



ผลโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่
เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

The Effects of Health Education Program for aimed to examine the Effects of the Modifying
Smoking Behavior on Quitting Smoking Behaviors of Smokers
in Area of Nongbua Health Promoting Hospital, Mueang District, Udonthani Province

(Received: May 1, 2023 ; Revised: May 29, 2023 ; Accepted: May 31, 2023)

กัญญภัค สุวรรณศรี¹

Kanyaphak Suwannasri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูบบุหรี่ จำนวน 40 คน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นเวลา 6 เดือน รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม โดยมีรูปแบบการวัดสองครั้ง The One-Group Pre test-Post test เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนมกราคม - มิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาในการแจกแจงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานใช้ Paired t-test ในกรณีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ หรือ Wilcoxon Signed Rank Test ในกรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ กำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) กลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่โดยรวม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผลโปรแกรมสุขศึกษา, พฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว

Abstract

This research is quasi-experimental research. The samples comprised 40 smokers in area of Nongbua Health Promoting Hospital, Mueang District, Udonthani Province. The samples is the experimental group. The experimental group received the health education program which applied based on Health Belief Model and Social Support Concept for 6 months. Data were collected by questionnaires. Data were collected by inside the group of the experimental group, pre-test and post-test. The data had been collected for 6 months from January to June 2022. Statistical was analyzed by descriptive statistic namely percentage, mean and standard deviation and inferential statistic Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon signed ranks test.

The results of this research were 1) the experimental group got higher scores of Knowledge about Cigarettes and Perceived of Health Belief Model than the pre test statistical significance by .05 2) the experimental group got higher scores of Quitting Smoking Behaviors than the pre test statistical significance by .05

Keyword: Health education program, Quitting Smoking Behaviors, Nongbua Health Promoting Hospital

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี (e-mail: kanyabhakkot@gmail.com)



บทนำ

การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมากมาย องค์การอนามัยโลก²⁶ กล่าวว่า การแพร่ระบาดของบุหรี่เป็นปัญหาที่ใหญ่ที่สุด ซึ่งเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลก พบว่า มีการเสียชีวิตประมาณ 6 ล้านคนต่อปี ซึ่ง 5 ล้านคนมีสาเหตุการเสียชีวิตจากการใช้ยาสูบโดยตรง และในขณะที่กว่า 600,000 คน เป็นผู้ไม่สูบบุหรี่แต่มีความสัมพันธ์กับผู้สูบบุหรี่ จึงทำให้ได้รับผลกระทบจากบุหรี่ มีสอง และพบว่า มากกว่า 1,000 ล้าน คนทั่วโลกอาศัยอยู่ในประเทศที่ด้อยพัฒนาและมีรายได้ปานกลาง²¹ ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นลงประมาณ 10 -13 ปี และส่งผลกระทบทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ โรคเส้นเลือดตีบ โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ และการอุดตันของเส้นโลหิต¹⁷ ทั้งนี้พฤติกรรมสูบบุหรี่และเสพติดบุหรี่ ส่วนใหญ่เกิดจากการออกฤทธิ์ของนิโคติน (Nicotine) ที่ส่งผลกระทบต่อกลไกการทำงานของระบบสมองส่วนอารมณ์ (Limbic System) เพราะสารนิโคตินในควันบุหรี่เป็นสารที่ไปกระตุ้นระบบประสาท เมื่อผู้สูบบุหรี่มีการสูดควันบุหรี่ เข้าไป สารนิโคตินก็จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วและแพร่ผ่านโครงสร้างกั้นระหว่างเลือดและสมอง ทำให้เกิดอารมณ์สุขเมื่อหยุดสูบบุหรี่ สารสื่อประสาทในสมองที่เป็นผลจากฤทธิ์ของนิโคตินมีระดับลดลงทำให้อารมณ์สุขหายไป แล้วเกิดอาการขาดนิโคติน โดยจะมีอาการแสดง คือกระวนกระวาย หงุดหงิดง่าย อารมณ์เสียง่ายจึงทำให้ที่เสพติดบุหรี่ต้องสูบเป็นประจำและเลิกได้ยาก¹⁵

จากการสำรวจสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่ พ.ศ. 2564 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ 569 คน คิดเป็นร้อยละ 6 ของประชากร มีผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองในครัวเรือนกว่า 4,000 คน คิดเป็นร้อยละ 42 มีหญิงตั้งครรภ์เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูบบุหรี่ 15 คนและ 1 คน สูบบุหรี่เคยเลิกบุหรี่หลายครั้ง แม้จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้อ ความเชื่อ การเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพและการ

สนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากการศึกษาของ สุเทพ ทักษิณาเจนกิจ²⁰ และ ประพนธ์ สังข์สุวรรณ⁹ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ถึงโทษของบุหรี่อยู่ในระดับสูงแต่ยังคงสูบบุหรี่อยู่ ส่วนด้านความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่กลุ่มเป้าหมายมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ซึ่งอาจทำให้ไม่ได้ตระหนักหรือเกรงกลัวโทษ หรืออันตรายอันเกิดจากการสูบบุหรี่ และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01²⁰ และด้านการเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การศึกษาของจิตรรา จินารัตน์³ และอารีย์ พรหมไม้²³ พบว่าการมีส่วนร่วม ส่งเสริมและสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จคือโรงพยาบาลมีส่วนร่วมช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ในด้านการสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มเพื่อน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาของนิทรา วรรณรัตน์⁷ และสายรุ้ง โพธิ์เชิด¹⁹ พบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเลิกบุหรี่ของผู้ใช้ บริการอดบุหรี่ในคลินิกอดบุหรี่ได้แก่ ผู้ใกล้ชิดบอกให้เลิกสูบ กลุ่มเพื่อน การได้แบบอย่างที่ดีจากพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่และครูที่ไม่สูบบุหรี่ หรือได้รับการอบรมจากครู ที่ทำให้มีความเชื่อเรื่องโทษของบุหรี่ และสามารถเลิกสูบบุหรี่เพราะบิดามารดา ญาติพี่น้อง อาจารย์ เพื่อน และคนรักแนะนำให้งดสูบบุหรี่ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมการเลิกบุหรี่สำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) ของ Becker and Maiman²⁵ ซึ่งมีสมมติฐานว่าเมื่อบุคคลเกิดความกลัวรับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึง บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ โดยแบบแผนความเชื่อสุขภาพ 4 องค์ประกอบได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำ 4 องค์ประกอบมาใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ การให้ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ การเลิกบุหรี่ การให้คู่มือสำหรับการเลิกบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลซึ่งได้มีผู้พยายามให้ความรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดต่อสุขภาพ ผลเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมต่าง ๆ เพื่อมุ่งหวังให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการป้องกันที่อาจเกิดขึ้นตามมามากมาย แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่พอเพียงที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์เป็นเรื่อง ที่ซับซ้อนและอาจมีอิทธิพลภายในของแต่ละบุคคลด้วย มีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมช่วยในกระบวนการเลิกบุหรี่ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง มีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งเมื่อสิ้นสุดโครงการ ได้รูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่อันเป็นประโยชน์ให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการส่งเสริมให้เป็นชุมชนส่งเสริมสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่
2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่

สมมติฐานงานวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับบุหรี่

สมมติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่

สมมติฐานข้อที่ 3 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่

สมมติฐานข้อที่ 4 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเลิกบุหรี่

สมมติฐานข้อที่ 5 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ต่ออุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่

สมมติฐานข้อที่ 6 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง ดำเนินการวัดผลก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูบบุหรี่ จำนวน 40 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม⁵ เป็นเวลา 6 เดือน รวบรวมข้อมูลก่อนและ



หลังการทดลองภายในกลุ่ม โดยมีรูปแบบการวัด
สองครั้ง The One-Group Pre test-Post test

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามซึ่ง ประกอบด้วย

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป
- 1.2 ความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับบุหรี่
- 1.3 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 1.4 การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่
- 1.5 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการเลิก

สูบบุหรี่ คือ แบบการให้แรงสนับสนุนทางสังคม
(Check List)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วย
แบบสังเกตการปฏิบัติตัวของผู้สูบบุหรี่โดยจะเก็บ
ข้อมูลในช่วงที่เยี่ยมบ้านเพื่อให้การสนับสนุนทาง
สังคมของผู้สูบบุหรี่ เพื่อปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตน
(ด้านบุคคล) ในการเลิกสูบบุหรี่ โดยแบ่งเป็น 3
ส่วน ดังนี้คือส่วนที่หนึ่ง การจัดโปรแกรมการให้สุข
ศึกษา 3 ครั้ง ส่วนที่สอง การให้แรงสนับสนุนทาง
สังคม 9 ครั้ง

การตรวจสอบเครื่องมือ

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยศึกษาจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม
ความรู้เรื่องบุหรี่และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมา
สร้างเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดย
กำหนดเนื้อหา ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ขั้นที่ 2 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ
ตรวจสอบความถูกต้องความตรงเชิงเนื้อหา
(Content Validity) หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง
แก้ไขตามที่ได้รับคำแนะนำก่อนนำไป Try out

ขั้นที่ 3 ทดสอบคุณภาพแบบสอบถาม (Try
out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ ผู้สูบ
บุหรี่ยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ในจังหวัด
อุดรธานีจำนวน 2 แห่งๆละ 15 คนรวม 30 คน

ขั้นที่ 4 นำแบบสอบถามที่นำไปทดลองแล้ว
มาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

4.1 ความยากง่าย

(Difficulty) แบบสอบถามความรู้ ทดสอบความ
ยากง่ายของข้อคำถาม กำหนดให้ดัชนีความยาก
ง่าย (Index of Difficulty) มีค่าอยู่ระหว่าง
0.2-0.8 และทดสอบความเที่ยงโดยวิธีคูเดอร์-ริ
ชาร์ดสัน (Kuder Richardson)²⁴ โดยใช้สูตร KR-
20 เมื่อทดสอบคุณภาพแบบสอบถาม (Try out)
ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ได้ค่าดัชนีความยากง่าย
(Index of Difficulty) เท่ากับ 0.3

4.2 คำนวณค่าความเที่ยง

(Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาช (Cronbach's Alpha
Coefficient) ซึ่งค่าที่คำนวณได้อยู่ระหว่าง 0-1
ค่าที่เข้าใกล้ 1 มีความเที่ยงของความสอดคล้อง
ภายในสูงแสดงว่าแบบสอบถามสามารถวัดได้ใน
เนื้อหาเดียวกันและวัดได้สอดคล้องทุกข้อ ผลการ
วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงการ
เป็นโรคจากการสูบบุหรี่ได้ค่าเท่ากับ 0.80
- การรับรู้ความรุนแรงของ
การสูบบุหรี่ได้ค่าเท่ากับ 0.80
- การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ
ตามคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ ได้ค่าเท่ากับ 0.83
- การรับรู้ต่ออุปสรรคของการเลิกสูบ
บุหรี่ยได้ค่าเท่ากับ 0.80
- การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ ได้ค่า
เท่ากับ 0.81
- การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าเท่ากับ
0.80

ขั้นที่ 5 นำแบบสอบถามที่แก้ไข
ปรับปรุงแล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมกลุ่ม

หลังจากเตรียมสถานที่ในการดำเนินการ
วิจัย ในกลุ่มทดลองมีการเตรียมกลุ่มเพื่อ

ดำเนินการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และแนะนำรายละเอียดของโครงการให้กลุ่มทดลองเข้าใจและยินดีให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย

ขั้นเก็บข้อมูล

ในกลุ่มทดลองจะมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองตามแบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูลครั้งแรกเมื่อดำเนินการให้โปรแกรมสุขศึกษาและครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 5 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test ในกรณีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ หรือ Wilcoxon Signed Rank Test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พร้อมทั้งคำนวณ 95% CI

3. ข้อมูลที่ได้จากวิธีการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งได้แก่ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติในขณะเยี่ยมบ้านเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคม ก่อน และหลังทดลอง นำมาแยกเป็นหมวดหมู่และทำการวิเคราะห์จากเนื้อหา (Content analysis) เพื่อบรรยายสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในประเด็นที่ศึกษา และอธิบายเหตุผลเสริมในบางประเด็นของข้อมูลเชิงปริมาณ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยต่อผู้อำนวยการกองการแพทย์ เพื่อพิจารณาตรวจสอบและขออนุญาตดำเนินการวิจัย ในการนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ 3 ประการคือ 1)หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ3)หลักยุติธรรม (Justice)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากร

1.1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากรและเศรษฐกิจ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองได้ตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป จำนวน 40 คน พบว่ามีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาอายุ 61 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 22 อายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 90 และเพศหญิงร้อยละ 10 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 52.5 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่เรียนจบประถมศึกษา ร้อยละ 77.5 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 12.5 มีอาชีพทำนาเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 45 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 32.5 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 500 – 5,000 บาท ร้อยละ 72.5 รองลงมา 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 15

1.2 ข้อมูลเรื่องการสูบบุหรี่

- ส่วนใหญ่สูบบุหรี่วันละ 1 – 10 มวน ร้อยละ 65 รองลงมา สูบบุหรี่วันละ 11 – 20 มวน ร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 11 – 20 ปี ร้อยละ 52.5 รองลงมาอายุ 21 – 30 ปี ร้อยละ 30

- ระยะเวลาในการสูบ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มานาน 11 – 20 ปี ร้อยละ 27.5 รองลงมาสูบบุหรี่มานาน 31 – 40 ปี ร้อยละ 20.5

- สาเหตุที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่อยากลองร้อยละ 34.5 รองลงมาเพื่อนสูบบุหรี่ ร้อยละ 25.0

- สาเหตุที่อยากเลิกบุหรี่ ส่วนใหญ่คิดว่าไม่ดีต่อสุขภาพ ร้อยละ 67.5 รองลงมาเพื่อคนในครอบครัว ร้อยละ 25

- ตั้งแต่ท่านงดสูบบุหรี่ท่านได้ลดปริมาณการสูบหรือไม่ ส่วนใหญ่ลดปริมาณการสูบลงต่อวัน ร้อยละ 67.5 รองลงมาเมื่อไหร่ที่อยากสูบก็จะกินน้ำหรือเคี้ยวหมากฝรั่ง ร้อยละ 22.5

- ปัจจุบันมีโรคประจำตัว ส่วน



ใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.5 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.5

- ชนิดของบุหรี่ยี่สิบ ส่วนใหญ่จะเป็นบุหรี่ยี่สิบมวนเอง ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือบุหรี่ยี่สิบโรงงานไทย ร้อยละ 40

- เมื่อมีปัญหาคือมีเรื่องไม่สบายใจจะขอคำปรึกษาจากใครมากที่สุด ส่วนใหญ่จะปรึกษาภรรยา ร้อยละ 47.5 รองลงมาคือ มารดา ร้อยละ 25

- กิจกรรมที่ท่านชอบทำยามว่าง ส่วนใหญ่จะดูโทรทัศน์ ร้อยละ 28.09 รองลงมาคือ อ่านหนังสือ, ฟังเพลง ร้อยละ 17.98

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่

ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p - value
	Mean	Median	Mean	Median	
	(SD)	(IQR)	(SD)	(IQR)	
กลุ่มทดลอง	4.45	4.00	8.02	8.00	< 0.001
	0.90	0.14	0.76	0.12	

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 16.27 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.3 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.37 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.25 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .012$)

การรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.77 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.76 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 15.17 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.37 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมี

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.001$)

การรับรู้ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.70 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.92 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.4 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.13 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.001$)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.67 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.94 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.63 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ต่ออุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p – value
	Mean	Median	Mean	Median	
	(SD)	(IQR)	(SD)	(IQR)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	16.27 2.37	16.0 0.37	17.37 1.25	17.00 0.19	0.012
การรับรู้ความรุนแรง	13.77 1.76	13.0 0.27	15.17 2.37	14.50 0.37	0.001
การรับรู้ผลดี	13.70 1.92	14.0 0.30	16.40 2.13	16.0 0.33	0.001
การรับรู้ต่ออุปสรรค	12.67 0.94	13.0 0.15	16.0 1.63	17.0 0.26	< 0.001

4. ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย = 19.72 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.27 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.95 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.48 เมื่อ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($p = 0.014$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ ก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่าง

ปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p – value
	Mean	Median	Mean	Median	
	(SD)	(IQR)	(SD)	(IQR)	
กลุ่มทดลอง	19.72 4.27	18.0 0.67	21.95 1.48	22.00 0.23	0.014

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ ตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับบุหรี่

จากผลการวิจัย ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองในเรื่องความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับการบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากการให้ความรู้โดยใช้วิธีทัศนประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ สิริปัญญา⁴ ที่ศึกษาเรื่อง



ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ การศึกษาของนายจรูญ จักรวาลชัยศรีและคณะ² ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา และการให้คำปรึกษาในการงดสูบบุหรี่ ของผู้ใช้แรงงานไทยในประเทศสิงคโปร์ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษา และการให้คำปรึกษา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะการงดสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะงดสูบบุหรี่ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ ที่ถูกต้อง และสามารถทำให้คนงานไทยเลิกสูบบุหรี่ได้

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่ จากการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.012$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากการให้ความรู้โดยการใช้วีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี และยังใช้กระบวนการกลุ่ม คือการสนทนากลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบมีชีวิตคือผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา โมฬี¹² ที่ศึกษาเรื่องการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชุมพร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษานักเรียนกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร้ายเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ มากกว่าเข้าร่วมโปรแกรมและ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ อานันตยา พรหมรังگا²² ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอบัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 3 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของการสูบบุหรี่ จากการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.001$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 เนื่องจากการให้ความรู้โดยการใช้วีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี และยังใช้กระบวนการกลุ่ม คือการสนทนากลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบมีชีวิตคือผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งราวรรณ พันธจักร¹³ ผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่มี ต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธะคีรี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาดีกว่าก่อนได้ รับโปรแกรมสุขศึกษา หลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้มากกว่าก่อนการทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของอานันตยา พรหมรังگا²² ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอบัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปาก

มดลูก สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 4 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ จากการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.001$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 เนื่องจากการให้ความรู้โดยใช้วิธีทัศนประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี และยังใช้กระบวนการกลุ่ม คือ การสนทนาในกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบมีชีวิตคือผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ อานันตยา พรหมรังگا²² ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามี การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 5 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการรับรู้ต่ออุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ จากการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 เนื่องจากการให้ความรู้โดยใช้วิธีทัศนประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี และยังใช้กระบวนการกลุ่ม คือ การสนทนาในกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบมีชีวิตคือผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ อานันตยา พรหมรังگا²² ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับ

บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 6 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ จากการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = 0.14$) ดังตารางที่ 3 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 เนื่องจากการให้ความรู้โดยใช้วิธีทัศนประกอบการบรรยาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมมีความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและได้ผลดี และยังใช้กระบวนการกลุ่ม คือ การสนทนาในกลุ่มและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบมีชีวิตคือผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ อานันตยา พรหมรังگا²² ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสตรีในกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ สิริปัญญา และ พรชัย สิริปัญญา⁴ ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการฝึกทักษะผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการงด สูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษา จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และการวิจัยของ จริญญา จักรวาลชัยศรี² ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษา และการให้คำปรึกษาในการงดสูบบุหรี่ ของผู้ใช้แรงงานไทย ในประเทศสิงคโปร์ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ภายหลังจาก



การจัดโปรแกรมสุขศึกษา และการให้คำปรึกษา
คนงานไทยกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
ทัศนคติต่อการงดสูบบุหรี่ ความตั้งใจที่จะงดบุหรี่
และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการงดสูบบุหรี่ ถูกต้อง
มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1.1 ควรนำแนวทางที่ได้จากผลการวิจัย
มาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกสูบบุหรี่
- 1.2 ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการ
อบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการให้ความช่วยเหลือใน
การเลิกสูบบุหรี่เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้
ทักษะรวมทั้งพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมการเลิก
บุหรี่
- 1.3 ควรสนับสนุนการเข้าถึงคลินิกเลิก
บุหรี่ของบุคลากรและผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่โดยมี
การประชาสัมพันธ์แหล่งประโยชน์จัดให้มีบริการสาย
ด่วนเลิกบุหรี่ในสถานบริการสาธารณสุข ให้แก่ผู้ที่
ต้องการเลิก สูบบุหรี่
- 1.4 ควรใช้โปรแกรมนี้นี้ควบคู่ไปกับการ

รักษา ทางยาด้วย

1.5 ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา
อย่างน้อย 1 - 2 ปี เพื่อดูความต่อเนื่องของการ
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 การเยี่ยมบ้านหากสามารถเยี่ยมได้ตั้งแต่
ก่อนวันเลิกบุหรี่จะสามารถช่วยลดอุปสรรคในการเลิก
บุหรี่และทำให้เกิดแรงสนับสนุนจากครอบครัวได้
มากกว่าการเยี่ยมเมื่อถึงเวลาเลิกบุหรี่แล้ว ดังนั้นหาก
มีการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาผลของการเยี่ยมบ้าน
เปรียบเทียบระยะก่อนและหลังการเลิกบุหรี่
- 2.2 การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นผลของโปรแกรมสุข
ศึกษาว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่
ได้มีการตรวจสอบสุขภาพก่อนการเลิกบุหรี่แต่ไม่มีการ
ตรวจสอบสุขภาพหลังการเลิกบุหรี่ หรือกระบวนการ
นำเอาผลการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพไปใช้
ประโยชน์ การศึกษาครั้งต่อไปอาจเปรียบเทียบภาวะ
สุขภาพก่อนและหลังการเลิกบุหรี่ตามกลุ่มอายุ
ระยะเวลาการสูบบุหรี่ หรือในผู้ที่มีโรค และไม่มีโรค
ประจำตัวก็ได้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กฤษณา ตรีเมธรัตน์.(2544).ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้าง ทักษะชีวิต ด้วยการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วมที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการ
ประถมศึกษาอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ศึกษามหาบัณฑิต เอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- 2.จรัญ จักรวาลชัยศรี และคณะ .(2550).ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา และการให้คำปรึกษาในการงดสูบบุหรี่ ของผู้ใช้แรงงาน
ไทย ในประเทศสิงคโปร์ .วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม,21(2),55-64.
- 3.จิตรา จินรัตน์.(2545).การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล.การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต
นานาชาติครั้งที่ 8.
- 4.จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา.(2542). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการฝึกทักษะ
ผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาจังหวัดสงขลา .วารสารกรมการแพทย์
23(12),746-752.
- 5.ดารุณี คงผอม. (2540). การจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคปอดอักเสบ โดย
ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ให้กลุ่มทดลองมารดาที่มีบุตรอายุ
2-5 ปี จังหวัดพัทลุง.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 6.ทิมศิริ เชาวสุก และคณะ. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการเลิกสูบ

- บุหรี . พยาบาลสาร,35(4),67-76.
- 7.นิทรา วรรณรัตน์. (2539) ผลของโปรแกรมการงดสูบบุหรี่ ในนักศึกษาชายวิทยาลัยเทคนิคกาญจนาบุรี .
วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- 8.ประกายทิพย์ พิชัย.(2559).การลดการสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่ติดบุหรี่ โดยใช้การเปลี่ยนความคิดและการวาง
เงื่อนไขพฤติกรรม:การศึกษาคลื่นไฟฟ้าสมอง.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัยบูรพา.
- 9.ประนอม สังข์สุวรรณ.(2545). ความรู้เจตคติและค่านิยมต่อการสูบบุหรี่ของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลกระแจะ
อำเภอเมืองระยองจังหวัดระยอง, ศูนย์วิจัยผู้จัดการออนไลน์, กรุงเทพฯ.
- 10.ประภาศรี ทุ่งมีผล และคณะ .(2548).การสนับสนุนทางสังคมความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กก้อทิสติก.
Nursing Journal,34(4),64.
- 11.พรพิมล พงษ์พัฒนาอำไพ .(2547). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โทษของสิ่งเสพติดและความต้องการ
เลิกใช้สิ่งเสพติดของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม.มหาสารคาม:วิทยาลัย
พยาบาลศรีมหาสารคาม.
- 12.มณฑา โมหี. (2541). ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย
มัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชุมพร.วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร, 16(3), 176.
- 13.รุ่งรารรณ พันธจักร. (2548). ผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความ
ดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธะศรี.วิทยานิพนธ์ ค.ม (สาขาการส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- 14.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว เทศบาลนครอุดรธานี.(2565).รายงานสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ชุมชนหนองบัว 1-7.
เอกสารอัดสำเนา.
- 15.วิทยา โฉมมงคล. (2551).ผลการใช้โปรแกรมการสร้างพลังเพื่อพัฒนาศักยภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นใน
การป้องกันการสูบบุหรี่ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม.วารสารสุขภาพจิตภาคประชาชนภาคอีสาน,
22(8),17-26.
- 16.วิเชียร อัครดการ. (2555). บุหรี่ นิโคตินกับสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2556.จาก
www.reocities.com/vichiena/nicotine.html
- 17.ศิริพร จินดารัตน์,สุกัญญา โลจนากวีวัฒน์ และถนอมศรี อินทนนท์.(2554).การพัฒนาแนวปฏิบัติในการสนับสนุน
การเลิกบุหรี่ของผู้ใช้บริการคลินิกอดบุหรี่.วารสารสภาการพยาบาล,26(3),64-77.
- 18.สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ.(2538).การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเองและ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง . พยาบาลสาร,35(4),29-40.
- 19.สายรุ้ง โพธิ์เชิด. (2538).เหตุผลของการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ วิทยาลัยเทคนิคเพชรบูรณ์ .
วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- 20.สุเทพ ทักษิณาเจนนิกจ. (2547). การศึกษาอัตราการติดสารนิโคตินและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของ ประชากรที่ร่วมโครงการลด ละ เลิก บุหรี่ถาวรราชินี 72 พรรษา ในจังหวัดขอนแก่นสืบค้นเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2560, จาก http://www.trc.or.th/trcresearch.subpage/RS/TC_2550_48.pdf
- 21.เสาวลักษณ์ มะเหศวร.(2561).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- 22.อานันตนา พรหมรังกา.(2552).ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอบัว จังหวัดน่าน.ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ.
- 23.อารีย์ พรหมไม้.(2543). พฤติกรรม ความคิดเห็นความเชื่อต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย.กรุงเทพฯ: สถาบันประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 24.Kuder.(1993).การหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder -Richardson Method) สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2565, จาก <http://www.wjai48.com/leriability/richardson.htm>
- 25.Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. New Jersey : Charles B. Slack, Inc.
- 26.World Health Organization.(2015).Report on the global tobacco epidemic.Retire.สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2565 จาก http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/report/en/.