

บทวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการ
สูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุม
การสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตมินบุรี

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ*

สิริลักษณ์ ซีอัสต์ย**

บทคัดย่อ

วัยรุ่นยังมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น งานวิจัยฉบับนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 297 ราย ที่สูบบุหรี่ หรือที่มีประสบการณ์เคยสูบบุหรี่ ในโรงเรียนเขตมินบุรี กรุงเทพมหานคร จำนวน 4 แห่ง เครื่องมือที่ใช้การวิจัยเป็นแบบสอบถามรวบรวมข้อมูล พ.ศ. 2560 สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่าการรับรู้ด้านต่าง ๆ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ในภาพรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $r = .249$) จำแนกเป็นรายด้านคือ ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ ($r = .182$) โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพจากพิษภัยบุหรี่ ($r = .145$) ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ ($r = .144$) และการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ ($p < .05$ $r = .099$) และการรับรู้เกี่ยวกับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ $r = -.104$) ควรมีการรณรงค์สร้างความตระหนักพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพและข้อดีของการไม่สูบบุหรี่ เพื่อปลูกฝังแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ชัดเจนต่อเนื่อง และเกิดพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ที่ยั่งยืนในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

คำสำคัญ: การควบคุมการสูบบุหรี่/ ความเชื่อด้านสุขภาพ/ ความสามารถตนเอง/

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

*ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต Email: kanokwan.sil@kbu.ac.th

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี Email : Siriluk.sue@kbu.ac.th

Health Belief Model in Smoking Prevention and Attitudes Toward Smoking: Relationship with Self Efficacy of Lower Secondary School Students in Minburi District

Kanokwan Silpakampises*

Siriluk Suesat**

Abstract

Teenagers have a higher smoking rate than the Government's target so preventing smoking is imperative at the lower secondary school level. This descriptive research aimed to examine the relationship between health belief in smoking prevention and attitude towards smoking and perceived self-efficacy among 297 secondary school students in four schools in Minburi District in 2016. Instruments were questionnaires. Data were represented as percentage, mean, standard deviation, and range. Pearson correlation was used to test the relationship between variables.

Results revealed that perceived health belief model variables were significantly related to perceived self-efficacy for smoking control ($p < .01$, $r = .249$). Perceived attitude towards smoking was significantly related to perceived self-efficacy for smoking control ($p < .05$, $r = -.104$). Health belief model variables including perceived susceptibility to health-related problems from smoking, perceived severity of smoking health hazard, perceived benefits of not smoking, and perceived barriers to not smoking were significantly related to perceived self-efficacy for smoking control ($p < .01$, $r = 1.45$, $r = .144$, $r = .182$, $p < .05$ $r = .099$ respectively). It is recommended that health belief model variables be assessed as part of lower secondary school student anti-smoking campaigns. Explicit knowledge of health belief measures and attitudes toward smoking prevention should be used to foster and sustain non-smoking behaviors, especially of lower secondary school students.

Keywords: Smoking control/ Health belief model/ Self-efficacy/

Lower Secondary school students

Article info: Received November 20, 2020; Revised December 8, 2020; Accepted December 31, 2020.

* Corresponding author, Instructor of Nursing faculty, Faculty of Nursing Kasem Bundit University

** Instructor of Nursing faculty, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15- 18 ปี ยังมีอัตราการบริโภคยาสูบลดลงค่อนข้างน้อยมาก และอัตราการบริโภคยาสูบนี้ก็ยังคงสูงกว่าค่าเป้าหมายของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้มีการลดการสูบบุหรี่ลงเหลือร้อยละ 8¹ และจากการสำรวจพบว่าวัยรุ่นขาดความรู้ ความเข้าใจในพิษภัยของยาสูบ ซึ่งมีความรุนแรงและอันตรายต่อชีวิตของผู้สูบและคนรอบข้างที่ได้รับพิษจากควันยาสูบ วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี ติดบุหรี่ประมาณ 4 แสนคน แต่ละปีมีเด็กติดบุหรี่ใหม่มากกว่า 1 แสนคน โดย 7 ใน 10 คนจะติดบุหรี่ตลอดชีวิต และมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ อาทิ ภาวะภูมิคุ้มกันลดลง การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในวัยรุ่นหญิงที่เริ่มสูบบุหรี่ภายใน 5 ปี หลังจากเริ่มมีประจำเดือนได้มากกว่าวัยรุ่นหญิงที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²

วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ ทั้งสมองส่วนของการคิดกับการทำงานขั้นสูง ทำให้สมองส่วนนั้นก็จะถูกทำลายไปตามปริมาณ และระยะเวลาที่สูบ³ นอกจากนี้เยาวชนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทั้งสมองส่วนของการคิดกับการทำงานขั้นสูง ทำให้สมองส่วนนั้นก็จะถูกทำลายไปตามปริมาณและระยะเวลาที่สูบ⁴ สาเหตุจูงใจที่ทำให้มีการสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นของวัยรุ่น เกิดจากการชักชวนของ เพื่อนสนิท

ต้องการการยอมรับจากเพื่อน อยากลองสูบบุหรี่ ความเครียดและผ่อนคลาย รวมทั้งอยู่แวดล้อมเพื่อนสนิทหรือสมาชิกในครอบครัวมีการสูบบุหรี่^{5,6,7} การเข้าถึงบุหรี่ง่ายโดยซื้อจากร้านขายของชำ ร้อยละ 80.4⁷ รวมทั้งการซื้อหรือแบ่งปันบุหรี่กันในโรงเรียน ถือเป็น การกระตุ้นให้นักเรียนสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น⁸ ส่วนนักเรียนที่ติดบุหรี่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับใช้ยาเสพติดอื่น ๆ เนื่องจากการสูบบุหรี่จะเป็นประตูดอกของการก้าวสู่สารเสพติดอื่นต่อไป และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจะนำไปสู่การสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ต่อไป⁹ การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ¹⁰ เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบาย ทำนายพฤติกรรมในการปฏิบัติในการป้องกันโรค ต้องมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ 1) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) ความรุนแรงของโรคหากต้องเจ็บป่วยจากเหตุของการไม่ป้องกัน 3) อุปสรรคของบุคคลในการหลีกเลี่ยงเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ และ 4) ประโยชน์ จะเป็นการเห็นประโยชน์ในการป้องกันโรคของบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพ และผลศึกษา 18 ครั้ง¹¹ พบว่าอุปสรรคกับความเสี่ยงเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญที่สุด ส่วนประโยชน์และความรุนแรงเป็นพฤติกรรมที่ทำนายได้รองลงมาตามลำดับ นอกจากนี้ปัจจัยต่างๆ ของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ในการควบคุมปัจจัยภายในและภายนอก ยังอาจขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลด้วย จากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura)^{12,13} มีความเชื่อ

ว่าความสามารถของตนเอง ที่มีผลต่อการกระทำของบุคคลนั้น ต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน หรือสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน อาจทำให้การแสดงพฤติกรรมออกของบุคคลนั้น ๆ แตกต่างกันด้วย เนื่องจากความสามารถของบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของสภาพแวดล้อมที่มากระทบต่อบุคคลนั้นเผชิญอยู่ด้วย ผลการวิจัยพบว่าความสามารถของนักเรียนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการทดลองสูบบุหรี่สูงเป็น 2.41 เท่าของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่สูง¹⁴ ยังพบว่านักเรียนชายที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ต่ำ มีโอกาสเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ในระยะเริ่มต้นสูง 2.31 เท่า⁵ และทัศนคติเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน⁶ ดังนั้นการศึกษาจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยด้านความรู้ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนพบว่าทัศนคติมีผลต่อการสูบบุหรี่ ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลิกบุหรี่ในวัยรุ่น¹⁵ ดังแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติกล่าวว่าบุคคลที่มีทัศนคติบวกต่อสิ่งใด ย่อมมีพฤติกรรมที่จะยอมเผชิญกับสิ่งนั้น แต่ถ้ามีทัศนคติในเชิงลบก็อาจแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ที่จะเผชิญกับสิ่งนั้น¹⁶ ทัศนคติ อาจเป็นปัจจัยกำหนดในเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสรุปพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ที่มีลักษณะเด่นของการเกิดปัญหาสุขภาพตามมา มาจากปัจจัยภายในของวัยรุ่น ต้องการให้เพื่อนยอมรับซึ่งเกิดจาก

ความรู้สึก นึกคิดทัศนคติของวัยรุ่นที่มีต่อการสูบบุหรี่ และปัจจัยภายนอกจากสมาชิกในครอบครัวที่มีการสูบบุหรี่หรือจากสถานการณ์แวดล้อมที่อาจกดดันหรือเมใจคล้อยตามเพื่อนที่สูบบุหรี่ในโรงเรียน ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้น

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาตัวแปรการรับรู้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ว่าจะมีผลต่อความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่ แหล่งที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นโรงเรียนสหศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 4 แห่งที่ตั้งอยู่ในเขตมีนบุรี ซึ่งเป็นเขตชานเมืองของกรุงเทพมหานคร ที่มีปัญหาความรุนแรงของวัยรุ่นและเป็นแหล่งเสี่ยงต่อปัญหาเสพติด คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากลุ่มวัยรุ่นตอนต้นที่สูบบุหรี่หรือเคยมีประสบการณ์สูบบุหรี่เพื่อทราบข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การควบคุมป้องกันการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นด่านแรกของการป้องกันยาเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตมีนบุรี
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ ในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock¹⁰ เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการสูบบุหรี่ และทัศนคติ

ต่อการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตมินบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตมินบุรี

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาต้น ในเขตมินบุรีเป็นอย่างไร

2. การรับรู้ด้านต่าง ๆ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาต้นในเขตมินบุรีเป็นอย่างไร

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านต่าง ๆ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้อยู่บนพื้นฐานแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs Model) ของ Rosenstock¹⁰ กล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยของบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง อาทิ การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม

ความสนใจและค่านิยม ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคและเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ดี บุคคลก็ต้องการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า มีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ นั่นคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura¹² กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความเชื่อ การรับรู้หรือการตัดสินใจพิจารณาความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้นั้น บุคคลจึงต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรครวมมีความรุนแรงต่อสุขภาพ หากปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ ความรุนแรงก็จะไม่เกิดขึ้น และจะก่อให้เกิดผลดีดังกล่าวแล้ว บุคคลก็จะเชื่อว่าพฤติกรรมหลีกเลี่ยงไม่เป็นอุปสรรคและมีความเชื่อว่าการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการป่วยเป็นโรค จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ผู้วิจัยนอกจากใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านมาเป็นตัวแปรในการศึกษาการป้องกันการสูบบุหรี่แล้ว ยังศึกษาตัวแปรด้านการรับรู้ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ตัวแปรด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง

ในการควบคุมการสูบบุหรี่ และปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน สถานภาพสมรสของบิดา มารดา การพักอาศัยกับคนในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ในครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะเรียนและวิธีแก้ปัญหา แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านต่าง ๆ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนของโรงเรียนมัธยมตอนต้นศึกษาตอนต้น จำนวน 4 โรงเรียนในเขตมินบุรี ปีการศึกษา 2560 ทั้งหมดประมาณ 1,256 คน ประกอบด้วยโรงเรียน ที่ 1 จำนวน 583 คน โรงเรียนที่ 2 จำนวน 350 คน โรงเรียนที่ 3 จำนวน 223 คน และโรงเรียนที่ 4 จำนวน 200 คน รวมนักเรียนทั้งสิ้น 1,356 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ของโรงเรียนสหศึกษาชายโอกาสในเขตมินบุรี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มธรรมดาไม่ซ้ำรายเดิมของนักเรียนในแต่ละชั้นเรียน ใน 4 โรงเรียนที่ผู้บริหารให้ความสำคัญและยินดีให้ความร่วมมือตลอดทุกขั้นตอนของการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงเรียนโดยการเปิดตาราง Krejcie & Morgan¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างโรงเรียนที่ 1 จำนวน 217 คน โรงเรียนที่

2 จำนวน 149 คน โรงเรียนที่ 3 จำนวน 132 คน โรงเรียน จำนวน 130 คน และโรงเรียน ที่ 4 จำนวน 132 คน รวมทั้งหมด 628 คน จากการคัดกลุ่มตัวอย่างเฉพาะนักเรียนที่สูบบุหรี่หรือเคยมีประสบการณ์สูบบุหรี่ทั้งหมด เปิดเปิดตารางกำหนด จำนวนกลุ่มตัวอย่าง นำรายชื่อทั้งหมดที่สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่มารวมกันและสุ่มตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ และสุ่มตัวอย่างแบบไม่ซ้ำรายเดิม 297 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ข้อ

2. แบบสอบถามการรับรู้ด้านต่าง ๆ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จาก ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ และคณะ¹⁸ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดทั้งหมด จำนวนทั้งหมด 40 ข้อ มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ตรงกับความเชื่ออย่างยิ่ง (5 คะแนน) จนถึงตรงกับความเชื่อ น้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลผลการรับรู้ด้านต่าง ๆ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ความเชื่ออยู่ในระดับสูง 157 – 200 คะแนน ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง 113 – 156 คะแนน ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ 68 – 112 คะแนน การแปลผลการรับรู้รายด้าน 4 ด้านแบ่งออกเป็น 3 ระดับ การรับรู้

โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพจากพิษภัยบุหรี่ ความเชื่ออยู่ในระดับสูง 45-60 คะแนน ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง 29-44 คะแนน ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ 12-28 คะแนน การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ ความเชื่ออยู่ในระดับสูง 51-55 คะแนน ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง 26-40 คะแนน ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ 11-25 คะแนน การรับรู้ประโยชน์จากการไม่สูบบุหรี่ ความเชื่ออยู่ในระดับสูง 30-40 คะแนน ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง 19-29 คะแนน ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ 8-18 คะแนน การรับรู้อุปสรรคต่อการไม่สูบบุหรี่ ความเชื่ออยู่ในระดับสูง 34-45 คะแนน ความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง 22-33 คะแนน ความเชื่ออยู่ในระดับต่ำ 9-21 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับ .87 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค รายด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพจากพิษภัยบุหรี่ .66 การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ .67 การรับรู้ประโยชน์จากการไม่สูบบุหรี่ .84 การรับรู้อุปสรรคต่อการไม่สูบบุหรี่ .76

3. แบบสอบถามการรับรู้ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ประยุกต์จากแบบสอบถามของ นนทรี สัจจารธรรม¹⁹ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดทั้งหมด จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ การรับรู้ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในระดับสูง 34-45 คะแนน การรับรู้ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

ในระดับปานกลาง 22-33 คะแนน การรับรู้ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในระดับต่ำ 9-21 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.78

4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จาก ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ และคณะ¹⁸ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดทั้งหมด จำนวนทั้งหมด 14 ข้อ มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ การรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง 52-70 คะแนน การรับรู้ความสามารถตนเองในระดับปานกลาง 33-51 คะแนน การรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ 14-32 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .84 และแบบสอบถามฉบับนี้ได้ตรวจสอบ เพื่อหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) โดยการวิเคราะห์ ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของแบบสอบถามและข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามแต่ละตอน อยู่ระหว่าง .67-1.00

การดำเนินการเก็บข้อมูล

1. การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการเก็บข้อมูล หลังได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ

(ERB No. 04/2560) ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักของการเข้าร่วมการวิจัยและตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูล โดยบันทึกเฉพาะที่เกี่ยวข้องและถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และให้ผู้ปกครองเซ็นติบิยินยอมให้เก็บข้อมูลในกรณีเด็กอายุไม่เกิน 13 ปี โดยชี้แจงผู้ปกครองในขอบเขตการการพิทักษ์สิทธิของเด็กผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากนักเรียนในปกครอง ในวันที่มาโรงเรียนนัดผู้ปกครองมารับการปฐมนิเทศของโรงเรียนในวันเปิดภาคเรียนของปีการศึกษา 2560

2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการเขตการศึกษาและโรงเรียนที่เก็บข้อมูลวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และหลังขออนุญาตผู้ปกครองในนักเรียนที่มีอายุไม่ถึง 13 ปี บริบูรณ์แล้ว จากนั้นจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามและการพิทักษ์สิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม พร้อมแจกใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างให้ลงชื่อ กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหลังได้รับการชี้แจงทำความเข้าใจข้อคำถามของชุดแบบสอบถามแล้วและให้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่นักเรียนมีปัญหาการอ่านผู้วิจัยช่วยอ่านและให้นักเรียนตอบคำถามทีละข้อเมื่อเก็บข้อมูลเสร็จจะตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนรับแบบสอบถามคืน โดย

เก็บข้อมูลนักเรียนในโรงเรียน 4 แห่ง ในช่วงระหว่างวันที่ 16-25 พฤษภาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง และใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytic Statistics) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)²⁰ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ

ค่าสัมประสิทธิ์และการแปลผล

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient)

0.00-0.20	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
0.21-0.50	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
0.51-0.80	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
0.81-1.00	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นทั้ง 4 โรงเรียนในเขตมีนบุรีในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 297 คน เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.00 นักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.00 และนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.00 เป็นเพศชาย จำนวน 221 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.40 และเพศหญิง

จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.60 มีอายุเฉลี่ย 13 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90 พิสัยของอายุ 12-16 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 13-14 ปี จำนวน 216 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.72 บิดาและมารดามีสถานภาพสมรสคู่และยังอยู่ด้วยกัน จำนวน 198 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.66 กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จำนวน 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.90 มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ จำนวน 209 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีเรื่องไม่สบายใจ จำนวน 268 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.25 เรื่องที่ไม่สบายใจเกี่ยวกับการเรียนมากที่สุด จำนวน 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.40 รองลงมาเป็นเรื่องครอบครัว จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.50 เมื่อมีปัญหา มักปรึกษาบิดา มารดา จำนวน 138 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.50 แหล่งการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากการดูโทรทัศน์ จำนวน 177 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.60 มีกิจกรรมรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียน ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ร้อยละ 76.10 ส่วนมากไม่เที่ยวสถานบันเทิง จำนวน 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.70

หากมีเวลาว่างส่วนมากจะพักผ่อนอยู่กับบ้าน จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.90

2. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่เกี่ยวกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพจากพิษภัยบุหรี่ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (จำนวน 203 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.40 การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง (41-55 คะแนน) จำนวน 158 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.20 การรับรู้ประโยชน์จากการไม่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง (30-40 คะแนน) จำนวน 211 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.00 และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการสูบบุหรี่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง (35-45 คะแนน) จำนวน 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.60

3. ผลการรับรู้ ในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock¹⁰ เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตมินบุรี

Table 1 Mean and standard deviation of perceived health beliefs model (HBM) constructs in smoking prevention, attitudes towards smoking, and perceived self-efficacy of the lower secondary students in Minburi district. (n=297)

Variables	Mean ± S.D.	min-max	Level
Perceived barriers	3.36 ± 1.022	3.25-3.47	high
Perceived susceptibility	3.59 ± .824	3.23-3.38	medium
Perceived benefits	3.72 ± .751	2.65-3.87	low

Variables	Mean ± S.D.	min-max	Level
Perceived severity	3.34 ± .634	3.01-3.36	low
Total HBM	3.50 ± .450	3.23-3.80	medium
Attitude	3.02 ± .870	2.87-3.36	low
Perceived self-efficacy	4.23 ± .822	4.10-4.28	high

จากตารางที่ 1

3.1 ผลการรับรู้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.50 ± .450 อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 4 ด้านพบว่า

- ด้านการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูงที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.36 ± 1.022
- ด้านการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยปานกลาง และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.59 ± .824
- ด้านการรับรู้ด้านประโยชน์ อยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยปานกลาง และค่า

เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.72±.751

- ด้านการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำรองลงมา โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.34 ± .634

3.2 การรับรู้ด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.02 ± .870 ดังรายละเอียดเพิ่มเติมในตารางที่ 1

4. ผลทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตมินบุรี

Table 2 Correlation between perceived health beliefs model constructs in smoking prevention and attitudes towards smoking with perceived self- efficacy of smoking control of the lower secondary school students in Minburi District. (n=297)

Perception of	1	2	3	4	5	6	7
1. Susceptibility		.007	.220**	-.015	.543**	-.037	.145**
2. Severity			.159**	.113*	.486**	-.091	.144**
3. Benefits				.000	.574**	.023	.182**

Perception of	1	2	3	4	5	6	7
4. Barriers					.600**	-.221**	.099*
5. Total HBM						-.165*	.249**
6. Attitude							-.104*
7. Self-efficacy							

* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed)

** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed)

จากตารางที่ 2 ผลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ มีค่า $r=.249$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.01$

ส่วนผลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$ คือ ค่า $r=-.104$ หรือคิดเป็นร้อยละ 10.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของภายใน 4 ด้านของการรับรู้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพจากพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ และกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $r=.182$ $r=.145$, $r=.144$ ตามลำดับที่ $p<.01$

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่กับการรับรู้

ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $r=.099$, $p<.05$

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยยังได้ทดสอบความสัมพันธ์ภายในเป็นรายด้านทั้ง 4 ด้านของแบบจำลองความเชื่อสุขภาพ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่กับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $r=-.221$ $p<.01$ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพจากพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของพิษภัยบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ กับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

1. การรับรู้ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมตอนต้น

จากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมในการ

ป้องกันการสูบบุหรี่ กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $r=.249, p<.01$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ ทั้งนี้สอดคล้องกับจากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura) มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกันแต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกัน ถ้าพบว่า 2 คนนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่แตกต่างกัน สำหรับคนเดียวกันก็เช่นเดียวกัน หากรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกัน ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว แต่ยืดหยุ่นไปตามสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่¹⁵ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการทดลองสูบบุหรี่และจะสูบบุหรี่สูงเป็น 2.41 เท่า (AOR=2.41, 95% CI=1.02-5.7)¹⁶ 2.31 (AOR=2.31, 95% CI=1.35-4.11)⁵

ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อนั้น อาจอธิบายได้ว่า จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พบว่า เด็กและเยาวชนไทยมีทักษะชีวิตต่ำใน 5 ด้าน ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ คิดแบบวิเคราะห์ การคิด

แก้ปัญหา การตระหนักในตนเองและการจัดการอารมณ์ที่ไม่เป็นไปตามลักษณะพัฒนาการทางความคิดตามทฤษฎีพัฒนาการทางความคิดของเพียเจท์²¹ โดยที่เด็กช่วงอายุ 11-15 ปี จะอยู่ในขั้นใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงนามธรรม (Formal Operational Period) ขั้นนี้เป็นขั้นสูงสุดของพัฒนาการทางสติปัญญาและ ความคิดแบบเด็ก ๆ จะสิ้นสุดลง จะเริ่มคิดแบบผู้ใหญ่สามารถคิดแก้ปัญหาที่เป็นนามธรรมด้วยวิธีการหลากหลาย รู้จักคิดเชิงระบบเป็นวิทยาศาสตร์ สามารถตั้งสมมติฐาน ทดลอง ใช้เหตุผล และทำงานที่ต้องใช้สติปัญญาอย่างสลับซับซ้อนได้ เพียเจท์ยังกล่าวอีกว่าเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีความพอใจที่จะคิดพิจารณาเกี่ยวกับการตัดสินใจได้ จึงส่งผลให้เด็กวัยนี้รู้จักการคิดที่มีเหตุผลมาก สาเหตุอาจเนื่องมาจากเด็กไทยยังขาดทักษะการคิดขั้นสูงดังกล่าวจึงพบว่าการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ด้านการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมตอนต้น ผลวิจัยของนักวิจัยพบว่านักเรียนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่และ เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ และอีกประการหนึ่งคือ วัยรุ่นมีการเชื่อที่ง่าย และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข่าวเกี่ยวกับบุหรี่ทางโทรทัศน์ ร้อยละ 59.60 จนอาจเกิดค่านิยมผิด ๆ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 70.40 หากจะให้ได้ผล ควรจะมีการจัดโปรแกรมสร้างความเชื่อหรือเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ดังการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุข

ศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ของธนารัตน์ จันตามี²² ซึ่งทำการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ มีการจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษาในกลุ่มทดลอง 5 ครั้ง ด้วยการบรรยายประกอบวีดิทัศน์ อภิปรายกลุ่ม การโทรกระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน และการศึกษาตัวจริง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์อุปสรรค ความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี ของศิริธิดา ศรีพิทักษ์, ยุคนธ์ เมืองช่าง, จารุวรรณ สอนงญาติ, ลักขณา ศิริถิรกุล, สินีพร ยืนยง¹⁸ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock¹⁰ ที่พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($t=4.884$, $p<.001$ และ $t=6.206$, $p<.001$)

2. ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมต้น

จากผลการวิจัยนี้พบว่าทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $r=-.104$, $p<.05$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้

นอกจากนี้ยังมีวิจัยที่สนับสนุนผลการค้นพบเกี่ยวกับทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ของนักวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าทักษะคิดเป็นปัจจัยสำคัญและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือทดลองสูบบุหรี่ในวัยรุ่น^{9,23,24,25} ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีทักษะคิดบวกต่อสิ่งใด ย่อมมีพฤติกรรมที่จะยอมเผชิญกับสิ่งนั้น แต่ถ้ามีทักษะคิดในเชิงลบก็ย่อมแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ทักษะคิดจึงเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดปทุมธานี ของจิราภรณ์ จันทรแก้ว, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์¹⁴ ที่พบว่านักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีทักษะคิดเห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการทดลองสูบบุหรี่เป็น 2.62 เท่า (AOR=2.62, 95% CI=1.10-6.31) ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีทักษะคิดไม่เห็นด้วยต่อการสูบบุหรี่ และรายงาน

ศึกษาการเปลี่ยนผ่านขั้นตอนการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในประเทศอิหร่าน ของ Mohammadpoorasl และคณะ²⁶ นักเรียนที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ สามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงจากขั้นที่ไม่สูบบุหรี่สู่ขั้นทดลองสูบบุหรี่ (OR=1.22, 95% CI=1.02-1.46) อาจสรุปผลการวิจัยได้ว่าทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กันเป็นไปตามแนวคิดของเซอร์เมอร์โฮม²⁷ กล่าวถึงองค์ประกอบด้านปัญญาและด้านพฤติกรรมของทัศนคติจะสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อ ความคิด ความรู้ และข้อมูลต่อการสูบบุหรี่ของนักเรียน ดังนั้นหากนักเรียนมีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไม่ดีก็อาจส่งผลให้นักเรียนมีความตั้งใจที่จะประพฤติควบคุมตนเองในการสูบบุหรี่โดยมีรากฐานมาจากความรู้สึกเฉพาะเจาะจงของบุคคลที่มีต่อการสูบบุหรี่ว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีนั่นเอง ดังนั้นอาจทำให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีความโน้มเอียงที่จะไม่สูบบุหรี่ ในทางตรงกันข้ามหากนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ที่ดี อาจทำให้นักเรียนมีความรู้สึกที่ดีต่อการสูบบุหรี่ จึงอาจทำให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างนั้น ๆ ไม่สามารถควบคุมการสูบบุหรี่ของตนเอง

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

1. นักเรียนไม่ยอมรับความจริงว่าติดบุหรี่หรือเคยมีประสบการณ์สูบบุหรี่ต่อหน้าเพื่อนและครูประจำชั้น ทำให้ต้องเวลาในการเข้าถึงนักเรียนและสร้างความมั่นใจ

2. นักเรียนมีตารางสอนและชั่วโมงเรียนมากหรือบางครั้งทำให้การเก็บข้อมูลต้องยืดเวลาตามตารางเรียน

3. นักเรียนบางคนมีข้อจำกัดในเรื่องการอ่านหนังสือ จึงต้องอ่านและทำความเข้าใจที่ละเอียด ทั้งชุดคำถามโดยเฉพาะ มัธยมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 1

นอกจากนี้การที่ผลการวิจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการสูบบุหรี่ที่มีความสัมพันธ์กันต่ำอาจเนื่องจากนักเรียนอาศัยอยู่ในชุมชนชานเมือง มีลักษณะสังคมที่คล้ายกัน จึงอาจมีความคิดอ่านที่เหมือนกัน จึงทำให้ความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่ำ

จุดเด่นของงานวิจัยนี้

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรย่อยที่ค้นพบสามารถนำไปใช้วางแผนช่วยเหลือนักเรียน ดังนี้

1. ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคการไม่สูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดกับการรับรู้ความสามารถส่วนตนในการควบคุมการสูบบุหรี่ ซึ่งสะท้อนภาพให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมที่นักเรียนอาจต้องเผชิญกับผู้สูบบุหรี่ไม่ว่าจะเป็นผู้ปกครองหรือบิดา มารดาในครอบครัวหรือเพื่อนนักเรียนในโรงเรียน ดังนั้นจึงสามารถนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการวางแผนโครงการช่วยเหลือนักเรียนให้มีความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่โดยการลดปัจจัยภายนอกจากบุคคลรอบข้างที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะจำเป็นต้องได้รับ

ความร่วมมือจากผู้ปกครอง บิดาและมารดาที่สูบบุหรี่แห่งดสูบบุหรี่ในบ้านที่อาศัยหรือไปสูบนอกบ้าน และในโรงเรียนพยาบาลอนามัยโรงเรียนจำเป็นต้องจัดโครงการสร้างแรงจูงใจในการช่วยเลิกบุหรี่หรือห่างไกลบุหรี่โดยความร่วมมือระหว่างสถานบริการสุขภาพบ้านและโรงเรียนให้ครูมีส่วนร่วมกับผู้ปกครอง หรือ บิดา มารดาที่สูบบุหรี่เพื่อให้เด็กอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ตามเป้าหมายแผนการควบคุมการบริโภคยาสูบฉบับที่2 ของกระทรวงสาธารณสุข

2. ผลการวิจัยนี้พบว่าตัวแปรการรับรู้ของอุปสรรคในการไม่สูบบุหรี่ กับการรับรู้ทัศนคติของการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทั้งสองตัวแปรต่างเกี่ยวข้องเป็นปัจจัยภายใน ดังนั้นพยาบาลอนามัยโรงเรียนอาจร่วมกับผู้บริหาร ครูและแกนนำนักเรียนอาจจัดโครงการพัฒนาความคิดหลังสุขภาพจิตป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างนี้ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความคิดหรือทัศนคติต่อการไม่สูบบุหรี่ และพัฒนาหลังสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยอาจจัดกิจกรรมการเสริมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ เน้นให้วัยรุ่นตอนต้นเห็นประโยชน์ของสุขภาพดีที่จากภายใน การเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการไม่สูบบุหรี่ โดยการบ่มเพาะการคิดเชิงบวก การคิดเชิงตรรกวิทยา การคิดแก้ปัญหาและการสร้างจิตใจให้เข้มแข็งในการห่างไกลบุหรี่

สรุป

การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษา

ตอนต้น ในเขตมินบุรีอยู่ในระดับสูง การรับรู้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพทั้งสี่ด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์สูงที่สุดคือ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับอุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ รองลงมาคือ ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่สอดแทรก ในบทเรียนเรื่องบุหรี่ยาเสพติดและกิจกรรมส่งเสริมความรู้เรื่องแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน

2. กิจกรรมนอกหลักสูตร จัดกิจกรรมบ่มเพาะทักษะชีวิตที่ดีห่างไกลบุหรี่ โดยจัดให้มีกิจกรรมที่หลากหลายเช่นให้มีการไต่वाที่โรงเรียนควรทำโครงการ จัดกิจกรรมวันลดสูบบุหรี่โลก วันสิ่งแวดล้อมโลก วันแม่ และวันพ่อแห่งชาติ เพื่อให้นักเรียนทำกิจกรรมที่แข่งขันตอบความรู้เรื่อง ไต่वाที่

3. โรงเรียนและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดโครงการลดอุปสรรคของการป้องกันการสูบบุหรี่แก่วัยใส โดยการเขียนโครงการของบประมาณเสนอสำนักงานจังหวัด ของสนับสนุนการป้องกันการสูบบุหรี่เพื่อลูกหลาน

ในวันสำคัญของชาติอย่างต่อเนื่องโดยพัฒนาเด็กวัยรุ่นให้ปลอดภัย อนาคตทางไกลบุหรี

4. ครูใหญ่ ควรกำหนดนโยบายสร้างความร่วมมือป้องกันและควบคุมยาสูบระหว่างโรงเรียน บ้าน ผู้นำชุมชน ละครือข่ายป้องกันและควบคุมยาสูบ จัดทำโครงการและทำจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ทุกภาคการศึกษาเพื่อให้นักเรียนมัธยมตอนต้นมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่และพิษภัยบุหรี่อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างเสริมความเข้มแข็งด้านทัศนคติของการไม่สูบบุหรี่และสร้างความเข้มแข็ง ด้านจิตใจในการเอาชนะอุปสรรคในการไม่สูบบุหรี่

5. อาจารย์พยาบาลควรสอดแทรกเนื้อหาการป้องกันปัญหาการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมตอนต้นในเรื่องการพยาบาลอนามัยชุมชน

ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติการพยาบาลอนามัยโรงเรียนโดยการโครงการเสริมสร้างนักเรียนมีความสามารถในการควบคุมตนเองป้องกันการสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยหัวข้อนี้อีกแต่อาจต้องเพิ่มการเก็บข้อมูลจากหลากหลายพื้นที่ของโรงเรียนต่าง เพื่อจะได้เห็นความหลากหลายการรับรู้จากกลุ่มตัวอย่าง

2. ควรศึกษาวิจัยถึงทดลองการสร้างโปรแกรมเลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับบริบทสังคมที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อนักเรียนให้เลิกบุหรี่ และลดการเป็นกลุ่มเสี่ยงของการติดโรคโควิด 19 ด้วย

References

1. Tobacco Consumption Control Bureau, Department of Disease Control, Ministry of Public Health [internet]. 2020 [cited 2020 December 31] Available from http://plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/meeting30_1/Documents/7.pdf.
2. National Statistical Office. The smoking situation in Thailand [internet]. 2014 [cited 2017 July 5]. Available from: <http://www.nso.go.th>
3. Thipati S. ASTV Manager online 20 February 2015 [internet]. 2015 [cited 2016 April 5]. Available from: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?News>
4. Niyomrat V, Jard-ngoien G. The Effects of the Transtheoretical Model Process on Quit Smoking of High School Students in Bangklur District School. Princess of Naratives University Journal 2012; 4(2): 29-39.
5. Thanomsat K, Sunsern R. Factors Related to Early Smoking Stage Among Male Students at Lower Secondary Schools Under The Jurisdiction of Trat Education Service Area Office. Journal of Nursing and Education 2011; 4(3): 38-47.
6. Boonserm C, Sathitivanich P, Rivasanon W. Smoking Behaviors among Youth in Chiyaphum Province. Journal of Health Science 2009; 3(2): 6-14. (in Thai)
7. Kengganpanich T, Kengganpanich M, Temsirikunchai L. Factors Influencing on Young Women Smoking in Thailand. Journal of Health Education 2008; 31(10): 1-5. (in Thai)
8. Siriramee B, Siriramee T, Holomyong C, Champakao A, Kenroj P, Wongkaew T. The impact of local tobacco control policies in Thailand Smoking Group 5, .No.1. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2015.
9. Na Nakhon U. A Study The Relative Factors with Smoking Test of the Secondary School Students. Chonradsadornumrung School Muang District Chonburi Province; 2007. p. 8-10.
10. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model Health Education Monographs; 1974; 2(4): 328-35.

11. Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*; 1984; 11:1-47.
12. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84(2): 191-215.
13. Iamsupasit S. *Theories and Techniques in Behavior Modification*. Bangkok; Chulalongkorn university press; 2000. p.59.
14. Jankaew J, Homsin P, Srisuriyawet R. Factors Related to Smoking Initiation among Male Students in Lower Secondary Schools, Pathum Tani. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2015; 27(2): 99-109. (in Thai)
15. Sudjaithami N. Attitudes and Intention of Ratchaphruek College' s Students to Stop Smoking. Bangkok: Ratchaphruek College; 2012.
16. Ganley BJ, Rosario DI. The smoking attitudes, knowledge, intent, and behaviors of adolescents and young adults: implications for nursing practice. *Journal of Nursing Education and Practice* 2013; 3(1): 40-50. doi: <https://doi.org/10.5430/jnep.v3n1p40>.
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30(3): 607-10.
18. Sripitack S, Muangchang Y, Sanongyard J, Sirastidkul L, Yernyong S. The effectiveness of smoking preventive program among students in public school, Supanburi Province. *Journal of Phrapokkiao Nursing College* 2012; 23(1): 38-52. (in Thai)
19. Sudjaithami N. Attitudes and Intention of Ratchaphruek College' s Students to Stop Smoking. Bangkok: Ratchaphruek College; 2012.
20. Sirichai K. *Applied statistics for behavioral research*, Department of Research and Educational Psychology Chulalongkorn University, Thailand; 2012:247-249.
21. Sutherland P. *Cognitive Development Today Piaget and his Critics*. Paul Chapman Publishing Limited; London; 1992. p. 16-28
22. Chandamee T. Alternative: The effectiveness of health education program by application the health belief model and social support for smoking prevention among Mathayomsuksa 3 students in extended opportunities education

- school, Muang district Nongkhai province. Udonthani Hospital Medical Journal 2008; 16(2): 729-36. (in Thai)
23. Kaewmanechai C. Smoke Behaviors of the Student Secondary School in Pho Tak Pithaya Pho Tak district, Nong Khai province. North-Eastern Primary Health Care Journal 2008; 22(3): 84-9. (in Thai)
24. Rongdej N, Plaimee S, Limpipattanawong B, Rongdej S, Luangdilok P. Smoking Behavior of Youth in Trang Province youth in Trang Province. Primary Health Care Journal 2010; 24(3): 11-5. (in Thai)
25. Leurcha N, Nititham A. Preventive smoking behaviors among the male students of the Secondary School, Benjamarachanusorn. Master of Health education Thesis, Bangkok, Kasetsart University; 2007.
26. Mohammadpoorasl A, Fakhari A, Shamsipour M, Rostami F, Rashidian, H. Transitions between the stages of smoking in Iranian adolescents. Preventive medicine 2011; 52(2): 136-38.
27. Schermerhorn JR, Hunt JG, Osborn R. Organizational behaviour (7th ed). New York: John Wiley and Sons; 2000.