

ผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น
ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม



จุไรรัตน์ อันธะบุตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
ผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ในวัยรุ่น
ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม

.....
นางสาวจุไรรัตน์ อันทรบุตร
ผู้วิจัย

.....
ศาสตราจารย์รจนา ภูไพบูลย์,
D.N.S.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
อาจารย์ทัศนาว ทวีคุณ,
Ph.D.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ศักดิ์,
D.N.S.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
ผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมกาสูบหรี่ในวัยรุ่น
ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นรลักษณ์ เอื้อกิจ,
Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อาจารย์ทศนา ทวีคุณ,
Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
นางสาวจุไรรัตน์ อันตระบุตร
ผู้วิจัย

.....
รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,
D.N.S.
ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์รุจา ภูโพนุลย์,
D.N.S.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
M.D., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.ทัศน ทวีคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรสา พันธุ์ภักดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ ประธานและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุง ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงเรียนรัตนโกสินทร์สมโภชนบวรนิเวศน์ ศาลาฯ ตลอดจนทั้งคณะอาจารย์ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ ห้วหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และเพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาลสมเด็จทุกท่าน ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อและคอยให้กำลังใจ อีกทั้งช่วยเื้อเวลาให้ผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์ เป็นอย่างยิ่งที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนจากองค์การอนามัยโลกและคอยให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วน ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็กและอาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรมหาบัณฑิตและเพื่อนร่วมรุ่นสาขาการพยาบาลเด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่ให้กำลังใจและคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดมา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อไพฑูรย์ คุณแม่ยินดี และญาติพี่น้องทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตลอดระยะเวลาการศึกษา

จุไรรัตน์ อันตระบุตร

ผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมกาสูบหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม

THE EFFECTS OF USING AN ADOLESCENT SMOKING BEHAVIOR PREVENTION PROGRAM BASED ON THE THEORY OF PLANNED BEHAVIOR

จุไรรัตน์ อันธะบุตร 5036174 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รุจา ภูไพบูลย์, D.N.S.(Family Health Nursing), ทศนา ทวีคุณ, Ph.D.(Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมกาสูบหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงเรียน 2 แห่ง แบ่งเป็นโรงเรียนกลุ่มควบคุม ทำการสุ่มห้องเรียนมา 2 ห้อง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน และโรงเรียนกลุ่มทดลอง ทำการสุ่มห้องเรียนมา 2 ห้อง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมกาสูบหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2552 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติที (T-test) และสถิติแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U Test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมกาสูบหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกาสูบหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้น คะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมกาสูบหรี่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมกาสูบหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกาสูบหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมกาสูบหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมกาสูบหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกาสูบหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกาสูบหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมกาสูบหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถลดและป้องกันพฤติกรรมกาสูบหรี่ในวัยรุ่นได้ สำหรับการศึกษาในอนาคตควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันของวัยรุ่น เพื่อให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากที่สุด

คำสำคัญ: ทัศนคติ / บรรทัดฐานสังคม / ความตั้งใจ / พฤติกรรมกาสูบหรี่ / ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม

THE EFFECTS OF USING AN ADOLESCENT SMOKING BEHAVIOR PREVENTION PROGRAM BASED ON THE THEORY OF PLANNED BEHAVIOR

JURAIRAT ANTHARABUTR 5036174 RAPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: RUTJA PHUPHAIBUL, D.N.S. (Family Health Nursing), TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of using an adolescent smoking behavior prevention program based on the theory of planned behavior. The sample consisted of 158 students in grade 7, from two different schools. The schools were divided into an experimental group, consisting of 78 randomly selected students from two classes; and a control group, consisting of 80 randomly selected students from two classes. The control group received normal teaching in the classroom, whereas the experimental group received an adolescent smoking behavior prevention program. The data collection was conducted from January to February 2009. The instrument used for data collection was a questionnaire. Chi-square test, T-test and Mann-Whitney U test were used for the data analysis.

The results reveal that after the program the experimental group had a higher score on the perception of correct subjective norms to smoking behavior, perceived smoking behavioral controls, and non-smoking intention than the control group with statistical significance ($p < .05$). Only negative attitudes toward smoking behavior was not different with statistical significance ($p > .05$), and the experimental group was not showed less smoking behavior than the control group with statistical significance ($p > .05$). After the program, the experimental group had a higher score on negative attitudes toward smoking behavior, perception of correct subjective norms to smoking behavior, perceived smoking behavioral controls, and non-smoking intention than before the program with statistical significance ($p < .05$). It was also found that after the program the experimental group showed less smoking behavior than before the program with statistical significance ($p < .05$).

The research findings suggest that the adolescent smoking behavior prevention program based on the theory of planned behavior is able to reduce and prevent smoking behavior among adolescents. Further study on this topic should be developed in relation to contemporary situations in order to maximize the effectiveness of the program.

KEY WORDS: ATTITUDE / SUBJECTIVE NORMS / INTENTION /
SMOKING BEHAVIOR / THEORY OF PLANNED BEHAVIOR

188 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่	12
วัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่น	14
ปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นและผลกระทบต่อวัยรุ่นที่สูบบุหรี่	21
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น	27
แนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม(Theory of Planned Behavior)	30
แนวคิดทักษะชีวิต (Life skills)	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
สถานที่ดำเนินการวิจัย	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย	58
บทที่ 5 การอภิปรายผล	70
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	80
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	84
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	115
บรรณานุกรม	149
ภาคผนวก	158
ประวัติผู้วิจัย	188

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)	59
2	เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test	61
3	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test	64
4	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนบรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test	65
5	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test	65
6	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test	67
7	เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square	68
8	เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square	68
9	เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test	69
10	เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test	69

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม	32
3	แสดงรูปแบบการวิจัย	42
4	แสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	44
5	แสดงขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	56

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นช่วงรอยต่อของชีวิตระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ และเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในชีวิตระยะหนึ่งทั้งด้านการเจริญเติบโตของร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคม วัยนี้เป็นวัยที่ต้องการเป็นตัวของตัวเองและสามารถตัดสินใจในสิ่งต่างๆเกี่ยวกับตนเองได้ ทำให้วัยรุ่นกล้าตัดสินใจที่จะทดลองและเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ตามมา ดังนั้นการดูแลเอาใจใส่วัยรุ่นจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นการป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นทั้งหมดในวัยรุ่นได้ ปัจจุบันพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงวัยรุ่นที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากปัญหาหนึ่งคือปัญหาการสูบบุหรี่ เป็นที่ทราบกันดีว่าบุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งที่ถูกกฎหมาย และนิยมสูบกันมาก พบว่าบุหรี่เป็นสารเสพติดที่วัยรุ่นมักจะเริ่มใช้ทดลองเสพเป็นครั้งแรกและส่งผลให้มีการเสพติดชนิดอื่นๆตามมา ในต่างประเทศมีรายงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่สูบกัญชา มักจะเคยสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์มาก่อน (สมิต วัฒนธัญญกรรม, สุธีพร มูลศาสตร์, ปาสิรัตน์ ไตรมศักดิ์ และกัลยา วิริยะ, 2546) จากการรายงานสถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรี่ทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) พบว่ามีผู้ที่สูบบุหรี่ทั่วโลกจำนวน 1 พันล้านคน และมีเด็กจำนวนเกือบครึ่งโลกที่สูดหายใจเอาอากาศที่เป็นพิษจากควันบุหรี่เข้าไป นอกจากนี้ยังพบว่าจากผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดจะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่เป็นจำนวนครึ่งหนึ่ง (WHO, 2008) จากข้อมูลดังกล่าวได้สะท้อนให้เห็นวิกฤติปัญหาพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ ซึ่งจำเป็นต้องหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทยได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการณ์การสูบบุหรี่ในอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 51.2 ล้านคน พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ 10.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.2 และพบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี คือ 16.8 ปี มีปริมาณการสูบบุหรี่จำนวน 10.3 มวนต่อวัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาพบว่า มีผู้สูบบุหรี่ประจำจำนวน 10.6 ล้านคน และมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากที่ได้สำรวจไว้ในปี พ.ศ. 2542 ถึง 4 แสนคน ที่น่าเป็นห่วงพบว่ากลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นคือกลุ่มวัยรุ่น โดยพบว่าเด็กไทยอายุต่ำกว่า 18 ปี เสพติดบุหรี่เกือบ 5 แสนคน

และมีเยาวชนอายุต่ำกว่า 24 ปี เสพติดบุหรี่ 1.5 ล้านกว่าคน โดยช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 84 (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2549) ในปี 2550 พบว่า จำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่มีถึง 18% แต่ทดแทนด้วยผู้สูบบุหรี่ใหม่ที่มีอัตราเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-18 ปี และ 19-24 ปี และที่น่าสนใจคือ ร้อยละ 69 ของผู้สูบบุหรี่ที่เป็นเยาวชนเพศหญิงอายุ 15-24 ปี เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 14 ปี (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจวัยรุ่นที่ผ่านมา พบว่า เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกอายุ 13-15 ปี เฉลี่ยอายุ 13.24 ปี (สุภาพร ทองศรี, 2543) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้สำรวจพฤติกรรมกาสูบหรืของนักเรียนอายุ 13-15 ปี ใน 151 ประเทศ พบว่า เริ่มทดลองสูบก่อนอายุ 10 ปี (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2551) ใกล้เคียงกับการศึกษาของไทยในปี 2548 พบว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 12-15 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 13.8 ปี (บุปผา ศิริรัศมีและคณะ, 2548) และเป็นที่น่าวิตกอย่างยิ่งเมื่อสำรวจพบว่า วัยรุ่นอายุ 15 ปี ที่สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 10 เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และประมาณร้อยละ 50 เริ่มสูบในช่วงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์, 2549)

จากสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยที่นับวันยิ่งมีความรุนแรงมากขึ้น เห็นได้จากอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกพบว่ามีอายุน้อยลง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจึงยังคงเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาพฤติกรรมกาสูบหรืในวัยรุ่นนั้นส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สำหรับผลในระยะสั้นคือ ด้านสุขภาพ การเรียน ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ซึ่งด้านสุขภาพนั้นพบว่ามีปัญหาสุขภาพภายในช่องปากคือ เหงือกอักเสบ เหงือกกรัน มีกลิ่นปาก ฟันดำ เล็บเหลืองมีคราบ นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพในระบบอื่นๆ คือ ไอบ่อย มีเสมหะมากในตอนเช้า หัวใจเต้นเร็ว แรง ใจสั่นขณะพัก หายใจมีเสียงคล้ายนกหวีด หายใจมีกลิ่นเหม็น เป็นหวัดบ่อย นอนไม่หลับ เครียด หงุดหงิดง่าย สุขภาพทรุดโทรม (วรวิพร พิศอ่อน, 2542) ด้านการเรียนพบว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ร้อยละ 21.2 มีผลการเรียนที่ไม่ดี และมีร้อยละ 2.1 เท่านั้นที่มีผลการเรียนดี และเยาวชนที่มีการศึกษาดำและออกจากโรงเรียนเร็วจะมีแนวโน้มการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่มีความปรารถนาที่จะศึกษาต่อในระดับปริญญาโทสูงกว่าเยาวชนที่สูบบุหรี่ถึงกว่า 2 เท่า (สตีเฟ่น ฮามานและคณะ, 2548) ด้านครอบครัวพบว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จะมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี เนื่องจากส่วนใหญ่มีปัญหาเศรษฐกิจ ครอบครัวยากจน และมีพ่อแม่เป็นแบบอย่างในการสูบบุหรี่ (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2549) ด้านสังคมพบว่าผู้คนรอบข้างแสดงความรังเกียจในพฤติกรรมกาสูบหรื สังคมรังเกียจคนสูบบุหรี่ ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้ตระหนักถึงปัญหาทางสังคม และคิดที่จะพยายามเลิกบุหรี่ (รุ่งทิพย์ เหล็กดี, 2546) ด้านเศรษฐกิจพบว่าวัยรุ่นไทยสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 10.3 มวนต่อวัน

คิดเป็นเงินที่ต้องใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ 30.9 บาทต่อวัน 927 บาทต่อเดือน 1,124 บาทต่อปี ซึ่งเป็นการสูญเสียเงินโดยเปล่าประโยชน์ไปเป็นจำนวนไม่น้อย

สำหรับผลในระยะยาวคือ ด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ผู้สูบบุหรี่มือสอง และเศรษฐกิจ สำหรับด้านสุขภาพนั้นพบว่า เด็กที่เสพติดบุหรี่ จะเสพติดบุหรี่ไปอีกเฉลี่ย 23 ปี กว่าที่จะเลิกได้สำเร็จหรือเสียชีวิตไป แสดงให้เห็นว่า เด็กที่เสพติดบุหรี่จะเป็นผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ต่อไปอีกเฉลี่ย 23 ปี ซึ่งผลที่ตามมาคือ เกิดโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ และทำให้เสียเงินที่สุด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้สูบบุหรี่ที่เริ่มสูบตั้งแต่วัยรุ่นและสูบต่อไปเป็นประจำ มีอัตราเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่สูงถึงหนึ่งในสองของผู้ที่สูบบุหรี่ โดยที่ครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตในวัยกลางคนถึง 70 ปี หรือมีอายุสั้นกว่าคนทั่วไปถึง 22 ปี (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2548) ผลต่อสิ่งแวดล้อมพบว่า ทำให้มีสูญเสียต้นไม้ในกระบวนการผลิตบุหรี่แล้ว ยังส่งผลให้เกิดปัญหาโรคอื่นจากการเผาไหม้ของบุหรี่ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสนใจขณะนี้ (พนิตย์ จิระนันท์ประวัติ, 2550) ผลต่อผู้สูบบุหรี่มือสองพบว่า ได้รับอันตรายจากสารพิษในบุหรี่เช่นเดียวกับหรือมากกว่าผู้สูบบุหรี่ (สตีเฟ่น ฮามานและคณะ, 2548) สำหรับผลต่อเศรษฐกิจพบว่า ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก ซึ่งมากกว่ารายรับของรัฐบาลจากการเก็บภาษีบุหรี่ (สติกิร พงศ์พานิช, 2547) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่ตามมาได้อย่างชัดเจน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องร่วมกันป้องกันไม่ให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดปัญหารุนแรงระดับประเทศต่อไป

จากการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่ผ่านมา พบว่า มีสาเหตุจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยด้านครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน สภาพแวดล้อม รวมทั้งทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยมต่อการสูบบุหรี่ สำหรับปัจจัยด้านครอบครัวนั้นพบว่า วัยรุ่นที่สูบบุหรี่มักมีพื้นฐานครอบครัวที่มีความกดดันและขาดความอบอุ่น อีกทั้งผู้ปกครองใช้เวลาอยู่กับลูกไม่เพียงพอ (ประกิต วาทีสาธก, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่า บทบาทของครอบครัวด้านการเป็นแบบอย่าง มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น (ยุพยง วงศ์พันธ์, 2544) สำหรับบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมากที่สุดคือ เพื่อนสนิท เนื่องจากพบว่าการสูบบุหรี่ครั้งแรกส่วนใหญ่เกิดจากการชักนำของเพื่อนและหัดสูบครั้งแรกที่บ้านเพื่อน (ประกิต วาทีสาธก, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นสามารถทำนายได้จากความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม โดยที่ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่นั้นสามารถทำนายได้จาก ทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐาน และความสามารถในการควบคุม (มัทธนา เหมชะญาติ, 2548) ซึ่งที่ผ่านมาได้นำปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมาเป็นเป้าหมายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาพฤติกรรมสูบบุหรี่ในวัยรุ่นอยู่ เนื่องจากว่า

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ จึงต้องทำการสำรวจและค้นคว้าวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันมากยิ่งขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นไทยยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้รับการแก้ไขจากหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบในการควบคุมการบริโภคบุหรี่โดยตรง รวมทั้งหน่วยงานที่เห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าขณะนี้ประเทศไทยจะมีศักยภาพการควบคุมการบริโภคบุหรี่ที่ค่อนข้างเข้มแข็งและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล แต่ก็ยังพบว่ามิติด้านอื่นอีกหลายด้าน เช่น การบังคับใช้กฎหมายยังอ่อนอยู่คือ ยังมีการขายบุหรี่แก่เด็ก การสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ ภาครัฐและเอกชนยังขาดกิจกรรมที่เน้นการช่วยเหลือป้องกันในกลุ่มเยาวชนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องวัยรุ่นกับประเด็นบุหรี่ยังขาดแคลน และเครือข่ายการรณรงค์ในระดับภูมิภาคและท้องถิ่นมีน้อย (สตีเฟ่น ฮาแมนและคณะ, 2548) ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีมาตรการต่างๆ ได้แก่ มาตรการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โครงการโรงเรียนสีขาว การบังคับใช้กฎหมายไม่อนุญาตให้จำหน่ายแก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และการไม่ให้โฆษณา ฌ จดขาย และการรณรงค์ต่างๆ ที่นำมาใช้เพื่อป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ แต่ยังคงพบว่ามีนักสูบหน้าใหม่เกิดขึ้นทุกวัน เพราะวัยรุ่นเป็นเป้าหมายหลักของกลุ่มผู้ค้าบุหรี่ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่เริ่มสูบบุหรี่และถ้าติดจะเลิกได้ยาก (ผ่องศรี ศรีมรกตและรุ่งนภา ผาณิตรัตน์, 2548)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญที่จะคิดค้นหาแนวทางใหม่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) ที่เน้นให้วัยรุ่นมีทักษะชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้เน้นพฤติกรรมวัยรุ่นที่แสดงออกมาเป็นสำคัญ จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) มาใช้เป็นแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่นำแนวคิดทักษะชีวิตของกรมสุขภาพจิต (2544) มาประยุกต์ใช้ เพื่ออธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตามแนวคิดทฤษฎี ซึ่งมีความเชื่อว่าความตั้งใจเกิดจากทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และความตั้งใจจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมา (Ajzen, 1991) เช่นเดียวกับการศึกษาของมัทธนา เหมชะญาติ (2548) ทำการศึกษาปัจจัยพยากรณ์การสูบบุหรี่ตามทฤษฎีการกระทำพฤติกรรมโดยเจตนา (Theory of Planned Behavior) ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่สามารถทำนายได้จากความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองที่จะสูบหรือไม่สูบบุหรี่ โดยที่ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ยังสามารถทำนายได้จากเจตคติต่อการสูบบุหรี่ การยอมรับโดยกลุ่มอ้างอิงในการสูบบุหรี่ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบ

บุหรี่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .93$ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปรับทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐาน และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุม เพื่อให้เกิดความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ และส่งผลให้ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดทักษะชีวิตที่ผ่านมามีพบว่า โปรแกรมทักษะชีวิตสามารถป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ได้ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยด้านความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และด้านความรับผิดชอบในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมทักษะชีวิต (ฉัฐพงศ์ พุดผล้า, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา ตรียมฉวีรัตน์ (2544) พบว่า โปรแกรมประยุกต์ทักษะชีวิตสามารถป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ได้ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมประยุกต์ทักษะชีวิตมีความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะการตัดสินใจไม่สูบบุหรี่ และแก้ไขปัญหา ทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพ และทักษะการจัดการความเครียด สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมประยุกต์ทักษะชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของซาลิส, การ์วูและเบสท์ (Salis, Garua, & Best, 1990) ได้ศึกษาโปรแกรมการฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ในนักเรียนเกรด 4-7 อายุเฉลี่ย 12 ปี จำนวน 78 คน พบว่า กลุ่มนักเรียนที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ สามารถปฏิเสธการสูบบุหรี่จากการชักชวนของเพื่อนได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ สำหรับการศึกษาทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการนำมาจัดโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น มีเพียงในต่างประเทศเท่านั้น แต่ยังพบว่ามีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่จะนำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาใช้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นเพียงเท่านั้น

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแนวคิดทักษะชีวิตสามารถนำมาใช้ป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ซึ่งได้นำทักษะชีวิตด้านการตระหนักในตนเอง (Self-awareness) มาใช้ในการปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นำทักษะชีวิตด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) มาใช้ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ นำทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจ (Decision Making) การแก้ไขปัญหา (Problem solving skills) และการส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มาใช้ในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เพื่อให้เกิดความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่และส่งผลให้ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา ซึ่งนับว่าเป็นโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นแนวใหม่ ที่จะช่วยให้วัยรุ่นมี

ทักษะที่จำเป็นในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบตามมาในอนาคต

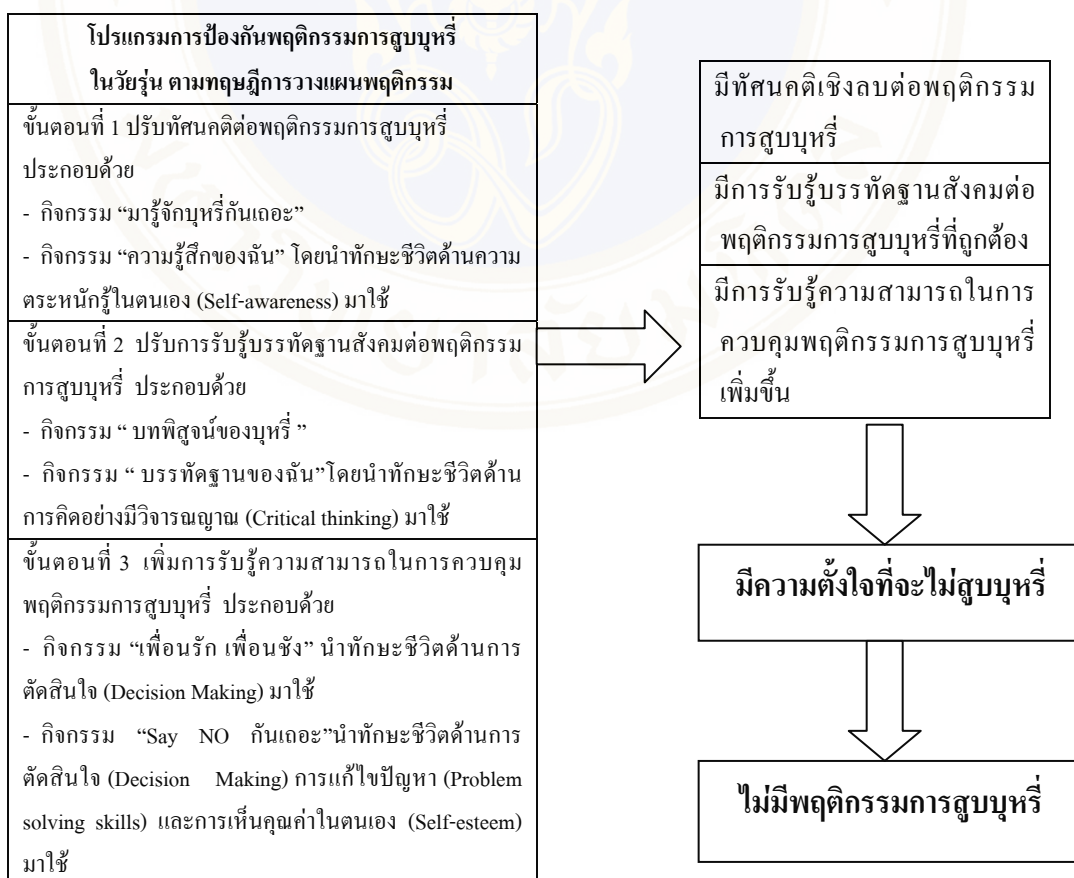
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นนั้น ได้มีการศึกษามาเป็นระยะเวลานานเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่ามีความสอดคล้องกันในหลายงานวิจัย ซึ่งสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (Ajzen, 1991) เป็นทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The Theory of Reasoned Action) ของ ฟิชไบน์และเอจเซน (Ajzen and Fishbein, 1975) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านทัศนคติและการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยมโนคติหลัก 4 ประการคือ ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรม การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้คือ ความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปัจจัยความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมคือ ทัศนคติที่บุคคลมีต่อพฤติกรรม การรับรู้บรรทัดฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กล่าวคือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม มีการรับรู้ว่าพฤติกรรมนั้นเป็นที่ยอมรับในสังคม และรับรู้ว่าจะตนเองสามารถที่จะควบคุมให้กระทำพฤติกรรมนั้นได้ (Ajzen and Fishbein, 1975 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2549)

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวสามารถนำมาอธิบายถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์และคณะ (2549) พบว่าทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ และจากการศึกษาของนรลักษณ์ เอื้อกิจ (Ua-kit, 2004) พบว่า ทัศนคติมีอิทธิพลโดยตรงบวกต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ($p < .001$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของผกาดี พรหมนุช (Promnuch, 2006) พบว่า ทัศนคติ บรรทัดฐาน และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

การสูบบุหรี่ ที่ส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่และแสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ออกมา นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความจริงของทฤษฎีเมื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

จากทฤษฎีสามารถอธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ว่า ถ้าวัยรุ่นมีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่ำ จะส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และแสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ออกมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจและตระหนักถึงความสำคัญที่จะนำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อนำมาสร้างเป็นโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นร่วมกับแนวคิดทักษะชีวิต โดยปรับทัศนคติเพื่อให้วัยรุ่นมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมเพื่อให้วัยรุ่นมีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมเพื่อให้วัยรุ่นสามารถควบคุมพฤติกรรมไม่ให้สูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ และทำให้ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา ดังแสดงในแผนภูมิต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตาม
ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม

สมมติฐาน

1. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จากโรงเรียน 2 แห่ง ที่มีขนาด ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจคล้ายคลึงกัน และไม่เคยได้รับโปรแกรมเกี่ยวกับบุหรี่มาก่อน จำนวน 158 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 80 คน และกลุ่มทดลอง 78 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับวัยรุ่นตอนต้นในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่
2. ด้านบริหาร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร โรงเรียนในการกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพนักเรียนในโรงเรียนในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่ร้ายแรงได้
3. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการเรียนการสอนเกี่ยวกับการนำแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม ไปใช้ได้จริง และทำให้มีความรู้และเข้าใจปรากฏการณ์มากขึ้น จากการนำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมมาศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น

4. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลให้ผู้สนใจในการทำวิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม ปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น และสามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงได้

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น
2. ตัวแปรตาม ได้แก่

ทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่

นิยามตัวแปร

1. โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น หมายถึง การจัดกิจกรรมให้วัยรุ่น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ขั้นตอน ที่ได้นำแนวคิดทักษะชีวิต (Life skills) ของกรมสุขภาพจิต (2544) มาประยุกต์ใช้ ขั้นตอนที่ 1 การปรับทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเพื่อให้วัยรุ่นมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้นำแนวคิดทักษะชีวิตด้านความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) มาใช้ ขั้นตอนที่ 2 การปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ไม่ถูกต้องของวัยรุ่นเพื่อให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง ได้นำแนวคิดทักษะชีวิตด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) มาใช้ ขั้นตอนที่ 3 การเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ได้นำแนวคิดทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจ (Decision Making) การแก้ไขปัญหา (Problem solving skills) และการส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มาใช้ ซึ่งกิจกรรมทั้ง 3 ขั้นตอน จะส่งผลถึงความตั้งใจของวัยรุ่นที่จะไม่สูบบุหรี่และทำให้ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา โดยการใช้กระบวนการกลุ่มเน้นให้วัยรุ่นเกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในการใช้กระบวนการคิด การตัดสินใจ

2. ทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจเป็นทัศนคติเชิงบวกหรือเชิงลบ (Ajzen, 1991:188) สำหรับการศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินทัศนคติต่อการสูบบุหรี่โดยตรง โดยประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ทั้งเชิง

บวกและเชิงลบว่าดีหรือไม่ดี เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษ น่าเบื่อหรือสนุก ทำให้ผ่อนคลายหรือทำให้เครียด โง่หรือฉลาด ทำให้มีความสุขหรือทำให้เกิดทุกข์ ทำให้ดูน่าเกลียดหรือทำให้ดูดี โดยใช้แบบวัดทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ที่ได้พัฒนามาจากผกาดี พรหมนุช (Promnuch, 2006) มีจำนวน 7 ข้อ ระดับการวัด 5 ระดับ แบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า Likert scale เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1-5 และมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 7-35 คะแนน คะแนนมาก หมายความว่า นักเรียนมีทัศนคติต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่เชิงลบต่ำ คะแนนน้อย หมายความว่า นักเรียนมีทัศนคติต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่เชิงลบสูง

3. การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ หมายถึง การรับรู้ถึงแรงกดดันของสังคมที่จะทำให้แสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมออกมา (Ajzen, 1991:188) หรือเป็นความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมว่าเป็นที่ยอมรับสำหรับคนทั่วไปหรือไม่ (รูกา ฎัโพนุลย์, 2549) ซึ่งการศึกษานี้ได้ใช้แบบวัดการรับรู้บรรทัดฐานโดยตรง เป็นการประเมินความรู้สึเกี่ยวกับ การสูบบุหรี่ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยประเมินความรู้สึของนักเรียนที่มีต่อบุคคลสำคัญว่าจะมีความรู้สึอย่างไร ถ้า นักเรียนมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ยอมรับได้หรือยอมรับไม่ได้ โดยใช้แบบวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ที่ได้พัฒนามาจาก ผกาดี พรหมนุช (Promnuch, 2006) จำนวน 3 ข้อ มีระดับการวัด 5 ระดับ แบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า Likert scale เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1-5 และมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3-15 คะแนน คะแนนมาก หมายความว่า นักเรียนมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ที่ถูกต้องในระดับต่ำ ถ้าได้คะแนนน้อย หมายความว่า นักเรียนมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ที่ถูกต้องในระดับสูง

4. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ หมายถึง การรับรู้ความง่ายหรือความยากของการแสดงพฤติกรรม เป็นการสันนิษฐานที่สะท้อนประสบการณ์ในอดีต รวมทั้งเป็นการทำนายสิ่งที่ขัดขวางและเป็นอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น (Ajzen, 1991:188) หรือความเชื่อว่าตนจะสามารถควบคุมการที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมได้หรือไม่ (รูกา ฎัโพนุลย์, 2549) ใน การศึกษานี้เป็นการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่โดยตรง ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ทั้งเชิงบวกและเชิงลบว่ามีความง่ายหรือยากในการที่จะควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ที่ได้พัฒนามาจาก ผกาดี พรหมนุช (Promnuch, 2006) จำนวน 3 ข้อ มีระดับการวัด 5 ระดับ แบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า Likert scale เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1-5 และมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3-15 คะแนน คะแนนมาก หมายความว่า นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ในระดับต่ำ คะแนนน้อย หมายความว่า นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ในระดับสูง

5. ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ความตั้งใจในช่วง 1 เดือนข้างหน้าว่าจะสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ เป็นการตัดสินใจก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา (Ajzen and Fishbein, 1980) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจทั้งเชิงบวกและเชิงลบว่ามีความเป็นไปได้หรือเป็นไปได้ไหมที่จะสูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนข้างหน้า ที่ได้พัฒนามาจาก ผกาดี พรหมนุช (2549) จำนวน 3 ข้อ มีระดับการวัด 5 ระดับ แบบวัดเป็นมาตรฐานค่า Likert scale เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1-5 และมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3-15 คะแนน คะแนนมาก หมายความว่า นักเรียนมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ในระดับต่ำ คะแนนน้อย หมายความว่า นักเรียนมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ในระดับสูง

6. พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ หมายถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ของวัยรุ่นในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปริมาณการสูบบุหรี่ ในระยะเวลา 30 วัน ที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อ แบ่งเป็น 2 ข้อย่อยให้เลือกตอบ คือ สูบและไม่สูบ ถ้าตอบสูบให้ตอบคำถามต่อว่าสูบบุหรี่เฉลี่ยกี่มวนต่อวัน และสูบบุหรี่เฉลี่ยกี่วันต่อเดือน พร้อมทั้งเขียนคำตอบลงในแบบสอบถามตามความเป็นจริง

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่
2. วัยรุ่นและการพัฒนาการของวัยรุ่น
3. ปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นและผลกระทบต่อวัยรุ่นที่สูบบุหรี่
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น
5. แนวคิดทฤษฎีวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior)
6. แนวคิดทักษะชีวิต (Life skills)

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่

1.1 ความหมายของบุหรี่

“บุหรี่” หมายความว่า บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้น หรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ (สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2535)

1.2 สารที่อยู่ในบุหรี่

สารที่อยู่ในบุหรี่และควันบุหรือนั้นก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูบและคนข้างเคียงที่ได้รับควันบุหรี่ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษที่สำคัญ 8 ชนิด ได้แก่ (เพ็ญพรรณ เลหาพันธ์และวิกุล วิศาลเสถียร, 2546; ประกิจ วาทีสาชกกิจ, 2548)

1. นิโคติน (Nicotine) มีลักษณะคล้ายน้ำมัน ไม่มีสี เป็นสารสำคัญที่ทำให้คนติดบุหรี่ ซึ่งหากเข้าสู่ร่างกายในปริมาณมากขึ้นเท่าใด ระดับการเสพติดก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเท่านั้น มีฤทธิ์โดยตรงต่อสมอง เป็นตัวกระตุ้นและกดประสาทส่วนกลาง นิโคตินจากควันบุหรี่ไปถึงสมองใช้เวลาเพียง 8 วินาที และในเวลาเพียง 20 นาที นิโคตินจะมีผลไปถึงส่วนอื่นๆ ของร่างกายผู้ที่ติดบุหรี่จึงต้องสูบบุหรี่ไปเรื่อยๆ เพื่อให้ปริมาณนิโคตินในเส้นเลือดคงที่ เมื่อไรก็ตามที่นิโคติน

ในเส้นเลือดลดต่ำลง ก็จะรู้สึกอยากสูบบุหรี่ ซึ่งถ้าได้รับสารปริมาณน้อยจะทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า แต่ได้รับปริมาณมากจะทำให้ความรู้สึกต่างๆลดลง และบางส่วนซึมเข้ากระแสเลือดมีผลต่อการหลั่งสารเอพิเนฟริน (Epinephrine) จากต่อมหมวกไต ทำให้ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ หลอดเลือดแดงที่แขนขาหดตัวและเพิ่มไขมันในเส้นเลือด ในบุหรี่ 1 มวน จะมีสารนิโคตินอยู่ประมาณ 0.8-1.8 มิลลิกรัม ซึ่งค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้คือ 1 มิลลิกรัม สำหรับบุหรี่ก้นกรองนั้นไม่มีผลทำให้ปริมาณนิโคตินลดลง

2. ทาร์ (Tar) มีลักษณะเป็นละอองเหลวเหนียว สีน้ำตาลคล้ายน้ำมันดิน ประกอบด้วยสารหลายชนิด และสารสำคัญที่พบคือ สารก่อมะเร็ง เช่น มะเร็งปอด กล้องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร และอื่นๆ ในควันบุหรี่ประกอบด้วยอนุภาคเล็กๆ นับล้านหน่วยต่อลูกบาศก์เซนติเมตร เมื่อควันบุหรี่เข้าสู่ปาก ละอองเหล่านี้จะเย็นลง จับตัวกันเกิดเป็นทาร์ ติดอยู่ตามทางเดินหายใจเข้าสู่ปอด ร้อยละ 50 ของทาร์จะจับอยู่ที่ปอด ทำให้เกิดอาการระคายเคือง ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ และพบว่า คนที่สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง จะมีปริมาณสารทาร์ในปอดประมาณ 30 มิลลิกรัมต่อมวน หรือ 110 กรัมต่อปี บุหรี่ไทยมีปริมาณทาร์อยู่ประมาณ 12-24 กรัมต่อมวน ซึ่งมาตรฐานที่กำหนดไว้เพียง 1 มิลลิกรัมต่อมวน

3. คาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbonmonoxide) เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น เกิดจากการเผาไหม้ของยาสูบและกระดาศที่ใช้มวนบุหรี่ มีคุณสมบัติในการขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง เนื่องจากเป็นก๊าซที่จับตัวกับฮีโมโกลบิน(Hemoglobin) ได้ดีกว่าออกซิเจนถึง 200 เท่า ทำให้ร่างกายของผู้สูบบุหรี่ได้รับออกซิเจนน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 10-15 เท่า จากการที่ปริมาณออกซิเจนในร่างกายไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายขาดออกซิเจน สมองและกล้ามเนื้อทำงานไม่เต็มที่ ทำให้หัวใจและปอดต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อลำเลียงออกซิเจนไปยังอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ถ้าปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงร้อยละ 30 จะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย และถ้าสูงถึงร้อยละ 60 อาจทำให้ตายได้ ซึ่งในบุหรี่ 1 มวน มีคาร์บอนไดออกไซด์อยู่ร้อยละ 2.6

4. ไฮโดรเจนไซยาไนด์ (Hydrogen cyanide) เป็นก๊าซพิษทำลายเยื่อหลอดลมส่วนต้น ทำให้เกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มีอาการไอเรื้อรังและมีเสมหะเป็นประจำ โดยเฉพาะในตอนเช้าจะมีมาก

5. ไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen dioxide) เป็นก๊าซพิษทำลายเยื่อหลอดลมส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางและโป่งพอง เกิดโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ถุงลมที่พองออกจะกดเนื้อปอดส่วนดี ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง บางราย

ถูกลมโป่งพองจนถุงลมแตก ทำให้จำนวนถุงลมน้อยลง ส่งผลให้การทำงานของปอดลดลง อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

6. แอมโมเนีย (Ammonia) มีฤทธิ์ระคายเคืองเนื้อเยื่อ ทำให้แสบตา แสบจมูก หลดคลมอักเสบ ไอมีเสมหะมาก

7. สารกัมมันตรังสี ซึ่งพบในควันบุหรี่มีสารโพลีนียม 210 ที่มีรังสีอัลฟาอยู่ และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปอด

8. แร่ธาตุอื่นๆ พบได้จากสารตกค้างในใบยาสูบหลังจากการไช่ยาฆ่าแมลงขณะปลูก เช่น โปแตสเซียม โซเดียม ทองแดง นิเกิล เป็นต้น ซึ่งสารเหล่านี้ก่อให้เกิดพิษต่อร่างกายหากได้รับเป็นระยะเวลานาน

2. วัยรุ่นและการพัฒนาของวัยรุ่น

2.1 ความหมายของวัยรุ่น

เฮอร์ล็อก ได้ให้ความหมายวัยรุ่น (Adolescence) ว่า “การเจริญเติบโตหรือเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ ซึ่งเด็กจะบรรลุถึงขั้นวุฒิภาวนั้น ไม่ใช่จะเจริญเติบโตแต่ทางด้านร่างกายด้านเดียวเท่านั้น แต่จะต้องมีพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน ไปพร้อมๆกัน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและสังคม” (Hurlock, 1956, p.119)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของวัยรุ่น (Adolescence) ว่า “เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ เป็นระยะที่มีพัฒนาการทางจิตใจ จากความเป็นเด็กไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากสภาพต้องพึ่งพาครอบครัวไปสู่การพึ่งพาตนเอง” (WHO, 1994, p.7-8)

สุชา จันทรเฒ ได้ให้ความหมายวัยรุ่น (Adolescence) ว่า “วัยรุ่นคือวัยที่สิ้นสุดความเป็นเด็ก เป็นวัยที่เป็นสะพานไปสู่วัยผู้ใหญ่ ไม่มีเส้นชัดเจนที่แน่นอนว่าเริ่มเมื่อใดและสิ้นสุดเมื่อใด แต่เป็นการกำหนดที่ร่างกายรูปร่างเป็นสำคัญ ถ้าจะกำหนดลงไปว่าเริ่มเมื่อใด ก็คือระยะที่เพศหญิงมีประจำเดือน และเพศชายเริ่มเมื่อมีการหลั่งอสุจิ” (สุชา จันทรเฒ, 2529 หน้า 2-3)

สรุปวัยรุ่นก็คือ วัยที่เชื่อมต่อระหว่างการเป็นเด็กและผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตพร้อมๆ กันไปทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา เป็นวัยที่ให้ความสนใจตนเอง ค้นหาตนเอง รู้จักใช้เหตุผล และกำลังจะพัฒนาตนเองไปสู่วัยผู้ใหญ่ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผู้ใหญ่ที่สังคมยอมรับ

2.2 พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ดังนั้นการศึกษาเรื่องพัฒนาการวัยรุ่นให้เข้าใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาด้านพัฒนาการวัยรุ่นในด้านต่างๆ ได้เหมาะสม วัยรุ่นแบ่งเป็นช่วงอายุได้ดังนี้ วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) ซึ่งเป็นช่วงเด็กวัยรุ่นในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายคือ ป.4-ป.6 วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence) เป็นช่วงเด็กวัยรุ่นในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นคือ ม.1-ม.3 และระยะวัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence) เป็นช่วงเด็กวัยรุ่นในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายคือ ม.4-ม.6 (Gordon, 1975; Curtis, 1992 อ้างใน นิตยา เพ็ญศิริ นภา, 2542) องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ได้ให้ความหมายของวัยรุ่นว่าเป็นบุคคลในช่วงอายุ 10-19 ปี แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ วัยรุ่นตอนต้น (อายุ 10-13 ปี) วัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 14-16 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (อายุ 16-19 ปี)

2.2.1 พัฒนาการทางร่างกาย (Physical Development) ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทั่วไป และการเปลี่ยนแปลงทางเพศ ร่างกายมีการสร้างและหลั่งฮอร์โมนของการเจริญเติบโต (growth hormone) และฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ รวมทั้งฮอร์โมนเพศ (sex hormone) อย่างมากและรวดเร็ว ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว มีแขนขายาวขึ้นก่อนจะเห็นการเปลี่ยนแปลงอื่นประมาณ 2 ปี เพศหญิงจะมีไขมันมากกว่าเพศชายที่มีกล้ามเนื้อมากกว่า ทำให้เพศชายแข็งแรงกว่า เพศหญิงจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในระยะ 1 ปี ก่อนมีประจำเดือนครั้งแรก และจะมีความสูงเพิ่มขึ้นประมาณ 2-4 ปี หลังมีประจำเดือนครั้งแรก ในขณะที่เพศชายจะเจริญเติบโตรวดเร็วภายหลังมีการหลั่งน้ำอสุจิ สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางเพศ สิ่งที่เห็นได้ชัดเจนคือ วัยรุ่นชายเป็นหนุ่มขึ้น นมขึ้นพาน เสียงแตก หนวดเคราขึ้น และเริ่มมีฝันเปียก (nocturnal ejaculation) ซึ่งการฝันเปียกครั้งแรกเป็นสัญญาณของการเข้าสู่วัยรุ่นของเพศชาย ส่วนวัยรุ่นหญิงจะมีเต้านมขนาดโตขึ้น ไขมันที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีทรวงอก สะโพกผายออก และเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก (menarche) ซึ่งเป็นสัญญาณบอกการเข้าสู่วัยรุ่นหญิง และทั้งสองเพศจะมีขนาดอวัยวะเพศโตขึ้น มีขนขึ้นบริเวณอวัยวะเพศ คอมีไขมันและต่อมเหงื่อใต้ผิวหนังทำหน้าที่เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาเรื่องสิวและกลิ่นตัว นอกจากฮอร์โมนจะมีผลต่อการเจริญเติบโตทางร่างกายและอวัยวะเพศในวัยรุ่นแล้ว ยังส่งผลต่อความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้วัยรุ่นต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ยังต้องเข้าใจและควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่พลุ่งพล่านจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนต่างๆ อีกด้วย (พนม เกตุมาน, 2550; ลำดวน นาสิริกุล, 2541; สุริยเดว ทรีปาตี, 2551)

2.2.2 พัฒนาการทางอารมณ์ (Emotional Development) วัยรุ่นเป็นวัยที่ได้ชื่อว่า “พายุบุแคม” หมายถึง มีความรู้สึกรุนแรง ความรู้สึกอย่างเปิดเผยและตรงเกินไป เด็กอาจ

รู้สึกว่าคุณมีความสุขและเต็มไปด้วยความเชื่อมั่นในตนเอง แต่ในบางครั้งก็รู้สึกหดหู่ มีความสงสัยอยู่ตลอดเวลา ความชอบและไม่ชอบมีความรุนแรง ไม่ค่อยยอมใครง่ายๆ ในขณะเดียวกันบางครั้งเป็นคนโอปออ้อมอารี และบางครั้งมีความเห็นแก่ตัว มีการแสดงความคิดเห็นที่ขัดแย้งกับผู้ใหญ่อยู่เสมอ โดยไม่รู้ตัวว่าผิด (สุชา จันทรธรม, 2529) วัยนี้จะมีสภาพอารมณ์ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงง่ายและรวดเร็ว (ศิริชัย หงส์สงวนศรี, 2542) เมื่อวัยรุ่นมีอารมณ์ที่ไม่ดีจะทำให้เกิดพฤติกรรมเกรี้ยวกราดทำตามอารมณ์ตนเอง ทำให้มีผลต่อการเรียนและการดำเนินชีวิต เนื่องจากมีการควบคุมอารมณ์ได้ไม่ค่อยดีนัก สำหรับอารมณ์ทางเพศจะมีมาก ทำให้มีความสนใจเรื่องเพศ ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องปกติในวัยนี้ (พนม เกตุมาน, 2550) วัยรุ่นหลายคนที่มีกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างดี โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่ชอบเล่นกีฬากลางแจ้งเป็นประจำ วัยนี้จะมีความคิดวิพากษ์วิจารณ์จะไม่เป็นที่ยอมรับจากคนรอบข้าง โดยเฉพาะกลุ่มเพื่อน และต้องการให้เพื่อนฝูงยอมรับ ต้องการให้คนรอบข้างชื่นชมเกี่ยวกับรูปลักษณ์ภายนอกของตน มีความสนใจเรื่องความสวยงามทางกาย เพื่อให้เป็นที่ยอมรับจากคนรอบข้างและเป็นที่ดึงดูดใจของเพศตรงข้าม (สุริยเดว ทรีปาตี, 2551) จึงมักเอาใจใส่กับรูปร่างของตนเองมากขึ้น มักกังวลใจเรื่องความสูง เตี้ย อ้วน ผอม ซึ่งเด็กแต่ละคนจะมีความกังวลใจไม่เหมือนกัน วัยนี้บางครั้งมีความรู้สึกอยากเป็นผู้ใหญ่จะทำอะไรตามใจตนเองได้ บางครั้งก็อยากกลับไปสู่ความสบายอย่างเด็กอีก เนื่องจากเด็กกำลังเจริญเติบโตไปสู่ผู้ใหญ่ และมีความต้องการที่จะพึ่งพาตนเอง จึงทำให้เด็กมักจะฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ของครอบครัว เพราะเด็กต้องการความเป็นอิสระ ฉะนั้นการเข้มงวดของพ่อแม่จะส่งผลให้เด็กมีความเครียด และทำให้เกิดการขัดแย้งกันขึ้นโดยที่ไม่จำเป็น (สุชา จันทรธรม, 2529)

สำหรับสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและรุนแรงเกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เนื่องจากสัดส่วนของวัยรุ่นเริ่มเหมือนผู้ใหญ่ทำให้สนใจตนเองยิ่งขึ้น และมีความสนใจที่จะทำตามแบบอย่างของผู้ใหญ่ทั้งพฤติกรรมและการแต่งกาย แต่เนื่องจากเด็กไม่สามารถที่จะเข้าใจและทำตนให้เหมาะสมเสมอไป จึงมักมีข้อขัดแย้งกับผู้ใหญ่ตลอดเวลา จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้อารมณ์ของวัยรุ่นไม่มั่นคง ทำให้เกิดความเครียดและเด็กมักจะแสดงออกมานทันที และเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายใน เนื่องจากต่อมไร้ท่อ นับว่าเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงทุกๆ ด้าน อันเป็นเหตุให้เด็กประพฤติดีได้ง่าย การทำงานของต่อมเพศเป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีความต้องการใหม่ๆ และเริ่มสนใจเพศตรงข้าม ความต้องการที่สำคัญคือ ต้องการพึ่งตนเอง ต้องการมีส่วนร่วมกับหมู่คณะ วัยรุ่นจึงมักรวมกันเป็นกลุ่มหรือแก๊ง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุเกิดจากการที่วัยรุ่นต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มมีประสบการณ์ใหม่ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งมักจะขัดแย้งกับผู้ใหญ่ จึงทำให้ผู้ใหญ่เข้มงวดต่อความประพฤติของเด็ก การคบเพื่อน การเรียน การแต่งกาย ทำให้เด็กต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมใน

บ้าน และการที่เด็กต้องปฏิบัติตามใจผู้ใหญ่อยู่ตลอดเวลา เป็นเหตุให้อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด และมักแสดงออกมาทันที ซึ่งสามารถสรุปความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของวัยรุ่นเป็นหลายหัวข้อ ดังนี้ 1. มีความต้องการและปรารถนาใหม่เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างรุนแรง ถ้าต้องการแล้วไม่สมหวัง จะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น โศกเศร้า ซิดอัด และพยายามหาความพอใจทางใดทางหนึ่งให้จงได้ 2. มีความรู้สึกทางเพศเกิดขึ้น เด็กจะมองเห็นความสวยงามและพิถีพิถันในการแต่งตัวเพื่ออวดเพศตรงข้าม ซึ่งในวัยนี้สามารถสืบพันธุ์ได้ ดังนั้นจึงควรได้รับความรู้เรื่องเพศอย่างถูกต้องเหมาะสม 3. เกิดความกระวนกระวายใจในเรื่องความเจริญเติบโตของร่างกาย จึงทำให้มีพฤติกรรมฝืนธรรมชาติ เช่น ทำหลังอเพื่อให้ดูตัวเล็ก เพศหญิงมักสวมเสื้อในคับๆ รัดทรวงอกเพื่อไม่ให้เจริญขึ้น 4. เริ่มรู้จักรับผิดชอบและต้องการอิสระ 5. จินตนาการมีมากขึ้น โดยเฉพาะการฝันกลางวัน 6. มีความเชื่อมั่นอย่างรุนแรงและจริงจัง (สุชา จันทร์อม, 2529) จากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีความหลากหลายและซับซ้อน ทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองและบุคคลใกล้ชิดไม่ค่อยเข้าใจอารมณ์ของเด็กวัยนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาความต้องการของวัยรุ่นให้เข้าใจ เพื่อการดูแลและอบรมให้ถูกต้องเหมาะสม

สำหรับความต้องการของวัยรุ่นสามารถสรุปได้ว่า วัยรุ่นมีความต้องการความรักและความห่วงใยจากบุคคลที่มีความสำคัญ แต่ไม่ต้องการให้แสดงความห่วงใยตลอดเวลา ต้องการเป็นอิสระอยากทำอะไรได้ด้วยตนเอง อยากมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยากทำตัวห่างจากพ่อแม่ ต้องการพึ่งพาตนเอง ต้องการเป็นตัวของตัวเอง โดยที่ให้คนรอบข้างยอมรับในสิ่งที่มาจากตัวเอง ทำให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งพ่อแม่ควรส่งเสริมให้วัยรุ่นได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ต้องการอยากรู้ อยากเห็น อยากลอง พ่อแม่ผู้ปกครองควรฝึกสอนและให้โอกาสเด็กได้ลองทำในสิ่งที่ถูกต้อง ควรฝึกสอนมาตั้งแต่เด็ก และค่อยๆ สอนถึงอันตรายในหลายสิ่งหลายอย่างที่อยู่ในสังคมและวิถีแก้ไข ส่งเสริมให้ลองในสิ่งที่ดีและให้ยับยั้งในสิ่งที่อันตราย เมื่อวัยรุ่นได้รับการฝึกฝนจะช่วยให้วัยรุ่นมีทักษะในการดำเนินชีวิต เป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีความต้องการความถูกต้อง ความยุติธรรม ต้องการความตื่นเต้นท้าทาย และหาประสบการณ์แปลกใหม่ และต้องการการยอมรับจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน (สุริยเดว ทรีปาตี, 2551)

สรุปได้ว่า วัยรุ่นมีอารมณ์และพฤติกรรมแปรปรวนอ่อนไหวง่าย โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้นแสดงให้เห็นชัดเจนว่ายังมีความรู้สึกที่ยึดตัวเองเป็นหลัก ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ ไม่สามารถเข้าใจหรือมองเห็นผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นตามมาในอนาคตได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการทดลองทำพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่เหมาะสมได้ ดังนั้นการเข้าใจถึงความต้องการของวัยรุ่นจึงมีความจำเป็น เพราะสามารถช่วยลดความ

ขัดแย้งที่เกิดขึ้น อีกทั้งเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัย และสามารถใช้ทักษะชีวิตเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้

2.2.3 พัฒนาการทางสังคม (Social Development)

ความสัมพันธ์ในครอบครัว วัยนี้จะเริ่มแยกตัวออกจากครอบครัว ทำตัวห่างเหิน ไม่ค่อยสนิทสนมคลุกคลีกับสมาชิกในครอบครัว แต่จะให้ความสนใจกับเพื่อนมากกว่า ความรับผิดชอบไม่คงที่ อาจละเลยความรับผิดชอบในบ้านที่ได้รับมอบหมาย ทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองหงุดหงิดไม่พอใจ เป็นเหตุให้เกิดความขัดแย้งขึ้น (พนม เกตุมาน, 2550) อาจเป็นเพราะต้องการอิสระที่จะทำงานของตน เด็กวัยนี้มักจะหลบหนีพี่น้องมากกว่าหลบหนีพ่อแม่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเด็กมีความรู้สึกไว ไม่สามารถทนความรบกวนจากพี่ๆ น้องๆ ได้ เด็กชายที่มีอายุ 13 ปี จะมีความใกล้ชิดกับแม่มากกว่าพ่อ แต่เด็กหญิงมีความสัมพันธ์อย่างอบอุ่นกับพ่อและนิยมพ่อ (สุชา จันทรเฒ, 2529)

ความสัมพันธ์กับเพื่อน วัยนี้จะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน กลุ่มเพื่อนส่วนใหญ่จะเป็นเพื่อนเพศเดียวกัน กลุ่มเพื่อนจะช่วยให้เกิดความมั่นใจในเรื่องที่กังวลมากขึ้น และมีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรม เนื่องจากต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ส่งผลให้วัยรุ่นถูกเพื่อนชักชวนไปในทางที่ผิดได้ง่าย (กฤษณา ตรียมฉัตร, 2544; ญัฐกานต์ ทรัพย์ไพศาล, 2547) ในด้านความสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามนั้น เด็กหญิงเริ่มรู้สึกว่เด็กชายมีความสนใจตนเมื่ออายุ 14 ปี เด็กหญิงเมื่ออายุ 14 ปี จะสนใจเด็กชายที่โตกว่า เนื่องจากมีวุฒิภาวะเร็วกว่าเด็กชายวัยเดียวกัน เด็กวัยนี้จะมีเหตุผลในการคบเพื่อนมากขึ้น บางคนจะทำตัวแปลกกว่าผู้อื่นเพื่อเรียกร้องความสนใจ หรือมักใช้คำพูดแปลกๆ ส่วนผู้ที่เข้าพวกไม่ได้มักจะหลบซ่อน แอบไปอ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก หรือฝึกลงวันคนเดียว (สุชา จันทรเฒ, 2529)

สรุปได้ว่า วัยรุ่นมีความสนใจในการสมาคมกับเพื่อนและบุคคลทั่วไปมากขึ้น เข้าใจและตระหนักในหน้าที่ หมู่คณะจะมีอิทธิพลต่อเด็ก การแสดงกิริยามารยาท การแต่งกายจะคล้อยตามหมู่คณะหรือสังคม สิ่งแวดล้อม ถ้ามีการติดต่อเกี่ยวข้องกับบุคคลหรือสิ่งที่ดึงดูด จะทำให้เกิดประโยชน์ ดังนั้นพ่อแม่ผู้ปกครองและบุคคลใกล้ชิดจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาทำความเข้าใจความต้องการทางสังคมของวัยรุ่น เพื่อเป็นการช่วยให้วัยรุ่นมีวุฒิภาวะทางสังคมที่เหมาะสม อันเป็นรากฐานความสัมพันธ์ทางสังคมในอนาคต

2.2.4 พัฒนาการทางสติปัญญา (Intellectual Development)

วัยนี้จะมีพัฒนาการทางสติปัญญาสูงขึ้น จนมีความคิดเป็นแบบรูปธรรม โดย Jean Piaget ใช้คำอธิบายว่า Formal Operation หมายถึงความสามารถที่จะเรียนรู้ เข้าใจ เหตุการณ์ต่างๆ ได้ลึกซึ้งแบบ abstract thinking มีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และสังเคราะห์

สิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น แต่ยังคงความขี้คิด และการไตร่ตรองให้รอบคอบ สามารถบอกความเห็นแก่บุคคลอื่นได้ รู้จักสังเกตความรู้สึกของคนอื่นที่มีต่อตนได้มากขึ้น วัยนี้ได้ชื่อว่ามีความคิดดี รู้จักวิจารณ์ตัวเอง สามารถรับรู้ตนเอง (Self Awareness) ในด้านต่างๆ ดังนี้ 1. เอกลักษณ์ (identity) วัยรุ่นจะเริ่มแสดงออกถึงสิ่งที่ตนเองชอบ ถนัด ซึ่งแสดงถึงความเป็นตัวตนของเขาที่โดดเด่น ได้แก่ วิชาที่เขาชอบเรียน กีฬาที่ชอบเล่น งานอดิเรก กลุ่มเพื่อนที่ชอบและสนิทสนมด้วย โดยจะเลือกคบคนที่มีส่วนคล้ายคลึงกันหรือเข้ากันได้ และเกิดการเรียนรู้ถ่ายทอดแบบอย่างจากกลุ่มเพื่อนทั้งแนวคิด ระบบจริยธรรม การแสดงออกและการแก้ปัญหาในชีวิต จนกลายเป็นเอกลักษณ์ของตนและกลายเป็นบุคลิกภาพ นอกจากนี้ยังมีการแสดงออกถึงเอกลักษณ์ทางเพศ (sexual identity and sexual orientation) จากการชื่นชอบและมีพฤติกรรมเลียนแบบแฟชั่น ดารา นักร้อง การแต่งกาย Erikson อธิบายว่าวัยนี้จะเกิดเอกลักษณ์ของตน ถ้าไม่เกิดจะมีความสับสนในตนเอง (Identity VS Role confusion) 2. ภาพลักษณ์ของตนเอง (self image) คือการมองภาพของตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ หน้าตา รูปร่าง ความสวยความหล่อ ความพิการ ข้อดีข้อด้อยทางร่างกายตนเอง ซึ่งจะทำให้ความสนใจหรือให้เวลาเกี่ยวกับรูปร่าง ผิวพรรณมากกว่าวัยอื่นๆ 3. การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น (acceptance) วัยนี้ต้องการการยอมรับจากเพื่อนอย่างมาก การได้รับการยอมรับจะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง เห็นคุณค่าในตนเอง มั่นใจตนเอง วัยนี้จึงมักอยากเด่นอยากดัง 4. ความภาคภูมิใจตนเอง (self esteem) เกิดจากการได้รับการยอมรับจากเพื่อนและสังคม 5. ความเป็นตัวของตัวเอง (independent) วัยนี้จะรักอิสระ เสรีภาพ ไม่ชอบอยู่ในเกณฑ์กติกา เชื่อความคิดตนเอง ความอยากรู้อยากลองจะมีสูงสุดในวัยนี้อาจทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายถ้าวัยรุ่นขาดการขี้คิดที่ดี 6. การควบคุมตนเอง (self control) วัยนี้จะเรียนรู้ที่จะควบคุมความคิด รู้จักขี้คิด การคิดให้เป็นระบบ เพื่อให้สามารถใช้ความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (พนม เกตุมาน, 2550)

สรุปได้ว่า วัยรุ่นมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่กว้างขวางขึ้น ชอบลงมือทำ โดยการเรียนรู้แบบลองผิดลองถูก ซึ่งจะเผชิญกับปัญหาและหาทางแก้ปัญหาไปจนกว่าจะได้ผลที่พอใจ ถ้าสิ่งใดทำแล้วไม่เป็นอันตรายน่า ผู้ใหญ่อาจจะลองให้เด็กได้ปฏิบัติเพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาการและช่วยให้เป็นผู้ใหญ่ที่เข้มแข็งในอนาคตได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการสร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น เพื่อให้มีความเหมาะสมกับพัฒนาการตามวัย โดยการให้อิสระในการใช้ความคิด การตัดสินใจ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการมองตนเองของวัยรุ่น และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

2.3 การเปลี่ยนแปลงในระยะวัยรุ่นตอนต้น

วัยรุ่นตอนต้น เป็นระยะเริ่มแรกที่เด็กพยายามค้นหาภาพลักษณ์และบทบาทของตนที่ควรจะเป็น สิ่งที่ยุ่รุ่นมองตนเองจะสะท้อนออกมาทางพฤติกรรมและทัศนคติของวัยรุ่นที่มีต่อผู้อื่นได้แก่ พ่อแม่ โรงเรียน สังคม และเพื่อน (Gordon, 1975; Curtis, 1992 อ้างใน นิติยา เพ็ญศิริินภา, 2542) สามารถสรุปภาพลักษณ์ของวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทต่างๆ ได้ดังนี้คือ (1) ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับวัยรุ่น ในวัยนี้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง พ่อแม่มีอิทธิพลต่อการสร้างภาพลักษณ์ของเด็ก ดังนั้นถ้าบทบาทของพ่อแม่มีปัญหา จะนำไปสู่ปัญหาบุคลิกภาพและพฤติกรรมวัยรุ่นต่อไปได้ เช่น การที่พ่อสูบบุหรี่จะทำให้วัยรุ่นหันมาสร้างภาพลักษณ์ของตนในการสูบบุหรี่ตามพ่อได้ และการต้องการเป็นอิสระ ซึ่งในวัยนี้มีความต้องการเป็นอิสระจากครอบครัว บ้าน และพ่อแม่มากขึ้น โดยจะพยายามทำตัวเป็นผู้ใหญ่ สามารถดูแลตนเองได้ ในขณะเดียวกันก็หันไปพึ่งพากลุ่มเพื่อนในวัยเดียวกันมากขึ้นด้วย จึงพบว่าวัยรุ่นจำนวนมากที่ไปมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรากับกลุ่มเพื่อนๆ เพื่อแสดงความเป็นผู้ใหญ่และความเป็นอิสระของตน (2) โรงเรียนกับการปรับตัวใหม่ ซึ่งการที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นต้องเปลี่ยนโรงเรียนจากโรงเรียนระดับประถมศึกษามาเป็นระดับมัธยมศึกษา นั้น ทำให้วัยรุ่นตอนต้นที่อยู่ระหว่างการสร้างภาพลักษณ์ของตนเองต้องมาพบกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งการได้พบเพื่อนเป็นจำนวนมากขึ้นและได้สัมผัสกับสังคมกว้างขึ้น ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียดตามมาและอาจนำไปสู่การพึ่งพาบุหรี่และสารเสพติดอื่นๆ ได้ หากมีความเชื่อผิดๆ และได้รับการชักชวนว่าการใช้สารเสพติดต่างๆ เป็นวิธีการช่วยลดความเครียด (3) สังคมกับวัยรุ่นตอนต้น โดยที่สื่อมวลชน ภาพยนตร์ โทรทัศน์ นิตยสาร ฯลฯ รวมทั้งบุคคลตัวอย่างที่อยู่ในสังคมแวดล้อมเด็ก มีแนวโน้มที่จะทำให้วัยรุ่นอยากลองและกล้าเผชิญกับความกลัวและความเสี่ยงต่างๆ เช่น การทดลองสูบบุหรี่ (4) ความสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับเพื่อน โดยเพื่อนจะให้ความสำคัญในการให้โอกาสได้รับสิ่งที่ตนต้องการคือ สถานภาพที่ได้รับการยอมรับและความสำเร็จ การยอมรับของเพื่อนมีผลต่อการมองตนเอง (Self-concept) ของวัยรุ่น ถ้าวัยรุ่นไม่ประสบความสำเร็จในด้านการเรียน มองตนเองไปในทางลบและการนับถือตนเอง (Self-esteem) ต่ำ จะทำให้มีโอกาสร่อนไปพึ่งพาสารเสพติดได้มากกว่าวัยรุ่นที่ประสบความสำเร็จในด้านการเรียน (นิติยา เพ็ญศิริินภา, 2542) เห็นได้ว่าวัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการในด้านต่างๆ และมีความซับซ้อน ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่าย ดังนั้นการศึกษาทำความเข้าใจวัยรุ่นตามพัฒนาการจึงมีความจำเป็นที่พ่อแม่ผู้ปกครองและบุคคลที่มีความสำคัญต่อวัยรุ่นควรตระหนักเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. ปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นและผลกระทบต่อวัยรุ่นที่สูบบุหรี่

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรปี พ.ศ. 2544 และปี พ.ศ. 2547 พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 18 ปี เมื่อพิจารณาถึงกลุ่มอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ยังคงเป็นเยาวชนที่มีกลุ่มอายุ 15-24 ปี และพบว่าในปี 2550 มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปี 2549 คือ กลุ่มอายุ 15-18 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.46 เป็น ร้อยละ 5.03 และกลุ่มอายุ 19-24 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.72 เป็น 17.37 (ศรัณญา เบญจกุลและคณะ, 2551) ผลจากการสำรวจของโครงการผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่ 2 (พ.ศ. 2549) พบว่าช่วงอายุที่สูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 13-17 ปี เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกที่อายุเฉลี่ย 13.8 ปี (บุปผา ศิริวิศรีและคณะ, 2549) สอดคล้องกับการสำรวจนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เริ่มสูบบุหรี่อายุ 13-15 ปี เฉลี่ยอายุ 13.24 ปี (สุภาพร ทองศรี, 2543) แสดงให้เห็นแนวโน้มปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยว่ายังคงเป็นปัญหาย่อยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นนั้นส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวดังนี้

1. ผลระยะสั้น คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาไม่นาน หรือเกิดขึ้นทันที ได้แก่

1.1 ด้านสุขภาพ พบว่ามีปัญหาสุขภาพคือการเกิดเหงือกอักเสบ เหงือกอักเสบ มีกลิ่นปาก การไอบ่อย มีเสมหะมากในตอนเช้า เกิดอาการปวดหลัง หัวใจเต้นแรงเร็ว ใจสั่นขณะพัก หายใจมีเสียงดังคล้ายนกหวีด การนอนไม่หลับ เครียด หงุดหงิดง่าย การเกิดสุขภาพทรุดโทรมแก่ก่อนวัย ใบหน้าเหี่ยวเฉา ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น มีกลิ่นตัว เหม็นกลิ่นบุหรี่ การเกิดฟันดำ เล็บเหลือง มีคราบ การเกิดอาการหายใจขัด เหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันโรคลดลง ป่วยบ่อย การเกิดอาการอึดแน่นท้อง เบื่ออาหารอยู่บ่อยๆ การเป็นหวัดบ่อย เป็นหวัดได้ง่าย การแพ้อากาศ น้ำมูกไหลอยู่บ่อยๆ เมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ (วิพร พิศอ่อน, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา ศิริวิศรีและคณะ (2548) ได้ทำการศึกษาติดตามผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 340 คน อายุระหว่าง 15-70 ปี มีทั้งผู้สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ และทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตรวจสุขภาพร่างกายโดยแพทย์และพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมผู้สูบบุหรี่มีปัญหาสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 7 เท่า ปัญหาสุขภาพที่พบมากได้แก่ ปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ ฟันดำ โรคหลอดเลือดอักเสบ และถุงลมโป่งพอง นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่มีความดันโลหิตผิดปกติ มีสัดส่วนสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 0.6 เท่า ผลการเอกซเรย์ปอดที่ผิดปกติในผู้สูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 15 เท่า และอนามัยช่องปากที่ผิดปกติในผู้สูบบุหรี่มีถึงร้อยละ 20.4 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพของวัยรุ่น คือ ยับยั้งการเจริญเติบโตของร่างกาย จากการศึกษานักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 2,243 คน แบ่งเป็นกลุ่มไม่สูบบุหรี่ จำนวน 1,935 คน

กลุ่มสูบบุหรี่ 128 คน และกลุ่มเคยสูบบุหรี่ จำนวน 128 คน โดยการชักนำนักวัดส่วนสูง พบว่ากลุ่มแรก ผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ สูบนานกว่า 6 เดือน สูบอัดควันเข้าปอด และสูบบุหรี่ไม่มีกั้นกรองจะทำให้ร้อยละของดัชนีมวลกาย (median body mass index) ลดลง กลุ่มที่สองสำหรับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ เลิกสูบนานกว่า 6 เดือน สูบนานกว่า 6 เดือน สูบทุกวัน สูบมากกว่า 10 มวนต่อวัน สูบอัดควันเข้าปอด และสูบบุหรี่ไม่มีกั้นกรอง มีผลทำให้ร้อยละของความสูงเมื่อเทียบกับอายุ (median height for age) ต่ำกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และกลุ่มสุดท้าย สำหรับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ สูบนานกว่า 6 เดือน สูบทุกวัน สูบมากกว่า 10 มวนต่อวัน สูบอัดควันเข้าปอด และสูบบุหรี่ไม่มีกั้นกรอง มีผลทำให้ร้อยละของความสูงเมื่อเทียบกับอายุ (median height for age) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (เซาซัน เหล่าสงคราม, 2541)

1.2 ด้านการเรียนรู้ พบว่าในเยาวชนที่สูบบุหรี่ร้อยละ 21.2 มีผลการเรียนที่ไม่ดี และมีร้อยละ 2.1 เท่านั้นที่มีผลการเรียนดี และเยาวชนที่มีการศึกษาดำและออกจากโรงเรียนเร็วจะมีแนวโน้มการสูบบุหรี่ที่สูงกว่าผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนที่ไม่สูบบุหรี่มีความปรารถนาที่จะศึกษาต่อในระดับปริญญาโทสูงกว่าเยาวชนที่สูบบุหรี่ถึงกว่า 2 เท่า (สติเฟ่น ฮามานและคณะ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของสมชัย ชื่นตา(2528) พบว่าการสูบบุหรี่ทำให้มีการสัมฤทธิ์ผลการศึกษาดำ นอกจากนี้มีการศึกษาของดูเซ็นบิวรีและคณะ (Dusenbury et al., 1992) ที่ได้ศึกษาตัวทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งพบว่า นักเรียนที่ได้เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 3 จะมีโอกาสเสี่ยงในการทดลองสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่เรียนได้เกรดเฉลี่ยสูงกว่า 3 ขึ้นไป

1.3 ด้านครอบครัว พบว่าสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงบุหรี่นอกจากการอยากสู้อยากลองแล้ว คือครอบครัวมีปัญหา (บัน ยีรัมย์, 2542) ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวพูดคุยกัน ปรึกษาปัญหากันน้อยลง โดยเฉพาะการอบรมสั่งสอนบุตรของบิดามารดาน้อยลงหรือไม่มีการอบรมสั่งสอนเลยในบางครอบครัวที่มีปัญหามากๆ จึงเป็นช่องทางที่จะทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ง่ายขึ้น จากการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างบิดากับบุตรในกลุ่มระดับต่ำจะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูง (พรศรี วรรณะวลัญช์, 2541) สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ความรู้ของพ่อแม่ และพฤติกรรมสูบบุหรี่ของพ่อแม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเด็ก (Haraken, Scholte, Vermulst, de Vries, & Engels, 2004) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาของฟิลด์เลอร์และดูแรนต์ (Fieldler & Durant, 1995) ที่ได้สำรวจความคิดเห็นของเด็ก 3-5 ปี เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด พบว่า ร้อยละ 68 มาจากครอบครัวที่พ่อแม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 39 ชอบอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ โดยเด็กบอกว่าการสูบบุหรี่เป็นตัวแทนของพ่อแม่ แสดงให้เห็นว่าพ่อแม่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเด็กใน

อนาคต ดังนั้นการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน และความใกล้ชิดจึงมีความสำคัญในการป้องกันพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น และพบว่าบทบาทของครอบครัวด้านการเป็นแบบอย่างมีความสัมพันธ์กับการ สูบบุหรี่ (ยุพยง วงศ์พันธ์, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างบทบาทการเป็นแบบอย่างการสูบบุหรี่และความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอายุ 15 ปี พบว่า บทบาทการเป็นแบบอย่างการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ของวัยรุ่น (Wium, Breivik, & Wold, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองที่ติดบุหรี่จะมีส่วนทำให้ลูกติดบุหรี่ จากสถิติพบว่า หากพ่อหรือแม่ติดบุหรี่ โอกาสที่ลูกจะติดบุหรี่มีถึงร้อยละ 70 ในขณะที่หากพ่อหรือ แม่ไม่ติดบุหรี่ โอกาสที่ลูกจะติดบุหรี่มีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ทั้งนี้เพราะการที่พ่อหรือแม่ติดบุหรี่ ทำให้ลูกเกิดค่านิยมในทางบวกต่อการสูบบุหรี่และเกิดการเลียนแบบ ทำให้ลูกไม่เชื่อพ่อแม่ในการ ห้ามไม่ให้ลูกสูบ (ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2548)

1.4 ด้านสังคม พบว่าวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่และเลิกบุหรี่แล้วส่วนใหญ่จะ แสดงพฤติกรรมต่อต้านหรือรังเกียจผู้ที่สูบบุหรี่ โดยแสดงความไม่พอใจด้วยวาจาและท่าทางให้ ทราบ เช่น ใช้มือหรือฝ่าปัดจมูก ปาก ใช้วิธีบอกหรือขอร้องให้หยุดสูบหรือไปสูบบุหรี่ที่อื่น (วรี รุ่งสุริยะ วิบูลย์, 2535) ทำให้วัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมบางกลุ่ม จากการที่มีผู้คนรอบข้าง แสดงความรังเกียจในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สังคมรังเกียจ ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้ตระหนักถึงปัญหา และคิดที่จะพยายามเลิกบุหรี่ (รุ่งทิพย์ เหล็กดี, 2546)

จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อ ในระยะสั้นต่อ วัยรุ่นในด้านสุขภาพ การเรียน ครอบครัวและสังคม ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น อย่างมาก ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นในระยะยาวต่อไป

2. ผลระยะยาว คือ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานจนเป็น ผู้ใหญ่ ได้แก่

2.1 ด้านสุขภาพ มีหลักฐานชัดเจนว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วย และการตายที่สำคัญ เป็นอันตรายต่ออวัยวะในร่างกาย และเป็นสาเหตุการเกิดโรคร้ายต่างๆ ได้แก่ มะเร็ง โรคช่องปากและหลอดลม หลอดอาหาร ดับอ่อน กล้องเสียง ปอดหลอดลมและแขนง หลอดลม กระเพาะปัสสาวะ ไตและอวัยวะของระบบทางเดินปัสสาวะอื่นๆ (มูลนิธิณรงค์เพื่อการ ไม่สูบบุหรี่, 2548) คนที่ติดบุหรี่ส่วนมากจะเริ่มค้นสูบตั้งแต่อายุยังน้อยจึงทำให้เลิกยาก และสูบมาก ขึ้นจนเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ และส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตในช่วงวัยทำงานถึง ประมาณ หนึ่งในสาม (มูลนิธิณรงค์เพื่อการ ไม่สูบบุหรี่, 2547) ถ้าเริ่มค้นสูบตั้งแต่วัยรุ่น ความเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ก็จะมีมากขึ้น (ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2547) จากการ รายงานของ กระทรวงสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา (US Surgeon General Report) ปี 2547 ระบุว่า

บุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ 36 ชนิด คือ โรคมะเร็ง 10 ชนิด โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด 4 ชนิด โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ 11 ชนิด โรคเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ 4 ชนิด และโรคอื่นๆ อีก 6 ชนิด (องค์การอนามัยโลก, 2551) สำหรับโรคซึ่งเป็นสาเหตุให้คนไทยที่สูบบุหรี่เสียชีวิตอันดับหนึ่งคือ โรคหัวใจ โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ รองลงมาคือ มะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง เส้นเลือดสมองตีบ และอื่นๆ (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2548)

โรคมะเร็ง

โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งปอด ซึ่งพบว่า มะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 90 ในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่เป็นมะเร็งปอดร้อยละ 30 เป็นผลจากการได้รับควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบ มีการศึกษาพบว่าผู้สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 50 เท่า เนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่รับควันบุหรี่มากที่สุด ความเสี่ยงต่อพิษภัยของควันบุหรี่ขึ้นอยู่กับปริมาณบุหรี่ที่สูบและวิธีการสูดควันบุหรี่ โดยเฉลี่ยผู้สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 12 เท่า แต่หากสูบบุหรี่ 21-40 ปี โอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 30 เท่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดจะมีชีวิตอยู่ได้หลังจากเริ่มมีอาการเป็นเวลาประมาณ 6 เดือน ประมาณร้อยละ 80 จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี และแม้ว่าจะให้การรักษาย่างดี ก็จะมีอัตราการรอดชีวิตเพียงร้อยละ 2 ถึง 5 เท่านั้น (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2547) จากการศึกษาวิจัยของสถาบันมะเร็งของอเมริกาจำนวนมากกว่า 1 ล้านราย ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูบบุหรี่ในสหรัฐอเมริกา มีโอกาสเสียชีวิตเพราะมะเร็งปอดในวัยกลางคนมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 20 เท่า การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆ อีกมาก ตั้งแต่กระเพาะปัสสาวะ ไต กล้องเสียง ปาก ดับอ่อน และกระเพาะอาหาร (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2547)

โรคหัวใจและหลอดเลือด

สารพิษในควันบุหรี่ที่ทำให้เกิดโรคหัวใจได้แก่ นิโคติน และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ โดยทำให้เกิดการจับกับตัวของไขมันในเส้นเลือดในรูปของคลอเรสเตอรอล เป็นอุปสรรคต่อการนำเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เกิดเส้นเลือดตีบทั่วร่างกาย ถ้าเกิดบริเวณที่ไปเลี้ยงหัวใจจะทำให้เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบหรือโรคหัวใจขาดเลือด และเกิดอาการหัวใจวายกะทันหันได้ หากเกิดบริเวณเส้นเลือดของสมองจะทำให้สมองเสื่อมสมรรถภาพ ถ้าเกิดบริเวณเส้นเลือดของแขนหรือขา จะทำให้เจ็บปวดและนิ้ว แขน ขาเน่า โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้ คือ โรคหลอดเลือดแข็งตัว โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดชนิดอื่นๆ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจอื่นๆ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคร้ายหลายชนิด เช่น โรคหลอดเลือดและหัวใจ ที่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโลก โดยทุก ๆ 2 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิต 1 ราย โรคหัวใจวายเฉียบพลัน มีผู้เสียชีวิตทุก ๆ 5 วินาที

และทุก ๆ 6 นาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต สำหรับประเทศไทย ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี 2548 พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึง 36,771 คน คิดเป็นอัตราการตายต่อประชากรแสนคน คือ 59.12 คน ขณะที่โรคเหล่านี้มีค่ารักษาพยาบาลสูงถึงครั้งละ 110,000 บาท สำหรับอาการที่พบเริ่มแรกจะเจ็บหน้าอก เจ็บแขนซ้ายหรือกรามอึดอัดหายใจไม่ออก อ่อนเพลีย เหงื่อออกง่ายหรือเวียนศีรษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะหัวใจต้องทำงานหนัก เช่น การออกกำลังกายเป็นต้น (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551)

ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า จากการศึกษพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน จากอาการหัวใจวายทั้งในเพศชายและเพศหญิง นอกจากนี้ผู้ที่สูบบุหรี่ยังมีความเสี่ยงต่อหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า โรคเส้นหัวใจอักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจที่เกิดจากโรคปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ (Center for Disease Control and Prevention, 2005 อ้างในบุปผา ศิริวิศรีและคณะ, 2549)

โรกระบบทางเดินหายใจ

สารพิษในควันบุหรี่ที่ทำให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจคือ ไนโตรเจนไดออกไซด์ ซึ่งจะทำลายเนื้อเยื่อในปอดและผนังถุงลมบางโป่งพอง และแตกรวมกันเป็นถุงลมที่มีขนาดใหญ่ เกิดเป็นโรคถุงลมโป่งพองและมักพบร่วมกับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง อาการที่พบคือแน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย ออกกำลังกายไม่ได้ เป็นต้น ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคถุงลมโป่งพองมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ผู้ชายที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าชายที่ไม่สูบบุหรี่ 12 เท่า ส่วนผู้หญิงที่สูบบุหรี่จะเสี่ยงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 13 เท่า และผู้สูบบุหรี่จะมีสมรรถภาพปอดต่ำกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Center for Disease Control and Prevention, 2005 อ้างในบุปผา ศิริวิศรีและคณะ, 2549) นอกจากนี้ผลกระทบในระยะยาวยังพบว่า เด็กที่ได้รับควันบุหรี่จะมีพัฒนาการของปอดน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ และพบว่าเด็กที่ได้รับควันบุหรี่เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีอุบัติการณ์ของการเป็นโรคปอดเรื้อรังชนิดต่างๆ มากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ (ประกิต วาทีสาชกกิจ, 2548)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเห็นได้ชัดจนทำให้เกิดโรคและความทรุดโทรมของอวัยวะในร่างกายตามมา ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพจนทำให้เสียชีวิตได้

2.2 ด้านสิ่งแวดล้อม องค์การอนามัยโลกประมาณว่าในการผลิตบุหรี่ทุก 300 มวน จะทำให้มีการต้นไม้ 1 ต้น ในกระบวนการผลิตบุหรี่ ซึ่งในแต่ละปีต้นไม้ที่ถูกโค่นมาเพื่อใช้ในการผลิต บุหรี่สูงถึง 16,700 ล้านต้น โดยนำไปใช้เป็นฟืนในการบ่มใบยาสูบ ก่อสร้างโรงบ่มยาสูบ และฉาง เก็บยา ทำกระดามวนบุหรี่และกล่องบรรจุหีบห่อ (มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ดันสกุล, นิรัตน์ อิมามี, วิทยา เทียนจวง และพงศ์พันธ์ อันตรระิกานนท์, 2550) และยังพบว่า การสูบบุหรี่ยังส่งผลให้ เกิดปัญหาโรคเรื้อรังจากการเผาไหม้ของบุหรี่ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาใหญ่ที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสนใจในขณะนี้ (พนิตย์ จิระนันท์ประวัติ, 2550)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มิได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่จากสิ่งแวดล้อม หรือจากผู้สูบที่อยู่ใกล้ที่เรียกว่า ผู้สูบบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoker) จะได้รับอันตรายจากพิษ ของบุหรี่เช่นเดียวกับหรืออาจมากกว่าผู้สูบบุหรี่ เนื่องจากสัดส่วนของสารประกอบบางชนิดในควัน บุหรี่ที่ออกมาอยู่ในสิ่งแวดล้อม มีจำนวนมากกว่าควันบุหรี่ที่ผ่านเข้าไปในร่างกายของผู้สูบบุหรี่ (สตีเฟ่น ฮามาน และเนาวรัตน์ เจริญคำ, 2549)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูดดมหรือรับสัมผัสควันบุหรี่มือ สองกับโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ซึ่งทำการเก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์ผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยและพักรักษาตัวที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ ด้วยโรค ทางเดินหายใจส่วนล่างและโรคหอบหืด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบคือ เด็กที่มาตรวจสุขภาพประจำปี จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 924 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคในระบบ ทางเดินหายใจส่วนล่างได้แก่ การที่มารดาได้รับสัมผัสหรือสูดดมควันบุหรี่มือสองขณะตั้งครรภ์ การมี สมาชิกในบ้านสูบบุหรี่อย่างน้อยหนึ่งคน การมีสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่อุ้มเด็ก เล่นกับเด็กอย่าง ใกล้ชิด และป้อนอาหาร การที่เด็กสูดดมควันบุหรี่จากบ้านผู้อื่น และระหว่างเดินทาง การศึกษาของ มารดาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา การศึกษาของบิดาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา การที่บิดามารดามีอาชีพ รับจ้าง รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (เนาวรัตน์ เจริญคำ, นิภาพรณ กังสกุลนิติ, สตี เฟ่น ฮามาน และสรศักดิ์ โลจันดารัตน์, 2548)

ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่หรือผู้สูบบุหรี่มือสอง (Second hand smoker) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 25-30 และมีความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 จากการประมาณของ California Environment Protection Agency (2005) คนอเมริกันที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่จำนวน 3,400 คน เสียชีวิตจาก โรคมะเร็งปอดและ 22,700-69,600 คน เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (บุปผา ศิริธรรมิและ คณะ, 2549)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อระยะยาวต่อสิ่งแวดล้อม จากการสูญเสียต้นไม้เป็นจำนวนมากในกระบวนการผลิตบุหรี่ อีกทั้งส่งผลกระทบต่อผู้สูบบุหรี่มือสอง ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่ ถึงแม้ไม่ได้เป็นผู้สูบบุหรี่เอง

2.3 ด้านเศรษฐกิจ จากการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจของบุหรี่โดยธนาคารโลกพบว่า ปัจจุบันบุหรี่ก่อให้เกิดความเสียหายทางด้านเศรษฐกิจทั่วโลกอย่างน้อย 200,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี หรือประมาณ 7.8 ล้านล้านบาท ซึ่งมากกว่ารายได้จากการจำหน่ายบุหรี่หลายเท่าตัว โดยคาดว่า 1 ใน 3 ของความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันพบผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ประมาณปีละ 5 ล้านคน โดยร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่นั้นอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์และคณะ, 2550) และในสหรัฐอเมริกาพบว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาโรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคหอบ และโรคภัยอื่นๆ คิดเป็นเงินสูงถึง 4,980 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ส่วนค่าใช้จ่ายเกิดจากทุพพลภาพ ความพิการ หรือค่าเสียโอกาสจากการหยุดงานคิดเป็น 4,680 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2548 อ้างในบุญปภา ศิริวิเศษและคณะ, 2549)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ในแต่ละปีมีผู้สูบบุหรี่ไม่ต่ำกว่า 30,000 ล้านมวน คิดเป็นมูลค่ามากกว่า 150,000 ล้านบาท ปัจจุบันคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ปีละ 52,000 คน นอกจากนี้คาดว่าผู้ที่จะต้องเข้ารับการรักษาด้วยโรคที่เกี่ยวข้องจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 10,000 บาทต่อปี รัฐบาลจะต้องจ่ายเงินถึง 1,000 ล้านบาทในแต่ละปี (มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และคณะ, 2550)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อระยะยาวต่อเศรษฐกิจในด้านการเสียงบประมาณของประเทศเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ที่เรื้อรังและรุนแรงจนถึงขั้นทำให้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

ผู้วิจัยได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตามทฤษฎีวางแผนพฤติกรรม(Theory of Planned Behavior) ดังนี้

4.1 ปัจจัยด้านทัศนคติ พบว่าวัยรุ่นที่มีความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกาสูบบุหรี่มากขึ้น จากการศึกษาวัยรุ่นพบว่ามอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนสูง มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงบวก มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับสูง มีค่านิยมกาสูบบุหรี่สูง และเห็นผลิตภัณฑ์บุหรี่มีความน่าสนใจ เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะสูบบุหรี่ ส่วนนักเรียนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูงและมีความเชื่อในอำนาจ

กฎหมายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่สูง เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะไม่สูบบุหรี่ (ยูลักษณ์ ชันอาสา, 2541) และพบว่าปัจจัยทางด้านทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ ค่านิยมต่อการสูบบุหรี่ภายในกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ชานินทร์ สุธิประเสริฐ, 2543) รวมทั้งทัศนคติ การมุ่งอนาคตและการควบคุมตน และความเชื่ออำนาจในตน พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (จิตติพิทย์ อัมพลอย, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่า ทัศนคติของวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่เห็นว่าบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพในระดับปานกลาง ความเชื่อและความคิดเห็นด้านแรงจูงใจในการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับกลาง และกระบวนการที่สร้างหรือทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการไม่สูบบุหรี่ของวัยรุ่น เกิดจากการเห็นผลเสียของบุหรี่ต่อสุขภาพและครอบครัว การเห็นครอบครัวและเพื่อนส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ชัยโรจน์ จมมงคลและคณะ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ เผือกสม (2540) พบว่า ระดับความรู้ ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และระดับทัศนคติกับความรู้มีความสัมพันธ์กัน

4.2 ปัจจัยด้านการรับรู้บรรทัดฐาน พบว่าการสูบบุหรี่ถูกกำหนดให้เป็นพฤติกรรมสังคมอย่างหนึ่งที่ผู้ใหญ่ปฏิบัติกัน ดังนั้นวัยรุ่นจึงรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นเอกลักษณ์ที่แสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ และการที่จะแสดงตนว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่แล้วนั้นต้องสูบบุหรี่ตามแบบอย่างที่เขาเห็น และพบว่าการมี ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวที่ดี ได้แก่ การมีโอกาสได้พูดคุยกับพ่อแม่เป็นประจำ การได้รับความสนใจเอาใจใส่ ความใกล้ชิด การได้รับความอบอุ่นจากครอบครัว และการรับฟังความคิดเห็นจากสมาชิกในครอบครัวจะช่วยป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ หากปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีโอกาสที่วัยรุ่นจะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (จิราพร สุวรรณธีรางกูร, 2543) นอกจากนี้วัยรุ่นยังรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องปกติ เพราะเห็นตัวอย่างจากสื่อต่างๆ และดาราที่สูบบุหรี่ ซึ่งการที่วัยรุ่นเห็นดาราสูบบุหรี่ทางโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่คนทั่วไปยอมรับได้ จึงเป็นการชักนำให้วัยรุ่นหันไปสูบบุหรี่ตามได้ ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีกรณีณรงค์ไม่สูบบุหรี่ทางสื่อ โดยการเขียนคำเตือนได้ภาพ หรือทำการตัดภาพออก (Censor) บริเวณที่เห็นบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการเป็นแบบอย่างการสูบบุหรี่และความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอายุ 15 ปี พบว่า บทบาทการเป็นแบบอย่างการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ของวัยรุ่น (Wium et al., 2006) และการศึกษาของสุภาพร ทองศรี (2543) ที่พบว่า การมีตัวแบบสูบบุหรี่ในสื่อมวลชนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และความตั้งใจในการสูบบุหรี่ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่ทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่า ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ และเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของนักเรียน ความเชื่อเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการสูบ

บุหรืและความเชื่อเกี่ยวกับทักษะของกลุ่มอ้างอิงต่อการสูบบุหรืของตน มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรืของนักเรียน โดยความเชื่อในทักษะของกลุ่มอ้างอิงต่อการสูบบุหรืของตนเองมีความสำคัญต่อความตั้งใจในการสูบบุหรืของนักเรียนมากกว่า (มาลา รักษาพรหมณ์, 2526)

4.3 ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรื พบว่าการที่วัยรุ่นเห็นคาราสูบบุหรืทางโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ เป็นการชักนำให้วัยรุ่นหันไปสูบบุหรืตามได้ และพบว่าการกระจายของบุหรืมาก เนื่องจากบุหรืมีจำหน่ายตามร้านค้าทั่วไป ซึ่งหาซื้อได้ง่ายและราคาไม่แพง ทำให้วัยรุ่นสามารถซื้อบุหรืมาสูบได้มากขึ้น จึงทำให้วัยรุ่นไม่สามารถควบคุมตนเองที่จะไม่สูบบุหรืได้ ปัจจุบันพบว่าการเพิ่มภาษีและมีกฎหมายห้ามขายบุหรืให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี แต่ยังพบว่ามีร้านค้าที่ยังละเมิดกฎหมายอยู่ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเอื้อต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่น ได้แก่ ราคาบุหรื รายได้ การได้มาของบุหรื แหล่งซื้อบุหรื มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรื (จิรพร สร้อยสุวรรณ, 2539) นอกจากนี้ยังพบว่าเพื่อนและบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืในวัยรุ่น เพราะทำให้วัยรุ่นเกิดการทดลองสูบ และนำไปสู่การสูบเป็นนิสัย การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรื และการมีตัวแบบสูบบุหรืในสื่อมวลชนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืในวัยรุ่นและส่งผลต่อความถี่ในการสูบบุหรื (สุภาพร ทองศรี, 2543) รวมทั้งการมีครูที่โรงเรียนสูบบุหรืมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืในวัยรุ่น (จิรพร สร้อยสุวรรณ, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติทิพย์ ยิ้มพลอย (2543) พบว่า แรงสนับสนุนจากครูและเพื่อนมีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรื

นอกจากนี้ยังพบว่าแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้สูบบุหรืคือ อยากลองเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยทำมาก่อน รองลงมาคือ เพื่อนชักชวน และส่วนน้อยที่สูบบุหรืเพราะมีเรื่องกลุ้มใจและเครียด (ผ่องศรี ศรีมรกตและรุ่งนภา ภาณิตร์ตัน, 2548) รวมทั้งการใช้เวลาว่างไปในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรืพบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรื (ชานินทร์ สุธิประเสริฐ, 2543) และการเป็นแบบอย่างในการสูบบุหรืพบว่ามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการสูบบุหรืของวัยรุ่น (Wium et al., 2006) แสดงให้เห็นว่าสถานะแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรืในวัยรุ่นเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การมองภาพลักษณ์ของตนเองในวัยรุ่นยังส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรื จากการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่มองภาพลักษณ์ของตนเองต่ำ มีความมั่นใจในตนเองน้อย และขาดทักษะทางสังคม จะมีแนวโน้มที่จะหันไปสูบบุหรืได้มากกว่าวัยรุ่นที่นับถือตนเอง และมีทักษะทางสังคมดี เนื่องจากวัยรุ่นรู้สึกกดดันและเครียด จึงทำให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรื ซึ่งวัยรุ่นคิดว่าการสูบบุหรืช่วยผ่อนคลายความเครียด ช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยลดความกดดัน ทั้งหมดนี้เกี่ยวกับภาวะความกดดันทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล กดดัน จึงหาวิธีการ

ปลดปล่อยหรือแก้ไขอาการดังกล่าว ซึ่งวัยรุ่นเห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหา ดังกล่าวนี้ได้ (รุ่งทิพย์ เหล็กดี, 2546)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นคือ ปัจจัยด้านทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐาน และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นมีความมั่นใจในตนเองน้อย มองภาพลักษณ์ของตนเองต่ำ และขาดทักษะทางสังคม ประกอบกับการอยากลองเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ทำให้วัยรุ่นถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ และไปในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ได้ง่าย เป็นเหตุให้วัยรุ่นไม่สามารถควบคุมตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการสร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดทักษะชีวิต เพื่อปรับทัศนคติ ปรับการรับรู้บรรทัดฐาน และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ และไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา ซึ่งเป็นการป้องกันและลดปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นในสถานการณ์ปัจจุบันได้

5. แนวคิดทฤษฎีวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) เป็นทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The Theory of Reasoned Action) ของฟิชบายและเอจเซน (Fishbien and Ajzen, 1975) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านทัศนคติและการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ประกอบไปด้วยมโนคติหลัก 4 ประการ ได้แก่ ทัศนคติต่อการกระทำ พฤติกรรม การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า ปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้คือ ความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปัจจัยความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมคือ ทัศนคติที่บุคคลมีต่อพฤติกรรม การรับรู้บรรทัดฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Fishbien and Ajzen, 1975: 54) กล่าวคือ ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม มีการรับรู้ว่าพฤติกรรมนั้นเป็นที่ยอมรับในสังคม และรับรู้ว่าคุณเองสามารถที่จะควบคุมให้กระทำพฤติกรรมนั้น (Fishbien and Ajzen, 1975 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2549) ซึ่งมีมโนคติหลัก 4 ประการนี้ สามารถวัดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม คำนิยามของมโนคติหลักมีดังนี้

ทัศนคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจเป็นทัศนคติเชิงบวกหรือเชิงลบ สามารถประเมินได้โดยตรงหรือโดยอ้อม (Ajzen, 1991:188) การประเมินทางตรงเป็นการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยรวมว่าเป็นสิ่งที่ตนเห็นด้วยหรือไม่ และสามารถประเมินทางอ้อมโดยถามเกี่ยวกับความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อตนหรือไม่ รวมทั้งค่านิยมที่มีกับผลลัพธ์ของการกระทำนั้นๆ (นิรัตน์ อิมามิ, 2546 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2549)

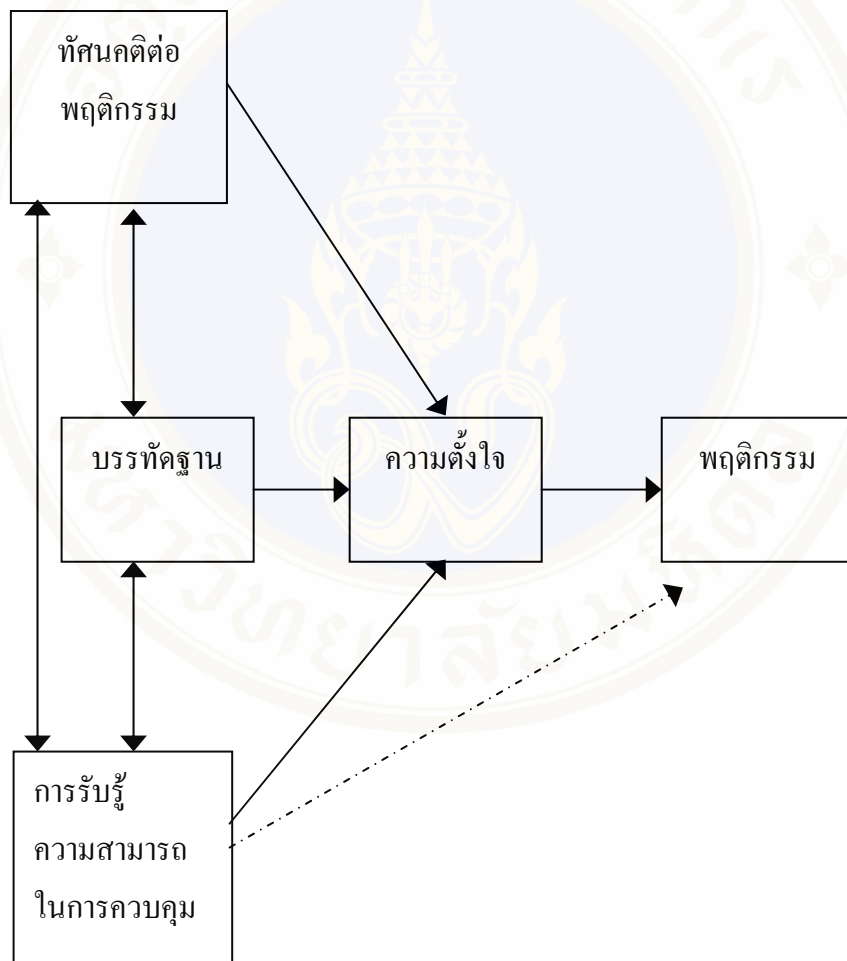
บรรทัดฐานสังคม (Subjective norm) หมายถึง การรับรู้ถึงแรงกดดันของสังคมที่จะทำ ให้แสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมออกมา (Ajzen, 1991:188) เป็นการเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ ว่าเป็นที่ยอมรับสำหรับคนทั่วไปหรือไม่ สามารถประเมินได้โดยตรง เช่น ถามว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นเป็นพฤติกรรมที่คนทั่วไปยอมรับหรือไม่ยอมรับ สำหรับการประเมินทางอ้อม เป็นการระบุความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาว่ายอมรับพฤติกรรมหรือไม่ บุคคลเหล่านั้นมักเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลทางความคิดต่อเขา และคาดว่าบุคคลเหล่านั้นอาจจะเป็นเพื่อน บิดามารดา ครู เป็นต้น (นิรัตน์ อิมามิ, 2546 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2549)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุม (Perceived behavioral control) หมายถึง การรับรู้ความง่ายหรือความยากของการแสดงพฤติกรรม เป็นการสันนิษฐานที่สะท้อนประสบการณ์ในอดีต รวมทั้งเป็นการทำนายสิ่งที่จะขัดขวางและเป็นอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น (Ajzen, 1991:188) หรือความเชื่อว่าตนจะสามารถควบคุมการที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมได้หรือไม่ โดยถามการรับรู้ได้โดยตรงจากการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมพฤติกรรมโดยรวมหรือโดยอ้อม สามารถประเมินจากความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมและการรับรู้พลังอำนาจของตน เป็นการรับรู้โอกาสที่จะเกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจเสริมหรือยับยั้ง เช่น แหล่งประโยชน์ของตน ถ้ามีเวลา มีเงิน มีทักษะ มีความสามารถในการประสานงาน และมีโอกาสที่จะกระทำ จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุม จึงเป็นการรับรู้ผลกระทบของสถานการณ์ต่างๆ ที่จะทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ยากหรือง่าย (นิรัตน์ อิมามิ, 2546 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2549)

ความตั้งใจ (Intention) หมายถึง การรับรู้โอกาสของการทำพฤติกรรมของตนว่าจะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมในอนาคต เช่น ความตั้งใจว่าในช่วง 1 เดือนข้างหน้าจะสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ เป็นการตัดสินใจก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา (Ajzen, 1980)

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมภายใต้เงื่อนไขของบริบทเฉพาะ โดยเป็นการถามสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว และให้ตอบตามการปฏิบัติจริง (นิรัตน์ อิมามิ, 2546 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2549)

จากทฤษฎี ได้กล่าวถึงความเชื่อมโยงของมโนคติหลัก 4 ประการที่กล่าวมา คือ ทศนคติ บรรทัดฐาน และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา โดยที่การรับรู้ความสามารถในการควบคุมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมาโดยอ้อม หรือกล่าวได้ว่า พฤติกรรมที่แสดงออกมาสามารถทำนายได้จากความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจเกิดจากปัจจัยทศนคติ บรรทัดฐาน และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ดังได้แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงในแผนภูมิต่อไปนี้



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมจาก เอจเซน

(Ajzen, I., 1991)

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวผู้วิจัยได้นำไปใช้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยศึกษาถึงทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความตั้งใจและ พฤติกรรมการสูบบุหรี่หลังจากได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งที่ผ่าน มาพบว่าทั้งในและต่างประเทศมีการนำแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ไปศึกษาเป็นจำนวนมาก แต่ในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีกรนำแนวคิดทฤษฎีมาสร้าง โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น มีเพียงการนำมาศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เท่านั้น จากการศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์และคณะ (2549) ที่ศึกษาทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจที่จะกระทำ และพฤติกรรมสุขภาพในวัยรุ่น เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จากสถานศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา และ สถานศึกษาเอกชน จำนวน 4,764 คน พบว่า ทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของนรลักษณ์ เอื้อกิจ (Ua-kit, 2004) เกี่ยวกับปัจจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ในนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดโรงเรียนของรัฐบาล จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,260 คน พบว่า ทัศนคติมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ทั้ง 3 โมเดล (โมเดลรวม โมเดลเพศ ชาย และโมเดลเพศหญิง) ($\beta = .97, p < .001$; $\beta = 1.04, p < .001$; $\beta = .99, p < .001$) และทัศนคติมี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในโมเดลรวมและ โมเดลเพศชาย ($\beta = .07, p < .001$; $\beta = .15, p < .01$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้ง 3 โมเดล ($\beta = -1.00, p < .001$; $\beta = -.98, p < .001$; $\beta = -1.00, p < .001$) ความตั้งใจมีอิทธิพลโดยตรง ทางบวกต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในโมเดลรวมและโมเดลเพศชาย ($\beta = .07, p < .05$; $\beta = .15, p < .01$) และจากการนำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาใช้เป็นแนวคิด ในการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทยในเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่า ความตั้งใจในการ สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม มีความสัมพันธ์โดยอ้อมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และจากการศึกษาของมณฑนา เหมชะญาติ (2548) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการสูบบุหรี่ตามทฤษฎีการกระทำพฤติกรรมโดยเจตนา ของนักเรียน อาชีวศึกษาในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 510 คน ผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่ทำนายได้จากความ ตั้งใจที่จะสูบ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบหรือไม่สูบบุหรี่ โดยที่ความตั้งใจที่จะ สูบบุหรี่ทำนายได้จาก เจตคติต่อการสูบบุหรี่ การยอมรับโดยกลุ่มอ้างอิงในการสูบบุหรี่ และการ รับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องตามการอธิบายทฤษฎีการกระทำ พฤติกรรมโดยเจตนาหรือการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior)

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ แฮนสัน (Hanson, 1997) ได้ศึกษาความเพียงพอของทฤษฎีนี้ โดยการทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงพบว่า ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มีความเพียงพอที่จะนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงได้ สอดคล้องกับแมคมิลแลนและคอนเนอร์ (McMillan, & Conner, 2003) ที่นำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาใช้ศึกษาความเข้าใจในการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียน ซึ่งศึกษาในนักเรียน 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 6 เดือนและกลุ่มนักเรียนที่ให้ข้อมูลว่าตนเองสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) สามารถทำนายความตั้งใจของนักเรียนกลุ่มที่มีความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ได้ (alcohol: $R^2=0.167$; attitude, and perceived behavioural control (PBC) significant; tobacco: $R^2=0.137$, PBC significant) และกลุ่มนักเรียนที่ให้ข้อมูลว่าตนเองสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ได้ (alcohol: $R^2=0.289$; tobacco: $R^2=0.423$; intentions and PBC significant for both) เช่นเดียวกับ การนำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาใช้ศึกษาความเข้าใจในการสูบบุหรี่ของเด็กในโรงเรียน พบว่า ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) สามารถทำนายความตั้งใจของนักเรียนได้ ($R^2=0.518$; attitude, subjective norm and perceived behavioural control significant) (McMillan, Higgins, & Conner, 2005) และ โมนา, ไรส์ และแอนเดอร์สัน (Moan, Rise, & Andersen, 2005) ได้นำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาใช้ศึกษาการทำนายความตั้งใจของพ่อแม่ที่จะไม่สูบบุหรี่ในบ้านให้ลูกเห็น โดยทำการศึกษาในประเทศนอร์เวย์จำนวน 612 ครอบครัว ซึ่งมีเด็กเกิดในปี 1998 พบว่า สามารถทำนายความตั้งใจของพ่อแม่ที่จะไม่สูบบุหรี่ในบ้านให้ลูกเห็นได้จากการรับรู้บรรทัดฐานและความสามารถในการควบคุม เช่นเดียวกับ การทำนายการลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นโดยใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ซึ่งทำการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective) ในวัยรุ่นจำนวน 145 คน พบว่า ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมสามารถทำนายความตั้งใจที่จะลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ (Moan, & Rise, 2006) นอกจากนี้แฮนสัน (Hanson, 1995) ยังนำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการอภิปรายและเปรียบเทียบความเชื่อ ทศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นหญิงระหว่าง 3 กลุ่ม ที่มีเชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมที่แตกต่างกัน คือ แอฟริกัน-อเมริกัน, เปอโตริกัน-อเมริกัน และชาวผิวขาว ซึ่งพบว่า เชื้อชาติแอฟริกัน-อเมริกันนั้นมีทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และความตั้งใจสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สำหรับเปอโตริกัน-อเมริกัน และชาวผิวขาว พบว่า มีแค่ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และความตั้งใจ

เท่านั้นที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และยังพบว่ามีผู้นำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาใช้ในการทำนายระยะของการนำมาซึ่งการสูบบุหรี่ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม พบว่า สามารถทำให้เข้าใจกลไกการเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากขึ้น และสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ (Hill, Boudreau, Amyot, Dery, & Godin, 1997) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมต่อสมรรถนะและการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น พบว่า ความตั้งใจสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ และมีผลระยะยาวต่อการรับรู้ความสามารถในการควบคุม และยังพบว่าการใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมเป็นจุดสำคัญในการลดแรงจูงใจวัยรุ่นในการสูบบุหรี่ได้ (Maher, & Rickwood, 1997)

จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ที่ส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่และแสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ออกมา นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความเพียงพอของข้อมูลเชิงประจักษ์ในทฤษฎีดังกล่าว (Empirical adequacy) และความมีคุณค่าเพียงพอในการปฏิบัติ (Pragmatic adequacy) คือมีผู้นำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติจริง เช่นเดียวกับการศึกษาของเอจเซนและกิลเบิร์ต (Ajzen, & Gilbert Code, 2008) พบว่า ปัจจุบันมีการนำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาใช้ศึกษาพฤติกรรมเป็นจำนวนมาก เห็นได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวิจัยที่ยืนยันว่า พฤติกรรมสามารถทำนายได้จากความตั้งใจ และความตั้งใจเกิดจากทัศนคติ บรรทัดฐานที่มีต่อพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งทั้งสามปัจจัยนี้มีความเชื่อมโยงกันเป็นลำดับ เห็นได้ว่าแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างชัดเจน ซึ่งพบว่ามีผลสอดคล้องกันระหว่างการศึกษาที่ได้อ้างถึงข้างต้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น เพื่อปรับทัศนคติ ปรับการรับรู้บรรทัดฐาน และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ที่จะส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่และไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ตามมา

6. แนวคิดทักษะชีวิต (Life Skills Education)

6.1 ความหมายของทักษะชีวิต (Defining Life Skill)

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ (2550) ได้ให้ความหมายของทักษะชีวิตว่า “ทักษะชีวิตเป็นความสามารถของบุคคลทั้งความรู้ เจตคติ การปรับตัว และเผชิญสิ่งเร้า

ในชีวิตอย่างสร้างสรรค์ มีประสิทธิภาพรวมทั้งสอดคล้องกับวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม สังคม ผู้ที่มีทักษะชีวิตที่ดีจะเป็นผู้ที่มีมนุษยสัมพันธ์ มีความบากบั่นรู้จักแก้ไขปัญหา ปรับตัว พึ่งตัวเอง และป้องกันตัวเองได้ดี”

สำนักงานคณะกรรมการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (อังกในพรดี ลิ้มปรีตนากร, 2547) ได้ให้ความหมายของทักษะชีวิตว่า “หมายถึงความสามารถในเชิงจิตวิทยา ซึ่งเป็นทักษะที่ช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ทั้งแรงปะทะภายนอก ได้แก่ พ่อแม่ เพื่อน ครูอาจารย์ ญาติ พี่น้องหรือบุคคลอื่นๆ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่างๆ และแรงปะทะภายใน ได้แก่ ความรู้สึกผิดๆ หรือไม่เห็นคุณค่าในตนเอง โดยผู้ที่มีทักษะชีวิตจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของสังคม”

กรมอนามัย (อังกในศิริพร โลจายะ, 2545) ได้ให้ความหมายของทักษะชีวิตว่า “เป็นความสามารถอันประกอบด้วยความรู้ เจตคติ และทักษะในอันที่จะจัดการกับปัญหารอบๆตัว ในสภาพสังคมปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต”

กรมสุขภาพจิต (2544) ได้ให้ความหมายของทักษะชีวิตว่า “เป็นความสามารถอันประกอบด้วยความรู้ เจตคติและทักษะในการจัดการกับปัญหารอบๆตัวในสภาพสังคมปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับการปรับตัวในอนาคต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเพศ สารเสพติด บทบาทชายหญิง ชีวิตครอบครัว สุขภาพ อธิปไตยสื่อ สิ่งแวดล้อม จริยธรรมและปัญหาสังคม”

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997, p.2) ได้ให้ความหมายของทักษะชีวิตว่า “เป็นความสามารถในการปรับตัวและการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับความต้องการและสิ่งท้าทายในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม”

สรุปความหมายของทักษะชีวิตหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการใช้ความรู้ เจตคติ และทักษะที่มีอยู่เผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

องค์ประกอบของทักษะชีวิต

โดยธรรมชาติแล้วทักษะชีวิตจะมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม สำหรับองค์ประกอบทักษะชีวิตขององค์การอนามัยโลกโดยภาพรวมจะพบว่ามีทักษะชีวิตหลัก (Core Life Skills) อยู่ 10 ประการ ดังนี้ (1) การตัดสินใจ (Decision Making) (2) การแก้ปัญหา (Problem solving) (3) ความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) (4) ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) (5) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication) (6) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship skills) (7) ความตระหนักในตนเอง (Self-

awareness) (8) ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy) (9) การจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotions) (10) การจัดการกับความเครียด (Coping with Stress) (WHO 1994 : 1)

สำหรับองค์ประกอบทักษะชีวิตของประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้มีการพัฒนาองค์ประกอบของทักษะชีวิตเพื่อความเหมาะสมกับสภาพวัฒนธรรมไทย โดยเพิ่มองค์ประกอบทักษะชีวิตอีก 1 คู่ คือ ความเห็นคุณค่าในตนเอง และความรับผิดชอบต่อสังคม โดยแบ่งเป็นองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ดังนี้ (1) องค์ประกอบทักษะชีวิตด้านพุทธิพิสัย เป็นองค์ประกอบร่วมของทักษะชีวิตอื่นๆทั้งหมด และเป็นพื้นฐานของทุกองค์ประกอบ ซึ่งประกอบด้วย ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) ความคิดสร้างสรรค์ (Creative thinking) (2) องค์ประกอบทักษะชีวิตด้านจิตพิสัย (เจตคติ) ซึ่งประกอบด้วย ความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) ความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy) ความเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility) (3) องค์ประกอบทักษะชีวิตด้านทักษะพิสัย ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Interpersonal relationship skills and Effective communication skills) การตัดสินใจและการแก้ปัญหา (Decision Making and Problem solving skills) การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Coping with emotions and Coping with Stress skills) (กรมสุขภาพจิต, 2544)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดทักษะชีวิตที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเป็นจำนวนมาก ณัฐพงศ์ พุดหัว (2540) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่1 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และด้านความรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา ตรีเมธีรัตน์ (2544) ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมประยุกต์ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่6 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ทักษะการตัดสินใจไม่สูบบุหรี่และการแก้ไขปัญหา ทักษะการปฏิเสธโดยไม่เสียสัมพันธภาพและทักษะการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนทดลอง เช่นเดียวกับการศึกษาของศุภรัตน์ อัมวัฒนกุล (2552) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมทักษะชีวิตร่วมกับการสนับสนุนจากผู้ปกครองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชนแออัด อายุ 11-14 ปี จำนวน 5 ชุมชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศของ กิลคริสต์, ชินเกอร์, และแมกซ์เวล (Gilchrist, Schenker & Maxwell, 1986-1987 อ้างในพรดี ลิมปรัตน์กร, 2547) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทักษะชีวิตเพื่อ

ป้องกันการใช้สารเสพติด รวมถึงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ โดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาทักษะชีวิต พบว่า การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทักษะชีวิตสามารถลดและเลิกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพบว่าวัยรุ่นรู้วิธีหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดและดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ และการศึกษาของ ดิลโลเรนโซ (Dilorenzo, 1997 อ้างในกฤษฎา ตรีมณีนันท์, 2544) ได้ศึกษาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยการสอนทักษะการปฏิเสธ พบว่า หลังได้รับการสอนทักษะปฏิเสธ กลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะการปฏิเสธ การริเริ่มสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น และเมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือนและ 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองยังมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่เช่นเดิม จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แนวคิดทักษะชีวิตสามารถนำมาใช้ป้องกันการพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ โดยทำให้วัยรุ่นมีทักษะในการคิด การตัดสินใจและการแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ได้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ซึ่งองค์ประกอบทักษะชีวิต ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ มีดังนี้คือ

1. องค์ประกอบทักษะชีวิตด้านพุทธิพิสัย ได้แก่ ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking)

ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร และประเมินปัจจัยต่างๆ จากปัญหาและจากสถานการณ์ที่อยู่แวดล้อมตัวเรา และเป็นแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและต่อพฤติกรรม เช่น ความเชื่อ ค่านิยม แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน และอิทธิพลจากสื่อชนิดต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล (WHO, 1994)

ผู้วิจัยจึงได้นำหลักความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) มาใช้สร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) โดยจัดกิจกรรม “บทพิสูจน์ของบุหรี่” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้นักเรียนได้ทดสอบโทษของบุหรี่ที่มีต่อระบบประสาทการรับรสที่ลิ้น เพื่อให้นักเรียนได้นำผลการทดสอบที่ได้ไปวิเคราะห์ถึงสาเหตุ และปัจจัยต่างๆ อย่างเป็นเหตุและผล และจัดกิจกรรม “บรรทัดฐานของฉัน” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้นักเรียนได้คิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) สามารถวิเคราะห์ ประเมินปัจจัยต่างๆ และสิ่งที่มีอิทธิพลทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากการชมสถานการณ์ในภาพยนตร์เรื่องลอง (Try) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้นักเรียนได้ใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เพื่อปรับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้ถูกต้อง

2. องค์ประกอบทักษะชีวิตด้านจิตพิสัย (เจตคติ) ได้แก่ ความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness)

ความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าใจจุดดี และจุดด้อยของตนเอง อะไรที่ตนเองต้องการ และอะไรที่ตนเองไม่ต้องการ การเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล ไม่ว่าจะแง่ของความสามารถ เพศ วัย ระดับการศึกษา หรืออาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคคลอีกด้วย (WHO, 1994) สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักในตนเอง ได้แก่ ความรู้หรือการศึกษา เนื่องจากความรู้เป็นสิ่งที่เกิดจากข้อเท็จจริง ประสบการณ์ การสัมผัส และการใช้จิตไตร่ตรองแล้วจึงเกิดความสำนึกต่อปรากฏการณ์นั้นๆ ขึ้น การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง สามารถปฏิบัติได้ 2 วิธี ได้แก่ 1) การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ทำได้โดยการฟังตนเอง สำรวจ หรือสังเกตความคิดความรู้สึก และการกระทำของตนเองว่าเป็นอย่างไร 2) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นการศึกษาตนเองโดยการสังเกตปฏิกิริยาของผู้อื่นที่มีต่อตน ทำให้ทราบว่าคนอื่นมองตนอย่างไร ทั้งนี้ขึ้นกับการเปิดใจของตนเอง (Kalman, 1993 อ้างในสุพัตรา ทวีกุลกิจชัย, 2547 อ้างในมนี ชาติา บดินทร์, 2551)

ผู้วิจัยจึงได้นำหลักความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) มาใช้สร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) โดยจัดกิจกรรม “มารู้จักบุหรี่กันเถอะ” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่อง โทษ พิษ ภัยของบุหรี่แก่วัยรุ่น และให้วัยรุ่นนำความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษ ภัยของบุหรี่ที่ได้ไปวิเคราะห์สถานการณ์จากการชมวิดีโอเรื่อง “วัยรุ่น วัยเก๋ ไม่มีบุหรี่” โดยให้วัยรุ่นได้คิดไตร่ตรองความรู้สึกของตนเอง (Self-awareness) และสะท้อนความคิดของตนเองเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ และความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับบุหรี่ เพื่อปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้ถูกต้อง

3. องค์ประกอบทักษะชีวิตด้านจิตพิสัย (เจตคติ) ได้แก่ ความเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ร่วมกับองค์ประกอบทักษะชีวิตด้านทักษะพิสัย ได้แก่ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา (Decision Making and Problem solving skills)

ความเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หมายถึง การประเมินคุณค่าตนเองอันสืบเนื่องมาจากรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยอาศัยความรู้สึก ความเชื่อ และทัศนคติที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง หรือจากการประสบความสำเร็จในการทำงานหรือการกระทำสิ่งต่างๆ (สุขใจ ตั้งทรวาสดี, 2532; สมพิศ ไชยกิจ, 2536; วริญญา อรรถยุกติ, 2543; สุพัตรา ทวีกุลกิจชัย, 2547 อ้างในมนี ชาติา บดินทร์, 2551) ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเอง จะเป็นพฤติกรรมที่แสดง

ถึงความรู้สึกด้านบวก และความสามารถด้านต่างๆของตน (กฤษฎา ชลวิริยะกุลและนงษา สิงห์วีรธรรม, 2546)

การตัดสินใจ (Decision Making) หมายถึง สิ่งที่น่าไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ในชีวิต ซึ่งถ้าบุคคลมีการตัดสินใจภายใต้เหตุผลอย่างมีประสิทธิภาพในการกระทำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ โดยการประเมินทางเลือก และผลที่จะได้จากการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ถูกต้องและเหมาะสม มีผลต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลนั้นๆ (WHO, 1994) การตัดสินใจจะรวมถึงการรับรู้ปัญหา การคิดปัญหา ค้นหาคำตอบที่เป็นไปได้ ซึ่งต้องอาศัยวิธีการ เครื่องมือ การลองผิดลองถูก หรือการหยั่งรู้ (Insight) ขึ้นกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการ เพื่อประเมินความเป็นไปได้หลายๆทาง และนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล (ประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ, 2541)

การแก้ปัญหา (Problem solving skills) หมายถึง เมื่อบุคคลมีปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้เกิดภาวะความตึงเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทักษะการแก้ปัญหจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตของเขาได้ (WHO, 1994)

ผู้วิจัยจึงได้นำหลักความเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และการตัดสินใจและการแก้ปัญหา (Decision Making and Problem solving skills) มาใช้สร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) โดยจัดกิจกรรม “เพื่อนรัก เพื่อนซัง” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้วัยรุ่นบอกลักษณะของเพื่อนที่ดีและเพื่อนที่ไม่ดี และกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดทักษะการคิด การตัดสินใจ (Decision Making) ในการเลือกคบเพื่อนที่ดี เพื่อเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นเลือกคบเพื่อนที่ดี ซึ่งช่วยให้วัยรุ่นไม่ถูกชักชวนไปกระทำพฤติกรรมที่ไม่ดี และจัดกิจกรรม “Say NO กันเถอะ” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้วัยรุ่นได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา (Problem solving skills) โดยใช้ทักษะการปฏิเสธ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตจริงได้ โดยผู้วิจัยได้สอนทักษะการปฏิเสธ และให้ฝึกการปฏิเสธ โดยวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจ (Decision Making) เลือกใช้ทักษะการปฏิเสธให้เหมาะสมกับสถานการณ์แล้วแสดงบทบาทสมมติ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่วัยรุ่นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ และเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกด้านบวก คือ มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า แนวคิดทักษะชีวิตสามารถนำมาใช้ป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทักษะชีวิตมาใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการ

วางแผนพฤติกรรม เพื่อสร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น แล้วนำไปใช้ในการปรับทัศนคติ ปรับการรับรู้บรรทัดฐาน และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการป้องกันและลดพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้



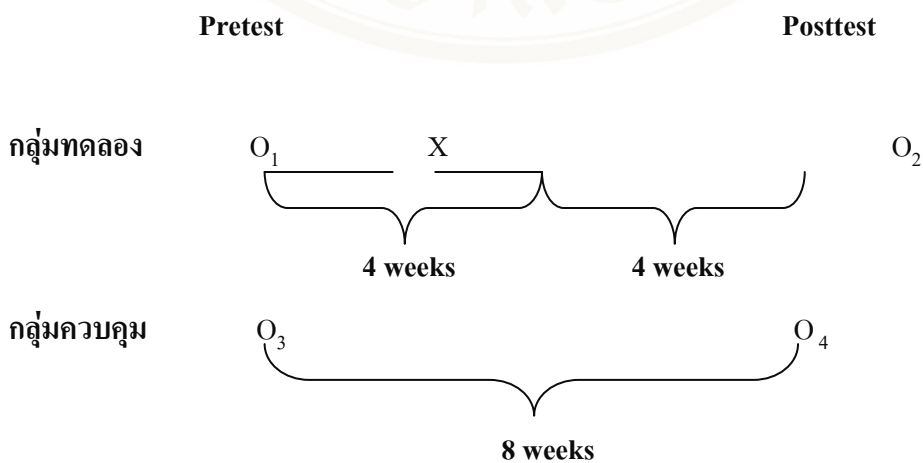
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) โดยศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม ผู้วิจัยได้นำเสนอวิธีการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยเนื้อมหาดังต่อไปนี้ 1. รูปแบบการวิจัย 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 3. สถานที่ 4. เครื่องมือวิจัย 5. การเก็บข้อมูล 6. วิธีการเก็บข้อมูล 7. การวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ออกแบบการวัดเป็นแบบ Pretest and posttest design with a comparison group (Burns & Grove, 2005) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม โดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองคือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น และกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติในชั้นเรียน โดยได้นำเสนอรูปแบบการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 3 แสดงรูปแบบการวิจัย

หมายเหตุ :

X	หมายถึง	โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น
O ₁ , O ₃	หมายถึง	การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
O ₂ , O ₄	หมายถึง	การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2552 จากโรงเรียน 2 แห่ง ที่มีขนาด ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจคล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยต้องการ

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มห้องเรียน โดยใช้วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบง่าย (Simple-Random Sampling) สำหรับโรงเรียนกลุ่มทดลองเลือกโดยวิธีการเขียนชื่อห้องเรียนทั้งหมดจำนวน 10 ห้อง ซึ่งในแต่ละห้องเรียนมีจำนวนนักเรียนอยู่ในช่วง 44-50 คน จับฉลากเลือกมา 2 ห้องเรียน เป็นกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลอง สำหรับโรงเรียนกลุ่มควบคุมเลือกโดยวิธีการเขียนชื่อห้องเรียนทั้งหมดจำนวน 10 ห้อง ซึ่งในแต่ละห้องเรียนมีจำนวนนักเรียนอยู่ในช่วง 44-50 คน จับฉลากเลือกมา 2 ห้องเรียน เป็นกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มควบคุม คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการกำหนดให้ค่า Effect size อยู่ที่ระดับ .50 และอำนาจในการทดสอบ (Power of test) $1-\beta = .80$ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 (Cohen, 1988: 54) และเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 20% เพื่อการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งต้องเก็บตัวอย่างทั้งหมด 120 คน จึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนกลุ่มทดลอง จำนวน 2 ห้องเรียน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนกลุ่มควบคุม จำนวน 2 ห้องเรียน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 คน รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 185 คน และในระหว่างการทำวิจัยมีนักเรียนที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกชั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยต้องทำการคัดออก ทำให้กลุ่มทดลองเหลือขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน และกลุ่มควบคุมเหลือขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน โดยมีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. สามารถเข้าใจ อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

2. ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และยินยอมเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

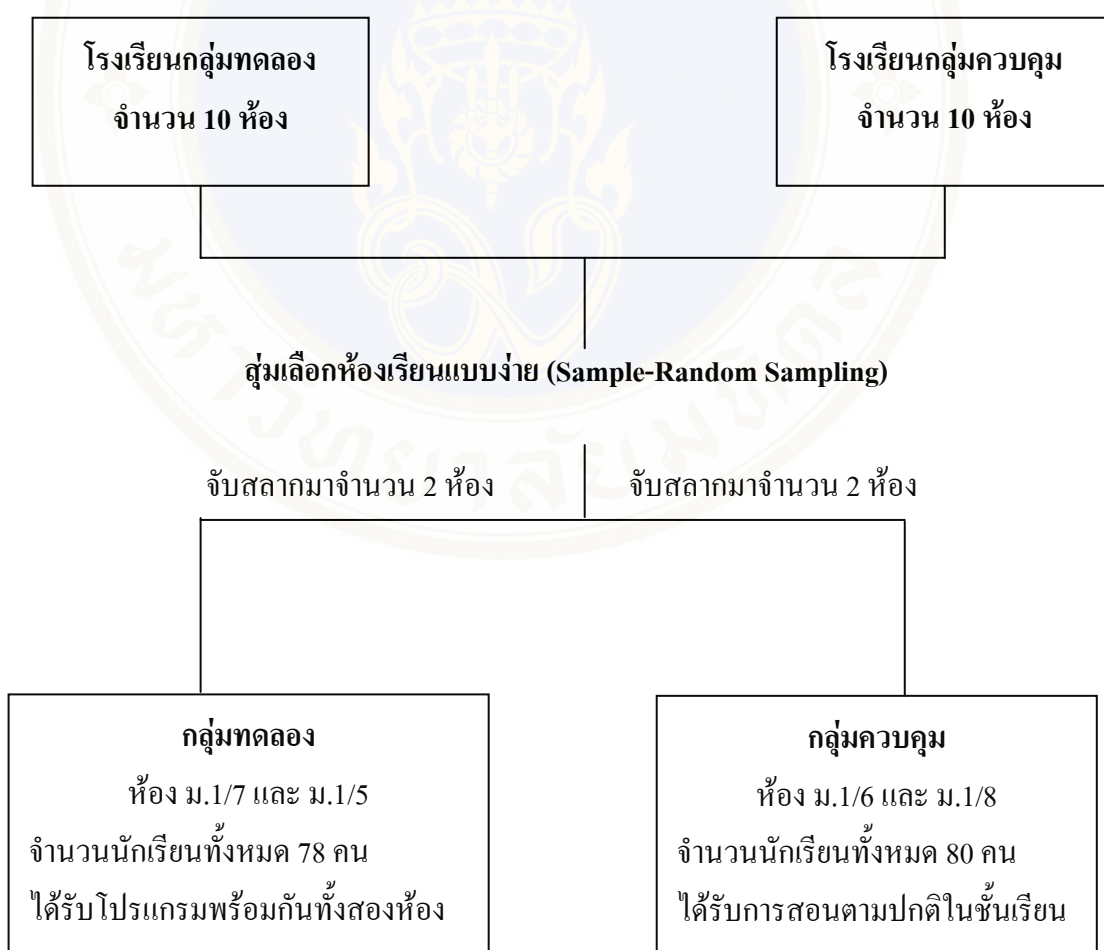
เกณฑ์คัดออก

1. มีภาวะเจ็บป่วยขณะดำเนินการวิจัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้
2. ระหว่างดำเนินการวิจัยนักเรียนไม่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

กลุ่มทดลอง ทำการสุ่มห้องเรียนมาจำนวน 2 ห้อง จากจำนวนห้องเรียนทั้งหมด 10 ห้อง ได้จำนวนนักเรียนทั้งหมด 78 คน และจัดให้ได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นพร้อมกันทั้ง 2 ห้อง

กลุ่มควบคุม ทำการสุ่มห้องเรียนมาจำนวน 2 ห้อง จากจำนวนห้องเรียนทั้งหมด 10 ห้อง ได้จำนวนนักเรียนทั้งหมด 80 คน ซึ่งได้รับการสอนตามปกติในชั้นเรียน

โดยแสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เห็นชัดเจน ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 4 แสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สถานที่ดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำกลุ่มทดลองมาให้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ที่โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา จังหวัดนครปฐม โดยดำเนินการให้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 13.00-15.00 น. ในช่วงระหว่างวันราชการ วันจันทร์-วันศุกร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) โดยนำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ศึกษาดำรงเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (Ajzen, 1991) แนวคิดทักษะชีวิตของกรมสุขภาพจิต (2544) และโปรแกรมการวางแผนพฤติกรรมของรูกา ภูไพบูลย์ และคณะ (2549)

นำเนื้อหาที่ได้มาสร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมและจัดทำคู่มือการ โดยมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้ซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มย่อยอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย

- กิจกรรมละลายพฤติกรรมโดยกิจกรรม “มารู้จักบุหรี่กันเถอะ” เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโทษ พิษ ภัยของบุหรี่แก่วัยรุ่น และให้วัยรุ่นนำความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษ ภัยของบุหรี่ที่ได้ไปวิเคราะห์บัตรคำของตนเอง เพื่อจะได้รวมกลุ่มกับเพื่อนที่มีกลุ่มคำเดียวกัน แล้วให้แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากโปรแกรมทักษะชีวิตของกรมสุขภาพจิต

- กิจกรรม “ความรู้สึกละเอียดอ่อน” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) มาใช้ โดยให้วัยรุ่นได้คิดไตร่ตรองความรู้สึกของตนเอง (Self-awareness) และสะท้อนความคิดของตนเองเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ และความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับบุหรี่ จากการชมวิดีโอทัศน์เรื่อง “วัยรุ่น วัยเก๋ ไม่มีบุหรี่ยุค” เพื่อปรับ

ทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้ถูกต้อง แบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 8-10 คน แล้วให้ร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง โดยใช้สื่อที่ผลิตโดยกลยุทธ์วิชาชีพแพทย์ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย

ขั้นตอนที่ 2 ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่
ประกอบด้วย

- กิจกรรมละลายพฤติกรรมโดยกิจกรรม “บทพิสูจน์ของบุหรี่” เป็นกิจกรรมที่ให้วัยรุ่นได้ทดสอบโทษของบุหรี่ที่มีต่อระบบประสาทการรับรู้รสชาติ และให้วัยรุ่นนำผลการทดสอบที่ได้ไปวิเคราะห์ถึงสาเหตุ และปัจจัยต่างๆ อย่างเป็นเหตุและผล โดยแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8-10 คน ก่อนนำสู่กิจกรรมปรับการรับรู้บรรทัดฐาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากบุหรี่ยุติภัย ในโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ มุณิฉิธรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2540)

- กิจกรรม “บรรทัดฐานของฉัน” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) มาใช้ เพื่อให้วัยรุ่นได้คิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) สามารถวิเคราะห์ ประเมินปัจจัยต่างๆ และสิ่งที่มีอิทธิพลทำให้นักคนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากการชมสถานการณ์ในภาพยนตร์เรื่องลอง (Try) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นได้ใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) สามารถปรับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้ถูกต้องได้ แบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 8-10 คน แล้วให้ร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง โดยใช้สื่อที่ผลิตโดยรจนา ภูพานุลย์ และคณะ (2549) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย

- กิจกรรมละลายพฤติกรรมโดยกิจกรรม “เพื่อนรัก เพื่อนซัง” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจ (Decision Making) มาใช้ โดยให้วัยรุ่นบอกลักษณะของเพื่อนที่ดีและเพื่อนที่ไม่ดี และกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดทักษะการคิด การตัดสินใจ (Decision Making) ในการเลือกคบเพื่อนที่ดี เพื่อเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นเลือกคบเพื่อนที่ดี ซึ่งช่วยให้วัยรุ่นไม่ถูกชักชวนไปกระทำพฤติกรรมที่ไม่ดี ร่วมกันเป็นกลุ่มๆ ละ 8-10 คน ก่อนนำสู่กิจกรรมเรียนรู้ทักษะปฏิเสธ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากโปรแกรมทักษะชีวิตของกรมสุขภาพจิต

- กิจกรรม “Say NO กันเถอะ” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านแก้ไขปัญห (Problem solving skills) มาใช้ เพื่อให้วัยรุ่นได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา (Problem solving

skills) โดยใช้ทักษะการปฏิเสธ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตจริงได้ ซึ่งผู้วิจัยได้สอนทักษะการปฏิเสธ และให้ฝึกการปฏิเสธ โดยวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจ (Decision Making) เลือกใช้ทักษะการปฏิเสธให้เหมาะสมกับสถานการณ์ แล้วแสดงบทบาทสมมติ (role play) เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่วัยรุ่นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ และเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกลึกซึ้งด้านบวก คือ มีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น แบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 8-10 คน แล้วให้ร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากโปรแกรมทักษะชีวิตของกรมสุขภาพจิต

2. อุปกรณ์และสื่อ ประกอบด้วย

2.1 เอกสารประกอบการให้ความรู้เรื่องโทษ พิษ ภัยของบุหรี่ จัดทำขึ้นโดยมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อให้นักเรียนใช้ศึกษาประกอบการวิจัย

2.2 เอกสารให้ความรู้เรื่องทักษะการปฏิเสธที่จำเป็นและควรทราบสำหรับนักเรียน เพื่อให้ให้นักเรียนใช้ศึกษาประกอบการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมจากตำราเอกสารและงานวิจัย จัดทำเป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้แก่นักเรียน

2.3 วิดีทัศน์ (VCD) ภาพยนตร์เรื่องลอง (try) ผลิตโดย รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2549) ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ความยาว 15 นาที ผู้วิจัยได้จัดให้นักเรียนได้รับชม 1 ครั้ง เพื่อให้นักเรียนเกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ เช่น เพื่อน ครู พ่อแม่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้บรรทัดฐานสังคมของนักเรียน พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขให้ถูกต้อง ถ้าพบว่าการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ที่ไม่ถูกต้อง

2.4 วิดีทัศน์ (VCD) เรื่องวัยรุ่น วัยเก๋ ไม่มีบุหรี่ ผลิตโดย กลยุทธ์วิชาชีพแพทย์ ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ความยาว 9.21 นาที ผู้วิจัยได้จัดให้นักเรียนได้รับชม 1 ครั้ง เพื่อให้ให้นักเรียนได้รับความรู้เรื่อง บุหรี่ สามารถคิด วิเคราะห์ผลเสียที่เกิดจากการมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงทัศนคติต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของนักเรียน พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขให้ถูกต้อง ถ้าพบว่ามีทัศนคติต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่เชิงบวก

2.5 บทสถานการณ์จำลอง เป็นสถานการณ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ให้นักเรียนได้ฝึกทักษะการปฏิเสธ โดยให้วิเคราะห์สถานการณ์ แล้วนำมาแสดงบทบาทสมมติ (role play) ซึ่ง

สะท้อนให้เห็นถึงทักษะการใช้ทักษะปฏิเสธที่เหมาะสมของนักเรียน หลังจากได้รับความรู้เรื่องทักษะปฏิเสธ

2.6 ใบบางานของแต่ละกิจกรรม และใบบสรุปลงานกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับบุหรีและวัยรุ่น ซึ่งเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีวิธีดำเนินการคือ จัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี ตามขั้นตอนทั้ง 3 ขั้นตอน ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 8 ชั่วโมง และทำการวิเคราะห์ ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้จริง แล้วนำไปแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาของผกาดี พรหมนุช (Promnuch, 2006) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรีของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดระนอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วน รวมทั้งหมด 26 ข้อคำถาม โดยให้นักเรียนเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายประจำวัน (บาท/วัน) บุคคลที่ร่วมอาศัย สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี และจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติต่อการสูบบุหรี เป็นการประเมินความรู้สึกรู้สึกของนักเรียนเกี่ยวกับการสูบบุหรีทั้งเชิงบวกและเชิงลบว่าดีหรือไม่ดี มีประโยชน์หรือเป็นอันตราย มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แบบวัดเป็นมาตรประมาณค่า Likert scale ซึ่งแบ่งช่วงการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ซึ่งแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1-5 และมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 7-35 คะแนน

ตัวอย่างข้อคำถามและการให้คะแนน

		มาก	เล็กน้อย	ปานกลาง	เล็กน้อย	มาก	
สำหรับฉันการ สูบบุหรี่เป็นสิ่งที่...							
1.	เลว	1	2	3	4	5	ดี
2.	เป็นประโยชน์	5	4	3	2	1	เป็นโทษ

การให้คะแนน 1 = 1 คะแนน

2 = 2 คะแนน

3 = 3 คะแนน

4 = 4 คะแนน

5 = 5 คะแนน

ถ้าได้คะแนนมาก หมายความว่า นักเรียนมีทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่เชิงบวกสูง ถ้าได้คะแนนน้อย หมายความว่า นักเรียนมีทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่เชิงลบสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อการสูบบุหรี่ เป็นการประเมินการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมของนักเรียน โดยถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกของนักเรียนที่มีต่อบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองทั้งเชิงบวกและเชิงลบว่าจะรู้สึกอย่างไร ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ยอมรับได้หรือยอมรับไม่ได้ มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ แบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า Likert scale ซึ่งแบ่งช่วงการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1-5 และมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3-15 คะแนน

ตัวอย่างข้อคำถามและการให้คะแนน

	ยอมรับไม่ได้ อย่างมาก	ยอมรับ ไม่ได้	ไม่แน่ใจ	ยอมรับ ได้	ยอมรับได้อย่าง มาก
ถ้าฉันสูบบุหรี่คน ส่วนใหญ่ที่มี ความสำคัญต่อฉัน น่าจะ...	1	2	3	4	5

การให้คะแนน	1	=	1 คะแนน
	2	=	2 คะแนน
	3	=	3 คะแนน
	4	=	4 คะแนน
	5	=	5 คะแนน

ถ้าได้คะแนนมาก หมายความว่า นักเรียนมีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องในระดับต่ำ ถ้าได้คะแนนน้อย หมายความว่า นักเรียนมีการรับรู้ บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นการประเมิน การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งเชิงบวกและเชิงลบว่า สามารถทำได้ง่ายหรือยากที่จะควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ แบบวัดเป็น มาตรฐานประมาณค่า Likert scale ซึ่งแบ่งช่วงการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1-5 และมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3-15 คะแนน

ตัวอย่างข้อคำถามและการให้คะแนน

	ควบคุมไม่ได้ อย่างมาก	ควบคุม ไม่ได้	ไม่แน่ใจ	ควบคุม ได้	ควบคุมได้อย่าง มาก
ท่านคิดว่าสามารถ ควบคุมการสูบบุหรี่ หรือไม่สูบได้มาก น้อยเพียงใด	1	2	3	4	5

การให้คะแนน	1	=	1 คะแนน
	2	=	2 คะแนน
	3	=	3 คะแนน
	4	=	4 คะแนน
	5	=	5 คะแนน

ถ้าได้คะแนนมาก หมายความว่า นักเรียนมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ที่จะไม่สูบบุหรี่ในระดับต่ำ ถ้าได้คะแนนน้อย หมายความว่า นักเรียนมีความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมที่จะไม่สูบบุหรี่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ เป็นแบบประเมินความตั้งใจหรือความจำเป็นของการสูบบุหรี่ ในช่วงเวลา 1 เดือนข้างหน้า ทั้งเชิงบวกและเชิงลบว่ามีความเป็นไปได้หรือไม่ที่จะสูบบุหรี่ มีข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ แบบวัดเป็นมาตรฐานค่า Likert scale ซึ่งแบ่งช่วงการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1-5 และมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3-15 คะแนน

ตัวอย่างข้อคำถามและการให้คะแนน

	เป็นไปได้ อย่างยิ่ง	เป็นไปได้	ไม่แน่ใจ	เป็นไปได้	เป็นไปได้ อย่างยิ่ง
ฉันคาดว่าจะสูบบุหรี่ในอีก 1 เดือนข้างหน้า	1	2	3	4	5

การให้คะแนน	1	=	1 คะแนน
	2	=	2 คะแนน
	3	=	3 คะแนน
	4	=	4 คะแนน
	5	=	5 คะแนน

ถ้าได้คะแนนมาก หมายความว่า นักเรียนมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ในระดับต่ำ ถ้าได้คะแนนน้อย หมายความว่า นักเรียนมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปริมาณการสูบบุหรี่ ในช่วงเวลา 30 วัน ที่ผ่านมามีข้อคำถามทั้งหมด 1 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ สูบหรือไม่สูบ และให้เลือกตอบพร้อมทั้งเขียนคำตอบลง ตามความเป็นจริง

ตัวอย่างข้อคำถามและการให้คะแนน

1. ในช่วง 30 วัน ที่ผ่านมามีท่านสูบบุหรี่หรือไม่

ก. ไม่สูบ

ข. สูบ (ถ้าสูบให้ตอบคำถามต่อไปนี้)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาจากการศึกษาของ ผกาวัชรพรหมนุช ในปี 2549 ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม ของเอจเซน (Ajzen, 1991) ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับบุหรืและวัยรุ่น ซึ่งเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษา และทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ จากการคำนวณความสอดคล้องภายใน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากเครื่องมือวิจัยชุดเดิม พบว่า ได้นำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98, 0.66, 0.67 และ 0.82 ตามลำดับ เมื่อผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาพัฒนาและนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 49 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84, 0.88, 0.92 และ 0.99 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ เนื่องจากความตรงของเครื่องมือควรมีค่าเท่ากับ 0.80 หรือมีค่าไม่น้อยกว่า 0.70 จึงสามารถยอมรับได้ (Burns & Grove, 2005) ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ได้หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เนื่องจากเป็นการประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามการรับรู้จริงของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิทักษ์สิทธิจากการตรวจสอบโครงร่างวิจัย โดยคณะกรรมการการควบคุมวิทยานิพนธ์ของหลักสูตร และได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ร่วมกับได้รับความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงเรียนทั้งสองแห่ง ในส่วนของผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย วิธีปฏิบัติที่จะได้รับขณะทำวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียน และผู้ร่วมการวิจัยมีสิทธิได้รับการปกปิดชื่อและข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ และทำการเก็บข้อมูลในซองที่ปิดผนึก สำหรับการเผยแพร่ข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวมทางวิชาการ ซึ่งคำชี้แจงทั้งหมดนี้ผู้วิจัยจะทำการชี้แจง และจัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ร่วมวิจัยอ่านให้เข้าใจ ก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น พร้อมทั้งศึกษาวิธีการดำเนินการให้เข้าใจและทำการฝึกซ้อมก่อนปฏิบัติจริง เตรียมสื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินการ เตรียมข้อมูลในการสร้างสัมพันธภาพ และข้อมูลเพื่อชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยทำการชี้แจงบทบาทหน้าที่แก่ผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจสำหรับผู้ช่วยในการวิจัยครั้งนี้คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก จำนวน 4 คน มีหน้าที่คอยอำนวยความสะดวกให้แก่กลุ่มตัวอย่างในกระบวนการทำกิจกรรม คือ เตรียมอุปกรณ์ แจกเอกสาร เก็บเอกสาร อำนวยความสะดวกเรื่องอุปกรณ์ และเป็นผู้ประสานงานตลอดระยะเวลาการให้โปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและดำเนินการเองเพียงผู้เดียว เพื่อเป็นการป้องกันความผิดพลาดและความไม่เท่าเทียมกันในการให้ข้อมูล ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ซึ่งจะส่งผลต่อผลการวิจัยที่ได้ทำให้ไม่มีความน่าเชื่อถือ

1.3 ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Purposive sampling) โดยเลือกโรงเรียน 2 แห่ง ที่มีขนาด ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจคล้ายคลึงกัน และทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงเรียนทั้งสองแห่ง เพื่อทำการเก็บข้อมูล

1.4 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียนทั้งสองแห่ง ผู้วิจัยประสานไปยังอาจารย์ที่รับผิดชอบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย วิธีปฏิบัติที่จะได้รับขณะทำวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูล

1.5 ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample-Randomize sampling) โดยสุ่มห้องเรียนจากโรงเรียน 2 แห่ง แบ่งเป็นโรงเรียนกลุ่มทดลองจำนวน 10 ห้องเรียน ทำการสุ่มมาจำนวน 2 ห้อง และโรงเรียนกลุ่มควบคุมจำนวน 10 ห้องเรียน ทำการสุ่มมาจำนวน 2 ห้อง

2. ขั้นตอนการวิจัย ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ ดังนี้

2.1 สัปดาห์ที่ 1 ก่อนการให้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการแนะนำตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย วิธีปฏิบัติที่จะได้รับขณะทำวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการ และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการ

เผยแพร่ข้อมูล อีกทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตามความต้องการ โดยชี้แจงให้เข้าใจก่อนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินกิจกรรม (Pretest) เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อการสูบบุหรี่ แบบวัดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบสอบถามความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินการกลุ่มละ 1 ชั่วโมง

2.2 ดำเนินการให้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นแก่กลุ่มทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติในชั้นเรียน โดยดำเนินการให้กิจกรรม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลารวมทั้งหมดประมาณ 7 ชั่วโมง ดังนี้

2.2.1 สัปดาห์ที่ 2 ให้โปรแกรมขั้นตอนที่ 1. ปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย กิจกรรมดังต่อไปนี้

- ปฐมนิเทศ โดยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อนักเรียนกลุ่มทดลองทราบถึงวัตถุประสงค์ กำหนดการ ข้อตกลง บทบาทหน้าที่ของนักเรียนในแต่ละกิจกรรม เป็นการสร้างความคุ้นเคยและความเป็นกันเอง ก่อให้เกิดความมั่นใจ กล้าที่จะแสดงออก และทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัย แบ่งกลุ่มๆ ละ 8-10 คน ในการทำกิจกรรม ซึ่งจะใช้กลุ่มเดิมตลอดการดำเนินการวิจัย

- กิจกรรมละลายพฤติกรรมโดยกิจกรรม “มารู้จักบุหรี่กันเถอะ” เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโทษ พิษ ภัยของบุหรี่แก่วัยรุ่น และให้วัยรุ่นนำความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษ ภัยของบุหรี่ที่ได้ไปวิเคราะห์บัตรคำของตนเอง เพื่อจะได้รวมกลุ่มกับเพื่อนที่มีกลุ่มคำเดียวกัน แล้วให้แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้

- กิจกรรม “ความรู้สึกของฉัน” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) มาใช้ โดยให้วัยรุ่นได้คิดไตร่ตรองความรู้สึกของตนเอง (Self-awareness) และสะท้อนความคิดของตนเองเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ และความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับบุหรี่ จากการชมวิดีโอทัศน์เรื่อง “วัยรุ่น วัยเก๋ ไม่มีบุหรี่” เพื่อปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้ถูกต้อง แล้วให้แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้

2.2.2 สัปดาห์ที่ 3 ให้โปรแกรมขั้นตอนที่ 2. ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย กิจกรรมดังต่อไปนี้

- กิจกรรมละลายพฤติกรรมโดยกิจกรรม “บทพิสูจน์ของบุหรี่” เป็นกิจกรรมที่ให้วัยรุ่นได้ทดสอบโทษของบุหรี่ที่มีต่อระบบประสาทการรับรู้รสชาติ และให้

วัยรุ่นนำผลการทดสอบที่ได้ไปวิเคราะห์ถึงสาเหตุ และปัจจัยต่างๆ อย่างเป็นเหตุและผล แล้วให้แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้

- กิจกรรม “บรรทัดฐานของฉัน” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) มาใช้เพื่อให้วัยรุ่นได้คิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) สามารถวิเคราะห์ ประเมินปัจจัยต่างๆ และสิ่งที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่ จากการชมสถานการณ์ในภาพยนตร์เรื่องลอง (Try) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นได้ใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) สามารถปรับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้ถูกต้องได้ แล้วให้แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้

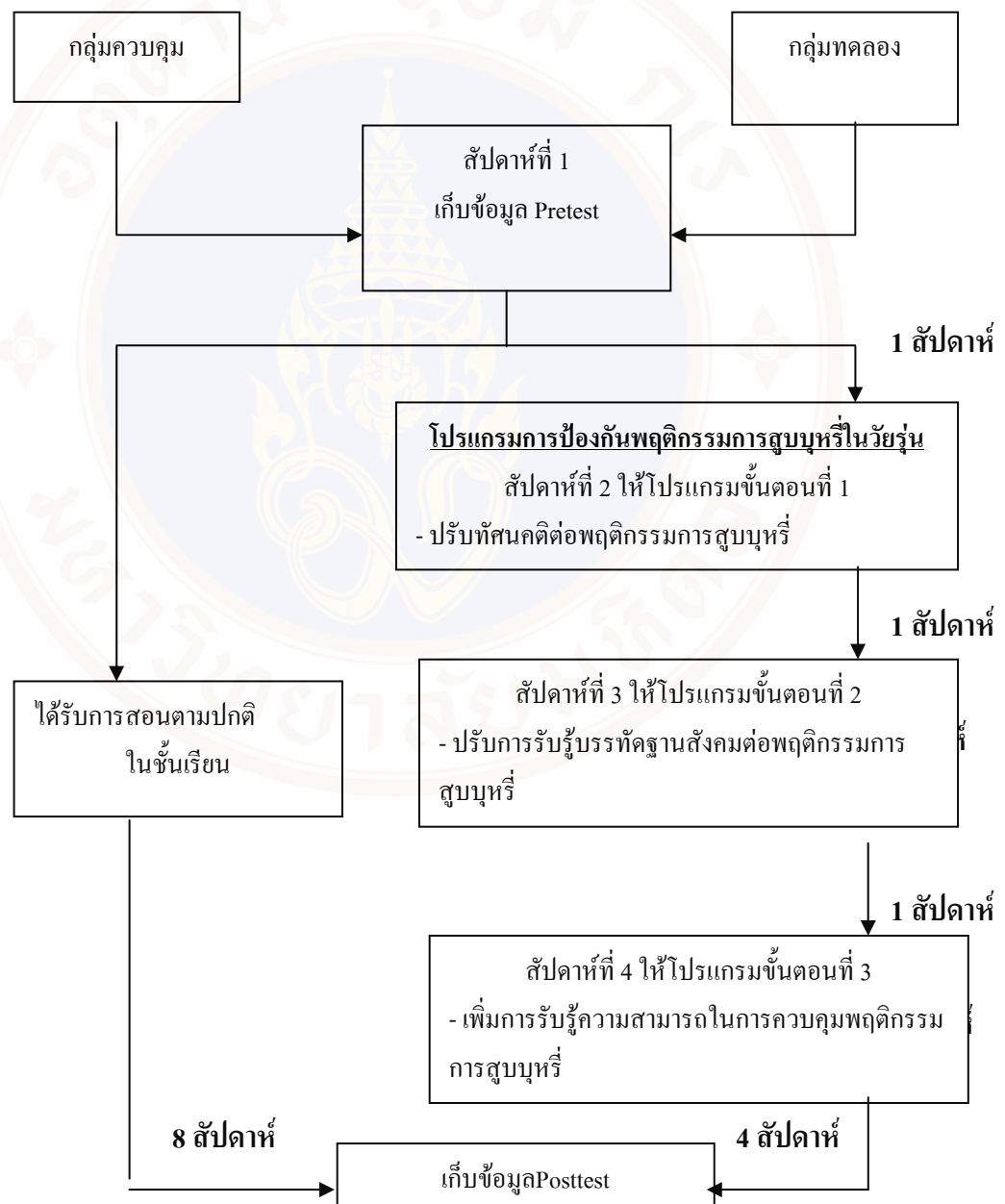
2.2.3 สัปดาห์ที่ 4 ให้โปรแกรมขั้นตอนที่ 3. เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ประกอบด้วย กิจกรรมดังต่อไปนี้

- กิจกรรมละลายพฤติกรรมโดยกิจกรรม “เพื่อนรัก เพื่อนซัง” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจ (Decision Making) มาใช้ โดยให้วัยรุ่นบอกลักษณะของเพื่อนที่ดีและเพื่อนที่ไม่ดี และกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดทักษะการคิด การตัดสินใจ (Decision Making) ในการเลือกคบเพื่อนที่ดี เพื่อเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นเลือกคบเพื่อนที่ดี ซึ่งช่วยให้วัยรุ่นไม่ถูกชักชวนไปกระทำพฤติกรรมที่ไม่ดี แล้วให้แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้

- กิจกรรม “Say NO กันเถอะ” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านแก้ไขปัญหา (Problem solving skills) มาใช้ เพื่อให้วัยรุ่นได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา (Problem solving skills) โดยใช้ทักษะการปฏิเสธ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตจริงได้ ซึ่งผู้วิจัยได้สอนทักษะการปฏิเสธ และให้ฝึกการปฏิเสธ โดยวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจ (Decision Making) เลือกใช้ทักษะการปฏิเสธให้เหมาะสมกับสถานการณ์ แล้วแสดงบทบาทสมมติ (role play) เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่วรุ่นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงที่เกี่ยวข้องกับ บุหรี่ และเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกด้านบวก คือ มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น แล้วให้แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้

2.3 สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น (Post test) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และห่างจาก

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการให้โปรแกรม เป็นเวลา 7 สัปดาห์ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อการสูบบุหรี่ แบบวัดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ แบบสอบถามความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินการกลุ่มละ 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยได้แสดงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ชัดเจน ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 5 แสดงขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการวัดเป็น Nominal scale ทำการทดสอบด้วยสถิติไคสแคว์ (Chi-square test) เพื่อเปรียบเทียบพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็น Interval scale ทำการทดสอบด้วยสถิติที (Independent t-test)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่และความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำการทดสอบด้วยสถิติที (Independent t-test) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และทดสอบด้วยสถิติแมนนิตนีย์ ยู (Mann-Whitney U Test) สำหรับข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ
3. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่และความตั้งใจของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติที (Paired t-test)
4. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ทำการทดสอบด้วยสถิติไคสแคว์ (Chi-square test) และเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันด้วยสถิติที (Paired t-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จากโรงเรียน 2 แห่ง ที่มีขนาด ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจคล้ายคลึงกัน และไม่เคยได้รับโปรแกรมหรือกิจกรรมเกี่ยวกับบุหรี่มาก่อน จำนวน 158 คน แบ่งเป็นโรงเรียนกลุ่มควบคุมจำนวน 80 คน และโรงเรียนกลุ่มทดลองจำนวน 78 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติในชั้นเรียน ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 158 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 80 คน และกลุ่มทดลอง 78 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 และ ร้อยละ 64.1 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็น

ร้อยละ 98.7 และศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ส่วนกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับบิดา คิดเป็นร้อยละ 5.1 อยู่กับมารดา คิดเป็นร้อยละ 11.5 อยู่กับบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 55.1 และอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 2.6 สำหรับกลุ่มควบคุมอาศัยอยู่กับบิดา คิดเป็นร้อยละ 5 อยู่กับมารดา คิดเป็นร้อยละ 46.3 อยู่กับบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 25 และอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ซึ่งพบว่าทั้งสองกลุ่มมีบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับบิดาและมารดาเป็นส่วนใหญ่ แต่กลุ่มควบคุมอาศัยอยู่กับมารดาเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มทดลองมีสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 41 และมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่คือ บิดา พี่น้อง และญาติ คิดเป็นร้อยละ 30.8, 7.7 และ 19.2 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 40 และมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่คือ บิดา มารดา บิดาและมารดา พี่น้อง และญาติ คิดเป็นร้อยละ 27.5, 2.5, 3.8, 1.3 และ 15 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าทั้งสองกลุ่มมีสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ บิดา เช่นเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้น บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันและสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p
	(n=78)		(n=80)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	50	64.1	44	55	1.358	.244
หญิง	28	35.9	36	45		
ศาสนา						
พุทธ	77	98.7	80	100	1.032	.310
คริสต์	1	1.3	0	0		
อิสลาม	0	0	0	0		
อื่นๆ	0	0	0	0		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p
	(n=78)		(n=80)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับ						
ใคร						
บิดา	4	5.1	4	5	28.991	.000
มารดา	9	11.5	37	46.3		
บิดามารดา	43	55.1	20	25		
ญาติ	2	2.6	1	1.3		
อื่นๆ	20	25.6	18	22.6		
สมาชิกในครอบครัวใครบ้างที่						
สูบบุหรี่						
ไม่มีเลย	32	41	32	40	15.969	.043
บิดา	24	30.8	22	27.5		
มารดา	0	0	2	2.5		
บิดามารดา	0	0	3	3.8		
พี่น้อง	6	7.7	1	1.3		
ญาติ	15	19.2	12	15		
อื่นๆ	1	1.3	8	10.1		

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 12-14 ปี เฉลี่ย 12.9 ปี (SD = .47) กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 12-14 ปี เฉลี่ย 12.73 ปี (SD = .46) ทั้งสองกลุ่มมีเกรดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.2-3.98 เฉลี่ย 2.92 (SD = .43) และกลุ่มควบคุมมีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.2-4 เฉลี่ย 2.93 (SD = .44) รายได้ที่ได้รับต่อวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีรายได้ที่ได้รับต่อวันอยู่ในช่วง 25-150 บาท เฉลี่ย 66 บาท (Median = 60, SD = 23.63) และกลุ่มควบคุมมีรายได้ที่ได้รับต่อวันอยู่ในช่วง 25-140 บาท เฉลี่ย 66.54 บาท (Median = 60, SD = 21.12) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่อยู่ในช่วง

0-40 คน เฉลี่ย 4.18 คน (SD = 5.39) และกลุ่มควบคุมมีจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่อยู่ในช่วง 0-30 คน เฉลี่ย 2.99 คน (SD = 5.13) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ที่ได้รับต่อวัน และจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ T-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ

Independent t-test

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=80)			กลุ่ม ทดลอง (n=78)			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
อายุ (ปี)	12-14	12.84	.46	12-14	12.9	.47	-.80 ^{ns}
เกรดเฉลี่ยสะสม	2.2-4	2.93	.44	2.2-3.98	2.92	.43	.17 ^{ns}
รายได้ที่ได้รับต่อวัน	25-150	66	23.63	25-140	66.54	21.12	-.15 ^{ns}
	Median = 60			Median = 60			
จำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน	0-30	2.99	5.13	0-40	4.18	5.39	-1.42 ^{ns}

ns = $p > .05$

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรตามที่มีค่าต่อเนื่องแบบช่วงมาตรา (Interval scale) ด้วยสถิติที (T-test) จะต้องทดสอบข้อมูลในแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ก่อน ถ้าพบว่าการแจกแจงแบบโค้งปกติจึงสามารถใช้สถิติที (T-test) ได้ ผู้วิจัยจึงได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลในแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระมีทั้งการแจกแจงแบบโค้งปกติและไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยคะแนนทัศนคติ คะแนนบรรทัดฐาน คะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุม และคะแนนความตั้งใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองพบว่า มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ T-test สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมคะแนน

ทัศนคติ คะแนนบรรทัดฐาน คะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุม และคะแนนความตั้งใจ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และหลังได้รับโปรแกรมพบว่า คะแนนบรรทัดฐาน คะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุม และคะแนนความตั้งใจ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ยกเว้น คะแนนทัศนคติ พบว่า ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังนั้น จึงต้องทำการทดสอบข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติด้วยสถิติแมนวิทนี ยู (Mann- whitney U Test) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนในแต่ละกลุ่ม (Mean rank) โดยไม่ต้องคำนึงถึงการแจกแจงข้อมูล (Free distribution) ก่อนทำการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อแสดงให้เห็นความเท่าเทียมกันของคะแนนทั้งสองกลุ่ม ตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ T-test

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ บรรทัดฐานที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติอยู่ในช่วง 7-27 คะแนน เฉลี่ย 11.48 คะแนน (SD = 5.61) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติอยู่ในช่วง 7-28 คะแนน เฉลี่ย 11.01 คะแนน (SD = 5.13) กลุ่มทดลองมีคะแนนบรรทัดฐานอยู่ในช่วง 3-10 คะแนน (SD = 2.11) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนบรรทัดฐานอยู่ในช่วง 3-11 คะแนน (SD = 2.18) กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 6.15 คะแนน (SD = 2.37) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-15 คะแนน เฉลี่ย 6.6 คะแนน (SD = 2.94) กลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 5.52 คะแนน (SD = 2.58) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 5.03 คะแนน (SD = 2.52) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจด้วยสถิติ Independent t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกัน สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนหลังได้รับโปรแกรมได้อย่างน่าเชื่อถือ

หลังได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติใกล้เคียงกัน Mean Rank = 73.22 และ 85.63 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) กลุ่มทดลองมีคะแนนบรรทัด

ฐานอยู่ในช่วง 3-11 คะแนน เฉลี่ย 4.92 คะแนน (SD = 2.08) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนบรรทัดฐานอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 5.81 คะแนน (SD = 2.08) กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-9 คะแนน เฉลี่ย 4.67 คะแนน (SD = 2.09) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 5.75 คะแนน (SD = 2.68) กลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-10 คะแนน เฉลี่ย 4.41 คะแนน (SD = 2.2) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-15 คะแนน เฉลี่ย 6.92 คะแนน (SD = 3.44) (ตารางที่ 4) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทัศนคติ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากคะแนนทัศนคติของกลุ่มควบคุมไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนบรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ด้วยสถิติ Independent t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนบรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4) ยกเว้น คะแนนทัศนคติ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 5)

ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า “หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนบรรทัดฐานต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมไม่ให้สูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม” จึงได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 4) ยกเว้น คะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม จึงไม่ได้รับการสนับสนุนสมมติฐาน

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มควบคุมจำนวน 80 คน มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 กลุ่มทดลองจำนวน 78 คน มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 82.1 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มควบคุมจำนวน 80 คน มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 95 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5 กลุ่มทดลองจำนวน 78 คน มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 93.6 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 (ตารางที่ 7) เมื่อพิจารณาจำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 9) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 7)

ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า “หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม” จึงไม่ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=80)			กลุ่ม ทดลอง (n=78)			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
ทัศนคติ	7-28	11.01	5.13	7-27	11.48	5.61	-.55 ^{ns}
บรรทัดฐาน	3-11	5.31	2.18	3-10	5.48	2.11	-.51 ^{ns}
การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุม	3-15	6.6	2.94	3-12	6.15	2.37	1.04 ^{ns}
ความตั้งใจ	3-12	5.03	2.52	3-12	5.52	2.58	-1.2 ^{ns}

ns = $p > .05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนบรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ

Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=80)			กลุ่ม ทดลอง (n=78)			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
บรรทัดฐาน	3-12	5.81	2.6	3-11	4.92	2.08	2.36 *
การรับรู้ความสามารถใน	3-15	6.92	3.44	3-9	4.67	2.09	4.96 **
การควบคุม							
ความตั้งใจ	3-12	5.75	2.68	3-10	4.41	2.2	3.43 *

** p < .001, * p < .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test

ตัวแปร	จำนวน (คน)	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
ทัศนคติ					
กลุ่มทดลอง	78	81.71	6373.5	-.61	.54
กลุ่มควบคุม	80	77.34	6187.5		

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ บรรทัดฐานที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากผลการศึกษาในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนทัศนคติอยู่ในช่วง 7-27 คะแนน เฉลี่ย 11.48 คะแนน (SD = 5.61) และหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนทัศนคติอยู่ในช่วง 7-27 คะแนน เฉลี่ย 9.91 คะแนน (SD = 4.82) ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนบรรทัดฐานอยู่ในช่วง 3-10 คะแนน เฉลี่ย 5.48 คะแนน (SD = 2.11) และหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนบรรทัดฐานอยู่ในช่วง 3-11 คะแนน เฉลี่ย 4.92 คะแนน (SD = 2.08) ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 6.15 คะแนน (SD = 2.37) และหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-9 คะแนน เฉลี่ย 4.67 คะแนน (SD = 2.09) ก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 5.52 คะแนน (SD = 2.58) และหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-10 คะแนน เฉลี่ย 4.41 คะแนน (SD = 2.2) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ บรรทัดฐานที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 6)

จากการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มควบคุมจำนวน 80 คน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 หลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ลดลง จากจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 ลดลงเหลือจำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 95 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างก่อนและหลังทำการทดลองของกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ก่อนและหลังทำการทดลอง กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .108, p > .05$) (ตารางที่ 8) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน ระหว่างก่อนและหลังทำการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า หลังทำการทดลองมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันไม่แตกต่างกันหรือไม่ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .46, p > .05$) (ตารางที่ 10)

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองจำนวน 78 คน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 82.1 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 หลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 82.1 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 93.6 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง จากจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 ลดลงเหลือจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการสูบบุหรือน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 24.42, p < .001$) (ตารางที่ 8) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.26, p < .001$) (ตารางที่ 10)

ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า “หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ บรรทัดฐานที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรือน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม” จึงได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง (n=78) ด้วยสถิติ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
ทัศนคติ	7-27	11.48	5.61	7-27	9.91	4.82	2.91 *
บรรทัดฐาน	3-10	5.48	2.11	3-11	4.92	2.08	2.32 *
การรับรู้ความสามารถในการควบคุม	3-12	6.15	2.37	3-9	4.67	2.09	4.94 **
ความตั้งใจ	3-12	5.52	2.58	3-10	4.41	2.2	3.57 *

** $p < .001$, * $p < .05$

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่าง
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	สูบ		ไม่สูบ		χ^2	p
	n	%	n	%		
ก่อนได้รับโปรแกรม						
- กลุ่มควบคุม (n = 80)	2	2.5	78	97.5	10.357	.001
- กลุ่มทดลอง (n = 78)	14	17.9	64	82.1		
หลังได้รับโปรแกรม						
- กลุ่มควบคุม (n = 80)	4	5	76	95	.146	.702
- กลุ่มทดลอง (n = 78)	5	6.4	73	93.6		

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	ก่อนได้รับโปรแกรม				หลังได้รับโปรแกรม				χ^2	p
	สูบ		ไม่สูบ		สูบ		ไม่สูบ			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
- กลุ่มควบคุม (n = 80)	2	2.5	78	97.5	4	5	76	95	.108	.742
- กลุ่มทดลอง (n = 78)	14	17.9	64	82.1	5	6.4	73	93.6	24.42	.000

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของ
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 80)			กลุ่มทดลอง (n = 78)			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ (เฉลี่ยต่อวัน)							
ก่อนได้รับโปรแกรม	0-10	15	1.13	0-10	.43	1.48	-1.35 ^{ns}
หลังได้รับโปรแกรม	0-10	.24	1.23	0-2	.08	.31	1.12 ^{ns}

ns = p > .05

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่ม
ควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ (เฉลี่ยต่อวัน)							
กลุ่มควบคุม (n = 80)	0-10	15	1.13	0-10	.24	1.23	-.46 ^{ns}
กลุ่มทดลอง (n = 78)	0-10	.43	1.48	0-2	.08	.31	2.26**

** p < .001, ns = p > .05

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม ผลจากการศึกษานำมาอภิปรายเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสมมติฐานในการวิจัยดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 และ ร้อยละ 64.1 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.7 และศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ส่วนกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับบิดา คิดเป็นร้อยละ 5.1 อยู่กับมารดา คิดเป็นร้อยละ 11.5 อยู่กับบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 55.1 และอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 2.6 สำหรับกลุ่มควบคุมอาศัยอยู่กับบิดา คิดเป็นร้อยละ 5 อยู่กับมารดา คิดเป็นร้อยละ 46.3 อยู่กับบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 25 และอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ซึ่งพบว่าทั้งสองกลุ่มมีบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับบิดาและมารดาเป็นส่วนใหญ่ แต่กลุ่มควบคุมอาศัยอยู่กับมารดาเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มทดลองมีสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 41 และมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่คือ บิดา พี่น้อง และญาติ คิดเป็นร้อยละ 30.8, 7.7 และ 19.2 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 40 และมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่คือ บิดา มารดา บิดาและมารดา พี่น้อง และญาติ คิดเป็นร้อยละ 27.5, 2.5, 3.8, 1.3 และ 15 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าทั้งสองกลุ่มมีสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ บิดา เช่นเดียวกันจากการศึกษาพบว่าบทบาทของครอบครัวด้านการเป็นแบบอย่างมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ (ยุพยง วงศ์พันธ์, 2544) และการที่พ่อหรือแม่ติดบุหรี่ทำให้ลูกเกิดค่านิยมในทางบวกต่อการสูบบุหรี่ และเกิดการเลียนแบบ (ประกิจ วาทีสาธกกิจ, 2548) เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแคว พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้น บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันและสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 12-14 ปี เฉลี่ย 12.9 ปี ($SD = .47$) กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 12-14 ปี เฉลี่ย 12.73 ปี ($SD = .46$) โดยกลุ่มอายุดังกล่าวใกล้เคียงกับการศึกษาของไทยในปี 2548 พบว่า อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 12-15 ปี มีอายุเฉลี่ย 13.8 ปี (บุปผา ศิริวิศรี และคณะ, 2549) ซึ่งอายุช่วงนี้จัดอยู่ในวัยรุ่นตอนต้นคือ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และสติปัญญา มีความต้องการอย่างรุนแรง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ วัยนี้จึงให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน และเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมอย่างมาก เนื่องจากวัยนี้ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ส่งผลให้ถูกชักชวนไปในทางที่ผิดได้ง่าย (กฤษณา ตรียมณีรัตน์, 2544; ณัฐกานต์ ทรัพย์ไพศาล, 2547) ทั้งสองกลุ่มมีเกรดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.2-3.98 เฉลี่ย 2.92 ($SD = .43$) และกลุ่มควบคุมมีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.2-4 เฉลี่ย 2.93 ($SD = .44$) รายได้ที่ได้รับต่อวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีรายได้ที่ได้รับต่อวันอยู่ในช่วง 25-150 บาท เฉลี่ย 66 บาท ($Median = 60$, $SD = 23.63$) และกลุ่มควบคุมมีรายได้ที่ได้รับต่อวันอยู่ในช่วง 25-140 บาท เฉลี่ย 66.54 บาท ($Median = 60$, $SD = 21.12$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่อยู่ในช่วง 0-40 คน เฉลี่ย 4.18 คน ($SD = 5.39$) และกลุ่มควบคุมมีจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่อยู่ในช่วง 0-30 คน เฉลี่ย 2.99 คน ($SD = 5.13$) จากการศึกษาพบว่าแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้สูบบุหรี่คืออยากลองเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยทำมาก่อน รองลงมาคือ เพื่อนชักชวน (ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา ภาณุรัตน์, 2548) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ที่ได้รับต่อวัน และจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ T-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน(ตารางที่ 4) ยกเว้น คะแนนทัศนคติ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน (ตารางที่ 5)

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นสามารถปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันหรือกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติไม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อาจมีสาเหตุจากการที่กลุ่มควบคุมได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่จากห้องเรียน การรณรงค์จากสื่อ และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง การเลี้ยงดูและการอบรมสั่งสอนของครอบครัวไม่ให้สูบบุหรี่ รวมทั้งอิทธิพลของสังคมและกลุ่มเพื่อนที่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจากเด็กวัยนี้ชอบการมีสมาคมมากขึ้น ดังนั้น ถ้าเด็กได้ติดต่อกับเพื่อนกับบุคคลหรือสิ่งที่สังคมก็ยอมทำให้เด็กยึดถือและปฏิบัติตามได้ (สุชา จันทรเฒ, 2529) อีกทั้งการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทัศนคติ ของแต่ละบุคคลเป็นเรื่องยากและต้องใช้ระยะเวลานาน ซึ่งระยะเวลาการปรับทัศนคติในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อาจน้อยเกินไป จึงส่งผลให้หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง จากการศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติพบว่า ทัศนคติมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความตั้งใจและทัศนคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Ua-kit, 2004) เช่นเดียวกับการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ เผือกสม (2540) พบว่าระดับความรู้ ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพบว่าปัจจัยทางด้านทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ (ธานินทร์ สุธิประเสริฐ, 2543) และการที่วัยรุ่นมีความรู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ ส่งผลให้มีทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่และมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากขึ้น (ยุลักษ์ณ ชันอาสา, 2541) แสดงให้เห็นว่า การที่วัยรุ่นได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ที่ถูกต้อง การได้รับการอบรมสั่งสอนเกี่ยวกับบุหรี่อย่างถูกต้องจากบุคคลในครอบครัวและมีสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ ทำให้อายุรุ่นมีความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ที่ถูกต้อง ส่งผลให้วัยรุ่นมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และมีแนวโน้มที่จะไม่สูบบุหรี่มากขึ้น ดังนั้นการปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จึงสามารถลดและป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้บรรทัดฐานสังคมครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นสามารถปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องได้ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้บรรทัดฐานสังคมพบว่า การที่วัยรุ่นเห็นดาราสูบบุหรี่ทางโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่คนทั่วไปยอมรับได้ จึงเป็นการชักนำให้วัยรุ่นหันไปสูบบุหรี่ตาม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการสูบบุหรี่และความเชื่อเกี่ยวกับทักษะของกลุ่มอ้างอิงต่อการสูบบุหรี่ของตน มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยความเชื่อในทักษะของกลุ่มอ้างอิงต่อการสูบบุหรี่ของตนมีความสำคัญต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมากกว่า (มาลา รักษาพรหมณ์, 2526) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้บรรทัดฐานสังคมของวัยรุ่นเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยการที่วัยรุ่นมีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง จะส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่และไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา ดังนั้นการปรับการรับรู้บรรทัดฐานของวัยรุ่นให้มีการรับรู้บรรทัดฐานต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง จึงสามารถลดและป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นสามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า การที่วัยรุ่นเห็นดาราสูบบุหรี่ทางโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ เป็นการชักนำให้วัยรุ่นหันไปสูบบุหรี่ตามได้ และพบว่าการกระจายของบุหรี่มาก เนื่องจากบุหรี่มีจำหน่ายตามร้านค้าทั่วไป ซึ่งหาซื้อได้ง่ายและราคาไม่แพง ทำให้วัยรุ่นสามารถซื้อบุหรี่มาสูบได้มากขึ้น จึงทำให้วัยรุ่นไม่สามารถควบคุมตนเองที่จะไม่สูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าเพื่อนและบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น เพราะทำให้วัยรุ่นเกิดการทดลองสูบ และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ จนนำไปสู่การสูบเป็นนิสัย การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ และการมีตัวแบบสูบบุหรี่ในสื่อมวลชนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นและส่งผลต่อความถี่ในการสูบบุหรี่ (สุภาพร ทองศรี, 2543) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ถ้าวัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำ จะทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ดังนั้นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถใน

การควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นให้มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงขึ้น สามารถลดและป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ เนื่องจากทำให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในตัวเอง เกิดทักษะทางสังคม สามารถวิเคราะห์และตัดสินใจในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับบุหรี่ได้ จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มองภาพลักษณ์ของตนเองต่ำ มีความมั่นใจในตนเองน้อย และขาดทักษะทางสังคม จะมีแนวโน้มที่จะหันไปสูบบุหรี่ได้มากกว่าวัยรุ่นที่นับถือตนเอง และมีทักษะทางสังคมดี (รุ่งทิพย์ เหล็กดี, 2546)

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านความตั้งใจครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นสามารถส่งผลต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การสูบบุหรี่ทำนายได้จากความตั้งใจที่จะสูบ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบหรือไม่สูบบุหรี่ โดยที่ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ทำนายได้จาก เจตคติต่อการสูบบุหรี่ การยอมรับโดยกลุ่มอ้างอิงในการสูบบุหรี่ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบบุหรี่ (มันทนา เหมชะญาติ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์และคณะ (2549) พบว่าทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของผกาดี พรหมนุช (2549) พบว่าทัศนคติ บรรทัดฐาน และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ได้ แสดงให้เห็นว่า ถ้าวัยรุ่นมีทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ไม่ถูกต้อง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำ จะส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่และมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดังนั้นการปรับทัศนคติให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับบรรทัดฐานให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้อง และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้สูงขึ้นจะส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ ซึ่งสามารถลดและป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งนี้พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 1.46, p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน (ตารางที่ 7) เมื่อพิจารณาจำนวนผู้สูบบุหรี่ก่อนได้รับโปรแกรมของทั้งสองกลุ่มพบว่า มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ไม่เท่ากัน กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ 2 คน (ร้อยละ 2.5) ขณะที่กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ 14 คน (ร้อยละ 17.9) เมื่อพิจารณาจำนวนผู้สูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมของทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็น 4 คน (ร้อยละ 5) ขณะที่กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้สูบบุหรี่ลดลงเป็น 5 คน (ร้อยละ 6.4) เมื่อทำการ

เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมระหว่างทั้งสองกลุ่มจึงทำให้ไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ก่อนได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมให้มีจำนวนเท่ากันได้ เนื่องจากทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มห้องเรียน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.12, p > .05$) (ตารางที่ 9)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ยกเว้น คะแนนทัศนคติ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ บรรทัดฐานที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 6) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สามารถปรับทัศนคตินักเรียนให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้อง และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงขึ้นและไม่มีความเสี่ยงการสูบบุหรี่ตามมา แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถอธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแฮนสัน (Hanson, 1997) ซึ่งได้ศึกษาความเพียงพอของทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) โดยการทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงพบว่า ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมมีความเพียงพอที่จะนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงได้ และพบว่าการนำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาใช้ในการทำนายระยะของการนำมาซึ่งการสูบบุหรี่ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมสามารถทำให้เข้าใจกลไกการเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากขึ้น และสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ (Hill et al., 1997)

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยการปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 6) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น สามารถปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม “มารู้จักบุหรี่กันเถอะ” และกิจกรรม “ความรู้สึกละอายใจ” ที่นำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถนำมาใช้ปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้บรรทัดฐานสังคมครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยการปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นมีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 6) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น สามารถปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมปรับบรรทัดฐานต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม “บทพิสูจน์ของบุหรี่” และกิจกรรม “บรรทัดฐานของฉัน” ที่นำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถนำมาใช้ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่

บุหรืในวัยรุ่น โดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรืพบว่า หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรืสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 6) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรืในวัยรุ่น สามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรืได้ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรื ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม “เพื่อนรัก เพื่อนซี้” และกิจกรรม “Say NO กันเถอะ” ที่นำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถนำมาใช้เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านความตั้งใจครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรืในวัยรุ่น โดยการปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรื ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรื และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรืพบว่า หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรืสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 6) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรืในวัยรุ่น ส่งผลต่อความตั้งใจของวัยรุ่นทำให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรืสูงขึ้น ซึ่งความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรืเกิดจากการปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่นให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรื การปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรื และการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรื และไม่แสดงพฤติกรรมการสูบบุหรืออกมา สอดคล้องกับการศึกษาของมัทธนา เหมชะญาติ (2548) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการสูบบุหรืตามทฤษฎีการกระทำพฤติกรรมโดยเจตนา ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 510 คน ผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรืทำนายได้จากความตั้งใจที่จะสูบ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบหรือไม่สูบบุหรื โดยที่ความตั้งใจที่จะสูบบุหรืทำนายได้จากเจตคติต่อการสูบบุหรื การยอมรับโดยกลุ่มอ้างอิงในการสูบบุหรืและการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบบุหรื เช่นเดียวกับการศึกษาของของนรลักษณ์ เอื้อกิจ (Ua-kit, 2004) พบว่าความตั้งใจในการสูบบุหรืมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อพฤติกรรมการสูบบุหรื แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรืได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรืครั้งนี้พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรืลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 8) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสู

บุหรืในวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วยการปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรื ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรื และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรื สามารถปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรื ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืที่ถูกต้อง และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรืของวัยรุ่นได้ ส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรืและไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรืตามมา เห็นได้จากหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรืลดลง จากจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 ลดลงเหลือจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรืลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 24.42, p < .001$) (ตารางที่ 8) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรืที่สูบเฉลี่ยต่อวัน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีจำนวนมวนบุหรืที่สูบเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.26, p < .001$) (ตารางที่ 10) เมื่อพิจารณากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรืในวัยรุ่นพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการสูบบุหรืเพิ่มขึ้นจากจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 เพิ่มขึ้นจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรืไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม หรือมีพฤติกรรมการสูบบุหรืน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .108, p > .05$) (ตารางที่ 8) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรืที่สูบเฉลี่ยต่อวัน ระหว่างก่อนและหลังทำการทดลองพบว่า หลังทำการทดลองมีจำนวนมวนบุหรืที่สูบเฉลี่ยต่อวันไม่แตกต่างกันหรือไม่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .46, p > .05$) (ตารางที่ 10)

แสดงให้เห็นว่าจากการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรืครั้งนี้ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ตามแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน โดยพฤติกรรมการสูบบุหรืสามารถทำนายได้จากความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจเกิดจากปัจจัยด้านทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรื สอดคล้องกับการศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์และคณะ (2549) พบว่า ทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรื สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการสูบบุหรืได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของมณฑนา เหมชะญาติ (2548) พบว่า การสูบบุหรืทำนายได้จากความตั้งใจที่จะสูบ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบหรือไม่สูบบุหรื โดยที่ความตั้งใจที่จะสูบบุหรืทำนายได้จากเจตคติต่อการสูบบุหรื การยอมรับโดยกลุ่มอ้างอิงในการสูบบุหรื และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบบุหรื

สรุปได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test research design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (1991) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จากโรงเรียน 2 แห่ง ที่มีขนาด ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจคล้ายคลึงกัน และไม่เคยได้รับโปรแกรมหรือกิจกรรมเกี่ยวกับบุหรี่มาก่อน จำนวน 158 คน แบ่งเป็นโรงเรียนกลุ่มควบคุม ทำการสู่มห้องเรียน 2 ห้อง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน และโรงเรียนกลุ่มทดลอง ทำการสู่มห้องเรียน 2 ห้อง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการนำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (1991) เพื่อปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมของวัยรุ่น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่, ขั้นตอนที่ 2 ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และขั้นตอนที่ 3 เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ก่อนนำไปใช้จริง พบว่า นักเรียนมีความเข้าใจในเนื้อหาที่สอดคล้องกับผู้วิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วน จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบ 5 ตัวเลือก เป็นแบบ Likert scale ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อการสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบ 5 ตัวเลือก เป็นแบบ Likert scale ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบ 5 ตัวเลือก เป็นแบบ Likert scale ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบ 5 ตัวเลือก เป็นแบบ Likert scale ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด คือ สูบ กับ ไม่สูบ และถ้าตอบสูบให้เขียนตอบว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน และสูบบุหรี่เฉลี่ยกี่วันต่อเดือน โดยให้นักเรียนเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire)

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติที (T-test) พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2) ยกเว้น บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันและสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ด้วยสถิติที (T-test) ในกลุ่มข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และสถิติแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U Test) ในกลุ่มข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) เปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันด้วยสถิติที (T-test) สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งยอมรับสมมติฐาน ยกเว้น คะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อน

ได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (randomized sampling) อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง
2. การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจมีอิทธิพลต่อผลการวิจัยให้มีความเท่าเทียมกันได้ ได้แก่ทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวนสมาชิกในครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมาใช้เป็นแนวทางในการปรับทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เพื่อให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่และไม่ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา สามารถลดและป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่จะส่งผลให้เกิด ปัญหาสุขภาพตามมาได้
2. ด้านบริหาร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารโรงเรียนในการกำหนดนโยบายการ พัฒนาคุณภาพนักเรียนให้ปลอดบุหรี่ในโรงเรียน โดยเน้นปัจจัยด้านทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ เพื่อลดและป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจ นำไปสู่ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ร้ายแรงได้
3. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับปัจจัยด้านทัศนคติ การรับรู้บรรทัด ฐานสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจในการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในวัยรุ่น ตามแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม
4. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม อีกทั้งสามารถนำผลการศึกษาปัจจัยด้าน ทัศนคติที่พบว่าไม่ยอมรับสมมติฐาน ไปเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมได้ ซึ่งในการจัด โปรแกรมครั้งต่อไป ควรจัดโปรแกรมแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้งผู้ปกครอง ครู เพื่อน และ บุคคลใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ อีกทั้งเห็นถึงประโยชน์ของการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร่วมกัน และควรมีการวางแผนติดตามผลในระยะ

ยาวเป็นระยะ เพื่อให้เกิดประโยชน์จากการได้รับโปรแกรมมากที่สุด นอกจากนี้ในการจัดโปรแกรมในอนาคต ควรมีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัจจุบันของกลุ่มวัยรุ่นมากที่สุด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมให้มากขึ้น



ผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมกาสูบบุหรืในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม

THE EFFECTS OF USING AN ADOLESCENT SMOKING BEHAVIOR PREVENTION PROGRAM BASED ON THE THEORY OF PLANNED BEHAVIOR

จุไรรัตน์ อันตระบุตร 5036174 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รุจา ภูไพบูลย์, D.N.S.(Family Health Nursing), ทศนา ทวีคุณ, Ph.D.(Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงรอยต่อของชีวิตระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ และเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในชีวิตระยะหนึ่งทั้งด้านการเจริญเติบโตของร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคม วัยนี้เป็นวัยที่ต้องการเป็นตัวของตัวเอง และสามารถตัดสินใจในสิ่งต่างๆเกี่ยวกับตนเองได้ ทำให้วัยรุ่นกล้าตัดสินใจที่จะทดลองและเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ตามมา ดังนั้นการดูแลเอาใจใส่วัยรุ่นจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นการป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นทั้งหมดในวัยรุ่นได้ ปัจจุบันพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงวัยรุ่นที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและสังคมที่สำคัญมากปัญหาหนึ่งคือปัญหาพฤติกรรมกาสูบบุหรื เป็นที่ทราบกันดีว่าบุหรืเป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งที่ถูกกฎหมายและนิยมสูบกันมาก ซึ่งพบว่าบุหรืเป็นสารเสพติดที่วัยรุ่นมักจะเริ่มใช้ทดลองเสพเป็นครั้งแรก และส่งผลให้มีการเสพยาเสพติดชนิดอื่นๆตามมา ในต่างประเทศมีรายงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่สูบกัญชา มักจะเคยสูบบุหรืและดื่มแอลกอฮอล์มาก่อน (สมิต วัฒนธัญญกรรมและคณะ, 2546) จากการรายงานสถานการณ์ปัญหาพฤติกรรมกาสูบบุหรืทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) พบว่ามีผู้ที่สูบบุหรืทั่วโลกจำนวน 1 พันล้านคน และมีเด็กจำนวนเกือบครึ่งโลกที่สูดหายใจเอาอากาศที่เป็นพิษจากควันบุหรืเข้าไป

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่เป็นจำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด(WHO, 2008) การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15ปีขึ้นไป จำนวน 51.2 ล้านคน พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ 10.8 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และที่น่าเป็นห่วงคือกลุ่มประชากรที่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นคือกลุ่มวัยรุ่น พบว่าอายุต่ำกว่า 18 ปี เสพติดบุหรี่เกือบ 5 แสนคน และมีเยาวชนอายุต่ำกว่า 24 ปี เสพติดบุหรี่ 1.5 ล้านกว่าคน โดยช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 84 (ประกิจ วาทีสาธกิจ, 2549) และพบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี คือ 16.8 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ซึ่งมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เร็วขึ้นกว่าปี 2544 คือ 18.5 ปี และเป็นที่น่าวิตกอย่างยิ่งเมื่อองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนอายุ 13-15 ปี ใน 151 ประเทศ พบว่าเริ่มทดลองสูบก่อนอายุ 10ปี (ประกิจ วาทีสาธกิจ, 2551) ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศไทยที่พบว่าวัยรุ่นอายุ 15 ปี เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์, 2549) สอดคล้องกับข้อมูลการวิจัยที่ระบุว่า การทดลองสูบบุหรี่ของเด็ก ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นระหว่างอายุ 10-14 ปี และครึ่งหนึ่งของเด็กที่ทดลองสูบบุหรี่ถึง 100 มวน จะเกิดการเสพติด ซึ่งในกรณีของประเทศไทย เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 19 ปี ที่เสพติดบุหรี่แล้ว มีประมาณ 300,000 กว่าคน และในแต่ละปีจะมีเด็กทดลองและเสพติดบุหรี่เพิ่มขึ้นปีละ 200,000 กว่าคน และจะเสพติดบุหรี่ไปอีกเฉลี่ย 23 ปี กว่าที่จะเลิกได้สำเร็จหรือเสียชีวิตไป (ประกิจ วาทีสาธกิจ, 2548) แสดงว่ายิ่งทดลองสูบเมื่ออายุน้อย ยิ่งมีโอกาสติดมากและเลิกยาก จากข้อมูลดังกล่าวได้สะท้อนให้เห็นวิกฤติปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติ พบว่ามีความรุนแรงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นระยะสั้นและระยะยาว

สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่คือ ด้านสุขภาพ การเรียน ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เช่น ด้านสุขภาพนั้นจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ปัญหาสุขภาพภายในช่องปากทำให้เหงือกอักเสบ เหงือกกรัน มีกลิ่นปาก ฟันดำ นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพในระบบอื่นๆ เช่น โอบอ่ย มีเสมหะมากในตอนเช้า หายใจมีกลิ่นเหม็น เป็นหวัดบ่อย นอนไม่หลับ สุขภาพทรุดโทรม และปัญหาสุขภาพจิต เช่น ทำให้เครียด หงุดหงิดง่าย เป็นต้น (วริพร พิศอ่อน, 2542) จากปัญหาสุขภาพดังกล่าวนี้ยังส่งผลให้วัยรุ่นมีปัญหาด้านการเรียนและสังคมตามมา เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นที่น่ารังเกียจจึงไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนๆ ในโรงเรียน ทำให้มีพฤติกรรมแยกตัว หนีเรียน ส่งผลให้ผลการเรียนไม่ดี นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นยังเป็นอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทำให้มีสัมพันธภาพที่ไม่ดี ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้วัยรุ่นหาทางออกโดยเสพยาเสพติดที่ร้ายแรง

มากขึ้นและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้นพบว่าเกิดจาก ปัจจัยด้านครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน สภาพแวดล้อม รวมทั้งทัศนคติ ความเชื่อและค่านิยมต่อการสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยด้านครอบครัวนั้นพบว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มักมีพื้นฐานครอบครัวที่มีความกดดันและขาดความอบอุ่น อีกทั้งผู้ปกครองให้เวลากับลูกไม่เพียงพอ (ประกิต วาทีสาธก, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าบทบาทของครอบครัวด้านการเป็นแบบอย่างมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นอีกด้วย (ยุพยง วงศ์พันธ์, 2544) และการที่เด็กๆ เห็นผู้ใหญ่สูบบุหรี่ จะเป็นสิ่งกระตุ้นที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้เด็กซึ่งอยู่ในวัยอยากรู้อยากเห็น เกิดการทดลองสูบบุหรี่ และทำให้เกิดการเสพติดบุหรี่ในที่สุด (ประกิต วาทีสาธกกิจ, 2548) สำหรับบุคคลที่พบว่ามียุทธผลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมากที่สุด คือ เพื่อนสนิท เนื่องจากพบว่าการสูบบุหรี่ครั้งแรกส่วนใหญ่เกิดจากการชักนำของเพื่อน และหัดสูบครั้งแรกที่บ้านเพื่อน (ประกิต วาทีสาธก, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นสามารถทำนายได้จากความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม โดยที่ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่นั้นสามารถทำนายได้จาก ทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐาน และความสามารถในการควบคุม (มณฑนา เหมชะญาดิ, 2548) ซึ่งที่ผ่านมาได้นำปัจจัยต่างๆที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมาเป็นเป้าหมายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นอยู่ เนื่องจากปัจจัยที่เป็นสาเหตุนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ปัจจุบัน

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าประเด็นปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นไทย ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่นั้นได้รับการแก้ไขจากหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบในการควบคุมการบริโภคบุหรี่โดยตรง รวมทั้งหน่วยงานที่เห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าขณะนี้ประเทศไทยจะมีศักยภาพการควบคุมการบริโภคบุหรี่ที่ค่อนข้างเข้มแข็งและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล แต่ก็ยังพบว่ามีจุดอ่อนอีกหลายด้าน เช่น การบังคับใช้กฎหมายยังอ่อนอยู่คือ ยังมีการขายบุหรี่แก่เด็ก การสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ ภาครัฐและเอกชนยังขาดกิจกรรมที่เน้นการช่วยเหลือป้องกันในกลุ่มเยาวชน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องวัยรุ่นกับประเด็นบุหรี่ยังขาดแคลน และเครือข่ายการรณรงค์ในระดับภูมิภาคและท้องถิ่นมีน้อย (สตีเฟ่น ฮามานและคณะ, 2548) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญที่จะคิดค้นหาแนวทางใหม่ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) ที่เน้นให้วัยรุ่นมีทักษะชีวิต (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10

พ.ศ. 2550-2554, 2550) โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ในการสร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดทักษะชีวิตที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมทักษะชีวิตสามารถป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่1 ได้ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมทักษะชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยด้านความตระหนักในตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และด้านความรับผิดชอบในตนเองเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมทักษะชีวิต (ณัฐพงศ์ พุดห่อ, 2540) เช่นเดียวกับการศึกษาของซาลิสและคณะ (Salis et al., 1990) ได้ศึกษาโปรแกรมการฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ในนักเรียนเกรด 4-7 อายุเฉลี่ย 12 ปี จำนวน 78 คน พบว่า กลุ่มนักเรียนที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ สามารถปฏิเสธการสูบบุหรี่จากการชักชวนของเพื่อนได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี่ สำหรับการศึกษาทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ในประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีการนำมาจัดโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น มีเพียงในต่างประเทศเท่านั้น แต่ยังพบว่ามีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่จะนำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาใช้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นเพียงเท่านั้น จากการศึกษาของมณฑนา เหมชะญาติ (2548) ทำการศึกษาปัจจัยพยากรณ์การสูบบุหรี่ตามทฤษฎีการกระทำพฤติกรรมโดยเจตนา (Theory of Planned Behavior) ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่สามารถทำนายได้จากความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองที่จะสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ โดยที่ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่นั้นสามารถทำนายได้จากเจตคติต่อการสูบบุหรี่ การยอมรับโดยกลุ่มอ้างอิงในการสูบบุหรี่ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .93$ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องปรับทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐาน และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุม เพื่อให้เกิดความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ และส่งผลให้ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแนวคิดทักษะชีวิตสามารถนำมาใช้ป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ และแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมสามารถอธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยการสร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งได้นำทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเองมาใช้ในการปรับทัศนคติ นำทักษะชีวิตด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณมาใช้ในการรับรู้บรรทัดฐานสังคม นำทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาและการส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเองมาใช้ในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เพื่อให้

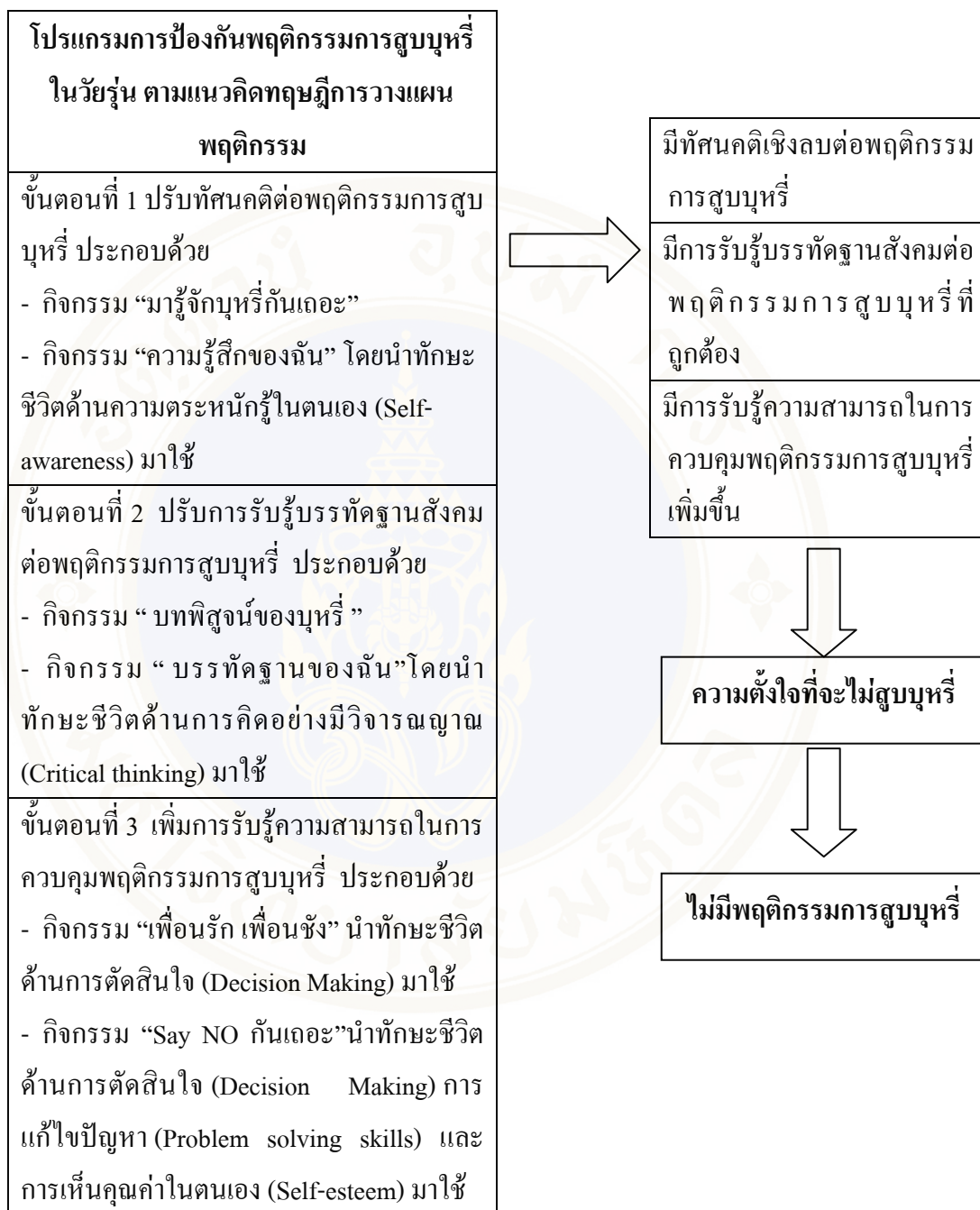
เกิดความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่และส่งผลให้ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ตามมา ซึ่งนับว่าเป็นโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ในวัยรุ่นแนวใหม่ ที่จะช่วยให้วัยรุ่นมีทักษะที่จำเป็นในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมสูบบุหรี่และเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบตามมาในอนาคต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) ร่วมกับแนวคิดทักษะชีวิต มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (Ajzen, 1991) เป็นทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The Theory of Reasoned Action) ของฟิชไบน์และเอจเซน (Fishbein and Ajzen, 1975) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านทัศนคติและการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยมโนคติหลัก 4 ประการคือ ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรม การรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้คือ ความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปัจจัยความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมคือ ทัศนคติที่บุคคลมีต่อพฤติกรรม การรับรู้บรรทัดฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม กล่าวคือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม มีการรับรู้พฤติกรรมนั้นเป็นที่ยอมรับในสังคม และรับรู้ว่าจะตนเองสามารถที่จะควบคุมให้กระทำพฤติกรรมนั้นได้ (Fishbein and Ajzen, 1975 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2549) จากการศึกษาพฤติกรรมสูบบุหรี่ ตามแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมพบว่า ทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ (รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของผกาดี พรหมนุช พบว่า ทัศนคติ บรรทัดฐาน และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ (Promnuch, 2006) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้อย่างชัดเจน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยนำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยทำ

การปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยการนำทักษะชีวิตด้านการตระหนักรู้ในตนเองมาใช้
ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยการนำทักษะชีวิตด้านการคิดอย่างมี
วิจารณญาณมาใช้ และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยการนำ
ทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเองมาใช้
เพื่อให้วัยรุ่นมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรม
การสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น
ส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่และไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา ในทางตรงกัน
ข้ามถ้าวัยรุ่นมีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่
ที่ไม่ถูกต้อง และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมที่จะไม่สูบบุหรี่ต่ำ จะส่งผลให้วัยรุ่นมีความ
ตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และแสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ออกมา ซึ่งผู้วิจัยได้แสดงให้เห็นชัดเจน
ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตาม
ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test research design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จากโรงเรียน 2 แห่ง ที่มีขนาด ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจคล้ายคลึงกัน และไม่เคยได้รับโปรแกรมหรือกิจกรรมเกี่ยวกับบุหรี่มาก่อน จำนวน 158 คน แบ่งเป็นโรงเรียนกลุ่มควบคุม ทำการสุ่มห้องเรียน 2 ห้อง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน และโรงเรียนกลุ่มทดลอง ทำการสุ่มห้องเรียน 2 ห้อง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1
- 2) สามารถเข้าใจ อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง
- 3) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการนำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (1991) เพื่อปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมของวัยรุ่น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่, ขั้นตอนที่ 2 ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และขั้นตอนที่ 3 เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ก่อนนำไปใช้จริง พบว่า นักเรียนมีความเข้าใจในเนื้อหาที่สอดคล้องกับผู้วิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วน จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบ 5 ตัวเลือก เป็นแบบ Likert scale คือ (เชิงบวก)มาก น้อย ไม่ใช่ทั้งสองอย่าง น้อย มาก(เชิงลบ) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อการสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบ 5 ตัวเลือก เป็นแบบ Likert scale คือ ขอมรับไม่ได้อย่างมาก ขอมรับไม่ได้ ไม่น่าใจ ขอมรับได้ ขอมรับได้อย่างมาก ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบ 5 ตัวเลือก เป็นแบบ Likert scale คือ ควบคุมได้อย่างมาก ควบคุมได้ ไม่น่าใจ ควบคุมไม่ได้ ควบคุมไม่ได้อย่างมาก ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ จำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบ 5 ตัวเลือก เป็นแบบ Likert scale คือ เป็นไปไม่ได้อย่างยิ่ง เป็นไปไม่ได้ ไม่น่าใจ เป็นไปได้ เป็นไปได้อย่างยิ่ง และ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด คือ สูบ กับ ไม่สูบ และถ้าตอบสูบให้เขียนตอบว่า จำนวนบุหรี่เฉลี่ยกี่มวนต่อวัน และเฉลี่ยกี่วันต่อเดือน โดยให้นักเรียนเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยมาจากการศึกษาของผกาดี พรหมนุช (Promnuch, 2006) ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม ของเอจเซน (Ajzen, 1991) จากเครื่องมือวิจัยชุดเดิม พบว่า ได้นำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98, 0.66, 0.67 และ 0.82 ตามลำดับ เมื่อผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาพัฒนาและนำไป

ทดลองใช้กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 49 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84, 0.88, 0.92 และ 0.99 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ เนื่องจากความตรงของเครื่องมือควรมีค่าเท่ากับ 0.80 หรือมีค่าไม่น้อยกว่า 0.70 จึงสามารถยอมรับได้ (Burns & Grove, 2005) ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่ได้หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เนื่องจากการประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามการรับรู้จริงของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้รับอนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านการเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงเรียนทั้งสองแห่ง รวมทั้งได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ โดยการลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ สถานที่ในการดำเนินการวิจัยคือ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา ดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลในเวลาและวันราชการ ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเพียงผู้เดียว และมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกเรื่องอุปกรณ์ และเอกสารในการดำเนินการ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้คือ

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการวิจัย (Pretest) ประกอบด้วยแบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบวัดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบสอบถามความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 ให้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นรุ่นที่ 1 ปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้แก่กลุ่มทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ ประกอบด้วย

- กิจกรรม “มารู้จักบุหรี่กันเถอะ” เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องโทษ พิษ ภัยของบุหรี่แก่วัยรุ่น และให้วัยรุ่นนำความรู้เกี่ยวกับโทษ พิษ ภัยของบุหรี่ที่ได้ไปวิเคราะห์บัตรคำของตนเอง เพื่อจะได้รวมกลุ่มกับเพื่อนที่มีกลุ่มคำเดียวกัน แล้วให้แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้

- กิจกรรม “ความรู้สึกของฉัน” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านความตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) มาใช้ โดยให้วัยรุ่นได้คิดไตร่ตรองความรู้สึกของตนเอง (Self-awareness) และสะท้อนความคิดของตนเองเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ และความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับบุหรี่ จากการชมวิดีโอที่สั้นเรื่อง “วัยรุ่น วัยเก๋ ไม่มีบุหรี่” เพื่อปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้ถูกต้อง แบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 8-10 คน แล้วให้ร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้

สัปดาห์ที่ 3 ให้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นขั้นตอนที่ 2 ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้แก่กลุ่มทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ ประกอบด้วย

- กิจกรรม “บทพิสูจน์ของบุหรี่” เป็นกิจกรรมที่ให้วัยรุ่นได้ทดสอบโทษของบุหรี่ที่มีต่อระบบประสาทการรับรู้รสชาติ และให้วัยรุ่นนำผลการทดสอบที่ได้ไปวิเคราะห์ถึงสาเหตุ และปัจจัยต่างๆ อย่างเป็นเหตุและผล โดยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8-10 คน ก่อนนำสู่กิจกรรมปรับการรับรู้บรรทัดฐาน

- กิจกรรม “บรรทัดฐานของฉัน” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) มาใช้ เพื่อให้วัยรุ่นได้คิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) สามารถวิเคราะห์ ประเมินปัจจัยต่างๆ และสิ่งที่มีอิทธิพลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากการชมสถานการณ์ในภาพยนตร์เรื่องลอง (Try) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นได้ใช้ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) สามารถปรับการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้ถูกต้องได้ แบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 8-10 คน แล้วให้ร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้

สัปดาห์ที่ 4 ให้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นขั้นตอนที่ 3 เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้แก่กลุ่มทดลอง ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ ประกอบด้วย

- กิจกรรม “เพื่อนรัก เพื่อนซัง” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านการตัดสินใจ (Decision Making) มาใช้ โดยให้วัยรุ่นบอกลักษณะของเพื่อนที่ดีและเพื่อนที่ไม่ดี และกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดทักษะการคิด การตัดสินใจ (Decision Making) ในการเลือกคบเพื่อนที่ดี เพื่อเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นเลือกคบเพื่อนที่ดี ซึ่งช่วยให้วัยรุ่นไม่ถูกชักชวนไปกระทำพฤติกรรมที่ไม่ดี ร่วมกันเป็นกลุ่มๆ ละ 8-10 คน ก่อนนำสู่กิจกรรมเรียนรู้ทักษะปฏิเสธ

- กิจกรรม “Say NO กันเถอะ” เป็นกิจกรรมที่นำทักษะชีวิตด้านแก้ไขปัญหา (Problem solving skills) มาใช้ เพื่อให้วัยรุ่นได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา

(Problem solving skills) โดยใช้ทักษะการปฏิเสธ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตจริงได้ ซึ่งผู้วิจัยได้สอนทักษะการปฏิเสธ และให้ฝึกการปฏิเสธ โดยวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจ (Decision Making) เลือกใช้ทักษะการปฏิเสธให้เหมาะสมกับสถานการณ์ แล้วแสดงบทบาทสมมติ (role play) เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่วัยรุ่นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ และเป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกลดน้อยลง คือ มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น แบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 8-10 คน แล้วให้ร่วมกันอภิปรายและตอบคำถามตามใบงานที่กำหนดให้

จากนั้นอีก 4 สัปดาห์ทำการเก็บข้อมูลหลังทดลอง (Post test) ประกอบด้วย แบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมต่อการสูบบุหรี่ แบบวัดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบสอบถามความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ด้วยสถิติไคสแคว (chi-square) สถิติที (Independent t-test และ Paired t-test) และสถิติแมนวิทนี ยู (Mann-whitney U Test)

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ จำนวน 80 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ในวัยรุ่น จำนวน 78 คน ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 และ ร้อยละ 64.1 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.7 และศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ส่วนกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับบิดา คิดเป็นร้อยละ 5.1 อยู่กับมารดา คิดเป็นร้อยละ 11.5 อยู่กับบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 55.1 และอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 2.6 สำหรับกลุ่มควบคุมอาศัยอยู่กับบิดา คิดเป็นร้อยละ 5 อยู่กับมารดา คิดเป็นร้อยละ 46.3 อยู่กับบิดาและมารดา คิดเป็นร้อยละ 25 และอยู่กับญาติ คิดเป็นร้อยละ 1.3 ซึ่งพบว่าทั้งสองกลุ่มมีบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับบิดาและมารดาเป็นส่วนใหญ่ แต่กลุ่มควบคุมอาศัยอยู่กับมารดาเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มทดลองมีสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 41 และมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่คือ บิดา ที่

น้อง และญาติ คิดเป็นร้อยละ 30.8, 7.7 และ 19.2 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 40 และมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่คือ บิดา มารดา บิดาและมารดา พี่น้อง และญาติ คิดเป็นร้อยละ 27.5, 2.5, 3.8, 1.3 และ 15 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าทั้งสองกลุ่มมีสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และมีสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ คือ บิดา เช่นเดียวกัน เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแคว พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้น บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันและสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละของลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Chi-square

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=78)		กลุ่มควบคุม (n=80)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	50	64.1	44	55	1.358	.244
หญิง	28	35.9	36	45		
ศาสนา						
พุทธ	77	98.7	80	100	1.032	.310
คริสต์	1	1.3	0	0		
อิสลาม	0	0	0	0		
อื่นๆ	0	0	0	0		
ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับใคร						
บิดา	4	5.1	4	5	28.991	.000
มารดา	9	11.5	37	46.3		
บิดามารดา	43	55.1	20	25		
ญาติ	2	2.6	1	1.3		
อื่นๆ	20	25.6	18	22.6		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนร้อยละของลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Chi-square (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p
	(n=78)		(n=80)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สมาชิกในครอบครัวใครบ้างที่สูบบุหรี่						
ไม่มีเลย	32	41	32	40	15.969	.043
บิดา	24	30.8	22	27.5		
มารดา	0	0	2	2.5		
บิดามารดา	0	0	3	3.8		
พี่น้อง	6	7.7	1	1.3		
ญาติ	15	19.2	12	15		
อื่นๆ	1	1.3	8	10.1		

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 12-14 ปี เฉลี่ย 12.9 ปี (SD = .47) กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 12-14 ปี เฉลี่ย 12.73 ปี (SD = .46) ทั้งสองกลุ่มมีเกรดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.2-3.98 เฉลี่ย 2.92 (SD = .43) และกลุ่มควบคุมมีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.2-4 เฉลี่ย 2.93 (SD = .44) รายได้ที่ได้รับต่อวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีรายได้ที่ได้รับต่อวันอยู่ในช่วง 25-150 บาท เฉลี่ย 66 บาท (Median = 60, SD = 23.63) และกลุ่มควบคุมมีรายได้ที่ได้รับต่อวันอยู่ในช่วง 25-140 บาท เฉลี่ย 66.54 บาท (Median = 60, SD = 21.12) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่อยู่ในช่วง 0-40 คน เฉลี่ย 4.18 คน (SD = 5.39) และกลุ่มควบคุมมีจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่อยู่ในช่วง 0-30 คน เฉลี่ย 2.99 คน (SD = 5.13) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุ เกรดเฉลี่ยสะสม รายได้ที่ได้รับต่อวัน และจำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ T-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ

Independent t-test

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=80)			กลุ่ม ทดลอง (n=78)			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
อายุ (ปี)	12-14	12.84	.46	12-14	12.9	.47	-.80 ^{ns}
เกรดเฉลี่ยสะสม	2.2-4	2.93	.44	2.2-3.98	2.92	.43	.17 ^{ns}
รายได้ที่ได้รับต่อวัน	25-150	66	23.63	25-140	66.54	21.12	-.15 ^{ns}
	Median = 60			Median = 60			
จำนวนเพื่อนที่สูบบุหรี่ ในปัจจุบัน	0-30	2.99	5.13	0-40	4.18	5.39	-1.42 ^{ns}

ns = $p > .05$

การเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรตามที่มีค่าต่อเนื่องแบบช่วงมาตรา (Interval scale) ด้วยสถิติที (T-test) จะต้องทดสอบข้อมูลในแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ก่อน ถ้าพบว่าการแจกแจงแบบโค้งปกติจึงสามารถใช้สถิติที (T-test) ได้ ผู้วิจัยจึงได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลในแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระมีทั้งการแจกแจงแบบโค้งปกติและไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยคะแนนทัศนคติ คะแนนบรรทัดฐาน คะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุม และคะแนนความตั้งใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองพบว่า มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ T-test สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม คะแนนทัศนคติ คะแนนบรรทัดฐาน คะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุม และคะแนนความตั้งใจ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และหลังได้รับโปรแกรมพบว่า คะแนนบรรทัดฐาน คะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุม และคะแนนความตั้งใจ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ยกเว้น คะแนนทัศนคติ พบว่า ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังนั้น จึงต้องทำการทดสอบข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติด้วยสถิติแมนวิทนี ยู (Mann- whitney U Test) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนในแต่ละกลุ่ม (Mean rank) โดยไม่ต้องคำนึงถึงการแจกแจงข้อมูล (Free distribution) ก่อนทำการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของ

คะแนนก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อแสดงให้เห็นความเท่าเทียมกันของคะแนนทั้งสองกลุ่ม ตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ T-test

จากผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติอยู่ในช่วง 7-27 คะแนน เฉลี่ย 11.48 คะแนน (SD = 5.61) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติอยู่ในช่วง 7-28 คะแนน เฉลี่ย 11.01 คะแนน (SD = 5.13) กลุ่มทดลองมีคะแนนบรรทัดฐานอยู่ในช่วง 3-10 คะแนน (SD = 2.11) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนบรรทัดฐานอยู่ในช่วง 3-11 คะแนน (SD = 2.18) กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 6.15 คะแนน (SD = 2.37) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-15 คะแนน เฉลี่ย 6.6 คะแนน (SD = 2.94) กลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 5.52 คะแนน (SD = 2.58) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 5.03 คะแนน (SD = 2.52) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจด้วยสถิติ Independent t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่3) แสดงให้เห็นว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกัน สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนหลังได้รับโปรแกรมได้อย่างน่าเชื่อถือ

หลังได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติใกล้เคียงกัน Mean Rank = 73.22 และ 85.63 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีคะแนนบรรทัดฐานอยู่ในช่วง 3-11 คะแนน เฉลี่ย 4.92 คะแนน (SD = 2.08) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนบรรทัดฐานอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 5.81 คะแนน (SD = 2.08) กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-9 คะแนน เฉลี่ย 4.67 คะแนน (SD = 2.09) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 5.75 คะแนน (SD = 2.68) กลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-10 คะแนน เฉลี่ย 4.41 คะแนน (SD = 2.2) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-15 คะแนน เฉลี่ย 6.92 คะแนน (SD = 3.44) (ตารางที่4) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทัศนคติ ด้วยสถิติ Mann- whitney U test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนบรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ด้วยสถิติ Independent t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนบรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่4) ยกเว้น คะแนนทัศนคติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

(ตารางที่ 5) ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า “หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนบรรทัดฐานต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมไม่ให้สูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม” จึงได้รับการสนับสนุน ยกเว้น คะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติไม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงไม่ได้รับการสนับสนุนสมมติฐาน

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มควบคุมจำนวน 80 คน มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 กลุ่มทดลองจำนวน 78 คน มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 82.1 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มควบคุมจำนวน 80 คน มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 95 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5 กลุ่มทดลองจำนวน 78 คน มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 93.6 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 (ตารางที่ 7) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 7) เมื่อพิจารณาจำนวนมวนบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 9) ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า “หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม” จึงไม่ได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ

Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=80)			กลุ่ม ทดลอง (n=78)			t
	Min-	mean	SD	Min-	mean	SD	
	max			max			
ทัศนคติ	7-28	11.01	5.13	7-27	11.48	5.61	-.55 ^{ns}
บรรทัดฐานสังคม	3-11	5.31	2.18	3-10	5.48	2.11	-.51 ^{ns}
การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุม	3-15	6.6	2.94	3-12	6.15	2.37	1.04 ^{ns}
ความตั้งใจ	3-12	5.03	2.52	3-12	5.52	2.58	-1.2 ^{ns}

ns = p > .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนบรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ

Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=80)			กลุ่ม ทดลอง (n=78)			t
	Min-	mean	SD	Min-	mean	SD	
	max			max			
บรรทัดฐาน	3-12	5.81	2.6	3-11	4.92	2.08	2.36 *
การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุม	3-15	6.92	3.44	3-9	4.67	2.09	4.96 **
ความตั้งใจ	3-12	5.75	2.68	3-10	4.41	2.2	3.43 *

** p < .001, * p < .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
หลัง ได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test

ตัวแปร	จำนวน (คน)	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
ทัศนคติ					
กลุ่มทดลอง	78	81.71	6373.5	-0.61	.54
กลุ่มควบคุม	80	77.34	6187.5		

จากผลการศึกษาในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมมีคะแนนทัศนคติอยู่ในช่วง 7-27 คะแนน เฉลี่ย 11.48 คะแนน (SD = 5.61) และหลังได้รับ โปรแกรมมีคะแนนทัศนคติอยู่ในช่วง 7-27 คะแนน เฉลี่ย 9.91 คะแนน (SD = 4.82) ก่อนได้รับ โปรแกรมมีคะแนนบรรทัดฐานอยู่ในช่วง 3-10 คะแนน เฉลี่ย 5.48 คะแนน (SD = 2.11) และหลังได้รับ โปรแกรมมีคะแนนบรรทัดฐานอยู่ในช่วง 3-11 คะแนน เฉลี่ย 4.92 คะแนน (SD = 2.08) ก่อนได้รับ โปรแกรมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 6.15 คะแนน (SD = 2.37) และหลังได้รับ โปรแกรมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอยู่ในช่วง 3-9 คะแนน เฉลี่ย 4.67 คะแนน (SD = 2.09) ก่อนได้รับ โปรแกรมมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน เฉลี่ย 5.52 คะแนน (SD = 2.58) และหลังได้รับ โปรแกรมมีคะแนนความตั้งใจอยู่ในช่วง 3-10 คะแนน เฉลี่ย 4.41 คะแนน (SD = 2.2) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า หลังได้รับ โปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า “หลังได้รับ โปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ บรรทัดฐานที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม” จึงได้รับการสนับสนุน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง (n=78) ด้วยสถิติ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
ทัศนคติ	7-27	11.48	5.61	7-27	9.91	4.82	2.91 *
บรรทัดฐาน	3-10	5.48	2.11	3-11	4.92	2.08	2.32 *
การรับรู้ความสามารถในการควบคุม	3-12	6.15	2.37	3-9	4.67	2.09	4.94 **
ความตั้งใจ	3-12	5.52	2.58	3-10	4.41	2.2	3.57 *

** p < .001, * p < .05

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจำนวน 80 คน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ลดลง จากจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 97.5 ลดลงเหลือจำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 95 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 เพิ่มขึ้นจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ก่อนและหลังทำการทดลอง กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .108, p > .05$) (ตารางที่ 8) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบน้อยต่อวัน ระหว่างก่อนและหลังทำการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า หลังทำการทดลองมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบน้อยต่อวันไม่แตกต่างกันหรือไม่ลดลงจากก่อนทำการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .46, p > .05$) (ตารางที่ 10)

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจำนวน 78 คน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 82.1 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 14 คน คิดเป็น

ร้อยละ 17.9 หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 82.1 เพิ่มขึ้นจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 93.6 และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง จากจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 ลดลงเหลือจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Chi-square พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 24.42, p < .001$) (ตารางที่ 8) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.26, p < .001$) (ตารางที่ 10) ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า “หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม” จึงได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	สูบ		ไม่สูบ		χ^2	p
	n	%	n	%		
ก่อนได้รับโปรแกรม						
- กลุ่มควบคุม (n = 80)	2	2.5	78	97.5		
- กลุ่มทดลอง (n = 78)	14	17.9	64	82.1	10.357	.001
หลังได้รับโปรแกรม						
- กลุ่มควบคุม (n = 80)	4	5	76	95		
- กลุ่มทดลอง (n = 78)	5	6.4	73	93.6	.146	.702

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square

พฤติกรรมการสูบบุหรี่	ก่อนได้รับโปรแกรม				หลังได้รับโปรแกรม				χ^2	p
	สูบ		ไม่สูบ		สูบ		ไม่สูบ			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
- กลุ่มควบคุม (n = 80)	2	2.5	78	97.5	4	5	76	95	.108	.742
- กลุ่มทดลอง (n = 78)	14	17.9	64	82.1	5	6.4	73	93.6	24.42	.000

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 80)			กลุ่มทดลอง (n = 78)			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ (เฉลี่ยต่อวัน)							
ก่อนได้รับโปรแกรม	0-10	15	1.13	0-10	.43	1.48	-1.35 ^{ns}
หลังได้รับโปรแกรม	0-10	.24	1.23	0-2	.08	.31	1.12 ^{ns}

ns = p > .05

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่าง
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ (เฉลี่ยต่อวัน)							
กลุ่มควบคุม (n = 80)	0-10	15	1.13	0-10	.24	1.23	-0.46 ^{ns}
กลุ่มทดลอง (n = 78)	0-10	.43	1.48	0-2	.08	.31	2.26 **

** p < .001, ns = p > .05

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายให้สอดคล้องกับสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ บรรทัดฐานที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม มีคะแนนการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) (ตารางที่ 4) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ยกเว้น คะแนนทัศนคติ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน (ตารางที่ 5 และ ตารางที่ 7)

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นสามารถปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่ม

ที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันหรือกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติไม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อาจมีสาเหตุจากการที่กลุ่มควบคุมได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่จากห้องเรียน การรณรงค์จากสื่อ และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง การเลี้ยงดูและการอบรมสั่งสอนของครอบครัวไม่ทำให้สูบบุหรี่ รวมทั้งอิทธิพลของสังคมและกลุ่มเพื่อนที่ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจากเด็กวัยนี้ชอบการมีสมาคมมากขึ้น ดังนั้นถ้าเด็กได้ติดต่อกับเพื่อนเกี่ยวกับบุคคลหรือสิ่งที่ดีงามก็ย่อมทำให้เด็กยึดถือและปฏิบัติตามได้ (สุชาจันทร์เอม, 2529) อีกทั้งการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทัศนคติ ของแต่ละบุคคลเป็นเรื่องยากและต้องใช้ระยะเวลานาน ซึ่งระยะเวลาการปรับทัศนคติในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อาจน้อยเกินไป จึงส่งผลให้หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มควบคุมมีคะแนนทัศนคติไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลอง จากการศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติพบว่า ทัศนคติมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อความตั้งใจและทัศนคติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Ua-kit, 2004) เช่นเดียวกับการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ เผือกสม (2540) พบว่าระดับความรู้ระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพบว่าปัจจัยทางด้านทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่ (ชานินทร์ สุธิประเสริฐ, 2543) และการที่วัยรุ่นมีความรู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ ส่งผลให้มีทัศนคติเชิงลบต่อบุหรี่และมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากขึ้น (ยุวลักษณ์ ชันอาสา, 2541) แสดงให้เห็นว่า การที่วัยรุ่นได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ที่ถูกต้อง การได้รับการอบรมสั่งสอนเกี่ยวกับบุหรี่อย่างถูกต้องจากบุคคลในครอบครัวและมีสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่ปลอดบุหรี่ ทำให้วัยรุ่นมีความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ที่ถูกต้อง ส่งผลให้วัยรุ่นมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และมีแนวโน้มที่จะไม่สูบบุหรี่มากขึ้น ดังนั้นการปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จึงสามารถลดและป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้บรรทัดฐานสังคมครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นสามารถปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องได้ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้บรรทัดฐานสังคมพบว่า การที่วัยรุ่นเห็นดาราสูบบุหรี่ทางโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ทำให้วัยรุ่นรับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่คนทั่วไปยอมรับได้ จึงเป็นการชักนำให้วัยรุ่นหันไปสูบบุหรี่ตาม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการสูบบุหรี่และความเชื่อเกี่ยวกับทักษะของกลุ่มอ้างอิงต่อการสูบบุหรี่ของตน มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยความเชื่อในทักษะของกลุ่มอ้างอิงต่อการสูบบุหรี่ของตนมีความสำคัญต่อความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นมากกว่า (มาลา

รักษาพราหมณ์, 2526) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้บรรทัดฐานสังคมของวัยรุ่นเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ของวัยรุ่น โดยการที่วัยรุ่นมีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง จะส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่และไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา ดังนั้นการปรับการรับรู้บรรทัดฐานของวัยรุ่นให้มีการรับรู้บรรทัดฐานต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง จึงสามารถลดและป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นสามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า การที่วัยรุ่นเห็นคาราสูบบุหรี่ทางโทรทัศน์หรือภาพยนตร์ เป็นการชักนำให้วัยรุ่นหันไปสูบบุหรี่ตามได้ และพบว่ามีภาระขายของบุหรี่มาก เนื่องจากบุหรี่มีจำหน่ายตามร้านค้าทั่วไป ซึ่งหาซื้อได้ง่ายและราคาไม่แพง ทำให้วัยรุ่นสามารถซื้อบุหรี่มาสูบได้มากขึ้น จึงทำให้วัยรุ่นไม่สามารถควบคุมตนเองที่จะไม่สูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าเพื่อนและบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น เพราะทำให้วัยรุ่นเกิดการทดลองสูบ และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ จนนำไปสู่การสูบเป็นนิสัย การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ และการมีรูปแบบสูบบุหรี่ในสื่อมวลชนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นและส่งผลต่อความถี่ในการสูบบุหรี่ (สุภาพร ทองศรี, 2543) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ถ้าวัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำ จะทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ดังนั้นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นให้มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงขึ้น สามารถลดและป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ เนื่องจากทำให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในตัวเอง เกิดทักษะทางสังคม สามารถวิเคราะห์และตัดสินใจในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับบุหรี่ได้ จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มองภาพลักษณ์ของตนเองต่ำ มีความมั่นใจในตนเองน้อย และขาดทักษะทางสังคม จะมีแนวโน้มที่จะหันไปสูบบุหรี่ได้มากกว่าวัยรุ่นที่นับถือตนเอง และมีทักษะทางสังคมดี (รุ่งทิพย์ เหล็กดี, 2546)

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านความตั้งใจครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นสามารถส่งผลต่อความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การสูบบุหรี่ทำนายได้จากความตั้งใจที่จะสูบ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบหรือไม่สูบบุหรี่ โดยที่ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ทำนายได้จาก เจตคติต่อการสูบบุหรี่ การยอมรับโดยกลุ่มอ้างอิงในการสูบบุหรี่ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบบุหรี่ (มันทนา เหมชะญาติ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์และคณะ (2549) พบว่า ทักษะคิดและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของผกาดี พรหมนุช (2549) พบว่าทักษะคิด บรรทัดฐาน และการรับรู้ความสามารถในการควบคุม สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ได้ แสดงให้เห็นว่า ถ้าวัยรุ่นมีทักษะคิดเชิงบวกต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ไม่ถูกต้อง มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่ำ จะส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดังนั้นการปรับทัศนคติให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับบรรทัดฐานให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้อง และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้สูงขึ้นจะส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ ซึ่งสามารถลดและป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งนี้พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 1.46, p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน (ตารางที่ 7) เมื่อพิจารณาจำนวนผู้สูบบุหรี่ก่อนได้รับโปรแกรมของทั้งสองกลุ่มพบว่า มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ไม่เท่ากัน เมื่อทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่หลังได้รับโปรแกรมระหว่างทั้งสองกลุ่มจึงทำให้ไม่มีความแตกต่างกันสำหรับจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ก่อนได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมให้มีจำนวนเท่ากันได้ เนื่องจากทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มห้องเรียน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.12, p > .05$) (ตารางที่ 9)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุม

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ยกเว้น คะแนนทัศนคติ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ บรรทัดฐานที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 6) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สามารถปรับทัศนคติวัยรุ่นให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้อง และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงขึ้นและไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถอธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแฮนสัน (Hanson, 1997) ซึ่งได้ศึกษาความเพียงพอของทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) โดยการทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงพบว่า ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมมีความเพียงพอที่จะนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงได้ และพบว่า การนำทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Theory of Planned Behavior) มาใช้ในการทำนายระยะของการนำมาซึ่งการสูบบุหรี่ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมสามารถทำให้เข้าใจกลไกการเกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากขึ้น และสามารถทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ (Hill et al., 1997)

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยการปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น สามารถปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่ง

ประกอบด้วยกิจกรรม “มารู้จักหนูกันเถอะ” และกิจกรรม “ความรู้สึกของฉัน” ที่นำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถนำมาใช้ปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้บรรทัดฐานสังคมครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยการปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นมีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น สามารถปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมปรับบรรทัดฐานต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม “บทพิสูจน์ของหนู” และกิจกรรม “บรรทัดฐานของฉัน” ที่นำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถนำมาใช้ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น สามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม “เพื่อนรัก เพื่อนซี้” และกิจกรรม “Say NO กันเถอะ” ที่นำแนวคิดทักษะชีวิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถนำมาใช้เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านความตั้งใจครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองเมื่อได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยการปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมวัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่า โปรแกรม

การป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ส่งผลต่อความตั้งใจของวัยรุ่นทำให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงขึ้น ซึ่งความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่เกิดจากการปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ และไม่แสดงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ออกมา สอดคล้องกับการศึกษาของมัทธนา เหมชะญาติ (2548) เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการสูบบุหรี่ตามทฤษฎีการกระทำพฤติกรรมโดยเจตนา ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 510 คน ผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่ทำนายได้จากความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ โดยที่ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ทำนายได้จากเจตคติต่อการสูบบุหรี่ การยอมรับโดยกลุ่มอ้างอิงในการสูบบุหรี่และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาของของนรลักษณ์ เอื้อกิจ (Ua-kit, 2004) พบว่าความตั้งใจในการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งนี้พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 8) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วยการปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สามารถปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้มีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้มีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้ ส่งผลให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่และไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามมา เห็นได้จากหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง จากจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 17.9 ลดลงเหลือจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 24.42, p < .001$) (ตารางที่ 8) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า หลังได้รับโปรแกรมมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.26, p < .001$) (ตารางที่ 10)

เมื่อพิจารณากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 เพิ่มขึ้นจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม หรือมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = .108, p > .05$) (ตารางที่ 8) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน ระหว่างก่อนและหลังทำการทดลองพบว่า หลังทำการทดลองมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันไม่แตกต่างกันหรือไม่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .46, p > .05$) (ตารางที่ 10)

แสดงให้เห็นว่าจากการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งนี้ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ตามแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่สามารถทำนายได้จากความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจเกิดจากปัจจัยด้านทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์และคณะ (2549) พบว่า ทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันอธิบายความตั้งใจกระทำพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของมณฑนา เหมชะญาติ (2548) พบว่า การสูบบุหรี่ทำนายได้จากความตั้งใจที่จะสูบ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบหรือไม่สูบบุหรี่ โดยที่ความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ทำนายได้จากเจตคติต่อการสูบบุหรี่ การยอมรับโดยกลุ่มอ้างอิงในการสูบบุหรี่ และการรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองที่จะสูบบุหรี่

สรุปได้ว่า โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม สามารถปรับทัศนคติต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้บรรทัดฐานสังคมที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง (randomized sampling) อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่าง
2. การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจมีอิทธิพลต่อผลการวิจัยให้มีความเท่าเทียมกันได้ ได้แก่ ทักษะ ทักษะการสอบปฏิบัติ จำนวนสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนที่สอบปฏิบัติ สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการป้องกันพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมาใช้เป็นแนวทางในการปรับทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐานสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ เพื่อให้วัยรุ่นมีความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่และไม่ มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ตามมา สามารถลดและป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่จะส่งผลให้เกิด ปัญหาสุขภาพตามมาได้
2. ด้านบริหาร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารโรงเรียนในการกำหนดนโยบายการ พัฒนาคุณภาพนักเรียนให้ปลอดบุหรี่ในโรงเรียน โดยเน้นปัจจัยด้านทัศนคติ บรรทัดฐาน การรับรู้ ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจ เพื่อลดและป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ ซึ่งอาจ นำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงได้
3. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับปัจจัยด้านทัศนคติ การรับรู้บรรทัด ฐานสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจในการศึกษาพฤติกรรมสูบบุหรี่ ในวัยรุ่น ตามแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม
4. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม อีกทั้งสามารถนำผลการศึกษาปัจจัยด้าน ทัศนคติที่พบว่าไม่ยอมรับสมมติฐาน ไปเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมได้ ซึ่งในการจัด โปรแกรมครั้งต่อไป ควรจัดโปรแกรมแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้งผู้ปกครอง ครู เพื่อน และ บุคคลใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ อีกทั้งเห็นถึงประโยชน์ของการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสูบบุหรี่ร่วมกัน และควรมีการวางแผนติดตามผลในระยะ ยาวเป็นระยะ เพื่อให้เกิดประโยชน์จากการได้รับโปรแกรมมากที่สุด นอกจากนี้ในการจัดโปรแกรม ในอนาคต ควรมีการพัฒนาแบบโปรแกรมให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัจจุบันของกลุ่มวัยรุ่น มากที่สุด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมให้มากขึ้น

THE EFFECTS OF USING AN ADOLESCENT SMOKING BEHAVIOR PREVENTION PROGRAM BASED ON THE THEORY OF PLANNED BEHAVIOR

JURAI RAT ANTHARABUTR 5036174 RAPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: RUTJA PHUPHAIBUL, D.N.S. (Family Health Nursing), TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY**Introduction**

Adolescence is a transition period between childhood and adulthood. It is one of the periods in life that are filled with the most changes physically, emotionally, psychologically, and socially. Adolescence is a time when individuals want to be independent and to make decisions about themselves. Also, they dare to experiment and learn new behaviors, which can lead to risk behaviors. As a result, paying attention to adolescents is important as it can prevent all risk behaviors that may take place in adolescents. At present, it is found that one of the most important risk behaviors of adolescent which has become a major public health and social problem is smoking behavior. It is widely known that cigarettes are considered legal addictive substances which are popular among smokers. It has been found that cigarettes tend to be the first addictive substance tried out by adolescents, which lead to subsequent use of other addictive substances. In other countries, research findings have shown that adolescents who smoke marijuana used to smoke cigarettes and drink alcohol before (Samit Wattanathanyakam, et al., 2003). A report on global problems with smoking behavior of World Health Organization has revealed that the number of cigarette smokers in this work is more than 1,000 millions, and almost all of the children in this work have to inhale the toxic air that is filled with cigarette smoke. In addition, it is reported that half of the smokers died because of their smoking (WHO, 2008). In Thailand, a survey of smoking behaviors of 51.2 million people who were older than

15 years old has reported that the number of smokers is 10.8 millions (National Statistics Office, 2007). One cause of concern is that the population group that tends to smoke more is adolescents, as it is found that almost 500,000 adolescents younger than 18 years old are addicted to smoking, and more than 1.5 million adolescents younger than 24 years old are addicted to smoking. The age when they start smoking is between 15 and 24 years old, accounting for 84% (Prakit Vateesathokij, 2006). According to the Office of National Statistics (2007), the mean age when those in the age group of 15 to 24 years start smoking is 16.8 years, which is younger than the finding of a survey conducted in 2001, which was 18.5 years. It is alarming when the World Health Organization reports that students aged 13 to 15 years in 151 countries start to experiment with cigarette smoking before the age of ten years old (Prakit Vateesathokij, 2008). A similar finding has been reported in Thailand that adolescents aged 15 years old started smoking when they were in grade 4 in primary school (Jiraporn Prasertwit, 2006). Research findings have also pointed out that most of the children start experimenting with cigarette smoking when they are ten to 14 years old, and more than half of them who have smoked as many as 100 cigarettes will become addicted. As for Thailand, approximately 300,000 adolescents younger than 19 years old are addicted to smoke, and in each year, the number of adolescents who experiment with cigarette smoking and become addicted has increased by more than 200,000. These adolescents are likely to continue smoking for another 23 years on average until they are able to quit or die (Prakit Vateesathokij, 2005). Thus, it can be concluded that the younger the adolescents start to experiment with cigarette smoking, the more likelihood they will become addicted and find it difficult to quit. These study findings clearly reflect a crisis caused by problems with smoking behaviors that is prevalent all over the world. The problem with smoking has increased its severity, especially among adolescents who are important manpower of the countries, and adolescents who smoke cigarettes can have various impacts on both themselves and others, and both in the short and in the long run.

The effects of cigarette smoking can be found on the adolescents' health, study, family, society, economy, and environment. With regard to the effects on health, smoking causes both physical and psychological health problems. For example, smoking affects the hygiene of the oral cavity, causing gingivitis, atrophy of

gum, bad breath, blackened teeth, etc. Furthermore, smoking can cause problems with other bodily systems such as coughing, phlegm, bad breath, frequent bouts of a common cold, insomnia, deteriorating health, and mental health problems including stress and irritability (Vareeporn Pit-on, 1999). These health problems can bring about problems with learning and socialization. When adolescents have health problems, they may become disgusting in others' eyes and do not receive acceptance from the friends at school. For this reason, they may have isolation behaviors and skip classes, hence poor academic performance in school. In addition, the resulting health problems can become an obstacle when they want to develop an interpersonal relationship with others, so they can lack acceptance from society. These adolescents then may try to find a way out by using more serious addictive substances or have other risky behaviors, leading to a number of problems such as family problems, economic problems, and environmental problems.

As for related factors, it has been found that family factors, influence of peer groups, environment, beliefs, and attitudes toward smoking are related to adolescents' smoking behaviors. When considering family factors, it has been reported that adolescents who smoke tend to come from families that lack warmth and are filled with pressure, and the parents may not have enough time to spend with their children (Prakit Vateesathokij, 2007). Moreover, there may be a role model of smoking for adolescents (Yuppayong Vongfun, 2001). Seeing adolescents smoke is the most important stimulant for adolescents who are in the phase where they are curious and want to try new things to experiment with cigarette smoking and eventually become addicted themselves (Prakit Vateesathokij, 2005). Furthermore, close friends are the most influential persons, and it has been found that most of the adolescents try smoking because of the friends' persuasion. A friend's house is also the place where most adolescents smoke for the first time (Prakit Vateesathokij, 2007). Besides this, smoking in adolescents can be predicted by intention to smoke and perceived self-efficacy to take control. The intention to smoke can be predicted by attitudes, perceived subjective norms, and perceived behavioral control (Manthana Hemchayart, 2005). Previous studies have investigated various factors which result in adolescents' smoking behavior, and these factors are used as a goal in continuously preventing and solving adolescent smoking behavior. However, the problem with

adolescent smoking behavior still persists, as the factors that cause such a behavior have changed due to current events.

According to the aforementioned discussion, it can be seen that adolescents' smoking behavior among Thai adolescents continues to be a major problem that needs to be continuously prevented and solved. In the past, adolescent smoking behavior problems have been solved by different organizations and agencies responsible for direct control of cigarette consumption, as well as those that realized the significance of the problem. Even though at present Thailand has a strong potential to strictly control cigarette consumption that is widely accepted in an international level, there are still some weak points including lack of strong legal enforcement as cigarettes are still sold to children and smokers can still smoke in a no-smoking area, lack of public and private activities emphasizing prevention of smoking among adolescents, lack of related research on adolescents and smoking, and a small number of campaign networks in local and regional levels (Stephen Haman, et al., 2005). For these reasons, the researcher was aware of the importance to search for new ways to prevent and solve problems with adolescent smoking behavior to better suit the current situations and in compliance with the Tenth National Economic and Social Development Plan (2007-2011) which emphasizes life skills of adolescents (The Tenth National Health Development Plan 2007-2011, 2007). The researcher applied the concept of life skills together with the theory of planned behavior of Ajzen (1991) to develop an adolescent smoking behavior prevention program. A review of the concept of life skills has revealed that the life skill program was effective to prevent smoking in Mattayomsuksa 1 students as the students who received the life skill program had higher mean scores of self-awareness of smoking and self-responsibility to prevent smoking than those who did not receive the life skill program (Nattapong Pudla, 1997). Likewise, Salis et al.(1990) conducted a study to investigate the smoking refusal skill program in 78 students in grades 4 to 7, with the mean age of 12 years, and found that the students who participated in the smoking refusal skill program were better able to turn down their friends' persuasion to smoke cigarettes than those who did not participate in the program. With regard to the theory of planned behavior, in Thailand, a review of literature has shown that it has not been used to develop an adolescent smoking behavior prevention program. It has been used

only overseas, but to a limited extent. Most of the studies applied the theory of planned behavior to investigate smoking behaviors in adolescents. A study of Manthana Hemchayart (2005) examined factors predicting smoking based on the theory of planned behavior among vocational students in Chantaburi Province. The findings indicated that smoking could be predicted by the intention to smoke and perceived behavioral control to smoke or not to smoke. The intention to smoke could be predicted by attitudes toward smoking, reference groups' acceptance of smoking, and perceived behavioral control to smoke with statistical significance at the $p = .93$ level. Thus, it was concluded that adolescents' attitudes, perceived subjective norms, and perceived behavioral control should be adjusted to create the intention not to smoke to prevent smoking behaviors.

In summary, it can be seen that the concept of life skills can be used to prevent adolescent smoking behavior and the theory of planned behavior can be used to explain smoking behavior. Therefore, the researcher was interested in applying the concept of life skills and the theory of planned behavior to investigate adolescent smoking behavior by developing an adolescent smoking behavior prevention program which implemented the life skills of self-awareness to adjust attitudes, of critical thinking to adjust perceived subjective norms, and of decision making, problem solving, and promotion of self-esteem to enhance perceived behavioral control of smoking behavior to create an intention not to smoke to prevent smoking behavior. The program was considered a new kind of program that equipped adolescents with necessary skills to protect themselves from situations that may lead to smoking and put them at risk of possible adverse consequences in the future.

Conceptual Framework of the Study

In the present study, the theory of planned behavior of Ajzen (1991) was employed together with the concept of life skills as the conceptual framework of the study. The theory of planned behavior proposed by Ajzen (1991) is a behavioral theory that was developed from the theory of reasoned action of Fishbein and Ajzen (1975). It recognizes the significance of attitudes and perceptions that affect individuals' behaviors including four major ideas of attitudes toward a behavior, perception of norms of the reference group, perceived behavioral control, and an

intention to conduct a behavior, all of which affect individuals' behavioral expressions. According to this theory, it is believed that factor that can predict individuals' behaviors is an intention to conduct a behavior, and the factors that have an influence on an intention to conduct a behavior are individuals' attitudes toward the behavior, perceived subjective norms about others' behaviors, and perceived behavioral control. That is, an intention to have a behavior takes place when individuals have a good attitude toward such behavior. They perceive that such behavior is socially acceptable, and they know that they are able to control such behavior (Fishbein & Ajzen, 1975 cited in Ruja Pupaiboon, 2006). According to a study of smoking behavior based on the theory of planned behavior, it has been found that attitudes and perceived smoking behavior control could explain the intention to smoke cigarettes in adolescents (Ruja Pupaiboon et al., 2006). Likewise, Pakawadee Promnuch (2006) has reported that attitudes, norms, and perceived behavioral control could co-explain the intention to smoke cigarettes in adolescents. Thus, based on the findings of previous studies, it can be concluded that the theory of planned behavior can be used to explain adolescents' smoking behaviors.

Therefore, the researcher was interested in employing the theory of planned behavior of Ajzen (1991) together with the concept of life skills to develop an adolescent smoking behavior prevention program to investigate smoking behaviors in adolescents. In this program, the adolescents' attitudes would be adjusted using the life skill of self-awareness, the perceived subjective norms would be adjusted using the life skill of critical thinking, and the perceived smoking behavior control would be increased using the life skills of decision making, problem solving, and promotion of self-esteem among adolescents so as to make adolescents develop negative attitudes toward smoking behaviors, develop correct perceived subjective norms of smoking behavior, and increase their perceived smoking behavior control. Therefore, the adolescents should develop an intention not to smoke and not end up smoking cigarettes. On the contrary, if adolescents had positive attitudes toward smoking, had the perception of correct subjective norms to smoking behavior, and had a low level of perceived smoking behavior control, they would be more likely to develop an intention to smoke and eventually end up smoking, as clearly illustrated in Figure 1 below.

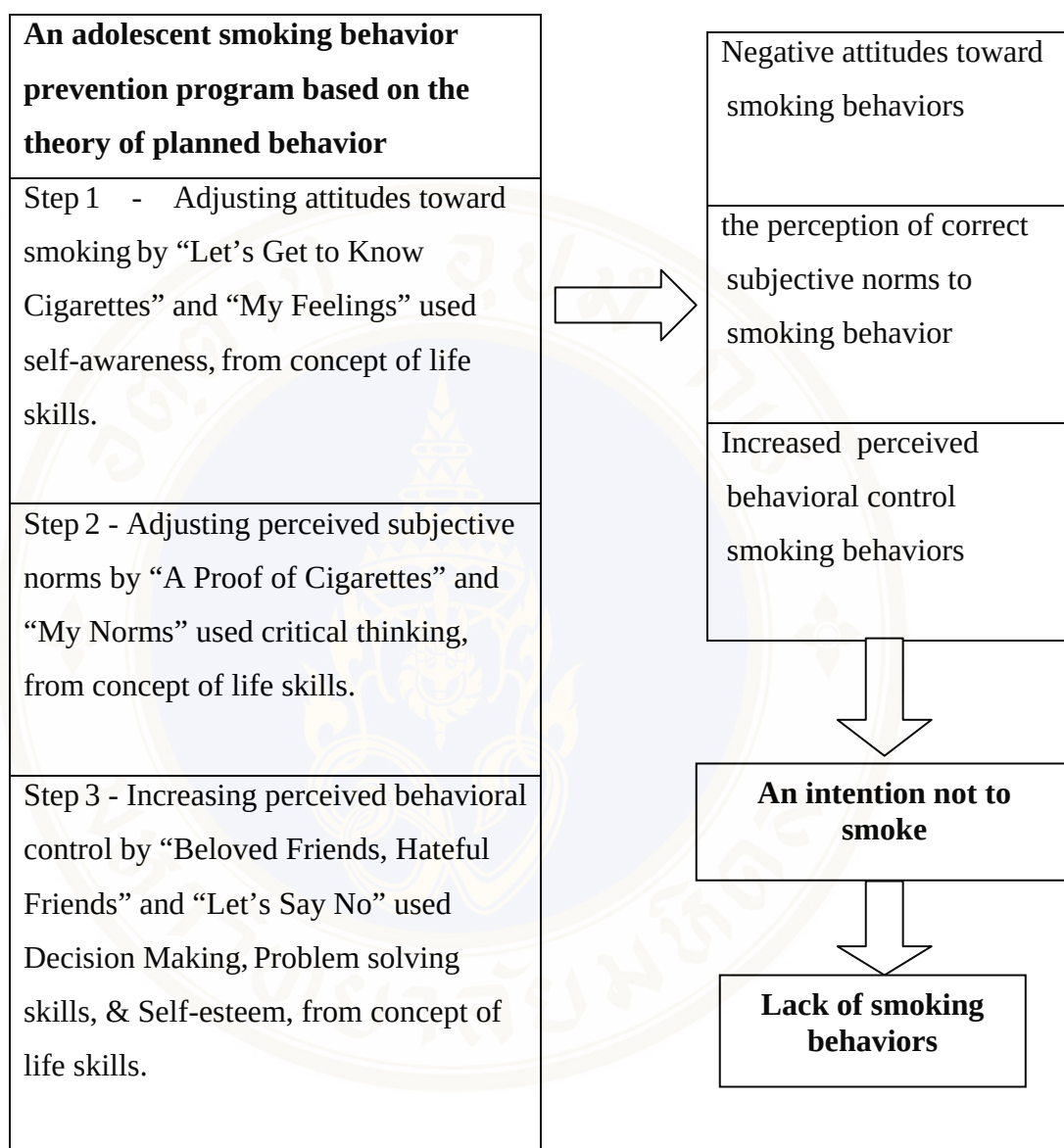


Figure 1: Conceptual Framework of the Study

Research Objective

To investigate the effects of using an adolescent smoking behavior prevention program based on the theory of planned behavior

Research Hypothesis

1. After receiving the program, the experimental group subjects' mean scores of negative attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, perceived smoking behavioral controls, and an intention not to smoke were higher than the control group, and the experimental group had smoking behavior was lower than the control group.

2. After receiving the program, the experimental subjects' mean scores of negative attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, perceived smoking behavioral controls, and an intention not to smoke were higher than before receiving the program, and after receiving the program had smoking behavior was lower than before receiving the program.

Research Methodology

The present study was quasi-experimental research with the two-group pre-test post-test design. It aimed to investigating the effects of an adolescent smoking behavior prevention program based on the theory of planned behavior. The study sample consisted of Mattayomsuksa 1 students from two schools with similar socioeconomic-demographic and geographic characteristics, and both of the schools never received a program or activity on smoking. The total number of subjects was 158. Two classrooms were randomly selected from the control school, with the total number of 80 students, and two classrooms were randomly selected from the experimental school, with the total number of 78 students. Thus, the total number of the study subjects was 158. The experimental group received the adolescent smoking behavior prevention program, whereas the control group received routine teaching in school. Data were collected from January to February 2009. The study subjects were recruited by means of purposive sampling based on the following inclusion criteria:

1. They were Mattayomsuksa 1 students.

2. They were able to read, write, and communicate in the Thai language.

3. They were willing to participate in the study.

The instruments used in the present study could be divided into two categories as follows:

1. The research instrument was the adolescent smoking behavior prevention program which was developed based on the theory of planned behavior of Ajzen (1991) and the concept of life skills. The program aimed at adjusting the adolescents' attitudes toward smoking behavior and perceived subjective norms of smoking behavior and increasing adolescents' perceived smoking behavioral controls, which would then have an effect on the adolescents' intention and behavior. The program consisted of three phases. The first phase was adjustment of adolescents' attitudes toward smoking behavior, the second phase was adjustment of adolescents' perceived subjective norms of smoking behavior, and the third phase was an increase in adolescents' perceived smoking behavioral controls. The developed program was examined by a panel of three experts to ensure content validity, clarity and language appropriateness, and it was revised based on the experts' comments and suggestions before it was tried out with ten students whose demographic characteristics were similar to those of the subjects in the main study before its use in the main study. The pilot study showed that the pilot subjects had understanding along the same line as what the researcher had expected of them.

2. The data collection instrument in this study was a questionnaire which could be divided into six parts. The total number of items in the questionnaire was 26. Part one was demographic characteristics interview protocol which consisted of nine items. The second part was composed of seven items which assessed the adolescents' attitudes toward smoking. The items were arranged in a five-point rating scale (Likert scale) ranging from (positive responses) of a lot, a little, not either of them, a little, and a lot (negative responses). The third part was the questionnaire to measure perceived subjective norms of smoking behavior, which consisted of three closed-ended items arranged in a five-point Likert scale of very unacceptable, unacceptable, not sure, acceptable, and very acceptable. Part four was

the perceived smoking behavioral controls which comprised three closed-ended items arranged in a five-point Likert scale of very controllable, controllable, not sure, uncontrollable, and very uncontrollable. Part five was the intention to smoke questionnaire which was composed of three closed-ended items arranged in a five-point Likert scale of very impossible, impossible, not sure, possible, and very possible. Finally, the sixth part was the smoking behavior questionnaire consisting of one closed-ended item for the subjects to choose either the response of ‘smoking’ and ‘not smoking.’ If the subjects chose the former response, they were asked to specify the average number of cigarettes they smoked per day and the average number of days they smoked per month. The questionnaire was a self-administered questionnaire which was constructed by the researcher based on the study of Pakawadee Promnuch (2006) based on the theory of planned behavior of Ajzen (1991). The original version of the questionnaire was tried out with 30 students whose demographic characteristics were similar to those of the subjects of the main study. It was found that Cronbach’s alpha coefficient was equal to 0.98, 0.66, 0.67, and 0.82, respectively. When the questionnaire revised the original version of the questionnaire and tried it out with 49 students whose demographic characteristics were similar to those of the subjects of the main study, it was found that Cronbach’s alpha coefficient was equal to 0.84, 0.88, 0.92, and 0.99, respectively, which were considered acceptable as the content validity of an instrument should be equal to 0.80 or no less than 0.70, as pointed out by Burns and Grove (2005). However, the smoking behavior questionnaire was not tried out and its Cronbach’s alpha coefficient was not determined as it was used to assess the smoking behavior as actually perceived by the subjects of the study.

Before the research procedure was started, the researcher submitted the research proposal to and received approval from the Ethics Committee on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Permission was also granted by the directors of both schools, and the subjects who participated in the study signed the informed consent form. The research settings were the Ramthibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Salaya Campus. Research was conducted and data were collected during working days, lasting eight weeks. The researcher conducted data collection by herself, and the research assistant provided assistance only with

equipment and documents on the days of research procedures and data collection. The steps involved in the present study were as follows:

Week 1: The researcher established relationships with the subjects, explained the research objectives and benefits of the study, and asked for the subjects' participation in data collection from both the experimental subjects and the control subjects. After that, the pre-test was administered, including the questionnaires on attitudes toward smoking behavior, perceived social norms of smoking behavior, perceived self-efficacy to control smoking behavior, intention to smoke or not to smoke, and smoking behavior in both the control and experimental groups.

Week 2: The first phase of the adolescent smoking behavior prevention program was implemented to adjust the attitudes of the subjects in the experimental group. The subjects in the control group received only routine teaching. The activities included in this phase of the program were as follows:

- The "Let's Get to Know Cigarettes" activity was an activity that disseminated knowledge about the harms of cigarette smoking among adolescents. The adolescents were asked to apply the knowledge about the harms of cigarettes to analyze their own word cards and work in a group with the friends who had the same word. Each group then discussed the topic and responded to the worksheet distributed by the researcher.

- The "My Feelings" activity was an activity which applied the life skills of self-awareness to enable adolescents to consider their own feelings and reflect their ideas about the harms of smoking and their feelings toward a situation in which they had to encounter cigarette smoking. The experimental subjects also watched a video entitled "Teenage, a Cool Age, with no Cigarettes" to adjust and correct their attitudes toward cigarette smoking. The subjects were assigned to work in groups of eight to ten members to discuss the topic and responded to the worksheet distributed by the researcher.

Week 3: The second phase of the adolescent smoking behavior prevention program was implemented to adjust the experimental subjects' perceived subjective norms of cigarette smoking. However, the subjects in the control group

received only routine teaching. The activities included in this phase of the program were as follows:

-The “A Proof of Cigarettes” activity was an activity which let the adolescents test the harms of cigarettes on their sensory perception of taste. They were assigned to use the test results to analyze the causes and effects reasonably and critically in small groups of eight to ten, before moving on to the norm adjustment activity.

-The “My Norms” activity utilized the use of critical thinking skills to enable the subjects to analyze and assess different factors and influences that made individuals smoke. The subjects watched a movie called “Try” which promoted their critical thinking skills to adjust their perceived subjective norms of cigarette smoking. The subjects were assigned to work in groups of eight to ten members to discuss the topic and responded to the worksheet distributed by the researcher.

Week 4: The third phase of the adolescent smoking behavior prevention program was implemented to increase the experimental subjects’ perceived smoking behavioral controls, while the subjects in the control group received only routine teaching. The activities included in this phase of the program were as follows:

-The behavioral dissolving activity called “Beloved Friends, Hateful Friends” was used to apply the life skill of decision making. The adolescents were asked to describe good friends and bad friends, and they were stimulated to think and make decisions to choose good friends, which would prevent them from having bad behaviors. The subjects were assigned to work in groups of eight to ten members before moving on to the next activity.

-The “Let’s Say No” activity emphasized the problem solving skills to learn how to say ‘no’ and to apply the skill in their real life. The researcher taught the experimental subjects the refusal skills and let them practice saying no to others. They learned to analyze and make decisions to choose the refusal skills that were appropriate for their situations. Role-plays were used to increase the subjects’ self-confidence when they had to deal with an actual situation involving cigarette smoking. The activity also promoted self-esteem and self-pride of adolescents, making them express positive behaviors. In other words, adolescents had

a perception that they were able to control the smoking behavior, which increased their perceived smoking behavioral controls. The subjects were assigned to work in groups of eight to ten members to discuss the topic and responded to the worksheet distributed by the researcher.

Four weeks after that, the post-test was conducted. The subjects were asked to respond to the questionnaires on attitudes toward smoking behavior, perceived subjective norms of smoking behavior, perceived smoking behavioral controls, intention to smoke or not to smoke, and smoking behavior in both the control and experimental groups. Data were then analyzed using the SPSS computer program comprising Chi-square test, independent t-test, paired t-test, and Mann-Whitney U test.

Research Findings

In this study, data were collected from 80 subjects in the control group who received regular teaching and 78 subjects in the experimental group who received the adolescent smoking behavior prevention program. The findings regarding demographic characteristics of the study subjects were as follows:

More than half of the subjects in both groups were male, accounting for 55% and 64.1% in the control and experimental groups, respectively. Almost all of the subjects in the experimental group, or 98.7%, were Buddhists, and 1.3% were Christians, while all of the subjects in the control group, or 100%, were Buddhists. As for the persons the subjects were currently living with, 5.1% of the subjects in the experimental group lived with their father, 11.5% lived with their mother, 55.1% lived with both parents, and 2.6% lived with their relatives. In addition, 5% of the control subjects lived with their father, 46.3% lived with their mother, 25% lived with both of their parents, and 1.3% lived with their relatives. Thus, it could be seen that the subjects in both groups were different when it came to the persons they were currently living with. That is, more than half of the subjects in the experimental group lived with both parents, whereas close to half of the subjects in the control group lived with their own mother. In terms of smoking in the family, 41% of the experimental subjects lived in a family where nobody was a smoker. However, 30.8%, 19.2%, and 7.7% lived with the father, relative, or sibling who smoked cigarettes. On the other hand, 40% of the control subjects lived in a family with no smoker, and 27.5%, 15%,

3.8%, 2.5%, and 1.3% lived with the father, relative, both parents, mother, and sibling who were cigarette smokers, respectively. Therefore, it could be seen that almost half of the subjects in both groups lived in a family where no family member smoked cigarettes, and for those who had some family members who smoked, most of the persons who smoked in the family were the fathers. When compared the equality between both groups of the subjects with the Chi-square test, it was found that there was no statistically significant different ($p > .05$) except for the persons the subjects were currently living with and the family members who were smokers which were different with statistical significance ($p < .05$), as illustrated in Table 1 below.

Table 1: Comparison of number and percentage of demographic characteristics of the subjects in the experimental group and the control group using Chi-square test

Demographic characteristics	Experimental group (n = 78)		Control group (n = 80)		χ^2	p
	Number	Percentage	Number	Percentage		
Gender						
Male	50	64.1	44	55	1.358	.244
Female	28	35.9	36	45		
Religion						
Buddhism	77	98.7	80	100	1.032	.310
Christianity	1	1.3	0	0		
Islam	0	0	0	0		
Others	0	0	0	0		
Person currently living with						
Father	4	5.1	4	5	28.991	.000
Mother	9	11.5	37	46.3		
Both parents	43	55.1	20	25		
Relatives	2	2.6	1	1.3		
Others	20	25.6	18	22.6		

Table 1: Comparison of number and percentage of demographic characteristics of the subjects in the experimental group and the control group using Chi-square test (continued)

	Experimental group		Control group		χ^2	p
Demographic characteristics	(n = 78)		(n = 80)			
	Number	Percentage	Number	Percentage		
Family members who smoked						
None	32	41	32	40	15.969	.043
Father	24	30.8	22	27.5		
Mother	0	0	2	2.5		
Both parents	0	0	3	3.8		
Siblings	6	7.7	1	1.3		
Relatives	15	19.2	12	15		
Others	1	1.3	8	10.1		

According to the study findings, the subjects in the experimental group and the control group were rather similar in terms of age. The experimental age ranged in age from 12 to 14 years old, with the mean age of 12.9 years (SD = 0.47), and the control subjects were also between 12 and 14 years old, with the mean age of 12.73 years (SD = 0.46). With regard to grade point averages, the grade point averages of the experimental subjects ranged from 2.2 to 3.98, with the mean grade point average of 2.92 (SD = 0.43). Similarly, the grade point averages of the control subjects ranged from 2.2 to 4.0, with the mean grade point average of 2.93 (SD = 0.44). Moreover, the daily allowances of the subjects in both groups were rather similar. The experimental subjects had a daily allowance of 25 to 150 Baht per day, with the mean of 66 Baht (Median = 60, SD = 23.63), and the control subjects had a daily allowance of 25 to 140 Baht per day, with the mean daily allowance of 66.54 Baht (Median = 60, SD = 21.12). In addition, the subjects in both groups had similar numbers of friends who smoked. The experimental subjects had 0 to 40 friends who smoked, with the mean of

4.18 friends (SD = 5.39), whereas the control subjects had 0 to 30 friends who were smokers, with the mean of 2.99 friends (SD = 5.13). When comparing the differences in the mean ages, grade point averages, daily allowances, and number of smoking friends, it was discovered that there were no statistically significant differences between the two groups of subjects ($p > .50$), as shown in Table 2.

Table 2: Comparison of demographic characteristics of the subjects in the experimental group and the control group using independent t-test

Demographic characteristics	Control group (n = 80)			Experimental group (n = 78)			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
Age (years)	12-14	12.84	.46	12-14	12.9	.47	-.80 ^{ns}
Grade point average	2.2-4	2.93	.44	2.2-3.98	2.92	.43	.17 ^{ns}
Daily allowance	25-150	66	23.63	25-140	66.54	21.12	-.15 ^{ns}
	Median = 60			Median = 60			
Number of smoking friends	0-30	2.99	5.13	0-40	4.18	5.39	-1.42 ^{ns}

ns = $p > .05$

The comparison made to determine the differences in the dependent variables which had continuous values in the interval scale using t-test required the examination of data in each of the independent variables to determine if the distribution was normal using the Kolmogorov-Smirnov test. If the distribution was normal, then the t-test could be used. The researcher examined the initial agreement and found that some data in each group of independent variables had normal distribution, while the distribution for the other groups of independent variables was

not normal. To further explain, the experimental subjects' scores of attitudes, norms, perceived behavioral control, and intention before and after the implementation of the program had normal distribution, which was in compliance with the initial agreement of the use of the t-test statistics. However, as for the control group, it was found that after and before receiving the program, the subjects' scores of attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, and intention had normal distribution, except for attitude of after the program had not normal distribution. Therefore, the Mann-Whitney U Test was used to determine the differences of the mean ranks with free distribution. Before testing the hypothesis, the researcher determined the differences between the scores of the experimental group and the control group before receiving the program to show the equality of the scores from both groups, which was in compliance with the initial agreement in the use of t-test statistics.

The study findings revealed that before receiving the program, the scores of attitudes of both the experimental group and the control group were similar, ranging from 7 to 27 points, with a mean of 11.48 points (SD = 5.61) and 7 to 28 points, with a mean of 11.01 points (SD = 5.13) in the experimental group and the control group, respectively. Moreover, the mean scores of subjective norms of the experimental group ranging from 3 to 10 points (SD = 2.11) and the control group ranging from 3 to 11 (SD = 2.18). With regard to scores of perceived smoking behavioral control, the scores of the experimental subjects ranged from 3 to 12 points, with the mean of 6.15 points (SD = 2.37), and the control subjects' scores ranged from 3 to 15 points, with the mean of 6.6 points (SD = 2.94). In addition, the scores of intention of the experimental subjects ranged from 3 to 12 points, with the mean of 5.52 points (SD = 2.58), and the scores of the control group ranged from 3 to 12 points, with the mean of 5.03 points (SD = 2.52). When analyzing the differences in the scores of attitudes, subjective norms, perceived smoking behavioral control, and intention with independent t-test between the experimental and control subjects, it was found that the scores of attitudes, subjective norms, perceived smoking behavioral control, and intention of both groups of subjects were not statistically significantly different ($p > .05$) (see Tables 3 and 4). Thus, it could be concluded that baseline data of both groups of subjects were similar, and they could be used to determine the differences of the scores after receiving the program with reliability.

After implementation of the program, it was found that the attitude scores of both the experimental and control groups were rather similar, with the mean ranks of 73.22 and 85.63, respectively. The scores of subjective norms of the experimental subjects ranged from 3 to 11 points, with the mean score of 4.92 points (SD = 2.08), and those of the control subjects ranged from 3 to 12 points, with the mean of 5.81 points (SD = 2.08). Furthermore, the scores of perceived smoking behavioral control of the experimental subjects ranged from 3 to 9 points, with the mean score of 4.67 points (SD = 2.09), and those of the control subjects ranged from 3 to 12 points, with the mean of 5.75 points (SD = 2.68). In terms of intention, the scores of the experimental subjects ranged from 3 to 10 points, with the mean score of 4.41 points (SD = 2.2), and those of the control subjects ranged from 3 to 15 points, with the mean of 6.92 points (SD = 3.44). When analyzing the differences in the scores of attitudes with the Mann-Whitney U Test, and the differences in the scores of subjective norms, perceived smoking behavioral control, and intention with the independent t-test between the experimental and control subjects, the findings showed that the scores of subjective norms, perceived smoking behavioral control, and intention of the experimental subjects were higher than those of the control subjects with statistical significance ($p < .05$). However, the scores of attitudes of the experimental subjects were not higher than those of the control subjects with statistical significance ($p > .05$).

Before the experiment, the control group, it was found that, 78 of them did not have smoking behavior, accounting for 97.5% of the total. Only 2 of them, or 2.5% smoked cigarettes. The experimental group, it was found that, 64 of them did not have smoking behavior, accounting for 82.1% of the total. Only 14 of them, or 17.9% smoked cigarettes. After the experiment, the control group, it was found that, 76 of them did not have smoking behavior, accounting for 95% of the total. Only 4 of them, or 5% smoked cigarettes. The experimental group, it was found that, 73 of them did not have smoking behavior, accounting for 93.6% of the total. Only 5 of them, or 6.4% smoked cigarettes. When comparing smoking behavior of after the experiment between the control and the experimental group using Chi-square test, it was found that the experimental group was not showed less smoking behavior than the control group with statistical significance ($p > .05$) (see Table 7). Furthermore, when analyzing the differences in the mean number of cigarettes smoked per day after the

experiment between the control and the experimental group with the independent t-test, the findings revealed that the experimental group had the number of cigarettes smoked per day was not lower than that the control group with statistical significance ($p > .05$) (see Table 9).

Therefore, Hypothesis One stating that “After receiving the program, the experimental group’ mean scores of negative attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, perceived smoking behavioral control, and an intention not to smoke were higher than those of the control group who did not receive the program” was accepted (see Table 4), except for the scores of negative attitudes toward smoking behavior which was not higher than those of the control group (see Table 5), and smoking behavior was not showed less than the control group, so such finding did not yield support to the research hypothesis (see Table 7).

Table 3: Comparison of differences in attitudes, perceived smoking behavior control, and intention of the subjects between the experimental group and the control group before experiment using independent t-test

Scores	Control group (n = 80)			Experimental group (n = 78)			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
Attitudes	7-28	11.01	5.13	7-27	11.48	5.61	-.55 ^{ns}
Subjective norms	3-11	5.31	2.81	3-10	5.48	2.11	-.51 ^{ns}
Perceived smoking behavioral control	3-15	6.6	2.94	3-12	6.15	2.37	1.04 ^{ns}
Intention	3-12	5.03	2.52	3-12	5.52	2.58	-1.2 ^{ns}

ns = $p > .05$

Table 4: Comparison of differences in attitudes, perceived smoking behavioral control, and intention of the subjects between the experimental group and the control group after the program using independent t-test

Scores	Control group (n = 80)			Experimental group (n = 78)			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
Subjective norms	3-12	5.81	2.6	3-11	4.92	2.08	2.36*
Perceived smoking behavioral control	3-15	6.92	3.44	3-9	4.67	2.09	4.96**
Intention	3-12	5.75	2.68	3-10	4.41	2.2	3.43*

** p < .001, * p < .05

Table 5: Comparison of differences in scores of attitudes of the subjects in the experimental group and the control group after the program using Mann Whitney U Test

Scores	Number (people)	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p
Attitudes					
- Experimental group	78	81.71	6373.5	-.61	.54
- Control group	80	77.34	6187.5		

According to the study findings, the experimental group, before the program, the scores of attitudes of ranged from 7 to 27 points, with the mean of 11.48 points (SD = 5.61), and after the program, the scores of attitudes ranged from 7 to 27 points, with the mean of 9.91 points (SD = 4.82). Before the program, the scores of norms of the experimental subjects ranged from 3 to 10 points, with the mean of 5.48 points (SD = 2.11), and after the program, the scores of subjective norms ranged from 3 to 11 points, with the mean of 4.92 points (SD = 2.08). Before the program, the scores of perceived smoking behavioral control of the experimental group ranged from 3 to 12 points, with the mean of 6.15 points (SD = 2.37), and after the program, the scores of perceived smoking behavioral control ranged from 3 to 9 points, with the mean of 4.67 points (SD = 2.09). Finally, before the program, the scores of intention of the experimental subjects ranged from 3 to 12 points, with the mean of 5.52 points (SD = 2.58), and after the program, the scores of intention ranged from 3 to 10 points, with the mean of 4.41 points (SD = 2.2). When comparing the differences in the scores with the paired t-test, it was found that after the program, the experimental group had higher scores of negative attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, perceived smoking behavioral control, and intention not to smoke cigarettes than those obtained before the program with statistical significance ($p < .05$) (see Table 6).

As regards 80 control group who did not receive the adolescent smoking behavior prevention program, it was found that before the experiment, 78 of them did not have smoking behavior, accounting for 97.5% of the total. Only two of them, or 2.5% smoked cigarettes. After the experiment, the number of control subjects who did not smoke reduced to 76, or 95%, and two had adopted smoking behavior, making up an increase of 2.5%. Thus, the total number of control subjects who smoked was four, accounting for 5% of the total. When comparing smoking behavior of the control subjects before and after the experiment using Chi-square test, it was found that there was no statistically significant difference ($\chi^2 = .108$, $p > .05$) (see Table 8). Furthermore, when analyzing the differences in the mean number of cigarettes smoked per day before and after the experiment with the paired t-test, the findings revealed that after the experiment the number of cigarettes smoked per day by the control

subjects was not lower than that smoked before the experiment with statistical significance ($t = .46, p > .05$) (see Table 10).

The findings revealed that before the experiment, 64 out of 78 subjects in the experimental group who received the adolescent smoking behavior prevention program did not smoke, accounting for 82.1%. On the other hand, 14 of them smoked, making up 17.9%. However, after the implementation of the program, the number of the experimental subjects who did not smoke increased to 73, or 93.6%, and the number of the subjects who smoked reduced to five subjects, or 6.4%. When analyzing the smoking behavior of the experimental subjects before and after the program using the Chi-square test, it was found that their smoking behavior reduced after the program with statistical significance ($\chi^2 = 24.42, p < .001$) (see Table 8). In addition, when comparing the differences in the mean number of cigarettes smoked per day by the experimental subjects before and after receiving the program with the paired t-test, the findings revealed that after the program the number of cigarettes smoked per day was lower than that smoked before the program with statistical significance ($t = 2.26, p < .001$) (see Table 10).

Thus, Hypothesis Two stating, “After receiving the program, the experimental group’ mean scores of negative attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, perceived smoking behavior control, and an intention not to smoke were higher than those obtained before receiving the program” was accepted (see Table 7). It was also found that after receiving the program, the experimental group’ smoking behavior was lower than that before receiving the program” was accepted (see Table 8).

Table 6: Comparison of differences in scores of attitudes, norms, perceived smoking behavioral control, and intention of the subjects in the experimental group before and after the program using paired t-test (n = 78)

Scores	Before the program			After the program			t
	Min-max	Mean	SD	Min-max	Mean	SD	
Attitudes	7-27	11.48	5.61	7-27	9.91	4.82	2.91 *
Subjective norms	3-10	5.48	2.11	3-11	4.92	2.08	2.32 *
Perceived smoking behavioral control	3-12	6.15	2.37	3-9	4.67	2.09	4.94 **
Intention	3-12	5.52	2.58	3-10	4.41	2.2	3.57 *

** p < .001, * p < .05

Table 7: Comparison of differences in scores of smoking behavior of the subjects in the experimental group and the control group before and after the program using Chi-square Test

Smoking behavior	Smoking		Not smoking		χ^2	p
	n	%	n	%		
Before the program						
- Control group (n = 80)	2	2.5	78	97.5	10.357	.001
- Experimental group (n = 78)	14	17.9	64	82.1		
After the program						
- Control group (n = 80)	4	5	76	95	.146	.702
- Experimental group (n = 78)	5	6.4	73	93.6		

Table 8: Comparison of differences in scores of smoking behavior of the subjects between before and after the program in the experimental group and the control group using Chi-square Test

Smoking behavior	Before the program				After the program				χ^2	p
	Smoking		Not smoking		Smokin g		Not smoking			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
- Control group (n = 80)	2	2.5	78	97.5	4	5	76	95	.108	.742
- Experimental group (n = 78)	14	17.9	64	82.1	5	6.4	73	93.6	24.42	.000

Table 9: Comparison of differences in numbers of cigarettes smoked of the subjects in the experimental group and the control group before and after the program using Independent t-test

Variable	Control group (n = 80)			Experimental group (n = 78)			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
Number of cigarettes smoked (average per day)							
Before the program	0-10	15	1.13	0-10	.43	1.48	-1.35 ^{ns}
After the program	0-10	.24	1.23	0-2	.08	.31	1.12 ^{ns}

ns = p > .05

Table 10: Comparison of differences in numbers of cigarettes smoked of the subjects in the experimental group and the control group before and after the program using paired t-test

Variable	Before the program			After the program			t
	Min-max	mean	SD	Min-max	mean	SD	
Number of cigarettes smoked (average per day)							
- Control group (n = 80)	0-10	15	1.13	0-10	.24	1.23	-.46 ^{ns}
- Experimental group (n = 78)	0-10	.43	1.48	0-2	.08	.31	2.26 **

** p < .001, ns = p > .05

Discussion of Findings

The findings of the present study are discussed based on the research hypotheses previously formulated as follows:

Hypothesis One: “After receiving the program, the experimental group subjects’ mean scores of negative attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, perceived smoking behavioral controls, and an intention not to smoke were higher than the control group, and the experimental group had smoking behavior was lower than the control group.”

The findings showed that the experimental subjects who received the adolescent smoking behavior prevention program based on the theory of planned behavior had higher scores of the perception of correct subjective norms to smoking behavior, perceived smoking behavioral controls, and intention not to smoke cigarettes than the control subjects with statistical significance ($p < .05$). Thus, the

hypothesis was accepted, except for attitudes, as it was found that the experimental subjects' scores of negative attitudes toward smoking behavior were not higher than those of the control subjects with statistical significance ($p > .05$), and the experimental group had smoking behavior was not lower than the control group with statistical significance ($p > .05$), which did not yield support to the hypothesis ($p > .05$) (see Tables 5 and 7).

Such findings can be explained that the adolescent smoking behavior prevention program was able to adjust the adolescents' attitudes toward cigarette smoking and make their attitudes toward cigarette smoking become negative. However, when comparing the experimental subjects who received the adolescent smoking behavior prevention program and the control group who did not receive the program, it was found that there was no difference. In other words, the scores of attitudes of the experimental subjects were not higher than those of the control group with statistical significance ($p > .05$). This may be because the control group received knowledge about cigarettes from their classrooms, through different media campaigns, and from related agencies and organizations. They may be taught by their family not to smoke cigarettes, and they may have no influence from the friends and society members who did not have smoking behavior. This was because the adolescents were at the age when they liked to socialize. Therefore, if they had contact with good individuals or values, they would hold them as their role model (Sucha Chan-aim, 1986). Thus, the scores of attitudes of the control group were not different from those of the experimental group. Previous studies have shown that attitudes have a direct influence on individuals' intention and smoking behavior (Ua-Kit, 2004). Pongsak Puergsom (1997) found that level of knowledge and level of attitudes are associated with smoking behavior. In another study, it was found that the factor of attitudes toward smoking was associated with smoking behavior (Thanin Sutheeprasert, 2000). Moreover, when adolescents had incorrect knowledge and beliefs about cigarette smoking, they would develop positive attitudes toward smoking and may take up smoking behavior (Yuwaluck Khan-asa, 1998). Thus, it could be seen that when adolescents receive correct knowledge about cigarette smoking, when they have been correctly taught by their family, and when they live in an environment that is cigarette-free, they can develop a correct belief about smoking, hence a negative attitude toward

smoking behavior and a more likelihood not to smoke. As a consequence, an adjustment of attitudes adolescents can reduce and prevent smoking behavior in adolescents.

The findings regarding the factor of perceived social norms showed that the adolescent smoking behavior prevention program could adjust and correct the adolescents' perceived social norms of adolescents, so the experimental group' scores of perceived social norms of the experimental group were higher than those of the control group with statistical significance ($p < .05$). Previous studies on perceived social norms have revealed that when adolescents see role models such as movie stars smoke cigarettes on television or in movies, they will perceive that cigarette smoking is generally acceptable, so they may turn to smoking. Being influenced by a reference group has an effect on adolescents' intention to smoke and beliefs about outcomes of cigarette smoking, and beliefs in the views of the reference group on smoking have an influence on intention to smoke among adolescents (Mala Raksabham, 1986). Thus, it can be seen that adolescents' perceived subjective norms of smoking behavior have an influence on their intention to smoke or not to smoke. When adolescents have the perception of correct subjective norms to smoking behavior, they will have an intention not to smoke and will not develop smoking behavior. Consequently, an adjustment of the perception of correct subjective norms to smoking behavior can reduce and prevent smoking behavior in adolescents.

As regards the factor of perceived smoking behavior control, one plausible explanation is that the adolescent smoking behavior prevention program could increase perceived smoking behavior control, so the scores of perceived smoking behavioral control of the experimental group were higher than those of the control group with statistical significance ($p < .05$). When adolescents see movie stars smoke on the screen, they may be persuaded to smoke. In general, cigarettes are widely distributed due to their easy availability because cigarettes are sold at any general stores and are cheap, so adolescents are able to afford them. For this reason, the adolescents were unable to control themselves not to smoke. In addition, it has been found that friends and family members have an influence on smoking behavior in adolescents because they may influence adolescents to experiment with cigarettes which can become their habit. Having a close friend who smokes and seeing role

models smoke in mass communication media are found to be associated with smoking behavior in adolescents and frequency of smoking (Supaporn Thongsri, 2000). This means that perceived smoking behavioral control is associated with smoking behavior. In other words, if adolescents have a low level of perceived smoking behavioral control, they are more likely to smoke. Therefore, increasing adolescents' perceived smoking behavioral control can reduce and prevent smoking behavior among adolescents. This is because the adolescents become confident in themselves, they have developed social skills, and they are able to analyze and make a decision in the situation in which they have to encounter cigarette smoking. A study conducted by Roongtip Lekdee (2003) pointed out that adolescents who have a low self-image and lack social skills are more likely to turn to cigarette smoking than adolescents who have self-respect and have good social skills.

In terms of intention, the adolescent smoking behavior prevention program had an effect on the adolescents' intention to smoke, making the experimental subjects had more intention not to smoke than the control group with statistical significance ($p < .05$). Cigarette smoking can be predicted by the intention to smoke, as well as perceived smoking behavioral control. The intention to smoke can be predicted by attitudes toward cigarette smoking, acceptance of smoking of the reference group, and perceived smoking behavioral control (Manthana Hemchayart, 2005). Likewise, Ruja Pupaiboon et al. (2006) found that attitudes and perceived smoking behavioral control could co-explain intention to have smoking behavior with statistical significance at the .01 level. A similar finding was reported by Pakawadee Promnuch (2006) who found that attitudes, norms, and perceived smoking behavioral control could co-explain intention to smoke. Therefore, it can be concluded that if adolescents have positive attitudes toward smoking behavior, incorrect perceived subjective norms of smoking behavior, and low perceived smoking behavioral control, they will have intention to smoke and have smoking behavior. As such, enhancing negative attitudes toward smoking behavior, correcting perceived subjective norms of smoking behavior, and increasing perceived smoking behavioral control can make adolescents develop intention not to smoke, which can reduce and prevent smoking behavior in adolescents.

According to the study findings on smoking behavior in adolescents, after receiving the adolescent smoking behavior prevention program between the experimental group and the control group, the experimental group had not showed less smoking behavior than the control group with statistical significance ($p > .05$), which no supported the hypothesis (table 9).

In conclusion, the adolescent smoking behavior prevention program based on the theory of planned behavior can adjust attitudes toward smoking behavior, and the perception of correct subjective norms to smoking behavior, and increase perceived smoking behavioral control in adolescents, which affect their intention to smoke and smoking behavior. When analyzing the differences between the experimental group and the control group after receiving the program, it was found that the experimental group had negative attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, more perceived smoking behavioral control, and more intention not to smoke than the control group with statistical significance ($p < .05$), which supported the hypothesis, except for the scores of attitudes of the experimental group which were not higher than those of the control group with statistical significance ($p > .05$) and the experimental group had not showed less smoking behavior than the control group with statistical significance ($p > .05$), which no supported the hypothesis.

Hypothesis Two stated that, “After receiving the program, the experimental subjects’ mean scores of negative attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, perceived smoking behavioral controls, and an intention not to smoke were higher than before receiving the program, and after receiving the program had smoking behavior was lower than before receiving the program.”

The study findings indicated that after the program, the experimental group had scores of negative attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, more perceived smoking behavioral control, and more intention not to smoke before receiving the program with statistical significance ($p < .05$) (see Table 6). The findings supported the hypothesis, which could be explained that the adolescent smoking behavior prevention program

could adjust attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, and increase perceived smoking behavioral control in adolescents, which enabled adolescents to develop intention not to smoke cigarettes and refrain from smoking behavior. Such findings reflect the efficiency and effectiveness of the developed program which could explain smoking behavior of adolescents. Hanson (1997) investigated the sufficiency of the theory of planned behavior to predict intention to smoke of female adolescents and found that the theory of planned behavior was sufficient to explain intention to smoke of female adolescents. Moreover, it has been found that the theory of planned behavior could be used to predict the precursor period to cigarette smoking, gain more insights into the mechanism of the onset of smoking behavior, and predict smoking behavior (Hill et al., 1997).

When considering the findings regarding the adolescents' attitudes toward cigarette smoking, after the experimental subjects received the adolescent smoking behavior prevention program to adjust their attitudes toward smoking behavior, they had more negative attitudes toward smoking behavior than before receiving the program with statistical significance ($p < .05$). This could be explained that the adolescent smoking behavior prevention program could adjust the adolescents' attitudes toward smoking behavior and make their attitudes toward smoking behavior negative. Thus, it could be concluded that the activities to adjust attitudes toward smoking behavior such as the "Let's get to know cigarettes" activity and the "My feelings" activity which applied the concept of life skills and the theory of planned behavior could effectively adjust the adolescents' attitudes toward smoking behavior and make their attitudes toward smoking behavior negative.

With regard to the factor of perceived subjective norms, the findings showed that after receiving the adolescent smoking behavior prevention program, the adolescents' perceived subjective norms were more correct than those before the program with statistical significance ($p < .05$). One plausible explanation is that the adolescent smoking behavior prevention program was able to adjust the adolescents' perceived social norms and make their perceived social norms of smoking behavior correct. Thus, it meant that the activities included in the program such as the "Proof of cigarette" activity and the "My norms" activity which applied the

concept of life skills and the theory of planned behavior could effectively adjust the adolescents' perceived subjective norms of smoking behavior and make their the perception of correct subjective norms to smoking behavior.

As for the factor of perceived smoking behavioral control, the findings revealed that after receiving the adolescent smoking behavior prevention program, the adolescents' perceived smoking behavioral control was higher than that before receiving the program with statistical significance ($p < .05$). This could be explained that the adolescent smoking behavior prevention program was able to increase the adolescents' perceived smoking behavioral control. Thus, it meant that the activities included in the program such as the "Beloved friends, hateful friends" activity and the "Let's say 'No'" activity which applied the concept of life skills and the theory of planned behavior could effectively increase the adolescents' perceived smoking behavioral control.

As regards the factor of intention to control smoking behavior, the findings indicated that after receiving the adolescent smoking behavior prevention program to adjust the adolescents' attitudes and perceived subjective norms and increase the adolescents' perceived smoking behavioral control, the adolescents had higher intention not to smoke than before receiving the program with statistical significance ($p < .05$). This can be explained that the adolescent smoking behavior prevention program could increase the adolescents' intention not to smoke. Such intention resulted from adjustment of attitudes toward smoking behavior that made the adolescents' attitudes toward smoking behavior negative, their more correct perceived subjective norms, and their increase in perceived smoking behavioral control. As a result, the adolescents did not have any intention to smoke cigarettes and did not express smoking behavior. Manthana Hemchayart (2005) explored factors predicting smoking behavior based on the theory of intentional behavior of 510 vocational students in Chantaburi Province. The findings showed that smoking could be predicted by intention to smoke as well as perceived smoking behavioral control to smoke or not to smoke. The intention to smoke could be predicted by attitudes toward smoking behavior, acceptance of smoking of the reference group, and perceived smoking behavioral control. Similarly, Noraluck Ur-Kit (2004) reported that intention to smoke was directly associated with smoking behavior. Therefore, it could be

concluded that the adolescent smoking behavior prevention program developed by the researcher could effectively enhance adolescents' intention not to smoke.

According to the study findings on smoking behavior in adolescents, after receiving the adolescent smoking behavior prevention program, the experimental subjects had less smoking behavior than before receiving the program with statistical significance ($p < .05$), which supported the hypothesis. This could be explained that the adolescent smoking behavior prevention program which included adjustment of attitudes toward smoking behavior and perceived subjective norms of smoking behavior and increased perceived smoking behavioral control in adolescents could adjust attitudes toward smoking behavior, correct perceived subjective norms of smoking behavior, and increase perceived smoking behavioral control in adolescents, thus affecting adolescents' intention to smoke and smoking behavior. It could be seen that after receiving the program, the number of the experimental subjects who smoked reduced from 14, or 17.9%, to five, or 6.4%, which were different with statistical significance ($\chi^2 = 24.42$, $p < .001$) (see Table 8). When comparing the numbers of cigarette smoked per day before and after the program, it was discovered that the number of cigarettes smoked per day after the program reduced with statistical significance ($t = 2.26$, $p < .001$) (see Table 10). On the other hand, when considering the control group who did not receive the adolescent smoking behavior prevention program, it was found that two more subjects, or 2.5%, became smokers, thus increasing the total number of the control subjects who smoked to four, or 5%. Thus, the control subjects' smoking behavior after the experiment was not different from that before the experiment. Put another way, their smoking behavior did not reduce after the experiment with statistical significance ($\chi^2 = .108$, $p > .05$) (see Table 8). Furthermore, when comparing the numbers of cigarette smoked per day before and after the program, it was discovered that the number of cigarettes smoked per day after the program remained the same or did not reduce with statistical significance ($t = 0.46$, $p > .05$) (see Table 10).

Therefore, it can be concluded that the present study on smoking behavior can clearly explain the relationships based on the theory of planned behavior. That is, smoking behavior can be predicted by intention, and intention results from the factors of attitudes, perceived social norms, and perceived self-

efficacy to control smoking behavior. Such findings are consistent with the findings of Ruja Pupaiboon et al. (2006) who found that attitudes and perceived smoking behavioral control could co-explain the intention to have smoking behavior with statistical significance at the .01 level. Likewise, Manthana Hemchayart (2005) found that smoking behavior could be predicted by intention to smoke and perceived smoking behavioral control to smoke or not to smoke. Also, the intention to smoke could be predicted by attitudes toward smoking, acceptance of the reference group, and perceived smoking behavioral control to smoke cigarettes.

To conclude, the adolescent smoking behavior prevention program based on the theory of planned behavior can adjust attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, and increase perceived smoking behavioral control in adolescents, which affect their intention to smoke and smoking behavior. When analyzing the differences between before the experiment and after the experiment of the experimental group, it was found that after experiment had negative attitudes toward smoking behavior, the perception of correct subjective norms to smoking behavior, more perceived smoking behavioral control, and more intention not to smoke than before experiment with statistical significance ($p < .05$). It was also found that after the program the experimental group showed less smoking behavior than before the program with statistical significance ($p < .05$). As a consequence, the second hypothesis was accepted.

Limitations of the Study

1. The study sample was recruited by means of purposive sampling, not random sampling. Therefore, the findings of the study may not be generalization to other groups of population who have different characteristics from the study subjects.
2. In this study, extraneous variables that may have an effect on the finding could not be controlled to ensure equality including attitudes, smoking behavior, number of smoking family members and friends, and number of family members.

Recommendations

Based on the findings of the study, the following recommendations can be made:

1. As for healthcare practices, related personnel can implement the adolescent smoking behavior prevention program to adjust attitudes and perceived subjective norms and increase perceived smoking behavioral control among adolescents to enhance their intention not to smoke cigarettes and prevent smoking behaviors, which can lead to undesirable health problems.

2. With regard to nursing administration, the findings of the study can be utilized by school administrators to devise a policy to develop student quality and ensure no smoking behavior within the school compound. An emphasis of the campaign against smoking behavior organized by the school may emphasize attitudes, perceived subjective norms, perceived smoking behavioral control, and intention so as to reduce and prevent smoking behavior among adolescent students which can be a precursor for other more serious substance abuse.

3. As regards nursing education, the findings of the present study shed light on the factors of attitudes, perceived subjective norms, perceived smoking behavioral control, and intention which can be used as baseline data for other studies that aim to investigate smoking behavior among adolescents based on the theory of planned behavior.

4. Regarding nursing research, the findings of the study provide a guideline for future research on adolescent smoking behavior based on the theory of planned behavior. Furthermore, the research findings which indicated that the hypothesis on adolescents' attitudes was not accepted can be further examined in the future research. When the adolescent smoking behavior prevention program is implemented in the future, participatory learning should be employed to involve parents, teachers, peers, and close persons of adolescents to ensure that they understand and are aware of significance and benefits of solution and prevention of smoking behavior. Also, a long-term follow-up should be carried out to maximize the benefits of the program. Finally, in the future the nature of the program should be developed to best suit the characteristics and current situations of adolescents to ensure its efficiency and effectiveness.

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2544). *คู่มือการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิตสำหรับเด็ก*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- กฤษฎา ชลวิริยะกุล และนภชา สิงห์วีรธรรม. (2546). *ทักษะชีวิตกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 12-17 ปี ในระบบการศึกษานอกโรงเรียนกรุงเทพฯ*. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษฎา ตรียมณีรัตน์. (2544). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษาอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จิราพร สุวรรณธีรานุ. (2543). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในสถานศึกษา จังหวัดเชียงใหม่*. งานวิจัยภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ ประเสริฐวิทย์. (2549). *ค่ายวัยใส...ไร้บุหรี่*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- จิรพร สร้อยสุวรรณ. (2539). *การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายในสถาบันราชภัฏในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยโรจน์ ชุมมงคล และคณะ. (2542). *ทัศนคติของวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ต่อการสูบบุหรี่*. สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เชาว์ชื่น เหล่าสงคราม (2541) *ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อการเจริญเติบโตในเด็กนักเรียนวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติพิทย์ ยิ้มพลอย. (2543). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายในระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตการศึกษา 1*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ณัฐกานต์ ทรัพย์ไพศาล. (2547). การเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นในชุมชนแออัดคลองเตย. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ณัฐพงศ์ พุดห่อ. (2540). การประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธานินทร์ สุทธิประเสริฐ. (2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคจังหวัดสุพรรณบุรี. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- นิตยา เพ็ญศิริธนา. (2542). ผลการศึกษาเพื่อการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานการวิจัยจากสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เนาวรัตน์ เจริญคำ, นิภาพรณ กังสกุลนิติ, สตีเฟ่น ฮามาน และสรศักดิ์ โล่จินดารัตน์. (2548). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- บัน ยีรัมย์. (2542). การเฝ้าระวังการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีโดยอาสาสมัคร ครู ร้านค้าบุหรี่และผู้เฝ้าในชุมชนจังหวัดหนองคายปี 254. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.
- บุปผา ศิริวิศรี. (2548). การติดตามผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ ระยะที่ 1: การสำรวจข้อมูลพื้นฐานในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุปผา ศิริวิศรี, ฟิลิป เกสท์, วรางคณา ผลประเสริฐ, ทวีมา ศิริวิศรี, อรพินท์ พิทักษ์มหาเกตุ และปริยา เกนโรจน์. (2549). รายงานการวิจัย: ผลกระทบจากนโยบายควบคุมยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มผู้สูบบุหรี่ระดับประเทศ รอบที่ 2 (พ.ศ. 2549). พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุปผา ศิริวิศรี, จรรยา เศรษฐบุตร, ฟิลิป เกสท์, อารีย์ พรหมมณี, วรางคณา ผลประเสริฐ และ ปริยา เกนโรจน์. (2549). ผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มวัยรุ่นระดับประเทศ รอบที่ 1 (พ.ศ. 2548). พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2547). วัยรุ่นสูบบุหรี่: ปัญหาและแนวทางแก้ไข. มุณิธิธรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.

- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2548). 50 คำถามสำหรับผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ และกรองจิต วาทีสาธกกิจ. (2548). ความเป็นมาของบุหรี่และการสูบบุหรี่ในประเทศไทย. วันที่ 4 มิถุนายน 2550. from <http://www.asthailand.or.th>.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2549). Smart วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่. 7,(73).
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2550). ข้อเท็จจริง: เยาวชนไทยกับการสูบบุหรี่. มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ใน <http://www.moe.go.th/sometime/smoking171204.htm> วันที่ 17 ธันวาคม 2547.
- ประกิต วาทีสาธก. (2550). สถิติสำคัญเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของคนไทย วิเคราะห์และข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหา. มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2551). ข้อมูลสำคัญเรื่องบุหรี่กับเยาวชน. มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. (2538). จิตวิทยาการเรียนรู้กับการสอน. กรุงเทพฯ: กราฟฟิคอาร์ต.
- ผ่องศรี ศรีมรกต และรุ่งนภา วัฒนรัตน์. (2548). โครงการพัฒนารูปแบบและกลวิธีการเสริมสร้างความตระหนักในพิษภัยบุหรี่สำหรับเยาวชนไทยปีที่ 1 ระยะที่ 1 ผลการสำรวจความรู้ ความรู้ ความคิดเห็น ประสพการณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบและกลวิธีการเสริมสร้างความตระหนักในพิษภัยบุหรี่ในเยาวชนไทย.
- ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ. (2548). รายงานการสำรวจความรู้ ความคิดเห็น ประสพการณ์ พฤติกรรมการบริโภคยาสูบและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนารูปแบบและกลวิธีการสร้างเสริมความตระหนักในพิษภัยบุหรี่ในเยาวชนไทย. (เอกสารอัดสำเนาต้นฉบับ) ศูนย์วิจัยทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554. (2550). ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง. จาก <http://www.moph.go.th/other/infrom/10/plan-10.Pdf>. วันที่ 29 พ.ค. 2550
- พงษ์ศักดิ์ เพือกสม. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายชาย โรงเรียนกษัตริย์ศึก อําเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. ภาคนิพนธ์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนม เกตุมาน. (2550). พัฒนาการวัยรุ่น. จาก <http://www.psychlin.co.th>. วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2553.
- พนิตย์ จิระนนทประวดี. (2550). Smart วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่. 8,(92), 15.
- พรดี ลิ้มปรัตนากร. (2547). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้การเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมความรุนแรงของ

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยมวัดคูสิดาราม. วิทยานิพนธ์ ปริญญา
ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร.

พรศรี วรรณะวลัญช์. (2541). ปัจจัยทางด้านการครอบครัวยุกับการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายระดับ
มัธยมศึกษาตอน ปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

เพ็ญพรรณ เลหาพันธ์ และวิกุลวิศาลเสสส์. (2546). บทบาทของทันตแพทย์ในการป้องกันการสูบ
บุหรี่ยและการช่วยเหลือผู้ต้องการเลิกบุหรี่. วันที่ 22 มกราคม 2551 จาก
<http://dental.anamai.moph.go.th>

มณฑา เก่งการพานิช, ลักษณ์า เต็มศิริกุลชัย, ศรีณญา เบญจกุลและสาโรจน์ นาคจู. (2549). สรุป
รายงานการประชุมวิชาการบุหรี่ยกับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและ
จัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.).

มณี ธาตาดินทร์. (2551). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ยในวัยรุ่นโดยใช้
โปรแกรมทักษะชีวิต. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข
ศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์,สุปรียา ดันสกุล, นิรัตน์ อิมามิ, วิทยา เทียนจวง และพงศ์พันธ์ อัครระริกา
นนท์.(2550). ผลของการใช้หลักสูตรโรงเรียนปลอดบุหรี่ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา
สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. รายงานวิจัย, ศูนย์วิจัยและ
จัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ(ศจย.).

มาลา รักษาพรหมณ์. (2526). ปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่ทำนายความตั้งใจในการสูบบุหรี่ยของ
นักเรียนชาย ระดับมัธยมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุข). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.

มณฑนา เหมชะญาดิ. (2548). ปัจจัยพยากรณ์การสูบบุหรี่ยตามทฤษฎีการกระทำพฤติกรรมโดย
เจตนา ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาล
พระปกเกล้า จันทบุรี 16(1) 22-36.

มูลนิธิธรรมางค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ย(2547). ควันบุหรี่ยมือสอง: ภัยจากบุหรี่ยที่เราไม่ได้สูบ. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ดี.

มูลนิธิธรรมางค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ย(2547). บุหรี่ยจี้แต่เจ็บ (ป่วย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดี.

- มูลนิธิธรรมรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (2548). วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2551 จาก
http://www.ashthailand.or.th/th/content_image/information center/112.pdf
- มูลนิธิเพื่อการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่(2551). วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2551 จาก
<http://www.trc.or.th/th/news/detail.php?ID=1247>
- มูลนิธิธรรมรักษ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. วันที่ 11 มีนาคม 2551. จาก
http://www.smokefreezone.or.th/danger.php?content_id=58 2551
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์. (2550). *ทักษะชีวิต. ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นโรงพยาบาลรามธิบดี, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)*
- ยุพยง วงศ์ฝัน. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของครอบครัวกับการสูบบุหรี่ของนักศึกษาชาย วิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ยุวลักษณ์ ชันอาสา. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนหญิงในมัธยมศึกษาตอนปลาย และประกาศนียบัตรวิชาชีพ เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- รุ่งทิพย์ เหล็กดี. (2546). *การศึกษาความสำคัญของปัจจัยเชิงจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่และเลิกบุหรี่ของนักศึกษาศาสนาบันราชภัฏเชียงใหม่. หลักสูตรจิตวิทยาและการแนะแนว คณะครุศาสตร์ ม.ราชภัฏเชียงใหม่.*
- รุจา ภูไพบูลย์. (2549). *การสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นแบบมีส่วนร่วม(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุทอง.*
- รุจา ภูไพบูลย์. (2549). *คู่มือโปรแกรมการเรียนรู้สำเร็จรูปเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยทางการแพทย์ ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ. (2549). *รายงานวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น: ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือและสำรวจพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพภายใต้แผนงานพัฒนาสถาบันการศึกษาพยาบาลเป็นผู้นำการสร้างเสริมสุขภาพ.*
- ลำดวน นาคิริกุล. (2541). *วัยรุ่น. จาก http://www.elibonline.com. วันที่ 4 พฤษภาคม 2550*
- วรี รุ่งสุริยะวิบูลย์. (2535). *การศึกษาเจตคติและพฤติกรรมการตอบสนอง ของนักเรียนอาชีวศึกษา*

- เอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่ชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วริพร พิศอ่อน. (2542). ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพของเด็กนักเรียนวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร โลจายะ. (2545). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ลักษณา เต็มศิริกุลชัยและณัฐพล เทศขันธ์. (2550). สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534-2549(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.).
- ศรัณญา เบญจกุล และคณะ. (2551). สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทย พ.ศ. 2534 – 2550.
- สุรรัตน์ อิมวัฒน์กุล. (2552). ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมทักษะชีวิตร่วมกับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง (SA's) เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชุมชนแออัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาขารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.). *สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบ ประเทศไทย พ.ศ. 2552.* (2552). ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.).
- ศิริชัย หงส์สงวนศรี. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สติเฟ้น ฮามาน, เนาวรัตน์ เจริญคำ, นิภาพรณ กังสกุลนิติ, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ ขวาลา ภานุทานนท์ ณ มหาสารคาม และสถาพร จิรัตนานนท์. (2548). *การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ.* กรุงเทพฯ. บริษัทศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์ จำกัด.

- สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2535). *พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535*. ราชไทยเพรส จำกัด.
- สถิกร พงศ์พานิช. (2547). *การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายปัจจุบันและอนาคตทางด้านสุขภาพของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่กับรายรับของรัฐจากภาษีบุหรี่ในประเทศไทย*. Retrived by 2 กุมภาพันธ์ 2550. from <http://www.asthailand.or.th>.
- สมิต วัฒนธัญญกรรม, สุทธิพร มูลศาสตร์, ปาลีรัตน์ ไตรมศักดิ์และกัลยา วิริยะ. (2546). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ คี้มแอลกอฮอล์ และเสพยาบ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 33(1), 27-42.
- สุชา จันทรเฒ. (2529). *จิตวิทยาวัยรุ่น*. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุภาพร ทองศรี. (2543). *การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในโรงเรียนปทุมคงคา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยและประเมินผลการศึกษา)*, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุริยเดว ทรีปาตี. (2551). *พัฒนาการและการปรับตัวในวัยรุ่น*. จาก <http://www.thaihealth.or.th>. วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2553.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). Retrived by 10/04/2008. from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/indicator/indSur51.pdf>
- อจรรววรรณ สร้อยทอง. (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jursej : Prentice-Hall.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1988). *Attitude, Personality and Behavior*. Chicago : Dosey press.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*. 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Gilbert Cote, N. (2008). Attitudes and the prediction of behavior. In W. D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp. 289-311). New York: Psychology Press.
- Burn, N., & Grove, S.K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization* (5th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders company.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*(2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Dusenbury, L., Kerner, J.F., Baker, E., Botvin, G., James-Ortiz, S., & Zauber, A. (1992). Predictors of smoking prevalence among New York Latino youth. *American Journal of Public Health*. 82(1), 55-58.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley, Reading, MA, 54.
- Fildler, W., & Durant, K. (1995). *The influence for the adult role model of smoking on very young children, aged 3-5 year, in tobacco and health* (pp. 613-621). New York: Plenum Press.
- Hanson, M. J. S. (1997). The theory of planned behavior applied to cigarette smoking in African-American, Puerto Rican, and non-Hispanic white teenage females. *Nursing Research*. 46(3), 155-162.
- Hanson, M. S. (1995). *Beliefs, attitude, subjective norm, perceived behavior control, and cigarette smoking in white, African-American, and Puerto Rican-American teenage woman*. University of Pennsylvania.
- Harakeh, Z., Scholte, R. H. J., Vermulst, A. A., de Vries, H., & Engels, R. C. M. (2004). Parental factors and adolescents' smoking behavior: an extension of The theory of planned behavior. *Preventive Medicine*, 39(5), 951-961.
- Hill, A. J., Boudreau, F., Amyot, E., Dery, D., & Godin, G. (1997). Predicting the stages of smoking acquisition according to the theory of planned behavior. *Journal of Adolescent Health*, 21(2), 107-115.
- Hurlock, E.B. (1956). *Child Growth and Development*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Maher, R. A., & Rickwood, D. (1997). The theory of planned behavior, domain specific self-efficacy and adolescent smoking. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 6(3), 57-76.
- McMillan, B., & Conner, M. (2003). Using the theory of planned behaviour to understand alcohol and tobacco use in students. *Psychology, Health & Medicine*, 8, 317-328.

- McMillan, B., Higgins, A. R., & Conner, M. (2005). Using an extended theory of planned behaviour to understand smoking amongst schoolchildren. *Addiction Research and Theory*, 13, 293-306.
- Moan, I. S., Rise, J., & Andersen, M. (2005). Predicting parents' intentions not to smoke indoors in the presence of their children. *Psychology & Health*, 20, 353-371.
- Moan, I. S., & Rise, J. (2006). Predicting smoking reduction among adolescents using an extended version of the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 21, 717-738.
- Promnuch, P. (2006). *Factors Related to Intention to Smoke Cigarettes in Secondary School Students*. A thesis of the degree of master of nursing science(Mental health and Psychaitric nursing). Graduate studies Mahidol university.
- Salis, F., Garua, J., & Best, J.A. (1990). Asessing Skill for Refusing Cigarettes and Smokeless Tobacco. *Journal of Behavior Medicine*. 13(15), 489-503.
- Ua-kit N., Phuphaibul R., Panitrat R., Loveland-Cherry C. J. and Vorapongsathorn T. (2004). Cigarette smoking behavior among Thai adolescent in metropolitan Bangkok. *Thai Journal of Nursing Research*; 8(4): 245-259.
- Wiium, N., Breivik, K., & Wold, B. (2006). The Relationship between Smoker Role Models and Intentions to Smoke among Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 551-562.
- World Health Organization. (1994). *Life skills Education for Children and Adolescents*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (1997). *Life skills Education and Adolescents in school*. (pp. 89).
- World Health Organization. (2008). *10 facts on the tobacco epidemic and its control*.
Retrieved from http://www.who.int/tobacco/research/youth/health_effects/en/print.html. 20-02-2008.
- World Health Organization. (2008). *Who report on the global tobacco epidemic*.
Retrive by [http:// www. Who. int/tobacco](http://www.who.int/tobacco).



ภาคผนวก ก

**แผนการดำเนินการให้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น
ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม**

ผู้ดำเนินการ	นางสาวจุไรรัตน์ อันทรบุตร
ผู้รับโปรแกรม	นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1
สถานที่	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ศาลา
วิธีการดำเนินการ	บรรยาย ชมวีดิทัศน์ และทำกิจกรรมกลุ่ม
ระยะเวลาดำเนินการ	เดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552
รูปแบบการดำเนินการ	ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 ปรับทัศนคติต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ขั้นตอนที่ 2 ปรับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ขั้นตอนที่ 3 เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมการสูบบุหรี่
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้นักเรียนมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 2. เพื่อให้นักเรียนมีการรับรู้บรรทัดฐานสังคมต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง 3. เพื่อให้นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

แผนการดำเนินการให้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมabusuในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เวลา	สาระสำคัญ	วิธีการ	อุปกรณ์, สื่อ	ประเมินผล
ขั้นตอนที่ 1 1.1 กิจกรรม “มารู้จักบุหรื กันเถอะ”	- เพื่อให้นักเรียน สามารถบอกถึงโทษ พิษ ภัยของบุหรืได้ ถูกต้อง - เพื่อละลาย พฤติกรรม โดยการ สร้างความสนุกสนาน และคุ้นเคยให้กับ สมาชิกทุกคน	50 นาที	- บุหรืมีโทษพิษภัยต่อสุขภาพ ของผู้สูบ และนอกจากนี้ยังมีกลุ่ม บุคคลที่ได้อาศัยเป็นผู้สูบบุหรืมี สองได้รับอันตรายจากควันบุหรื ดังนั้นการที่มีความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองที่ถูกต้องเกี่ยวกับ บุหรื จะทำให้เกิดทักษะในการ ดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องเผชิญ กับบุหรื และสามารถป้องกัน สูบบุหรืและเลิกสูบบุหรืได้ ซึ่ง ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับบุหรืนั้น นักเรียนสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ จากเอกสารที่แจกให้	1. วิชชากรกรึ่นนำก่อนทำ กิจกรรม (เวลา 3 นาที) 2. อธิบายขั้นตอนทำกิจกรรม ดังนี้ (เวลา 3 นาที) 2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7	- กระดาษแข็ง รูป สี่เหลี่ยม มีข้อความ โทษพิษภัยบุหรื(เท่า จำนวนสมาชิกแต่ละ กลุ่ม) - เทปใส/เทปกาว สำหรับติดข้อความ ด้านหลังของทุกคน - ภาพโปสเตอร์และ ปอดที่มีพยาธิสภาพ ของโรคราการการสูบ บุหรื - เอกสารความรู้เรื่อง บุหรื - ใบงานที่ 1	1. สังเกตจากการ ร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม ในการแสดงความคิดเห็น 2. สมาชิกบอกถึง โทษ พิษ ภัยของ บุหรืได้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เวลา	สาระสำคัญ	วิธีการ	อุปกรณ์, สื่อ	ประเมินผล
1.2 กิจกรรม “ความรู้สึกลึกซึ้ง ฉัน”	- เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อ พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่	50 นาที	- จากการที่นักเรียนได้รับความรู้ เรื่องโทษ พิษ ภัยบุหรี่จาก กิจกรรมที่ผ่านมาแล้วนั้น ทำให้ นักเรียนอธิบายเกี่ยวกับโทษ พิษ ภัยของบุหรี่ได้มากขึ้น และจะ สามารถนำความรู้ที่มีอยู่ไปใช้ใน ชีวิตประจำวันเมื่อเผชิญกับ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ได้ สำหรับกิจกรรมนี้เป็น การวิเคราะห์และแสดงทัศนคติต่อ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวิดิทัศน์ ที่ได้นำเสนอเรื่อง “วัยรุ่น วัยเก๋ ไม่มีบุหรี่”	1. ให้นักเรียนนั่งเป็นกลุ่มตาม กลุ่มเดิมจากกิจกรรมที่แล้ว 2. วิชยกรเทรินนำก่อนทำ กิจกรรม (เวลา 3 นาที) 3. แจกปากกากับใบงานที่ 2 ให้ แต่ละกลุ่ม และให้ชมวิดิทัศน์ เรื่อง “วัยรุ่น วัยเก๋ ไม่มีบุหรี่” โดย ถามคำถามนำก่อนว่าหลังจากได้ ชมวิดิทัศน์แล้วรู้สึกอย่างไร เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยให้ตอบ คำถามตามใบงานที่ 2 (เวลา 10 นาที) 4. 4.1 4.2 4.3 4.4 5. 6.	- ใบงานที่ 2 - ปากกา - วิดิทัศน์เรื่อง “วัยรุ่น วัยเก๋ ไม่มีบุหรี่” - เครื่องฉายวิดิทัศน์	1. สังเกตจากการ ร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม ในการแสดงความ คิดเห็น 2. สมาชิกสามารถ วิเคราะห์และตอบ คำถามตามใบงาน ที่ได้ถูกต้อง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เวลา	สาระสำคัญ	วิธีการ	อุปกรณ์, สื่อ	ประเมินผล
ขั้นตอนที่ 2 2.1 กิจกรรม “บทพิสูจน์ของ นุหรี”	- เพื่อแสดงผลของการ การรับรู้ที่ทำได้ การรับรู้รสชาติที่ลิ้น สูญเสียไป - เพื่อให้นักเรียน สามารถบอกผลของ การสูบบุหรี่ต่อระบบ ประสาทการรับรู้ รสชาติได้ถูกต้อง	50 นาที	- การสูบบุหรี่นั้นส่งผลเสียต่อ ร่างกายหลายระบบ ทำให้เกิดเป็น โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคมะเร็ง ปอด ถุงลมโป่งพอง หลอดเลือด หัวใจตีบ เป็นต้น นอกจากนี้ยัง พบว่าระบบประสาทการรับรู้ รสชาติถูกทำลายด้วย เนื่องจาก สารเคมีต่างๆในควันบุหรี่ จะไป ทำลายระบบประสาทความรู้สึกลิ้น ลิ้นให้หมดไป ทำให้ไม่รับรู้รสชาติ ของอาหารที่รับประทาน	1. แบ่งกลุ่มนักเรียนกลุ่มละ 8-10 คน (เวลา 3 นาที) 2. วิชยากรเตรียมนำก่อนทำ กิจกรรม และแจกใบงานที่ 3 ให้ แต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 1 ใบ พร้อม ทั้งชี้แจงวิธีการดำเนินการ (เวลา 3 นาที) 3. ให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มอม ค้อนน้ำแข็ง โดยให้ลิ้นสัมผัสกับ ค้อนน้ำแข็งสักครู่หนึ่ง จึงค่อยเอา น้ำแข็งออก (เวลา 2 นาที) 4. 5. 6. 7.	- ใบงานที่ 3 - ปากกา - ค้อนน้ำแข็งขนาด พอเหมาะสำหรับอม ในปากได้จำนวนหนึ่ง - ตัวอย่างอาหารที่มีรส หวาน รสเปรี้ยว รสขม และรสเค็ม - ไม้พันสำลี (cotton bud) หลายๆอัน - น้ำสำหรับล้างปาก 1 แก้ว - ภาพกะลาสำหรับบ้าน นุหรี	1. สังเกตจากการ ร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม ในการแสดงความคิดเห็น 2. สมาชิกสามารถ บอกผลของการสูบบุหรี่ต่อระบบ ประสาทการรับรู้ รสชาติได้ถูกต้อง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เวลา	สาระสำคัญ	วิธีการ	อุปกรณ์, สื่อ	ประเมินผล
2.2 กิจกรรม “บรรทัดฐาน ของฉัน”	- เพื่อปรับการรับรู้ บรรทัดฐานสังคม เกี่ยวกับพฤติกรรม สูบบุหรี่	50 นาที	- ปัจจุบันพบว่านักเรียนเริ่มมี พฤติกรรมสูบบุหรี่ตั้งแต่วัย ระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งเกิด จากการอยากรู้อยากลอง และ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน สำหรับ ปัจจัยที่ทำให้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ มีหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัย ด้านการรับรู้บรรทัดฐานทาง สังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ เกิดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ ดังนั้นถ้าเรามีการรับรู้บรรทัด ฐานทางสังคมที่ถูกต้อง จะ สามารถป้องกันพฤติกรรมการ สูบบุหรี่ได้	1. วิชยกรเทร็นนก่อนทำ กิจกรรม (เวลา 3 นาที) 2. ให้นักเรียนนั่งเป็นกลุ่มที่ได้ แบ่งไว้จากกิจกรรมข้างต้น ให้ชม ภาพยนตร์เรื่อง Try (เวลา 10 นาที) 3. หลังจากชมภาพยนตร์จบแล้ว ให้อภิปรายกลุ่มตามประเด็นที่ แจกไว้ในใบงานที่ 4 ซึ่งมี ประเด็นดังต่อไปนี้ (เวลา 7 นาที) - - - 4. 5.	- เครื่องฉายภาพยนตร์ - ภาพยนตร์เรื่อง Try - ใบงานที่ 4 - ปากกา	1. สังเกตจากการ ร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม ในการแสดงความ คิดเห็น 2. สังเกตการ บอกความรู้สึกรู้ ตัวออกใน ภาพยนตร์ที่มีต่อ พฤติกรรมการสู บบุหรี่ได้ 3.

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เวลา	สาระสำคัญ	วิธีการ	อุปกรณ์, สื่อ	ประเมินผล
ขั้นตอนที่ 3 3.1 กิจกรรม “เพื่อนรัก เพื่อนซี้”	- เพื่อให้สมาชิกบอก ถึงการคบเพื่อนที่ดีได้ - เพื่อให้บอกถึงการ เป็นเพื่อนที่ดีได้ - เพื่อให้บอกถึง ลักษณะเพื่อนที่ตนเอง ต้องการคบได้	46 นาที	- จากผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นเริ่ม สืบบุหรืครั้งแรกจากการที่เพื่อน สนับสนุน และบุคคลที่มี อิทธิพลต่อการสืบหรือใ้สืบ บุหรืของวัยรุ่นคือ เพื่อน แสดง ให้เห็นว่าเพื่อนมีความสำคัญกับ วัยรุ่นมาก ดังนั้นการเลือกคบ เพื่อนที่ดีและเป็นเพื่อนที่ดีก็จะ ส่งผลดี ถ้าเลือกคบเพื่อนที่ไม่ดี และเป็นเพื่อนที่ไม่ดีก็จะส่งผล เสียได้ แต่ถ้าเราไม่สามารถที่จะ เลือกคบเพื่อนได้ เราต้องมี ภูมิคุ้มกันในการเผชิญกับเพื่อนที่ มีพฤติกรรมที่ไม่ดีคือ สามารถที่ จะปฏิเสธการชักชวนของเพื่อนที่ จะนำไปสู่พฤติกรรมการสืบบุหรื ได้อย่างเหมาะสม	1. วิชยากรรณำก่อนทำ กิจกรรมและชี้แจงวิธีการ ดำเนินการ (เวลา 3 นาที) 2. แบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน (เวลา 3 นาที) 3. นำบัตรคำเกี่ยวกับการคบเพื่อน ที่ดีและไม่ดีให้กับสมาชิกแต่ละ กลุ่ม พร้อมทั้งแจกใบงานที่ 5 4. ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มช่วยกัน จับบัตรคำแล้วนำมาต่อกันจน ได้ ใจความแล้วอภิปรายร่วมกันใน กลุ่ม ตามใบงานที่ 5 (เวลา 10 นาที) 5. 6.	- บัตรคำเกี่ยวกับการ คบเพื่อนที่ดีและไม่ดี - ใบงานที่ 5 - ปากกา	1. สังเกตจากการ ร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม ในการแสดงความ คิดเห็น 2. สมาชิกสามารถ บอกถึงการคบ เพื่อนที่ดี และการ เป็นเพื่อนที่ดีได้ ถูกต้อง

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เวลา	สาระสำคัญ	วิธีการ	อุปกรณ์, สื่อ	ประเมินผล
3.2 กิจกรรม “Say NO กัน เถอะ”	- เพื่อเพิ่มการรับรู้ ความสามารถในการ ควบคุมพฤติกรรม การสูบบุหรี่ - เพื่อให้นักเรียน ออก วิธีการปฏิเสธ พฤติกรรม การสูบบุหรี่ ด้วยตนเองได้อย่าง เหมาะสม	65 นาที	- การปฏิเสธกลุ่มเพื่อนให้ได้ผล โดยไม่เสียสัมพันธภาพใน สถานการณที่อาจนำไปสู่การสูบ บุหรืจะช่วยป้องกันโรคร้ายแรงที่ เกิดจากการสูบบุหรี่ ที่อาจเป็น ปัญหาตามมาภายหลังได้	1. วิทยากรเตรีนมาก่อนทำ กิจกรรม และชี้แจงวิธีการ ดำเนินการ (เวลา 2 นาที) 2. จัดนักเรียนนั่งเป็นกลุ่มเดิมตาม กลุ่มกิจกรรมข้างต้น แล้วแจกใบ งานที่ 6 ให้แต่ละกลุ่มซึ่งจะได้ สถานการณ์ที่ 1 เหมือนกัน 3 กลุ่ม สถานการณ์ที่ 2 เหมือนกัน 3 กลุ่ม และสถานการณ์ที่ 3 เหมือนกัน 3 กลุ่ม และแจกใบ ความรู้ที่ 1 และ 2 ให้กับสมาชิก ทุกคนในแต่ละกลุ่ม 3. 4. 5. 6. 7.	- ใบงานที่ 6 - ใบความรู้ที่ 1 และ 2 - ปากกา	1. สังเกตจากการ ร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม ในการแสดงความคิดเห็น 2. สมาชิกสามารถ บอกวิธีการปฏิเสธ การสูบบุหรี่ได้ ถูกต้อง เหมาะสม 3. สมาชิกสามารถ แสดงวิธีการ ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ตามสถานการณ์ที่ ให้มา "ได้ถูกต้อง เหมาะสม

ใบงานที่ 1

“มารู้จักบุหรีกันเถอะ”

คำชี้แจง : ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มรวมกลุ่มคำเกี่ยวกับบุหรีที่คิดว่าสามารถรวมกลุ่มกันได้ พร้อมทั้ง
ให้เหตุผล (ใช้เวลา 5 นาที)

กลุ่มที่ ชื่อกลุ่ม

กลุ่มคำเกี่ยวกับบุหรีที่คิดว่าสามารถรวมกลุ่มกันได้ ได้แก่

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

เหตุผลในการรวมกลุ่มคำเหล่านี้

- สามารถรวมกลุ่มกันได้เพราะ

.....
.....
.....
.....

สรุปความหมายที่ได้จากการรวมกลุ่มคำทั้งหมด

.....
.....
.....

ใบงานที่ 2

“ความรู้สึกของฉัน”

คำชี้แจง : ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายและสรุปประเด็นต่างๆ ดังนี้ (ใช้เวลา 10 นาที)

กลุ่มที่..... ชื่อกลุ่ม

1. นักเรียนรู้สึกอย่างไรกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงทั้ง 3 คนในเรื่อง

- เห็นด้วยกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงทั้ง 3 คน เพราะ

.....

- ไม่เห็นด้วยกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงทั้ง 3 คน เพราะ

.....

ถ้าเป็นนักเรียน จะสูบหรือไม่สูบ เพราะอะไร

- สูบ เพราะ

.....

- ไม่สูบ เพราะ

.....

2. นักเรียนมีความคิดเห็นอย่างไรที่วัยรุ่นหญิงทั้ง 3 คน สูบบุหรี่เพราะคิดว่าเท่ๆ ดุดี สูบแล้วทำให้
ผอม

- เห็นด้วยเพราะ

.....

- ไม่เห็นด้วยเพราะ

.....

3. นักเรียนคิดว่าการสูบบุหรี่ส่งผลดี หรือผลเสียอย่างไร

- ผลดี คือ

.....

- ผลเสีย คือ

.....

4. ถ้านักเรียนเป็นผู้สูบบุหรี่อยู่ในขณะนี้ จะมีความคิดที่จะเลิกสูบบุหรี่หรือไม่ เพราะอะไร

- เลิกสูบ เพราะ

.....

- ไม่เลิกสูบ เพราะ

.....

ใบงานที่ 3

“บทพิสูจน์ของบุนรี”

คำชี้แจง : ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับการรับรู้สและสรุปประเด็นต่างๆ
(ใช้เวลาทั้งหมด 13 นาที)

กลุ่มที่ ชื่อกลุ่ม

1. บันทึกการรับรู้สทั้ง 4 รส ของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่ม (เวลา 7 นาที)

สมาชิก (คนที่)	แก้วที่ 1	แก้วที่ 2	แก้วที่ 3	แก้วที่ 4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

2. จากการทดลองดังกล่าว นักเรียนได้รับความรู้อะไรบ้าง (เวลา 5 นาที)

- การอมน้ำแข็งทำให้เกิดผลอะไรต่อการรับรู้สที่ลิ้น

.....

- ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอวัยวะรับรู้สที่ลิ้นเป็นอย่างไร

.....

ใบงานที่ 4

“บรรทัดฐานของฉัน”

คำชี้แจง : ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกหลังจากชมภาพยนตร์
และสรุปประเด็นต่างๆ ดังนี้ (ใช้เวลา 7 นาที)

กลุ่มที่ ชื่อกลุ่ม

1. คิดว่า ตัวเอกในภาพยนตร์รู้สึกอย่างไรเมื่อเห็นพ่อ เพื่อนที่โรงเรียน และกลุ่มวัยรุ่นสูบบุหรี่
.....
2. จากภาพยนตร์ใครบ้างที่มีความสำคัญต่อตัวเอกในภาพยนตร์ แล้วบุคคลดังกล่าวรู้สึกอย่างไรเมื่อ
เขาสูบบุหรี่

คนที่มีความสำคัญต่อตัวเอกในภาพยนตร์ คือ

.....

แล้วบุคคลดังกล่าวรู้สึกอย่างไรเมื่อเขาสูบบุหรี่

ยอมรับได้ เพราะ

ยอมรับไม่ได้ เพราะ

ไม่แน่ใจ เพราะ

3. ใครบ้างที่มีความสำคัญต่อนักเรียน แล้วพวกเขาจะรู้สึกอย่างไรถ้านักเรียนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่

บุคคลที่มีความสำคัญต่อนักเรียนคือ

.....

พวกเขาจะรู้สึกอย่างไร ถ้านักเรียนมีพฤติกรรมสูบบุหรี่

ฉันควรทำ เพราะ

.....

ฉันไม่ควรทำ เพราะ

.....

ไม่แน่ใจ เพราะ

.....

ใบงานที่ 5
“เพื่อนรัก รักเพื่อน”

คำชี้แจง : ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับบัตรคำการคบเพื่อนที่ดี เพื่อนที่ไม่ดี
พร้อมทั้งให้ความหมายโดยสรุป (ใช้เวลา 10 นาที)

กลุ่มที่ ชื่อกลุ่ม

1. บัตรคำ เพื่อนที่ดี ได้แก่

.....

.....

.....

จากบัตรคำ เพื่อนที่ดี หมายถึง

.....

.....

.....

2. บัตรคำ เพื่อนที่ไม่ดี ได้แก่

.....

.....

.....

จากบัตรคำ เพื่อนที่ไม่ดี หมายถึง

.....

.....

.....

ใบงานที่ 6

“Say NO กันเถอะ”

คำชี้แจง : ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการปฏิเสธอย่างเหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับการสูบบุหรี่ ดังสถานการณ์ต่อไปนี้ (ใช้เวลา 7 นาที) แล้วให้นำเสนอวิธีการปฏิเสธเป็นบทบาทสมมติ (ใช้เวลา 3 นาที)

สถานการณ์ที่ 1

ด.ช.กอล์ฟกับ ด.ช.ไมค์ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทั้งสองคนเป็นเพื่อนสนิทกัน และรักกันมาก เนื่องจากมีนิสัยที่คล้ายกัน ชอบทำกิจกรรมเหมือนกันคือ ร้องเพลง เล่นดนตรี และมีคาราคนโปรดคนเดียวกัน

อยู่มาวันหนึ่งขณะที่ไมค์กำลังนั่งดูทีวีที่บ้าน เขาได้เห็นคาราคนโปรดกำลังสูบบุหรี่อยู่ในละครเรื่องหนึ่ง ไมค์เกิดความรู้สึกว่าคาราคนี่สูบบุหรี่แล้วดูดีมาก เท่จัง จึงอยากจะลองสูบบ้าง และตั้งใจว่าพรุ่งนี้ไปโรงเรียนจะชวนกอล์ฟลองสูบบุหรี่ด้วยกัน ซึ่งไมค์คิดว่ากอล์ฟต้องลองสูบด้วยอย่างแน่นอน เพราะเป็นเพื่อนที่รักกันและสนิทกันมาก

วันต่อมาที่โรงเรียนขณะเรียนวิชาพลศึกษาอยู่นั้น ไมค์ได้เล่าให้กอล์ฟฟังว่าได้เห็นคาราคนโปรดสูบบุหรี่แล้วดูดี เท่จังมาก จึงชวนกอล์ฟหนีเรียนเพื่อไปสูบบุหรี่ที่ห้องน้ำโรงเรียน

คำถาม : ถ้านักเรียนเป็นกอล์ฟ จะมีวิธีการปฏิเสธอย่างไร?

ใบงานที่ 6
“Say NO กันเถอะ”

คำชี้แจง : ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการปฏิเสธอย่างเหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับการชวนบุหรี ดังสถานการณ์ต่อไปนี้ (ใช้เวลา 7 นาที) แล้วให้นำเสนอวิธีการปฏิเสธเป็นบทบาทสมมติ (ใช้เวลา 3 นาที)

สถานการณ์ที่ 2

ค.ญ.โพธิ์กับ ค.ญ.มด เป็นเพื่อนในชั้นเรียนเดียวกัน แต่ทั้งสองคนมีความแตกต่างกันคือ ค.ญ.โพธิ์ มีรูปร่างผอม ส่วนค.ญ.มด มีรูปร่างอ้วน ดุ้ยๆ เพื่อนๆ ในชั้นเรียนจึงล้ออยู่เป็นประจำ ทำให้ค.ญ.มด อายที่จะมาโรงเรียน เครียด และในตอนนี้มีความต้องการอยากผอมมากๆ

อยู่มาวันหนึ่งขณะที่ ค.ญ.มด นั่งซึมอยู่หลังห้องเรียน ค.ญ.โพธิ์ได้เดินมาทักทายและพูดคุย จึงทำให้ทราบถึงปัญหาของค.ญ.มด ค.ญ.โพธิ์จึงได้แนะนำ ค.ญ.มด ไปว่า “ถ้าเธออยากผอมเหมือนเรา ลองชวนบุหรีดูสิ เพราะบุหรีจะช่วยให้เธอผอมลงได้นะ”

คำถาม : ถ้านักเรียนเป็น ค.ญ.มด จะมีวิธีการปฏิเสธอย่างไร ?

ใบงานที่ 6

“Say NO กันเถอะ”

คำชี้แจง : ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการปฏิเสธอย่างเหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับการสูบบุหรี่ ดังสถานการณ์ต่อไปนี้ (ใช้เวลา 7 นาที) แล้วให้นำเสนอวิธีการปฏิเสธเป็นบทบาทสมมติ (ใช้เวลา 3 นาที)

สถานการณ์ที่ 3

ด.ช. โคม กับ ด.ญ.พลอย เป็นแฟนกัน และกำลังเรียนอยู่ชั้นม. 2 ในโรงเรียนชื่อดังแห่งหนึ่ง สำหรับความรักของพวกเขา ด.ช. โคม รู้สึกว่าตัวเองรัก ด.ญ.พลอยมาก และจะตามใจ เอาใจทุกอย่างถ้า ด.ญ.พลอย ต้องการ

จนมาวันหนึ่ง ด.ช. โคม รู้ความลับของ ด.ญ.พลอย ว่ากำลังหัดสูบบุหรี่อยู่ ด.ญ.พลอย จึงได้ชวน ด.ช. โคม สูบบุหรี่ด้วย โดยให้เหตุผลว่า “สูบบุหรี่แล้วดูเทห์ดี เราชอบ อยากให้โคมลองสูบบุหรี่ดู เขาก็สูบกินทั้งนั้นแหละ”

คำถาม : ถ้านักเรียนเป็น ด.ช.โคม จะมีวิธีการปฏิเสธอย่างไร?

ใบงานที่ 6
“Say NO กันเถอะ”

คำชี้แจง : ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการปฏิเสธอย่างเหมาะสม เมื่อต้องเผชิญกับการชวนบุหรื ดังสถานการณ์ต่อไปนี้ (ใช้เวลา 7 นาที) แล้วให้นำเสนอวิธีการปฏิเสธเป็นบทบาทสมมติ (ใช้เวลา 3 นาที)

สถานการณ์ที่ 4

ด.ช.เวียร์ เป็นน้องใหม่เพิ่งเข้ามาเรียนต่อชั้นม.4 ที่โรงเรียนแห่งหนึ่ง ทุกๆปี รุ่นพี่ชั้นม.6 จะทำการรับน้อง โดยจัดกิจกรรมที่โรงเรียน และมีการจับคู่พี่รหัสกับน้องรหัส ซึ่งด.ช.เวียร์ จับคู่ได้ นายวิน เป็นพี่รหัส นายวิน จึงนัด ด.ช.เวียร์ ให้มาเจอที่หลังโรงเรียนตอนเลิกเรียน

หลังเลิกเรียน ด.ช.เวียร์ ได้มาตามนัด และเห็น นายวิน นั่งสูบบุหรี่กับเพื่อนอยู่ เมื่อ นายวิน เห็น ด.ช.เวียร์ จึงเดินเข้าไปหา และยื่นบุหรืให้ แล้วบอกว่า “เพื่อเป็นธรรมเนียมการรับน้องใหม่ นายต้องสูบบุหรี่มวนนี้ให้หมด จะเป็นน้องรหัสพี่มันต้องกล้า ใจถึงนะ ถ้าไม่กล้าก็ไม่ต้องมาเป็นน้องรหัสของพี่”

คำถาม : ถ้านักเรียนเป็น ด.ช.เวียร์ จะมีวิธีการปฏิเสธอย่างไร?

ใบงานที่ 6
“Say NO กันเถอะ”

คำชี้แจง : ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์บทบาทสมมติ แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์
(ใช้เวลาทั้งหมด 7 นาที)

1. ให้นักเรียนแต่ละกลุ่มร่วมกันแสดงและวิเคราะห์บทบาทสมมติ ตามตารางดังนี้

กลุ่ม	แสดงบทบาทสมมติ (สถานการณ์ที่)	วิเคราะห์บทบาทสมมติ (สถานการณ์ที่)
A1 – A10	1	2 ของกลุ่ม (B1 – B9)
A11 – A20	1	2 ของกลุ่ม (B10 – B18)
B1 – B9	2	3 ของกลุ่ม (C1 – C11)
B10 – B18	2	3 ของกลุ่ม (C12 – C23)
C1 – C11	3	4 ของกลุ่ม (D1 – D12)
C12 – C23	3	4 ของกลุ่ม (D13 – D24)
D1 – D12	4	1 ของกลุ่ม (A1 – A10)
D13 – D24	4	1 ของกลุ่ม (A11 – A20)

2. ให้นักเรียนในกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์บทบาทสมมติตามประเด็นต่อไปนี้ (5 นาที)

- 2.1 ความถูกต้องของหลักการปฏิเสธมีหรือไม่ อะไรบ้าง
- 2.2 ข้อบกพร่องมีหรือไม่ อะไรบ้าง
- 2.3 ข้อเสนอแนะจากกลุ่มมีหรือไม่ อะไรบ้าง

3. ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนกลุ่ม ออกไปนำเสนอผลการวิเคราะห์ (กลุ่มละ 2 นาที)

แบบบันทึกผลการวิเคราะห์บทบาทสมมติ

กลุ่มที่ ชื่อกลุ่ม
วิเคราะห์สถานการณ์ที่

ผลการวิเคราะห์บทบาทสมมติ

1. ความถูกต้องของหลักการปฏิบัติหรือไม่ อะไรบ้าง

.....
.....
.....

2. ข้อบกพร่องมีหรือไม่ อะไรบ้าง

.....
.....
.....

3. ข้อเสนอแนะจากกลุ่มมีหรือไม่ อะไรบ้าง

.....
.....
.....

ใบความรู้ที่ 1
เรื่อง “ขั้นตอนการปฏิเสธ และตัวอย่างการปฏิเสธ”

การปฏิเสธ : เป็นทักษะจำเป็นที่นักเรียนควรฝึกให้คุ้นเคย เพื่อช่วยหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจนำผลเสียมาสู่นักเรียนได้ และการปฏิเสธที่เหมาะสมจะช่วยรักษาสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่มเพื่อนได้

ขั้นตอนการปฏิเสธ	คำอธิบาย	ตัวอย่างคำพูด
ขั้นที่ 1 การแสดงความรู้สึกประกอบเหตุผล	- การแสดงความรู้สึก ทำให้โต้แย้งได้ยากกว่าการใช้เหตุผล	“รู้สึกไม่สบายใจเลยเพราะว่ากำลังทำในสิ่งที่ไม่สมควร...ทำให้การเรียนเสียแน่ๆ”
ขั้นที่ 2 การขอปฏิเสธ	- การแสดงความตั้งใจปฏิเสธอย่างชัดเจนทั้งท่าทาง คำพูด และน้ำเสียง จะทำให้ผู้ชวนลดความตั้งใจลง เพราะรู้ว่าผู้ถูกชวนไม่คล้อยตาม และไม่เห็นด้วย	“ที่ผ่านมาก็ให้มันผ่านเลยไปแต่คราวนี้...เราไม่ขอสูบนะเพื่อน”
ขั้นที่ 3 การขอความเห็นชอบ	- การแสดงออกโดยการถนอมน้ำใจของอีกฝ่ายหนึ่ง	“หวังว่านายกคงเข้าใจเรานะ...นายกไม่ว่าอะไร...เราไม่ขอลองดีกว่านะเพื่อนนะ”

ใบความรู้ที่ 2

เรื่อง “การผัดผ่อนต่อรอง”

การผัดผ่อน : เป็นทักษะการหาทางออก เมื่อไม่เห็นด้วยกับความต้องการของผู้อื่น โดยเป็นการประวิงเวลาออกไป เพื่อให้คู่สนทนาเปลี่ยนแปลงความตั้งใจ

การต่อรอง : เป็นการสื่อความต้องการของตนซึ่งต่างจากคู่สนทนาให้เขาทราบ เพื่อให้เขาเปลี่ยนแปลงความตั้งใจเดิมมาล้อยตามตนเอง (ทั้งการผัดผ่อน และการต่อรอง สามารถนำมาใช้ประกอบการปฏิเสธ เป็นทางออกกรณีถูกเข้าชี้ หรือถูกสับประมาท)

รูปแบบการปฏิเสธ	คำอธิบาย	ตัวอย่างคำพูด
กรณีถูกเข้าชี้ / ถูกสับประมาท ควรหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ ด้วยทางเลือกต่อไปนี้ แบบที่ 1 การปฏิเสธซ้ำแล้วบอกลา	- การแสดงออกถึงการยืนยันความตั้งใจครั้งแรกและการพูดซ้ำ เพื่อย้ำให้ผู้ชวนเลิกความตั้งใจ	“เมื่อก็ก็บอกว่าไม่แล้ว...ทำไมยังต้องเข้าชี้ด้วยล่ะ ไม่เอาด้วยหรอก ไปดีกว่า”
แบบที่ 2 การต่อรองหรือชวนกระทำกิจกรรมอื่นๆทดแทน	- การโน้มน้าวเพื่อให้ผู้ชวนหยุด หรือเลิกพฤติกรรมในสิ่งที่เราไม่เห็นด้วย	“ตอนนี้ยังไม่สับ...ไว้เล่นบอลเสร็จค่อยว่ากันนะ...ไปเถอะเพื่อนๆ รออยู่”
แบบที่ 3 การผัดผ่อน / เลี่ยงออกจากเหตุการณ์	- การยืดเวลาออกไป เพื่อให้ผู้ชวนได้ทบทวนการปฏิเสธของเรา ทำให้เปลี่ยนแปลงความตั้งใจ	“จะให้สับตอนนี้เลย...คงไม่ไหว รอเพื่อนๆในกลุ่มครบก่อนนะ...ไม่รู้ว่ามีอะไรจะอยู่ครบกันทุกคน...นะ...”

ภาคผนวก ข

คู่มือ

การให้โปรแกรมการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น ตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม



จุไรรัตน์ อันทระบุตร

ผู้เรียบเรียง

ศ.ดร.รุจา ภูไพบูลย์

อ.ดร.ทัศน ทวีคุณ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์รุจิเรศ ธนุรักษ์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรุณศรี เตชัสหงส์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมศรี นันทวรรณ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ง

**แบบสอบถามทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น**

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งนักเรียนเป็นบุคคลหนึ่งที่ได้รับเลือกให้เป็นตัวแทนของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่จะตอบแบบสอบถามชุดนี้ และเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นต่อไป

เมื่อนักเรียนรับแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือนักเรียนในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ ซึ่งการตอบแบบสอบถามนี้ไม่มีถูกหรือผิด ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และไม่สามารถนำมาเกี่ยวข้องกับตัวนักเรียนได้ เนื่องจากนักเรียนไม่ต้องระบุชื่อและนามสกุลหรือเลขประจำตัวแต่อย่างใด ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม ในการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 35 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว กรุณาตรวจดูให้ครบทุกข้อแล้วส่งคืน

รายละเอียดของแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน จำนวนคำถามทั้งหมด 26 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย คำถามจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติต่อการสูบบุหรี่โดยตรง ประกอบด้วย คำถามจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้บรรทัดฐานโดยตรง ประกอบด้วย คำถามจำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมโดยตรง จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ ประกอบด้วย คำถามจำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย คำถามจำนวน 1 ข้อ



แบบสอบถามทัศนคติ การรับรู้บรรทัดฐาน การรับรู้ความสามารถในการควบคุม
พฤติกรรม
ความตั้งใจ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย [X] ลงในข้อความหรือเติมคำตอบในช่องว่างที่กำหนดให้และ
โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

- ก. ชาย
- ข. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ (.....) ปี(นับเต็มปี)

3. ศาสนา

- ก. พุทธ
- ข. อิสลาม
- ค. คริสต์
- ง. อื่นๆระบุ (.....)

4. ระดับการศึกษา

- ก. มัธยมศึกษาปีที่ 1
- ข. มัธยมศึกษาปีที่ 2
- ค. มัธยมศึกษาปีที่ 3

5. เกรดเฉลี่ยสะสม (.....)

6. รายได้ที่ได้รับ (เฉลี่ยต่อวัน) (.....)บาท

7. ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับใคร (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ก. บิดา

ข. มารดา

ค. บิดาและมารดา

ง. ญาติ

จ. พี่น้อง

ฉ. เพื่อน

ช. อื่นๆ (.....)

8. สมาชิกในครอบครัวของนักเรียนในปัจจุบันมีใครบ้างที่สูบบุหรี่
(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ก. ไม่มีผู้สูบบุหรี่เลย

ข. บิดา

ค. มารดา

ง. พี่น้อง

จ. ญาติ

ฉ. อื่นๆ (.....)

9. ปัจจุบันนักเรียนมีเพื่อนที่สูบบุหรี่จำนวน.....คน

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดพิจารณาเขียนเครื่องหมาย [X] ลงบนตัวเลขเพียงตัวเลขเดียวเท่านั้น ขอให้นักเรียนตอบให้ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ และโปรดตอบทุกข้อ

ตัวอย่าง สำหรับฉัน การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่...

1. ถ้านักเรียนคิดว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ น่าเบื่อมาก

นักเรียนโปรดทำเครื่องหมาย[X] ลงบนหมายเลขดังกล่าว

	มาก	น้อย	ไม่ใช่	น้อย	มาก
	ทั้ง 2 อย่าง				
น่าเบื่อหน่าย	~~1~~	2	3	4	5
					น่าสนใจ

2. ถ้านักเรียนคิดว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ ไม่ใช่ทั้งน่าเบื่อหน่ายหรือน่าสนใจ

นักเรียนโปรดทำเครื่องหมาย[X] ลงบนหมายเลขดังกล่าว

	มาก	น้อย	ไม่ใช่	น้อย	มาก
	ทั้ง 2 อย่าง				
น่าเบื่อหน่าย	1	2	~~3~~	4	5
					น่าสนใจ

3. ถ้านักเรียนคิดว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ น่าสนใจน้อย

นักเรียนโปรดทำเครื่องหมาย[X] ลงบนหมายเลขดังกล่าว

	มาก	น้อย	ไม่ใช่	น้อย	มาก
	ทั้ง 2 อย่าง				
น่าเบื่อหน่าย	1	2	3	~~4~~	5
					น่าสนใจ

ส่วนที่ 2. แบบวัดทัศนคติต่อการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดพิจารณาเขียนเครื่องหมาย [X] ลงบนตัวเลขเพียงตัวเลขเดียวเท่านั้น ขอให้
นักเรียนตอบให้ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ และโปรด
ตอบทุกข้อ

ข้อที่	ข้อความ	มาก	น้อย	ไม่ใช่ ทั้ง 2 อย่าง	น้อย	มาก	
สำหรับฉัน การสูบบุหรี่ เป็นสิ่งที่...							
1.	เลว	1	2	3	4	5	ดี
2.	เป็นประโยชน์	5	4	3	2	1	เป็นโทษ
3.	น่าเบื่อ	1	2	3	4	5	น่าสนใจ
4.	ทำให้ผ่อนคลาย	5	4	3	2	1	ทำให้เครียด
5.	.....	1	2	3	4	5	.....
6.	.....	5	4	3	2	1	.....
7.	.....	1	2	3	4	5	.....

ส่วนที่ 3. แบบสอบถามการรับรู้บรรทัดฐาน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาเขียนเครื่องหมาย [X] ลงบนตัวเลขเพียงตัวเลขเดียวเท่านั้น ขอให้
นักเรียนตอบให้ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ และ โปรด
ตอบทุกข้อ

1.	ถ้าฉันสูบบุหรี่ คนส่วนใหญ่ที่มี ความสำคัญต่อฉัน น่าจะ	1 ยอมรับ ไม่ได้ อย่างมาก	2 ยอมรับ ไม่ได้	3 ไม่แน่ใจ	4 ยอมรับ ได้	5 ยอมรับได้ อย่างมาก
2.	ฉันรู้สึกถูกกดดันจากคนรอบข้าง ให้ฉัน สูบบุหรี่	5 เห็นด้วย อย่างยิ่ง	4 เห็นด้วย	3 ไม่แน่ใจ	2 ไม่เห็น ด้วย	1 ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3.	.....	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาเขียนเครื่องหมาย [X] ลงบนตัวเลขเพียงตัวเลขเดียวเท่านั้น ขอให้
นักเรียนตอบให้ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ และ โปรด
ตอบทุกข้อ

1.	ท่านคิดว่า ท่านสามารถควบคุมการที่ จะสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ได้มากน้อย เพียงใด	1 ควบคุมได้ อย่างมาก	2 ควบคุม ได้	3 ไม่แน่ใจ	4 ควบคุม ไม่ได้	5 ควบคุมไม่ได้ อย่างมาก
2.	ท่านคิดว่า เป็นเรื่องที่น่าจะเป็นจริง หรือไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับท่านที่จะ <u>ไม่</u> สูบบุหรี่ในช่วง 1 เดือนข้างหน้า จากเวลานี้	5 ไม่น่าจะเป็น จริงอย่างยิ่ง	4 ไม่น่าจะเป็น จริง	3 ไม่แน่ใจ	2 น่าจะ เป็นจริง	1 น่าจะเป็น จริงอย่างยิ่ง
3.	.....	.....	.....	.....	.....	.....

ส่วนที่ 5. แบบสอบถามความตั้งใจที่จะสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดพิจารณาเขียนเครื่องหมาย [X] ลงบนตัวเลขเพียงตัวเลขเดียวเท่านั้น ขอให้
นักเรียนตอบให้ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนมากที่สุดเพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ และ โปรด
ตอบทุกข้อ

1. ฉันคาดว่าจะสูบบุหรี่ ในอีก 1 เดือนข้างหน้า	1 เป็นไปได้ อย่างยิ่ง	2 เป็นไปได้	3 ไม่แน่ใจ	4 เป็นไปได้	5 เป็นไปได้ อย่างยิ่ง
2. ฉันต้องการจะสูบบุหรี่ ในอีก 1 เดือนข้างหน้า	5 เป็นไปได้ อย่างยิ่ง	4 เป็นไปได้	3 ไม่แน่ใจ	2 เป็นไปได้ ไม่ได้	1 เป็นไปได้ อย่างยิ่ง
3. ฉันตั้งใจที่จะสูบบุหรี่ ในอีก 1 เดือนข้างหน้า	1 เป็นไปได้ อย่างยิ่ง	2 เป็นไปได้	3 ไม่แน่ใจ	4 เป็นไปได้	5 เป็นไปได้ อย่างยิ่ง

ส่วนที่ 6. แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่

คำชี้แจง โปรดพิจารณาเขียนเครื่องหมาย [X] ลงบนตัวอักษร ก หรือ ข เพียงตัวอักษร
เดียวเท่านั้น ถ้าตอบว่า สูบ ให้นักเรียนเขียนคำตอบลงในคำถามต่อ ขอให้ให้นักเรียนตอบให้ตรงกับ
ความเป็นจริงมากที่สุด

1. ในช่วง 30 วัน ที่ผ่านมา ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

ก. ไม่สูบ

ข. สูบ (ถ้าสูบให้ตอบคำถามต่อ)

- สูบบุหรี่จำนวนเฉลี่ย.....มวน/วัน
- สูบบุหรี่เฉลี่ย.....วัน/เดือน

♥ ขอขอบคุณนักเรียนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนะคะ ♥

ขอขอบคุณที่ไม่สูบบุหรี่



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวจุไรรัตน์ อันธะบุตร
วัน เดือน ปี เกิด	3 พฤศจิกายน 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดกาฬสินธุ์
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท พ.ศ. 2543-2547 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2553
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	2547-2552 งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2552-ปัจจุบัน งานการพยาบาลเด็ก ตำแหน่งพยาบาล วิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า ภูมิพลอดุลยเดช กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมการแพทย์ โทรศัพท์ 043-861141 โทรสาร 043-861140
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	โรงพยาบาลสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมการแพทย์ โทรศัพท์ 043-861141 โทรสาร 043-861140