

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยการครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี มีแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการงานวิจัยดังนี้

1. บุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่
2. ผลเสีย ผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่
 - 2.1 ทางด้านสุขภาพ
 - 2.2 ทางด้านเศรษฐกิจ
3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Bishop)
5. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

บุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่

1. ส่วนประกอบของบุหรี่ บุหรี่มี 2 ชนิด คือ บุหรี่ที่มวนเองด้วยมือโดยใช้ใบตองแห้ง ใบจาก ใบบัวหรือกระดาม้วนใบยาสูบ และบุหรี่ที่มวนโดยเครื่องจักรซึ่งมี 2 ชนิด คือ บุหรี่ไม่มีก้นกรองซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุหรี่ปาเลต และบุหรี่ปาเลตที่มีก้นกรอง การมีก้นกรองจะสามารถกรองละอองที่มีขนาดใหญ่ได้บ้างบางชนิดเท่านั้น โคนสารทาร์และนิโคตินซึ่งมีขนาดเล็กยังคงผ่านเข้าไปได้เท่ากับการสูบบุหรี่ที่ไม่มีก้นกรอง ส่วนบุหรี่ปาเลตที่มีข้อความ “ไลต์” หรือ “ไมล์ด” นั้นก่อให้เกิดความเข้าใจผิดกับผู้สูบบุหรี่ว่า ความแรงของสารในบุหรี่ปาเลตนั้น ลดน้อยลงแต่งานวิจัยพบว่าทั้ง 2 ชนิดมิได้มีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ปาเลต เพียงแต่ต่างกันที่รสชาติเท่านั้น (กรองจิต วาทีสาธกกิจ, 2549)

ประกิจ วาทีสาธกกิจ และกรองจิต วาทีสาธกกิจ (2547) ได้กล่าวถึงในควันบุหรี่ปาเลตมีสารอะไรบ้างไว้ดังนี้

1. นิโคติน เป็นสารเสพติดที่มีลักษณะคล้ายน้ำมัน ไม่มีสี เป็นสารพิษอย่างแรง สามารถดูดซึมเข้าทางผิวหนังและเยื่อร่างกายได้ และเป็นสารที่มีฤทธิ์เสพติด สารนี้ในระยะแรกออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจและชีพจรเต้นเร็วขึ้น โดยอาจจะ เพิ่มขึ้นถึง 30 ครั้งต่อนาที ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักกว่าปกติ และกระตุ้นการบีบตัวของ

ถ้าได้ แต่ในระยะต่อมามีฤทธิ์กระบบประสาท นิโคตินและสารเคมีอื่น ๆ ที่ทำให้ไขมันชนิดไม่ดี ในเลือดสูงขึ้น

ทำให้หลอดเลือดตีบลง ซึ่งทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิต สูงขึ้นได้

2. ทาร์หรือน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารเคมีหลายชนิดเป็นละอองเหลวเหนียวสีน้ำตาลคล้าย น้ำมันดิน มีคุณสมบัติเป็นสารก่อมะเร็ง โดยร้อยละ 50 ของสารทาร์จะจับอยู่ที่ปอด เมื่อผู้สูบบุหรี่ หายใจสูดอากาศที่มีฝุ่นละอองต่างๆป้อนเข้าไป สารทาร์ที่ปอด ก็จะรวมตัวกับฝุ่นละอองที่สูดเข้าไป นั้น แล้วจับตัวสะสมอยู่ในถุงลมปอดทำให้เกิดการระคายเคือง อันเป็นสาเหตุของการไอและมีเสมหะ และก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด และโรคถุงลมโป่งพองในระยะยาว

3. คาร์บอนไดซัลไฟด์ (carbon disulfide) เป็นก๊าซทำให้เกิดโรคผนังเส้นเลือดแดงร่อน หนาและแข็งขึ้น

4. คาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) เป็นก๊าซที่เกิดจากการเผาไหม้ชนิดเดียวกับ ที่พ่นออกมาจากท่อไอเสียรถยนต์ ก๊าซนี้จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้ผู้ สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจน น้อยลงไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10-15 สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่จัด ร่างกายต้องสร้างเม็ด เลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดข้นและหนืดมากขึ้น หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นและทำงานมากขึ้น เพื่อให้ เลือดนำออกซิเจนไปยังส่วนต่างๆของร่างกายให้เพียงพอ ถ้าก๊าซนี้มีจำนวนมากจะทำให้เนื้อเยื่อขาด ออกซิเจน

5. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (hydrogen cyanide) ก่อให้เกิดอาการไอ มีเสมหะ และหลอดลม อักเสบเรื้อรัง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียน เป็นก๊าซพิษที่ใช้ ในสงคราม สารไนเตรดใน บุหรี่ทำให้เกิดสารนี้ สารนี้เป็นตัวสกัดกั้นเอนไซม์ที่เกี่ยวกับ การหายใจหลายตัว ทำให้เกิดความ ผิดปกติของการเผาผลาญพลังงานที่กล้ามเนื้อหัวใจและที่ผนังหลอดเลือด

6. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (nitrogen dioxide) เป็นสาเหตุของโรคถุงลมโป่งพอง โดย จะไปทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมส่วนปลายและถุงลม

2. ผลเสียและผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่

2.1 ทางด้านสุขภาพ ดังได้กล่าวมาแล้วถึงสารต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบของบุหรี่ และฤทธิ์ของสารต่าง ๆ นั้นมีผลต่อสุขภาพของผู้สูบเองและคนข้างเคียง นอกจากนี้บุรียังทำให้ ร่างกายอ่อนแอ ความต้านทานโรคต่ำ และทำให้เกิดผลเสียต่อระบบการทำงานของร่างกายเป็นเหตุ ให้เกิดโรคต่าง ๆ พอสรุปได้ดังนี้

2.1.1 โรคมะเร็ง พบมะเร็งปอดมากที่สุด ผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอด มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 9 เท่า หากสูบบุหรี่นานไม่เกิน 20 ปี ทั้งนี้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งขึ้นกับ

ชนิด จำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ต่อวัน ลักษณะการสูบบุหรี่ และระยะเวลาที่สูบบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังทำให้มี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งอวัยวะส่วนอื่นด้วย

2.2 โรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง เป็นต้น การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพอง ร้อยละ 70 เนื่องจากได้รับสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมและถุงลม ทำให้เกิดการไอ หอบ เหนื่อย อันตรายของโรคระบบทางเดินหายใจ พบในผู้สูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ หากยังสูบบุหรี่ มากขึ้นก็ยิ่งทำให้พบโรค อาการของโรคมะเร็งมากขึ้นและไม่มีโอกาสให้หายขาดได้

2.3 โรคหัวใจและหลอดเลือด สารเคมีและนิโคตินจากบุหรี่ จะทำให้ไขมันจับตาม ผนังหลอดเลือดแดงมากขึ้น นอกจากนี้นิโคตินยังทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง ไม่สามารถส่ง เลือดไปเลี้ยงหัวใจ สมอง แขน ขา และอวัยวะอื่น ๆ ได้เพียงพอ ทำให้เนื้อเยื่อของอวัยวะดังกล่าวขาด ออกซิเจนและถูกทำลายลงได้อีก อีกทั้ง เลือดแข็งตัวเร็วผิดปกติกลายเป็นก้อนเลือดเล็ก ๆ เคลื่อนไป อุดทางเดินเลือดบริเวณนั้น ก็ขาดเลือดไปเลี้ยงและเน่าตายในที่สุดและอาจเป็นสาเหตุให้เกิด โรคหัวใจวายอย่างกะทัน หรือเกิดอัมพาตได้

2.4 โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารการสูบบุหรี่ ทำให้กระเพาะอาหารหลังกรด เพิ่มขึ้นแต่การหลั่งของน้ำย่อยจากลำไส้เล็กและตับอ่อน กลับลดลงทำให้การย่อยอาหารผิดปกติเกิด อาการท้องผูกอาหารไม่ย่อย และปวดท้อง ดังนั้นผู้ที่สูบบุหรี่จึงมีโอกาสเป็นแผลกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดมะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งลำไส้ ใหญ่มีมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า

2.5 โรคระบบขับถ่ายปัสสาวะ การที่คอเลสเตอรอลจับตัวตามผนังหลอดเลือดที่ไป เลี้ยงไตทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงเซลล์ที่ทำหน้าที่ในการกรองปัสสาวะน้อยลง จึงเกิดการอักเสบ ของไต นอกจากนี้ สารพวกน้ำมันดินจากบุหรี่ เมื่อรวมตัวกับเม็ดเลือดขาวมาที่ไตจนถึงกระเพาะ ปัสสาวะ อาจก่อให้เกิดมะเร็งของไต และกระเพาะปัสสาวะได้

2.6 ผลต่อระบบสืบพันธุ์ เพศหญิงที่สูบบุหรี่จะต้องใช้เวลานานขึ้น ในการที่จะเริ่ม ตั้งครรภ์และเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าหญิงที่ไม่ได้สูบบุหรี่ประมาณ 2 ปี ในผู้ชายพบว่าจะมี การตีบแคบของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศบางส่วน ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง จะเห็นได้ว่าโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เป็นโรคที่ทำให้เกิดการทรمانทั้งร่างกาย และ จิตใจ ก่อให้เกิดปัญหาและความสูญเสียทั้งตนเองและผู้อื่น โดยจะเห็นได้จากผลกระทบของควัน บุหรี่ต่อบุคคลข้างเคียงซึ่งมีดังนี้

1. ในบุคคลทั่วไป การที่ได้รับควันจากข้างเคียงจะก่อให้เกิดความไม่สบายในชั้นเล็กน้อยจนถึง ขั้นรุนแรง

2. ผู้หญิง ที่ได้รับควันบุหรี่จากสามีเป็นประจำ มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดมากกว่าหญิงที่สามีไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า

3. เด็ก การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวทำให้เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในเด็กอายุน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุ 2 ขวบแรกหากพ่อแม่สูบบุหรี่วันละ 10 มวนจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดลมอักเสบ และปอดอักเสบสูงเป็น 2 เท่าของเด็กที่พ่อแม่ไม่สูบบุหรี่และหายใจเสียงดัง ร้อยละ 60

4. หญิงมีครรภ์ ที่สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่ในระหว่างการตั้งครรภ์ เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงมีครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่ จะเกิดความผิดปกติต่อร่างกาย คือ มีโอกาสเป็นโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตรได้ เช่น จะมีความเสี่ยงเป็น 2 เท่าในการคลอดทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ มีอาการครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูง เลือดออกมาก คลอดลำบาก มีแนวโน้มที่คลอดก่อนกำหนดมากกว่าร้อยละ 50 ทารกมีโอกาสตายเพิ่มขึ้น 1.6 เท่าตั้งแต่อยู่ในครรภ์มีการผลิตน้ำนมได้น้อยกว่าปกติ

5. ทารกในครรภ์ โดยพบว่าทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าทารกปกติ ประมาณ 170-200 กรัม ความยาวเส้นรอบศีรษะและช่วงไหล่อาจสั้นกว่าทารกปกติ อาจเป็นโรคหัวใจมาตั้งแต่กำเนิดและมีความสามารถในการอ่านหรือคำนวณช้ากว่าเด็กปกติประมาณ 3-5 เดือน

2.2 ทางด้านเศรษฐกิจ ทำลายเศรษฐกิจ ได้แก่

2.2.1 เสียทรัพยากร ทั้งการสูบบุหรี่และรับแขก

2.2.2 สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ในการรักษาโรคที่เกิดจากพิษของบุหรี่

2.2.3 เป็นสาเหตุทำให้เกิดเพลิงไหม้

2.2.4 ทำให้บ้านเมืองสกปรก (เพราะบางคนมักง่ายทิ้งขี้บุหรี่ตามถนน)

2.2.5 เสียเวลาในการทำงาน (เพราะบางแห่งห้ามสูบบุหรี่ในห้องทำงาน)

3. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่าสาเหตุของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมาจาก เครียด อยากสูบบุหรี่ให้หายเครียด อยากรู้ อยากลอง และเห็นเพื่อนและครอบครัวสูบก็นับตาม ส่วนสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเลิกสูบบุหรี่ คือ การรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ไม่มีประโยชน์ แต่มีโทษมากกว่า กลัวพ่อแม่เสียใจและ/ หรือกลัวถูกไล่ออกจากบ้าน กลัวเรียนไม่จบเพราะถูกไล่ออกจากโรงเรียน และกลัวคนรังเกียจและไม่ยอมรับ และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ คือ ความตั้งใจและเชื่อมั่นว่าจะทำได้สำเร็จ ปัญหาสุขภาพหรือการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพ คนรอบข้าง ค่านิยมทางสังคม และกฎหมายหรือระเบียบที่เข้มงวด (สุภาภรณ์ ค้วงเพง และเขมรดี มาสิงบุญ, 2549) นอกจากนี้จิตลักษณะ 4 ลักษณะ คือ การมุ่งอนาคต-ควบคุมตน การเชื่ออำนาจในตน การมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง

และการมีสุขภาพจิตดี ส่งผลให้วัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีศักยภาพในการลดละเลิกการสูบบุหรี่ได้อย่างยั่งยืน (ไวไรต์ เดียวกุลและประชิด สุขอนันต์, 2549) ปัจจัยที่จะช่วยป้องกันการสูบบุหรี่ได้ คือ ต้องมีจิตที่เข้มแข็งและค่านิยมที่ถูกต้อง ครอบครัวที่อบอุ่น มีแบบอย่างที่ดี สังคมที่เข้มแข็ง และไม่มีการผลิตบุหรี่ ส่วนกลวิธีในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนซึ่งให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในปัญหาการสูบบุหรี่ของนักเรียน ได้แก่ ตัวเด็กเอง ครอบครัว โรงเรียนชุมชน และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผน โดยกำหนดเป็นกิจกรรม/ โครงการ นำไปปฏิบัติและประเมินผล สามารถป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนได้ตรงตามสถานการณ์และสาเหตุที่เป็นจริง (วรรณชนก จันทชุม, 2549)

แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Bishop)

การศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ มีกระบวนการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องเป็นวงจร โดยไม่มีที่สิ้นสุด คือ เริ่มต้นจากประสบการณ์ หรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ (Practice) แล้วนำมาคิดวิเคราะห์ ไตร่ตรอง (Reflection) ว่าปัญหาคืออะไร มีความเป็นมา และมีปัจจัยสาเหตุใดบ้าง โดยโยงให้เห็นความเกี่ยวเนื่องของปัจจัยต่างๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจต่อปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องทั้งหมด อันจะนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติ และการลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้เรียนจะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป องค์ประกอบของกระบวนการการเรียนรู้ในการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจที่เป็นวงจรต่อเนื่องดังกล่าว สามารถแบ่งย่อยออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ (Bishop et al., 1988)

1. ประสบการณ์ (Experiencing) ประสบการณ์นับว่าเป็นแกนและเป็นจุดเริ่มต้นกระบวนการเรียนรู้ โดยประสบการณ์ในที่นี้หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่บุคคลเป็นอยู่ กระทำ รู้สึกมองเห็นหรือได้ยิน เช่น ในการฝึกอบรมผู้นำนักเรียนในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ สามารถให้นักเรียนเริ่มต้นการเรียนรู้ จากการเล่าหรือเขียนเรื่องราวของบุคคลใกล้ชิดคนที่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสิ่งที่นักเรียนพบเห็นจริงในชีวิตประจำวัน หรือการพานักเรียนไปศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลเพื่อให้เห็นและได้พูดคุย สัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ หรืออาจจำลองประสบการณ์จริงและมีความสำคัญต่อผู้เรียนออกมาในรูปของภาพยนตร์ การแสดงบทบาทสมมติ ภาพถ่าย ฯลฯ มาใช้ร่วมกับประสบการณ์ที่บุคคลมีอยู่แล้วให้เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้ที่แต่ละคนจะนำมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม ประสบการณ์ที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีจะต้องเป็นจริง และเป็นรูปธรรมให้มากที่สุด
2. การระบุประสบการณ์ (Naming Experience) เป็นการบวนการที่ให้ผู้เรียนระบุและ

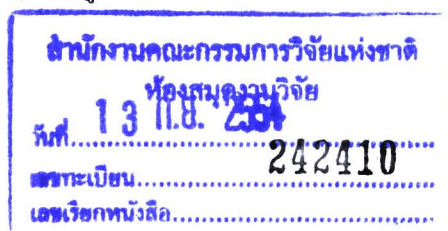


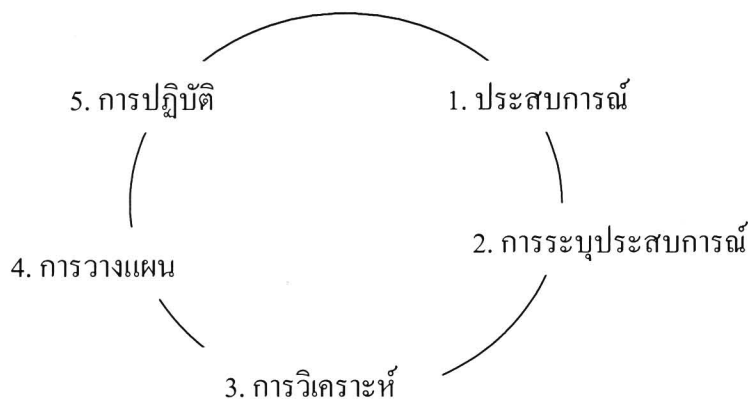
พรรณนาประสบการณ์ (จากขั้นตอนที่ 1) ว่ามีอะไรเกิดขึ้น ตัวเองพูดหรือทำอะไร และรู้สึกอย่างไรบ้างและคิดว่าผู้อื่นพูดหรือทำอะไร และรู้สึกอย่างไร ประสบการณ์นี้มีความสำคัญอย่างไร เช่น ภายหลังจากการพาสุนัขนักเรียน เหล่านั้นพูดเล่าในกลุ่มถึงความรู้สึกของผู้ป่วย และความรู้สึกของตนเองที่มีต่อประสบการณ์ดังกล่าวร่วมกับผู้อื่น จะทำให้เกิดความเชื่อมโยงเรื่องนั้น ๆ เข้ากับชีวิตของตนเอง และมองเห็นว่าสิ่งที่เรียนมีความสำคัญต่อคน ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

3. การวิเคราะห์ (Analysis) คือ กระบวนการที่ผู้เรียนพยายามทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่ระบุในขั้นที่ 2 ด้วยการคิดอย่างไตร่ตรอง ว่าใครคือผู้มีอิทธิพลในเหตุการณ์ดังกล่าว ใครเป็นผู้ตัดสินใจและการตัดสินใจนั้นเกิดผลกระทบต่อใครบ้าง ผู้เรียนเคยมีประสบการณ์อะไรที่เกิดขึ้นในทำนองเดียวกัน เช่น การให้สุนัขนักเรียนคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรายนั้นเป็นโรคมะเร็งปอด อะไรเป็นสาเหตุ หรือมีอิทธิพลที่ทำให้เขาสูบบุหรี่ การที่เขาป่วยเป็นโรคนี้อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อใครและอย่างไร ตลอดจนการให้นักเรียนเล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องบุคคลใกล้ชิดของคนที่มีพฤติกรรม สูบบุหรี่ หรือมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่ เป็นต้น เป้าหมายของกระบวนการเรียนรู้ในขั้นตอนนี้ คือ การช่วยให้แต่ละคนและกลุ่มเกิดความเข้าใจ และมีความกระตือรือร้นในอิทธิพลและความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ด้วยตัวของผู้เรียนเอง

4. การวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนต่อมาให้ผู้เรียนคิดหาวิถีที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยเมื่อผู้เรียนเกิดความเข้าใจต่อประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วจะไม่จบลงด้วยความรู้สึกไม่สามารถเข้าไปแก้ไขอะไรได้แต่ผู้เรียนจะต้องตั้งคำถามกับตนเองว่าต้องการจะทำอะไรและจะอย่างไรต่อสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์นั้น ๆ พร้อมทั้งกำหนดวิถีที่จะนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป เช่น ภายหลังจากการที่สุนัขนักเรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์นั้น ๆ พร้อมทั้งกำหนดวิถีที่จะนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป เช่น ภายหลังจากการที่สุนัขนักเรียนได้เรียนรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กวัยเรียนแล้วสุนัขนักเรียนเหล่านั้นจะต้องคิดว่าตนเองและกลุ่มในฐานะสุนัขนักเรียนจะมีบทบาทอย่างไรในการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว ตลอดจนมีการวางแผนการดำเนินงานเพื่อสร้างสรรค์เยาวชนรุ่นใหม่ที่ไม่สูบบุหรี่ต่อไป

5. การปฏิบัติ (Doing) เป็นขั้นตอนของการกระทำ ซึ่งจะรวมถึงการทดสอบ การค้นหาข้อเท็จจริงและการลงมือปฏิบัติสำหรับสุนัขนักเรียนที่ได้มีการกำหนดบทบาทและวางแผนกิจกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในระหว่างการศึกษา ขั้นตอนที่ปฏิบัติจะเป็นช่วงเวลาภายหลังการฝึกอบรมที่สุนัขนักเรียนจะต้องลงมือจัดกิจกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียนตามแผนที่ได้วางไว้ โดยผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของสุนัขนักเรียนจะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป





ภาพที่ 2 กระบวนการเรียนรู้เสริมสร้างพลังอำนาจ (Bishop et al., 1988)

จากการศึกษาของ ศรีวัฒน์ คุ่มสิน (2546) ศึกษาประสิทธิผลของการเพิ่มพลังอำนาจต่อการช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านเป็นรายบุคคลตามขั้นตอนที่วางไว้ ใช้เวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ ภายหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจภายหลังการทดลองทันทีสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับคะแนนเฉลี่ยความเครียดภายหลังการทดลองทันทีต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

บุญเดือน เหลืองเลิศจร (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 ผลการวิจัยพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความรู้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเมื่อสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผลดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระยะติดตามผลแตกต่างกับระยะหลังทดลอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองในระยะติดตามผลไม่แตกต่าง

กับระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศศิมา วัฒนา (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลและการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยนาท จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ที่ไม่ได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังและรับรู้พลังอำนาจ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ ดีวกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศรีสุตา เอกลัคนารัตน์ และชนัชมา ภัยพยับ (2549) ได้ศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจ โดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภค อาหารของวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ และใช้วิธีการ ให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มเป็นแนวทางในการศึกษา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่ กำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 18 ปี จำนวน 30 คน ผู้วิจัยสร้างพลังอำนาจให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ ออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเป็นระยะเวลา 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร และชั่งน้ำหนักก่อนและ หลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารของ กลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 น้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างหลังการสร้างพลังอำนาจน้อยกว่าก่อนการสร้างพลังอำนาจอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ค่าเฉลี่ยการประเมินพฤติกรรมตนเองของกลุ่มตัวอย่างระหว่างให้ คำปรึกษาอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงมาก ค่าเฉลี่ยการประมาณค่าความรู้สึกรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้นำ กลุ่มในการสร้างพลังอำนาจโดยการให้บริการปรึกษาแบบกลุ่มเป็นบวกในทุกลักษณะ

พวงทอง เพชรโทน (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลัง ต่อ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ รักษา ในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน และผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ญาติผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการ วิจัย ได้รับการสร้างพลังตามกิจกรรมที่กำหนดขึ้นตามกระบวนการของกิบสัน โดยกิจกรรมที่จัดขึ้น เป็นแบบรายบุคคล การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงรายละเอียด

เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า การสร้างพลังตามแนวคิดของกิบสัน มีผลทำให้ความรู้ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการสร้างโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ในการวิจัยพบว่าคนที่บุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เกิดการรับรู้พลังอำนาจ มีความสามารถและทักษะ เกิดความมั่นคงในการกระทำ มีการตัดสินใจที่ดี และการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้วิจัยคาดว่า การประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในการวิจัยครั้งนี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้แก่นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่เป็นกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้พลังอำนาจและมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ ดีกว่ากลุ่มควบคุม เพราะการรับรู้พลังอำนาจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ในการป้องกันการสูบบุหรี่ต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

โรเซนสโตก (Rosenstock, 1974, p. 328) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา
3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น

ต่อมา คาสล์ และคอบบี้ (Kasl & Cobb, 1985, p. 528) ได้ประยุกต์พฤติกรรมสุขภาพ อนามัยและความเจ็บป่วยของบุคคลเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วยโดยแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย (Health Related Behaviors) ออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์ เพื่อป้องกันโรค หรือเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพของโรค ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อรู้สึกไม่สบาย โดยการปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อนและเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเพื่อรับคำแนะนำและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น โดยมีจุดประสงค์ให้อาการดีขึ้น เช่น ยอมรับการรักษาจากแพทย์ ยอมรับการพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นรวมทั้งหยุดการทำงานที่ตามปกติชั่วคราว

ต่อมาเบคเกอร์ และไมเมน (Becker & Maiman, 1974, p.348) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจโดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีกเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคโดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรคและเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying And Enabling Factor) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of Health Behavior) ได้ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายและสามารถสรุปเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีโอกาสต่อการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพระดับสูง จะมีผลทำให้มีการแสดงออกพฤติกรรมป้องกันโรคมมากขึ้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขาถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีความหมายในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคมมากกว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงสามารถส่งผลกระทบให้บุคคลตัดสินใจร่วมมือต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ ด้วยความรู้สึกกลัวอันเกิดจากกระบวนการของโรค และความกลัวความยุ่งยากในการรักษาหากเกิดโรคมขึ้น ซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมการป้องกันยังไม่เกิดขึ้น จนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่า โรคที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายสามารถทำลายชีวิต หรือผลกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

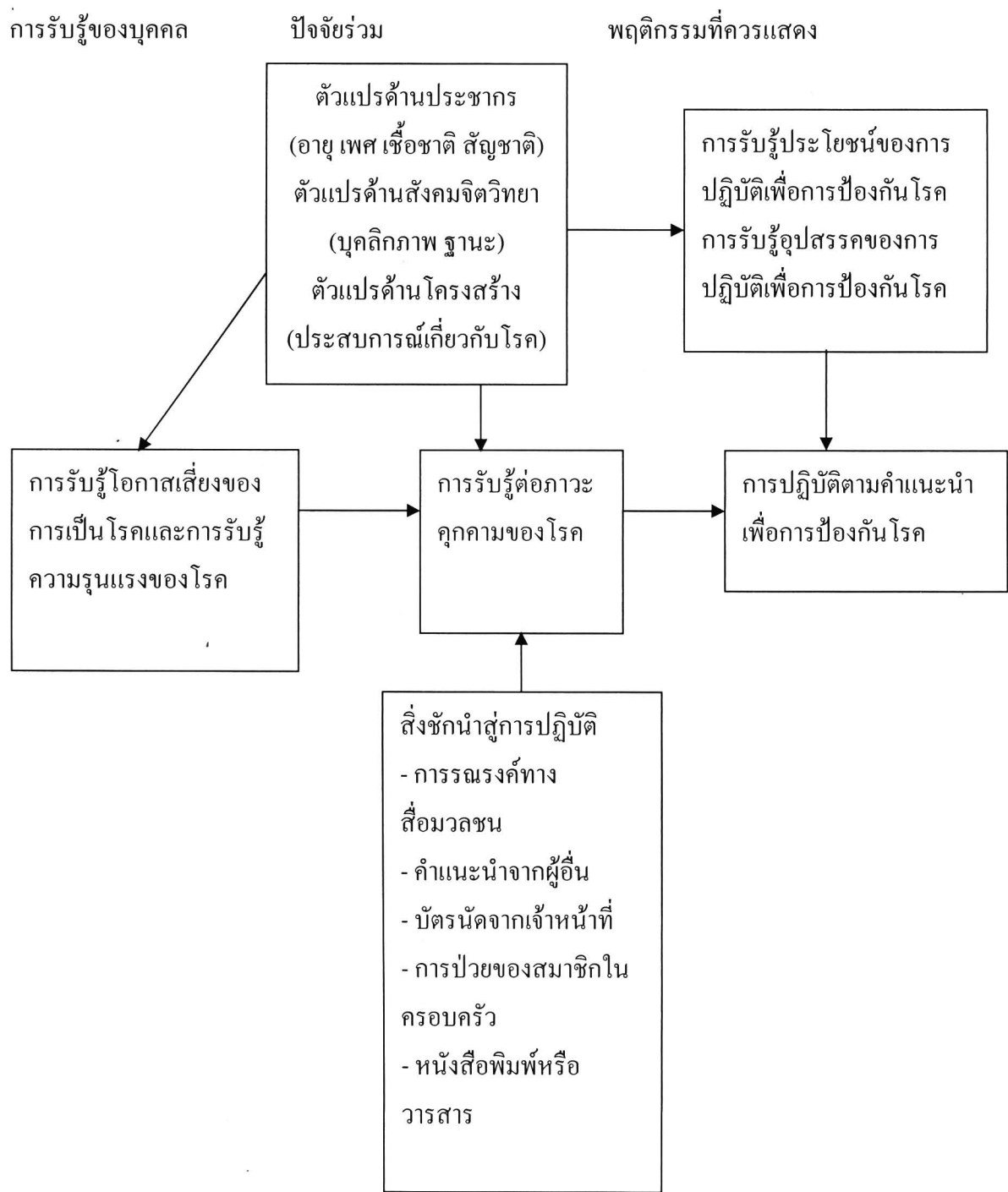
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดี และเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers) หมายถึง การรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพง ความละเอียด เป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับ การชั่งน้ำหนัก ข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย

5. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในและเป็นพื้นฐานส่วนตัวของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเองจะไปปรับการตรวจสุขภาพประจำปีและเมื่อพบอาการผิดปกติก็พร้อมที่จะไปพบแพทย์และรับการรักษา ซึ่งแรงจูงใจนี้มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคเพิ่มมากขึ้น และรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรือการป้องกัน จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้มีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น

6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรืออุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ นอกจากจะสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้ และแรงจูงใจของบุคคลแล้ว ยังมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ การเข้าถึงบริการ ตลอดจนภูมิสัมพันธ์และปัจจัยสนับสนุนในด้านต่าง ๆ หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

จากองค์ประกอบสำคัญดังกล่าว สามารถเขียนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบเหล่านั้นเป็นโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังแสดงไว้ในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974, p. 206)

จากการศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลให้เกิด พฤติกรรมที่ถูกต้อง ดังการศึกษาโดยใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้เด็กได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็น แก่ปัญหาาร่วมกัน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม กำหนดหัวข้อสนทนา เชื่อมโยงความคิด และสรุปประเด็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอันเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำการมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และอาจารย์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้เด็กได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็น แก่ปัญหาาร่วมกัน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม กำหนดหัวข้อสนทนา เชื่อมโยงความคิด และสรุปประเด็น สัมมนา มุลสาร และสุกัญญา ศรีสง่า (2550) ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ออกแบบโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ที่ถูกต้องและเพิ่มผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิณชนิดปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคต่อหิณชนิดปฐมภูมิที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจตา แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วสุ่มแบบ random เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 170 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นจำนวน 2 ครั้ง กลุ่มควบคุม ได้รับการสอนตามปกติจากเจ้าหน้าที่ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง คือ ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (1-3 เดือน) และครั้งที่ 2 (3 เดือน) ผลการศึกษา พบว่า ในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โปรแกรมสุขศึกษามีผลทำให้ผู้ป่วยโรคต่อหิณชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องต่อไปนี้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ ($p < 0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($p < 0.001$) การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ($p < 0.001$) พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านพฤติกรรม การหยอดตาและใช้ยาอย่างถูกต้อง ($p < 0.001$) การปฏิบัติกรหยอดตาที่ถูกต้อง ($p < 0.001$) และในด้านการมาตรวจตามนัด พบว่า กลุ่มทดลองมีร้อยละของผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 (ร้อยละ 80.59 และ ร้อยละ 67.65, $p = 0.036$) และครั้งที่ 2 (ร้อยละ 72.46 และ 55.97, $p = 0.023$) สำหรับผลการรักษา คือ ความดันลูกตา พบว่า กลุ่มทดลองมีร้อยละของผู้ป่วยที่ความดันลูกตาปกติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 98.74 และร้อยละ 87.77, $P < 0.001$) ซึ่งพบในระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เท่านั้น

อรัญญา มณีกาญจน์ และอรนุช กุลบุญย์ (2549) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในโรงเรียนประถมศึกษา เขตเทศบาลนครศรีธรรมราช การวิจัยนี้

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน จากโรงเรียนวัดมหาธาตุ และกลุ่มควบคุม 20 คน จากโรงเรียนอนุบาลนครราชสีมา โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลทำให้ กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คุสิต ภัทรพงศ์พันธ์ (2549) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 52 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 58 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมีนาคม 2549 ถึงเดือนกรกฎาคม 2549 กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชถูกต้องมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ เจริญสิทธิชัย (2548) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในโรงเรียนประถมศึกษา เขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน จากโรงเรียนเซนต์แอนโทนี และกลุ่มควบคุม 20 คน จากโรงเรียนเซนต์หลุยส์ โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกการเจริญเติบโต โดยศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2547 ถึงเดือนสิงหาคม 2547 ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้ในการสร้างโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ในการวิจัยพบว่าสามารถทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม ผู้วิจัยคาดว่า การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพในการวิจัยครั้งนี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้แก่นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่เป็นกลุ่มทดลอง เกิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ดีกว่ากลุ่มควบคุม