

การสำรวจความรู้ทั่วไป พฤติกรรม และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่

ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กฤศนิน พงศ์พิศ¹, แสงตะวัน จันทร์คามคำ¹, รัตนา ไกรวิเศษ¹, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา^{2*}

บทคัดย่อ

การสำรวจความรู้ทั่วไป พฤติกรรม และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กฤศนิน พงศ์พิศ¹, แสงตะวัน จันทร์คามคำ¹, รัตนา ไกรวิเศษ¹, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา^{2*}

ว. เกษตรศาสตร์อีสาน 2554; 7(2) : 40-50

Received : 2 Mach 2011

Accepted : 31 August 2011

บทนำ: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับความรู้ ทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปประกอบการวางแผนหรือวางแผนแนวทางในการเลิกบุหรี่ในอนาคต

วัสดุและวิธีการทดลอง: กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่มสาขา คือ ก. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ข. สาขาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และ ค. สาขาสังคมศาสตร์ การศึกษาเป็นแบบ cross-sectional, descriptive study โดยอาศัยแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่และทัศนคติและความเชื่อด้านการสูบบุหรี่และเลิกบุหรี่

ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เชิงสถิติแบบพรรณนา (descriptive) ผลการศึกษา: อาสาสมัครที่เข้าเกณฑ์รับเข้าและยินยอมเข้าร่วมโครงการ ทั้งสิ้น 120 คน โดยแต่ละกลุ่มสาขาวิชาหลัก มีจำนวนผู้อาสาสมัคร สาขาละ 40 คน นอกจากนี้ พบว่าทั้ง 3 กลุ่มสาขาวิชา มีระดับความรู้เฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ ดี ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่ (96 ราย, ร้อยละ 76.7) มีเพียงร้อยละ 23.3 (28 ราย) ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของทัศนคติของการสูบบุหรี่และทัศนคติที่มีต่อปัจจัยที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ ดี เช่นกัน ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่ (28 ราย) มี 16 รายที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยให้เหตุผลของการเลิกบุหรี่คือ เรื่องสุขภาพ (ค่าคะแนนเฉลี่ย=3) และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว (ค่าคะแนนเฉลี่ย= 2.89±0.46) ส่วนเหตุผลอื่นๆ เช่น เพื่อน คนในครอบครัว และบุคลากรการแพทย์ก็มีส่วนสำคัญในการช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

สรุปผล: ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของนักศึกษาทั่วไปให้ประสบผลสำเร็จ โดยอาศัยความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ : การสูบบุหรี่, ทัศนคติ, ความเชื่อ, พฤติกรรมการสูบบุหรี่, พฤติกรรมการเลิกบุหรี่

¹ นักศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

² Ph.D อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

* ติดต่อผู้พิมพ์: รศ.ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา โทรศัพท์ 045-353630, โทรสาร 045-353626, E-mail: kkcj5476@yahoo.com

¹ Student of Department of Pharmaceutical Science, Ubon Ratchathani University, Warinchumrab, Ubon Ratchathani, 34190

² Ph.D Lecturer, Department of Pharmaceutical Science, Ubon Ratchathani University, Warinchumrab, Ubon Ratchathani, 34190

* Corresponding author: Assoc. Prof. Dr. Anun Chaikoolvatana Tel. (+66) 045-353630, Fax. 045-353626, E-mail: kkcj5476@yahoo.com

Abstract

A Survey of General Knowledge, Attitude and Beliefs Related to Cigarette Smoking by Ubon Ratchathani University Students

Krisnanin Pongpit¹, Sangtawan Chankamkum¹, Ratana Kraiwisaj¹, Anun Chaikoolvatana^{2*}

IJPS, 2011; 7(2) : 40-50

Introduction: The study aimed to assess knowledge, attitudes and belief related to cigarette smoking by Ubon Ratchathani University students to make feasible strategies for a further quit smoking program. **Materials and Method:** The target group was Ubon Ratchathani University students divided into 3 different groups: health science, science and technology, social science. It was a cross-sectional, descriptive study. A questionnaire survey was implemented to measure knowledge, attitude and beliefs related to cigarette smoking. A descriptive analysis and rating scales were used for data analyses. **Results:** There were 120 volunteers enrolled into study and each group had 40 volunteers. It was shows that all three different groups had an average mean level of knowledge as *understandably good*. Regarding smoking behavior, they mostly were non-smokers (96 persons), only 23.3 % (28 persons) of those are still current smokers. Nevertheless, mean scores of both attitudes toward smoking and factors related to quitting smoking were “good” levels. Within current and former smokers (28 persons), only 16 can quit cigarette smoking due to health issues (Mean score= 3), as well as, the effect on closed contact persons (Mean score = 2.89±0.46). Noticeably, friends, family members, and healthcare workers are the important factors to help quit smoking successfully. **Conclusion:** All study data imply further quit smoking campaigns via proper knowledge, attitude, and beliefs.

Keyword : Cigarette Smoking, Attitude. Belief, Smoking Behavior, Quit Smoking Cessation

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ประมาณ 4.9 ล้านคนทั่วโลก โดยพบว่าในจำนวนผู้เสียชีวิตจะมี 1 รายที่เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากบุหรี่ ซึ่งในอีก 20 ปีข้างหน้า ตัวเลขจะเพิ่มเป็น 1 รายในทุก 6 รายหรือประมาณ 10 ล้านคนต่อปี (WHO, 2009) ซึ่งเป็นตัวเลขที่มากกว่าการสูญเสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่นๆ และหากไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือลดละพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แนวโน้มของอัตราการตายด้วยโรคต่างๆที่มีสาเหตุจากบุหรี่จะเพิ่มขึ้น โดยประมาณการว่าคนจำนวนกว่า 500 ล้านคนที่ยังมีชีวิตอยู่ในวันนี้จะเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากบุหรี่ในอนาคต (West and Shiffman, 2007) นอกจากนี้ การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพเนื่องจากในบุหรี่มีสารประกอบต่างๆอยู่ประมาณ 4,000 ชนิด ซึ่งเป็นสารที่ก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด และยังส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ เช่น ต่อมหมวกไต กลองเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ไต กระเพาะปัสสาวะ ปอดและถุงลม (CDC, 2008) ผลจากการสูบบุหรี่อาจทำให้มีโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการสูบบุหรี่มากขึ้นเช่นกัน ส่งผล

ให้รัฐบาลต้องมีภาระมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ตามมา ซึ่งทำให้ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายมากมายในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

นอกจากนี้ ยังพบว่าการสูบบุหรี่มีได้จำกัดอยู่เพียงในผู้ใหญ่หรือวัยกลางคนเท่านั้น แต่ยังเริ่มมีการแพร่ระบาดในหมู่วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ. 2547 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 11.36 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้สูบบุหรี่ประจำจำนวน 9.6 ล้านคน โดยผู้สูบบุหรี่ประจำเหล่านี้ร้อยละ 0.3 เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 7.8 เริ่มสูบเมื่ออายุ 10-14 ปี ร้อยละ 57.4 เริ่มสูบเมื่ออายุ 15-19 ปี และ ร้อยละ 26.6 เริ่มสูบเมื่ออายุ 20-40 ปี (National Statistical Office, 2004) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่ากลุ่มวัยรุ่นเริ่มสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 15 – 19 ปี ซึ่งถือว่ายังอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายถึงระดับมหาวิทยาลัย โดยในช่วงอายุนี้นี้ถือว่าเป็นช่วงอายุในการเข้าสู่วัยรุ่นและเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ ซึ่งเหตุผลของ

การที่จะเริ่มสูบบุหรี่มีหลายสาเหตุ เช่น เครียดจากการเรียน การสอบ ทำตามเพื่อน หรืออยากลอง เป็นต้น อีกทั้งพ่อแม่ผู้ปกครองบางรายเห็นว่าบุตรหลานของตนโตขึ้นใกล้เป็นผู้ใหญ่ที่จะบรรลุนิติภาวะแล้วจึงไม่จำเป็นต้องเข้มงวด จึงทำให้ช่วงอายุ 15 – 19 ปี เป็นช่วงอายุที่สามารถพบผู้สูบบุหรี่จำนวนมาก จากข้อมูลการสำรวจที่กล่าวมายังสอดคล้องกับผลการสำรวจเบื้องต้น ที่พบว่า เยาวชนนักเรียน นักศึกษาในสถาบันการศึกษาทั้งในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด (ร้อยละ 71.0) มีปัญหาพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตไม่ต่ำกว่า 1 ปัญหาในบรรดาปัญหา 9 ที่สำคัญได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเที่ยวสถานบันเทิง เล่นการพนัน ใช้จ่ายเสพติด ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย มีเพศสัมพันธ์ ทะเลาะวิวาท และการคิดฆ่าตัวตาย โดยภาพรวมทั้งหมดของเยาวชนทั่วประเทศ วัยรุ่นแต่ละคนจะมีปัญหาเฉลี่ย 1.8 ปัญหา (ABC poll Research Center, 2007) ทั้งนี้ในปัจจุบัน รัฐบาลได้หันมาให้ความสำคัญกับการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของเยาวชนเป็นอย่างมาก ตัวอย่าง เช่น มีนโยบายต่อต้านการสูบบุหรี่ให้มีการป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชน นิสิต นักศึกษา ด้วยวิธีการต่างๆ อย่างไรก็ตามวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่มีหลายวิธีที่ต้องอาศัยหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะภายในสถาบันการศึกษาซึ่งต้องดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการรับนโยบายจากรัฐบาลมาปฏิบัติ โดยได้ออกระเบียบต่างๆ เช่น ระเบียบกระทรวงศึกษาธิการว่าด้วยการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชนโดยสถานศึกษา พ.ศ. 2543 ในข้อที่ 16 ได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า “ให้บุคลากรทางการศึกษาถือเป็นหน้าที่ในการเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการป้องกัน บำบัด ฟื้นฟูเด็กและเยาวชนในสถานศึกษาที่มีปัญหาเกี่ยวกับบุหรี่และยาเสพติดทุกชนิด” (Watanasirichaikul, 2006) นอกจากนี้ บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะบุคลากรการแพทย์ในสถานพยาบาล ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ยังมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่มีความสนใจที่จะหันมาเลิกบุหรี่และทำการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยเฉพาะเภสัชกรซึ่งเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีโอกาสได้พูดคุยให้คำปรึกษากับผู้สูบบุหรี่โดยตรง ดังนั้นจึงสามารถที่จะแนะนำให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ได้ ซึ่งทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่มีชื่อเรียกว่า 5A อันประกอบด้วย Ask, Advise, Assess, Assist, และ Arrange ซึ่งเภสัชกรจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการประยุกต์ใช้ 5A ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดบุหรี่ ซึ่งผู้ติดบุหรี่แต่ละรายจะมีระดับความรุนแรงของการติดบุหรี่และประวัติส่วนตัวที่แตกต่างกัน

ดังนั้นเภสัชกรต้องสามารถวิเคราะห์ผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อให้คำปรึกษาเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้มาขอรับบริการ โดยที่สามารถแนะนำข้อมูลในด้านการใช้ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ช่วยเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตาม การช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ยังไม่เพียงพอเพียงเภสัชกรเท่านั้นที่จะทำให้สำเร็จได้ ยังจำเป็นต้องมีบุคลากรการแพทย์สาขาต่างๆ ทำงานร่วมกันเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ จะทำให้การทำงานดังกล่าวประสบความสำเร็จมากขึ้น (WHO, 2007) ที่สำคัญตัวผู้สูบบุหรี่จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ทั้งในเรื่องอันตรายของบุหรี่ ขั้นตอนการเลิกบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ นอกจากนั้น ทักษะคิด ความเชื่อและการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่มีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาวิจัยไทยในอดีตที่ผ่านมาที่มีการประเมินทั้งด้านพฤติกรรมและการสูบบุหรี่ ทักษะของผู้สูบบุหรี่ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหรือนักเรียน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาในเขตพื้นที่ภาคเหนือและภาคกลาง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีทั้งแบบสอบถาม กิจกรรมต่างๆ แบบทดสอบความรู้ การอบรม ซึ่งผลการศึกษาล้วนส่วนใหญ่มีทั้งเชิงบวกและลบเกี่ยวกับความรู้พื้นฐาน ทักษะคิด และความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (Supawong, *et al.*, 1997; Suthiprasert, 2001; Chudej, 2004; Kantasiri, 2007; Wisutyothin, 2007; and Siripchot, 2010)

อย่างไรก็ตาม ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยเฉพาะการศึกษาสำรวจความรู้พื้นฐาน ทักษะคิดและความเข้าใจในเรื่องบุหรี่ในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษายังไม่ชัดเจนและเพียงพอเท่าที่ควร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะประยุกต์ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ทั่วไป ทักษะคิดและความเชื่อเรื่องบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งในเขตพื้นที่การศึกษาดังกล่าวมีแหล่งชุมชนและสถานบันเทิงของกลุ่มวัยรุ่นจำนวนมาก นอกจากนั้น นักศึกษาส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในหอพักเอกชนเป็นหลักและอาศัยอยู่กับเพื่อนร่วมห้อง ซึ่งปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมาอาจส่งผลต่อการชักจูงและนำไปสู่การสูบบุหรี่ในที่สุด ดังนั้นข้อมูลพื้นฐาน เช่น ความรู้ ทักษะคิดและความเชื่อของการสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่ได้จากการศึกษาดังนี้จะช่วยในการกำหนดแนวทางการรณรงค์ ป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักศึกษา

วัตถุประสงค์

1. ประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่และอันตรายจากการสูบบุหรี่

2. ประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่

3. ประเมินทัศนคติและความเชื่อต่อการสูบบุหรี่และการเลิกบุหรี่ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็น Descriptive cross-sectional surveys design

2. กลุ่มตัวอย่าง

คือนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยแบ่งออกเป็น 3 สาขาวิชาหลัก ดังนี้

1. วิทยาศาสตร์สุขภาพ (ประกอบด้วยคณะแพทยศาสตร์, เกษตรศาสตร์, สาธารณสุขศาสตร์, และพยาบาลศาสตร์)
2. วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี (ประกอบด้วยคณะวิศวกรรมศาสตร์, วิทยาศาสตร์, และเกษตรศาสตร์)
3. สังคมศาสตร์ (ประกอบด้วยคณะบริหารศาสตร์, นิติศาสตร์, รัฐศาสตร์, และศิลปศาสตร์)

ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายต้องผ่านเกณฑ์รับเข้า ดังนี้

1. เป็นนักศึกษาในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป
3. กำลังศึกษาในคณะฯ ที่ระบุไว้ข้างต้น
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. มีความยินดีและเต็มใจที่จะเข้าร่วมโครงการ สำหรับการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จะทำการสุ่มถามกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มสาขาวิชา โดยให้มีสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้ง

สามกลุ่มเท่าหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกระจายไปทุกสาขาวิชามากที่สุด และเนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการเก็บข้อมูล จึงใช้เวลาในการสุ่มและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพียง 3 สัปดาห์ ซึ่งจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ มีผู้ตอบแบบสอบถามและส่งกลับทั้งสิ้น 120 คน โดยทั้ง 3 สาขาวิชาหลักมีผู้ตอบแบบสอบถามสาขาวิชาละ 40 คน เท่ากัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แบบสอบถาม

ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้ทั่วไป ทัศนคติ ความเชื่อเรื่องบุหรืของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้มีการหาความเที่ยงตรง (Content Validity) และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริง

3.1.1 การหาความเที่ยงตรง (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องหาข้อประเมินผล จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามการเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปเก็บข้อมูล

3.1.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

คณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบข้อบกพร่องและหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient method) โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ตารางที่ 1 ส่วนประกอบของแบบสอบถาม

หัวข้อ	จำนวนข้อคำถาม	รูปแบบ
ส่วน A ข้อมูลทั่วไป	9 ข้อ	เลือกตอบและระบุคำตอบ
ส่วน B ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรืและอันตรายจากการสูบบุหรื	20 ข้อ	Rating scales (เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย)
ส่วน C พฤติกรรมการสูบบุหรื	13 ข้อ	เลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก
ส่วน D ทัศนคติและความเชื่อต่อการสูบบุหรื	15 ข้อ	Rating scales (เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย)
ส่วน E ทัศนคติและความเชื่อต่อการเลิกสูบบุหรื	5 ข้อ 10 ข้อ	เลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก Rating scales (เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย)
ส่วน F พฤติกรรมการเลิกบุหรื	5 ข้อ	เลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก

หมายเหตุ: ค่า Cronbach alpha coefficient เฉลี่ยของข้อคำถามในแบบสอบถามส่วน B, D, และ E ที่เป็น rating scales เท่ากับ 0.768 ซึ่งถือว่าเหมาะสม (ค่ามาตรฐาน ควรมากกว่า 0.7)

4. วิธีการเก็บข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยแนะนำตัวและวัตถุประสงค์โครงการกับกลุ่มตัวอย่าง
- 2) หลังจากนั้นทำนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูล
- 3) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเพื่อนำไปวิเคราะห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลจะอาศัยโปรแกรม SPSS 16.0 software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) เป็นโปรแกรมที่มีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลหรือวิเคราะห์สถิติที่เป็นพื้นฐานทั่วไป (Basic Statistics) โดยได้วิเคราะห์ข้อมูลออกมาดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS 16.0 software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)

1. Descriptive analysis ได้แก่ Mean, SD, Max, Min, Percentage และ Rating scale (Thedrapimethaweenomchai <i>et al.</i> , 2006) ดังนี้		
ข้อความเชิงบวก	ไม่เห็นด้วย (1) → ไม่แน่ใจ (2) → เห็นด้วย (3)	
ข้อความเชิงลบ	ไม่เห็นด้วย (3) → ไม่แน่ใจ (2) → เห็นด้วย (1)	
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่		
ช่วงคะแนนรวม		
คะแนน 40-60		หมายถึง ระดับความรู้ ดี
คะแนน 20-39		หมายถึง ระดับความรู้ ปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า 20		หมายถึง ระดับความรู้ พอใช้
ทัศนคติและความเชื่อต่อการสูบบุหรี่		
ช่วงคะแนนรวม		
คะแนนต่ำกว่า 15		หมายถึง มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ไม่ดี
คะแนน 15 – 29		หมายถึง มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ปานกลาง
คะแนน 30- 45		หมายถึง มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ดี
ทัศนคติที่มีต่อบัจจัยที่ช่วยในการเลิกบุหรี่		
ช่วงคะแนนเฉลี่ยแต่ละข้อ		
คะแนน 2-3		หมายถึง ระดับทัศนคติและความเชื่อ ดี
คะแนน 1-1.9		หมายถึง ระดับทัศนคติและความเชื่อ ปานกลาง
คะแนน น้อยกว่า 1		หมายถึง ระดับทัศนคติและความเชื่อ พอใช้
2. Descriptive analysis ได้แก่ Mean, SD, Max, Min, Percentage และ Rating scale (Thedrapimethaweenomchai <i>et al.</i> , 2006) ดังนี้		
ข้อความเชิงบวก	ไม่เห็นด้วย (1) → ไม่แน่ใจ (2) → เห็นด้วย (3)	
ข้อความเชิงลบ	ไม่เห็นด้วย (3) → ไม่แน่ใจ (2) → เห็นด้วย (1)	
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่		
ช่วงคะแนนรวม		
คะแนน 40-60		หมายถึง ระดับความรู้ ดี
คะแนน 20-39		หมายถึง ระดับความรู้ ปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า 20		หมายถึง ระดับความรู้ พอใช้
ทัศนคติและความเชื่อต่อการสูบบุหรี่		
ช่วงคะแนนรวม		
คะแนนต่ำกว่า 15		หมายถึง มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ไม่ดี
คะแนน 15 – 29		หมายถึง มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ปานกลาง
คะแนน 30- 45		หมายถึง มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ดี
ทัศนคติที่มีต่อบัจจัยที่ช่วยในการเลิกบุหรี่		
ช่วงคะแนนเฉลี่ยแต่ละข้อ		
คะแนน 2-3		หมายถึง ระดับทัศนคติและความเชื่อ ดี
คะแนน 1-1.9		หมายถึง ระดับทัศนคติและความเชื่อ ปานกลาง
คะแนน น้อยกว่า 1		หมายถึง ระดับทัศนคติและความเชื่อ พอใช้

ผลการศึกษาวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาทั้งหมด 3 สาขาวิชาหลัก ดังนี้ 1. วิทยาศาสตร์สุขภาพ 2. วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และ 3. สังคมศาสตร์ จำนวนทั้งสิ้น 120 คนที่ผ่านเกณฑ์รับเข้า (inclusion criteria) ทั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งสิ้น 120 ชุด (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและหญิงเท่ากัน (ร้อยละ 50) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.57 ± 1.96 หากพิจารณาจากระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 4 และ 3 (ร้อยละ 27.5, 26.7 ตามลำดับ) และพักอาศัยอยู่ในหอพักเอกชน (ร้อยละ 52.9) รายได้เฉลี่ยประมาณ $3,450 \pm 125.50$ บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 76.7) และมีโรคประจำตัว เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 9.35) และโรคกระเพาะอาหาร (ร้อยละ 5.95) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 อัตราการตอบกลับของแบบสอบถาม (n = 120)

สาขาการศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)
วิทยาศาสตร์สุขภาพ	40(33.3)
วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี	40(33.3)
สังคมศาสตร์	40(33.3)
รวม	120 (100.00)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	60(50)
หญิง	60(50)
อายุ	
10-20 ปี	63(52.2)
21-30 ปี	55(45.8)
31-40 ปี	2(1.7)
มากกว่า 40 ปี	
อายุเฉลี่ย 20.57 ± 1.96	-
ระดับการศึกษา	
ชั้นปีที่ 1	31(25.8)
ชั้นปีที่ 2	21(17.5)
ชั้นปีที่ 3	32(26.7)
ชั้นปีที่ 4	33(27.5)
ชั้นปีที่ 5	2(2.5)
สาขาการศึกษา	
วิทยาศาสตร์สุขภาพ	40(33.3)
วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี	40(33.3)
สังคมศาสตร์	40(33.3)

สถานที่พักอาศัย

หอพักเอกชน	71(52.9)
หอพักมหาวิทยาลัย	32(26.7)
บ้านเช่า	10(8.3)
บ้านตนเองหรือบ้านญาติ	7(5.8)

รายได้(บาทต่อเดือน)

น้อยกว่า 5,000	71(59.2)
5,000-10,000	43(35.8)
10,000-15,000	5(4.2)
มากกว่า 15,000	
รายได้เฉลี่ย $3,450 \pm 125.50$ บาท	1(0.8)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ไม่สูบ	92(76.7)
สูบ	28(23.3)

โรคประจำตัว

- มี	22(18.7)
โรคระบบทางเดินหายใจ	11(9.35)
โรคกระเพาะอาหาร	7(5.95)
โรคกระดูกและข้อ	1(0.85)
ไขมันในเลือดสูง	1(0.85)
ปวดหัวไมเกรน	2(1.70)
- ไม่มี	98(87.7)

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปและอันตรายเกี่ยวกับบุหรี่ย

หากแยกพิจารณารายข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการบุหรี่ย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ในแต่ละข้ออยู่ในเกณฑ์ ดี คือมีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 2-3 คะแนน โดยพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 2.95 คือ “การสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งปอด” และยังพบว่าในบางประเด็นที่ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ ปานกลาง ได้แก่ “ความรู้เกี่ยวกับวิธีการสูดควันบุหรี่ยมีผลต่อปริมาณคราบเขม่าและนิโคตินที่ผู้สูบจะได้รับ” และ “ก้นกรองบุหรี่ยช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่” (ตารางที่ 5)

เมื่อนำค่าคะแนนรวมมาวิเคราะห์ พบว่าค่าคะแนนรวมความรู้ทั้ง 3 กลุ่มสาขาวิชาอยู่ในเกณฑ์ดี (49.85 คะแนน) โดยเรียงลำดับคะแนนจากมากไปน้อย ดังนี้ วิทยาศาสตร์สุขภาพ (50.1 คะแนน) สังคมศาสตร์ (49.45 คะแนน) และวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี (49.1 คะแนน) ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่เคยสูบบุหรี่และตอบแบบสอบถาม มีทั้งสิ้น 28 คน (ร้อยละ 23.3) โดยเป็นผู้ที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว 16 คน และยังสูบบุหรี่ 12 คน ในกลุ่มผู้ที่เคย

สูบบุหรี่ (28 คน) มี 22 คนที่สูบบุหรี่มานานและอีก 6 คนที่สูบบุหรี่ไม่นาน เมื่อสอบถามปริมาณการสูบตั้งแต่เริ่มสูบครั้งแรกจนถึงปัจจุบันหรือถึงช่วงที่เลิกได้ พบว่ากลุ่มที่สูบ 1-10 มวน มีจำนวน 10 คน กลุ่มที่สูบ 11-100 มวน มีจำนวน 9 คน และกลุ่มที่สูบ 100-200 มวน มีจำนวน 5 คน และพบว่า มีเพียง 4 คนที่สูบบุหรี่มากกว่า 200 มวน ตั้งแต่เริ่มสูบจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ พบว่าส่วนใหญ่ปริมาณการสูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในช่วง 1-20 มวนต่อวัน (15 คน)

นอกจากนี้ ยังพบว่าโดยปกติบุหรี่ที่สูบมักได้จากการซื้อเองและการขอเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นส่วนใหญ่ (20 คน, 8 คน ตามลำดับ) นอกนั้นมีการซื้อขายตามร้านค้าร้านชำทั่วไป (14 คน) และร้านสะดวกซื้อ seven-eleven (6 คน) และชนิดบุหรี่ที่สูบส่วนใหญ่เป็นบุหรี่โรงงาน (20 คน) เมื่อประเมินระดับการติดบุหรี่จากผู้ที่เคยสูบบุหรี่ทั้งหมด พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ยังสูบบุหรี่ ส่วนมากระบุว่าไม่ได้สูบบุหรี่เป็นอย่างแรกหลังจากตื่นนอนทันที จำนวน 9 คน (ร้อยละ 75) นอกจากนั้น มีกลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มสูบบุหรี่หลังจากตื่นนอนมากกว่า 60 นาที จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58) ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีอาการอยากสูบบุหรี่เมื่อผ่านไป 2-3 ชั่วโมง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 64) และมักสูบบุหรี่เพื่อลดอาการหงุดหงิดกระสับกระส่าย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 48) ส่วนผู้ที่เคยสูบบุหรี่แต่ไม่แน่ใจว่าตนเองมีอาการดังกล่าว มีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 45) และยังพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การสูบบุหรี่ครั้งแรก ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะมีความต้องการในการสูบบุหรี่มากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป จำนวน 17 คน (ร้อยละ 60.71)

ส่วนที่ 4 ทศณคติและความเชื่อต่อการสูบบุหรี่

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนรวมทัศนคติและความเชื่อในแต่ละกลุ่มสาขาการศึกษา พบว่าทั้งกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ (37.85 คะแนน) กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี (36.45 คะแนน) กลุ่มสังคมศาสตร์ (37 คะแนน) ซึ่งค่าคะแนนรวมทัศนคติและความเชื่อทั้ง 3 สาขาวิชาหลักมีค่าเท่ากับ 37.1 ซึ่งอยู่ในช่วงค่าคะแนน 30-45 จัดว่าอยู่ในระดับ ดี (ตารางที่ 7) นอกจากนี้ หากพิจารณาค่าคะแนนทัศนคติและความเชื่อเฉลี่ยรายข้อ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคำถามแต่ละข้ออยู่ในช่วง 2-3 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในระดับ ดี และมีค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 2.54 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ ดี เช่นกัน

ส่วนที่ 5 ทศณคติที่มีต่อปัจจัยที่ช่วยในการเลิกบุหรี่

ในจำนวนของคนที่ไม่สูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่ 28 คน พบว่ามี 16 คน (ร้อยละ 57.14) สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ อีก 12 คน (ร้อยละ 42.86) ยังไม่เลิกสูบ จากการสำรวจทัศนคติที่มี

ต่อปัจจัยที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจเลิกบุหรี่ทุกด้านโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ ดี โดยมีระดับคะแนนแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 2-3 คะแนน ทั้งนี้ปัจจัยที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสำคัญต่อการตัดสินใจเลิกบุหรี่ คือ สุขภาพ โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3 คะแนนเต็ม (ตารางที่ 8) นอกจากนั้น ค่าคะแนนรวมในทุกข้อของแบบสอบถาม มีระดับคะแนนรวมอยู่ที่ 25.89 คะแนน (ค่าคะแนนรวม 30) ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ระดับความเชื่อและทัศนคติ ดี

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการเลิกบุหรี่

มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 28 คน ประกอบด้วยผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ 12 คนและสามารถเลิกสูบบุหรี่แล้ว 16 คน (ร้อยละ 57.14) ในจำนวน 12 คน (ร้อยละ 42.86) มีจำนวนผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ทันทีจำนวน 8 คน ไม่แน่ใจ 3 คน และไม่ยอมเลิกจำนวน 1 คน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้น (16 คน) ได้รับความช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่จากคนรอบข้างซึ่งประกอบด้วย เพื่อน (5 ราย) บุคคลในครอบครัว (15 ราย) และบุคลากรทางการแพทย์ 8 ราย (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปและอันตรายเกี่ยวกับบุหรี่ (n = 120)

ข้อที่ (Mean)	ค่าคะแนนเฉลี่ย	S.D.	ระดับ ความรู้
1.	2.50	0.580	A
2.	2.79	0.408	A
3.	2.87	0.365	A
4.	1.24	0.485	B
5.	2.65	0.479	A
6.	2.85	0.042	A
7.	2.95	0.219	A
8.	2.73	0.463	A
9.	2.54	0.564	A
10.	2.59	0.558	A
11.	2.91	0.343	A
12.	2.72	0.448	A
13.	2.48	0.594	A
14.	2.28	0.651	A
15.	2.23	0.645	A
16.	2.20	0.630	A
17.	2.24	0.789	A
18.	1.72	0.651	B
19.	2.24	0.789	A
20.	2.45	0.672	A

ค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อ (= 3) 2.459 0.183

หมายเหตุ :

A คือ ระดับความรู้ ดี (ค่าคะแนนระหว่าง 2-3 คะแนน)

B คือ ระดับความรู้ ปานกลาง (ค่าคะแนนระหว่าง 1-1.9คะแนน)

C คือ ระดับความรู้ พอใช้ (ค่าคะแนนน้อยกว่า 1 คะแนน)

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนรวมของความรู้ทั่วไปและอันตรายเกี่ยวกับบุหรื (n = 120)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าคะแนนรวมเฉลี่ย (60)
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ	50.1
กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี	49.1
กลุ่มสังคมศาสตร์	49.45
ค่าคะแนนรวม 3 กลุ่ม	49.85

หมายเหตุ :

- A คือ ระดับความรู้ ดี (ค่าคะแนนระหว่าง 40-60 คะแนน)
B คือ ระดับความรู้ ปานกลาง (ค่าคะแนนระหว่าง 20-39 คะแนน)
C คือ ระดับความรู้ พอใช้ (ค่าคะแนนน้อยกว่า 20 คะแนน)

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนรวมของทัศนคติและความเชื่อต่อการสูบบุหรื (n=120)

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนรวมเฉลี่ย (45)	คะแนนรวมเฉลี่ยรายข้อ (3)	ระดับ
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ	37.85	2.89	A
กลุ่มวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี	36.45	2.50	A
กลุ่มสังคมศาสตร์	37.0	2.23	A
รวม	37.1	2.54	A

หมายเหตุ :

- A คือ ระดับระดับทัศนคติและความเชื่อ ดี (ค่าคะแนนระหว่าง 30-45 คะแนน)
B คือ ระดับระดับทัศนคติและความเชื่อ ปานกลาง (ค่าคะแนนระหว่าง 15-29 คะแนน)
C คือ ระดับระดับทัศนคติและความเชื่อ พอใช้ (ค่าคะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน)

ตารางที่ 8 ทัศนคติที่มีต่อปัจจัยที่ช่วยในการเลิกบุหรื (n =28)^a

ปัจจัยที่ทำให้เลิกบุหรื	ค่าเฉลี่ย (Mean)	S.D.	ระดับทัศนคติ
1. สุขภาพ	3	0	A
2. ผลกระทบต่อคนรอบข้าง	2.89	0.461	A
3. สังคมไม่ยอมรับ	2.57	0.634	A
4. ราคา	2.57	0.742	A
5. รายรับในแต่ละเดือนไม่เพียงพอ	2.46	0.774	A

6. กฎหมายการห้ามสูบบุหรืในที่สาธารณะ	2.36	0.911	A
7. ค่าเตือนด้านสุขภาพบนซอง	2.46	0.881	A
8. การยอมรับจากสังคมรอบข้าง	2.61	0.576	A
9. ความเครียดที่ลดลง	2.29	0.763	A
10. คำขอร้องจากบุคคลในครอบครัว	2.68	0.670	A
ค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อ (3)	2.589	0.641	A

หมายเหตุ :

- A คือ ระดับทัศนคติและความเชื่อ ดี (ค่าคะแนนระหว่าง 2-3 คะแนน)
B คือ ระดับทัศนคติและความเชื่อ ปานกลาง (ค่าคะแนนระหว่าง 1-1.9 คะแนน)
C คือ ระดับทัศนคติและความเชื่อ พอใช้ (ค่าคะแนนน้อยกว่า 1 คะแนน)
a หมายถึง คนที่สูบและเคยสูบบุหรื

ตารางที่ 9 ผู้ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรืของผู้ที่สูบและเคยสูบบุหรื (n = 28)

ผู้ให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรื	จำนวน (คน)
เพื่อน	5
บุคคลในครอบครัว	15
บุคลากรทางการแพทย์	8

อภิปรายผลและสรุป

เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของทั้ง 3 สาขาวิชาหลักที่มีพื้นฐานความรู้ในสาขาที่แตกต่างกัน พบว่าโดยรวมระดับความรู้อยู่ในระดับดี โดยที่กลุ่มตัวอย่างสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มอื่นทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ยาและการดูแลสุขภาพจากรายวิชาที่ตนเองกำลังศึกษาอยู่ ซึ่งอาจส่งผลทำให้ค่าคะแนนสูงกว่าสาขาวิชาอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ หรือสังคมศาสตร์ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 สาขาวิชามีความรู้ทั่วไปและอันตรายเกี่ยวกับบุหรือยู่ในระดับที่น่าพอใจ

ถึงแม้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในบางประเด็นเกี่ยวกับการสูบบุหรื เช่น “วิธีการสูดควันบุหรืเข้าปอดมีผลต่อปริมาณคราบเขม่าและนิโคตินที่จะได้รับ” และ “ก้นกรองช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรื” ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรืมีแนวโน้ม

ที่ไม่คิดที่จะเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ การรณรงค์ทำความเข้าใจให้กับผู้ที่สูบบุหรี่ให้ตระหนักถึงอันตรายของการสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นต้องดำเนินการทันที เนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้สูบบุหรี่ยังคงมีให้เห็นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก สื่อโฆษณา สิ่งพิมพ์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ที่พยายามสื่อสารให้กับผู้สูบบุหรี่เข้าใจว่าการสูบบุหรี่บางประเภท ในรูปแบบใหม่ๆ ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆลดลง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวไม่ถูกต้อง ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัยและสถาบันการศึกษาอื่นๆ ต้องร่วมมือกันในการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องกับประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะผู้ที่กำลังสูบบุหรี่หรือคิดที่จะสูบ รวมทั้งผู้ที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ให้ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้คนกลุ่มนี้สามารถใช้วิจารณญาณที่ถูกต้องในการตัดสินใจเลิกบุหรี่ โดยอาศัยข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ต่างๆจากสื่อสาธารณะต่างๆ (TRC, 2010)

ในด้านทัศนคติและความเชื่อต่อการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (ตารางที่ 1) ซึ่งผู้ไม่สูบบุหรี่มักจะมีทัศนคติและทัศนคติที่ดี ส่งผลให้ระดับค่าคะแนนรวมเฉลี่ยทัศนคติและค่าคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ ดี ทั้งคู่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าใจผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจากการสูบบุหรี่ (Wisutyothin, 2007; Viriyachaiyo and Lim, 2006) ดังนั้นหากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติและความเชื่อที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ จะส่งผลทำให้การสูบบุหรี่ลดลงได้เช่นกัน (Supawong *et al.*, 1997; Suwantherangkool, 2000) ที่น่าสังเกตคือ ยังคงมีทัศนคติความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ เช่น สังคมไทยยอมรับการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ทำให้คุณมีแรงในการทำงานเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่สามารถสร้างแรงดึงดูดจากเพศตรงข้าม การสูบบุหรี่เป็นสัญลักษณ์ของความทันสมัย คนที่ประสบความสำเร็จในสังคมส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ซึ่งทัศนคติที่ไม่ถูกต้องดังกล่าวถูกอ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมาเช่นกัน (Prasomsak, 2007) ผลการศึกษารั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับขบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ของบุคลากรการแพทย์ ยังสามารถนำเอาหลักความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไปใช้ โดยมุ่งใจให้ผู้ที่กำลังสูบ หรือคิดที่จะสูบหรือกำลังจะเลิกสูบที่ทัศนคติที่ถูกต้อง ให้คนเหล่านั้นสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีคนจำนวนไม่น้อยที่ยังมีทัศนคติหรือความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ อันเนื่องมาจากการได้รับข้อมูล ข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น

จึงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในการรณรงค์ทำความเข้าใจและเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ต่อไป (Prasomsak, 2007) เช่น การเสริมเนื้อหาในหลักสูตรการเรียนการสอนให้กับนักเรียน นักศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นอกจากนั้น การประชาสัมพันธ์ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเข้าถึงบริการ และการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าใจและมีส่วนร่วมในการช่วยรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนทัศนคติและความเชื่อในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่าอยู่ในระดับ ดี ทั้งนี้เหตุผลของการเลิกบุหรี่มาจากความกังวลเรื่องสุขภาพและผลกระทบต่อครอบครัว (ตารางที่ 6) เนื่องจากการสูบบุหรี่ที่ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดโรคต่างๆตามมา เช่น มะเร็งปอดและถุงลมโป่งพอง (Prasomsak, 2007) นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ที่ติดบุหรี่แบบติดนิโคติน ไม่ใช่การทดลองสูบหรือสูบบางครั้งคราว และผู้ที่ติดบุหรี่มีความต้องการที่จะเลิกหลังตอบแบบสอบถาม ซึ่งจากผลสำรวจพบว่า คนในครอบครัวและบุคลากรการแพทย์ในส่วนตัวสำคัญในการช่วยให้เลิกบุหรี่ ซึ่งหากเป็นคนในครอบครัว จะมีส่วนในการให้กำลังใจและแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่างๆในขั้นตอนการเลิกบุหรี่ สำหรับบุคลากรการแพทย์มีหน้าที่สำคัญในการให้ข้อมูล คำปรึกษาที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ รวมทั้งวิธีการและขั้นตอนในการเลิกบุหรี่ เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่ประสบผลสำเร็จในการเลิกบุหรี่และกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ (Kantasiri, 2007; Lohakit, 2005; Pagdeepairoj, 2007)

ดังนั้น แบบสอบถามความรู้ทั่วไป ทัศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ที่พัฒนาขึ้นมาในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นๆได้ จากผลการประเมินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ช่วยทำให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ของนักศึกษาได้ และสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในเขตสถานศึกษาได้ นอกจากนั้น ยังสามารถขยายพื้นที่ไปยังหน่วยงานหรือสถาบันการศึกษาอื่นๆทั้งในและนอกเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้เห็นภาพรวมได้ชัดเจนมากขึ้น ถึงแม้การศึกษารั้งนี้จะได้ผลเป็นที่น่าพอใจแต่ก็ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการแก้ไขข้อจำกัด ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างที่ยังมีจำกัด ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการอ้างอิงถึงภาพรวมของผลการศึกษาดังนั้นหากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น อาจขยายระยะเวลาการศึกษา หรือเพิ่มพื้นที่การเก็บข้อมูลมากขึ้น

2) เนื่องจากแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมา มีการทดลองใช้ก่อนทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่มาก ดังนั้นในครั้งต่อไปก่อนที่จะนำแบบสอบถามดังกล่าวไปใช้ ควรทำการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นอีกครั้งโดยการทำการ pilot study เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้องมากขึ้น

3) นอกจากนั้น ควรศึกษาถึงพฤติกรรมจริง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

4) ควรศึกษาถึงปัจจัยภายนอกที่มีผลทำให้สูบบุหรี่ นอกเหนือไปจากความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของกลุ่มนักเรียน นักศึกษา เช่น เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเที่ยวกลางคืน นอกจากนั้น ความเครียด สิ่งแวดล้อมที่บ้านและที่ทำงาน สื่อโฆษณาและสื่อสังคมออนไลน์ที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับทางสังคมของกลุ่มวัยรุ่นในปัจจุบัน ก็เป็นสิ่งที่ควรได้รับการประเมิน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่

5) ควรศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถใช้ในการทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มวัยรุ่น นักศึกษา ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกาป้องกันไม่ให้สูบบุหรี่

6) ควรทำการศึกษาหลาย ๆ พื้นที่เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเปรียบเทียบ เพื่อพิจารณาความเหมือนและแตกต่างกันของข้อมูลที่ได้ อันจะนำไปใช้ประโยชน์ในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบขอบคุณคณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีในการอนุเคราะห์ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ และขอขอบคุณนักศึกษาทุกคณะที่ให้ความกรุณากรอกแบบสอบถามจนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

- ABC poll Research Center. Attitudes toward addictive substances among teenage [Online] ABC poll 2007 [cited 2006 May 15]. Available from: <http://www.abacpoll.au.edu/seminar/special/main2550.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Screening to Prevent Cancer Deaths. CDC Online Newsroom 2008 [cited 2009 Nov 17]. Available from: <http://www.cdc.gov/media/pressrel/2008/r080313.htm>.
- Chudej S. Factors involved in smoking behavior of King Mongkut's University of Technology Thonburi students. *KMUTT Research and Development Journal* 2004; 1: 95-114.
- Kantasiri L. Smoking behaviors and risk factors among university students Chiang Mai University. [Thesis of Master Degree in Public Health]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2007.
- Lohakit S. Attitudes toward cigarette smoking of first year university students, Chiangmai University and Mae-Jo University. [Thesis of Master Degree in Science]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005.
- National Statistical Office, Ministry of Information Communication and Technology, Thailand. A national survey of smoking and drinking behaviors of Thai population in 2004 [cited 2010 Jun 28]. Available from: http://service.nso.go.th/nso/ns_ocenter/project/search_center/23project-th.htm.
- Pagdeepairoj S. Attitudes related smoking behavior of Chiang Mai University students. [Thesis of Master Degree in Economics]. Chiang Mai: Chiang Mai University, 2007.
- Prasomsak S. Factors, effects of cigarette smoking, and smoking behavior of private university students, Bangkok. St.John University, Thailand. 2007.

- Siriphot P. Prevalence, knowledge, attitudes related to smoking behavior of Mathayom 3 students, Janokrong, Phitsanulok. An Annual Student Research Project 2010. Janokrong High School, Phitsanulok; 2010.
- Supawong C, Baulai S, Tantiket N. Smoking behavior of Thai teenage. Nonthaburi: Medical Science Department, Ministry of Public Health, Thailand. 1997 [cited 2010 Nov 10]. Available from: <http://advisor.anamai.moph.go.th>.
- Suthiprasert T. Factors related to smoking behaviors of technology college students, Suphanburi. Medical Social Unit, Yomraj Chaopraya Hospital. *Thai J Health Promot Environ Health* 2001; 24(1): 20-24.
- Suwantherangkool J. Factors related to smoking behaviors among high school students. *Chiang Mai Med J* 2000; 39: 9-19.
- Thedrapimethaweenomchai S, Deepoon M, Mansaeng P. Smoking behavior and quit smoking temptation of vocational college students, Ubon Ratchathani province. *UBU Journal* 2006; 4(5): 17-22. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC). Smoking Cessation Online Service (SCOS) [cited 2010 Aug 10]. Available from: <http://www.medcenter-ubon/sc>.
- Viriyachaiyo V, Lim A. Attitudes towards smoking and health of faculty personnel, medical students and hospital clients at the Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Thailand. *Songkla Med J* 2006; 24(3): 205-14.
- Watanasirichaikul S. Textbook of Tobacco Consumption Control for Health Care Students and Professionals, 1st ed. Thai Health Alliance Against Tobacco: Bangkok Press; 2006.
- West R, Shiffman S. Smoking cessation: fast facts. Oxford: Health Press, 2007.
- Wisutyothin Y. Smoking behavior of teenage in target areas, Department of Prevention and Control 9 (DPC), Phitsanulok. Department of Prevention and Control 9, Phitsanulok. 2007.]
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Control, 2009.
- World Health Organization (WHO). An annual report: The role of health care professionals in tobacco control. Health Professional against Tobacco. World Health Organization, 2007.