Journal of Health and Pedagogy

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่กับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Knowledge and Attitude towards Cigarette and Smoke Exposure among Village Health Volunteers (VHV's) in Ronpiboon District of Nakhon Si Thammarat

สุภเวช อยู่คง

Suphavej Yookong

โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Ronpiboon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: March 21, 2022, Revised: April 4, 2022, Accepted: April 7, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 2. ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 326 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในช่วงวัยทำงาน และยังมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่มากกว่าครึ่งหนึ่ง และร้อยละ 59.51 มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง ระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M= 3.83, *S.D.*= 0.42) และพฤติกรรมเกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรี่ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (M= 2.91, *S.D.*= 0.38) สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากผลการวิจัย ควรมีการจัดการรณรงค์ในรูปแบบเชิงรุกเพื่อลดปัญหาการสัมผัสบุหรี่ และเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากควันบุหรี่ โดยการประสานความร่วมมือในชุมชนให้เป็นเครือข่ายชุมชนปลอดบุหรี่

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, พฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suphavej@hotmail.com)

Abstract

This cross-sectional study aimed to explore knowledge and attitudes towards cigarette and smoke exposure among the village health volunteers, and test the relations between knowledge and attitudes towards cigarette and smoke exposure. Participants were 326 village health volunteers (VhV's) from Ronpiboon district of Nakhon Si Thammarat Province. Simple random sampling was applied. Data were collected using questionnaires, then analyzed by descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

Findings indicated that most of the samples were females of working age. More than half of the family members smoked cigarettes. The majority of the subjects had knowledge about cigarettes at a moderate level (59.51%), and attitudes towards cigarettes at a high level (63.5%) (M= 3.83, *S.D.*= 0.42). The smoke exposure was at a fair level (M= 2.91, *S.D.*= 0.38). The attitude towards cigarette was significantly and statistically related to smoke exposure ($p<.05$).

Per findings, there should be a proactive campaign to reduce the problem of smoke exposure and surveillance diseases caused by smoke through cooperation in the community to become a smoke-free community network.

Keywords: Knowledge, Attitude, Village Health Volunteer, Smoke Exposure

บทนำ

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดอย่างอ่อนที่ถูกต้องตามกฎหมายของประเทศ แต่บุหรี่ถือว่าเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงหลายอย่าง เช่น โรคของระบบทางเดินหายใจ หัวใจ และระบบหมุนเวียนโลหิต ซึ่งพิษของบุหรี่เป็นฤทธิ์ผสมของสารพิษต่างๆ ในควันบุหรี่ที่สูดดมเข้าทางปาก และจมูก คนที่ติดบุหรี่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งที่ปอด ปาก คอ หลอดลม เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ และอาจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์ (Ratnanakin, 1994; Krungkraipetch & Krungkraipetch, 2017) รวมทั้งยังมีผู้เสียชีวิตทั้งที่สูบและรับควันบุหรี่ถึง 6 ล้านคน ส่วนคนไทยในแต่ละปีจะเสียชีวิตด้วยบุหรี่วันละ 139 คน (Wateesatokgij, 2016) การสูบบุหรี่จึงเป็นปัญหาสำคัญของประชาชนทุกกลุ่มวัยของประเทศไทย ซึ่งจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประเทศไทยใน ปี 2560 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (19.1%) โดยในภาพรวมพบว่า ในช่วงปี 2547 - 2560 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง (จาก 23% เป็นร้อยละ 19.1%) เมื่อจำแนกอัตราการบริโภคยาสูบตามกลุ่มอายุ พบว่า บุคคลที่มีอายุ 15 - 18 ปี บริโภคบุหรี่เท่ากับ 7.8% โดยในภาพรวมอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง ยกเว้นกลุ่มอายุ 19 - 24 ปี เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษามีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด รองลงมาเป็นระดับมัธยมต้น ผู้ที่ไม่เคยเรียน ระดับมัธยมปลาย และระดับอุดมศึกษาขึ้นไป คือ ร้อยละ 22.0, 21.5, 18.1, 18.0 และ 7.7 ตามลำดับ ทุกระดับการศึกษามีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปี 2557 และผู้ที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษาขึ้นไปอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงมากที่สุด คือ ร้อยละ 64.68 อัตราการสูบบุหรี่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด รองลงมาเป็น

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง เหนือ และกรุงเทพมหานคร แสดงให้เห็นว่ามาตรการในการควบคุมยาสูบที่ผ่านมาได้ผลดีมากในภาคเหนือและยังไม่ค่อยได้ผลในภาคใต้ (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2018)

พิษจากควันบุหรี่ที่ได้จากการเผาไหม้นั้น สามารถแบ่งผู้ที่สูบและสัมผัสควันบุหรี่ได้เป็น 3 ประเภท คือ 1. บุหรี่มือหนึ่ง คือ ควันที่ผู้สูบบุหรี่ดูดเข้าไปในร่างกาย 2. บุหรี่มือสอง คือ ควันที่ผู้สูบคนนั้นพ่นลมหายใจออกมา รวมถึงควันที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่ด้วยเช่นกัน และ 3. บุหรี่มือสาม คือ สารพิษจากควันบุหรี่ที่ตกค้างตามเส้นผม ผิวหนัง เสื้อผ้า ตุ๊กตา พรม โซฟา ผ้าม่าน ที่นอน หรือช่องแอร์ เป็นต้น หรือจะพูดให้เข้าใจได้ง่าย ควันบุหรี่มือสาม คือ สถานที่ที่มีคนมาสูบบุหรี่และทิ้งร่องรอยของสารพิษตกค้าง อนุภาคละอองไอสารเคมีที่เป็นพิษที่ก่อให้เกิดมะเร็งไว้ให้เรา แม้ควันเหล่านั้นจะจางหายไปในอากาศแล้วก็ตาม (Klumchim, 2008) และด้วยพิษภัยดังกล่าวองค์การอนามัยโลกจึงได้ร่วมมือกับนานาประเทศคิดค้นมาตรการและกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ โดยออกมาตรการทางสุขภาพ มาตรการทางสังคม มาตรการทางด้านกฎหมาย รวมทั้งมาตรการทางเศรษฐกิจ (Department of Disease Control, 2017) อย่างไรก็ตามการควบคุมการสูบบุหรี่มิอาจดำเนินการโดยอาศัยมาตรการใดมาตรการหนึ่งเพียงลำพังจำเป็นที่ทุกภาคส่วนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมผนึกกำลังกันให้เข้มแข็ง จึงจะสามารถต้านทานเล่ห์กลการตลาดของบริษัทบุหรี่ได้ การรู้เท่าทันพิษภัยบุหรี่และการมีทัศนคติที่ถูกต้องโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพภาคประชาชนที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนมากที่สุด มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่จะต้องให้ความรู้แนะนำประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมไปถึงโทษของการสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่

จากการสำรวจของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่เป็นอันดับ 2 ของภาคใต้ รองจากจังหวัดกระบี่ ร้อยละ 27.63 (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2018) และปี พ.ศ. 2563 ความชุกผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 - 70 ปี พบว่า มีจำนวน 91,305 คน คิดเป็นร้อยละ 10.97 ซึ่งจำนวนดังกล่าวยังไม่รวมถึงประชาชนที่สัมผัสกับควันบุหรี่มือสองและสาม สำหรับอำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรที่สูบบุหรี่จำนวน 5,538 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.90 ซึ่งสูงกว่าร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อสำรวจข้อมูลเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านป่วยจากการสูบบุหรี่และสัมผัสบุหรี่ จำนวน 5,760 คน คิดเป็นร้อยละ 23.05 (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2020) ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรด้านสุขภาพภาคประชาชนที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนมากที่สุด จำเป็นต้องมีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมที่ไม่สัมผัสบุหรี่และเป็นแบบอย่างที่ดี นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังเป็นบุคคลที่มีบทบาทในสังคมที่สำคัญ มีหน้าที่ที่ต้องช่วยเหลือตนเอง สังคม ชุมชนในการลด ละ และเลิกบุหรี่ต่อไป

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทฤษฎีระดับบุคคล มองที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยภายในตัวคน เช่น ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ แรงจูงใจ พัฒนาการของมนุษย์ ประสบการณ์ในอดีต ทักษะ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นโมเดลที่พัฒนามาจากพฤติกรรมศาสตร์ ในการศึกษาปัญหาสุขภาพ โดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัวบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ ในขณะเดียวกัน Rudma (2011) ได้อธิบายถึงในการวัดพฤติกรรมของมนุษย์ว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นสามารถแบ่งพฤติกรรมออกได้ เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก

(Overt behavior) ซึ่งเป็นการกระทำที่สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ โดยพฤติกรรมภายนอกนั้นเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้โดยชัดเจน ที่ผ่านมาแม้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ แต่การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการตระหนักรู้ถึงพิษภัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมยังมีจำนวนน้อย การสำรวจความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสู่การจัดการตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพิษภัยจากบุหรี่ และช่วยเหลือ ชุมชน สังคม ในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดของ Rudma (2011) มาใช้ในการศึกษา โดยผลการวิจัยที่ได้จะมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้พัฒนามาตรการการรณรงค์ และส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตระหนักถึงความสำคัญ และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงควันบุหรี่เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

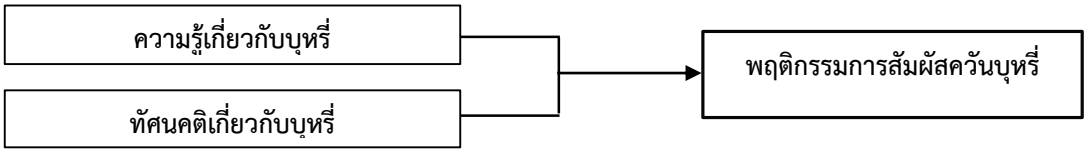
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่กับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมุติฐาน

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดที่เกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) และผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามจากแบบสอบถามของ Chinpong (2021) เพื่อให้เหมาะสมกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 1,290 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 296 คน และเพื่อป้องกันความสูญเสียจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จำนวน 30 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 326 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ดังนี้

1. นำรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละสถานบริการมาจับฉลากตามที่คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ของแต่สถานบริการ สุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 326 คน

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนเมษายน–มิถุนายน พ.ศ.2564 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 แห่ง ส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

2.4 รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วน ลงตามรหัสตัวแปลที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) และผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามจากแบบสอบถามของ Chinpong (2021) เพื่อให้เหมาะสมกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นลักษณะคำถามปลายปิด และปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็น อสม. และมีบุคคลที่สูบบุหรี่ในบ้าน มีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โดยให้ตอบใช่ หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 20 ข้อ ในส่วนนี้นำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน เป็นคะแนนในหมวดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน

การแปลผล โดยการแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ตามแนวคิดของ Bloom (1986) จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (คะแนนร้อยละ ≥ 80), ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ < 60)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการบุหรี่ เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยมีทั้งข้อคำถามด้านบวกและลบ

การแปลผล โดยการจัดเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) คือ ทัศนคติระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00), ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ สัมผัสบุหรี่บ่อย (4 คะแนน) จนถึง ไม่สัมผัสกับบุหรี่เลย (1 คะแนน) โดยมีทั้งข้อคำถามด้านบวกและลบ

การแปลผล นำคะแนนมาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่เหมาะสม (ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00), ระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00) และต้องปรับปรุง (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงของโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับบุหรี่ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ นำผลคะแนนการทดสอบที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty หรือ P) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination หรือ r) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือตอบไม่ทราบ จะไม่ได้คะแนน (0 คะแนน) โดยข้อคำถามที่ดีจะมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 – 1.00 ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่ดี ที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 – 1.00 มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson KR-20) โดยพิจารณาค่า KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.704

แบบสอบถามด้านทัศนคติ และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbrach´alpha Coefficient) ดังนี้

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.80 และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ใช้อธิบายข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ในภาพรวม

2. สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์ Spearman rank correlation coefficient เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้านความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่กับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ (Bartz, 1999) มีดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก (r= 0.80 – 1.00), ความสัมพันธ์กันสูง (r= 0.60 – 0.79), ความสัมพันธ์ปานกลาง (r=0.40 – 0.59), ความสัมพันธ์ต่ำ (r = 0.20 – 0.39) และความสัมพันธ์ต่ำมาก (r= 0.01 – 0.19)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ขอรับรองวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 015/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มากกว่า 4 ใน 5 เป็นเพศหญิง (86.50%) มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี ประมาณ 1 ใน 3 (36.20%) มีอายุเฉลี่ย 48.95 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุมากที่สุด 68 ปี ประมาณ 4 ใน 5 มีสถานภาพสมรส (80.67%) นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด (94.78%) ประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ≤ 10,000 บาท (67.18%) มีรายได้เฉลี่ย 11,833.44 บาท รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท มีประสบการณ์การเป็น อสม. ≤ 5 ปี ประมาณ 1 ใน 4 (27.91%) มีประสบการณ์การเป็น อสม. เฉลี่ย 12.75 ปี ต่ำสุด 1 ปี มากที่สุด 45 ปี ประมาณ 2 ใน 3 มีบุคคลที่อาศัยร่วมกันในบ้านของ อสม. สูบบุหรี่ (61.96%) โดยจำนวนผู้สูบบุหรี่ จำนวน 1 คน ประมาณ 3 ใน 4 (77.23%)

2. ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในภาพรวม (n=326)

ระดับความรู้		จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	(≥ ร้อยละ 80)	78	23.93
ระดับปานกลาง	(ร้อยละ 60 – 79)	194	59.51
ระดับต่ำ	(< ร้อยละ 60)	54	16.56

(M= 13.26 คะแนน, *S.D.*= 2.61, Min= 3 คะแนน, Max= 19 คะแนน)

จากตาราง 1 พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง (59.51%) มากที่สุด รองลงมา คือ ระดับสูง (23.93%) และระดับต่ำ (16.56%) ตามลำดับ

3. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ จำแนกเป็นรายข้อ และภาพรวม (n=326)

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่	M	*S.D.*	ระดับ
1. เมื่อต้องอยู่ใกล้กับคนที่สูบบุหรี่และสัมผัสกับควันบุหรี่ ทำให้รู้สึกว่าไม่ปลอดภัย	4.56	0.87	สูง
2. เห็นด้วยกับการห้ามโฆษณาบุหรี่ในวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อต่าง ๆ ที่ออกสู่สาธารณะ	4.38	0.82	สูง
3. คนที่สูบบุหรี่จะทำให้สามารถเข้าสังคมได้ง่าย และมีเพื่อนแท้มากขึ้น*	3.72	0.95	สูง
4. การสูบบุหรี่ทำให้เพศตรงข้ามเกิดความสนใจและไว้ใจในความแข็งแกร่งมากขึ้น*	4.06	0.80	สูง
5. การสูบบุหรี่แสดงให้เห็นถึงความเป็นผู้ใหญ่ และความมีอำนาจมากขึ้น*	4.22	0.80	สูง
6. ภาพคำเตือนที่อยู่บนซองบุหรี่ สามารถให้ผู้พบเห็นมีการรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่	4.01	1.07	สูง
7. ถ้าท่านอยู่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ ท่านจำเป็นต้องสูบบุหรี่ตามเพื่อนในกลุ่มไปด้วย เพราะจำเป็นต้องปฏิบัติที่เหมือนกัน*	4.23	0.94	สูง
8. การเลิกบุหรี่ทำให้บุคคลอื่นที่พบเห็นมองว่าเป็นบุคคลที่เสียบุคลิกภาพของตนเอง*	3.63	1.44	ปานกลาง
9. ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ เกิดจากครอบครัวซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรี่	4.04	1.14	ปานกลาง
10. คำสอนของศาสนาที่นับถือจะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ	3.13	1.17	ปานกลาง
11. หากต้องการเลิกสูบบุหรี่ควรเลือกวันสำคัญที่สุดในชีวิตมากำหนดเป็นวันเริ่มต้นงดสูบบุหรี่ เช่น วันคล้ายวันเกิด*	3.31	1.30	ปานกลาง
12. ควันบุหรี่มือสอง และควันบุหรี่มือสามไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สัมผัสควันบุหรี่*	3.55	1.38	ปานกลาง
13. การเป็นบุคคลที่สูบบุหรี่ไม่แสดงถึงการเป็นคนที่ทันสมัย และเท่ห์ในสายตาของผู้ที่พบเห็น	3.13	1.50	ปานกลาง
14. การสูบบุหรี่จะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่มีสมาธิและมีความรอบคอบมากขึ้น*	4.05	1.02	สูง
15. ท่านรู้สึกรังเกียจเพื่อนหรือบุคคลที่สูบบุหรี่ เนื่องจากมีกลิ่นบุหรี่ที่ติดเสื้อผ้า	3.37	1.28	ปานกลาง
รวม	**3.83**	**0.42**	**สูง**

* เป็นข้อความเชิงลบ และมีการปรับค่าคะแนนแล้ว

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M= 3.83, *S.D.*= 0.42) โดยข้อคำถามที่มีทัศนคติที่ดีมากที่สุด คือ รู้สึกว่าไม่ปลอดภัยเมื่อต้องอยู่ใกล้กับคนที่สูบบุหรี่และสัมผัสกับควันบุหรี่ (M= 4.56, *S.D.*= 0.87) รองลงมา คือ เห็นด้วยกับการห้ามโฆษณาบุหรี่ในวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อต่าง ๆ ที่ออกสู่สาธารณะ (M= 4.38, *S.D.*= 0.82) และถ้าอยู่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่ ไม่จำเป็นต้องสูบบุหรี่ตามเพื่อนในกลุ่มไปด้วย เพราะจำเป็นต้องปฏิบัติที่เหมือนกัน (M= 4.23, *S.D.*= 0.94) ตามลำดับ

3. ระดับระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรี่ จำแนกเป็นรายข้อ (n=326)

พฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่	M	*S.D.*	ระดับ
1. ท่านสัมผัสควันบุหรี่โดยตรงจากการสูบบุหรี่หรือจากผู้ที่สูบบุหรี่ใกล้ตัวท่าน*	3.71	0.64	เหมาะสม
2. ท่านสูดดมควันบุหรี่จากเสื้อผ้า โซฟา หรือสิ่งของของคนที่สูบบุหรี่*	2.55	0.78	พอใช้
3. ท่านเข้าไปทำกิจกรรมหรือธุระในสถานที่มีบุคคลสูบบุหรี่*	2.84	0.63	พอใช้
4. ท่านได้โอบกอด/หอมแก้ม/จับมือ หรือสัมผัสกับบุคคลที่สูบบุหรี่*	3.39	0.77	เหมาะสม
5. สถานที่ทำงานของท่าน มีผู้ที่สูบบุหรี่ทำให้ท่านต้องสัมผัสกับบุคคลเหล่านี้*	3.00	0.87	พอใช้
6. หากท่านไปรับประทานอาหารนอกบ้าน ท่านจะเลือกร้านอาหารที่มีป้ายปลอดบุหรี่เป็นอันดับแรก	2.72	1.03	พอใช้
7. ท่านมักจะขอร้องให้คนที่สูบบุหรี่อย่าอยู่ใกล้ตัวท่าน	2.63	0.93	พอใช้
8. ท่านจะหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่จากบุคคลที่สูบบุหรี่ เมื่อท่านมีอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ	2.89	1.00	พอใช้
9. เมื่อจำเป็นต้องอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ท่านจะรีบทำธุระให้เสร็จโดยเร็ว เพื่อให้ท่านได้สัมผัสกับควันบุหรี่ให้มีระยะเวลาสัมผัสที่น้อยลง	2.82	0.95	พอใช้
10. ท่านมักจะแสดงท่าทีที่ไม่พอใจต่อผู้ที่สูบบุหรี่เมื่อต้องอยู่ใกล้ตัวท่าน	2.52	0.93	พอใช้
รวม	**2.91**	**0.38**	**พอใช้**

* เป็นข้อความเชิงลบ และมีการปรับค่าคะแนนแล้ว

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (M= 2.91, *S.D.*= 0.38) โดยมีพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ที่เหมาะสมที่สุด คือ ท่านไม่สัมผัสควันบุหรี่โดยตรงจากการสูบบุหรี่หรือจากผู้ที่สูบบุหรี่ใกล้ตัวท่าน (M= 3.71, *S.D.*= 0.64) รองลงมา คือ ท่านไม่ได้โอบกอด/หอมแก้ม/จับมือ หรือสัมผัสกับบุคคลที่สูบบุหรี่ (M= 3.39, *S.D.*= 0.77) และสถานที่ทำงานของท่าน ไม่มีผู้ที่สูบบุหรี่ทำให้ต้องสัมผัสกับบุคคลเหล่านี้ (M= 3.00, *S.D.*= 0.87) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

		พฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่	*p*-value
ความรู้	ค่าสหสัมพันธ์	0.021	0.712
	ระดับความสัมพันธ์	ไม่มีความสัมพันธ์	
ทัศนคติ	ค่าสหสัมพันธ์	0.208**	< 0.01
	ระดับความสัมพันธ์	มีความสัมพันธ์ต่ำ	

** $p < 0.01$

จากตาราง 4 พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ส่วนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กัน

อภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่กับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยยังมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในบางประเด็นยังไม่ถูกต้อง ได้แก่ สารทาร์ในบุหรี่มีผลทำให้ผู้ที่ได้รับสารทาร์มีอาการความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ตอบผิดร้อยละ 93.87 การสูบบุหรี่ตอนที่อายุมากขึ้น ทำให้ไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งหรือเป็นโรคเกี่ยวกับปอด ตอบผิดร้อยละ 73.01 และการสัมผัสควันบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายต้องการสูบบุหรี่ได้ตอบผิดร้อยละ 61.66 แต่กลุ่มตัวอย่างจะตอบคำถามถูกในประเด็นโทษของบุหรี่มาก ได้แก่ การสูบบุหรี่มีโทษต่อคนรอบข้าง และไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ หรือผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่ ร้อยละ 96.01 ควันบุหรี่มีผลต่อสุขภาพของคนที่อยู่รอบข้าง ร้อยละ 95.71 และการสัมผัสควันบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆของร่างกาย ร้อยละ 92.02 ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ แต่กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ที่เกี่ยวกับสารในบุหรี่ที่ไม่ถูกต้อง ถึงแม้รัฐบาลจะประกาศหรือประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปทราบอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Manoton, Noosorn, Nimpitakpong, & Kanokthet (2014) ที่พบว่า แรงงานย้ายถิ่นและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วน Jarong (2016) ก็พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวบุหรี่ของชาวไทยมุสลิมในอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี อยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Suwanwaiphatthana, Waithayavongkorn, & Aunjangwang (2013) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัว มีความรูอยู่ในระดับดี

2. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanwaiphatthana, Waithayavongkorn, & Aunjangwang (2013) ที่พบว่า ทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 82.2 อยู่ในระดับดี จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่สูงว่าบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ปลอดภัยสามารถทำอันตรายให้กับสุขภาพของคนที่สัมผัสบุหรี่รวมถึงควันบุหรี่ได้ และยังมีทัศนคติที่ดีว่าบุหรี่ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าสังคมได้ง่าย ไม่ได้เป็นสิ่งที่บอกว่าการสูบบุหรี่เป็นการแสดงความเป็นผู้ใหญ่ หรือไม่ทำให้เพศตรงข้ามสนใจ แต่กลุ่มตัวอย่างก็ยังต้องสัมผัสกับคนที่สูบบุหรี่ และเกิดความเคยชิน ทำให้มีทัศนคติที่ไม่รู้สึกรังเกียจกับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและมือสาม ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลร้อยละ 62.0 มีบุคคลที่สูบบุหรี่อาศัยอยู่ในบ้านอย่างน้อย 1 คน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nurapak, Sombhopcharoen, Temsirikunchai, & Kengganpanich (2014) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่และไม่เคยสูบบุหรี่เมื่อมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ภายในบ้านหรือมาสูบใกล้ ๆ ส่วนใหญ่เดินหนี ประกอบกับภารกิจในการทำงานต้องสัมผัสกับบุคคลที่สูบบุหรี่จนเป็นทัศนคติที่เคยชิน แต่การศึกษาไม่สอดคล้องกับ Manoton, Noosorn, Nimpitakpong, & Kanokthet (2014) ที่พบว่า แรงงานย้ายถิ่นและครอบครัว มีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง

3. ระดับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่อยู่ในระดับพอใช้ จะเห็นได้ว่าถึงแม้ว่าพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างจะสัมผัสกับควันบุหรี่โดยตรงจากคนที่สูบบุหรี่ในระดับที่เหมาะสม แต่กลุ่มตัวอย่างยังหลีกเลี่ยงไม่ได้กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและสาม รวมไปถึงควันบุหรี่จากเพื่อนร่วมงาน และไม่กล้าที่จะขอร้องให้คนที่สูบบุหรี่อยู่ห่าง การศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง และอยู่ในวัยทำงานระหว่างอายุ 40 - 49 ปี ซึ่งมีโอกาสที่จะสัมผัสบุหรี่มือสองและสามในระยะเวลาที่ยาวนาน มีโอกาสการเกิดโรคที่สืบเนื่องจากควันบุหรี่ ฉะนั้นการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเป็นเรื่องที่ต้องหันมาสนใจในประเด็นการสัมผัสควันบุหรี่ในที่ ๆ เป็นสาธารณะ ร้านอาหาร หรือสถานที่ทำงาน และยังต้องสร้างจิตสำนึกให้กับประชาชนในการสูบบุหรี่อีกด้วย การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ Champat & Kusol (2018) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ไม่เหมาะสม ส่วนการศึกษาของ Luksanavimon, Petsirasan, Aekwarangkoon, & Noonil (2020) พบว่า เยาวชนอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.2 โดยสูบหลังอาหาร ร้อยละ 41.7 สูบที่บ้านเพื่อน ร้อยละ 52.8

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ บุหรี่มือสอง และบุหรี่มือสาม ไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่เป็นการทำให้เข้าสังคมได้ง่ายและเพื่อนเยอะหรือทำให้เพศตรงข้ามหันมาสนใจ และยังเห็นด้วยกับภาพคำเตือนที่อยู่บนซองบุหรี่สามารถให้ผู้พบเห็นมีการรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ แต่ด้วยหน้าที่ที่อาสาสมัครต้องปฏิบัติงานให้ความรู้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทำให้อาสาสมัครจะต้องสัมผัสกับควันบุหรี่จากประชาชน และยังไม่ได้แสดงท่าทีที่ไม่พอใจต่อผู้ที่สูบบุหรี่เมื่อต้องอยู่ใกล้ตัว รวมไปถึงอาจจะยังมีความจำเป็นต้องอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่เพื่อทำภารกิจประจำวันและปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Manoton, Noosorn, Nimpitakpong, & Kanokthet (2014) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการได้รับควันบุหรี่มือสองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับ Junnual & Suebsamran (2016) พบว่าการมีทัศนคติเกี่ยวกับโทษของสูบบุหรี่จะมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สำหรับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ อภิปรายได้ว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูงเพียง 1 ใน 4 ซึ่งอาจจะเป็นความรู้เดิมที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้แล้วซึ่งกลุ่มตัวอย่างทราบถึงโทษของบุหรี่และการสัมผัสบุหรี่ว่ามีผลต่อร่างกาย ดังข้อความในงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกว่ามากกว่า 90% คือ การสูบบุหรี่มีโทษต่อคนรอบข้าง และไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ หรือผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่ (96.01%), ควันบุหรี่มีผลต่อสุขภาพของคนที่อยู่รอบข้าง (95.71%) และการสัมผัสควันบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆของร่างกาย เช่น มะเร็งปอด (92.02%) และจากการสำรวจก็ยังพบว่ามีบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านของกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ถึง 61.96% สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanwaiphatthana, Waithayavongkorn, & Aunjangwang (2013) ที่พบว่า ความรู้ของผู้ที่สูบบุหรี่ในบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัว และยังสอดคล้องกับ Manoton, Noosorn, Nimpitakpong, & Kanokthet (2014) ที่พบว่า ความรู้ไม่มีผลต่อการได้รับควันบุหรี่มือสองของแรงงานย้ายถิ่นและครอบครัว

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวก จึงควรนำทัศนคติเข้าสู่กระบวนการแก้ไขปัญหา โดยจะต้องปรับทัศนคติให้เห็นภาพถึงความสำเร็จ และนำทัศนคติเชิงบวกนำไปสู่การจัดการความรู้ที่ถูกต้องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ที่เหมาะสม

2. จากข้อมูลจะเห็นว่าพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ยังมีประเด็นที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมที่อยู่ในระดับพอใช้ เช่น การเลือกร้านอาหารที่ปลอดบุหรี่เมื่อต้องการรับประทานอาหารนอกบ้าน การสูดดมควันบุหรี่จากเสื้อผ้า โซฟา หรือสิ่งของของคนที่สูบบุหรี่ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายที่เกี่ยวกับบริโภคบุหรี่ในที่สาธารณะอย่างจริงจัง

3. จากการศึกษาพบว่า มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่มากกว่าครึ่งหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในช่วงวัยทำงาน และยังไม่ได้ขอร้องให้คนที่สูบบุหรี่อย่าอยู่ใกล้ตัว ทำให้บุคคลในครอบครัวจะมีโอกาสสัมผัสกับบุหรี่ได้มากขึ้น ฉะนั้นควรมีการจัดการรณรงค์ในรูปแบบเชิงรุกเพื่อลดปัญหาการสัมผัสบุหรี่ และเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากควันบุหรี่ โดยการประสานความร่วมมือในชุมชนให้เป็นเครือข่ายชุมชนปลอดบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการรณรงค์ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและครอบครัว รวมถึงประชาชนทราบเกี่ยวกับโทษและอันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่อย่างจริงจัง และควรดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการบุหรี่ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม พร้อมวางมาตรการการควบคุมการบริโภคบุหรี่ในชุมชน และเข้มงวดตามมาตรการของรัฐบาลอย่างจริงจัง

References

Bartz A. E. (1999). *Basic statistical concepts.* (4th Edition). New Jersey: Preentice–Hall.

Best, J. W. (1977). *Research in education.* (3nded). Englewod Cliffs: Prentice-Hall.

Bloom, B. S., Hastings, T. J., & Madaus, G. F. (1971). *Hand book on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw – Hill Book Company Inc.

Champat, C. & Kusol, K. (2018). Factors related to smoking of buddhist Monksin Meuang district, Surat Thani province. In *The 9th Hatyai National and International Conference.* Hatyai University, Songkhla. (in Thai)

Chinpong, S. (2021). Relationship between cigarettes exposure behavior among people in district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, *1*(2), 45-56.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). *The tobacco products control act of 2017; Issue published in the Royal Gazette.* Nontaburi: Thammasat Printing House. (in Thai)

Jarong, S. (2016). *Smoking behaviors of thai muslims in Yarang district, Pattani province*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of arts in islamic studies Prince of Songkla University. (in Thai)

Junnual, N. & Suebsamran, P. (2016). The situation of smoking behavior among staff and students at Ubon Ratchathani University: Smoke free Ubon Ratchathani University project. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University, 18*(2), 1-10.

Klumchim, S. (2008). *Relationship between perception from danger of secondhand smoke and health behavior among member in smoking family.* A independent study submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree master of sciences program of social and health system management graduate school Silpakorn University. (in Thai)

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30*(3), pp. 607-610.

Krungkraipetch, L. & Krungkraipetch, K. (2017). Factor affecting smoking behavior of undergraduate students in Burapha University. *Burapha Journal of Medicine, 4*(1), 21-30.

Luksanavimon, L., Petsirasan, R., Aekwarangkoon, S. & Noonil, N. (2020). Factors related to smoking behavior among youths in Thasala district, Nakhon Si Thammarat province. *Thai Journal of Nursing, 69*(1), 1-9.

Manoton, A., Noosorn, N., Nimpitakpong, P. & Kanokthet, T. (2014). Factors affecting secondhand smoke exposure in migrant workers and their families. *Journal of Nursing and Health Sciences, 8*(3), 135-144.

Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2020*). Data HDC Nakhon Si Thammarat.* Retrieved March 11, 2021 from https://www.nrt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (in Thai)

Nurapak, A., Sombhopcharoen, M., Temsirikunchai, L., & Kengganpanich, M. (2014). Factors correlated with assertive behavior when exposed to second-hand smoke in secondary school students in Bangkok Metropolitan. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 30*(2), 37-47.

Ratnanakin, N. (1994). *General knowledge on poisonous things.* Department of Medical Sciences Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)

Rudma, L. (2011). *Implicit measures for social and personality psychology.* London: SAGE.

Suwanwaiphatthana, W., Waithayavongkorn, N, & Aunjangwang, W. (2013). The relationship between knowledge and attitude of cigarette smokers toward protecting family members from secondhand smoke. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 19*(1), 31-41.

Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (2018). *Thailand tobacco consumption statistics report 2018.* Bangkok: Jarerndeemankong Printing. (in Thai)

Wateesatokgij, P. (2016). *The next step of the campaign foundation for non-smoking.* Retrieved March 11, 2021 from https://www.ashthailand.or.th/content_ attachment/ attach/eaf29e1.pdf. (in Thai)