

อิทธิพลของปัจจัยสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่ตามแนวคิดกรีนและครูเตอร์

Factors Influencing Health Promotion in Smoker Based on
Green and Krueter Concept

Received: May 21, 2018

Revised: February 26, 2019

Accepted: March 19, 2019

พิชศาล พันธุ์วัฒนา, ปร.ด.¹

Pichsan Punwattana

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง และ 2) อิทธิพลของความเข้มแข็งของครอบครัว ความรู้พิษภัยบุหรี่ ความเข้มแข็งทางสังคม และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากผู้สูบบุหรี่จำนวน 147 ราย จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิควิเคราะห์เส้นทาง ผลการวิจัยพบว่า 1) ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ทั้งสามแห่งในภาพรวมมีความคล้ายคลึงกัน โดยผู้สูบบุหรี่ทั้งสามพื้นที่เกือบทั้งหมดเพศชาย ส่วนใหญ่สำเร็จระดับปริญญาตรี สถานภาพโสด อาชีพพนักงานเอกชน รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 30,000 – 45,000 บาท ต่างกันเพียงผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ส่วนใหญ่มีอายุ 21-40 ปี ส่วนผู้สูบบุหรี่พื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 57 และ 68 ส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี 2) ปัจจัยสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดกรีนและครูเตอร์มีอิทธิพลทั้งทางตรง ทางอ้อม และผลรวมต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูบบุหรี่มากกว่าปัจจัยสนับสนุนด้านการศึกษา

คำสำคัญ: ปัจจัยสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูบบุหรี่

Abstract

The objectives of this research were to study 1) Demographic characteristics of smoker in 3 Bangkok Health Center 2) The influence of family strength, knowledge of toxic tobacco, social strength and law of tobacco influence to health promotion of smokers. This study was conducted by quantitative approach, questionnaire was used to collect data from 147 smokers by purposive sampling. The data were analyzed using path analysis. The results indicated that 1) Almost of smokers had male, bachelor degrees, single, private employee, income 30,001 – 45,000 per month. Most of smokers in 37 center had 21-40 years old but smokers in 57 and 68 centers had 41-60 years old. 2) Environmental factors supporting had

¹ พันตำรวจโท คณะตำรวจศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ e-mail address: jodd0509@gmail.com

the direct, indirect, and total influences the health promotion of smokers than the education factors supporting.

Keywords: Factors supporting, Health promotion, Smokers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่หาซื้อได้ง่าย ไม่ผิดกฎหมาย แต่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งผู้สูบและผู้ที่ไม่สูบ กล่าวเฉพาะอันตรายจากการสูบบุหรี่จะพบว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ มากกว่า 25 ชนิด และทำให้เกิดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจสูงขึ้นเป็น 2 เท่า เกิดโรคถุงลมโป่งพองสูงขึ้น 6 เท่า และเกิดโรคมะเร็งปอดสูงขึ้น 10 เท่า การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่อายุสั้นลงโดยเฉลี่ย 5-8 ปี ผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบตั้งแต่วัยรุ่นและไม่หยุดสูบ ร้อยละ 50 จะเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะเสียชีวิตในวัยกลางคนก่อนอายุ 70 ปี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ผู้ที่มีอาการติดบุหรี่จัดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งเนื่องจากมีอาการเป็นๆ หายๆ เมื่อมีการหยุดสูบบุหรี่จะมีอาการหรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้การติดบุหรี่ (tobacco dependence) เป็นโรคเรื้อรัง (พิชศาล พันธุ์วัฒนา, 2560) เช่นนี้ การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูบควรต้องปฏิบัติ ซึ่งมีหลากหลายแนวทาง อาทิ การช้ำยาหรือสมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ การปรึกษาศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร บริการเลิกบุหรี่ การปรับพฤติกรรม รวมถึงการหยุดเสพแทนที่ด้วยตนเอง (Cold turkey) ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับว่าเกิดประสิทธิผล (Smith, Miller, & Prasad, 2017) เพื่อให้สุขภาพของผู้สูบได้รับการฟื้นฟูจากที่ได้รับสารพิษที่เกิดจากบุหรี่

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถจัดการปัญหาสุขภาพ รวมถึงการ

ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งต้องบูรณาการแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ จิตวิทยา สุขศึกษา สังคม รวมถึงศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และจำเป็นต้องใช้ความรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงสถาบันครอบครัวและสังคมที่ช่วยกันผลักดันให้ผู้สูบบุหรี่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น โดยแนวคิดกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter) ในทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model ในชั้นวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพได้ครอบคลุม เพราะมีทั้งปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม และปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งสาระสำคัญการส่งเสริมสุขภาพในความหมายของกรีนและครูเตอร์เกี่ยวข้องกับผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษา และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลของการกระทำหรือการปฏิบัติที่จะก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่แข็งแรงดีขึ้น (Green, & Kreuter, 2005, 1980) เรื่องทำนองนี้มีนักการศึกษาหลายท่านใช้ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (จิราภรณ์ เรื่องสงคราม, 2558; วรรณวิมล เมฆวิมล, 2555; อรุณรัตน์ สารวิโรจน์, 2553) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดกรีนและครูเตอร์ประยุกต์ใช้ศึกษาในงาน โดยประเด็นของความรู้ในเรื่องพิษภัยบุหรี่และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่เป็นผล

สนับสนุนด้านการศึกษา (Wang, Shen, Sotero, Li, & Hou, 2018) ส่วนประเด็นของผลสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมมีส่วนทำให้เกิดความเข้มแข็งของครอบครัวและความเข้มแข็งของสังคม (Calo, & Krasny, 2013) ซึ่งผู้วิจัยนำทั้งสองประเด็นดังกล่าวใช้เป็นตัวแปรอิสระในการศึกษาเพื่อพิสูจน์ว่าผลในเรื่องใดที่มีอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่

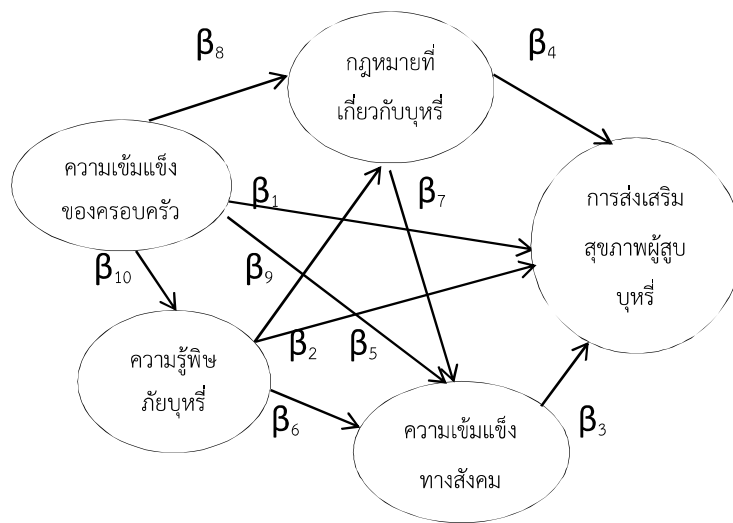
วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. ศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ประกอบด้วยศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ศูนย์บริการสาธารณสุข 57 และศูนย์บริการสาธารณสุข 68

กรอบแนวคิดและสมมติฐานในการวิจัย

2. ศึกษาอิทธิพลของความเข้มแข็งของครอบครัว ความรู้พิษภัยบุหรี่ ความเข้มแข็งทางสังคม และกฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่

ในภาพที่ 1 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี 4 ปัจจัยสนับสนุนประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านการศึกษา ได้แก่ ความรู้พิษภัยบุหรี่และกฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่ และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความเข้มแข็งของครอบครัวและความเข้มแข็งทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถเขียนเป็นสมมติฐาน 4 ข้อ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่ (PROMH) ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของครอบครัว ความรู้พิษภัยบุหรี่ ความเข้มแข็งทางสังคม และกฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่



ภาพที่ 1 ปัจจัยสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูบบุหรี่

PROMH = $f(\beta_1 \text{ FAMSTRE} + \beta_2 \text{ KNOWTO} + \beta_3 \text{ SOCSTRE} + \beta_4 \text{ LAWTOB})$(1)
 ความเข้มแข็งทางสังคม (SOCSTRE) ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของครอบครัว ความรู้พิษภัยบุหรี่ และกฎหมายที่
 เกี่ยวกับบุหรี่

SOCSTRE = $f(\beta_5 \text{ FAMSTRE} + \beta_6 \text{ KNOWTO} + \beta_7 \text{ LAWTOB})$(2)
 กฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่ (LAWTOB) ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของครอบครัวและความรู้พิษภัยบุหรี่

LAWTOB = $f(\beta_8 \text{ FAMSTRE} + \beta_9 \text{ KNOWTO})$(3)
 ความรู้พิษภัยบุหรี่ (KNOWTO) ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของครอบครัว

KNOWTO = $f(\beta_{10} \text{ FAMSTRE})$(4)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ตอน ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมที่ประกอบด้วยเรื่องความเข้มแข็งของครอบครัวและความเข้มแข็งทางสังคมจำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับไล่เรียงจากระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด ตอนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนด้านการศึกษาประกอบด้วยเรื่องความรู้พิษภัยบุหรี่และกฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่ มีข้อคำถามความรู้พิษภัยบุหรี่จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อมูลช่วงห่าง (Interval data) ให้คะแนน 1-10 เพื่อวัดระดับความรู้พิษภัยบุหรี่ ส่วนข้อคำถามกฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่มี 8 ข้อ ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับไล่เรียงจากระดับไม่รู้เลยถึงรู้เป็นอย่างดี และตอนที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อมูลช่วงห่าง ใช้สเกลการให้คะแนน 1-10 เพื่อให้มาตรวัดมีความไวต่อความแตกต่างของแต่ละหน่วยวิเคราะห์

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยใช้แนวทางเชิงปริมาณ (Quantitative approach) ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2556) ใช้การคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แท้จริงจึงต้องใช้วิธีเลือกตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น โดยคำนึงถึงเรื่องความสะดวกด้านเวลา กำลังคน งบประมาณ และวัตถุประสงค์การวิจัย เป็นสำคัญ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ม.ป.ป.) คัดเลือกประชากรเป้าหมายตามจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งละ 50 ราย รวมทั้งสิ้น 150 ราย (Palinkas, Horwitz, Green, Wisdom, Duan, & Hoagwood, 2015) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) สร้างคำถามเป็นข้อความเข้าใจง่ายไม่สลับซับซ้อน แบ่งคำถามเป็นหมวดหมู่ตามตัวแปรที่ศึกษาเพื่อให้เกิดความสะดวกและครอบคลุมทุกประเด็นการศึกษา ทดสอบรายการข้อคำถาม (Pretest) ก่อนนำไปใช้จริงกับประชากร



ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงประชากรเป้าหมาย คือ ผู้สูบบุหรี่ คนขับรถรับจ้างที่สูบบุหรี่ที่อยู่บริเวณพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร รวมถึงผู้ขับซึ่รถสาธารณะที่สูบบุหรี่ที่มาส่งผู้โดยสารในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 30 ราย แบบสอบถามได้ผ่านการวัดความเชื่อมั่นของความคงตัว (Stability reliability) ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า .87 ใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับผู้สูบบุหรี่หรือเรียกว่าการทดสอบซ้ำ (Test-Retest method) โดยใช้เวลาห่างกันพอสมควร (1 – 2 สัปดาห์) แล้วนำค่าการวัด 2 ครั้งที่ได้มาหาความสัมพันธ์กันโดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สันได้ค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ (Coefficient of stability) เท่ากับ .91 (Resch, Driscoll, McCaffrey, Brown, Ferrara, Macciocchi, 2013) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) เพื่อกำหนดน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ของแต่ละรายการ (Costello, & Osborne, 2005) ยืนยันความถูกต้องตามหลักวิชาการว่าได้วัดในสิ่งที่ต้องการจากการพิจารณาเรื่องความถูกต้อง ได้แก่ ความถูกต้องในตัวสร้าง (Construct validity) ความถูกต้อง

เนื้อหา (Content validity) (Lafave, Tyminski, Riege, Hoy, & Dexter, 2015) ความถูกต้องที่เกี่ยวกับมาตรฐาน (Criterion-related validity) ความถูกต้องผิวหน้า (Face validity) ความถูกต้องด้านบรรจบ (Convergent validity) ความถูกต้องด้านจำแนก (Discriminant validity) (Engelland, Holland, & Piper, 2016) และได้ตรวจสอบสภาพข้อมูลว่ามีการละเมิดข้อสมมติหรือไม่ก่อนนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์สถิติ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2558) หลังเสร็จสิ้นจากข้างต้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติพรรณนาโดยใช้อัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความโด่งอธิบายลักษณะประชากรศาสตร์ของผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่ง เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อ 1 ส่วนการวิเคราะห์อิทธิพลตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 2 ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) พิสูจน์ว่าตัวแปรอิสระใดที่มีอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมเป็นอย่างสูงต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (ศบส.) 3 แห่ง

รายการที่ใช้วัด	อัตราส่วนร้อยละ (ร้อยละ)			
	ศบส. 37 (n = 49)	ศบส. 57 (n = 50)	ศบส. 68 (n = 48)	
เพศ	ชาย	85.7	88.0	89.6
อายุ (ปี)	ต่ำกว่า 20	20.4	26.0	18.7
	21 – 40	34.7	20.0	27.1
	41 – 60	30.6	42.0	39.6
	มากกว่า 60	14.3	12.0	14.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

รายการที่ใช้วัด		อัตราส่วนร้อยละ (ร้อยละ)		
		ศบส. 37 (n = 49)	ศบส. 57 (n = 50)	ศบส. 68 (n = 48)
การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญา	20.4	28.0	22.9
	ปริญญาตรี	63.3	62.0	64.6
	ปริญญาโท	16.3	10.0	12.5
สถานภาพ	โสด	51.0	64.0	50.0
	สมรส	40.8	34.0	43.7
	หย่า / ม่าย	8.2	2.0	6.3
อาชีพ	นักเรียน / นักศึกษา	22.4	28.0	16.7
	พนักงานเอกชน	36.7	32.0	45.8
	เจ้าหน้าที่รัฐ	12.3	8.0	4.2
	เจ้าของกิจการ / ธุรกิจส่วนตัว	24.5	18.0	29.1
	งานอิสระ	-	12.0	4.2
	อื่น ๆ	4.1	2.0	-
รายได้ต่อเดือน (บาท)	ไม่เกิน 15,000	18.4	20.0	14.6
	15,001 – 30,000	28.6	10.0	37.5
	30,001 – 45,000	40.8	52.0	39.6
	มากกว่า 45,000	12.2	18.0	8.3
รายการที่ใช้วัด		ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
		ศบส. 37	ศบส. 57	ศบส. 68
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)		23.7 (9.1)	19.8 (8.6)	24.6 (11.4)
จำนวนที่สูบเฉลี่ยต่อวัน (มวน)		12.4 (5.4)	13.8 (5.3)	16.7 (6.8)
พิษภัยที่เกิดจากบุหรี่ที่ได้รับ (ระดับ 1-10)		7.4 (3.2)	6.5 (2.7)	6.2 (2.8)
ความเห็นต่อการเลิกบุหรี่ (ระดับ 1-10)		5.3 (2.8)	7.0 (3.1)	6.1 (3.3)

จากตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่ง พบว่าในภาพรวมมีความคล้ายคลึงกัน โดยผู้สูบบุหรี่ทั้งพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 37, 57 และ 68 เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.7, 88.0, 89.6) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 63.3, 62.0, 64.6) สถานภาพโสด (ร้อยละ 40.8, 34.0, 43.7) อาชีพพนักงานเอกชน (ร้อยละ 36.7, 32.0, 45.8) มีรายได้ต่อ

เดือนเฉลี่ย 30,001 – 45,000 บาท (ร้อยละ 40.8, 52.0, 39.6) จะต่างกันเพียงผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ส่วนใหญ่อายุ 21-40 ปี (ร้อยละ 34.7) ส่วนผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 57 และ 68 ส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 42.0, 39.6) ทั้งนี้ผู้สูบบุหรี่พื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 สูบบุหรี่มากกว่า 24 ปี เฉลี่ยวันละ 12 มวน ได้รับพิษภัยจากการสูบบุหรี่ในระดับค่อนข้างสูง (7.4 จากคะแนนเต็ม 10) ซึ่งผู้สูบ



มีความเห็นระดับปานกลาง (5.3 จากคะแนนเต็ม 10) ที่จะเลิกบุหรี่ ส่วนผู้สูบบุหรี่พื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 57 สูบบุหรี่มากกว่า 20 ปี เฉลี่ยวันละ 14 มวน ได้รับพิษภัยจากการสูบบุหรี่ระดับปานกลางค่อนข้างสูง (6.5 จากคะแนนเต็ม 10) ซึ่งผู้สูบบุหรี่มีความเห็นในระดับสูง (7.0 จากคะแนนเต็ม 10) ที่จะเลิกบุหรี่ และผู้สูบบุหรี่พื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สูบบุหรี่มากกว่า 25 ปี เฉลี่ยวันละ 17 มวน ได้รับพิษภัยจากการสูบบุหรี่ระดับปานกลาง (6.2 จากคะแนนเต็ม 10) ซึ่งผู้สูบบุหรี่มีความเห็นในระดับปานกลาง (6.1 จากคะแนนเต็ม 10) ที่จะเลิกบุหรี่

ทั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ที่ขาดไป 1 คน และศูนย์บริการสาธารณสุข 68 ขาดไป 2 คน เนื่องด้วยเหตุ 2 ประการ คือ (1) กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย ไม่ส่งแบบสอบถามกลับคืน และอีกรายส่งแบบสอบถามแต่ให้ข้อมูลที่ขาดสาระสำคัญโดยระบุเพียงเพศและอายุ

และ (2) ความบกพร่องของผู้วิจัยและคณะในการตรวจรับแบบสอบถาม

การตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ศึกษาอิทธิพลของความเข้มแข็งของครอบครัว ความรู้พิษภัยบุหรี่ ความเข้มแข็งทางสังคม และกฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ก่อนนำข้อมูลเข้าสู่การวิเคราะห์ทางสถิติต้องตรวจสอบข้อมูลก่อนว่ามีการละเมิดข้อสมมติ (Assumptions) ที่กำกับเทคนิควิธีหรือไม่ โดยตรวจสอบข้อสมมติอย่างน้อย 4 ข้อ ได้แก่ การกระจายปกติตัวแปรเดียว (Univariate normality) ความเป็นเส้นตรง (Linearity) ความเหมือนกันของการผันแปร (Homoscedasticity) ตัวแปรอิสระไม่สัมพันธ์สูง (Muticollinearity) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2558) และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ทำการแปลงข้อมูลสำหรับใช้วิเคราะห์ถดถอย (กรรณิการ์ สุขเกษม และสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2558) ซึ่งข้อมูลตัวแปรต่างๆ ปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถิติพรรณนาและค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ (n=147)

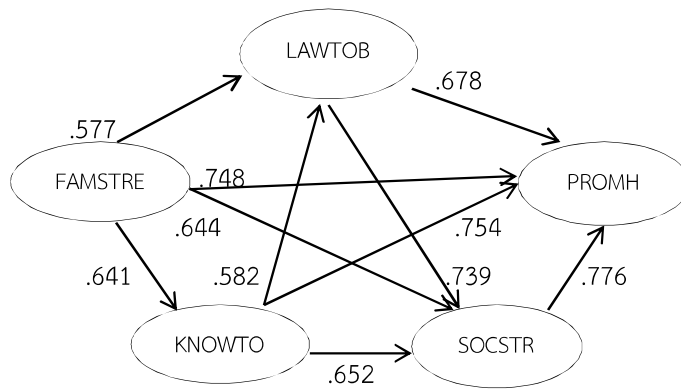
Variables	PROMH	FAMSTRE	KNOWTO	SOCSTRE	LAWTOB
PROMH	1.00	.21	.34	.23	.17
FAMSTRE		1.00	.19	.44	.26
KNOWTO			1.00	.27	.22
SOCSTRE				1.00	.39
LAWTOB					1.00
Tolerance	-	.83	.77	.76	.81
VIF	-	1.39	1.21	1.28	1.32
K-S Test	.10	.07	.09	.08	.07
Mean	10	5	10	5	5
X	6.97	2.78	6.86	2.81	2.64
SD.	3.21	1.27	2.96	1.43	1.29
Skewness	.49	.22	1.04	.57	-.14
Kurtosis	.31	.47	.79	.65	.87

หมายเหตุ: Min ทุกรายการ = 1, Kaiser – Meyer Olkin = .764, Sig. F = .000, F test = 1.577

จากตารางที่ 2 ผู้วิจัยตรวจสอบตัวแปรทั้งหมดพบว่ามี การกระจายปกติ พิจารณาจากค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และค่าที่ได้จาก K-S test พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวกระจายปกติ และเมื่อทดสอบ linearly เพื่อตรวจสอบความเป็นเส้นตรง พบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่ (PROMH) ที่เป็นตัวแปรตาม (F test = 1.577 มีนัยสำคัญทางสถิติ) อีกทั้งพิจารณาจากค่า VIF และ Tolerance พบว่าไม่มีปัญหาความสัมพันธ์

กันสูง ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรทุกตัวไม่เกิน .75 ค่า KMO อยู่เกณฑ์ปกติ และค่า Sig F. เพื่อตรวจสอบความเป็นเส้นตรงก็ได้ค่าปกติ สรุปได้ว่าภาพรวมตัวแปรที่จะใช้วิเคราะห์อยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ ไม่ละเมิดข้อสมมติแต่ประการใด

การวิเคราะห์เส้นทางเพื่อหาอิทธิพลโดยรวมของตัวแปรอิสระทั้ง 4 ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ปรากฏสมการโครงสร้าง 1 - 4 และภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ (Path diagram)

$$PROMH = f (.748 FAMSTRE + .754 KNOWTO + .776 SOCSTR + .678 LAWTOB).....(1)$$

$$R = .617 \quad R^2 = .426 \quad F = 14.116 \quad Sig.F = .000$$

$$SOCSTR = f (.644 FAMSTRE + .652 KNOWTO + .739 LAWTOB).....(2)$$

$$R = .497 \quad R^2 = .343 \quad F = 13.184 \quad Sig.F = .000$$

$$LAWTOB = f (.577 FAMSTRE + .582 KNOWTO).....(3)$$

$$R = .526 \quad R^2 = .387 \quad F = 13.679 \quad Sig.F = .001$$

$$KNOWTO = f (.641 FAMSTRE).....(4)$$

$$R = .507 \quad R^2 = .313 \quad F = 13.054 \quad Sig.F = .000$$



ตารางที่ 3 อิทธิพลทางตรง ทางอ้อม และโดยรวมของตัวแปรอิสระทั้ง 4 ที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่ (n=147)

อิทธิพลของตัวแปร	ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล		
	ทางตรง	ทางอ้อม	ผลรวม
ความเข้มแข็งของครอบครัว (FAMSTRE)	.748	1.214	1.962
ความรู้พิษภัยบุหรี่ (KNOWTO)	.754	.899	1.653
ความเข้มแข็งทางสังคม (SOCSTRE)	.776	-	.776
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ (LAWTOB)	.678	.573	1.251

หมายเหตุ: (1) อิทธิพลทางอ้อมของความเข้มแข็งของครอบครัว (FAMSTRE) ได้จาก $(.641 \times .652 \times .776) + (.644 \times .776) + (.577 \times .678) = 1.214$ และผลรวมได้จาก $.748 + 1.214 = 1.962$ (2) อิทธิพลทางอ้อมของความรู้พิษภัยบุหรี่ (KNOWTO) ได้จาก $(.652 \times .776) + (.582 \times .678) = .899$ และผลรวมได้จาก $.754 + .899 = 1.653$ และ (3) อิทธิพลทางอ้อมของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ (LAWTOB) ได้จาก $.739 \times .776 = .573$ และผลรวมได้จาก $.678 + .573 = 1.251$

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัยข้อที่ 1 สรุปสาระได้ว่าลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครทั้งสามแห่งในภาพรวมมีความคล้ายคลึงกัน โดยผู้สูบบุหรี่ทั้งสามพื้นที่เกือบทั้งหมดเพศชาย ส่วนใหญ่สำเร็จระดับปริญญาตรี สถานภาพโสด อาชีพพนักงานเอกชน รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 30,000 – 45,000 บาท จะต่างกันที่ผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 37 ส่วนใหญ่มีอายุ 21-40 ปี ส่วนผู้สูบบุหรี่พื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 57 และ 68 ส่วนใหญ่อายุ 41-60 ปี ทั้งนี้ผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งสามแห่งส่วนใหญ่ผ่านการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา 20 ปีขึ้นไป โดยสูบเฉลี่ยครั้งของกว่าๆ ต่อหนึ่งวัน

ผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ในการวิจัยข้อที่ 2 สรุปสาระได้ว่า ปัจจัยสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดกรีนและครูเตอร์มีอิทธิพลทั้งทางตรง ทางอ้อม และผลรวมต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่

สุขภาพผู้สูบบุหรี่มากกว่าปัจจัยสนับสนุนด้านการศึกษา โดยที่ความเข้มแข็งทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่มากที่สุด (.776) ส่วนความเข้มแข็งของครอบครัวมีอิทธิพลทางอ้อมและโดยรวมต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่มากที่สุด (1.214, 1.962) ข้อค้นพบที่ได้เป็นคัมมิตฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 4 ข้อ เนื่องด้วยทุกสมมติฐานต่างมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก หากจะต่างกันแต่ค่าสัมพันธ์เท่านั้น จึงยอมรับในสมมติฐานดังกล่าว ซึ่งข้อค้นพบในงานแสดงให้เห็นว่าปัจจัยสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมที่ประกอบด้วยความเข้มแข็งของครอบครัวและความเข้มแข็งทางสังคมมีอิทธิพลทั้งทางตรง ทางอ้อม และผลรวมเป็นอย่างสูงต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่

ความเข้มแข็งของครอบครัวที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่ที่สำคัญ คือ ด้านสัมพันธ์ภาพ โดยที่สมาชิกในครอบครัว (1) แสดงออกถึงความรักและเอาใจใส่ระหว่างกัน เช่น สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกที่สื่อถึงความรัก

มีการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานบ้านซึ่งกันและกัน หรือมีการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกัน (2) ยอมรับและเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เช่น สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุยหรือรับฟังซึ่งกันและกัน สามารถยอมรับความคิดเห็นของแต่ละคนที่จะแตกต่างกันได้ หรือเคารพความเป็นส่วนตัวของแต่ละคน เป็นต้น (3) สื่อสารกันอย่างมีคุณภาพ เช่น สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุยต่อกันด้วยดีและใช้เหตุผล มีโอกาสท้วงติงแสดงความคิดเห็น และให้คำแนะนำต่อกัน มีการแสดงความชื่นชมและเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ต่างดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน หรือเชื่อใจหรือไว้วางใจที่จะเล่าเรื่องต่างๆ ที่มีปัญหาหรือไม่สบายใจให้กันในครอบครัวฟัง เป็นต้น (Dessaix, Maag, McKenzie, & Currow, 2016) ส่วนประเด็นของความเข้มแข็งทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้องให้คนในชุมชนร่วมกำหนดกติกาหรือมาตรการทางสังคมเพื่อใช้เป็นข้อตกลงร่วม (Golechha, 2016) เช่น การพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนปลอดบุหรี่ อาศัยหลักการชุมชนเข้มแข็งด้วยกระบวนการงานสาธารณสุขมูลฐาน 3ก (กรรมการ/กำลังคน กองทุน กิจกรรม) และ 1ข (ข้อมูล) และ 3ส (สร้างความร่วมมือ สื่อสาร ส่งเสริมพัฒนาที่ยั่งยืน) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) รวมทั้งการสร้างตระหนักรู้ การตื่นรู้ สร้างองค์ความรู้ให้แก่ชุมชนในรูปแบบต่างๆ ผ่านองค์กรชุมชน เครือข่ายซึ่งสามารถดำเนินการได้หลายแนวทาง เช่น การสร้างบุคคลต้นแบบ การจัดตั้งเครือข่ายอาสาสมัคร การพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกับเยาวชนเพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่ การสร้าง เครือข่ายครอบครัวไร้ควันในชุมชน เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยความเข้มแข็งทางสังคมเป็นเครื่อง

ผลักดันเพื่อให้แนวทางที่ได้ดำเนินการบรรลุผลสำเร็จ

ประเด็นของความรู้พิษภัยบุหรี่และกฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่แม้ไม่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่ แต่ก็มีความสำคัญได้ เนื่องจากทั้งสองประเด็นมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่เช่นกัน บุคคลที่มีความรู้พิษภัยบุหรี่ที่ถูกต้องย่อมมีแนวโน้มที่จะออกห่างจากบุหรี่ และหากกฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่ที่ออกโดยภาครัฐมีความเข้มงวด มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง ย่อมมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อบุคคลผู้สูบบุหรี่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างหนึ่งอย่างใด

ทั้งนี้ผลการวิจัยทำให้ทราบว่าประเด็นของความเข้มแข็งทางครอบครัวและสังคมที่เป็นปัจจัยสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมตามแนวคิดกรีนและครูเตอร์มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูบบุหรี่เป็นอย่างมาก ข้อค้นพบดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อผู้สูบบุหรี่โดยตรง กล่าวคือ การปฏิบัติตนของผู้สูบบุหรี่ที่ประสงค์จะจัดการปัญหาสุขภาพจำเป็นต้องมีหรือสร้างแนวร่วมทั้งทางครอบครัวที่เป็นสถาบันหลักทางสังคมเบื้องต้น ตลอดจนแนวร่วมที่ดีทางสังคมควบคู่เพื่อช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูบบุหรี่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ สุขเกษม ที่มอบความรู้ด้านการวิจัย ขอขอบคุณ พล.ต.อ.พรชัย พันธุ์วัฒนา บิดาผู้ให้การสนับสนุนปัจจัยสี่ ขอขอบคุณ พล.ต.ท.ปิยะ อุทาโย และ ศาสตราจารย์ พล.ต.ต.วีรพล กุลบุตร ผู้บังคับบัญชาต้นสังกัดที่ส่งเสริมให้ทำวิจัย ขอขอบคุณครอบครัวที่ให้เวลาในการทำวิจัย

ขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อมูล และขอขอบคุณวารสารพยาบาลศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
(2558). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ สำหรับวัยทำงาน*. ม.ป.พ.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน (Active Community)*. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 31 สิงหาคม 2561. จาก http://team.sko.moph.go.th/content/download/?id=315&file=6641fdd89c9cc3314efbc3f3ed26d77d.pdf&file_name=pdf

กรรณิการ์ สุขเกษม และสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2558). *คู่มือการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ATLAS.ti สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: สามลดา.

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2556). *มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร บริการสาธารณสุขสาขาสักงานอนามัย*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.

จิราภรณ์ เรืองสงคราม. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารบัณฑิตวิจัย*, 6(2): 172-183.

พิชศาล พันธุ์วัฒนา. (2560). อิทธิพลทางตรงทางอ้อม และผลรวมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ที่อายุไม่เกิน 25 ปี. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(2): 22-31.

วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม*. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 7 ตุลาคม 2561. จาก

มหาวิทยาลัยสยาม ที่มอบพื้นที่ให้เผยแพร่บทความวิจัยออกสู่สาธารณะ

http://www.ssruii.ssu.ac.th/bitstream/ssruir/829/1/079_2555.pdf

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2558). *การสร้างมาตรฐานวัดสำหรับการวิจัยที่ถูกต้องและได้มาตรฐานสากล*. กรุงเทพฯ: สามลดา.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *คู่มือเทคนิคการสุ่มตัวอย่างและการประมาณค่า*. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 29 สิงหาคม 2561. จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/Toneminute/files/55/A3-16.pdf>

อรุณรัตน์ สารวิโรจน์. (2553). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่*. [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 7 ตุลาคม 2561. จาก <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/7589/1/345255.pdf>

Calo, w.a., & Krasny, S.E. (2013). Environmental determinants of smoking behaviors: The role of policy and environmental interventions in preventing smoking initiation and supporting cessation. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 7(6): 446-452.

Costello, A.B., & Osborne, J.W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7): 1-9.

Dessaix, A., Maag, A., McKenzie, J., & Currow, D.C. (2016). Factors influencing reductions in smoking among Australian

- adolescents. *Journal of Public Health Research Practice*, 26(1).
- Engelland, K.A., Holland, D.D., & Piper, R.T. (2016). Assessing convergent and discriminant validity of the motivation construct for the technology integration education (TIE) model. *Journal of Higher Education Theory and Practice*, 16(1): 37-50.
- Golechha, R. (2016). Health promotion methods for smoking prevention and cessation: A comprehensive review of effectiveness and the way forward. *International Journal of Preventive Medicine*, 7(7): 158-164.
- Green, L.W., & Krueger, M.W. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. California: Mayfield publishing company.
- _____. (2005). *Health promotion planning an education and ecological approach*. (4th ed). Toronto: Mayfield publishing company.
- Lafave, L., Tyminski, S., Riege, T., Hoy, D., & Dexter, B. (2015). Content validity for a child care self-assessment tool: Creating healthy eating environments scale. *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research*, 77(2): 89-92.
- Palinkas, L.A., Horwitz, S.M., Green, C.A., Wisdom, J.P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5): 533-544.
- Resch, J., Driscoll, A., McCaffrey, N., Brown, C., Ferrara, M.S., & Macciocchi, S. (2013). ImPact test-retest reliability: Reliably unreliable?. *Journal of athletic training*, 48(4): 506-511.
- Smith, D.K., Miller, D.E., & Prasad, S. (2017). PURLs: “Cold turkey” works best for smoking cessation. *The Journal of family practice*, 66(3): 174-176.
- Wang, Q., Shen, J.J., Sotero, M., Li, C.A., & Hou, Z. (2018). Income, occupation and education: Are they related to smoking behaviors in China?. *PLOS ONE*, 13(2).