะ | จำนวน (n=400) | ร้อยละ |
|-------------------------------|------------------|--------|
| การนับถือศาสนา | | |
| พุทธ | 388 | 97.00 |
| คริสต์ | 10 | 2.50 |
| อิสลาม | 2 | 0.50 |
| ระดับการศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน | | |
| ประถมศึกษา | 37 | 9.25 |
| มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. | 152 | 38.00 |
| ประกาศนียบัตร | 13 | 3.25 |
| ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า | 175 | 43.75 |
| ปริญญาโท หรือสูงกว่า | 23 | 5.75 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 132 | 33.00 |
| หย่า | 12 | 3.00 |
| หม้าย | 5 | 1.25 |
| สมรสและอยู่ด้วยกัน | 230 | 57.50 |
| สมรสและแยกกันอยู่ | 21 | 5.25 |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน | | |
| ต่ำกว่า 10,000 บาท | 96 | 24.00 |
| 10,000 – 15,000 บาท | 132 | 33.00 |
| 15,001 – 20,000 บาท | 49 | 12.25 |
| 20,001 - 25,000 บาท | 23 | 5.75 |
| 25,001 - 30,000 บาท | 37 | 9.25 |
| 30,001 - 50,000 บาท | 52 | 13.00 |
| มากกว่า 50,000 บาท | 11 | 2.75 |
| รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย | | |
| พอใช้และเหลือเก็บ | 116 | 29.00 |
| พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ | 165 | 41.25 |
| ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน | 37 | 9.25 |
| ไม่พอใช้และมีหนี้สิน | 82 | 20.50 |

| ลักษณะ | จำนวน (n=400) | ร้อยละ |
|--|------------------|--------|
| ปัจจุบันสุขภาพแข็งแรง | | |
| ดี | 194 | 48.50 |
| ปานกลาง | 191 | 47.75 |
| ไม่ดี | 15 | 3.75 |
| ปัญหาด้านสุขภาพกาย | | |
| มีมาก | 14 | 3.50 |
| มีปานกลาง | 144 | 36.00 |
| มีน้อย | 141 | 35.25 |
| ไม่มี | 101 | 25.25 |
| ปัญหาด้านสุขภาพจิต | | |
| มีมาก | 11 | 2.75 |
| มีปานกลาง | 44 | 11.00 |
| มีน้อย | 114 | 28.50 |
| ไม่มี | 231 | 57.75 |
| โรคประจำตัวเรื้อรัง หรือภาวะเรื้อรัง | | |
| มี | 99 | 24.75 |
| ไม่มี | 301 | 75.25 |
| โรคประจำตัวที่เป็นโรคประจำตัวเรื้อรังที่มี | | |
| | (n=99) | |
| มะเร็ง | 2 | 2.02 |
| หัวใจและหลอดเลือด | 14 | 14.14 |
| ระบบทางเดินหายใจ | 13 | 13.13 |
| ระบบทางเดินอาหาร | 14 | 14.14 |
| เหงือกและฟัน | 15 | 15.15 |
| ระบบสืบพันธุ์ | 2 | 2.02 |
| ระบบผิวหนัง | 9 | 9.09 |
| อื่น ๆ | 30 | 30.31 |

| ลักษณะ | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------|---------|--------|
| สถานภาพการสูบบุหรี่ | (n=400) | |
| ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ | 276 | 69.00 |
| ผู้กำลังสูบบุหรี่ | 71 | 17.75 |
| ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก | 22 | 5.50 |
| ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 31 | 7.75 |

จากตารางที่ 9 จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิงจำนวน 212 คน (ร้อยละ 53.00) เพศชายจำนวน 188 คน (ร้อยละ 47.00)

จำแนกกลุ่มตัวอย่าง ตามช่วงอายุ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 31 ปี มากที่สุด จำนวน 130 คน (ร้อยละ 32.50) รองลงไปช่วงอายุมากกว่า 45 ปี จำนวน 90 คน (ร้อยละ 22.50) ช่วงอายุมากกว่า 35-40 ปี จำนวน 81 คน (ร้อยละ 20.25) ช่วงอายุมากกว่า 40 - 45 ปี จำนวน 52 คน (ร้อยละ 13.00) และช่วงอายุมากกว่า 31 - 35 ปี จำนวน 47 คน (ร้อยละ 11.75) ตามลำดับ

จำแนกกลุ่มตัวอย่าง ตามการนับถือศาสนา กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด จำนวน 388 คน (ร้อยละ 97.00) รองลงไปศาสนาคริสต์ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 2.50) และศาสนาอิสลาม จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.50)

จำแนกกลุ่มตัวอย่าง ตามระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามีมากที่สุดจำนวน 175 คน (ร้อยละ 43.75) รองลงไประดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. จำนวน 152 คน (ร้อยละ 38.0) ประถมศึกษาจำนวน 37 คน (ร้อยละ 9.25) ระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า จำนวน 23 คน ร้อยละ 5.75) และ ระดับการศึกษาประกาศนียบัตร จำนวน 13 คน (ร้อยละ 3.25) ตามลำดับ

จำแนกกลุ่มตัวอย่าง ตามสถานภาพสมรส สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน มีมากที่สุดจำนวน 230 คน (ร้อยละ 57.50) รองลงไป สถานภาพโสด จำนวน 132 คน (ร้อยละ 33.00) สถานภาพสมรสและแยกกันอยู่ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 5.25) สถานภาพหย่าร้าง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 3.00) และสถานภาพหม้ายจำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.25) ตามลำดับ

จำแนกกลุ่มตัวอย่าง ตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้ 10,000-15,000 บาท มีมากที่สุดจำนวน 132 คน (ร้อยละ 33.00) รองลงไป รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 96 คน (ร้อยละ 24.00) รายได้ 30,001- 50,000 บาท จำนวน 52 คน (ร้อยละ 13.00) รายได้ 15,001- 20,000 บาท จำนวน 49 คน (ร้อยละ 12.25) รายได้ 25,001- 30,000 บาท จำนวน 37 คน (ร้อยละ 9.25) รายได้ 20,001- 25,000 บาท จำนวน 23 คน (ร้อยละ 5.75) และรายได้มากกว่า 50,000 บาท จำนวน 11 คน (ร้อยละ 2.75) ตามลำดับ

จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับรายได้ กับความเพียงพอของค่าใช้จ่าย มากที่สุด คือ พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 165 คน (ร้อยละ 41.25) รองลงไป พอใช้และเหลือเก็บ จำนวน 116 คน (ร้อยละ 29.00) ไม่พอใช้และมีหนี้สิน จำนวน 82 คน (ร้อยละ 20.50) และไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน จำนวน 37 คน (ร้อยละ 9.25) ตามลำดับ

จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามภาวะสุขภาพ สุขภาพแข็งแรงดี มีมากที่สุด จำนวน 194 คน (ร้อยละ 48.50) รองลงไป สุขภาพแข็งแรงปานกลาง จำนวน 191 คน (ร้อยละ 47.75) และสุขภาพไม่ดี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 3.75) ตามลำดับ

จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ส่วนใหญ่มีปัญหาปานกลาง จำนวน 144 คน (ร้อยละ 36.00) รองลงไป ปัญหาเล็กน้อย 141 คน (ร้อยละ 35.25) และไม่มีปัญหาด้านสุขภาพกาย จำนวน 101 คน (ร้อยละ 25.25) และมีมากจำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.50)

จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 231 คน (ร้อยละ 57.75) รองลงไปมีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อย จำนวน 114 คน (ร้อยละ 28.50) มีปัญหาสุขภาพจิตปานกลาง 44 คน (ร้อยละ 11.00) และมีปัญหาสุขภาพจิตมาก จำนวน 11 คน (ร้อยละ 2.75) ตามลำดับ

จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามปัญหาด้านโรคประจำตัวเรื้อรัง หรือภาวะเรื้อรัง ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านโรคประจำตัวเรื้อรัง หรือภาวะเรื้อรัง จำนวน 301 คน (ร้อยละ 75.25) และมีโรคประจำตัวเรื้อรังหรือภาวะเรื้อรัง จำนวน 99 คน (ร้อยละ 24.75) ในจำนวนนี้มีปัญหาเหงือกและฟัน จำนวน 15 คน (ร้อยละ 15.15) โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 14 คน (ร้อยละ 14.14) โรคระบบทางเดินอาหาร จำนวน 14 คน (ร้อยละ 14.14) โรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 13.13) ระบบผิวหนัง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 9.09) ระบบสืบพันธุ์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.02) โรคมะเร็ง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.02) และอื่น ๆ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 30.31)

จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามสถานภาพการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 276 คน (ร้อยละ 69.00) รองลงไปเป็น ผู้กำลังสูบบุหรี่ จำนวน 71 คน (ร้อยละ 17.75) ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว จำนวน 31 คน (ร้อยละ 7.75) และผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก จำนวน 22 คน (ร้อยละ 5.50) ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างเพศกับสถานภาพการสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| สถานภาพ เพศ | ผู้ไม่เคยสูบ บุหรี่ | ผู้กำลังสูบ บุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่ แต่กำลัง พยายามเลิก | ผู้เลิกสูบ บุหรี่ ได้แล้ว | n | Df | χ^2 | p |
|----------------|------------------------|-----------------------|---|---------------------------------|-----|----|----------|-----|
| ชาย | 69(36.70) | 67(35.64) | 21(11.17) | 31(16.49) | 188 | 3 | 173.27* | .00 |
| หญิง | 207(97.64) | 4 (1.89) | 1 (0.47) | 0 | 212 | | | |
| รวม | 276(69.00) | 71(17.80) | 22 (5.50) | 31 (7.80) | 400 | | | |

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.64) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 35.64) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 11.17) กลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 16.49) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างสถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่ามีความแตกต่างกับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 173.27$, $df = 3$, $p = .00$)

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างอายุกับสถานภาพการสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| สถานภาพ อายุ | ผู้ไม่เคยสูบ บุหรี่ | ผู้กำลังสูบ บุหรี่ | ผู้กำลังสูบ บุหรี่แต่ กำลัง พยายามเลิก | ผู้เลิกสูบบุหรี่ ได้แล้ว | n | df | χ^2 | p |
|-----------------|------------------------|-----------------------|---|-----------------------------|-----|----|----------|-----|
| ≤ 31 | 93(71.54) | 20(15.39) | 7 (5.38) | 10 (7.69) | 130 | 12 | 22.00* | .04 |
| 31-35 ปี | 35(74.47) | 6(12.77) | 3 (6.38) | 3 (6.38) | 47 | | | |
| 36-40 ปี | 45(55.56) | 24(29.63) | 9 (11.11) | 3 (3.70) | 81 | | | |
| 41-45 ปี | 37(71.15) | 8(15.39) | 1 (1.92) | 6 (11.54) | 52 | | | |
| > 45 ปี | 66(73.30) | 13(14.45) | 2 (2.22) | 9 (10.00) | 90 | | | |
| รวม | 276(69.00) | 71(17.80) | 22 (5.50) | 31 (7.80) | 400 | | | |

จากตารางที่ 11 โดยในทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ กลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 36-40 ปี (ร้อยละ 29.63) กลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 36-40 ปี (ร้อยละ 11.11) กลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 31 ปี (ร้อยละ 7.69) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างสถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่ามีความแตกต่างกับอายุอย่างมีทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 22.00, df = 12, p = .04$)

ตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างศาสนากับสถานภาพการสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| สถานภาพ ศาสนา | ผู้ไม่เคยสูบ บุหรี่ | ผู้กำลังสูบ บุหรี่ | ผู้กำลังสูบ บุหรี่แต่กำลัง พยายามเลิก | ผู้เลิกสูบบุหรี่ ได้แล้ว | n | df | χ^2 | p |
|------------------|------------------------|-----------------------|---|-----------------------------|-----|----|----------|-----|
| พุทธ | 265(68.30) | 70(18.04) | 22(5.67) | 31(7.99) | 388 | 6 | 3.30 | .77 |
| คริสต์ | 9(90.00) | 1(10.00) | 0 | 0 | 10 | | | |
| อิสลาม | 2(100) | 0 | 0 | 0 | 2 | | | |
| รวม | 276(69.00) | 71(17.80) | 22(5.50) | 31(7.80) | | | | |

จากตารางที่ 12 ปรากฏว่าผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่ทั้ง 4 กลุ่ม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 68.30) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 18.04) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 5.67) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 7.99) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างสถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกับศาสนา ($\chi^2 = 3.30, df = 6, p = .77$)

ตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างการศึกษาระดับสูงสุดกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| สถานภาพ การศึกษา | ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก | ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | n | df | χ^2 | p |
|------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------|-----|----|----------|-----|
| | | | | | | | | |
| ประถมศึกษา | 12(32.43) | 16(43.24) | 4(10.81) | 5 (13.52) | 37 | 12 | 76.11 | .00 |
| มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. | 81(53.29) | 40(26.32) | 14(9.21) | 17(11.18) | 152 | | | |
| ประกาศนียบัตร | 11(84.62) | 0 | 1(7.69) | 1 (7.69) | 13 | | | |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 150(85.71) | 15 (8.57) | 3(1.71) | 7 (4.0) | 175 | | | |
| ปริญญาโทหรือสูงกว่า | 22(95.65) | 0 | 0 | 1 (4.35) | 23 | | | |
| รวม | 276(69.00) | 71(17.80) | 22(5.50) | 31 (7.80) | 400 | | | |

จากตารางที่ 13 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (85.71) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 26.32) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 9.21) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 11.18) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง สถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่ามีความแตกต่างกับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 76.11$, $df = 12$, $p = .00$)

ตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างสถานภาพสมรสกับสถานภาพการสูบบุหรี่ ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| สถานภาพ สมรส | ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก | ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | n | df | χ^2 | P |
|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------|-----|----|----------|-----|
| โสด | 103(78.03) | 13(9.85) | 11(8.33) | 5(3.79) | 132 | 12 | 25.43 | .01 |
| หย่า | 9(75.00) | 2(16.67) | 0 | 1(8.33) | 12 | | | |
| หม้าย | 2(40.00) | 2(40.00) | 0 | 1(20.0) | 5 | | | |
| สมรสและอยู่ด้วยกัน | 152(66.09) | 46(20.00) | 9(3.91) | 23(10.0) | 230 | | | |
| สมรสและแยกกันอยู่ | 10(47.62) | 8(38.10) | 2(9.52) | 1(4.76) | 21 | | | |
| รวม | 276(69.00) | 71(17.80) | 22(5.50) | 31(7.80) | 400 | | | |

จากตารางที่ 14 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 66.09) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 20.00) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 8.33) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 10.00) เมื่อพิจารณา ค่าความแตกต่างระหว่าง สถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่ามีความแตกต่างกับ สถานภาพการสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 25.43$, $df = 12$, $p = .01$)

ตารางที่ 15 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับสถานภาพการสูบบุหรี่ ของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| สถานภาพ รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน | ผู้ไม่เคยสูบ | ผู้กำลังสูบ | ผู้กำลังสูบ | ผู้เลิกสูบ | n | df | χ^2 | p |
|-------------------------------------|--------------|-------------|---------------------------------|------------------|-----|----|----------|-----|
| | บุหรี | บุหรี | บุหรีแต่ กำลัง พยายามเลิก | บุหรี ได้แล้ว | | | | |
| ต่ำกว่า 10,000 บาท | 46(47.91) | 35(36.46) | 5(5.21) | 10(10.42) | 96 | 18 | 61.54 | .00 |
| 10,000-15,000 บาท | 86(65.15) | 22(16.67) | 12(9.09) | 12(9.09) | 132 | | | |
| 15,001-20,000 บาท | 35(71.43) | 9(18.37) | 3(6.12) | 2(4.08) | 49 | | | |
| 20,001-25,000 บาท | 18(78.26) | 1(4.34) | 2(8.70) | 2(8.70) | 23 | | | |
| 25,000-30,000 บาท | 33(89.19) | 3(8.11) | 0 | 1(2.70) | 37 | | | |
| 30,001-50,000 บาท | 49(94.23) | 1(1.92) | 0 | 2(3.85) | 52 | | | |
| 50,000 บาทขึ้นไป | 9 | 0 | 0 | 2(18.18) | 11 | | | |
| รวม | 276(69.00) | 71(17.80) | 22(5.50) | 31(7.80) | 400 | | | |

จากตารางที่ 15 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 - 15,000 บาท (ร้อยละ 65.15) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 36.46) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000- 15,000 บาท (ร้อยละ 9.09) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 - 15,000 บาท (ร้อยละ 9.09) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง สถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่ามีความแตกต่างกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 61.54, df = 18, p = .00$)

ตารางที่ 16 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายกับสถานภาพการสูบบุหรี่
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| สถานภาพ เพียงพอรายได้ | ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก | ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | n | df | χ^2 | p |
|--------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------|-----|----|----------|-----|
| พอใช้และเหลือเก็บ | 94(81.04) | 15(12.93) | 1(.86) | 6(5.17) | 116 | 9 | 17.25 | .04 |
| พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ | 106(64.24) | 35(21.21) | 11(6.67) | 13(7.88) | 165 | | | |
| ไม่พอใช้ไม่มีหนี้สิน | 23(62.26) | 8(21.62) | 4(10.81) | 2(5.41) | 37 | | | |
| ไม่พอใช้และมีหนี้สิน | 53(64.63) | 13(15.85) | 6(7.32) | 10(12.20) | 82 | | | |
| รวม | 276(69.00) | 71(17.80) | 22(5.50) | 31(7.80) | 400 | | | |

จากตารางที่ 16 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 64.24) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่รายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 21.21) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 6.67) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 7.88) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง สถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่ามีความแตกต่างกับความเพียงพอของรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 17.25, df = 9, p = .04$)

ตารางที่ 17 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างภาวะสุขภาพในปัจจุบันกับสถานภาพการสูบบุหรี่
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| สถานภาพ ภาวะสุขภาพ | ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก | ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | n | df | χ^2 | p |
|-----------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------|-----|----|----------|-----|
| สุขภาพแข็งแรงดี | 127(65.46) | 42(21.65) | 11(5.67) | 31(7.80) | 194 | 6 | 5.94 | .43 |
| สุขภาพปานกลาง | 136(71.20) | 28(14.66) | 11(5.76) | 14(7.22) | 191 | | | |
| สุขภาพไม่ดี | 13(86.66) | 1(6.67) | 0 | 16(8.38) | 15 | | | |
| รวม | 276(69.00) | 71(17.80) | 22(5.50) | 31(6.67) | 400 | | | |

จากตารางที่ 17 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ภาวะสุขภาพ ปานกลาง (ร้อยละ 71.20) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 21.65) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่สุขภาพปานกลาง (ร้อยละ 5.76) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 7.80) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง สถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกับภาวะสุขภาพ ($\chi^2 = 5.94, df = 6, p = .43$)

ตารางที่ 18 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัญหาด้านสุขภาพกายในปัจจุบันกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

| สถานภาพ ปัญหา สุขภาพกาย | ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก | ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | n | df | χ^2 | p |
|-------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------|-----|----|----------|-----|
| มีมาก | 13(92.86) | 0(0) | 0(0) | 1(7.14) | 14 | 9 | 21.26 | .01 |
| มีปานกลาง | 94(65.28) | 23(15.97) | 9(6.25) | 18(12.50) | 144 | | | |
| มีน้อย | 108(76.60) | 21(14.89) | 8(5.67) | 4(2.84) | 141 | | | |
| ไม่มี | 61(60.40) | 27(26.73) | 5(4.95) | 8(7.92) | 101 | | | |
| รวม | 276(69.00) | 71(17.80) | 22(5.50) | 31(6.67) | 400 | | | |

จากตารางที่ 18 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพกายน้อย (ร้อยละ 76.60) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพกาย (ร้อยละ 26.73) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพกายปานกลาง (ร้อยละ 6.25) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพกายปานกลาง (ร้อยละ 12.50) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง สถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่ามีความแตกต่างกับปัญหาด้านสุขภาพกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 21.26, df = 9, p = .01$)

ตารางที่ 19 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัญหาด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันกับสถานภาพการสูบบุหรี่
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

| สถานภาพ สุขภาพจิต | ผู้ไม่เคยสูบ บุหรี่ | ผู้กำลังสูบ บุหรี่ | ผู้กำลังสูบ บุหรี่แต่ กำลัง พยายามเลิก | ผู้เลิกสูบ บุหรี่ ได้แล้ว | n | df | χ^2 | p |
|----------------------|------------------------|-----------------------|---|---------------------------------|-----|----|----------|-----|
| มีมาก | 10(90.91) | 1(9.09) | 0 (0) | 0(0) | 11 | 9 | 11.84 | .22 |
| มีปานกลาง | 30(68.18) | 6(13.64) | 4(9.09) | 4(9.09) | 44 | | | |
| มีน้อย | 84(73.68) | 13(11.40) | 5(4.39) | 12(10.53) | 114 | | | |
| ไม่มี | 152(65.80) | 51(22.08) | 13(5.63) | 15(6.49) | 231 | | | |
| รวม | 276(69.00) | 71(17.80) | 22(5.50) | 31(6.67) | 400 | | | |

จากตารางที่ 19 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 65.80) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 22.08) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 5.60) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 6.63) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง สถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกับปัญหาด้านสุขภาพจิต ($\chi^2 = 11.84, df = 9, p = .22$)

ตารางที่ 20 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง กับสถานภาพการสูบบุหรี่
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| โรคเรื้อรัง | ผู้ไม่เคยสูบ บุหรี่ | ผู้กำลังสูบ บุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่ แต่กำลัง พยายามเลิก | ผู้เลิกสูบ บุหรี่ ได้แล้ว | n | df | χ^2 | p |
|-------------|------------------------|-----------------------|---|---------------------------------|-----|----|----------|-----|
| ไม่มี | 203(67.22) | 60(19.87) | 19(6.29) | 20(6.62) | 302 | 3 | 7.10 | .07 |
| มี | 73(74.49) | 11(11.23) | 3(3.06) | 11(11.22) | 98 | | | |
| รวม | 276(69.00) | 71(17.80) | 22(5.50) | 31(6.67) | 400 | | | |

จากตารางที่ 20 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 67.22) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 19.87) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 6.29) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 6.62) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง สถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกับโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ($\chi^2 = 7.10, df = 3, p = .07$)

ตารางที่ 21 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างโรคเรื้อรัง กับสถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| สถานภาพ โรคเรื้อรัง | ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่ | ผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก | ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | n | df | χ^2 | p |
|------------------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------|----|----|----------|-----|
| มะเร็ง | 2(100) | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 2 | 21 | 19.33 | .56 |
| หัวใจและหลอดเลือด | 10(71.43) | 1(7.14) | 0(0) | 3(21.43) | 14 | | | |
| ระบบทางเดินหายใจ | 9(69.23) | 1(7.69) | 0(0) | 3(23.08) | 13 | | | |
| ระบบทางเดินอาหาร | 12(85.72) | 1(7.14) | 0(0) | 1(7.14) | 14 | | | |
| เหงือกและฟัน | 9(60.00) | 3(20.00) | 2(13.33) | 1(6.67) | 15 | | | |
| ระบบสืบพันธุ์ | 1(50.00) | 0(0) | 0(0) | 1(50.0) | 2 | | | |
| ระบบผิวหนัง | 8(88.89) | 0(0) | 1(11.11) | 0(0) | 9 | | | |
| อื่น ๆ | 22(73.33) | 5(16.67) | 1(3.33) | 2(6.67) | 30 | | | |
| รวม | 73(73.0) | 11(11.1) | 11(11.1) | 4(4.0) | 99 | | | |

จากตารางที่ 21 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ (ร้อยละ 73.33) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่โรคประจำตัว โรคเรื้อรัง อื่น ๆ (ร้อยละ 16.67) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังโรคเหงือกและฟัน (ร้อยละ 13.33) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่ โรคประจำตัว โรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 23.08) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 21.43) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างสถานภาพการสูบบุหรี่ของทั้ง 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกับโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ($\chi^2 = 19.33, df = 21, p = .56$)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน

ตารางที่ 22 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างเพศกับภาวะความสุข ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ระดับ เพศ | ภาวะความสุข | | | | | n | df | χ^2 | p |
|--------------|-------------|----------|------------|---------|------------|-----|----|----------|-----|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | | | | |
| ชาย | 0 | 12(6.30) | 174(92.56) | 2(1.07) | 0 | 188 | 2 | 2.50 | .29 |
| หญิง | 0 | 7(3.31) | 201(94.82) | 4(1.89) | 0 | 212 | | | |
| รวม | 0 | 19(4.75) | 375(93.75) | 6(1.50) | 0 | 400 | | | |

จากตารางที่ 22 แสดงให้เห็นว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีภาวะความสุขในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 92.56, 94.82) รองลงมามีความสุขระดับมาก (ร้อยละ 6.30, 3.31) และมีความสุขระดับน้อย (ร้อยละ 1.07, 1.89) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างเพศกับภาวะความสุข ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศกับภาวะความสุข ($\chi^2 = 2.50$, $df = 2$, $p = .29$)

ตารางที่ 23 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างอายุกับภาวะความสุข ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ระดับ อายุ | ภาวะความสุข | | | | | n | Df | χ^2 | p |
|---------------|-------------|----------|------------|---------|------------|-----|----|----------|-----|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | | | | |
| < 31 | 0 | 5(3.85) | 123(94.61) | 2(1.54) | 0 | 130 | 8 | 3.60 | .89 |
| 31-35 ปี | 0 | 3(6.38) | 43(91.49) | 1(2.13) | 0 | 47 | | | |
| 36-40 ปี | 0 | 2(2.47) | 78(96.30) | 1(1.23) | 0 | 81 | | | |
| 41-45 ปี | 0 | 3(5.77) | 49(94.23) | 0 | 0 | 52 | | | |
| > 45 ปี | 0 | 6(6.67) | 82(91.11) | 2(2.22) | 0 | 90 | | | |
| รวม | 0 | 19(4.75) | 375(93.75) | 6(1.50) | 0 | 400 | | | |

จากตารางที่ 23 โดยในทุกกลุ่มอายุ มีภาวะความสุขในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 91.11 - 94.61) รองลงมาคือภาวะความสุขในระดับมาก (ร้อยละ 2.47-6.67) และภาวะความสุขในระดับน้อย ตามลำดับ (1.23 - 2.22) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างอายุกับภาวะความสุข ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 3.60, df = 8, p = .89$)

ตารางที่ 24 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างศาสนากับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ระดับ ศาสนา | ภาวะความสุข | | | | | n | df | χ^2 | p |
|----------------|-------------|----------|------------|---------|----------------|-----|----|----------|-----|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อย ที่สุด | | | | |
| พุทธ | 0 | 19(4.90) | 363(93.56) | 6(1.54) | 0 | 388 | 4 | .83 | .94 |
| คริสต์ | 0 | 0 | 10(100) | 0 | 0 | 10 | | | |
| อิสลาม | 0 | 0 | 2(100) | 0 | 0 | 2 | | | |
| รวม | 0 | 19(4.75) | 375(93.75) | 6(1.50) | 0 | 400 | | | |

จากตารางที่ 24 ปรากฏว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.56) รองลงมาคือภาวะความสุขในระดับมาก (ร้อยละ 4.90) และมีภาวะความสุขในระดับน้อย (ร้อยละ 1.54) ตามลำดับ ส่วนผู้นับถือศาสนาคริสต์ ส่วนใหญ่มีภาวะความสุข ระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) และผู้นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่มีภาวะความสุข ระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างศาสนากับภาวะความสุข ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = .83, df = 4, p = .94$)

ตารางที่ 25 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่ากับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ระดับการศึกษา | ระดับมากที่สุด | ภาวะความสุข | | | | n | df | χ^2 | p |
|------------------------|----------------|-------------|------------|---------|------------|-----|----|----------|-----|
| | | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | | | | |
| ประถมศึกษา | 0 | 3(8.11) | 34(91.89) | 0 | 0 | 37 | 8 | 18.46 | .02 |
| มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. | 0 | 8(5.26) | 139(91.45) | 5(3.29) | 0 | 152 | | | |
| ประกาศนียบัตร | 0 | 3(23.08) | 10(76.92) | 0 | 0 | 13 | | | |
| ปริญญาตรี/เทียบเท่า | 0 | 4(2.29) | 170(97.14) | 1(0.57) | 0 | 175 | | | |
| ปริญญาโทหรือสูงกว่า | 0 | 1(4.35) | 22(95.65) | 0 | 0 | 23 | | | |
| รวม | 0 | 19(4.75) | 375(93.75) | 6(1.5) | 0 | 400 | | | |

จากตารางที่ 25 ปรากฏว่า ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.89) รองลงมาคือภาวะความสุข ระดับมาก (ร้อยละ 8.11) ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.45) รองลงมาคือภาวะความสุข ระดับมาก (ร้อยละ 5.26) และมีภาวะความสุขระดับน้อย (ร้อยละ 3.29) ตามลำดับ ผู้ที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตร ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.92) รองลงมาคือภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 23.08) ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 97.14) รองลงมาคือภาวะความสุข ระดับมาก (ร้อยละ 2.29) และมีภาวะความสุขระดับน้อย (ร้อยละ 0.57) ตามลำดับ ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.65) รองลงมาคือภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 4.35)

เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง ระดับการศึกษาสูงสุดกับภาวะความสุข ผลปรากฏว่า มีความแตกต่างกับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 18.46$, $df = 8$, $p = .02$)

ตารางที่ 26 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะความสุข ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ระดับ สถานภาพสมรส | ภาวะความสุข | | | | n | df | χ^2 | p |
|----------------------|-------------|----------|-------------|---------|-----|----|----------|-----|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | | | | |
| โสด | 0 | 8(6.06) | 122 (92.42) | 2(1.52) | 132 | 8 | 6.55 | .59 |
| หย่า | 0 | 1(8.33) | 11(91.67) | 0 | 12 | | | |
| หม้าย | 0 | 1(20.00) | 4 (80.00) | 0 | 5 | | | |
| สมรสและอยู่ด้วยกัน | 0 | 9(3.91) | 218 (94.78) | 3(1.31) | 230 | | | |
| สมรสและแยกกันอยู่ | 0 | 0 | 20 (95.24) | 1(4.76) | 21 | | | |
| รวม | 0 | 19(4.75) | 375 (93.75) | 6(1.5) | 400 | | | |

จากตารางที่ 26 ปรากฏว่า ผู้ที่มีสถานภาพการสมรสโสด มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.42) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 6.06) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.52) ตามลำดับ สถานภาพการสมรส หย่า มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.67) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 8.33) สถานภาพการสมรส หม้าย มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.00) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 20.00) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.78) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 3.91) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.31) ตามลำดับ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสและแยกกันอยู่ มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.24) รองลงมามีภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 4.76) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง สถานภาพการสมรสกับภาวะความสุข ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 6.55, df = 8, p = .59$)

ตารางที่ 27 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ข้อมูล รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน | ภาวะความสุข | | | | | n | df | χ^2 | p |
|------------------------------------|-------------|----------|------------|---------|------------|-----|----|----------|-----|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | | | | |
| ต่ำกว่า 10,000 บาท | 0 | 5(5.21) | 88(91.67) | 3(3.12) | 0 | 96 | 12 | 11.75 | .47 |
| 10,000-15,000 บาท | 0 | 8(6.06) | 122(92.42) | 2(1.52) | 0 | 132 | | | |
| 15,001-20,000 บาท | 0 | 2(4.08) | 47(95.92) | 0 | 0 | 49 | | | |
| 20,001-25,000 บาท | 0 | 0 | 23(100) | 0 | 0 | 23 | | | |
| 25,001-30,000 บาท | 0 | 0 | 37(100) | 0 | 0 | 37 | | | |
| 30,001-50,000 บาท | 0 | 2(3.85) | 49(94.23) | 1(1.92) | 0 | 52 | | | |
| 50,000 บาทขึ้นไป | 0 | 2(18.18) | 9(81.82) | 0 | 0 | 11 | | | |
| รวม | 0 | 19(4.75) | 375(93.75) | 6(1.5) | 0 | 400 | | | |

จากตารางที่ 27 ปรากฏว่า ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.67) รองลงมา มีภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 5.21) และภาวะความสุขในระดับน้อย (ร้อยละ 3.12) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000- 15,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.42) รองลงมา มีภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 6.06) และภาวะความสุขในระดับน้อย (ร้อยละ 1.52) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001- 20,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.92) รองลงมา มีภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 4.08) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001 - 25,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,001 - 30,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001 - 50,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.23) รองลงมา มีภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 3.85) และภาวะความสุขในระดับน้อย (ร้อยละ 1.92) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 50,000 บาทขึ้นไป ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 81.82) รองลงมา มีภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 18.18) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับภาวะความสุข ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 11.75, df = 12, p = .47$)

ตารางที่ 28 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ระดับ รายได้ เพียงพอ | ภาวะความสุข | | | | | n | df | χ^2 | p |
|----------------------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|-----|----|----------|-----|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | | | | |
| พอใช้และเหลือเก็บ | 0 | 6 (5.17) | 109 (93.97) | 1 (0.86) | 0 | 116 | 6 | 1.64 | .95 |
| พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ | 0 | 8 (4.85) | 155 (93.94) | 2 (1.21) | 0 | 165 | | | |
| ไม่พอใช้ไม่มีหนี้สิน | 0 | 1 (2.70) | 35 (94.59) | 1 (2.70) | 0 | 37 | | | |
| ไม่พอใช้และมีหนี้สิน | 0 | 4 (4.88) | 76 (92.68) | 2 (2.44) | 0 | 82 | | | |
| รวม | 0 | 116 (2.9) | 375 (93.75) | 6 (1.50) | 0 | 400 | | | |

จากตารางที่ 28 ปรากฏว่า ผู้ที่มีรายได้พอใช้และเหลือเก็บ ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.97) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 5.17) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 0.86) ในกลุ่มผู้ที่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.94) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.85) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.21) กลุ่มที่รายได้ไม่พอใช้และไม่มีหนี้สิน ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.59) รองลงมามีภาวะความสุขมากและภาวะความสุขน้อย เท่ากัน (ร้อยละ 2.70) ในกลุ่มผู้ที่มีรายได้ไม่พอใช้และมีหนี้สิน ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.68) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.88) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.50) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างรายได้เพียงพอเพียงกับภาวะความสุข ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 1.64$, $df = 6$, $p = .95$)

ตารางที่ 29 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างภาวะสุขภาพในปัจจุบันกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ระดับ ภาวะสุขภาพ | ภาวะความสุข | | | | | n | df | χ^2 | P |
|---------------------|-------------|-----------|-------------|----------|----------------|-----|----|----------|-----|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อย ที่สุด | | | | |
| สุขภาพแข็งแรงดี | 0 | 7 (3.61) | 186 (95.88) | 1 (0.51) | 0 | 194 | 4 | 5.56 | .24 |
| สุขภาพปานกลาง | 0 | 12 (6.28) | 174 (91.10) | 5 (2.62) | 0 | 191 | | | |
| สุขภาพไม่ดี | 0 | 0 | 15 (100) | 0 | 0 | 15 | | | |
| รวม | 0 | 19 (4.75) | 375 (93.75) | 6 (1.5) | 0 | 400 | | | |

จากตารางที่ 29 ปรากฏว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดี ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.88) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 3.61) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 0.51) ตามลำดับ ผู้ที่มีสุขภาพปานกลาง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.10) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 6.28) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 2.62) ตามลำดับ และผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.75) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.75) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.50) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง ภาวะสุขภาพในปัจจุบันกับภาวะความสุข ผลปรากฏว่าไม่มี ความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 5.56, df = 4, p = .24$)

ตารางที่ 30 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัญหาด้านสุขภาพกายในปัจจุบันกับภาวะความสุขของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ระดับ ปัญหา สุขภาพกาย | ภาวะความสุข | | | | | n | df | χ^2 | p |
|-----------------------------|-------------|-----------|-------------|----------|----------------|-----|----|----------|-----|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อย ที่สุด | | | | |
| มีมาก | 0 | 0 | 14 (100) | 0 | 0 | 14 | 6 | 3.83 | .70 |
| มีปานกลาง | 0 | 10 (6.95) | 131 (90.97) | 3 (2.08) | 0 | 144 | | | |
| มีน้อย | 0 | 6 (4.25) | 133 (94.33) | 2 (1.42) | 0 | 141 | | | |
| ไม่มี | 0 | 3 (2.97) | 97 (96.04) | 1 (0.99) | 0 | 101 | | | |
| รวม | 0 | 19 (4.75) | 375 (93.75) | 6 (1.5) | 0 | 400 | | | |

จากตารางที่ 30 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกายมาก ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกายปานกลาง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 90.97) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 6.95) ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกายน้อย ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.33) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.25) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.42) ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพกาย ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 96.04) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 2.97) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 0.99) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างปัญหาด้านสุขภาพกายในปัจจุบันกับภาวะความสุข ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 3.83, df = 6, p = .70$)

ตารางที่ 31 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างปัญหาด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ระดับ ปัญหา สุขภาพจิต | ภาวะความสุข | | | | | n | df | χ^2 | p |
|-----------------------------|---------------|-----------|-------------|----------|----------------|-----|----|----------|-----|
| | มาก ที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อย ที่สุด | | | | |
| มีมาก | 0 | 0 | 11 (100) | 0 | 0 | 11 | 6 | 2.08 | .91 |
| มีปานกลาง | 0 | 3 (6.82) | 41 (93.18) | 0 | 0 | 44 | | | |
| มีน้อย | 0 | 6 (5.26) | 106 (92.98) | 2 (1.76) | 0 | 114 | | | |
| ไม่มี | 0 | 10 (4.33) | 217 (93.94) | 4 (1.73) | 0 | 231 | | | |
| รวม | 0 | 19 (4.75) | 375 (93.75) | 6 (1.50) | 0 | 400 | | | |

จากตารางที่ 31 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาก ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตปานกลาง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.18) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 6.82) ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตน้อย ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.98) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 5.26) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.76) ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ที่ไม่ปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.94) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.33) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.73) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างปัญหาด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันกับภาวะความสุข ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 2.08, df = 6, p = .91$)

ตารางที่ 32 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังกับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| ระดับ โรคเรื้อรัง | ภาวะความสุข | | | | | n | df | χ^2 | p |
|----------------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|-----|----|----------|-----|
| | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด | | | | |
| ไม่มี | 0 | 14 (4.64) | 285 (94.37) | 3 (0.99) | 0 | 302 | 2 | 2.19 | .33 |
| มี | 0 | 5 (5.10) | 90 (91.84) | 3 (3.06) | 0 | 98 | | | |
| รวม | 0 | 19 (4.75) | 375 (93.75) | 6 (1.5) | 0 | 400 | | | |

จากตารางที่ 32 ปรากฏว่า ในกลุ่มผู้ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.37) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.64) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 0.99) ตามลำดับ ในกลุ่มผู้มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.84) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 5.10) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 3.06) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง โรคประจำตัวเรื้อรังกับภาวะความสุข ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 2.19, df = 2, p = .33$)

ตารางที่ 33 แสดงการเปรียบเทียบระหว่างโรคเรื้อรัง กับภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

| โรคเรื้อรัง | ภาวะความสุข | | | | | n | df | χ^2 | p |
|-----------------------|--------------------|-----------|------------|-----------|----------------|----|----|----------|-----|
| | ระดับ มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อย ที่สุด | | | | |
| มะเร็ง | 0 | 0 | 1 (50) | 1 (50) | 0 | 2 | 14 | 22.76 | .06 |
| หัวใจและ หลอดเลือด | 0 | 2 (14.29) | 12 (85.71) | 0 | 0 | 14 | | | |
| ระบบทางเดิน หายใจ | 0 | 1 (7.69) | 12 (92.31) | 0 | 0 | 13 | | | |
| ระบบทางเดิน อาหาร | 0 | 1 (7.14) | 13 (92.86) | 0 | 0 | 14 | | | |
| เหงือกและฟัน | 0 | 1 (6.67) | 13 (86.66) | 1 (6.67) | 0 | 15 | | | |
| ระบบสืบพันธุ์ | 0 | 0 | 2 (100) | 0 | 0 | 2 | | | |
| ระบบผิวหนัง | 0 | 0 | 8 (88.89) | 1 (11.11) | 0 | 9 | | | |
| อื่นๆ | 0 | 1 (3.33) | 29 (96.67) | 0 | 0 | 30 | | | |
| รวม | 0 | 6 (6.06) | 90 (90.91) | 3 (3.03) | 0 | 99 | | | |

จากตารางที่ 33 ปรากฏว่า ผู้เป็นโรคมะเร็งมีความสุขในระดับปานกลางและน้อย เท่ากัน (ร้อยละ 50) ในกลุ่มผู้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 85.71) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 14.29) ในกลุ่มผู้เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.31) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 7.69) ในกลุ่มผู้เป็นโรคระบบทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.86) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 7.14) ในกลุ่มผู้เป็นโรคเหงือกและฟัน ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.66) รองลงมา มีภาวะความสุขมากและน้อย เท่ากัน (ร้อยละ 6.67) ในกลุ่มผู้เป็นโรคระบบสืบพันธุ์ ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) ในกลุ่มผู้เป็นโรคระบบผิวหนัง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 88.89) รองลงมา มีภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 11.11) ในกลุ่มผู้เป็นโรคอื่นๆ ส่วนใหญ่ มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 96.67) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 3.33) เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง ผู้ที่มีโรคเรื้อรังกับภาวะความสุข ผลปรากฏว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 22.76, df = 14, p = .06$)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ

1. ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย

ตารางที่ 34 ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์การกระจายของตัวแปร

| ตัวแปร | M | SD | CV |
|------------------------|------|-----|-------|
| ด้านความพึงพอใจในชีวิต | 3.25 | .34 | 10.46 |
| ด้านความพึงพอใจในงาน | 3.27 | .35 | 10.70 |
| ด้านอารมณ์ทางบวก | 3.72 | .51 | 13.71 |
| ด้านอารมณ์ทางลบ | 2.11 | .49 | 23.22 |
| ภาวะความสุข | 3.09 | .24 | 7.77 |

ตารางที่ 34 แสดงค่าสถิติพื้นฐาน ของตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) สามารถแยกพิจารณาในแต่ละตัวแปรได้ ดังนี้

ตัวแปรภาวะความสุข ปรากฏว่า องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน และอารมณ์ทางบวก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีเพียงอารมณ์ทางลบที่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรมีระดับค่าเฉลี่ยสูงสุดไปต่ำสุดตามลำดับ ดังนี้ อารมณ์ทางบวก มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 ความพึงพอใจในงาน มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 ความพึงพอใจในชีวิต มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 และอารมณ์ทางลบ มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขในด้านอารมณ์ทางบวกมากกว่าด้านอื่น ๆ

เมื่อพิจารณาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรภาวะความสุข ปรากฏว่ามีค่าอยู่ในช่วง 0.11 ถึง 0.62 โดยตัวแปรที่มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากที่สุด เท่ากับ 0.62 คือ ความพึงพอใจในงาน สำหรับตัวแปรที่มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานน้อยที่สุดเท่ากับ 0.11 คือ อารมณ์ทางลบ

ค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของตัวแปรภาวะความสุข มีค่าอยู่ในช่วง 3.70 ถึง 16.71 โดยตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การกระจายมากที่สุด เท่ากับ 16.71 คือ ความพึงพอใจในงาน สำหรับตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การกระจายน้อยที่สุด เท่ากับ 3.70 คือ อารมณ์ทางลบ

2. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variance: MANOVA)

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความแปรปรวนของภาวะความสุข 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน อารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variance: MANOVA) โดยใช้โปรแกรม SPSS ผลการวิเคราะห์ แสดงดังตารางที่ 35 และ ตารางที่ 36

ตารางที่ 35 การเปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้านระหว่างผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน

| ภาวะความสุข | สถานภาพการสูบบุหรี่ | | | | | | | |
|--------------------|---------------------|-----|-------------------|-----|------------------------------------|-----|-------------------------|-----|
| | ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ | | ผู้กำลังสูบบุหรี่ | | ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก | | ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | |
| | (N = 276) | | (N=71) | | (N=22) | | (N=31) | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| ความพึงพอใจในชีวิต | 3.25 | .33 | 3.17 | .36 | 3.20 | .28 | 3.50 | .36 |
| ความพึงพอใจในงาน | 3.27 | .36 | 3.18 | .35 | 3.38 | .27 | 3.38 | .25 |
| อารมณ์ทางบวก | 3.71 | .50 | 3.62 | .51 | 3.67 | .46 | 4.09 | .38 |
| อารมณ์ทางลบ | 2.07 | .47 | 2.29 | .56 | 1.97 | .35 | 2.23 | .51 |
| ภาวะความสุข | 3.07 | .24 | 3.06 | .27 | 3.12 | .17 | 3.24 | .18 |

จากตารางที่ 35 แสดงข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้านระหว่างผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน สามารถแยกพิจารณาในแต่ละด้านได้ ดังนี้

ความพึงพอใจในชีวิต มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (M= 3.50)รองลงไป คือ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ (M= 3.25) ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก (M=3.20) และผู้กำลังสูบบุหรี่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (M= 3.17)

ความพึงพอใจในงาน มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว และ ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน (M=3.38) รองลงไป คือ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ (M= 3.27) และผู้กำลังสูบบุหรี่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (M= 3.18)

อารมณ์ทางบวก มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=4.09$) รองลงไป คือ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ($M= 3.71$) ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก ($M= 3.67$) และผู้กำลังสูบบุหรี่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($M= 3.62$)

อารมณ์ทางลบ มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้กำลังสูบบุหรี่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M= 2.29$) รองลงไป คือ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ($M=2.23$) ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ($M= 2.07$) และผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M= 1.97$)

เริ่มต้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variance: MANOVA) ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ ตารางที่ 36 ผลการทดสอบการเท่ากันของความแปรปรวนของภาวะความสุข จำแนกตามสถานภาพการสูบบุหรี่

| Box's Test of equality of Covariance | Value |
|--------------------------------------|----------|
| Box's M | 44.27 |
| F | 1.41 |
| df1 | 30 |
| df2 | 21760.88 |
| Sig. | .07 |

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variance: MANOVA) จากผลการทดสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของคะแนนภาวะความสุข 4 ด้าน ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน อารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ ด้วยสถิติ Box's Test of equality of Covariance Matrices พบว่า สถิติทดสอบ Box's เท่ากับ 44.26 ให้ค่าสถิติทดสอบ F เท่ากับ 1.40 ค่า p เท่ากับ .07 แสดงให้เห็นว่า ค่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของภาวะความสุข จำแนกตามสถานภาพการสูบบุหรี่ ไม่แตกต่างกัน เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นจึงสามารถทดสอบสมมติฐานด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณได้

ตารางที่ 37 การทดสอบความแปรปรวนของภาวะความสุขทั้ง 4 ด้านจำแนกตามสถานภาพการสูบบุหรี่

| ตัวแปรตาม | <i>F</i> | <i>df1</i> | <i>df2</i> | <i>p</i> |
|--------------------|----------|------------|------------|----------|
| ความพึงพอใจในชีวิต | .23 | 3 | 396 | .88 |
| ความพึงพอใจในงาน | 2.07 | 3 | 396 | .10 |
| อารมณ์ทางบวก | 1.52 | 3 | 396 | .21 |
| อารมณ์ทางลบ | 1.93 | 3 | 396 | .13 |

จากตารางที่ 37 ผลการทดสอบความแปรปรวนหรือการกระจายของข้อมูลของภาวะความสุขทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามสถานภาพการสูบบุหรี่ ด้วยสถิติ Levene's test of equality of error variances พบว่า ความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจในชีวิต ให้ค่า *p* เท่ากับ .88 ไม่นัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่า ความแปรปรวนไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจในงาน ให้ค่า *p* เท่ากับ 0.10 ไม่นัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สรุปได้ว่า ความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจในงานไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ความแปรปรวนของคะแนนอารมณ์ทางบวก ให้ค่า *p* เท่ากับ .21 ไม่นัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สรุปได้ว่า ความแปรปรวนของคะแนนอารมณ์ทางบวกไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ความแปรปรวนของคะแนนอารมณ์ทางลบ ให้ค่า *p* เท่ากับ .13 ไม่นัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สรุปได้ว่า ความแปรปรวนของคะแนนอารมณ์ทางลบไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

จากผลการวิเคราะห์ปรากฏว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทั้ง 4 ด้าน (ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน อารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ) สามารถวิเคราะห์ผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณได้ ดังนี้

ตารางที่ 38 การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรตาม

| Bartlett's Test of Sphericity | Value |
|-------------------------------|---------|
| Likelihood Ratio | .00 |
| Approx. Chi-Square | 599.19* |
| <i>Df</i> | 9 |
| <i>p-value</i> | .00 |

* $p < .05$

จากตารางที่ 38 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะความสุข 4 ด้าน ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน อารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ โดยวิธี Bartlett's Test of Sphericity ปรากฏว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ภาวะความสุข 4 ด้าน มีความสัมพันธ์กันกับผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน จึงสามารถทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณได้

ตารางที่ 39 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณของภาวะความสุข 4 ด้าน ของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน

| Statistic Test | Value | F | Hypothesis df | Error df | P | η^2 | Observed power |
|----------------|-------|------|---------------|----------|-----|----------|----------------|
| Wilks' Lambda | .89 | 4.05 | 12.00 | 1040.07 | .00 | .04 | 1.00 |

* $p < .05$

จากตารางที่ 39 การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณของภาวะความสุข 4 ด้าน ของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน ปรากฏว่า เวกเตอร์ค่าเฉลี่ยของภาวะความสุข 4 ด้าน ของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า Wilks' Lambda เท่ากับ .89 ค่าองศาอิสระเท่ากับ 12 และค่าความน่าจะเป็น เท่ากับ .00 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาวะความสุข 4 ด้าน จำแนกตามสถานภาพการสูบบุหรี่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผู้วิจัยจึงทดสอบตัวแปรเดียว (Univariate Test) แสดงดังตารางที่ 40

ตารางที่ 40 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน

| แหล่งความแปรปรวน | ตัวแปรตาม | Type III Sum of Squares | df | MS | F | p | η^2 | Observed Power |
|---------------------|--------------------|-------------------------|-----|------|-------|-----|----------|----------------|
| สถานภาพการสูบบุหรี่ | ความพึงพอใจในชีวิต | 2.57 | 3 | .86 | 7.62* | .00 | .05 | .99 |
| | ความพึงพอใจในงาน | 1.29 | 3 | .43 | 3.54* | .01 | .03 | .78 |
| | อารมณ์ทางบวก | 5.10 | 3 | 1.70 | 6.96* | .00 | .05 | .98 |
| | อารมณ์ทางลบ | 3.62 | 3 | 1.21 | 5.17* | .00 | .04 | .92 |
| Error | ความพึงพอใจในชีวิต | 44.48 | 396 | .86 | .11 | | | |
| | ความพึงพอใจในงาน | 48.01 | 396 | .43 | .12 | | | |
| | อารมณ์ทางบวก | 96.23 | 396 | 1.70 | .24 | | | |
| | อารมณ์ทางลบ | 92.31 | 396 | 1.21 | .23 | | | |
| Total | ความพึงพอใจในชีวิต | 47.05 | 399 | .11 | | | | |
| | ความพึงพอใจในงาน | 49.29 | 399 | .12 | | | | |
| | อารมณ์ทางบวก | 101.83 | 399 | .24 | | | | |
| | อารมณ์ทางลบ | 95.92 | 399 | .23 | | | | |

* $p < .05$

จากตารางที่ 40 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของภาวะความสุขปรากฏว่า ผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่มีภาวะความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลของความแตกต่าง (Effect Size) อีทา สแควร์ (η^2) เท่ากับ .03 - .05 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย (Tabachnick & Fidell, 2013, p.55) และมีค่า Observed Power เท่ากับ .78 - .99 หมายความว่า ผลการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวอย่างและขนาดของอิทธิพลของความแตกต่างเพียงพอต่อการส่งผลให้มีความสำคัญทางสถิติจริง (Hair, Babin, & Anderson, 2010, p. 466)

ตารางที่ 41 การเปรียบเทียบเชิงซ้อน

| ตัวแปรตาม | วิธีการที่เปรียบเทียบ | | การเปรียบเทียบเชิงซ้อนด้วยวิธี LSD | | | |
|--------------------|-----------------------|----------------------|------------------------------------|----------------|---------|------------|
| | วิธีที่ i | วิธีที่ j | Mean Difference | Standard Error | p-value | ผลการทดสอบ |
| ความพึงพอใจในชีวิต | ไม่เคยสูบบุหรี่ | กำลังสูบบุหรี่ | .08 | .05 | .06 | ไม่ต่างกัน |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.26 | .06 | .00 | ต่างกัน |
| | | กำลังพยายามเลิก | .05 | .07 | .54 | ไม่ต่างกัน |
| | กำลังสูบบุหรี่ | ไม่เคยสูบบุหรี่ | -.08 | .05 | .06 | ไม่ต่างกัน |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.34 | .07 | .00 | ต่างกัน |
| | | กำลังพยายามเลิก | -.04 | .08 | .65 | ไม่ต่างกัน |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .26 | .06 | .00 | ต่างกัน |
| | | กำลังสูบบุหรี่ | .34 | .07 | .00 | ต่างกัน |
| | | กำลังพยายามเลิก | .30 | .09 | .00 | ต่างกัน |
| | กำลังพยายามเลิก | ไม่เคยสูบบุหรี่ | -.05 | .07 | .54 | ไม่ต่างกัน |
| | | กำลังสูบบุหรี่ | .04 | .08 | .65 | ไม่ต่างกัน |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.30 | .09 | .00 | ต่างกัน |
| ความพึงพอใจในงาน | ไม่เคยสูบบุหรี่ | กำลังสูบบุหรี่ | .09 | .05 | .04 | ต่างกัน |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.11 | .07 | .09 | ไม่ต่างกัน |
| | | กำลังพยายามเลิก | -.11 | .08 | .15 | ไม่ต่างกัน |
| | กำลังสูบบุหรี่ | ไม่เคยสูบบุหรี่ | -.09 | .05 | .04 | ต่างกัน |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.21 | .08 | .01 | ต่างกัน |
| | | กำลังพยายามเลิก | -.21 | .09 | .02 | ต่างกัน |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .11 | .07 | .09 | ไม่ต่างกัน |
| | | กำลังสูบบุหรี่ | .21 | .08 | .01 | ต่างกัน |
| | | กำลังพยายามเลิก | -.00 | .10 | 1.00 | ไม่ต่างกัน |
| | กำลังพยายามเลิก | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .11 | .08 | .15 | ไม่ต่างกัน |
| | | กำลังสูบบุหรี่ | .21 | .09 | .02 | ต่างกัน |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | .00 | .10 | 1.00 | ไม่ต่างกัน |

ตารางที่ 41 การเปรียบเทียบเชิงซ้อน (ต่อ)

| ตัวแปรตาม | วิธีการที่เปรียบเทียบ | | การเปรียบเทียบเชิงซ้อนด้วยวิธี LSD | | | | |
|----------------------|-----------------------|----------------------|------------------------------------|----------------|---------|------------|------------|
| | วิธีที่ i | วิธีที่ j | Mean Difference | Standard Error | p-value | ผลการทดสอบ | |
| อารมณ์ ทางบวก | ไม่เคยสูบบุหรี่ | กำลังสูบบุหรี่ | .10 | .07 | .15 | ไม่ต่างกัน | |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.38 | .09 | .00 | ต่างกัน | |
| | | กำลังพยายามเลิก | .04 | .11 | .73 | ไม่ต่างกัน | |
| | กำลังสูบบุหรี่ | ไม่เคยสูบบุหรี่ | -.10 | .07 | .15 | ไม่ต่างกัน | |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.48 | .11 | .00 | ต่างกัน | |
| | | กำลังพยายามเลิก | -.06 | .12 | .64 | ไม่ต่างกัน | |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .38 | .09 | .00 | ต่างกัน | |
| | | กำลังสูบบุหรี่ | .48 | .11 | .00 | ต่างกัน | |
| | | กำลังพยายามเลิก | .42 | .14 | .00 | ต่างกัน | |
| | กำลังพยายามเลิก | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .04 | .11 | .73 | ไม่ต่างกัน | |
| | | กำลังสูบบุหรี่ | .06 | .14 | .64 | ไม่ต่างกัน | |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.42 | .06 | .00 | ต่างกัน | |
| | อารมณ์ ทางลบ | ไม่เคยสูบบุหรี่ | กำลังสูบบุหรี่ | -.22 | .06 | .00 | ต่างกัน |
| | | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | .10 | .09 | .29 | ไม่ต่างกัน |
| | | | กำลังพยายามเลิก | -.16 | .11 | .14 | ไม่ต่างกัน |
| กำลังสูบบุหรี่ | | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .22 | .06 | .00 | ต่างกัน | |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | .32 | .10 | .00 | ต่างกัน | |
| | | กำลังพยายามเลิก | .06 | .12 | .61 | ไม่ต่างกัน | |
| เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | | ไม่เคยสูบบุหรี่ | -.10 | .09 | .29 | ไม่ต่างกัน | |
| | | กำลังสูบบุหรี่ | -.32 | .10 | .00 | ต่างกัน | |
| | | กำลังพยายามเลิก | -.26 | .14 | .06 | ไม่ต่างกัน | |
| กำลังพยายามเลิก | | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .16 | .11 | .14 | ไม่ต่างกัน | |
| | | กำลังสูบบุหรี่ | -.06 | .12 | .61 | ไม่ต่างกัน | |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | .26 | .14 | .06 | ไม่ต่างกัน | |

ตารางที่ 42 สรุปการเปรียบเทียบรายคู่ที่แตกต่างกัน ดังนี้

| คู่ที่แตกต่างกัน | ด้าน | ความพึงพอใจ ในชีวิต | ความพึง พอใจในงาน | อารมณ์ ทางบวก | อารมณ์ ทางลบ |
|--|------|------------------------|----------------------|------------------|-----------------|
| ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่- ผู้กำลังสูบบุหรี่ | | | * | | * |
| ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่-ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | | * | | * | |
| ผู้กำลังสูบบุหรี่-ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | | * | * | * | * |
| ผู้กำลังสูบบุหรี่-ผู้กำลังพยายามเลิก | | | * | | |
| ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว-ผู้กำลังพยายามเลิก | | * | | * | |

จากตารางที่ 41 และ ตารางที่ 42 ผลการเปรียบเทียบเชิงซ้อน โดยพิจารณาเป็นรายด้าน เปรียบเทียบรายคู่ (Multiple-Comparisons) ปรากฏว่า ค่า $p < .05$ มีความแตกต่างกัน

1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต แตกต่างกัน 3 คู่

- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในชีวิต มากกว่าผู้ไม่เคยสูบบุหรี่
- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในชีวิต มากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่
- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในชีวิต มากกว่าผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก

2) ด้านความพึงพอใจในงาน แตกต่างกัน 3 คู่

- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในงาน มากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่
- ผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก มีความพึงพอใจในงานมากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่
- ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ มีความพึงพอใจในงานมากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่

3) ด้านอารมณ์ทางบวก แตกต่างกัน 3 คู่

- เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีอารมณ์ทางบวกมากกว่าผู้ไม่เคยสูบบุหรี่
- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีอารมณ์ทางบวกมากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่
- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีอารมณ์ทางบวกมากกว่าผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก

4) ด้านอารมณ์ทางลบ แตกต่างกัน 2 คู่

- ผู้กำลังสูบบุหรี่ มีอารมณ์ทางลบมากกว่าผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว
- ผู้กำลังสูบบุหรี่ มีอารมณ์ทางลบมากกว่าผู้ไม่เคยสูบบุหรี่

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบภาวะความสุขกับสถานภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน วิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน และเปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้าน (ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน อารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบ) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม (ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้กำลังสูบบุหรี่ ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก และผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2556 จำนวน 400 คน เลือกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะความสุข ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมาทั้งหมด 400 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์แจกแจงความถี่แบบสองทางหรือการวิเคราะห์ตารางไขว้ (crosstab) ลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน ลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน และเปรียบเทียบภาวะความสุขกับสถานภาพการสูบบุหรี่ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variance: MANOVA) โดยใช้โปรแกรม SPSS

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน วิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน และเปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้าน (ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน อารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบ) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม (กลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 276 คน ผู้กำลังสูบบุหรี่ จำนวน 71 คน ผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก จำนวน 22 คน และผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว จำนวน 31 คน) และเปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้าน ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน สรุปได้ดังนี้

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์การแจกแจงความถี่แบบสองทางหรือการวิเคราะห์ตารางไขว้ (crosstabs) และการทดสอบค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2) เพื่อศึกษาความแตกต่างของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน ในด้านเพศ อายุ การนับถือศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ภาวะสุขภาพ ปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาด้านสุขภาพจิต และโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง สถานภาพการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ 2) ผู้กำลังสูบบุหรี่ 3) ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก และ 4) ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน สรุปได้ดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.64) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 35.64) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 11.17) กลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 16.49)

1.2 ทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ กลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 36-40 ปี (ร้อยละ 29.63) กลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 36-40 ปี (ร้อยละ 11.11) กลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 31 ปี (ร้อยละ 7.69)

1.3 ผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่ทั้ง 4 กลุ่ม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 68.30) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 18.04) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 5.67) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 7.99)

1.4 ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (85.71) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 26.32) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 9.21) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. (ร้อยละ 11.18)

1.5 ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 66.09) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 20.00) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 8.33) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 10.00)

1.6 ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 –15,000 บาท (ร้อยละ 65.15) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 36.46) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000- 15,000

บาท (ร้อยละ 9.09) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 – 15,000 บาท (ร้อยละ 9.09)

1.7 ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 64.24) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่รายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 21.21) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 6.67) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 7.88)

1.8 ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ภาวะสุขภาพ ปานกลาง (ร้อยละ 71.20) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 21.65) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่สุขภาพปานกลาง (ร้อยละ 5.76) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 7.80)

1.9 ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพกายน้อย (ร้อยละ 76.60) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพกาย (ร้อยละ 26.73) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพกายปานกลาง (ร้อยละ 6.25) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพกายปานกลาง (ร้อยละ 12.50)

1.10 ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 65.80) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 22.08) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 5.60) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 6.63)

1.11 ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 67.22) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 19.87) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 6.29) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 6.62)

1.12 ในกลุ่มผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง อื่น ๆ (ร้อยละ 73.33) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่โรคประจำตัว โรคเรื้อรัง อื่น ๆ (ร้อยละ 16.67) ในกลุ่มผู้กำลังสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก ส่วนใหญ่โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง โรคเหิงอกและฟัน (ร้อยละ 13.33) ในกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ส่วนใหญ่ โรคประจำตัว โรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 23.08) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 21.43)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และปัญหาสุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับสถานภาพการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หรือกล่าวได้ว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพกาย แตกต่างกัน มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน ยกเว้น ตัวแปร ศาสนา สุขภาพแข็งแรงในปัจจุบัน ปัญหาด้านสุขภาพจิต และโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานภาพการสูบบุหรี่

2. ผลการวิเคราะห์ลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของผู้ที่มีภาวะความสุขแตกต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์การแจกแจงความถี่แบบสองทางหรือการวิเคราะห์ตารางไขว้ (crosstabs) และการทดสอบค่าสถิติไคสแควร์ (χ^2) เพื่อศึกษาความแตกต่างของระดับภาวะ สุขภาพที่มีความแตกต่างกัน ในด้านเพศ อายุ การนับถือศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ภาวะสุขภาพ ปัญหาด้าน สุขภาพกาย ปัญหาด้านสุขภาพจิต และโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ระดับของภาวะความสุข 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของผู้ที่มีระดับ ภาวะความสุขแตกต่างกัน สรุปได้ดังนี้

2.1 ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีภาวะความสุขในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 92.56, 94.82) รองลงมามีความสุขระดับมาก (ร้อยละ 6.30, 3.31) และมีความสุขระดับน้อย (ร้อยละ 1.07, 1.89) ตามลำดับ

2.2 ทุกกลุ่มอายุ มีภาวะความสุขในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 91.11 - 94.61) รองลงมามีความสุขในระดับมาก (ร้อยละ 2.47 - 6.67) และภาวะความสุขในระดับน้อย ตามลำดับ (1.23 - 2.22)

2.3 ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.56) รองลงมามีความสุขในระดับมาก (ร้อยละ 4.90) และมีความสุขในระดับน้อย (ร้อยละ 1.54) ตามลำดับ ส่วนผู้นับถือศาสนาคริสต์ ส่วนใหญ่มีความสุข ระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) และ ผู้นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่มีความสุข ระดับปานกลาง (ร้อยละ 100)

2.4 ผู้ที่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.89) รองลงมามีความสุขระดับมาก (ร้อยละ 8.11) ผู้ที่จบการศึกษาสูงสุดระดับ มัธยมศึกษา/ ปวช./ ปวส. ส่วนใหญ่มีความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.45) รองลงมามีความสุขระดับมาก (ร้อยละ 5.26) และมีความสุขระดับน้อย (ร้อยละ 3.29) ตามลำดับ ผู้ที่จบ การศึกษาสูงสุดระดับประกาศนียบัตร ส่วนใหญ่มีความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.92) รองลงมามีความสุขระดับมาก (ร้อยละ 23.08) ผู้ที่จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือ เทียบเท่า ส่วนใหญ่มีความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 97.14) รองลงมามีความสุข ระดับมาก (ร้อยละ 2.29) และมีความสุขระดับน้อย (ร้อยละ 0.57) ตามลำดับ ผู้ที่จบการศึกษา

สูงสุดระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.65)

รองลงมามีภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 4.35)

2.5 ผู้ที่มีสถานภาพการสมรสโสด มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.42) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 6.06) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.52) ตามลำดับ สถานภาพการสมรสหย่า มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.67) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 8.33) สถานภาพการสมรสหม้าย มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.00) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 20.00) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.78) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 3.91) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.31) ตามลำดับ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสและแยกกันอยู่ มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.24) รองลงมามีภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 4.76)

2.6 จากตารางที่ 19 ปรากฏว่า ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.67) รองลงมา มีภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 5.21) และภาวะความสุขในระดับน้อย (ร้อยละ 3.12) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-15,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.42) รองลงมา มีภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 6.06) และภาวะความสุขในระดับน้อย (ร้อยละ 1.52) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001-20,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.92) รองลงมา มีภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 4.08) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001-25,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,001-30,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,001-50,000 บาท ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.23) รองลงมา มีภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 3.85) และภาวะความสุขในระดับน้อย (ร้อยละ 1.92) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 50,000 บาทขึ้นไป ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 81.82) รองลงมา มีภาวะความสุขระดับมาก (ร้อยละ 18.18)

2.7 ผู้ที่มีรายได้พอใช้และเหลือเก็บ ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.97) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 5.17) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 0.86) ในกลุ่มผู้ที่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.94) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.85) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.21) กลุ่มที่รายได้ไม่พอใช้และไม่หนี้สิน ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.59) รองลงมามีภาวะความสุขมากและภาวะความสุขน้อย เท่ากัน (ร้อยละ 2.70) ในกลุ่มผู้ที่มีรายได้ไม่พอใช้และมีหนี้สิน ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.68) รองลงมามีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.88) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.50)

2.8 ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงดี ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 95.88) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 3.61) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 0.51) ตามลำดับ ผู้ที่มีสุขภาพปานกลาง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.10) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 6.28) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 2.62) ตามลำดับ และผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.75) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.75) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.50) ตามลำดับ

2.9 ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกายมาก ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกายปานกลาง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 90.97) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 6.95) ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกายน้อย ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.33) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.25) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.42) ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพกาย ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 96.04) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 2.97) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 0.99) ตามลำดับ

2.10 ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาก ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตปานกลาง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.18) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 6.82) ในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตน้อย ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.98) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 5.26) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.76) ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.94) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.33) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 1.73) ตามลำดับ

2.11 ในกลุ่มผู้ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 94.37) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 4.64) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 0.99) ตามลำดับ ในกลุ่มผู้มีโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.84) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 5.10) และภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 3.06) ตามลำดับ

2.12 ผู้เป็นโรคมะเร็งมีความสุขในระดับปานกลางและน้อย เท่ากัน (ร้อยละ 50) ในกลุ่มผู้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 85.71) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 14.29) ในกลุ่มผู้เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.31) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 7.69) ในกลุ่มผู้เป็นโรคระบบทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 92.86) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 7.14) ในกลุ่มผู้เป็นโรคเหนือกและฟัน ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง

(ร้อยละ 86.66) รองลงมา มีภาวะความสุขมากและน้อยเท่ากัน (ร้อยละ 6.67) ในกลุ่มผู้เป็นโรคระบบสืบพันธุ์ ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 100) ในกลุ่มผู้เป็นโรคระบบผิวหนัง ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 88.89) รองลงมา มีภาวะความสุขน้อย (ร้อยละ 11.11) ในกลุ่มผู้เป็นโรคอื่น ๆ ส่วนใหญ่มีภาวะความสุขระดับปานกลาง (ร้อยละ 96.67) รองลงมา มีภาวะความสุขมาก (ร้อยละ 3.33)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีระดับภาวะความสุขแตกต่างกัน พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุด มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หรือกล่าวได้ว่า ระดับการศึกษาสูงสุดแตกต่างกัน มีระดับภาวะความสุขแตกต่างกัน ยกเว้น ตัวแปร เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ภาวะสุขภาพ ในปัจจุบัน ปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาด้านสุขภาพจิต และโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะความสุข

3. ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้าน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้าน (ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในงาน อารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบ) โดยใช้การวิเคราะห์ ความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variance: MANOVA) ผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบภาวะความสุข 4 ด้าน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม สรุปได้ดังนี้

3.1 ตัวแปรภาวะความสุข ปรากฏว่า องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจ ในงาน และอารมณ์ทางบวก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีเพียงอารมณ์ทางลบที่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรมีระดับค่าเฉลี่ยสูงสุดไปต่ำสุดตามลำดับ ดังนี้ อารมณ์ทางบวก มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 ความพึงพอใจในงาน มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 ความพึงพอใจในชีวิต มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 และอารมณ์ทางลบ มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขในด้านอารมณ์ทางบวกมากกว่าด้านอื่น ๆ

3.2 ผลการเปรียบเทียบรายด้าน ตามสถานภาพการสูบบุหรี่ 4 กลุ่ม ดังนี้

3.2.1 ความพึงพอใจในชีวิต มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 3.50$) รองลงไป คือ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ($M = 3.25$) ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก ($M = 3.20$) และผู้กำลังสูบบุหรี่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 3.17$)

3.2.2 ความพึงพอใจในงาน มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว และ ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($M=3.38$) รองลงไป คือ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ($M= 3.27$) และผู้กำลังสูบบุหรี่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M= 3.18$)

3.2.3 อารมณ์ทางบวก มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=4.09$) รองลงไป คือ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ($M= 3.71$) ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก ($M= 3.67$) และผู้กำลังสูบบุหรี่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M= 3.62$)

3.2.4 อารมณ์ทางลบ มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้กำลังสูบบุหรี่มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M= 2.29$) รองลงไป คือ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ($M=2.23$) ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ($M= 2.07$) และผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M= 1.97$)

3.3 ผลการเปรียบเทียบภาวะความสุข โดยพิจารณาเป็นรายด้าน เปรียบเทียบรายคู่ (Multiple-Comparisons) ปรากฏว่า มีความแตกต่างกัน ดังนี้

3.3.1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต แตกต่างกัน 3 คู่

- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในชีวิต มากกว่าผู้ไม่เคยสูบบุหรี่
- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในชีวิต มากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่
- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในชีวิต มากกว่าผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก

3.3.2 ด้านความพึงพอใจในงาน แตกต่างกัน 3 คู่

- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในงาน มากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่
- ผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก มีความพึงพอใจในงานมากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่
- ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ มีความพึงพอใจในงานมากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่

3.3.3 ด้านอารมณ์ทางบวก แตกต่างกัน 3 คู่

- เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีอารมณ์ทางบวกมากกว่าผู้ไม่เคยสูบบุหรี่
- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีอารมณ์ทางบวกมากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่
- ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีอารมณ์ทางบวกมากกว่าผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก

3.3.4 ด้านอารมณ์ทางลบ แตกต่างกัน 2 คู่

- ผู้กำลังสูบบุหรี่ มีอารมณ์ทางลบมากกว่าผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว
- ผู้กำลังสูบบุหรี่ มีอารมณ์ทางลบมากกว่าผู้ไม่เคยสูบบุหรี่

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ปรากฏว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ปัญหาสุขภาพกาย แตกต่างกัน มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย

ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Mobeeriek et al. (2008) พบว่า เพศ อายุ อาชีพ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (2550, แผ่นพับ) พบว่า คนที่มีการศึกษาน้อยคือจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่เคยเรียนจะมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าประชาชนกลุ่มที่จบการศึกษาระดับมัธยมและอุดมศึกษา โดยอัตราการสูบบุหรี่ของกลุ่มผู้ที่ไม่เคยเรียนลดลง น้อยกว่ากลุ่มที่เรียนหนังสือตั้งแต่ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป และ ประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยหรือยากจนมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้มากหรือฐานะดี เนื่องจากกลุ่มที่มีฐานะดี มีโอกาสทางสังคมและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการเลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายกว่ากลุ่มที่มีฐานะยากจน

2. จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีระดับภาวะความสุขแตกต่างกัน พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุด มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย ตัวแปร เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาด้านสุขภาพจิต และโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะความสุข

ผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของนันทรัตน์ อยู่ประเสริฐ (2552) และ นฤมล แสงผล (2554) เปรียบเทียบปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อายุงาน ระดับตำแหน่งและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่แตกต่างกัน มีความสุขในการทำงานที่ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องในด้านระดับการศึกษา ผลการวิจัยระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีภาวะความสุขแตกต่างกัน สอดคล้องกับการวิจัยของนฤมล แสงผล (2554) ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีผลต่อความสุขในการทำงานแตกต่างกัน

3. ผลการเปรียบเทียบภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีสถานภาพการสูบบุหรี่แตกต่างกัน (ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้กำลังสูบบุหรี่ ผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก และผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว) ปรากฏว่า ผลการเปรียบเทียบรายด้าน ตามสถานภาพการสูบบุหรี่ 4 กลุ่ม ดังนี้

ด้านความพึงพอใจในชีวิต มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=3.50$) รองลงไป คือ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ($M=3.25$) ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก ($M=3.20$) และผู้กำลังสูบบุหรี่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=3.17$) ด้านความพึงพอใจในชีวิต แตกต่างกัน 3 คู่ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในชีวิต มากกว่าผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในชีวิต มากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่ และ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในชีวิต มากกว่าผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก อภิปรายได้ว่า ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตัวเองสูงกว่าและสามารถควบคุมตัวเองได้ดีกว่าผู้ที่ยังเลิกการสูบบุหรี่ไม่ได้ อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลักษณะงานเป็นการให้บริการประชาชน ต้องใช้ความรับผิดชอบสูงต่องานที่กระทำ มองเห็นคุณค่า และประโยชน์ในงานที่ทำ มีความพึงพอใจและภาคภูมิใจกับงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการกระทำความดี กระทำในสิ่งที่ถูกต้องและงานที่ทำมีประโยชน์ต่อสังคม สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความสุขของ Diener et al. (2003) จึงสนับสนุนผลการวิจัยนี้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย ของ Shahab and West (2011) ที่ศึกษาความแตกต่างในความสุขระหว่างผู้กำลังสูบบุหรี่ ผู้เลิกสูบบุหรี่ และผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งหยุดการสูบบุหรี่เป็นเวลาหนึ่งปีหรือมากกว่า จะมีความสุขมากกว่าผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ และมีความสุขคล้ายกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ และ สนับสนุนผลงานวิจัยของ ปิยะร ธีระเต็มพงษ์ (2552) ที่กล่าวว่า งานการพยาบาล ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ มีความรักและใส่ใจในงาน มีความรับผิดชอบสูงต่องานที่กระทำ มองเห็นคุณค่าและประโยชน์ในงานที่ทำ มีความพึงพอใจและภาคภูมิใจกับงานที่ทำอยู่ในปัจจุบัน สุขใจที่ได้ทำงานที่ตนชอบและงานที่ทำนั้นประสบผลสำเร็จ

ด้านความพึงพอใจในงาน มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว และ ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($M=3.38$) รองลงไป คือ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ($M=3.27$) และผู้กำลังสูบบุหรี่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=3.18$) ด้านความพึงพอใจในงาน แตกต่างกัน 3 คู่ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีความพึงพอใจในงาน มากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่ ผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก มีความพึงพอใจในงานมากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่ และ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ มีความพึงพอใจในงานมากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่ อภิปรายได้ว่า ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอื่น ๆ มากกว่าผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ รวมทั้งสิ่งแวดล้อม อากาศรอบตัวเราสดใส และโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่าง ๆ ลดลง และผู้ที่เลิกสูบบุหรี่หลังจากที่สูบบุหรี่ตัวสุดท้ายผ่านไป 20 นาที หัวใจจะเต้นช้าลง 12 ชั่วโมงผ่านไประดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ลดลง 2 สัปดาห์ถึง 3 เดือนความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดลดลง 1 เดือนถึง 9 เดือน หลังจากหยุดสูบบุหรี่การหายใจดีขึ้น 1 ปี หลังหยุดสูบบุหรี่ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจลดลงครึ่งหนึ่งเมื่อเทียบกับผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ 5 ปี หลังหยุดสูบบุหรี่ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง 10 ปี หลังความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปอด มะเร็งในช่องปาก มะเร็งหลอด

อาหารลดลง 15 ปีหลังความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจเท่ากับคนทั่วไปที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (The Surgeon General Report : Reducing Tobacco Use a Call for Action 2000 อ้างถึงใน เรียร์ชัย งามทิพย์วัฒนา, 2552) และสอดคล้องกับ การศึกษาความสุขในการทำงานของบุคลากร ศิริราช ของปริดาภรณ์ สีปากดีและคณะ (2550) ที่รายงานว่า ความสุขของบุคลากรโรงพยาบาล ศิริราชมีความสุขตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต มีความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความสุข ไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นมากและมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ ๆ

ด้านอารมณ์ทางบวก มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้เลิกสูบบุหรี่ ได้แล้ว มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=4.09$) รองลงไป คือ ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ($M= 3.71$) ผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก ($M= 3.67$) และผู้กำลังสูบบุหรี่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด ($M= 3.62$) ด้านอารมณ์ทางบวก แตกต่างกัน 3 คู่ เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีอารมณ์ทางบวกมากกว่าผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีอารมณ์ทางบวกมากกว่าผู้กำลังสูบบุหรี่ และ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีอารมณ์ทางบวกมากกว่าผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เป็นงานที่ต้องกระทำกับชีวิตของบุคคล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมองเห็นคุณค่าและประโยชน์ในงานที่ตนกระทำอยู่ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในงานการให้บริการประชาชน ต้องกระทำ งานบนพื้นฐานความรับผิดชอบเชิงศีลธรรม เพื่อการทำงานอย่างถูกต้อง ซื่อสัตย์ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Diener et al. (2003) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีความสุขในการทำงาน หมายถึง บุคคลได้กระทำในสิ่งที่ตนรักและพึงพอใจ ชอบและศรัทธาในงานที่ทำ พึงพอใจในประสบการณ์เหล่านั้น ให้ผลต่ออารมณ์ทางบวกมากกว่าอารมณ์ทางลบ

ด้านอารมณ์ทางลบ มีระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้ ผู้กำลังสูบบุหรี่ มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M= 2.29$) รองลงไป คือ ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ($M=2.23$) ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ($M= 2.07$) และผู้เคยสูบบุหรี่ แต่กำลังพยายามเลิก มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M= 1.97$) ด้านอารมณ์ทางลบ แตกต่างกัน 2 คู่ ผู้กำลังสูบบุหรี่ มีอารมณ์ทางลบมากกว่าผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว ผู้กำลังสูบบุหรี่ มีอารมณ์ทางลบมากกว่าผู้ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้กำลังสูบบุหรี่มีอารมณ์ทางลบมากที่สุด อภิปรายได้ว่า เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล เป็นอาชีพที่มีลักษณะงานที่เครียดต้องเผชิญกับความทุกข์ของผู้รับบริการที่เจ็บป่วย ช่วงเวลางานเป็นเวร 8 ชั่วโมง การนอนหลับไม่เพียงพอ มีภาระงานที่มาก และสภาพแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือคับข้องใจมีไม่มาก จึงทำให้ค่าเฉลี่ยโดยรวมของด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของ Diener et al. (2003) ที่อธิบายว่า บุคคลจะมีความสุขเมื่อประสบการณ์ที่ได้รับส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกด้านลบในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของปิเยอร์ ลีระเต็มพงษ์ (2552) ที่ได้ทำการศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาล งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า

ความสุขในการทำงานของพยาบาล งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์
โรงพยาบาลศิริราช ด้านอารมณ์ทางลบคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.67$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภาวะความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ผู้บริหารควรหาแนวทางเพื่อส่งเสริม
ความสุข ให้คงอยู่อย่างต่อเนื่องและติดตามวัดระดับความสุขในการทำงาน เพื่อให้เจ้าหน้าที่
สาธารณสุขมีความสุขในการทำงาน ส่งผลต่อคุณภาพการบริการประชาชนในอนาคต
จึงขอเสนอแนะ ดังนี้

1. จากผลการวิจัย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว มีค่าเฉลี่ยของภาวะ
ความสุขมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ผู้เคยสูบบุหรี่แต่กำลังพยายามเลิก และค่าเฉลี่ยที่ต่ำที่สุดผู้กำลังสูบ
บุหรี่ แสดงให้เห็นถึงการสูบบุหรี่อาจลดความสุข และการหยุดใช้บุหรี่อาจเพิ่มความสุขขึ้นได้ ดังนั้น
ผู้บริหารควรหาแนวทางในการส่งเสริมและผลักดันให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งจัดทำ
โครงการให้บุคลากรสาธารณสุข เป็นตัวอย่างแก่ประชาชน ในการเลิกสูบบุหรี่ต่อไป และเผยแพร่
ผลงานวิจัยให้ประชาชนทั่วไปรับทราบ เพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มความสุข และหยุดการสูบบุหรี่
 อีกทั้งส่งเสริมประชาสัมพันธ์เชิงรุกมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนผู้สูบบุหรี่ ทราบถึงประโยชน์ของการเลิก
สูบบุหรี่ เช่น สุขภาพดีขึ้น มีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น มีผลที่เป็นลบน้อยลง รู้คุณค่าของตนเอง
มากขึ้น และประหยัดเงิน

2. จากผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่กำลังสูบบุหรี่ มีความพึงพอใจในชีวิต
ความพึงพอใจในงาน อารมณ์ทางบวกต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ มีอารมณ์ทางลบมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ควรมีการ
จัดทำโครงการพัฒนาให้เกิดความสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมอารมณ์ทางบวก เกิดความพึงพอใจใน
ชีวิตและความพึงพอใจในงาน พัฒนาสุขภาพที่ดี มีการจัดทำโครงการส่งเสริมให้ทำงานอย่างมีความสุข
จัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และสร้างสำนึกที่ดี เกิดอารมณ์ทางบวกเพิ่มขึ้น ผู้บริหารควร
ส่งเสริมและผลักดันสร้างสรรค์กิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความสุขในการทำงานและเผยแพร่กิจกรรมที่ดี

3. ควรส่งเสริมการจัดกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลตระหนัก
ถึงความสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาหารูปแบบการพัฒนามาตรระดับความสุขของผู้เลิกสูบบุหรี่ได้แล้วให้คงอยู่ เพื่อ
พัฒนารูปแบบภาวะความสุข ก่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ศึกษาเปรียบเทียบภาวะความสุขในกลุ่มผู้บริหารระดับต้น เนื่องจากผู้บริหารระดับต้น มีผลต่อการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน และมีส่วนเกื้อหนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสุขในการทำงานบริการประชาชน

3. ควรมีการศึกษาถึงสาเหตุ หรือการรักษาตนเองของผู้สูบบุหรี่ด้วยความเชื่อที่ว่า การสูบบุหรี่จะช่วยรักษาอาการซึมเศร้า และอารมณ์หงุดหงิดได้

4. ควรทำการศึกษาหลาย ๆ พื้นที่เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเปรียบเทียบ เพื่อพิจารณาความเหมือนและแตกต่างกันของข้อมูลที่ได้ อันจะนำไปใช้ประโยชน์ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ต่อไป

บรรณานุกรม

- กรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2550). การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อการเลิกสูบบุหรี่. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (บรรณาธิการ), *ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภคยาสูบ สำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *สำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของ ประชากร พ.ศ. 2550*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก www.nso.go.th
- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของ ประชากร ไทย พ.ศ. 2550*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก <http://www.ashthailand.or.th/th>
- ชุติมา พงศ์วรินทร์. (2554). *กรอบมโนทัศน์และเครื่องมือวัดความสุขในบริบทสังคมไทย*. ดุษฎีนิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา, แขนงวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนาศ บุญทอง, ผ่องศรี มรกต และสุรินธร กลัมพากร. (2551). *พิษภัยยาสูบต่อสุขภาพในบุหรี่กับ สุขภาพบทบาทของพยาบาลไทยต่อการสร้างสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: กรรมการเครือข่าย พยาบาลเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- นงลักษณ์ ศรีบรรจง. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของการอธิบายและความสุขเชิงอัตวิสัย ของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม, คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และเอกอนงค์ สีตลาภินันท์. (2554). *คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย จำกัด.
- ทีปรัตน์ วัชรางกูร และภัทรจิต กอชโซลี. (2550). ย้อนรอยมุมมองความสุขแนวคิดจากต่างประเทศ. *สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา. วารสารเศรษฐกิจและสังคม, 44 – 1, 75-81*
- ธรรมจักร. (2556). *สู่ความสุข: ความสุขคืออะไร*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก <http://www.dhammadjak.net/book-dhammaraksa/-3-4.html>
- นภดล กรรณิกา. (2551). เอแบคโพลล์: *ประเมินความสุขของคนทำงาน (Happiness at Workplace)*. มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558. เข้าถึงได้จาก <http://www.ryt9.com/s/abcp>

- นันทรัตน์ อู่ประเสริฐ. (2552). *ความสุขในการทำงานของพนักงานบริษัท เฟลท์ดรัก จำกัด จังหวัด เชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารธุรกิจ, คณะบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นฤมล แสงผล. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการทั่วไป, คณะบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี.
- บัญญัติ สุขศรีงาม. (2551). *บุหรีกับการเกิดมะเร็งกล่องเสียงและการเสื่อมสภาพของสมอง*. ภาควิชา จุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วันที่ค้นข้อมูล 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก http://www.uniserv.buu.ac.th/forum2/pop_preview.asp
- บุปผา ศิริรัมย์, ฟิลิป เกสท์, ทวีมา ศิริรัมย์, วราภรณ์ ผลประเสริฐ, อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ และ ปริญญา เกนโรจน์. (2550). *รายงานการวิจัยผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบ ในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มวัยรุ่นระดับประเทศ รอบที่ 2 (พ.ศ.2549)*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกิต วาที่สาธกกิจ และกรองจิต วาที่สาธกกิจ. (2547) *สารานุกรมไทยสำหรับเด็กและเยาวชน โดย พระราชประสงค์ ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่ม 28*. 2547. หน้า 161 - 2.
- ประกิต วาที่สาธกกิจ. (2550). *ประวัติบุหรี (online)*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก: <http://www.ashthailand.or.th>
- ประกิต วาที่สาธกกิจ. (2551). *ข้อมูลสำคัญเรื่องบุหรีกับเยาวชน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี.
- ประกิต วาที่สาธกกิจ. (2555). *การแทรกแซงและบ่อนทำลายนโยบายสาธารณะของบรรษัทข้ามชาติ: กรณีศึกษา นโยบายการควบคุมการบริโภคยาสูบของไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี.
- ประกิต วาที่สาธกกิจ. (2555). *การเสียชีวิตของคนไทยต่อปีจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก <http://www.ashthailand.or.th/th/index.php/network.php>
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และเอกอนงค์ สิตลาภินันท์. (2554). *คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย จำกัด.

- ปิยอร สีระเต็มพงษ์. (2552). *ความสุขในการทำงานของพยาบาล งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, การค้นคว้าอิสระมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ปรีดาภรณ์ สีปากดี และคณะ. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรคณะ บริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการทั่วไป, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี.
- พงษ์สิริ ปรารณานาดี และคณะ. (2550). *อัตรากรรมันตภาพรังสีทำให้เกิดมะเร็งปอดในผู้ที่สูบบุหรี่กับ ผู้ไม่สูบบุหรี่ต่างกันอย่างไรในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก <http://www.ashthailand.or.th/>
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2549). *การสูบบุหรี่กับสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก <http://www.asthailand.or.th>
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2550). “ไม่มีชื่อเรื่อง” สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้ จาก <http://www.smokefreezone.or.th>
- มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). “ไม่มีชื่อเรื่อง” สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก <http://www.yourhealthyguide.com/>
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2551). *คำเตือนบนซองบุหรี่ของประเทศออสเตรเลีย*. *วารสาร Smart*, 9(99), เดือนเมษายน 2551.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2551). *ไม่อยากเป็นมะเร็งไตต้องงดสูบบุหรี่*. *วารสาร Smart*, 9(103), เดือนสิงหาคม 2551.
- รัชนา ศานติยานนท์, บุษบา มาตระกุล, และกาญจนา สุริยะพรหม. (2550). *พิษภัยบุหรี่*. ใน สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล. (บรรณาธิการ), *ตำราวิชาการสุขภาพการควบคุมการบริโภค ยาสูบ สำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาชีพ สุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.
- รสรินทร์ เกรย์ และคณะ, (2550). *ความสันโดษ และความอยู่ดีมีสุขของคนไทย: กรณีศึกษาจังหวัด กาญจนบุรีและชัยนาท*. ใน “หลากหลายมิติแห่งความอยู่ดีมีสุขของคนไทย.” นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2550). *การคุ้มครองสุขภาพจากควันบุหรี่มือสอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- วัลลภ พรเรืองวงศ์, (2552). *27 วิธีป้องกันและลดกลิ่นปาก(halitosis)*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก <http://health2u.exteen.com/20090626/27-halitosis>

- วันเพ็ญ ชูรจิตต์วัฒนการ และรพีภรณ์ เปี่ยมพีช. (2555). ปัจจัยด้านจิตใจและลักษณะบุคลิกภาพของวัยรุ่นชายที่สูบบุหรี่. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 19- 2, 55-60.
- ศรีธัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2549). *สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534 – 2547*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะสาธารณสุขศาสตร์. (2550). มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารควบคุมยาสูบ*, 2, หน้า 110-112.
- ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และคณะ. (2555). *สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ศูนย์สุขภาวะทางจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2556). *ความสุขคืออะไร*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก <http://www.chulawellness.com/index.php?>
- สติเฟน อามาน, เนาวรัตน์ เจริญคำ, นิภาพรรณ กังสกุลนิต, นัทศน์ ศิริโชติรัตน์ และคณะ. (2548). *การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัฒน์ อีระเวชเจริญชัย. (2549). *ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สิริกัญญา เลิศศรีณพงษ์. (2549). บุหรี่และมะเร็งกล่องเสียง. วันที่ค้นข้อมูล 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก http://www.uniserv.buu.ac.th/forum2/pop_preview.asp
- สิริลักษณ์ ภัคดีศรี. (2550). *ความสุขมวลรวมของประชากรในกรุงเทพมหานคร*. สารนิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การพัฒนามนุษย์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่. (ม.ป.ป.). *ที่ไหนบ้างต้องปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย* [โปสเตอร์]. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2555,1 ธันวาคม). *อัตรากำลังข้าราชการ/พนักงาน/ลูกจ้าง ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2555*.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). *HR & HAPPY WORKPLACE*. กรุงเทพฯ: รุ่งศิริพลับปลิง.
- สุวิมล ตีรกาพันธ์. (2551). *การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2552). *การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น*. สืบค้นเมื่อ เข้าถึงได้จาก <http://resource.thaihealth.or.th/taxonomy/term/1123>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *ประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไป จำแนกตามสถานภาพสมรส หมวดอายุ เพศ และเขตการปกครอง พ.ศ.2543*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก www.nso.go.th/
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. (2555 ก). *โทษ พิษภัยบุหรี่*. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก http://www.thaiantitobacco.com/cms/menu/submenu/inc_submenu/4/13
- สุชาติ สกลกิจรุ่งโรจน์, สมพร สุทัศนีย์ และ เสรี ชัดรัมย์. (2558). การประยุกต์โมเดลการตอบสนองข้อสอบในการพัฒนามาตรวัดความสุขของคนไทย: การทดสอบแบบปรับเหมาะด้วยคอมพิวเตอร์. *วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 13(1), 1-17.
- อิศรา ศานติศาสตร์. (2550). *การวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐกิจของการควบคุมบุหรี่ในประเทศไทย*. รายงานการวิจัยเสนอต่อองค์การอนามัยโลกสำนักงานภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558, เข้าถึงได้จาก <http://www.li.mahidol.ac.th/tobacco/textbook.php>
- อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย และ วรวรรณ จุฑา, (2552). *การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อรวรรณ บุญบำรุง, สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล และ กนก พานทอง (2557). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยของรัฐ. *วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 11(2), 63-74.
- Anda, R. F., David, F., (1990). *Depression and the Dynamics of Smoking*. Retrieved October 20, 2011, from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?volume=264&issue=12&page=1541>
- Allen, R. E. (1985). *Greek philosophy: Thales to Aristotle*. New York: Free.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. London: Methuen.
- Argyle, M., & Martin, M. (1991). *The psychology cause of happiness*. In: Stack, F., Argyle, M., & Schwarz, N. *Subjective Well - Being*. pp. 77-95. Great Britain: BPC Wheatons.
- Argyle, M., & Schwarz, N., (1999). *Subjective well-being*. Oxford: Pergamon
- Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness (2nd.)*. New York: Routledge.

- Ballantyne, C. (2009). *What is third-hand smoke? Is it hazardous*. Retrieved June 15, 2015, from <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=what-is-third-hand-smoke>.
- Bradburn, N. M. (1969). *The Structure of Psychological Well –Being*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Birren, J. E., & Renner, V. J. (1981). Concepts and criteria of mental health and aging. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 242-254.
- Bolam, B., West, R., & Gunnell, D. (2011). Does smoking cessation cause depression And anxiety? Findings from the ATTEMPT cohort. *Nicotine Tob. 13*, 209–214.
- Christopher, J. C. (1999). Situating psychological well-being: Exploring the cultural roots of its theory and research. *Journal of Counselling and Development*, 77, 141-152.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Horwitz, J., & Emmons, R. A. (1985). Happiness of the very wealthy. *Social Indicators Research*, 16, 263-274.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R. et al. (1995). Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctor. *BMJ*, 309, 901-911
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). *Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life*. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, V-XII.
- Diener, E. (2009). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener*. New York: Springer.

- Glassman, A. H., Helzer, J. E., & Covio, L. S. (1990). *Smoking, smoking cessation, and Major depression*. Retrieved June 15, 2015, from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=383334>
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1995). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective* (7th ed.) Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hills, P., & Argyle, M. (2001). Emotional stability as a major of happiness. *Personality and Individual Differences, 31*, 1357-1364.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford happiness questionnaire: A compact scale for The measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 33*, 1073-1082.
- Harper, F. D., Guilbault, M., Tucker, T., & Austin, T., (2007). Happiness as a goal of counseling: Cross- cultural implications. *Int. J Adv Counselling, 29*, 123-136.
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis with Readings* (4ed.). New Jersey: Prentice- Hall.
- Hajek, P., Taylor, T., & McRobbie, H., 2010. The effect of stopping smoking on Perceived stress levels. *Addiction, 105*, 1466–1471.
- Winickoff, J. (2008). *Third-Hand Smoke: Another Reason To Quit Smoking*. Retrieved December 21, 2011, from <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/12/081229105037.htm>
- Miller, M., Hemenway, D., & Rimm, E. (2000). Cigarettes and Suicide: A prospective study of 50, 000 men. *Am J Public Health, 90*, 768-73
- Mobeeriek, A. et al., (2008). Prevalence of smoking among health care providers in eastern province, *Saudi Arabia Pakistan Oral & Dental Journal, 28*(2), 295-300.
- McDowell, I. (2010). Measures of self-perceived well-being. *Journal of Psychosomatic Research, 69*, 69-79.
- National Cancer Institute. (2007). *Secondhand Smoke*. Retrieved June 15, 2015 From <http://www.nlm.gov/medlineplus/secondhandsmoke.html>

- Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. E. (2007). The optimum level of well-being: Can people be too happy? , *Perspectives on Psychological Science*, 2, 346-360.
- Rachiotis, G., Adamson, S. M., Rudatsikira, E., Siziya, S., Kyrlesis, A., Gourgoulianis, K., & Hadjichristodoulou, C. (2008). Factors associated with adolescent cigarette smoking in Greece: Results from a cross sectional study (GYTS Study). *Public health*, 8, 313
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologists*, 55, 5-14.
- Szymanski, L. S. (2000). Happiness as a treatment goal. *American Journal of Mental Retardation*, 105, 352-362.
- Seligman, M. E. P., Parks, A. C., & Steen, T. (2005). A balanced psychology and a full life. *Philos. Topical transitions of the royal society of London Series B, Biological Science*, 359 (1449), 1379-1381.
- Siziya, S., Muula, A. S., & Rudatsikira, E. (2007). Correlates of current cigarette smoking and school- going adolescents in Punjab, India: Results from the Global Health Youth Tobacco Survey 2007. *BMC Int Health Hum Rights*, 8, 1.
- Shahab, L., & West, R. (2012). Differences in happiness between smokers, ex-smokers and never smokers , 2012.cross-sectional findings from a national household survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 121, 38- 44.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). Review of univariate and bivariate statistics. In *Using Multivariate Statistics* (6 ed., pp. 35 - 39). Upper Saddle River; Pearson Education.
- Veenhoven, R. (2007). *Measures of gross national happiness*. MPRA Paper (Text file).11280. Retneved June 15, 2015, from <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/11280/>
- West, R., & Hajek, P. (1997). What happens to anxiety levels on giving up smoking? *Am.J. Psychiatry*, 154, 1589-1592.
- West, R., Ussher, M., Evans, M., & Rashid, M., (2006). Assessing DSM-IV nicotine withdrawal symptoms: A comparison and evaluation of five different scales. *Psychopharmacology (Berl.)*, 184, 619-627.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขสำนวนภาษาของแบบสอบถามที่ใช้ ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. นายแพทย์ทรงสิทธิ์ อุดมสิน
จิตแพทย์อิสระ
2. ดร.ปรัชญา แก่นแก้ว
อาจารย์ประจำวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ดร.ทัศนีย์ เชื้อมทอง
หัวหน้าหอผู้ป่วยใน กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี

ภาคผนวก ข

สำเนาหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย



ที่ ศธ ๖๖๒๘/๐๒๒๒

วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา

มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

| | |
|-----------------------|-------------|
| สำนักงานวิจัยและพัฒนา | เลขรับ 3899 |
| วันที่ ๒๗ มิ.ย. ๒๕๕๖ | เวลา |

| | | |
|------------------------|-------------|-----------|
| กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ | เลขที่ 1103 | ส.บ. 2556 |
| เวลา | | |

๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือเพื่อการวิจัย จำนวน ๔๐๐ ชุด

ด้วย นางพรทิพย์ เอมอ่อน รหัสประจำตัว ๕๓๙๑๐๐๓๒ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและสถิติทางวิทยาการปัญญา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความสุขกับสภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ ดร.ภัทราวดี มากมี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ในกรณีนี้ ผู้วิจัยมีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน ๔๐๐ คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กรเพชรปानी)

คณบดีวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา

วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา

โทร. ๐ ๓๘๑๐ ๒๐๗๗-๘

โทร/โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๘๔

http://www.rmcs.buu.ac.th



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทร.๐๓๘-๙๓๒๔๗๘-๙

ที่ ขบ ๐๐๓๒/๑.๓๕๖ ๔

วันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองชลบุรี,
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

ด้วย มหาวิทยาลัยบูรพา ขอความอนุเคราะห์ให้ นางพรทิพย์ เอมอ่อน รหัสประจำตัว ๕๓๙๑๐๐๓๒ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความสุขกับสภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข” ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ ดร.ภัทราวดี มากมี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความสุขกับสภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข”

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

(นางรุ่งทิวา พานิชสุโข)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารทางวิชาการ) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ภาคผนวก ค
การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา
มหาวิทยาลัยบูรพา

๑. ชื่อวิทยานิพนธ์
ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความสุขกับสภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) RELATIONSHIP BETWEEN HAPPINESS AND SMOKING
STATUS OF HEALTH OFFICERS IN CHONBURI PROVINCE HOSPITALS UNDER MINISTRY
OF PUBLIC HEALTH.
๒. ชื่อนิสิต (นาย, นาง, นางสาว): พรทิพย์ เอมอ่อน
หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา
 ภาคปกติ ภาคพิเศษ
รหัส ๕๓๙๑๐๐๓๒ คณะ/วิทยาลัย วิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา
๓. หน่วยงานที่สังกัด มหาวิทยาลัยบูรพา
๔. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว
ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
 ๑. การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
 ๒. วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง
การวิจัย
 ๓. การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิต
หรือไม่มีชีวิต
(/) รับรองโครงการวิจัย
() ไม่รับรองโครงการวิจัย
๕. วันที่ให้การรับรอง ๑ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

(ลงนาม)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กรเพชรปามี)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณบดีวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา
วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

ภาคผนวก ง

ดัชนีความสอดคล้องด้านเนื้อหาของการประเมิน
จากผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ดัชนีความสอดคล้องของการประเมิน
จากผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านเนื้อหา

| โครงสร้าง | ข้อที่ | ผู้เชี่ยวชาญ | | | รวม | IOC | การแปลผล |
|-------------------------------------|--------|--------------|---|---|-----|------|-------------|
| | | 1 | 2 | 3 | | | |
| ภาวะความสุข (38 ข้อ) | | | | | | | |
| ด้านความพึงพอใจในชีวิต (11 ข้อ) | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 6 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 7 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 8 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0.67 | คัดเลือกไว้ |
| | 9 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0.67 | คัดเลือกไว้ |
| | 10 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0.67 | คัดเลือกไว้ |
| | 11 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0.67 | คัดเลือกไว้ |
| ด้านความพึงพอใจในงาน (8 ข้อ) | | | | | | | |
| | 12 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 13 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |

| โครงสร้าง | ข้อที่ | ผู้เชี่ยวชาญ | | | รวม | IOC | การแปลผล |
|--------------------------|--------|--------------|---|---|-----|------|-------------|
| | | 1 | 2 | 3 | | | |
| ความพึงพอใจในงาน (ต่อ) | | | | | | | |
| | 14 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 15 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 16 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 17 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0.67 | คัดเลือกไว้ |
| | 18 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 19 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| ด้านอารมณ์ทางบวก (9 ข้อ) | | | | | | | |
| | 20 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 21 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 22 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 23 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 24 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 25 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0.67 | คัดเลือกไว้ |
| | 26 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 27 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 28 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |

| โครงสร้าง | ข้อที่ | ผู้เชี่ยวชาญ | | | รวม | IOC | การแปลผล |
|--------------------------|--------|--------------|---|---|-----|------|-------------|
| | | 1 | 2 | 3 | | | |
| ด้านอารมณ์ทางลบ (10 ข้อ) | 29 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 30 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 31 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 32 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 33 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0.67 | คัดเลือกไว้ |
| | 34 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 35 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0.67 | คัดเลือกไว้ |
| | 36 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| | 37 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0.67 | คัดเลือกไว้ |
| | 38 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0.67 | คัดเลือกไว้ |

ภาคผนวก จ
ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม

ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม

ภาวะความสุข 37 ข้อ (ตัดข้อที่ 19 ออก)

| คำถามที่ | ค่าอำนาจจำแนก | การตัดสินใจ |
|----------|---------------|-------------|
| 1 | 1.00 | คัดเลือกไว้ |
| 2 | .71 | คัดเลือกไว้ |
| 3 | .71 | คัดเลือกไว้ |
| 4 | .42 | คัดเลือกไว้ |
| 5 | .35 | คัดเลือกไว้ |
| 6 | .44 | คัดเลือกไว้ |
| 7 | .74 | คัดเลือกไว้ |
| 8 | .38 | คัดเลือกไว้ |
| 9 | .43 | คัดเลือกไว้ |
| 10 | .26 | คัดเลือกไว้ |
| 11 | .42 | คัดเลือกไว้ |
| 12 | .40 | คัดเลือกไว้ |
| 13 | .34 | คัดเลือกไว้ |
| 14 | .42 | คัดเลือกไว้ |
| 15 | .39 | คัดเลือกไว้ |
| 16 | .49 | คัดเลือกไว้ |
| 17 | .39 | คัดเลือกไว้ |
| 18 | .25 | คัดเลือกไว้ |
| 19 | .18 | ตัดออก |
| 20 | .52 | คัดเลือกไว้ |
| 21 | .55 | คัดเลือกไว้ |
| 22 | .35 | คัดเลือกไว้ |
| 23 | .44 | คัดเลือกไว้ |
| 24 | .40 | คัดเลือกไว้ |

ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม

ภาวะความสุข (38 ข้อ)

| คำถามที่ | ค่าอำนาจจำแนก | การตัดสินใจ |
|----------|---------------|-------------|
| 25 | .27 | คัดเลือกไว้ |
| 26 | .22 | คัดเลือกไว้ |
| 27 | .35 | คัดเลือกไว้ |
| 28 | .51 | คัดเลือกไว้ |
| 29 | .58 | คัดเลือกไว้ |
| 30 | .66 | คัดเลือกไว้ |
| 31 | .55 | คัดเลือกไว้ |
| 32 | .56 | คัดเลือกไว้ |
| 33 | .37 | คัดเลือกไว้ |
| 34 | .30 | คัดเลือกไว้ |
| 35 | .31 | คัดเลือกไว้ |
| 36 | .30 | คัดเลือกไว้ |
| 37 | .36 | คัดเลือกไว้ |
| 38 | .40 | คัดเลือกไว้ |

แสดงค่าความเที่ยงแบบสอบถามโดยจำแนกตามตัวแปรที่ต้องการวัด

| ตัวแปร | จำนวนข้อคำถาม | ความเที่ยง | |
|-------------|---------------|------------|-------|
| | | ค่า | ระดับ |
| ภาวะความสุข | 37 | .96 | ดีมาก |

ภาคผนวก ฉ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความสุขกับสภาพการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ซึ่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นข้าราชการ เจ้าพนักงานของรัฐ ลูกจ้าง
ชั่วคราว ลูกจ้างประจำ
2. แบบสอบถามนี้มีข้อความเกี่ยวกับภาวะความสุขในชีวิตของท่าน ประกอบด้วย 3 ส่วน
จำนวน 7 หน้า (รวมปก)
ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล
ส่วนที่ 2 ภาวะความสุข
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุข
โปรดตอบคำถามตามสภาพความเป็นจริงหรือตามความรู้สึกของท่านให้ครบทุกข้อ
3. คำตอบหรือข้อมูลที่ท่านตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำคำตอบมา
รวบรวมวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อผลวิจัยโดยภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ผลการวิจัยจะเป็นข้อเสนอแนะ
ในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อประโยชน์แก่ตัวท่าน องค์กร ตลอดจนประชาชนต่อไป

ขอขอบคุณ

นางพรทิพย์ เอมอ่อน

ผู้วิจัย

นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา

วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

หากมีปัญหามาไม่เข้าใจในข้อความ โปรดติดต่อ นางพรทิพย์ เอมอ่อน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร 038-932478 หรือ 086-3110001

e-mail : lekchon1@hotmail.com

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือกรอกข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.ชาย | <input type="checkbox"/> 2.หญิง |
|--------------------------------|---------------------------------|
2. อายุ..... ปี (นับเป็นจำนวนปี เศษเกิน 6 เดือนให้ปัดขึ้น)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.น้อยกว่าหรือเท่ากับ 31 ปี | <input type="checkbox"/> 2.มากกว่า 31-35 ปี |
| <input type="checkbox"/> 3.มากกว่า 35-40 ปี | <input type="checkbox"/> 4.มากกว่า 40-45 ปี |
| <input type="checkbox"/> 5. มากกว่า 45 ปี | |
3. ศาสนา

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.พุทธ | <input type="checkbox"/> 2.คริสต์ |
| <input type="checkbox"/> 3.อิสลาม | <input type="checkbox"/> 4.อื่นๆ |
4. การศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน.....

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> 2.มัธยมศึกษา / ปวช. / ปวส. |
| <input type="checkbox"/> 3.ประกาศนียบัตรวิชาชีพด้านสาธารณสุข (1-2 ปี) | |
| <input type="checkbox"/> 4.ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | |
| <input type="checkbox"/> 5.ปริญญาโทหรือสูงกว่า | |
5. สถานภาพสมรส

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1.โสด | <input type="checkbox"/> 2.หย่า | <input type="checkbox"/> 3.หม้าย |
| <input type="checkbox"/> 4.สมรสและอยู่ด้วยกัน | | <input type="checkbox"/> 5.สมรสและแยกกันอยู่ |
6. รายได้ เฉลี่ยต่อเดือน (ประมาณการรายได้ทุกประเภท โดยรวมเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงินเบี้ยเลี้ยง เงินค่าทำงานนอกเวลา และเงินได้อื่นๆ ทั้งหมด)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.ต่ำกว่า 10,000 บาท | <input type="checkbox"/> 2. 10,000 -15,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 3. 15,001 -20,000 บาท | <input type="checkbox"/> 4. 20,001 -25,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 5. 25,001 -30,000 บาท | <input type="checkbox"/> 6. 30,001-50,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 7. มากกว่า 50,000 บาท | |

7. รายได้ตามข้อ 6 ที่ท่านได้รับเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนหรือไม่
- 1.พอใช้และเหลือเก็บ 2.พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ
- 3.ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน 4.ไม่พอใช้และมีหนี้สิน
8. ปัจจุบันนี้ท่านรู้สึกว่าคุณภาพท่านแข็งแรง
1. ดี 2. ปานกลาง 3. ไม่ดี
9. ท่านคิดว่า ปัจจุบันนี้ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพกายเพียงใด
- 1.มีมาก 2.มีปานกลาง
- 3.มีน้อย 4.ไม่มี
10. ท่านคิดว่า ปัจจุบันนี้ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเพียงใด
- 1.มีมาก 2.มีปานกลาง
- 3.มีน้อย 4.ไม่มี
11. ท่านมีโรคประจำตัวเรื้อรัง หรือภาวะเรื้อรัง ดังนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 12)
2. มี
- ระบุโรคหรืออาการ
1. โรคมะเร็ง 2. โรคหัวใจและหลอดเลือด
3. โรคระบบทางเดินหายใจ 4. โรคระบบทางเดินอาหาร
5. โรคของเหงือกและฟัน 6. โรคระบบสืบพันธุ์
7. ระบบผิวหนัง 8. อื่นๆ ระบุ.....
12. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่
1. ไม่เคยสูบบุหรี่
2. ปัจจุบันสูบบุหรี่
3. เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว (มากกว่า 1 เดือนขึ้นไป)
4. กำลังพยายามเลิกสูบบุหรี่ อยู่ในระหว่างการลดปริมาณการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 ภาวะความสุข

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกตรงกับแต่ละข้อความมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย

✓ ในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึกตามความหมายต่อไปนี้

- มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเกิดขึ้นตรงกับสภาพความเป็นจริงหรือความรู้สึก
ประมาณ 9 – 10 ครั้ง ใน 10 ครั้ง
- มาก หมายถึง ข้อความนั้นเกิดขึ้นตรงกับสภาพความเป็นจริงหรือความรู้สึก
ประมาณ 6 – 8 ครั้ง ใน 10 ครั้ง
- ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นเกิดขึ้นตรงกับสภาพความเป็นจริงหรือความรู้สึก
ประมาณ 3 – 5 ครั้ง ใน 10 ครั้ง
- น้อย หมายถึง ข้อความนั้นเกิดขึ้นตรงกับสภาพความเป็นจริงหรือความรู้สึก
ประมาณ 1 – 2 ครั้ง ใน 10 ครั้ง
- น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นเกิดขึ้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงหรือความรู้สึกเลย

| ลำดับ | ข้อความ | ระดับความรู้สึก | | | | |
|-------|---|-----------------|-----|---------|------|------------|
| | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| 1 | ฉันรู้สึกว่าคุณชีวิตช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่ดีฉันมีความสุข | | | | | |
| 2 | ฉันรู้สึกพอใจในชีวิตที่ฉันเป็นอยู่ในขณะนี้ | | | | | |
| 3 | ฉันรู้สึกมีความสุขในสิ่งที่ฉันทำในปัจจุบัน | | | | | |
| 4 | ฉันคิดว่าสิ่งที่ฉันทำในชีวิตประจำวันในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ดี | | | | | |
| 5 | เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ ฉันรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง | | | | | |
| 6 | ฉันรู้สึกอึดอัดใจ | | | | | |

| ลำดับ | ข้อความ | ระดับความรู้สึก | | | | |
|-------|--|-----------------|-----|---------|------|------------|
| | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| 7 | ฉันรู้สึกว่าตัวเองไม่มีความสุขเลย | | | | | |
| 8 | ฉันรู้สึกว่าภูมิใจ เมื่อเห็นคนอื่นประสบความสำเร็จ | | | | | |
| 9 | ฉันรู้สึกโกรธเมื่อประสบความล้มเหลว | | | | | |
| 10 | ฉันสามารถติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างราบรื่น | | | | | |
| 11 | ฉันคิดว่าสามารถแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาในชีวิตได้ | | | | | |
| 12 | ฉันรู้สึกพอใจในงานที่ทำ | | | | | |
| 13 | ฉันคิดอยากลาออกจางานเพื่อหางานที่ดีกว่า | | | | | |
| 14 | ฉันมีความสุขเมื่องานที่ทำสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย | | | | | |
| 15 | ผู้ร่วมงานช่วยเหลือท่านเมื่อมีปัญหา | | | | | |
| 16 | เพื่อนร่วมงาน ในหน่วยงานมีความซัดแย้งกัน | | | | | |
| 17 | สภาพแวดล้อมในที่ทำงานเอื้อต่อการทำงานของท่าน | | | | | |
| 18 | ฉันรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร | | | | | |
| 19 | ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้สนุกสนาน | | | | | |
| 20 | ฉันรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง | | | | | |

| ลำดับ | ข้อความ | ระดับความรู้สึก | | | | |
|-------|---|-----------------|-----|---------|------|------------|
| | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| 21 | ฉันรู้สึกมีแรงบันดาลใจในการทำงาน | | | | | |
| 22 | ฉันกระตือรือร้นในสิ่งที่จะทำในครั้งต่อไป | | | | | |
| 23 | ฉันมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในชีวิต | | | | | |
| 24 | ฉันมีความคิดสร้างสรรค์ใหม่ ๆ เกิดขึ้นเสมอ | | | | | |
| 25 | ฉันคิดว่าตนเองมีคุณสมบัติที่ดีอยู่ในตัว | | | | | |
| 26 | ฉันรู้สึกพอใจในชีวิต | | | | | |
| 27 | ฉันมีความพร้อมทำงานอยู่เสมอ | | | | | |
| 28 | ฉันรู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความสุข | | | | | |
| 29 | ฉันรู้สึกเป็นทุกข์ | | | | | |
| 30 | ฉันรู้สึกคับข้องใจ | | | | | |
| 31 | ฉันรู้สึกเบื่อหน่าย | | | | | |
| 32 | ฉันรู้สึกเศร้าหมอง | | | | | |
| 33 | ฉันรู้สึกขุ่นมัวไม่พอใจ | | | | | |
| 34 | ฉันไม่มีความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆเกิดขึ้นเลย | | | | | |

| ลำดับ | ข้อความ | ระดับความรู้สึก | | | | |
|-------|--|-----------------|-----|---------|------|------------|
| | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| 35 | ฉันคิดว่าตนเองไม่มีคุณสมบัติที่ดีอยู่ในตัว | | | | | |
| 36 | ฉันไม่มีความพร้อมในการใช้ชีวิต | | | | | |
| 37 | บ่อยครั้งที่ฉันไม่พร้อมทำงาน | | | | | |

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ข
ผลการวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณ (Multivariate Analysis of Variance: MANOVA)

Between-Subjects Factors

| | Value Label | N |
|--------------|------------------------|-----|
| การสูบบุหรี่ | 1 ไม่เคยสูบบุหรี่ | 276 |
| | 2 ปัจจุบันสูบบุหรี่ | 71 |
| | 3 เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 31 |
| | 4 พยายามเลิก | 22 |

Descriptive Statistics

| | การสูบบุหรี่ | Mean | Std. Deviation | N |
|----------|----------------------|--------|----------------|-----|
| Satif | ไม่เคยสูบบุหรี่ | 3.2484 | .33030 | 276 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | 3.1652 | .35586 | 71 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 3.5044 | .36351 | 31 |
| | พยายามเลิก | 3.2025 | .28046 | 22 |
| | Total | 3.2509 | .34339 | 400 |
| work | ไม่เคยสูบบุหรี่ | 3.2707 | .36181 | 276 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | 3.1771 | .35115 | 71 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 3.3825 | .24850 | 31 |
| | พยายามเลิก | 3.3831 | .26957 | 22 |
| | Total | 3.2689 | .35149 | 400 |
| Positive | ไม่เคยสูบบุหรี่ | 3.7097 | .50272 | 276 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | 3.6150 | .51463 | 71 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 4.0896 | .37561 | 31 |
| | พยายามเลิก | 3.6717 | .46065 | 22 |
| | Total | 3.7203 | .50518 | 400 |

| Descriptive Statistics | | | | |
|------------------------|----------------------|------|----------------|-----|
| | การสูบบุหรี่ | Mean | Std. Deviation | N |
| Negative | ไม่เคยสูบบุหรี่ | 2.07 | 0.47 | 276 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | 2.29 | 0.56 | 71 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 1.97 | 0.35 | 31 |
| | พยายามเลิก | 2.23 | 0.51 | 22 |
| | Total | 2.11 | 0.49 | 400 |
| Hapiness | ไม่เคยสูบบุหรี่ | 3.07 | .24 | 276 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | 3.06 | .27 | 71 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 3.24 | .18 | 31 |
| | พยายามเลิก | 3.12 | .17 | 22 |
| | Total | 3.09 | .24 | 400 |

Box's Test of Equality of Covariance Matrices^a

| | |
|---------|-----------|
| Box's M | 44.267 |
| F | 1.406 |
| df1 | 30 |
| df2 | 21760.881 |
| Sig. | .069 |

Descriptive Statistics

| การสูบบุหรี่ | | Mean | Std. Deviation | N |
|--------------|----------------------|--------|----------------|-----|
| Satif | ไม่เคยสูบบุหรี่ | 3.2484 | .33030 | 276 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | 3.1652 | .35586 | 71 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 3.5044 | .36351 | 31 |
| | พยายามเลิก | 3.2025 | .28046 | 22 |
| | Total | 3.2509 | .34339 | 400 |
| Work | ไม่เคยสูบบุหรี่ | 3.2707 | .36181 | 276 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | 3.1771 | .35115 | 71 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 3.3825 | .24850 | 31 |
| | พยายามเลิก | 3.3831 | .26957 | 22 |
| | Total | 3.2689 | .35149 | 400 |
| Positive | ไม่เคยสูบบุหรี่ | 3.7097 | .50272 | 276 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | 3.6150 | .51463 | 71 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 4.0896 | .37561 | 31 |
| | พยายามเลิก | 3.6717 | .46065 | 22 |
| | Total | 3.7203 | .50518 | 400 |
| Negative | ไม่เคยสูบบุหรี่ | 2.0681 | .47136 | 276 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | 2.2873 | .56161 | 71 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 1.9710 | .35421 | 31 |
| | พยายามเลิก | 2.2273 | .50538 | 22 |
| | Total | 2.1083 | .49031 | 400 |
| Happiness | ไม่เคยสูบบุหรี่ | 3.0742 | .23838 | 276 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | 3.0611 | .26677 | 71 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | 3.2369 | .18242 | 31 |
| | พยายามเลิก | 3.1211 | .16904 | 22 |
| | Total | 3.0871 | .24020 | 400 |

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

| | F | df1 | df2 | Sig. |
|----------|-------|-----|-----|------|
| Satif | .227 | 3 | 396 | .878 |
| work | 2.067 | 3 | 396 | .104 |
| Positive | 1.522 | 3 | 396 | .208 |
| Negative | 1.927 | 3 | 396 | .125 |

| Multivariate Tests ^c | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------|--------|-----------------------|---------------|----------|------|
| Effect | | Value | F | Hypothesis df | Error df | Sig. |
| Intercept | Pillai's Trace | .987 | 7613.345 ^a | 4.000 | 393.000 | .000 |
| | Wilks' Lambda | .013 | 7613.345 ^a | 4.000 | 393.000 | .000 |
| | Hotelling's Trace | 77.490 | 7613.345 ^a | 4.000 | 393.000 | .000 |
| | Roy's Largest Root | 77.490 | 7613.345 ^a | 4.000 | 393.000 | .000 |
| smo | Pillai's Trace | .118 | 4.029 | 12.000 | 1185.000 | .000 |
| | Wilks' Lambda | .886 | 4.054 | 12.000 | 1040.072 | .000 |
| | Hotelling's Trace | .124 | 4.061 | 12.000 | 1175.000 | .000 |
| | Roy's Largest Root | .078 | 7.722 ^b | 4.000 | 395.000 | .000 |

Tests of Between-Subjects Effects

| Source | Dependent Variable | Type III Sum of Squares | df | Mean Square |
|-----------------|--------------------|-------------------------|-----|-------------|
| Corrected Model | Satif | 2.567 ^a | 3 | .856 |
| | Work | 1.287 ^b | 3 | .429 |
| | Positive | 5.098 ^c | 3 | 1.699 |
| | Negative | 3.617 ^d | 3 | 1.206 |
| Intercept | Satif | 1804.071 | 1 | |
| | Work | 1829.728 | 1 | |
| | Positive | 2385.133 | 1 | |
| | Negative | 766.770 | 1 | |
| smo | Satif | 2.567 | 3 | .856 |
| | Work | 1.287 | 3 | .429 |
| | Positive | 5.098 | 3 | 1.699 |
| | Negative | 3.617 | 3 | 1.206 |
| Error | Satif | 44.482 | 396 | .112 |
| | Work | 48.009 | 396 | .121 |
| | Positive | 96.728 | 396 | .244 |
| | Negative | 92.306 | 396 | .233 |
| Total | Satif | 4274.413 | 400 | |
| | Work | 4323.653 | 400 | |
| | Positive | 5638.012 | 400 | |
| | Negative | 1873.810 | 400 | |
| Corrected Total | Satif | 47.049 | 399 | |
| | Work | 49.295 | 399 | |
| | Positive | 101.826 | 399 | |
| | Negative | 95.923 | 399 | |

| Dependent Variable | (I) การสูบบุหรี่ | (J) การสูบบุหรี่ | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. ^a |
|--------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|-------------------|
| Satif | ไม่เคยสูบบุหรี่ | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | .083 | .045 | .063 |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.256* | .063 | .000 |
| | | พยายามเลิก | .046 | .074 | .537 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | ไม่เคยสูบบุหรี่ | -.083 | .045 | .063 |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.339* | .072 | .000 |
| | | พยายามเลิก | -.037 | .082 | .649 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .256* | .063 | .000 |
| | | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | .339* | .072 | .000 |
| | | พยายามเลิก | .302* | .093 | .001 |
| | พยายามเลิก | ไม่เคยสูบบุหรี่ | -.046 | .074 | .537 |
| | | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | .037 | .082 | .649 |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.302* | .093 | .001 |
| Work | ไม่เคยสูบบุหรี่ | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | .094* | .046 | .044 |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.112 | .066 | .091 |
| | | พยายามเลิก | -.112 | .077 | .146 |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | ไม่เคยสูบบุหรี่ | -.094* | .046 | .044 |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.205* | .075 | .006 |
| | | พยายามเลิก | -.206* | .085 | .016 |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .112 | .066 | .091 |
| | | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | .205* | .075 | .006 |
| | | พยายามเลิก | .000 | .097 | .995 |
| | พยายามเลิก | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .112 | .077 | .146 |
| | | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | .206* | .085 | .016 |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | .001 | .097 | .995 |

Pairwise Comparisons

| Dependent Variable | (I) การสูบบุหรี่ | (J) การสูบบุหรี่ | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. ^a | |
|--------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|------------|-------------------|------|
| Positive | ไม่เคยสูบบุหรี่ | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | .095 | .066 | | |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.380* | .094 | .000 | |
| | | พยายามเลิก | .038 | .109 | .729 | |
| | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | ไม่เคยสูบบุหรี่ | -.095 | .066 | .151 | |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.475* | .106 | .000 | |
| | | พยายามเลิก | -.057 | .121 | .639 | |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .380* | .094 | .000 | |
| | | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | .475* | .106 | .000 | |
| | | พยายามเลิก | .418* | .138 | .003 | |
| | พยายามเลิก | ไม่เคยสูบบุหรี่ | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | -.038 | .109 | .729 |
| | | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | .057 | .121 | .639 |
| | | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | -.418* | .138 | .003 |
| ปัจจุบันสูบบุหรี่ | | ไม่เคยสูบบุหรี่ | -.219* | .064 | .001 | |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | .097 | .091 | .289 | |
| | | พยายามเลิก | -.159 | .107 | .138 | |
| Negative | ไม่เคยสูบบุหรี่ | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | .219* | .064 | .001 | |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | .316* | .104 | .002 | |
| | | พยายามเลิก | .060 | .118 | .611 | |
| | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | ไม่เคยสูบบุหรี่ | -.097 | .091 | .289 | |
| | | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | -.316* | .104 | .002 | |
| | | พยายามเลิก | -.256 | .135 | .058 | |
| | พยายามเลิก | ไม่เคยสูบบุหรี่ | .159 | .107 | .138 | |
| | | ปัจจุบันสูบบุหรี่ | -.060 | .118 | .611 | |
| | | เลิกสูบบุหรี่ได้แล้ว | .256 | .135 | .058 | |