

บุคลิกภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

น.ส.พีชราภา จตุพร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

The Personality Traits and Smoking Behavior in Patients at the Check – up Clinic, King
Chulalongkorn Memorial Hospital

Miss Pasharapa Jatuporn

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University



4120931691

CD IThesis 6074023330 thesis / recv: 29072562 15:18:06 / seq: 5

หัวข้อวิทยานิพนธ์	บุคลิกภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ที่เข้ารับการตรวจ สุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	น.ส.พัชราภา จตุพร
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ นายแพทย์โชติมันต์ ชินวรารักษ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
()

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
()

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ นายแพทย์โชติมันต์ ชินวรารักษ์)

พัชราภา จตุพร : บุคลิกภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (The Personality Traits and Smoking Behavior in
 Patients at the Check – up Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital)
 อ.ที่ปรึกษาหลัก : อ. นพ.โชติมันต์ ชินวรารักษ์

การศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง มี
 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบุคลิกภาพของผู้สูบบุหรี่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่ม
 ตัวอย่างที่เป็นผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ หน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 115
 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม พ.ศ.2562 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล
 ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป แบบทดสอบประเมินภาวะเสพติดนิโคติน คือ
 แบบทดสอบ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ฉบับภาษาไทย และ ประเมิน
 แบบทดสอบบุคลิกภาพ International Personality Item Pool (IPIP) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์
 ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นหา
 ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent sample t-test, และการวิเคราะห์
 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างวิจัยส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติ
 สายตรงสูบบุหรี่ และมีคนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ในหนึ่งปีที่ผ่านมาผู้เข้าร่วมวิจัยใช้ยาเสพติดที่
 นอกเหนือจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ แอลกอฮอล์ ไม่พบผู้เข้าร่วมวิจัยใช้สารเสพติดชนิดร้ายแรง เช่น
 ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา ฝิ่น มอร์ฟิน เฮโรอีน คะแนนเฉลี่ยการติดนิโคตินในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี
 คะแนนการติดนิโคตินที่ต่ำ จัดเป็นผู้ไม่ติดนิโคติน ส่วนคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบในผู้
 สูบบุหรี่พบว่ามีความมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion stability) ต่ำที่สุด รองลงมาคือด้านเข้าสังคม
 ชอบแสดงออก (Extraversion) และมีด้านเข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness) สูงที่สุด

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6074023330 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD:

Pasharapa Jatuporn : The Personality Traits and Smoking Behavior in Patients at the Check – up Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Advisor: Chotiman Chinvararak, M.D.

This study was a cross-sectional descriptive study which aims to study the smoker's personality and related factors by collecting the data from samples who took physical checkup at Preventive and Social Medicine Department, Chulalongkorn University, obtained through purposive sampling, 115 samples. Data was collected between April-May 2019. Instruments used were general information questionnaire, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (Thai Language Version) and International Personality Item Pool (IPIP) (Thai Language Version). Data were analyzed by using descriptive statistics which were percentage, mean and standard deviation and then using assumption statistics which were Independent sample t-test and Pearson's product moment correlation.

Results found that most samples had directed relationship of smoking family members and had smoking acquaintance. From last year, samples had used other abusing substance instead of cigarettes which was alcohol, none of any samples had been found of using hazard narcotics such as amphetamine, crystal meth, marijuana, opium, morphine, and heroin, samples were classified as a non-addiction nicotine while the smoker's average IPIP Personality mean score in 5 components of the smokers found that emotion stability had the lowest score, Extraversion and Agreeableness was found in the highest score.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจากอาจารย์ นายแพทย์โชติมันต์ ชินวรารักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งคอยชี้แนะ ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ตลอดจนให้โอกาสแก้ไขข้อผิดพลาดต่างๆ ตลอดการทำวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร ที่ให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการสอบจากภายนอกมหาวิทยาลัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวลที่อนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถาม International Personality Item Pool (IPIP) ในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยงานเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกคนที่คอยอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนในทุกๆ ด้าน แก่ผู้วิจัยโดยเสมอมา

พัชรภา จตุพร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)	1
จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าบุหรี่ยุคหนึ่งเป็นปัญหาต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคร้าย ต่างๆ และการเสียชีวิตจากโรคที่มาจากการสูบบุหรี่ อีกทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อน วัยอันควรของประชากร รวมไปถึงยังเป็นต้นเหตุของปัญหาอื่นๆ อาทิเช่น ปัญหาการใช้ยาเสพติด ติดติดยาเสพติดประเภทอื่นๆ และการใช้ยาเสพติดนั้นยังก่อให้เกิดปัญหาด้านการก่อ อาชญากรรม อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบกับผู้ที่สูบ บุหรี่ในประเทศไทย ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบุคลิกภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูบบุหรี่ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการออกแบบการป้องกันการสูบบุหรี่และโปรแกรมหยุดการ สูบบุหรี่ที่ปรับเปลี่ยนตามความจำเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้มานั้นจะนำมาใช้ในการ ประเมิน และอาจใช้เป็นข้อมูลในการต่อยอดงานวิจัยของแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการ สูบบุหรี่.....	2
คำถามการวิจัย (Research Questions).....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)	3
ขอบเขตในการวิจัย (Limitation)	3
สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis)	3
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)	4
ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)	4

คำสำคัญ (Keyword) 4

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation Definition) 5

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected or Anticipated Benefit Gain)..... 5

บทที่ 2 6

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 6

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่ 6

 1.1 ความหมายของบุหรี่ 6

 1.2 ประเภทของบุหรี่ 7

 1.3 สารประกอบในบุหรี่..... 7

 1.4 อันตรายและโทษจากบุหรี่..... 9

2. การเสพติดนิโคติน (Nicotine Dependence)..... 11

 2.1 ความหมายของการเสพติดนิโคติน 11

 2.2 กลไกการเสพติดของนิโคตินและผลของนิโคตินต่อระบบประสาท 12

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่..... 13

 3.1 ความหมายของพฤติกรรม..... 13

 3.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่..... 14

 3.3 เหตุจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่..... 15

 3.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 16

4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพ..... 18

 4.1 ความหมายของบุคลิกภาพ..... 18

 4.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพทั่วไป 20

 4.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 26

Jung-Seok Choi, Thomas J. Payne, Jennie Z. Ma และ Ming D. Li (2560)⁽³⁵⁾ ได้ศึกษา
ลักษณะบุคลิกภาพมีความเกี่ยวข้องกับการติดนิโคตินในผู้สูบบุหรี่อเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน

และผู้สูบบุหรี่ชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5,040 คน (กลุ่มตัวอย่างชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน จำนวน 3,737 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.31 และชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.51) สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ 2,474 คนและผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 2,566 คน ในกลุ่มตัวอย่างของชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน ความไม่เสถียรทางอารมณ์มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญต่อความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการสูบบุหรี่ [odds ratio (OR) = 1.057; 95% confidence interval (CI) 1.032, 1.083; $p < 0.0001$] และการมีจิตสำนึกมีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญต่อการลดความเสี่ยงในการสูบบุหรี่ (OR = 0.936; 95% CI 0.912, 0.961; $p < 0.0001$) ในกลุ่มตัวอย่างของชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป ความไม่เสถียรทางอารมณ์ที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นผู้ที่ยังสูบบุหรี่ (OR = 1.058; 95% CI 1.013, 1.104; $p = 0.0105$) นอกจากนี้พบว่าระดับที่ต่ำลงของความไม่เสถียรทางอารมณ์และระดับที่สูงขึ้นของการมีจิตสำนึก เกี่ยวเนื่องกับความรุนแรงในการติดนิโคตินทั้งในชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน และชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป..... 29

บทที่ 3	31
วิธีดำเนินการวิจัย	31
ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology).....	31
รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	31
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample).....	31
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selective Criteria).....	31
วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique).....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	32
การคิดคะแนน และการแปลผล.....	34
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	34
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	36
บทที่ 4	37
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	37
สัญลักษณ์ทางสถิติในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล	37

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทด์ เพื่อบรรยายลักษณะของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ หน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 38

1.1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลทั่วไป..... 38

1.2 ข้อมูลปัจจัยด้านการสูบบุหรี่..... 40

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของระดับการติดยาโคตินจากแบบทดสอบ Fagerstorm Test for Nicotine Dependence 42

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ IPIP Personality ของผู้เข้าร่วมวิจัย..... 42

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ โดยศึกษาด้วย Pearson correlation..... 43

บทที่ 5 49

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 49

สรุปผลการวิจัย..... 49

 ข้อมูลส่วนบุคคล..... 49

 ข้อมูลปัจจัยด้านการสูบบุหรี่..... 49

 ข้อมูลระดับการติดยาโคติน 50

 ข้อมูลบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ 50

 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์..... 50

 อภิปรายผล..... 51

 ข้อจำกัดของการทำวิจัย..... 55

 ข้อเสนอแนะ 56

บรรณานุกรม..... 57

ประวัติผู้เขียน..... 61

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

บุหรี่ เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งซึ่งเป็นอันตรายต่อตัวผู้สูบและบุคคลรอบข้าง และเป็นสาเหตุของโรคที่ร้ายแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชากร องค์การอนามัยโลกได้คาดคะเนว่า ภายในปี พ.ศ.2573 จะมีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่มาจากการบริโภคยาสูบ ถึงปีละ 8 ล้านคน (GCTR, 2008) ⁽¹⁾ และอาจมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 600,000 คน เนื่องจากการสัมผัสควันยาสูบมือสอง (WHO, 2011) ⁽²⁾ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีทั้งสิ้น 54.8 ล้านคน จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 3.4 ล้านคน (ร้อยละ 6.2) แนวโน้มของการสูบบุหรี่ ตั้งแต่ปี 2547-2552 ลดลง (ร้อยละ 23 และร้อยละ 20.7 ตามลำดับ) ปี 2554 อัตราการสูบบุหรี่ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.4 ลดลงเหลือร้อยละ 19.9 ในปี 2556 ผลสำรวจปี 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเฉลี่ยสูงถึง 10 มวนต่อวัน แบ่งเป็นผู้ที่สูบน้อยกว่าสิบมวนต่อวัน จำนวน 5.06 ล้านคน (ร้อยละ 46.4) และผู้ที่สูบตั้งแต่สิบมวนต่อวันขึ้นไป จำนวน 5.79 ล้านคน (ร้อยละ 53.4) ในขณะที่การสำรวจปีล่าสุดจากรายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) อัตราการบริโภคยาสูบตามกลุ่มอายุ พบมากที่สุดในช่วงอายุ 15-18 ปี ร้อยละ 7.8 ทั้งนี้พบอัตราการบริโภคยาสูบของประชากรเพศชาย ร้อยละ 66.42 มากกว่าเพศหญิงซึ่งพบเพียงร้อยละ 1.7 นอกจากนี้ผู้อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้อยู่อาศัยในเขตเทศบาล ร้อยละ 39.07 และ 35.61 ตามลำดับ ⁽³⁾ นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบผู้สูบบุหรี่อายุ 18-59 ปี ในเพศชายมากถึง ร้อยละ 96 และยังพบความชุกของผู้ติดนิโคตินระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ร้อยละ 46 ร้อยละ 22 และ ร้อยละ 32 ตามลำดับ ⁽⁴⁾ ผลกระทบจากการบริโภคยาสูบทางด้านสุขภาพของประชากรไทยพบว่าการบริโภคยาสูบมีผลเสียต่อสุขภาพและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เกิดภาวะโรคสูงสุดเป็นอันดับ 3 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ ⁽⁵⁾ โรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ และโรคถุงลมโป่งพอง นอกจากนี้บุหรี่ยังเป็นสารเสพติดที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย การศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นหนทางนำไปสู่การใช้ยาเสพติดผิดกฎหมายชนิดอื่น เช่น เฮโรอีน โคเคน ผีน กัญชา ยาไอซ์ ในวัยรุ่นที่ติดแอลกอฮอล์พบว่าจะเริ่มจากการติดบุหรี่ก่อน การลดการสูบบุหรี่ในเยาวชนอาจช่วยลดการเสพติดโคเคนได้ จากการสำรวจพบว่ากว่าร้อยละ 90 ของผู้ใช้โคเคนอายุระหว่าง 18-34 ปี สูบบุหรี่ก่อนที่จะเริ่มใช้โคเคน และการใช้ยาเสพติดนั้นสามารถนำไปสู่ปัญหาสังคม เช่น การก่ออาชญากรรม



4120931691

CU-IThesis 6074023330 thesis / rev: 29072562 15:18:06 / seq: 5

และการลักขโมย หากพิจารณาในประเด็นนี้จะเห็นว่าบุหรี่ยุคหนึ่งเป็นปัญหาร้ายแรงต่อสุขภาพ และสวัสดิภาพของประชากร อีกทั้งยังทำให้รัฐสูญเสียทรัพยากรเป็นจำนวนมากในการจัดการปัญหา

บุคลิกภาพเป็นภาพสะท้อนถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล ซึ่งคอสตาและแมคครี (Costa & McCrae, 1992) ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาการแบ่งลักษณะนิสัยของบุคคลออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ บุคลิกภาพแบบอารมณ์หวนไหว บุคลิกภาพแบบแสดงตัว บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ บุคลิกภาพแบบประนีประนอม และบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก จึงเป็นที่มาของบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ ในปัจจุบันบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบเป็นที่ยอมรับเนื่องจากสามารถประยุกต์ใช้กับวัฒนธรรมต่างๆ เคยมีการศึกษาในด้านปัจจัยทางบุคลิกภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งลักษณะบุคลิกภาพแบบอารมณ์หวนไหวมักจะเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบและการสูบบุหรี่พบว่า ผู้ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบันนั้น คะแนนบุคลิกภาพแบบอารมณ์หวนไหวสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และด้านความประนีประนอมกับการมีจิตสำนึกต่ำกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ งานวิจัยด้านลักษณะทางบุคลิกภาพอาจนำไปสู่ความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นของพฤติกรรมการสูบบุหรี่และสามารถนำไปใช้ในนโยบายต่อต้าน และวางแผนป้องกันและการเลิกสูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าบุหรี่ยุคหนึ่งเป็นปัญหาต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคร้ายต่างๆ และการเสียชีวิตจากโรคที่มาจากกาสูบบุหรี่ยุคหนึ่ง อีกทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากร รวมไปถึงยังเป็นต้นเหตุของปัญหาอื่นๆ อาทิเช่น ปัญหาการใช้ยาเสพติดติดพันกัญญาหมายประเภทอื่นๆ และการใช้ยาเสพติดนั้นยังก่อให้เกิดปัญหาด้านการก่ออาชญากรรม อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบกับผู้ที่สูบบุหรี่ในประเทศไทย ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบุคลิกภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูบบุหรี่ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการออกแบบการป้องกันการสูบและโปรแกรมหยุดการสูบที่ปรับเปลี่ยนตามความจำเป็นรายบุคคล นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้มานั้นจะนำมาใช้ในการประเมิน และอาจใช้เป็นข้อมูลในการต่อยอดงานวิจัยของแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. บุคลิกภาพของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาบุคลิกภาพในผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพในผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขอบเขตในการวิจัย (Limitation)

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study design) และเป็นการศึกษาเฉพาะในผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ หน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อาชีพ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ คนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ประวัติโรคทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวช ประวัติโรคทางจิตเวชของบุคคลในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด และปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ ประกอบไปด้วย จำนวนปีที่สูบบุหรี่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ ระดับการติดยาโคติน จำนวนบุหรี่ที่สูบ
3. ตัวแปรตาม คือ บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ ประกอบไปด้วย บุคลิกภาพแบบอารมณ์ ห้วนไหว บุคลิกภาพแบบแสดงตัว บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ บุคลิกภาพแบบประนีประนอม บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก

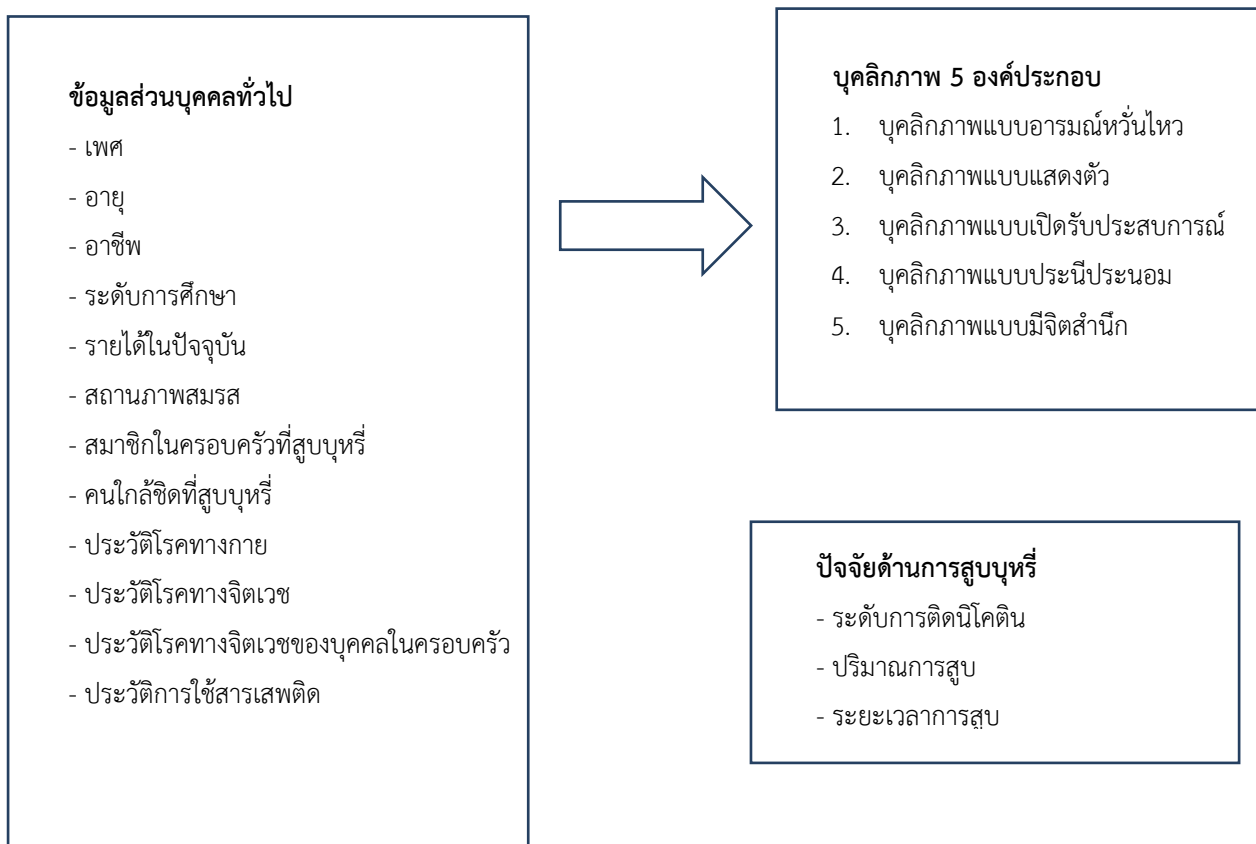
สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรต้น (independent variables)
variables)

ตัวแปรตาม (dependent



ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ หน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ชั้น 16 อาคาร ภาปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำสำคัญ (Keyword)

- ผู้สูบบุหรี่ (Smoker)

- พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Smoking Behavior)
- บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ (Five Factor Personality)

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation Definition)

1. ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่บริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้ง บุหรี่ ซิการ์ ก่อ่งยาเส้น การอมหรือการเคี้ยวใบยาสูบ หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ โดยการสอบถามว่าเป็นผู้สูบบุหรี่หรือไม่
2. บุคลิกภาพ (Personality) หมายถึง แบบแผนหรือองค์ประกอบที่บุคคลนั้นได้มาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงพัฒนาการและบทบาทของคุณลักษณะที่ประกอบขึ้นเป็นตัวบุคคล ซึ่งสามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างบุคคลนั้นออกจากบุคคลอื่นได้ ในการศึกษาแบ่งบุคลิกภาพออกเป็น 5 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของคอสตาและแมคครี (Costa & McCrae, 1992)⁽⁶⁾

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected or Anticipated Benefit Gain)

1. ได้ทราบถึงลักษณะบุคลิกภาพของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ได้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literatures)

- 1 **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่**
 - 1.1 ความหมายของบุหรี่
 - 1.2 ประเภทของบุหรี่
 - 1.3 สารประกอบในบุหรี่
 - 1.4 อันตรายและโทษจากบุหรี่
- 2 **การเสพติดนิโคติน (Nicotine Dependence)**
 - 2.1 ความหมายของการเสพติดนิโคติน
 - 2.1 กลไกการเสพติดนิโคตินและผลของนิโคตินต่อระบบประสาท
- 3 **แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่**
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรม
 - 3.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่
 - 3.3 เหตุจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่
 - 3.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 4 **แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ**
 - 4.1 ความหมายของบุคลิกภาพ
 - 4.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพทั่วไป
 - 4.3 แนวคิดบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ (The Big Five)
 - 4.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่

1.1 ความหมายของบุหรี่

บุหรี่ ผลิตมาจากใบยาสูบ ซึ่งเป็นพืชน้ำเลี้ยงชนิดหนึ่ง มีชื่อพฤกษศาสตร์ว่า Nicotiana Tubacam พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 ให้ความหมายของ บุหรี่ ว่าหมายถึง ยาเส้นหรือยาเส้น

ปรุง ไม่ว่าจะมียาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษ หรือวัสดุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษ หรือใบยาแห้ง โดยเอายาสูบมาหั่นเป็นฝอยๆ เรียกว่า ยาเส้น แล้วนำมามวนด้วยใบตองแห้ง ใบจาก หรือกระดาษ แล้วจุดสูบเช่นเดียวกัน พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้ให้ความหมายของบุหรี่ไว้ว่า บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ ชิกาแลต บุหรี่ชิกการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้น หรือยาปรุงตามกฎหมายว่าด้วย ยาสูบ บุหรี่ หมายถึง ยาสูบที่มีลักษณะเป็นมวน ยาเส้นที่มวนสูบเองหรือยาเส้นที่ใช้กลั่นยาสูบ (อรรถวรณ์ หุ่นดี , 2542, หน้า 16) ⁽⁷⁾

สรุปคือ บุหรี่ หมายถึง ยาสูบที่มีลักษณะเป็นมวน ยาเส้นมวนสูบเองหรือยาเส้นที่ใช้กลั่นยาสูบ ไม่ว่าจะมวนเป็นยาเส้น เส้นปรุง บุหรี่ ชิกาแลต บุหรี่ชิกการ์ ไม่ว่าจะมียาอัดแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งจะมวนด้วยกระดาษหรือวัสดุที่ใช้ทดแทน

1.2 ประเภทของบุหรี่

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2544) ⁽⁸⁾ ได้แบ่งประเภทบุหรี่ย่อยออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1.2.1 บุหรี่ซอง ผลิตในประเทศโดยโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดกั้นกรองและชนิด ไม่มีกั้นกรอง

1.2.2 บุหรี่ซอง ผลิตจากต่างประเทศ

1.2.3 บุหรี่ม้วนเองหรือบุหรี่ยี่ห้อที่ไม่ได้ผลิตจากโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง

1.2.4 ประเภทอื่นๆ ได้แก่ บุหรี่ชิกการ์, บุหรี่ไฟฟ้า

1.3 สารประกอบในบุหรี่ กรมอนามัย (2551) ⁽⁹⁾ ได้ระบุว่า ควันบุหรี่ที่พ่นออกมา หรือสูดเข้าไปในปอดนั้น มีสารเคมี มากกว่า 4,000 ชนิด ส่วนประกอบหลักในควันบุหรี่ คือ นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนอกไซด์ แอมโมเนีย บิวเทน ไซยาไนต์ สารหนู และฟีนอล ส่วนใหญ่เป็นอนุภาคเล็กๆ หรือก๊าซ สารเคมีเหล่านี้ มากกว่า 50 ชนิด สามารถทำให้เกิดมะเร็งที่ปอด คอ ปาก กระเพาะปัสสาวะ และไต อวัยวะเหล่านี้ ล้วนเป็นทางผ่านของสารเคมีในควันบุหรี่ ที่เข้าและออกจากร่างกาย

1.3.1 นิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่พบตามธรรมชาติในใบยาสูบและเป็นสารสำคัญที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ สารนี้ในระยะแรกจะออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ระยะต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาท ร้อยละ 95 ของสารนิโคตินจะไปจับที่ปอด บางส่วนจับที่เยื่อหุ้มริมฝีปาก บางส่วนจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด และมีผลโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ทำให้เกิดการหลั่งของสาร Epinephrine ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและไม่เป็นจังหวะ หลอดเลือดแดงที่แขนและขาหดตัวและเพิ่มไขมันในเส้นเลือด สารนิโคตินเมื่อผ่านปอดแล้วจะเข้าสู่กระแสเลือด

และถูกส่งไปยังสมองภายในเวลาเพียง 6 วินาที ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในร่างกาย โดยทำให้สมองแจ่มใส และระบบมอเตอร์ทำงานได้ดีขึ้น เมื่อใดก็ตามที่ระดับนิโคตินในเลือดต่ำลง ผู้สูบบุหรี่จะมีอาการอยากสูบบุหรี่ทันที และเมื่อสูบบุหรี่ได้ชั่วระยะเวลาหนึ่งระบบประสาทส่วนกลางที่รับรู้ความรู้สึก (Receptor) จะเกิดอาการตื่นแล้วปรับตัวนำไปสู่ความต้องการมีนิโคตินจำนวนมากยิ่งขึ้นมากระตุ้น ผู้เสพจึงมีความต้องการนิโคตินเพิ่มขึ้นเพื่อรักษาปริมาณนิโคตินในเลือดให้คงที่ เมื่อใดก็ตามที่นิโคตินในเลือดต่ำลงก็จะรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ซึ่งจะเห็นได้จากคนที่สูบบุหรี่สม่ำเสมอจะเว้นช่วงห่างในการสูบบุหรี่ประมาณ 20-45 นาที ขึ้นอยู่กับอัตราการสูบบุหรี่ว่ามากหรือน้อย โดยปกติแล้วนิโคตินจะอยู่ในร่างกายประมาณ 24 ชั่วโมง แต่การปรับสมดุลของสารเคมีในร่างกายให้เป็นปกตินั้นต้องใช้เวลาเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ การติดนิโคตินจะเริ่มเกิดหลังจากการสูบบุหรี่เป็นประจำประมาณ 2 ปีขึ้นไป การสูดควันบุหรี่ไปแต่ละครั้ง สมองจะได้รับการกระตุ้นจากนิโคติน 1 ครั้ง บุหรี่ 1 มวน จะถูกสูดประมาณ 10 ครั้ง การสูบบุหรี่วันละซองตลอดปี จึงทำให้นิโคตินส่งผลต่อสมองถึง 70,000 ครั้ง

1.3.2 ทาร์ (Tar) ประกอบด้วยสารหลายชนิด มีลักษณะเป็นละอองของเหลวเหนียวสีน้ำตาลคล้าย ฝุ่นดำดิน ส่วนใหญ่เป็นสารที่มีอันตราย เช่น เบนโซไพเร็น (Benzopyrene) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง ร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอดส่งผลให้เกิดการระคายเคืองซึ่งเป็นสาเหตุของการไอ นอกจากนี้การไอเรื้อรังนานๆ จะทำให้ถุงลมขยายขึ้น ก่อให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง ปริมาณทาร์ที่มาตรฐานสากล กำหนดไว้ คือ 15 มิลลิกรัม/มวน ในขณะที่บุหรี่ในประเทศไทยมีปริมาณทาร์อยู่ระหว่าง 25-34 มิลลิกรัม/มวน ซึ่งสูงกว่าบุหรี่ต่างประเทศอย่างมาก

1.3.3 คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide) เป็นก๊าซไม่มีสีพบมากในควันบุหรี่ เกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ ซึ่งก๊าซนี้จะแย่งจับกับเม็ดเลือดแดงโดยแทนที่ออกซิเจน ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยลงกว่าร้อยละ 15 สมองและกล้ามเนื้อจึงไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ นอกจากนี้หัวใจและปอดจึงทำงานหนักขึ้นเพื่อสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายเป็นการทดแทนการได้รับออกซิเจนลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อระบบไหลเวียนเลือด ทำให้มีอาการมึนงง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หมดกำล้ง เมื่อหัวใจและสมองขาดออกซิเจนจะทำให้หน้ามืดเป็นลม หมดสติ หรือเสียชีวิตได้ หากมีก๊าซนี้ในเลือดสูงถึงร้อยละ 30 ก็จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย และถ้าสูงถึงร้อยละ 60 ทำให้เสียชีวิตได้ คาร์บอนมอนอกไซด์ยังทำให้ไขมันพอกพูนตามผนังเส้นเลือดมากขึ้น ทำให้เส้นเลือดตีบ คาร์บอนมอนอกไซด์ยังทำให้สายตาเสื่อมและลดประสิทธิภาพในการตัดสินใจ ลดการตอบสนองต่อเสียง

1.3.4 ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (HydrogenCyanide) เป็นสารพิษทำลายเยื่อหุ้มหลอดเลือดส่วนปลาย และผนังถุงลม ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง เมื่อหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง จะทำให้มีอาการไอ มีเสมหะ และหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง ในบุหรีมีไฮโดรเจนไซยาไนด์เข้มข้นถึง 100 เท่าของระดับปลอดภัยอุตสาหกรรม มีฤทธิ์สูงมากต่อเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ เป็นบ่อเกิดของการโป่งพองในเนื้อเยื่อหรือถุงลมมะเร็งปอด

1.3.5 ไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นก๊าซพิษที่ทำลายเยื่อหุ้มหลอดเลือดส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง ถุงลมเล็กๆ หลายอันแตกรวมกันกลายเป็นถุงลมใหญ่ และมีจำนวนน้อยลง เกิดเป็นโรคถุงลมโป่งพอง ส่วนถุงลมที่พองออกคล้ายลูกโป่งจะกดเนื้อปอดส่วนดี ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง เกิดอาการแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ ในควันบุหรีมีไนโตรเจนออกไซด์มากถึง 250 ส่วนในล้านส่วนเมื่อเปรียบเทียบกับข้อกำหนดให้โรงงานอุตสาหกรรมปล่อยก๊าซนี้สู่บรรยากาศภายนอกได้ไม่เกิน 5 ส่วนในล้านส่วน

1.3.6 แอมโมเนีย (Ammonia) เป็นสารที่มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้เสตา จมูก มีอาการไอ เสมหะมาก ก่อให้เกิดหลอดลมอักเสบ นอกจากนี้แอมโมเนียยังมีค่าความเป็นด่างของควันบุหรีเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ดูดซิมนิโคตินได้ดีขึ้นและยังเพิ่มฤทธิ์ในการเสพติดนิโคติน

1.3.7 สารกัมมันตภาพรังสี ควันบุหรีมีสารโพลonium 210 (Polonium 210) ที่มีรังสีแอลฟาอยู่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งปอด และควันบุหรียังเป็นพาหะที่ร้ายแรงในการนำสารกัมมันตรังสี ทำให้ผู้ที่อยู่รอบข้างแม้จะไม่สูบบุหรีหายใจเอาอากาศที่มีควันบุหรีเข้าไปทำให้ได้รับสารพิษนี้ด้วย

แร่ธาตุต่างๆ มีแร่ธาตุบางอย่าง เช่น โปแตสเซียม แคลเซียม ทองแดง นิกเกิล และโครเมียม อันเป็นสารตกค้างในใบยาสูบหลังการพ่นยาฆ่าแมลง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อร่างกาย โดยเฉพาะนิกเกิล เมื่อทำปฏิกิริยากับสารเคมีอื่นๆ จะกลายเป็นสารก่อมะเร็ง

1.4 อันตรายและโทษจากบุหรี

การสูบบุหรีเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งส่งผลต่อผู้ที่สูบบุหรีโดยตรง หรือผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี อันตรายของบุหรีมีมีผลต่อสุขภาพมีดังนี้

1.4.1 โรคมะเร็ง พบได้มากที่สุดคือ มะเร็งปอด โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรีเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรีถึง 10 เท่า (สมชาย, 2520)⁽¹⁰⁾ ขึ้นอยู่กับปริมาณที่สูบ ลักษณะของการสูบ และระยะเวลาในการสูบต่อวัน ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งจะได้รับความทุกข์ทรมานเนื่องจากยังไม่มียาหรือการรักษา

โรคมะเร็งที่หายขาดได้ ร่างกายจะทรุดโทรมขึ้นเรื่อยๆ ภูมิคุ้มกันจะต่ำลง เป็นเหตุทำให้เสียชีวิตในที่สุด

1.4.2 โรคหัวใจ การสูบบุหรี่มีอันตรายต่อหัวใจ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษที่ทำให้เกล็ดเลือด เกาะกันมากขึ้น เลือดจึงข้นและมีการแข็งตัว ซึ่งสภาวะที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้เลือดจับตัวเป็นก้อน และเมื่อก่อนนี้ไปเกาะที่หลอดเลือดแดงบริเวณหัวใจ ทำให้เป็นอันตรายต่อหัวใจ คือ เกิดโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.4.3 โรคหลอดเลือด เนื่องจากสารพิษในบุหรี่ส่งผลให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น และเมื่อไขมันไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือดจะทำให้หลอดเลือดตีบ ซึ่งเกิดได้กับหลอดเลือดทั่วร่างกาย เป็นเหตุให้สมองขาดเลือด เส้นเลือดแดงบริเวณหัวใจตีบปลายนิ้วมือและนิ้วเท้าขาดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อนิ้วมือและนิ้วเท้าตาย

1.4.4 โรคระบบทางเดินหายใจ สารประกอบในควันบุหรี่นั้นเป็นพิษต่อร่างกาย ซึ่งจะเกิดการระคายเคืองของเยื่ออวัยวะทางเดินหายใจ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีการติดเชื้อของอวัยวะระบบทางเดินหายใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคการอุดกั้นของทางเดินหายใจเรื้อรัง มีอาการกำเริบของโรคหอบหืดและวัณโรค

1.4.5 โรคระบบทางเดินอาหาร การสูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคแผลในลำไส้เล็ก และมีอาการกำเริบของระบบทางเดินอาหาร เช่น แผลลึกขึ้น และตกเลือดในกระเพาะอาหาร

1.4.6 โรคเหงือกและฟัน เมื่อสารพิษในควันบุหรี่จะไปเกาะติดกับตัวฟัน เหงือกและเยื่อในช่องปาก ทำให้เกิดโรคฟันต่างๆ จนต้องสูญเสียฟัน เกิดโรคเหงือกและโรคเยื่อในช่องปากอักเสบ

1.4.7 ผลต่อการตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์นั้นมีอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ คือ อาจทำให้เกิดการแท้ง คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ทารกตายขณะคลอด ตกเลือดระหว่างคลอดและหลังคลอดและมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้

1.4.8 ผลต่อระบบสืบพันธุ์ การสูบบุหรี่มีส่งผลให้สมรรถภาพทางเพศลดลง เนื่องจากเกิดการตีบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศ

1.4.9 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียง การสูบบุหรี่นอกจากจะมีโทษต่อผู้สูบเองแล้ว ยัง ทำให้ผู้อื่นที่อยู่ในบรรยากาศของการสูบบุหรี่สูดเอาควันพิษเข้าไปด้วย ทำให้เกิดอันตราย

ได้เช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ ส่วนอันตรายจากบุหรี่ต่อสุขภาพของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่ได้รับควันบุหรี่ หรือที่เรียกว่าการสูบบุหรี่ทางอ้อม (Passive Smoking) เนื่องจากควันบุหรี่ในบรรยากาศจะเกิดจากควัน 2 กระแส คือ สายควันหลัก (Mainstream Smoke) เป็นควันที่เกิดจากผู้สูบบุหรี่เป่าหรือพ่นออกมา และควันสายข้างเคียงหรือควันหลง (Sidestream Smoke) หรือควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoke) เป็นควันที่เกิดจากปลายบุหรี่ที่เผาไหม้ขณะผู้สูบบุหรี่ถือหรือวางบุหรี่โดยไม่ได้สูบ ส่วนใหญ่และที่ลอยอยู่ทั่วไปมาจากควันสายข้างเคียงถึงร้อยละ 85 ของควันบุหรี่ โดยควันบุหรี่ที่พ่นจากปากผู้สูบจะมีสารพิษน้อยลง เนื่องจากปอดของผู้สูบได้ดูดซึมสารพิษ บางส่วนไว้แล้ว ดังนั้นควันบุหรี่ที่บุคคลข้างเคียงกับผู้สูบบุหรี่จะได้รับเข้าไป คือ สายควันข้างเคียง ซึ่งมีปริมาณความเข้มข้นของสารพิษต่างๆ สูงกว่า และมีขนาดเล็กกว่าควันที่พ่นออกจากปากผู้สูบ จึงสามารถผ่านลงไปปอดได้ดีกว่า และจากการวิเคราะห์ปัสสาวะ เลือด และน้ำลายสามารถพิสูจน์ได้ว่า การหายใจเอาควันบุหรี่ในอากาศรอบตัวเข้าไปโดยที่ไม่ได้สูบบุหรี่นั้น ทำให้ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกายได้ โดยควันบุหรี่สายข้างเคียงนี้มีสารพิษสูงกว่าสายควันหลัก ดังนั้น การได้รับควัน บุหรี่ไม่ว่าจากควันสายหลักหรือสายข้างเคียงโดยมิได้สูบบุหรี่ก็มอันตรายเหมือนกับการสูบบุหรี่โดยตรง กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ (ธีระ ลิมศิลา, 2537)⁽¹¹⁾

สรุปคือ ไม่ว่าจะได้รับสารพิษจากการสูบบุหรี่โดยตรงหรือจากการหายใจเอาควันบุหรี่จากบรรยากาศรอบตัวนั้นย่อมส่งผลกระทบบรรยากาศต่อสุขภาพ และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายไม่ต่างกัน

2. การเสพติดนิโคติน (Nicotine Dependence)

2.1 ความหมายของการเสพติดนิโคติน

การเสพติดนิโคติน (Nicotine Dependence) หมายถึง ลักษณะของการใช้นิโคตินที่ได้ทั้งการสูบจากบุหรี่ ชิกการ์ กล้องยาเส้น การอม การเคี้ยวใบยาสูบ หรือการใช้นิโคตินทางยา เช่นทางผิวหนัง หรือในรูปแบบหมากฝรั่ง เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดอาการได้ทั้งอาการดื้อต่อนิโคติน (Nicotine Tolerance) และอาการถอนนิโคติน (Nicotine Withdrawal)

การดื้อต่อนิโคติน (Nicotine Tolerance) หมายถึง การที่ผู้เสพติดนิโคตินมีความต้องการนิโคตินในปริมาณมากยิ่งขึ้นเพื่อให้สมองสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ สภาวะนี้เกิดขึ้นหลังจากเสพไปได้ซักระยะหนึ่ง ซึ่งเป็นผลพวงมาจากการเปลี่ยนแปลงของจำนวนสารสื่อประสาทในสมอง Cholinergic Receptors และความไวของตัวรับนิโคติน (Nicotine Receptors) และอะซิติลโคลีน (Acetylcholine)

การถอนนิโคติน (Nicotine Withdrawal) หมายถึง อาการที่เกิดหลังจากเลิกนิโคตินในผู้ที่เสพติดนิโคติน ซึ่งจะมีอาการ หงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ อ่อนแรง หิวบ่อย เป็นต้น

2.2 กลไกการเสพติดของนิโคตินและผลของนิโคตินต่อระบบประสาท

โดยทั่วไปการเสพติดนั้นจะมีผลต่อสมอง 2 ส่วน คือ สมองส่วนนอกหรือสมองส่วนคิด (Cerebral Cortex) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมสติปัญญา การใช้ความคิดแบบมีเหตุผล และสมองส่วนในหรือสมองส่วนอยาก (Limbic System) ซึ่งเป็นส่วนที่ควบคุมอารมณ์ความรู้สึก เมื่อศึกษาเกี่ยวกับฤทธิ์ของนิโคตินพบว่านิโคตินออกฤทธิ์กับระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous Systems) โกล้เคียงกับสารเสพติดอื่นๆ เช่น แอมเฟตามีน (Amphetamine) หรือโคเคน (Cocaine) ซึ่งนิโคตินนั้นไปกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทโดพามีน (Dopamine) ในบริเวณระบบประสาทส่วนกลางที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ที่รู้สึกเป็นสุข (สมองส่วนอยาก: Limbic System) ที่เรียกว่า Brain Rewarding Pathway ซึ่งอยู่บริเวณสมองที่เรียกว่า Ventral Tegmental Area (VTA) โดยนิโคตินจะไปจับกับตัวรับที่เรียกว่า Nicotine Receptor ที่อยู่บริเวณปลายประสาท VTA ทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทโดพามีน (Dopamine) ในปริมาณมากกว่าปกติ แล้วส่งไปยังส่วน Nucleus Accumbens ของสมอง จึงทำให้รู้สึกเป็นสุข มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และลดความอยากอาหาร เมื่อมีการเสพสารนิโคตินไปในระยะหนึ่ง สมองจะมีการปรับตัวด้วยการลดการหลั่งของสารเคมีนั้นลง เมื่อหมดฤทธิ์ของสารนิโคติน ร่างกายจึงขาดสารโดพามีน ส่งผลให้มีอารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นผลให้ผู้เสพต้องการนิโคตินซ้ำอีก ในขณะเดียวกันเมื่อเสพบ่อยๆ สมองส่วนคิด (Cerebral Cortex) จะถูกทำลาย ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทำตามอารมณ์มากกว่าใช้เหตุผล สังเกตได้จากผู้ที่เสพติดนิโคตินจะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ เมื่อเสพไปเรื่อยๆ สมองก็จะจดจำตัวกระตุ้นและสิ่งแวดล้อมขณะที่สูบนิโคติน ไม่ว่าจะเป็เพื่อนที่เคยเสพด้วยกัน สถานที่ หรือแม้แต่ตัวนิโคตินเอง แล้วเอาไปเชื่อมโยงกับความสุขที่เกิดจากฤทธิ์ของนิโคติน และเมื่อสมองไม่ได้รับการกระตุ้นจากนิโคติน ปริมาณของโดพามีนในธรรมชาติไม่เพียงพอต่อการทำให้รู้สึกมีความสุข จึงเป็นเหตุให้มีอารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า เมื่อต้องการจะมีความสุขก็ต้องการออกฤทธิ์ของนิโคตินเพื่อไปกระตุ้นการหลั่งของสารโดพามีน อาการเช่นนี้เรียกว่า สมองติดยา จนในที่สุดก็ไม่สามารถหักห้ามจิตใจตนเองได้ จึงต้องทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้มาซึ่งการเสพนิโคติน ส่งผลร้ายแรงต่อพฤติกรรม ความคิด การตัดสินใจ สุขภาพกายและสุขภาพจิต เนื่องจากผู้เสพไม่สามารถควบคุมตนเองได้ด้วยสติปัญญาและความคิด

นอกจากสารสื่อประสาทโดพามีน (Dopamine) แล้ว นิโคตินยังไปกระตุ้นการหลั่งของสาร

สื่อประสาทอื่นๆ เช่น อะซิติลโคลีน (Acetylcholine) กลูตามีน (Glutamine) เซโรโทนิน (Serotonin) เบต้า-เอนโดर्फิน (Beta-Endorphine) วาโซเพรสซิน (Vasopressin) นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และแกมมา อะมิโนบิวทีริก เอซิด (Gamma-Aminobutyric Acid: GABA) ซึ่งมีผลต่ออารมณ์เชิงบวก ความรู้สึกเป็นสุข ฟังพอใจ ลดความวิตกกังวล มีความจำและสมาธิดี สมองแจ่มใส

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรสุบบุหรี

3.1 ความหมายของพฤติกรรม

เขียน วันทนียตระกูล (2552) ⁽¹²⁾ กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความต้องการของจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจสังเกตได้โดยตรงหรือทางอ้อม บางลักษณะอาจสังเกตได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือช่วยเหลือต้องใช้เครื่องมือช่วยพฤติกรรมในมนุษย์ หมายถึง อาการกระทำหรือกิริยาที่แสดงออกมาทางร่างกายกล้ามเนื้อสมอง ในทางอารมณ์ ความคิดและความรู้สึก พฤติกรรมเป็นผลจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า เมื่อมีสิ่งเร้าหรือกระตุ้นมาเร้า ในเวลาใดจะมีการตอบสนองเมื่อนั้น

กรมอนามัย (2551) ⁽⁹⁾ กล่าวว่าพฤติกรรม (Behavior) คือ กิริยาอาการที่แสดงออกหรือปฏิกิริยาโต้ตอบเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า (Stimulus) หรือสถานการณ์ต่างๆ อาการแสดงออกต่าง ๆ เหล่านี้ อาจเป็นการเคลื่อนไหวที่สังเกตได้หรือวัดได้ เช่น การพูด การเขียน การคิด การเต้นของหัวใจ เป็นต้น ส่วนสิ่งเร้าที่มากระทบแล้วก่อให้เกิดพฤติกรรมก็อาจจะเป็นสิ่งเร้าภายใน (Internal Stimulus) และสิ่งเร้าภายนอก (External Stimulus) สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ สิ่งเร้าที่เกิดจากความต้องการทางกายภาพ เช่น ความหิว ความกระหาย สิ่งเร้าภายในจะมีอิทธิพลสูงสุดในการกระตุ้นเด็กให้แสดงพฤติกรรมและเมื่อเด็กเหล่านี้โตขึ้นในสังคม สิ่งเร้าภายในจะลดความสำคัญลง สิ่งเร้าภายนอกทางสังคมที่เด็กได้รับรู้ในสังคมจะมีอิทธิพลมากกว่าในการกำหนดว่าบุคคลควร จะแสดงพฤติกรรมอย่างไรต่อผู้อื่น

พจนาน ปิยะปกรณชัย (2549, หน้า 1 - 2) ⁽¹³⁾ กล่าวว่า พฤติกรรม คือกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งสิ่งมีชีวิตกระทำและบุคคลอื่นสามารถสังเกตได้หรือใช้เครื่องมือวัด เช่น การหัวเราะ การร้องไห้ การกิน การนอน เป็นต้น ซึ่งอาการกระทำทั้งหมดแสดงให้เห็นถึงลักษณะที่เรียกว่าพฤติกรรม พฤติกรรมแบ่งออก 2 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกให้ผู้อื่นสังเกตได้ เช่น เดิน พูด ยิ้ม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
2. พฤติกรรมภายใน ซึ่งผู้อื่นไม่สามารถสังเกตได้ เช่น หัวใจเต้น น้ำย่อยหลั่งออก กล้ามเนื้อ

หตตัว ความคิดสับสน ความรู้สึกไม่พอใจ พฤติกรรมต่างๆ เกิดขึ้นจากภาวะภายในของ ร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการจำเป็นพื้นฐานขาดไป บุคคลนั้นจะเป็นต้องมีพฤติกรรม ที่เสาะแสวงหาให้มี การตอบสนองความต้องการจำเป็นนั้น เช่น เมื่อร่างกายขาดน้ำทำให้กระตุน ความรู้สึก หิวกระหายน้ำ บุคคลนั้นต้องหาน้ำมาดื่มหรือบุคคลที่ขาดความรักความเอาใจใส่จะแสดง พฤติกรรม เรียกร้องความสนใจ ความรักจากบุคคลอื่น ซึ่งอาจจะแสดงออกโดยเอาใจผู้อื่นเพื่อหวัง การกระทำ เช่นเดียวกับตอบสนอง ดังนั้นพฤติกรรมของบุคคลจึงแสดงออกที่จะนำไปสู่เป้าหมาย เพื่อรักษาความ สมดุลของร่างกายและจิตใจโดยสามารถตอบสนองความต้องการเป็นพื้นฐานได้สมบูรณ์

จากนิยามศัพท์ข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดหรือ ปฏิกริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าของบุคคลที่สามารถสังเกตเห็นได้และไม่สามารถสังเกตเห็นได้ พฤติกรรม ของบุคคลจึงแสดงออกเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจโดยสามารถตอบสนองความต้องการ พื้นฐานได้สมบูรณ์

3.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

โครงการพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 (สำนักงานสถิติ แห่งชาติ, 2551) ⁽⁸⁾ ได้กล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ โดยกล่าวถึงระยะเวลาในการสูบบุหรี่ ดังนี้

1. สูบบุหรี่เป็นประจำ หมายถึง มีนิสัยในการสูบบุหรี่และสูบบุหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน อาจมีการงดสูบบุหรี่ชั่วคราวเมื่อมีอาการเจ็บป่วย
2. สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง หมายถึง การสูบบุหรี่ที่มีลักษณะการสูบไม่สม่ำเสมอ กำหนด ระยะเวลาแน่นอนไม่ได้
3. ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ไม่สูบบุหรี่ประเภทใดเลย

ประภิต วาทีสาธกิจ และกรองจิต วาทีสาธกิจ (2551) ⁽¹⁴⁾ กล่าวถึง ประชากรไทยที่มี พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยอ้างการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า เพศชายสูบบุหรี่มากกว่า เพศหญิงซึ่งตรงกับสถิติทั่วโลกและพบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูบบุหรี่อัตราสูงกว่า ภาคอื่นๆ ของประเทศและกรุงเทพฯ มีการสูบบุหรี่ที่ต่ำที่สุด

สุภาพร ทองศรี (2543, หน้า17-18) ⁽¹⁵⁾ ได้กล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของคนโดยสรุป ได้ เป็น 4 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน ผู้ที่สูบประเภทนี้จะสูบบุหรี่ตลอดเวลาจะมี บุหรี่ ติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลาเพราะทำให้รู้สึกสบายใจและภูมิฐาน พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นกิจ วัตรประจำวันของคนกลุ่มนี้จะไปอย่างอัตโนมัติ
2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มองไปในแง่ดี ผู้ที่สูบประเภทนี้ถือว่าการสูบบุหรี่เป็นการกระตุ้น ช่วยทำให้เกิดความพอใจ ความสุข ตื่นเต้น เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่หลังอาหารแต่

ละมือนี้ เด็กวัยรุ่นที่สูบบุหรี่เพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นผู้ใหญ่หรือ ทำตามดารารายานตร์ที่ตนชอบ กลุ่มนี้ บางคนมีความสุขที่ได้ถือบุหรี่ มีความสุขที่ได้สัมผัสกับควัน บุหรี่ที่พ่นออกมาจากปากจมูก คนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่แบบนี้ ถ้าซ้กจุงให้เลิกบุหรี่จะต้องใช้ความพยายามอย่างมาก

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่เนื่องจากมองโลกในแง่ลบ ผู้ที่สูบบุหรี่นี้จะสูบบุหรี่เป็นบางครั้งและไม่ต่อเนื่อง เช่น มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ได้รับความกดดัน มีปัญหา หรือเพื่อ ระวังอารมณ์ หรือสูบบุหรี่เมื่อ สถานการณ์ตื่นเต้น หวาดกลัว ความสุข ความเศร้า เงินอายุ เข้าสังคม อยู่คนเดียว ขณะขับรถ เป็นต้น บุคคลประเภทนี้จะสูบบุหรี่เมื่อมีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้น

4. พฤติกรรมที่ขาดบุหรี่ไม่ได้ ผู้ที่สูบบุหรี่นี้จะถือบุหรี่จัดเป็นสิ่งจำเป็นจะขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบจะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติทางร่างกาย การสูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจ พอใจ และช่วยลดความรู้สึกกดดัน ทำให้บรรยากาศดี พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของคนกลุ่มนี้อาจทำได้ยาก จะต้องใช้ความพยายามตั้งใจ

3.3 เหตุจุงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่

3.3.1 เพื่อกระตุ้น ผู้ที่สูบบุหรี่จะใช้บุหรี่เพื่อกระตุ้นให้สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กระฉับกระเฉง ไม่เฉื่อยชา ไม่เหนื่อ่ง่าย หรือมีอาการอ่อนเพลีย

3.3.2 เพื่อเป็นลึงยึดเหนี่ยว ผู้สูบบางคนชอบดูดควันบุหรี่ลอยขึ้นไปในอากาศ หรือชอบกลิ่นบุหรี่ นอกจากนั้นยังพอใจในความเกี่ยวข้องกันระหว่างปากและขณะสูบบุหรี่พวกนี้ไม่ชอบให้มีอยู่ว่าง จะทำให้เกิดความประหม่า ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

3.3.3 เพื่อผ่อนคลาย ผู้สูบบุหรี่นี้เชื่อว่าบุหรี่สามารถช่วยผ่อนคลายได้ เนื่องจากเขาสูบบุหรี่ในช่วงที่สบายใจ เช่น หลังรับประทานอาหาร

3.3.4 เพื่อการระบาย พวกนี้จะสูบบุหรี่เพื่อลดหรือขจัดความรู้สึกทางลบต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อมีความเครียดหรือไม่สบายใจ

3.3.5 ความอยาก เมื่อมีสารนิโคตินสะสมอยู่ในร่างกายจะทำให้เกิดความต้องการหรือรู้สึกอยากสูบบุหรี่อยู่เรื่อยๆ

3.3.6 นิสัย เป็นประเภทที่จูดบุหรี่อย่างลึ้มตัว เป็นการกระทำเรียกว่านิสัย ทั้งนี้เพราะเกิดความเคยชินกับการที่ได้ใช้ริมฝีปากสัมผัสกับบุหรืตลอดเวลา



3.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Mohammad R. Torabi, William J. Bailey, และ Massoumeh Majd-Jabbari (2536)⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษานักเรียนรัฐอินเดียน่าในเกรด 5-12 เกี่ยวกับการสูบบุหรี่จะนำไปสู่การดื่มสุราและสารเสพติดอื่นๆ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับการดื่มสุราเกินขนาด และการดื่มสุรากับการใช้สารเสพติด ผู้ที่สูบบุหรี่วันละซองมีแนวโน้มที่จะดื่มสุรามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เท่า มีแนวโน้มที่จะใช้ยาสูบชนิดที่ไม่ต้องสูบบอกกว่าผู้ที่ไม่สูบบอกถึงเจ็ดเท่า และมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดผิดกฎหมายมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบอกถึง 10 – 30 เท่า

ลักลิน วรรณประพันธ์ (2549)⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขต เทศบาลนครราชสีมา จำนวน 798 คน ผลการศึกษาพบว่า มีสัดส่วนนักเรียนที่สูบบุหรี่ร้อยละ 31.45 โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ (ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว) ร้อยละ 13.91 และกลุ่มที่ปัจจุบันยังสูบบอก ร้อยละ 17.54 ส่วนใหญ่เริ่มสูบบอกในช่วงอายุ 10-12 ปี (ร้อยละ 47.86) เฉลี่ย 12.41 ปี สาเหตุส่วนใหญ่มาจากเพื่อนชวน (ร้อยละ 59.3) ส่วนใหญ่ซื้อบุหรี่ปริมาณเอง (ร้อยละ 52.9) พฤติกรรมบางประการของนักเรียนมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ปริมาณ การสูบบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ รายได้ของนักเรียนและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ปริมาณ ส่วนในด้านของนักเรียนที่มีความแตกต่างกันในเรื่อง ชั้นปีที่ศึกษา การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุคคลที่พักรักษาตัวด้วยในขณะศึกษา การสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด สถานภาพสมรสของบิดามารดา มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิติพงษ์ ทองเหลือ (2550)⁽¹⁸⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสมุทรสงคราม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 232 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนค่าใช้จ่ายที่ได้รับ บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ จำนวนเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน ส่วนที่พักรักษาตัว

รายได้ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับ บุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

นพมาศ ร่มเกตุ (2550)⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาการรับรู้ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา จำนวน 420 คน พบว่านักเรียน ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 93.1 สูบบุหรี่ร้อยละ 3.6 และเคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้วร้อยละ 3.3 ใน 2 กลุ่มหลังนี้ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ แล้วมีร้อยละ 48.3 สูบเป็นครั้งคราวร้อยละ 27.6 สูบทุกวันร้อยละ 24.1 ผู้ที่สูบและเคยสูบเริ่มสูบครั้งแรกอายุ 11-14 ปี สาเหตุคือ อยากรู้ อยากลอง จำนวนที่สูบเฉลี่ยต่อวัน คือ น้อยกว่า 5 มวน สถานที่ ที่ชอบสูบคือ ห้องน้ำของโรงเรียน บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่คือ เพื่อนสนิท และการมีบิดา มารดาเป็น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้ ในด้านนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกันมีการรับรู้ถึง ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพทางกาย และสุขภาพทางจิตใจ สังคม และผลกระทบโดยรวมนั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

Shenghan Lai, Hong Lai, Bryan Page, และ Clyde B McCoy (2551)⁽²⁰⁾ ศึกษาการสูบบุหรี่มีผลต่อการเริ่มใช้สารเสพติด ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าคนที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะใช้โคเคน (แบบผงเพื่อสูดเข้าจมูก) (OR = 7.5; 95% CI: 5.7-9.9) เฮโรอีน (OR = 16.0; 95% CI: 6.8-37.9) ผลึกโคเคน (แบบผลึกเพื่อสูดควัน) (OR = 13.9; 95% CI: 7.9-24.5) และ กัญชา (OR = 7.3; 95% CI: 6.2-8.7) มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ ดังนั้นการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่อาจเป็นสารนำทาง (gateway drug) ไปสู่การใช้สารเสพติด

Andrea H. Weinberger และ Mehmet Sofuoglu (2552)⁽²¹⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการได้รับ นิโคตินนั้นมีอิทธิพลต่อการพัฒนาไปสู่การเสพติดสารกระตุ้น การศึกษาทางคลินิกชี้ให้เห็นถึงบทบาท ของสารกระตุ้นตัวรับนิโคติน (nicotinic agonist) ในการการเสพติดสารกระตุ้น มีนัยยะว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดการใช้สารกระตุ้นที่รุนแรงขึ้นและทำให้ผลการรักษาแย่งลง

ณัฐพัฒน์ ชยาวิวัฒน์วงศ์ (2553)⁽²²⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี ที่สูบบุหรี่จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 66 ศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีช่วงชั้นปีที่ 3 คิดเป็น

ร้อยละ 31.30 เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.01-2.50 คิดเป็นร้อยละ 57.3 ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ มีสาเหตุการเริ่มต้นการสูบบุหรี่คือ การทำตามเพื่อนในกลุ่ม ส่วนสาเหตุรองมา คือ ความเครียด

Denise Kendell และ Eric Kendell (2557)⁽²³⁾ ได้ศึกษาการเสพยาสูบหรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะนำไปสู่การเสพกัญชาและสารเสพติดอื่นๆ จากการตรวจสอบข้อมูลทางระบาดวิทยา และสำรวจกลไกที่ออกฤทธิ์ในระดับโมเลกุลในหนู แบบจำลองในหนูทดลองนั้นได้แสดงถึงกระบวนการทางชีวภาพที่เป็นพื้นฐานของสมมติฐาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่านิโคตินเป็นสารนำทาง (gateway drug) ที่กระตุ้นสมองอย่างรุนแรงให้ใช้โคเคนผ่านกระบวนการอะเซทิลเลชัน (acetylation) ที่แผ่กว้างมากขึ้นในสมองส่วนกลางที่มีชื่อว่า striatum

ณภัทรวรรต บัวทอง (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ของไซโตโครม P450, 2A6 กับปัจจัยด้านความวิตกกังวล และสิ่งแวดล้อมในผู้ใหญ่คนไทยที่สูบบุหรี่ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายอิทธิพลของพันธุกรรม และปัจจัยทางด้านความวิตกกังวล และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ และการติดยาโคเคน ของผู้รับบริการที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ในเพศชายสูงถึงร้อยละ 96 โดยพบความชุกของผู้ติดยาโคเคนระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ร้อยละ 46 ร้อยละ 22 และร้อยละ 32 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดยาโคเคน ได้แก่ ความวิตกกังวล ระยะเวลาการสูบบุหรี่ และสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ($P < 0.001$)

4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับบุคลิกภาพ

4.1 ความหมายของบุคลิกภาพ

เจลล์ และซีกเกอร์ (Hjelle & Ziegler, 1992, p.4)⁽²⁴⁾ กล่าวว่า คำว่า “บุคลิกภาพ” นั้น มาจากรากศัพท์ในภาษาละตินว่า “persona” ที่แปลว่าหน้ากากของนักแสดงละครเวทีในสมัยกรีกโบราณที่ลักษณะท่าทางและนิสัยของตัวละคร ซึ่งในความเข้าใจเกี่ยวกับบุคลิกภาพในแรกเริ่มนั้นมองว่าบุคลิกภาพคือภาพพจน์ทางสังคมที่มีลักษณะผิวเผิน (Superficial social image) ที่บุคคลนำมาใช้ในชีวิตจริง เช่น มีเสน่ห์ มีความสง่างาม หรือรูปร่างหน้าตาดี เป็นต้น ในอีกลักษณะหนึ่งบุคลิกภาพจะหมายถึงลักษณะที่โดดเด่นสะดุดตาของบุคคลที่ถ่ายทอดในการแสดงบทบาทกับบุคคลอื่นทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่ต่างกันด้วย

อลพอร์ต (Allport, 1955 quoted in Ewen, 1980, P.271)⁽²⁵⁾ กล่าวว่า บุคลิกภาพคือ องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ของหลายๆ ลักษณะนิสัย (Traits) ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในตัวบุคคล แต่จะแสดงออกอย่างมั่นคงในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ความเป็นมิตร ความมีเมตตา ความเจ้าระเบียบ ความทะเยอทะยาน เป็นต้น โดยจะมีกายและจิตเป็นตัวกำหนดคุณลักษณะของบุคลิกภาพ พฤติกรรม และความคิด ซึ่งอัลพอร์ตได้วิเคราะห์องค์ประกอบบุคลิกภาพโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ด้วยวิธีการทางสถิติที่ซับซ้อนจากการศึกษาบุคลิกภาพของบุคคลในหลายประเภทในวัยต่างๆ จำนวนมากเพื่อหาความสัมพันธ์ หากตัวแปรเหล่านั้นมีค่าสหสัมพันธ์สูงก็จะแสดงถึงความสัมพันธ์กับตัวแปรเหล่านั้น ซึ่งสามารถนำไปอธิบายและพยากรณ์สิ่งอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรนั้นๆ ได้ ซึ่งแนวคิดของอัลพอร์ตนั้นเป็นพื้นฐานของความคิดของแคทเทล (Cattell)

ไอเซนค์ (Eysenck, 1947, p.25)⁽²³⁾ ให้นิยามว่าบุคลิกภาพ คือ การกระทำทั้งหมดของอินทรีย์ที่ได้รับจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นผลของปฏิกริยาร่วมระหว่างส่วนสำคัญ 5 ส่วน คือ ความคิด ลักษณะนิสัย อารมณ์ ความรู้สึก และองค์ประกอบด้านร่างกาย โดยพิจารณาได้เป็น 2 มิติ คือ มิติแรกเป็นการแสดงตัวและเก็บตัว ซึ่งประกอบด้วยลักษณะย่อยๆ ได้แก่ การร่วมมือ-ไม่ร่วมมือ เข้าสังคม-แยกตัว เข้าใกล้-ถอยหนี กระตือรือร้น-เฉื่อยชา มิติที่สองเป็น ลักษณะทางด้านอารมณ์ ได้แก่ เป็นคนเข้มแข็ง-อ่อนแอ มั่นคง-ไม่มั่นคง ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลและอื่นๆ

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2539, น. 5-6)⁽²⁶⁾ ได้สรุปนิยามของบุคลิกภาพว่า บุคลิกภาพคือ ลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลในด้านต่างๆ ทั้งส่วนภายนอกและส่วนภายใน โดยส่วนภายนอก คือ ส่วนที่มองเห็นชัดเจน เช่น รูปร่าง หน้าตา กิริยา มารยาท วิธีพูดจา และส่วนภายใน คือ ส่วนที่มองเห็นได้ยาก แต่อาจทราบได้โดยการอนุมาน เช่น สติปัญญา ความถนัด ลักษณะอารมณ์ประจำตัว ค่านิยม ลักษณะต่างๆ ของบุคลิกภาพไม่สามารถแยกเป็นส่วนๆ ออกจากกันโดยเด็ดขาด ทุกๆ ลักษณะของบุคลิกภาพต่างมีความสัมพันธ์ต่อกันและกัน และมีผลกระทบต่อกัน และกันเป็นประจักษ์ ลูกโซ่ บุคลิกภาพของมนุษย์ถูกหล่อ หลอม และประสมประสานด้วยพันธุกรรม วัฒนธรรม การเรียนรู้ วิธีปรับตัวของบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรมและวัตุธรรม บุคลิกภาพของมนุษย์ไม่ว่าด้านใดๆ เป็นสิ่งที่ไม่ตายตัว เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา การเรียนรู้ และสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางวัตุธรรม บุคลิกภาพของแต่ละบุคคลมีทั้งส่วนที่เป็นลักษณะผิวเผินและส่วนที่เป็นนิสัยที่แท้จริง บางส่วนของบุคลิกภาพถูกซ่อนเร้น หรือถูกปิดบังอำพรางโดยจงใจและไม่จงใจ บุคลิกภาพของบุคคลมีทั้งส่วนร่วมซึ่งเป็นลักษณะสากลของมนุษย์ทุกชาติทุกภาษาและมีส่วนซึ่งเป็นลักษณะที่เรียกกันว่า

“เฉพาะตัว” การศึกษาบุคลิกภาพทำให้เรา สามารถทำนายลักษณะนิสัย ความสามารถ ความถนัด ความเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล และ ทายพฤติกรรมของเขาและเราได้ค่อนข้างแม่นยำ

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นพอสรุปได้ว่า บุคลิกภาพ หมายถึง แบบแผนหรือองค์ประกอบที่บุคคลนั้นได้มาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม รวมถึงพัฒนาการและบทบาทของคุณลักษณะที่ประกอบขึ้นเป็นตัวบุคคล ซึ่งสามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างบุคคลนั้นออกจากบุคคลอื่นได้ และความแตกต่างของบุคคลนั้นจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสภาพแวดล้อมอย่างไรนั้น บุคลิกภาพจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล

4.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพทั่วไป

นักจิตวิทยาได้แบ่งทฤษฎีบุคลิกภาพจากการศึกษาออกเป็นหลายกลุ่ม ดังนี้

1. ทฤษฎีบุคลิกภาพตามทัศนะของนักจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Approach) Sigmund Freud ได้ศึกษาค้นคว้าเรื่องบุคลิกภาพและตั้งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังทางจิตและความสามารถทางสมองและศึกษาโครงสร้างของบุคลิกภาพ ซึ่ง Freud ได้แบ่งโครงสร้างของบุคลิกภาพออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.1 อิด (Id) เป็นแรงขับที่อยู่ในสภาพจิตแบบไร้สำนึก มีลักษณะเป็นสัญชาตญาณทั่วไป เช่น กระจายแรงขับทางเพศหรือความต้องการส่วนลึกของบุคคล

1.2 อีโก้ (Ego) เป็นสิ่งที่เกิดจากการพัฒนาอิด แล้วจึงแสดงออกเป็นลักษณะของ บุคคลที่แสดงออกตามความต้องการของสังคมอย่างมีเหตุผล

1.3 ซูเปอร์อีโก้ (Superego) เป็นตัวประสานที่ควบคุมไม่ให้อิดแสดงความต้องการส่วนลึกออกมา และผลักดันอีโก้ออกมาแทนที่อิด ซูเปอร์อีโก้ ได้แก่ ค่านิยมของสังคมและประเพณี วัฒนธรรม โครงสร้างทั้ง สามส่วนเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ คือ ถ้าบุคคลมีบุคลิกภาพแสดงออกตาม อิด (ไม่สนใจต่อ ซูเปอร์อีโก้) ก็เป็น การแสดงออกตามความต้องการส่วนลึกของตนเอง คนที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องด้วยก็จะเกิดความไม่พึงพอใจ ไม่ยอมรับ จึงมักเกิดลักษณะบุคลิกภาพที่มีปัญหา แต่ถ้าบุคคลแสดงออกตามอีโก้ก็จะเป็นลักษณะพฤติกรรมที่คนในสังคมยอมรับจะไม่มีปัญหา สุขภาพจิต

2. ทฤษฎีบุคลิกภาพตามทัศนะของนักมนุษยนิยม (Humanistic Approach) ทฤษฎีนี้เป็นของ Carl R. Rogers เน้นการกระทำและการปรับตัวของสังคมต่อสภาพการณ์ต่างๆ สอดคล้องกับ

การพิจารณาตนเองและประสบการณ์

3. ทฤษฎีบุคลิกภาพตามหลักการเรียนรู้ (learning approach) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้นบุคลิกภาพของคนจึงเกิดจากการเรียนรู้ที่แตกต่างกันออกไป เช่น การเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้ทางสังคม การเรียนรู้จากตัวแบบ การเรียนรู้จากการเลียนแบบ พฤติกรรมจากพ่อแม่ และบุคคลอื่นๆ

4. ทฤษฎีกลุ่มคุณลักษณะ (Trait Theory) ศึกษาลักษณะนิสัย (Trait) ของบุคคลเป็นสำคัญ

3.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพของกอร์ดอน ออลพอร์ต (Gordon Allport)

ออลพอร์ต (Allport, 1937)⁽²⁵⁾ ได้ทำการทดลองและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติที่เน้นกระบวนการจิตสำนึกและประสบการณ์ปัจจุบัน จากความเชื่อที่ว่า บุคลิกภาพของบุคคลจะถูกกำหนดโดยลักษณะนิสัย (Traits) ซึ่งเป็นความเคยชิน ลักษณะนิสัยนั้นมีมากมายและไม่มีลักษณะนิสัยใดที่ตายตัว บุคคลจะแสดงลักษณะนิสัยใดออกมานั้นขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและแรงกดดันทางสังคม โดยออลพอร์ตนั้นจะเน้นลักษณะนิสัยเฉพาะตัวบุคคล (Personal Traits) มากกว่าลักษณะนิสัยร่วม (Common Traits) ซึ่งลักษณะเฉพาะตัวบุคคลนี้จะเป็นตัวทำนายลักษณะพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่แท้จริงของบุคคลนั้น ซึ่งทฤษฎีลักษณะนิสัยของออลพอร์ตนั้นจะเน้นความเป็นเอกลักษณ์บุคคลมาก โดยอธิบายว่า ไม่มีใครในโลกนี้จะมีนิสัยที่เหมือนกันทุกๆ อย่าง แม้ว่าสองนั้นจะมีลักษณะนิสัยที่ก้าวร้าวเหมือนกัน แต่ก็มีมีความต่างกันในรูปแบบการแสดงออกในลักษณะต่างๆ และในระดับรุนแรง

4.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพของ เอช ไอแซกส์.เจ.(H.J.Eysenck)

ไอแซกส์ (Eysenck, H.J and A.W.Wurzburg, 1972)⁽²³⁾ ได้ศึกษาลักษณะพื้นฐานของบุคลิกภาพ โดยเน้นการวัดและพัฒนาการจัดประเภทลักษณะนิสัย โดยแบ่งบุคลิกภาพออกเป็น 2 มิติ หรือที่เรียกว่า “Big Two” (Digman, 1990) คือ

1. บุคลิกภาพแบบเก็บตัว - แสดงตัว (Introversion - Extroversion)
2. บุคลิกภาพแบบหวุ่นไหวทางอารมณ์ - แบบมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism - Stability)

ไอแซกส์ (Eysenck) ได้ทำการวิเคราะห์รวบรวมลักษณะพฤติกรรมของบุคคล โดยเขาเริ่มตั้งแต่จุดที่เล็กที่สุดถึงการสรุปเป็นแบบเฉพาะบุคลิกภาพได้ กล่าวคือ การตอบสนองเฉพาะอย่าง (Specific Responses) เช่น อาการย่ำคิดย่ำทำไปสู่การตอบสนองที่เป็นนิสัย (Habitual Response)

ระมัดระวัง ไปสู่ลักษณะนิสัยแบบเก็บตัว ขึ้นเป็นรูปแบบบุคลิกภาพ เช่น ความแปรปรวนทางจิต (Phlegmatic) ซึ่งสังเกตและวัดได้ จึงเป็นวิธีการที่ได้มาซึ่งข้อสรุปในการเก็บข้อมูลนั้นก็คือ การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) จากการศึกษาบุคลิกภาพหลายประเภทในวัยต่างๆ กันมาหาความสัมพันธ์ โดยที่หากตัวแปรเหล่านั้นมีค่าสหสัมพันธ์สูง ก็แสดงได้ถึงความสัมพันธ์ร่วมกันของตัวแปรเหล่านั้นซึ่งสามารถนำไปอธิบายและพยากรณ์สิ่งอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรเหล่านั้น

4.2 แนวคิดบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ (The Big Five)

การศึกษาเรื่องบุคลิกภาพที่เป็นที่ยอมรับกันมาในปัจจุบัน คือ แนวคิดบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ (The Big Five หรือ Five Factor Model - FFM) เนื่องจากสามารถประยุกต์ได้กับวัฒนธรรมต่างๆ ซึ่งคอสตา และแมคเคร (Velting and Holm, 1995, p. 212: อ้างอิงจาก Costa and McCrae) ⁽⁶⁾ ได้สรุปแนวคิดของทฤษฎีไอแซนค์ (Eysenck, 1970) ⁽²³⁾ ซึ่งบ่งลักษณะนิสัยออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ เก็บตัว - แสดงตัว (Introverted - Extroverted) และหวั่นไหว - มั่นคง (Neuroticism - Stability) คอสตา และแมคเคร ได้พิจารณาแนวคิดของไอแซนค์ร่วมกับบุคลิก 5 องค์ประกอบของนอร์แมน (Norman, 1963) ⁽²⁷⁾ และพัฒนาขึ้นเป็นบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ โดยในช่วงแรกบุคลิกภาพที่ อธิบายลักษณะของมนุษย์ตามแนวคิดของพวกเขา มีเพียง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความหวั่นไหว (Neuroticism) การแสดงตัว (Extroversion) และการเปิดรับประสบการณ์ (Openness to Experience) ต่อมาพวกเขาพบว่า องค์ประกอบที่พวกมันเข้าพัฒนาขึ้นมีความคล้ายคลึงกับ บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบมากจึงได้เพิ่มองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ การประนีประนอม (Agreeableness) และการมีจิตสำนึก (Conscientiousness) จนกลายเป็นบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบในที่สุด

4.3.1 ความหมายของบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ

คอสตา และแมคเคร (Costa and McCrae, 1987 quoted in Schultz and Schultz, 2005, p.284) ⁽⁶⁾ กล่าวว่า บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ หรือเรียกชื่อย่อว่า “OCEAN” คือการอธิบายลักษณะของมนุษย์ซึ่งบรรจุคุณลักษณะประจำตัวย่อยๆ ของมนุษย์ที่มีลักษณะคล้ายกันไว้ด้วยกัน แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้ บุคลิกภาพแบบหวั่นไหว (Neuroticism) บุคลิกภาพแสดงตัว (Extroversion) บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ (Openness to Experience) บุคลิกภาพแบบประนีประนอม (Agreeableness) และบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก (Conscientiousness)

โกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1990 quoted in Quality et al, 2006, p.99)⁽²⁸⁾ กล่าวว่า บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ เป็นการจัดกลุ่มบุคลิกภาพ และอธิบายบุคลิกภาพด้วยการใช้คำคุณศัพท์ โดยแบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ (Emotional Stability) การแสดงตัว (Extraversion) สติปัญญา (Intellect) ประนีประนอม (Agreeableness) และการมีจิตสำนึก (Conscientiousness)

จากความหมายที่กล่าวมานั้นพอสรุปได้ว่า บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ หมายถึง การให้คำจำกัดความเกี่ยวกับลักษณะนิสัยย่อยๆ ของมนุษย์ โดยอธิบายถึงคุณลักษณะประจำตัวในแต่ละด้าน แบ่งออกเป็นบุคลิกภาพ 5 แบบ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบ หวั่นไหว (Neuroticism) บุคลิกภาพแบบ แสดงตัว (Extraversion) บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ (Openness to experience) บุคลิกภาพแบบประนีประนอม (Agreeableness) และ บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก (Conscientiousness)

4.3.2 องค์ประกอบของบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ

องค์ประกอบแต่ละด้านของบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ ประกอบด้วยคุณลักษณะย่อย ซึ่งจะช่วยให้สามารถมั่นใจได้ว่าการวัดสามารถครอบคลุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำเท่าที่จะเป็นไปได้มากที่สุดแยกแยะความแตกต่างระหว่างบุคคลที่อยู่ในแต่ละคุณลักษณะย่อยได้คานิยามของบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ และคุณลักษณะย่อยมีดังนี้ (Costa and McCrae, 1992 quoted in Howard and Howard, 2004)^(6, 29)

1. บุคลิกภาพแบบหวั่นไหว (Neuroticism) ประกอบด้วยลักษณะย่อย 6 ด้าน ได้แก่ ความวิตกกังวล (Worry) ความโกรธ (Angry Hostility) ความท้อแท้ (Discouragement) การคำนึงถึงแต่ตนเอง (Self-consciousness) การถูกกระตุ้น (Impulsiveness) และความเปราะบาง (Vulnerability)

2. บุคลิกภาพแบบแสดงตัว (Extraversion) ตัวประกอบด้วยลักษณะย่อย 6 ด้าน ได้แก่ ความอบอุ่น (Warmth) การชอบอยู่ร่วมกับผู้อื่น (Gregariousness) การกล้าแสดงออก (Assertiveness) การชอบทำกิจกรรม (Activity) การแสดงหาความตื่นเต้น (Excitement Seeking) และการมีอารมณ์เชิงบวก (Positive Emotions)



4120931691

CD :Thesis 6074023330 thesis / rev: 29072562 15:18:06 / seq: 5

3. บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ (Openness to Experience) ประกอบด้วยลักษณะย่อย 6 ด้าน ได้แก่ ช่างฝัน (Fantasy) การมีอารมณ์สุนทรียภาพ (Aesthetics) การเปิดเผยความรู้สึก (Feelings) การปฏิบัติ (Actions) การมีความคิด (Ideas) และการยอมรับค่านิยม (Values)

4. บุคลิกภาพแบบประนีประนอม (Agreeableness) ประกอบด้วยลักษณะย่อย 6 ด้าน ได้แก่ การเชื่อใจผู้อื่น (Trust) ความตรงไปตรงมา (Straightforwardness) ความเอื้อเฟื้อ (Altruism) การคล้อยตามผู้อื่น (Compliance) ความสุภาพ (Modesty) และการมีจิตอ่อนไหว (Tender-mindedness) โดยลักษณะของผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบประนีประนอมต่ำ และลักษณะของผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบประนีประนอมสูง

5. บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก (Conscientiousness) ประกอบด้วยลักษณะย่อย 6 ด้าน ได้แก่ การมีความสามารถ (Competence) การมีระเบียบ (Order) การมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ (Dutifulness) การมีความต้องการสัมฤทธิ์ผล (Achievement Striving) การมีวินัยในตนเอง (Self-discipline) และการมีความสุขุมรอบคอบ (Deliberation)

ตาราง 1 แสดงบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบของคอสตาและแมคเคอร์

องค์ประกอบบุคลิกภาพ	ลักษณะของผู้ที่ได้คะแนนสูง	ลักษณะของผู้ที่ได้คะแนนต่ำ
บุคลิกภาพแบบหวั่นไหว		
- ความวิตกกังวล (worry)	ผ่อนคลาย สงบ	ไม่ผ่อนคลาย วิตกกังวล
- ความโกรธ (Angry Hostility)	สุขุม โกรธยาก	โกรธง่าย
- ความท้อแท้ (Discouragement)	ท้อแท้สิ้นหวังยาก	ท้อแท้สิ้นหวังง่าย
- การคำนึงถึงแต่ตนเอง (Self-Consciousness)	ไม่ค่อยรู้สึกอึดอัดใจ	รู้สึกอึดอัดใจง่าย
- การถูกกระตุ้น (Impulsiveness)	ทนต่อแรงกระตุ้นได้ดี	ถูกยั่วง่าย
- ความเปราะบาง (Vulnerability)	จัดการกับความเครียดได้ดี	ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้
บุคลิกภาพแบบแสดงตัว		
- ความอบอุ่น (Warmth)	ถือตัว ความเป็นพิธีการ	เป็นที่รัก ี่มีความเป็นมิตร สุภาพ
- การชอบอยู่ร่วมกับผู้อื่น (Gregariousness)	ไม่ชอบเข้าสังคม	ชอบเข้าสังคม



4120931691

CD :Thesis 6074023330 thesis / rev: 29072562 15:18:06 / seq: 5

<ul style="list-style-type: none"> - กล้าแสดงออก (Assertiveness) - การชอบทำกิจกรรม (Activity) - การแสวงหาความตื่นเต้น (Excitement Seeking) - การมีอารมณ์เชิงบวก (Positive Emotions) 	<p>ชอบอยู่เบื้องหลัง</p> <p>ไม่เร่งรีบในการทำกิจกรรม</p> <p>ไม่ต้องการความตื่นเต้น</p> <p>ไม่รำใจ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร</p> <p>ช่างสงสัย พูดออกมาโดยไม่คำนึงถึงผลที่จะตามมา</p>	<p>ชอบแสดงออก ชอบพูด เป็นผู้นำ</p> <p>ทำกิจกรรมอย่างกระฉับกระเฉง</p> <p>กระหายความตื่นเต้น</p> <p>ร่างเรียว มองโลกในแง่ดี เป็นที่นาเชื่อถือ ไว้วางใจ เลือกราคาพูดที่ถูกต้อง</p>
บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์		
<ul style="list-style-type: none"> - ช่างฝัน (Fantasy) - การมีอารมณ์สุนทรียภาพ (Aesthetics) - การเปิดเผยความรู้สึก (Feelings) - การปฏิบัติ (Actions) 	<p>ให้ความสำคัญกับปัจจุบัน</p> <p>ไม่สนใจศิลปะ</p> <p>เพิกเฉย ไม่สนใจความรู้สึก</p> <p>ชอบทำสิ่งที่เคยชิน</p>	<p>มีจินตนาการ ชอบฝันกลางวัน</p> <p>มีความซาบซึ้งในศิลปะ และความสวยงาม</p> <p>เห็นคุณค่าของอารมณ์ต่างๆ</p> <p>ความหลากหลาย ชอบลองของใหม่</p>
<ul style="list-style-type: none"> - การมีความคิด (Ideas) - การยอมรับค่านิยม (Values) 	<p>เน้นที่ความคิดแคบๆ</p> <p>ยึดกับกฎเกณฑ์เดิม เป็นแบบอนุรักษ์นิยม ชอบความเรียบง่าย สนใจในรายละเอียด</p>	<p>มีความคิดหลากหลาย</p> <p>มีความคิดหลากหลาย พร้อมรับค่านิยมใหม่ ค้นหาความยุ่งยากซับซ้อน มีทัศนคติที่เปิดกว้าง</p>
บุคลิกภาพแบบประนีประนอม		
<ul style="list-style-type: none"> - การเชื่อใจผู้อื่น (Trust) - ความตรงไปตรงมา (Straightforwardness) 	<p>ชอบเยาะเย้ยถากถาง ช่างระแวง</p> <p>ระแวดระวัง พูดเกินความจริง</p>	<p>เห็นว่าผู้อื่นซื่อสัตย์ และมีเจตนาดี</p> <p>ตรงไปตรงมา เปิดเผย</p>
<ul style="list-style-type: none"> - การคล้อยตามผู้อื่น 	<p>ก้าวร้าว ชอบแข่งขัน</p>	<p>ประนีประนอม คล้อยตาม</p>

(Compliance) - ความสุภาพ (Modesty) - การมีจิตใจอ่อนไหว (Tender-mindedness)	รู้สึกว่าคุณเหนือกว่าผู้อื่น หัวแข็ง ยึดเหตุผล แสดงความคิดเห็นออกมา ชอบการเป็นผู้นำ	ขี้อาย ถ่อมตัว มีจิตใจอ่อนโยน พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลง เก็บความคิดเห็นของ ตนเองไว้ ชอบอยู่เบื้องหลัง
บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก		
- การมีความสามารถ (Competence)	รู้สึกว่าตนเองไม่มีความพร้อม	รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถและมีประสิทธิภาพ
- การมีระเบียบ (Order)	ไม่มีความเป็นระเบียบ ไม่มีระบบ	มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด
- การมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ (Dutifulness)	ไม่เอาใจใส่หน้าที่	มีความสำนึกในหน้าที่ มีความไว้วางใจได้
- การมีความต้องการสัมฤทธิ์ผล (Achievement Striving)	มีความต้องการประสบความสำเร็จในระดับต่ำ	มีความพยายามเพื่อให้ประสบความสำเร็จ
- การมีวินัยในตนเอง (Self-discipline)	ผัดวันประกันพรุ่ง วอกแวก	มุ่งการปฏิบัติให้สำเร็จ
- การมีความสุขุมรอบคอบ (Deliberation)	ตัดสินใจอย่างเร่งรีบ	คิดอย่างรอบคอบก่อนที่จะปฏิบัติ

ที่มา: Costa, P.T., and McCrae, R.R. (1992).⁽⁶⁾ Revised NEO personality inventory (NEO-PI- R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

4.4 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Antonio Terracciano และ Paul T. Costa Jr (2547)⁽⁶⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบและการสุขุมหรือพบว่า ผู้ที่ยังสุขุมหรือในปัจจุบันนั้นได้คะแนนบุคลิกภาพแบบอารมณ์หวั่นไหวสูงกว่าผู้ที่ไม่สุขุมหรือ และด้านความประนีประนอมกับการมีจิตสำนึกต่ำกว่าผู้ที่ไม่สุขุมหรือ ผู้ที่เคยสุขุมหรือนั้นได้ค่ากลางๆ บนมิติที่สูงกว่า (higher-order dimension) ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบอารมณ์หวั่นไหวสัมพันธ์กับการสุขุมหรือในแต่ละบุคคลสัมพันธ์กับลักษณะผู้ที่มี

คะแนนต่ำในบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างระหว่างบุคลิกภาพแบบแสดงตัวและแบบเปิดรับประสบการณ์

John M. Malouff, Einar B. Thorsteinsson และ Nichola S. Schutte (2549)⁽³⁰⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบและการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่าง 4,730 คน แสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่นั้นถูกเชื่อมโยงกับคุณลักษณะดังต่อไปนี้ในบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนนต่ำในบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก ผู้ที่มีคะแนนต่ำในบุคลิกภาพแบบประนีประนอม และผู้ที่มีคะแนนสูงในบุคลิกภาพแบบห้วนใจ ผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ได้อาศัยในประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกา นั้นมีคะแนนสูงในบุคลิกภาพแบบแสดงตัวกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่บุคลิกภาพแบบแสดงตัวนั้นไม่ได้สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

จักรพันธ์ จตุพรพันธ์ (2554)⁽³¹⁾ ได้ศึกษาลักษณะบุคลิกภาพและความคิดสร้างสรรค์ในนิสิตแพทย์ที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1-5 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในฐานะตัวแทนมหาวิทยาลัยรัฐบาล และนักศึกษาคณะต่างๆ ชั้นปีที่ 1 จากมหาวิทยาลัยเอกชนบัณฑิต ในฐานะตัวแทนมหาวิทยาลัยเอกชน จำนวน 1,080 คน และเพื่อประเมินคุณภาพของเครื่องมือวัดบุคลิกภาพ IPIP (Interpersonality Item Pool) ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือวัดบุคลิกภาพ IPIP ฉบับภาษาไทย มีความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน มีค่าครอนบาคัลฟาที่ 0.69-0.90 และชนิดทดสอบซ้ำมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ 0.66-0.89 มีความตรงเชิงเนื้อหาโดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และความตรงเชิงโครงสร้างโดย Factor Analysis ได้ 11 องค์ประกอบย่อย และ 4 องค์ประกอบหลัก และสามารถแปลผลเป็นลักษณะบุคลิกภาพได้แก่ ความห้วนใจทางอารมณ์ (Neuroticism) การเปิดเผยตัวเอง (Extraversion) การเปิดรับประสบการณ์ (Openness to experience) การเห็นตามผู้อื่น (Agreeableness) และความสำนึกผิดชอบ (Conscientiousness) พบกลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพส่วนย่อยในลักษณะเห็นอกเห็นใจ (Agreeableness) และมีความรับผิดชอบมากที่สุด (Responsibility) มากที่สุด โดยค่าคะแนนเท่ากับ 67.4 และ 67.3 ตามลำดับ ส่วนบุคลิกภาพด้านที่น้อยที่สุดได้แก่ บุคลิกภาพแบบเป็นมิตร เข้าสังคม ชอบแสดงออก (Extraversion) และตึงเครียด (Tension) โดยค่าคะแนนอยู่ที่ 47.6 และ 45.9 ตามลำดับ สำหรับบุคลิกภาพหลักที่พบมากที่สุดได้แก่บุคลิกภาพแบบมีวินัย รับผิดชอบ (Conscientiousness) ค่าคะแนนเท่ากับ 58.3 และน้อยที่สุดบุคลิกภาพด้านความมั่นคงทางอารมณ์ คะแนนเท่ากับ 51.7

Michael J. Zvolensky, Farah Taha, Amanda Bono และ Renee D. Goodwin (2558)⁽³²⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคลิกภาพทั้ง 5 แบบกับการใช้บุหรี่ในช่วงชีวิต, การเพิ่มระดับการสูบบุหรี่ในชีวิตประจำวัน และการคงอยู่ของพฤติกรรมกาสูบหรี่ในวัยผู้ใหญ่ชาวอเมริกันตลอดระยะเวลาสิบปี จากการศึกษาพบว่าบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ และแบบห้วนใจอาจจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ที่ใช้บุหรี่ในช่วงชีวิต และการเพิ่มระดับของพฤติกรรมกาสูบ



4120931691

CD :Thesis 6074023330 thesis / rev: 29072562 15:18:06 / seq: 5

ในขณะที่บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกที่ปรากฏจะช่วยป้องกันเพิ่มระดับของพฤติกรรม และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

Krzysztof Buczkowski, Molgorzata A. Basinska, Anna Ratajska, Katarzyna Lewandowska, Dorota Luskiewicz และ Alicja Sieminska (2560)⁽³³⁾ ได้ศึกษาลักษณะนิสัยระหว่างผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ และผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่กับบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ พบว่าในการศึกษาแบบตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่จำนวน 909 รายที่ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน มีคะแนนของความสนใจต่อสิ่งภายนอกสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ สำหรับบุคลิกภาพแบบหวั่นไหว บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ บุคลิกภาพแบบประนีประนอม และบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก ไม่ได้เกี่ยวข้องกับสถานะการสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่าคะแนนการแสวงหากิจกรรมและความตื่นตัว (ด้านบุคลิกภาพแบบแสดงตัว) ของผู้ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบันสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่และผู้เลิกสูบบุหรี่แล้ว ในทางกลับกัน คะแนนของการยั้งคิดและความไตร่ตรอง (ด้านบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก) กลับต่ำกว่าที่พบในผู้เลิกสูบบุหรี่แล้วและผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย คะแนนในหัวข้อการตระหนักรู้ต่อตนเอง (ด้านบุคลิกภาพแบบอารมณ์หวั่นไหว) และความยินยอมทำตาม (องค์ประกอบหนึ่งของบุคลิกภาพแบบประนีประนอม) ของผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่สูงที่สุด

Aina M. Yáñez, Alfonso Leiva, Andreu Estela และ Iva Čukić (2560)⁽³⁴⁾ ได้ศึกษาลักษณะบุคลิกภาพและการศึกษาของพ่อแม่เกี่ยวข้องในการเริ่มสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมชาวสเปนจำนวน 842 คนในช่วงอายุ 14-15 ปี โดยใช้แบบสอบถามที่ประเมินลักษณะบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ รวมทั้งพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการศึกษาของพ่อแม่ พบว่าคะแนนบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับโอกาสที่ต่ำลงในการทดลองสูบบุหรี่อย่างน้อยหนึ่งครั้ง (OR = 0.57, 95% CIs = 0.46, 0.71) รวมถึงการเป็นผู้สูบบุหรี่อย่างสม่ำเสมอในวัยรุ่น คะแนนความไม่มั่นคงทางอารมณ์ (บุคลิกภาพแบบอารมณ์หวั่นไหว) ที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการสูบบุหรี่ (OR = 1.33, 95% CIs = 1.10, 1.60 and OR = 1.76, 95% CIs = 1.31, 2.35, respectively) คะแนนบุคลิกภาพแบบแสดงตัวที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่สูงขึ้นในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งสองลักษณะ (OR = 1.38, 95% CIs = 1.12, 1.70 and OR = 2.43 (1.67, 3.55, respectively) การศึกษาของพ่อแม่ที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญต่อความเสี่ยงที่ต่ำลงในการเป็นผู้สูบบุหรี่อย่างสม่ำเสมอ (OR = 0.70, 95% CIs = 0.54, 0.89) แต่ไม่เกี่ยวข้องกับการทดลองสูบบุหรี่ที่ผ่านมา ท้ายที่สุดพบว่าไม่มีหลักฐานถึงความสัมพันธ์กันระหว่างบุคลิกภาพของวัยรุ่นและการศึกษาของพ่อแม่ในการทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น สรุปได้ว่าปัจจัยบุคลิกภาพและการศึกษาของพ่อแม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

Jung-Seok Choi, Thomas J. Payne, Jennie Z. Ma และ Ming D. Li (2560)⁽³⁵⁾ ได้ศึกษาลักษณะบุคลิกภาพมีความเกี่ยวข้องกับการติดยาโคตินในผู้สูบบุหรี่ชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน และผู้สูบบุหรี่ชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5,040 คน (กลุ่มตัวอย่างชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน จำนวน 3,737 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.31 และชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.51) สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ 2,474 คนและผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 2,566 คน ในกลุ่มตัวอย่างของชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน ความไม่เสถียรทางอารมณ์มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญต่อความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการสูบบุหรี่ [odds ratio (OR) = 1.057; 95% confidence interval (CI) 1.032, 1.083; $p < 0.0001$] และการมีจิตสำนึกมีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญต่อการลดความเสี่ยงในการสูบบุหรี่ (OR = 0.936; 95% CI 0.912, 0.961; $p < 0.0001$) ในกลุ่มตัวอย่างของชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป ความไม่เสถียรทางอารมณ์ที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นผู้ที่ยังสูบบุหรี่ (OR = 1.058; 95% CI 1.013, 1.104; $p = 0.0105$) นอกจากนี้พบว่าระดับที่ต่ำลงของความไม่เสถียรทางอารมณ์และระดับที่สูงขึ้นของการมีจิตสำนึก เกี่ยวเนื่องกับความรุนแรงในการติดยาโคตินทั้งในชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน และชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป

จากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สรุปได้ว่า บุหรี่ แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ใหญ่ๆ ได้แก่ 1) บุหรี่ของ ผลิตในประเทศโดยโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง แบ่งเป็น 2 ชนิด คือชนิดก้นกรองและชนิด ไม่มีก้นกรอง 2) บุหรี่ของ ผลิตจากต่างประเทศ 3) บุหรี่ม้วนเองหรือบุหรี่ที่ไม่ได้ผลิตจากโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง และ 4) ประเภทอื่นๆ ได้แก่ บุหรี่ซิการ์ซึ่งในบุหรี่จะประกอบด้วยสารนิโคติน (Nicotine) เป็นสารที่พบตามธรรมชาติในใบยาสูบและเป็นสารสำคัญที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ สารนี้ในระยะแรกจะออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ระยะต่อมาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาท โดยลักษณะของการใช้นิโคตินที่ได้ทั้งการสูบบุหรี่จากบุหรี่ ซิการ์ กล้องยาเส้น การอม การเคี้ยวใบยาสูบ หรือการใช้นิโคตินทางยา เช่นทางผิวหนังหรือในรูปแบบหมากฝรั่ง เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดอาการได้ทั้งอาการติดต่อดนิโคติน โดยการสูบบุหรี่นั้นจะเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มบุคลิกภาพ และอธิบายบุคลิกภาพ โดยแบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ (Emotional Stability) การแสดงตัว (Extraversion) สติปัญญา (Intellect) ประนีประนอม (Agreeableness) และการมีจิตสำนึก (Conscientiousness)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดพบว่าผู้สูบบุหรี่จะเริ่มสูบที่ช่วงอายุเฉลี่ย 12.41 ปี ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ จำนวนค่าใช้จ่ายที่ได้รับ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ จำนวนเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่

ต่อวัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการรับรู้ถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน ในคนที่สูบบุหรี่นั้นมีแนวโน้มที่จะใช้สุราและสารเสพติดผิดกฎหมายมากกว่าคนที่ไม่สูบ ซึ่งในผู้ที่สูบบุหรี่นั้นจากการศึกษาพบว่ามีความเครียดบุคลิกภาพแบบอารมณ์หวนไหวในระดับสูง และมีความเครียดบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกในระดับต่ำ ส่วนความเครียดบุคลิกภาพแบบแสดงตัวนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่



4120931691

CD IThesis 6074023330 thesis / recv: 29072562 15:18:06 / seq: 5

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) โดยใช้แบบทดสอบเป็นเครื่องมือในการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ หน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ หน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selective Criteria)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้สูบบุหรี่
2. สามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยตามปกติได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
3. เป็นผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรงซึ่งไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทำแบบทดสอบได้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size determination)

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณได้จากสูตรต่อไปนี้

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

$z =$ ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลร้อยละ 95 = 1.96

$p =$ อัตราความชุกของบุคลิกภาพแบบมั่นคงทางอารมณ์ในคะแนนระดับสูง = 0.5

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษามาก่อนจึงใช้ค่า $P = 0.5$ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

$q = 1 - p = 0.5$ $d =$ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ทางคลินิก = 0.1

จะได้ค่า $n = (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5) / 0.1^2 = 97$ เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ดังนั้นจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ 115 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique)

เก็บกลุ่มตัวอย่างทุกคนตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ในผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดจำนวน 115 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ปัจจุบัน สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ คนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ประวัติโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบประเมินภาวะเสพติดนิโคติน คือ แบบทดสอบ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence²⁵ ฉบับภาษาไทย ซึ่งมาจากภาษาอังกฤษโดย Fagerstrom KO โดยมีค่า test-retest reliability อยู่ที่ 0.64 ซึ่งจะมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนรวมที่มากแสดงถึงระดับการติดยาโคติน

ตาราง 2 แสดงการแปลผลคะแนนแบบทดสอบ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

ระดับคะแนน	ระดับการติดนิโคติน
0-3	ไม่เป็นผู้ที่ติดนิโคติน
4-5	เป็นผู้ติดนิโคตินระดับปานกลาง
6-7	เป็นผู้ติดนิโคตินระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมากที่จะพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินระดับสูง
8-9	เป็นผู้ติดนิโคตินระดับสูงมาก
10	เป็นผู้ติดนิโคตินระดับสูงที่สุด

ตาราง 3 แสดงข้อความในประเมินแบบทดสอบบุคลิกภาพ International Personality Item Pool (IPIP) และค่าความเที่ยงโดยความสอดคล้องภายใน Internal Consistency

องค์ประกอบ บุคลิกภาพ	ข้อความ	Cronbach's Alpha	ITC	จำนวนข้อ
มั่นคงทางอารมณ์ (Emotion Stability)	1,8,15,22,29,36,42,48,4 9,53,54,57,58,59,60	0.913	0.46-0.77	15
เข้าสังคม ชอบ แสดงออก (Perfectionism)	2,9,16,23,,30,37,43,47, 50,52,56	0.866	0.35-0.64	11
มีวินัยรับผิดชอบ (Conscientiousnes s)	3,6,10,13,17,20,24,27,3 1,34,35,38,41,44,45	0.838	0.35-0.60	15
มีไหวพริบ สติปัญญา (Openness)	4,7,11,14,18,21,25,28,3 2,39,46,51,55	0.863	0.44-0.68	13
เข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness)	5,12,19,26,33,40	0.734	0.40-0.52	6

โดยแบบวัดบุคลิกภาพมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ท โดยผู้ถูกประเมินเลือกแสดงความรู้สึกได้ 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 5	หมายถึง	ตรงที่สุด
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	ค่อนข้างตรง
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ตรงบ้างไม่ตรงบ้าง
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	ไม่ค่อยตรง
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ไม่ตรงเลย

การคิดคะแนน และการแปลผล

เพื่อเทียบเคียงกับการแปลผลของ 16PF จึงได้แปลงค่าคะแนนโดยปรับให้ค่าเฉลี่ยที่ 5.5 และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 2 ตามสูตร $5.5 + 2(x - \text{mean}) / \text{sd}$ พบว่าสามารถใช้เกณฑ์ตามแบบ 16 PF ได้ คือใช้เกณฑ์ตัดที่ 1/ 2/ 3/ 4 – 7/ 8/ 9/ 10 เป็นหลัก จากนั้นจึงนำมาแปลผล ดังนี้

คะแนนมาตรฐาน 1,10 หมายถึง มีลักษณะบุคลิกภาพในองค์ประกอบนั้นๆ สูงหรือต่ำอย่างเต็มที่ (Extremely Deviation)

คะแนนมาตรฐาน 2,3,8,9 หมายถึง มีลักษณะบุคลิกภาพคะแนนมาตรฐานนั้นๆ ค่อนข้างสูงหรือต่ำอย่างมาก (Strongly Deviation)

คะแนนมาตรฐาน 4,7 หมายถึง มีลักษณะบุคลิกภาพคะแนนมาตรฐานนั้นๆ มีแนวโน้มสูงหรือต่ำเพียงเล็กน้อย (Slightly Deviation)

คะแนนมาตรฐาน 5,6 หมายถึง มีลักษณะบุคลิกภาพคะแนนมาตรฐานนั้นๆ ปานกลางเหมือนคนส่วนใหญ่ (Average)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. ศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุมัติการดำเนินการในการทำโครงการวิจัยจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ผู้วิจัยทำการขออนุญาตใช้แบบทดสอบ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence และประเมินแบบทดสอบบุคลิกภาพ International Personality Item Pool (IPIP) ฉบับภาษาไทย เพื่อนำมาใช้ในงานวิจัย
4. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
5. ผู้วิจัยทำการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยการสอบถาม
6. ผู้วิจัยทำการขออนุญาตผู้ที่ได้ทำการคัดกรองแล้วเพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยทำการขอความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ณ หน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ชั้น 16 อาคาร ภปร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยให้ข้อมูลและคำอธิบายขั้นตอนในการทำวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการวิจัย ตลอดจนตอบข้อสงสัยและใช้เวลาในการตัดสินใจอย่างอิสระก่อนการลงนามให้ความยินยอมร่วมมือในการทำวิจัย โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

 - ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยและแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพเพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกัน
 - ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้สูบบุหรี่ก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยให้ข้อมูล คำอธิบาย วัตถุประสงค์การทำวิจัย วิธีดำเนินการกับผู้เข้าร่วมวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยง ตลอดจนการตอบข้อสงสัยจนครบถ้วนเป็นอย่างดี ผู้วิจัยจะให้สิทธิในการตัดสินใจอย่างอิสระก่อนลงนามเข้าร่วมวิจัย
 - ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้สูบบุหรี่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบ
 - ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์
7. ผู้วิจัยให้ผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในใบขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
8. เมื่อผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะให้ทำแบบสอบถาม 3 ฉบับได้แก่
 - 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
 - 2) แบบทดสอบระดับการติดยาโคติน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence
 - 3) ประเมินแบบทดสอบบุคลิกภาพ International Personality Item Pool (IPIP) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 60 ข้อ

เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 15 – 20 นาที ขึ้นอยู่กับผู้เข้าร่วมการวิจัย

9. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับนำมาคิดคะแนน และวิเคราะห์ผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 23.0 ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ จำนวนค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หรือปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษาด้วย Independent sample t - test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ
3. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หรือปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษาด้วย Pearson correlation สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบุคลิกภาพทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบ อารมณ์หวั่นไหว บุคลิกภาพแบบแสดงตัว บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ บุคลิกภาพแบบ ประณีประนอม และบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจำนวน 115 คน เก็บข้อมูลในตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2562 นำเสนอผลการวิเคราะห์ใน รูปของตารางพร้อมคำบรรยายด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทด์ เพื่อบรรยายลักษณะของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ หน่วย เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และโรคประจำตัว

1.2 ข้อมูลปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงที่สูบบุหรี่ คนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นใน 1 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของระดับการติดยาโคตินจากแบบทดสอบ Fagerstorm Test for Nicotine Dependence

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบของผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพของปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ โดยศึกษาด้วย Pearson correlation

สัญลักษณ์ทางสถิติในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ทางสถิติในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

\bar{x} แทน ค่าเฉลี่ย

S.D. แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

t แทน ค่าการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

F แทน ค่าการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ที่มากกว่า 2 กลุ่ม

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

SS	แทน ผลบวกของส่วนเบี่ยงเบนกำลังสอง
MS	แทน ค่าความแปรปรวน
*	แทน ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
P - value	แทน ค่าความน่าจะเป็นของความมีนัยสำคัญ
r	แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทด์ เพื่อบรรยายลักษณะของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ หน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลทั่วไป

ตาราง 4 จำนวนร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และโรคประจำตัว ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	115	100
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) = 38.62 (10.87)		
ค่าต่ำสุด = 18 ค่าสูงสุด = 65		
กลุ่มอายุ (ปี)		
18-24	9	7.8
25-40	58	50.4
41-59	44	38.3
≥ 60	4	3.5
เพศ		
ชาย	92	80.0
หญิง	23	20.0
อาชีพ		
ค้าขาย	29	25.2
รับจ้าง	19	16.5
ทำงานเอกชน	15	13.0

ตาราง 4 จำนวนร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และโรคประจำตัว ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ว่างงาน	5	4.3
ธุรกิจส่วนตัว	4	3.5
ราชการ / รัฐวิสาหกิจ	2	1.7
ข้าราชการบำนาญ	9	7.8
อื่นๆ	29	25.2
สถานภาพสมรส		
โสด	44	38.3
แต่งงาน	68	59.1
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	3	2.6
การศึกษา		
ประถมศึกษา	18	15.6
มัธยมต้น	33	28.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	30	26.1
อนุปริญญา/ปวส.	14	12.2
ปริญญาตรี	17	14.8
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.7
อื่นๆ (บวชเรียน)	1	0.9
รายได้ต่อเดือน Median = 20,000, IQR = 12,000,25,000		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	102	88.7
มี	13	11.3
โรคประจำตัวที่พบ		
โรคความดันโลหิตสูง	8	6.9
โรคไขข้อ	4	3.5
โรคเบาหวาน	3	2.6
โรคไขมันในเลือดสูง	2	1.7
โรคทางเดินอาหาร	2	1.7
โรคหัวใจและหลอดเลือด	1	0.9

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 92 คน (ร้อยละ 80) เพศหญิง 23 คน (ร้อยละ 20) โดยมีอายุเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 38.62 (10.87) ปี ค่าต่ำสุด 18 ปี ค่าสูงสุด 65 ปี ส่วนมากทำอาชีพค้าขาย จำนวน 32 คน (ร้อยละ 27.8) รับจ้าง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 25.22) ทำงานเอกชน จำนวน 19 คน (ร้อยละ 12.5) วางงาน จำนวน 15 คน (ร้อยละ 13) ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.4) ราชการ / รัฐวิสาหกิจ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 3.5) และข้าราชการบำนาญ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.74) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 68 คน (ร้อยละ 59.1) สถานภาพโสด จำนวน 44 คน (ร้อยละ 38.3) หม้าย จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.7) และหย่าร้าง 1 คน (ร้อยละ 0.7) พบระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง คือ ระดับชั้นมัธยมต้นมากที่สุด จำนวน 33 คน (ร้อยละ 28.7) รองลงมาคือระดับชั้นมัธยมปลาย จำนวน 30 คน (ร้อยละ 26.1) ระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 18 คน (ร้อยละ 15.7) ระดับชั้นปริญญาตรี จำนวน 17 คน (ร้อยละ 14.8) อนุปริญญา/ปวส. จำนวน 14 คน (ร้อยละ 12.2) สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.7) และอื่นๆ 1 คน (ร้อยละ 0.9)

1.2 ข้อมูลปัจจัยด้านการสูบบุหรี่

ตาราง 5 จำนวนร้อยละของปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงที่สูบบุหรี่ คนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นใน 1 ปีที่ผ่านมา ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน

ข้อมูลด้านการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
สมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงสูบบุหรี่		
ไม่มี	51	44.3
มี	64	55.7
คนใกล้ชิดสูบบุหรี่		
ไม่มี	1	0.9
มี	114	99.1
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาเสพติดอื่นใน 1 ปีที่ผ่านมา		
แอลกอฮอล์	103	89.6
ยาบ้า/ยาไอซ์	0	0
กัญชา	0	0
ฝิ่น/มอร์ฟีน/เฮโรอีน	0	0

ตาราง 5 จำนวนร้อยละของปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงที่สูบบุหรี่ คนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นใน 1 ปีที่ผ่านมา ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน (ต่อ)

ข้อมูลด้านการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
ปริมาณที่สูบบุหรี่ ต่อวัน		
1-2 มวน ต่อวัน	32	27.8
3-5 มวน ต่อวัน	14	12.2
6-10 มวน ต่อวัน	16	13.9
มากกว่า 10 มวนขึ้นไป ต่อวัน	53	46.1
ระยะเวลาที่สูบ		
น้อยกว่า 3 เดือน	32	27.8
3 - 6 เดือน	37	32.2
มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป	46	40.0

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงสูบบุหรี่ จำนวน 64 คน (ร้อยละ 55.7) และไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงสูบบุหรี่ จำนวน 51 คน (ร้อยละ 44.4) มีคนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ จำนวน 114 คน (ร้อยละ 99.1) และไม่มีคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ 1 คน (ร้อยละ 0.9) ส่วนยาเสพติดชนิดอื่นที่กลุ่มตัวอย่างใช้ใน 1 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้แอลกอฮอล์ 103 คน (ร้อยละ 89.6) นอกจากนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างใช้ยาเสพติดร้ายแรงชนิดอื่น ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวันขึ้นไป 53 คน (ร้อยละ 46.1) รองลงมา 1-2 มวนต่อวัน (ร้อยละ 27.8) ในส่วนของระยะเวลาที่สูบ มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป (ร้อยละ 40.0) รองลงมาสูบ 3-6 เดือน 37 คน (ร้อยละ 32.2)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของระดับการติดยาโคตินจากแบบทดสอบ

Fagerstorm Test for Nicotine Dependence

ตาราง 6 คะแนนเฉลี่ยระดับการติดยาโคตินของกลุ่มตัวอย่าง 115 คน

ระดับการติดยาโคติน	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย
ไม่เป็นผู้ที่ติดยาโคติน (0 - 3 คะแนน)	105	91.3	1.18 ± 1.48
เป็นผู้ติดยาโคตินระดับปานกลาง (4 - 5 คะแนน)	8	6.9	0.09 ± 0.28
และมีแนวโน้มอย่างมากที่จะพัฒนาไปเป็นการติดยาโคตินระดับสูง (6 - 7 คะแนน)	2	1.7	0.03 ± 0.12
เป็นผู้ติดยาโคตินระดับสูงมาก (8 - 9 คะแนน)	0	0	0
เป็นผู้ติดยาโคตินระดับสูงมาก (10 คะแนน)	0	0	0

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการติดยาโคติน 0 - 3 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นผู้ติดยาโคติน จำนวน 105 คน (ร้อยละ 91.3) กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการติดยาโคติน 4 - 5 คะแนน หมายถึง เป็นผู้ติดยาโคตินระดับปานกลาง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 7) กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการติดยาโคติน 6 - 7 คะแนน หมายถึง เป็นผู้ติดยาโคตินระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมากที่จะพัฒนาไปเป็นการติดยาโคตินระดับสูง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.7)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ IPIP Personality ของผู้เข้าร่วมวิจัย

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 115 คน

บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ	จำนวน 115 คน คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 10)
มั่นคงทางอารมณ์ (Emotion Stability) ค่าต่ำสุด = 1.33, ค่าสูงสุด = 7, ค่ามัธยฐาน = 3.67	3.74 ± 1.04
เข้าสังคม ชอบแสดงออก (Perfectionism) ค่าต่ำสุด = 2.27, ค่าสูงสุด = 6.36, ค่ามัธยฐาน = 4.77	4.77 ± 0.80
มีวินัยรับผิดชอบ (Conscientiousness) ค่าต่ำสุด = 4.00, ค่าสูงสุด = 7.50, ค่ามัธยฐาน = 5.67	5.67 ± 0.80

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 115 คน (ต่อ)

บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ	จำนวน 115 คน
	คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 10)
มีไหวพริบ สติปัญญา (Openness)	5.32 ± 1.01
ค่าต่ำสุด = 2.50, ค่าสูงสุด = 7.12, ค่ามัธยฐาน = 5.78	
เข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness)	5.76 ± 1.09
ค่าต่ำสุด = 3.75, ค่าสูงสุด = 8.75, ค่ามัธยฐาน = 5.83	

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ IPIP Personality ด้านเข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness) มากที่สุด คือ 5.76 ± 1.09 คะแนน รองลงมาคือ ด้านมีวินัย รับผิดชอบ (Conscientiousness) 5.67 ± 0.80 คะแนน ด้านมีไหวพริบ สติปัญญา (Openness) 5.32 ± 1.01 คะแนน ด้านเข้าสังคม ชอบแสดงออก (Extraversion) 4.77 ± 0.80 คะแนน และด้านมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion stability) น้อยที่สุด คือ 3.74 ± 1.04 คะแนน

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ โดยศึกษาด้วย Pearson correlation

ตารางที่ 8 วิเคราะห์ความแตกต่างบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบจำแนกโดยเพศ

บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ	เพศ				r	df	P - value
	เพศชาย		เพศหญิง				
	mean	S.D.	mean	S.D.			
มั่นคงทางอารมณ์	3.61	0.91	4.25	1.34	2.69	27.21	0.008*
เข้าสังคม ชอบแสดงออก	4.86	0.78	4.42	0.78	2.44	33.65	0.020*
มีวินัย รับผิดชอบ	5.70	0.79	5.57	0.89	0.64	31.14	0.524
มีไหวพริบ สติปัญญา	5.40	0.92	4.99	1.26	1.74	28.24	0.084
เข้าใจ เห็นใจ	5.87	1.08	5.36	1.08	2.00	33.99	0.053

* $P < 0.05$, r = Pearson Correlation

จากตารางที่ 8 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ IPIP Personality โดยจำแนกตามเพศพบว่า บุคลิกภาพมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion stability) และบุคลิกภาพด้าน เข้าสังคม ชอบแสดงออก (Extraversion) ของเพศชายและหญิงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 9 วิเคราะห์ความแตกต่างบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบของผู้ที่ไม่ติดนิโคตินและผู้ติดนิโคตินระดับปานกลางขึ้นไป

บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ				r	P - value
	ผู้ที่ไม่ติด		ผู้ติดระดับปานกลางขึ้นไป			
	mean	S.D.	mean	S.D.		
มั่นคงทางอารมณ์	4.38	1.13	3.69	1.02	-1.902	0.085
เข้าสังคม ชอบแสดงออก	4.72	0.80	5.25	0.58	-2.617	0.022*
มีวินัย รับผิดชอบ	5.68	0.81	5.57	0.75	0.451	0.661
มีไหวพริบ สติปัญญา	5.30	1.03	5.47	0.70	-0.744	0.470
เข้าใจ เห็นใจ	5.71	1.09	6.38	1.04	-1.935	0.079

* $P < 0.05$, $r =$ Pearson Correlation

จากตารางที่ 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ IPIP Personality ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งเป็นผู้ที่ไม่ติดนิโคติน และผู้ติดนิโคตินระดับปานกลางขึ้นไปในบุคลิกภาพด้านมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion stability) คือ 4.38 ± 1.13 คะแนน และ 3.69 ± 1.02 คะแนน ด้านเข้าสังคม ชอบแสดงออก (Extraversion) 4.72 ± 0.80 คะแนน และ 5.25 ± 0.58 คะแนน ด้านมีวินัย รับผิดชอบ (Conscientiousness) 5.68 ± 0.81 คะแนน และ 5.57 ± 0.75 คะแนน ด้านมีไหวพริบ สติปัญญา (Openness) 5.30 ± 1.03 คะแนน และ 5.47 ± 0.70 คะแนน ด้านเข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness) คือ 5.71 ± 1.09 คะแนน และ 6.38 ± 1.04 คะแนน และด้านเข้าสังคม ชอบแสดงออก (Extraversion) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้นไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 10 วิเคราะห์ความแตกต่างบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบจำแนกโดยสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงสูบบุหรี่

บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ	สมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงสูบบุหรี่				r	df	P - value
	ไม่มี		มี				
	mean	S.D.	mean	S.D.			
มั่นคงทางอารมณ์	3.75	1.04	3.73	1.05	2.51	107.68	0.383
เข้าสังคม ชอบแสดงออก	4.67	0.76	4.85	0.82	1.49	110.07	0.568
มีวินัย รับผิดชอบ	5.50	0.77	5.80	0.81	2.39	109.25	0.229
มีไหวพริบ สติปัญญา	5.06	0.97	5.51	0.99	4.95	108.39	0.614
เข้าใจ เห็นใจ	5.54	1.07	5.94	1.09	7.73	107.98	0.148

* $P < 0.05$, $r =$ Pearson Correlation

จากตารางที่ 10 คะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ IPIP Personality โดยจำแนกตามญาติใกล้ชิดที่สูบบุหรี่พบว่า บุคลิกภาพด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion stability) บุคลิกภาพด้านการเข้าสังคม ชอบแสดงออก บุคลิกภาพด้านมีวินัย รับผิดชอบ (Conscientiousness) บุคลิกภาพด้านมีไหวพริบ สติปัญญา (Openness) และบุคลิกภาพด้านเข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness) ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 11 วิเคราะห์ความแตกต่างบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบจำแนกโดยการใช้สารเสพติดชนิดอื่นใน 1 ปี

บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ	การใช้สารเสพติดอื่นใน 1 ปี				r	df	P - value
	ไม่ใช้		ใช้				
	mean	S.D.	mean	S.D.			
มั่นคงทางอารมณ์	4.25	1.34	3.61	0.91	3.22	13.29	0.147
เข้าสังคม ชอบแสดงออก	4.86	0.78	4.42	0.78	1.59	13.74	0.135
มีวินัย รับผิดชอบ	5.70	0.79	5.57	0.89	1.63	13.17	0.126
มีไหวพริบ สติปัญญา	5.40	0.92	4.99	1.26	0.16	15.51	0.875
เข้าใจ เห็นใจ	5.87	1.08	5.36	1.08	0.98	14.11	0.344

* $P < 0.05$, $r =$ Pearson Correlation

จากตารางที่ 11 คะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ IPIP Personality โดยจำแนกตามการใช้สารเสพติดชนิดอื่นใน 1 ปี พบว่า บุคลิกภาพด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion stability) บุคลิกภาพ

ด้านการเข้าสังคม ชอบแสดงออก บุคลิกภาพด้านมีวินัย รับผิดชอบ (Conscientiousness) บุคลิกภาพด้านมีไหวพริบ สติปัญญา (Openness) และบุคลิกด้านเข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness) ไม่มีความแตกต่างกัน โดยสารเสพติดที่ใช้เป็นแอลกอฮอล์ และไม่พบใช้สารเสพติดร้ายแรงชนิดอื่น

ตารางที่ 12 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ

บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ	ข้อมูลส่วนบุคคล			
	อายุ		รายได้ต่อเดือน	
	r	P - value	r	P - value
มั่นคงทางอารมณ์	0.11	0.24	0.15	0.17
เข้าสังคม ชอบแสดงออก	0.01	0.92	0.09	0.36
มีวินัย รับผิดชอบ	0.04	0.69	0.11	0.23
มีไหวพริบ สติปัญญา	0.29	0.77	0.15	0.10
เข้าใจ เห็นใจ	0.07	0.42	0.27	0.78

* $P < 0.05$, r = Pearson Correlation

จากตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ และรายได้ต่อเดือนกับคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ IPIP Personality พบว่า บุคลิกภาพด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion stability) บุคลิกภาพด้านการเข้าสังคม ชอบแสดงออก บุคลิกภาพด้านมีวินัย รับผิดชอบ (Conscientiousness) บุคลิกภาพด้านมีไหวพริบ สติปัญญา (Openness) และบุคลิกด้านเข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness) ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ และรายได้ต่อเดือน

ตารางที่ 13 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านการสูบบุหรี่กับบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ

บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ	ข้อมูลด้านการสูบบุหรี่			
	ปริมาณการสูบบุหรี่		ระยะเวลาการสูบบุหรี่	
	r	P - value	r	P - value
มั่นคงทางอารมณ์	0.47	0.12	0.82	0.35
เข้าสังคม ชอบแสดงออก	0.86	0.36	0.20	0.83
มีวินัย รับผิดชอบ	0.13	0.26	0.18	0.06
มีไหวพริบ สติปัญญา	0.54	0.10	0.34	0.88
เข้าใจ เห็นใจ	0.77	0.27	0.56	0.15

* $P < 0.05$, $r =$ Pearson Correlation

จากตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการสูบบุหรี่ และระยะเวลาการสูบบุหรี่กับคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ IPIP Personality พบว่า บุคลิกภาพด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion stability) บุคลิกภาพด้านการเข้าสังคม ชอบแสดงออก บุคลิกภาพด้านมีวินัย รับผิดชอบ (Conscientiousness) บุคลิกภาพด้านมีไหวพริบ สติปัญญา (Openness) และบุคลิกภาพด้านเข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness) ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการสูบบุหรี่ และระยะเวลาการสูบบุหรี่

ตารางที่ 14 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับการติดนิโคตินระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมากที่จะพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินระดับสูง

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับการติดนิโคติน		r	P - value
	mean	S.D.		
อายุ	38.6	10.9	0.32	0.09
รายได้ต่อเดือน (บาท)	20,169.6	12,724.7	0.53	0.10
ระยะเวลาการสูบบุหรี่	4.8	1.7	0.91	1.65
ปริมาณการสูบบุหรี่	8.7	3.6	0.86	0.03*

* $P < 0.05$, $r =$ Pearson Correlation

จากตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการสูบบุหรี่ และปริมาณการสูบบุหรี่กับการติดนิโคตินระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมากที่จะพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินระดับสูง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน และพบว่าปริมาณการสูบบุหรี่ (mean 8.7 SD 3.6) มี

ความสัมพันธ์กับการติดยาโคโคตินระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมากที่จะพัฒนาไปเป็นการติดยาโคโคตินระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



4120931691

CU Thesais 6074023330 thesais / recv: 29072562 15:18:06 / seq: 5

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบุคลิกภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ามารับการตรวจสุขภาพ ณ หน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 115 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบทดสอบประเมินภาวะเสพติดนิโคติน คือ แบบทดสอบ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence ฉบับภาษาไทย และ แบบทดสอบบุคลิกภาพ International Personality Item Pool (IPIP) ฉบับภาษาไทย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะข้อมูล สำหรับสถิติเชิงอนุมานใช้การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย Independent sample t-test และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ หน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 115 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 38.62 ± 10.87 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดเป็นระดับมัธยมต้น รองลงมาคือ ระดับมัธยมปลาย ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคไขข้อ

ข้อมูลปัจจัยด้านการสูบบุหรี่

มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงสูบบุหรี่และมีคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ นอกจากบุหรี่แล้ว สารเสพติดชนิดอื่นที่ใช้ใน 1 ปี คือ แอลกอฮอล์ ไม่พบการใช้สารเสพติดชนิดร้ายแรง



4120931691

CD :Thesis 6074023330 thesis / recv: 29072562 15:18:06 / seq: 5

ข้อมูลระดับการติตนิโคติน

ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่มีคะแนนการติตนิโคตินในระดับที่ต่ำมาก ไม่ถือเป็นผู้ติตนิโคติน มีเพียงส่วนน้อยที่มีคะแนนการติตนิโคตินในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง

ข้อมูลบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ

พบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบในด้านมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion stability) ต่ำที่สุด รองลงมาคือคะแนนด้านเข้าสังคม ชอบแสดงออก (Extraversion) ส่วนด้านที่พบมากที่สุดคือด้านเข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness)

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพด้านปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้ Independent sample t - test พบว่าบุคลิกภาพด้าน Emotion stability และบุคลิกภาพด้าน Extraversion ของเพศชายและหญิงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และเมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพด้านปัจจัยด้านการสูบบุหรี่พบว่าคะแนนเฉลี่ยบุคลิกภาพด้านเข้าสังคม ชอบแสดงออก (Extraversion) ของผู้ที่ไม่ติตนิโคตินและผู้ติตนิโคตินระดับปานกลางขึ้นไปมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านมีสมาธิในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงสูบบุหรี่พบว่า บุคลิกภาพด้านมีวินัย รับผิดชอบ (Conscientiousness) บุคลิกภาพด้านมีไหวพริบ สติปัญญา (Openness) และบุคลิกภาพด้านเข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยด้านการใช้สารเสพติดชนิดอื่นใน 1 ปีพบว่า บุคลิกภาพด้านมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion stability) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สารเสพติดที่ใช้เป็นแอลกอฮอล์ และไม่พบใช้สารเสพติดร้ายแรงชนิดอื่น



4120931691

CT :Thesis 6074023330 thesis / recv: 29072562 15:18:06 / seq: 5

อภิปรายผล

จากการผลศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 38.62 โดยพบอายุสูงสุด 65 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี พบชายมากกว่าหญิง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Jung-Seok Choi, Thomas J. Payne, Jennie Z. Ma และ Ming D. Li (2560)⁽³⁵⁾ พบตัวอย่างที่สูบบุหรี่เชื้อสายแอฟริกันหญิงมากกว่าชาย ถึงร้อยละ 54.31 และผู้สูบบุหรี่ยุโรป ร้อยละ 64.51 อธิบายได้ว่าการศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งจากสถิติการเข้ารับบริการของผู้สูบบุหรี่ในทุกๆปี พบผู้รับบริการชายมากกว่าหญิง

บุคลิกภาพ 5 ด้านของผู้สูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูบบุหรี่มีคะแนนด้าน Emotion stability ต่ำที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Antonio Terracciano และ Paul T. Costa Jr⁽⁶⁾ พบว่า ผู้ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบันมีคะแนนบุคลิกภาพแบบอารมณ์หวั่นไหวสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และด้านความประนีประนอมกับการมีจิตสำนึกต่ำกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่นั้นได้ค่ากลางๆ บนมิติที่สูงกว่า (higher-order dimension) ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบอารมณ์หวั่นไหวสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในแต่ละบุคคลสัมพันธ์กับลักษณะผู้ที่มีคะแนนต่ำในบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก ในปี พ.ศ. 2547 John M. Malouff, Einar B. Thorsteinsson และ Nichola S. Schutte⁽³⁶⁾ พบผู้ที่มีคะแนนต่ำในบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก ผู้ที่มีคะแนนต่ำในบุคลิกภาพแบบประนีประนอม และผู้ที่มีคะแนนสูงในบุคลิกภาพแบบหวั่นไหว ผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ได้อาศัยในประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกา นั้นมีคะแนนสูงในบุคลิกภาพแบบแสดงตัวกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่บุคลิกภาพแบบแสดงตัวนั้น ไม่ได้สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2549 คุณ Michael J. Zvolensky, Farah Taha, Amanda Bono และ Renee D. Goodwin⁽¹³⁾ ในปี พ.ศ. 2558 Krzysztof Buczkowski, Molgorzata A. Basinska, Anna Ratajska, Katarzyna Lewandowska, Dorota Luszkiwicz และ Alicja Sieminska⁽³⁷⁾ พบว่าบุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ และแบบหวั่นไหวอาจจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ที่ใช้บุหรี่ในช่วงชีวิต และการเพิ่มระดับของพฤติกรรมกาสูบ ในขณะที่บุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึกที่ปรากฏจะช่วยป้องกันเพิ่มระดับของพฤติกรรม และพฤติกรรมกาสูบแบบถาวร ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Aina M. Yáñez, Alfonso Leiva, Andreu Estela และ Iva Čukić⁽³⁸⁾ พบคะแนนความไม่มั่นคงทางอารมณ์ (บุคลิกภาพแบบอารมณ์หวั่นไหว) ที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการสูบบุหรี่ (OR = 1.33, 95% CIs = 1.10, 1.60 and OR = 1.76, 95% CIs = 1.31, 2.35, respectively) คะแนนบุคลิกภาพแบบแสดงตัวที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่สูงขึ้นในพฤติกรรมกาสูบทั้งสองลักษณะ (OR = 1.38, 95% CIs = 1.12, 1.70 and OR = 2.43 (1.67, 3.55, respectively) การศึกษาของพ่อแม่ที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญต่อความเสี่ยงที่ต่ำลงในการเป็นผู้สูบบุหรี่อย่างสม่ำเสมอ (OR = 0.70, 95% CIs = 0.54, 0.89) ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าคะแนนความไม่มั่นคงทางอารมณ์ (บุคลิกภาพแบบอารมณ์หวั่นไหว) ที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการสูบบุหรี่

และการศึกษาของ Jung-Seok Choi, Thomas J. Payne, Jennie Z. Ma และ Ming D. Li⁽³⁵⁾ ที่พบความไม่เสถียรทางอารมณ์มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญต่อความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการสูบบุหรี่ [odds ratio (OR) = 1.057; 95% confidence interval (CI) 1.032, 1.083; $p < 0.0001$] และการมีจิตสำนึกมีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญต่อการลดความเสี่ยงในการสูบบุหรี่ (OR = 0.936; 95% CI 0.912, 0.961; $p < 0.0001$) ในกลุ่มตัวอย่างของชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป ความไม่เสถียรทางอารมณ์ที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นผู้ที่ยังสูบบุหรี่ (OR = 1.058; 95% CI 1.013, 1.104; $p = 0.0105$) นอกจากนี้พบว่าระดับที่ต่ำลงของความไม่เสถียรทางอารมณ์และระดับที่สูงขึ้นของการมีจิตสำนึก เกี่ยวเนื่องกับความรุนแรงในการติดยาโคเคนทั้งในชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน และชาวอเมริกันเชื้อสายยุโรป

การศึกษานี้พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนด้าน Conscientiousness ที่สูงและคะแนนเฉลี่ยด้านเข้าใจ เห็นใจ (Agreeableness) ของผู้สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ John M. Malouff, Einar B. Thorsteinsson และ Nichola S. Schutte⁽³⁶⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำในบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก ผู้ที่มีคะแนนต่ำในบุคลิกภาพแบบประนีประนอม และผู้ที่มีคะแนนสูงในบุคลิกภาพแบบหัวน้าว ผู้สูบบุหรี่ที่ไม่ได้อาศัยในประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกา นั้นมีคะแนนสูงในบุคลิกภาพแบบแสดงตัวกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่บุคลิกภาพแบบแสดงตัวนั้นไม่ได้สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่

บุคลิกภาพด้านความมั่นคงทางอารมณ์ และด้านการเข้าสังคม ชอบแสดงออก มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ John M. Malouff, Einar B. Thorsteinsson และ Nichola S. Schutte⁽³⁶⁾ ในปี พ.ศ. 2549 และของคุณ Krzysztof Buczkowski, Molgorzata A. Basinska, Anna Ratajska, Katarzyna Lewandowska, Dorota Luszczkiewicz และ Alicja Sieminska⁽³⁷⁾ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย IPIP Personality โดยจำแนกตามเพศพบว่าบุคลิกภาพด้าน Emotion stability และบุคลิกภาพด้าน Extraversion ของเพศชายและหญิงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยด้าน Conscientiousness ของผู้ร่วมวิจัยที่มีญาติสายตรงที่สูบบุหรี่ 5.80 ± 0.81 คะแนน และ ผู้ที่ไม่มี 5.50 ± 0.77 คะแนน ด้าน Openness ของผู้ร่วมวิจัยที่มีญาติสายตรงที่สูบบุหรี่ 5.51 ± 0.99 คะแนน และ ผู้ที่ไม่มี 5.06 ± 0.97 คะแนน และด้าน Agreeableness ของผู้ร่วมวิจัยที่มีญาติสายตรงที่สูบบุหรี่ 5.94 ± 1.09 คะแนน และ ผู้ที่ไม่มี 5.54 ± 1.07 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ย IPIP Personality ด้าน Emotion stability ของผู้ใช้สารเสพติดชนิดอื่นใน 1 ปี 4.25 ± 1.34 คะแนน และผู้ที่ไม่ใช้ 3.61 ± 0.91 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



นอกจากนี้บุคลิกภาพด้านการเห็นตามผู้อื่น (Agreeableness) และความสำนึกผิดชอบ (Conscientiousness) มีค่าสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจักรพันธ์ จตุพรพันธ์ (2554)⁽³¹⁾ ได้ศึกษา ลักษณะบุคลิกภาพและความคิดสร้างสรรค์ในนิสิตแพทย์ที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1-5 คณะแพทย ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อประเมินคุณภาพของเครื่องมือวัดบุคลิกภาพ IPIP (Interpersonality Item Pool) ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือวัดบุคลิกภาพ IPIP ฉบับภาษาไทย มีความเที่ยงชนิดความสอดคล้องภายใน มีค่า Cronbach's Alpha ที่ 0.69-0.90 และชนิด ทดสอบซ้ำมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ 0.66-0.89 มีความตรงเชิงเนื้อหาโดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และความตรงเชิงโครงสร้างโดย Factor Analysis ได้ 11 องค์ประกอบย่อย และ 4 องค์ประกอบหลัก และสามารถแปลผลเป็นลักษณะบุคลิกภาพได้แก่ ความหวุ่นไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) การเปิดเผยตัวเอง (Extraversion) การเปิดรับประสบการณ์ (Openness to experience) การเห็นตามผู้อื่น (Agreeableness) และความสำนึกผิดชอบ (Conscientiousness) โดยมีบุคลิกภาพส่วนย่อยในลักษณะเห็นอกเห็นใจ (Agreeableness) และมีความรับผิดชอบมากที่สุด (Responsibility) มากที่สุด โดยค่าคะแนนเท่ากับ 67.4 และ 67.3 ตามลำดับ ส่วนบุคลิกภาพด้านที่ น้อยที่สุดได้แก่ บุคลิกภาพแบบเป็นมิตร เข้าสังคม ชอบแสดงออก (Extraversion) และตึงเครียด (Tension) โดยค่าคะแนนอยู่ที่ 47.6 และ 45.9 ตามลำดับ สำหรับบุคลิกภาพหลักที่พบมากที่สุด ได้แก่บุคลิกภาพแบบมีวินัย รับผิดชอบ (Conscientiousness) ค่าคะแนนเท่ากับ 58.3 และน้อยที่สุด บุคลิกภาพด้านความมั่นคงทางอารมณ์ คะแนนเท่ากับ 51.7

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพด้านเข้าสังคม ชอบแสดงออก (Perfectionism) มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจระดับปานกลางขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ ว่า บุคลิกภาพแบบแสดงตัว ประกอบด้วยลักษณะย่อย 6 ด้าน ได้แก่ ความอบอุ่น (Warmth) การ ชอบอยู่ร่วมกับผู้อื่น (Gregariousness) การกล้าแสดงออก (Assertiveness) การชอบทำกิจกรรม (Activity) การแสวงหาความตื่นเต้น (Excitement Seeking) และการมีอารมณ์เชิงบวก (Positive Emotions) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Krzysztof Buczkowski, Molgorzata A. Basinska, Anna Ratajska, Katarzyna Lewandowska, Dorota Luszczkiewicz และ Alicja Sieminska (2560)⁽³³⁾ ศึกษาลักษณะนิสัยระหว่างผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ และผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่กับ บุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ พบว่าในการศึกษาแบบตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่จำนวน 909 รายที่ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน มีคะแนนของความสนใจต่อสิ่ง ภายนอกสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ สำหรับบุคลิกภาพแบบหวุ่นไหว บุคลิกภาพแบบเปิดรับประสบการณ์ บุคลิกภาพแบบประนีประนอม และบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก ไม่ได้เกี่ยวข้องกับสถานะการสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่าคะแนนการแสวงหากิจกรรมและความตื่นเต้น (ด้านบุคลิกภาพแบบแสดงตัว) ของผู้

ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบันสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่และผู้เลิกสูบบุหรี่แล้ว ในทางกลับกัน คะแนนของการยังคิดและความไตร่ตรอง (ด้านบุคลิกภาพแบบมีจิตสำนึก) กลับต่ำกว่าที่พบในผู้เลิกสูบบุหรี่และผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย คะแนนในหัวข้อการตระหนักรู้ต่อตนเอง (ด้านบุคลิกภาพแบบอารมณ์หวั่นไหว) และความยินยอมทำตาม (องค์ประกอบหนึ่งของบุคลิกภาพแบบประนีประนอม) ของผู้ไม่เคยสูบบุหรี่สูงที่สุด

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับ กิติพงษ์ ทองเหลือ (2550)⁽¹⁸⁾ ปัจจัยทางชีวสังคมของนักเรียนระดับอาชีวศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนค่าใช้จ่ายที่ได้รับ บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ จำนวนเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน ทั้งนี้การติดนิโคตินจากการใช้แบบทดสอบ Fagerstorm Test for Nicotine Dependence พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่ติดนิโคตินซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Andrea H. Weinberger และ Mehmet Sofuoglu (2552)⁽²¹⁾ การได้รับนิโคตินนั้นมีอิทธิพลต่อการพัฒนาไปสู่การเสพติดสารกระตุ้น การศึกษาทางคลินิกชี้ให้เห็นถึงบทบาทของสารกระตุ้นตัวรับนิโคตินิก (nicotinic agonist) ในการการเสพติดสารกระตุ้น มีนัยยะว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดการใช้สารกระตุ้นที่รุนแรงขึ้นและทำให้ผลการรักษาแย่ง และ Mohammad R. Torabi, William J. Bailey, และ Massoumeh Majd-Jabbari (2536)⁽¹⁶⁾ การสูบบุหรี่จะนำไปสู่การติ่มสุราและสารเสพติดอื่นๆ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับการติ่มสุราเกินขนาด และการติ่มสุรากับการใช้สารเสพติด ผู้ที่สูบบุหรี่วันละซองมีแนวโน้มที่จะติ่มสุรามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่สามเท่า มีแนวโน้มที่จะใช้ยาสูบชนิดที่ไม่ต้องสูบบอกกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึงเจ็ดเท่า และมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดผิดกฎหมายมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 – 30 เท่า

ปริมาณการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการติดนิโคตินระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมากที่จะพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นนิสัยความเคยชิน ผู้ที่สูบบุหรี่นี้จะสูบบุหรี่ตลอดเวลาจะมีบุหรี่ ติดตัวหรือใกล้ตัวตลอดเวลา เพราะทำให้รู้สึกสบายใจและภูมิใจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นกิจวัตรประจำวันของคนกลุ่มนี้จะ เป็นไปอย่างอัตโนมัติ โดยผู้ที่สูบบุหรี่นี้จะถือบุหรี่จัดเป็นสิ่งจำเป็นจะขาดไม่ได้ ถ้าไม่ได้สูบบุหรี่จะมีความรู้สึกไม่สบาย มีความผิดปกติทางร่างกาย การสูบบุหรี่จะช่วยทำให้สบายใจ พอใจ และช่วยลดความรู้สึกกดดัน ทำให้บรรยากาศดี พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของคนกลุ่มนี้อาจทำได้ยาก จะต้องใช้ความพยายามตั้งใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิติพงษ์ ทองเหลือ⁽¹⁶⁾ ระยะเวลาการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการติดนิโคติน และนภัควรรช บัวทอง (2560) พบความชุกของผู้ติดนิโคตินระดับต่ำปานกลาง และสูง ร้อยละ 46 ร้อยละ 22 และร้อยละ 32 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ

ติดนิโคติน ได้แก่ ความวิตกกังวล ระยะเวลาการสูบบุหรี่ และสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ($P < 0.001$) ทั้งนี้การศึกษาของ Mohammad R. Torabi, William J. Bailey, และ Massoumeh Majd-Jabbari (2536)⁽¹⁶⁾ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับการดื่มสุราเกินขนาด และการดื่มสุรากับการใช้สารเสพติด ผู้ที่สูบบุหรี่วันละซองมีแนวโน้มที่จะดื่มสุรามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบางเท่า มีแนวโน้มที่จะใช้ยาสูบชนิดที่ไม่ต้องสูบบอกกว่าผู้ที่ไม่สูบบ้างเท่า และมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดผิดกฎหมายมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบ้างถึง 10 – 30 เท่า และนพมาศ ร่มเกตุ (2550)⁽¹⁹⁾ พบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 3.6 และเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 3.3 ใน 2 กลุ่มหลังนี้ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีร้อยละ 48.3 สูบเป็นครั้งคราวร้อยละ 27.6 สูบทุกวันร้อยละ 24.1 ผู้ที่สูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่ครั้งแรกอายุ 11-14 ปี สาเหตุคือ อยากรู้อยากลอง จำนวนที่สูบเฉลี่ยต่อวัน คือ น้อยกว่า 5 มวน สถานที่ที่ชอบสูบคือ ห้องน้ำของโรงเรียน บุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่คือ เพื่อนสนิท และการมีบิดา มารดาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เลิกบุหรี่ได้ ในด้านนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกันมีการรับรู้ถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพทางกาย และสุขภาพทางจิตใจ สังคม และผลกระทบโดยรวมนั้นแตกต่างกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรงสูบบุหรี่ร้อยละ 55.65 มีคนใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 99.13 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิติพงษ์ ทองเหลือ และนพมาศ ร่มเกตุ^(18, 19) ในปี พ.ศ. 2550 จากการศึกษาพบว่าผู้สูบบุหรี่ใช้สารเสพติดชนิดอื่น เช่น แอลกอฮอล์ ร้อยละ 89.57 แต่ไม่พบใช้สารเสพติดชนิดร้ายแรงประเภทอื่นตามการศึกษาของ Shenghan Lai, Hong Lai, Bryan Page, และ Clyde B McCoy⁽²⁰⁾ ในปี พ.ศ. 2551 Andrea H. Weinberger และ Mehmet Sofuoglu⁽³⁹⁾ ในปี พ.ศ. 2547 และของ Denise Kendell และ Eric Kendell⁽⁸⁾ ในปี พ.ศ. 2557 อาจเป็นเพราะผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลจริงเนื่องจากวัฒนธรรม และสถานที่เก็บข้อมูลเป็นแผนกตรวจสุขภาพทั่วไปจึงมีความเป็นไปได้น้อยที่จะพบผู้ใช้สารเสพติดชนิดร้ายแรง

ข้อจำกัดของการทำวิจัย

การศึกษานี้เป็น cross-sectional descriptive study ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ หน่วยเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมเท่านั้น จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้สูบบุหรี่ทั่วไปได้ และอาจมีตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่ได้อยู่ในขอบข่ายที่ศึกษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่จัดว่าอยู่ในกลุ่มผู้ติดนิโคติน อีกทั้งการเก็บข้อมูลครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลระยะเวลาที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก รวมถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และอาการต่างๆ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อใช้เป็นตัวแทนของประชากรทั่วไปได้ ควรศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหลายๆ มิติ อย่างไรก็ตามควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ติดนิโคตินด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานเพื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของต่างประเทศ

2. การศึกษาครั้งต่อไปอาจจะศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่สูบบุหรี่ กับไม่กลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่



4120931691

CT :Thesis 6074023330 thesis / recv: 29072562 15:18:06 / seq: 5

บรรณานุกรม

1. WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic. In the 20th century, the tobacco epidemic killed 100 million people worldwide. WHO Report. 2008.
2. WHO. Tobacco Free Initiative (TFI). World No Tobacco Day 2012 [cited 2018 January 30]. 2011.
3. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานสถานการณ์บริโภคยาสูบของคนไทย ปี พ.ศ. 2561 2561.
4. ณภัศวรรัต บัวทอง. Association of cytochrome P450 2A6 polymorphism, anxiety, and environmental factors with cigarette smoking by Thai adults. 2017.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สํารวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา. 2554.
6. Costa Jr., Paul T. T, Antonio M, Robert R.,. Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. Journal of Personality and Social Psychology 2001;81(2):322-31.
7. อรวรรณ หุ่นดี. บุหรี่กับมะเร็ง.กาญจนบุรี:คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สถาบันราชภัฏกาญจนบุรี. 2542.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และสุราของประชากร พ.ศ. 2550. . 2551.
9. กรมอนามัย. ประกาศ สำนักควบคุมบริโภคยาสูบ. 2551.
10. สมชาย สุพันธ์วิช. ผลของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ. วารสารสุขภาพ. 2520:39.
11. ชีระ ลิมศิลา. บุหรี่-มะเร็งปอด การสูญเสียสุขภาพ-ชีวิต และการสูญเสียเศรษฐกิจ (รายงานเบื้องต้น). วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2537;2(7):125-34.
12. เขียน วันทนียตระกูล. หลักการและวิธีการสอน. 2552.
13. พจนา ปิยะปกรณ์ชัย. การตอบสนองของบุคคลต่อภาวะเครียด. . 2549.
14. ประภิต วาทีสาธกกิจ, และกรองจิต วาทีสาธกกิจ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของคนไทย. 2551.
15. สุภาพร ทองศร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาใน โรงเรียนปทุมคงคา กรุงเทพมหานคร. 2543.
16. Mohammad R. Torabi, William J. Bailey, Massoumeh Majd-Jabbari. Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the "gateway drug effect". Published in The Journal of school health 1993.

17. ลักลีน วรณประพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนคร นครราชสีมา. 2549.
18. กิติพงษ์ ทองเหลือ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสมุทรสงคราม วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. 2558;10(2).
19. นพมาศ รมเกตุ. การรับรู้ถึงผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา. 2550.
20. Shenghan Lai, Hong Chen Lai, J. Bryan Page, Clyde B. McCoy. The association between cigarette smoking and drug abuse in the United States. *Journal of Addictive Diseases*. 2000;19(4):11-24.
21. Baillie AJ, Mattick RP, Hall W. Quitting smoking: Estimation by meta-analysis of the rate of unaided smoking cessation. *Aust J Public Health*. 1995;19.
22. ญัฐพัฒน์ ชยาวิวัฒน์นางศ์. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี. . 2553.
23. Eysenck HJ. *Dimensions of personality*. Oxford, England: Kegan Paul. 1947.
24. Hjelle LA, Ziegler DJ. *Personality theories: Basic assumptions, research, and applications (3rd ed.)*. . 1992.
25. Allport FH. *Theories of perception and the concept of structure: A review and critical analysis with an introduction to a dynamic-structural theory of behavior*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc. 1955.
26. ศรีเรือน แก้วกังวาล. *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ*. 2536.
27. Norman WT. Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 1963;66(6):574-83.
28. Goldberg LR. An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990;59(6):1216-29.
29. Hammond D, McDonald PW, Fong GT, Borland R. Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction*. 2004;99.
30. McCaul KD, Hockmeyer JR, Johnson RJ, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow RE. Motivation to quit using cigarettes: A review. *Addict Behav*. 2006;31.
31. จักรพันธ์ จตุพรพันธ์. บุคลิกภาพและความคิดสร้างสรรค์ของนิสิตนักศึกษาระดับอุดมศึกษาใน

เขตกรุงเทพมหานคร. 2554.

32. Zielinski J, Bednarek M, Gorecka D, Vieg G, Hurd SS, Fukuchi Y, et al. Increasing COPD awareness. *Eur Respir J*. 2006;27.
33. Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, Czajkowska-Malinowska M, Regula J, Mieszko-Filipczyk G, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax*. 2006;10.
34. Working Group: (Consensus on diagnosis and treatment of tobacco dependence). *Med Pract*. 2006, 8 (special edition).
35. Choi J-S, Payne TJ MJ, and Li MD. Relationship between Personality Traits and Nicotine Dependence in Male and Female Smokers of African-American and European-American Samples. . *Psychiatry* 2017;8(122).
36. Nicola S.SchutteJohn M.Malouff1Einar B.Thorsteinsson1NavjotBhullar1Sally E.Rooke. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. . *Personality and Individual Differences*. 2006;42(6):921-33.
37. Krzysztof Buczkowski , Małgorzata A. Basinska , Anna Ratajska, Katarzyna Lewandowska , Luskiewicz D, and Alicja Sieminska. Smoking Status and the Five-Factor Model of Personality: Results of a Cross-Sectional Study Conducted in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(2).
38. Yáñez AM LA, Estela A Čl. The Associations of Personality Traits and Parental Education with Smoking Behavior among Adolescents. (3). *PLoS ONE* 2017;12.
39. Weinberger AH, Sofuoglu M. The Impact of Cigarette Smoking on Stimulant Addiction. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2009;35(1):12-7.



412091691

CU IThesis 6074023330 thesis / rcv: 29072562 15:18:06 / seq: 5

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	Pasharapa Jatuporn
วัน เดือน ปี เกิด	1 February 1987
สถานที่เกิด	Prachinburi
วุฒิการศึกษา	Chulalongkorn University
ที่อยู่ปัจจุบัน	9/863 Ideo Mix Sukhumvit 103 Bangna Bangna Bangkok 10260



4120931691

CU Thesais 6074023330 thesais / recv: 29072562 15:18:06 / seq: 5