

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรื และแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Developing and Validating a Scale to Measure Cognitive Behavior and Smoking Cessation Assistance Behavior among Village Health Volunteers in Thailand

ธนะวัฒน์ รวมสุก, พย.ม., Tanawat Ruamsook, M.N.S.^{1*}

ลักขณวิรุฬห์ โชติศิริ, ส.ด., Luckwirun Chotisiri, Ph.D.¹

ชัชวาล วงศ์สารี, ประ.ด., Chutchavarn Wongsaree, Ph.D.²

วลัยนารี พรหมลา, ประ.ด., Walianaree Promla, Ph.D.³

¹อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

¹Division of Community Health Nursing, College of Nursing and Health,
Suan Sunandha Rajabhat University

²อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

²Division of Adult and Gerontology Nursing, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และรองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

³Assistant professor and Deputy Dean for Research, Faculty of Nursing, Pathumthani University

*Corresponding Author: tanawat.ru@ssru.ac.th

Received: August 25, 2021

Revised: November 27, 2021

Accepted: December 20, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและความสอดคล้องของโมเดล
ของแบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืและแบบประเมินพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรืของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 400 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบ
ด้วยตนเอง คือ แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืและแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรื วิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัย พบว่า แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่มี 8 ข้อคำถาม และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่มี 10 ข้อคำถาม มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และ 0.93 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.81 และ 0.84 ตามลำดับ ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่า แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่มีค่าไอเกนมากกว่า 1.00 จำแนกได้ 2 องค์ประกอบ คือ ด้านความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์และด้านความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐานซึ่งอธิบายความแปรปรวนร่วมได้ร้อยละ 37.79 และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่มี 1 องค์ประกอบอธิบายความแปรปรวนร่วมได้ร้อยละ 71.63 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 9.020$, $p = .701$, CFI = 1.00, SRMR = .005) ทั้งนี้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ของอสม.และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่มีอิทธิพลต่อกัน ($\beta = .54$, $p < .05$) แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ได้เก็บข้อมูลได้จริงกับ อสม.

คำสำคัญ: ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ แบบประเมิน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research is basically a descriptive study aimed at developing and validating a scale that would measure cognitive behavior and smoking cessation assistance behavior among cigarette-smoking Village Health Volunteers (VHV) in Thailand. This study was conducted by distributing an 8-item Cognitive Cigarette Scale (CCS) and a 10-item Smoking Cessation Assistance Behavior Scale (SCABS) to 400 cigarette-smoking Thai VHV who are residing in the various regions of the country.

After subjecting the data to statistical analysis, findings reveal that the instruments' content validity indexes are at 0.98 and 0.93 respectively. This means that in terms of content, both instruments are highly valid. Data further reveals that the value of Cronbach's Alpha for the two instruments are at 0.81 and 0.84 respectively. This means that both instruments are highly reliable.

In terms of construct validity, factor analysis shows the following: an Eigen value that is greater than 1.0; a total variance of 37.79%; $\chi^2 = 9.020$; $p = 0.701$; CFI = 1.00; and SRMR 0.005. Furthermore, factor analysis reveals that the cognitive skills of the VHV and the smoking cessation assistance behavior, both, influence each other ($\beta = 0.54$ and $p = 0.05$). All these mean that the scales developed by the researcher to measure cognitive behavior and Smoking Cessation Assistance Behavior are valid and reliable to collect data among Thai VHVs.

Keywords: cognitive in cigarette, smoking cessation assistance behavior, scale, health volunteers

บทนำ

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดที่มีผู้เสพติดมากที่สุดในโลก โดยทั่วโลกมีผู้เสพติดบุหรี่ 1,300 ล้านคน ทั้งนี้บุรียังเป็นสาเหตุหรือปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ ดังนั้น บุหรี่จึงเป็นปัจจัยเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในกลุ่มโรคที่ป้องกันได้ (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2559) จากรายงานการสำรวจผู้เสพติดบุหรี่ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมบริโภคยาสูบ จำนวน 10.9 ล้านคน และมีอัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ย 19.9 ขณะเดียวกันในมุมมองทางสุขภาพ พบว่า บุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญในการก่อโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิต ได้แก่ โรคปอด และโรคมะเร็งชนิดต่างๆ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ซึ่งผู้เสพติดจะได้รับสารพิษขณะสูบบุหรี่และผู้ที่อยู่ใกล้ก็จะได้รับควันบุหรี่ซึ่งพิษต่อร่างกายเช่นกัน ข้อมูลเชิงประจักษ์ระบุว่า ขณะบุหรี่เกิดการเผาไหม้จากกระบวนการสูบบุหรี่ 1 มวน จะมีสารเคมีมากกว่า 7,000 ชนิด เช่น นิโคติน เป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติดและทำให้เกิดโรคหัวใจ แอมโมเนีย เป็นสารที่ช่วยให้อาหารมีการดูดซึมนิโคตินได้เร็วขึ้น เพิ่มอำนาจการเสพติด สารหนู เป็นสารก่อมะเร็ง คาร์บอนมอนนอกไซด์ ขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง เป็นต้น ที่สำคัญในบุรียังมีสารเคมีมากกว่า 70 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง ดังนั้นผู้ที่สูบบุหรี่ย่อมได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2559)

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกข้อบังคับเกี่ยวกับการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบและรณรงค์ให้ประชาชนลดละเลิกบุหรี่ เช่น การขึ้นภาษียาสูบ การกำหนดกฎหมายในการห้ามและการจำหน่ายยาสูบ การห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ และการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ เป็นต้น (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2560) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เห็น

ความสำคัญและมีนโยบายการทำงานเชิงรุกโดยมุ่งลดจำนวนผู้เสพติดใหม่และผู้เสพติดเก่าในระดับชุมชน โดยกำหนดให้ อสม. เป็นผู้โน้มน้าวใจให้คนในชุมชนลดละเลิกการสูบบุหรี่และเป็นผู้สนับสนุนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ วิธีการเลิกบุหรี่แก่คนในชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้อบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม. และให้แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ 1) การค้นหา สืบจากกลุ่มเป้าหมาย 2) หาแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ 3) ให้ข้อมูลด้านลบเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ 4) แนะนำเทคนิคต่างๆ 5) แนะนำอุปกรณ์ช่วยเลิกบุหรี่ 6) ติดตามเยี่ยมบ้าน 7) ทำกิจกรรมสนับสนุน 8) แนะนำบริการช่วยเลิกบุหรี่ และ 9) จัดกิจกรรมชื่นชม เชิดชู (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) อาทิเช่น โครงการพลัง อสม. สานชุมชน ลด ละ เลิก บุหรี่ เหล้า (พรทิพภา สุริยะ, 2560) การจัดกิจกรรม 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน และ 1 อสม. ช่วย 1 คน เลิกยาสูบ (กรองจิตวาทีสาธกกิจ, 2559) เป็นต้น ทั้งนี้ อสม. จึงนับเป็นบุคลากรทางสุขภาพภาคประชาชนที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) และถือว่าเป็นฟันเฟืองที่สำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพภาคประชาชนและเป็นผู้ที่ใกล้ชิดประชาชน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) และกองสนับสนุนสุขภาพได้พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม. 4.0 ขึ้น โดยเน้นให้มีคุณสมบัติเด่น 3 ประการ คือ 1) มีทักษะดิจิทัล (Digital skill) 2) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และ 3) มีจิตอาสาและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในยุคปัจจุบันสามารถให้บริการแก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน, 2560)

อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มี อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ ประมาณ 500 คน (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, มปป) จากการศึกษาจำนวนผู้ที่สมัครใจเลิกบุหรี่ และจากรายงานจากเครือข่ายสุขภาพเขตบริการต่างๆ พบว่า มีผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ทั่วประเทศ จำนวน 701,400 คน จังหวัดสมุทรสงคราม มีผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ คิดเป็นร้อยละ 0.11 และอำเภออัมพวา มีผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ คิดเป็นร้อยละ 0.03 ของผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ทั้งหมด (โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย, 2561) จากการสอบถาม อสม. จำนวนหนึ่งซึ่งมีบทบาทในการช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบเลิกสูบบุหรี่พบว่า อสม. ยังไม่กล้าพอที่จะเชิญชวนให้ประชาชนหันมาเลิกบุหรี่ ยังไม่มีการให้ความรู้ในการช่วยเลิกบุหรี่เท่าที่ควร ซึ่งการที่ อสม. จะช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกบุหรี่ได้ ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับบุหรี่ และความมั่นใจในการให้ความรู้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ดังนั้น การที่ อสม. จะช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ จำกต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ ที่มากพอรวมไปถึงต้องมีความมั่นใจในการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายและสนับสนุนการช่วยเลิกบุหรี่จนสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2000) ที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะเฉพาะตัวของบุคคลเพื่อรักษาและส่งเสริมให้สุขภาพดี แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) เป็นความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ระดับสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health literacy) เป็นความสามารถเลือกใช้และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพตนเอง และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) เป็นความสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2000) อนึ่งการจัดอบรมหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่กับ อสม. ต้องมีการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และพฤติกรรม การช่วยเลิกบุหรี่เป็นระยะๆ พร้อมเน้นย้ำ ทบทวนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ และทักษะการช่วยเลิกบุหรี่ จน อสม. เข้าใจและเกิดความมั่นใจ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และพฤติกรรม การช่วยเลิกบุหรี่ของ อสม.

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบสอบถามโดยนำแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพมาสร้างข้อคำถามในแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และแบบสอบถามพฤติกรรม การช่วยเลิกบุหรี่ของ อสม. โดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยันความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบในการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์แก่ อสม. ที่มีผลให้สามารถช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและความสอดคล้องของโมเดลของแบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และแบบประเมินพฤติกรรม การช่วยเลิกบุหรี่ของ อสม.

กรอบแนวคิดการวิจัย

แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และแบบประเมินพฤติกรรม การช่วยเลิกบุหรี่ของ อสม. ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ความหมายให้สอดคล้องกับแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพของ Nutbeam (2000) และการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) มาเป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดตัวแปรและแบบประเมินด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ ที่ใช้กับ อสม.

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจจากการศึกษาเล่าเรียนหรือประสบการณ์ในเรื่องของบุหรี่และเทคนิคการช่วยเลิกบุหรี่ต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับประชาชนในชุมชนในการเลิกสูบบุหรี่ของ อสม.

พฤติกรรมช่วยเลิกบุหรี่ หมายถึง การแสดงออกของ อสม. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการช่วยประชาชนในชุมชนให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 1) การนำความรู้ความเข้าใจจากการศึกษาเล่าเรียนหรือประสบการณ์ในเรื่องของบุหรี่และเทคนิคต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับประชาชนในชุมชนในการเลิกสูบบุหรี่ 2) การเข้าถึงและการเผยแพร่ข้อมูลที่ทันสมัยจากแหล่งต่างๆ เช่น บุคลากร หนังสือ/ตำรา โทรศัพท์ วิทยุ หอกระจายข่าว อินเทอร์เน็ต สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ในการช่วยเลิกบุหรี่ 3) การนำทักษะการสื่อสารโดยวิธีการพูด อ่าน เขียน เกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 4) ความสามารถในการบอกถึงผลดี ผลเสีย และเลือกทางเลือกที่เหมาะสมในการช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ 5) ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม และ 6) ความสามารถในการวิเคราะห์และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่นำเสนอเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ รวมไปถึงการแนะนำ/ชี้แนะแนวทางเพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ อสม. จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 2,237 คน (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2561)

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอต่อการวิเคราะห์องค์ประกอบ กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Hair, Black, Babin, and Anderson (2019) ที่ว่าการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างจะต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 คนต่อ 1 ข้อคำถาม ซึ่งการศึกษานี้มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อคำถาม จึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 328 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถามจึงเก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 20 (Gupta, Attri, Singh, Kaur, & Kaur, 2016) ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ซึ่งสอดคล้องกับแฮร์และคณะ (Hair et al, 2019) ที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกระบุไว้ในระดับพอใช้สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติองค์ประกอบต้องมีจำนวนมากกว่า 200 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็น อสม. ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่มากกว่า 1 ปี มีทักษะการเขียน อ่านและสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี ไม่สูบบุหรี่ และสามารถให้ข้อมูลได้ในช่วงที่เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบอาสาสมัคร (Voluntary selection)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ และประสบการณ์ในการช่วยเลิกบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นชนิดเลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนดให้และบางข้อเป็นการเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ (Cognitive in Cigarette Scale: CCS) ข้อคำถามเกี่ยว

กับการรับรู้ของ อสม. เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อร่างกายและความเข้าใจในบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ มีทั้งข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะเลือกตอบด้วยตนเองเป็นลักษณะมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ (Smoking Cessation Assistance Behavior Scale: SCABS) ถามเกี่ยวกับการรับรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการแสดงออกพฤติกรรมที่บ่งชี้ว่าช่วยสนับสนุนประชาชนในชุมชนให้มีความตั้งใจในการลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะเลือกตอบด้วยตนเองตัวเลือกตอบเป็นลักษณะมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ทั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยของ Burn and Grove (2001) และ DeVellis. (2016). ดังนี้

1) กำหนดคำถามเชิงปฏิบัติการณของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008)

2) สร้างข้อคำถามการและออกแบบลักษณะการวัด โดยแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ จำนวน 10 ข้อคำถาม กำหนดตัวเลือกตอบเป็นลักษณะมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ โดยเกณฑ์ให้คะแนนข้อความเชิงบวก คือ ไม่ใช่ (0 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) ใช่ (2 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนข้อความเชิงลบ คือ ไม่ใช่ (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) ใช่ (0 คะแนน) และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ จำนวน 10 จำนวน กำหนดตัวเลือกตอบเป็นลักษณะมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ปฏิบัตินานๆครั้ง (1 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) (รายการข้อคำถามดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2)

3) นำรายการข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องกับความหมายของตัวแปร ความถูกต้องของภาษาและการใช้สำนวนภาษาในรายการคำถาม กำหนดให้ผลดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Item content validity index: I-CVI) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (DeVellis, 2016) ปรับปรุงสำนวนภาษาตามผู้ทรงคุณวุฒิบางข้อ และคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) ค่ายอมรับอยู่ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (DeVellis, 2016)

4) นำแบบประเมินไปทดสอบกับ อสม. ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบวัดโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

5) นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 400 คน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis: EFA) (DeVellis, 2016; Hair et al., 2019) โดยข้อคำถามที่มีน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบที่น้อยกว่า 0.30 พิจารณาตัดทิ้ง (Field, 2013)

6) นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Comrey and Lee (1992) ที่เสนอว่า การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติองค์ประกอบเชิงยืนยันในการวิเคราะห์องค์ประกอบเพียงอย่างเดียวควรใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 300 คน จึงจะอยู่ในระดับดี เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) และพิจารณาความสอดคล้องของโมเดลทางทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) ค่าไคสแควร์ (χ^2) เมื่อทดสอบสมมติฐานมีนัยสำคัญมากกว่า .05 ($p > .05$) แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2) comparative fit index (CFI) $\geq .90$ 3) Tucker Lewis index (TLI) $\geq .90$ 4) standardized root mean square residual (SRMR) $< .08$ และ 5) root mean square error of approximation (RMSEA) $< .08$ (Kline, 2016)

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (I –CVI และ S – CVI) และความเที่ยง (Reliability) ซึ่งใช้วิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ผลการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้ แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ทุกข้อ มีค่า I –CVI อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.98 ค่าคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.81 และแบบสอบถามพฤติกรรม การช่วยเลิก บุหรี่ทุกข้อมีค่า I –CVI อยู่ระหว่าง 0.80 -1.00 และ ค่า S-CVI เท่ากับ 0.93 ค่าคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 ถือว่าแบบสอบถามมีคุณภาพ ที่สามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไปได้

4. การพิทักษ์สิทธิ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติรับรองผ่านจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากสำนักวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ สอนสุนันทา เลขที่ COA. 1-042/2018 ลงวันที่ 27

สิงหาคม พ.ศ.2560 ซึ่งเคร่งครัดกับการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล อภิปรายผลในภาพรวมและทำลายเอกสารการวิจัยทั้งหมดด้วยการเผาทั้งและทำลายไฟล์เอกสารอิเล็กทรอนิกส์หลังเสร็จสิ้นการตีพิมพ์เผยแพร่

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยผู้ตอบแบบสอบถามได้รับแจ้งวัตถุประสงค์ เงื่อนไขการเข้าร่วมและการถอนตัว เห็นยินยอมโดยสมัครใจก่อนร่วมโครงการวิจัยและได้รับการพิทักษ์สิทธิอื่นๆตามร่างพระราชบัญญัติการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างแบบสอบถามด้วยสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ตารางที่ 1 รายการคำถามของแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่

ข้อที่	ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น		
		2	1	0
K1	บุหรี่ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง			
K2	บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ที่มวนเอง			
K3	นิโคติน คือ สารในควันบุหรี่ที่ทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่			
K4	สารในควันบุหรี่ทำให้ระดับไขมันไม่ดีในเลือดสูง			
K5	ควันบุหรี่ยี่สิบซอง ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ			
K6	การได้รับควันบุหรี่ยี่สิบซองในระยะเวลาสั้นๆจะไม่ส่งผลต่อสุขภาพ			
K7	การสูบบุหรี่ทำให้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากที่สุด			
K8	วัณโรคปอดเป็นโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่โดยตรง			
K9	การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต			
K10	การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้รับประทานอาหารได้ร่อยขึ้น			

ตารางที่ 2 รายการคำถามของแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่

ข้อที่	รายการคำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		3	2	1	0
B1	ท่านประเมินความต้องการของผู้ที่สูบบุหรี่ในการเลิกสูบบุหรี่				
B2	ท่านประเมินความพร้อมของผู้ที่สูบบุหรี่ในการเลิกสูบบุหรี่				
B3	ท่านให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่แก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่				
B4	ท่านเชื่อมโยงพิษภัยของบุหรืกับภาวะสุขภาพได้				
B5	ท่านแนะนำวิธีการ/เทคนิคต่างๆเพื่อช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้				
B6	ท่านให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ลังเลใจในการเลิกสูบบุหรี่				
B7	ท่านนำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ เช่น หนังสือ อินเทอร์เน็ต หรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ มาแนะนำแก่ผู้ที่อยากเลิกบุหรี่				
B8	ท่านแนะนำแหล่งข้อมูลในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ได้ เช่น สายตรงเลิกบุหรี่ 1600				
B9	ท่านให้กำลังใจ/คำชื่นชมแก่ผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้				
B10	ท่านติดตามผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง				

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.0) อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 44.2) สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 51.20) ปฏิบัติหน้าที่ อสม. ในช่วงเวลา 6-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 29.3) ผ่านประสบการณ์ในการอบรมความรู้ในการช่วยเลิกบุหรี่ (ร้อยละ 91.7)

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวิจัย (Construct validity) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

1. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืเมื่อพิจารณาจากค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity ที่มีค่าเท่ากับ 407.45 ($p < .000$) แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีไกเซอร์-เมเยอร์-ออลคิน (Kaiser-Meyer-Olkin measures of sampling adequacy: KMO) ได้เท่ากับ .631 ซึ่งผ่านเกณฑ์

ยอมรับ (DeVellis, 2016) แสดงให้เห็นว่าตัวบ่งชี้ต่าง ๆ ในข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานี้มีความสัมพันธ์กันมากและมีความเหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบตามหลักของ Principal Axis Factoring (PAF) และการหมุนแกนองค์ประกอบแบบตั้งฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีวิเคราะห์ย่อยแบบ VARIMAX สำหรับตัวแปรทักษะทางปัญญาเกี่ยวกับบุหรืที่ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 8 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีตัวบ่งชี้ K7 และ K8 มีค่าน้ำหนักปัจจัยต่ำกว่า .30 จึงพิจารณาตัดทิ้ง (Field, 2013) ผลการวิเคราะห์ EFA จำแนกได้ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์ (Cognitive skill as communicative health literacy: CSCHL) ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ มีค่ามีค่าไอเกน (Eigen value) เท่ากับ 2.03 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืได้ร้อยละ 20.72 และองค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐาน (Cognitive

skill as functional health literacy: CSFHL) ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ มีค่ามีค่าไอเกน (Eigen value) เท่ากับ 1.70 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ได้ร้อยละ 17.06 ทั้งนี้ข้อคำถาม 8 ข้อ ใน 2 องค์ประกอบมีความแปรปรวนร่วมกัน อธิบายความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ได้ร้อยละ 37.79 (ตารางที่ 3)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบสอบถามพฤติกรรมความช่วยเหลือลูกบุหรี่เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity ที่มีค่าเท่ากับ 407.45 ($p < .000$) แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแตกต่างจากเมทริกซ์เอกลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีไกเซอร์-เมเยอร์-ออลคิน (Kaiser-Meyer-Olkin measures of

sampling adequacy: KMO) ได้เท่ากับ .950 ซึ่งผ่านเกณฑ์ยอมรับ (DeVellis, 2016) แสดงให้เห็นว่าตัวบ่งชี้ต่าง ๆ ในข้อมูลที่เก็บรวบรวมมานี้มีความสัมพันธ์กันมาก และมีความเหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ด้วยวิธีการสกัดองค์ประกอบตามหลักของ Principal Axis Factoring (PAF) และการหมุนแกนองค์ประกอบแบบตั้งฉาก (orthogonal rotation) ด้วยวิธีวิเคราะห์ย่อยแบบ VARIMAX สำหรับตัวแปรพฤติกรรมความช่วยเหลือลูกบุหรี่ที่ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 10 ตัวบ่งชี้ผลการวิเคราะห์ EFA จำแนกได้ 1 องค์ประกอบ มีค่ามีค่าไอเกน (Eigen value) เท่ากับ 7.163 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรพฤติกรรมความช่วยเหลือลูกบุหรี่ได้ร้อยละ 71.63 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบสอบถาม (n = 240)

แบบสอบถาม /ตัวแปรสังเกต	จำนวนข้อคำถาม		Construct validity			
	เริ่มต้น	สิ้นสุด	Eigen Value	% of Variance	Cumulative %	Factor loading
1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่	10	8	KMO = .631, $\chi^2 = 407.45$, df = 45, p = .000			.48 - .76
- ความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์	5	4	2.03	20.726	20.726	.48 - .76
- ความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐาน	5	4	KMO = .950, $\chi^2 = 3679.99$, df = 45, p = .000			.62 - .69
2) พฤติกรรมการช่วยเหลือลูกบุหรี่	10	10	1.70	17.064	37.790	.71 - .90

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตของปัจจัยองค์ประกอบความรู้ ความเข้าใจ พบว่าองค์ประกอบความรู้ ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการสูบบุหรี่อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .47$, $p < .01$) และตัวแปรความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรพฤติกรรมการช่วยเหลือลูกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .43$, $p < .01$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตของปัจจัยองค์ประกอบความรู้ ความเข้าใจและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้ ความเข้าใจกับปัจจัยพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วย (n = 400)

ตัวแปร/ตัวแปรสังเกตได้						
1. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรื	5.92	1.92	1			
1.1 ความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์	3.56	1.30	.75**	1		
1.2 ความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐาน	2.35	1.26	.73**	.47**	1	
2. พฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรื	26.21	7.57	.43**	.33**	.36**	1

**p < .01

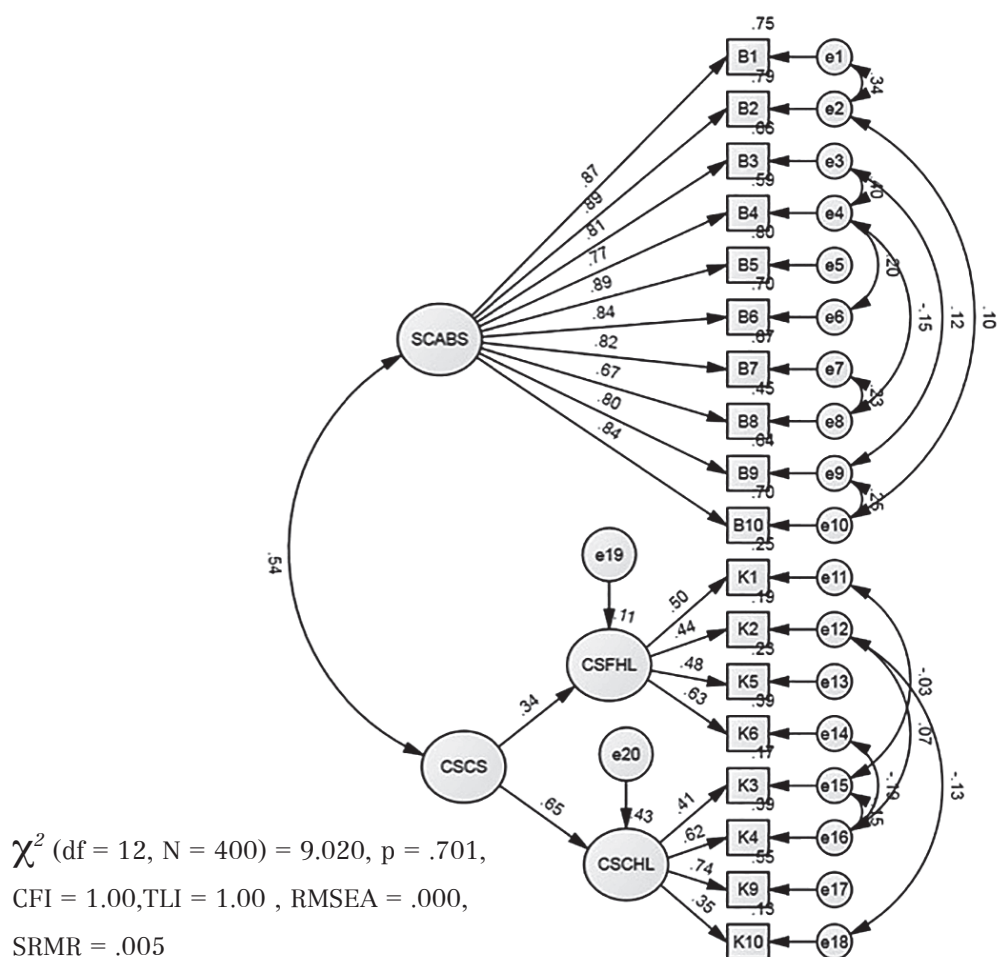
2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืและแบบสอบถามพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้เทคนิคการรวมคะแนน (parceling technique) ข้อคำถามย่อยรายองค์ประกอบจากสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบ (factor score coefficient) เพื่อให้มีความถูกต้องและใกล้เคียงกับลักษณะธรรมชาติของข้อมูลทางจิตวิทยา (Little, 2013) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อคำถามย่อยรายองค์ประกอบมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) และเมื่อพิจารณาความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า โมเดลของปัจจัยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืและปัจจัยพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 9.020$, $p = .701$, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .000, SRMR = .005) (ตามภาพที่ 1 และตารางที่ 5)

เมื่อแยกพิจารณารายแบบสอบถาม พบว่า ตัวบ่งชี้ของปัจจัยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืทุกตัวบ่งชี้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) อยู่ในช่วง .35 - .74 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

($p < .05$) โดยองค์ประกอบความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์มีค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบเท่ากับ .65 ($\beta = .65$, $p < .05$) มีความแปรปรวนร่วมอธิบายปัจจัยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืได้ร้อยละ 43 ($R^2 = .43$, $p < .05$) และองค์ประกอบความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐานมีค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบเท่ากับ .34 ($\beta = .34$, $p < .05$) มีความแปรปรวนร่วมอธิบายปัจจัยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืได้ร้อยละ 34 ($R^2 = .34$, $p < .05$) และตัวบ่งชี้ของแบบสอบถามพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยทุกตัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) อยู่ในช่วง .67 - .89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($p < .05$) ซึ่งตัวบ่งชี้ทั้งหมดร่วมอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยได้ร้อยละ 61 ($R^2 = .61$, $p < .05$) แสดงว่าแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืและแบบสอบถามพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยวัดได้ในสถานการณ์จริง ทั้งนี้ยังพบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืของ อสม. และพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อกันและกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($\beta = .54$, $p < .05$) (ตามภาพที่ 1)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลรายองค์ประกอบ

ตัวแปร	Factor loading		p	R ²	Factor score coefficient	ตัวแปร	Factor loading		p	R ²	Factor score coefficient
	β	SE					β	SE			
แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ (CCS)						แบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ (SCABS)					
องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจขั้นมีปฏิสัมพันธ์ (CSCHL)						B1	.87	.032	.00	.75	.109
K3						B2	.89	.039	.00	.79	.138
K4						B3	.81	.041	.00	.66	.104
K9						B4	.77	.039	.00	.59	.041
K10						B5	.89	.039	.00	.80	.205
องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐาน (CSFHL)						B6	.84	.042	.00	.70	.126
K1						B7	.82	.053	.00	.67	.103
K2						B8	.67	.043	.00	.45	.039
K5						B9	.80	.043	.00	.64	.083
K6						B10	.84	.042	.00	.70	.093
χ^2 (df = 12, N = 400) = 9.020, p = .701, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .000, SRMR = .005											



ภาพที่ 1 โมเดลการวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืและพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรืของ อสม.

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาที่ พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืของ อสม. และพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรืมีอิทธิพลต่อกันและกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($\beta = .54$, $p < .05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรืหรือมีความรู้ความเข้าใจระดับพื้นฐานเกี่ยวกับบุหรืว่าบุหรืทำให้เกิดการเสพติดและมีผลกระทบต่อร่างกายผู้สูบและคนใกล้ชิดอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก โดย อสม. จะมีความรู้ความเข้าใจขั้นนี้มีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวกับบุหรืที่ว่าสารเคมีบุหรืเป็นปัจจัยทำให้ระดับไขมันไม่ดีในเลือดสูงขึ้นบุหรืจึงสาเหตุ

สำคัญของการเกิด อัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งสารนิโคตินมีผลทำให้เกิดการเสพติดบุหรืและการเลิกสูบบุหรืจะทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น ความรู้ ความเข้าใจเหล่านี้จะทำให้ อสม. มั่นใจในตนเองมากขึ้นผนวกกับการตระหนักในบทบาทการเป็นฟันเฟืองสำคัญในการจูงใจประชาชนให้ลดและเลิกบุหรืด้วย (วรรณพร บุญเปล่ง และคณะ, 2563) จึงทำให้ อสม. แสดงพฤติกรรมการช่วยเลิกบุหรืกับประชาชนในพื้นที่ของตนตามมา ทั้งนี้ยังต้องทำหน้าที่ในโครงการเลิกบุหรืทั่วไทยเกิดไ้องค์กรชั้น ที่มุ่งให้ อสม. 1 คน ต้องช่วยให้ผู้ติดบุหรืเลิกบุหรืให้ได้ 1 คน/ ปี เป็นระยะเวลา 3 ปีติดต่อกัน

(รณชัย คงสกนธ์และอนุตตะเชษฐ์ พัฒนธีรพพน, 2562) ซึ่ง อสม. ต้องแสวงหาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีเพื่อมาทำงานในชุมชนเก็บตัวชีวิตโครงการให้เป็นไปตามเป้าหมาย อีกทั้งการที่ อสม. แสดงพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรีมากขึ้นจะเป็นปัจจัยย้อนกลับที่ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีเพิ่มขึ้นเช่นกัน จึงน่าจะเป็นเหตุผลที่ทำให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีของ อสม. มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรีตามผลการวิจัยข้างต้น สอดคล้องกับแนวคิดการรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะที่เป็นสินทรัพย์ทางปัญญาที่มุ่งการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดการพัฒนาความสามารถของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพตนเองได้

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่า แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีมีค่าไอเกนมากกว่า 1.00 จำแนกได้ 2 องค์ประกอบ คือ ด้านความรู้ความเข้าใจขั้นปฏิสัมพันธ์และด้านความรู้ความเข้าใจขั้นพื้นฐานซึ่งอธิบายความแปรปรวนร่วมได้ร้อยละ 37.79 และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรีมี 1 องค์ประกอบอธิบายความแปรปรวนร่วมได้ร้อยละ 71.63 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 9.020$, $p = .701$, CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .000, SRMR = .005) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับเกณฑ์ยอมรับทางสถิติของไคน์ (Kline, 2016) ที่เสนอว่า เมื่อพิจารณาค่าไคสแควร์ (χ^2) เมื่อทดสอบสมมติฐานมีนัยสำคัญมากกว่า .05 ($p > .05$) แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และค่า CFI $\geq .90$ ค่า TLI $\geq .90$ ค่า SRMR $< .08$ และ ค่า RMSEA $< .08$ ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามเกณฑ์ยอมรับทางสถิติ

จึงถือว่าโมเดลของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแบบวัดแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีและแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรีมีความเหมาะสมกับบริบทของ อสม. และสามารถนำไปใช้ประเมินได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทั้งด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง และความเที่ยง แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีและแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องและตรงกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีความสนใจสามารถนำข้อคำถามขององค์ประกอบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้และพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมให้ อสม. ช่วยเหลือบุหรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยนี้มุ่งพัฒนาแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีและแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรีเท่านั้น ยังไม่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี และองค์ประกอบอื่นๆของแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้ได้ข้อมูลมาพัฒนาองค์ความรู้ที่สนับสนุน อสม. ในการช่วยเหลือบุหรีต่อไป

2.2 พัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมการช่วยเหลือบุหรีโดยการพัฒนาด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรีและพฤติกรรมการช่วยเหลือบุหรีให้แก่ อสม. เพื่อช่วยประชาชนในชุมชนให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่
ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10
สิงหาคม 2563, จาก <http://www.quitforking.com/>
- กรองจิต วาทีสาธกิจ. (2559). 1 อสม. ช่วย 1 คนเล็ก
ยาสูบ. กรุงเทพมหานคร: จีรگانต์กราฟฟิค.
- กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน. (2560). แนวทางการ
พัฒนาศักยภาพ อสม. 4.0. เข้าถึงเมื่อวันที่
10 สิงหาคม 2563, จาก http://phc.moph.go.th/www_hss/content.php?Submit=Clear&ID_Dyn
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554).
ความฉลาดทางสุขภาพ, กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์.
- ชนะวัฒน์ รวมสุข, อารยา ทิพย์วงศ์, และเปรมวดี คลุหเดช.
(2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน
สุขภาพกับพฤติกรรมช่วยเลิกบุหรี่ของ
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออัมพวา
จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารพยาบาล
สาธารณสุข*, 33(ฉบับออนไลน์), 37 – 50.
- ประกิต วาทีสาธกิจ. (2559). ข้อมูลบุรุษกับสุขภาพ,
พิมพ์ครั้งที่ 6 (หน้า 1 – 2). กรุงเทพฯ: จีรگانต์
กราฟฟิค.
- พรทิพา สุริยะ. (2560). พลัง อสม. สานชุมชน ลด
ละ เลิก บุหรี่ เหล้า (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่:
วนิดาการพิมพ์.
- ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (มปป).
แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม. สืบค้นจาก
<https://www.thaiphc.net/index.php?/show&id=1>

- ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2561).
แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม. สืบค้นจาก
<https://www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=staticContent/show&id=1>
- ราชกิจจานุเบกษา. (2560). พระราชบัญญัติควบคุม
ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา
เล่มที่ 134 ตอนที่ 39ก หน้า 27-47. เข้าถึงเมื่อ
วันที่ 25 พฤศจิกายน 2563 จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/lawbtc/001_1btc.PDF
- รัชชัย คงสกันธ์, และอนุตเชษฐ์ พัฒนธีรปพน. (2563).
รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของ
ประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน
จำกัด สิ้นทวิกิจ พรินต์ติ้ง กรุงเทพฯ
- วรรณพร บุญเปล่ง, ศุภาพิชญ์ โพน โบร์แมนน์, สุนันทา
ทองพัฒน์, สุดคนึง ฤทธิ์ถ้าย, กนิษฐา ถนัดกิจ,
วิไลพร ขำวงษ์. (2563). ประสบการณ์ของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ
ดำเนินงานโครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่ว
ไทย เทิดไท้องค์ราชัน”. *วารสารสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยบูรพา*, 15(2), 74 – 85.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
(2560). คนไทยหนึ่งล้านคนป่วยจากการสูบบุหรี่. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2563, จาก
<http://www.thaihealth.or.th/Content/36862-คนไทยหนึ่งล้านคนป่วยจากการสูบบุหรี่.html>
- DeVellis, R. F. (2016). Scale development: Theory and applications (Vol. 26). Sage publications.
- Field, A. (2013) *Discovering Statistics using SPSS*, 4th edn. London: SAGE.

- Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: critical step for any clinical trials!. *Saudi journal of anaesthesia*, 10(3), 328-331.
- Little, T. D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling*. Guilford press.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.

